

研究者が患者との関わりを開始した直後から、患者は図.2②《感情の主体としての自己を実感する》という体験をしていた。

この体験の始まりの時期には、患者は感情リストを用いることによって多くの感情に気づき、感情の強弱も分かるようになったと語った。そして感情の察知や識別ができるようになって、「自分に納得がいく」と話した。患者はあらかじめ記載された感情の中から自分に該当する感情を選択できるという方法の容易さ、気軽さから、感情リストは分かりやすく役に立つと口にしていた。

患者は感情リストを使用したことだけではなく、研究者との対話を通じて気付かなかった感情を察知、識別できるようになったと語った。これは研究者が自分の感情を表現しながら話し合ったことにより、患者が研究者の感情と自分の感情との共通性を見出し、一人では気づかなかった感情に気付けるようになったためと言える。この他者の感情との共通性を見出すという体験は、医療者が勉強会の中でグループで感情体験を振り返ったときにも起こっていた。そして対話による感情体験の振り返りは、患者に多くの感情への気づきに加え、「会話によって楽になる」といった体験をもたらしていた。

感情への細やかな気づきを得た患者からは、医療者と同様に様々な感情体験が語られた。患者から語られた感情は病にまつわる感情図.2<1>、援助関係にまつわる感情図.2<2><5>、治療にまつわる感情図.2<3>、将来の見通しにまつわる感情図.2<4>の3つに分けることができた。そのどれも、医療者と同様に否定的感情と肯定的感情が混在しており、患者は両者の間を行き来していた。

今回が初回入院で初めて精神科の診断を受けることとなった患者 D は、精神症状が出現し一人でそれに耐えていた時の孤独感を語った。そして診断を受けることで混乱し、病に対して無力感を抱き、自分への情けなさや軽蔑を味わう中で自分を責め、苦しんでいた。また複数回の入院経験がある患者 A、E、F も、入院時には入院することになるとは考えておらず、入院によって思っても見なかった深刻な病状に直面し、非常に動揺したことを話していた。そして入院を繰り返すことで、患者 D と同様に自分への情けなさや軽蔑、無力感を感じていた。それに加え患者は自分自身の変化だけではなく、親しい人との関係が壊れてしまうのではないかとという不安を抱き図.2<1>《病という現実の中で飲み込まれる重苦しさ》に包まれていた。

患者は病に対する否定的感情を抱えながらも、多忙で話ができない医療者を信頼できず本音を語れずにいた。さらに、病や治療に伴う苦痛を理解してもらえたという手ごたえがないことから、悲しさや裏切られ感、怒りや屈辱感を抱き図.2<2>《通じ合えない医療者との間で縮められない心の距離》を実感していた。

患者は治療についても様々な否定的感情を抱いており、閉鎖的な治療環境で生活することでの戸惑いや孤独感、寂しさを感じていた。そして自由な活動が制約された環境の中で、医療者の力を借りなければ何もできない自分に無力感や屈辱感を感じ、自信低下をきたしていた。患者 D は自分の言動がすべて病状の悪化の表われととらえられることを懸念し、常に緊張して過ごしているとも語った。また、初回入院の患者 B.C.D は治療に対する恐怖心を抱いており、患者は図.2<3>《気の休まらない治療や治療環境》に身を置いていた。

患者は病からくる重苦しさを軽減するために治療に取り組んでいる。しかし、十分説明を受けられないため治療の目標について理解できず、また、不自由な閉鎖的治療環境に意義を見出せないため、治療に対する不信感を抱いていた。そして、患者 D が「ベルトコンベアーに乗せられた荷物のように」と語っているように、治療についての自分の考えを医療者に伝えられず、自分が理解できないままに治療が進んで治療に関与できないことに疎外感を抱いていた。また

進展しない治療に苛立ちやもどかしさを感じ、治療に行き詰まりを覚えていた。このように患者は図.2<4>《思い描けない回復の道筋》により将来への不安を強めていた。

こうして患者は病によって引き起こされた重苦しさ抱え、治療や援助関係の中でそれを軽減させることができず、将来への見通しが立たないことでさらに重苦しさが強まるという悪循環に陥っていた。

一方患者は、医療者や研究者とかかわりを持つことが自らの言動を振り返る契機となり、治療的な意義があるにとらえていた。そして、再発予防策を考えるなど回復に向けた具体的な行動に取り組むことで回復の責任を担い、達成感や充実感を味わいながら病や治療によって低下した自信を回復していた。そして話をするにより病状や気分の安定を取り戻し、体験を語る場が回復を支えるという実感を持っていた。自分の課題について医療者と話し合えることは安心感や医療者に対する信頼につながり、この過程で医療者は回復を支える支援者として位置づけられていた。

このように患者は医療者の存在を回復の支援者として位置づけ、自らが回復に責任を担うことにつながる医療者とかかわりを、図.2<5>《回復の主体となることを支える医療者とのコミュニケーション》と捉えていた。

研究者とかかわりの中で多くの感情を察知、識別できるようになった患者は、「すっきりする」「感情を客観視できることで楽になった」と語り、否定的感情の渦から抜け出し不快感を軽減させていった。患者 D は、幻覚妄想状態に陥って現実感を失っていた頃の感情体験を振り返り、自分の感情を察知できることで「自分に実感が持てた」と語った。また疾患の影響により感情の急激な変化を体験し入院に至った患者 F は、「冷静になれた」と語った。

このようにして、患者は感情への細やかな気づきを得たことで、否定的感情の渦から抜け出すことができ、図.2①《感情の主体としての自己を実感する》ことができていた。

b.受け持ち終了時の患者の感情活用

研究者が患者の受け持ちを終了した時点での患者の感情活用には図.2③④の 2 つの態度が見られた。

図.2③《意識的に感情を活用する態度の芽生え》を体験した患者は、研究者とかかわりの中で感情体験の振り返りを「面白い」と話し、関心を高めていった。そして研究者と関わる以外の時間にも、感情リストを眺め、感情リストを用いて 1 日の感情体験の振り返りを行うなど、自主的に感情に目を向けていた。また、研究者の率直な感情表現に触れ、自分も感情を語ることで楽になれるという体験を重ねる過程で、「感情を表現することは悪くないと思うようになった。」と言う。そして感情活用が徐々に馴染み始めた患者は、退院後の生活の中でも訪問看護師や地域関係機関の職員に自分の感情を伝えてみたいと語っていた。また患者 F は、「自分では気づかずに感情だけが走っていくのを食い止める」ために、感情リストを継続して使用したいと話していた。

一方で、研究者の受け持ち終了時には、図.2④《感情を活用する態度の習得に時間を要する》とみられた患者もいた。患者 A は一人で異和感の対自化の技法を使用し、感情体験の振り返りを行ったことをきっかけに、一時的に幻覚妄想が再燃した。また、患者 D は面接の最中に気分の変化が現れて面接を中断することがあり、自分に対する関心の乏しさから研究者とかかわり以外の時間に、感情に目を向けることは無かったと語った。それ以外の患者は、感情の察知、識別には慣れたものの、それを表現することには時間がかかり、患者 C、F は率直な感情表現に馴染めなかったと語っていた。

患者の感情活用の変化の過程には図 2.⑤で示したように、研究者の存在が影響を与えていた

と考えられた。受け持ちを行った患者は、研究者と話をする時間を楽しみにし、研究者に対して「安心感があった」と語っていた。患者 D は、自分を特殊な人間だと考え、周囲の人間との関係性の変化に不安を抱いていたが、研究者が継続して関わりを持つことで「救われる感じがした」と話していた。受け持ち期間中に、患者は研究者に対し積極的に感情を表現するようになり、医師の診察に同席を依頼してくることもあり、研究者を身近な支援者としてとらえ、信頼を寄せるようになっていった。このようにして、患者は研究者と関わることの心地よさを実感していった。研究者の存在は、感情体験を振り返ることによって一時的な病状や気分変動を体験した患者 A、D にも影響を与えており、両者からは病状や気分変動が出現したのちも研究継続への協力希望が聞かれた。患者 A からは病状悪化時の体験について「状態の変化は自然なことであり、研究者と話せることは回復に良いことだと思っている」と語った。そして、患者 A、D は両者とも、退院後も感情リストを継続して使用し、自分の感情を周囲の人に伝えてみたいと語っていった。

