

[原著論文]

保護室入室患者の開放要求に関する精神科看護師の臨床的ジャッジメント —判断に影響する要因に注目して—

坂江千寿子¹⁾ 佐藤 寧子²⁾ 石崎 智子³⁾ 田崎 博一¹⁾

The clinical judgment of Psychiatric nurses on the patients in seclusion room - Focused on the factors influence the clinical judgment -

Chizuko Sakae¹⁾ Yasuko Sato²⁾ Tomoko Ishizaki³⁾ Hiroichi Tasaki¹⁾

Abstract

The purpose of this research is to explore the clinical judgments which psychiatric nurses make on patients in seclusion rooms. The focus group interviews were carried out in two hospitals. The participants were 5 - 6 nurses in each hospital who have psychiatric nursing experience of 5 years or more. The narrative texts were interpreted by the researcher and the judgments and the responses to the requests from patients in seclusion rooms were extracted. As a result, the following 5 categories emerged :1)The observation point; 2)The backgrounds which influence the judgment of acceptance of a patient's request to get released; 3)The way of being concerned with the requests; 4)The nurse's feelings to the patient, who demands to get released ; 5)The range of the role of the nurse.

Nurses received multifarious information about the verbal and/or nonverbal cues of the patient and the self care patterns when they responded to the requests of the patient. Also, nurses obtained information in sequence about the improvement of the status of the patient's condition which was the reason they were secluded. Moreover, it was suggested that the feelings, physical factors, and the limit in the responsibility range of the role of the nurse, and the emotional conflict influenced the judgments that they rendered.

(J.Aomori Univ.Health Welf.6(2): 9-18, 2004)

キーワード：精神科看護、保護室、臨床的ジャッジメント、フォーカスグループインタビュー

Key words : psychiatric nursing, seclusion room, the clinical judgment, focus group interview

抄録

本研究の目的は、精神科看護師が保護室入室患者に対して行っている臨床的ジャッジメントについて探求することである。今回は、経験5年以上の看護師5～6名を対象に、2つの病院でフォーカスグループインタビューを実施し、保護室に入室中の患者から出される要求への判断と対応方法を抽出した。その結果、観察の視点、開放要求の受け入れに関与する背景、要求へのかか

わり方、開放を要求する患者へ抱く感情、看護師の役割範囲の5カテゴリーが構成された。看護師は、患者の要求に対応する際に、対人関係や生活リズム等の情報や入室した理由となる問題状況の改善について、経時的に情報を収集していた。さらには、感情的な葛藤、保護室が設置されている病棟の条件という物理的要因、看護師の責任範囲という限界が判断に影響することも示唆された。

1) 青森県立保健大学看護学科

Aomori University of Health and Welfare, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

2) 日本看護協会

Japanese nursing association

3) 弘前大学医学部保健学科

Department of Nursing, School of Health Sciences, Hirosaki University

I. はじめに

クリニカルジャッジメントとは、看護師がクライアントとの関係において行う一連の決定であり、「何をどのように判断するか」によってその専門性を示すことが可能である。これまで精神科看護師のクリニカルジャッジメントに焦点を当てた研究では、臨床判断の構造を「判断内容」や「判断基準」などの側面から分析した研究（中西、1998；田島、2002）、クリニカルジャッジメントの構造を「手がかり」、「読み」、「働きかけの選択」、「経験の蓄え」という4局面で分析した研究（畔地、1999）などがある。しかし、保護室の患者に関しては、保護室入室の看護判断をインタビューで調査した研究（佐藤、2002）や経験別の認識の差を明らかにした研究（柴田、1997）はあるものの、患者の退出に関する看護師の判断に焦点を当てた研究は見当たらない。精神症状が悪化し、一般病室では対応できない患者を隔離し看護する保護室の看護は、その病院の質をはかるバロメーターといわれるが、精神科看護学会誌（1958～1988）に集録された約1,146編のうち保護室に関する報告はわずか18編と少なく（柴田、1989）、隔離に関する研究の難しさを実証している。

精神科医療における隔離は、精神保健福祉法第36条1項に基づき、患者の医療または保護を図ることを目的に行われる。その保護室への隔離および解除は、医師の指示によるものであるが、看護師には、患者の安定の徴候や保護室隔離による閉塞感による悪影響をいち早く観察し、退室時期の決定にかかわる情報を提供できる能力が求められる。特に、妄想や幻覚に支配されセルフコントロールが困難で保護室隔離が必要とされる統合失調症患者への退出の判断は、精神科急性期看護における核ともいえるほど重要である。なぜならば、病状の悪化を防ぐためには、刺激の少ない保護室内の環境が必要であるため、退出要求に安易に応じることはできない。一方、患者の退室を延期し続けることは興奮や不安につながり、さらに病状へ悪影響を及ぼしかねない。このアンビバレントな状況におかれた看護師の対応は、まさにその専門性を問われる究極の状況判断といえるからである。

しかしながら、筆者らは、初回入院の統合失調症患者の退出要求に対して、主任看護師が医師に保護室内にとどめることへの弊害を建言し、時間開放となった例において、看護師の判断が一定ではなかったことを観察している。このように、保護室における看護判断は、経験に頼って行われる現状にあることが指摘される。

そこで、保護室に入室している患者の要求、特に退出の要求に対する看護師のクリニカルジャッジメントに焦点を当てて、看護師の判断内容や対応を抽出するためのグループインタビューを試みた。本研究は、看護師の経

