

精神看護実践の基本的な考え方とせん妄患者の看護

竹原 歩 兵庫県立大学看護学部精神看護学 助教, 精神看護専門看護師

キーワード: せん妄, 精神看護, 患者-看護師関係, セルフケア

精神看護実践の基本的な考え方

筆者が精神看護専門看護師の立場で、対象となる人々に看護実践を行う際、以下の三つの基本的な考え方を基盤としている。

一つ目は、対象となる人々の心理・行動を理解しようとする考え方である。対象となる人々のこれまで人生における経験や、過去、または現在置かれている環境が、いまの心理・行動にどのような影響を及ぼしているか、理解しようとする。

二つ目は、対象となる人々と関係性を構築しようとする考え方である。精神看護実践の対象となる人々は、人間関係に困難を抱えていることが少なくないため、看護ケアを提供するための患者-看護師関係の構築は、大切な看護実践の一つである。

三つ目は、対象となる人々に看護ケアを提供しようとする考え方であり、精神科看護で用いられるセルフケアモデル「オレム-アンダーウッド理論」が役に立つ(南ほか, 1987)。看護師は、対象となる人々に看護実践を行う際、心理・行動の理解のもと、患者-看護師関係のなかで、セルフケアの援助を提供するのである。

次の項からは、三つの基本的な考え方のもと、せん妄患者に対する看護実践の実際について述べていく。

1. せん妄患者の心理・行動を理解する

せん妄患者の心理・行動を理解するために、次のように考えてみよう。

せん妄は身体疾患や薬物の影響などによって起こる意識の障害であり、中核的な症状は、認知の障害と注意の障害、および知覚の障害である。認知の障害がある患者は、いま自分の置かれた状況の把握が難しい。“いま自分はどこにいるのか” “なぜここにいるのか” が把握できず、徐々に不安感が高まってくる。また、注意の障害がある患者は、一つの事に集中できず、さまざまなことが気になって仕方がない。挿入されている点滴ルートや膀胱留置カテーテルはもちろん気になるし、家族や医療者と落ち着いて話しをした

りすることができないため、徐々にソワソワ・イライラ(焦燥感)が高まってくる。さらに、せん妄患者の知覚の障害で多くみられるのが幻視(小さな虫や人が多い)であり、強い恐怖感を体験している場合もある。

このようにせん妄の中核的な症状によって、患者は不安感や焦燥感、ときには恐怖感を抱えている場合があり、何度もナースコールを押して助けを求めたり、「帰るー!」と大声で叫んだり、さらには医療者に暴力を振るうことがあるかもしれない。しかし、こうした心理・行動上の問題は、せん妄の症状によって引き起こされた当然の反応といえるのである。

一般的に“不穏”と呼ばれる状態が、安全な医療を提供するという点において、大きな障壁となるために、医療者はせん妄患者の行動上の問題に注目しがちである。精神看護実践の最初のステップは、看護師が視点を少し変えて、せん妄患者の心理・行動の理由を考えようとするところから始まる。

2. せん妄患者と関係性を構築する

看護師は、せん妄患者に看護ケアを提供するために、患者の傍にいたり、患者と会話をしたり、触れたりするだけの、信頼感のある関係性を構築しなければならない。経験のある看護師はあまり意識していないかもしれないが、患者への近づき方、声のかけ方、身体的な距離のとり方などのかかわりは、患者の心理・行動の理解のもとに実践されている。

患者の不安感、恐怖感の抱えやすさに配慮するならば、看護師は患者を脅かさないように、声をかけてから近づき、顔と顔、目と目を合わせて、会話を始める。マスクなど看護師の顔を覆うものは、極力外したほうがよい。看護師は、患者にとって聞き取りやすい落ち着いた声で、短いフレーズを意識して、語りかける。

患者の注意の障害や焦燥感の抱えやすさに配慮するならば、看護師は患者の混乱を高めないように、言語的交流は短い時間にとどめる。看護師が短時間で頻回なかかわりを意識することで、患者にとっては、見守られているというメッ

