

精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性

清水 純¹⁾, 山下 敬²⁾, 中田牧人³⁾, 藤本智美⁴⁾

1. 京都光華女子大学健康科学部看護学科
2. 京都学園大学医療科学部看護学科
3. 岡山大学医学部附属病院
4. 滋賀医科大学医学部看護学科

Email:j-shimizu@mail.koka.ac.jp: Jun SHIMIZU

Received Apr.19th, 2016; accepted October. 13th, 2016

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to elucidate the unique characteristics of the occupational stress experienced by nurses working in psychiatric emergency hospitals. **Method:** We conducted semi-structured interviews with 10 nurses (7 men and 3 women) who worked in hospital psychiatric emergency wards. The data were analyzed using qualitative and inductive methods. In order to supplement the data from the interviews, we also conducted prior observations of the types of occupational stress that the nurses experienced while engaged in nursing duties. This study was conducted with the approval of the Shiga Medical School Institutional Review Board. **Results:** Based on our analysis of the interviews, we identified 7 items in the upper category, 18 in the middle category, and 80 in the lower category. The average duration of the interviews was 57 minutes (maximum, 65 minutes; minimum, 49 minutes). **Conclusion:** The occupational stress in nurses in the hospital psychiatric emergency wards included that due to violence and suicide committed by their patients, as well as exposure to the unique environment of a psychiatric emergency ward. Due to problems and difficulties that arose from the psychiatric emergency care system, nurses experienced conflict and uncertainty with respect to their role, doubts pertaining to professional ethics, and other stresses of a similar nature. These various factors were entangled in complicated ways, resulting in unique types of occupational stress that are felt by nursing staff in hospital psychiatric emergency wards.

keywords : 精神科救急病棟 看護師 ストレス

I. 緒言

わが国における精神科救急医療体制の整備事業については、精神障害者の緊急時における適切な医療および保護の機会を確保するために、1995年(平成7年)「精神科救急医療システム整備事業」が施策化され、幻覚や妄想、興奮などの激しい精神症状を有する精神疾患患者を24時間365日の診療体制で受け入れることができるよう、1996年(平成8年)に「精神科急性期治療病棟」が開設された。しかし、自殺者や精神科受診者数の増加など、精神科医療の需要に伴い、重症の救急患者に良質な医療の提供、精神障害に起因する重大行為の防止、在宅患者の地域生活維持支援などを標榜とし、2002年(平成14年)、「精

神科救急病棟」が開設され、精神科救急医療体制の充実が図られてきた。

精神科救急病棟は、「重症の精神病状態と日夜闘う病棟」「多彩な病態と日々苦闘する病棟」と呼ばれている(平田, 2012) [1]。精神科救急病棟は、入院時の患者の病態像が重症であり、隔離や身体拘束の割合が多くなるため(杉山, 2008) [2]、その最前線に立たされている看護師は、日々手探りの状態で救急患者に対応していることが指摘されている(東, 2011) [3]。

Sullivan(1993) [4]は、精神科看護師には、特有のストレスが生じていることを指摘しており、その内訳は、患者からの暴力や暴言によるもの(Ito, et al, 2001; 田辺, 2009) [5] [6]や自殺といった特殊な場

面(石川ら, 2006) [7]によるものである。こういった衝撃的な出来事は職場環境のもたらすストレスのひとつであり(折山ら, 2009) [8]、精神科看護師のバーンアウト発生率の高さとの関連性が指摘されている(山崎ら, 2002; Sahraian, A, et al, 2008) [9] [10]。

一方、「精神科急性期治療病棟」と「精神科療養病棟」で勤務する看護師の職務ストレスを比較した先行研究はなされてはいるが(矢田ら, 2009) [11]、精神科救急病棟看護師を対象にした職務ストレスに焦点を当てた研究(大竹ら, 2009; 布川ら, 2012) [12] [13]は散見される程度であり、未だに少ない。

精神科救急病棟は極めて特殊な治療環境であり、精神科看護師特有の職務ストレスに加えて、精神科救急病棟看護師特有の職務ストレスが生じていることが予期できる。

そこで、本研究では精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性について着目し、その実態について明らかにする。

II. 目的

精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性について明らかにする。

III. 研究の意義

精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性について明らかにすることは、他の精神科機能病棟で勤務する看護師の職務ストレスとの共通点や相違点を明確にするためにも重要な意義を持つ。また、看護師の定着や士気の向上など、看護管理者が病棟管理を行ううえでの一助となり、精神科救急病棟特有のストレスマネジメントに寄与できるものとする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者の選定

本研究の対象者は、精神科救急病棟に勤務する以下の看護師とした。

- 1) 精神科救急病棟勤務経験年数 6 か月以上
- 2) 看護師経験年数 5 年以上 10 年以下

3. 研究対象施設のフィールド

近畿地方に設置されている A 単科精神病院(病床数 250 床余)の精神科救急病棟をフィールドとした。

4. データ収集期間

2011 年(平成 23 年)8 月～2012 年(平成 24 年)9 月

5. データ収集方法

1) 研究対象となる施設の病院長と看護部長に文書および口頭にて、研究の趣旨と方法について説明し同意を得た。また、研究対象病棟の看護師長にも同様の説明を行い、対象条件に該当する研究対象者の選定を依頼した。研究参加への同意の得られた看護師を研究対象者とした。

2) 半構成的面接法に基づいて、患者や家族への看護ケア場面で精神的負担を感じざるをえなかった場面や看護師同士や他職種との関係で経験した困難感などと、それがどのような影響を与えたかについて問いながら、対象者に語ってもらった。また、面接内容は対象者の同意を得て IC レコーダーに録音し、逐語録に起こした。

3) 面接による効果的なデータ収集を図る目的で、患者や家族との看護ケア場面、行動制限(隔離や身体拘束)を主とする治療場面、多職種とのカンファレンス場面などを実際に観察し、ストレスを受けやすい場面について参加観察を行った。実際に観察した場面をフィールドノートに記述し、参加観察で得られた結果は、面接の中で研究対象者の発言や思いなどを促す際に活用した。

