

精神科救急医療における看護実践のプロセス

東 修

市立函館病院

キーワード

精神科救急医療, 看護実践, システマティック

I. はじめに

救急医療とは病みの炎があがった時にできるだけすみやかに対応を行うシステムのことであり、病みのなかには身体的な苦痛や生命的危機のほかに、急性精神病状態を伴う精神的危機がある。この精神的危機を中心に対応するシステムのことを精神科救急医療と呼んでいる。

そもそも精神科救急医療という概念は、欧米での「脱施設化」の流れにより発展してきた。これは、精神障害者が施設から地域へシフトしたことによって、治療の場を確保する目的で始まったとされる。日本でも、医療費削減による医療制度の変化に伴い、結果的に「脱施設化」の流れが急速に進んできた。そのことにより精神科救急医療のニーズが増しシステムの構築が迫られているが、現在の精神科救急医療システムは、受け入れ施設の確保が目的であり治療体制の整備までは行き届いていない。これには多くの病院が施設化し治療を前提とする本来の救急機能が果たせなくなったという現状がある。

阿保¹⁾は、重要なことは受け入れ施設の確保ではなく、急性期の治療を保障するシステムや方法論の確立であり、この点では、わが国の精神科医療は、未だ多くの問題を抱えていると指摘する。しかし、現実には、未整備なまま精神科救急医療は始められており、その最前線に立たされている看護師は、日々手探りの状態で救急患者に対応しているという現状がある。このようなことから救急患者への治療的介入に関する方法論を確立することは喫緊の課題であると考えられる。

精神科救急医療の方法論に関する先行研究を概観してみると、医学領域に関しては Allen, Currier, Hughes, Harde and Docherty²⁾らは、アメリカにおけるエキスパートの経験知から、1次選択治療を「口頭での介入」、2次選択治療を「物理的拘束」、3次選択治療を「退

去」という方法を見出しているが、良質な経験的データは、まだ数が少ないとしている。

日本では計見³⁾が、急性精神病状態からの回復プロセスを「生命的な危機状態にある時期」、「基礎的而立生活が可能となる時期」、「現実生活に戻るための準備的時期」の3段階に素描し、それに要する治療手段と看護手順を時間軸に沿って確立していくことの重要性を説いている。しかし、これは統合失調症の回復過程を意識した方法論であり、精神科救急医療に特化したものとは言い難い。

一方、看護領域に関しては、暴力や統合失調症の急性期に関する研究が散見する程度であり、精神科救急医療に特化した方法論は見出されていない。

したがって、看護の方法論を確立していくためには、Allen et al. が指摘するように経験的データを集積していくことが必要となる。そこで、本研究では精神科救急看護を確立していく一歩として、日々、精神科救急医療の現場で実践している看護師の語りを通して、そのプロセスを明らかにしていくことにする。

II. 研究目的

本研究では、一定の精神科救急看護の経験をもつ看護師の臨床経験の語りから、精神科救急医療における看護実践のプロセスを明らかにすることを目的とする。

III. 用語の操作的定義

1. 精神科救急医療

緊急搬送された患者が急性精神病状態にあり、身体的側面・精神的側面・社会制度的側面に対する迅速な治療・看護介入が必要となる状態を指し、時間的には、数時間から数日に渡るもの。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述研究デザイン

2. 研究調査期間

2008年6月2日から2008年7月23日。

<連絡先>

東 修

〒041-8680 北海道函館市港町1丁目1番1号

市立函館病院 看護局

TEL: 0138-43-2000

3. 研究対象者の概要

全国にある精神科救急入院料取得病院の中から4施設を選定し、その精神科救急病棟に勤務する看護師、男性8名、女性10名の合計18名である。

4. データ収集方法

1) 半構成的インタビュー法を実施した。

インタビューは1人につき1回、時間は30分から1時間程度であった。

2) インタビュー内容は以下の通りとした。

対象者が最も印象に残った精神科救急医療の場면을想起してもらい、「患者の搬送連絡を受けた時」「患者が搬送されてきた時」「一連の行動が終了した時」に、それぞれどのようなことを感じ、行動したのかを自由に語ってもらった。

