

簡単アンケート第19弾：鎮静

(2012年9月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

アンケート作成者：細川 康二（京都府立与謝の海病院 麻酔科）

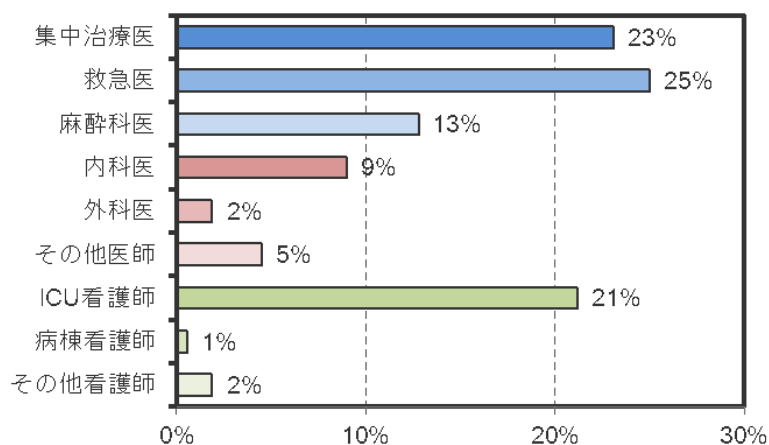
対象：挿管患者の鎮静に関わることのある医師・看護師

ICUにおける鎮静は、依然施設間の格差が大きいと予想されています。看護師の調整する幅から使用する薬剤まで、大きな隔たりがありそうなので、簡単に調べて情報を共有したいと思います。

