

認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が 混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の体験（第一報） —混在する状況下における看護師の対応—

石井 薫¹⁾，上野 瑞子²⁾

抄 録

認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の体験を明らかにすることを目的に、混在による体験を持つ看護師10名を対象にインタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。本稿では、混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の対応について報告する。看護師の対応として、【疾患特性に合わせて接し方を切り替え】【相互作用による患者の刺激を回避】【トラブル対処能力が低い患者の安全を確保】の3カテゴリが明らかになった。看護師は、精神状態の不安定な患者集団の思いを橋渡しし、患者にとって未知の存在である新たな入院患者の環境適応を促すことで、疾患特性の異なる患者間の共同生活で生じる刺激を軽減し、環境変化への順応を促進していた。また、患者の関係が量的にも質的にも適正なコミュニケーションとなるよう調整し、患者の対人関係にまつわる問題に対応していたことが明らかになった。

キーワード：精神科急性期病棟，精神疾患患者，BPSD，混在，対応

I. 諸言

1. 研究の背景

我が国の認知症（アルツハイマー病または血管性など）患者数は平成26年時点で67.8万人¹⁾であり、平成29年における精神病床への認知症入院患者数は約4.5万人²⁾となっている。

また、認知症患者の精神病床への入院理由は、精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応困難によるものが72%と最も多い³⁾。

精神病床での認知症患者の入院病棟は認知症治療病棟38.7%，精神一般病棟36.1%，精神療養病棟17.1%，認知症疾患療養病棟（介護保険）3.1%，特殊疾患療養病棟2.8%，救急・急性期病棟2.2%となっており⁴⁾，認知症治療病棟以外の病棟にも認知症患者が分散していることが分かる。

超高齢社会の現状を考えると、認知症悪化に伴う精神病床への認知症入院患者数は今後ますます増加すると推察される。

2012年6月18日厚労省が「脱病院」路線を宣言するまでの間、『認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない』と認知症施策に誤った認識のあったことが明らかになっている⁵⁾。そのため、精神病床への認知症患者の入院は急増し、認知症以外の精神疾患患者と認知症患者が同一病棟内に混在する状況が発生することになった。

精神科病棟における入院患者の疾病別内訳は平成10年の調査では、認知症9%，統合失調症62%，その他29%であった⁶⁾が、平成29年の調査では、認知症15%，統合失調症54%，その他31%⁷⁾と「脱病院」路線宣言後も、精神科病棟における認知症患者の割合が増加傾向にあることが示されている。こうした精神科病棟における疾病割合の変化に伴い、看護師は統合失調症をはじめとした認知症以外の精神疾患患者と認知症患者の混在化に伴う対応を求められることになった。先行研究からは、精神科病棟での精神疾患患者とBPSDを有する患者の混在化に関する看護援助の困難さが指摘されている⁸⁾。さらに、入院中の患者の行動・心理症状（Behavioral and psychological symptoms of dementia;以後BPSDとする）改善の要因には、なじみの関係構築⁹⁾，患者の欲求を満たせる代替方法の工夫¹⁰⁾，安心できる空間・居場所・癒しの時間の提供¹¹⁾などが報告されている。

精神科病棟看護師は、疾患も背景も多様な認知症以外

1) Kaoru Ishii

関西福祉大学 看護学部

2) Mizuko Ueno

山陽学園大学 看護学部 看護学科

の精神疾患患者及び“精神症状・異常行動が著明な認知症患者（以後BPSDを有する患者とする）”が混在する状況で、様々な困難を抱えており、それぞれの精神疾患に関する知識・技術のみならず、患者の相互作用への対応を求められている。

しかしながら、同一病棟における認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者混在に伴う看護師の体験に焦点を絞った報告は散見されない。

本研究の目的は、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の体験を明らかにすることである。本稿では第一報として、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における看護師の対応について報告する。その後、第二報にて、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下で患者をケアすることに伴う現状の課題について報告する予定である。

前述したように精神病床において、BPSDを有する患者は、認知症治療病棟を含め、様々な病棟に分散している。このような現状において、精神科急性期病棟は、他の精神病床と比較して症状が顕著な患者が多く、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者混在に伴う看護師の対応が明確になると推測する。

