

患者の攻撃性と向き合うことを可能にする精神科看護師の主体条件 —興奮の de-escalation に焦点を当てて—

岡田 実

弘前学院大学看護学部看護学科

キーワード

精神科病院, 精神科看護実践, 言語的暴力, de-escalation のプロセス, 聴き遂げる

I. はじめに

医療従事者に対する患者やその関係者からの暴力は「院内暴力」として医療の領域全体に広がり、もはや精神保健医療福祉の現場に限られた現象ではなくなっている。現在、一般病院では「院内暴力対策マニュアル」を作成し、医療機関独自で院内研修に努めている。また、精神科病院では看護師を対象に暴力に対処する各種の研修プログラムが実施されている。しかし、研修プログラムが患者の暴力に1対1で向き合う身体抑制技術 (break away techniques) や看護チームで対処する患者の抑制戦術 (team tactics) の普及に偏りがちで「いつかは使ってみたい技術」に変質しかねないこと、また、国内ではこうした研修プログラムの有効性が実証されていないことを筆者は指摘してきた^{1,2)}。患者の暴力に対処する精神科看護師としての専門性は、刑務官や警察官に求められる抑制術や逮捕術とは異質なものであることは言うまでもない。

こうした研修プログラムを広範に導入している英国においては、プログラム内容が参加者個々のニーズに適していないため訓練を実際の臨床場面に活用できていない現状が報告されている³⁾。さらに、訓練に参加した看護師に攻撃をマネジメントする態度形成の変化が見られないとする Hahn らの研究⁴⁾、相当の時間とコストを費やして実施されているにもかかわらず、離脱技術 (break away techniques) が複雑過ぎて脅威的な場面にすぐ適用できる技術になっていないとする Dickens らの研究⁵⁾、あるいは患者の暴力と攻撃行動の対処策に開発された各種の身体介入技術訓練プログラムに、適切性や有効性を示す根拠が乏しいという指摘もある⁶⁾。

暴力や攻撃に対処するスキルは、精神科看護師に限

らず看護者としての専門性の一部である。しかし、専門性は身体抑制技術に特殊化した技術にあるのではない。暴力や攻撃を未然に防止するアセスメント、また、発生している暴力と攻撃に向き合いコミュニケーションスキルを用いて積極的に de-escalation に取り組む活動こそが、精神科看護師であれば誰にでも求められる重要な専門性であると筆者は考えている。

本研究では、患者の言語的暴力に向き合い首尾よい対処を可能にした女性精神科看護師の経験から de-escalation の重要なプロセスが示唆されたので報告する。

II. 研究目的

本研究は、患者の言語的攻撃に直面した女性精神科看護師の経験に焦点を当て、状況の進展を見極めながら積極的に de-escalation 技法を適用することができたプロセスを検討することを目的とする。

III. 用語の定義

本研究では、身体的な接触を伴う攻撃を身体的暴力、言動による脅しにとどまる場合を言語的暴力とした。

IV. 研究方法

1. 研究対象者

精神科病院に勤務し5年以上の臨床経験がある女性精神科看護師 A

2. 研究期間

2008年4月～2009年3月

3. データ収集方法

一定のガイドラインにしたがって半構成的なインタビューを1回につき45～60分程度を数回行った。

4. データ分析

インタビューをICレコーダーに録音しその内容を逐語録に作成した。これをもとに研究対象者が患者の攻撃に直面した経験を筆者と共有化を図るために、逐語録からうかがわれるコンテキストの確認作業の一部として状況説明図を一緒に作成した。こうして研究対象者が言語的暴力に向き合う経験のプロセスを後づけ

<連絡先>

岡田 実

〒036-8231 青森県弘前市稔町20-7

弘前学院大学看護学部看護学科

TEL: 0172-31-7179 (直通) FAX: 0172-31-7101

E-mail: okada@hirogaku-u.ac.jp

ストーリーとして再構成した。得られたストーリーは精神科臨床経験を20年以上有する4名の現役精神科看護師からなる事例検討会において、生成されたストーリーの臨床的な確からしさが検討された。

5. 倫理的配慮

本研究の趣旨と目的を研究対象者に文書で示しながら口頭で説明し同意書に署名を得た。また、インタビューの途中で応答を拒否できること、それによって不利益が生じないことを説明した。本研究で得られたデータは研究目的以外に使用せず、インタビューの内容は学会や学会誌への投稿あるいは著作の一部に使用する場合は、匿名性を保持することを説明した。また、本研究は研究者の所属大学の倫理審査委員会から承認を得て行われた。

