

精神科救急・急性期場面での看護活動と権利擁護

東 修¹⁾ 岡田 実²⁾

長野県看護大学健康センター¹⁾

長野県看護大学精神看護学分野²⁾

はじめに

筆者が精神科救急・急性期病棟に従事したのは精神衛生法下で、精神保健法が足早にすぐそこまでできていた。院内では患者処遇の総点検に取り組み、従来の処遇からガイドラインに基づいた処遇基準へと転換する過渡期にあった。“スーパー救急”という声はまだ遠くに聞いていた時期で、看護はといえば精神科救急の概念をめぐる議論すらまだ何も始まっていなかった¹⁾。ともかく精神保健法に基づく患者処遇に精神看護をすり合わせることで精一杯の状態にあったと記憶している。

その時期から間もなく30年が経過しようとしている。2014年4月から施行された「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(厚生労働省、以下、指針と略)」²⁾では、精神病床の機能分化とともに一般病床と同等の配置を目指しながら早期退院支援込みの精神科救急・急性期治療の充実を図り、多職種連携による患者状況に応じた質の高いチーム医療を院内外に展開させ、患者の早期退院と地域定着を図る戦略を示している。精神衛生法時代からは隔世の感があるが、患者の利益を大事に地域の資源を集め、誠実な治療や看護の提供に苦勞する姿は、いつの時代も同じであると考えたい。しかし、精神衛生法から精神保健福祉法まで駆け抜けた団塊世代の医療専門職の多くは、次第に精神科病院から退き始め、看護職者にあってはすでに病院にその姿を見ることはできなくなった。

本稿で扱う患者の権利擁護のテーマは、非自発的入院と治療において行動制限を最小の範囲に留めるという先の指針にある行動制限最小化の文脈

に通じている。これを救急・急性期看護の理論と看護実践における倫理的配慮という観点から論じたい。

精神科救急・急性期の場面とは

医療専門職者が救急・急性期場面に立ち会うときに感じるある種の揺らぎは、何度経験しても慣れることはない。今まさに治療につながろうとしている患者は痛み、苦しみ、怯え、懊悩にもんどり打ち、これと向き合い、受けとめ先に繋げようとする際に生じる医療者の動揺も隠すことはできない。このように展開される精神科救急・急性期場面は、再び同じ場面に相まみえることのない一回性という宿命をもつ。混乱した場面を“収める”などということはこの場面では表面的なテーマに過ぎない。すでに患者の奥底に始まりかけている回復しようとするプロセスに着目し、それを妨げないように大切に保護するという営為の始まりである。決して慣れることはなく、臨床家の倫理的態度、判断(理論)と実践が一気に試されるエネルギーなこうした場面には、臨床家の専門性が凝縮されている。

救急・急性期場面に投入される専門的なスキルは、いまだ正当に評価されていない。ましてこうした場面で患者と向き合うことの多い精神科看護師の看護実践とその理論的裏付けについて関心が払われているとは言いがたい。救急・急性期場面で医療専門職者がどのようなことに配慮し、何を実現しようとしているのか、多くは救急システムの向こう側に手つかずのまま放置されている。かつて筆者らは英国の救急・急性期場面で展開され

ている優れた看護実践、および病院やコミュニティで発揮されている救急・急性期対応スキルを紹介した³⁾。現場で迅速かつ的確にスキルを適応するためのAIRS (Assessment, Intervention, Resolution, Support) の介入プランと理論的な裏付けは世界で初めてのことで、国内にあっても救急・急性期場面で発揮される看護スキルの理論と実践に触れた最初の書籍となった。さらに筆者は、救急・急性期場面に遭遇する経験の多い精神科看護師が発揮しているスキルの抽出に関する研究⁴⁾をベースに、急性期場面などハイリスク場面で展開されている精神科看護師のスキルの詳細を紹介した⁵⁾。

患者を含めたチーム全員が行動救急 (Behavioral Emergencies) をすみやかに收拾し、Emergencyの状態にある患者の回復過程を起動させる初期の看護目標が達成される場面、それが精神科救急場面であり、精神科看護の専門スキルが発揮される現場である。Ward³⁾によるEmergencyとCrisisを区別した介入の必要性、また危機とは異なる行動救急の様相とそれらへの面接者による専門的な対処を求めるKleespiesらの指摘⁶⁾は、混乱と喧噪に満ちた状況下でも精神科看護が達成しなければならない専門性に気づかせてくれる。

