

重度のBPSDで精神科救急入院病棟に入院した認知症患者への看護実践

(精神科救急入院病棟／BPSD／看護実践)

日野雅洋・原 祥子・小野光美

Nursing Practice for Dementia Patient of Severe BPSD at Psychiatric Emergency Wards

(psychiatric emergency wards / BPSD / nursing practice)

Masahiro HINO, Sachiko HARA, Mitsumi ONO

Abstract The purpose of the present research was to elucidate the types of nursing care provided to patients with dementia in inpatient psychiatric emergency wards. Semi-structured interviews were conducted with 10 nurses working with patients with dementia in inpatient psychiatric emergency wards at four public hospitals, followed by inductive qualitative analysis. Results showed that nurses in inpatient psychiatric emergency wards practiced nursing care involving the “construction of environments that give a sense of everyday life to the patient,” “protection of both patients with dementia and those with mental illnesses,” and “sorting out the families’ concerns to prepare their lives after discharge.” These findings suggest that nursing practice at inpatient emergency psychiatric wards must take the distance of patients with dementia and patients with mental illnesses, have patients with mental illnesses whom the symptom improved interchange with patients with dementia, and performs pressure for the cancellation of the isolation of patients with dementia to a doctor. The nurse keeps that you may have the fatigue that families has in care in a heart and must take care of families.

【要旨】本研究は、精神科救急入院病棟において看護師が認知症患者に対してどのような看護を実践しているのかを明らかにすることを目的に行った。4つの公立病院の精神科救急入院病棟において認知症看護を行っている看護師10名を対象として半構成的インタビューを実施し質的帰納的に分析した。その結果、認知症患者に対して精神科救急入院病棟の看護師は【日常的な生活を感じる環境を意図的に設ける】、【認知症患者と精神疾患患者、どちらの患者も守る】、【家族が気持ちを整理し退院後の生活が整えられるよう支援する】という看護を実践していた。精神科救急入院病棟での認知症看護では、精神疾患患者との距離をとったり、症状の改善した精神疾患患者に認知症患者と交流してもらうこと、医師に隔離の解除に向けた働きかけを行うことが必要になる。家族には介護の中で抱く疲労感などの体験をもっているかもしれないことを心に留めかわる必要性が示唆された。

I. はじめに

厚生労働省¹⁾の「認知症高齢者数について」によると認知症で日常生活自立度がⅡ以上の高齢者数は2010年

に280万人であったのが、2025年には470万人に増加すると推計されている。また、厚生労働省と国立精神神経医療研究センター²⁾の2012年時点の「精神保健福祉資料」によると、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の患者が精神科病棟に入院している患者の総数に占める割合は約14.9%となっており、2004年時点の同資料の10.9%よりも増加している。精神科病棟に入院となる認知症患者は今後増加することが予想され、精

精神科病棟の看護師は認知症患者への治療や看護を行う機会が増えると考えられる。厚生労働省³⁾は、「今後の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」において認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるために、医療機関・介護施設などでの対応が固定化されずそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することを推進している。認知症患者が精神科病棟に入院となったとしても入院が長期に及ぶことなく退院し、住みなれた地域で自分らしく生活を送れるように治療や看護を行っていくことが求められる。

精神科受診に至る認知症患者は、他科の物忘れ外来を受診する認知症患者よりも BPSD がはるかに重篤で緊急性を要することが多い⁴⁾ ため、入院となるケースが多い。精神科の中で認知症患者が入院する認知症治療病棟は、BPSD が著しい重度の認知症患者の急性期治療を行い、BPSD に対して専門的に治療、看護を行う病棟である。しかし、松原⁵⁾ の「精神病床の利用状況に関する調査報告書」では、認知症患者が入院している病棟として、認知症治療病棟が27.2%であるのに対して、通常精神科病棟が37.9%、精神療養病棟が19.9%であり、認知症治療病棟以外に多くの認知症患者が入院している現状がある。

認知症治療病棟と同様に BPSD が著しい重度の認知症患者が入院となる病棟として、精神科救急入院病棟が挙げられる。診療報酬における看護師の配置基準は、認知症治療病棟が20対1であるのに対して、精神科救急入院病棟は10対1と手厚くなっている。また、精神科救急入院病棟は3ヶ月以内での患者の退院が求められることや、病床数の半数以上が個室であるという特徴を有する。