V. 結果

1. 研究対象者の属性

一般科に2年勤務した後、精神科病院の閉鎖病棟・開放病棟・老人病棟・外来を通算して20年以上精神科病院に従事する女性看護師。精神科病院に勤務し数年後開放病棟に従事していた時に遭遇した場面である。

2. 患者の攻撃に曝された場面の概要

経験の浅い女性看護師と研究対象者である先輩格の女性看護師の2人で深夜勤に勤務中の場面である。統合失調症の男性患者が午前2時頃、怒鳴り散らし興奮しながらナースステーションの小窓にかじりついた。看護師はナースステーションに患者を招き入れ訴えを辛抱強く傾聴した。その結果、しばらくして患者は落ち着きを取り戻し de-escalation を成し遂げることができた事例である。

3. 場面および状況の説明

若手と先輩格の看護師がペアで深夜勤務に従事していた午前2時前後、暗い廊下の向こうの病室から怒鳴り散らすような大声が聞こえてきた。統合失調症の男性患者で何やら興奮してナースステーションの小窓から頻りに大声で訴えていた。声高で興奮しているように見えたので、速やかに当直師長や当直医に応援を求めた方がいいのではないかと思える程であった。当直医に報告すべきか、それともナースステーションでとりあえず話を聞くべきか看護師は迷った。結局、ナースステーションに入ってもらい話を聞き、どうしても収まりがつかない場合には当直医に電話連絡をいれよう判断した。

ナースステーションでは興奮している患者に椅子を勧めそこに座ってもらい、もう一人の後輩看護師もその場に同席させ、図1のように患者との間に机を挟み、普通の距離を保って互いに対面して話しを聞くことができた。

最初、患者は興奮して一方的にまくしたてていたが、自分たち深夜勤の看護師に対する攻撃ではなく、準夜

勤の看護師に対する抗議まじりの強い不満であることが次第にわかってきた。不満の矛先が自分たち深夜勤者に向いていないことが確認でき、少しは冷静に話を聞くことができた。しかし、言語的な攻撃を全身で受けとめながら患者と対面しているときは、座っていてもザワザワと鳥肌が立ち常に危険を感じていたという。

結局、患者の興奮は静まりその場は何事もなく過ぎて看護師たちはほっとする。40分以上の長い時間をかけて患者の話を聞いたことがよかったのか、それとも当直医に面接してもらったほうがよかったのか、その迷いが最後まであったという。

1) 迷いから一步踏み出してまず聴こうとする態度

暗闇の向こうから突然姿を現し、どなり声をあげ興奮している男性患者と向き合うことになった女性看護師たち、彼女たちが感じた極度の緊張がいかほどか容易に想像することができる。対応にあたった女性看護師はこの男性患者とは初対面ではなく、言葉を交わしその人となりや性格を知っていたという。

当直に「応援要請」の電話連絡を入れ当直看護師長と当直医が来棟するまでの間、ナースステーションに患者が入り込めないように入出口を施錠し、患者を外に締めだすようにしてひとまず看護師の安全を確保することもできたはずである。看護師がナースステーションにあえて患者を招き入れ、ひとまず話を聞く態勢を選択できたのはなぜだろうか。この疑問に答えるには、患者を招き入れて話を聴こうと判断するもとなった女性看護師のかつての臨床経験を尋ねてみなくてはならない。看護師は興奮の強い患者に対処したことのある別の臨床経験を次のように語り始めた。

「精神科に従事するようになって2,3年のことだと思います。女子閉鎖病棟に勤務していて、ちょうど日勤で患者さんの買物を担当していました。施錠している病棟入口に立って、病棟から売店に向かう患者さんと売店から病棟に戻ってくる患者さんのチェックを担当していました。このとき、私の近くに落ち着かない患者さんがいて、誰に何を要求しているのかははっきりしなかったのですが、とにかく誰彼となく意味不明な要求を執拗にしていました。『病棟の入口を開けたときに落ち着かない患者が病棟の外に出ていくと困るなあ...』と思い、この患者さんを外に出すわけにはいかないと考えていました。他の患者さんを病棟の入口から出し入れする際、私はその落ち着かない患者さんをどのようにしたら外に出さないようにできるかということで頭が一杯だったと思います。」

