

原 著

精神科認定看護師が実践する 隔離処遇の患者に対する療養環境調整

服部朝代*¹ 山下亜矢子*² 平松悦子*³ 泉川桂子*¹

要 約

本研究の目的は、精神科認定看護師が実践する隔離処遇の患者に対する療養環境調整のケア内容を明らかにし、行動制限最小化への示唆を得ることである。日本精神科看護協会精神科認定看護師として認定された後、5年以上精神科看護実務に従事している精神科認定看護師9名を対象にフォーカス・グループ・インタビューを実施し、逐語録をもとに、M-GTAによる分析を行った。その結果、精神科認定看護師が実践する隔離処遇の患者に対する療養環境調整は、〈行動制限最小化に向け患者とパートナーシップを形成する〉というコアカテゴリーで示され、【患者の尊厳を守る】【患者看護師関係を構築する】【安全性を確保する】【治療的環境であるか見極める】【日常生活に近い環境に整える】【セルフモニタリングを促す】【行動制限最小化に向けた治療参画を促す】という7カテゴリーで構成された。精神科認定看護師が実践する治療に理解を求める説明や、回復過程を具体的に示す関わりは、治療参画への動機づけを促し、患者とパートナーシップを形成することで、治療計画を協働する行動制限最小化に向けた療養環境の調整を行っていた。

1. 緒言

精神科医療において、患者の医療および保護のため、行動制限が必要となることがある。精神科医療における患者の隔離とは、患者の症状からみて本人または周囲のものに危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとされている¹⁾。隔離は重篤な精神症状が出現している患者に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき、保護室という環境下にて集中的治療を行い、治療効果を得る目的で実施される。隔離は患者に対し治療効果を得る一方で、行動制限を伴うことによる不利益も生じることが予測される。隔離の遵守事項として隔離中の定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護の確保などが規定されており¹⁾、看護を実践する精神科看護師は高度な専門的

スキルが求められる。隔離などの行動制限が行われた場合、常に行動制限最小化に向け、適正性と安全性が要求される。

我々は、行動制限最小化に向け、米国のHuckshornによるSix Core Strategies²⁾を参考とし、隔離・身体拘束使用防止ツールとしてその戦略に示される具体的な介入方法の手段のひとつである行動制限最小化計画書を作成した。本ツールを多職種カンファレンスで用い、隔離処遇にある患者の予測される不利益を検討した結果、隔離に伴う活動範囲低下、対他者関係構築における弊害、自尊感情の低下が明らかとなった³⁾。隔離は患者の治療的利益を得る反面、行動制限に伴う不利益が生じる可能性が推測された。

隔離により予測される不利益に対し、看護師は多職種連携のもと行動制限最小化と患者の精神症状改善に向けた支援が必要となる。隔離処遇の患者に対し看護師が実践する関わりとして、患者のセルフケ

*1 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 看護部

*2 新見公立大学 健康科学部 看護学科

*3 関西福祉大学大学院 看護学研究科 博士前期課程

(連絡先) 服部朝代 〒700-0915 岡山市北区鹿田本町3-16 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

E-mail: howaito88@gmail.com

アの向上に向けた日々の関わりや安全や安寧を配慮した療養環境調整が求められる。隔離は患者本人の医療または保護を図ることを目的として行われるものであるが、危険物の持ち込み制限や施錠などによる行動制限を伴うことから非日常的な治療環境といえる。治療や療養環境においてその環境のありようが治療効果に影響するのみでなく、新たな生活障害を生む原因となることが指摘されている⁴⁾ことから、隔離における生活障害防止に向け、療養環境を調整することが必要となる。

看護師が実践する療養環境に関する研究⁵⁾では、患者の関心事である細かな生活面について、日常生活の送りやすさという患者の視点を加えることにより、一層患者の求める療養環境を提供する援助につながっていくことが示されている。精神科病院における保護室は安全と隔離が優先され、患者の意思は尊重されにくい現状があること⁶⁾や換気と消臭を伴う場所であり⁷⁾、不快な感情刺激を回避する必要性⁸⁾などが指摘されていることから保護室環境を療養環境として整備する必要性が示される。

本研究では、精神科の看護領域において優れた看護技術と知識を用いて、質の高い看護を実践する精神科認定看護師（以下、精神科認定看護師）が行う隔離処遇の患者に対する療養環境調整のケア内容を明らかにすることにより、行動制限最小化への示唆を得ることを目的とする。

