［看護研究］

整形外科病棟におけるせん妄発症につながるリスク因子の実態調査

尾道市立市民病院　看護部
新宅　由衣，竹内　幸代，藤井　里奈，久保　恵子

要　旨　近年の高齢化に伴い，当院整形外科病棟でも高齢者の入院件数が増加傾向にある．高齢者は入院を契機にせん妄になりやすいとされ，当院では入院患者全員に，せん妄リスク評価を行っている．リスクのある患者には，せん妄評価ツールを使用し，せん妄の早期発見・予防ができるように対策を行っている．せん妄リスク評価を導入し，せん妄予防と対策についてのパンフレットを用い，患者と家族に説明を行うことにより，看護師のせん妄予防に対する認識が深まっていると感じる．しかし，せん妄患者の対応に苦慮し，現在のせん妄リスク評価では評価が不十分ではないかとも感じていた．そこで当院で評価しているせん妄リスク因子「70 歳以上」「脳器質的障害の有無」「認知症」「アルコール多飲」「リスクとなる薬剤の使用」「全身麻酔」に加え，先行研究と当病棟の特徴をふまえて「聴力障害」「活動制限」「緊急入院」「疼痛」を追加し，せん妄につながるリスク因子の実態調査を行った．結果，当病棟でせん妄と評価されたのは 1 割未満であった．せん妄リスク因子としては，「70 歳以上」「認知症」「活動制限」「緊急入院」「疼痛」が多く，現在評価していない項目においても当病棟のせん妄リスク因子として該当した．今後は患者個々のせん妄リスク因子を多職種で共有し，せん妄予防を実施していくことが必要であると考える．

Key words: せん妄予防，高齢者，せん妄リスク因子

Ⅰ．はじめに

我が国の 2020 年における高齢化率は 28.7％[1]で，当病院の位置する○市は 2020 年 35.7％[2]とすでに全国平均を上回り超高齢社会に突入している．当院整形外科病棟でも 2020 年の 65 歳以上の患者割合は 71.8％であり，高齢患者は増加傾向である．高齢者は，脳の器質的変化や環境適応能力低下により入院後にせん妄を発症しやすい[3]．入院による環境変化，床上安静などによる拘束感，手術や予後に対する不安や緊張感[4]が加わることによりせん妄になり易いと予想される．

2020 年度の診療報酬改定において「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が新設された．これを機に当院は一般病棟でもせん妄リスク評価を開始した．リスク評価を導入し，せん妄予防と対策についてのパンフレットを用い，患者や家族に説明を行うことにより，看護師のせん妄予防に対する意識は深まっていると感じる．一方せん妄発症により治療継続や患者の安全管理など対応に苦慮している現状がある．先行研究や文献では多様なせん妄リスク因子があ

Investigation of risk factors leading to delirium in orthopedic wards
Department of Nursing, Onomichi Municipal Hospital
Yui SHINTAKU, Sachiyo TAKEUCHI, Rina FUJII, Keiko KUBO

り，現在のリスク評価では評価が不十分ではないかと感じていた．中田は「せん妄が発症すると治療やリハビリテーションの遅延による入院期間の延長やADLの低下，本人・家族の精神的落胆，認知症との誤認による退院後の方向性など予後へ大きな影響が生じることが懸念される」[5] と述べている．せん妄リスクを早期に把握し適切な介入を実施することが，せん妄予防にとって重要なことであると考えた．

当院ではせん妄評価ツールとしてIntensive Care Delirium Screening Checklist（以下，ICDSC）を採用している．ICDSC 4点以上が「せん妄あり」（以下，せん妄）の評価となる．ICDSCの評価点数を用い，せん妄の有無を把握する．当院で評価しているせん妄リスク因子6項目に，先行研究から当病棟で多いと思われる「聴力障害」「活動制限」「緊急入院」「疼痛」を追加し，せん妄につながるリスク因子の実態を調査し，今後のせん妄予防対策に生かしたいと考えた．

