

# 6

## 病院の組織としてせん妄に どのように取り組むか

高齢者の診療機会が増えるにつれ、せん妄への対応の必要性が共有されつつある。特に、2020年にせん妄のハイリスク患者をスクリーニングし、予防的な対応を行うことに対して診療報酬も新設され（せん妄ハイリスク患者ケア加算）、予防的な対応を含め、せん妄への取り組みも後押しされ、大きな推進力となっている。

しかし一方で、臨床の現場ごとにせん妄の負担軽減やせん妄対応の要望が出ることにとどまらず、その動きが病院上層部を巻き込んだ全体的な動きにつながることが重要である。ここでは、せん妄に対する、組織的な対応の必要性について解説したい。

### 1 せん妄に対する、組織的な対応の必要性について

#### 1) せん妄はあらゆる高齢者の診療場面で課題となる

せん妄は、がんに限らず、高齢者を診療する場面では、どこでも生じうる病態である。高齢者を診療している医療機関であれば、周術期や内科一般病棟、外来でもどこでも生じうる問題である。せん妄に関する系統的な取り組みやエビデンスの検討は、主として集中治療室などの集中治療領域、高齢者病棟、緩和ケア病棟などのセッティングを中心に行われている。しかし、臨床で実践する際には、セッティングを越えた取り組みが必要である。

#### 2) せん妄の対策を要する症例数は多く、個人や小グループでの対応は限界がある

せん妄は、入院患者の20～30%に関連する病態である。例えば、一病棟を40病床とすると、常時8～12名のアセスメントと対応が求められる。意識の高いスタッフが対応するだけでカバーできる数ではない。スタッフが共通の認識をもって対応することが求められる。

#### 3) 予防から始まる系統立てた対策が求められる

本ガイドラインの臨床疑問でも取り上げたように、せん妄に関しては、予防から早期発見・対応に至る系統立てた対策が求められる。したがって入院から退院まで、携わる医療者が同じ目線で継続して観察し、情報共有を進める必要がある。

#### 4) 多職種での情報共有が重要である

また、この際に一貫して求められるのは非薬物的な複合的介入である。この複合的介入とは、言い換えれば、「その患者で問題となる直接因子や促進因子をいかに発見し、いかに減らすか」にかかっている。その際に検討する内容には、せん妄を誘発す

るリスクの高い薬物を避けるなど医師が中心に検討する内容から、痛みや便秘などの身体的苦痛を観察し対応する看護のケアが中心となる活動まで含まれる。職種を越えてケアの目標を共有する必要がある。

#### 5) 介入は我々が通常の診療で意識しているよりも、より徹底した対応が重要である

せん妄に対する非薬物的な複合的介入のエビデンスの確実性（質）は、メタアナリシスで有効性が示されるレベルに達しつつある<sup>1)</sup>。しかし、これだけのせん妄の発症頻度を低下させることのできる介入があるにもかかわらず、なかなか普及しない現状がある。その理由として次の2点がある。

##### (1) 複合的な介入で行う内容があまりにも簡単であり、「やっていない」という疑問が浮かびにくいこと

複合的な介入では、例えば、日中の離床を促すことや、痛みなどの身体的な苦痛の除去を進めるなど、日常の臨床で実施しているいわば当たり前のケアが連続する。この介入内容をみると、「我々は既に実践している」と思いがちである。

##### (2) 一見当たり前のケアをいかに徹底するかが重要であること

このような「我々が臨床で既に実践している」ケアが効果を発揮するという事実が示すことは、せん妄を予防するためには、「我々が実施していると感じている以上にケアを徹底する必要がある」ことを示している<sup>2)</sup>。我々の臨床の感覚と、プログラムが求める徹底さの間に溝がある。

#### 6) 予防的な対応を続けるためには、実践するスタッフへのフィードバックが重要である

我々が診療やケアを続けるのは、我々が行ったことが役に立ったと実感できるからである。しかし、予防的な対応とは、「将来起こりうるイベントを減らす」ことであり、目の前の事象が変わったとは捉えにくい。そのために「今行っている活動がいかに現場の負担軽減に役に立っているのか」を、管理者がフィードバックして動機付けすることが必要である。

#### 7) 予防的な対応を考えるうえでスタッフの心理的な安全が重要である

せん妄に関連した課題の一つに身体拘束の問題がある。身体拘束は倫理的な問題に加えて、身体的・精神的な有害事象が問題となる。身体拘束の有害事象を最小化するためには、定期的に身体拘束を解除することを検討する必要がある。その際に、解除や継続などを提案したことに関する責任を問う動きからスタッフを守る必要がある。

これらの問題を越えて、せん妄への取り組みを実践し、かつその活動を持続させるためには、組織のなかで認識とゴールを共有し、地道な活動を続ける必要がある。

せん妄対応プログラムを含め、集団の活動を最適化させるためには、その組織文化を含めた行動変容を起こす必要がある。行動科学の観点から、組織の行動変容を起こすためには、①現地教育ワークショップ技法、②ローカルオピニオンリーダーの育成、

③指標の取り入れ、④組織会議の利用が有効であることが確認されており、それらを組織のプロフィールに合うように調整しながら進めることが重要となる<sup>3,4)</sup>。せん妄は組織的に取り組む必要があり、組織のトップの積極的な関わりをぜひお願いしたい。

