

研究ノート

急性期病院におけるせん妄患者への自宅外泊の取り組みの効果

久保知恵子¹⁾・伊藤まゆみ²⁾・根生とき子²⁾Effectiveness of overnight stays at home as a measure
for patient with delirium at acute hospitalsChieko KUBO¹⁾, Mayumi ITO²⁾, Tokiko NEOI²⁾

要 旨

本研究は急性期病院の外科病棟に入院し、せん妄症状を発症した患者に対する自宅外泊の効果を検討することを目的とした。外科病棟に入院し医師からせん妄と診断され外泊した5名の患者と外泊しなかった5名の患者に対し、4つの下位項目「話し方」「動作」「見当識」「睡眠」から構成される、せん妄得点調査用紙を用いて、在院群と外泊群のせん妄得点の差をMann Whitney U検定により分析を行った。その結果、せん妄発症から消失までの平均期間は在院群が11日、外泊群が5.6日で、外泊群が有意に短かった。また外泊群の外泊前後において有意差のあった項目は「睡眠」「動作」「見当識」であった。その中で外泊後すぐに改善された項目は「睡眠」で、改善に最も時間を要したのは「見当識」であった。入院という環境の変化に適応しにくい高齢のせん妄患者において、自宅外泊は睡眠と覚醒のリズムが整えられることで、せん妄症状の改善につながるが示唆された。

キーワード：せん妄、高齢者、急性期、看護、外泊

I. はじめに

せん妄は高齢者に高率に発症する一過性の意識障害の一種である。せん妄症状はその症状によって、入院中の転倒・転落、ライン類の抜去という事故の発生に結びつきやすく、せん妄症状の予防、せん妄症状からの早期離脱は高齢患者の安全・安楽な入院生活の保障に必要である。高齢の入院患者における、せん妄発症の頻度は、4～60%という報告¹⁾がある。急性期病院において高齢のせん妄患者や手術後のせん妄患者は日常的に存在し、看護師は症状の鎮静化や患者の安全確保の対応に日々苦慮している。せん妄は事前のアセスメントで発症リスクを把握し、誘因を除去することにより、ある程度の予防が可能²⁾であるといわれている。また発症した場合でも適切な対応により重症化を防ぎ、早期の離脱を図ることもできる²⁾といわれている。し

かし、ハイリスクの患者では、予防の努力をしても、せん妄を発症してしまう不可避な場合が有意に多いという報告³⁾もあるように、いかにアセスメントにより発症リスクを把握し、予防に努めたとしてもせん妄発症を完全に防ぐことができないのが現状である。

筆者が所属するA病院では、せん妄への取り組みとして平成19年から院内デイケアを開設し、日中のせん妄患者の対応^{4,5)}を行っている。入院中せん妄を発症した高齢者の安全・安楽・尊厳を守りながら、病院という環境下で治療を受けるためには具体的にどうしたらよいか、医師・看護師間で何度もカンファレンスが繰り返し行われた。その結果夜間の睡眠を確保するための、外泊への取り組みが考案された。実際に外泊への取り組みの結果、せん妄症状の改善に効果が得られたと筆者たちは実感することができた。さらに文献検索を行う中で、せん妄患者の外泊への取り組みの報告は

1) 富岡地域医療事務組合 在宅医療支援センター 2) 群馬パース大学保健科学部看護学科

見当たらなかった。この事実を事例に基づき検証することで、自宅での夜間の睡眠がせん妄症状の改善に効果をもたらすことを明確にしたいと考えた。また、そこから得られた知見を今後のせん妄患者ケアの一助としたいと考え取り組んだ。

II. 研究目的

本研究は、急性期病院の外科に入院し、せん妄を発症した患者に対する自宅外泊の効果を検討することを目的とした。

III. 方法

1. A病院の概要

A病院はB県内の南西部に位置する、人口約5万人のC市にある359床の急性期病院であり、地域の中核病院としての機能を有している。C市の高齢化率は年々上昇傾向にあり、昨年度高齢化率は28%と全国の高齢化率23%を大幅に上回っている。その影響もあり、入院患者の約半数が65歳以上の高齢者となっている。

2. せん妄患者の自宅外泊の流れ

A病院外科病棟では主治医がせん妄と判断し、自宅への外泊が可能な場合、その患者の家族に医師と看護師から外泊の目的や外泊中の注意点や対処方法の説明を行う。外泊中、家族が困った時にはいつでも病院へ戻れることを説明し外泊に出かけてもらう。夕方6時頃外泊に出かけ翌朝9時頃までに家族の都合の良い時間に帰院してもらっている。

