

St. Luke's International University Repository

精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮-行動制限と患者の意志の尊重に焦点をあてて-

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): restrictiveness, Ethical considerations, Seclusion rooms 作成者: 榎戸, 文子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/344

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



原 著

精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮 — 行動制限と患者の意志の尊重に焦点をあてて —

榎戸 文子¹⁾

要 旨

本研究の目的は、精神科救急医療施設の保護室入室中の患者に対する看護行為において、看護婦がどのような倫理的配慮を行っているかを、行動制限と患者の意志の尊重という側面から検討することである。本研究では、精神科救急医療施設の保護室の看護を担当した15人の看護婦を対象とし、保護室入室中の患者に対する看護行為を参加観察し、併せて観察場面における看護婦の判断の根拠をインタビューによりデータ収集し、質的に分析した。

その結果、行動制限と患者の意志の尊重という側面から見た精神科救急医療施設の保護室入室患者に対する看護婦の倫理的配慮は、行動制限と患者の意志の尊重とのバランスという形で明らかになった。このバランスは、「患者の安全を優先する」「第一に患者の意志を尊重する」「病棟の秩序を優先する」という3つのカテゴリーとして抽出された。これは、患者の自律性ととの兼ね合いから何を優先するかという形で明らかになった。

「患者の安全を優先する」というバランスの取り方は、患者の生命の安全が脅かされるような時、患者を死に至らしめないように、患者が傷つかないように配慮して、まず第一に患者の安全を優先していた。

「第一に患者の意志を尊重する」というバランスの取り方は、「行動制限の中で患者の意志を尊重する」「行動制限指示枠をねじ曲げてでも患者の意志を尊重する」という2つのサブカテゴリーからなり、患者の精神症状や自律性、看護婦の責任のとれる範囲を見極めた上で、患者の意志を尊重しようと配慮しているものだった。

「病棟の秩序を優先する」は「他の患者に危害が及ばないことを優先する」「看護婦自身の身の安全を優先する」「他の看護婦に危害が及ばないことを優先する」という3つのサブカテゴリーからなり、他の患者や看護婦に対して不利益が及ばないように配慮して、病棟としての機能を維持し、病棟の秩序を保つことを優先しているものだった。

これらの結果から、精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮は、患者の行動を制限するという倫理的特殊性を踏まえた上で、患者の自律性の限界を見極めるだけでなく、その自律性を支え、強めていくという特徴を持つことが考察された。また、倫理的配慮は判断や行為の中に含まれ、看護行為の結果からではなく、判断のプロセスから見出されるものであり、看護婦の経験の中で自然と判断や行為に溶け込んでいくものであることも考察された。今後は、この看護婦の倫理的配慮を様々な側面からさらに比較検討し、倫理的配慮の概念をより明確にしていく必要があると思われる。

キーワード

行動制限, 倫理的配慮, 保護室

I. 研究の目的と背景

本研究は、精神科救急医療施設の保護室入室中の患者に対して、看護婦がどのような倫理的配慮を行っている

のかを、行動制限と患者の意志の尊重という側面から検討することを目的としたものである。

現在、精神科救急医療は、精神科リハビリテーションの一環として期待されている領域である^{1, 2)}。しかし日本では、1978年に精神科救急医療が始まったものの、実施しているのは9都府県にとどまっており³⁾、既存

1) 聖路加看護大学 助手 (精神看護学)

の精神科救急医療の報告の主流は、システムに関する医師のレポートとなっている(4~6)。

一方、精神分裂病急性期における重要な看護技術として、「患者の意志の尊重」が明らかになっているが⁷⁾、精神科救急医療においては医療保護入院と措置入院がほとんどであり⁸⁾、まず入院そのものが患者の意志に反したものであることが多い。しかも保護室に入る必要性があると判断された場合、患者は著しい行動制限を余儀なくされる。保護室は精神保健福祉法において隔離室と呼ばれ、その使用については、精神保健指定医の指示を要し、行動制限の理由を患者に知らせようつとめる必要のあることが同法に明記されている。また隔離の対象としては、ア. 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合、イ. 自殺企図または自殺行為が切迫している場合、ウ. 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損等が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合、エ. 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、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な場合、オ. 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置のため、隔離が必要な場合、の5つが明記されている⁹⁾。医師や看護婦は、これらの対象となる患者を「保護する」ために保護室を使用していくが、実際には、部屋は施錠されているため室外には自由に行けず、室内にはベッドや布団など必要最低限のものしかなく、またトイレも病室内にあるが自由に流せないというように、著しい行動制限をもたらすことになる。このように、保護室はその存在そのものが患者の自由を奪うものであり、患者の意志を尊重しているとは言い難い状況を作り出すことになる。保護室や抑制帯の使用に当たっては、患者に対して十分な説明を行い、同意を得ることが大切であり、それらの使用から生ずる苦痛を最小限にとどめ、疎外感や孤立感を募らせないように配慮しなければならない。また、不必要な抑制にならないように注意深い観察が必要とされ、この保護室・抑制帯使用による体験が、患者に安全感・安心感をもたらすか否かが、その後の治療者・患者関係および回復過程を大きく左右することになると言われている¹⁰⁾。しかし、保護室入室中の患者に対する看護については、原則論や看護手順で成文化されてはいるものの、実際の看護行為や様々な倫理的側面については、十分に明らかになっていない状態である^{11~14)}。

アメリカでは、1960年代の自由主義思想の高まりから、「the least restrictive alternative」の概念が発展した¹⁵⁾。この概念は、精神病患者に対する行動制限を最小限にするための倫理的な考慮の原点とされ、個人の干渉を制限することによって消極的権利を促すという「自分

