

## <研究報告>

# 対応困難なうつ病患者に関わる精神科看護師のストレス低減の取り組み —ストレス状況の解明に焦点を当てたアクションリサーチ—

八木 こずえ\*

### 抄録

**目的** 本研究の目的は、昨今のうつ病の病態変化に伴う対応困難なうつ病の患者と関わる精神科看護師のストレス状況を明らかにし、その低減を目指すことである。

**方法** 特定の課題に焦点を当てて解決策を練り、変化をもたらすアクションリサーチを用いた。本論文は精神科看護師を共同研究者とする2年半の研究のうち、ストレス状況の解明に取り組んだ研究前半の報告である。「受け持ち看護師の役割認識とケアの現状」について病棟看護師にインタビューし、質的記述的に分析するアクションに取り組む、共同研究者の変化を記述した。

**結果** 看護師は高い役割意識で受け持ち患者に関わる一方、他責や依存等のネガティブな反応を受け止める負担が強かった。データに触発されて共同研究者のリフレクションが深まり、昨今の要求を抑制できない患者の傾向は親身な関わりによって増長しやすいことや、反発を恐れる妥協的関わりが葛藤に気づき無力感が軽減された。本質的な課題に向き合い実践にも変化が生じた。

**考察** 病態像の変化に応じて看護のあり方も再考が必要となることが示唆された。共同研究者がケア環境に潜むストレス状況への洞察を深めることは、対応困難がもたらしていた無力感や自責感を払拭し、ケアのリフレクションを促し、実践の変化をもたらす機会となる。

キーワード：うつ病看護、新型うつ病、精神科看護師、アクションリサーチ、ストレス状況

### I. はじめに

精神専門看護師である著者はこれまで外部コンサルタントとして精神科病院の看護ケアの改善に携わってきた。その経過において著者が昨今、問題意識を抱いてきたのは、抑うつ症状を主訴とするうつ病圏の患者の治療を目的とする入院病棟の看護師の疲弊感の強さや自責感、およびケアへの不安感が強いことである。個別のケア相談やカンファレンスを通じてケア方針を共有し、ケアの効果が確認できても看護師の不安は解消されず、統合失調圏の患者を中心に治療する病棟とは別種の根本的には変化し得ないストレスを病棟看護師が共通して抱えているように感じていた。

WHOによれば世界のうつ病患者は2015年には3億人

\*看護学科地域保健看護学講座

を超え、2017年の世界保健デーのテーマになるなど世界規模で憂慮されている疾患の1つである。日本でもうつ病の著しい増加とともに、昨今「新型」「現代型」と呼ばれる従来の几帳面で自責的なメランコリー型のうつ病とは異なる他責性や攻撃性の強い臨床像の報告が目立つようになり、やがて精神医療領域を超えて社会を席卷した。(野村, 2016)

従来の治療的対応では立ち行かないことの警鐘と新たな治療的対応の必要性は精神科医からは多数指摘されている。(北村, 2015) (宇佐美, 2011) しかし看護においては、従来のうつ病とは異なる患者の反応に直面し、ケアの難しさが生じているとの研究報告が若干はあるが、研究数はわずかである。(増田・多喜田, 2014) (六田・藤澤, 2015)。現在は変わりゆくうつ病態に関わる看護について、その困難の本質がまだ明らかにされていない段階である。

アクションリサーチとは特定の現場に起きている特定

の出来事に焦点を当て、そこに潜む問題状況に向けた解決策を現場の人と共に探り、状況が変化することを目指す研究デザインである。(筒井, 2011) 著者はアクションリサーチという研究方法を通して看護師のストレスの低減を目指すことを当該病棟に提案し、共同研究者となった病棟看護師と約2年半に渡り研究を行った。研究前半は看護師が感じているストレス状況の解明を行い、研究後半ではストレスの低減を目指すアクションを展開して評価を行った。

ストレス状況の解明を目的とした本研究では、新たなうつ病態として注目されている現代型およびディスチミアうつ病などの他責的で依存的傾向を持つ対応困難なうつ病者との関わりに、看護師が抱えていた葛藤の状況が明らかとなった。ケア環境に潜んでいた困難性に気づき、その共有が増えるに従って、共同研究者にはこれまでの看護のあり方のリフレクションが促進され、視野の広がりとともに看護実践にも変化が生まれた。本論文は、アクションリサーチの前半部分の共同研究者に生じたストレス状況への気づきと変化に焦点を当てて、うつ病の看護に携わる看護師のストレス低減を目指すアクションリサーチについて報告する。

## II. 研究目的

本研究の目的はうつ病の病態変化に伴う、対応困難なうつ病の患者と関わる精神科看護師のストレス状況を明らかにし、その低減を目指すことである。

## III. 研究方法

### 1. ミューチュアルアプローチによるアクションリサーチ

本研究は解釈学的、全体性を重視した哲学的基盤を持ち帰納的な考え方に立つミューチュアルアプローチによるアクションリサーチを研究方法とした。これは研究者と現場の人が同等の立場に立ち、現場の問題を明らかにするとき、計画を練り再検討するとき、実施するとき、見えてきたことを理解するそれぞれの過程で、互いの了解による意思決定をしながら研究プロセスを共にする方法論である。(筒井, 2011)

### 2. 研究対象者

対象は中規模の精神科病院の精神科看護師7名で、著者と共にアクションリサーチを実施した共同研究者である。共同研究者は病棟の看護研究を担当する3～4名が師長に任命されて年度毎に替わった。初回の共同研究者は4名、2、3年度目は3名である。本論文の対象となるのは2年半に渡る研究経過のうち、ストレス状況の明