6. データ分析方法

半構成的面接で得られたデータは、質的帰納的手順によって分析を行った。妥当性については、データの分析過程において指導教授からのスーパーバイズを受け、さらに、質的研究に長けた研究者にも著者の所見が了解可能であるかどうかという視点に基づき、分析過程において適宜スーパーバイズを受けた。

面接法によって得られた看護師のデータを分析対象とした。次に「精神科救急病棟での看護師の職務ストレスの特殊性」について語られた部分を文脈に留意しながら 1 つのまとまりをもった意味ごとに区切って取り出し、内容を示すコードを作成した。そして、参加観察法によって得られたデータと対比させながら、コードを内容の類似性によりグループ分類し、下位カテゴリーを抽出した。下位カテゴリーをさらに内容の類似性により集約しグループ分類し、中位カテゴリーを抽出した。さらに中位カテゴリーを同様の方法にて、上位カテゴリーを抽出決定した。さらに、参加観察で得られた情報を客観的情報として整理し、分析においてのカテゴリー分類やカテゴリーの関連性の検証に補完的に使用した。

7. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の趣旨、匿名性の確保、プライバシーの保護、研究への自由参加と途中辞退の保証などを文書と口頭で説明した。提供事例や事象の匿名性を確保するとともに、データは厳重に管理

した。本研究は、滋賀医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 23-33)。

IV. 結果

研究対象者は男性看護師 7 名・女性看護師 3 名の 10 名であった。対象者の年齢は、20 歳代 3 名(男性看護師 2 名・女性看護師 1 名)・30 歳代 7 名(男性看護師 5 名・女性看護師 2 名)であった。精神科救急病棟での勤務経験年数は、0.7~5 年で、看護師経験年数は、1.5~19 年であった(表 1)。面接時間は平均 57 分(最長 65 分・最短 49 分)であった。

研究対象者 10 名全員から IC レコーダーによる面接内容の録音の許可が得られ、面接実施後に逐語録を作成した。分析の結果、7 の上位カテゴリー、18 の中位カテゴリー、80 の下位カテゴリーが抽出された(表 2)。

V. 考察

以下、上位カテゴリーを【 】、中位カテゴリーを《 》、下位カテゴリーを〈 〉、研究対象者が語った内容を「 」で表記する。なお、補足が必要な場合は、()を用いた。

1. 【看護師としての存在が脅かされる】

患者からの暴言や暴力については、精神科に勤務する看護師の職務ストレスのひとつとして、安永(2005)や草野ら(2007)によって明らかとされてきた[14][15]。本研究においても《患者からの暴力や暴言による負担》として抽出され、これらの先行研究と同様の結果が得られた。さらに、大竹ら(2009)[12]の精神科スーパー救急病棟において、患者対応で受けるストレス 30 場面に対して、約半数が暴力や暴言に関する出来事であるとの報告から、精神科救急病棟においても、看護師の職務ストレスのひとつになるといえる。よって、精神科において、《患者からの暴力や暴言による負担》は、職務上取り除くことのできない環境要因から生じる職務ストレスとして位置づけられることが推察された。

精神科救急病棟は、設置要件からみても初回入院患者の入院が多く、《初回入院患者に対する緊張感》が影響していることが明らかとなった。それは、〈初回入院患者の大部分が治療拒絶している〉との精神科救急患者との出会いから、〈外来から病棟に連れて行く時に暴力や離院の危険性が高い〉状況をもたらしていた。《初回入院患者に対する緊張感》は、《患者からの暴力や暴言による負担》をより強固なものにさせていることが考えられた。また、「事前のインテークにはうつ状態と書いてあったが、実際

に患者が来る(受診する)と興奮して暴れていたことがあってびっくりした」など、〈事前の曖昧な患者情報から病状判断せざるを得ない〉状況があった。これは、緊急度・重症度の高い患者の病態を理解した観察や判断、的確な治療処置と介助であるトリアージ(高橋ら, 2007)[16]を行うことが容易ではない精神科救急患者の特徴や精神科救急医療システムの未整備な状況を示唆するものであった。また、精神科救急におけるトリアージは、病状の判断を通して、患者からの自傷・他害行為の危険性を事前に判別するためのひとつの方法であり、一般科救命救急センターで施されるトリアージ(美馬ら, 2012)[17]とは異なったリスクアセスメントとしての意味合いを持つことが推察された。

一方、〈患者から被害妄想を持たれて落胆する〉などの場面は、高橋ら(2007)[18]の指摘する精神科看護師が患者ケアの中で困難に感じた、患者のケアへの受け入れの悪さと酷似した状況であった。さらに、〈患者・家族からの無理難題な要求〉や〈人格障害者の操作的行動や言動〉は、精神科救急病棟に勤務する看護師の《専門職としての自尊心が傷つけられる》状況をもたらしていた。Arnetz, J. et al(2001)[19]は、職務満足の低下した看護師は、暴力の対象になるリスクが高いことを報告している。つまり、《専門職としての自尊心が傷つけられる》状況は《患者からの暴力や暴言による負担》を惹起させ、精神科救急病棟看護師を負の循環に陥らせる危険性のあることを示唆するものであった。

2. 【複雑な治療環境に伴う看護師の不全感とジレンマ】

患者の自殺については、研究対象者の〈患者の自殺や自傷行為に直面した経験〉から、〈頻繁な巡回でも自殺や自傷行為の予防は無理〉との《自殺を予防することへの限界》を感じていた。「自殺のサインや自殺をほめかすような言動もないまま、いきなり行動化する患者さんもいます」との語りから、予見の難しさを実感していた。この困難さへの対応として〈個別的な自殺予防のために様々な対策を考える〉ことを取り入れてはいるが〈精神科における建物構造上の不備とマンパワー不足〉により、十分な自殺予防対策が果たせない実情があった。《自殺を予防することへの限界》は、自殺の主な要因のひとつであるうつ病の患者を精神科救急病棟で積極的に受け入れていく状況であり、精神科救急病棟看護師は患者の自殺に遭遇する機会が増えることを警告している。よって、《患者からの暴力や暴言による負担》と同じく患者の自殺は、精神科における取り

