
資 料

急性期病院における高齢患者の不穏状態と看護師の困難感

倉岡有美子¹, 井部 俊子¹, 松永 佳子², 中村 綾子³,
赤沢 雪路⁴, 川嶋みどり⁵, 守田美奈子⁵, 阿保 順子⁶,
上野 優美⁴, 福榮 みか⁴

Difficulties Faced by Nurse in Caring for Elderly Patients in an Acute Hospital when Symptoms of Confusion Appear

Yumiko Kuraoka, Toshiko Ibe, Yoshiko Matsunaga, Ayako Nakamura,
Yukiji Akazawa, Midori Kawashima, Minako Morita, Junko Abo,
Yumi Ueno, Mika Fukue

キーワード：急性期病院、高齢者、不穏、看護師、困難感

key words : acute hospital, elderly patient, confusion, nurse, difficulty

要 旨

急性期病院の病棟看護師が、不穏状態の高齢患者の対応において何を困難と認識しているのか現状を明らかにすることを目的として、2010年10月～12月に調査を実施した。30の急性期病院の看護師長200名に自記式質問紙を配布し、148名から回答を得た（回収率74%）。その結果、調査対象期間の1週間に不穏状態となった高齢患者の症状別の人数は、興奮状態106人であり、次いで睡眠障害98人、不安抑鬱が76人であった。また、病棟看護師が対応困難なことは、「カテーテルや点滴の自己抜去」96.5%が最も多く、次いで「転倒・転落」95.1%、「説明しても理解が得にくい」88.2%であった。さらに、患者対応に関する相談相手は、主治医、精神科医が主であった。一方、専門看護師や認定看護師が勤務する施設では、必ず彼らに相談しており、その場合は、症状の解決に対する評価が高かった。

受付日：2013年9月24日 受理日：2014年1月21日

1. 聖路加看護大学 St. Luke's College of Nursing
2. 東邦大学看護学部 Faculty of Nursing, Toho University
3. 昭和大学豊洲クリニック Showa University Toyosu Clinic
4. 横浜市立みなと赤十字病院 Yokohama City Minato Red Cross Hospital
5. 日本赤十字看護大学 The Japanese Red Cross College of Nursing
6. 長野県看護大学 Nagano College of Nursing

I. 緒言

近年、人口の高齢化にともない、高齢の入院患者が増加している。厚生労働省平成20年度患者調査（概要）によれば、推計による1カ月あたりの総入院患者数のうち65歳以上が占める割合は約67%（厚生労働省、2008, p.3）である。海外の調査では、入院中の高齢者の25～40%がせん妄を合併（Inouye, 1994, p.278-288）し、せん妄を合併した高齢患者の1年以内の死亡率は35～40%（Moran, 2001, p.39）と指摘されている。せん妄の診断ツールとして1990年に米国ハーバード大学のSharon Inouye氏が開発したConfusion Assessment Method（CAM）によると、(1)急性の発症と症状の動揺（時間とともに変化すること）、(2)注意力の欠如、(3)思考の錯乱、(4)意識レベルの変化、のうち(1)+(2)+(3)または(1)+(2)+(4)を満たせばせん妄と診断される。高齢の入院患者は、せん妄に関する症状のみならず、徘徊、興奮状態、不安や抑鬱、睡眠障害、異食、暴言暴力、紛失や盗難の訴え、帰宅願望、焦燥感などの症状を呈することが多く、臨床現場ではこれらの症状を総称して「不穏状態」と呼んでいる。臨床看護師は、不穏状態となった高齢の入院患者の対応に戸惑い、多くの時間を要している。

先駆的な取り組みとして、リエゾン精神看護師等が中心となりチームを形成し、せん妄、認知症、うつといった精神症状をもつ患者のケアに関わり効果をあげているという報告（赤沢, 2010a, p.37）がある。しかし、急性期病院の病棟において、不穏状態の患者に直面した際に臨床看護師がどのようなことを困難と認識しているかは十分に明らかにされていない。

そこで、不穏状態の高齢患者に、看護師がどのように対応し、どのようなことを困難と認識しているのか実態を把握することを目的として、急性期病院の病棟に勤務する看護師長を対象とした調査を実施することとした。