2. 用語の操作的定義

2.1 生活障害

国際生活機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health（以下、ICFと略す）⁹⁾に準じ、生活機能・身体構造、活動、参加に伴う障害を示す。

2.2 生活障害に伴う療養環境

ICFの環境因子に準じ、人的環境、物理的環境、社会的環境を示す。

2.3 精神科認定看護師

一般社団法人日本精神科看護協会で、精神科認定看護師教育課程を修了した上で本制度における認定審査に合格し、精神科の看護領域において優れた看護能力、知識を有すると認められた者¹⁰⁾を示す。

3. 研究方法

3.1 研究デザイン

研究デザインは因子探求型質的帰納的研究である。

3.2 対象者

精神科認定看護師として認定された後、5年以上精神科看護実務に従事する看護師9名を対象とした。

3.3 対象者の抽出および依頼の方法

5年以上の実務経験を有する精神科認定看護師へ、スノーボールサンプリングにて研究対象者に調査を依頼した。研究対象者に対し、研究者が研究の目的、内容、方法、倫理的配慮、研究を辞退する際の方法について研究依頼書を用い文書と口頭で説明し、研究協力の同意を書面で得た。

3.4 調査項目

3.4.1 基本的属性

年齢、性別、役職名、看護師経験年数、精神科看護師経験年数、精神科認定看護師としての経験年数を問う内容にした。

3.4.2 インタビューガイドの内容

インタビューガイドの内容は、精神科認定看護師が、隔離により予測される不利益を治療的利益に変化していくための具体的な介入方法、隔離処遇の患者に対する療養環境調整のケア内容を設定した。

3.5 データ収集方法

本研究ではフォーカス・グループ・インタビュー法を用いた。精神科認定看護師は行動制限最小化に取り組んだ実践例を数多く保持し、優れたケアの実践をロールモデルとして示し、スタッフへの教育的立場を担っている。そこで本研究では、精神科認定看護師というグループの安心した環境下で、日々、実践している看護をお互いに刺激し合いながら自由に語り合い、テーマについて討議を行うフォーカス・グループ・インタビュー法を選択した。

3.5.1 データ収集期間

データ収集期間は、2015年8月27日であった。

3.5.2 データ収集場所

調査場所は、プライバシーが確保できる個室を事前に準備し、2名の面接者で1時間程度のグループインタビューを実施した。また、研究対象者の了解を得た後、ICレコーダーにインタビューの内容を録音した。2名の面接者のうち1名は進行、もう1名は記録を行った。記録は面接中の対象者の表情や反応など情報を整理するためにフィールドノートに記録した。対象者にはプライバシーを保証し、安心してインタビューへ参加し意見が発言できるよう配慮した。

3.5.3 インタビュー実施における留意点

本研究では、精神科看護師経験を約20年有する精神科認定看護師が司会者となり、中間管理職と精神科看護師経験を約10年有する研究者が記録者となりインタビューを行った。司会者は参加者の伝えたいケアの内容を深く引き出せるようにサポートし、インタビューを進行するよう留意した。インタビュー終了後、記録者と司会者にて客観的評価を行い、司

会者の影響がインタビュー内容に影響をもたらしていないか確認した。

4. 分析方法

データ分析は逐語録をデータとし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA)¹¹⁾による分析を行った。分析手順はインタビュー内容を録音したものを逐語録におこしてデータ化し、分析テーマに従い、概念を生成し、類似性をもとに概念を集約しカテゴリーを作成した。カテゴリーの抽象度を吟味しながら再検討を繰り返し、カテゴリーを構造化し、分析結果を研究者間で修正、検討を繰り返した。分析結果は研究者や研究協力者から得られた意見に基づいて修正を行い、信頼性と妥当性を高めた。

3. 倫理的配慮

研究対象者に研究の趣旨を書面と口頭により説明し、研究の任意性と撤回の自由、プライバシーの保護を保障し、書面で同意を得た。本研究は岡山県精神科医療センターの倫理委員会承認を受けた後、実施した (承認番号: 27-10)。

4. 結果

4.1 対象者の概要

対象者の概要を表1に示す。対象者9名の平均年齢は45.7歳、性別は男性5名、女性4名であった。看護師平均経験年数は20.4年 (13~30)、精神科平均経験年数は19.4年 (12~26)、精神科認定看護師としての平均経験年数は7.3年 (6~13) であり、全ての者が10年以上の臨床経験を有していた。

