

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

自殺企図患者の家族：

衝撃的な出来事によって家族もPTSDに陥る可能性があるケース

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-11-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 福島, 綾子 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/804

7 自殺企図患者の家族

：衝撃的な出来事によって家族もPTSDに陥る可能性があるケース

ふくしまあやこ
福島綾子 日本赤十字九州国際看護大学 助教

ケースの紹介

- ・患者：G氏、60代、男性。
- ・診断名：割腹による腸管損傷，うつ状態。
- ・治療内容：緊急開腹による小腸漿膜筋層縫合術。
- ・入院前の生活：3年前に退職している。退職してすぐの頃は友人と趣味のゴルフに出かけたりしていたが，ここ1～2か月は出かけることもほとんどなく自宅で過ごしていた。
- ・家族構成：対象家族の構成と背景を図に示す。キーパーソンは妻である。

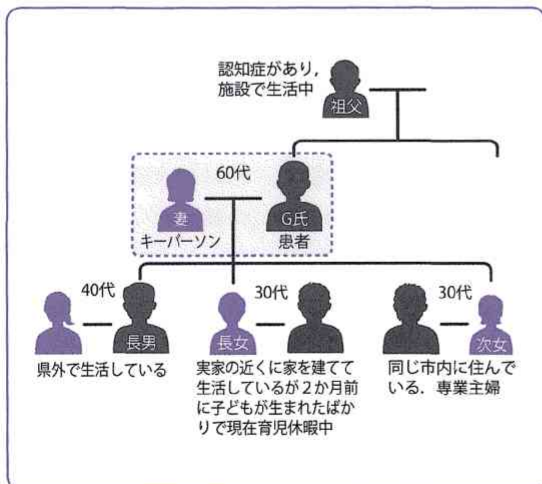


図 本事例の家族構成

経過

◇ G氏の経過

23時頃，妻は真っ暗な部屋でテレビをつけたまま倒れているG氏を発見した。周囲には血だまりができており，血まみれの包丁も落ちていた。一部腸管が脱出しており，G氏はその腸管を抱えていた。救急隊到着時は意識レベルI桁で循環動態も保たれており，救急隊の問いかけに「死ぬば楽になると思って包丁で刺した」と発言した。

搬送途中に状態が変化し，ER到着時には心肺停止状態であった。緊急で開胸し蘇生処置を開始するとともに，緊急手術となった。割腹による小腸漿膜の損傷と，開胸時の左中葉の損傷に対する治療を行い，閉腹後全身管理目的でICUへ入室となった。

ICU入室後には循環動態，呼吸状態ともに安定し，入室後6日目には抜管できた。精神科医との面談では，「今回のことは後悔していないか」「まだ死にたい気持ちがあるか」との問いかけにうなずく様子があった。精神科医は，G氏は重度のうつ状態であり，身体面が安定したら精神科へ転科し治療が必要な状態であると判断している。

◇ 家族の状況と医療者のかかわり

妻は救急車に同乗して来院したが，来院時から激しい動揺がみられた。ERスタッフは妻だけでは対応できないと判断し，次女に連絡して病院ま

で来てもらった。救急科医師は妻と次女に対してG氏の状況と緊急手術が必要な状態であること、自殺の可能性が高いことについて説明を行った。医師からの説明に対して妻は「はい、はい」と答えるが、表情は硬く目の焦点が定まっていなような状態であった。

手術が終了しICUへ入室したタイミングで、看護師はG氏との面会を調整した。妻は病室前で泣き崩れてG氏に近づくことができなかつた。次女はG氏の手を握りながら「がんばってね」と声をかけていた。その後、妻は毎日面会に訪れているが、10分ほどで部屋を出ることが多かった。G氏の状態を伝えると喜ぶ表情が見られ、看護師に対しては「よろしくお願ひします」と声をかけるが、G氏に近づき声をかける様子は見られない。次女は、「家に近づくとかあのときのことを思い出さうだ。ほとんど食事もとらず、夜も眠れていない。ぼーっとしていることも多く、声をかけても返答がなかったりする。突然あのときのことを思い出さうで心配している」と自宅での妻の様子を看護師に語った。妻は現在次女の家を身を寄せており、面会には次女が送り迎えしている。昼と夕方の面会のあいだは一人で病院に残り外来待合室などで過ごしているようである。

