

総説

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

—我が国のせん妄看護の現状と課題—

中田 真依

(2013年12月25日受稿)

抄録： 我が国の整形外科の術後せん妄とせん妄看護の動向について概観した。整形外科手術を受ける高齢者の術後せん妄の発症率は高く、認知症も含めてせん妄発症要因が多い。これに対し、これまでは安全対策重視のせん妄看護が多かったが、近年、予測や予防重視のせん妄看護が増加し、臨床看護師のせん妄への関心が深まってきている。また、看護師向けのせん妄に関する教育的介入、CNSや多職種間の多角的アプローチに関する活動報告も増えている。また、他の医療職のせん妄に対する関心の高まりもみられ、特に整形外科病棟では患者・家族、PT、OT、薬剤師なども含めたチーム医療の可能性にも視野を広げる必要性が示唆される。さらに、看護学生への認知症やせん妄看護教育の強化は、臨床でのせん妄看護の向上に繋がると考える。これらのことから、整形外科病棟における認知症看護も含めた術後せん妄に関する看護を確立し、QOLの高い予後となるべき関わりが重要と考える。したがって、せん妄の早期予測や予防対策の確立、せん妄に関する看護師等への教育的介入、多職種での多角的アプローチの充実化を課題とし、せん妄看護の統一化を大きな課題と考える。

I. 緒言

我が国における2012年の65歳以上の人口は、総人口の24.1%を占め、前年度から0.8%上昇している¹⁾。今後、数年で団塊世代ともいわれる第一次ベビーブーム世代(1947年から1949年の3年間に出生した世代)の全てが65歳以上となり、一段と高齢化の進行が推測され、2060年には39.9%に達する¹⁾と推計されている。また、2011年の調査では、65歳以上の高齢者が国内の入院患者の約7割、外来の4割5分を占めており²⁾、高齢化の進行や医療技術の発展に伴い現在以上に入院や手術を受ける高齢者の増加が予測される。

整形外科病棟における高齢者の手術の多くは骨折に起因する。2011年度の被災地を除いた骨折の総患者数のうち、75歳以上の占める割合は、37.45%であることが報告されている³⁾。また、日本整形外科学会における整形外科手術調査報

告⁴⁾によると、手術数の最も多い年齢は、男性60～64歳、女性は75～79歳であり、65歳以上の手術数の割合は、男性30.6%、女性57.8%である。また、総合的な手術受療率は75～79歳が最も多く、80歳以上では高い割合が続いていることが報告されている。これらのことから、平均寿命や閉経後エストロゲンの減少による性差はみられるが、後期高齢者の手術数が多いことがわかる。今後、平均寿命の延長や第一次ベビーブーム世代の高齢化などから、高齢者人口が増加し、それに伴い整形外科の手術を受ける高齢者も増加することが予測できる。

整形外科の手術の中で特に高齢化率の高い手術は、股関節の手術で、73.2%と報告されている⁴⁾。さらに、筆者が過去に報告した一病院における65歳以上の高齢者の整形外科手術疾患の割合は、大腿骨疾患42.2%、上肢疾患22.9%、膝疾

患18.1%，下腿疾患12.0%，脊椎疾患4.8%であり，同様に股関節の手術の割合が高かった⁵⁾。大腿骨頸部骨折を主とする股関節疾患は，主に転倒を起因として発生し，高齢者の骨折の中でも多く，転倒しやすい脆弱性の高い高齢者が背景にある。また，転倒による骨折は急に発生するため，緊急入院や緊急手術が多い。高齢者は，加齢による脆弱性に加え，疾病や手術による侵襲を受けるとADLが低下しやすく，できるだけ早い回復や社会への復帰へとつなげることが重要であるが，これらの回復に大きな影響を与えるものの一つにせん妄がある。せん妄は高齢入院患者の10～40%に発症する⁶⁾といわれ，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。Edelstein et al.⁷⁾は，整形外科における股関節術後の高齢者921名を対象にした調査で，せん妄発症群が発症しなかった群に比べて有意に在院日数が延長し，一年後の死亡率が高く，ADLも低下していたと報告している。したがって，整形外科手術を受ける高齢者の予後には術後せん妄の予防が重要と考える。本稿では，整形外科病棟における術後せん妄予防看護の確立に向けて，整形外科の術後せん妄と我が国のせん妄看護の動向について概観する。

