

St. Luke's International University Repository

The Process and Content of Multidisciplinary Interventions for Delirium in Intensive Care Units; A Case Study

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2022-02-14 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 西本, 葵, Nishimoto, Aoi メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00016547

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



集中治療領域に焦点を置いた多職種連携による せん妄対策と導入過程

西本 葵

抄 録

本研究は、集中治療領域において多職種連携によるせん妄対策を導入している病院の、活動内容の実際とシステム導入過程を明らかにし、普及に関連する要因を検討し提示することを目的とした事例集積による質的研究である。7病院から協力が得られ、システム構築に中心的に携わった看護師と集中治療室の看護管理者に半構造化面接を行った。活動内容は内容分析を行い、導入過程はロジャーズのイノベーションの普及理論を用いて分析を行った。多職種で行うせん妄対策の内容は、9カテゴリーで形成され、プロトコルの構築や医療者への教育、患者への直接的な介入等多岐にわたるものであった。せん妄対策システム導入過程は、33カテゴリーで形成され、専門的な教育を受けた医療者が組織内の課題を知覚し多職種へ連携を求めた段階から開始し、次段階へと進んでいた。組織全体への普及に向けて、システム導入による成果の現れ等の促進要因がある一方で、システムを受け入れない医療者の存在、医療者の移り変わりによる不安定さ等、普及を阻害する要因が存在し、組織にシステムを根づかせる為には、継続した教育活動が必要であることが示唆された。

キーワード：せん妄、集中治療室、多職種連携、普及理論

I. はじめに

近年、多職種連携によるチーム医療が推奨され、せん妄に関する介入もそのひとつである。せん妄は注意力や認知機能の障害で (American Psychiatric Association, 2013)、特に集中治療領域の患者は重症度が高く環境要因も加わることからせん妄発症のリスク要因 (Lipowski, 1987) を多く保持しており、せん妄対策が重要となる。それゆえに研究も多数存在し、せん妄発症リスク要因からアセスメントツールの開発、適切な治療、介入方法等多岐にわたる検討がなされている。集中治療領域の患者の認知や機能的改善に向けた包括的管理方法に関するモデルでは、多角的なケアがせん妄予防になると示されている (Vasilevskis et al, 2010) ほか、J-PAD ガイドライン (日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会, 2014) においても、多職種による包括的な介入が推奨されている。近年では職種間でせん妄評価結果を共有している施設が複数あること (古賀ら, 2018) や、多職種での介入がせん妄予防に効果的であったとの報告 (小田ら, 2017) もあり、多職種連携システムを各組織で取り入れることは急務であると考えられる。

一方で、急性期病院の多職種から成るせん妄チームの構築プロセスは検討されている (長谷川ら, 2017; 山内ら, 2018) が、集中治療領域を焦点に置いたとき、どう連携し、なにを実践しているのか、またそのシステムにおける導入プロセスを明らかにしている研究は十分でない。そこで本研究では、いまだ組織的に取り組んでいない病院への導入、普及への一助となることを期待し、集中治療領域における多職種連携でのせん妄対策の実際の内容を明らかにすると共に、対策の導入に至った動機やその過程をイノベーションの普及理論 (Rogers, 2003) の「組織におけるイノベーション過程の五段階」を用いて分析し、普及に関連する要因について検討し提示することを目的とする。

II. 用語の定義

せん妄対策システム (以下、システム): せん妄対策とは、医師による医学的治療、看護師やその他コメディカル職種による非薬剤的治療を含めた医療者が患者に行うせん妄予防・治療と、患者へは直接介入せず医療者間でせん妄予防・治療を目的に行う活動を指す。それを組織で系統的に行う仕組みを、せん妄対策システムとする。

せん妄チーム (以下、チーム): 多職種から成る、せん

妄対策を行うことを目的に形成された特定のチームである。

イノベーション：イノベーションとは、個人あるいは他の採用単位によって新しいと知覚されたアイデア、習慣、あるいは対象物であり (Rogers, 2003)、本研究におけるイノベーションは、せん妄対策システムである。

