

CAPDは0歳から使用できるせん妄アセスメントツールです。8つの項目を看護師の勤務時間(8-12時間)の様子から0-4で評価します。年齢により患児の行動が異なるためAnchor Pointsを参考に評価をしてください。表紙の二次元コードに詳細なAnchor Pointsを紹介しています。

Anchor Points			
8週齢		2歳	
1. 世話してくれる人とアイコンタクトが出来ますか?	一度もない 4	自分の正中線を横切って動く、世話をしてくれる人や物を目で追う。試験者が手で持ったものを注目する。	視線を保つ。親を好む。話す人を見る。
2. 目的のある行動をしますか?	めったにない 3	差し出された物を左右対照的な動きで、逆らわずにつかもうとする。	手を差し出して物を取ろうとする。姿勢を変えようとする。動ければ立ち上がろうとする。
3. 周囲の状況に関心がありますか?	ときどきある 2 よくある 1	頭を縦に振ったり、ベルの音に眉をひそめたり、優しく話しかけると表情が明るくなったり、笑顔になる。	他の家族よりもまず親を好む。気に入った世話してくれる人から離されると動揺する。お気に入りの毛布や動物のぬいぐるみなどの慣れ親しんだ物に癒やされる。
4. 要求と欲求を伝えていますか?	いつも 0	お腹がすいた時や不快な時に泣く。	3-4語文や身振りを使い示す。自分でトイレに行きたいと示すことがある
5. 落ち着きがないですか?	一度もない 0	おだやかな状態が継続しない。	おだやかな状態が継続しない
6. なぐさめられないですか?	めったにない 1	ゆする、歌う、授乳する、心地よくすることでなだめることができない。	普段の方法でなだめることができない。例)歌う、抱っこする、話しかける、本を読む(痼癪をおこしても、落ち着かせることはできる)
7. 活動性が低下していませんか?起きている間、動きが少なくなっていますか?	ときどきある 2 よくある 3	目的を持って握る、頭や腕を動かすことがほとんどない。例えば、不快なものを押しのけるなどをしない。	より複雑に遊び、起き上がろうとし、周りを動き回することはほとんどない。もしできたとしても立ったり、歩いたり、ジャンプすることはほとんどない。
8. 関わりに反応するのに時間がかかりますか?	いつも 4	関わりへの反応に、喃語を話す、笑う、見つめることをしない。	1-2段階の簡単な命令に従わない。話せる場合でも、より複雑な指示に従わない。

Hoshino H et al : Development of the Japanese version of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium. Acute Med Surg. 2017 Oct 3;5(1) : 98-101. より作図

翻訳と評価 : 星野晴彦、松石雄二郎、下條信威、榎本有希、城戸崇裕、井上貴昭
筑波大学 医学医療系 救急・集中治療医学分野

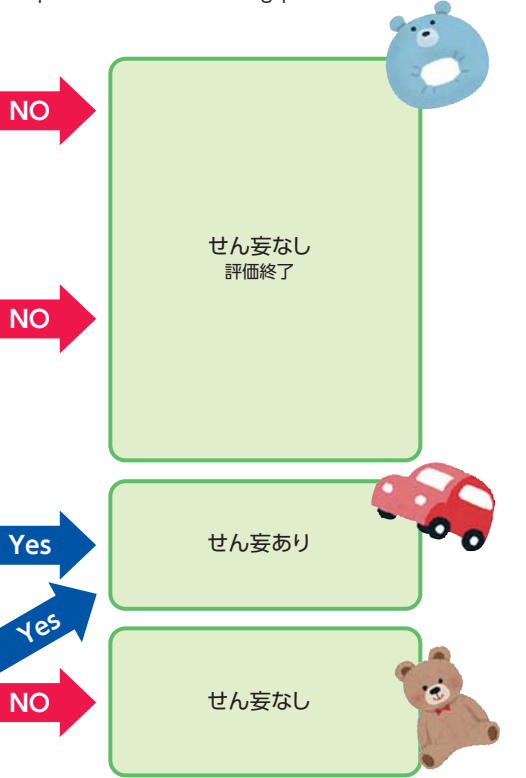
psCAM-ICUは簡便に小児のせん妄を評価できるツールです。本ツールは視線で追うという点に着目しているため、6ヶ月以上の患児を対象としています。使用する絵は右記よりダウンロード出来ます。