Ⅱ．対象と方法

1．研究デザイン：調査研究
2．研究対象期間：2020年5月1日～7月31日の3ヶ月間
3．研究対象者：当病棟に他病棟を経由せず入院した整形外科患者180名
4．データ収集方法：せん妄リスク評価とICDSCの評価点数を電子カルテより抽出する
5．データ収集期間：手術をした患者は入院からせん妄発症リスクの高いとされる術後3日目までとした[6]．手術をしない患者は，せん妄症状が入院後から1～3日間に出現しやすいことから，入院～5日目までとした[7]．
6．データ収集項目：当院のせん妄リスク評価に沿い「70歳以上」「脳器質的障害の有無」「認知症」「アルコール多飲」（1日平均60 gを超える飲酒）[8]「リスクとなる薬剤（ベンゾジアゼピン系薬剤・ステロイド・オピオイド）の使用」（以下リスク薬剤の使用とする）「全身麻酔を要する手術後またはその予定がある」（以下全身麻酔ありとする）の6項目．追加の「聴力障害」[9]「活動制限」（患部の安静目的，全身麻酔，腰椎麻酔によるベッド上安静）「緊急入院」「疼痛」[10]（定期鎮痛薬内服の有無に関わらず，追加鎮痛薬を使用した患者を疼痛有りと判断）の4項目．せん妄発症の有無は，上記収集期間内にICDSCで4点以上を「せん妄」とした．
6．データの分析方法：データ収集で得られた結果を単純集計し，内容を分析する．

Ⅲ．倫理的配慮

得られたデータは研究目的以外に使用はしない．また，対象者および記録物に含まれるデータと情報は個人が特定されないようナンバリングし保管．調査終了後は適切に処理する．

Ⅳ．結　果

対象患者180名．「せん妄」13名（7%），「せん妄なし」167名（93%）であった（図1）．年齢別では「49歳以下」で「せん妄」0名，「せん妄なし」16名，「50～59歳」で「せん妄」0名，「せん妄なし」17名，「60～69歳」で「せん妄」0名，「せん妄なし」24名，「70～79歳」で「せん妄」1名，「せん妄なし」58名，「80～89歳」で「せん妄」5名，「せん妄なし」38名，「90歳以上」で「せん妄」7名，「せん妄なし」14名であった．「せん妄」の平均年齢は91歳，「せん妄なし」の平均年齢は71歳であった．

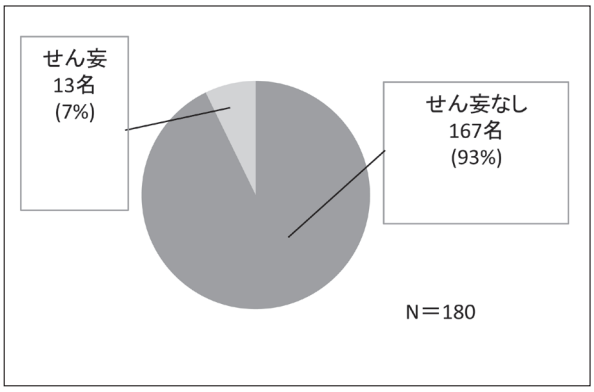

図1．せん妄発症割合

「70 歳以上」は 123 名（68%）で，そのうち「せん妄」13 名（11%），「せん妄なし」110 名（89%）であった．「脳器質的障害の有無」は，ありが 14 名（8%）で，そのうち「せん妄」4 名（29%），「せん妄なし」10 名（71%）であった．「認知症」は 22 名（12%）で，そのうち「せん妄」9 名（41%），「せん妄なし」13 名（59%）であった．「アルコール多飲」2 名（1.1%）で，そのうち「せん妄なし」2 名（100%）であった．「リスク薬剤の使用」は 39 名（22%）で，そのうち「せん妄」3 名（8%），「せん妄なし」36 名（92%）であった．「全身麻酔あり」103 名（57%）で，そのうち「せん妄」5 名（5%），「せん妄なし」98 名（95%）であった．「聴力障害」は 26 名（14%）で，そのうち「せん妄」3 名（12%），「せん妄なし」23 名（88%）であった．「活動制限」は 149 名（83%）で，そのうち「せん妄」12 名（8%），「せん妄なし」137 名（92%）であった．「緊急入院」は 67 名（37%）で，そのうち「せん妄」13 名（19%），「せん妄なし」54 名（81%）であった．「疼痛」は 113 名（63%）で，そのうち「せん妄」8 名（7%），「せん妄なし」105 名（93%）であった（図 2）．せん妄がある 13 名のうち，「70 歳