組織におけるイノベーション過程の五段階：五段階は開始段階である【議題設定】【適合】、導入段階である【再定義・再構築】【明確化】【日常化】に分かれ、開始段階と導入段階の間には【決定】がある。【議題設定】とは、社会システム内部でニーズや課題などがわき上がってくる過程で、優先順位が社会システムの階層構造において付与される方法である。【適合】とは、組織におけるイノベーション過程で、組織が抱えている問題とイノベーションを調整するために計画し設計する段階であり、【再定義・再構築】とは、組織におけるイノベーション過程で、「イノベーションが組織のニーズと組織構造に順応するように再発明」されたとき、そして「組織構造がイノベーションと適合するように修正」されたときに生じるとされている。【明確化】とは、イノベーションが組織のなかで広く利用されるようになり、その結果新しいアイデアの意味が組織成員にとって徐々に明らかになってくるにつれて生じ、イノベーションに対する取り決めがなされて、イノベーションが社会的に構成される。【日常化】とは、イノベーションが通常の組織活動のなかに組み込まれて、その独自性が失われたときに生じる (Rogers, 2003)。

Ⅲ. 研究方法

本研究は、事例集積による質的記述研究である。

1. 調査方法

1) 対象

集中治療領域において、多職種によるせん妄対策が導入されている病院を対象とした。集中治療領域を含む院内全体へ導入している病院、集中治療領域内に限定して導入している病院どちらも対象とし、在職している以下の①、②を面接対象者とした。

- ①多職種によるせん妄対策に中心的に携わる医療者、または導入した医療者
- ②集中治療室の看護管理者である看護師長、または主任

2) 依頼方法

文献や病院ホームページにて取り組み内容を紹介している病院と、集中治療領域で活躍する専門家より情報を得て抽出された病院へ依頼文書を郵送した。了承が得られた場合、対象となる医療者の紹介を依頼し、対象者には文書を用いて概要を説明した。

3) データ収集方法

面接ガイドに基づき、対象者個々に半構造化面接を行った。上記対象者①へシステム内容、システム導入過程から現在までの活動や出来事、導入後の変化等、対象者②へシステム導入後の運用の実際や変化等についてたずねた。面接は、プライバシーの確保ができる個室とし、了承を得たうえで語られる内容はICレコーダーで録音を行い、必要時にメモをとりながら面接を行った。データ収集期間は、2014年6～11月であった。

2. データ分析方法

ICレコーダー、またはメモの内容をもとに、逐語録を作成した。逐語録を精読し、集中治療領域で実施されているせん妄対策の内容を抽出し、カテゴリー化した。その後、せん妄対策システムを導入した動機とプロセスを時系列で整理し、イノベーションの普及理論 (Rogers, 2003) に基づき、導入過程の各段階について記述した。なお、面接内容は、必要時対象者に確認し、分析過程においては、普及理論の分析経験のある研究者より定期的なスーパーバイズを受け、信頼性・妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認 (14-009) を得たうえで実施した。対象者には文書を用いて研究内容、協力は自由意志である旨、個人情報保護やデータの取り扱い方法、研究の公表においては対象者や施設が特定できない形で公表すること等を十分に説明し同意を得た。施設名、個人名はすべて匿名化し、施錠できる場所に保管した。

IV. 結果

1. 研究対象

協力の得られた関東・近畿・中国地方の7病院(以下、A～G)のうち、集中治療領域を含む院内全体へシステムを導入している病院が4病院、集中治療領域内のみを導入している病院が3病院であった。面接対象は14人で、内訳は、①せん妄対策システムに中心的に携わる医療者(看護師)7人、②集中治療室の看護管理者7人であった。すべての病院で、システムに中心的に携わった医療者に看護師が含まれていた。面接の平均時間は、①の対象者で48分、②の対象者で26分であった。対象病院の詳細は表1に示す。

2. せん妄対策システムの概要

1) せん妄対策システムとして実施している内容

7病院のシステムの内容は、【医療者間で行うこと】【医療者が患者に対して行うこと】【医療者がシステム向上のために行うこと】の3つに分類された。以下の[]

