

研究報告

医療機関におけるせん妄ケアの質評価指標開発のためのパイロットスタディ

鳥谷めぐみ¹⁾, 長谷川真澄¹⁾, 木島輝美¹⁾, 栗生田友子²⁾

¹⁾ 札幌医科大学保健医療学部看護学科

²⁾ 埼玉医科大学保健医療学部看護学科

本研究の目的は、せん妄リスクのある患者へのケアの質を評価する指標を開発するために質問項目を精選することである。先行研究から作成したせん妄ケアの質評価指標55項目について、臨床経験1年以上の看護師291名を対象にWeb調査を実施した。123名の協力が得られ、対象基準に合致した119票を分析対象とした。対象者の平均臨床経験年数は 13.0 ± 8.3 年であった。天井効果、床効果、I-T相関分析の結果をもとに探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)を試行した結果、「ストレスなく生活するためのケア」「安心感をもたらすコミュニケーション」「排泄や活動のニーズを満たすケア」「呼吸・循環・水分・栄養ケア」「せん妄患者の世界を理解した関わり」「感覚障害・見当識へのケア」「覚醒を促すケア」など先行研究と類似した11因子46項目が抽出された。

キーワード：せん妄ケア、質評価指標、尺度開発、パイロットスタディ

Pilot study for development of a quality assessment index for delirium care in hospital settings

Megumi TORIYA¹⁾, Masumi HASEGAWA¹⁾, Terumi KIJIMA¹⁾, Tomoko AOHTA²⁾

¹⁾ Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

²⁾ School of Nursing, Faculty of Health & Medical Care, Saitama Medical University

The purpose of this study was to identify question items to develop an index to evaluate the quality of care for patients at risk of delirium. A Web-based survey was conducted using 55 items of quality evaluation indices for delirium care developed from qualitative research and other sources. A total of 291 nurses were asked to complete an on-line questionnaire, and 119 responses were included in the analysis. The inclusion criteria for the nurses were: working in a general hospital and having at least one year of experience. The mean length of the clinical experience of the nurses was 13.0 ± 8.3 years. First, the ceiling effect, floor effect, and I-T correlation analyses were performed. Next, an exploratory factor analysis (main factor method, promax rotation) was performed. Similar to previous studies, 11 factors and 46 items were extracted. The main factors were: "Considerations for stress-free living", "Communication that brings a sense of comfort", "Care for elimination and activity needs", "Care for breathing, circulation, fluids, and nutrition", "Understanding the world of the delirious patient", "Care for sensory disturbances and disorientation", and "Care to promote alertness".

Key words: Delirium care, Quality of care evaluation, Scale development, Pilot Study

Sapporo J. Health Sci. 12:29-35(2023)

DOI:10.15114/sjhs.12.29

I. はじめに

せん妄リスクのある患者のケアについては, 先行研究やガイドライン¹⁻³⁾が多く示されるようになり, 書籍や研修会など, 看護師が知識を得る機会は多くなっている。しかし, せん妄は突然発症するため, その場での判断や対応を求められる難易度の高いケアである。看護師の術後せん妄の判断過程は, せん妄リスク因子の知識に加え, 過去の経験に基づく直観からせん妄発症の予知や判断を行っており, 患者の安全管理, 症状観察や臨床推論などが重視されている⁴⁾。一方, せん妄ケアのエスノグラフィ研究^{5, 6)}では, 患者の尊厳や安楽, 患者と関係性を築くケアなどが抽出されている。つまりせん妄ケアにおいては, 患者を全人的な存在として捉え, 患者のストレスや基本的ニーズのアセスメント, 患者との相互作用を基盤にした安楽の増進, せん妄リスクの判断を同時に行うことが, せん妄の予防や改善に寄与する。このようにせん妄ケアは身体的ケアとその人らしさへのケアも求められる複雑なケアと言える。

