

精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2014-06-10 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 畠山, 卓也 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/30592

2013 年度 東京女子医科大学大学院 看護学研究科

博士後期課程学位論文

精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における
保護室でのケア経験の意味

学籍番号 035007 氏名 畠山卓也

提出日 平成 26 年 1 月 27 日

東京女子医科大学大学院看護学研究科

博士後期課程学位論文要旨

精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における

保護室でのケア経験の意味

東京女子医科大学大学院

看護学研究科看護学専攻

畠山 卓也

I. はじめに

精神科病棟の保護室は、自我が脅かされた危機的状況にある患者に対して、看護師は特別の配慮と濃厚な看護ケアを提供している場である。しかし、精神科看護師の誰もが最初から質の高いケアを実践できるわけではなく、経験の差は保護室での看護ケアの判断に影響し(柴田ら,1997)、一つひとつの体験の積み重ねが判断や実践を高めていく鍵となる。この意味において、保護室は患者の回復を支える場であるとともに、患者の回復を支えながら、看護師自身もケアを通して様々な気づきを獲得し、精神科看護師としての自己を確立している場であるとも言える。そこで、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味を明らかにすることを目的として、研究を実施した。

II. 方法

1. 研究デザイン：P. Ricœur の解釈学的現象学を哲学的基盤としたナラティブ・アプローチによる質的帰納的研究デザインを用いた。
2. 研究協力者：精神科看護の経験が 5 年以上、かつ保護室のある病棟での看護経験が 3 年以上の精神科看護師 15 名とした。

3. 調査内容：インタビューガイドを用いて各研究協力者に1回の半構成的インタビューを実施した。インタビューの内容は、研究協力者の許可を得てICレコーダーに録音した。データの分析および解釈は、P. Ricœurの「時間と物語Ⅲ(Ricœur, 1985)」に基づきながら解釈学的方法により行った。インタビューの逐語録を作成し、時間性を熟慮しながら各研究協力者の物語を作成した。次に、各研究協力者の物語を手がかりにしながら、保護室での看護ケアの経験が精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程にどのような意味があるのかについて検討した。最終的に、研究協力者の経験の本質を、共通性と相違性の観点から検討し、研究者がパラダイムケースを用いて語り直した。
4. 倫理的配慮：東京女子医科大学(承認番号：2333, 平成23年10月29日付)および研究協力者の属する施設の倫理審査の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

研究協力者は15名(男性8名, 女性7名)であり、精神科病棟での看護経験年数の平均は14.3年(R=7-25年)だった。研究協力者一人あたりのインタビューにかかった時間は78分(R=66-99分)であった。

研究協力者の物語を解釈した結果、精神科看護師は保護室でのケア経験を通して、精神科看護師としてのアイデンティティの形成にかかわる8つの本質的な経験をしていた。研究協力者は、精神科看護師としてのキャリア初期において、【得体の知れない恐怖にさらされること】や【手痛い思いをすること】を経験していた。その後、【生きたお手本から学ぶこと】、【かかわりの手ごたえをつかむこと】、【立ち止まって考えること】、【かかわりのなかで不意に気づくこと】という4つの経験の局面を通して精神科看護師としての自分に違和感をもつことがなく、順応していた。最終的に、研究協力者は【自分の殻を破って患者と

付き合えるようになること】を経験して精神科看護師としてのアイデンティティを形成し、【後輩を育てること】という経験を積み重ねていた。

研究協力者は、保護室に入室している自我の脆弱な患者とのかかわりを通して、8つの本質的な経験を辿り、精神科看護師である自己自身と本来的な自己自身とが統合されるような、自己の内面的な変化を経験していた。これはかかわり手である前に一人の人間としての素の自分を問い直すことによってもたらされたものであり、研究協力者は、8つの本質的な経験を通して培われた精神科看護師としてのアイデンティティを、自らの役割を遂行する際に自然に活用していた。

IV. 考察

1. 保護室でのケア経験の持つ意味

研究協力者の物語を通して、保護室でのケア経験は、看護師のキャリアの段階に応じて、固有の意味をもっていることが明らかになった。すなわち、研究協力者の精神科看護師としての能力、人間としての成熟度など個々の研究協力者のおかれていた状況に相応するように、経験の意味づけには共通性と相違性があるということである。保護室でのケア経験のもつ意味は、(1)患者に安心して接近できるようになること、(2)患者に真の安全と安心を与えられる人になること、(3)自己を振り返ることで患者をより理解できるようになること、(4)患者の視点から患者の世界が見えるようになることの4つの観点から示唆を得た。

2. 精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程の特徴

研究協力者の物語を通して、精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程の特徴としては、(1)患者や他者との相互作用を通じて育まれること、(2)内省を深化させる経験が必要であること、(3)実践を通して体得した智慧が自己の内面に深く刻み込まれ、自己として表れること、(4)経験を積み重

ねながらアイデンティティを育み、自己の経験を通して学び得たことが継承されていくことの4つの観点から示唆を得た。すなわち、精神科看護師としてのアイデンティティは、患者や他者との対人関係を通じ、深い内省を伴いながら育まれ、それらは実践を通して自己に深く刻み込まれ、やがて後輩へと継承されていくということである。

3. 本研究の結果の妥当性と意義

研究協力者の語りを物語として表現したことの意義としては、1)プロット(筋立て)を理解し、研究協力者にとって出来事と出来事がどのように意味づけされているのかを理解すること、2)物語を通して研究協力者(の経験世界)を丸ごと理解していくこと、3)語り手の自己と世界を保持し、語り手の自己がどのように形作られているのかを明瞭に示すことの3つの観点から示唆を得た。また、研究協力者の物語を通して明らかになった8つの本質的な経験は、中村(1992)の言及しているように、研究協力者の自己を創造している経験であるという示唆を得た。なお、解釈学的現象学を方法論として用いる際には、その根底に、研究者が自己の世界観を了解し、その違いを識別しながら理解を深めていくことが必要である。そして、それ自体が研究協力者の『物語的自己同一性』をありのまま、研究協力者の物語として表現するうえで、最も重要である。

V. 結論

1. 精神科看護師は保護室でのケア経験を通して、アイデンティティ形成にかかわる8つの本質的な経験をしていた。
2. 保護室でのケア経験のもつ意味として4つの観点から示唆を得た。
3. 精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程の特徴として4つの観点から示唆を得た。
4. 語りを物語として表現したことの意義として3つの観点から示唆を得た。

Graduate School of Tokyo Women's Medical University Graduate Course of Nursing
Doctoral Dissertation Abstract

The Meaning of the Nursing Experience in a Seclusion Room,
in a Process Forming Psychiatric Nurse Identity

Takuya, Hatakeyama

The purpose of this study was to clarify the meaning of the nursing experience in a seclusion room in the process of forming an identity as a psychiatric nurse.

A qualitative inductive study following a narrative approach was used based on the hermeneutic phenomenology of P. Ricœur (1985).

Analyzing the responses of the 15 nurses revealed that the nurses had established their identities through eight types of experiences related to their care tasks. In their early careers, the nurses had experienced "unfounded fears" and "hurt". They were later able to establish self-awareness as psychiatric nurses through four types of experiences: learning from predecessors, rewarding feelings from becoming involved with patients, reflection, and suddenly inspiration. They also were able to offer mentoring to younger colleagues. Through such a process of self-awareness, they achieved greater empathy with their patients by putting their egos aside and were able to establish identities as psychiatric nurses. Through eight types of experiences they went through inner changes, such as the merging of the awareness of being a psychiatric nurse and the awareness of personal identity. These changes came about as a result of an evaluation of their true selves. The nurses had been naturally applying their "identities", cultivated through these experiences, to their tasks.

The nursing experience in a seclusion room provided nurses with the abilities to (1) approach patients at ease, (2) give a sense of safety and comfort to patients (3) understand patients better by becoming more self reflective as nurses, and (4) sympathize with patients.

目 次

第1章 序 論	1
I . 問題提起	1
II . 問題の背景	2
1 .保護室の特徴	3
2 .保護室と行動制限, 看護倫理	6
3 .アイデンティティとは	11
4 .経験の意味を探求すること	14
5 .精神科看護師の保護室での看護ケアの経験に着目する意図	17
III . 研究の目的	18
1 .研究の目的	18
2 .用語の定義	18
IV . 本研究の意義	19
第2章 文献の検討	20
I . 保護室に関する看護研究の動向	20
1 .文献検索結果の概要	20
2 .保護室の看護ケアについて明らかにされていること	22
3 .本研究への示唆	28
II . 看護師のアイデンティティに関する先行研究	29
1 .文献検討の概要	29
2 .精神科看護師のアイデンティティに関する研究	30
3 .看護師にとっての配置転換・ゆらぎの経験	31
4 .本研究への示唆	32
III . 精神科看護師の経験, 実践的知識に関する文献検討	33
1 .文献検討の概要	33
2 .本研究への示唆	34
IV . 研究方法論の検討	35
1 .ナラティブ・アプローチとライフヒストリー研究の概要	35
2 .解釈学的方法によるアプローチ	39
3 .P.Ricœurの解釈学的現象学と物語的自己同一性	40
4 .本研究への示唆	43
第3章 研究の方法と対象	45
I . 研究デザイン	45
1 .研究デザインのタイプ	45
2 .本研究デザインを採択した理由	45
II . 研究の実施期間	46
III . データの収集方法	47
1 .データ収集開始までの手続き	47
2 .データ収集の実際	48

IV. データ分析方法	49
1. データ分析および解釈の方法の概要	49
2. データ分析と解釈の手順	49
3. データ分析および解釈方法の信頼性・妥当性	50
V. 倫理的配慮	50
1. 匿名性の保持および侵害回避	50
2. 研究協力施設に対するインフォームドコンセントの実施と自由意志に基づく研究への協力	52
3. 研究協力者に対するインフォームドコンセントの実施と自由意志に基づく研究への参加	52
4. 倫理性の保障	53
第4章 結 果	54
I. 研究協力者の特徴	54
1. 基本的属性	54
2. 研究協力者の所属している施設の特徴	55
3. インタビューの実施状況	55
II. 各研究協力者の保護室におけるケア経験に関する物語	55
1. Aさんの物語とその解釈	56
2. Bさんの物語とその解釈	63
3. Cさんの物語とその解釈	69
4. Dさんの物語とその解釈	75
5. Eさんの物語とその解釈	80
6. Fさんの物語とその解釈	86
7. Gさんの物語とその解釈	91
8. Hさんの物語とその解釈	98
9. Iさんの物語とその解釈	102
10. Jさんの物語とその解釈	107
11. Kさんの物語とその解釈	111
12. Lさんの物語とその解釈	116
13. Mさんの物語とその解釈	121
14. Nさんの物語とその解釈	125
15. Oさんの物語とその解釈	128
III. 精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験のもつ意味	134
1. 精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程における 8 つの本質的な経験の構造	134
2. 研究協力者の物語から解釈された精神科看護師としてのアイデンティティの形成にかかわる保護室でのケア経験の本質の概要	139
3. 保護室におけるケアの本質的な経験：3つのパラダイムケース	141
第5章 考 察	151

I . 保護室でのケア経験のもつ意味	151
1 .保護室でのケア経験のもつ意味；患者に安心して接近できるようになること	151
2 .保護室でのケア経験のもつ意味；患者に真の安全と安心を与えられる人になること	152
3 .保護室でのケア経験のもつ意味；自己を振り返ることで患者をより理解できるようなること	153
4 .保護室でのケア経験のもつ意味；患者の視点から患者の世界が見えるようになること	154
II . 精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程の特徴	155
1 .患者や他者との相互作用を通じて育まれること	155
2 .内省を深化させる経験が必要であること	157
3 .実践を通して体得した智慧が自己の内面に深く刻み込まれ，自己として表れること	158
4 .経験を積み重ねながらアイデンティティを育み，自己の経験を通して学び得たことが継承されていくこと	158
III . 本研究の結果の妥当性と意義	159
1 .研究協力者の語りを物語として表現したことの意義	159
2 .研究協力者の物語を通して浮かび上がった本質的な経験の妥当性	161
3 .研究者が研究協力者の語りを物語として表現するとき求められる解釈者としてのスタンス	162
IV . 看護実践への示唆	163
V . 本研究の限界と課題	164
第6章 結 論	165
謝 辞	167
引用文献	168
付録・資料	i

表 目 次

表 1.保護室の定義の特徴.....	4
表 2.保護室の使用目的の特徴.....	4
表 3.隔離の対象となる患者.....	6
表 4.身体的拘束の対象となる患者.....	7
表 5.保護室における看護ケアの特徴.....	11
表 6.医学中央雑誌 WEB 版による文献検索の結果(平成 23 年 5 月 11 日).....	20
表 7.保護室入室患者に対する精神科看護師のかかわりの特徴(佐藤ら,2004)....	23
表 8.行動制限の場面における看護師の臨床判断の特徴(福田,2008).....	24
表 9.精神科保護室の看護師のケアリングの要素 (吉田ら,2009).....	25
表 10.経験年数による保護室での看護師の判断の違い(柴田ら,1997).....	26
表 11.職業アイデンティティの概念.....	29
表 12.職業アイデンティティの高い人の特性(関根ら,2006).....	30
表 13.配置転換における中堅看護師の経験(中村,2010).....	32
表 14.インタビューに流れている時間(小林,1995).....	39
表 15.研究協力者の主テーマ (一覧).....	55
表 16.研究協力者の物語に含まれている経験の本質 (A~E 氏).....	136
表 16 (続き) .研究協力者の物語に含まれている経験の本質 (F~J 氏).....	137
表 16 (続き) .研究協力者の物語に含まれている経験の本質 (K~O 氏).....	138

目 次

図 1.長期間にわたって保護室に入室している患者への看護介入の要素	25
図 2.長期間にわたって保護室に入室している患者への看護介入の構造	26
図 3.研究協力者の基本的属性（性別と年齢）	54
図 4.研究協力者の基本的属性（職位と年齢）	54
図 5.アイデンティティの形成にかかわる保護室でのケアの経験	135
図 6.Bさんの保護室でのケア経験の意味	142
図 7.Lさんの保護室でのケア経験の意味	145
図 8.Oさんの保護室でのケア経験の意味	148

第 1 章 序 論

I. 問題提起

精神科病棟の保護室¹に入室している患者は、自我の境界が曖昧であり、自我が脅かされているために強い不安や恐怖に苛まれている。患者は内的な侵入感を伴うような幻覚・妄想状態を体験しており(阿保ら,2009)、外界からの刺激を選択したり、調整したりすることが難しい(永井ら,2004)ために、ひどく混乱している状態である。存在そのものを脅かされている患者は食事や睡眠、活動を調整することがままならないことも多い。そのため、患者の身体そのものが危機に瀕していると言っても過言ではない。通常、患者は幻覚や妄想と共存しながら生活できていることもあるが、保護室に入室している患者は幻覚や妄想に対処不能なレベルに陥っており、セルフケア機能が著しく低下した状態である。

このような状態の患者に対して、看護師は患者の自我を保護し、患者が安心して生活できるように支えていかなければならない。自他の区別すらつかない状態にある患者にとっては、看護師の接近そのものが患者を脅かす可能性がある。そのため、患者が看護師を援助者として認識し、受け入れられるように接することは、保護室において最初に達成しなければならない課題である(阿保ら,2009)。援助関係を形成していくなかで、看護師は患者が体験している苦痛や困難さを共有し、配慮しながら、患者の生活そのものに働きかけ、患者の回復を手助けするよう支援していく。自他の区別のついていない一般病室に入室している患者と比べると、保護室に入室している患者に対しては特別の配慮と濃厚な看護ケアが必要なことは明らかであり、保護室では精神科看護の専門性が最も発揮される場であると考えられる。

また、精神科の保護室では、患者やその周囲の者の安全を確保するために隔離²や身体的拘束³(以下、行動制限)を実施することがある。『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(1995);以下、精神保健福祉法』では、精神科病院における患者の処遇(第 36 条とそれにまつわる厚生省告示 129 号および 130 号)において患者の行動の制限について規定している。それによれば、行動制限は、精神保健指定医がその必要性を判断し、医療または保護に欠くことのできない限度において実施されるものである。その際、隔離は「本人または周囲の者に危険がおよ

¹ **保護室**：患者の症状が重篤で本人あるいは他の入院患者に好ましくない影響を及ぼす場合に使用される部屋であり、その使用によって治療に良い結果をもたらすことを目的として使用される個室のことである。使用の理由については、行動制限、刺激の遮断(感覚情報量の減少)、身体的ケアの実施とされており、明確な目的をもつ短期間の使用が望ましいとされている。隔離室や PICU(精神科集中治療室)とほぼ同義的で用いられている(吉住,2002)。