験に基づく判断基準を明確にし、精神科看護師が共有可能な実践的知識（S.A. Corcoran, 1990.）を抽出する点に意義がある。

II. 目的

保護室に入室している患者の開放要求に対する精神科看護師のクリニカルジャッジメントとその影響要因を明らかにする。

III. 研究方法

本研究は、半構成的面接法による因子探索型の質的研究方法を用いた。語られた内容を逐語録とし、意味内容でカテゴリーに分類しその関係性を探索した。

1. 対象者 平成14年7月～8月、A県内の公立B精神病院と私立C精神病院において勤務経験5年以上の看護師5～6名とし、選定は看護部責任者に依頼した。
2. データ収集 各施設でインタビューガイドを用いて、フォーカスグループインタビューを実施し、保護室入室中の患者の観察ポイント、開放要求時の判断と対応等について意見を求めた。また、承諾を得て内容を録音した。
3. 分析方法：逐語録から保護室の患者への看護に関連する意見を全て抽出し、コード化しその類似性と差異性を明らかにしながら、意味単位毎のカテゴリーに分類し分析した。分析については、複数の研究者で分類結果を検討し、スーパーバイザーの助言を受け、信頼性を高めるために再検査法を用いた。さらに、抽出された内容が、患者の要求に対する看護師の判断や対応にどのように影響しているかを明らかにするために、考え方の方向や偏向を明らかにする内容分析（クリップンドルフ、1989）の手法を援用して、積極的に進める（+）、慎重にさせる（-）という方向性でサブカテゴリーのレベルで分類し、関連性の探索を試みた。
4. 倫理的配慮：研究の趣旨と方法等を文書で説明し了解を得た。さらに、データを対象者へ戻して、記述内容の確認を求めた。

IV. 結果

対象者はB病院6名（男性3名、女性3名）、C病院5名（男性3名、女性2名）、平均経験年数はB病院が13.4（s.d.5.15）年、C病院が5.8（s.d.0.98）年であった。インタビューの所要時間は、85分～90分であった。

各病院での逐語記録から、保護室に関する全ての意見を取り出して、意味内容でラベル付けされた意見の総数は213で、類似する意味内容ごとに集約して、52のサブカテゴリー、8カテゴリーに集約された（資料1参照）。今回は、保護室入室患者の状態のアセスメントや看護に関

する5カテゴリー：観察の視点、開放要求の受け入れに関与する背景、看護師の役割範囲、要求へのかかわり方、開放を要求する患者へ抱く感情をとりあげる。以下は、カテゴリー名、【サブカテゴリー名】で表示する。

1. カテゴリー内容の概要

1) カテゴリー名：観察の視点

このカテゴリーは、【対人関係の改善】、【生活リズム・セルフケアレベルの改善】等の7サブカテゴリーで構成されている。含まれた意見の例を表1に示した。

【対人関係の改善】

このサブカテゴリーには、了解性、また、自己の感情や思考の表現ができるようになること、世間話に応じる、退出に関するの質問をするなどの意見がきかれた。

【非言語による情報の変化】

「説明しがたい」と参加者の沈黙が続いたが、「漠然としているんですが、顔が違う、ふっとした時に表情が柔らかくなる、目つき」の他、「歩いていない」「服を脱いでいない」という行動の変化等が非言語情報の

視点として挙げられた。

【自己コントロール能力】

攻撃性の低下、爆発的な行動の減少、「看護師が働きかける前に一人で行動してしまうかどうかなどでわかる」、「理解できれば、自分や行動を押さえられる」という意見があった。

【生活リズム・セルフケアレベルの改善】

食事の摂取、不潔傾向から変化する、清潔面での充実等セルフケアレベルの向上に関する内容があった。その他に、「スムーズな入眠ができる」、「不眠を意識する」など睡眠についての意見が多く挙げられた。

【自己の感情表現】

「『私どうやったら保護室出られるの・・・?』と自分を振り返って質問する」、「開放要求が激しく昼夜問わずという状態では、出せない気持ちが先行するが、幾分落ち着いて自分の経歴を語り始める」、「行動化せずに、自分の気持ちを言語的に表現できる」などが語られた。

【拘禁反応との区別】

表1 観察の視点のカテゴリーに含まれたサブカテゴリーと意見の例

サブカテゴリー	意味内容 (例)	意見 (例)
対人関係の改善	・世間話に応じる	・時間でこちらがいかない限り、とても呼んでた人が呼ばなくなる。世間話みたいなもの、自分からいうようになってたり、応じるようになってとか。
非言語による情報の変化	・会話中の表情のやわらかさ	・「なんていうか、説明できないねど…顔が違う、表情の柔らかさ、目つき、視線の柔らかさ、会話中の表情が柔らかくなってきている、目が据わっている時ってこわい。」
自己コントロール能力	・攻撃的・爆発的な感じが減る ・頼むと待てるようになる	・理解できれば、自分や自分の行動を押さえられるから ・暴力行為っぼくて、まず大声もあって他患に迷惑かけるって、暴力振るう可能性もあるってので入ったんですけども。その人が入って、まず退院欲求は変わらないで聞かれたんですけども、すごい爆発的なことがなくなって、あんまり怒って喋らなくなったんですね。 ・たとえばね、がーんて暴れてる人いるんだけど、ごめんね、今どうしてもほかの人のところに行かなければならないから、なん分後に必ず帰ってくるから、その間しばらく静かにしてねとかとって行っていくじゃないですか。静かにしてくれていると、「はい。ありがとう。」という感じですね。こっちの感情を持たせてあげなくてはという感じです。もちろん、ことの緊急性によっては対応しますけどね。
・生活リズム・セルフケアレベルの改善	・入浴の勧めに従い清潔を保つ ・不眠を意識して対策を求める	・保護室で、必ず、お風呂入れますよね。週1回、2回、状態が悪い時、半興奮状態でも、男性何人かついて。むしろお風呂拒否する人あまりいない。ぐだぐだいいながらも入る。 ・「寝なくてもいんだべー。」では、ぜんぜんだめです。眠れないのを若干意識して。多分、薬をもらいたい、眠たいという要求は、良くなっている方向なんじゃないかなと思うんですけど。
自己の感情表現	・自己の非を振り返って表現する	・あんまり怒って喋らなくなったんですね。『帰りたいな、奥さんに悪いことしたな』みたいな感じで、ごもごも喋るようになって。ああ、いいんじゃないかなっていうのをそこで感じられる。 ・幾分落ち着いて自分の経歴を語り始めた時には、共感という感じで、ほろっと出してあげたいという気持ちが芽生えた。
拘禁反応との区別	・出たいという訴え方に違いがある	・訴え方の違い。『ただただ出たい。』と、『ここにいるだけで、おかしくなるんだよ。』という言い方の違いがある。
観察のタイミング	・状態把握の良い時間帯は就寝前	・寝入り端のほうが多いかも。数の問題かもしれませんが、スムーズな目覚めってなかなかできにくいんですね。保護室に入ってる方に多いのですがかなり多量の薬飲んでいる方多いので、ほやーっとしているというイメージがこちらとしてはあるんです。それよりは、どれだけスムーズな入眠ができるかで判断する。

