



精神科看護師の実践知：
人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした精神
障害者へのケア体験から

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2009-09-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 村上, 茂, 桑名, 行雄 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005578

研究報告

精神科看護師の実践知
— 人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした
精神障害者へのケア体験から —

Practical knowledge of psychiatric nurses in charge of
mental patients with personality disorders and
previous offenses against criminal law

村上 茂¹⁾・桑名 行雄²⁾

Shigeru MURAKAMI¹⁾, Yukio KUWANA²⁾

キーワード：人格障害，刑法に触れる行為をした精神障害者，精神科看護師の実践知

Key words: personality disorders, patients with previous offenses against criminal law, practical knowledge of psychiatric nurses

Abstract

The purpose of this study was to describe practical knowledge of psychiatric nurses in charge of mental patients with personality disorders and previous offenses against criminal law. Nine nurses working for seven years or more in the wards where such patients have been hospitalized participated in the interview study.

Nine categories were extracted from the analysis : professional orientation, enhancement of teamwork, education deep-rooted in the clinical field, grasp of the characteristics of the patients, skills of crisis avoidance, a process to gain patients' trust, cooperation with the key persons of the patient, deepening the relationship with a patient, barriers to nursing practice.

The results suggest that it is important to stick to a professional orientation. So, we have to make full use of the practical knowledge that the nurses have thought out as a method to overcome the barriers to nursing practice, and ride out the critical situation in the clinical field.

要 旨

本研究は、人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした対応困難な精神障害者への看護を継続していくために、精神科看護師は病棟でどのような実践知を獲得しているかを明らかにすることを目的とした。対象となる患者が入院する精神科病棟での看護経験年数が7年以上の看護師9名を対象とし、半構造化面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に質的帰納的分析を行った。

その結果、【専門職としての姿勢】【チームワークの充実】【臨床に根ざした教育】【患者の特性の把握】【危機回避の技能】【信頼を得るプロセス】【キーパーソンとの連携】【関係性の深まり】【看護実践の障壁】という9カテゴリが抽出された。

これらから、【看護実践の障壁】を打破する方法として、看護師が編み出した実践知を駆使し、対象となる患者への看護実践の中で生じる危機的な状況を乗り切り、【専門職としての姿勢】を貫き通すことが重要であると示唆された。

I. はじめに

2005年7月に、殺人・傷害・放火等の重大な罪を犯しながら心神喪失を理由に不起訴や無罪となった精神障害者を必要に応じて専門病棟に入院させ、手厚い治療に取り組む新制度を定めた「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(以下、心神喪失者等医療観察法と略す)が施行された。しかし、精神科病院の臨床現場では、対応困難な精神障害者に対する問題は解決されておらず、実刑判決を受け、刑務所等の矯正施設から退所する時に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法と略す)第26条(矯正施設長通報)に基づいて入院となった精神障害者や刑法犯歴のある精神障害者、暴力団に所属する精神障害者も受け入れている。

刑法に触れる行為をした対応困難な精神障害者の多くは、人格形成に問題があり、他者と生産的な人間関係を保ちがたく、その中には、反社会性人格障害と物質関連障害とを合併した事例(Oldhamら, 1995)や境界性人格障害と演技性人格障害・反社会性人格障害等を合併した事例もあり、その予後は悪い(林, 2002)。渡部(1994)は、彼らの問題行動としてはボスの対人関係が強く、攻撃的・暴力的で扇動し、病棟内の秩序を乱し、他の患者にたかり・ゆすり・おどし、爆発的に暴力を振るう等で、治療的な雰囲気は失墜すると述べ、看護教育の中で徹底して看護学を学習してきた看護師にも対応困難な精神障害者の看護に関する特別な訓練を考慮した教育と、職人気質の精神科看護師が必要であることを力説した。

人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした精神障害者への看護介入の評価やケアの実感は得られにくく、その意味づけは看護師個々の実践と力量に委ねられている。また、対応困難な精神障害者や刑法に触れる行為をした精神障害者に対する看護師の意識調査や実践知の研究(宮城, 2004; 時任ら, 2007; 熊地ら, 2007)は行われ始めたが、人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした精神障害者を対象とした看護の立場での系統的な研究は見あたらない。そこで、今回は対象となる患者への看護を経験した精神科看護師の語りから、実践知を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

- ・人格障害が基盤にある精神障害者：人格障害を合併した精神障害
- ・刑法に触れる行為をした精神障害者：時任ら(2007)による「刑罰法令に触れる行為をしたが、心神喪失等の状態で責任無能力のため刑罰の対象にならなかった精神障害者や、実刑判決を受けて刑務所等の矯正施設から退所する時に精神保健福祉法第26条に基づいて入院となった精神障害者、および刑法犯歴のある精神障害者」(以下、触法精神障害者と略す)
- ・対応困難な精神障害者：道下(1991)による「精神科病院に入院中の患者で、その者の示すさまざまな病状や問題行動のために、病院内での治療活動に著しい困難がもたらされる患者」
- ・実践知：パトリシア・ベナー(1992)の定義による「実践技能や文化習慣から直接得られる知識」

III. 研究方法

1. 研究デザイン

患者と看護師の相互作用である看護実践について、看護師の意図や感情が含まれる文脈として理解する為に、探索的帰納的な質的研究デザインを採用した。

2. 研究協力者

- 1) 人格障害が基盤にある対応困難な触法精神障害者の治療・看護を長年に渡って行ってきた実績がある病院であることを基準とし、近畿圏のある精神科病院に研究協力を依頼した。
- 2) 研究協力の得られた、人格障害が基盤にある触法精神障害者が入院する精神科病棟での看護経験年数が7年以上の看護師9名を対象とした。