精神科救急入院病棟に入院する患者の多くは急性期精神症状を呈する精神疾患患者である。精神疾患のひとつである統合失調症の急性期患者への関わりでは、プライベート空間に立ち入ることや、身体に直接触れるなどの進取的に働くような行動はとらないように注意を払うことが必要とされている⁶⁾。このような注意が必要な急性期精神症状を呈する精神疾患患者が多く入院している中で認知症患者への看護を実践しなければならない。

BPSD を呈する認知症患者への看護についての先行研究では、鈴木ら⁷⁾ は BPSD を呈する認知症患者の治療・看護援助を障害する行動や興奮・多動行動、不適切な行動や物忘れ、失禁、不適切な移動に対して看護師が

対処困難感を感じていることを挙げ、馴染みの看護師のケアの担当や、名前を呼んで話しかけるなどの関わりが対処困難感を有意に改善させることを報告している。また、片丸ら⁸⁾ は精神科病棟における認知症患者の BPSD への対応について文献検討を行い、なじみの関係をつくることや、安定した場所の確保、行動症状・心理症状の背後にある要因をアセスメントする、自尊心を守る関わり、コミュニケーションの工夫などを看護師が行っていることを報告している。先行研究でこのような知見が明らかにされている一方で、急性期精神症状を呈する精神疾患患者と共に入院するといった特徴のある療養環境に入院せざるを得なくなった重度の BPSD を呈した認知症患者への看護については、明らかになっていない。また、認知症の治療や看護を行う認知症専門病棟における入院長期化や退院支援についての研究^{9,10)} が行われているが、重度の BPSD を呈している認知症患者が退院し住み慣れた地域での生活に戻るための看護については明らかになっていない。そこで、精神科救急入院病棟において認知症患者に対して看護師が入院から退院に向けてどのような看護を実践しているのか明らかにすることを本研究の目的とする。この研究によって、重度の BPSD を呈する認知症患者への看護実践の一端を明らかにすることができ、重度の BPSD が軽減し認知症患者にとって住み慣れた地域で生活するための一助となると考える。

II. 用語の定義

本研究において、隔離とは「一般の精神病室では医療又は保護を図ることが困難な暴力行為や著しい迷惑行為のある精神疾患患者に対して、精神保健指定医が必要と認める場合に行う制限」とする。また、開放観察とは「隔離開始時に比べ症状は改善されてきたもののいまだ不安定である患者に対して、医師の指示の下、看護師が症状を観察するために、一定期間の隔離を解除すること」とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、精神科救急入院病棟の看護師の語りを通して同病棟における重篤な BPSD を呈する認知症患者への看護のありようを探索していくため、質的記述的研究デザインを用いた。

2. 研究対象者

研究対象者は、中国、関西地方の精神科救急入院病棟を有する公立病院において認知症患者への看護経験のある看護師である。精神科救急入院病棟を有する4つの病院から、それぞれ2～3名を選定した。選定の条件は、精神科救急入院病棟で4年以上の看護経験があり、現在当該病棟に在籍しているか、異動後1～2年以内であることとし、当該病棟の看護師長に推薦された看護師を対象とした。

3. データ収集方法

研究対象者に対して、個別に半構成的インタビューを行った。研究対象者と、精神科救急入院病棟の特徴は認知症患者が急性期精神疾患患者と共に入院していることや、著しい重度のBPSDを呈する認知症患者が入院するという、患者は3ヶ月以内で退院することであると認識を共にした上でインタビューを開始した。そして、重度のBPSDを呈する認知症患者を思い起こしてもらい、入院から退院に向けてどのような関わりを行ったのか、重度のBPSDを呈する認知症患者に対してどのようなことを大切にして関わっているのかを語ってもらった。また、研究対象者の属性として、年齢、看護師経験年数、精神科病棟での経験年数、精神科救急入院病棟での経験年数について尋ねた。1回のインタビュー時間は30～60分程度として、データの確実性を高めるため必要に応じて複数回実施した。インタビューは、研究対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

4. インタビュー実施期間

インタビューは2014年2月～2014年10月に実施した。

5. データ分析方法

インタビュー内容を逐語化し、精神科救急入院病棟における認知症患者への看護実践を示す語りから、一つの看護実践の意味をもつデータを抽出し、意味を損なわないようにコード化した。抽出したコードをそれぞれの意味の類似性、差異性を比較検討することで整理分類してカテゴリー化を行った。分析では老年看護の研究者や実践者ならびに認知症看護認定看護師と共にディスカッションを行い、継続的に検討を行った。さらに、3名の研究対象者にメンバーチェックングを行い、分析結果の支持を得た。

