



## Nagoya City University Academic Repository

学位の種類	博士（看護学）
報告番号	甲第1838号
学位記番号	第22号
氏名	伊藤 聡子
授与年月日	令和3年3月24日
学位論文の題名	循環器疾患患者におけるせん妄ケアの質の向上を目指した看護師に対する教育的戦略 (Strategies for Nursing Education to Improve the Delirium Care Quality for Circulatory System Disease Patients)
論文審査担当者	主査： 明石 恵子 副査： 山田 紀代美, 薊 隆文, 窪田 泰江

名古屋市立大学大学院看護学研究科

## 博士論文

論文題目:(和文)

循環器疾患患者におけるせん妄ケアの質の向上を目指した看護師に対する教育的戦略

(英文)

Strategies for Nursing Education to Improve the Delirium Care Quality for Circulatory System Disease Patients

令和3年3月

学籍番号:126801

(氏名)伊藤 聡子

## 論文概要(英文)

This study aimed to build strategies for nursing education to improve the delirium care quality provided to circulatory system disease patients.

First, we consulted seventeen articles concerning delirium educational interventions for healthcare practitioners to obtain clues for effective delirium-care education. It was found that the education should incorporate several types of training, including delirium-assessment training besides lectures since the knowledge scores temporarily increased after the intervention but were difficult to maintain.

Next, to record changes in the awareness and actions of nurses providing delirium care to circulatory system disease patients, action research was conducted concerning the nurses' reflections on their involvements with delirium patients. We identified issues concerning the nurses' negative experiences and perceptions that the patients were difficult to manage. Measures were developed and implemented, which resulted in behavioral change throughout the ward.

Further, medical records were examined to elucidate the impacts of the intervention on patient outcomes. Though there was no significant difference in the numbers of new delirium patients, delirium risk assessments increased and the use of delirium-inducing drugs decreased after the educational intervention.

As such, delirium care-related educational strategies require: (1) securing personnel who are interested or passionate about delirium care, (2) analyzing the care's practical status and comparing it with a guideline, (3) identifying issues through case studies and then proposing solutions, and (4) implementing the proposals and evaluating this implementation.

〔目次〕

論文概要( 英文 )

頁

序章	1
I. せん妄患者の動向	1
II. せん妄患者を取り巻く課題	1
III. 医療者の行動を変容させるアクションリサーチを用いたせん妄の教育の重要性	2
本研究の目的と構成	3
第1章 重症患者におけるせん妄に関する医療者に対する教育の実態 (第1研究)	4
I. 目的	4
II. 方法	4
III. 結果	4
IV. 考察	10
V. 本研究の限界と課題	12
VI. 結論	13
第2章 アクションリサーチを用いた看護師に対するせん妄の教育 (第2研究)	14
I. 目的	14
II. 方法	15
III. 結果	18
IV. 考察	40
V. 本研究の限界と課題	44
VI. 結論	44
第3章 せん妄に対する教育介入前後の新規せん妄患者の実態調査 (第3研究)	46
I. 目的	46
II. 方法	46
III. 結果	50
IV. 考察	52
V. 本研究の限界と課題	54
VI. 結論	55
終章	56
I. せん妄ケアの質の向上を目指した看護師に対する教育的戦略	56
II. せん妄に対する教育介入の評価方法	58
III. 本研究の意義及び看護への示唆	59

IV. 研究の限界と課題	60
謝辞	61
引用文献	62

図  
表

## 序 章

### I. せん妄患者の動向

せん妄は、総合病院入院中の身体疾患患者にしばしばみられる精神障害である。特に、急性期病院では、高齢者の先進医療・高度医療が進み、せん妄のリスクが高い。せん妄発症率は、一般内科 11～14%、終末期 47%、高齢者病棟 25～29%、ICU 19～82%

(Innouye, Westendrop, and Saczynski, 2014)、31.8% (Salluh, et al., 2015)、心臓外科 3～52% (Koster, Hensens, Schuurmans, and van der Palen, 2011)、12.5% (山下ら, 2017)、11～46% (Innouye, et al., 2014) でばらつきがある。一方、せん妄有病率は、一般内科 18～35% (Innouye, et al., 2014)、心臓外科 26%、循環器内科 24%

(McPherson, et al., 2013) であり、2～3 割の入院患者がせん妄を有している。とくに急性期病院では高齢者の入院が増加し、せん妄発症リスクの高い患者の占める割合が高い。

### II. せん妄患者を取り巻く問題

せん妄発症患者は、在院日数の長期化 (Innouye, et al., 2014)、死亡リスクの上昇 (Innouye, et al., 2014; Salluh, et al., 2015) だけでなく、認知機能障害 (Salluh, et al., 2015; Page&Ely, 2013) や入院前の身体機能への不十分な回復力、精神機能の低下など長期予後の悪化 (Page&Ely, 2013) を認める。そのためせん妄予防を含む発症からの早期回復は、急性期病院での喫緊の重要課題である。しかし、臨床ではせん妄発症者は後を絶たず、医療者はせん妄対策に追われている現状がある。

せん妄対策が不十分な理由の 1 つとして、看護師のせん妄要因に対する知識不足 (一般社団法人日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会, 2015 ; Page&Ely, 2013) がある。せん妄に対する知識不足は、せん妄からの二次的なリスクへの対応困難 (島谷, 長谷川, 粟生田, 菅原, 瀧, 2012 ; 大木, 松下, 2014) だけでなく、せん妄に伴う転倒、転落、計画外抜去などの事故が発生する (浦野ら, 2016 ; 倉岡ら, 2016)。その結果、看護師は、せん妄ケアの困難感やせん妄患者に対する負の感情 (島谷ら, 2012; 大木, 松下, 2014; 田原, 森田, 2017) を持つことが知られており、看護師はせん妄患者の対応に苦手意識が生じる。そこで、問題を解決するため、せん妄予防や早期発見のためのガイドラインが公表された (Michaud et al., 2007; The American Geriatrics Society Expert Panel, 2015; 日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班, 2015; 一般社団法人日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員

会, 2015; Devlin et al., 2018)。ガイドラインでは、せん妄を減少させるために、せん妄の教育介入を含んだ管理が必要である (Michaud et al., 2007) が、ガイドライン通りの実施は困難で、実際の使用率は 1/4 と低かった (Cadogan et al., 2009)。また、せん妄の教育ニーズの調査 (小川ら, 2016) では、98.4% の看護師がせん妄の教育体制が必要と回答していた。それにもかかわらず、ガイドラインでは、せん妄の知識、環境調整、疼痛管理などの教育内容のみで、教育方法について具体的に書かれていたのは 1 件のみであった (The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults., 2015)。先行研究での教育方法は多種多様で、教育後の知識レベルは上昇するが (van den Boogaard, et al. 2009; Gesin et al, 2012)、ガイドラインが活かされていらない現状が課題に残った。教育方法では、講義が大半で、事例検討やフォローアップ、シミュレーションが少なかった (小川, 中村, 菅原, 2018)。その一方で、事例検討 (瀧口, 笹本, 薦田, 若菜, 酒井, 2007)、せん妄ケアに対するコアナース活動 (池淵, 2011)、教育パッケージを用いた事例検討 (濱吉・松岡, 2011) では、医療者の行動変容をもたらした。Akechi et al. (2010) は、教育を受けた看護師のせん妄ケア実践に対する自己満足度は高かったが、ケアの質向上には、継続的なフォローアップ体制が必要であると述べている。このように、せん妄に対する教育の質の改善には、単なるせん妄の知識の教授のみでなく、実践を継続的に支援し、医療者の行動を変容させることが重要である。

### Ⅲ. 医療者の行動を変容させるアクションリサーチを用いたせん妄の教育の重要性

意識や行動を変える方法として、実践と研究と理論をつなぎ、現状に変化を生み出すことを意図したアクションリサーチ (Action Research: AR) がある (嶺岸, 2007)。AR は、知識の生成し、行動を起こし、意識を向上させることができるため、研究者は、知識を構築し、利用する過程において、実践者の力を支援することができる (Polit & Beck, 2010)。そして、実践的な知識を生み出し、社会に変化をもたらすといわれている (筒井, 2010)。AR の研究は、産業・経営、コミュニティ、教育分野、看護分野で行われ、健康維持、疾病予防、治療を必要とする患者・家族・集団での地域社会に焦点を当てたケア、教育プログラムの効果、スタッフの専門性の試みに関する研究など、特定の現場でみられる問題点を取り上げ、特定の変化を期待するときに適用することができる (筒井, 2010)。そのため AR の研究は、コミュニケーション、組織風土の変化、アウトカムの改善、研究課題に対する気づきの増加、スタッフのエンパワーメント、医療者間の協働的なアプローチの向上、患者

や家族とのパートナーシップの向上、実践を改善するためのガイドラインやプロトコールの開発などに適している (Soh, Davidson, Lesile, and Bin, 2011)。また、AR での教育的アプローチは、実践者が抱える問題を解決し、気づき、知識を増やした。さらに、せん妄に関する AR の研究 (Li et al., 2010; Day, Higgins, and Koh, 2008, 2009) では、ワークショップの参加者は、せん妄体験や実践したケアを振り返ることで、せん妄ケアに関する知識が向上し、ケアを変化させた。また、せん妄の教育における成人学習の必要なポイントとして、Rockwood (1999) は、①参加者のニーズに関連する教育プログラムの作成、②すでに知っていることと新しい知識を統合する教育方法の使用、③参加者にフィードバックの機会を与えるという 3 つの観点を研究デザインに取り入れるべきとした。以上のように、せん妄の教育プログラムを成功させる要因は、教育対象者を明確にし、教育対象者の行動を変容させるような戦略が必要と考える。

#### IV. 本研究の目的と構成

本研究は、循環器疾患患者におけるせん妄ケアの質の向上を目指した看護師に対する教育的戦略を構築することを目的に、第 1 章では、クリティカルケア領域における医療者に対するせん妄ケアに関する効果的な教育方法について明らかにする。第 2 章では、看護チームで行ったせん妄患者の事例検討を通して、循環器疾患患者のせん妄ケアに関わる看護師の意識と行動の変化を明らかにする。第 3 章では、教育介入前後の研究実施病棟におけるせん妄患者の実態調査を行い、教育介入による患者のアウトカムへの影響を明らかにする。終章では、ここまでに明らかになった知見から、看護師へのせん妄に関する教育的戦略について考察し、看護への示唆および今後の課題について述べる。



## 第1章 重症患者におけるせん妄に関する医療者に対する教育の実態（第1研究）

### I. 目的

本章では、医療者を対象とするせん妄の教育介入を実際に行った文献から教育の方法、内容と結果を抽出して、クリティカルケア領域における医療者に対するせん妄ケアに関する効果的な教育方法を明らかにすることを目的とした。医療者に対し、効果的なせん妄に関する教育方法が明らかになれば、せん妄管理の質の向上の一助になると考える。

### II. 方法

#### 1. 文献の検索方法

クリティカルケア領域でのせん妄に関する研究を検索するために用いる文献データベースを「MEDLINE」「CINAHL」「PubMed」「医学中央雑誌」「JMED Plus」とした。対象文献は、抄録つき原著論文で、日本語または英語で発表されているものとした。キーワードは、「せん妄」「delirium」と「集中治療」「ICU」「クリティカルケア」「critical care」（小児を除く）とし、それらを組み合わせて検索した。検索期間は、2000年1月から2012年12月までの13年間とした。期間の選択は、Nasraway, Jaccobi, Murray, Lumd (2002) の鎮静・鎮痛ガイドラインの文献が2000年以前のものであったため、今回は2000年以降とした。

#### 2. 文献の検討方法

クリティカルケア領域での医療者を対象とするせん妄に関する教育介入を実際に行った文献を入手し、研究目的、教育対象者および人数、研究場所、教育者、教育期間、教育方法、教育内容、せん妄スケール、教育評価期間・評価時期、アウトカム指標、医療者に対するせん妄の教育介入の効果について詳細に検討した。

### III. 結果

検討対象となる文献242件のうち、医療者を対象にしてせん妄に関する教育介入を実際に行い、その方法、内容、教育介入の効果などを報告した文献は、12件であった（表I-1、I-2）。

#### 1. 教育対象者および人数

教育対象者は、看護師のみが7件（Pun et al., 2005 ; Devlin et al., 2008b ; Soja et al., 2008 ; Page, Navarange, Gama, & McAuley, 2009 ; Van den Boogaard et

al., 2009; Estwood, Peck, Bellomo, Baldwin, & Reade, 2012; Gesin et al., 2012) であった。残りの 5 件は複数の職種を対象としており、看護師を含む医師、薬剤師、呼吸療法士であった (Robinson et al., 2008; Spronk, Riekerk, Hofhuis, & Rommes, 2009; Skobik et al., 2010; Reade, Estwood, Peck, Bellomo, & Baldwin, 2011; Awissi, Begin, Moisan, Lachaine, & Skrobik, 2012)。

教育対象者数は、最小 20 人 (Gesin et al., 2012) から最大 174 人 (Reade et al., 2011; Estwood et al., 2012) であった。対象者数の記載がなかった文献は 5 件であった (Robinson et al., 2008; Page et al., 2009; van den Boogaard et al., 2009; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012)。

## 2. 研究場所

研究場所は、単一施設の ICU のみ 9 件 (Soja et al., 2008; Robinson et al., 2008; Page et al., 2009; Spronk et al., 2009; Skobik et al., 2010; Reade et al., 2011; Awissi et al., 2012; Estwood et al., 2012; Gesin et al., 2012)、単一施設の複数の ICU が 1 件 (Van den Boogaard et al., 2009)、多施設 2 件 (Pun et al., 2005; Devlin et al., 2008b) であった。

## 3. 教育者

教育を行った職種は、医師、看護師、薬剤師、呼吸療法士であった。このうち教育者として関わった看護師は、研究者 (Soja et al., 2008; Estwood et al., 2012)、看護教育者 (Robinson et al., 2008; Soja et al., 2008)、専門看護師 (Devlin et al., 2008b)、クリティカルケア領域の資格を有する看護師 (Gesin et al., 2012)、Nursing Champion (スケール評価促進者) (Soja et al., 2008; van den Boogaard et al., 2009) と記載されていた。残りの 4 件 (van den Boogaard et al., 2009; Page et al., 2009; Reade et al., 2011; Spronk et al., 2009) は、職種不明であった。

## 4. 教育期間

教育期間は、2 日間 (Devlin et al., 2008b) から 3 か月間 (Van den Boogaard et al., 2009) であった。期間の記載がなかった文献は 5 件であった (Robinson et al., 2008; Spronk et al., 2009; Skobik et al., 2010; Estwood et al., 2012; Awissi et al., 2012)。

## 5. 教育方法

教育方法は、12件すべてにおいて off-the-job training (Off-JT) による講義がされていた。このうち 9 件の研究 (Pun et al., 2005; Robinson et al., 2008; Devlin et al., 2008b; Soja et al., 2008; Page et al., 2009; Reade et al., 2011; van den Boogaard et al., 2009; Estwood et al., 2012; Gesin et al., 2012) は、さらに数種類の教育方法を併用していた。Off-JT と on-the-job training (OJT) の両方を取り入れた研究は、7 件 (Pun et al., 2005; Devlin et al., 2008b; Soja et al., 2008; Page et al., 2009; Van den Boogaard et al., 2009; Gesin et al., 2012; Estwood et al., 2012) であった。

講義以外の方法は、テストの実施 (Robinson et al., 2008; Van den Boogaard et al., 2009)、ポスター・ハンドアウト・ポケットカード・World Wide Web (WEB) ・ビデオなどの視聴覚教材の利用 (Pun et al., 2005; Devlin et al., 2008b; Robinson et al., 2008; Soja et al., 2008; Page et al., 2009; van den Boogaard et al., 2009; Gesin et al., 2012; Eastwood et al., 2012)、事例検討 (Devlin et al., 2008b; Reade et al., 2011) であった。具体的には、看護師の能力チェックリストへのせん妄スケールの追加 (Pun et al., 2005)、ベッドサイドへのせん妄スケールのポスターやポケットカードの設置 (Robinson et al., 2008; Soja et al., 2008; Van den Boogaard et al., 2009) などであった。さらに、対象者にスケールの記入を啓発するためスケールの遵守率・正確率とせん妄に関する質疑に関する回答を示すポスターを掲示するなどの工夫 (Pun et al., 2005) がされていた。

OJT では、マンツーマンによるせん妄評価の直接訓練やスケールの使用結果などのフィードバック (Pun et al., 2005; Soja et al., 2008; Page et al., 2009; van den Boogaard et al., 2009; Gesin et al., 2012; Estwood et al., 2012)、スケール評価を記入するための記録用紙の工夫 (Pun et al., 2005; Devlin et al., 2008b) があった。具体的には、せん妄スケールが未記入の場合にベッドサイド端末に警告を表示し、せん妄スケールの結果と使用率のフィードバックを電子メールで送った (van den Boogaard et al., 2009)。また、記録用紙の工夫として、脳神経系機能を評価する欄に、鎮静評価スケール (Richmond Agitation-Sedation Scale 以下 RASS) とせん妄評価スケール (Confusion assessment method for ICU 以下 CAM-ICU) の記入欄を追加した (Pun et al., 2005)。

せん妄教育の体制は、部署でコアとなる看護師を育成し、その看護師が部署のスタッフに教育を行った (van den Boogaard et al., 2009)。さらに、教育対象者のせん妄スケール使用率を高めるため、せん妄スケールの教育を研究対象者の看護師だけでなく医師を含む

組織全体に行った (van den Boogaard et al., 2009)。

以上の結果より、せん妄の教育方法は、講義、視聴覚教材の利用、ベッドサイドでスケールなどを使用する直接訓練、スケール評価に対するフィードバックなどであった。また、スケール評価を啓発するために電子端末やポスターなどを使用していた。

## 6. 教育内容

教育内容は、せん妄スケールの説明と評価方法、せん妄に関する知識の教授、事例を用いた教育の3点に絞られた。

せん妄スケールの説明と評価方法は、12件 (Pun et al., 2005; Robinson et al., 2008; Devlin et al., 2008b; Soja et al., 2008; Spronk et al., 2009; Page et al., 2009; van den Boogaard et al., 2009; Skobik et al., 2010; Reade et al., 2011; Awissi et al., 2012; Gesin et al., 2012; Estwood et al., 2012) すべてにあった。

せん妄に関する知識の教授は、9件 (Pun et al., 2005; Robinson et al., 2008; Devlin et al., 2008b; Soja et al., 2008; Page et al., 2009; van den Boogaard et al., 2009; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012; Gesin et al., 2012) であった。内容は、せん妄スケールを含む痛み・鎮静の評価方法 (Devlin et al., 2008b; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012)、せん妄ガイドライン (Page et al., 2009)、せん妄の特徴 (Soja et al., 2008; van den Boogaard et al., 2009)、せん妄のタイプ (van den Boogaard et al., 2009)、せん妄評価の重要性 (Soja et al., 2006; Gesin et al., 2012)、スケールの記録方法 (Reade et al., 2011; Estwood et al., 2012) であった。

事例を用いた教育は5件 (Devlin et al., 2008b; Soja et al., 2008; van den Boogaard et al., 2009; Reade et al., 2011; Estwood et al., 2012) であった。作成された事例は、せん妄症状が不明確で痛みや鎮静レベルを示した事例 (Devlin et al., 2008b)、混乱を起こしている事例 (Reade et al., 2011; Estwood et al., 2012)、認知障害患者や意識レベルが変動した事例 (van den Boogaard et al., 2009) であった。それらの事例の臨床症状からせん妄スケールを用いてせん妄評価を行った。

## 7. 教育評価期間と評価時期

教育評価期間は、介入後1か月間 (Reade et al., 2011; Estwood et al., 2012) から2年間 (van den Boogaard et al., 2009) であった。段階的に介入効果を評価した研究は2件 (van den Boogaard et al., 2009; Gesin et al., 2012) であった。教育介入の効果測定を目的にした研究 (Gesinde et al., 2012) では、せん妄に関する知識テストを介入前、せん妄ス

ケール紹介後、講義やベッドサイド訓練などの介入後に評価した。せん妄スケール導入を目的にした研究(van den Boogaard et al., 2009)では、教育介入前後でせん妄に関する知識テストを行い、せん妄スケールの訓練後と OJT 終了後にせん妄のスケール遵守率およびスケールの内的信頼性の測定を行った。残りの 10 件の研究(Pun et al., 2005; Devlin et al., 2008b; Robinson et al., 2008; Soja et al., 2008; Page et al., 2009; Spronk et al., 2009; Skobik et al., 2010; Reade et al., 2011; Awissi et al., 2012; Estwood et al., 2012)は、介入前と介入後 1 カ月(Reade et al., 2011; Estwood et al., 2012)から介入後 8 カ月(Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012)に評価した。

## 8. アウトカム指標

医療者側のアウトカム指標は、評価者と対象者のスケールの信頼性(Soja et al., 2008; van den Boogaard et al., 2009)、評価者と対象者のスケールの一致度(Soja et al., 2006; Spronk et al., 2009; Gesin et al., 2012)、スケール評価に対する満足度(Soja et al., 2006)、1 勤務あたりのスケール評価の数(Soja et al., 2008)、スケール遵守率(Page et al., 2009; van den Boogaard et al., 2009; Reade et al., 2011)、知識テストの点数(Gesin et al., 2012; van den Boogaard et al., 2009)であった。

患者側のアウトカム指標は、入院期間(Pun et al., 2005; Robinson et al., 2008; Skobik et al., 2010; Estwood et al., 2012)、院内死亡率(Pun et al., 2005; Page et al., 2009; Estwood et al., 2012)、30 日死亡率(Scrobik et al., 2010)、在室期間(Pun et al., 2005; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012; Estwood et al., 2012)、自宅退院率(Page et al., 2009; Skobik et al., 2010)、人工呼吸器使用期間(Robinson et al., 2008; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012)、ICU 入室から 28 日以内に人工呼吸器を使用しなかった日数(Robinson et al., 2008)、せん妄発症率(Pun et al., 2005; Page et al., 2009; Spronk et al., 2009; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012)、薬剤使用量のコスト(Awissi et al., 2012)、薬剤使用量(Robinson et al., 2008; van den Boogaard et al., 2009; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012; Estwood et al., 2012)、医原性昏睡患者割合(Skobik et al., 2010)であった。

## 9. 医療者に対するせん妄の教育介入の効果

### 1) せん妄の判定

ICU 入室患者のせん妄発症率を CAM-ICU を用いて医師と看護師で調査した研究(Spronk et al., 2009)で、医師は感度 0.28、特異度 1.0、看護師は感度 0.35、特異度 0.98 であつ

た。医師・看護師ともに感度が低く特異度が高いという結果より、せん妄であると判定する割合が低くせん妄患者の見過ごしのあることが明らかになった。

## 2)せん妄スケール導入による変化

モニタリングの評価(Pun et al., 2005)、スケール導入の評価(Soja et al., 2008; van den Boogaard et al., 2009)、教育によるせん妄発症率の変化(Page et al., 2009)、教育介入の効果測定(Devlin et al., 2008b; Gesin et al., 2012)の研究では、教育介入後のせん妄スケール使用による判定の一致度や信頼性・遵守率が、介入前より上昇した。また、スケールの使用率は、介入後は高く、正確に使用された(Devlin et al., 2008b)。せん妄評価のエキスパートとベッドサイド看護師のせん妄スケールの信頼性を測定した研究(Soja et al., 2008)では、全体の信頼性は77%であるが、人工呼吸器使用患者では62%と減少した。また、人工呼吸器使用患者では、スケール使用による判定の一致率が低い(Soja et al., 2008)。その結果から、人工呼吸器使用患者ではせん妄の見過ごしが高くなるためスケール使用の重要性を報告した。

看護師にせん妄スケールに関する満足度を尋ねた研究(Pun et al., 2005)では、「スケール使用や鎮静レベルの目標のコンセンサスを得るためのチームの能力が改善した」「個々の患者の目標に合わせて鎮静管理ができる我々の能力が高まった」「せん妄の理解が深まった」「ICUでの神経系アセスメントが系統的にできた」と報告した。

せん妄評価を実行するための促進因子は、患者データの管理体制の構築、中堅看護師の支援、医師や看護師の支援、せん妄に関する調査者の存在であった(van den Boogaard et al., 2009)。一方、スケール使用に関する問題点として、「スケールをつけるのは重要であるが難しい」(Estwood et al., 2012)、「スケールの使用に時間がかかる」(Pun et al., 2005; van den Boogaard et al., 2009)、「看護スタッフやリーダーの知識の支援や実行に関するフィードバックの不足がある」(Pun et al., 2005; Soja et al., 2008)、「せん妄スクリーニングの必要性に対する認識不足がある」(Pun et al., 2005)、「時間の制約がある」(Page et al., 2009; Pun et al., 2005; Soja et al., 2006)などであった。さらに、看護師から他職種への不満として、「医師はローテーションするので、スケールに価値をおいているのか疑問である」「メディカルスタッフにも注意を払ってほしい」などがあつた(Pun et al., 2005; Soja et al., 2008; Estwood et al., 2012)。

以上の結果より、医療者に対するせん妄の教育介入後のスケール使用による判定の一致率や遵守率は、教育介入前よりも上昇していた。人工呼吸器使用患者ではスケール使用に

よるせん妄患者の発見率が低いため、スケールを用いた早期発見が重要であることが明らかになった。また、スケールの使用が、医療者の認識や行動の変化として看護師のチーム力を改善させ、せん妄患者の理解を深めた。その一方で、使用に要する時間やスケールの判定結果をチーム内で共有できていないことへの不満があった。

### 3)せん妄に関する知識テストの結果の変化

看護師を対象としてせん妄に関する知識テストを教育前後に行った研究(van den Boogaard et al., 2009 ; Gesin et al., 2012)では、せん妄の知識は介入後に上昇した。せん妄スケールとせん妄に関する知識を10点満点で得点化した研究(Gesin et al., 2012)では、介入前6.1、せん妄スケール紹介後6.5、介入後8.2であった。また、せん妄スケールの訓練前に10項目のせん妄に関する知識テストを行った研究(van den Boogaard et al., 2009)では、介入前 $6.2 \pm 1.7$ から介入後は $7.4 \pm 1.2$ に上昇した。上昇の理由は、スケール使用時の障害となる情報を収集し、その都度、教育対象者にファシリテーターが集中的にフォローアップしたこと(van den Boogaard et al., 2009)、せん妄スケールの紹介だけでなく複数の教育介入を取り入れたこと(Gesin et al., 2012)であった。

以上の結果より、知識率を上昇させるには、スケール使用の紹介だけでなく、ベッドサイドでの実践に即した訓練やファシリテーターが教育対象者を随時サポートするシステムの構築など複数の方法を取り入れることが効果的であることが明らかになった。

### 4)教育介入による患者側のアウトカム

せん妄スケールを含む教育介入前後のせん妄患者数と抗精神薬使用量を調査した研究(van den Boogaard et al., 2009)では、介入前のせん妄患者数が512人中51人(10%)から介入後641人中147人(23%)に増加した。そして、抗精神薬の患者1人あたりの投与量は、介入前18mgから介入後6mgに減少し、せん妄治療期間も介入前5日間から介入後3日間に減少した。そのほか教育介入の効果を患者側のアウトカムで評価した研究では、人工呼吸器使用期間、入院期間、ICU在室日数が減少した(Robinson et al., 2008, Skobik et al., 2010)。薬剤の使用量は、減少(van den Boogaard et al., 2009)、増加(Robinson et al., 2008; Estwood et al., 2012)、不変(Skobik et al., 2010)と結果が分かれた。

## IV. 考察

2002年のガイドライン(Nasraway et al., 2002)でせん妄スケール使用の推奨が発表されたことにより、教育介入の文献には、17件すべてにせん妄スケール導入に関する教育プ

プログラムが盛り込まれた。しかし、看護師のみを対象とした研究では、「医師はスケールに価値をおいているのか」など医師に対する不満(Pun et al., 2005; Soja et al., 2008; Estwood et al., 2012)が述べられ、看護師の教育だけでは対象者のモチベーションを下げた現状も明らかになった。

標準的なせん妄ケアの内容は、医療者全体で行うものが多い(Page&Ely, 2013)。ところが、本章で明らかになったように、教育対象者に看護師以外の職種を含む研究は12件中5件(Robinson et al., 2008; Spronk et al., 2009; Skobik et al., 2010; Reade et al., 2011; Awissi et al., 2012)であった。また、せん妄の教育を受けた人は、せん妄を発見する率が高い(Michaud et al., 2007; Devlin et al., 2008a; Devlin et al., 2008b; Gesin et al., 2012)。井上ら(2013)は、せん妄対策は単一の職種だけでなく、多職種が担うものであり、「チーム医療」がキーワードであると述べている。そのため各職種がその専門性を活かして多角的かつ包括的に取り組んでいく内容が多い。そこで、医療者全体に教育を行うことがチームのコミュニケーションをスムーズにし、せん妄の発見率を上昇させ、早期介入につながる可能性がある。実際に、教育対象者を医療チームに拡大して行った研究(Robinson et al., 2008)では、教育介入前に比べ介入後は、人工呼吸器使用期間、入院期間、麻薬や鎮静薬の使用量の減少がみられた。

