原 著

Light sedation（浅い鎮静）中の ICU 人工呼吸器装着患者の体験

The Life Experience of Patients Conscious on Light Sedated being Mechanically Ventilated in an ICU

野口綾子^{1) 2)} 井上智子¹⁾
Ayako Noguchi Tomoko Inoue

本研究は、ICUで挿管下に Light sedation を受け、人工呼吸器を装着している患者の体験を明らかにすることを目的とした。ICUで Light sedation を受ける人工呼吸器装着患者 6 名の協力を得て、挿管中の参与観察と非構造化面接を行い、得られたデータは現象学的アプローチを参考に分析した。本質的要素は「見知らぬ環境や人に囲まれ無防備な状態でさらされる」「説明のない状況で感覚を駆使して状況を捉える」「命綱の呼吸器にしばられ異物感と時間や身体感覚の曖昧さに苦悩する」「鎮静薬で眠るより覚醒していきたい」「自分にかかわる人や周囲を気遣う」「物言わぬ患者と扱われ伝えるチャンスがない」「任せてもらえない身の回りの事を自分でやりたい」「挿管患者は勝手に動いてはいけないらしい」「医療者にわかっていないように扱われる」の 9 つが抽出された。参加者は様々な感覚の中で思考し、行為し、自己像を維持している一方、医療者からの扱いで主体的な存在としての人間性が脅かされていた。医療者は、Light sedation 中の人工呼吸器装着患者の認知機能に対する認識を見直す必要がある。

キーワード：Light sedation, ICU, 人工呼吸器装着, 体験

Key Words：Light sedation, ICU, mechanically ventilated, patient experience

I. はじめに

近年、人工呼吸器装着患者の鎮静管理に Light sedation（浅い鎮静）が推奨されるようになってきた¹⁾。Light sedation とは、麻薬を基礎に用いて鎮痛優先のアプローチを行い、鎮静薬を調整して患者の認知機能が維持できるよう管理を行うものである。従来の人工呼吸器装着時に行われていた深い鎮静・無動化とは異なり、患者は自発呼吸や認知機能が維持され、意思疎通が可能となる。さらに深い鎮静に伴う呼吸器合併症のリスクが低下し、鎮静薬の使用量減少によりせん妄が予防できる¹⁾ だけでなく、立位や歩行などのリハビリテーションも可能なため、人工呼吸器装着期間と

ICU 滞在期間が短縮し、死亡率の低下や、退院時の ADL が高いとされる²⁾。本邦においても「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」が作成され、重症患者は「いかにうまく眠らせるか」ではなく、「いかにうまく痛み・不穏・せん妄を管理するか」の時代になってきたといえる³⁾。

一方、Light sedation を受ける患者は、認知機能が維持され、さまざまな感覚が保たれているために、不安や苦悩を抱えながらすごしている可能性がある^{4), 5)}。これまでに、人工呼吸器装着患者の体験については、量的・質的に多様な分析が行われてきた^{4)~10)}。しかし、挿管患者とのコミュニケーションの困難さ¹¹⁾ から、気管挿管中の不安の内容や、苦悩を十分に記載す

る事には限界があり、まさにその時の患者の体験の語りを題材にしているものはきわめて少ない。そこで本研究は、今まさにICUで挿管下にLight sedationを受け、人工呼吸器を装着している患者の体験を明らかにし、よりよいケアを検討する事を目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査期間：2014年5月～2014年9月

2. 研究参加者：米国のガイドライン¹⁾に基づいてLight sedationが行われているA大学病院ICUに入室中で、経口挿管され、Light sedationのもと人工呼吸器管理を24時間以上受けており、本人と家族に研究協力の同意が得られた成人とした。

3. 倫理的配慮：本研究は、研究者の所属施設と調査施設の倫理委員会の承認を得て実施した。患者への説明は、Richmond Agitation-Sedation Scale（以下RASS）が0（意識清明で落ち着いている）の患者に、研究協力ならびに途中辞退の自由や個人情報保護などを記述した文書に沿って口頭で行い、研究参加の同意を取得した。意識清明であっても薬剤投与下である事を鑑み、本人の同意を得た後に、さらにその家族にも同意を得た上で開始し、本人には鎮静薬終了後に改めて書面での同意を得た。実施に際しては、重症患者である参加者の状態の変化を常に意識し、施設のスタッフと必要時連携をとれる態勢をとり、主治医と集中治療専門医の承諾を得た上で、参加者の心身の状態には十分に配慮して行った。

4. 調査方法および調査内容：当事者の体験を記述する事を目的とするため、研究方法はGiorgi¹²⁾の現象学的アプローチを参考にした。

フィールドワークは、クリティカルケア領域で10年以上の看護実践の経験かつ、Light sedationを受ける患者のケア経験を有する研究者が、日中、意識清明で落ち着いている状態の患者のベッドサイドに立ち会い、患者が自発的に語った筆談や口話（口の動き）の語りを記録した。さらにそれらの文脈を理解できるよう、状況の記述を合わせて行った。また患者の体験の理解を深めるための補完的なデータとして、鎮静薬投与が終了し、かつ抜管あるいは呼吸器離脱を経て一般病棟