アセスメント

妻の心理的危機状態

G氏の搬送直後から、妻は激しい動揺があり、心理的不均衡状態を示していた。妻の心理的状況をストレス・コーピング理論¹⁾を用いて考えてみると、妻はG氏の自殺を「ストレスフルな出来事」と評価していた。この出来事に対し、搬送直後は泣き崩れるなどの情動中心の対処を行っている。また、病状説明には次女にも同席してもら

い、ストレスフルな出来事に対処しようとする行動がみられていた。しかし、今回の自殺企図を妻は予測できていなかった。まれで予測できない出来事ほどその衝撃は強く、体験はより強いストレスラーとして認識される。また、G氏は精神科での治療継続が必要と判断されており、退院後も再企図予防のためのゲートキーパーとしての役割を担う必要のある妻のストレスラーは長期的に存続することが予測される。これらの状況から、妻は心理的危機状態に陥る可能性が高いと考える。

また、妻はフラッシュバック症状や不眠、食欲不振などの身体症状が出現しており、急性ストレス障害(ASD)の状態にあると考えられる。今後、ストレスラーに適切な対処がされなかつた場合は外傷後ストレス障害(PTSD)に移行する可能性が高い。

妻のニード

妻は医療者に対して声をかけ、G氏の状態に安堵する様子が見られている。また、現在は次女のサポートを受けながら生活をしているが、今回の出来事に一人では対処することは困難であり、「保証」のニードと「社会的サポート」のニードが高まっている状態であった。G氏の身体面の回復だけでなく、自殺企図に至った心理面への治療についても保証しながらケアを行う必要がある。また、PTSD予防のための妻へのサポートとともに、G氏の再企図予防について支援できるように社会的サポートが必要である。一方で、不眠や食欲不振などの症状が出現しているが、「接近」のニードや「安楽・安寧」のニードはあまり表出されていなかった(本特集Part 4 参照)。妻は自身の身体症状を自覚できていない可能性も高く、早期に介入する必要がある。面会時の介入についても、妻の状況に合わせた調整が必要である。

◎ 自殺企図患者ケアにおける家族の役割

自殺企図患者に対する救急医療現場でのケアの目標は、身体的および精神的医学的評価および治療と自殺の再企図予防の2つ²⁾である。再企図予防のためには、自殺の危険因子を減らしつつ防御因子を高めることが必要であるが、自殺企図者の安全で安定した社会生活環境を整えるために家族の果たす役割は大きい。しかし、妻自身も心理的危機状態にあり、再企図予防のゲートキーパーとしての役割を十分に果たすことが困難となることも推測される。

対応を必要とした問題

本事例において対応を必要とした問題は、次の2つである。

- 妻が心理的危機状態に適切な対応できない場合、ASDからPTSDに陥る可能性がある
- G氏の社会復帰、および再企図予防のゲートキーパーとしての役割を妻が十分に果たせない可能性がある

看護実践

妻が心理的危機状態に適切に対処できるよう支援するとともに、今後PTSDへ移行するリスクが高いことを理解しながら、早期に専門的治療につなげることを目的に介入を行った。

◎ ストレッサーに様々な対処方略で対処できるよう支援する

G氏の入院直後は、しっかりと情動中心の対処が促進されるよう、妻が自由に感情を表出できる

ように環境を整えた。面会時には必ず看護師が近くにいることができるように業務調整を行い、妻の心情をそのまま受けとめるようにした。

さらなる対処方略として、問題中心の対処を促進するために、妻にG氏の身体面の治療状況について繰り返し説明した。衝撃的な出来事による混乱や認知の偏りが生じやすくなることを理解し、まずは妻がG氏の身体面の状況について正しく理解することができるよう、わかりやすい言葉を用いた。

