

原著論文

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—

大木友美¹⁾、松下年子²⁾

1)昭和大学保健医療学部看護学科、2)横浜市立大学医学部看護学科

要旨

本研究では、看護師による術後せん妄の判断に関する思考過程・行動を明らかにすることを目的とした。すなわち、外科病棟の看護師が術後せん妄に関する何らかの異常を直感し、術後せん妄を予知し、その可能性を疑ってアセスメントし、判断・確信する過程、またその後の対応や行動がいかなるものなのかを明らかにすることとした。本報告(2)では、「看護師による術後せん妄の判断過程に関する研究(1)」に引き続き、看護師が術後せん妄を把握し、判断・対応していく過程の後半、つまり、看護師がアセスメントを重ねて、術後せん妄が発生したことを判断・確信し、実際の対応に至るまでの過程明らかにされたことを論じるのを目的とした。結果、看護師がせん妄であると判断・確信するにあたって、観察を通じて患者から直接的に得ることのできるデータ以外に、他のスタッフによる判断、それとの共有や協働をもってそのプロセスが進められていることが示唆された。具体的な対応として安全確保や観察が重視されていたが、その一方で、拘束に関する認識や対応が徹底されていない可能性も示された。よって、スタッフ間の術後せん妄や拘束に対する認識や判断基準の共有が、術後せん妄の早期発見や迅速な対応に貢献しうる可能性が伺われた。

Keyword : 術後せん妄、看護、判断、確信、看護ケア

緒言

術後せん妄の正確な判断は困難を極め、しばしば発見が遅れることがある。術後せん妄の早期発見の鍵を握るのは常に患者の側にいる看護師の存在であり、看護師による適切な判断が求められる。せん妄患者の看護経験の多い看護師は、臨床現場で起こる患者の現象に対して、患者の症状や訴えと自分の経験に基づく臨床知を関連させながら、適切な判断を行い、そのもとの適切な看護ケアを行っている¹⁻³⁾。

せん妄患者の看護経験がある看護師は、術後

せん妄の現象に対して「何かおかしい」と捉える直感を持っている⁴⁾⁶⁾という報告がある。その直感を発端として看護ケアを実践していると推察されるが、その過程の詳細は明らかにされていない。

そこで本研究では、看護師による術後せん妄の判断に関する思考過程・行動を明らかにすることを目的とした。思考過程・行動について仮説を立て、それに基づいて過程の様相を明らかにする。すなわち、外科病棟の看護師が術後せん妄に関する何らかの異常を直感し、術後せん妄を予知し、その可能性を疑ってアセスメント

し、判断・確信する過程、またその後の対応や行動がいかなるものなのか、またそれらの過程がいかなる因子によって影響を受けるのかを明らかにすることとした。その結果、本研究(1)では、術後せん妄患者の看護経験のある看護師は、術後せん妄発症の直感や予知力を持っており、自分の知識や経験からアセスメントで重要視する項目を念頭に置き、アセスメントを推し進めていった旨を報告した。本報告(2)では、「看護師による術後せん妄の判断過程に関する研究(1)」に引き続き、看護師が術後せん妄を把握し、判断・対応していく過程の後半、つまり、看護師がアセスメントを重ねて、術後せん妄が発生したことを判断・確信し、実際の対応に至るまでの過程について明らかにされたことを報告する。

用語の定義

直感: 「何かおかしい」という看護師の感覚であり、その根拠を必ずしも説明できるとは限らない。

予知: せん妄のリスク要因を抱えている人だから「術後せん妄になるかもしれない」という事前の認識と心構え。

アセスメント: 患者に起きている異常現象と、せん妄の一般的な症状との照合。

判断: 「術後せん妄だろう」というおおよその見通し。

確信: 「やはり術後せん妄に違いない」という自信を持った判断。

研究方法

1. 対象: 首都圏内 A 病院の外科病棟に勤務する看護師 190 名
2. 調査期間: 本研究の研究機関は 2008 年 8 月～2009 年 2 月であった。
3. 調査方法: 図 1 のように術後せん妄に関して「何かおかしい」と直感し、予知、アセスメントから判断・確信に至る過程の仮説を立てた。

