

要因分析から学ぶせん妄ケア

～即実践！せん妄予防と対策ケア～

順天堂大学医学部附属練馬病院

精神看護専門看護師

山口久美

CONTENTS

1. せん妄の正しい理解

2. 準備因子から紐解く予防介入

3. 直接因子の観察と働きかけ

4. 促進因子の除去

5. 薬物療法と非薬物療法のポイント

6. 3因子にもとづく現場でのあるある事例

せん妄は、からだの病気

せん妄とは、加齢などの影響で脳の機能が落ちているところに、炎症、発熱、脱水などの身体的な負荷が加わった結果、脳が機能を維持できなくなって機能不全に陥った状態



精神的な問題がせん妄の直接原因ではない

- ・ 全身状態の悪化や不良を示す症状
- ・ 必ず身体面の問題が背景にある

せん妄の症状

意識障害	<ul style="list-style-type: none">・意識の清明度が低下し、注意障害、見当識障害、自発性の低下がみられる
注意障害	<ul style="list-style-type: none">・集中力が続かない・会話や思考が断片的でまとまらない・行動に一貫性がない・記憶や判断の誤りが生じる・長い会話は理解できない・関係のない刺激に注意を奪われやすい
見当識障害	<ul style="list-style-type: none">・時間、場所、人（家族・医療者など）がわからない・見たり聞いたりしたことを覚えていない、思い出せない（記憶障害）・文字が書けない、うまく話せない (会話・言語の障害)

せん妄の症状

知覚障害	<ul style="list-style-type: none">・ 実際にあるものを間違えて捉える（錯覚） 例）天井のシミを見て虫がいる、という・ 実際にはないものをあると捉える（幻覚） 例）誰もいないのに人や動物がいるという・ 事実について間違った解釈をする（誤解） 例）看護師が持ってきた点滴を見て「殺される」という
情動障害	<ul style="list-style-type: none">・ 感情が不安定になる（不安・焦燥）・ 易刺激性が高まる（易怒性）・ 無欲・ 抑うつ・ 多幸福感
睡眠－覚醒サイクルの障害	<ul style="list-style-type: none">・ 不眠・ 昼夜逆転・ 夜間の焦燥性興奮

せん妄の種類

◆ 術後せん妄

- ・手術（による各種身体面の問題）をきっかけに生じるせん妄
- ・術後1～3日たってから急激に発症し、1週間前後で落ち着くという経過を辿ることが多い

◆ 薬剤性せん妄

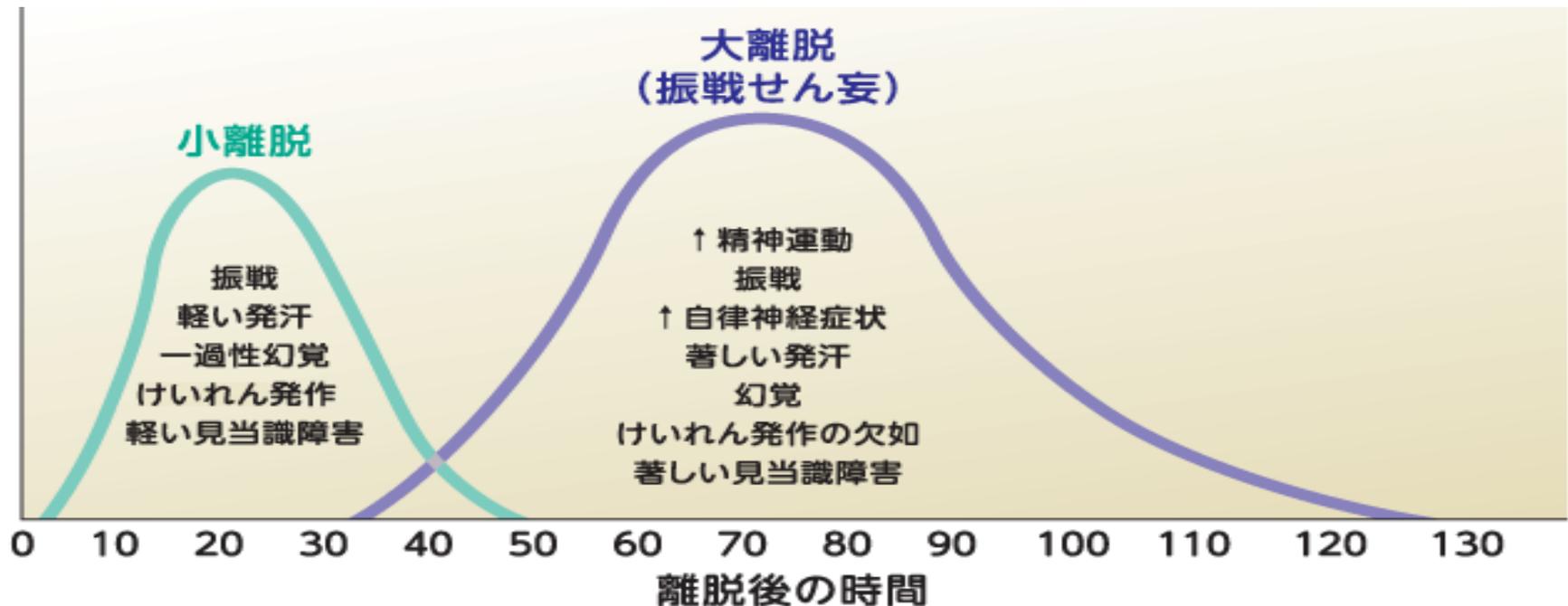
- ・薬剤が原因で生じるせん妄

◆ 離脱せん妄

- ・アルコールやベンゾジアゼピン系（BZD系）薬剤の常用者が、急にそれらを中断した時に生じるせん妄

離脱せん妄

- アルコールや薬剤（ベンゾジアゼピン系、オピオイド等）を常用している者が、急にそれらを中断した時に起こるせん妄
- 断酒や薬剤中断後、数時間から離脱症状が出現する
- 適切な対応により、多くは予防可能なせん妄である
- 身体疾患に起因するせん妄と対応が異なる



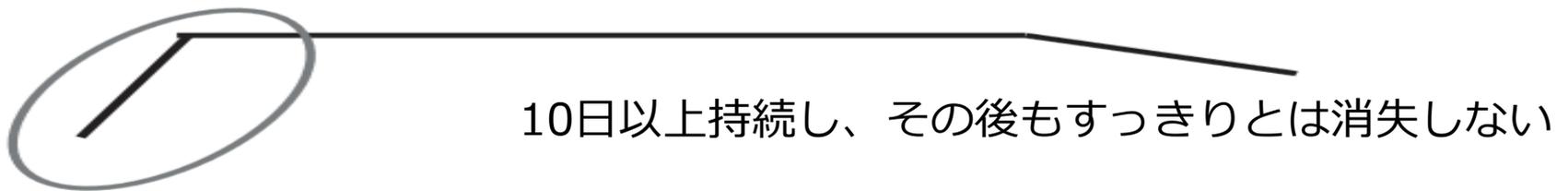
せん妄のタイプ

過活動型	低活動型	混合型
<p data-bbox="112 408 645 619">24時間以内に下記2項目以上の症状が認められた場合</p> <ul data-bbox="112 711 614 999" style="list-style-type: none">●活動量の増加●活動制御の低下●落ち着きのなさ●徘徊	<p data-bbox="697 408 1406 619">24時間以内に下記2項目以上の症状が認められた場合</p> <ul data-bbox="697 711 1392 1302" style="list-style-type: none">●活動量の減少●動作速度の遅延●周囲の状況認識の低下●発語量の減少●発語速度の遅延●無気力●覚醒度の低下／ひきこもり	<p data-bbox="1454 408 1794 768">24時間以内に過活動型と低活動型の両方が混在</p>

せん妄に気づきにくい原因

- ◆ 低活動性せん妄
 - ・ ケアに対して受け身
 - ・ 問題行動としてあらわれにくい
- ◆ 情動反応は特に見落とされる
 - ・ 不安、怒り、多幸感は心理的な反応と誤って判断される
- ◆ 症状が多岐にわたる
 - ・ 症状を理解し、判断することに慣れないと難しい
 - ・ せん妄と判断されず誤った対応がとられる

