

チーム医療による術後せん妄発症予防についての検討

小田幸治^{a*}, 大柳貴恵^b, 山口 恵^c, 馬場華奈己^d,
江角 悟^e, 千田真友子^a, 井上真一郎^a, 川田清宏^a,
岡部伸幸^f, 山田了士^c

岡山大学病院 ^a精神科神経科, ^b医療技術部, ^d看護部, ^e薬剤部,
^c岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学, ^f岡山市民病院 心療科

A prophylactic approach to postoperative delirium through collaborative practice

Koji Oda^{a*}, Kie Oyanagi^b, Megumi Yamaguchi^c, Kanako Baba^d,
Satoru Esumi^e, Mayuko Senda^a, Shinichirou Inoue^a, Kiyohiro Kawata^a,
Nobuyuki Okabe^f, Norihito Yamada^c

Departments of ^aNeuropsychiatry, ^bMedical Support, ^dNursing, ^ePharmacy, Okayama University Hospital,
^cDepartment of Neuropsychiatry, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences,
Okayama, 700-8558, Japan, ^fDepartment of Psychiatry, Okayama City Hospital, Okayama 700-8557, Japan

We launched our Psychiatry Liaison Team in the Department of Neuropsychiatry of Okayama University Hospital in 2009. Since nearly half of all new cases had suffered delirium, we subsequently launched our Delirium Control Team in 2011.

The main purposes of the Delirium Control Team are to prevent the occurrence of delirium through early interventions by various medical staff, and to educate co-medical staff about delirium care. In this article, we present the recent activities and future outlook of both the Psychiatry Liaison Team and the Delirium Control Team.

キーワード：せん妄対策チーム (delirium control team), せん妄予防 (delirium prevention),
せん妄ハイリスク患者 (patients at risk of delirium), 精神科リエゾンチーム (psychiatry liaison team),
周術期 (perioperative period)

医療が高度となり、また入院患者に占める高齢者の数が増加するにつれて、身体治療を行う各科に入院中の患者に対する精神科的支援や治療の重要性が高まってきている。このため、岡山大学病院（以下、当院）精神科神経科では、2009年に精神科リエゾンチーム（以下、リエゾンチーム）を立ち上げ、活動を継続している。当院のリエゾンチームのメンバーは、精神科医、精神看護専門看護師、臨床心理士、薬剤師を中心とした多職種で構成され、各職種の専門性を活かしたチーム医療の提供がその基本理念である。下記に再掲するように、当初から一貫してせん妄に関する依頼が約半数を占めていたため、これまで特にせん妄対策に重点を置き、2011年のせん妄対策チーム開設へとつながることになった。本稿では、リエゾンチームおよびせん妄対策チームの活動内容について報告する。

身体的治療や検査のために一般病棟に入院した患者に、

せん妄やうつ病といった精神科的な問題を認めることがある。その際、まずは当該病棟のスタッフ（主治医、看護師など）で対応するが、専門的な評価や対応が必要と判断されて、精神科にコンサルトされるケースも少なくない。当院精神科神経科では、1985年からリエゾン外来を開設して、精神科医が個別に診療にあたってきたものの、増加する依頼に対して個々の精神科医での対応力を超える事態となってきた。そこで2009年、精神科医、精神看護専門看護師、臨床心理士など、多職種からなるリエゾンチームを立ち上げ、各職種の専門性を活かしたチーム医療によってより多くのニーズに対応することを目標とした臨床・教育・研究活動を行っている。

リエゾンチームへの依頼件数は年々増加傾向にあり（図1）、新規依頼件数は年間1,000件に迫る勢いとなっている。当院のリエゾンチームは本邦での先駆け的存在であったが、全国的にもこうしたリエゾン精神医療のニーズが高まり、当院のチーム開設に3年遅れた2012年度の診療報酬改定で、「精神科リエゾンチーム加算」が新設され、多職種連携による質の高い精神科医療の提供が評価されるようになった。

平成28年12月7日受理

*〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1

電話：086-235-7242 FAX：086-235-7246

E-mail：odakoujiodakouji@yahoo.co.jp

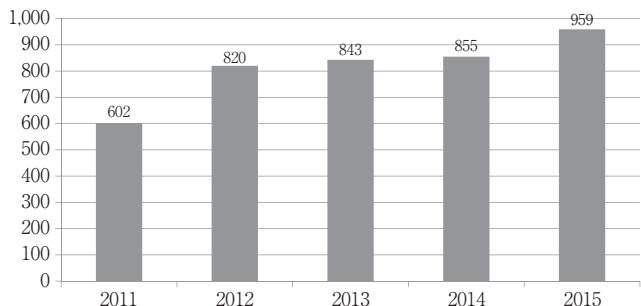


図1 精神科リエゾンチームへの年度別新患紹介件数の推移

た。当院は新設当初からこの算定を行ってきた本邦でも数少ない病院のひとつである。加えて、2016年度の診療報酬改定で新設された「精神科急性期医師配置加算」では、その施設基準として「精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること」が必須となっており、今後全国的に精神科リエゾンチームの整備がすすんでいくことが考えられる。

