
資 料

精神科救急指定を受けている総合病院の精神科病棟における 看護者のストレス・コーピング

金井 晴美*

Nurses' Stress Coping on a Psychiatric Emergency Unit in a General Hospital

Harumi Kanai

キーワード：精神科看護、精神科救急、ストレス・コーピング

Key Words：Stress, Coping, Psychiatric Nursing

1. はじめに

当院の精神科病棟（以下A病棟）は、総合病院の精神科病棟である。精神病院より精神科への抵抗がなく受診できるため、初発患者・初期治療患者が多く、そうした患者以外にも薬物調節目的や休養目的の患者が入院している。また、身体合併症患者が多く、中には手術目的の患者や癌のターミナル期の患者もいる。さらに、専門医がいることにより、摂食障害患者、てんかん患者の入院もある。

当院は、平成11年4月より精神科救急指定病院となり、A病棟では救急来院した精神疾患患者および精神疾患の可能性のある患者の入院を受けている。救急来院して入院となるケースでは、興奮状態で警察が同伴して入院となる患者、自傷他害事件を起こして入院する患者、住所不定・身元不明の患者などが頻繁である。対応す

る看護者としては、患者情報がないところからの関わりとなるため、基礎疾患はないか、再度興奮することはないか、過鎮静により急変しないかなど、常に可能な限りを想定して急性期看護にあたっている。

日本精神科看護技術協会では、「精神科看護者は、対象となる人々の個別性を理解し、全人格的なかわりをとおして適切な看護援助ができるよう努める。」と精神科看護倫理要綱のなかでうたっている。そのためには、精神科看護者自身が自己理解を深めながら治療的に自己活用を行ない、患者理解につとめ、ひいては患者自身が自己の健康障害に対処できるように援助して行くことが重要となる。

しかし、A病棟のように看護度が高く対象患者が多様である環境では、煩雑さと緊張の高さにより看護者が多くのストレスにさらされやすいため、落ち着いて患者と向き合う機会をつく

*長野赤十字病院

受理：平成13年3月7日

ることが困難になりやすい。はたして、患者－看護者関係の中で治療的に自己活用する技術を用いることができるのだろうか。

精神科看護者のストレスに関する研究は過去に多くあるが、A病棟のように看護度が高く対象患者が多様である病棟における看護者のストレスに関する研究はなかった。そこで、筆者らは、A病棟の看護者のストレスとストレス・コーピングの現状を明らかにすることを目的としたグループ研究を行なった。本論は、そのグループ研究の結果を、筆者が、精神科救急看護にあたる看護者個人及び看護集団としての特性と難しさという見地から再考を行ない、筆者の責任においてまとめた。本論ではまた、今後の精神科救急医療体制、安定した入院環境の提供、精神科看護者の精神衛生管理のあり方についても考察を試みた。

II. 研究目的

- ①. A病棟の看護者のストレスとストレス・コーピングの現状を把握する。
- ②. ①. の結果から、看護者経歴による差異とコーピングの特性を分析する。

III. 研究方法

A. 研究期間

1999年6月～2000年12月

B. 調査期間

1999年11月～1999年12月

C. 調査対象

1999年11月現在のA病棟勤務看護者 24名
(看護婦23名、看護師1名)

1999年10月までA病棟に勤務していた看護者
1名、合計25名

D. 調査方法

調査対象者25名に、半構成的面接を行なった。A病棟が精神科救急指定を受けていることを踏まえて、ストレスを感じているかどうか、ど

のようなストレス・コーピングを行なっているかを語ってもらった。調査はグループ研究の段階で行なったもので、時間的制約があったため、研究グループの内2名が面接を担当した。ほぼ、対象者が語りつくすまでの面接とし、一人あたり30分前後の時間を要した。面接の際、同意を得てテープ録音をした。

E. 分析方法

面接内容を録音したテープから逐語記録を作成した。次いで、ストレス、ストレス・コーピングに関する発言をコード化し、質的に分類し、ストレスとストレス・コーピングの構造を考察した。看護経験による特性は、1年目、2～4年目、5～10年目、10年以上で変化が見られるため、4段階にわけて分析した。

