

一般科におけるうつ病・ うつ状態の患者に対する 看護の課題

高橋清美 *Takahashi Kiyomi* 日本赤十字九州国際看護大学准教授

はじめに

本企画に関しては、精神科医、看護師(精神科・救急医療・緩和ケア・内科・小児の各領域)、助産師、臨床心理士から論じていただいた。ここでは執筆者らの看護経験をもとに(【 】で表現する)、看護師がどのような「うつのサイン」をキャッチし対処したのか、それらを通し、うつ病への看護の課題を論じたい。

「うつのサイン

寺尾によると(P. 1136)、身体疾患に罹患した患者の抑うつ状態に対するケアは、その疑いをもつことから始まるのだという。抑うつ気分は比較的キャッチしやすいが、活動への興味や喜びの顕著な減退をどのように看護師は察知したのか。

乳児の授乳を積極的に行っていた母親が、ある日、泣いている児を目の前にし【起きるけれど泣きそうな顔をして子どもを見ているだけ…(後藤・P. 1179)】といった反応をみせたり、溺水事故後に低酸素脳症を呈し急性期を脱し

た娘を見た母親が表現した言葉【「Nは、生きているのね」とつぶやいた(猪谷・P. 1184)】からは、子育てに対する喜びの顕著な減退や、子どもへの興味・関心の著しい低下が読み取れ、それらの反応が明らかに正常を逸していることに看護師は気づいていた。このような母親の状況は非常の事態であって、医療従事者がキャッチし精神科医療に早急につなぐことで、事態の悪化を未然に防ぐことができる。

しかし、救急医療現場では状況が違うようだ。看護師は、情報がまったく得られない状況下での初対面の印象や、救急医療とはいえ経時的な患者の変化から、うつを疑うサインをキャッチしていた。

リストカットに至るまでの数カ月間に数回のER受診歴があったAさんの場合、2度目の受診時の様子について【明らかに何か違う。何かおかしい。たった2、3日の間に起こったAさんの変化…(濱元・P. 1153)】と表現されている。若者のうつの場合も、若さという外見とは裏腹に、脳内で深刻な事態が起こっている事実(寺尾・P. 1132)が理解できた側面を【(リストカットの縫合処置を介助しながら)筆者はAさんと同年代であったころの自分自身を思い出していた。19歳という若さで、自殺まで企てたAさんの気持ちはわからなかったが、「ああ、これもうつ病によ

るものだ」… (濱元・P. 1154)】と表現している。

うつをアセスメント すること

救急医療現場では、うつ病患者の自殺企図に遭遇する場合も多い。ERに毎晩21時に来院する患者の消化器症状やあらゆる部位の疼痛に対するアセスメントについて【筆者たち看護師は…、躍起になってフィジカル・アセスメントを行っていた。しかし、ごく数名の看護師は…、拒否的な対応をとっていた。「Bさんはメンタルよ」というのが彼女たちの言い分だった(濱元・P. 1156)】と述べた。恐らく、このような現状は程度の差こそあれ、さまざまな救急医療現場でこれまでに繰り返されてきたことと思われる。患者の主訴がどのような原因から生じているのか予測がつかない場合、医療者の葛藤は強くなる。ただし、身体的問題がなかったという医学的根拠が前提でその症状を捉えなおすと、その症状の経過を支配しているのはうつ病そのものである可能性は否定できない。

うつ病は、一定期間をかけて悪くなり、底をついた後に軽快するという(寺尾・P. 1131)。そのため患者に対する説明は、うつ病の可能性も否定はできないことを前置きしたうえで、理解しやすい説明に努めたい。具体的には、うつ病は「日にちが薬」というように、時間の経過とともに回復するのだが、内服治療や専門的支援が必要であるため、心療内科もしくは精神科医療を受診して、まずは正しい診断を得ることが望ましいことを説明したほうがよい。患者に対し、うつ病治療への正しい啓発を積極的に行うことによって、看護師の葛藤は解決されるのではないだろうか。

一方、緩和ケアでは、うつ病の既往がある膵臓がん患者の持続的な鎮静希望に対し、多職種カンファレンスやHADs (Hospital Anxiety and Depression Scale)を用いてアセスメントし(太郎良)、患者の生きる力を最後まで支援していた。救急病院における緩和ケア担当看護師は、オピオイドによる疼痛コントロール中の大腸がん患者の抑うつ・活動性の低下に対し、関係性の構築を前提に初回面

接を行ったところ、患者の異変(見当識障害なしにもかかわらず、無表情、アイコンタクトが取れない、倦怠感、テレビを観る気がしないといった興味・関心の喪失)をキャッチし、重度のうつ状態であることを精神科医のもとでアセスメントしていた(寺門、他・P. 1213)。