せん妄の発症経過



せん妄と認知症の違い

	せん妄	認知症
病態	身体的な因子により発症した意識障害	神経細胞脱落により生じた脳の器質的な障害
発症経過	急激で発症時期が明確	緩徐に進行
日内変動	夕方から夜間にかけて悪化。	ほぼ一定 (レビー小体型認知症など変動する病型もある)
注意力	注意障害がある 集中して話を聞けない 音に気をとられやすい	通常は正常 (レビー小体型認知症など障害される病型もある)
覚醒レベル	日中ぼんやりする 夜は活動するなど変動する	正常 (BPSDとして睡眠障害昼夜逆転が起こることはある)

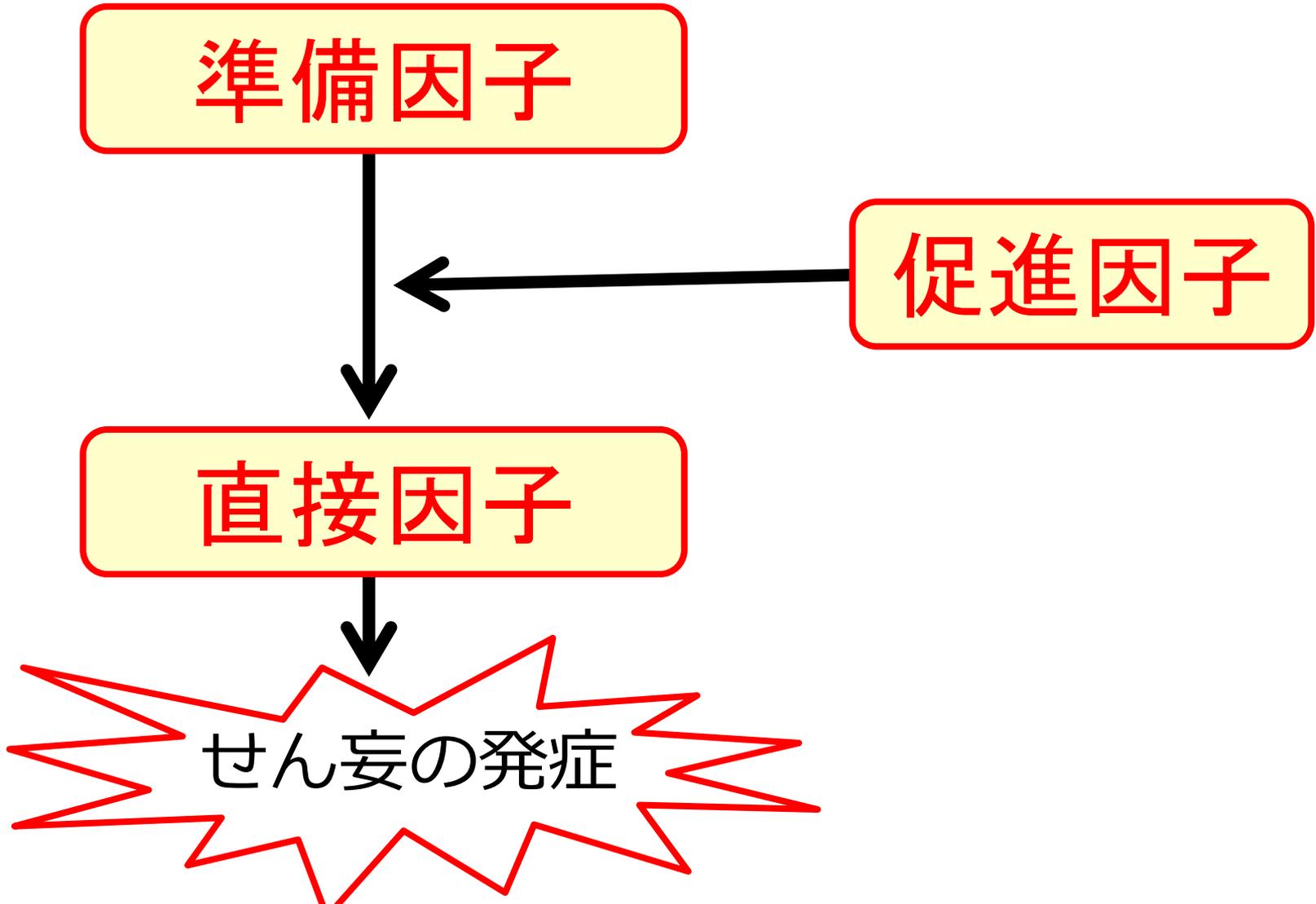
せん妄の発生に関与する3因子

準備因子

促進因子

直接因子

せん妄の発症



CONTENTS

1. せん妄の正しい理解
- 2. 準備因子から紐解く予防介入**
3. 直接因子の観察と働きかけ
4. 促進因子の除去
5. 薬物療法と非薬物療法のポイント
6. 3因子にもとづく現場でのあるある事例

準備因子

- ◆ 脳機能低下を起こしやすい状態
 - ・ 高齢（特に70歳以上）
 - ・ 脳の器質的病変の存在（脳血管障害など）
 - ・ 認知機能障害（認知症やその前駆状態）
 - ・ アルコール多飲
 - ・ せん妄の既往
 - ・ ベンゾジアゼピン系薬剤内服

せん妄初期対応アセスメントシート

せん妄患者対応アセスメントシート

STEP1 せん妄のリスク

入院時

70歳以上 脳器質的障害（脳転移含む） 認知症 アルコール多飲 せん妄の既往
ベンゾジアゼピン系内服 その他()

当てはまらない → 経過観察

1つでも当てはまれば → STEP2 せん妄症状のチェック

「ベンゾジアゼピン系内服」は薬剤師記録から確認

POINT 「何か変？」と感じた行動や言動を下記の中の近いものに当てはめてチェックしよう
 ※ピッタリ同じものでなくてOK

	精神症状	具体的な症状と確認するポイント
見る	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変容	●ボーっとしている ●もうろうとしている
	<input type="checkbox"/> 注意力の欠如	●今までできていたことができなくなる ⇒内服管理ができなくなる ⇒服装がだらしない、ベッドの周りが散らかっている など ●視線が合わずに、キョロキョロしている ●ルートに触ったり、体を起こしたり・横になったり、同じ動作を繰り返す ●周囲の音や看護師の動きに気をとられる
話す	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変容	●感情が短時間でころころと変わる ●焦燥感が強く、落ち着かない ●目がギラギラしている
	<input type="checkbox"/> 思考の解体 <input type="checkbox"/> 注意力の欠如	●話がまわりくどく、まとまらない ●つじつまが合わない ●何度も同じことを聞く ●話に集中できない ●質問と違う答えが返ってくる
聞く	<input type="checkbox"/> 注意力の欠如	見当識障害 (時間) ●今日の日付を聞く ●今の時間が何時頃か聞く (場所) ●今いる場所について尋ねる⇒自宅から病院までどうやって来るか聞いてみる
	<input type="checkbox"/> 注意力の欠如	短期記憶の障害 ●最近あった出来事を覚えているか聞く ⇒朝ごはんのメニューを覚えているか ⇒入院した日にちや治療した日を覚えているか
確認する	<input type="checkbox"/> 思考の解体	幻覚や錯覚 ●いつも見えないものやおかしなものが見えたりしていないか聞く
	<input type="checkbox"/> 急性発症もしくは症状の変動	●日内変動や数日での変化 ●以前と様子の変化がないか、家族や患者と関わっているスタッフに聞いたり、カルテを確認する

