

一般病棟において術後せん妄発症時の患者に 関わる看護師の体験

仲田琴美，中西純子，松井美由紀

愛媛県立医療技術大学紀要 第20巻 第1号抜粋

2023年12月

一般病棟において術後せん妄発症時の患者に 関わる看護師の体験

仲田琴美*, 中西純子**, 松井美由紀*

Nurses' Experience with Patients at the Onset of Post-operative Delirium in General Wards

Kotomi NAKATA, Junko NAKANISHI, Miyuki MATSUI

Abstract

Objective: This study clarify to nurses' experience with patients at the onset of post-operative delirium in general wards.

Methods: The study employed semi-structured interviews with a total of seven nurses who had been directly involved with specific patients at the onset of postoperative delirium. A qualitative inductive analysis was applied to the collected data.

Results: The analysis revealed six experience of nurse with patients at the onset of post-operative delirium : apprehension regarding delirium evolving into dangerous behavior, desire to prevent delirium from worsening, desire to be close to patients who go back and forth between reality and unreality, delirium-like symptoms alone cannot determine, attempting to overcome the situation by capitalizing on patients' uncertain reactions, and discovering comfort in unforeseen patient responses.

Discussion: The study suggests that it is important for nurses to focus on the various reactions of patients when they develop postoperative delirium and to intentionally accept ambiguous reactions from patients and reactions that relieves tension. It gives nurses peace of mind and helps them make calm decisions. Furthermore, it was suggested that the peace mind of nurses would be transmitted to the patients, which could reduction in the difficulty of nursing postoperative delirium.

Keywords : 術後せん妄, 看護師, 体験, 一般病棟
postoperative delirium, nurse, experience, general ward

序 文

1. 研究背景

せん妄は、入院患者の11%～42%に発症する¹⁾一過性の注意、認知、および意識レベルの障害であり、症状が変動するという特徴をもつ²⁾。せん妄の症状自体は一過性であるものの、せん妄離脱後の死亡率増加や入院期間の延長¹⁾、せん妄発症時のネガティブな情動反応を伴う体験が患者に残ること³⁾が報告されており、せん妄の予防、早期発見、発症時のケアの重要性が示されている。

せん妄ケアは、薬理ケアと非薬理ケアの2つのアプローチに分けられる。DELTAプログラム⁴⁾では、非薬理的なケアにおいて看護師が役割を発揮できることを期待し、せん妄リスクの評価、せん妄症状の把握、せん妄へ

の対応に分けて看護師の役割が整理された。さらに2020年に作成されたせん妄ケアリスト⁵⁾でも非薬理的なケアの重要性が言われており、具体的に実践可能なせん妄ケア項目が提示された。これらにより、看護師はどのようにせん妄の症状を把握し対応するのか、薬剤に頼らないケアの選択肢を得られるようになった。しかし、非薬理的なケアに関する先行研究は事例や実践報告に留まっていることから^{6,7)}エビデンスは検証の段階であり、せん妄ケアの十分な構築には至っていない。そのため現状では、どのようにせん妄の症状を把握し対応するかの判断は、それぞれの看護師に委ねられている。

そのような状況下で、せん妄の患者に関わる看護師は、患者の多様多彩な症状や、想像を超える言動に起因した困難感を抱いており^{8,9)}その時々患者の症状や反

*愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科 **愛媛県立医療技術大学保健科学部

応の変化に応じて、看護師が1人で判断、対応することに難しさがあると考えられる。とくに、一般病棟では集中ケアユニットよりも術後せん妄を発症した患者のインシデント率が高い¹⁰⁾ことが報告されており、看護師はより判断や対応が困難な状況に陥りやすいと推察される。

以上のことから、症状や反応が変わる術後せん妄患者の看護に困難感を抱く看護師にとって、自ら判断し対応できるような看護の手がかりを得ることは喫緊の課題である。

そこで本研究では、より困難感を抱きやすいと考えられる一般病棟と術後に焦点を当て、せん妄発症時の患者に関わる看護師の体験、すなわち看護師が捉える患者の反応と、それに伴う感情や思い、判断を一体として捉えることでせん妄看護への手がかりを得ようとする。

2. 研究目的

一般病棟において術後せん妄発症時の患者に関わる看護師が捉える患者の反応と、それに伴う感情、思い、判断を明らかにすることである。

3. 用語の定義

(1) 看護師の体験

体験は、「個々人のうちで直接に感得される経験。知性的な一般化を経ていない点で経験よりも人格的・個性的な意味をもつ」とされている（大辞林）。また、中木ら¹¹⁾の「体験」「経験」「生活」の概念分析を参考に、本研究では「看護師が捉えた患者の反応、そのときの感情、思い、判断」を看護師の体験と定義する。