に対して何かがなされない権利」といえる。そして、この消極的権利を踏まえた上で、パターナリズム的な干渉を限定し、個人の威厳や自律性を促進させるためのメカニズムとして捉えられている。しかし、その中に含まれる複雑さを反映させなければ、この概念を支持することに看護婦たちは葛藤を覚えるとも言われている。事実、精神科救急などで暴力的になる、またその可能性のある患者に対するケアに際して、看護婦は「患者の自律性の支援」と「病棟の安全の確保」の倫理的バランスの間で悩んでおり、「暴力を振るう」という「患者の自律性の限界」を、「病棟の安全の確保」という「看護婦の専門家としての責任」に関する点からバランスを考慮している¹⁶⁾。精神科看護独自の倫理的ジレンマのほとんどが患者の行動制限に関するものであると言われているように¹⁷⁾、精神科看護婦は「人間の行動をコントロールする」という独特の役割を持つために、様々なジレンマと直面しているのである¹⁸⁾。このような状況を踏まえて、アメリカでは患者の行動制限に関する倫理的な側面は、臨床家の理解すべきパースペクティブであると位置づけられているのである¹⁹⁾。

現在、日本において精神科救急医療体制の整備が望まれる中、その体制の整備はシステムの側面からだけでなく、保護室の使用をはじめとする行動制限や、患者の意志が尊重されにくいという倫理的特殊性を、十分に検討しなければならないと思われる。そのためにも、精神科救急医療施設の中でも、特に患者の意志が尊重されにくい保護室入室患者に対する実際の看護行為を通して、看護婦が患者に対してどのような倫理的な配慮を行っているのかを、行動制限と患者の意志の尊重という側面から十分に捉えることが必要であると思われる。

II. 用語の定義

1. 精神科救急医療施設：24時間体制で精神科救急医療を専門として行っている施設で、入院を3ヶ月以内とし、早期に地域精神医療に結びつけている医療施設を指す。
2. 保護室：精神保健福祉法における隔離室を指す。
3. 看護婦：看護師，看護婦を指す。
4. 倫理的配慮：看護婦が行っている倫理的な気配り、気遣いを指す。

III. 研究の方法

1. 研究デザイン

本研究は、精神科救急医療施設における保護室入室中の患者に対する看護行為について記述し、患者に対して看護婦がどのような倫理的配慮を行っているのかを、行動制限と患者の意志の尊重という側面から検討

表1 対象看護婦の背景

	性別	これまでの看護婦としての経験年数 (准看護婦を含む)	精神科での経験年数
1	男	10年	5年
2	女	12年	12年
3	女	5年	1年
4	女	19年	8年
5	男	13年	11年
6	男	16年	16年
7	男	13年	13年
8	女	17年	1年
9	女	16年	8年
10	女	4年	4年
11	男	16年	15年
12	女	11年	10年
13	女	15年	8年
14	男	10年	8年
15	女	1年	1年

することを目的とした帰納的な質的記述的研究である。

2. 対象

1) 対象看護婦

本研究に同意を得られた精神科救急医療施設の救急・急性期閉鎖病棟に勤務する看護婦17名(男性6名, 女性11名)のうち, 保護室棟を担当した看護婦15名(男性6名, 女性9名)を対象とした(表1)。

2) 研究の場所

大都市近郊にある24時間体制で精神科救急を行っている精神病院の救急・急性期閉鎖病棟内にある保護室棟を研究の場とした。救急・急性期閉鎖病棟は保護室棟と個室棟からなり, 保護室を出た患者は, まず個室に移り, 次に回復期病棟に転棟していくシステムになっていた。またこの病院での入院期間は3ヶ月が上限とされていた。

救急・急性期病棟の看護婦のうち, 保護室は日勤帯では2, 3名が担当し, 準夜帯, 深夜帯では各1名ずつが担当になっていた。この病棟では受け持ち看護制を取っており, すべての患者に受け持ち看護婦が付いていた。

また, 保護室棟は10室の保護室で構成されており, 棟内には保護室患者用のデイルームがあった。ここでは, 小さなテーブルと椅子, ソファがある程度の小さな狭いデイルームであるが, 保護室入室中の患者

でも比較的落ち着いてきた患者にとっての他者との関わり場の場として, また喫煙者のための喫煙の場として利用されていた。

また救急・急性期閉鎖病棟の患者の入院形態としては, 医療保護入院が約9割を占め, 措置入院が1割であり, 任意入院は1件もなかった。

3. データ収集方法

1) 参加観察

日勤帯, 準夜帯, 深夜帯を問わず, 精神科救急医療施設の保護室入室中の患者に対して, 看護婦が行っている看護行為を参加観察した。研究者が立ち会って観察することが困難な患者に関しては, 看護婦の方から観察の中止が求められ, 観察は行わなかった。また, 研究者の身分については, 対象看護婦の方から患者に臨機応変に説明された。観察前には, 対象看護婦の担当する患者について, 記録から疾患名, 年齢, 性別, 治療経過, 看護計画などについての情報を収集した。さらに, 保護室に入室している患者に対して看護婦が行っている看護行為だけでなく, 保護室棟の業務の流れなどを把握するために, 病棟全体の各勤務帯の時間の流れや保護室担当者の決め方なども観察していった。

2) インタビュー

対象看護婦15名全員に対して, 研究者が参加観察した看護行為について, 観察後にインタビューを行った。

まず参加観察した看護行為の直後に, 看護婦の行った行動や判断の根拠が観察の中で把握されなかったとき, 観察内容を提示し, 看護場面を振り返ってもらい, そのときの行動や判断の根拠, 看護婦が感じたり考えたりしたことについて語ってもらった。

また観察した内容を研究者の方で一旦解釈, 分析した後, さらに観察内容を提示し, 対象看護婦全員に観察場面すべてについて振り返ってもらい, その時の行動や判断の根拠, 看護婦が感じたり考えたりしたことについて語ってもらった。また併せて, 対象看護婦の特性を知るために, 年齢, 役職, 経験年数等についても, インタビューの中で情報を得た。

