

早期リハビリテーションに つなげるスケールの活用

自治医科大学附属病院 集中治療部

集中ケア認定看護師

神山淳子

リハビリテーションとは

- Re : 『再び』
- habilis : 『適した ふさわしい』

再び、適した状態になること

早期リハビリテーションはなぜ必要？

消化器尿路系

便秘
尿路結石

心血管系

起立性低血圧
静脈血栓症
循環血液量減少

内分泌代謝系

電解質異常
糖耐能異常

心理的

無気力
うつ状態
睡眠障害

皮膚

褥瘡

呼吸器系

無気肺
下側肺障害

筋骨格系

筋力低下
筋萎縮
関節拘縮

安静による弊害（廃用障害）は山ほど・・・

J-PADガイドラインでは・・・

CQ：ICUにおいて、せん妄の発現抑制あるいは期間短縮を目的に早期リハビリテーション介入を行うべきか？

A：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介入を推奨する(+1B)

本日の内容

- 当施設の早期離床プロトコルからスケールの活用を考える
 - ー離床を安全に進めるためには？
 - ー何を評価するために、どんなスケールが必要？
- 痛みスケールの活用
- 鎮静スケールの活用
- せん妄スケールの活用
- 評価ツールを現場で取り入れるために

当施設の・・・

早期離床プロトコルから
スケールの活用を考える

これまでの離床に対する取り組み

- ベッド上での四肢の関節運動（関節硬縮予防）
- 頭部拳上は30度が精一杯
- 看護師によって、の取り組みに差がある
- 無気肺ができてしまうと・・・
意を決して端座位に

なぜ、離床が進まないのか？

- 循環・呼吸状態が心配
- 時間がない
- マンパワーが不足
- 転倒やライン類の誤抜去など危険
- 患者の拒否 など

安全に離床が進められることが必要

早期離床プロトコル

LEVEL I	LEVEL II	LEVEL III	LEVEL IV	LEVEL V
RASS-3以下またはRASS+2以上	RASS-2～+1	RASS-1～+1	RASS 0～+1 <ul style="list-style-type: none"> 視線を合わせて返答できる 従命できる 	RASS 0～+1 <ul style="list-style-type: none"> 視線を合わせて返答できる 従命できる
a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 * 上下肢のMMTが3以上であればレベルIIIへ	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 d. 端座位 (最低20分) 1回/日 * 上下肢のMMTが4以上であればレベルIVへ	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 d. 端座位 (最低20分) 1回/日 e. 立位 1回/日 * 立位で数回足ふみが可能であればレベルVへ	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 d. 端座位 e. 立位 f. 車椅子への移乗 (最低20分/日)

Morris PT, Goad A, Thompson C et al: Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure, Crit Care Med, 2008; 36(8), p2238-2243. を参考に作成

早期離床プロトコル

LEVEL I	LEVEL II	LEVEL III	LEVEL IV	LEVEL V
RASS-3以下またはRASS+2以上	RASS-2～+1	RASS-1～+1	RASS 0～+1 <ul style="list-style-type: none"> 視線を合わせて返答できる 従命できる 	RASS 0～+1 <ul style="list-style-type: none"> 視線を合わせて返答できる 従命できる
a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 * 上下肢のMMTが3以上であればレベルIIIへ	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 d. 端座位 (最低20分) 1回/日 * 上下肢のMMTが4以上であればレベルIVへ	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 d. 端座位 (最低20分) 1回/日 e. 立位 1回/日 * 立位で数回足ふ	a. 他動的関節可動域運動2回/日 b. 2時間毎の体位変換 c. 床上座位 (最低20分) 3回/日 d. 端座位 e. 立位 f. 車椅子への移乗 (最低20分/日)

まず、RASSで評価し、レベルを選択

早期離床プロトコル

【中止基準】 *実施中の中断も含む

自覚症状：Borgスケール6点以上、めまい、息切れ、動悸、胸部不快、疼痛の増強、疲労

呼吸：呼吸パターンの変調、SpO₂95%未満
⇒呼吸数<5回/分または40回/分が5分以上続く、
88%未満の状態が5分以上続く
人工呼吸器との非同調性が著しい

循環：SBP20mmHg以上の上昇が持続する、またSBP30mmHg 以上の低下や起立性低血圧の自覚症状、STの上昇または低下、不整脈の増加または新たな不整脈の出現
⇒血圧低下、収縮期血圧>180mmHgが5分以上続く、
脈拍数<50回/分または脈拍数>130回/分が5分以上続く