当てはまらない → STEP2.5 せん妄ハイリスク対応

1つでも当てはまれば → STEP3 せん妄対応

STEP2.5 せん妄ハイリスク対応

「せん妄ハイリスク」とカルテに記載
看護計画を立案
状態一括登録「せん妄ハイリスク」に変更
医師に「せん妄ハイリスク」を連絡（初回のみ）

その後の評価は
 ・1週間に1回
 ・手術後1日目、3日目
 ・身体症状の変化や「何か変？」と感じた時

STEP3 せん妄対応

「せん妄症状が疑われる」とカルテに記載し、看護計画を変更
状態一括登録「せん妄あり」に変更
医師に「せん妄症状あり」を報告（初回のみ）

※大事なものは診断できることなく、せん妄予防とケアがすぐに始まること

体	検査・観察項目	対応
<input type="checkbox"/>	炎症	感染兆候の検索と対応、熱苦痛の緩和
<input type="checkbox"/>	低カルシウム	低カルシウム血症の検索と治療
<input type="checkbox"/>	電解質異常 (Na, Ca)	採血データの確認、補正
<input type="checkbox"/>	脱水	飲水励行、脱水補正
<input type="checkbox"/>	便秘	排便の確認、排便コントロール
<input type="checkbox"/>	疼痛	疼痛の評価と適切な疼痛マネジメント
<input type="checkbox"/>	睡眠への障害	睡眠時中のケア、音量を音量避ける
環境	環境調整	環境調整
<input type="checkbox"/>	低活動	日中の活動を促す
<input type="checkbox"/>	聴覚、視覚障害	眼鏡、補聴器の使用、耳垢の除去
<input type="checkbox"/>	環境変化による戸惑い	安全な環境作り、転倒・駆逐移動を避ける
心	心理的ケア	心理的ケア
<input type="checkbox"/>	理解力低下	適切な説明とわかりやすい説明 見当識を促す（時計とカレンダーの設置） 家族と友人との定期的な面会
薬	薬物管理	薬物管理
<input type="checkbox"/>	せん妄の原因となる薬	中止・減量を検討
<input type="checkbox"/>	せん妄症状を改善する薬	ベンゾジアゼピン、ステロイド、オピオイド リスパダール [®] 、セロクエル [®] 、ジプレキサ [®] など

国立がん研究センター
DELTA Program

https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/DELTA_sheet_20170227.pdf
 (2024.8.31アクセス)

STEP1 せん妄のリスク

STEP1 せん妄のリスク

入院時

- 70歳以上
- 脳器質的障害（脳転移含む）
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- ベンゾジアゼピン系薬剤内服
- その他（ ）

1つでも当てはまれば

STEP2 せん妄症状のチェック

当てはまらない

経過観察

STEP2 せん妄症状のチェック

	精神症状	具体的な症状と確認するポイント
見る	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変容	◆ボーっとしている ◆もうろうとしている
	<input type="checkbox"/> 注意力の欠如	◆今までできていたことができなくなる ⇒内服管理ができなくなる ⇒服装がだらしなくなる、ベッドの周りが散らかっている など ◆視線が合わずに、キョロキョロしている ◆ルートに触ったり、体を起こしたり・横になったり、同じ動作を繰り返す ◆周囲の音や看護師の動きに気をとられる
話す	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変容	◆感情が短時間でころころと変わる ◆焦燥感が強く、落ち着かない ◆目がギラギラしている
	<input type="checkbox"/> 思考の解体	◆話がまわりくどく、まとまらない ◆つじつまがあわない
	<input type="checkbox"/> 注意力の欠如	◆何度も同じことを聞く ◆話に集中できない ◆質問と違う答えが返ってくる
聞く	<input type="checkbox"/> 注意力の欠如	見当識障害 (時間) ◆今日の日付を聞く ◆今の時間が何時頃か聞く (場所) ◆今いる場所について尋ねる⇒ <u>自宅から病院までどうやって来るか聞いてみる</u>
	<input type="checkbox"/> 注意力の欠如	短期記憶の障害 ◆最近あった出来事を覚えているか聞く ⇒ <u>朝ごはんのメニューを覚えているか</u> ⇒ <u>入院した日にちや治療した日を覚えているか</u>
	<input type="checkbox"/> 思考の解体	幻覚や錯覚 ◆いつも見えないものやおかしなものが見えたりしていないか聞く
確認する	<input type="checkbox"/> 急性発症もしくは症状の変動	日内変動や数日での変化 ◆以前と様子の変化がないか、家族や患者と関わっているスタッフに聞いたり、カルテを確認する

STEP2 せん妄症状のチェック

STEP2 せん妄症状のチェック

当てはまら
ない

STEP 2.5 せん妄ハイリスク対応

- 「せん妄ハイリスク」とカルテに記載
- 看護計画を立案
- 医師に「せん妄ハイリスク」を連絡（初回のみ）

その後の評価は

- 1週間に1回
- 手術後1日目
3日目
- 身体症状の変化や「何か変？」と感じた時

1つでも当て
はまれば

STEP 3
せん妄対応

STEP3 せん妄対応

STEP 3 せん妄対応

- 「せん妄症状が疑われる」とカルテに記載し、看護計画を変更
- 医師に「せん妄症状あり」を報告（初回のみ）

※大事なのは診断できることではなく、せん妄予防とケアがすぐに始まること！

体	<input type="checkbox"/> 炎症	感染兆候の検索と対応、熱苦痛の緩和
	<input type="checkbox"/> 低酸素	低酸素の評価と酸素投与の検討
	<input type="checkbox"/> 電解質異常 (Na,Ca)	採血データの確認、補正
	<input type="checkbox"/> 脱水	飲水励行、脱水補正
	<input type="checkbox"/> 便秘	排便の確認、排便コントロール
	<input type="checkbox"/> 疼痛	疼痛の評価と適切な疼痛マネジメント
	<input type="checkbox"/> 睡眠への障害	睡眠時間中のケア、処置を極力避ける
環境	<input type="checkbox"/> 低活動	日中の活動を促す
	<input type="checkbox"/> 難聴、視覚障害	眼鏡、補聴器の使用、耳垢の除去
	<input type="checkbox"/> 環境変化による戸惑い	安全な環境作り、転棟・部屋移動を避ける
心	<input type="checkbox"/> 理解力低下	適切な照明とわかりやすい標識見当識を促す（時計とカレンダーの設置） 家族と友人との定期的な面会
薬	<input type="checkbox"/> せん妄の原因となる薬	中止・減量を検討 ベンゾジアゼピン、ステロイド、オピオイド
	<input type="checkbox"/> せん妄症状を改善する薬	リスパダール®、セロクエル®、ジプレキサ®など

せん妄ハイリスク患者ケア加算

せん妄のリスクを確認し、その結果にもとづいてせん妄対策を講じた場合に、限り算定できる。

入院中1回に限り、100点

- ◆ **せん妄のアセスメントとケアに診療報酬がつくことは、看護の仕事が評価されるということ**

予防介入の具体策

- ◆ 情報収集
例) せん妄の既往
以前の様子をふまえた環境づくり

- ◆ 環境整備
部屋のレイアウト（ベッドの位置など）の検討
できるだけ光のあたる場所

- ◆ 薬剤
不眠不穏時指示の見直し
せん妄対策用の指示へ

- ◆ 指導
禁酒指導（外来）
せん妄という病態についての情報提供



八田耕太郎：せん妄
ハンドブック，中外
医学社，2021

CONTENTS

1. せん妄の正しい理解
2. 準備因子から紐解く予防介入
- 3. 直接因子の観察と働きかけ**
4. 促進因子の除去
5. 薬物療法と非薬物療法のポイント
6. 3因子にもとづく現場でのあるある事例

直接因子

◆ せん妄そのものの原因

- 脱水
- 低酸素（呼吸不全）
- 感染症（肺炎、敗血症等）
- 血液学的異常（貧血、DIC等）
- 代謝性異常
（肝腎不全、高Ca血症、電解質異常等）
- 中枢神経の病変（脳転移、がん性髄膜炎等）
- 手術侵襲
- 薬剤性
（オピオイド、BZD系薬剤、ステロイド等）

ナースに必要な観察の知識

せん妄は身体の問題から生じる

ということは、身体の変化に気づく力が必要！

フィジカルアセスメント・臨床推論の重要性

例)

- 低酸素：胸部レントゲンはどうなっている？
- 高カルシウム血症：血清Ca値が13.6mg/dl
これって・・・？
- オピオイド：痛みが強くてレスキューが増えている
どのくらい増えている？

ナースにできる働きかけ

- ◆ 身体的治療のサポート
身体の回復でせん妄も改善する可能性がある
→ できる限り直接因子を取り除く！
 - ・点滴や処置を確実に行う
 - ・ドレーン量など記録を確実に行う
- ◆ 複数の直接因子があることを想定して観察する
(フィジカルセスメント・臨床推論)
- ◆ 屯用指示を適切に使用する
 - 発熱時 疼痛時
 - 不眠時 不穏時