患者の出入りをチェックしてしながら、すぐ近くで頻りに意味不明な訴えを続ける患者から身体的暴力を受けるかもしれないと考えたかどうかについて看護師

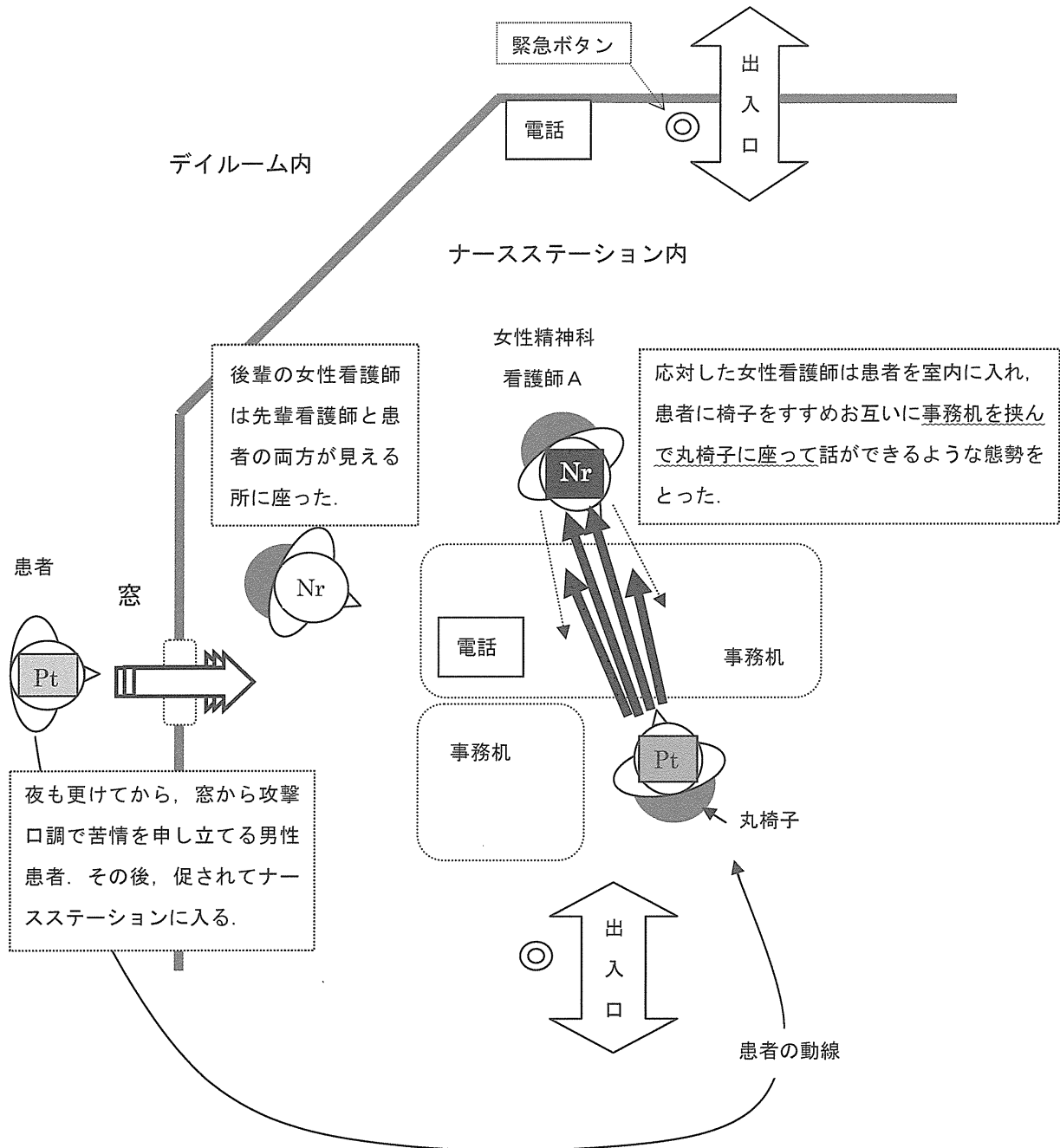


図1 本事例の状況説明図

は次のように続けた。

「私はその時には考えていませんでした。その患者さんはしょっちゅう暴力行為がある方ではなかったの
で、私は不意を突かれた恰好で頭を殴られました。」

看護師は患者から殴られた理由を、ことあるごとに思い出しては考えていたという。暴力を受けた経験を思い起こしては反芻しながら、看護師はいくつかの対処策に考えをめぐらす。