意識：不安や興奮の増強

その他：病状の悪化、合併症の徴候

早期リハビリテーション安全に すすめるために

バイタルサイン
・血液データ
など

- ✓ 病状の安定
- ✓ 痛みの管理
- ✓ 不穏・鎮静管理
- ✓ せん妄管理

痛みスケール

せん妄評価
ツール

鎮静スケール

判断基準
評価スケールの活用

早期リハビリテーションを進める上での・・・

痛みスケールの活用

J-PADガイドライン

＜痛みの発現＞

- 安静時や通常のケアにおいても患者は日常的に「痛み」を感じている (B)

Painの定義

- 実際に何らかの組織損傷が起こったとき、または組織損傷を起こす可能性があるとき、あるいはそのような損傷の際に表現される、不快な感覚や情動体験

International Association for the Study of Pain(IASP)

痛みとは

体験している人のものである

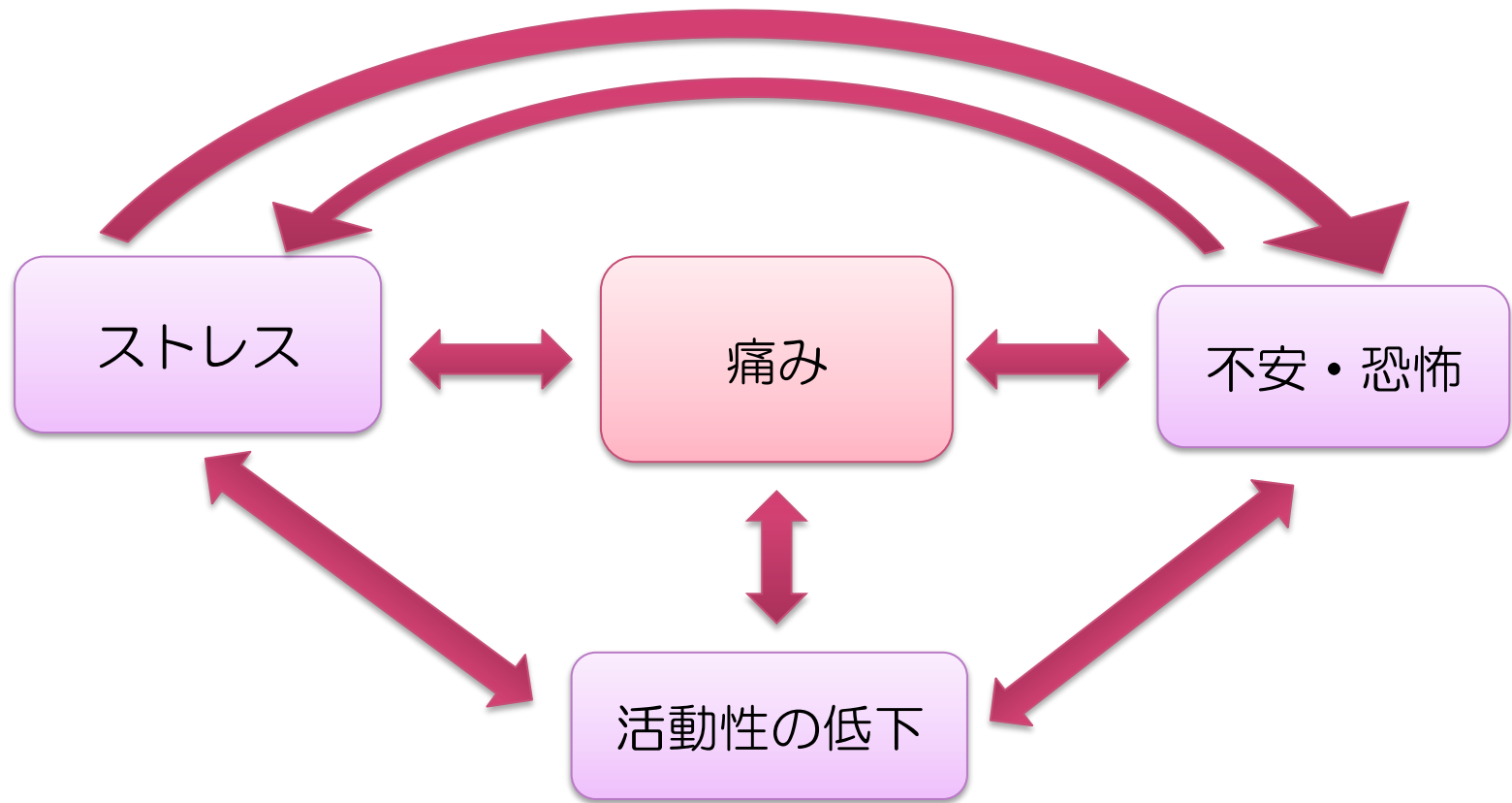
こころ

からだ

感覚

体験

痛みはリハビリテーションの 妨げになる



痛みを評価し、適切な介入をする

早期離床プロトコルの効果

	対照群 (n=48)	介入群 (n=38)	P値
頭部拳上60度(日数)	4.8±1.3	2.6±1.2	<0.0001
立位(%)	2	55.2	<0.0001
歩行(%)	0	13.1	0.009
せん妄発症率(%)	33.3	36.8	0.73
せん妄の持続期間(日数)	0.7±0.1	0.8±0.2	0.65
VAP発症率(/1000人工呼吸管理日数)	19.4	5.6	0.26
人工呼吸管理日数(日)	4.2±1.2	4.6±1.9	0.85
ICU入在室日数(日)	5.6±0.3	5.7±0.4	0.63

- プロトコルは、早期離床に有効であった。
- プロトコルを使っても、離床が進まなかった患者って????

プロトコルを導入しても 離床が進まなかったのはなぜ？

- 介入群38人中、頭部挙上60度に4日以上かかった患者2人に共通していたこと。



- BPS 5以上が数回ある。
- 咽頭痛を訴えている。

痛みの存在

J-PADガイドライン

＜痛みの評価＞

- 人工呼吸の有無に関わらず患者が痛みを
 - 自己申告できる；NRS, VAS
 - 自己申告できない；BPS, CPOT (B)

視覚連続尺度

(Visual Analogue Scale, VAS)

- 10cmの長さの直線の左端を「痛みは全くない」とし、右端を「耐えられない痛み」とする。
- 現在の痛みがどのあたりに相当するかを示してもらい、痛みの強さを評価する。

痛みは
全くない

耐えられない
痛み



数字的評価尺度

(NRS ; Numerical Rating Scale)