確化を課題とした初回のメンバーA, B, C, Dの4名である。(表1)

表1 共同研究者の概要

共同研究者	精神科看護 経験年数	アクションリサーチ全体の研究期間と内容		
		本論文 初回メンバー 2015. 6-11月	2年目 2015. 11月から 2016. 11月	3年目 2016. 11月から 2017. 12月
		ストレス状況 の明確化	連携を強めるアクション	
1	A氏	3年未満	→	
2	B氏	5年未満	→	
3	C氏	5年以上	→	
4	D氏	5年以上	→	→
5	E氏	5年以上	→	→
6	F氏	5年以上	→	→
7	G氏	5年以上	→	→

研究メンバー以外の病棟看護師は、著者が共同研究者と研究計画を立案した後、問題の改善を進める研究協力者となることを依頼し承諾を得た。病棟はローテーションによる看護師の入れ替わりがあったが、3年間それぞれ15名前後の看護師が研究協力者となった。

### 3. 研究フィールドの特性

当該病棟はうつ病圏の患者に対する専門的な入院治療を目的とする病棟である。個室中心の快適な療養空間を提供し、心身の疲れを癒すことをコンセプトにしている。気分障害と神経症圏の患者が7割を占める。

個別に悩み相談を求める患者のニーズが高く、看護は受け持ち方式で行われ、入院から退院まで患者の個性を重視した定期的面接により、回復状況の確認や看護方針が検討される。多職種連携による豊富な集団療法による治療方法を活用して看護ケアを展開している。

### 4. 研究期間

本研究のアクションリサーチ全体の研究期間は2015年6月～2017年12月までであり、本研究は研究初期の2015年6月から11月までの内容に焦点を当てて論じる。

### 5. 研究開始までの経緯

#### 1) 研究の動機となった出来事

研究の開始前年、著者は当該病棟の夜勤看護師2名が患者から2時間余、暴言を受けたアクシデント後のカンファレンスに参加した。当該病棟は広く開放感のあるオープンカウンター式の開放病棟である。患者が興奮して看護師に暴言を向けた際には逃げ場がなく、怒声や興奮した言動に影響を受けて他にも不安定な患者が出るなど、鎮静を促す対応の困難性が時折問題にあがっていた。

暴言の契機は他の患者とのトラブルで怒った患者が、

病棟看護師の対応に苦情を訴え、それがエスカレートしたためであったが、カンファレンスでのナース達の暴言対策の発言は皆、控えめであった。ナースにはあきらめにも似た表情が見え隠れし、全体的に感情の抑制が強い様子に著者の違和感が生じた。当該病棟に潜む問題を明らかにすることが重要であると同時に問題改善の実践がさらに重要であると考え、アクションリサーチを研究方法として選択した。

## 2) 事前調査と病棟看護研究の位置づけについて

研究の開始前の約半年間、現場のナースが求めている研究のニーズを明らかにする目的で病棟師長や看護師数名にインタビューや話し合いを申し入れ、近年のうつ病圏の患者に関わる看護の現状について事前調査を行った。

当該病棟は毎年新たなテーマで看護研究を担当する看護師が幾人か師長によって選出されていた。著者が当該の病棟師長に研究動機やアクションリサーチについて説明し、研究協力を求めたところ、病棟の研究担当者の承諾が得られれば、病棟の看護研究として取り組むことができるとの説明を受けた。その後、研究担当者の承諾を得て病棟の看護研究と位置づけて研究することとなった。

## 6. データ収集方法

研究過程は研究者である著者と共同研究者が1～2週間に1回90分前後、対話を重視した定期的な研究会議を行い、【問題の明確化】【改善計画と実施】【評価と修正】のサイクルを繰り返し、活動計画を模索しながら進めた。アクションリサーチでは起こる変化の過程を表すことのできるすべてのものをデータ源とする。研究会議は共同研究者の承諾のもとでICレコーダーに発言を録音し、研究の進行に従って変化する状況や意見をまとめ、資料として時折、次のアクションを考えるための検討材料とした。病棟ナースとのカンファレンスも承諾のもとでICレコーダーに録音し、時々資料化して検討材料とした。看護記録からは病棟の看護のあり方に関する考えや行動についてメモをとり、日常の看護場面の観察やその語りについてはフィールドノートに記載して分析の対象とした。

表2 アクションの展開に伴う共同研究者の変化 3つのPhase

Phase	1	2	3
特徴	研究開始時の戸惑いと負担感	共感によって高まった研究への意欲	視野の広がりや自己洞察がもたらした変化
出来事や反応	病棟研究としての協働に同意	迷走するテーマ決めと意思決定の困難	堰を切ったような感情体験の表出
	共同研究者の役割を引き受ける	管理者の参加による検討の場と共有	無力感を払拭させた共通体験としての理解
	戸惑いや負担感の表出	全員が共感した受け持ち看護師の悩み	葛藤の原因となる関わりへの気づきが深まる
	決められない研究テーマと停滞	研究テーマへの動機づけの高まり	本質的な課題と向き合う看護への願いの表出
	望んだ研究テーマの立ち消えと失望	研究計画が明確になり、実行される	メンバーに生じた揺らぎと行動の変化

