

## 急性期病院におけるせん妄ケアのシステム構築の要素と構造

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-02-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山内, 典子, 小泉, 雅子, 安田, 妙子, 三村, 千弦, 渡邊, 直美 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.20780/00032065">https://doi.org/10.20780/00032065</a>

## 〔研究論文〕

## 急性期病院におけるせん妄ケアのシステム構築の要素と構造

山内典子\* 小泉雅子\*\* 安田妙子\*\*\*  
三村千弦\*\*\* 渡邊直美\*\*\*

THE ELEMENTS AND STRUCTURE REQUIRED TO IMPLEMENT A DELIRIUM CARE  
SYSTEM IN AN ACUTE HOSPITAL

Noriko YAMAUCHI \* Masako KOIZUMI \*\* Taeko YASUDA \*\*\*  
Chizuru MIMURA \*\*\* Naomi WATANABE \*\*\*

目的：急性期病院におけるせん妄ケアのシステムを構築するための要素と構造について明らかにする。

方法：平成 27 年 3 月～10 月、所属組織で先駆的にせん妄ケアの普及を図る専門看護師、認定看護師、看護教員 18 名に対し、せん妄ケアのシステムの導入を図るまでの背景と経緯、現状について半構造化面接を行った。その後、逐語録からせん妄ケアのシステム構築の要素に関連するデータを整理し、コード、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象度を上げて集約、構造化した。

結果および考察：せん妄ケアのシステムを構築する要素は 8 カテゴリーに集約された。これをアクションリサーチの観点から考察した結果【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】【多部門との協働による組織的なせん妄対策の推進】【せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用】【プログラムの定着に向けた同職種・他職種チームの有機的な協働】という流れがあり、これはせん妄ケアのプログラムを普及、定着するために必要なシステムであった。一方で【実践知の共有とケアの効果の実感】の分かち合いと【せん妄ケアの質の維持の困難への懸念】の気づきから学ぶプロセスも、その場の状況に合わせて対応するために重要なシステムであった。ここで培われた【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】は【エビデンスの集積と先駆的な研究の取り組み・公表】を喚起させ【得られた知見の活用】からその後のプログラムの改善、豊かな実践につなげるという構造を成立させていた。

結論：急性期病院におけるせん妄ケアのシステムの構築の要素と構造は、リアクティブなプロセスとプロアクティブなプロセス、双方のシステムに則って動いていることが明らかになった。アクションリサーチとして、これらの方法論的なプロセスを認識してシステムの構築に取り組むことは、せん妄ケアの発展に寄与する可能性がある。

キーワード：せん妄ケア、システム、急性期病院

Key words : delirium care, system, acute hospitals

## Abstract

This paper clarifies the elements and structure required to implement a delirium care system in an acute hospital. From March to October 2015, we done a semi-structured interview of 18 specialized nurses, certified nurses and nursing teachers who were involved in pioneering delirium care in their organizations. The interview is conducted to determine the background, history and current status of how the delirium care system. Subsequently, we extracted data relevant to the elements of delirium care system implementation from the interview transcripts. The data is abstracted and structured by coding and categorizing. The elements of delirium care system implementation have been consolidated into eight categories. Considering this from the viewpoint of action research, we determined the following four

\*東京女子医科大学八千代医療センター看護局 (Department of Nursing, Tokyo Women's Medical University Yachiyo Medical Center)

\*\*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University School of Nursing)

\*\*\*東京女子医科大学病院看護部 (Department of Nursing, Tokyo Women's Medical University Hospital)

categories to promote and establish a delirium care program: (1) Recognize the problems within the current state of delirium care and strive to resolve them, (2) Promote methodical delirium countermeasures by coordinating the efforts of the relevant departments, (3) Implement and operate a comprehensive program for delirium countermeasures and, (4) Collaborate organically with the same profession team and the interdisciplinary team to establish the program. These four categories need to be promoted and established in a delirium care program. Addition to these, (5) Process of learning issues from sharing and the realization of care effects and (6) Recognition of concern about the difficulty maintaining the quality of delirium care are critical to troubleshooting issues on the front lines of care. The concept here – recognizing the problems in the current situation of delirium care and striving for a resolution – has led to (7) accumulating evidence and launching and announcing pioneering research. This has made (8) possible a circular structure for improving and successfully executing subsequent programs after leveraging the knowledge gained. It has become apparent that the elements and structure of delirium care system implementation in acute hospitals has been circularly functioning by following both reactive and proactive processes. As action research, a project that implements the system by recognizing these methodological processes can contribute to the development of delirium care.

## I. はじめに

せん妄は、身体疾患により惹起される意識レベルの変化と注意力の低下を特徴とする器質性の精神障害である。厚生労働省による平成 23 年の患者調査では、全入院患者の 68% が 65 歳以上であったと報告されており（厚生労働省, 2011）、今後、急性期の医療現場における高齢人口の増加により、その有病率のさらなる増加が予測される。また、せん妄は、認知症発症の独立危険因子であることも示されており（Witlox, et al., 2010）、その後の患者の QOL の保障の側面からも、せん妄を予防し、遷延化を防ぐ意義は極めて大きい。

近年、特に高齢者を対象としたせん妄医療を多部門、多職種で担う、複合的な介入の重要性が強調されている（Inouye, et al., 2000）。Hshieh らの報告（2015）では、HELP プログラム（Inouye, et al., 2000）を含むせん妄に対する非薬物的な複合的介入を行った研究のメタアナリシスにより、せん妄の発症、転倒予防において効果を認めている。また、このプログラムに関連した研究結果を基盤にして作られた National institute for health and care excellence（NICE）ガイドラインでは、さらに新たなリスク要因を含む介入方略が示されている。

今後は、疾患の重症度の高さ、高侵襲な治療によりせん妄のハイリスク患者の多い急性期病院においても、このような体系的な治療やケアの介入により、せん妄やその遷延化の予防を図ることが求められる。しかしながら、組織全体においてこうした介入プログラムを実践することは容易ではない。まずは、効果的に導入、定着を図るための仕組みが必要となる。

