

□特集：人工呼吸と鎮静、鎮痛、精神的ケア□

人工呼吸患者に対する精神的ケア—急性疾患

武 澤 真*

1. はじめに

人工呼吸器を装着している患者は、一般的に重症で生命危機のある状態を呈し、常に24時間の観察を要する必要がある。このような患者の看護は患者背景や状況からICUやCCUなどに収容されることが多く、従来、急性期看護、ICU看護と言われてきた。

しかし、最近では「クリティカル」「クリティカルケア」という表現に変わり、すっかり耳に定着するようになってきた。

クリティカル（Critical）とは、「危機の」「限界の」「ぎりぎりの」「決定的な」という意味でありクリティカルな患者とは生死の分かれ目にある状態の患者である¹⁾と定義づけられている。つまり、クリティカルケアが必要な患者は生命危機にある患者で、この最も重要な時期の治療と看護がその後の患者の生命や回復過程を決定されるものと言っても過言ではない。

日常、ICUではさまざまなクリティカルな患者をケアしている。疾患や内科系外科系を問わず、また急性期、慢性期を問わず何らかの原因で呼吸・循環動態の機能低下が起これ、多臓器の機能障害を来している患者である。ICUに限らず濃厚で集中的な治療と看護が必要な時、クリティカルケアの対象となる。そして、人工呼吸患者もクリティカルな患者の対象と言える。

人工呼吸患者は、非日常的な環境の中で入院生活を過ごさなければならない。つまり、気管内挿管されていることでの身体的苦痛、言語的コミュニケーションが取れないことの苛立ち、予後や将来への不安、死への恐怖などの精神的苦痛も同様

に伴っている場合が多い。これらの耐え難い苦痛は患者に慢性的な不眠不休状態を招き、精神状態の不安定から譫妄状態へと発展していく現象は臨床ではよく経験している。

そこで今回、特にクリティカルな患者に焦点を当て、人工呼吸患者に対する苦痛の緩和とそれに関連する精神的ケアについて多少の見解を述べる。

2. 急性疾患と人工呼吸

クリティカルケアを必要とする患者は、極めて身体機能状態が悪く、24時間を通して治療・観察を要する患者であり、対象患者は表1に示す通りである。

特にICUでは、術後侵襲の大きな開心術や食道癌の術後では呼吸管理目的で2~3日間、人工呼吸管理をする場合が多い。また、急性呼吸不全やショック状態、多臓器不全や心肺蘇生時など、さまざまな患者の状況変化により、危機的状態を回避するため、確実な気道確保の手段として人工呼吸管理が行われる（表2）。

このように人工呼吸が必要な場合は、まず、第1選択として医師から患者・家族に対しインフォームド・コンセントが行われる。看護師自身もその治療目的と必要性を十分理解し、患者や家族に対して生命安全を確保するための方法として、医師の説明の後に必ず補足説明をする。「医師の説明で分からないことはなかったか」、「気になることはないか」、「心配なことはないか」など丁寧に分かりやすく説明し、患者や家族の理解を確認することはとても大切なことである。

クリティカルな状況にある患者や家族は、少なくとも精神的動揺も激しく、何の理解をする間もなくパニック状態になっているものである。特

* 東京医科歯科大学医学部附属病院看護部

表1 クリティカルケアの対象となる主な疾患・病態

侵襲の大きな手術	心臓手術 食道癌根治術など
急性疾患	心筋梗塞 脳炎 劇症肝炎 重症肺炎 重症膵炎など
慢性疾患急性増悪	慢性閉塞性肺疾患 糖尿病昏睡 甲状腺クリーゼなど
重篤な外傷	多発外傷 重症熱傷など
ショック	出血性ショック 心原性ショックなど
事故/自殺	薬物中毒 熱中症など
全身の細胞傷害	敗血症 複合臓器不全症候 (MODS) など

〔文献1〕池松裕子：クリティカルケア看護の基礎。生命危機状態へのアプローチ。池松裕子編。東京、メヂカルフレンド社、2003、pp 9より引用〕

に、突然身体に機械が装着されるという不安や恐怖は受け入れがたいものであり、その中で現在の「患者本人の呼吸は安全に維持されていること」「人工呼吸治療の見通し」などを看護師から伝えることは、身近な医療者の存在を実感するとともに患者にとっては安心感と安堵感を与えるものである。