図2に2015年度のリエゾンチームへの紹介件数の内訳を示す。依頼内容は多岐にわたっている。もともと精神疾患の既往がある患者が身体科へ入院した場合の精神症状の評価、薬剤調整の依頼も多い一方、入院後に不眠や不安、抑うつをきたした患者への精神療法や薬剤調整なども行っている。近年は、がん患者に対し身体面だけでなく精神面も含めた包括的な治療の重要性が指摘されており、病名告知後の外来もしくは入院がん患者の約半数近くに何らかの精神科診断がつけられると言われている¹⁾。しかし言い換えれば、残りの半数には病的レベルには至らず、精神科病名が見つからない、いわゆる通常反応（正常範囲の悲哀、心理的衝撃）である。図2において「精神科診断なし」が9%あるのは、そうした通常反応の場合でも、傾聴などの対応を行っていくことがしばしばあるためである。

さらに、自殺企図のため救急病棟へ入院した患者の病状

評価などを行い、精神科病棟での継続治療が必要と判断した場合には、精神科病棟医と救急科との連携の橋渡しの役割も果たしている。

加えて、大学病院ならではの事例として「移植前診察および周術期のフォロー」がある。当院では腎、肝、肺、骨髄など可能な移植は全て行われている。なかでも肺移植に関しては、心理的な動揺が生じやすいため、入院時から様々な形で関わっている。例えば、移植前は移植ドナー・レシピエントの意思確認の第三者評価を行い、また移植前後を通して、不眠や不安、抑うつなどの精神症状に対応している。

このようにリエゾンチームの活動対象はきわめて多様であるが、その中で最大の依頼件数を占める疾患はせん妄である。図2に示すように、リエゾンチームの活動初期から一貫して、新規依頼の約半数をせん妄が占めている。近年の特徴としては、手術前を中心にせん妄未発症の段階での紹介、すなわち「せん妄ハイリスク」としての紹介が増加していることが挙げられる。当院の手術件数は年間1万件前後を数え、高齢者の手術例も多いため、こうした状況につながっている。

せん妄は意識障害の意識変容に分類され、軽度ないし中等度の意識混濁の上に精神運行興奮、幻覚、妄想などが加わった状態である。昼夜逆転や辻褃の合わない言動などの症状が出現することがある。入院患者におけるせん妄の有病率は10~30%に対して術後せん妄の発症率は51%²⁾ときわめて高く、手術侵襲などによって差はあるものの、術後はせん妄の発症が多発する。

せん妄の状態に陥ると、安静が保てなくなり点滴やカテーテルなどの自己抜去をしてしまうこと、転倒転落のリスクが高まること、治療選択の同意能力に問題が現れることなど、治療上様々な問題が生じてくる。したがって、せん妄が発症する前から患者対応を行い、せん妄発症を未然に