回復過程はすでに始まっている

診察室での患者との“消耗戦”を手っ取り早く切り上げ、薬物療法と隔離・拘束という幾重もの行動制限に絡めてつぎの治療に引き継ぐことが、すみやかな回復過程を起動させることではない。自己回復過程はどこから起動するかという議論には触れないが、家族等と一緒に医療機関の敷居を跨ぐ時点から、すなわち手錠や腰紐あるいは簀巻き、非難の囲みから本人を解き放つところから始まるといえる。そして、治療サイドのプランや都合に流し込むのではなく、周りのすべてに信頼を失いかけて、恐怖心・猜疑心・警戒心・敵愾心への囚われを徐々に解く過程が避けられない。非自発的入院や治療に不信を抱いたままでは、“見せかけの回復”が起動しかねない。

患者の回復過程は行動制限してからでなければ、あるいは薬物療法を適用しなければ始まらないという考えは、看護する側の思い違いかもしれない。これらは避けられないものであったとしても、それらを受け入れて変化に身を任せるのは患者自身で、その変化を受け入れて回復過程を踏み出すのも患者自身である。睡眠・食・排泄などの生活リズムを取り戻し、牛耳られていた身体とその感覚を回復させ自己コントロールを獲得し、人々との交流を取り戻していく回復過程は、患者のイニシアティブで始められて初めて治療効果が得られることは臨床経験の教えるところである。したがって、入院の諾否をめぐる議論が沸騰している診察室の只中に、すでにこの回復過程が始まっていると考えるべきである。十分な時間とマンパワーを要するプロセスであることが分かれば、流れ作業に乗せるようなシステムは患者の回復過程に配慮が欠けているということになる。治療設備が完璧に整備されたスーパー救急の現場はこれと必ずしも無縁ではない。

隔離室で始動する回復過程

環境の侵襲性に剥き出しのままに放置された患者の自我の状態は、“因幡の素兎”のように痛々しい。わずかな空気の揺らぎにも激しい痛みを伴う。身を横たえ眠ることを通じて“身体の言い分”に耳をそばだて、少し前とは違う自分自身を感知し始める。外部刺激から完全に遮断された隔離室の静寂の中で、患者の内界に進行する回復過程のモデルを提案したのが阿保の“精神構造モデル”⁷⁾である。統合失調症者の内と外から脆弱な自我状態を保護する膜の提供を、初期の看護方針とした。

保護室の看護は精神科看護師が伝統的に取り組んできたテーマである。しかし、隔離中の患者に何を意図して看護し、その意味について説明されたのはごく最近のことである。精神科看護にはこれまで行動救急を危機と混同し、急性期に対応した看護を医師の急性期治療に付随させ、回復過程に寄り添う急性期看護の本来の役割を捉えてこなかった悔やみがある。

表 隔離中の患者の回復兆候に関する看護師の捉え方と判断^{*)}

自我状態が回復する段階的指標	看護師の捉える回復兆候
1段階：疎通性・応答能力の回復 (精神内界のとりわれからの離脱)	〈問いに対して応答できる〉〈奇異な行動が消失する〉 〈不安そうなビクビクする感じが消失する〉
2段階：病的症状の影響による激しい行動化の消退	〈不穏・興奮・攻撃性・衝動性がおさまる〉 〈拒否・易怒性がおさまる〉〈妄想を行動化しない〉
3段階：精神内界の変化に対する漠とした自覚の出現	〈ぼんやりと病感を述べる〉〈治療を受け入れる〉 〈悪化時の病状を振り返る〉
4段階：行動のまとまりの出現	〈そわそわしない〉〈不自然さがなくなる〉〈その人らしさが戻る〉〈外観・表情の雰囲気よくなる〉
5段階：コミュニケーション、自発的な言葉の表現	〈質問や相談ができる〉〈希望を言える(無理は言わない)〉 〈気持ちを表現する〉
6段階：コミュニケーション、理解性の出現	〈話のつじつまがあい、まとまってくる〉〈他者の情報を取り入れる〉 〈切迫した話し方がスムーズになる〉
7段階：生活リズムの改善とセルフケアレベルの向上	〈睡眠状態が改善する〉〈食事の動作がスムーズになる〉 〈身だしなみの意識が出て整容できる〉〈副作用の影響が少なくなる〉