へ退室となった患者に追加インタビューを行った。

5. 分析方法

分析はGiorgiの分析方法¹²⁾を参考に、実際にデータを収集し分析を進める中で、データの質と本研究の目的に合わせて以下の手順とした。

1) 個別分析：①参加者の発話（筆談・口話）と研究者が経験した状況の記述から場面を再構成し、②全体を繰り返し読み、全体の意味を把握した。③全体の意味から、体験に関するまとまりのある文脈ごとに分け、これを意味単位とし、④その意味単位の現象を参加者の言葉を用いて表現したものを中心的意味とした。⑤さらに中心的意味の関連をみながら状況を一貫した記述に統合し、繰り返しデータに立ち返る事で、中心的意味を洗練した。

2) 全体分析：①各参加者の中心的意味から浮き上がってくる共通性を見出し、②それぞれの中心的意味から類似する意味の固まりを抽出し、それを体験の本質的要素とした。③本質的要素とそれを構成する中心的意味から体験の様相を記述した。

なお本研究では、研究者の捉えた状況の文脈が参加者の体験から離れていないか、フィールドワークの中で可能な範囲で参加者に確認し、データ収集の信用性を高める努力を行った。また、データ収集・分析の過程で、質的研究の経験のある集中治療領域のエキスパートナースと計10回以上の再検討と修正を重ねた。さらに方法に関して現象学的看護研究の専門家に、方法・分析に関して現象学者のスーパービジョンを受けた。全過程において質的研究の専門家のスーパービジョンを受けて信頼性を高めた。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者およびフィールドワークの概要

調査期間中、鎮静深度が不安定・合併症に伴う高次脳機能障害発症の疑い・認知症の疑いなど、同意の成立が困難と判断した6名は候補から除外した。残る候補者6名に研究協力を依頼し、全員から本人ならびに家族の同意を得た。参加者の概要を表1に示す。参加者は20～70歳代の男性6名で、Light sedation期間は3～12日間であった。参与観察は、ICUで経口挿管下にあり、Light sedationの期間中、参加者のRASSが0（意識清明で落ち着いている）の場面で、1名

表 1 参加者概要

	年齢 (代)	性別	挿管・呼吸器管理を 要した理由	Light sedation 期間 (日)	挿管下人工呼吸器 装着期間 (日)	参与観察 期間 (日)	挿管中の鎮静薬	参与観察中の 筆談文字数	参与観察中の 日中の RASS ^{※4}
A	60	M	ARDS ^{※1}	12	17	10	DEX ^{※3}	4,465	0 ~ - 1
B	70	M	術後両側声帯麻痺	3	3	2	DEX	4,706	0
C	70	M	急性肺水腫	5	5	5	DEX	2,084	0
D	20	M	CPA ^{※2}	3	10	2	DEX	0	0 ~ - 1
E	70	M	急性重症肺炎	5	10	3	DEX	15	0 ~ - 1
F	50	M	間質性肺炎増悪	5	10	3	DEX・プロポフォール	1,957	0

※ 1 ARDS : Acute respiratory distress syndrome (急性呼吸窮迫症候群)

※ 2 CPA : Cardiopulmonary arrest (心肺停止)

※ 3 DEX : デクスメトミジン

※ 4 Richmond Agitation-Sedation Scale : RASS

あたり 210 ~ 2,220 分、総計 4,660 分であった。

病棟での追加インタビューは、5 名は退室後 2 ~ 8 日後に、呼吸器離脱が遅れた 1 名は 20 日目に行った。3 名は気管切開が施行されたため筆談で行い、そのうち 1 名は調査期間中に呼吸器離脱に至らなかった。1 名あたり 1 ~ 3 回 20 分から 60 分行き、呼吸器離脱に至らなかった 1 名には 3 回に分けて 60 分行った。

2. 分析結果

参加者の体験の中心的意味は、それぞれの文脈に照らして初めて理解できる固有のものであったが、同時に体験の共通性から、類似する本質的要素が見出された。6 名の中心的意味とそれを構成する本質的要素は表 2 に示す。

