

〔研究報告〕

## せん妄を発症した在宅高齢者に対する訪問看護師の困難

澤田 幸穂<sup>1)</sup> 東條衣里子<sup>2)</sup> 諏訪さゆり<sup>3)</sup> 辻村真由子<sup>3)</sup> 能川 琴子<sup>2)</sup>

Difficulties faced by visiting nurses caring for aged people experiencing the onset of delirium

Sachiho Sawada<sup>1)</sup>, Eriko Toujyou<sup>2)</sup>, Sayuri Suwa<sup>3)</sup>, Mayuko Tsujimura<sup>3)</sup>, Kotoko Nogawa<sup>2)</sup>

### 要 旨

本研究の目的は、せん妄を発症した在宅高齢者に対する訪問看護師の困難を明らかにすることである。A県内全ての訪問看護ステーション293カ所に質問紙を送付し、せん妄を発症した在宅高齢者（65歳以上）の支援をおこなった経験がある訪問看護師に対して、自記式無記名の質問紙調査への回答を依頼し、得られたデータの記述統計処理および質的内容分析を実施した。

回収された質問紙は42部であり、回収率は14.3%であった。所属する訪問看護ステーションを利用する在宅高齢者で過去1年間にせん妄を発症した者は、1～3人と回答した訪問看護師が最も多く、22名であった。そのうち最も困難を感じた1事例について、高齢者の年齢は80～84歳と回答した訪問看護師が最も多く、14名であった。せん妄の発症場所は自宅が最も多く、37名であった。せん妄の症状として最も多かったものは、不穏31名であった。せん妄を発症した原因として最も多かったのは認知症21名であった。看護支援において感じた困難は、＜高齢者に対するせん妄の予防と改善のための支援＞、＜家族介護者に関する支援＞、＜せん妄の的確な判別＞の3カテゴリーに集約された。

自宅においても、様々な要因によってせん妄を発症する高齢者が存在することが明らかとなり、在宅療養の特性を反映した、せん妄ケアに関する訪問看護支援を検討する必要性が示唆された。

Key Words : せん妄, 在宅高齢者, 訪問看護, 困難

1) 千葉大学大学院看護学研究科 博士前期課程

2) 千葉大学医学部附属病院

3) 千葉大学大学院看護学研究科

1) Master Course, Chiba University Graduate School of Nursing

2) Chiba University Hospital

3) Chiba University Graduate School of Nursing

## Abstract

The purpose of this study is to elucidate the difficulties for visiting nurses in caring for aged people who experience the onset of delirium. Self-administered, anonymous questionnaires were mailed to all 293 home nursing stations in A prefecture asking visiting nurses who have cared for aged people (age 65 and older) with delirium to fill them out. The response rate was 14.3%, with 42 questionnaires returned. Descriptive statistical analysis and qualitative content analysis of the obtained data were performed.

Results show that most respondents (22) cared for “1-3” elderly people who utilize home-visit nursing care stations to which they belong and had exhibited symptoms of delirium in the last year. The majority of the most difficult cases (14) were aged 80 to 84.

Most of the respondents (37) stated that the clients had experienced the onset of delirium at home, and “restlessness” was the most common symptom reported (31). The most cited cause for the onset of delirium was dementia (21). Respondents were also asked to describe the difficulties they faced when caring for clients with delirium. The responses were categorized into the 3 categories of “prevention and improvement of delirium”, “support for family caregivers” and “appropriate assessment of delirium”.

From the above, it is clear that there are aged people living at home who experience the onset of delirium. This suggests the necessity of considering methods that could be used by visiting nurses to support them while acknowledging the special circumstances of home medical care.

**Key Words:** delirium, aged people living at home, visiting nursing, difficulty

## I. はじめに

せん妄とは、アメリカ精神医学会のDSM-5によると、軽度の意識障害と注意障害を認め、短期間（数時間～数日）内に出現し、日内変動がみられる外因性精神障害である<sup>1)</sup>。その病因は多岐にわたり、直接因子（脳血管障害・腫瘍性病変・低酸素血症等の基礎疾患、薬物）、誘発因子（精神状態、環境変化）、準備因子（高齢、認知症、慢性代謝性疾患、脳神経疾患、脱水、低栄養、低活動）の3つに分類され、これらの因子が煩雑に絡み合うことで発症に至る<sup>2)</sup>。症状は一時的であるケースが大半であるものの、高齢や認知症を罹患している場合、せん妄が遷延・再発しやすく予後に影響を及ぼすことが明らかとなっている<sup>3)</sup>。また、せん妄の薬物治療は状態悪化のリスクが大きいため、せん妄の治療は、早期からの除去・軽減可能な因子に対する予防的介入が重要であるとされている<sup>4)</sup>。特に、入院・転室などの環境変化が誘発因子として挙げられることから、今日でも病棟において、せん妄は自宅に戻れば治るということが通説になっている。自宅外泊の実施がせん妄の改善につながるという研究報告<sup>5)</sup>もあるが、在宅療養移行後の実状については明らかにされていない。

