

資料

浦野理香¹⁾，渡辺みどり¹⁾，千葉真弓¹⁾，曾根千賀子¹⁾，
有賀智也¹⁾，伊藤佑季¹⁾，牛山陽介¹⁾，井口志保¹⁾

¹⁾ 長野県看護大学

長野県看護大学

第18巻別刷

2016年3月

浦野理香¹⁾YCd ¹⁾a 1) 1) 1)
 ¹⁾k 1) 1)

【要 旨】 せん妄に対して実施しているケアの実施頻度を、看護専門職自律性得点の高い群と低い群とで比較検討することを目的とした。内科系、外科系、混合病棟に勤務する看護師を対象に自記式質問紙法調査を行い、102名の回答を得た。せん妄ケアの実施頻度調査には「実施しているせん妄ケア(18項目)」を用い、看護専門職的自律性の測定には「看護婦の自律性測定尺度」を用いた。「看護婦の自律性測定尺度」47項目の合計得点の平均値以上の者を「高群」、平均値未満の者を「低群」と定義し、2群間で比較した結果、看護専門職的自律性の高群は、せん妄ケア18項目中、10項目において低群よりも有意に実施頻度が高く、身体的苦痛の除去、不動化回避、身体的内部環境の調整の援助などのせん妄誘発因子低減の援助を多く行っていた。

【キーワード】 看護専門職的自律性、せん妄、看護

はじめに

今日、看護職が自律的に判断、実践することは一般病棟、クリティカル・ケアの現場、在宅看護の現場等、いずれの臨床現場においても不可欠である。看護師が専門職的自律性をもつということは、個々の看護師が自主的・主体的な判断と適切な看護実践という専門能力を発揮することを意味する(菊池ら, 1997)。看護の専門職としての自律性は、看護師の年齢、経験年数、職位等の基本的属性、仕事に対する意欲や自信、職務満足感等が関連していることが報告されている(菊池ら, 1997)。したがって看護職は経験年数を重ねつつ、専門職的自律性を高めていくといえる。このような専門職的自律性を高めた看護職は自らの能力を発揮し、優れた看護活動を行っていると考えられる。

せん妄は看護師が臨床場面で高い頻度で出会い、その対応に苦慮する臨床症状である。せん妄とは、一時的な脳機能の失調によって起こる心身の不適応状態であり、突然、注意障害をともなった意識混濁があらわれ、記憶障害、幻覚、興奮、睡眠障害等のさまざまな症状を呈する(長谷川, 2013)。その結果、患者には治療の遅延や安寧の喪失を引き起こし、臨床場面において看護師は転倒・転落等の危険予防に多くの労力を要する。

せん妄に関する研究により、その発症に関わる原因や要因に関する医学研究はされてきたものの、せん妄の発症予防と、重症化防止の看護研究は限られている。酒井ら(2006)は、せん妄発症のハイリスクかどうかのスクリーニングを行い、基本的ニーズを充足し環

¹⁾長野県看護大学
2015年9月受付
2016年2月19日受理

環境調整すること・信頼関係の構築等により発症予防を行うことが重要であるとしている。この環境調整には、直接因子（薬物中毒等の単一でも意識障害をきたしうる要因）、誘発因子（入院や感覚遮断等の、睡眠覚醒リズムをとおして意識変容を誘発しうる外的要因）を除去、軽減することがあげられる。さらに、せん妄発症の有無のスクリーニングを行い、発症時には患者を心身の苦痛などの脅威から守り、安楽な状態にあるようにするため、徹底した個別対応により患者との相互作用を促進し、危険防止と安全な環境の提供をするなど、医療チームと協働し、看護職の専門的能力を発揮することが重要としている。

看護職の専門職的自律性は経験年数によって高まるということが明らかにされているものの、その尺度構成因子は「治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる」、「突然の生理的变化に対応することができる」、「患者の生理的变化に応じて看護方法を変更できる」のように、症状を特定しない一般的な能力を測定している。したがって、看護専門職的自律性が高いと測定された看護師は、必ずしもせん妄ケアにおいても優れた発症予防・重症化予防ケアを実践していることを示すものではない。また、看護専門職的自律性とせん妄ケアの関連を検討した既存研究はみうけられない。そこで本研究は、看護師が日常的に高い頻度で遭遇するせん妄ケアと、看護専門職的自律性に着眼した。具体的には、看護専門職的自律性が高い者はせん妄発症・重症化予防のための看護実践をより多くしているか否かに着眼した。また、自律性が高い者に、より頻度高く行われている看護活動、自律性が高くてもなお実践されていない看護活動、自律性が低くても行われている看護活動、および行われていない看護活動を明らかにすることができたならば、自律性が高い者・低い者の教育ニーズをそれぞれ明らかにすることができる。この結果はせん妄ケアにおける教育に有用な知見となり、これらに基づいて現任教育がなされたならば、看護師の臨床実践能力の向上に貢献し得る。

