

対象者たちは、教育プログラムにおけるグループセッションの場面と同様に、患者支援の場面で否定的感情が湧いたときには、否定的感情の背景にある患者の言動への予想や期待と、患者の実際の言動とのずれに注目するようになっていた。そしてインタビューの中で、患者との間に、どのようなずれがなぜ生じたのかについて検討することによって状況を捉え直し、相手とのずれをどうやって埋めるかについて考えるという態度を身につけていたことが語られた。

中には、患者とともに患者自身の感情についての振り返りを行った結果、患者自身がそれまで気づいていなかった他責的で攻撃的な否定的感情に気づくことができたという対象者もいた。患者は、周囲も自分も持て余していた衝動的な行動の背景に否定的感情を見出したことから、行動だけではなく感情をコントロールしていく事によって、家族関係の改善や地域生活の維持が可能になるとの見通しを得ることができたと言う。このエピソードからも、援助職が自分自身の感情に目を向けそれを率直に表現するというコミュニケーション技法が患者支援に有効であることを確かめることができた。

多くの対象者たちに感情に目を向ける態度が根付き始めた一方で、この様な態度に十分馴染んでおらず、否定的感情への注目が十分行えていないと語る対象者もいた。また疾患や病状など患者の属性によっては、医療者の率直な感情表現により患者の否定的感情を引き出し、援助関係や病状の悪化を引き起こす危険があるのではないかという不安の声も聞かれた。

D. 考察

本研究は、精神科急性期患者とその治療ケアに携わる医療者の感情に焦点を当てることによって、援助的なコミュニケーション技法を開発していくことを目的としている。考察では、今回の調査研究によって得られた結果から、医療者が自身の感情に目を向けることが、患者と医療者の人間関係や患者支援にどのような影響を与え得るかについて検討を行う。

本研究で実施した教育プログラムの結果から、医療者が自分自身の中に湧いてきた多様な感情に目を向け、それを受け入れていくことによって、患者にも同様に多様な感情があることを認められるようになることがわかった。さらには、患者と医療者の双方が、それぞれの感情を率直に表現し確認し合うことにより、相互理解が増すことも確かめることができた。

これらの結果について、これまで援助関係の基本であるとされてきた、ロジャーズのクライエント中心療法の原則である共感的・受容的な態度と対比させながら考えてみたい。共感も受容も、援助の対象となるクライエントの感情に注目し、その内容を理解し、受け入れることの重要性を強調した原則である。そして、クライエントは医療者が共感的、受容的な態度で接してくれていると実感した時に苦悩が和らぎ、それが回復や成長の出発点であることが確かめられている。

しかし、医療者は常に患者の感情とその背景を理解し受け入れることはできない。すでにふれた通り、医療者は、自らが患者に対して抱いていた予想や期待と、実際の患者の言動とがズレていた時に、否定的感情を抱くことを避けられないからである。医療者が患者に対して抱いた否定的感情をそのまま患者に投げ返せば、患者とのずれが広がってお互いの否定的感情はさらに強まり、関係性の危機が生じてくる。かといって、患者への否定的感情の表出を抑制し、共感や受容の態度を装っても患者に見抜かれる上に、自分の感情を偽ることによって心身に打撃を被ることになる。

ロジャーズ自身も後に、援助者がクライエントに対する共感や受容が困難で、むしろ否定的感情を抱いた時には、その感情を自覚した上で、クライエントとの援助関係を損ねない限りで率直に表現する必要があることに気づいた。そして、このような態度を自己一致 (congruence)

と名付け、共感と受容の土台となる第一の原則として位置付けた。ところが日本では、自己一致の概念自体が適切に紹介されず、共感と受容が殊更に強調されたという経緯があり、患者の感情には注目するが援助者の感情への注目は重視されてこなかった経緯がある。ロジャーズは、自己一致を援助者の態度についての規定に止め、自己一致を適切に実行するための工夫について具体的に述べていないため、そのことが自己一致の浸透を遅らせているという指摘もある。

本調査においても、教育プログラム実施前には感情に目を向けることを回避していた対象者がいたが、一方では患者との援助関係の構築には、率直な感情表現が前提であると考えられる対象者もいた。また対象者等は急性期病棟に勤務しているので、ロジャーズが援助関係を持ったクライアントに比べると精神機能の障害がより重篤な患者と接しているため、患者の体験や立場への共感が極めて困難な場面も多いと考えられる。患者に共感できていないことに気づきながら、そういう自分を援助職として受け入れられないとすれば、自分の感情からは目をそらさざるを得ないのも無理はない。その反対に、患者には共感できない場合も多いことを当然の事実とみなし、共感できない時はそのことを患者に明確に返すしかないと認識していた対象者も多かったと言うことになる。

教育プログラムを通じて、大半の対象者は、患者に対して抱いている否定的感情に目を向け、きめ細かく識別し、その意味理解を深めるように努めながら、自分の感じたことを患者に率直に告げ、互いの感情についての理解を共有しあうという態度を身につけたり、より強化したりすることができていた。このように、本教育プログラム対象者が体験したプロセスは、患者と医療者の感情に焦点を当てた援助的なコミュニケーション技法の開発という本教育プログラムの目的に沿ったものと考えられる。

このプロセスからはまた、ロジャーズが明確にしなかった自己一致の実践方法と学習方法についての示唆を得ることができる。例えば自分の感情を直視しようとしぬ援助職は、共感と受容を基盤に、患者に対して支持的に関わるべきであるという役割意識への囚われによって、患者への否定的感情の直視を阻害されていることがわかる。そのことへの気づきを起点に、まずは自分の感情に注目し、感情の内容を細かく識別し、それぞれの感情への臨床状況の反映についての理解を深めることができれば、患者との援助関係を損ねることを殊更に心配することなく自己一致に取り組めると考えられる。

本教育プログラムによって、対象者自身の感情を糸口にしながら患者の立場に立ち相互理解を深めることは可能であり、実際対象者たちの多くは、自己の感情の多様性を認めることにより患者の感情に思いを巡らせることが可能となっていた。また否定的感情を見つめその意味を考えることにより否定的感情を感じた本人のとらわれを明確にすることができる。今回協力者から語られた患者との感情の振り返りの体験はまさに否定的感情を糸口にした問題解決支援であったと言える。このような感情を活用した問題解決支援は、これまでコミュニケーションや相互理解が困難であると考えられてきた急性期患者とも可能であると言える。