Rockwood(1999)は、「だれが教育対象者となるのか」「何が教えられるか」「どのように評価されるべきか」という成人学習の視点を含むことが必要と述べた。それらに基づき、せん妄教育を成功に導くための方略として、①参加者の認知されたニードと関連のあるプログラムを作ること、②既知の内容についての新しい情報の統合を強調する教育方法を使用すること、③参加者が学習したことについて個人を評価しないフィードバックを提供することを挙げている。そこで、この3つの観点から医療者を対象とするせん妄に関する教育の方法を述べてみたい。

#### 1. 認知されたニードと関連のあるプログラム作成

ガイドラインをスムーズに導入するためには、臨床の現場とガイドラインに示したエビデンスとのギャップを埋めることである(Barr et al., 2013)。ガイドラインは、使用する医療者間のコンセンサスにもとづき、各施設の利用可能な医療資源の状況に合わせて活用されないと、たとえ、エビデンスがある内容であっても活用できないと考える。そのため、ガイドラインやプロトコルを施設に導入するには、せん妄の認知や理解を単に教授するだけでなく、せん妄の特徴や施設の体制を知り、それに即した教育介入が必要である。



## 2. 既知の内容についての新しい情報の統合を強調する教育方法の使用

医療者に対してせん妄に関する教育介入を行った研究では、視聴覚教材の利用、ベッドサイドでの訓練、フォローアップ、事例検討、ポケットカードの設置、能力チェックリストにせん妄スケールのチェックの追加、テストの実施など複数の方法を取り入れた。そして、複数の教育介入を行ったほうが点数の上昇を認めた(Gesin et al., 2012)。特に、混乱や認知障害患者などせん妄判定の難しい事例では、教育者が教育を受ける側とともに、実際の患者でスケール使用方法の訓練をすることで既知のことをさらに強化できる方法になると考える。このような方法を行うには、コアとなる医療者でチームをつくり、医療者全体を教育するシステム作りが重要である。

## 3. 個人を評価しないフィードバックの提供

教育介入研究では、せん妄の一般的知識習得だけでなく、教育対象者の問題に焦点を当て、困難事例の検討、実際の場面でのフォローアップ、せん妄スケールの遵守率や正確率などをポスターや電子メールで対象者に結果をフィードバックした。これらは、結果を視覚的に示すことで、教育対象者の理解を助け、興味をわかせることができ、教育対象者の満足度(せん妄に関する理解など)、せん妄スケールの遵守率、正確率の上昇につながったと考える。

また、教育対象者へのフィードバックのみでなく、患者に対するせん妄ケアのアウトカム評価も重要と考える。教育評価として教育対象者の満足度やせん妄患者の発症率だけでは、実際のせん妄患者にどのような影響をもたらしたかは定かでない。本章で検討した教育介入の文献の12件中6件(Pun et al., 2005; Robinson et al., 2008; van den Boogaard et al., 2009; Skobik et al., 2010; Awissi et al., 2012; Estwood et al., 2012)は、患者側への影響を介入前後の抗精神薬使用量、せん妄持続期間、医療コスト、人工呼吸器装着期間、入院期間で調査した。せん妄の教育の最終目標は、せん妄の有病率を減らすことにある。そのため、教育介入を評価するには、教育対象者の状況だけでなく、患者側の状況にも目を向ける必要がある。

## V. 本研究の限界と課題

我が国のクリティカルケア領域で医療者を対象とするせん妄の教育介入を行った文献はなかった。また、本章は、クリティカルケア領域のみに焦点を当てたが、せん妄は、他の領域でも多くの研究がされ、クリティカルケア領域以外のせん妄に関するガイドライン

も複数発表されている。さらに、せん妄の管理は多職種で取り組む内容であるため、多職種を含めた教育がせん妄患者の発症を防ぎ、せん妄からの早期離脱のカギとなる。したがって、今後は、他領域における医療者に対するせん妄の教育方法や内容、ガイドラインのクリティカルケア領域への応用を検討し、多職種で取り組むせん妄の教育プログラム開発が必要と考える。

## VI. 結論

クリティカルケア領域でのせん妄に関する 2000 年から 2012 年までの医療者のせん妄に対する教育介入の実態について文献を検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. せん妄の教育介入によって、医療者のせん妄に対する知識、スケール使用率・判定の一致度が上昇し、患者のせん妄持続期間や薬剤使用量が減少した。
2. 講義に加えてベッドサイドでの訓練やファシリテーターによるサポートなど複数の教育方法を取り入れることが効果的であった。
3. せん妄の知識テストを取り入れた研究では、一時的に介入後、点数の上昇はみられるが、点数を維持するための仕掛けが必要である。

## 第2章 アクションリサーチを用いた看護師に対するせん妄の教育（第2研究）

研究実施施設では、2009年から院内せん妄ケアチームが活動していた。そのチーム活動の開始1年後に、活動の影響をせん妄の研修を受講した看護師にアンケートをした結果、「相談できて心強かった」「危険行動が減り・安全確保に繋がった」「看護の負担が軽減された」が60%以上を占めた。とくに、「相談ができる」ことが90%以上を占めたように、相談のできる存在を求めている。しかし、チームで作成したケアマップの使用状況を確認すると、その存在さえ知らない部署が半数あり、先行研究（Cadogan et al., 2009）と同様に、せん妄ケアのガイドはあっても、実践では活用されていないことが明らかになった。このように、臨床では、せん妄のガイドラインなどの講義による off-JT よりも身近な相談による OJT での支援者を求める傾向がある。

今回、循環器内科、心臓血管外科病棟の看護師が、せん妄患者の対応に苦慮し、疲労困憊していることを研究者は知った。看護師個々でなく組織的に対応し、継続的なせん妄ケアとせん妄の早期発見・予防ができるように、せん妄ケアに興味のある看護師がせん妄ケアチームを研究者とともに立ち上げた。チームメンバーの願いは、自分たちだけでなく病棟全体でせん妄ケアについての知識を深め、取り組みができることであった。

大人の学びの特徴として、「経験を学習の資源とすること」「問題解決に向けて学習すること」「学習のプロセスを自分で決めていこうとすること」の3つがある（中井, 2014）。とくに、臨床での経験は、看護師にとって学びの機会となっている。しかし、単に経験したからといって学べるのではなく、失敗や成功経験の出来事を振り返り、教訓を導き出すリフレクションが重要である。そして、リフレクションによって次の方策を導き、実施し、評価していく、いわゆる Plan、Do、Check、Action（PDCA）の展開ができれば病棟全体を巻き込んだ変化が現れるのではないかと考えた。そこで、せん妄ケアの課題を検討し、自分たちで解決方法を探す方が、チームメンバーにとって受け入れやすいと研究者は考えた。そのため AR は、特定の場所で、特定の問題を扱い、特定の変化を期待するものであること（筒井, 2010）から、循環器内科、心臓血管外科病棟において、AR によって看護師の意識と行動に変化をもたらすと考えた。

### I. 目的

看護チームで行ったせん妄患者の事例検討を通して、循環器疾患患者のせん妄ケアに関わる看護師の意識と行動の変化を明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 研究方法

研究デザインは、ARの一つであるミューチュアルタイプを採用した。

ミューチュアルタイプは、研究者と実践者が、相互依存的関係を結ぶことで、討議を重ねながら、自分たちのケアの願いを明確にし、それを分析、計画、実施・評価、修正の過程を繰り返し、研究者、実践者の考えや行動、看護実践に変革をもたらす手法である(江本, 2010)。このデザインを選択した理由は、研究者とともに、現在の実践を振り返って検討し、実践から得られる変化を見つけるためである。

本研究において研究者は、チーム会で他の参加者の疑問や振り返り事例の内容を整理し、ときにはせん妄の知識などの提供者、事例の分析者となり、討議内容を絶えずフィードバックして、相互理解や合意形成、課題の明確化ができるように促した。そして、ともに学び、せん妄ケアの変化を言語化できるように努めた。そのため、研究者は、以下に定義するチーム会に参加し、チーム看護師とともにせん妄ケアについて語り合い、改善策を話し合う立場をとった。

### 2. 用語の定義

#### 1) 願い

看護師個人でなくチームで取り組み、部署のせん妄ケアのレベルアップを図りたいことを指す。

#### 2) せん妄ケアチーム (以下、チーム)

研究実施部署でせん妄ケアに興味のある看護師が作ったチームを指す。また、そのチームメンバーをチーム看護師、チームメンバーが開催する会議をチーム会と称する。

#### 3) 医療者

看護師、医師など病院で医療に携わる者とする。

#### 4) 病棟会

研究実施部署の看護師によって開催される月1回の会議を指す。

#### 5) ケアの変化

現在のせん妄ケアの修正やせん妄ケアに関連した新しい取り組みなどで、看護師の意識や行動の変化がみられたこととし、後述する記録物を熟読し、研究者が判断した。

#### 6) 困難感

チーム看護師がチーム会で語ったせん妄ケアで実際に行ったときに、うまく対応ができ

ず苦しかったことや辛かったこととする。

#### 7) 対策

困難感に対し、チーム看護師が考えた解決方法とする。

### 3. 研究参加者

研究参加者は、近畿圏急性期総合病院内の循環器内科、心臓血管外科病棟の看護師とする。

研究実施施設の責任者、看護部長、病棟看護師長に研究の趣旨と方法を説明して許可を得た後に、チーム看護師に研究協力を募り、同意を得た者を研究参加者とした。

研究実施病棟は、病棟内に心臓ハイケアユニット(以下心臓ハイケア)と心臓病棟の 2 つのユニットを有する。固定チームナーシング制で、2 ユニット間を看護師は一定期間勤務し、数か月ごとに数人が入れ替わる。状況によりお互いのユニットを応援という形で日々勤務することがある。研究参加のチーム看護師も、心臓ハイケアまたは心臓病棟に分かれて所属している。病床数と看護体制は、心臓ハイケア 12 床 4 : 1 体制、心臓病棟 33 床 7 : 1 体制で、勤務は 2 交代である。

### 4. データ収集期間

2013 年 1 月から 2014 年 4 月までであった。

### 5. データ収集方法

月 1 回チーム会を開催し、終了後、チームリーダーが検討内容を病棟会で報告し、せん妄ケア方法を周知し、実施・評価を繰り返した。以下に示す記録物をデータとした。

#### 1) チーム会の逐語録および議事録

承諾を得て録音した会議内容から研究者が逐語録を作成した。また、チームリーダーがチーム会終了後に議事録を作成した。なお、この議事録は、次のチーム会でチーム看護師に配布された。

#### 2) 自己内省ジャーナル (以下、振り返り)

チーム会終了後、会議の中で他のチーム看護師の意見から、せん妄ケアについて気づいたこと、感じたことやチームの課題などをチーム看護師が各自のノートに記述した。

#### 3) フィールドノート

研究者は、チーム会での看護師の様子や終了後の研究実施病棟でのせん妄ケアに関する病棟看護師の言動、ケア内容を記録した。日常では、研究期間中に病棟でせん妄患者に看護師が関わる場面に遭遇した時のことをメモとして残し、チーム会で看護師が語った実践をより深く理解するための補足資料とした。

## 6. チーム会での事例検討方法

事例検討では、チーム看護師が印象に残った入院中のせん妄患者について会議で取り上げ、診療録を閲覧しながら、せん妄患者への対応方法を検討した。チーム会は、勤務終了後に病棟内の会議室で行った。

## 7. 分析方法

上記のデータを精読し、研究参加者のせん妄に対する意識やケアの変化に注目し、経時的に会議前後の変化や相互作用を明らかにした。事例検討を通じて、①せん妄ケアを提供する上での課題（以下、課題）、②課題を改善するための方策（以下、方策）、③チーム看護師の気づき（以下、気づき）、④チーム看護師を含む病棟看護師の行動の変化（以下、行動の変化）を分析の視点とした(図Ⅱ-1)。分析の視点に病棟看護師の行動の変化を含めた理由は、チーム看護師が自分たちだけでなく病棟全体でせん妄ケアのレベルアップをしたいという願いを持っているためである。全体の流れから、チームが大きく変化した時点を1つの転換点とし、局面（変化の区切り）と捉え、その局面ごとに命名した。これを分析1とした。

また、ARの分析過程において、せん妄ケアに関わる看護師が抱く医療者や患者に対する困難感が抽出され、PDCAに沿って具体的な解決策を述べていたことがわかった。そのため、その場面に對し質的記述的研究デザインを用いて、詳細に分析した。最初に、前述のデータを精読し、チーム看護師が抱くせん妄患者のケアに対する困難感の語りを意味内容が損なわれないように文章または段落ごとに切片化し、コードを抽出した。そして、抽出したコードを類似性に基づいてカテゴリー化した。対策は困難感を抽出した後に、それを解決するための方法を述べている部分、実施・評価は、対策について実施・評価したことを述べている部分をコードとして抽出した後、カテゴリー化した。そして、困難感カテゴリーに對策と実施・評価のカテゴリーを対応させた。これを分析2とした。

そして、データが参加者の体験や意見を十分に説明できているかを参加者に確認した。その後、研究データの全分析過程において、大学教員のスーパーバイズを受けた。

## 8. 倫理的配慮

名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会の承認（承認番号12013）を得た後、研究実施施設の倫理審査会の承認（承認番号1212-07）を得た。

研究参加者には、研究の趣旨、目的や方法、参加の自由、途中辞退の保障、匿名性、データの管理等について、文書と口頭で説明した。そして、チーム会でチーム看護師が表現

する場面に登場した際のデータの使用や参加観察の協力について病棟会で研究者が説明し、研究実施病棟の看護師に同意を得た。また、研究期間中、チーム会に他病棟から参加した看護師には、チーム会看護師と同様の説明内容を当日に行い、同意を得た。なお、研究期間中に対象病棟へ入院中の患者・家族には、研究協力依頼を病棟内に掲示し、質問等があれば対応することとした。

### Ⅲ.結果

#### 1.研究参加者および会議の概要

研究参加者は、女性 6 名、男性 1 名の計 7 名であった。チーム看護師の経験年数は、5 年以上 10 年未満 4 名、10 年以上 3 名で、研究実施病棟での経験年数は 3～5 年であった。また、チーム会に参加した看護師は勤務の状況により異なり、各回の会議参加者は、研究者を除く 5 名～8 名（その内、院内の他病棟の看護師が 2 回参加）であった。会議は月 1 回で計 14 回行い、1 回の会議は 60～80 分で、総会議時間は 1027 分、総録音時間 864 分（会議内容の都合上、第 12 回のみ録音なし）であった。議事録は、会議ごとに A4 用紙 1～2 枚にまとめ合計 12 枚であった。ただし、第 8 回は短時間のため、第 9 回は腹部大動脈瘤（Aorta Abdominalia Artery 以下；AAA）患者のデータの項目抽出のため、議事録は作成されなかった。フィールドノートは、A4 用紙で 5 枚、振り返りは、14867 文字であった。なお、データの削除はなかった。

#### 2. 分析 1；アクションリサーチの過程を通して現れた看護師の行動変容

全 14 回のチーム会の議事録、逐語録、振り返り、フィールドノートからチーム看護師および病棟看護師、病棟全体の変化の過程を記述し、分析した結果、重要な出来事や変換点となる 3 つの局面に分けられた。第 1 局面は第 1 回～5 回で【部署のせん妄ケアの状況把握とその対策につなげる方法の模索】、第 2 局面は第 6 回～9 回で【せん妄事例からの発症要因の探求とケアへつなげる手立ての発見】、第 3 局面は第 10 回～14 回で【事例カンファレンスの重要性の認知と検討結果の実践への適用】とそれぞれ命名した。一方、病棟内におけるせん妄の教育は、第 2 回から 14 回を通じて繰り返し検討したため、この 3 局面とは別に記述した。

以下、議事録からの抜粋を「」、会議内容の逐語録からの抜粋を〈〉、振り返りからの抜粋を『』、フィールドノートからの抜粋を《》、補足説明を（）で示した。また、せん妄ケアに対する意識やケアの変化において図Ⅱ-1 に沿って①課題、②方策、③気づ

き、④行動の変化を〔 〕で示した。

## 1) 第1局面：【部署のせん妄ケアの状況把握とその対策につなげる方法の模索】第1回～5回（資料I-1）

### (1) 第1局面のチーム会の会議内容

#### ①第1回

チーム会の目標設定について話し合った。チーム看護師は、病棟看護師にせん妄患者に使用する薬剤についての正しい知識を身につけてもらいたいと考えた。一方、研究者はせん妄ケアの視点を薬物介入だけでなく、非薬物介入にも目を向けてもらいたいと思い、病棟でのせん妄ケアの現状を振り返ることを提案した。会議内容は、循環器疾患患者の朝の体重測定などのルチン業務、抑制のタイミング、他部署への術前情報の提供方法などであった。結果、『他の看護師の患者の対応方法や悩みや迷いを聞いて良かった。また新しい発見もできる』と記述し、会議では、お互いの意見交換ができ、薬物介入以外のケア状況を確認できた。そして、緊急入院や手術患者事例では、術前情報を診療録のコメント機能に残すことが病棟に伝えられ、病棟看護師は実施することができた。

#### ②第2回

せん妄スクリーニングツール（Delirium Screening Tool 以下；DST）の使用状況の把握やDST使用の判断に迷う事例、大動脈解離のせん妄事例を検討した。医師との薬剤に関する意見の違いや低活動性せん妄の判断の難しさが課題に挙げられた。そして、研究者が鎮静薬に対するミニレクチャーを実施した。さらに、チーム看護師は、新人や異動者のせん妄の教育を検討した。

#### ③第3回

新人や異動者のせん妄の教育に関する検討、薬剤に関する勉強会の企画、鎮静薬指示簿の統一について話し合った。心臓集中治療室（Coronary Care Unit 以下CCU）でせん妄が消失後、転棟により再燃する事例が発生し、環境調整の難しさが課題に挙げられた。〈患者がうとうとしているうちに転棟することがせん妄の引き金になっているのがわかり、転棟の際にはしっかり覚醒させて、患者に伝えることがよいと認識できた〉と述べ、病棟会でオリエンテーションの実施を依頼した。その後、チーム看護師以外も転棟時オリエンテーションを行う場面がみられた。

#### ④第4回



新人や異動者のせん妄教育の詳細な検討、認知症や大動脈解離患者のせん妄事例、循環器医師との鎮静に関する方法の統一などについて話し合った。その中で、新人や異動者に対する教育の時期や方法は、くせん妄という言葉（だけ）で説明するのは難しく、せん妄はいろいろな要因で起こるのでせん妄患者を（実際に）ケアしないと新人がせん妄について理解するのは難しい。そのためせん妄の教育を行い、薬剤などに興味を少しでも持ってもらえるようにしたい」と述べ、具体的な開催時期や方法を話し合った。

また、せん妄患者に投与された薬剤の使用理由やせん妄患者の不快症状について話し合い、せん妄を発症した認知症患者の対応の難しさが浮き彫りになった。

#### ⑤第5回

新人や異動者のせん妄教育の進捗状況、認知症や薬物離脱せん妄の事例について話し合った。事例検討の中で、活動性の高いせん妄患者の対応の難しさ、低活動性せん妄の判断の困難さ、せん妄患者家族への関わりの不十分さを課題に挙げた。そして、振り返りでは、『複数の看護師間で情報を共有することの大切さを感じた』『入院したことを受け入れられない患者への対応方法、家族への関わり方を知った』『転棟による患者への影響の大きさを感じた』と記述した。

#### (2)第1局面におけるせん妄ケアに対する意識とケアの変化

##### ①せん妄評価（図Ⅱ-2）

第2回では、せん妄の判断に迷った事例をどのように記録に残すべきかについて話し合った。（昼の状況を観察して、夜間豹変した話を聞いても判断がつかない）〈CCU から転棟してきた直後にせん妄でない場合、ノーマークになっている〉と述べ、**課題**として、[せん妄評価の難しさ]を挙げた。そこで、**方策**として、1日1回の昼間の測定では、せん妄が十分把握できないことを話し、[せん妄評価時期の日勤から夜勤への変更]を挙げた。さらに、〈微妙なせん妄の症状をどのように記録するか悩む〉〈怪しくてもDSTでは、せん妄の可能性があるとしないので、せん妄の境界線上の患者をどのように記録すればよいか〉と述べ、せん妄の疑われるDST陰性の患者における次の勤務者への伝え方を話し合った。その結果、せん妄が疑われるがDST陰性患者であると判断するならテンプレートに記録を残すこととし、[せん妄評価の内容の具体的な記録の周知]を挙げた。**気づき**として、認知症患者のせん妄の判断は難しいと感じながらも、せん妄は日内変動があり、[看護師間でもばらつきがあるので、DSTをチェックし、看護師間のせん妄評価の違いを意識づける必要がある]と述べ、せん妄評価を日勤から夜勤へ変更した。**行動の変化**として、病棟看護師

は、〔境界型せん妄の記録の実施〕ができた。その後、DSTの活用でチーム看護師は、〈術前にせん妄になりそうで怪しい人をせん妄のリスクが高いと判断し、ケアをしたことがよかった〉と述べ、〔せん妄評価の実施とせん妄予防への活用〕ができた。

## ②薬剤の使用方法（図Ⅱ-3）

第1回では、せん妄の頓用薬に関し、〈頓用薬を遅めに使用すると遷延するので、日付が変わらないうちに使用する〉など使用時間が個人の判断にまかされていること、〈屯用で朝遅くまで寝かせるか、朝まで使用しないで午前中寝かせるか迷う〉など薬剤使用の判断に悩んでいる現状を語り、『抗精神薬の頓用の使用時期に悩んでいるのが自分だけでないとわかってほっとした。悩んでいるときは他の人と相談するのがよいかもしいない』と使用方法や時期についての意見を他の看護師に求める必要性を再確認した。また、第2回から5回の中で、〈CCUから退室するとき、医師によって持続鎮静薬の指示の出しかたが違う〉〈看護師が鎮静スケールも薬剤も慣れていないのに、医師は鎮静スケールだけで指示をしている〉など鎮静管理に対する医師との考え方の違いで悩むことを吐露した。そのため、**課題**として、〔医師と看護師間でのせん妄患者への薬剤使用に関する考え方の違い〕を挙げた。**方策**として、〔看護師間の薬剤使用のタイミングの統一〕〔医師への薬剤使用に関する指示簿の作成依頼〕〔頓用薬の使用記録の徹底〕を挙げた。**気づき**は、〔皆、頓用薬使用や患者対応で悩んでいることがわかった〕。また、チーム会に参加したCCU看護師は、お互いの連携を深める情報共有の場となり、医師の鎮静薬使用基準が異なっているため、〔混乱しているのは自分一人ではなかった〕〔他の看護師の患者に対する対応方法や悩み、迷いなどが聞けてよかった〕と、頓用薬の使用のタイミングに悩んでいることが自分一人だけでなくチーム看護師全員の共通の悩みであると知った。さらに、〔アクシデント予防のために医師への働きかけが必要である〕と気づいた。そして、振り返りでは、『悩んでいるときは相談したらよい』と述べた。その結果、院内せん妄ケアチームへのせん妄患者に使用する薬剤一覧表や医師への鎮静薬指示簿の作成依頼ができた。**行動の変化**として、チーム看護師が、〔薬剤一覧表と鎮静薬指示簿の病棟会での周知〕〔薬剤一覧表と鎮静薬指示簿の掲示場所の工夫〕をしたことで、病棟看護師からの〔薬剤に関する相談の増加〕し、〔日々のカンファレンスでせん妄患者の眠剤調整〕ができた。

①②より、実際に病棟で行われたせん妄ケアをチーム会で共有し、問題や課題を抽出し、お互いの看護師が抱えているせん妄に関する課題を知ることで、方策を見つけ、それらの検討結果を病棟会で周知し、その後、病棟看護師が実施した。そして、チーム看護師は病

棟看護師もケア内容を変化させていることに気づき始めた。これを第1局面とし、【部署のせん妄ケアの状況把握とその対策につなげる方法の模索】と命名した。

## 2) 第2局面：【せん妄事例からの発症要因の探求とケアへつなげる手立ての発見】第6回～9回（資料Ⅱ-2）

(1) 第2局面のチーム会の会議内容

### ① 第6回

転棟直後にせん妄が再燃し興奮した心臓術後患者、AAA術後のせん妄患者の事例を検討した。帰宅願望の強い患者への対応の難しさ、AAA術後の不十分な疼痛管理、せん妄患者に対する薬剤使用のタイミングの難しさを挙げた。AAA術後患者の事例では、せん妄の要因が抽出され、薬剤や食事との関連があるのではないかと考え、AAA術後患者のせん妄発症群と非発症群での違いを調査することとした。

### ② 第7回

認知症のある再入院の心不全患者、長期人工呼吸器使用のせん妄患者の事例を検討した。とくにせん妄が重なった認知症患者のケアの困難さを述べた。その結果、せん妄歴があり、以前に院内せん妄ケアチームが介入した事例は早期に介入を依頼することを病棟会で周知した。また、振り返りで、『認知症患者はせん妄を起こしやすく、せん妄が遷延するほど認知機能が低下していくこと』を理解し、『日ごろからせん妄の予防、早期発見、早期対処がとても大切と感じた』と記述した。そして、救急病棟へ異動したチーム看護師は、『前回入院時のせん妄歴を把握できれば、救急病棟から一般病棟への転棟時にせん妄を防ぐこともできるし、救急病棟での関わり次第で予防ができる』と記述した。さらに、〈受け持ち時、せん妄の記録に薬剤使用状況を書いているけど、みんなはそれを無視する〉〈受け持つ看護師によって夜間の患者の睡眠状況の捉え方に差がある〉など、夜間を受け持った看護師によって頓用薬の使用状況が看護師間で共有ができていないことが明らかとなり、方策を話し合った。チーム会終了後、『薬剤のタイミングに正解はないが、あの時どうすればよかったか、もっと早く何時に行けばよいかを検討するのはよい勉強になる』と記述し、頓用薬使用時間を記録に残すことの重要性を病棟会で伝えた。その結果、薬剤使用時間（とくに頓用薬）がせん妄評価の記録に詳細に残るようになった。

### ③ 第8回

第6回のAAA患者の要因に関する話し合いをもとに、調査内容について検討した。

#### ④第9回

病棟看護師のせん妄患者の排泄ケアへの対応状況やAAA術後せん妄患者の事例を検討した。AAA術後患者は、食事摂取や排便コントロールの困難がせん妄の誘因となり、せん妄を発症するのではないかという意見があった。

#### (2) 第2局面におけるせん妄ケアに対する意識とケアの変化

##### ①腹部大動脈瘤術後患者のせん妄要因 (図II-4)

AAA術後患者について、〈開心術より、AAA術後の人は、1、2日でせん妄になっている〉〈AAA術後は9割がせん妄を起こす〉とAAA術後患者のせん妄が多いと述べた。また、〈腹部がぱんぱんで絶食となり、途中までは会話内容につじつまが合っていたが、長時間吃逆が続いたことで、全然あわなくなった〉と便秘を契機にせん妄になった事例や〈腸蠕動をよくするために医師は運動を勧めるが患者はしんどくて動けない〉〈麻薬から鎮痛薬に変更したが、鎮痛薬(カロナル)ではなかなか効かない〉と不十分な疼痛管理でせん妄が発症したと述べた。そこで、**課題**として、[腹部大動脈瘤術後患者の不十分な疼痛管理、術後管理の難しさ]を挙げた。〈せん妄の引き金はおなかのしんどい上に、呼吸がしんどくなって非侵襲的人工呼吸器をつけたからだと思う〉〈おなかの動きが悪くなるから絶食期間も延びて胃チューブが入る〉と腹部不快やチューブ類等の拘束も重なってせん妄を引き起こすと述べた。そのような語りから、〈AAA術後の人はパターンがあって何か共通していることがあるのか〉〈AAA術後は食事が影響しているのではないか〉という疑問が生じた。そのため、『リハビリなど痛みで腹部に力が入らないことや胃チューブの長期挿入による経口摂取ができないことがAAA術後せん妄の要因』と考えた。**方策**として、[腹部大動脈瘤手術を受けた患者のせん妄要因の探索、データベースの検討]を挙げた。**気づき**として、[術後せん妄の発生率や要因を分析し、せん妄予防につなげたい]と述べ、AAA術後患者の実態を知ってケア方法を見直すことが必要であると考えた。**行動の変化**として、チーム看護師による[腹部大動脈瘤術後患者のせん妄の実態調査の開始]に至った。