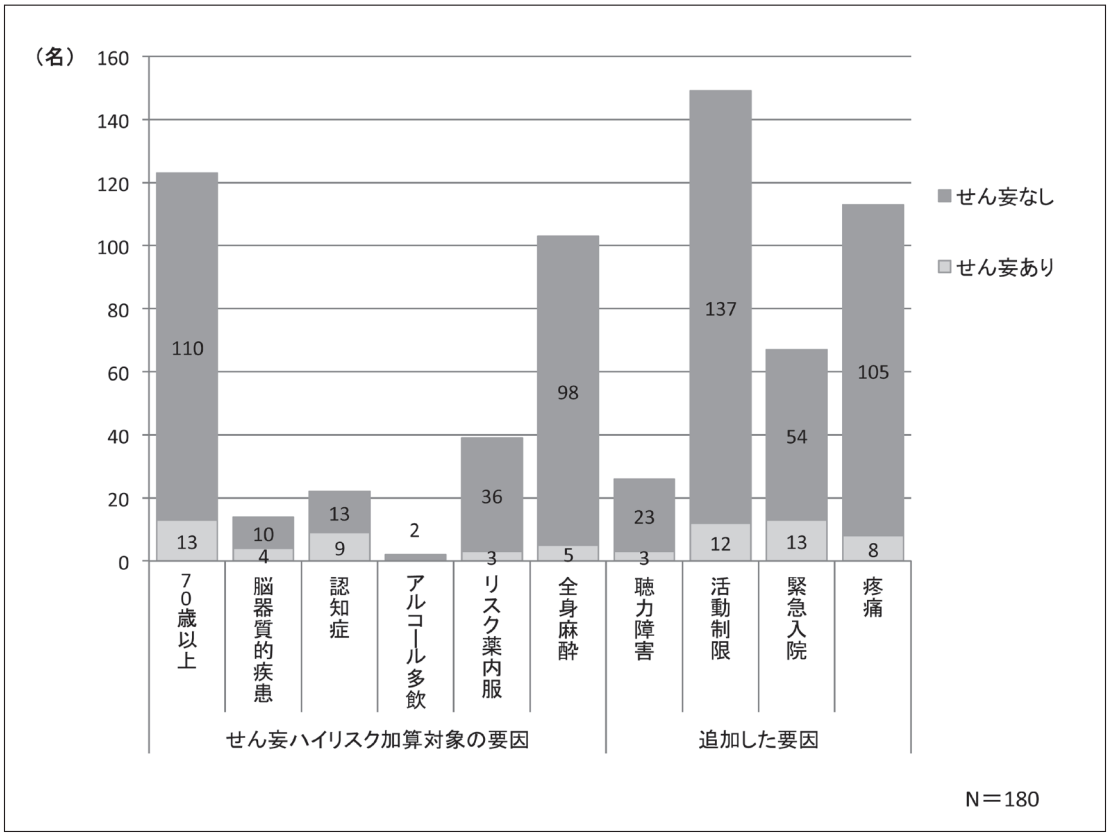

図 2．リスク因子別「せん妄」「せん妄無し」患者割合

以上」13 名（100%），「脳器質的障害の有無」4 名（31%），「認知症」9 名（69%），「アルコール多飲」0 名，「リスク薬剤の使用」3 名（23%），「全身麻酔あり」5 名（38%），「聴力障害」3 名（23%），「活動制限」10 名（77%），「緊急入院」13 名（100%），「疼痛あり」8 名（62%）であった（図 3）．

V．考　察

当病棟のせん妄発症率は1割未満であった．せん妄発症率は入院患者の10～30%といわれており[11]当病棟では低いといえる．長谷川は「せん妄予防ケアや発症時のケアを標準化し，統一したケアを実践することは，入院患者へのケアの質を保障することになります」[12]と述べている．リスク評価導入前は，看護師の経験や個々の知識によってせん妄予防ケアを行っていた．しかしリスク評価を導入しケアを標準化することで，統一したせん妄予防介入を行うことが可能となり，せん妄予防に繋がっていると考えられる．