6. 倫理的配慮

本研究は、島根大学医学部看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力を依頼する病院の看護管理責任者と当該病棟の看護師長に研究の趣旨と目的、方法等を文書と口頭で説明し承諾を得た。研究対象者には、研究の趣旨と内容について文書と口頭で説明し、研究協力は自由意思であり、研究協力への諾否・中断などが組織内評価に影響を与えないこと、看護実践の評価ではないことを保障した。インタビュー場所はプライバシーが保たれる個室とした。データは個人が特定されないように固有名詞は記号化し、本研究以外に使用しないことを約束した。また、学会などで公表することについて説明した。研究対象者の同意書への署名により研究協力の同意を得た。

IV. 結 果

1. 研究対象者の概要 (表1)

研究対象者は男性8名、女性2名で、看護師経験年数は5～24年、精神科救急入院病棟での経験年数は4～7年であった。10名のうち9名は看護師経験の半分以上を精神科で経験していた。

2. 精神科救急入院病棟における認知症患者への看護実践 (表2)

精神科救急入院病棟における認知症患者への看護実践は、8つのサブカテゴリーに整理され、さらに3つのカテゴリーに集約された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >で示す。また、代表的な研究対象者の語りの引用部分を「 /」、研究対象者を〔 〕内のA～Jで示した。前後の文脈で理解しにくい箇所は()内に言葉を補って示した。

1) 日常的な生活を感じる環境を意図的に設ける

精神科救急入院病棟に入院となる認知症患者は、これまで住んでいた居所を離れ、他の精神疾患患者や医療者などの他者がいる閉鎖病棟で過ごすことになる。環境が変わり非日常的な環境に入院することによって、認知症患者は安心感を得られずBPSDがより重篤化してしまう可能性が考えられるが、看護師はこのことを考慮し【日常的な生活を感じる環境を意図的に設ける】という看護を実践して、認知症患者が安心感を得られるようにしていた。このカテゴリーは、2つのサブカテゴリー<他者と共に過ごせるようにし、自宅や施設に近い環境を設ける>、<活動を促して日常の生活リズムを整える>で構成された。

(1) 他者と共に過ごせるようにし、自宅や施設に近い環境を設ける

表1 研究対象者の概要

	病院	性別	看護師 経験年数	精神科病棟 経験年数	精神科救急入院病棟 経験年数
A氏	a	女性	23年	23年	6年
B氏	a	男性	16年	14年	5年6か月
C氏	a	男性	5年	5年	4年10か月
D氏	b	男性	12年	12年	7年
E氏	b	男性	17年	16年	6年
F氏	b	男性	11年	11年	6年
G氏	c	男性	14年	6年	5年6か月
H氏	c	女性	24年	7年	4年4か月
I氏	c	男性	11年	8年	4年
J氏	d	男性	17年	14年	4年

表2 精神科救急入院病棟における認知症患者への看護実践

カテゴリー (3)	サブカテゴリー (8)
日常的な生活を感じる環境を 意図的に設ける	他者と共に過ごせるようにし、自宅や施設に近い 環境を設ける
	活動を促して日常の生活リズムを整える
認知症患者と精神疾患患者、 どちらの患者も守る	長い時間、認知症患者の行動に付き添う
	認知症患者にとって居心地のいい場を設ける
	それぞれの患者のパーソナルスペースを守る
家族が気持ちを整理し退院後の 生活が整えられるよう支援する	精神疾患患者に関わることで摩擦を減らす
	今後一緒に生活するために、家族にこれまでのわ だかまりを表出してもらう
	家族の悩みを聴き入れ、退院してからの対応方法 を提供する

精神科救急入院病棟は個室が半数以上であり、BPSDの症状によっては隔離になり認知症患者は一人で過ごすことになる。看護師は「他者と共に過ごせるようにし、自宅や施設に近い環境を設ける」という、一人で過ごす隔離ではなくこれまでの日常のように他者の存在を感じ交流することができるような環境を設けていた。

