

<精神看護専門看護師に必要とされる役割・機能・臨床能力③>

身体疾患を有し精神症状(不安・抑うつ)を呈している患者へのグループ・ケア・プロトコルの試案

Fukushima Yoshie 福嶋 好重
横浜市立市民病院

Hirai Motoko 平井 元子
慶応義塾大学看護医療学部

Usami Shiori 宇佐美 しおり
熊本大学大学院生命科学研究部

Nozue Kiyoka 野末 聖香
慶応義塾大学看護医療学部

Fukuda Noriko 福田 紀子
慶応義塾大学看護医療学部

Kaneko Ayako 金子 亜矢子
東京共済病院

Yagi Kozue 八木 こずえ
五稜会病院

Shinogi Yumi 篠木 由美
東京武蔵野病院

はじめに

本シリーズは、現在のさまざまな課題を持つ精神医療において、精神看護専門看護師が関わることの多い対象者とその対象に提供されるケアを提示し、必要とされる専門看護師の役割・機能・臨床能力について4回シリーズで論じていくものである。

今回は、一般総合病院において慢性疾患を持ち精神症状を呈する患者に対する介入研究の結果から、身体疾患を有し精神症状(不安・抑うつ)を呈している患者へのグループ・ケア・プロトコルの試案を提示し、精神看護専門看護師に求められる臨床能力を検討する。なお、ここでの「グループ・ケア・プロトコル」とは、ある一定の対象者特性を有する集団に対するケアを指す。

一般総合病院に入院中の、身体疾患を有する患者にみられる精神症状

一般総合病院に入院している、身体疾患を有する患者の中には、抑うつ・不安・適応障害などを呈し、専門的な治療やケアが必要な患者がいる。わが国におけるがん

患者の有病率調査でも、大うつ病は3～12%、適応障害(不安と抑うつを伴うもの)は4～35%に認められている¹⁾。また「このような病気だから落ち込んでいても無理はない」と医療者が先回りしすぎて、治療が必要な状態を見落としやすいことも指摘されている。

わが国の肺がん患者を対象とした研究では、がん告知後に大うつ病や適応障害の状態に陥った患者も、3～6カ月後にはその3分の2程度が改善を認めている。一方で、改善を認めずに症状が継続する患者もいることや、がん告知後に強い抑うつ症状を認めた患者は抑うつ症状が再燃しやすく、次の悪い知らせ(再発告知、抗がん治療中止)などのストレスに再度反応して精神症状が出現する危険があることに十分留意する必要がある²⁾。

精神看護専門看護師のケアの有効性に関する研究

Tuckerら³⁾は、精神看護専門看護師の直接ケアにより患者の心理社会的機能の改善、早期退院、再入院の減少、症状の軽減などの効果があったと報告している。

NewtonとWilson⁴⁾は、利用者である看護師の満足度

●シリーズの予定

- 第1回(143号): 再燃・再発を頻回に繰り返す気分障害・統合失調症患者に対するグループ・ケア・プロトコル
- 第2回(144号): 復職支援のためのケア/急性期病棟から自宅へ退院する患者へのケアと専門看護師の行うケア
- 第3回(145号): 身体疾患を有し精神症状(不安・抑うつ)を呈している患者へのグループ・ケア・プロトコルの試案
- 第4回(147号): PTSDやうつ状態を有する医療職の精神的支援のためのグループ・ケア・プロトコル

(※146号は臨時増刊号のため休載します。また、タイトル・内容に変更となる可能性があります)

からリエゾンナースの評価を分析した結果、対象とした看護師31名すべてがリエゾンナースのコンサルテーションに対して「全体的に満足している」と回答し、コンサルタントが病棟を訪れる頻度の多さが、満足感の程度に有意に関わっていたことが示された。

平成12年度日本看護協会助成による調査研究⁵⁾では、精神看護専門看護師の直接ケアには、患者の痛みや身体化された症状の緩和、せん妄マニュアルの作成とケアによるせん妄の早期改善、薬物療法の効果がない患者への精神力動的アプローチによる症状改善、といった効果が認められている。