IV. 研究結果

A. 対象者の構成

A病棟のある総合病院では、約2年～6年の範囲で不定期に看護者の勤務病棟異動がある。A病棟では5年以上の経験がある看護者はすべて他科経験者であった。異動は、必ずしも希望の勤務場所へ異動できるものではなく、A病棟でも不本意に異動してきている者がいる。そのため精神科看護への関心や、知識にはばらつきがある。特に不本意に異動してきた者は、精神科病棟への抵抗が強い。

対象者の多くは、病院に併設された看護専門学校卒業生であった。顔を知った中で仕事ができることの安心感を語った看護者が数人いたように、同級生同士、および先輩後輩としての強いつながりをもっている。

A病棟では、プライマリーナーシング制をとり、日勤では受け持ち患者と、アソシエイトナースとして他の看護者の受け持ち患者を数名受け持つ。注射準備係、配薬係、各チームのリーダーは患者を受け持ちながら、係の役割を兼任する。

看護者は2チームに分けられ、原則としてAチームは男性患者、Bチームは女性患者である。A病棟では、急性期の男性患者では精神運動興奮

状態の患者、身体合併症をもつ患者が多く、女性患者は、精神運動興奮状態の患者、重篤な摂食障害の患者が多い。

B. ストレスの要因

ストレスの要因は、1. 患者の問題行動や症状の深さ、2. 病棟のシステム上の問題、3. 看護者の受けとめ方、4. あるべき看護者像とのズレ、の4局面に分類できた。

1. 患者の問題行動や症状の深さ

不穏状態にある患者について、「1日中大声を出す患者が嫌だ」という訴えがあった。声を聞いているだけで看護者自身が落ち着かなくなる環境が苦痛なのだ。また、直接対応したときに、「罵声をあびせられたり、きつい言葉・傷つけられる言葉をかけられて辛い、手足が出てきて怖い」という訴えもあった。

また、患者の生命の危険に直面するストレスとして、「身体疾患患者のように疾患が直接の死因となるやむを得ない死とは違い、精神疾患から起こる死はなんとか防げるのではないかと思えて、それができず死に至ってしまうのは辛い」、と話した看護者がいた。この看護者はターミナル期の看護を主とする他科の経験があり、死に対する概念が揺るがされているようだった。実際、A病棟では数年前に離院患者による傷害事件があり、対象者の中には当時の事件を体験した看護者もいた。彼らからは、「似たような患者が出入り口のドアを触っていると、また何かやるのではないかと嫌な気分になる」「単なる振り回しではなく何らかの行動化を起こしたことがある患者が“死にたい”と訴えた場合、また行動化しないかと緊張と不安の中で見守るストレスがある」との訴えが聞かれ、事件による一種のPTSD (Post-Traumatic Stress Disorder：外傷性ストレス障害) のような体験が潜在していることが分かった。

また、緊急入院した患者や新患・重症者への対応が分からないことへの不安が語られた。緊急入院してきた患者は情報が少ないことが多く、基礎疾患が分からないまま興奮している患者を鎮静させなくてはならないケースが

多々ある。次には急変するのではないか、覚醒して再度興奮するのではないか、また興奮時はどんな行動をするのかが予測できない中での対応が求められる。特に夜間の緊急入院はこうしたケースが多く、勤務者の少ない中で対応しなければならないストレスも語られた。また、一方で入院が長期化すると治療効果があがらないこと、症状が再燃することによるストレスもあがっていた。これは患者の問題だけではなく、医師への不満、看護者自身のやるせなさが絡み合った結果でもある。

次に、同じ訴えを繰り返されるのがストレスだという表現が比較的多くみられた。具体的には「病識がない患者がどこも具合悪くないから帰る、と繰り返す」「摂食障害の患者が同じ訴えを繰り返すからいろいろな意見を言ってみるけど、また同じ訴えに戻る」「しつこい人は嫌」などというものである。患者によっては、症状は日常茶飯事で病気と感じない場合もある。偏った考えから抜け出せないのが症状だったり、強迫観念から確認行為をとめられなかったりすることは多い。そういった状態が看護者にとってはストレスで嫌とまで感じる時がある。また、強く依存してくる患者、お礼を言ってくれない患者が苦手、という看護者もいた。