3. 身体的苦痛の緩和

人工呼吸患者は、気管挿管されていることで数々の身体的苦痛を伴っている。挿管苦、違和感、閉塞感、拘束感、呼吸困難感や口内の乾燥や口渇などである。

1) 挿管による苦痛

挿管による疼痛は、喉頭や気管あるいは鼻腔にかけての疼痛と違和感を生じるためであり、また、咀嚼反応や首の動きなどによりその痛みが増

表2 気管内挿管の適応

1. 心肺蘇生法として
2. 機械的人工呼吸を行う時
 - ・急性呼吸不全
 - ・術後の人工呼吸
3. 上気道閉塞防止
 - ・口腔や咽喉頭の腫瘍、浮腫、外傷
 - ・昏睡時の舌根沈下
4. 吐物等の誤嚥防止
 - ・イレウス+意識障害
 - ・食道静脈瘤破裂や消化管潰瘍による大量吐血
5. 全身麻酔

〔文献2〕佐藤俊秀：人工呼吸器とケア Q & A。基本用語からトラブル対策まで。岡元和文編。東京、総合医学社、2004、pp 207より引用〕

大するために、患者は我慢しがたい経験をしている。

挿管チューブの固定は、確実にしっかりと固定し吸引操作や首の動きなどで屈曲や閉塞することがないように行う。また、チューブがずれて落ち込まないようにすることで疼痛を最小限に抑えることができる。カフ圧は過度な気管壁への圧迫を避けるため、定期的に圧調整を確認することが大切である。また、長期的な人工呼吸管理により鼻腔や口角に皮膚損傷を生じる場合があるため、定期的な固定チューブの貼り替えや軟膏処置など予防対策も苦痛の軽減につながる。

2) 人工呼吸器装着による苦痛

挿管中の気管内吸引は必要不可欠なものである。そのため患者は吸引チューブの刺激によって咳嗽反射が誘発され患者の苦痛は増大される。また、吸引操作の繰り返しは呼吸困難感や閉塞感を一番に実感することとなり、抜管後に患者は「吸引がなにより辛かった」とよく話しをしている。

気管内吸引は、確実に効果的に素早く行うことがポイントで吸引前は「多少の苦痛を伴うこと」「咳き込みが強くなること」「呼吸困難感が予測されること」などを事前に説明し、また、その対処法までも説明しておく。それは患者にも治療協力を得て、身体の変化のイメージを抱かせることで、患者の恐怖心も軽減できる。

吸引後は呼吸や循環動態の観察以外に吸引操作の苦痛や息苦しさや不安の除去ため、吸引の効果（吸痰のとれぐあい）や吸引操作時の協力状態のねぎらいを伝えることが大切である。

患者への励ましの言葉かけは、吸引後の安堵感と恐怖心への緩和となり、また今後の吸引時の対処法を学び自信が得られる。患者には常に状況を説明しゆっくりと呼吸を落ち着かせ、人工呼吸と同調し安定するまで見守り観察することが必要である。

また、人工呼吸中は器械の設定、患者の自発呼吸の有無や喀痰の状態で起こる頻繁なファイティングやバックリングは苦痛を増大させるため、人工呼吸器の操作管理を熟知しておくことは重要である。

3) 挿管によるその他の苦痛

一般的に1~2週間であれば経口挿管のまま管理される場合が多い。それ以後は経鼻挿管や気管切開で人工呼吸管理される。経口挿管の患者の場合、患者の口内は常に開口した状態であるため口腔内の乾燥と口渇を頻回に訴える。口内の乾燥は舌苔や口内炎を生じやすい環境を作り、細菌感染や口内損傷の原因となるため定期的な口内ケアが重要である。口内ケアは、消毒液や洗浄液を使用して定期的な洗浄が必要である。

抜管後患者の一番の喜びは、「水を飲めたこと」であると聞く。看護師は患者が水を飲めたことの満足感と患者の表情の明るさをよく知っている。そのためにも口腔内の清潔保持は、抜管後の食事摂取や口当たりが悪いなどの食欲不振にも関係してくることから、挿管当初より重要なケアの要である。

実際の挿管中の口渇は、湿ったガーゼを口に含ませ、口唇を綿棒で濡らしたりして軽減を図る。経鼻挿管や気管切開で、飲水テストが良好であれば、氷片などを含んでもらいゆっくり飲み込んでもらうことで大分口渇は軽減できる。それでも患者が満足しない場合は、飲めない理由と、誤嚥することの危険性を繰り返し説明し理解してもらうことである。