本研究は、急性期病院の病棟において、不穏状態の高齢患者に対して行われている看護を評価するための基礎的資料を得る上で有用であると考え。さらに、高齢患者の不穏状態に対して、専門看護師や、認定看護師が関わることの有効性について探る上でも示唆を得られるものと考え。

II. 研究目的

本研究の目的は、急性期病院の病棟看護師長を対象に、不穏状態の高齢患者に、看護師がどのように対応し、何を困難と認識しているのかについて実態を把握することである。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、質問紙調査による量的記述研究である。

B. 用語の定義

「不穏」とは、患者が徘徊、興奮状態、不安や抑鬱、睡眠障害、異食、暴言暴力、妄想や幻覚、紛失や盗難の訴え、帰宅願望、焦燥感を呈する状態をいう。

C. 研究対象

全国の急性期病院（80床～1000床）のうち、看護部長より研究協力の得られた30の病院に勤務する病棟の看護師長200名に質問紙を配布した。不穏状態の高齢患者の実態や対応について病棟全体としての回答を得るため、対象を看護部長とした。148名から回答を得た（回収率74.0%）。

D. データ収集

1. データ収集方法

文献および不穏状態の高齢患者に対応している精神看護専門看護師、認知症看護認定看護師からヒアリングをし、研究者が質問紙を作成した。

質問紙は無記名自記式とし、研究協力に同意した施設に一括郵送し、看護部長より高齢患者が入院する病棟の看護師長に手渡してもらい、病棟師長からの個別郵送にて回収した。

2. データ収集期間

2010年10月～12月であった。

3. 調査内容

病院や病棟の特徴に関する7項目と「不穏」状態を①徘徊②興奮状態③不安や抑鬱④睡眠障害⑤異食⑥暴言暴力⑦妄想や幻覚⑧紛失や盗難の訴え⑨帰宅願望⑩焦燥感の10項目としてこれらの症状を呈した患者数（2010年9月1日～9月7日の間）、看護師の患者への対応、患者に対応する看護師の困難感、患者対応に関する相談などについて回答を求めた。更に、不穏状態の患者に対応する多職種チームの有無や構成メンバー等についても問うた。

E. 分析方法

各設問の回答は、Excelを使用して単純集計を行ない、有効回答に占める割合を示した。

F. 倫理的配慮

研究対象者に、研究の主旨と方法、自由意思による参加であること、研究結果は学術集会や学術学会誌にて発表する予定であることなどを文書で説明し、質問紙の返送をもって研究協力に同意したとみなした。尚、研究者が所属する東邦大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号22016）。

Ⅳ. 結果

A. 対象施設、病棟、回答者の属性

1. 対象施設の属性

回答者の所属する対象施設は、400床～600床未満が44.6%と最も多く、600床以上が32.4%、200～400床未満が19.7%、200床未満2.7%であった。なお、施設内に不穏患者への対応をする専門のチームが存在するとの回答は11人（8.8%）であった。

2. 対象病棟の属性

病棟の病床数は40～49床が51.4%と最も多く、50床以上が33.3%、30～39床が8.8%、20～29床が3.4%、20床未満が2.7%であった。病棟の診療科（図1）は、内科系が25.7%、外科系が20.9%であった。入院患者のうち65歳以上の割合が50%程度を占めると回答した者が71.6%、40%程度が9.3%、20%程度が3.9%、30%程度が3.1%、10%程度が1.6%であった。人員配置は、7対1入院基本料を採用していると回答したものが最も多く90.5%、10対1入院基本料が4.1%、15対1入院基本料が0.7%、その他が4.8%であった。

3. 回答者の属性

回答者の臨床経験年数は20～29年が55.4%と最も多く、30～39年が29.1%、10～19年が10.1%、40年以上が5.4%であった。

B. 不穏状態となった高齢患者の症状別の人数

2010年9月1日～9月7日に不穏状態であった高齢患者の症状別の人数（1人の患者につき、複数の症状が現れた場合には症状ごとに1人と数える）を図2に示す。148病棟から得られた回答を合計した。興奮状態が106人、睡眠障害が98人、不安抑鬱76人であった。

