

# せん妄ケアリスト (Ver.1)

2020年10月1日

一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会 せん妄ケア委員会

委員長：古厩 智美（さいたま赤十字病院）

委員：藤野 智子（聖マリアンナ医科大学病院）

茂呂 悦子（自治医科大学附属病院）

有田 孝（小倉記念病院）

雀地 洋平（KKR 札幌医療センター）

花山 昌浩（川崎医科大学附属病院）

五十嵐 真（会津中央病院）

前委員：川島 孝太（りんくう総合医療センター）

担当理事：古賀 雄二（川崎医療福祉大学）

## 1. はじめに

ICUせん妄は、宿主因子・重症疾患因子・医原性因子に分類される多彩なリスクファクターを背景とする急性脳機能不全症候群である<sup>1,2)</sup>。ICUせん妄発症は入院期間延長や死亡率上昇などの短期的予後の悪化に加え、PICS（集中治療後症候群）の一因とされるなど中・長期的に患者のQOLを低下させる<sup>2-5)</sup>。そのため、せん妄の予防と早期発見、早期原因検索と対応は極めて重要である。

2つのICUせん妄評価ツールの作成（2001年）以降、ICUせん妄ケアに関するガイドラインの作成と改訂<sup>6,7)</sup>が進んでおり、2018年に米国集中治療医学会より示されたPADISガイドラインは、従来の痛み（Pain）・不穏（Agitation）・せん妄（Delirium）管理の要素に、不動（Immobility）と睡眠障害（Sleep disturbance）管理の要素が追加された<sup>8)</sup>。また、ABCDEFバンドルなど<sup>9,10)</sup>のバンドルケアも示されるなど、ICU患者の包括ケア化が進んでいる。この流れに即して、本邦においても人工呼吸中の鎮静ガイドライン（2007年）<sup>11)</sup>、J-PADガイドライン（2014年）<sup>12)</sup>が作成され、また、PADISガイドラインの日本語訳（2019年）<sup>13)</sup>も示されている。

PADISガイドラインにおいて、せん妄ケアにおける多角的な非薬理ケアの重要性が示されている。その内容としては、せん妄低減・短縮（例えば再オリエンテーション、認知刺激、時計の使用）、睡眠改善（例えば光と音の最小化）、覚醒の改善（例えば早期リハビリテーション、モビライゼーション）、視聴覚障害の改善（例えば補聴器や眼鏡の使用）などが示される<sup>8,13)</sup>。同時に、非薬理ケアは「この限りではない」とのケアを制限しないための注釈もつけられている<sup>8,13)</sup>。つまり、PADISガイドラインは、従来の薬理ケアだけではなく非薬理ケアの重要性についてエビデンスをもとに認めるガイドラインであり、また、非薬理ケアは多角的な非薬理ケアとして示されたものがすべてではなく、患者の個別性の高いせん妄要因の存在とケアの必要性を無視してはならないというケアの方向性を示したガイドラインと言える。しかし、日本語版PADISガイドラインは、J-PADガイドラインとは異なる単なる和訳版であるなど、我が国における非薬理的せん妄ケアに関するエビデンスは多くない。さらに、PADISガイドラインとJ-PADガイドラインは、推奨するケアについて各施設の状況を考慮し、実行可能性に留意して実践することを求めている<sup>8,12,13)</sup>。

そうした背景から、日本クリティカルケア看護学会は、従来より継続してICUせん妄に対するケアを追及してきた。ICUおよび関連病棟におけるせん妄ケアの現状調査を行い、ICUせん妄ケアの診療報酬加算化などの組織的なせん妄ケア構築の必要性を示してきた<sup>14,15)</sup>。同時に、せん妄ケアの具体化にも取り組んでいる。

2017年、CCNSの研究グループは、我が国におけるせん妄ケアの現状調査結果から、「せん妄ケア実践3要素の関係」（図1）を明らかにした<sup>16)</sup>。せん妄ケアの3要素である基盤的要素（せん妄要因モニタリングと管理ケア）、核心的要素（認知と生活リズムの再構築ケア）、補完的要素（Patient-Family empowerment）が予防ケア・発症後ケア・離脱後ケアの3局面

において有機的相互関係と螺旋的持続関係を有すること、さらには、個別性の高いICU患者のニード充足を促すことによる患者生活の再構築を目指す包括的生活管理が結果としてせん妄ケアとして機能していることを示した<sup>16)</sup>。

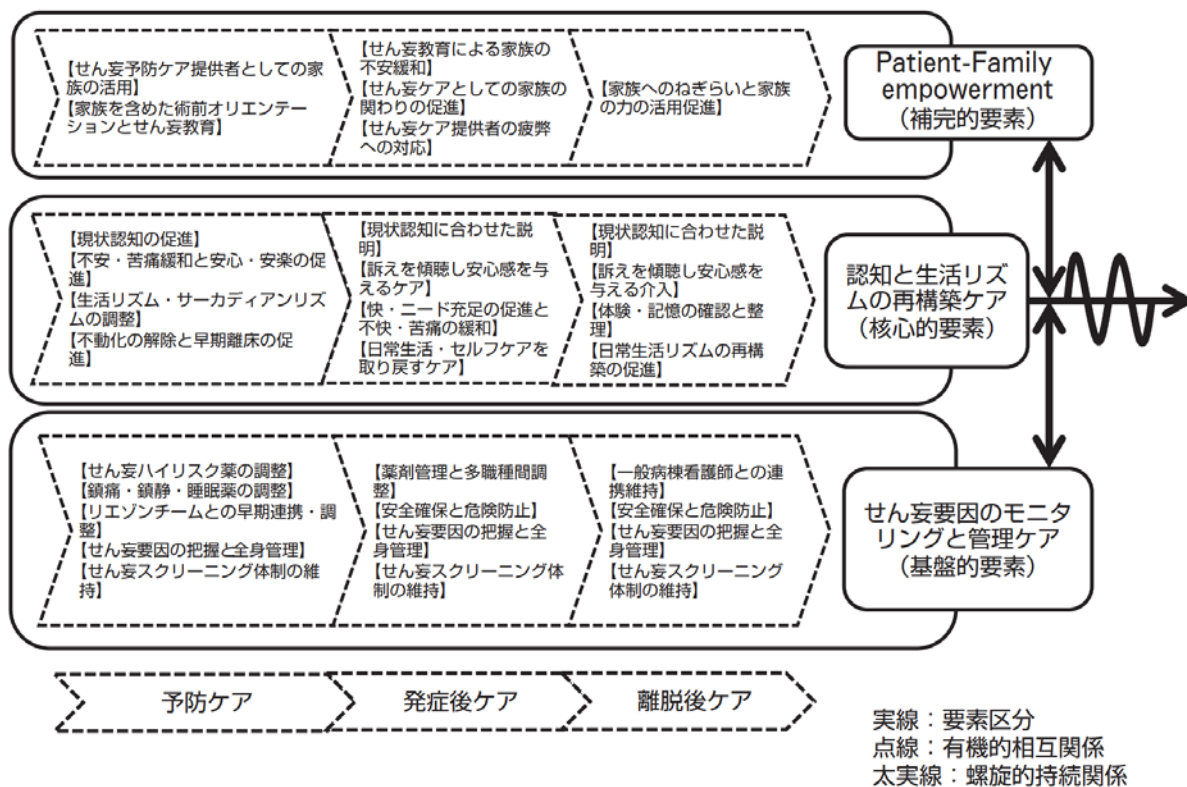


図1 せん妄ケア実践3要素の関係

この「せん妄ケア実践3要素の関係(図1)」を構成するカテゴリーおよびサブカテゴリーは、調査に協力したCCNSのせん妄ケアの関係性を網羅的に示したもの<sup>16)</sup>であり、研究プロセスの中でケアは抽象化されている。そのため、カテゴリー・サブカテゴリーではケアの方向性は示されているが、どのレベルで実践を行うかについては読み手の判断に委ねられることになる。例えば、【現状認知の促進】というカテゴリーの「見当識を促す環境を整える」というサブカテゴリーを実践するための「ケアの具体的内容」は読み手が多様に解釈する可能性がある。

そこで、「せん妄ケア実践3要素の関係」をせん妄ケアの基盤として、各要素のカテゴリー・サブカテゴリーを日本の臨床状況を考慮して再具体化し、クリティカルケア領域のせん妄関連ガイドライン(PADISガイドラインとJ-PADガイドライン)との関係性を明らかにすることで、「看護師が日常的に実践可能なせん妄ケア」の具体例までを示すことを目的とし、「せん妄ケアリスト」の作成を行う。このせん妄ケアリストを使用することで、多角的な非薬理せん妄ケアの検討を、より具体的に行うことが可能になると考え、作成意義とする。

