

看護研究

集中治療室入室を経験した患者の記憶と抑うつの実態

大崎 杏奈

要旨：集中治療室で侵襲的な治療を受ける体験は、集中治療後症候群（PICS）に繋がっていることが明らかにされている。そこで、集中治療室入室を経験した患者の記憶と抑うつの実態を把握し継続看護への示唆を得ることを目的としICU退室後訪問を実施した。患者には、ICU入室中の体験を語ってもらうと同時に、自己記入式抑うつ尺度（HADS）を用いて評価を実施した。患者らはICU入室中の現実的な体験として、ICU看護師のケアや、治療に伴う心身の苦痛を記憶していた。非現実的な体験としては悪夢や幻覚を記憶していた。HADSでは7名中2名の患者が不安・抑うつ疑いあり、1名の患者が不安・抑うつあり、という結果であった。ICU看護師は、認知の混乱やせん妄が生じる前提で、持続鎮静中から現実認知を促し、苦痛の多い環境下でできる限り快の体験を増やすための意図的なケアが望まれる。また、心理的受容過程を理解し、病期ごとではなく人生の一部という視点から看護を継続していくことの重要性が示唆された。

キーワード：集中治療後症候群, PICS, 抑うつ, ICU

I. はじめに

集中治療室（ICU）入室中の患者は、持続鎮静下で人工呼吸器管理を行っており、薬剤の影響やコミュニケーションの制限により、記憶の抜け落ちや混乱が生じていることが多い。それらが、妄想的記憶となってせん妄や集中治療後症候群（Post Intensive Care Syndrome：PICS）のリスク因子となっている。PICSとは、重症疾患後に新しく生じた、または悪化した身体機能、認知機能、メンタルヘルス障害の総称である¹⁾。高度医療環境の中で生存率が著しく向上した現在、退院した患者の多くが身体面や精神面に何らかの障害を抱え、以前の生活に戻れていないという現実がある。これまではICU入室中であっても、家族の面会があり、患者が家族と直接やりとりする中で記憶の穴埋めや整理をする機会があった。しかし、新型コロナウイルスの蔓延に伴い面会制限が生じており、ICU入室中から一般病棟退室後の切れ目のない看護支援はより重要性を増している。

II. 取り組み

1. 目的

ICU退室後の患者の記憶と抑うつの実態を知ることにより、記憶のゆがみや混乱から生じる抑うつや不安などの精神症状を軽減するための看護への示唆を得ること。

2. 対象

ICUに緊急入室し、3日以上滞在した患者であり、持続鎮静下で人工呼吸器管理を受けた者とした。

3. 期間

令和4年6月～10月末までに延べ7人の患者に介入を行った。（表1）訪問時は、ICU入室中の体験を振り返りながら自由に思いを語ってもらうと同時に、自己記入式抑うつ尺度（HADS）²⁾を使用し、抑うつ状態の評価を行った。

III. 倫理的配慮

高知赤十字病院における看護部研究倫理審査を受けると共に、データの取り扱いに関しては個人が特定されないよう十分に配慮した。

表1 ICU退室後訪問を行った患者の概要

病名	年齢	呼吸器 装着 (日)	ICU 滞在 (日)	訪問 時期 (日後)	訪問 回数	初回			せん妄	ICU リモート 面会
						HADS 総得点	不安 得点	抑うつ 得点		
A 壊死性筋膜炎	60代	3	8	4	3	10	7	3	有	無(独居)
B 交通外傷	80代	1	12	0	3	6	3	3	有	無(県外)
C 心不全	80代	13	29	8	1	16	6	10	有	有
D 胆管炎	70代	6	8	6	1	6	2	4	無	有
E 胃せん孔	70代	5	10	15	1	5	2	3	有	有
F 食道がん術後	70代	2	4	15	1	8	3	5	有	有
G 急性心筋梗塞	80代	5	5	2	1	0	0	0	無	有