2. 病棟のシステム上の問題

まず、患者によって看護度のばらつきが大きいことがあげられた。A病棟は、急性期患者ばかりではなく、従来の薬物療法を安定して行うことが目的の患者や休養目的の患者も入院している。こうした患者の場合は、とりわけ落ち着いた雰囲気の中で患者と対話し、患者を見守りつつ相互関係を築き上げ、それぞれの目的に合った看護を提供していくことが必要である。A病棟では1人の看護者が、一方で身体管理や不穏時の鎮静を行なう急性期対応を行ない、一方でゆったりと患者に寄り添う、といった正反対の対応を同時に行なっているのが現状である。「もっとゆっくり話したい患者がいるのに、処置の多い患者を抱えていると話す時間を作れなくなる」というやるせない思いが何人かの看護者から聞かれた。

救急患者に対応している際には、休日・夜間の急な入退院があり、それにまつわる医師の指示変更や入退院の手続きが必須である。急な入退院は休日・夜間の看護者数が少ないところへ、煩雑な仕事が追加されることになり、それが負担であるという訴えが中堅以上の看護者から聞かれた。

また、外来診療を終えた医師が入院患者の診察をして指示を変更する時間が夕方以降、つまり夜勤帯になり、本来看護者と医師で患者について話し合いをして、方向性や対応を検討したくても、日中に医師が不在であることからカンファレンスができない。こうした不満は、リーダー業務を行なう中堅以降の看護者に多く聞かれた。

3. 看護者の受けとめ方

上記のような緊迫した現場で、患者に良かれと思って行なった対応が、患者から拒否・抵抗という形で返されると、「必要と思って行なう処置が患者の満足の行く方向ではなかったりする」と、すれ違いを語る看護者がいた。「患者から殴られたときに心が殴られたような感じがした」と言い当てた看護者がいたが、ただ身体的な傷だけではない内面的な、自身の精神状態が脅かされるという体験が起っていた。

また、人格障害の患者へ対応するときの気遣いがストレスであるという看護者が何人かいた。それを「いらぬストレス」と表現する者がいた。ある程度のストレスはあって当たり前と話す者がいたが、それと比較して「いらぬ」ということは、看護者の許容範囲以上の気遣いを必要とされたための表現だろう。

「患者に気に入られるように関わった方がいいのか、煙たがられるのは嫌だが、患者に気に入られると、他の看護者の悪口を聞かされてしまう」、と患者との距離のとり方に悩んだ体験を話した若い看護者がいた。

1年目の看護者からは、「はっきりとしたストレスは感じない」「職場を離れると仕事のことは頭に浮かばない」「今はもうストレスを感じなくなった」「患者につらくあたってしまうことがあると、ストレスが溜まってきている

のかなと感じるがそれまでははっきり感じない」というように、明らかなストレスの体験は語られず、ストレスを自覚できない状態だった。

また「仕事ができないから、ベテラン看護者と夜勤を行うときに緊張することがストレス」「病棟内でうまくやっていかなくてはいけない、と気を遣ってイライラする」と同僚との関係についての悩みを語る若い看護者がいた。

4. あるべき看護者像とのズレ

他科の経験のある看護者からは、「患者の訴えを受容する、という看護観と反して患者の考えを否定しなくてはいけない場面がある」という葛藤を話す者がいた。例えば焦燥感の強い患者から今すぐにでも職場復帰したいと訴えられ、思いを傾聴しつつそれでも今は休養することが必要であることを伝えなくてはいけない場面などである。「同じ考えを繰り返す患者に対し、話を切り替えて中断したり、今は夜間だから長い話はしないと断ったりするのがストレス」という看護者もいた。他科では、患者の訴えに対して反する意見を返すことや話を中断することは、患者への対応としてあり得ないということが、精神科ではいつの看護技術とされる。患者の不安の渦に巻き込まれたり、患者に陽性感情を抱かれたりしても、その関係を客観的に観察しながら、患者の不安のコントロールに焦点を当てなおしたり、関係をともに振り返ったりする必要がある。こうして精神科看護では目に見えない症状に対する看護が要される。他科の経験のある看護者からは、「症状と行なった看護の結果がデータに現れない難しさ」「看護の流れとポイントが分かりにくい」という訴えがよく聞かれた。