せん妄に対する介入研究のアウトカム⁷⁾は, せん妄発症率, 入院期間, 医療コストなど管理的指標が多く用いられてきた。しかし, 治療を受ける患者のせん妄をすべて予防することは難しく, 早期発見や重症化回避にとどまる場合も多い。せん妄対策に取り組む多職種チームの研究においては, 管理的指標のアウトカムが軽減していない場合であっても, 看護師はケアの質の向上を感じている実態もある⁸⁾。これらのことから, 看護師がせん妄リスクのある患者のケアにおいて大事にしている, 全人的なケアや基本的ニーズの充足をふまえたケアの効果を, 客観的に示すことが課題と考える。そのためには, 看護師の実践するせん妄ケアのプロセスに沿ったケアの質評価指標を開発する必要がある。その指標を活用することで, せん妄リスクのある患者へのケアを客観的に評価することが可能となり, せん妄ケアの質の改善・向上に寄与することが期待される。

II. 研究目的

本研究の目的は, せん妄リスクのある患者へのケアの質を評価する指標を開発するために質問項目を精選することである。

III. 研究方法

1. 尺度原案の作成

1) せん妄ケアの質評価指標原案の作成

せん妄ケアの質評価指標原案は, せん妄リスクのある患者への看護実践に関するエスノグラフィ研究⁶⁾を基盤に,

せん妄ケアのガイドライン¹⁻³⁾を参考にし, 【アセスメント】【せん妄ケア】【連携】で構成した。【アセスメント】は「A.せん妄発症要因のアセスメント」と「B.せん妄症状の観察とせん妄/事故のリスクの予測」の2要素9項目, 【せん妄ケア】は「C.せん妄ケアの基盤: 患者に安心感をもたらす関係を築く」「D.せん妄の予防ケア: 日常性を取り込む, からだの自然なリズムを整える」「E.ストレスになるものを確認し対処する」「F.発症時のケア: せん妄症状からの回復を促す」の4要素38項目, 【連携】は「G.チーム連携: チームで情報を共有し対応する」「H.家族ケア」の2要素8項目の計55項目を抽出した。

質問項目への回答は「必ず行っている: 5点」「おおむね行っている: 4点」「時々行っている: 3点」「あまり行っていない: 2点」「全く行っていない: 1点」の5件法とした。

2) 専門家による内容妥当性の評価

作成したせん妄ケアの質評価指標原案55項目について専門家8名(老人看護専門看護師, 認知症看護認定看護師, 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師, せん妄ケアの研究者 各2名)を対象に, 質問項目の内容妥当性を検討する質問紙調査を実施した。55項目に対して, 「非常に適切: 4点」~「全く適切ではない: 1点」の4段階で評価を求め, 各回答の内容妥当性比(以下CVR)を確認した。その結果CVRは0.78~1.00であった。CVRが0.85を下回っている場合は, 質問項目の削除の検討が提案されているが⁹⁾, 0.85以下の5項目(No.6, 29, 44, 47, 50)は質問内容から重要な指標である可能性が考えられ, この時点では削除せず, パイロットスタディの結果をもって検討することとした。そのほか, 自由記載を参考に11項目について表現の修正を行い, 最終的に55項目のせん妄ケアの質評価指標の原案を作成した(表1)。

2. 対象者

研究施設は, 日本看護協会ホームページに掲載されている分野別都道府県別登録者検索から抽出した老人看護専門看護師または認知症看護認定看護師(以下D-CN)が在籍する札幌市内の一般病床200床以上の病院に協力を依頼し, 同意の得られた施設とした。

対象者は, 一般病棟に勤務する臨床経験1年以上の看護師で, せん妄患者の看護経験がある者とした。小児科, 産科, 精神科, 救急病棟, 集中治療室に勤務する者は除外した。

3. データ収集方法

データ収集方法はWeb調査とした。研究協力が得られた病院の看護管理者に, 1施設あたり30名程度を目安として対象者の選定と対象者への研究協力依頼文書の配布を依頼した。対象者には, 依頼文書に記載したURLまたはQRコードからWeb上の調査票にアクセスし回答を入力, 送信してもらった。調査期間は2021年10月13日~12月3日であった。

表 1. せん妄ケアの質評価指標原案の項目分析結果

(n=119)