- 痛みが全くない状態を0，耐えられない強い痛みを10として現在の痛みに相当する数字を報告してもらおう。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛みは
全くない

耐えられない
痛み

Behavioral Pain Scale : BPS

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
人工呼吸器 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 JF³⁾から日本語訳について承諾済み)

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.
日集中医誌, 2014, 21(5):542-549.

The Critical-Care Pain Observation Tool : C-CPOT

項目	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
呼吸器との同調性(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	咳き込むが許容している	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	普通の調子で話すか, 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 C³⁾ から日本語訳についての承諾を得た、名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後記課程専攻、山田章子氏のご好意による。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。日集中医誌。2014. 21(5) : 542-549.

J-PADガイドライン

<痛みの評価>

- NRS > 3 ・ VAS > 3,
BPS > 5 ・ CPOT > 2
は、患者の痛みの存在を示すため、何らかの
介入基準とすることを推奨する (B)

痛みのスケールを使えばOK？

- 痛みの場所は？
- どんな時に痛みは強くなる？
- 痛みによる影響はない？

痛みの変化を経時的に捉えること！
適切な介入をすること！

事例1

食道腫瘍術後2日目、昨日抜管している。
BP125/62mmHg,HR82bpm,洞調律、呼吸数12回/分。
PCEAにて痛み管理中。

昨日、床上坐位をしたところ、痛みの増強を訴え
(NRS 6)、5分程度で中断している。臥床により
痛みは軽減(NRS 3)した。その後は、床上坐位を
促すが、拒否があり実施していない。

