

精神科救急入院直後の看護援助に関する研究

— 一夜間隔離室へ救急入院した患者への翌朝の初回与薬場面を通して —

野田 智子¹⁾ 田上美千佳²⁾

A Study of Nursing Care for Psychiatric Emergency

— At the First Contact for Giving Medicine

to Night Admission in the Seclusion Room —

Tomoko NODA¹⁾ Michika TANOUE²⁾

I. はじめに

精神科救急は、外来診療や与薬によって帰宅できる初期救急から、自傷他害のおそれがあるために、精神保健福祉法による強制的な入院をして緊急医療が必要なケースまで内容は幅広い。精神科救急医療のシステムは自治体により異なっており、現在東京都では、東京都保健医療情報センターが窓口となり救急のトリアージを行っている。精神保健福祉法第24条^{注1)}による警察官通報以外の相談（ソフトルート）に対しては、外来診療対応となる「精神科初期救急医療」と、入院医療対応となる「精神科二次救急医療」がある。精神保健福祉法第24条による警察官通報（ハードルート）に対しては、緊急措置入院等の対応となる「精神科緊急医療」があり、それぞれ担当医療機関が対応している。警察からのケースの特徴としては、2004年7月～8月の情報センターの取り扱い実績¹⁾によると、「幻覚妄想・昏迷・奇異行動」、「暴力・器物破損」、「自殺企図・自殺念慮・自傷」、「興奮・錯乱」が多い。

本研究を行った1999～2000年当時は、現在のシステムの前身で、外来診療から緊急入院までオールラウンドに対応するシステムが機能していた。本研究のいずれのケースも精神保健福祉法第24条通報にて受診に至っており、現システムに沿うと「精神科緊急医療」の対象となる。つまり患者は活発な精神症状のもとで現実的な対応や判断が困難な状況にあって、自傷・他害の行為があり、24条通報ののち家族および警官に伴われ、受療に対する

主体的な意思が不明なまま、または意思に反して受診し、いずれも医療保護入院となっている。また精神科救急でも他の身体救急²⁾と同様に、他に通院歴や入院歴があっても、一定のルートに沿って担当医療機関へ搬送されるため、未知の体験による苦痛と不安があることは想像にかたくない。

このような状況での夜間救急入院のあと、翌朝の医師の診察場面までには、看護師が朝食や朝の服薬など生活や治療に関わる場面があり、このような看護援助に対して、患者からどのような反応が返ってくるか予測がつきにくく、関わる看護師の緊張も高い。精神科において薬物療法は重要な治療であり、服薬への援助は必須であるが、精神保健福祉法の24条通報による受療への動機が不確かな患者にとっては、服薬は治療が必要であることのメッセージでもあり、侵襲的なものととらえられることもあるだろう。しかも隔離室^{注2)}という環境下で患者が覚醒している状態で、かつ、夜勤帯での初回援助は、施設毎や看護師個人のやり方に委ねられており、明確な援助指針がない。したがって、看護師にとっては患者の安全や人権の尊重と、看護師の安全の確保との間でのジレンマが生じる危険性の高い援助の一つであるといえる。また、東京都の精神科救急医療システムでは日々救急ベッドを確保する必要があるため、夜間や休日に救急入院したケースの中には、救急入院した翌日もしくは翌々日に都内の後方病院に転送となることがある。したがって、その場合、看護師は転院までの間のごく短期間の関わりとなるという状況がある。

しかし、救急入院直後の訪室や与薬の場面は、患者の

1) 福島県立医科大学看護学部 ケアシステム開発部門
精神看護学

2) 財団法人東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所

key words : psychiatric emergency, giving medicine, seclusion room
キーワード : 精神科救急, 与薬, 隔離室

受付日 : 2007. 10. 18 受理日 : 2008. 1. 7

状態を把握し評価するのみでなく、本人と医療の関係をつくっていく重要な場面でもあり、救急診察時は不明であった本人の意思や意向が表出されたり、その後の医療への動機形成に影響を与える場面にもなりうる。特に精神疾患は、療養が長期にわたる可能性が高く、治療中断に至ることも多いため、受診初期の援助は非常に重要である。³⁾

救急入院直後にどのような看護援助がなされているか医中誌、精神科救急専門誌にて文献検索したが、明らかにした研究はなく、救急入院直後の看護援助を明らかにすることは、急性期の看護を明らかにし、看護実践に役立てるというだけでなく、患者の医療継続にどのように関わっているかという面においても意味があると考ええる。

そこで本研究では、夜間、精神科救急に入院した翌朝に、隔離室で、覚醒した患者と看護師が初めて対面し、与薬という医療行為の象徴ともいえる場面において、看護師がどのような援助を行っているかを明らかにする目的で研究を行った。