これまでの研究では、せん妄ケアの介入プログラムやその効果について述べた論文は存在するが、そのシステムの構築や導入の要素までを示した報告はほとんど見当たらない。そこで、これらを知るためには、組織全体のせん妄ケアの実践を成り立たせるシステム構築の仕組みを明らかにすることが不可欠であると考えた。

## II. 目的

本研究の目的は、急性期病院におけるせん妄ケアのシステムを構築するための要素と構造を明らかにし、今後のせん妄ケアの発展のための示唆を得ることである。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的帰納的研究

### 2. 用語の操作的定義

- 1) せん妄: DSM-5（米国精神医学会, 2013 / 日本精神神経学会監訳, 2014）に基づき、急激に発症し、全般的な認知機能の障害、意識レベルの変化、注意力の低下、精神運動性の興奮あるいは低下、睡眠覚醒サイクルの乱れ、症状の日内変動を特徴とする一過性の器質性精神障害と定義する。
- 2) ケアのシステム: ケアを開発、導入、稼働させるための組織的に合意された仕組みを指す。

### 3. 研究協力者

研究協力者が所属する組織の中で、先駆的に多職種の間で調整役を担いながらせん妄ケアの普及を図る専門看護師、認定看護師、看護教員を対象とした。なお、看護教員については、調査時点で、せん妄ケアの普及を図る病院に属している、あるいは、これまでの臨床経験においてせん妄ケアの実績があり、現在、大学等に属しながら兼務として病院に対して教育的介入をしている者を対象とした。

また、研究協力者は、看護に関連のある学会の学術集会や看護雑誌、病院のホームページにおけるせん妄ケアの活動を調べて直接本人に打診し、その後、協力者の紹介により芋づる式に選定した。研究者から所属施設長および研究協力者本人に研究協力依頼文を郵送し、双方から同意と協力が得られた者とした。

### 4. データ収集方法

研究協力の承諾を得られた者に対して、インタビューガイドに沿って、組織的にせん妄ケアのシステムの導入を図るまでの背景と経緯、せん妄ケアのシステムの導入の過程と現状（所属施設におけるせん妄のアセスメント・評価ツール、予防ケア、教育方法と内容、支援体制）、評価と課題について、半構造化面接を行った。面接にあたっては、研究協力者が自由に語れるように話を遮らず聞くように意識した。また、協力者の語りに対する研究者の主観や判断は、一切伝えないように徹底した。面接は、2名の研究者が担当し、研究協力者の所属する施設のプライバシーが保てる場所において実施した。面接の

内容は、本人の了承を得た上で内容をICレコーダーにより録音した。

## 5. データ収集期間

平成27年3月～10月

## 6. 分析方法

ICレコーダーに録音された面接内容のすべてを逐語録にし、研究協力者におけるせん妄ケアシステム構築の要素に関連する語りのみをデータとした。その後、データを丹念に読み込み、データの意味内容を損なわないように注意しながら、複数に共通するデータ、特徴的なデータを整理して、コード化した。次にコード化したデータを比較検討しながら抽象度を高め、サブカテゴリーを構成した。さらに、同様の方法で、カテゴリーへと抽象度を上げて要素を集約した。その後、要素間の関連性をみて、せん妄ケアの構築の要素について構造化した。なお、データ分析の妥当性を確認するために、複数の質的研究の経験者により、要素の内容や要素間の関連性について

て繰り返し吟味した。

## 7. 倫理的配慮

研究協力者に対して、研究目的と概要、および対象者の権利、ならびにプライバシーの保護、個人情報保護の保護、データの守秘に関する文書を事前に郵送し、面接前にも口頭および書面で説明し、文書による同意を得た。本研究については、東京女子医科大学倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号：3196）。

## IV. 結果

### 1. 研究協力者の概要

研究協力者の概要については、表1に示す（表1）。対象施設は16施設で、病床数は350～1300床代であった。研究協力者は男性5名、女性13名の計18名であり、年齢は30～50歳代であった。なお、研究協力者が2名となった施設は2施設であった。認定資格は専門看護師が15名、認定看護師が3名で

表1 研究協力者の概要

	年齢	性別	認定資格 職位	資格獲得後 の年数	せん妄に関連 するチーム	せん妄に関連するチームの構成員	病床数
A	30歳代	女性	専門看護師（精神看護） スタッフ	5年	あり	精神科医、薬剤師、看護師（副院長、認定：集中ケア、 専門：精神看護、急性・重症患者看護）	800床代
B	30歳代	女性	専門看護師（精神看護） スタッフ	4年	あり	緩和ケア医、精神腫瘍医、薬剤師、臨床心理士、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、栄養士、言語療法士、看護師（退院支援、専門：精神看護、がん看護）	400床代
C	40歳代	女性	認定看護師（緩和ケア） 主任	4年	あり	精神科医、薬剤師、臨床心理士、理学療法士、 看護師（認定：緩和ケア、認知症看護）	400床代
D	30歳代	男性	専門看護師（精神看護） 大学教員	5年	あり	精神科医、臨床心理士、薬剤師、リスキマネージャー、 看護師（専門：精神看護、老人看護）	300床代
E	40歳代	女性	専門看護師（精神看護） スタッフ	7年	あり	精神科医、臨床心理士、作業療法士、看護師（認定：緩和ケア、がん性疼痛、 がん化学療法、専門：精神看護、老人看護）	300床代
F	30歳代	男性	認定看護師（集中ケア） 主任	5年	あり	看護師（認定：集中ケア）を中心とした有志の看護師	400床代
G	50歳代	女性	専門看護師 （急性・重症患者看護） 師長	9年	あり	精神科医、薬剤師、理学療法士、看護師（認定：認知症看護、専門：精神看護、 老人看護、急性・重症患者看護）	700床代
H	30歳代	女性	専門看護師 （急性・重症患者看護） スタッフ	4年	あり	精神科医、麻酔科医、臨床心理士、理学療法士、心臓血管外科医、 看護師（専門：精神看護、がん看護、老人看護、急性・重症患者看護）	1300床代
I	30歳代	男性	専門看護師 （急性・重症患者看護） 大学教員	5年	なし	なし	900床代
J	40歳代	女性	専門看護師 （急性・重症患者看護） 師長	4年	なし	なし	
K	30歳代	女性	専門看護師（精神看護） スタッフ	3年	あり	精神科医、精神保健福祉士、看護師（専門：精神看護、急性重症患者看護）	500床代
L	40歳代	女性	専門看護師 （急性・重症患者看護） 認定看護師（集中ケア） 師長	5年/11年	なし	なし	1100床代
M	30歳代	男性	専門看護師（老人看護） 主任	3年	あり	麻酔科医、救命科医、精神科医師、医療安全室長、薬剤師、師長、救命科主任、 事務、看護師（専門：老人看護）	900床代
N	30歳代	女性	専門看護師 （急性・重症患者看護） 主任	4年	なし	なし	1000床代
O	30歳代	男性	看護教員	—	なし	なし	
P	30歳代	女性	専門看護師（老人看護） スタッフ	3年	あり	精神科医、臨床心理士、看護師（専門：精神看護、老人看護）	700床代
Q	30歳代	女性	専門看護師（老人看護） スタッフ	5年	あり	精神科医、作業療法士、薬剤師、 看護師（師長、認定：認知症看護、専門：老人看護）	300床代
R	40歳代	女性	専門看護師（老人看護） 副師長	8年	あり	精神科医、神経内科医、薬剤師、看護師（病棟、専門：老人看護）	300床代