C. ストレス・コーピングの種類

ストレス・コーピングとしては、全員が、ストレスの要因と関係のない場で行なうコーピングと、直接ストレスの要因となる事象に対するコーピングの両者を用いていた。前者を1. ストレスの要因からの回避行動、後者を2. ストレス

の要因への問題解決行動とする。看護経験年数を重ねるにつれ、ストレス要因への問題解決行動が増える傾向にあった。

1. ストレスの要因からの回避行動

全員から聞かれたのは、音楽や趣味の時間をもつというストレス・コーピングである。1年目の看護師からは、「飲みに行ったりドライブに行く」「プライベートを充実させている」「病院の外に出ると仕事のことは頭から離れる」「勤務時間外は、仕事のことは忘れよう意識している」という答えが聞かれた。ストレスをあまり感じていないという1年目の看護師は、ストレス要因への問題解決よりも、こうしたプライベートの時間に積極的に活動することによって、自身の安定を図ろうとしていた。これに対しベテランの看護師には「遊びに行っても発散されない」と話すがいた。経験が長い看護師は、積極的に行動をするコーピング方法よりも、「好きな音楽を聴く、映画を見る」「頭を遣わないような内容のテレビを見て大笑いする」というように、新たなエネルギーを費やすことがない、気持ちをリラックスさせる行動でコーピングしていた。

大勢で飲みに行くのではなく、家でひとりアルコールを飲む、という看護師が数人いた。

2. ストレスの要因への問題解決行動

a. 自分の体験を話す

対象者がまず答えたのが、自分の体験を「話す」ことであった。「話す」ことをコーピングとして用いているときには、①ただ話す、②だれかの共感を得ようとして話す、③建設的な意見として話す、という3つの場合があった。①は全員が行っていた方法であり、経験年数が高くなるほど②の方法、次に③の方法とコーピングの内容を洗練させていく傾向がみられた。

①は、「世間話のように話す」「ぐちるように話す」「その場に笑い話のように、今こんなことがあったんだよ、と話す」「ためこまず、そのときナースステーションにいるスタッフに話す」と、リアルタイムに話す方法が用いられていた。話すことで何かを変えようとする意図はないが、今すぐ話し

たい、黙っていたくない、心の中にとどめておきたくない、という心境がうかがえた。特に1年目の看護師は「あまりストレスを感じない、その場で話すことでストレスがたまらないのだ」と話す傾向があった。

②は、「いつも拒否されてその患者さんのところに行くのがつらくなったときに、だれか代わりに行ってくれないかなーという意味をこめて、ナースステーションで出来事を話す。それでだれかがそれは大変だから、と1回でも患者さんのところへ行ってくれれば、次にはまた対応に向かうことができる」という1年目の看護師から聞かれたエピソードがこれに相当する。ここでは、ただ話すだけではなく、他者の共感を得ようとしており、自分の困難な状況を打開するために、他者の協力を得ようとしている。②の方法では他に、「話を聞いてもらってみんなも同じように思っているとわかると、自分の感情もこれでいいのかなと思う」「自分だけではないんだ、という思いを確認したり、それでいいんだよと言われて安心したりする。そういう言葉を求めてスタッフに話をしているのかもしれない」と言う話だが、1年目から10年目の看護師に聞かれた。

他者へのはたらきかけを意図して話す場合に、さらに建設的に話すことによってストレス要因の解決に向けようとする方法が③である。「カンファレンスで話し合いの機会を持つ」「スタッフに自分の患者への対応について相談する」「スタッフと話すことで新しい対応の仕方や見方を発見できる」「医師に困難な状況を話し、対応方法を聞いておく。同じことを繰り返したくないから」「看護記録に困った場面を書き残してスタッフにアピールする。他に同様の場面はなかったか、他のスタッフならどのような対応をして、どのような結果になったかを反映してもらおう」という方法が語られた。これは、5年目以上の看護師が多かった。