## 7. 倫理的配慮

本研究は北海道医療大学看護福祉学部倫理委員会（承認番号：16N037036）と、協力施設の倫理委員会で承認を得て実施した。共同研究者と研究協力者を依頼する看護師に対して、書面と口頭にて研究目的と方法、以下の内容を説明し同意と承諾を得た。研究参加は自由意思であり、中断や辞退は自由であること、辞退した場合でも不利益が生じないこと、インタビュー内容の録音の承諾を得て、プライバシーの保護方法として、データの匿名化と研究以外での不使用、個人情報保護を保証すること、研究発表の際には個人名が特定されないこと、データは管理補完を厳重にし、研究終了後に一定の期間をおいた後に破棄することを保証した。

## IV. 研究結果

### 1. 研究全体の概要と研究者の役割

アクションリサーチの全体像として、第一段階では看護師のストレス状況を明らかにして改善目標を見出すため、共同研究者とともに全病棟看護師へのインタビューによる質的記述研究を行った。その後、第二段階としてより良い変化を起こすことを目的に、病棟全体で問題状況の共通理解を深める事例学習会やチームの連携を強化するアクションを行った。本論文は研究の第一段階で前半部分のストレス状況を明らかにする取り組みとその結果について論じる。

著者は研究代表者として、研究計画の作成と実施、評価と修正の全過程において研究を推進する役割を担った。実践者である共同研究者が現場の代表者としてどのような困難を抱え、どのような看護を目指し、何を变えたいのか、共通の願いを明らかにするよう丁寧な対話を重視した。見出された課題を改善する効果的なアクションを生み出せるように、事前調査で得られた情報も活用しつつ、問題意識を投げかけて言語化を促し、得られた気づきを明文化して検討資料に表すなど、思考を深める役割を担った。以下では展開したアクションに伴う共同研究者の変化のプロセスを3つのphaseに区分して論述する。(表2)

## 2. アクションの展開と共同研究者の変化

### 1) Phase 1 研究開始時の戸惑いと負担感

師長の紹介で病棟の研究担当者4名と顔合わせを行い、まだ研究テーマが決まっていないことを確認し、著者の研究動機やアクションリサーチについて資料を用いて説明した。その後、研究内容として著者の案を取り上げてもらえるか研究担当者間の話し合いでの意思決定を依頼した。後日、病棟看護研究として取り組む知らせをもらい、改めて著者より共同研究者となることの意味を説明し、同意と承諾を得た。

共同研究者の3名は精神科看護経験を5年以上有し、経験2年の1名を除くと中堅からベテランのナースであった。著者は共同研究者が主体的に問題改善の意識が持てることを最も重視し、一方的に考えを押しつけることにならないよう、共同の研究テーマを具体的に練りたいと希望した。しかし、研究会議の参加姿勢に積極性は見られなかった。気後れした様子で疲弊感も漂い、アクションリサーチと大筋の研究内容に同意はしたものの、「研究そのものが重い」と負担感を表出するメンバーもいた。何から手をつけていいかわからず戸惑う様子が見られた。

アクションリサーチの文献を著者よりいくつか紹介し読み合わせを行った。その中で、子どもや家族の言動によるナースの傷つき体験を語るアクションリサーチ(尾高ら, 2011)がメンバーの関心を引き、「このような研究に取り組みたい」という積極的な意見が出た。しかし著者の不在時に病棟カンファレンスで研究のテーマ案を病棟スタッフに説明して意見を求めたところ、「皆の反応が薄くがっかりした」と報告があり、テーマ案は具体化しないまま立ち消えとなった。

### 2) Phase 2 共感によって高まった研究への意欲

#### (1) 受け持ち患者の悩みに対する問題意識の一致

2ヶ月が経過したが、リーダーシップをとるメンバーは現れず、話し合いも進まず、著者と共同研究者のみではテーマを決める意思決定が難しいと考えられたため、研究会議に師長や主任にもオブザーバーとして入ってもらい検討する場を設けた。事前調査で得たヒントとして著者から、「受け持ち患者との関わりで受けた心の傷が癒えないつらさ、受け持ち患者との関係の悩みを語るナースが多かった」と伝えると「受け持ち看護師としての悩みが深い」という点に全員の問題意識が一致し、一気に共感の高まりが生じた。

病棟ナースにとっては不特定多数の患者がストレスの原因なのではなく、対受け持ち患者に特定してのストレスが大きいことに注目が集まった。そして「私的会話では頻繁にケアの悩みや疲弊感の強さが話題になっている

のにカンファレンスでは表面化しない”“そのために全体としての対処方法が検討されていない”という問題状況も共有された。

師長から「ストレス状況がこのままではない方がいい」という後押しもあり、「受け持ち看護師のケアやストレスの現状についてインタビューし、質的研究に取り組む」という著者の提案をアクションとすることに急速に決まった。共通のインタビューガイドとして、「あなたが考える受け持ち看護師の役割とケアとは何ですか」「受け持ちとして困ることやストレスはありますか、あれば教えてください」「どのようなサポートを求めていますか」等を作成し、15名の病棟ナース全員に対して、共同研究者が分担してインタビューを行い詳細なメモをとった。その後、意味内容が類似する内容をまとめてコードとし、抽象度をあげてサブカテゴリ、カテゴリを抽出し、質的記述的分析を行った。分析の過程では質的研究に精通している研究者の助言を受けながら進めた。