医療技術の進歩とともに超高齢化を迎えた我が国では、高齢者が侵襲度の高い医療を受ける機会が増えた。しかし、認知症罹患率が年々上昇し<sup>6)</sup>、在院日数は短縮され、在宅医療への移行が推進さ

れている<sup>7)</sup>。これらにより、在宅療養開始後も心身の状態が変化しやすく、かつせん妄の発症因子を複数持ち合わせた在宅高齢者が増加しており、在宅療養中にせん妄を発症する高齢者が存在することが予測される。よって、住みなれた地域で療養生活を続ける高齢者と家族がともに質の高い生活を送れるよう、訪問看護においてせん妄の予防と改善に着眼した支援の展開が求められると考える。

病棟におけるせん妄ケアに関する研究は1980年代に増え始め、せん妄の薬剤効果<sup>8)</sup>、せん妄の発症要因の分類<sup>9)</sup>、スケールを用いた評価や早期発見を試みたせん妄の予測<sup>10)</sup>、せん妄ケアガイドラインの作成<sup>11)</sup>、せん妄に対する看護師の判断と行動<sup>12)</sup>等をテーマとする研究が行われてきた。対象としては、集中治療室や急性期病棟といった医療的環境の整った場が多く、2000年代に入ると、患者の権利や尊厳を重要視する考えが日本国内にも広がり、せん妄を発症した患者を対象として、患者の安全の確保と看護師の倫理的葛藤に焦点を当てた研究<sup>13)</sup>が報告された。また、せん妄に対する予防的ケアや多職種チームでの介入方法や、その有効性を示す研究も行われており、せん妄に特化した多職種チームでの支援方法の確立が進んでいる<sup>14)</sup>。しかし、訪問看護におけるせん妄ケアについての先行研究はほぼ見当たらず、訪問看護師のせん妄に関する意識調査<sup>15)</sup>にとどまっている。在宅移行後のせん妄発症状況や、在宅におい

てせん妄を発症した訪問看護利用者に対する看護支援方法について言及した研究は国内外とも未だ少なく、今後実態の把握をはじめとして、多くの知見を集積し、看護支援の質の向上を目指す必要があると考える。そのためには、臨床現場の訪問看護師が最も困難を感じる事例に焦点を当て、高齢者のせん妄発症状況とその訪問看護支援における困難を明らかにすることが有効である。

## II. 目的

本研究の目的は、せん妄を発症した在宅高齢者に対する訪問看護師の困難を明らかにすることである。

## III. 用語の定義

**せん妄** アメリカ精神医学会のDSM-5に則り、せん妄とは、意識混濁、注意障害、認知機能障害、精神運動障害、睡眠・覚醒リズムの障害を急激に発症し、1日のうちでも動揺するという日内変動を示すものとする。

## IV. 方法

1. **研究デザイン** 本研究は、研究領域が比較的新しく、研究内容はほぼ未解明であることから、横断的研究デザインおよび質的記述的研究デザインを採用した<sup>16)</sup>。

2. **対象** 対象者の条件は、A県内全ての訪問看護ステーション293施設のいずれかに在職中であり、せん妄を発症した65歳以上の在宅高齢者の支援をおこなった経験がある訪問看護師とした。A県は、首都圏に位置し、都市部と地方農村部および漁村部の特徴を併せ持つ県であるため、我が国の実態を反映するものであると考え、対象に選定した。