精神科急性期病棟における認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者混在に伴う看護師の体験を明らかにすることは、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有

する患者が混在する病棟環境における看護実践への示唆となる。同時に、「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）の7つの柱の1つである、「認知症の容体に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」¹²⁾の一助となり、看護職者の認知症対応力向上につながり、意義があると考えられる。そこで本研究の対象は認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する精神科急性期病棟看護師とした。

2. 研究目的

認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の体験を明らかにする。

II. 用語の定義

1. 精神科急性期病棟：施設基準で精神科急性期治療病棟の条件を満たす病院及び同様の役割を担う精神科病棟とする。
2. 精神疾患患者：DSM - Vに規定された精神疾患のうち認知症を除く全ての精神疾患を有する患者¹³⁾とする。
3. BPSDを有する患者：主疾患を認知症とし、精神症状・異常行動（BPSD）が原因で精神科急性期病棟へ入院中の高齢患者とする。

表1 インタビューガイド

1. BPSDを有する高齢患者と、認知症以外の精神疾患患者を同一病棟でケアすることに伴う特徴的な看護体験について	1) どのような場面で
	2) どういう状況で
	3) どう考えて
	4) どういう援助を行った
	5) その結果何が起こったか
	6) 課題と感ずること
2. BPSDを有する高齢患者と認知症以外の精神疾患患者が同一病棟に混在することについての考え	
3. BPSDを有する高齢患者と認知症以外の精神疾患患者が同一病棟に混在することで看護上、工夫していること	
4. その他	
5. 研究協力者について	1) 年齢
	2) 累計臨床経験年数
	3) 精神科病棟での累計勤務年数
	4) 精神科急性期病棟での累計臨床経験年数
	5) 認知症治療病棟での累計臨床経験年数
	6) 病棟における認知症患者の割合

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

精神科急性期病棟で混在した、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者をケアする看護師は、所属病院の看護体制や所属病棟の患者の疾患内訳などにより、看護の体験が異なり、個別性が高い。そのため、本研究では、半構成的面接法による質的記述的研究を用いる。

2. 研究協力者

認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する精神科急性期病棟で患者混在に伴う体験をもつ部長以外の看護師10名

3. データ収集方法

研究協力が得られた看護師を対象に、平成29年3月から平成30年6月に、研究者が作成したインタビューガイドを用いて（表1）、研究協力者が所属する病院内のプライバシーが保護できる個室で、半構成的面接を1～2回行った。面接内容は、研究協力者の同意を得て、ICレコーダを使用して録音した。面接では、看護師の基本属性（性別、年齢、累計臨床経験年数、精神科急性期病棟での累計臨床経験年数、認知症治療病棟での累計臨床経験年数、病棟内の認知症患者割合）及び認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する精神科急性期病棟における患者混在に伴う体験（認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における看護師の対応及び精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下で患者をケアすることに伴う現状の課題）について質問した。

4. データ分析方法

本稿では第一報として「認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の対応」の記述内容を分析した。認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の対応の部分の一つの意味を抽出できる箇所で切片化し、コードとした。その際、場面と対応の内容の部分にも着目した。コードは類似したものを集め意味内容を抽象化することでサブカテゴリとし、さらに同様の手順でカテゴリを抽出した。

カテゴリを類似性に沿って集め、看護師の対応を抽出した。

データの信頼性を高めるために、サブカテゴリ化した

時点でコードとサブカテゴリの内容を研究協力者に確認依頼し、解釈の相違がないことを確認した。また、質的研究の研究者からスーパーバイズを受け、データと分析内容の解釈が一致するまで吟味し、修正していくことで真実性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

研究の協力を依頼する施設長と看護部長に研究の目的・方法・意義・参加に対するの自由意思の尊重・個人情報保護について文書を用いて説明し、同意書の署名をもって同意を得た。施設の看護部長より推薦を受けた看護師に、施設長と同様の内容の文書を用いて説明し、同意書の署名をもって同意を得た。本研究は、関西福祉大学看護学部倫理審査委員会（第28-0316号）の承認を得て実施した。

Ⅳ. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力に同意が得られた4施設10名の看護師にインタビューを実施した。分析対象とした10名の勤務する病院の概要は、民間病院4施設であり、看護体制は4施設とも15対1であった。病床数は240床から480床前後であり、精神科急性期（治療）病棟の病床数は41床から91床であった。病棟内の認知症患者割合は10%から40%で、平均18%であった（表2）。