3. データ収集

研究協力者に対して、50分～80分の半構造化面接を行った。面接では、1) 人格障害が基盤にある触法精神障害者へのケアを経験した際の困難な状況と臨床判断について、2) 看護師は対象となる患者にどのようにしてアプローチを行い、看護を継続できていたかについて、研究協力者の語りに合わせて、できるだけ自由に語ってもらった。研究協力者の承諾を得て、その内容をレコーダーに録音し、逐語録に転記したものをデータとした。データ収集期間は2007年6月～10月であった。

4. 分析方法

患者と看護師の相互作用である看護実践を文脈で理解することを重視するため、象徴的相互作用論を基盤にしている修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（木下, 1999, 2003）を参考に分析を行った。

- 1) 逐語データを概観し、分析テーマに照らして、多様な具体例がありそうなデータの部分に注目し、文脈を重視しながら、その箇所を分析ワークシートのヴァリエーション欄に書き出した。
- 2) 次に、分析ワークシートに書き出したデータの解釈可能性を多角的に検討し、理論的メモ欄に記載した。
- 3) 複数の解釈案の中で、最も妥当と思われるものを定義欄に記載し、定義案とした。
- 4) 定義案を凝縮表現して、概念名を生成し、概念欄に記載した。さらに、この概念と定義案と同様に解釈できる他のデータ箇所を探し出し、類似例としてヴァリエーション欄に追加して記載していった。
- 5) 逐語データ全体から、このヴァリエーション欄に追加される類似例がないことを確認して、概念を完成した。また、その概念と対立するヴァリエーションも並行して探し、対極例が見つければ、新しい概念を生成していった。
- 6) 生成した概念と他の概念の関係を個々の概念ごとに検討して、関係図にした。そして、複数の概念の関係からなるカテゴリを生成し、カテゴリ相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化し（ストーリーライン）、結果図を作成した。分析は研究者2名で行い、生成したカテゴリは研究協力者の理解を得た。

5. 倫理的配慮

- 1) 本研究は大阪府立大学・看護学部研究倫理委員会から承認を得た。
- 2) 対象施設に対し、研究主旨や対象となる看護師への倫理的配慮を書面と口頭で説明し、同意を得た。
- 3) 研究協力者に、研究目的・内容および研究結果の公表の仕方、参加中断・拒否の自由、研究協力者の匿名性の保障、話された事例や病棟の事情等の情報の保護を文章と口頭で説明し、同意書への署名と属性データ表の記載をもって、研究協力の承諾とした。
- 4) 逐語録では、研究協力者や職員名、患者名、施設名等の固有名詞はイニシャルに変換し、研究協力者の所属施設が特定できないように配慮

した。

IV. 結果

1. 研究協力者の背景

研究協力者は男性9名、年齢は49歳～70歳（平均58.4歳）、精神科看護経験年数は23年～40年（平均33.5年）であった。また、人格障害が基盤にある触法精神障害者が入院している閉鎖病棟での看護経験年数は7年～24年（平均12.3年）であった。対象となる患者への看護のエピソードは、40年近く前から近年に至るものまで、幅広く語られ、その折々で看護師の人員配置や病棟に占める対象となる患者の割合はさまざまであった。

2. 分析結果

1) 結果図

分析の結果、9のカテゴリが生成された。結果図は図1に示す。181の概念および44のサブカテゴリは表1～9に表示した。なお、カテゴリは【 】, サブカテゴリは〔 〕, 概念は〈 〉で示した。

生成されたカテゴリは、コアカテゴリである【専門職としての姿勢】と、【チームワークの充実】【臨床に根ざした教育】【患者の特性の把握】【危機回避の技能】【信頼を得るプロセス】【キーパーソンとの連携】の9のカテゴリであった。

2) 生成されたカテゴリ

(1) 【専門職としての姿勢】

このカテゴリは25の概念および4のサブカテゴリから生成された（表1）。4のサブカテゴリは、人格障害をその人らしさとして理解し、触法の如何にかかわらず、一人の人間として、対等に付き合う〔あたりまえの付き合い〕と、患者の病状の改善を見守り、患者にゆとりをもっ

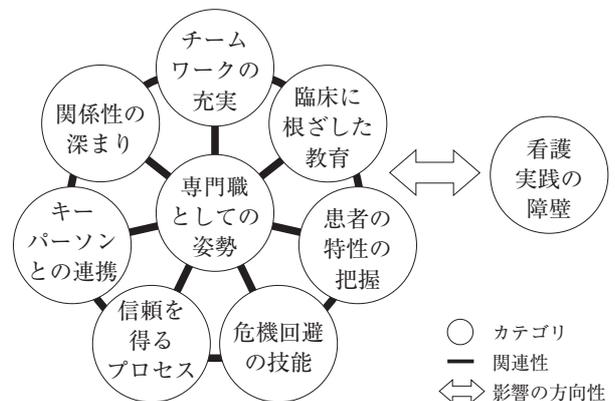


図1 人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした対応困難な精神障害者への看護に関する実践知

て対応し、悪態をつかれても病気として理解する〔見守り〕と、研修会や自己学習、看護実践の中で専門的な知識・技術・態度を磨き、自己洞察を深めながら、看護方針に基づいて、対象となる患者に最善を尽くして看護を行う〔自己開発〕と、最悪の事態を想定して行動し、どのような対象者の苦情に対しても向かい合って話

を聴き、暴力を受ける可能性を念頭におく〔不測の事態の予測〕である。

そして、この4のサブカテゴリに共通することは、人格障害が基盤にある触法精神障害者に対して、専門職に徹してかかわる上で、必要不可欠な姿勢なので、【専門職としての姿勢】と命名した。