II. 整形外科病棟における高齢者の術後せん妄

1. 定義・診断基準・分類

せん妄と術後せん妄の定義を示す。せん妄とは，「脳の一時的な機能失調によって起こる，注意の障害を伴った軽い意識のくもり（意識混濁）を基盤とする症候群である」⁸⁾，術後せん妄とは，「手術後に起こるせん妄」⁹⁾と定義する。

我が国におけるせん妄の診断は，ICD-10やDSM-IV-TRを基盤として医師が行う。ICD-10の診断基準によると，せん妄は，1. 意識混濁と注意の障害，2. 認知機能障害：即時早期の障

害，近時記憶の障害と失見当識，3. 精神運動性障害：寡動から多動，反応時間の延長，会話の増加あるいは減少，4. 睡眠・覚醒リズムの障害，5. 急激に発症し，1日のうちでも動揺する日内変動を示す，これら5点の全てがみられる状態といわれている。せん妄は発症が急激で症状が動揺し，可塑性が見られ，早期の予測と対応により予防が可能である⁸⁾。さらに，せん妄は，主に過活動型，低活動型，混合型に分類され¹⁰⁾，術後せん妄はこれら様々な型を発症する。過活動型は精神運動性興奮や交感神経系の症状の強いもの，低活動型は意識混濁の症状が強く現れ，精神運動は抑制されるもの，混合型は過活動型と低活動型が混在するものである。

2. 術後せん妄の発症率

せん妄の発症率は，内科患者10～20%，一般外科患者7～36%，大腿骨頸部骨折患者5～52%にのぼることが報告されている¹¹⁾。

整形外科疾患の術後せん妄の発症率に焦点を当てると，宮崎ら¹²⁾による人工関節置換術を対象とした研究では11%，石川ら¹³⁾の脊椎手術を行った後期高齢者を対象とした研究では22.5%と報告している。また，大腿骨頸部骨折を含む股関節の術後せん妄の発症率は，Bitsch et al.¹⁴⁾は平均35%，Goldenberg et al.¹⁵⁾は48%，山本ら¹⁶⁾は26.8%，西口ら¹⁷⁾は58%，姫野ら¹⁸⁾は51.7%と報告されており，長谷川ら¹⁹⁾は一県内における年間の平均発症率は37.2±24.8%と報告している。

これらの報告より，特に大腿骨頸部骨折の術後せん妄の発症率は，25%以上を占めている報告が多く，術後せん妄の高リスク疾患と示唆される。

3. 整形外科病棟における高齢者の術後せん妄発症要因

Lipowski¹⁰⁾は，せん妄の発症要因を直接因子 (precipitating factors)，準備因子 (predisposing factor)，誘発因子 (facilitating factors) の3つに分

類している。直接因子は、脳の機能を低下させてせん妄を引き起こす因子で、限局性または広汎性の脳疾患、二次的に脳に影響を及ぼす脳以外の身体疾患（低酸素、貧血、心疾患など）、薬物やアルコールの影響などである。準備因子は、脳の脆弱性を示す因子で、脳血管障害の既往、認知症などである。誘発因子は、せん妄を引き起こす引き金となる因子で、環境の変化、睡眠障害や精神的ストレス、不動・拘束（ライン類の挿入や身体拘束）、感覚遮断、疼痛、排泄などである。高齢者の整形外科疾患の中で多いとされる骨折は、緊急であること、手術が必要であること、大腿骨頸部骨折を代表とする転倒を起因とした骨折が多く、転倒につながる身体機能の脆弱性がベースに存在するといえる。

次に、整形外科病棟における高齢者の術後せん妄発症要因について述べる。

松井ら²⁰⁾は、高齢者の術後せん妄発症要因について検討し、せん妄リスクの高いものは手術侵襲が大きく、貧血やライン類の挿入が多かったと報告している。Kalisvaart et al.²¹⁾らは、待機的な人工関節置換術を受けた患者と大腿骨頸部骨折に対する緊急手術を受けた患者を比較し、大腿骨頸部骨折患者のせん妄発生は4倍であったと報告している。術後せん妄の危険因子は、手術に関連した因子と患者特性に関連した因子とに分けて考えることができ、手術侵襲の程度と緊急手術であったかに大きく影響を受けるといわれている²²⁾また、小日向ら⁵⁾の研究では、術前にせん妄のリスクを評価したところ、高リスク群のリスクファクターの割合が高かったものは、後期高齢者81.8%、認知症81.8%、股関節疾患95.5%であった。