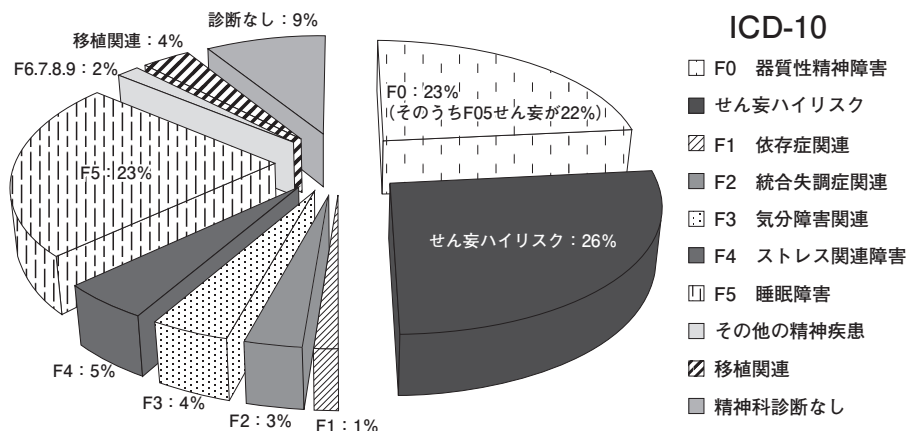


図2 2015年度精神科リエゾンチームへの新患者のICD-10分類

防いでいくことが精神科リエゾン活動の大きな役割の一つと考えている。

せん妄の原因は多要因であり，Lipowski³⁾らはこれらの要因を準備因子，促進因子，直接因子の3つに分類している。こうした因子の中で，6項目のハイリスク因子（認知機能障害，睡眠障害，不動化，聴覚遮断，視覚遮断，脱水）について早期から介入をおこなったところ，非介入群と比べ有意にせん妄の発症率が下がったという報告がある⁴⁾。これらの介入内容は看護師をはじめとした病棟スタッフの役割に負うところが大きく，スタッフに対する教育を十分におこなった病棟ではせん妄の発症率が有意に低いという報告もある⁵⁾。また，せん妄対策においては基盤にある身体的因子の同定，他の精神疾患との鑑別，薬剤の影響の検討，向精神薬の適切な使用，心理的・環境的治療アプローチなどの多様な対策が必要である。このため，様々な視点からの対応が可能となる多職種チーム医療に基づいたリエゾンアプローチが有用と考えられる。

こうしたことから，せん妄の各リスク因子に対して予防的に対応していくこと，および病棟スタッフへの教育的対応を主たる目的として，2011年，我々はリエゾンチームを母体として，せん妄対策チームを設立し活動を開始した。せん妄対策チームの構成メンバーは，リエゾンチームの構成員に加え，急性・重症患者看護専門看護師，集中ケア認定看護師，薬剤師，ゼネラルリスクマネージャー（医療安全管理部）などである。当院では，手術を受ける患者に快適で安全，安心な周術期の環境を効率的に提供するために，2008年9月に全国の病院に先駆けて発足した周術期管理を専門にチーム医療を行う周術期管理センターがある。せん妄対策チームは，この周術期管理センターと密接に連携することで，効率的なせん妄予防対策を展開しており，全国でも先駆的な取り組みといえる。

上述したように現場での主たる活動目的は，せん妄ハイリスク患者を早期に同定し，各職種の専門性を活かした対応を遅滞なく行うことでせん妄の発症を予防し，せん妄の重症度を下げることである。ここで，準備因子（年齢，脳疾患，せん妄の既往，過量飲酒など）が多い患者はせん妄ハイリスクである。これらの準備因子は個体要因であるため，対応による改善はほぼ不可能であるが，準備因子を評価することは「リエゾン介入の指標」としての判断に用いることができるため，実際には重要な臨床活動である⁶⁾。

対応の流れを図3に示す。まず，手術目的で入院予定の患者が外来受診をする際，せん妄の準備因子である複数の項目について周術期管理センター看護師が評価を行い，1項目でも該当すればせん妄ハイリスクとして患者の承諾を得たうえでせん妄対策チームにコンサルトされる。コンサ

ルト後，チームの各メンバーが種々の検査所見や使用薬剤，睡眠状況，飲酒状況，感覚障害（視力低下や聴力低下など）について評価を行い，それぞれへの対応策を検討し，病棟主治医や看護師に提案・推奨を行っている。

せん妄対策チームの活動は，各職種の専門性を活用できることが大きな特徴のひとつである。例として，薬剤師の対応によりせん妄を惹起する可能性のある薬剤のチェックが確実に上がったことがあげられる。また，主治医や病棟看護師に対する提案・推奨についても，チームとしてそれを行うことで専門性が尊重されるようになり，個々の職種で行っていた際よりも実臨床に反映されやすくなっている。また，せん妄ハイリスクという概念を主治医や病棟看護師に浸透させることで，身体科におけるせん妄対策の重要性が認識されてきた点も長所としてあげられ，教育的役割も