本研究において協力者たちに見られた自己の感情に目を向けることを通じた他者理解の成立の体験から、感情を積極的にコミュニケーション活用することは有効であるといえるだろう。しかし協力者から聞かれたように、今後は患者の属性に合わせたコミュニケーション技法の開発も必要であると言える。そしてあらゆる感情にはそれぞれ重要な意味があり、それを患者支援に活用できることを多くの医療関係者が認識できるよう、現場での感情に関する教育支援も重要であると考えられる。

E. 結論

本研究では精神科急性期医療現場において、医療者が自身の感情を自覚・識別しそれを表現できるようになることで、患者への理解が増し援助関係の構築に役立つことが明らかになった。また患者、医療者双方の否定的な感情を患者の回復過程における問題解決支援に活用することの有効性が確かめられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

5) 『CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点』

○下里 誠二 (信州大学医学部保健学科)

高橋 理沙 (信州大学医学部保健学科)

西谷 博則 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)

松尾 康志 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)

北野 進 (東京都立松沢病院)

研究要旨：行動制限を最小化するに当たってスタッフへの教育は重要な意味をもつがスタッフ特に看護師の被暴力体験は攻撃性のマネジメントに影響を及ぼす。本稿では精神科での看護師の被暴力体験の認識について受けた攻撃行動と暴力の認識を調査した。結果 8 割の看護師は何らかの攻撃行動をうけそれを暴力と認識していた。また体験の後、患者に対して近づきたくないという思いをもつ者もいた。攻撃性のマネジメントを教育することで患者の攻撃性に対して適切な介入ができるようにしていくことの重要性が再確認された。

A. 研究目的

精神科臨床において暴力は行動制限に関わる重大な問題である。不穏・興奮といった行動制限に関わる症状について我々は暴力のリスクについて考える必要がある。精神科では閉鎖環境や強制入院という患者にとっては自由を制限される環境下であるという特殊性からも暴力は発生する (下里,2011)。入院処遇に対する不満はスタッフに対する攻撃性として向けられスタッフ、特に看護師が暴力にあうことも多い。このような中、スタッフが暴力に対して自信をもって対応できることはリスクを高めに見積もり行動制限を多用することを減らしていくことにつながるとされている。しかしながら実際には看護師の多くが患者から暴力を受けることを体験しており、その体験は患者への陰的感情へと発展したり関わりにも影響するとされている。行動制限を最小化するための一つの手段としてスタッフへの教育があるが 2005 年より国内でも包括的暴力防止プログラム (包括的暴力防止プログラム認定委員会編,2004) が開始され病棟内の暴力に対して患者中心のケアを目指す中で暴力を防止していくという取り組みがはじめられた。より専門的な技術を身につけることで行動制限を最小化していく (下里,2007) ことがさらに求められる。暴力は日本看護協会が 2004 年に行った調査のように殴る、蹴るなどのように行動の種類を単位として調査されることも多いが暴力は「すべての容認できないと判断される攻撃行動であって脅威を与える行為」ととらえると被害者の存在という点で受け止める側が暴力と感ずるかどうかということも大きく影響し単に攻撃をうけたということとは異なる。そこで今回は精神科病棟で働く看護師が攻撃行動についてどのように体験しているかを調査することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では暴力を「すべての容認できないと判断される攻撃行動であって脅威を与える行為」として平成 23 年に行われた「包括的暴力防止プログラムトレーナー養成研修」に参加した全国の看護師に対してアンケート調査を実施した。調査内容は性別、年齢、精神科臨床経験に加えこれまでの精神科臨床の中で受けた攻撃行動について経験しており暴力と認識する体験をした、

経験しているが暴力とは認識しなかった、経験していないについてと暴力についての認識を聞いた。項目は身体接触を伴うものとして腕を引っ張られる、軽く叩かれる、つねられる、ひっかかれる、爪を立てられる、かまれる、殴られる、平手打ち、けられる、ものをなげられる、もので殴られる、つばをかけられる、水をかけられるをあげ、次に身体接触を伴わないものとしてからかわれる、皮肉を言われる、馬鹿にされる、舌打ちされる、罵声を浴びせられる、物を壊す、つばを吐かれるがかかっているをあげた。また性的なものとしてわいせつな発言、身体を触られる、抱きつかれる、髪の毛を触られる、身体を見られる、性交渉を求められるとした。

さらに最も衝撃的だった体験からどのような感情を受けたか、加害者に対してどう感じたかについて調査した。これらの項目は日本看護協会の調査を参考にした大迫（2005）の項目に坂本・下里（2007）を参考した。これらは経験したことがあるかを聞くためこれまでの精神科に勤務する中での体験を聞いた。さらに暴力事象への介入する頻度については思い出しバイアスが大きいことから過去一年間での経験を聞いた。

（倫理面への配慮）

本研究にあたって信州大学医学部倫理委員会の承認を受けた。対象者には書面により個人が特定されないこと、研究参加が任意であること、途中中断できること、拒否しても不利益を被らないことを説明し書面で同意を得た。データは匿名化し外部と遮断された機器で処理した。

C. 研究結果

1. 対象

調査は2011年に行われた「包括的暴力防止プログラムトレーナー養成研修」の参加者から集められた。対象138名に対して呼びかけを行い回収された130名のうち、精神科臨床経験のないものについては除いた。結果総施設数48施設、123名が分析の対象となった。このうち性別では男性76名、女性47名であり、年齢では20代28名、30代52名、40代35名、50代8名であった。調査時点で所属していた病棟を大まかに急性期慢性期と分けると急性期病棟43慢性期病棟41名でその他が35名いたがその他には訪問看護部門、外来、思春期専門病棟、アルコール薬物専門病棟、医療観察法病棟などが含まれていた。無回答は4名であった。

職位は師長級12、副師長、主任級20名、一般スタッフ89名で無回答が2名いた。精神科の臨床経験は5年以内が35名、10年以内が42名、20年以内が35名、20年を超える者も10名いた。

2. 暴力事象への介入の程度

過去一年の間にどのくらい暴力の場面に介入する機会があったかを聞いた。0回が17名、5回以内が66名、10回以内は14名、20回以内が6名、20回を超えるものも6名おり、最大では50回という回答があった。