C. 不穏状態の高齢患者への対応

1. 不穏状態の高齢患者への対応の実際

不穏状態の高齢患者への対応を複数回答可として問うたところ、「日中の覚醒の促進」を回答者の94.4%が実施し、「危険物の排除」を93.8%、「頻回訪室と声掛け」を92.4%が実施していた。患者のフィジカルア

セスメントを含めた「全身状態を整える」は59.7%であった。一方で、「行動抑制」を86.1%、「家族への見守り依頼」を75.0%が実施しており、看護師が不穏状態の高齢患者の家族に協力を求めている。回答が少数であった項目は「足浴や温罨法など患者がリラックスできるケアの実施」36.1%、「患者の見える所に時計、カレンダーの設置」35.4%、「警備員への応援の依頼」25.7%であった（図3）。

2. 不穏状態になりそうな高齢患者への予防的な介入

不穏患者への予防的な介入として現在実施していることを複数回答可として問うたところ、「日中の覚醒を促進する」（97.9%）、「夜間の良質な睡眠を確保するため、薬物を投与する」（81.3%）、「早期離床」（75.7%）であった。一方で、「環境への適応をうながすため手術前の早期入院を促す」は、4.2%であった（図4）。

3. 不穏状態にある高齢患者理解のための病棟での取り組み

不穏状態にある高齢患者の理解を促進するための取り組みについて、複数回答可として問うたところ、「病棟内でカンファレンスを実施」（96.0%）が最も多く、回答者のほとんどの部署で行われていた。「専門チームとの連携」は、27.7%であった。