これらを参考に、Lipowski¹⁰⁾のせん妄の発症要因を基盤として、整形外科病棟における高齢者の主な術後せん妄発症要因について考察する。準備因子は、まず高齢であること、転倒を引き起こす身体機能の脆弱性として、脳血管疾患の既往や認知症の存在が考えられる。直接因子は、術前から骨折による疼痛、貧血、骨折や手術侵襲による術

後の電解質バランスや肝機能、加齢も影響して心肺機能低下、低酸素、薬物などの影響が考えられる。誘発因子は、骨折など緊急入院による環境の変化、床上安静・牽引・外転枕・血栓予防対策などによる拘束感、手術や予後への不安・緊張、ライン類の拘束感、睡眠障害、モニターなどの不快音、排泄の変調、食欲の低下などがあげられる。このことから、整形外科病棟における高齢者の術後せん妄の発症要因は多く、特に牽引などの必要な大腿骨頸部骨折に多く、これに高齢者個人の既往歴など個別性が加わるにより、更にリスクが高まると考えることができる。先ほども述べたように、転倒を引き起こす身体機能の脆弱性に認知症が多いのが現状であり、せん妄の発症要因のなかでも、認知症と術後せん妄発症との関連に着目する必要がある。

Elie et al.²³⁾は、認知症患者のせん妄のリスクはない者に比べ5.2倍であったと報告している。また、宮崎ら¹²⁾は、認知症患者のせん妄発症率が高かった ($P<0.0001$) と報告している。小日向ら⁵⁾の過去の調査でも、整形外科病棟での手術を受ける高齢者の認知症の割合は26.5%であり、術後せん妄の高リスク患者の中での認知症の割合は81.8%であった。他、Bitsch et al.¹⁴⁾は、股関節術後せん妄に関する調査報告12件において、予測の因子は年齢と認知障害であったこと、Kalisvaart et al.²¹⁾は、一般外科の高齢者の術後せん妄のリスク因子は、認知障害、年齢、術式であったと報告している。姫野ら¹⁸⁾の大腿骨疾患患者120例を対象にした研究では、認知症のみせん妄と有意な関連があり ($P<0.05$)、認知症はせん妄発症の50%を占めていると報告している。このように、Lipowski¹⁰⁾をはじめ、術後せん妄の発症には認知症の関連が高いことが示唆されており、なかでも整形外科病棟における高齢者の術後せん妄予防には認知症の存在が大きく影響するといえる。

Ⅲ. 我が国のせん妄看護の現状と課題

1. これまでのせん妄看護

近年まで我が国の整形外科病棟では、術後せん妄が多発していてもせん妄を認知症や不穏と表現されることが多く、マンパワーの不足を理由に、その場その場で安全対策のみの看護が多かった。ライン類の抜去や、転倒転落、薬剤投与による過鎮静、不必要な身体拘束が行われ、せん妄の予防が可能なのか、どのような看護介入が可能なのか不明であった。筆者が新人看護師の頃、このような状況に疑問と課題を感じ、整形外科病棟における術後せん妄の調査や評価尺度の導入、せん妄予防の看護介入を試みる機会に至った^{5) 24)}。また、長谷川ら²⁵⁾は看護師長を対象に大腿骨頸部骨折患者のせん妄に関する看護の現状と課題について、せん妄発症時のケアは事故防止対策が主体であり、せん妄因子を取り除いたり軽減する援助は少なかったと報告している。過去に比べると臨床看護師のせん妄への関心が深まってきてはいるが、未だに安全対策に集中し、せん妄への予防的看護介入に至らない場合も多い。