b. 患者との関係について考え直す

2年目以上の看護師から、次のような、患者との関係をとらえ直したり、工夫したり、

といったストレス・コーピングが聞かれた。

「人格障害の患者は対人関係が困難になりやすいから、初めから距離をとって関わる」「患者のためにも自分のためにも親密になりすぎないように気をつける」という意見は多く聞かれ、とくに人格障害の患者や児童・思春期の患者、医師から距離のとり方についての指示のある患者については、前もって注意して関わろうとしていることが話された。これらをストレスコーピングとして語るのは、ストレス要因となる患者の振り直し行動への予防対策という意味があるためだろう。距離のとり方として、患者と向き合う前に心の準備をし、患者に前もって、処置の必要性を説明したり、看護者の立場として関わっていること患者に伝えておく者もいた。「不安発作を起こす患者が不安定にならないように先回りの対応をする。不安になりそうな話題を小出しに伝えるなど」「拒否的な患者に処置や関わりの意味を説明することで“また拒否されてしまう”というストレスが少しは軽減する」という体験がこれに当たる。

また次のように、患者をとらえる自分の見方をコントロールするという方法も用いられていた。「いつかは分かってくれるだろうと信じて関わる」「不穏が長期にわたるとき、患者をマイナスイメージでとらえないように、“この患者さんは本当はすごくいい人なんだ”と自分に言い聞かせる」「患者の期待される結果を修正する。患者の現実を認めることでもある。患者に多くを求めすぎると患者も自分も苦しくなる」。

また、「どんなに対応が困難な患者でも、やりとげたという満足感があると、ストレスはなくなる」「患者が心を開いたとき、あきらめなくて良かったと感じる。自分が癒される」というように、患者との関係を肯定的に評価できる場合にストレスは解消されるという体験が語られた。

c. 自己啓発を行なう

今まで述べたような特定のストレス要因へのコーピングとは別に、「体を休めて精神

状態を良くしておく」「自分の傾向を知って、生き方を変えてきた」「研修に参加して、看護の裏づけとしたり、自分の置かれた立場の責任を再認識することで、気持ちが整理される」などの自己啓発をストレス・コーピングとして語られていた。これは10年目以上の看護者達であった。

V. 考察

A. 感情労働としての精神科救急看護

感情社会学における研究では、職務内容の一部として求められている適切な感情状態や感情表現を作り出すためになされる感情管理を「感情労働」と呼ぶ(石川, 2000, p.41)。看護者の仕事も、優しく共感的な態度を示すことで患者の不安を和らげたり気分や意欲を高めようとする感情労働である(武井, 1998, p.153)。しかし、看護の現場では感情管理に関する教育はほとんどなく、その場所と時間が確保されているわけでもない。看護者は、自ら望ましいと考えた看護者モデルに向かって成長していくことを周囲から期待される。

A病棟では、看護度のばらつきのある患者を同時に数名受け持つ時に、絶えず患者の前に出るための心の準備を整え、対応のペースを切り替え、仕事の時間的制約を考慮しつつ、患者の前では落ち着いてゆったりとした態度で構える、という感情労働が課せられる。看護者の受け止め方であげたように、拒否・拒絶によって自己が脅かされたり、人格障害患者に巻き込まれないように患者との距離間に気を張っていたり、患者との関係における陰性・陽性感情に困惑したりしながらも、次の患者の前では何事もなかったように対応をしなくてはいけないのである。

また、他科の経験のある看護者にとっては、患者との関係において、他科では経験しなかった患者の訴えを否定したり話を中断する対応への葛藤や、良かれと思って行ったことが患者から拒否・拒絶されるという体験は、看護者としての自己同一性を揺るがす要因となっている。今まで通用していた対人関係や患者—看護者関係が、精神科では通用しない、無効になったよ

うにさえ感じるだろう。先に述べた、同じ訴えを繰り返されることがストレスとなるのは、自らの対応が無視された、あるいは自分が無力であるかのような感覚にさせられるからなのである。しかし、患者への苦手意識があるからといって、患者の対応をやめるわけには行かない。どんな状況においても患者に冷たくなったり感情的にならないで、落ち着いた対応を求められるのである。