あった。そのうち、1名は専門看護師と認定看護師両方の資格を有し、1名は看護教員、2名は専門看護師の資格をもつ看護教員であった。組織内の職位と立場は、師長と兼務する者、看護教員を兼務する者、あるいは部署に所属する者、横断的に活動する者と多様であった。

また、16施設中の13施設は、せん妄医療に関する組織的なチームを有し、その他の3施設は研究協力者が中心となり、所属する部署においてせん妄ケアを推進していた。せん妄医療に携わる組織的なチームの構成員は各施設で異なり、看護師の他に精神科医、薬剤師、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、リスクマネージャー等であった。インタビューの所要時間は、平均84分(62分～115分)であった。

## 2. せん妄ケアのシステムを構築する要素

分析の結果、【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】【多部門との協働による組織的なせん妄対策の推進】【せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用】【プログラムの定着に向けた同職種・他職種チームの有機的な協働】【実践知の共有とケアの効果の実感】【せん妄ケアの質の維持の困難への懸念】【エビデンスの集積と先駆的な研究の取り組み・公表】【得られた知見の活用】の8カテゴリ、40サブカテゴリが抽出され、112のコードで構成されていた。文中では、カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》、コードを『 』、インタビューで研究協力者の語りを引用する場合は「 」として示した(表2)。

【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】の中から、分析過程の例を挙げる。このカテゴリの元となるデータとして「授業でせん妄ケアの理論や最新の知識を学んだことで、理論と実際とはかけ離れていたんだと気づかされた」という語りがあり、これを『看護師の大学院や教育課程を通じた学びからのせん妄ケアの理論と実際の乖離への気づき』とコード化した。これは他の『院外の先駆者をリソースとしたせん妄ケアへの関心と改革への意欲』のコードなどと共に《せん妄ケアの理論と実際の乖離の気づきと改善への意欲・関心》というサブカテゴリを構成した。さらに《せん妄患者の多さと二次的な問題への危機意識》《医療者による不適切なせん妄治療・ケアと疲弊への問題意識》《医師不足への問題意識》のサブカテゴリと共に【せん

妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】というカテゴリを構成すると分析、命名された。

### 1) 【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】

このカテゴリは、学んだせん妄ケアの理論と現状の違いに気づくことにより、新たな視点で現場を見直し、問題意識をもって、現場のケアの改善に意欲と関心を高めていることであり《せん妄ケアの理論と実際の乖離の気づきと改善への意欲・関心》《せん妄患者の多さと二次的な問題への危機意識》《医療者による不適切なせん妄治療・ケアと疲弊への問題意識》《医師不足への問題意識》のサブカテゴリで構成された。《せん妄ケアの理論と実際の乖離の気づきと改善への意欲・関心》は、先に示した通りであった。《せん妄患者の多さと二次的な問題への危機意識》は『院内のせん妄患者数の多さ』や『せん妄によるアクシデント・インシデント件数の多さ』『患者の苦痛に対する問題意識』といったせん妄に伴う副次的な問題に関するものから成り立ち「患者にとってせん妄により混乱が続くことはつらいことであり、意識障害により治療に対する判断力も奪われる」などの語りがあった。《医療者による不適切なせん妄治療・ケアと疲弊への問題意識》は、不適切な医療やせん妄ケアに伴う医療者側の疲弊に関する問題を表し『薬剤師の不適切な使用によるせん妄の誘発』『看護師のせん妄に対する不適切なアセスメントとケア』などといったサブカテゴリを構成した。

### 2) 【多部門との協働による組織的なせん妄対策の推進】

これは、看護部門だけではなく、複数の多部門と協働することによって、せん妄対策を組織的に推進することであり《看護部による推進と保証》《医師の理解と推進力》《医療安全対策としてのせん妄対策の強制力》《コストパフォーマンスの重要性》《各部門からの効果的な情報発信》《組織変革を促進するタイミング》のサブカテゴリを構成した。《看護部による推進と保証》は『現場の教育的支援を重視した看護部の後押し』『看護部によるせん妄ケアの推進と保証』により構成され「看護部の教育委員がせん妄ケアの教育の必要性を声にあげ、研修の中にその教育が位置づけられた」という語りがあった。また《医師の理解と推進力》は『医師のせん妄対策への関心・情報の提供』『推進力のある医師の存在』『看護師と