## 2. せん妄ケアリスト作成方法

### 2-1. せん妄ケアリスト案の作成

CCNSのせん妄ケア論文（古賀ら, 2017）<sup>16)</sup>の「せん妄ケア実践3要素の関係」（図1）をカテゴリー・サブカテゴリーに対して、せん妄ケア委員会メンバーが「看護師が日常的に実践可能なせん妄ケア」と考えられるケアの具体的内容を議論し、せん妄ケアリスト案Aを作成した。

### 2-2. リエゾン診療チームへの照会と修正

クリティカルケア領域において、日常的にせん妄管理を行っている2施設のリエゾン精神科チーム（精神科医、精神看護専門看護師などで構成）に、せん妄ケアリスト案Aの内容に関する意見求め、その結果をふまえた修正を行い、せん妄ケアリスト案Bを作成した。

### 2-4. パブリックコメント募集と修正

せん妄ケアリスト案Bに対して、日本クリティカルケア看護学会ホームページにおいて、パブリッシュコメントを募集（2019年5月20日～6月3日）した<sup>17)</sup>。得られたパブリックコメントをせん妄ケア委員会内で検討し、修正を加えてせん妄ケアリスト案Cをまとめた。

### 2-4. せん妄関連ガイドラインと看護ケアの関連性の明記

せん妄ケアリスト案Cの「看護師が日常的に実践可能なせん妄ケア」に対して、クリティカルケア領域のせん妄関連ガイドラインである PADIS ガイドライン（米国集中治療医学会, 2018）<sup>8)</sup>および J-PAD ガイドライン（日本集中治療医学会, 2014）<sup>12)</sup>との関連性を明記し、せん妄ケアリスト（Ver. 1）を作成した。

せん妄ケアリストにおいて、「看護師が日常的に実践可能なせん妄ケア」と PADIS ガイドライン・J-PAD ガイドラインの両ガイドラインとの関連性を示した。看護ケアは「多様な意図・行為の統合形であることが多い」という特徴がある。例えば、「照明を好みに合わせて調整する」という看護ケアは、「照明を調整する」行為と、「患者の好みを取り入れる」行為により構成される。前者はガイドラインに直接的に記載された行為（文末に G 表記）であり、後者はガイドラインに記載がないがせん妄ケア委員会が実施可能と判断した行為（文末に E 表記）である。このように、任意の看護ケアにおいて、どこまでがガイドラインに基づき、どこからはそうではないのかを明確に示す必要がある。そのため、「看護師が日常的に実践可能なせん妄ケア」と両ガイドラインの関係性は、以下の基準により示している。

- ①いずれかのガイドラインに直接的な記述（キーワード含む）があるケア（文末に G 表記）
- ②いずれかのガイドラインに直接的な記述はないが、解釈可能であるせん妄ケア（文末に I

表記)

③いずれかのガイドラインに関連する記述はないが、2施設のリエゾン精神科チームに実践することが害ではないことを確認してもらい、当委員会がせん妄ケアとして実践可能と判断するケア（文末にE表記）

### 3. 結果

せん妄ケアリストを、せん妄予防ケア（表1）、せん妄発症後ケア（表2）、せん妄離脱後ケア（表3）ごとに示す。せん妄予防ケア・せん妄発症後ケア・せん妄離脱後ケアの3局面を構成するカテゴリー・サブカテゴリーに対応する「看護師が日常的に実践可能なせん妄ケア」を示し、PADIS ガイドラインおよび J-PAD ガイドラインの対応状況について解説する。【 】はカテゴリーを、〔 〕はサブカテゴリーを示す。

#### 3-1.せん妄予防ケア

この局面は、【現状認知の促進】【不安・苦痛緩和と安心・安楽の促進】【生活リズム・サーカディアンリズムの調整】【不動化の解除と早期離床の促進】の4カテゴリーから構成された。

##### 3-1-1.【現状認知の促進】

【現状認知の促進】は、〔見当識を促す環境を整える〕、〔現状を説明する〕、〔麻酔や鎮静覚醒までの経過を説明する〕の3サブカテゴリーから構成される。

##### 3-1-1-1.〔見当識を促す環境を整える〕

このサブカテゴリーが含むケアと PADIS ガイドラインを比較すると、PADIS ガイドラインの『せん妄』セクションで示されている『非薬理学的予防と治療』における『多角的要素（p31）』で記載されている内容である『覚醒状態の改善や認知刺激、再教育等の見当識を促す内容』に該当した。また、PADIS ガイドラインの『睡眠障害』セクションで記載されている『危険因子（p37）』として提示されている痛みや環境刺激、心理的要因などへの介入に該当すると解釈した。

J-PAD ガイドラインでは、見当識を促すための環境調整の方法として『昼夜の照明および光の調整、ベッドの位置調整（p560,561,567）』について記載があった。

##### 3-1-1-2.〔現状を説明する〕

このサブカテゴリーが含むケアと PADIS ガイドラインを比較すると、PADIS ガイドラインの『せん妄』セクションで示されている『非薬理学的予防と治療』における『単一要素（p30）』のケアへの家族の効果や、『多角的要素（p31）』で記載されていた認知刺激、再教育等の見当識を促す内容に該当した。また、当該サブカテゴリーに含まれたケアには、患者

が置かれている環境についての説明の1つとして、患者自身に起こっていることや患者に関わる人々も含まれており、それに対しての介入も提示されていた。これは、PAIDSガイドラインの『睡眠障害』セクションで記載されている『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p 38,Table2)』で提示されているケア関連因子、環境因子、心理的要因などへの介入に該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについて記載はなかったが、患者への症状の確認および現状の説明は、J-PAD に記載がある痛みおよび不快を取り除くことや、日中の活動増加を促すための非薬理的ケアに該当すると判断した。

### 3-1-1-3. [麻酔や鎮静覚醒までの経過を説明する]

このサブカテゴリーが含むケアと PADIS ガイドラインの比較を行ったところ、PADIS ガイドラインの『せん妄』セクションで示されている『非薬理的予防と治療』における『多角的要素 (p 31)』で記載されている再教育の内容に該当した。また、PADIS ガイドラインの『睡眠障害』で記載されている『危険因子 (p37)』として提示されている環境刺激、心理的要因などへの介入に該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについては記載がなかった。

## 3-1-2. 【不安・苦痛緩和と安心・安楽の促進】

このカテゴリーは、[安心・安寧が得られる態度に関わる]、[患者の訴えを傾聴する]、[不安・苦痛の原因に対処する] の3サブカテゴリーから構成された。

### 3-1-2-1. [安心・安寧が得られる態度に関わる]

このサブカテゴリーが含むケアと PADIS ガイドラインの比較を行ったところ、患者が安心できるようにするための介入である再教育は、PADIS ガイドラインの『せん妄』で示されている『非薬理的予防と治療』における『多角的要素 (p31)』の再教育に該当すると解釈した。また、当該サブカテゴリーに含まれたケアには、患者自身がケアに関わる人々を知らないことなどが患者の不安の1つの要因として判断され、それに関連した介入が該当すると判断した。これは、PADIS ガイドラインの『睡眠障害』で記載されている『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』で提示されているケア関連因子、環境因子、心理的要因などへの介入に該当すると判断した。

□□、J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについては記載がなかった。

### 3-1-2-2. [患者の訴えを傾聴する]

このサブカテゴリーが含むケアは、環境に対しての配慮を含めたものであり、PADIS ガイ

ドラインと比較を行ったところ、『睡眠障害』セクションの『睡眠を改善するための非薬理的介入』で記載されている音楽や騒音・光の低減などの介入および、『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』で記載されている、環境因子や心理的因子への介入に該当すると判断した。また、患者が安心できるような接し方やスケジュールの変更などについては、『せん妄』セクションで示されている『非薬理的予防と治療』における『多角的要素 (p31)』における再教育に該当すると判断した。睡眠障害やせん妄に関連するとされている『痛み』における『痛みを軽減するための非薬理的介入』に記載されている『音楽』にも該当すると判断した。一方、サブカテゴリーに含まれたケアのうち、患者の訴えを否定せずに支持的な態度で接することや頻回な訪室などについては、ガイドラインでの記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、特に睡眠障害の要因となる『音についての介入 (p560,567)』が記されており、騒音を避ける配慮や音楽を使用した介入について記載があった。

### 3-1-2-3. [不安・苦痛の原因に対処する]

このサブカテゴリーに含むケアは、患者が自分の身体に装着されている医療機器や医療提供を認知できずに不安や恐怖を抱くことに対しての介入が含まれており、これについては、『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (P.38,Table2)』で記載されている、ケア関連因子や心理的因子への介入が該当すると判断した。一方、このサブカテゴリーに含まれていた患者が不安を表出できるような介入や、痛みなどが予想される処置についてあらかじめ患者に説明して理解を得るなどの介入は、ガイドラインでの記載は見当たらなかった。しかし、J-PAD ガイドラインでは、痛みの予防的ケアの必要性 (p545) について記されており、『先行性鎮痛 (preemptive analgesia) については有用であること』について記載があった。