3. 対象者

1) 対象者の選定基準

A病院外科病棟入院中せん妄を発症し、医師から外泊の許可があり説明を受けた患者のうち、外泊した5名(外泊群)、説明を受けたが外泊しなかった5名(在院群)を対象とした。なお、外泊の許可が出た患者は術後の全身状態が安定し、歩行開始となった患者であった。飲水の許可は患者の状況に応じて外泊時医師から指示が出ていた。外泊群及び在院群ともに重症度に差はなかったが、外泊しなかった患者は家族の協力が得られなかったことが理由としてカルテに記載されていた。

2) 対象者の選定手順

- (1) 2010年6月から2011年7月の期間、外科病棟に入院していた患者の中でせん妄を発症した患者に立案されていた行動制限の看護計画が立案されていた患者104名をリストアップした。
- (2) その中から64歳以下と90歳以上の患者32名と認知症患者39名を対象から除外した。
- (3) 上記期間の外泊届から外泊者13名を抽出した。13名の中から、がんターミナル期の患者と入院期間が7日以内の患者計8名を除いた外泊群5名を決定した。
- (4) 外泊に出かけなかった20名の患者の中で外泊の説明記録のあった患者15名を抽出した。15名の中から、がんターミナル期の患者と入院期間が7日以内の患者を除いた7名の中から無作為に在院群5名を決定した。

4. データ収集期間

2010年6月～10月

5. 調査内容と方法

1) せん妄得点調査用紙

調査は看護記録、診療記録からの遡及的方法を用いてデータ収集を行った。せん妄症状の評価を行うにあたり、既存のせん妄アセスメントツールを用いることを検討したが、今回の遡及的方法では使用が困難であった。そこで看護記録から遡及的にせん妄症状を抽出し、症状を点数化する手法を用いた、稲本らの先行研究⁶⁾に着目した。稲本らが使用した調査用紙に一部改編を加え、せん妄得点調査用紙(表1)を作成した。せん妄得点調査用紙の改編にあたっては事前にせん妄患者の看護記録から症状の拾い出しを行い、そこからせん妄症状の追加・削除項目を決定した。改編内容は、せん妄症状の項目として「言葉に対する反応が遅い」を削除し、「ナースコールが押せない」「昼夜逆転」の2項目を追加した。また、徘徊を「一人で動き出す」奇声を発するを「大声を出す」に変更した。そしてせん妄症状としてあげた11項目に対する定義づけを行った。この用紙は、大項目3、中項目4、小項目11で構成されている。大項目として「行動」「認知」「睡眠」の3項目をあげ、「行動」の中項目として「話し方」「動作」の2項目をあげた。さらに「話し方」の小項目として「多弁」「独語」「大声を出す」の3項目をあげた。「動作」の小項目として「多動」「ラインを気にする」

表1 セン妄得点調査用紙の構成

大項目	中項目	小項目	定義	点数
行動	話し方	多弁	口数が多い、無意味にしゃべる	1
		独語	独り言	1
		大声を出す	叫ぶ、怒る	3
	動作	多動	落ち着きのない行動、寝たり起きたりを繰り返す、ベッド柵を下げようとする	3
		ラインを気にする	酸素、点滴、胃チューブ、尿留置カテーテル、創ドレイン類など身体に装着された管類に触ったり、引っ張ったりする または自分で管を抜く	3
	一人で動き出す	柵を乗り越える、ベッドサイドに立つ、歩き出す、急に起き上がる	3	
認知	見当識	失見当識	同じ質問や会話の繰り返しが多い、成立しない会話、辻褄の合わない話をする 処置を拒否する	2
		幻覚	実在していない物を実在しているかのように知覚すること 実在しないものが見えたり、聞こえたりする現象	2
		ナースコールが押せない	ナースコールを探して、それを認知しボタンを押すことができない	2
睡眠	睡眠	夜間不眠	消灯後覚醒している、眠剤や鎮痛剤を要する眠り、訪室時覚醒している	2
		昼夜逆転	夜間入眠せず、日中眠っている状態	2

「一人で動き出す」の3項目をあげた。大項目「認知」の中項目として「見当識」をあげ、小項目として「失見当識」「幻覚」「ナースコールが押せない」の3項目をあげた。大項目「睡眠」の中項目を「睡眠」とし、小項目として「夜間不眠」「昼夜逆転」の2項目をあげた。小項目で取り上げられた11の症状はせん妄の主症状である。その症状の中でも、特に看護上せん妄ケアに困難を有し、看護上の問題が大きい項目を3点とし、以下2点、1点と3段階に分類し点数化した。3段階に分類し重み付けを行う根拠として、既存のせん妄のアセスメントツール^{7,8)}を参考にせん妄得点調査用紙の改編を行った。