S:昨日は、起き上がったら痛みが強くなった。
まだリハビリは無理なんじゃないかな～。

事例1

食道腫瘍術後2日目、昨日抜管している。
BP125/62mmHg,HR82bpm,洞調律、呼吸数12回/分。
PCEAにて痛み管理中。

昨日、床上坐位をしたところ、痛みの増強を訴え
(NRS 6)、5分程度で中断している。臥床により
痛みは軽減(NRS 3)した。その後は、床上坐位を
促すが、拒否があり実施していない。

S: リハビリテーションをする？
 痛みはどうする？

どんな状態か？

- 術後の創部痛（侵害受容性痛）がある。
- 体動により、痛みが増強している。
- 痛みが増強した経験により、リハビリテーションに不安を感じている。



痛みの経験が痛みの閾値を低下
リハビリテーションへの恐怖心

痛みの介入

- 今の痛みを評価
 - リハビリテーション前に、鎮痛剤の投与
 - リハビリテーション中の痛みの評価
 - 鎮痛剤追加投与の検討
-
- 患者にリハビリテーションと痛みの管理について説明、患者とともに鎮痛剤投与のタイミングを検討

評価のタイミング

- 各勤務で4回以上＋**随時**

痛みを訴えたとき

何らかの介入後

処置の前・中・後

離床ケアの前・中・後

など・・・

J-PADガイドライン

< 痛みの治療 >

- 医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師、理学療法士など、患者管理に関わる全ての職種が、共通の痛み評価スケールを使用して定期的・継続的に評価を行うことを推奨する (+2C)

そのとき、患者の近くにいたスタッフが評価する
その評価を皆で共有する

痛みの質を評価する

- どんな痛み？
- 持続的な痛み？
- 断続的な痛み？

患者へのインタビューも大切

痛みスケール活用のまとめ

- 痛みの評価には共通のスケールを用いる
- 痛み評価は、こまめに実施する
- 痛みによる影響を知る
リハビリテーションへの影響はあるか
- 患者に関わるすべての職種が痛みスケールを知り、使えることが理想
- 痛みの質の評価も大切

早期リハビリテーションを進める上での・・・

鎮静スケールの活用

鎮静の適応

- 患者の快適性・安全性の確保
（不安・不穩の防止）
- 酸素消費量・基礎代謝量の減少
- 換気の改善と圧外傷の減少 など

鎮静



眠らせること

深鎮静はリハビリテーションの 妨げになる

- 鎮静スケールにて、適切な鎮静深度を保つ
 - 👉 モニタリングが必要
- すきあならば、鎮静剤投与を中止する
 - 👉 苦痛が軽減できていることが必要

J-PADガイドライン

<鎮静深度とモニタリング>

- RASSとSASが成人患者の鎮静深度および鎮静の質を評価する上で、最も有用である(B)

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Score	用語	説明
+4	戦闘的	明らかに戦闘的または暴力的；職員にも直接的な危険
+3	非常に興奮	チューブやカテーテルを引っ張る，職員にもけんか腰
+2	興奮	無目的な動きが多く，人工呼吸器と合わない
+1	落ち着きない	不安げであるが，暴力的な動きはない
0	覚醒し，落ち着いている	
-1	うとうとしている	呼びかけに応じて目を合わせ，10秒以上持続する
-2	軽度鎮静	呼びかけに目を合わせるが，10秒以上持続できない
-3	中等度鎮静	呼びかけに反応するが，目を合わせられない
-4	深い鎮静	呼びかけに反応しないが，身体的刺激で体動がある
-5	応答なし	呼びかけにも身体的刺激にも反応しない

判定方法：30秒間，患者を観察する。

- 1) 覚醒していれば，動きがあるかどうか（0～+4）
- 2) 覚醒していなければ，名前を呼んで，こちらを向くようにさせる（-1～-3）
- 3) 呼名に反応がなければ肩を揺するなどの刺激を与える（-4～-5）

Sedation Agitation Scale (SAS)

Score	状態	
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 ベッドの端から端へ転げ回る
6	非常に興奮	度重なる注意にもかかわらず静まらない 身体の抑制が必要, 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, 声かけや軽いゆ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	強い刺激によってわずかに反応する, あるいは反応しない 意思は通じない, 命令には従わない

