

# 精神科看護師の答えの出ない事態に遭遇した体験

The Experiences of Psychiatric Nurses Facing Problems without Obvious Solutions

福嶋 美貴

豊橋創造大学保健医療学部看護学科  
School of Health Sciences Department of Nursing  
TOYOHASHI SOZO UNIVERSITY

## 要旨

精神科看護師を対象に、感情対処傾向を評価する尺度を含む自記式質問紙調査を実施した。それらの結果の中で今回は、自由記載の形で回答してもらった「看護活動上答えの出ない事態に遭遇した体験」の内容のコメントを回答者と「誰か」との関係性に着目し、カテゴリー化して考察した。その結果、①患者に関する事 ②医師に関する事 ③対看護師に関する事 ④多職種に関する事 ⑤患者家族に関する事 ⑥職場に関する事 ⑦私（自分）に関する事 ⑧精神医療の文化に関する事の8つに分類された。答えが出ない事態そのもの自体が示すものは、看護の本質が対人援助職であるということ、医療や看護がチームとして稼働する際の難しさが示された。答えの出ない事態には看護師個人の自己研鑽、学び続ける姿勢で解決の方向にむかうものと、組織や体制、国の施策や方針などが変わらなければ、一個人の努力のみでは解決に向かわない、社会変革が必要となる構造的な問題も含まれていた。

キーワード：精神科看護師，体験，自由記載

Key words: psychiatric nurse, experiences, open-ended survey

## I. はじめに

厚生労働省が重点的な対策が必要として精神疾患を5大疾病の一つに加えてから10年が経過した。2017年の患者調査（厚生労働省）によると精神疾患患者はおよそ420万人となっており、他の疾患患者数を大きく引き離している。がんや糖尿病などは誰もが身近に感じられるのに比較し、精神疾患は患者数が増加にもかかわらず未だ理解されにくい。そこで精神疾患や精神障害者の特性を整理して挙げてみたい。主に5点あると考えられる。他者からも障害が見えにくいことのみならず自分でも障害を認識しにくく、中途の障害が多くその受容が容易ではないこと、疾患が多様であり障害となる部分が人によって違いがあること、医療面から見た疾患の特性と生活面から見た障害の双方を併せ持っているこ

と(安松, 2021)である。これらの特性から、気づきにくく、気づかれにくい、偏見のため、相談しづらい、また、過去の不適切な対応により傷付き医療への不信をつのらせ、支援へのアクセスが難しくなるといった影響が考えられる。精神科看護師は当事者が孤立に陥りやすいことに配慮しつつ、信頼関係の構築に基づき安心感の提供に努める必要がある。しかし、孤立が解消されたとしても当事者には常に複数の問題が横たわり、その問題の解決策がすぐに見つからない、あるいは解決策の一つに策定しきれないといったケースも珍しくなく、臨床現場では、むしろそれが常態化しているとさえ言っても過言ではない。

看護師が行う看護過程は、問題解決志向が中心であるが、精神科看護においては必ずしもクリアカットされたかのような解決は見ず、PDCA サイクルの枠を外して考える柔軟性も要求される。疾患の症状や障害の改善には長い時間を要する精神科看護においては、問題解決能力だけではない別の能力が必須となる。すなわち、時間の経過を待てること、忍耐強さを基盤に解決しない問題を抱え続け、その問題の考察をやめず日々看護を実践する持続性である。

詩人である Keats. は「事実や理由を性急に求めず、不確実さ、不思議さ、懐疑さの中にいられる能力」のことをネガティブ・ケイパビリティ(以降 NC とする)と呼んだ。1 世紀以上以前に提唱された NC がとりわけリカバリー支援において、重要な要素となりうる。かつて、精神保健福祉の支援理念の変遷から読み取ることができる。かつて、パターンリズムが強く存在し、当事者は「保護の対象」であったが、「自立の対象」へ、昨今はリカバリー支援のための「個人の尊重」へと時代は移り変わっている。リカバリーは地域でこそ発展するが、しかし、日本の精神病床数の多さや、平均在院日数の長さ共に諸外国に比べ、突出しており、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築がまだ発展の途上である。このことを考え合わせると、当事者のリカバリーの道のりは長い時間を要し、平坦な道のりではないと推察され、リカバリーに伴走する支援者は NC を向上させる必要がある。

とは言え、看護は感情労働である。患者の感情に向き合いながら、患者と関わる際に生じた自分の感情とも向き合うという作業を同時並行で行わなければならない、心身の消耗も大きい。そのうえで NC を涵養していくことはたやすいことではない。

精神科看護師が、心身の消耗を抑え、考え抜くことのできるだけのパワーを持つためにも、感情対処傾向及びその感情対処傾向と NC との関連を知る必要がある。これにより、NC 向上の方策の基礎資料が得られる。

以上の背景にあって今回、精神科看護師を対象に、看護師の感情傾向対処尺度を含む自記式質問紙調査とインタビュー調査を行った。本稿では、質問紙調査で得られた自由記載のデータをカテゴリー化し、答えの出ない事態に遭遇した体験の内容を明らかにすることを目的とした。なお、質問紙調査そのものの目的は、精神科で勤務する看護師の感情対処傾向とストレスに対する反応(抑うつ)を明らかにすることを目的とした。インタビュー調査では答えの出ない事態に遭遇した体験について詳細に尋ねた。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象と調査期間