セージにもなり得る。

ときに、患者が看護師のかかわりを、拒否することも少なくない。患者にとっては、他者とのかかわりなど外部からの刺激を避け、不安感や恐怖感から自分の身を守ろうとする防衛的な行動であろうから、看護師はそっと見守るのがよい。せん妄は障害が一日のうちでも変動する（日内変動）特徴をもつため、少し時間を置いてからかかわることで、患者の防衛的な行動はおさまっている場合が多い。

以上のように、看護師が、せん妄患者の心理・行動をどのように理解したかによって、かかわり方の違いにつながり、患者-看護師関係に影響を及ぼす。

3. せん妄患者に看護ケアを提供する

せん妄患者に提供する看護ケアを検討する際、患者がどのくらいセルフケアできるかによって、看護師の援助方法はおのずと変わってくる。患者の“できる”に注目することが大切である。

たとえばせん妄患者は食事を行う際に、注意の障害によって、誤嚥の危険性や十分な食事量を摂取できないという問題が起こることがある。しかし、食事を目の前にした患者が、食べようと箸に手を伸ばすことができたのであれば、看護師は患者の摂食動作を観察しながら付き添い、見守ることが看護ケアとなる。

もし面会に訪れた家族が、患者に「ここどこかわかる？」と何度も時間や場所を確認することによって、患者の不安感や焦燥感が助長されていたとしても、看護師は患者と家族がその場に居合わせることができていることに注目する。看護ケアとして、家族にせん妄の症状と接し方についてオリエンテーションすることで、患者と家族の心地よい人間関係を保つことができる。

以下、Aさん80歳女性に提供する具体的な看護ケアについて、六つのセルフケア項目別に考えてみよう。

①空気・水・食物

Aさんは、食事を用意すると食べる意欲はあるが、摂食動作への集中力が乏しいためか、十分な食事量を摂取できない場合や、誤嚥の危険の可能性がある。看護師は、水分出入納や食事量をチェックしながら飲水や食事を勧めたり、Aさんの摂食動作を観察しながら、付き添い、注意が散漫になったら食事の中止を判断して促すなどの看護ケアを考慮する。

②排泄

Aさんは、膀胱留置カテーテルを引き抜いたエピソード

があり、カテーテルが気になって仕方がなくなる可能性があるため、可能な限り再留置しないことが望ましい。ただし、尿意や便意を認識できなかったり、トイレの場所がわからなくなる可能性はあるため、尿意や便意の有無やトイレへの移動手段などAさんの状況にあわせ、ポータブルトイレを使用したり、定期的にトイレに誘うなどの看護ケアを考慮する。

③個人衛生

Aさんの【個人衛生】に関する情報は乏しいが、せん妄患者は洗顔や歯磨きなど、清潔行動や身だしなみへの気遣いが乏しい場合が多い。しかし、歯ブラシやひげそり、櫛、鏡などを用意して手渡すと、患者自ら清潔行動を始めることも少なくない。Aさんが自宅で慣れ親しんだ道具を用意してもらうなど工夫したり、気遣いが乏しい場合には勧めたり用意したりすることで、Aさんのセルフケアにあわせた援助ができる。

④活動と休息のバランス

Aさんは夕方から夜間にかけて、手術後の身体の状態に気遣いなく、点滴ルートと膀胱留置カテーテルを引き抜き、ベッドから起き上がり、帰宅を要求するなどのエピソードがあった。手術後の身体の状態について把握できず、説明を受けてもすぐ忘れてしまうことが多いので、看護師はその都度、身体の状態や活動と休息のバランスの重要性について、短いフレーズを意識して、何度も説明する。

睡眠障害はせん妄の診断基準の一項目に示されている症状であり（融ほか、2005）、Aさんが日中は眠気が強く、夕方以降覚醒している時間が増えるのは、その影響を受けていると考えられる。しかし一方で、Aさんは眠気や疲労感にあわせて、日中であっても、休息をとろうとしているともいえる。看護師は、眠気や疲労感、創部の疼痛など、Aさんが教えてくれる体調のサインに配慮しながら、日中の活動が夜間の睡眠に影響しないように、日中の早い時間帯に検査や処置、リハビリなどのスケジュールを調整していく。