表1 対象病院の概要とせん妄対策システム参加職種

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	F 病院	G 病院	
施設概要	地域支援病院	地域支援病院	特定機能病院	特定機能病院	特定機能病院	特定機能病院	特定機能病院	
病床数 (床)	500~700	500~700	700~1,000	700~1,000	300~500	1,000~	1,000~	
システム導入からの年月	1年	4年	3年	3年	1年	5年	4年	
ICUの管理形態	オープン	クローズド	クローズド	クローズド	オープン	両方※	クローズド	
参加職種	救急科医師	○		○				
	精神科医師	○	○	○		○	○	
	麻酔科医師			○	○		○	
	リエゾン精神看護CNS	○	○	○		○	○	
	急性・重症患者看護CNS	○	○	○		○	○	
	老人看護CNS		○			○		
	集中ケアCN				○		○	
	スタッフ看護師	○			○		○	
	薬剤師		○	○		○		
	理学療法士		○	○	○		○	
	その他	心療内科医師	認知症看護CN	臨床心理士, 医療安全看護管理者			小児科医師, がん看護CNS, 大学教員	
対象	患者	ICU内	院内全体	外科患者	ICU内	院内全体	—	ICU内
	医療者	ICU看護師	院内全体	院内全体	ICU医師, 看護師	院内全体	院内看護師	ICU医師, 看護師

※複数部署があり、部署により異なる

はカテゴリーである。

【医療者間で行うこと】は、せん妄評価方法や医療者・患者への対応方法、連携方法の構築といった[プロトコルの構築]、せん妄評価のための[評価ツールの導入]、院内の医療者、集中治療領域への医療者を対象とした集団教育・現場教育といった[医療者への教育]、チーム間・チームと部署間の[患者に関する検討と情報共有]であった。【医療者が患者に対して行うこと】は、入院時やICU在室中の[患者と家族への説明]、ICU入室中のみならず入院時のせん妄ハイリスクスクリーニングを含めた[身体・精神状態の評価]、入院時・ICU在室中の[薬剤的な治療調整]、ICU在室中の看護や理学療法等の[非薬剤的な治療調整]であった。【医療者がシステム向上の為にすること】は、看護師を対象とした活動前後の実態調査、実践に関連する研究、学会や院内での[調査と発表]であった。