対象は東海3県の5病院に勤務する看護師で、調査期間は2021年3月から6月の4か月間である。

### 2. 調査方法

自記式質問紙調査を行った。質問項目は看護師版感情対処傾向尺度（金子ら, 2018）及び抑うつスクリーニングとしてK10（古川, 2003）とした。尺度と個人属性以外設問としては看護活動上答えの出ない事態に遭遇した経験の有無とその経験の内容について自由記載の形で回答を求めた。実際設問の表記は「看護活動上答え（解決策）の出ない事態に遭遇した経験はどのようなことでしたか。開示できる範囲でお書きください。開示したくなければ記入されなくても構いません。」とした。

上記対象者に自記式質問紙調査を配布する手続きとしてはまず、研究エリアに存在する精神科病院の看護部長に研究の趣旨と方法、倫理的配慮等について直接口頭で説明し、調査協力の承諾を得た。同時に必要部数を申告してもらいその部数を届けた。看護部長より研究協力候補者が配置されている病棟への配布を依頼した。質問紙の回答候補者には質問紙とともに配布された研究協力依頼文書を通じて研究の概要を伝えた。質問紙の回収は研究者への直接返送とし、返送をもって同意が得られたとみなした。

次に分析方法であるが、分析対象は上述した自由記載の形で記載してもらった「看護活動上答え（解決策）の出ない事態に遭遇した経験」の具体的内容の部分のコメントである。これらのコメントを末安（2015）の事例提供における事例の選び方とまとめ方を参考に自分と誰かの関係性に着目し「わたしと患者」、「わたしと医師」、「わたしと看護師」、「わたしと多職種」、「わたしと患者の家族」、「わたしと地域」、「わたしと職場」、「わたしとわたし」、「わたしと医療文化」に分類した。同時にこれらのコメントをカテゴリー化し、答えの出ない事態に遭遇した体験について考察した。

なお、本研究は、豊橋創造大学研究倫理委員会の承認（承認番号:H2020007）を得て実施した。

## III. 結果

### 1. 対象者の属性

有効対象者数は、5病院併せて263名、男性91名（34.6%）、女性172名（65.4%）、平均年齢は45.0歳（±10.7）、で構成は40歳代が最も多く36.5%、次いで50歳代が26.6%、30歳代が17.6%、20歳代が10.6%、60歳代が8.7%であった。精神科臨床経験月数は192.2（±120）か月、一般科の経験有りは137名（52.1%）で経験月数は47.3（±73.7）か月であった。最終学歴は専門学校が最も多く80%を占めた。看護活動上答えの出ない事態に遭遇した体験有りは162名（61.6%）であった。

## 2. 答えの出ない事態に遭遇した体験の内容

162名中、次に看護活動上、答えの出ない事態に遭遇したのはどのようなことかに対するコメント（自由記載）があった者は91名（56.0%）であり、複数のケースの記載も認められ、ケース数としては114事例であった。関係性による分類を行った結果を表1に示した。「わたしと患者」が69事例、「わたしと医師」が6例、「わたしと看護師」が3事例、「わたしと多職種」が2事例、「わたしと患者家族」14事例、「わたしと職場」が4事例、「わたしとわたし」が10事例、「わたしと精神医療の文化」が6事例、計114例であった（表1）。これらの件数を分類ごとにグラフに示したものが図1である。

関係性による分類では8つの大カテゴリーと7つの中カテゴリー、33の小カテゴリーに分けられた。結果に関して、表2で記載の内容をコードとして示した。

表1. 事例の関係性による分類とその数

A	B	C	D	E	F	G	H	合計
わたしと患者	わたしと医師	わたしと看護師	わたしと多職種	わたしと患者家族	わたしと職場	わたしとわたし	わたしと医療文化	
69	6	3	2	14	4	10	6	114