### 3-1-3. 【生活リズム・サーカディアンリズムの調整】

このカテゴリーは、〔昼夜の生活リズムを明確にする〕、〔睡眠環境を整える〕、〔感覚刺激により日中の生活を促す〕、〔サーカディアンリズムに働きかける〕、〔患者が好きなことをスケジュールに組み込む〕の5サブカテゴリーから構成された。

#### 3-1-3-1. [昼夜の生活リズムを明確にする]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、侵襲によって障害された患者の活動と休息のバランスを取ることを目的にしたケアと、認知刺激を目的としたケアが挙げられており、前者については、PADIS ガイドラインの『睡眠障害』セクションの『睡眠を改善するための非薬理的介入』で記載されている、音楽や騒音・光の低減などの介入および、『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』で記載されている環境因子や心理的

因子への介入や、『睡眠を改善するための非薬理的介入 (p41)』に挙げられている音楽の利用や『騒音と光の低減』などの介入に該当すると判断した。後者については、『せん妄』で示されている『非薬理的予防と治療』で挙げられている覚醒を促すケアや認知刺激、音楽の利用を含めた『多角的要素 (p31)』での介入に該当すると判断した。一方の J-PAD ガイドラインでは、環境調整として『昼夜の照明および光の調整、ベッドの位置調整やリハビリテーションによって生活リズムを整えること (p560,561,567)』について記載があった。

### 3-1-3-2. [睡眠環境を整える]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、患者の状態や好みに合わせた環境調整を含めた実践が挙げられており、PADIS ガイドラインの『睡眠障害』セクションの『睡眠を改善するための非薬理的介入 (p41)』で記載されている音楽や騒音・光の低減などの介入および、『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』で記載されている各因子に対しての介入や、『せん妄』で示されている『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』に含まれている介入、例えば睡眠の改善に記載されているケアに該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでも、環境整備による『光や照明の調整、睡眠の妨げとなる騒音への調整、日中の活動維持のため離床を促すことなど (p560,561,567)』の記載があった。

### 3-1-3-3. [感覚刺激により日中の覚醒を促す]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、PADIS ガイドラインの『せん妄』セクションで示されている『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (P.31)』に含まれている認知刺激や睡眠・覚醒状態の改善、早期リハビリテーションに該当すると判断した。J-PAD ガイドラインでは、『光や照明の調整や日中の活動維持のため離床を促すことなど (p560,561,567)』の記載があった。また、『せん妄の発症や期間を減少させるために早期からのリハビリテーション (p563)』についても記載があった。

### 3-1-3-4. [サーカディアンリズムに働きかける]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、PADIS ガイドラインの『せん妄』セクションで示されている『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』で記載されている認知刺激や睡眠の改善などの介入に該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、環境整備による『光や照明の調整 (p560,561)』について記載があった。また、見当識を促す介入によって日中の活動を促すケアは、サーカディアンリズムに働きかけるケアに該当すると判断した。

### 3-1-3-5. [患者が好きなことをスケジュールに組み込む]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、PADIS ガイドラインの『せん妄』セクションの



『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (P.31)』に含まれる再教育 (患者の状態に合わせてスケジュールを組み直すと言う目的が再教育には含まれる) および、同じく『せん妄』セクションで示されているせん妄患者の家族への信頼を踏まえたケアに該当すると判断した。一方、J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについて記載はなかったが、普段の生活環境に近づけるための環境調整は J-PAD ガイドラインにおけるせん妄予防の非薬理的介入としていることから、この項目におけるケアも該当すると判断した。

### 3-1-4. 【不働の解除と早期離床の促進】

このカテゴリーには、〔ルート類や身体拘束を最小限に抑える〕、〔早期離床をはかる〕の2サブカテゴリーから構成された。

#### 3-1-4-1. 〔ルート類や身体拘束を最小限に抑える〕

このサブカテゴリーに含まれたケアは、そもそも不要なルートをチームで検討して無くしたり、ルート類の固定方法を工夫したりするなどが含まれたが、PADIS ガイドラインにはその記載はなかった。一方で、家族の協力を得られるよう調整したり、患者自身に行なっていることを認知してもらうような介入によって、抑制による不働の解除と早期離床の促進を行っており、これに関しては、『せん妄』セクションで示されているせん妄患者の家族への信頼をふまえたケア (p26) や『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』に含まれている認知刺激に該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、身体拘束について継続の評価 (p569) について記されており、『身体抑制はその代替策が患者を危険に陥れることなく用いることができない場合にのみ施行すべきであり、ルーチンに用いてはならない』ことの記載があった。

#### 3-1-4-2. 〔早期離床をはかる〕

このサブカテゴリーに含まれるケアは、PADIS ガイドラインの『不働』で、『せん妄に対する管理戦略の一部として有益 (p32)』と示された内容で支持された介入と、『開始の指標 (p33)』で記載されたような基準を考慮しつつ、可能な限り不働を解消する介入に該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、『せん妄の発症や期間を減少させるために早期からのリハビリテーション (p563)』とリハビリの必要性について記載があった。

### 3-2. せん妄発症後ケア

この局面は、【現状認知に合わせた説明】【訴えを傾聴し安心感を与える介入】【快・ニー

ド充足の促進と不快・苦痛の緩和】【日常生活・セルフケアを取り戻すケア】の4カテゴリーから構成された。

### 3-2-1. 【現状認知に合わせた説明】

このカテゴリーには、〔オリエンテーションにより現状認知を促す〕、〔認知レベルに応じてコミュニケーションを変える〕の2サブカテゴリーから構成された。

#### 3-2-1-1. 〔オリエンテーションにより現状認知を促す〕

このサブカテゴリーが含む介入は、PADIS ガイドラインにおいて、『せん妄』で示されている『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』に含まれている再教育、認知刺激および、ABCDEFバンドル (p31) の Family engagement : 家族関与に焦点を置いた項目として提示されたケアに該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、非薬理的として介入を行う ICU の環境調整が、現状認知を促すことに該当すると判断した。

#### 3-2-1-2. 〔認知レベルに応じてコミュニケーションを変える〕

このサブカテゴリーが含む実際のケアで、患者の認知レベルに応じて繰り返し現状の説明を行ったり、安心感を持たせるような関わりについては、PADIS ガイドラインにおいて、『せん妄』の『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』に含まれている再教育や認知刺激に当たるケアが提示されていたと判断できたが、それ以外の患者の生活している文化を踏まえたケア (例：方言などを利用する) や文字盤などの利用などは PADIS ガイドラインには記載がなかった。

J-PAD ガイドラインでは、非薬理的として介入を行う ICU の環境調整が、認知刺激を促すことに該当すると判断した。

### 3-2-2. 【訴えを傾聴し安心感を与える介入】

このカテゴリーには、〔不安や訴えを傾聴する〕、〔幻覚を否定しない〕、〔安心感を与えるように関わる〕というサブカテゴリーがあった。

#### 3-2-2-1. 〔不安や訴えを傾聴する〕

このサブカテゴリーが含むケアと、PADIS ガイドラインを比較すると、不安に対しての介入としては、PADIS ガイドラインにおける『睡眠障害』部分の『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』で記載されている心理的因子への介入に該当すると判断した。また、睡眠障害がせん妄との関連性があることを踏まえると、『せん妄』の『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』の睡眠の改善に対する介入も該当すると判断した。しかし、サブカテゴリーが含む具体的な実践である傾聴についてはガ

イドラインには記載がなかった。

J-PAD ガイドラインでは、非薬理的として介入を行う ICU の環境調整の実施、痛みや不快を取り除くケアが安心感を与えること繋がると判断した。

### 3-2-2-2. [幻覚を否定しない]

このサブカテゴリーが含むケアを PADIS ガイドライン・J-PAD ガイドラインとの比較を行ったが、該当すると解釈できる内容は記載がなかった。

### 3-2-2-3. [安心感を与えるように関わる]

このサブカテゴリーが含むケアは、PADIS ガイドラインの『せん妄』における『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』の再教育の要素 (reorientation : 患者に話しかけ安心させる) が盛り込まれていると解釈できた。このサブカテゴリーに含む具体的な実践を実際に行う際にとる態度 (例 : 視線を合わせる) については、PADIS ガイドラインに記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについては記載がなかった。