4. データ分析方法

データの分析は次のように行った。得られた観察データとインタビューデータを繰り返し読み, 患者の意志の尊重に関する場面, 行動制限に関する場面について抽出していった。そしてどういった根拠や思いの中で行われている判断や行為であるのかを探っていき, 同じような判断や行為を行っている場面ごとに分類して

いった。そして、新しく観察された場面やインタビューデータを、先に分類した場面に照らし合わせ、カテゴリー化していった。

なお分析は指導教官と共にを行い、抽出されたカテゴリーの妥当性と信頼性について同意を得た。

5. データ収集期間

データ収集は約5ヶ月にわたり、週に2、3回の割合で参加観察とインタビューを行っていった。

IV 結果

精神科救急医療施設の保護室入室中の患者に対する看護行為において、行動制限と患者の意志の尊重という側面から看護婦の倫理的配慮を検討していった結果、行動制限と患者の意志の尊重に関わるバランスが浮かび上がってきた。このバランスは、患者の自律性との兼ね合いか

表2 行動制限と患者の意志の尊重のバランス
カテゴリー一覧

1. 患者の安全を優先する
2. 第一に患者の意志を尊重する
1) 行動制限の中で患者の意志を尊重する
2) 行動制限指示枠をねじ曲げてでも患者の意志を尊重する
3. 病棟の秩序を優先する
1) 他の患者に危害が及ばないことを優先する
2) 看護婦自身の身の安全を優先する
3) 他の看護婦に危害が及ばないことを優先する

表3 対象看護婦の分類

A群	精神科の経験年数が10年以上で、精神科のみの臨床経験を持つ看護婦・看護師。または一般科の経験があっても精神科の経験の方が長く、精神科の経験年数が10年以上の看護婦・看護師。5名。
B群	精神科と一般科の経験があって、精神科の経験年数が5年以上10年以下の看護婦・看護師。6名。
C群	精神科のみの経験を持つ精神科の経験年数が5年以下の看護婦。2名。
D群	精神科と一般科の経験を持つ精神科の経験年数1年以下の看護婦。2名。

ら何を優先するかという形で明らかになり、「患者の安全を優先する」「第一に患者の意志を尊重する」「病棟の秩序を優先する」という3つのカテゴリーとして抽出された(表2)。

以下に各カテゴリーが構成されているサブカテゴリーごとに例を挙げながら説明する。なお看護婦はそれぞれの特徴から4つの群に分類して示した(表3)。また看護婦という言葉は看護師、看護婦の総称として用いているが、A群看護婦というように用いたり、看護師との性差を検討している時は、「看護婦」という言葉は性差を表している。

1) 患者の安全を優先する

看護婦は、患者の生命の安全が脅かされるようなとき、まず第一に患者の安全を優先し、患者が怪我をしたり、死に至らないよう気を配り、患者自身に対する不利益を防いでいた。

例えば、ある精神分裂病患者(18歳、男性)は希死念慮が強く、終始保護室内で腰両上下肢の抑制を行うという指示が主治医より出ていたが、片方の上肢の抑制が少しでも緩くなっていれば、自力で抑制をすり抜け、その自由になった片手で鼻をふさごうとするほどだった。そこで、両上肢の抑制をはずすのは看護婦が付き添えるときのみ、という指示になっていた。この患者は、D群看護婦付き添いのもと、両上肢の抑制をはずして自分で食事をはじめたが、足を少したてようとしたところ、両下肢の抑制帯で引っ張られてしまった。そこで患者は、「自分で食べますから、これ(下肢抑制)取ってください」とD群看護婦に頼んでいた。しかしD群看護婦は、「今は取れないなあ」といい、患者は両下肢抑制のまま食事をしていた。後のインタビューでD群看護婦は、両下肢の抑制をはずしてしまうと抑制は腰のみとなり、抑制をすり抜けてしまったとき自分1人で対処できるかというそれは心配だ、患者は若く、男性であり、自殺企図を起こされたときに対処できないかもしれないと語った。そして、患者の精神症状と自分の体力的な側面から責任のとれる範囲を見極めた上で、患者が怪我をしたり、自殺企図を起こさないようにと気を配り、患者の安全を優先させ、患者の申し出は却下したとも語っていた。

2) 第一に患者の意志を尊重する

これは、患者の精神症状や自律性と、看護婦の責任のとれる範囲を見極めた上で、第一に患者の意志を尊重するようにバランスを取っているものだった。これは「行動制限の中で患者の意志を尊重する」「行動制限指示枠をねじ曲げてでも患者の意志を尊重する」というバランスの取り方として抽出された。

(1) 行動制限の中で患者の意志を尊重する

これは、患者の意向を医師から出されている行動制限指示棒や、適宜行われていく行動制限などの中で取り入れ、患者の意志を尊重していこうと気を配っているものとして明らかになったものだった。

例えば、ある精神分裂病患者（24歳、男性）は、入院以来緊張が強く、部屋の掃除から心電図検査、血液検査に至るまで、あらゆる申し出をことごとく拒否していた。また時折妄想気分が出現し、主治医に対してはかなり攻撃的だった。また看護士対応であれば衝動行為はないものの、看護婦にはやや拒否的で、また「押し倒してしまいそうでいやだ」ということもあったため、概ね看護士が担当する患者だった。この時患者に関して、主治医より洗面、入浴、喫煙時以外は保護室にて終日施錠を行うという指示が出されていた。患者はタバコがとても好きな人だったが、その喫煙は1日3本と制限されたものになっていた。