3) 分析方法

- (1) インタビューで語られた内容から逐語録を作成した。
- (2) その逐語録を「受け入れの前段階」「迅速な介入を必要とする段階」「症状が安定した段階」という3つの時間軸に分類した。
- (3) これらの逐語録から1次コードを抽出し、2次コード、3次コード、カテゴリーの順に抽象度を上げ、プロセスの全体図を作成した。

V. 倫理的配慮

対象施設には研究の趣旨を説明し、病院長や、倫理委員会、またはそれに代わる機関がある施設にはその承諾も得た。対象者に本研究の趣旨を口頭及び書面により説明し、協力の意思を確認した。その際、本研究は任意であり、途中で中断することも可能なこと、研究以外の目的では使用しないこと、匿名性を厳守することを説明し、協力が得られた場合は同意書へ署名して頂いた。

VI. 結果

本研究では、精神科救急医療における看護実践のプロセスを明らかにするために、精神科救急病棟に勤務する看護師の実践知をインタビュー調査から抽出してきた。救急という現場においては哲学的知ではなく、文字通り実践的な知が必要とされている。そのため、本研究の結果では、インタビューから得られた内容を抽象化する際、可能な限り看護師の実践の具体的な内容を損なわないようにした。

1. プロセスの全体図

ここでは、看護師のインタビュー調査からみえてきた実践知をプロセスの全体図として示す。(図1参照)

この全体図は、看護師の実践の動きに伴って「受け入れの前段階」「迅速な介入を必要とする段階」「症状が安定した段階」という3つの時間軸に沿った領域で

構成されている。

それではこの3つの時間軸に沿ったカテゴリーとその関連について述べながら、精神科救急医療における看護実践のプロセスを明らかにしていきたいと考える。

1) 時間軸に沿ったカテゴリーとその関連

(1) 「受け入れの前段階」を構成している4個のカテゴリー。

まず、患者搬送の連絡が入ると、看護師は【速やかに具体的な情報入手に努める】。次に【患者情報から、状態の予測を立てて体制を整える】と同時に【鎮静処置の準備をする】ことになる。また、上記の実践をしながら、一方では、同時に搬送されてくる人の【状態像に見合った部屋の確保に努める】というように、患者が搬送されたときの体制を整えようとしていた。

(2) 「迅速な介入を必要とする段階」を構成している27個のカテゴリー

患者が病院に搬送されてくると、看護師は、最初に【身体面の観察による症状の見分けをする】ことをし、患者のトリアージをしている。そして、【症状のアセスメントをする】。この結果、身体症状が影響しているということになれば、速やかに一般科救急病院へ搬送する準備を整える。

一方で精神症状に対する迅速な介入が必要と判断されれば、【安全確保のための方法を駆使する】ことをして【鎮静処置をする】段階へと踏み出していくことになる。また、この【鎮静処置をする】段階へは【身体面の観察による症状の見分けをする】、【症状のアセスメントをする】、【計画を立案する】、そして「受け入れの前段階」の【鎮静処置の準備をする】ことから進んでいくことになる。

鎮静後は、【身体管理の技術を駆使する】ことをしながら隔離室へと移動していくことになる。そして、隔離室へ入室すると、【隔離室に入院した患者への実践】をしていく。さらに拘束が必要になれば、【患者を拘束するときの実践】をしていくことになる。

次に看護師は、この隔離室にいる段階から状態像の見分けをし、個別的な看護実践へと移っていた。この状態像には、【急性精神病状態を呈する患者への実践】

【大量服薬患者への実践】【自傷・自殺企図患者への実践】【アルコール依存症患者への実践】【物質依存症「覚せい剤・薬物中毒」患者への実践】【過飲水患者への実践】のおおよそ6つのパターンがあった。そして、この状態像への個別的な実践をしながら【症状が悪化する兆候】を読み取り【症状改善のための与薬処置】をしていた。