「あんなに患者さんが売店に行きたがっていたのですから、別な方法で彼女の希望をかなえてあげられた

のではないかと、思ったこともあります。彼女が叫ぶように訴えていても私は彼女に全然声をかけてあげなかった。他に何か対処の仕方があったのではないかと。自分は看護師だから鍵を持っているし、開けなければ彼女は出ていけない。鍵を開けない限り患者さんはどうにもできないから大丈夫だ、とその時は考えたと思います。『叫ぶのだったら叫べばいいじゃない、私が鍵を開けなければあなたは出られないのだから』という私の考えが態度になって患者さんに伝わったのではないかと後で思いました。...興奮している患者さんやいろいろ訴えかけてくる患者さんにどのように対応したらいいのかと考えるとき、この経験をふと思い出

すことがあります。」

このような経験から看護師は、興奮が強く明確ではなくても何かを訴えかけてくる患者に対して、「まずは話を聞く」「要求のうち可能なことは実現する努力をする」「実現不可能なことは曖昧にせずできないと言う」「要求や訴えが同じことの繰り返しの場合は患者との距離を置く」といういくつかの対処の原則を確立していた。それ以来「とにかく患者さんが興奮している時には、説明しようとするよりも聴くことに徹しようとしています」という看護師は、その後、意味不明な訴えをする女子患者から暴力を受けた経験を同僚に話すこともなく、筆者のインタビューを受けるまでずっと自分の胸に秘めてきたという。

2) かつての臨床経験との自己内対話

患者の暴力に曝された経験をもつ看護師の多くは、その体験を減多に口にするのではない。自分の経験を他者に伝えることで、複雑な気持ちを理解してくれるという自信が持てないという看護師も多い。同じ病棟の同僚に対してもそうだという。こうした経験がどこかに生身の痛さをそのままに残っているからだろうか。暴力を回避できずに不意に襲われたという事実は、看護師という専門職として「恥しい経験」に縁だられているからだろうか。

いずれにしてもこうした経験は看護師の内面に引きこもり、自己内対話に長らく留め置かれたままになっている。看護師たちが自らの経験をあえて語ろうとはしない自閉的な理由がそこにあるからだろうか。

とはいえ、その臨床経験が看護師の内面にすっかり封印されてしまっているのではない。ことある毎に、同じような臨床場面に出くわしては揺り戻され、脳裏に浮かび上がるかつての「忌々しい」場面や状況に行き来してしまうものようである。その度に推測や憶測が入り混じり、自閉的な世界で自己内対話が幾重にも繰り返され積み重ねられているのだろうか。こうした自問自答が折り重なるように、再び誰にも話さない沈黙に漬け置かれ、時間の経過や看護師の自己成長に応じた新たな意味合いを持つようになる。一定期間の漬け込みを経て熟成された臨床経験は、当初とは異なった意味を帯び始めるのである。

「だから今考えると、不意に患者から頭を殴られたことがいい経験だったのではないかと」

不愉快な経験を無理やり合理化しようとする負け惜しみからではなく、看護師は臨床経験の漬け込みを通じて、その経験の持つ意味から自身の看護実践上のいくつかの基本原則を取り出している。すなわち、生身の痛みをともなう看護師として「恥ずかしい」体験が、

こうしたプロセスを経てケアの熟達を裏づける原則に変化していくといえるのではないだろうか。

3) 患者の興奮をおさめた後で

病棟廊下の暗闇から姿を現し興奮した患者と出会った看護師は、あくまでも話を聴くことによって患者の興奮と向き合おうとした。

「夜中に小窓から訴えてきたのですが、あまり声が高かったので本当に迷って、詰所に入れて話を聞くことにしました。椅子に座ってもらいました。口調は一方的で興奮していましたが普通の距離でお互い座って話をしました。結局、準夜勤での不満を訴えていたんです。私たち深夜勤者に対する不満ではなかったので、少しは冷静に聞いていられました。患者さんと話しをしているときに、何だかざわざわと鳥肌がして危険を感じるがありました。ある程度聞いてどうしても興奮が収まらなければ、当直医に報告しようかと思っていました。もう一人の看護師もその場にいましたので、向き合って話を聞いていました。」