「区別は無意識にしている」、「状態が悪い人ほど、あの環境に耐えられるが、認知がよくなれば、保護室内の苦痛が増す」などの意見が挙がった。

【観察しやすいタイミング】

朝は、睡眠剤の影響があるため、「寝る前の方がアセスメントに役立つ情報が多い」、「入浴は外に出た時の状態を観察する良い機会」であり、「変化は、勤務が数日空いた方がわかりやすい」などの意見があった。

2) カテゴリー名：開放要求の受け入れに関与する背景

このカテゴリーは、心の看護についての看護師の感情、保護室設置の物理的的条件などに関する7つのサブカテゴリーで構成された。含まれた意見の例は表2の通りである。

【心の傷の回復を判断する難しさ】

「一般科のように、病気の回復を検査データや外観によって、創傷が良くなるように経時的に直接、観察ができない」という精神看護の難しさを表現する意見が述べられた。

【患者の欲求充足の心理への共感】

要求されることは、「タバコ、テレビ、電話、水、おやつ」などが多いという意見は共通していた。そして「それしか楽しみが無いという状況で、訴えがあって当然」という閉鎖環境にいる患者への共感が述べられた。

【患者と看護師の個別的な関係】

患者は、いろいろな質問をしながら、看護師との相性を探索し、看護師によっては、「この患者だからちょっと頑張ってみよう」と他の看護師を説得できる個別的な関係も作られる。同時に、「『あの看護師がそう言うならば・・・』と、周囲が認める関係が存在する」という意見があった。

【保護室退出判断への肯定的姿勢】

退室への積極的な考え方には「トライが許される」という意見、長期入室よりも退室を肯定する考え方が示された。

【病棟内の保護室の位置づけ：閉鎖・開放】

開放中に観察が十分できないという看護師側の事情、開放病棟では目が離させないという構造的な問題

表2 開放要求受け入れに関与する背景に含まれたサブカテゴリーと意見の例

サブカテゴリー	意味内容 (例)	意見 (例)
心の傷を判断する難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ・心の傷をみる難しさ ・心の傷の回復過程のとらえにくさ 	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ病名でも、患者さんの精神の傷の深さも違うだろうし。ただカサブタか、本当に根っこから良くなってきているのか、新しい患者さんが来るたびにどうなんだろうなっていう。 ・こころの中、傷の深さはそれぞれ違い、回復過程もみえにくい1日の変化ではなく数日かけてみる、穏やかさ、演技かどうか、こちらのアプローチへの反応など。
患者の欲求充足の心理への共感	<ul style="list-style-type: none"> ・保護室に入っても、同じ人間 ・患者の世界をイメージして接する ・保護室内のアメニティ、楽しみの欲求充 	<ul style="list-style-type: none"> ・『指示命令で、保護室にいるが、人としてみれば普通になりたいと思っている、特別駄目はないはず。』と新人にも教えている。 ・映画で、患者さんの世界をみてすごい衝撃的に思った。患者さんの立場、何かもう何回も来るとちょっと「もうわかったから」って感じで言いたくなっちゃう自分がいるから、やっぱりそういうのを忘れないでやっていきたい。 ・保護室内に便所、安全性を考えれば致し方ないけど、拘禁反応起こってもしょうがないような部屋のつくり、ガラス越しにテレビがあってもいいのかな。自分だったらって思いますよね。
患者と看護師の個別的な関係	<ul style="list-style-type: none"> ・試しながらピンとあう看護師を探す 	<ul style="list-style-type: none"> ・「看護婦さーん」と呼んで誰がくるんだろうと。ちょっとこうぶしつけない質問してみたり「これに水お願いします。」と言ってみたり試すんですね、その中でこうピンと合った人に近づいていくのかなと思うのですが、そのキーになるものは何かわかりませんが。
保護室退出判断への肯定的姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・再入室は病状の悪化のため ・退出してもカバーは可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・再入室は、時期、退出が早いからではなく、病状のため、悪化してしまったから、入室せざるえないと考えればよい。 ・退出要求に関しては、カバーは可能、やってみる価値はある。
病棟内の保護室の位置づけ：閉鎖・開放	<ul style="list-style-type: none"> ・閉鎖病棟での開放は無理が出来る ・保護される閉鎖病棟では試し行為が許される 	<ul style="list-style-type: none"> ・勝手に出て行かれては困るという。それまでの患者さんとのコンセンサスが得られているのかどうか。そこまできちんとみないとみんなの中で開放できませんし。ある程度、閉鎖病棟の方ならそういう心配は少なくなるわけで、言葉で表現してみれば、ちょっと無理してもいいかなという感じ。 ・閉鎖病棟の保護室がいいのかなというのは、日常生活で障害に関連した、日常生活のしづらさを抱えて入院されたわけで、保護された、試し行為が許される入院の意義は大きいと思う。その試し行為が許される空間、閉鎖病棟の大きな枠での閉鎖、保護される形というのがいいのかなと。