2. せん妄評価尺度の活用と看護介入の効果

臨床の看護師向けとして日本で用いられているせん妄評価尺度には、町田ら²⁶⁾によって開発された看護スタッフ用せん妄評価スケール (Delirium Rating Scale-J; DRS - J) や、綿貫ら²⁷⁾が翻訳した「日本語版NEECHAM混乱・錯乱スケール (The Japanese version of the NEECHAM Confusion Scale; J-NCS)」などがある。なかでもJ-NCSは、短時間で比較的評価しやすく、整形外科病棟を含む急性期の臨床で活用しやすいといわれている²⁸⁾。J-NCSを用いた松井ら²⁰⁾の研究では、術後せん妄の発症率は4%と低く、術前からの看護介入が発症率の低値につながったと報告している。また、小日向ら⁵⁾は、入院時のJ-NCS値を基盤として術後せん妄のリスクが低い群と高い群に分け、高い群に術前からせん妄予防看護を実践した結果、2群の術後せん妄発生率に差

はなく、評価尺度の導入や看護介入が影響していると示唆している。その他、看護の詳細な内容について言及されていない報告は多いもの、才木ら²⁹⁾、松井ら²⁰⁾、綿貫ら³⁰⁾の評価尺度の導入や看護介入を行った研究では、同様に比較的せん妄の発症率は低い。松井ら²⁰⁾は、術後せん妄の発症率が4.2%と低かったことは、「術後疼痛の緩和」、「行動の注意・観察」、「睡眠の促し」、「安楽のための環境調整」など、術後せん妄に対する看護介入が有用であったと報告している。また、内科病棟ではあるがJ-NCSと標準看護計画を使用した石堂ら³¹⁾は、対象の混乱や不安が軽減し、せん妄症状の改善につながったと報告している。

これらのことより、術後せん妄の発症率の高い整形外科病棟において、J-NCSなどのせん妄評価尺度を用いて術後せん妄の予防や看護を行うことは、高齢者の回復の遷延化を予防し、元の生活への復帰を促す介入として意義があるといえる。長谷川ら¹⁹⁾は、他の疾患に比べ比較的高い大腿骨頸部骨折患者を対象とする病棟において、せん妄評価尺度の使用はわずか6.5%にすぎないと報告している。近年、せん妄評価尺度は臨床現場でも着目されるようになってきている。しかし、転倒転落リスク評価や褥創リスク評価のように、評価尺度の一般化に至っていないのが現状である。術後せん妄に関連する病棟だけでもせん妄評価尺度を一般化することによって、術後せん妄の発症を減らすことが可能ではないかと考える。

3. せん妄に関する看護研究内容の経年的変化

1983年～2013年の我が国のせん妄看護に関する文献を医学中央雑誌web版で検索した (2013年12月19日現在)。検索式は、「せん妄」and「看護」とし、原著論文で絞り込んだ。その中から対象が小児のもの、医師向けのもは除外した結果、234件の文献が検索され、文献数を経年毎に分類した (図1)。研究の学術的意義の程度は多様だが、せん妄看護に関する文献数は年々増加しており、せん妄看護に対する関心の深まりが確認できる。

さらに、テーマから主な研究内容を分類した (表1)。研究内容をみると、1980年代は症例報告や実態調査が多く、2000年以降、看護介入や評価尺度の導入などの研究が増えている。2010年