(2) 術後せん妄

せん妄の評価ツールを使用していなくても判断しやすい三好、天野¹²⁾の研究の術後せん妄主要7症状のうち1項目以上が出現するという定義と、主なせん妄の判断ツールのCAM¹³⁾、NEECHAM¹⁴⁾、DST¹⁵⁾の内容を参考に、研究者が本研究におけるせん妄の8項目（①話の辻褄が合わない②治療上の指示が守れない③落ち着きがない／昼夜逆転④見当識障害⑤幻視、幻覚⑥妄想⑦反応に乏しい⑧感情が抑えられない）をせん妄の指標として定義した。1項目では判断しきれない症状もあることから、本研究では8項目のうち2項目以上が術後に出現することを術後せん妄とした。

研究 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、看護師の体験を明らかにするため、質的記述的研究とした。

2. 研究対象

協力施設・病棟は地方都市にある一医療機関の整形外科病棟とした。対象者はデータ収集期間中に、術後せん妄を発症した特定の患者に関わった複数の看護師とした。各患者のせん妄発症時の担当者を候補者として、病棟管理者から紹介を受けた。そのうち同意の得られた者を対象者とした。

特定の患者を担当した看護師を対象とした理由は、患者を特定せず術後せん妄発症時の患者全般に対する看護師の体験を明らかにするだけでは、断片的な体験の蓄積となり、患者のせん妄症状の変化に応じた看護師の詳細な体験を明らかにすることは難しいと判断したためである。

3. データ収集期間

2018年11月～2019年2月

4. データ収集方法

看護師に、患者の術後せん妄発症時に関わった際の体験について、インタビューガイドに沿って、1人1回30分～1時間の半構造化面接を実施した。インタビューガイドの内容は、「患者の言動で覚えていること」その時の「患者をどのように捉えたか」、その時に「自身がどのように感じたか」「どのように関わったか」である。面接時期は、患者の入院中から退院後1週間以内とし、面接内容は対象者の許可を得て録音した。

5. データ分析方法

分析は、①各対象者の面接内容を逐語録化、②対象者の語りから患者の「どのようなことに注目し、感じ考え、判断し、行動したのか」が分かる部分を抽出、③対象者が体験した意味世界を損なわないよう、前後の文脈や時系列を見ながら研究者が要約し、看護師の体験をコード化、④患者のせん妄状態の違いが看護師の体験に影響すると考え、患者ケースごとにその患者に関わった全看護師のコードを体験の類似性に沿ってカテゴリー化（この際、2ケース目以降は、先行するケースのカテゴリーと照合しながら共通性のあるものには同じカテゴリー名を用いた）、⑤全体分析として全ての患者ケースのカテゴリーを類似性の視点からさらにカテゴリー化を繰り返す、以上の手順で行った。何度も対象者の語りに戻り、データ分析の全過程で研究者間で検討を重ねることで、真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、愛媛県立医療技術大学の研究倫理委員会の承認（承認番号：18-013）及び、研究協力病院の倫理委員会の承認を得た上で実施した。対象者および、語り

の対象となった患者に、研究目的、内容、参加と撤回の自由、個人情報保護、データの管理方法、匿名性を保ち成果を公表予定であることを説明し、同意書にて同意を得た。面接は個室を使用し、プライバシー保護に努めた。また、勤務の妨げとならないよう面接時間を調整した。

結 果

1. 対象者の背景

対象病棟は看護体制7:1の整形外科一般病棟で、デパートナーシップと固定チームナーシング方式を採用していた。対象看護師は延べ7名で、平均経験年数は23.4年であった。対象の看護師が患者を担当したのは術当日の日勤から術後3日目の深夜のいずれかの勤務帯であった。語りの対象となった患者は3名（ケースA～C）であり、いずれの患者も術後せん妄の選定基準に沿っており、危険行動は見られなかった。対象看護師は、患者Aに関わった看護師2名をそれぞれ、看護師A-1、A-2というように、患者と紐づけてアルファベットと数字で示した。対象看護師と、語りの対象となった患者の背景を表1に示す。

2. 一般病棟において術後せん妄発症時の患者に関わる看護師の体験

94のコードから35の小カテゴリー、13の中カテゴリー、6の大カテゴリーに分類された。6の大カテゴリーは、『危険行動に転じることを恐れる』『せん妄の重症化を食い止めたい』『現実と非現実の狭間で惑わされる患者に寄り添いたい』『せん妄らしき様子だけでは断定できない』『患者の曖昧な反応に便乗し乗り切りたい』『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』であった。大カテゴリー、中カテゴリー、小カテゴリーの一覧を表2に示す。以下に、大カテゴリーごとに結果を記す。なお、本文中の大カテゴリーを『』、中カテゴリーを〈〉、対象者の語りを“斜体”、研究者が補った言葉を（）、“ ”内の〔アルファベット-数字〕は対象者を表す。

