
 総 説

医療看護研究25 P. 1 - 9 (2020)

せん妄状態にある患者の精神内界に関する文献レビュー

Intrapsychic State of Patients with Delirium : A Literature Review

 阿 部 美 香¹⁾²⁾ 上 野 恭 子²⁾³⁾
 ABE Mika UENO Kyoko

要 旨

【背景】せん妄状態の患者（以下、患者）の看護は、予防や発症期間短縮に有効な介入方法は明らかにされているが、せん妄状態の中で精神的に不安定になっている患者の視点を重視した介入方法は確立されていない。

【目的】患者の視点を重視した介入への基礎的知見を得るため、先行研究をもとに、せん妄状態となっている時に患者が体験した精神内界、すなわち認知、感情、行動を明らかにした。

【方法】せん妄、体験、delirium、experienceをキーワードに論文を検索し、せん妄状態であった時の体験に関する報告がされている論文を選定して、患者が体験した認知、感情、行動を抽出した。

【結果・考察】対象となったのは10論文であった。患者は、意識変容によって現実を正しく知覚することができず、夢か現実か区別がつかず混乱し、幻覚や妄想を伴うこともあったと記されていた。この混乱は孤独感や恐怖を感じさせ、医療従事者からみた問題行動を引き起こすことが抽出された。

【結論】患者は、その体験の中で精神的な苦痛を感じているが、自分では適切に対処できない精神的危機に陥っていると考えられ、精神的な苦痛を軽減する看護介入の研究と開発の必要性が示唆された。

キーワード：精神内界、せん妄、体験、精神的危機

Key words : intrapsychic state, delirium, experience, mental health crisis

I. 諸言

クリティカルケア領域の患者がせん妄を発症すると集中治療室（Intensive Care Unit；以下、ICU）滞在期間、入院期間、人工呼吸器装着期間が長くなり、こうした患者の死亡率は有意に高い（Salluhら、2015）ことが知られている。せん妄は精神運動活動の水準によって3つの型に分類（日本精神医学会、2014）され、精神運動活動が活発で気分の不安定性や焦燥等を伴う

過活動型、精神運動活動の水準が低く昏迷に近いような不活発や嗜眠を伴う低活動型、そして精神運動活動の水準が正常または急速に変動する混合型がある。しかし、過活動型以外は見落とされやすく、ICUで人工呼吸管理をしている患者のせん妄発症率は適切に診断すれば80%以上にも上ると推測されている（Milbrandtら、2004）。

このように発症率が高く、予後に影響するせん妄を予防するために、現在まで多くの研究が行われてきた。その中でもせん妄の発症に影響する因子（以下、危険因子）に介入して予防することに研究の主眼が置かれてきた。その因子には種々の身体疾患や薬物といった直接因子、加齢や脳の器質的既往などの準備因子、感覚遮断や心理的ストレスなどの誘発因子といった3因子（Lipowski、1990）がある。これらに介入する方

1) 順天堂大学大学院医療看護学研究所博士後期課程
Doctor's Course, Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

2) 順天堂大学医療看護学部
Faculty of Health Care and Nursing

3) 順天堂大学大学院医療看護学研究所
Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University
 (Oct. 30. 2019 原稿受付) (Jan. 22. 2020 原稿受領)

法の例としては、高齢患者を対象として作成された「HELP」と称される多因子介入プログラムで、見当識介助、認知機能の刺激、非薬理的な睡眠コントロール、早期からの運動、視覚と聴覚補助そして脱水補正をするもの (Inouyeら, 1999) や、これらに加えて低酸素、低栄養と炎症の改善、疼痛緩和、そして薬物調整を行う方法 (National Institute for Health and Care Excellence; 以下、NICE) (2010) が推奨されている。近年も、直接因子と誘発因子への包括的な介入 (Cleggら, 2016)、睡眠覚醒周期のコントロール (Smithら, 2017; Huら, 2015)、そして早期からの運動 (Needhamら, 2010) による予防や発症期間の短縮効果が報告された。

しかしながら、危険因子の軽減や除去といった医療従事者が客観的に評価できる側面だけでなく、NICE (2011) は質の高いケアにはケアの受け手の経験といった側面の重要性を指摘し、精神保健医療サービスにおいては医療従事者の視点に留まらず、患者自身の視点をさらに重視すべきであると警鐘した。

