

多職種でコロナの危機と向き合う

● 目次

はじめに 梶原 絢子 — 1

[1] 診断と治療および管理

新型コロナウイルス感染症とは何か 福地 貴彦 — 3

人工呼吸器管理における COVID-19 特有の注意点 古川 カ丸 — 11

重症患者における ECMO の管理 草浦 理恵 — 19

[2] 感染管理

重症患者受け入れ施設の感染管理とその課題 水上 由美子 — 25

[3] 看護ケア

重症患者に生じる苦痛とその全人的看護 中川 温美 — 30

「あいまいさ」の中で生きる家族の看護 梶原 絢子 — 36

[4] 理学療法

COVID-19 におけるリハビリテーションの課題 安部 諒・谷 直樹 — 41

[5] 倫理的課題

患者・家族への対応をめぐる倫理的ジレンマ 今長谷 尚史 — 47

[6] 看護管理

看護職全員がビジョンを共有し危機を乗り越える 鈴木 聡子 — 53

[7] 看護教育と看護のあり方

看護の本質と実践の意味を問い直す 遠藤 みどり — 59

はじめに

世界中の市民そして医療従事者に歴史的な災害をもたらしている新型コロナウイルス感染症。医療・看護におけるエビデンスがない中で、いかにしてこの危機を乗り越えてきたのか、国内外からの報告は未だ少数である。行政と地域・医療施設の連携に加え、医療施設内で重症度別の対応が速やかに求められるのも初めてのことであり、対応にあたる医療従事者は国の政策と患者の動向を臨床の現場で注意深く捉え、フェーズを見極めながら最善を尽くしてきた。

こうした状況を日常的に支える要項として、看護・医療の組織基盤に勝るものはない。そこでは多職種・多部門が連携し知恵を出し合う力と、各々の医療従事者の価値・信念、そして情報リテラシーやレジリエンスなどが試されていると言っていいただろう。

本書は、自治医科大学附属さいたま医療センターにおける新型コロナウイルス感染症への対応をまとめたものである。多職種の視点からその対策と課題について考察し、新たな知見を紹介しつつ、未曾有の事態でこそ忘れてはならない医療・看護の本質に言及している。感染拡大が未だ終息をみない中での報告ではあるが、現時点での記録が歴史的資料として後に検証されることにも意義があると考えている。

本書が、厳しい状況下で奮闘する多くの看護師の経験を肯定的に意味付けるものとなり、看護・医療の発展に役立つことを切に願っている。

2020年9月 梶原 絢子

重症患者に生じる苦痛と その全人的看護

中川 温美

なかがわ・あつみ ● 自治医科大学附属さいたま医療センター 集中ケア認定看護師

はじめに

COVID-19の重症患者は、多くの医療機器が装着されたまま治療期間が長期化し、病態が安定するまで月単位で複数の鎮痛・鎮静薬や筋弛緩薬の投与が必要であった。本稿では痛みをはじめとした苦痛を体験している患者に対する全人的な看護を述べる。

COVID-19重症患者に生じている苦痛

国際疼痛学会では、痛みを「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験」¹⁾と定義している。痛みは患者にとって苦痛であり、最大のストレスである。身体的機能や社会のおよび心理的な健康に影響を及ぼし、回復過程を阻害する要因となる。精神的苦痛は症状として現れにくく、突然の危険行動として現れる可能性がある。また、精神的不安はその人らしさまでも抑制してしまう。患者だけでなく、家族からも話を聞き、患者のニーズにあわせて多角的に理解して、痛みのケアにあたる必要がある。痛みを含む苦痛症状の特徴を表1に示す。