CONTENTS

1. せん妄の正しい理解
2. 準備因子から紐解く予防介入
3. 直接因子の観察と働きかけ
- 4. 促進因子の除去**
5. 薬物療法と非薬物療法のポイント
6. 3因子にもとづく現場でのあるある事例

促進因子

- ◆ 発症を促進・重症化・遷延化させる要因
 - ・ 環境の変化（慣れない入院環境）
 - ・ 精神的苦痛（不安、ストレス）
 - ・ 感覚遮断（視力・聴力障害等）
 - ・ 睡眠-覚醒サイクルの障害（夜間の処置等）
 - ・ 可動制限（身体拘束・強制臥床）
 - ・ 不快な身体症状
（疼痛、呼吸困難、便秘、尿閉等）

促進因子への対応 大切にしたい考え方

- ◆ 促進因子への対応 = 非薬物療法
- ◆ ナースが直接的に働きかけて、取り除くことができる因子
(ナースがカギを握っている！)
- ◆ 医療に関連して生じる苦痛を取り除く
 - ・ 身体拘束
 - ・ 褥瘡、点滴、処置による痛みは最小限に

身体拘束の具体的な行為

①徘徊しないよう車椅子やベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る	⑦立ち上がりを妨げるような椅子を使用する
②転落しないようベッドに体幹や四肢をひも等でしばる	⑧脱衣等をふせぐために、介護衣（つなぎ服）を着せる
③自分で降りられないようベッドを柵で囲む	⑨他人への迷惑行為をふせぐためにベッド等に体幹や四肢をひも等でしばる
④チューブ類を抜かないよう四肢をひも等でしばる	⑩向精神薬を過剰に服用させる
⑤チューブ類を抜かないように、ミトン型の手袋をつける	⑪自分で開けることのできない居室等に隔離する
⑥ずり落ちたり、立ち上がったたりしないようY字型抑制帯をつける	

身体拘束をめぐる動向

出典

全日本病院協会：身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書、公益社団法人 全日本病院協会、2016

https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/160408_2.pdf

(2024年9月2日閲覧)

- ・ 全国の病院・介護施設等712機関を対象に調査
- ・ 病院と施設の両方からの大規模調査

「身体拘束を行うことがある」と回答した割合

n=712

身体拘束11行為	病院の病棟						
	医療保険適用病床						介護療養型 医療施設
	一般病棟 7:1/10:1	一般病棟 13:1/15:1	地域包括 ケア病棟等	回復期リハ ビリテー ション病棟	障害者施設 等	医療療養 病棟	
1) 徘徊しないよう車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る	51.7%	31.6%	49.3%	35.6%	28.3%	25.0%	12.1%
2) 転落しないよう体幹や四肢をひも等で縛る	57.9%	21.1%	47.8%	35.6%	30.4%	30.0%	8.5%
3) ベッドの四方を柵や壁で囲む	80.7%	78.9%	86.8%	69.0%	65.9%	67.2%	60.0%
4) チューブを抜かないよう四肢をひも等で縛る	63.8%	47.4%	66.7%	35.6%	41.3%	43.3%	20.7%
5) 手指の機能を制限するミトン型の手袋等	86.2%	73.7%	94.2%	72.9%	80.4%	85.2%	71.7%
6) Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける	72.4%	68.4%	80.0%	74.6%	65.2%	54.1%	32.8%
7) 立ち上がりを妨げるような椅子を使用	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.5%
8) 介護衣(つなぎ服)を着せる	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	32.8%
9) 他人への迷惑行為を防ぐためベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10) 向精神薬の多剤併用	5.1%	15.3%	48.5%	45.6%	31.6%	44.3%	24.6%
11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離	3.4%	5.3%	0.0%	1.7%	2.2%	4.9%	1.8%
1~11のうち1つ以上を実施	93.1%	94.7%	98.6%	91.5%	93.5%	91.8%	85.0%

病院 平均 93.8%

	介護施設等				病棟・介 護施設等 合計
	介護老人 保健施設	介護老人 福祉施設	特定施設 (有料老人 ホーム)	サービス付 高齢者向け 住宅	
1) 徘徊しないよう車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る	1.4%	1.4%	1.3%	0.0%	18.9%
2) 転落しないよう体幹や四肢をひも等で縛る	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	19.2%
3) ベッドの四方を柵や壁で囲む	24.7%	8.1%	16.9%	9.4%	46.0%
4) チューブを抜かないよう四肢をひも等で縛る	6.9%	6.8%	2.6%	0.0%	27.0%
5) 手指の機能を制限するミトン型の手袋等	31.5%	26.0%	15.6%	8.3%	53.8%
6) Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける	22.0%	12.0%	12.0%	2.5%	40.9%
7) 立ち上がりを妨げるような椅子を使用	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.1%
8) 介護衣(つなぎ服)を着せる	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.1%
9) 他人への迷惑行為を防ぐためベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.1%
10) 向精神薬の多剤併用	13.9%	5.6%	10.5%	8.3%	27.2%
11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離	0.0%	2.7%	1.3%	1.2%	1.9%
1~11のうち1つ以上を実施	46.6%	33.3%	32.5%	24.7%	65.9%

