

論文

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

上富史子, 久野暢子, 山岡深雪

【要旨】

目的：本研究は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した思考とその構造を明らかにし、看護実践上の示唆を得ることを目的とした。**方法：**急性期病棟勤務の中堅看護師13名を対象とした半構造化面接を実施した。逐語録の内容を術後せん妄ケア対応の時系列で対応前・中・後に分類し、質的分析を行いカテゴリー化した。その後、カテゴリー間の関連を可視化した。**結果：**367のコード、70のサブカテゴリー、20のカテゴリーが抽出された。対応前・中のカテゴリーでは、身体拘束や薬剤使用、家族協力依頼に関するものが共通していた。カテゴリー間の関連から、中堅看護師の思考は、対応前にはアセスメントからあらゆる対応手段を考え、患者へのケアを優先するものであったが、対応中は感情が揺れ、患者の安定と業務遂行を模索しながらどのような状況であっても対応するしかないものであることが示された。また対応後は、自己の看護実践を振り返りながら患者への責任を果たし学びに繋げつつも後悔や患者への看護に対する心残りがあることが示された。**結論：**中堅看護師の術後せん妄状態にある患者に対する臨床判断に関与した思考は、患者の安全考慮と危険回避をより重視するために、身体拘束や薬剤使用、家族協力依頼が共通していた。また、中堅看護師は対応前には冷静にアセスメントしていたことも、患者を前にすると動揺し、限られた時間の中では状況がどうであれ対応するしかないと考え、対応後に一連の対応を振り返りながら自信に繋げる一方で後悔に苛まれていた。これらのことから、中堅看護師が術後せん妄状態にある患者に対する臨床判断を行う中で、自己の経験から学びを見出す省察ができない可能性が示唆された。術後せん妄患者に対するより良い看護実践のためには、中堅看護師が自己の臨床判断を客観視し、多様なアセスメントの仕方を見出しながら、時系列に沿った省察の積み重ねをすることが求められる。

【キーワード】 術後せん妄, 臨床判断, 思考, 構造, 中堅看護師

1. 序論

1.1. はじめに

身体面・精神面共に急激な変化を伴う術後せん妄状態にある患者に対する看護実践において、看護師の瞬時の判断は看護ケアに直結するため、患者の生命を守る上で重要な意味を持つと考える。術後せん妄は、患者が術前から強い不安を抱いている場合等

に発症しやすく、発症後は数時間から数日持続した後消失する（和田，南，小峰，2010）。つまり、看護師は患者が術後せん妄を発症する前の予測段階から、発症時、発症後といった一連の過程において看護実践を行うこととなる。先行研究において、術後せん妄症状の構造は明らかにされているが（石光，鎌倉，深田，2006）、術後せん妄ケアの判断は、

受付日：2021年12月27日 受理日：2022年3月29日

Fumiko Uetomi, Nobuko Hisano, Miyuki Yamaoka : 宮崎県立看護大学

経験年数5年以上の看護師であっても確実な自信を伴わないことが多い（大木，松下，2014a）とされており，看護師個々の経験知に委ねられる部分が大きいの。経験豊富な看護師であれば，患者の表情や反応から術後せん妄発症を予測することができる（松浦，2011）ことでも，経験の浅い看護師にとっては難しい場合があるため，看護師の経験によって術後せん妄ケアが左右されてしまうことは患者にとって不利益となるのではないかと危惧する。

このような看護実践の判断にかかわる看護師の思考過程は，いわゆる「臨床判断」と言い換えることができる。臨床判断には，臨床的な意思決定を患者ケアについて行うことに対する認知的な，論理的なアプローチに焦点を当てた分析的過程と，ある結果をもたらすために説明したり，記述したり，予測したりすることではない直観的過程があり，看護師はこの両者を統合させて臨床判断をしているため複雑性がある（Corcoran，1990）。つまり，前者が一般的な知識を基にアセスメントをし，看護を導く過程といえ，比較的経験の浅い看護師でも捉えやすいと考える。一方，後者は看護師のこれまでの経験から発生する直観的な気づきや思いを含む過程と捉えることができるだろう。直観的な気づきや思いは臨床判断の重要な部分であるにもかかわらず，説明・記述・予測を伴わないものであるため，経験を積むほどに看護師の認識の中で潜在化するのではないかと考える。そこで，本研究では，経験を積み重ねる過程にある3～5年目中堅看護師に焦点を当て，術後せん妄の臨床判断を検討することとする。

術後せん妄は，患者・家族への身体的・精神的負担が大きく，患者にとっては術後侵襲からの回復を妨げてしまう。そのため，臨床経験を問わず活用しやすい評価ツールを用いることによって，看護師は患者の術後せん妄状態となるリスクを早期にキャッチすることができる（菅野，2019）。しかし，標準化された評価ツールは看護師の直観的な気づきや思いを含んだ思考過程を反映しているとは言い難く，その活用を重ねるだけでは術後せん妄ケアの判断に

繋がる経験知の集積に結び付き難いのではないだろうか。そのため，中堅看護師の術後せん妄ケアの臨床判断を顕在化し，検討することがより良い看護には有用であると考えられる。

1.2. 研究目的

本研究は，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した思考とその構造を明らかにし，看護実践上の示唆を得ることを目的とする。

1.3. 用語の操作的定義

本研究で用いる用語を次の通りに定義した。

1.3.1. 術後せん妄状態

DSM-5（American Psychiatric Association，2013/2014）と高島（2017）の定義を参考に，術後せん妄状態を，通常，術後数時間から数日で発症し，日内変動があり，注意の障害および意識の障害，認識の変化を伴うもので，症状には，幻覚・興奮・妄想・失見当識等の過活動型と，無表情・無気力・傾眠等の低活動型，活動水準混合型があるもの，とする。

1.3.2. 臨床判断

Corcoran（1990）の定義を用い，臨床判断を，適切な対象のデータ，臨床的な知識および状況に関する情報が考慮された，認知的な熟考および直観的な過程に関与した患者ケアについての決定にたどり着くまでの過程とする。

1.3.3. 中堅看護師

Benner（1984/1992）の「中堅」レベルを参考として，臨床経験年数3～5年目を中堅看護師とする。

1.3.4. 身体拘束

身体的な安全確保を目的として，道具を用いて身体をベッド等に固定することを身体拘束とし，抑制も身体拘束と同義語とする。

2. 対象と方法

2.1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的記述的研究デザイン

2.2. 研究対象

A 県内の一般病床数 200 床以上の病院で、一般病棟 7 対 1 入院基本料に相当する体制を取っている 2 施設（B 病院、C 病院）で調査した。それぞれの施設に新卒でその病院に就職し、外科病棟での勤務（夜勤を含む）経験があり、管理職でない臨床経験年数 3～5 年目看護師を対象とした。

なお、研究対象の選定では、研究協力依頼病院の施設長、看護部責任者および外科病棟看護師長に説明に基づく同意を得た後、病棟看護師長より上記対象基準に該当する看護師の紹介を受けた。

2.3. データ収集期間

2019 年 9 月～2019 年 10 月

2.4. データ収集方法

面接のはじめに、研究対象者の属性（年齢、看護師経験年数、外科系病棟での経験年数および現病棟での経験年数、異動経験の有無とその経験内容、病棟での役割の有無とその内容）について確認した。その後、半構造化面接の内容として、研究対象者が経験した術後せん妄状態にある患者に対する看護実践中の印象深い内容や、実践中に感じたこと、考えたこと、判断したことについて自由に語ってもらった。面接内容は、研究対象者の許可を得て録音し、逐語録としてデータを収集した。

2.5. 分析方法

録音した内容をすべて逐語録として作成した後、文脈が分かりにくい部分は、研究者が（ ）で表現を補い、第三者にも語りの内容が理解できるようにした。また、研究対象者 1 人 1 人から逐語録の内容に相違ないことの確認を得た。作成した逐語録から、術後せん妄ケアの臨床判断に関与する思考の中核をなす認知的な熟考および直観を表していると思われる部分を「原文」として抽出した。抽出した原文を前後の文脈から、術後せん妄患者対応の時系列に合わせて、対応前、対応中、対応後に分類した。

対応前・中・後のそれぞれにおいて、抽出された原文を、文章の意味を損なわない簡潔な一文とし、「コード」とした。さらに、コードの共通性・相違性に沿って「サブカテゴリー」とした後に、抽象化を図り、「カテゴリー」とした。このカテゴリーを術後せん妄状態にある患者に対する臨床判断に関与する思考とみなした。最後に、カテゴリー間の関連から思考の構造を可視化した。

