

不慮の事故により入院した患者のうつ

福島綾子 *Fukushima Ayako* 日本赤十字九州国際看護大学

はじめに

救急医療現場では、精神科疾患を有する患者の自殺による入院などが多くだけでなく、身体状態の変化や入院などの環境の変化からうつ状態やせん妄状態へと移行するケースが多い。うつ状態の患者への対応として、励ましを行わないことや傾聴の姿勢の重要性など一般的な知識はあるものの、多くの看護師は精神面のケアを苦手、あるいは困難と感じていたり、ジレンマを抱いていたりする。事例を振り返り、なぜ救急医療現場でうつ病者とかかわることが困難なのか考えてみたい。

事例紹介

対象者(以下、Dさんとする)は中学3年生(15歳)の女の子である。その日は雨がパラついていて、Dさんはいつもどおり自転車で通学していた。横断歩道を渡っていたところ、進入してきたタンクローリー車に追突され受傷、すぐに救命救急センターへ搬送される。

腹腔内出血、骨盤骨折、右脛腓骨骨折、両下肢の広範囲に挫滅創をみとめたため緊急入院となった。腹腔内出血についてはTAE(経カテーテル動脈塞栓術)にて止血することができたが、骨盤骨折に関しては内固定の必要があり、受傷当日に創外固定を行った。下肢の挫滅創については洗浄とデブリードマンを行った。出血量も多く、長時間の手術となったため気管挿管を行ったままICUへと入室したが、翌朝には抜管が行われ、言語的コミュニケーションは可能な状態であった。しかし、Dさんが積極的に他者とコミュニケーションを取る様子はみられなかった。

Dさんのキーパーソンは母親であった。事故当日より家族そろって面会に訪れていた。入院当初は母親がベッドサイドで涙ぐむことも多かったが、両親そろってほぼ毎日面会に来ていた。

1) 入院中のDさんの様子

Dさんはとにかくナースコールの多い患者だった。「腰が痛い」「足の位置を整えてほしい」「お腹が痛い」などの訴えを繰り返していた。創部の痛みや骨盤骨折による神経麻痺、創外固定などの原因で自由に体を動かすことができない状態であったため、体位調整を訴えることも多かったが、Dさんが最も強く訴えていたのは排便に関するものだった。ナースコールで呼ばれベッドサイドへ行くと、「お腹が痛い」と泣き崩れていることがしばしばあった。そんな時は決まって排便や浣腸を要求されるのだが、身体的な負担を考えると実施できないことも多く、腹部のマッサージなどをしながら対応した。一度ナースコールで呼ばれると、1時間近くベッドサイドを離れることができず、離れたと思ったらまたすぐにナースコールが鳴るという状況を繰り返していた。とくに夜間には、ナースコールの回数は激増した。不眠状態が持続していたため、院内の精神科医にコンサルテーションを行い、不眠に対する眠剤の投与と、不安状態に対する内服療法が開始となった。しかし、良好な睡眠は確保できておらず、ナースコールは鳴り止まなかった。怖い夢を見るのだと精神科医には話していたようだが、看護師に対しては「便が出そう」「お腹が痛い」などの訴えを繰り返すばかりであった。

また、入院当初からDさんのベッド周囲のカーテンは1日中閉め切られたままだった。同室者だけでなく、スタッフともコミュニケーションを取ることはほとんどなかった。Dさんが不快感を訴えかかわることができたのは、プライマリ看護師Aを含めた一部のスタッフのみであった。面会時間に母親がベッドサイドにいても、「アイスを取ってきて」「布団をかけて」などを訴える際にはナースコールが押された。他のスタッフ以外がDさんのベッドサイドを訪問しても、顔を布団で覆ったままで「Aさんと呼んでください」と告げるばかりだった。食欲はなく、口に入れるものはゼリーやヨーグルト類、アイスクリームのみだった。

2) Dさんに対するスタッフの感情

Dさんにかかわるスタッフの感情はさまざまであったと思う。若い女性の不慮の事故、入院の長期化、控えている手術、痛みなどの状況を考えれば、Dさんの心理状態は容易に推測することができた。しかし、Dさんからの度重なるナースコールや繰り返される要求、それに対するスタッフの対応が受け入れてはもらえないこと、そのために他の患者とかかわる時間が制限されてしまうことや、滞ってしまった業務のために延長される勤務時間にスタッフの多くは疲れてしまっていた。そのため、Dさんを受け持つことは気が重い、疲れると感じていたし、鳴り止まないナースコールに苛立ちすら感じていた。とくにプライマリ看護師Aは、Dさんと良好な人間関係を構築できていた一方で、Dさんの訴えのすべてに対応しなければならないという状況だった。

筆者がはじめてDさんと対面したのは、入院から2週間ほど経過したところだった。すでにICUからHCUへと移動しており、内固定の手術日程の検討がなされていた。一部のスタッフしかDさんにはかかわることができなかったため、筆者を含めた多くのスタッフはDさんについて知らなかった。繰り返し行われるカンファレンスや看護記録からだけではDさんの人となりやうかがうのは困難であり、ただナースコールの多さだけが際立っているように感じた。筆者がDさんに抱いていた感情は他のスタッフとそれほど変わらなかったと思うが、振り返ってみると、なぜかとても強い興味を抱いていた。病的な印象を受けながらも、なぜ10代の若い女の子があれほど排便に固執するのか、その答えを知りたいと思っていた。

精神科医からはDさんに対する治療方針が提示されていた。うつ状態にあるDさんに対し投薬を行い、良質な睡眠を確保すること、Dさんの不安の表出ができるようなかわりをするのがスタッフに求められた。