## 3-2-3. 【快・ニード充足の促進と不快・苦痛の緩和】

このカテゴリーは、[身体的苦痛を緩和する]、[ニードを充足する]、[快感覚を促すケアを取り入れる] の3サブカテゴリーから構成された。

### 3-2-3-1. [身体的苦痛を緩和する]

このサブカテゴリーが含むケアは、痛みフォーカスとした内容となっており、大きく直接的な痛みに対するケアと痛みを発生させる物理的要因へのアプローチに分けられた。前者については、PADIS ガイドラインの『痛み』セクションの『プロトコルに基づく評価と管理 (p17)』に記載されているケアや『痛みを軽減するための非薬理的介入 (p14)』および、『睡眠障害』セクションにおける『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』の『生理学的・病態生理学的因子：痛み』に対する介入に該当すると判断した。後者については、『睡眠障害』セクションにおける『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』の『ケア関連因子：ライン/カテーテルによる行動制限』に該当し、また、『身体抑制』において、成人重症患者の身体抑制によって、せん妄または失見当識のリスクが増加する (p23) の記載が該当すると判断したが、除去することによってせん妄が改善するという記載はガイドラインに記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、痛みや不快を取り除くケアが身体的苦痛を緩和させることや、苦痛の要因として考えられる身体抑制についても『身体抑制はその代替策が患者を危険に陥れることなく用いることができない場合にのみ施行すべきであり、ルーチンに用いてはならない (p545,569)』ことの記載があった。

### 3-2-3-2.〔ニーズを充足する〕

このサブカテゴリーが含むケアは、生理学的ニーズの充足や痛みの除去などが提示されていたが、これらは PADIS ガイドラインの『せん妄』セクションにおける『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』での再教育 (reorientation の目的例：患者に話しかけ安心させる) や『睡眠障害』セクションにおける『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』の『生理学的・病態生理学的因子：痛み・不快・口渇感』への介入、および『痛み』セクションの『痛みを軽減するための非薬理的介入 (p14)』で示された介入内容に該当すると判断した。ニーズの充足を目指す一方で、具体的なケアの中には、看護師側の限界についての提示も記載があったが、それについては PADIS ガイドラインでの記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、「不快なものを探り除去する」ことは、J-PAD における痛みや不快を取り除く非薬理的ケアに該当すると判断した。

### 3-2-3-3.〔快感覚を促すケアを取り入れる〕

このサブカテゴリーが含むケアは、患者の心地良いと言う感覚を優先した介入が提示されており、PADIS ガイドラインにおいては、『睡眠障害』における『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』の『環境因子：光、ベッドの快適さ』『生理的・病態生理学的因子：痛み、暑過ぎ、または寒過ぎという感覚、口渇感』に該当すると判断した。また、『痛み』の『痛みを軽減するための非薬理的介入 (p14)』で示された介入内容にも該当すると判断した。さらに、『せん妄』における『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』での認知障害への介入が該当すると判断した。一方で、サブカテゴリーに含まれた清潔ケアなどについては、PADIS ガイドラインでの記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、「音楽を流す (好みの音楽)」は、『不安の強さ、鎮静薬の投与量と投与頻度が有意に減少した (p560)』であることの記載があった。また、痛みや不快を取り除くケアは同時に快感覚を促すことにも繋がると判断した。

### 3-2-4.【日常生活・セルフケアを取り戻すケア】

このカテゴリーは、〔サーカディアンリズムを整える〕、〔馴染みの物・普段の生活行動を取り入れる〕、〔家族や友人の面会を促す〕、〔セルフケアを促す〕の 5 サブカテゴリーから構成された。

#### 3-2-4-1.〔サーカディアンリズムを整える〕

このサブカテゴリーが含むケアは、環境調整によって昼夜の時間感覚を刺激するような介入と、活動と休息のバランスを取るための介入に大別された。これは、PADIS ガイドラインにおける『睡眠障害』の『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト

(P.38,Table2)』の『環境因子：光、騒音』や『睡眠を改善するための非薬理的介入』の『騒音と光の低減』での介入や、『せん妄』における『非薬理的予防と治療』で挙げられている『多角的要素 (p31)』での『睡眠の改善』や『認知機能障害』に対する介入に含まれる音楽や覚醒状態の改善、認知刺激、早期リハビリテーションに該当すると判断した。一方で、早期リハビリテーションにおいて実際のケアとしてあげられていた多職種連携や、認知刺激の方法としてのテレビ鑑賞については、PADIS ガイドラインでの記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、環境整備による『光や照明の調整について記載 (p560,561)』や、『睡眠の質を向上させるための多角的な介入を評価した研究では、睡眠の質に変化は認められなかったが、せん妄や昏睡の発症率は有意に減少 (p561)』という記載があった。また、リハビリについては『PT や OT などのリハビリテーション専門職種の積極的関与は必要不可欠であり、チーム医療として推進すべきである (p565)』と必要性についての記載があった。

#### 3-2-4-2. [馴染みの物・普段の生活行動を取り入れる]

このサブカテゴリーが含むケアは、患者の日常生活で愛用するものや家族との関わりを取り入れる内容を含んでいたが、愛用するものの 1 つとしての音楽をケアに取り入れることについては、PADIS ガイドラインでは、『痛み』の『痛みを軽減するための非薬理的介入』の音楽療法が痛みの緩和として提示されていること (p15,P.16)、『睡眠障害』の中の睡眠促進プロトコルの一部として含まれている (p44,P.45) ことから該当すると判断した。また、家族との関わりを継続的に行う方法の一環として家族の写真などを利用することについては、PADIS ガイドライン『せん妄』に『せん妄患者は医療スタッフよりも家族に対してより強い信頼を寄せ、より大きな励ましを受けるということが一貫して強調されている』という記載 (p26) があることから、同類の介入であると解釈した。一方で、家庭での生活状況についての情報を活用する等のケアについては、PADIS ガイドラインでの記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、音楽療法について『音楽を聴きたいと思った時など少なくとも 1 日 2 回自発的に音楽を聴いた結果、介入群の方が対照群よりも不安の強さ、鎮静薬の投与量と投与頻度が有意に減少した (p560)』という記載があった。また、環境整備も J-PAD におけるせん妄の非薬理的ケアに該当すると判断した。

#### 3-2-4-3. [家族や友人の面会を促す]

このサブカテゴリーが含むケアは、PADIS ガイドラインの『せん妄』部分で記載されているように、せん妄患者が医療スタッフよりも家族により強い信頼を寄せているだけでなく、より大きな励ましを受けているといった記載 (p26) に該当すると判断した。一方で、サブカテゴリーに含まれたケアの中に具体的な面会者の属性などが記載されていたが、そのような詳細な属性については PADIS ガイドラインでの記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについての記載はなかった。

#### 3-2-4-4. [セルフケアを促す]

このサブカテゴリーが含むケアは、患者にできることは自分でやるように促すという介入が含まれていたが、これらについて PADIS ガイドラインでの記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでも、この項目に含まれるケアについての記載はなかった。

### 3-3. せん妄離脱後ケア

この局面は、【現状認知に合わせた説明】【訴えを傾聴し安心感を与える介入】【体験・記憶の確認と整理】【日常生活リズムの再構築の促進】の4カテゴリーから構成された。

#### 3-3-1. 【現状認知に合わせた説明】

このカテゴリーは、[オリエンテーションにより現状認知を促す]、[認知レベルに応じてコミュニケーションを変える]の2サブカテゴリーから構成された。

##### 3-3-1-1. [オリエンテーションにより現状認知を促す]

このサブカテゴリーが含むケアは、PADIS ガイドラインの『せん妄』の『非薬理的予防と治療』における『多角的要素』で記載されている再教育および認知刺激 (p31) と、『睡眠障害』の『患者が睡眠を妨げられたと報告した要因のリスト (p38, Table 2)』の『心理的因子』に該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについての記載はなかった。

##### 3-3-1-2. [認知レベルに応じてコミュニケーションを変える]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、大きく認知レベルを把握することと、それに応じてコミュニケーション方法および情報伝達量を変化させるというケアに大別できた。前者については、PADIS ガイドラインの『せん妄』の『覚醒レベルと評価 (p27)』との関連があると解釈した。一方、後者については PADIS ガイドラインに該当する記載はなかった。J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについての記載はなかった。

#### 3-2-2. 【訴えを傾聴し安心感を与える介入】

このカテゴリーは、[不安を増強させない関わり]、[傾聴し安心感を与えるよう関わる]の2サブカテゴリーから構成された。

##### 3-2-2-1. [不安を増強させない関わり]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、PADIS ガイドラインの『せん妄』の『非薬理的

予防と治療』部分の『多角的要素』に記載されている再教育（患者を安心させる関わり）と、睡眠障害がせん妄と関連しているという根拠を踏まえて、『睡眠障害』の『患者が睡眠の妨げられたと報告した要因のリスト（p38,Table2）』の『心理的因子：不安/心配/ストレス』に該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについては記載がなかった。

### 3-2-2-2.〔傾聴し安心感を与えるよう関わる〕

このサブカテゴリーに含まれたケアは、患者の記憶のサポートや患者の自尊心への配慮、せん妄に伴う恐怖心への介入が含まれていたが、恐怖心に対しては PAIDS ガイドラインの『睡眠障害』の『患者が睡眠の妨げられたと報告した要因のリスト（p38,Table2）』の『心理的因子：恐怖』に該当すると判断した。しかし、記憶についてのサポートや患者の自尊心への配慮については、PADIS ガイドラインに記載はなかった。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについては記載がなかった。