さらに、コンサルテーションに焦点を当てた分析では、スタッフ看護師や看護管理者は、精神看護専門看護師のコンサルテーションによって、患者の問題点を改善する他に、医療者間の連携や協働の促進、患者・家族への具体的な対応方法を知り、ケアへの意欲を取り戻す効果をもたらすと評価していることが明らかになった⁶⁾。

平成13年度厚生労働科学研究による精神看護専門看護師グループの直接ケアに焦点を当てた調査研究⁷⁾では、精神看護専門看護師の直接介入による変化として、患者の心身の問題改善、医療スタッフの意欲とケア力の高まり、チーム医療の推進、という成果が見られた。精神看護専門看護師が患者の直接ケアに当たり、かつ家族と医療スタッフにもコンサルテーションや心理的サポート・教育・調整といった機能を用いて統合的に関わることで、快復の促進と同時に医療チーム全体による効率的かつ良質なケアの提供が、促進されることが示唆された。

2007年に筆者ら⁸⁾は、2施設で精神看護専門看護師を中心としたリエゾン・チームを編成し、慢性疾患を有し入院治療中に精神的に不安定となりリエゾン・チームの支援を希望した患者を対象に、心理社会的な支援を実施し、その評価を行った(主任研究者：宇佐美)。

評価の方法は、介入前後に病状(BPRS)と日常生活自立度(LSP)の質問紙を用い、リエゾン・チームによる記載を行った。また患者には介入時、介入終了時にうつ状態評価尺度(CES-D)および身体に関連した生活の満足度(SF-36)を自己記載してもらい、さらに介入終了時(退院時)にはケア満足度(CSQ)を記載したものを郵送法にて無記名で返送してもらった。

対象となった患者は31名(男性16名、女性15名)、

平均年齢47.00歳、介入までの入院期間は29.27日、用いられていた精神科薬物はCP換算260.0、アミトリプチン換算47.37、ジアゼパム換算66.67だった。介入前は精神科診断名は不明だったが、介入後の精神科診断名は気分障害25名、不安障害3名だった。身体疾患は自己免疫疾患・糖尿病・呼吸器疾患・腎疾患などであった。

介入前後において精神症状は改善し、日常生活機能は高まっていた。身体状態に関する生活の質満足度については、介入後の満足度が高かった。約4割の対象者が退院後もクリニックの精神科医、もしくは外来で精神看護専門看護師から継続的な面接を受けていた。

これらの結果から、研究対象となった身体疾患を有する患者は強いうつ状態にあり、身体状態が改善してもうつ状態や不安が強いまま退院していることが明らかになった。また、主治医・看護師・精神科医・臨床心理士・MSW・薬剤師・PTなど多職種による介入を必要としており、チームで介入することの重要性が示唆された。

グループ・ケア・プロトコルの作成

これまでの結果から、次のようなグループ・ケア・プロトコルを作成することができた。

1) 持ち込まれる問題と患者の言動から精神状態や程度を査定する

悪性腫瘍や血液疾患、腎・肝疾患、代謝性疾患など身体疾患および慢性疾患を有している患者は、抑うつや不安状態を持っている可能性が高い。しかしそれらは、①抑うつが強く希死念慮を訴える、②気分変動が強い、③行動が落ち着かない、④ナースコールが頻回、⑤治療経過がスムーズにいかない、⑥医療者への不信感(医療者やナースを攻撃する)、⑦医療者に過度に依存する、⑧身体症状を頻回に訴える、⑨何もしゃべろうとしない、⑩自暴自棄になっている、⑪薬や注射を過度に要求する、⑫回復への意欲がないように見える、⑬不眠が強い、などの形で表現されることが多いため、これらの言動が生じてきたら、患者の抑うつや不安を疑う。

2) 精神状態や健康な能力を査定し、精神状態の程度のみならず患者の健康的な能力や日常生活能力を把握する

①患者・家族の精神状態の査定、②患者の健康度やこれまでの社会的機能、セルフケア能力の査定、③病気に

まつわる社会生活や役割変化による反応を査定。

3) 精神状態に応じた支援体制づくり、必要とされる専門看護師による介入方法を判断・選定する

①介入・支援体制を検討する：精神看護専門看護師に直接ケアの依頼がきたら、精神看護専門看護師で対応できるか、あるいはリエゾン・チームを結成したほうがいいかについて、アセスメントを通して判断する。患者の合併症が多く心理社会的問題が多様な場合には、他の側面から支援が必要なので、精神看護専門看護師を中心としてチームをつくる。