精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性

表1 研究対象者の属性

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
性別	女	男	男	男	男	男	男	男	女	女
年齢	20代前半	30代前半	30代前半	20代後半	20代後半	30代前半	30代後半	30代後半	30代後半	30代後半
看護師経験年数	1.5	8	8	7	7	10	9	10	18	19
精神科救急病棟での勤務経験年数	1.5	0.5	2.8	3	2	1	1	5	0.7	2
他の精神科機能病棟での勤務経験の有無	無	有	有	有	無	無	有	有	有	有
他科での勤務経験の有無	無	有	有	有	有	有	有	有	有	無

除くことのできない職務ストレスとして位置づけられる。

看護師は、境界性パーソナリティ障害患者と接した時の印象を、操作的行動・不満・社会性の欠如などといった厄介なイメージとして受け取っていることが Bowers, L. (2003) [20]によって明らかとされている。本研究においても、「人格障害患者は他罰的で振り返りができないのが特徴だから、入院している意味合いを感じないです」との語りからも同様の結果であった。須藤(2006) [21]は、看護師は統合失調症患者や躁うつ病患者と接することによって既に形成されたフレームを持っているが、人格障害患者には、そのフレームが当てはまらず境界性パーソナリティ障害患者の看護は難しいという観念を持っていると述べている。これらの先行研究と、〈人格障害患者や発達障害者は治療見込みがない〉との精神科救急病棟看護師の体験は合致していた。そして、〈精神科複数診断患者や身体合併症患者の増加〉は、これまでの統合失調症や躁うつ病患者との看護で形成されてきたフレームに〈精神科複数診断患者や身体合併症患者の増加〉を追加せざるを得ない、精神科救急看護の今後の課題を示唆するものであった。

宮城ら(2009) [22]は、触法精神障害に対するイメージについて、病気を隠れ蓑に使う・罪に対する意識の欠如など、性格・症状に関するネガティブな感情や危険で恐怖感を看護師が持っていることを明らかにした。これらは、〈鑑定入院者には得体の知れない怖さを感じる〉との下位カテゴリーからも本研究の結果と一致していた。精神科救急病棟では、医療観察法病棟のような設備や治療スタッフが配置されているわけでもなく、司法精神医療や看護を展開することはきわめて困難な環境である。さらに、精神科救急病棟の現状は、精神保健福祉法と医療観察法という二つの法律を対象にしなければならない。これにより、精神保健福祉法に基づく入院患者に対

しては、手厚い医療と看護を提供し徹底した早期の退院へ向けた援助を行う。しかし、その一方で退院どころか治療すらままならない医療観察法における〈鑑定入院者は治療を目的とせず看護が反映されない〉という正反対の状況をひとつの精神科救急病棟という空間の中で適用させていかなければならない。このことも、〈鑑定入院者を受け入れることへの疲弊〉のひとつの要因であると考えられた。

川畑(2009) [23]は、精神科急性期治療病棟と精神科救急病棟の治療評価として比較を行い、看護業務の中心は、身体管理と症状評価へ変化したと示唆している。このことから推察されるように、〈行動制限(隔離・身体拘束)は看護師の判断力に委ねられる〉ことは、川畑(2009) [23]の指摘する症状評価に相当する。そして、「身体拘束をした後に、すぐに患者さんが落ち着いてしまって、そこまでする必要があったのか悩んでしまう」との〈行動制限(隔離・身体拘束)の基準が曖昧で判断が難しい〉ことは、患者の状態像を想定した看護実践の難しさ(東, 2011) [3]や短時間で看護師に症状をアセスメントすることが求められる(西池, 2010) [24]という患者の的確な病状評価の難しさの表れでもある。つまり、精神科救急病棟での〈看護師の行動制限(隔離・身体拘束)への影響力の大きさ〉は、治療評価や判断への直接的あるいは間接的な指標となるため、精神科救急病棟看護師にとっての治療参加の機会の表れでもあった。

西池(2010) [24]は、精神科救急入院料病棟の特性から生じる看護師の困難感には、患者の治療よりもベッドコントロールを優先しなければならないなど、〈ベッドコントロールに伴う患者への様々な不利益〉について明らかにしている。〈病床確保を優先しすぎて患者の病状が悪化する〉などの状況は、精神科救急病棟のひとつの役割である、入院を受け入れていく上での犠牲となる患者の不利益を懸念した

精神科救急病棟看護師の切実な思いでもあった。また田代ら(2005)[25]は、急性期治療病棟の施設基準に対する看護師の認識について、病棟の運営と患者数の確保のため、患者の治療より施設基準が優先されてしまうデメリットがあることを指摘しており、

「精神科救急病棟の運営上から患者を診療報酬のとれる日数を入院させておくため、常に病棟が満床近くでベッドコントロールが難しい」との語りからも、精神科救急病棟での運営面を配慮した〈病床確保のための急な治療方針の変更〉も影響していることが考えられた。

3. 【上下関係に伴う忍耐と不満】

《先輩看護師の判断や対応の優先とそれへの不満》として、「カンファレンスで、自分が納得いかない、よくわからないようなことでも、それが先輩看護師の決めたことなら言う通りにしてしまいますね」との〈自分では納得できない先輩看護師の意見を採用することや、「患者さんの状態から隔離や身体拘束までする必要がないと思っけていても、経験豊かなスタッフが判断していると意見が言えないです」との〈行動制限(隔離・身体拘束)における先輩看護師の判断が優先される〉(先輩看護師の不適切な状況判断から生じた行動制限(隔離・身体拘束)の遵守)を挙げている。荒川ら(2006)[26]は、新人看護師の離職願望を引き起こす場面のひとつである、「自分の理想像と先輩看護師のずれ」があることを明らかにしており、《先輩看護師の判断や対応の優先とそれへの不満》には、これが多分に含まれていた。本研究においては、〈患者よりも先輩看護師からの評価を気にかける〉といった状況がある以上、この結果は少しかけ離れたところにあるが、《先輩看護師の判断や対応の優先とそれへの不満》には、精神科看護師のケア行動における経験主義重視の傾向(上野ら, 2005)[27]が影響を及ぼしていることは否めない事実であろう。

