医療系研究科博士課程用

学 位 論 文 要 旨

氏 名　　白井　教子　　印

論 文 題 目

看護師主体の「せん妄ケアプログラム」の有用性の検討

指 導 教 授 承 認 印
岩 溝 優 美　　印

看護師主体の「せん妄ケアプログラム」の有用性の検討

白井教子

背景と目的

American Psychiatric association (2000) のガイドラインによると、全入院患者におけるせん妄の有病率は、10%から30%と推計されている。医療の高度化による治療の複雑さ、治療選択・疾患・治療に伴う心理的負担、および高齢患者の増加に伴い、急性期の病院においては、今後もせん妄の状態となる患者が増加する事は否めない。さらに、せん妄の症状に起因した転倒転落 (Babine ら, 2016) や、ルート類など体に挿入されている医療用具の自己抜去など、医療安全に関わる問題も少なくない (Dubois ら, 2016)。せん妄に関する研究は、せん妄の早期発見と予防的介入・治療・看護ケアなどに関する研究は多数報告されている。

このような中、精神看護専門看護師：Certified Nurse Specialist in Psychiatric Mental Health Nursing (以下 CNS)は、消化器内科・内分泌内科の病棟師長 (以下病棟師長)から、せん妄のアセスメントとケアの向上対策についてのコンサルテーションを受け、「看護師主体のせん妄ケアプログラム」の導入を行った。本プログラムの特徴は、せん妄のアセスメントに重点を置いたこと、CNS が日々のアセスメントと看護ケアのフォローアップとケア提供を行った点にあり、このプログラムの有用性について検討した。

方法

1. せん妄 ケアプログラム作成のための準備段階

準備段階として、2016 年 4 月より、町田ら (2003) や綿貫ら (2002) を参考に、CNS2 名と病棟師長 1 名で「せん妄のアセスメント フローチャート(以降:フローチャート)」を作成した。このフローチャートは、始めに入院患者全員の「せん妄のリスクアセスメント」を行い、次にリスク要因がある患者にスクリーニング・ツール (「せん妄スクリーニング・ツール」《以下 DST》、「日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール」《以下 J-NCS》) を用いて「せん妄症状のアセスメント」を行う。スクリーニング結果に応じて看護計画を立案・実施するステップで構成した。2016 年 8 月より、フローチャート作成に関わった病棟師長の所属する病棟看護師を対象に、フローチャートの使用方法について説明し、その後、CNS がフォローアップを行いながらフローチャートの予備的導入を行った。適宜、病棟看護師よりフローチャートのわかりにくい点・問題点などを聞

き、それらを反映してフローチャートを修正した。

2. 看護師主体のせん妄ケアプログラムの導入

準備段階で修正したフローチャートに加えて、せん妄の知識不足が看護師より多く聞かれた事から、90分間のせん妄の学習会とCNSのフォローアップを加えた「看護師主体によるせん妄ケアプログラム（以下せん妄ケアプログラム）」を作成した。2017年6月より、このプログラム導入を開始し、まずCNSによるせん妄の学習会を看護師全員に実施した。次に、2017年7月より、看護師がフローチャートに沿って、せん妄のリスクアセスメント、せん妄症状のアセスメント、そして看護計画立案とそのケアを入院患者に実施した。同時に、看護師へのCNSによるフォローアップ、及びCNSによるせん妄患者への直接ケアの実施を並行して行った。

3. せん妄 ケアプログラム導入前後3か月間における入院患者のせん妄発症率の比較

1) 対象者と手続き

プログラム導入前と導入後の3か月の期間に入院した患者を対象とした。導入前の対象者は、せん妄ケアプログラムの準備段階期間である2016年5月から7月の3か月間（以下、導入前群とする）の当該病棟入院患者であり、導入後の対象者は、せん妄ケアプログラムを導入し、看護師がフローチャートの活用を開始した2017年7月から9月の3か月間（以下、導入後群とする）の当該病棟入院患者とした。なお、24時間以上病棟に在院していなかった患者は対象外とした。せん妄発症の判断は、ICD-10の診断基準に基づき検出した。

2) 分析の概略

導入前群と導入後群の対象者は、性別、年齢、主病名、チャールソン併存疾患指数の臨床的特徴のバランシングの確認を、標準化差を用いて行った。標準化差0.1未満の場合に、両群のバランスは取れていると判断される。

次に、導入前後における対象者のせん妄発症率の差を検討するために、せん妄発症率について2群（導入前群・導入後群）×2せん妄発症（せん妄あり・せん妄なし）のχ^2検定を行った。

4. 看護師を対象とした質問紙調査

1) 対象者

せん妄ケアプログラムを導入した病棟の看護師26名中、研究参加の同意の得られた25名のデータを対象とした。

2) 質問紙

CNSと病棟師長で、松下の文献（2004）などを参考にし、せん妄ケアプログラムのうち、フローチャートに対する質問紙を作成した。質問項目は、①「看護師の経験年数」、②「フローチャートで難しい点や判断に困った内容」、③「せん