の協働の必要性に対する医師の理解』により構成された。

さらに《医療安全対策としてのせん妄対策の強制力》は『医療安全対策部門からのトップダウンによる問題提起と強制力』や『医療安全対策部門と専門看護師による実態調査と問題の検討』などから成り立ち、《組織改革を促進するタイミング》は『せん妄対策の改革のニーズとタイミングの合致』を表していた。

### 3) 【せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用】

このカテゴリーは、せん妄を発症しやすい患者

の選定から予防、治療までを含めた包括的なせん妄対策を包括的なプログラムとして考案して、それを導入し、運用することであり《せん妄治療・ケアに関する知識の普及活動》《プログラム運用前の試用による現場の評価》《せん妄ケアのプログラムの検討と導入》《チームによるそれぞれに応じたコンサルテーションシステムの確立》《プログラムの運用のための調整と工夫》のサブカテゴリーから構成された。

《せん妄治療・ケアに関する知識の普及活動》は『専門家による診療科に出向いたせん妄・治療・ケアの知識の普及』『せん妄ケアの体得のための

表2 急性期病院におけるせん妄ケアのシステム構築の要素

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心	せん妄ケアの理論と実際の乖離の気づきと改善への意欲・関心	看護師の大学院や教育課程を通じた学びからのせん妄ケアの理論と実際の乖離への気づき
		院外の先駆者をリソースとしたせん妄ケアへの関心と改革への意欲
	せん妄患者の多さと二次的な問題への危機意識	院内のせん妄患者数の多さ
		せん妄によるアクシデント・インシデント件数の多さ
		患者の苦痛に対する問題意識
		院長や副院長によるせん妄に対する強い問題意識
	医療者による不適切なせん妄治療・ケアと疲弊への問題意識	過去の情報集積により明らかになったせん妄患者への悪影響
		薬剤の不適切な使用によるせん妄の誘発
		看護師のせん妄に対する不適切なアセスメントとケア
		看護師の経験によるせん妄ケアの実践力の差
医師不足への問題意識	医師のせん妄治療の不適切さ・関心の低さ	
	主科医と精神科医との連携不足	
	現場の看護師のせん妄ケアに対する疲弊	
	根底にある医師不足への問題視	
多部門との協働による組織的なせん妄対策の推進	看護部による推進と保証	現場の教育的支援を重視した看護部の後押し
		看護部によるせん妄ケアの推進と保証
	医師の理解と推進力	医師のせん妄対策への関心・情報の提供
		推進力のある医師の存在
	医療安全対策としてのせん妄対策の強制力	看護師との協働の必要性に対する医師の理解
		医療安全対策部門からのトップダウンによる問題提起と強制力
		医療安全対策部門の立場と権威のある構成員の力
		医療安全対策部門と専門看護師による実態調査と問題の検討
	コストパフォーマンスの重要性	医療安全対策部門からの発信による組織全体への波及効果
		QI委員会からの組織全体への発信
各部門からの効果的な情報発信	チーム加算算定による病院の利益への貢献への徹底	
	薬剤部からの効果的な発信	
組織改革を促進するタイミング	精神科医による各部門の関心にそった提示・提案	
	せん妄対策の改革のニーズとタイミングの合致	
	せん妄ケアの体得のための演習を取り入れた研修	
	医療安全対策部門の発信による知識の普及の活動	
せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用	プログラム運用前の試用による現場の評価	別チームや病棟単位の勉強会の開催
		プログラム導入前の試用による現場の評価
	せん妄ケアのプログラムの検討と導入	せん妄ケアのプログラムの検討
		せん妄治療・ケアのアルゴリズムの導入
		入院時のせん妄のハイリスク患者の選定方法の提示と徹底
		せん妄スクリーニングツールの検討・導入
		せん妄予防のための環境への統一したアプローチ
		オリエンテーションやパンフレット配付による患者・家族への心理教育の導入
	チームによるそれぞれに応じたコンサルテーションシステムの確立	エビデンスのある確立した方法の検討と導入
		院内全体に向けたチームコンサルテーションの運用
部署内のコンサルテーションの確立		
回診方式のチームコンサルテーションの確立		
プログラムの運用のための調整と工夫	複数の専門看護師による連携したコンサルテーションの運用	
	現場の事情に配慮した方法への理解と改善策	
	身につけていつでも活用できるツールの運用と工夫	
	プログラム・記録の電子カルテ化の調整	
	せん妄のアセスメント・リスク要因のツールの活用の手順	
	看護ケアの道しるべの可視化・提示	
	運用の有効性の提示	