次に、研究対象者は、《医師主導の治療への不満》を語っていた。医師との関係においては、「やっぱり先生が治療の主導権を握るので、上下の関係を感ずます」と〈医師の治療方針における看護師の役割不在〉を感じていた。宇城(2007)[28]は、病院には医師を頂点とした階層が存在してきたことと、医師には男性が看護師には女性が圧倒的に多いという性別由来の力関係により、看護師は医師の補助的な職業とされてきたことが影響していると述べている。しかし、本研究の対象者10名のうち、7名が男性看護師であった。これにより、性別を問わず医師との関係の影響を受ける精神科救急病棟看護師の現実が

明らかとなった。また、山岸ら(2012)は、日本の看護師と医師の良好な協調を得ることが困難な状況であり、患者中心の看護の実践・情報の伝達・共有が十分に実現されていないことを指摘している[29]。これらのことから、「先生によっては意見を言うのが機嫌が悪くなるし、その先生に頼む仕事があっても後回しにすることがあります」と〈医師への様々な遠慮〉を抱えており、看護師と医師との協働の基盤をゆるがす根強い組織風土(塚本ら, 2007)[30]が精神科救急病棟においても蔓延していると思われる。

4. 【逃げ場のない環境で試される看護師の臨床能力】

研究対象者の多くは、《夜勤での緊張感と負担感》を抱えていた。「日勤の時より入院数が多いことがある」といった語りから、〈夜勤帯での入院の多さ〉がある。そして、救急病棟の特徴ともいえる緊急入院に備えた準備状況から実際の対応までを想定した〈絶えず入院を意識した円滑な業務の工夫〉が必要とされる。また、「精神科救急病棟では、入院患者層によって業務が大きく変わる」との語りから、入院患者への適切な対応により、病棟内での治療的環境を整えつつ、新たな入院患者への準備やその対応へと看護業務内容を臨機応変に整えなくてはならない。参加観察を行った際には、新たな入院患者よりも、それ以前に入院していた患者の対応に苦慮しながら、入院を受け入れている夜勤帯での場面があった。そして、このような状況は、時に看護師が行うベッドコントロールや行動制限(隔離・身体拘束)への実施あるいは解除への判断など、〈看護師に求められる適切な治療判断力〉を求められる場面となっていた。

瀧川は(2005)[31]、精神科病棟では安全性の確保のために、対外的には閉鎖されているが病棟内では逆によく見渡せるような死角のない構造となっている。看護者にとって気分転換や自分の感情を吐き出す場や自分を取り戻せる空間が少なく、ストレスをもち続けることになってしまうと〈精神科における建物構造的特徴〉について述べている。「精神科救急病棟は患者の不穏な場面が多くて、複数の看護師で対応することが多くなります。複数の看護師で対応すると安心できますけど、その患者の病状判断とか対応の方法とか、上手く行かない時は、他の看護師や先生に対応を変わってもらったりするので、自分の看護力が評価されているように思えてきて、しんどくなりますね」「詰所の中に個室があったり、詰所と保護室がつながっているので、何かあれば応援を求めやすいんですけど、自分の対応が見られた

り聞かれたりするのがしんどい時がありますね」と〈自身の臨床能力を他の看護師や他職種に見透かされる〉体験をしていた。精神科においては、患者からの暴言や暴力は看護師が1人で対応している際に受ける頻度が高く、この予防策のひとつとして、複数の看護師で対応することによって軽減できる効果のあることが指摘されている (Steven, E, 1996) [32]。しかし場合によっては、この複数対応と瀧川 (2005) [31] の示唆する〈精神科における建物構造的な特徴〉が、《衆目にさらされる状況》を強める要因となっていることが考えられた。

研究対象者は他の診療科での勤務経験を有している看護師が多く、精神科救急病棟での職務ストレスの特殊性について、比較の観点から語ってくれた。笠井ら (2009) [33] は、精神科に異動した他科勤務経験をもつ看護師の異和感には、精神科特有の慣例・葛藤など個人的要因や環境要因が影響することを指摘している。精神科救急病棟においては、「一般科病棟では、患者からの治療への不満はあるが、怒鳴られることはほとんどなかった。(中略) もちろん、暴力を受けたこともない」〈一般科患者と比較して治療意欲や理解が低い〉「一般科では、拒薬や暴力があると治療意思がないと判断して退院になるが、精神科の場合は、むしろそこからがはじまりになると思います」との〈医療者に向けられる患者の拒否や攻撃の強さ〉という状況を抱えていた。荻野 (2003) [34] は、他科から精神科に異動した看護師が経験者ならではの挫折感、さらには異文化体験をしていることを理解する必要があると指摘し、独特の精神科病棟文化になじむ過程は異文化に順応する過程と類似していると述べている。また、前田ら (2011) [35] は、他科から勤務異動した看護師が精神科看護に熟達する経験的プロセスにおいて、プライドが傷つく体験から看護が承認される体験を通して、精神科看護のやりがいや醍醐味を味わうことを示唆している。このことから、「精神科救急病棟は、看護師の対応で患者の病状が良くなったり、悪くなったりすることがよくあります」との〈看護師個々の臨床能力が治療効果へ強く影響する〉体験は、まさに精神科救急病棟看護師にとってのやりがいや醍醐味といえる。しかし、精神科救急病棟看護師のやりがいや醍醐味を味わうまでには、《一般科病棟では経験したことのない異質な状況》を乗り越えなくてはならないことが推察された。