## 2 施設を挙げての取り組みの一例：DELTAプログラムの開発<sup>5)</sup>

従来わが国においても、せん妄に対して、さまざまな取り組みがなされてきた。例えば、せん妄に対する講義とグループワークを実施する、病棟にせん妄リンクナースを配置し伝達講習を行うなどの取り組みがなされてきた。しかし、これらは臨床実践の改善にはなかなか至らなかった。また、海外で開発された介入プログラムをわが国の臨床に導入する試みもあるが、医療職の配置数の違いもあり、医療体制が異なる環境下では、そのままの導入は難しい実情もある。

我々は、医療者の配置が少ない医療体制で、何ができるのか、臨床の実際を洗い出すことを行った。

### 1) スタッフが感じている困難

まず病棟のスタッフがせん妄をケアするうえで、どのように対応をし、どのような困難を感じているのかをフォーカスグループインタビューで確認したところ、

- ①患者の様子をみて、いつもと違うとは認識している。しかし、それが「せん妄」であるとは確信がもてないで迷うこと
- ②せん妄であると認識したとしても、次にどのような対応を取ればよいのかわからないこと
- ③せん妄かもしれないと思って報告を上げたとしても、同じ病棟チーム内で共有できないこと、特に医師に報告をしようとしても、情報の共有が困難であること（同じチームの看護スタッフに言っても「そうなの?」「でも話せたよ」など、観察する目線が揃わないために、問題を共有できない）

が明らかとなった。

### 2) せん妄の教育・対応における課題

次に、病棟スタッフの教育担当者を集めて、外来・入院（一般病棟、集中治療室）・緩和ケアのさまざまなセッティングでの問題点を洗い出そうとした。そこでは、教育や対応を考えるうえで、個人レベルでの課題とチームレベルでの課題と、2つのレベルの問題が同定された。

#### ①個人レベルでの課題：

「せん妄かもしれない」という違和感は認識するものの、観察・評価のポイントがわからないので自信をもって判断することができない。また、判断したとしても、具体的な次の行動をとることができない

#### ②チームレベルでの課題：

「せん妄」を見る目線が揃わないため、評価や情報を共有することができない

### 3) せん妄対応に必要なスキル

次に、スタッフがせん妄に対応するうえでのコアとなるスキルを抽出・整理したところ、次の5つにまとめることができた。

- ①情報を収集することができる
- ②観察できる
- ③身体症状や精神症状・行動・認知機能の変化・日内変動について評価・判断できる  
カルテにせん妄と記録できる・報告できる、せん妄の直接因子に関連する情報の再評価、重症度を評価できる
- ④ケアができる  
原因（身体要因）に基づいた対応ができる、適切な指示・ケアが実施できる、患者の安全を確保できる、療養環境を調整できる、認知機能を支援できる、行動を支援できる、コミュニケーションに配慮できる
- ⑤教育・情報提供ができる  
同僚への情報共有のために記録できる・伝達できる、職種を越えて伝えることができる、家族にせん妄の知識・接し方を伝えることができる、患者に事前にせん妄の知識を提供できる

### 4) DELTA プログラムの開発

これらを踏まえて、5つの領域のスキルを伝える教育プログラムと運用プログラムで構成される、DELTA (DELirium Team Approach) プログラムを開発した。せん妄の場合、行動をどのように観察するのか、また行動を捉えたうえで身体アセスメントに立ち返らなければならない、という課題がある。そこで、

- ①せん妄発見の手がかりになる場面を出して、具体的な行動を観察・評価することを体験する
- ②せん妄をみつけたところから具体的な対応までを実際に体験することで行動変容を促す

の2点を取り上げることにした。

上記のような検討を踏まえ、最終的に90分の教育と運用面での修正を行った。特に、教育では、せん妄の症状評価トレーニングを動画を用いて行い、講義では伝わりにくい観察ポイントを視覚で提示すること、せん妄への対応を実践するロールプレイを含め、行動にアプローチを目指した要素を盛り込んだ。

また、運用では、対応の流れを可視化し、シート1枚にまとめることで、全体像をつかめるようにした。

教育の実施に際しては、一部のスタッフのみに伝えるだけでは、集団としての行動の変容を図れないことから、医療安全の協力を獲得し全病棟で短期集中で実施した。

### 5) DELTA プログラムの有用性

前述のような取り組みを行った結果、前後比較ながら

- ①前後を通して、院内のせん妄の発症率が有意に低下した (7.1%→4.3%)

②転倒とルート抜去の発症件数（合算）が有意に低下した（3.5%→2.6%）  
変化が確認できた。

併せて、このプログラムがどのように医療者の行動の変化と関連があったのかをみたところ、

- ①せん妄の発症と関係するベンゾジアゼピン系薬の処方される割合が減少し（28.8%→24.0%）、入院中に使用していない日数の割合が増加した（86.9%→90.6%）
- ②せん妄の治療薬として用いられる抗精神病薬の処方される割合が増加し（15.2%→20.8%）、入院中に使用していない日数の割合が減少した（94.7%→92.6%）  
が確認できた。

わが国では医療開発というと、どうしても医薬品開発や医療機器開発にとどまり、医療システムの改善を図る視点をもちにくい。しかし、せん妄は、頻度の高さ、介入内容が定まりつつあることから、検討のしやすい領域となってきた。超高齢社会のなかで、高齢者ケアの入り口として、せん妄ケアのイメージ作りに役立てば幸いである。

（小川朝生）

## ■ 文 献

- 1) Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 512-20
- 2) Greysen SR. Delirium and the “know-do” gap in acute care for elders. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 521-2
- 3) Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (2): CD000259
- 4) Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD000125
- 5) Ogawa A, Okumura Y, Fujisawa D, et al. Quality of care in hospitalized cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium: the DELTA exploratory trial. *Support Care Cancer* 2019; 27: 557-65