表1 【専門職としての姿勢】

サブカテゴリ	概 念
あたりまえの付き合い	〈患者を認め、対等に付き合う〉〈退院患者に遭遇した時は看護師ではなく、個人として挨拶する〉 〈触法の有無に関係なく、みんなで普通にかかわる〉〈一人の人間に対応するという基本を守る〉 〈人格障害をその人らしさとして理解する〉
見守り	〈患者の病状の改善を見守る〉〈患者にゆとりをもって対応する〉 〈悪態をつかれても病気として理解する〉
自己開発	〈看護部として必要な集合研修を行う〉〈新しい代表的な専門文献で確認して、看護実践する〉 〈精神症候学を学び、ポイントを記録する〉〈患者対応した後に絶えず自分のかかわりを振り返る〉 〈対象理解を深め、看護師の身構えを解く〉〈患者の人生を慮り、看護のあり方を絶えず考える〉 〈看護師は自己洞察し、看護のあり方に気がつくことが大切である〉 〈聞きやすい看護師に答えやすい聞き方で教わる〉〈看護師として自分でできることは自分で行う〉 〈切磋琢磨し合える職員関係を築く〉〈再犯の如何を問わず、最善を尽くして看護を行う〉 〈治療方針に基づいて質の高い看護を提供する〉〈看護管理者も謙虚に現場で学ぶ〉 〈充実した看護観とキャリアを持ち、看護に具現化する〉
不測の事態の予測	〈最悪の事態を想定して行動する〉〈対象者の如何を問わず、その人の苦情に向き合って話を聴く〉 〈暴力を受ける可能性を念頭において対応する〉

表2 【チームワークの充実】

サブカテゴリ	概 念
リーダーの存在	〈管理職は看護師個々に臨床場面で現任教育する〉〈スタッフが頼れる看護長の存在がある〉 〈病棟の看護管理者が同じ方針をもつ〉〈管理職の立場で1対1の場でスタッフを注意する〉 〈頼もしい親分肌の看護師がいる〉〈患者とうまく駆け引きをする看護師の存在がある〉 〈主任看護師は臨床のリーダーである〉〈管理職が現場の先頭に立ち、チームワークを良くする〉 〈主任看護師は実践モデルである〉
看護師の協力	〈病棟ルールは大幹を守る〉〈看護師複数で患者対応できる態勢をつくる〉 〈その勤務帯の受け持ちでなくても全員で協力する〉〈興奮患者の対応は看護師多数が連携して行う〉 〈隔離・拘束の適切な判断をする〉〈スタッフの状況を把握して協力する〉 〈興奮した患者を徒手抑制するために看護師は力を要す〉〈看護師全員が統一した対応をする〉 〈チームで話し合って、治療・看護を行う〉
チームワークの意義	〈助け合う経験によって看護師はまとまる〉〈チームワークの悪さが事故につながる〉 〈患者に看護を継続できた理由はチームワークである〉 〈職員同士が理解し合うためにコミュニケーションを図る機会をもつ〉

表3 【臨床に根ざした教育】

サブカテゴリ	概 念
志気・意気を高める教育	〈志気・意気を高め、看護に目を向ける教育が大切である〉
接遇教育	〈接遇教育が大切である〉
対象理解の教育	〈スタッフに人間理解と人間関係のつくり方を教育する〉 〈事例検討の学習が有効である〉
看護師からの学び	〈現場で生々しい体験をした看護師からの学びを認識する〉 〈スタッフが管理職に看護実践のアドバイスを要請する〉

(2) 【チームワークの充実】

このカテゴリは22の概念および3のサブカテゴリから生成された(表2)。3のサブカテゴリは、病棟にはリーダーシップを発揮する看護管理者や看護スタッフが存在するという〔リーダーの存在〕と、看護師がチームで話し合い、病棟ルールをもとに全員で協力しながら、看護を行っていく〔看護師の協力〕と、看護師がお互いを理解し、看護方針に基づいて、一丸となって目標を達成していくためにチームワークは非常に重要であるという〔チームワークの意義〕である。

そして、この3のサブカテゴリに共通することは、対象となる患者への看護実践を継続していくためには、チームワークを充実させ活用するという看護師の技能が必要不可欠であるため、【チームワークの充実】と命名した。

(3) 【臨床に根ざした教育】

このカテゴリは6の概念および4のサブカテゴリから生成された(表3)。4のサブカテゴリは、病院・病棟の方針に基づいて、看護師の志気・意気を高める教育を行い、看護に目を向ける〔志気・意気を高める教育〕と、看護師に接遇教育を行う〔接遇教育〕と、事例検討等を通して、対象理解の教育を行う〔対象理解の教育〕と、対話を通して看護師の臨床現場での体験を学ぶ〔看護師からの学び〕である。

そして、この4のサブカテゴリに共通することは、対象となる患者への看護実践に直結した教育であるため、【臨床に根ざした教育】と命名した。

(4) 【患者の特性の把握】

このカテゴリは18の概念および5のサブカテゴリから生成された(表4)。5のサブカテゴリは、対象となる患者は役職者や看護師に服従する一方で、他患者には自分の力を誇示する傾向がある〔権威的な対人関係〕と、患者は看護師の前ではあまり問題を起こさないが、裏では他患者に悪影響を与え、反社会的な生活歴をもつという〔表と裏の行動〕と、患者はコミュニケーション能力が回復し、地域生活ができる場合が多いという〔コミュニケーション能力〕と、患者は鉄扉や鍵の音、受け持ち看護師の勤務異動、他患者の存在、保護室の場所等の病棟環境の影響を受けるという〔病棟環境の影響〕と、患者は覚せい剤の使用を後悔し、子供のことを心配し、暴力団から破門されることを恐れて精神科病院への入院を隠す等の負い目をもつという〔負い目〕である。