先行研究では、患者の視点と看護師の視点が一貫していない可能性 (山内, 2018) が指摘されている。山内 (2016) は、せん妄ではないがICUに入室した心疾患患者の術後の体験について面接調査を行い、順調な回復と看護師が評価している状況でも、患者は精神的な苦痛を体験しており、看護師の視点と患者の視点が異なっていることを指摘した。阿部ら (2018) は、ICU看護師を対象とした面接調査の結果、患者がひとたびせん妄を発症してしまうと、看護師は、経験知に頼って苦渋しながら試行錯誤の関わりをしている状況を明らかにした。その関わりには2種類があり、患者の見当識を修正して我に返らせようとする関わりと、患者が体験している世界を否定せず患者を落ち着かせようとする関わりであった。これらの先行研究から、患者の視点を重視し、彼らの体験を対象に看護介入ができれば、制御できない危険因子の暴露によりせん妄を発症したとしても、患者の精神的安寧を保てる可能性があると思われた。しかし、患者の体験を対象にした看護介入に関する先行研究は見当たらず、確立されていない。そこで本研究では、患者の体験を対象とした看護介入をするための基礎的知見を得ることを目指した。

II. 目的

先行研究をもとに、せん妄状態となっている時に患

者が体験した精神内界、すなわち認知、感情、行動を明らかにした。

III. 方法

1. 対象論文の抽出

対象とする論文は、Pub Med、Cochrane Library、CINAHL、医中誌webのデータベースを使用し、英文文献ではdelirium and experienceを、和文文献ではせん妄and体験をキーワードに設定して2008～2018年の研究論文を抽出した。言語は英語と日本語に限定し、対象は小児を除外した。その中から、研究目的とは直接関連のない論文、ケア提供者の体験に関する論文、せん妄から回復後の体験のみを調べており、せん妄状態の時のことは調べていない論文を除外した。また、データベース検索に加えて、検索した文献の引用文献から目的に合致すると判断した論文をハンドサーチし、研究対象とした。ハンドサーチした論文は2008年以前のものも対象とした。

2. 検討方法

研究の概要は、出版年、対象者の特徴、せん妄の診断方法、研究デザイン、研究方法、および結果を列挙した。特に本研究は患者が体験した精神内界を明らかにするため、せん妄状態であった時に患者が体験した認知、感情、行動に分類して抽出した。

3. 倫理的配慮

本研究は先行研究を基にした研究であり、論文を精読して目的に合致した部分を抽出する際には先行研究の研究者が意図したことを曲解しないよう十分配慮した。

IV. 結果

1. 対象論文の概要

データベース検索の結果、364論文が抽出されたが、その中から除外論文を外し、ハンドサーチした論文を加えると、対象論文は10論文となった (図1)。対象となった10論文の言語の内訳は、英語が6論文、日本語が4論文であった。出版年は2008年以前のもの3論文あったが、7論文は2015、2016年に集中していた。研究デザインは、質的研究法が7論文と多く、残りは量的研究法2論文、混合研究法1論文であった (表1)。せん妄の診断が明確であるものは3論文で、それらはCAM-ICUといった評価尺度や米国精神

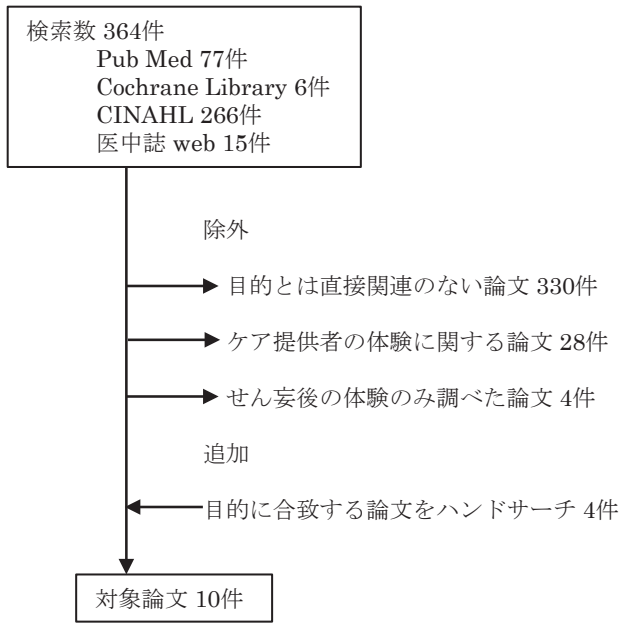


図1 文献検索結果

医学会のDSM-IV-TRといった診断基準によるもの(Whitehorneら, 2015; Morandiら, 2015)、リエゾンサービスといった専門家の診断によるもの(Groverら, 2015)であった。対象者の背景は60歳以上または高齢者と明記されているものは6論文であり、そのうち1論文(Morandiら, 2015)は認知症患者でもあった。その他は、高齢者を含めて年齢に幅があるものが2論文(Whitehorneら, 2015; Groverら, 2015)であった。対象者の治療は4論文(Pollardら, 2015; 三好ら, 2016; 江尻, 2008; Duppilsら, 2007)が外科的治療後であり、2論文(Whitehorneら, 2015; 藤田ら, 2016)はICUに入室していたことが明確にされていた。