この日の日勤帯は、看護士が他の患者の転院に付き添っていったため一人も病棟におらず、B群看護婦がこの患者を担当することになった。午前10時30分から、この患者が喫煙を希望したため、B群看護婦は、ナースステーションに常駐するリーダーの看護婦に対して、午前10時30分ごろ、この患者が保護室患者用のデイルームに出ることを伝えた。リーダーの看護婦はいつでもデイルームに行き、介入できる位置にいる存在だった。また、B群看護婦は、すでにデイルームで喫煙している2名の他の患者の方を見てから、この患者を呼びに行った。そして、すでに喫煙している他の患者の姿がよく見えない位置にある、デイルームの隅の方の離れたソファに患者を誘導し、患者が腰掛けた隣に座った。患者は「なんで1日3本なんだ」と文句を言いながらもソファに座り、タバコを1本吸い終わると、攻撃することもなく、B群看護婦の促しによって保護室内に帰っていった。

一旦分析した後のインタビューで、B群看護婦は、看護士が転院先から帰ってくる昼過ぎまで患者の喫煙を待たせておくという判断も可能ではあったが、患者の好きなタバコを吸わせてあげたいと思い、また患者がそれほど攻撃的でもなかったため、まず自分1人の目で観察するのではなく、看護士がいない分看護婦2名の目で観察して衝動行為に備えようとして、リーダーに声をかけたと言っていた。そしてさらに、もともと喫煙をしている他の患者についてもその位置をあらかじめ確認して、患者を彼らから離れたところに誘導して、刺激の少ない環境を提供することでも衝動行為に備えていたという。このよ

うに、B群看護婦は患者の精神症状と看護婦の責任のとれる範囲を見極めた上で、なんとか患者が喫煙できるようにと気を配り、すでに出されている行動制限指示棒の中で、複数の目での観察と刺激遮断を行うことによって、患者の希望である喫煙を可能にしようと働きかけていた。

(2) 行動制限指示棒をねじ曲げてでも患者の意志を尊重する

これは、看護婦が医師の出している行動制限指示棒を変えることによって、患者の意志を尊重しようと配慮するものとして明らかになった。これは、看護婦が自分自身の力量と患者の状態を十分把握している状態において用いられるバランスの取り方だった。

例えば、ある躁病患者（20歳、男性）と精神分裂病患者（24歳、男性）は共に、昼休み以外の日勤帯の時間の保護室開錠が許可されており、また保護室患者用のデイルームに出て、それぞれ1日20本、10本喫煙することもできる状態にあった。2人とも落ちてタバコを吸っており、夜間も6時間程度は眠れていた。また他の状態の悪い患者が話しかけてきても、「あの人はまだ具合が悪いみたいだね」と客観的に捉えられ、感情的に反応することもなかった。2人は年齢も近いせいか一緒にいることが多かった。

ある日の日勤帯で、この2人が回復期病棟を見たいと言いついたことがあった。担当していたA群看護士は彼らを連れて、回復期病棟に見学に行ったのだが、彼らの行動範囲は保護室棟内のみと主治医より指示されていた。2人はしばらく回復期病棟のデイルームのテレビに見入っていた（保護室患者用のデイルームにはテレビはない）が、A群看護士に促されると、後ろ髪引かれるような感じではあるが、抵抗することもなく保護室棟に戻っていった。

観察直後のインタビューで、A群看護士は、「見学だけでまた保護室棟に戻ってくる」という約束を2人が守れるかどうかというところを見ていたと語った。また、2人の精神症状はある程度落ち着いてきており、じきに保護室棟を出る予定にはなっていたが、2人のうち1人は、まだ連れて行くのが心配だったとも語った。しかし結局は、A群看護士自身の説得力、体力的なところから見て、何かあっても自分1人で対応できるとも思ったとも語った。つまり患者とA群看護士との関係性や、患者の精神症状・自律性、A群看護士自身の体力と説得力の点から責任のとれる範囲を踏まえて、患者の意志を尊重しようと思ひ、行動制限指示棒をねじ曲げていた。

3) 病棟の秩序を優先する

これは、他の患者や看護婦に対して不利益が及ばないようにという配慮から、病棟としての機能を維持し、病棟の秩序を保つことを優先するというバランスの取り方として抽出されたものだった。これは、「他の患者に危害が及ばないことを優先する」「看護婦自身の身の安全を優先する」「他の看護婦に危害が及ばないことを優先する」という3つのバランスの取り方として抽出された。

(1) 他の患者に危害が及ばないことを優先する

これは、他の患者に対して、迷惑行為や暴力行為などの不利益が被らないように配慮するというバランスの取り方として明らかになった。

例えば、ある躁病患者(30歳、男性)が明け方4時30分に起床し、保護室の内扉をがらがん叩いていた場面があった。この患者は入院して3日目の人で、前日の朝の申し送りでは、入院以来多弁、多動、多訴な状態が続いているとのことだった。主治医から出されていたこの患者の行動制限指示は、洗面、入浴以外は保護室の開錠はなし、不穏時には腰両下肢抑制を行うというものだった。ここで担当していたのはA群看護婦であり、まだ朝早いので6時30分までは静かに横になっているように、他の患者が起きてしまうから、と説明したが、患者は「迷惑じゃないよ」といい、さらに内扉を激しく連打した。保護室の他の患者たちもこの音で目が覚めたらしく、何人かともそもそと起き始めていた。そこでA群看護婦は当直医に連絡し、D群看護婦、当直医とともに、この患者に腰両下肢抑制を行った。A群看護婦は、患者に抑制の必要性を説明したが、患者は抑制に抵抗していた。しかし、抑制するとすぐに眠りはじめ、その後2時間再入眠していた。

一旦分析した後のインタビューで、A群看護婦は、この患者は自分の行動が他の患者に迷惑をかけることを十分理解できない状態にあり、またこの患者を含め、保護室にいる患者たちは皆睡眠が何よりも大切な時期にあると判断したと語った。そしてこの患者の睡眠を確保するとともに、冷静な判断ができない状態にあるこの患者が、他の保護室患者の睡眠を妨害してしまうことは、周りの患者にとっても、この患者自身にとってもよくないと思い、明け方ということで追加眠剤は勧めずに、抑制を行ったと語っていた。