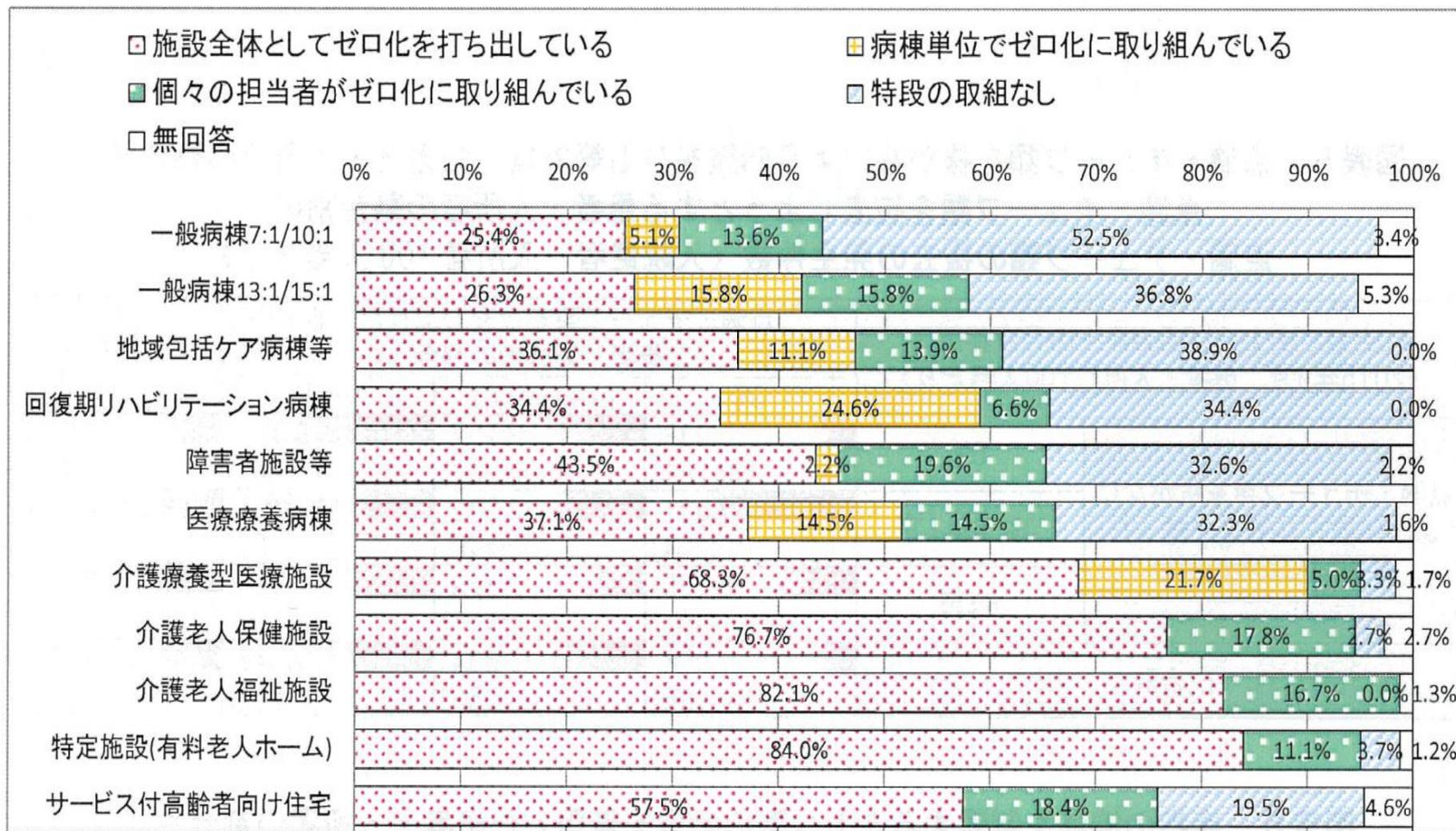
施設 平均 44.4%

全体平均 65.9%

身体拘束の最小化に向けた取り組み

図表7 身体拘束ゼロ化に向けた取組の単位

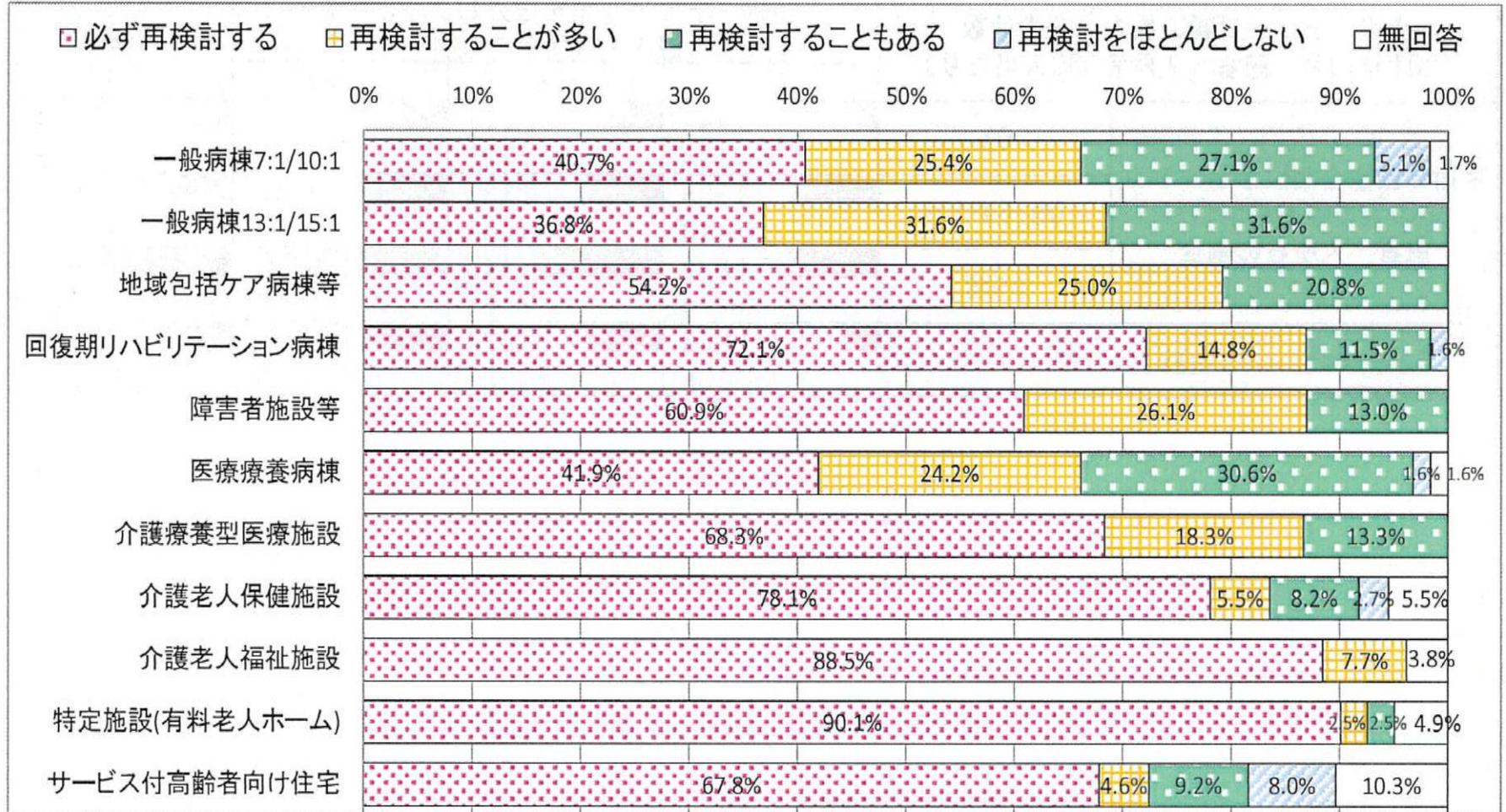
n=712



身体拘束の最小化に向けた取り組み

図表8 身体拘束を実施する前における、拘束を避けるためのケアの再検討

n=712



身体拘束の弊害

身体面	関節拘縮 : 高齢者フレイル・サルコペニア
	血行障害 : 深部静脈血栓
	皮膚障害 : 褥瘡などスキントラブル
	胃腸障害 : ストレス性潰瘍、食欲低下
	転倒・転落 : 無理な動き、すり抜けなどによる
精神面	意欲低下・抑うつ・あきらめ・屈辱感 : 尊厳が脅かされ、信頼関係に影響する
	不安・怒り : 興奮し、さらなるせん妄の助長をまねく
社会面	家族の苦痛 : 罪悪感、後悔
	医療者の士気の低下 : 仕事の質への疑問
	入院長期化による経済的影響 : 医療費増大
	社会的意義 : 病院への不信、偏見

身体拘束最小化に関する取り組みの紹介

目的：部署のスタッフを牽引する看護師長の認識・知識を強化

- ・身体拘束実施状況の可視化（実施率の比較）
- ・看護管理者を対象にしたミニセミナーの開催

＜実施内容＞

- ・ユマニチュード
- ・身体拘束しないための工夫とグッズ
- ・不穏を助長する症状への対応
（例 掻痒感・倦怠感・排尿自立支援）
- ・身体拘束に関する裁判例の紹介