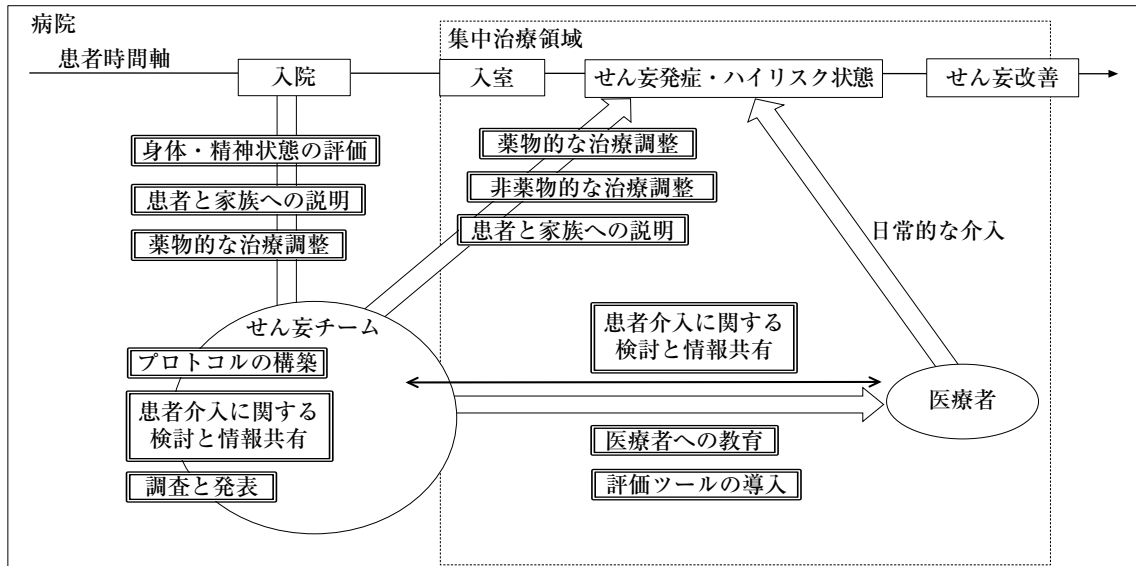
2) 多職種連携方法とせん妄対策システムとして実施している内容の関係

多職種連携は、7病院中6病院で集中治療領域内外に属する医療者が(A~F)、1病院で集中治療領域内に属

する医療者が(G)連携していた。集中治療領域内外の医療者が連携している病院は、①チームが存在し直接的に集中治療領域の患者に介入、かつ医療者への教育等を行う病院(B・C)、②チームが存在し医療者への教育を行う病院(F)、③チームが存在し、集中治療領域の医療者に教育等を行い、その医療者が患者へ介入する病院(E)、④チームは存在しないが集中治療領域内外の医療者が連携し、医療者への教育等と患者への介入を行っている病院(A・D)に分類された。連携形式の例として、B・C病院(図1)とG病院(図2)を、1)で述べたシステム内容のカテゴリーとともに紹介する。

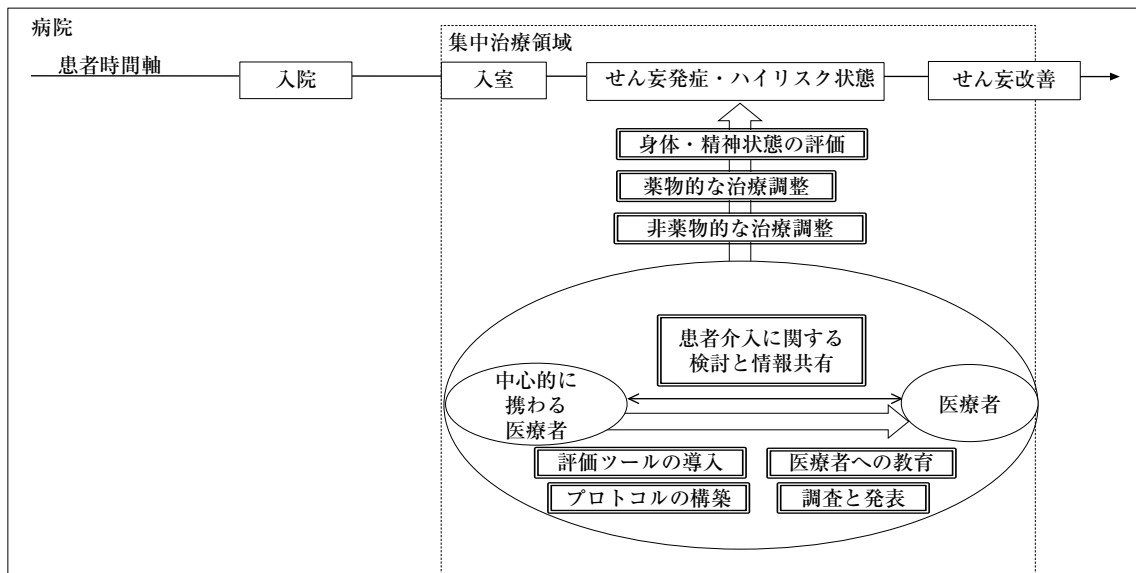
3. せん妄対策システムの導入過程

システムの導入から普及に向けた過程を、「組織におけるイノベーション過程の五段階」(Rogers, 2003)に沿って分析した。なお、対象病院ではデータ収集時点でシステム導入から1~5年が経過していたが、2病院が【再定義・再構築】段階、5病院が【明確化】段階の過程であった。また、【課題設定】【適合】はすべての病院で通過していたが、【再定義・再構築】段階での出来事はな



⇒: 介入, ⇔: 連携, □: カテゴリー名

図1 集中治療領域内外の医療者が連携している（チームが存在し直接的に集中治療領域の患者に介入，かつ医療者への教育等を行う）病院



⇒: 介入, ⇔: 連携, □: カテゴリー名

図2 集中治療領域内に属する医療者が連携している病院

く【明確化】段階へ移行した病院が2病院（E・G）あった。本稿では、7病院の各段階の内容を示すカテゴリーを統合した結果を述べ、「せん妄対策システムにおけるイノベーション過程」として図を示す（図3）。以下の[]は、カテゴリーである。