表2 研究協力者 勤務病院概要

病院	A	B	C	D
経営母体	医療法人	医療法人	医療法人	医療法人
病床数	290床	360床	247床	485床
急性期病棟	50床	41床	60床×2	91床 (2病棟)
認知症治療病棟	58床	48床	42床	0
看護体系	15:1	15:1	15:1	15:1

分析対象とした10名の年齢は20代～50代、平均41歳で、男性3名、女性7名であった。

累計臨床経験年数は3年～26年、平均15年で、精神科病棟での累計臨床経験年数は3年～18年、平均10年であり、急性期（治療）病棟での累計臨床経験年数は2年～11年、平均6年であった。認知症治療病棟での看護経験者は2名で、2名の累計臨床経験年数は3年であった。（表3）。

表3 研究協力者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏	G氏	H氏	I氏	J氏
年齢	40代	40代	50代	30代	20代	30代	40代	50代	30代	30代
性別	女性	女性	女性	女性	女性	男性	女性	女性	男性	男性
累計臨床経験年数 (年)	20	9	26	15	3	14	25	23	7	12
精神科病棟 累計臨床経験年数 (年)	9	6	6	11	3	14	18	18	7	12
認知症治療病棟 累計臨床経験年数 (年)	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0
精神科急性期病棟 累計臨床経験年数 (年)	6	6	6	11	2	2	3	7	7	11
病棟内認知症患者概数 / 総患者数 (名)	5/46	3/57	3/57	5/46	5/48	5/43	15/41	15/41	10/50	10/50
面接時間 (分) 1回目・2回目	48・2	35・5	19・1	46・1	26・-	26・-	41・1	35・4	36・-	51・-

表4 認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の対応

カテゴリ (3)	サブカテゴリ (8)	コード (25)
【疾患特性に合わせて 接し方を切り替え】	精神疾患患者との 信頼関係作りを意識	悪いことと分かっている精神疾患患者には、ある程度のメリハリをつけてダメだと言い切り、注意した
		精神疾患患者に患者の納得できる十分な説明を重視した
		BPSDを有する患者には、受け持ち看護師以外のチームメンバーの誰もが積極的に関わり、精神疾患患者には原則的に担当看護師が関わった
		精神疾患患者を気遣う看護師の思いを伝えた
【相互作用による患者の 刺激を回避】	BPSDを有する患者の 気持ちの切り替えを促進	精神疾患患者との協力体制を作った
	上手くいった認知症看護の ノウハウを集積し、共有	BPSDを有する患者をトラブルの場から離れた 手持無沙汰な時間にトラブルとなりやすいBPSDを有する患者の時間をつないだ
	ストレスに脆弱な精神疾患 患者とBPSDを有する患者 との相互作用による患者間 の刺激を回避	上手くいった認知症看護のノウハウを集積し、スタッフ間で共有した
【トラブル対処能力が 低い患者の安全を確保】	精神疾患患者に トラブル対策を教示	トラブルが多い入院直後の患者への看護の配分を重視した
	対処能力が低い両疾患患者 のトラブル再燃を防止	症状の強い精神疾患患者とBPSDを有する患者の接点を減らした
		BPSDを有する患者とうつ病者が好む音楽の違いに合わせて物理的距離を離れた
		互いの存在への物理的・心理的距離を調整した
行動パターンが読みにくい BPSDを有する患者の安全 を確保	精神疾患患者とBPSDを有する 患者の家族のような関係性を見守り	精神疾患患者に何かあったら相談するよう、声をかけた
		トラブル回避のために有効な対策を患者に提案した
		睡眠が精神状態に影響する精神疾患患者に夜間睡眠できる環境を確保した
		気持の切り替えが困難な精神疾患患者のクールダウンを促した
精神疾患患者とBPSDを有する 患者の家族のような関係性を見守り	精神疾患患者とBPSDを有する 患者の家族のような関係性を見守り	言語的表現が苦手な精神疾患患者の代わりに看護師がBPSDを有する患者と交渉した
		自分が悪いことが理解できないBPSDを有する患者の代わりに看護師が精神疾患患者に謝罪した
		精神疾患患者から暴力を受けたBPSDを有する患者にスタッフがしばらく付き添い、フォローした
精神疾患患者とBPSDを有する 患者の家族のような関係性を見守り	精神疾患患者とBPSDを有する 患者の家族のような関係性を見守り	夜間はセンサーマット使用によりBPSDを有する患者の行動を注視した
		病棟内の観察を強化し、起こりうる事態を予測しながら関わった
		BPSDを有する患者ができるだけ静かな環境で過ごせるよう調整した
精神疾患患者とBPSDを有する 患者の家族のような関係性を見守り	精神疾患患者とBPSDを有する 患者の家族のような関係性を見守り	BPSDを有する患者が集中できる環境を整えた
		BPSDを有する患者と精神疾患患者の関係性を見守った 誰かの役に立ちたい精神疾患患者の思いを受容した