細川 康二（京都府立与謝の海病院 麻酔科）

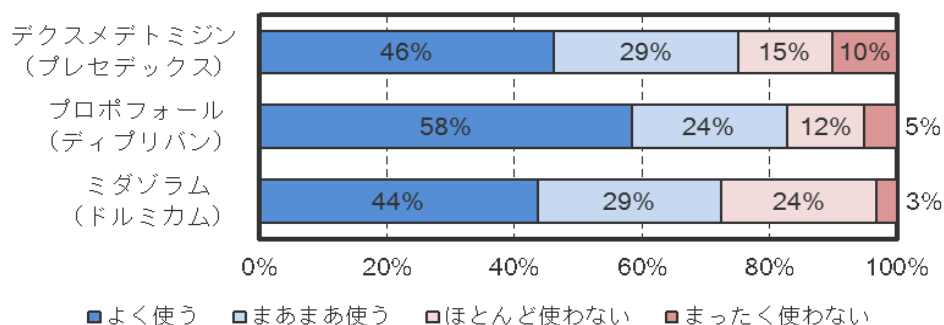
回答者数：156名

質問1. あなたの職種はなんですか？



質問2-6では、鎮静に使用する薬剤について、あなたの意見を教えてください。

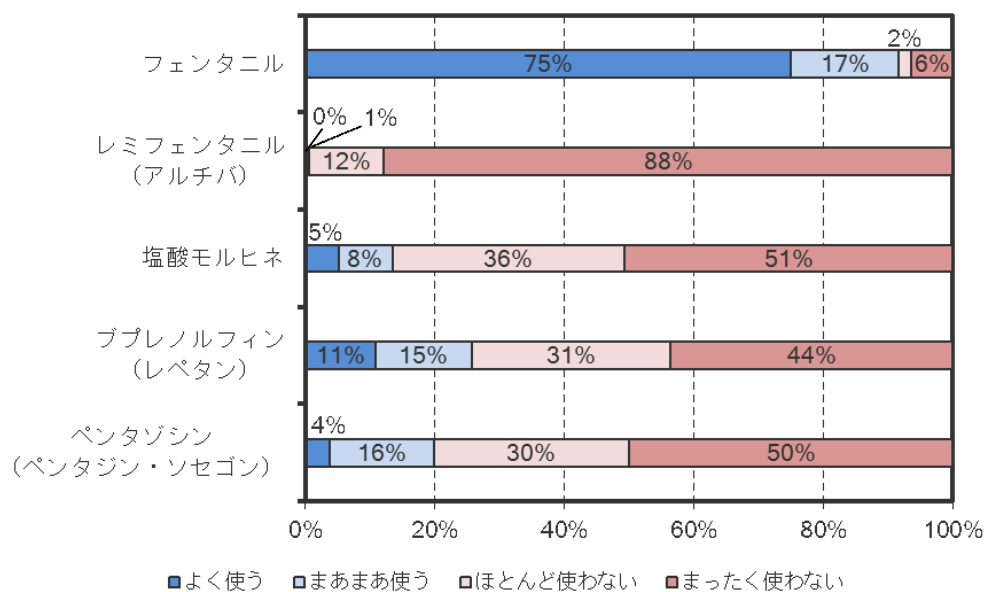
質問2. 気管挿管患者に対し、以下の鎮静薬を使用しますか？



*その他（具体的に記載）回答者3名

- 鎮静をそもそも使わないことがある。
- フェンタニル
- トリクロロール、エスクレ

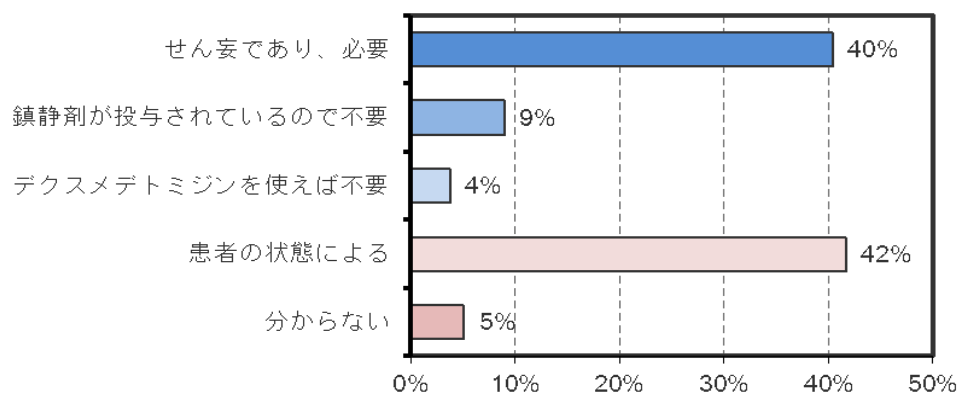
質問 3. 非手術後の挿管患者に対し、以下の鎮痛薬を使用しますか？



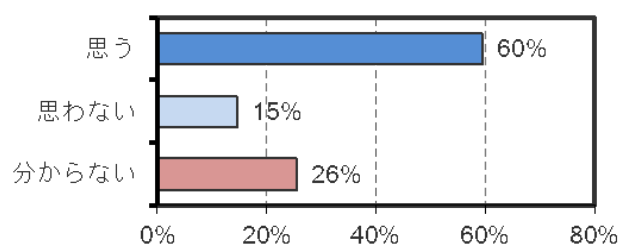
*その他（具体的に記載）回答者 3名

- ロピオン
- プロポフォール、ミダゾラム
- カフ用キシロカインなど

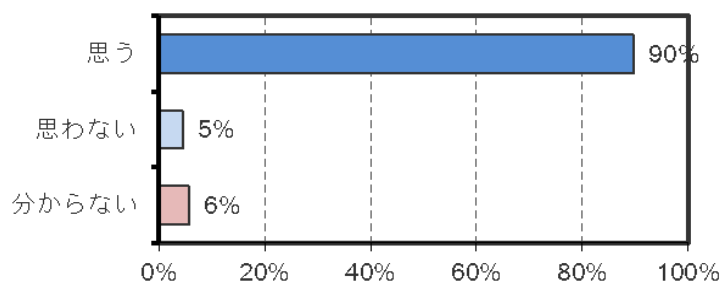
質問 4. 鎮静剤投与中の挿管患者をせん妄と診断した場合、ハロペリドール（セレネース注）などの向精神薬は必要だと思いますか？