##### ②興奮の強いまたは認知症のあるせん妄患者の対応 (図II-5)

転棟直後にせん妄が再燃し興奮した心臓術後患者事例では、〈内服薬も効かず持続鎮静薬を使用した、ベッドから立ち上がるので、増量ばかりで評価ができなかった。さらに呼吸状態も悪くなり、強い薬剤使用を躊躇したが、せん妄が落ち着かないので結局使用した〉。興奮のたびに薬剤を追加するため、〈口が半開きとなり、流涎もひどかった〉と副作用が現れ、〈薬剤使用は効果があるからといってそのままよいわけではなく、薬剤の減量について

も微調整が必要)〈看護師も薬剤の効果や副作用の症状をみないとけない〉と薬剤使用のタイミングの困難さを述べた。認知症のある再入院の心不全患者では、〈認知症だけでは穏やかなのに、せん妄が重なるといらいらしていた〉〈認知症がすすみ、環境の変化についていけない〉などせん妄が重なることによるケアの困難さを述べた。そこで、**課題**として、[興奮の強いまたは認知症のあるせん妄患者の対応の難しさ]を挙げた。〈患者に尋ねるタイミングもあると思うが、緊張が高まっているときにケアを進めてもダメなので、時間をおいてまた違う人が進めるのがよい。何度も進めると余計に拒否するので、過干渉せず、緊張が治まってきたら、再度タイミングを見計らって促す方がよい〉と、**方策**として、[興奮が強いせん妄患者への関わり方のタイミングの見極め]を挙げた。**気づき**として、[せん妄ケアは1人ではできないため、チームで対応する大切さを感じ、看護師個々のせん妄アセスメントやケアについて、ともに考え協力して対応できるようにチームから病棟への働きかけが必要である]と述べた。その後、排尿に関連したせん妄患者に対する3年目看護師の対応にチーム看護師が関わったことを報告した。〈尿道カテーテルが抜去可能でありながら、高齢を理由にそのまま挿入されていた患者が突如夜間帯に不快が強くなり、3年目看護師が1時間ほど尿道カテーテルを誘導したり、説明し付き添っていた。3年目看護師は、チーム看護師に19時ころに抜去の判断を報告した。抜去後も、3年目看護師は、患者に寄り添い、アセスメントしてせん妄を助長されない対策をした〉。このように、**行動の変化**として、病棟看護師による[せん妄悪化予防ケアの確認]ができた。

### ③長期人工呼吸器使用患者の睡眠援助の方法 (図Ⅱ-6)

長期人工呼吸器使用患者では、〈睡眠薬を23時まで粘って定期薬だけで寝るのがいいのか、それとも屯用薬を早めに使ってリズムを戻すのがいいのか〉〈覚醒すると夜は目がらんらんとしてすさまじい〉〈いつも蛇管を持つわ、柵をがたがたするわ、手をパンパンして、CO<sub>2</sub>が上昇するわ〉と呼吸状態に支障をきたした。そこで、**課題**として、[睡眠援助における看護師間の調整の難しさ]を挙げた。患者は難聴と視野狭窄があるため、〈呼吸器の音が気になり、左から話しかけることが多いため呼吸器のアラームが視界に入らない右側に持っていたらよい〉と述べた。**方策**として、[患者のベッド周囲の状況に応じた環境調整]を計画した。**気づき**として、[日々のカンファレンスで、チーム会と同じようにせん妄患者の睡眠援助や疑問に感じていることを話し合えるよう働きかける]と事例検討の中でチーム看護師は体験を共有することが看護師のせん妄ケアに関する対応力の向上につながるのではないかと知った。その結果、**行動の変化**として、チーム看護師は、患者の視野に入ら

ないように、《吸引カートや人工呼吸器の配置を変え》て、〔長期人工呼吸器使用患者のベッド周囲の環境調整〕を行った。

①②③より、第2局面では、AAA術後患者がせん妄になっている実態から、その要因を知ることによってせん妄対策につなげる調査を開始した。そして、興奮する患者、認知症のある患者、長期人工呼吸器使用患者のせん妄事例からケアを考え、その方策を病棟会へ伝え、実施し、その結果をチーム会で評価する循環がみられた。そこで、第2局面を【せん妄事例からの発症要因の探求とケアへつなげる手立ての発見】と命名した。

### 3) 第3局面：【事例カンファレンスの重要性の認知と検討結果の実践への適用】第10回～14回（資料Ⅱ-3）

#### (1) 第3局面のチーム会の会議内容

##### ① 第10回

せん妄患者の体験記の抄読、AAA術後せん妄患者に関する調査の打ち合わせ、大動脈解離術後の過活動性せん妄患者について話し合った。

研究者は、チーム看護師にせん妄患者の体験を知ってもらうために、インターネットで公開のせん妄患者による体験記をチーム会で抄読した。チーム看護師は、振り返りで、『語りにはまさにせん妄患者の内側の体験思考を垣間見るようだった。「夢」でなく、次々と訪れる情景、一貫性のなさや所在不明な感じが、患者を非常に不安にさせていることがわかる』と衝撃的な状況に患者が置かれたことを知った。また、チーム看護師たちは、『せん妄によるライン抜去や安静を守れないことが疾患そのものを悪化させるというジレンマを抱え、私は今の看護が少しでも患者の心身の悪化を食い止められているのか。恐怖体験をしている患者の心に気づき寄り添っているだろうか』と記述し、患者はせん妄真っ最中での恐怖感や不安があることを知り、今までのせん妄患者との関わりを改めて見つめ直す機会となった。さらに、『せん妄患者にとって家族の声は絶大な力を発揮する』『家族を呼ぶこと、声をかけることの意味を知った』と家族が患者のそばにいることが重要であると知った。患者体験の抄読から、『せん妄患者には、私たちがいる世界と別の世界が頭に広がっていると感じ、それを認めつつ、患者が安全に過ごせることが必要である』『せん妄ケアは何かすごいことをするというより原因となっている悪い要素を排除することが大切じゃないか』とせん妄の要因を特定して除去すること、患者の安全を守ること、家族の力を借りることなどせん妄ケアが特別なケアでなく、通常のケアであると気づいた。そして、家族ケアに

対し、院内せん妄ケアチームが作成した患者・家族用のせん妄パンフレットの活用を病棟会で周知した。

#### ②第11回

長時間のアブレーション検査後の不穏患者について検討した。不穏の原因は、鎮静薬による離脱せん妄の可能性が高かったと考えられた。チーム会でチーム看護師は、鎮静管理の知識不足を感じていた。そのため研究者より、検査時の管理に関する講義を行った。

#### ③第12回

急性大動脈解離患者の鎮静管理が不十分となり、急変した事例について検討した。事例から、『せん妄ケアという視点で事例を振り返ると、入院から数日であること、呼吸状態が不安定、解離による痛み、緊急入院、安静を強いられること、転棟による環境の変化があった。個人差はあるが、今までと似たようなパターンでせん妄になっている』『安静指示があり、暴れていると鎮静薬投与を考えてしまう。環境整備やそばに付き添うのも限界を感じる。殴られたら怖い、相手を静止すれば逆上される。そのまま放置すれば、解離が進行するのでは自分たちの責任ではと感じてしまう』と、過活動性せん妄に対する怖さも感じながら、薬剤だけに目を向けるのではなく、せん妄要因にも注目し、その方策を考えることに気づいた。そこで、病棟看護師に対して、この事例を使って、鎮静管理に関する勉強会を開催することとした。

#### ④第13回

鎮静管理に関する勉強会の振り返り、今年度のチーム活動に関する反省と計画、持続鎮静管理をしている認知症のある心不全患者の事例を話し合った。視聴覚教材を使って鎮静評価に関する勉強会をチーム看護師が自ら開催し、評価表を作成し、いつでも使用できるように配置した。その後、CCUよりハイケアユニットへ転棟後、不穏状態が悪化し、4日間持続鎮静管理が行われた事例があった。ハイケアユニットの看護師が、〈鎮静スケールで鎮静深度を評価しながら効果をみて薬剤調整をしている記録があった〉とチーム会の活動が部署に伝わっていることを確認できた。

#### ⑤第14回

来年度の新人や異動者のせん妄の教育、薬剤以外のせん妄予防について話し合った。チーム看護師は、病棟看護師に対し、事例を用いたせん妄のリスク要因とアセスメントの重要性、対策について勉強会を開催した。その結果、病棟看護師からせん妄ケアの考え方を整理できたとチーム看護師に伝えられた。

## (2) 第3局面におけるせん妄ケアに対する意識とケアの変化

### ①急性大動脈解離患者の対応（図Ⅱ-7）

急性大動脈解離患者の事例では、鎮静による副作用へのアセスメントの不充分さから急変が起り、『鎮静薬を今一度学ぶ必要がある。急性期で安静が必要な患者において、せん妄発症や悪化による安静保持困難は、治療の継続や症状増悪にもつながる可能性がある。当病棟においては薬剤の知識はとても重要である』と鎮静薬に関する副作用の怖さや薬剤の使用前後の評価の重要性を記述した。そこで、**課題**として、「急性大動脈解離患者のせん妄に対する対応のまずさ」を挙げた。チーム看護師は、『チームを作った理由は、循環器・心臓血管外科特有のせん妄と拮抗する安静と薬剤使用の難しさを少しでも解消できればと思った。薬剤の知識だけでなく、副作用や危険予知みたいなことが伴わないと意味がない』と記述し、薬剤管理での看護師の役割の重要性を再認識した。そして、チーム会で勉強会の開催の必要性を感じ、研究者による勉強会を病棟看護師対象に行うことになった。その結果、35人の病棟看護師が参加した。病棟看護師は、鎮静薬の怖さを改めて知っただけでなく、①薬剤と呼吸の影響に関すること、②鎮痛・鎮静の目標の置き方、③過鎮静のリスクを知ることが一番重要であると述べた。また、チーム看護師は、病棟看護師に講義の感想を尋ねると、「鎮静薬の拮抗剤を使用しても2時間後には効力が落ちるということを勉強会に参加したものは知った」〈鎮静薬を拮抗させたあと、再度鎮静がかかる事例があると知り、参加者は気をつけないといけないと思った〉と述べた。チーム看護師は、病棟看護師が鎮静管理の重要性を理解したとわかった。そこで、**方策**として、「眠剤や鎮静剤を投与するだけでなく、痛みのアセスメントをする」と〔疼痛アセスメントの実施〕、「鎮静薬不十分でせん妄のコントロールができなかった事例が発生し、使用時には呼吸状態の悪化を懸念し、呼吸状態を観察しアセスメントをする」など〔鎮静薬使用後の呼吸状態のアセスメントの徹底〕、薬剤離脱せん妄予防に関して〔鎮静薬使用のアセスメントと減量方法〕を挙げた。また、過活動性せん妄に対して、『今回の事例では家族を呼ぶことも1つの対策であった』と〔家族参加の促進〕を挙げた。さらに、チーム看護師は、「鎮静スケールの導入と運用方法の周知」と〔日々のカンファレンスを活用した事例検討の継続〕を挙げた。それらの方策を実施することで、病棟看護師は、薬剤だけに頼らず、非薬物介入を駆使しながらせん妄ケアをしていたことを知った。**気づき**として、『ハイケアユニットのスタッフが投薬以外にも患者に付き添い、行動を見守り、抑制具をほとんど用いずに患者に対応している様子は素晴らしい看護だと思った』と、「せん妄ケアが投薬だけではないことが、スタ



ップに伝わり、対応力や実践力につながっている]と記述し、チーム看護師の活動によって部署の看護師の行動にも変化がみられた。また、[チーム会に参加すると、他の看護師がどのように考えているのか、自分が考えつかない意見を聞くことができる]など、看護師間でケアに関する意見交換やせん妄患者に対する思いを共有することの大事さに気づき、日々のカンファレンスに取り入れる工夫を始めた。行動の変化として、チーム看護師が、[ラミネート加工した評価方法のハイケアユニットへの配置]をしたことで、病棟看護師は、[鎮静薬使用時のスケールと効果の記録]をした。また、病棟看護師による[せん妄の非薬物介入の実施][ハイケアユニットでの鎮静スケールを用いた鎮静管理]ができた。チーム看護師は、『ケアの振り返り、次のケアへ活かすこと、他のスタッフの意見や考えを知ること、話すことで癒されること、ケアは一人でできないので、看護師で共有していける環境を作っていきたい』『次年度はオープンカンファレンスを開催し、事例を通じてみんなで行っていきたい』などと記述した。これは、病棟看護師が薬剤管理だけでなく非薬物的治療として、患者に寄り添い見守りができていることを知り、病棟でせん妄ケアの幅が広がりをかけていることをチーム看護師は実感した。

以上から、第3局面は、【事例カンファレンスの重要性の認知と検討結果の実践への適用】と命名した。

#### 4) 全局面を通じて抽出されたせん妄の教育

##### (1) 全局面でのチーム会の会議内容

###### ① 第2回

チーム看護師として、病棟に役立つことは何かを話し合った。〈新人が夜勤に入るところに、睡眠薬の基本的な知識、せん妄の知識に関する勉強会を行う〉〈夜勤が少し終わるころに勉強会をするとわかりやすい〉〈夜の患者の様子をみてからがよい〉〈新人が受け持った患者で説明するのがよい〉と、新人に対してチーム会でできることを検討した。

###### ② 第3回

新人に関しては、〈術後せん妄という言葉は知っているが、それがどのような感じかわからない。認知症との違いも付け加える〉〈せん妄の定義、ツールを説明する〉こととした。異動者に関しては、〈他の施設でせん妄(患者)をみているので、基本的なせん妄の知識はあると考え、当院の薬剤の説明や院内せん妄ケアチームのことについて説明する〉〈当院の薬剤の使用法、薬剤の特徴を説明する〉こととした。また、〈新人や異動者にせん妄に関

する教育を 30 分程度行い、資料は以前に医師が講義したものを参考に作成し直す。講義者 1 人に対し新人または異動者 2 人程度で行う。新人や異動者が、夜勤などでせん妄患者に遭遇すれば、その事例を用いて講義をする) ことに決めた。

また、病棟内教育について話し合わせ、〈薬剤一覧表が作成されたら、病棟会で 30 分間、勉強会を企画する) 〈せん妄が予防できた事例、せん妄が遷延した困難事例、介入の効果があつた事例を振り返り、病棟で 15 分から 20 分報告する) こととした。さらに、院内での教育として、〈院内せん妄ケアチームへせん妄、うつ、認知症の違いについての講義を依頼) した。

#### ③第 4 回

新人や異動者に関して、〈3 つほど事例を用いて説明する) 〈夜間にせん妄が多いから、定義をしっかりと教える) 〈せん妄はあくまで対症療法であることを指導する) 〈全身状態がよくなるとせん妄はよくなることを伝える) 〈せん妄ケアの体験や夜間の頓用指示について具体例を示す) など実践に即した講義をすることを確認し合った。

#### ④第 5 回

第 4 回以降に、新人や異動者に対するせん妄の教育は、対象者の 2/3 が終了したことを報告した。

#### ⑤第 6 回

〈新人も患者の状態が朝と昼で違うこと、日中には落ち着くことを知り、そして、家族が来ると状況が変化したことに気づいた)、〈朝もパーキンソンリズムにより、体がかたくており、寝る前は洗面のうがいができていたのに飲み込みもできなかった。その後、口がしっかり閉じることができ、せん妄も落ち着き、家族とのやり取りも可能となり、患者のレスポンスも朝の時と変わってきた) と昼夜のせん妄患者の状況の変化を新人に気づかせた。また、〈ベッドから起き上がろうとしても力がなかったのに、全身状態の悪化したせん妄患者が起き上がりだし、抑制帯を装着した。大声を出さないで薬剤を使用しなかったが、心機能が悪化すれば鎮静をかけると判断し、見守るという相談を先輩看護師同士でしている) 場面を新人と一緒にいったと述べた。その後、同じ新人が、〈せん妄患者の状態を詳細にテンプレートに記録している) こと、〈独語のひどい患者の対応で薬剤投与について報告があつた) など、チーム看護師が新人に意図的に関わり、薬剤の相談や夜間のせん妄患者の抑制について考える機会を作ったこと、新人がせん妄患者の状況を詳細に記録できたことをチーム会で共有した。

## ⑥第7回

新人や異動者へせん妄の教育に関する評価方法が話し合われた。

## ⑦第12回

せん妄患者の急変事例について、研究者が鎮静の講義を行った。この会議の中で、鎮静薬使用患者の看護について改めて学ぶ必要があることをチーム看護師は再確認し、病棟看護師対象に鎮静患者の看護についての講義を計画した。

## ⑧第13回

第12回後、チーム会とは別に病棟看護師対象に鎮静患者の看護についての講義を実施した。病棟看護師が、「鎮静薬の怖さを改めて知った」、「鎮痛や鎮静の目標をどこに置いていくのかを知ることが必要である」と感想を持っていたことをチーム看護師と共有した。

## ⑨第14回

チーム看護師は、鎮静評価表を作成し病棟に配置したこと、事例を用いてせん妄のリスク要因とアセスメントの重要性に関する勉強会をチーム看護師自ら計画し病棟会で実施したことを報告した。

### (2) 全局面におけるせん妄ケアに対する意識とケアの変化

病棟におけるせん妄の教育の課題に対し、全局面を通じて方策、気づき、行動の変化を繰り返した。

当初から、チーム看護師は、病棟全体に勉強会を開催したいと目標をもっているが、どのような方法で何をすればよいかについてのイメージがなく、自分たちが開催することに自信がなかった。そこで、**課題**として、[病棟看護師へのせん妄の教育の困難さ]を挙げ、新人や異動者対象と病棟看護師対象のせん妄の教育が展開された。

#### ①新人や異動者に対するせん妄の教育 (図Ⅱ-8)

第1局面、第2局面では、せん妄患者事例を話し合っているうちに、新人や異動者のころに、自分たちもせん妄患者に苦慮した経験があったことを述べ、新人や異動者への教育の必要性を感じた。**方策**として、チーム看護師は、〈新人が夜勤に入るところに睡眠薬の基本的な知識、せん妄の知識に関する勉強会の企画〉をすることとし、[病棟における新人や異動者に対するせん妄の教育の検討]が始まった。検討内容は、教育の時期、少人数制、事例を入れたものなど詳細に検討した。**気づき**として、『せん妄という言葉で説明するのは難しく、いろいろな要因で起こることがせん妄患者をケアしてみないと新人には難しい。そのためせん妄の教育で、薬剤などに興味を少しでも持ってもらえるようにしたい』『事例検

討での振り返りや実際の事例と照らし合わせて伝えると、想像しやすいと感じた』と記述し、[新人や異動者にせん妄の教育を行い、薬剤への興味をもってほしい]と述べた。その結果、第4回以降、チーム看護師は手分けして、新人や異動者に対するせん妄の教育を開始した。**行動の変化**として、チーム看護師は、[夜間のせん妄患者の抑制についてチーム看護師と病棟看護師で話し合う場面に新人を参加させ、一緒に抑制の判断をする機会づくり]を行い、新人看護師は、[チーム看護師への薬剤の相談][せん妄患者の詳細な記録]の実施ができた。

#### ②病棟看護師に対するせん妄の教育（図Ⅱ-9）

第4回の認知症患者の事例から、**方策**として、[院内せん妄ケアチームによるせん妄、認知症、うつの違い]に関する勉強会を計画した。また、第3局面では、急性大動脈解離患者の鎮静管理が不十分であった事例を経験したため、チーム会で研究者から鎮静に関する講義を行った。チーム看護師は、『鎮静薬を今一度学ぶ必要がある。急性期で安静が必要な患者において、せん妄発症や悪化による安静保持困難は、治療の継続や症状増悪にもつながる可能性がある。当病棟においては薬剤の知識はとても重要だった』と記述した。しかし、チーム看護師が病棟看護師に対して勉強会をどのように開催すればよかがわからないため、**方策**として、[研究者による病棟看護師対象の鎮静管理][チーム看護師による鎮静評価]の勉強会を計画した。これは、第3局面でも述べたように、勉強会の実施だけでなく、鎮静評価表の作成も行い、次のケアにつなげることができた。**気づき**として、チーム看護師は、急性大動脈解離患者の対応から病棟看護師が鎮静薬の怖さを改めて知ったことなどの感想を聞き、[急性期患者の安静と鎮静管理とのバランスに問題がある]と鎮静管理の重要性を認識した。**行動の変化**として、チーム看護師は、[せん妄のリスク要因・対策・アセスメントの重要性に関する病棟会での報告]、病棟看護師は、[ハイケアユニットでのせん妄の非薬物介入の実施]ができた。『来年度はチーム会に参加してもらい、互いの刺激と学びになればいいと思う。せん妄ケアに興味をもってもらい、ケアを深めることで患者さんにとってもケアを行う自分にとってもストレスを軽減することができると感じてもらいたい』と記述し、チーム会でのせん妄の教育の重要性を認識した。

### 3. 分析2；第1局面におけるせん妄ケアに関わる看護師の困難感とケアの変化

循環器疾患患者のせん妄ケアにかかわるチーム看護師が抱いた困難感は、分析において患者に対するもの、看護師に対するもの、医師に対するものに分類できた。しかし、看護

師・医師以外の医療者に対する困難感抽出されなかった。

以下、困難感のカテゴリーを【】、困難感のサブカテゴリーを『』、困難感のコードを□、対策のカテゴリーを《》、対策のコードを〈〉、実施・評価のカテゴリーを“”、実施・評価のコードを‘ ’、補足説明を()で示した。

## 1) 患者に対する困難感とケアの変化

患者に対する困難感には【影響し合う低心機能とせん妄症状】【変動する認知機能】【睡眠覚醒リズムの乱れ】【せん妄を招く療養環境】【自傷・加害行為】の5つであった(表Ⅱ-1)。

### (1) 【影響し合う低心機能とせん妄症状】

せん妄と循環器疾患の病態が関連していることを示す3つのサブカテゴリーで構成された。

『心負荷を悪化させる過活動性せん妄』は、[酸素チューブを延長し、室内を動けるようにしたが、患者は酸素を外す、外すとしんどくなり、手詰まりであった]など、低酸素による心負荷を示した。

『鎮静薬の副作用に対する恐怖』は、[大動脈解離は呼吸状態が悪化すると非侵襲的人工呼吸器装着となり、(マスクの)圧迫感が追加される。そのために持続的に鎮静薬を使用すると、徐脈や低血圧など循環に問題を起こすので難しい]と鎮静薬の副作用が患者の状態を悪化させる可能性があり、薬剤使用の難しさを示した。

『トイレでの排泄に対する執着』は、[(発熱時の)せん妄のときは、トイレに行きたいのにトイレを見ても座ることができず、立ち尽くし、そのまま失禁し安静にもできないほどであった]と絶えず尿意を気にして落ち着かない様子を示した。

これらの対策として、低酸素血症がせん妄の要因の一つと考え、《低酸素血症の原因探索》を立案した。また、《不快な原因の探索と軽減するための工夫》では、〈患者の痛みの原因を知り、積極的に痛みの軽減を図る〉、膀胱留置カテーテルを抜かないように歩く様子に気づき、〈患者の行動について尋ねる〉などが抽出された。その結果、“不快感に寄り添い、安心感をもたらしたケアの提供”ができた。

### (2) 【変動する認知機能】

集中力や注意力の低下による困難を示す3つのサブカテゴリーで構成された。

『挿入物への注意の欠如』は、[予定入院の人は管類が体内に挿入されていると思い出せるが、緊急手術や予定外入院の人はなぜ挿入されているのかわからない]など、緊急入院で

は、せん妄による短期記憶の低下のため挿入物留置の理由などを何度説明しても理解できないことを示した。

『自分の置かれた状況の理解不足からの混乱の持続』は、[入院するつもりでない上に、自覚症状がないから入院が理解できない]など、患者は自分の状況を十分理解できぬままに、緊急入院や転棟による環境変化の重なりで、混乱の持続を示した。

『認知レベルのさらなる低下』は、[せん妄患者が再度せん妄になると、認知レベルが低下する]など、せん妄の繰り返しで認知機能がさらに低下する可能性があることを示した。

これらの対策として、挿入物の抜去予防のために、《鏡を使った挿入物の確認》を立案した。また、〈家族に今の状況が家と同じか確認する〉〈家族より病状や入院を伝えられると患者も納得する〉など、《患者の認知機能に関する家族からの情報収集》《積極的な患者と家族のコミュニケーションの促進》《患者の不安の把握》を立案した。さらに、〈認知症は徐々に進行し、日内変動はないが、せん妄は急激に起こり、日内変動があることの違いをスタッフ間に意識づける〉など《認知症患者でのせん妄の鑑別方法》を立案した。

しかし、このような対策を実施しても‘認知症のせん妄の判断が難しく、スタッフによっても捉え方が違うと改めて知った’と“認知症に対するせん妄判断の難しさ”についての課題が残った。

### (3) 【睡眠覚醒リズムの乱れ】

睡眠調整の難しさを表す2つのサブカテゴリーで構成された。

『不確実な薬剤の効果』は、[頓用を使用し、10時くらいに覚醒させ、動くのがよいか、朝まで頓用を使用せず、午前中寝てもらうのとどっちがよいか迷う]など、頓用薬投与時期の難しさや薬剤使用後に中途半端に起こされて混乱をしていることを示した。

『昼夜逆転』は、[心不全の人は、利尿剤を内服し、夜間頻尿のため眠れない人が多い]など、利尿薬使用による夜間頻尿が睡眠覚醒リズムを崩すことを示した。

これらの対策として、夜間頻尿でのトイレ歩行では、薬剤による副作用のふらつきで転倒・転落を招くことを考え、〈夜間頻尿ならむしろ薬剤（睡眠薬、抗精神薬等）は使用しない〉〈頓用薬を遅めに使用すると遷延するので、日付が変わらないうちに使用する〉など《患者の状態把握と薬剤使用の判断の決定》を立案した。その結果、病棟看護師は、研究者に薬剤使用の判断が難しいケースで、“睡眠薬の頓用に関する相談”を行い、“早目の投薬による鎮静化”で、投薬のタイミングを見極めた。

### (4) 【せん妄を招く療養環境】

せん妄と療養環境の関係を表す2つのサブカテゴリーで構成された。

『環境刺激の過多』は、[ハイケアユニットは周囲の状況が見えるため、他の患者がラインを抜く、転倒するのを見ると不安も強くなる][他患者の呼吸器のアラームや吸引の音がうるさくベッドの位置を変えても、その音を止めることもできない]と設備環境の変更不可や止めることのできないアラームが患者に更なるストレスをかけていることを示した。

『せん妄を招きやすい転棟に伴う混乱』は、[転棟や転室を患者に十分に伝えられないまま部屋移動することがせん妄の誘因になっている]など転棟がせん妄の誘因であると気づいたが、施設の状況から転棟を余儀なくされ、患者をさらに混乱させていることを示した。

これらの対策として、〈転棟時のオリエンテーション強化〉など〈患者周囲の環境整備〉を立案した。その結果、転棟時に、病棟看護師が患者に転棟を伝える場面がみられた。その後、チーム会で他病棟からせん妄が持続している患者がほとんどいないと病棟会で報告し、病棟看護師に“転棟時オリエンテーションの徹底”を促した。

しかし、‘見守る環境と見張られる環境との折り合いが難しい。オープンフロアの患者が不快・苦痛・ストレスを嫌だといえない場合、そばにいる看護師が検討し評価できなければいけないと感じた’と、“環境要因への対策の不充分さ”の課題が残った。

#### (5) 【自傷・加害行為】

安全確保の難しさを表す3つのサブカテゴリーで構成された。

『暴力行為』は、[呼ぶ、寂しいとか、何かやっているのを止めるだけならよいが、完全に周りを攻撃して排除する人は、拒薬や人を近づけない、体を触ると怖いのか余計嫌がる]ことを示した。

『危険な不穏行動』は、[横になりましょうという素直に横になるがすぐ忘れており、はっとみるとごそごそしている][装着されているチューブがとれれば(患者は)落ち着くと思うが、チューブ類をどうすればよいのか全然わからず、チューブ類がくるまっていた]など、患者の危険行動の予測がつかず、いつ挿入物を抜くか判断が難しい状況を示した。

『事故防止のための抑制に対する拒否』は、[看護師個々の判断で抑制を使用し、夜勤で転落したら危険と思い、上肢の抑制だけでなく体幹抑制をしたら患者が興奮した。患者が寝たときにつければよかったと思うが、暴れるとそのときに装着しようとする]など、看護師は転倒・転落や挿入物抜去の事故防止のため抑制のタイミングを図りたいが、目前で患者が暴れると、その場で抑制せざるを得ないことを示した。