2. 認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟看護師の対応

認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟における看護師の対応について、協力者別分析を終了した時点で全協力者（A～J）のコードは25にまとまった。意味内容の類似性から8サブカテゴリが得られた。さらに意味内容が類似したものを集めたところ、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における精神科急性期病棟における看護師の対応は、【疾患特性に合わせて接し方を切り替え】【相互作用による患者の刺激を回避】【トラブル対処能力が低い患者の安全を確保】の3カテゴリに集約された（表4）。

各研究協力者のコードを〔 〕、サブカテゴリを〈 〉、カテゴリを【 】で示し、各カテゴリについて説明する。なお省略された文脈中の言動は筆者が（ ）内に補足した。

以下、各カテゴリについて具体的な内容を説明する。

1) 【疾患特性に合わせて接し方を切り替え】について
精神疾患患者とは異なるBPSDを有する患者の疾患特性に合わせて接し方を切り替え、上手くいった看護のノウハウをスタッフ間で共有したことを示す。

これは〈精神疾患患者との信頼関係作りを意識〉（BPSDを有する患者の気持ちの切り替えを促進）〈上手くいったBPSD看護のノウハウを集積し、共有〉の3サブカテゴリから構成された。

〈精神疾患患者との信頼関係作りを意識〉は、〔悪いことと分かっている行く精神疾患患者には、ある程度のメリハリをつけてダメだと言い切り、注意した〕〔精神疾患患者に患者の納得できる十分な説明を重視した〕〔BPSDを有する患者には、受け持ち看護師以外のチームメンバーの誰もが積極的に関わり、精神疾患患者には原則的に担当看護師が関わった〕〔精神疾患患者を気遣う看護師の思いを伝えた〕〔精神疾患患者との協体制を作った〕と、看護師は精神疾患患者に理解しやすい表現を工夫し、相談窓口を明らかにすることで、精神疾患患者との信頼関係を作り、精神疾患患者との協体制を作っていたことが語られた。

〈BPSDを有する患者の気持ちの切り替えを促進〉は、〔BPSDを有する患者をトラブルの場から離れた〕〔手持無沙汰な時間にトラブルとなりやすいBPSDを有する患者の時間をつないだ〕と、看護師はBPSDを有する患者をトラブルの場から離すことで、精神疾患患者とのトラブル拡大を防止するとともに、手持無沙汰な時間にトラ

ブルとなりやすいBPSDを有する患者の時間をつなぐことでBPSDを有する患者の気持ちの切り替えを促していたことが語られた。

〈上手くいった認知症看護のノウハウを集積し、共有〉は、〔上手くいったBPSD看護のノウハウを集積し、スタッフ間で共有した〕と、看護師は上手くいったBPSD看護をスタッフ間で共有することで、より良い看護を目指していたことが語られた。

2) 【相互作用による患者の刺激を回避】について

異なる疾患特性を持つ精神疾患患者とBPSDを有する患者は、互いの存在がストレスと成り得るため、看護師は両者の物理的・心理的距離を調整し、相互作用による患者の刺激を回避したことを示す。

これは、〈ストレスに脆弱な精神疾患患者とBPSDを有する患者との相互作用による患者間の刺激を回避〉（精神疾患患者にトラブル対策を教示）の2サブカテゴリから構成された。