②直接ケアの内容・方法を組み立てる：精神看護専門看護師としての介入の目的を伝え、患者の不安や抑うつへの傾聴を行い、カタルシスを促進し、患者自身が自分の治療や病氣と生活や人間関係を見直し、生活を再構築することを基本に支援する。精神状態の重症度や患者のニーズに応じて1回30分以上、1週間に2～3回を目安に介入する。身体的苦痛や緊張感が強い場合にはリラクゼーションを実施しながら、患者へカウンセリングや精神療法を提供する。

4) 介入の手順

カウンセリングや精神療法では、患者の身体疾患と精神状態の査定を基にした日常生活の再構築を中心軸にすえて支援を行う。

すなわち、①患者の病氣に伴なうつらさ、不安や抑うつ体験の苦しさを共有し、苦痛の体験がどこからきているのかを一緒に検討する、②不安や抑うつ軽減にどのような対処が可能なのかを探す、③精神状態が重度の場合には、薬物治療の必要性について検討し、精神科医に処方依頼する、④患者の体験している不安や抑うつと生活との関連、また病氣や治療を受け止めて、生活をどう再構築することが可能か、今後の生活上のニーズなどに触れながら面接を行う、⑤病氣や治療に伴う生活の変化を受け止め、症状管理や悪化予防のためにどのように生活の再構築、症状のコントロールが可能なのかを確認し、それらを保証していく。

5) 患者が活用できるリソースを見極め、橋渡しをする

退院時に抑うつや不安が継続している場合には、本人の要望を聞いて、外来での定期的な面接を行い、症状の

管理や日常生活の再構築を支援する。また、患者の問題解決のために活用できるリソースを見極め、それらを患者・家族が活用できるよう橋渡しをする。

6) 看護師・看護チームへの介入

患者を担当する看護師や看護チームの看護実践能力、ケアに対するスタッフの意欲について査定を行いながら、患者への陰性感情が強い場合には直接ケアとコンサルテーションを実施する。看護師のカタルシスを図り、患者理解を深め、適切なケアを提供できるよう具体的なケアや関わり方を提案する。看護師がケアを実施し続けられるように、ケアを保証し、意味づけ、支える。

7) 医療チームの連携や協働のための介入

チームでの介入を展開していく上では、主治医を始め看護師・精神科医・臨床心理士・MSW・薬剤師・PTなど、多職種で構成されるチーム会議を複数回開き、それぞれの専門性から患者に関わる情報を共有し、方向性を確認し合い、役割分担を明確にする。

精神看護専門看護師に求められる臨床能力

身体疾患を有し精神症状(不安・抑うつ)を呈している患者へのケアを実践する上で、精神看護専門看護師に求められる臨床能力として、以下が抽出された。

1) 精神症状をキャッチできるようにするための教育

相談につながる以前に、自分の気持ちを他者に話しても何も解決できないと思い、話をすることを諦めている患者や、他者に迷惑をかけまいと、いっそう否定的感情の表出を抑制しようとする患者もいる。ケアが必要な対象にケアの手が届くようにするためには、「何も言っていないからニーズがない」と誤って見過ごしてしまう可能性があることを、看護師が理解している必要がある。

治療・ケアが必要な対象を早期に発見し、適切なリソースにつながりやすくするため、教育機能を活かし、アセスメントツールの活用をはじめとする知識の啓蒙を図る必要がある。

2) 患者の精神症状および心理社会的側面を評価する力

患者や家族との面接、カルテや身体疾患に関連した検査データ、看護師、主治医などさまざまな情報源から情

報収集を行い、精神科的診断基準に沿って患者が呈している精神症状を把握する。患者の身体疾患の経過や重症度、使用されている治療薬を含めた治療の状況、退院や入院に伴う心理社会的ストレス因子や、それらへの患者の対処や防衛機制、セルフケア、家族の支援状況、患者と家族との相互作用を把握する。

