

## 第 105 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 「待つ」看護師としての立場から

萱間 真美 (聖路加看護大学)

## はじめに

このシンポジウムのタイトルである、「精神科医と協働してよかったこと、困ったこと」は、日常臨床で看護師と協働されるにあたり、精神科医の皆様が看護師に対して感じることであると思います。精神科医療の現場で相互に不可欠な（あるいは不可避な）存在として、私たちの日頃の願いと、また反省も込めながらお話したいと思いません。

看護師の役割は、一言でいうと「待つ」ことだと考えています。これは先生方が病棟やデイケアやステーションにいらっしゃらないから待っているという場合も時にはあるかもしれませんが、患者さんの回復における「時を待つ」という意味です。例えば急性期病棟で患者さんに関わる時には、自我の機能が低下したり、精神運動興奮の激しい患者さんに、意味もなく働きかけることには意味がありません。急性期では安心できる環境を提供し、患者さんが眠れるようになり、休息をとれるようになっていくプロセスを見守ります。そのプロセスは決して平坦な場合だけではありません。自他の区別があいまいなために病棟で患者間のトラブルに発展したり、患者さん自身が自己コントロールを失って、人や物を傷つけるような行為におよぶこともあります。こうした行為は、対象となる物や人をも傷つけますが、何よりそうし

た行為をしてしまったことによって患者さんご本人を大きく傷つけることとなります。病棟が安全であるかどうかというのは、こうした避けるべき出来事を、いかに人の手と耳と存在によって未然に防ぐことができているかにかかっているといえます。マンパワーがあるということは、多くの人の手と耳と存在があって、それらをかけて病棟の環境を安全に保つことができるということです。マンパワーが確保されている病棟で、例えばマンツーマンのケアを提供できれば、こうした行動はほとんどが未然に防げるでしょう。それができない環境では行動制限をせざるを得なくなり、そうなるとケアに人手がかかり、さらに病棟のほかの患者さんが関与する出来事を未然に防げなくなるという悪循環が起り、病棟が「荒れた」状態となることがあるのは、先生方ご存知のとおりです。

## 1. 看護における「見守り」に関する研究

現在、一般病床で例えば7対1といった看護職員の配置基準をとるためには、客観的な患者さんの重症度の指標として「看護必要度」という指標が用いられます。この指標を開発するための研究が始まったのは1996年です。私は2001年から3年間にわたり、厚生労働省の医療課が行った精神科における看護必要度尺度の研究で主任研究員を務めました。このとき、「精神科看護にマンパワ