〈ストレスに脆弱な精神疾患患者とBPSDを有する患者との相互作用による患者間の刺激を回避〉は、〔トラブルが多い入院直後の患者への看護の配分を重視した〕〔症状の強い精神疾患患者とBPSDを有する患者の接点を減らした〕〔BPSDを有する患者とうつ病者が好む音楽の違いに合わせて物理的距離を離れた〕〔互いの存在への物理的・心理的距離を調整した〕と、看護師は入院直後の患者への看護配分を重視し、患者の物理的・心理的距離を離すことで患者間に生じる刺激を避けていたことが語られた。

〈精神疾患患者にトラブル対策を教示〉は、〔精神疾患患者に何かあったら相談するよう、声をかけた〕〔トラブル回避のために有効な対策を患者に提案した〕と、看護師はトラブル発生時にどう行動すべきかを精神疾患患者に指導し、トラブルを回避する工夫を伝えることで、精神疾患患者の不安を軽減し、保護していたことが語られた。

3) 【トラブル対処能力が低い患者の安全を確保】について

BPSDを有する患者と精神疾患患者は互いにトラブル対処能力が低く一触即発の状態であるため、看護師は患者の安全を確保したことを示す。

これは〈対処能力が低い両疾患患者のトラブル再燃を防止〉（行動パターンが読みにくいBPSDを有する患者の安全を確保）（精神疾患患者とBPSDを有する患者の家族のような関係性を見守り）の3サブカテゴリから構成された。

〈対処能力が低い両疾患患者のトラブル再燃を防止〉は、〔睡眠が精神状態に影響する精神疾患患者に夜間睡眠できる環境を確保した〕〔気持ちの切り替えが困難な精神疾患患者のクールダウンを促した〕〔言語的表現が苦手な精神疾患患者の代わりに看護師がBPSDを有する患者と交渉した〕〔自分が悪いことが理解できないBPSDを有する患者の代わりに看護師が精神疾患患者に謝罪した〕〔精神疾患患者から暴力を受けたBPSDを有する患者にスタッフがしばらく付き添い、フォローした〕と、看護師は精神疾患患者の夜間の睡眠確保を優先し、気持ちの切り替えが困難な精神疾患患者のクールダウンを促しながら、看護師がBPSDを有する患者と精神疾患患者の仲介役となることで、精神疾患患者とBPSDを有する患者とのトラブル再燃を防止していたことが語られた。

〈行動パターンが読みにくいBPSDを有する患者の安全を確保〉は、〔夜間はセンサーマット使用によりBPSDを有する患者の行動を注視した〕〔病棟内の観察を強化し、起こりうる事態を予測しながら関わった〕〔BPSDを有する患者ができるだけ静かな環境で過ごせるよう調整した〕〔BPSDを有する患者が集中できる環境を整えた〕と、看護師はBPSDを有する患者の行動パターンを注視し、静かな環境を提供することで、BPSDを有する患者の安全を確保していたことが語られた。

〈精神疾患患者とBPSDを有する患者の家族のような関係性を見守り〉は、〔BPSDを有する患者と精神疾患患者の関係性を見守った〕〔誰かの役に立ちたい精神疾患患者の思いを受容した〕と、看護師は精神疾患患者及びBPSDを有する患者が状態の安定に伴い、互いを世話する様子を危険のない範囲で見守っていたことが語られた。

V. 考察

認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する精神科急性期病棟看護師は、精神状態の不安定な患者集団の思いを橋渡しし、患者にとって未知の存在である新たな入院患者の環境適応を促すことで、疾患特性の異なる患者間の共同生活で生じる刺激を軽減し、環境変化への順応を促進していた。

また、患者の関係が量的にも質的にも適正なコミュニケーションとなるよう調整し、患者の対人関係にまつわる問題に対応していたことが明らかになった。

1. 環境変化への順応を促進する対応

本研究では、【疾患特性に合わせて接し方を切り替え】【相互作用による患者の刺激を回避】というカテゴリが抽出された。精神科急性期病棟では、箸やタオル、化粧品など一般科では自己管理できるものが危険物として詰め所預かりになることがある。同時に、他患者の病状に伴い、自己管理が制限されることがあり、精神疾患患者のストレス要因となっている。