	・閉鎖に移らなくて良いという開放病棟内保護室のメリット	・私はちょっと違って、開放にもあっていいと思うんですね。但し、初回の入院とか開放病棟にいる人が使う保護室とはいかないまでも、個室。そういう部屋があればいいのではないかと。どうしても開放病棟にいると状態が悪くなる時期ってあるんですね。そういう時に閉鎖に移すのは簡単なんですが、ある程度長い目で見た時に患者さんを知っているスタッフがいるのがいいのではないかと思う。
人間対人間の看護における看護師の陰性感情	・陰性感情の大きさには幅がある	・陰性感情って、何ともないわってという人と、いや～頼むからあの人だけはもう出さないで欲しいって。スタッフの陰性感情の大きさ、距離、そういうところが基準に当てはめ難い、それを押し殺して一生懸命やればストレスもたまるし、やっぱり無理だろうって思う範囲の中には、出てくるの、また賑やかになるな、みたいな。全くない人もいるのかな？私は、多少は皆さんもお持ちじゃないかと思うんだけど。まあ、それ出しちゃえば仕事になんないと言われればそれまでなんだけど、同じ人間として向こうの感情もあればこちらの感情もあるって…統一するって人間の感情の幅とかを考えればすごい難しい、本当につくづく最近…人間対人間の、精神対精神っていうか感情対感情っていうか、その辺のところのこう…ぶつかりあいでもないんだけど。

が述べられた。逆に、開放病棟での保護室設置も肯定する意見があり、解釈が分かれた。

【人間対人間の看護における看護師の陰性感情】

「保護室からの開放が予想される時期には出て欲しくないと思う場合もあり、同じ人間として患者の感情もあれば看護師の側の感情もあるため、押し殺して一生懸命やればストレスになる」という感情が語られた。

3) カテゴリー名：要求へのかかわり方

保護室患者の要求へのかかわり方は、以下の5つのサブカテゴリーで構成された。意見の例は表3に示した。

【アセスメントツールがない；対応方法に個人差】

統一した看護の必要性、保護室の担当者が変わる、リーダーや保護室の担当でも判断がまちまち、アセスメントツール開発の必要性、基準は、「入室した理由、状態が改善されていることが目安である」などの意見

のほか、日ごろ自分が大切にしている姿勢などが聞かれた。

【小さな約束を手がかりにする】

「時間を決めて、次何時にきますという言い方」、「約束する、小さなことを」、「〇分、静かにしてほし」、「おやつ時間など小さな約束を守る」ことが述べられた。また、約束の中で時間については、「意外と相当興奮してても、時間というのはわかるから」という経験が語られた。

【訴えは聞き、複数で相談】

女性看護師の発言で、「男性患者は女性看護師に怒鳴ることが多い気がするが、怒鳴られても黙って話は聞く、夜間は、ステーションに戻り、夜勤相手（男性スタッフ）に相談し、一人で対応することは避ける」という意見が聞かれた。

【刺激を避ける】

「保護室入室患者には介入よりも見守ることを優先

表3 要求へのかかわり方に含まれたサブカテゴリーと意見の例

サブカテゴリー	意味内容（例）	意見（例）
対応に個人差；意思決定を促す自分のやり方	・個人差；アセスメントツール作成の必要性 ・意思決定を促す自分のやり方	・いくら妄想があったとしても日常生活の支障がなかったり、スタッフが話し掛けて日常生活に従える分には全然問題ない。どこまでできれば開放で良いかっていう判断がまちまち。カンファレンス、退室・開放にツールが確立されていけば、もう少し早く退室なり開放もできるんじゃないか。何で入室したかっていうところが基準になるんじゃないかなと思う。基準は難しい。その病院自体で、その基準を作るなりして。 ・ただ出してではなく、『どここのだれだれに電話と理由があって、だから出して』という話は聞く。かなわないような時間なら、『常識的な時間じゃないよ、でも出でかけたいの？』と聞くのが、最近の自分のやり口、あえてこちらからはこうしなさいとなるべく言わないように、そうすることでこうなるのではないか、ということをよくやっているなど、振り返って思います。
小さな約束を手がかりにする	・待ってくれるように約束する	・待ってくれたということ、おやつ時間とかね、結構そういう事で話をしていることが多いですね。
訴えは聞き複数で相談	・夜勤者同士で相談する	怒鳴られても話は聞く、ではまた後でくるでは、収まらないことはある、ステーションで夜勤相手（男性）に話して対応する

刺激を避ける	・刺激を避けないと感情が行動化する	高ぶっている人には刺激を避けるほうが良い、患者の中にもともとあった嫌悪感が態度に出る、
時間をおき、リセット	・行きたくない気持ちを少なくするようにリセットする	・要求無理な状況で興奮している患者の場合、看護師が入ること自体がさらなる興奮を呼ぶ存在であり、説明しようと一生懸命になればなるほど、さらに興奮する時、「少し時間を置くね」という説明も彼は聞いていないだろうけど、いったん気持ちの整理をする。「うわ、行きたくね。」と思いたくないので、すこしでもリセットしていく。

