研 究 報 告

日本における急性期の鎮静に関する看護研究の動向と課題

Review of Nursing Research on Acute Sedation in Japan

三木珠美 五十嵐愛子

Tamami Miki Aiko Igarashi

急性期における鎮痛・鎮静管理は、危機的な状況にある患者を精神的・身体的苦痛から保護し、治療を円滑に行ううえで重要である。本研究では、鎮痛・鎮静に関する看護介入の基礎資料とすることを目的に文献検討を行った。その結果、該当する論文は18件であり、「鎮静・鎮痛アセスメントツールの導入」「鎮静・鎮痛プロトコルの導入」「看護師の鎮静における認識や判断」「鎮静患者の家族の思い」の4つのカテゴリに大別された。患者の安全・安楽を考慮した看護師の判断は、鎮静薬の減量より増量に働き、目標レベルより過鎮静で維持する傾向にあった。今後の展望として、鎮静管理の質の向上のためには、浅い鎮静の有益性を理解し、過鎮静を予防する取り組みが優先課題であると考えられる。また、鎮静患者や家族への看護ケアには、鎮静と鎮痛管理の両方を合わせた介入的研究の蓄積と検証が必要であることが示唆された。

キーワード：鎮静、鎮静薬、看護、文献レビュー

Key Words: Sedation, Sedative, Nursing, Literature review

I. はじめに

急性期における鎮静管理は、人工呼吸など侵襲的治療が多い患者を精神的・身体的苦痛から保護し、治療を安全かつ円滑に行うために重要である。しかし、2013 PAD guideline¹⁾によると、十分な鎮痛を行い、鎮静を最小限にすることの重要性が強調されている。そこには『Patient Centered (患者中心)』という考え方がある。医療者側に求められているのは、「重症患者をいかにうまく眠らせるか」ではなく、「重症患者の痛み・不穏・せん妄をいかにうまく管理するか」である。先行研究によると過鎮静は患者に不利益を生じることから、1日1回の鎮静中断もしくは浅い鎮静を推奨している^{2), 3)}。

近年のICUにおける鎮静の特徴として、深い鎮静が人工呼吸遷延の一つの要因になっていること、長時間の人工呼吸が人工呼吸器関連肺炎(VAP)や人工呼

吸器誘発性肺傷害のリスクを上昇させること、鎮静薬の使用がせん妄と関連があること、せん妄が長期の予後不良と関連があること、鎮静薬の使用量の増大がPTSDと関連することなどが判明し、その弊害が強調されるようになった。Brookら²⁾は鎮静プロトコルを用いて鎮静レベルを調節すると、人工呼吸時間、ICU滞在日数、入院日数が短縮し、気管切開の割合が下がることを示した。2000年には、1日1回の鎮静の中断の有効性がKressら³⁾らによって示され、事故抜去などの有害作用は増加しなかった。2008年に発表されたABC trialの結果では、介入群の方が対照群に比べ1年後の生存率が高く、介入群で事故抜去は増加したが、そのうちで再挿管を要した人数には差がなかった。1日1回の鎮静の中断が長期予後に影響を及ぼす可能性が示されたことの意義は大きいとされている⁴⁾。

急性期看護の目指すところは、患者の苦痛や不快に感じている原因を明らかにし、それらを取り除き、快

適に過ごせるよう支援すること、そして患者に本来備わっている治癒力を引き出していくことである。適正レベルでの鎮静管理、もしくは浅いレベルでの鎮静管理が可能になれば、患者とのコミュニケーションが容易に取れ、何が不快・苦痛であるかを明らかにすることができる。それは、看護ケアに直接反映でき、患者のその人らしさを少しでも保つことにつながる。患者にとって不利益である過鎮静を未然に防ぐことや、過鎮静が長期化しないためには、日々、患者や家族の側で援助に携わる看護師の判断や実践が重要であると考え、患者のQOLを第一優先に考えた鎮静管理を行うには、鎮静への看護がどのようになされているのか実態を把握する必要がある。したがって、本研究の目的は、国内の看護学関係の論文から急性期における鎮静管理について研究の動向と課題を明らかにし、鎮静管理に関する看護介入の必要性を検討することである。