2. せん妄状態の患者の認知

せん妄状態にある患者が自分の置かれた状況をどのように認知していたのかについて記載されていたのは、9論文であった。その中で、患者が今を現実なの

表1 対象論文の研究概要

著者名(年)	目的	対象	方法	結果(せん妄状態だった時の認知、感情、行動)
Whitehorneら(2015)	せん妄を体験した集中ケア患者の集中治療を受けた体験を理解する	• 男性7名、女性3名 • 46~70歳 • せん妄評価: CAM-ICU • 急性期病院2施設 • ICUから一般病棟に移動後	解釈学的現象学研究 • Van manenの手法で分析 • 半構造化インタビュー	• 他者と接触がなく孤独、ICU環境の中で身体と精神が分離された感覚で、他者とのあるいは自分の心身のつながりを求めている • 何が現実で何が現実ではないのかを判別して理解することを試みたが難しかった • 自分か自分の家族かどちらかが危険だという切羽詰まった感覚を持ち、恐怖を感じて安全を求めている
Pollardら(2015)	せん妄の体験を明確にする	• 11名 • 整形外科手術後 • 整形外科病棟を退院後	質的記述的研究 • グラウンデッドセオリアプローチ法で分析	• 猜疑や不信の苦しみを体験した • 畏にかけられた、見捨てられた、無視、断絶といった孤独感を体験した
三好ら(2016)	せん妄を発症した高齢患者が、自身の状況を把握できるまでの意識回復過程において、どのような体験をしているのかを明らかにする	• 男性3名、女性4名 • 平均年齢73歳 • 大腿骨頸部骨折の手術後にせん妄を発症	質的帰納的分析 • 患者とその家族にインタビュー	• 霞がかかったような意識状態だった • 突発的に我に戻る瞬間があった • 夢と現実の区別がつかず、混乱していたような気がする • 体に血の通った感覚が感じられていなかった
中田ら(2015)	記録文書による闘病体験を通じたnarrative分析に着目し、闘病記録をもとに急性心筋梗塞で入院中にせん妄を体験した患者の思いを明らかにする	• 60歳代前半の男性 • 急性心筋梗塞で緊急入院 • 入院期間は約60日 • 認知症や精神疾患の既往無し	質的帰納的分析 • 22ページの闘病記録 • Riessmanのテーマ分析を参考に	• 狂気のもうひとりの自分の存在に対する自覚 • 周りにあきられ苦笑されたかすかな記憶 • 現実と区別がつかない被害妄想 • 自分が誰かわからず名前もすぐに出てこない • 何もしたくない無気力状態 • 自尊心さえなくし狂った心や孤独感 • 不安、無気力、妄想、錯覚、無表情、幻覚などが複雑に交錯しながら襲う • 耐えられず喉に詰められた呼吸を助ける器具をとった、気持ちが落ち着かず昼夜の徘徊
江尻(2008)	せん妄を発症した患者の思いを報告する	• 60歳代男性 • 心臓手術後	症例報告	• 「おれはもうだめだ」「元氣ない。もう死ぬんだ」 • 夢なのか夢でないのかわからなかった