する、ある行為の途中で別のことに対するやり取りが始まると興奮することがあり、刺激になる」という意見が聞かれた。

【時間をおき、リセットする】

「我々はよく時間でごく」、「頻回に訴えられる場合には、『〇分時間をあげるから考えて』と話し時間をとる、時間はめにみえるので」という意見が述べられた。

4) カテゴリー名：看護師の役割範囲

医師との関係性、情報収集、開放決定のプロセス、看護師の責任範囲と限界などの7サブカテゴリーで構成された。

【医師への情報提供】

医師への情報提供の方法として、「患者の状態が良いと判断すれば、リーダーとしてはそれを強調して情報提供する」、また「チャンスの利用、例えば、入浴して、昼近くであれば、食事を食堂でとることを提案してみる。」など、情報提供や積極的な医師への提案が話された。

【リーダーの役割】

リーダーは、保護室担当者から情報を得て、自分自身で観察し、情報を提供する。それによって、医師は診察し、開放するかどうか、検討に入るという経緯が語られた。

【複数の情報ルート：横断的な視点】

回復の判断には、何日間か、どの人が行っても回復してきているという意見が一致してからという意見や、「その日には即決はしない。何日間か担当者の意見が積み重なって。今日が良いのでは・・・となる」という情報の積み重ねが述べられた。

【情報の積重ねによる判断；縦断的な視点】

「今の状態だけではなく、過去の経験の積重ね。さらにそれにプラスして、その患者さんの入室前の状態をいつも思い浮かべている」など、経時的・縦断的な視点が挙げられた。

【時間開放の決定プロセス】

「患者の波を把握する場合は、朝に接して興奮していた患者が午後、すごく穏やかでも、回復していると判断せず、その状態が持続するかどうか重要だ」とい

う意見が語られた。「短時間では、出たいがための演技もあるから。」など、観察は「数日間を積重ねる」、「実施は慎重、医師にもよる」、「保護室担当の2名の意見が一致し、リーダーへ話す」など、時間開放までの段階的な実施プロセスが述べられた。

【隔離時の看護師の責任範囲と限界】

「時間開放から戻す時、患者には『看護師に入れられた。』といわれる」、「保護室の入室・退室の判断は医師。24時間かわる看護師にも隔離解除だけの部分で判断を任せる可能性、判断できる方向へもってほしい。」等、医師の判断で行動する看護師の限界が述べられた。一方、「看護師の責任範囲が拡大して、医師のように判断能力が加わったら、逆に患者へ恨まれて大変。」という意見も聞かれた。

【開放時の自殺・事故防止の看護】

被害妄想に支配された患者の例で、「開放されて最終的に自殺に到った時、看護のレベルで予防ができたのではないか」という事故防止対策に関する看護師の責任についての意見が聞かれた。

5) カテゴリー名：開放を要求する患者へ抱く感情

開放要求する患者に対する感情は、避けたい、割り切るしかないなど4サブカテゴリーで構成された。

【訴えを避ける自分を感じる】

「出たい理由を、看護婦の姿が見えれば窓越しに近づいて一生懸命それを喋るって感じ。そういう印象っていうか、伝えようかかって思いながら・・・こう、行ってしまふ、ついつい。」と保護室の担当時に、消極的な態度をとってしまう自分の感情を吐露する発言が聞かれた。

【被害妄想の対象にされた看護師の辛さ】

自分ともめあった患者は『まだ入室して』と思う感情的な部分がある」、おまえに殺されると被害妄想の対象になった看護者は、病状だと理解していても、患者の症状以前に自分が辛い気持ちで一杯になるという感情が語られた。

【先延ばししたい気持ち】

「夜勤の巡回時に、『いつになったら出れるの?』と問われても、気持ち的には寝た子を起こしたくないみたいな感じ。で、あまり深く聞かないっていうか、ま

ず夜だから寝ようね、明日考えようね、みたいな対応に追われて、話してくうちに興奮してくってということも結構あるので、まず明日、朝になったら考えようよ、みたいな感じで接してる時が多いです。」と、先延ばししたい女性看護師の気持ちが語られた。

【症状だと割り切るしかない】

興奮している場合、「話してわかるレベルじゃない、刺激が悪影響、説得しても却って反論するだけと割り切る」、あるいは「嫌ではない、症状なので自分の感情を入れても仕方がないと思うしか治療できないのか

なと思う」という意見が聞かれた。

2. 抽出されたカテゴリ間の関連性と判断・対応に影響する要因

上述した5カテゴリの関係性を矢印で示した。また開放要求受け入れに関与する背景、看護師の役割範囲、開放を要求する患者へ抱く感情の3カテゴリは17のサブカテゴリから構成されており、それらは判断に影響する内容を示していた。そこで開放要求の受け入れを促進させる要因か慎重にさせる要因かを、+ - ± で付記し図示した(図1)。