Ⅱ. 用語の定義

鎮静とは、①患者の苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬剤を投与すること、あるいは、②患者の苦痛緩和のために投与した薬剤によって生じた意識の低下を意図的に維持することである。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象論文

急性期における鎮静の看護に関連する研究論文について、2002年～2016年までの15年間に掲載された研究論文を対象とした。研究論文の検索は、Web版医学中央雑誌(Ver.4)を用いて、「鎮静」、「鎮静管理」、「鎮痛・鎮静」、「セデーション」、「せん妄」をキーワードに検索した。ヒットした研究論文を「看護」で絞り込み、abstractを基に内容に沿ったものを選択し、ハンドサーチによる収集を行った。小児、終末期、精神疾患、検査に関する論文は対象外とした。

2. 分析方法

1) 対象研究論文のレビューシートを作成し、掲載年次順に分析を行った。書誌事項(著者名、タイトル、雑誌名、発行年次)、研究目的、研究方法(研究デザイン、対象者、データ収集方法、データ分析

方法)、研究結果と考察を項目として挙げた。

2) 各論文の研究目的、研究内容の意味に留意しながら、一文で表現できるよう検討を行い、1論文を1コードとしてコード化した。各論文の研究目的、内容の類似性に従って分類し、カテゴリ化し抽象化したラベルを付けた。

3) 分析の信頼性は、共同研究者間による検討を行い信頼性の確保に努めた。

Ⅳ. 結果

1. 対象研究論文数

日本において、2002年～2016年までの15年間に掲載された鎮静の看護に関する研究論文は314件であった。原著、研究報告、短報に絞り、精選した結果、文献検討の対象となったのは18件であった。

2. 鎮静の看護に関する研究論文の概要

表1に論文の概要を示した。年別では、2009～2010年が最も多く、その後は年間1～3件程度で、2015～2016年度は0件であった。種類別では、量的研究が88.9%で、質的研究が11.1%であった。研究デザイン別では、すべての文献において明確に示されていないため、研究者によって分類した結果、実態調査と関係探索研究が主で、実験・準実験研究に分類されるものはなかった。データの収集方法別では、既存の尺度として「鎮静アセスメントスケール」と独自で作成した「質問紙」の両方を用いた手法が約7割を占めていた。研究対象者別では、対象の患者はすべてICUにおいて人工呼吸器が装着されていた。看護師は、ICUもしくは救命救急センター所属であった。

3. 鎮静の看護に関する研究論文の内容

論文内容は、4つのカテゴリに大別でき、表2に示した。1)「鎮静・鎮痛アセスメントツールの導入」に関する論文が10件、2)「鎮静・鎮痛プロトコルの導入」に関する論文が2件、3)「看護師の鎮静における認識や判断」に関する論文が5件、4)「鎮静患者の家族の思い」に関する論文が1件であった。以下、カテゴリごとに結果を述べる。

1) 鎮静・鎮痛アセスメントツールの導入

鎮静アセスメントスケール(以下鎮静スケールと略す)では、Richmond Agitation-Sedation Scale(以下

表 1 論文の概要

		n = 18	
項目	内訳	数	%
年次別	2002-6 年	2	11.1
	2007-11 年	10	55.6
	2012-16 年	6	33.3
研究の種類	量的研究	16	88.9
	(実態調査)	12)	
	(関係探索研究)	4)	
	質的研究	2	11.1
データ収集方法 (重複回答)	独自の質問票	13	
	既存の尺度	14	
	診療録・看護記録	7	
	面接法	2	
研究対象 (重複回答)	看護師 (ICU・救命救急センター)	14	
	患者	7	
	家族	1	