文章中、参加者の筆談は「 」, 口話は〈 〉とした。

表 2 Light sedation 中の ICU 人工呼吸器装着患者の体験

体験の本質的要素	本質的要素を構成する中心的意味
見知らぬ環境や人に囲まれ無防備な状態にさらされる	自分の居場所を確認する／医療者それぞれが誰なのか自分に何をしてくれる人なのかを知りたい／自分にどんな治療がされているのかわからないから知りたい／管の役割がわからず全て 120% 大切だと理解してプレッシャーを感じる／聞こえてくる話が自分の事か他人の事はわからないが気になる／誰かわからない人に囲まれ自分の空間に侵入される
説明のない状況で感覚を駆使して状況を捉える	医療者のやりとりに耳を澄まして自分の状況を推測する／医療者の動きと視線をたどって状況を把握しようとする／挿管の実感のなさから何度も触って確認する／呼吸器のアラームと自分と関連づけて考える／面会に来る家族の生活パターンから何曜日かわかる／字にならなかった筆談ができるようになった事で回復を実感する
命綱の呼吸器にしばられ異物感と時間や身体感覚の曖昧さに苦悩する	挿管チューブの異物感が続く／嚥んだり顔への快刺激で挿管チューブのつらさをごまかす／挿管中の限られた視野により体位が変わると物の位置がわからなくなる／自分で動くと思いつくかのように動けず全てにおいて戦い／ポジショニングは一箇所が不安定だと画龍点睛を欠く／どう寝ていけばいいのかベストな姿勢を教えて欲しい／食べたい飲みたいは栄養剤や点滴では満たされない／命綱の呼吸器から酸素がきている実感がなく何度も医療者に確認する／時計を見て 4 時なのか 16 時なのかかわからない／2 週間鎮静されるとペンを持つ力もなくなる／文字はわかるが上手く指せず文字盤が一番イライラした／ICU ではずっとこのままだったらどうなるのだろうと出る事ばかりを考える
鎮静薬で眠るより覚醒して自分らしく人と関わりたい	鎮静薬で眠るより覚醒してわかっていたい／挿管して自分が自分自身の感覚や思いは何ら変わらない／面会時には自分をよく知る人と自分らしく過ごす／医療者と信頼関係を築こうとする／話しかけてくる人に失礼にならないよう自分は話ができない事をまず伝える／状況になじむ努力をする／看護師に細かい配慮を求める
自分に関わる人や周囲を気遣う	父として夫として家族を気遣う／担当看護師が働きやすいように環境を整備しようとする／医師を気遣い譲歩する／自分への家族の言葉が他の重症患者や家族にどう聞こえるか周囲を気遣う
任せてもらえない身の回りの事を自分でやりたい	身の回りの事を自分で把握して決めたい／多すぎる管を抱え込み自分で管理しなければと気負う／自分にとって楽な方法を提案する／カレンダーの登場でいつという先の見通しが具体的になる／これまでの経過を聞き現状を踏まえて自分なりに希望的予測をたてる／看護師の優しさへの感謝とは裏腹に自分でできる事は少しでもやりたい／治すために最大限の努力をする
物言わぬ患者として扱われ伝えるチャンスがない	自分に関する話題で蚊帳の外に置かれる／筆記具が手元にない／どうしても言いたい事だけを伝えようとするが伝えられず諦める／視線をたどってタイミングをつかみ視線を送って伝えようとする／訴えかけが気づかれない／ゆっくり思いを言うチャンスがない／ICU は物言わぬ患者のいるところと痛感する
挿管患者は勝手に動いてはいけならしい	看護師の昼休憩に抑制される／早朝はまだ寝ておくように言われる／動けば管が抜けるとわかる／ICU では気を付けの姿勢でおとなしくするという事
医療者にわかっていないように扱われる	自分の治療の事なのに私に聞かれない／何も説明されていないから不信感ばかり／自分に行われるケアを見張って身を守ろうとする／自分のケアや治療に関する会話に参加しようとする／一方通行の看護師の優しさの中で届かない自分の思いを諦める／為すがままにされるしかない

1) 見知らぬ環境や人に囲まれ無防備な状態でさらされる

Light sedation で認知機能を維持されているため、自分が多くの未知のものに囲まれている事を知覚していた。ここはどこなのか、今は〈何時〉なのか、周囲の人は「誰」で何をしてくれるひとなのか、自分にどんなケアや治療がされているか、〈今〉自分はどんな状態なのか、〈これまで〉どうで今のような状態になったのか、この〈あと〉この先どうなるのか。当然「知らせて欲しい」と思うが、参加者にとっては「全部話を聞いていない」ままケアや治療が進められる。

自分の身体に多くの管がつながっているのが見えるが、それぞれの管の「役割」は「キチンと説明」が全くわからない。オープンフロアのICUでは、昼夜問わず周囲の物音や話声が「聞こえ」、パーテーションでかろうじて仕切られた空間に、断りもなく自由に人が出入りする。「聞こえて」くる話が「僕の事か他人の事か」わからず不安になり、何者か名乗らない「誰」かに身体を触られ、無防備なまま受け入れるしかない状況に置かれる。[参加者A B C D E F]

2) 説明のない状況で感覚を駆使して状況を捉える

「細かく伝えてもらいたい」が説明されず、医療者が何をしているのかわからないので、医療者のやりとりに耳を澄まし視線をたどって推測する。医療者が自分に何をしているのか、一挙手一投足を目で追い把握しようとする。

気管チューブは「空気の中」にあるようで挿入されている実感がなく、「口から出（てしまい）そう」と不安になり、チューブや固定のテープを何度も触って確認する。自分につながる呼吸器のアラームを聞いて、鳴る前の自分の所作との因果関係を考え、呼吸器が痰を吸引した音ではないかと自分なりに推測する。多くの管については、身体から出ている部位と形状からその管の役割を自分なりに見当づける。面会にくる家族の生活パターンから今日が何曜日か見当づけ、治療のスケジュールを認識し、例えば気管切開の予定日が明後日の水曜日だとわかっている。[参加者A B C F]

3) 命綱の呼吸器にしばられ、異物感と時間や身体感覚の曖昧さに苦悩する

挿管チューブは、痛みがあるかと問われれば「痛みはない」が、「異物」や「プラスチックの管を口に突っ込まれた感じ」で硬くて「ひりひり」し、「舌の

上が重く」、飲み込むと「たかのつめ」のように痛い。それを冷たいタオルで顔を拭く「気持ちいい」ことで「ごまかし」、チューブを「噛んでごまかしたり」する。

チューブによる身体的な苦痛がない参加者も、呼吸器につながれ、限られた視野で物の位置を把握するが、一旦体位が変わるとわからなくなり「イライラする」し、「水が飲めない、しゃべれない（事）がづらい」。