3. 経験した攻撃行動と被暴力体験

1) 暴力を受けた体験（表1）

攻撃行動は身体的接触を伴うもの、身体的接触を伴わないもの、性的なものに大別した。

身体的攻撃行動の何らかを経験し暴力を受けたと認識したものは123名の内102名で82%が身体接触を伴う被暴力体験を有していた。

暴力と認識した経験があるのは腕を引っ張られる 19.5%、軽く叩かれる 35.3%、つねられる 40.7%、ひっかかれる 44.7%、爪を立てられる 37.7%、かまれる 31.0%、殴られる 53.4%、平手打ち 32.4%、けられる 54.7%、ものをなげられる 40.0%、もので殴られる 21.37%、つばをかけられる 30.8%、水をかけられる 23.4%で経験はあるが暴力とは認識していないものでは腕を引っ張られる 61.8%、軽く叩かれる 57.7%、つねられる 33.6%、ひっかかれる 41.2%、爪を立てられる 41.2%、かまれる 14.1%、殴られる 7.7%、平手打ち 9.0%、けられる 15.3%、ものをなげられる 31.8%、もので殴られる 3.7%、つばをかけられる 33.6%、水をかけられる 36.4%であった。

身体接触を伴わない攻撃行動では何らかの経験があり暴力を受けたと認識していたのは 84 名で 68%であった。

経験があり暴力と認識していたのはからかわれる 12.7 %、皮肉を言われる 21.0 3%、馬鹿にされる 25.2 %、舌打ちされる 7.1 %、罵声を浴びせられる 47.1 %、物を壊す 50.9 %、つばを吐かれるがかかっている 21.1%であり、経験はあるが暴力ではないと感じているものはからかわれる 56.3%、皮肉を言われる 68.9%、馬鹿にされる 52.1%、舌打ちされる 63.7%、罵声を浴びせられる 36.9%、物を壊す 29.4%、つばを吐かれるがかかっている 43.1%であった。

性的な行動では 29 名が何らかの行動で暴力を受けたと認識していた。項目はわいせつな発言 17.5%、身体を触られる 15.1 %、抱きつかれる 11.9 %、髪の毛を触られる 6.6%、身体を見られる 1.0 %、性交渉を求められる 6.9%で、経験はあるが暴力とは認識していなかったものではわいせつな発言 49.5%、身体を触られる 51.8%、抱きつかれる 49.5%、髪の毛を触られる 43.3%、身体を見られる 27.4%、性交渉を求められる 23.5%であった。

2) 衝撃的だった体験後に感じたこと (表 2)

もっとも衝撃的だった体験の後でどう感じたかを聞いた。経験があったのは痛い 32.5%、つらい 31.7%、悲しい 30.9%、せつない 18.7%、逃げたい 17.9%、腹立つ 38.2%、いらいらする 16.3%、相性が悪い 7.3%、しょうがない 19.5%、どうして暴力を受けたのか 20.3%、病気としての症状 44.7%、患者がかわいそう 1.6%、自分が悪い 20.3%であった。

3) 衝撃的体験後に加害者に対して感じたこと (表 3)

もっとも衝撃的だった体験の後で加害者に対してどう感じたかを聞いた。

怖くなった 22.0%、近寄りたくない 38.2%、やり返したい 7.3%、辞めなくなった 8.1%、やる気がなくなった 11.4%、やる気が上がった 2.4%、次はうまく接しよう 43.6%、ストレスを感じた 42.3%、看護に疑問をもった 15.4%あった。

D. 考察

身体的接触を伴う攻撃行動で暴力を受けたと感じた経験は 82%であり、大迫らの報告の 89%とほぼ同様であった。本研究では暴力と認識したかどうかを分けて聞いたが腕を引っ張られる、は暴力と認識しないもので経験しているものが 50%程度いた一方暴力と認識されているものは 19%程度と暴力でないと感じているものも多く、殴られるや蹴られるは 50%が経験し暴力と感じていた。経験しても暴力と認識しないものは少なく、攻撃の激しさにより暴力と認識するかどうかに変化していた。暴力という問題は脅威を受けた側の認識にも影響されており、「暴力」という言葉をつかうことについては注意が必要であろう。ただし少なくとも 8 割を超えて暴力を受けたことがあるという認識があることについてはやはり専門的な対処技術は不可欠であると考えられる。

身体的接触を伴わない攻撃行動では「物を壊す」行動以外のものでは暴力と認識しない経験

をしているものが多く、性的なものでも暴力と認識されないものが多かった。

言語的な攻撃行動や性的な言動は専門職として患者が対人的な社会生活技能の低さからこれらの行動をすることを知って関わっているためとも考えられるが暴力と認識される経験もすくなくならずあり、他者に脅威を与えない行動ができるような社会生活技能の獲得に向けた援助も重要であると考えられる。

暴力体験の後看護師は約30%でつらく悲しいと感じていたが一方腹が立つ体験も38%が経験しており「近づきたくない」と感じた。さらには7.3%ではあったが「やり返したい」と感じていた。こうした感情の動きは患者に対してのコミュニケーションを行う上で重要とされている「自分をコントロールして対応する」(包括的暴力防止プログラム認定委員会編,2005)という攻撃行動に対する適切な介入を阻害することにつながる。攻撃行動に対処する技術の中ではやはり看護師自身が自分をコントロールしつつ落ち着いて関わるのが重要となると考えられる。

本年度は看護師の暴力ととらえる攻撃行動と感情について調査したがスタッフの教育は患者の暴力を防ぐための重要な要素であり(下里,2007)スタッフが「隔離でなくとも我々の専門技術をもって対応できる」範囲を広げることで行動制限が最小化されるように方法論を検討していく必要があると考えられた。

E. 結論

本年度は看護師の暴力ととらえる攻撃行動と感情について調査した。結果80%のスタッフは精神科の臨床経験の中で暴力と認識する体験を有していた。またそこには様々な感情が生じており、看護師自身が自己コントロールをしつつ介入する技術の重要性がうかがわれた。

本研究では研修参加者を対象に行ったため、全国の施設から参加者がおり、各病院から推薦された職員が参加したため幅広くデータは集められた。しかしながら特定の研修の参加者という点で完全にランダムには行えず今後さらにデータ量を増やす必要があるだろう。

参考文献

- 1) 包括的暴力防止プログラム認定委員会編, 医療職のための包括的暴力防止プログラム, 医学書院, 東京, 2004.
- 2) 下里誠二: 暴力防止ケア 精神看護出版日本精神科看護技術協会編「実践精神科看護テキスト10 行動制限最小化看護」, pp.190-197, 精神看護出版, 東京, 2007.
- 3) 大迫充江、鍋田芳子、瀬野佳代他: 患者から受ける暴力とサポートの実態 精神科看護師へのアンケートによる量的研究日本看護学会論文集, 看護管理, 35号, 336-338, 2005.
- 4) 坂本岳之、下里誠二: 看護学生が実習中に患者から受ける暴力および暴力の認識の実態調査, 日本看護研究学会雑誌, 3, 170, 2007.
- 5) 下里誠二: 安全・安心を保障する技術 暴力への対応 CVPPP, 精神科臨床サービス, 11(3), 408-412, 2011.