5. 【精神科救急における職業倫理の揺らぎ】

精神科救急病棟においては、患者の病状の重症度が高いことから、隔離や身体拘束などの行動制限を

行う場面が多く、患者と医療者双方の安全を確保することに主眼を置いた状況から治療がスタートする機会が多い。伊藤 (2002) [36] の報告によると、精神科の事故は、自殺 (未遂・自傷行為含む) が 30.3%、不慮の事故 (転倒・転落・誤嚥・窒息) が 20.8%、他害行為 (患者間・職員) が 16.1% であり、全体の 67.2% を占めるとの結果が得られており、《危機管理の徹底と安全管理への拡大解釈》の背景には、医療事故への懸念が大きく関係していることが考えられる。このため、「精神科救急病棟に入院してくる患者が、みんな暴れているわけではないのですが、入院だと隔離から治療が始まることが多いですね」との語りから、〈治療として行動制限 (隔離・身体拘束) に依存することへの疑問〉を感じながらも、「患者さんが、すぐにトラブルを起こすような人は、隔離が長くなるし、なんか懲罰的に閉鎖をするような人もいて、医療的とか治療的ではないのがわかっているけど、隔離していると病棟の中が平和なので安心したりもしますね」といった、精神科治療の枠組みを看護師の安全担保として、あるいは事故防止の方法として合理化させ、〈行動制限 (隔離・身体拘束) に伴う看護師の安全や保障感の確保〉に利用している状況が伺えた。しかし、伊藤 (2002) [36] の精神科における事故の起こった状況報告によれば、隔離や身体拘束中に起こることが多いとの結果を明らかとしており、〈行動制限 (隔離・身体拘束) に伴う看護師の安全や保障感の確保〉は、一方で医療事故の生じる危険性の引き金を精神科救急病棟看護師が自ら引いたことになるといえる。

「とにかく精神科救急は、措置入院や緊急措置入院、医療保護入院の患者さんが多くて、強制入院が特徴」との〈非自発的入院者の圧倒的な多さ〉を語っていた。また、「緊急措置入院の患者は、ほとんどが措置診察を受けると措置入院になる場合が多くて、患者をきちんと診察しているかどうか疑問がある」との〈措置診察の曖昧さ〉を感じていた。これまで精神科看護師には、患者を隔離・拘束することへの罪悪感や長期入院患者への無力感が主な倫理的ジレンマ (宇佐美, 1999) [37] として取り上げられてきたが、精神科救急病棟看護師には、《法的な強制力によって阻まれた患者の社会復帰》が職業倫理の揺らぎとして、存在していることが明らかとなった。

6. 【精神科救急医療システムにおけるネットワーク不足】

円滑な精神科救急医療の提供を行う際に、欠かさない複数の連携協力機関とのネットワーク不足を研

究対象者は感じていた。「他の(精神科の)病院に通院中の患者さんが、精神科救急病棟に入院になって、もとの病院に転院の依頼をしてもベッドが空いてないとか、無理とか簡単に断られますね。(中略)結局は、精神科救急病棟で入院から退院まで患者さんを見ることになってしまいますね。」との語りは、〈他の医療機関との連携不足〉である。澤, (2009) [38] は、以前なら自院の患者は夜間休日でも診ていたが、精神科救急が特別扱いされるようになってからは、自院責任性を捨てて患者を断る病院があることを指摘している。〈他の医療機関との連携不足〉は、精神科救急医療システムにおける極めて深刻な問題であり、精神科救急病棟看護師はこれに突き当たっていた。

また、「緊急措置入院になって、だいたい次の日には措置診察があるのですが、その時間がいつになるのか、なかなか知らせてもらえなかったり、緊急措置(入院)で患者さんを連れてくるだけで(行政職員が)勝手に帰ってしまったたり、なんか精神科救急に丸投げって感じで、ひどいもんです」との語りは、〈行政との連携不足〉である。さらに、「患者さんの退院後の生活のことで地域の保健所との合同カンファレンスを持ったりするんですが、(中略)合同カンファレンスでは、病院職員と地域の保健所や福祉関係の職員などたくさんの方が集まるけど、あいさつ程度で中身のある話もできていないと思う」との語りは、〈福祉との連携不足〉である。このことについて、越智(2006) [39] は、現行の法制度では、緊急時の対応は精神科救急、二次的な機能は市町村や保健所が対応するなど患者サービスが分断されていることを指摘している。参加観察を行った際に、緊急措置入院患者が措置診察の時間を研究対象者に確認している場面に遭遇した。その際、患者が研究対象者に対して不信の言葉を発し、その患者に対して、丁寧にその状況を説明しながらも謝罪を繰り返す研究対象者の姿があった。また合同カンファレンスの日程調整のために、地域の保健所をはじめ家族、その他のコメディカルスタッフとの時間調整に苦慮している研究対象者の姿があった。このような【精神科救急医療システムにおけるネットワーク不足】は、結局のところ、精神科救急病棟看護師による患者や家族を労うあたったかな配慮やきめ細かな調整力といった弛まぬ努力により補完されていた。

7. 【家族の治療参加と休息への阻害要因】

精神科救急病棟においては、家族の不安や負担は大きく(平田, 2012) [1]、特に入院初期の場合、「精神科救急に入院して安心したという家族もいますが、

逆に精神科に入院して患者の一生が終わったみたいな言い方をする家族もいますね」との語りにもあるように、〈家族の患者への恐怖感や絶望感〉の悲嘆反応として表出される場合がある。また、「精神科のマイナスイメージを良い方に変えることに使いますね」など、依然として〈残存する精神科医療へのマイナスイメージ〉の影響を受けていた。また、家族の患者へのサポート支援は、入院治療の導入や維持、患者の退院後の生活において継続的かつ長期的なサポートが必要になる。しかし、「家族も精神疾患にかかっている」「家族が患者の面会の時に、薬はのまなくていいとか、退院させてあげるとか勝手なことを言って患者の病気を悪くさせることもある」との〈複雑な患者-家族関係とその背景〉は、患者をサポートする上での直接的あるいは間接的な再発の要因となることも少なくない。このことについては、統合失調症の病状再燃と家族の感情表出(Expressed Emotion; EE)との間に関連のあることが明らかにされている(Brown, G. et al, 1962) [40]。さらに、Brown, G. et al (1962) [40] は、感情表出の高い(High EE)家族をもつ患者は、退院して数ヶ月以内での再発率が高く、家族心理教室により再発率を低下させることを指摘している。しかし家族の現状は、退院後の患者をサポートするための生活の基盤を入院治療の経過の中で整えなければならず、入院という環境を利用した患者との距離を取ることで家族の休息時間を、こうした患者の受け入れ準備のための時間として充当させることになる。その一方で、面会や主治医との面談をこなし、外出や外泊を受け入れながら、病院の主催する家族心理教室に参加するという状況であり、精神科救急病棟での治療環境は、家族の休息の時間を奪う阻害要因のひとつとなると考えられた。