研究目的

本研究は、看護師のもつ専門職的自律性によって看護師が行うせん妄ケア実施頻度に違いがあるか否かを

検討することを目的とした。

研究方法

1. 用語の定義

せん妄ケア：本研究において、せん妄ケアとはせん妄の発症予防、重症化予防のために行われるケアを指す。

2. 調査対象

1) 調査対象の勤務する病院の概要

A県南部にある2病院（B, C）を有意抽出し、調査協力を依頼し同意を得た。病院Bは人口約5万人の農村部に位置する病床数約300床を有する地域の中核病院である。病院Cは人口約10万人の市内にある自治体病院であり、約400床を有する。病院の抽出にあたっては、内科、外科等の病棟を網羅していることを条件とした。

2) 調査対象

上記2病院において、せん妄ケアを行う機会が多いと考えられる内科系、外科系と混合病棟に勤務する看護師全員を調査対象とした。

3. 調査期間

平成27年8月～9月

4. データ収集方法および調査内容

1) データ収集方法

質問紙法を用いた。データ収集手順は、まず対象が勤務する病院の看護部に研究協力を依頼し同意を得た。看護部長に対象となる病棟の師長を紹介してもらい、C病院では病棟看護師長から研究趣旨説明書・協力依頼書、質問紙および返信用封筒を病棟看護師へ配布してもらい、またB病院では看護部長を通じて各病棟の看護師長へ、病棟看護師への配布を依頼し、配布してもらった。配布から2週間をめぐり、返信用封筒にて返信を依頼した。

2) 調査内容

(1) 対象者の基本的属性

対象者の基本的属性については、年齢、性別、看護師経験年数、現在勤務している病棟の種類、その病棟

での勤務年数，看護師専門教育の種類，病棟での立場，せん妄ケア経験の有無，せん妄ケアの経験例数についてたずねた。

(2) 看護専門職的自律性

菊池ら（1996）が作成した「看護婦の自律性測定尺度」を用いた。この尺度は，看護活動の看護場面における状況を認知，判断，実践の3つの領域からとらえ開発された尺度であり，自律性を行動の面からとらえることができるため採用した。因子として，正確な状況の認知を示す「認知能力」，主体的，的確に看護を実践する行動を示す「実践能力」，患者が示す具体的な手がかりをもとに的確な看護を判断する「具体的判断能力」，看護のモデルや仮説に基づいて判断する「抽象的判断能力」，他者依存せず自分で判断することを示す「自立的判断能力」の5因子，計47項目から成る。この尺度は各項目について「かなりそう思う」，「少しはそう思う」，「どちらともいえない」，「あまりそう思わない」，「全くそう思わない」の5段階で評定し，得点を算出するものである。5因子の信頼係数（Cronbachの α 係数）は0.79～0.93と高く，妥当性も検証されている（菊池ら，1996）。尺度の使用に当たり作成者に了解を得た。

(3) せん妄ケアの実施状況

吉田ら（2007）が作成した「実施しているせん妄ケア（18項目）」を用いた。「実施しているせん妄ケア」の18項目についてそれぞれ「全く行わない」，「あまり行わない」，「時々行う」，「しばしば行う」，「いつも行う」の5段階で実施頻度を尋ねた。

5. 分析方法

- 1) 対象者の基本的属性，せん妄ケア実施経験は，記述統計量を算出した。
- 2) 看護専門職的自律性は，尺度の5因子の総得点を算出し，平均値と標準偏差を算出した。総得点の分布を確認し，総得点が平均値以上の者を「高群」，平均値未満の者を「低群」とした。2群間の基本属性の違いは， χ^2 検定ならびに t 検定により比較した。
- 3) 「実施しているせん妄ケア」の実施頻度は，18項目の記述統計量を求めた。また，看護専門職自律性の高群と低群における「実施しているせん妄ケア」

の実施頻度の比較には，Mann-Whitney- U 検定を行った。

有意水準は0.05とし，統計ソフトはIBM SPSS Statistics Ver.21を用いた。

6. 倫理的配慮

対象者の所属施設へは，看護部長に研究の目的，方法，内容，結果の公表について文書および口頭で説明し，許可を得た上で，それぞれの施設の対象者の所属する病棟の看護師長に，C病院では文書と口頭で，B病院では文章で説明した。対象者へは文書で説明した。研究協力は自由意思によるものであり，それによる不利益はないこと，回答したくない質問には答えなくてよいこと，質問紙は無記名とし，得られたデータは統計的に処理して研究期間中厳重に保管し，研究終了後速やかに廃棄すること，研究に関わる相談窓口への連絡方法を説明した。研究協力への同意は各対象者からの質問紙の返信をもって得られたものと判断し，データ管理には十分に注意を払った。本研究は所属機関において倫理審査を受け，承認を得て実施した（承認番号）。病棟での立場は病棟スタッフが81名（79.4%），主任，師長があわせて21名（20.6%）であった。看護専門教育は，専門学校等で55名（53.9%）が，短期大学で29名（28.4%），4年制大学で17名（16.7%），大学院で1名（1.0%）が教育を受けていた。看護師経験年数の平均は 13.6 ± 9.0 年であった。また，現在勤務している病棟での勤務年数は，平均 3.2 ± 2.9 年であった。