² **隔離**：内側から患者本人の意思によっては出ることのできない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限。その目的は、患者の症状からみて、本人または周囲の者に危険がおよぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療または保護を図ることである(厚生省告示第 129 号および第 130 号)。

³ **身体的拘束**：衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限。その目的は、当該患者の生命を保護することおよび重大な身体損傷を防ぐことである(厚生省告示第 129 号および第 130 号)。

ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合」に実施され、身体的拘束は、「当該患者の生命を保護することおよび重大な身体損傷を防ぐこと」に重点を置いて実施される。要するに、当該患者の病状によって自分自身を保護する能力が低下すればするほど、行動制限の程度は強くなるのである。本質的に、行動制限は患者や周囲の人の安全の保護に焦点をあてた行為ではあるが、一步間違えるとそれは患者の権利を侵害しかねない。看護師は患者の最も身近で直接的にケアに参加する機会が多いため、看護師には患者の病状を踏まえた看護ケアを実践するとともに、患者の権利が侵害されていないかどうか等の倫理的な側面についても十分に配慮することが求められるのである。

保護室の看護に関する研究報告に着目すると、1998年以降大幅に研究報告数が増加している。研究テーマの内容では「行動制限の最小化」に関することが多く、行動制限を回避したり、必要以上に行動制限を実施したりしないための判断や方略について検討されてきた。このような研究活動の変化の背景には、行動制限にまつわる事件(犀潟病院事件⁴)が明るみになったことで精神科医療に対する社会からの批判的な注目が集まったことに起因していると推察される。患者の権利を侵害していないかどうかという課題は精神科医療や看護全体の大きな課題であり、必然的に現場の関心は行動制限に向いていったのではないかと考えられる。

以上から、精神科病棟の保護室は、自我が脅かされた危機的状況にある患者に対して、看護師は特別の配慮と濃厚な看護ケアを提供している場であると考えられる。しかし、精神科看護師の誰もが最初から質の高いケアを実践できるわけではない。柴田ら(1997)の報告にもあるように、経験の差は保護室での看護ケアの判断に影響するものであり、一つひとつの体験の積み重ねが判断や実践を高めていく鍵となる。保護室は患者の回復を支える場であるとともに、患者の回復を支えながら、看護師自身もケアを通して様々な気づきを獲得し、精神科看護師としての自己を確立している場であるとも言えるであろう。しかし、これまでの研究報告等ではこのような観点に基づいた示唆は十分に得られていない。そこで、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケアの経験がもつ意味を明らかにすることを目的とし、研究を実施した。

II. 問題の背景

研究者が最初に目にした保護室は、常に施錠された分厚い扉のなかにある、周囲を鉄格子で囲まれた空間であった。それは、まさに「牢屋」と呼ぶにふさわしく、この部屋に入室する患者はどのような患者なのかと強い不安を覚えた。精神

⁴ 犀潟病院事件：1998年国立療養所犀潟病院で発生した事件。不法な行動制限を実施したために当該患者が死亡した。医師は直接の診察をせず、行動制限を受けた患者は病室ではない空間で隔離と身体的拘束を受け、吐物を窒息し、死に至った。この事件の事故調査で、診察や記録、指示方法のずさんさに批判が集まった。しかし、精神科医療全体を概観したとき、これはほんの氷山の一角にしか過ぎず、精神科医療および看護に関する団体は、積極的に教育機会を提示し、精神科医療従事者の啓発に努めた。しかし、翌年には北海道の民間病院で患者2人が同時に1つの保護室で行動制限を受け、一方の患者が同室者を殺害するという事件も発生している。

科看護の教科書や参考書に示されている保護室に入室しなければならない患者の特徴は、自殺企図の可能性の高い患者や、不穏や興奮の強い患者とされており、その場における患者と看護師のやりとりを観察していない一学生にとっては、精神科病棟に入院している患者と保護室に入室している患者との違いがよくわからなかった。

精神科病院における保護室という場は、患者の行動を制限する場という意味合いが強く、隔離室であることと同義的である。近年では、保護室を PICU (Psychiatric Intensive Care Unit; 精神科集中治療室) という名称を用いて運用している精神科病院も存在する。2006年の診療報酬改定によって適用開始となった「精神科救急医療加算」では、加算対象となる病棟のもつ病床数に占める割合の半数を保護室もしくは個室とする基準が設けられた。それに伴って保護室のもつ機能は、多機能化した。本研究を実施するに至っては、まず保護室がどのような場であるのかということを確認に意味づける必要がある。また、保護室について論じる際には、上述のように行動制限という問題と切り離して考えることはできない。行動制限が精神科医療においてどのように捉えられ、看護実践のなかで用いられてきたのかについて、看護倫理の側面も踏まえながら明確にする必要がある。そのうえで、保護室にはどのような状態にある患者が入室しているのかについて言及することとした。そして、保護室という場やそこで治療を受けている患者の特徴、そこで実施されている行動制限について明確にしたうえで、保護室での看護ケアの特徴について明示した。また、看護師は実践の体験と省察を積み重ねることによって熟練していく実践専門職である。このような観点から、保護室という場でのケアの経験が看護師としてのアイデンティティ形成過程に与える影響について吟味することとした。最後に、看護師の経験の意味を探求することについて検討し、本研究のスタンスを明確化した。

1. 保護室の特徴

1) 保護室とは

保護室とはどのような場なのであろうか。表1は、保護室の定義の概要について文献より抜粋し、整理したものである。用いた文献は、1965年から2002年と開きがあるが、そこで示されていることから、状態のひどく悪化した患者が一般病室で治療を受けた場合に危険を回避できないために使用する個室であるということが言える。精神科救急医療体制が整備されつつある昨今では、このような考え方に加えて、計見(1998)が示しているように治療開始期に用いられることも日常化してきた。一般的には、保護室は隔離室とほぼ同義的に用いられ(吉住,2002)、精神保健福祉法上の行動制限を実施する主たる場であることには違いない。そこで、本研究では、田中(2000)の定義を参考にして、以下のように保護室を定義した。

保護室とは、精神科病棟において、精神保健指定医の指示により、患者の状態からみて、本人または周囲の者に危険が及ぶ可能性が高く、行動を制限す

る以外に危険を回避することができない場合に使用する内側からは自由に開錠することのできない個室である。

表 1.保護室の定義の特徴

著者	定義の概要
西尾忠介 (1965)	治療によっても鎮静効果が不十分の場合に、他の患者を刺激したり、不安にさせたり、危害を及ぼしたりさせないために隔離する個室。
中村仁志ら (1990)	セルフコントロールができず、一般の病室では治療を行うことが困難な患者に使用する個室。
計見一雄 (1998)	治療開始期の専門病室の一形態であり、一般科のICU・CCUの等価物である病室。
田中隆志 (2000)	患者の状態からみて、本人または周囲の者に危険が及ぶ可能性が高く、隔離以外に危険を回避することができない場合に使用する個室。
吉住 昭 (2002)	患者の症状が重篤で本人あるいは他の入院患者に好ましくない影響を及ぼす場合に使用される部屋であり、その使用によって治療に良い結果をもたらすことを目的として使用される個室。

2)保護室の使用目的について

保護室の使用目的については、表 2 に示したような特徴を有する。いずれの文献からも、保護室を「行動制限を実施する場所」という位置づけであることは共通しており、安全の確保、刺激の回避、身体ケアの実施、患者本人の人格の保護という下位の目的から構成されていた。そこで、以下のように保護室の使用目的を定義した。

保護室の使用目的は、①安全の確保、②刺激の回避、③身体ケアの実施、④患者本人の人格の保護を図ることである。

表 2.保護室の使用目的の特徴

著者	定義の概要
西尾忠介(1965)	① 他害行為の防止 ② 自殺企図・自傷行為の防止
中村仁志ら(1990)	① 興奮などで本人もしくは他人を傷つけることから保護すること ② 外的刺激を減らすこと ③ 本人のプライバシーを保護すること
計見一雄(1998)	① 治療の開始
田中隆志(2000)	① 行動制限
吉住 昭(2002)	① 行動制限 ② 刺激の回避 ③ 身体ケアの実施

3)保護室の設備等について

一般的な保護室の設備は、センサー付きの水洗便所、調光器付きの高照度照明、モニター用テレビカメラ、双方向会話可能なナースコール(計見,1998)が配備され

ている。患者の人権保護上の問題に配慮し、監視カメラを設置していない施設もある(和気,2008)が、多くの施設は保護室内にトイレや監視カメラが設置されており、また床や壁は外傷を防ぐような素材を用いる等の工夫を凝らしている。近年では、身体管理の重要性が高まっていることから、酸素や吸引等の配管設備をもつ保護室が増加し、入室する患者の状態や状況に応じた使用基準を設けている保護室(ハードな保護室・ソフトな保護室⁵、からくりドアを使用した保護室⁶)も登場するなど、保護室そのものが多機能化してきた。精神科救急入院料の認可を受けるためには、1ユニットの病床数の内に保護室・個室の占める割合が50%以上でなければならない。これは、患者の多様な状態に対応できることを求めているからである。基本的な考え方として、保護室には「安全の確保」という課題を達成するための工夫が施されており、そのうえで、保護室で治療を受ける患者にとっての居心地の良さやプライバシーへの保護のように、アメニティへの配慮がなされていると考える。なお、近年では段階的に生活空間を広げるという観点から、保護室と近接した場所には、専用のデイルームや浴室等を配備したエリアを設けていることが多くなってきた(筧ら,2009)。

4)保護室のもつ役割について

段階的に生活空間を広げ、精神症状の重篤な患者の治療のための空間であることを明示するために、保護室(隔離室)という名称は、「重症治療個室」という名称に変わってきているという報告もある(筧ら,2009)ように、保護室の機能や構造は年々変化しつつある(永井ら,2004)。しかし、根本的に保護室には行動制限を実施するしないにかかわらず、患者を外的な刺激から守るという役割をもっていることには変わらない。患者の理解の枠組みとして精神構造モデルを精神科看護の方法として提唱している阿保ら(2009)によると、保護室を使用する統合失調症の急性状態にある患者は、自我が解体しかけており、このような状態にある患者の看護として患者の自我の「外側に保護膜を張る」ことを挙げている。そのなかで、保護室や個室は患者が守られているという実感をもてるような物理的環境による保護膜であるということを示している。また、永井ら(2004)は、保護室は物理的に過剰な知覚刺激や対人関係を遮断することで自我が脆弱な患者を守り、自己洞察により自己を取り戻すための環境であるとしている。このように、保護室は①患者の安全を保護すること、②患者が安心できるスペースであること、③患者にされる刺激を調整することという明確な役割をもっている。

⁵ ソフトな保護室・ハードな保護室：保護室では人権保護上の問題と管理上の問題が常に相反する性格の部屋であることから、1つの仕様では患者の様々な状態に完全に対応することは不可能であるということ的前提とし、保護室を必要とする患者の状態を3種類に想定して配置した保護室。タイプによって、トイレの位置や便器の種類、ベッドの配置や扉の構造などを患者の安全・プライバシーの保護に焦点を当てて構造化している(本田ら,2008)。

⁶ からくりドアの保護室：保護室を患者の状態に応じて使い分けられるように2タイプとし、トイレのドアの位置を移動することで、トイレが保護室内の空間にも保護室外の空間にも配備できるような構造になるよう「からくりドア」を設けた保護室(和気,2008)。

5) 保護室の特徴 (まとめ)

保護室とは、セルフコントロールができず、一般の病室では治療を行うことが困難な患者に使用し、本人の意思とは無関係に施錠することが可能な個室である。保護室の使用目的は、①安全の確保、②刺激の回避、③身体ケアの実施、④患者本人の人格の保護を図ることである。保護室には自我の状態が脆弱な患者が入室しており、このような状態に陥った患者は外部からの刺激の入力に適切に対処することができないために、ひどく興奮したり、混乱したり、侵襲的に働くような幻覚妄想状態によって攻撃的な行動に至る場合がある。そのため、保護室には①患者の安全を保護すること、②患者が安心できるスペースであること、③患者に入力される刺激を調整することという明確な役割をもっている。

このような視点から、保護室には患者の安全を確保するために様々な設備（センサー付きの水洗便所、調光器付きの高照度照明、モニター用テレビカメラ、双方向会話可能なナースコール、酸素や吸引等の中央配管設備）が設置されており、床や壁は外傷を防ぐような素材を用いる等の工夫を凝らしている。

2. 保護室と行動制限, 看護倫理

1) 保護室の使用目的と行動制限

前項で示したように、保護室は主に隔離等の行動制限を実施する場所である。行動制限とは、患者の治療および保護を目的として実施される行動の制限で、一般的には隔離や身体的拘束の他、通信・面会の制限、開放処遇の制限のことをさす。行動制限に関する法的な規定は、「精神保健及び精神障害者の生活と福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）」の第36条（処遇）およびそれに関連した厚生労働省告示において明示されている(精神保健福祉研究会,2007)。

表 3. 隔離の対象となる患者

① 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合。
② 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合。
③ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合。
④ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合。
⑤ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合。

精神保健福祉法において示されている隔離の対象となる患者（表 3）と身体的拘束の対象となる患者（表 4）の基準を概観すると、行動制限の対象となる患者は、①自殺企図や自傷行為を引き起こす可能性が高い、②不穏や多動といった状態のために、暴力や迷惑行為、対人関係への悪影響等を及ぼす可能性が高い、③身体的疾患の検査や治療等が円滑に行われないうために患者が生命の危機にさらさ

れる可能性が高いという特徴を表している。このような特徴は、前項で筆者が示した保護室を使用する目的とほぼ合致するものであり、保護室を使用するということと行動制限を実施するという事は、同義的であることを表している。

表 4.身体的拘束の対象となる患者

① 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。
② 多動又は不穏が顕著である場合。
③ ①又は②のほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合。

2) 行動制限と倫理的葛藤

隔離や身体的拘束は、患者の安全の保護という最も優先度の高い目的を達成するために精神科医療の現場のなかで用いられてきた。坂田(1999)は隔離の必要性や治療上の持つ意義について、保護室への入室が非自発的であったとしても、保護室に入室することによって落ち着きを取り戻し、安心感を得ていく場合、保護室は患者を保護する空間として機能しているという。その一方、行動制限は患者の基本的な人権に制限を加えることであり、医療従事者の適切な判断力が求められるものであると警鐘を鳴らしており、行動制限は患者の安全の保護と人権の保護とのバランスを保つことが求められている。

精神科医療の現場で隔離や拘束を用いなければならないその背景には、看護師のマンパワーの不足や患者が被る刺激を緩和できる個室の不足の他、看護チームの不安の高さが示唆されている(三宅,2007)ように、精神科医療の質的・物理的環境が影響している。対象者の苦痛や心身への侵襲を考慮し、必要最小限の原則に基づいて実施しなければならないということは法的に明示されているが、必要最小限が何を指し示しているのかははっきりとはしない。精神科看護師が体験する倫理的問題と価値の対立の研究(田中ら,2007)においても、隔離や身体的拘束に関するエピソードが数多くみられ、精神科特有の強制的治療手段のなかで看護師が倫理的問題を体験し、苦悩していることが報告されていた。看護師は隔離や身体的拘束に携わる機会が他の職種に比べて圧倒的に多いため、判断やケアに際して葛藤しやすい。このような特徴は、我が国に限られたことではなく、Alty(1997)やHappellら(2010)も示しているように、行動制限は、興奮や攻撃性を伴う患者の対応の手段として世界的に用いられている。保護室を使用すること、ひいては行動制限を実施することは、場の安全を保ち、患者やスタッフを暴力から守るための手段ではあるが、多くの看護師は「それは善くないことである」と認識しているながらも、その必要性については認めているという、相反する認識が伴っているものである(Happellら,2010)。

本来行動制限の実施にあたっては、精神保健指定医の診察と判断が必要であり、患者の治療および保護に欠くことのできない程度において実施することが法的に明記されている。しかし、実際の臨床現場では、緊急避難的な行動制限も含めて、