D. 考察

感情活用の促進に向けた介入を行った結果、医療者、患者それぞれの病や治療、援助関係にまつわる感情体験と、感情活用への態度の変化が明らかになった。考察では、医療者、患者双方による感情の活用が、援助関係の形成や患者の回復にどのように関連するか、さらに、感情活用の態度を身に付けるためにどのような支援が必要かについて検討する。

1. 医療者による感情活用の困難さの背景

対象となった医療者の感情活用に関する態度は、研究者の介入を通して変化していった。個々の医療者に変化が生じた明確な時期や、変化にかかる時間は特定できなかったが、患者が約 3 か月という研究者とのかかわりの中で感情活用の態度を身に付けていったのと比較すると、医療者の感情活用の態度はむしろ時間をかけ緩やかに変化していったと言える。

研究者による介入前には、感情を意識的に活用している者と、感情活用の体験が乏しい者という 2 つのパターンがあったが、どちらの態度を取る者も感情の詳細な察知や識別ができていなかったことが明らかになった。EQ 理論では、感情を察知、識別するためには「自分がどのように感じているかを理解し、それらの気持ちに適切に名前を付けることができない」と考えられている。研究者の介入により医療者は、感情を表現する言葉を知り、感情と言葉が結びつくことによって、初めて自分の感情を明確に察知、識別できるようになったと語っている。そのことから、医療者が感情を察知し識別することが困難な背景には、感情を表す言葉を持たなかったことが影響していたと考えられる。

しかし、医療者は感情を表す言葉を手に入れた後も、感情活用の態度を身に付けるまでに時間を要した。その理由として、患者支援の過程で味わう否定的感情体験の特徴や医療者の役割意識による影響が考えられる。

先行研究では、患者の言動が時に医療者に外傷体験を残すこと³⁾⁻⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾や、外傷体験を持つ者のケアにあたる専門家が 2 次的外傷性ストレス障害²⁸⁾を引き起こすことが明らかにされている。本研究の中で医療者が語った否定的な感情体験は主に、患者からの暴力、挑発、中傷など、理不尽な攻撃を受けるといふ、日常の対人関係で体験することはまれな出来事によるものである。そして医療者は、患者の言動に傷つき、悲しみ、深刻な病状に圧倒され無力感を抱く場面に遭遇していた。このことは先行研究で明らかにされた外傷体験と一致する体験であり、医療者は精神科救急医療の場に身を置くことにより常に自らの存在を脅かす出来事に遭遇する可能性を抱えている。そのため医療者は自己の存在を脅威にさらした出来事を想起させるような否定的

感情には目を向けず、深く傷つかないようなしのぎ方を身に付けることで自己を守っており、そのことが感情活用の態度を身に付けることを困難にさせていたと考えることができる。

医療者が感情活用の態度を身に付ける困難さの 3 つ目の背景要因として、感情労働者としての医療者の感情との向き合い方が影響していると考えられる。感情社会学者である Hochschild, A.R. は、対人サービスに携わる労働者は、顧客を満足させるために特定の規則に従って感情や身体的表現を管理し、管理された感情や振る舞いが賃金と引き替えに交換価値を持つ²⁹⁾とし、このような労働を感情労働と名付けた。感情労働は、適切な感情の認知と表現についての社会的ルールである感情規則に従って操作され、管理されている。感情管理は、労働の円滑な遂行にとって必要とされるが、その弊害として労働者の感情鈍麻、感情を偽ることによる自己卑下、仕事への専念による燃えつきが指摘されている。

感情労働の概念に照らし合わせると、A 病棟の医療者が「仕事モード」という状態を作り上げ、部分的な感情活用にとどまっていたのは感情労働者としての感情管理によるものであると考えられる。そして、自分の感情を切り離したり、否定的感情を抱く自分への嫌悪感を抱くことや、仕事に全力を投入しなくなった A 病棟の医療者の姿は、感情労働の概念の中で指摘された弊害を体現していると考えられる。

感情労働の概念が日本で注目を集めるようになって以降、精神科医療だけでなく、多くの医療現場における様々な職種について感情労働の弊害が報告されるようになった³⁰⁾⁻³⁶⁾。しかし本研究の結果から現在もその弊害が改善されていない状況から、感情管理は医療者に根深く浸透していることがうかがえる。そして、A 病棟の医療者の多くは、感情管理による弊害を避けるために、患者との相互理解をあきらめ、患者とかかわることを回避するという戦術をとっているといえる。しかし、こうして抑圧された否定的感情は患者支援の過程でにじみ出るという現状があり、そのことがケアの質の低下を引き起こすことは容易に想像されることであり、それは医療現場に引き起こされている深刻な問題の表れであると考えられる。

また A 病棟の医療者の中には否定的感情を抱く自分に嫌悪感を抱く者や、他者から否定的に評価されることを恐れて感情表現を控える者がいた。このことから、医療者は患者との対人関係に限らず、あらゆる対人関係において感情管理を行っていたとも考えられる。

これらのことから医療者が感情活用の態度を身に付けるためには、『自らの存在を脅威から守るため』や『社会から要請される個人』として、また『医療者としての役割を遂行するため』に身に付けた鎧ともいえる感情のしのぎ方を変更することが必要であった。この 3 重の鎧を外すことは、「心もとなさ」として表現されたように一部の医療者に戸惑いを引き起こし、感情活用の態度を身に付けることに時間を要したと考えられる。

2. 否定的感情の位置づけの変化による患者支援の広がり

本研究の結果から、医療者が感情活用の態度を身に付けることにより、患者支援に新しい構えが生まれていたことが明らかになった。このようなことが可能となった背景には、感情活用の態度を身に付ける過程で医療者の否定的感情についての認識が変化したことと、医療者が感情の多様性を認められるようになったことが大きく影響していたと考えられる。

情動知能の理論や EQ 理論では、否定的感情に知的な作業を加えることによって問題解決が促進され、さらには問題が解決することで否定的感情が軽減、解消していくと考えられている。問題が解決することで否定的感情が軽減、解消される事は確かだが、今回の結果からは、問題は解決しなくても、それまでは漠然とした不快感の塊であった否定的感情を察知、識別し、自分がそのような感情を抱いた理由についての理解が深まることによって、医療者は不快感の塊に飲み込まれていた状況から抜け出し不快感を軽減することができていた。この体験は、不快

感に目を向けないことによって乗り越えるという医療者のこれまでの感情とのつき合い方に再考を促し、感情活用の態度を身に付けることを促進していたと考えられる。つまり、感情活用の態度を身に付けることで医療者は、否定的感情への注目が患者支援の過程における問題解決に役立つだけでなく、不快感を軽減、解消するための糸口となるという二重の意味に気づくこととなったと考えられる。

医療者が感情の多様性を認められるようになったことは、単に自他の中に多くの感情が存在するという事実を知ったことを意味するばかりではない。医療者は、感情の多様性を認めることによって、どのような感情も当たり前に存在し、消し去ることや評価を加える必要がないものであると認識するようになり、その結果、自分の中に生じたあらゆる感情を受け入れられるようになっていた。医療者が多様な感情を認められるようになった背景には、自分の感情への詳細な気づきとともに、グループによる感情体験の共有が影響していた。グループの中でどのような感情も批判されることなく受け止められた医療者は、そのことに安心感を覚え、否定的感情を抱く自分への嫌悪感や医療者としての戸惑いを軽減させていった。そして自己の感情の多様性を認めることによって仕事モードから抜け出し、生きている実感を取り戻すことによって心地よさを覚え、そのことが管理された感情ではなくありのままの感情を受け入れていくことを促進していったと考えられる。また多様な感情を自分でも他者からも認められるようになったことからくる安心感や心地よさは、患者が体験している多様な感情を認めることにも通じていった。すなわち、仮に患者が怒りや嫌悪を顕わにしたとしても、患者がそれらの感情を体験していること自体を非難することはできないという認識が、医療者の患者への寄り添い方を変化させることができたと考えられる。