回復期にある治療過程の中で、「患者さんの病状が良くなっても家族にしたら再発のことが気がかりで、家族の不安もあってとにかく退院を渋る家族がいますね」との家族の不安が解消されないまま〈患者の病状回復と家族の受け入れ態勢の時間的なズレ〉を起こしながら、入院治療が進んでいく場合がある。六鹿(2003)は、統合失調症家族の受容過程について、「ショック」→「否認」→「混乱」→「解決努力」→「受容」という段階があることを示唆している[41]。しかし、精神科救急病棟に入院してくる患者には、突発的な出来事による急な入院となり、家族が遠方に住んでいることも多く、受容過程に応じた段階的な家族への支援が必要になるとはいえ、家族ケアの継続性が分断されてしまうことになる。そして、「家族の思いや不安よりも、とにかく患者の治療が優先

精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性

されず」といった家族の受容過程を最後まで見届けることなく、3か月の入院期間という時間的な制約が付きまとう精神科救急病棟での治療は完結してしまうことになる。

表2 精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
看護師としての存在が脅かされる	患者からの暴力や暴言による負担	患者からの威嚇・罵声・暴力などの攻撃がある 患者から自分の全存在を否定される 暴力はある程度予防できるが暴言は防げない 暴言や暴力を受けると不愉快な気分が続く 暴言や暴力を受けると患者との間に距離が生じる 暴力防止に関する研修会に参加した
		初回入院患者に対する緊張感 初回入院患者の大部分が治療拒絶している 初回入院患者は診察場面から緊張感が高まる 外来から病棟に連れて行く時に暴力や離院の危険性が高い 危険物の所持を警戒する 事前の曖昧な患者情報から病状判断せざるを得ない
		専門職としての自尊心が傷つけられる 患者・家族からの無理難題な要求 熱心なケアへの被害的な受け止め 患者から被害妄想を持たれて落胆する 人格障害者の操作的行動や言動 身体的緊急処置の際に患者から拒絶される
複雑な治療環境に伴う看護師の不全感とジレンマ	自殺を予防することへの限界 患者の自殺や自傷行為に直面した経験 頻繁な巡回でも自殺や自傷行為の予防は無理 精神科における建物構造上の不備とマンパワー不足 個別的な自殺予防のために様々な対策を考える	
	非効果的治療群への無力感 再入院患者が多くてやりがい感をなくす 人格障害者や発達障害者は治療見込みがない 人格障害者や発達障害者は治療目標の共有が難しい 精神科複数診断患者や身体合併症患者の増加	
	鑑定入院者を受け入れることへの疲弊 鑑定入院者には得体の知れない怖さを感じる 鑑定入院者は患者より犯罪者とみってしまう 鑑定入院者は離院させてはいけない 鑑定入院は治療を目的とせず看護が反映されない	
	看護師の行動制限(隔離・身体拘束)への影響力の大きさ 行動制限(隔離・身体拘束)の基準が曖昧で判断が難しい 行動制限(隔離・身体拘束)は看護師の判断力に委ねられる 行動制限(隔離・身体拘束)の解除は看護師の判断力に委ねられる 看護師個々の臨床能力に格差がある	
	ベッドコントロールに伴う患者への様々な不利益 病床確保による患者の病状軽視 病床確保を優先しすぎて患者の病状が悪化する 病床確保のための試験的開放観察の実施 病床確保のための急な治療方針の変更 病床確保優先へのあきらめ	

精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性

表2 精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	
上下関係に伴う 忍耐と不満	先輩看護師の 判断や対応の優先と それへの不満	自分では納得できない先輩看護師の意見を採用する 行動制限(隔離・身体拘束)における先輩看護師の判断が優先される 先輩看護師の不適切な状況判断から生じた行動制限(隔離・身体拘束)の遵守 患者よりも先輩看護師からの評価を気にかける 先輩看護師への様々な遠慮	
		不明確な治療方針に対する看護師の戸惑いとあきらめ 医師の一方的な行動制限(隔離・身体拘束)に対する不満 医師の治療方針における看護師の役割不在 医師への様々な遠慮	
		男性看護師中心の治療環境 女性看護師への過剰な配慮 性差による安心感と不全感をケア場面で感じる 性差を意識しすぎること患者との関係構築に弊害が生じる 男性看護師への様々な遠慮	
逃げ場のない環境 で試される看護師の 臨床能力	夜勤での緊張感と 負担感	夜勤帯での入院の多さ 絶えず入院を意識した円滑な業務の工夫 看護師に求められる適切な治療判断力 被暴力行為への覚悟 少人数体制での業務への限界	
		衆目にさらされる状況	精神科における建物構造的特徴 自身の臨床能力を他の看護師や他職種に見透かされる 看護師の臨床能力を患者に見透かされる
		一般科病棟では経験した ことのない異質な状況	非日常体験で芽生えた離職願望や適性への疑問 一般科患者と比較して治療意欲や理解が低い 医療者に向けられる患者の拒否や攻撃の強さ 看護師個々の臨床能力が治療効果へ強く影響する
精神科救急におけ る職業倫理の 揺らぎ	危機管理の徹底と 安全管理への拡大解釈	治療として行動制限(隔離・身体拘束)に依存することへの疑問 行動制限(隔離・身体拘束)に伴う看護師の安全や保障感の確保 リミットセッティングの設定と解除の難しさ 徹底した患者に関わる物品管理	
		法的な強制力によって 阻まれた患者の 社会復帰	非自発的入院者の圧倒的な多さ 措置診察の曖昧さ 退院まで変更されることのない入院形態 治療や看護への様々な制限 入院の長期化
精神科救急医療 システムにおける ネットワーク不足	精神科救急医療 システムにおける ネットワーク不足	他の医療機関との連携不足 行政との連携不足 福祉との連携不足	
家族の治療参加と 休息への 阻害要因	家族の治療参加と 休息への阻害要因	家族の患者への恐怖感や絶望感 残存する精神科医療へのマイナスイメージ 複雑な患者-家族関係とその背景 業務が多忙であり家族と関わる時間がとれない 患者の病状回復と家族の受け入れ態勢の時間的なズレ	

