

1 意識レベルの変化

- (A) 反応がないか、(B) 何らかの反応を得るために強い刺激を必要とする場合は評価を妨げる重篤な意識障害を示す。もしほとんどの時間(A)昏睡あるいは(B)昏迷状態である場合、**ダッシュ(-)**を入力し、**それ以上評価は行わない。**
- (C) 傾眠あるいは、反応までに軽度ないし中等度の刺激が必要な場合は意識レベルの変化を意味し、**1点**である。
- (D) 覚醒、あるいは容易に覚醒する睡眠状態は正常を意味し、**0点**である。
- (E) 過覚醒は意識レベルの異常と捉え、**1点**である。

0,1

- ## 2 注意力欠如
- ：会話の理解や指示に従うことが困難。外からの刺激で容易に注意がそらされる。話題を変えることが困難。これらのいずれかがあれば**1点**。

0,1

- ## 3 失見当識
- ：時間、場所、人物の明らかな誤認、これらのうちいずれかがあれば**1点**。

0,1

- ## 4 幻覚、妄想、精神障害
- ：臨床症状として、幻覚あるいは幻覚から引き起こされていると思われる行動(例えば、空を掴むような動作)が明らかにある、現実検討能力の総合的な悪化、これらのうちいずれかがあれば**1点**。

0,1

- ## 5 精神運動的な興奮あるいは遅滞
- ：患者自身あるいはスタッフへの危険を予測するために追加の鎮静薬あるいは身体抑制が必要となるような過活動(例えば、静脈ラインを抜く、スタッフをたたく)、活動の低下、あるいは臨床上明らかな精神運動遅滞(遅くなる)、これらのうちいずれかがあれば**1点**。

0,1

- ## 6 不適切な会話あるいは情緒
- ：不適切な、整理されていない、あるいは一貫性のない会話、出来事や状況にそぐわない感情の表出。これらのうちいずれかがあれば**1点**。

0,1

- ## 7 睡眠・覚醒サイクルの障害
- ：4時間以下の睡眠。あるいは頻回な夜間覚醒(医療スタッフや大きな音で起きた場合の覚醒を含まない)、ほとんど一日中眠っている、これらのうちいずれかがあれば**1点**。

0,1

- ## 8 症状の変動
- ：上記の徴候あるいは症状が24時間のなかで変化する(例えば、その勤務帯から別の勤務帯で異なる)場合は**1点**。

0,1

合計点が 4点以上 であれば せん妄 と評価する。

1 急性発症または変動性の経過

基準線からの精神状態の急性変化？
または患者の精神状態が過去24時間で変動したか？

→ いいえ

せん妄なし
終了

↓ はい

2 注意力欠如

聴覚ASEまたは視覚ASEを実施する※

→ スコア
8点
以上

せん妄なし
終了

↓ スコア8点未満

3 意識レベルの変化(実際のRASS)

↓ RASSが0の場合、次のステップへ

→ RASS
0以外

せん妄あり
終了

4 無秩序な思考

1. 石は水に浮くか？(葉っぱは水に浮くか?)
2. 魚は海にいるか？(象は海にいるか?)
3. 1グラムは2グラムより重いか？
(2グラムは1グラムより重いか?)
4. 釘を打つのにハンマーを使うか？
(木を切るのにハンマーを使うか?)

→ エラー
2問
以上

せん妄あり
終了

指示：2本の指を上げてみせ、
同じことをさせる。
反対の手で同じことをさせる。

→ エラー
2問
未満

せん妄なし
終了

※

〈聴覚ASE〉

10の数字を1秒ごとに読み聞かせ、「1」を聞いたときに手を握りしめてもらう。

[例：2・3・1・4・5・7・1・9・3・1]

〈視覚ASE〉

webにて資料のダウンロード可。

<https://www.icudelirium.org/medical-professionals/delirium/monitoring-delirium-in-the-icu>

ステップ1：5枚の絵を1枚あたり3秒間ずつ見せて記憶してもらう。

ステップ2：ステップ1の5枚の絵と新しい5枚の絵を組み合わせた10枚の絵を見せ、
ステップ1で見た絵であれば首を縦に、新しい絵であれば首を横に振ってもらう。

〈聴覚ASE〉または〈視覚ASE〉を行い、正解数を「スコア」とする。

評価方法の指針

STEP.1 30秒間、患者を観察する。

これ(視診のみ)によりスコア **0** ~ **+4** を判定する。

STEP.2

1. 大声で名前を呼ぶか、開眼するように言う。
2. 10秒以上アイ・コンタクトができなければ繰り返す。以上2項目(呼びかけ刺激)によりスコア **-1** ~ **-3** を判定する。
3. 動きが見られなければ、肩を揺するか、胸骨を摩擦する。これ(身体刺激)によりスコア **-4**、**-5** を判定する。