2) 基本属性

対象者の年齢、性別、入院期間、病名、術式、麻酔の種類、家族構成、キーパーソン等については診療録、看護記録から情報を収集し基礎資料とした。

3) 調査方法

せん妄得点調査用紙を用いて対象者の看護記録、診療記録から各勤務毎（深夜、日勤、準夜）のせん妄症状を抽出し、合計得点を点数化した。

6. 分析方法

統計ソフト SPSS Vre18.0にデータ入力し記述統計、群間比較を行った。

今回データ数が5例ずつであり正規分布しないことから、ノンパラメトリックで解析を行うことが適切と考え、Mann-Whitney U検定を選択し分析を行った。

分析の内容は以下の通りである。

1) 記述統計項目

外泊群と在院群の①年齢、②入院日数、③せん妄発症までの期間、④せん妄発症期間、⑤せん妄最高得点を集計した。また、外泊群については、①せん妄発症から外泊までの日数、②外泊に出かけた日、③外泊日数を集計した。

2) 群間比較

外泊群と在院群における両群の差をMann-Whitney U検定により分析した。

分析項目は、①せん妄発症期間、②1日ごとのせん妄総得点、③介入期間ごとの総得点、④ベースライン前後の下位項目（中項目）得点、⑤外泊群における介入期間ごとのせん妄得点の比較とした。

外泊群の外泊開始日の平均がせん妄発症から平均2.4日であったため、両群の比較をするために、在院群はせん妄発症から3日目をベースラインとして条件を整えた。有意水準は5%と1%を採用した。

外泊の介入期間の区分については、過活動型のせん妄は症状の日内変動が激しく、症状の安定を見極めるためには2日以上の間が必要であると考え、3日毎を1期間と区分した。介入前（ベースライン前3日）、介入I期（ベースラインを含む後2日）、介入II期（ベースライン後3～5日）、介入III期（ベースライン後6～8日）とした。

7. 倫理的配慮

本研究は群馬パース大学大学院研究倫理委員会とA病院内倫理委員会の審査を受けてから開始した。また、

表2 対象者の概要

事例No.	性別	年齢	手術	麻酔の種類	入院日数	病名・術式		家族構成	キーパーソン	
外泊群	1	女	86	あり	全身麻酔	19	大腸がん・S状結腸切除術	予定手術	本人と長男夫婦の3人暮らし	長男
	2	男	68	あり	全身麻酔	21	胃がん・幽門側胃切除 B-II	予定手術	本人・妻の2人暮らし	妻
	3	女	76	あり	全身麻酔	7	胆石・胆嚢摘出術	緊急手術	本人・夫・次男家族の6人暮らし	夫
	4	女	84	あり	全身麻酔	14	胃がん・幽門側胃切除 B-I	予定手術	本人・夫・長男の3人暮らし	長男
	5	男	84	あり	全身麻酔	19	胃がん・B-II	予定手術	本人・長男夫婦・孫の6人暮らし	長男
平均±SD		79.6±7.5				16±5.6				
在院群	6	女	78	あり	脊椎麻酔	28	肛門周囲膿瘍・排膿切開術	緊急手術	1人暮らし	長女
	7	男	83	なし	なし	29	鼠径ヘルニア嵌頓疑い	/	本人・妻の2人暮らし	妻
	8	女	83	なし	なし	21	胆嚢炎・薬物療法	/	本人・夫・長男家族の5人暮らし	夫
	9	男	83	あり	全身麻酔	11	食道がん・食道部分切除術	予定手術	本人と妻の2人暮らし	妻
	10	男	77	あり	全身麻酔	14	大腸がん・右半結腸切除術	予定手術	本人・妻の2人暮らし	妻
平均±SD		80.8±3.0				20.6±8.0				

表3 外泊群と在院群におけるせん妄の状況

		せん妄発症日	発症期間	せん妄得点最高値	外泊に出かけた日	発症から外泊まで	外泊日数
外泊群	事例1	入院2日目	7日間	20	術後5日目	4日	3日
	事例2	入院5日目	5日間	17	術後4日目	1日	5日
	事例3	入院2日目	4日間	21	術後4日目	3日	2日
	事例4	入院2日目	8日間	15	術後3日目	2日	4日
	事例5	入院2日目	4日間	18	術後3日目	2日	3日
	平均±SD		2.6±1.3	5.6±1.8	18.2±2.3	3.8±0.8	2.4±1.1
在院群	事例6	入院1日目	14日間	13	/	/	/
	事例7	入院1日目	10日間	14	/	/	/
	事例8	入院1日目	12日間	17	/	/	/
	事例9	入院2日目	8日間	12	/	/	/
	事例10	入院3日目	11日間	17	/	/	/
	平均±SD		1.6±0.8	11±2.2	14.6±2.3	/	/