4. 精神的苦痛の緩和

人工呼吸患者の精神的苦痛は、臨床現場の中で看護師にとって対処するのに困難で苦慮するものの一つである。それは先に述べた身体的苦痛と深く関連して生命危機への不安や恐怖感、孤独感や拘束感などさまざまな精神的負担を患者自身が負うことになり、ストレスが増大するからである。

1) 不安感と恐怖感の対応

患者が人工呼吸される場合、それ自体が受け入れられず、あるいは理解できないままにその管理下になることも少なくない。まず大事なことは「挿管をしていること」「人工呼吸器を使用していること」「挿管によって一時的に声が出なくなること」などその目的と対処方法を十分に説明することが重要である。

これらの最初の説明は多くの時間をかけ、またより具体的に説明することが大切である。そして、人工呼吸が「患者の呼吸を助けてくれる」ものであり、「怖い器械ではないこと」を十分伝える必要がある。患者がむやみに恐怖心を抱かないようにするためにも、頼れる器械であることの説明は重要である。

また、人工呼吸中は常時医療従事者が付き添っていることを伝え、また患者の手を握りながら話しかけることで安心して心配がないことを説明する。

患者は「声が出なくなってしまうこと」「どのように自分の思いを伝えたらよいのか」意思疎通への不安を抱いている。話の内容が伝わらないことへの苛立ちや焦りが、さらに患者のストレスを増長し不安感を増加させている。人工呼吸患者のコミュニケーションは、簡便で患者に負担が少ない方法で意志疎通を図る工夫することが大切である。

患者には筆談や文字盤の活用、指文字が可能であること、あるいは経鼻挿管であれば読唇術でも十分理解が可能であること、その他文字盤や五十音表などがあることを説明し理解と安心が得られるように援助することが重要である（表3、図1, 2）。意志疎通が図れることは、患者との信頼関係を築くことに繋がり、患者自身が安心感を持つ

表3 気管内挿管患者の意思伝達方法

種類	方法	利点	欠点
筆談	マジックや水性ペンで紙やボードに書く	言葉が直接表現できる	手の震えや疲労でうまく書けないことがある
指文字	手掌に1文字ずつ書いてもらう	道具がいらない	長い文章には適さない
読唇術	口の動きを読み取る	会話の実感がある	お互いに慣れないと難しい
単語カード	患者の要望の頻度が高い言葉をカードに用意し選択してもらう	選択がスムーズに行けば簡単	カードの枚数が多すぎても少なすぎてもだめ
五十音表	あいうえお表で1文字ずつ指差し文をつくる	文字の確認が容易	文字さがしに時間がかかる
身体言語	患者の表情や身振りを読み、質問を返して確認する	道具がいらない	医療者が理解できないとストレスが昂じる

〔文献2〕佐藤俊秀：人工呼吸器とケア Q & A. 基本用語からトラブル対策まで. 岡元和文編. 東京, 総合医学社, 2004, pp 207 より引用〕

わ	ら	や	ま	は	な	た	さ	か	あ
を	り		み	ひ	に	ち	し	き	い
ん	る	ゆ	む	ふ	ぬ	つ	す	く	う
ゝ	れ		め	へ	ね	て	せ	け	え
。	ろ	よ	も	ほ	の	と	そ	こ	お
あたま	くち	はな	くび	むね	おなか	○	×		
あし	て	みぎ	ひだり	した	うえ	先	後		
いたい		あつい		のどが渇く	イライラ		つらい		
かゆい		さむい		くるしい	さみしい		ねむい		

図1 文字盤

〔文献2〕片岡秀樹：人工呼吸器とケア Q & A. 基本用語からトラブル対策まで. 岡元和文編. 東京, 総合医学社, 2004, pp 211 より引用〕

ことができる。

われわれは人工呼吸患者が言語的表現ができない分、その患者の訴えを仕草や表情、視線、体動や身振り、何らかのサインなどから察して、わずかな反応を見逃さないように注意することも大切である。タイミングのよい言葉かけや問いかけは、患者の気持ちを安定させると同時に信頼関係を築ききっかけとなる。また、患者が訴えたいと

きには、すぐに答えられるよう患者のすぐ近くにナースコールを設置することは重要なポイントである。

2) 拘束感、苛立ち、無力感、孤独感への対応
人工呼吸の患者は、呼吸器以外に輸液ポンプなどのME機器の中で取り囲まれた環境の中で過ごすことも少なくない。また、治療上の24時間の安静保持は患者にとって身体的にも精神的にも辛