せん妄ケアの経験は，全員に経験があり，せん妄ケアの経験例数は69名（67.6%）が20例以上と回答した。また，せん妄ケア経験例数が1～5例の者の看護師経験年数平均値は3.6年，6～10例の者は9.6年，10～20例の者は12.6年，20例以上の者は15.7年であった（表2）。

表1. 対象者の概要

(n=102)

		全体 (n=102)	看護専門職 自律性 高群 (n=57)	看護専門職 自律性 低群 (n=45)	看護専門職自律性 の高群・低群 検定結果	
		人 (%)	人 (%)	人 (%)		
年齢	20歳代	34 (33.3)	10 (17.5)	24 (53.4)	$\chi^2=20.8^{***}$	
	30歳代	32 (31.4)	17 (29.8)	15 (33.3)		
	40歳代	24 (23.5)	20 (35.2)	4 (8.9)		
	50歳代	12 (11.8)	10 (17.5)	2 (4.4)		
性別	男性	3 (2.9)	1 (4.4)	2 (1.8)	$\chi^2=0.6, n.s.$	
	女性	99 (97.1)	56 (95.6)	43 (98.2)		
基本的 属性	現在勤務 している病棟	内科系	25 (24.5)	14 (26.4)	11 (26.2)	$\chi^2=3.8, n.s.^{注1}$
		外科系	27 (26.5)	19 (35.8)	8 (19.0)	
		混合	43 (42.1)	20 (37.8)	23 (54.8)	
		その他	6 (5.9)	-	-	
		不明	1 (1.0)	-	-	
病棟での 立場	病棟スタッフ	81 (79.4)	40 (70.2)	41 (91.1)	$\chi^2=6.7^{**}$	
	主任・師長	21 (20.6)	17 (29.8)	4 (8.9)		
看護 専門教育	専門学校等	55 (53.9)	40 (70.2)	15 (33.3)	$\chi^2=18.6^{***}$	
	短期大学	29 (28.4)	13 (22.8)	16 (35.6)		
	4年制大学	17 (16.7)	3 (5.2)	14 (31.1)		
	大学院	1 (1.0)	1 (1.8)	0 (0.0)		
看護師 経験年数	平均 ± SD 年	13.6 ± 9.0	17.3 ± 8.7	8.7 ± 7.0	$t=5.4^{***}$	
現在の病棟 での勤務年数	平均 ± SD 年	3.2 ± 2.9	3.7 ± 3.4	2.5 ± 1.9	$t=2.3^*$	
せん妄 ケア 経験	せん妄ケア 経験の有無	ある	102 (100.0)	57 (100.0)	45 (100.0)	$\chi^2=16.0^{***注2}$
		ない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	せん妄ケア 実施例数	1～5例	12 (11.8)	1 (1.8)	11 (25.6)	
		6～10例	5 (4.9)	3 (5.6)	2 (4.7)	
		10～20例	11 (10.8)	4 (7.4)	7 (16.3)	
		20例以上	69 (67.6)	46 (85.2)	23 (53.4)	
	無回答	5 (4.9)	-	-		

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$ n.s.:not significant

注1) 現在勤務している病棟のうち、「その他」、「無回答」を除き、「外科系」、「内科系」、「混合」で検定した。

注2) せん妄ケア実施例数のうち、「無回答」を除き、「1～5例」「6～10例」「10～20例」「20例以上」で検定した。

表2. せん妄ケア経験例数ごとの看護師経験年数

(n=102)

	せん妄ケア経験例数			
	1～5例	6～10例	10～20例	20例以上
看護師経験年数平均(年) (範囲)	3.6 (1.3 - 14.3)	9.6 (1.4 - 29.2)	12.6 (1.3 - 32.3)	15.7 (1.3 - 34.3)

2) 看護専門職的自律性の高群と低群別にみた対象者の概要

看護専門職的自律性の高群と低群で、年齢構成では高群が低群に比べ高年齢の者の割合が高かった ($\chi^2 = 20.8, p < 0.001$)。性別の構成割合には、有意差がみられなかった。現在勤務している病棟の割合にも有意差が見られなかった。病棟での立場に2群間の有意差がみられ、高群で主任、師長の割合が高かった ($\chi^2 = 6.7, p < 0.05$)。看護専門教育は2群間で有意差があった ($\chi^2 = 18.6, p < 0.001$)。看護師経験年数の平均は高群が 17.3 ± 8.7 年と、低群 8.7 ± 7.0 年に比較して有意に

経験年数が長かった ($t = 5.4, p < 0.001$)。現在勤務する病棟での勤務年数でも、高群 3.7 ± 3.4 年、低群 2.5 年 ± 1.9 年と有意差がみられた ($t = 2.3, p < 0.05$)。