F. 健康危険情報: なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 下里誠二: 安全・安心を保障する技術 暴力への対応 CVPPP. 精神科臨床サービス, 11(3), pp408-412, 2011.

- 2) 四町田悟、吉村武、栗田康弘、青山純一、阿部宏、村上茂、西田幸一、下里誠二、荒木孝治：患者が期待するトラブル時の看護介入とは。精神看護，14(2)，pp58-65。2011.
- 3) 森千鶴、高橋理沙：日本語版薬物と薬物関連問題に対する態度尺度の妥当性と信頼性の検討，医学と生物学。155(8)，462-468，2011.

2. 学会発表

- 1) 高橋理沙、森千鶴：医療観察法病棟における薬物使用障害患者に対する態度－薬物使用障害患者の受け持ちの有無による比較から，第10回日本アディクション看護学会学術集会，2011年10月2日，茨城，
- 2) 高橋理沙、森千鶴：医療観察法病棟における看護師の職業的アイデンティティとメンタルヘルスの関連－性別の違いによる特徴，第31回日本看護科学学会学術集会，2011年12月2日，高知

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

図表

表1) 攻撃的行動と暴力体験(n=123)

	経験があるが暴力とは認識せず	経験があり暴力と認識	経験なし	無回答
身体接触を伴うもの				
腕を引っ張られる	73	23	22	5
軽く叩かれる	67	41	8	7
つねられる	38	46	29	10
ひっかかれる	47	51	16	9
爪を立てられる	47	43	24	9
かまれる	16	35	62	10
殴られる	9	62	45	7
平手打ち	10	36	65	12
けられる	18	64	35	6
ものを投げられる	35	44	31	13
もので殴られる	4	23	81	15
つばをかけられる	36	33	38	16
水をかけられる	39	25	43	16
身体接触を伴わないもの				
からかわれる	62	14	34	13
皮肉を言われる	82	25	12	4
馬鹿にされる	60	29	26	8
舌打ちされる	72	8	33	10
罵声を浴びせられる	44	56	19	4
物を壊す	33	57	22	11
つばを吐かれるがかかっていない	47	23	39	14
性的なもの				
わいせつな発言	51	18	34	20
身体を触られる	55	16	35	17
抱きつかれる	54	13	42	14
髪の毛を触られる	46	7	53	17
身体を見られる	28	1	73	21
性交渉を求められる	24	7	71	21

表2) 最も衝撃的だった体験の後の気持ち

	あり	なし	無回答
痛い	77	40	6
つらい	78	39	6
悲しい	79	38	6
せつない	94	23	6
逃げたい	95	22	6
腹立つ	70	47	6
いらいらする	97	20	6
相性が悪い	108	9	6
しょうがない	93	24	6
どうして暴力を受けたのか	92	25	6
病気としての症状	62	55	6
患者がかわいそう	115	2	6
自分が悪い	92	25	6

表3) 衝撃的体験後加害者にどう感じたか

	あり	なし	無回答
怖くなった	90	27	6
近寄りたくない	70	47	6
やり返したい	108	9	6
辞めたくなった	107	10	6
やる気がなくなった	103	14	6
やる気が上がった	114	3	6
次はうまく接しよう	66	51	6
ストレスを感じた	65	52	6
看護に疑問をもった	98	19	6

5) 『司法病棟における常時観察の現状と問題点』

5) -1 「常時観察の運用状況と一般精神医療への還元」

○熊地 美枝 (独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院)

美濃由紀子 (東京医科歯科大学大学院)

高橋 直美 (東京医科歯科大学大学院博士後期課程)

宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院)

研究要旨：本研究では、これまで行ってきた常時観察の実施状況をより明らかにしていくこと、また、得られた知見の一般精神医療への還元の可能性について検討することを目的としている。常時観察期間は、回復が順調な場合は、おおむね1週間以内に終了するケースが多いと推測され、長期化する場合には、サポート体制を要すると考えられた。

医療観察法病棟の開設当初と比べると常時観察の運用方法が変化しており、病棟内でも個々の看護師により認識に相違があるため、標準化に向けた知見の積み重ねを要することが確認できた。

精神運動興奮・不穏が常時観察の理由となっている場合に、隔離や拘束などの行動制限を伴う常時観察となるケースが多く、行動制限を伴わない常時観察の実施回数は減少していた。その背景には、看護師の恐怖・不安などを背景として、常時観察を行動制限と一緒に実施することが慣例化しつつあるなどの事情が考えられた。しかし、行動制限を伴わない常時観察の行動制限最小化への効果が確認できるため、行動制限を伴わない常時観察を積極的に実施している施設では、常時観察の開始をどのように判断し、常時観察中はどのような関わりをもっているかについて明らかにしていく必要がある。

一般精神医療への還元については、常時観察の経験から、状態の悪い患者に対して、行動制限という選択肢以外の、関わりによる効果の可能性を提示でき、看護師の選択肢の幅を広げることができると考えられた。

A. 研究目的

これまで、医療観察法指定入院医療機関では、入院対象者の精神症状が不安定なときや暴力リスクや希死念慮が高まっているときに、看護師が入院対象者の訴えを聴くなど関与し続けながら観察を継続する常時観察を実施してきた。本研究では、看護師を対象とした半構造化面接を通じて、これまで行ってきた常時観察の実施状況をより明らかにしていくこと、また、得られた知見の一般精神医療への還元の可能性について検討することを目的としている。

B. 研究方法

医療観察法指定入院医療機関である2病棟において、ピアレビューを実施し、病棟の治療環境についての参与観察と併せて、診療支援システムから得られた記録データと看護師へのインタビューデータから常時観察の実施状況について分析・検討を加えた。