看護師が判断のプロセスにかかわる場面は多く、開放観察⁷に至っては医師の包括的な指示に基づいているという特性上、看護師が直接的に判断に携わっているという示唆もある(吉浜,2009)。しかも、このような包括的な指示を用いて看護師が判断するときの基準は、告示等の公的な文書等では示されていず、1999年に厚生省保健医療局国立病院部の発行した「精神保健福祉法運用マニュアル」や日本精神病院協会が発行している「日精協雑誌」で示されたマニュアル等に基づいて各精神科医療施設が独自に作成したマニュアル等である。このような状況は、臨床の場では、ある種責任の所在のはっきりとしない行動制限が実施されていることを示しており、吉浜(2009)が指摘しているようにケアや判断に携わる看護師はどのように対処すべきなのかという戸惑いを生み出す。実際に、過去に発生した行動制限に関する事故は、犀潟病院事件のように法的規定を守らないことに起因しているものであり、組織文化や職場風土が絡み合った複雑な様相を呈している。他者の行動を制限するという事そのものへの葛藤だけではなく、制度と実際の現場で行なわれていることの矛盾、指示をする医師と観察やケアに直接携わる看護師との関係など、患者の行動制限は倫理的な葛藤の生じやすい治療的行為であると言える。

3) 行動制限にまつわる諸問題

行動制限の実施にあたっては、法的にも示されているように対象者の苦痛や心身への侵襲を考慮し、必要最小限の原則に基づいて実施しなければならない。我が国においては、過去幾度となく行動制限に関する事件および事故が発生し、その事後対処として法律が改正され、大規模な調査が行われてきた。

1998年に発生した犀潟病院事件の後、浅井ら(2000)によって我が国で最初の行動制限に関する大規模な調査が実施された。浅井ら(2000)の研究成果は、その後、精神科病院内に行動制限が適正に実施されているかどうかを審査する内部機関の設置(行動制限最小化委員会)を促すことになり、2004年からは精神科病院内に行動制限最小化委員会が設置され、諸条件が満たされることにより診療報酬上の評価を得ることになった⁸。しかし、行動制限最小化の関心が高まってきているとはいえ、日本における行動制限は、欧米諸国と大きく異なる点がある。それ

⁷ 開放観察：行動制限開始時に比べ症状は改善されてきたが、いまだ不安定であり、行動制限を解除することが困難とされる患者で、一定の期間、行動制限を解除して症状を観察すること(厚生省保健医療局国立病院部,1999)である。開放観察は、一時中断という用語で置きかえられていることもある。開始時間・終了時間を明記することが求められている地方自治体もあれば、全く以てそのような記載について触れていない自治体もあり、運用のあり方については違法性も含めて疑義が生じている。しかしながら、我が国においては行動制限を必要とする患者のスタンダードな観察方法として定着しており、法律や公示の整備の是非について議論されている。

⁸ 医療保護入院等診療料：医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中1回に限り算定(300点)できる診療報酬である。2004年の診療報酬改定によって加算の対象となった。医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な(少なくとも月1回)評価を行ない、患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載することが必要である。また、医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載することも必要である。

は、観察の方法（頻度や付添）、行政への報告、実際の実施時間であり、法制度の問題だけではなく、マンパワーも含めた精神科病院の在り方そのものの違いが大きく影響している(三原,2001)。

米国では（州によって異なる）、当該患者の観察を 15 分毎に実施すること、4 時間ごとに継続の有無を判断すること、倫理的な観点から強制治療に踏みこむ場合には司法の判断を必要とすることになっている。また、北欧においても行動制限を実施している最中は、看護師による常時の観察が義務付けられている(吉川,2001)。一方、わが国の場合、精神保健指定医による実施の判断が義務付けられてはいるものの、裁判所への即時の報告の必要はなく、行政の立ち入り監査は概ね年間に 1 回程度実施されているだけである。また、頻回の観察は義務付けられているが、時間間隔等の明確な基準は示されていず、身体的拘束中の常時の観察も義務付けられていない。実施中の医師の診察は、隔離については少なくとも 1 日に 1 回以上、身体的拘束については 2 回以上となっており、米国に比して継続もしくは終了に関する判断の機会は圧倒的に少ない。さらに、前述のように行動制限の開始時に医師は直接診察を行っているが、その後は包括的な指示を用いており、看護師に開放観察など行動制限の一時中断の判断を委ねるといふ我が国の行動制限に関する指示の特徴がある(吉浜,2009)。このように、我が国の行動制限を取り巻く諸問題はまだまだ多く、検討すべき課題が山積している状態である。

我が国における行動制限はこのような状態であるが、その一方で、少しずつ光明も見えつつある。行動制限の最小化に関する看護研究の報告数は近年飛躍的に増加しており、判断や看護ケアに踏み込んだ内容の研究が取り組まれるようになってきた。依然として、行動制限は精神科看護師にとって重要な関心事であり、患者の回復を手助けする保護室での看護ケア、行動制限への看護的なかかわりに関する教育や研究へのニーズは高い。今後ますます研究等が実践される領域であることには間違いない。

4) 保護室に入室している患者の状態

行動制限の要件から保護室に入室する患者は、不穏・多動が顕著であること、自傷他害の可能性が著しく高いこと、状態が悪化しているために身体的なケアを受け入れられないこと、そして安静が保持できないために生命の危機にさらされる可能性が高いということが読み取れる。前述した阿保ら(2009)の仮説によれば、保護室に入室する患者は自我機能が解体しかけており、他者から見てささいなことと思われるようなことでさえ自我が脅かされてしまう状態である。このような状態において、患者は内的な侵入感を伴うような幻覚・妄想や強い恐怖や不安に苛まれている。そのうえ、自我を覆っている保護膜が壊れかけているために、自分が自分でないような感覚を体験しており、自分が守られているという安心感を失っている状態である。他者から見ると落ち着きがなく、ひどく困惑した印象を受けるのはこのような患者の内的体験のためである。また、患者は他者が自分自身を攻撃する対象であるとみなして他者に攻撃的な反応を示し、ひいては自分自身を傷つけてしまうことさえある。このように保護室に入室している患者は、存

在そのものが脅かされるような体験をしており、看護師の手厚い保護を必要としている状態である。

また、自我が脅かされ、様々な恐怖の体験にさらされることによって、注意は散漫となり、他者だけではなく自分自身に対しても適切な関心をもつことが困難になる。そのため、患者本来のセルフケア機能は低下し、患者の身体そのものも危機に直面しやすい。例えば、被毒妄想による摂食の拒否は、低栄養や脱水をまねきやすく、身体的な基礎疾患を有するものは生命そのものの危機に直結することさえある。排泄や清潔を保持すること、睡眠を確保することについては、精神症状の悪化している状態では、患者自身がそのニーズにすら気がつかないため、看護師の観察や日常生活への働きかけを最も必要としている状態である。

このように、保護室に入室している患者は、心身ともに危機に直面している状態にあり、看護師の手厚い保護やケアを最も必要としている状態なのである。

5) 保護室における看護ケアの特徴

保護室に入室している患者は心身ともに危機に直面している状態であるため、患者に必要な看護ケアのヴァリエーションは幅広い。患者は自我が解体しかけ、脅かされた状態であるため、他者の接近そのものが患者の恐怖感を助長する場合がある。まずは、患者自身が安心できること、ケア提供者としての援助関係を構築していくことは非常に重要である(阿保ら,2009;北川ら,1999)。特に、阿保(2009)は、患者の絶対的な恐怖を軽減し、穏やかに見守るようなケアのことを「そっと寄り添うケア」とし、その重要性を示している。患者に寄り添うケアについては、これまでもその重要性は示唆されており、精神科看護師として経験を積み重ねていくなかで身につけていく代表的な看護ケアのポイントである。しかし、新人看護師レベルでは実践はおろかイメージすることすら難しい内容であるため、看護師は実践を通してその感覚をつかんでいかななくてはならない。また、患者の精神症状の緩和のためには十分な睡眠を得ることができ、過活動とならないように調整することが必要である。危機に瀕している患者は、概ね生命活動を維持するための身体感覚のリズムに狂いが生じる。そのため、十分な栄養と水分を摂取できるように働きかけることや、患者の注意が散漫となっているために関心の向かない体温の調整や清潔の保持についても十分に配慮する必要がある(阿保,2009;北川ら,1998)。このように、保護室ではまず患者との信頼関係を構築し、かかわりのなかで生活状態を査定しながら、患者の生活に直接働きかける援助が必要である。

上記に加えて、北川ら(1999)は、室温や採光、騒音といった環境への配慮、急性期初期からの服薬指導と服薬継続への援助、行動制限に伴う援助、安全管理に関する援助について、中村ら(1990)は時間感覚への配慮について示していた。

環境への配慮については、患者の居心地の良さに焦点を当てるだけでなく、音に敏感である等患者の病状に配慮する必要性について示していた。また、服薬指導と服薬継続の援助については、精神科医療において薬物療法が治療の中心であることを明示したうえで、患者の全身状態と薬物による影響を加味しながら観

察し，副作用を早期にモニタリングしながら服薬が継続して行えるよう働きかけていくことに焦点を当てていた。さらに，行動制限に至っては，隔離や身体的拘束だけではなく，精神保健福祉法第 36 条に示されている行動制限全般への配慮も示している。安全管理では，自殺や自傷行為・暴力についての対応方法として，観察時間の間隔，常に誰かが対応できるような体制を準備すること，室内の持ち込み物品を管理することについて提示していた(北川ら,1999)。

また，時間感覚への配慮(中村ら,1990)については，単にカレンダーや時計を配置するだけではなく，かかわりのなかで患者が意識できるように日付や時間の確認，入室してから何日目か等について話題を提供することについて触れていた。

このように保護室で患者に提供される看護ケアには，①患者の自我を保護し，回復を手助けするケア，②患者の生活を手助けし，身体へ働きかけるケア，③患者が生活する環境への配慮とケア，④患者が安全に治療（薬物療法・行動制限）を受けられるよう働きかけるケア，⑤患者の安全を確保するための配慮とケアという特徴がある（表 5）。近年このような基本的なケアのあり方に加えて，看護師のケアリングの特徴（吉田ら,2008）や保護室内での患者のフラストレーションに焦点を当てた研究(二神ら,2004)もみられるようになり，より具体的で，個別的な取り組みに光が当てられてきている。保護室における看護ケアのあり方については，精神科看護全体の研究課題であるといっても過言ではない。

表 5. 保護室における看護ケアの特徴

阿保ら（2009）	北川ら（1999）	中村ら（1990）
患者の絶対的恐怖を緩和し，そっと寄り添うケアの実践	患者との信頼関係の構築に向けたケアの実践	
	環境に配慮したケアの実践	
患者の身体に働きかけるケアの実践		
安全に治療を受けられるようなケアの実践		
安全に配慮したケアの実践		

3. アイデンティティとは

1) アイデンティティとアイデンティティの形成

アイデンティティ(Identity)という言葉は，ラテン語の“同じ”という意味をもつ *idem* に由来する。アイデンティティは，パーソナリティシステムの系統的な原則であり，パーソナリティの統合と継続性を担うものである。アイデンティティは，「自分自身であること」の過程についての自覚であり，自己を表すものすべてが，一つの組織化された全体に統合されたものをさす。したがって，他者とは区別された感情である自己概念とは違うものであり，確固たる場をもつ個人として自分自身を意識することである(G.Stuartら,1983)。

Erikson の自我の発達モデルでは，青年期の課題として，「アイデンティティ対アイデンティティの拡散」を挙げているが，アイデンティティの形成は，青年期に始まるものでも終わるものでもなく，生涯にわたって発達していくものである

(Erikson,1980)。青年期はこども期最後の締めくくりの段階であり、学業生活から職業の選択、結婚などのように社会的役割の変革の時期にあるため、人はアイデンティティの危機にさらされやすい。しかし、アイデンティティの一つの要素である同一化は、既に幼少期から始まっており、人間は同一化と同一化の拡散を繰り返しながら成長し、発達していくのである。Erikson(1980)は、アイデンティティの形成は複数の同一化が有効に機能しなくなる時点から始まるとしており、過去の同一化が選択的に拒絶され相互に同化し、あるいは、それらが新しい形態に吸収されることによって発生するものであると示している。アイデンティティの形成は青年期以降も持続的に起こる、新たな自己を革新していくプロセスであると言える。

また、同一化としてのアイデンティティの形成は、単に個人がどうありたいかということだけではなく、個人のありたい姿が個人の属する集団のなかでどのように認められるのかということに影響する。例えば、看護師としてこうありたいと思う自分と、患者を中心とした治療構造のなかで自分がどのように認められるかということは、根本的には次元の異なることである。治療構造のなかで一度看護師としてその存在を示したときには、自分がこうありたいということを提示するだけでは、ケアの受け手である患者も、協働する医療スタッフも受け入れるとは言い難い。あくまでも、治療構造の中心にいる患者が望んでいることを手がかりにしながら、医療チームの一人として自分の果たすべき役割を担うことが求められているのである。そして、このプロセスのなかで、こうありたいと思う自分を自覚しながら行動し、その行動の結果、つまりは集団の反応を加味しながら自己を形成していくということが一般的な適応様式であると考えられる。このことについては、Erikson(1980)は、以下のように示唆している。

成長しつつある子どもが、生き生きとした現実感を獲得するのは、経験を積み重ねていく自分独自の生き方が、自らの属する集団アイデンティティの中で、成功した一事例として認められているという自覚と、そうした自分独自の生き方が集団アイデンティティの求める時間＝空間やライフプランと一致しているという自覚である(Erikson,1980)。

2) 職業的アイデンティティ

人が人生を生きる際に、職業のもたらす影響は大きい。なぜなら、単に職業上の報酬を得て生計を立てることに留まらず、働くということを通して、人生の意味を見いだしたり、集団への帰属意識を感じたりしながら生きているという実感を味わうこと、すなわち自分らしさを確かめていく(竹内,2008)からである。このような観点から、看護師として生きること、看護師としてのアイデンティティを形成することは、看護師が患者との間で、援助専門職としての自己を認識しながら、専門的なケアを身につけ、個々の患者にあったケアを提供することができることを自覚するプロセスをさすと考える。

3) 職業的アイデンティティの危機のもつ意味

関根ら(2006)の文献研究では、「いい看護師でありたいという思いは職業的アイデンティティに否定的に作用する」という点について示唆していた。この点について、宮本(1991)は、看護者と患者の接触の密度が高まるために、葛藤が生じやすく、看護者の苦悩が強まることも少なくないとしたうえで、看護者の抱える内的な葛藤に焦点を当てて論じている。確かに、看護師は患者にとってよりよいケアを提供したいと思う一方、患者にとってよりよいとされることは、患者自身が考えるそれとは相反することがある。例えば、医療の現場で巻き起こる治療上の様々な制限の問題は、このような葛藤が最も生じやすく、かかわる看護師は倫理的なジレンマに陥りやすい。このような状況下においてうまく対処できないと、看護師の疲弊は強まり、ひいては、ケアをしようとする意欲さえ失いかねない。

しかし、このようなアイデンティティの危機とも呼べるような場面は、看護師に悪影響を与えるばかりではない。宮本(1991)は、このような行き詰まりを乗り越えていくことが看護者としての成長と自立の好機であると言及しており、看護師の「ゆらぐ」体験に焦点を当てて研究した中村(2003)も同様のことを示唆していた。中村ら(2003)の報告によると、「ゆらぎ」は不安、不確かさ、ふがいなさ、自責、ジレンマ、役割葛藤、戸惑いの7つの場面で生じやすいこと、「ゆらぐ」ことは看護判断が不確かだったり、気持ちが迷ったり、見通しがなかったりする場面に直面し、一度立ち止まり、自問自答する状態であるとしている。そして「ゆらぎ」つづけること、「ゆらぐ」プロセスそのものが質の高い看護に到達する方法であるということ結論づけている。患者とかかわりをもつ看護師は、初めから患者の世界を丸ごと理解できるわけではない。看護師が個としてのアイデンティティをもっているように、患者も個としてのアイデンティティをもっているため、かかわるといふ相互行為を通して、調和することが求められる。違ったものを認識し、調和すること、すなわち相手に寄り添うことは、まさに看護の重要なエッセンスの一つであるが、このプロセスにおいて、看護師がアイデンティティに揺らぎを伴う可能性があることを含んでいる。

また、一旦確立したアイデンティティに固執することは、個性や自己主張を失ったり、自分とは異なる集団に属する人々に対する排他性を強化したりしかねない(宮本,1995)。看護師は、多様な集団に属する多様な価値観をもった人々を援助する専門職であり、アイデンティティの揺らぎを体験しながら、相手の違いを認め、柔軟性を身につけていかなければならない。

看護師はある状況や局面で、それまでに得てきた理論的知識や実践的知識を駆使しながら、行動しつつ考えなければならない。行動しつつ考えるプロセスのなかには、様々な思考判断、省察が組み合わさっており、刻々と過ぎていく時間の中で未来を志向しながら過去と現在を行き来している。看護師としてのアイデンティティ形成過程は、このような「行動しつつ考えるプロセス」を通して、迫りくる未来の状況や局面に対処する看護師としての自己を確立していくことであり、ゆらぎを伴いながら、柔軟性を身につけていくプロセスであると言えよう。

