精神科認定看護師の実践から 身体の変化に気づく実践力を獲得しよう！

精神科病院に入院する患者さんの高齢化が進み、身体疾患をもつ患者さんは増加しています。身体や精神の異変にどのように気づき、受けとめ、対処したらよいのでしょうか。精神科認定看護師の実践を紹介しましょう。

1 「いつもと違う」という感覚をそのままにしない！

大谷朋耶（おおたに・ともや）
公益財団法人浅香山病院
精神科認定看護師（大阪府）

「何かがおかしい」と感じるときは、なんらかの根拠がある

私が勤務する身体合併症病棟では、身体の変調を認識できず、言葉で伝えにくい患者さんもいます。そのため、「なんとなく活気がない」「好きなメニューなのに食欲がなさそう」など、「何かがおかしい」「いつもと違う」と感じたときは、患者さんに体調を聞き、バイタルサインを確認しています。違和感をもつときは必ずなんらかの根拠があり、それをスタッフが無意識に感じているはずだからです。

スタッフからこのような言葉を聞いたときも、その違和感を共有し、理由を一緒に考えるようにしています。いつも口癖のように「痛い痛い」と訴える患者さんがいましたが、あるスタッフが「でも、痛いってさしている場所が局所的になっているような気がする」と普段との違いに気づき、検査をしたところ骨折していたことがありました。また、「○さん、最近訴えが多くて困っていて……」という話から「えっ？　でもいつもはそれほど頻繁に訴えないよね」「なんでだろう。ちょっと検査データを見てみようか」という話から疾患が見つかったこともあります。さまざまな視点から、情報を共有し、対応していくことが大事だと痛感します。

また、合併症のある患者さんは身体疾患に関する観察項目をしっかり見るようにしています。心不全なら「どのような心臓の音がするのか」「頸静脈の怒張が起こるので、ギャッジアップして観察する」などすべての観察項目を覚えることは難しいので、心電図を見ておかしいと感じたらすぐ本で調べたり、循環器科の経験者に聞き、思い込みをしないように努めています。

患者さんの言葉をそのまま鵜呑みにしないフィジカルアセスメント

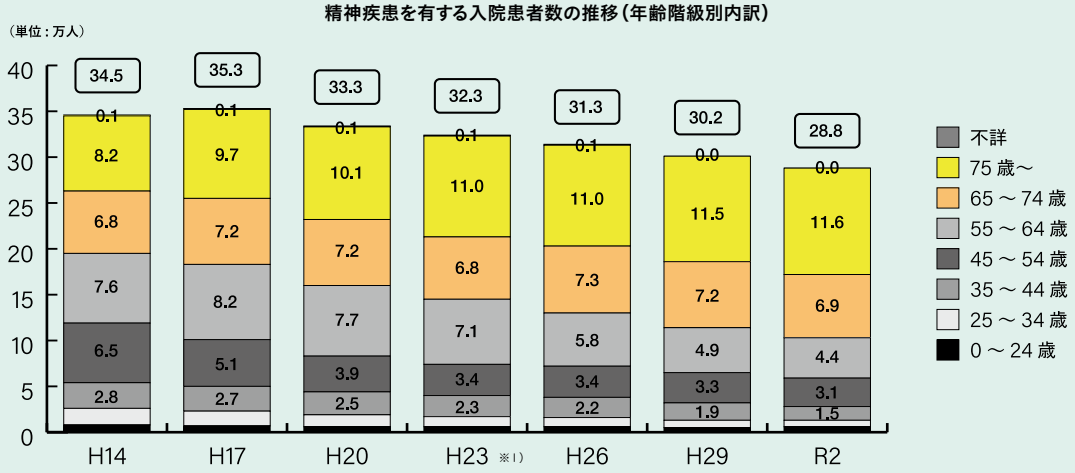
「便は出ている」という患者さんの言葉を鵜呑みにし、気づいたときにはおなかがパンパンに張っていた――ということもあります。そうならないように、患者さんには排便の量を聞いたり、聴診器でおなかの音を聞いたり、おなかに触れるなど、聴診や触診などフィジカルアセスメントを行っています。

また、患者さんの個別性に応じて、「この患者さんは下剤を毎日内服したほうがいいのか」「排便がなくなって何日目に何錠内服するのか」など、病棟全体で個別性に応じた内服プランを立てて、ケアにあたっています。食事も同様に、嚥下状態を確認しながら、とろみづけ、切り方、食器など一人ひとり細かくプランニングをしています。