対象者9名に対し、グループインタビューが実施できるよう日程調整を行い、グループインタビューを1回実施した。インタビュー時間は60分であった。

表1 対象者属性

対象	性別	年齢	勤務病棟入院料
A	男性	40代前半	精神15対1
B	男性	40代後半	精神科急性期
C	男性	50代前半	精神15対1
D	男性	30代後半	精神15対1
E	女性	40代後半	精神15対1
F	女性	40代前半	精神15対1
G	女性	50代前半	精神15対1
H	女性	50代前半	精神科急性期
I	女性	40代後半	精神科急性期

4.2 隔離処遇の患者に対する療養環境について

分析の結果、30概念 (以下《 》) が生成され、7カテゴリー (以下【 】) から、コアカテゴリー (以下〈 〉) に集約された。概念とカテゴリーを表2に示す。

4.2.1 ストーリーライン

精神科認定看護師が実践する隔離処遇の患者に対する療養環境調整のケア内容は、【患者の尊厳を守る】ために隔離室環境の調整や【患者看護師関係を構築する】ためのアプローチと【安全性を確保する】ことを目的としたリスク評価を行っていた。また、隔離が【治療的環境であるか見極める】ため、モニタリングを行い、活動制限による生活障害が生じないよう【日常生活に近い環境に整える】関わりを行っていた。隔離という治療環境に不安が生じている患者に対し、回復をイメージできるよう【セルフモニタリングを促す】関わりや行動制限の現状について説明し【行動制限最小化に向けた治療参画を促す】アプローチを行い、〈行動制限最小化に向け患者とパートナーシップを形成する〉看護実践を行っていた。

4.2.2 カテゴリーと概念について

(1) 【患者の尊厳を守る】

このカテゴリーは以下の5つの概念からなる。

A. 《連絡手段を伝える》

この概念は、隔離された対象が安心できるように次の訪室時間や看護師への具体的な連絡方法を伝えることを示す。

「部屋に時計を置いて、次に来る時間を伝えていますが、ナースコールがない時は、集音期の音の感知器を大きくしてボトルで音をさせてくださいとか、鈴をつけたりとか工夫をしています。」(H)

B. 《プライバシーを確保する》

この概念は、安全性を配慮したうえで対象の尊厳やプライバシーを保持できるよう関わることを示す。

「お手洗いの環境とか、のぞき窓とか、いつもモニターで監視されていたり、通路を通ったらトイレをされていることもあるので、通路を通るときは必ず声をかけます。」(D)

C. 《自立を見守り支援する》

この概念は、対象の自立を妨げないように、できるまで待ち見守ることを示す。

「つい手を出してしまうんですが、自分でできることは待ち、見守るようにしています。」(G)

D. 《自己決定に向け支援する》

この概念は、対象の価値観を知ったうえで、自己決定に向け支援することを示す。

表2 カテゴリーと概念

コアカテゴリー	カテゴリー	概念
行動制限最小化に向け 患者とパートナーシップ を形成する	患者の尊厳を守る	連絡手段を伝える プライバシーを確保する 自立を見守り支援する 自己決定に向け支援する 自己尊重に配慮する
	患者看護師関係を構築する	訪室のタイミングを伝える ワンダウンポジションによる積極的傾聴を行う 隔離理由の説明を行う 頻回な訴えに真摯に対応する トラウマ体験を考慮し寄り添う 興味・関心をコミュニケーションツールとして用いる
	安全性を確保する	持ち込み品を見極める 薬物療法の副作用を早期に発見する
	治療的環境であるか見極める	拘禁反応に関するモニタリングを行う 回復段階に応じた開放観察の場所を選択する 隔離解除のタイミングを見極める
	日常生活に近い環境に整える	セルフケア自立に向け関わる 普段の生活リズムに近づける 和む空間を演出する 日常に近い食生活の場を提供する 身体活動を促す 失見当識を防止する
	セルフモニタリングを促す	病状を客観視できるよう促す 回復のイメージを伝える メリットデメリットを話し合う
	行動制限最小化に向けた 治療参画を促す	治療的意味をふまえた隔離環境の説明を行う 家族へ説明を行う インフォームドコンセントのタイミングを図る 意思伝達が主体的にできるよう支援する 行動制限緩和に向け治療計画を患者と共有する

「間食の代理注文をする際に、前回注文したものを提示すると早く注文が済むのですが、間食がたくさんあるパンフレットを見てもらって、混乱しないか状況を見ながら選択肢の提供を行うことで生活能力の低下を防ぐことに有効じゃないかと思ってしています。」(B)