(1) 『危険行動に転じることを恐れる』

このカテゴリーは術後せん妄を疑うような様子を見て、看護師が危険行動を予測し怯える感情を意味しており、A～Cのどの患者に関わった看護師にも共通していた。このカテゴリーには〈今はせん妄を疑う症状がないように見えても再燃

の不安が拭いきれない〉〈話の辻褄が合わないことから危険行動に移行することを想定する〉〈平常ではみられない異質な言動をとる患者の危険行動に備えたい〉の3つの中カテゴリーが分類された。

〈今はせん妄を疑う症状がないように見えても再燃の不安が拭いきれない〉は、看護師自ら患者の元に訪室した際に目の前の患者にせん妄の症状が無くても、せん妄でないと断定できず気がかりな感情であり、“(カルテの情報から)せん妄になっていると思って訪室すると、ちゃんと会話はできていました。-中略-話は通じるけど、話せるから安心とかそんな風には思えなかったです。[B-2]”という語りに示された。

〈話の辻褄が合わないことから危険行動に移行することを想定する〉は、看護師が患者の話の辻褄が合わない段階で既に危険行動を視野に入れる判断であり、“起き上がりとかそういうことはないけど、ドレーンとかが入っているの、場所も分かってないので、もしかして管を抜いたらいけないと思うんで。[A-2]”という語りに示された。

〈平常ではみられない異質な言動をとる患者の危険行動に備えたい〉は、普段の患者からは想定できないような言動に直面した時点で、術後では命の危険につながり兼ねないルート類の抜去等、危険行動に対して予防策を考えたり、心構えをする判断で、“同じ部屋の患者さんのところに訪室した時に、物音がしてガタガタガタって。その時に右手の包帯固定が少しずれていて、ルートを引っ張ってたんですよ。-中略-包帯固定テープ2か所しか留

表1 対象者の背景

看護師			語りの対象となった患者		
対象看護師	性別	患者担当勤務帯	対象患者	年齢	該当したせん妄の項目
A-1	女性	術当日：日勤 術後1日目：深夜	A	80歳代	- 話の辻褄が合わない - 見当識障害
A-2	女性	術当日：準夜			
B-1	女性	術後1日目：日勤 術後2日目：深夜	B	70歳代	- 話の辻褄が合わない - 見当識障害 - 幻覚
B-2	女性	術後2日目：日勤 術後3日目：深夜			
B-3	女性	術後2日目：準夜			
C-1	女性	術後1日目：日勤	C	80歳代	- 話の辻褄が合わない - 見当識障害 - 幻覚
C-2	女性	術後1日目：日勤 術後2日目：深夜			