表2 急性期病院におけるせん妄ケアのシステム構築の要素 (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
プログラムの定着に向けた同職種・他職種チームの有機的な協働	部署間・外来・地域との連携	部署間・外来・地域との連携	
	部署内の看護チームにおけるせん妄ケアの考案と実践	部署内の看護チームが中心となって取り組むせん妄ケアの考案と実践	
	組織公認のスタッフの主体性を要とした現場のせん妄ケアの質の向上	リンクナースの育成とケアの質の向上のための活用 リンクナースを中心とした現場のせん妄ケアの協働の推進 リンクナースの資質の見極めと適した介入 ケア向上に対するスタッフの主体性とやる気への働きかけ	
	スタッフのニーズや主体性に応じた現場の実践力を引き出す支援	現場のスタッフの困りやニーズの把握と解決への側面的な支援 意欲的な部署への焦点化した実践力向上への支援 現場に近いインフォーマルなコンサルテーションの窓口と対応	
	複数領域の専門看護師・認定看護師の専門的役割と立場をいかした協働	専門看護師・認定看護師のせん妄ケアに関する実践的な役割 現場の看護師への理解、他領域の専門看護師・認定看護師、精神科医との連携、協働の促進のイニシアティブをとる専門看護師の役割 フリーに活動する立場を活かした情報収集と相互の協力 所属する立場やポジションをいかした部署内のケアの推進と協働 せん妄ケアのロールモデルとしての存在	
	他職種・多職種チームとの連携・役割分担	主科の医師と看護師の協働を通じた相互の役割理解と知識の向上 異なる診療科同士の連携 多職種による専門性の発揮と協働 状況に合わせた臨機応変な役割分担 多職種チーム（リエゾン・緩和・周手術期・高齢者ケア）との連携・協働 異なる職種による多様な見方の共有	
	実践知の共有とケアの効果の実感	看護の基本としての倫理的なせん妄ケア	患者への害の回避と配慮 せん妄だけに限らない基本的なケアの重要性 患者にとっての善行（よいケア）の実践
		従来のケアを乗り越える実践の探求と確信	患者の反応を拠りどころとする重要性、従来のケアへの疑問、その探求 実践を通じて創出するケア、確かなものとしての確信
		ベッドサイドで教えて学ぶケア	ベッドサイドで教えて学ぶケアの技術の共有化
		フィジカルアセスメントと対応の重視	フィジカルアセスメントと対応の重視
		コミュニケーションから得られる知識の共有	知識の定着、よりよいケアを図るための多職種を交えた現場での密なコミュニケーション 考える力の育成と共有化
		看護師のケアの変化による患者の反応への効果	看護師のケアの変化による患者の反応への効果
		家族へのケアの効果の実感	家族の見方を参考にした患者理解 せん妄のオリエンテーションによる家族の反応への効果 患者・家族のせん妄とそのケアへの理解 家族の安心感と患者の安寧の相乗効果
		看護師のせん妄ケアの能力の向上の実感	看護師のせん妄の判断能力の向上の実感
		事例に対するケアの実践と評価	成功事例の共有と効果の実感の分かち合い チームで行う成功事例の事例分析 困難事例に対するケアの評価
医師の関心の高まりの実感		医師のせん妄への関心の高まりの実感	
せん妄ケアの質の維持の困難への懸念	継続の経験ゆえの悟りと覚悟	長い時間をかけたからこそそのケアへの効果と難しさの実感	
	スタッフの不足・入れ替わりの多さによる治療・ケアの維持の困難	新年度の多くの看護師の入れ替えによるケア維持の困難 外病院への医師の入れ替えによる適切な治療の浸透の困難 入れ替わるスタッフに何度も教育を繰り返すことの必要性	
	現場の多忙さによるケアの質の維持・向上の難しさ	忙しい中での少人数によるせん妄ケアへの余裕のなさ 夜勤の忙しさによる予防ケアの実施の難しさ せん妄評価ツールの適切な活用の定着の難しさ	
	全体のせん妄医療の質の均てん化の困難さ	診療科や職種内の個人の能力差によるせん妄ケアへの関心・能力の差 組織の大きさによる全体発信と普及の困難さ 介入後も変わらないせん妄の誤ったアセスメントが目立つ部署	
	プロトコルに頼りすぎることによる個別ケアの弊害への意識	プロトコルへの過度な依存が本来の個別ケアを見失わせることへの懸念 個別をみるためにせん妄の評価ツールをあえて用いないことの重要性 プロトコルによりその人にあったケアがうまくできないことへの心配 アルゴリズム導入による効率化と考える看護を大事にしたい考えとの間の葛藤	
エビデンスの集積と先駆的な研究の取り組み・公表	QIに基づくデータ収集・分析	QIに基づくデータ集積と分析による効果の評価と公表	
	推進できる方法の公表と普及活動	組織でせん妄ケアを推進する方法の公開と普及活動 ケアの改善のための先行的な教育的介入の調査の実施と公表	
	臨床経験・研究結果やデータから導かれた先駆的な研究の取り組み	臨床経験とエビデンスを基礎にしたせん妄の評価ツールの導入と評価 今後の展望を見据えた先駆的な研究への着手と継続	
得られた知見の活用	調査の結果の活用	調査結果をふまえたツールやパンフレットの改善	
		調査結果に基づいたアルゴリズムの改変	
		調査結果に基づいた運用手順書の修正と電子カルテへの反映	
		調査結果から得た看護師の知識が低い項目に焦点化した講義	

演習を取り入れた研修』『医療安全対策部門の発信による知識の普及活動』『別チームや病棟単位の勉強会の開催』から構成された。また、導入前に《プログラム運用前の試用による現場の評価》が行われていた。《せん妄ケアのプログラムの検討と導入》は『せん妄治療・ケアのアルゴリズムの導入』『入院時のせん妄のハイリスク患者の選定方法の提示と徹底』『せん妄スクリーニングツールの検討・導入』『オリエンテーションやパンフレットの配付による患者・家族への心理教育の導入』などで構成され、多角的に検討された内容がプログラムされていた。

さらに《チームによるそれぞれに応じたコンサルテーションシステムを確立》もさせていた。これは『院内全体に向けたチームコンサルテーションの運用』『部署内のコンサルテーションの確立』『回診方式のチームコンサルテーションの確立』『複数の専門看護師による連携したコンサルテーションの運用』により構成された。そして、せん妄ケアのシステムが円滑に運用されるように《プログラムの運用のための調整と工夫》がなされていた。このサブカテゴリーは『現場の事情に配慮した方法への理解と改善策』『プログラム・記録の電子カルテ化の調整』などのコードから構成された。

#### 4) 【プログラムの定着に向けた同職種・他職種チームの有機的な協働】

本カテゴリーは、プログラムを定着化するために、同職種チームあるいは他職種チームで効果的に機能し合い、協働することである。《部署間・外来・地域との連携》《部署内の看護チームにおけるせん妄ケアの考案と実践》《組織公認のスタッフの主体性を要とした現場のせん妄ケアの質の向上》《スタッフのニーズや主体性に応じた現場の実践力を引き出す支援》《複数領域の専門看護師・認定看護師の専門的役割と立場をいかした協働》《他職種・多職種チームとの連携・役割分担》のサブカテゴリーを構成した。

《組織公認のスタッフの主体性を要とした現場のせん妄ケアの質の向上》でいう“組織公認のスタッフ”とは、主に看護部における委員会であった。これは『リンクナース（あるいは部署のせん妄ケアの係の看護師）の育成とケアの質の向上のための活用』『リンクナースを中心とした現場のせん妄ケアの協働の推進』『リンクナースの資質の見