4) 精神科看護師としてのアイデンティティ形成に着目する意図

渡辺ら(2007)は配置転換で精神科に勤務することになった看護師の心の軌跡に焦点を当てた研究のなかで、「精神科(看護)に対する自信」には、①臨床判断ができることを意味する気づきの獲得、②患者理解が深まる、③精神科の奥深さがわかる、④精神科で身につく技術を獲得する、⑤患者との関係の変化を通して感じる看護師としての成長を挙げている。精神科看護師としての自信とプライドの獲得、言うならば精神科看護師としてのアイデンティティを形成していく過程においては、困難な看護場面を通して、患者の健康的な部分に触れることの大きな喜びや、丸ごと人を理解していくという精神科独特のかかわりに看護本来の役割機能を再発見することが必要であると示唆していた。

本研究で焦点を当てている保護室という場では、看護師は自我が脆弱で危機に直面している患者とのかかわりを余儀なくされる。そもそも、精神科看護は、目に見える成果や達成感を得ることが難しく、患者の抱える症状や苦痛は多彩であり、多様な問題を抱えた患者とのかかわりにおいて、看護師は無力感や絶望感へと陥ることも少なくはない(宮本,1991)。危機的な困難に直面している患者とのかかわりにおいては、自他の違いを認めながらも患者の世界に寄り添い、患者のもつ力に働きかけることが必要である。このような保護室でのケアの経験は、精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程に大きな影響を与えていると考え、本研究における主要な概念の一つとして捉えることとした。

4. 経験の意味を探求すること

1) 看護と経験

看護師の専門職としての成長は、段階的であることが知られている。看護師の実践的知識や経験に関する著作として有名な『初心者から熟達者へ(Benner, 1984)』においては、Dreyfus モデルを応用し、看護師の実践能力がどのように獲得されていくのかが明らかにされた。初心者から達人へとステップアップしていく際に、それぞれのステップに特徴的な現象が含まれていることを明確化したことは興味深い。臨床状況の全体をつかむことのできない新人看護師、臨床状況を局面として理解できるようになる一人前看護師、範例を用いながら状況を打開していく中堅看護師、もはやガイドラインは不要であり、臨床状況を丸ごと理解して行動する達人看護師のように、看護師は一つひとつの臨床状況のなかに、状況の理解、実践の意図、実践の結果の理解、内省というプロセスを繰り返しながら成長していくということが示されている。そのうえで、Benner は一連のケアのプロセスを体験することと経験することの違いについて示している。では、一般的に「経験」とはどのように定義づけられているのだろうか。経験の一般的な意味として、広辞苑第6版(新村ら,2008)では以下のように解説している。

人間が外界との相互作用の過程を意識化し自分のものとする。人間のあらゆる個人的実践を含むが、人間が外界を変革するとともに自己自身を変化させる活動が基本的なもの。

確かに、人は何らかの外部との相互作用を通して学び、生きるうえで必要な対処・行動を習得している。幻覚に脅かされ、身の回りのことに留意することのできない人に、入浴や着替えの働きかけをするときに、どのように働きかけてよいかわからない看護師は、かかわるときに強い緊張や不安を伴うであろう。しかし、働きかけ方を知っていること、しかも働きかけた後の反応をも予測できる看護師にとっては、当たり前のように振る舞い、実践しているのである。この差はどこにあるのかと考えたときに、真っ先に思い浮かぶのはその人にとっての経験である。森(1977)は、経験や思想の意味について、以下のように示している。

経験や思想の本当の意味はすでにあるものを自己に対して透明化していくことを意味するのであり、この透明化の度、自己批判の度に応じて「経験」や「思想」と言い、それが可能な限り深められたものが「智慧」であり、ある特定の約束によって組織されたものが「哲学」である(森,1977)。

先の例に戻ると、援助の方法については様々な文献で示されており、初心者は基礎教育のなかで理論的知識として学習してきている。しかし、学び得た理論的知識はまだ当人にはそれを実践できるほど自分自身のなかで統合されているわけではない。臨床の場で実際に何度もケアにかかわることによって、働きかけ方の差異を患者の反応をも含めて理解できるようになるのである。看護はそもそも病や障がいをもつ人の回復や生活の再構築を手助けすることであり、ケアを通して対象者に何らかの変化をもたらすことである。加えて、そのプロセスに内省を伴うことによって、看護師はケアの仕方を学び、実践的知識として獲得し、場合によっては人生観そのものの変革を伴うのである。このように、内省を伴うようなケアのプロセスには、経験の本質を含んでいると言えるであろう。

2) 経験と自己の創造

広辞苑第6版(新村ら,2008)によると、経験の用法には「経験を積む」「得がたい経験」というものがある。前者の場合には、「何事かに直接ぶつかり、そこから技能・知識を得ること」という意味を含み、後者の場合は、「何事かに直接ぶつかる場合、それが何らかの意味で自己を豊かにする」という意味を含むこととしている。前項の例に戻ると、ケアを通して働きかけ方をその結果も含めて知ることには、「経験を積む」という用法を表している。一方、実践を通して「症状としての幻覚」に働きかけるよりも、生活そのものに働きかけることによって、病と共存しながら生活できることを知った看護師は、患者の弱みに働きかけることよりも強みを引き出す援助に力点を置くかもしれない。また、このような視座は、その看護師が自分の人生を生きるうえで、弱点を克服することよりも自分の強みを活かそうとすることに影響を与えるかもしれない。このような場合、その看護師にとっての経験は「得がたい経験」を手にしたと言い表すことができるであろう。

看護師にとって経験というプロセスのもつ意味は、単に知識や技能を得るだけでなく、人生観にも影響を与える可能性があることを含んでいる。すなわち、

経験は自己を創造することを意味しており、中村(1992)は以下のように示している。

我々一人ひとりの経験が、真にその名に値するものになるのは、我々が何かの出来事に出会って、能動的に、身体を備えた主体として、他者からの働きかけを受けとめながら振舞うことである。経験は自己を創造するものであり、経験を重ねることで我々の自己が自己として明確化する(中村,1992)。

看護師にとって「経験」は、看護師としての自己を確立していくうえで何らかの重要な意味を持っており、その意味を解き明かすことは、豊かな看護実践を創造する意義を有していると考えられる。

3) 経験と実践的知識

Benner(1984)が指摘しているように、看護師の経験のなかには、多くの言語化されていない実践的知識が埋もれている。Benner のいう「実践的知識」はアリストテレスに端を発する「フロネーシス」と同義的なものである。賢慮や英知と訳されるフロネーシスについて中村(1992)は、以下のように記している。

そもそも実践知は、一般的な問題についての論理的にきれいに扱い得る議論ではなくて、多くの不確かな要因からなる個別的な諸問題について、それらにどう対処し、それをどう考えたらいいかということである(中村,1992)。

看護師が患者のケアにかかわる状況においては、瞬時の判断を求められることが多い。特に、患者の状態が急を要すれば要するほど、その傾向は強まる。刻々と変化していく状況のなかで、看護師は常に行動しつつ考えることを繰り返し、患者にとって最善なことは何かを模索し、実践している。例えば、前日まで激しい幻覚のためにひどく興奮し、看護師の言葉かけも耳に入らなかった身体拘束中の患者が、朝食が始まろうとする今この時点では、看護師と疎通をとることができ、落ち着いて話ができる場合について考えてみることにしよう。ある看護師は昨日まであんなに状態が悪かったのだから、これは一時的な状態であって、何かを働きかけるチャンスではないと捉えるかもしれない。確かに、ちょっとした刺激に対する反応に混乱を示し、急に興奮したり、暴力的になったりするかもしれないという危険性は考慮しなければならない。しかし、別のある看護師は今こそ患者が現実に戻る最高の機会と判断し、患者に自分で食事を摂ることを勧め、食事が終わるまでの間、両上肢の拘束を一旦中断して、見守るかもしれない。この看護師は目の前にいる患者が落ち着いているということだけではなく、約束ができること、そして約束を遂行できるかどうかを見守り、自己の存在を通して「あなたは大丈夫」というメッセージを伝えようとしているのかもしれない。このような危険と信頼は裏合わせのような状況で、何を優先し、対処するのは、各人のもつ経験に基づいた知識、すなわち実践的知識に拠るものであろう。過去に出

会った似通った場面の経験は、この場面において看護師がどのように対処するのかを決定づけるからである。しかし、Bennerも指摘しているように看護という学問の分野では、まだまだ十分に個人の実践的知識を集積し、教育的に活用するところまでは至っていない。暗黙知について記した Polanyi(1966)が「我々は、自分たちのはっきり言えることよりも多くのことを知りうるし、事実知っている」と示唆しているように、看護という実践行為のなかに含まれている知を探求し、個々の看護師の経験のなかから見いだすことは、より倫理的にすぐれた看護実践の基盤をなす力となり得るであろう。

4) 本研究への示唆：経験の意味を見いだすこと

経験とは、「人間が外界を変革するとともに自己自身を変化させる活動であり、人間のあらゆる個人的実践を含むもの」である。経験の本質には、技術や知識の獲得と自己の創造という意味を含有している。これまで述べてきたように、個々の看護師の経験は単に技術や知識の獲得にとどまらず、看護師一人ひとりの自己の創造、しかも人生観の変化さえ伴うような経験を含んでいる場合がある。経験の意味を見いだすことは、経験のなかに含まれている「智慧」を探求することであり、経験というプロセスのなかに含まれている実践、思考、存在を探求することである。そして、その先には精神科看護を哲学すること、すなわち精神科看護の本質についての探究に至ることを含んでおり、経験の意味を見いだすことは、精神科看護の実践そのものの質の向上に大きく寄与するものと考えられる。

5.精神科看護師の保護室での看護ケアの経験に着目する意図

ここまで、保護室とはどのような場所であるのか、保護室で実施される行動制限とはどのようなことなのか、保護室に入室する患者はどのような特徴を有しているのか、そして保護室で実践される看護ケアの特徴はどのようなものであるのかということについて、順に論じてきた。そのなかで、端的に言えることは「保護室はとても重症度の高い患者が入室している場であり、そこで実践される看護ケアは専門的な精神科看護であるということ」である。このように仮定した場合、保護室で実践されている看護ケアの経験は、精神科看護師の専門性が最も凝縮されていると言っても過言ではない。本研究で、「保護室」という場に着目する意図は、このような理由からである。

保護室の看護ケアの特徴でも挙げたように、保護室で実践されている看護ケアは幅広い。患者自身の存在が脅かされている状態で、精神科看護師は患者が自身の存在を自覚できるよう、そしてケア提供者である看護師を受け入れられるよう患者との関係を構築するところから支援を開始する。しかし、一言に患者の存在を脅かさないケアといっても、その在り様は様々である。しかも、患者に対するケアの経験が多ければ多いほど、一つの抽象的な看護ケア（概念）は、幾通りもの意味を織りなしており、多面的で奥深いものである。研究者の経験においても、ある時は「患者の傍に居ることを許してもらうことから始める」場合もあれば、「患者の傍にそっと居るところから少しずつ看護者自身の存在に気づいてもらい、

患者自身の存在を露わにしていく」場合もある。接近する患者のタイプ（性格・状態・症状）や、臨床状況も加味しているため、非常に複雑であるということはいうまでもない。しかし、ほぼ確実なこととして、このような看護ケアの質的な差異は、看護ケアの内省的なプロセス、すなわち看護ケアの経験に裏打ちされるものであるということはいえる。複数の看護場面のケア経験を次の看護ケアに活かそうとするとき、一つの看護ケアの抽象的な概念は、一段と深い意味を帯びるようになる。本研究で「看護師の経験」に着目する意図は、看護は実践的専門職であり、実践場面から実践に必要なことを学ぶということに起因しているからである。

看護師は、ある看護場面の瞬間、瞬間で看護ケアに必要な判断や方略などの気づきを得て、実践していると考えられる。一つひとつ積み重ねてきた気づきは、経験のもつ意味が奥深ければ奥深いほど、枝葉が覆い茂った重層的な階層をなしている。しかも、これは一度に得ることのできるものではなく、看護師として生きた時間を歩み、一步一步進むなかで体得していくものである。保護室に入室している患者は重症度が高いために、看護師にはより質の高い看護ケアのスキルや実践能力が求められており、保護室は精神科看護師が専門職としての自分自身を構築していくうえで一つの契機になっているとも考えられる。本研究で、「保護室」という場と「看護師の経験」に着目する意図は、ケア提供者として困難な場面と向き合い、実践的専門職として経験を積み重ねていくなかで、看護ケアの様々な気づきに出会い、ケアを体得し、精神科看護師としてのアイデンティティを形成していくという特性を有しているからである。

以上から、精神科看護師は保護室での看護ケアの経験を通して重要な気づきや学びを得ており、自己を創造していると言える。そして、精神科看護師の保護室でのケア経験の意味を解き明かすことは、精神科看護を実践の学問として探求し、その本質に迫ることである。そこで、本研究では、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味を明らかにすることを研究の目的とし、研究を実施した。

Ⅲ. 研究の目的

1. 研究の目的

本研究の目的は、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室での看護ケアの経験のもつ意味を明らかにすることである。

2. 用語の定義

- 1) **精神科看護師**：精神科看護師とは、「精神疾患もしくは精神障がいをもつ者への看護を主たる生業としている看護師のこと」をいう。
- 2) **保護室**：保護室とは、「精神科病棟において、精神保健指定医の指示により、患者の状態からみて、本人または周囲の者に危険が及ぶ可能性が高く、行動を制限する以外に危険を回避することができない場合に使用する内側からは自由に開錠することのできない個室のこと」をいう。

- 3) 経験：経験とは、「人間が外界を変革するとともに自己自身を変化させる活動であり，人間のあらゆる個人的実践を含むもの」をいう。
- 4) アイデンティティ：アイデンティティとは、「自分自身であること」の過程についての自覚であり，自己を表すものすべてが，一つの組織化された全体に統合されたものをいう。

IV. 本研究の意義

本研究を実施し，その結果を明らかにすることにより，主に以下の4点に関する研究的な意義を有すると考えた。

1. 研究協力者が精神科保護室での看護ケアの経験について語るという行為は，本研究のプロセスの重要な一つの局面である。研究実施担当者との間における「語る」という行為は，相互行為に基づいたものであり，ひいては研究協力者自身の語る力を引き延ばす可能性を有している。このことは，研究協力者自身でさえも気がつかなかった，未だ明確化されていない精神科看護の実践的知識を言語化することができる。
2. 精神科看護師の経験に焦点を当てることは，個人的な体験とその省察に視点を当てることである。主観的とも思われるようなことではあるが，個人の経験に寄り添い，分析と解釈という研究のプロセスを経ることによって，経験のもつ共通性と相違性を見い出すことができる。
3. 本研究は，精神科看護師の経験に焦点を当て，精神科看護師が気づきを得ていく過程，言わば実践的専門職としてのアイデンティティを形成していくプロセスを明らかにするものである。これは，精神科看護師の成長のプロセスを示すことであり，実践だけではなく教育に対しても有用な示唆を得ることができる。
4. 保護室での看護ケアを探求することは，精神科看護の本質を探究することに他ならない。本研究は精神科看護の専門性を探求することであり，本研究で得られた知見は精神障がいをもち，保護室に入室せざるを得ない患者の看護ケアに有用な示唆を得ることができる。

第 2 章 文献の検討

本研究では、まず研究テーマと直接かかわりのある「保護室」と「看護ケア」に関する文献の検討を試みた。続いて、もう一つの概念である「アイデンティティ」に関する文献の検討を行ない、そのうえで看護師の経験や実践的知識に焦点を当てて論じるという 3 段階の構成から文献検討を行った。

I. 保護室に関する看護研究の動向

1. 文献検索結果の概要

柴田(1989)が保護室の看護に関する研究の動向を調査した時点では、保護室での看護ケアに関する報告は過去 30 年間で 18 件であった。医学中央雑誌 WEB 版を用いて、「保護室」および「看護ケア」というキーワードで文献検索を行ったところ(検索条件：全年，検索日：平成 23 年 5 月 11 日)，1983 年から 2011 年において 318 件，内 1999 年以降の文献数は 286 件に上った(表 6)。

表 6. 医学中央雑誌 WEB 版による文献検索の結果(平成 23 年 5 月 11 日)