これらの対策として、〈今日の予定など具体的なリアリティオリエンテーションを家族

に伝えて協力を求める) など《家族へのケア参加方法の具体的な提示》を立案した。しかし、看護師は、家族に対し遠慮して、“家族に言えない暴力行為の対処”をした。そこで、暴力行為のあった患者の類似事例を振り返り、‘せん妄となった患者に戸惑っている家族に対しても、以前の状況について情報収集し、現状を説明して、患者へのかかわり方を伝え協力してもらうことも1つだと理解した’と、“家族へのケア参加の重要性”を再認識した。

また、〈抑制帯を使用すると、余計に興奮するので寝た後にしたほうがよい〉などタイミングを見計らった方法を挙げ、《事故・自己抜去を防ぐための判断と挿入物留置に関する管理方法》を立案した。実際に、‘酸素の使用がなく、尿意があるなら自分で排尿したほうが納得できるのではないかと判断し抜去した’。このように看護師は、不要なものを取り除き、患者が不快と思うことに着目してケアを行い、“挿入物抜去に関する判断と実践”をした。

## 2) 看護師に対するチーム看護師の困難感とケアの変化

看護師に対する困難感は【せん妄状態把握の難しさによる判断の違い】【患者のペースを崩す看護師中心のケア】【1人のせん妄患者に手がかかる煩わしさ】【看護師の薬剤知識のばらつきによる使用方法の違い】【事故・自己抜去により感じる精神的困惑や疲弊】の5つであった(表II-2)。

### (1) 【せん妄状態把握の難しさによる判断の違い】

せん妄の評価やせん妄表現の難しさ、患者把握の不十分さを表す4つのサブカテゴリで構成された。

『個々の看護師によるせん妄評価のばらつき』は、[申し送る人により、せん妄って思ったら伝えるが、個々の看護師により伝え方が変わる]など、看護師個々の主観的評価により、せん妄患者を正しく把握できていないことを示した。

『低活動性せん妄の判断の難しさ』は、[ベッドを乗り越えず、どこかへ行こうとすることもなく常に座っているだけなら、コンサルトは迷う]と低活動性せん妄かどうか悩むことを示した。

『記録上にせん妄状況を表現する難しさ』は、[怪しくてもDSTで評価するとせん妄があるとならない。しかし境界域の場合、記録にどのように書くのか。可能性があるだけでなく細かく記録に残せたらと思う]など、DSTと看護師の主観的評価に乖離があり、重症候



性せん妄の表現に悩むことを示した。

『短期間での病棟滞在による患者把握の不十分さ』は、[物忘れはあったかもしれないが、元の認知レベルがわからないので認知症かどうかは判断できない]など、入院前の認知機能の把握の難しさや転棟回数の多さで患者を十分に把握できず場当たりの対応になることを示した。

これらの対策として、DST と記録に関して、《せん妄評価の普及と方策》が立案され、会議の第1回から第5回まで以下のことがみられた。第1回では、ほぼ全例に1日1回DSTで評価しているとの報告があったが、[看護師によってせん妄かどうかの伝え方が変わる]などの困難感が抽出された。そこで、〈せん妄リスクが高いと判断したら次の看護師に知らせる〉ことにした。第2回では、〈昼夜の変化を判断して、夜にDSTを使う〉などの対策を挙げ、‘せん妄評価を日勤から夜勤に変更’し、‘入院時にせん妄評価の入力をルーチン化する’ことで、抜け落ちはなくなり、‘同じ視点でせん妄評価ができつつある’とわかった。第3回では、‘せん妄になりそうな人をチェックして伝えてくれる’‘術前にせん妄のリスクが高い患者を判断しケアできた’ことを確認した。第4回では、せん妄評価の話し合いを繰り返したことで、‘夜勤帯は病棟に夜間せん妄は2、3人くらいしかいない’と、夜勤帯のせん妄発症患者を把握することできた。また、アルコール歴や神経質などせん妄の要因となる情報を伝え、せん妄判断に迷う場合、〈DSTの結果だけでなく看護記録も残す〉ことにした。その結果、‘前日の状態と現在を比較して継続できるのがよい’‘前勤務者がせん妄の可能性があるとなぜ判断したかを振り返ることができる’とわかった。このような実施、評価を繰り返し、“せん妄評価の日々の実施と実態把握”ができた。

そして、せん妄評価の曖昧さを減らすために、《病棟内でのせん妄に対する教育》を立案し、“新人や異動者へのせん妄に対する教育の開始”に至った。

また、他病棟の看護師が参加した会議では、薬剤管理方法に関する連携や院内せん妄ケアチームと情報を共有し、早めの相談が必要と確認し、《他病棟や院内せん妄ケアチームとの情報共有と早めの相談》を立案した。その結果、他病棟の看護師がチーム会に参加し、情報が共有でき、術前患者をより意識して観察するようになり、早めに院内せん妄ケアチームへコンサルトができているなど、“他病棟や院内せん妄ケアチームへの情報提供と相談”ができた。

さらに、〈大動脈解離でのせん妄経過を知り、対策を練る〉〈予防的にかかわり、リスクを理解して早めに対処ができる〉など、《せん妄に関する事例検討》を立案したが、実施・

評価のコードは抽出されなかった。

## (2) 【患者のペースを崩す看護師中心のケア】

看護師の関わり方が患者のペースを崩していることを表す2つのサブカテゴリーで構成された。

『看護業務優先による睡眠覚醒リズムの崩れ』は、[2時3時に頓用を使用し、朝6時に夜勤看護師のルチンワークで、ご飯や口腔ケアで患者を起こしても、その後、患者は寝ている]など、患者の睡眠・覚醒リズムを考えず業務が先行していることを示した。

『看護師自身のゆとりの幅に左右される抑制と見守りのタイミング』は、[抑制のタイミングは業務量にもより、見守りができるときもあるが、離れたあとに患者が立位になり、絶対離れられないと思うと、抑制せざるを得ない]と、抑制か見守りかの判断は看護師の業務の優先度や看護師自身のゆとりの幅に左右されていることを示した。

これらの対策として、〈面会時間終了まで付き添ってもらう、経管栄養中は付き添ってもらう〉など、《家族の協力による最小限の抑制》を立案した。その後、看護師は休憩前にせん妄評価を行い、離床センサーを設置するなど、場面に応じて“せん妄評価の活用による抑制具の選択”ができた。

## (3) 【1人のせん妄患者に手がかかる煩わしさ】

せん妄患者の頻回の見守りや見当識の確認のため、他患者へのケアがたびたび中断されることを表す2つのサブカテゴリーで構成された。

『複数受け持ち患者の中での1人のせん妄患者に関わるケアの多さ』は、[3秒もベッドでじっとできない人をみていると休憩にもいけない]など、夜間帯に複数の受け持ちの中にせん妄患者がいると、看護師は、せん妄以外の患者にも余裕をもってケアができずに苦勞している様子を示した。

『頻回のリアリティオリエンテーションの大変さ』は、[リアリティオリエンテーションがうまくいかない]と見当識障害や短期記憶障害のあるせん妄患者は何度も同じことを繰り返すため現状認知が難しいことを示した。

これらの対策として、〈せん妄リスクが高いと思うとケアの比重が違ふし、スタッフの声のかけ方が違ふ〉など《せん妄のリスク評価を取り入れた方策》、〈予防できた事例、せん妄が遷延した困難事例、介入して効果があった事例を振り返り、病棟で15分から20分報告する〉など《日々の病棟業務の中での短時間の事例検討》を立案した。これらの結果、薬剤に頼るだけでなく、環境整備と同じように、アセスメントしてせん妄を予防できれば、

他の患者を守ることになる’と“非薬物介入の重要性” に気づいた。

#### (4) 【看護師の薬剤知識のばらつきによる使用方法の違い】

薬剤知識の不十分さで起こる2つのサブカテゴリーで構成された。

『看護師間の薬剤使用に関する考え方のずれ』は、[頓用を2、3時に飲ませて、「夜が眠れなくなるから朝だから起きて」といって一生懸命起こす看護師がいる]など、個々の看護師によって薬剤の投与方法の違いでせん妄を発症させていることや薬剤の副作用を引き起こしていることを示した。

『抗精神薬使用方法の知識不足』は、[透析患者の場合、抗精神薬の種類によっては翌朝まで遷延することがあり、患者ごとに薬剤使用の順番や投与時間をどのように変えてよいかわからず、(他の)看護師に薬剤使用方法や違いが伝えられない]など、薬剤の作用・副作用を十分把握せずに使用している現状を示した。

これらの対策として、〈睡眠薬の基本的な知識〉〈夜間の頓用指示の具体例〉〈院内でせん妄患者に使用する薬剤〉など「新人や異動者オリエンテーションに薬物介入中心のせん妄に対する教育の導入」を立案した。その結果、“新人や異動者へのせん妄に対する教育の開始”に至った。また、〈院内せん妄ケアチームに薬剤一覧表の作成を依頼し、活用方法を考える〉など「院内せん妄ケアチームへの薬剤一覧表の作成依頼と活用方法の検討」を立案した。薬剤一覧表の完成後は、“せん妄患者の薬剤調整に関する日々のカンファレンスの実施と薬剤一覧表の活用”ができた。そして、“薬剤の知識を含めた事例検討の実施”により、鎮静薬の違いや使用する時期・注意点を知ることによって“看護師のせん妄ケアの幅の広がり”がみられた。

#### (5) 【事故・自己抜去により感じる精神的困惑や疲弊】

事故・自己抜去に続く看護師の精神的ダメージを表す1つのサブカテゴリーで構成された。

『事故・自己抜去の行為による看護師の精神的ダメージの大きさ』は、[気持ち悪いとルート類は抜いてしまうのもわかるが、でも裏切られ感がある][夜勤オリエンテーションのときに点滴を抜かれたことが衝撃的で忘れられない]など、事故・自己抜去行動の要因が挿入物の不快感や痛さによるものと患者の気持ちを汲み取っていることを示した。しかし、看護師は、「抜かれた」という衝撃から気持ちの整理ができないことも示した。これらの対策のコードは抽出されなかった。

### 3) 医師に対するチーム看護師の困難感とケアの変化

医師に対する困難感は【医師・看護師間の薬剤使用に関する考えの違い】【せん妄状況にある患者への配慮不足】の2つであった（表Ⅱ-3）。

#### (1) 【医師・看護師間の薬剤使用に関する考えの違い】

薬剤に対する医療者間の認識の違いを表す4つのサブカテゴリーで構成された。

『心機能悪化を理由とする鎮静への不対応』は、[患者が夜中に急にせん妄になり、医師はすぐに抑制というけど、抑制された患者は余計に興奮し、さらに心機能を悪化させると判断し、鎮静薬を依頼したが、医師は不整脈が起こると指示しなかった]など、看護師はせん妄で心機能が悪化すると判断し鎮静指示を医師に求めたが、医師は鎮静薬の副作用を懸念し抑制を指示した。しかし、抑制で患者をさらに興奮させ、全身状態を悪化させ、医師との判断の違いで看護師は悩んだことを示した。

『医師間の薬剤使用基準の不明確さ』は、[看護師は鎮静スケールの使用も薬剤も慣れていないのに、医師はスケールで指示をしている]など、鎮静スケール使用の不慣れや薬剤に関する知識の不十分さから医師の指示に戸惑うことを示した。

『強いこだわりによる不十分な鎮痛薬の使用』は、[医師は、NSAIDsによる腎障害や血小板低下を嫌がり、アセトアミノフェンを使用している]など、医師は副作用を嫌がるが、アセトアミノフェンだけでは患者の痛みの除去が不十分であることを示した。

『院内せん妄ケアチームへの相談拒否』は、[せん妄の可能性があると言っても、医師によっては院内せん妄ケアチームに相談を拒んだ]ことを示した。

これらの対策として、〈当直医に鎮静薬の中止の有無を尋ねる〉、〈医師も活用ができる薬剤一覧表を院内せん妄ケアチームに作成を依頼し、病棟に配置する〉など〈せん妄患者に使用する薬剤に関する医師との調整と方策〉を立案した。また、看護師自身の知識の向上が必要なため〈鎮静薬に関する勉強会を医師に依頼する〉、〈医師が指示した鎮静薬使用での困りごとを振り返る機会を持つ〉など〈せん妄患者に使用する薬剤の勉強会と振り返り〉を立案した。その結果、‘薬剤一覧表が完成し、どこでも病棟でみることができると、医師と共に活用していた’と“薬剤一覧表の完成と活用”ができた。そして、事例検討で“医師へのインシデント予防に関する働きかけの重要性”に気づいた。

#### (2) 【せん妄状況にある患者への配慮不足】

医師がせん妄患者に対する看護師の苦悩をくみ取ってくれないことを表す3つのサブカテゴリーで構成された。

『医師に伝わらない事故・自己抜去に対する看護師の苦悩』は、[医師もまた抜かれたみたいなお態度をみせる]と医師が事故・自己抜去に至る原因については何も聞かずに不快な態度をみせることを示した。

『せん妄の要因に対する認識不足』は、[ハイケアユニットの環境がオープンなので悪いと医師はいう]と環境がせん妄の原因であると医師が考えていることを示した。

『体重測定に対するこだわり』は、[時間通りに体重測定をしていないと医師に怒られる]と医師が患者のペースに合わせられないことを示した。

これらは、看護師がせん妄患者を苦勞してケアしているプロセスに医師は焦点をあてず、事故・自己抜去された、環境だから仕方ないと結果だけに焦点をあて、看護師は努力しているつらさを医師にわかってもらえない不満を示した。

これらの対策のコードは抽出されなかった。

## VI.考察

本研究開始前、看護師たちは、心臓疾患がベースにある患者が安静を遵守しないと全身状態が悪化しかねない状況に陥るため薬剤で抑えるしかないと考えていた。しかし、看護師たちは、今までのせん妄患者への対応では不十分と感じ、適切なせん妄ケアとは何かについて考えようとしていた。また、看護師は、暴力に対する恐怖や不安が絶えずつきまとうせん妄患者の対応に困難感を抱き、疲労困憊しており、陰性感情をもっていた。そのため、研究者は、実践者と協働して行う AR を用いて、せん妄ケアを考える事例検討会を行った。事例検討では、看護師個々では解決できない課題をチーム会で話し合っ て対策を立て、病棟看護師に協力を求め実施した。その結果、せん妄ケアの成功体験を導き、病棟全体に変化を起こすことができた。そして、チーム会は陰性感情を語る場としての役割を果たした。さらに、チーム会での①せん妄ケアを提供する上での課題、②課題を改善するための方策、③チーム看護師の気づき、④チーム看護師を含む病棟看護師の行動の変化の循環により、看護師のせん妄に対するケアに変化があったと考える。

### 1.せん妄ケアに関する「陰性感情」を語る場としてのチーム会の開催

チーム会はチーム看護師がせん妄ケアで感じている陰性感情を吐露するところから始めた。その結果、せん妄患者に対する苦手意識や負の体験を語ったにもかかわらず、せん妄ケアに関する成功体験を導いた。その成功要因は3つあったと考える。

第一の要因は、チーム会で、せん妄ケアを提供する上での課題を明確にし、課題を改善するための方策をたて、チーム看護師と振り返りを行い、自分の気づきやチーム看護師を含む病棟看護師の行動の変化を知ってもらうように言語化したことである。事例の振り返りから薬剤使用の困難感を言語化したことによって、自分以外の看護師も同様に悩んでいたことが共有でき、チーム看護師の提案は病棟看護師から承認を得て実施されるようになった(図Ⅱ-3)。その結果、チーム看護師は病棟看護師よりケアの承認を得たことで、看護の充実感を味わうことができ、自信のなさが払拭され、せん妄患者に対する陰性感情の軽減につながった。チーム会での事例検討は、支援の妥当性や課題を探るための意見交換の機会となり、それを通して、自分だけでなく他の看護師の気づきを知り、自分たちの看護観の揺らぎを自信につなげる場となった。長田ら(2013)は、「問題意識や役割を持っている人を中心に、困難感を感じている当事者自身がアクションを起こすことで、より良いケアの環境づくりに向けた変化を起こすことができる」と述べている。本研究でも現状のせん妄ケアに疑問を抱いた看護師が中心となってチーム会を結成し、チーム内で共有したことを病棟へ発信できたことがせん妄ケアの対応力を向上させる一助につながったと考える。ベッドサイド看護師が求めているのは、教育や研修などの物的資源よりも毎日のケアの中で相談のできる人的資源である(島谷ら、2012)。そして、チーム看護師は、チーム会での学びや気づきで自信をつけ、病棟看護師への相談者としての役割も担うことができたと考える。

第二の要因は、チーム会の開催を勤務時間外に設定し、仕事を終わらせてゆっくり振り返る時間を確保したことである。勤務終了後にチーム会を開催すると、部署を離れてじっくり検討できる。そして、ゆっくりと時間をかけて、お互いのせん妄ケアに対する考え方を共有する機会となるだけでなく、新人や異動者に対するせん妄の教育や病棟看護師に対するせん妄評価に関する記録の周知、鎮静管理などさまざまなシステムを見直す機会になった。また、個々の看護師が直面しているせん妄ケアに関する意見を出し合い、せん妄患者の状況を整理し、何度も話し合い、方策を導き出すことで、チームで問題を解決する場になったと考える。

第三の要因は、事例検討会の参加に際し、準備の負担を与えなかったことにある。チーム看護師にとってチーム会の参加が負担にならないように、せん妄ケアに関する疑問点等の意見交換が自由にできるようにしたこと、お互いを非難することなく話し合える場としたことである。そして、事例提供に関しては、参加者の負担を少なくするため事前準備は

せず、その時に気になったせん妄患者事例について話し合った。そして、お互いのせん妄ケアに関する困難感を語るだけでなく、せん妄ケアの成功体験やフィードバック、研究者からのワンポイントアドバイスを実施し、病棟の状況にあった方策を立て、病棟に周知したことが成功要因となった。瀧口ら（2007）のせん妄ケア改善の定着と同様、看護師が主体的に運営したこと、参加に伴う負担を最小限にしたこと、来てよかったと参加者が思える取り組みができたことでよい成果が出せたと考える。

## 2. 看護師のせん妄に対するケアの変化

本研究は、自分たちが学んだことや気づいたことを病棟看護師に伝えるだけでなく、ガイドライン等で述べられているせん妄ケアを再度確認し、自施設で可能な方法を吟味し、病棟の状況にあった方策を提案し実践した。その結果、実践の成功体験から手ごたえを感じ、さらにケアを広め、チーム看護師以外の病棟看護師も行動を変容させるという循環が起った。これは、Li PL et al.（2010）、Day J et al.（2008, 2009）の報告と同様、そのままガイドライン等を導入するのではなく施設の状況に即したものを導入したことがよい結果を生んだ。

長谷川（2017）は、せん妄対策のアウトカムは患者側だけでなく、医療者側の効果も測定することが重要と述べている。本研究では、医療者側の効果の1つとして看護師のせん妄に対するケアの変化を知ることができた。

### 1) せん妄評価の導入によるケアの変化

Page&Ely（2013）はせん妄評価の継続の重要性を述べた。また、スケール導入を目的にした教育研究（Page et al., 2009; Estwood et al., 2012）では、せん妄評価が導入できても、「他の医療スタッフの協力不足」、「せん妄評価における価値の認識不足」など、せん妄評価の重要性に関する認識だけでは継続の困難さがあると明らかにした。本研究では、DSTの浸透後、せん妄の判断に難渋するだけでなく、看護師に対する困難感サブカテゴリーにおいて『短期間での病棟滞在による患者把握の不十分さ』や『記録上にせん妄状況を表現する難しさ』など記録方法の困難感も明らかになった。そこで、病棟での使用に関する困りごとをチーム会で共有し、困難感の内容から〈昼夜の変化を判断して、夜にDSTを使う〉〈DSTの結果だけでなく看護記録も残す〉など「せん妄評価の普及と方策」を具体的に示した。そして、実施・評価を繰り返した後、“せん妄評価の日々の実施と実態把握”ができた。また、せん妄評価の結果に応じて、離床センサーを設置するなど、“せん妄評価の活用

による抑制具の選択”ができ、DST をケアに活かした。このように、チーム看護師が継続的にせん妄評価を普及させただけでなく、施設の状況に即した内容となるよう事例検討などを重ねることで施設仕様に変更し、日々の実践に定着させることできた。

以上から、定期的なせん妄評価で、せん妄患者を把握でき、評価に基づいて抑制具の選択ができた。これにより、評価を可視化し、さらに実践を重ねることができたと考える。せん妄の発生率を減少させるには、せん妄の評価と予防介入を行うことである (Ogawa et al., 2017)。本研究でもせん妄評価を継続し、その評価をケアに活かす循環ができれば、せん妄予防につながる可能性が高い。

## 2)安全確保に対するケアの変化

本研究では、見守りの困難さなどの看護体制の問題として困難感サブカテゴリーにおいて患者に対する『危険な不穏行動』『事故防止のための抑制に対する拒否』、看護師に対する『看護師自身のゆとりの幅に左右される抑制と見守りのタイミング』を明らかにした。これは、浦野ら (2016)、倉岡ら (2016) の研究と同様に、自己抜去、転倒・転落に関することが看護師の困難感をもたらしていることを示した。

また、本研究でわかったことは、看護師に対する『事故・自己抜去の行為による看護師の精神的ダメージの大きさ』や医師に対する『医師に伝わらない事故・自己抜去に対する看護師の苦悩』は、当事者に対する他の医療者からの事故後のサポートの不十分さが浮かび上がった。さらに、患者に対する『せん妄を招きやすい転棟に伴う混乱』や『環境刺激の過多』は、施設体制の問題であるといえる。そこで、安全確保の方策として、《せん妄のリスク評価を取り入れた方策》、《日々の病棟業務の中での短時間の事例検討》、現状認知として《鏡を使った挿入物の確認》を行い、《家族に患者の認知機能に関する情報収集と積極的な患者とのコミュニケーションの促進》を依頼した。また、最小限の抑制では、《自己抜去を防ぐための判断と挿入物留置に関する管理方法》《家族にケアへの参加方法の具体的な提示》を行った。その結果、患者が不快に思う感情に着目して“挿入物抜去に関する判断と実践”をした。環境調整では、《患者周囲の環境整備》を行い、病棟全体で“転棟時オリエンテーションの徹底”を行った。そして、具体的な対策を立案し、病棟看護師に対策が受け入れられ、実施ができた。このように、医療安全上の問題は、施設全体で取り組むべきものであり、組織の対応によって、看護師を含む医療者のせん妄に抱く困難感の軽減につながると考える。看護師の患者への対応力が高まると、せん妄の対策がうまくいき、せん妄発症予防やせん妄症状が軽減されるという好循環が生まれる。さらに、



効果的なせん妄ケアができると、看護師の困難感や疲弊も軽減すると考える。

### 3)せん妄の教育の導入によるケアの変化

本研究では、第2回のチーム会から病棟におけるせん妄の教育が検討された。チーム看護師も新人や異動初期の頃に、せん妄患者の対応や薬剤の使用方法に悩んでいたことを述べ、チーム看護師が行う新人や異動者対象のせん妄の教育の開始を検討した。石川、塩田(2014)は、せん妄の困難感を減らすための方策として、勉強会の開催やチームメンバーの知識の共有・活用は知識の獲得やケアが改善すると報告している。また、小川ら(2016)は、せん妄の教育をうけたことで、「せん妄を早期に認識できる」「看護スタッフ同士でのせん妄ケアのカンファレンスが増えた」「医師とせん妄のケアについて話せるようになった」と報告している。本研究も同様に、全局面を通じて、せん妄の教育に関する話が話し合われ、その都度、方策を立て実施したことによって、チーム看護師だけでなく、病棟看護師の行動に変化が起こった。新人や異動者へのせん妄の教育では、チーム看護師が新人に意図的に関わったこと、新人が薬剤の相談をしたこと、新人がせん妄患者の状況を詳細に記録できたことなど、看護師のせん妄患者に対するケアの変化がみられた。また、せん妄患者の急変事例から、チーム看護師を含む病棟看護師は、鎮静管理の重要性を改めて知ることとなり、チーム看護師による鎮静評価の勉強会が開催され、その後、病棟看護師による非薬物介入の実施、ハイケアユニットの看護師による鎮静スケールを用いた鎮静評価ができた。このように、せん妄の教育は、エビデンスのある知識をそのまま教授するのではなく、教育の方法、たとえば、どのような時期(せん妄患者は夜間に発症することを考え、新人などが夜勤に入るところ)、内容(当該病棟で必ず知ってもらいたいこと、よく使用される薬剤の知識など)、夜勤でのOJT(抑制の判断に関する共有)など、施設の課題を見据えた方策であれば、臨床の看護師は理解しやすく実践に取り込みやすいと考える。

## V.本研究の限界と課題

本研究の限界は、一病棟で行った研究より得られた結果であり、看護師のせん妄に対するケアの変化について述べただけにとどまっている。せん妄の教育のアウトカムを知るには、看護師を含む医療者側、患者側の両方を調査する必要がある。今後、アクションリサーチによる教育介入前後のせん妄発症者の実態を調査する必要がある。

## VI.結論

循環器疾患患者にかかわるせん妄ケアチームと研究者と一緒に事例検討を行い、せん妄に対する意識やケアに変化がみられた。

1. 看護師は、せん妄評価を単に導入するだけでなく、それに関連する問題点に気づき、具体的に対策を立案して実施することができた。このように行動レベルまで落とし込んだ対策・実施・評価を繰り返す循環ができれば、看護師のせん妄ケアを変化させる可能性がある。
2. 事例の振り返りでせん妄患者に対する困難感をお互いに言語化し共有することは、看護師の陰性感情の軽減につながる可能性がある。
3. せん妄評価の導入、さまざまな安全確保の方法の提案、せん妄の教育の導入により、看護師のせん妄に対するケアに変化がみられた。

### 第3章 せん妄に対する教育介入前後の新規せん妄患者の実態調査（第3研究）

#### I. 目的

第2研究の結果、「継続的にせん妄評価を行い、評価をケアに活かせた」、「薬剤使用に関する情報共有ができた」「他職種と薬剤の一覧表を作成し、活用ができた」「アクションリサーチ終了後もせん妄カンファレンスやせん妄に関する記録が継続できている」「研究参加者たちが新人や異動者向けにせん妄の教育をした」「腹部大動脈瘤手術後患者のせん妄に関する実態調査を行い、病棟へ現状と課題を報告した」などの医療者側の行動変容が見出された。

第1研究で述べたように、せん妄の教育介入の評価は、せん妄スケールの遵守率の調査 (Devlin et al., 2008b)、教育介入前後のせん妄に対する知識の変化 (Pun et al., 2005) を調査したものがほとんどで、評価時期も教育介入前後だけで終わっている。本研究の実施施設では、AR 終了後もせん妄評価やチーム看護師による教育が継続されているが、今回の教育介入の効果を示すためには、患者への影響を確認する必要があると考えた。

本章は、教育介入前後の研究実施病棟におけるせん妄患者の実態調査を行い、教育介入による患者のアウトカムへの影響を明らかにすることを目的とした。

#### II. 方法

##### 1. 研究の概念枠組み（図Ⅲ）

本研究の概念枠組みは、せん妄要因をもつ循環器疾患患者に、非薬物介入、薬物介入を実施することで、せん妄発症が減少するのではないかと考えた。詳細な項目は以下に示した。

##### 1) 患者背景

患者背景は、診療科、せん妄の発症要因 (Lipowski, 1990) で構成した。せん妄の発症要因は、ガイドライン等でエビデンスのある項目や先行研究の実態調査でせん妄の要因として明らかになった項目 (Koster et al., 2011; Zaal, Devlin, Peelen, & Stooter., 2015; McPherson et al., 2013; The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults., 2015; Michaud et al., 2007; 日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班, 2015; Siddigi, Harrison, Clegg, Teale, & Simpkins., 2016) を参考にした。準備因子は、せん妄ハイリスク要因といわれる年齢、性別、認知障害、脳血管疾患、精神疾患、過去のせん妄歴とした。直接因子は、直接入院の理由となる疾患、