表1 対象論文の研究概要（前ページのつづき）

著者名 (年)	目的	対象	方法	結果（せん妄状態だった時の認知、感情、行動）
Duppilsら (2007)	せん妄状態の患者の経験を記述する	<ul style="list-style-type: none"> 高齢患者12名 腰の手術後にせん妄を経験 	内容分析 <ul style="list-style-type: none"> インタビュー 	<ul style="list-style-type: none"> せん妄への導入時、現実が急激に変化し、満たされない欲求が溢れ出てきた せん妄状態の時は、現実と非現実、病院にいるかどこにいるか、現在か過去か、といった相反する知覚 生命が脅かされるか死か、火災か洪水か、閉じ込められ逃げられないまたは逃走するといった劇的な場面で怒り、恐怖、不安といった強い情動 周囲の声は聞こえるが理解できない、話せるが集中して聞けないといったコミュニケーションの困難さ
McCurrenら (2003)	入院高齢患者の生きられた経験からせん妄の現象を記述する	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者14名 60歳以上 	現象学的分析 <ul style="list-style-type: none"> インタビュー 	<ul style="list-style-type: none"> 曖昧さや時間と場所の現実からの変化によって混乱状態に陥った 恐怖、不安、怒り、羞恥心などの感情が誘発された 置かれた状況や周囲の人に対応しようとしていた
Groverら (2015)	患者のせん妄体験とせん妄体験に関係している苦悩を理解する	<ul style="list-style-type: none"> 患者203名 18歳以上 せん妄評価：リエゾンサービス せん妄から回復して24時間後 	統計学的分析 <ul style="list-style-type: none"> 3尺度33項目質問紙調査 	<ul style="list-style-type: none"> 35%の患者がせん妄中の体験を思い出すことができた 86%の患者はせん妄の体験を苦悩の体験としていた 苦悩の内容として思い出せた中で、恐怖感と幻視が最も多く共通していた せん妄の体験を思い出せた患者と、思い出せなかった患者を比較すると、思い出せた人のほうが知覚障害と言語障害を経験しており、せん妄の重症度が高かった せん妄を苦悩と表現した患者は、せん妄の重症度が軽度～中等度の人が多かった
藤田ら (2016)	人工呼吸管理を受けたICU入室患者の妄想的記憶の実態と退院後の精神状態に及ぼす影響について明らかにする	<ul style="list-style-type: none"> ICU入室患者150名 24時間以上の人工呼吸管理を要した 	統計学的分析 <ul style="list-style-type: none"> せん妄発症状況 妄想的記憶 退院後の精神状態 	<ul style="list-style-type: none"> 妄想的記憶の保有率は37%であった 妄想的記憶を不快に捉える要因は、被害妄想と、せん妄発症のあることであった
Morandiら (2015)	認知症高齢患者のせん妄体験を質的および量的方法で知る	<ul style="list-style-type: none"> 認知症でせん妄を発症した高齢者30名 リハビリテーション病棟に入院していた せん妄評価：DSM-IV-TR 	混合研究法の前向き調査 <ul style="list-style-type: none"> 質問紙 インタビュー 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者のうち半数がせん妄の体験を部分的に記憶していた 苦悩の高さは、不安、恐怖、錯覚、不満、動けないこと、見当識障害と関連していた 不安、恐怖、怒り、脅威、羞恥心といった異なる感情を複数体験していた 精神病のような妄想体験、自分の親のことまたは愉快なことを思い出していた 現実感を失うという、突然の自身の変化を自覚していた 縛られている、制限されている、落ちる、眠気、という身体感覚を体験していた

か非現実あるいは夢なのか判別できず混乱していたのが6論文に共通していた。

まず、三好ら（2016）は、整形外科手術後にせん妄を発症して回復した患者7名にインタビューを行い、質的帰納的に分析した。患者は、霞がかかったような意識状態であったが、突発的に我に返る瞬間もあり、

夢と現実の区別がつかず混乱していたような気がしていたと記述されていた。Whitehorneら（2015）の研究は、ICUでせん妄を体験した患者10名にインタビューを行い、解釈学的現象学的手法で分析した。せん妄状態の時の体験を想起して語った中に、何が現実で何が非現実なのかを判別して理解しようと試みたが困難

だったことが記されていた。江尻(2008)は、ICUでせん妄の苦悩を表出した心臓外科患者1名の症例を報告した。患者は回復後に、せん妄状態の時は「夢なのか夢ではないのか、わからなかった」と語ったことが記されていた。Duppilsら(2007)は、腰の手術後にせん妄を経験した高齢患者12名にインタビューを行い、内容分析を行った。患者はせん妄になりかけた時、現実が急激に変化したことを認知している記述があり、せん妄状態の時には、この状況は現実なのかそれとも非現実なのか、自分がいるのは病院か、あるいは別のどこかなのか、今は現在なのか過去なのかといった相反する時間や空間の狭間にいたことが記されていた。McCurrenら(2003)は、60歳以上の入院患者でせん妄だった時のことを記憶していた14名にインタビューを行い、現象学的手法で分析した。患者は、曖昧さや、時間と場所が現実から変化することによって混乱状態に陥っていたことが記されていた。Morandiら(2015)は、リハビリテーション病院入院中にせん妄を発症した認知症を有する患者30名に質問紙調査とインタビューを行い併せて分析した。対象者の約半数がせん妄の体験を部分的に記憶しており、突然に現実がわからなくなったと認識していたことが記されていた。また、見当識障害と患者の苦悩の高さに関連があることが明らかにされた研究であった。