せん妄ケアの経験例数は看護専門職的自律性の高群が低群より有意に高かった ($\chi^2 = 16.0, p < 0.01$)。

3. 看護専門職自律性

「看護婦の自律性測定尺度」の各因子の得点ならびに47項目の総得点の平均値、標準偏差、更に看護専門職自律性の高群、低群における因子別ならびに総得点の違いを表3に示した。

表3. 「看護婦の自律性尺度」の測定結果と高群・低群の比較 (n=102)

因子	項目	全体 ¹⁾	高群 ¹⁾	低群 ¹⁾	検定結果 ²⁾
認知能力	1. 私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる				
	2. 私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる				
	3. 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる				
	4. 私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる				
	5. 私は患者の価値観を十分に理解することができる				
	6. 私は患者の言動から性格や生活習慣を読みとることができる	46.3 (6.7)	50.5 (4.3)	40.9 (5.1)	10.4***
	7. 私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる				
	8. 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる				
	9. 私は患者のニーズに直ぐ気づくことができる				
	10. 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる				
	11. 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる				
	12. 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる				
	13. 私は患者の検査結果と症状との関連を理解することができる				
	14. 私は看護に必要な情報を直ぐに集めることができる				
実践能力	15. 私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができる				
	16. 私は患者の急激な生理的变化(吐血, 意識喪失など)に対応することができる				
	17. 私は手際よく看護ができる				
	18. 私は患者が落ち着いて看護を受けられるよう常に配慮ができる				
	19. 私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる				
	20. 私は患者の社会生活に配慮した看護ができる				
	21. 私は他職種(栄養士, 理学療法士など)と連携を上手に取ることができる	45.9 (8.1)	51.4 (3.8)	38.9 (6.5)	11.4***
	22. 私は看護の優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる				
	23. 私は患者の個別性を考慮した看護を実践することができる				
	24. 私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる				
	25. 私は患者の情動の変化(怒り, 悲しみなど)に対処することができる				
	26. 私は患者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる				
	27. 私は看護を常に創意工夫することができる				
	28. 私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる				

(表3のつづき)

具体的判断能力	29. 私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる				
	30. 私は患者の心理的变化(不安, 怒り, 焦りなど)に応じて看護方法を選択できる				
	31. 私は患者のニーズに一致した看護を選択することができる				
	32. 私は突然の患者の生理的变化(血圧低下, 悪寒など)に応じて看護方法を変更できる	24.0 (3.9)	26.6 (2.4)	20.9 (3.2)	10.4***
	33. 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる				
	34. 私は看護方法を自分一人で選択できる				
	35. 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる				
抽象的 判断能力	36. 私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる				
	37. 私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定できる				
	38. 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる				
	39. 私は患者の変化(結果)を予想して看護を選択することができる	21.7 (3.8)	24.0 (2.9)	18.7 (2.6)	9.5***
	40. 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる				
	41. 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる				
	42. 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる				
自立的 判断能力	43. 私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない				
	44. 私は患者の言動に感わされて適切な看護方法を選択できない				
	45. 私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない	18.3 (2.6)	19.3 (2.3)	17.0 (2.3)	4.9***
	46. 私は患者の意志を尊重せず看護方法を選択してしまう				
	47. 私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない				
	合計	156.1 (21.5)	171.7 (10.5)	136.4 (14.4)	14.3***

1) 平均(標準偏差) 2) *t* 値

***: $p < 0.001$

1) 分析対象者全体の得点

「看護婦の自律性測定尺度」の各因子の得点の平均値は、それぞれ第1因子「認知能力」は 46.3 ± 6.7 点、第2因子「実践能力」は 45.9 ± 8.1 点、第3因子「具体的判断能力」は 24.0 ± 3.9 点、第4因子「抽象的判断能力」は 21.7 ± 3.8 点、第5因子「自立的判断能力」は 18.3 ± 2.6 点であった。総得点の平均値は 156.1 ± 21.5 点であった。

2) 高群と低群での比較

看護専門職的自律性の高群と低群の総得点は、高群が 171.7 ± 10.5 点、低群では 136.4 ± 14.4 点で有意差がみられた ($t = 14.31, p < 0.001$)。各因子別の平均値はすべてにおいて高群のほうが低群に比較して有意に高い結果となった。

4. せん妄ケアの実施頻度

「実施しているせん妄ケア」18項目の実施頻度を表4に示した。多く行われている項目を「しばしば行う」、「いつも行う」と回答した割合でみると、回答率が60%以上の項目は、「7. 痛み・不快症状を可能な限

りコントロールする」、「8. 挿入されている点滴やチューブ類を必要最小限にする」、「9. 心地良くいられるように寝具を整えたり、室温、照明、音の調整をする」、「14. 行う処置を丁寧に説明し患者が自分の状況をつかめるようにする」、「16. センサーマットやモニターカメラなどで監視する」、「17. せん妄患者に対して夜間の睡眠がとれるよう日中はできるだけ刺激して覚醒を促す」の6項目であった。吉田ら(2006)の報告でもほぼ同様の項目が多く行われていた。