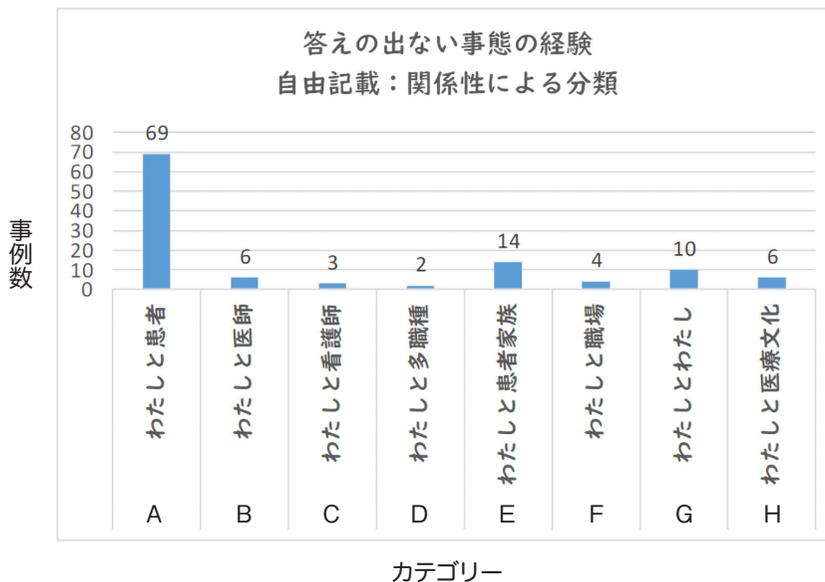


図1. 関係性による分類グラフ

表2. 設問「答えの出ない事態に遭遇した体験」のコメントから抽出された要因

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	コード	ローデータ 件数 (件)	
生と死		生きる意味の喪失	生きていたって仕方がない、生きる意味がわからない	2	
		死への願望	死にたい、死んだ方がいい、生きていたくない	8	
		命の期限	あとどれくらい生きられるか	2	
精神医療の拒絶	治療拒否	治療拒否	入院拒否、病気の否認、アドヒアランス不良、理解不足	6	
		看護拒否	看護師との関わり拒否	3	
暴力と生身の人間	暴力と看護師の人権	暴力と看護師の人権	暴力による精神的苦痛、苦痛による配置転換	3	
		暴力の対応策の難しさ	理解力不足による暴力行為の持続	3	
		受け皿の不足	家族の受け入れ拒否、受け入れ先がない	15	
わたしと患者	進まない地域移行	疾患の影響	現実検討能力、セルフケア能力の欠如	2	
		経過が長くなることでの対応困難	認知機能（理解）の低下による疎通不良	3	
		受容共感の難しさ	落胆している患者への声のかけ方が見つからない	3	
寄り添う	絶望の看護	絶望の看護	希望を喚起させる難しさ	2	
		向き合う時間確保の難しさ	時間の確保の難しさ	2	
		患者の意思尊重の難しさ	退院に関しての家族の意向との違い、摂食嚥下に関わる場面での方針の決め方、患者の意思決定支援の難しさ	7	
最善策の模索	症状看護の難しさ	拒業時の看護、逸脱行為への看護、自傷行為への看護、清潔ケアへの看護、操作性の強い患者への看護、興奮時の看護、自閉の強い患者への看護、認知症の周辺症状への看護	8		
わたし医師	協働の難しさ	知識不足	医師に進言できないもどかしさ	1	
		考えの相違	看護師との見解、考えの相違による医師との間の障壁	2	
		隔離解除の時期	隔離解除のタイミングの難しさ	2	
隔離の考えの相違	隔離を選択することの是非	隔離を選択することの是非	盗癖のある患者への治療プログラムが存在しないこと	1	
		意思統一の難しさ	看護観の違いによる不一致	自己の存在を否定する患者への対応、終末期の患者への対応、セルフケア向上の看護	3
わたしと看護師	意思統一の難しさ	看護観の違いによる不一致	自己の存在を否定する患者への対応、終末期の患者への対応、セルフケア向上の看護	3	
わたしと多職種	疑念	患者を信じ抜くことの難しさ	医療観察法病棟の患者への支援、それ自体への意味づけ	3	
わたしと患者の家族	患者と家族の隔たり	患者の権利擁護の難しさ	親族による年金の搾取	4	
		家族との関係構築の難しさ	患者本人と家族との関係の修復の難しさ、家族というユニットへ介入することの難しさ	10	
わたしと職場	組織内での制約	職場風土	男性看護師の職務ジェンダーの問題、勤務態度の評価	2	
		患者や家族の意思と病棟規則	私物管理と規則に関すること	2	
		救えなかった命	自殺防止の難しさ	希死念慮を見抜くことの難しさ	5
わたしとわたし	関わりの距離感	ふがいなさ	患者の信頼に応えきれなかった後悔、受け持ち患者に対し距離を取らざるを得ないことへのもどかしさ	2	
		無力感	妄想の対象となった場合の看護、自らの価値を貫いて死んでいった患者に対して見守ることしかできなかったという後悔	2	
		向上心	学修意欲	学び続ける姿勢・努力の欠如	1
わたしと精神医療の文化	長期入院に関する問題	管理思考	治療と安全のバランス	3	
		福祉との連携	制度の活用の仕方	生活保護の維持のための入院	1
		人権擁護に関する問題	誤解やスティグマ	一般社会のメンタルヘルスの無知・無理解	1
		人と人との関わりの本質	答えのないもの	在るのは結果、これでいいという感覚に至らない	1

なお、文中の【】は大カテゴリー、《》は中カテゴリー、〈〉は小カテゴリー、『』は記載内容の要約であるコードを示した。

#### 1) 【わたしと患者】

研究参加者から最も多く記載されたのが【わたしと患者】であった。

この大カテゴリーでは、日々の患者看護師関係を構築する事の難しさや関係を深めていくことの難しさ、良くなって退院していく患者を見届けられない無念さ、生きる事への意欲創出や意欲喚起の難しさなどが含まれた。『精神的苦痛』や『暴力による配置転換』から患者の《暴力と生身の人間》である自身について答えが出ないと感じていた。また、《精神医療の拒絶》を経験しており、例えば『看護師との関わりの拒否』や『アドヒランス不良』といった記載から〈看護拒否〉や〈治療拒否〉が抽出された。

また、《進まない地域移行》はローデータの件数が最も多い中での抽出であった。その内容としては、退院先がなく安心できるすまいを確保できない悩みであり、〈受け皿の不足〉や〈経過が長くなることでの対応困難〉などが抽出された。