診療支援システムからは、責任観察画面より常時観察の情報を確認し、常時観察理由や実施

回数、行動制限の有無、実施日数などを収集した。

インタビュー内容は、①行動制限の現状、②常時観察の運用状況、③常時観察時の関わり、④行動制限と常時観察の関連、⑤一般精神医療への還元、など5項目とした。インタビュー内容は録音し、逐語録に起こして、質的帰納的分析を行った。なお、録音の同意が得られない場合には、研究者2名でインタビューを行い、1名がその場で筆記した。

倫理的配慮については、紙面と口頭にて、研究目的や内容について説明し、プライバシーが保護されること、拒否や中断する権利があることなども伝え、同意を得た。

C. 研究結果

1. 診療支援システム（表1,表2参照）

ピアレビュー当日の入院対象者の中で、入院全期間を通して、常時観察の経験のある対象者は、A施設では2名（約11%）、B施設では7名（約20.6%）であり、実施割合に差がみられた。常時観察を実施した理由は、精神運動興奮・不穏が多く、次いで自殺企図や他害のリスクであった。自殺企図や自傷リスクが理由の場合には比較的行動制限を伴わない常時観察が実施されているが、精神運動興奮・不穏が理由となっている場合には、隔離や拘束を伴うことが多かった。常時観察の実施回数は、大部分の患者の場合は1~2回であるが、2例は断続的に複数回実施されていた。総実施日数も、多くは1週間以内であったが、断続的に実施されている2事例については、それぞれ117日間と749日に及んでおり、治療困難例であることが伺えた。また自殺企図の3例は4日以内で終了しており、効果的に常時観察が運用されていることが確認できる。

2. 看護師インタビュー

研究同意の得られた看護師6名にインタビューを実施した。看護師の内訳は、男性4名女性2名で、医療観察法病棟経験は10か月から5年であった。（表3参照）インタビュー結果は以下に述べる。〈 〉はカテゴリ、「 」はインタビュー内容を示す。

1) 常時観察運用状況（表4参照）

常時観察の開始は、原則として〈MDT中心に判断〉することが多く、〈多職種参加による判断〉を意識している。しかし、病棟開設から数年を経て、常時観察それ自体は看護師が実施するため、多職種での判断機会が少なくなってきたことを感じたり、他職種とは判断内容にギャップを感じるなど、〈多職種間の判断参加意識の差異〉を感じている看護師もいた。また、開始の判断については、病棟状況なども踏まえて考えており、〈判断に迷う〉ことがありながらも、観察レベルをあげる必要があることについては、その場にいるスタッフで〈迅速に判断〉して開始していた。

対象者への常時観察に関する説明の実施に関しては、看護師個々に認識が異なっており、必ずしも「説明すると規定したマニュアルはない」として、個別の判断に任されていた。そのた

め、〈説明なし〉で常時観察が実施される場合と〈説明あり〉で常時観察が実施される場合とが混在していた。

常時観察の終了は、看護師のやりとりや生活状況などの〈対象者の変化を察知〉して判断しており、〈看護師判断〉の場合もあるが、多くは〈MDTで判断〉していた。他スタッフから終了への〈プレッシャーを受ける〉ことによって、終了につながった場合もあると語る看護師もいた。

常時観察中の関わりは、〈前室対応〉の場合には、窓越しでのやりとりとなるため、関わりには限界がみられた。また、観察であることを重視し、あえて「刺激にならないよう」にと考え、〈距離を置く〉ことを重視している看護師もいた。一方、「会話が一方的で成り立たない」場合でも、〈状態に合わせて話す〉など、やりとりできる機会を探っている看護師もいた。また、常時観察のきっかけとなった〈行為の振り返り〉を行うなど、積極的な働きかけを行っていた。対象者の状態によっては「攻撃的言動」や「居心地の悪い」思いをし、〈精神的苦痛〉を感じながら、常時観察を実施していた。

多くの看護師が、常時観察により「対象者が呼んだらすぐに対応できる」ことや「危険な行為を防げる」など〈迅速に対応できる〉ことを実感していた。また、対象者と共にすごすことで、対象者の〈変化がわかる〉ため、調子のよい時間を見出すことにもつながっていた。関わり続けることで対象者が〈落ち着く〉体験をしている看護師の場合、対象者と看護師の双方にとって「話したいときにすぐに話せる」〈話し合いの機会〉として重要視していた。さらに、常時観察の経験そのものを〈今後の関わりの足がかりになる〉として、活用できる可能性を感じていた。

常時観察の運用方法は、病棟開設当初に比べると徐々に変化していた。開棟当初は直接観察を重視していたため、モニター上の常時観察は禁止されていたが、ケースによってはMDT判断に任せるという形からモニター上の観察も認められ、現在では選択肢の一つとして運用されるなど、時間の経過とともに〈優先順位の変化〉が生じていた。そのことは、常時観察に関しての〈基準がない〉こととも関連しており、「常時観察のマニュアルがない」ため、新しく配属された看護師は「わかる人に聞きながら実施」することとなり、常時観察の運用が十分共有されないことにもつながっていた。

2) 行動制限と常時観察の関連 (表5参照)

対象者の行動制限なしに〈フリーの状態〉で常時観察が実施されるケースとしては、「隔離終了後の行動範囲を広げる際」と「常時観察のみで、隔離拘束に至らずに通常生活に戻れた」ケースが確認できた。しかし、「隔離拘束なしの常時観察は怖いし危険」であると〈行動制限なしの常時観察への抵抗感〉を抱く看護師が増え、〈行動制限なしの常時観察の減少〉傾向が生じていた。そのため、不穏状態では〈行動制限とセットで運用〉されていることが当然の選択となっていた。

常時観察の行動制限最小化への効果については、〈手応えがない〉とする看護師がいる一方で、常時観察のみで〈行動制限に至らない〉で回復した事例では「対象者の回復が早いという感触がある」ことから、常時観察により行動制限期間が〈短くなる感触〉を得ている看護師もいた。

3) 一般精神医療への還元 (表 6 参照)

常時観察では、対象者の〈そばにいることの意義〉を感じられるため、一般精神医療でも実践できればよいが、そのためには〈マンパワーの必要性〉が大きく、現状では、看護師の配置が十分ではないので、常時観察をそのまま導入することが困難であろうと捉えていた。常時観察の体験から、部分的に導入できることとして、関心を持って〈患者をよくみるということ〉や〈隔離されている患者像の理解を踏まえた関わり〉を推奨していた。

