

[資料]

急性期一般病棟の達人看護師が実践しているせん妄ケアの構造

田原恭子* 森田夏代**

DELIRIUM-SPECIFIC CARE PROVIDED BY EXPERIENCED NURSES TO PATIENTS WITH DELIRIUM IN A GENERAL ACUTE WARD

Kyoko TAHARA * Kayo MORITA **

キーワード：せん妄ケア、急性期一般病棟、質的研究、インタビュー

Key words : delirium care, general acute ward, qualitative research, interview

I. 緒言

日本が高齢社会になり様々な問題が生じている。本論では高齢者に多く見られるせん妄に着目した。せん妄は加齢とともに回復しにくくさらに、回復にも時間を要するといわれている(高橋ら,2014)。

せん妄の発症による問題は大きく、治療の停滞だけではなく、死亡リスクの上昇や医療資源の消費(八田ら,2012;Witlox,Eurelings&Jonghe,2010;Pisani,Kong & Kasl,2009; Wesley, Shintani & Truman,2004)が代表的である。また、術後せん妄のケアには多大な労力を割いているにも関わらず、効果の高い改善方法がない現状(高橋ら,2014)や、看護師はせん妄患者のケアに対して困難感をもち(鳥谷ら,2012)、せん妄ケアを実践する上で知識不足やせん妄患者に感情的になることがある(Sukantarat,Burgess & Williamson,2005)との報告もある。いずれも、せん妄状態にある患者ケアの難しさ(茂呂,2011)や、具体的なケアの手法が明確になっていないことが問題といえる。2025年を迎えるにあたりせん妄状態にある患者ケアを充実させることは重要な課題である。

本論では急性期一般病棟の達人看護師を研究対象とし、せん妄状態にある患者のケアの構造化を図る。

II. 研究目的

急性期一般病棟において達人看護師が実践している、せん妄状態にある患者特有なケアの構造を明らかにする。

III. 研究方法

1. 用語の定義

1) せん妄

看護師が患者を一人にできない異常言動があり、急激で可逆性を伴う認知障害、注意障害または見当識障害を看護師に判断させる状態を指す。

2) せん妄ケア

せん妄状態にある患者に関連するすべての看護援助を指す。

3) 達人看護師

入院患者の援助に対してあらゆる場面において看護基準に頼らず対処が可能であり、ひとつひとつの状況を直感的に把握でき、他の看護師の相談に乗ることができる臨床経験10年目以上の看護師を指す(Benner,2001)。

2. 研究デザイン

研究デザインは質的帰納的研究法を選択した。本論は、達人看護師の経験の語りによる逐語録を作成

*福岡大学病院 (Fukuoka University Hospital)

**国際医療福祉大学大学院 博士課程 (International University of Health and Welfare Graduate School, doctoral course)

し導き出されたコードから、抽象度を上げ集約し急性期一般病棟でのせん妄ケアの実践内容の構造を導きだす。コードはデータそのものから浮かび上がってくる内容（佐藤,2008）であり、本論の目的が達成できる手法として選択した。

3. データ収集期間

平成 24 年 6 月から 7 月までと平成 26 年 11 月から 12 月の期間で実施した。

4. 研究協力者の募集方法および選定条件

1) 研究協力者の募集方法

研究者所属機関及び研究協力施設の倫理審査の承認を得たのち、各病棟の看護管理者へ研究協力者の推薦を受けた看護師へ研究者自身が個別に研究説明を文書・口頭にて実施し、研究同意が得られた 12 名の達人看護師とした。

2) 研究協力者の選定条件

以下の 3 条件のすべてを満たす達人看護師とした。一つ目は 7 対 1 入院基本料の病棟に 5 年以上勤務していること、次に、急性期患者のせん妄ケアの経験を有する者、さらに、新生児特定集中治療室、手術部門、産科、小児科、集中治療室、冠疾患集中治療室、救命救急部門部門のみの経験者は除外する条件とした。