呼吸器が命綱だと聞かされるが、送気すら実感のない参加者は「サンソ（が）来てるか」不安になり、何度も医療者に確認する。自分の認知は普段と「何ら変わり」がないはずが、夜間、睡眠を優先して鎮静されていると、目覚めた時に時計が見えても「16時なのか4時なのか」わからない。また深い鎮静期間を経た参加者は、身体が「ほぼ動かさず」、自分にとって「どれが一番ベストな」「体勢」なのか、「どう寝ていいかわから」ない。文字盤の文字はわかるのに上手く指差せず、イライラしていた。[参加者B C D F]

4) 鎮静薬で眠るより覚醒して人と関わりたい

気管チューブのつらさは「寝てる時は楽」だが、薬で眠るより起きていたい。周囲の人とのやりとりを楽しみ、起きていて家族との「面会でわかったほうがいい」と望む。家族との面会時間は、よく知っている人と自分である事を確かめ合える時間であり、家族との日常を取り戻し、筆談で読み間違えられても会話の成立を優先する。自分への看護師の「丁寧な言葉遣い」はうれしく、自分の訴えに『またか』とつぶやく「患者を嫌がる看護師」には「嫌」な気持ちになる。看護師に「細かい配慮」を求め、思いを伝える看護師を選ぶ。「話しかけてくる」人に、「今話しができないので」と筆談で断りを述べ、「こっちは話でき」ないと相手は「知ら」ないだろう「から始めに書いとかな」と、「失礼になったら」いけないと気遣う。「冗談が言えぬのが残念」だと言いつつ、ユーモアを交えた筆談で家族や看護師を笑わせ和ませます。これまで自分がやってきたように他者を気遣い、医療者と信頼関係を築こうとし、状況になじむ努力をする。[参加者A B C D E F]

5) 自分に関わる人や周囲を気遣う

父として、子育て中の娘をねぎらい、不安のあまり食事ができなくなった妻に「楽なものをイメージしてかんたんに食べたらいい」と気遣う。担当看護師が

狭いベッド周りで働いているのを見て、パーティーションを減らして看護師のために空間を広くし、「働きやすいように」と気遣う。気管チューブに近い鼻を触る自分の行為が、看護師を不安にさせたのかもしれないと、抑制をした看護師の気持ちを思う。医師の姿を見て「わざわざいてくれたのでお話をしよう」と気遣い、「時間をさいてきていただいてありがとうございます」とねぎらう。周囲の声や物音が「よく聞こえ」ており、他に重症患者がいるという事を知っているので、面会中に家族が自分にかかる「大丈夫だよ」という言葉も、「周囲には色々な病状の人もおられるはず」であり、他の様々な病状の患者家族にとっては「聞きたくもない話を聞かせる」事になるのではと気遣っていた。[参加者ABF]

6) 任せてもらえない身の回りの事を自分でやりたい

普段通りの時間に目覚めTV番組を見て、常用の眠剤をいつもの時間に内服して眠りたい。自分の荷物や身の回りの物を把握し、自分で管理したい。身の回りにある多くの管を抱え込み、自分で「管理」しなければと気負う。自分の「これまで」の経過を聞き、今の現状を踏まえてこれからの「だいたいの目安」を予測する。何度尋ねても医師が抜管予定を明言しないときも、「〇日（発症）から1週間、胃の流れも必要だから後2日程」と自分なりに希望的予測をたてる。保清のタイミングやケアの仕方は、自分にとって楽な方法を看護師に提案して持ちかける。しかし看護師は全て介助してしまい、自分で寝衣のボタンを留め始めても先に留めてしまう。そうして起きているがやる事がなく、床上で「暇な」時間を持て余し、多機能携帯電話（スマートフォンなど）や情報端末を使いたいと思う。[参加者ABCF]

7) 物言わぬ患者として扱われ、伝えるチャンスがない

医療者同士のやりとりが、自分の睡眠状況や痛みなど自分に関する事柄であっても、発言を求められず、蚊帳の外に置かれる。筆記具は手元に常には置かれていない。「筆記具が欲しいが伝わら」ず「むなし」くなる。「どうしてもいいたい事だけ」を伝えようとするが、伝えられずに諦める。筆談だけでなく、タイミングをつかんで視線を合わせ、口を動かして訴えかけるが気づかれない。「ゆっくり思いを言うチャンスがない」。「ナースコールで、あんな機械の向こう

側」で手が届かないと感じ、自分からは「話しかけられ」ず、気づいてもらおうと挙手する自分を「チンパンジーと一緒に」だと思う。「そしたら看護師さん（の）機嫌（が）悪い」とわかっている、ベッド柵を「叩い」て音を立てるしかない。看護師が自分のそばを離れる前には、「何秒かでも（立ち）止まって」欲しいと願う。[参加者ABCD]

8) 挿管患者は勝手に動いてはいけないらしい

自分で身体を動かせるので「動きた」いが、だめだと制止される。自分で「動けば管が外れる」し、「ひっぱられ」るので、寝衣の裾やしわを伸ばす事すらできない。それまで談笑していても、看護師の昼休憩には「挿管チューブを触らないように」抑制される。「手かせをはめられて放置」され、休憩交替の看護師も「外すと怒られるのか」抑制を外してはくれない。夜間にされた抑制グローブを思い返し、なぜあんな「罰みたいな」事をされたのか、心理的「トラウマ」になったかもしれないと思う。早朝に覚醒していると、看護師に寝ておくように言われ、「何も騒ぎも出来はしませんので」「動きません、目を覚ましているだけ」というが通用しない。[参加者BCDF]