II. 研究方法

1. 期 間

1999年12月から2000年2月まで。

2. 対 象

都内A病院精神科救急病棟に勤務する24名の看護師のうち、夜間救急で隔離室に入院した患者に対し、入院後、初回の与薬援助を行った看護師8名。

3. 対象施設の特徴

東京都精神科救急医療システムにのっとり、都内の担当地域の夜間と休日の精神科救急医療をうけおう。入院施設も有するが、救急システムにより入院翌日もしくは翌々日に後方病院に転送となるケースもある。

4. データ収集・分析方法

精神科救急病棟に夜間救急で入院した患者に対して、翌朝に入院後はじめての与薬と朝食の配膳を行うために看護師が隔離室へ訪室して、退室するまでの場面に参加観察し、退室後に看護師と患者の言動を記述した。精神科急性期においては、他者の存在自体が患者にとって刺激になることもあり、参加観察時は看護者と同様に姿勢や視線を低くして、観察者の存在が患者を脅かすことがないように配慮した。また、記述内容をもとに、ケースごとに患者と看護師の言動を関わりの流れに沿って要約し、ケースごとの看護援助を明らかにして、それぞれの場面における看護師の行った援助の意味を検討した。さ

らに、共同研究者間で、すべてのケースでの相違を質的に分析し、援助の流れに沿った共通する看護援助内容とその意味を明らかにした。さらに、看護師の関わり方や援助の方向性を質的に抽出した。

III. 倫理的配慮

対象病棟管理者に対し、研究の主旨を説明した上で実施の許可を得た。対象者に対しては、研究の主旨とともに、研究の自由参加と拒否ができることを書面と口頭で説明した上で、研究協力の承諾を得た。得られたデータは、個人や施設名が特定できないよう配慮した。また、参加観察にあたっては、病棟管理者の許可を得て実施するとともに、患者のプライバシーを侵害することがないように十分配慮した。

IV. 結 果

1. 対象者と対象施設の特徴、患者の背景

看護師は女性3名、男性5名、20歳代2名、30歳代3名、40歳代2名、50歳代1名、平均年齢36.6歳であった。精神科経験年数は4年から28年で、平均経験年数は10年であった。

隔離室への朝食の配膳と朝の与薬は、深夜勤務帯の7時頃、朝食の時間に行われる。看護師は3名勤務しており、基本的には隔離室の新入院患者（1～4名）を看護師2名で順に訪室し、その間は他の入院患者を残りの看護師1名が対応する。精神科救急システムで後方病院に転送されるケースがあるが、朝の訪室時点では転送となるかどうかは未確定である。

関わった患者は10例で、男性4例、女性6例、入院時診断名は統合失調症3例、急性精神病3例、覚醒剤精神病2例、反応性精神病1例、心因反応1例、いずれも精神保健福祉法24条の警察官通報によって救急外来受診後、医療保護入院となり、外来にて急速沈静のため静脈注射を受け入眠状態で隔離室に入院した。身体拘束はなかった。精神科への初回入院は10例中5例であった。その他は入院歴があり、うち2例は対象施設への入院歴があり、3例は対象施設へは初回入院であった。結果的に初回の服薬をした患者は10例中8例、服薬しなかった患者は2例であった。（表1参照）

2. 看護援助の流れと内容

看護師が与薬と配膳のため隔離室を訪室して退室するまでには共通した流れがあり、訪室中の患者と看護師のやりとりの中で行われていた援助の特徴を抽出した。

表1 患者の背景

ケース	年齢	性別	診 断 名	合併症の有無	対象施設入院歴 (回数)	他院入院歴 (回数)	初回服薬の結果
1	10代	女	覚醒剤精神病	なし	初	0	内服
2	30代	女	統合失調症	なし	初	2	内服せず
3	50代	女	統合失調症	DM, 卵巣腫	初	8	内服
4	30代	女	急性精神病	なし	初	0	内服せず
5	30代	男	覚醒剤精神病	なし	5	あり, 回数不明	内服
6	50代	女	統合失調症	舌裂傷	初	あり, 回数不明	内服
7	40代	男	精神発達遅滞 心因反応	なし	2	0	内服
8	30代	男	急性精神病	なし	初	0	内服
9	30代	女	反応性精神病	なし	初	0	内服
10	10代	男	急性精神病	なし	初	0	内服