1) システム導入への要因と導入に向かったきっかけ：
【課題設定】

システムを導入した病院では、各々の病院においてシステム導入に至った要因が存在した。まず、[せん妄患者の対応に困難さを感じている看護師の存在][せん妄患者の対応による看護師の疲弊][せん妄患者が多いと感じる医療者の存在]という医療者に関連した要因があった。

また、患者の体内挿入物の自己抜去といった[せん妄患者によるインシデントの発生]も要因のひとつであった。そのようなことが起こりつつも、[せん妄ケアにつながる評価が行えていない状況]や、文献等で推奨されているような[最新の管理方法が取り入れられていない状況]や[医療者へ教育をする機会がない状況]という組織の課題やニーズが要因として確認された。

そしてそれらを、医師や看護師が組織内の課題としてとらえた[組織の課題に対する医療者の知覚]があり、それだけに留まらず[多職種連携の必要性を医療者が知覚]したことが、次の段階へ進むきっかけとなった。これらが【議題設定】段階での出来事である。知覚した医

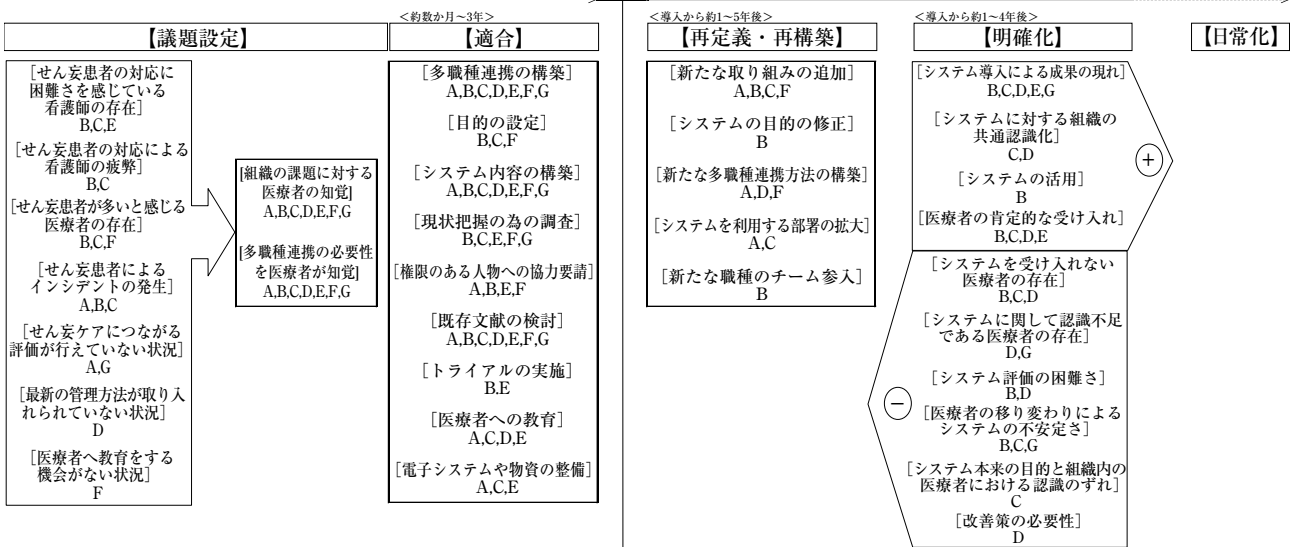


図3 せん妄対策システムにおけるイノベーション過程

療者は、集中治療領域で活躍する専門看護師や認定看護師、熱意があると他者評価のある救急科医師、以前より同分野に力を注いでいる麻酔科医師、精神科リエゾンチームとして活動を行っていた精神科の医師らであった。そして、これらの医療者の特性として、組織を横断的にみる機会があったことや、元々せん妄に対して興味関心を持ち、力を注いでいたことが挙げられた。