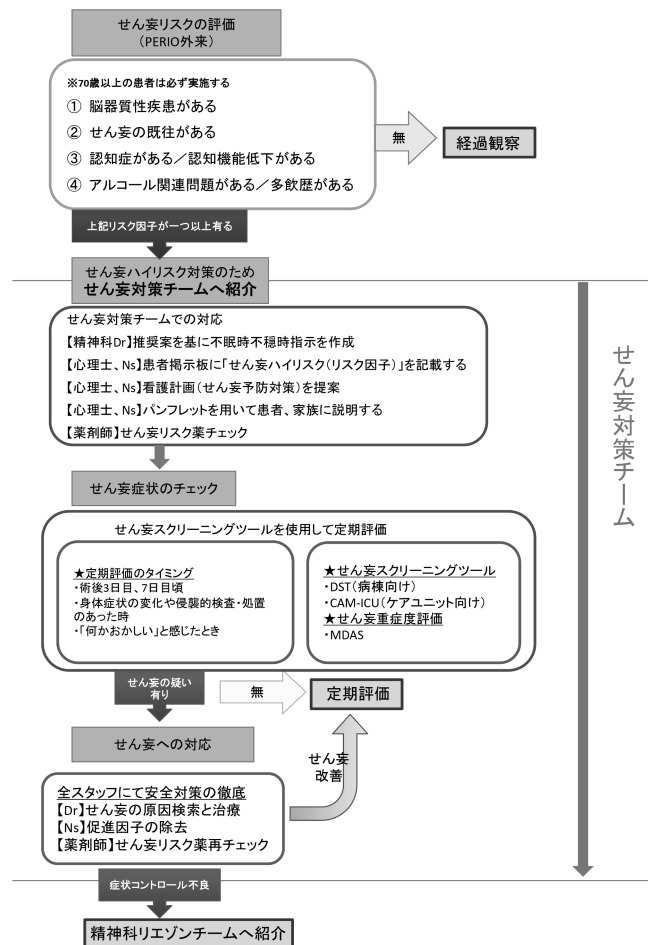


図3 せん妄対策チームのせん妄対策フローチャート
DST, CAM-ICU はせん妄スクリーニングツールであり，MDAS は重症度評価のスケール。それぞれの内容や指向が異なるため，目的・現場の種類によって使い分けられる。DST：Delirium Screening Tool, CAM-ICU：Confusion Assessment Method for the ICU, MDAS：Memorial Delirium Assessment Scale。

担っている⁶⁾。

2012年2月～2013年1月に周術期外来を受診した380名の診療録を後方視的に調査した。せん妄の準備因子5項目（①認知機能低下，②せん妄既往，③脳器質性疾患，④アルコール多飲，⑤70歳以上）のうち1項目以上に該当する患者125名をせん妄ハイリスクと考え、臨床の範囲内で予防対応を行ったところ、せん妄を発症したのは12名で、せん妄ハイリスク患者の9.6%であった（図4）。

術後せん妄の発症率は多い報告で約50%²⁾にも上るとされることを考えると、当院のせん妄対策チームの活動は一定の効果を上げている可能性がある。厳密な介入研究は倫理的に難しい面があるが、せん妄対策チームの対応効果を検証し、また発展させていくためには、今後研究を行っていくことも重要であると考えている。

また、当院せん妄対策チームは、院内外の医療従事者を対象とした「せん妄対策研修会」を毎年主催・協力している。せん妄は多要因でおこることから医師・看護師・薬剤師などの多職種を参加対象とし、せん妄の一次・二次予防を扱っている。参加者の能動的な学習意欲を促すべくグループワークを中心に組み立てるなど、双方向型の内容となるよう工夫をしており、今後も地域医療への貢献をひとつ

のミッションとして継続していきたいと考えている。

以上、リエゾンチームが活動を行う中で、特に臨床現場からのニーズが高かったせん妄に着目し、せん妄対策チーム立ち上げに至った経緯について解説した。せん妄対策チームが目標とするのは「せん妄を発症前から防いでいく」ことであり、連携を意味する「リエゾン」的な関わりが重要と考える。

最後に、今後の展望にも少し触れておきたい。リエゾンチームへの紹介は多岐にわたっておりせん妄以外の紹介件数も年々増えている。一方で、チームとしてはマンパワーが限られているという現状がある。せん妄はほぼすべての診療科の病棟において起こりうる病態であり、これまでのように全てをリエゾンチームが対応するのではなく、今後は各病棟で少なくとも初期対応ができるようにサポートしていく姿勢が重要と考えている。せん妄対策チーム発足後は、各科において「せん妄対策」という視点が根付き始めており、さらに教育的なアプローチを続けていきたい。

文 献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA (1983) 249, 751-757.
- 2) 日本精神神経学会監訳：米国精神医学学会治療ガイドライン；せん妄，American Psychiatric Association 著，医学書院，東京（2000）。
- 3) Lipowski ZJ : Delirium : Acute Confusional States, Oxford University Press, New York (1990) pp54-70.
- 4) Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM Jr : A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Eng J Med (1999) 340, 669-676.
- 5) Tabet N, Hudson S, Sweeney V, Sauer J, Bryant C, Macdonald A, Howard R : An education intervention can prevent delirium on acute medical wards. Age Ageing (2005) 34, 152-156.
- 6) 井上真一郎，内富庸介：せん妄の要因と予防，臨床精神医学 (2013) 42, 289-297.

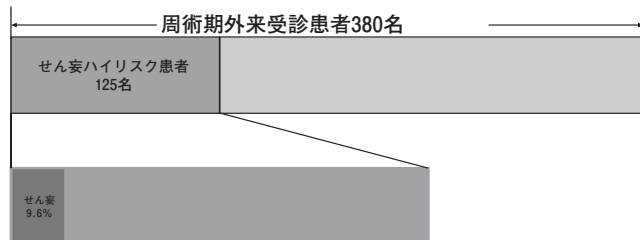


図4 2012年2月～2013年1月に周術期外来を受診した380名の診療録の後方視的調査
せん妄の準備因子5項目のうち1項目以上に該当する患者125名をせん妄ハイリスクとし、せん妄対策チームが対応した。せん妄を発症したのは12名で、せん妄ハイリスク患者の9.6%であった。