#### (2) 「受け持ち看護師の役割認識とケアの現状、求めるサポート」の結果概要

データ分析の結果、6つのカテゴリと17のサブカテゴリが抽出された。(表3) 受け持ち看護師の役割認識とケアの現状、求めるサポートについて得られたカテゴリは、【プライマリーは1番の支援者として問題解決を目指す信頼の要】【上司、同僚からのサポート】【受け持ち看護師としてのやりがい】【依存や期待の強い患者を支える受け持ち看護師の不安・孤独感・負担感】【負担感を軽減するストレス対処の方法】【今後の体制やサポートへの期待と不安】であった。

受け持ち看護師は、信頼関係を築いて受け持ち患者の1番の支援者になる役割と、ケアを主導し治療過程を調整する役割を強く意識して実践していたことがわかった。その役割意識の強さは、患者に頼られ、医師にも認められるなどのやりがいをもたらしていた。しかし、インタビューで最も多く語られたのは、受け持ち看護師に期待や依存が強い患者からの不満や攻撃、トラブルなど、ネガティブな反応に葛藤し、悩みを抱えている内容であった。受け持ち制は個別の悩み相談を求める患者にとって満足度が高いことは患者満足度のアンケートの結果からも周知のものであった。だがその反面、当該病棟においては、苦情や攻撃などのネガティブな言動が生じた際には、受け持ち看護師はそれを1人で抱える負担感を感じていた。つらい気持ちに対処する方法としては、愚痴をいうことや経験を重ねる中で気持ちが引きずらないように割り切るなどの対処があったが、辛い時には解消方法がない、自然消滅を待つのみ、考えないようにするしかないなどの状況も語られていた。求めるサポートとし

表3 受け持ち看護師の役割認識とケアの現状、求めるサポート

カテゴリ	サブカテゴリ	主な内容
一番の支援者としてケアを主導し、治療をコーディネートする受け持ち看護師	一番の理解者として問題解決を目指す信頼の要	家族を含め患者と最も信頼関係を築いている人
		受け持ち看護師は患者に寄り添い、安心を与える存在
		患者を一番に理解し、一緒に問題を考え、相談できる存在
	看護を主導し、治療をコーディネートする存在	治すより生きやすくするのが受け持ち看護師の役割
		ストレスを抱えた患者が目標に向け、穏やかに過ごせるよう助ける
		他のナースより患者の多くの情報を持ち、看護計画を作り評価する存在
上司、同僚からのサポート	チームから得られるサポート	受け持ち看護師が主導で治療全体を引っ張っていく
	管理者に相談し、支援が得られる安心感	代表として一貫したケアを提供し、治療目的を達成できるようサポートする 入院目的に合わせた関わりで治療をコーディネートし、チームとつなぐ役割
受け持ち看護師としてのやりがい	受け持ち看護師のやりがいや喜び	患者と上手く関係がとれない時、方向性が決まらない時は助言をもらっている 一緒に患者の事を考えてもらえると気持ちが楽になる
	受け持ち看護師としての願い	自分ができない時は主任やチームに返し、サポートしてもらえている実感はある 以前よりも主任に家族の対応を依頼できるようになり、楽になっている 踏み込める関わりができるようになってからやりがいを感じる 担当患者に信頼されて頼られ、主治医にも任されて感じるやりがいがある 一緒に目標を乗り越えることは楽しい、笑顔の退院時プライマリーで良かったと思う。
依存や期待の強い患者を支える受け持ち看護師の不安と負担感	依存や過度の期待、トラブルなどネガティブな患者の言動に影響されるつらさ	怒りの爆発など、患者が自分の問題と向き合える関わりをしたい
		担当患者が問題を起こしたり回復しないと、気持ちがづらい
		担当患者から他のナースの不平不満、批判を聞くのがづらい
		担当患者が良くならない、やる気がない、入院目的がはっきりしない時につらい
		患者の話を深く聞いていると、知らずにつらくなる
		思春期患者に嫌われることもあり、気持ちがへこむ
	タイミングが悪いと役割を果たせない葛藤	患者の事で大変だった時、ひきこもってしまった経験がある
		依存や攻撃など、大変な事は忘れようとするが家に持ち込んだり、気持ちを引く
		自分の休日や多忙で話を聞けない間に自殺企図等があると責任を感じる
		夜勤が多いと受け持ち患者に会えない、期待に応えられない
期待や依存を1人で抱える孤独感と負担感	問題が起こった時不在だと、リアルタイムに関われない	
	患者の事を一番知る人にならなくてはどういうプレッシャーがある	
	良くなるのも悪くなるのも受け持ち看護師の責任と思われる不安と負担	
	1人で考えていくので、いつも手探りでやっている	
	看護経験が浅く力量不足が患者の回復を左右するのではと不安、プレッシャーがある	
	この看護で良かったのかと考えてしまい不完全燃焼になる	
受け持ち看護師の悩みをわかってもらう困難さ	患者から攻撃を受けた時に自分がどうなるかが不安	
	患者に問題が起きた時、自分に責任がある、予測しておけばよかったと感じる	
負担感を軽減するストレスの対処方法	愚痴によるストレス発散や1人対処	患者と共同体になってしまい依存が負担である
		上司への相談のタイミングや状況を理解してもらって助言もらうことの難しさ 何を相談していいかわからず主任や他ナースにSOSを出せない
	解消しないストレスを飲み込む	関わってくれているスタッフに愚痴をいう、疾患をよくわかっているスタッフに相談する
		外の人間関係で愚痴をいう。病院内で患者を悪くいうのは罪悪感がある
	責任感やつらさを和らげる仕事の割り切り	ストレス対処はお酒・ビール・ウォーキング。つらさは1人で対処する
		辛い時に対処方法はない、自然消滅を待つのみ
経験に伴う対処力向上の自覚	落ち込むのは真剣な証拠 受け持ち看護師にもできる事とできない事がある	
	辛さは仕事と割り切る事ができる。当初は責任を感じて力が入っていた	
	困った時は皆で考え自分の責任と考えない。相談し、一人でやっている感覚はない	
今後の体制やサポートへの期待と不安	受け持ち式看護体制への賛否両論	長く働く中で受け持ちの責任を手放して考えられるようになった
	求めている役割分担と相談の場	責任を感じすぎないように上手に周りに頼れるようになってきた
	体制変化に対する期待と不安	自分の体験を生かし患者に寄り添える。自分と違う人生の話を聞いて勉強になる
		患者に対して小さな変化でいいと思えるようになって来た
		受け持ちの責任の分散が必要、チームナーシングの考えをもっと取り入れたら良い
受け持ち制には反対。チームナーシングが良い		
定期的な方向性を確認できる報告、助言の場が欲しい		
カンファ以外にも相談の場が欲しい		
副受け持ちナースと一緒に考えて欲しい。問題整理し家族調整のサポートが欲しい		
重症の患者、思春期はサブが必要、他のナースと受け持ちを組むなら指名制が良い		
受け持ち人数が増えるのは大変だし、変化に弱いので今のままが良い		