3. **調査方法** 調査は、自作の自記式無記名、選択回答式および自由記述回答式の調査票を用いて質問紙調査を実施した。調査票の作成にあたっては、せん妄の病因を直接因子、誘発因子、準備因子の3要素に分類したLipowski, Z. J. による研究<sup>2)</sup>や、国内における病棟での実態調査に使用された質問紙の項目を参考にした。調査票の配布は、A県内の全訪問看護ステーション293施設の管理者宛てに調査票を郵送し、管理者より、せん妄を発症した65歳以上の在宅高齢者の支援をおこなった経験のある訪問看護師1名に配布してもらうこととした。調査票記入後は、訪問看護師にとっての利便性を考慮し、Faxにて返送するよう対象者に依頼した。調査期間は、2015年12月中旬～

2016年1月下旬であった。

4. **データ収集内容** 在宅においてせん妄を発症する高齢者の特徴やせん妄を発症した高齢者への訪問看護支援に関する困難の具体を明らかにするために、以下の項目についてデータを収集した。

(1) 過去1年間のステーション利用者でせん妄を発症した在宅高齢者のおよその人数(単一回答)、(2) 訪問看護支援において最も困難を感じた在宅高齢者の状態について(性別、年齢、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、家族介護者について、せん妄を発症した場所、せん妄の症状、せん妄を発症した原因(単一あるいは複数回答))、(3) せん妄を発症した在宅高齢者への訪問看護支援において最も困難を感じた事例における困難の具体(自由記述回答)。ただし、(2) 訪問看護支援において最も困難を感じた在宅高齢者の状態について、(3) せん妄を発症した在宅高齢者への訪問看護支援において最も困難を感じた事例における困難の具体については、2014年11月から2015年11月までの過去1年間のうち、せん妄を発症した在宅高齢者への訪問看護支援において訪問看護師が最も困難を感じた1事例について回答を求めた。

5. **分析方法** 上述の(1) 過去1年間のステーション利用者でせん妄を発症した在宅高齢者のおよその人数、(2) 訪問看護支援において最も困難を感じた在宅高齢者の状態については、調査内容の項目ごとに記述統計処理をおこなった。また、(3) せん妄を発症した在宅高齢者への訪問看護支援において最も困難を感じた事例における困難の具体については、自由記述の内容を意味内容の類似性をふまえ、サブカテゴリー化、カテゴリー化のプロセスを経る質的内容分析をおこなった。

6. **倫理的配慮** 研究対象者および所属先管理者に対する依頼書に、本研究の主旨、研究協力への自由、途中辞退の保障、匿名性の保持について明記した。Faxでの返信としたため、返送された調査票にステーション名およびFax番号が印刷される可能性があることを考慮し、調査票の受信は研究者の所属する領域の事務補佐担当が行い、ステーション名およびFax番号を消去したものを研究者に渡すという手順を踏み、研究者は研究協力者の個人情報に触れることがないようにした。なお、本研究は千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号27-89)。

## V. 結果

調査票293部を配布し、42名から返送を得られ

た。回収率は14.3%であった。

### 1. せん妄を発症した在宅高齢者のおよその人数 (図1)

2014年11月から2015年11月までの過去1年間のステーション利用者でせん妄を発症した在宅高齢者のおよその人数について、1~3人と回答した訪問看護師が最も多く22名であった。また、不明と回答した訪問看護師は6名、無回答は1名であった。

### 2. 訪問看護支援において最も困難を感じた在宅高齢者の状態について

2014年11月から2015年11月までの過去1年間のうち、せん妄を発症した在宅高齢者への看護支援において、訪問看護師が最も困難を感じた在宅高齢者の状態について以下に示す。

#### (1) 在宅高齢者の性別

男性と回答した訪問看護師が23名、女性と回答した訪問看護師が18名、無回答が1名であった。

#### (2) 在宅高齢者の年齢 (図2)

80~84歳と回答した訪問看護師が最も多く、14名であった。

#### (3) 在宅高齢者の障害高齢者の日常生活自立度 (図3)

ランクAと回答した訪問看護師が最も多く、15名であった。

#### (4) 在宅高齢者の認知症高齢者の日常生活自立度 (図4)

bと回答した訪問看護師が最も多く、12名であった。

#### (5) 在宅高齢者の家族介護者について (図5)

「家族介護者と同居」と回答した訪問看護師が最も多く、23名であった。最も困難であった事例のうち、80%が家族介護者がいる事例であり、そのうちの90%以上が家族介護者と同居している事例であった。