E. 《自己尊重に配慮する》

この概念は、対象の意思や存在を尊重し、対象の存在を否定しないよう繰り返し説明することを示す。

「あなた自身を否定して保護室を使っているんじゃない(中略)、存在価値を絶対否定しないようにメッセージを伝えています。」(I)

(2) 【患者看護師関係を構築する】

このカテゴリーは以下の6つの概念からなる。

A. 《訪室のタイミングを伝える》

この概念は、次回の訪室時間を予告して隔離環境下において不安を持つ対象に対し、安心して過ごせるよう声掛けを行うことを示す。

「何時に来ますね」と次に行く予告の声掛けを必ずします。」(H)

B. 《ワンダウンポジションによる積極的傾聴を行う》

この概念は、非自発性治療を受ける対象に対し、抱える不安や警戒心を解くことから始め、看護者に対して安心して話すことができるようコミュニケーション技法を用いることを示す。

「看護師は上から、もしくは対等目線で話すよりもポジション的に少し下がった形で声掛けすることで、患者さんの衝動性を少し抑えられて、不必要な攻撃性をあおることはないと言っています。」(A)

C. 《隔離理由の説明を行う》

この概念は、隔離に至った経緯について対象にフィードバックし説明することを示す。

「隔離になった経緯は、はっきりと説明しています。そうすることで、被害的になったり、看護師への陰性感情が防げると思っています。」(B)

D. 《頻回な訴えに真摯に対応する》

この概念は、対象の頻回にある訴えに対し、真摯にその都度対応し、対象の状態を見極めることを示す。

「1週間で千件以上のナースコールですが、ナースコールで直ぐに対応することで、ドア叩きは

すごく減りました。」(A)

E. 《トラウマ体験を考慮し寄り添う》

この概念は、隔離処遇が対象のトラウマ体験による心的外傷ストレスにならないよう、隔離体験に寄り添う関わりを行うことを示す。

「行動制限の後に患者さんにインタビューをした研究をした時に、行動制限はトラウマになってしまいがちなので、隔離解除後に、隔離された気持ちや、自分の辛かった体験を聞いていくことで、後々隔離している人の役に立つと言われていたことがあって、隔離解除後の密な関わりは結構有効なかなと思いました。」(G)

F. 《興味・関心をコミュニケーションツールとして用いる》

この概念は、対象の興味や関心に着眼し、コミュニケーションに取り入れることを示す。

「週間の予定や新聞を入れて、日にちや天気、出来事、その人の関心をみて話をします。」(C)

(3) 【安全性を確保する】

このカテゴリーは以下の2つの概念からなる。

A. 《持ち込み品を見極める》

この概念は、安全を考慮した治療環境を保ちながら、在宅の状態に近づけるよう持ち込み品を見極めることを示す。

「アメニティを上げることを病棟で取り組んでいて(中略)、保護室にはテーブルがないので食事のときにテーブルを入れたり、シーツを入れたりして、保護室の中でも持っているものを段階的に増やしています。」(E)

B. 《薬物療法の副作用を早期に発見する》

この概念は、薬物の副作用を早期に発見し対処することを示す。

「重症な患者さんなので、保護室に入っているだけでは治らない、治療が進むよう薬を増量されるし、活動制限のかかる保護室では、悪性症候群とか肺塞栓などの副作用も出やすいので気を付けて見えています。」(I)

(4) 【治療的環境であるか見極める】

このカテゴリーは以下の3つの概念からなる。

A. 《拘禁反応に関するモニタリングを行う》

この概念は、対象に拘禁反応が出現していないか観察することを示す。

「拘禁反応の出現に関しては、それが精神症状かはモニタリングしかないので、開放観察して、他の人のやり取りや関係性を見て隔離解除の検討をします。」(I)

B. 《回復段階に応じた開放観察の場所を選択する》

この概念は、対象の回復ステージや個別性を配慮したうえで、回復が促進される開放観察の場を選択することを示す。

「保護室エリアの小ホールで過ごしてもらい(中略)、段階をおいて少しずつ開放観察の行動範囲を拡大し、コミュニケーションや対人能力を観察していきます。できれば、大ホールに行って、他の患者さんと一緒にご飯を食べてもらいます。」(A)

C. 《隔離解除のタイミングを見極める》

この概念は、対象の自己の振り返りを促し、適切なタイミングで隔離解除できるよう見極めることを示す。

「他患者の大声を聞いて「自分も大声出して暴れていた」と、自分のことが客観的に見えるようになった時や、周りの人に気遣いできるようになると隔離解除のタイミングかなと考えます。」(F)