対象者の電子カルテ閲覧に関しては、A病院院内規定に則り申請書類を提出し手続きを行った。電子カルテから得られた患者の個人情報個人が特定できないよう記号化した。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

対象者の概要を表2に示した。

外泊群の対象者は女性3名と男性2名の合わせて5名、平均年齢は79.6歳（標準偏差7.5）であった。在院群の対象者は女性2名と男性3名の合わせて5名、平均年齢は80.8歳（標準偏差3.0）であった。

2. 外泊群と在院群におけるせん妄の状況

外泊群と在院群におけるせん妄の状況について表3に示した。

両群におけるせん妄発症日について比較したところ

有意差はみられなかった。また、せん妄の発症期間について比較したところ、有意差（ $p<0.012$ ）があり外泊群は在院群に比べ発症期間が短かった。

外泊群と在院群の1日ごとのせん妄得点の変化（図1）をみると、外泊群においてはベースライン前3日からベースライン当日までに得点の上昇が大きく、ベースライン当日から後1日、後2日にかけて得点が一気に下降している。その後はさらに後3日と後4日にかけて得点が下降し、後5日以降得点の上昇なく0点で安定していた。

在院群においてはベースライン前3日から前1日にかけて得点の上昇がみられている。

その後はアップダウンを繰り返しながら緩やかに得点の下降がみられていた。在院群の得点が0点に安定したのはベースライン後8日であった。外泊群と在院群の平均せん妄得点の変化を勤務毎にみると（図2）、ベースライン後1日を中心に前半は外泊群の得点が高く後半は在院群の得点が高くなっていた。