2) システム導入に向けた計画と設計【適合】

組織内にシステムが計画設計されることになり、すべての病院で1年以内に【適合】段階へと進んでいた。適合段階では、最初に組織の問題を知覚した医療者が、その課題に取り組むべくメンバーを招集し、[多職種連携の構築]を行い、徐々に中心的に取り組む医療者が拡大していった。そして、[目的の設定]、多職種チームへの依頼方法や介入方法のプロトコル作成といった[システム内容の構築]に努めた。その際に、組織内に合ったシステムを取り入れられるよう[現状把握の為の調査]を行った。それは、院内のせん妄患者数の実態調査や、症例検討、現状の看護師のせん妄に対する知識を明らかにする調査等、多岐にわたる内容であった。その後、[権限のある人物への協力要請]を行い、システムを実現可能なものにするための行動を起こしていた。

[既存文献の検討]では、院内にチームを導入した病院においては、海外の多職種によるせん妄ケアについての文献を参考にしており、集中治療領域で連携体制のある病院においては、集中治療におけるガイドライン等の文献 (Vasilevskis et al. 2010 ; Barr et al. 2013) を参考に計画設計に取り入れており、マスメディア・チャンネルを活用していた。院内にチームを導入した病院においては、[トライアルの実施]で実行可能であるか調査を行っていた。また、組織の個々の医療者が、せん妄の評価や

治療を行う必要のあるシステムを導入する病院においては、準備の段階で、評価ツールの使用方法や役割の確認等を含めた[医療者への教育]を行っていた。そして、電子カルテ上へのせん妄評価項目の追加やパンフレットの作成等、[電子システムや物資の整備]を行い、準備を進めていた。

開始段階においては、最初に組織の問題を知覚した医療者は、組織に合うイノベーションの計画設計に努めており、オピニオン・リーダーシップを発揮していた。たとえばA病院やB病院では、その医療者が急性重症患者看護専門看護師であり、その後各診療科の医師らへ協力を要請した。そして数か月から約3年の【適合】段階を経て、チームや連携された多職種の医療者の決定によりシステムが導入され、せん妄対策を行う組織へと変化を遂げた。

3) システム再構築と組織へ順応する段階での新たな課題【再定義・再構築】以降

導入決定から約1～5年経過したところで、【再定義・再構築】段階へ移行していた。イノベーションの導入後に組織内でイノベーションが再発明、修正されたことは、[新たな取り組みの追加][システムの目的の修正][新たな多職種連携方法の構築]という既存のシステムをさらに組織に合うようにしたことや、[システムを利用する部署の拡大]や[新たな職種のチーム参入]を行ったことであった。

さらに導入決定から約1～4年経過した現在、【明確化】段階へ移行したからこそ語られる内容があった。組織内では、[システム導入による成果の現れ][システムに対する組織の共通認識化][システムの活用][医療者の肯定的な受け入れ]といったイノベーションの普及に向けた促進因子ともなる要素が明らかになっていった。一

方で、[システムを受け入れない医療者の存在][システムに関して認識不足である医療者の存在][システム評価の困難さ][医療者の移り変わりによるシステムの不安定さ]、せん妄患者対応をチームに任せきりにしてしまう等の[システム本来の目的と組織内の医療者における認識のズレ][改善策の必要性]といった普及の阻害因子ともなり得る要素も明らかになっていた。

そして、対象病院においては、最初に組織の課題を知覚した医療者でもあり、オピニオン・リーダーシップを発揮している組織内の専門看護師、認定看護師、精神科の専門医、集中治療科の専門医等を中心に、このような新たにわき上がってきた問題に取り組んでいる最中であり、確実な【日常化】段階を目指していた。

V. 考 察

1. せん妄対策システムの多職種連携について

システムの内容は、J-PAD ガイドライン（日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会, 2014）や、患者の認知や機能的改善に向けた包括的管理方法を示すモデル（Vasilevskis et al, 2010）等の既存文献にて推奨されている内容を組み合わせて構成されており、それらを、集中治療領域内の医療者間でシステムを構築して行う病院と、院内を横断するチームで行う病院が存在した。集中治療領域内でシステムが構築されていることで日常的な介入へのつながりやすさがあると察する一方で、近年では医師と看護師のみならず薬剤師や理学療法士等と情報共有が行われているという報告（古賀ら, 2018）もあり、集中治療領域内だけではシステムは完結しないであろう。ゆえに、そのどちらかの形を採用するのではなく、その両者を合わせた二本柱のシステムこそが、集中治療領域であるべきせん妄対策システムであると考えられる。たとえば、直接患者へ介入するのは領域内の医療者であっても、組織に系統的な多職種連携システムがあれば、医療者はより専門的な教育を受けることができ、課題が発生した場合も専門家へ相談することが可能となり、領域内で困難を抱え込まないシステムが構築される。