手術または血管内治療とした。促進因子は、環境要因となる在棟場所とした。

## 2) 非薬物介入

非薬物介入で、せん妄の期間は変わらなかったが、入院期間中のせん妄の発生が減少したと報告がある (Khan BA et al., 2012)。そのため、非薬物介入のせん妄ケア実施状況について先行研究をもとに構成した (Gosselt, Stooker, Boere, & Zaal., 2015; Innouye et al., 2014; Koster et al., 2011; Michaud et al., 2007; 日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班., 2015; The American Geriatrics Society Expert Panel., 2015; Page & Ely, 2013)。非薬物介入の項目は、せん妄リスク評価、感覚障害のケア、薬剤を使用しない睡眠ケア、騒音や光の低減ケア、適正な水分管理、不動化を避けるケア、見当識への刺激ケア、便秘のケア、患者教育、家族参加および教育、ライン管理、重症アセスメントとした。それぞれの具体的な内容を表Ⅲ-1に示す。

## 3) 薬物介入

薬物介入は、第1研究で検討した文献 (van den Boogaard et al., 2009; Robinson et al., 2008; Skobik et al., 2010; Estwood et al., 2012) を参考にした。薬物介入の項目は、鎮痛薬、ベンゾジアゼピン系薬、抗精神薬、漢方薬の使用患者数とした。

## 4) アウトカム

アウトカムは、第1研究で検討した教育介入前後の調査項目 (Robinson et al., 2008; Skobik et al., 2010; van den Boogaard et al., 2009; Robinson et al., 2008; Estwood et al., 2012)、せん妄予防介入レビューの文献 (Siddigi et al., 2016) をもとに、在棟期間、転帰、新規せん妄患者数、せん妄持続期間、インシデント (転倒・転落、計画外抜去など) が発生した患者数、身体拘束実施患者数とした。

## 2. 研究方法

診療録による後ろ向き調査

## 3. 研究施設および研究参加者

第2研究の実施病棟に2013年1月～3月または2015年1月～3月に入院した患者

## 4. データ収集期間

データ収集期間をアクションリサーチ介入初期の2013年1月～3月を介入前とし、介入

終了後 2015 年 1 月～3 月を介入後として、各々 3 か月間行った。期間の設定理由は、介入前の 2013 年 1 月以前は、せん妄評価をしていなかった。研究実施病棟では、せん妄評価のスケール導入とアクションリサーチの開始がほぼ同時期であったが、アクションリサーチの効果が開始当初から現れる可能性は低いと考え、2013 年 1 月から 3 月（以下 2013 年）をアクションリサーチ介入前とした。介入後は、介入効果の持続を知るために、介入終了直後でなく、介入終了 1 年後の同時期の 2015 年 1 月から 3 月（以下 2015 年）が適切と判断した。

## 5. データ収集方法

研究実施病棟に入院した循環器内科、心臓血管外科患者の診療録より以下の項目について抽出した。

### 1) 患者背景

診療科は、循環器内科か心臓・血管外科に分けた。

#### (1) 準備因子

年齢、性別、認知障害（認知症の診断がある、または抗認知症薬を服用）の有無、脳血管疾患（脳血管障害、けいれん、脳腫瘍、脳挫傷など）の有無、精神疾患（統合失調症、うつ、気分障害、神経症など）の有無とした。過去のせん妄歴は、循環器内科、心臓・血管外科病棟（以下心臓病棟とする）または心臓ハイケアユニット（以下心臓ハイケア）に入室する前に、他病棟でせん妄が発症した患者もしくは入院前や以前の入院でせん妄が発症した患者を「あり」とした。

#### (2) 直接因子

疾患については、心不全、虚血性心疾患、不整脈、弁膜疾患、大動脈解離、大動脈瘤（胸部、腹部）、その他（肺動脈血栓症など）に分けた。

治療については、侵襲的な治療である手術または血管内治療を受けていれば、「あり」とした。

#### (3) 促進因子

在棟場所は、心臓病棟か心臓ハイケアに分けた。

### 2) 非薬物介入

表Ⅲ-I で示した非薬物介入の項目が、1 回でも実施記録があれば「あり」とした。

### 3) 薬物介入

せん妄に関連した薬剤使用患者数は、鎮痛薬、ベンゾジアゼピン系薬（非ベンゾジアゼピン系含む）、抗精神薬、漢方薬がそれぞれの薬剤を1種類でも使用していれば、「あり」とし、1患者として1カウントした。

#### 4)アウトカム

在棟期間は、日数で計算した。

転帰は、退院か死亡か転棟に分けた。

新規せん妄患者数は、心臓病棟または心臓ハイケアに入院してはじめてせん妄が発症した患者とした。せん妄の有無は、研究実施施設で1日1回ルチーンに評価していた町田（2002）のせん妄スクリーニングツール（DST）を使用した。このスクリーニングツールは、感度98%、特異度76%と報告がある（日本総合病院精神医学会せん妄指針改訂班, 2015）。せん妄発症有無は、1日でもせん妄が陽性であれば、「あり」とした。

せん妄持続期間は、DSTが陽性の日数を計算した。

インシデントが発生した患者数は、転倒・転落、計画外抜去などのインシデントが1回でもあれば、「あり」とした。同一患者での複数回のインシデントは1回と計算した。

身体拘束実施患者数は、患者の身体に密着する抑制具を1回でも使用の記録があれば「あり」とした。

## 6. 分析方法

アクションリサーチを用いた教育介入前後の新規せん妄患者の実態と教育介入による患者アウトカムへの影響を明らかにするために以下の分析をした。

### 1)2013年と2015年に心臓病棟と心臓ハイケアに入院した患者の特徴

年齢はt検定、在棟期間はマンホイットニーのU検定を行った。診療科、性別、認知障害の有無、脳血管疾患の有無、精神疾患の有無、過去のせん妄歴の有無、疾患、手術または血管内治療の有無、在棟場所、転帰、新規せん妄患者数は、 $\chi^2$ 検定を行った。

### 2)2013年と2015年の新規せん妄患者の比較

年齢、在棟期間、せん妄持続期間はマンホイットニーのU検定を行い、診療科、性別、認知障害の有無、脳血管疾患の有無、精神疾患の有無、過去のせん妄歴の有無、疾患、手術または血管内治療の有無、在棟場所、転帰、インシデントが発生した患者数、身体拘束実施患者数は、 $\chi^2$ 検定を行った。

### 3)2013年と2015年の新規せん妄患者における非薬物介入、薬物介入の比較

非薬物介入、薬物介入の実施患者数については $\chi^2$ 検定を行った。

すべての統計処理は、SPSS 23 Statistics for Windows を用い、有意水準 5% で検定した。

なお、研究実施施設は、心臓病棟と心臓ハイケアが 1 つのセンターとして構成されている。たとえば、循環器内科患者で緊急入院の場合、救急外来から循環器系集中治療ユニットへ入院後、心臓ハイケアを経て心臓病棟へ移動する。また、心臓外科患者の場合、心臓病棟へ入院後、手術後は外科系集中治療ユニットを経て、外科系ハイケアユニットから心臓病棟または心臓ハイケアへ移動する。そのため、1 人の患者が、施設では入院から退院までに数か所を移動し、複数回の転入・転棟は延患者数で処理を行った。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、名古屋市立大学看護学部の研究倫理委員会の承認（大学承認番号 17033）を得た後、研究施設の倫理審査会の承認（施設承認番号 zn180805）を得た。研究期間中に、入院した患者に対し診療録閲覧の依頼をした。閲覧項目は、診療科、年齢、性別、疾患名、在棟期間、手術または血管内治療の有無、既往（認知症、精神疾患、脳疾患）、せん妄の有無、せん妄状況とした。また、匿名性の保持、個人が特定されないようデータの厳重な保管の厳守、学内外での公表について示した。これらの内容が書かれた「研究協力のお願ひ」を研究実施施設の外来に掲示し、病院のホームページに掲載した。

## III. 結果

### 1. 2013 年と 2015 年に心臓病棟と心臓ハイケアに入院した患者の特徴

心臓病棟または心臓ハイケアに入院した患者は、2013 年延べ 414 人、2015 年延べ 453 人であった（表 III-2）。

#### 1) 患者背景

診療科は、有意差がなかった。

#### (1) 準備因子

年齢は、2013 年 71.0 $\pm$ 12.5 歳、2015 年 72.4 $\pm$ 12.6 歳で、有意差がなかった。

性別は、男性が 2013 年 284 人（68.6%）、2015 年 321 人（70.9%）で、60%以上を占めたが、有意差はなかった。

精神疾患は、2013 年 48 人（11.6%）、2015 年 6 人（1.3%）で、2013 年の方が有意に

多かった ( $\chi^2=39.061, df=1, p<.05$ )。

認知障害、脳血管疾患、過去のせん妄歴の有無は、有意差がなかった。

(2)直接因子

疾患、手術または血管内治療の有無は、有意差がなかった。

(3)促進因子

在棟場所は、有意差がなかった。2013年273人(65.9%)、2015年307人(67.8%)と60%以上の者が心臓病棟に入院した。

2)アウトカム

在棟期間、転帰は、有意差がなかった。

新規せん妄発症患者数は、2013年16人(3.9%)、2015年23人(5.0%)で、有意差がなかった。

## 2. 2013年と2015年の新規せん妄患者の比較 (表Ⅲ-3)

1) 患者背景

診療科は、有意差がなかった。

(1)準備因子

年齢は、2013年79.5(57-94)歳、2015年83(58-101)歳で、有意差はなかった。

認知障害、脳血管疾患、精神疾患の有無は、有意差がなかった。

過去のせん妄歴は、2013年11人(68.7%)、2015年12人(52.2%)で50%以上を占めたが、有意差はなかった。

(2)直接因子

疾患は、有意差がなかった。

手術または血管内治療ありの患者は、2013年6人(37.5%)、2015年2人(8.7%)で2013年の方が有意に多かった ( $\chi^2=4.801, df=1, p<.05$ )。

(3)促進因子

在棟場所は、有意差がなかった。心臓ハイケアが2013年11人(68.7%)、2015年18人(78.3%)で、60%以上を占めた。

2)アウトカム

在棟期間、転帰、せん妄持続期間は、有意差がなかった。

インシデントが発生した患者数は、有意差がなかった。せん妄患者1人につき複数回



のインシデントが発生した患者数は、2013年0人(0%)、2015年3人(13.0%)であった。インシデントの内容については、2013年は栄養チューブ計画外抜去1件、点滴計画外抜去1件で、2015年は点滴計画外抜去6件、転倒4件であった。

身体拘束実施患者数は、2013年4人(25%)、2015年4人(17.4%)で、有意差はなかった。

### 3. 2013年と2015年の新規せん妄患者における非薬物介入、薬物介入の比較(表Ⅲ-4)

#### 1) 非薬物介入

せん妄リスク評価は、2013年0人(0%)、2015年10人(43.4%)で、2015年の方が有意に多かった( $\chi^2=9.355$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ )。

見当識の刺激ケアは、2013年7人(43.8%)、2015年0人(0%)で、2013年の方が有意に多かった( $\chi^2=12.264$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ )。

便秘のケアは、2013年9人(56.3%)、2015年5人(21.7%)で、2013年の方が有意に多かった( $\chi^2=4.884$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ )。

その他の項目は、有意差がなかった。

非薬物介入において実施率が50%以上の項目は、2013年は、重症アセスメント、便秘のケア、不動化を避けるケア、適正な水分管理、2015年は、重症アセスメント、不動化を避けるケア、適正な水分管理であった。

#### 2) 薬物介入

ベンゾジアゼピン系薬使用患者数は、2013年10人(62.5%)、2015年5人(21.7%)で、2013年の方が有意に多かった( $\chi^2=6.624$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ )。

鎮痛薬、抗精神薬、漢方薬使用患者数は、有意差がなかった。

## IV. 考察

### 1. 2013年と2015年の新規せん妄患者の比較

新規せん妄患者数は、2013年16人(3.9%)、2015年23人(5.0%)で有意差はなかった。有意差がなかった理由として、次の2点が考えられた。

1点目は、データ収集期間が短かったことである。せん妄のスケールが2013年1月以前には導入されていないため、スケールによるせん妄の評価ができなかった。そこで、教育介入当初は、せん妄のケアが病棟全体に浸透するのに時間がかかるであろうと推察された

ため、2013年1月～3月を教育介入前の期間と設定した。さらに、循環器内科患者は、季節性があり、夏季と冬季では患者数だけでなく、冬季は重症患者が多く、患者層にも影響する。そのためできるだけ同じ患者層になるように同時期とした。その結果、データ収集期間を3か月間とせざるを得なかったことが関係していると考えられた。

2点目は、新規せん妄患者数が少なかったことである。先行研究 (Salluh al., 2015) では、せん妄発症率が 31.8 (9.2～91.0) %であったが、本研究では、2013年 3.9%、2015年 5.0%と教育介入前後とも低かった。そのため、新規せん妄患者のサンプル数が小さく、統計上有意差がみられなかった。

## 2. 循環器疾患患者におけるせん妄ケアの実施状況

### 1) 研究実施施設におけるせん妄ケアの状況

せん妄ケアの実施率が50%以上の項目は、2013年が「重症アセスメント」、「不動化を避けるケア」、「便秘のケア」、「適正な水分管理」であった。一方、2015年は、「重症アセスメント」、「不動化を避けるケア」、「適正な水分管理」であった。先行研究 (伊藤, 明石, 2015) では、実践度の高い項目は、「患者の身近な人への協力要請」「睡眠覚醒リズムの調整」「安全の保障」の順で、誘発因子への対策に重点が置かれ、本研究では、せん妄の直接因子へのケアに重点が置かれた。とくに、循環器疾患患者では、排泄コントロールや水分管理が不十分になると、循環動態が崩れることを臨床で経験する。そのため、循環動態を安定させる上で、適正な水分管理や便秘のケアは重要な生理的ニーズを満たすケアとして、本研究ではこれらのせん妄ケアの実施状況が高かったと考える。また、不動化を避けるケアとしての早期リハビリテーションは、せん妄の発症や持続期間の短縮につながるということが知られている (一般社団法人日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会., 2015)。そのため、フレイル予備軍の高齢者が多い循環器疾患患者は、安静を解除すると、積極的に早期離床を看護師は意識的に行っていたと考える。

### 2) 非薬物介入における 2013年と 2015年の比較

せん妄のリスク評価が実施された患者は、2013年は0人であったが、2015年は10人と有意に増えていた。この結果は、教育介入の中でせん妄評価の重要性について何度も話し合わせ、重要項目として認知されたためと考える。これは、スケール評価によって見過ごしを最小限に抑え、せん妄のリスク評価の見直しをするという行動の変化が看護師にあった可能性がある。

見当識刺激へのケアが、2013年と比較して、2015年は有意に記録が少なかった。教育介入後も、病室にはカレンダーや時計を設置している光景が散見されたが、2015年の記録では、見当識の記録を意識レベルの確認として残っており、見当識刺激のケアとして認識していない可能性が高い。その理由は、入院時のオリエンテーションで、カレンダーや時計を持参してもらえようパンフレットに掲載されていること、見当識を確認していても問題がなければ記録に残っていないことが考えられる。先行研究 (Felip, Ana, Carla, Eduardo. 2017) では、感覚障害へのケア、家族参加、環境調整、睡眠ケアの遵守率が99%以上であるのに対し、見当識オリエンテーションは60%と低かった。その理由として、これを実施することを特別なこととっていなかったと報告している。本研究でも、実施が当たり前と考えていた可能性がある。見当識刺激のケアは、せん妄の予防としてエビデンスがある (Michaud et al., 2007; The American Geriatrics Society Expert Panel., 2015; Siddigi et al., 2016) ため再度認識してもらえようように対策を考えたい。

便秘のケアも2015年の方が有意に少なかった。循環器疾患患者では、便秘のケアは、水分管理と同様に重要な項目である。水分制限で便自体が固くなり、便秘を誘発し、排便時の努責で血圧を上昇させ、心血管系へ負担がかかり、心筋梗塞や不整脈、脳卒中を発症する可能性があるため、排便管理は重要なケアである。2015年の便秘ケアの実施数が少なかったのは、すでに緩下剤等で調整しており、看護問題として便秘をあげるほどでなかったのかもしれない。

### 3) 薬物介入における2013年と2015年の比較

ベンゾジアゼピン系薬剤の使用は、2013年に比べ2015年で有意に減少していた。ベンゾジアゼピン系薬剤の投与は、薬物離脱せん妄を発症することが知られている (日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班, 2015)。ベンゾジアゼピン系薬剤の使用については、第2研究の結果で示すように、薬剤の使用法 (図II-2) や病棟におけるせん妄の教育 (図II-9) の薬剤一覧表の活用、薬剤に関する勉強会の実施、日々のカンファレンスでせん妄患者の眠剤調整などの行動の変化が生じていた。せん妄の薬剤調整に関する記録も散見され、看護師たちは、ベンゾジアゼピン系薬剤がせん妄誘発に大きくかかわっていることを認識し、薬剤使用が減ったと考える。

## V. 研究の限界と課題

本研究は、研究実施施設でせん妄スケール導入時期と第2研究の開始時期とが重なり、

介入前のデータ収集期間に影響した可能性がある。疾患の特徴から、データ収集期間を同時期に設定したために、収集期間が短くなってしまった。その結果、データ数が少なくなり、比較自体が難しかった。

患者のアウトカムによってせん妄ケアに対する教育介入の効果を検証するためには、せん妄の発症率や重症度、疾患の重症度も調査に追加するほうがよかったと考える。

## VI. 結論

循環器疾患患者における教育介入前後の新規せん妄患者の比較から、以下のことが明らかになった。

1. 新規せん妄患者数は、教育介入前後で有意差はなかった。
2. 新規せん妄患者に対する薬物介入の比較において、教育介入前と比べて介入後は、見当識刺激のケアや便秘のケアの実施患者数が少なく、せん妄リスク評価の実施患者数が多かった。せん妄のリスク評価は、教育介入の効果であると考えられる。
3. 新規せん妄患者に対する薬物介入の比較において、教育介入前と比べて介入後は、せん妄の誘因となるベンゾジアゼピン系薬剤の使用が有意に少なかった。これは、教育介入による薬剤一覧表の活用、眠剤調整カンファレンス、薬剤に関する勉強会などの効果であると考えられた。

## 終章

### I. せん妄ケアの質の向上を目指した看護師に対する教育的戦略

本研究は、循環器疾患患者におけるせん妄ケアの質の向上を目指した看護師に対する教育的戦略を構築することを目的とした。

序章でも述べたように、せん妄の教育に必要な知識内容（せん妄要因、スケール、ケア内容等）については、ガイドライン等で発表され、ある程度のコンセンサスが得られている。それらの知識内容を教授する方法として講義やテストなど複数の方法を用いれば、知識がアップし、一時的にせん妄のケアに変化が起きる。しかし、知識を維持し、実践も継続できているかについては不明のままであることがわかった。せん妄のケアがガイドライン等で発表されているにもかかわらず、スムーズに浸透しない理由は、せん妄のケアに対する看護師の意識や行動の変化についてリフレクションしないまません妄患者に対応しているからである。その結果、看護師はせん妄患者に対する困難感だけが残ってしまい、苦手意識が芽生える。それを解決する方法として、せん妄ケアの失敗や成功体験を本研究で取り組んだ「振り返る」、「吟味する」、「意味づける」というリフレクションの要素を含むアクションリサーチが適すと考えた。アクションリサーチは、自分の経験と向き合って内省できる良い機会となるだけでなく、悩みを抱える看護師が自らの方法を計画し実践し、アクションから得られた手応えを次の問題解決に活かせることができる。そして、せん妄ケアにおけるアクションリサーチは、せん妄のケアを浸透させ、現場に受け入れられ、アクションを続けることができ、看護師の行動に変化を与え、せん妄のケアの質向上につながる教育的戦略になりえるのではないかと考える。

現在、学会等がせん妄のケアに関する知識の普及に努めようと研修会やワークショップ等を開催している。これらの研修に参加する医療者は、せん妄のケアに興味があり、知識を持ち帰り広めようとモチベーションが高い。しかし、実際に職場に持ち帰って研修で学んだケアの計画を推し進めようとしても、職場の人々がすべて同じような思いをもつ人ばかりでない。そのため、職場内で意見が対立することもあるし、ましてや管理者の協力がなければ、計画はすすまない。まずは、せん妄の知識を一方向から教授する方法でなく、せん妄患者に対応できる方策をともに考えてくれる人材とチームを組んでいく必要がある。とくにせん妄患者の対応は、さまざまな要因が複雑に重なり合うために、個々の患者の特徴をよく知ること、患者にとって何が必要かを知ることがとても重要である。研究実施施設における院内せん妄ケアチーム活動に関するアンケートでは、90%以上の病棟は、

せん妄患者のケアの相談ができる機会を求めた。このように、一人でせん妄の対策を考えるより、チームでかかわることがせん妄に対する困難感を軽減させることができる。本研究は、アクションリサーチを用い、せん妄患者に対するケアの経験を語り、その状況をチームで共有し、語り手の感じたことに共感して、何が良くて何が悪かったのかを評価し、その学びを引き出す作業を行った。図Ⅱ-1で示すように、チーム会では、課題➡改善のための方策➡チーム看護師の気づき➡行動の変化の循環がみられた。これは、松尾

(2019)が提唱するリフレクションの中の作業と一致しており、経験から学んでいたことが明らかになった。このように、チーム会で語られた内容から、課題や方策がみつき、病棟看護師に協力を求めてそれを実行し、さらに評価して、修正し、また病棟へアクションをするという循環が起こった。これは、小さなアクションプロセスを何度も繰り返しながら、目標であるせん妄ケアの質の向上に向かっていったと考える(図Ⅳ)。さらに、せん妄患者に対する失敗の経験だけでなく、成功体験にも目を向けたことで、「次の方策を考え、やってみる」ことにつながった。その結果、成功の振り返りは、強みを引き出し、次のチャレンジを導いたと考える。

以上の結果から、せん妄ケアの質の向上に、行動変容を促すための教育的戦略が必要であるということがわかった。一般のせん妄患者のケアを知識として伝えるよりも、その施設での課題も含めた対策を周知する方が、施設に即したせん妄のケアとして認識され、のちの行動に影響を与えるかもしれない。そこで、せん妄患者に対するものの見方や思い込み、偏見、価値観などを批判的に振り返り、検討することが行動変容のきっかけになるのではないかと考える。

松尾(2019)が、経験学習リーダーシップの中で、ギブスの考え方を参考にリフレクション支援の3ステップのモデルを提唱した。モデルでは、部下と共に上司が①事実の確認➡②共感➡③評価を循環させていく。そして、評価の中では、分析➡教訓➡アクションプランが含まれている。本研究も同様に、研究者がチーム看護師とともに、①事実確認(リフレクション)➡②共感➡③評価(困難感、成功体験や失敗体験を分析し対策を考え、実行)を循環させ、一緒に考える機会をもった。そして、失敗だけでなく、成功にも目を向け、事実の確認をした。これらのプロセスを踏むことで、チーム看護師は、やりがいも感じ、新しいことに挑戦しようと思えたのではないかと考える。特に、せん妄患者の発生要因は複雑多岐にわたり、個々の患者への対策が必要で、オーダーメイドに近い対策をたてることも多い。その患者に合った工夫と関係者間の情報共有も重要となる。そして、事実確認

(リフレクション) ➡共感➡評価を循環することが、せん妄ケアに対する教育的戦略として使えるのではないかと考える。1つの方法として、事例を用いた小グループでの討論、ポケットカードなどの視聴覚教材や口頭での説明、学習者が継続できる環境づくりなどの方法(The American Geriatrics Society Expert Panel, 2015)を用いる。そして、せん妄ケアリスト ver.1(一般社団法人日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会, ver.1, [https://www.jaccn.jp/guide/pdf/deliriumcarelist\\_ver1\\_20201001.pdf](https://www.jaccn.jp/guide/pdf/deliriumcarelist_ver1_20201001.pdf), 2020. 11. 23)を参考に、事実確認(リフレクション) ➡共感➡評価を循環させながら施設仕様に作成することが効果的な教育的戦略であると考えます。

そこで、せん妄のケアに関する効果的な教育的戦略の4点をまとめた。

1. せん妄ケアの質向上をともに目指せる人材を集める。これは、アクションリサーチでいわれるキーパーソンとなる実践の場における支援者を見出す。
2. せん妄のガイドライン等で述べられている自施設で実施できていることと実施できていないことの差異をチームで共有し、課題を明確にする。
3. 事例検討において自施設での問題点を抽出し、解決策を考えて提案する。
4. 提案された解決策の実施状況を把握し、失敗や成功体験を振り返り、場を設けてフィードバックする機会をつくる。その場において、ケア内容の解決策を修正し、実施・評価を繰り返す。

## II.せん妄に対する教育介入の評価方法

第3章では、教育介入前(2013年)と介入後(2015年)の研究対象施設の入院患者とせん妄患者の実態を診療録より調査することで、介入の評価を行った。2013年、2015年の新規せん妄患者の発生数に有意差はなかった。これは、新規せん妄患者数自体が先行研究と比較すると少なかったことも一因である。研究実施施設では、2008年にせん妄に関する研修、2009年に院内せん妄ケアチームの活動が開始されていた。今回の介入前から看護師がせん妄患者に関心を持ち、せん妄ケアを行っていた可能性があり、それが先行研究よりもせん妄患者数が少ない理由とも考えられる。しかし、せん妄患者のケアに関しては、「見当識への刺激ケア」「不動作を避けるケア」などの誘発因子への対策だけでなく、身体医学的介入の「適正な水分管理」「重症アセスメント」「せん妄リスク評価」などに重点がおかれていたことがわかった。さらに、せん妄の誘因となるベンゾジアゼピン系薬剤の使用が2013年より2015年の方が有意に少なかった。減少を導いた理由は、アクションリサーチ

による教育介入で、医師や院内せん妄ケアチームの協力により薬剤一覧表の作成を依頼し病棟が活用したこと、病棟全体に薬剤に関する勉強会を開催したことで、知識の習得だけでなく、意識や行動を変容させる変化があったと考える。

第3研究は患者への影響を明らかにするために調査したが、AR前後の新規せん妄患者のアウトカムに有意差はなかった。看護師の行動の変化を明らかにする目的であれば、看護師への影響も調査に加える必要があったと考える。先行研究 (McCrow, Sullivan&Beattie, 2014; Hichin, White&Knopp-Shiota, 2017) では、教育介入直後のせん妄の知識の点数は高いが、時間が経過すると点数が下降する。しかし、本研究は、知識の点数を調査していないため不明であるが、AR終了後もせん妄の評価がほとんどの患者で実施されており、新人・異動者の教育の継続、チーム会の継続などの行動が教育介入終了後も続いている。また、第2研究での第3局面の第14回(資料Ⅱ-3)で『せん妄ケアを自由に語られる機会を病棟看護師にも与えたい』『どこにもせん妄患者はいるので地道にせん妄ケアを学ぼう』『チーム会に参加してもらい、ケアを深めることで、患者も看護師もストレスを軽減することができると感じてもらいたい』などとチーム看護師が介入の効果述べている。このように、教育効果を測定するには、AR前後での看護師の評価を加えるべきであったと考える。

### Ⅲ. 本研究の意義及び看護への示唆

本研究は、せん妄のケアの質の向上のために、看護師に対する効果的な教育的戦略は何かについて論じた。今回の研究疑問は、ガイドラインがなぜ浸透しないのかということから始まった。せん妄に関するガイドライン等は、ここ数年、各国からも発刊され、多くの学会が普及しようと活動している。しかし、すぐに浸透しないことが課題であった。そこで、アクションリサーチを用いて研究を行い、経験学習の重要性を知り、方法を見つけ出すことができた。本研究で導き出した方法は、せん妄に関する教育だけでなく、様々な臨床場面での実践教育に使用できるものとする。さらに、2020年度より診療報酬改正に伴い、入院中のせん妄ハイリスク加算が算定されることになった(厚生労働省データベース, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603748.pdf>, 2020. 11. 23.)。これは、入院3日以内にせん妄ハイリスク患者を抽出し、該当患者にせん妄予防を行い、せん妄の発症を減少させることを目的として作られている。そのため、臨床でのせん妄予防の重要性がますます高まっており、せん妄予防の取り組みに期待がかかる。そのため、せん妄予防



を含めたせん妄ケアの重要性が実践の中に浸透できるよう引き続き看護師の行動が変容するように働きかけたい。

#### IV. 研究の限界と今後の課題

本研究ではせん妄のケアを浸透させるための教育的戦略について研究をすすめてきたが、多くの課題は残る。

1. アクションが一施設に限られているため、他施設でも同様の課題があるか、方法が可能かは不明である。
2. 本研究で変化した内容が、その後もアクションが現場で維持され、どのように発展していくのかを明らかにしていく必要がある。
3. 本研究は、看護師のみにせん妄のケアの教育を行ったものである。しかし、せん妄のケアは、多職種で行うことが有効であるため、多職種を巻き込んだ教育的戦略を行う必要がある。
4. せん妄の教育介入の効果を測定するには、患者のせん妄の発生率や持続期間、転帰、患者に実施されたケアとともに、看護師のせん妄に関する知識やせん妄患者への対応など、せん妄ケアの質、量の観点からの評価が必要である。

## 謝辞

本研究を多くの方々のご協力により完成させることができました。研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきました病院長、看護部長をはじめ、本研究に参加いただきました患者様、看護師の皆様にご心よりお礼申し上げます。

ゼミ等で多くのご支援を賜りました名古屋市立大学大学院看護学研究科の益田美津美准教授、中神克之准教授、大学院生の皆様にご感謝申し上げます。

また、合同ゼミや審査等で貴重なご助言をいただきました山田紀代美教授、薊 隆文教授、窪田泰江教授にご感謝申し上げます。

最後になりましたが、長期間にわたり、辛抱強く見守っていただき、鋭いご指摘やご助言を数多くいただいたことを明石恵子教授に深く感謝いたします。

## 引用文献

- Akechi T., Isiguro C., Okuiyama T., Endo C., Sagawa R., Uchida M., ...Furukawa TA. (2010): Delirium Training Program for Nurses, *Psychosomatics*, 51(2), 106-11.
- Awissi DK., Bégin C., Moisan J., Lachaine J., Skrobik Y. (2012) I-SAVE study: impact of sedation, analgesia, and delirium protocols evaluated in the intensive care unit: an economic evaluation, *Ann Pharmacother*, 46, 21-8.
- Barr J., Fraser GL., Puntillo K., Ely EW., Gélinas C., Dasta JF., ...Jaeschke R. (2013): Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit, *Crit Care Med*, 41(1), 263-306.
- Cadogan FL., Riekerk B., Vreeswijk R., Rommes JH., Toornvliet AC., MLH Honing., ...Spronk PE. (2009): Current awareness of delirium in the intensive care unit: a postal survey in the Netherlands, *J Mad*, 67(7), 296-300.
- Day J., Higgins I., Koch T. (2008): Delirium and older people: What are the constraints to best practice in acute care, *International Journal of Older People Nursing*, 3, 170-77.
- Day J., Higgins I., Koch T. (2009): The process of practice redesign in delirium care for hospitalized older people: A participatory action research study, *Nursing studies*, 46, 13-22.
- Devlin JW., Fong JJ., Howard EP., Skrobic Y., McCoy N., Yasuda C., ...Marshall J. (2008a): Assessment of delirium in the intensive care unit: Nursing practices and perception, *Am J Crit Care*, 17(6), 55-65.
- Devlin JW., Marquis F., Riker RR., Robbins T., Garpestad E., ...Skrobik Y. (2008b) Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside, *Critical Care*, 12(1), R19.
- Devlin JW., Skrobik Y., Gélinas C., Neeldham DM., Stooter AJC., Pandharipande PP., ...Alhazzani W. (2018): Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU, *Critical Care Medicine*, 46(9), e825-73.