精神疾患を抱える患者とのコミュニケーションにおいて、患者から送られるメッセージの意味を理解することは容易ではない。特に幻覚妄想を代表的な症状とする統合失調症患者の場合、患者が体験している世界そのものの特異性から、患者の言動が何を意味しているのかを読み解く作業は困難を伴う。また気分障害の患者のように感情の変化が著しい場合に、医療者は患者とのやり取りによって混乱し、患者の言動の意味を読み解く力が麻痺してしまうこともある。さらに疾患や症状によっては、メッセージを送ることができない患者や送ることを拒絶する患者もいる。メッセージは送られてきたとしても、送られてくるメッセージは明確に表現されるものばかりではなく、曖昧だったり屈折していたりする。そのことによって医療者は、患者の言動を医療者特有の先入観に基づき誤って読み解いてしまうことや、難解さから読み解くこと自体に諦めを抱くこともある。

感情の多様性を認めるようになった医療者による、「患者とかかわることが怖くなった。」との言葉は、患者の感情への気づきが乏しく、患者から送られるメッセージを正確に理解していなかったことに気付いたことの表れであると考えられる。この気づきを得たことによって医療者は、患者を深く知ろうとするようになり、患者とのかかわりの中で否定的感情を抱いたときには自分の感情にとらわれずに、自分はどのような感情を抱いているのか、その背景にはどのような期待や予測のずれが生じているのかについて考えるようになった。

今回の結果からは、医療者は感情を察知、識別し、その意味を理解できるようになることで、冷静な状況把握を行うことができるようになっていった。またグループの中で自他の感情の違いと同時に感情には共通性があることを見出した医療者は、患者の体験ではなく、体験の中で患者が味わっている感情に想像をめぐらせ、自分の感情との共通性を見出しながら患者の理解を深めようとするようになったと考えられる。コミュニケーションの難しい患者との関わりでは、医療者が患者の言動によって生じた当惑、不信、怒りなど、否定的感情にとらわれること

によって、患者からのメッセージの読解に混乱や偏りが生じ、支援の道筋を見失い、関係の断裂を招くこともある。しかし、患者の言動ではなく自分の感情に関心を当てることから始めて、患者の感情の理解への接近を試みれば、患者理解の糸口を見失うことなく、援助関係の形成を行うことができると考えられる。そして患者との関わりの中で、お互いの否定的感情を語りあうことができれば、お互いのずれを両者の関係の中で明らかにし、冷静な状況把握に基づきながらずれを埋める作業が可能となる。そして、このことによって相互理解に根差した回復への具体的な指針を導き出すという、新しい患者支援が可能となっていくと考えられる。このことから、考察 1 で述べたように、医療者の中に深く浸透した感情労働者としての感情管理を自覚せず、もしくは感情労働者としての役割に甘んじ感情管理を継続し続けるならば、患者への真の接近は不可能であると言える。そして援助関係は不成立となりそのことが回復を阻害する事態を招くと考えられる。そのため感情活用の態度は感情労働者としての役割を脱し、患者支援の質を高めるために非常に重要であると言える。

先行研究では、医療者の否定的感情への支援として当事者同士の振り返りや個人の面接、カンファレンスなど語る場を設けることが提案されてきた。このことは患者の言動により傷ついた医療者の不快感を軽減することに役立つ非常に重要な支援であると言える。しかし医療者が精神科救急という臨床状況に身を置く限り、患者の言動が医療者にとって外傷体験となる可能性は残り続ける。そこで、医療者間の事後的な支援だけではなく、医療者が自他の感情に対する敏感さを高め、難解な患者からのメッセージを正確に読み解き、お互いの感情について率直に話し合うことにより、両者の関係の中でお互いのずれを埋めることを通じて否定的感情を軽減、解消させていく事が重要であると言える。そして短期間の入院治療の場であっても、否定的感情を糸口にしながら早期に援助関係を形成し、患者支援の道筋が描ければ、自らの役割を明確にし、手ごたえを感じながら患者と向き合うことができると考えられる。

3.患者の感情活用がもたらす回復の促進

患者は研究者が介入を行う以前には、感情を意識的に活用した体験が乏しかった。しかし患者は研究者とともに感情リストを用いて感情体験を振り返ることによって、自分の中にある多くの感情を察知、識別することができ、率直に表現することができるようになっていった。患者は医療者と同様に感情を表す言葉を持たなかったわけだが、患者が医療者より早く感情活用の態度を身に付けていった背景には、患者が医療者のように役割意識へのとらわれに基づく感情管理を行っていなかったという事情がある。それに加えて、患者には病や治療過程で味わってきた否定的感情を語ることによって吐き出したいという強い欲求³⁷⁾があったと考えられる。

患者は否定的感情を察知、識別し、感情についての細やかな気付きを得たことによって、「すっきりした」「楽になった」と語った。このことは医療者と同様に患者が感情を察知、識別することで以前は不快感の塊として持て余していた否定的感情の渦から抜け出し、否定的感情が軽減、解消していったことを意味している。また語ることを通して、患者は自分が味わっている感情を表現するため、感情に見合った言葉を探し当てるよう努め、感情の識別がさらに促進され、感情を表現できることにより不快感を軽減、解消できたと考えられる。そして不快感が軽減、解消していくことは、医療者と同様に患者が自らの感情に関心や興味を持ち、感情活用の態度を身に付けるための促進要因となっていた。

患者 D は、自分の感情を察知、識別できることで現実感の高まりを実感していた。患者 D は、統合失調症の特徴的な症状である幻覚や妄想により、自分や世界が一変してしまったという体験をし、自分や周囲の状況に対するコントロール感覚を喪失していたと考えられる。そのような状況におかれた患者 D にとって、自分を現実世界につなぎとめる細い糸であった感情が、感

情活用への取り組みによって、より確かなものになりつつあると考えられる。一方急激な感情の変化を体験した患者Fは、患者Dのように現実感を喪失することはなかったものの、急激に変化する感情の渦の中で自分自身へのコントロール感覚を喪失していたと言える。そして、入院前の対人関係の中で、家族とトラブルを起こしてしまうなど周囲とのずれが生じる体験をしていた。そのため患者Fにとって感情を察知し識別できるようになることは、自分自身のコントロール感覚を取り戻し周囲とのずれを埋めていくことにつながっていたと考えられる。疾患によって感情の察知や識別がもたらす患者への影響は異なると考えられるが、患者が感情を察知、識別することは、自分自身や周囲の状況を客観的に把握し、失っていたコントロール感覚を取り戻すことにつながると考えられる。

患者は病を抱えることに加え、入退院を繰り返すことにより無力感や自分への軽蔑を抱いていた。しかし、感情を察知、識別し、自分や状況についての理解を深めることによるコントロール感覚の回復は、病からの回復への無力感から脱し自信を取り戻すことにつながっていったと考えられる。宮本は、どのような健康状態にある患者も回復に向けてセルフケア行動をとることは可能であり、必要だとしている。そしてそのためには、患者自身が的確な状況判断ができるように支援することが重要であると述べている³⁸⁾。このことから、患者が何に対してどのような感情を抱き、なぜそのような感情が湧き上がってきたのかについて考え、自分の置かれた状況を理解していく事は、患者の否定的感情を和らげるだけでなく、回復に向けた主体的なセルフケア行動への取り組みにつながると考えられる。患者は、研究者との関わり以外の時間にも感情リストで自分の感情を確認し、積極的に感情体験を振り返っていた。また、退院後の生活においても感情リストを継続して使用することや、感情を表現することを決意していたことは、回復に向けた患者のセルフケア行動の始まりを意味していたと考えられる。