項目	平均	標準偏差 (SD)	I-T 相関
【アセスメント】			
A. せん妄発症要因のアセスメント			
1 入院時にせん妄リスクを系統的にアセスメントしている	4.7	0.56	0.13
2 せん妄の直接原因となる疾患や病態の有無をアセスメントしている	4.5	0.62	0.43
3 せん妄リスクのある薬剤をアセスメントしている	4.2	0.72	0.32
4 せん妄の誘発因子の有無をアセスメントしている	4.4	0.64	0.39
5 認知症や認知機能低下のある患者では、入院前の生活状況を詳細に把握するようにしている	3.9	0.71	0.46
B. せん妄症状の観察とせん妄/事故のリスクの予測			
6 せん妄リスクの高い患者を看護チーム全体で見守る*	4.3	0.70	0.59
7 入院前や術前と比較して反応や様子の変化がないかを観察する	4.5	0.59	0.46
8 せん妄の兆候がないか表情、行動、会話、反応を観察する	4.6	0.53	0.44
9 インシデントや事故につながる危険な言動がないか確認する	4.6	0.56	0.46
【せん妄ケア】			
C. せん妄ケアの基盤：患者に安心感をもたらす関係を築く			
10 患者と視線を合わせ笑顔で接する	4.5	0.64	0.27
11 声のトーンやスピードを調整し、わかりやすい言葉で話しかける	4.5	0.55	0.53
12 表情や反応をみて、患者の気持ちや意思を汲み取るようにする	4.4	0.57	0.58
13 その日の予定や状況を患者が理解できるように繰り返し説明する	4.3	0.65	0.51
14 視覚情報を用いて状況を理解しやすくする	3.8	0.74	0.53
15 視覚覚障害がある場合は、眼鏡、補聴器などを適切に装着し、正常に機能しているか確認する	4.0	0.85	0.57
D. せん妄の予防ケア：日常性を取り込む、からだの自然なリズムを整える			
16 患者が日時、季節感、生活感が感じられるように話しかける	4.0	0.80	0.52
17 日時や季節感が感じられる環境をつくる	3.5	0.98	0.59
18 散歩や、外の景色がみえるよう視界を広げ、気分転換できるようにする	3.3	0.90	0.70
19 患者のペースを尊重し、ケアのタイミングを調整する	3.9	0.68	0.58
20 電話、面会などで家族との接触機会をつくる	3.0	0.92	0.46
21 患者が排泄ニーズを我慢しないよう声かけや排泄援助を行う	4.0	0.67	0.64
22 できるだけトイレで排泄できるように援助する	3.9	0.65	0.59
23 便秘にならないよう援助する	4.2	0.59	0.56
24 活動と休息のメリハリをつける	4.0	0.57	0.52
25 離床機会を増やし、楽しく過ごせるようにして覚醒を促す	3.8	0.64	0.38
26 昼間はカーテンを開けて、日光浴できるようにする	4.6	0.65	0.46
27 夜眠れるように夜間の不要なケアや処置を避ける	4.3	0.56	0.51
28 夜眠れるように、騒音や採光などの環境を調整する	4.4	0.61	0.62
29 患者の生活リズムが乱れている場合は、夜眠れるように、必要に応じて睡眠薬を調整する*	4.3	0.56	0.51
30 脱水についてアセスメントし、予防ケアを行う	4.0	0.64	0.43
31 呼吸・循環状態をアセスメントし、酸素化を良好に保つように援助する	4.4	0.66	0.58
32 栄養障害をアセスメントし、栄養状態を良好に保つよう援助する	4.0	0.69	0.51
33 早期に離床、リハビリテーションを開始できるようにする	4.3	0.64	0.60
E. ストレスになるものを確認し対処する			
34 苦痛や不快な症状がないか確認する	4.6	0.54	0.55
35 点滴、カテーテル、モニター類で拘束感を生じていないか確認する	4.3	0.69	0.60
36 環境変化に戸惑っていないか確認する	4.3	0.64	0.56
37 できるだけ行動を制限しないよう関わる	4.1	0.64	0.53
38 痛みを緩和するケアを行う	4.6	0.55	0.59
39 不快になるものを取り除く	4.2	0.57	0.59
40 不必要なルート、モニター類を取り除く	4.4	0.57	0.54
41 気になる点滴やカテーテル類を見えないようにする	4.6	0.56	0.35
F. 発症時のケア：せん妄症状からの回復を促す			
42 せん妄状態にある患者の言動を否定しない	4.2	0.65	0.51
43 せん妄患者の言動の意味を推測して関わる	4.1	0.67	0.60
44 せん妄患者にこだわりのある言動があるときは、注意を切り替えられるように関わる*	4.0	0.71	0.51
45 患者自身で食べる、整容する、動けるように働きかける	4.2	0.58	0.48
46 口腔ケアを行い、義歯を装着する	4.4	0.63	0.51
47 五感を刺激して覚醒を促す*	3.9	0.73	0.45
【連携】			
G. チーム連携：チームで情報を共有し対応する			
48 看護チームや多職種とせん妄リスクのある患者の情報を共有する	4.2	0.72	0.61
49 せん妄リスクのある薬剤、睡眠薬等の薬剤に関して医師や薬剤師に相談・調整する	4.0	0.77	0.51
50 医師、薬剤師、リハビリ職、ソーシャルワーカー等と連携して対応する*	4.0	0.74	0.48
51 看護チームでせん妄リスクを評価し、対応を検討する	4.3	0.69	0.55
52 多職種チームでせん妄リスクを評価し、対応を検討する	3.6	0.93	0.41
H. 家族ケア			
53 患者のせん妄リスクについて、入院時や発症時に家族に説明する	3.7	0.95	0.29
54 せん妄状態にある患者への接し方を家族に説明する	3.2	1.07	0.32
55 せん妄状態の患者を目の当たりにする家族の苦悩を慮って関わる	3.5	1.06	0.39