#### (6) 在宅高齢者がせん妄を発症した場所 (図6)

「自宅」と回答した訪問看護師が最も多く、37名であった。

#### (7) 在宅高齢者のせん妄の症状 (図7)

「不穏」と回答した訪問看護師が31名と最も多く、次いで「大声で叫ぶ」と回答した訪問看護師が27名であった。

#### (8) 在宅高齢者がせん妄を発症した原因 (図8)

最も回答が多かったものは、直接因子は「薬物」で16名、誘発因子は「睡眠障害」で16名、準備因子は「認知症」で21名であった。また、選択した項目を3つに分類したせん妄の発症因子ごとに集計した結果、39名の訪問看護師が直接因子、誘発

因子、準備因子のうち異なる2つ以上の因子から原因を選択しており、そのうち35名が3因子全てからそれぞれ1つ以上原因を選択していた。

### 3. せん妄を発症した在宅高齢者への訪問看護支援において最も困難を感じた事例における困難の具体 (表1)

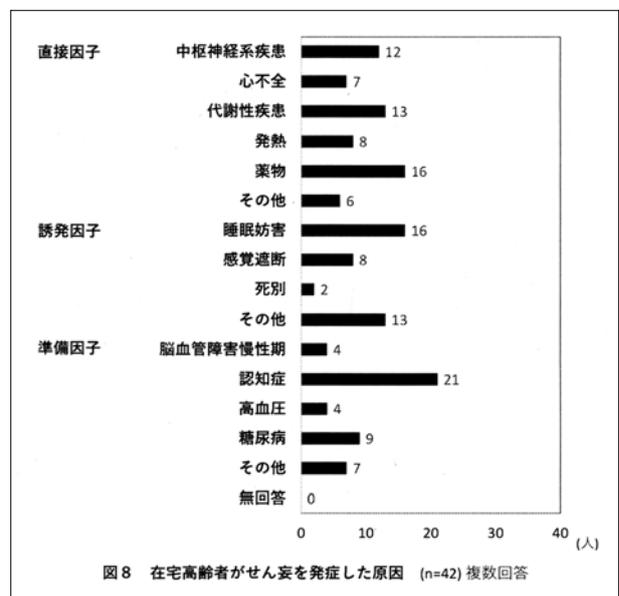
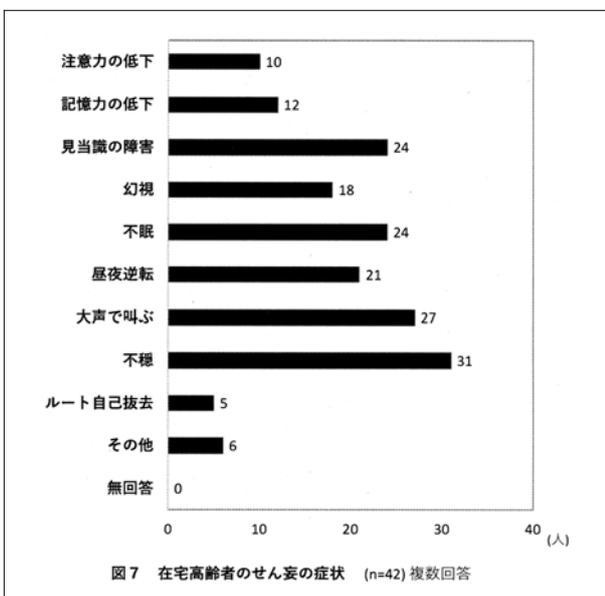
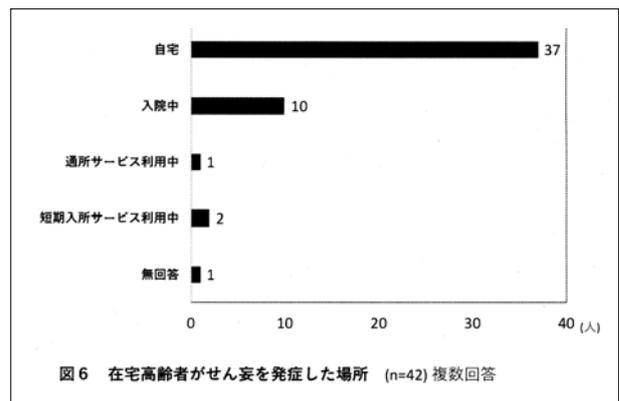
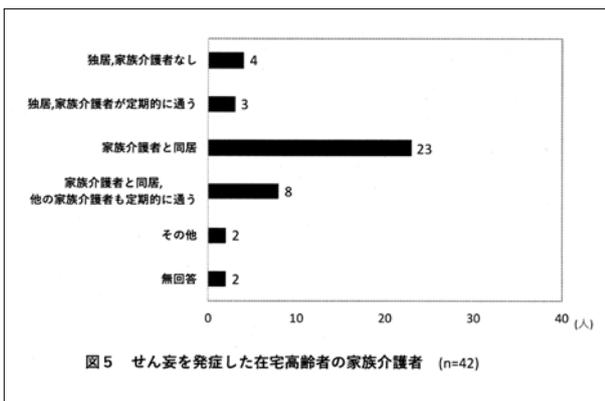
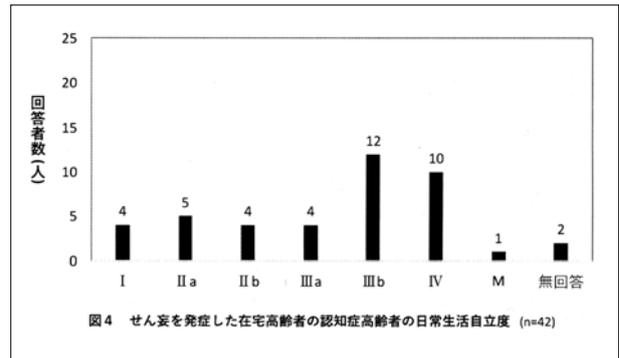
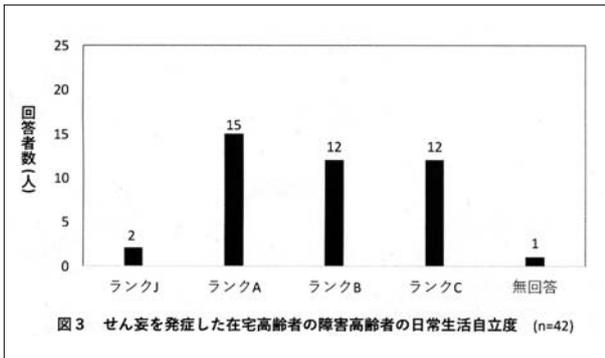