(5) 【日常生活に近い環境に整える】

このカテゴリーは以下の6つの概念からなる。

A. 《セルフケア自立に向け関わる》

この概念は、対象に寄り添い、洗面などの清潔セルフケアの自立に向け関わることを示す。

「日常生活の洗面や清潔は、隔離を中断と言う形で、看護師が付き添って保護室から出て自分でできるように関わっています。」(C)

B. 《普段の生活リズムに近づける》

この概念は、セルフケアの時間や方法を普段の生活に近づける工夫を示す。

「隔離しているから洗面できないではなくて、せめて顔を拭いてもらう、歯磨きにしても保護室の生活は普段していることができなくなるので、普段の生活と同じ時間帯にできるように心がけています。」(F)

C. 《和む空間を演出する》

この概念は、閉鎖という限られた空間の中で対象の癒しとなる演出を行い、和む環境を整えることを示す。

「前室に家族の写真や本人の好きなものを置いたり、本人や家族が希望されるものは部屋にも置いていました。」(A)

D. 《日常に近い食生活の場を設定する》

この概念は、食事摂取時に療養環境がより在宅に近い環境となるよう場を設定することを示す。

「隔離室は休む部屋で、食事などの日常生活的なことは、別部屋のテーブルで食べていただくことを心がけています。」(C)

E. 《身体活動を促す》

この概念は、開放観察時間を利用し、認知機能や嚙下機能低下防止に向けた活動を促すことを示す。

「特に高齢の患者さんは、保護室だと椅子もないので姿勢が悪くなって嚙下が悪くなったり、筋力も低下するので歩いてもらったり、できるだけ開放観察をして運動に繋がることを取り入れています。」(D)

F. 《失見当識を防止する》

この概念は、日時、季節が現実の現象と一致するよう、失見当識防止に向け視覚的な提示をすることを示す。

「週間予定やカレンダーを患者さんの見えるところに掲示しています。」(I)

(6) 【セルフモニタリングを促す】

このカテゴリーは以下の3つの概念からなる。

A. 《病状を客観視できるよう促す》

この概念は、対象が病状を客観的に振り返れるよう促すことを示す。

「振り返ることや自制することなど、自分がコントロールできることを、私達スタッフは見ているということを患者さんに伝えていきます。」(I)

B. 《回復のイメージを伝える》

この概念は、精神科認定看護師の過去の経験知に基づく回復過程を対象に伝え、回復のイメージを共有することを示す。

「病気のことについて看護師を介して理解ができるように(中略)段階を置きながら工夫して伝えます。」(C)

C. 《メリットデメリットを話し合う》

この概念は、行動制限の影響について利益、不利益を対象と話し合うことで治療効果についてセルフモニタリングが行えるよう促すことを示す。

「メリット、デメリットを話し合いながら、どうやったらメリットが大きくなるか一緒に考えながら、隔離解除や退院も早期に話し合っていきます。」(D)

(7) 【行動制限最小化に向けた治療参画を促す】

このカテゴリーは以下の5つの概念からなる。

A. 《治療的意味をふまえた隔離環境の説明を行う》

この概念は、対象や家族に対して隔離の必要性や環境、処遇について治療的意味をふまえた説明を行い、治療参画を促すことを示す。

「眠れたか話をしながら薬の効果とか、保護室を使って安心感がどの程度変化したか、保護室の意味合いを伝えたり、幻聴が無くなることで能力が無くなったと思う場合もあるので、病気の理解を示しながら、症状から病気の理解を得られるようにしています。」(C)

B. 《家族へ説明を行う》

この概念は、家族に保護室の環境や精神症状が出現している対象への関わり方について説明することを示す。

「家族の心情による関わり方の影響で、患者さんに不利益が生じる可能性があるため、家族にも関わり方を説明します。」(A)

C. 《インフォームドコンセントのタイミングを図る》

この概念は、対象の病状をアセスメントしつつ、タイミングを図り対象が理解しやすい方法で説明を行うことを示す。

「処遇への不同意が高い人は、隔離された経緯が振り返れないので、大声で怒ったり器物破損したり、看護師が行けば保護室から飛び出したりされることもあります。今の状況は話を聞ける状態ではないので、時間を決めて関わったり、落ち着いた時に、コミュニケーションの取り方や医療者への伝え方をよく話し合うようにしています。」(A)

D. 《意思伝達が主体的にできるよう支援する》

この概念は、対象が要求や意思を自ら伝達できるよう支援することを示す。

「患者さんが「薬を変えてほしい」とか先生に言うべきところを代弁するのは簡単ですが、何から何まで全部看護師が伝えるのは避けて、自分で伝えるべきことは患者さんに返しています。」(B)