収載誌	総件数	原著論文としてヒットした件数
日本精神科看護学会誌	143	140
精神保健	40	0
精神科看護	22	2
精神看護	14	2
日本看護学会論文集:精神看護	10	10
日本看護研究学会雑誌	8	1
筑水会神経情報研究所・筑水会病院年報	6	0
松山記念病院紀要	5	4
病院・地域精神医学	4	3
日本精神保健看護学会誌	4	4
日本看護科学学会学術集会講演集	4	0
その他	58	41
合計	318	207

このような文献数の急速な上昇は、1998 年犀潟病院事件の発生を受け、精神科医療に対する社会からの批判的な注目が集まり、患者の権利侵害に対する意識が高まったことが大きく影響していると推察される。また、このような状況を踏まえ、全国各地で隔離や身体的拘束に関する研修会等が盛んに実施されたり、浅井ら(2001)の行動制限最小化に関する全国規模の実態調査が実施されたりしたことも影響していると考えられる。特に、浅井ら(2001)の研究成果は、その後精神科医療施設内に行動制限最小化委員会の設置に大きな影響を与えることとなり、2004 年には診療報酬制度にも取り入れられることとなった。このような時代の変

化は、これまでは看護師が保護室について語ることをタブー視していた暗黙的な文化的意識の変化にも影響を与え、看護職自らが患者の行動制限の最小化や保護室における看護ケアの質の向上を目指した実践と研究活動に取り組むことへと導くこととなった。

医学中央雑誌 WEB 版を用いた文献検索の結果、文献の種類は、原著論文 207 件、解説 36 件、会議録 73 件、一般 2 件であった。また、文献の掲載誌については、日本精神科看護学会誌 143 件、精神保健 40 件、精神科看護 22 件、精神看護 14 件、日本看護学会論文集 精神看護 10 件、それ以外 89 件であった。ここでは、原著論文としてヒットした 207 件に焦点当てて、研究結果の特徴を明らかにすることとする。

207 件の文献について「研究テーマ」、「研究目的」および「研究方法」に着目し、研究の視点について質的に内容分析を行った。その結果、『ツールの評価(17 件)』『介入研究(6 件)』『実態調査(71 件)』『事例の検証(105 件)』『その他(8 件)』の 5 つの内容に分類された。以下にそれぞれの特徴について説明する。

1) 「ツールの評価」に関する研究

このタイプに分類される研究は、保護室入室中の患者に対して、何らかの指標やスケール、マニュアル等を活用し、その効果を検証したタイプの研究である。このタイプの研究では、クリニカルパスの評価に関する研究(金丸ら,2010; 杉田ら,2006; 小山ら,2005; 甲斐田ら,2005)が 4 件と最も多く、次いで症状評価に関する研究(成瀬ら,2006; 山中ら,2004; 大竹ら,2003)、保護室の使用基準に関する研究(高岡ら,2007; 小林ら,2004; 斎藤ら,2001)、患者への情報提供に関する研究(伊藤ら,2008; 木下ら,2005; 山本ら,2004)がそれぞれ 3 件と続いていた。

2) 「介入の効果」に関する研究

このタイプに分類される研究は、保護室入室中の患者に対して、それまでとは異なる介入方法を実践し、その効果を検証した研究である。このタイプの研究では、清潔援助に関する研究(門田ら,2004; 木村,2002)が 2 件と最も多く、ルールの緩和に関する研究(椎名,2001)、音楽を取り入れた研究(得本,2004)等が見られた。

3) 「実態調査」に関する研究

このタイプに分類される研究は、保護室に入室している患者や看護師等の認識や思い、保護室の物理的な構造等に注目してその実態を明らかにした研究である。このタイプの研究では、看護師の認識に関する研究(田中ら,2010; 小倉,2010; 吉田ら,2009; 坂江ら,2005; 榎戸,1998 など)が 17 件と最も多く、看護援助の内容や方法に関する研究(三宅,2010; 宇都宮ら,2006; 内田ら,2004; 山岡ら,2001 など)が 13 件、患者の思いやニーズに関する研究(二神ら,2004; 兵頭ら,2002; 松本ら,2002 など)が 9 件、看護学生の保護室に対する認識や理解に関する研究(入江ら,2007; 加藤ら,2005; 野中ら,2001 など)が 8 件、看護師の思いや感情に関する

研究(角谷ら,2010; 畠山ら,2004; 河野ら,2003 など)が 6 件と続いた。その他, 環境や規則(井手ら,2007), 保護室の使用状況(前園ら,2001)という内容についての研究報告も見られた。

4) 「事例の検証」に関する研究

このタイプに分類される研究は, 保護室入室中の患者への看護ケアを検証することにより, ケアに対する新しい知見を得ようとした研究である。このタイプの研究は, 検討対象となった研究論文数の半数以上(50.7%)を占めている。内容としては, 長期間保護室に入室していた患者に関する研究(永岡,2010; 宮脇,2007; 柳沢ら,2006 など)が 45 件と最も多く, この他に衝動行為の出現しやすい患者に関する研究(押本,2008 など)が 10 件, 統合失調症の急性期の状態にある患者に関する研究(渡辺,2008; 大沼ら,2008 など)が 7 件, 処遇困難患者に関する研究(奥山ら,2007 など)が 5 件等の研究報告が見られた。

5) 「その他」に関する研究

このタイプに分類される研究は, 上記の 4 つの研究のタイプに内包されない特徴を有する研究である。このタイプの研究には, 保護室の看護研究に関する文献研究(柴田,1989), 保護室の看護技術に関する文献研究(中村ら,1990)という研究報告が見られた。

2. 保護室の看護ケアについて明らかにされていること

1) 保護室で実施されている看護ケア

隔離を受けている患者の看護援助の実態について, 援助内容と援助時間の観点から調査を行なった宇都宮ら(2005)は, 「観察」, 「安楽」, 「食事」の順に援助時間が多いことを明らかにした。安全を守ることを前提とした保護室という環境では, 「観察」の占める割合は必然的に高くなりやすい。看護師が行なう観察は患者の安全を守るうえで重要な行動の一つであり, 西尾(1965)をはじめ多くの研究者が取り上げている。観察の仕方については, 観察の時間間隔(西尾,1965; 中村ら,1990), 観察時の患者との対応などについて示されている(中村ら,1990)。また, 保護室に入室している患者は全般的にセルフケアレベルが低下していることを踏まえ, 日常生活上の援助について言及している文献も少なくはない(北川ら,1998; 中村ら,1990 など)。特に, 中村ら(1990)は, 保護室における看護のポイントとして, 保護室は制約が多いため, 患者のニーズが明確でなくても, 生活面の援助に関してはより丁寧に行なう必要があると指摘している。

このような視点に加えて, 佐藤ら(2004)の報告は, 安全や生活面の援助のように, ケアを点で区切るような視点ではなく, より包括的な視点から看護ケアを明らかにしている。佐藤ら(2004)によると精神科看護師は表 7 に示した 10 のかわりを患者の状況にあわせて判断し, それぞれのかわりを組み合わせながら用いているということを示している。ここでは, 患者の安心や安定をもたらすことに着目しており, このかわりがどのような状況でどのように判断されるのかと

いう点について検証していく必要性があることも示唆している。そして、その結果については、坂江ら(2005)が保護室におけるクリニカルジャッジメントの研究において報告している。

表 7.保護室入室患者に対する精神科看護師のかかわりの特徴(佐藤ら,2004)

① 患者の苦しみや辛さに理解を示し、ともにやっ払いこうとする患者の味方であろうとするかかわり
② 患者なりの考えや思いを知ろうとするかかわり
③ 妄想に踏み込む、患者の望みをかなえるなどの安心させるかかわり
④ 落ち着かない患者の環境を整える、安静にするなどの安全を守るかかわり
⑤ 実際の危険行動を止める、危険なものを取り除くなど危険回避のかかわり
⑥ 混乱や拒食の患者が安全に食事ができるようにするかかわり
⑦ 妄想や衝動で混乱し、落ち着かないなどのときに何とか落ち着かせるかかわり
⑧ 患者の拒否や混乱が予想されるときに、敢えて患者に何かをすすめない、看護師側が反応しないなど刺激しないかかわり
⑨ 患者の幻覚、妄想や無理な要求をかわすかかわり
⑩ 望ましくない行動を促すかかわり

二神ら(2004)は、保護室に入室していた患者に対して退室後に面接調査を行ない、患者のニーズを把握したうえで、①継続的にインフォームドコンセントを実施すること、②患者が安心できるよう頻回に訪室してかかわること、③開放的な環境づくりに心がけることをポイントとして挙げている。患者とかかわる機会の多い看護師には、患者が治療環境を受け入れられるよう説明を行なう機会も多い。そのため、看護師がインフォームドコンセントに積極的にかかわることは治療的にも有意義であることが伺われる。また、包括的な指示のもとで看護師が患者の行動制限の判断や援助にかかわることが多い(吉浜,2009)という報告もあるように、看護師は看護援助を実施する際に患者の状態を判断しながら開放的に対応するよう努めている場合もある(福田ら,1999)。

このように、保護室で実施されている看護ケアは、安全を確保するための観察や生活援助が重視されており、それに加えて患者の安心や安定が得られるような働きかけ、そして援助行為を通していかに開放的に対応できるかどうかの判断を試みるという傾向があると考えられる。

2) 保護室の看護ケアに関する看護師の認識

永井ら(2004)は、精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識について報告している。この研究では、保護室の看護技術を①安全管理・集中治療(15項目)、②患者説明・患者教育(9項目)、③処遇改善・サービス向上(15項目)の3つに分類し、596名の看護師に対して質問紙を用いた量的調査を行なっている。この報告では、看護師は①安全管理・集中治療に関する技術が、②患者説明・患者教育、③処遇改善・サービス向上に関する技術よりも重視して

いることが明らかとなった。この結果について、永井ら(2004)は「保護室は依然として自傷他害を防ぐという目的意識が強い」ということを理由に挙げており、保護室が行動制限の主要な場である以上、患者やその周囲の者の安全を守ることを重視していることは何ら不思議なことではない。

一方、安全を守るということだけではなく患者の意思をどのように尊重するのかということは、精神科看護師が抱える葛藤の一つである。榎戸(1998)は、精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮について報告している。榎戸によると、保護室では行動制限と患者の意思の尊重とのバランスという形で看護婦は倫理的配慮を行っているとし、そのバランスとは①患者の安全を優先する、②患者の意思を尊重する、③病棟の秩序を優先するということである。患者やケア提供者を含む周囲の者の安全の確保は必要不可欠である。しかし、本報告ではこのような視点に加えて、患者の意思を尊重することで患者の行動拡大を図るといった視点が含まれている。このことは、それまでの研究成果としてはほとんど示されてこなかったことであり、臨床状況の中で看護師が行動制限に主体的に関与していることを示すものである。また、行動制限に関しては、福田(2008)が行動制限の場面で看護師が重視している臨床判断の特徴について明らかにし、その判断の特徴を6つのテーマで示している(表 8.)。福田(2008)の研究成果においても「制限が必要な患者に対応する時には、突発的なアクシデントを常に予測している」という判断のテーマが挙げられているように、看護師は安全を意識した判断を行なっている。しかし、その他のテーマに着目すると必ずしも安全に焦点化した内容ではなく、刺激の調整やストレスの軽減、信頼関係の構築等、看護師は行動制限の場面で多様な判断を行なっていることが明らかにされている。特に、看護師は行動制限を受けている患者とかかわるうえで倫理的な視点からの判断を欠かすことはないが、一方でその判断は個々の看護師の姿勢や価値観に強く依存しているものであるとしており、看護師の倫理的感受性と判断能力の向上が必要であるということについて示唆している(福田, 2008)。

表 8.行動制限の場面における看護師の臨床判断の特徴(福田,2008)

① 制限を解除していく過程で患者を不安定にさせないように、刺激調整について判断している。
② 制限が必要な患者に対応する時には、突発的なアクシデントを常に予測している。
③ 制限に対する患者のストレスを解放させるための臨床判断を行なっている。
④ 制限しない場合に患者が被る不利益や苦しみを危惧し、それを回避することを重視した臨床判断を行なう。
⑤ かかわりながら、患者との信頼関係を見極め、信頼関係の形成を重視した判断を行なう。
⑥ 意図的に観察し行動制限が解除できる可能性がどの程度あるのかを判断する。

さらに精神科保護室での看護師のケアリングを明らかにした吉田ら(2009)によると、看護師が行なうケアリングは7つの要素から構成されており(表 9.)、その7つの要素が患者の状況に応じて適時活用されていること、患者の成長を志向し

ながら、7つの要素が織りなされて提供されていると示唆している。さらに、榎戸(1998)や福田(2008)と同様に、保護室における看護師のケアリングは倫理的配慮を基盤としていること、患者の尊厳を守ることが責務であるということを経験しながら、倫理的に配慮することを追求し続けることの重要性を示している。以上から、保護室における看護ケアは、安全を守ることと同様に患者の人権を尊重するための様々な配慮や工夫が必要であり、看護師は制限が必要かどうかを常に判断しながら、患者が病気の世界から回復し、患者の健康的な力を広げられるようかかわることが重要であると考えられる。

表 9.精神科保護室の看護師のケアリングの要素 (吉田ら,2009)

①	コントロール力を補完しながら命を守る
②	病気の世界に閉じこもらせない
③	心を解きほぐす
④	尊厳を守る
⑤	治療枠を守りながらその中で患者の意思を尊重する
⑥	健康的な力を広げる
⑦	成長を追いながら次への土台を固める

3) 長期間行動制限を受けている患者への看護介入の特徴(畠山ら,2013)

医学中央雑誌 WEB 版において、過去 5 年間(2007~2011 年)に発表された「保護室」「隔離」「身体的拘束」「行動制限」に関する事例研究文献のうち、長期間にわたって行動制限を実施していた患者に関する事例研究文献 36 件のなかに記載されていた看護介入に焦点を当てて内容分析を行ったところ、長期間にわたって保護室に入室している患者への看護介入の特徴は、①看護チーム内の意思を統一する、②患者との信頼関係の形成を意識してかかわる、③視覚に訴える道具を活用する、④患者と目標や課題、症状の程度を共有する、⑤工夫をして見いだしたかかわりを用いるの 5 つに分類された。

看護チーム内の意思を統一する		
患者との信頼関係の形成を意識してかかわる	(1) 支持的・肯定的働きかけを活用する	
	(2) 患者の行動を無理に修正しようとしていない	
視覚に訴える道具を活用する	(1) 患者と情報を共有するための道具	
	(2) 状況を評価するための道具	
患者と目標や課題、症状の程度を共有する	(1) 患者と目標や課題を共有する	
	(2) 患者と症状の程度を共有する	
工夫をして見いだしたかかわりを用いる	(1) 患者の希望や興味を活かす	① 患者の希望や興味を糸口にしてかかわる ② 患者の希望していることに対応することで自発性を引き出すようにかかわる
	(2) 患者の問題行動の背景を踏まえたかかわりを提供する	① 患者の注意を背けるような工夫をする
		② 患者の問題行動を回避できるように対応する
		③ 患者の病状の変化を予測して対応する
(3) 精神科専門療法の枠組みを看護面接に応用する		

図 1.長期間にわたって保護室に入室している患者への看護介入の要素

長期間にわたって行動制限を受けていた患者への看護介入は、行動制限を緩和するために、まず的確な患者像を捉え、かかわり方を看護チームで方向付けるために①看護チーム内の意思を統一することが必要である。また、長期にわたる行動制限のために患者の自尊心は低下しており、患者と看護師との信頼関係にも歪みが生じているため、②患者との信頼関係の形成を意識してかかわることは重要である。そして、このような状況を打開するために、看護師は③視覚に訴える道具を活用する、④患者と目標や課題、症状の程度を共有するを通して、患者・看護師の協働を図り、行動制限の緩和に向けたかかわりを実践していることが示されていた。また、看護師は患者とのかかわりのなかで、適宜患者像を捉えなおし、その患者に適した方法を見いだして工夫をしてかかわっていた。このように⑤工夫をして見いだしたかかわりを用いることで、患者の自発性が引き出せたり、患者の問題行動が影を潜めたりするなど、患者への良い効果が示されていた。

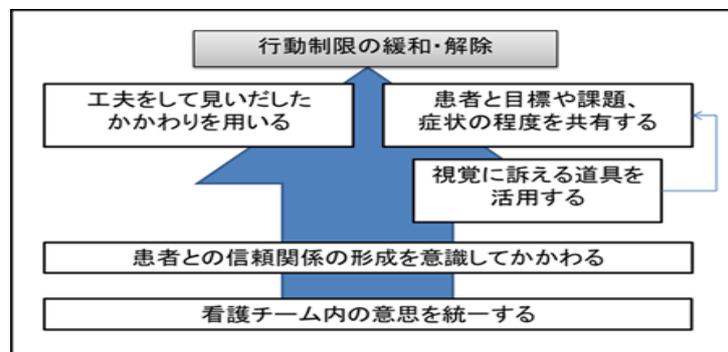


図 2.長期間にわたって保護室に入室している患者への看護介入の構造

4) 保護室の看護ケアと看護師の経験

柴田ら(1997)は、精神科保護室での看護判断を看護師の経験年数に焦点を当てて分析し、報告している。柴田ら(1997)は、予め研究対象者の経験年数を基に、

表 10.経験年数による保護室での看護師の判断の違い(柴田ら,1997)