図2 指文字でのコミュニケーション
聞き手の掌に、カタカナで1文字ずつ書いてもらう。

〔文献1〕石崎美知子：クリティカルケア看護の基礎。生命危機状態へのアプローチ。池松裕子編。東京、メヂカルフレンド社、2003、pp 47より引用〕

い体験となる。

器械やラインにつながれた状態は、患者にとって大きな拘束感を感じ、何もできない自分自身に対し無力感と孤独感を実感するものである。ましてや挿管チューブの自己抜管防止策として身体抑制がされていると、患者は精神的な情緒不安定を来し、時に興奮状態となりひいては不穏状態を起してしまうことはよく経験している。このような状況が継続すると患者は、日常とかけ離れた治療環境に我慢の限度を超えてしまい、以後の治療や看護に協力が得られないばかりか拒否反応を示すことが多くなる。

患者には、人工呼吸が長期になる場合、身近な目標や患者の関わる状況変化、治療経過やケア内容を説明して回復への希望と現状認知をさせていく努力が必要である。「患者の気持ちを一人にしないこと」は大切であり、看護師はベッドサイドで話しかけ、患者の孤独感を感じさせないように傾聴しながら援助し、必要時家族の面会を考慮して対処することが重要である。

5. 物理的・社会的苦痛の緩和

人工呼吸患者の体験する苦痛は、身体的苦痛や精神的苦痛ばかりではない。実際の患者はICU

に収容され治療を受けることが多く、ICUでは人工呼吸器のみならず、その他の機器の作動音やアラーム音が聞こえている。また、医療従事者の会話や足音、ドアの開け閉めまでもが緊張感の高い患者にとっては、不快なものでしかない。

観察に必要な室内照明や昼夜を問わない治療と看護ケアの連続は、患者の感覚機能を麻痺させてしまい、精神的混乱を招く原因となっている。

こうして患者は何日も眠れない状態を繰り返し、熟眠感が得られないままに慢性的な不眠状態を引き起こし、睡眠障害をもたらしているのである。1日の時間の感覚も分からなくなった患者は、現状認知も困難となり、これらが高じると、幻覚や幻聴を訴えるようになり、いわゆる譫妄状態に移行するのである。

譫妄の原因は一つではない。数々の要因や誘因(表4)が複雑に関連し合って起こるもので、その対応策はクリティカル看護領域では現在も大きな課題であり苦慮するところである。人工呼吸患者にとって厳しい治療環境の中で、いかに睡眠状態を確保するか、睡眠障害を少しでも防ぐかが看護の重要なポイントである。中でも環境整備は特に重要で、器械の作動音やアラームは必要最低限にして患者状況に合わせる。また、看護師はアラームが鳴る前に気づいて対処することで、騒音の防止は大分図れることが多い。

夜間のベッドサイドでの医療従事者の会話は極力控え、足音にも注意をすることが大切である。可能ならば、患者を個室や窓のある部屋などに移動して、気分転換を図ると同時に、睡眠環境を整えることも大切である。患者の睡眠を妨げないことは、譫妄の悪化を防止するうえでも重要である。

しかし、それでも睡眠が確保できない場合は、鎮痛薬や鎮静薬を用いるが、ここで重要なのは薬剤の効果と影響および副作用の有無を十分把握し、患者の状態を知っておくことである。薬剤の使用状況によっては、譫妄がさらに増して患者の精神状態が悪化してしまうことが多いからである。使用薬剤の効果をみるのは看護師である場合が多い。そのため、必ずその効果を医師に報告し、次回使用時の参考にすることが重要である。

表4 術後譫せん妄が起こりやすいのは

〔文献3〕岡元和文：人工呼吸器とケア Q & A. 基本用語からトラブル対策まで. 岡元和文編. 東京, 総合医学社, 2004, pp 215 より引用〕

術後譫妄を発症する可能性が高い人	術後譫妄を起こしやすい身体的な誘因と環境上の誘因
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者 ・ 視覚や聴覚障害の人 ・ 不安感が強い人 ・ うつ状態の人 ・ 妄想・痴呆患者 ・ アルコール中毒患 (アルコールせん妄という) ・ 薬物依存の人 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体的な誘因 <ul style="list-style-type: none"> ・ ICU に入室せざるを得ないような重症病態 ・ 病期の経過が本人の予想に反して思わしくない状態 ・ 回復に時間を要する状態 ・ 再手術を要する状態 ・ 手足を拘束されている状態 ・ 多くの薬を使用せざるを得ない状態 ・ 体外循環を用いた心臓手術例で低心拍出量状態など 2. 環境上の誘因 <ul style="list-style-type: none"> ・ 窓のない ICU (部屋) ・ 暗い部屋 ・ 隔離された部屋 ・ 眠れない部屋