前後3か月間を比較

全体の有意差はみられなかったが、部署によっては半減
看護管理者の言葉・姿勢で身体拘束が低減する可能性

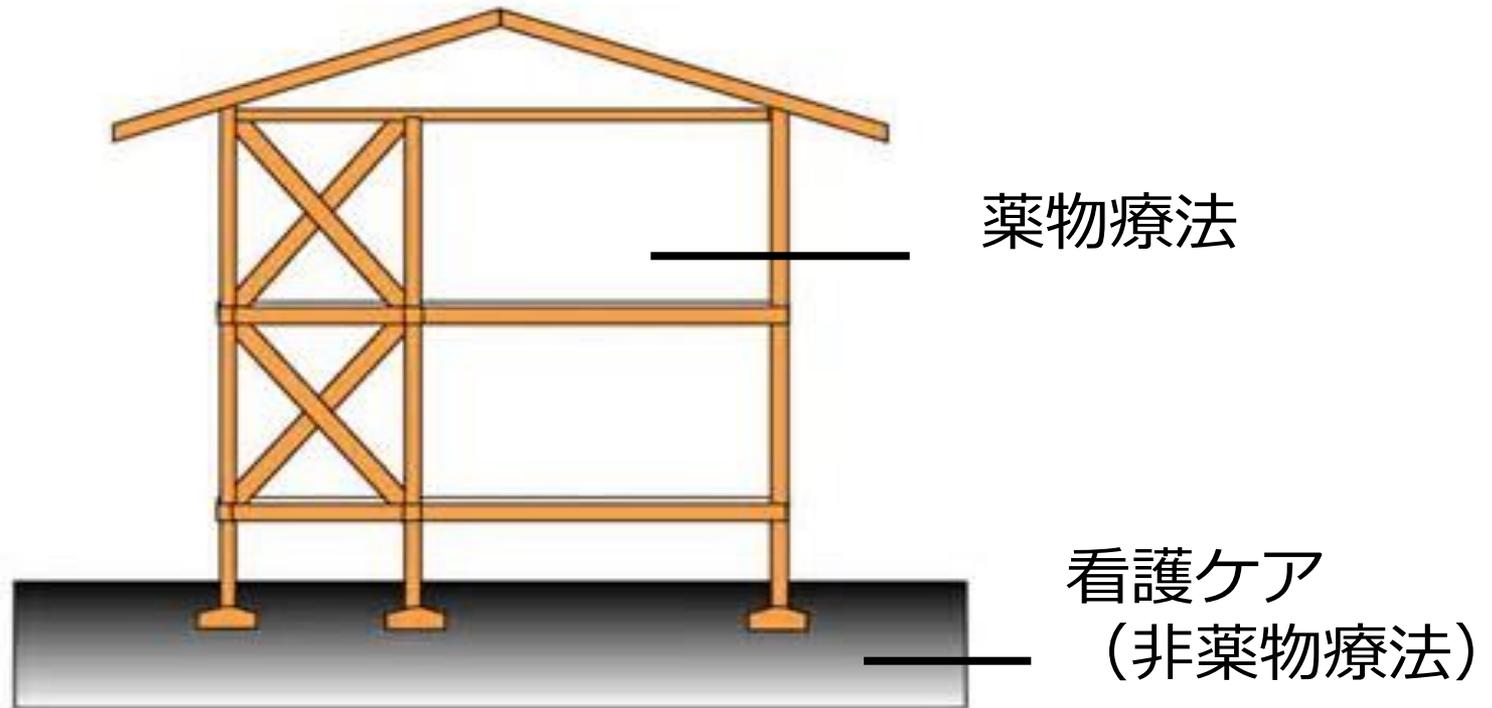
看護師として大切にしたい視点

- ◆ 「身体拘束をゼロにする」というよりも
患者さんのQOLをあげる、という視点
- ◆ 私たち医療者が「身体拘束する」状態をつくりだしていないか、広げていないかという視点
 - ・フレイル、サルコペニアの問題
 - ・私たち自身の不安
- ◆ 医療者の責任は転倒・抜去されないようにすることだけではない。転倒・抜去を前提にいかに対策をたてられるか、そして起こったあとに丁寧な対応ができるかどうか、という視点

CONTENTS

1. せん妄の正しい理解
2. 準備因子から紐解く予防介入
3. 直接因子の観察と働きかけ
4. 促進因子の除去
- 5. 薬物療法と非薬物療法のポイント**
6. 3因子にもとづく現場でのあるある事例

看護ケア（非薬物療法）は 薬物療法を支える土台



せん妄の原因になりやすい薬剤

薬剤性のせん妄と評価されたがん患者を対象として
原因薬剤を調査

Tuma et al. Arch Neurol. 2000

原因薬剤	割合 (%)
オピオイド	54
ベンゾジアゼピン系	24
コルチコステロイド	21
H2遮断薬	19
抗けいれん薬	6

せん妄に使用してはいけない薬剤

せん妄、せん妄ハイリスク、高齢者、認知症の方に
ベンゾジアゼピン系薬剤は使用しない

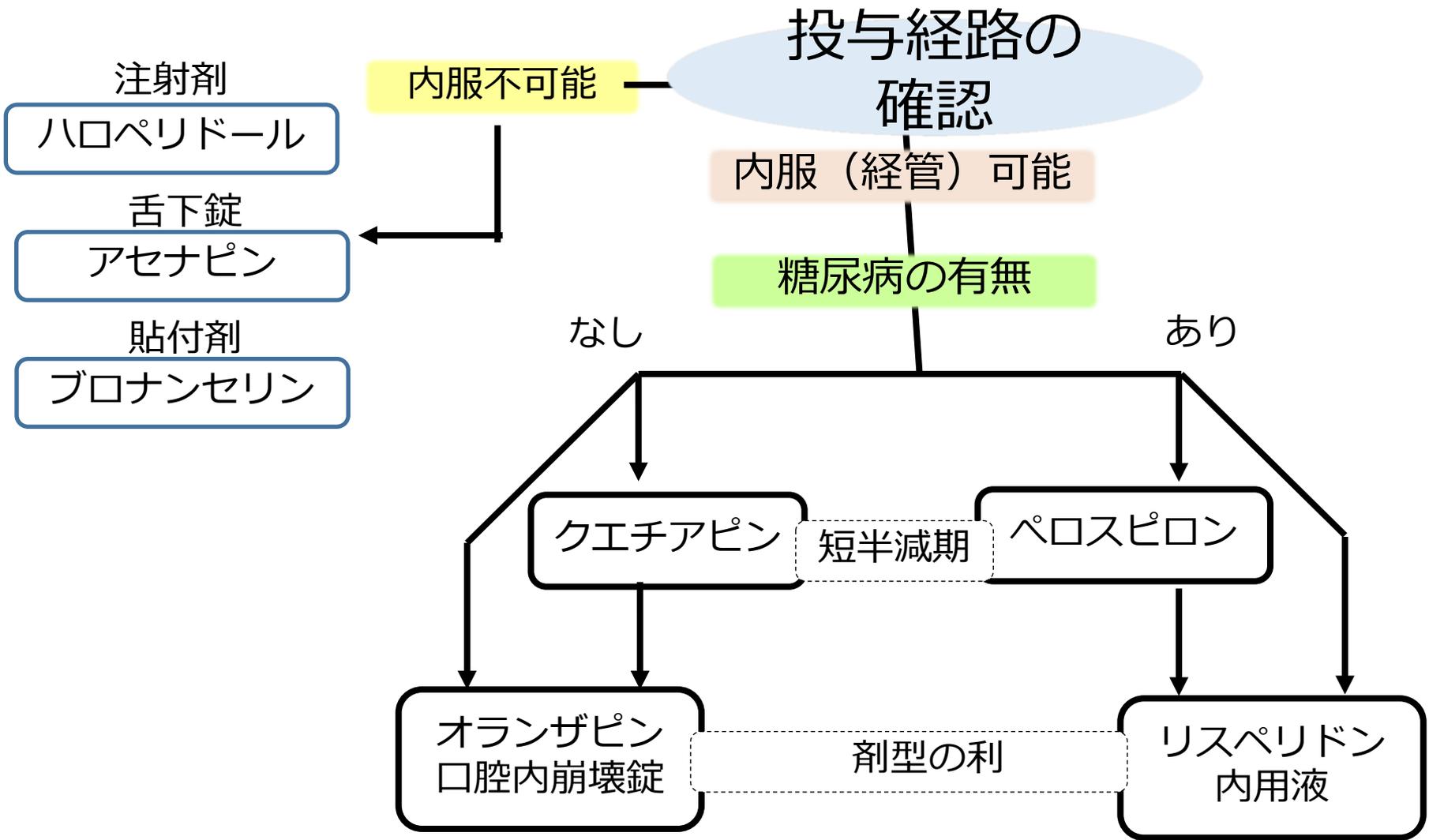
- ・ブロチゾラム（レンドルミン[®]）
- ・トリアゾラム（ハルシオン[®]）
- ・エチゾラム（デパス[®]）
- ・ゾルピデム（マイスリー[®]） その他多数