次に、患者は妄想など思考が障害されていたのが4論文に共通していた。中田ら(2015)は、せん妄を体験した心筋梗塞患者1名の闘病記録を質的帰納的に分析した。患者は回復後にせん妄状態であった時の体験を振り返って闘病記録に記述しており、被害妄想を現実だと思い込んでいたこと、自分が誰かわからず名前もすぐに出てこなかったことが記されていた。藤田ら(2016)の研究は、24時間以上の人工呼吸管理を要したICU患者150名のうち37%が妄想的記憶を保有し、妄想的記憶を不快に捉える要因がせん妄発症のあることと被害妄想であったことを明らかにした。Morandiら(2015)の研究では、患者は精神病のような妄想体験、自分の親のことまたは愉快的ことを思い出す体験をしていたことが記されていた。さらにPollardら(2015)は、退院した整形外科術後の患者11名を対象にグラウンデッド・セオリー・アプローチ法で分析した。患者は猜疑、不信といった思考を体験していたことが記されていた。

そのほかに、自身の変化を認知していたことが2論文で報告されていた。中田ら(2015)の研究では、狂

気のもうひとりの自分の存在を自覚していたことが、Morandiら(2015)の研究では、突然に現実感を失うという自身の変化を自覚していたことが報告されていた。

3. せん妄状態の患者の感情

せん妄状態の患者は、状況の知覚の仕方によって孤独感や恐怖感といったネガティブな感情があったことを語った。

まず孤独感は、3論文で明らかにされていた。Pollardら(2015)の研究では、患者はせん妄状態だった時、畏にはめられた、見捨てられた、と感じていた。Whitehorneら(2015)の研究では、患者は他者との繋がりを感じられず孤独を感じ、また、自分の身体と精神が分離されたようにも感じていた。そして中田ら(2015)の研究においても自分の心は狂ってしまったともう一人の自分の存在を自覚することにより、自尊心をなくし、孤独感を感じていた。このように、患者は他者との関係による孤独感と、今までの自分とは違う自分が存在することに気づき自己の統一性を失った孤独感を感じていた。

次に、恐怖感については、5論文で明記されていた。Whitehorneら(2015)は、自分か自分の家族かのどちらかが危険な目に遭っているという切羽詰まった感覚を知覚し、恐怖を感じていた。恐怖をもたらした具体的な内容は妄想的であり、患者がICUにいた期間を第二次世界大戦中と思い込んでいた。その語りでは、患者は看護師を敵国の兵士であると認知しており、看護師が入浴介助をしようとした時は、兵士に捕らわれて敵国の戦艦に乗せられそうになっていると確信していた。Duppilsら(2007)も、生命が脅かされるか死か、火災か洪水か、閉じ込められ逃げられないか、または逃走するといった劇的な場面であると認知し、怒り、恐怖、不安といった強い情動が生じていたことを明らかにした。その時、周囲の声は聞こえるが理解できない、話しはできるが集中して聞けない、といったコミュニケーションの困難さも語られた。このほかにもMcCurrenら(2003)は、恐怖、不安、怒り、羞恥心などの感情が誘発されていたことを明らかにし、Morandiら(2015)は、身体的に縛られている感覚、制限されている感覚、落ちる感覚、眠気を知覚している状況の中で、不安、恐怖、怒り、脅威、羞恥心といった異なる感情を複数体験していたことを明らかにした。このように、切羽詰まって身の危険を感じた体験

の語りでは、なぜ危険を感じたのかその理由が語られており、その理由がネガティブな感情と関係していた。

さらにMorandiら（2015）は、不安、恐怖、錯覚、不満、動けない感覚は患者の苦悩の高さと関連があることを示した。また、Groverら（2015）は、せん妄から回復後の患者203名を対象に質問紙調査を行い、統計学的に分析した。その結果、せん妄状態だった時の体験を想起できた者は35%おり、そのうち86%がせん妄を苦悩の体験と答えていた。苦悩と答えた患者は恐怖感を感じていたものと、幻視が出現していたものが多かった。加えて、苦悩と答えた患者のせん妄の重症度は重度よりも軽度から中等度の者が多く、精神機能の障害の程度が軽度のほうが苦悩と感ずる可能性を示唆した。

このように孤独や恐怖を感じた体験の語りでは、なぜそのように感じたのか理由が語られており、その理由がネガティブな感情を引き起こし、そのために患者は精神的な苦痛を感じていた。

4. せん妄状態の患者の行動

自身の行動に関する記憶が記されていたのは、2論文であった。中田ら（2015）の研究では、患者は何もしたくない無気力状態のこともあったが、妄想や不安などが複雑に交錯しながら襲うことによって耐えられず喉に詰められた呼吸を助ける器具をとったり、気持ちが落ち着かず昼夜の徘徊をしたりしたことが記載されていた。そしてその行動をした時には、周りの人に呆れられ苦笑されたという記憶が微かにあることも記述されていた。McCurrenら（2003）の研究では、患者は置かれた状況や周囲の人に対応しようとしていたことが記されていた。このように、体験している状況に対応するための行動を起こすか、あるいは無気力状態であったことが明らかとなっていた。