表2 一般病棟において術後せん妄発症時の患者に関わる看護師の体験

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
危険行動に転じることを恐れる	今はせん妄を疑う症状がないように見えても再燃の不安が拭いきれない	・自分にはせん妄の症状がないように映っていても、事前情報を基にせん妄かもしれないと疑う ・今はせん妄を示す反応が鎮まっても、再燃するのではないかと安心しきれない ・今は患者が落ち着いていても自分以外の人に負担がかかる懸念を拭えない
	話の辻褄が合わないことから危険行動に移行することを想定する	・疑わしい言動を他の要素と照らし合わせて、危険行動を起こしそうかどうか判断しようとする ・今は現状を認識できていない言葉だけでも今後危険行動を起こすことを懸念する ・辻褄の合わない話を繰り返すことに、今後危険行動を起こすことを懸念する
	平常ではみられない異質な言動をとる患者の危険行動に備えたい	・ルート類を触っている様子があると、ルートを遠ざけたいと思う ・患者が大声で叫ぶと、少しでも目が届くようにしたいと考える ・幻覚が見えていることにせん妄が深刻化すると確信する
せん妄の重症化を食い止めたい	現実との違いから生じている感情や違和感を察し現実認識を高めたい	・正しく場所を認識できないことによる患者の心配事を取り除きたいと思う ・患者が自身の返答に違和感を抱いている反応を現実認識が芽生え始めていると考える
	患者が落ち着いているときには可能な限り静かな時間を破綻させたくない	・患者が落ち着いているときには今行わなくても良いことはあえて行いたくないと思う ・患者が静かにしているときには必要以上に声をかけないほうが良いと考える
	患者の苦痛を察し興奮につながることを回避したい	・患者の苦痛や違和感を興奮の芽と捉え、事前に摘んでおきたいと思う ・せん妄の症状があっても必要以上の抑制は反って興奮させると考える ・せん妄と捉えられる患者の言動を受けとめることで今以上の興奮を防ぎたいと思う ・患者の訴えから身体的苦痛を体験していると受け止め、訴えに応えたいと思う
現実と非現実の狭間で感わされる患者に寄り添いたい	現実と食い違いのある言動の意味を患者側に立てて考えたい	・現実とは食い違いのある言動の背景を考える ・患者の認識の間違いや行動には患者なりの意味があるのかもしれないと推察する ・患者の現実と合わない返答は患者のそれまでの経験と混同したのではないかと推察する ・現状を認識できていない言葉を踏まえて安全対策の受け入れやすい理由を考える ・患者の訴えが現実と食い違っていても患者にとっては事実だと受け入れたいと思う
	現実が非現実かに関わらず患者が表出している気持ちに寄り添いたい	・患者の言動を受けとめ、患者の感じていることを否定しない方が良いと考える ・幻覚により表出された恐怖や不安を感知し、安心させたいと思う
せん妄らしき様子だけでは断定できない	気になる言動があってもせん妄と断定しても良いのか迷う	・怪しい言動がキャラクターなのかせん妄によるものなのか迷う ・患者の言っていることが本当なのか、幻覚なのか分からない ・せん妄を疑う反応を術前の様子と照らし合わせ、本当にせん妄なのかと疑う ・問いかけに応じない返答が本当にせん妄によるものか確認したいと思う
	危険行動に移行しそうでも身体抑制に踏み切ることを躊躇する	・危険行動につながりそうな言動があっても最低限の安全対策に留めたいと思う ・安全対策をとることを正当化しながらも適切性に悩む
患者の曖昧な反応に便乗して乗り切りたい	患者のあやふやな反応に合わせることでその場を収めたい	・幻覚により現実では対応できないことを訴える患者に対してその場をどうにか乗り切りたいと思う ・看護師の説明に拒否がないことをも、同意として受け取ろうと思う
思いがけない患者の反応に心が落ち着く	患者の予想外の微笑ましい反応に心が和む	・患者の予想外の微笑ましい反応に心が和む
	せん妄を疑っているときでも患者の反応次第で悠然とする	・自分の対応可能な程度のせん妄であれば患者とのやり取りは苦ではない ・問いかけに対する患者からの穏やかな反応に、ひと安心する

めてなかったんですけど、追加してしっかり留めさせてもらって。〔B-3〕”という語りに示された。

(2) 『せん妄の重症化を食い止めたい』

このカテゴリーは、看護師がせん妄に影響しそうな言動を察知し症状が悪化するのを防ぎたいという思いを意味しており、〈現実との違いから生じている感情や違和感を察し現実認識を高めたい〉〈患者が落ち着いている

ときには可能な限り静かな時間を破綻させたくない〉〈患者の苦痛を察し興奮につながることを回避したい〉の3つの中カテゴリーが分類された。

〈現実との違いから生じている感情や違和感を察し現実認識を高めたい〉は、現実認識できないことで生じた患者の感情を察知し、現実認識を促そうとする判断であり、“「私なんでここで寝ているの？」とか、「このベッド

は誰のなの？」とか、「いつこのベッドは変わったの？」って不安そうに訴えがあって、「Bさん自身の部屋で術後はICUに入っていて、そこから一般病棟に帰って元のお部屋に戻っているんですよ」って説明した。〔B-3〕”という語りに示された。

〈患者が落ち着いているときには可能な限り静かな時間を破綻させたくない〉は、見当識や状態を確認する必要性があってもそれらの緊急性を判断したうえで、患者を気遣い穏やかな今の時間を維持することを優先しようとする判断であり、“やっぱり自分の居る場所が分からないみたいですよっていうのは、1回夜中の時に（家族が）言われていたかな。ゆっくり休んでねって声は掛けていたもので、今どこにいますとか、どここの手術をしたっていうのは朝聞こうと。興奮もしてないの。〔A-1〕”という語りに示された。

〈患者の苦痛を察し興奮につながることを回避したい〉は、患者の苦痛が興奮につながると考え、興奮させないように患者に伝えたいという思いであり、“カラーを巻いてたので、首が暑いだとか、後頭部が当たって痛いとか、一応それで興奮してはいけないと思って、カラーをとりあえず外して首の辺りを清拭して。〔B-1〕”という語りに示された。

(3) 『現実と非現実の狭間で惑わされる患者に寄り添いたい』

このカテゴリーは、現実かどうかに関わらず患者自身が感じていることを察し、患者の体験を受け止めたいという思いを意味しており、〈現実と食い違いのある言動の意味を患者側に立って考えたい〉〈現実か非現実かに関わらず患者が表出している気持ちに寄り添いたい〉の2つの中カテゴリーが分類された。