全ての過程において、2 名の看護学研究者のスーパーバイズを受け、抽出する原文の記述や分析内容を検討し、解釈の正確性や妥当性を高めた。

2.6. 倫理的配慮

本研究は、宮崎県立看護大学研究倫理委員会の承認（第 01-15 号：2019 年 8 月 21 日）を得た後、B 病院ならびに C 病院に研究協力を依頼した。B 病院は施設内倫理委員会の承認を得た（承認番号 19-23:2019 年 7 月 3 日）。C 病院は研究者と施設長および看護部責任者が直接対面し、研究目的、研究の意義、研究方法、倫理的配慮等を説明して承認を得た。すべての倫理委員会承認後、研究協力依頼病院の施設長、看護部責任者、病棟師長ならびに研究対象者に書面と口頭で本研究の主旨を説明し、書面にて同意を得た。説明に際しては、研究への参加の自由と中断の保障、研究参加による利益と不利益、匿名性の確保、データの管理方法、データは研究以外には使用しないこと、研究結果は学会等にて公表する予定であることも説明した。また、面接は一対一で行い、プライバシーが確保できる個室を使用した。

3. 結果

3.1. 研究対象者の概要

研究対象者は 13 名であり、そのうち男性が 2 名、女性が 11 名であった。臨床経験年数 3 年目は 6 名、4 年目は 3 名、5 年目は 4 名であった。面接では、研究対象者全員から IC レコーダーによる録音の承諾を得た。面接総時間は 6 時間 7 分 17 秒、1 件あたりの面接平均時間は 28 (SD = 3.9) 分であった（表 1）。

表 1 研究対象者の概要

ID	年代・性別	所属 病院	看護師 経験年数	外科系病棟 経験年数	現病棟 経験年数	異動有無 経験内容	病棟役割	面接時間 (分)
1	20・女	B	5	1	1	あり 地域包括ケア病棟	記録委員、他	32
2	20・女	B	3	3	3	なし	プリセプター、他	26
3	20・女	C	4	3	1	あり ICU	記録委員、他	28
4	30・男	B	3	3	3	なし	プリセプター、他	30
5	40・男	B	3	3	3	なし	プリセプター、他	28
6	20・女	B	3	3	3	なし	プリセプター、他	38
7	30・女	B	3	3	3	なし	プリセプター、他	28
8	20・女	C	4	4	1	あり SCU、脳外科	褥瘡委員、他	37
9	20・女	B	3	3	3	なし	プリセプター、他	27
10	20・女	B	5	5	2	あり 消化器外科・内科	パス委員会、他	29
11	20・女	B	5	3	3	あり 呼吸器内科	プリセプター、他	34
12	30・女	C	4	2	2	あり 内科・外科混合病棟	プリセプター、他	30
13	20・女	B	5	3	2	あり 内科・外科混合病棟	プリセプター、他	25

3.2. 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した思考：対応前

すべての逐語録から 367 のコード、70 のサブカテゴリー、20 のカテゴリーが抽出された。

なお、以下の文中では、カテゴリーを【太字】、サブカテゴリーを《太字》、コードを<文字>で表す。

対応前は、96 のコード、27 のサブカテゴリー、9 のカテゴリーが生成された。対応前の臨床判断に関与した思考について表 2 に示す。

3.2.1. 【単独でできる対応策を想定】

このカテゴリーは、21 のコード、4 のサブカテゴリーで構成された。

<せん妄状態にある患者が転ばないか事故（自

己）抜去しないかを注意深くみようとする>、<看護師はせん妄状態にある患者が事故（自己）抜針をしたことで患者の行動について注意しないといけないと考えた>等のコードから抽出した《**観察強化で事故（自己）抜去を予防したいと思う**》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が患者の術後せん妄状態を想定しながら、どうすれば看護師ひとりで予防できるのかを具体的に考えていることを表していることから、【**単独でできる対応策を想定**】と命名した。

3.2.2. 【特定の情報からアセスメント】

このカテゴリーは、17 のコード、5 のサブカテゴリーから構成された。

<患者のあやしい言動について気をつけるように申し送られたら患者の言動について注意しようと考

表2 対応前の臨床判断に関与した思考

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例	(コード数)
単独でできる対応策を想定	観察強化で事故（自己）抜去を予防したいと思う	せん妄状態にある患者が転ばないか事故（自己）抜去しないかを注意深くみようとする 看護師はせん妄状態にある患者が事故（自己）抜針をしたことで患者の行動について注意しないといけないと考えた	(13)
	生活リズムを整えたいと思う	せん妄状態にある患者にテレビやラジオとかで刺激を与えて昼夜逆転にならないようにしようとする せん妄状態にある患者の生活リズムを整えるために昼間はできるだけ患者を車椅子に起こし体力を使おうと考えた	(3)
	せん妄に対する患者の理解を得たいと思う	せん妄状態にある患者に前もっての説明はきちんと行っていきいたいと思う 患者の行動がいつもと違うと思ったら話を傾聴して落ち着くのを待とうと思う	(3)
	男性看護師だから余裕がある	男性看護師だからせん妄状態にある患者が激しく暴れていなければ自分ひとりでも患者をベッドに戻ることができる考える 男性看護師であることでせん妄状態にある患者の対応について余裕を持っていると感じる	(2)
特定の情報からアセスメント	事前の患者情報を把握することでアセスメントする	患者のあやしい言動について気をつけるように申し送られたら患者の言動について注意しようとする 患者がルートを引っ張る行動等の具体的内容を把握することで判断しようとする	(7)
	年齢・認知症の有無でアセスメントする	年齢でせん妄状態へのなりやすさを見分けようとする 患者が80代を超えていたらせん妄状態について注意しようと予測する	(5)
	特定の時間帯でアセスメントする	看護師は患者がせん妄状態になるのは手術当日の夜が多いと思う 看護師は患者のせん妄状態について夕方になるにつれて大丈夫だろうかと感じていた	(2)
	安静期間を把握することでアセスメントする	安静期間が長いことでせん妄状態になる危険性があると考え せん妄状態へのなりやすさを把握するために患者の離床状況を情報収集しようとする	(2)
	家族からの情報でアセスメントする	情報収集で患者の家族と話をし家庭での様子を聞くことが大事だと思う	(1)
患者と関わりながらのアセスメント	実際の言動でアセスメントする	膀胱留置カテーテル挿入中であるが排尿の訴えがあるとせん妄状態になる危険性があると考え 認知症の有無にかかわらず入院時に患者から同じ質問が多いかどうかを確認しようとする	(4)
	患者の行動に違和感を抱くことでアセスメントする	患者の行動を見てあれっと思った時にせん妄患者の対応をしようと感じる 術直後に麻酔から覚醒しはじめた患者に違和感を感じた	(2)
	患者の理解力を把握することでアセスメントする	看護師は早くおかしいと気づくため患者と会話をしようとする 看護師は説明後の患者の理解力を確認しようとする	(2)
	ツールを用いてせん妄状態をアセスメントする	CAM-ICUを使用してせん妄状態をいち早く察知しようとする 患者と話が合わないと思ったらCAM-ICUを使用しようとする	(2)
	精神面の不安定さを感じ取ることでアセスメントする	看護師は患者に手術が不安などの不安要素がある時に患者との関わりに注意する 看護師は患者に薬のこだわりがあったりする時に患者との関わりに注意する	(2)
他者との協働による対応策を想定	他看護師と情報共有しようと思う	早くに対応していくためせん妄状態にある患者の情報共有を他看護師と行おうとする せん妄状態にある患者にルート類が何本入っているのかや抜去防止のための保護状況を情報共有しようとする	(5)
	精神科医を巻き込もうと思う	患者がせん妄状態になりそうな感じがあったら事前に主治医へ相談し精神科の介入を図ってもらおうとする 患者の様子がおかしいと感じたら精神科担当の医師を確認しようとする	(4)
	ナースコールで危険を予測しようと思う	せん妄状態にある患者からのナースコールが鳴ったらすぐに患者の元へ行こうとする せん妄状態にある患者のセンサーコールが鳴ったら状態観察を依頼しようとする	(2)