(Riker RR⁶) から日本語訳についての許諾を得た布宮が日本語化。筆頭著者の承諾済み)

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¹⁰。

日集中医誌。2014。21(5)：542-549。

J-PADガイドライン

<鎮静深度とモニタリング>

- 人工呼吸管理中は、「毎日鎮静を中断する」あるいは「浅い鎮静深度を目標とする」プロトコルのいずれかをルーチンに用いることを推奨する(+1B)

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Score	用語	説明
+4	戦闘的	明らかに戦闘的または暴力的；職員にも直接的な危険
+3	非常に興奮	チューブやカテーテルを引っ張る，職員にもけんか腰
+2	興奮	無目的な動きが多く，人工呼吸器と合わない
+1	落ち着きない	不安げであるが，暴力的な動きはない
0	覚醒し，落ち着いている	
-1	うとうとしている	呼びかけに応じて目を合わせ，10秒以上持続する
-2	軽度鎮静	呼びかけに目を合わせるが，10秒以上持続できない
-3	中等度鎮静	呼びかけに反応するが，目を合わせられない
-4	深い鎮静	呼びかけに反応しないが，身体的刺激で体動がある
-5	応答なし	呼びかけにも身体的刺激にも反応しない

判定方法：30秒間，患者を観察する。

- 1) 覚醒していれば，動きがあるかどうか（0～+4）
- 2) 覚醒していなければ，名前を呼んで，こちらを向くようにさせる（-1～-3）
- 3) 呼名に反応がなければ肩を揺するなどの刺激を与える（-4～-5）

Sedation Agitation Scale (SAS)

Score	状態	
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 ベッドの端から端へ転げ回る
6	非常に興奮	度重なる注意にもかかわらず静まらない 身体の抑制が必要, 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, 声かけや軽いゆ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	強い刺激によってわずかに反応する, あるいは反応しない 意思は通じない, 命令には従わない

鎮静プロトコル例



こんなことありませんか？

目標の鎮静レベルに達しない。



鎮静剤の投与量を増やし続け・・・



痛みの存在

J-PADガイドライン

<鎮痛優先の鎮静>

- 人工呼吸管理中の成人患者では、鎮痛を優先に行う鎮静法 (analgesia-first sedation)を行うことを推奨する(+2B)

痛みと鎮静はセットで考える

夜間の鎮静管理がリハビリテーションに 影響を与える

- 鎮静深度のこまめな評価
過鎮静を防ぐ
- 使用している鎮静剤の特徴を知る。
 - ミダゾラム・・・48～72時間以上持続投与で覚醒が遅延しやすい。
 - プロポフォール・・・投与終了後の覚醒は30分以内
 - デクスメトミジン・・・生理的睡眠に類似した鎮静
- 患者の特性を考慮する
 - 腎機能・肝機能・年齢
 - 鎮静薬投与終了後、覚醒までにどれくらいの時間を要するか

こんなことありませんか？

目標の鎮静レベルに達するまでは、こまめに評価



鎮静剤の投与量を増やし続け



深鎮静になっていた！！

鎮静評価のタイミング

- 各勤務で4回以上＋**随時**

離床ケアの前・中・後
夜間、鎮静剤を投与する前
目標鎮静レベルに到達するまで30分毎
目標鎮静レベルに到達後2～3時間毎
鎮静剤投与終了後
など

日中は覚醒が理想的！！

すきあらば鎮静剤をOFFしてみる
RASS 0、SAS 4を目指す

鎮静スケール活用のまとめ

- 鎮静には共通の評価スケールを用いる
- 鎮静評価はこまめに実施
- できるだけ浅い鎮静
- 日中はRASS 0、SAS 4を目標とし、活動を促す

せん妄アセスメントツール の活用

せん妄とは？

- 急性可逆性の精神障害
- 意識レベルの変化、注意力障害、認知・知覚障害される病態
- 短期間で出現し、日内変動をきたす傾向がある
- 睡眠障害、情緒障害（恐怖・不安・うつ・無感情・多幸感など）をきたす場合もある