1) 隔離室訪室から退室までの看護援助の流れ

訪室から退室までの看護援助の共通した流れとして、(1)看護師は2名または3名で訪室する、(2)患者への挨拶を行い訪室目的を伝える、(3)身体状況や現状への認識を尋ね把握する、(4)与薬、(5)配膳し、食事を勧めて退室する、といった流れがあった。患者は入眠した状態で病棟に入院しているため、この訪室時が覚醒した患者と看護師がコミュニケーションをとる初回の関わりとなっていた。

2) 看護援助の内容と意味

(1) 流れに沿った看護援助の内容と意味

看護師の隔離室訪室から退室までに共通する看護援助の内容と意味を、援助の流れに沿って示す。

① 看護師間で情報交換・共有をして、看護師の準備を整える

看護師は訪室前に「入院時に気に入った人に飛びかかってくることがあったので気をつけましょう。」と入院時の患者の様子を伝え注意を喚起したり、保護室のドアを開ける前に小窓から患者の様子を観察していた。また、患者がおしほりを拒否したときに看護者同士が顔を見合わせたり、患者とのやりとりの中で判明したこと、たとえば、患者の手指が汚れているのは患者自身が排便をしたためらしいことを同伴の看護師に言語化して伝え、情報を共有していた。

このように、看護師は患者について、訪室前に

情報を共有・確認して、起こりうる状況を予測し準備をしていた。また患者に対応しながらも看護師間で言語的、非言語的に意思伝達や情報の共有を行っていた。

② あいさつをし訪室目的を伝え、看護師の身分を明らかにする

訪室すると、看護師はまず、「〇〇さん、おはようございます。」とあいさつをし、「朝のごはんとお薬を持ってきました。」と訪室目的を伝えていた。看護師に対し「自分の主人ではない」と拒絶する患者には「我々はこの病院の看護者です。」と身分を明らかにしていた。

救急診察から初めて覚醒した時に、患者は入院したことや、ここがどこでいつなのか場所や時間の経過がわからないことも多い。警官に伴われて来院した場合は、目覚めた場所が警察だということもある。白衣は着ているものの看護師であり援助者であると患者が認識できるかはわからない。したがって、あいさつ、訪室目的、看護者であることを伝えることは、端的に、人・場所・状況を知らせていることになる。

③ 清潔援助を行い、いたわりの言葉をかける

看護師は「あなたは大変ところが疲れてました。」「お話したいこといっぱいあるでしょう。」「眠いでしょうけどちょっと起きてもらえますか。」と患者の状態を思いやる言葉をかけたり、いたわりながら次の行動を伝えていた。また、「ゆ

うべうるさかったでしょう、ごめんなさいね。」と夜間隣室の患者が不穏であったため安眠できなかったのではないかと環境の不具合を詫びたり、隔離室の環境について「そうですね、目が覚めてびっくりされたでしょう。」と患者の気持ちを察する言葉をかけていた。また洗面所や温かいおしぼりを使って清潔援助を行い、自力でできないことはガーグルベースに手を添えたりして看護師が介助していた。

このように、いたわりの言葉をかけたり、清潔にしてもらうことで温かさや爽快感を与え、目覚めた患者が不安を抱かないようにしていた。そして、治療導入に向けて肯定的な印象を作り、この場が脅かすものでないことを伝えていた。

④ 患者の身体状況を把握する

看護師は、訪室してすぐに与薬の援助に入るのではなく、まず睡眠状況や食欲などを話題にして、例えば「よく眠れましたか?」「ごはんは食べられそうですか?」と質問していた。舌裂傷の消毒薬含漱時には、「お水しますか、口の中、痛いですか?」と疼痛の有無を聞き、外傷の具合について尋ねていた。身体が重いという患者に対し「昨日の注射がまだよく残ってますね、よく眠れるようなお注射をしたので。」と、入院時に睡眠導入剤の静脈注射をしたことにも触れていた。静脈注射したことに触れることで、「身体が重い」という患者の知覚したことと、注射という医療行為との関係と、治療の意図を伝えていた。

患者は入院時に急速鎮静のため静脈注射を受けており、看護師は睡眠がとれたかどうかという客観的な薬効と、患者自身の主観的な評価を把握しようとしていた。

⑤ 患者が今の状況をどのように捉えているか把握する

看護師は、例えば「ここどこかわかる?」「何病院だかわかる?」と質問をして見当識を確認したり、「いつから寝てました?」という患者の質問に対して直接には答えず「ゆうべ病院に来たの覚えてる?」と逆に質問をしたり「入院したことどう思います?」と患者に質問していた。また「ゆうべのこと覚えてますか?」「病院に来るまでのこと覚えてますか?」と記憶の有無も尋ねていた。入院したことを患者自身が述べたときは「わかるよね。」と患者の認識を強化していた。