- 江本リナ (2010) : 第1章アクションリサーチとは, 筒井真優美, アクションリサーチ入門 (第1版), 10-62, ライフサポート社, 神奈川.
- Eastwood GM., Peck L., Bellomo R., Baldwin I., Reade MC. (2012) : A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU, *Aust Crit Care*, 25, 162-9.
- Felipe Martínez., Ana María Donoso., Carla Marquez., Eduardo Labarca. (2017) : Impelementig a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients, *Criti Care Nurse*, 37(6), 36-46.
- Gesin G., Russell BB., Lin AP., Norton HJ., Evans SL., Devlin JW. (2012) : Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly, *Am J Crit Care*, 21(1), e1-e11.
- Gosselt AN., Slooter AJ., Boere PR., Zaal IJ. (2015) : Risk factor for delirium after on-pump cardiac surgery: a systematic review, *Critical care*, 19, 346.
- 濱吉美穂, 松岡千代 (2011) : 臨床看護師に対するエビデンスに基づく高齢者のせん妄予防ケアガイドラインを使用した教育介入の評価, 兵庫県立看護大学地域ケア研究所紀要, 18, 65-80.
- 長谷川真澄. (2017) : 医療機関に求められるせん妄対策. 長谷川真澄, 粟生田友子 (編), チームで取り組むせん妄ケア, 医歯薬出版, 東京.
- Hichin Sharon L., White Sandra., Knopp-Shiota Jennifer. (2017) Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit : Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention, *Intensive6critical Care Nursing*, 41, 43-9.
- 池淵幸. (2011) : コアナースとして取り組んだ病棟へのアプローチ, *看護管理*, 21(3), 235-6.
- Inoue Sk., Foreman MD., Mion LC., Kaz KH., Cooney LM. (2001) : Nurses' recognition of delirium and its symptom, *Arch Inter Med*. 161, 2467-73.
- Innouye SK., Westendrop RG., Saczynski JS. (2014) : Delirium in elder people, *Lancet*, 383, 911-22.
- 井上真一郎, 矢野智宣, 小田幸治, 川田清宏, 岡部伸幸, 内富庸介. (2013) : せん妄を見逃さないための注意点, *精神科治療医学*, 28(1), 1011-7.
- 一般社団法人日本クリティカルケア看護学会 せん妄ケア委員. (2020) せん妄ケアリスト

- ver. 1, [https://www.jaccn.jp/guide/pdf/deliriumcarelist\\_ver1\\_20201001.pdf](https://www.jaccn.jp/guide/pdf/deliriumcarelist_ver1_20201001.pdf), 2020. 11.23.
- 一般社団法人日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会. (2015) : 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, 総合医学社, 東京.
- 石川芳子, 塩田美佐代. (2014) : せん妄ケアにおけるストレスマネジメント, 酒井郁子, 渡邊博幸 (編), せん妄のスタンダードケア, 107, 南江堂.
- 伊藤聡子, 明石恵子. (2015) : クリティカルケア領域における医療者のせん妄の知識・理解・実践・教育の実態に関する文献検討, 日本クリティカルケア学会誌, 11(1), 19-30.
- Khan BA., Zawahiri M., Campbell NL., Fox GC., Weinstein EJ., Nazir A., Boustani MA. (2012) : Delirium in hospitalized patients: implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research—a systematic evidence review, *J Hosp Med*, 7, 7, 580-9.
- 厚労省 : 令和 2 年度診療報酬改定の概要」第 2 部入院料等, 厚生労働省データベース, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603748.pdf>, 2020. 11.23.
- 倉岡有美子, 井部俊子, 松永桂子, 中村綾子, 赤沢雪路, 川嶋みどり, …福榮みか. (2014) : 急性期病院における高齢患者の不穏状態と看護師の困難感, *日赤看会誌*, 14(1), 27-32.
- Koster S., Hensens AG., Schuurmans MJ., van der Palen J. (2011) : Risk factors of delirium after cardiac surgery A systematic review, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 197-204.
- Li PL., Bashford L., Schwager G., Spain R., Ryan H., Oakma M., Firte J., Lockyer M., …Higgins I. (2010) : Clinicians' experiences of participating in an action research study, *Contemporary Nurse*, 35(2), 147-56.
- Lipowski J., Zbigniew. (1990) : *Delirium: Acute confusional states*, 109-140, Oxford University Press, New York.
- 町田いづみ (2002) : 第 4 章 ツールを使え, 2 せん妄スクリーニングツール, 保坂隆, 在院日数短縮化をめざして, 73-76, 星和書店, 東京.
- 松尾睦. (2019) : 部下の強みを引き出す経験学習リーダーシップ, ダイヤモンド社, 東京.
- McCrow J., Sullivan KA., Beattie ER. (2014) : Delirium knowledge and recognition : A randomized controlled trial of a web-based educational intervention for acute care nurses, *Nurse Education Today*, 34, 9120917.

- McPherson JA., Wagner CE., Boehm LM., Hall JD., Johnson DC., Miller LR., …Pandheripande PP. (2013) : Delirium in the cardiovascular ICU: exploring modifiable risk factors, *Crit Care Medicine*, 41(2), 405-13.
- Michaud L., Büla C, Berney A., Camus V., Voellinger R., Stiefel F., …Bumand B. (2007) : Delirium: guidelines for general hospitals, *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 371-83.
- 嶺岸秀子 (2007) : アクションリサーチ, *看護研究*, 40(3), 89-97.
- 中井俊樹 (2014) : 看護師育成のための基礎理論, 中井俊樹, *教育学の理論と技法 (第1版)*, メディカ出版, 大阪.
- 長田暁子, 江本リナ, 橋本美穂, 川名るり, 草柳浩子, 筒井真優美…山内朋子. (2013) : NICUで在宅医療を必要とする子どもの退院 調整を行う看護師の困難感に関するアクションリサーチ, *日本小児看護学会誌*, 22(2), 48-53.
- Nasraway SA Jr., Jacobi J., Murray MJ., Lumd PD. (2002) : Sedation, analgesia, and neuromuscular blockade of the critically ill adult: Revised clinical practice guidelines for 2002, *Crit Care Med.* 30(1), 117-41.
- 日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班. (2015) : せん妄の臨床指針第2班, 星和書店, 東京.
- 小川謙一, 中村恵子, 菅原美樹. (2016) : 救命救急センターで働く看護師へのせん妄の教育に関する研究, 19(1), 21-31.
- Ogawa A., Okumura Y., Fujisawa D., Takei H., Sasaki Chirai K., …Asanuma C. (2017) : Quality of care in hospitalized cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium: the DELTA exploratory trial, *Support Care Cancer*, 27, 2, 557-65.
- 大木友美, 松下年子. (2014) : 看護師による術後せん妄の判断過程に関する研究(2)-術後せん妄の判断・確信と対応-, *昭和大学保健医療学雑誌*. 2, 108-16.
- Page VJ., Navarange S., Gama S., McAuley DF. (2009) : Routine delirium monitoring in a UK critical care unit, *Critical Care*, 13(1), R16.
- Page Valerie, Ely E. Wesley / 鶴田良介, 古賀雄二. (2013) : ICUのせん妄(第1版), 金芳堂, 京都.
- Polit D F & Beck C. T. (2004) / 近藤潤子 (2010) : *看護研究 原理と方法 (第2版)*, 医学書

院, 東京.

- Pun BT., Gordon SM., Peterson JF., Shintani AK., Jacson JC., Foss J., ...Ely EW. (2005): Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit : a report from two medical centers, *Crit Care Med*, 33(6), 1199-205.
- Reade MC., Eastwood GM., Peck L., Bellomo R., Baldwin I. (2011): Routine use of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) by bedside nurses may underdiagnoses delirium, *Crit care Resusc*, 13(4), 217-24.
- Rockwood K. (1999): Educational interventions in delirium, *Dement Geriatr Cogn Disord*, 10, 426-9.
- Robinson BR., Mueller EW., Henson K., Branson RD., Barsom S., Tsuei BJ. (2008): An analgesia-delirium-sedation protocol for critically ill trauma patients reduces ventilator day and hospital length of stay, *J Trauma*, 65(3), 517-26.
- Salluh JJ., Wang H., Schneider EB., Nagaraja N., Yenonkyan G., Damluji A., ...Stevens RD. (2015): Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis, *Intensive Care Med*, (41), 1327-29.
- Siddiqi N., Harrison JK., Clegg A., Teale EA., Young J., Simpkins SA. (2016): Intervention for preventing delirium in hospitalized non-ICU patients (Review), *Cochrane database of systematic reviews*, 3:CD005563. pub3.
- 島谷めぐみ, 長谷川真澄, 栗生田友子, 菅原峰子, 瀧断子. (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, *老年看護学*, 17(1), 66-73.
- Skrobik Y., Ahern S., Leblanc M., Marquis F., Awissi DK., Kavanagh BP. (2010): Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates, *Anes Analg*, 111(2), 451-63.
- Soh KL., Davidson PM., Lesile G., Bin Abdul Rahman A. (2011): Action research studies in the intensive care setting : a systematic review, *Int J Nurs Stud*, 48(2), 258-68.
- Soja SL., Pandharipande PP., Framing SB., Cotton BA., Miller LR., ...Ely EW. (2008): Implementation, reliability testing, and compliance monitoring of the confusion

- assessment method for the intensive care units in trauma patients, *Intensive Care Med*, 34, 1263-8.
- Spronk PE., Rieker B., Hofhuls B., Rommes JH. (2009): Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care, *Intensive Care Med*, 35, 1276-80.
- 瀧口章子, 笹本喜美江, 薦田しず江, 若菜幸子, 酒井郁子. (2007): 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. *看護研究*, 17(7), 574-80.
- 田原恭子, 森田夏代. (2017): 一般病棟における『せん妄ケア』の概念分析から得られた看護師の課題, *日農医誌*, 65(6), 1148-56.
- The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. (2015): Postoperative delirium in older adults: Best practice statement from the American Geriatrics Society, *Journal American College Surgery*, 220(2), 136-48.
- 筒井真優美 (2010): *アクションリサーチ入門 (第1版)*, ライフサポート社, 神奈川.
- 浦野里香, 渡辺みどり, 千葉真弓, 曾根千賀子, 有賀智也, 伊藤祐季…牛山陽介. (2016): A 県における一般病棟のせん妄に対するケアの実施状況と困難感, *日本看護福祉学会誌*, 22(1), 61-71.
- van den Boogaard M., Pickkers P., van der Hoeven H., van Achterberg T., Schoonhoven L. (2009): Implementatin of delirium assessment tool in the ICU can influence haloperidol use, *Critical Care*, 13(4), R131.
- 山下遊平, 李範爽, 生須義久, 長谷川豊, 金子達夫, 山崎恒夫, …大島茂. (2017): 心臓血管外科領域における術後せん妄の発症因子に関する検討, *日集中医誌*, 245, 43-8.
- Zaal IJ., Devlin JW., Peelen LM., Stooter AJ. (2015): A systematic review of risk factor for delirium in the ICU, *Critical Care Medicine*, 43, 1, 40-7.



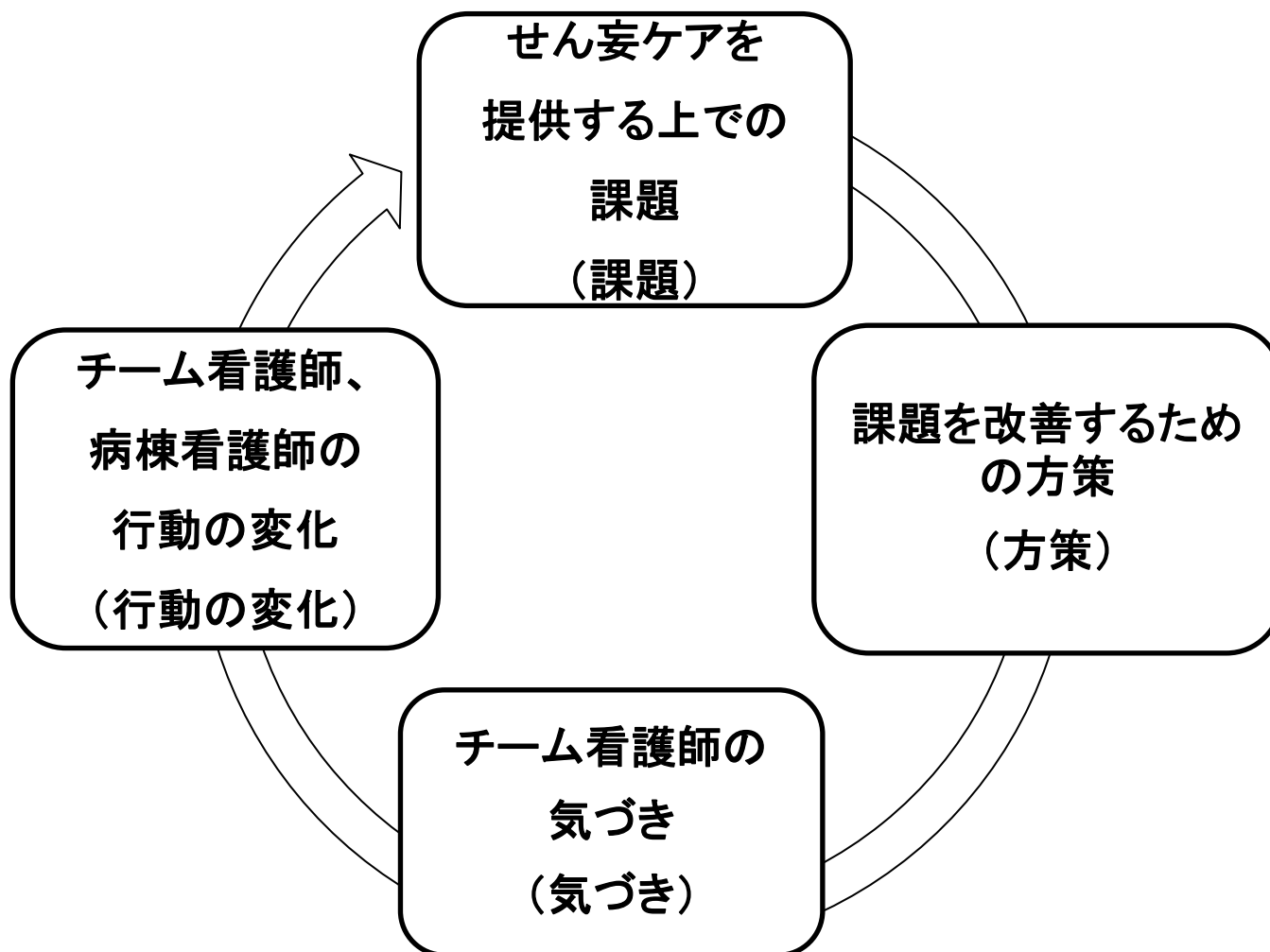
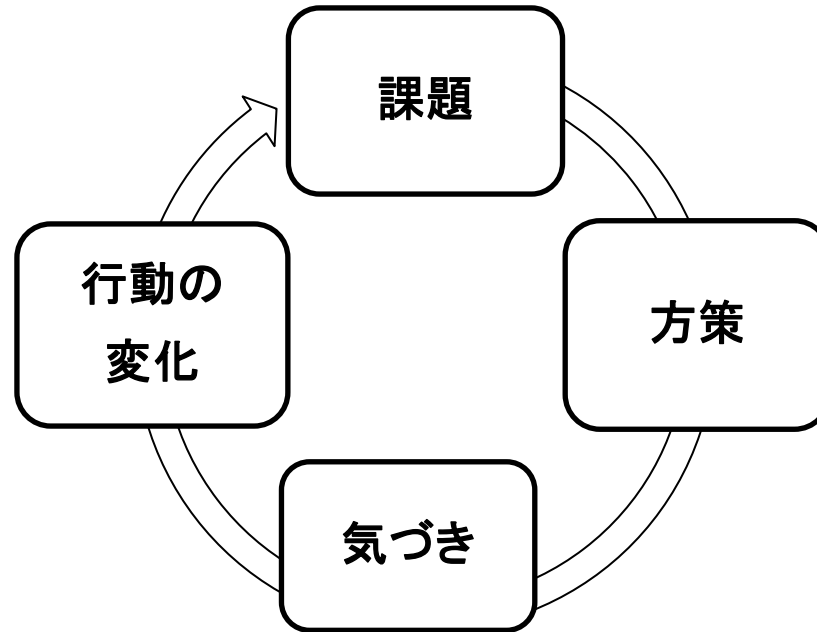


図 II-1 分析の視点

・せん妄評価の難しさ

病棟看護師  
・境界型せん妄  
の記録の実施

チーム看護師  
・せん妄評価の  
実施とせん妄予  
防への活用



・せん妄評価時  
期の日勤から夜  
勤への変更  
・せん妄評価内  
容の具体的な  
記録の周知

・看護師間でもばらつきがあるので、DSTをチェックし、看護師間のせん妄評価の違いを意識づける必要がある

図Ⅱ-2 せん妄ケアに対する意識やケアの変化：せん妄評価

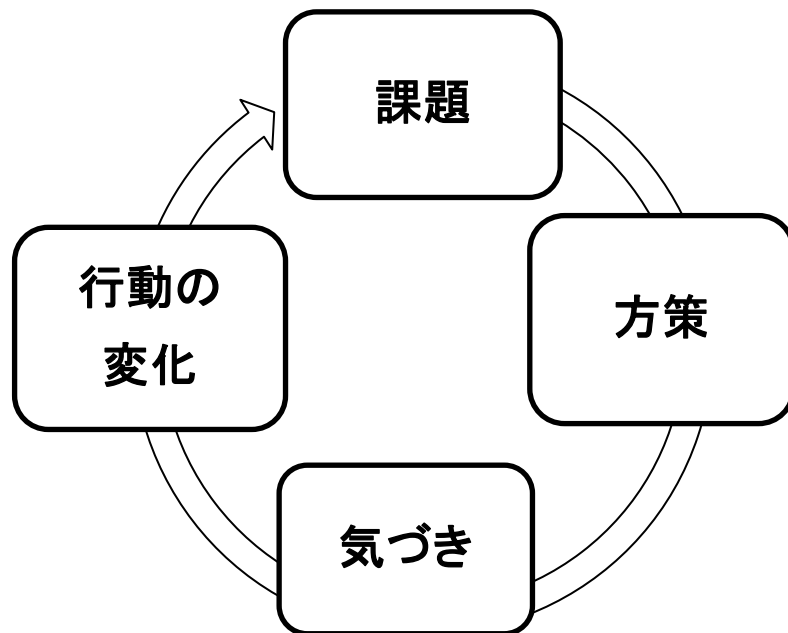
### チーム看護師

- ・薬剤一覧表と鎮静薬指示簿の病棟会での周知
- ・薬剤一覧表と鎮静薬指示簿の掲示場所の工夫

### 病棟看護師

- ・薬剤に関する相談の増加
- ・日々のカンファレンスでせん妄患者の眠剤調整

- ・医師と看護師間でのせん妄患者への薬剤使用に関する考え方の違い

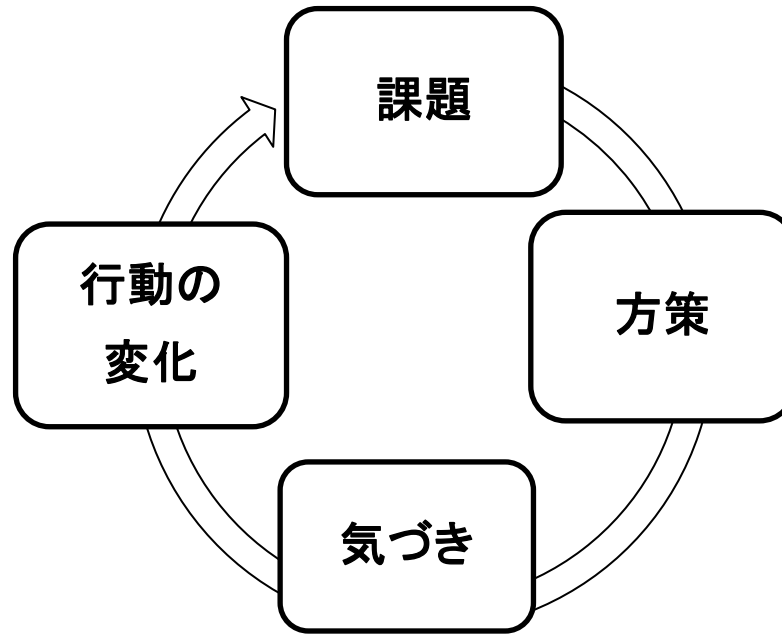


- ・看護師間の薬剤使用タイミングの統一
- ・医師への薬剤使用に関する指示簿の作成依頼
- ・頓用薬の使用記録の徹底

- ・皆、頓用薬使用や患者対応で悩んでいることがわかった
- ・混乱しているのは自分一人ではなかった
- ・他の看護師の患者に対する対応方法や悩み、迷いなどが聞けてよかった
- ・アクシデント予防のために医師への働きかけが必要である

図 II-3 せん妄ケアに対する意識やケアの変化：薬剤の使用方法

・腹部大動脈瘤術後患者の不十分な疼痛管理、術後管理の難しさ



チーム看護師

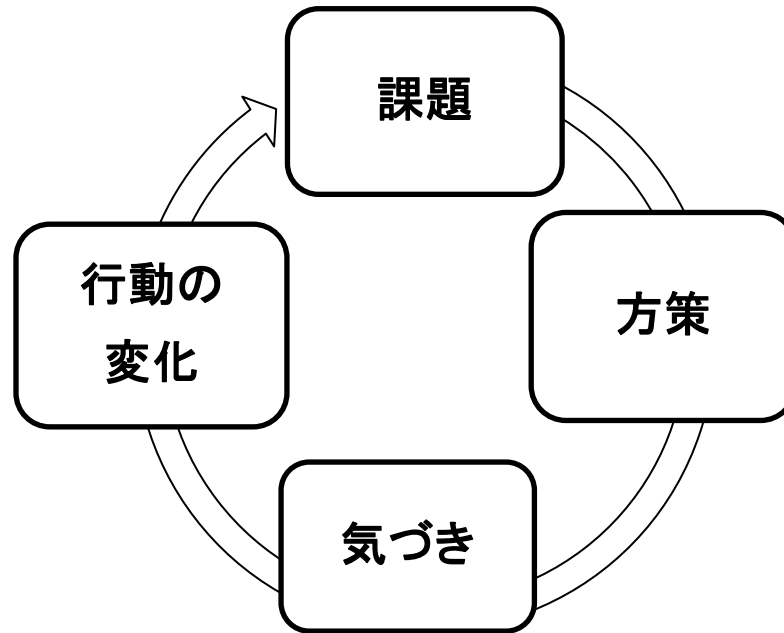
・腹部大動脈瘤術後患者のせん妄の実態調査の開始

・腹部大動脈瘤手術を受けた患者のせん妄要因の探索、データベースの検討

・術後せん妄の発生率や要因を分析し、せん妄予防につなげたい

図Ⅱ-4 せん妄ケアに対する意識やケアの変化：腹部大動脈瘤術後患者のせん妄要因

・興奮の強いまたは認知症のある  
せん妄患者の対応の難しさ



病棟看護師

・せん妄悪化予防  
ケアの確認

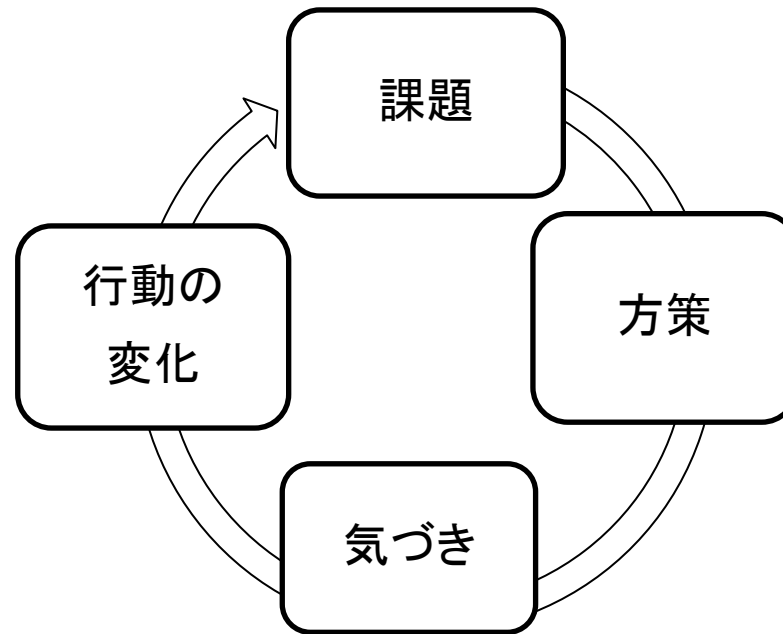
・興奮が強いせん妄  
患者への関わり方の  
タイミングの見極め

・せん妄ケアは一人でできないため、チームで対応する大切さを感じ、看護師個々のせん妄アセスメントやケアについて、ともに考え協力して対応できるようにチームから病棟への働きかけが必要である