5. 面接の方法およびインタビューガイド

半構造化の面接は研究者自身が行い、面接時間は 60 分程度とし、入室制限を行った個室で一对一の対面形式であった。本人の許諾の元、基本属性用紙の記載を依頼した。

語りをデータ収集するにあたりせん妄の特徴を踏まえインタビューガイドを作成した。せん妄の特徴とは、突発的であり画一的な看護技術によるケアが困難な場合が多いこと、反面、患者の細やかな変化への対応は流動的に考えなければならない点である。そのため、実際に臨床で患者ケアを実践する上での看護師の困難感も予測され、どのような点を考慮し実践に繋いでいるのかも収集した。また、せん妄ケアは術後管理の一つと考えられ、看護技術としてのとらえ方も収集した。

本研究協力者は 7 対 1 入院基本料の施設に勤務する看護師であり、急性期一般病棟に配置される人員としては最も充実した看護体制であった。達人看護師は看護体制やせん妄ケアに要する時間配分を、ど

のように考え実践しているかを収集する必要があった。さらに、多職種協働は現代の医療において重要項目であり、実践している協働の内容を収集した。結果、面接の導入を「印象に残っているせん妄ケア」とし、事例を進めながら体験した様々な事例を語ることでせん妄ケアの実践内容を調査した。

6. 分析方法

面接終了後に IC レコーダーより作成した逐語録の内容を、研究協力者自身に確認を依頼した。分析の視点を「達人看護師が実践しているせん妄状態にある患者のケアは何か」としコードに集約した。コードを達人看護師の実践内容が十分に表現できるように抽象度を高めカテゴリ化した。また、分析は質的研究者 3 名と研究者の 4 名が個別に逐語録を繰り返し読み、コード化したデータを持ち寄り協議を繰り返した。さらに、分析者間でコードの共通理解のちにカテゴリ化を行い、信頼性と妥当性を確保した。

IV. 倫理的配慮

研究者所属施設の倫理審査は調査期間が平成 24 年と 26 年の 2 回に行われたため、初回の承認（11-166）と追加申請の承認（14-Ig-09）を得た。更に、研究協力施設の看護研究倫理審査委員の承認の後、研究協力者には書面と口頭による説明と同意を得た。

V. 結果

1. 研究協力者の背景

研究協力への同意が得られた達人看護師 12 名に面接を実施した（表 1）。看護師経験年数は 16.8(SD=6.8) 年で、一般病棟での勤務経験年数は 15.7(SD=5.6) 年であった。面接所要時間は 54(SD=10) 分であり、各研究協力者に作成した逐語録の目通しを依頼したが、1 名のみ修正を希望したが文脈に関連のない部分であった。

2. 達人看護師が実践しているせん妄ケア

分析の結果、671 のコードを抽出し、58 サブカテゴリへ集約後、14 カテゴリへ集約し 4 コアカテゴリが作成された（表 2）。以下、結果ではコアカテゴリを【 】, カテゴリを《 》、サブカテゴリを [], コードを「斜体」にて表記した。

1) 経験知が多用されたケア

表 1 研究協力者の背景

	年齢	病棟経験年数	所属経験のある病棟
A	40代	27年	消化器外科・血液腫瘍内科・放射線科・脳神経内科 歯科口腔外科・呼吸器外科・呼吸器内科・乳腺外科
B	50代	26年 ※外来経験8年	整形外科・耳鼻科・消化器外科
C	30代	17年	消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科 眼科・麻酔科・婦人科・整形外科
D	30代	16年	消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科・眼科
E	30代	15年	整形外科・婦人科・腎臓内科 泌尿器科・消化器外科・消化器内科
F	30代	14年	整形外科・皮膚科・耳鼻科・消化器内科 呼吸器内科・呼吸器外科・消化器外科
G	30代	15年	消化器外科・呼吸器外科・歯科口腔外科 呼吸器内科・血管外科・乳腺外科・放射線科
H	30代	14年	消化器外科・循環器内科・乳腺外科 呼吸器外科・呼吸器内科・歯科口腔外科
I	30代	13年	消化器外科・神経内科
J	30代	12年	脳神経外科・整形外科 消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科
K	30代	11年	整形外科・呼吸器外科・呼吸器内科
L	30代	8年 ※手術部経験6年	消化器外科

※は病棟以外の経験年数を示す

達人看護師は観察し判断するケアとして【経験知と直感による多角的な臨床判断】と表現された。サブカテゴリには発症予測である「経験知と直感でせん妄の発症を予測する」「患者の性格傾向からせん妄の発症を予測する」があり、発症や改善の認識には「感覚的な気づきからせん妄発症を認識する」には「せん妄になると目がらんらんとして体動が激しくなるため注意が必要である」や「言動の変化からせん妄状態の改善を認識する」があった。また、日常的に若年看護師の指導も担当することが多い達人看護師は「せん妄ケアの技術の取得は臨床経験で差がある」と受け止めていた。