そして、この5のサブカテゴリに共通することは、反社会性人格障害と物質関連障害を合併した患者および暴力団所属患者の特性であり、【患者の特性の把握】と命名した。

(5) 【危機回避の技能】

このカテゴリは31の概念および5のサブカテゴリから生成された(表5)。5のサブカテゴリは、なかなか説得に応じしてくれない患者を、その患者に適切な看護師や先輩看護師に説得してもらったり、患者同士のトラブルで理解度の高い患者に了解を求めたりする〔機転を利かせた対応〕と、ディエスカレーション技法を実践に活かし、暴力には毅然と対応し、患者の暴力で手に負えない時は看護師全員で一旦避難する〔興奮のレベルに応じた対応〕と、患者の表情や

表4 【患者の特性の把握】

サブカテゴリ	概 念
権威的な対人関係	〈ボスの存在の患者が他患者を指導する〉〈看護師に従順さを装う刑務所経験患者が多い〉 〈暴力団に所属する患者は役職者に従う〉〈暴力団員の患者は看護師と上下関係で張り合う〉
コミュニケーション能力	〈コミュニケーション能力が回復し、地域生活ができる〉
表と裏の行動	〈外泊帰院時、鉄ノコを持ち込み、鉄格子を切る〉〈反社会的な生活歴をもち、暴力団に所属する〉 〈暴力団所属患者との博打で、他患者の病状が悪化する〉 〈暴力団所属患者は裏で他患者を操作し、悪影響を与える〉
病棟環境の影響	〈患者は鉄の扉と鍵の音に不安感をもつ〉〈患者はナースステーション近くの保護室を好む〉 〈職員の勤務異動で受け持ち患者は揺らぐ〉〈「犯罪者だ」と触法精神障害者と一線を画す患者の存在がある〉〈病状が改善した物質関連障害患者が奇異な行動をする患者を恐れる〉 〈患者は保護室入室を嫌い、自分でコントロールしようとする〉
負い目	〈物質関連障害患者は自分の子供の話をして涙ぐむことが多い〉 〈暴力団所属患者が看護師に覚せい剤使用の真情を吐露する〉 〈暴力団所属患者は入院を秘密にする〉

立居振舞、話の内容や話し方、攻撃パターン、身体面等の観察、病棟の患者の動向の把握、施設設備の点検を含む〔経験則による観察〕と、反社会性人格障害と物質関連障害を合併した患者および暴力団所属患者の〔特性に応じた対応〕と、保護室に隔離されている患者の安全・安楽・自立を図る対応である〔保護室使用時の安全・安楽・自立〕である。

そして、この5のサブカテゴリに共通するこ

とは、対象となる患者への看護実践のなかで生じる危機的な状況を回避するための技能なので、【危機回避の技能】と命名した。

(6) 【信頼を得るプロセス】

このカテゴリは25の概念および5のサブカテゴリから生成された(表6)。5のサブカテゴリは、入院中のケアや行動制限を納得できるための働きかけによって、患者のうらみの軽減を図っていく〔患者のうらみの軽減〕と、インフォ

表5 【危機回避の技能】

サブカテゴリ	概 念
機転を利かせた対応	〈患者に適切な看護師を把握して、応援を頼む〉〈先輩看護師が患者を説得する〉 〈患者同士のトラブルでは理解度の高い患者に了解を求める〉
興奮のレベルに応じた対応	〈ディエスカレーション技法を身につける〉〈暴力を振るう患者に毅然と対応する〉 〈患者の暴力で手に負えない時は看護師全員で一旦避難する〉
経験則による観察	〈患者の攻撃パターンを読みとる〉〈患者から悲観的な話が出る時は自殺企図に注意する〉 〈患者の表面的な笑顔には気をつける〉〈患者の気配を背中で感じるように注意を集中する〉 〈ナースステーションから患者の行動を観察し事故を発見する〉〈身体拘束による循環障害を防ぐ〉 〈患者のフィジカルアセスメントを行う〉〈患者の動向を把握するために患者とホールで話をする〉 〈施設・設備の管理は患者の安全・安楽・自立のために重要である〉
特性に応じた対応	〈暴力団所属患者の説得には日頃のコミュニケーションが有効である〉 〈患者の話聴き、はっきりと是非を伝える〉〈患者が看護に介入してきた時ははっきりと断る〉 〈他患者が暴力団所属患者に引き込まれない工夫をする〉〈暴力団組員の面会は必要性を判断する〉 〈他患者の前で患者を怒るといじめの構図になる〉〈病棟内での暴力団抗争を防ぐ対応に努める〉 〈物質関連障害患者の面会では薬物が持ち込まれないように注意する〉
保護室使用時の安全・安楽・自立	〈保護室は1室ずつ開ける〉〈看護師が保護室の方に行ったら、他看護師もついていく〉 〈保護室の扉を10cm開けて患者の様子を観察する〉 〈看護師1名は保護室の扉の外から患者を観察する〉〈安全で丁寧な保護室患者の対応に努める〉 〈躊躇(そんきょ)して保護室患者と同じ目線の高さで対応する〉 〈身体拘束せず、保護室患者のケアを行い、安全・安楽・自立を図る〉 〈インターホン対応ではなく、まず保護室に入って話を聴く〉