感情活用の態度を身に付ける以前のA病棟の医療者の中には、患者の感情活用能力に疑問を抱く者がいた。しかし今回対象となった患者は、研究者とのかかわりの中で感情に目を向け、積極的に語り、回復過程では自らセルフケア行動を起こすこともできていた。従って、医療者が抱いていた患者の感情活用能力への疑問は、患者の持っていた感情機能を低く評価していたことの現われであると考えられる。その背景には、医療者が繁雑な業務に追われ患者とかかわる時間が取れないことや、行動制限や薬物療法による鎮静が主流となった精神科救急医療においては、患者の能力を的確に評価する機会が奪われていることなどの事情が考えられる。さらには、患者が本来は持っている力が、管理や保護を中心とした医療の中で低下していることも危惧される。

医療者が患者の本来持っている感情活用能力を低く評価することにより、患者はセルフケア行動を開始する力を蓄えることも、発揮することもできなくなる。そのうえ、患者の不快感を軽減させ、看護の基本である安全や安楽の保障すらできなくなる。精神症状の激しい超急性期に、患者が自らの感情を正確に察知、識別し、表現することは困難である。しかし、病状が安定してきた患者からは、精神症状の激しかった頃の感情体験が鮮明に語られることが少なくない。むしろ、超急性期の時期だからこそ患者は様々な感情を体験しているとも言える。

従って、医療者自らが感情活用の態度を身に付けることを通じて、患者の感情表現を促し、豊かな感情を認め、感情を共有する機会を確保することで、患者は否定的感情を和らげ、否定的感情の意味を読み解きながら主体的にセルフケア行動がとれるようになると考えられる。そしてそのような働きかけは、急性期症状の改善に重点を置き保護や管理に傾きがちな精神科救急医療の場における、患者の自立や成長に向けた支援であると考えられる。また医療者が患者の語りを保証することは、患者の医療者に対する信頼感を高めることにもつながると考えられ

る。

4.対等性の確保とセルフケアとしての感情活用

本研究の結果から、医療者と患者の双方が感情活用の態度を身に付けることは、病からの回復や回復に向けたセルフケア行動とその支援に役立つことが明らかになった。精神科救急医療において、立場や感情体験が異なる医療者、患者の双方にとって感情活用の態度が重要である理由は、感情活用の態度が対等なコミュニケーションの機会を保障し、双方のセルフケア行動に役立つためである。

感情を率直に表現するというコミュニケーションの重要性は、感情社会学の代表的な理論家である岡原³⁹⁾による感情公共性という概念によって補強されると考えられる。岡原は、どのような感情も公共の場に打ち出され他者に承認されることによって、初めて自己の感情として実感されると指摘している。すなわち、管理された感情ではなく率直な感情を表現しあうことで初めて自己の感情が明確になり、そのことは、真の自己を表明することにつながり、そのことによって、お互いの核心に触れながら相互理解に至ることが可能になる。さらに石川⁴⁰⁾は、率直に感情を表現しあうことで互いのずれが拡大していくかに見えるが、実は率直な感情表現こそが、対人関係の困難の克服を回避することなく相互理解に導くことを可能にするコミュニケーションであるとしている。

本研究の結果から、医療者、患者はともに、感情を他者と語ることを通じて感情の多様性に気付き、あらゆる感情を受け入れる力を高めること、そして、否定的感情を表現しあうことにより、自他の理解を深め、援助関係を形成することが可能となっていくことが明らかにできた。また、精神症状による認知の偏りを考慮すれば、患者の体験している感情は決して異常なものとはいえず、十分に理解が可能であることが示唆された。このことから、精神科救急病棟は、コミュニケーションに極度の困難を抱える精神科急性期患者の支援の場であるからこそ、感情の察知、識別、意味理解を行いながら率直に感情を語り合うことを通じて、相互理解を深めることが重要であり可能性も高いと考えることができる。すなわち、医療者と患者が、感情という共通体験と、感情語という共通言語に基づく対等なコミュニケーションに取り組めれば、立場による感情体験の違いを乗り越えた援助関係の形成が可能になると考えられる。

欧米における行動制限の削減に向けた取り組み^{41) 42)}や、暴力を振るう患者への対処において医療者に求められるスキルである包括的暴力防止プログラム（Comprehensine Violence Prevention and Protection Programe:CVPPP）⁴³⁾のなかで、ディブリーフィングという技術が用いられている。これは患者の暴力などに伴い、やむを得ず隔離や身体拘束を実施した場合、医療者が患者と共に、その経過を詳細に振り返ることを意味する。ディブリーフィングは、行動制限に至った経過の分析を通じて暴力の発生を予防するための知見を得ることや、行動制限の実施に関わった医療者、患者の心的外傷を可能な限り和らげる目的で行われ、その成果については多くの報告が積み重ねられている。本研究の結果から、医療者の否定的感情は抑圧すべきであるという従来の医療者の常識とは対照的に、否定的感情は敢えて向き合うことで軽減、解消されていくという認識がもたらされた。否定的感情に注目し、否定的感情の表す意味を理解していく事で問題解決に向けた道筋が立てられ、具体的な行動をとることで、段階的に否定的感情が軽減、解消し、それと並行して肯定的感情が湧き上がってくるという過程は、ディブリーフィングの作業と重なる。すなわち、患者、医療者双方が、自らの感情について率直に語り合うことは、患者にとって病や治療過程で味わう外傷体験を和らげるためのセルフケア行動の一部となるばかりでなく、医療者にとってのストレスマネジメントの機会ともなると考えられる。

人間の心理的ストレスを組織化した概念として提案した心理学者であるラザルスは、心理的

ストレスは「人間と環境の間の特定な関係であり、その関係はその人の原動力に負荷をかけたり、資源を超えたり、幸福を脅かしたりすると評価される。」とした。そしてストレスへの対処行動には情動的な苦痛を緩和させる情動中心の対処と、環境や自己の中にある問題の所在を明らかにし、問題の解決策を導き出し実行するという問題中心の対処があるとしている⁴⁴⁾。心理的ストレスを抱えると、人はその出来事が自分にどの程度関係があるのか、その結果が肯定的なものであるか、自分にとってどの程度の脅威になるのかという 1 時的な評価と、どのような対処が可能であり、その対処がうまくいくのかどうかという 2 次的な評価を行う。その際心理的ストレスに対する情動反応の程度や質、内容が評価の糸口となるとされている。

今回の研究結果からは、否定的感情を抱いた場面でたとえ問題が解決していなくても感情活用の態度を取り否定的感情を察知、識別し、それを語ることや語りを受け入れられることで否定的感情が緩和されていく事が明らかになった。さらに感情活用の態度を取ることで否定的感情を喚起させた問題を明確にしながら新たな患者支援が導き出された。つまり感情活用の態度をとることは、心理的ストレスへの 1 次的、2 次的評価の過程を明確にしながら、情動中心のストレス対処と問題中心のストレス対処を同時並行して行うことであると考えられる。そして、そのような作業は、お互いが安心して感情を語り合える対等性の保障されたコミュニケーションの中で実施されることが重要である。医療者と患者が共に感情活用の態度を身に付けることができれば、否定的感情を味わう状況では本研究で明らかになったように、相互理解や回復に向けたセルフケア行動とすることやその支援のどの部分が阻害されているのかを明確にしながら、意識的に肯定的感情体験をもたらすような状況に身を置くための具体的な行動をとることができる。

5.感情活用の態度定着に向けた支援

今回医療者、患者の双方が、感情活用の態度を身に付けていく過程には、研究者の存在が大きく影響していたと考えられる。医療者、患者の双方に否定的感情を察知、識別していくことがきっかけとなって、一時的な戸惑いや混乱、そして病状や気分の変動が出現した。このような事態は、医療者にとっては患者の言動により脅威を感じた場面、患者にとっては精神症状の想起により起こっていたと考えられる。その際、安心感や信頼感を抱き、感情活用の態度のモデルとなり変化を導く研究者の存在があったことで、両者とも一時的な揺らぎを落ち着かせながら、感情活用の態度を身に付けていく事が出来たと考えられる。またグループによるサポートも、両者の揺らぎを鎮める上で重要な役割を果たしていたと考えられる。医療者にとっては、勉強会のグループメンバーと感情の共通性を見出すとともに、支持的、共感的な態度で接してもらえたことが安心感をもたらし、戸惑いの軽減に役立っていた。また患者にとっては、研究過程で研究者と医療者が綿密に情報共有を行い、患者の変化を速やかに発見し必要な介入を行うという病棟チーム全体の一体感に基づくサポートが、患者の揺らぎを最小限に抑える作用を果たしていたと考えられる。このように、本研究では研究者の存在とグループによるサポートの 2 つが患者、医療者の揺らぎを落ち着かせるための 2 重の安全装置としての役割を果たしており、感情活用を促進していたと考えられる。