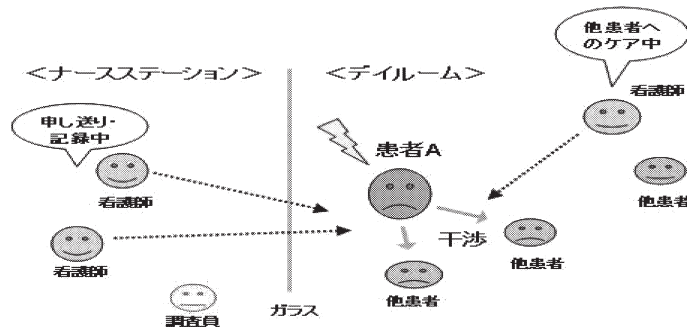


図1 精神科看護における見守り、声かけのイメージ

ーがあれば、何ができるのかを一言で言い表してください」という大きな課題をいただきました。このとき、精神科看護の役割を示す図として作成したのが図1です。

この図は、急性期病棟で隔離などの行動制限を受けていた患者さんが、行動制限が解除されて病棟のデイルームに出てきたばかりの様子をイメージしています。この患者さんは病棟のホールにいますが、過干渉や刺激への過剰な反応によって他の患者さんとトラブルを起こしてしまいがちです。何かトラブルが起こってしまうと、再び行動制限の対象になってしまうため、看護師は朝の申し送りでその状況と患者さんの精神症状、対人行動の特徴をアセスメントし、「目の端確認」の対称にすることを合意しました。「目の端確認」というのは、病棟によっては「視野内確認」と表現することもあります。常に行動を誰かが視野の中に入れるレベルで見守ることを意味しています。ステーションの中でカンファレンスをしていても、ホールで他の患者さんの話を伺っていても、この人の動向は常に気にしています。他の患者さんに近づきすぎているな、相手が混乱してきているなという気配を感じたらすぐに看護師はこの患者さんか、相手の患者さんに対応してトラブルが起きないように働きかけます。病棟のほかの患者さんは、こうした対応がされるのを見て「見守られている」ことを感じ、過剰に反応したり攻撃的になったりすることはありません。「見守っているこ

と」は、黙っていても伝わりませんので、ときどき「声かけ」をして相手に見守っていることを伝えます。

この「見守り」「声かけ」の量が、精神科病棟に必要なマンパワーの算定の基礎となるとすれば、これらのある程度定量化することが必要です。私たちは、それを看護師に自己申告してもらう「自計式」と、精神科看護の臨床経験のある大学院生がストップウォッチで時間を測定し積算する「他計式」で測定してみました。図2は、同じ対象者の「自計式」と「他計式」で得られたケア時間の比較を示しています。どちらにしても測定はとても難しく、手間もかかりますので、何らかの方法の開発がのぞまれます。

この研究ではケア対象者のGAF、BPRSと「見守り」「声かけ」を含むセルフケアへの援助や服薬、症状コントロールへの援助などの総ケア時間との相関もしらべていますが、症状が改善するにつれて総ケア時間は減少するという関係（図3）で、データの妥当性を示していると思われます<sup>1-3)</sup>。

## 2. 医師と看護師のコミュニケーションモードの相違

このように、患者さんの回復や行動を見極め、タイミングを「待つ」看護師は、「見守り」「声かけ」に代表されるように、対象の症状や状況の変化に受動的に対応することになります。医師は、