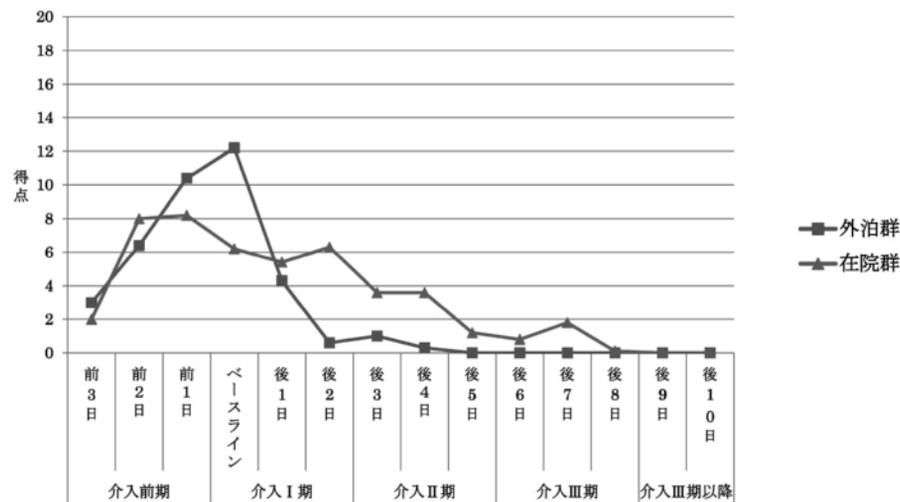


図1 外泊群と在院群の平均せん妄得点の変化（1日ごと）

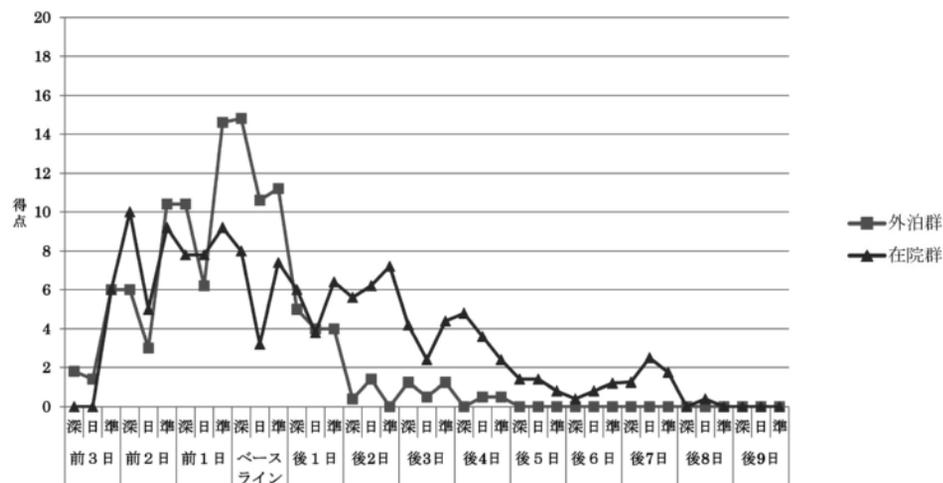


図2 外泊群と在院群の平均せん妄得点の変化（勤務ごと）

3. 外泊群と在院群におけるせん妄得点の比較

外泊群と在院群におけるせん妄得点の比較について表4に示した。

1) 1日ごとのせん妄総得点の比較

両群における1日ごとのせん妄得点について比較したところ「ベースライン当日」に有意差 ($p < 0.05$) があり、外泊群は在院群に比べ得点が高かった。「ベースライン後2日」「ベースライン後3日」「ベースライン後4日」「ベースライン後5日」に有意差 ($p < 0.05$) があり、外泊群は在院群に比べ得点が低かった。「ベースライン前3日」「ベースライン前2日」「ベースライン前1日」と「ベースライン後1日」、「ベースライン後6日」「ベースライン後7日」「ベースライン後8日」において有意差はみられなかった。

2) 介入期間ごとのせん妄総得点の比較

介入時期ごとに区分した期間について比較したところ「介入前」と「介入I期」「介入III期」において有意差はみられなかった。「介入II期」において有意差 ($p < 0.05$) があり、外泊群は在院群に比べ得点が低かった。

3) ベースライン前後における下位項目得点の比較

ベースライン前後の下位項目（中項目）について両群間の比較を行ったところ、ベースライン前の「睡眠」「話し方」「動作」「見当識」に有意差はみられなかった。ベースライン後の「睡眠」「動作」「見当識」に有意差 ($p < 0.05$) があり、外泊群は在院群に比べ得点が低かった。「話し方」について有意差はみられなかった。

4. 外泊群における介入期間ごとせん妄総得点の比較

外泊群における介入期ごとせん妄得点の比較を表5に示した。

表4 外泊群と在院群におけるせん妄得点の比較

n = 10

項目		全対象 (n = 10) 平均値±SD	外泊群 (n = 5) 平均値±SD	在院群 (n = 5) 平均値±SD	p 値
せん妄得点	総得点				
	1日ごと				
	ベースライン前3日	7.6±10.0	9.2±14.1	6.0±4.7	0.829
	前2日	21.8±10.8	19.4±13.5	24.2±8.2	0.917
	前1日	28.0±11.1	31.2±15.3	24.8±4.6	0.402
	ベースライン当日	27.6±11.2	36.6±7.2	18.6±5.3	0.009
	ベースライン後1日	14.6±6.9	13.0±8.7	16.2±5.2	0.401
	後2日	10.4±9.5	1.8±3.0	19.0±3.1	0.008
	後3日	6.7±5.7	2.4±4.3	11.0±3.0	0.025
	後4日	5.8±6.7	0.8±1.7	10.8±6.1	0.007
	後5日	1.8±2.4	0±0	3.6±2.3	0.019
	後6日	1.2±2.7	0±0	2.4±3.5	0.136
	後7日	2.2±4.4	0±0	4.4±5.7	0.053
	後8日	0.2±0.6	0±0	0.4±0.8	0.317
	介入期ごと				
	介入前期 (介入前)	57.3±23.8	59.6±33.6	55.0±11.5	0.602
	介入I期 (ベースライン当日～後2日)	52.6±10.1	51.4±12.2	53.8±8.7	0.671
	介入II期 (ベースライン後3日～後5日)	14.3±14.1	3.2±6.0	25.4±10.2	0.015
	介入III期 (ベースライン後6日～後8日)	3.6±7.2	0±0	7.2±9.2	0.054
下位項目	総得点				
	ベースライン前				
	睡眠	8.8±4.9	10.4±5.5	7.2±4.1	0.525
	話し方	5.1±5.3	7.6±6.5	2.6±2.0	0.209
	動作	39.0±16.9	46.2±21.3	31.8±7.8	0.249
	見当識	24.1±9.8	26.8±12.9	21.4±5.8	0.463
	ベースライン後				
	睡眠	4.8±4.3	1.2±1.0	8.4±2.9	0.008
	話し方	1.5±2.3	1.0±1.4	2.0±3.0	0.723
	動作	23.0±16.1	10.2±3.4	36.0±12.5	0.009
	見当識	23.6±13.7	14±4.6	33.2±13.0	0.011

Mann-whitney U 検定

表5 外泊群における介入期間ごとのせん妄得点の比較

n = 10

	平均±SD	
介入前	59.6±33.6	
介入I期 (ベースライン当日～後2日)	51.4±12.2	
介入II期 (ベースライン後3日～後5日)	52.0± 6.0	
介入III期 (ベースライン後6日～後8日)	0.0± 0.0	