「認知症患者が隔離になると、これまでの生活を感じにくくなるから。一人で過ごしてもらわなくて、いろいろな人と一緒に過ごしてもらおう」〔A〕
「(認知症患者が)施設に行くことはこちらも念

頭には置いているので、出来るだけ解除、隔離にはしないっていう風にもっていきますね。隔離しなかったら、他の人と話が出来たりしていいと思いますよ」〔D〕

(2) 活動を促して日常の生活リズムを整える

重度のBPSDのある認知症患者は必要な治療として隔離になると、活動が制限されることによって日常の生活リズムが乱れやすくなる。看護師は、生活リズムが乱れてBPSDが悪化することがないように、隔離になったとしても認知症患者の「活動を促して日常の生活リズムを整える」ことを行っていた。

「隔離されていても、一般的な統合失調症とかの人たちは開放観察の時間が1時間とか2時間とか30分とか決まっているけれども、認知症の患者さんは、なるべく日中活動を促すため朝から夜まで開放観察の時間を多めに取って関わりをしています」〔H〕

「高齢者の方っていうのを踏まえながら。どうしても、昼夜逆転だとか、拘禁反応だとか、そういう隔離することで問題になるところは避けたいです」〔G〕

2) 認知症患者と精神疾患患者、どちらの患者も守る

精神科救急入院病棟は、認知症患者と急性期精神症状を呈する精神疾患患者が一つの病棟に入院している。認知症患者のBPSDによって精神疾患患者の安心が脅かされると認知症患者とトラブルになり、それによって認知症患者も安心が脅かされ、BPSDの増悪が起り得る。看護師は、それぞれの患者の安心が脅かされないように【認知症患者と精神疾患患者、どちらの患者も守る】看護を実践していた。このカテゴリーは、4つのサブカテゴリー<長い時間、認知症患者の行動に付き添う>、<認知症患者にとって居心地のいい場を設ける>、<それぞれの患者のパーソナルスペースを守る>、<精神疾患患者に関わることで摩擦を減らす>で構成された。

(1) 長い時間、認知症患者の行動に付き添う

看護師は、認知症患者と精神疾患患者の両者を守るために、<長い時間、認知症患者の行動に付き添う>ことで、認知症患者が他患者の部屋に立ち入ることや他者の物に触れることを防いでいた。

「隔離されている認知症患者は、暴力が出やすくて他患者とのトラブルが起りそうな気がするので、どうしても長い間付き添っているんですよ」〔B〕

「病院っていう場での生活で、(認知症患者が) 困ることも多いと思うので。(看護師が) 一緒についてあげたら、困って行動してしまって他の患者さんとトラブルになってしまうようなことも未然に解決できて、本人が嫌な思いをすることもないので」〔F〕

(2) 認知症患者にとって居心地のいい場を設ける

認知症患者にとって精神科救急入院病棟への入院は、居場所の変化、医療者や他患者との新しい人間関係など、ストレスが加わりやすい状況であり、落ち着きのなさを誘引し他患者とトラブルになることがある。看護師は<認知症患者にとって居心地のいい場を設ける>によって、認知症患者が安心感を得られるようにしていた。

「他の患者の部屋に入られることがあると、なるべくホールに来てもらって座ってもらいます。新聞とかテレビとか見られるようにして、座っていることが

出来るようにしますね」〔D〕

「認知症患者同士でテーブルを一緒にすると、なんとなく座られたり話をされるようになります」〔E〕

(3) それぞれの患者のパーソナルスペースを守る

認知症患者にとっては理由のある行動であっても、その行動は精神疾患患者のパーソナルスペースを脅かす場合があるため、精神疾患患者が認知症患者に苦情を言ったり攻撃的になったりすることがある。その結果、認知症患者のパーソナルスペースが脅かされることになり、両者にとって安心感を得られない場となる可能性がある。看護師は認知症患者と精神疾患患者の双方が安心して過ごせるように<それぞれの患者のパーソナルスペースを守る>ことを行っていた。

「徘徊があったり、他の患者さんとの距離がはかれなくて(近づきすぎたりすると)、他の患者さんとトラブルになるので。(認知症患者の) 衝動性が落ち着くまでは他の患者さんとは違うエリアを使ったりします」〔I〕

「(認知症患者は) 自分の行動が他の患者さんに影響を与えることを分からないでやっていることなので。他の患者さんに叱られたり、言い合いになったりとか、人ともめる経験は自尊心にも関わるでしょう。隔離することで、そういう経験をするのを防いであげるっていうことも必要だと思います」〔F〕