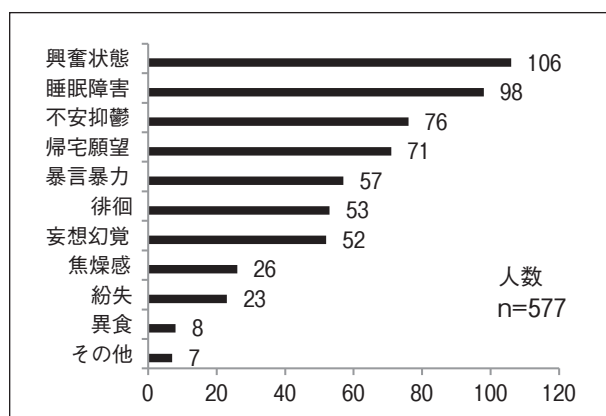


図2 不穏状態となった高齢患者の症状別人数

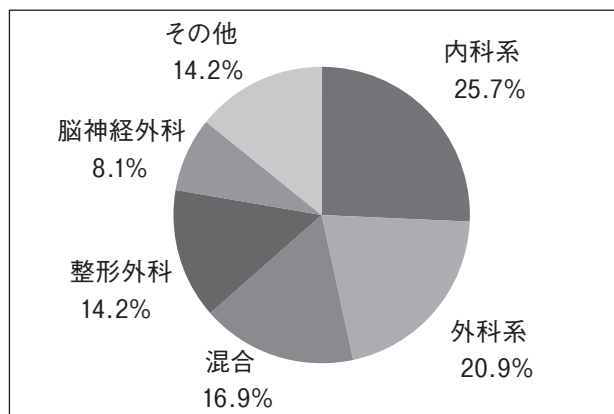


図1 回答者の所属病棟の担当科

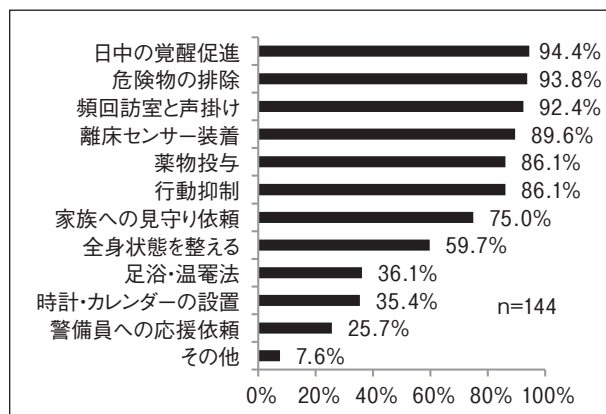


図3 不穏状態の高齢患者への対応

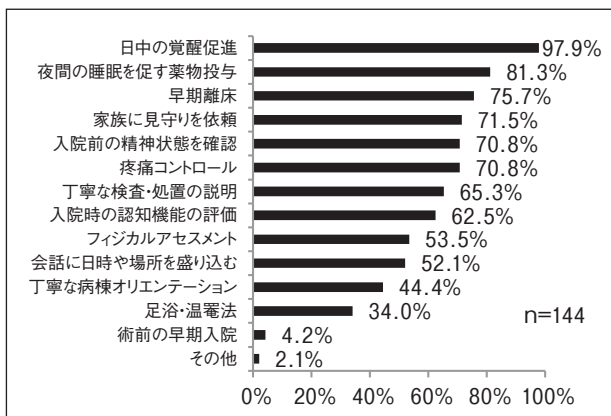


図4 不穏状態になりうる高齢患者への予防的対応

D. 不穏状態にある高齢患者への対応において困難な事象

患者への対応で困難であることを複数回答可として問うたところ、「カテーテル等のライン類の自己抜去」(96.5%)、「転倒・転落」(95.1%)、「説明しても理解が得にくい」(88.2%)が多く、いずれも8割以上が困難事象と認識していた(図5)。

E. 不穏状態にある高齢患者の対応に関する相談

1. 不穏状態にある高齢患者の対応に関する相談件数
不穏状態となった患者に関する相談件数(1ヶ月平均)を問うたところ、6.5回であった。

2. 不穏状態にある高齢患者の対応に関する相談相手
不穏状態にある高齢患者の対応に関する相談相手について、複数回答可として問うたところ、主治医が99.3%と最も多く、精神科医が63.9%と続いた。一方で、精神看護専門看護師は7.5%、認知症看護認定看護師は12.9%、臨床心理士は14.3%と医師以外の職種は、少なかった(図6)。また相談する相手は「いない」との回答はなかった。徘徊、興奮状態などの症状ごとの相談相手を複数回答可として問うたところ、全ての症状に対して最も多い職種は主治医であり、次いで精神科医であった。「紛失盗難の訴え」のみ医療安

全担当者に25.0%が相談しており主治医に次いで多かった。

3. 相談相手(職種別)の介入内容

介入内容を、「リスクアセスメント」、「患者への直接介入」、「患者のケアについて相談にのる」、「看護師自身のサポート」、「病棟カンファレンスへの参加」、「精神科診療の必要性の判断」を選択肢として、相談を受けた職種が行ったことを複数回答可として問うた。主治医の介入内容は、「精神科診療の必要性の判断」(77.7%)、「患者への直接介入」(74.0%)、「患者のケアについて相談にのる」(51.4%)の順で高かった。精神科医の介入内容は「患者への直接介入」(88.3%)、「患者のケアについて相談にのる」(66.0%)、「リスクアセスメント」(39.4%)の順で高かった。精神看護専門看護師の介入内容は、「患者のケアについて相談にのる」(100%)、「患者への直接介入」(90.9%)、「看護師自身のサポート」(90.9%)の順で高かった。認知症看護認定看護師の介入内容は、「患者のケアについて相談にのる」(94.7%)、「患者への直接介入」(89.5%)、「リスクアセスメント」(79.0%)の順で高かった。

4. 解決の程度

相談相手の職種別に、相談内容の解決の程度に対する認識を「解決する」を1、「ほぼ解決する」を2、「どちらともいえない」を3、「あまり解決しない」を4、「解決しない」を5とした5段階で問うた。主治医が介入した場合の解決の程度の平均値は2.77、精神科医の場合は2.44であった。精神看護専門看護師、認知症看護認定看護師の場合は、それぞれ平均値は1であり、「解決する」との回答であった。