直感から直接アセスメント、判断、確信のそれぞれに至る場合があることも想定した。

この仮説に基づいて、看護師の術後せん妄に対する判断のプロセスが実際にどうなのかを明らかにするための質問紙を作成した。作成にあたっては、文献検討と、経験年数 5 年以上の外科病棟看護師 7 名を対象としたインタビューを行った。インタビューで得られたデータを内容分析法で分析し、術後せん妄の直感、予知、アセスメント、判断、確信、対応に関する質問項目を抽出した。さらにその項目について、上記 7 名の看護師に内容・意味合いの相違がないかを確認した。以上の経緯をもって作成した無記名の自記式質問紙の内容であるが、臨床で術後せん妄患者の看護経験がある看護師に対するものは、術後せん妄患者看護、アセスメント、判断、確信、対応 16 項目、術後せん妄患者への認識 2 項目、術後せん妄患者の看護判断 6 項目、術後せん妄患者のマネジメント 13 項目であった。また、体験がない看護師と、ある看護師の両者に共通する項目として、体験の有無を問う項目を最初に設けた。回答は、「はい」「いいえ」の二者択一または、「とてもあてまはる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の 5 段階のリッカートスケールとした。基本的属性および基礎的データとして性別、年齢、看護師経験年数、経験病棟、看護系の最終学歴、術後せん妄看護の経験件数、術後せん妄に関する学習経験について尋ねた。調査用紙は A 病院へ郵送し、看護部長に任意で病棟を選択してもらい、その病棟に所属する看護師を調査対象とした。記載された質問紙は看護部によって回収され、看護部から調査者に返送されるように依頼した。

4. 分析方法: 基本的属性については記述統計を行った。データから本研究に必要な観測変数をとりだして分析を行った。統計ソフトは、SPSS Ver.19 を使用し欠損値を除外して行った。

すべての分析で統計的有意水準を 5.0% とした。

5. 分析方法: 基本的属性については記述統計

を行った。データから本研究に必要な観測変数を取りだして分析を行った。統計ソフトは、SPSS Ver.19 を使用し欠損値を除外して行った。すべての分析で統計的有意水準を 5.0%とした。

6.倫理的配慮：研究計画は、筆者の所属する大学の倫理委員会の承認（承認番号 89 号）および対象病院の倫理委員会の承認（承認番号番号 0808-01）を受けて実施した。調査票を配布する際、書面で研究目的・方法・匿名性の保持・研究参加と中断の自由、得られた情報はすべてコード化し、本研究のみに使用することを明記し、調査票の返信をもって本研究の同意が得られたものとした。

結 果

1. 術後せん妄観察時のアセスメントから判断・確信へ

アセスメントする際にアセスメントツールを用いている者は 17 名(11.8%)であり、そのうちの 9 名(42.2%)がツールの使用が「容易である」と答えていた。「アセスメントツールを使用すれば、臨床経験に基づく直感力がなくてもせん妄を見つけることができる」と 10 名(40.0%)が応えており、「直感力がなくとも術後せん妄の判断が可能である」と回答していた。

直感のみで「術後せん妄だろう」という判断ができる者は 97 名(62.6%)であり、そのうち「自分ひとりだけで判断できる」者は 47 名(30.3%)であった。次に、直感のみで「やはり術後せん妄に違いない」と確信が持てる者は 45 名(29.0%)であり、「自分ひとりで確信が持てる」者は 32 名(20.6%)であった。

2. 術後せん妄を判断や確信での困難(表 1)

直感を発端としてアセスメントを繰り返していく中で、術後せん妄を判断・確信する際の他の疾患との鑑別において、最も困難とするのは「認知症との区別」93 名(62.0%)、「他の精神疾患との区別」49 名(33.6%)、脳血管疾患との区別」42 名(29.0%)、薬物・アルコールによる影響との

区別」42 名(28.4%)「発症前の段階で対応できる判断をすること」34 名(24.1%)であった。

3. 術後せん妄を確信するための補完行動(表 2)