聴くという積極的な活動を通じて de-escalation を成し遂げた看護師は、この一連のプロセスに居合わせた若手女性看護師に次のように述べている。

「本当は怖かったんだよとか、1年目の看護師とペアだったので、『本当にこれでよかったのか私にもよくわからない』といました。真剣に話を聞くようにしただけで『患者との関係が良かったからこうなったけど、よくなければ結果はこうならなかったかもしれないよ』と話したと思います。」

IV 考察

この事例では、女性看護師が患者の興奮を首尾よく de-escalate できた看護活動にいくつかの要因があったことがわかる。以下にそれらの要因を考察する。

1. 訴えを聴くことに伴う行動計画とその判断基準

この事例の看護師が選択を迫られた局面に立ち返ってみよう。暗闇から興奮した患者がナースステーションを訪問した場面で、すぐに当直医師に報告し来棟を要請すべきか、あるいはしばし話を聞きながら状況の進展によっては当直医師に報告すべきか、女性看護師はこの2つの選択の間を揺れていた。

彼女は後者を選択し興奮している患者をナースステーションの中に招き入れた。大声でどなり散らす患者の形相から鳥肌が立つような恐怖を感じながら、辛抱強く話を聴き続けた結果、患者の興奮が次第に静まっていったのである。

二者択一の選択ではあったが、選択した行動にさら

に細かな幅を留保していたことがわかる。「ある程度（話しや訴えを）聞いて、どうしても（興奮が）収まらなければ当直医師に報告しよう」というのがそれである。選択幅の狭い行動にこだわるのではなく、その場の状況変化に応じて次の行動を準備する（その行動に変更する判断基準も用意する）ことで、状況に安全かつ柔軟に対処することができたとも言える。判断を留保し状況の進展と突き合わせながら、その都度、判断と行動を調整する看護師の態度が、状況に柔軟に対応することを可能にしたのではないだろうか。仮に次の行動の選択余地が準備されていなければ、選択の幅が狭まり判断と行動の選択余地がなくなり、その結果、イニシアティブをもって状況をコントロールできなくなり、看護師は無策の状態に置かれ立ちつくしてしまっていたかもしれない。

状況変化に対応するために準備された次なる行動を実施する必要もなく、この事例は興奮を静めることに成功した。成功を可能にした要因を看護師の「果敢に向き合う戦術」にあったとするならば、その向き合いを成功に導いたのは、状況変化に対応できるように事前に行動計画を考えていたからではなかったろうか。これがなければ、少なくとも鳥肌の立つ対象と向き合うことなど到底できなかっただろう。

2. 範例を下地に向き合い続け訴えを聴き遂げる自信

興奮した状態でナースステーションの小窓にかじりついた患者は、急激な症状の再燃としては捉えにくい。自分が準夜勤で受けた処遇への不満が時間経過につれて沸々と湧き上がってきた状態、すなわち、患者がネガティブな感情のコントロールを欠き抑制を失いかける一歩手前の状態と考えることができる。

患者のいつもとは違う異様な興奮状態が病的な体験によるものか、あるいは入院患者として正当な要求の不器用な表現なのか、看護師はじかに患者の話を聴くことによって判断することができる。判断できるタイミングは一様ではないにしても、異常体験が背景に強くある場合は、聴くことを早めに切り上げて当面の鎮静を意図した治療策を患者に提案することになるだろう。この事例では「要求や訴えが同じことの繰り返しの場合は患者との距離を置く」とあるように、当直医師に早目に電話連絡を入れて患者との面接を依頼することもあるだろう。

本事例では「不当な処遇についての苦情の申し立て」というテーマが中心になっていると判断されたため、患者が自身の気持ちを訴え続ける（言葉で訴え続けられるうちは身体的暴力に転化することはない）ことを支援し続けることができると看護師は判断できたのである。看護師は訴えを聴きながらそれを聴き遂げる自信を深めていたのではないだろうか。一方の患者は、知らず知らずのうちに加速が付きやすい下り坂に