〈現実と食い違いのある言動の意味を患者側に立って考えたい〉は、現実と一致していない言動の背景にあるかもしれない患者なりの理由を知りたいという思いであり、“点滴握っていたから「どうして握ってるの」みたいな感じでとりあえず本人に聞いてみた。〔A-1〕”という語りに示された。

〈現実か非現実かに関わらず患者が表出している気持ちに寄り添いたい〉は、患者がどのような状態であっても患者の体験そのものやそれに伴う感情に共感したいという思いであり、“床頭台のことを、「あの棚がこっちに向かってきている」とか、「ベッドがグルグル動いている」とか言っていたので、－中略－ベッドを少しだけ動かして、近づけて、私が床頭台を触って、動いていないから大丈夫っていうのを一緒に確認してもらって、そうしたら回っているのは治まって。〔B-2〕”という語りに示された。

(4) 『せん妄らしき様子だけでは断定できない』

このカテゴリーは、せん妄を疑うような様子があったからといってそれだけでせん妄だと思いつまみしないようにする判断を意味しており、〈気になる言動があってもせ

ん妄と断定しても良いのか迷う〉〈危険行動に移行しそれでも身体抑制に踏み切ることを躊躇する〉の2つの中カテゴリーが分類された。

〈気になる言動があってもせん妄と断定しても良いのか迷う〉は、患者にせん妄を疑うサインがあっても安易にせん妄と決めつけてはいけないという思いであり、“（病室に帰ってきたときに）入院してから手術までの間に関わっている感じでも同じ感じだったので、ちょっとぶっきらぼうな言い方したりとか、そういう風なことはあったので、果たして暴言がせん妄なのかなっていう印象でした。〔B-1〕”という語りに示された。

〈危険行動に移行しそれでも身体抑制に踏み切ることを躊躇する〉は、危険行動を視野に入れていても、身体抑制とならない安全を守る方法を模索したいという思いであり、“（ここは家だと言い）やっぱり、ドレーンとかあったからちょっと抜いたらいけないからっていうので、－中略－そのときは下肢にドレーンをネットで固定をしたとか、そういう対策くらいで介護服まではしなかった。介護服とか結局抑制まではなくて、なんとか無事に。〔C-1〕”という語りに示された。

(5) 『患者の曖昧な反応に便乗して乗り切りたい』

このカテゴリーは、看護師が患者の納得や拒否などの反応がはっきりしていなくても、意図的に明確にしないままその場を切り抜きたいという思いを意味しており、〈患者のあやふやな反応に合わせることでその場を収めたい〉の1つの中カテゴリーが分類された。これは、幻覚などの症状があった時やその後に、“（外にいるという患者の話を何回も聞いて何回も説明していると）最後は「わかった。ありがとう」って言って静かになったんで、部屋を出ました。納得というか、渋々って感じでしただけ。〔ああ、そう〕くらいの。〔B-3〕”という語りに示された。

(6) 『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』

このカテゴリーは、患者がみせる想定範囲を超えた柔和な反応にほっとするような感情を意味し、〈患者の予想外の微笑ましい反応に心が和む〉〈せん妄を疑っているときでも患者の反応次第で悠然とする〉の2つの中カテゴリーが分類された。

〈患者の予想外の微笑ましい反応に心が和む〉は、危険行動を恐れて緊迫感のある状況であるからこそ、患者の反応に思わず笑みがこぼれて気持ちが緩むような感情であり、“1つ1つこうやって言ったら、すごいえーつみたいな感じで、そんなに驚かれたらこっちも驚くわみたいな。－中略－ドレーンを気にして「なにか足についている」って言われて、「これは手術後の大事な管だから触ったらいけないよ」って言うのと、「そんなに大事なものだったらどこかにしまっておかないといけない」って言われて。「しまっとくんじゃなくて、これは今は身体から外せ

れんのよ」って言ったら、これまた「えーっ」で。－中略－笑えるおかしさがあった。〔C-2〕”の語りに示された。

〈せん妄を疑っているときでも患者の反応次第で悠然とする〉は、患者との関わりの中に垣間見える穏やかな反応に触れることで、看護師が狼狽えることなく落ち着く感情であり、“（ルートに触っていた後の訪室時に）カラーの装着部位とか創部の確認とかしたんですけど、「何もなっていない？」とか聞かれて、「何もなっていないですよ」って伝えて拭いてあげたら、気持ち良いとか笑顔の表出があって、安心した。〔B-3〕”という語りに示された。