質問 5. 薬剤の使用パターンにより患者の生命予後は変わるとおもいますか？

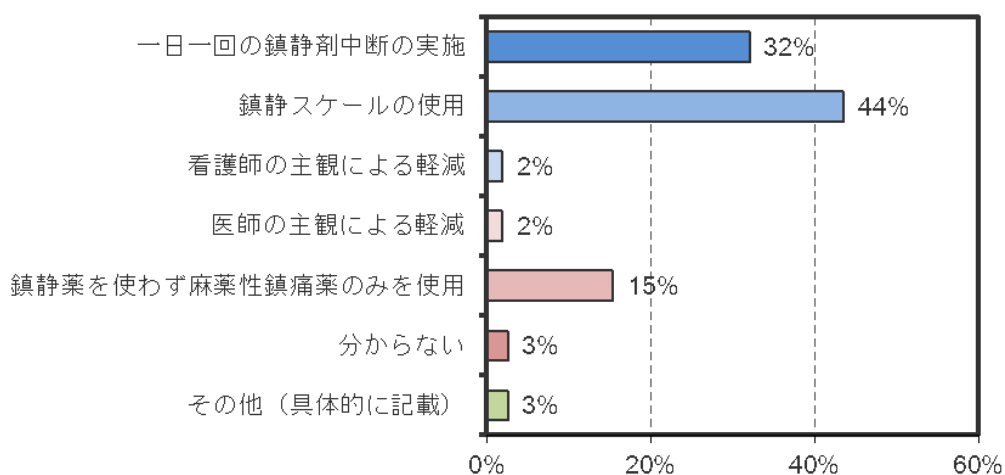


質問 6. 薬剤の使用パターンにより人工呼吸期間は変わるとおもいますか？



質問 7-10 では、鎮静の方法について、あなたの意見を教えてください。

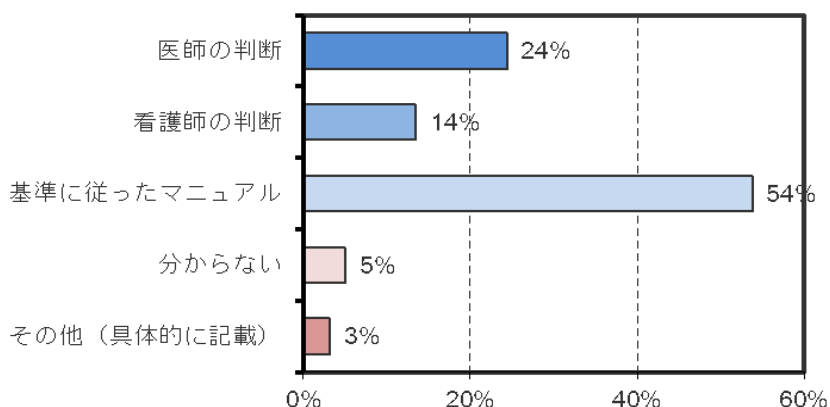
質問 7. 鎮静軽減策（不必要な鎮静剤の投与を減らす）として最適なものはなんだと思いますか？



*その他（具体的に記載） 回答者 4 名

- 日中は鎮静剤をできるだけ減らす、ミダゾラムなど離脱に時間を要する鎮静薬の投与量をなるべく減らす、鎮痛薬の必要十分な投与、その患者に必要な鎮静レベルを毎日医師と看護師で検討する。
- 定期的な鎮静深度カンファ。
- 鎮静薬以外の鎮静手段を考慮する。
- pain first

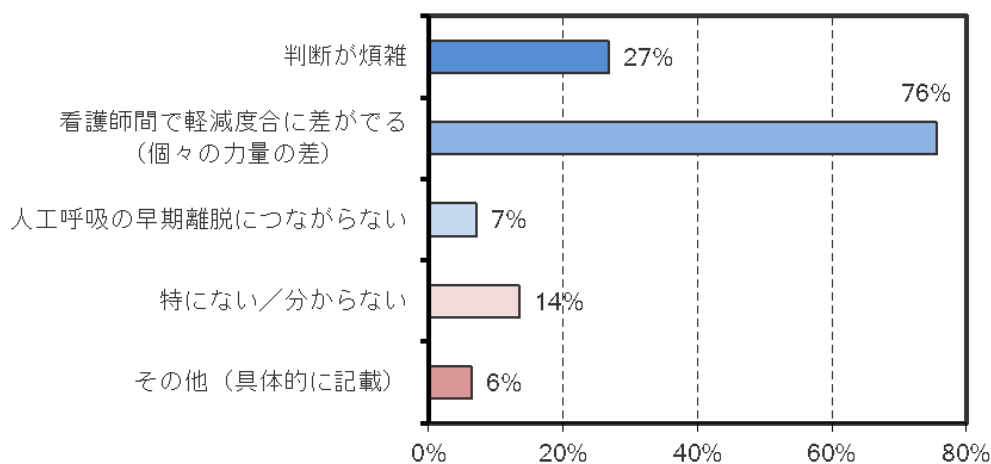
質問 8. 鎮静軽減策を開始する際の判断として最適なものはなんだと思いますか？



*その他（具体的に記載）回答者 5 名

- チーム医療
- 多職種による合意
- 医師、看護師のディスカッション（どのようなタイミングで鎮静薬を中止するか・・・再開の判断・・・など）
- スタッフ全員の意識
- 開始基準は存在しない。