また、これとは別に医師の治療方針のもと、m-ECT治療が選択される場合がある。その場合は、【m-ECT

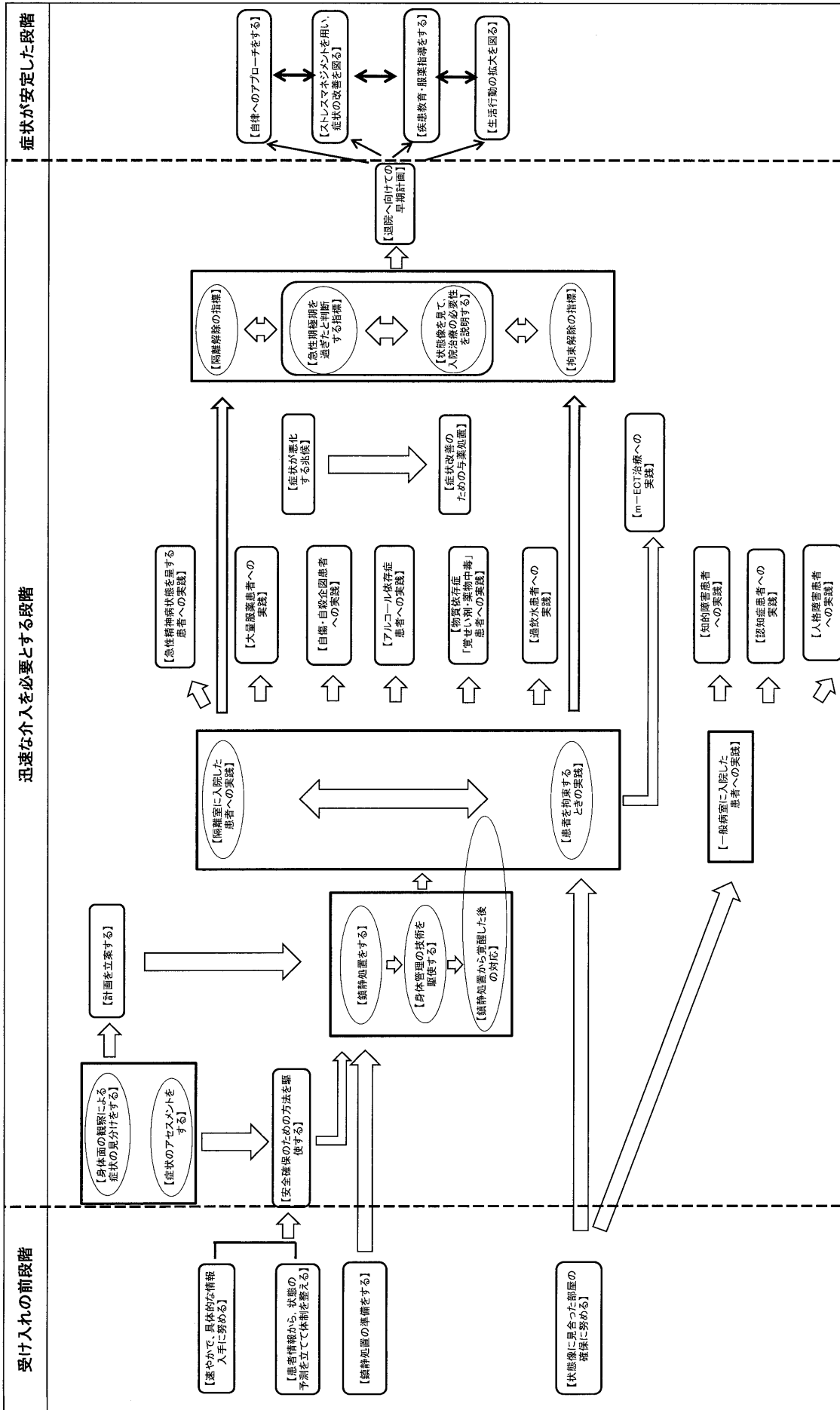


図1 プロセスの全体図

治療への実践】をしていくことになる。

次に【急性期極期を過ぎたと判断する指標】を用いながら【状態像を見て、入院治療の必要性を説明する】ことをしていき、病状が回復していると判断されれば、【隔離解除の指標】【拘束解除の指標】に従って、隔離・拘束の解除へと向かっていた。そして、【退院へ向けての早期計画】を立てて、次の「症状が安定した段階」へと進んでいくことになる。