Preschool CAM-ICU せん妄=1+2+(3 or 4)

症候1：精神状態変化の急性変動または変動性の経過 1.精神状態がその子の基準から急に変化しているか?(Yes or No) 2.精神状態が24時間以内に変動したか?(Yes or No) 症候1でどちらかの質問がYesであるならば→症候2へ Yes	NO
症候2：注意力欠如 患児にそれぞれの絵を見るように口頭で促しながら、<u>顔の前から一方へゆっくり動かす</u>。 そして次の絵に切り替え繰り返し反対側に動かす(10枚)。 1.患児は3回以上のエラーをしましたか?(エラー＝目を開けているがカードが目に入らない) 2.あなたの絵による評価の大部分において、患児は目を開けているのが困難でしたか?(患児は評価している間、少なくとも評価の半分の時間は目を開けている必要がある。たとえ8枚上の絵に注意を向けたとしても、目を開けているように声掛けが絶えず必要ならば、注意力欠如とみなす) →症候2でどちらかの質問がYesであるならば→症候3へ進む Yes	NO
症候3：意識レベルの変化 1.現在、患児は意識レベルの変化があるか?(覚醒していない、穏やかでない) →当てはまるならば終了→せん妄あり →当てはまらないならば症候3はない→症候4へ進む Yes	Yes
症候4：混乱した脳 1.患児は睡眠覚醒サイクル障害があるか?(以下のいずれか一つでも当てはまるか) 日中のほとんどで眠っている。入眠するのが困難である。刺激しても容易に起きない。夜は少しの時間しか眠らない。 →当てはまるならば→せん妄あり NO	NO

Matsuishi Y et al : Development of the Japanese version of the Preschool Confusion Assessment Method for the ICU. Acute Med Surg. 2017 Sep 15 : 5(1) : 102-105. より作図

http://www.icudelirium.org/docs/ped_Delirium-Card-Set_RASS_9-2016.pdf
10枚の絵のうち、5枚はミラーシートを使用します。評価の方法は下記のURLから動画を閲覧することが出来ます。
<http://www.icudelirium.org/pediatric.html>



小児アセスメントツール



監修：井上 貴昭 先生
筑波大学医学医療系 救急・集中治療医学 教授
榎本 有希 先生
筑波大学附属病院 救急・集中治療部 病院講師
日本語版作成：星野 晴彦 先生
松石 雄二郎 先生
筑波大学人間総合科学研究科疾患制御医学



各スケールの詳細はこちらをご覧ください。
<http://www.md.tsukuba.ac.jp/clinical-med/e-ccm/research/PedTool/pedtool.html>

SBS

State Behavioral Scale

SBSは患児の鎮静状況を評価するスケールです。表にある項目のうち、もっとも当てはまる状態を-3から+2で評価します。

-3	反応なし	自発的な呼吸努力がみられない
		咳をしない、もしくは吸引時のみ咳き込む
		侵害刺激に反応しない
		ケア提供者に注意を向けることができない
-2	侵害刺激に反応	[侵害刺激を含む]いかなる処置にも苦痛を示さない
		動かない
		自発呼吸だが、まだサポートされた呼吸である
		吸引/体位変換時に咳き込む
-1	やさしいタッチもしくは声に反応	侵害刺激に対し反応がみられる
		ケア提供者に注意を向けることができない
		侵害的な処置を嫌がりそうだ
		動かない/時折四肢を動かす、もしくは体をずらす
0	覚醒し、おとなしくしていることができる	自発呼吸だが、サポートされない呼吸は無効である
		吸引/体位変換により咳き込む
		タッチ/声に反応する
		注意を払うことができるが、刺激をやめると眠ってしまう
+1	落ち着きがなく、おとなしくしていることが難しい	処置に苦痛を示す
		刺激をやめ、慰めるようなタッチや呼びかけを行うと落ち着くことができる
		時折四肢を動かす、もしくは体をずらす
		時折四肢を動かす、もしくは体をずらす