表 2(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例	(コード数)
身体拘束に対する複雑な思い	身体拘束はせん妄対応に必要だと思う	せん妄状態になる危険性がある患者に対しては事前にミトンやセンサーマットを敷く対策を考える 患者の様子があやしいと感じたら抑制道具を準備しようとする	(5)
	身体拘束したくないと思う	看護師はせん妄状態にある患者にあまり抑制したくないと思う 看護師はせん妄状態にある患者に抑制をせずに適切な治療が受けられるように考える	(4)
	最終的に身体拘束しかないと思う	看護師が忙しい時はせん妄状態のリスクがある患者に対し抑制するしかないと思う	(1)
危険回避を想定	患者に事故（自己）抜去をしてもらいたくないと思う	せん妄状態にある患者への対応で大切にしていることは看護師が患者にルート類を抜かれたくないことである 看護師は患者の元へ行きながら点滴が抜けていないか心配する	(6)
	せん妄による危険や回復遅延を防ぎたいと思う	看護師はせん妄状態にある患者に対してできることは予防して安全を守りたいと思う せん妄状態にある患者の申し送りを受けた時に看護師は安全面を考慮してなるべくせん妄状態を予防できるように考える	(4)
薬剤使用に対する複雑な思い	薬剤使用はせん妄対応に必要だと思う	精神科医師の確認と指示薬剤の確認を事前にしようとする 不穏時薬剤指示を確認しせん妄状態にある患者に使用できるかどうかを考える	(5)
	薬剤選択は看護師の範疇外だと思う	せん妄状態にある患者に対する薬剤選択は専門医がいるからでなくてもいいと思う	(1)
	薬剤に頼りたくないと思う	看護師は術後患者が薬がないと眠れなくなるのは嫌だからあまり薬に頼りたくないと思う	(1)
家族協力が必要という思い	家族に協力してもらいたいと思う	夜間帯に患者に付き添いがいるかどうかを確認してから受け持ち患者の元へ出ようとする 看護師はせん妄状態にある患者に協力が得られるような家族がいたかを確認しようとする	(5)
せん妄患者優先のタイムスケジュールを想定	せん妄患者に時間を確保したいと思う	他患者の検温に先に回ることによってせん妄状態にある患者に対応できるようにしようとした せん妄状態にある患者に時間を費やして対応できるように優先順位を考える	(3)

える＞、＜患者がルートを引っ張る行動等の具体的内容を把握することで判断しようとする＞等のコードから抽出した《事前の患者情報を把握することでアセスメントする》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が患者の術後せん妄状態へのなりやすさを、特定の情報からデータ化し、アセスメントしようとしていることを表していることから、【**特定の情報からアセスメント**】と命名した。

3.2.3. 【患者と関わりながらのアセスメント】

このカテゴリーは、12 のコード、5 のサブカテゴリーから構成された。

＜膀胱留置カテーテル挿入中であるが排尿の訴えがあるとせん妄状態になる危険性があると思う＞、＜認知症の有無にかかわらず入院時に患者から同じ質問が多いかどうかを確認しようとする＞等のコードから抽出した《実際の言動でアセスメントする》等のサブカテゴリーは、中堅看護師は、患者と実際に関わりながら、術後せん妄状態へのなりや

すさをアセスメントしようとしていることを表していることから、【**患者と関わりながらのアセスメント**】と命名した。

3.2.4. 【他者との協働による対応策を想定】

このカテゴリーは、11 のコード、3 のサブカテゴリーで構成された。

＜早くに対応していくためせん妄状態にある患者の情報共有を他看護師と行おうとする＞、＜せん妄状態にある患者にルート類が何本入っているのかや抜去防止のための保護状況を情報共有しようとする＞等のコードから抽出した《他看護師と情報共有しようと思う》等のサブカテゴリーは、中堅看護師は、術後せん妄状態にある患者の対応を他者との協働によって対応していきたいと考えていることを表していることから、【**他者との協働による対応策を想定**】と命名した。

3.2.5. 【身体拘束に対する複雑な思い】

このカテゴリーは、10 のコード、3 のサブカテゴリー

リーから構成された。

＜せん妄状態になる危険性がある患者に対しては事前にミトンやセンサーマットを敷く対策を考える＞、＜患者の様子があやしいと感じたら抑制道具を準備しようとする＞等のコードから抽出した**《身体拘束はせん妄対応に必要だと思う》**等のサブカテゴリーは、中堅看護師が身体拘束に対して、患者の安全確保や業務遂行等の観点から、身体拘束に対する複雑な思いを抱いていることを表していることから、**【身体拘束に対する複雑な思い】**と命名した。

3.2.6. 【危険回避を想定】

このカテゴリーは、10のコード、2のサブカテゴリーから構成された。

＜せん妄状態にある患者への対応で大切にしていることは看護師が患者にルート類を抜かれたくないことである＞、＜看護師は患者の元へ行きながら点滴が抜けていないか心配する＞等のコードから抽出した**《患者に事故（自己）抜去をしてもらいたくないと思う》**等のサブカテゴリーは、中堅看護師は、患者の術後せん妄状態に関連する事故や回復遅延等を回避し、安全を守りたい思いを抱いていることを表していることから、**【危険回避を想定】**と命名した。

3.2.7. 【薬剤使用に対する複雑な思い】

このカテゴリーは、7のコード、3のサブカテゴリーから構成された。

＜精神科医師の確認と指示薬剤の確認を事前にしようとする＞、＜不穏時薬剤指示を確認しせん妄状態にある患者に使用できるかどうかを考える＞等のコードから抽出した**《薬剤使用はせん妄対応に必要だと思う》**等のサブカテゴリーは、中堅看護師が術後せん妄状態にある患者への薬剤使用について、薬剤使用はせん妄対応に必要と考えつつも、薬剤選択は看護師の範疇外との思いを抱いていたり、患者への薬剤影響を危惧する思いを抱いていたりすることから、**【薬剤使用に対する複雑な思い】**と命名した。

3.2.8. 【家族協力が必要という思い】

このカテゴリーは、5のコード、1のサブカテゴリー

リーから構成された。

＜夜間帯に患者に付き添いがいるかどうかを確認してから受け持ち患者の元へ出ようとする＞、＜看護師はせん妄状態にある患者に協力が得られるような家族がいたかを確認しようとする＞等のコードから抽出した**《家族に協力してもらいたいと思う》**のサブカテゴリーは、中堅看護師が業務遂行のための時間確保や患者の安心につながるためには、家族協力が必要という思いを表していることから、**【家族協力が必要という思い】**と命名した。

3.2.9. 【せん妄患者優先のタイムスケジュールを想定】

このカテゴリーは、3のコード、1のサブカテゴリーから構成された。

＜他患者の検温に先に回ることですせん妄状態にある患者に対応できるようにしようと考えた＞、＜せん妄状態にある患者に時間を費やして対応できるように優先順位を考える＞等のコードから抽出した**《せん妄患者に時間を確保したいと思う》**のサブカテゴリーは、中堅看護師が、術後せん妄状態にある患者を優先的にケアするために、業務調整しようと考えていることを表していることから、**【せん妄患者優先のタイムスケジュールを想定】**と命名した。

3.3. 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した思考：対応中

対応中は、236のコード、35のサブカテゴリー、9のカテゴリーが生成された。対応中の臨床判断に関与した思考について表3に示す。

3.3.1. 【身体拘束や薬剤使用に対する葛藤】

このカテゴリーは、43のコード、5のサブカテゴリーで構成された。

＜せん妄状態にある患者があからさまに管を触っていたら看護師は抑制しようとする＞、＜せん妄状態にある患者に指示動作が入らないと応援を呼んで抑制をするしかないと思う＞等のコードから抽出した**《身体拘束をしてせん妄対応しなければならないと思う》**等のサブカテゴリーは、中堅看護師が術後せん妄状態にある患者への身体拘束や薬剤使用に