《生と死》は、〈生きる意味の喪失〉や〈死へ願望〉、〈命の期限〉が抽出された。このカテゴリーでは『生きていたって仕方がない』『死んだほうがいい』という患者から吐露された重い言葉にどう言葉を返すべきか即座に答えが出ない看護師の苦悩が滲みでていた。

#### 2) 【わたしと医師】

この大カテゴリーでは、チーム医療の構成員である医師との連携に対する困難さが含まれていた。〈知識不足〉や〈考えの相違〉から《協働の難しさ》を感じていた。『隔離解除のタイミングの難しさ』から〈隔離解除の時期〉が、『盗癖のある患者の治療プログラムが存在しないので隔離になった』という記載から〈隔離を選択することの是非〉が抽出され、《隔離の考えの相違》を感じていた。

#### 3) 【わたしと看護師】

この大カテゴリーでは同僚看護師との協働の難しさが記載されていた。《意思統一の難しさ》は〈看護観の違いによる不一致〉が抽出された。その場面は『自己の存在を否定する患者への対応』『終末期の患者への対応』であった。

#### 4) 【わたしと多職種】

この大カテゴリーでは、医療観察法病棟での看護それ自体に意味があるのかという葛藤が表れていた。『医療観察法病棟の患者への多職種として配慮していることが良いことか』『医療観察法病棟の患者への介入は改善が見込めない』といった記載から〈患者を信じ抜くことの難しさ〉が抽出された。

#### 5) 【わたしと患者の家族】

多くの研究協力者が記載したのが〈患者の権利擁護の難しさ〉や〈家族との関係構築の難しさ〉であった。〈患者の権利擁護の難しさ〉では本人に支給された年金を家族が搾取している

現状が含まれていた。〈家族との関係構築の難しさ〉では特に『家族というユニットへ介入する事の難しさ』や『患者本人と家族との関係修復の難しさ』といった看護師、患者、患者家族の3者間での連絡調整に関する内容であった。

#### 6) 【わたしとわたし】

日々の看護実践で《救えなかった命》の存在があったという体験をしていた。例えば『希死念慮に気付けなかった』『自殺を遂げてしまった』という記載から〈自殺防止の難しさ〉が抽出された。また、《関わりの距離感》について悩みわたし自身について洞察するという体験もしていた。

#### 7) 【わたしと精神医療の文化】

この大カテゴリーでは《精神医療の諸問題》は〈管理思考〉や〈制度の活用の仕方〉〈誤解やスティグマ〉が抽出された。《人と人との関わりの本質》では『人との関わりは簡単に答えが出るほど浅くも狭くもない』という記載から〈答えのないもの〉が抽出された。

## IV. 考察

### 1. 対象看護師の特徴

対象看護師の属性は男性看護師の割合が34.6%であり、全国就業看護師の平均男性看護師割合は7.8% (厚生労働省, 2018), 日本精神科看護技術協会の調査 (2005) によると、精神科病院の男性看護師の割合は27.0%と報告されている。この2つの調査結果を上回る割合となった。この理由として、協力施設の病床数がいずれも多く最少でも300床を若干下回る数であり、最多で500床を超え看護師数も200～300名程度を有していることが相対的に男性看護師の割合が多い結果となったと推察される。

他に年齢構成としては全国平均と比較すると20歳代が少なく、40歳代及び50歳代が多い結果であった。臨床経験に関しては一般科の経験がある者の割合が52.1%を超え、精神科臨床経験月数は192か月で16年となっており身体管理の技術を有した熟練した精神科看護師集団であることがわかる。そのため、自由記載の記述においても単に精神科看護上の体験のみならず、一般科での経験や、精神科看護と一般科の看護との違いが記述されている事例もあり、看護活動上答えの出ない事態に遭遇した体験有りは61.6%であることから、答えが出ない体験はあらゆる看護場面で普遍的にみられることがわかる。

### 2. 大カテゴリーから考える体験の特徴と意味及び看護への示唆

#### 1) わたしと患者

表2で示された【わたしと患者】の大サブカテゴリー群からは《生と死》《精神医療の拒絶》《暴力と生身の自分》《進まない地域移行》《寄り添う》《価値の対立》《最善策の模索》の7つの中カテゴリーが抽出された。

《生と死》では、〈生きる意味を見出せない〉、〈死への願望〉、〈命の期限〉の3つの小カテゴリーが抽出された。コードからは精神科特有の希死念慮のある患者への対応についての看護師の苦悩のみならず、一般科での看護経験のある看護師の記載と思われるがん看護や老年期看護を実践する上での体験が認められた。単に生きることの困難さに加え、患った疾患を抱えながら生きていく、生き抜いていくことへ支援が、声掛け一つをとっても非常に難しいと感じていることがわかる。医療の場面では生きる、死ぬことは表裏一体であり、その意味を考えることを余儀なくされる場面があふれているが、このことに真摯に向き合おうとする看護師ほど答えを探し、抱えやすいと考察される。自殺願望の強いクライアントに対して心理臨床家がやるべきことは、自己破壊へ進もうとするその背景にある不安、恐怖を繰り返し分析していくことである(桑本, 2020)。この作業は非常に重苦しい作業である。看護師は心理臨床の専門家ではないものの、単に看護やケアという枠組みを超えて対象理解を深めるべくこの重苦しい作業を遂行する素養も身につけなければならないと考えられた。