RASS と略す) と、Ramsay Scale (以下 RS と略す) が調査に用いられていた。鎮静スケールの導入の目的は、鎮静目標レベルや鎮静評価の統一、適切な鎮静レベルの維持などであった。RS と比較して RASS は、鎮静状態に加え不穏状態にも配慮した 10 段階のアセスメントスケールであり、評価しやすく信頼性・妥当性も高いスケールであると言われている^{4), 5)}。これにより、鎮静スケールの中では、RASS が臨床では広く導入されていた。鎮静スケールの導入の際には、評価者間のばらつきを是正するため、学習会を実施し、スケールの共通理解を得ての使用が望ましいことや信頼性が高まることを述べていた^{5), 7)~9)}。鎮静スケール導入によって、鎮静の目標レベルが明確となり、評価方法も統一され、看護師の鎮静管理への意識も高まることを示していた^{5), 7), 8)}。また、挿管チューブなどの事故抜去の危険回避や予防につながったと報告している¹⁰⁾。しかし、鎮静スケールの導入だけでは、過鎮静によって引き起こされる身体症状の予防に向けた鎮静薬の減量までには至っていなかった^{7), 8)}。ただ、北山ら¹¹⁾のように鎮静のメリット・デメリットについてまで学習することで看護師の意識は、安全性重視から生体への影響を重視するように変化し、鎮痛剤の増減を行えるようになった報告があった。

鎮痛アセスメントスケール (以下疼痛スケール) では、Visual Analog Scale (以下 VAS と略す) と Behavioral Pain Scale (以下 BPS と略す) が調査に用いられていた。VAS は、患者が覚醒していない場合や看護師らが方法の意義を理解していないと活用は難しいと述べて

いる¹²⁾。人工呼吸中でコミュニケーションが十分に取れない患者の疼痛アセスメントに適しているのが BPS である。しかし、評価者間のスケールの共通理解を得ていないと定着しないことが課題となっていた¹³⁾。下川ら¹³⁾は、BPS と RASS の値が高い場合と不穏症状の出現に関係があることを示唆していたが、検証まではされていない。BPS が高値であるにもかかわらず、鎮痛剤が適切に投与されていないことなどから、不穏症状の原因が痛みによるものか、それ以外の原因なのか、正しいアセスメントの必要性を述べていた。

2) 鎮静・鎮痛プロトコルの導入

安永らは、「鎮静指示システム」として、RASS の導入と ON-OFF 法 (鎮静薬を日中に中断し覚醒を促す) の実施に取り組み、導入前後の人工呼吸器装着期間と不穏発生率を比較した。有意差はみられなかったが、両者とも数値に減少がみられた。また、鎮静管理に対して医師と看護師間に共通の認識が持てるようになったと報告した¹⁵⁾。酒井らは、「鎮痛・鎮静プロトコル」として、目標鎮静レベル・選択薬剤・BPS・医師の指示などを記載するシートを独自に作成し、効果を調査した。看護師の 97% が鎮静管理に役立っており、患者への対応の遅れを回避できると評価していた。しかし、適正な鎮静レベルでの管理に至ったかまでは明らかにされていない¹⁶⁾。

3) 看護師の鎮静における認識や判断

深い鎮静が必要と認識している症例には、ECMO など体外循環を用いた患者や気管支喘息重積発作患者、活動型せん妄患者など重症もしくは特殊な状況の

患者であった¹⁷⁾。岡田ら¹⁷⁾は、Spontaneous Awakening Trial：覚醒トライアル（以下 SAT と略す）の実施に対し、成功しなかった症例について振り返り、成功しなかった理由として、呼吸・循環動態の変化やせん妄によって、鎮静薬の再投与が必要になったことを報告している。SAT の導入には、看護師が管理しやすい時間帯や看護師の業務への配慮などが必要と認識していた。行岡ら¹⁸⁾の調査によると、看護師は鎮静だけでなく鎮痛の必要性和評価の重要性を認識しており、50%の看護師が現行に満足していないと報告した。鎮静薬の増減調整は、多くが医師の指示範囲内で看護師が担っていた。富本ら¹⁹⁾の調査では、全勤務帯の約70%は、医師の指示や目標レベルより深い鎮静で管理していた。田部ら²⁰⁾の調査によると看護師は、理想とする目標鎮静レベルより深い鎮静で管理しており、鎮静薬の増量に比べて減量への意識が低いことを報告していた。小島ら²¹⁾は、気管吸引時の患者の反応と看護師の判断を分析し、5分経過してもバイタルサインの変動が大きい場合は、鎮静薬の増量を検討すべきと述べていた²¹⁾。これらのことから、看護師の判断は、患者の安全・安楽を考えて、鎮静薬の減量より増量に積極的であり、患者の状態は深い鎮静管理に陥りやすい傾向にあった。