Mann-whitney U 検定

* : p<0.01 N.S : not significant

介入前と介入I期において有意差はみられなかった。

介入前と介入II期において有意差 (p<0.05) があり、介入前は介入II期に比べ得点が高かった。

介入前と介入III期において有意差 (p<0.01) があり、介入前は介入III期に比べ得点が高かった。

介入I期と介入II期において有意差 (p<0.01) があり、介入I期は介入II期に比べ得点が低かった。

介入I期と介入III期において有意差 (p<0.01) があり、介入I期は介入III期に比べ得点が高かった。

介入II期と介入III期において有意差はみられなかった。

5. 外泊群における外泊前後の下位項目得点の変化

外泊群の外泊前後の下位項目得点の変化を図3に示した。

「話し方」については、外泊前3日から徐々に得点が高くなり、外泊当日をピークに外泊後2日に得点は消失した。「動作」についても同様、外泊前3日から外泊当日をピークに外泊後4日に得点は消失した。「見当識」については、外泊当日の得点が最も高く、徐々に得点が下降し、外泊後5日に得点は消失していた。「睡眠」については、外泊前1日が最も高く、外泊後2日に得点が消失した。下位項目4つの中で外泊後早期に改善されたのは、「話し方」と「睡眠」であった。次に改善されたのは「動作」、最も改善に時間を要したのは

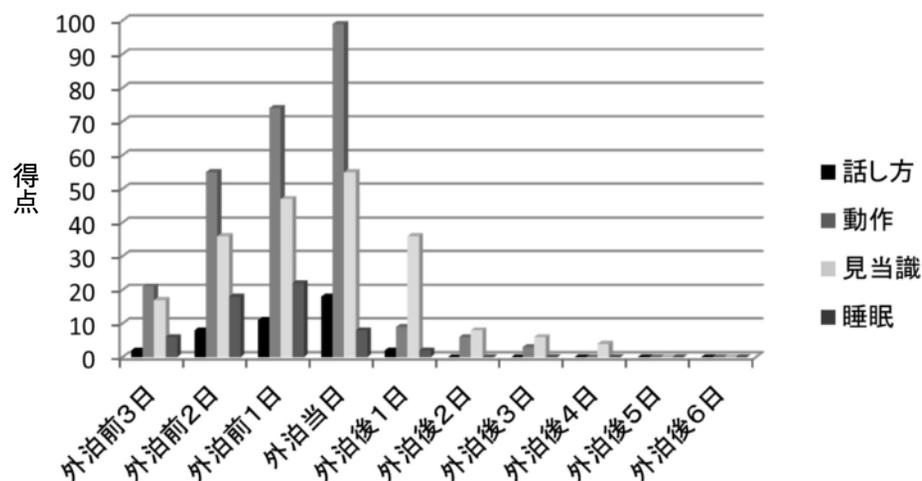


図3 外泊群における外泊前後の下位項目の変化

「見当識」であった。

6. 外泊群における外泊中の睡眠に関する反応

外泊群が外泊から帰院した際の記録には、外泊中のトラブルの有無、外泊中の患者の様子、睡眠時間と夜間の覚醒状況など睡眠に関する内容が記載されていた。その中で患者自身からは「とてもよく眠れた」「病院より家の方がよく眠れる」という内容が記載されていた。家族からの情報として「トイレに起きた後もすぐに寝てました」「普段と同じようにテレビや新聞をみていた」「とてもよく寝ていた」「家に帰ってから寝られるのか心配だったが寝ていた」「寝て起きたらすっきりした表情でだんだんよくなるのが分かった」といった内容が記載されていた。外泊中の睡眠に関しては患者、家族の双方から「とてもよく眠れた」という反応が確認された。

V. 考 察

1. せん妄の発症状況について

せん妄の発症日について外泊群は入院後平均2.6日、在院群は入院後平均1.6日での発症であった。事例2と事例10に関しては全身麻酔の抜管後に発症していた。両群ともに入院や手術後2日以内にせん妄を発症しているのは先行研究¹⁰⁾と同様であった。入院早期にせん妄を発症していることから、高齢者は入院・手術という環境の変化に適応することが難しいということがいえる。

せん妄の発症期間に関しては、在院群のせん妄発症

から消失までの期間の平均が11日というのはこれまで報告されている日数¹¹⁾と同様であった。これに対し外泊群はせん妄発症から消失までの期間の平均が5.6日と在院群の約半分の日数でせん妄が消失し、有意差がみられたことから、せん妄を発症した患者に対して、外泊はせん妄を早期に収束させる効果があると考えられる。