### 3-2-3.【体験・記憶の確認と整理】

このカテゴリーは、〔せん妄以外の精神症状を評価する〕、〔体験・記憶の確認をする〕、〔記憶を整理する〕の3サブカテゴリーから構成された。

#### 3-2-3-1.〔せん妄以外の精神症状を評価する〕

このサブカテゴリーに含まれたケアを PADIS ガイドライン・J-PAD ガイドラインとの比較を行ったが、該当すると解釈できる内容は記載がなかった。

#### 3-2-3-2.〔体験・記憶の確認をする〕

このサブカテゴリーに含まれたケアは、患者の記憶の連続性などについての介入があげられていたが、PADIS ガイドライン・J-PAD ガイドライン共に記載は見当たらなかった。しかし、近年 ICU diary についての研究が進んでいること、また、木下の研究結果<sup>18)</sup>からも、必要なケアであることは示唆される。

J-PAD ガイドラインでは、この項目に含まれるケアについては記載がなかった。

#### 3-2-3-3.〔記憶を整理する〕

このサブカテゴリーに含まれたケアを PADIS ガイドライン・J-PAD ガイドラインとの比較を行ったが、該当する記載はなかった。

### 3-2-4.【日常生活リズムの再構築の促進】

このカテゴリーは、〔活動と休息のバランスを整える〕、〔日常生活のリズムを作る〕、〔生活

行動の自立を促す) の3 サブカテゴリーから構成された。

#### 3-2-4-1. [活動と休息のバランスを整える]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、活動に直接的な介入と休息への直接的な介入、およびそれぞれに間接的な介入とに大別された。活動に直接的な介入の実際のケアとしては、多職種協働でのリハビリテーションプログラムの推進が挙げられていたが、PADIS ガイドラインでは、『せん妄』の『非薬理的予防と治療』部分の多角的要素に記載されている身体の不動化への方策に該当する (p31) と判断した。休息への直接的な介入としては、PADIS ガイドラインの『睡眠障害』における『騒音と光の低減 (p42)』、『患者が睡眠の妨げられたと報告した要因のリスト (p38,Table2)』の『生理的・病態生理学的因子：痛み』、『心理的因子：就寝時ルーチンの欠如』が該当すると判断した。間接的な介入としては、活動や休息を阻害する因子となる痛みの緩和や活動と休息のバランスをアセスメントのするための情報収集などが挙げられており、これは PADIS ガイドラインの『睡眠障害』で、質の悪い睡眠が重症患者の経験する一般的なストレスの1つであり、睡眠について患者に尋ねることは介入に近づくために必要な最初のステップであるとも記載されていること (p40) から、該当すると判断した。一方で、実際のケアとしてあげられていた活動と休息のバランスが取れているかどうかを患者から情報収集するための疲労度の確認などについては、PADIS ガイドラインでの記載はなかった。

JPAD ガイドラインでは、リハビリについて『PT や OT などのリハビリテーション専門職種の積極的関与は必要不可欠であり、チーム医療として推進すべきである (p565)』と必要性について記載があった。睡眠確保のためのケアについては、J-PAD ガイドラインでの記載はなかった。しかし、J-PAD ガイドラインの CQ37 (ICU における睡眠コントロール) にある睡眠リズムの維持・改善がケアの一部になることに該当すると判断した。

#### 3-2-4-2. [日常生活のリズムを作る]

このサブカテゴリーに含まれたケアは、環境調整を行い、昼夜の区別をつけられるようにするケアと、患者の活動と休息のバランスに応じたスケジューリング調整に大別された。前者は、PADIS ガイドラインの『睡眠障害』の『騒音と光の低減』における記載や、『せん妄』の『非薬理的予防と治療』部分の多角的要素に記載のあった睡眠改善や認知障害に対する介入などが該当すると判断した。後者のスケジューリング調整については、『せん妄』の『非薬理的予防と治療』部分の多角的要素に記載のあった再教育 (p31) が該当すると判断した。

J-PAD ガイドラインでは、『照明や光の調整 (p561)』については記載があり、『音楽を使用した介入 (p560)』についても記載があった。また、処置やケア、リハビリ等の時間調整についても ICU の環境調整として、非薬理的ケアに該当すると判断した。



### 3-2-4-3.〔生活行動の自立を促す〕

このサブカテゴリーに含まれたケアは、患者のセルフケアや ADL 自立を目指すものであったが、これらすべての内容は PADIS ガイドラインでの記載された介入に記載はなかった。J-PAD ガイドラインでも、この項目に含まれる記載はなかった。

## 4. せん妄ケアリストの適応範囲と使用方法

### 4-1. 対象患者

集中治療部門、救急部門および関連病棟の成人患者

### 4-2. せん妄ケアリストの使用方法について

「せん妄ケア実践 3 要素の関係 (図 1)」は、任意の患者にすべてのカテゴリーを実践することを求めているものではなく、せん妄ケアリストもまた、任意の患者に対して全項目を実践することを求めているものではない。せん妄ケアリストもまた、様々なせん妄ケア項目を網羅的にまとめた「リスト」であり、任意の患者に対する看護計画ではない。

せん妄ケアリストは、任意の患者に対する全人的アセスメントおよび施設状況(精神科医の配置状況などのマンパワーなど)をふまえて、看護師が総合的な看護計画を立案し、せん妄ケアに関して実践可能なせん妄ケア項目の有無を確認して頂くための「リスト」であり、看護計画そのものではない。せん妄ケアリストのケア項目を参照し、任意の患者に対して実践可能か否かを判断して、必要と判断するせん妄ケア項目を選択的に使用して頂くことを想定している。

## 5. せん妄ケアリストの限界と課題および免責事項

せん妄ケアリスト (Ver.1) は、クリティカルケア看護領域の学術論文のせん妄ケアの枠組みをもとに、クリティカルケア看護領域のせん妄ケアのエキスパートと位置づけたせん妄ケア委員会メンバーの意見に基づいてケア項目やその具体例を作成し、クリティカルケア領域のせん妄関連臨床ガイドラインとの関係性を示して作成された。つまり、せん妄ケアリストに示されるケア項目や具体例は、作成メンバーの解釈・知見・経験による影響を受けていると考えられ、エビデンスが示されていないことも含まれていることが、せん妄ケアリストの限界である。

今後は、本学会の学術集会企画、ホームページ掲載およびセミナーなどを通じてせん妄ケアリストと使用法の公開を図るとともに、臨床適応効果の検証を行う必要がある。併せて、クリティカルケア領域における臨床知見の変化を踏まえた改訂も必要であると考えられ、今後の課題とする。

上記のように、せん妄ケアリスト (ver.1) には限界と課題が存在する。そのため、せん妄ケアリストは臨床家の責任において使用して頂くこととする。日本クリティカルケア看護学会は、せん妄ケアリストの使用に伴う一切の責任を負わない。

## 6. おわりに

2018年までの知見をもとに「看護師が日常的に実践可能なせん妄ケア」の具体例までを示すせん妄ケアリスト (Ver.1) を作成した。しかし、クリティカルケアは進化を続けており、クリティカルケア患者の生活も変化を続けていると考えら、それに併せて非薬理的せん妄ケアおよびせん妄ケアリストも進化していく必要がある。

### <文献>

- 1) American Psychiatric Association(2013)/高橋三郎・大野裕(2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル.東京:医学書院.
- 2) Smith HA, et al.(2011). Delirium: an emerging frontier in the management of critically ill children. *Anesthesiol Clin.*, 29(4),729-50.
- 3) Morandi A, et al.(2008). Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. *Intensive Care Med.*,34,1907-15.
- 4) Ely EW, et al.(2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA.*,291(14),1753-62.
- 5) Needham DM,et al.(2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.*,40(2),502-9.
- 6) Jacobi J, et al.(2002). Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med.*,30,119-41.
- 7) Barr J, et al.(2013).Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit.;American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.*, 41(1),263-306.
- 8) Devlin JW, et al.(2018).Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU.*Crit Care Med.*,46(9),e825-73.
- 9) Vasilevskis EE,et al.(2010).Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and

weakness--crossing the quality chasm. Chest.,138(5),1224-33.