4) 鎮静患者の家族の思い

亀山ら²²⁾の調査によると、家族は、鎮静処置を受けている患者の状況を不得意領域な患者の現状と知覚しており、ソーシャルサポートとして看護師を必要としていることを明らかにした。家族の危機に対するコーピング行動については、感情を調整しようとする行動と情報を収集しようとする行動で回避しようとしていたことを明らかにした。看護支援として、家族の状況理解に応じて援助を決定していくことが重要であると述べていた。

V. 考察

1. 鎮静の看護に関する研究論文の概観

過去15年間の研究論文数は18件と少ない結果であった。研究デザインを検討した結果、実態調査などの因子探索研究が約8割を占め、それ以外の研究は極端に少ない。介入の効果を検証するエビデンスの高い因果仮説研究は、国内の看護研究においては皆無である。また、調査フィールドが、ICUや救命救急セン

ターなどの特殊部署に限局されているため、一般病棟における鎮静・鎮痛管理に対する看護師の認識や援助についても対象とした研究が求められる。急性期中でも、特に救急・重症・集中ケア領域においては、突然の出来事に加え、侵襲も大きいことから、患者や家族の身体的心理的な負担は大きく、看護介入研究の実施は、倫理的に困難なことが多い。しかし、鎮静管理の質の向上には、看護独自の視点を持ちながら、医師や多職種と連携し、研究を進めアウトカムを出していくことが必要と考える。

2. 鎮静の看護に関する研究論文の内容と課題

論文の分析結果から研究の動向として、「鎮静・鎮痛アセスメントツールの導入」、「鎮静・鎮痛プロトコルの導入」、「看護師の鎮静における認識や判断」、「鎮静患者の家族の思い」の4つのカテゴリが抽出された。また、分析結果から、鎮静管理における課題として、1)「鎮静評価の標準化と鎮静レベルの明確化」、2)「安全性重視による過鎮静と生体への影響に対する認識」、3)「鎮静管理における鎮痛の軽視」の3つが明らかとなった。以下、1)～3)の課題ごとに考察を述べる。

1) 鎮静評価の標準化と鎮静レベルの明確化

各施設において、鎮静レベルの明確化、鎮静評価の標準化に向け、鎮静スケールの導入に取り組み、整備が進んでいる。鎮静スケールには、主に RASS が用いられており、導入前に学習会を持つなど、共通理解を得ての実施が必要ではあるが、信頼性が高く、評価も容易で使いやすいツールとして看護師は認識していた。また、鎮静スケールを用いることで、適正な鎮静管理に近づけようとする医療者の意識が働くことが明らかとなった。鎮静スケールは、鎮静の状態を説明する共通言語となり、スタッフ間の意思疎通を良くするといわれている²³⁾。したがって、鎮静評価が標準化されていない、もしくは、実施を検討している一般病棟においても、評価基準を持ち鎮静アセスメントしていくことが適切である。また、鎮静スケールの導入に続き、導入後の鎮静レベルと患者の回復過程の変化を調査した報告が増えていくことが望ましいと考える。