術後せん妄と確信するためにとる補完行動は、「同僚の看護師に相談する」93 名(62.0%)、「主治医に相談する」84 名(56.8%)、「リエゾン医師に相談する」55 名(37.7%)、「術前に患者に関する情報を家族から得る」55 名(37.7%)、「専門書で確認する」19 名(13.6%)であり、「あえて補完行動をとらず自分の看護判断だけで解決する」1 名(0.7%)であった。

4. 術後せん妄のための支障(表 3)

術後せん妄患者が発症すると、どのような支障があるかを問うと、「術後の回復の妨げになる」51 名(34.9%)、「身体損傷のリスクが高くなる」129 名(85.4%)、「安全を確保できない」129 名(86.0%)、「せん妄患者にかかりつきになる」65 名(44.5%)、「他の患者のケアがおろそかになる」46 名(31.7%)、「暴れることで看護師に危険が及ぶ」35 名(24.3%)であった。

5. 術後せん妄患者への対応(表 4)

実際に、術後せん妄を発症した場合の対応は、「看護師チームで検討する」97 名(66.0%)、「主治医に相談する」88 名(60.3%)、「リエゾン医師に相談する」57 名(39.9%)、「患者をよく観察できる部屋に移動させる」109 名(74.7%)、「術後せん妄の症状を観察する」104 名(71.2%)、「術後せん妄の症状悪化防止の介入をする」79 名(54.9%)、「患者の安全管理をする」120 名(80.5%)であった。

6. 術後せん妄の看護援助で戸惑い(表 5, 6)

術後せん妄患者の看護援助を行う中で戸惑うことは、「いつ拘束(抑制)を開始するか」53 名(35.8%)、「いつ拘束(抑制)を解除するか」54 名(37.0%)、拘束(抑制)が人権に触れるのではないか」35 名(23.8%)、「いつ個室から大部屋に移すか」32 名(21.9%)、「せん妄患者が暴れた時

の対応」41名(28.1%)、「術後せん妄アセスメント」41名(27.5%)、「術後せん妄が発生したというアセスメント」41名(27.9%)、「看護師としてどこまで介入するか」24名(16.6%)、「術後せん妄治療薬の投薬タイミング」37名(25.3%)、「術後せん妄患者とのコミュニケーション」28名(19.2%)、「術後せん妄患者家族への対応」31名(21.2%)であった。

術後せん妄に関する専門性を高めるために必要なことは、「臨床看護経験の積み重ね」62名(41.9%)、「術後せん妄の患者を看護した経験件数」54名(37.0%)、「術後せん妄に関する知識の向上」89名(55.8%)、「術後せん妄を把握する観察ポイントを掴む」82名(55.8%)、「せん妄アセスメントツールの使用」50名(34.1%)であった。

7.術後せん妄に関する専門性を高めるのに必要なこと(表7)

表1 術後せん妄の判断や確信で難しいこと

	人数(%)					合計
	とても当てはまる	当てはまる	どちらとも言えない	当てはまらない	全く当てはまらない	
認知症との区別	93(62.0)	51(34.0)	6(4.0)	0(0.0)	0(0.0)	150(100.0)
アルコール・薬物依存症との区別	42(28.4)	70(47.3)	31(20.9)	58(3.4)	0(0.0)	148(100.0)
脳血管疾患との区別	42(29.0)	68(46.9)	32(22.1)	3(2.1)	0(0.0)	145(100.0)

表2 術後せん妄を確信するための補完行動

	人数(%)					合計
	とても当てはまる	当てはまる	どちらともいえない	当てはまらない	まったく当てはまらない	
同僚に相談する	93(62.0)	51(34.0)	5(3.3)	0(0.0)	1(0.7)	150(100.0)
専門書で確認する	19(13.6)	59(42.1)	51(36.4)	8(5.7)	3(2.1)	140(100.0)
医師に相談する	84(56.8)	52(35.1)	11(7.4)	1(0.7)	0(0.0)	148(100.0)
リエゾン精神科医に相談する	68(46.9)	47(32.4)	25(17.2)	5(3.4)	0(0.0)	145(100.0)
患者の家族からの情報を得る	55(37.7)	73(50.0)	17(11.6)	1(0.7)	0(0.0)	146(100.0)
補完行動をとらずに自分の判断のみ	1(0.7)	4(2.8)	24(16.9)	34(23.9)	79(55.6)	142(100.0)