表 3 対応中の臨床判断に関与した思考

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例	(コード数)
身体拘束や薬剤使用に対する葛藤	身体拘束をしてせん妄対応しなければならぬと思う	せん妄状態にある患者があからさまに管を触っていたら看護師は抑制しようとする せん妄状態にある患者に指示動作が入らないと応援を呼んで抑制をするしかないと思う	(17)
	身体拘束や薬剤使用はやむを得ないと思う	患者から目が離せない時は予防的に抑制をしようとする せん妄状態にある患者が術後ベッド上安静なら命が優先になるため鎮静をかけるか抑制をしようとする	(10)
	薬剤使用はせん妄対応に必要だと思う	患者の行動がいつもと違うと思ったら指示薬剤を使用しようと思う せん妄状態にある患者に寝てくださいと言っても寝ないため薬に頼るしかない	(9)
	身体拘束や薬剤使用はなるべく避けたいと思う	せん妄状態にある患者に抑制帯を使用すると余計に興奮するため対応に難しさを感じた せん妄状態にある患者の睡眠妨害になるのもかわいそうなので本人の状態をみながら最終的に抑制の有無を判断する必要があると考える	(4)
	身体拘束以外の対応策を探りたいと思う	術後せん妄は一時的なものであるためせん妄状態にある患者に危険動作があったからといってすぐに身体抑制はしないと考える 患者がせん妄状態になりそうな感じがあってもなるべく抑制をしないでいいような環境をつくってあげたいと思う	(3)
患者の安全考慮	二次障害を起こしたくないと思う	せん妄状態にある患者がベッドから降りた状態を見た時看護師は患者は手術をしたので異常などないかと思った せん妄状態にある患者がベッドから降りた状態を見た時看護師は術後に転倒して骨折していないか頭をよぎった	(18)
	患者への安全を優先する	せん妄状態にある患者に声をかけながら患者の安全を第一にと考えていた 看護師はせん妄状態にある患者を目の前にした時安全第一に考える	(10)
	なにより安静にしてもらいたいと思う	せん妄状態にある患者に対してとりあえず寝てもらいたいというのが本音 せん妄状態にある患者に対し看護師は今は安静の大事な時期だからとりあえず患者に寝てもらおうと考えた	(8)
	患者目線で安全面をアセスメントする	看護師はせん妄状態にある患者自身がルート類を持って行動する姿を見てルート類の認識はあると思った 看護師は自分がせん妄状態にある患者からは敵に見えていたのかもしれないと思った	(2)
	万が一でも油断はできない	看護師はせん妄状態にある患者が事故（自己）抜針をした後にミトンを着用し、患者への巡視回数を増やそうと考えた 看護師はせん妄状態にある患者が事故（自己）抜針をしたことでミトンを着用しているとはいえ患者に挿入されているルート類を気をつけようと思った	(2)
どうかして患者を落ち着かせたい思い	せん妄患者の心を落ち着かせたいと思う	看護師は患者の気持ちを考えて接すると患者が穏やかになる場合もあると考える 看護師は患者が興奮している時話を聞いて落ち着かせようとする	(11)
	せん妄の原因となる苦痛を避けたいと思う	患者がせん妄状態になるのは疼痛が原因の場合もあるため早目に疼痛緩和をすることも必要と考える 看護師は患者が膀胱留置カテーテルを事故（自己）抜去したのは管が入っていることによる苦痛が大きかったからだと思った	(7)
	理性的な対応を患者に求めたいと思う	せん妄状態にある患者に手術をした理解がなかったため看護師は患者に手術をしたことを言おうと考えた せん妄状態にある患者が正常に戻るまで看護師は同じことを何度も繰り返し説明しなければと思う	(7)
	せん妄の原因となる不安を取り除きたいと思う	せん妄状態にある患者を不安にさせたくないとする 看護師はせん妄状態にある患者は縛られたり嫌なことをされているという不安に寄り添わないとせん妄状態がもっと悪くなると思い患者に対し否定しないようにしようとした	(5)
	環境整備で事故を予防したいと思う	看護師はせん妄状態にある患者が事故（自己）抜針をしたことで患者の周囲に物を置かないようにしようとした せん妄状態にある患者から点滴台や Consent 類を離すなどの対応を考えた	(4)
	せん妄患者の気をそらしたいと思う	看護師はせん妄状態にある患者が事故（自己）抜針をしたことで患者のストレスがたまるようになるべく声をかけるように努めようとした せん妄状態にある患者がどうしても寝ない時には自然に寝ることもあるためラジオ等を聞いてもらおうとする	(4)

表 3(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例	(コード数)
対応中の感情の揺れ	予想と現実のギャップに動揺する	看護師は術後患者の様子が怪しいとは思ったがまさかベッドから立ち上がり歩くとは思わなかった 看護師はせん妄状態にある患者が思った以上に興奮されていたため驚いた	(13)
	忙しさを対応が左右される	忙しい時には看護師に余裕がなくせん妄状態にある患者に冷たくあたってしまう 夜間緊急入院や急変等があるとせん妄状態にある患者の存在を忘れかけてしまうことがあり慌てる	(10)
	スイッチが入ると止められない	せん妄状態のスイッチが入った患者の徘徊を看護師が止めようとすると怒る 患者にせん妄状態となるスイッチが入ったら看護師が患者にどのような対応策を実施しても止められない	(6)
	落ち着き・冷静さが必要になる	看護師に余裕がないとせん妄状態にある患者の対応ができないと考える 看護師はせん妄状態にある患者の看護をする時には落ち着いて対応することを心がけている	(3)
せん妄患者と他患者のケア両立に苦心	仕事が終わらなくて困る	目の前のせん妄状態にある患者のこともあるが他にもやらなければいけないこともいっぱいある せん妄状態にある患者の対応が長引いたら看護師は他の患者のことが気になりだす	(12)
	常に目を離せない	看護師はせん妄状態にある患者から目を離す時間が多くなるとヒヤヒヤ、ドキドキした 看護師は目の届く範囲でせん妄状態にある患者の側にいて状態を確認しようとする	(9)
	せん妄患者が落ち着いている時に他のことをしたいと思う	せん妄状態にある患者が落ち着いていることを確認してから他患者の検温に移動しようとする せん妄状態にある患者が寝ている間に他患者の検温に回ろうと考えた	(4)
	他患者の落ち着きが条件だ	受け持っていた他患者の状態が落ち着いていたためせん妄状態にある患者の対応に集中できると考える 他の受け持ち患者の状態が落ち着いていたためせん妄状態にある患者に比重を重くして対応しようとする	(2)
	他患者のことが気になる	せん妄状態にある患者の対応中は他の患者のことも気になりきつかった せん妄状態にある患者の対応中は他患者のところに行かないといけないと思っていた	(2)
	せん妄患者優先にならざるを得ない	看護師はせん妄状態にある患者が事故（自己）抜針したことで点滴の取り直しやミトン装着や主治医への報告等が増え大幅に夜勤の回り方が変わったと感じた せん妄状態にある患者が事故（自己）抜去をした時はその患者を最優先に考える	(2)
業務遂行のため他看護師との協力が必要との思い	他看護師との協働で安心感を得たいと思う	せん妄状態にある患者を見て看護師はひとりでは患者の対応はできないと思い先輩を呼ぼうと考えた せん妄状態にある患者を見ながら看護師は早く先輩が来て欲しい、不安だと感じていた	(9)
	業務遂行のために他看護師に頼りたいと思う	せん妄状態にある患者対応中に他の用事がある時には他の看護師に患者対応を依頼しようとする せん妄状態にある患者に看護師がつくことが厳しい時には応援を呼ぼうと考えた	(8)
	ケア実施の後押しを求めたいと思う	せん妄状態にある患者の対応について他看護師と話し合おうと考える 患者の様子がおかしいと感じたら時に先輩看護師に相談して対応策を考えようとする	(6)
	先輩（他看護師）に対して申し訳ない	せん妄状態にある患者の依頼を先輩看護師にすることについて申し訳ないとしか思わなかった せん妄状態にある患者の対応を先輩に任せるのも仕事を追加することになるため申し訳なく思う	(2)
どんな状況でも対応するしかない思い	その場の状況に合わせて対応するしかない	患者のせん妄状態がひどい時だけ看護師のさじ加減で主治医に報告しようと思う せん妄状態にある患者の危険行動を見た看護師は患者がどの状態になるか判断がなかなかできないため患者の部屋から出られないと考える	(11)
	疾患によるせん妄は仕方がない	患者のせん妄状態を見た時に看護師は脳の損傷からくるものとして納得した感じだった	(1)

表 3(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例	(コード数)
家族への協力依頼に対する思い	家族への協力を依頼したいと思う	患者が易怒性により患者家族の協力を得ようとする せん妄状態にある患者の対応としてまずは患者の家族に電話をして付き添えないかを確認しようとする	(7)
	家族にも理解してもらいたいと思う	せん妄状態にある患者がベッドから降りた状態を見た時看護師はもっと家族に付き添ってもらえたらと思った せん妄状態にある患者の家族が来れない日は電話で家族と患者の情報共有を行おうと考えた	(2)
看護師の安全考慮	看護師自身の安全も確保せねばならない	せん妄状態にある患者が何か持っていたり変な体勢をしている時に看護師は自身に危険がおよぶそうだと思う せん妄状態にある患者が怒鳴り散らしている場合看護師は自身に危険がおよぶそうだと思う	(6)

対して、なるべく使用せずに他の方法を選択しようと考えつつも、最終的に必要だと考えていることを表していることから、【身体拘束や薬剤使用に対する葛藤】と命名した。

3.3.2. 【患者の安全考慮】

このカテゴリーは、40のコード、5のサブカテゴリーから構成された。

＜せん妄状態にある患者がベッドから降りた状態を見た時看護師は患者は手術をしたので異常などないかと思った＞、＜せん妄状態にある患者がベッドから降りた状態を見た時看護師は術後に転倒して骨折していないか頭をぶつけた＞等のコードから抽出した《二次障害を起こしたくないと思う》等のサブカテゴリーは、中堅看護師は、患者が術後せん妄状態によって二次障害を起こさず、安静臥床してもらうために、安全面を優先させようと考えていることを表していることから、【患者の安全考慮】と命名した。