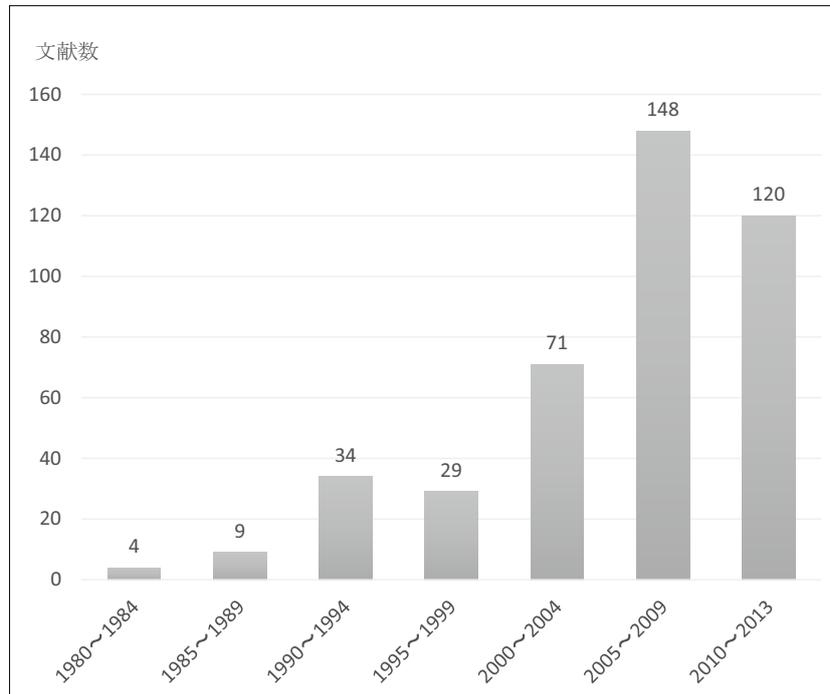


図1 国内のせん妄看護に関する文献数の経年的変化

表1 国内のせん妄看護に関する主な研究内容の経年的変化 (重複あり)

	(件)						
	1980~ 1984	1985~ 1989	1990~ 1994	1995~ 1999	2000~ 2004	2005~ 2009	2010~ 2013
症例報告・実態調査・要因分析	4	9	30	22	44	76	49
患者のせん妄経験						2	2
実験・看護介入効果			2	3	11	32	27
評価尺度の導入・評価・開発			1	2	6	34	21
看護師の認識・ストレス・意識				1	7	12	22
CNSの活動							1
看護師への教育							2
チーム医療						1	2
文献検討							5
家族へのケア				1	3	8	5
夜間せん妄		5	7	3	3	2	1
術後せん妄	1	4	18	16	39	76	53
ICU・CCU	1		1	2	6	10	15
整形外科病棟		3	5	1	6	16	14
認知症		1	2	1	1	1	3

以降は看護師を対象とした認識調査や、看護師教育、老人看護専門看護師（以下、老人CNSとする）、チーム医療に関する研究もみられている。術後せん妄や整形外科病棟に関する研究も多い。菅原は³²⁾、高齢患者のせん妄に対する看護介入に関する文献検討の結果、具体的なせん妄ケア方法の提示、看護スタッフへの教育、他専門職種への協働の併用は効果が期待される介入内容であると述べている。今後はせん妄看護に関する新たな介入、教育的介入、チーム医療に関する研究の発展に期待できる。

4. せん妄看護の教育的介入とチーム医療

先述したように、近年、濱吉ら³³⁾の報告のようにせん妄看護の教育的介入、CNSの取り組み例の一つとして、多職種で構成されたチームによる「せん妄回診」³⁴⁾の実施や老人CNSと病棟のせん妄コアナースの連携³⁵⁾などが注目されてきている。整形外科病棟における臨床看護師へのせん妄看護の教育的介入によって、術後せん妄の発症率が減少したという報告⁵⁾や、主治医、看護師、薬剤師、精神科医による医療チームでのせん妄への協働についての報告³⁶⁾、患者自身へのせん妄の知識提供が術後せん妄発症率を低下させる可能性を示唆する報告²⁰⁾もある。これまで筆者も、せん妄に関する教育的介入として講座を担当する機会があった。看護師対象の講座では、PT、薬剤師などの講座への自主的な参加やせん妄に関する質問等もみられ、術後せん妄に対する関心を窺う機会があった。また、市民対象の講座では、せん妄と認知症の違いに焦点を当てた内容であり、参加者から高齢者や家族の立場でのせん妄への関心、体験談を窺う機会があった。これらより、看護師以外の職種や患者・家族によるせん妄への関心も高まってきており、せん妄看護の教育的介入やせん妄に対する多角的アプローチの重要性が示唆される。整形外科手術を受けた高齢者にとって、術後のリハビリテーションは機能回復や予後に対して非常に重要である。リハビリテーションの段階で

術後せん妄を発症している場合、PTやOTのせん妄の理解や連携のあり方が患者の予後へ大きく影響する可能性が考えられる。特に整形外科病棟では患者・家族、PT、OT、薬剤師なども含めたチーム医療の可能性にも視野を広げていく必要性が示唆された。

現在、学士過程の看護大学生へのせん妄教育を担当している。看護学生の頃から認知症とせん妄の違い、せん妄へのチーム医療の可能性など、せん妄に関する教育を強化することで、卒業後の臨床でのせん妄看護の向上に繋がるのではないかと考える。