このように、看護師は見当識や記憶について尋ねたり、患者の疑問について、患者自身はどう捉えているのか逆に尋ね返して、現状に対する認

識、入院治療への考えを知ろうとしていた。

⑥ 時間経過、環境、薬、今後について患者の疑問に応答する

看護師は、「何の薬なのか?」「家族は来るのか?」「退院できるのか?」などの患者の質問を取り上げ、知りたがっている情報を伝えたり、隔離室について「この部屋は頑丈なつくりですから。」「タバコはこの部屋では吸えないんですよ。」「水筒にきれいなお水があるから飲んで下さいね。」と説明をしたり、室温調整など調整可能なことに応えていた。薬について「メジャートランキライザーです。」「副作用止めます。」「コントミンだね。」と患者の質問に応じて内容や薬品名を伝えていた。また「朝ですよ。」「夕べから一晩寝たんですよ。」あと2時間で先生が来ます。」「今、朝の7時です。」と時間の経過や今後の短期的な予定を伝えたり、「夕べ救急入院されたんですよ」と入院したことを伝えていた。

このような関わりにより看護師は、患者が置かれている環境や薬、時間の経過、入院したことについて端的に説明している。

⑦ 今やるべきことに注意を集中させる

患者の話がまとまりなく拡散していく場面では、看護師は会話の中で話題を変えたり、あらためて時刻と訪室目的を伝えたりして話題を戻していた。患者が洗面を中断して看護師に質問してくる場面では「顔を洗ってからゆっくりお話ししましょうか。」と、今行っている一連の動作が完結するように促していた。さらに看護師は、「まず薬をのみますよ」「じゃあこちらを向いてください」「ちょっとこっちに身体を向けてもらえますか」「ぶくぶくと口をゆすいでください」と、患者に期待する行動や動作を具体的に言語化し、今やるべきことをひとつずつ伝えて患者の注意を集中させていた。

このように、看護師は患者が注意を向けるべきことや、今行うことをひとつずつ順番をはっきりさせて患者の注意を集中させている。

⑧ 休息が必要であり、薬が有効であると伝える

「なぜここに来たのか」と泣きそうな表情で言う患者に対し「大変ところが疲れてらした、ゆっくりお休みになったほうがよろしいかと思います。」「あなたは大変ところが疲れてらした、ゆっくりお休みになったほうがよろしいですよ、お薬もありますよ。」「今はゆっくり休んだほうがいいです。気持ちが休まるお薬です。」と今の状態を伝えると同時に薬が有効であると伝えていた。眠

気の残る患者には「もう少し休みましょうか。」と含漱のあと再び臥床を促し、臥床してもらったまま患者の質問に応答していた。

このように、看護師は患者の状態について「疲れていた」「ゆっくり休んだほうがよい」というように、入院時のことを詳細に伝えたりするのではなく、精神状態が疲弊していることに目を向けられるような声かけをしている。また、眠気や倦怠感の残る場合は無理に座位を続けてもらわずに横になってもらい、身体の安楽を図っていた。

⑨ 今からの行動の方向付けをし、食事と休息をすすめる

看護師は、「じゃあ食事をとってください。食事の後またゆっくり休んでくださいね」「あと2時間で先生が来ますので、またゆっくり相談できますよ。まずは食事をとってください。」と伝えたり、母親と仲直りしたいという患者に対しては「そのこともきちんと先生に話してください。」と話し、退院はできるかと聞いてくる患者に「それは大切な件ですので、先生とよく相談してください。」、また、隔離室からの入室希望を繰り返す患者に対しては「あとで先生がもう一度来ますので、またゆっくり相談できますよ。まずは食事をとってください。」と、このあとの診察に焦点を合わせ、食事と休息を促していた。

このように患者に朝食を勧めたり、医師に直接話そう説明し、今やるべきことと次の診察場面に持ち越したほうがよいことを分けて伝え、今からの患者の行動の方向づけをして看護師は退室している。患者に次に取り組むべきことを伝えることで、看護師は場面の終了を伝えると同時に次の場面への橋渡しをしていた。

(2) 入室から退室まで一貫して行われている看護援助の内容と意味

看護師の入室から退室まで一貫して行われていた関わり方の特徴とその行為の意味を示す。

① 患者の脅威とならない距離、姿勢をとる。

入室後、看護師はしゃがむ姿勢をとり、ベッドマットに臥位や座位でいる患者と目線が合うようにしていた。看護師をきつい表情でにらみ、入室を拒む患者には無理に近づかず、部屋の入り口から声をかけていた。