ここまでが隔離室に入院した患者への場合である。しかし、これとは別に「受け入れの前段階」の【状態像に見合った部屋の確保に努める】から【一般病室に入院した患者への実践】へと進むものがある。以下にその経過を示していくことにする。

患者が病院へ搬送され、症状の見分けとアセスメントが行われた後、一般病室へと入院した場合には、3つの状態像に合わせた個別的な実践がなされていた。この状態像には、【知的障害患者への実践】【認知症患者への実践】【人格障害患者への実践】のおおよそ3つのパターンがあった。

(3) 「症状が安定した段階」を構成している4個のカテゴリ

患者が「迅速な介入を必要とする段階」を過ぎて症状が安定した後は、看護師は【自律へのアプローチをする】【ストレスマネジメントを用い、症状の改善を図る】【疾患教育・服薬指導をする】【生活行動の拡大を図る】というように回復期へ向けた実践をしていた。

以上、精神科救急医療における看護実践のプロセスについて、その流れを示してきた。その結果、このプロセスの全体図からは2つの特徴が見出された。その特徴を以下に示していくことにする。

2. 結果から見出された2つの特徴

1) 救急医療における集中治療の中で、看護実践はシステムティックになされている。

搬送連絡が入ると看護師は、身体管理から精神的な危機に至るまで、時間差なく実践している。これは救急医療における集中治療そのものであると同時にシステムティックな実践が必要であることを示している。

2) 状態像に合わせた具体的な看護実践をしている。

看護師は、患者が搬送されてきた早期の段階から状態像を想定し、個別的で具体的な実践をしている。この状態像には、おおよそ6つのパターンと3つのパターンがあり、彼らは、それぞれどの状態像にあてはまるのかを考え、それを選択しながら実践している。

Ⅶ. 考察

結果では精神科救急医療における看護実践のプロセ

スを示しつつ、その特徴を述べてきた。では、こうした特徴は、精神科救急医療における看護実践にどのような意味をもつのだろうか。そして、精神科救急看護という独自の分野が確立していない中で求められる看護実践とはどのようなものなのか、という観点から考察していくことにする。

1. 看護実践がシステムティックになされている意味。

精神科救急医療の対象である精神的な破綻をきたした患者とは、どのような状況になっているのか。その特徴をみていくことで、看護実践がシステムティックになされている意味を考えていくことにする。

Ward⁴⁾は、「PE (psychiatric emergency) は繰り返し発生し、迅速な対応が求められる切迫した状況として説明されるが、．．．反対に危機は、クライアントがこれまで行ってきたことの継続を妨害するような、生活におけるターニングポイントをもたらす」としている。つまり、危機が数日かけて生じるのに対し、精神科救急はかなり急激に発生する点において、精神科救急と精神的危機とを区別しているのである。そして、精神科救急の対応では、とにかく迅速さが求められるとしている。その反対に精神的危機の対応は、機能レベルを危機以前、あるいはより高いレベルに戻すことだとしている。また、Allen et al. も、精神科救急の場面において、患者が直接威嚇したり、襲おうとしたりするような緊急問題行動を呈した場合には、緊急問題行動の鎮静を第一にあげており、迅速な対応の必要性を指摘している。

このことから精神科救急医療の対象となる患者には、今まで精神科に通院していた患者に行う精神的危機への対応とは違い、急激に発生した精神的な破綻に対応する能力が求められる。したがって、看護実践では、精神的危機の対応より、まずは救急医療としての役割、すなわち生命を救うことを前提とした実践と精神科救急への対応が必要になってくるのである。

本研究でみられたように、患者が緊急搬送されたら、鎮静をして、その後は身体管理、そして隔離室へ移動するという短時間で無駄のない一連の動作として行うためには、システムティックでなければ、安全で迅速に進めてはいけない。このようにして、精神科救急医療における看護実践はシステムティックになっていったものと考えられる。