せん妄のリスク因子

<患者特性>

年齢 性別
アルコール
喫煙
など

<慢性疾患>

認知症
心疾患
呼吸器疾患
など

<環境>

環境の変化
活動性低下
身体拘束
など

<急性疾患>

発熱 禁食
多数の点滴
鎮静薬
チューブ・カテーテル
など

せん妄は3つの型がある

過活動型

不穏症状が目立つ

低活動型

落ち着きがある
倦怠感

混合型

過活動型、低活動型
が混在する

せん妄は、早期リハビリテーションの 妨げになる

- 不穏症状が強く危険（過活動型せん妄・混合型せん妄）
- 活気がない、やる気がない（低活動型せん妄）

せん妄を予防する
せん妄を早く見つける
せん妄の早期終息

J-PADガイドライン

<せん妄検出とモニタリング>

A：CAM-ICUとICDSC は， ICU患者に最も妥当性と信頼性のあるせん妄モニタリングツールである (A)

The Confusion Assessment Method for The ICU : CAM-ICU

RASS-3~+4の時CAM-ICUを用いて、せん妄の評価をする

所見1: 急性発症または変動性の経過

所見2: 注意力欠如

「今からあなたに10の数字を呼んで聞かせます。あなたが数字1を聞いたときは常に私の手を握りしめることで示してください」

3つ以上の不正解

所見3: 意識レベルの変化(RASS 0以外)

所見4: 無秩序な思考

- ・石は水に浮くか？
- ・魚は海にいるか？
- ・1gは2gより重いか？
- ・釘を打つのにハンマーを使用しても良いか？

2つ以上の不正解

所見1+所見2+所見3、または所見4
を満たす場合はせん妄陽性

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

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示し, 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。

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。これらのうちいずれかがあれば1点。

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。

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ると思われる行動 (例えば, 空を掴む様な動作) 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。

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防するために追加の鎮静剤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, あるいは臨床上あき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。

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。

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1日中眠っている, これらのうちいずれかがあれば1点。

8. 症状の変動

上記徴候あるいは症状が24時間の中で変化する (例えば, その勤務帯から別の勤務帯でことなる) 場合は1点。

4点以上の場合せん妄と評価する

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。日集中医誌。2014。21(5)