2) 安全性重視による過鎮静と生体への影響に対する認識

鎮静深度のアセスメント基準が明確になったとしても、看護師の判断は、浅い鎮静に向けた鎮静薬の積極

表2 カテゴリ分類

カテゴリ	著作	研究目的／方法／対象	結果・考察
鎮静・鎮痛アセスメントスケールの導入	梶田ら ⁷⁾	スケール導入後の患者の変化 関係探索研究（検定あり） 患者140名 身体状態をRASS導入前後で比較	血圧・心拍の上などの発生は有意差を認めたが、過鎮静に伴う症状は有意差を認めず。RASS評価は、不十分な鎮静に伴う身体症状の弊害を予防できるが、過鎮静に伴う症状の予防は困難。
	島ら ⁸⁾	スケール導入後の看護師の変化 調査研究（検定なし） 看護師22名 RASS導入前後でアンケートを実施	アンケート結果、RASSを用い鎮静評価の統一を図ったことにより、看護師の鎮静管理意識が高まっていた。
	北山ら ¹¹⁾	スケール導入後の鎮静深度の変化 関係探索研究（検定あり） 看護師42名 質問紙調査を実施 鎮静目標導入の前後でRASSの変化を比較	導入前はRASS－3～－4が最も多く、導入後は－1～－2が多かった。導入後はRASS－3～－4で鎮静薬を減量、RASS 0～－1で増量、RASS－2では増減しない看護師が多かった。
	森ら ¹⁰⁾	鎮痛スケールの活用状況 調査研究（検定なし） 看護師にアンケートを実施 鎮静薬調整を行う優先順位でクロス集計を用いて分析	RASSは使用率100%、最も実施していたのは鎮静薬剤の調整で鎮静薬増量38%、フラッシュ43%、減量19%。RASSを使用して鎮静深度の判断を行うことは経験年数に左右されることなく患者行動の変化に注意を向けることができる。
	家田ら ⁵⁾	鎮痛スケール導入の容易性と信頼性 関係探索研究（検定あり） RASS導入後の看護師と教育担当看護師の評価を比較 アンケート実施	教育担当と看護師のRASS評価は導入より高い一致度を認めた。評価総数118回のκ値は0.930。アンケートでは、RASSに対し肯定的であった。RASSは信頼性の高い評価が可能、スケールの必要性や使用方法の理解に繋がった。
	松瀬ら ⁹⁾	スケールの共通ガイド作成 調査研究（検定なし） 看護師24名に独自のガイドを作成し、アンケートを実施	RamsayとRASSの分かりにくい言葉を調査し、ガイドを作成し再度調査、6項目追加修正を加え、3回目の調査をもとに完成に至った。
	米澤ら ⁶⁾	二つのスケールの比較 実態調査（検定なし） 看護師53名アンケートを実施し、文献検索にて鎮静スコアについて調査	Ramsayは、不穏・興奮時に使いづらいと半数以上が回答。スコアだけでなく詳細に記録している場面が多い。RASSを試行するとRASSの方が使いやすいという結果を得た。
	田中ら ¹⁴⁾	スケールの問題点の抽出 実態調査（検定なし） 看護師19名Ramsayの問題点のアンケートを実施	Ramsayを用いた鎮静評価は看護師により幅があり、スコア2と3、4と5、5と1の判断が難解なことが明らかとなった。
	行岡ら ¹²⁾	スケールの有用性の検討 実態調査（検定なし） 看護師29名にアンケートを実施 鎮痛・鎮静スケール導入効果を比較	Ramsayは看護師の理解度、満足度が高かった。30%の看護師は痛みの評価が不十分と答えた。信頼性が高く、かつ看護師が使用し易い評価法を確立する必要があった。
	下川ら ¹³⁾	BPSの導入による患者への影響 実態調査（検定なし） 非導入患者10名とBPS導入後の26名を比較 看護師にアンケート実施	A群、B群を比較、両群間で不穏・せん妄出現率に差はなかったが、抜管後はA群50%、B群7%と減少。ICU入室日数、挿管日数に短縮がみられた。BPSの評価にばらつきがみられた。
鎮静・鎮痛 プロトコールの導入	安永ら ¹⁵⁾	鎮静指示の導入の効果 関係探索研究（検定あり） 患者のカルテ97件から情報を調査し、不穏発生率を分析	RASSと鎮静指示の導入により、有意差はないが、人工呼吸器装着期間は短縮、不穏発生率は減少した。ON-OFF法にて患者が覚醒しても自己抜管は生じず。医師・看護師間の共通認識が得られた。
	酒井ら ¹⁶⁾	鎮痛・鎮静プロトコール導入の効果 実態調査（検定なし） 看護師37名プロトコール導入後に、アンケートを実施	97%の看護師が適切な鎮痛・鎮静管理に役立つと回答、導入後の満足度は上昇。看護師遂行型鎮痛・鎮静プロトコールは至適鎮静レベルの維持に有効であると考えられる。