*CVRが0.85以下の項目

下線は探索的因子分析で削除した項目

調査内容は、せん妄ケアの質評価指標原案55項目について、せん妄リスクのある患者に実施している看護を想起し、「必ず行っている」～「全く行っていない」の5段階から、自身の実践にもっとも近いものを選択してもらった。また、対象者の属性として看護師経験年数、看護師以外の認定資格、所属部署、せん妄患者への対応機会、過去3年間のせん妄ケア研修、認知症ケア研修の受講経験を把握した。

4. 分析方法

項目分析として、各項目の平均点、標準偏差を算出し、天井効果、床効果など回答の偏りを確認した。次に、Item-Total相関（以下I-T相関）分析を行い、各項目と合計得点の相関係数を確認し、0.3以下は削除の有無を検討した⁹⁾。さらに、Good-Poor analysis（以下GP分析）は、各項目について高得点群と低得点群の差をt検定で確認した。探索的因子分析では、主因子法、プロマックス回転による因子分析を行い、各項目の因子間相関、寄与率、累積寄与率を確認し、結果の全体を見渡し、因子負荷量0.4以下の項目の除外を検討した。これらの分析にはIBM SPSS Statistics26を使用した。

5. 倫理的配慮

対象者には、本研究の目的、方法、自由意思による参加、匿名性の確保、データの管理方法、研究成果の公表などについて書面で説明した。調査協力の承諾は、Web調査の入力時に、協力への可否の確認項目を設け、チェックによって確認した。本研究は札幌医科大学研究倫理審査委員会の承認を受け実施した（承認番号3-1-34）。

IV. 結 果

1. 対象者の概要（表2）

11施設に協力依頼し、同意の得られた8施設の看護師291名に依頼文書を配布した。123名から回答が得られ（回収率42.3%）、対象者の基準に合致しない4名を除外し、119名（有効回答率40.9%）を分析対象とした。対象者の看護師経験年数は平均13.0±8.3年、所属部署は外科系病棟67名（56.3%）、内科系病棟37名（31.1%）、その他15名（12.6%）であった。せん妄ケア研修の受講経験（複数回答）は、院内研修61名（51.2%）、院外研修21名（17.6%）、受講経験なし49名（41.2%）であった。認知症ケア研修の受講経験（複数回答）は院内研修61名（51.2%）、院外研修32名（26.9%）、受講経験なし38名（31.9%）であった。

2. 項目分析の結果

せん妄ケアの質評価指標原案55項目のうち、平均+SDは3.89～5.27の範囲を示し、5.0以上の天井効果を示したのは10項目（No.1, 2, 4, 7, 26, 31, 34, 38, 41, 46）であった。平

表2. 対象者の属性 (n=119)