3.3.3. 【どうにかして患者を落ち着かせたい思い】

このカテゴリーは、38のコード、6のサブカテゴリーから構成された。

＜看護師は患者の気持ちを考えて接すると患者が穏やかになる場合もあると考える＞、＜看護師は患者が興奮している時話を聞いて落ち着かせようとする＞等のコードから抽出した《せん妄患者の心を落ち着かせたいと思う》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が術後せん妄状態にある患者への対応について、患者の認識や身体面、周囲の環境に注目しながら、患者に合わせた対応策を模索し、何とか落ち着いてもらいたいと考えていることを表しているこ

とから、【どうにかして患者を落ち着かせたい思い】と命名した。

3.3.4. 【対応中の感情の揺れ】

このカテゴリーは、32のコード、4のサブカテゴリーから構成された。

＜看護師は術後患者の様子が怪しいとは思ったがまさかベッドから立ち上がり歩くとは思わなかった＞、＜看護師はせん妄状態にある患者が思った以上に興奮されていたため驚いた＞等のコードから抽出した《予想と現実のギャップに動揺する》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が、術後せん妄状態にある患者と対峙した時に、看護師が予想していた以上の患者の状態を目の当たりにして焦りや恐怖心を抱いたり、優先順位が分からずに多忙な業務に左右されてしまう思いを表していることから、【対応中の感情の揺れ】と命名した。

3.3.5. 【せん妄患者と他患者のケア両立に苦心】

このカテゴリーは、31のコード、6のサブカテゴリーから構成された。

＜目の前のせん妄状態にある患者のこともあるが他にもやらなければいけないこともいっぱいある＞、＜せん妄状態にある患者の対応が長引いたら看護師は他の患者のことが気になりだす＞等のコードから抽出した《仕事が終わらなくて困る》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が、術後せん妄状態にある患者の対応中に、他患者のことが気になったり、仕事が終わらないことに困惑しながらも、患者の対応に追われていることを表していることから、【せん妄患者と他患者のケア両立に苦心】と命名した。

3.3.6. 【業務遂行のため他看護師との協力が必要との思い】

このカテゴリーは、25 のコード、4 のサブカテゴリーで構成された。

＜せん妄状態にある患者を見て看護師はひとりでは患者の対応はできないと思い先輩を呼ぼうと考えた＞、＜せん妄状態にある患者を見ながら看護師は早く先輩が来て欲しい、不安だと感じていた＞等のコードから抽出した《他看護師との協働で安心感を得たいと思う》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が、術後せん妄状態にある患者の対応に対して、他看護師に依頼することに申し訳なさを抱えながらも、他者との協力により自己の判断について安心や確信を得たり、時間確保しながら業務遂行したいとの思いを表していることから、【業務遂行のため他看護師との協力が必要との思い】と命名した。

3.3.7. 【どんな状況でも対応するしかない思い】

このカテゴリーは、12 のコード、2 のサブカテゴリーから構成された。

＜患者のせん妄状態がひどい時だけ看護師のさじ加減で主治医に報告しようと思う＞、＜せん妄状態にある患者の危険行動を見た看護師は患者がどの状態になるか判断がなかなかできないため患者の部屋から出られないと考える＞等のコードから抽出した《その場の状況に合わせて対応するしかない》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が、術後せん妄状態にある患者のせん妄状態やその時の状況がどのようなものであっても、患者の対応をするしかないと割り切っていることを表していることから、【どんな状況でも対応するしかない思い】と命名した。

3.3.8. 【家族への協力依頼に対する思い】

このカテゴリーは、9 のコード、2 のサブカテゴリーから構成された。

＜患者が易怒性により患者家族の協力を得ようとする＞、＜せん妄状態にある患者の対応としてまずは患者の家族に電話をして付き添えないかを確認しようとする＞等のコードから抽出した《家族への協力を依頼したいと思う》等のサブカテゴリー

は、中堅看護師が、術後せん妄状態にある患者の家族に対して、患者が落ち着くため等、患者対応のためには家族協力が必要と考えていることを表していることから、【家族協力への協力依頼に対する思い】と命名した。

3.3.9. 【看護師の安全考慮】

このカテゴリーは、6 のコード、1 のサブカテゴリーから構成された。

＜せん妄状態にある患者が何か持っていたり変な体勢をしている時に看護師は自身に危険がおよびそうだと思う＞、＜せん妄状態にある患者が怒鳴り散らしている場合看護師は自身に危険がおよびそうだと思う＞等のコードから抽出した《看護師自身の安全も確保せねばならない》のサブカテゴリーは、中堅看護師が、術後せん妄状態にある患者への対応中に看護師自身の安全も考慮していることを表していることから、【看護師の安全考慮】と命名した。

3.4. 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した思考：対応後

対応後は、35 のコード、8 のサブカテゴリー、2 のカテゴリーが生成された。対応後の臨床判断に関与した思考について表 4 に示す。

3.4.1. 【経験から自省】

このカテゴリーは、18 のコード、4 のサブカテゴリーから構成された。

＜看護師は術前の状態から患者がせん妄状態になるとの予測はできなかった＞、＜患者の事故（自己）抜針を見てどうして防げなかったのだろうと感じた＞等のコードから抽出した《せん妄状態を防げなかった》等のサブカテゴリーは、中堅看護師が、患者の術後せん妄状態や対応について振り返るなかで、事故につながる危険行動回避ができなかった後悔や具体的対策が分からないことで今後の対応に立ち向かえないことを表していることから、【経験から自省】と命名した。

3.4.2. 【経験から省察】

このカテゴリーは、17 のコード、4 のサブカテゴリー

表 4 対応後の臨床判断に関与した思考

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例	(コード数)
経験から自省	せん妄状態を防げなかった	看護師は術前の状態から患者がせん妄状態になるとの予測はできなかった 患者の事故（自己）抜針を見てどうして防げなかったのだろうと感じた	(6)
	せん妄ケアの具体的対策が分からない	看護師はせん妄状態にある患者との対応を積み重ねても患者とどう関わっていいのか正解が分からない せん妄についての知識を持って患者の対応をしても患者のせん妄状態が戻らないことがあるため関わり方が分からない	(5)
	せん妄対応ができなかった	看護師はせん妄状態にある患者対応後こうしておけば良かったと後悔する 看護師はせん妄状態で点滴抜針や転倒を起こした人はずっと引っかかっている	(4)
	せん妄ケアをしたくない	せん妄状態にある患者に対する思いとして患者が看護師の思いとは逆のことをすることでジレンマがある 看護師は患者がせん妄状態になったら今後も驚いたり恐怖心をぬぐえないと思う	(3)
経験から省察	せん妄ケアが具体的に分かる	せん妄状態にある患者の経験から術後せん妄は一時的であるため安心してくださいと言いかけてようとする 経験を重ねるごとに患者が普段とは違う行動をとることが術後疼痛に関連すると分かる	(6)
	せん妄ケアへの自信がつく	看護師はせん妄状態にある患者に対して落ち着いて状態把握ができるようになったと考える せん妄状態にある患者をみていく中で共通性やせん妄パターンを考えていけるようになったと考える	(5)
	看護師間の申し送りでせん妄ケアの継続を考える	看護師が休憩に入る前に残りの看護師に患者の状態を伝えようとする 看護師が休憩に入る前に残りの看護師に患者のせん妄状態について要注意するように伝えようとする	(5)
	事故に対する責任を追究する	看護師はせん妄状態にある患者対応後に同勤務者と遡って原因追究しようとする	(1)