9) 医療者にわかっていないように扱われる

施設では、投与する薬剤の本人確認が出来ない場合、電子カルテ上の患者認証と看護師同士のダブルチェックで確認される。以前に電子カルテの患者認証が上手くいかない様子を、見て聞いて覚えており、看護師が「この前『あれまた×が出た』」と言っていたので、患者としては違う薬をいれられていないかと心配に思う。そして「今彼女たちは薬を私の薬とかくにんしなかったけど」大丈夫なのかと不安になる。自分の治療なのに、〈私に聞かれなかった〉と訴え、自分に行われているケアを見張って身を守ろうとする。

自分の人工呼吸器の前で繰り返される医師たちのディスカッションを聞いて、話し手の医師を見てうなずいている。医療者は、参加者がまるで話がわかっているかのようだと思われ、呼吸器の設定圧が上げられ、参加者が「+13の圧でエアコントロール、しんどいです」と、実際議論の内容まで把握している事を医療者は知らない。自分の状態を理解して、治るために自らも努力しようとするが、医療者からは当てにされておらず、「為すがままに」されるしかない。[参加者AC]

IV. 考察

本研究により、Light sedation 中の人工呼吸器装着患者は、日中の覚醒時に様々な感覚の中で、それぞれ普段と変わらずその人らしく思考し、行為している事が明らかとなった。しかしわかっているはずなのに時に曖昧になる時間感覚や自己の身体と、医療者にわかっていないように扱われる事が患者の自己像との差異を生み、患者は混乱し主体的な存在としての人間性を脅かされていると感じていた。患者は人と関わる事で自己の実存を維持しており、薬で鎮静されるより覚醒していたいと望んでいた。

Light sedation はその予後にもたらす効果から今後も広く推奨されていく事が予想されるが、当事者である患者の視点に立って見れば、患者は医療者から疎外され置き去りにされていると感じている現実が明らかになった。

結果で得られた9つの体験の本質的要素は、看護支援を検討していく上で、次の3つの視点に分けることができる。説明のない状況で感覚を駆使して状況を捉える・命綱の呼吸器にしばられ異物感と時間や身体感覚の曖昧さに苦悩するから身体感覚と認知について、鎮静薬で眠るより覚醒して人と関わりたい・自分に関わる人や周囲を気遣うからは覚醒を望む意味について、見知らぬ環境や人に囲まれ無防備な状態にさらされる・任せてもらえない身の回りの事を自分でやりたい・物言わぬ患者として扱われ伝えるチャンスがない・挿管患者は勝手に動いてはいけないらしい・医療者にわかっていないように扱われるからは医療者からの扱いについてである。以下はLight sedation を受ける患者への看護支援を以上の3つの視点から検討する。

1. Light sedation による身体感覚と認知

本研究の結果、Light sedation 中の患者は、麻薬性鎮痛薬を使用した鎮痛優先の管理と、自発呼吸との同調性がよい人工呼吸モードの発展が患者の快適性を改善¹³⁾し、呼吸困難感からの解放という恩恵を受けていた。その反面、自分の呼吸を維持する命に関わる治療が実感できずに不安を感じていた。また鎮痛管理により気管挿管の実感がなく、舌の上に感じる命綱のチューブが抜けてしまわないかという新たな不安に悩まされていた。中には気管チューブの異物感に苦しむ患者がい

たが、そのつらさは痛みとして表現されてはいなかった。

Light sedation で使用される麻薬性鎮痛薬は、気管挿管による体性反応と自律神経反応を抑制ないし消失させ、気管チューブが経口的に挿入されて気管に留まる状態に耐える事を可能にし、異物感に残るが気にならなくなる¹⁴⁾とされる。本研究の結果では、これまで多く報告されてきた呼吸器や気管チューブによる呼吸の困難感やそれに伴う死の恐怖^{7)~10)}といったものはみられず、鎮痛されてもおお残る異物感が新たな苦しみとして強調された。

これまでICU鎮静患者の客観的な痛みの評価は困難^{15)~18)}で、評価そのものが十分されないか¹⁹⁾、過小評価になる²⁰⁾と報告され、今もICUの患者は痛み、苦しみ、関わる医療者もそれを認識している²¹⁾。痛みの閾値や麻薬性鎮痛薬の薬力学は患者により著しく異なるため、十分な鎮痛を可能にするのは自己申告がゴールドスタンダードであり^{1),3)}、昨今、自己申告が可能なLight sedation 中の患者には、痛みの程度を数値化できるVisual Analogue Scale: VASやNumerical Rating Scale: NRSなどの評価法を用いて“痛み”を評価し、鎮痛を図る事が推奨されている^{1),3)}。しかし、Light sedation の患者が苦しむ異物感は、これまでの“痛み”の概念とは異なる可能性がある。患者が自己申告できるにも関わらず、痛みとして表現されない異物感に伴う苦痛や患者の咳嗽に対して、看護師は鎮痛薬を投与してもなお苦しそうだとして鎮静薬を使用増量する判断²²⁾をしてしまう事が報告されている。またこうした状況で看護師は患者を快適にできない事に失望し、Light sedation で患者をケアする事に困難感を感じるともされる²²⁾。