極めと適した介入』『ケア向上に対するスタッフの主体性とやる気への働きかけ』により構成された。同時に《スタッフのニーズや主体性に応じた現場の実践力を引き出す支援》も担っており、これは『現場のスタッフの困りやニーズの把握と解決への側面的な支援』『意欲的な部署への焦点化した実践力向上への支援』『現場に近いインフォーマルなコンサルテーションの窓口と対応』のコードから成り立っていた。

ここには《複数領域の専門看護師・認定看護師の専門的役割と立場をいかした協働》の働きかけがあった。《他職種・多職種チームと連携・役割分担》も有機的な協働に関わっており、これは『異なる職種による多様な見方の共有』『多職種による専門性の発揮と協働』『状況に合わせた臨機応変な役割分担』などにより構成された。

#### 5) 【実践知の共有とケアの効果の実感】

このカテゴリーは、せん妄患者へのケアを通して得た実践知を他者と共有して、ケアによる患者への反応からその効果をとらえ、実感することである。《看護の基本としての倫理的なせん妄ケア》《従来のケアを乗り越える実践の探求と確信》《ベッドサイドで教えて学ぶケア》《フィジカルアセスメントと対応の重視》《コミュニケーションから得られる知識の共有》《看護師のケアの変化による患者の反応への効果》《家族へのケアの効果の実感》《看護師のせん妄ケアの能力の向上の実感》《事例に対するケアの実践と評価》《医師の関心の高まりの実感》といったサブカテゴリーから構成された。

《看護の基本としての倫理的なせん妄ケア》は『患者への害の回避と配慮』『せん妄だけに限らない基本的なケアの重要性』『患者にとっての善行（よいケア）の実践』が含まれ「自分たちが行うケアが本当に患者のためなのかを悩み、考えて、実践している」といった語りがあった。《従来のケアを乗り越える実践の探求と確信》は『患者の反応を抛りどころとすることの重要性、従来のケアへの疑問、その探求』『実践を通じて創出するケア、確かなものとしての確信』のコードにより構成され「画一的な早期離床による患者の疲労をみて、患者の回復力に逆らっているのではないかという疑問をもち、活動と休息のバランスの重要性に着目した」「挿管チューブの自己抜去を防止するために、患者に自分の顔を鏡で見てもらい、

確認できるように工夫したころ、患者自身も挿管チューブに配慮するようになったことを確信した」など、患者にケアの反応をみて創意工夫していた。

#### 6) 【せん妄ケアの質の維持の困難への懸念】

本カテゴリーは、せん妄ケアについて、人員不足、プログラムやプロトコルのような画一的な方法への頼りすぎによるケアの質の維持の難しさへの懸念を表している。ここには《継続の経験ゆへの悟りと覚悟》《スタッフの不足・入れ替わりの多さによる治療・ケアの維持の困難》《現場の多忙さによるケアの質の維持・向上の難しさ》《全体のせん妄医療の質の均てん化の困難さ》《プロトコルに頼りすぎることによる個別ケアの弊害への意識》のサブカテゴリーが含まれた。《継続の経験ゆへの悟りと覚悟》は『長い時間をかけたからこのケアへの効果と難しさの実感』から構成された。ここには「せん妄ケアの教育をずっと続けてきて、ようやく変わってきたという実感があ一方、変わるのにはこんなに時間がかかり、これからも永遠に続けていかなくてはならない覚悟もできた」という語りがあった。《全体のせん妄医療の質の均てん化の困難さ》では『診療科や職種内の個人の能力差によるせん妄ケアへの関心・能力の差』『組織の大きさによる全体発信と普及の困難さ』『介入後も変わらないせん妄の誤ったアセスメントが目立つ部署』のコードが含まれた。

《プロトコルに頼りすぎることによる個別ケアの弊害への意識》には『プロトコルへの過度な依存が本来の個別ケアを見失わせることへの懸念』『アルゴリズム導入による効率化と考える看護を大事にしたい考えとの間の葛藤』『個別をみるためにせん妄の評価ツールをあえて用いないことの重要性』などのコードがあった。『アルゴリズム導入による効率化と考える看護を大事にしたい考えとの間の葛藤』では「新人もベテランも同じようにせん妄を正確に判断したり、予防ケアをしたりすることは大事で、効率的にできることが増えた実感はある。ただ、その人にとって望ましいケアを考えたり、検討したりすることが疎かになっているような気がして悩ましい」という語りがあった。

#### 7) 【エビデンスの集積と先駆的な研究の取り組み・公表】

本カテゴリーは、各施設のせん妄患者やケアの実態からエビデンスを集積したり、先駆的に調査に取り組み、その結果を学会等で発信、公表する

ことである。ここには《QI (Quality Indicator, 以下 QI) に基づくデータ収集・分析》《推進できる方法の公表と普及活動》《臨床経験・研究結果やデータから導かれた先駆的な研究の取り組み》といったサブカテゴリーが含まれた。《推進できる方法の公表と普及活動》は『組織でせん妄ケアを推進する方法の公開と普及活動』『ケアの改善のための先行的な教育的介入の調査の実施と公表』で構成され、前者では「開発したプログラムの公開や確立したせん妄ケアに関する情報について、院内講演を開催したり、ホームページに掲載する」、後者では「院内で開発した教育プログラムの前後での看護師の知識の変化を分析して学会で報告した」などの語りがあった。

#### 8) 【得られた知見の活用】

このカテゴリーは、調査から得られた知見を活用して、既にできている方策やツールを改善させることを示しており《調査の結果の活用》から構成された。これは『調査結果をふまえたツールやパンフレットの改善』『調査結果に基づいたアルゴリズムの改変』『調査結果に基づいた運用手順書の修正と電子カルテへの反映』『看護師の知識が低い項目に焦点化した講義』から成り立っていた。たとえば『調査結果をふまえたツールやパンフレットの改善』では「パンフレットの内容について、実際に使った患者や家族に向けて聞き取り調査をして、わかりにくい文章を修正して理解しやすくした」という語りがあった。