E. 《行動制限緩和に向け治療計画を患者と共有する》

この概念は、行動制限緩和の見通しを伝えることで、対象と共通認識を図ることを示す。

「主治医の治療方針に基づいてスタッフも共通認識を持って、隔離解除に向けて積み重ねることを1個ずつ重ねて、患者さんと共有しています。」(G)

5. 考察

本研究結果より、精神科認定看護師が実践する隔離処遇のある患者に対する療養環境調整のケア内容として〈行動制限最小化に向け患者とパートナーシップを形成する〉というコアカテゴリーが明らかとなった。カテゴリーを用いながら、隔離の治療的環境、治療参画に向けたパートナーシップ形成の2つの視点より考察を行う。

5.1 隔離の治療的環境

現在の精神科医療は、入院医療から地域生活への移行が推進され良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保すること¹²⁾が示されており、精神科病院は治療環境としていかに入院環境を整え早期

退院に向けた介入を行うかが重要となる。

精神科病院における入院では、精神保健指定医の判断のもと患者の病状に応じた入院形態と病棟構造にて入院治療が行われるが、病棟構造は、閉鎖病棟や開放病棟に分かれているのが一般的である¹³⁾。隔離が行われる場所は隔離室または保護室と呼ばれる。隔離の対象となる患者の傾向として、精神科医療の急性期治療における隔離室使用は重症患者入院数の82.1%との報告¹⁴⁾があり、精神疾患の急性期症状を有する患者に対し隔離が行われていることが理解できる。

隔離室は本来患者に入力される刺激をコントロールし、患者を保護するための空間としての意味合いが強くなる¹⁵⁾。隔離室は、知覚刺激や対人刺激を避け自我が脆弱な患者を守り、医療と保護のため利用されるが、行動制限のみならず、患者の安全を守るため、持ち込み制限なども生じるため、非日常的な治療空間である。療養環境において治療が優先されると、治療の効果が問われ「住む」ということが、犠牲になりがちになると⁴⁾指摘されている。この非日常的な空間を治療的環境とするためには、患者に活発に出現している精神症状に対し、一日も早い回復を目指し、行動制限を最小化する必要がある。

本研究では【治療的環境であるか見極める】というカテゴリーが明らかとなったが、《回復段階に応じた開放観察の場所を選択する》《隔離解除のタイミングを見極める》などの概念が生成され、行動制限最小化を目指した内容であった。看護師が隔離環境を【治療的環境であるか見極める】ためにはエビデンスに基づいた実践知と行動制限最小化に向け実践知を共有する手段が必要となる。実践知を共有する手段として多職種によるカンファレンス¹⁶⁾やパートナーシップナーシングの導入¹⁷⁾なども効果について報告があるが、隔離環境を治療的環境として最大限に活用するためには、患者の生活史や回復過程など個別性を考慮した静養空間としての環境調整が求められる。治療的環境とは【患者の尊厳を守る】環境であり、精神科医療の場合、法に基づく医療が必要となる。行動制限が行われている対象者に対する倫理的配慮とは尊厳を守り大切にしようとする倫理的態度であり、看護実践において倫理的行動の基本となるもので、日々の看護実践に反映されている。行動制限のある患者に対し【患者の尊厳を守る】関わりは権利擁護者としての役割を果たし、患者のニーズを伝え、良質な医療を提供するためには欠かせないものである。

平田¹⁴⁾は、隔離が治療の意味を持つための条件として尊厳性に配慮された環境、高度な安全管理のも

とでの集中治療、丁寧な説明、速やかに急性期を離脱させる治療技術が行動制限の対価として提供される必要性を述べている。

看護師は患者と一日を通じて患者の隔離環境が影響する回復兆候をとらえ、セルフケア向上に向けたアプローチを行うことで、治療に効果的な隔離環境を整え回復支援を行う必要がある。

精神症状によるセルフケアの低下や、隔離という環境下では、治療上持ち込みの制限や活動範囲の制限があるため、患者は自らのセルフケアの充足ができず、服薬、入浴、食事などセルフケア全般について看護師にゆだねることになる。看護師がセルフケア自立に向け頻回に関わることは、【患者看護師関係を構築する】ことにつながり、患者のニーズの充足と生活のしづらさを整えるケアとなる。看護師が実践する隔離の治療環境とは、非日常的な環境である隔離環境の生活のしづらさを整えることである。