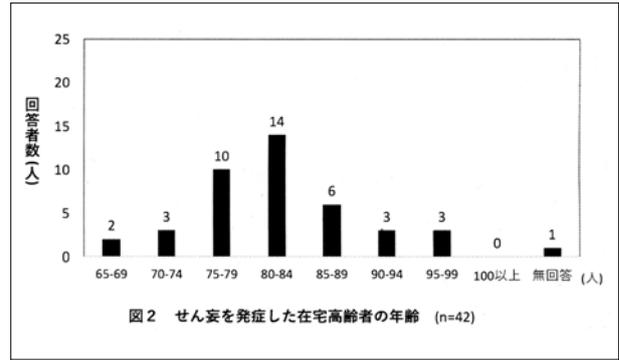
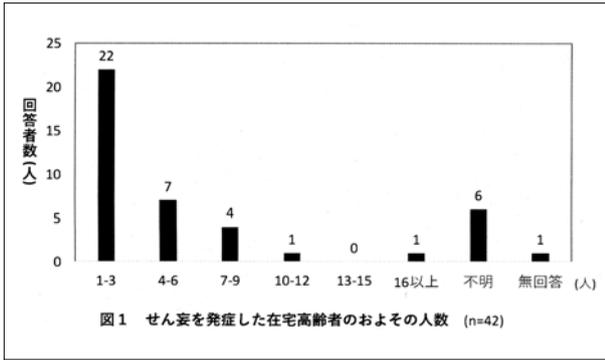
分析結果について、「コード」、【サブカテゴリー】、<カテゴリー>を用いて示す。まず、「退院後もしばらくは興奮傾向で、訪問看護の受け入れができなかったこと」などの【せん妄発症時の高齢者とのコミュニケーション】、「夜間せん妄に対し眠剤を処方されたが効果がなかったこと」などの【せん妄の予防と改善のための薬剤の調整や管理】、「夜間せん妄の場合については介護者からの客観的報告が主であるため、訪問看護師の観察による評価ができないこと」などの【訪問時以外の状態の観察や評価】の3つのサブカテゴリーからなる<高齢者に対するせん妄の予防と改善のための支援>というカテゴリーが抽出された。また、「夜間せん妄発症時に度々家族から連絡が来るが、その場での対処法を伝えるしかなく、何日か続いた結果、家族が疲弊してしまい、入院させて欲しいと言われたこと」などの【夜間せん妄に関する家族介護者への対応の検討】、「主介護者不在のため、夜間せん妄などで外に出ることに対して対応できなかったこと」などの【せん妄に対応できる家族介護者の不在】等の5つのサブカテゴリーから構成される<家族介護者に関する支援>がカテゴリーとして抽出された。さらに、【せん妄と認知症の区別に関する職種間の認識の不一致】、【出現した症状の要因の判別】の2つのサブカテゴリーからなる<せん妄の的確な判別>のカテゴリーが明らかになり、訪問看護師が感じる困難は合計3カテゴリーに集約された。