### 3. せん妄ケアのシステムを構築する要素と構造

せん妄は身体状態の変調を主に複合的な要因を有することから、多面的なアセスメントと介入が必要であり、多職種の協働と適切なケア実践の定着が不可欠である。前述の結果から、急性期病院におけるせん妄ケアのシステムの構築は、専門看護師、認定看護師の主導のもと複数領域の同職者、多職種、多部門との協働を図り、包括的、かつベッドサイドに即したせん妄ケアの教育と実践を推進すること、さらにケアの効果の実感と評価を繰り返しながら、現場に質の高いケアを定着させる過程をたどることがわかった(図1)。以下にその過程について説明する。研究協力者は、それぞれの臨床経験と教育課程における学びを重ねて【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】をもち、自分の所属する組織のせん妄に関する問題や課題を見定めていた。ま

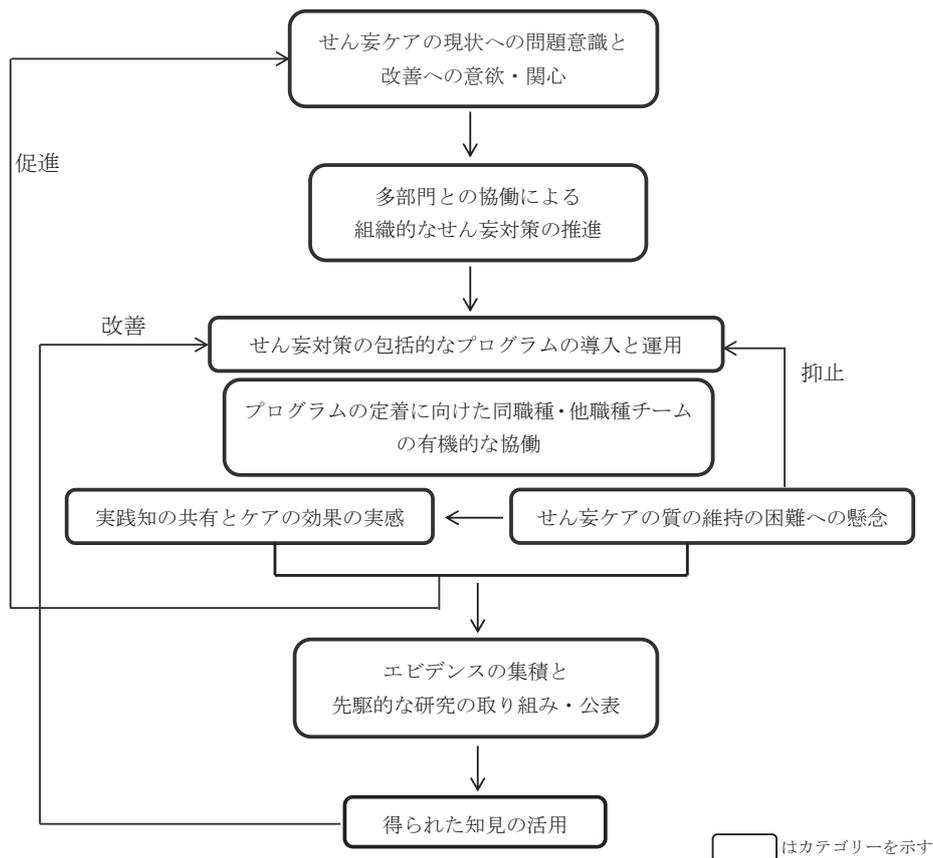


図1 急性期病院におけるせん妄ケアのシステム構築の要素と構造

た、せん妄対策に関して要となる多職種のメンバーと問題や課題を共有し【多部門との協働による組織的なせん妄対策の推進】を図っていた。その後、解決方法を具体的に考え【せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用】を実行するが、この際、チームの連携を推進して多くの力や役割を引き出し、活用し合うことにより【プログラムの定着に向けた同職種・他職種チームの有機的な協働】をしていた。

一方で【せん妄ケアの質の維持の困難への懸念】も不可欠な要素となっていた。この懸念は、せん妄ケアをプログラムに依存しすぎることへの抑止作用となり、現場に根差した個別ケアを通じた【実践知の共有とケアの効果を実感】するための重要な要素となっていた。また、これらの要素は看護チームの中で共有され【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】を促進する契機となっていた。なお、【せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用】【プログラムの定着に向けた同職種・他職種チームの有機的な協働】【実践知の共有とケアの効果の実感】【せん妄ケアの維持の困難への懸念】の要素は、順序性は無く、同時期に関わっていた。

研究協力者はこれらの過程を経て、問題意識をもって【エビデンスの集積と先駆的な研究の取り組み・公表】を行い【得られた知見の活用】を通して、再び【せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用】の改善を図っていた。

## V. 考 察

急性期病院でせん妄ケアの普及を図る専門看護師・認定看護師・看護教員は、せん妄というある現象に問題を発見し、その問題に対して組織的な変化をもたらすために計画を練り、直接関わりながら、評価し、必要に応じて計画を変更しながら、問題解決のプロセスを実現していた。組織変革のためには、課題を見定め、有効とされる知見を改善策として具体的に実践し、それを評価、考察、修正する過程の繰り返しが必要であり、すなわち、これらはアクションリサーチの過程とされている（大野木, 1997）内容に類似する。そこで、本論では、結果で導き出された急性期病院におけるせん妄ケアのシステムを構築するための要素と構造について、アクションリサーチのプロセスの観点から考察

し、今後のせん妄ケアの発展のための示唆を得る。

### 1. 体系化されたせん妄ケアのプログラムを普及、定着するためのシステム

研究協力者は【せん妄ケアの現状への問題意識と改善への意欲・関心】のうえに、組織の目標にせん妄の発症予防や早期発見を掲げて、それを実現化させるために必要な準備として、病院長や医療安全対策部門、看護部などの合意を得て【多部門との協働による組織的なせん妄対策の推進】を図っている。また、【せん妄対策の包括的なプログラムの導入と運用】を図り、所与の目標を実現すべく計画を実行している。これは、既存のHELPプログラム(Inouye, et al., 2000) や小川ら(2013)の多職種による複合的なせん妄ケアの介入プログラム(Delirium Team Approach Program)と同じ、せん妄ケアの教育から実践までを含む多面的なプログラムである。

