

「ICU 患者のフィジカルアセスメント」正誤表

書籍「ICU 患者のフィジカルアセスメント」中の表に誤りがございました。関係者の皆様には謹んでお詫び申し上げますとともに、該当の表を差し替え、訂正いたします。

第 1 章 ⑨せん妄のアセスメント

P.55 表 2 ICDSC

訂正内容：表そのものが引用もととして明記されている文献とは異なる文献から引用したものとなっていることから、以下の表に表全体を差し替えさせていただきます。

表 2 Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

このスケールはそれぞれ 8 時間のシフトすべて、あるいは 24 時間以内の情報に基づき完成される。
 明らかな徴候がある = 1 ポイント
 アセスメント不能、あるいは徴候がない = 0 ポイントで評価する。それぞれの項目のスコアを対応する空欄に 0 または 1 で入力する。

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、それ以上評価を行わない。 (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。	点
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。	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。	点
4	幻覚、妄想、精神異常 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。	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。	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。	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。	点
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。	点
合計		点

合計 4 点以上をせん妄ありとする。

Bergeron, N. et al. Intensive Care Delirium Screening Checklist : evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med. 27(5), 2001, 859-64.

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：卯野木健*、水谷太郎**、櫻本秀明***

*聖路加看護大学、**筑波大学大学院人間総合科学研究科、***筑波大学附属病院 ICU