考 察

本研究では、一般病棟で術後せん妄発症時の患者に関わる看護師には、『危険行動に転じることを恐れる』『せん妄の重症化を食い止めたい』『現実と非現実の狭間で惑わされる患者に寄り添いたい』『せん妄らしき様子だけでは断定できない』『患者の曖昧な反応に便乗し乗り切りたい』『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』の6つの体験があることが明らかになった。これらの体験の特徴と、術後せん妄発症時の患者に関わる看護師の困難感の軽減の2つの視点から考察していく。

1. 術後せん妄発症時の患者に関わる看護師の体験

本研究の対象となったいずれの患者に関わった看護師にも共通する体験として、『危険行動に転じることを恐れる』があり、これは術後せん妄の患者に関わる看護師の根底となる思いである。看護師はこの思いを根底に術後せん妄患者の安全を守ろうとする。それに加えて、患者の危険行動が周囲の患者へ与える影響も懸念し、術後せん妄患者と周囲の患者の両者の不利益を回避しようとするにつながっていると考ええる。

患者の危険行動を防ぎ安全を守るために、看護師は『せん妄の重症化を食い止めたい』という思いをもっており、これは上富ら¹⁶⁾の「どうにかして患者を落ち着かせたい思い」と一致していた。本研究では、重症化を食い止めるために、〈現実との違いから生じている感情や違和感を察し現実認識を高めたい〉、〈患者が落ち着いているときには可能な限り静かな時間を破綻させたくない〉、〈患者の苦痛を察し興奮につながることを回避したい〉などの思いに基づき、様々な対応をしていた。また、『現実と非現実の狭間で惑わされる患者に寄り添いたい』思いも持っていた。

それ以外に、『患者の曖昧な反応に便乗し乗り切りたい』思いがあることが本研究で明らかになった。本研究の対象となった患者は危険行動を起こすことなく経過しており、曖昧な部分をあえて曖昧なままとすることが、

患者の興奮を引き起こすことなく、せん妄の重症化を食い止めることにつながった可能性がある。

そのように、看護師はせん妄の重症化を防ぎ、患者の安全を守るために様々な思いをもち、判断する中で、『せん妄らしき様子だけでは断定でき（ない）』ず、葛藤していた。古郡¹⁷⁾は、終末期がん患者のせん妄ケアにおいて、看護師が抱いている葛藤には、個人内での葛藤と他者や組織との間での葛藤があり、個人内での葛藤は可能な限りの看護を提供するという倫理的な考えを十分に果たせないことにより生じていることを報告している。本研究では、安易にせん妄と決めつけることや身体抑制を行うことを倫理観に反すると考える看護師が、安全を守るために自己の倫理的な考えを果たせないことで個人内の葛藤を抱いていたと考えられる。

それに対し、術後せん妄の看護においても、『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』感情もあった。これは、術後せん妄看護は危険行動と隣り合わせて緊迫感があるからこそ、思いもかけない患者の反応に気持ちがほぐれる瞬間につながったと考えられる。

2. 術後せん妄発症時看護の困難感の軽減に向けて

本研究において、『危険行動に転じることを恐れる』思いの中には、〈話の辻褄が合わないことから危険行動に移行することを想定する〉、〈平常ではみられない異質な言動をとる患者の危険行動に備えたい〉の2つの体験があった。このことは、看護師は話の辻褄が合わないこと、つまり見当識障害の出現で危険行動を想定し、見当識障害以外の症状の出現で危険行動に移行する切迫性が高いと判断していることを示している。

身体抑制ガイドライン¹⁸⁾において、身体抑制を行う際には、切迫性、非代替性、一時性の3要件を判断することが求められている。危険行動に移行するリスクの高い術後せん妄患者の看護においても、危険行動の切迫性を判断することが重要である。そこで、本研究で看護師が着目していた、患者に見られる症状が「見当識障害のみに留まっているか」どうかは、術後せん妄患者の危険行動の切迫性を判断する1つの指標となると考える。

術後せん妄発症時の患者に関わる看護師の『せん妄の重症化を食い止めたい』という思いのうち、〈現実との違いから生じている感情や違和感を察し現実認識を高めたい〉は患者に刺激を与えようとする判断であり、〈患者が落ち着いているときには可能な限り静かな時間を破綻させたくない〉、〈患者の苦痛を察し興奮につながることを回避したい〉は患者を刺激しないようにする判断であると考えられる。

阿部、上野³⁾は、見当識を保つために現実を伝えるケアは、患者がすでに幻覚や妄想を呈している場合、むしろ患者を混乱させ恐怖を引き起こす可能性を危惧してい

る。本研究において、看護師は実際に、患者を刺激し混乱を引き起こさないよう患者の反応に応じて現実を伝えており、先行研究を裏付ける結果となった。これらから、既存のプログラムやリストに示されている現実認識を促す関わりが、患者の状態によっては否定的な対応になり得ること、否定的な対応が結果的に患者のせん妄を重症化させる可能性を念頭に置き、患者の反応に応じて患者の立場で現実認識を促すことが重要だと考える。