(4) 精神疾患患者に関わることで摩擦を減らす

認知症患者は、BPSDによっては他患者に影響を与えかねない言動を自ら抑えることが出来ない場合がある。看護師はBPSDを呈する認知症患者に直接的に関わるだけではなく、認知症患者のBPSDが緩和されるまでの間<精神疾患患者に関わることで摩擦を減らす>という看護を提供していた。

「認知症の方に(他患者の) 部屋に入らないように言ってもなかなか出来ないの。精神疾患患者さんの環境を整えてあげたり、看護を密にしてあげたりして落ち着いてもらうようにしていくんですよ」〔G〕

「(認知症患者が) 精神疾患患者さんの部屋に入られても、認知症患者さんが部屋に入られないようにするんじゃなくて、精神疾患患者さんには事情を説明して様子を見させて欲しいと伝えます」〔C〕

3) 家族が気持ちを整理し退院後の生活が整えられるよう支援する

認知症患者の家族は、自宅で介護を続けてきたことによる疲弊感や負担感を感じていることも多い。認知症患者の多くは退院後に再び家族と生活を共にするようになるため、看護師は認知症患者の家族に関わり【家族が気持ちを整理し退院後の生活が整えられるよう支

援する】看護を提供していた。このカテゴリーは2つのサブカテゴリー<今後一緒に生活するために、家族にこれまでのわだかまりを表出してもらう>、<家族の悩みを聴き入れ、退院してからの対応方法を提供する>で構成された。

(1) 今後一緒に生活するために、家族にこれまでのわだかまりを表出してもらう

看護師は、認知症患者の介護をしてきた家族が認知症患者の退院後に再び介護に向かう気力を高めることができるように<今後一緒に生活するために、家族にこれまでのわだかまりを表出してもらう>看護実践をしていた。

「家族さんは結構解消できない気持ちっていうのをもっておられて。家でみるっていうことが決まってくると、そこに焦点当てて話を聞いて、不安を出来れば解消して、家に帰ってもらいたいですね。不安っていうのはかなり付きまとうので。入院前にされたことはぬぐえないので」〔G〕

「(家族に)話を聞いて、どういう心配があるのかということを書いてもらう。入院するまで一生懸命みていた方なので、家でみてあげたいっていう方も多くて」〔F〕

(2) 家族の悩みを聴き入れ、退院してからの対応方法を提供する

精神科救急入院病棟に入院となる認知症患者の家族は、認知症患者のBPSDへの対応に苦慮し、介護の方法に悩んでいることが多い。認知症患者の退院後に家族が適切な介護を行えるように<家族の悩みを聴き入れ、退院してからの対応方法を提供する>ことを行っていた。

「(認知症患者の)入院生活は問題がなくなって、家族にも聴く余裕が出来て、家族も今の感じならいいですけど退院したらどうなるんだろうって話が出たら、話をしてみても、具体的に関わり方で本当に悩んでいるっていう時には、方法を伝えてあげていますね」〔F〕

「(認知症)患者さんが怒っている時に、家族も怒ったら余計に興奮して収集つかなくなるから、家族さんが離れるなりしないと大変ですって言ったり。気持ちを汲み取りながら対応策を助言してあげています」〔J〕

V. 考 察

精神科救急入院病棟は、著しい重度のBPSDを呈する認知症患者が入院すること、急性期精神症状を呈す

る精神疾患患者が入院すること、患者は3ヶ月以内で退院するという特徴を有している。今回の研究対象者となった看護師は、この特徴を踏まえ、重度のBPSDを呈する認知症患者に対して、【日常的な生活を感じる環境を意図的に設ける】、【認知症患者と精神疾患患者、どちらの患者も守る】、【家族が気持ちを整理し退院後の生活が整えられるよう支援する】という看護を実践していた。精神科救急入院病棟が担う役割を果たすため、BPSDの急性増悪のために入院となった患者とその家族に対しどのような看護が必要なのか、以下に考察していく。