《精神医療の拒絶》では〈治療拒否〉、〈看護拒否〉の2つの小カテゴリーが抽出された。患者の理解力の乏しさや物質依存ではおそらく防衛機制による否認が働き病気を認められないこと、病識の獲得が難しいことにより医師や看護師など医療サイドの人間との信頼が成立せず、答えが出せないでいる様相が見て取れる。精神医療においては治療や看護を受けることのベネフィットを患者に感じさせることがいかに難しいかがわかる。しかし、拒否的な患者に対しても身体的ケアから関係を築くことでその人のニーズを知ることが出る(深見, 2010)という報告もあり、身体的ケアに活路を見出せる可能性があると考えられる。

《暴力と生身の自分》では、〈暴力と看護師の人権〉、〈暴力の対応策の難しさ〉の2つの小カテゴリーが抽出された。暴力にはいわゆる力によるものと言葉によるものに大別されるが精神科の看護師はそのどちらにも日常的にさらされるリスクを抱えている。看護師は患者の人権を擁護する存在であるが、果たして看護師の人権はどのように守られるのか、職務遂行において、それはなきものとなるのか、ケアする存在でありながらケアされる必要があるということを前提にあることは承知しながらも現場では解決策に難渋していることがわかる。患者の暴力への対応は病棟単位でも難しいことが記載から読みとれる。暴力を受けた看護師の中には、暴力による精神状態への影響が残存した状態で勤務を続けている者がいると考えられ(本武, 2019)暴力の対象となった看護師の積極的な組織だった支援が不可欠であると考察される。

《進まない地域移行》は〈受け皿の不足〉、〈疾患の影響〉、〈経過が長くなることでの対応の難しさ〉の3つの小カテゴリーが抽出された。精神医療の改革ビジョンから17年が経過している。精神障害者の地域移行が進まないのは日本の限定的な地域の話ではなく我が国全体が抱える問題である。住まいの確保の検討がなされてきたが地域のコミュニティにおいては様々な社会問題が起こるたびに精神障害者に対する理解が得られにくい現状がある(藤井, 2017)。どこに住まうのか、安心して住まうことのできる場を支援者として提供あるいは選定できない苦しさが読み取れる。また、疾患プラス障害を持つことで生活に大きな影を落とし、障害の部分が人によって違いのあることがこの記載からもわかる。1例は現実検討能力、1例はセルフケア能力に現れている。精神科特有の患者の特性が影響していると推察される。療養の経過が長くなることで理解力がより低下する、退院への希望が満たされない不満が鬱積することにより看護師は対応に苦慮する場面が増えることがわかる。澤(2016)は、重度かつ慢性の精神疾患

患者の社会復帰について、重度かつ慢性に関与する7つの因子を挙げそれを減らす手立てを見出さなければならず、重度かつ慢性は固定とは考えず Bio-Psycho-Social なアプローチにより変わるものと述べている。このことから看護師は答え出ない事態と感じたとしてもあきらめず、患者の社会復帰の可能性を考えることをやめないことが重要であることを考えられる。

《寄り添う》は〈受容共感の難しさ〉、〈絶望の看護〉、〈向き合う時間確保の難しさ〉の3つの小カテゴリーが抽出された。深い共感から出た言葉は患者の心を打つが浅い共感から出た言葉は本当にこの看護者は私のことを真剣に考えているのかと疑念を抱かせることになる。患者が知覚する優しさと思いやりは一人一人の個性や自律性を尊重した患者を慮る言葉や行動が影響している(山屋, 斎藤ら, 2021)。受容も共感も精神科看護の基本であるが、その水準や表現する言葉は山屋らの言う個性や自律性を鑑み慎重にならなければならないと考えられた。また、患者の自己実現の難しさや障害を受容する事の難しさから望みをなくした患者への看護の困難さが記載されていた。心身の健康回復という課題に直面している人への勇気づけが有効であると考えられるが日常の関係性が勇気づけに重要な役割を果たす(深沢, 中野, 2021)。このことから信頼関係の構築が基盤となることは疑いようがないと考えられた。向き合う時間確保の難しさは時間的制約があり向き合えない倫理的な問題での葛藤で難渋していることがわかる。この倫理的問題は公平性を欠くことと誠実さを欠くことからなっていた。精神科病院は一般的に看護師の人員配置は急性期を除くと15:1となっている。時間的な制約はマンパワーを増やすことで患者にもよりきめ細やかな看護実践が可能となり解決の方法が明確であるが、看護師個人の努力には限界があることを示していると考えられた。

《価値の対立》は〈患者の意思尊重の難しさ〉の1つの小カテゴリーが抽出された。田中ら(2010)は判断能力に障害を来すことがある精神疾患患者への看護においては、保護主義的な原理が働きやすく、「自己決定の尊重の原則」と「善行の原則」の対立がとりわけ起こりやすいと述べている。わたしと患者における価値の対立にも同様の2項対立の構図が読み取れた。