(※文献8)の本文を要約したものである。表のタイトル、段階の表示、表見出しは内容に変更が加わらないように筆者が表記した。各段階の指標の命名と回復兆候の項目は著者による記述をそのまま転載したものである。)

阿保の“膜構造モデル”をベースに、坂江⁸⁾は保護室に隔離されている患者が退室にいたる過程で、刻々と変化する患者の自我状態を表す指標に基づき、患者と看護師のやり取りで観察される患者の具体的言動の変化を、表に示したような段階として説明した。隔離が開始されてから〔疎通性・応答能力の回復〕が始まり、〔病的症状の影響による激しい行動化の消退〕⇒〔精神内界の変化に対する漠とした自覚の出現〕⇒〔行動のまとまりの出現〕⇒〔自発的な言葉の表現〕⇒〔理解性の出現〕へと続き、隔離から徐々に時間開放へ、そして完全な解除に移行するプロセスが臨床的な妥当性ととも細やかに描かれている。

隔離や拘束などの行動制限を段階的に解除するプロセスを描いたクリニカルパスが考えられ、診療報酬がそのインセンティブに働いている。行動制限中の患者にパスを提示しながら、治療経過の理解を促す試みには何がしかの意味はあるにしても、経過時間(期間)や行動の特徴を行動制限解除の目安(指標)とするのは安直に過ぎる。行動

制限中の患者と看護師間の具体的な関わり合いから、患者の精神内界に生じている自我の回復過程を評価するプロセスが介在しなければ、根拠のあるアプローチとは言えないだろう。

先の表に示した隔離解除の指標が、実は治療以外の条件で蔑ろにされ急遽解除が前倒しになったり、治療者側の事情で理由もなく遅れる現実がないわけではない。こうしたタイミングのずれた行動制限の解除から再拘束や再隔離にいたるリスクも容易に想像できる。回復過程で折角獲得されかけた“こころ”と“身体”と“生活”のバランスを、蔑ろにする勝手は許されていいことではない。

630 調査の不思議

2003年～2008年までの630調査のうち「隔離・身体拘束施行者数」の推移を示したグラフは大きな影響を与えている。2004年に行動制限最小化委員会の設置が診療報酬算定要件になり、

2006年には行動制限に関する一覧性台帳の整備が義務づけられた。2009年には日本精神科看護協会が「行動制限最小化看護」の認定看護師を養成している。このように制度や実践面で行動制限最小化の努力は継続されてきたが、2012年（平成24年6月30日）までの隔離・身体拘束施行者数の増加傾向は止んでいない。そればかりか、当初予想されたように身体拘束が隔離に追いつかばかりに100人の差で迫っている⁹⁾。

行動制限最小化を目的に精神科看護師が取り組んでいる調査研究では、アセスメントシートや尺度を作成し多職種が協働することで、行動制限の時間や日数の量的削減に効果があったと報告している。こうした実践が630調査には成果として反映されていない現実には、チームが取り組んでいる行動制限最小化のターゲットが実は別の現象ではないのかと訝ってしまう。確かに、行動制限時間量の量的削減だけでは片手落ちで、早期解除につながる治療や看護の質的検証、すなわち回復過程の兆候を専門的に見極める方向に転換を図る必要がある。漫然と行動制限を続ければ患者の回復過程は遅れるばかりかこじれてしまう。“流行りもの”には廢れる宿命がある。患者の内界に進行する回復過程の診立てに集中し、根拠のない、治療者の都合による、回復過程を妨げる行動制限をしない病棟や病院の“治療文化の醸成”を行動制限最小化の基盤にすることを提案したい。

非自発的入院と治療に伴う苦痛体験の共有

患者の非自発的入院や治療手段において、精神医療が現在のところ避けられない強制手段を患者自身がどのように捉えているのか、これをテーマとする研究は浅学ではあるが筆者も余り目にしない。しかし、ベストプラクティスを求める英国ではこれらに関する満足度調査の研究がある。

非自発的入院患者の強制治療に対する満足度を研究したKatsakouら¹⁰⁾は、英国の22病院67急性期病棟で研究を実施し、非自発的入院患者778名の参加を得て、治療満足度を入院1週間後、1ヵ月後、3ヵ月後、1年後と追跡している。結果、入院時および入院後の治療で少ない強制を受