【人員や環境を最大限に活用し熟考された日常生活のケア】には、日々のケアで回復を促進する配慮であった。「時間をわかりやすく示している」また、「工夫を凝らしたコミュニケーション技法を活用する」には「理解を促す丁寧な対応が必要である」「気持ちを受容し現実を認識させる」と考えていた。いずれも急性期病棟であっても、患

者の本来持つ時間の流れや生活を維持していた。さらに、「自己抜去による患者への影響を考慮し援助している」での看護師Iの語りは「自己抜去することで二次的な、こう二次的とか次の処置が患者さんの負担になるじゃないですか。それでまた、安静になったりしたら、それでまた、安静を強いられることで、また、せん妄が長くなるのか。」とあり患者への負担を最優先に考えケアを実施していた。そして、「医師と連携しライン類の早期抜去を行う」の看護師Bの語りは「できるだけ抑制はしたくないですよ。だから、先生も明日抜こうって言う胃管だったら『今日抜いてください』って(言う)。もう『先生、今日抜くも明日抜くも一緒だったら今日抜いてください』って言ってます」と、抑制が必要となる原因を短期間にできる調整を行っていた。

2) 解決できずに苦悩しているケア

【実践するケアの効果やせん妄の判断に悩みながらのケア】にある《患者状態のアセスメントに

表 2 急性期一般病棟において達人看護師が実践しているせん妄状態にある患者特有なケア

【コアカテゴリ】(4)	《カテゴリ》(14)
経験知と直感による 多角的な臨床判断	経験知から得られた感覚や直感による発症を予測する
	患者の心身の特徴を逃さずせん妄を予測する
	患者の多様な変化に着目した観察によるせん妄発症の判断を行う
人員や環境を最大限に 活用し熟考された 日常生活のケア	日常生活を取り戻せることを心がけて環境調整を行う
	少ない看護人員でも業務の工夫を行い見守りの体制を作る
	工夫を凝らしたコミュニケーション技法を活用する
	せん妄症状により治療が中断されないように注意する
	家族と一緒に協力することで抑制を回避する
	ケアは看護師のみではなくコメディカルとの協力も得る
	医師との連携により患者へ安全に治療を継続できる状況を組み立てる
実践するケアの効果や せん妄の判断に悩みな がらのケア	経験知や既存の知識では難しいケア
	患者状態のアセスメントに確信がないまま評価している
安全を最優先しなければ ならない場面では倫理的 ジレンマをもちながらのケア	倫理的なジレンマをもちながらケアを継続している
	安全を最優先しなければならないときの抑制はやむをえないと判断している

確信がないまま評価している》には看護師Cの「本当にこの判断でよかったのかなって、ちよっと疑問に思いつつも、まあ、あの、接したり、看護したりって言うところも、せん妄の患者さんの時は多いかなと思います、普段よりも。」という語りに代表された。

【安全を最優先しなければならない場面では倫理的ジレンマをもちながらのケア】で看護師Aは倫理的ジレンマを以下のように表現していた。「一人の人間としてやっぱりこう、…、尊重しないと行けない、わけがわかってないかもしれないけどその人をちゃんと尊重しないとイケないって言うのはあるかな。できればね抑制は、…、極力したくないんだけど、もう今のこの社会情勢。この一人暮らしって言われたらどうすることも、出来

ないですもんね、家族って言っても家族がいないって言われたら、そうやんね誰が家族になるって。」と、家族の協力はえられない現実を語った。

次に、[ケアは悩みながら実施している]には看護師C「事前にオペ後はどうなる、って予想が付くのでみんなでカンファレンスなり、あの、対応方法とか、お薬どうするかとか先生にすぐ相談できるっていう、対応ができるんですけど、もう、入ってきて翌日、手術って形なので全然せん妄が起こる、予測ができないままに、手術を迎えてしまっ、そしてせん妄が起こって、それから、どうしよう、っていうことがあったりとか、何回か、大勢じゃないんですけど、おられるので、そういうときにすごく困るなあとか、どうしようかなっていうこう…」と、在院期間の短期化による患者情報の得がたさを語っていた。