V. 考察

1. 研究の動向

本研究の対象となった10論文は2003年以降に公表されたものであったが、そのうち7論文が2015、2016年に公表されたものであった。このことから、近年の研究動向として、患者の体験に着目した研究が増加傾向にある可能性が考えられた。ところが、せん妄の評価基準が明確に示されていたのは3論文のみであり、7論文は明記されていなかった。先行研究では、臨床において過活動型以外のせん妄は見落とされやすい

(Milbrandtら, 2004) ことが指摘されており、このことは研究においても同様の可能性がある。日本集中治療医学会（2014）は、せん妄を見落とすことなく的確に診断するためには検証されたツールを用いることを推奨しており、せん妄に関する研究においても課題であると言えよう。

2. 意識混濁の中での認知

せん妄状態の患者は、自分の置かれた状況が現実なのかどうか区別がつかなくなり混乱する体験(三好ら, 2016; Whitehorneら, 2015; 江尻, 2008; Duppilsら, 2007; McCurrenら, 2003; Morandiら, 2015)をしていた。さらに、状況を妄想的に捉える体験(中田ら, 2015; 藤田ら, 2016; Morandiら, 2015)をしている場合もあった。

せん妄の精神症状が出現するメカニズムは、まだ明確に解明されていないものの、代謝障害や手術、外傷などの身体的侵襲により脳内神経伝達物質の異常が起り、意識や注意、知覚、認知などの精神機能に関与する神経ネットワークが機能不全に陥り、精神症状が惹起される(和田, 2012)と考えられている。このメカニズムは統合失調症などの精神病とは発症機転となる侵襲が異なるものの、脳内神経伝達物質の異常が生じて精神症状を呈するという点は共通している。幻覚、妄想を呈する統合失調症患者の精神内界の理解をするために構築された内沼(1967)の妄想知覚論によると、病的体験をもつ患者は現実の世界を歪んで認知し、それをあたかも事実であるかのように捉えてしまう。そのような中で自分の捉えていたものが実際とは異なるかもしれないことに気付いた時、何が事実かわからず混乱し、恐怖を感じると考えられている。せん妄患者の体験をこの理論を用いて考えると、患者は意識変容によって現実の世界を歪んで認知するが、それをあたかも事実であるかのように捉える、すなわち幻覚や妄想を持つ。しかし、患者の意識は混濁であり、外界からの刺激が完全に遮断されている訳ではなく、妄想を持ちつつも現実の世界も生きている。混乱している自分を自覚したり(中田ら, 2015; Morandiら, 2015)、突発的に我に返る瞬間があったりした(三好ら, 2016)のである。そのため、自分が捉えていることが事実ではないかもしれないと気づいた時、どちらが現実でどちらが非現実あるいは夢なのか、判別できず混乱し、恐怖を感じたと考えることができる。

このように考えると、これまで実施されてきた見当

識を保つために現実を伝えるケアは、患者がすでに幻覚や妄想を呈している場合、むしろ患者を混乱させ恐怖を引き起こす可能性が危惧される。患者がせん妄状態になったら、看護師は患者が物事をどのように認知しているか、患者の視点を理解し、患者が真実とは異なる認知をしていた場合でも、今ここで真実を伝えて訂正することが必要か、真実を伝えることによってかえって混乱や恐怖を招く可能性があることを踏まえて検討する必要があるだろう。

3. 認知によりもたらされたネガティブな感情と行動

まず患者の感情は、孤独感 (Pollardら, 2015; Whitehorneら, 2015; 中田ら, 2015) や恐怖感 (Whitehorneら, 2015; Dupplisら, 2007; McCurrenら, 2003; Morandiら, 2015; Groverら, 2015) といったネガティブなものであり、患者はそれらを苦悩 (Morandiら, 2015; Groverら, 2015) つまり精神的な苦痛であったと評価していた。ネガティブな情動反応を伴う体験がICUで経験された場合、退院から数か月後にPTSD、不安障害や抑うつを発症する集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome; PICS) との関連が疑われている (Needhamら, 2012)。つまり、ネガティブな情動反応を伴う体験は、その時の患者を苦しませるだけでなく、せん妄や身体的問題から回復した後の生活にも影響を及ぼす可能性がある重大な問題であると言える。

次に行動について、中田ら (2015) の研究では、徘徊や医療器具をはずそうとした記憶が報告されていたが、せん妄を発症した患者がこのような行動をとることはよく知られている。このような行動は安全な治療を妨げ、身体に危険が及ぶ場合もあるため、特に生命維持に直結する医療機器を装着しているような状況では、身体拘束せざるを得ない時があるのが実情だろう。