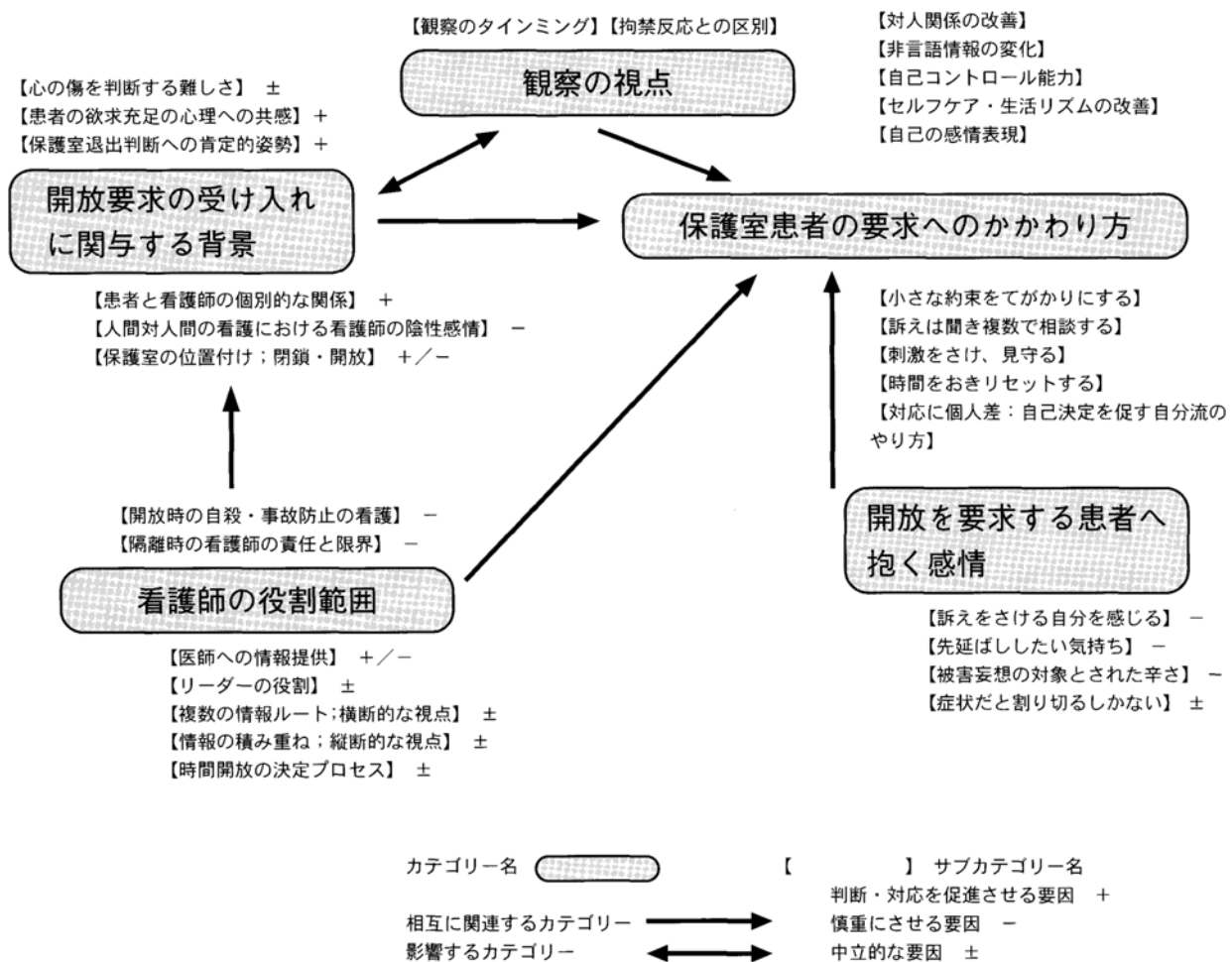


図1 保護室入室患者に対する判断と対応 各カテゴリ間の関係性

抽出されたカテゴリの中で、観察の視点には、【非言語情報の変化】、【対人関係の改善】、【セルフケア・生活リズムの改善】などのサブカテゴリが含まれており、【観察のタイミング】やチャンスの拡大を意識しながら客観的な観察を行い、専門的な知識を生かして【拘禁反応との区別】を行い、患者の要求に関わっている流れが示された。また、【情報を積み重ねて】【医師への情報提供】を行い、【開放時の自殺・事故防止の看護】を行う看護師の役割範囲のカテゴリと、開放を要求する患者

へ抱く感情のカテゴリに含まれる患者からの【訴えを避ける自分を感じる】、【先延ばししたい気持ち】、【被害妄想の対象にされた辛さ】などは、保護室患者の要求へのかかり方へ影響するサブカテゴリと解釈された。また、サブカテゴリを開放要求に対する判断を促進される要因と慎重にさせる方向性で分類した結果、【患者の欲求充足の心理への共感】や、【患者と看護師の個別的な関係】による信頼などは、肯定的に働く要因となる。また、【開放病棟か閉鎖病棟かという保護室の位置づけ】

は、インタビューでも、保護室設置が開放病棟にあれば病状の悪化や回復にかかわる看護師が同じために、継続的に関われるというメリットと、開放病棟では事故防止対策が十分にとれず、積極的なチャレンジができないという意見が聞かれていた。つまり、閉鎖病棟では試験的な開放が可能であるが、開放病棟では不可能であり、【開放時の自殺・事故防止の看護】との関連性で、慎重にさせる要因となることが示された。

V. 考察

今回、実施したグループインタビューで、保護室入室中の患者にかかわる看護師は、患者の了解性の出現、爆発性や拒否の減少、自己の感情や思考が表現できる等、対人関係の改善に注目していることが示された。また、セルフケアレベル、生活リズムの側面から患者の変化を幅広く観察し、入室理由の改善を視野に入れつつ、開放要求への判断を試みていることが推測された。