【安全性を確保する】ことや、生活のしづらさを看護師ができるだけ入院前の【日常生活に近い環境に整える】ことにより、治療空間を整備することが求められる。

5.2 治療参画に向けたパートナーシップ形成

幻覚妄想や希死念慮など精神疾患による急性期症状を有する患者が隔離室に入院した際の不安は計り知れない。また、非自発的入院であることから治療者と患者の対立構造を引き起こすことも予測される。これは患者が治療への陰性感情を生じ治療継続にも影響するものともなる。行動制限には外界との遮断による精神症状の沈静化といった医療的役割、医療スタッフの暴力被害の防止などの役割もあるが、患者にとってはトラウマティックイベントであり、精神医療への忌避感につながりかねない¹⁸⁾との指摘がある。

本研究結果では、【患者看護師関係を構築する】という治療関係構築に必要なカテゴリーが明らかとなった。この患者との関係形成とは、治療的な関係を積み重ねていく過程を示していた。患者との治療関係構築には、隔離処遇となった患者の体験を理解し、寄り添うことが必要となる。近年、ピアサポーターによる行動制限最小化の取り組みが行われ、同じ体験を共有する者の支援はリカバリーを促すことが報告されている¹⁹⁾。隔離環境においても第3者の意見を取り入れ治療的環境として整備していくことが望まれる。

治療環境を整備するためには、医療者と患者はパートナーシップを形成し、リカバリー促進要素となる主体的な治療参画を促す必要がある。治療参画のためにも患者看護師関係の構築は欠かせない。患

者に対する看護師の真摯な対応や積極的傾聴は、不安を和らげ、安心感を得る要素となる。精神科認定看護師が実践で得た患者の回復過程を具体的に示すことで、患者は安心感を得、回復過程をイメージすることにつながり、治療参画の動機づけともなり得る。

また、精神科認定看護師の提供する回復過程の援助は、疾病教育として個別的な関わりとなる。隔離の治療的環境を患者や家族が受け入れるためには、回復段階に応じた治療の意味を考慮した説明が必要となる。本研究結果では【セルフモニタリングを促す】というカテゴリーが明らかとなった。患者がセルフモニタリングを行うことは、客観的に自己の病状を振り返る手段となり、回復を実感する体験となる。精神科認定看護師は、患者の内的な体験を解釈し、リスクアセスメントを通して患者の隔離解除のタイミングを見極め、理論的な知識と実践で学んだ経験や実践の意図をふまえ、行動制限最小化を実践していた。精神科認定看護師は、実践知を活かした隔離の治療的環境評価や回復過程を具体的に示す関わりを行うことで患者に治療参画を促し、パートナーシップを形成することで、回復を目指した行動制限最小化に向けたアプローチを実践していた。

5.3 研究の限界と今後の課題

本研究では、インタビュー時間を考慮すると一般化に限界があるものの、精神科認定看護師の経験に

基づく実践知を理解する重要な示唆を得ることができた。今後の課題として更にデータ収集を行い、精神科認定看護師が実践する隔離処遇の患者に対する療養環境調整のケア内容について検討を重ねる必要がある。

6. 結論

精神科認定看護師が実践する隔離処遇の患者に対する療養環境調整のケア内容は、〈行動制限最小化に向け患者とパートナーシップを形成する〉というコアカテゴリーで示され、【患者の尊厳を守る】【患者看護師関係を構築する】【安全性を確保する】【治療的環境であるか見極める】【日常生活に近い環境に整える】【セルフモニタリングを促す】【行動制限最小化に向けた治療参画を促す】という7カテゴリーで構成された。精神科認定看護師は隔離の治療的環境を評価や実践知に基づく回復過程を患者に説明することにより、パートナーシップ形成に至り、患者の回復促進により行動制限最小化に向けた治療的環境を整えていた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました日本精神科看護協会精神科認定看護師の皆様へ深く御礼申し上げます。本研究は第26回日本精神保健看護学会学術集会で発表したものに、一部加筆し修正したものである。