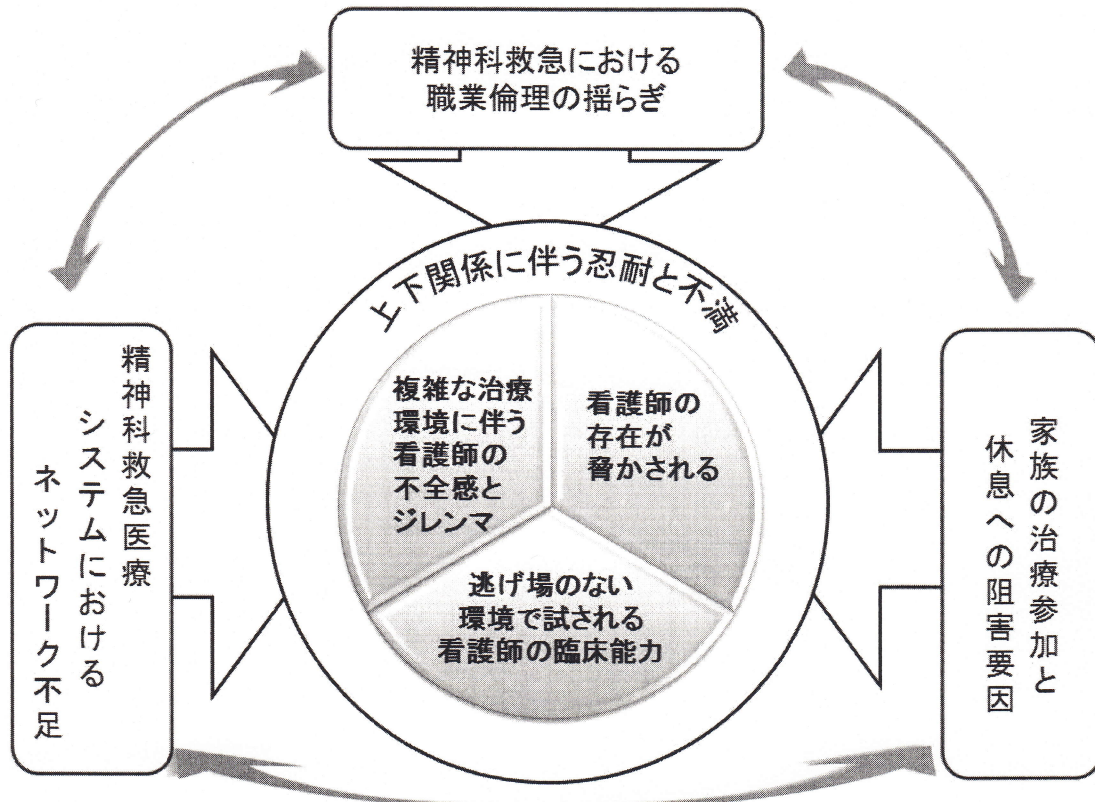


図1 精神科救急病棟で勤務する看護師の職務ストレスの特殊性

VI. 結論

精神科救急病棟看護師の職務ストレスには、精神科看護師の持つ患者からの暴力や自殺などのストレスに加えて、精神科救急病棟という特殊な治療環境に付随する職務に曝されていた。これは精神科救急医療システムの中で生じる問題および困難な状況から、役割葛藤や戸惑い、職業倫理への揺らぎなどの多様な要因が複雑に絡み合い、精神科救急病棟看護師の職務ストレスの特殊性が生じていることが示唆された。

本研究の課題と今後の課題

精神科救急病棟に勤務する看護師の職務ストレスの特殊性に着目し、その実態について明らかにしたが、研究対象者の背景や人数が限られていた。今後は、それらをさらに拡大することによって、偏りのない結果を得られるものと考えられる。また、今回作成した逐語録を基に、テキストマイニングの手法を用いてさらに深い分析を試みることで、より客観的な検討を行っていくことが可能になるものと考えられる。

謝辞

本研究実施にあたり、貴重な経験をお話いただいた研究対象者の方々に感謝申し上げます。また、論文執筆に当たりご指導いただきました元滋賀医科大学医学部看護学科教授 瀧川薫先生に深謝いたします。

本研究論文は、2013年1月に滋賀医科大学に提出した修士論文の内容を加筆・修正したものである。

〈文献〉

- [1]平田豊明(2012)：千葉県と静岡県での取り組みから - 東京をモデルとして - , 臨床精神医学,41(4),417-423.
- [2]杉山直也(2008)：精神科救急病棟における一覽性台帳を用いた行動制限の実態調査.厚生労働科学研究費補助金,政策科学総合研究事業,精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究;分担研究報告書,73-86.