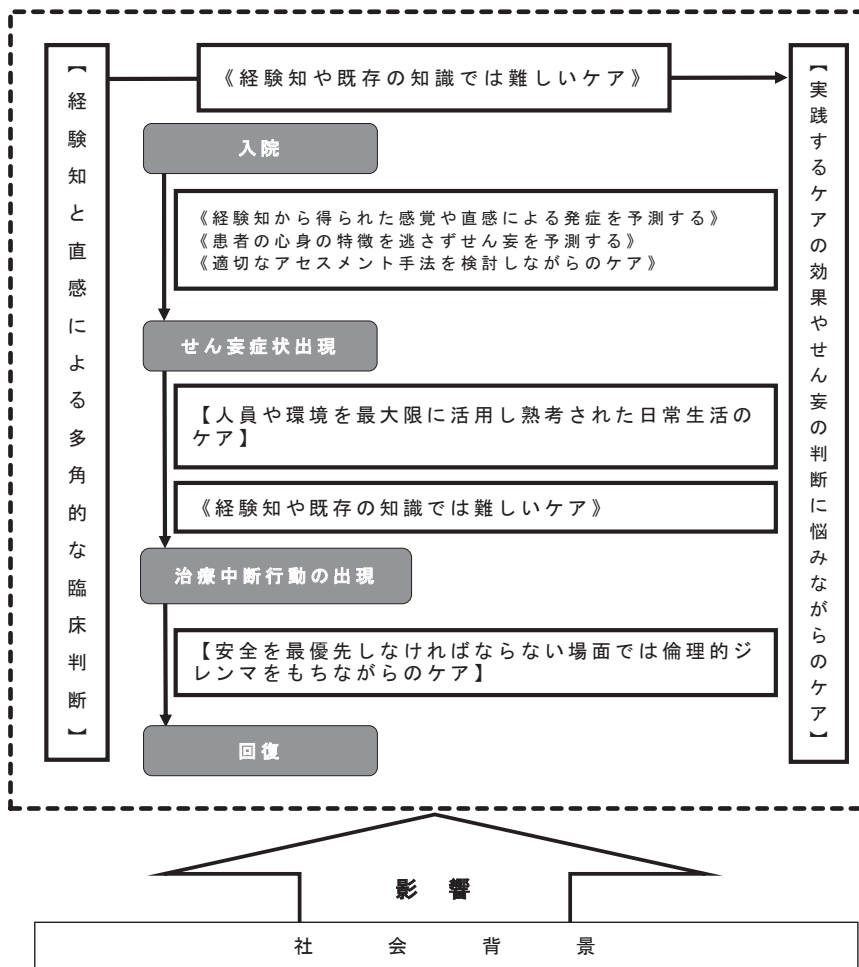


図1 急性期一般病棟の達人看護師が実践している特有なせん妄ケアの構造

- ※
- カテゴリ・コアカテゴリ
 - ↓ 時間の経過
 - そのほかの要因
 - 患者の状態
 - ⋯⋯ 実践しているせん妄ケア

3. 急性期一般病棟の達人看護師が実践している特有なせん妄ケアの構造 (図1)

せん妄ケアの構造は臨床実践能力として【経験知と直感による多角的な臨床判断】を發揮していた。また、患者の観察や判断は予測、早期発見とその対応、回復促進のすべての段階において【実践するケアの効果やせん妄の判断に悩みながらのケア】となっていた。そして、《経験知から得られた感覚や直感による発症予測をする》、《患者の心身の特徴を逃さずせん妄を予測する》や《患者状態のアセスメントに確信がないまま評価している》とアセスメントには必ずしも自信がない一面もみられた。また、社

会背景の影響を受けることもあり【人員や環境を最大限に活用し熟考された日常生活のケア】を實踐しているが、《経験知や既存の知識では難しいケア》ともとらえていた。さらに、治療の中断行動が出現すると、【安全を最優先しなければならない場面では倫理的ジレンマをもちながらのケア】であり倫理的ジレンマへと繋がっていた。急性期一般病棟の達人看護師が実践している特有なせん妄ケアは、患者へ経験知や直感を元にケア実践している反面、それだけではケアの効果が難しいケアであった。結果、看護師が実践するケアのみでは八方塞がりとも考えられ、高齢化や在院期間の短縮の促進などの社会背