- 1 0) Balas MC,et al.(2016). ABCDEF Adapting the ABCDEF Bundle to Meet the Needs of Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation in the Long-Term Acute Care Hospital Setting: Historical Perspectives and Practical Implications. Semin Respir Crit Care Med.,37(1),119-35.
- 1 1) 妙中信之, 他(2007).人工呼吸中の鎮静のためのガイドライン. 人工呼吸 ,24,146-67.
- 1 2) 布宮伸,他(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雑誌,21,539-79.
- 1 3) John W. Devlin,et al(2018).集中治療室における成人患者の痛み, 不穏/鎮静, せん妄, 不動, 睡眠障害の予防および管理のための臨床ガイドライン. Retrieved from : <https://www.sccm.org/getattachment/Research/Guidelines/Guidelines/Guidelines-for-the-Prevention-and-Management-of-Pa/PADIS-Guidelines-Japanese-2019.pdf?lang=en-US>. (閲覧日:2020年5月1日)
- 1 4) 佐々木吉子,他(2014). 術後せん妄ケアガイドライン作成に向けて-ICUおよび外科病棟の入院患者における術後せん妄の発症状況および看護ケアの実態.日本クリティカルケア看護学会誌,10(1),51-62.
- 1 5) 古賀雄二,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状調査 ～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.
- 1 6) 古賀雄二,他(2017). 急性・重症患者看護専門看護師のせん妄ケアは包括的患者生活管理である.日本クリティカルケア看護学会誌, 13(1),37-48.
- 1 7) 日本クリティカルケア看護学会ホームページ. Retrieved from : <https://www.jaccn.jp/> (閲覧日:2020年5月1日)
- 1 8) 木下佳子,他(2011). 記憶のゆがみをもつICU退室後患者への看護支援プログラム開発とその有効性に関する研究.日本クリティカルケア看護学会誌,7(1),20-35.

表1. せん妄予防ケアリスト

【カテゴリ】	【サブカテゴリ】	看護師が日常的に実践可能なケア	PADIS	J-PAD
【現状認知の促進】	【見当識を促す環境を整える】	・日常生活で使用していた装備品（メガネ、補聴器、入れ歯など）を身に付ける（G）。	PADIS p31L 23	
		・時計などをいつでも確認できる場所に設置し、時間を認識してもらう（G）。カレンダーも使用する（I）。	PADIS p31 L37	
		・室内の照明を調整する（G）。可能な限り、昼夜の変化がわかるように太陽光も取り入れる（E）。	PADIS p31 L37 L20 PADIS p42 R20	J-PAD p567 LL4-LL6 J-PAD p560 RR45-p561 LL1 J-PAD p561 LL5-LL9
		・ラジオなどの見当識情報を取り入れる（G）。テレビ、新聞も使用する（I）。	PADIS p31 L37	
		・入院前と同様の環境に近づける（G）。	PADIS p31 L37 PADIS p38 Table2 PADIS p38 Table2	
	【現状を説明する】	・必要時、ベッドの位置を変えて外が見えるようにする（I）。	PADIS p38 Table2	J-PAD p560 RR45-p561 LL1
		・勤務開始時に担当看護師であると説明する（G）。同時に、現在のの日時と場所を伝える（I）。	PADIS p38 Table2	
		・患者の症状・不快感を確認し、調整可能なものには直ちに对应する（I）。	PADIS p38 Table2	
		・入院に至った経緯や挿入中のルート類について確認、説明する（I）。	PADIS p31 L36-R1 PADIS p38 Table2	
		・必要時、家族にも同席してもらい説明する（G）。	PADIS p31 R8-R14	
【麻酔や鎮静覚醒までの経過を説明する】	・患者の目線に立ち、落ち着いた態度でコミュニケーションを図る（E）。	PADIS p38 Table2		
	・感染予防などの対応が必要なければ、表情がわかるようにマスクなどの装着をしない（E）。	PADIS p38 Table2		
	・患者のコミュニケーションが取りやすい方法（筆談、ジェスチャーなど）を取り入れる（E）。	PADIS p31 L36-R1		
【不安・苦痛緩和と安心・安楽の促進】	【安心・安楽が得られる態度で関わる】	・コミュニケーション時には、自分が看護師であることを伝え自己紹介をする（G）。	PADIS p38 Table 2	J-PAD p567 LL9-LL13
		・患者の目線に立ち、落ち着いた態度でコミュニケーションを図る（E）。		
	【患者の訴えを傾聴する】	・患者のコミュニケーションが取りやすい方法（筆談、ジェスチャーなど）を取り入れる（I）。	PADIS p31 L37-43	
		・感染予防などの対応が必要なければ、表情がわかるようにマスクなどの装着をしない（E）。		
		・患者の訴えを否定せず支持的な態度で、訴えを確認しながら関わる（E）。		
		・訴えの内容がわかりにくいときには、内容を確認し認識のずれが無いようにする（E）。		
		・緊張や不安が想定される場合には、タッチングなどのリラクゼーションを図る（E）。		J-PAD p560 RR13-RR16
		・できる限り騒音（空調システム、手洗い、酸素音、足音、タイピング音など）を避ける配慮をする（G）。	PADIS p42 R21-26	
	【不安・苦痛の原因に対処する】	・丁寧な医療者の態度を保ち、頻回に訪室し様子を観察する。また処置などは患者のペースに合わせて実施する（E）。		
		・臭いへ配慮する（G）。	PADIS p38 Table 2	
・患者のお気に入りの音楽などがあれば、それを流す（G）。		PADIS p15 L31-39	J-PAD p545 LL22-LL25 J-PAD p545 LR4-LR5	
・不安（心理的または身体反応）を表出できるように関わる（E）。 * 不安とは対象が不明確なものに対する心理反応。恐怖とは対象が明確なものに対する心理反応である。 ・恐怖や苦痛・不快感の訴えで調整可能なものは直ちに実施し、実施後の変化を確認する（E）。			J-PAD p560 RR45-p 561LL1 J-PAD p561 LL5-LL9	
【生活リズム・サーカディアンリズムの調整】	【昼夜の生活リズムを明確にする】	・処置などにより予定される苦痛については予め説明し、鎮痛薬や冷電法などの予防処置について医師の指示を確認する（G）。	PADIS p38 Table 2	J-PAD p561 LL5-LL9
		・時間に合わせて挨拶を実施し、日時を伝える（I）。	PADIS p31 L10-27	J-PAD p560 RR45-p561 LL1
		・可能な限り、昼夜の変化がわかるように太陽光を取り入れたり、室内の照明を調整する（I）。	PADIS p31 L10-27	J-PAD p567 LL9-LL13
		・カレンダー、時計などをいつでも確認できる場所に設置する（G）。	PADIS p31 L10-27	
		・無理にICUの消灯時間・起床時間に睡眠・覚醒リズムを合わせないようにする（I）。	PADIS p42 R21-27 PADIS p38 L5-R10 PADIS p38 Table2	
	【睡眠環境を整える】	・患者の活動と休息を充実させるよう、睡眠や休息、覚醒やリハビリなどの生活リズムを調整する（I）。	PADIS p44 R1-p45 L17	
		・患者の好みに合わせた室温や照明に調節する（I）。	PADIS p38 L5-R10 PADIS p38 Table2 PADIS p42 R21-27	
		・不快となる騒音を可能な限り取り除く（G）。	PADIS p42 R21-27 PADIS p38 Table2	J-PAD p563 LL4-LL5
		・処置時間など睡眠の妨げとなるような時間にならないよう調整する（I）。	PADIS p38 L5-R10 PADIS p38 Table2	J-PAD p561 LL5-LL9
		・日常服用していた睡眠導入剤などあれば、入院中の生活時間にあわせて、医師に調整を依頼する（I）。	PADIS p37 R31-p38 R4	
【感覚刺激により日中の覚醒を促す】	・消灯時間に合わせて照明を調整する（G）。起床後は、可能であれば太陽光を取り入れる（I）。	PADIS p31 L10-21 PADIS p42 R21-27		
	・安楽な体位を調整し、全身状態に応じて看護処置（体位変換などの間隔）を検討する（I）。	PADIS p38 L5-R10 PADIS p38 Table2	J-PAD p560 RR45-p561 LL1	
	・リハビリテーションを行う（G）。個別性（全身状態、回復過程）に応じた活動を促す（E）。	PADIS p31 L10-21		
	・消灯時間に合わせて照明を調整する（G）。起床後は、可能であれば太陽光を取り入れる（I）。	PADIS p31 L10-21 PADIS p42 R21-27		
【サーカディアンリズムに働きかける】	・時間に合わせて挨拶を実施し、日時を伝える（I）。	PADIS p31 L10-21		
	・カレンダー、時計などをいつでも確認できる場所に設置する（G）。	PADIS p31 L10-21		
	・可能な限り、昼夜の変化がわかるように太陽光を取り入れる（I）。	PADIS p31 L10-21 PADIS p42 R21-27		
【患者が好きなことをスケジュールに組み込む】	・本人や家族から日常生活のスケジュールを確認する（E）。		J-PAD p569 LR12-LR15	
	・毎日鑑賞しているテレビやラジオがあれば、スケジュールに書き出し本人に確認しながら鑑賞する（あそび・レクリエーションを取り入れる）（E）。			
【不活動の解除と早期離床の促進】	【ルート類や身体拘束を最小限に抑える】	・家族と相談し一緒に過ごせる（ホーム）ように処置時間も含めて調整する（I）。	PADIS p26 R5-10	
		・不必要なルート類は、医師と相談し除去する（E）。		
		・患者の活動状況に合わせて、ルート類・モニター装置類の固定方法を変更する（E）。		J-PAD p563 LL4-LL5
		・身体拘束時は、定期的に身体拘束の解除が可能かどうか複数のスタッフ（他看護師や医師など）と検討する（E）。		
		・家族に協力を依頼し、面会時間を調整する（G）。	PADIS p26 R4-9	J-PAD p563 LL11-LL16
	【早期離床をはかる】	・体内挿入物の必要性や実際に確認できるものについては鏡などを使用して説明する（G）。	PADIS p31 L18-20	J-PAD p563 LR23-LR25
		・早期に医師やリハビリセラピスト（PT,OT,ST）とともに、ラウンドカンファレンスでリハビリプログラムの目標と内容を共有する（E）。		
		・全身状態や回復過程に応じてリハビリテーションを行う（G）。	PADIS p33 R20-22	
		・検査や他の処置がある場合には、離床実施のタイミングを調整して不必要な体力の消耗を予防する（G）。	PADIS p38 Table 2 PADIS p38 L7-8 PADIS p38 L16-19	
		・実施可能なADLの拡大（リハビリテーションの評価基準としてADL:FIMがある）を図るように援助する（E）。		
【早期離床をはかる】	・ベッド上安静時でも、体位変換時などに定期的にROMを実施する（I）。	PADIS p33 R41-44		
	・患者とリハビリテーション・モビライゼーション（離床、ADL拡大など）に対する目標を共有し実施する（E）。			
	・可能であれば家族にも立ち会ってもらい、離床の進行を共有し家族の反応から意欲につなげる（I）。	PADIS p16 R43-45 PADIS p26 R4-9		