表6 【信頼を得るプロセス】

サブカテゴリ	概 念
患者と看護師の協力	〈患者に看護師と一緒に病気と闘っている意識をもってもらう〉〈患者の今後の生き方の援助をする〉 〈患者・家族に入院の意味を共有してもらう〉〈保護室患者に病状の改善の程度を伝える〉 〈行動制限軽減の説明をし、患者に目標をもたせる〉〈患者に主観的症候の報告を委ねる〉
患者のうらみの軽減	〈入院中のケアによって、行動制限に対する患者のうらみを軽減する〉 〈患者が保護室隔離・身体拘束を納得できるように働きかける〉
患者のうらみをかわない対応	〈保護室隔離・身体拘束時は丁寧に敬語で接する〉 〈保護室患者に約束事をきちんと説明し、必ず守る〉 〈患者を保護室隔離・身体拘束した看護師が解除に立ち会う〉 〈暴力団所属患者の面子を立てて説得する〉 〈患者-看護師間の力のバランス保持のための対応の方法を変える〉 〈患者の犯罪歴に看護師は触れず、役割担当者が治療の中で触れる〉 〈患者に面会時間に関する約束事を説明する〉
信頼関係を築くかわり	〈家族からの全面的な信頼が患者との信頼関係を強める〉〈看護を通して患者と関係をつくる〉 〈親しみのある言葉遣いで患者に話しかける〉〈レクリエーション療法は対人関係構築に有効である〉 〈接遇は患者-看護師間の対人関係構築に重要である〉 〈患者が自由に入れるナースステーションで話を聴く〉 〈患者の前で他看護師の説明を否定すると信用を失う〉
接遇を重んじた対応	〈患者を気遣った誠意ある対応が大切である〉〈他患者が誤解する看護師の言動に気をつける〉 〈うらみをかわない言葉遣いが大切である〉

ームドコンセントに努めて、患者が看護師から不当な仕打ちを受けたと思われないための〔患者のうらみをかわない対応〕と、うらみをかわない言葉遣いをし、患者を気遣った誠意ある対応をする〔接遇を重んじた対応〕と、患者と向き合い、適切なかかわりを続けて、信頼関係を築いていく〔信頼関係を築くかかわり〕と、患者・家族と入院の意味を共有し、退院に向けて看護師と一緒に頑張っていく〔患者と看護師の協力〕である。

そして、この5のサブカテゴリに共通することは、対象となる患者と看護師が協力して治療・看護に取り組んでいく基盤となる信頼関係を築くための一連の流れであるので、【信頼を得るプロセス】と命名した。

(7) 【キーパーソンとの連携】

このカテゴリは12の概念および7のサブカテゴリから生成された(表7)。7のサブカテゴリは、看護師は患者が暴力団に戻ることを期待してはいないが、患者にとって必要な存在であれば、親分・兄貴分の協力を受ける〔所属社会の協力〕と、患者の家族から情報を収集して看護

に役立つ〔家族からの情報収集〕と、言葉遣いに気をつけ、家族との信頼関係を築いていく〔家族に対する丁寧な対応〕と、患者が家族のサポートで地域での生活を可能にする〔家族の協力〕と、家族が安心できるように、入院生活や患者の様子、患者対応の仕方や心構え等の説明を行う〔家族への説明〕と、再入院の家族は病院のことも、入院生活のこともよく理解しているので、家族に適した援助をしていく〔再入院の家族の理解〕と、家族が縁遠い患者は内縁者の存在に目を向けることが大切であるという〔内縁者の存在〕である。

そして、この7のサブカテゴリに共通することは、患者のキーパーソンと協力し合って看護を実践することなので、【キーパーソンとの連携】と命名した。

(8) 【関係性の深まり】

このカテゴリは9の概念および2のサブカテゴリから生成された(表8)。2のサブカテゴリは、患者と看護師の間の信頼関係の表れを認識する〔信頼関係〕と、患者と看護師との間で相性が合った場合の表れを認識する〔相性〕である。

表7 【キーパーソンとの連携】

サブカテゴリ	概 念
所属社会の協力	〈暴力団組員と同伴外泊・面会・退院する患者がいる〉 〈親分・兄貴分による患者指導は効果的である〉
家族からの情報収集	〈入院時は家族に患者の関心事を聴く〉
家族に対する丁寧な対応	〈家族対応では言葉遣いに気をつける〉 〈対応の良い職員は家族の了解を得られやすい〉
家族の協力	〈治療者が無理だと思った触法物質関連障害患者が母親と住む〉
家族への説明	〈家族に患者対応の仕方や心構えを伝える〉〈家族が安心できるように入院について説明をする〉 〈入院を内緒にしたい家族にアドバイスをする〉〈面会時に患者の様子を家族に伝える〉
再入院の家族の理解	〈再入院の家族は入院のことをよく理解している〉
内縁者の存在	〈家族が縁遠い患者は内縁者の存在に気づくことが大切である〉

表8 【関係性の深まり】

サブカテゴリ	概 念
信頼関係	〈看護実践の結果は患者と看護師の関係性に表れる〉〈気心の知れた患者との会話がみられる〉 〈看護師－患者間で心を許し合える関係を確立する〉 〈既知の触法精神障害者の再入院では対象に親しみが持てる〉 〈地域で遭遇した退院患者が親しみを込めて話しかけてくる〉
相性	〈患者と看護師にも相性がある〉〈勤務経験のある病棟ではゆとりある看護ができる〉 〈暴力団所属患者と冗談を交わすことができる〉 〈患者への思いは伝わり、患者も看護師を思ってくれる〉