も似た de-escalation のプロセスを、コーナリングから逸脱しないように十分なブレーキを効かせながら看護師と共に歩むことができたのである。

売店につながる病棟の出入口で頻りに訴え続けていた患者を理解できなかったという看護師Aの悔しい臨床経験は、精神科看護師として経験の浅い時期のものである。しかし、この臨床経験は看護師自身のなかで何度も検討が加えられ臨床家として熟練の域に達した現在でさえ、重要なインパクトをもって想起される経験になっているという。筆者は先に「うるせえーなあ、ぶっ殺すぞお！」という暴言によって萎えてしまった看護主体を、その後、昏迷状態にある若い患者に添い寝をするエピソードによって再び主体を回復する看護師の事例を紹介した⁷⁾。この事例も今回扱った意味不明で執拗な訴えをする患者への対応と同様、看護師にとって何時も立ち返ることのできる看護ケアの原点となる臨床経験ではないだろうか。

こうした経験は看護師であれば誰でも胸に秘めてはいても減少に言語化されることはない。Benner⁸⁾はこのように「臨床家の理解の仕方や受けとめ方を変えてしまうような臨床上のエピソード(p.255)」を「概念上の事柄だけでなく状況の感覚的特徴も把握できるので、公式モデルが把握できるものよりはるかに内容が豊か(p.165)」な臨床経験を“範例(paradigm cases, p.255)”と名付けている。切迫した状況に立たされた看護師にとって、重要な意味を伴って想起される臨床経験を言語化する作業、およびそこから得られる色々な経験が、実践知を形成していくことにつながっていくのである。

V 終わりに

本稿では、強く興奮している患者に向き合い de-escalation に成功した事例を通じて、看護師が患者の訴えを聴き遂げることができた背景には、かつて訴えを受け止めることのできなかった悔しい臨床経験があったこと、そして、この経験が現在の看護師に貴重な教訓を残し、鳥肌の立つ局面において聴く態度を維持し続ける主体条件になっていることを示した。

患者の暴力や攻撃に対処する精神科看護実践の専門性とは、小手先の抑制技術ではなく、看護師のケア論、そして看護集団のケア組織論や病棟の治療文化につながる問題である。したがって、患者の暴力に対処する英国の広範な研修プログラムが十分な成果を発揮できていないのは、そもそも暴力に対処する看護実践がケア論に直結しているという本質があるからに他ならない。このケア論を紡ぐ作業には、看護師個々による看護実践の振り返りと重要なインパクトを与えている事例の検討が避けられないことを意味している。

本研究で扱った事例は、筆者の平成21年度北海道医療大学大学院看護福祉研究科看護学専攻博士課程論文

「患者の暴力と攻撃に対処する精神科看護実践の諸相」で扱った事例の一部に考察を加えたものである。

文献

- 1) 岡田実. 暴力と攻撃への対処－精神科看護師の経験と実践知, すびか書房, 和光, 2008年
- 2) 岡田実. 精神科病院における攻撃と暴力に関する予測と対処－精神科看護師の臨床経験の観点から, 精神科治療学2006; 21(8): 841-846,
- 3) Royal College of Psychiatrists' Research Unit. The Healthcare Commission National Audit of Violence 2003-2005, Final Report 2006
<<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/NAV2003-2005.pdf>> [2010, August 27]
- 4) Hahn, Needham, Abderhalden, Duzbury & Halfens. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006; 13: 197-204.
- 5) Dickens, Rogers, Rooney, McGuinness & Doyle. An audit of the use of breakaway techniques in a large psychiatric hospital; a replication study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009; 16: 777-783.
- 6) Linsley, P. Violence and Aggression in the Workplace; a practical guide for all healthcare staff, Blackwell Publishers, 2006, p.71, 89 (邦訳: ポール・リンズレイ/池田明子・出口禎子 (監訳). 医療現場の暴力と攻撃性に向き合う－考え方から対処まで, 医学書院, 東京, 2010年, p. 126, 154-155)
- 7) 岡田実. 患者からの暴力被害を乗り越え看護主体を再構築する精神科看護師の経験－添い寝のエピソードに焦点をあてて, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌2010; 6(1): 77-80.
- 8) Benner P. /井部俊子(監訳). ベーナー看護論 新訳版－初心者から達人へ. 医学書院, 東京, 2006年

受付: 2010年11月30日

受理: 2011年2月2日