高橋⁵⁾は、救急看護の要素のひとつは、「第1は緊急度・重症度の高い患者の病態を理解した観察・判断、的確な治療処置と介助である」として、救急看護の特徴を述べている。このことから、精神科救急医療には、今までの精神科看護にあるような対人関係を主体とする精神的危機への対応のほかに、救急医療としての実践が必要になると考える。そのためには、救急看護の前提を踏まえた、具体的でシステムティックな精神科救急看護という新たな視点が必要になると考える。

2. 状態像に合わせた具体的な看護実践をしているわけ。

状態像に合わせた具体的な看護実践が必要になることは、精神科救急医療に限らず、一般の救急医療の看護でも自明のことである。では、なぜ、精神科救急医療における看護実践のプロセスの特徴となりうるのだろうか。それは、精神科では状態像によって治療・看護の方法が異なってくるからである。このことは、一般科でも同様だが、一般科では採血やレントゲン撮影、CT撮影などの検査をしながら患者の状態像を想定していき、その間に異常所見が見られれば、それに対する治療をしながら進めていけるのだが、精神科では、まずは患者の状態像を想定して、それに対する治療を行っていかなければならない。これには、精神科特有の状態像と環境が影響している。例えば、患者が同じ不安を訴えたとしても、急性精神病状態を呈している患者と物質依存症患者への実践では、頓服薬の使用方法が異なるということがある。前者では、積極的に使用し、場合によっては、医師に増量の有無を確認していくこともあるが、後者では、依存しないために慎重に使用していくことが必要になる。

もうひとつには、隔離や拘束などの行動制限に関わるものがある。隔離・拘束について看護師は、できるだけ早期に解除したいと考えているが、それらを解除する場合、急性精神病状態を呈している患者とアルコール依存症患者では、観察点から解除の方法まで異なってくるのである。前者は、興奮の程度などの急性期極期を過ぎたとする指標を用いながら慎重に解除していくが、後者は、アルコールの離脱症状がなくなれば、解除することが可能になるのである。

以上のことから、精神科では、状態像を想定し、それに合わせた看護実践をしていくことが非常に重要になると考える。

さらに精神科救急医療では、その行動面の激しさから、最初に鎮静することが多いので、覚醒したときに、どう対応するのかをあらかじめ決定しておかなければ、次の処置につなげていけないのである。つまり、鎮静した段階から状態像を察知していかなければ、看護の実践が行えないということになる。したがって入院早期から状態像のパターンを頭に入れ、それぞれを選択していくことが重要になると考える。

VIII. 結論

1. 精神科救急医療の看護実践には、急激に発生した精神的破綻に対する能力が求められる。そのためには、今までの精神科看護にあるような対人関係を主体とする実践の他に、救急医療を前提としたシステムティックな精神科救急看護という新たな視点が必要になる。

2. 精神科救急医療では、その精神科の特徴から、早

期に状態像を察知し、それぞれの状態像のパターンに見合った看護実践をしていくことが重要である。

【文献】

- 1) 阿保順子(2004). 統合失調症急性期看護マニュアル. すぴか書房, 25.
- 2) Michael H.Allen.,& Glenn W.Currier.,& Douglas H.Hughes.,& Magali Reyes-Harde.,& John P. Docherty(2001)/大野裕(訳)(2002). エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ精神科救急治療. アルタ出版, 20~21.
- 3) 計見一雄(2005). 精神科救急ハンドブック. 第2版, 新興医学出版社, 9-59.
- 4) Martin F. Ward (1995)/阿保順子, 田崎博和, 岡田実, 佐久間えりか(訳)(2003). 精神科臨床における救急場面の看護. 医学書院, 5-18.
- 5) 高橋章子, 松月みどり(2007). 救急看護認定看護師が教える救急看護の技術&ケア. エマージェンシーケア, 株式会社メディカ出版, 249, 9.

受付：2010年11月30日

受理：2011年2月2日