

# せん妄の主観的評価と CAM-ICU 評価との比較

キーワード：せん妄・主観的評価・CAM-ICU

1 病棟 3 階東

尾崎恭子 藤井理恵 中本咲子 古賀雄二 大田智子 山下美由紀

## I. はじめに

ICU 患者の約 8 割がせん妄を発症しており、せん妄は死亡率の上昇、病院滞在日数の増加、ケアへの依存度にも影響するといわれ<sup>1)</sup>、早期発見・介入の必要性が指摘されている。

当 ICU でのせん妄評価は、患者の意識状態や言動から看護師が主観的に行っており、せん妄の評価ツールを用いていない。そこで今回、人工呼吸管理中や鎮静により言語的コミュニケーションが困難な場合でも使用可能なせん妄評価ツールである、日本語版 Confusion Assessment Method for the ICU (以下、CAM-ICU) での評価と看護師の主観的評価との比較検討を行った。

## II. 方法

1. 期間：2008 年 9 月～11 月

2. 対象：脳外科術後患者・意志疎通困難な精神疾患を有する患者を除く、20 歳以上の ICU 入室患者 39 名。

3. 方法：担当看護師がせん妄の有無について主観的に評価を行い、同時に看護研究チームメンバーが CAM-ICU 評価を行った。

4. 倫理的配慮：対象患者または家族に、研究参加と途中辞退の自由、および不利益は生じないことなどについて書面を用いて説明し、同意を得た。

5. 用語の定義

せん妄群：CAM-ICU 評価にてせん妄と判断された群

非せん妄群：CAM-ICU 評価にてせん妄と判断されなかった群

活動過剰型せん妄：せん妄群のうち RASS0～+4 (覚醒状態)

活動低下型せん妄：せん妄群のうち RASS-1～-3 (非覚醒状態)

(RASS:Richmond Agitation-Sedation Scale)

## III. 結果

評価回数のはべ 87 回で、分析対象は RASS-4 以下で CAM-ICU 評価対象外であった 6 回を除いた 81 回であった。

CAM-ICU 評価 81 回において、せん妄群は 32.1% (26 回)、非せん妄群は 67.9% (55 回) であった。活動過剰型せん妄は 30.8% (8 回)、活動低下型せん妄は 69.2% (18 回) であった (表 1、図 1)。

CAM-ICU 評価と主観的評価の一致率を比較すると、せん妄群における一致率は 42.3% (11 回)、非せん妄群における一致率は 87.3% (48 回) であった (図 2)。

患者の覚醒・非覚醒状態別での CAM-ICU 評価と主観的評価の一致率を比較すると、覚醒状態 (RASS0～+4) での評価回数 52 回のうち、活動過剰型せん妄群 8 回の一致率は 62.5% (5 回)、非せん妄群 44 回の一致率は 93.2% (41 回) であった (図 3)。また、非覚醒状態 (RASS-1～-3) での評価回数 29 回のうち、活動低下型せん妄群 18 回の一致率は 33.3% (6 回)、非せん妄群 11 回の一致

率は 63.6%(7 回)であった (図 4)。

表 1. 評価回数 81 回の集計結果

		CAM-ICU 評価				計
		せん妄群		非せん妄群		
		活動過剰型	活動低下型			
		RASS0~+4	RASS-1~-3	RASS0~+4	RASS-1~-3	
主観的評価	一致	5	6	41	7	59
	不一致	3	12	3	4	22
計		8	18	44	11	81