では、もっと相談の場が欲しい、一緒に考えて欲しいなど責任の分散を求める内容が多く見られた。

### 3) Phase 3 気づきと視野の広がりによる変化

#### (1) 共通体験としての問題の理解

データを分析する過程で、受け持ち看護師が対面で患者を支える高い役割意識と同時に負担感を持ち、ケアのあり方への不安が解消できずに葛藤や孤独感を抱いていたことに、共同研究者たちは強く心を動かされた。集まったデータに触発され、「患者の依存が強くなって長時間話しを聞いても満足しない。何度も呼び出されて気持が重くてつらかった」「他のナースは頑張っているのだから、いろいろと要求されても我慢するしかないと思っていたが、つらいのは皆が同じだったと今回わかって安心した」「患者の複雑な背景など詳しい事情を知るのは自分だけだから、助言や対応の悩みをチームに相談しても理解されないし、解決は難しい」など、皆が堰を切ったかのようにデータと共通する感情体験を赤裸裸に語りだした。

そして、患者の要求度の高さや依存性の強さは、新たなうつ病態に多い特徴であるが、これまで看護チームとしてその特性に真に向き合えていないこと、その理由は何だったのか、受け持ち看護師は高い役割認識をどこで身につけ、引き継いできたのか、これまでの看護体制が適切であるかどうかも検討されていないという疑問や気づきの対話が深まり、変わりゆく患者特性に応じた看護のあり方を話し合う必要があるとの意見が出た。著者からは病的依存性に関連する知識として、愛着障害や複雑性PTSDなど病態理解につながる文献を考察の手がかりとして紹介し、読み合わせを行った。

さらに研究メンバーからは、「よかれと思って助言しても、非難されたと捉えた患者が他の看護師に苦情を訴えて、医療記録に書かれて傷ついた」「患者に不満をもたれ、無視されるようになり、受け持ちも拒否された」「怒りを爆発されて心から患者が怖くなった。それ以来、深く関わらないようにしている」等、患者からの依存や要求以外にも、攻撃的、拒否的行動によって心が傷つき、患者と距離を取らざるを得ない関わりの姿勢に影響していることが共有された。

データと共同研究者の体験が検討された結果、受け持ち重視の看護体制は個人的な悩み相談を求める患者にとっては満足感が高いが、受け持ち看護師にとっては、一対一の親密な関係の中で、「味方でいて欲しい、思う通りに優しくして欲しい」などのメランコリー親和型以外の依存性や要求度の高さと結びつきやすいこと、また、個室の多い病棟構造は他の看護師とケア場面を共有しにくいためにチーム連携の薄い看護となり、共通理解

という後ろ盾をもたない不安が孤独感になっていたと考察された。

#### (2) 葛藤の背景の気づきとリフレクション

葛藤が強まる背景として、以下のことが話し合われた。心の傷は客観的に捉えにくく精神科看護は何が本当に患者のためになるかがわかりにくい特徴がある。そのため看護師の不安も相まって、表出される患者のニーズに答えているうちに知らずして依存性を高め、患者から“頼られる、好かれる”ことを関わりの正しさの指標にしてしまいがちになる。

しかし、患者が欲する慰めや受容などの居心地よさが関わりの中心になると、退院を見据えての自立支援など、問題の本質を見極めて患者に変化を促すような看護に変えていくのは難しい。なぜなら変化を求めるような関わりは、認知の歪みが生じやすい患者に、否定された、責められた等、被害的に捉えられて看護師への反発を呼び起こし、受け持ち関係を悪くするリスクを伴う。そのため、共同研究者曰く、「患者の反応をビクビク怖れて、本当に与えたい助言すら我慢している」「本人が求めている受容や承認を与えていても、本当は満たされず苦しかった」など、患者の傷つきやすさに過剰に配慮して表面的な要求を満たし、社会的回復に必要なと思う本質的なニーズへの関わりを控えることになってしまう。その結果、本質的な役割を果たしたくても果たすことができない我慢の看護が葛藤となり受け持ち看護師の疲弊や解消されない悩みになっていたとリフレクションされた。