文 献

- 1) 精神保健福祉研究会監修：四訂精神保健福祉法詳解。中央法規出版、東京、2017。
- 2) 野田寿恵、吉浜文洋、杉山直也和訳：精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略第三部一。精神科看護、37(9)、65-73、2010。(Huckshorn KA: Reducing seclusion & restraint use in mental health settings core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 42(9), 22-33, 2004.)
- 3) 服部朝代、山下亜矢子、泉川桂子、平松悦子：行動制限最小化に関する研究（第4報）—隔離処遇に関連した予測される不利益への一考察—。川崎医療福祉学会誌、26(1)、113-119、2016。
- 4) 山根寛：治療・療養環境と生活障害—「住まい」と言う視点から—。臨床作業療法、8(6)、550-554、2012。
- 5) 渡邊生恵、杉山敏子：一般病床患者と看護師による療養環境評価の特性。日本看護研究学会雑誌、35(5)、117-128、2012。
- 6) 荒井春生、植田麻実：単科精神科病院における保護室の物的環境。日本看護学会論文集、精神看護、46、260-263、2016。
- 7) 三宅薫：保護室における換気と消臭に関する援助の実態—37施設を対象にした調査より—。日本精神科看護学術集會誌、55(2)、205-209、2012。
- 8) 久保泰子、津久江一朗、加藤重子、佐々木秀美：精神科病院保護室環境の人権と倫理的医療に関する一考察。看護学統合研究、13(1)、1-15、2011。
- 9) 世界保健機関、障害者福祉研究会編集：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—。中法法規出版、東京、2002。
- 10) 一般社団法人日本精神科看護協会：精神科認定看護師制度ガイドブック。平成28年改訂版。一般社団法人日本精神科看護協会教育認定委員会、東京、2016。
- 11) 木下康仁：ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて—。弘

文堂, 東京, 2007.

- 12) 厚生労働省：良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiishahukushi/kaiseiseisin/d1/kokujianbunh2601.pdf//, 2017. (2017.9.12確認)
- 13) 長谷川利夫：精神科医療の隔離・身体拘束. 日本評論社, 東京, 2013.
- 14) 平田豊明：精神科病棟における行動制限の容認条件と最小化. 精神科治療学, 28(10), 1257-1264, 2013.
- 15) 畠山卓也：誰もが一度は悩んできた保護室での看護ケア. 精神科看護, 43(2), 4-8, 2016.
- 16) 服部朝代, 吉本聖隆, 山下亜矢子, 泉川桂子, 平松悦子：行動制限最小化に関する研究（第1報）—行動制限最小化計画書を用いて—. 日本看護学会論文集, 精神看護, 44, 58-61, 2014.
- 17) 谷口和豊, 中村ゆきえ, 福塚明, 渡辺爾, 濱鍛治政男, 夏目裕子, 杉藤みくに, 栗原早苗, 小川外志江：精神科急性期病棟での行動制限最小化に向けたパートナーシップの効果の検討. 日本看護学会論文集, 看護管理, 46, 11-14, 2016.
- 18) 野田哲朗：行動制限と人権擁護. 臨床精神医学, 43(5), 615-620, 2014.
- 19) 三宅美智, 今川亮介：救急・急性期における行動制限最小化の実現—当事者と一緒に試みた行動制限最小化の取り組み—. 精神科救急, 19, 65-68, 2016.

(平成30年1月17日受理)

Certified Psychiatric Nurses' Process of Arranging Care Environments for Patients Requiring Seclusion

Asayo HATTORI, Ayako YAMASHITA, Etsuko HIRAMATSU and Keiko IZUKAWA

(Accepted Jan. 17, 2018)

Key words : seclusion, minimization of seclusion, certified expert psychiatric nurse, care environment

Abstract

This study aimed to clarify certified psychiatric expert nurses' process of arranging care environments for patients requiring seclusion. Focus group interviews were conducted with 9 nurses, who had been engaged in psychiatric nursing services for 5 years or longer after being certified as psychiatric nurses by the Japanese Psychiatric Nurses Association, and their statements were organized as narrative records and analyzed using the M-GTA. Their process of arranging care environments for patients requiring seclusion was represented by core-category: <establishing partnerships with patients to minimize behavioral restrictions on them>, consisting of 7 categories: [protecting patients' dignity], [establishing a favorable patient-nurse relationship], [ensuring safety], [confirming the therapeutic appropriateness of environments for them], [creating environments similar to those of their daily lives], [promoting their self-monitoring], and [encouraging their participation in treatment to minimize behavioral restrictions on them]. The certified expert psychiatric nurses' approaches for patients requiring seclusion, such as providing explanations to promote understanding of treatment and clearly showing the process of recovery, increased their motivation to participate in treatment. With the aim of minimizing behavioral restrictions on such patients, the nurses arranged care environments by establishing partnerships and planning treatment through collaboration with them.

Correspondence to : Asayo HATTORI

Nursing Department

Okayama Psychiatric Medical Center

Okayama 700-0915, Japan

E-mail : howaito88@gmail.com

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.27, No.2, 2018 337 – 346)