リーから構成された。

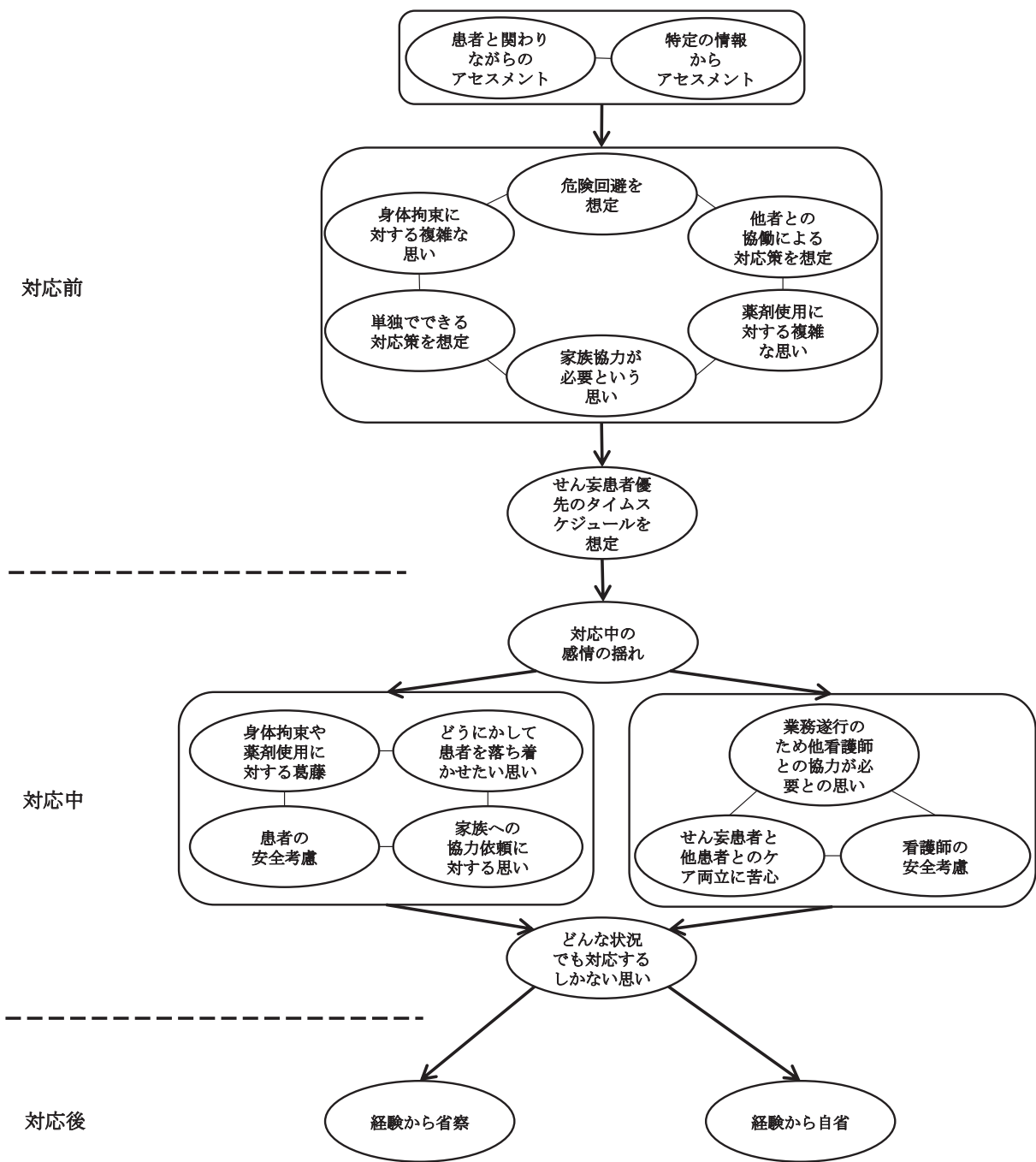
＜せん妄状態にある患者の経験から術後せん妄は一時的であるため安心してくださいと言いかけてようとする＞、＜経験を重ねるごとに患者が普段とは違う行動をとることが術後疼痛に関連すると分かる＞等のコードから抽出した「せん妄ケアが具体的に分かる」等のサブカテゴリーは、中堅看護師は術後せん妄状態にある患者の対応経験を積み重ねること、自己のせん妄ケアに自信がつき、具体的対応を考え、患者に対し最後まで責任を果たす考えを表していることから、「経験から省察」と命名した。

3.5. 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した思考の構造

分析により明らかになった中堅看護師の術後せん妄状態にある患者に対する臨床判断に関与した思考は、対応前・中・後という時系列において、中堅看

護師が患者への看護について考えを巡らせ、迷いながら進行していた。そこで、思考、すなわちカテゴリー同士の関連やまとめ、段階について線や矢印を用いて可視化し、思考の全体像として図1に示した。各カテゴリーを楕円形で、段階的な流れを矢印で表現した。また、同時に様々な思考を巡らせている、あるいは迷っている状況は、該当するカテゴリーを角丸四角形で囲んだ。

まず、中堅看護師は術後せん妄状態にある患者との対応前に、【患者と関わりながらのアセスメント】や【特定の情報からアセスメント】をすることで、患者のせん妄状態を把握しようと考えていた。その後、中堅看護師は【危険回避を想定】、【他者との協働による対応策を想定】、【薬剤使用に対する複雑な思い】、【家族協力が必要という思い】、【単独でできる対応策を想定】、【身体拘束に対する複雑な思い】を巡らせ、患者対応のためのあらゆる手段を考え、



【凡例】



…臨床判断に関与した思考



…思考の段階的な流れ



…同時に巡らせた思考のまとめ

図1 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した思考の構造

それを基に【せん妄患者優先のタイムスケジュールを想定】していた。

しかし、中堅看護師は術後せん妄状態にある患者を目の前にすると、予想以上の患者の反応に驚いたり、忙しさをイライラしたり焦ってしまうことがあり、対応前の【せん妄患者優先のタイムスケジュールを想定】した計画的な患者対応の思いから、患者への【対応中の感情の揺れ】へと移行していた。中堅看護師は、【どうかして患者を落ち着かせたい思い】で【患者の安全考慮】をしながら【身体拘束や薬剤使用に対する葛藤】を感じながらも、【家族への協力依頼に対する思い】を巡らせながら、患者への対応を検討していた。それと同時に、中堅看護師は、仕事が終わらなくて困る焦りや他の受け持ち患者のことが気になり、【せん妄患者と他患者のケア両立に苦心】し、【業務遂行のため他看護師との協力が必要との思い】を巡らせ、【看護師の安全考慮】も見据えた協働を模索していた。最終的には、中堅看護師は術後せん妄状態にある患者と対峙していくために、【どんな状況でも対応するしかない思い】で対応していた。

そして対応後は、中堅看護師は【経験から省察】することで、術後せん妄患者に対するケアの継続を申し送り、術後せん妄による事故について責任を追究しながら、せん妄患者の共通性やせん妄パターンをつかもうと考えていた。一方で、中堅看護師は【経験から自省】することにより、術後せん妄を防げなかったことや患者への看護に対する心残りがあるという構造が抽出された。

4. 考察

4.1. 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した思考とその構造の特徴

本研究の結果から、【身体拘束に対する複雑な思い】、【薬剤使用に対する複雑な思い】、【家族協力が必要という思い】（対応前）と、【身体拘束や薬剤使用に対する葛藤】、【家族への協力依頼に対する思い】（対応中）という、対応前と対応中のどちらの

カテゴリーにも、身体拘束・薬剤使用・家族協力依頼の共通性があり、これらが中堅看護師の術後せん妄状態にある患者に対する臨床判断に関与した思考の特徴であることが明らかとなった。

対応前に、中堅看護師は《事前の患者情報を把握することでアセスメントする》等の【特定の情報からアセスメント】や、《患者の行動に違和感を抱くことでアセスメントする》等の【患者と関わりながらのアセスメント】をしながら、術後せん妄患者への対応について考えていた。中堅看護師は《せん妄による危険や回復遅延を防ぎたいと思う》等のように、術後せん妄患者に関連した【危険回避を想定】することをより重視し、そのための手段を検討していた。それにより、中堅看護師は目の前の危険を回避するために、身体拘束や薬剤使用の選択を考慮していたと考えられる。しかし、中堅看護師は身体拘束や薬剤使用によって、患者のせん妄症状をさらに助長させ、患者への負担が増すことを危惧し、《身体拘束したくないと思う》ことや《薬剤に頼りたくないと思う》ことで【身体拘束に対する複雑な思い】や【薬剤使用に対する複雑な思い】を抱いていた。稲本、小谷、萩原、他（2001）は、患者に対し、身体拘束することや薬剤使用は危険回避や一時的なせん妄症状の軽減等、安全の確保等に効果的である一方、患者や家族のみならず看護師の負担も増加するため、身体拘束や薬剤使用はできるだけ避けた看護介入の必要性を述べている。このことから、中堅看護師は患者への負担増加を懸念していたため、身体拘束や薬剤使用をできるだけ避けたいと考えてはいたものの、術後せん妄による危険性をより重視していたことから、危険回避のための手段として身体拘束や薬剤使用を考慮したのではないかと考えられる。

対応中にも、中堅看護師は対応前と同じように【身体拘束や薬剤使用に対する葛藤】を抱きながらも、危険回避のための手段として身体拘束や薬剤使用を検討していた。しかし、術後せん妄患者を目の前にした時に、《予想と現実のギャップに動揺する