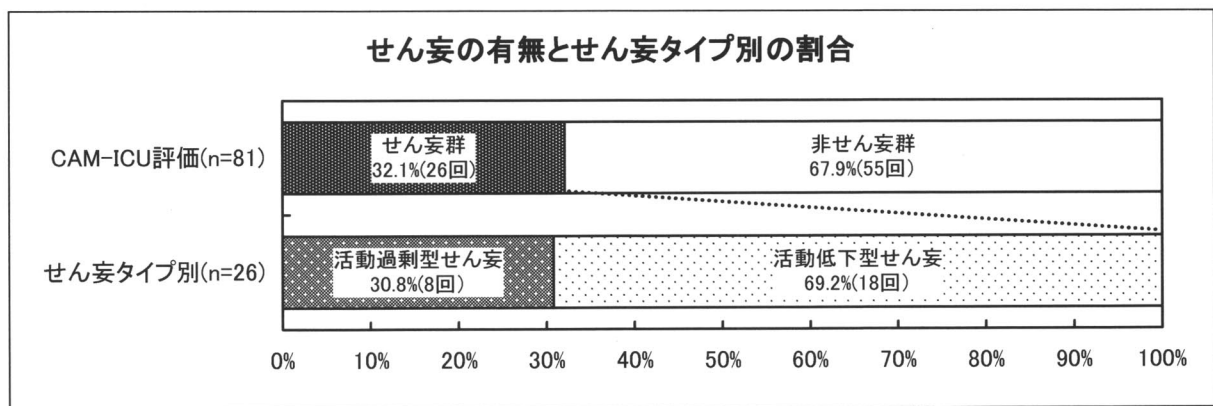


図 1. CAM-ICU 評価でのせん妄の有無の割合とせん妄タイプ別の割合

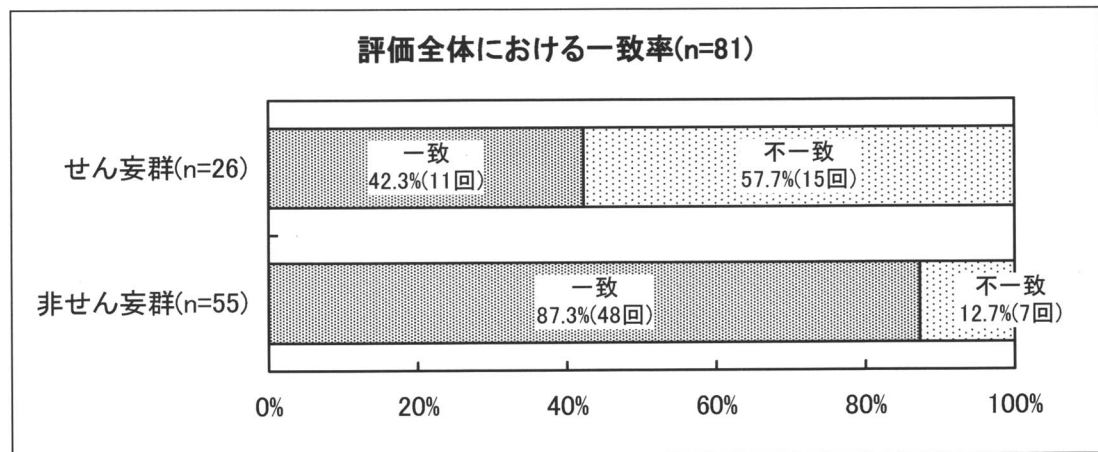


図 2. 評価全体での CAM-ICU 評価と主観的評価の一致率

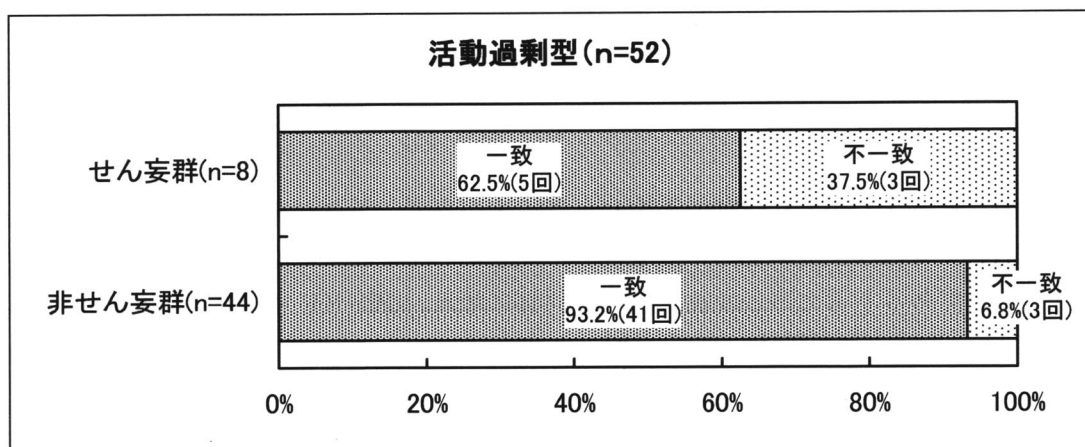


図3. 覚醒状態 (RASS0~+4) における CAM-ICU 評価と主観的評価の一致率

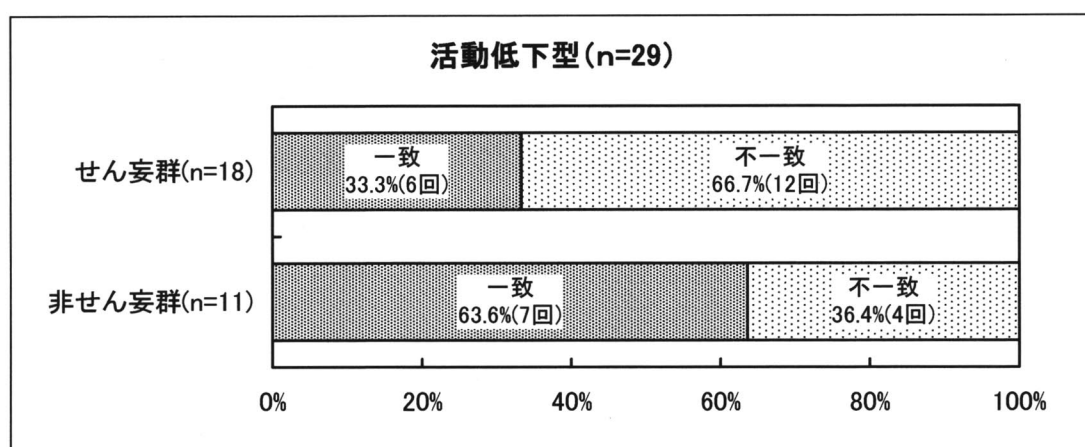


図4. 非覚醒状態 (RASS-1~-3) における CAM-ICU 評価と主観的評価の一致率

#### IV. 考察

せん妄群での CAM-ICU 評価と主観的評価との一致率は4割と低く、約6割のせん妄が見逃されていることがわかった。

せん妄のタイプ別にみると、活動過剰型せん妄群においては CAM-ICU 評価と主観的評価の一致率は6割であったが、4割近くは一致しておらず、せん妄が見逃されていたことがわかる。その理由として、今回はそれらの患者がすべて RASS+1 であり、軽度の落ち着きのなさがみられることはあるものの会話は概ね成立し、興奮状態や危険行動は見られていないため、看護師はせん妄と評価しなかった。看護師の認識として、せん妄=「危険行動」のように「行動」を中心に見てしまう傾向や「認知機能」に注意を向けない傾向も指摘されているように<sup>2)</sup>、本研究においてもせん妄の偏った認識や知識不足の可能性があり、せん妄に関する教育の必要性が高いと考える。

また活動低下型せん妄においては、せん妄の発症頻度が活動過剰型せん妄の2倍以上であるにもかかわらず、CAM-ICU 評価と主観的評価との一致率は低く、6割以上が見逃されていた。Inouyeらは、せん妄の見逃し要因として、70歳以上、認知症、難聴、活動低下型せん妄を指摘しているが<sup>3)</sup>、本研究の結果から、当ICU患者においても主観的評価では活動低下型せん妄が見逃されやすいことが示唆された。その理由として、自己抜去や転倒・転落など安全管理上問題とされるものは活動過剰型せん妄のイメージが強く、活動低下型せん妄は、むしろ“おとなしい患者”とし

て問題視されにくいのではないかと考えられる。また ICU 看護師は、患者が傾眠傾向を呈し、“今ひとつはっきりしない状態”であることを、疲労・麻酔・鎮静による影響や全身状態の悪化による意識レベルの低下として捉え、せん妄という側面でのアセスメントが不足する傾向にあるのではないかと考える。