譫妄を起こす病態・病気と薬

1. 病態または病気 (原疾患への緊急治療を必要とします。)
 - ・ 低酸素血症
 - ・ 低血糖
 - ・ 脳内出血
 - ・ 髄膜炎, 脳炎, 脳症
 - ・ 中毒
 2. 薬 (副作用です。減量または中止を必要とします。)
 - ・ アトロピン
 - ・ リドカイン
 - ・ シメチジン, ラニチジン
 - ・ モルヒネ, ベンタゾシン
-

睡眠の確保は、患者にとって精神状態の安定には必要なことであり、治療環境の中でもなるべく昼と夜との感覚を持たせ、日々の生活リズムに近づける調整も忘れてはならない。

一方、社会的な苦痛で大きなものは、家族面会の時間的な制限である。従来、家族面会は「限られた時間内で面会人数も規定され、約30分程度で」などとされていたものであったが、今日においては時間制限も緩和され、自由な面会が可能に

なっているところがほとんどである。当院でも13～20時であればいつでも面会は自由に行っている。

面会時間は患者と家族そして医療従事者との重要なコミュニケーションの場であり、貴重な情報提供と情報交換の場である。患者は家族面会による安心感と家族を自分の身近な存在として実感し緊張感がほぐれるひと時である。面会により不安や孤独感を軽減し、治療への意欲を増すことにな

る。

また、家族にしてみれば患者と同じ時間を共有することで患者の状態を身近で感じることができ、患者と家族が互いに心通じることを実感することで癒しに繋がっている。

一方、医療者にとって、面会は患者の現状認知をさせるための重要な手段であり、特に譫妄状態や興奮状態、夜間の不眠状態が続き昼夜逆転傾向にある患者にとっては精神安定の状態を取り戻す機会となることが多い。面会は治療や処置が必要な場合や他の患者の治療状況も考慮しつつ、可能な限り時間を十分にとることが重要である。ただし、明らかに面会者が感冒などの感染源になると考えられる場合は別である。

加えて、面会の服装もガウンの着用も行わず、マスクも通常は必要としなくなった施設が多くなっている。当院でもガウンとマスクの装着をなくしたことで、実際に患者と家族の親近感が増し、通常の病室感覚で話しやすい雰囲気が可能になったことを実感している。

とにかく人工呼吸患者を問わず、ICUでは面会制限のことが問題視される。しかし、わずかの時間であっても必ずしも悲観するのではなく、患者の家族も患者の回復に向けた希望と治療への意欲を高める面会であることが望まれる。

そのために看護師は積極的に家族に関わり、患者が日夜頑張っている姿を伝え、患者と家族との橋渡し役になることが重要である。

6. おわりに

人工呼吸患者のクリティカルな状況における精

神的ケアについて述べてきた。患者の苦痛の内容や種類はさまざまであり、「この方法が確かである。」というものはない。患者の置かれた状況や状態により患者の苦痛、精神状態は安定したり不安定になったりするものである。看護師は患者の状態変化を瞬時に見極め、緻密な観察と適切な判断の元で、患者が抱えている苦痛を察知し素早く援助することが求められる。

それは、人工呼吸患者に限ったことではない。しかし、人工呼吸患者が生命を脅かす健康問題を持っていることを看護師が十分理解していれば、苦痛への援助行為として、精神的ケアの重要性も理解できるのではないかと考えている。

引用・参考文献

- 1) 池松裕子：クリティカルケア看護の基礎。生命危機状態へのアプローチ。池松裕子編。東京、メヂカルフレンド社、2003, pp 7
- 2) 池松裕子：人工呼吸器とケア Q & A。基本用語からトラブル対策まで。岡元和文編。東京、総合医学社、2004。
- 3) 池松裕子：人工呼吸ケアのすべてがわかる本。道又元裕編。東京、照林社、2004。
- 4) 山口美代子：コミュニケーションと精神看護。東京、照林社、1998, pp 277-280。
- 5) 武澤 真：ICUにおける不眠状態。月刊ナーシング 95-97, 1997
- 6) 平尾明美：クリティカルケアのための看護技術 精神的援助。看護技術。東京、メヂカルフレンド社、2000, pp 49-51。
- 7) 石井幸子：人工呼吸器患者の看護診断とケアの実際 精神的ケア。月刊ナーシング 240-242, 1995。