そして、この2のサブカテゴリに共通することは、患者と看護師の人間関係の深まりであるので、【関係性の深まり】と命名した。

(9) 【看護実践の障壁】

このカテゴリは33の概念および7のサブカテゴリから生成された(表9)。7のサブカテゴリは、不正確な状況判断や倫理的問題に対して看護師の感受性が鈍くなっている〔職業慣れ〕と、実践のなかで看護師の葛藤が持続している〔看護師の葛藤〕と、看護師が患者対応を振り返ることの難しさをさす〔看護師の自己洞察の難しさ〕と、看護師が看護実践の成果を認識できない状況にある〔看護師の無力感〕と、看護師が患者から危害を加えられることを恐れる〔危害の恐れ〕と、看護師によって危機に対する緊張感の格差が見られる〔危機感の不足〕と、患者の安全・安楽・自立を図れない施設構造をさす〔施設構造の不備〕である。

そして、この7のサブカテゴリに共通することは、対象となる患者への看護を実践する上で、看護師が志気・意気を高くもち、看護に目を向け続けることを妨げる事柄を説明したものであるので、【看護実践の障壁】と命名した。

3) ストーリーライン

人格障害をその人らしさとして理解し、触法の如何にかかわらず、一人の人間として〔あたりまえの付き合い〕と〔見守り〕を続け、〔不測の事態の予測〕を欠かさず、研鑽を積み、人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした精神障害者に最善を尽くして看護を行う〔自己開発〕に努めることによって、精神科看護師は【専門職としての姿勢】を貫き通すことができる。そして、〔対象理解の教育〕、〔接遇教育〕、〔志気・意気を高める教育〕、現場での〔看護師からの学び〕という【臨床に根ざした教育】が対象となる患者への看護実践を支える専門的な知識・技術・態度の礎となる。

対象となる患者は、〔コミュニケーション能力〕はあるが、〔病棟環境の影響〕を受けやすく、人生に〔負い目〕を感じ、〔権威的な対人関係〕と〔表と裏の行動〕が見られるため、看護実践では、【患者の特性の把握】に努めなければならない。そして、〔経験則による観察〕、〔特性に応じた対応〕、〔機転を利かせた対応〕、〔興奮のレベルに応じた対応〕、〔保護室使用時の安全・安楽・自立〕という【危機回避の技能】を活用する。

また、対象となる患者への看護には、行動制限等を行うことによって生じる〔患者のうらみの軽

表9 【看護実践の障壁】

サブカテゴリ	概 念
職業慣れ	〈なানা主義で生き残る職場風土がある〉〈マグネット式拘束用具の安易な活用が少なくない〉 〈身体拘束時には患者に紙オムツをする〉
看護師の葛藤	〈看護師としてプライバシーを患者に話さないことに葛藤がある〉 〈病棟ルールと患者ニーズとの葛藤がある〉〈強い患者から迷惑がられる患者が保護室隔離となる〉
看護師の自己洞察の難しさ	〈スタッフに患者対応を振り返ってもらうことは難しい〉 〈患者の反応に無頓着な看護師がいる〉
看護師の無力感	〈再犯の現実がある〉〈退院後の断薬によって再犯の可能性が高まる〉 〈触法物質関連障害患者への看護が日常生活援助に留まっている〉 〈コミュニケーションを図れない触法精神障害者に対する無力感がある〉 〈殺人を自慢し合う患者に看護師は疑問を感じる〉〈患者から暴力を受けたショックが大きい〉 〈深夜帯の患者集団行動に介入できない無力感がある〉〈患者の生き方を変えることは難しい〉
危害の恐れ	〈参加できない患者の苦情で中庭レクリエーションの実施が困難になる〉 〈患者のうらみが職員の家族に及ぶことを恐れる〉〈暴力団所属患者にこわごわ対応する〉 〈患者の夜の目付きはゾクとすることがある〉〈覚せい剤関連患者の集団力動が看護師の偏見を助長する〉 〈保護室対応を他患者が検察庁通報し、看護師が事情聴取を受ける〉 〈暴力団系や躁鬱病系の患者は根に持たれると尾を引く〉 〈患者から脅しの言葉を受け、病棟勤務は緊張感が高い〉〈看護師への身体的暴力が見られる〉 〈看護師暴行計画の情報入手と未然防止が見られる〉〈患者は若手看護師の言うことをきかない〉 〈夜勤帯に徒党を組まれて、他病棟の応援を呼ぶ〉
危機感の不足	〈看護師の危機に対する緊張感の格差が見られる〉 〈若手看護師の施設確認に表れる危機管理教育の不足がある〉
施設構造の不備	〈事故に対処できる施設構造が必要である〉〈外気浴ができる環境が必要である〉 〈保護室は安らぐことができる環境が必要である〉

減)に努め、〔患者のうらみをかわない対応〕と〔接遇を重んじた対応〕を実践し、〔信頼関係を築くかわり〕を続けながら、〔患者と看護師の協力〕によって、治療・看護の進展を図る一連の流れがある。それが【信頼を得るプロセス】である。ここでは、〔家族からの情報収集〕や〔家族の協力〕は不可欠で、看護師は〔再入院の家族の理解〕や〔家族に対する丁寧な対応〕、〔家族への説明〕に努めて、家族を安心させ、信頼を得なければならない。また、家族が縁遠い患者の場合は、〔内縁者の存在〕に注意を払い、暴力団に所属する患者の場合は、〔所属社会の協力〕が必要となる。これが【キーパーソンとの連携】である。

さらに、対象となる患者への看護を実践する上で、〔チームワークの意義〕は顕著である。チームワークは精神科看護の要となるもので、看護師が理解し合い、看護方針に基づいて、一丸となって目標を達成する上で必要不可欠なものである。そして、看護管理者や先輩看護師等の〔リーダーの存在〕や、チームで話し合い、病棟ルールに基づいて安全で質の高い看護を提供するための〔看護師の協力〕によって、【チームワークの充実】が図られる。