景の影響を受けたケアの構造となっていた。

VI. 考 察

1. 達人看護師にみられるせん妄ケアの特徴

せん妄は直接因子と促進因子と環境因子に基づく多因性 (Lipowski,1990) であり、さらに高齢者のせん妄は脳の加齢変化により惹起される (大内ら,2010)。つまり、多因性のため一つの原因の回避のみではせん妄からの回復促進は困難であり、ケアは複数の原因に対応する必要がある。達人看護師は、まず、多角的な患者情報を収集しアセスメントしていたが、各達人看護師には経験知や既存の知識をもとに、一定のせん妄発症予測条件を定め、介入の必要性を判断していたと考えられる。また、臨床経験による実践能力に差が現れることは、高齢者は典型的な自覚症状を欠く場合や重要な疾患が不定愁訴で覆い隠されてしまうことがしばしばある (井出,2002) ため、せん妄ケアには臨床経験を重視する傾向になったと考えられる。Benner (2005) は実践的知識の重要性を述べており、状況の質的差異を鑑別する能力は看護師自身が下した判断を比較して初めて磨きがかかると言っている。本論における達人看護師は自ら予測・観察・判断しケアを実践した上で改善する最終的な評価を行うことで、一連の行動が臨床実践能力家として優れた技能を有していたと言える。さらに、達人看護師はせん妄に多く見られる事故 (または自己) 抜去が生じた場合だけではなく、せん妄の発症や重症化の回避により患者にさらなる安静や治療 (今村ら,2009) を回避できることも重要視していた。

高齢患者にとって急性期病棟は日常生活とは全く異なる環境である。変化に対する適応能力が低下している高齢患者が、短時間で自分の生活空間と受け取るには難しい。それを理解した上で、達人看護師は患者の本来の生活をより強く意識しながらも、治療が安全に継続できるように配慮していた点が達人看護師のケアの特徴と言える。

2. せん妄ケアに必要な臨床実践能力

まず、せん妄による症状の現れ方が多様である点に着目する。せん妄の測定が臨床で重要視されているとは言いがたく (茂呂,2010)、予防策やリスクを予測した早期発見と早期対処を行い治療とケアに結びつける実践が必要 (綿貫,2007) である。そのため、

せん妄ケアの実践のためには、せん妄にたいする基礎知識だけでなく対応についての知識や効果的なケアを習熟していることが重要といえる。よって、せん妄ケアの臨床実践能力の差はせん妄状態の判断力の差も一つの要因と考えられる。長谷川 (2005) は臨床経験に左右されないアセスメントツールの開発や予防ケアの標準化の重要性を述べており、本論における研究協力者も同様のことを感じていた。せん妄ケアの臨床実践能力の向上にはせん妄の知識やその評価手法の獲得は今後の重要な課題と考えられる。

次に、看護師の倫理的ジレンマの多くは、安全確保のための抑制や薬剤による鎮静であり (水澤,2009)、看護師 A や B の語りに見られる倫理的ジレンマと同様であった。この倫理的ジレンマは臨床で長く働きながらも、ジレンマを持ち続けられ、倫理的感性が磨かれていることに起因した反応と考えられる (小森,2011)。安全の確保と抑制は臨床で多く見かける倫理的ジレンマの原因となり得るが、身体抑制は看護師自身の倫理姿勢と共に高齢者ケア全般での問題でもある (厚生労働省,2001)。

抑制に起因する倫理的ジレンマの最善の解決方法は抑制をなくすことであるが、ベッドサイドにいる看護人員はすでに限界となっている。家族の協力が得られれば患者にとっても最も良い解決策であるが核家族化が進む現状において、厳しくなることが推察される。よって現在実行可能な対応は、多職種協働によるせん妄ケアと考えられる。達人看護師はコメディカルの協力を得ることもせん妄ケアと考えていた。よって、多専門職をより有効に患者へ還元するためには、協働の体制をシステム化することが有効 (菅原,2011; 綿貫,2007; Robbins,2005) である。付け加えるならば、せん妄ケアをより充実するためには、突然の発症であるせん妄に対し、24時間すべての時間帯においても柔軟かつ迅速に対応できる組織の体制作りが急務と考える。