ところが、感情や行動には、それらを引き起こした理由が記されていた。患者は他者との関係や自己の統一性を喪失した認知により孤独感が生じたり、身に危険が及んでいると認知したことにより恐怖感 (Whitehorneら, 2015; Dupplisら, 2007; McCurrenら, 2003) が生じ、そしてこのような認知や感情に応じようとする (中田ら, 2015; McCurrenら, 2003) か、あるいは無気力状態となっていた (中田ら, 2015)。人が行動を起こす過程を認知との関連から提唱したBeckの認知理論 (丹野, 2001) では、人は外界からの刺激を認知することで感情が生まれ、感情を基に行

動する。外界からの刺激が同様でも、認知の仕方によって感情は異なる。せん妄状態の患者の状況をこの理論に立脚して考えると、患者は、身体的問題や薬物等の影響によって意識変容が生じており、それによって自分の置かれた状況や身に起きていることを歪んで認知してしまい、孤独感や恐怖感等の感情を引き起こしていた。そして、これらの感情から何とか逃れようと行動を起こしていたと考えられる。

医療従事者は事故を防ごうとする時、徘徊や医療器具をはずそうとする行動、すなわち医療従事者から見た問題行動に着目しがちである。しかし、このように患者が孤独感や恐怖感から逃れようとして行動を起こしていると考えれば、行動よりも、その行動をもたらす認知や感情に着目することが重要であると考えられた。

4. 精神的危機といえる精神内界の体験

患者は、意識変容によって何が現実かわからず、妄想的な認知をしていた。その認知によって孤独感や恐怖感といったネガティブな感情が生じ、そして認知した状況や生じた感情に応じる行動をとっていた。このような精神内界の体験は、患者にとってどのようなものだろうか。

人が精神的な均衡を失うようなストレスの影響を受け、自身で問題を解決できず不均衡な状態が持続することを危機 (アギュララ, 1997) と定義されている。アギュララの危機理論では、人が危機を回避するには3つの問題解決決定要因が影響しており、それらは、出来事に関する現実的な知覚、適切な社会的支持、適切な対処機制である。しかし、これらの要因が阻害されると問題が解決されず危機に陥ると考えられている。せん妄状態の患者に置き換えてみると、患者はせん妄の危険因子というストレスの影響を受け、何が現実かわからず状況を妄想的に捉える、つまり現実的な知覚ができない。また、他者との関係に孤独感を感じていた (Pollardら, 2015; Whitehorneら, 2015) ことから、適切な社会的支持がないと捉えていると考えることができ、そして、この状況から逃れるための対処機制として逃げ出そうとする不適切な対処機制を行っていると考えられる。つまり患者は、せん妄を発症して精神の均衡を失うが問題解決決定要因が阻害されており自分では問題解決ができないことから、精神的危機にあると捉えることが可能である。

危機を回避するためには、問題解決決定要因が機能

するように働きかけることが危機介入であるが、せん妄は医学的疾患、物質中毒や離脱、医薬品使用、毒物への曝露、またはこれら複数の要因により引き起こされた状態（日本精神医学会，2014）であることから、現実的な知覚を阻害している意識変容は身体的問題によって引き起こされているのであり、これらの改善に伴って改善するものと考えられる。問題行動は、患者が体験している苦悩から逃れようとしていると解釈すると了解可能な対処機制であり、ここでの問題は、適切な社会的支持をしてくれる人がいないと捉えていること、すなわち孤独感を感じていることであろう。したがって、意識変容によって認知が歪んでしまう患者であっても、社会的支持があると捉えることができる、すなわち孤独感を感じないような介入が必要であろう。介入の具体的な手法は、意識変容が生じている患者に対してどのような関わり方をすれば孤独感を感じさせないか、患者に適した方法について更なる研究が望まれると考えられた。

5. 本研究の限界

対象文献は、せん妄から回復した患者に記憶を想起してもらうことによってデータを収集したものであった。そのため、せん妄から回復した時点からデータ収集までの期間の長さやその期間の出来事の影響を受けて記憶が変化した可能性も考慮しておかなければならない。

VI. 結論

せん妄状態の患者は、意識変容によって現実を正しく認知することができず、幻覚や妄想が生じ、このような体験は、患者に孤独感や恐怖感をもたらした。しかし一方で、患者はいつもとは異なる自分の精神状態に気付いている側面があり、病的な部分と健康的な部分とが共存するが故の恐怖感であることも考えられた。このような患者のネガティブな感情が医療従事者から見た問題行動を引き起こすことにも繋がっていると推測された。この状況は患者自身では適切に対処できない精神的危機であると考えられ、患者の精神的な苦痛を緩和する介入の探求が必要であると示唆された。