注：ゾルピデムは非ベンゾジアゼピン系薬剤だが同様に扱う

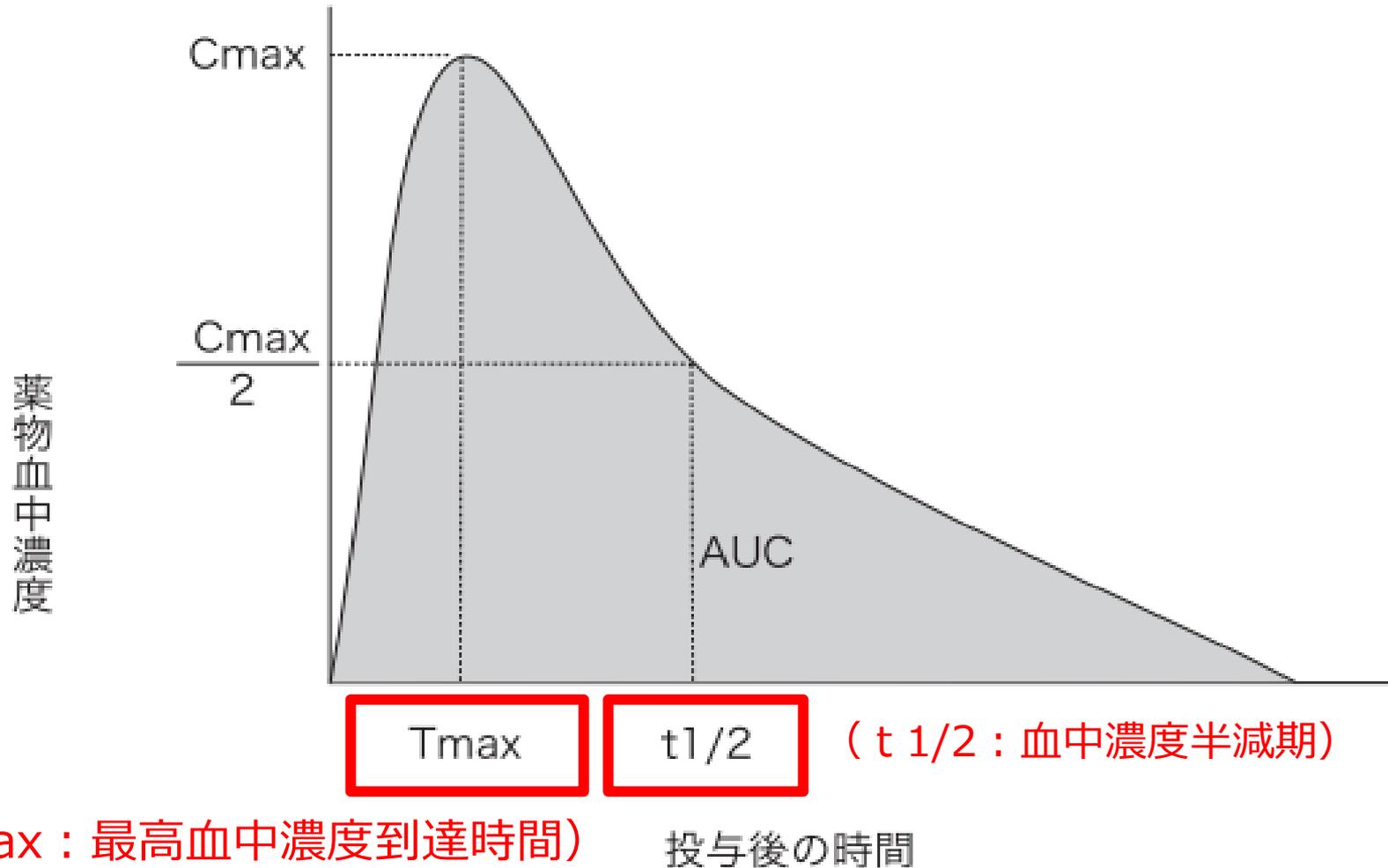
<例外>

- ・長期常用者
急に中止すると離脱症状（不安、不穏、
反跳性不眠など）が起きやすい
- ・アルコール離脱症状

せん妄に対する薬物療法アルゴリズム



ナースに必要な薬物動態の知識



せん妄治療に用いる薬剤の例

種類	剤形	薬剤名 (商品名 [®] /一般名)	T max	T 1/2	特徴
抗精神病薬	内服	セロクエル [®] (クエチアピン)	1.3~1.4 h	3.3~3.5h	作用時間が短い、糖尿病に禁忌
		ルーラン [®] (ペロスピロン)	0.5~4h	1~3h	作用時間が短い
		ジプレキサ [®] (オランザピン)	4.8h	28.5h	作用時間が長い、糖尿病に禁忌
		リスパダール [®] (リスペリドン)	1.1~3.3h	4 (未変化体) ~21h (主変化体)	薬剤自体のT 1/2は短いが活性代謝産物のT 1/2は長い (持ち越す)
		シクレスト [®] (アセナピン)	1.0h	24h	効果発現が早く長く持続する 舌下錠
	貼付	ロナセンテープ [®] (ブロナンセリン)	24.0h	46.5h	24時間毎に張り替える 鎮静作用は弱い
	点滴	セレネース [®] (ハロペリドール)	5.1h	51.6h	作用時間が長い

不穩っぽい！？
その時どうする？

屯用薬をどう選択するか

指示簿例①

不眠時：ゾルピデム10mg 1T
不穩時：アタラックスP25mg
+ 生食50ml

指示簿例②

不眠時：デエビゴ5mg 1T
不穩時：クエチアピン (25)
1T 1日3回まで

このような指示内容だった場合、どう考える？ どう使う？

- ・ゾルピデムは不適切な薬剤
- ・内服ができたとしても、点滴アタPで初期対応するのが最善
- ・早めにせん妄用の指示へ切り替えてもらうよう、医師へ相談する

- ・不眠時から使用しても間違いではないが、すでに不穩の場合は不穩時クエチアピンから選択してもよい
- ・クエチアピンのTmaxは1時間半程度なので、それを目安に追加を検討する

抗精神病薬の副作用

錐体外路症状	アカシジア（静座不能症） 振戦、筋強剛、流延、仮面様顔貌 歩行障害、嚥下障害など
精神神経症状	傾眠、過鎮静
高血糖	口渇、多飲、頻尿
循環器系症状	めまい、動悸、胸部不快感 QT延長、不整脈、起立性低血圧など
悪性症候群	急性の発熱、発汗、血圧変化、など

非薬物療法

看護師の姿勢

見当識の
サポート

身体感覚の
サポート

安心感の
サポート

具体的な
ケアの工夫

<ポイント>

- ◆ あたりまえのことをあたりまえに積み重ねる
- ◆ 一方で、「あたりまえ=慣習・固定観念」にとらわれず、疑問・アイデアがあれば柔軟に動く

看護師の姿勢

患者さんにとって、看護師は‘人的環境’

- ◆ 患者を名前で呼び、看護師も名乗る
- ◆ はっきり、ゆっくり、低いトーンで話しかける
- ◆ 1度にひとつの質問
- ◆ 短く、簡潔で、具体的な言葉を選ぶ
- ◆ 視線は患者と同じ、もしくは低くし、威圧的にならないように。
- ◆ 批判しない、怒らない
- ◆ 危険物の確認・観察
- ◆ 注意を削ぐような刺激を減らす（特に、注意障害）

見当識のサポート

- ◆ 時間、場所、状況について現実的な見当識を継続的に与える
→ **カレンダー・時計を見える位置に！**
- ◆ 適度な情報が刺激となるよう、日々のニュースを知らせる → テレビ・新聞等の活用
- ◆ サーカディアンリズムを刺激して整える
→ できるだけ午前中に**日光**にあたる。
また、太陽光が入るように**部屋やベッドのレイアウトを検討**する
- ◆ 適度な**運動・活動**を取り入れる
→ 車いす乗車、散歩等

安心感のサポート

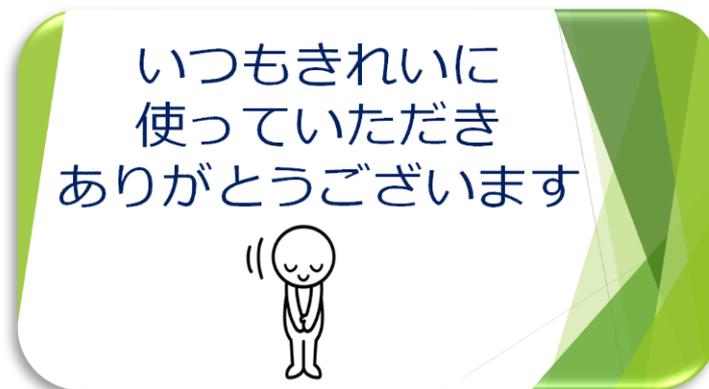
- ◆ 愛用品や親しみがあるもの（大切にしていたもの、家族の写真など）を見える位置におく
- ◆ 可能であれば家族の付き添いを考える。また、電話で声を聴く機会をつくる → 家族をケアに巻き込む
- ◆ 不快刺激となる音は排除あるいは最小限にする
- ◆ 照明や室温など患者の希望を取り入れ、声かけなしに突然変えない
- ◆ スタッフステーションで一緒に過ごす
- ◆ 幻覚に対しては、患者が体験していることは認める
→ 患者が**感じている感情（怖い、悲しい、驚きなど）**
に焦点を当てた声かけをする
 - × 誰もいませんよ
 - それは気持ち悪いですね
あっちに行くよう言っておきます