》ことや《忙しさと対応が左右される》ことで、対応前と異なり【対応中の感情の揺れ】が生じていた。中堅看護師は、術後せん妄患者に対する動揺を抱くことで、対応前のように冷静なアセスメントをする余裕がなくなってしまったのではないかと考えられる。中堅看護師は患者に対する不安定な感情を持ちながらも、《せん妄の原因となる苦痛を避けたいと思う》ことや《せん妄の原因となる不安を取り除きたいと思う》こと等をしながら、患者のせん妄発症要因に焦点を当てた【どうにかして患者を落ち着かせたい思い】で対応策を検討していた。しかし、中堅看護師は術後せん妄状態にある患者への動揺が予想以上の衝撃になっていることから、患者に対して冷静なアセスメントをするよりも《その場の状況に合わせて対応するしかない》と、とにかく【どんな状況でも対応するしかない思い】で、患者の危険回避を最優先していたのではないかと考えられる。継田、坂元、武田（2015）は、中堅看護師が患者の急変前の異常を察知した後、原則的な行動はとれるが、不慣れな状況下では急変への早期対応に結びつける臨床判断に繋がられないことを示唆していた。つまり、中堅看護師は術後せん妄状態にある患者への動揺を抱いたことで、対応前のようにアセスメントに結びつけるような思考よりも、【患者の安全考慮】という、患者の安全を優先した行動を早期にとるための対応を行わざるを得なかったのではないかと考えられる。ところが、身体拘束や薬剤使用は、患者のことを考えると《身体拘束や薬剤使用はやむを得ないと思う》ことや《身体拘束や薬剤使用はなるべく避けたいと思う》ことに示されるように、中堅看護師にとっては【身体拘束や薬剤使用に対する葛藤】を抱くことに繋がっていた。これは、中堅看護師にとって自己の倫理観を揺るがしかねないことであった可能性がある。湊、保永、井原、他（2012）は、自己の判断で行動する機会が増える中堅看護師は、施設の体制や慣習等に疑問を抱く中で、治療上やむを得ないと理解しながらも、医療倫理に対するジレンマを抱きやすい傾向にあることを報告している。

今回の結果においても、中堅看護師は、せん妄患者に対する身体拘束や薬剤使用といった対応は倫理的に受け入れがたいと考えた結果、代替案として、家族協力依頼を検討していたのではないかと考える。

また、中堅看護師は《仕事が終わらなくて困る》ことや《他患者のことが気になる》こと等のように、【せん妄患者と他患者のケア両立に苦心】しながらも、【看護師の安全考慮】をしながら、《業務遂行のために他看護師に頼りたいと思う》ことや《ケア実施の後押しを求めたいと思う》こと等の【業務遂行のため他看護師との協力が必要との思い】を抱いていた。新谷、小川、今井（2014）は、看護師が術後せん妄を起こした患者と同時に他の患者にも対応せねばならない状況に苛立ちや怒りといった感情を抱くことで余裕が持てず、看護業務に支障が出ることを明らかにしていた。本研究でも同様に、中堅看護師は術後せん妄患者に対する【対応中の感情の揺れ】を抱くことで余裕がないと感じていたのではないか。すなわち、中堅看護師は目の前の困難から抜け出すためには、落ち着いた時間の確保が必要であると考え、そのための手段として、他者との協力を考慮したのではないかと推測する。

さらに、対応後に中堅看護師は、一連のせん妄患者対応を通して《事故に対する責任を追求する》ことを含めた【経験から省察】をすることで、《せん妄ケアへの自信がつく》ように振り返っていた。一方で、《せん妄状態を防げなかった》ことや《せん妄ケアの具体的対策が分からない》といったように、せん妄患者との一連の【経験から自省】もしており、自己の対応を自責的に捉えているのではないかと考えられた。これは、中堅看護師がせん妄患者の対応中に、患者を取り巻く状況がどうであれ【どんな状況でも対応するしかない思い】を抱いていたことから生じたものではないだろうか。つまり、中堅看護師は、対応中に、目の前にいるせん妄患者だけでなく、受け持っている他の患者も気になり、限られた時間の中で患者対応や業務遂行しなければならず、看護師自身の気持ちを割り切らざるを得な

かったのではないかと推測する。古郡（2005）は、終末期がん患者のせん妄ケアについて、5年以上の看護師が葛藤を感じる状況として、患者の権利を尊重できないことや複数受け持ちによる看護ケアの不公平感等により、患者に対する責任を十分に果たせない状況があることを報告している。本研究の対象者である中堅看護師も、せん妄患者対応中は複雑な思いを感じながら実践していた。しかし、対応後の落ち着いた状況になって改めて考えると、患者に対する責任を果たせなかったのではないかという思いが残った可能性が考えられる。中堅看護師は、せん妄患者に対する一連の対応について、振り返りにより一方では自信となる結果に繋がったが、他方では後悔に苛まれており、自己の経験から学びを見出すような省察ができないのではないかと考えられた。

4.2. 中堅看護師の術後せん妄状態にある患者に対するより良い看護実践

中堅看護師が術後せん妄状態にある患者に対する看護実践をより良いものにするためには、術後せん妄予防を含めた対応策をより豊かにできるような臨床判断をすると共に、せん妄患者への看護経験を省察し、次の実践に繋げられるような経験知を得る必要があると考える。

今回の結果においては、中堅看護師が術後せん妄状態にある患者に対して、**【患者の安全考慮】**をより重視し、**《二次障害を起こしたくないと思う》**のように、身体面への安全考慮に焦点を置いていた。これは、看護師として当然の判断ではあるが、患者やその家族の思いを尊重した具体的対応策や、術後せん妄から回復した後の患者・家族のことには思いが至らなかったとも言える。この要因のひとつとして、中堅看護師は術後せん妄患者の対応中に自己の感情が大きく揺れたことで、咄嗟に危険性を回避したいと考え、目の前の対応に集中していたからではないかと推測できる。一方で、対応後には、中堅看護師が患者に対する責任を果たせなかった思いを残している。これは、看護師はせん妄患者の生命を守

ることと、人権尊重との間で倫理的ジレンマを感じ、煩雑な業務の中で自分の行った行為が、患者の安全のためであると自信を持って言えない（島内、大方、米倉、他、2014）ことから、中堅看護師が術後せん妄患者への看護実践が「身体への安全考慮」だけでよかったのかという自責の念を抱いていることを意味するのではないだろうか。患者や家族は身体的な危険からの回避はできたとしても、術後せん妄から回復した後も、せん妄状態時の記憶を想起することにより大きな苦痛を抱え込むことがある（Bruera, E., Bush, S, H., Willey, J., et al., 2009）。術後せん妄患者が体験している世界と看護師が捉えている世界に食い違いが生じると対象理解ができないままの対応となりかねず（稲岡、ホンサー、植村、他、2016）、患者・家族にとっては負の記憶として、また対応した中堅看護師にとっては、術後せん妄アセスメントや患者・家族への対応について戸惑いとして（大木、松下、2014a）残る。これらのことが、結果的に自責の念を抱くことにつながっている可能性がある。そのため、中堅看護師は患者がせん妄から回復した後の苦痛をできるだけ軽減できるよう、患者の行動や認識を理解しながら対応していく必要があると考える。また、術後せん妄を発症した患者の家族が不安なく患者を受け入れられるような情報提供と、家族の行為が患者の回復に寄与していることを伝えること（福田、中尾、2015）も重要である。以上を踏まえると、中堅看護師には、術後せん妄に関するアセスメントツールを活用しながらせん妄発症を予知・アセスメントする能力の強化が必要（大木、松下、2014b）であり、特に、術後せん妄から回復した後の患者・家族の思いを想定した対応前のアセスメントが鍵になると考えられる。

中堅看護師は、対応前には**【特定の情報からアセスメント】**や**【患者と関わりながらのアセスメント】**をしており、患者に対するアセスメントの必要性は感じていた。達人看護師が多因性であるせん妄に対して、多角的な患者情報を収集しアセスメントしな

がら、経験知や既存の知識をもとに、一定のせん妄発症予測条件を定め、介入の必要性を判断していること（田原，森田，2017）はすでに報告されている。しかし今回の研究結果からは、中堅看護師は達人看護師のように、患者やその家族への配慮を含めた多様なアセスメントの仕方を修得できないことが示唆された。これらより、術後せん妄状態にある患者へのより良い看護実践のためには、中堅看護師が経験したことを学びに変換できるような省察が必要であろう。例えば、中堅看護師が術後せん妄ケアを実践するたびに臨床判断に関与する思考に焦点を当てた振り返りを語り、整理することで、自己の思考や行動パターンをあらかじめ把握することができ、次への具体策に繋がるのではないかと考える。このことで中堅看護師が、術後せん妄患者の看護実践の成功パターンを見出す可能性が高まると共に、予防の観点も含めたせん妄発症予測条件の幅が広がり、危険回避以上のケアを期待できるだろう。