患者さんのわずかな変化を、スタッフ間で共有する

精神疾患を有する入院患者は減っていますが、65歳以上の割合が増え、約18.5万人（約64%）を占めています。

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

2 臨床推論を活用し、治療・看護をタイムリーに提供する

鈴木　恵（すずき・めぐみ）
獨協医科大学大学院看護学研究科博士前期課程
元・地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院
精神科認定看護師（千葉県）

臨床推論は、患者さんへの問診、身体診察や家族の情報から可能性のある疾患を想定し、仮説を立て検証し、診断していく医師の診療の思考プロセスです。

臨床推論を学ぶ前は、膀胱留置カテーテルが入っている患者さんが発熱すると、「尿路感染かな」というように、経験から短絡的に病気を推測していました。しかし、臨床推論を学んで知識とスキルを身につけてからは、熱型やin・outバランスなどの所見にカテーテル挿入中や薬剤変更などの患者さんの状況を加味し、鑑別診断を考える多面的な視点をもって学んだ身体診察や問診を加えながら、「いま患者さんに起きている現象」へのアセスメントを深め、患者さんの全体像をとらえられるようになりました。

また、患者さんにとっていちばん近くにいる看護師が情報を適切に集め、医師に伝える力があれば、効果的でタイムリーな「患者さんに適した治療」の提供につながります。

たとえば患者さんから「おしっこが出づらい」という訴えがあったときに、医師から聞かれるであろう情報を予測して「尿は何色か」「いつから出ていないのか、どのぐらいの量か」「尿検査はいつ行ったのか」「おなかは張っていないか」などを確認し、自分がわかる範囲で患者さんの検査データを調べながら、身体、精神の両面からさまざまな疾患の可能性を考え、絞り込んでいきます。そのうえで医師に報告できるようになったことで、医師とのやりとりがスムーズになりました。医師も「緊急性があるのか、何をすべきか」を考えやすくなり、早い判断につなげることができるようになったと実感しています。

また、医師は入院患者さんの病状を評価したり、治療を決定するにあたって、常に病棟で患者さんをみている私たち看護師の情報を必要としています。臨床推論を学んでからは、看護記録に医師が必要としている情報（症状や状態の所見）をピックアップして、記載できるようになりました。

3 情報の活用と連携で切れ目のないケアを

兼田彰央（かねだ・あきひさ）
JA福島厚生連 塙厚生病院
精神科認定看護師（福島県）

私が勤務している総合病院の精神科病棟では、入院治療が必要な身体合併症の患者さんを受け入れています。

転院してきた患者さんはかなり緊張しているため、最初の1週間はとても静かに過ごされていますが、時間が経つにつれ不安が高まったり、フラストレーションがたまって精神症状が出ることがあります。最初の1週間は緊張や不安を軽減できるように、スタッフ間で情報共有しながら、密なコミュニケーションをはかるようにしています。また、身体面に関しては、特に「痛い」「寒い」など自分の状態を説明することが苦手な方がたくさんいます。そこで、会話を楽しみながら、違和感を覚えるキーワードが出てきたらそこを掘り下げて聞くようにし、患者さんが自分の状態をどう感じているかを聞き、どうしたいのかを言葉にするようにしています。

カンファレンスの場面

患者さんを受け入れる際には、単科精神病院との連携がとても重要だと感じています。特に長期入院の患者さんは生育歴などの背景が理解できると、精神症状悪化のトリガーの手がかりになります。「こういうときに精神症状が悪化する」などの注意サインに関する情報は重要です。サマリーにこのような内容があるといいのですが、情報が不足しているときや困ったときには電話で対応方法を聞き、密に連絡を取りあうようにしています。

一方で、身体に関する情報、たとえば「いつから熱が上がって、いつもと違う行動をしていて、本人からは具合が悪いということは聞き取れなかったけど、検査をしてみたら肺炎になっていた」というように身体疾患を患った経緯や状況がわかると、再発予防のためのリハビリ方法や生活の仕方が多職種間で検討できるので、とてもありがたいです。

入院治療後は、身体の病気はよくなりますが、ADLが低下し、身体機能や認知機能が衰えてしまうことが多くあります。元の病院に戻ったときには、患者さんの「いま」の状態をとらえ、回復に向けたリハビリテーションに早めに取り組んでもらえるよう情報提供をしていきたいと思います。