質問 9. 鎮静スケールを用いた看護師による鎮静軽減策の問題点は何だと思いますか？（複数回答可）



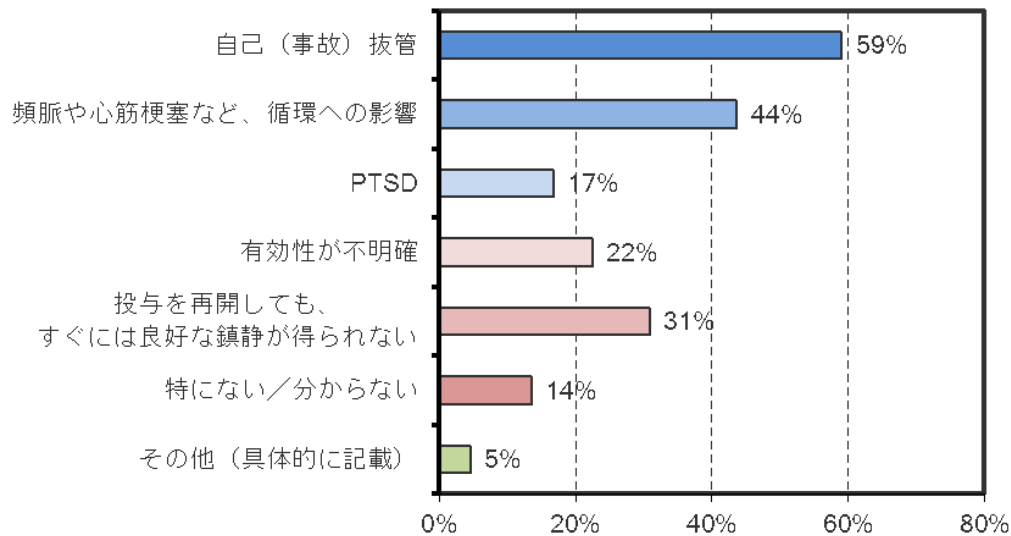
*その他（具体的に記載）回答者 10 名

- 看護師が薬剤の投与・減量ができない。
- 管理が難渋するという理由だけで、鎮静薬を上げてしまう。
- 身体抑制が増える。
- 看護師の業務量の過多、マンパワーの不足。
- 看護師によっては深く鎮静した方が手間がかからないという理由で必要以上に鎮静を深くしたがる人も・・・。
- 看護師の経験年数により判断の差がでると思いますが、ラダー別&複数で判断して差をな

くすようにしています。

- 適切な病態理解が不可欠
- 主治医が無理解
- ただ鎮静させとけば良い、と考えているように見える看護師がいる。
- 鎮静スケールで評価した後の看護については深く検討されていない。