そこでA病棟の看護師たちは、その場にいた同僚に話すことによって揺るがされた自己同一性を少しでも立て直して、次の業務に向かっていくというコーピングを自然と行なうようになっていた。これは、スタッフには感情を表出して良いのだという職場環境があったからできるのである。スタッフや看護学生から時々「A病棟の看護師は人の話を良く聞いてくれる」と言われる。それは精神看護では相手の話を良く聞く、という姿勢が看護師個人の資質として身についたからだろう。また、患者との関係における辛い、苦い体験をすでに経験しているスタッフが、1年目あるいは異動してきた看護師の同様な体験を我がことのようによく聞いてくれる関係があるから、同僚には話しやすいのだろう。もし、A病棟が更に煩雑になり、勤務中に看護師同士でささやかな語り合いもできなくなったら、ストレスは高まり、看護師個々が揺らいだまま、ついには患者の対応へも影響を及ぼすことになるだろう。

若い看護師のコーピングとして、プライベートな時間の充実を図って、職場のことを忘れる、という方法が用いられていたが、この方法には自分を不正直だとみなして自己嫌悪に陥ることが指摘されている（石川，2000，p.43）。

現在のように、全て看護師個人の技能と責任としてストレス・コーピングおよび感情管理を行なうことを求めているのは、病棟や看護師個人に危機的状況が起こったときに対処しきれないだろう。特別手当が支給されてはいるが看護師が自分の感情について吟味することは公式な業務として認められていない。短時間でも話をしたり感情を表出できる時間と場所を、職場環境の整備として確保される必要がある。

B. ストレス・コーピングにおける経験年数による変化

1年目の看護師は、初めはストレスかどうかも分からず、他の同期入社の看護師に劣らないように、問題を起こさないように、必死に毎日を過ごしている。1年目の看護師にとっては、自分の苦しい体験や思いを他者に伝えることが、唯一のストレスへの問題解決行動といえる。初めのうちは年の近いものに対してしか話せず、逆に先輩看護師には話しづらい。1年目の看護師が「初めのうちは新卒同士で話していたけど、そのうち夜勤が始まって勤務が合わなくなって、場慣れもしてきたら、事が起きたその場にいる人、その日にいる人に話すようになってきた」と語った。また、1年目の看護師にとって、異動して月日が浅い看護師は先輩の中でも話しやすい存在で、逆に異動して間もない看護師の立場からも1年目看護師は遠慮なくいろいろ聞ける存在である。こうして1年目の看護師は、徐々に先輩と話せる関係を広げながら、問題解決行動をとるために話を聞いてくれる相手を探していくのである。同時に、何回かの経験を積み重ね、他者の技術や意見を取り入れたりして、自分の対応手段を増やしていくようになる。

2年目以上の看護師は、患者の予測される行動がわかるようになる時期であるために、患者の環境調整や人間関係調整をおこなって、早めに対処することで患者も看護師もストレスにならないように予防的対応ができるようになる。そのため、ストレス・コーピングとして患者との直接的なやりとりをあげたと考える。

A病棟では3年目の看護師からリーダー業務を行なうが、リーダー業務が熟練してくるのは5年目くらいからである。患者の治療方針をめぐる、医師との関係、外部との連絡上の関係にまつわる訴えが多くなり、5年目以上の看護師になると視野が広がってきていることがわかる。また、5年目以上の看護師は全員が他科の経験のある看護師である。異動して月日が経たない看護師からは、患者―看護師関係における葛藤があらわになって試行錯誤している様子が話されたが、1年目看護師とは相違がある。それは、精神科ではないが患者への対応は今まで数多く行なって

きているため、患者さんと向き合うだけで構えてしまうことはない。また、他科でリーダー業務を経験してきているため、職場内のリーダーシップの動きを把握したり、医師や外部の連絡には周知しているなどの違いがあり、1年目の看護師より適応が早い。合併症や身体管理に関しては他科での経験を十分に生かしてリーダーシップを取ることができ、高い自己評価を得ることができる。一方では、1年目の看護師と精神科看護の困難さを共感しあって、感情表出しやすい関係を作り上げている。