また、患者が不調な状態でも、否応なしに行動制限を行なうのではなく、〈関わることで落ち着く選択肢を増やす〉ことに寄与できると指摘していた。「患者に関わることでどうにかなりそうだ」という考え方の共有が不足しているため、行動制限の選択になることも多いと感じており、その際に、看護師が関わる、ゆっくり話をするという選択肢を看護師自身の中で増やしていくことが、結果的に行動制限を減らすことにつながると認識していた。

D. 考察

1) 常時観察の運用

常時観察実施日数について、これまでの研究結果¹⁾も踏まえて検討を加えると、おおむね 1 週間以内に終了する場合は標準パターン、つまり回復が順調なケースと予測される。本研究の結果知り得た総実施日数が 100 日を越える事例では、看護師の負担も大きく無力感・徒労感が共有されている様子が伺われた。今後は、常時観察の標準パターンを超えて長期化する事例について、対象者のみならず臨床状況も合わせて事例の特徴を明らかにし、総合的な対策を検討していくことが求められる。治療困難事例については、当該病棟内のみでの検討では限界がある場合もあり、近接地域の医療観察法病棟スタッフが集まり、検討できる機会の確保や、ピアサポート・相互スーパービジョンなどによるサポート体制を考慮していく必要があるだろう。

常時観察の運用方法に関しては、病棟内でもマニュアル等がなく、経験者に聞くことで対応していた。そのため、常時観察中の関わりのスタンスも看護師個々の考え方により違いがみられた。標準化されることの是非もあるため、慎重に検討していく必要があるが、少なくとも経験の中で効果を得られた関わりについては知見を積み重ね、多くの看護師の関わりに活かしていくことが必要ではないかと思われる。

アメリカ精神看護協会 APNA²⁾ では、隔離の際には最初の 1 時間は継続観察をすること、身体的拘束の場合は 1 対 1 の継続的な観察を行うことを実施基準として設け、できるだけ早い解除の重要性を指摘している。常時観察と行動制限との関連では、対象者の回復の早さや隔離期間

の短縮を感じている看護師もおり、APNAの実施基準以上の関わり（隔離でも常時観察であること）を行なうことによって、手ごたえを感じているといえる。

しかし、現状では、対象者が不穏状態の場合に、対象者の行動を制限しない形で実施する常時観察がほとんど実施されなくなり、隔離・拘束などなんらかの行動制限下での常時観察の運用が慣例化してきたことが明らかとなった。行動制限がない状況下での常時観察の実施では、「常時観察をしていて隔離拘束せずに通常の生活に戻れたケース」も体験されており、行動制限への効果も期待できるため、実施に向けての方策を考えていく必要があると考える。

本研究からは、看護師の恐怖や不安などから、隔離拘束を伴う形での常時観察が慣例化し、行動制限なしの常時観察の実施の選択を困難になっていることが明らかになった。この結果から、常時観察中の看護師に必要とされるスキルを明らかにし共有していくこと、常時観察の運用基準や意義について整理し共有することなどによって、行動制限がない状況下での常時観察の可能性を広げていく必要があることが導かれる。

本研究では、常時観察の開始を判断する際の根拠の中身が十分に明らかにできなかったが、開始判断を早めることによって、行動制限なしの状態での常時観察がしやすくなり、かつ、行動制限なく回復をたどることができる可能性も高まって、医療者、対象者両者にとって有用であると思われる。今後は、行動制限を伴わない常時観察を積極的に実施している施設の状況について調査し、常時観察開始判断と常時観察中の関わりを明らかにし、知見を積み重ねていく必要があるだろう。

2) 一般精神医療への還元

大部分の看護師が述べていたように、常時観察そのものの一般精神医療での運用にはマンパワーの問題があり、現状では難しいといえる。一方で看護師は、指定入院医療機関での看護経験を一般の精神科病棟での看護経験と比較しながら、関わり方への応用は可能であると述べている。すなわち、常時観察の経験の中から、一般精神科病棟でも活用可能な知見を導きだし還元することは可能であるという手ごたえを感じている。隔離中の関わりについて、単に隔離時の対応として形式的に捉えるのではなく、“隔離されている患者像の理解を踏まえた関わり”の必要性などを述べている看護師もいる。看護の対象となる患者がどのような状態にあったとしても、患者に対して肯定的かつ積極的な関心を持ちながら関わることで回復に大きく影響することを再確認していく必要があるだろう。

また、患者の状態が悪い時に、隔離拘束だけではなく、話をすること、関わることを選択肢の一つとしてもちながら関わることで重要ではないかと指摘する看護師もいた。そういう意味で、常時観察の経験は、看護の選択の幅を広げる一助になると捉えることができる。

今後、常時観察時の対象者とのやりとりの詳細をさらに明らかにしていくことによって、人間的関わりでの治療・ケア効果を提示し、一般精神医療にも活用できるのではないかと考える。隔離・身体的拘束の減少には組織的な指導力が重要な要素となることなどが指摘³⁾されている

ため、常時観察の知見の積み重ねを集約し、常時観察の中心となる枠組みを確立し提示していくことが必要となるだろう。

E. 結論

- 1) 常時観察が長期化する場合は、看護スタッフへのサポート体制を整える必要がある
- 2) 精神運動興奮・不穏が常時観察の理由となっている場合には、隔離や拘束などの行動制限を伴うことが多い
- 3) 行動制限を伴わない常時観察を積極的に実施している施設では、行動制限最小化への効果が確認できるので、常時観察開始判断と常時観察中の関わりを明らかにしていく必要がある
- 4) 病棟開設当初にくらべ常時観察の運用方法が変化しており、病棟内でも個々の看護師により認識に相違があるため、常時観察の標準化に向けた知見の積み重ねを要する
- 5) 常時観察の経験から、一般精神科医療に対して、状態の悪い患者に対して行動制限だけではない関わりを選択肢を提示することによって看護の幅を広げることができる。

(引用文献・参考文献)

- 1) 熊地美枝、美濃 由紀子、高橋直美、宮本 真巳：医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－. 日本精神科看護学会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 54(3), pp177-181, 2011.
- 2) Seclusion and Restraint Standards of Practice: The American Psychiatric Nurses Association. May, 2007.
- 3) Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. J Psychosoc Nurse Ment Health Serv. 42(9):22-33, 2004.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

○熊地美枝、美濃 由紀子、高橋直美、宮本 真巳：医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－. 日本精神科看護学会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 54(3), pp177-181, 2011.