入院日数に関して、外泊群は5名とも入院診療計画及びクリニカルパスに沿った経過であり、入院の予定日数以内に退院した。一方、在院群は5名中3名が入院診療計画の予定日数をオーバーして退院した。せん妄を発症した患者は入院日数が延長するという報告¹¹⁾があるが、今回は入院期間の延長に対する因果関係までは明らかにできなかった。

外泊群と在院群のせん妄得点の平均得点の変化からも、外泊群、在院群ともにベースライン前にせん妄得点のピークを迎えていた。その後外泊群は外泊後2日までに急激に得点が下降し、そのまま上昇することなくせん妄がベースライン後5日で消失していた。しかし在院群においては同様に得点は上昇するがベースライン日以降、アップダウンを繰り返しながら緩やかに、得点が下降していた。その後せん妄の完全消失までベースラインから9日以上かかっていることがわかる。外泊群と在院群のせん妄得点の変化からも外泊群と在院群のせん妄の改善の速さに違いのあることが明らかになった。

せん妄発症期間中の総得点は在院群の方が外泊群に比べ高かった。これはせん妄発症の期間の長さが影響していたと考えられる。外泊群はせん妄発症期間5.6

日、在院群は11日と約2倍になっていたことからいえる。次にせん妄得点の最高点について外泊群の方が高かったことから、せん妄の重症度が在院群より外泊群の方が高かったことを示している。両群ともにせん妄得点の占める割合は夜勤帯75%、日勤帯25%であり、両群ともに過活動型のせん妄であったことを示している。過活動型で夜勤帯にせん妄得点が高いということは、ケアにあたる看護師の対応困難な状況を示しているものと考えられる。

2. せん妄に対する外泊の効果について

今回の対象者では、介入前の外泊群と在院群のせん妄症状の程度は同様であったといえる。1日ごとのせん妄得点を比較したところ、有意差があったのはベースライン後2日、3日、4日、5日にあった。この結果は介入期間を比較した際の介入II期における結果と同様であった。このことから外泊の効果が明らかなのは介入II期（ベースライン後3～5日）であるといえる。さらに外泊直後よりも外泊後3日以降で外泊の効果が表れてくることがわかった。次に外泊群における介入期間ごとの関係をみたところ、介入前と比較して有意差があったのは介入II期とIII期であった。介入I期との比較でも介入II期とIII期に有意差を認めた。このことから外泊の効果が介入II期、III期に明らかになっていることがわかった。介入II期、III期になると外泊群の得点は小さくなるため、在院群との得点差が大きくなっていった。すなわち外泊群の方が早くせん妄症状が改善した結果によるものと考えられる。

外泊前後の下位項目得点において有意差があったのは、睡眠、動作、見当識であった。外泊群全体において外泊前日と外泊当日をピークに、外泊後すぐに改善された項目は「話し方」「睡眠」であった。住み慣れた自宅という環境の中で睡眠環境が確保され、断眠がなく良質な睡眠が得られたことが不眠の改善につながったと考える。

せん妄患者に対する環境調整、現実認知促進のケアは、せん妄の促進因子の除去と調整の意味をもち、米国精神学会の治療ガイドライン¹²⁾上の環境的・支持的介入に該当する¹³⁾と述べられている。これは患者にとって少しでも馴染みのある環境を整えると同時に、見当識を維持・再建することにより、患者が抱く「どこで何をされているのかわからない」という不安をできるだけ緩和することにつながる。このことから患者が住み慣れた自宅へ外泊することで入眠を図ること

は、患者の環境の調整につながるのではないかと考える。

Lipowskiの述べるせん妄における準備因子、促進因子、直接因子の3つの分類について明確にせん妄の因子を分けることは難しいが、この考え方は各々の因子に対する看護師の介入が可能かどうかをアセスメントし、各因子に見合ったアプローチを考える上で役立つものである。特に促進因子は介入可能な因子であり、看護師がかかわれる範囲が広い¹⁴⁾といわれている。そこでせん妄促進因子の環境的要因である入院という要因と睡眠妨害因子に着目し、自宅への外泊を行い夜間の入眠を促進することで、断眠が改善され意識の曇りが改善される、すなわちせん妄症状の改善が図れるのではないかと考えた。対象病棟では術後の痛みなどの身体的ストレスは積極的に緩和されていたが、入眠を促すための薬剤投与は少なく、また経口的に薬剤が投与できない術後であり看護師のケアの焦点は全身管理、ライン類の管理、疼痛コントロールにおかれていた。興奮状態になった患者への薬剤投与は拒薬することもあり、投薬しても効果がなかなか得られないケースもある。術後の薬剤使用による過剰鎮静は肺炎や廃用症候群などの合併症を引き起こす可能性もあり、医師からの薬剤投与は積極的に行われていない。睡眠覚醒のリズムが崩れないように看護師たちは日中覚醒のためのケアを積極的に行っていた。その結果、昼夜逆転した患者はいなかった。