表3 術後せん妄のための支障

						人数(%)
	とても当てはまる	当てはまる	どちらとも言えない	当てはまらない	全く当てはまらない	合計
術後の回復の妨げとなる	51(34.9)	73(50.0)	22(15.1)	0(0.0)	0(0.0)	146(100.0)
身体損傷のリスクが高くなる	129(85.4)	22(14.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	151(100.0)
安全を確保できない(転倒など)	129(86.0)	19(12.6)	2(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	150(100.0)
せん妄患者にかかりつきりになる	65(44.5)	66(45.2)	14(9.6)	1(0.7)	0(0.0)	146(100.0)
他の患者のケアがよろそかになる	46(31.7)	58(40.0)	34(23.4)	5(3.4)	2(1.4)	145(100.0)
暴れることで看護師に危険が及ぶ	35(24.3)	74(51.4)	74(51.4)	3(2.1)	1(0.7)	144(100.0)

表4 術後せん妄を発症した患者への対応

						人数(%)
	とても当てはまる	当てはまる	どちらとも言えない	当てはまらない	全く当てはまらない	合計
看護師チームで対応する	97(66.0)	49(33.3)	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	147(100.0)
主治医に相談する	88(60.3)	51(34.9)	7(4.8)	0(0.0)	0(0.0)	146(100.0)
リエゾン医師に相談する	57(39.9)	57(39.9)	22(15.4)	6(4.2)	1(0.7)	143(100.0)
患者をよく観察できる部屋に移動	109(74.7)	35(24.0)	1(0.7)	0(0.0)	1(0.7)	146(100.0)
せん妄の症状を観察する	104(71.2)	41(28.1)	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	146(100.0)
せん妄の悪化防止の介入をする	79(54.9)	58(40.3)	7(4.9)	0(0.0)	0(0.0)	144(100.0)
安全管理をする	120(80.5)	28(18.8)	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	149(100.0)

表5 術後せん妄の看護で戸惑うこと(1)

	人数(%)					合計
	とても 当てはまる	当てはまる	どちらとも言 えない	当てはまらない	全く当てはま らない	
いつ拘束(抑制)を開 始するか	53(35.8)	63(42.6)	20(13.5)	12(8.1)	0(0.0)	148(100.0)
いつ拘束(抑制)を解 除するか	54(37.0)	60(41.1)	23(15.8)	9(6.2)	0(0.0)	146(100.0)
拘束(抑制)が人権に 触れるのではないか	35(23.8)	61(41.5)	43(29.3)	7(4.8)	1(0.7)	147(100.0)
いつ個室から大部屋 に移すか	32(21.9)	55(37.7)	47(32.2)	10(6.8)	2(1.4)	146(100.0)
せん妄の患者が暴れ た時の対応	41(28.1)	78(53.4)	23(15.8)	4(2.7)	0(0.0)	146(100.0)
術後せん妄のアセス メント	41(27.5)	78(52.3)	25(16.8)	4(2.7)	1(0.7)	149(100.0)

表6 術後せん妄の看護で戸惑うこと(2)

	人数(%)					合計
	とても 当てはまる	当てはまる	どちらとも言 えない	当てはまらない	全く当てはま らない	
術後せん妄が発生し たというアセスメント	41(27.9)	78(53.1)	23(15.6)	2(1.4)	3(2.0)	147(100.0)
看護師としてどこまで 介入するか	24(16.6)	67(46.2)	40(27.6)	11(7.6)	3(2.1)	145(100.0)
術後せん妄治療薬の 投薬のタイミング	37(25.3)	79(54.1)	24(16.4)	6(4.1)	0(0.0)	146(100.0)
術後せん妄患者との コミュニケーション	28(19.2)	76(52.1)	33(22.6)	8(5.5)	1(0.7)	146(100.0)
術後せん妄患者家族 への対応	31(21.2)	61(41.8)	37(25.3)	15(10.3)	2(1.4)	146(100.0)