江尻、堀井¹⁹⁾は、せん妄患者に尊厳を持って看護するべきだという倫理観に基づき、看護師はせん妄患者に「説明しない」ことを不適切な対応と捉え、そのことが葛藤の要因であると報告している。しかしながら、本研究において、看護師が『患者の曖昧な反応に便乗して乗り切りたい』と思い関わった患者は危険行動を起こすことなく経過した。このことから、看護師がせん妄発症時の患者に説明しないことが必ずしも不適切とは限らず、同意を得ようと説明を繰り返し、曖昧な部分を確かめることにこだわるよりも、曖昧な反応に便乗することが、患者の平穏を維持する看護となる可能性もあることが明らかになった。患者の曖昧な反応に便乗することも状況によっては術後せん妄の看護の1つとなり得ることを看護師が認識することが、術後せん妄看護の葛藤ともなう困難感の軽減につながると考える。

本研究では、患者が術後せん妄を発症し緊張感が高まっている時やその後に、『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』ポジティブな感情が生じていることも明らかになった。岡本²⁰⁾は、固定観念から解放され自由になったときに快感を得て笑いが生まれると述べている。本研究の語りからも、看護師が「これ（ドレーン）は手術後の大事な管だから触ったらいけないよ」と言った際に患者から返ってきた「そんなに大事なものだっただこかにしまっておかないといけない」という反応から、〈患者の予想外の微笑ましい反応に心が和む〉感情につながっていた。術後せん妄発症時の緊迫性のある中でも、患者の様々な反応に目を向け、患者の何気ない言葉や表情を見つけることが、〈せん妄を疑っているときでも患者の反応次第で悠然とする〉感情につながり、看護師が心にゆとりを持てる可能性が示唆された。看護師自身がゆとりを持てることは、術後せん妄患者の症状や反応の変化に振り回されることなく、冷静に判断することにつながると考える。また先行研究では、術後せん妄を発症した患者の中に、看護師の話す、触れる、身振りにより安らぎが与えられた患者がいたことが報告されている²¹⁾。このことから、看護師の心のゆとりが言動として現れ、術後せん妄発症時の患者にも伝播し、患者に安らぎを与える。その安らぎが看護師のさらなるゆとりにつながり、相互作用を生む。この相互作用を生み出すことが、術後せん妄看護の困難感を軽減する糸口となり得る

と考える。

3. 本研究の限界と課題

本研究の対象病棟は整形外科病棟のみであり、看護師の語りの対象となった患者3名は危険行動には至らなかった。そのため、深刻な術後せん妄を発症した場合や、危険行動が生命に直結するような疾患においては、看護師の体験に違いが生じる可能性がある。また、本研究では術後せん妄に焦点を当てたが、ICUや術後以外のせん妄における看護師の体験の先行研究がなく、比較できないことから、一般病棟や術後に特化した体験であったかは明確ではない。加えて、対象となった看護師は7名であることから、一般化には限界がある。そのため、様々な状況におけるデータを蓄積し、看護師が術後せん妄患者の反応に応じて対応を選択できるようなガイドを作成していくことが今後の課題である。

結 語

一般病棟で術後せん妄発症時の患者に関わる看護師には、『危険行動に転じることを恐れる』『せん妄の重症化を食い止めたい』『現実と非現実の狭間で惑わされる患者に寄り添いたい』『せん妄らしき様子だけでは断定できない』『患者の曖昧な反応に便乗し乗り切りたい』『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』の6つの体験があることが明らかになった。

『患者の曖昧な反応に便乗し乗り切りたい』『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』は、本研究における新たな知見であり、看護師が術後せん妄発症時の患者の様々な反応に着目し、患者からの曖昧な反応や、危険行動と隣り合わせの緊迫感から解放されるような反応を見つけ、それらを意図的に受け入れることが、看護師自身の心のゆとりを生み出す可能性が示唆された。そのゆとりは術後せん妄発症時の看護師を冷静な判断に導く。それだけでなく、看護師のゆとりが患者へ伝播し、さらなる看護師のゆとりとなる相互作用が、術後せん妄看護の困難感を軽減する糸口となり得ると考える。

参 考 文 献

- 1) Najma Siddiqi, Allan O. House, John D. Holmes (2006) : Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients : a systematic literature review, Age and Ageing, 35, 350-364.
- 2) American Psychiatric Association (2013) / 高橋三郎, 大野裕 (2014) : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 588-594, 医学書院, 東京.
- 3) 阿部美香, 上野恭子 (2020) : せん妄状態にある患