これに反し、あまり行われていない項目は、「全く行わない」、「あまり行わない」との回答が60%以上の項目をみると、「5. せん妄アセスメントツール(スケールやチェックリスト)を用いて発症や発症後の経過を把握する」、「11. 就寝前に足浴やマッサージなどリラックスできるようなケアを行う」、「12. 昼夜を問わずいつでも眠れるときに睡眠をとってもらう」の3項目であった。吉田ら(2006)の報告においても項目5, 11はあまり行われておらず、同様の傾向であった。

表4. せん妄ケアの実施頻度

(n=102)

質問項目	1. 全く行わない 人(%)	2. あまり行わない 人(%)	3. 時々行う 人(%)	4. しばしば行う 人(%)	5. いつも行う 人(%)
1. 家族に付き添ってもらって安心して できるようにする	0 (0)	6 (5.9)	39 (38.2)	49 (48.1)	8 (7.8)
2. できるだけ早い時期から患者の話 をよく聴き不安の除去につとめる	0 (0)	10 (9.8)	32 (31.4)	44 (43.1)	16 (15.7)
3. 水分出納や血中電解質バランスに 注意し水分摂取を促す	6 (5.9)	45 (44.2)	23 (22.5)	24 (23.5)	4 (3.9)
4. 入院時あるいは入院後の早い時期 にせん妄発症リスクのアセスメン トを行う	8 (7.8)	18 (17.6)	33 (32.5)	29 (28.4)	14 (13.7)
5. せん妄アセスメントツール（スケ ールやチェックリスト）を用いて 発症や発症後の経過を把握する	50 (49.0)	32 (31.3)	12 (11.8)	6 (5.9)	2 (2.0)
6. 患者の行動を制止せず見守る	0 (0)	18 (17.6)	50 (49.0)	32 (31.4)	2 (2.0)
7. 痛み・不快症状を可能な限りコン トロールする	0 (0)	0 (0)	14 (13.7)	60 (58.8)	28 (27.5)
8. 挿入されている点滴やチューブ類 を必要最小限にする	0 (0)	0 (0)	15 (14.7)	59 (57.8)	28 (27.5)
9. 心地よくいられるように寝具を整 えたり、室温、照明、音の調整を する	0 (0)	6 (5.9)	34 (33.3)	41 (40.2)	21 (20.6)
10. できるだけ病室やベッド移動をせ ず、入院中一定の場所で過ごせる ようにする	0 (0)	22 (21.6)	32 (31.4)	39 (38.2)	9 (8.8)
11. 就寝前に足浴やマッサージなどリ ラックスできるようなケアを行う	36 (35.3)	46 (45.1)	15 (14.7)	5 (4.9)	0 (0)
12. 昼夜を問わずいつでも眠れるとき に睡眠をとってもらう	10 (9.8)	61 (59.8)	21 (20.6)	8 (7.8)	2 (2.0)
13. めがねや補聴器をつけて周囲の状 況がわかるようにする	2 (2.0)	17 (16.6)	27 (26.5)	38 (37.3)	18 (17.6)
14. 行う処置を丁寧に説明し患者が自 分の状況をつかめるようにする	1 (1.0)	0 (0)	15 (14.6)	53 (52.0)	33 (32.4)
15. 見守りのために人を配置する	8 (7.8)	18 (17.6)	32 (31.4)	38 (37.3)	6 (5.9)
16. センサーマットやモニターカメラ などで監視する	4 (3.8)	1 (1.0)	6 (5.9)	53 (52.0)	38 (37.3)
17. せん妄患者に対して夜間の睡眠が とれるよう日中はできるだけ刺激 して覚醒を促す	1 (1.0)	1 (1.0)	10 (9.8)	54 (52.9)	36 (35.3)
18. 安全のために身体抑制（体幹、あ るいは上肢だけなど身体の一部） を行う	2 (2.0)	13 (12.7)	34 (33.3)	42 (41.2)	11 (10.8)

5. 看護専門職的自律性の高群と低群におけるせん妄ケアの比較

看護専門職的自律性の高群と低群の2群間において実施しているせん妄ケアを比較した(表5)。

看護専門職的自律性の高群と低群の2群間ではせん妄ケア18項目中10項目で実施頻度における中央値に有意差がみられた。有意差のみられた項目は、「2. できるだけ早い時期から患者の話をよく聴き不安の除

去につとめる」($p<0.01$)、「3. 水分出納や血中電解質バランスに注意し水分摂取を促す」($p<0.01$)、「6. 患者の行動を制止せず見守る」($p<0.001$)、「7. 痛み・不快症状を可能な限りコントロールする」($p<0.001$)、「8. 挿入されている点滴やチューブ類を必要最小限にする」($p<0.01$)、「9. 心地よくいられるように寝具を

整えたり、室温、照明、音の調整をする」($p<0.001$), 「10. できるだけ病室やベッド移動をせず、入院中一定の場所で過ごせるようにする」($p<0.001$), 「13. めがねや補聴器をつけて周囲の状況がわかるようにする」($p<0.05$), 「14. 行う処置を丁寧に説明し患者

が自分の状況をつかめるようにする」($p<0.01$), 「17. せん妄患者に対して夜間の睡眠がとれるよう日中はできるだけ刺激して覚醒を促す」($p<0.05$)であった. これらの項目のケア実施頻度は有意に高群のほうが低群よりも高かった.