では、精神科看護師はどのようなアセスメントを行っているのか？うつ病には微小妄想(心気妄想、貧困妄想、罪業妄想)があり、それらの存在は自殺のハイリスク状態であることを意味するため、患者の訴えに基づき精神科看護師は死に対する患者の思いを積極的にアセスメントしていた。【私がいたら皆の迷惑になるからいい(武藤・P. 1147)】といった表現は、自己の存在に対する罪責感から派生された表現である。ただし、ここで注意すべき点は、一般科で身体ケアの多い患者が微小妄想様の表現をしたときに、例えば、「迷惑になるから…」といった表現を、「手間をかけるね」といった患者から看護師側に発せられたねぎらいの表現の一種と捉え違いしてしまうと、患者の状態を正しくアセスメントできないこととなる。【死にたいのに死ねない。…(死んだ)夫のところに行きたい。…人はどうして死んではいけないの(池田、内田・P. 1150)】といった死への執拗な訴えは、生きることへの深い罪責感とも捉えられるため、死に対する患者の思いを精神科看護師は経時的にアセスメントしていた。

このように、うつ病のサインを見逃さず、主訴や表情、行動を客観的に観察することが極めて重要である。ただし、ケアを行う医療従事者も感情をもった人間である。うつ病と身体疾患を併せ持つ患者、とくに死期が近づく患者や今回の東日本大震災被災者などへの支援に対し、支援を行う看護師にはさまざまな感情がわきあがることは確かである。とくに医療者側のネガティブな感情は、うつ病を客観的にアセスメントしたとしても、支援を行う際にさまざまな弊害や支障をきたす可能性も否定はできない。

うつ病患者への対応

末期がん患者への看護について、【自身の感情を道具としてかわかり、チームメンバーの意見を緩衝材とし、その

感情が患者に与える影響を自問することで患者とのこころの距離感をつかむ(太郎良・P. 1176)と語っている。この事例では、うつ病を既往にもつ末期がん患者の鎮静希望に対し、倫理的ジレンマにゆれながらも、チームカンファレンスで客観的にアセスメントし、自己の感情と患者との相互作用が、患者の生きる力を支援する看護であり続けるために、チームの力を得つつ展開していた。さらに、寺門らの事例(P. 1212)では、がん終末期の患者の自傷行為後に受持看護師が筆談で【気持ちをわかってあげられなくてごめんなさいね】と、感情を素直に表現したことによって、患者の自然な感情【今までありがとうございます。…(家族に対して)ありがとう】が表出された。いずれにせよ、医療者側の感情を使うことによって患者の感情を引き出す支援は大変な重労働であり、この2事例に共通することは、チーム内で医療従事者同士が支えあうという関係性があったからこそ、実践が成り立ったのだと考える。

さて、糖尿病でインスリンや食事療法の自己管理を行う患者のうつ症状に対し、看護師は【入院中は患者の良好な自己管理により、医療者も介入の成果を実感し患者とともに成功体験を積んでいった(深川・P. 1166)】が、退院後の自殺未遂で【患者と家族の関係を把握するなど過食に陥る要因を探り、介入していく必要性があった(深川・P. 1166)】と考察している。抑うつ反応や適応障害のような反応レベルであれば、環境調整によりストレスを軽減するのが優先されるべきであり(寺尾・P. 1134)、【家族全員参加型の(糖尿病)指導を進め、できない自分に直面して自分を追い込んでしまうことがないように(深川・P. 1166)】対応することの必要性を述べている。こうした家族と医療者との連携は、患者を治療へと導くために重要であるため、うつ病者を取り巻くネットワークが2重、3重に重なっていくイメージを、具体的に患者家族に伝えるとよい。

一般診療において、うつ病が疑われた患者を精神科診療につなげていく際には、患者やその家族、一般科医それぞれに精神科受診に対する抵抗があり、精神科受診後も薬物療法への抵抗がある。だからこそ一般医と精神科医との連携は重要であり、一般医が精神科を紹介する際は、紹介状と一緒にできるだけ家族や保護者の同伴が必要であることを患者・家族に告げるほうがよい。病前の患者の様子や生

活環境は、家族や保護者からのほうがより詳細に情報収集が得やすく、また精神科医から家族へ治療方針や今後の予測を説明することが、患者とその家族にとって有効なケアにつながるといわれている¹⁾。ただし、うつ病者の家族は「家族が患者の診察に付き添ってよいのか」「わからないことを精神科医に質問してもいいのか」と疑問に思うこともあるようだ。看護師は、患者や家族の認識を十分にふまえたうえで、なぜ家族が付き添うことが必要なのかをそれぞれに伝える必要がある。