Ely らは、活動過剰型せん妄より活動低下型せん妄の方が患者の予後に直接影響すると報告しており<sup>1)</sup>、今回の研究では活動低下型せん妄を高率に見逃がしていたことから、活動低下型せん妄の早期発見が重要であると考え。今後は主観的評価に加え、CAM-ICU などの客観的なせん妄評価スケールを併用してせん妄の評価を行う必要がある。

また、臨床教育によりせん妄に関する知識を深めることや、医療者全体が連携し、一貫したせん妄の評価や対応・対策が行えるようせん妄ケアマネジメントを導入することにより、総合的なせん妄への取り組みが求められる。

## V. 結論

1. せん妄評価における看護師の主観的評価と CAM-ICU 評価との比較を行った。見逃されたせん妄は特に活動低下型せん妄に多く、約 6 割であった。
2. 活動低下型せん妄は、治療・看護上の問題となりにくいために見逃されやすいと考えられ、主観的評価に加え、CAM-ICU を用いて評価する必要がある。
3. 今後は、せん妄に関する臨床教育やせん妄ケアマネジメントの導入など総合的な取り組みが求められる。

## VI. 引用・参考文献

- 1) 木下佳子：人工呼吸管理における看護の役割と今後の課題, 人工呼吸, 22(2), p120-122, 2005.
- 2) 綿貫成明, 酒井郁子, 寺内英真：自分から変わる、今から変える「せん妄ケア」の考え方, 看護管理, 17(7), p566-573, 2007
- 3) 綿貫成明：予防・早期発見に役立つアセスメントツール, EB Nursing, 6(4), p34-41, 2006.
- 4) 布宮伸：クリティカルケアで不穏・せん妄, 鎮痛・鎮静, をどのように考えるか, 看護技術, 51(1), p11-14, 2005.
- 5) 鶴田良介：人工呼吸中の鎮静・鎮痛とせん妄評価の今日的考え方, 看護技術, 55(1), p10-15, 2009.
- 6) 古賀雄二：ICU におけるせん妄の評価—日本語版 CAM-ICU—, 看護技術, 55(1), p30-33, 2009.
- 7) 行岡秀和：ICU での鎮静・鎮痛のオーバービュー：鎮静・鎮痛の評価法, ICU と CCU, 30(11), 2006.
- 8) 布宮伸：ICU におけるせん妄の予防と治療：デクスメトミジンの適用とその限界, ICU と CCU, 30(11), p939-945, 2006.
- 9) Ely EW. et al, 鶴田良介ら訳：ICU のためのせん妄評価法 (CAM-ICU) トレーニング・マニュアル, <http://www.icudelirium.org/delirium/training-page/Japanese.pdf>
- 10) 三瓶智美：クリティカルケアで不穏・せん妄をどうアセスメントするか, 看護技術, 51(1), p23-27, 2005.