#### (3) 無力感からの解放とメンバー個々の変化

以上、研究会議ではインタビュー結果を補完する共同研究者の体験が積極的に語られて対話が深まり、受け持ち看護師にとってストレスとなる状況が共通問題として理解されるように変化した。これらの過程で実践にも変化が現れた。共同研究者の1人は、他者との交流が苦手な受け持ちナースへの依存が強い思春期の患者に、「入院生活が居心地良くなるだけではダメ。退院後の生活のために今できることをしよう」と、患者の反発を怖れずに他者との交流を強く後押ししていくことで、患者に前向きな変化を引き出すことができた。その指摘によって自分は変わったと、患者からの感謝の言葉を聞いたのが偶然にもこれまで語り合ってきた共同研究者メンバーだった。“患者に好かれる看護ではなく、患者に本当に必要な看護を提供すること”の関わりの喜びが研究メンバー内で共有された。リフレクションの深まりに従って無力感や自責感から解放され「何がつらく、苦しかったのかがわかってスッキリした」「皆、同じことを悩んでいたと知って驚いた」「本当の支援者になりたい」と生き生きとした様子で思いや考えの交流が生じた。

本研究の締めくくりとして、病院に提出する研究報告の執筆が共同研究者によって行われた。その中心となった共同研究者の1人は、一時期、研究会議を避ける言動がみられていたが、後に本人から「研究が始まってこれまでの看護が否定され、壊されてしまい、何をすればいいのか強く葛藤した」「自己中心的な患者にも注意できて尊敬されていた先輩もいたが、自分には出来なかった。表面的ニーズにだけ対応し限界を感じていた。今後どこに向かっていけばいいかわからなくなっていた」と葛藤していた心情が素直に語られた。その後そのメンバーは吹っ切れたように研究会議での気づきを自分の言葉で考察にまとめ、病棟カンファレンスで研究報告を行った。研究終了にあたり、著者が“共同研究者の認識と実践に生じた変化”を師長と意見交換した際、その研究メンバーは、カンファレンスでの積極的な助言が増え、看護師間の連携の役割を果たすなど驚くような変化を見せたと知らされた。アクションリサーチはメンバー個々の心を揺り動かしてケアへのリフレクションを深め、本質的な課題に向き合おうとする変化を招来した。

## V. 考察

### 1. うつ病の病態像の広がりをもたらし対応困難

うつ病看護の現状については、“従来のうつ病のような自責的な面や強い抑うつはなく他罰的で、逃避的であること”、“対人関係が苦手で、溜め込んだ怒りを爆発するなど、患者同士のトラブルも多くクレマー的な要素があること”など、うつ病の病態が変化し、看護師は“期待通りの反応をしないと攻撃される、信頼関係ができたと思ってもちょっとしたことで背を向けられ関係が崩れやすいなど、患者からのさまざまな反応に関わりの難しさを感じ、苦手意識や不安、無力感を感じていることが報告されている。(増田・多喜田, 2014) 同じく川合・南迫・中川・福田・秋葉等も(2011)うつ病患者の看護を経験した看護師の記述データの分析から、従来の知識では捉えきれない患者像を示す現代のうつ病患者に対し、看護師はコミュニケーションのとりづらさや対象理解のしにくさ、個性の高さ、揺さぶられるの感情を抱いていると報告している。これらの昨今のうつ病の特徴と看護師の反応は、今回の取り組みで明らかになった受け持ち看護師が体験していた対応困難と一致している。

日本初のストレスケア病棟を設立し、うつ病圏に特化した治療を展開してきた精神科医の徳永は(2014)、うつ病には隠れた攻撃性の問題、人格の問題など、休養だけでは回復や復職に至らない治療の難しさがあることが明らかになってきたと述べている。これらの新たな対応困難は、うつ病自体の病態の変化以外の理由として、抑

うつ症状を主訴とする患者の背景には多彩な病態像が存在することが指摘されている。1例には衣笠・池田・世木田・谷山・菅川(2007)が提唱した「重ね着症候群」がある。これは増加する治療抵抗性の患者や対応困難な精神科患者の中には未診断の高機能型の発達障害を合併し、いくつもの多彩な症状や診断が重複しているケースが多いという報告である。つまり主訴は抑うつでうつ病と診断されていても、抑うつの背景にはうまく対人関係が持てないことが影響し、パーソナリティ障害に見られるような衝動性や対応への拘りがある場合などである。ナースから思い通りの関わりを得ようとする対人希求性が強く、周囲を振り回す例などが報告されている(八木・鈴木, 2014)。

病的な依存を生み出す対人希求性の強さとは、複雑な家族背景を持つ患者が多い当該病棟においては愛着不安による問題としても考えることができる。岡田によれば(2012)特定の養育者との愛着形成がうまく形成されず、対人関係や情緒面に問題が現れてしまうことが愛着障害であるが、不安定な愛着スタイルをもつ場合には、親密な関係をもつていても不安になり、もっと完全な親密さや依存できる関係を求めようとする傾向がある。愛着障害の克服には自分のことを何でも話せる相手との出会いというものが、断片的でバラバラだったものが統合され、傷や歪みが修復されるプロセスとなり、大きな意味を持つ。しかし、愛着の傷が深い場合、自分のことを打ち明けることは、相手に対する不安や疑念をかき立て、逆に不安定になったり、再び殻を閉じてしまうことになりかねないという。