評価のタイミング

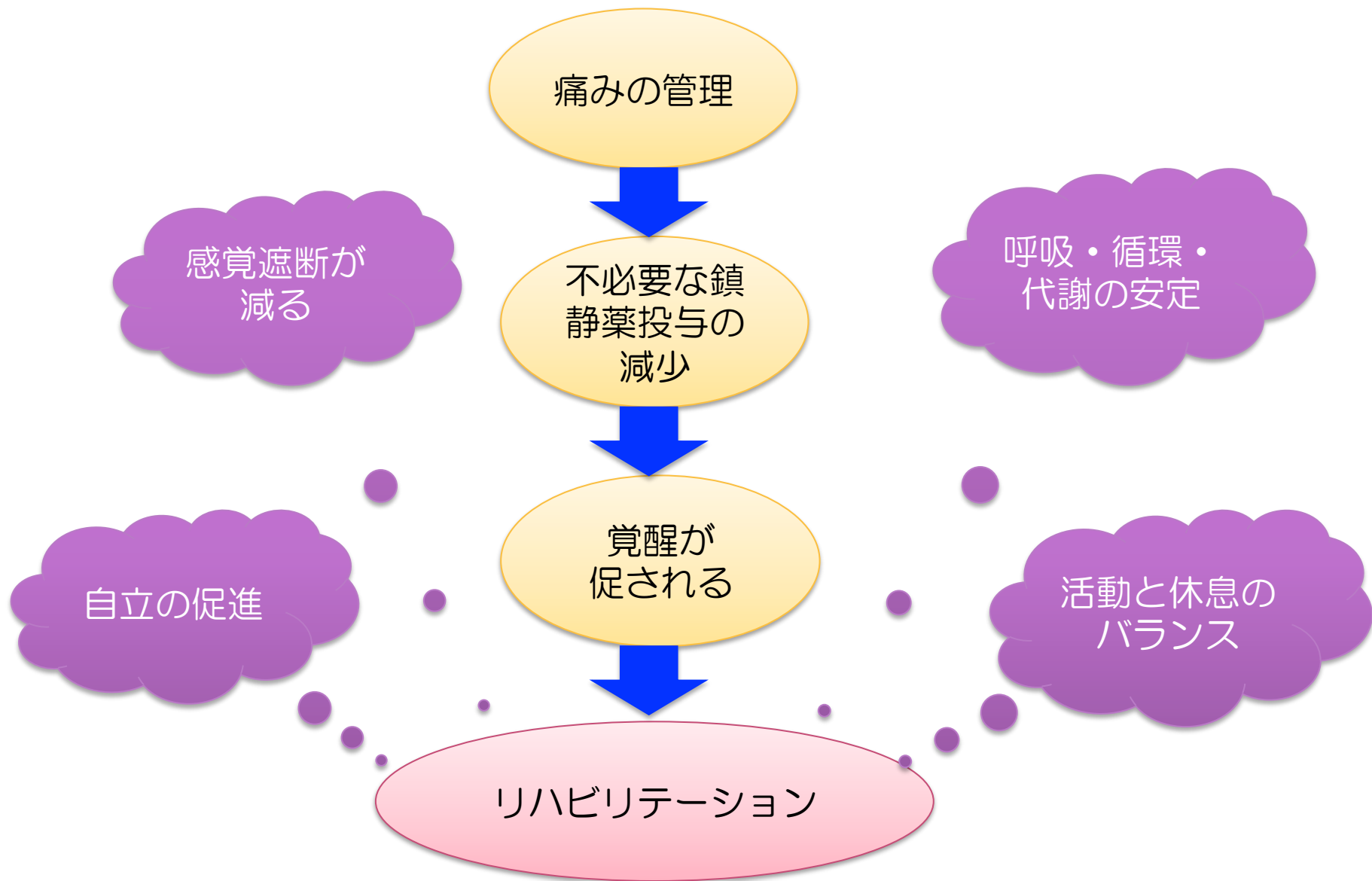
- 各勤務帯ごと＋随時

例) 日中 寝る前 朝起きてから

せん妄予防と早期終息に向けて

- 患者特性を知る
- 情報提供
- 全身状態の管理
（呼吸・循環・代謝・栄養を整える）
- 苦痛を緩和する
- 感覚遮断を減らす
- 環境を整える
- 生活のリズムを整える
（活動と休息のバランス）

早期リハビリテーションは せん妄予防に効果がある？！



せん妄アセスメントツール活用 のまとめ

- せん妄を見逃さないために、共通のツールを用いる。
- 各勤務帯ごとに、評価をする。
- 予防と早期終息のために、包括的な介入をする

評価ツールやプロトコルを
現場で取り入れるために

J-PADガイドライン

＜ガイドライン実践を促すための対策と教育＞

- 患者アウトカムを改善するため、ガイドラインに沿ったプロトコルを各施設で作成し遵守することを推奨する。 (+1B)

プロトコル導入の前に・・・

まず、現状把握！

痛み管理はどうしている？

鎮静管理はどうしている？

施設の特徴は？

プロトコル導入のために

- チーム作り
- 面倒でも、プレテスト
- スタッフへのオリエンテーションの実施

プロトコルは・・・ 取り入れてからが大切

- 導入後の実施状況の確認
治療や看護に活かしている？
- 意見交換の場をもつ
困っていることは？
- 疑問や不安、不満には丁寧^に、迅速^にに対応
- 導入に関わるすべての職種間で、問題を共有する
- 評価

最後に・・・

- 痛みスケール、鎮静スケールの使用
- まずは、鎮痛を・・・
- できるだけ浅い鎮静または鎮静の中断
- 早期リハビリテーションがせん妄を予防する

患者の快適性・安全性の確保

文献

- 1) 日本集中治療医学会J-PADガイドライン作成委員会：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,日集中医誌, vol21, p539-579, 2014
- 2) Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al, Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale, Crit Care Med 2001;29:2258-63.
- 3) Gélinas C, Johnston C, Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators. Clin J Pain 2007;23:497-505.
- 4) 日本呼吸療法医学会：人工呼吸中の鎮静のためのガイドライン, 人工呼吸, Vol.24, No.2, p.147-166, 2008.
- 5) Riker RR, Picard JT, Fraser GL. Prospective evaluation patients. Crit Care Med 1999;27:1325-9.
- 6) 布宮伸：重症患者の痛み・不穏・せん妄実際どうする？, 羊土社, 2015