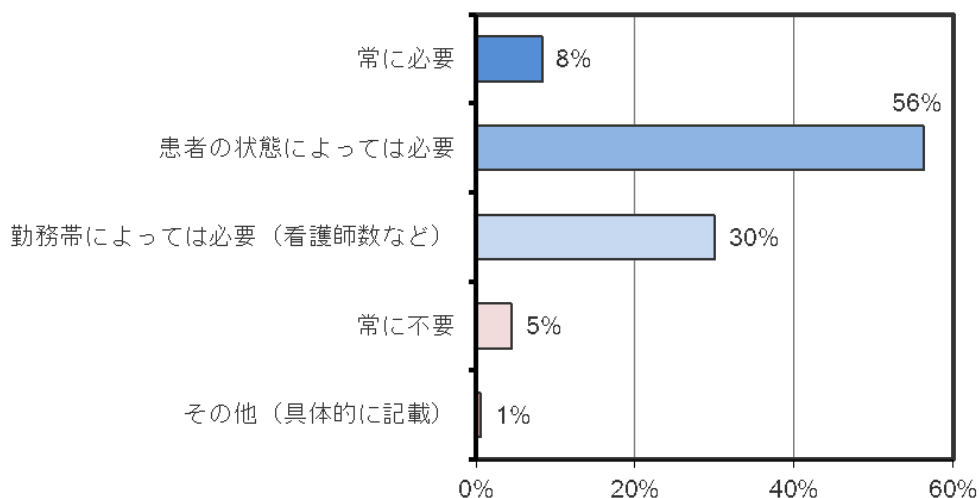
質問 10. 一日一回の鎮静中断の問題点は何だと思いますか？（複数回答可）



*その他（具体的に記載）回答者 7 名

- 鎮静中断に伴って不穏になったり、不穏になることで呼吸状態が悪くなること。
- 健忘作用が残っている中での覚醒。
- 看護師の負担増加
- 医師のバックアップ
- 不慣れ
- 挿管チューブや人工呼吸器装着の苦痛が強いことがある。
- 一日一回の鎮静中断を避けるべき症例は何かは明らかではない。全ての症例に鎮静中断が適切であるとは思わない。

質問 11. 意思疎通可能な挿管患者 (RASS -2~0 程度) に身体抑制は必要だと思いますか？



*その他 (具体的に記載) 回答者 1 名

- ペインコントロールできていなければ必要性が高い。

質問 12. このアンケートについてのご意見、コメント、今後のアンケートの案など、ご自由に記載してください。

*その他 (具体的に記載) 回答者 21 名

- 気管挿管をしている場合に鎮静剤をルチーンで投与していますが、病状によっては鎮静を極力減らす必要がある場合 (循環不安定、予後不良で家族とのコミュニケーションを図るため、など) に、どの程度まで減量してよいのかがわからないことがあります。1 日 1 回鎮静中断も、昼間は鎮静剤を減らし、夜間に増やすという方法で対応していますが、これが本当によいのかどうか確信を持っていません。スケールによる一律な対応には抵抗感があります。
- 鎮静度を保つために、やみくもに鎮静薬のみを上げていたり、鎮静薬を複数使ったりする光景を見かけるが、状況の評価をした上での、適正な鎮痛、抗精神病薬の適正使用、患者への説明を行っていないことが多く、医療者側の怠慢でしかないように感じる人が多い。
- 初歩的で申し訳ないですが、(あまりによくできたプロトコルができれば、) そもそも挿管しないとコントロールできないのか、不穏の原因が原疾患の悪化に関係ないのかという評価が遅れがちにならないかと思ったりします。長期予後を考慮した選択はあまりされていないような・・・、自施設だけかもしれませんが・・・。
- ICU 在室中の鎮静薬使用は ICU 退室後に PTSD などの精神症状の出現に繋がる可能性などから、極力控えるべきだと理解しています。医療者はそのことを全員理解すべきであり、さらに「どうしたら可能なのか」をチームで検討すべきと思っています。しかし、臨床では (特に繁忙時など) 全例実施できないことがあるということ、医師看護師間で意見の相違がみられることが日常的にあるので、「使用する・しない」だけでなく、その意図などを

患者に関わる皆で共有できるシステムの構築も重要と考えています。

- 最近、鎮静鎮痛リハビリラウンドを実施して分かったことは、CAM-ICUをする前に、RASSが看護師によって統一されていなかった事実、意識障害と鎮静評価・せん妄評価の混同をどう線引きするかという課題。

認知機能を保って覚醒睡眠サイクルを保つICU管理は、すぐにでも可能であり看護師にもいい感触で、早期人工呼吸器離脱や認知機能障害、ひいてはADL低下の軽減になると思う。ただ覚醒させているのに放置するICU管理とならないような工夫が今後の課題となる。看護、リハビリをうまく巻き込んで、展開していきたい。