現在評価しているせん妄リスク因子のうち，「70 歳以上」「認知症」の２項目で「せん妄」が多かった．高齢者の特徴として内部恒常性の維持機能や予備力が失われることにより，入院後にせん妄を発症しやすい[13]といわれている．今回の調査でも「せん妄」患者全員が 70 歳以上であり，「せん妄」の平均年齢は「せん妄なし」に比べ 10 歳高かった．高齢者はせん妄ハイリスクと認識し，入院直後はせん妄がなくても，早期にせん妄発症予防対策を実施，せん妄に移行しないようにすることが必要であると考える．「認知症」は「せん妄」が４割と多く，「せん妄」の６割以上に認められた．認知症患者は，治療の必要性を理解しにくいことや，環境変化の適応が難しくせん妄を発症しやすいとされる[14]．そのうえ，木島は「認知症の人がせん妄を発症した場合，認知症状の悪化と捉えられて適切な対応に繋がらない可能性がある」[15]と述べている．そのため患者の認知機能の状態を客観的にとらえ，せん妄との鑑別を行うことが必要である．それぞれの症状の特徴を理解した上で，せん妄の予防対策を実施することが必要と考える．

追加したせん妄リスク因子では，「活動制限」「緊急入院」「疼痛」の３項目で「せん妄」が多かった．

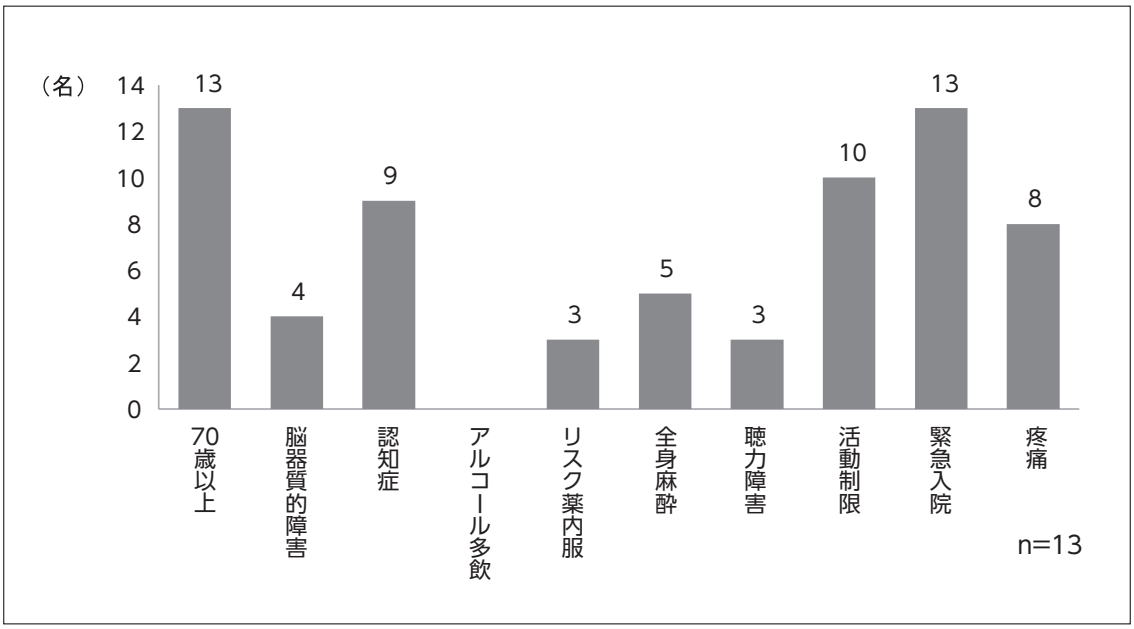

図 3．せん妄リスク因子別「せん妄」患者割合

「活動制限」は「せん妄」の７割以上のリスク因子に当てはまった．今村は「整形外科手術は全体的な安静を必要とすることが多く，患者は自由に動くことが出来ないストレスや，状況を把握しにくいことによる不安を感じることが多い」[16]と述べている．ベッド上の限られた生活空間の中で，思うように動けないことが強い精神的ストレスとなりせん妄となったと考えられる．整形外科患者は術後のベッド上安静だけでなく，患部の安静のために活動制限を強いられることが多い．治療方針を医師に確認しながら，できる限り離床できるよう働きかけていくことが重要である．