Ⅳ. おわりに

文献レビューにもとづき、我が国のせん妄看護を概観したところ、その進展が明らかになった。それぞれの文献の詳細に関しては、更なる分析が必要であるが、今後は臨床看護師のせん妄に関する知識の調査、看護介入や評価尺度の活用状況の調査などを通して、せん妄の早期予測や予防対策の確立、せん妄に関する看護師等への教育的介入、多職種での多角的アプローチの充実化を課題と考える。本稿で焦点を当てた整形外科病棟における術後せん妄に対しても同様に考え、手術を受けた高齢者のQOLが向上するよう、チームで術後せん妄に対しアプローチできるようなせん妄看護の統一化を大きな課題とし、本稿での結論とする。

Ⅶ. 文 献

- 1) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向. 60 (9), 45-46, 2013.
- 2) 前掲書1), 83.
- 3) 前掲書1), 448.
- 4) 日本整形外科学会：整形外科手術調査2009. (2013年11月26日取得 http://www.joa.or.jp/jp/media/comment/pdf/investigation_2009.pdf)
- 5) 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. 老年看護学, 16 (1) : 111-118, 2011.
- 6) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association, Washington DC, 1999. 日本精神神経学会監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン. せん妄. 医学書院, 2000)
- 7) Edelstein DM, Aharonoff GB, Karp A, et al: Effect of postoperative delirium on outcome after hip fracture. Clin Orthop Relat Res, May (422) : 195-200, 2004.
- 8) 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—ナーシング・フォーカス・シリーズ. 8-12, 東京, 照林社, 2002.
- 9) 古家仁: 術後精神障害せん妄を中心とした対処法. 57-58, 東京, 真興交易(株) 医書出版部, 2003.
- 10) Lipowski, Z.J.: Delirium. Acute Confusional States. 109. Oxford University Press: 442-478, 1990.
- 11) Lindesay, J, Rockwood, K, & McDonald, A, ed: Delirium in Old Age. 30-37, Oxford University Press, 2002.
- 12) 宮崎恭子, 田中久美子, 富澤千亜紀, 他: 人工関節置換術患者の術後のせん妄の発症に関する因子の検討. 整形外科看護, 13 (4) : 418-423, 2008.
- 13) 石川和彦, 太田吉雄, 武井寛, 他: 後期高齢者脊椎手術後に生じたせん妄症例の検討. 臨床整形外科, 43 (8) : 813-816, 2008.
- 14) Bitsch M, Foss N, Kristensen B, et al: Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture. a review. Acta Orthop Scand, 75 (4) : 378-389, 2004.
- 15) Goldenberg G, Kiselev P, Bharathan T, et al: Predicting post-operative delirium in elderly patients undergoing surgery for hip fracture. Psychogeriatrics, 6 (2) : 43-48, 2006.
- 16) 山本博一, 西崎淳, 中島華枝, 他: 大腿骨頸部骨折患者における術後せん妄の予測. 川崎医学会誌, 25 (2) : 97-104, 1999.
- 17) 西口滋, 季進舜, 藤原弘之, 他: 大腿骨近位部骨折とせん妄. 骨折, 30 (3) : 511-515, 2008.
- 18) 姫野睦裕, 春口季実子, 前田明美, 他: 大腿骨転子部および頸部骨折患者におけるせん妄とその発症要因との関連について. Hip joint, 34 : 61 - 63, 2008.
- 19) 長谷川真澄, 原田竜三, 中林雅子, 他: 神奈川県における大腿骨頸部骨折入院患者のせん妄ケアの現状と課題. 神奈川県立保健福祉大学誌, 2 (1) : 3-11, 2005.
- 20) 松井文, 八塚美樹, 高畠里美, 他: 高齢手術患者のせん妄発症要因に関する検討. 富山医科薬科大学看護学会誌, 6 (1) : 91-98, 2005.
- 21) Kalisvaart KJ, Vreeswijk R, de Jonghe JF, et al: Risk factors and prediction of postoperative delirium in elderly hip-surgery patients: implementation and validation of a medical risk factor model. J Am Geriatr Soc, 54 (5) : 817-822, 2006.
- 22) 和田健: せん妄の臨床—リアルワールド・プラクティス—. 149-155, 東京, 新興医学出版社, 2012.
- 23) Elie M, Cole MG, Primeau FJ, et al: Delirium risk factors in elderly hospitalized Patients. Journal of General Internal Medicine, 13 (3) : 204-212, 1998.
- 24) 小日向真依, 水尾直美, 鹿島絵美, 他: 高齢者の手術後せん妄に対する予防策の検討. 日本職業・災害医学会会誌, 53 (臨時増刊) : 207, 2005.
- 25) 長谷川真澄, 亀井智子: 看護師長からみた大腿骨頸部骨折患者のせん妄に関する看護の現状と課題: 老年看護学, 10 (1) : 41-52, 2005.
- 26) 町田いづみ, 上出晴奈, 岸泰宏, 他: 看護スタッ