表5. 看護専門職的自律性の高群と低群におけるせん妄ケアの比較

($n=102$)

せん妄ケアの項目	看護専門職自律性 高群 ($n=58$)		看護専門職自律性 低群 ($n=44$)		Mann-Whitney U 検定結果 有意確率
	中央値	平均ランク	中央値	平均ランク	
1. 家族に付き添ってもらって安心できるようにする	4	51.02	4	52.11	<i>n.s.</i>
2. できるだけ早い時期から患者の話をよく聴き不安の除去につとめる	4	58.54	3	42.59	**
3. 水分出納や血中電解質バランスに注意し水分摂取を促す	3	58.89	2	42.14	**
4. 入院時あるいは入院後の早い時期にせん妄発症リスクのアセスメントを行う	3	51.86	3	51.04	<i>n.s.</i>
5. せん妄アセスメントツール (スケールやチェックリスト) を用いて発症や発症後の経過を把握する	1	49.38	2	54.19	<i>n.s.</i>
6. 患者の行動を制止せず見守る	3	60.54	3	40.06	***
7. 痛み・不快症状を可能な限りコントロールする	4	61.08	4	39.37	***
8. 挿入されている点滴やチューブ類を必要最小限にする	4	59.31	4	41.61	**
9. 心地よくいられるように寝具を整えたり、室温、照明、音の調整をする	4	62.51	3	37.56	***
10. できるだけ病室やベッド移動をせず、入院中一定の場所で過ごせるようにする	4	62.64	3	37.39	***
11. 就寝前に足浴やマッサージなどリラクセスできるようなケアを行う	2	54.92	2	47.17	<i>n.s.</i>
12. 昼夜を問わずいつでも眠れるときに睡眠をとってもらう	2	53.68	2	48.74	<i>n.s.</i>
13. めがねや補聴器をつけて周囲の状況がわかるようにする	4	57.16	3	44.33	*
14. 行う処置を丁寧に説明し患者が自分の状況をつかめるようにする	4	57.68	4	43.67	**
15. 見守りのために人を配置する	3	54.73	3	47.41	<i>n.s.</i>
16. センサーマットやモニターカメラなどで監視する	4	55.16	4	46.87	<i>n.s.</i>
17. せん妄患者に対して夜間の睡眠がとれるよう日中はできるだけ刺激して覚醒を促す	4	58.57	4	42.54	*
18. 安全のために身体抑制 (体幹、あるいは上肢だけなど身体の一部) を行う	4	53.06	3	49.52	<i>n.s.</i>

n.s.: not significant, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

考察

1. 対象集団の特徴

1) 本研究における分析対象集団の特徴

本研究の対象者は看護師経験年数の平均値が13.6 ± 9.0年と、看護師経験が長く、熟練した看護師が多い。せん妄ケアは全員に経験があった。20例以上経験した者が6割以上おり、せん妄ケア経験も豊富な看護師が多い集団であるといえる。また、せん妄ケア経験例数が多いほど、看護師経験年数が長い傾向があった。入院中の患者では、せん妄は様々な疾患で、様々な状態で発症しうるため、看護師経験が長いほどせん妄ケアの実践例数も増加するという関係性があると考えられる。

2) 看護専門職的自律性の得点分布

看護専門職的自律性の5因子（「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽象的判断能力」「自立的判断能力」）の各因子の得点について、先行研究では、経験年数10年未満と10年以上の病棟勤務看護師の報告がある（対象者は公立の総合病院勤務の病棟勤務者88名；菊池ら，1997）。各因子間の比較を容易にするため、得点を各因子の項目数で除した平均得点を比較してみる。本研究分析対象と先行研究における経験年数10年以上の病棟看護師の各因子の平均得点（標準偏差）は、「認知能力」では本研究で3.44（0.43）、先行研究で3.43（0.43）であった。「実践能力」では本研究で3.44（0.49）、先行研究で3.38（0.46）、「具体的判断能力」では本研究3.58（0.48）、先行研究で3.65（0.50）、「抽象的判断能力」では本研究3.25（0.53）、先行研究3.17（0.50）、「自立的判断能力」では本研で3.70（0.51）、先行研究4.24（0.59）であった。各平均得点は近似しており、10年未満の群でも近似していた。本研究の分析集団の看護専門職的自律性は先行研究の集団と大きな違いはなかったと考えられる。

3) 看護専門職的自律性の高群および低群別の対象の特徴

看護専門職的自律性の高群と低群の2群間では、高群のほうが年齢、看護師経験年数ともに有意に高かった。菊池ら（1997）は看護専門職的自律性の5因子それぞれの得点と看護師の年齢および経験年数との間の有意な正の相関関係を報告している。本研究の結果