表7 術後せん妄に関する専門性を高めるために必要と思うこと

	人数(%)					合計
	とても 当てはまる	当てはまる	どちらとも言 えない	当てはまらない	全く当てはま らない	
臨床看護の経験の積 み重ね	62(41.9)	72(48.6)	14(9.5)	0(0.0)	0(0.0)	148(100.0)
術後せん妄患者を看 護した経験件数	54(37.0)	75(51.4)	15(10.3)	2(1.4)	0(0.0)	146(100.0)
術後せん妄に関する 知識の向上	89(59.3)	51(34.0)	10(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	150(100.0)
術後せん妄を把握す るための観察をポイ ントをつかむ	82(55.8)	57(38.8)	8(5.4)	0(0.0)	0(0.0)	147(100.0)
せん妄アセスメントツ ールの資料	50(34.2)	56(38.4)	36(24.7)	2(1.4)	2(1.4)	146(100.0)

考 察

1.術後せん妄の判断と確信の困難と補完行動

本結果では、術後せん妄に対して直感のみで「術後せん妄だろう」と判断できる者は62.6%と高かったにもかかわらず、そのうち「自分ひとりだけで判断できる」者は30.3%と減少し、「やはり術後せん妄に違いない」と確信が持てる者は45名(29.0%)になり、それが「自分ひとりだけで確信できる」という段階に至ると20.6%まで低下していた。自分ひとりでの判断・確信については、確実な自信を伴わないことが明らかになった。確信に至るには豊富な専門的知識に基づく、高度な観察力とアセスメント力が要求されるためと考える。確信に自信がない背景の1つには、他の疾患等との区別に悩むケースがあり、特に認知症との区別が難しいと捉える者が62.0%と多く、術後せん妄の確信の際に苦慮していた。術前から認知症がある場合は認知症とせん妄の区別が難しいが、手術を契機に症状の変化があればせん妄を疑うことがまず

必要である²⁾といわれている。本調査では、リエゾン精神科医の介入が39.9%と比較的多かったが、術後せん妄と他疾患との区別がつかないときは、術後せん妄について専門的判断ができる医療職の参入も積極的に推奨していく必要があるだろう。

本対象者は、術後せん妄を確信するために他の看護師や主治医に相談するなど、自分以外の意見を参考にするという補完行動をとっていた。また術後せん妄患者が出現した場合、患者を取り巻く医療チームで対応を検討し、患者の安全確保と観察に努めていた。照屋⁷⁾が、看護師は患者の言動にせん妄の疑いがあれば、チームリーダーに迅速に報告していたと述べたように、術後せん妄の可能性のある患者に対しては、患者に関わるチーム全体で情報を共有し、確信を確実なものに導けるような手段を講じていくことが必要である。

2.術後せん妄看護での戸惑いと課題

術後せん妄患者の看護における戸惑いとしてまず第1に、術後せん妄患者が出現すると、患者自身の回復遅延や身体損傷リスクの存在を懸念しなければならないことに加えて、他患者への否定的影響や看護師自らへの影響も懸念されていた。他患者のケアがおろそかになる可能性や、その他の看護師の日常ケアに支障が出る可能性が示された。術後せん妄によるさまざまな影響を最小限にするために、術後せん妄患者および他患者のケアをチームで補うなどの必要があろう。

次に、拘束・抑制の開始と解除、それらに伴う人権問題など倫理的な面が存在していた。また、術後せん妄のアセスメントや患者・家族への対応について戸惑いがあり、術後せん妄判断の難しさを示した。具体的な対応として患者の安全確保や術後せん妄の観察が重視されていたが、その一方で、拘束に関する認識や対応が徹底されていない可能性も示された。身体抑制は最小限にすべきであり、全くなしに済ませることは現実的には不可能である⁸⁾ため、各施設の抑制に関する基準を十分に理解し²⁾、場合によっては複数の医療者で検討し、倫理面も十分に考慮し、的確に対応することが必要である。また、術後せん妄患者とのコミュニケーションや家族への対応は、服部⁹⁾が、患者への声かけをゆっくりかつ頻回にすること、家族の面会時の工夫や家族の不安への対処などが患者自身の安定や早期退院とつながっていると述べていることから、患者の状況に合わせたコミュニケーションと家族への配慮・調整が必要であらう。