参考: Curtis N, et al. : The Richmond Agitation-Sedation Scale. Am J Respir Crit Care Med, 2002, 166, p1338-44

スコア	用語	説明	
+4	好戦的な	明らかに好戦的な、暴力的な、スタッフに対する差し迫った危険	
+3	非常に興奮した	チューブ類またはカテーテル類を自己抜去; 攻撃的な	
+2	興奮した	頻繁な非意図的な運動、人工呼吸器ファイティング	
+1	落ち着きの ない	不安で絶えずそわそわしている、しかし動きは攻撃的でも活発でもない	
0	意識清明な 落ち着いている		
-1	傾眠状態	完全に清明ではないが、呼びかけに10秒以上の開眼及びアイ・コンタクトで応答する	呼びかけ刺激
-2	軽い鎮静状態	呼びかけに10秒未満のアイ・コンタクトで応答	
-3	中等度鎮静状態	呼びかけに動きまたは開眼で応答するがアイ・コンタクトなし	
-4	深い鎮静状態	呼びかけに無反応、しかし、身体刺激で動きまたは開眼	身体刺激
-5	昏睡	呼びかけにも身体刺激にも無反応	

[SAS] Sedation-Agitation Scale

スコア	状態	説明
7	危険なほど興奮	気管チューブやカテーテルを引っ張る。ベッド柵を越える。医療者に暴力的。ベッドの端から端まで転げ回る。
6	非常に興奮	頻回の注意にもかかわらず静まらない。身体抑制が必要。気管チューブを噛む。
5	興奮	不安または軽度興奮。起き上がろうとするが、注意すれば落ち着く。
4	平静で協力的	平静で覚醒しており、または容易に覚醒し、指示に従う。
3	鎮静状態	自然覚醒は困難。声かけや軽い揺さぶりで覚醒するが、放置すれば再び眠る。簡単な指示に従う。
2	過度に鎮静	意思疎通はなく、指示に従わない。自発的動きが認められることがある。目覚めていないが、移動してもよい。
1	覚醒不能	強い刺激にわずかに反応する、もしくは反応がない。意思疎通はなく、指示に従わない。

(Riker RR*1 から日本語訳についての許諾を得た布宮が日本語化。筆頭著者の承認済み)

*1: Riker RR, et al.: Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. Crit Care Med, 1999, 27, p1325-9

日本集中治療医学会, J-PAD ガイドライン作成委員会 編: 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, 2016, p47

[BPS] Behavioral Pain Scale

項目	説明	スコア
表情	穏やかな	1
	一部硬い(たとえば、まゆが下がっている)	2
	全く硬い(たとえば、まぶたを閉じている)	3
	しかめ面	4
上肢	全く動かない	1
	一部曲げている	2
	指を曲げて完全に曲げている	3
	ずっと引っ込めている	4
呼吸器との同調性	同調している	1
	時に咳嗽、大部分は呼吸器に同調している	2
	呼吸器とファイティング	3
	呼吸器の調整がきかない	4

(Payen JF *2 から日本語訳についての承諾済み)

*2: Payen JF, et al.: Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med, 2001, 29, p2258-63.

日本集中治療医学会, J-PAD ガイドライン作成委員会 編: 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, 2016, p14