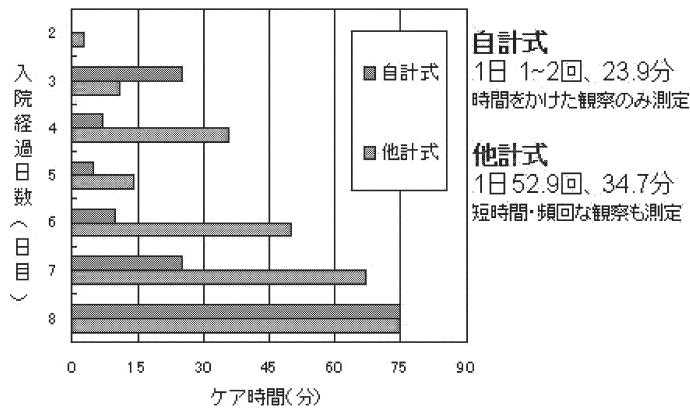


図2 測定方法によるモニタリングケア時間の相違

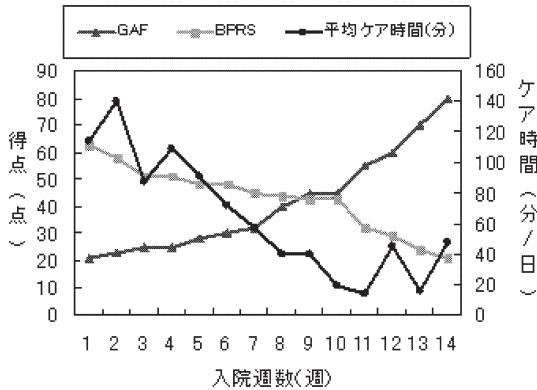


図3 精神機能および精神症状と週平均総ケア時間の推移

表1 看護師と医師のコミュニケーションモードの違い

■ 直接的	vs	■ 間接的
■ 直感的	vs	■ 論理的
■ 感情の表出	vs	■ 方針の決定

ともあるかもしれません。表1は、私が感じる医師と看護師とのコミュニケーションのモードの相違です。これは個人差によるところも大きいと思いますが、行動に移る根拠やタイミングの相違を、医師も看護師も相互に自覚し、相手に説明することが十分に行われていないのではないかと感じることも多いのです。文化が異なり、背景が異なり、同じ対象を見ていたとしても行動の根拠がまったく異なるのですから、かなりの説明や話し合いや相互に理解しようとする姿勢が必要だと思われます。しかし、その時間が十分でなく、看護師は途中の経過や説明を一切省いて「先生この患者さん、ちっとも良くなりません」と医師に一方的に告げ、医師は処方や治療方針の説明を省いて、看護師から「患者を処方によって鎮静することを求められている」と感じ、ますますコミュニケーションに回避的になるという悪循環が起こっているように思われてなりません。

ともに働く相手に対して共感したり、思いやりを持つということは大切なことだと思います。しかしそれが「わかっているはず」「説明しなくて

その行動規範に「能動的であること」がかなり優先度高く位置しているように思います。また、病棟で24時間をチーム体制で患者さんに対応する看護師と異なり、何かことが起こり、対処が必要なときに「呼ばれる」存在であると考えます。こうした違いは、例えば家庭において、ずっと子供に振り回されて面倒を見ている母親が、たまに帰ってくる父親には、指示的な役割を期待する半面、「何にもわかっていない」と非難するような役割の違いをもたらすと考えられます。看護師は状況依存的にケアを考えていくために、医師から見ると何も自分で決められない存在のように見えるこ

もいい」という甘えになってしまうと、コミュニケーションはこじれる可能性があります。まったく異なる意味合いに取られている可能性もあると思われるます。

### 3. 医療をめぐる環境の変化と医師に 求められる役割の変化

今日の医療をめぐるのは、患者さんと医療関係者との間のコミュニケーションの変容が指摘されています。トラブルを避けようとするれば意思決定が阻害され、意思決定にこだわればコミュニケーションが阻害されるというような関係性の中では、自然に意見を述べ合う自然な関係性が損なわれ、どちらかがどちらかを責めるというような関係性になりがちです。また、医師に対しては処方や治療方針に関してリーダーシップを求める一方で、看護師が行っているケアへの共感的理解をも求めることがあるわけですから、医師の側の負担感はいかばかりかとお察し申し上げます。そうではあります、やはり互いの役割が異なるということを前提とした上で、それぞれができることを明示し、開示し（多分にそれはできないことを開示することともつながると思われるのですが）手の内を見せ合うことが必要なのだと思われます。看護師として、看護師自身の考えや判断をも伝えたいので、医師に何を期待するのかを、感情的にならず、論理的にお伝えするというのも大切だと考

えます。

最初の研究の話に戻りますが、こうした看護師の機能を明確にし、その機能が果たせるためのマンパワーを算定し、ケアの質を保つこともまた、こうしたコミュニケーションの改善に寄与すると考えております。

### おわりに

精神神経学会でこうした多職種協働のシンポジウムが企画され、実施されたことはとても画期的なことであると思います。このシンポジウムの企画者であります秋山先生、加茂先生をはじめ、学会関係者の皆様方にこのような機会をいただきましたことを心より御礼申し上げます。

### 文 献

- 1) 医療情報システム開発センター，委員長 萱間真美：精神科急性期病棟における看護量の評価方法の検討報告書，平成12年度厚生労働省保険局医療課委託事業，2001
- 2) 医療情報システム開発センター，委員長 萱間真美：精神科急性期病棟における看護量の評価方法の検討報告書，平成13年度厚生労働省保険局医療課委託事業，2002
- 3) 国際疾病管理研究所，委員長 萱間真美：精神科急性期病棟における看護量の評価方法の検討報告書，平成14年度厚生労働省保険局医療課委託事業，2003