表 1 COVID-19 重症患者に生じる苦痛

身体的苦痛	病態そのものによる呼吸困難感、疲労感、倦怠感、気管挿管による痛み、ECMO や CRRT などのライン留置による痛み、安静（不動や ICU-AW）に伴う痛み、吸引や体位変換で生じる痛み、病勢による呼吸困難感の出現（吸気努力の増加、呼吸器との非同調）、代替療法のための複数の医療機器やデバイスの装着、繰り返される侵襲的処置（カテーテル交換、気管切開など）、不眠
精神的苦痛	見通しの立たない経過や予後、家族や仕事・経済面などに関する不安、恐怖感、気分の落ち込み、憂鬱・抑うつ状態、苛立ちや怒り、回復への焦り、隔離環境による孤立や孤独感、せん妄、眠りたいのに眠れない
社会的苦痛	病気のために仕事に行けないなどの仕事上の問題や経済的な問題、ソーシャルディスタンスによる家族やコミュニティからの隔離、情報リテラシー（差別や偏見などの社会的スティグマ）の問題
霊的苦痛	人生の意味、苦しみの意味、心配や怒りによる精神的穏やかさの消失／なにもできない、体が動かないなどの身体的コントロールの喪失／この先どうなるのかといった将来のコントロールの喪失／「なぜ私なのか」という生死を考えるときの不安や恐怖、未知の感染症に対する不確かさ

看護の実際

1. 鎮静管理中の痛みの緩和

COVID-19 重症患者は鎮静・鎮痛管理によって、患者自身が体験する痛みを訴えられない場合が多くあった。表 1 に挙げた苦痛を全人的に理解し、軽減させるために鎮痛やコンフォートなケアを提供することは、患者のストレス反応を減少させ、療養生活の中で快適さや安楽さを支持することにつながる。

そして、長期の鎮静状態は、身体の不動化による廃用障害（筋萎縮や関節拘縮）、運動能力の低下、下側肺障害、便秘、褥瘡、自己コントロール感の喪失などの弊害が生じ、それらの存在は患者の日常生活に苦痛をもたらすといわれている²⁾。しかし、COVID-19 重症患者の病状は不安定で長期間の鎮静管理が必要であったため、身体の不動化に対する介入を積極的に

行うことが課題であった。

たとえば実際に、強い吸気努力の出現や呼吸器の非同調は患者の苦痛の原因として捉え、目標とする鎮静深度にあるか、血圧や脈拍、呼吸のモニタリングとあわせて定期的に評価した。また、人工呼吸器の設定が患者にとって適切となるように調整した。さらに、日中に短時間でも鎮静薬を減量することはできないか、医療チームの中で議論された。

2. 睡眠障害への介入

病勢が落ち着いた患者に対しては、ECMOや人工呼吸器からの離脱とADLの改善を目標に離床を進めた。患者は頻呼吸・咳嗽・下肢の痛み・不眠・疲労感などが複合した症状が出現していた。不眠に対して睡眠薬を使用し、下肢の疼痛にはアセトアミノフェンを使用した。咳嗽には鎮咳薬や局所麻酔薬の吸入を行った。それぞれの痛みに対して薬物療法を行っていたが、咳嗽や看護師の訪室で覚醒したり、咳嗽や体位変換時に下肢の疼痛による苦悶様表情がみられるなど、安楽をもたらすには至っていなかった。不眠や不快感、疲労は痛みの閾値を低下させる因子であるため、苦痛の介入の視点を睡眠障害におき、看護介入の修正を行った。

夜間の良質な睡眠確保のため、睡眠薬と鎮咳薬の投与、看護師による体位変換の代わりにエアマットの自動体交モードを使用した。抑制帯は使用せず、室外からの観察を行った。患者に呼吸困難感がみられた場合には、吸気努力の強さ、呼吸補助筋の使用状況を観察し、モードやトリガーなど人工呼吸器の設定が適切であるかを検討し、医師とともに調整した。併せて、呼吸困難という苦痛を感じていることに共感し、呼吸が落ち着くまで患者のそばに付き添った。下肢の疼痛に対しては患者が希望すればアイシングを実施し、痛みが和らぐ下肢のポジショニングを患者とともに調整した。

病勢が落ち着いたとはいえ、COVID-19の症状でもある疲労と呼吸困難感が続き、患者にはとてもつらい時期であったと思われる。それでも回復への希望を強くもち、忍耐強く理学療法に取り組むことができていた