《最善策の模索》は〈症状看護の難しさ〉の1つの小カテゴリーが抽出された。このカテゴリーには拒薬時の看護、陽性症状に対する看護、陰性症状に対する看護、清潔ケアに関する看護、操作性の強い患者に対する看護、認知症における混乱時の看護、など多彩な内容であった。しかもそれぞれが非常に個別的であり、単なる症状看護の枠にとどまらない精神看護の多様性と奥深さがわかる。精神科の看護技術を細分化しケアコンテンツとして網羅し、そのコンテンツに沿って丁寧に看護を実践し、評価するといった細緻な手順を踏むにせよ、難しさは対象が変わるたびに、看護者が変わるたびにその都度全く異なる別の局面で感じられる性質を持つ、このことが精神科看護の多様性と奥深さであると推察された。

## 2) わたしと医師

【わたしと医師】の大サブカテゴリー群からは《協働の難しさ》《隔離の考え方の相違》の2つの中カテゴリーが抽出された。《協働の難しさ》は〈進言のあきらめ〉、〈考えの相違〉の2つの小カテゴリーが抽出された。患者の生活の様子を身近で見ている看護師は患者について知り得たニーズや情報を持つ。しかし、医師が重要視するのは診断指標であり、生活のこまごまとした変化は診断指標とはかけ離れたものである。ここに治療の核となる指標と生活全般を担う看護師との視点の違いが浮き彫りになり、溝を埋めるのが難しいのではないかと推察され

る。《隔離の考え方の相違》は隔離解除の時期と隔離を選択することの是非の2つが抽出された。患者から隔離・拘束の解除を求める声を聴いても看護師には解除の決定権がない(田畑, 2021)。隔離という治療環境が患者に及ぼす影響を熟知している看護師は医師の指示とは言え、葛藤やジレンマを抱えやすいのではないかと推察される。

### 3) わたしと看護師

【わたしと看護師】の大サブカテゴリー群からは《意思統一の難しさ》の中カテゴリーが抽出された。このカテゴリーは〈納得できない看護方針〉の1つの小カテゴリーからなる。看護師はそれぞれ個々に内在化された思考や価値、さらには受けた教育などを基盤に、文化的コンピテンシーを培いキャリアを積み上げている。言い換えれば看護観の醸成である。看護観への相違への効果的な対処法について友安ら(2017)は「様々な看護観があるからこそプラスの効果が生まれる」という認識を持つことの重要性を指摘しているが現実的にはカンファレンス等で統一を図った場合においても、内心、納得には遠い感覚を持ちながら患者に接している様子がわかる。お互いに認め合うとよく言われることではあるが実際には難しいと考えられる。納得の概念分析を行った今井ら(2016)は、納得概念の特性として流動的で信頼関係の中から構築される概念としている。看護師間の信頼関係の醸成も重要な要素として潜在していると考えられた。

### 4) わたしと多職種

【わたしと多職種】の大サブカテゴリー群からは《疑念》が抽出された。このカテゴリーからは〈患者を信じ抜く難しさ〉の小カテゴリーからなる。いずれも医療観察法病棟に入院する患者の看護に携わっている看護師の記載であった。記載内容から患者の内省深化の難しさが読み取れる。看護師は患者のどこかまともな部分を信じるのが大切であると中井(2005)は述べているが、一瞬ではなく継続的に信じることをお互い言動で示す必要がある。が、そもそも精神疾患は基本的信頼や親密性の獲得に困難がある場合が多くそれに加え、アンビバレントであることが影響していると考えられ相互作用が成立しにくいことの表れではないかと推察される。

多職種による多角的で包括的な手厚い支援であっても支援過程の中で《疑念》が生じている。各職種の専門化・高度化が支援全体の質にどのように影響しているか、また連携の在り方についても考えざるを得ない記載ではないかと考える。

### 5) わたしと患者の家族

【わたしと患者の家族】の大サブカテゴリー群からは《患者と家族の隔たり》の中カテゴリーが抽出された。このカテゴリーは〈患者の権利擁護の難しさ〉〈家族との関係構築の難しさ〉の2つが抽出された。〈患者の権利擁護の難しさ〉は患者本人が受給している障害年等の公的年金の用途が本人ではなく家族に依っていることを表している。患者が入院している間、患者以外の家族の生活や空間が成立していると考えられる。患者の年金は搾取され家族には金銭という現実的なメリットが付随している。家族の成員が欠けた状態で家族機能が損なわれ、不在を望むようになっていく家族のありようを目の当たりにする看護師の苦悩がわかる。〈家族の

関係構築の難しさ)でも患者本人と疎遠になっていく家族に対しての看護者として介入の難しさが語られていた。看護師は患者の意向が最も重要であると理解しながら、現実には家族の意向や欲求が勝っていき、患者がないがしろにされていく様に対し、無力感を感じていた。山崎ら(2021)は家族の凝集性や適応性を高め家族内での患者の孤立や罪悪感を低減させる必要性について言及している。患者の発症の初期段階から患者への看護と並行して家族支援への心理教育を行うことが有効であるが患者本人への看護ケアのみにパワーが集中し、家族への支援は手薄になっている現状が浮かび上がった。家族会等の社会資源の情報提供は家族への重要な支援となるが、看護者が直接的に実施できる支援を体系的に構築する必要があると考えられた。