項目	人数	%
看護師以外の認定資格（複数回答）		
准看護師	16	13.4
保健師	19	16.0
助産師	3	2.5
専門看護師	0	0.0
認定看護師 ^{*1}	4	3.4
所属部署		
外科系病棟	67	56.3
内科系病棟	37	31.1
その他 ^{*2}	15	12.6
せん妄患者への対応機会		
よくある	89	74.8
時々ある	26	21.8
あまりない	4	3.4
全くない	0	0.0
せん妄ケア研修受講経験（複数回答）		
院内研修	61	51.2
院外研修	21	17.6
その他	2	1.7
受講なし	49	41.2
認知症ケア研修受講経験（複数回答）		
院内研修	61	51.2
院外研修	32	26.9
その他	1	0.8
受講なし	38	31.9
看護師経験年数（平均±標準偏差）	13.0±8.3	

*1：慢性心不全看護CN1名、認知症看護CN3名

*2：混合病棟9名、回復期リハビリテーション病棟2名、不明4名

均-SDは2.05～4.16の範囲を示し、床効果を認めた項目はなかった。I-T相関は、 $r=0.129\sim0.644$ の範囲を示し、0.3以下を示した項目は、No.1,10,53の3項目であった（表1）。G-P分析で有意差を認めなかった項目はNo.1のみ（高得点群 4.74 ± 0.52 、低得点群 4.69 ± 0.59 、 $p=0.605$ ）であった。

3. 探索的因子分析の結果（表3）

項目分析の結果をもとに質問項目の削除、入れ替えをしながら探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）を試行した。天井効果が5.2以上の4項目（No.1, 26, 34, 41）、逆転項目となった2項目（No.5, 15）、因子負荷量が0.3以下の1項目（No.20）、因子負荷量が0.4未満かつ他の因子と類似した因子負荷量を示した2項目（No.18, 51）を削除し、探索的因子分析を行ったところ11因子46項目が抽出された。因子数は固有値1以上の因子を採用した。46項目の累積寄与率は68.4%、 $\alpha=0.939$ であった。各因子負荷量は、第1～10因子が $\alpha=0.725\sim0.893$ であったが、第11因子は $\alpha=0.669$ であった。

11因子の命名は、尺度原案作成時に用いた先行研究⁶⁾を中心に、せん妄ケアのガイドライン^{1~3)}を参考にしながら

表3. せん妄ケアの質評価指標原案の因子分析結果

(n=119)