本研究の結果から、Light sedation の鎮痛優先の管理において、看護師には既存の概念から一歩進んだ評価とケアが求められると考える。従来の“痛み”にだけ囚われず、異物感・違和感などの苦痛や不快レベルが評価できるような問い方の工夫が必要である。患者に苦痛がなく、異物感が生活行動に支障をきたさない「気にならないレベル」を患者とともに目標共有し、鎮痛薬の投与量が不十分で異物感が常に耐え難いレベルなのか、苦痛が十分緩和されているかの評価を患者に確認していく必要があるだろう。これらをVASで正確に測定できるような研究も必要だと考える。その点では、今後Light sedation 中の患者には、患者自身

による鎮痛薬管理 Patient Controlled Analgesia の導入が望ましい³⁾ と考えるが、現在のICU患者の麻薬性鎮痛薬の使用の推奨^{1), 3)} と、それに伴う使用量および使用期間の増加による、今後の患者への長期的な影響は明らかではない。今回の結果からは、むしろ従来の“痛み”から視点を変え、経口気管挿管の異物感を選択的に除去できる新たな薬剤の可能性や組み合わせの開発といった、集学的な研究が取り組まれることが必要である。何かをしていれば気にならないがただ寝ていれば気になるなどの、数値だけでは測れない主観的な変化を捉えることも必要であり、薬剤の調整だけでなくそうした変化や、関連する患者の生活行動に合わせて非薬剤的なケアを選択し、調整するといった新たな苦痛緩和のケアが望まれる。

また本研究の参加者は、時間や物の位置・自分の姿勢といった見当識についての曖昧さを感じ、身体が思うように動かない事にいら立っていた。これまでICUで人工呼吸器管理を受けた患者の経験の語りからは、自己の筋力低下を感じ、今までできていた事ができなくなったり自分の身体ではないような感覚であった^{23)~25)} 事が報告されている。今回まさにその渦中にある患者の体験では、曖昧さや動かせない身体そのものよりも、普段と変わらず周囲を認知できるにも関わらず、変化する鎮静に伴って断続的に曖昧になる見当識との差異に混乱している事が強調された。Light sedation 中の患者の自覚と、現状の差異によって抱く不安や混乱を知り、患者が自身の現状認知とすり合わせができるような援助が必要である。例えば、24時間表示の時計や今日がわかるカレンダーを設置して環境を整え、また患者の認知と身体感覚を踏まえて、呼吸器が命綱だと言うだけではなく人工呼吸器が患者に何をしているのかや、治療の実感のなさなど患者の身体に起こっている現象について本人が理解できるように説明を適時にする事が求められる。

さらに本研究では、これらの身体的な苦痛や不安、不安全感に苦悩する渦中に患者はただ吞み込まれているわけではない事も明らかとなった。患者は自分に関わるものや人に関心を持ち続け、情報を得ようと懸命に知覚を駆使していた。患者は医療者や看護師の言動を観察し、見えるものや聞こえる事をこれまでの経験や知識とあわせて自分なりに意味づけする事で、自分の置かれている状況を推測し、統御しようとしていた。このように患者が自ら知覚を駆使して情報を集め、思

考を働かせる背景には、よく聞こえるが視野が限られており物音や会話や人に暴露するものの全体像が掴めない事と、医療者から説明がないという状況があった。しかし先行研究と同様、本研究の患者も、検査結果や現在の抗菌薬使用の方針といった自分の治療に関するかなり詳細な情報についても説明を求めており⁷⁾、医療者が思うよりも患者には見通しを知らされない事がストレス²¹⁾ となっていた。Light sedation 中の患者には、先の見通しを含めた情報提供と、患者には何が覚えて聞こえているのかを推察し、限られた視野で見えるものと無制限に聞こえる音についてなど、患者の部分的な現状認識を補足する説明が必要である。

2. 自己と社会性を維持しようと覚醒を望む

本研究は、本人の自発的な語りから体験を記述するという態度で語りを得ている。そのため、饒舌であったり無口であったりという患者の個性が筆談文字数にも表れていた。そうしてその人らしくある一方で、Light sedation 中の患者は社会から隔離されたICUというなじみのない特殊環境で見知らぬ人に囲まれ、多くの管につながれて生命の危機に瀕し、周囲からはわかっていないかのように扱われていた。周囲からだけでなく、自分自身の認知や身体感覚によっても自己像が揺らぐこともあり、実存の危機的状況におかれていた。Light sedation による管理が確立している北欧のICU患者の経験のメタ分析においても、身体感覚の曖昧さやコントロール感の喪失による自己の存在の危うさが示されている²⁵⁾。このような患者にとって家族は、普段の自分と連続した自分であるとわかってくれる存在であり、何の努力も要さずお互いを認識しあえる存在であった。深鎮静を経てLight sedation に移行した患者の中には、無動化による筋力低下から、覚醒していても文字盤の使用や筆談ができない者がいたが、それでも家族と一緒にいることがわかるよう覚醒を望んでいた。ICUの患者にとって家族の存在はストレスを低くする要因であり²¹⁾、人工呼吸器を装着している期間、患者は家族の存在に支えられる²⁶⁾ 事が報告されている。加えて本研究では、Light sedation 中の患者は家族との関わりによって、自己の社会的な役割や自己像を確認でき、自分が自分であることを支えられている事がわかった。