認知症患者は、とりわけ前頭葉の機能が低下しており、総括的・全体的なものごとを考えまとめることができないために、「不快なことに耐える能力（ストレス耐性）」が低く、行動制限がさらにストレスを与えることが報告されている¹⁴⁾。制限の多い環境は、ストレス脆弱性を持つ精神疾患患者、前頭葉の機能低下を持つBPSDを有する患者双方のストレスとなる。

また、今回の語りの中で精神疾患患者とBPSDを有する患者のトラブルは、片方の患者が入院後間のない時に多いことが語られている。人的環境に変化のないことは患者のストレス軽減や混乱の防止となる¹⁵⁾。本研究で見出された看護師の対応として、〈精神疾患患者との信頼関係作りを意識〉〈BPSDを有する患者の気持ちの切り替えを促進〉〈上手くいったBPSD看護のノウハウを累積し、共有〉〈ストレスに脆弱な精神疾患患者とBPSDを有する患者との相互作用による患者間の刺激を回避〉〈精神疾患患者にトラブル対策を教示〉など、看護師は、精神疾患患者にとって未知の存在である新たな入院患者の環境適応を促し、トラブルから身を守る方法の習得を促すことで、疾患特性の異なる患者間の共同生活で生じる刺激を軽減し、環境変化への順応を促進していたことが明らかになった。

2. 対人関係にまつわる問題への対応

本研究では、【トラブル対処能力が低い患者の安全を確保】というカテゴリが抽出された。心を病む人々は、自我が未熟で、自他の境界があいまいではっきりしないという特徴がある。患者は「自分」という意識がはっきりしていないために、心の中が不安定で動揺しやすい。また、自分で自分をコントロールすることに慣れていないため、他者からの影響を受けやすく、他者の動揺が自分の動揺になりやすい¹⁶⁾。入院対象が精神状態の不安定な急性期患者である病棟の環境により精神疾患患者は、他者の思考や言動に左右され、振り回されていた。前述したように精神科急性期病棟では他患者の病状に伴い、自己管理が制限されることがある。精神疾患患者は、制

限理由にBPSDを有する患者の存在があることを認識しているため、BPSDを有する患者に対して陰性感情を持つことがある。加えて、精神疾患患者は、困った時に他者に相談することが困難であり、言語的表現が苦手であることが多い。そのため、精神疾患患者のトラブルは、自傷他害行為へとつながりやすく、高齢者であるBPSDを有する患者はトラブル発生時、身体機能低下に伴う身体損傷リスクが高い。

BPSDを有する患者は、若年性認知症患者を除き、過去の生活体験や環境の影響を受けやすく、心理的な変化や特徴はきわめて個人差が大きい¹⁷⁾ 高齢者の特徴を併せ持つ。BPSDを有する患者が自分に向ける突発的な感情変化を感じ取ることが精神疾患患者には難しく、無意識にBPSDを有する患者の脅威となることがあった。同時に、BPSDを有する患者は精神疾患患者が自分に向けた陰性感情を感じ取れず、自ら接近を繰り返すため、精神疾患患者はBPSDを有する患者からの働きかけを脅威と捉えることがあった。両者は互いに感じ取った脅威を上手く処理できず、そのストレスからトラブルへと発展することがあった。適切なストレス対処行動がとれないことで、双方のストレスはさらに増悪し、精神状態悪化を引き起こし、患者間のトラブルを誘発した。

本研究で見出された看護師の対応として、〈対処能力が低い両疾患患者のトラブル再燃を防止〉〈行動パターンが読みにくいBPSDを有する患者の安全を確保〉など、看護師は、言語的表現できない患者の思いを橋渡しすることで、トラブルに起因した暴力による、精神疾患患者の自傷他害リスク及びBPSDを有する患者の身体損傷リスクを軽減していた。また、看護師は〈精神疾患患者とBPSDを有する患者の家族のような関係性を見守り〉、なじみの関係となった患者同士が、互いの存在に自らの家族を投影し、優しく世話する様子を危険のない範囲で受容する対応をしていた。谷口らは、コミュニケーションが適正水準よりも「過少」であれば、対人不安や孤独感などの問題が生じ、「過剰」であれば、対人葛藤や攻撃などの問題が生じると述べている¹⁸⁾。看護師は患者の関係が量的にも質的にも適正なコミュニケーションとなるよう調整し、患者の対人関係にまつわる問題に対応していたことが明らかになった。