3) Dさんとのかわり

精神科医の示した治療方針は納得できるものであったが、Dさんにどのようにかわってあげばいいのか、具体

的な方法がわからずにいた。また、Dさんに限らず、1人の患者の気持ちをゆっくり聞くための時間を確保することは難しいという現状に悩んだ。しかしそれと同時に、他の患者のアラームが鳴っていたり、身体面での変化が起こっていたりする状態にもかかわらず鳴り止まないDさんのナースコールに苛立ちは増していた。

Dさんに対するかかわりをどのようにするのか何度もカンファレンスが設けられ、まずはDさんが「気持ちを許せるスタッフ」の数を増やすための取り組みが始まった。ナースコールのないタイミングを狙い、スタッフがベッドサイドを繰り返し訪問した。筆者はDさんを受け持つことはほとんどなかったため、ベッドサイドを訪問しても入院生活とは関係のない話題でコミュニケーションを取ることはできなかった。Dさんがスタッフの顔やキャラクターを覚えるにつれ、訪問時に布団から顔を上げてくれるようになった。そして、Dさんがかかわることのできるスタッフが少しずつ増えていった。そうすることで、プライマリ看護師だけでなく、チーム内で連携してDさんにかかわることができるようになった。

次に、Dさんを中心にした業務を組むことになった。Dさんの1日のリズムを整理し、どの時間帯にどのような訴えが多いのかを把握した。Dさんの受持看護師の業務量を調整し、ナースコールの多い時間帯には他のスタッフがフォローに入れるようにした。業務改善を行うことで、Dさんがナースコールを鳴らす前に対応できるようになった。ナースコールの回数が減るだけで、スタッフの疲労や苛立ちは減少していった。

さらに、精神科医との連携を密に取れるような工夫をした。毎日回診時に夜間の睡眠状況やDさんとの面談を精神科医が行ったが、回診は夜間の様子を詳しく知る夜勤帯のスタッフのいない時間に行われることが多かった。そのため、夜間の状況は受けた申し送り内容や看護記録から推測され、口頭で伝えられた。そこで、夜勤帯スタッフがDさんの睡眠状態、気になったことや、ナースコールの回数、その時の訴えの内容などを記録できるような用紙を作成し、その記録を媒体として精神科医と調整を行った。このことにより薬剤の種類や量の調整が行われ、少しずつ夜間の睡眠時間が延び、中途覚醒もみられなくなっていった。夜間のナースコールの回数が睡眠により激減したことで、スタッフも他の業務に集中することができた。

また、面会時間の調整も行った。救急医療現場では、患者の身体面の安静を第一に考え面会時間の制限を行っていることが多い。Dさんの場合も、面会は1日に2時間、家族のみ面会することが許可されていた。面会時間を消灯時間の直前まで許可したことで、家族と夕食後の時間をゆっくり過ごすことができるようになった。狭いベッドサイドではあるが、母親手作りの差し入れを持ち込み、家族を含めて夕食の時間を確保することで少しずつ食事摂取量が増えていった。また、入院初期にはナースコールを押していたような訴えを母親に告

ポイント!

なぜあれほど排便に固執するのか、その答えが知りたい
時間が経った今考えると、これもうつ状態の症状の一つだったのだと思うが、その時はわからなかった。夜間眠れるようになり、うつの症状がみられなくなってくると、排便に対する訴えは減っていった

げることができるようになっていた。

このように、医療チームがチーム内連携の強化を行い、Dさんに合わせた対応を続けていったことで、Dさんの表情が少しずつ変化していった。はじめは閉め切られていたカーテンが、窓側から開き始めた。さらに、ベッド上に放置されていたぬいぐるみなどが整理されていった。また、家族が持ってきたまま引き出しにしまわれていた鏡やくしを使って髪の毛や眉毛を整え、少しずつ身だしなみを気にするようになった。この頃からは男性スタッフが声をかけても反応が返ってくるようになっていた。

救急医療領域でうつ病患者を看護することの問題点

救急医療現場で看護師がうつ病患者とのかかわりを苦手、あるいは困難に感じている理由として、うつ病患者にとって治療に必要な環境を十分に整えることが困難であることが

あげられる。身体面と精神面を切り離して考えることは不可能なのだが、救急医療現場は身体面の改善を第一に考える現場であるため、睡眠の環境を整えることは困難である。うつ病患者にとって夜間の睡眠の重要性は感じているものの、アラーム音や照明などの睡眠障害因子をすべて排除することはできない。また、1人に対してじっくりとかかわる時間を確保することが困難であること、処置や薬剤を使用しているため患者と十分にコミュニケーションを取ることができず、人間関係を構築しづらいこと、入院期間の短期化により十分な介入ができないまま救急医療現場から移動することなどが、看護師が苦手意識や困難感を抱く要因ではないかと推測する。

Dさんの事例を振り返ると、身体状況の改善が図られたこと、適切な薬物療法が行えたことはDさんがうつ状態から改善していく過程において重要であったと考える。さらに、うつ状態にある患者と看護師という関係ではなく、Dさんと筆者、Dさんとプライマリ看護師A、といった人間同士の関係を構築していったこと、プライマリ看護師だけでなくチーム内連携を強化して対応したことにより、うつ状態から改善していくことができたのではないだろうか。

研修 NO.117 「在宅での排便管理」

- 日 時：2011年10月1日(土)10時～15時
- 会 場：すみだ産業会館(東京都墨田区)
- 講 師：西村かおる(コンチネンスアドバイザー)、高崎良子(皮膚・排泄ケア認定看護師)
- 対象者：訪問看護師 定員：80名

- 参加料：10,000円
- 問い合わせ先：コンチネンスジャパン株式会社
〒167-0041 東京都杉並区善福寺1-4-2
電話 03-3301-3872 Fax 03-3301-3878
WEB サイト www.continence.co.jp