受け持ち看護師が体験していた、患者からの過度の依存や期待の重さ、突然の拒否や攻撃性に向けられる原因に、安全で適度な依存ができない患者の愛着スタイルの問題が影響していたと考えれば、患者の愛着不安を刺激しすぎないような対人距離の持ち方の工夫を行い、受け持ち看護師が一人で重い関係性を抱え込まないような看護のあり方が患者と看護師、両者の精神的安定にとって不可欠である。

### 2. 対応困難の影響で生じる看護師の無力感

うつ病の専門治療を行っている当該病棟においては、従来の真面目で責任感が強く自責的なタイプのメランコリー親和型のうつ病であれば、高い役割意識を持つ受け持ち看護師が一对一で丁寧な関わりを持つことは患者に安心感をもたらす、望ましい治療効果があることを経験してきていた。だが、望ましいはずの看護体制は、うつ病の病態変化やうつ症状の背景に多彩な病態像が増えることに伴い、病的な依存や攻撃性という新たな課題に直面する状況が生じている。ここで注目すべきことは、現

場のナースが従来の方法では対処できなくなっている患者の変化を感じとり、困難感を抱いていても、そこに深く踏み込んで対応のあり方や看護体制を再考することは非常に困難だということである。

子どもと大人の混合病棟で働く看護師の変化に働きかけるアクションリサーチを行った草柳は(2012)、看護師は日々必要とされている看護をこなすだけで精一杯になり「このままではいけない」と思いながらも、それ以外の課題を考えないようにすることで、その場を乗り切る働き方を身につけており、看護師のこのやるせない思いが無力感を抱かせていたと報告している。そして、自分たちの力では変えられないシステムの問題を抱え込み、課題に圧倒され無力感に押しつぶされそうになっていたことが病棟の潜在的な問題点であったと考察している。

波多野、稲垣は(1981)“獲得された無力感”について、自分がいくら努力しても、それが現在ある不都合を解消するのに役立たないと認知されると、どうせダメさというあきらめの態度が生まれてくると説明している。著者の研究動機となった、暴言対策のカンファレンスで観察されたナース達の諦めの表情と抑制された感情表現、研究開始後の無関心と深まらない議論、インタビューで多く聞かれた、「考えないこと、思い出さないことが一番のストレス対処」という答えは、まさに獲得された無力感を示していると思われる。

これは、直面している課題を考えないようにすることで、その場を乗り切る働き方を身につけていたという点で、草柳(2012)がアクションリサーチで見出した無力感による影響とも酷似しており、対応の難しさに悩み、傷つく中で当該看護師の心に無力感が生じていたと考えられる。無力感は、自分の行動は自分がコントロールしているという自律性の感覚を低下させ、達成感や変化を引き起こす力を削ぎ、新たな対応の発想を妨げる要因になると考えられる。

病棟ナースにとっては不特定多数の患者がストレスの原因なのではなく、対受け持ち患者に特定してのストレスが大きいことに注目し、受け持ち看護師の個人の悩みに焦点を当てたインタビューをしたことが本研究の転機となった。その結果がデータ一覧となって客観化できた時、共同研究者には“そうだったのか”という驚きの様子と腑に落ちたという言動、視野の広がりが見れ、“自分の能力不足ではないか”と個々が内心に抱えていた不安や無力感、自責感が、はじめて患者特性と結びつき増長していたと理解され、無力感を払拭する機会となった。この無力感こそがナースを自責的な心理状態に追い込み、看護チーム全体としての共通理解を妨げていた要因の1つだったと思われる。受け持ち看護師として誠意

を持ち、責任のある関わりを目指すゆえに、患者が回復しない状況や攻撃的言動を受けることが、ナースを自責的、閉塞的なストレス状況に追いやっていたと考えられる。

### 3. 共同研究者に現れた認識と行動の変化

子どもや家族の言動による傷つき体験を看護師が語り合うアクションリサーチを行った尾高・川名・山内・江本・平山らによれば、(2011)、傷つき体験やその思いを他者と語り合うことは、看護師に変化をもたらし、陰性感情を語れずにいるとケアに一步ふみこめないでいたが、語る場を見つけたことによってやる気を取り戻していくように変化したという。しかし、開始当初の参加者は傷つき体験を「覚えていない」「自分が未熟だったからしかたない」と自分を責める発言をし、自分の理想とする看護師像へのとらわれや、同僚からの評価をも気にして、他者に陰性感情を語ることを躊躇していたと報告している。

本研究においても、病棟の看護師全員のインタビュー結果が集まった時点で、それまで深まらなかった話し合いが急速に熱を帯び、共同研究者自らが攻撃や拒否的行動に傷ついてきた感情体験を生き生きと語りだし、気づきと共有の場が深まった。その意味で研究のデータ分析というアクションは、これまでは個人的体験として秘匿されがちだった悩みや傷つき体験を客観化して共通体験として捉え直す機会となり、それが共同研究者の鬱積した感情の発散と思考の転換を招来してエンパワーをもたらしたと考えられる。

陰性感情や傷つき体験の共有後の次に現れたのは、看護のリフレクションであった。研究開始時にはどのような看護を実践したいかと投げかけても返答がなかった共同研究者から、徐々に「患者の反応をビクビク怖れて、本当に与えたい助言すら我慢している」「本人が求めている受容や承認だけを与えていても、本当は満たされない気持だった」という語りである。それが次第に、患者に満足してもらうためや好かれるための、患者本人が求める関わりではなく、「本質的な課題に働きかける支援者になりたい」という言葉として現れるようになってきた。その結果、共同研究者の1人には“患者から反発されるリスクがあっても、必要な看護を提供したい”という強い意思を体現する関わりが行われ、それが患者から深く感謝されたことを共同研究者皆で悦ぶ一場面が見られた。