(2) 看護婦自身の身の安全を優先する

これは、患者の暴力行為などに対して看護婦自身の安全に配慮するというバランスの取り方として抽出されたものだった。

例えば、ある精神分裂病患者(24歳、男性)は、看護士に対してもやや攻撃的ではあるが、看護婦に対しては容赦なく暴力的になる状態にあった。この時主治医が出していた行動制限の指示は、入浴以外保護室開錠なし、洗面も室内、不穏時腰両下肢抑制というものだった。しかし、対象施設の人員的な状況として看護士よりも看護婦の方が人数が多いため、日勤帯、準夜帯は看護士がたいてい勤務するものの、深夜帯においては看護婦だけで勤務することもあった。つまり、看護士が対応して問題がなく、不穏状態でなければ、その後も抑制はせず、抑制のない状態のまま看護婦が深夜帯でこの患者に対応することになっていた。そこで次の日深夜で保護室担当になる予定のA群看護婦は、行動制限指示枠を変えるようにと、その日の日勤帯で開かれたスタッフミーティングで議題を提示していた。またB群看護婦も、深夜帯は看護婦だけで勤務を組むことも多いため、眠前薬服用後から日勤帯に入るまでの間は、深夜帯の勤務者が看護婦であろうと看護士であろうと統一して、看護婦に対して攻撃的にならなくなるまで抑制を行うようにと提案していた。一旦分析した後のインタビューで、A群看護婦は深夜帯でこの患者に対応することにとっても不安を感じ、せっぱ詰まった状況だったと語り、また自分自身に何か起こってからでは遅いとも付け加えていた。

このミーティングでは、A群、B群の経験豊富な看護婦、看護士たちによって、「男性と女性で対応が異なるのは病気のせい。病気が良くなれば不思議なくらい対応は同じになり、落ち着いてくる」という、経験に基づくルールが語られた。そして、患者の状態が落ち着かない間は、まず患者の精神症状から看護婦の身を守るという配慮がなされ、日勤帯、準夜帯は看護士が対応し、看護士が対応できないことのある深夜帯においては、眠前薬服用後から日勤帯に入るまでの間は、誰が対応しても常時腰両下肢の抑制を行う、ということになった。

(3) 他の看護婦に危害が及ばないことを優先する

このカテゴリーは、同僚の看護婦たちとの関わりの中で、患者の自律性をふまえて、自分以外の看護婦が、患者からの暴力行為、迷惑行為などに巻き込まれないようにと気を配り、まず他の看護婦に危害が及ばないことを優先させるというバランスの取り方として抽出された。

例えば、「看護婦自身の身の安全を優先する」バランスの取り方であげたスタッフミーティングでは、患者が看護婦に対して攻撃的であるということから、看護婦の安全に配慮し、また対応を統一させること

から、深夜帯は常時腰両下肢の抑制を行うことが決まった。そしてあるA群看護師は、眠前薬服用後この患者に抑制をする際、抑制をいやがる患者に「私達だってこんなことしたくない。あなたが女の人につきかかかったりするから、やらなきゃいけない。誰に対しても落ち着いて関わられるようにならなきゃね」と説明したりしていた。しかし一方、あるB群看護師は、スタッフミーティングを振り返り、「基本的に男性に対しても女性に対しても同じように落ち着いて対応できないというのは“病気”であると判断していき、抑制を統一して行っていくことになる。そういうことにはなるんだが、男性としてはなるべく窮屈でないようにしてあげたいのでジレンマはあるよね」と一旦分析した後のインタビューで語った。またミーティングの途中で、あるA群看護師は「オレだったら抑制しない。今は抑制をするという決め手に欠ける」と語っていた。看護婦が患者の精神症状から起こる暴力行為に巻き込まれないようにと気を配り、また患者の精神症状を踏まえて、看護師は対応を統一するために抑制を行っている。しかし一方では、看護師が対応できれば不穏状態でないこともあり、抑制をしなくてもいいところを、病棟の状況からできずにいるため、ジレンマを感じているといえる。

V. 考 察

1. 倫理的配慮の特徴

1) 行動制限と患者の意志の尊重のバランスに見る看護婦の倫理的配慮の特徴

本研究において、行動制限と患者の意志の尊重という側面から、精神科救急医療施設の保護室入室中の患者に対する看護婦の倫理的配慮を検討した結果、行動制限と患者の意志の尊重に関わるバランスという形が浮かび上がってきた。このバランスは、患者の自律性との兼ね合いから何を最優先するかという形で明らかになり、患者の自律性をいかにして見極め、またいかにして支えていくかが看護婦に求められる重要な役割であることを強調していた。患者の自律性を看護婦が専門的に判断していくことの重要性は、コロラド州の精神科専門看護婦のための倫理的ガイドラインにおいても明記されており²⁰⁾、またアメリカにおける倫理的意志決定の研究動向にも述べられている^{21, 22)}。これらの文献から、いかなる状況においても、看護婦にとって患者の自律性を見極めることは重要であり、看護婦の専門性を特徴づけるものの1つになっているといえるが、特に本研究で対象とした精神科救急医療施設の保護室では、

患者の行動を制限するという倫理的特殊性を踏まえた上で、患者の自律性の限界を見極めるだけでなく、その自律性をいかに支え、また強めていくかということに大きな特徴があったといえるだろう。

本研究では、看護婦がそれぞれ自分自身の体力や説得力等、自己の特性について意識して患者と関わっている様子が明らかになった。また同時に、看護婦は患者の状態、そして患者と看護婦自身との関係性を十分に見極めて関わっていった。自己の特性と患者の状態をまず十分に見極めた上でなければ、患者が自分をどう捉えているか、また患者との間にどういった関係性ができているか、そして自分が患者と関わったときにどういった状況が生み出されるか、ということが適切に予測できないといえる。