具体的なケアの工夫

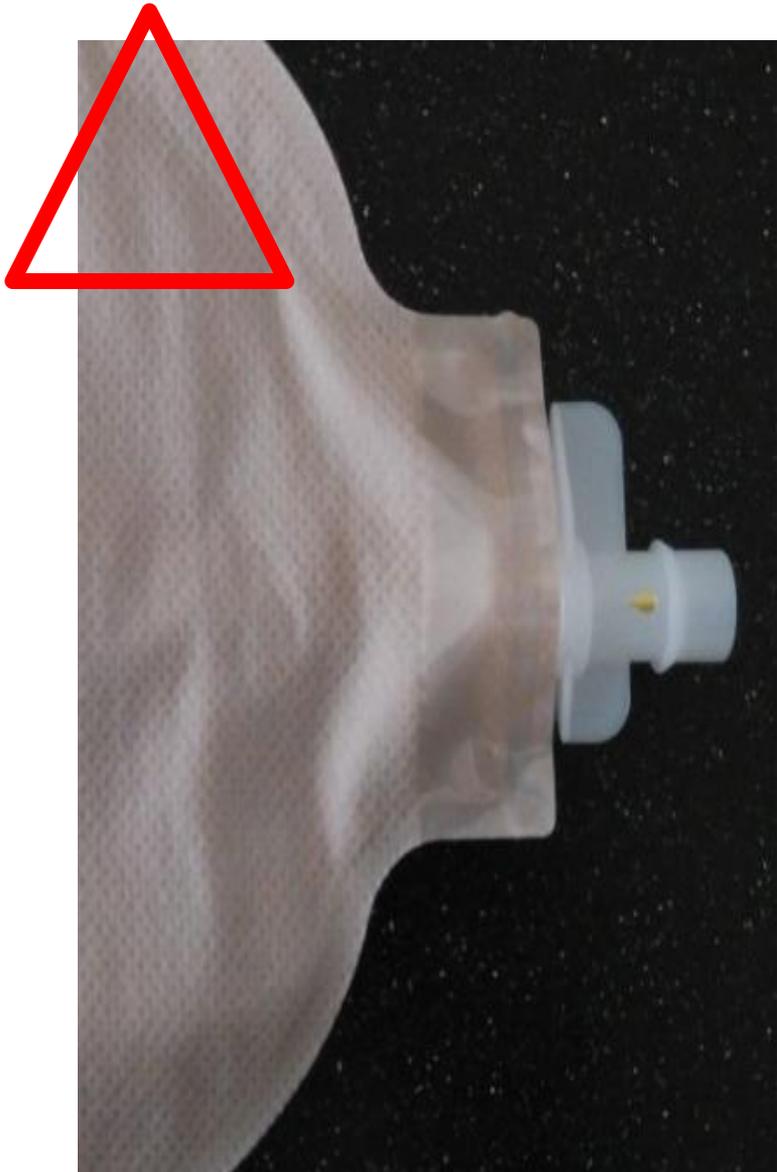
- ◆ ルート類は可能な限り早期に抜去する。抜去できない時は、ルート・ドレーン類をタオルで隠すなどして目に入りにくくする。あえてテープを最小限にしてみるのもひとつ。(抜かれることを、過度に‘悪いこと’と捉えない)
- ◆ 鏡を見せて、チューブが入っている鼻を見せる。実際に触ってもらうのもひとつ。
- ◆ 点滴刺入部に「点滴」「抜かないでください」と書いてみる
- ◆ ルート、チューブ以外のものに関心を向けるようにする
→ 例) めいぐるみを抱くと落ち着く人がいる
- ◆ 家族の声を録音して聞かせてみる
- ◆ 脱衣の場合、服のサイズを見直してみる
 - ・・・など、柔軟にアイデアを出して、やってみる！！

ナッジ理論 (nudge)

- ◆ 行動経済学の理論
(英) nudge : 背中を押す、軽くひじ先でつつく
- ◆ 強制ではなく、よりよい選択をするよう
「そっと後押しする」こと
無意識に自発的な行動変容を促す
- ◆ 医療や介護の現場での活用が期待されている
<街中で見かける例>



工夫例



CONTENTS

1. せん妄の正しい理解
2. 準備因子から紐解く予防介入
3. 直接因子の観察と働きかけ
4. 促進因子の除去
5. 薬物療法と非薬物療法のポイント
- 6. 3因子にもとづく現場でのあるある事例**

3因子にもとづく現場でのあるある事例

事例1 76歳 男性 肝臓がん 手術目的で入院

<準備因子>

- ☑ 70歳以上
- ☑ アルコール多飲

<直接因子>

- ☑ 手術侵襲
- ☑ 貧血

<促進因子>

- ☑ 創痛
- ☑ 環境変化 (ICU)
- ☑ 身体拘束・強制臥床
- ☑ ストレス

<経過>

- ・ 術後2日目の夜間にベッドから起き上がろうとしたり、大声を出すなどの不穏が活発化。
- ・ 日中は傾眠傾向で、3日目の夜間にも不穏がみられた。
- ・ 4日目に一般病床へ移動
- ・ 6日目頃より不穏軽減

年齢とアルコール多飲という準備因子に手術侵襲が直接因子として加わり、さらに複数の促進因子の刺激もあいまってせん妄が発症。

入院直前まで飲酒していたことが判明
→ 禁酒指導および飲酒に関する確認が重要な事例

3因子にもとづく現場でのあるある事例

事例2 80歳 女性 大腸がん 手術目的で入院

<準備因子>

- ☑ 70歳以上
- ☑ MCI（軽度認知障害）

<直接因子>

- ☑ 手術侵襲

<促進因子>

- ☑ 創痛
- ☑ 環境変化
- ☑ 身体拘束・強制臥床
- ☑ ストレス
- ☑ 難聴
- ☑ 視力低下

<経過>

- ・ 術直後から起き上がる行動がみられたため、体幹拘束を実施
- ・ すると、「助けて～」 「殺される～」と興奮がより強くなった。

年齢と軽度認知障害という準備因子に手術侵襲が直接因子として加わったことでせん妄が発症。

さらに身体拘束が促進因子として加わったことでせん妄症状が増悪。

せん妄そのものは準備因子と直接因子から発生しているが、身体拘束が促進因子としてさらに助長させている事例

文献

- 1) 厚生労働省：身体拘束ゼロの手引き, 2001
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf (2024年8月31日アクセス)
- 2) 日本総合病院精神医学会編：せん妄の治療指針, 星和書店, 2005
- 3) 日本総合病院精神医学会編：身体拘束・隔離の指針, 星和書店, 2007
- 4) 茂呂悦子：せん妄であわてない, 医学書院, 2011
- 5) 日本総合病院精神医学会編：せん妄の臨床指針 第2版, 星和書店, 2015
- 6) 長谷川真澄、粟生田友子 編著：チームで取り組むせん妄ケア, 医歯薬出版株式会社, 2017
- 7) 六角僚子、種市ひろみ、本間昭：認知症のある患者さんのアセスメントとケア, ナツメ社, 2018
- 8) 小川朝生、佐々木千幸：DELTAプログラムによるせん妄対策, 医学書院, 2019
- 9) 鈴木みずえ編：認知症plus転倒予防 せん妄・排泄障害を含めた包括的ケア, 日本看護協会出版会, 2019
- 10) 山口潔 他：60分でわかる！認知症対策, 技術評論, 2020
- 11) 後藤明莉：脳に働きかけた認知症高齢者の看護, 精神科看護, vol,46 No.12 , 2019
- 12) 佐々木周作：医療現場の行動経済学の“過去・現在・未来”, 医学のあゆみ, vol275 No.8 , 2020