多職種からなる医療者が、せん妄の対策を医療安全や協働によるアプローチの観点をもって具体的なプログラムを考案することは、システムの構築には不可欠な方法、過程であると考え。内山ら(2013)は、準備されたモノを選択して目標を実在化していくプロセスを「リアクティブ(目標対処型思考プロセス)」と呼んでおり、この過程は、体系化されたせん妄ケアのプログラムを現場に普及し、定着するために重要と考える。

さらに、組織的に収集しているQIデータを用いたり、研究的な取り組みとしたりして【エビデンスの集積と先駆的な研究の取り組み・公表】を行うことにより、掲げた目標について評価、実証して、新たな課題を見出している。また調査結果で【得られた知見を活用】して、既にできている方策やツールをさらに改善させていくことの繰り返しは、医療の質をより高めると考える。アクションリサーチにおいては、一回限りの問題解決ではなく、新たな課題や目標を再設定して、組織の活性化を図りながら行う取り組みの継続が重要なテーマとなると言われている(内山ら, 2007)。本研究の結果においても、組織のせん妄ケアの活性化のための取り組みを継続していることが明らかとなっており、アクションリサーチの重要な過程を踏んでいると考える。

### 2. せん妄患者の状態やその場の状況に合わせて対応するシステム

せん妄患者のケアにおいては、ときに患者の反応

の予測がつかず、想定外の出来事も起こりうる。【せん妄ケアの質の維持の困難への懸念】は、せん妄ケアが患者の状態やその場の状況で変わりうることへの難しさ、特に《スタッフの不足・入れ替わりの多さによる治療・ケアの維持の困難》に由来すると考える。後者は急性期病院に共通する大きな課題であり、せん妄ケアの質を維持するための方略を検討する必要性が高い。また、硬直的なプロトコルやアルゴリズムなどの導入や取り組みのみでは補いきれない難しさ、その場の状況に合わせた対応を要することへの気づきでもある。これは【実践知の共有とケアの効果を実感】と同じく、実践による行為なくしては実感がたい貴重な気づき、学習といえる。

また、明確な目標や介入が立ちにくく、患者の安寧が医療者の倫理観に左右されやすいせん妄ケアには【実践知の共有とケアの効果の実感】を現場で互いに分ち合うこと、チームで行為に対する方向性を見出すプロセスが重要となる。内山ら(2013)は、このように先行して目標を決められない、人々の行為を方向づける状況に対するアクションリサーチの方法として「プロアクティブ(行動先取り型思考プロセス)」を提唱している。これは、結果を副次的に得られるものととらえ、実際に起きた動きの性質や方向性を決めることから始まるプロセスである。

これは、前述したリアクティブなプロセスとは方法論的には異なるが、実践活動のうえでは両者が相互に混じり合い、浸透し合うこと(内山ら, 2013)を表している。さらに、現場での実践知の共有が新たな問題意識を促し、組織全体の取り組みにつなげる構造は、現場における実践の観察と評価、すなわちプロアクティブなプロセスがせん妄ケアのシステム構築と発展の要となる可能性を示すと考える。

## VI. 看護への示唆

急性期病院におけるせん妄ケアのシステムの構築には、組織全体的な目標の合意形成を図ったうえで、普遍的な形式知の普及や統一した方法の実行を図るリアクティブなプロセス、事例とそこにある考えの共有から離れることなく、関わる医療者の見方や考え方、行為を変容していくプロアクティブなプロセス、両方を併せもったアクションリサーチの視点が重要であることが示唆された。今後、システム構築と看護のさらなる充実化、発展のためには、これらをアクションリサー

チとして自覚して相補的に行うこと、現場における実践知を共有、評価して組織全体に還元していくことの繰り返しが必要と考える。

## VII. 結 論

本論では、急性期病院におけるせん妄ケアのシステムを構築するための要素と構造を示した。その構造をアクションリサーチの過程の観点から考察した結果、リアクティブなプロセスとプロアクティブなプロセス、双方のサイクルに則っていることが明らかになった。今後、アクションリサーチとしてこれらの方法論的なプロセスを認識したうえで、システムの構築に取り組むことは、せん妄ケアの発展に寄与する可能性がある。

本研究は、文部科学省科学研究費補助金研究 基盤研究 (C) (課題番号: 26463510) の助成を受けて実施した。

### 文献

Hshieh, T. T., Yue J., Oh E., et al. (2015) . Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175, 512-520.

Inouye S. K., Bogardus S. T., Baker D. I., et al. (2000) . The hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1697-1706.

厚生労働省 (2011) . 平成 23 年患者調査 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/02.pdf> (2017 年 8 月 24 日閲覧)

日本精神神経学会 日本語版用語監修 (2014) / 高橋 三郎, 大野裕監訳 . DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き, 276-282, 東京, 医学書院.

小川朝生 (2013) . がん治療中のせん妄の発症予防を目指した多職種せん妄プログラムの開発, 戦略推進部 (がん研究課) 革新的がん医療実用化研究事業, 平成 25 年度報告書 . <http://crdb.ncc.go.jp/search/DRTV050.action?rpno=012013006600001> (2017 年 8 月 24 日閲覧)

大野木裕明 (1997) . アクションリサーチ法の理論と技法, 中澤潤・大野木裕明・南博文 (編), 心理学マニュアル観察法, 東京, 北大路書房, 46-53.

内山研一 (2007) . 現場の学としてのアクションリサー

チ ソフトシステム方法論の日本的再構築, 東京, 白桃書房.

内山研一, 鈴木聡 (2013) . 看護においてアクションリサーチに期待されること, *看護管理*, 23 (5), 376-382.

Witlox J., Eurelings L. S., de Jonghe J. F., et al. (2010) . Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 304, 443-451.