Ⅳ. 結果

対象の概要は表1に示す。患者の平均年齢は78歳、呼吸器装着期間の平均は5日間、ICU平均滞在日数は11日間であった。訪問の時期は平均で退室後7日目であった。HADSでは、8-10点が《疑いあり》11点以上が《不安・抑うつあり》と診断されるが、初回訪問時のHADS得点では7名中2名の患者が不安・抑うつの疑いあり、1名の患者が不安・抑うつあり、という結果であった。

介入した7名の患者のうち、ケースA、Bについては、両者ともに外因性疾患であり、受傷時の衝撃的な体験からICU入室中よりせん妄症状が出現していたこと、独居や、家族が県外在住でありリモート面会がなかったことなどを踏まえ、PICSのハイリスク因子と考え、計3回退室後訪問を実施した。

1. ICU入室中の記憶について

患者らはICU入室中の現実的な体験として、ICU看護師のケアや、疾患、治療に伴う身体的・精神的苦痛を記憶していた。また、非現実的な体験として悪夢や幻覚を記憶していた。ICUでの記憶が欠落していた患者は7名中3名であった。

1) ICU入室中の現実的な記憶

(1) ICU看護師のケア

【家族の写真を飾っていたが、その写真が汚れて血がついたみたいになっていたのを、看護師さんがきれいに直して花も書いてくれていた】【何度もナースコールを押したけど、孫くらいの年齢の看護師と話して和んだ】【ICUでラジオをずっとつけてくれ

て、南向きにベッドを変えてくれて外の景色をみられたことがすごくうれしかった】など、ICU看護師のケアについて具体的に記憶していた。

(2) 症状や治療に伴う心身の苦痛

【本当に自分の不注意でなったことやけど痛みがしんどい】【ICUでは管だらけやったし、マスク(非侵襲的陽圧換気療法)をしたり、初めてのことが多くてしんどかった。動けないし】など、受傷による痛みや、ICUにおける侵襲的な治療に伴う身体的、精神的な苦痛についての記憶が残っていた。

2) ICU入室中の非現実的な記憶

【ICUに入った頃は悪夢をよく見ていた。この先どうなるのか、死期が近いのではないかと、認知症になるのではないかと不安が強く、混乱していた】【家族の写真を飾っていたが、その写真が血で汚れているという錯覚に陥って混乱した】【目をつぶると視界が赤くなって、目を閉じたくないと思った。病棟に上がってからも色々な夢をみた。これが幻覚かみたいな】など、ICU入室中の悪夢や幻覚などの非現実的な体験を記憶しており、一般病棟退室後にそれらの体験を振り返ることで、悪夢や幻覚であったと自覚していた。

3) ICU入室中の記憶の欠落

3名の患者が【管を入れている間のことは一切記憶にない。返事したこととか会話したことも全然覚えていない】【ICUでのことは何も覚えていない、苦痛なこと何もいろいろ覚えていない】【ICUで

のことは全く記憶になくて、人工呼吸器をつけていたことも全然知らなかった】とICUでの記憶が欠如していた。このうち1名は【ここに運ばれてくるまでのことを全く覚えてなくて教えてほしい】という要望があり、自ら記憶を整理するための情報を必要としていた。

2. HADS 得点の経時的变化

ケース A, B に関しては、ICU 入室中から精神科による薬剤介入を行っており、独居や、県外在住という理由から家族からの支援が得られにくい状況であったため、退院までに合計3回の訪問を実施した。その結果両者とも、時間経過と共に抑うつ得点の上昇がみられた。(図1, 2)

ケース A は独居であり、自宅で倒れて発見されるまでに約1週間が経過していた。これに関し、ケース A は【何度も助けをよんだが隣人も気づかず、数日間自宅の浴室で身動きがとれなかった。浴室の水を飲みながら凌いでいた】と語っている。また【救急車に乗っているときに、体温と血圧は正常です、と誰かがいっていたのを覚えている】と救急車内での出来事についても記憶していた。ケース A はICU 入室中から夜間の不眠が生じており、精神科紹介となり眠剤が処方されていた。約1ヶ月後の訪問の際はリハビリもすすんでおり、表情は明るかったが【これまでの生活を反省している】という発言がきかれた。2ヶ月後の訪問時は転院調整の時期であり、転院先に関する不安がきかれており、ケース A はその後、リハビリ病院へ転院した。