精神科救急医療施設の保護室は、患者や看護婦の安全性に大きく関わる場所だけに、この予測を誤れば、患者を死に至らしめることにもなりかねず、また看護婦自身や他の看護婦を傷つけることにもなりかねない。「患者の安全を優先する」というバランスの取り方で挙げた例にあるように、看護婦は希死念慮の強い患者の状態に合わせて、また看護婦自身と患者の特性も踏まえて、患者の自律性を見極め、患者が傷つかないように配慮している。

またそれと同時に、精神科救急医療施設の保護室は、幻覚妄想や精神運動興奮の状態から、もう一度現実に戻ってきて再スタートを切る場所でもあり、自律性や他者との関係性が同時に増加するというダイナミズムが存在している²³⁾という前向きな場所でもあるといえる。「行動制限の中で患者の意志を尊重する」というバランスの取り方で挙げた例にあるように、妄想気分があり、あらゆることを拒否している患者に対して、喫煙したいという患者の意向を、その時の患者の状態に合わせて環境調整等を行うことで尊重するという配慮は、患者の自律性を支援し、さらに看護婦との関係性を高めていくものであるといえる。

このような二面性を持つ精神科救急医療施設の保護室において、看護婦が自己を知り、また患者の特性を含め、その状態を十分に見極めることは、患者の自律性の限界を見極めるだけでなく、その自律性を支え、強めていく上でも重要な部分を担っているといえる。そして、これはその時々状態に応じた適切な行動制限につながり、行動制限と患者の意志の尊重という側面から見た保護室という場における倫理的配慮において、重要な部分になるといえるだろう。

2) 倫理的配慮のありよう

本研究では、行動制限と患者の意志の尊重という側面から、看護婦の倫理的配慮を検討してきたが、このような配慮は観察だけではなかなか理解できない、インタビューによって明らかになったものだった。看護婦たちは配慮や気配りを判断や行為の中に組み込まれた形で語っており、倫理的配慮は日頃の判断や看護行為に自然に溶け込んでいるものだったといえる。

こうした配慮は、公式やガイドラインというものからは排除されていたものである。Gordon²⁴⁾は、公式モデルを「ケアリングや感受性といった看護の重要な側面でありながら、測定が困難である本質的なところはほとんど排除される」ものとして指摘している。コロラド州の精神科専門看護婦のための倫理的ガイドラインにおいても、患者の権利に合わせた形で、求められる看護のあり方について述べられているが、あくまでも原則論であり、状況的ではなく、配慮については言及できない形になっている²⁵⁾。このように、配慮は公式やガイドラインになるものでもなく、それぞれの看護婦の経験の中で自然と判断や行為に溶け込んでいくものであるといえる。

精神科救急医療施設の保護室入室中の患者に対しては、入院時から患者の意志は尊重されていないことがほとんどであり、ケアリングという概念は成立しにくい。しかし、Benner²⁶⁾が看護婦の実践の中にはケアリングが含まれているといったように、本研究においても看護婦たちは、倫理的配慮をそれぞれの看護実践における判断や行為の中で自然と行っていた。このようにケアリングが成立しない状況においては、本研究で明らかになった倫理的配慮こそが重要であると思われる。

2. 看護婦の性差と倫理的配慮

本研究では、男性と女性に対する対応が異なる患者のエピソードが明らかになったが、高橋²⁷⁾も、精神科救急医療施設において、急性期症状のため、スタッフの性差で対応が違う患者が多いことを指摘している。しかしこの対応の差も、状態が落ち着くと同時になくなっていくことが多く、患者の対応の差が病状評価の1つになっているとも言っている。本研究においても、経験豊かな看護婦によってこうした考えはルール化されており、「病棟の秩序を優先する」というバランスの取り方において、看護婦は自分自身の身を守ろうと、そして看護士は同僚が暴力行為に巻き込まれないようにしようと、ともに患者の病状を踏まえた上で、患者

の自律性との兼ね合いから配慮を行っていた。

本研究では、この患者がどうして女性にだけ攻撃的になったのかは明らかになっていないが、この患者の看護婦に対する対応に、看護婦の性差が関連していたといえる。看護婦の性差というと、精神科では、これまで力的な側面を抜きには語られないという傾向がある^{28~30)}。確かに本研究の対象施設でも、「力の配分」として男性が必ず日勤帯で1人は保護室担当になり、準夜帯、深夜帯では、男性と女性の組で勤務をこなす時は、たいてい男性が保護室担当になることが暗黙のうちに病棟のルールになっていた。

また、本研究においても、「患者の安全を優先する」というバランスの取り方において、看護婦は自己の体力的な面から責任の取れる範囲を見極め、患者の意志を尊重しようと配慮するのではなく、患者が傷つかないように配慮していたことが明らかになった。その反面、「行動制限指示棒をねじ曲げてでも患者の意志を尊重する」というバランスの取り方において、経験豊富な看護士は自分の体力、説得力などの自己の特性、そして患者の状態や患者との関係性等を考え合わせた上で、行動制限指示棒をねじ曲げ、患者の意志を尊重しようと配慮し、患者の行動は拡大されていた。このように、看護婦の性差および力的な側面によって行動制限の状況が変わり、倫理的配慮の形が変化することがあるのは事実である。

しかし一方では、「行動制限の中で患者の意志を尊重する」というバランスの取り方において、経験豊富な看護婦は、あらゆるものに拒否的であり、中でも女性に対して拒否的で、概ね看護士が担当する患者に関わる上での限界を、複数の目での観察や刺激遮断などの様々な看護行為を通して乗り越え、責任の取れる範囲を拡大していたことも事実である。これは、単に性差や力的な側面という枠だけにとらわれるのではなく、患者との関わりの経験を通して、様々な看護技術を獲得し、そのエキスパート性を高めることによって、また患者の状態も踏まえて、自らの責任の取れる範囲を拡大させていったといえる。前述の「病棟の秩序を優先する」というバランスの取り方において見られた、看護婦自身の身の安全を守ろうとする配慮も、男女間の体力的な差によって取られた気配りというよりは、看護婦の性差が何らかの関連を及ぼしているであろう患者の病状によってもたらされた配慮といえる。「患者の安全を優先する」というバランスの取り方で挙げた例も、看護婦の体力的な側面も関わってはいるが、患者の病状も踏まえての配慮であった。このように、倫理的配慮は看護婦の性差およびその力的な側面だけでなく、その時々患者の状態や周囲の環境、看護婦