クリニカルジャッジメントにおける始まりは観察であろうが、観察ポイントとして、「説明できないけど、顔が・・・」と表情の変化を挙げていた。「顔が違う」という意味は、感情の表出である「表情」、ペルソナであり、人となりを表す「顔つき」、そして統合失調症の急性期に、ある種の吸引力をもって人にみいらせる顔でありながら、手ごたえが無く、つかみどころのない空虚な独特の顔である「面差し」(杉林、1998)という、この3つの顔によって解釈が可能となろう。看護師は、無意識的に、表情や顔つきの生成に失敗した結果として現れた「面差し」を観察し、どのような気持ちでいるか把握できない急性期の患者と向き合う経験を重ねている。その後、感情の変化が反映された表情の生成が可能になる過程においては、「顔つきが変わる、表情がでてきたようだ」と看護師が観察する回復のサインを得ることができる。「説明できないけれども顔が違う」という意見が示すように、看護師は無意識に観察し感じ取っているものの、通常は言語化しない情報となっているのであろう。したがって、今回の看護師の回答は、直感的、経験的であり、主要な知識であるが、実践の中に埋め込まれて、経験を通して初めて体得される、通常、公式化、文章化されていないとされる実践的知識を引き出す結果になったと考える。また、興奮、粗暴性など、悪化の兆候や、まだだめだという無理であるという判断はしやすいという意見を考慮すれば、精神科看護の専門性の高さは悪化よりも回復過程を見極める能力にあることを示唆している。

さらに、生活リズムの観察では、睡眠は回復の指標であり、特に、「不眠を意識することが重要だ」という意見が述べられていた。これは、患者の睡眠状態を看護に生かす意味において、目覚め心地はかなり確実な目安で

あり、さっぱりと目覚めたか、たっぷり眠った感じがするかなど眠りの味わいが大切である(中井、2001)とされているように、回復の兆候を示す変化を、的確にとらえる看護師の鋭い感性を示したものといえよう。

また、いつ、どのように観察するかについては、何かのチャンスを利用して観察の場面を意識的に広げるといった意見が聞かれ、今回のインタビューが経験豊富な熟達者によるメンバーによって構成されたための効果と考えられた。

また、今回のインタビューでは、基準がないと個人で開放の時期の判断がばらつくという意見が聞かれた。隔離と並列される身体制限である抑制については、近年、関心が高まり、実施や観察の基準が明文化されてきている。しかし隔離については、精神保健福祉法による基本的な考え方・対象者・遵守事項の提示のみで、精神科看護領域の業務基準では、ナースステーションからの距離、採光、空調、証明、防音、消臭、時計・カレンダー、バリアフリーという最低限考慮されるべき環境には具体的な説明がある(日本精神科技術協会、2003)が、適用期間の最小化と弊害の防止以外に具体的な基準は示されていない。これまで、興奮、幻覚妄想の程度、拘禁反応との区別、開放の時期について、自作した観察基準の妥当性検証の事例報告(斎藤、2001)はあるものの、入室および開放時の判断や介入基準の明確化、チェック体制、フローシートの活用等は、今後の課題となろう。

しかしその中で具体的な対応方法として、「刺激を避ける」、「小さな約束をする」など、特に「待てるかどうか、時間を目安にする」という発言や「時間は目に見えるので」という意見が聞かれ、看護師の判断と介入には時間という指標を用いることが明らかになった。急性期の統合失調症患者について中井(2001)は「身体のなかでの記号の逆転の時期であり、自己が外界と同一化し、自己の心理的空間が成立しない状態で、空間構造、時間構造の変化、時間逆行体験が起こる」としている。看護師がこのような急性期の患者に、時間についての観念を持ち込み、時間の認識や待てることを回復判断の指標としていることは蓋然性が高い。おそらく過去の経験に依拠した経験的知識の一つといえよう。

また、保護室への隔離が必要とされた患者であっても、「可能であれば、自分からの指示は少なくして、自己決定を促すような自分流のやり方をおこなっている」という意見があり、「インタビューに回答することで、そういうやり方をしている最近の自分自身のやり方を自覚した」と表現し、これまでの無意識的な行動を改めて、倫理的配慮を重視した対応として意味づけし顕在化させる機会となった。

さらに5カテゴリーの関連性の図示を試みて、隔離さ

れた患者の心理への共感や、患者との個人的な関係による信頼などは、保護室入室患者の要求に対応する看護師の判断・対応を促進する要因となることが明らかになった。保護室入室を希望する患者、退出後、すぐ逆戻りする患者も存在するが、誰か自分にぴたっとくる看護師を探そうと試すこと、保護室の内でも外でも同じ人間としての関係があること、対人関係は看護そのものであり、ラポールの形成が看護の鍵であることが再確認された。一方、女性看護師は男性患者に怒鳴れやすいという思いや被害妄想の対象にされた看護師の辛さが率直に語られ、慎重になる要因も存在した。攻撃対象になりやすいのは男性看護師と言われるが（青木、2003）、男女を問わず保護室担当看護師に対する十分な精神的なフォローが求められているといえる。

さらに、看護師の感情以外に、保護室の物理的な条件として、特に、閉鎖病棟では試験的な開放が可能であるというメリットは、事故防止の視点においては、慎重にならざるを得ない開放病棟での現実的な問題を提起している。また、判断や対応を促進する要因または慎重にさせる要因が存在するものの、保護室患者に関わる看護師の開放への判断や対応は、変化をとらえる看護師の観察力、その人なりの経験に基づく方法を工夫しながら行われていることが示唆された。

この結果は、2つのグループの結果から導き出され、一般化するには限界があるが、患者の変化をとらえる客観的な観察指標と何かが違うという表現しがたい直感的な内容も述べられており、看護師の分析力と直感や感性によって成立するクリニカルジャッジメントの一端が示されたものと考えられる。