けていた患者は満足度がすべて高くなっているのに対して、医療記録に記載のある強制治療は満足度とは関連しておらず、症状が改善した患者により高い治療満足度がみられたと報告している。また、非自発的入院の正否に関する患者の考えをテーマに質的研究を行ったKatsakouら¹¹⁾は、22病院から非自発的初回入院患者(n=59)を募り詳細にインタビューを行っている。非自発的入院が正しかったとするpositiveな患者群(n=28)、間違っていたとするnegativeな患者群(n=19)、あるいはそのどちらでもないambivalentな患者群(n=12)の3グループに区分されたとして、それぞれをつぎのように報告している。

肯定的な考えをもつ患者は、入院によって治療を受け病状悪化を回避し安全な場所で回復する機会が得られたと考え、急性期で病状が悪いときには助けが必要だと考えられないので、彼らは強制治療が必要だと考えていたという。非自発的入院が間違っていたとする患者は、より強制性の少ない介入で入院管理すべきだと考えており、入院は自律性への不当な侵襲で独立性の永続的な脅威と考えていた。どちらともつかない患者は、急性期治療には入院が必要で病状の悪化を回避できたと考え、それでもなお、彼らは強制性のより少ないコミュニティ介入や短期間の自発的入院で管理されるべきだと考えていたと報告されている。

強制性の強い治療が避けられないとするならば、回復過程を進め治療効果を上げて不必要な強制性を早期に解除すること、またケースの診立てによっては強制性のより少ない短期間の入院で治療成果をあげることが、患者の満足度につながることを示唆している。

最後に：専門多職種による救急・急性期治療への参加

医師と看護師だけでなく、専門多職種が行動制限を受けている患者のアセスメント情報を共有し、多職種が連携して最小化を図ろうとする試みも多い。机上での連携に留まらず、迅速な臨床判断、安全を確保するチームの力、病勢に圧倒されている患者とチューニングを合わせるコミュニ

ケーションスキルなど、救急・急性期に発揮される専門スキルが飛び交う渦中（あるいは遠くからでもいい）に、医師と看護師以外の専門職も協働し、現場の同じ空気を吸いながら患者と関わる試みがあってもいいのではないだろうか。救急・急性期への介入はほかの専門職にも開かれているはずである。この経験を共通基盤にすれば、行動制限をめぐるカンファレンスも職種別の専門的知見が反映され真に実りあるものになっていくように思われる。

医師が司会をし看護師の参加が多い専門多職種による行動制限最小化のカンファレンスは、始まる前から結論が出てはいないだろうか。司会は医師と看護師以外の専門職が担当することがあってもいい。また、病院外から学識経験者などの第三者をカンファレンスの構成員に含めることも考えられる。こうした工夫は、何よりも患者の利益につながると思うがいかがだろうか。

文 献

- 1) 岡田実, 笹木弘美: 精神科領域における救急・急性期看護対応に関する文献検討. 臨看研進歩 12: 17-26, 2001
- 2) 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. 厚生労働省 2013, http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/.../kokuji_anbun_h26_01.pdf
- 3) Ward MF: Nursing the psychiatric emergency. Butterworth Heinemann, 1995 (阿保順子, 田崎博一, 岡田実, 他共訳: 精神科臨床における救急場面の看護, 医学書院, 東京, 2003)
- 4) 岡田実: 精神科病院における患者の暴力と攻撃行動に対する看護介入技術に関する研究. 日精保健看会誌 16: 1-11, 2007
- 5) 岡田実: 暴力と攻撃への対処: 精神科看護の経験と実践知. すびか書房, 埼玉, 2008
- 6) Kleespies PM, Richmond JS: Evaluating behavioral emergencies: The clinical interview. In: Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization (ed by Kleespies PM). American Psychological Association, Washington DC, pp.33-55, 2009
- 7) 阿保順子, 佐久間えりか編: 統合失調症急性期看護マニュアル (改訂版). すびか書房, 埼玉, 2009
- 8) 坂江千寿子: 精神科看護師のクリニカルジャッジメント; 保護室患者の“退室時期”にかかわる判断要因の検討. 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科看護学専攻 (平成20年度博士論文), p.21-22, 2008
- 9) 精神保健福祉資料 (630調査) について. 精神保健医療福祉の改革研究ページ www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html
- 10) Katsakou C, Bowers L, Amos T, et al: Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. Psychiatr Serv 61: 286-292, 2010
- 11) Katsakou C, Rose D, Amos T, et al: Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalization was right or wrong: a qualitative study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47: 1169-1179, 2012