このように、看護師は、対等な位置関係に姿勢を落とすことで、威圧感や侵襲的な刺激を避けると同時に、看護師がゆったり対応しようとしている様子をあらわし、落ち着いた雰囲気をつくっていた。また、患者の反応から、接近することが今

以上に患者の緊張を高めると予測された場合、看護師は患者に脅威を与えないように、患者が脅かされない離れた距離から接触をこころみている、患者の反応を確かめながら関わっていた。

② 看護師の行動を言語化して知らせてから、行動する

看護師は、「入りますよ。」「電気をつけますよ。」「薬を手のひらにのせますよ。」と看護師が次に行う行動を言語化して、患者に知らせてから行動していた。

認知機能が低下している急性期においては、看護師の接近や援助自体が患者を脅かすことになることがあり、外界からの刺激に対し、恐怖や心許なさから過剰な反応がみられたり、不信、怒り、攻撃となってあらわれることがある。予測のつかない周囲の動きは患者の混乱や不安を招くことになる。看護師はまえもって行動を知らせることで、不要な脅かしや、患者の精神的安寧を乱すことを出来る限り避けようとしていた。同時に、言語化して知らせたときの患者の反応から、患者の理解の程度も推し量ることができ、次の言動につなげていた。

③ 患者に自分で動いてもらう

看護師は、「起きてもらえますか?」「こっちに身体を向けてもらえますか?」と、患者に自分で動いてもらっていた。看護師が、患者の身体に触れて介助したのは、自力で臥位から座位になれなかったケース6のみである。薬も看護師が患者の口に入れるのではなく、患者の手のひらに錠剤を出し、患者自身が内服するという順序であった。

看護師がむやみに患者の身体に触れず、できるだけ患者自身に自分で動いてもらうのは、患者を脅かさないためであり、互いの安全を保つと同時に、入院直後でも患者が出来ることは奪わずに、主体的な行動を引き出そうとしているといえる。また、患者自身の身体の動かし具合から眠気や倦怠感の程度など身体機能の状況を推察することができ、こちらが指示・期待する行動がとれるかどうかは、疎通の程度など、精神状態や入院治療に対する動機の評価にも関係している。

④ 平静な態度で接する

手指を便まみれにしている患者に対して、看護師は「お・・そこで手を洗いましょうか。」と、前室の洗面所へ誘導し、手洗い後「あの、どうして便がついたんですか?」「どうして手が汚れたんですか?」と観察したことを率直に患者に聞いていた。患者が理由を述べると、看護師はうなず

いて了解したことを表していた。時計も指輪もとられてしまったと不満そうに言う患者に対し「ああ、腕時計ですね。このお部屋にいる間はこちらでお預かりしているんですよ。」と看護師も患者の言う「時計」の所在を理解していることを伝え、説明を行っていた。他院がいいと言う患者には、それを否定せずに「〇〇病院のどういうところがいいんですか？」と尋ね、患者の思いに関心を寄せ、受け止めた上で「ここもいい病院ですよ。」と患者が現状を受け入れやすいような言葉を添えていた。家に帰りたと言う患者には「そうね、帰りたいのね。」、看護師に対し自分の家族ではないと攻撃的に言う患者に対しては「はあ、家族ではない。我々はこの病院の看護者です。おしほりはお使いになりませんか？お食事はどうですか？では、新鮮なお水をお持ちしましょうか？」と、患者に看護師であることの理解を執拗に求めることはせず、看護師が今できることを語りかけていた。この場面では、患者はどれにも応じないが、最後にトイレの水洗希望を看護者に伝え、看護師はその希望にすみやかに応じていた。また、入院時の記憶を尋ねると、自分は望んでいなかったのに受診させられたと被害的にこたえる患者に対し、看護師は受診に至るまでの記憶を再び尋ね返していた。患者は受診前の器物破損行為を否定したが、「ご自分では身に覚えがないんですね。」と患者が否定したことを受けとめたり、「警察の人の話では、そう聞いているのですが、覚えがないんですね。」と客観的な事実を述べるにとどめていた。入院を拒否し不満を述べる患者に対しては「あなたとしては、どうしたいのですか？」と患者の意向を尋ねていた。また、「薬はいらない」という患者に対し、看護師は「お薬飲みませんかー。困りましたね。」と、拒薬は受け入れがたいことをやんわりと伝えていた。

このように患者の不満や拒絶に対しては、患者の考えを訂正するのではなく、まずは受け止めて説明をしたり、患者の意向を尋ねるようにしていた。受診に至ったエピソードを否認しても、患者の認識として受け止めていた。このように、看護師は客観的な事実や、看護側の意向は伝えるが、それ以上に議論したり反論したりはしていなかった。