そのような経過から見て、医療者が感情活用の態度を身に付けるためには、安心して感情を語れる安全な場所を作ることが必要であり、それには自然発生的な語りがピアサポートとして機能することや、医療者のカンファレンスなどにより感情を見つめ率直に表現するという機会を取り入れることも含まれる。

また患者に対しては、疾患や患者の特性に合わせて感情活用の態度を身に付けるための工夫が必要である。今回一時的な病状、気分変動をきたした患者 2 名は、統合失調症の患者であつ

た。そのため、統合失調症の患者に対しては、患者の語りに任せるだけではなく、感情リストのような枠組みを提示することや、語りを聞く側の感情や印象を率直に表現し、対話に現実感を持たせること等が重要であると考えられる。

感情活用の態度を身に付けるためには、医療者、患者に対するきめ細かい教育的な支援も必要であると考えられる。医療者に対しては、組織全体の研修などを利用した感情活用についての教育支援、病棟内のカンファレンスや事例検討会などを通じたグループスーパービジョン、個別の指導や支援などを組み合わせた教育支援を行うことが可能であると考えられる。そして患者に対しては、心理教育の一つとして情動教育を治療プログラムの中に取り入れることが可能であると考えられる。

そして感情活用の態度は、医療者、患者の距離を近づけ、回復に向けた問題解決に役立つことを経験の積み重ねによって実感していくことも、感情を活用した態度の定着に有効だろう。そして患者と医療者が、感情という共通体験を感情語という共通言語を用いて語り合うことにより、援助関係を形成する過程で、親密感や一体感を味わえることが、そうした態度の定着を促進していくと考えられる。

E. 結論

本研究では、精神科救急入院料病棟における医療者と患者の感情体験に焦点を当てながら、医療者、患者が自分の感情を察知、識別し、感情の意味を理解し、率直に表現するという感情活用の体験が、患者の回復や援助関係の形成にどのような影響を与えるかについて明確化を図り、以下の結論を得た。

1. 医療者は患者の言動による外傷体験の想起を避けるために自分の感情から目をそらし、個人としてや医療者としての役割意識にとらわれた感情管理を行っていた。そのことが自分の感情を察知、識別し、その意味を理解し、率直に表現するという感情活用を難しくさせていた。

2. 医療者は自分の感情の多様性を認めることによって、患者の感情の多様性を認めることができる。そして率直に感情を表現しあうことにより患者との相互理解を深めながら、患者の主体的なセルフケア行動を支援し、自立、成長の支援を行うことができる。

3. 患者が感情活用の態度を身に付けることにより、病を抱えることや治療過程における否定的感情の渦から抜け出し、状況認識を高めながら主体的なセルフケア行動をとることができるようになる。

4. 患者、医療者が感情活用の態度を身に付け、対等なコミュニケーションの機会を確保することは、患者の病状や治療経過における外傷体験による苦痛を和らげセルフケア行動への取り組みを促進すると共に、スタッフのストレスを軽減することができる。

5. 患者と医療者が感情活用の態度を身に付けるためには、安心して率直な感情を語れる安全な場を、臨床現場に保証していく必要がある。

6. 患者と医療者が、率直に感情を表現しあうことによって親密さや一体感などの肯定的な感情を味わう体験を積み重ね、双方が感情活用の態度を身に付けていく事が、援助関係の形成を促進する。

<引用・参考文献>

- 1)高橋直美：精神科急性期病棟における入院時看護面接導入の意義.東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士(前期)課程学位論文集,2007.
- 2)井上果子,鬼海典子,吉田真弓,小林麻紀,井上靖子：精神科看護者の患者とのかかわりに関する

- 研究.横浜国立大学紀要,37;pp.21-36,1997
- 3)高橋登子,河野由理,河野美智子:精神科看護師が患者ケアの中で困難に感じた内容.日本看護学会論文集精神看護,38; pp.147-149,2007
 - 4)上野恭子:看護婦—患者関係の成立・発展を阻む看護婦の精神内界における要因分析—精神科病棟の参加観察を通じて—.23(5); pp.49-56,1990
 - 5)草野知美,景山セツ子,吉野淳一,澤田いずみ:精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験—感情と感情に影響を与える要因—.日本看護科学会誌,27(3);pp. 12-20,2007.
 - 6)井上誠,井上セツ子,加藤知可子,宮本奈美子,大内隆,岡本千秋,橋本真治:精神科病棟における患者からの看護師への暴力に関する検討—看護師への心理的影響—.日本看護学会論文集精神看護, 40;pp.122-124,2009.
 - 7)古川智恵:入院中の患者の自殺に遭遇した看護師の体験と回復.日本赤十字看護大学紀要,23;pp.18-26,2009
 - 8)富川明子:精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験.日本精神保健看護学会誌, 17(1);pp.72-81,2008.
 - 9)柴田真紀:身体的拘束中の患者の看護を行う精神科看護師の葛藤—精神科臨床経験1~6年の看護師を対象として—.日本精神保健看護学会誌,18(1);pp.61-69,2009.
 - 10)大竹裕子,宮本佳世:精神科スーパー救急病棟に来て看護師が患者対応で受けるストレスへの支援—支援の現状を課題—.日本看護学会論文集精神看護,40;pp.149-150,2009.
 - 11)中嶋純子,酒井恵理,田中みとみ:陰性感情の取り扱いに関する今後の方向性.日本看護学会論文集,36;pp.6-8,2005.
 - 12)中山美枝子:精神科看護師の患者との関わりの中での感情と対処行動—精神的健康を守るための一考察—.日本看護学会論文集精神看護,36;pp.47-49,2005.
 - 13)高橋幸子,斉藤深雪,山崎登志子:精神科看護師のバーンアウトの要因と情緒的支援の有効性に関する研究.日本ニューマンケア心理学研究,11(2);pp.59-69,2010.
 - 14)高橋学:ソーシャルワーカーのバーンアウトに至る感情過程の分析—単科精神病院を例として—.医療と福祉,79; pp.P13-22,2006.
 - 15) Mayer, J.D, Fergus, J., Ciarrochi, J. 編 中里浩明,島井哲志,大竹恵子,池見陽訳:エモーショナル・インテリジェンス 日常生活における情動知能の科学的研究,初版,ナカニシヤ出版, 京都,2005.
 - 16) John D.Mayer, Glenn Geher: Emotional Intelligence and the Identification of Emotion, Intelligence. 22;pp.89-113,1996
 - 17) John D.Mayer, Peter Salovey, David R.Caruso: A Further Consideration of Issues of Emotional,Intelligence. Psychological Inquiry, 15(3);pp.249-255,2004.
 - 18)David R.Caruso, Peter Salovey, 渡辺徹監訳:EQ マネージャー,東洋経済新報社,東京,2004