看護実践の評価は、患者と看護師の間で〔信頼関係〕が確立した場合や〔相性〕が合った場合の現象から認識することができる。すなわち、患者と看護師との【関係性の深まり】に基づく。

これらの実践知が【専門職としての姿勢】を支えて、精神科看護師は臨床現場で生じる危機的状況乗り越えていた。

一方、看護師は、対象となる患者とその集団力動に〔危害の恐れ〕を抱いていた。そして、〔看護師の無力感〕や〔看護師の葛藤〕は、〔職業慣れ〕や〔看護師の自己洞察の難しさ〕〔危機感の不足〕を誘発し、〔施設構造の不備〕は、〔看護師の無力感〕に輪をかけていた。これらの【看護実践の障壁】は臨床現場を生き抜くために編み出された実践知の活用を妨げ、実践知の活用低下は【看護実践の障壁】をさらに強めた。

V. 考察

本研究の目的は、人格障害が基盤にある対応困難な触法精神障害者への看護に関する実践知を明らかにすることであった。その結果は、9のカテゴリにまとめられた。

1. 対象となる患者の理解と看護実践

1) 対象となる患者の理解

対象となる患者は〔表と裏の行動〕〔権威的な対人関係〕等の特徴をもっていた。すなわち、患者は嘘をついても良心の咎めがなく、権威志向と弱者への攻撃性を内在していた。反社会性人格障害の患者は一見、落ち着いて信用に足るように見えることがあるが、仮面の下には緊張、敵意、いらだち、憤怒があり、その病理を露わにするためには、患者の病歴に認められる矛盾と患者を厳しく直面させる負荷面接を行う必要がある (J. Sadock & A. Sadock, 2005)。また、児玉 (1984) は、性格の権威への同一視は内的な孤独感、無力感、疎外感、不安等を防衛する機制と理解されると述べている。このように、【患者の特性の把握】は、反社会性人格障害と物質関連障害を合併した患者および暴力団所属患者の特性が如実に表れているのが特徴で、インタビューの研究協力者の経験や年齢が反映された実践知であると考えられる。

2) 看護実践

対象となる患者の特性を理解した上で、〔経験則による観察〕や〔特性に応じた対応〕等の【危機回避の技能】を活用する。【危機回避の技能】は、対象となる患者の衝動性、攻撃性、操作性、権威主義的性格、良心の呵責の欠如といった危機に陥りやすい特徴を踏まえた実践知といえる。萩野ら (2002) は、精神科看護者のリスク回避方略は患者への深い洞察力と患者を肯定的に捉えようとすることで医療の質を確保し、結果的にリスクの回避につながることを述べている。このように、【危機回避の技能】は、事故等を未然に防ぎ、治療の妨げにならないため、また、患者の人権保護や不利益を生じさせないことを考慮した対応の重要性を示唆するものとする。

【信頼を得るプロセス】には、〔患者のうらみの軽減〕〔患者と看護師の協力〕等の実践知がある。不本意ながら入院した患者は、精神科病院特有の雰囲気戸惑い、さまざまな行動制限に反発し、警戒、敵意、反抗といった二次的な防衛反応を示す (柴田, 1999)。さらに、人格障害が基盤にある患者や暴力団に所属する患者は社会で疎外され、愛情剥奪の生活史をもつ場合が多いため、相互交流的な治療的信頼関係にまで発展させることは容易ではない。そのため、【信頼を得るプロセス】は、看護師が患者に向かい合うことによって、人格障害が基盤にある患者の、他者と親密な関係になることへの恐怖心を克服させていくプロセスを考慮した対応の重要性を示唆するものであると理解で

きる。

そして、患者が最後まで信頼し、勇気づけられる存在としての【キーパーソンとの連携】には、〔家族の協力〕〔所属社会の協力〕等の実践知がある。患者が看護師の援助を受け入れるかどうかを選択する際には、家族との関係が大きく影響する(近藤, 2005)。そのため、家族との連携では、家族内に潜在する問題を見極め、キーパーソンとなる人を通して行うことが大切で、それは、内縁者や暴力団関係者においてもあてはまる。暴力団の成員になれば、組員は自分の家族よりも組一家が大事になる(J. Raz, 1996)ということを考慮した対応が重要であると考えられる。

【チームワークの充実】には、〔看護師の協力〕〔リーダーの存在〕といった実践知がある。衝動性・攻撃性・操作性の凄まじい対象となる患者は看護師にとって脅威である。そのとき、【チームワークの充実】は、対象へのケアが継続できる環境を作っていく個人と集団の技能を活かした実践知として、力を発揮したと考える。そして、質の高い看護を提供するための手段的サポートであると同時に、看護師に安心感や自信を与える情緒的サポートとしての役割も果たしていると考えられる。

さらに、【臨床に根ざした教育】には、〔志気・意気を高める教育〕や〔看護師からの学び〕等の実践知がある。これらは病院組織が臨床現場で積み重ねられた経験を、ナラティブを通して伝達していくための実践知である。現任教育は職場における職員教育であり、職員が職場に適応し、それぞれの職務に必要な知識、技術、態度を身につけ、看護職として成長発展させることを目的としている(中西, 2002)。【臨床に根ざした教育】における看護師のサポートはストレスに耐え、問題解決を行う能力を大いに高めるものであると理解できる。

【関係性の深まり】には、〔信頼関係〕〔相性〕という実践知がある。患者と看護師との関係性とは、両者の相互作用やつながりをさし、患者と看護師の間で〔信頼関係〕が確立された場合や〔相性〕が合った場合の現象から認識することができる。このように、【関係性の深まり】は、患者は脅威的な存在であるという看護師の認知的評価を改めるきっかけをつくり、看護実践の中で、危機的な状況を何度も体験した看護師の豊かな経験が反映された実践知であると考えられる。