看護師らは、術後せん妄に対する専門性を高めるためには、臨床経験はもちろん術後せん妄患者の看護経験を積むこと、術後せん妄に関する知識の向上、術後せん妄の判断を高める力をつけることが必要であると感じていた。術後せん妄を発症しているか否かを正確に見極めることは患者の予後やその後の看護を左右するため、早期かつ確実なアセスメント、判断、確信が不

可欠であるため、強化が必要であらう。

結 論

看護師が術後せん妄であると判断・確信するにあたって、確実性には自信がなく、観察を通じて患者から直接的に得ることができるデータ以外に、他のスタッフによる判断、それとの共有や協働をもって、術後せん妄の確信に至るプロセスが進められていることが示唆された。臨床判断の要素に、チームの方針、スタッフへの相談、他患者の存在がある¹⁰⁾といわれているが、直感から予知、判断、確信への過程が迅速かつ正確に進行するためには、自分ひとりだけでなくチームでの情報共有や協働が必要であることが不可欠であることが掌握された。また、術後せん妄や拘束に対する医療チーム間の認識や判断基準の共有が、術後せん妄の早期発見や迅速な対応に貢献し得る可能性がうかがわれた。

本研究は、平成19～21年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)「臨床看護師による術後せん妄のラベリングプロセスに関する研究」により行った研究の一部である。

文 献

- 1) 小林雪枝：外科病棟看護師が認識する術後せん妄発症に関連する因子,立三沢病院医誌, 9(1),1-24, 2012.
- 2) 松浦純平：外科領域における術後せん妄発症予測要因,学と生物学, 55(11), 825-829, 2011.
- 3) 塚田友紀,大井加寿美,前田美穂他：看護師のICU入室患者のせん妄の捉え方とその対応 せん妄予防の経験の有無からみた分析,埼玉県立がんセンター看護部看護研究集録, 35,14-18, 2012.
- 4) 原沢のぞみ：せん妄の早期発見,看護技術, 56(8), 35-38, 2010.
- 5) 小泉雅子：術後やICUでのせん妄ケア,臨

- 床看護, 36(11), 1380-1389, 2010.
- 6) 前田充代, 西谷恭子, 浅下英里他: 脳神経外科に入院した患者のせん妄発症状況の実態調査, 第43回日本看護学会論文集, 看護管理, 171-174, 2013.
- 7) 照屋幸江: 整形外科領域における術後せん妄患者の看護の実態, 沖縄県看護研究会集録, 25回, 92-94, 2010.
- 8) 高野重紹, 増戸優貴, 伊藤一枝他: 外科的手術と認知症, 老年精神医学, 21(3), 321-324, 2010.
- 9) 服部英幸: 高齢者の術後せん妄, 臨床精神医学, 42(3), 327-334, 2013.
- 10) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究, 日本職業・災害医学会会誌, 53(4), 213-219, 2005.

A Study of the Nursing Judgment Processes for Postoperative Delirium (2) : Judgment, Certainty, and Behaviors

Tomomi OHKI¹⁾, Toshiko MATSUSHITA²⁾

¹⁾ Showa university school of nursing and rehabilitation science

²⁾ Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University

Abstract

The purpose of this study is to clarify the process of thought and behavior about the nursing judgment of postoperative delirium. A surgical nurse was intended that we determined correspondence about postoperative delirium, the process of abnormal intuition, prevision, assessment, judgment and certainty. Secondary to "A study of the nursing judgment process for postoperative delirium (1)", in this report (2), the present study aims to clarify the latter half of the nurse grasps delirium and judgment, certainty, a support process. As a result, when a nurse performs judgment and certainty of delirium; other than data of the patient observation, a judgment of other staff, from an information sharing and collaboration, the process advanced. It was thought that ensuring safety and observation were important. But, there was the possible that recognition and correspondence of the restriction were not thorough. Recognition of delirium and restriction between the staff, share of the criterion, possibility to contribute to early detection of delirium and quick correspondence was suggested.

Keyword : postoperative delirium, nursing, judgment, certainty, nursing care