F. 不穏状態にある患者の対応を専門とする多職種チーム

1. 多職種チームの有無と構成メンバー

所属施設に、不穏状態にある患者の対応を専門とするチームがあると回答した者は11人(8.8%)であった。この11人にチームの構成メンバーについてたずねたところ、精神看護専門看護師、認知症看護認定看護師、

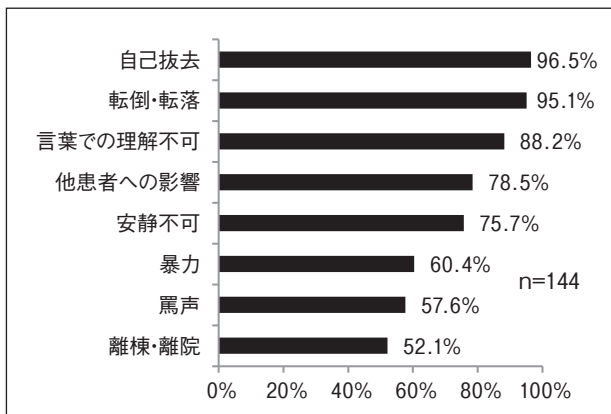


図5 不穏高齢患者への対応における困難事象

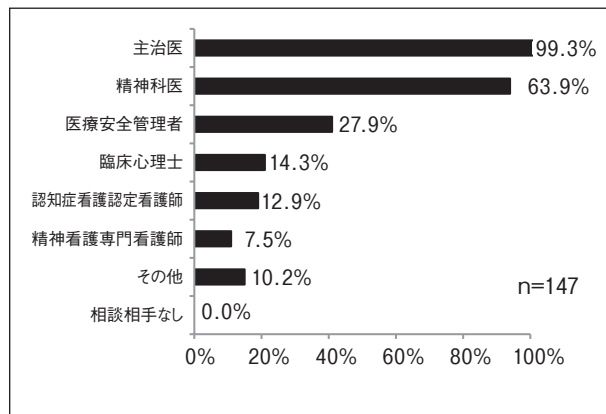


図6 不穏高齢患者の対応における相談相手

臨床心理士をそれぞれ8人が挙げていた。精神科医を7人が挙げ、主治医を1人が挙げていた。

2. 多職種チームの必要性

多職種チームの有無にかかわらず必要性について問うたところ、回答者の92.0%が「必要」と回答していた。多職種チームのメンバーとして希望する職種は、精神科医(74.3%)、認知症看護認定看護師(71.6%)、精神看護専門看護師(58.8%)、臨床心理士(58.1%)であった。

V. 考察

A. 不穏状態の高齢患者の症状と困難事象

急性期病院の病棟において不穏状態となった高齢患者は、興奮状態、睡眠障害、不安抑鬱の症状を呈することが多かった。また、看護師が対応困難と感じている事象として回答が多かった項目は、「ライン類の自己抜去」、「転倒・転落」、「説明しても理解が得にくい」であった。認知症を有する高齢心不全患者の急性増悪期における看護支援について、看護師が困難を感じていることの調査では、心不全の急性増悪期にある高齢患者が呈する症状で看護師が最も対応困難と感じた症状は、不穏79.5%、言語的攻撃性74.5%、多動73.8%、興奮67.6%であった。また、最も対応が困難だと感じた状況は、「ルートの自己抜去」97.2%、「転倒・転落の危険性が高い」93.8%、「説明しても理解が得られない」93.8%であった(大津、森山、眞芽、2013, p.29)。老人保健施設に勤務する看護師を対象としたせん妄状態にある高齢者のケアに関する調査では、看護師が困難と感じた症状は、「落ち着きがない」82.4%、「夜間不眠」75.3%、「徘徊」75.0%、「場所の見当識障害」75.0%であった(長谷川、2002, p.59)。これらの先行研究では、看護師は高齢患者の多動や落ち着かない様子、不眠といった症状や「ルートの自己抜去」、「転倒・転落」、「説明しても理解が得られない」状況に困難を感じており、本研究の結果においても共通している点がみられた。