精神科救急入院病棟に入院する患者の多くは、統合失調症のような急性期精神症状を呈する精神疾患患者である。そこに、重度のBPSDを呈した認知症患者が入院する。そのため、一般病棟と比べ、人的環境を含めた配慮が重要である。萱間ら¹¹⁾は精神科病棟での認知症看護において、他の患者の部屋への立ち入りなどのBPSDがある場合、精神疾患患者の精神症状に影響があると述べている。精神疾患患者にとって進行的に働くような重度のBPSDを呈する認知症患者の言動は、精神疾患患者の精神症状を増悪させやすい。その際の精神疾患患者の反応が認知症患者のBPSDを悪化させる恐れがある。すなわち、お互いの振る舞いがお互いに負の影響を与えてしまう可能性があるということである。そのため、精神科救急入院病棟の看護師は、同じ病棟に入院している認知症患者と精神疾患患者がどのように接しているのか観察し、【認知症患者と精神疾患患者、どちらの患者も守る】よう、両者の距離をとっていくようなかわりが必要と考える。

一方で、急性期にある精神疾患患者は入院治療を受ける中で症状が改善していくことが多い。精神症状が改善した患者の中には、他患者と交流ができるようになる場合がある。片丸ら⁸⁾は、精神科病棟における認知症患者のBPSDへの看護師の効果的な対応としてなじみの関係をつくるという方法を挙げている。その際、看護師だけではなく他患者とも関係を築くことができ、なじみの環境をつくることができれば、認知症患者のBPSDの軽減に繋がるのではないかと考える。そのためには、看護師が精神疾患患者の精神症状の程度や認知症患者との交流に適しているかを見極め、意図的に認知症患者と精神疾患患者との交流をすすめる関わりをすることが必要であろう。

精神科救急入院病棟では、患者の状況により治療を円滑に進めるため、医師の判断に基づき隔離や身体拘束が行われる場合が多くある。重度のBPSDを呈した患者も同様である。本研究の対象施設でも隔離や身体

拘束が行われている状況があったが、対象者らは認知症患者のBPSDの軽減やADL低下を防ぐために「他者と共に過ごせるようにし、自宅や施設に近い環境を設ける」や「活動を促して日常の生活リズムを整える」看護を実践していた。北村ら¹²⁾は、精神科救急入院病棟に入院となる認知症患者について認知症治療病棟と比較し、入院中に隔離や身体拘束が用いられることが有意に多かったと報告している。認知症患者にとって隔離や身体拘束が行われることは、決して回復が進む状況とはならない。治療が進み慣れ親しんだ場所へ帰るためには、本研究の対象者らが開放観察の時間を意図的に長くもつよう工夫していたように【日常な生活を感じる環境を意図的に設ける】看護が非常に重要である。看護師は、入院後に必要と判断された隔離や身体拘束が早急に解除されるよう、医師に対して隔離の解除に向けた働きかけを行う必要がある。そのためには、一時的な開放観察を繰り返し行い、他患者と過ごす認知症患者の様子を観察し、本当に隔離や身体拘束が必要な状況なのかを的確に判断することが求められると考える。

認知症患者の生活を支えるのは家族である。特に、BPSDを呈した患者を受診まで看続ける大変さは容易に推察できる。本研究結果からは、家族に対しても看護を行っていることが明らかになった。田中ら¹³⁾は、精神科病棟に入院となるまでに認知症患者の介護をしていた家族は介護疲労によって衰弱や錯乱状態に至っていたことを報告している。精神科救急入院病棟に入院となった認知症患者は、暴力行為や自殺企図などが原因である場合が多い¹²⁾。そのため、精神科救急入院病棟に入院となった認知症患者の家族の疲労感や負担感は著しく大きく、家族の介護継続意思に影響を及ぼすと考える。湯浅ら¹⁰⁾はBPSDによって入院となった認知症患者の家族への退院に向けた支援として「家族のストレスに対する看護」、「退院後の資源利用とケア方法の指導」を挙げている。入院となるまでの認知症患者と家族の生活や介護のあり方は様々であるため、それぞれの家族に添った退院に向けた支援が必要になり、これによって認知症患者が退院後に安心して生活を続けることに繋がると考える。しかし、精神科救急入院病棟に入院となるような重度のBPSDを呈する患者の家族は、介護の中で著しい疲労感や負担感、恐怖感を抱く体験をもっているかもしれないということを看護師は心に留め、かかわることが前提になると考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は中国、関西地方の4つの公立病院の精神科救急入院病棟に所属する看護師10名にインタビューを行うことによって明らかにされたものであり、すべての精神科救急入院病棟における認知症看護実践に当てはめることは限界がある。また、今後、他の地域やその他の精神科病棟などとの比較を行うなど継続的な研究を行うことで、精神科救急入院病棟における認知症看護のあり方が示されると考えられる。