#### 6) わたしと職場

【わたしと職場】の大サブカテゴリー群からは《組織内での制約》が抽出された。このカテゴリーは〈職場風土〉〈患者やその家族の意思と病棟規則〉の2つが抽出された。〈職場風土〉では数的に圧倒的に女性が多く、しかも個性の強さが際立つ職場において意見が通りにくいやりにくさが語られていた。これは看護を通じて男性を強く意識している状態であると考えられる。出口(2009)が、職務ジェンダー意識が強い男性看護師は過緊張の状態にあり、専門職としての自律を低くすることから個人的な支援者の必要性について言及している。今回答えの出ない事態に遭遇した体験として偶然語られた内容であるが男性看護師への支援は喫緊の課題といえよう。

〈患者やその家族の意思と病棟規則〉については精神科特有のリスク管理の遂行のため、患者のニーズに応えられない看護師の苦悩が語られていた。看護師は「管理する人」になることにためらいを持つ感性を維持するための支援が必要であると考えられる。

#### 7) わたしとわたし

【わたしとわたし】の大サブカテゴリーからは《救えなかった命》、《関わりの距離感》の2つが抽出された。救えなかった命は〈自殺防止の難しさ〉が抽出された。自殺リスクは精神科病院内では常について回るリスクであり職務上、看護師の緊張が強いられる要因ともなっている。また、現実には希死念慮のある患者が、死にたい気持ちの表出を医療者に送っていても、医療者側が自殺の予測が困難な場合が多い(折山・渡邊,2009)とされ、本研究の対象者からも唐突なバッドニュースに看護師は大きな衝撃を受ける様相が語られている。看護師の自殺予防アセスメント能力は事実だけにとらわれず、経験から得られる直感も必要(倉橋ら,2017)であり、長い看護経験の蓄積が必要であると言える。

《関わりの距離感》はふがいなさと無力感の2つからなっていた。患者の状態は刻々と変化している。その変化を捉えながら適切な患者との距離感をどう測って行くのか非常に悩ましい問題となっていることがわかる。まずは病状の変化が患者にどのように現れているのか観察し的確なアセスメントをすることと並びに、看護を実践したい気持ちは十二分にありながらも思うように実践できない気持ちを抱えずに、サポートを受けるという選択も必要となると考えられる。

## 8) わたしと精神医療の文化

【わたしと精神医療の文化】の大カテゴリー群から抽出された《人と人との関わりの本質》では人との関わりは簡単に答えが出るほど狭くも浅くもないとの記載があり、答えを出すことに固執しない姿勢を持つ看護師の存在も明らかとなった。このような姿勢を持つためには問題解決を急がず多角的な視座で対象を理解しようと努めることが重要である。対象理解には自らを知り、時には自分の行動、発言、態度を変える事が新たな関係性を生む可能性につながり、新たな関係性はさらに新たな視座をもたらすと考えられた。

## 3. 体験の内容から改めて考察する看護師としての在り方と組織としての答えの出ない事態への取り組み方

精神科病院に勤務する看護師を対象に行った答えの出ない事態に遭遇した経験と感情対処傾向の関連の調査結果の中で自由記載の中で尋ねた。価値の対立は、自己内で、個々人の間で、あるいはグループ間で生じる (Thompson, et. al, 1992) と言われるが、本研究の結果もその関係性から大きく8つに分類された。多くの事例が上がったのは「わたしと患者」、「わたしと患者家族」「わたしとわたし」の3つであった。価値の対立は、自己内で、個々人の間で、あるいはグループ間で生じる日々のケア場面での難しさや家族支援の難しさ、看護場面で自分の内面や感情と向き合うことで答えが出ないと感じていた。患者に思いを馳せ、悩みながら苦しみながらどうするべきか真摯に思考し続ける姿があった。

記載された内容は確かに即座には解決が難しい事例である。しかし、思考し続けることが何より重要であると考えられる。考えることをやめない、放棄しない、何か解決への手立てがあると信じ模索する姿勢を持つことにより、その問いがより深みを帯び、別の側面が浮かび上がり別の問いを投げかけていることに気付ける可能性がある。看護師の思考力も次第にブラッシュアップされ、深くなっていく。もちろんより豊かな看護ケアとなって患者に還元されてゆくことになる。患者への還元までもっていくためには対人援助職である以上、看護の側縁のあらゆる学問についても学ぶ姿勢を持ち自己研鑽していく重要性も示唆されたと考える。

今回は東海地区に限られた地域の精神科病院に勤務する看護師を対象に行ったが、多くの看護師が答えの出ない事態に遭遇しており、遭遇していながらその事例の記載がなかった者は71名である。少なくともその数だけ事例が存在することになり、臨床現場にはまだまだ答えの出ない事態が多々存在し、その可能性を彷彿とさせるものである。また、その体験を話す相手、つまり、聞き手のいないという問題があり、孤独な体験であるとも推察される。

答えが出せないことは医療の現場では決して少なくないこと、連携や病棟での意思統一など形式的なやり方だけでは看護師個々は納得できないこともあることから、答えの出ない事態を看護師ひとりひとりが自分の中で醸成させることと並行して、チームとして答えの出ない事態の体験を共有する際には、単発のカンファレンスで安直に結束を図ることなく、複数回重ねるなどして、討論の醸成を待つことが重要ではないかと考えられた。