V. 考 察

精神科救急入院における与薬を目的とした初回訪室時

の看護援助の内容と意味について分析した結果から、援助の方向性と看護師の関わり方について考察する。看護援助の方向性と看護師の関わり方として、以下の5側面が挙げられた。

1) 場面を簡潔にまとめながら、服薬・食事を促すという目的への方向性をもって関わっている

看護師は、訪室から退室まで場面を簡潔にまとめながら援助を行っていた。話題が拡散していく場面では話題を引き戻したり、会話や行動の方向づけをしており、全体の流れの主導権は看護師にあったと考える。訪室目的はあくまでも与薬と朝食配膳であり、面接や病歴聴取ではない。やりとりのなかで患者の意向や病歴に関する内容も出てくるが、それについて詳細に話しを続けるのではなく、精神症状の評価や、互いの意向や見通しを確認することにとどめている。これは、精神運動興奮の急速鎮静からの覚醒直後に、詳細なやりとりをすることが可能かどうかということと、患者にとって有益であるのかどうかということも関係していると考えられる。江畑ら⁴⁾は、「救急受診は、精神症状を行動上の問題として現した結果であり、このように衝動抑制がとり難くなっている患者では、詳細な病歴聴取は患者の葛藤領域にふれ患者を不安におとしいれ、さらに衝動抑制がとり難くなる可能性が増大する。それによって、精神症状の憎悪と行動上の問題も増大するように思われる。」と述べている。この時期は思考の混乱や感情的葛藤を深め行動化の恐れがあるため、あえて葛藤領域には踏み込まず、洗面や食事、薬、といった生活や治療の、行動レベルでの現実的な側面に関わるのが重要なのではないかと考える。また、場面展開が簡潔であるのは、深夜勤務帯で看護師は3人であるという時間的・人的制約も影響していると考えられる。朝食の配膳と与薬は他の入院患者へも行なわなければならないが、救急病棟という病棟の特徴から病状の安定していない者も多く、他患にも看護師の十分な観察と援助が必要である。このような時間的・人的状況のなかでは、救急入院直後の患者への隔離室訪室時にも必要なことは行方が簡潔に、しかも中身を充実させる必要がある。そのため、患者の意向を聞き対応しながらも、看護師は、簡潔に、かつ、現実的な側面での有益な関わりをしようとしていると考える。

2) 場の安全を維持しながら、身体と精神状態の評価をしている

患者は警官に伴われて受診しているので、初めて覚醒したときに、医療者を目の前にしても、それが治療者・援助者だと認識しているかどうかはわからないこ

とがある。まず看護師であるという身分を明らかにすることで、警察ではなく医療の場にいること、医療ベースに乗ったことを伝え不要な脅かしを避けていると考える。患者は活発な精神症状や危機的な状況にあるため、会話や行動にまとまりがなく、その結果、自分や周囲を傷つける行動や突発的な行動に出ることがある。そのため看護師は、やりとりのなかで患者の反応から精神状態を評価し、起こりうる状況に対応できるよう情報を共有し準備を整えていた。そして、そのような事態を避けるために、患者の注意が拡散しないよう一点に集中させていたと考える。いくつものことを同時に行わず、患者が一つ一つの行為を行うことを促し、患者の関心が拡散していくときは引き戻している。また、患者にとってほしい行動や動作を具体的に伝えることで、患者はやるべきことが明確になり行動に移しやすくなる。これは思考が混乱している患者の行動にまとまりを持たせるという治療的側面もある。このように互いが注意を集中させ、姿勢を低くした態度をとったり、看護師自身の行動を前もって知らせることや、患者に自分自身で動いてもらいむやみに患者の身体に触れないことで不要な脅かしを避け、場の安全を保っていると考える。

そして看護師は、患者の精神状態を評価するために、患者が状況をどのように捉えているかを知ろうとしている。疎通の程度や、入院、薬に対するとらえ方は精神状態だけでなく医療への動機、つまり協働して入院継続をしていけるかどうかという今後の見通しへの材料となる。患者の疑問に回答するという看護師の反応は現実への信頼感につながり、スムーズな治療導入につながると考える。

また、精神科救急診察の場面では、他の身体救急⁵⁾と同様に患者の情報が少ないということがある。既往歴や現病歴のほか、食事や水分を取っていないことによる身体衰弱や、興奮によるおもらし外傷が隠れていることもある。薬効と覚醒状況を評価することは、これから行う与薬と食事が患者に与える影響を考える情報となる。また、対面してすぐに薬をすすめるのではなく、患者の身体的状況に関心があることを示すことで、医療への動機が不確かな患者に対して与薬を行う前にワンクッション置く、という意味もある。