## VI. 考 察

### 1. 在宅においてせん妄を発症した高齢者の特徴

在宅療養中にせん妄を発症した高齢者の人数について、不明と回答した6名と無回答1名の訪問看護師を含め、A県内で勤務する訪問看護師から、せん妄を発症した在宅高齢者がいるという回答が得られ、病棟のみならず地域の訪問看護ステーションにおいても、せん妄を発症した高齢者への看護支援が行われていることが明らかとなった。

最も困難であった事例の在宅高齢者の年齢について、80~84歳と回答した訪問看護師が最も多かったが、このことには、2016年度の全国の訪問看護ステーションの年齢階級別利用者数の構成割合



が80～89歳が35.7%と最も高いため、訪問看護の利用者として80歳代が多いことが関係している可能性がある<sup>17)</sup>。せん妄を発症した在宅高齢者の障害高齢者の日常生活自立度別の人数の割合は、全国の訪問看護サービス利用者数の割合と比較して、ランクJの人数の割合が低く、ランクCの人数の割合が高くなっていった<sup>18)</sup>。また、認知症高齢者の日常生活自立度別人数の割合は、全国の訪問看護サービス利用者数の割合と比較し、最も軽度で

ある 人数の割合が低く、比較的軽度である a・ b・ の人数の割合が高いことが明らかとなった<sup>19)</sup>。よって、訪問看護師が困難を感じるの、年齢を問わず、障害高齢者の日常生活自立度および認知症高齢者の日常生活自立度が低い事例であることが推察される。

最も困難であった事例の在宅高齢者のせん妄発症時の症状については、「不穏」、「大声で叫ぶ」といった過活動型せん妄の特徴的な症状を選択し

表1 せん妄を発症した在宅高齢者への看護支援における困難

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
高齢者に対するせん妄の予防と改善のための支援	せん妄発症時の高齢者とのコミュニケーション	不穏時、処置や投薬に対し非協力的になること。 本人の話を否定すると興奮し攻撃的になってしまうこと。 退院後もしばらくは興奮傾向で、訪問看護の受け入れができなかったこと。 本人と意思疎通すること。 本人の理解を得ること。 コミュニケーションが取れないため、拒否が多く処置が行えないこと。
	せん妄の予防と改善のための薬剤の調整や管理	夜間せん妄に対し眠剤を処方されたが効果がなかったこと。 精神科から処方された内服薬の管理。 突然せん妄状態が著明となり、薬を使わなければ在宅療養は困難となり、主介護者も高齢のため、内服のタイミング・量・薬が切れて興奮状態となった時の対応のため、連日訪問が必要だったこと。 薬を飲まなかったり飲みすぎたりと不安定だったため、薬剤管理をすること。 高齢のため、薬剤療法ができなかったこと。
	訪問時以外の状態の観察や評価	頓服薬等の処方薬の効果や変化を訪問時に直接見られず、電話などでの確認しかできないこと。 夜間せん妄の場合については介護者からの客観的報告が主であるため、訪問看護師の観察による評価ができないこと。
家族介護者に関する支援	せん妄について家族介護者の理解を得ること	誘発因子を減らすための働きかけを家族に提案したが、家族の理解が得られないこと。
	家族介護者の負担を軽減させる方法の検討	在宅を望んでいるが、家族の介護力と利用できるサービスが限界であること。 家族の介護負担が増えてしまい、家族が疲れ切ってしまったが解決策が見つからず、良い援助ができなかったこと。 家族の疲労が積み重なり、介護をどう回すかが問題になったこと。 腸ろうのチューブ自己抜去防止・夜間睡眠できるように日中の生活アドバイス・夜間の危険行動等、予測できることを家族と話し合い指導するが、家族の負担が大きくなってしまったため、より負担の少ない方法を検討していくこと。
	家族介護者からの頻回な連絡への対応	介護者も高齢のため体調不良を訴えるようになり、頻回にオンコールで呼び出しを受けるようになったこと。 主介護者に介護負担が集中し、体力的・精神的に介護に対して常に不安があり、小さなことでも連絡をすること。
	夜間せん妄に関する家族介護者への対応の検討	夜間せん妄発症時に度々家族から連絡が来るが、その場での対処法を伝えるしかなく、何日か続いた結果、家族が疲弊してしまい、入院させて欲しいと言われたこと。 夜間せん妄を発症し、大声が出ることもあり、介護者は近所の騒音となると気にかけてるとともに不眠となり、精神的にも疲労を感じていた様子であったが、効果のある介入ができなかったこと。
せん妄に対応できる家族介護者の不在	主介護者不在のため、夜間せん妄などで外に出ることに対して対応できなかったこと。 妻はくも膜下出血の既往があり、子は遠方在住で、他に介護フォローしてくれる家族がいないこと。	
せん妄の的確な判別	せん妄と認知症の区別に関する職種間の認識の不一致	せん妄と認知症の区別について、主治医と訪問看護師で認識のズレを感じる場面があったこと。
	出現した症状の要因の判別	せん妄の症状と精神障害による症状との判断がつかなかったこと。