「緊急入院」は「せん妄」全員のリスク因子に当てはまった．「せん妄」の年齢が高齢であったことを考えると，緊急入院という急な環境変化がストレスとなり，高齢者の特徴である適応力の低下によってせん妄となったのではないかと考える．せん妄予防と対策についてパンフレットを用いて，見当識の維持のため時計などの持参を促すなど，入院環境へ少しでも適応できるよう配慮している．しかし環境調整だけでは予防が難しいこともある．緊急入院患者は，せん妄の予防的薬物療法の対象者といわれている[17]．非薬物的介入後も，せん妄症状が出現する場合は，予防的な向精神病薬内服を医師・看護師・薬剤師で検討することも必要であると考える．そのため精神科医も交え，せん妄症状の増悪や症状が長期化しないよう対応していくことが重要であると考える．

「疼痛」は「せん妄」の６割以上のリスク因子に当てはまった．せん妄予防介入として疼痛管理があり，多くの患者に疼痛緩和が行われている．しかし，うまく痛みを表現できない患者もいる．中谷は「痛みはせん妄を促進し，不穏は痛みを増強させるという負のスパイラルを招くのです．」[18]と述べている．せん妄症状の変化とともに，非言語的な反応も考慮しながら，痛みの評価を行っていく必要があると考える．

Ⅵ．結　論

1．当病棟で「せん妄 」と評価されたのは１割未満で少なかった
2．「せん妄」は高齢になるほど多くなっていた
3．「認知症」のリスク因子のある患者では４割が「せん妄」となっていた
4．リスク因子の中で「70 歳以上」「認知症」「活動制限」「緊急入院」「疼痛」で「せん妄」が多かった

Ⅶ．まとめ

せん妄リスク因子をすべて把握し対応することは困難なことではあるが，日常的に患者に接する看護師がせん妄リスク因子の現状を理解し，多職種で共有・連携することにより，せん妄発症数の減少や発症期間の短縮に繋げることができるのではないかと考える．今後はさらにせん妄アセスメントや正確に評価ツールを使用できるように勉強会を開催し，評価の精度を向上していくことも必要であると考える．

Ⅷ．引用．参考文献

1） Gem Med:https://gemmed.ghc-j.com （参照 2021.7.20）
2） 広島県：広島県公式ホームページ，広島県における高齢化率及び後期高齢化率について，（hiroshima.lg.jp）https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/401193.xlsx（参照 2021.5.31）
3） 飯野好之：せん妄はどんな患者にも起こりうる，聖マリアンナ医科大学病院多職種せん妄対策プロジェクト，一般病棟ナースのためのせん妄ケア，第１版１刷，株式会社照林社，東京，32，2017.
4） 中田真衣：整形外科病棟における高齢者の術後せん妄予防に関する考察，北海道文教大学人間科学部看護学科，第 38 号，2-3，2014.
5） 前掲 4)，2.
6） 今村仁美，他：整形外科病棟の高齢者における術後せん妄発症要因の検討，神戸大学大学院保健学研究科紀要　第 25 巻，22，2009.
7） 長谷川真澄：第２章せん妄ケアの基本的知識，長谷川真澄，チームで取り組むせん妄ケア，第１版第２刷，医歯薬出版株式会社，東京，22，

2017.
8） 厚生労働：https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_alcohol.html（参照 2021.1.19）
9） 前掲 7)，17.
10）前掲 4)，3.
11）前掲 9)，21.
12）前掲 7)，6.
13）前掲 7)，25.
14）前掲 7)，31.
15）前掲 7)，31.
16）前掲 9)，25 .
17）岩本崇志：B-2 薬物療法的アプローチ，八田耕太郎, 増補改訂　せん妄の臨床指針　せん妄の治療指針　日本総合病院精神医学会治療指針 1　，第 2 版，株式会社星和書店，東京，49, 2017.
18）前掲 3)，20.