以上より本研究は、ナースの抱えていたストレス状況は、親密になりやすい看護のあり方と患者の病態特性が結びついて生じている共通体験として理解され、共同研究者の傷つき体験による無力感や自責感の束縛から解放



したこと、患者のニーズを表面的なものと同潜在的なものに分けてこれまでの看護のあり方をリフレクションし、本質的な課題に働きかける支援者になりたいという願いが明確化したこと、それが一部の実践にも結びつくなどの、認識と行動の変化を生み出したといえる。アクションリサーチによる取り組みは、共同研究者自身が自らのケア環境への洞察を深め、ケアをリフレクションし、変化を動機づける効果をもたらしたと考えられる。

## VI. 明らかになったストレス状況についてのまとめ

1. ストレス状況を解明するアクションとして、悩みの中核となっていた受け持ち看護師としての役割意識やケアの現状についての質的記述的研究を行い、分析過程でストレス状況の背景の一部が明らかになった。
2. 高い役割意識による一対一での丁寧な個別的ケアは、昨今の患者の病態特性である要求の抑制しにくさ、依存性や他責性を増長する一面があり、受け持ち看護師の解消されない悩みや不安、葛藤や負担感になっていたことが明らかとなった。
3. 患者の反発や攻撃、対人関係の悪化を心配する受け持ち看護師の不安は、患者の表面的ニーズへの対応を優先させ、本質的ではないケアに対する我慢や妥協的な関わりになることが葛藤の原因となっていたことが明らかとなった。
4. 研究開始時には研究に消極的だった共同研究者は、受け持ち看護師のストレス状況が明らかになるに従い、これまで抱えていた傷つき体験について、看護師個々の能力不足より、患者の病態特性やケア環境が密接に関係する共通問題として理解できた。無力感や自責感から解放されるに従い本質的な課題に働きかける支援者になりたいという願いが現れ、実践にも変化がみられた。
5. アクションリサーチによる取り組みは、共同研究者自身が自らのケア環境への洞察を深め、ケアをリフレクションし、変化を動機づける効果があると考えられる。

## VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、北海道内の一施設での研究であり、地域性や当該病棟の患者や看護師の背景など、さまざまな特性に影響された結果であり限界を有している。そのため、他施設での結果の適用は難しく、それぞれの施設の文脈の違いを考慮した上で検討する必要がある。

今後はさらに増加が見込まれるうつ病について、その病態変化をどのように見極め、適切な看護を提供していくか、現場のナースの不安やストレスの低減も目指しながら、新たなうつ病看護のあり方を模索していきたいと

考える。

謝辞 本研究にご協力下さいました共同研究者と研究協力者の皆様、病院や病棟関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

## 文献

- 波多野 誼余夫、稲垣佳世子 (1981). 無気力の心理学. (pp 2). 中公新書.
- 衣笠隆幸、池田正国、世木田久美、谷山純子、菅川明子 (2007). 重ね着症候群とスキソイドパースナリティ障害. 精神神経学会誌. 36-44.
- 北村尚人 (2015). いわゆる「新型うつ病」の対応困難事例の支援. 産業ストレス研究. 22. 303-306.
- 川合文女、南迫裕子、中川志穂、福田晶子、秋葉晃子、加本昇平 (2011). 精神科看護師が感じるうつ病患者に対するかかわりにくさ. 日本精神科看護学会誌. 54 (3). 201-205.
- 草柳浩子 (2012). 子どもと大人の混合病棟で働く看護師の意識とケアの変化—アクションリサーチを通して—, 日本看護科学会誌. 32 (4). 32-40.
- 増田雄太、多喜田恵子 (2014). うつ病患者のケアにおける現状と看護師の思い. 病院・地域精神医学. 56 (2). 90-93.
- 野村総一郎 (2016). メディア用語としての新型うつ病のその後. 臨床精神医学. 45 (1). 37-42.
- 岡田尊司 (2012). 愛着障害. (pp257-265). 光文社新書.
- 尾高大輔、川名るり、山内朋子、江本リナ、平山恵子、草柳浩子、松本沙織、筒井真優美. (2011). 子どもや家族の言動による傷つき体験を看護師が語ることに對するアクションリサーチ. 日本小児看護学会誌. 131-139.
- 六田良彦、藤澤慎一 (2015). 精神科病棟の臨床で働く看護師が入院中のうつ病患者とのコミュニケーションで感じている陰性感情についての研究. 日本精神科看護学術集会誌109-113.
- 筒井真優美 (2011) アクションリサーチ入門. ライフサポート社.
- 徳永雄一郎 (2014). ストレスケア病棟の25年. 日本サイコセラピー学会雑誌. 15 (1). 9-16.
- 宇佐見和哉 (2011). 現代型うつ病とSOC. 思春期学. 29 (4) 340-343.
- 八木こずえ、鈴木大輔 (2014). ボーダーと自閉症スペクトラム障害の2つの特徴を併せ持つ患者の看護. 精神医療. 75-80.

Efforts to reduce the stress of psychiatric nurses who treat difficult  
patients of depression :  
Action research focusing on the elucidation of the stress condition

Kozue YAGI\*

---

\* Department of Nursing, Community Health Nursing