<p>A 群看護師 新人看護師</p>	<p>① 疾患の理解が不十分で、自分で判断ができず、基準通りの業務をこなすのが精一杯である。 ② 危険防止の意識が強化されることによって、患者本来のニーズがどこにあるのか考えられない。</p>
<p>B 群看護師 看護師として2～3年の経験</p>	<p>① 恐怖感はもちながらも、知識と経験が結び付き、漠然とした不安感はなくなることで、患者を個人として捉えられるようになる。 ② 十分な自信はないために判断の際には他者の判断と比較し、看護チームの力を取り入れる。</p>
<p>C 群看護師 看護師として5年以上の経験</p>	<p>① 自分で観察し、判断することの迷いが生じなくなる。 ② 治療的環境やケアの質についても考慮するようになる。</p>

対象者を3群に分類してそれぞれの判断の特徴を示している(表10.)。この結果を踏まえ、柴田ら(1997)は精神科看護師の観察力は、経験による差が表れ、知識の

積み重ねによっても影響を受けることを示唆している。また、保護室という環境が患者に与える影響を考える際に、経験の差は判断の質的な差を生みだし、環境の捉え方そのものがケアの質にも影響を与えている。個人の看護観や学習の積み重ねの違い等経験の質に関する検討には至っていないことを研究の限界として明示しているが、本結果の示すことは P.Benner の技能習熟モデルとも共通する結果であり、看護師が専門性を身につけていくうえで「経験」というものを持っている力が大きいことを示している。

5) 保護室の看護に関する海外の動向

保護室や行動制限に関する問題は、我が国固有の問題ではなく、世界的な課題である。17世紀後半から18世紀にかけて、フィリップ・ピネルが、精神疾患患者が鎖につながれている状況を打開し、開放化運動を行ったのはあまりにも有名な話である。しかし、だからといって精神科病院に保護室がないというわけでもなく、行動制限を必要とし、それを実施している現状がある。

Alty (1997)によると、保護室においては必ずしも治療的援助関係に基づいたケアだけが提供されているわけではない。また、Happellら(2010)の調査によれば、看護師は隔離を、必要性のある介入として認識していると示唆しており、精神科医療において保護室や隔離の問題を検討することは、患者の人権を擁護し、患者にとって安全で、より治療的な cure や care を提供するうえで欠かせない。

Alty(1997)は、看護師が隔離の経験から何を学んでいるのかについてインタビュー調査を行い、①安全を保つこと、②隔離による虐待の可能性を秘めていること、③隔離を使用する際の看護師の役割葛藤、④現実世界における隔離の価値、⑤プロセスを学ぶこと、⑥意志決定の壁を乗り越えることを明らかにした。この結果によると、隔離（行動制限）は患者とスタッフの安全を保つためには必要な対処法である一方、隔離（行動制限）が治療的な介入なのかどうかについて疑問を感じており、隔離（行動制限）が患者の権利の侵害につながるという思いを抱えながら実践にあたっていることが示されていた。看護師はこのような、相反する価値や思いを抱えながら、隔離（行動制限）をするプロセスのなかで学び、意思決定の壁を乗り越えていることが示されていた。

また、隔離や身体的拘束のような行動制限を用いることの効果についてシステマティック・レビューを実施した Nelstropら(2006)によると、無作為化試験の結果では、根拠に基づいた実践というよりも他の要因によって決定づけられていることを示唆していた。そして、Happellら(2010)は、隔離（行動制限）の際にスタッフと患者の経験していることには明らかな違いがあるのにもかかわらず、看護スタッフは、たいていこの介入を支持し、かつ隔離の影響や治療的な効果についての考え方は一貫していないということを指摘したうえで、隔離を用いるときの看護師の判断の傾向を識別するために文献レビューを行った。その結果、看護師の判断の傾向には、①必要性のある介入、②隔離を用いる職場文化、③隔離に影響を及ぼすスタッフの構成と経験、④隔離に伴う患者－スタッフ間の衝突、⑤隔離に伴う倫理的熟慮、⑥隔離による対応を必要とする利用者の特性が明らかに

なった。この結果によると、隔離（行動制限）は、暴力的で療養環境を脅かすような患者から、スタッフや他の患者を保護し、安全を守るための必要な介入であること、それは隔離を用いることへの代替手段をもたない職場文化や性別や経験年数などのスタッフの構成に影響を受けており、隔離を用いることによって患者-スタッフ関係に悪い影響を及ぼす可能性があることがわかっているにもかかわらず、それを使用せざるを得ない状況であることが明らかになった。このように、世界的に見ても、行動制限を用いることに対する是非は問われ続けており、特に行動制限に対する看護師の態度、認識、判断の要素を問う研究報告は多数みられる。その一方、Huckshorn(2004)の研究報告に示されているように、行動制限を必要以上に用いないための方略も示唆されている。Huckshorn(2004)は、行動制限の適正化を図るうえで、6つの核となる方略、すなわち①組織変革のためのリーダーシップを開発すること、②実践状況を示すデータを活用すること、③スタッフの能力を開発すること、④隔離拘束を減少させるツールを活用すること、⑤入院患者の役割を明確にすること、⑥ディブリフィングの技術を身につけることを提示している。Huckshornは、患者の攻撃的な行動は彼らの人生におけるトラウマティックな経験が再現されていると捉え、ディブリフィングのなかで、患者のトラウマに介入することを提唱するとともに、暴力に遭遇したスタッフに対するトラウマもケアの対象であることを強調している。また、Needhamら(2010)は、隔離終了後のディブリフィングを実施することの必要性を言及している。

世界的に見ても、保護室やそこで実践されている治療及びケア、そして行動制限の使用の是非については重要な課題であり、その研究課題としては、看護師の態度、認識や判断の要素のように行動制限の要因を探索すること、そして、不要な行動制限を回避し、患者に治療的に働きかけるための介入方法の提唱のように実践レベルでの方略の提示とその有効性の検証が挙げられる。根拠に基づいた実践の構築が叫ばれている昨今、今後もこのような傾向は、続いていくものと推察される。

3.本研究への示唆

保護室における看護ケアについては、保護室での看護援助の内容、働きかけのあり方、そして、安全だけではなく患者の人権についても配慮した支援が求められていることが示されている。近年の研究の特徴からは、事例研究を中心としたケアの検討から実態調査型の研究に至るまで幅広い。その中でも、行動制限の最小化に関する研究、看護ケアの判断、ケアリングは精神科保護室の看護研究の中心的課題であると考えられる。しかし、精神科看護師の経験に着目した研究報告は、現在のところ経験による判断の違い(柴田ら,1997)が明らかになっているだけである。実践報告形式の事例研究の報告数が多いことは、第1に保護室でかかわりをもつ患者の状態像が複雑であり、看護師がどのようにかかわりをもつのかという点において困難さを抱えていること、第2にそういった困難さを知的体系的に整理された研究報告がまだまだ少ないことが影響していると推察される。加えて、看護師個々の経験が患者とのかかわりに影響するという事は示唆されてい

るが、保護室での看護ケアの経験そのものを探求するという側面からアプローチした研究はほとんど明らかになってない。経験は、人間にとって誰もが有するものであるが、その個人差は大きく、一様ではない。しかし、日常生活上経験が解き明かすことの多さは誰もが体験していることである。このような観点から、本研究の「精神科看護師の保護室での看護ケアの経験」に焦点を当てることは、個人個人では到達し得ない可能性のある知に触れる可能性を秘めており、気づきのプロセスを丹念に検討することは、実践的専門職として成長し続ける看護職にとって有用な研究課題であると考えた。

II. 看護師のアイデンティティに関する先行研究

本研究は、保護室での看護経験が精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程においてどのような意味をもっているのかを明らかにする研究である。以下では、これまでの看護師のアイデンティティ形成過程に関する先行研究での概要を提示し、本研究への示唆を得ることとする。

1. 文献検討の概要

看護師のアイデンティティ形成過程に関する研究は、主に「職業アイデンティティ」という概念のなかで取り組まれてきた。代表的なものとしては、看護師の職業アイデンティティに関する中範囲理論の構築に関する研究(グレッグ美鈴, 2002)や看護師の職業的アイデンティティ尺度の開発に関する研究(佐々木他, 2006)が挙げられる。

表 11. 職業アイデンティティの概念

著者	内容
竹内久美子 (2008)	職業アイデンティティは、Erikson の心理社会的発達理論を基盤とし、個人の職業における意識や感覚を表すものである。
下方友子ら (2004)	職業的アイデンティティの概念とは、エリクソンのアイデンティティの概念と照らし合わせた場合、「職業への自己への位置づけ」を表し、一人ひとりの看護職者としてのあり方や考え方、すなわち職業的アイデンティティは、患者とのかかわり方や援助行動といった日常的な看護に影響している。
川島珠実ら (2010)	看護師の職業アイデンティティとは、「看護」や「看護師という職業」にどのようにかかわっていくかといった職業への傾倒の様子。
佐々木真紀 ら (2006)	職業的アイデンティティとは、個人のアイデンティティの形成の一側面であり、それは職業の集団のもつ規範や価値体験との相互作用の中で自覚される主観的な感覚である。

職業アイデンティティの概念は、Erikson の心理社会的発達理論を基盤としており、「職業への自己への位置づけ(下方ら,2004)」や「個人の職業における意識や感覚を表すもの(竹内,2008)」として定義されている(表 11)。下方ら(2004)は、職業アイデンティティは患者とのかかわり方や援助行動といった日常的な看

護に影響しているとしており、このような観点に基づいた研究は複数報告されている。看護師は人の生・老・病・死のプロセスに生活者の視点からかかわる対人援助職であり、看護の対象となる人の多くは、病に伴う困難と向き合う人である。そのため、看護の基礎教育では、看護学を学問として探求するということと並行して、職業人としてのあり方についても、講義や演習、実習を通して培われる。看護師になるということは、必然的に専門職としての自己の確立も含んでおり、小手先だけの技術の習得では終わらない、技術を用いる人間としてのあり方について熟慮するプロセスをも必要としている。

近年、職業アイデンティティに関する研究が注目されているその背景には、新人看護師の早期離職の問題、中堅看護師の多様なキャリア開発、看護師としての職業継続に関する問題など様々な要因が挙げられる。職業アイデンティティに関する文献研究を行なった関根ら(2006)によると、職業アイデンティティは、看護師のストレス耐性や職務継続意志、自己教育力、自己評価に影響することが示されている(表 12)。特に、経験年数との関連については、看護職としての職業アイデンティティを高めていく際に、自己像を修正しながら、新たな自己像を構築していること(奥山,2007)や単に年数だけではなく経験の内容そのものが影響している(池田ら,2008)としている。このような研究の背景には、看護職としての職業アイデンティティの高さが、ケアの専門性を追求し、患者への質の高いケアを提供することに影響するという前提に基づいており、専門性の発揮とアイデンティティの形成との関係には重要な示唆が含まれているものと考えられる。ただし、これまでの研究成果では、本研究の「保護室での看護ケアの経験」のように、固有のケア場面の状況に限定して、その人のアイデンティティの形成過程にどのような意味をもっているのかという観点から取り込まれている研究はほとんどなく、アイデンティティの形成と経験との関連について言及にするには、十分な知見が得られていない状況であることも事実である。

表 12.職業アイデンティティの高い人の特性(関根ら,2006)

①	ストレス耐性が高い
②	職位が高い
③	職場環境が良好
④	配偶者がいる
⑤	経験年数が長い
⑥	自己教育力が高い
⑦	自己評価(満足度)の高い

2.精神科看護師のアイデンティティに関する研究

国内では、精神科看護師のアイデンティティに関する研究はまだ希少であり、竹淵ら(2013)は、ある県に勤務している精神科看護師の職業アイデンティティに関する実態を、関根ら(2013)は、精神科看護師と児童思春期精神科病棟の看護師との比較を実施している。これらの研究はいずれも佐々木ら(2006)の開発し

た職業アイデンティティ尺度（PISN）を用いたものであり、アイデンティティ形成のプロセスを扱ったものではない。

国外では、John Hurley ら(2009)が専門家としての役割を明確にすることで精神科看護師のアイデンティティを明らかにしようと試み、John Hurley ら(2011)は、精神科看護師としてのアイデンティティ形成に至る過程について明らかにしている。John Hurley ら(2009)によると、精神科看護師の専門的な役割については、①総括的な専門家、②サービス利用者の視点を取り入れること、③自己自身を活用すること、④サービス利用者と共に時を過ごすこと、⑤用途の広い会話を中心としたセラピーを提供すること、⑥日常的な感覚をもっていること、⑦患者の思いを伝えるスキルをもっていることの7つを挙げていた。精神科医療は多様な職種で患者の治療やケアを担っており、精神科看護師はそれぞれの職種のもつ専門性と交わりながら、患者の身体ケアや生活支援を行っている。その際、利用者中心の視点を大切にし、ケア場面で自己を活用したり、CBTのようなセラピーを行ったりする。また、看護師はサービス利用者とも最も長い時間かかわる専門職であり、看護師自身がもっている日常的な感覚が患者と交わる際に活かされること、そして患者の代弁者として彼らの思いを伝える役割を担っていることが示されていた。

また、John Hurley ら(2011)は、精神科看護師としてのアイデンティティ形成に至る過程について、(1)アイデンティティはサービス利用者と共に職務を基盤とした経験を直接的にもしくは自分のことのように経験することを通じて形成されること、(2)アイデンティティは職場以外での教育やトレーニングを通じて形成されること、(3)アイデンティティは職務上の新たな資格や役割を引き受けることを通じて形成されること、(4)キャリア経験を積み上げていく際の出口に形成されることという4つのテーマを挙げていた。多くの精神科看護師は、職務上の経験を通してアイデンティティの形成に至るが、その一方で職場以外での教育の機会や新たな資格を取得したり、新たな役割を担ったりすることでアイデンティティの形成に至っていた。そして、キャリアを積み重ね、次のステージに移行する際に、自らの実践を振り返ることも、アイデンティティの形成に影響を及ぼしていることが示されていた。

3. 看護師にとっての配置転換・ゆらぎの経験

新人看護師の職業アイデンティティの形成過程に及ぼす影響因子については、リアリティショックや反面教師、要となる人物との不和などの「阻害要因」と安心できる同期の存在、役割モデルの存在、要となる人物との良好な関係、新しい看護の価値の発見といった「強化要因」について明らかにしている(川島ら, 2010)。加えて、川島らは生と死の反芻に伴う「ゆらぎ」についても挙げており、中村ら(2003)同様に看護師にとって「ゆらぎ」という経験はアイデンティティの形成に影響を与えていることが示されている。

また、渡辺ら(2007)や中村(2010)は、看護師の配置転換に関する経験に焦点を当てた研究を報告している。いずれの報告においても、配置転換は看護師の職業

アイデンティティの発達を促す重要なプロセスであることが明らかになっている。中村(2010)は、一般病院で勤務する中堅看護師の配置転換に焦点を当てており、中堅看護師は配置転換の際に6つのプロセスを経て適応していくことを明らかにしている(表13)。このなかで、中村(2010)は、以前には見えなかったことが見えるようになる、以前にはできなかったことができるようになっていく自分に気づくような、脱皮とも言えるよう成長をイメージした経験のことを「一皮むけた経験」としたうえで、配置転換の際に、配置転換を希望したかどうかということよりも配置転換という節目にどのように向きあうのかということが重要であると示唆している。ここでいう節目では、看護師は肯定的な感情だけではなく、新たな職場に異動するために生じる不安や葛藤といったネガティブな感情も体験しており、一人ひとりの看護師が自身の体験していることに意味付けを行ないながら、そこに価値を見いだしていくことが必要となってくる。

表 13.配置転換における中堅看護師の経験(中村,2010)

① 再出発に向けての気持ちの整理
② 配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢
③ 成長の実感
④ 役割認識
⑤ 自分らしいキャリア発達の座標軸の発見
⑥ 看護職継続の意思