3) 拒否や否認、入院前の問題行動に対して価値判断的な対応はせず、現在の患者の意向や状態に関心を向け、自尊心に配慮する

看護師は記憶の有無や振り返りを促すが、入院に至った問題行動を患者が否認しても、看護師はそれを否定せず事実や患者の意向を聞くにとどめている。舌

裂傷に対しても行動に至った経緯を尋ねるのではなく、現在の痛みや傷の具合に関心を向けていた。「薬はいらない」という患者に対しては、看護側の「困った」という反応は返しているが、患者の考えを一方的に訂正したりはしていない。松本は⁶⁾「救急領域の患者の怒りは、病状の重症度が高く、医療者主導型の受身的な治療が行われるために、患者の自尊心が脅威にさらされるため怒りとして家族や医療者などへ向けられる。」と述べており、看護師が患者の拒絶や不満、否認に対して受け止め、患者の意向を聞いていることは、救急入院直後の場面において患者の自尊心への配慮をしながら関わっているといえる。このことは不要な脅威や怒りの表出を防ぐことにもつながっていると考える。江畑ら⁷⁾は救急入院治療の過程を、Ⅰ期（安静休養期）、Ⅱ期（危機介入期）、Ⅲ期（退院準備期）に分けており、本研究は、Ⅰ期（安静休養期）にあたる。この時期の治療過程の一般原則として「受容的かつ非価値的判断的態度で安静と休息を指示する」とし「救急入院患者は、一般的価値観からみれば、かなりの問題行動の結果として救急受診しているので、精神療法的には、このような彼らに価値判断的に接することは禁物である。彼らには、価値判断的にすることなく、かつ批判的にすることなく接し、ひたすら安静と休養を指示する。この期に十分な身体的休養と精神的安静を得させることができるならば、その後の回復過程は順調であることが多い。」と述べている。この時期は、まず第一に心身ともに休息が必要なのである。そして、ただ単に休息を一方的に指示するのではなく、記憶の有無や振り返りを促すことで、患者自身が現状への接点を見いだすことへの助けにもなり、精神的安静にもつながると考える。神岡ら⁸⁾は、急性期または入院初期の看護の展開について「患者は現実検討力が低下しており、時間・空間の見当識が消失していることから、自分が病院に入院していることや接している人が看護師であることを認識できない場合も多いので、『お互いを知り合おう』とする関係のなかで、信頼関係を築くことも大きな課題となる。したがって、患者が新しい環境のなかで安心していられるように配慮したり、患者が、自分の気持ちや考えを自由に伝えることのできるような雰囲気を作ることが大切となる」と述べている。患者の医療への動機が低いことや入院前の問題行動に対して看護師が批判的な対応をせずに、患者の思いや認識を受け止めることは、患者が自分の気持ちや考えを自由に伝えることができる雰囲気をつくり、信頼関係構築につながっていくと考えられる。

4) 休息の必要性の自覚を促し、薬が有効であることを伝える

薬物療法は治療的には標的とする精神症状があるが、患者自身が精神症状を症状としてとらえているかは疑問であり、症状としてとらえられないがゆえに救急受診にいたったともいえる。精神科薬をすすめるときは、患者が受け入れやすく、かつ有効なものとして感じられるような伝え方の工夫が必要である。看護師は、患者の精神症状そのものではなく、心身の疲弊状態に目を向け、休息のために薬が有効であると伝えている。休息が必要だと促されることは、精神的緊張の高い患者にとって受け入れにくいものではないと考えられ、その上で薬が有効であると伝えることは、患者自身が休息の必要性や自己を客観的にみられたり、薬を価値のあるものに感じ、受け入れやすいものになると考える。

また、休息など必要がないと思っている患者にとっても、休息が必要な状態だと客観的な判断を伝えることで、自己の状態を振り返るきっかけにもなりうる。そしてこの援助は、心身の休息が第一に必要とされる精神科急性期における、治療の導入や動機づけにもなっていると考えられる。

5) 患者の主体性を引き出し治療参加を促して、医師や入院治療継続への橋渡しをしている

看護師は、入院直後であっても患者にできるだけ自分で動いてもらうことで、患者の主体性を引き出し、みずから治療状況にかかわることを求めている。医師に直接話そう伝えるというのは、その場で解決できない患者の要求を次に持ち越している面もあるが、患者が自分で語る、伝えるという行動をとることで患者に自ら治療に参加することを促しているといえる。精神保健福祉法第24条による警察官同伴での受診は、患者と医療者側が納得して同じ目標に向かって入院治療がスタートしたわけではないため、少しでも患者が主体的にできることや、互いに協働できることを通して、医療への動機づけを高めていると考える。そして患者は初回援助における看護師との関わりを通じて、その後の医師の診察に対する見通しをもつことができ、次の場面への導入にもなっていると考えられる。