VII. 本論の限界と今後の課題

本論は質的研究により急性期一般看護師のせん妄ケアの実践内容を構造化しており、施設を限定した 12 名の面接であり一定の示唆をえるにとどまる。

VIII. 結 論

1. 急性期一般病棟の達人看護師が実践している特有なせん妄ケアは、患者へ経験知や直感を元にケア実践している反面、それだけではケアの効果が難しいケアであった。それは、高齢化や在院期間の短縮の促進などの社会背景の影響を受けた構造であった。
2. 達人看護師は高齢患者の本来の生活をより強く意識しながらも、治療が安全に継続できるように配慮していた。
3. せん妄ケアの臨床実践能力の向上にはせん妄の知識や評価手法の獲得が課題である。
4. 多職種協働の体制をシステム化しすべての時間帯において柔軟かつ迅速に対応できる体制作りが急務である。

謝辞

ご多忙中、本研究にご協力いただいた病院の皆様および継続してご指導下さいました教員の方々に深く御礼申し上げます。本論は平成24年度国際医療福祉大学大学院修士論文の一部を加筆修正したものです。

引用文献

- Benner,P.,井部俊子(監訳).(2001/2005).ベナー看護論新訳-初心者から達人へ-.医学書院,東京.
- 長谷川真澄,原田竜三,中林雅子,他(2005).神奈川県における大腿骨骨折入院患者のせん妄ケアの現状と課題.神奈川県立保健福祉大学誌,2(1),3-11.
- 八田耕太郎,岸泰宏(2012).病棟・ICUで出会うせん妄の診かた.東京,中外医学社.
- 井出志賀子(2002).高齢者に見られやすいせん妄,一瀬邦弘,太田喜久子,堀川直史,せん妄 すぐに見つけて!すぐに対応!70-72,東京,照林社.
- 今村仁美,松本美枝子,光本薫,他(2009).整形外科病棟の高齢患者における術後せん妄発症要因の検討.神戸大学大学院保健学研究科紀要,25,17-28.
- 小森晃(2011).倫理的感性が行動制限最小化にもたらすもの.精神科看護,38(2),15-20.
- 厚生労働省(2001).身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わるすべての人に～: <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/854.pdf>(2017/02/12 検索)
- Lipowski,J.(1990).Delirium: Acute confusional states. Oxford University Press, New York.
- 水澤久恵(2009).病棟看護師が経験する倫理的問題の

特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因.生命倫理,19(1),87-97.

- 茂呂悦子.(2011).せん妄であわてない.東京,医学書院.
- 茂呂悦子(2010).せん妄の発見法は?せん妄の今を知る.EBNURSING,10(4),28-30.
- 大内尉義,秋山弘子(2010).新老年学 第3版.東京大学出版会,東京.
- Pisani,A.M.,Kong,Y.S., Kasl,V.S., et al.(2009). Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine;180(11),1092-7.
- Robbins,S.P.(2005)/高木晴夫(2009).新版 組織行動のマネージメント.ダイヤモンド社,東京.
- 佐藤郁哉.(2008).質的データ分析法,新曜社,東京.
- 菅原峰子(2011).高齢患者のせん妄への看護介入に関する文献検討.日本老年看護学会誌,16(1),94-103.
- Sukantarat,K.T.,Burgess,P.W.,Williamson,R.C.,et al.(2005). Prolonged cognitive dysfunction in survivors of critical illness., 60(9), 847-53.
- 高橋由佳,天野直二(2014).老年精神医学とDSM-5せん妄.老年精神医学雑誌,25(8),854-857.
- 鳥谷めぐみ,長谷川真澄,粟生田友子,他(2012).一般病院におけるせん妄ケアシステムに関する実態と看護管理者と看護師のニーズ.日本老年看護学会誌,17(1),66-73.
- 綿貫成明(2007).日本老年看護学会第11回学術集会特集 シンポジウム 高齢者のせん妄の予測・予防とケア-その根拠と対策.日本老年看護学会誌,11(2),26-30.
- Wesley,E.E.,Shintani,A.,Truman,B.(2004).Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. The Journal of the American Medical Association,291(14),1753-1762.
- Witlox,J., Eurelings,S.L.& Jonghe,F.J., et al.(2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. The Journal of the American Medical Association,304(4),443-51.