なお、精神科病棟に配置転換になった看護師の体験に焦点を当てた渡辺ら(2007)の研究においても同様のことが提示されている。看護師にとって、揺らぎを伴うような困難な体験は、危機への直面化という専門職としての岐路に立つことだけではなく、その困難と向き合い乗り越えることによって、看護師としての成長を実感し、気づきや自信を獲得していくのように、「看護師としての自己の確立」の機会であると考えられる。

4.本研究への示唆

専門職としての自己を確立していく際には、単に臨床の現場で働き続けるだけではなく、困難な場面や状況に直面したときに、それとどう向き合い、乗り越えていったのかということが影響する。本研究で焦点化する「保護室でのケアの経験」は、著しく状態の悪化した患者に寄り添い、ケアし続ける看護師が、自身の体験と向き合い、そのなかに意味を見いだしていくプロセスを表す。そこでは、様々な感情体験とともに、看護師として直面した困難への向き合い方についても提示されるであろう。特に、これまでの研究成果においては、特定の看護場面や看護体験に焦点化した報告は見られていない。本研究での成果は、それそのものの結果を提示するだけではなく、既存の研究結果も踏まえながら、丹念に検討していくことによって、精神科のみならず看護実践の体験が看護師としてのアイデンティティ形成にどのような影響を与えているのかという示唆を得る意義を有しているものと考えた。

Ⅲ. 精神科看護師の経験、実践的知識に関する文献検討

看護がひとつの学問分野として立ってから、その歴史はまだ浅い。日本においても看護の大学教育がスタートしたのは第2次世界大戦後のことであり、まだ100年にも満たない。看護系大学院における博士課程教育が開始となってから20年余りであり、今はまさに看護が単なる実践ではなく、学問としての立場を確立していく途上にあると言えるであろう。博士課程教育開始当時に、10校にも満たなかった看護系大学が200校以上へと急激に増加していることも、社会が看護に対して期待していることの大きさを表していると言える。

看護の研究は、医学研究と同様、論理実証主義に基づく研究が盛んに行われてきた。その一つには、根拠に基づいた実践、精度の高い技術の提供、看護という立場からの理論構築と推進など、患者に直結する実践の質の向上、およびその質を担保することが急務であった。また、日本の看護教育は伝統的に医学教育がその礎となっていたことも影響していると言えるであろう。しかし、近年ではこのような観点に加えて、看護師がもっている実践的な知識や気づき、経験のもつ意味のように、いわば看護実践の基盤となるような知の探究の重要性について叫ばれており、ここでは精神科看護師の経験や実践的知識についてどのような研究が行われてきたのか概観することにした。

1. 文献検討の概要

看護師の実践的知識や経験に関する代表的な著作として知られている『初心者から熟達者へ(Benner,1984)』では、Dreyfusモデルを応用し、看護師の実践能力がどのように獲得されていくのかについて明確化した。初心者から達人へとステップアップしていく際に、それぞれのステップに特徴的な現象が含まれていることを明確化したことは興味深い。看護師は一つひとつの臨床状況のなかに、状況の理解、実践の意図、実践の結果の理解、内省というプロセスを繰り返しながら成長していくことを示している。そして、このようなプロセスを通して臨床状況を理解し、範例として用いながら、絶えず現在の臨床状況と比較検討していくことを Benner は「経験」として定義づけており、単に実践に携わっていることとは区別して用いている。

Benner の研究は、多くの看護学の研究者に影響を与えた。我が国においても、看護師の経験や実践的知識に関する研究に少なからず影響を与えている。医学中央雑誌による文献検索の結果、「精神科看護師」と「経験」に関する文献数は約100編程度にのぼる。クリニカルジャッジメントに関する研究(畦地,1999)のように臨床判断の構造を読み解くものや、リフレクションのプロセス(堀井,2011)のように看護師が内省を深化していくときの構造を明らかにしたもの、倫理的葛藤状況における看護師の対処行動(田中ら,2010)のように看護師が特定の状況下においてとる対処行動について明らかにしたもの、口述生活史をもとに看護師としての職業的軌跡を明らかにしたもの(河津,1998)など多岐にわたる。このように経験や実践的知識を明らかにすることは、精神科看護を探求し、精神科看護の専門性を確立していくうえで重要な課題であり、臨床看護実践を豊かにするために必要

なプロセスであると言える。

我が国においては、Nakayama(1996)が精神科病院の看護師の実践的知識の構造について明らかにした。Nakayama(1996)によると、①日常的な実践のなかに埋め込まれている臨床判断は経験を積んだ看護師の卓越した能力(患者を知り、患者のおかれた状況をつかむ)を基盤としている、②臨床判断は看護師の経験に基づいた直感的な洞察力を含む臨床的な英知である、③患者-看護師関係における臨床判断は、その関係における親密さや隔たりにとても影響を受けるものである、④臨床判断は状況依存的であり、集団の合意や看護師のケアプランが一致するように押し進めるように力が働くときには、集団の合意は個々の看護師の判断の発展を阻害するようにはたらくということを明らかにしている。このうち、①と②については看護師の経験、③については患者との関係、④については看護師の集団力動が臨床判断に影響していると言える。加えて、Nakayamaは、「臨床判断はプロセスを考えることではなく、状況をつかみ、行為のなかでとらえることから成り立つ実践である」と示唆した。畦地ら(1999)も、精神科看護師の臨床判断には「経験の蓄え」が、患者とのかかわりのなかから「手がかり」をみだし、患者の状況を「読み」こみ、「働きかけの選択」をする際に相互に影響し合っていることを示しており、看護師の臨床判断は、経験を基盤としながら状況を読み解いていく行為そのものであることが伺われる。また、嶋田(2011)は精神科看護師の実践知について報告していた。嶋田によると患者の変化に看護師の準備性が重なる瞬間に精神科看護師の実践知が生成されるという。これは、Nakayama(1996)や畦地ら(1999)の研究結果と合致するものである。

また、堀井(2011)は、精神科看護師の看護実践に伴うリフレクションのプロセスを明らかにした。堀井によると看護師は「気がかりを覚える」と「気がかりを確かめる」、「状況の解釈を試み仮説を立てる」、「関わりを吟味し試みる」、「関わりながら観察し評価する」、「状況を再解釈する」の順に、時として重なり合い、行きつ戻りつしながら状況に取り組んでおり、さらに「自分と向き合う」ことで、リフレクションを深化させているという。自己を創造するという経験の本質のなかには、そのプロセスのなかで内省を深化することが求められる。堀井の明示していることは、内省を深化していく過程であり、これらは一般的なリフレクションの5つの要素(「自己への気づき」、「表現」、「批判的分析」、「統合」、「評価」と合致していると言及した。この結果は、本研究においても、精神科看護師が経験について語る際に、協力者の内部で起こりうるプロセスであるということが予想された。

2.本研究への示唆

精神科看護師の実践的知識やクリニカルジャッジメントに関する研究において示されていることは、患者の状況をどのように読み込むのかということが看護行為の選択につながっており、その際に、看護師の経験や臨床状況が影響しているということである。特に、精神科看護においては、患者へのケアを判断する際に、スタッフ間での相互作用が影響することも少なくない。その意味において、保護

室での看護ケアの経験には、単に患者とのかかわりだけではなく、スタッフとのやりとりも含めた臨床状況に対する身の置き方やかかわりも提示される可能性があると言える。また、経験を語り、経験を組織化するというプロセスには、必然的にリフレクションのプロセスが含まれることも加味しなければならない。

経験の意味を探求するという事は、自己にかかわるすべてのこと、自己と世界の関係性に焦点を当てることである。いわば、複雑な文脈のなかで起こっていることの意味を丹念に汲みとることが必要なのである。

IV. 研究方法論の検討

現代の看護学は、看護実践の方法の開発を実証主義的アプローチから構築していくやり方と解釈的アプローチから探求していくやり方とが交錯しており、それぞれの研究的スタンスの違いがよりはっきりしてきていると言っても過言ではない。

米国では、1980年以降 P. Benner が解釈的アプローチを用いて、看護の本質に迫る研究を報告している。特に、著書『The Primacy of Caring (Benner & Wrubel, 1989)』においては、M. Heidegger の存在論と M. Merleau-Ponty の身体論に依拠した人間の気づかいと対処のあり様について、看護の観点から論じている。

研究の背景でも述べたように、精神科看護師のケア経験の意味を解き明かすことは、精神科看護の本質に迫ることに他ならない。それゆえに、経験の意味を解き明かすためのアプローチ方法については十分に検討する必要がある。Benner (1984)は、このことについて、参加観察やインタビュー、ナラティブといったデータ収集方法を駆使して、解釈的にアプローチすることを提唱している。実際に、「初心者から熟達者へ」では、一人ひとりの看護師のナラティブを、解釈的アプローチを用いて明らかにした。Benner は、この研究のみならず、その後の論文においてもナラティブと解釈的現象学を組み合わせた方法論を用いており、今やその方法論的スタンスは、「P. Benner の解釈的現象学(1994)」という一つの方法論として認識されている。

ここでは、経験を探求する方法として広範に適用されてきたナラティブ・アプローチやライフヒストリー研究について概観した後、解釈学的研究方法の適用について検討し、本研究への示唆を得ることとした。

1. ナラティブ・アプローチとライフヒストリー研究の概要

ナラティブとは、「語り」または「物語」と訳され、「語る」という行為と「語られたもの」という行為の産物の両方を同時に含意する用語である(野口,2009; 山田,2007)。ナラティブ・アプローチは、ナラティブという形式を手がかりにして何らかの現実接近していく方法であり、研究方法の1つのアプローチである(野口,2009)。

ナラティブは実践としてのナラティブ・アプローチと研究としてのナラティブ・アプローチの2方向から発展してきた。実践としてのナラティブ・アプローチは社会構成主義の影響を受け、主に家族療法の領域で発展してきた。事実、ナ

ラティヴ・アプローチは研究方法としてよりも実践的アプローチとしての側面の方が強いという指摘もある(野口,2009)。実践的アプローチとして用いられるナラティヴ・アプローチは、語り手と聞き手の相互作用を通じて、物語が生成されることにより、新たな自己を獲得していくプロセスのことをさす。通常、物語の語り手が語ることは、ドミナント・ストーリーというタイプのものである。ドミナント・ストーリーとはある状況を支配している物語であり、疑いを寄せ付けないことでドミナントであり続けるが、一旦疑われてしまえば、それはドミナントではなくなり、その代わりにあらわれるのは、オルタナティヴ・ストーリーである。このストーリーの転換に焦点を当ててアプローチすることが治療的実践的アプローチとして用いられるナラティヴ・アプローチである。一方、研究として用いられるナラティヴ・アプローチは、「ナラティヴを経験についての語り」としたうえで、他者の経験を理解し、共有するプロセスをさしている。例えば、病のナラティヴは病気や苦悩、痛みを表現したものであり、健康専門職者はそのような状況と人を理解するために患者の病の経験から知識を得ようとする。また、ナラティヴ・アプローチは看護の知識を開発し、ケアを改善したり、クライアントの経験を理解したりするうえでも有用である。

ナラティヴに関する多くの研究者は「ナラティヴ」と「ストーリーテリング」を区別して用いており、ナラティヴは個人の経験の説明として、ストーリーテリングを他の人によって再度話されたものとして用いていることがある(Holloway&Wheeler, 2002)。例えば、ナラティヴと近似しているライフヒストリーの研究分野では、小林(1995)が以下のように述べている。

インタビューで語られた話は、ライフヒストリーと等しいものではない。インタビューでの話は、あくまで口頭で語られた話である。研究者は、インタビューでの話をライフヒストリーとして用いるとき、かならずなんらかの「編集」あるいは「構成」という作業を行っている(小林,1995)。

小林(1995)はライフヒストリーを構成することは、「個人的な時間」をとらえ、そこを貫く様々な意義を解釈しようとする行為であるとし、ライフストーリーをライフヒストリーに転換していく際のプロセスについて詳細に記述し、説明した。そもそも、ナラティヴ・アプローチはナラティヴという形式を手がかりにして何らかの現実接近していく方法である。また、ライフヒストリー研究は、個人のパースペクティヴ、すなわち価値観、状況規定、社会過程の知識、体験をとおして獲得したルールなどにアクセスする方法である。したがって、「物語」を通してこの目的を達成するためには、物語のもつ特性に配慮しながら、テキストを再構成していくプロセスを必要とする。特に、後述する物語の「時間」については、テキストの意味を解釈し、再構成していくときの鍵となるため、解釈者の「時間」についての捉え方は、結果の妥当性も含めて問われるものである。

ライフヒストリーにおいてもナラティヴにおいても重要な要素として「インタビューによる語りの聞き取り」というプロセスがあげられる。一般的に、研究者

はこのインタビューの語りをテキスト化したものをライフストーリーやナラティブとして扱う。この時点では、語られたことは語られたときの時間に固定されており、語り手と聞き手の間に流れていた時間やそこでの相互作用が浮き彫りになる。しかし、テキストに埋もれている一つひとつの意味やその構造については、明示できる段階ではない。

また、ナラティブやライフヒストリーと呼ばれるものは、いくつものストーリーが重なり合って構成されるものである。それは年代順に連なっているものもあれば、全体として構成された筋はあるが年代順ではないものもある。したがって、ナラティブやライフヒストリーは単純で直線的なものではない。特に、人々はナラティブを通して自分の経験を時間に関係づけるだけでなく、経験を組織化し、それらに意味づけするため、ナラティブは多様な方法によってその人が認知している現実にも迫ることを可能にする(Holloway&Wheeler,2002)。

また、野口(2009)によるとナラティブは、「時間性⁹」、「意味性¹⁰」、「社会性¹¹」の3点を我々に伝えると述べており、野口(2009)はこのことについて以下のように説明している。

われわれは、時間の秩序のなかでの生活を余儀なくされており、その時間の秩序に整合するように我々の経験を組織化する必要がある。ナラティブはわれわれに時間の流れを意識させ了解させる道具であり、われわれにとって意味あるものとそうでないものを識別させる道具として役に立つこともあるのである(野口,2009)。

野口が示している「時間」は語られた出来事の時間的な順序を意味している。つまり、物理的な時間に近い概念である。語られたことの多くは、何らかの出来事を伴うものであり、出来事には時間が密接にかかわっている。出来事をその時間的な順序に並べることで、はじめから終りの一貫性は保たれるであろう。しかし、経験を組織化するというプロセスにおいては、必ずしも出来事のつながりと

⁹ **時間性**：ナラティブという形式は出来事の時間的順序を伝える。われわれは、出来事の連鎖を語りながら、ある連鎖には因果関係をみい出し、ある連鎖にはそれがないことを見なすことで、それぞれのナラティブを構成する(野口,2009)。

¹⁰ **意味性**：ナラティブはプロットを得ることで意味を伝える。ただし、何を意味としてとらえるかは、聞き手の側の想定や聞き手がおかれた文脈によって異なる。そもそも何を『意外』に感じるかは、聞き手が持っている知識によって異なる。ナラティブが伝える意味は一義的には確定できず、聞き手によって異なる意味を伝える可能性をつねに含んでいる(野口,2009)。

¹¹ **社会性**：ナラティブは通常、具体的な誰かに向かって語られる。聞き手が誰であるかによって語り方は異なる。聞き手にとって意味があるように語るには、聞き手の関心や知識を前提に語り方を変える必要がある。したがって、聞き手として誰が想定されているかはナラティブの重要な要素である(野口,2009)。

物理的な時間的順序が一致しているとは限らない。看護師の経験について考えてみると、出来事の時間的順序として「A」「B」「C」の順のように順序づけることはあるかもしれないが、テキストの意味解釈のプロセスでは、この時間的順序が「C」「A」「B」や「C」「B」「A」の順序になる可能性も秘めているからである。つまり、ある出来事に遭遇したことによって、先に経験した出来事が想起され、経験の一部として組織化されていることもあり得るのである。この点については、サトウ(2007)や小林(1995)が興味深いことを示唆している。

サトウ(2007)は、インタビューを用いた研究の特徴として、「過去」については経験や時間経緯を、「未来」については展望を、「現在」の語りによってデータとして得ることであると規定したうえで、インタビューの時間には3つの様相¹²があるとしている。また、小林(1995)はライフヒストリーを構成していく際に最も重要な軸として「時間」を挙げており、その理由を以下のように説明している。

インタビューで語り手が表現する「人生」、そしてライフヒストリーとして聞き手／研究者が解釈し、構成する「人生」、これらの「人生」をとらえるうえで、最も重要な軸になるのが「時間」である。インタビューとライフヒストリーを考えると、語られた話を「人生」の物語として構成できるのは、「人生」に特有の時間性がみいだされるからである。「人生」は誕生に始まり、死で終わる。たとえだれの「人生」であっても、この有限な時間的な範囲を基本的な前提としている。人生の変化はもとに戻らないものであり、生まれ、育ち、老い、死ぬという人生のプロセスは、人生が不可逆的で、元に戻せない過程であり、その意味で繰り返しのない時間であることを意味している(小林,1995)。