VI. 研究の限界と課題

本稿では、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する精神科急性期病棟で患者混在に伴う体験をもつ看護師10名にインタビューを行うことで、認知

症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における看護師の対応について明確化した。そのため、混在する状況下における看護師の対応は明らかになったが、混在する疾患内訳の違いによる看護師の対応の違い、混在する状況下で患者をケアすることに伴う現状の課題は明らかになっていない。認知症患者の精神科病院への入院基準がないこと、地域の受け入れ態勢が不十分なこともあり¹⁹⁾、精神病床に認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況は今後も継続することが推察される。第二報にて、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下で患者をケアすることに伴う現状の課題について報告する予定である。また、さらに調査を重ねることで、患者が混在する状況における疾患内訳の違いによる看護師の対応の特徴を明らかにし、看護の示唆を得ることが課題である。

VII. 結論

認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する精神科急性期病棟で患者混在に伴う体験を持つ看護師の体験を明らかにすることを目的に、精神科急性期病棟看護師10名を対象にインタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。本稿では、認知症以外の精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下における看護師の対応として、【疾患特性に合わせて接し方を切り替え】、【相互作用による患者の刺激を回避】することで、【トラブル対処能力が低い患者の安全を確保】していることが明らかになった。第二報では、精神疾患患者とBPSDを有する患者が混在する状況下で患者をケアすることに伴う現状の課題について報告する予定である。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力くださいました研究病院の院長はじめ看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

なお、本研究は第10回ヒューマンケア研究会学術集会以て発表したものを一部修正したものである。

文献

- 1) 平成23年 患者調査
- 2) 平成29年度6月30日調査
- 3) 平成 22年精神病床における認知症入院患者に関する調査
- 4) 平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究、精神病床の利用状況に関する調査

- 5) 平成24年6月18日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について, 社保審・介護給付費分科会, 第91回 (H24.6.22) 資料2-2, 2018年7月9日,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fv2e-att/2r9852000002fv5j.pdf>.
- 6) 平成10年度6月30日調査
- 7) 平成29年度6月30日調査
- 8) 上野和美：精神科病棟でBPSD対応に看護師が感じる困難, 日本看護学会論文集：精神看護, 45, 103-106, 2015.
- 9) 六田千秋, 林純治, 宮坂理恵子, 他：BPSDに対する小集団レクリエーションの効果, 日本精神科看護学術集会誌, 56, 127-129, 2013.
- 10) 米崎和明, 宮崎多恵子, 村上京子, FTLD患者とのかかわりを通して 個々に合ったルーチン化を導入し改善が見られた1例, 日本精神科看護学術集会誌, 59, 134-137, 2017.
- 11) 生見千鶴, 堀之内友香, 室田藤子：認知症患者の周辺症状への温罨法の効果 後頸部にホットタオルを用いた温罨法, 日本精神科看護学術集会誌, 57, 40-43, 2014.
- 12) 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）. 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の7つの柱, 2018年6月28日,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>.
- 13) American Psychiatric Association. (2013) / 染矢俊幸, 神庭重信, 尾崎紀夫, 他 (2014) . DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル (第1版) , 594-596, 医学書院, 東京.
- 14) 大塚恒子総集編: 認知症における行動・心理症状 (BPSD) の薬物療法, 任明会精神衛生研究所, 15, 2009.
- 15) 白川彰, 大川シノブ, 高橋寛光: 慢性期精神患者の療養環境が変化することによる影響—病棟で勤務する看護師のインタビューから—, 日本看護学会論文集 精神看護2015年, 31-34, 2015.
- 16) 坂田三允: 精神疾患・高齢者の精神障害の理解と看護, 32-41, 中央法規出版, 東京, 2012.
- 17) 坂田三允: 精神疾患・高齢者の精神障害の理解と看護, 204-205, 中央法規出版, 東京, 2012.
- 18) 谷口弘一, 福岡欣治: 対人関係と適応の心理学—ストレス対処の理論と実践—, 12-13, 北大路書房, 京都, 2007.
- 19) 長谷川利夫: 精神医療と認知症をめぐる問題, 平成27年度 杏林 CCRC 研究所紀要, 19-33, 2015.