[CPOT] Critical-Care Pain Observation Tool

指標	状態	説明	点
表情	筋の緊張が全くない	リラックスした状態	0
	しかめ面・眉が下がる・眼球の固定、まぶたや口角の筋肉が萎縮する	緊張状態	1
	上記の顔の動きと眼をぎゅっとするに加え固く閉じる	顔をゆがめている状態	2
身体運動	全く動かない (必ずしも無痛を意味していない)	動きの欠如	0
	緩慢かつ慎重な運動・疼痛部位を触ったりさすったりする動作・体動時注意をはらう	保護	1
	チューブを引っ張る・起き上がろうとする・手足を動かす/ばたつく・指示に従わない・医療スタッフをたたく・ベッドから出ようとする	落ち着かない状態	2
筋緊張 (上肢の他動的屈曲と伸展による評価)	他動運動に対する抵抗がない	リラックスした	0
	他動運動に対する抵抗がある	緊張状態・硬直状態	1
	他動運動に対する強い抵抗があり、最後まで行うことができない	極度の緊張状態あるいは硬直状態	2
人工呼吸器の順応性 (挿管患者)	アラームの作動がなく、人工呼吸器と同調した状態	人工呼吸器または運動に許容している	0
	アラームが自然に止まる	咳きこむが許容している	1
	非同調性：人工呼吸の妨げ、頻回にアラームが作動する	人工呼吸器に抵抗している	2
発声 (抜管された患者)	普通の調子で話すか、無音	普通の声で話すか、無音	0
	ため息・うめき声	ため息・うめき声	1
	泣き叫ぶ・すすり泣く	泣き叫ぶ・すすり泣く	2

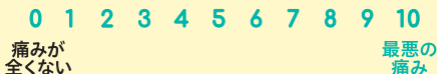
(Gélinas C*3 から日本語訳についての許諾を得た、名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期課程看護学専攻 山田章子氏のご好意による。これは信頼性・妥当性を検証中の暫定版である)

*3: Gélinas C, et al.: Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators. Clin J Pain, 2007, 23, p497-505

日本集中治療医学会, JPAD ガイドライン作成委員会 編: 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, 2016, p14

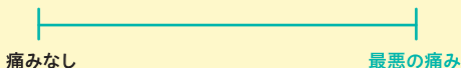
[NRS] Numerical Rating Scale

痛みを0から10の11段階に分け、痛みが全くないものを0、考えられるなかで最悪の痛みを10として、痛みの点数を問う方法



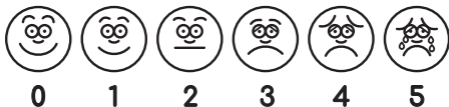
[VAS] Visual Analogue Scale

100mmの線の左端を「痛みなし」、右端を「最悪の痛み」とした場合、患者の痛みの強さを表すところに印を付けてもらう方法



(参考) FPS Faces Pain Scale

現在の痛みが一番合う顔を選んでもらうことで痛みを評価する



(参考) **GCS** Glasgow Coma Scale

項目	説明	スコア
開眼 (eye opening, E)	自発的に開眼	4
	呼びかけにより開眼	3
	痛み刺激により開眼	2
	なし	1
最良言語反応 (best verbal response, V)	見当識あり	5
	混乱した会話	4
	不適當な発語	3
	理解不明の音声	2
	なし	1
最良運動反応 (best motor response, M)	命令に応じて可	6
	疼痛部へ	5
	逃避反応として	4
	異常な屈曲運動	3
	伸展反応(除脳姿勢)	2
	なし	1

正常ではE、V、Mの合計が15点、深昏睡では3点となる。

Teasdale G, et al.: Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet, 1974, 2, p81-4

(参考) **JCS** Japan Coma Scale

項目	説明	スコア
Ⅲ. 刺激をしても 覚醒しない状態 (3桁の点数で表現) (deep coma, coma, semicoma)	痛み刺激に全く反応しない	300
	痛み刺激で少し手足を動かしたり 顔をしかめる	200
	痛み刺激に対し、払いのける ような動作をする	100
Ⅱ. 刺激すると 覚醒する状態 (2桁の点数で表現) (stupor, lethargy, hypersomnia, somnolence, drowsiness)	痛み刺激を加えつつ呼びかけを 繰り返すと辛うじて開眼する	30
	大きな声または体を揺さぶる ことにより開眼する	20
	普通の呼びかけで容易に開眼する	10
Ⅰ. 刺激しないでも 覚醒している状態 (1桁の点数で表現) (delirium, confusion, senselessness)	自分の名前、生年月日が言えない	3
	見当識障害がある	2
	意識清明とは言えない	1

注) R: Restlessness (不穏)、I: Incontinence (失禁)、A: Apallic state
またはAkinetic mutism

たとえば30Rまたは30不穏とか、20Iまたは20失禁として表す。

太田富雄 他: 急性期意識障害の新しいgradingとその表現法. (いわゆる
3-3-9度方式) 第3回脳卒中の外科研究会講演集, 1975, p61-9