は5因子の総得点との検討であるが、菊池らの報告を支持する結果であった。看護師経験が多く、年齢を重ねたことが、看護師が正しく状況を認知し、患者の状況を的確に判断し、確実に実践することに関わっていると考えられる。

また、病棟における立場でも、主任、師長の割合が高群において有意に高く、これも菊池ら（1997）の結果を支持していた。主任や師長は、看護師経験も長い者が多いため、経験が長いことで自律性も高いと考えられるが、病棟スタッフよりさらに的確な状況判断に基づいて判断し実施し、他のスタッフを導く役割を遂行していることを反映していると考えられる。

2. 看護専門職的自律性高群と低群の2群間の比較

1) 看護専門職的自律性の因子

5因子すべてにおいて、看護専門職的自律性の総得点の高群は有意に得点が高かった。このことから本研究での自律性の高群は、「認知能力」、「実践能力」、「具体的判断能力」、「抽象的判断能力」、「自立的判断能力」のどの能力についても低群よりも総合的に高いと言える。

2) 看護専門職的自律性とせん妄ケア実施頻度

自律性の高群において有意に実施頻度が高かったものは、せん妄ケア18項目中10項目であった。「痛み・不快症状を可能な限りコントロールする」の患者の身体的苦痛除去の援助、「挿入されている点滴やチューブ類を必要最小限にする」「患者の行動を制止せず見守る」の患者の動作の妨げを少なくして行動抑制をしない、すなわち不動化回避の援助、「水分出納や血中電解質バランスに注意し水分摂取を促す」の身体内部環境を調整するケアが頻度高く行われていた。したがって、看護専門職的自律性高群は、身体的な苦痛の除去、不動化の回避、身体的内部環境の調整など、せん妄誘発因子低減のケアをより多く実施していることが確認された。

また、看護専門職的自律性高群は「心地よくいられるように寝具を整えたり、室温、照明、音の調整をする」「できるだけ病室やベッド移動をせず、入院中一定の場所で過ごせるようにする」「できるだけ早い時期から患者の話をよく聴き不安の除去につとめる」と

いう患者の環境を調整し、安心と安全を保障するケアを低群よりも多く実施していた。

看護専門職的自律性の高群は「めがねや補聴器をつけて周囲の状況がわかるようにする」「行う処置を丁寧に説明し患者が自分の状況をつかめるようにする」というケアを低群よりもより頻度高く行っていた。これらのケアは患者の感覚遮断を防ぎ、現実認知を促すケアである。このように看護専門職的自律性の高群は、感覚遮断を回避し、現実認知を促すという観点からのせん妄ケア実施頻度が有意に高いことが確認された。

一方、看護専門職的自律性の低群は以上のような、自律性高群が実施しているせん妄ケアの実施が高群よりも少なかった。このことから、実施が少なかったせん妄ケア項目に関する支援が必要と考えられる。ケア項目の内容についての知識や実践力を強化するような教育支援が必要である。看護専門職的自律性は看護経験年数にともない高まる（菊池ら、1997）ことを考慮すれば、卒後3年までの教育に位置づけるなどの学習支援が有用と考えられる。

自律性高群と低群で有意差がなく実施頻度が高いせん妄ケアでは「家族に付き添ってもらって安心できるようにする」（中央値4）という家族の協力を得て患者の不安を除去するケアと、「センサーマットやモニターカメラなどで監視する」（中央値4）という安全確保のためのケアが自律性の低群でも実施頻度が高く行われていることが明らかになった。

看護専門職的自律性の高群は「せん妄患者に対して夜間の睡眠がとれるよう日中はできるだけ刺激して覚醒を促す」の項目を有意高頻度で実施していた。一方、睡眠ケアである「昼夜を問わずいつでも眠れるときに睡眠をとってもらう」に有意差はなかった。その頻度の内訳は、「あまり行わない」者が約6割を占め、せん妄ケア18項目中でも実施頻度が少ない項目であった。この点について酒井（2014）は、せん妄の発症防止は早期離床を急ぎすぎず、まず質の高いまとまった時間の睡眠確保の重要性を指摘しており、今日、せん妄発症予防のため「昼夜を問わずいつでも眠れるときに睡眠をとってもらう」ことが推奨されている。すなわち、看護専門職的自律性の高群は、患者の日中の覚醒を促すことを有意に高頻度で行っているが、せん

妄発症予防のよい質のまとまった睡眠時間の確保をより実施しているとは限らない現状が示唆される。

「せん妄アセスメントツール（スケールやチェックリスト）を用いて発症や発症後の経過を把握する」、「入院時あるいは入院後の早い時期にせん妄発症リスクのアセスメントを行う」は自律性の2群間で有意差がなく、また頻度高く行われていなかった。せん妄のアセスメントはせん妄の発症予防のための因子等の確認、早期発見、状況把握、せん妄ケアの選択のために重要なケアであり、近年、ツール使用によるせん妄状態の把握（高倉、2014）、せん妄ケアの報告（小日向、2011）や、臨床の場の特徴に応じて使用しやすいツールの開発が行われている（松下、2013）。今後、これらアセスメントの実施頻度が高くない要因を探索し、実施頻度を高めるための支援が必要であると考えられる。