（備考）

①いずれかのガイドラインに直接的な記述（キーワード含む）があるケア（文末にG表記）

②いずれかのガイドラインに直接的な記述はないが、解釈可能であるせん妄ケア（文末にI表記）

③いずれかのガイドラインに関連する記述はないが、2施設のリゾン精神科チームに実践することが害ではないことを確認してもらい、当委員会がせん妄ケアとして実践可能と判断するケア（文末にE表記）

表2. せん妄発症後ケアリスト

【カテゴリ】	【サブカテゴリ】	看護師が日常的に実践可能なケア	PADIS	J-PAD
【現状認知に合わせた説明】	【オリエンテーションにより現状認知を促す】	・勤務交代時など担当看護師であることを伝える(G)。「担当の〇〇です、宜しくお願いします」と名のる(E)。	PADIS p31 L36-R1	
		・テレビやラジオの観賞を促す(I)。テレビ、または壁に時計を設置する。朝、昼、夜+適宜「今の時になります」と伝える。意識レベルの確認として人、時間、場所を質問し答えをもらう。眼鏡や補聴器を持ってきてもらう(I)。	PADIS p31 L37-38	
		・不安や不快の理由によっては鏡を利用して現状を目視してもらう(I)。	PADIS p31 L37	
		・家人に対し面会時にせん妄についての説明をし、可逆性のものであることや対応の注意点などをオリエンテーションする(I)。必要であれば看護師の対応を見る(E)。	PADIS p31 R8-R14	
		・現在時刻の説明を、昼あるいは午前〇時と表現の抽象度を理解に応じて変える(I)。	PADIS p31 L37	
	【認知レベルに応じてコミュニケーションを変える】	・「担当看護師の〇〇です」と交代時以外にも意識レベルの確認時に伝える(I)。	PADIS p38 Table2	
		・視線が合っていない時間が長い時は、「病院です。病気が治しましょうね」と簡潔に状況を伝える(I)。理解や反応に応じてICUであること、入院までの経過、詳細な情報を増やしていく(I)。	PADIS p31 L37	
		・基本的に丁寧語(日本文化)でコミュニケーションをはかる(I)。	PADIS p31 L37	
		・方言などの風土的な特徴を生かして会話を変化させる(I)。	PADIS p38 Table2	
		・認知レベルや状況(挿管中など)に合わせて、短文や文字盤・筆談でコミュニケーションをとる(E)。		
【訴えを傾聴し安心感を与えるケア】	【不安や訴えを傾聴する】	・必要時マスクやキャップ、ゴーグルを外して穏やかな表情を見せながらコミュニケーションをとる(E)。		
		・筆談やYes-Noで答えられる場合には「心配なことはないか」を確認する(I)。	PADIS p31 L37	
		・筆談や読唇などで会話ができても解釈できず、患者がいら立ち始めた気がしたら気分転換(あそび・リフレッシュ・レクリエーション、関心を別に向け、逃避、回避)を促す(I)。	PADIS p31 R30-32	
	【安心感を与えるように関わる】	・不安を推察し、「〇〇が心配なんですか」と確認する(I)。	PADIS p31 L37	
		・恐怖、不安(落ち着かない)といった感覚や情動への理解を伝える(E)。		
		・訴えを否定せず、まずは話を聞く。その中で正しい状況や情報を伝達する(I)。	PADIS p31 L38-39	
		・(カーテンで仕切る、他ベッドでの環境音、モニター音量など)傾聴に適した静かな環境となるよう調整をする(E)。		
		・「〇〇がいるように見えるんですね」と患者が体験していることを言語化した伝える(E)。		
		・自分には見えない(聞こえない)ことを、驚きや不思議そうな表現で伝える(E)。		
		・「実は〇〇は看護スタッフなんですよ、〇〇に会いたいからそう見えているのかもしれないね」など現実に即した説明をする(E)。		
【快・ニード充足の促進と不快・苦痛の緩和】	【身体的苦痛を緩和する】	・思い込みを否定せず、不安の原因を一緒に確認する(E)。		
		・(預かり物品・バッグの中身、棚の中身、時間など)不安や恐怖の個別性のある要因を、入院までの経過や生活背景などからアセスメントし確認する(E)。		
		・ニーズを満たすようチームで支援していくことを伝える(I)。	PADIS e848 L23-27	
		・種やかなゆったりとした口調で接する(I)。	PADIS e848 L23-27	
	【ニードを充足する】	・視線の高さを合わせる(E)。		
		・必要時PPE(マスクやキャップ、ゴーグルなど)を外して対応する(E)。		
		・必要時タッチングを行う(E)。		
		・痛み・鎮静評価ツールを用いて評価する(G)。プロトコル(アセスメント運用型)に従って薬物の投与量を調整する(E)。	PADIS e837 L34-40	
		・不穏な動きがある場合には、苦痛・不快感の場所や原因をアセスメントし、患者に確認する。(I)	PADIS e837 L43-47	
		・苦痛の場所や原因がわかれば、それに即した対応をする。	PADIS e835 R22-27	
【快感覚を促すケアを取り入れる】	・反応がはっきりしない場合はアセスメントした痛みの原因を取り除くためのケア(例)マッサージや姿勢の変更を行い反応から苦痛の原因と対応をさらに検討する(E)。* try&mistake (悪いことでなければやってみる)			
	・抑制帯は使用する場合は、抑制による身体的苦痛がある場合やせん妄が増強している場合は除去し、見守り対応する(I)。	PADIS e842 L37-42		
	・ライン類は最小限にする(G)。	PADIS e854 Table 2		
	・患者のニード(欲求)が具体的にできれば支援内容も具体的に伝える(I)。例「娘さんが夕方きてくれますよ」「命はたすかりましたよ」など	PADIS e848 L23-27		
	・不快なものを探り除去する(I)。	PADIS e854 Table2		
	・飲水、口腔ケア、掛物調整を行う(I)。	PADIS e854 Table2		
【日常生活・セルフケアを取り戻すケア】	【サーカディアンリズムを整える】	・ポシニング、マッサージ(痛みへマッサージの記載はある)など先回りしたニード(欲求)充足を行う(E)。		
		・可能な範囲でニードを充足するが、対応できない場合は提案を提案する(E)。		
		・患者の反応から楽な姿勢を推察し調整する(無目的な動きが減少したり、うとうとしたりする姿勢を探す)(E)。		
		・掛物や室温などで寒暖を調整する(G)。	PADIS e854 Table2	
	【家族や友人の面会を促す】	・照明を調整する(G)。患者の好みを取り入れる(E)。	PADIS e854 Table2	
		・洗髪をする(E)。		
		・うがいをする(I)。	PADIS e854 Table2	
		・音楽を流す(G)。患者の好みを取り入れる(E)。	PADIS e848 L23-27	J-PAD p560 R117-20
		・音楽を流す(G)。患者の好みを取り入れる(E)。	PADIS e833 R21-22	
		・快の感覚が不明瞭な場合はコミュニケーションの中から探す(E)。		
【セルフケアを促す】	・「気持ちいい」と表現できるようなケア(清拭・手足浴・など)を施行する(E)。			
	・マッサージを取り入れる(I)。	PADIS e833 R21-22		
	・患者の生活リズムに合わせて照明を調節する。			
	・照明を調節する(G)。その際、患者の生活リズムを考慮する(E)。	PADIS p42 R21-27	J-PAD p561 L14-8	
	・日中覚醒時はテレビやラジオの観賞を促す(E)。	PADIS p38 L5-R10		
	・おはよう、おやすみなどの時間感覚を刺激する挨拶をする(I)。	PADIS p38 Table2		
	・時計・カレンダーなどの設置(G)。	PADIS p31 L20-27		
	・夜間の環境調整を行う(音・明るさ・掛物など)(G)。	PADIS p31 L37-44		
	・可能であればブラインドをあけ、日光を取り入れる(I)。	PADIS p42 R21-27	J-PAD p561 L14-8	
	・必要時、薬剤の使用について医師の指示を確認する(I)。	PADIS p38 L5-R10		
・医師とリハビリセラピスト(PT,OT,ST)とともにラウンドカンファレンスでリハビリプログラムの目標と内容を共有し、計画的にリハビリを開始する(I)。	PADIS p38 Table2			
・日中はリハビリ・気分転換(散歩など)を取り入れ起床時間を延長する(G)。	PADIS p31 L20-27	J-PAD p561 L16-7		
・できるだけ早期から多職種(主にPT)によるリハビリを開始できるよう指示を依頼する(G)。	PADIS p31 L37-44	J-PAD p563 L112-13		
・家族の写真や装飾ものを部屋に飾る(I)。	PADIS p37 R31-p38 R4	J-PAD p564 L12-R1		
・家人より家での生活情報を入力し、ケアスケジュールを調整する(E)。	PADIS p31 L20-27	J-PAD p564 L12-R1		
・好きな音楽を日中スケジュールに取り入れる(G)。TV番組・趣味(日記・読書など)も検討する(G)。	PADIS p31 L37-44			
・同居の家族や子供、親、兄弟までは面会を許可する(I)。	PADIS p31 L20-27	J-PAD p564 L12-R1		
・仕事で面会時間内に来れない場合には時間外面会を許可する(I)。	PADIS p31 L37-44			
・患者や家族の希望があれば友人(重要他者)の面会を許可する(I)。	PADIS p26 R5-10			
・家人に面会に関する不安がある場合は、看護師が付き添い説明を加える(I)。	PADIS p26 R5-10			
・必要時は面会時間の延長する(E)。	PADIS p26 R5-10			
・乳幼児(孫)の面会が必要な場合は、可能な限りできるように調整する(E)。				
・(横向きやずれ落ちた体を頭側へ挙げるときなど)体位変換の際に動けるところまで自分で動いてもらう(E)。(横向きやずれ落ちた体を頭側へ挙げるときなど)				
・清拭・整髪・更衣・移乗など、可能な範囲で自分で行うよう支援する(E)。				
・できなかったことができるようになった場合は承認して、患者にセルフケアに対する自信を持てるよう関わる(E)。				