せん妄発症には多くの要因が重なりあっているため、発症をコントロールすることはかなり難しいのが現状である。せん妄のリスクアセスメントと予防的介入はもちろん大切であるが、実際にせん妄を発症した患者では、特に看護師が介入できる入院生活の環境調整と断眠を改善できるような睡眠環境の確保が行えるよう取り組んでいくことが重要であると考えられる。千葉らの報告¹⁵⁾において、せん妄の治療にはストレスや不安を除去すること、夜間の睡眠確保とともに睡眠・覚醒リズムを回復することが重要であると述べられている。

せん妄患者に対する外泊の効果は、住み慣れた自宅環境で過ごす時間を提供し夜間の確実な睡眠が確保される。そして入院や手術により乱れた睡眠と覚醒のリズムが回復することによって、せん妄症状の改善に結びついているのではないかとということが今回の研究で示唆された。

3. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では自宅外泊による睡眠がせん妄症状の改善に効果があることが示されたが、外泊群5名、在院群5名と少ない事例数での検証となった。サンプル数が少なく本研究の結果を普遍化するには限界がある。今後はさらにサンプルを増やして、一般的な傾向が得られるよう検討をすることが必要であると考え。また研究結果から睡眠以外の動作と見当識に関しても有意差が認められたことに関しては今後の研究を進める中で追及していく必要があると考える。そして入院中の睡眠環境の調整を具体的なケアの実践に結びつけられるよう取り組んでいく必要があると考える。さらに外泊を支援する家族の思いや外泊受け入れの条件などについても今後の研究課題としていきたい。

VI. 結 論

本研究の結果より、以下のことが明らかになった。

1. 入院という環境の変化に適応しにくい高齢のせん妄患者にとって、自宅への外泊は外的な刺激による断眠のない、夜間の確実な睡眠により睡眠と覚醒のリズムが整えられる機会となる。
2. 高齢のせん妄患者にとっての外泊は睡眠と覚醒のリズムを回復することで、せん妄症状の改善につながることを示唆された。

文 献

- 1) 一瀬邦弘：せん妄と痴呆はどう違う。せん妄すぐに見つけて！すぐに対応！一瀬邦弘、太田喜久子、堀川直史監修、照林社、東京：2002：8-12. p8.
- 2) 佐藤克行、北原美紀、酒井郁子：現場での工夫と患者援助の変化。看護管理 17(7)：2007：566-587. p566.
- 3) Inouye SK, Bogardus ST &, Charpentier PA et al.: *A multi-component intervention to prevent delirium in hospitalized older patients*. N Engl J Med, 340, 1999：669-676.
- 4) 高橋恵美、中曾根めぐみ、横山美加子ら：急性期病院における院内デイケアの効果。第47回全国自治体病院会誌 48(3)：2008：296-298. p296.
- 5) 市川仁美、須永小夜、吉沢綾子ら：院内デイケアへようこそ—急性期病院における院内デイケアの取り組み。全自病協雑誌 48(3)：2008：41-43. p41.
- 6) 稲本 俊、小谷なつ恵、萩原淳子ら：術後せん妄の発症状況とそれに対する看護ケアについての臨床的研究。京都大学医療技術短期大学部紀要 21：2001：11-23. p20.
- 7) 綿貫成明：せん妄のアセスメントはどのように行うか。EBnursing 6(4)：2006：34-50.
- 8) 綿貫成明、酒井郁子、竹内登美子：せん妄のアセスメントツール①日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール。せん妄。一瀬邦弘、太田喜久子、堀川直史監修、照林社、東京：2002：26-36.
- 9) 坂 隆、町田いづみ、岸 泰宏：せん妄のアセスメントツール②せん妄評価尺度98年改訂版。せん妄。一瀬邦弘、太田喜久子、堀川直史監修、照林社、東京：2002：40-48.
- 10) 小日向真依、服部ユカリ：整形外科病棟における高齢者の術後せん妄予防看護計画の効果。16(1)：2011：111-118.
- 11) 前掲書 1) 17.
- 12) 日本精神神経医学会：米国精神医学会治療ガイドラインせん妄。医学書院、東京：2000、p96.
- 13) 西村勝治：せん妄の基本。看護技術 56(8)：2010：28-34. p28.
- 14) 茂呂悦子：せん妄であわてない。医学書院、東京：2011.
- 15) 千葉 茂、石丸雄二、田村義之ら：せん妄と睡眠障害。精神医学 49(5)：2007：511-518.