結論

看護専門職的自律性によるせん妄ケア実施頻度を比較した結果、以下のことが明らかになった。

1. 看護専門職自律性の高群は、患者の身体的苦痛除去の援助、不動化回避の援助、身体内部環境を調整する援助、環境調整、安心と安全を保障する援助という、せん妄誘発因子低減のための援助を低群よりも多く実施していた。
2. 看護専門職的自律性の高群は、日中の覚醒を促す援助を、低群より有意に高頻度で行っていたが、せん妄発症予防のためのよい質のまとまった睡眠時間の確保をより実施しているとは限らない現状が示唆された。
3. せん妄アセスメントツールの使用、入院時のせん妄リスクアセスメントは看護専門職自律性の高低に関わらず実施頻度は高くなかった。これらの実施頻度を高める支援が必要と考えられる。

本研究の限界と今後の課題

本研究では特定の地域の2病院に勤務する看護師を対象とした。その回収率が低かったため、本研究の結果に偏りが生じている可能性がある。さらに、限られた地域の限られた対象者であり、この結果を一般化する

ることはできない。今後は異なった地域のデータ数を増やし検討していく必要がある。

日本ではせん妄ケア質尺度は開発されていない。そのため、本研究ではせん妄ケアの具体的な実施頻度を把握した。その結果2群間での比較にとどまった。せん妄ケアの質を示すような尺度又は代表値の検討などを行ったうえで、せん妄ケアの質を従属変数とした重回帰モデルの検討などが求められるであろう。

謝辞

本研究にご協力くださいました看護師の方々に深く感謝いたします。

文献

- 長谷川真澄.(2013).Q01 せん妄とは何ですか？. 亀井智子, 高齢者のせん妄ケア Q&A.(2-3). 中央法規出版, 東京.
- 菊池昭江, 原田唯司.(1996). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告(人文・社会科学篇), 47, 241-254.
- 菊池昭江, 原田唯司.(1997). 看護専門職における自律性に関する研究 基本的属性・内的特性との関連. 看護研究, 30(4), 285-297.
- 松下年子.(2013). 日本語版 NEECHAM 混乱・錯乱状態スケールの術後せん妄対策としての導入の可能性. 日本看護科学会誌, 33(4), 63-66.
- 小日向真依, 服部ユカリ.(2011). 整形外科病棟における高齢者の術後せん妄予防看護計画の効果. 老年看護学, 16(1), 111-117.
- 酒井郁子.(2006). 術後せん妄の予防とケア. 日本整形外科看護研究会誌, 1, 42-45.
- 酒井郁子.(2014).Q30 せん妄の長期化を防ぐためにできることは何ですか？. 酒井郁子, 渡邊博幸, どうすればよいかに答えるせん妄ケアのスタンダードケア Q&A100.(48). 南江堂, 東京.
- 高倉直美.(2014). 外科病棟における術後せん妄の実態と発症要因の分析. 第44回日本看護学会論文集(成人看護), 118-121.
- 吉田千史, 酒井郁子, 綿貫成昭.(2007). 保健医療施設におけるせん妄ケアと看護師の体験する困難—せん

妄ケアシステム整備状況との関連—. 第37回日本看護学会論文集(看護管理), 187-189.

Comparison of the frequencies of delirium care practice on professional autonomy in nursing

Rika URANO¹⁾, Midori WATANABE¹⁾, Mayumi CHIBA¹⁾,
Chikako SONE¹⁾, Tomoya ARUGA¹⁾, Yuki ITO¹⁾,
Yosuke USHIYAMA¹⁾, Shiho IGUCHI¹⁾

¹⁾Nagano College of Nursing

【Abstract】 This study aims to investigate the frequencies of performing delirium care by comparing groups with higher and lower scores on the scales for professional autonomy in nursing. A self-administered questionnaire survey with nurses at two hospitals in A prefecture in Japan was conducted, and the 102 responses received were analyzed. The “Employed delirium care (18 items)” scale was used for the investigation of the delirium care frequencies, and the “scales for professional autonomy in nursing” was used for evaluating nursing professional autonomy. We defined nurses with above average score totals of the 47 items in the “Autonomy Scale of Nurses” as the “Higher Group”, and the rest as the “Lower Group”. The statistical analysis showed significant differences in 10 out of 18 employed delirium care categories, and the frequency of delirium care provided by the Higher Group was higher than that of Lower Group.

【Keywords】 professional autonomy in nursing, delirium, nursing

浦野理香
〒399-4117
長野県駒ヶ根市赤穂1694番地
長野県看護大学
Tel: 0265-81-5171 Fax: 0265-81-5171
E-mail: urano@nagano-nurs.ac.jp
Rika URANO
NaganoPrefecture
Nagano College of Nursing
1694Akaho,Komagane,Nagano,399-4117JAPAN
TEL: +81-265-81-5171 FAX: +81-265-81-5171
E-mail: urano@nagano-nurs.ac.jp