以上のことから、看護師は与薬と配膳を目的として訪室する場面において、基本的な日常生活行動の援助を行いながら、患者の人権や主体性を尊重し、安全・安心感を提供できるように配慮して関わっていた。同時に、看護師自身の安全を確保することにも考慮がなされていた。さらに、身体および精神状態のアセスメントを行い

ながら、患者に簡単な現状の説明も行っており、並行して心身の安静・休息の確保や、服薬の動機づけ、治療参加への導入・促進に向けた援助を行っていた。そして、これらの援助は患者との治療・援助関係構築にも結びつく援助であることが示唆された。つまり、まとまりをもって服薬・食事を促すという目的への方向性をもって、そのために第一に安全を確保しながら、言葉かけをしたり介助をしたりして、同時に精神・身体状態や入院および治療継続意欲等のアセスメントが簡潔に行われ、それらの援助の基底には、信頼関係を築いていくことを志向した関わりがなされているのではないかと考える。

VI. まとめ

精神科救急入院患者への入院後初回の関わりにおいて、看護師は与薬と配膳を目的として訪室するが、関わり方には以下の側面が含まれている。

- ① 場面を簡潔にまとめながら、服薬・食事を促すという目的への方向性をもって関わっている
- ② 場の安全を維持しながら、身体と精神状態の評価をしている
- ③ 拒否や否認、入院前の問題行動に対して価値判断的な対応はせず、現在の患者の意向や状態に関心を向け、自尊心に配慮する
- ④ 休息の必要性の自覚を促し、薬が有効であることを伝える
- ⑤ 患者の主体性を引き出し治療参加を促して、医師や入院治療継続への橋渡しをしている

VII. 本研究の限界と今後の課題

精神科医療は入院治療から地域へと変換を迎えている。今後ますます病院の機能は急性期化するといわれており、精神科急性期の看護援助を明らかにすることは重要である。本研究では精神科急性期看護の中でも、救急入院直後で精神運動興奮状態が急速鎮静によってようやく鎮静した時期の看護援助であり、また医療者との援助関係がまだ形成されていないなかで覚醒した患者が入院してはじめて看護師に出会う場面でもあり、そこでどのような援助がなされているのかを提示した。精神科病棟の隔離室に救急入院した初回の援助は、担当した看護師の援助技術や姿勢に一任されやすく、いわゆる密室での援助となりやすい側面がある。したがって、本研究結果は、精神科急性期の看護援助に活用することができる。しかし今回の研究では対象者が8名と少なく、援助内容が以後の入院治療にどのように影響したかは検証できていないことから、さらに検討を重ねる必要がある。

VIII. 謝 辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様と病院関係者の皆様に、厚くお礼申し上げます。本研究の要旨は、第10回日本精神保健看護学会学術集会で発表した。

注1) 精神保健福祉法第24条：警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動、その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼす恐れがあると認められる者を発見した時は、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなくてはならない。

注2) 隔離室：自傷・他害の行為があり、もしくは切迫しており、一般の精神病室では医療または保護を図ることが著しく困難で、隔離以外の他の方法ではこれを防ぎきれないと精神保健指定医が認めた場合に使用する、内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋。

引 用 文 献

- 1) メンタル協議会：東京都精神科夜間休日救急診療事業における精神科救急ケースマネジメント2005年度版，随想社，56，2005.
- 2) 藤原美津恵・高橋章子：救急疾患と患者の特色，救急看護：急性期病態にある患者のケア，高橋章子編，医歯薬出版株式会社，75，2001.
- 3) 田上美千佳・新村順子：精神障害者の地域生活を促進する家族への援助に関する研究，木村看護教育振興財団看護研究収録，14，51-71，2007.
- 4) 江畑敬介・坂口正道：面接時の留意事項，追補改訂版精神科 救急診療の実際：診療・看護・福祉に携わる人のために，新興医学出版社，3，2002.
- 5) 磯辺満子：救急看護の特徴，救急看護：急性期病態にある患者のケア，高橋章子編，医歯薬出版株式会社，10，2001.
- 6) 松本幸枝：救急患者の心理的特徴，救急患者と家族のための心のケア，山勢博彰編，メディカ出版，12，2005.
- 7) 前掲書4) 17-21.
- 8) 神岡清三郎・菊池千枝子：急性期または入院初期 看護の展開，精神看護エクスペール6 救急・急性期Ⅰ統合失調症，坂田三允編，中山書店，87，2004.