対象となる患者の看護の基底をなす【専門職としての姿勢】には、〔不測の事態の予測〕や〔自己開発〕等の実践知がある。何が起きてもおかしくない緊張感の高い病棟で、治療方針に基づいて、

対象となる患者に最善を尽くして看護を提供するエネルギーは、高い専門性と倫理性に基づく【専門職としての姿勢】から湧き出てくるものと考えられる。この実践知は、豊かな臨床経験を持つ看護師の人間性が反映されたものと言え、対象となる患者とその集団力動が醸し出す緊迫した雰囲気の中かで、看護師が専門職としての責務を全うするために生まれた実践知であると判断する。

2. 看護実践の障壁

ケアの対象である人格障害が基盤にある触法精神障害者の多くは反社会性人格障害と物質関連障害を合併しており、暴力団に所属している患者もいた。看護師は患者とその集団力動に〔危害の恐れ〕を抱き、患者との相互関係の中で心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、バーンアウトを起こしかねない状況にあったと理解できる。バーンアウトとは、働く意欲が急速に、しかも著しく低下することである。田尾ら(1996)は、ケアにおける不全感、患者との関係への嫌気や逃避、あるいは攻撃的な態度を示す脱人格化や、身体的・心理的な疲労感・脱力感をさす情緒的消耗感を引き起こすストレスとなる。また、脱人格化の症状は患者に対する機械的な対応や職場内での非協力的態度、融通のきかない紋切り型の言動となって現れると述べている。このように、【看護実践の障壁】は、看護師が達成感を得られない状況を認知する過程を含み、看護実践のモチベーションを低下させるものであると言える。そのとき、看護師には、否認や投影、抑圧等の防衛機制が働いて、これらの出来事を現実的に知覚できず、問題解決の糸口を見出していないと推察する。そのため、【看護実践の障壁】は、看護師が志気・意気を高く保ち、看護に目を向け続けることを困難にし、臨床現場を生き抜くために編み出された多くの実践知の活用を妨げていると考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回のインタビューでは、40年近く前から近年に至るものまで、対象となる患者への看護に関するエピソードを幅広く語っていただいた。そのため記憶が不明瞭な部分や、看護師の認知と実際とにズレが生じている可能性も考えられる。

今後も、対象となる患者のケアに携わる看護師に調査を続け、概念が網羅されるように努め、概念相互の関係、カテゴリの関係を、論理的にまとめていきたい。

Ⅶ. まとめ

1. 分析の結果、人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした精神障害者に携わる看護師の実践知を説明する181の概念、44のサブカテゴリ、9のカテゴリが生成された。
2. 生成されたカテゴリは、【専門職としての姿勢】【チームワークの充実】【臨床に根ざした教育】【患者の特性の把握】【危機回避の技能】【信頼を得るプロセス】【キーパーソンとの連携】【関係性の深まり】【看護実践の障壁】であった。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、インタビューを快く承諾して下さいました看護師の皆様と、ご協力下さいました施設の皆様に深く感謝致します。

文献

- Benjamin J. Sadock & Virginia A. Sadock (2005) : Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Inc, Philadelphia. / 融道男, 岩脇淳監訳 (2007) : カプラン臨床精神医学ハンドブック 第3版 DSM-IV-TR診断基準による診療の手引き, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京.
- 林直樹著 (2002) : 人格障害の臨床評価と治療, 金剛出版, 東京.
- Jacob Raz (1996) : Anthropology of Yakuza, Jacob Raz / 高井宏子訳 (1996) : ヤクザの文化人類学-ウラから見た日本, 岩波書店, 東京.

- 木下康仁 (1999) : グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的実証研究の再生, 弘文堂, 東京.
- 木下康仁 (2003) : グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 弘文堂, 東京.
- 熊地美枝, 佐藤るみ子, 宮本真巳 (2007) : 指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際. 臨床精神医学, 36(9), 1153-1161.
- 児玉隆治 (1984) : 権威主義的人格, 新福尚武編, 精神医学大事典, 224, 講談社, 東京.
- 公衆衛生審議会 (1991) : 処遇困難患者対策に関する中間意見. 病院・地域精神医学, 102, 228-238.
- 宮城純子 (2004) : 重大な他害行為を行った精神障害者に対する看護師の認知と看護実践. 日本社会精神医学会誌, 15, 147-158.
- 中西睦子 (2002) : 看護サービス管理 第2版, 医学書院, 東京.
- Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD (1995) : Comorbidity of axis I and axis II disorders. Am J Psychiatry, 152, 571-578.
- 萩野真奈美, 西崎直子, 西田初美 (2002) : 精神科看護者のリスクの回避-実践的知識に焦点をあてて-. 日本精神科看護学会誌, 45(1), 386-389.
- Patricia Benner (1984) : From Novice to Expert : Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Wesley Publishing Company, Menlo Park. / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳 (1992) : ベナー看護論-初心者から達人へ, 医学書院, 東京.
- 柴田恭亮編 (1999) : 精神科看護の臨床-先輩ナースの経験とエピソードに学ぶ, 医学書院, 東京.
- 田尾雅夫, 久保真人 (1996) : バーンアウトの理論と実際-心理学的アプローチ, 誠心書房, 東京.
- 時任克博, 村上茂, 奥山修 (2007) : 刑法に触れる行為をした精神障害者に携わる看護師のアイデンティティ危機要因と解決課題. 病院・地域精神医学, 49(2), 123-124.
- 渡部英一 (1994) : 精神科緊急救急病棟の看護管理-看護の中間管理者としての役割-. 大阪中宮紀要, 4, 10-20.