図Ⅱ-5 せん妄ケアに対する意識やケアの変化：興奮の強いまたは認知症のあるせん妄患者の対応

・睡眠援助における看護師間の調整の難しさ

チーム看護師  
・長期人工呼吸器使用  
患者のベッド周囲の環  
境調整



・患者のベッド周囲の状  
況に応じた環境調整

・日々のカンファレンスで、チーム会と同じようにせん妄患者の睡眠援助や疑問に  
感じていることを話し合えるよう働きかける

図Ⅱ-6 せん妄ケアに対する意識やケアの変化：長期人工呼吸器使用患者の睡眠  
援助の方法

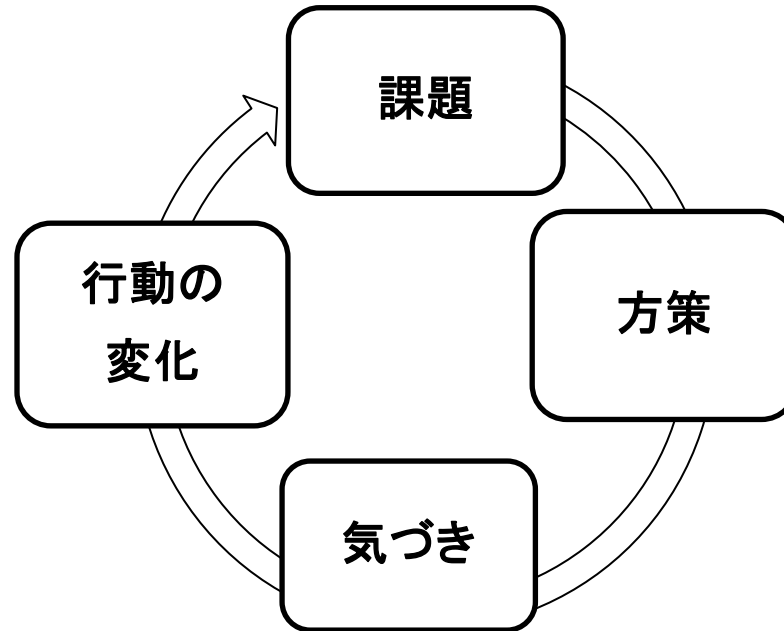
### チーム看護師

- ・ラミネート加工した評価方法のハイケアユニットへの配置

### 病棟看護師

- ・鎮静薬使用時のスケールと効果の記録
- ・せん妄の非薬物療法の実施
- ・ハイケアユニットでの鎮静スケールを用いた鎮静管理

- ・急性大動脈解離患者のせん妄に対する対応のまずさ



- ・疼痛アセスメントの実施
- ・鎮静薬使用後の呼吸状態のアセスメントの徹底
- ・鎮静薬使用のアセスメントと減量方法
- ・家族参加の促進
- ・鎮静スケールの導入と運用方法の周知
- ・日々のカンファレンスを活用した事例検討の継続

- ・せん妄ケアが投薬だけでなく、スタッフに伝わり、対応力や実践力につながっている
- ・チーム会に参加すると、他の看護師がどのように考えているのか、自分が考えつかない意見を聞くことができる

図Ⅱ-7 せん妄ケアに対する意識やケアの変化：急性大動脈解離患者の対応

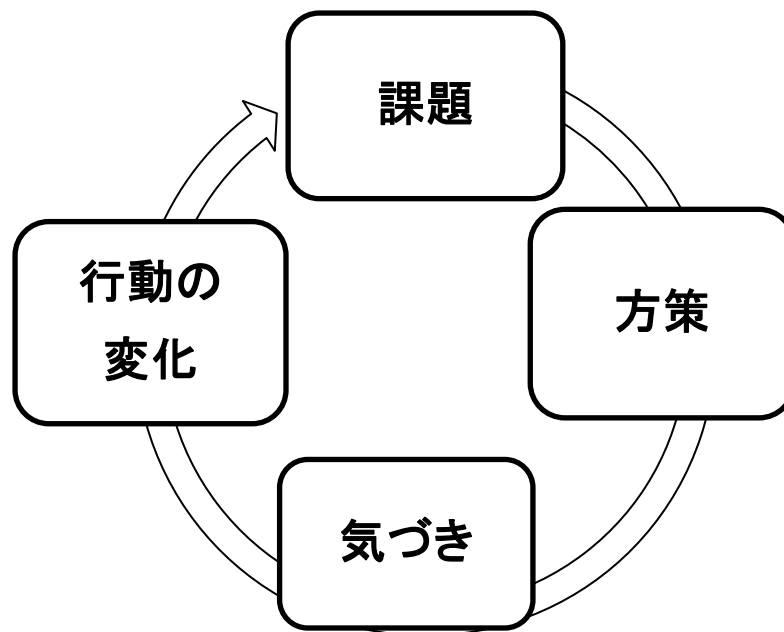
### チーム看護師

- ・夜間のせん妄患者の抑制についてチーム看護師と病棟看護師で話し合う場面に新人を参加させ、一緒に抑制の判断をする機会づくり

### 新人看護師

- ・チーム看護師への薬剤の相談
- ・せん妄患者の詳細な記録

- ・病棟看護師へのせん妄の教育の困難さ



- ・病棟における新人や異動者に対するせん妄の教育の検討

- ・新人や異動者にせん妄の教育を行い、薬剤への興味をもってほしい

図Ⅱ-8 せん妄ケアに対する意識やケアの変化:新人や異動者に対するせん妄の教育



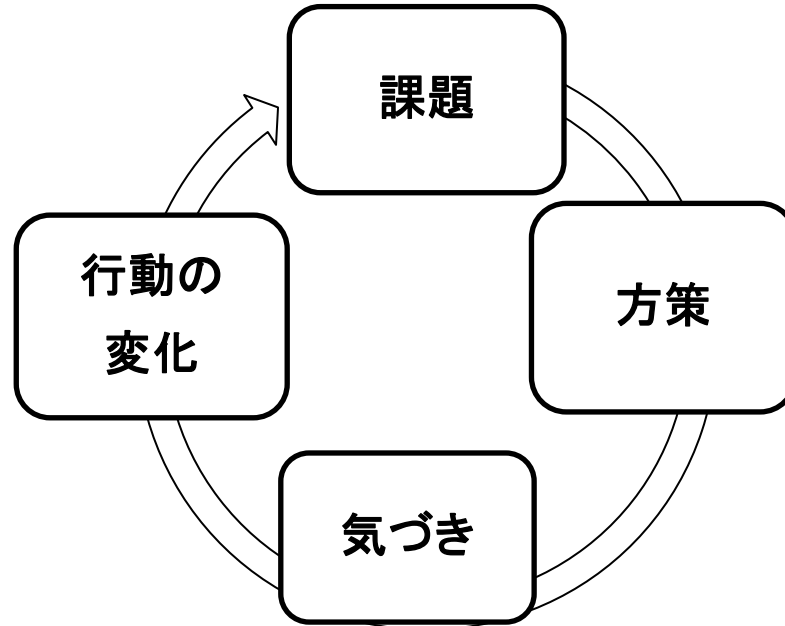
・病棟看護師へのせん妄の教育の困難さ

チーム看護師

・せん妄のリスク要因・対策・アセスメントの重要性に関する病棟会での報告

病棟看護師

・ハイケアユニットでのせん妄の非薬物介入の実施



(勉強会の計画)  
・院内せん妄ケアチームによるせん妄、認知症、うつの違い  
・研究者による病棟看護師対象の鎮静管理  
・チーム看護師による鎮静評価

・急性期患者の安静と鎮静管理とのバランスに問題がある

図Ⅱ-9 せん妄ケアに対する意識やケアの変化:病棟看護師に対するせん妄の教育

## 患者背景

診療科

### 【準備因子】

年齢  
性別  
認知障害  
脳血管疾患  
精神疾患  
過去のせん妄歴

### 【直接因子】

疾患  
手術または血管内治療

### 【促進因子】

在棟場所

## 非薬物介入

せん妄リスク評価  
感覚障害のケア  
薬剤を使用しない睡眠ケア  
騒音や光の低減ケア  
適正な水分管理  
不動化を避けるケア  
見当識への刺激ケア  
便秘のケア  
患者教育  
家族参加および教育  
ライン管理  
重症アセスメント

## アウトカム

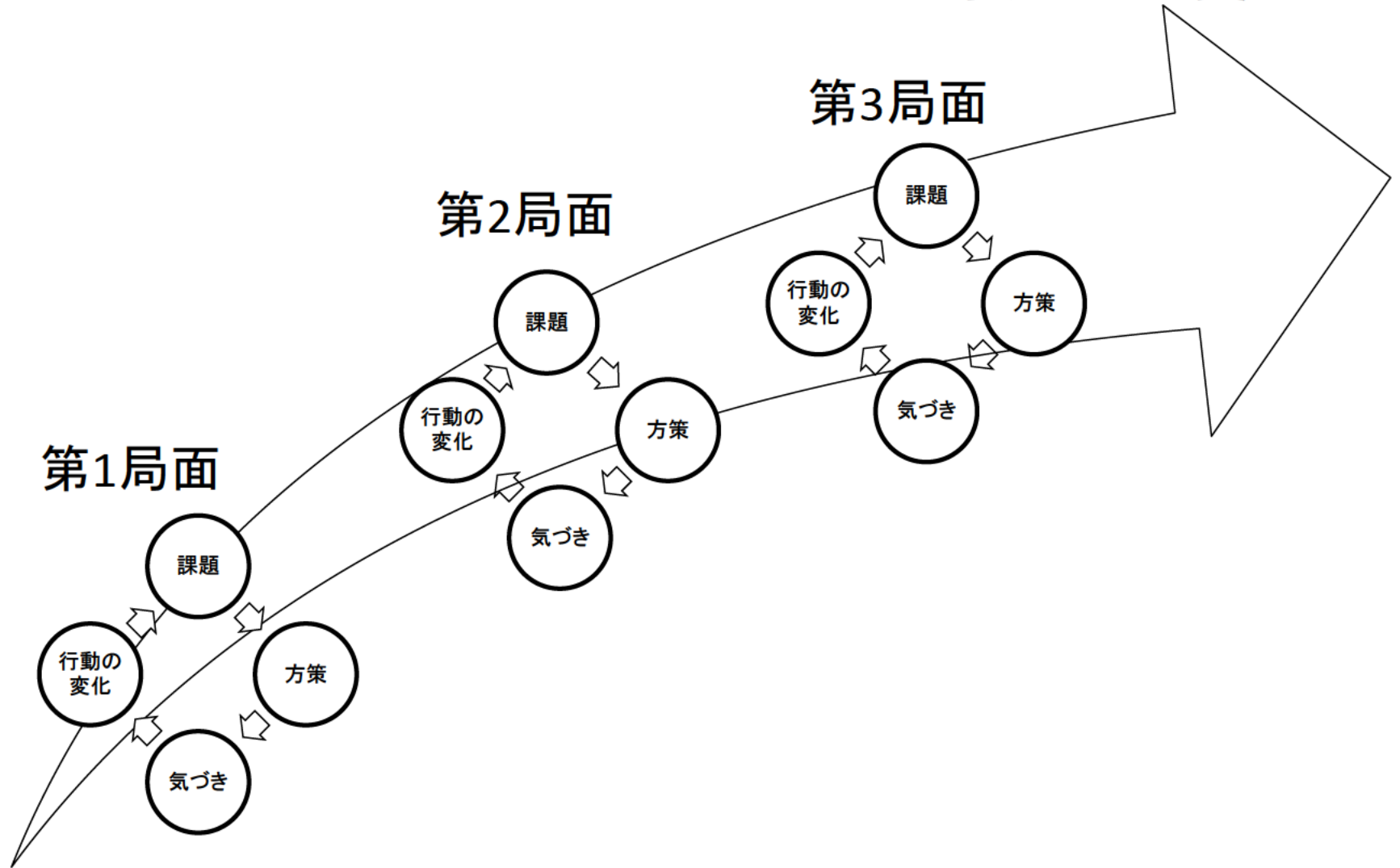
在棟期間  
転帰  
新規せん妄患者数  
せん妄持続期間  
インシデントが発生した患者数  
(転倒・転落、事故抜去等)  
身体拘束実施患者数

## 薬物介入

鎮痛薬使用患者数  
ベンゾジアゼピン系薬使用患者数  
抗精神薬使用患者数  
漢方薬使用患者数

図Ⅲ 本研究の概念枠組み

# せん妄ケアの質の向上



図IV せん妄ケアに対する意識とケアの変化の時間経過

表 I-1 クリティカルケア領域での医療者を対象とするせん妄に関する教育介入の実態

著者名 (出版年)	研究 目的	教育対 象者お よび人 数	研究場所	教育者	教育 期間	教育方法	教育内容	せん妄 スケール	教育評価期 間評価時期	アウトカム指標	医療者に対するせん妄教育介入の効果
Pun et al (2005)	鎮静・せん妄モニタリングの評価	看護師A40人、B24人	2施設の2つの内科系ICU	看護師、医師	A病院1週間+維持期間の1、3、6、9か月目に教育追加 B病院2週間+維持期間の2、4、6か月目に教育追加	ポスター作成 20分間レッスン（ハンドアウト、掲示板、ポケットカード、事例） ベッドサイドでのデモンストレーション 質疑応答セッション 看護師のオリエンテーションに組み込む スケールを能力チェックリストに入れる 記録用紙の工夫	せん妄と鎮静に関するポスター 20分間レッスンは詳細なRASSとCAMICUを記述したものの スケール使用率と正確さを記述したポスター	CAMICU RASS	A病院1年間 B病院6か月間	人工呼吸器装着中または非挿管患者のせん妄の有無、初期のせん妄発症の有無、人工呼吸器中または非挿管患者のRASSスコア、ICU在室期間、入院期間、院内死亡率、RASS、CAMICUの一致度、看護師評価	RASS一致度は、A施設介入前0.69から後0.89で、B施設介入前0.71から後0.77であった。 せん妄一致度は、A施設介入前0.20から後0.92で、B施設介入前0.03から後0.75であった。 満足度の高かった項目:「スケール使用」、「鎮静レベルの目標のコンセンサスを得るためにチームの能力が改善」、「難しい患者のエンドポイントでの鎮静管理をするためにチームの能力が改善」、「せん妄の理解が深まった」、「ICUでの神経系アセスメントが系統的にできた」 弊害理由:「スケール使用の時間」、「満足度」、「医師がCAM-ICUに価値を置いているのか疑問がある」
Robinson et al (2008)	鎮痛・せん妄・鎮静のプロトコルの評価	医師、看護師、呼吸療法士、薬剤師 人数不明	外科系ICU	集中治療医、薬剤師、看護師、呼吸療法士、看護教育者	記述なし	テスト 教材をICUのあらゆる箇所に設置	せん妄について	CAMICU	介入前5か月間 介入後5か月間	人工呼吸器使用期間、ICU入室から28日以内の人工呼吸器離脱期間、ICU在室日数、入院期間、薬剤（鎮痛薬、鎮静薬、抗精神薬）の使用量	人工呼吸器期間は、介入前3.2から後1.2日であった。 ICU入室から28日以内に人工呼吸器離脱期間は介入前22.8から後26.4日であった。 入院期間介入は、介入前18から後12日で有意差あり。 麻薬使用量は、減少した。、ロラゼパムの使用量は不変であるが使用人数が減少した。ハロペリドール使用患者数は増えた。
Devlin et al (2008b)	せん妄教育介入の効果測定	看護師内科系25人、外科-内科系看護師25人	2施設の内科系ICU、外科-内科系ICU	集中治療医、集中治療専門看護師、集中治療薬剤師	2日間	教育実行者のスケール訓練 ICDSCワークシートの作成 疼痛評価の記録 教訓的実践 質疑応答 ベッドサイドで評価訓練 4つの臨床シナリオを使用した研修 3か月後 ベッドサイドでスケールの一致度を評価後討論	痛み、鎮静、せん妄スケールの使用 せん妄評価についてのスライド（痛み・鎮静の基本を含み）30-45分 シナリオは、せん妄症状が不確かで不十分な情報で、臨床実践をよく反映した痛みと鎮静レベルを含んだもの	ICDSC	3か月後評価	教育介入前後の研究対象者としてスケール評価者との信頼性評価スケールの遵守率	せん妄有無の報告は、教育前24%から後100%であった。 スケール遵守率は、教育前12%から後82%であった。 スケールの正確な使用は、教育前8から後62%であった。 せん妄の自己報告評価:教育前74%から後100%であった。 看護師と評価者の一致する割合は、教育前8%から後62%であった。
Soja et al (2008)	せん妄スケール導入の評価	看護師96人	外傷センターのICU	スケールに精通した看護教育者および看護師(nursing champion)研究者	4週間	オンライン教育 30分のグループセッション 評価者（ナーシングチャンピオンと教育者）からのマンツーマン指導 パンフレットをベッドサイドに設置	オンライン教育内容:せん妄に関する情報とその重要性、スケールの詳細な説明、困難に直面する患者の認知評価での多くの事例、CAMICUの手順	RASS CAMICU	5か月間	エキスパートと対象者のCAMICUの一致と信頼性、患者の1勤務でのCAMICU評価の数、CAMICU評価に対する満足度	スケール遵守率84% 評価者とベッドサイドナースのスケール全体の一致度0.77、人工呼吸器装着患者では0.62であった。 RASSとCAMICUの評価は1-2分であった。 多くの看護師はせん妄を理解し、CAMICUの教育を受け、せん妄を正確に判断できた。 満足度が低かった項目:「医師がCAMICUに価値を見出す」「CAMICUが患者ケアを高める」
Spronk et al (2009)	せん妄スケール導入の評価	看護師46人、医師7人	外科-内科系ICU	記述なし	記述なし	記述なし	CAMICUの訓練	CAMICU	3か月間	CAMICUでの看護師と医師の評価 せん妄発症率	3日間に50%がせん妄を発症した。医師、看護師のせん妄の認知は不十分（医師の感受性28%、特異性100%で、看護師の感受性35%、特異性98%）であった。 せん妄に関連した要因として、人工呼吸器期間が長く、ICU在室、入院期間も長かった。
Page et al (2009)	教育によるせん妄発症率の変化	看護師人数不明	内科・外科系ICU	研究者（職種不明）	2か月間	講義、マンツーマン指導、ポスター掲示	せん妄ガイドラインの紹介	CAMICU	1か月間	死亡率 自宅かホームへの退院の有無 せん妄発症率 スケール遵守率	全体のせん妄発症率45%であった。 人工呼吸器使用患者のせん妄発症率は65%であった。 死亡率は、せん妄でない患者1%、せん妄患者24%であった。 スケール遵守率は、92%であった。

表 I-2 クリティカルケア領域での医療者を対象とするせん妄に関する教育介入の実態12文献

著者名 (出版年)	研究 目的	教育対象 者および 人数	研究場所 対象者数 ICU	教育者	教育 期間	教育方法	教育内容	せん妄 スケール	教育評価期間 評価時期	アウトカム指標	医療者に対するせん妄教育介入の効果
van den Boogaard et al (2009)	せん妄スケール導入の評価	看護師 人数不明	同じ施設 の4部署 の成人 ICU	スケール に精通した 看護師、研究 者(職種 不明)	3か月間	訓練前にせん妄の知識テストとスケールの訓練についての研修 スケール使用の訓練前に、1時間のグループトレーニング 指導看護師を任命する スケールのポスターを看護師と医師に配布 医師への教育 スケールが遵守されないと、ベッドサイドコンピューターに注意喚起を表示する 看護師と指導看護師で週2回チェック スケール結果と遂行のフィードバックを月1回の会議で行う 毎週Eメールで通達する 指導看護師がフィードバック報告 せん妄の有無を多職種で毎日確認する	せん妄の特徴、評価、種類 訓練内容(せん妄のウェブサイトからのトレーニングビデオ、CAM ICUフローシート活用) 医師に対しせん妄とCAMICUについて教育 OJTでは、評価で観察された困難な事例についての実践 CAMICUの紹介と実行に関する問題を確認する	CAMICU	介入前 全ての介入後 (計2年間)	ハロペリドールの使用量と頻度 CAMICUの信頼性 知識得点スケール 遵守率	実行期間の内的信頼性0.78で、すべての介入後0.89であった。 実行期間のはじめのCAMICU遵守率は、77%から4か月後92%であった。 知識テストは、6.2±1.7から7.4±1.2であった。 ハロペリドール使用患者はすべてCAMICUでせん妄患者であった。 CAMICU実行後ハロペリドール使用は、5日から3日に減った。合計のハロペリドール使用患者ごとで18から6mgに減少した。 CAMICUを使用における促進因子:「患者データの管理体制の構築」、「中堅看護師の支援」、「医師や看護師の支援」、「せん妄に関する調査者がいる」 阻害因子:「せん妄に関する知識の不足」、「評価スケールが使えない」、「せん妄評価を1日3回書面で行うこと」、「評価するための時間が無い」
Skrobik et al (2010)	鎮痛・鎮静・せん妄プロトコルの評価	看護師、 医師 人数不明	成人ICU	医師、薬 剤師	記述なし	講義	痛みの鑑別、鎮静の方法、せん妄について、痛み・せん妄・鎮静のスクリーニングについて	ICDSC	介入前7か月 介入後8か月	薬物使用量の変化、ICU在室日数、入院期間、人工呼吸器使用期間、非挿管期間、自宅退院率、せん妄発症率、医原性昏睡の割合、30日死亡率	境界型せん妄は介入後で有意に少ないが、せん妄発症率は同様。 不確は、有意差なし。 薬剤使用は変わらなかった。鎮痛・鎮静の平均使用は、入院から初回せん妄まで変わらず。 ICU 薬剤による昏睡は20.5から8.7%に減った。 在室日数は、6.3から5.35日に減った。 入院期間も55から27日に減った。 鎮静レベルは変わらないが、呼吸器使用は、7.51から5.93日に減った。 自宅退院は、68.2から74.8%となった。 死亡率は高いが、有意差はなかった。30日死亡率は介入前が高かった。
Reade et al (2011)	せん妄スケール導入の評価	看護師、 医師 看護師含む 医療職 174人	内科・外 科系ICU	研究者 (医師他 職種不明)	30日間	講義 事例提供 評価のクリティーク	CAMICUの根拠 詳細な特徴や混乱を招いた状況のある事例の使用、実践評価を批判的にみる、明確な記録について	CAMICU 非構造化せん妄評価	教育後30日間	CAMICUと非構造化アセスメント使用率	せん妄の患者割合は、CAMICUで36.7%、非構造化アセスメントで21.3%と有意差あり。挿管患者でのせん妄の割合は、CAMICUで23.3%、非構造化アセスメントで45.5%と有意差あり。挿管していない患者のせん妄の割合は、CAMICUで19.8%、非構造化アセスメントで27.1%と有意差なし。
Awissi et al (2012)	鎮痛・鎮静・せん妄プロトコルの評価	看護師、 医師 人数不明	成人ICU	医師、薬 剤師	記述なし	講義	痛みの鑑別、鎮静の方法、せん妄について、痛み・せん妄・鎮静のスクリーニングについて	ICDSC	介入前7か月 介入後8か月	薬剤使用のコスト ICU期間 人工呼吸器使用期間 せん妄発症率	せん妄発症は変化なし。境界型せん妄は増え、多くの患者は認知での問題が残った。介入後、薬剤合計や患者1人あたりの1日の平均コストは、減った。薬剤使用数は有意差ないが入院による薬剤使用量のコストは減った。ICUでの入院コストは平均15%減少した。
Gesin et al (2012)	せん妄教育介入の効果測定	看護師 20人	外科系一 外傷ICU	集中治療 医、集中 治療専門 薬剤師、 クリティカル ケア資格のある 看護師	3段階(期 間不明)	薬剤師の講義 WEBの使用 ベッドサイドのデモンストレーション ICDSCのコピーの配付 ワークシートの修正 テスト	WEB内容は、せん妄の重要性、リスクファクター、せん妄を発見することの重大さ、ICDSCの重要性 ICDSCの使用に関するデモンストレーション	ICDSC	教育介入前 せん妄スケール 紹介後 講義やベッド サイド訓練後	せん妄の有無、教育前後の知識点数、評価者と対象者のICDSCでのせん妄の一致度	知識率は、ステップ1(教育なし)6.1±1.4、ステップ2(スケール紹介後)6.5±1.4、ステップ3(介入後)8.2±1.4。 「せん妄をICU患者で評価するのは挑戦的なこと」と回答した人は、教育介入前89.5%から介入後63.2%減少し、「ICDSCで受け持ち患者のせん妄を確認するのは容易である」と回答した人は介入前57.9%から介入後89.5%に増えた
Eastwood et al (2012)	せん妄スケール使用による看護師の判断の変化	看護師 174人	一般外科 -内科系 ICU	研究者 (看護師、 医師、公衆衛生 大学院の学位取得 者)	記述なし	講義 ビデオ 討論のための継続したフォーラム 非公式のベッドサイド教育とフィードバック	CAMICUの根拠の説明、詳細な特徴、混乱を引き起こした事例の説明、批判的な評価、事例のビデオ、明確な記録	CAMICU	介入前1か月 介入後1か月	教育介入前後の薬剤量の比較、ICU在室期間、入院期間、ICU死亡率	アセスメントは重要であるが時間が必要と述べた。スケールを知っていたが、看護師の7%のみ時々使用していた。82%の看護師はスケール使用を続けたいと考えているにも関わらず、33%の人はつけるのはかなり難しい。メディカルスタッフにも注意を払ってほしいと述べた。抗精神薬量は介入後に増えた。

表 II-1 患者に対する困難感とその対策、実施・評価

困難感サブカテゴリー	困難感カテゴリー	対策カテゴリー	実施・評価カテゴリー
心負荷を悪化させる過活動性せん妄	影響し合う低心機能とせん妄症状	低酸素血症の原因探索 不快な原因の探索と軽減するための工夫	不快感に寄り添い、安心感をもたらしたケアの提供
鎮静薬の副作用に対する恐怖			
トイレでの排泄に対する執着			
挿入物への注意の欠如	変動する認知機能	鏡を使った挿入物の確認 患者の認知機能に関する家族からの情報収集 積極的な患者と家族のコミュニケーションの促進 患者の不安の把握 認知症患者でのせん妄の鑑別方法	認知症に対するせん妄判断の難しさ
自分の置かれた状況の理解不足からの混乱の持続			
認知レベルのさらなる低下			
不確実な薬剤の効果	睡眠覚醒リズムの乱れ	患者の状態把握と薬剤使用の判断の決定	睡眠薬の頓用に関する相談 早目の投薬による鎮静化
昼夜逆転			
環境刺激の過多	せん妄を招く療養環境	患者周囲の環境整備	転棟時オリエンテーションの徹底 環境要因への対策の不充分さ
せん妄を招きやすい転棟に伴う混乱			
暴力行為	自傷・加害行為	家族へのケア参加方法の具体的な提示 事故・自己抜去を防ぐための判断と挿入物留置に関する管理方法	家族に言えない暴力行為への対処 家族へのケア参加の重要性 挿入物抜去に関する判断と実践
危険な不穏行動			
事故防止のための抑制に対する拒否			

表Ⅱ-2 看護師に対する困難感とその対策、実施・評価

困難感サブカテゴリー	困難感カテゴリー	対策カテゴリー	実施・評価カテゴリー
個々の看護師によるせん妄評価のばらつき	せん妄状態把握の難しさによる判断の違い	せん妄評価の普及と方策 病棟内でのせん妄に対する教育 他病棟や院内せん妄ケアチームとの情報共有と早めの相談 せん妄に関する事例検討	せん妄評価の日々の実施と実態把握 新人や異動者へのせん妄に対する教育の開始 他病棟や院内せん妄ケアチームへの情報提供と相談
低活動性せん妄の判断の難しさ			
記録上にせん妄状況を表現する難しさ			
短期間での病棟滞在による患者把握の不十分さ			
看護業務優先による睡眠覚醒リズムの崩れ	患者のベースを崩す看護師中心のケア	家族の協力による最小限の抑制	せん妄評価の活用による抑制具の選択
看護師自身のゆとりの幅に左右される抑制と見守りのタイミング	1人のせん妄患者に手がかかる煩わしさ	せん妄のリスク評価を取り入れた方策 日々の病棟業務の中での短時間の事例検討	非薬物介入の重要性
複数受け持ち患者の中での1人のせん妄患者に関わるケアの多さ			
頻回のリアリティオリエンテーションの大変さ	看護師の薬剤知識のばらつきによる使用方法の違い	新人や異動者オリエンテーションに薬物介入中心のせん妄に対する教育の導入 院内せん妄ケアチームへの薬剤一覧表の作成依頼と活用方法の検討	新人や異動者へのせん妄に対する教育の開始 せん妄患者の薬剤調整に関する日々のカンファレンスの実施と薬剤一覧表の活用 薬剤の知識を含めた事例検討の実施 看護師のせん妄ケアの幅の広がり
看護師間の薬剤使用に関する考え方のずれ			
抗精神薬使用方法の知識不足	事故・自己抜去により感じる精神的困惑や疲弊		
事故・自己抜去の行為による看護師の精神的ダメージの大きさ			