また本研究の結果において、そのような状況の中でも患者は、医療者が思っている以上に周囲の人を気

遣っている事が明らかになった。患者は周囲を気遣い、信頼関係を築き、状況になじむといった、普段の社会生活でしているのと同じように人との関わりを持つ事で自分らしさを伝えていた。患者は、曖昧な身体感覚と認知や、医療者からの扱いによって脅かされる自己の実存を、人と関わり社会性を維持する事で堅持しており、そのために薬で眠るよりも覚醒している事を希求していると考ええる。

3. 医療者からの扱いがもたらす傷み

Pellegrino は、病は人が人であるための最も根本的な4つの自由を奪い、人間性を侵害するとした²⁷⁾。4つの自由とは、思うように行動する事、自分自身で決める事、他者の支配力から独立している事、そして自己像を構築する自由²⁷⁾である。これまでICUの重症患者はこれらの自由を失っていた。本研究においては、身の回りの事を自分でやりたいが、挿管患者は勝手に動いてはならず、物言わぬ患者として扱われ、伝えるチャンスもなかった。治療や病態だけではなく、そうした医療者から受ける扱いからも患者は自由を奪われていると感じていた。患者はとりわけ行動の抑制に自尊心を傷つけられていた。最近のICUの抑制の実態調査で、実施前に必ず説明・同意を得るとした回答は11%である事が報告されている²⁸⁾。しかしLight sedationの患者の抑制は、人間性を侵害し患者に深い傷を負わす可能性があると考えし直す必要があるだろう。その上で実施する場合は前後に必ず十分な説明が必要である。

また本研究においては、これまでの研究で示されてきたような筆談に伴う体力の消耗や疲労^{5), 7), 9)}はなく、饒舌な患者は、2日間の参与観察時の筆談が約4,000字となった。しかし患者は、目の前で自分についての会話がされていても蚊帳の外に置かれ、筆記具は手元に置かれていなかった。医療者は、患者の視野に筆記具やナースコールが常にある事を患者と共に確認し、患者自身の事は患者に尋ね、患者を会話に巻き込み、側にいる時には患者の視線や、挿管中であっても口元に注意している必要がある。

これらのケアはいずれも特殊な技術を必要とするものではない。発声できないICUの人工呼吸器装着患者が代替用具を使用する必要性も、30年以上前から指摘され続けている^{6), 29)}。しかし未だに患者の手元には届いていない。

本研究において患者は、主体的に治療やケアに参加したいと思っており、看護師が思うよりもADLの自立を望んでいた。これまで深い鎮静下の重症患者では潜在化せざるを得なかった主体性が、Light sedation中の患者では顕在化しているといえる。一方で患者の体験からは、患者は認知機能が幾分か減少しているや、正確には理解し記憶していないはずだというような医療者側の先入観が垣間見られた。Light sedation中であっても、深鎮静からの移行期で意思表示の言語化が十分できない患者が混在している事や、その場合の鎮痛、鎮静、せん妄の評価は看護師にとって困難である²¹⁾事などから、患者の認知機能を低く見積もってしまうのかもしれない。しかしこの事からは、患者が気管チューブを触って確認している行為を看護師は危険行動として、またチューブを噛んだり周囲を見回す行為を不穏と捉えてしまう可能性が危惧される。そのため看護師は重症患者の主体性に目を向け、患者の行為の意味を患者に聴く必要がある。発声の代替用具が患者の手元に渡るには、Light sedation中の挿管患者を、看護師が必要な時に応答が可能な患者としてではなく、対話が可能で、コミュニケーションニーズを持つ人として看護師が認識している必要があるだろう。

ICUで挿管下に人工呼吸器を装着していても、認知機能が維持され、主体性が顕在しているLight sedation中の患者には、その主体性を活かして促進するケアが実現できる。看護師が患者と対話する事によって、ADL自立への援助で患者にできる事を任せたり、comfortなタイミングと方法を患者が選択できるような援助⁵⁾が可能になると考える。

V. おわりに

人工呼吸器装着患者を深い鎮静下で無動化しておいた時代から、経口気管挿管のもとで覚醒した患者と対話する時代になった。Light sedation中の患者は、認知や思考が普段の状態と変わらないと自覚する一方で、変化する鎮静に伴う断続的な見当識の曖昧さに混乱し、命に関わる呼吸器治療の実感のなさから不安を覚える者や、気管チューブの異物感に苦悩する者もいた。また医療者からわかっていないように扱われる事で主体的な存在としての人間性が脅かされ、覚醒して自己と社会性を維持しようとしている事が明らかになった。患者の身体感覚や認知、置かれている状況を

認識し、患者と対話する事で患者の主体性を活かした看護支援をする必要がある。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は一施設の患者を対象にしているため、特異性が影響している可能性があった。また参加者は結果的に男性のみであった。今後は対象施設を増やし、女性患者を含めた詳細な検討を加える事が必要である。

謝辞

ご協力いただきました参加者の皆様、ご理解とご尽力を賜りました研究施設の看護師、看護部長、副看護部長ならびに各科看護部長、医師の皆様に厚く御礼申し上げます。研究の全過程を通してご指導いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

【本研究は東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科総合保健看護学専攻博士（前期）課程に提出した修士論文を修正加筆したものであり、第11回日本クリティカルケア看護学会学術集会で発表した。】