B. 不穏状態の高齢患者への対応

不穏患者への予防的な介入として、最も多く実施されていたのは「日中の覚醒を促進する」であり、続いて「夜間の良質な睡眠を確保するため、薬物を投与する」、「早期離床」であった。入院患者の環境への適応を促し、せん妄の予防や重症化をくい止めるケアとしては、補聴器や眼鏡を着用してもらい「感覚遮断を最小限にする」こと、カレンダーや時計を患者が見える位置に置き、一緒に確認することで「現状の説明をする」こと、不快な症状や雑音などを取り除いたうえで必要時に睡眠薬を使用することで「睡眠の確保をする」こと(赤沢、2010b, 42-43)が提案されている。患者の日中の覚醒をさらに促進するためには、起床後に

患者に補聴器や眼鏡を必ず着用してもらうこと、日時や場所の確認を会話の中に盛り込むことが重要といえる。本研究の結果では、不穏状態となった患者への対応として、「時計・カレンダーの設置」をしていると答えた割合は、35.4%であり、積極的にはなされていなかった。高齢患者が、不穏状態となることを予防するには、時計・カレンダーの設置をして現状の説明をすることが望ましい。多くの病棟で「夜間の良質な睡眠を確保するため、薬物の投与」が実施されていた。しかし、老年科医の大蔵によると「特に脆弱な高齢患者ほど、薬を投与した時その効果の大きさにはばらつきがあり、副作用が出現しやすい」、「高齢患者が多くの薬を飲むことは、相互作用や副作用出現のリスクを上げる」(大蔵、2013, p.216)と指摘しているため、睡眠を確保するという理由で投薬することは慎重にすべきである。

患者の「早期離床」も多くの病棟でなされていた。看護師や家族がつき添える時間帯に患者に散歩を勧めることは、患者の下肢筋力を保持し転倒を防ぐだけでなく、現実見当識の保持や睡眠覚醒リズムの調整にも役立つ(赤沢、2010b, p.43)とされており、積極的に患者を起こし散歩などを行うことは重要である。

不穏状態となった患者には、「日中の覚醒の促進」、「危険物の排除」、「頻繁な訪室と声掛け」が高い頻度で行われていた。特に興奮状態にある患者の看護として、興奮を引き起こす原因、促進要因を見極め緩和すること(山内、2010a, p.46)が提案されている。これは、疼痛、発熱、膀胱充満、便意、口渇、空腹などの苦痛なことに反応して患者が興奮状態に陥ることが多いためである。しかしながら、本調査では、フィジカルアセスメントを含めた「全身状態を整える」ことを対応として挙げた回答は59.7%であり、十分に行われているとはいえない。これは、看護師が、患者の症状である「興奮状態」をすぐに鎮めることや患者の安全を確保することに着目してしまい、興奮を引き起こす原因について十分検討できていないためと考える。興奮状態にある患者を前にした時、患者の安全、安心を保証する対応とともに、冷静に原因を見極め取り除くことも重要である。また、不穏状態となった患者に現実認知の促進をするためには、予防的な介入と同様に「日常」における見当識の補強や視覚や聴覚などの「感覚へのアプローチ」が重要である(山内、2010b, 44-45)。本調査では、多くの病棟で「日中の覚醒の促進」、「頻繁な訪室と声掛け」がなされていた。

患者に予防的な介入をしたにもかかわらず不穏状態となり対応に困った場合、看護師は主治医、精神科医などに相談していた。主治医、精神科医に相談した場合、解決の程度は、「ほぼ解決する」と「どちらともいえない」の中間であり、あまり効果的ではなかった。一方、精神看護専門看護師、認知症看護

認定看護師に相談した場合、解決の程度は「解決する」と回答していることから、相談への対応が有効であることが示唆された。看護師からの相談を受けて、「患者のケアについて相談にのる」や「患者への直接介入」を行った割合が、主治医や精神科医では60～70%であったにもかかわらず、精神看護専門看護師や認知症看護認定看護師では80～100%という結果から、精神看護専門看護師等が、対応に困っている看護師の相談に丁寧に応じ、専門性を生かして、直接患者に介入することで、問題の解決にいらっていると考えられた。