- [3]東 修(2011):精神科救急医療における看護実践のプロセス,北海道医療大学看護福祉学部学会誌,7(1),65-69.
- [4]Sullivan.P(1993): Stress and burnout in psychiatric nursing, *Nursing Standard*, 8(2), 36-39.
- [5]Ito.Hiroto,Susan,V.Eisen,Lloyd.I,Sederer,Osamu.Yamada&Hisateru.Tachimori (2001): Factors affecting Psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*,52(2),232-234.
- [6]田辺有理子(2009):精神科看護師が患者から受ける暴力の経験と報告に関する認識,岩手県立大学看護学部紀要,11,13-22.
- [7]石川恵美子,島美樹,佐々木裕子,&後藤奈都子(2006):精神科に勤務する看護師のストレスについての意識調査,福島農村医学会雑誌,48(1),68-71.
- [8]折山早苗,&渡邊久美(2009):患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師の心的ストレス反応とその経過に関する研究,日本看護科学会誌,29(3),60-67.
- [9]山崎登志子,齋二美子,&岩田真澄(2002):精神科病棟における看護師の職場環境ストレスとストレス反応の関連について,日本看護研究学会雑誌,25(4),73-84.
- [10]Sahraian.A,Fazelzadeh.A,Mehdizadeh.A.R,&Toobas e.S(2008): Burnout in hospitalnurses: a comparison of internal,surgery,psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*,55,62-67.
- [11]矢田浩紀,安部博史,大森久光,石田康,&加藤貴彦(2009):精神科における看護者のストレス要因 - 急性期病棟と療養病棟の比較 -, *JUOEH(産業医科大学雑誌)*,31(3),293-303.
- [12]大竹裕子,&宮本佳世(2009):精神科スーパー救急病棟において看護師が患者対応で受けるストレスへの支援 - 支援の現状と課題 -, 日本看護学会論文集,精神看護,40,149-151.
- [13]布川智恵,&稲谷ふみ枝(2012):精神科における看護師のストレス及び職務満足度,精神的健康度 - 精神科病棟機能別比較 -, 久留米大学心理学研究,11,55-60.
- [14]安永薫梨(2005):精神科閉鎖病棟において患者から看護師の暴力で起こった状況と臨床判断,福岡県立大学看護学部紀要,3(1),11-20.
- [15]草野知美,影山セツ子,吉野淳一,&澤田いずみ(2007):精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験 - 感情と感情に影響を与える要因 -, 日本看護科学会誌,27(3),12-20.
- [16]高橋章子,&松月みどり(2007):救急看護認定看護師が教える救急看護の技術&ケア,エマーゲンシーケア,メディカ出版.
- [17]美馬敦美,小牧三千代,&川西雅子(2012):救命救急センターにおけるリーダー看護師によるトリアージの導入,日本看護学会論文集,看護管理,42,482-484.
- [18]高橋澄子,河野由理,&河野美智子(2007):精神科看護師が患者ケアの中で困難に感じた内容,日本看護学会論文集,精神看護,38,147-149.
- [19]Arnetz.J.E,&Arnetz.B.B(2001): Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care.*Soc Sci Med*,52(3),417-427.
- [20]Bowers.L(2003): Manipulation:searching for an understanding.*Journal of Psychiatric & Mental health Nursing*,10(3),33-36.
- [21]須藤葵(2006):「境界性パーソナリティ障害患者の看護は難しい」という観念が看護者に生じる過程について,新潟青陵大学紀要,6,141-150.
- [22]宮城純子,渡辺純子,&中谷陽二(2009):触法精神障害者に対する看護師のイメージ,北里大学看護学会誌,11(1),10-14.
- [23]川畑俊貴(2009):精神科救急病棟の今後,精神神経学雑誌,111(5),543-548.
- [24]西池絵衣子(2010):精神科救急入院料病棟の特性から生じる看護師の困難感.近大姫路大学看護学部紀要,3,83-90.
- [25]田代誠,&小林信(2005):急性期治療病棟の施設基準に対する看護師の認識 - 精神病院における実態調査から -, 日本精神保健看護学会誌,14(1),63-79.
- [26]荒川千秋,細川淳子,小山内由紀子,叶谷由佳,&佐藤千史(2006):大学新人看護師の支援のあり方に関する研究,日本看護管理学会誌,10(1),33-43.
- [27]上野恭子,&栗原加代(2005):入院中の精神疾患患者に対する看護師の認知と専門的ケア行動選択に関する研究,日本看護研究学会雑誌,28(1),73-82.
- [28]宇城令(2007).急性期病院における「医師 - 看護師協働尺度の開発」,聖路加看護大学大学院博士論文,1-25.
- [29]山岸まなほ,國江慶子,&青木雅子(2012):看護師と医師の協調における実践の実情と課題 - 米国ナースプラクティショナーと日本のチームリーダー看護師へのインタビューより -, 東京女子医科大学看護学会誌,17(1),27-32.

- [30]塚本尚子,&野村明美(2007): 組織風土が看護師のストレス、バーンアウト、離職意図に与える影響の分析,日本看護研究学会雑誌,30(2),55-64.
- [31]瀧川薫(2005): 精神障害者関連施設における看護師と福祉関係者のストレス、滋賀医科大学看護学ジャーナル,3(1),42-48.
- [32]Steven.E.Hyman(1996)/井上令一,四宮滋子訳.暴力患者,精神科救急マニュアル.メディカル・サイエンス・インターナショナル,東京.
- [33]笠井翔太,堀あつ子,山田亜耶,&石川かおり(2009): 精神科に異動した他科勤務経験をもつ看護師の異和感 - 精神科異動後間もない時期に焦点をあてて -, 日本看護学会論文集,精神看護,40,30-32. [34]荻野雅(2003): 精神科看護と病棟文化,日本精神保健看護学会誌,12(1),168-171.
- [35]前田和子,&三木明子(2011): 他科から勤務移動した看護師が精神科看護に熟達する経験的プロセス,日本精神保健看護学会誌,20(2),1-10.
- [36]伊藤博人(2002): 精神科医療における安全管理,保健医療科学, 51(4),222-225.
- [37]宇佐美しおり(1999): 精神科看護における倫理の実態 - 予備調査の結果から -, 精神科看護,26(11),33-36.
- [38]澤 温(2009): 長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス,精神科臨床サービス,9, 385-389.
- [39]越智百枝(2006): アメリカの大学病院における精神科救急を含む統合サービス提供システム - Harbor-UCLA 医療センターでの取り組み -, 香川大学看護学雑誌,10(1),73-78.
- [40]Brown.G.W,Monck.E.M,Carstairs.G.M,&Wing.J.K(1962): influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive and Social Medicine,16,55-68.
- [41]六鹿いづみ(2003): 統合失調症の家族の受容過程,臨床教育心理学研究,29(1),1-9.