カテゴリ	著作	研究目的／方法／対象	結果・考察
看護師の鎮静に対する認識や判断	岡田ら ¹⁷⁾	SAT実施後の改善点の抽出 実態調査（検定あり） SAT実施前後の循環動態の変化を比較 看護師24名にアンケート実施	SAT開始でRASSや心拍数は上昇したが、平均血圧や呼吸回数に有意な変化なし。覚醒後評価では52%がせん妄であり、早期の鎮静薬の中断が望ましい。
	小島ら ²¹⁾	処置後の変化から鎮静レベルを検討 実態調査（検定あり） 鎮静患者3名（22場面）に気管吸引を実施後、バイタルサイン・RASSの変化を分析	2場面では看護師の判断で鎮静薬の早送りを行ったが4～10分間の幅が生じた。吸引後もバイタル変動が大きい場合、鎮静レベルが不十分と考えられるため、鎮静薬増量や早送りなど検討。
	行岡ら ¹⁸⁾	看護師の鎮痛・鎮静の満足度 実態調査（検定なし） 関西圏の19施設の看護師458名にアンケートを実施	看護師は痛み評価の重要性を理解。約50%の看護師は、現在の鎮痛の評価や鎮痛・鎮静法に満足していなかった。視覚アナログ尺度や鎮静スケールを常時使用している施設は少なかった。
	富本ら ¹⁹⁾	実際の鎮静レベルと看護師の認識 実態調査（検定なし） 患者16名 記録から鎮静深度と実際の相違を調査 看護師にアンケートを実施	看護師は指示簿に基づいて鎮静を評価し、鎮静薬の増減をしているが、相違は全体の約7割にみられ実際の深度が深くなっていた。鎮静に対する看護師の臨床判断には患者の呼吸や循環の変化、安楽や安全の優先が関与していた。
	田部ら ²⁰⁾	看護師経験による鎮静への認識の違い 質的研究 患者19名 看護記録の分析 看護師20名へ半構成的面接を実施	推奨レベルRASS 0～-2管理ではなく、過鎮静で経過。リーダーレベル看護師の鎮静薬減量への意識は鎮静薬増量に比べて低い。看護師の鎮静に対する意識を深める必要がある。
家族の思い	亀山ら ²²⁾	鎮静患者の家族の思い 質的研究 患者家族6名半構成的インタビュー法にて調査し内容分析を行った	鎮静下患者の家族の思いは、9カテゴリが抽出された。鎮静を受けている患者の状況を得意要領な状況と家族は知覚し、家族はソーシャルサポートとして看護師を必要としていた。

的な減量には至っておらず、患者の状態は過鎮静の傾向にあるとみられる。その背景には、挿管チューブなどのデバイスの事故抜去防止や苦痛の軽減を重視し、患者の安全・安楽の観点から、鎮静薬を限度内まで使用する傾向にあると考える。人工呼吸中の鎮静のガイドライン²⁴⁾によると、鎮静の理論的・生理学的利点が述べられており、Terao²⁵⁾、Kressら²⁶⁾によると、不十分な鎮静による不快や苦痛によって基礎代謝や酸素消費量が増加し、血圧や心拍数の上昇がみられ、様々なデバイスの事故抜去のリスクが増大するといわれている。看護において、不十分な鎮静で起こりうる合併症や悪影響について考慮する必要性はある。

しかし、一方では、過鎮静がもたらす影響として、人工呼吸遷延や人工呼吸器関連肺傷害のリスク上昇、せん妄や外傷後ストレス障害との関連を明らかにし、患者の不利益になることを報告している^{1), 2)}。これらの弊害をより少なくするために、1日1回の鎮静の中断もしくは浅い鎮静が推奨されている³⁾。デバイスの事故抜去などの発生を防ぐことができたとしても、過

鎮静による重篤な合併症が併発し、患者の回復を妨げるような不利益を生じては問題である。また、「鎮静＝睡眠」といった睡眠導入を目的とした間違った認識のもとで鎮静薬の増減が行われていることも、もしかすると要因の一つではないかと推測される。PAD guideline¹⁾によると、Sedation（鎮静）の語源は「sedare」であり、これは、和らげる、安定させるという意味である。鎮静の目的は、患者の不安感を和らげ、快適さを確保することであり、「眠らせること」ではないことを十分理解しておかなければならない。