謝辞

本研究は2018年度一般社団法人日本私立看護系大学協会研究助成による若手研究者研究助成を受けて実施

し、一部を22nd EAFONS (2019) で発表した。

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 阿部美香, 上野恭子(2018). 集中治療室の看護師がせん妄患者の精神内界に働きかけるプロセス. 第38回日本看護科学学会学術集会予稿集, 129-130.
- Aguilera, D.C.(1997). 小松源助, 荒川義子(訳). 危機介入の理論と実際－医療・看護・福祉のために－. pp.1-32. 川島書店(東京).
- Clegg, A., Siddiqi, N., Harrison, J.K., et al.(2016). Interventions for preventing delirium in hospitalized non-ICU patients. Cochrane Library. doi : 10.1002/14651858.CD009537.pub2.
- Duppils, G.S., Wikblad, K.(2007). Patient's experiences of being delirious. Journal of clinical nursing, 810-818. doi : 10.1111/j.1365-2702.2006.01806.x
- 江尻晴美(2008). ICUにおけるせん妄についての苦悩を表出した心臓外科患者の一例. 日本集中治療医学会雑誌, 15(4), 543-547.
- 藤田知幸, 高橋徹(2016). ICU入室患者の妄想的記憶と退院後の精神状態についての検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 23(2), 13-20.
- Grover, S., Ghosh, A., Ghormode, D.(2015). Experience in Delirium : Is it Distressing?. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 27(2), 139-146.
- Hu, R.F., Jiang, X.Y., Chen, J., et al.(2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. Cochrane Library. doi : 10.1002/14651858.CD008808.pub2.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Charpentier, P.A., et al.(1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. The New England Journal of Medicine, 340(9), 669-676.
- Lipowski, Z.J.(1990). Delirium. Acute confusional state. Oxford University Press(New York).
- McCurren, C., Cronin, S.N.(2003). Delirium : Elders tell their stories and guide nursing practice. Medsurg nursing, 12(5), 318-323.
- Milbrandt, E.B., Deppen, S., Harrison, P.L., et al.(2004). Cost associated with delirium in mechanically ventilated patients. Critical Care Medicine, 32(4),

- 955-962.
- 三好陽子, 天野瑞枝(2016). 術後せん妄を発症した高齢患者が体験した意識回復までのプロセス. 四日市看護医療大学紀要, 9(1), 61-69.
- Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., et al.(2015). Delirium superimposed on dementia : A quantitative and qualitative evaluation of patient experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 281-287.
- 中田真依, 服部ゆかり(2015). せん妄を体験した患者の闘病記録によるNarrative Analysis－急性心筋梗塞を発症した一事例－. 北海道文教大学研究紀要, 39, 39-50.
- National Institute for Health and Care Excellence (2010). Delirium : prevention, diagnosis and management－Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). Service user experience in adult mental health : improving the experience of care for people using adult NHS mental health services－Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>
- Needham, D.M., Davidson, J., Cohen, H., et al.(2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit : Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509.
- Needham, D.M., Korupolu, R., Zanni, J.M., et al.(2010). Early physical medicine and rehabilitation for patient with acute respiratory failure : a quality improvement project. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 536-542.
- 日本集中治療医学会(2014). 日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン. 21, 539-579.
- 日本精神神経学会(2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院(東京).
- Pollard, C., Fitzgerald, M., Ford, K.(2015). Delirium : The lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 213-221.
- Salluh, J., Wang, H., Schneider, E.(2015). Outcome of delirium in critically ill patients : systematic review and meta-analysis. *BMJ*, doi : 10.1136/bmj.h2538
- Smith, C.D., Grami, P.(2017). Feasibility and effectiveness of a delirium prevention bundle in critically ill patients. *American journal of critical care*, (26) 1, 19-27.
- 丹野義彦(2001). エビデンス臨床心理学－認知行動理論の最前線. pp.14-22. 日本評論社(東京).
- 内沼幸雄(1967). 妄想世界の二重構造的性. *精神誌*, 69, 707-734.
- 和田健(2012). せん妄の臨床 リアルワールド・プラクティス. pp.32-47. 新興医学出版社(東京).
- Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R. et al.(2015). Lived Experience of the intensive care unit for patients who experienced delirium. *American journal of critical care*, 24(6), 474-479.
- 山内典子(2018). せん妄を生じた患者、その家族、ケアを行う看護師の経験に関する文献検討. *日本精神保健看護学会誌*, 27(1), 75-81.
- 山内英樹(2016). 心臓手術を受けた患者の回復過程におけるICU体験とICU退室後の記憶の様相. *東京女子医科大学看護学会誌*, 11(1), 1-11.