文献

- 1) Barr J, Fraser G L, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013; 41(1) : 263-306.
- 2) Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, et al. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse.* 2012; 32(2) : 35-38.
- 3) 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.* 2014; 21(5) : 539-579.
- 4) Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care.* 2007; 12(2) : 93-104.
- 5) Karlsson V, Bergbom I, Forsberg A. The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation : a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012; 28(1) : 6-15.
- 6) 井上智子. 術後人工呼吸器装着患者の苦痛とその看護. *ICU と CCU.* 1981; 5 : 845-851.
- 7) Hafsteindóttir TB. Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive Crit Care Nurs.* 1996; 12(5) : 261-271.
- 8) Samuelson, K. A. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients--findings from 250 interviews. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011; 27(2) : 76-84.
- 9) Karlsson V, Lindahl B, Bergbom I. Patients' statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation : a prospective video-recorded study. *Nurs Inq.* 2012; 19(3) : 247-258.
- 10) Engström Å, Nyström N, Sundelin G, et al. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU : a qualitative study. *Intensive Crit. Care Nurs.* 2013; 29(2) : 88-95.
- 11) 山口亜希子, 江川幸二, 吉永喜久恵. ICU 看護師が体験した人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの困難さおよび実践. *日本クリティカルケア看護学会誌.* 2013; 9(1) : 48-60.
- 12) Giorgi A, 吉田章宏訳. 心理学における現象学的アプローチ 理論・歴史・方法・実践. 東京 : 新曜社; 2013 : p.65-232.
- 13) 藤野裕士. 人工呼吸器の技術的進歩と換気モードの変遷. *日集中医誌.* 2010; 17 : 155-161.
- 14) ロナルド D. ミラー編, 武田純三監, ミラー麻酔科学. 東京 : メディカル・サイエンス・インターナショナル; 2007 : p.307, 311, 327.
- 15) Aitken L M, Marshall A P, Elliott R, et al. Critical care nurses' decision making : sedation assessment and management in intensive care. *J Clin Nurs.* 2009; 18(1) : 36-45.
- 16) Chen H J, & Chen Y M. Pain assessment : validation of the physiologic indicators in the ventilated adult patient. *Pain Manag Nurs.* 2015; 16(2) : 105-111.
- 17) Gerber A, Thevoz A L, & Ramelet A S. Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients : A descriptive study. *Aust Crit Care.* 2015; 28(1) : 2-8.
- 18) Wøien, H., & Bjørk, I. T. Intensive care pain treatment and sedation : nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care : an explorative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013; 29(3) : 128-136.
- 19) Payen J F, Chanques G, Mantz J, et al. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients : a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology.* 2007; 106(4) : 687-695.
- 20) Randen I, Lerdal A, & Bjørk I. T. Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nurs Crit Care.* 2013; 18(4) : 176-186.
- 21) Abuatiq, A. Patients' and Health Care Providers' Perception of Stressors in the Intensive Care Units. *Dimens Crit Care Nurs.* 2015; 34(4) : 205-214.
- 22) Tingsvik C., Bexell E., Andersson A. C. et al. Meeting the challenge : ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Aust Crit Care.* 2013; 26(3) : 124-129.
- 23) Johansson, L., Fjellman-Wiklund, A. Ventilated patients' experiences of body awareness at an intensive care unit. *Adv. Physiother.* 2005; 7(4) : 154-161.
- 24) Fredriksen, S.-T.D., Grethe Talseth, A., Svensson, T. Body, strength and movement - intensive care patients' experience of body. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being.* 2008; 3(2) : 77-88.
- 25) Egerod, I, Bergbom, I, Lindahl, B, et al. The patient experience of intensive care : A meta-synthesis of Nordic studies. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(8) : 1354-1361.
- 26) Alpers, L. M., Helseth, S., & Bergbom, I. Experiences of inner strength in critically ill patients--a hermeneutical approach. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012; 28(3) : 150-158.
- 27) Pellegrino E. A philosophical basis of medical practice. *New*

- York : Oxford University Press ; 1981 : 232.
- 28) 日本集中治療医学会看護部会安全管理小委員会. 「ICUにおける身体拘束（抑制）ガイドライン」の作成の経緯—全国ICU看護および身体拘束（抑制実態調査）を基に—. 日集中医誌. 2014 ; 21 : 663-668.
- 29) Happ MB, Garrett K, Thomas DD, et al. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. Am J Crit Care. 2011 ; 20(2) : 28-40.

Abstract

The purpose of this study was to describe the life experience of conscious patients who were on light sedatives and mechanical ventilation in an ICU.

The study used methods adapted from a phenomenological approach described by Giorgi, including observations and interviews regarding the intubation and mechanical ventilation of six male participants who were conscious and lightly sedated.

The patients experienced various sensations, and nine major themes emerged from observations and interviews: “Being exposed in a defenseless state, surrounded by strange people in an unfamiliar environment”; “perceiving the situation by using the senses without explanation”; “being tied to a respiratory lifeline, there is indeterminate struggle and foreign bodily sensations”; “wanting to be awake rather than asleep under sedation”; “caring for surrounding people and being involved in personal care”; “being considered by care providers as being unable to speak and not being given an opportunity to speak”; “wanting to perform activities that is not left up to my own”; “intubated patients should seemingly not be moved without permission”; and “being treated in a way that feelings are not being recognized by the health care provider”. The patients also stated that while they are maintaining a self-image, the proactive nature and existence of humanizing treatment has been threatened by the health care providers.

These results suggest that health care providers must revise their perception of conscious patients on light sedatives that are intubated and mechanically ventilated. Moreover, there is a critical need to improve the patient-health care provider relationship, including communication.