表Ⅲ-3 医師に対する困難感とその対策、実施・評価

困難感サブカテゴリー	困難感カテゴリー	対策カテゴリー	実施・評価カテゴリー
心機能悪化を理由とする鎮静への不対応	医師・看護師間の薬剤使用に関する考えの違い	せん妄患者に使用する薬剤に関する医師との調整と方策 せん妄患者に使用する薬剤の勉強会と振り返り	薬剤一覧表の完成と活用 医師へのインシデント予防に関する働きかけの重要性
医師間の薬剤使用基準の不明確さ			
強いこだわりによる不十分な鎮痛薬の使用			
院内せん妄ケアチームへの相談拒否			
医師に伝わらない事故・自己抜去に対する看護師の苦悩	せん妄状況にある患者への配慮不足		
せん妄の要因に対する認識不足			
体重測定に対するこだわり			



表Ⅲ-1 本研究における非薬物介入の項目

項 目	実施内容
せん妄リスク評価	せん妄のリスク因子と呼ばれる準備因子、直接因子、促進因子を1つでも取り上げてせん妄の可能性をアセスメントする
感覚障害のケア	視覚機能や聴覚機能に関するアセスメントがあり、眼鏡や補聴器等の補助具の使用など感覚障害に関連した工夫をする
薬剤を使用しない睡眠ケア	睡眠障害の原因のアセスメントを行い、日中の覚醒度をあげるために散歩や日光浴、夜間の点滴の調整や処置のタイミング、疼痛緩和など睡眠覚醒リズムに関連した工夫をする
騒音や光の低減ケア	適度な夜間照明の調整、モニターなどのアラーム調整、夜間の医療者の音の低減などを行う
適正な水分管理	水分出納のチェック、脱水や電解質のアセスメントと補正に関する医師との検討、利尿薬に関する記録、適正な水分バランスのための飲水や排泄の援助などを行う
不動化を避けるケア	患者の動きを制限されていても動ける・動かせる範囲内で工夫し、モビライゼーションや離床を行う
見当識への刺激ケア	カレンダーや時計などを使用して患者に日付や場所などを尋ねるなど工夫をする
便秘のケア	排便のアセスメントを行い、食事や薬剤調整などで排便に関する工夫をする
患者教育	せん妄について説明し、患者参加を促す
家族参加および教育	家族にせん妄についての知識と対応方法を説明する、付き添いや面会など患者ケアへの家族参加を促進する、家族の苦悩への対応などを行う
ライン管理	患者に挿入されているライン類が早期に抜去の可否をアセスメントする、ライン類が患者の動きを制限や転倒などの危険がないように工夫をする
重症アセスメント	入院の契機となった症状や全身状態の観察をする

表Ⅲ-2 2013年と2015年に心臓病棟と心臓ハイケアに入院した患者の特徴

(N=867)

項目	内訳	2013年 入院患者 (n=414)	2015年 入院患者 (n=453)	p値		
診療科	循環器内科 n(%)	330 (79.7)	341 (75.3)	0.07		
	心臓・血管外科 n(%)	80 (20.3)	112 (24.7)			
患者背景	年齢	平均年齢±SD 歳	71.0±12.5	72.4±12.6	0.117	
	性別	男性 /女性 n(%)	284 (68.6) /130 (31.4)	321 (70.9) /132 (29.1)	0.258	
	準備因子	認知障害	あり n(%)	13 (3.1)	9 (2.0)	0.194
		脳血管疾患	あり n(%)	78 (18.8)	66 (14.6)	0.055
		精神疾患	あり n(%)	48 (11.6)	6 (1.3)	<0.001*
		<sup>a</sup> 過去のせん妄歴	あり n(%)	28 (6.8)	27 (6.0)	0.365
直接因子	疾患	心不全 n(%)	110 (26.6)	104 (23.0)	0.239	
		虚血性心疾患 n(%)	101 (24.4)	96 (21.2)		
		不整脈 n(%)	71 (17.1)	76 (14.8)		
		弁膜疾患 n(%)	43 (10.4)	57 (12.6)		
		大動脈解離 n(%)	39 (9.4)	28 (6.2)		
		大動脈瘤(胸部、腹部)n(%)	18 (4.3)	51 (11.3)		
		その他(肺動脈血栓症など) n(%)	32 (7.7)	50 (11)		
	手術または血管内治療	あり n(%)	158 (38.2)	162 (35.8)	0.254	
促進因子	在棟場所	心臓病棟 n(%)	273 (65.9)	307 (67.8)	0.309	
		心臓ハイケア n(%)	141 (34.1)	146 (32.2)		
アウトカム	在棟期間	在棟日数 中央値(四分位範囲)日	5(3-10)	5(3-9)	0.991	
	転帰	退院 n(%)	246 (59.4)	261 (57.8)	0.232	
		死亡 n(%)	6 (1.4)	2 (0.4)		
		転棟 n(%)	162 (39.1)	190 (41.8)		
		<sup>b</sup> 新規せん妄患者	あり n(%)	16 (3.9)	23 (5.0)	0.200

注<sup>a</sup>過去のせん妄歴は、過去にせん妄が発症した患者、もしくは他病棟でせん妄が発症した患者

注<sup>b</sup>新規せん妄患者は、心臓病棟または心臓ハイケアに入院してはじめてせん妄が発症した患者

年齢はt検定、在棟期間はMann-WhitneyのU検定、それ以外は $\chi^2$ 検定。

ただし、nが5以下の変数がある場合、Fisherの直接法で検定

p<.05\*

表Ⅲ-3 2013年と2015年の新規せん妄患者の比較

					(N=39)	
項目		内訳	2013年 せん妄患者 (n=16)	2015年 せん妄患者 (n=23)	p値	
患者背景	診療科	循環器内科 n(%)	15(93.7)	21(91.3)	<1.000	
		心臓・血管外科 n(%)	1(6.3)	2(8.7)		
	準備因子	年齢	中央値(四分位範囲)才	79.5(57-94)	83(58-101)	0.471
		性別	男性 /女性 n(%)	8(50)/8(50)	14(60.9)/9(39.1)	0.501
		認知障害	あり n(%)	5(31.3)	3(13.0)	0.415
		脳血管疾患	あり n(%)	2(12.5)	5(21.7)	0.678
		精神疾患	あり n(%)	1(6.3)	0(0.0)	0.410
		過去のせん妄歴	あり n(%)	11(68.7)	12(52.2)	0.300
	直接因子	疾患	心不全 n(%)	7(43.8)	13(56.5)	0.29
			虚血性心疾患 n(%)	4(25)	2(8.7)	
			不整脈 n(%)	1(6.2)	2(8.7)	
			弁膜疾患 n(%)	0(0.0)	2(8.7)	
			大動脈解離 n(%)	0(0.0)	1(4.3)	
			大動脈瘤(胸部、腹部)n(%)	1(6.2)	0(0.0)	
			その他(肺動脈血栓症など) n(%)	3(18.8)	3(13.1)	
手術または血管内治療	あり n(%)	6(37.5)	2(8.7)	0.045*		
促進因子	在棟場所	心臓病棟 n(%)	5(31.3)	5(21.7)	0.503	
		心臓ハイケア n(%)	11(68.7)	18(78.3)		
	在棟期間	中央値(範囲)日	9.5(5-73)	9(3-35)	0.544	
アウトカム	転帰	退院 n(%)	8(50)	5(21.7)	0.128	
		死亡 n(%)	2(12.5)	2(8.7)		
		転棟 n(%)	6(37.5)	16(69.6)		
	せん妄持続期間	中央値(範囲)日	1(1-8)	2(1-8)	0.143	
	<sup>a</sup> インシデントが発生した患者数	人 n(%)	2(12.5)	7(30.4)	0.191	
	<sup>b</sup> 身体拘束実施患者数	人 n(%)	4(25)	4(17.4)	0.563	

年齢、在棟期間、せん妄の持続期間はMann-WhitneyのU検定、それ以外は $\chi^2$ 検定、ただし、nが5以下の変数がある場合、Fisherの直接法で検定

p<.05\*

<sup>a</sup>インシデントが発生した患者数は、転倒・転落、計画外抜去などのインシデントを1回でも複数回起こしていても、1患者とした

<sup>b</sup>身体拘束実施患者数は、患者の身体を縛り付ける用具を1回でも実施すれば、身体拘束実施を「あり」とした

表Ⅲ-4 2013年と2015年の新規せん妄患者における非薬物介入、薬物介入の比較

(N=39)

項目	内訳	2013年せん妄患者	2015年せん妄患者	p値	
非薬物介入	<sup>a</sup> せん妄リスク評価	あり n(%)	0(0.0)	10(43.4)	0.002*
	<sup>a</sup> 感覚障害のケア	あり n(%)	2(12.5)	1(4.3)	0.347
	<sup>a</sup> 薬剤を使用しない睡眠のケア	あり n(%)	2(12.5)	4(17.4)	0.677
	<sup>a</sup> 騒音や光の低減ケア	あり n(%)	0(0.0)	0(0.0)	検定不可
	<sup>a</sup> 適正な水分管理	あり n(%)	8(50)	12(52.1)	0.894
	<sup>a</sup> 不動化を避けるケア	あり n(%)	9(56.3)	13(56.5)	0.987
	<sup>a</sup> 見当識の刺激ケア	あり n(%)	7(43.8)	0(0.0)	0.001*
	<sup>a</sup> 便秘のケア	あり n(%)	9(56.3)	5(21.7)	0.027*
	<sup>a</sup> 患者教育	あり n(%)	1(6.3)	0(0.0)	0.41
	<sup>a</sup> 家族参加および教育	あり n(%)	1(6.3)	4(17.4)	0.631
	<sup>a</sup> ライン管理	あり n(%)	3(18.8)	2(8.7)	0.631
	<sup>a</sup> 重症アセスメント	あり n(%)	12(75)	17(73.9)	<1.000
	薬物介入	<sup>b</sup> 鎮痛薬使用患者数	人 n(%)	5(31.3)	5(21.7)
<sup>b</sup> ベンゾジアゼピン系薬使用患者数		人 n(%)	10(62.5)	5(21.7)	0.010*
<sup>b</sup> 抗精神薬使用患者数		人 n(%)	9(56.3)	11(47.8)	0.605
<sup>b</sup> 漢方薬使用患者数		人 n(%)	2(12.5)	1(4.3)	0.347

注.<sup>a</sup>せん妄ケア実施項目の内容が1回でもあれば、「あり」とした。

<sup>b</sup>薬剤使用患者数は、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、漢方薬、鎮痛薬を1種類でも使用していれば1患者としてカウントした

すべての項目は $\chi^2$ 検定。ただし、nが5以下の変数がある場合はFisherの直接法で検定

\*p<.05

資料Ⅱ-1 第1局面:【部署のせん妄ケアの状況把握とその対策につなげる方法の模索】第1回～5回

参加人数 (研究者除く)	会議内容	ケアを提供する上での課題	課題を改善するための方策	チーム看護師の気づき	チーム看護師、病棟看護師の行動の変化
第1回7人	<ul style="list-style-type: none"> <li>チーム会の目標設定</li> <li>循環器疾患患者のルチーン業務</li> <li>抑制のタイミング</li> <li>他部署への術前情報の提供方法</li> <li>せん妄患者への薬剤使用に関する看護師間の違い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師と看護師間でのせん妄患者への薬剤使用に関する考え方の違い</li> <li>抑制のタイミングの難しさ</li> <li>術前患者の情報提供不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頓用薬の使用記録の徹底</li> <li>術前患者のケアや心理的状況の情報共有</li> <li>術前の情報を詳細な記録の実施</li> <li>看護師間の薬剤使用のタイミングの統一</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>皆、頓用薬使用や患者対応で悩んでいることがわかった</li> <li>他の看護師の患者に対する対応方法や悩み、迷いなどが聞けて良かった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内せん妄ケアチームへのせん妄患者に使用する薬剤一覧表の作成依頼</li> <li>コメント機能を使って術前情報を診療録への記述の実施</li> <li>入院患者全員のせん妄スクリーニングの遵守</li> </ul>
第2回6人	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄スクリーニングツール(Delirium Screening Tool: DST)の使用状況の把握</li> <li>DSTの使用で判断に迷う事例</li> <li>大動脈解離患者のせん妄事例</li> <li>病棟へのチーム会から病棟への取り組み内容について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ハイケアユニットでの持続鎮静薬に関する医師の不明確な使用基準</li> <li>せん妄評価の難しさ</li> <li>病棟看護師へのせん妄の教育の困難さ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄評価(DST)時期の日勤から夜勤への変更</li> <li>せん妄評価内容の具体的な記録の周知</li> <li>研究者による鎮静薬に対するミニレクチャー</li> <li>病棟における新人や異動者に対するせん妄の教育の検討</li> <li>他病棟のせん妄ケアチームとの連携</li> <li>医師への薬剤使用に関する指示簿の作成依頼</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤の投与だけでなく、環境を変え、眠りやすい状態を提供するのも看護師の仕事である</li> <li>医師の鎮静薬使用基準が異なっているため、混乱しているのは自分一人ではなかったことが分かった</li> <li>アクシデント予防のためにも医師への働きかけが必要である</li> <li>他病棟を巻き込んでせん妄対策をするほうがよい</li> <li>新人や異動者にせん妄の教育を行い、薬剤への興味をもってほしい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSTの導入で意識的なせん妄判断の実施</li> <li>DSTが陰性でせん妄が疑わしい場合、備考に記録を残すことを病棟に伝達</li> <li>医師への鎮静薬指示簿の作成依頼</li> <li>(ハイケアユニットでの)せん妄評価時期の日勤から夜勤への変更</li> <li>新人や異動者のせん妄の教育導入についての再確認</li> <li>他の重症部門との連携</li> <li>境界型せん妄の記録の実施</li> </ul>
第3回6人+他部署1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>新人や異動者へのせん妄の教育に関する詳細な検討</li> <li>薬剤に関する勉強会の企画</li> <li>鎮静薬指示簿の統一について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>術前のせん妄評価の難しさ</li> <li>薬剤調整に対する医療者間の考えのずれ</li> <li>環境調整の難しさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事例検討の定着</li> <li>入院前からの予防として外来との連携</li> <li>他部署看護師のチーム会参加の推進</li> <li>転棟時のリアリティオリエンテーションの強化</li> <li>チーム看護師による薬剤一覧表の周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者がどうしているうちの転棟は、せん妄の引き金になっていることがわかり、転棟の際にははっきり覚醒させて、患者に伝えることがよいと確認できた</li> <li>環境の変化が大きく影響することを改めて確認した</li> <li>術前患者を意識してさらに観察するようになった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新人や異動者に対するせん妄の教育の開始</li> <li>転棟時の混乱を避けるためリアリティオリエンテーションの依頼</li> <li>薬剤一覧表と鎮静薬指示簿を病棟会での周知</li> <li>チーム看護師による薬剤一覧表の周知の勉強会の実施</li> <li>病棟看護師から薬剤に関する相談の増加</li> <li>重症部門から病棟へ転棟する場面で、病棟看護師が患者に転棟説明の実施</li> <li>院内せん妄ケアチームへ術前からの相談依頼の増加</li> <li>せん妄評価の実施とせん妄予防への活用</li> </ul>
第4回7人+他部署1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>新人や異動者へのせん妄の教育の検討(わらい、時期、対象者、内容、資料)</li> <li>認知症患者のせん妄事例</li> <li>大動脈解離患者のせん妄事例</li> <li>循環器医師との鎮静に関する方法の統一について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者の対応の難しさ</li> <li>転棟時の患者の混乱に対する対応のまずさ</li> <li>せん妄患者での薬剤使用の是非</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新人や異動者のせん妄教育の日程調整</li> <li>院内せん妄ケアチームによるせん妄、認知症、うつの違いによる勉強会の計画</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄という言葉(だけ)で説明するのは難しく、せん妄はいろいろな要因で起こることがせん妄患者をケアしてみないと新人には難しい。そのためせん妄の教育で、薬剤などに興味を少しでも持ってもらえるようにしたい</li> <li>事例検討での振り返りや実際の事例と照らし合わせて伝えると、想像しやすいと感じた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤一覧表と鎮静薬指示簿の掲示場所の工夫</li> <li>せん妄患者の把握について病棟への依頼</li> <li>(病棟での)せん妄評価時期の日勤から夜勤への変更</li> <li>チーム看護師による新人、異動者のせん妄の教育導入についての報告</li> <li>病棟看護師が転棟直後の患者のリアリティオリエンテーションの実施</li> <li>院内せん妄ケアチームによるせん妄、認知症、うつの違いによる勉強会の実施</li> </ul>
第5回7人	<ul style="list-style-type: none"> <li>新人や異動者へのせん妄教育の進捗状況</li> <li>認知症患者のせん妄事例</li> <li>薬物離脱患者のせん妄事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動性の高いせん妄患者の対応の難しさ</li> <li>低活動性せん妄の見極めの困難さ</li> <li>せん妄患者家族への不十分なかかわり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新規採用者や異動者のせん妄教育の継続</li> <li>薬剤一覧表と鎮静薬指示簿の活用方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師間でもばらつきがあるので、DSTをチェックし、看護師間のせん妄評価の違いの意識づけが必要である</li> <li>複数の看護師間で情報を共有することの大切さを感じた。</li> <li>入院したことを受け入れられない患者への対応方法、家族への関わり方を知った</li> <li>転棟による患者への影響の大きさを感じた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤一覧表と鎮静薬指示簿の活用</li> <li>日々のカンファレンスで眠剤調整の実施</li> </ul>

資料Ⅱ-2 第2局面:【せん妄事例からの発症要因の探求とケアへつなげる手立ての発見】第6回～9回

参加人数 (研究者除く)	会議内容	ケアを提供する上での課題	課題を改善するための方策	チーム看護師の気づき	チーム看護師、病棟看護師の行動の変化
第6回8人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転棟直後にせん妄が再燃し興奮した心臓術後患者の事例</li> <li>・腹部大動脈瘤術後のせん妄患者の事例</li> <li>・せん妄患者に関する新人の反応と対応について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・帰宅願望のある患者対応の難しさ</li> <li>・腹部大動脈瘤術後患者の不十分な疼痛管理、術後管理の難しさ</li> <li>・せん妄患者に対する薬剤使用のタイミングの難しさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹部大動脈瘤手術を受けた患者のせん妄要因の探索</li> <li>・興奮が強いせん妄患者への関わり方のタイミングの見極め</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬に頼りすぎていたが、副作用のことを知って今後の対応を見ていくことに気づいた</li> <li>・事例検討によって、あの時どうすればよいのか振り返ることは大切と知った</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チーム看護師に新人からの薬剤の相談</li> <li>・新人によるせん妄患者の詳細な記録</li> <li>・夜間のせん妄患者の抑制についてチーム看護師と病棟看護師と話し合う場面に新人を参加させ、一緒に抑制の判断をする機会づくり</li> </ul>
第7回5人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症のある再入院の心不全患者の事例</li> <li>・長期人工呼吸器使用のせん妄患者の事例</li> <li>・新人や異動者のせん妄の教育の評価方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・睡眠援助における看護師間の調整の難しさ</li> <li>・興奮の強いまたは認知症のあるせん妄患者対応の難しさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頓用薬使用の場合の体温表の活用方法</li> <li>・病棟会での記録方法の周知</li> <li>・患者の状況に応じた周囲の環境調整</li> <li>・頓用薬使用方法の共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症患者はせん妄を起こしやすく、せん妄を起こして遷延するほど認知機能が低下していくことを学んだ</li> <li>・日ごろからせん妄の予防、早期発見、早期対処がとて大切と感じた</li> <li>・日々のカンファレンスで、チーム会と同じようにせん妄患者の睡眠援助や疑問に感じていることを話し合えるよう働きかける</li> <li>・薬剤のタイミングに正解はないが、あの時どうすればよかったか、もっと早く何時に行けばよいかを検討するのはよい勉強になる</li> <li>・リハビリなど痛みで腹部に力が入らないことや胃チューブの長期挿入による経口摂取ができないことが腹部大動脈瘤手術後のせん妄の要因と考える</li> <li>・術後せん妄の発生率や要因を分析し、せん妄予防につなげたい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄歴がある場合、診療録より情報を得ることや院内せん妄ケアチームが介入した事例は早めのコンサルトの大事さを病棟に伝達</li> <li>・頓用薬使用時は記録に残すことを病棟に伝達</li> <li>・伝達後、診療録に頓用使用時間やせん妄評価テンプレートに詳細な記録の実施</li> <li>・長期人工呼吸器使用患者のベッド周囲の環境整備の実施</li> <li>・メトニオン調整薬の使用方法を病棟会で伝達</li> <li>・腹部大動脈瘤術後患者のせん妄の実態調査の開始</li> </ul>
第8回5人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹部大動脈瘤手術患者の要因について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹部大動脈瘤手術を受けた患者のデータベースの検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・難聴による意思疎通困難からせん妄を引き起こした患者とのコミュニケーションが重要であるとわかった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> </ul>
第9回5人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟看護師のせん妄患者の排泄ケアへの対応状況</li> <li>・腹部大動脈瘤手術患者に関する調査について</li> <li>・腹部大動脈瘤術後せん妄患者の事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹部大動脈瘤術後患者の難しさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄患者の事例検討の継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3年目看護師がせん妄患者の悪化を防ぐために、尿道カテーテル抜去の可否についてアセスメントケアをしていたことに気づいた</li> <li>・せん妄ケアは1人ではできないため、チームで対応する大切さを感じ、看護師個々のせん妄アセスメント、ケアについてともに考え協力して対応できるようにチームから病棟へ働きかけることが必要である</li> <li>・日々の看護の中で困ったことなど事例を振り返ること、経験を言葉にすること、治療や対応の根拠を知ることがマニュアル作りとは別の地道な勉強として必要である</li> <li>・せん妄が発生した翌日のカンファレンスは事例検討、対策について意見をもらえるよう働きかける</li> <li>・「体験を共有、意見交換、次の一手を考える」をチームから病棟全体でできるのを目指す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟看護師によるせん妄悪化予防ケアの確認(バルンカテーテル抜去の可否)</li> </ul>

資料Ⅱ-3 第3局面:【事例カンファレンスの重要性の認知と検討結果の実践への適用】第10回~14回

参加人数 (研究者除く)	会議内容	ケアを提供する上での課題	課題を改善するための方策	チーム看護師の気づき	チーム看護師、病棟看護師の行動の変化
第10回 5人	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄患者の体験記の抄読</li> <li>腹部大動脈瘤術後せん妄患者に関する調査の打ち合わせ</li> <li>大動脈解離術後の過活動性せん妄患者の事例</li> <li>せん妄パンフレットの活用方法について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄患者の体験を知る機会のなさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体験記の抄読</li> <li>見守りと過干渉のタイミング</li> <li>見当識持続させることの重要性の周知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄によるライン類の抜去や安静が守れないことが、疾患を悪化させるというジレンマを抱えてやっている自分の看護は、少しでも患者の心身の悪化を食い止められているのか、患者の恐怖体験に気づき寄り添えているのか</li> <li>語りはまさにせん妄患者さんの内側の体験思考を垣間見るようだった。夢でなく、次々と訪れる情景、一貫性のなさや所在不明な感じが、患者を非常に不安にさせていることがわかる</li> <li>せん妄患者にとって家族の声は絶大な力を発揮する。せん妄リスクが高い、せん妄になりかけている段階から家族の付添が必要である</li> <li>せん妄患者には、私たちがいる世界と別の世界が頭の中に広がっていると感じ、それを認めつつ、患者が安全に過ごせるようすることが必要と感じた</li> <li>せん妄ケアは何かすごいことをするというより原因となっている悪い要素を排除することが大切じゃないか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟に家族用のせん妄パンフレットの活用の依頼</li> </ul>
第11回 7人	<ul style="list-style-type: none"> <li>長時間のアブレーション検査後の不穏について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査時の鎮静薬使用患者に対する不穏の把握の不十分さ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>鎮静に関する勉強会の検討</li> <li>鎮静薬使用のアセスメントと減量方法</li> <li>研究者による鎮静薬離脱せん妄に関する講義</li> </ul>	なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究者による鎮静薬離脱せん妄に関する講義の実施</li> </ul>
第12回 6人	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性大動脈解離患者の急変事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性大動脈解離患者のせん妄に対する対応のまずさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疼痛のアセスメントの実施</li> <li>鎮静薬使用後の呼吸状態のアセスメントの徹底</li> <li>研究者による病棟看護師対象の鎮静管理の勉強会</li> <li>鎮静薬使用患者の看護の検討</li> <li>家族参加の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄ケアという視点で振り返ると、入院から数日であること、呼吸状態が不安定、解離による痛み、緊急入院、安静を強いられること、転床による環境の変化があった。個人差はあるが、今までと似たようなパターンでせん妄になっている</li> <li>安静指示があり、暴れていると鎮静剤投与を考えてしまう。環境整備やそばに付き添うのも限界を感じる。殴られたら怖い、相手を静止すれば逆上される。そのまま放置すれば、解離が進行するのは自分たちに責任があると感じてしまう</li> <li>今回の事例では家族を呼ぶことも1つの対策であった</li> <li>チームを作った理由は、循環器・心外科特有のせん妄と拮抗する安静と薬剤使用の難しさを少しでも解消できればと思った。薬剤の知識だけでなく、副作用や危険予知みたいなことが伴わないと意味がない</li> <li>鎮静薬を今一度学ぶ必要がある。急性期で安静が必要な患者において、せん妄発症や悪化による安静保持困難は、治療の継続や症状増悪にもつながる可能性がある。当病棟においては薬剤の知識はとても重要だった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究者による病棟看護師対象の鎮静管理の勉強会の実施</li> </ul>
第13回 5人	<ul style="list-style-type: none"> <li>鎮静管理に関する勉強会の振り返り</li> <li>今年度のチーム活動に関する反省と企画</li> <li>疼痛評価について</li> <li>鎮静薬使用後の管理について</li> <li>持続鎮静を使用した認知症のある心不全患者事例検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症とせん妄が重層している患者の対応の難しさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>鎮静に関する知識と実践の強化</li> <li>腹部大動脈瘤手術患者のデータ収集の継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期患者の安静と鎮静管理とのバランスに問題がある</li> <li>ケアの振り返り、次のケアへ活かすこと、他のスタッフの意見や考えを知ること、話すことで癒されること、ケアは一人ではできないので、看護師で共有していける環境を作っていくたい</li> <li>ハイケアユニットのスタッフが投薬以外にも患者に付き添い、行動を見守り、抑制具をほとんど用いずに患者に対応している様子は素晴らしい看護だと思った</li> <li>せん妄ケアが投薬だけではないことが、スタッフに伝わり対応でき、実践力につながっている</li> <li>心不全患者なので、安静を守り、輸液管理をきちんとしたい、抜去されないなら、2日間くらい様子見てもよいのか、鎮静薬でしっかり睡眠と考えなければ少しイメージも変わる</li> <li>難聴により混乱が強くなり、せん妄となる。意思疎通が図れない場合、人間にとって恐怖があると思う。その恐怖によってせん妄が助長される。補聴器をつけて会話ができると、しっかりした印象になったと思う。せん妄予防にはコミュニケーションをしっかりと取ることも含まれている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>勉強会のアンケート結果と質問の対する回答を病棟会で配布</li> <li>ラミネート加工した評価方法のハイケアユニットへの配置</li> <li>鎮静薬使用時のスケールや効果に関する記録の実施</li> <li>認知症のある不穏患者の対応の実施</li> <li>病棟看護師によるせん妄の非薬物介入の実施</li> </ul>
第14回 6人 (病棟看護師2人含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>来年度の新人、異動者のせん妄の教育について</li> <li>薬剤以外のせん妄予防について</li> <li>チーム会への新メンバーの勧誘について</li> </ul>	なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>腹部大動脈瘤患者のせん妄実態調査の継続</li> <li>チーム看護師による鎮静の勉強会</li> <li>鎮静スケールを導入と運用方法の周知</li> <li>日々のカンファレンスを活用した事例検討の継続</li> <li>次年度の新規採用者のせん妄教育の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄ケアを自由に語られる機会を病棟看護師にも与えたい</li> <li>部署を異動してもせん妄患者はいるので、役に立つから地道にせん妄ケアを学ぼうと思う</li> <li>次年度はオープンカンファレンスを開催し、事例を通じてみんなでやっていきたい</li> <li>チーム会に参加すると、他の看護師がどのように考えているのか、自分が考えつかない意見を聞くことができる</li> <li>来年度はチーム会に参加してもらい、互いの刺激と学びになればいいと思う。せん妄ケアに興味をもってもらい、ケアを深めることで患者さんにとってもケアを行う自分にとってもストレスを軽減することができる感じてもらいたい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師から薬剤一覧表の活用による指示の実施</li> <li>チーム看護師による鎮静評価の勉強会の実施</li> <li>せん妄のリスク要因・対策・アセスメントの重要性に関する病棟会での報告</li> <li>ハイケアユニットの看護師がDSTを用いた鎮静管理の実施</li> </ul>