ケース B は交通外傷であり、受傷部の痛みが非常に強く、その影響もありICU 入室中からせん妄を発症していた。精神科紹介となり眠剤と精神安定剤が処方されていた。初回訪問時は希望的な発言がみられていたが、1ヶ月後の訪問時には表情も暗く【もうこの事故で人生終わったと思っている。車も運転できないし。傷の痛みがなくなったのは良かったけれど、後遺症が残ってしまった。今はすることもないし、ただ寝て過ごしている】【あのとき無理してもう少し先まで行かずに運転をやめておけばよかった】と語った。HADS スコアも6点から16点へ上昇しており、精神科医師へHADS スコアの上昇を伝え、抗うつ剤の増量を検討してもらった。約3ヶ月後の訪問時は、ご家族と短時間の面会がかない【娘と孫がきてくれていた。写真でひ孫もみせてくれてうれ

しかった】と笑顔がみられており、HADS スコアは15点と2回目訪問時と横ばいであった。ケース B はその後自宅近くの病院へ転院となった。

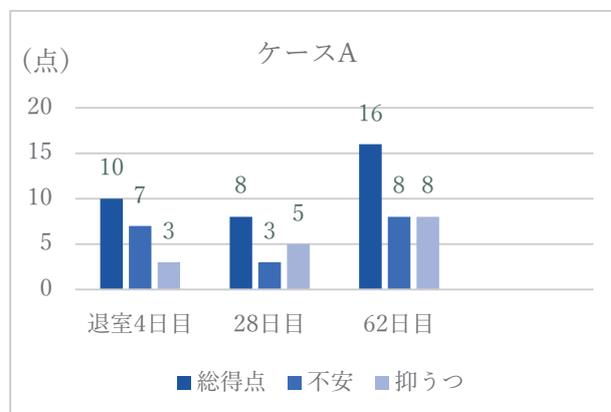


図1 ケース A における HADS スコア変化

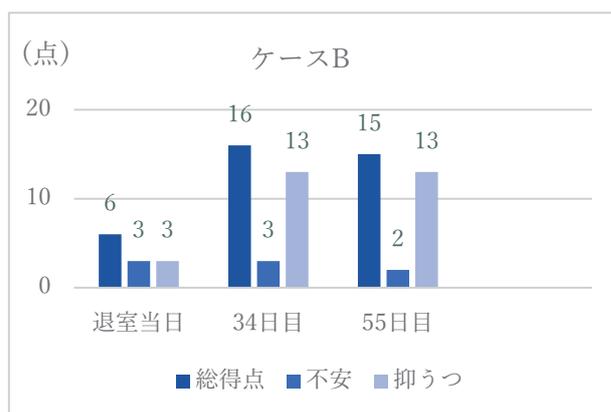


図2 ケース B における HADS スコア変化

V. 考察

野口らによると、人工呼吸器装着中の患者は鎮静剤の影響がある中でも認知機能を維持している³⁾。患者らはICUにおける現実的な体験として、看護師とのやりとりや看護ケアについて詳細に記憶しており、それらが快の体験として語られていた。ICUという非日常的な環境の中で、看護師という存在が患者らに安心感を与え、現実認知を促すための大きな役割を占めているといえる。

一方で、ICUにおける侵襲的な処置や治療に伴う痛みや苦痛などの不快な体験も記憶の一部として残っていた。PAD (Pain-Agitation-Delirium) ガイドライン⁴⁾によると、鎮静管理中は、鎮痛の評価