また、院内にチームがあれば術前等の集中治療領域入室前から介入できることも魅力のひとつであろう。そして、本研究においては集中治療領域内に属する医療者のみが連携していた1病院はクローズドICUであり、それゆえに連携体制がシステム化されていた可能性も考えられ、オープンICUであったならば医師と看護師の連携すらも容易でないと推測され、その場合は領域外との連携が必須となるであろう。

2. せん妄対策システムの導入と普及について

まず、システムが導入に至るまでには、中心的に活躍するオピニオンリーダー的存在の医療者がいたが、それ

は議題設定段階で組織の課題を知覚した医療者であった。対象病院では、組織内の問題を当たり前のこととしてとらえず、解決すべき課題としてとらえられる専門的な教育を受けた経験豊かな医療者らが中心的に携わっており、彼らはシステム導入の鍵となる。Rogers (2003) は「議題設定段階で、組織のだれかが重要な問題を明らかにして、ついでその問題に対処するためのイノベーションが明らかにされる」と述べており、この“だれか”は、急性重症患者看護専門看護師や集中ケア認定看護師、もしくは精神科や集中治療の専門家である医師であったといえよう。そして、その医療者らは導入後も組織にせん妄対策を根づかせるべく、教育活動やシステムの再編等に努めていたことから、彼らのような医療者が近年数多く存在するガイドライン等の既存のリソースを活用しつつ、組織に浸透するよう継続的に活動を行うことが普及を促進させるであろう。

Rogers (2003) は、イノベーションの普及速度に関連する要素として、5つの知覚属性を示しており、イノベーションの相対的優位性（これまでよりもよいと知覚される度合い）、両立可能性（潜在的採用者の既存の価値観や過去の体験、ニーズが一致している度合い）、試行可能性（小規模にせよ経験しうる度合い）、観察可能性（結果が他の人たちの目に触れる度合い）が高いとき、複雑性（理解し使用するのが相対的に困難だと知覚される度合い）が低いとき、普及速度は速くなると述べている。

本研究において、システム導入前の組織では、多職種での取り組みを行っていなかったことで生じた問題が存在し、システムの導入はその解決策となる可能性があり、相対的優位性が高まっていたと考えられる。特にせん妄患者によるインシデントの発生は、医療者のみならず患者に悪影響を及ぼし、組織内で改善しなければならないことであると共通認識され、両立可能性を高めていたといえる。一方で、職種やせん妄患者の対応経験などによって価値観は異なることから、新たな取り組みを組織内すべての医療者に受け入れられることは困難であり、これは両立可能性を低くする要素であったと考える。

また、一部の医療者に限らず個々の医療者がせん妄対策を実施することが望ましいにもかかわらず、組織内の医療者間で認識不足や認識のずれが生じており、さらに医療者の移り変わりによるシステムの不安定さもあったことは、チームのある病院においては特に餅屋システムに陥るリスクが懸念され、複雑性を高める要素であったと考える。そして、システムは組織全体に拡大するに先立ち、小規模の部署からトライアルを実践することが可能であったことから、試行可能性は低くない。また、明確化段階まで進むと現場の医療者は直接的に効果を目の当たりにする一方で、組織としてはシステム評価の困難さという問題が生じていたことから、組織規模で対策の成果を可視化することは容易でなく、観察可能性を高めるための取り組みは課題であろう。

そして、集中治療領域内に常在する医療者とそうでない医療者間の認識のずれや価値観の相違を合致させることは容易でなく、職種間の認識違い、評価の困難が生じるといったプロセスは、急性期病院のせん妄チームに関する研究（長谷川ら、2017；山内ら、2018）においても報告されており、再現性が高いといえよう。そういった複雑性の高さや、両立可能性の低さはあるものの、リーダー的存在の医療者が中心的に継続して教育活動を行うことや、小規模からの試行で成功事例を積み重ねることが、イノベーション普及の阻害要素を改善させる可能性があると考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