妄のアセスメントやケアに役立つと思うか」、④「業務の負担は増えたか」、⑤「臨床で役立ったと感じた項目」、⑥「フローチャートの継続」、の6項目で構成した。

3) 分析の概略

質問紙の①「看護経験年数」は、対象の25名を4段階で分類し、頻度を算出した。次に、②「フローチャートで難しい点や判断に困った内容」の7項目について、それぞれ選択した頻度を算出した。③「せん妄のアセスメントやケアに役立つと思うか」では、「1. とてもそう思う」、「2. 概ねそう思う」と答えた人を役立つ群、「3. あまりそう思わない」、「4. 思わない」と答えた人を役立たない群の2群に分け、評定理由についてBerelsonの方法論(2007)を参考に、質的分析を行った。また、④「業務の負担は増えたか」についても「1. とてもそう思う」、「2. 概ねそう思う」と答えた人を負担増加群、「3. あまりそう思わない」、「4. 思わない」を負担増加なし群の2群に分け、評定理由について質的分析を行った。⑥「フローチャートの継続」については、4段階で回答を求めそれぞれ頻度を算出した。⑤「臨床で役立ったと感じた項目」については、今回の分析からは除外した。

結果

1. せん妄 ケアプログラム導入前後の各3か月間の入院患者の比較

導入前群の対象者は、対象期間3か月間の当該病棟入院患者342人中、対象外3名を除外した339名であり、導入後群の対象者は、366名中、対象外7名を除外した359名であった。導入前後群の対象者の臨床的特徴は、標準化差を用いて行った結果、年齢16～54才、55～64才の年齢グループ、主病名の2型糖尿病2つのグループで、標準化差0.1以上の結果で差が認められた。

2. せん妄発症率と割合の比較

せん妄の発症は、導入前群では339名中36名で発症率11%、導入後群では359名中23名で6%の発症率であった。せん妄発症率について、2群（導入前群・導入後群）×2せん妄発症（せん妄有り・せん妄なし）のχ^2検定を行った結果、導入後群は導入前群と比べて、せん妄の発症率が有意に低かった（$\chi^2(1)= 3.999$, $p<.05$）。

3. 看護師を対象とした質問紙調査

1) 基本属性

対象者25名の看護経験年数は、1年目から4年目が14名、5年目から9年目が3名、10年目から14年目が3名、15年目以上が2名、未記入が3名であった。

2) 「フローチャートで難しい点や判断に困った内容」について

選択された頻度が最も高かった内容は、「J-NCS以降のフロー」の16名であり、順に「J-NCSの評価」が9名、「DST評価」が7名、「リスクアセスメント」が3名、「フロー全体」が2名、「看護計画」が1名、「定期的J-NCSの評価」が1名であった。

3) 「せん妄のアセスメントやケアに役立つと思うか」について

「役立つ群」が20名（80%）、「役立たない群」が5名（20%）であった。評定理由の質的分析の結果は、役立つ群のカテゴリーとして、[予測した観察・ケアができる（47%）][スクリーニングとアセスメントに有効である（47%）][知識の習得が出来る（5.8%）]の3つが抽出された。役立たない群のカテゴリーは、[フローチャートの有効性がわからない（100%）]であった。

4) 「フローチャートを導入して業務の負担は増えたか」について

負担増加群20名（80%）、負担増加なし群5名（20%）であった。評定理由の質的分析の結果は、負担増加群のカテゴリーは、[業務量の増加（80%）][フローチャートの難しさによる負担（16%）][負担は増加しても必要（4%）]の3つが抽出された。負担増加なし群は、[フローチャートの必要性（100%）]のカテゴリーが抽出された。

5) 「フローチャートの継続への意見」について

「1．継続した方がよい」が2名（8%）、「2．負担もあるが継続した方がよい」が15名（63%）、「3．負担なので出来れば継続したくない」が6名（25%）、「4．継続の必要性はない」は0名（0%）であった。双方を選択した1名はデータから除外した。

考察とまとめ

せん妄ケアプログラム導入後は、導入前と比較してせん妄発症率が有意に減少した。本研究のプログラムでは、学習会によるせん妄の知識をもとに、せん妄のリスク要因を認識し、せん妄のスクリーニングと予防ケアを実施していた。せん妄症状がない時点から早期に予防的介入を実施していたことは、80%の看護師がせん妄の予測した観察とケア、アセスメントにフローチャートが役立ったと答えている結果からも伺え、せん妄発症率の減少に影響したと考える。看護師のフローチャートに沿ったせん妄の看護ケアの実施とともに、せん妄ケアプログラムの一つであるCNSによる定期的

なフォローアップとCNSの介入も有用であったと考える。これらのことが、せん妄発症率の減少につながったと考えられる。

半面、フローチャートの導入により、業務負担を看護師の 80%が感じており、今後は、看護師の負担の軽減とともに、多職種も含めた多角的アプローチにより、更なるせん妄発症の予防に繋がる包括的せん妄ケアプログラムも検討していきたいと考える。