項目	因子負荷量											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
第1因子 (10項目) ストレスなく生活するためのケア $\alpha=.893$												
29 患者の生活リズムが乱れている場合は、夜眠れるように、必要に応じて睡眠薬を調整する	.81	.13	-.09	.01	.11	-.08	-.23	.08	-.14	.07	.09	
27 夜眠れるように夜間の不要なケアや処置を避ける	.81	.09	-.03	-.03	-.06	-.27	.01	.07	-.01	.07	.09	
28 夜眠れるように、騒音や採光などの環境を調整する	.63	-.03	-.05	.01	.02	-.10	.08	.27	-.09	.08	.08	
40 不必要なルート、モニター類を取り除く	.61	-.30	.05	-.03	-.12	.10	.26	-.12	.00	.19	-.01	
35 点滴、カテーテル、モニター類で拘束感を生じていないか確認する	.60	-.02	.01	-.03	.07	.18	-.13	-.08	.22	.09	-.02	
39 不快になるものを取り除く	.53	-.17	.29	.02	-.08	.28	-.08	.00	-.07	-.17	.20	
33 早期に離床、リハビリテーションを開始できるようにする	.51	.07	-.03	.24	-.03	-.04	.06	.00	.20	-.11	-.01	
36 環境変化に戸惑っていないか確認する	.50	.07	.01	-.11	.02	.21	.13	-.06	.07	.05	-.14	
38 痛みを緩和するケアを行う	.48	-.15	-.08	.29	-.07	.23	.21	.05	-.07	-.07	-.14	
23 便秘にならないよう援助する	.39	.01	.36	.15	.08	-.18	-.05	.01	.00	-.02	.04	
第2因子 (4項目) 安心感をもたらすコミュニケーション $\alpha=.814$												
10 患者と視線を合わせ笑顔で接する	-.16	.80	-.02	.15	-.07	-.01	-.03	-.07	-.07	.07	.00	
12 表情や反応をみて、患者の気持ちや意思を汲み取るようにする	.15	.75	.07	-.17	-.02	-.01	.20	.07	-.07	.02	-.02	
11 声のトーンやスピードを調整し、わかりやすい言葉で話しかける	.13	.64	-.08	-.06	.04	.24	-.05	-.04	.08	-.01	.06	
13 その日の予定や状況を患者が理解できるように繰り返し説明する	-.06	.46	-.09	.08	-.09	.20	.11	-.11	.17	.25	.08	
第3因子 (5項目) 排泄や活動のニーズを満たすケア $\alpha=.799$												
22 できるだけトイレで排泄できるように援助する	.01	-.05	.77	.14	.06	-.26	.06	-.03	.00	.15	-.02	
25 離床機会を増やし、楽しく過ごせるようにして覚醒を促す	-.06	-.05	.66	-.10	-.02	.10	-.09	.01	.01	.04	.04	
24 活動と休息のメリハリをつける	.24	-.04	.63	-.19	-.03	.01	-.04	.09	.11	-.07	.00	
19 患者のペースを尊重し、ケアのタイミングを調整する	.10	.11	.46	-.05	-.03	.21	-.04	-.02	-.03	.07	.09	
21 患者が排泄ニーズを我慢しないよう声かけや排泄援助を行う	.19	.21	.46	.26	-.03	-.25	.07	.01	.05	.04	-.03	
第4因子 (4項目) 呼吸・循環・水分・栄養ケア $\alpha=.776$												
30 脱水についてアセスメントし、予防ケアを行う	.08	.05	-.11	.80	-.07	.07	-.16	.02	-.05	.11	-.12	
32 栄養障害をアセスメントし、栄養状態を良好に保つよう援助する	-.12	-.06	.13	.64	-.06	.05	-.02	.12	.19	-.10	.07	
46 口腔ケアを行い、義歯を装着する	.13	-.05	-.21	.59	.05	.02	.16	-.13	.01	.02	.36	
31 呼吸・循環状態をアセスメントし、酸素化を良好に保つように援助する	.22	.20	.12	.47	.10	.13	-.01	-.12	-.07	-.09	-.14	
第5因子 (3項目) せん妄発症要因のアセスメント $\alpha=.832$												
2 せん妄の直接原因となる疾患や病態の有無をアセスメントしている	.02	-.04	-.05	.07	.86	.03	-.04	.02	-.13	.08	.11	
3 せん妄リスクのある薬剤をアセスメントしている	-.06	-.06	.04	-.02	.81	.07	-.11	-.01	.05	.00	.06	
4 せん妄の誘発因子の有無をアセスメントしている	.04	-.03	-.02	-.16	.76	.01	.16	-.05	.18	-.03	.00	
第6因子 (4項目) せん妄患者の世界を理解した関わり $\alpha=.772$												
42 せん妄状態にある患者の言動を否定しない	-.10	.03	-.03	.12	.02	.74	-.11	.11	-.05	.01	.05	
44 せん妄患者にこたわりのある言動があるときは、注意を切り替えられるように関わる	-.03	.08	-.01	.09	.08	.59	-.11	.02	-.09	.08	.17	
43 せん妄患者の言動の意味を推測して関わる	.18	.20	-.19	-.08	.02	.57	.04	.12	.02	.09	-.02	
37 できるだけ行動を制限しないよう関わる	.36	-.09	.26	.00	-.01	.40	-.05	-.08	-.10	.02	-.08	
第7因子 (4項目) せん妄症状や危険行動の兆候の観察 $\alpha=.777$												
9 インシデントや事故につながる危険な言動がないか確認する	.00	.12	-.22	.00	-.14	-.08	.95	.02	.04	-.08	.14	
8 せん妄の兆候がないか表情、行動、会話、反応を観察する	.05	-.10	.09	-.17	.06	-.13	.83	.02	-.16	.09	.11	
7 入院前や術前と比較して反応や様子の変化がないかを観察する	-.06	.15	.15	.04	.16	-.06	.53	.00	.01	-.10	-.13	
6 せん妄リスクの高い患者を看護チーム全体で見守る	-.20	-.02	.05	.28	.19	.30	.34	.14	-.06	-.07	-.06	
第8因子 (4項目) チーム連携 $\alpha=.775$												
50 医師、薬剤師、リハビリ職、ソーシャルワーカー等と連携して対応する	.21	-.02	-.03	.01	-.04	.08	-.05	.76	.12	-.10	-.18	
52 多職種チームでせん妄リスクを評価し、対応を検討する	-.13	-.13	.03	.03	.06	.02	.08	.61	.05	.32	-.19	
48 看護チームや多職種とせん妄リスクのある患者の情報を共有する	.01	.14	.13	-.07	.01	.14	.12	.57	-.06	-.08	.14	
49 せん妄リスクのある薬剤、睡眠薬等の薬剤に関して医師や薬剤師に相談・調整する	.09	-.10	-.02	.08	-.07	.13	-.04	.54	.03	.01	.30	
第9因子 (3項目) 家族ケア $\alpha=.725$												
54 せん妄状態にある患者への接し方を家族に説明する	-.02	.00	.04	.05	.01	-.05	-.08	.03	.81	-.10	.09	
55 せん妄状態の患者を目の当たりにする家族の苦悩を慮って関わる	-.04	.05	.17	-.06	.02	-.04	-.03	.04	.68	.04	.05	
53 患者のせん妄リスクについて、入院時や発症時に家族に説明する	.08	-.14	-.20	.12	.10	-.13	-.01	.17	.47	.22	-.02	
第10因子 (3項目) 感覚障害・見当識へのケア $\alpha=.778$												
17 日時や季節感が感じられる環境をつくる	.10	.01	.14	.05	.01	.15	-.06	-.02	-.01	.69	-.05	
16 患者が日時、季節感、生活感が感じられるように話しかける	.21	.17	.00	-.05	.05	-.03	-.02	.02	.01	.67	-.06	
14 視覚情報を用いて状況を理解しやすくする	-.25	.16	.29	.08	-.11	.20	-.02	.14	.00	.36	.10	
第11因子 (2項目) 覚醒を促すケア $\alpha=.669$												
45 患者自身で食べる、整容する、動けるように働きかける	.10	.11	.03	-.07	.13	.06	.08	-.04	.04	-.14	.76	
47 五感を刺激して覚醒を促す	-.06	-.10	.17	-.04	-.01	.17	.15	-.11	.13	.15	.45	

