

平成31年度 看護系学会等社会保険連合研究助成 研究報告要旨

1. 研究背景

本研究グループは、平成28年度看護系学会等社会保険連合研究助成を受け、周術期全体でのせん妄評価は不十分で、継続的な教育支援や組織内の支援が十分ではない状況を明らかにした。その後も、厚生労働省は周術期患者の高齢化により認知症を有する手術患者増加を試算しており、せん妄・認知症の併存症例も増えると予測されることから、両者の鑑別や同時モニタリングが治療・ケア上の新たな課題となると考える。そうした中で、平成30年度診療報酬改定でも「処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。」と、前回（平成28年度）に続いて、せん妄・認知症患者の明確化に関する指摘がなされた。

2. 研究目的

平成30年度診療報酬改定後のせん妄・認知症評価とケア体制の現状調査を行うことを研究目的とする。

3. 研究方法

調査対象は、一般病棟と集中治療室（ICU）を合わせた周術期病棟かつ、クリティカルケア看護専門家団体 ML 登録者（急性・重症患者看護専門看護師（CCNS）、集中ケア認定看護師（ICN）、救急看護認定看護師（ECN）のいずれか）が勤務する施設とした。施設基準、せん妄・認知症評価方法、せん妄・認知症ケアに関する組織的介入状況に関する内容について、Web上で質問紙調査を行った。日本クリティカルケア看護学会倫理委員会の承認を得て行った（承認番号2019-2）。

4. 結果

調査期間：令和2年3月10日から3月30日。

対象者数894人、回答数116人（13.0%）、有効回答率100%であった。回答者（重複回答あり）は、CCNS 25.9%、ICN 22.3%、ECN 50.0%、CCNS+ICN 0.9%、CCNS+ECN 0.9%であった。また、特定看護師2.6%、特定行為研修修了者2.7%が含まれた。回答者の所属部署はICU 38.8%、HCU 12.1%、ER 26.7%、CCU 2.6%、一般病棟4.3%、看護部8.6%、その他6.9%であった。せん妄評価法（重複回答あり）は、ICDSC45.2%、CAM-ICU 57.7%、DST10.6%、NEECHAM 錯乱せん妄スケール1.9%、主観的判断21.2%、使用なし3.9%であった。せん妄評価の阻害要因として、せん妄に関する看護師間の認識のズレ（61.0%）が最多であったが、せん妄評価の評価者間信頼性の確認を行っているのは20.7%であった。認知症評価については、入院全体で1回以上ある（48.6%）、全くない（18.1%）であった。認知症評価法は、ツールは使用していない（78.4%）であった。睡眠評価については、ツールを使用していない（97.0%）であった。

せん妄評価の共有職種は、医師（86.1%）、理学療法士（64.0%）、薬剤師（30.2%）、作業療法士（25.6%）などであった。せん妄評価結果は医師の治療に、反映・一部反映されている（75.5%）状況であった。せん妄評価結果の利用方法は、看護師間共有（72.8%）、医師-看護師間共有（38.0%）、多職種間共有（34.8%）などがあった。学会からの支援希望は、せん妄評価導入後の信頼性維持の教育方法支援（79.1%）、せん妄評価ツール導入に関する関連職種を含む教育（63.7%）などがあった。

5. 結論

せん妄評価ツール導入は大部分で完了しているが、評価ツール導入後の評価制度維持が課題であった。せん妄評価結果の多職種共有が進んでいるが、多職種間教育も課題であった。認知症評価は約半数で入院中に評価が行われており、睡眠評価ツールの導入は進んでいなかった。