VII. 結 論

精神科救急入院病棟における看護経験4～7年の看護師10名へのインタビューから、重度のBPSDを呈する認知症患者への看護実践に関する以下の内容が示された。看護師は「他者と共に過ごせるようにし、自宅や施設に近い環境を設ける」、「活動を促して日常の生活リズムを整える」からなる【日常な生活を感じる環境を意図的に設ける】看護を実践していた。また「長い時間、認知症患者の行動に付き添う」、「認知症患者にとって居心地のいい場を設ける」、「それぞれの患者のパーソナルスペースを守る」、「精神疾患患者に関わることで摩擦を減らす」からなる【認知症患者と精神疾患患者、どちらの患者も守る】ことを実践していた。そして、認知症患者の「今後一緒に生活するために、家族にこれまでのわだかまりを表出してもらう」、「家族の悩みを聴き入れ、退院してからの対応方法を提供する」からなる【家族が気持ちを整理し退院後の生活が整えられるよう支援する】看護を提供していた。

精神科救急入院病棟の看護師は、認知症患者が急性期精神症状を呈する精神疾患患者と共に入院するということを踏まえて、お互いがどのように接しているのかを観察し両者の距離をとったり、精神症状の改善した精神疾患患者と認知症患者の交流をすすめる関わりをすることが必要となる。また、認知症患者への隔離や身体拘束が早急に解除されるように、看護師は一時的な開放観察を繰り返し行い隔離や身体拘束が必要な状態なのかを的確に判断することが求められる。そして、看護師は家族が介護の中で抱く疲労感などの体験を持っているかもしれないことを心に留めて関わることを前提になると考えられた。

(なお、本研究は、島根大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程に提出した修士論文を加筆・修正したものである。)

謝 辞

本研究を行うにあたり多忙な業務の中、快くインタビューに応じていただきました看護師の皆様と看護管理者の皆様に厚くお礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 認知症高齢者数について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi.pdf>. (掲載日2012. 8. 24 アクセス日2016. 7. 29).
- 2) 厚生労働省. 国立精神・神経センター精神医療研究センター. 精神保健福祉資料. <http://www.npo-jam.org/library/materials.html>. (掲載日2015. 4. 10 アクセス日2016. 7. 29).
- 3) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>. (掲載日2015. 1. 27 アクセス日2016. 7. 29).
- 4) 池田 学. 精神科臨床におけるBPSDの今後の課題. 老年精神医学雑誌 2007; 18 (12): 1289-1291.
- 5) 松原三郎. 精神病床の利用状況に関する調査報告書. 東京: 日本精神科病院協会; 2008.
- 6) 阿保順子. 統合失調症急性期看護マニュアル. 埼玉: すびか書房; 2004.
- 7) 鈴木みずえ, 桑原弓枝, 吉村浩美, 他. 急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連. 日本早期認知症学会誌 2013; 6 (1): 52-57.
- 8) 片丸美恵, 宮島直子, 村上新治. 精神科看護における認知症高齢者のBPSDへの対応と課題. 看護総合科学研究会誌 2008; 11 (1): 3-13.
- 9) 小川妙子, 湯浅美千代, 石塚敦子, 他. 認知症患者の専門病棟における入院長期化の要因. 医療看護研究 2007; 3 (1): 43-49.
- 10) 湯浅美千代, 小川妙子, 石塚敦子, 他. 認知症専門病棟における入院長期化の要因と退院支援の内容. 医療看護研究 2007; 3 (1): 50-57.
- 11) 萱間真美, 宮本有紀. 精神科病床における認知症看護の現状と課題. 臨牀看護 2009; 35 (7): 999-1004.
- 12) 北村 立, 長谷川充, 倉田孝一. 精神科救急医療の対象となった認知症高齢者の特性. 老年精神医学雑誌 2008; 19: 70-77.
- 13) 田中敦子, 加賀田聡子, 木村暢男. 精神科病院に入院した認知症高齢者の同居家族の状況. 日本認知症ケア学会誌 2015; 14 (3): 679-690.

(受付 2016年8月8日)