0	覚醒し、おとなしくしていることができる	自発呼吸で有効な呼吸をしている
		体位変換時に咳き込む/時々自発的に咳き込む
		声に反応する/外的な刺激なしで反応する
		ケア提供者に自発的に注意を向ける
1	落ち着きがなく、おとなしくしていることが難しい	処置を嫌がる
		刺激をやめ、慰めるようなタッチや呼びかけを行うと落ち着くことができる
		時折四肢を動かす、もしくは体をずらす/体動が増加する(落ち着きがない、もぞもぞとしている)
		自発呼吸で有効な呼吸をしている/人工呼吸器での呼吸が困難である
2	不穏	時折、自発的に咳き込む
		声に反応する/外的な刺激なしで反応する
		いつの間にか寝入る/ケア提供者に自発的に注意を向ける
		安全でない行動が時々ある
3	不穏	5分間試しても、相変わらずおとなしくすることができない/なだめることができない
		体動の増加(おちつきがない、もぞもぞとしている)
		人工呼吸器での呼吸は困難であるかもしれない
		自発的に咳き込んでいる
4	不穏	反応するために外的な刺激を必要としない
		ケア提供者に自発的に注意を向ける
		安全ではない(気管チューブを噛む、ラインを引っぱる、一人にできない)
		なだめることができない
5	不穏	体動の増加(落ち着きがない、もぞもぞとしているまたは左右にのたうち回る、足をばたつかせる)

Curley, M. A. Q. et al. State Behavioral Scale (SBS): A sedation assessment instrument for infants and young children supported on mechanical ventilation. Pediatric Critical Care Medicine, 7(2), 107-114, 2006. より著者の許可を得て逆翻訳法を使用し翻訳
翻訳と評価：星野晴彦¹、榎本秀明²
1.筑波大学 医学医療系 救急・集中治療医学分野 2.筑波大学 附属病院ICU

RASS

Richmond Agitation-Sedation Scale

RASSは成人集中治療領域で使用されていますが、患児にも使用することができる鎮静スケールです。

スコア	用語	記述
4	闘争的	明らかに闘争的であるか、暴力的である。スタッフへの危険が差し迫っている
3	強い不穏	チューブまたはカテーテルを引っ張ったり抜いたりする。または、スタッフに対して攻撃的な行動がみられる。
2	不穏	頻繁に目的のない動きがみられる。または、人工呼吸器との同調が困難である。
1	落ち着きがない	不安、あるいは心配そうであるが、動きは攻撃的であったり、激しく動くわけではない。
0	意識が清明で穏やか	
-1	傾眠	完全に清明ではないが、声に対し持続的に開眼し、アイコンタクトがある(10秒を超える)。
-2	浅い鎮静	声に対し短時間開眼し、アイコンタクトがある(10秒未満)。
-3	中等度の鎮静	声に対してなんらかの動きがある(しかし、アイコンタクトがない)。
-4	深い鎮静	声に対し動きはみられないが、身体刺激で動きがみられる。
-5	覚醒せず	声でも身体刺激でも反応はみられない。

評価方法
1.・患児を観察する。患児は意識が清明で穏やかか?(score 0)
・患児は落ち着きがない、あるいは不穏とされるような行動がみられるか?(score +1～+4, 上記のクライテリアの記述を参照)
2.・もし患児が覚醒していない場合、大きな声で患児の名前を呼び、開眼し、こちらを見るように指示する。必要であればさらに一回繰り返す。こちらを持続的に見るよう促す。
・開眼し、アイコンタクトがとれ、それが10秒を超えて継続するのなら、score -1
・開眼し、アイコンタクトがとれるが、それが10秒を超えて続かないのなら、score - 2
・声に対しなんらかの動きがあるが、アイコンタクトがとれないのなら、score -3
3.・患児が声に反応しない場合、肩をゆすり、それに反応がなければ、胸骨を圧迫する。
・これらに対し動きがみられるのならば、score - 4
・声にも身体刺激にも反応しないのならば、score - 5