## V. 結論

就業看護師を対象とした答えの出ない事態と感情対処傾向の関連の結果の中で自由記載の形で尋ねた「答えの出ない事態に遭遇した経験」のコメントをカテゴリー化して考察した。その結果関係性により自分自身と ①患者に関する事 ②医師に関する事 ③多職種に関する事 ④患者家族に関する事等 8 つに分類された。答えが出ない事態そのもの自体が示すものは、看護の本質が対人援助職であるということ、医療や看護がチームとして稼働する際の難しさが示された。個々の看護観の相違が少なからずチームとしての合意形成に影響を及ぼし、合意形成後もその影響は残存し続けるケースがあると言える。答えの出ない事態には看護師個人の自己研鑽、学び続ける姿勢で解決の方向にむかうものと、組織や体制、国の施策や方針などが変わらなければ、一個人の努力のみでは解決に向かわない社会変革が必要となる大きな事項も含まれていた。

## VII. 利益相反

本研究に利益相反は存在しない。

## 引用文献

1. 出口陸雄, 「男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係」, 『日本看護研究学雑誌』, 34 (4), 2009, 59-65.
2. 藤井達也, 「日本における精神保健福祉の変化と地域生活支援」, 『上智大学社会福祉研究』, 42, 2017, 1-27.
3. 深見佐智子, 「統合失調症者へのフットケアを介した関わりの効果」, 『日本精神科看護学会誌』, 52 (3), 2010, 519-523.
4. 深沢孝之, 中野博子, 「心身の健康回復過程における勇気づけのコミュニケーションに関する研究」, 『心身健康医学』, 17 (1), 2021.13-20.
5. 古川壽亮, 大野裕, 宇田英典他, 「一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究」平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 『心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究協力報告書』, 2003.
6. 本武敏弘, 「精神科病院における入院中の患者による看護師に対する暴力に関する研究」『日本健康医療学会雑誌』, 28 (3), 2019, 346-354.
7. 金子多喜子, 森田展彰, 伊藤真由美, 「看護師の感情対処傾向尺度の開発一尺度の信頼性・妥当性の検討」, 『ヒューマン・ケア研究』, 18 (1), 2017, 25-35.
8. 今井芳枝, 雄西智恵美, 坂東孝枝, 「納得の概念分析—国内文献レビュー—」, 『日本看護研究学会雑誌』, 39 (2), 2016, 73-85.
9. Keats, J., (1899), The complete poetical works of Keats., Houghton : Mifflin,
10. 厚生労働省, 「平成 30 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況」  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/18> (2021 年 9 月 20 日閲覧)
11. 厚生労働省, 「平成 29 年患者調査の概況」(2022 年 1 月 14 日閲覧)  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/...>

12. 厚生労働省, 「最近の精神保健医療福祉施策の動向について」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf> (2021年10月9日閲覧)
13. 倉橋祐衣, 上岡奈美, 長尾一樹他, 「精神科病棟に勤務する看護師の自殺防止アセスメント能力の構成要素」, 『日本看護学会論文集;看護管理』, 46, 2017, 341-344.
14. 桑本佳代, 「自死を望む人への心理臨床家の在り方」, 『京都大学大学院教育学研究科紀要』65号, 2020, 15-27.
15. 中井久夫, 山口直彦, 『看護のための精神医学』, 医学書院, 2005.
16. 日本精神科看護技術協会, 「平成16年度日本精神科看護技術協会会員実態調査報告書」日本精神科看護技術協会, 2005.
17. 折山早苗, 渡邊久美, 「患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因」, 『日本看護研究学会雑誌』, 31(5), 2009, 49-56.
18. 澤 温, 「重度かつ慢性について考える」, 『日本社会精神医学会』, 25, 2016, 382-388.
19. 末安民生, 『実践に生かす精神科看護事例検討』, 中山書店, 2015.
20. 田畑恭兵, 「患者の権利擁護～隔離拘束に関与する看護者のジレンマ～」, 『病院・地域精神医学』, 63(2), 2021, 79-80.
21. 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也, 「精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立」, 『日本看護倫理学会誌』, 2(1), 2010, 6-14.
22. Thompson, J. E., Thompson, H.O. (1992) / ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明監訳. 看護倫理のための意思決定の10のステップ(第1版), 160-170, 日本看護協会出版会, 東京. 2004, 13.
23. 友安英喜, 松井由恵, 「看護観の相違と業務に対するモチベーションの関係性」, 『日本精神科看護学術集会誌』, 60(2), 2017, 342-346.
24. 山屋文枝, 斎藤るり子, 遠藤直子他, 「患者が知覚する看護師のやさしさと思いやり」, 『日本看護学会論文集 看護管理・看護教育』第51回, 2021, 32-35.
25. 山崎憲明, 高嶋伸子, 「統合失調症患者への早期対応に関連する要因」, 『地域環境保健福祉研究』, 22(1), 2021, 9-16.
26. 安松大輔, 「精神科看護師が精神障がい者の基礎知識と接し方を解説!」  
<https://www.jsh-japan.jp/cordiale-farm/column/1218> (2021年9月11日閲覧)