⑤孤独と人つきあいのバランス

Aさんの【孤独と人つきあいのバランス】に関する情報は乏しいが、せん妄患者は不安感や恐怖感を伴っていることがあるため、大きな声で家族を呼んだり、頻回にナースコールを押すなどの行動がみられることがある。不安感や恐怖感を抱えたまま、一人であることに苦痛を感じ、これを誰かに訴えて緩和しようとする努力が、行動にあらわれていると理解できる。大きな声で家族を呼ぶことができる患者で

あれば、不安感が高まりやすい時間帯にあわせて、可能な限り家族に付き添いを依頼することで、患者の苦痛を緩和できることがある。また、頻回にナースコールを押すことができるのであれば、「用事があるときにはナースコールを押してください」とナースコールを押してもよいことを保証し、次の訪室時間を約束して、頻回にベッドサイドに訪れることで、見守っているというメッセージを伝えることができる場合もある。

そのほか、心細さや気分の高揚から、ベッドサイドに訪れる医療者や家族に対して多弁に話し続け、自らの語りのつじつまの合わなさから、さらに混乱を深めてしまう場合もある。患者と医療者や家族との心地よい人間関係を保つために、患者とかかわる側の調整が必要である。たとえば、言語的交流は短い時間にとどめ、短時間で頻回なかかわりを心がける。また、食事介助や清拭などの看護場面に家族も参加してもらい、言語的交流よりも身体ケアを通じてのかかわりを促すことで、患者と家族の心地よい人間関係を保つことができる場合もある。

以上のような援助を行う際には、家族へせん妄の病状と今後の見通し、および患者との接し方について説明することが大切である。

⑥危険の予知

Aさんは夕方から夜間にかけて、手術後の身体の状態に気遣いなく、点滴ルートと膀胱留置カテーテルを引き抜き、ベッドから起き上がり、帰宅を要求するなどのエピソードがあった。このような行動は、安全な医療を提供するという点で問題となるが、【危険の予知】の視点では、Aさんにとって、自分の身に迫る危険な状況と判断して、自分の身を守ろうとする防衛的な行動であると理解できる。

このようなときに、医療者が説得や制止をしようとしても全く通じないばかりか、かえって興奮や混乱を助長することさえある。看護師は、Aさんの行動上の問題に焦点をあてるよりは、Aさんの身に迫る危険な状況とはどのようなものか、考える視点に立つのがよい。

たとえば、手術後の患者が急に粗暴になりイライラし始めたため、看護師がそれを何かのサインと読み取り、身体的苦痛に焦点をあてた Yes/No で答えられるような簡単な質問をしたり、その行動を観察することで、疼痛の存在が明らかになるというケースはよくみられる。

Aさんの身に迫る危険な状況とはどのようなものか。せん妄の症状に伴う不安感や恐怖感であるならば、薬物療法

などせん妄に対する治療的介入の検討が必要である。創部や、同一体位による安静臥床に関連した疼痛であるならば、鎮痛のための治療的介入や、安静度と活動量、リハビリの工夫が必要である。または、点滴ルートや膀胱留置カテーテル挿入・留置に伴う不快感であるならば、可能な限り留置しないことが望ましい。

手術による身体的変化や入院生活という治療的環境は、患者にとって、自分の身に迫る危険な状況と判断されるものがいくつもある。看護師が、Aさんの防衛的な行動を、何かのサインと読み取れば、多職種と連携して、Aさんが危険な状況を回避するためのかかわりにつながる。

まとめ

本稿では、精神看護実践の三つの基本的な考え方を紹介し、その考え方のもと、せん妄患者に対する看護実践の実際について概説した。せん妄が認知の障害や注意の障害など中核的な症状に加えて、情動の変化や睡眠の障害など、さまざまな精神症状を主体とすることから、筆者はせん妄患者の看護に、精神看護実践の考え方は役に立つと考えている。臨床で医療者を悩ませているケースにおいて、せん妄患者の行動上の問題ととらえがちな現象も、精神看護の視点を用いることで少しでもとらえ方が変わり、看護ケアの具体策がみえてくることを期待している。

文献

- 南裕子, 他監 (1987). セルフケア概念と看護実践 Dr. P. R. Underwood の視点から, p. 39-64, へるす出版, 東京.
- 融道男, 他監訳 (2005). ICD-10 精神および行動の障害, 新訂版, p. 69-71, 医学書院, 東京.