2. 学会発表

○熊地美枝、美濃 由紀子、高橋直美、宮本 真巳：医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－. 日本精神科看護学会 第18回 専門学会Ⅱ, pp177-181, 2011年12月(岐阜)

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表 1. 常時観察実施状況 (1) (A 施設)

	対象者①	対象者②
常時観察理由	自殺企図	精神運動興奮
回数	1 回	断続的
常時観察時の 行動制限	隔離	隔離、拘束 病棟内
常時観察実施日数 (合計)	3 日間	117 日間

表 2. 常時観察実施状況 (2) (B 施設)

	対象者①	対象者②	対象者③	対象者④	対象者⑤	対象者⑥	対象者⑦
常時観察理由	暴力リスク 不穏 転倒予防	多動 不穏	不穏	自殺企図	自殺企図	迷惑行為 自傷行為	自傷他害リスク
回数	断続的	1 回	1 回	2 回	1 回	2 回	1 回
常時観察時の 行動制限	隔離、拘束 ユニット内	隔離 拘束	隔離	ユニット内	病棟内	ユニット内	病棟内
常時観察実施日数 (合計)	749 日間	70 日間	2 日間	4 日間	4 日間	6 日間	3 日間

表 3. インタビュー対象者概要

	性別	職種	医療観察法病棟経験
A	男性	看護師	2 年
B	男性	看護師	2 年 5 か月
C	女性	看護師	1 年未満
D	男性	看護師	5 年
E	男性	看護師	4 年
F	女性	看護師	5 年

表4. インタビュー結果①常時観察運用状況

項目	インタビュー内容	カテゴリー
開始判断	・ 隔離＝常時観察という認識なので自動的	<行動制限に伴い実施>
	・ 緊急 MDT で判断が多い ・ 基本的に MDT	<MDT 中心に判断>
	・ 看護師から情報がいつて最終判断 MDT	
	・ 常時観察は看護師が行うので、他職種が判断に参加しないことが多くなってきたので、もっと関与してほしいと思っている	<多職種間の判断参加意識の差異>
	・ 看護師と他職種で判断にギャップがある	
	・ 職種に関わらず観察レベルをあげる意見が出る	<多職種参加による判断>
	・ 人手が回るだろうかと気になる ・ 今常時観察をして病棟は大丈夫か	<判断を迷う>
対象者への説明	・ 問題行動がきわめて起こりそうなとき	<迅速に判断>
	・ 土日や医師がいないときなど看護師が常時判断で実施	
	・ 観察レベルをあげるときはそのときいるメンバーで決定	
	・ 説明していない	<説明なし>
対象者への説明	・ 対象者にとっては気が付くと看護師がいるという認識	
	・ 行動制限ともなっていることが多いのでそちらの説明	
	・ 隔離の説明と合わせて「付き添いますよ」と説明	<説明あり>
終了の目安	・ 説明している	
	・ 説明あるときとない時がある	<説明不明瞭>
	・ 説明するというマニュアルはない	
	・ MDT で話し合っ決めて ・ MDT にお任せ	<MDT で判断>
終了の目安	・ 観察レベルを下げるときは MDT を通してとなっている	
	・ 睡眠、食事、生活リズムが整っていること	<対象者の変化を察知>
	・ 夜眠れているかどうか	
	・ 看護師のいうことを理解できて穏やかになったら	
	・ ナースモジュールカンファレンスで判断	<看護師判断>
関わり	・ 人が足りずに、いつまで常時なのとプレッシャーをかけるスタッフがいる	<プレッシャーを受ける>
	・ 室内で付き添いながら、話ができるときは話す	<状態に合わせて話す>
	・ 会話が一方的で成り立たないので、それに対応する感じ	
	・ 前室で付き添う ・ 前室なので、窓越しで対応	<前室対応>
	・ 気持ちについての共感はずつつ、行動については悪かったという話になった	<行為の振り返り>
	・ なんでこんなことにしたのか振り返る	
	・ 介入ではないので、刺激にならないよう距離をおいて対応している	<距離を置く>
効果	・ 依存性の高い人へは話しかけられても黙っている	
	・ ずっとすごさなきやならない苦痛がある ・ 居心地が悪い	<精神的苦痛>
	・ 攻撃的な言動を避けられずにつらい	
効果	・ 対象者が呼んだらすぐに対応できる ・ 転倒した場合にすぐに対応できる	<迅速対応できる>
	・ 対象者がすぐに対応してもらえるとってくれる ・ 危険な行為を防げる	
	・ アクション起こしたいときのタイミングですぐできる	
	・ 対象者の調子の波がわかる ・ 悪い時間、良い時間、細かいリズムが分かる	<変化がわかる>
	・ 密に観察している分、捉えやすい	
	・ 距離をおきつつ、話をしつつ、最終的には椅子に座って落ち着いた	<落ち着く>
	・ タイムリーに要件を聞いていたので落ち着いた	
	・ 対象者が自分の思いを表現できる ・ 話したいときにすぐ話せる	<話し合いの機会>
・ 看護師も発信しやすい		
課題	・ 常時観察の経験をその後の対象者との振り返りに活かすことができる	<今後の関わりの足がかりになる>
	・ マンパワーの問題で容易に常時観察が選択できなくなった	<優先順位の変化>
	・ 直接の常時観察以外にモニター上での常時観察という選択肢が増えた	
課題	・ 常時観察のマニュアルがない	<基準がない>
	・ 分かる人に聞きながら実施 ・ 先輩に聞いて実施	

表 5. インタビュー結果②行動制限と常時観察の関連

項目	インタビュー内容	カテゴリー
行動制限との関連	・ 隔離だから常時観察だね ・ 拘束になって常時になった	<行動制限とセットで運用>
	・ 隔離のときに常時観察じゃなくてもいいのでは ・ 開放のときこそ常時観察が大切	<行動制限時の常時観察への疑問>
	・ 隔離拘束なしで常時観察は怖い危険 ・ 不穏で制限なしで常時観察はリスクが高い	<行動制限なしの常時観察への抵抗感>
	・ 行動制限なしの常時観察が減っている ・ 不穏な対象者に、まずは常時でみる、ということが少なくなった	<行動制限なしの常時観察の減少>
	・ 隔離終了後の行動範囲を広げる際、常時観察を行う ・ 常時観察のみで、隔離拘束に至らずに通常生活に戻れた	<フリーの状態で常時観察>
行動制限最小化への効果	・ 手ごたえをあまり感じない ・ 隔離が年単位の方がいるので効果を感じられない	<手ごたえがない>
	・ 対象者の回復が早いという感触がある ・ 行動制限期間が短くなると思う	<短くなる感触>
	・ 常時観察のみで、隔離拘束に至らずに通常生活に戻れた	<行動制限に至らない>