の経験、患者との関係性等、様々な要因によってその形を変えていくものであるといえるだろう。

高橋³¹⁾は、日頃精神科救急医療施設で働く内容的には、看護師と看護婦の立場は変わらず、必要とされる役割を、必要とされる者がその時々に向うことの重要性を打ち出している。そして看護婦の性差に関係なく、その人ができること、できないことを見極め、できない部分は無理せず、他者が援助することが精神科看護では必要なことであるとしている。そして、その見極める段階で、経験年数や性別に関係なく話し合いを持ち、より多くの意見や問題点等を出してそれらを活かしていくべきであるとも述べている。この高橋の考えは、看護婦がそれぞれの特性や患者の状態などを踏まえて、互いを補い合い、活かし合っていくとする気配り、配慮を含んでいるといえるだろう。行動制限と患者の意志の尊重のバランスにおいて、看護婦の性差はその倫理的配慮を形づくる上での1つの要因ではあるだろうが、この性差を力的な側面としてだけ捉えるのではなく、互いの特性として捉え、その時々状況に応じて互いを活かし合うという姿勢を持つことも重要であると思われる。そして、この姿勢も倫理的配慮の中核を担っているといえるだろう。

なお本研究では、研究の場所は1施設であり、またデータ収集期間も5ヶ月間と短い。今後さらに、看護婦の性差など様々な側面から、倫理的配慮について検討していかなければならないと考える。

3. 安全性の重視と看護婦個人の許容度の修正

本研究において、行動制限と患者の意志の尊重のバランスとして、「患者の安全を優先する」「第一に患者の意志を尊重する」「病棟の秩序を優先する」という3つのカテゴリーが抽出された。一方、アメリカにおける精神科救急や急性期治療病棟などで暴力的になる、またはなる可能性のある患者に出会った時の看護婦の倫理的な問題として、Fisher³²⁾は、「患者の自律性を支援することと病棟の安全性を維持する必要性とのバランスを取る」「距離を取る必要性と治療関係を築きたいという思いとのバランスを取る」「“正しいことを行いたい”という思いと同僚に合わせる必要性とのバランスを取る」という3つのバランスを明らかにしている。

このFisherの研究では、「患者の自律性を支援することと病棟の安全性を維持する必要性とのバランスを取る」というカテゴリーにおいて、患者、看護婦、同僚の安全性の問題が取り上げられており、いつも看護婦たちは自分自身の安全を考えており、治療的な相互作用よりも安全を重要視する姿勢を打ち出していた。

また看護婦たちは、同僚から仕事がやりやすいようにするという圧力を受けており、患者に対する看護婦個人の許容度が病棟のルールや治療理念によって修正されてしまうことも指摘していた。

本研究でも、女性に対してのみではあるが、暴力的になる患者に対する看護行為で安全性に関わる倫理的な配慮がみられていた。そして、看護婦自身の身の安全に配慮したり、他の看護婦に危害が及ばないようにと配慮していた。こうした配慮の結果、本研究では、看護士が看護婦にあわせて対応を統一し、同僚の安全を確保するためとはいえ、男性である自分の前では不穏状態でない患者に抑制を行うことに多少なりともジレンマを感じていたのも事実である。これは同僚からの圧力というほど激しいものではないが、同僚に配慮していることから生じる倫理的ジレンマであり、看護士の個人的な患者に対する許容度が病棟によって修正されている状況といえる。

一方、看護婦は「看護婦自身の身の安全を優先する」というバランスを取っており、これもこのFisherの研究によって明らかにされた“自分自身の身の安全についていつも考えて行動している”というアメリカの看護婦と同じ考え方であった。アメリカにおいても日本においても、暴力的な患者に出会うと病棟の秩序を維持するために倫理的ジレンマが起こり、個人の許容度も病棟の状況によって修正されていた。そして最終的には、何よりも患者、看護婦自身、同僚の安全を重視するという結果に導かれていき、安全性を重視したバランスを取っていった。こうした倫理的な問題の様相は、アメリカにおいても日本においても共通のものといえる。

また、このように看護婦個人の許容度が病棟の状況によって修正されることについて、看護婦はその時々状況を十分に理解していかなければならないということも、合わせてFisherは指摘している。患者に対する一貫性のある関わりは、患者自身にとって、看護婦にとって、またチームにとって重要ではあるが、その一貫した関わりが、その時の患者の状態に応じたものになっているか適宜見ていく必要がある。これも重要な倫理的配慮の視点といえるだろう。また、チームの関わりが必要以上のコントロールになっているような場合には、適宜話し合いを持ち、看護婦間で調整を図ることができるようなチームワークも、倫理的配慮において重要であると言えるだろう。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究では、病棟のルール上経験豊富な看護婦が保護室を担当することが多く、精神科の経験の少ない看護婦が保護室担当になっていた時にはデータをできるだけ多く収集するように努めたが、どうしても経験豊富な看護婦のデータ数に比べて少なくなってしまった。病棟のルールが、そのままデータ収集の偏りになっているといえる。そのため、本研究では看護婦の精神科での経験年数と倫理的配慮の関連性など、比較検討が十分に行えなかったという限界がある。今後、長い期間継続的に、また他の精神科救急医療施設の保護室においても研究を重ね、さらに検討していく必要があると思われる。

また本研究では、患者の意志をその時々々の患者の言葉や行動から読み取ることしかできないという限界があった。今後、看護婦の患者に対する関わりを長い期間で継続的に捉えたいうえで、倫理的配慮を検討することが求められるだろう。