- 19) Goleman, D. 土屋京子訳：EQ こころの知能指数,講談社,東京, 2004.
- 20)宮本真巳：感性を磨く技法 「異和感」と援助者アイデンティティ,日本看護協会出版会,東京,1995.
- 21)Paul Ekman, 管靖彦訳：顔は口ほどにうそをつく,河出書房新社,東京,2012
- 22)Jonathan H.Turner,正岡寛司訳：ジョナサン・ターナー 感情社会学Ⅰ 感情の起源 自立と連帯の緊張関係,明石書店,東京,2007
- 23)John Dewey,George Herbert Mead,川村望訳：デューイ=ミード著作集 精神・自我・社会,人間の科学新社,東京,2002.
- 24)船津衛：ミード自我論の研究,恒星社厚生閣,東京,1989.
- 25)船津衛：ジョージ・H・ミードー社会的自我論の展開一,初版,東信堂,2000.
- 26)新山悦子,梶原京子：訪問看護師の職場における心的外傷—心的外傷的出来事別による心的外傷反応の検討一.福祉健康科学研究,6(1);pp.43-28
- 27)岡村仁,新山悦子：看護師の職場における心的外傷体験の収集と分類.看護・保健科学研究誌,11(1);pp.48-54
- 28)B.H.スタム,小西聖子,金田ユリ子訳：二次的外傷性ストレス 臨床家,研究者,教育者のためのセルフケアの問題,誠信書房,2003
- 29)Hochschild,A.R.,石川准,室伏亜紀訳：管理される心 感情が商品になるとき,世界思想社,京都,2009.
- 30)武井麻子：感情と看護 人との関わりを職業とすることの意味,医学書院,東京,2001.
- 31)中倫子：ナースの感情コントロールのプロセスとその背景—患者に対し否定的な感情を抱いた場面を通じて—.神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録,27;pp.38-45,2002
- 32)谷口清弥：看護師の感情労働場面での対処パターンとストレスコーピングの検討.日本看護学会論文集,38;pp.66-68,2007
- 33)山上実紀,宮田靖志：総合診療医が患者との関わりの中で抱く否定的感情に関する探索的研究.家庭医療,15(1) ; pp.4-19,2009
- 34)山上実紀：認知度が低かった医師の「感情労働」.精神看護,15(1);pp.71-77,2012
- 35)水野高昌,鈴木久義,奥原孝之,上原栄一郎,山口芳文：臨床場面における対象者に対する作業療法士の感情労働.作業療法,30(3);pp.273-283,2011
- 36)富樫誠二,古屋透,佐竹勝：リハビリ専門職における感情労働とは何か その探訪と課題.大阪河崎リハビリテーション大学紀要,5;pp.31-38,2011
- 37)大柄昭子：精神科急性期病棟の患者の語り.日本精神保健看護学会誌,15 (1) ;pp.50-57,2006.
- 38)宮本真巳：感性を磨く技法 セルフケアを援助する,初版,日本看護協会出版会,東京,1996,pp.11.
- 39)岡原正幸：ホト・アフェクト 感情社会学的に自己表現する,世界思想社,京都,1998

- 40)石川准：見えないものと見えるもの 社交とアシストの障害学，医学書院，東京，2004
- 41)杉山直也，吉浜文洋，野田寿恵：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2部.精神科看護,37（8）;pp.49-53,2010
- 42)杉山直也，吉浜文洋，野田寿恵：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3部.精神科看護,37（9）;pp.65-73,2010
- 43)包括的暴力防止プログラム認定委員会編：包括的暴力防止プログラムマニュアル,医学書院，東京，2005
- 44)Richard S Lazarus,Susan Folkman,本明寛，春木豊，織田正美監訳：ストレスの心理学[認知的評価の対処の研究]，実務教育出版，東京，1991

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

- 1) 高橋直美：精神科スーパー救急病棟における患者・医療者への感情活用を促進する介入の試み. 第32回 日本看護科学学会学術集会，p291，2012年12月（東京）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

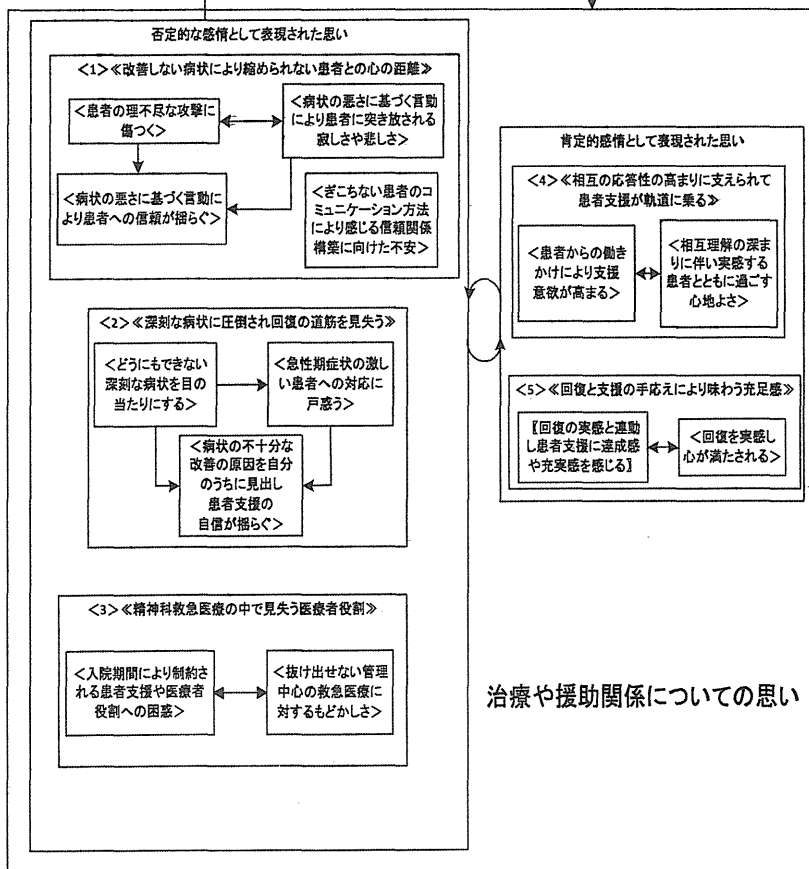
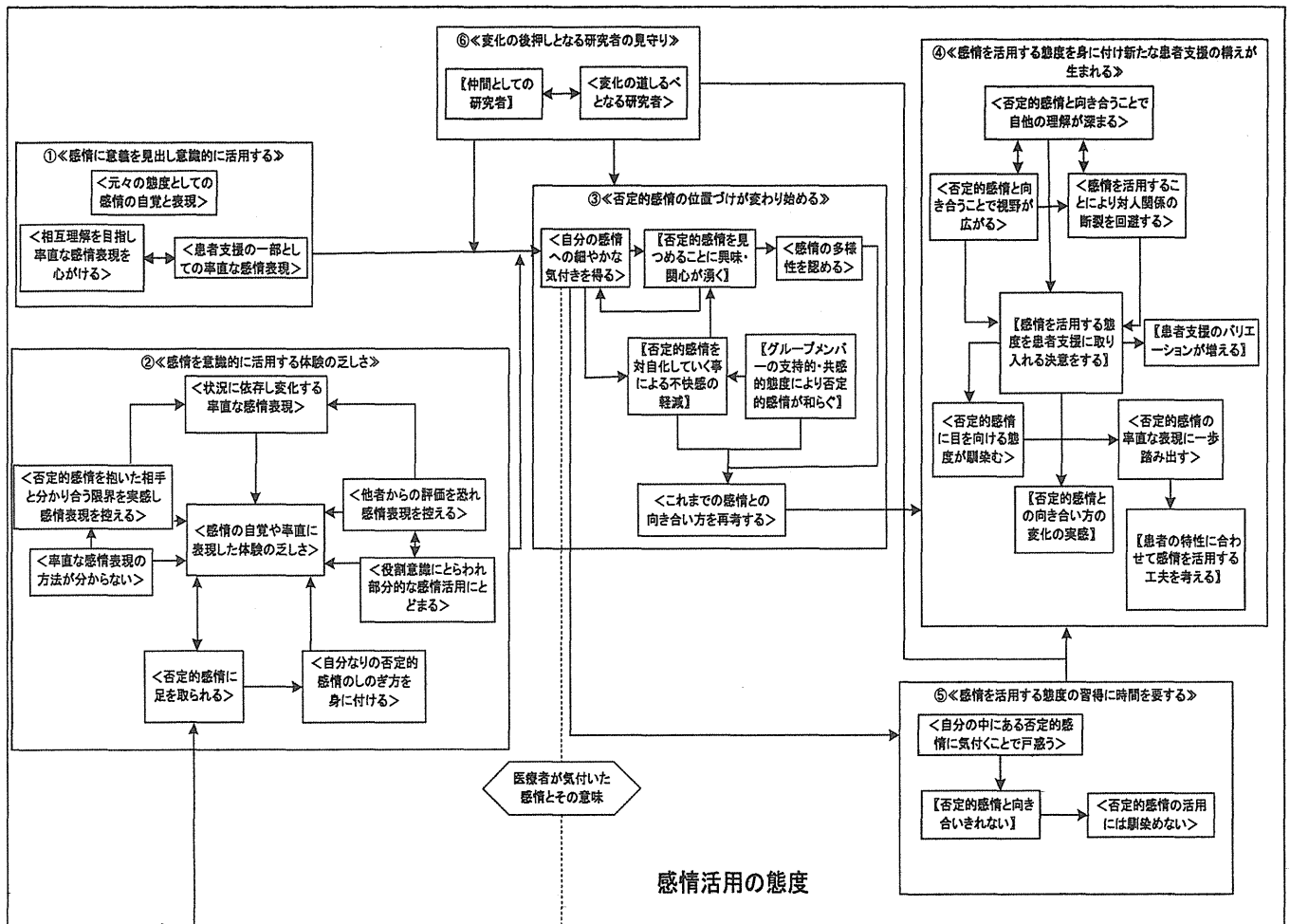
なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