さらに、中堅看護師の臨床判断に関与した思考の中には、【どんな状況でも対応するしかない思い】を抱きながら、自責の念を伴う【経験から自省】が含まれていた。杉山，朝倉（2017）は、看護師は患者の状態を判断するために、看護実践を繰り返しながら振り返ることで自律的な臨床判断が磨かれることを示唆している。今回の結果において中堅看護師は、術後せん妄状態にある患者の看護実践を繰り返しながら、その経験を振り返ることはできていたが、省察に繋がられる場合と、そうでない場合の2つの思考があった。術後せん妄は個性が高いため、ケアにおいては知識のみならず、予測・観察・判断・評価を必要とするため、看護師自身が看護実践を振り返りやすい（田原，森田，2017）。中堅看護師が患者の術後せん妄状態に沿って経時的に自己の臨床判断を振り返ることで、客観的な自己評価ができると共に、時間軸に沿った修正ポイントが明確となることで、結果的に経験知に繋がるのではないかと考える。

5. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究では、対象者の所属する病院または病棟において、秘密保持の観点から、術後せん妄対策の方針等の背景に関するデータ収集ができなかった。看護師の臨床判断は、所属する病院または病棟の文化に左右される部分が大きいと考えられるが、この点において言及できなかったことは本研究の限界である。今後は、中堅看護師が所属する組織の文化的背景も含めた、術後せん妄状態にある患者へのより良い看護実践について追求していきたい。

6. 結論

中堅看護師 13 名の術後せん妄状態にある患者に対する臨床判断に関与した思考について、半構造化面接で得られたデータに対して質的分析を行った結果、367 のコード、70 のサブカテゴリー、20 のカテゴリーが抽出された。また、カテゴリー間の関連を可視化した結果、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した思考は、患者の安全を考慮し、危険回避をより重視するために、患者への対応として、身体拘束や薬剤使用、家族協力依頼が共通していたことが明らかとなった。さらに、中堅看護師は、術後せん妄患者に対応する前にはアセスメントしながらあらゆる対応手段を考え、患者優先のタイムスケジュールを想定した計画的な患者対応の思いであったものの、患者を前にと感情が揺れ、限られた時間の中で患者対応や業務遂行しなければならないことで、術後せん妄患者に対して、状況がどうであれ対応するしかないと考えていることが示された。中堅看護師は術後せん妄患者に対する一連の対応を振り返りながら自信に繋げる一方で、自己の経験から学びを見出すような省察ができず、後悔に苛まれており、患者への看護に対する心残りがある可能性が示唆された。そのため、中堅看護師が術後せん妄状態にある患者への看護実践をより良いものに繋げるために、自己の臨床判断を客観視し、多様なアセスメントの仕方を見出しながら、時間軸に沿った省察を積み重ねることが求められる。

謝辞

本研究において、所属施設および所属病棟の看護師の研究参加に対し、ご承諾いただきました研究協力依頼病院の施設長および看護部責任者、研究協力依頼病棟看護師長の皆様、そして面接調査に快くご協力いただきました看護師の皆様に、心より深く感謝申し上げます。

なお、本研究は宮崎県立看護大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文を加筆修正したものであり、本研究の一部は日本看護研究学会第46回学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 赤澤千春，稲本俊 (2005)：術後せん妄の発症状況とその誘因，ICU と CCU，29(6)，425-432.
- American Psychiatric Association(2013)/ 高橋三郎，大野裕 (2014)：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引，276-282，医学書院．
- Benner, P. (1984)/ 井部俊子，井村真澄，上泉和子 (1992)：ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー，19-22，医学書院．
- Bruera, E., Bush, S, H., Willey, J., et al. (2009): The impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115(9), 2004-2012.
- Corcoran, S, A. (1990)：看護における Clinical Judgement の基本的概念．看護研究，23(4)，351-354.
- 福田和美，中尾久野 (2015)：術後せん妄を発症した高齢患者の家族の体験，*The Journal of Nursing Investigation*, 13(1-2)，20-28.
- 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，高知女子大学看護学会誌，16(1)，94-103.
- 稲岡里奈，ホンサー尚子，植村友紀，他 (2016)：術後せん妄を経験された患者体験の語り，日本看護学会論文集：急性期看護，46，152-155.
- 稲本俊，小谷なつ恵，萩原淳子，他 (2001)：術後せん妄の発症状況とそれに対する看護ケアについての臨床的研究，京都大学医療技術短期大学部紀要，21，11-23.
- 石光美美子，鎌倉やよい，深田順子 (2006)：術後せん妄前駆症状観察ツール開発に関する基礎的研究－術後せん妄症状の構造化，日本看護科学会誌，26(4)，74-83.
- 松浦純平 (2011)：外科領域における術後せん妄発症予測要因，医学と生物学，155(11)，825-829.
- 湊由季子，保永和範，井原直樹，他 (2012)：行動制限最小化における看護師の視点 行動制限に関する判断因子のとらえ方を経験年数から考察する，日本精神科看護学術集会誌，55(2)，98-102.
- 大木友美，松下年子 (2014a)：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.
- 大木友美，松下年子 (2014b)：看護師による術後せん妄の判断過程に関する研究 (1)－術後せん妄の予知とアセスメント－，昭和大学保健医療学雑誌，12，100-107.
- 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，高知赤十字病院医学雑誌，19(1)，29-36.
- 新谷裕子，小川美香，今井多樹子 (2014)：急性期・外科病棟における看護師のジレンマの内容とその対処行動 術後せん妄を起こした高齢患者の看護を通して，日本看護学会論文集：老年看護，44，15-18.
- 菅野雄介 (2019)：せん妄の評価ツール，DELTA プログラムによるせん妄対策，小川朝生，佐々

木千幸, 136-144, 医学書院.

杉山祥子, 朝倉京子 (2017): 看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセス, 日本看護科学会誌, 37, 141-149.

田原恭子, 森田夏代 (2017): 急性期一般病棟の達人看護師が実践しているせん妄ケアの構造, 東京女子医科大学看護学会誌, 12(1), 12-18.

高島尚美 (2017): 心臓・脈管系疾患患者の看護,

系統看護学講座 別巻 臨床外科看護各論, 北島政樹, 江川幸二, 第9版, 153, 医学書院.

継田裕美, 坂元孝衣, 武田芽衣 (2015): 何か変と感じてから急変までの看護師の臨床判断と行動分析ー経験年数で比較してー, 日本看護学会論文集: 急性期看護, 45, 309-312.

和田攻, 南裕子, 小峰光博 (2010): 看護大事典, 第2版, 1398-1399, 医学書院.

The structure of thought processes involved in mid-career nurses' clinical judgment regarding patients with postoperative delirium

Fumiko Uetomi, Nobuko Hisano, Miyuki Yamaoka

【Abstract】

Objectives: This study was to clarify the thought processes and structure involved in clinical judgment by mid-career nurses regarding patients with postoperative delirium and to derive suggestions for nursing practice. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 13 mid-career nurses working in acute care wards; transcribed interview contents were analyzed qualitatively using content analysis. Interview content was categorized chronologically before, during, and after care implementation according to the postoperative delirium care course, and relationships between categories were visualized. **Results:** 367 codes, 70 subcategories, and 20 categories were extracted. In categories before and during response, physical restraints, drug use, and requests for family cooperation were common. Relationships between categories indicated that before implementing care, mid-career nurses considered various methods based on assessment, trying to prioritize patient care. When confronted with a patient, however, nurses became upset and determined they had no choice but respond to the situation while ascertaining how to deal with the patient and perform their nursing duties. While nurses fulfilled their responsibility to the patient and learned from the experience, upon reflection they were left with concerns and regrets about their practice. **Conclusions:** Common thought processes involved in clinical judgments by the nurses regarding such patients included physical restraints, drug use, and family cooperation requests to place greater importance on patient safety considerations and risk avoidance. While nurses calmly made assessments before the response, they became upset when confronted with a patient and thought they must implement care in limited time regardless of circumstances. Although reflecting on their patient care implementation gave them confidence, findings suggest that nurses felt regret and therefore may have been unable to learn from that experience. For these nurses to improve their practice, they may need to objectively evaluate their clinical judgment, determine various assessment methods, and reflect on implementation of care chronologically.

【Key words】 postoperative delirium, clinical judgment, thought, structure, mid-career nurses