た訪問看護師が多数であった。過活動型せん妄を認識しやすく、その看護支援を困難と感じるといふ傾向は、病棟看護師のせん妄への認識を調査した研究<sup>20)</sup>の結果と類似している。低活動型せん妄も在宅で発生していると思われるが、自由記載に見られたように、過活動型せん妄は家族に疲労や睡眠不足を生じさせることがあるため、訪問看護師の困難にもつながりやすいと考えられる。

## 2. 在宅におけるせん妄を発症した高齢者への看護支援の課題

訪問看護師が感じる困難は、＜高齢者に対するせん妄の予防と改善のための支援＞、＜家族介護者に関する支援＞、＜せん妄の的確な判別＞の3カテゴリーに集約された。病棟におけるせん妄ケアの実施に際して看護師が体験している困難に関する質問紙調査を実施した先行研究<sup>21)</sup>では、ベッドからの転倒・転落や点滴チューブの自己抜去といった医療安全上の問題や、せん妄ケアのための物品や施設設備の不足が困難として示されており、在宅での看護支援と病棟での看護支援では、異なる困難が生じることが明らかとなり、在宅における特徴を反映した看護支援方法の検討が必要であると示唆された。

また本研究では、在宅において、せん妄に対応する家族介護者の有無や介護力の程度が訪問看護師の感じる困難に関係することが明らかとなった。せん妄に対応できる家族介護者がいる場合は、家族介護者のせん妄に対する理解を促したり、せん妄の発症に伴う介護負担を軽減したりする看護支援が必要であることが考えられる。一方で、家族介護者がせん妄に対応しきれない場合や家族介護者がいない場合は、訪問看護師を中心とした多職種によって支援を続けられるシステムを整える必要があることも示唆された。

また、せん妄の的確な判別や職種間同士の認識の不一致も、訪問看護師が感じる困難であることが明らかとなり、特に、本研究においても、せん妄を発症する原因として最も多くの回答があった認知症との区別を明確に行った上で、多職種間の認識を揃え、支援にあたることの必要性が明らかになった。認知症とせん妄は、相互にリスクファクターとなり得るうえ、併発した場合には予後がより不良となることが明らかにされている<sup>22, 23)</sup>。その判別は困難である<sup>24)</sup>が、せん妄の見落としや、対応の遅れを防ぐための支援方法の確立が必要であると考えられる。

## VII. 本研究の意義と限界・今後の課題

本研究により、在宅療養中にせん妄を発症する高齢者が存在することが明らかとなり、さらに、在宅においてせん妄を発症する高齢者の特徴と、せん妄を発症した在宅高齢者と家族に対する看護支援の課題を明らかにすることができた。本研究はA県のみを対象としており、回収率は14.3%と低値であったが、対象に選んだA県は、首都圏に位置し、都市部と地方農村部および漁村部の特徴を併せ持つ県であり、高齢化率は全国平均とほぼ同率である<sup>25)</sup>ため、本研究から得られた知見は、我が国の実態を反映するものであり、本研究結果は適用可能性があるものだといえる。今後は、本研究より得られた知見をもとに、在宅におけるせん妄の予防や早期発見に有効な訪問看護支援を追究することが課題となる。