C. 多職種チームの必要性

多職種チームの有無にかかわらず、チームの必要性について問うたところ回答者の92.0%が「必要」と回答した。多職種チームのメンバーとして希望する職種は、精神科医、認知症看護認定看護師、精神看護専門看護師、臨床心理士の順であった。不穏状態の高齢患者への対応で困った時に、精神看護専門看護師、リエゾンナース、認知症看護認定看護師に相談すると解決の程度が高いことから、これらの職種がチームを組み、患者へのケアに関わることは効果的であると考えられる。平成24年度診療報酬改定において、精神科リエゾンチーム加算が新設された。これは、「一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が診療することを評価したもの」（社会保険研究所，2013，p.84）である。週1回200点を算定できる。診療報酬において、本研究で定義した不穏状態の患者を含む精神科専門医療が必要な患者に対して多職種チームが医療を提供することが評価されたのである。今後、多くの病院で、精神科リエゾンチームが結成され、精神科専門医療を必要とする患者に精神科専門医療が提供されることが望ましい。

しかしながら、多職種チームがいなければ何もできないという状態が続けば、不穏状態になりうる高齢患者に予防的介入をすることも、早急に効果的なケアを提供することもできない。高齢患者が多く入院する病棟の看護師は、認知症看護認定看護師が持つ知識と技術に相当するレベルを身につける必要があるだろう。一般病棟の看護師が、不穏状態となりうる患者への予防的介入や、不穏状態となった患者への効果的なケアを日常のケアに組み込み、自律的に提供できるようになることが、高齢患者と看護師双方にとって望ましいと考える。したがって、認定看護師等は、病棟看護チームのレベルアップに貢献することが期待される。

D. 研究の限界と課題

本調査は、全国の急性期病院のうち協力の得られた

30病院を対象としているため、結果は限定的である。実態から、急性期病棟における不穏状態の高齢患者の対応策について継続的な介入と評価研究が必要である。

E. 結論

急性期病院に入院して不穏状態となった高齢患者の症状別の人数は、興奮状態106人、睡眠障害98人、不安抑鬱76人であった。病棟看護師が対応困難と感じたことは、「カテーテルや点滴の自己抜去」96.5%、「転倒・転落」95.1%、「言葉で説明しても理解が得にくい」88.2%であった。患者対応に関する相談相手は、主治医、精神科医が主であった。専門看護師や認定看護師に相談している場合は、症状の解決に対する評価が高かった。

本研究は、平成22年度日本赤十字看護学会の研究助成を受けて実施した。

引用文献

- 赤沢雪路, 上野優美, 福榮みか (2010a). 3Dサポートチームが行く. 看護学雑誌, 74 (1), 30-43.
- 赤沢雪路 (2010b). 【せん妄予防、重症化させない看護】せん妄ケアの実践 環境調整. 看護技術, 56 (8), 42-43.
- 長谷川真澄 (2002). せん妄状態にある老人保健施設入所高齢者のケアにおける困難. 札幌医科大学保健医療学部紀要, 第5巻, 57-63.
- Inouye SK (1994). The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly patients. *Am J Med*, 97 (3), 278-288.
- 厚生労働省 (2008). 患者調査 (概況). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/> (2013/9/10確認).
- Moran JA (2001). Delirium in the hospitalized elderly. *Aust J Hosp Pharm*, 31 (1), 35-40.
- 大蔵 暢 (2013). 「老年症候群」の診察室. 東京: 朝日新聞出版.
- 大津美香, 森山美知子, 眞芽みゆき (2013). 認知症を有する高齢心不全患者の急性増悪期において看護師が対応困難と認識した支援の実態. 日本循環器看護学会誌, 8 (2), 26-34.
- 社会保険研究所 (2013). 医科診療報酬点数表. 東京: 社会保険研究所.
- 山内典子 (2010a). 【せん妄予防、重症化させない看護】せん妄ケアの実践 興奮状態にある患者の看護. 看護技術, 56 (8), 46-47.
- 山内典子 (2010b). 【せん妄予防、重症化させない看護】せん妄ケアの実践 現実認知の促進. 看護技術, 56 (8), 44-45.