3) 適切な評価に基づいて患者の精神状態の悪化を防ぎ、生活機能レベルを維持・回復するために治療的介入技法を選択し実践する力

①患者にとってのストレスや心理的危機の要因を軽減し、これらの出来事について語ってもらいカタルシスを図り苦痛を緩和する。気持ちの表出が困難な場合には、リラクゼーションを導入する。集中力が続かず新しいことへの取り組みが困難な場合が多いので、患者に適したリラクゼーション法を工夫しタイミングを見て取り入れる。

②患者の不安やうつが中等度の場合は、患者との面接を通して、病気や治療とともに起こっている患者の体験に傾聴しながら、自我の活性化を促進し、自己の安定を図る。患者の健康度を高めるための精神療法を行うとともに精神症状の管理の方法について患者と話し合う。さらに精神状態が中等度から軽度になったら、今後の生活の希望に応じ、日常生活の再構築(身体疾患の管理や精神症状の管理方法、活動の仕方や周囲との関係の修復・維持、症状管理を含めた仕事や家庭生活の送り方)について話し合いを行う。

4) 精神症状をアセスメントし必要な治療・ケアにつなげる力

精神科薬物治療導入の必要性、自傷他害のリスクなど患者の精神状態の重症度と緊急性に応じて、精神科治療の導入を主治医と相談する。患者の不安やうつが重度の場合には、精神科医に向精神薬の処方依頼を依頼する。

5) 患者をとりまく治療チームを評価し支える力

患者を担当する看護師や看護チームの看護実践能力、スタッフの患者への陰性感情の強さやケアの意欲につい

て査定を行いながら、陰性感情が強い場合には直接ケアとコンサルテーションを実施し、受け持ち患者および主治医との関係性が良好な場合にはコンサルテーションを実施し、ケアについて話し合い、実践していく。

6) 身体疾患の治療や療養生活の継続・維持に必要な治療チームの構成や、活用できる資源を判断する力

身体疾患の治療やケアに当たる看護チームや医療チームへのコンサルテーションを通して、治療環境や構造を整えること、今後の生活に必要とされる患者のセルフケアや家族からの支援、訪問看護や社会的資源の導入の有無について看護スタッフや治療チームへ伝え、必要とされる医療チームの構成員と役割を話し合う。

7) 多職種チームを構築するマネジメント能力

総合病院で、各科の医師や看護師が一堂に会して会議を開くことは容易ではない。専門看護師は多職種からなるチームがばらばらにならず、同じ目標に向かって支援していくチームを構築していくための推進力となる。

●引用・参考文献

- 1) Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., et al. : Major Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients : Associated and Predictive Factors, J Clin Oncol 22, p.1957-1965, 2004.
- 2) 前掲書 1)
- 3) Tucker, S., Sandvik, G., et al. : Enhancing Psychiatric Nursing Practice : Role of an Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist, 13(3) : p.133-139, 1999.
- 4) Newton, L., Wilson, G. : Consultee Satisfaction with a Sychiatric Consultation Liaison Nursing Service. Rchives of Sychiatric Nursing, 4(4) : p.264-270, 1990.
- 5) 宇佐美しおり・野末聖香・片平好重他：精神看護専門看護師の活動成果に関する研究—直接ケア技術とコンサルテーションの機能に焦点をあてて、臨牀看護, 31(11), p.1622-1631, 2005.
- 6) 前掲書 5)
- 7) 野末聖香他：精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究：平成 13 年度厚生科学研究費補助金医療技術総合研究事業研究報告書, 2002.
- 8) 宇佐美しおり・福嶋好重・野末聖香他：慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価—精神看護専門看護師とリエゾン・チームの役割—, 熊本大学医学部保健学科紀要, 5, 2009.
- 9) 野末聖香・宇佐美しおり・安藤幸子他：精神看護の看護技術評価—介入効果とコスト評価の視点から—, 平成 17 年-19 年度文部科学省基盤研究(B) 研究成果報告書, 2008.