《》最終カテゴリー
 <>中カテゴリー
 【】小カテゴリー

図.1医療者に対する感情活用の促進に向けた介入とその後の経過

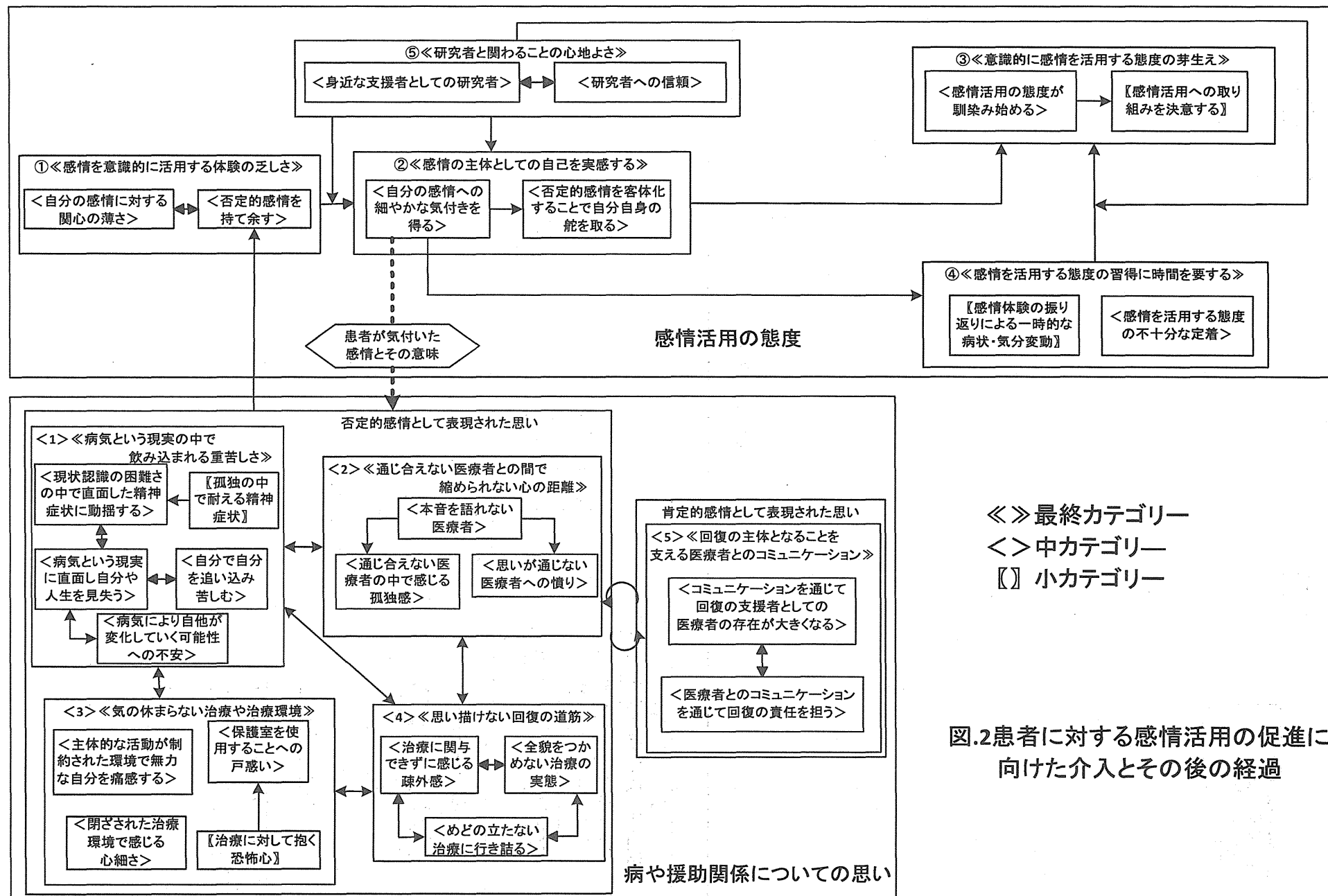


図.2患者に対する感情活用の促進に向けた介入とその後の経過

表.1 異和感の対自化の手順

異和感の対自化 記録用紙 年 月 日 記載

今から ____ 年 ____ 月 ____ 日 以前の出来事 氏名

(1)どのような場面で、誰にどのような言葉を投げかけられましたか。	
(2)相手の態度や言動にふれて、心の中にどのような思いが湧いてきましたか。	感情：驚き、疑い、当惑、困惑、混乱、不信、怒り、いらだち、悔しさ、恨めしさ、羨ましさ、嫉妬、裏切られ感、落胆、幻滅、歯がゆさ、もどかしさ、無力感、徒労感、虚しさ、不全感、自信低下、屈辱感、情けなさ、寂しさ、悲しさ、焦り、不安、恐れ、嫌悪、憎悪、軽蔑、後悔、羞恥心、罪責感／落ち込み、緊張、不機嫌
<div>(2) の部分を感情リストとして使用</div>	身体感覚：ムカつく、胃が痛い、息苦しい、息が詰まる、胸苦しい、胸がドキドキする、体が熱くなる、体が冷える、頭に血が上る、顔が熱くなる、血の気が引く、力が脱ける、ゾクッとする、皮膚がざわざわする、頬がひんやりする、体が重くなる、体が硬くなる、固まる、肩に力が入る、傷つく
(3)相手の言葉や態度で、しっくりこなかったところを言葉にしてみましょう。	
(4)相手はどんな立場から、どんなつもりで、そのように言ったのでしょうか。	
(5)相手の態度や言動に対する過剰な期待や先入観はなかったでしょうか。	
(6)しっくりこないと感じたのも無理はないと思える理由を確認しましょう。	
(7)相手と自分の共通点や類似点、相違点や対立点を探してみましょう。	
(8)振り返ってみて今、何を感じますか？これからどうしたいですか。	

表の説明:本文中 p.7 のⅢ.研究方法 3. ii で示した異和感の対自化の手順を示した表である。

表.2 対象患者概要

患者	疾患	年齢	性別	入院形態(回数)	入院の経緯	関わりの期間	退院先
A	統合失調症	20 歳代 後半	男性	医療保護入院 (4 回目)	幻覚妄想状態。 家族に付き添われ入院。	58 日	自宅退院 (家族と同居)
B	双極性障害 前頭側頭型認知症疑い	60 歳代 後半	女性	措置入院 (初回)	自宅で家族への暴力。	90 日	自宅退院 (家族と同居)
C	知的障害 (IQ70)	40 歳代 前半	女性	医療保護入院 (初回)	グループホームで他入所者 への暴力。	133 日 (58 日目に転棟)	未定
D	統合失調症	30 歳代 前半	男性	措置入院(初回)	住居侵入。	89 日	アパート単身
E	統合失調症	60 歳代 前半	男性	転院 (複数回)	路上にて意識消失。他院で 身体精査後に転院。	79 日	アパート単身
F	双極性障害・知的障害 (IQ67)	30 歳代 前半	男性	医療保護入院 (5 回)	浪費、過活動、家族への暴 力。家族に付き添われ入院。	86 日	自宅退院 (家族と同居)