10年目以上の看護師からは、看護経験と人生観、生活観を合わせて語るようになる。看護職歴がいかに個々の人生に多大な影響を与えているかの象徴であった。10年目以上の看護師は全員女性だったが、看護職の責任と誇りとあわせて不定刻の勤務などのため、女性の場合は特に、家族への影響も大きかったと考えられる。そのため、看護を語るときには人生観や生活観がついてまわるのだと考えられる。

C. 対象者の集団に対する本研究の意味

「ストレスはあまり感じたことがない」「ストレスって何を以ってストレスとっていいのかわからない」と何人かの対象者がインタビューの初期に答えた。日常では「ストレスとは何か」「自分にとって今ストレスとなっている事象は何か」を考えたり、吟味する体験のない対象者にとって、この研究に参加したことは、改めて自身の精神状態や傾向について考える機会となったようである。

対象者の中には、この場を借りて話してしまおうという勢いで話す者もいれば、こんなことを言っても良いのかと探りながら話す者もいた。両者とも職場の同僚の看護師がインタビュアーであったため、その影響が少なからずあったと考える。インタビュアーが状況をわかっているので、状況説明を必要とせず思いのままに話せる、というのが前者である。後者の場合、話した内容が他者に伝わって今後の仕事上の人間関係が気まづくなるのではないかの懸念がうかがえる。特徴的なのは、1年目の看護師が「ストレスはあまりない」と答えたことである。今回

の研究の場合は、インタビュアーが8年目以上の看護師であったため、新人対先輩の関係を拭い去ることはできない。先輩にできない自分を見せては行けないという心情が働き、思いを語りきることができなかった可能性がある。

経験年数に関係なく、ストレス・コーピングができないと「淡々と仕事を済ませるようになる」「一生懸命やっても自分が疲れるだけと感じる」「じわじわとストレスがたまる時に嘔気で見れるときがある」とバーンアウトの体験を話す場に至ることもあった。「感情が爆発して、初めてストレスがたまっていたことに気づく」という傾向も聞かれた。A病棟の看護師は、現在の病棟のシステムのままでは、バーンアウトしてしまう危険性ははらんでいることが分かる。

VI. おわりに

総合病院の精神科入院病棟の存続が危ぶまれている昨今、精神科救急指定を受けたA病棟には救急来院する患者が絶えない。一方で入院日数の短縮化を要請され、より高度な医療を含めた精神科救急対応を求められる。煩雑な業務に対応できるために、看護師は、自らの力で望ましい看護師モデルに向かって成長していくことを周囲から期待されている。しかし、看護の現場ではさまざまな感情に対処していくための教育はなく、その場所と時間が確保されているわけでもない。感情の容器となって患者理解を深めると言われる精神科看護においても、看護師を保障する教育や管理システムは確立していない。

そこで今後の課題として、次にあげる看護システムが必要と考えた。

- ①精神科看護に関する卒後教育—入社時だけではなく、異動してきた看護師にも精神科看護の特性や、予測され得る看護師自身の自己同一性の揺らぎについて教育し、個人の問題との思いこみを早期に除去して、建設的に精神科看護に取り組むことができる環境を作る。
- ②精神科救急看護にあたる看護師の精神健康の保障—現在、外部の看護師のスーパーバイズを受けたり、患者との関係に焦点を当てた事

例検討することはなく、業務内で自らの傾向を知る機会は無に等しい。自らの精神状態や自分の傾向を知るための場を設けることが必要と考える。精神看護専門看護師や臨床心理士による定期的なコンサルテーションが望ましい。しかし、人材がないA病棟のようなところでは、即日の対応としては難しい。そこで、病棟におけるケースカンファレンスの充実を図り、自他の傾向を建設的に評価してフィードバックされる場を作ることが現実的である。

Ⅶ. 謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただいた調査対象者の皆様、共同研究者、また本論文作成にあたってご指導頂いた小宮敬子助教授に深く感謝致します。

引用文献

1. 石川准：感情管理社会の感情言説；作為的でも自然でもないもの,思想,1,41-61,2000.
2. 武井麻子：精神看護学ノート ,医学書院, 1998.