- 非常に興味深いテーマです。
北欧などのように1:1看護が出来ればほとんど鎮静は必要ないのだと感じますし、医師、看護師などが家族と患者に十分に状況説明を行ってあげることが前提なのだと感じます。Intensivistで他の病院がどんな風にやっているのか、看護師の意見も含めて聞かせていただければ幸いです。
- 十分な鎮痛が出来ている事が前提の上での鎮静を考えています。
- 重症患者の鎮静は難しいと思います。医師の得意領域、すなわち、麻酔科系集中治療医は鎮静鎮痛のトレーニングをある程度はうけているが、非麻酔科系集中治療医の場合は、なかなか鎮静鎮痛のトレーニングを受ける機会が少ないと思われるので、集中治療医のなかでももっと鎮静スケールをどのように考えていくかが議論されるべきであると思う。
また、夜間などの手薄な時間帯になると鎮静レベルが不適切であれば、それを引き起こす因子を考慮せずに、不適切（すなわち暴れる）という理由で薬剤を使用して強制的に眠らせる、すなわち、意識を落とすことが多々あると思われる。
個人的には、早期にせん妄を見つけ出し、その患者に対してどのような因子がせん妄を引き起こすのかを探りだし、医師・看護師にとどまらず、すべての医療従事者が患者に携わるのが理想だと思います。
- 鎮痛は必要だが、鎮静は必ずしも必要ないとよく言われますが、自己抜去されてしまったりして、嚴重に患者に抑制帯などつけているのが事実です。また、成人はともかく、小児には少量の鎮静は最低限必要な気がします。
- 気軽に答えるにはちょっと難しいです。
- 最近の挿管中の患者の鎮静鎮痛には、RASSを使用したり、VAPバンドル等においても一日一回鎮静を中止するということが謳われているが、やはりこのような考え方においては人工呼吸器に精通している集中治療医・救急医こそがICUを管理されている病院であるからこそだと私は感じます。私の自施設のようにOPEN ICUの各科の主治医制の病院においては、鎮痛・鎮静のコントロールを行おうとしても、各科の医師の理解やバックアップがないと中々導入しにくい現状にあります。今後、正しい鎮静・鎮痛のあり方について学習しICU全体としてスケールを活用した管理を行いながら、単に人工呼吸器患者イコール眠らせればいいという考え方を見直してもらうために、各主治医の先生方に理解を得て快適にICUでのクリティカルな時期を患者が過ごしていけるように変えていくことが出来たらと思います。
- 自施設では、鎮静薬は、低体温療法は筋弛緩薬を使用しなければならないのでmustで使うが、それ以外は基本的に使用しない方針。現在はかなり減ったと思う。そのかわり、フェ

ンタニルの使用量はかなり多いと思う。このことを他施設の先生に伝えると、たいがいとても驚かれる。アンケート結果が楽しみです。

- 医師・看護師共に、鎮痛の理解が進めば、改善されることが沢山あると思います。鎮痛を提案しても流されることが殆どです。鎮静中断も、看護師や嫌がると思いますが、必要性が認識され、適切に行うことで早期抜管に繋がるのがわかれば、積極的に協力すると思います。判断しやすい基準があれば、看護師間の格差もなくなると思います。
- なんにせよ鎮痛が非常に大事な気がします。
- 当院だけの問題かもしれませんが、鎮静の問題以前に、鎮静、鎮痛、筋弛緩などの区別が、よく分かっていなさそうな非専門医（とくに外科系）が多いです。
- 興味深いアンケートです。結果が知りたいです（ICU 看護師）。
- 私は ICU 看護師ですが、鎮静コントロールは常に患者をみている看護師が主導でできるのが理想的だと思います。しかし、実際には看護師の能力の違いや、個々が適切な鎮静と考えるレベルが違っていたりするので、同じレベルで鎮静をコントロールしようとするためには、鎮静スケールで判断できるのが良いと考えます。
- R A S S、0 や -2 程度の鎮静で、抜管後の現状の受け入れは良好に行える利点はあるが、場合によってはかなりの苦痛を訴えられる方も多く、適材適所に選択すべきでないかと思うことがあります。
- 小児患者を扱っています。先天性気道病変や気管切開後の気管内肉芽などの場合、事故抜管が即生命に関わることもあるので、鎮静に関してかなり気をつかう症例があります。
- 循環器科医です。循環器領域では意識レベルが問題なく循環動態に破綻がなければ NPPV を使用する頻度が増えており、挿管管理、しかも鎮静を要する方は基礎疾患が別にある方が超重症の方に限られてきています。初期研修で三次救急や術後の重症患者を管理していた際にはデクスメデトミジンの力に驚愕しましたが、そのとき見た徐脈化作用や血圧低下を思い起こすと、CCU では使いづらいという印象を持っています。気にせず使う先生もいらっしゃいますが…鎮静に限らず、主に敗血症性ショックを対象に作られてきたエビデンスを、各疾患ごとに見直すべき時期に差し掛かっているように個人的には感じます。
- 実際に RASS - 2~0 で抑制をしなくて自己抜管されなかったことがほとんどありません。やはり鎮痛が不十分だからでしょうか。CAM-ICU は看護師で施行するのは難しく、ICDSCの方が行いやすいです。

以上