が重要といわれており、痛みを適切に評価し、苦痛を最小限に留めることがせん妄発症を抑え、患者のメンタルヘルスに繋がるといわれている。所属施設のICUでは疼痛評価スケールCPOT(Critical-Care-Pain-Observation-Tool)が採用されており、人工呼吸器管理中で意思疎通が図れない患者の痛みを客観的に評価している。また、CAM-ICU(Confusion-Assessment-Method-Intensive-Care-Unit)といわれる、せん妄評価スケールを用いて継続的なせん妄評価を行っている。これらの客観的評価スケールを駆使しながら、患者の声にならない苦痛を継続的に評価していくことが患者の不快感を軽減するためにも非常に重要であるといえる。

患者らはICUにおける非現実的な体験として悪夢や幻覚を体験していた。福田ら⁵⁾は、ICUに入室中に非現実的な体験をした患者の記憶と体験の実態について《幻覚を見て自分の感情が自分のものではないように感じる》ことを明らかにしている。今回対象となった患者らも、人工呼吸器管理によりコミュニケーション手段が制限されており、さらに持続鎮静の影響により認知の混乱が生じていた。また、緊急入院という経緯の中で、自らの身に起こったことを十分に認識する時間がないままに、気がつくICUで医療機器に囲まれているという体験をしている。そのような衝撃的な体験が、幻覚や悪夢に繋がっていると思われる。

また、ICU入室中の記憶が欠落している患者が7名中3名という結果であった。このうち1名はICU入室に至るまでの経過を知りたいという思いがあった。家族の面会が制限されている中で、ICU入室の経緯や現在行われている治療や処置などについて、持続鎮静中から繰り返し伝え、患者が記憶の穴埋めや整理をしていくための支援をしていくことが重要であるといえる。

今回、複数回介入した事例に特徴的であったこととして、時間経過と共に抑うつ得点が上昇していることが挙げられる。一般病棟退室後、身体症状が落ち着き精神的な余裕が出てくる時期に入ると、長期的な見通しが立たないことによる抑うつ症状が顕在化するということが明らかとなった。山勢の危機プロセスモデル⁶⁾によると、人は衝撃的な出来事を経験した際に、心理的受容過程として、衝撃の段階を経て受容へと向かっていく。ケースA、Bともに身体症状の回復とともに、徐々に自分自身の身

に起こった出来事に目を向けることができはじめるようになり、約1ヶ月後の訪問では、現在の自分自身の身体症状、後遺症によるボディイメージの障害などの現実と直面していた。両者ともに後悔の念や悲観的な発言が目立っているが、これは今置かれている自分の状態を再認識し、これまでの出来事に意味づけをおこなっている過程であるといえ、受容に向け確実に前進しているプロセスであると捉えることもできる。看護師は、心理的受容過程を理解し、患者の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、患者を支えていくことが必要であるといえる。

VI. まとめ

ICU看護師は、認知の混乱やせん妄が生じる前提で、患者に現実認知を促し、苦痛の多い環境下でできる限り快の体験を増やすための意図的なケアが望まれる。また、心理的受容過程を理解し、プレホスピタルから退院までの患者の体験を一連の過程として捉え、病期ごとではなく人生という視点から看護を継続していくことの重要性が示唆された。

VII. 参考文献

- 1) 井上茂亮：PICSのすべてQ&A40，中外医学社，p3, 2020.
- 2) 八田宏之，東あかね，八城博子ら：Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討—女性を対象とした成績—，日本心身医学会誌 vol.38,p309-315,1998.
- 3) 野口綾子，井上智子：Light sedation（浅い鎮静）中のICU人工呼吸器装着患者の体験，日本クリティカルケア看護学会誌 vol.12,p39-48,2016.
- 4) 日本集中治療医学会J-PADガイドライン作成委員会：日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン，日本集中治療医学会誌，p539-579,2014.
- 5) 福田友秀，井上智子，佐々木吉子ら：集中治療室入室を経験した患者の記憶と体験の実態と看護支援に関する研究，日本クリティカルケア看護学会誌 vol.9, p29-38,2013.
- 6) 山勢博彰：救急・重症ケアに今すぐ生かせるみんなの危機理論，メディカ出版，p27-30,2013.