現段階では、適切な鎮静管理が確立しているとはいえないが、北山ら¹¹⁾のように、看護師らが鎮静管理に対する正しい知識を身につけ、実践を行うことにより鎮痛剤の増減を行えるようになった報告もある。鎮静管理においては、医師の指示範囲内で、主に看護師が患者の状態をみながら鎮痛剤を微調整している。そのため、医師の指示が曖昧であることや、看護師の鎮静に対する認識によって、判断に差が生じると考える。したがって、医療チーム全体で、鎮静のメリッ

ト・デメリットについて学習会を持つことや、情報共有を行うことが必要である。鎮静管理について正しく認識できれば、看護師の意識は、安全性だけでなく、生体への影響に対しても重視するように変化し、適切な鎮静管理に繋がっていくと考える。

3) 鎮静管理における鎮痛の軽視

気管吸引など苦痛を伴う処置時に、バイタルサインの変動が大きい場合は鎮静レベルが不十分と判断し、鎮静薬の増量を検討すると結論付けているものもみられた。これに対する考えとして、PAD guideline¹⁾によると、十分な鎮痛を行い、鎮静を最小限にすることの重要性が強調されている。したがって、苦痛を伴うような処置時に鎮静薬のみでコントロールすることは難しく、適切とは言えない。わが国のICUにおける鎮痛・鎮静の実情と問題について、日本集中治療医学会の報告によると、人工呼吸管理中の患者の35～38%で鎮痛薬の投与がなく、鎮痛スケールやプロトコルの導入の長所は言われているが、スケールを導入している施設は40%程度との報告がある²⁷⁾。看護師の鎮痛に対する評価は自己申告より評価が低い傾向や、投与される鎮痛薬の量は、看護師の評価により強く相関すると報告されている²⁸⁾。これらの報告から、鎮静していれば、鎮痛は少ないといった錯覚に陥っていないかなど、鎮静と鎮痛における看護師の認識を調査し、看護の見直しも必要である。本研究において、鎮静と鎮痛の両方からのアプローチや関係性を調査した論文はほとんどみられない。鎮静だけが先行するのではなく、鎮痛の両者がうまく機能し、鎮静と鎮痛の両側面からの介入研究にてエビデンスを明らかにしていくことが望ましいと考える。

Ⅶ. おわりに

看護において、患者の鎮静の質の向上のためには、過鎮静の予防を優先とした鎮静管理の必要性を理解し、最適な鎮静管理を行っていくことが重要であるといえる。鎮静管理下の患者や家族への看護ケアには、鎮静と鎮痛管理の両方を合わせた介入的研究の蓄積が必要である。鎮静管理において、看護支援の効果を検証し、根拠に基づいた看護実践に繋げていくことが望まれる。