表 6. インタビュー結果③一般精神医療への還元

インタビュー内容	カテゴリー
・ 人が少ないから厳しい ・ マンパワーの問題で不可能ではないか ・ マンパワー的に可能なら常時観察をやったほうがいい	<マンパワーの必要性>
・ 調子の悪い人、不安の大きい人にスタッフがそばについていることは患者にとって良いと思う	<そばにいることの意義>
・ 関心を持って患者をよくみていくという意識をもつ ・ 形式的な観察になることへの危惧	<患者をよくみるということ>
・ 患者像も踏まえた個別の隔離の意味合いを理解しながら関わること	<隔離されている患者像の理解を踏まえた関わり>
・ 否応なしに身体介入ではなく、話をするだけで身体介入を回避するという選択肢をもって患者に関わること ・ 患者に関わることでどうにかなりそうだという考え方 ・ 行動制限をなくすための考え方ができるようになる ・ ゆっくり話をきいてあげる時間が増えれば行動制限を減らせるのではないか ・ 行動制限を減らすことができると思う	<関わることで落ち着く選択肢を増やす>

5) 『司法病棟における常時観察の現状と問題点』

5) -2 医療観察法病棟における常時観察をめぐる対象者と看護師の相互作用体験 —常時観察の対象となった入院対象者の体験から—

○熊地美枝（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
・東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士後期課程）
宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

研究要旨

3 か所の医療観察法病棟において、参与観察と常時観察の対象となる経験がある入院対象者を対象とした半構造化面接及び診療録の後方視的調査を通じて、常時観察の対象となった対象者の体験を明らかにした。M-GTAによる質的・機能的分析の結果、15 概念、5 カテゴリーが抽出された。

対象者は、看護師の存在そのものや看護師とのやりとりを通して、〈不信の中にある〉状態から〈安心感が芽生える〉状態、さらには〈心が通う〉関係へと発展していた。対象者はまた、視野が拡大し〈世界が変わる〉ことを通じて、周囲のありようの捉えなおしを図り、他者の視点や新たな価値観を獲得しており、そのことが〈内省が深まる〉ことや看護師との関係性の促進をもたらしていた。

常時観察は対象者に、【そばにいられることの苦痛】を生じさせるものの、疎外感、孤立感が生じることを防止する効果があることが示唆された。

対象者の常時観察体験を踏まえ、看護師が、常時観察の機会を、単なる観察の場として捉えるのではなく、対象者の成長と回復の機会として捉え、対象者の体験のプロセスを促進する関わりを行なうことの重要性が示唆された。

A. はじめに

医療観察法指定入院医療機関では、隔離・身体的拘束の最小化・最適化への取り組みの一つとして、看護師による常時観察を行っている。常時観察とは、入院対象者の精神症状が不安定なとき、他者とのトラブルが解決されていない状況で不満を募らせているとき、実際に他者への暴言や威嚇行動がみられるなど暴力のリスクが高まっているときに、看護師が入院対象者の訴えを聴くなど関与し続けながら観察を継続する方法で、数時間で終了する場合から何日間も継続する場合までである。佐藤ら¹⁾は、自傷や自殺のリスクのある場合、常時観察によって行動制限はほとんどしないですむので、入院対象者の早期の静穏化、治療者－患者関係の構築が期待できるとしている。

しかし、現在までのところ、常時観察中に生じる入院対象者と看護師の相互作用を取り扱った先行研究は見当たらず、常時観察の中身に関しては十分な検討を加えられず、特に関わり方に関しての理解は十分に共有されていない。

そこで、本研究では、常時観察の対象となった入院対象者への半構造化面接により、常時観察の体験を明らかにすることを通じて、関わり方の方略や課題を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. データ収集期間：2011年11月 - 2012年1月

2. 研究協力施設：3か所の医療観察法病棟

3. 研究対象：医療観察法病棟に入院中で、常時観察の対象となる経験がある入院対象者

4. 調査方法：

1) 参与観察

病棟で実施している治療プログラムに参加したり、ユニット内で過ごさせてもらうことによって、病棟の治療環境を把握するように努めた。その際、入院中の対象者とも交流をもち、面接依頼時には対象者と初対面とならないようにし、面接時の緊張感を緩和できるよう配慮した。

2) 半構造化面接

医療観察法病棟に入院中で、常時観察を受けた経験がある入院対象者に半構造化面接を実施した。その際、担当多職種チームにより、病状の安定など研究協力が可能と確認された入院対象者とし、対象者の状態に配慮した。

半構造化面接は、インタビューガイドに沿って自由に話してもらい、ICレコーダーに録音した後に逐語録を作成した。面接中に、主な感情語のリストを提示し、語られるエピソード時の感情を確認してもらうことや、その場面と一緒に再構成しながらそのときのエピソードを振り返ってもらう場合もあった。なお、インタビューガイドは下記の①～⑥のとおりである。

- ① 常時観察中の主なやりとりや印象に残っているやりとりを教えてください。
- ② 常時観察の対象となる経験をして良かったと思うことについて教えてください。
- ③ 常時観察の対象となる経験をした際に肯定的な感情を抱いた体験について教えてください。
- ④ 常時観察の対象となる経験をして良くなかったと思うことについて教えてください。
- ⑤ 常時観察の対象となる経験をした際に否定的な感情を抱いた体験について教えてください。
- ⑥ 今、一般精神医療、急性期医療などに対して改めて思うことを教えてください。

3) 診療録による後方視的調査

半構造化面接に協力してくれた対象者に同意を得て、診療録から対象者の属性や経験した常時観察の概要などについてデータ収集を行った。

5. 分析方法

逐語録は、木下^{2) 3)}による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA: Modified Grounded Theory Approach) を用いて分析を行った。M-GTAは、データに密着した分析から独自の理論生成を可能とする質的研究方法のひとつであるグラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA) に、理論的・技法的な修正を加えた研究方法である。研究過程において分析テーマを設定し、分析過程を明確化するためのワークシートを用いて精密な概念生成を目指す手法である。