また本研究は、1ヶ所の精神科救急医療施設の保護室棟を対象にした研究であるため、本研究の結果が、必ずしも他の施設においてあてはまるとは限らない。今後、他の精神科救急医療施設においても、比較研究を重ねていかなければならないと考える。

この論文は、1996年度聖路加看護大学大学院修士論文の一部を加筆・修正したものである。本研究をすすめるにあたり、前聖路加看護大学精神看護学教授中山洋子先生に終始貴重なご指導を賜りました。厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 江畑敬介他編：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、1994。(金子の序文の引用)
- 2) 計見一雄：精神救急ハンドブック、新興医学出版社、9、1992。
- 3) 飛鳥井望：わが国における精神科救急医療の実情、精神保健政策研究4、日本精神保健政策研究会、20—22、1995。
- 4) 平田豊明：精神科救急システム整備の現状と問題点、医療'95、11(8)、36—40、1995。
- 5) 中島節夫：精神科急性期医療《急性期医療の将来の展望》、日本精神病院協会雑誌、15(3)、9—17、1996。
- 6) 計見一雄：精神科救急の現状と課題、バーンアウト寸前どう支える？、医療'93、9(3)、46—49、1993。
- 7) 萱間真美：精神分裂病急性期の患者に対する看護ケ

アの意味とその構造、看護研究、24(5)、455—473、1991。

- 8) 平田豊明：千葉県精神科医療センターの診療システムと10年間の診療データ、開設10周年記念論考集、千葉県精神科医療センター、9—29、1995。
- 9) 厚生省保健医療局精神保健課監修：わが国の精神保健、平成7年度版、495—496、1996。
- 10) 筒口由美子：早期退院を目指す入院生活の援助、“精神科救急”病院の試みから、看護実践の科学、17(10)、49—53、1992。
- 11) 渡辺好江他：千葉県精神科医療センターにおける個室の使い方と個室患者への看護、開設10周年記念論考集、千葉県精神科医療センター、45—65、1995。
- 12) 川野雅資編：看護観察のキーポイントシリーズ、精神科2、中央法規出版、105—114、1992。
- 13) 大阪府立中宮病院看護手順作成委員会編：大阪府立中宮病院精神科看護の手順、日総研出版、36、1985。
- 14) 中村仁志他：精神科看護技術に関する一検討（その2）—保護室における看護技術について—、千葉県立衛生短期大学紀要、9(1)、35—42、1990。
- 15) Garritson, S. H., Davis, A. J. : Least Restrictive Alternative : Ethical Considerations, Journal of Psychosocial Nursing, 21(12), 17—23, 1983.
- 16) Fisher, A : The Ethical Problems Encountered in Psychiatric Nursing Practice With Dangerous Mentally Ill Persons, Scholaly Inquiry for Nursing Practice : A International Journal, 9(2), 193—207, 1995.
- 17) Stuart, G. W. and Sundeen, S. J. : Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 1983, 樋口康子他監訳、新臨床看護学大系、精神看護学1、医学書院、101—105、1986。
- 18) Davis, A. : The Ethics of Behavior Control, The Nurse as Double Agent, Issues in Mental Health Nursing, 1, 2—16, 1978.
- 19) 前掲論文15), 17.
- 20) Ethical Guidelines for the Colorado Society of Clinical Specialists in Psychiatric Nursing, Journal of Psychiatric Nursing, 28(2), 38—40, 1990.
- 21) Garritson, S. H. : Ethical Decision Making Patterns, Journal of Psychosocial Nursing, 26(4), 22—29, 1988.
- 22) Forchuk, C : Ethical Problems Encountered by Mental Health Nurses, Issues in Mental Health Nursing, 12, 375—383, 1991.

- 23) 前掲書2), 51-53.
- 24) Gordon, D. R., Research Application : Identifying the Use and Misuse of Formal Models in Nursing Practice, Benner, P. : From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 1984, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論, 医学書院, 147-157.
- 27) 高橋美智子 : 一緒に働く仲間としての看護師, ころの臨床アラカルト, 3, 26, 1996.
- 28) 前掲論文27), 25-28.
- 29) 間曾富雄 : 看護師としての私, ころの臨床アラカルト, 3, 21-24, 1996.
- 30) 小澤勲 : 精神科医からみた看護師, ころの臨床アラカルト, 3, 29-33, 1996.
- 31) 前掲論文27), 25-28.
- 32) 前掲論文16), 193-207.
- 25) 前掲論文20), 38-40.
- 26) Benner, P. : From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 1984, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, 研究への適用 : 看護実践における公式モデルの使用と誤用, ベナー看護論, 医学書院, 164, 1992.

英文抄録

**Nurses' Ethical Considerations at Seclusion Rooms
in Psychiatric Emergency
— Focus on Restrictiveness and Respect for Intentions of Patients —**

Fumiko Enokido

Abstract

The purpose of this study was to examine nurses' ethical considerations through the aspect of "restrictiveness of patients" and "respect for intentions of patient". The subjects were 15 nurses who worked at seclusion rooms in a psychiatric emergency. The nurses were examined through participant observation and interviews and the data was analyzed in a qualitative method.

The findings were as follows:

Nurses' ethical considerations through the aspect of "restrictiveness of patients" and "respect for intentions of patients" were clarified such as "The balance between restrictiveness of patients and respect for intentions of patients." This balance included "giving patients' safety precedence" "giving intentions of patients precedence" "giving maintenance of unit order precedence."

Through this study, it was clarified that ethical considerations of nurses supported and strengthened patients' autonomy in restrictiveness. Also, ethical considerations of nurses were included in their clinical judgments and everyday practice. Nurses grasped patients' autonomy and responsible sphere of nurses, attached importance to safety of all, and respected for intentions of patients or prevented disadvantages for all patients, nurses, this colleagues.

Key words

Restrictiveness, Ethical considerations, Seclusion rooms