- 者の精神内界に関する文献レビュー，医療看研，25，1-9.
- 4) 小川朝生，佐々木千幸（2019）：DELTAプログラムによるせん妄対策 多職種で取り組む予防，対応，情報共有，医学書院，東京.
 - 5) 日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会（2020）：せん妄ケアリスト（Ver.1），https://www.jaccn.jp/guide/pdf/deliriumcarelist_ver1_20201001.pdf.
 - 6) 藤崎真帆（2022）：COVID-19により緊急入院となった患者・家族へのDELTAプログラムを用いた早期せん妄予防の取り組み，福岡赤十字看護会集録，36，28-31.
 - 7) 武田美絵，石川とも佳，奥石恵（2023）：非薬物療法を主としたせん妄ケアの向上を目指した取り組み DELTAプログラムのせん妄アセスメントシートを活用して，日看会誌，18(1)，234-239.
 - 8) 島内恵子，大方やよい，米倉直江，他（2014）：せん妄ケアを実践している看護師の認識～学習会とせん妄ケアの取り組みを行って～，高知赤十字病医誌，19(1)，29-35.
 - 9) 小池善恵，小林真知子，北村麻耶，他（2015）：せん妄患者に関わる看護師の困難感，長野赤十字病医誌，29，56-59.
 - 10) 佐々木吉子，林みよ子，江川幸二，他（2014）：術後せん妄ケアガイドライン作成に向けて—ICUおよび外科病棟の入院患者における術後せん妄の発症状況および看護ケアの実態—，日クリティカルケア看護会誌，10(1)，51-62.
 - 11) 中木高夫，谷津裕子，神谷桂（2007）：看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析，日赤看護大紀，21，42-54.
 - 12) 三好陽子，天野瑞枝（2016）：術後せん妄を発症した高齢患者が体験した意識回復までのプロセス，四日市看護医療大紀，9(1)，61-69.
 - 13) 渡 遼 明（2013）：The Confusion Assessment Method（CAM）日本語版の妥当性，精神医学，25(2)，165-170.
 - 14) 松田好美，竹内登美子，寺内英真，他（2005）：日本語版NEECHAM混乱／錯乱状態スケールの有用性，岐阜大医紀，55，32-42.
 - 15) 町田いづみ（2004）：せん妄スクリーニングツール，医学のあゆみ，211(9)，895-896.
 - 16) 上富史子，久野暢子，山岡深雪（2022）：術後せん妄状態にある患者に対する中堅看護師の臨床判断に関与する思考の構造，宮崎看護大研紀，23，1-20.
 - 17) 古郡夏子（2005）：終末期がん患者のせん妄ケアにおける看護師の葛藤，高知女大看護会誌，30，22-31.
 - 18) 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会（2015）：身体拘束予防ガイドライン，https://www.jnea.net/wp-content/uploads/2022/09/guideline_shintai_2015.pdf.
 - 19) 江尻晴美，堀井直子（2013）：看護師が認識するせん妄患者への不適切な対応，日看医療会誌，15(1)，27-34.
 - 20) 岡本昌裕（1997）：「楽しさとは何か」，快感原則論 一楽しく生きる—，9-51，日本図書刊行会，東京.
 - 21) Laitinen, H（1996）：Patients' experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery, Intensive Crit Care Nurs, 12(2)，79-83.

要 旨

目的：一般病棟において術後せん妄発症時の患者に関わる看護師の体験を明らかにすることである。

方法：術後せん妄発症時の特定の患者に関わった看護師延べ7名に半構造化面接を行い，質的帰納的分析を行った。

結果：術後せん妄発症時の患者に関わる看護師には、『危険行動に転じることを恐れる』『せん妄の重症化を食い止めたい』『現実と非現実の狭間で惑わされる患者に寄り添いたい』『せん妄らしき様子だけでは断定できない』『患者の曖昧な反応に便乗し乗り切りたい』『思いがけない患者の反応に心が落ち着く』の6つの体験があることが明らかになった。

考察：看護師が，術後せん妄発症時の患者の様々な反応に着目し，患者からの曖昧な反応や，危険行動と隣り合わせの緊迫感から解放されるような反応を意図的に受け入れることが，看護師自身の心のゆとりとなり，冷静な判断の助けとなる。さらに，看護師のゆとりが患者にも伝播することが術後せん妄看護の困難感軽減にもつながる可能性が示唆された。

謝 辞

本研究は愛媛県立医療技術大学大学院保健医療学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

本研究にご協力いただいた病院の看護師の皆様、患者の皆様へ深謝いたします。

利 益 相 反

本研究に開示すべき利益相反はない。