因子抽出法：主因子法-Kaiserの正規性を伴うプロマックス法
 ゴシック表記は因子名（項目数）Cronbachの α 係数

命名した。第1因子は、患者にとってストレスとなる痛みの軽減、治療に必要な処置、環境変化を改善するケア、ストレス因子の観察や確認する行為の10項目から構成され「ストレスなく生活するためのケア」と命名した。第2因子は、患者に安心感をもたらす、高齢者に対するコミュニケーションの4項目で構成され「安心感をもたらすコミュニケーション」と命名した。第3因子は、患者の排泄ニーズの充足や活動と休息のバランスなど生活リズムを整えるケア5項目で構成され「排泄や活動のニーズを満たすケア」と命名した。第4因子は、せん妄の直接因子を軽減するケア4項目で構成され「呼吸・循環・水分・栄養ケア」と命名した。第5因子は、せん妄の直接因子、誘発因子をアセスメントする3項目で構成され「せん妄発症要因のアセスメント」と命名した。第6因子は、せん妄発症時に患者の言動の意味を理解する関わり4項目で構成され「せん妄患者の世界を理解した関わり」と命名した。第7因子は、せん妄状態の観察と事故のリスクを予測する観察4項目が含まれ「せん妄症状や危険行動の兆候の観察」と命名した。第8因子は、チームで情報を共有し、対応する4項目で構成され「チーム連携」と命名した。第9因子は、家族への情報提供など3項目で構成され「家族ケア」と命名した。第10因子は、せん妄で混乱している患者の見当識等へ働きかけるケア3項目で構成され「感覚障害、見当識へのケア」と命名した。第11因子は、せん妄発症時に患者に刺激を与え意識回復を促すケア2項目で構成され「覚醒を促すケア」と命名した。なお、第4因子の「46. 口腔ケアを行い、義歯を装着する」は原案作成段階では覚醒を促すことで回復させるケアと考えていたため、質問項目の表現を「口腔ケアにより口腔内を刺激して覚醒を促す」と修正した。