FLACC

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FLACCスケールは簡便に痛みを評価できるツールです。客観的に患児の痛みを評価し数値化することができるため、疼痛の増減をアセスメントすることが出来ます。

カテゴリー	スコアリング		
	0	1	2
表情	無表情または笑顔	時折しかめっ面、眉を潜めている、うつむく、無関心	頻繁または持続的なしかめっ面、歯ざしり、戦慄
下肢	正常肢位またはリラックス	落ち着きがない、じっとしていられない、緊張	足を蹴る、突っ張る
活動性	おとなしく横になっている。正常位、容易に動く	じっとしていない、体位変換を繰り返す、緊張	反り返る、硬直する、ひきつけ
啼泣	泣いていない	うめく、めそめそ泣く、時折苦痛を訴える	泣き続ける、悲鳴をあげる、泣きじゃくる、不満を訴え続ける
安静度	満足している、リラックス	時々、タッチングや抱っこ、声かけをすると落ち着く、注意散漫になることもある	慰めたり、安心させたりすることが困難

それぞれの分類は0-2点で点数化され、合計0-10点の行動スコア評価となる
0点=リラックスし快適
1-3点=軽度の不快感
4-6 =中等度の痛み
7-10 =重度の不快感/痛み

Matsuichi Y et al：Verifying the validity and reliability of the Japanese version of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) Behavioral Scale. PLoS One. 2018 Mar 13；13(3)：e0194094. より作図
翻訳と評価：松石雄二郎、星野晴彦、下條信威、榎本有希、城戸崇裕、井上貴昭
筑波大学 医学医療系 救急・集中治療医学分野

WAT-1

The Withdrawal Assessment Tool-1

WAT-1は重症患児のオピオイド、ベンゾジアゼピンの薬物離脱症状を評価するスケールです。11項目を12点満点で評価し、3点以上で離脱症状が陽性となります。

12時間前からの患児記録からの情報	ゆるい便/水様便	なし=0 ある=1
	嘔吐/むかつき/吐き気	なし=0 ある=1
	体温>37.8℃	なし=0 ある=1
2 分 間 の 刺激 前 の 観察	興奮状態	SBS≤0か、覚醒/睡眠/穏やか=0 SBS≥+1か、覚醒/不快=1
	振戦	なし/軽度=0 中等度/重度=1
	発汗(わずかも)	なし=0 ある=1
1 分 間 の 刺激 観 察	まとまりのない運動/反復運動	なし/軽度=0 中等度/重度=1
	あくび/くしゃみ	1回以下=0 2回以上=1
	タッチにびっくりする様子	なし/軽度=0 中等度/重度=1
刺激 後 の 回復	筋緊張	正常=0 増加=1
	平穏な(穏やか)状態(SBS≤0)に戻るまでの時間	2分未満=0 2-5分=1 5分超=2

- WAT-1は、オピオイドもしくはベンゾジアゼピンが遷延(5日を超えるなど)して注射、もしくは持続投与された患児を、薬剤の減量が始まった日から評価する。最後の投与から1日2回72時間評価する。
- The Withdrawal Assessment Tool(WAT-1)はSBSと共に少なくとも12時間ごとに繰り返し評価するべきである。(8:00と20:00±2時間など)。SBS評価に用いる刺激は離脱症状を観察する刺激として使用可能。

Curley et al. State behavioral scale: A sedation assessment instrument for infants and young children supported on mechanical ventilation. Pediatr Crit Care Med 2006；7(2)：107-114. より著者の許可を得て逆翻訳法を使用し翻訳
翻訳と評価：星野晴彦¹、松石雄二郎、下條信威、榎本有希、城戸崇裕、井上貴昭
筑波大学 医学医療系 救急・集中治療医学分野