引用文献

- 1) Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical Practice guideline for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013; 41: 263-306.
- 2) Brook AD, Ahrens TS, Schaiff R, et al. Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. Crit Care Med. 1999; 27: 2609-15.
- 3) Kress JP, Pohlman AS, O'Conner MF, et al. daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. N Engl J Med. 2000; 342: 1471-7.
- 4) 讃井将満. 現代ICU鎮静には鎮痛が欠かせない: analgesia based sedation とは. 日本臨床麻酔学会誌. 2011; 31: 422.
- 5) 家田由美子, 内野滋彦, 根岸茂雄, 他. 人工呼吸症例に対する Richmond Agitation Sedation Scale の導入. 日本集中治療医学会雑誌. 2009; 16(2): 169-74.
- 6) 米澤美代子, 長田真奈美, 齊藤智美, 他. 救急救命センターにおける鎮静スコアの見直し—新たな鎮静スコアの導入に向けての取り組み. 長野赤十字病院医誌. 2009; 22: 72-5.
- 7) 梶田友美, 小太刀香織, 伊藤貴公. 人工呼吸器装着患者の鎮静評価への取り組み—RASSの導入と患者評価について. 共済医報. 2014; 63(3): 256-60.
- 8) 島弓子, 新井征江, 黒沢伸子. ICUにおける鎮静評価の統一に対する看護師の認識の変化—RASS使用前後の比較を通して. 埼玉県立がんセンター看護部看護研究集録. 2010; 34: 25-9.
- 9) 松瀬祐子, 浦川昂大, 山口望, 他. ICUへの鎮静スケール導入—共通理解のための言葉の追記. 日本看護学会論文集: 成人看護Ⅰ. 2012; 42: 50-3.
- 10) 森雅樹, 澤畑勤, 安斉いつみ, 他. RASSを導入して看護師の危険予測の傾向. 日本看護学会論文集: 成人看護Ⅰ. 2010; 40: 163-5.
- 11) 北山ヒトミ, 草刈美鈴, 國政清子, 他. 鎮静薬増減の判断における看護師の意識の変化—鎮静レベルの目標を導入して. 日本看護学会論文集: 成人看護Ⅰ. 2010; 40: 208-10.
- 12) 行岡秀和, 栗田聡, 吉田玄. ICU看護師による鎮痛・鎮静の評価と問題点—鎮痛・鎮静スケール導入の有用性. 日本集中治療医学会雑誌. 2002; 9(4): 419-22.
- 13) 下川勝巳, 浦木正子, 阿野慶子. 人工呼吸器使用患者の不穏・せん妄予防対策の検討—RASS・BPSの評価方法を用いて. 三豊総合病院雑誌. 2011; 32: 30-6.
- 14) 田中裕子, 山本真世, 原口友紀子, 他. ICUにおける鎮静スコア導入の検討—ICU看護師へのアンケート調査を実施して. 日本看護学会論文集: 成人看護Ⅰ. 2007; 37: 100-2.
- 15) 安永絵美可, 馬渡百合子, 寺田昌弘, 他. 鎮静評価スケール (Richmond Agitation-Sedation Scale) 導入後の人工呼吸管理における鎮静方法の検証. 福岡赤十字看護研究会集録. 2010; 24: 61-3.
- 16) 酒井敬子, 小林孝子, 安藤大吾, 他. 当院救命ICUにおける人工呼吸患者に対する看護師遂行型鎮痛・鎮静プロトコル導入の試み. 日本救急医学会関東地方会雑誌. 2013; 34(2): 388-91.
- 17) 岡田明子, 伊藤美奈, 櫻谷正明, 他. 当院ICUにおける

- SAT（覚醒トライアル）の現状—看護の問題点と対策. ICUとCCU. 2014; 38(5): 337-41.
- 18) 行岡秀和, 栗田聡, 吉田玄. ICU看護師の鎮痛・鎮静についての認識と評価. 日本集中治療医学会雑誌. 2003; 10(2): 131-4.
- 19) 富本恵美, 吉松裕子, 寺本美奈, 他. 「鎮静薬指示簿」導入による鎮静深度および看護師の臨床判断への影響の実態. 日本看護学会論文集: 成人看護I. 2009; 39: 18-20.
- 20) 田部玲子, 近藤志津, 大川歌織. 重症度の高い食道癌術後の気管内挿管患者における鎮静レベルの実態と看護師経験による判断の違い. 川崎市立川崎病院院内看護研究集録. 2012; 66: 25-8.
- 21) 小島金美, 津田茂子, 川村優紀子. RASS目標に沿った看護師遂行鎮静プロトコルの使用の実際. 共済医報. 2012; 61(1): 44-7.
- 22) 亀山千里, 加藤令子, 井澤伸拓, 他. 急性期の鎮静処置を受けている患者の家族の思い—ICU面会時に焦点をあてて. 日本看護学会論文集: 成人看護I. 2009; 39: 193-5.
- 23) 江崎稔, 大幸宏幸, 澤田守男, 他訳. 鎮静の評価. 重症患者の鎮痛と鎮静. メディカル・サイエンス・インターナショナル. 2000; 43-53.
- 24) 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. 2007.
(<http://square.umin.ac.jp/jrcm/contents/guide/page03.html>)
- 25) Terao Y, Miura K, Saito M, et al. Quantitative analysis of the relationship between sedation and resting energy expenditure in postoperative patients. Critical Care Medicine. 2003; 31(3): 830-3.
- 26) Kress J, Vinayak A, Levitt J, et al. Daily sedative interruption in mechanically ventilated patients at risk for coronary artery disease. Critical Care Medicine. 2007; 35(2): 365-71.
- 27) 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. 日本集中治療医学会雑誌. 2014; 21(5): 539-79.
- 28) Puntillo K, Miaskowski C, Kehrle K, et al. Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. Critical Care Medicine. 1997; 25(7): 1159-66.