また、病状説明後は看護師から補足や繰り返しの説明を行った。G氏の身体面の回復について情報提供することは、妻の保証のニードを充足することにもつながった。保証のニードが充足されると、妻は少しずつ看護師に対して、G氏の変化に気づけなかったことに対する自責の念や今後の不安を表現するようになってきた。面会時に「どのように接したらよいかわからない。思い出すと怖くてたまらない」と話す妻に対し、無理にベッドサイドへ行くことは勧めずに1日のG氏の状況を看護師から説明した。G氏が回復していることに「生きていてくれてよかったです」と返答があり、笑顔も見られた。妻が自らの気持ちを話す場合には具体的な解決策を提案するのではなく、そのままの思いを受けとめ傾聴することでかかわりを統一した。

◎ 家族員が妻のPTSDの可能性について知り、妻をサポートすることができる

次女から妻の状況について情報収集を行うとともに、今後PTSDを発症する可能性があることを精神科医と共に説明した。これは、衝撃的な出来事を体験した人であればだれしにも起こりうる正常な反応であると同時に、適切な介入が必要であることを説明した。また、自宅で妻と接する際の

注意点として、安全と安心を実感できる生活環境を整えること、衝撃的体験については無理に語らせることはなく、本人のニーズがある場合は語りをそのまま聞くことが重要であることを説明した。次女からは「今後、母にどのように接すればよいかわかりました」と理解が得られた。

また、G氏のキーパーソンを妻と共に担ってもらう家族員を決めてもらいたいことを説明した。次女だけに負担がかからないよう家族で相談してほしいことを伝え、次女からは「兄たちと相談してみます」との返答があった。後日、次女がその役割を担当することになったと報告があったため、以降の病状説明などは次女が同席できる日程で調整した。

◎ 妻の身体症状の改善を図る

次女同席のもと、妻と精神科医、看護師で面談を行った。まずは次女への説明と同様に、妻に対してもPTSD発症の可能性について説明した。説明内容としては、不眠や食欲不振の症状があり、十分な休息がとれていない状態を心配していること、今後G氏をサポートしていくためにも身体症状を改善する必要があることを話した。そして、不眠に対しては睡眠薬を処方し、十分な睡眠がとれるようにした。また、病院内で過ごす時間が長く休息がとれていない可能性があったため、家族控室などの使用についても改めて説明した。「静かな場所で一人になると悪いことしか浮かんでこない」という妻の思いを尊重し、次女の1日のスケジュールに合わせて面会時間を調整し、病院で過ごす時間が短くなるように工夫した。

◎ 専門的な治療の必要性についての情報提供

G氏は精神科への転科が予定されているため、ICUでのG氏の経過とともに妻の状況についても移動先の病棟へ情報提供した。精神科医より妻に対しても今後PTSDを発症するリスクについて説明し精神科の受診を勧めるとともに、利用可能な社会的サポートについての情報提供を行った。G氏のICU退出が決まった頃、妻より「少し話を聞いてもらいに行ってみようと思います」との発言が得られた。



時間的制約から、G氏の妻が心理的危機状況に適切に対処できたか、その経過すべてを見届けることは不可能である。しかし、早期にリスクをアセスメントし専門的治療に結び付けることでPTSDの発症を予防できるため、クリティカルケア領域の医療者の対応は非常に重要である。自殺企図患者の家族に限らず、ICUなどで集中治療を受ける患者家族の多くにPTSD発症のリスクがあることを認識しながらかかわる必要がある。

引用・参考文献

- 1) リチャード・S. ラザルス、スーザン・フォルクマン：ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究、実務教育出版、1991、p.309.
- 2) 日本臨床救急医学会：自殺未遂患者への対応：救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き、2009、p.3.