Rogers (2003) は、イノベーションが組織活動内部の現行業務になり独自性が失われることを日常化と定義しているが、本研究ではそれに該当する内容が十分に語られず、5段階すべてにおける分析とはならなかったことが研究の限界であり今後の課題である。また、本研究で明らかになったシステムの多様な連携体制と普及速度に関連する要素との関係性について、チームに携わる複数の医療者への調査から検討することも課題である。

VII. 結 論

多職種連携によるせん妄対策システムを導入している病院のシステム導入から現段階に至るまでの過程を、イノベーションの普及理論（Rogers, 2003）の「組織におけるイノベーション過程の五段階」を用いて説明することは可能であった。システムを組織へ導入する為には、組織内の課題を知覚し多職種へ連携を求めることのできる医療者の存在が必要であった。また、普及過程では促進・阻害要因が存在し、システムを組織に根づかせるための継続した教育活動を行っていく必要性が示唆された。

謝辞

本研究に快くご協力いただきました病院スタッフのみなさまに深謝いたします。また、ご指導いただきました菱沼典子教授、本稿の作成にあたりご助言くださいました佐居由美先

生に心より御礼申し上げます。本研究は、2014年度聖路加国際大学大学院修士論文の一部を加筆・修正したものであり、第35回日本看護科学学会学術集会で一部を発表した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- American Psychiatric Association (2013) : *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS*. (FIFTH EDITION DSM-5), 596-602, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. (2013) : Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41 (1) : 263-306.
- 長谷川真澄, 粟生田友子, 鳥谷めぐみ, 他 (2017) : 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) : 32-41.
- 古賀雄二, 茂呂悦子, 有田 孝, 他 (2018) : 平成28年度診療報酬改定後の周術期病棟におけるせん妄評価とせん妄ケアの現場調査；せん妄患者明確化とクリティカルケアせん妄管理加算の必要性. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 14 : 47-56.
- Lipowski ZJ (1987) : Delirium (Acute Confusional States). *JAMA*, 258 (13) : 1789-1792.
- 日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会 (2014) : 日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン. *日本集中治療医学会誌*, 21 : 539-579.
- 小田幸治, 大柳貴恵, 山口 恵, 他 (2017) : チーム医療における術後せん妄発症予防についての検討. *岡山医学会雑誌*, 129 : 31-34.
- Rogers EM (2003) / 三浦利雄 (2007) : *イノベーションの普及* (3). 翔泳社, 東京.
- Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, et al. (2010) : Reducing Iatrogenic Risks ICU-Acquired Delirium and Weakness—Crossing the Quality Chasm. *CHEST*, 135 (5) : 1224-1233.
- 山内典子, 小泉雅子, 安田妙子, 他 (2018) : 急性期病院におけるせん妄ケアのシステム構築の要素と構造. *東京女子医科大学看護学会誌*, 13 (1) : 1-12.

The Process and Content of Multidisciplinary Interventions for Delirium in Intensive Care Units

—A Case Study—

Aoi Nishimoto

St. Luke's International University Graduate School of Nursing Science

The purpose of this study was to clarify the actual activities and system introduction processes in hospitals that have introduced delirium countermeasures in the field of intensive care through a multidisciplinary approach and to determine the factors related to dissemination. This qualitative case study included seven participating hospitals. We interviewed nurses who were mainly involved in the system construction and nursing managers in the intensive care units. The multidisciplinary activity interventions were analyzed for content, and the process was analyzed as per the theory proposed by Everett M. Rogers on the diffusion of innovations. Multidisciplinary interventions for delirium consisted of nine categories covering a wide range of content, including protocol construction, education of medical staff, and direct intervention for patients. The process of introducing delirium countermeasures through a multidisciplinary approach comprised of 33 categories. The system started with the stage where professionally educated medical staff perceived issues within the organization and asked other occupations for cooperation before proceeding to the next stage. The introduction of the system led to improved results. Although there were factors that promoted dissemination throughout the organization, there were inhibiting factors such as certain medical staff who did not accept the system and instability due to the change in medical staff every year. It was suggested that continuous educational activities are necessary for the dissemination of this system.

Key words : delirium, intensive care unit, multidisciplinary interventions, diffusion theory