「顔の見える関係性

病を抱え生活することは、孤独や不安とどう付き合っていくのかという問いとも共通する。【(がんの)治療が終了すると医療から離れていく不安と見捨てられ感に似た感情がみられる。…がんは常に再発・転移の不安がつきまとい…、外来で入院時の看護師から「体調はどうですか」「〇〇はどうですか」といった言葉をかけてもらうだけで、気にかけてもらえるという安心感がある(中島・P. 1191)】との一文が象徴するように、看護師が気がかりな患者に対する「心配」は、こころの中でつぶやくよりも、むしろ、普段使いの言葉で積極的に伝えたほうが効果的である。

【Dさんが「気持ちを許せるスタッフ」の数を増やすため…、入院生活とは関係のない話題でコミュニケーションをとる(福島・P. 1163)】、【お母さん、今日の晩御飯は何にするのですか？ 毎日の面会で、家事も大変ではないですか？(猪谷・P. 1184)】といった会話の引き出し方は、私たちの想像以上に患者にとっては「看護師の心配り」であって、安心感を与えるようだ。高岡²⁾はうつ病は自分自身との折り合いのつかなさと表現したが、自分の弱さに向き合えないからこそ、何気ない心配りに触れたときに、人とのつながりを深く感じとり、孤独感や絶望感から救われるのだと考える。

では、人と人がつながること、とくに医療者側の連携について、看護の立場から改善できそうな課題について次に触れたい。

連携すること、つながっていくこと

東日本大震災の津浪の経験や原発事故の影響は、人間が環境をコントロールできるという奢った固定概念を覆した。その一方で、自然の猛威に抵抗することに限界はありつつも、世の中で人間によって営まれる仕事のすべては、人間の生活に貢献することに気づく契機ともなった。

建設関係者は壊れた街を整備することに専門的役割を果たし、医師は疾患への治療にその専門性を発揮し、看護はあらゆる人々の健康を守るために、人間の生活そのものに対し保健医療分野からその専門性を発揮する。ただし、それぞれの専門家は、その専門性を発揮する領域のなかでこそ期待される役割があり、すべてに万能ではないはずである。重村は、災害救援時の基本的心得として、活動中はできることとできないことを意識する、と述べた(P. 1216)。災害時のみに限らず、病という危機的状況に直面した人々の生活を支援する看護は終わりのない営みである。このような人々への看護は感情を用いた重労働であるため、看護師自身の感情が磨り減らないように、自身の専門的役割においてできること・できないことを意識しつつも、チームとともに働くスタッフに対するねぎらいや、お互いの活動を認めあうといった内部連携を健全に保つことが重要と考える。

少子高齢化・核家族化・高度医療・入院期間短縮・地域包括といった時代の変遷のなかで、対象者のニーズに沿う看護は、チーム内外の連携によってその機能を発揮することが予測される。本企画の執筆者らの多くが指摘したように、うつ病のサインをキャッチし、アセスメントをもとに対応する過程には、看護師自身がうつ病に対する正しい知識を得ることが必要であった。

精神科疾患に理解が深い看護師とは、やはり精神科医療の現場で勤務する看護職員であろう。日本の精神科医療の現状では、精神医療を支える病院は民間の単科精神科病院が約8割を占め、そこでは社会的入院患者も多く、患者の

入退院が一般科病院のように著しいというわけにはいかない現状がある。つまり、患者が流動的に動きがたい現状があり、ソフト面でも閉鎖的にならざるを得ない傾向があるため、精神科看護師の身体合併症を診る技術向上の必要性が叫ばれている。一方で、一般科看護師の精神症状をアセスメントする視点を強化する必要性は本企画の多くの執筆者が触れてきた。

精神科看護と一般科看護が協働することは、多くの患者に多大な利益をもたらす。精神科看護師はうつ病看護に対する豊富な経験知をもつため、一般科看護師と合同でうつ病に対する研修会や勉強会を行うことによって、知識の共有と、「お互いに顔の見える関係」を新しく構築できると考える。医療という対人援助サービスのなかで、顔の見える関係性を構築することは、まさに「人と人をつなぐこと」そのものである。看護部レベルで普段から一般科と精神科看護師が連携しておくと、危機的状況下におかれたうつ病患者に対するチーム連携のハードルが一つ低くなるのではないだろうか。そのような試みの際は、ぜひ看護系大学の教員をも巻き込み、臨床と教育が連携することによってさらにハードルが一つ低くなることを期待したい。

まとめ

うつ病のサインをキャッチし、アセスメントし実践に移すことについて、一般科看護師はこれまでに多くの経験知を積んでいた。ただし、「もっと何かできたはず」と不全感を抱く背景には、うつ病患者との対人看護を模索したいという意図もあるのではないかと考える。精神科と一般科の看護が連携することによって、時代のニーズに沿う質の高い支援が提供できるのではないかと考える。

引用文献

- 1) 渡辺洋一郎：うつ病診療における一般医と精神科医の連携. 総合臨牀, 59(5): 1278-1281, 2010.
- 2) 高岡健：やさしいうつ病論. 批評社, 東京, 2009, p. 18.