- フ用せん妄評価スケール (DRS-J) の作成.
総合病院精神医学, 14 (1) : 1-8, 2002.
- 27) 綿貫成明, 酒井郁子, 竹内登美子, 他 : 日本語版NEECHAM混乱・錯乱スケールの開発およびせん妄のアセスメント. 臨床看護研究の進歩, 12 : 46-63, 2001.
- 28) 粟生田友子 : せん妄のアセスメントはどのように行うか重症度判定, 診断・鑑別に用いるアセスメントツール. EB NURSING, 6 (4) : 42-50, 2006.
- 29) 才木梢, 福井知明, 瀬戸口教子 : 当病棟における術後せん妄に影響する要因の検討. 三田市民病院誌, 17 : 60-65, 2005.
- 30) 綿貫早美, 狩野太郎, 亀山絹代, 他 : 高齢手術患者の術後せん妄発症率と発症状況の分析に関する研究. 群馬保健学紀要, 23 : 109-116, 2002.
- 31) 石堂美樹, 渡邊知子, 松浦敦子, 他 : 高齢者のせん妄発症予測と早期介入への取り組みーニーチャム混乱・錯乱スケールを用いてー. 大崎市民病院誌, 12 (1) : 23 - 24, 2008.
- 32) 菅原峰子 : 高齢患者のせん妄への看護介入に関する文献検討. 老年看護学, 16 (1) : 94-103, 2011.
- 33) 濱吉美穂, 松岡千代 : 臨床看護師に対するエビデンスに基づく高齢者のせん妄予防ケアガイドラインを使用した教育的介入の評価ーEBPの普及に向けた試みー. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 18 : 65-80, 2011.
- 34) 森山祐美 : 「せん妄回診」の実施とその効果. 看護管理, 21 (3) : 225-227, 2011.
- 35) 池淵幸 : コアナースとして取り組んだ病棟へのアプローチ. 看護管理, 21 (3) : 235-236, 2011.
- 36) 竹内麻理, 白波瀬丈一郎, 三村将 : せん妄に対するチーム医療. 臨床精神医学, 42 (2) : 349-353, 2013.

A Study of Prevention of Postoperative Delirium in Elderly Orthopedic Patients :

The Conditions in and Problems with Delirium Nursing in Japan

NAKATA Mai

Abstract: This study investigated the conditions of delirium incidence following orthopedic surgery and delirium nursing practice in Japan. The incidence of postoperative delirium in elderly patients following orthopedic surgery is high, and numerous factors play a role in the development of delirium including dementia. Conventional delirium nursing focuses on safety. However, recent developments in delirium nursing is changing the focus to prognosis and preventive care, and improving the understanding of delirium among clinical nurses. There has also been an increase in reports of educational interventions related to delirium for nurses, reporting activities that use a variety of approaches involving collaboration of certified nurse specialists (CNS) with staff in other occupations. Other medical professionals have also shown concerns related to delirium. Specifically in orthopedics wards, the necessity to provide team medical care involving the patients, family, physical therapists (PT), occupational therapist (OT), and pharmacists, is suggested. It has been found that improvements in nursing education related to dementia and delirium for nursing students contributes to improvements in delirium nursing in clinical settings. It is important to establish guidelines for postoperative delirium nursing care including for dementia in orthopedic wards, and contribute to improvements in the prognosis resulting in higher quality of life (QOL). Therefore, it is important to integrate delirium nursing by aiming to establish measures for early prediction and prevention of delirium, provide educational interventions for nurses related to delirium, and improve procedures in collaboration with other related occupations.