**利益相反** 本研究における申告すべき利益相反はない。

**謝辞** 調査にご協力してくださいましたA県の訪問看護師の皆様をはじめ、本研究に関わってくださった全ての方々に、心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) American Psychiatric Association (高橋三郎監訳): DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 588-595, 医学書院, 2014.
- 2) Lipowski, Z. J.: Delirium: Acute Confusional States. Oxford University Press, 109, 1990.
- 3) 神庭重信: DSM-5 を読み解く. 第5版, 中山書店, 2-19, 2014.
- 4) 寺田整司: 高齢者せん妄の薬物治療. 日本老年医学会雑誌, 51(5), 428-434, 2014.
- 5) 久保知恵子, 伊藤まゆみ, 根生とき子: 急性期病院におけるせん妄患者への自宅外泊の取り組みの効果. 群馬パース大学紀要, 18, 27-35, 2014.
- 6) 厚生労働省: 認知症施策 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139666.html> (2017/9/29アクセス)
- 7) 厚生労働省: 在宅医療の推進について <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (2017/9/29アクセス)
- 8) 清水信, 佐藤譲二, 秋山一郎ほか: 老年期および初老期の器質性精神病に対するtiaprideの効果. 臨床精神医学, 11(11), 1497-1507, 1982.
- 9) 高橋三郎: 初老期以後のせん妄 - 5年間の臨

- 床統計およびhypoactive delirium (Lipowski) について．精神医学，24 (12)，1323-1332，1982．
- 10) 平沢秀人，渥美義賢，小島卓也：老人の術後せん妄についての臨床生理学的検討．臨床脳波，24 (11)，758-768，1982．
- 11) 佐々木吉子，林みよ子，江川幸二ほか：術後せん妄ケアガイドライン作成に向けて - ICUおよび外科病棟の入院患者における術後せん妄の発症状況および看護ケアの実態 - ．日本クリティカルケア看護学会誌，10 (1)，51-62，2014．
- 12) 中村紀子，井上礼子，藤井忍ほか：せん妄出現時の看護師の判断と行動の実態．倉敷中央病院年報，65，125-132，2003．
- 13) 古郡夏子：終末期がん患者のせん妄ケアにおける看護師の葛藤と対処．高知女子大学看護学会誌，30 (1)，38-39，2005．
- 14) 瀧口章子：大学病院におけるせん妄ケア改善のプロセス研究会での事例検討から現場へ．看護管理，17 (7)，574-580，2007．
- 15) 森谷和代：訪問看護師の在宅高齢者せん妄に対する意識調査．第21回日本緩和医療学会学術大会抄録，505，2015．
- 16) グレグ美鈴：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方．第3版，医歯薬出版株式会社，79-89，2011．
- 17) e-Stat 政府統計の総合窓口：平成28年介護サービス施設・事業所調査訪問看護ステーションの利用者訪問看護ステーションの利用者数，性，年齢階級，要介護（支援）度 - 適用法別．<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do> (2017/12/7アクセス)
- 18) 前掲17) 訪問看護ステーションの利用者数，性，年齢階級，日常生活自立度（寝たきり度）別．
- 19) 前掲17) 訪問看護ステーションの利用者数，要介護（支援）度 - 適用法，日常生活自立度（認知症の状況）別．
- 20) 江尻晴美：活動型せん妄と低活動型せん妄に対する看護師の認識．日本集中医学雑誌，19，269-272，2012．
- 21) 吉田千文，酒井郁子，綿貫成明：保健医療施設におけるせん妄ケアと看護師の体験する困難せん妄ケアシステム整備状況との関連．日本看護学会論文集，看護管理，37，187-189，2006．
- 22) McCusker J, Cole M, Dendekuri N, et al.: The course of delirium in older medical inpatients. J Gen Intern Med, 18, 696-704, 2003.
- 23) 長谷川典子，池田学：認知症とせん妄．日本老年医学会雑誌，51 (5)，422-427，2014．
- 24) 酒井郁子：せん妄は起きたら，こう対応しよう．渡邊博幸（編），せん妄のスタンダードケアQ&A100．第1版，南江堂，63-64，2014．
- 25) 千葉県：高齢者人口等の統計データ，国勢調査等の結果，高齢化率都道府県別．<https://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/toukeidata/kourei-jinkou/kokusei.html> (2017/12/4アクセス)