V. 考 察

1. せん妄ケアの質評価指標の質問項目の精選について

せん妄ケアの質評価指標原案はA～Hの8要素55項目で作成したが、パイロットスタディの結果11因子46項目に修正された。8要素のうちA, B, G, Hの【アセスメント】と【連携】は、計3項目が削除され、原案と同様の第5, 7, 8, 9因子に再構成された。一方【せん妄ケア】に含まれたせん妄の予防ケア、発症時のケアに関するD, E, Fは、計6項目が削除され、第1因子「ストレスなく生活するためのケア」、第3因子「排泄や活動のニーズを満たすケア」、第4因子「呼吸・循環・水分・栄養ケア」、第6因子「せん妄患者の世界を理解した関わり」、第10因子「感覚障害・見当識へのケア」、第11因子「覚醒を促すケア」に再構成された。これは、せん妄ケアにおいて予防ケアと発症時のケアが区別されて実践されているのではなく、共通したケアとして実践されており、パイロットスタディにおいてもせん妄ケアに関する看護の実態を反映した指標になったと考える。

従来のガイドライン¹⁻³⁾では、せん妄のリスク因子としてエビデンスが確立している直接因子や一部の誘発因子に対する介入が列記されていた。Wright他⁵⁾は、終末期にある患者のせん妄ケアにおいて、看護師は患者の不快感を取り除こうとする際に、医学的原因だけでなく、無意味に見える発言や行動の意味を考えること、関わり続けようとするケアに価値を見出していることを明らかにしている。一般病棟の本研究においても、患者に安心感をもたらすコミュニケーション、せん妄患者の世界を理解した関わり、ストレスなく生活するためのケアなど患者の体験世界を理解し、安楽に過ごせるように看護師が実践している全人的なケアで再構成された。病期に関わらず、せん妄ケアにおいて重要なことは、患者と看護師が関わり続ける姿勢を示すことにあると考える。

これらのことから、本研究で検討した、せん妄ケアの質評価指標は、先行研究で必要とされているケアと実際に実施されているケアが、概ね一致しており、評価指標として有効である可能性が示唆された。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、一部地域の看護師を対象としたパイロットスタディ結果であり、せん妄ケアの質評価指標の最終的な因子構造の検証には至っていない。また、因子数が多いこと、因子を構成する項目が少ない因子があること、因子負荷量0.4以下の項目があるなど、検討の余地がある。しかし、現時点でのこれ以上の項目削除は、せん妄ケアの質評価にとって重要な質問が削除される懸念があり、本調査時に検討することとする。今後は、対象地域と対象者数を拡大し、再テスト法を含め、尺度の信頼性・妥当性を検証する必要がある。

VI. 結 論

せん妄リスクのある患者へのケアの質評価指標の開発をめざし、質問項目の精選を目的にパイロットスタディを実施した結果、11因子46項目が抽出された。これらの項目は、せん妄発症要因へのケアだけでなく、先行研究で明らかにされた患者のその人らしさへのケアも含むことが確認された。

【謝 辞】

本研究にご協力いただきました看護師の皆様へ感謝いたします。また、本研究の分析に関してご助言、ご指導いただいた札幌医科大学保健医療学部の山本武志准教授にお礼申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費16K12198の助成をうけて実施した。

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS: Delirium in elderly people, *Lancet* 383: 911-922, 2014
- 2) American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults: American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults, *J Am Geriatr Soc* 63(1): 142-150, 2015
- 3) National Institute for Health and Care Excellence: NICE guideline: Delirium: prevention, diagnosis and management: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103> (2021-04-03)
- 4) 大木友美, 松下年子: 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*12: 108-116, 2014
- 5) Wright, DK, Brajtman, S, Macdonald, ME: Relational ethics of delirium care: Finding from a hospice ethnography. *Nurs. Inq* 25(3): e12234. doi: 10.1111/nmn, 2018
- 6) 長谷川真澄, 栗生田友子, 道信良子他: せん妄リスクのある患者への看護実践の知: 一般病院におけるエスノグラフィ研究, *老年看護学*26(1):69-78, 2021
- 7) Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al.: Effectiveness of multi-component non-pharmacologic delirium interventions: A Meta-analysis, *JAMA Intern. Med* 175(4): 512-520, 2015
- 8) 長谷川真澄, 栗生田友子, 鳥谷めぐみ他: 急性期病院におけるせん妄ケアチームの構築プロセス, *老年看護学*21 (2): 32-40, 2017
- 9) David LS, Geoffrey R, Norman, JC (木原雅子訳): 医学的測定尺度の理論と応用. 東京, *メディカル・サイエンス・インターナショナル*, 2016, p17-34, p80