VI. おわりに

インタビューでは、印象的な患者の体験が想起され、保護室の使用法、歴史的な変化、プライバシーの問題から患者の人権養護の視点へと話題が拡大した。同時に、このような対応方法の教育を受けず、先輩看護師を見て体験的に覚えるべきであるという風潮の中で経験を積んだ経緯があり、熟練看護師が大事にしている方法や蓄積された実践的知識を共有できる良い機会になったという副次的な効果も得られた。

ただし、クリニカルジャッジメントにおける介入の判断は、関係性の中における判断という特性がある。今回は、インタビューによって想起された内容に依拠したため断片的であり、今後は、ある看護師がある状況下において行う観察・判断・その後の介入という一連のプロセスを参加観察によって明らかにする試みが必須となる。

謝辞

ご多忙の中、インタビューに快くご協力くださいました看護部責任者ならびにスタッフの皆様、貴重なご助言を賜りました北海道医療大学阿保順子教授に深く感謝申し上げます。

本研究は、平成15年・16年度文部科学省研究費補助金基盤c（課題番号 15592279）の助成を受けた研究結果の一部である。

（受理日：平成16年12月27日）

VII. 引用文献

- ・青木実枝、久米和與（2003）：精神科入院患者の攻撃行動に関する研究（第2報）—看護師が攻撃的言動を受けた実態—山形保健医療研究第6号、25～31.
- ・畔地博子ほか（1999）：精神科看護婦・士のクリニカルジャッジメントの構造とタイプ、Quality Nursing vol.5.no.9.,51-61.
- ・Corcoran S.A. (1990):看護における Clinical Judgment の基本概念、看護研究 vol.23.no.4、3～12.
- ・柿谷渚他（2001）：女子閉鎖病棟における隔離・拘束について、日本精神看護学会誌、vol.44、no.2.,41-44.
- ・Krippendorff.K. 三上俊治他訳（1989）：メッセージ分析の技法、54、勁草書房.
- ・中井久夫、山口直彦（2001）：看護のための精神医学、41-42、医学書院.
- ・日本精神科看護技術協会編（2003）：精神科看護業務指針2003、35-36、精神看護出版.
- ・斎藤香奈恵：隔離室使用時の基準を用いた看護展開、日本精神看護学会誌、vol.44、no.1,124-127.
- ・佐藤のみ子（2002）：精神科病棟において、看護婦・士が隔離の必要があると判断する状況についての分析、福島県立医科大学看護学部紀要21-32.
- ・柴田恭介（1989）：保護室の看護に関する研究の最近の動向、臨床看護研究の進歩 vol. 1、167、医学書院
- ・柴田真紀、池田明子（1997）：精神科保護室における看護判断—看護師の経験年数に焦点を当てて—北里看護学会誌、vol.3（1）,27-35.
- ・杉林稔（1998）：松本雅彦編精神分裂病 臨床と病理 I 「急性分裂病患者の顔と倫理」、143-147、人文社.
- ・田島長子（2002）：精神科看護師の臨床判断の構造と特徴、高知大学看護学会誌、vol.27（1）,24-31.

資料1 インタビュー結果から抽出されたアイテムのカテゴリー

サブカテゴリー名	カテゴリー名	アイテム数	大分類
1 対人関係：疎通性の改善 2 了解性の出現、拒否の減少 3 攻撃性の低下：コントロール能力 4 非言語による情報の変化（表情・視線） 5 自分の感情の表現：自己の振り返り、現実的な考え 6 生活リズム・セルフケアレベルの改善 7 拘禁反応と症状との区別 8 観察しやすいタイミング	観察の視点	42	I 保護室入室患者の状態のassessmentやケア
1 心の傷の回復を判断する難しさ 2 患者の欲求充足の心理への共感 3 患者－看護師関係の成立：信用 4 保護室退出判断への肯定的姿勢 5 病棟内の保健室の位置づけ：閉鎖・開放 6 人間対人間の看護における看護師の陰性感情	開放要求受け入れに関与する背景	41	
1 医師への意識的な情報提供 2 時間開放の決定プロセス 3 リーダーの役割：自分の観察と医師の診察 4 複数の情報ルート：横断的な視点 5 情報の積み重ねによる判断：縦断的な視点 6 保護室隔離と看護師の責任範囲 7 開放時の自殺・事故防止の看護	看護師の役割範囲	27	
1 対応方法に個人差：自己決定を促す自分流のやり方 2 小さな約束を手がかりにする 3 訴えは聞き、複数で相談 4 刺激を避ける 5 時間をおく、リセットする	要求へのかかわり方	14	
1 訴えを避ける自分を感じる 2 被害妄想の対象とされた看護師の辛さ 3 先延ばししたい気持ち 4 症状だと割り切る	開放を要求する保護室患者へ抱く感情	4	
1 保護室の使い方：名称、目的の差 2 保護室の効果 3 保護室の使い方：個室、観察室 4 保護室の使い方：個室ロックが可能な病棟 5 保護室の格子の悪いイメージ 6 保護室のドア：食事の差し入れ口 7 保護室の材質：壁、床の素材 8 保護室の構造：窓、強化ガラス	保護室の使用目的・構造	44	
1 入室時のインフォームドコンセント 2 プライバシー保護の課題 3 保護室の使い方歴史的変遷 4 精神科医療の変化：早期受診 5 保護室からの脱出患者経験 6 保護室入室患者の状態の特徴 7 患者の訴えの傾向	保護室使用状況の変化と人権	28	
1 保護室の設備：電気・暖房 2 保護室の設備：トイレ、水道 3 保護室内の生活環境：アメニティ 4 保護室内物品の許容範囲の変化 5 保護室内の音刺激の影響 6 食器の素材 7 モーニングケア	保護室の生活環境とケア	13	
52サブカテゴリー	8カテゴリー	計213	