(備考)

- ①いずれかのガイドラインに直接的な記述(キーワード含む)があるケア(文末にG表記)
- ②いずれかのガイドラインに直接的な記述はないが、解釈可能であるせん妄ケア(文末にI表記)
- ③いずれかのガイドラインに関連する記述はないが、2施設のリエゾン精神科チームに実践することが害ではないことを確認してもらい、当委員会がせん妄ケアとして実践可能と判断するケア(文末にE表記)

表3. せん妄離脱後ケアリスト

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	看護師が日常的に実践可能なケア	PADIS	J-PAD
【現状認知に合わせた説明】	【オリエンテーションにより現状認知を促す】	・勤務交替時に担当看護師であることを伝える(G)。	PADIS p31 L36-R1 PADIS p38 Table2	
		・これから(自分の勤務時間帯もしくはその日の)スケジュールを伝える(I)。	PADIS p31 L36-R1	
		・手術が終わったことなど最近の状況を意図的に説明する(I)。	PADIS p31 L36-R1 PADIS p38 Table2	
	【認知レベルに応じてコミュニケーションを変える】	・バイタルサイン測定の一環として意識レベル・覚醒鎮静深度・せん妄尺度を使用しながらコミュニケーションを取り、せん妄尺度や意識レベルにあわせて対応する(G)。 ・状態に応じて指示内容を変更する(セルフケアができる方に、セルフケアを促進する等)(I)。 ・認知レベルによって、患者に対する指示量を変更する(I)。	PADIS p27 L15 PADIS p31 L37 PADIS p31 L37 PADIS p31 L37	
【訴えを傾聴し安心感を与える介入】	【不安を増強させない関わり】	・不安への配慮をしつつ、具体的に表現できるようであれば傾聴する(E)。 ・医療者側が言い換えをすることで不安内容の具体化を試みて、成功した場合および認知レベルに応じて説明を行う(G)。	PADIS P38 Table2 PADIS P31 L37-43	
		・記憶が曖昧な部分についての不安は、どの部分はわかっている、どこから曖昧なのかを整理しながら聞く(E)。 ・恐怖体験などは否定せずに受容姿勢で対応する(G)。	PADIS P38 Table2	
	【傾聴し安心感を与えるよう関わる】	・せん妄という状態であったことを説明する(E)。 ・一過性の症状で、かならずしも再発するわけではないことを説明する(E)。 ・せん妄期間中のできことに対して、罪悪感を持つ必要がないことを伝え、自尊心の維持とアイデンティティーの確保を保証する(E)。 ・精神疾患とは異なることを説明する(E)。		
		【せん妄以外の精神症状を評価する】	・認知症、抑うつ、その他精神疾患(PTSDなど)、脳器質的疾患、アルコール濫用との判別が必要かどうかを観察し、必要であれば精神科リエゾンチームの紹介を提案する(E)。 ・家族に家庭でどうであったかを確認できる場合には確認する(E)。	
【体験・記憶の確認と整理】	【体験・記憶の確認をする】	・療養経過の記憶の連続性が保たれているか確認する(意識レベル・覚醒鎮静レベルの確認とともに)(E)。 ・入院してからのことを覚えているか確認する(意識レベル・覚醒鎮静レベルの確認とともに)(E)。 ・日記の推奨。(E)		
	【記憶を整理する】	・記憶の流れ(せん妄前からせん妄後まで)を可能な範囲でストーリーを語ってもらう(E)。 ・記憶の断片化がよくある事だと説明する(E)。 ・個人の自尊心を保持する声かけを行う(失見当識による自尊心を障害しないよう配慮する)(E)。		
		【せん妄以外の精神症状を評価する】	・認知症、抑うつ、その他精神疾患(PTSDなど)、脳器質的疾患、アルコール濫用との判別が必要かどうかを観察し、必要であれば精神科リエゾンチームの紹介を提案する(E)。 ・家族に家庭でどうであったかを確認できる場合には確認する(E)。	
【日常生活リズムの再構築の促進】	【活動と休息のバランスを整える】	・医師とリハビリセラピストとともにラウンドカンファレンスでリハビリプログラムの目標と内容を共有する(I)。	PADIS p31 L10-27	J-PAD p564 L12-R1
		・申し送りやカルテで夜間の睡眠状況覚醒と睡眠の状況について情報を得る(I)。前日のリハビリの様子についても情報を得る(E)。 ・疲労度などを確認する(E)。	PADIS p40 L44-p40 R26	
		・個室や静かな環境への部屋移動を提案する。一静かな環境を提案する(G)。可能なら、個室を検討する(E)。 ・マッサージなど、快感覚のケアを実施する(G)。足浴、体を動かす、散歩などもある(E)。 ・睡眠を確保するための薬物の調整について医師の指示を確認する(I)。	PADIS p42 R21-27 PADIS p37 R31-p38 R4	
		・室内の照明の調整を行う(G)。	PADIS p42 R21-27	J-PAD p561 LI 4-8
	【日常生活のリズムを作る】	・音楽を利用する(I)。ラジオなども利用する(E)。	PADIS p15 L33-p16 L5 PADIS p44 R1-p45 L17	J-PAD p560 RI 17-20
		・清潔ケア介入のタイミングを調整する(I)。	PADIS p31 L10-27 PADIS p38 L5-R10 PADIS P38 Table2	
		・処置や検査・リハビリなどの時間を調整する(I)。	PADIS p31 L10-27 PADIS p38 L5-R10 PADIS P38 Table2	
	【生活行動の自立を促す】	・何ができることなのかを一緒に確認しながら支援する(E)。 ・現時点で実施可能な行動より、少し難易度の高い行動についても、トライできるか様子を見ながら促す(E)。 ・前回できなかったことも再度トライして見るように促す(E)。 ・日常生活行動の成功体験を積み重ね、自尊心の向上を図る(E)。		

(備考)

①いずれかのガイドラインに直接的な記述(キーワード含む)があるケア(文末にG表記)

②いずれかのガイドラインに直接的な記述はないが、解釈可能であるせん妄ケア(文末にI表記)

③いずれかのガイドラインに関連する記述はないが、2施設のリエゾン精神科チームに実践することが害ではないことを確認してもらい、当委員会がせん妄ケアとして実践可能と判断するケア(文末にE表記)