5) 精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因に関する調査研究

研究分担者 宮本 真巳 (東京医科歯科大学保健衛生学研究科)
研究協力者 ○吉川 隆博 (山陽学園大学看護学部)
○三宅 美智 (天理医療大学医療学部看護学科)
○井田 裕子 (山陽学園大学看護学部)
野田 寿恵 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部)
末安 民生 (天理医療大学医療学部看護学科)
吉浜 文洋 (神奈川県立保健福祉大学看護学部)
揚野 裕紀子 (山陽学園大学看護学部)
西池 絵衣子 (天理医療大学医療学部看護学科)

研究要旨: 先行研究より病棟の規模や構造が行動制限最小化に影響を及ぼす要因となることは示唆されているが 2)、看護師の人員配置数と隔離・拘束実施者数との関連については基礎的資料がない。そこで、本調査研究では、精神科病棟における隔離に焦点化し、隔離実施と看護者配置数との関連について明らかにすることを試みた。

研究方法: 第 1 次調査として、特例社団法人日本精神科看護技術協会の精神科認定看護師が所属する病院 246 施設を対象として、「精神科病棟入院基本料、看護配置 15:1」の病棟特性および隔離療養環境の調査を行った。次に、回答の得られた施設の中から、55 施設を 2 次調査の対象として選定し、施設特性、病棟特性、および 2012 年 5 月 1 日から 7 月 31 日(3 ヶ月)の隔離状況について回答を求めた。

結果: 調査結果より得られた有効なデータについて、臨床で看護者配置数が変動する「時間帯」および「曜日」に焦点化し分析を行った。24 時間周期で隔離開始・解除の集中している時間帯をみると、精神一般病棟における患者の隔離『開始』と『解除』には、夜勤帯との関連が強いことが推察された。また、隔離開始・解除曜日においても、「日曜・祝祭日」と、「日曜・祝祭日」明けに隔離『開始』と『解除』との関連があることが明らかになった。それらの要因として最も大きいと思われたのは、各勤務帯や各曜日の看護者配置数の変動である。

夜勤帯や日曜・祝祭日など、看護者数が一時的に減少する「くぼみ」があると、看護ケアや患者の見守りが行き届かなくなる、もしくは途絶えることなどから、精神一般病棟では看護者のマンパワーに重点を置きながら、隔離の『開始』と『解除』の判断が行われている可能性があることが明らかになった。

A. 研究目的

精神科入院患者に対する隔離および身体拘束に関しては、人権擁護の観点から可能な限り減らしていくための努力と工夫が続けられてきた。国の政策としても平成 16 年の診療報酬改訂で「医療保護入院等診療料」が新設され、行動制限最小化委員会の設置が算定基

準として設けられた。しかしながら、隔離・拘束者数の減少に結びついていない現状にあり¹⁾、隔離・拘束の最小化を阻む要因を明らかにすることは喫緊の課題である。

先行研究より病棟の規模や構造が行動制限最小化に影響を及ぼす要因となることは示唆されているが²⁾、看護師の人員配置数と隔離・拘束実施者数との関連については基礎的資料がない。昨年度に行われた研究では、ケアの偏りによりケアが十分に提供されない患者が存在し、十分なケアを提供できれば未然に防げる隔離・拘束がある可能性が示唆されている³⁾。つまり、必要なケアを充足できる適切な人員配置がなされれば、隔離・拘束実施者数の減少につながると考えられる。過去に行われた行動制限に関する大規模調査⁴⁾においても、隔離・拘束を少なくする最も効果的な方法として、現場の医療者間で共通認識されている項目に、医師や看護師の増員が挙げられている。ただし、現場の認識を裏付ける調査データは認められない。

そこで、今回は精神科病棟における隔離に焦点化し、隔離実施と看護師人員配置数との関連について明らかにすることを目的として研究を行う。

B. 研究対象と方法

1. 研究対象

特例社団法人日本精神科看護技術協会の精神科認定看護師（訪問看護領域を除く）が所属する病院 246 施設のうち、調査協力の得られた施設を対象とした。1 次調査では 112 施設（45.5%）、2 次調査では 35 施設（63.6%）より協力が得られた。

2. 研究方法

1) 1 次調査（調査期間 2012 年 10 月）

対象となる施設に、調査票 A および B について回答を求めた。調査票 A では精神病棟入院基本料（以下「精神一般病棟」と称す。）15 : 1 の設置の有無と病棟数。調査票 B では病棟特性として、病棟処遇、病床数、隔離室数、身体拘束者数（9 月 1 日現在）、看護師配置数（総数、夜勤配置）、入院患者特性の回答を求めた。

回答の得られた施設から、2 次調査の対象となる施設を選定した。選定基準は、精神一般病棟（15 : 1）病棟を有し、隔離室が設置されており、男女混合病棟であること。さらに、最も多く占める疾患は統合失調症、年齢は 20 歳以上 65 歳未満であることとした。

2) 2 次調査（調査期間 2012 年 11 月～12 月）

1 次調査にて選定した 55 施設を対象に、施設特性、調査対象病棟特性、隔離実施率算出データ収集票について回答を求めた。施設特性として当直医体制、行動制限に関わる方針について、調査対象病棟特性として 2012 年 5 月 1 日から 7 月 31 日（3 ヶ月）の入棟患者数、退棟患者数、2012 年 5 月 1 日時点の隔離患者数、看護者配置、医師配置、病床数、行動制限に関わる取り組みについて、隔離実施率算出データ収集として、当該病棟への入院日（転入日）、隔離開始日、開始時間、隔離解除日、解除時間、隔離解除を評価するための開放観察の有無、当該病棟からの退院日または転出日、2012 年 11 月 1 日時点での隔離状況について回答を求めた。

3) 分析方法

単純集計およびクロス集計

4) 倫理的配慮

1 次調査については、調査票の回答をもって同意とみなす旨を文書にて説明した。さらに調査結果については匿名化されること、協力の有無は任意であること、協力しないことにより不利益が生じないこと、調査票記載から郵送までの間は、調査票を鍵付きの引き出しにて管理することなど、収集したデータ取り扱いについて文書にて説明した。

2 次調査については、同意書および同意撤回書をもって文章で説明し、施設、患者データについては ID 化し、連結不可能匿名化を行った。

上記配慮の他、本調査は山陽学園大学の倫理審査委員会の承認を得た上で行った。

C. 研究結果

1. 1 次調査結果の概要

1 次調査の対象施設は、精神科認定看護師が所属する施設 246 施設のうち、回答を持って同意が得られた 112 施設(回収率 45.5%)であった。

調査表 A から精神一般病棟 (15 : 1) を有する施設は全体の 82% (92 施設) であり、そのうち隔離室を設置している施設は 90% (83 施設) であった。

調査表 B では、調査表 A にて精神一般病棟 (15 : 1) を有しかつ保護室を設置していると回答した 83 施設 165 病棟を対象に調査を行なった。165 病棟の病棟形態は、閉鎖病棟が全体の 83% (137 病棟)、閉鎖病棟でかつ男女混合病棟は全体の 55.8% (92 病棟) を占めた。調査対象となった 165 病棟の特性を以下に示した (表 1)。

対象病棟の入院患者特性について、年齢は 20 歳以上 65 歳未満が最も多く全体の 86.7%、主要疾患で最も多く占めるのは統合失調症患者が全体の 88.5% であった。

1 次調査の結果を踏まえ 2 次調査の対象病棟選定基準は、精神一般病棟 (15 : 1) 病棟であること、隔離室が設置されていること、男女混合病棟であること、最も多く占める疾患が統合失調症であること、さらに最も多く占める年齢が 20 歳以上 65 歳未満であることという条件を満たす病棟とした。以上の条件を満たす施設は 55 施設であった。