ここまで、ナラティブ・アプローチやライフヒストリー研究について概観してきた。ここまでの論点から端的に言えることは、「物語」を解釈する際に、研究者自身の思考のスタンスが問われるということである。つまり、物語を「誰」の観点から解釈し、再構成するのにかによって、物語に焦点を当てる「時間」は異なるからである。本研究は、精神科看護師の保護室でのケア経験を、インタビューを通して「物語」としてテキスト化し、アイデンティティ形成過程においてどのような意味をもっているのかについて明らかにすることをその目的とした。インタビューにおいて語り手が語ることは、複数の保護室ケア（出来事）とその出来事がどのように連鎖し、語り手の自己をつくりあげているのかについての語り手が意味解釈したことである。研究者であり、インタビューにおいて聞き手となる「私」に求められることは、語り手が意味づけている世界をありのまま丸ごと理解し、

¹² インタビューの時間の様相：インタビューには、①その人の人生自体に流れていた時間、②それ（その人の人生自体に流れていた時間）を再構成して語ったときの語られた出来事に流れている時間、③語っている時間の3つの時間的様相があるとしている(サトウ,2007)。

説明することである。この視点に立つならば、自然と小林の言う「個人的な時間」に着目することが必要であると考え。次に、「時間」の概念に配慮しながら「物語」を解釈する手立てについて、解釈学的方法の観点から検討してみることにする。

Heidegger も示唆しているように、人間とは死へと向かう存在である。それゆえに、時間は人間存在に共通している概念である。何年何月何日何時何分のように物理的に特定できる時間があれば、「昭和の～」のようにある一つの時代を表すような時間、義務教育の終了や定年退職のようにある特定の状況をさす時間など、幅広い概念ではあるが、人間は共通の時間をもっている。しかし、その人個人でなければ知り得ない時間の概念もまた存在する。例えば、看護師として成長していくプロセスは特徴的である。新人のときに出会ったある特定の状況における患者へのケアの経験は、その後のケア経験を通して多くの実践的知識を身につけ、成長していく様相を示す一方、そのときには理解し得なかったことが、ある特定の状況に直面したときに、重要な意味を帯びていることに気がつくという成長の様相が表れてくることもあり得る。このような時間の諸相について、小林(1995)は、表 14 のように示している。そのうえで、ライフヒストリーは、5つの時間が設定されて組織化されたものであるとし、ライフヒストリーは、語り手に固有の「個人的な時間」が理解可能になるように構成されたものであると結論づけている。

表 14.インタビューに流れている時間(小林,1995)

時間の様相	時間の様相が示している内容
クロノジカルな時間	編年体で表現できる時間であり、物理的に等間隔で刻まれている時間である。
ライフサイクル的な時間	誕生や結婚などは、人間がライフサイクルを歩むうえで、通過する出来事を表す時間。
歴史的な時間	戦争や不景気などの社会史的出来事をさしている。
現在という時間	語られた「人生」が基盤としている時間である。過去の経験を語る時の想起の起点となり、口頭で語られた「人生」全体が依拠する時間である。
個人的な時間	「語り手だけがもつ固有の時間」である。ライフヒストリーのなかに見られる個人にとってなにかの「意義」で貫かれた「時間の流れ」、つまり話題が表象する時間をさす。個人的な時間は、話題の内容とその語られ方を手がかりとして捉えられるものである。

2. 解釈学的方法によるアプローチ

解釈学的方法は、Heidegger の存在論に依拠した「存在」の意味を探求する方法である。解釈的立場の前提として、Bowers (1993) は以下のように提示している。

単一の現実はない。すなわち、現実^レは知覚^レに基づき、各人によって違い、時とともに変化する。私たちが知ることは、与えられた状況、文脈の中でしか意味を持たない(Bowers,1993)。

この立場を前提にすると、同じ状況下で共にケアに携わった二人が異なった認識をしていることは何ら不思議なことではない。また、中山(1993)は自身が解釈学的方法による研究方法論を選択する際の理由の一つに、幻覚を例にとりながら説明をしている。幻覚と呼ばれるものは、他の人には見えない何かが見えてしまうという現象を意味するものである。要するに大多数の人に見えないものが見えている場合には幻覚と呼ばれ、知覚の誤りとして捉えられるものである。しかし、当事者本人には実際に見えているものであり、周囲のものがそのことをどのように取り扱うのかということに問いを発しているのである。その際に、その人の見ている世界を大切にするというスタンスに立つのであれば、Heideggerの解釈学的現象学によるモノの見方を適用するというものである。

解釈学的方法を研究手法として適用する際には、Heideggerの「世界-内-存在」を前提としたパースペクティヴが必要である。人間は、時間性という規定を受けて、世界のうちにありつつ、事物または他の現存在に対して意味を形成しながら、かつ自己了解的に存在するものである。つまり、「時間性」という規定を受けた「気づかい」としての人間存在のあり方に基づき、人間の経験を理解するには、人がどのような「意味連関」の世界を作り上げているのかということを探求することが課題となるからである。人間は基本的に諸事物が自分にとって意味をもつこととなるような解釈的存在である。それゆえに、人間の経験を理解するには、その人の了解によって、世界がどう開示されているのかについての研究者の解釈を必要としているのである。そして、このパースペクティヴでは、絶対者からの観点は排除されることとなり、「或るものの意味を或るものが或るものとしてそこから理解される」こととなる。前項においても提示したように、本研究で研究者である「私」に求められることは、語り手が意味づけている世界をありのまま丸ごと理解し、説明することである。この目的を達成するためには、必然的に解釈学的方法を研究者である「私」のパースペクティヴとして規定することが求められるのである。

3.P.Ricœurの解釈学的現象学と物語的自己同一性

1) 解釈学的現象学

P. Ricœurは、解釈学的現象学を論じる際に、Heideggerの『存在と時間』を基盤としながら論じている。ハイデガーの独創性については、「気づかい」そのもののうちに、未来、現在、過去という時間の多元化の原則を探し求めることと提示しており、特に、Heideggerの「現存在」の分析、すなわち実存論的分析論を反証しながら、独自の解釈学的現象学を展開している(Ricœur,1985)。

Ricœur(1985)によると、現象学が直接に見るのだとすれば、解釈学的現象学は隠蔽されていることを見ることから理解することによって歩み寄ろうとするこ

とである。これは、われわれという存在の意味に先取られ、この意味を発掘することに、言い換えると、忘却と隠蔽から意味を解放することに専心する「開示する解釈」を行なうことをさしている。そのうえで、解釈学的現象学においてわれわれが探求するのは「気づかい」の意味であるとしている。それは見ることの問題ではなく、理解と解釈の問題であるとし、以下のように示している (Ricœur,1985)。

厳密に言えば、「意味」とは存在の理解という第一義的な企投の基盤を意味する。意味は第一義的企投の基盤を意味するのであり、その企投から、あるものがその当のものとして、その可能性において理解され得るのである (Ricœur,1985)。

現存在は「気づかい」の中で、そのもっとも固有な可能性にしたがって、自分自身に到来することをめざすことである。「自己を自己へと到来させること」は何かへの到来という根源的な現象である。先駆性は現存在を本来的に到来的たらしめるものであり、しかも現存在が存在しつつあるものとして、つねに既に自己へ到来している。言い換えると、その存在において到来的であるかぎりにおいてのみそうなのである (Ricœur,1985)。既在は到来によって呼びよせられ、ある意味では、到来の中に含まれているように見えるものである。しかし、現存在は到来的であることによって、本来的に既在しつつ存在している。このような観点から、Ricœur (1985)は現在とは、「本来性が最も覆い隠されている時間性の様相」だとしている。それゆえに、時間性については「既在しつつ現在化する到来としての統一的現象」として定義し、それを時熟として捉えている。

2) 物語的自己同一性

Ricœur (1985)が目指したことは、時間と物語との関係性を明らかにすることである。Ricœur (1983)の問いは、「時間は物語の様式で分節されるのに応じて人間的時間になるということ、そして物語は時間的存在の条件となるときに、その完全な意味に到達する」ということである。

固有名詞の不変性を支えるものは何か。こうしてその名で指名される行為主体を、誕生から死まで伸びている生涯にわたってずっと同一人物であると思なすのを正当化するものは何か。その答えは物語的でしかあり得ない。「だれ？」という問いに答えることは、人生物語を物語ることである。物語は行為のだれを語る。〈だれ〉の自己同一性はそれゆえ、それ自体物語自己同一性に他ならない。語りの助けなしには、実際のところ、個人の自己同一性の問題は、解決なき撞着に陥る運命にある (Ricœur,1985)。

物語には、初めから結末までの間にいくつもの筋立てがあり、結末は物語が全体を形成するものとして認められるような視点を提供する。その際、筋立ては目

的や原因，偶然などの統合を図り，多様でばらばらな出来事を結びつけ，時間的世界を描き出す。このような Ricœur の視点を，浅野(2001)は「物語られる様々な出来事は，最終的に結末から振り返って見たときに納得のいく形で全体を形成する」ものとし，出来事を事後の視点から構造化していく視方として提示している。人が物語ることから人間的な時間となること，すなわち物語に即した時間性の再構成に至る過程で，Ricœur の解釈学的方法の特徴である弁証法が展開される。すなわち，これは「全体から部分へ」と「部分から全体へ」というプロセス，「理解する」ということと理解したことを「説明する」というプロセスを通して解釈し，物語の意味を探求することである。過去の出来事が語り手によって説得的に物語られるためには，物語に即した時間性の再構成が必要となる。この再構成がうまくいったときに，物語られる時間は人間的な時間となる。それは物語を通して，人間が自己理解に達するときであり，こうして得られた自己のことを『物語的自己同一性』としている(Ricœur,1985)。

先の物語を後の物語によって際限なく訂正すること，またその結果としての一連の再形象化から生じる，個人または民族の物語的自己同一性によって定義される。物語的自己同一性は，解釈学的循環の詩的解決なのである(Ricœur,1985)。

また，人間の存在は自己解釈的な存在である。物語は，語りなおされることによって自己を変容し続けていくプロセスである。それは，「経験とは自己を創造するものである」という森有正(1977)のことばのように，一つひとつの経験を物語ることで，自己を理解し，意味づけることを繰り返していく存在であると言える。しかし，一方で『物語的自己同一性』についてはその限界も明示されている。Ricœur(1985)によると，以下の2点に集約される。

- (1) 『物語自己同一性』は，安定した，首尾一貫した同一性ではない。同じ偶然的な出来事についていくつかの筋を創作することが可能なように，自分の人生についてもいろいろ違った，あまつさえ対立する筋を織りあげることがも可能なのである。
- (2) 『物語自己同一性』は，主体が単独の個人であれ，個人の集まった共同体であれ，主体の自己性の問題を汲みつくすことはないことである。むしろ読解行為のわれわれの分析は，物語の実践は，われわれが自分にとって異質の世界に住みつように自分を鍛えるための思考実験にある。

これらは，物語的自己同一性の大きな特徴であり，解釈学的方法による理解と説明のあり方全般への示唆をも含んでいる。(1)については，歴史が物語として様々に語りなおされてきたように，物語る時間によって語り手の理解していることには相違があることを示している。個人の歴史的出来事は固定されていたとしても，それが個人のなかでどのように意味づけられていくのかは，語り手のその

ときの理解が反映されるものである。物語には、このような側面があるということをも自明にしておくこと、すなわち「なぜそれが語られたのか」ということについて考慮することが求められるのである。また、(2)については、聞き手となり解釈者となる者の解釈的なスタンスは、物語の理解と説明という行為に際して影響を及ぼすものであり、そこには厳密な基準、評価が求められているということである。Ricœur(1985)によれば、解釈者の役割は語り手の物語の理解と説明を通して、語り手の世界観を読者におしつけること、すなわち説得することである。しかし、解釈者も語り手や読者と同様に自己の世界に存在する者であり、解釈すること、すなわち理解し、説明するという行為を通して、解釈者の世界を押しつけてはならないのである。

物語的自己同一性を構成することは、それ自体分かちがたく現象学的時間であり宇宙論的時間であるような時間の再形象化において、歴史と物語の交叉する働きを実によく例証してくれる(Ricœur,1985)。

Ricœurにとって、解釈学的現象学は物語のなかに人間的な時間を発見し、『物語的自己同一性』を見いだすこと、その意味を理解し、説明する方法論であると言えるであろう。

4.本研究への示唆

本研究で探求することは、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程において、保護室でのケア経験がどのような意味をもっているのかについて明らかにする研究である。この文献検討では、経験の意味を探求するうえで、ナラティブ・アプローチやライフヒストリー、解釈学的研究方法の適用を検討してきた。ナラティブ・アプローチやライフヒストリーといった「物語」を解釈し分析する手法は、経験を組織化し、その意味を探求するうえで有用であることが示唆された。ただし、物語の解釈をする際には語り手の「個人的な時間」をとらえることが求められる。そのためには、物語に流れている時間をとらえること、すなわち物語を「誰」の観点から解釈し、再構成するののかというスタンスが重要になってくる。

このスタンスのあり方について、解釈学的現象学は、まず「語り手が意味づけている世界をありのまま丸ごと理解し、説明すること」という身の置き方について提示する。さらに Ricœur (1985)は、「現象学が直接に見るのだとすれば、解釈学的現象学は隠蔽されていることを見ることから理解することによって歩み寄ろうとすることである」と示している。解釈学的現象学のスタンスから人間の経験を理解するためには、人がどのような「意味連関」の世界を作り上げているのかということを探求することが課題となる。したがって、本研究において、精神科看護師の経験の意味を探求すること、すなわち経験を理解することは、個々の精神科看護師の世界を丸ごと理解し、説明することであると言えるであろう。特に、本研究はアイデンティティ形成過程における経験の意味を探求することが課題で

あり、Ricœur の『物語的自己同一性』の観点は、その限界も含めて、多くの示唆を含んでいる。

以上から、本研究における方法論として、P.Ricœur の解釈学的現象学を哲学的基盤としてナラティブ・アプローチを実践することは、本研究の目的を達成するうえで有用であると考えた。

第3章 研究の方法と対象

I. 研究デザイン

1. 研究デザインのタイプ

研究デザインは、P.Ricœurの解釈学的現象学を哲学的基盤としたナラティブ・アプローチによる質的帰納的研究を用いた。

2. 本研究デザインを採択した理由

本研究の目的は、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室での看護ケア経験のもつ意味を明らかにすることである。精神科病棟の保護室に入室している患者は、自我機能が脅かされており、内的な侵入感を伴うような幻覚・妄想や強い不安、恐怖に苛まれている状態である。したがって、保護室での看護ケアは、このような状態にある患者を手厚く保護し、患者の安全と安心を守りながら、患者の生活機能の回復をささえることを目指す。また、保護室では、精神科看護の専門性がもっとも凝縮した形で看護ケアが実践される場所である。しかし、既存の研究結果でも明らかなように、保護室での看護ケアは経験による影響を受ける(柴田,1997)ことが示唆されている。これまでに明らかになっていることは、保護室でのケアリングの特徴(吉田,2009)や臨床判断(福田,2006)、倫理的判断(榎戸,1998)などが示されている一方、保護室でのケア経験が精神科看護師としてのアイデンティティを確立していく際にどのように影響しているのか、すなわち精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室での看護ケア経験のもつ意味については、明確には示されていない。このような観点に基づいた研究は、精神科看護の本質に迫る研究であり、臨床の場においても教育の場においても有用な研究である。

また、本研究は人間の経験のもつ意味を探求することであり、実証主義的なアプローチでは到達し得ない。経験のもつ意味を明らかにすることについては、多くの哲学者が示唆しているように、解釈的アプローチによる研究が有用である。ここでいう、解釈的アプローチとは、解釈学的研究方法も含む質的研究全般のことである。

本研究では、精神科看護師のアイデンティティ形成過程に着目しており、経験とアイデンティティ形成のプロセスとの関係を検討することである。必然的に精神科看護師として歩んできた個人の経験に焦点を当て、その人がどのように自己を理解しているのかという視点に着目する必要がある。個人の経験を組織化し、個人のパースペクティブにアクセスする解釈的アプローチとしては、ナラティブ・アプローチやライフヒストリー法のように、物語の解釈を基盤とする方法を用いることが有用である。ただし、語り手やその物語に対する研究者(解釈者)の研究的態度は、研究結果そのものに大きな影響を及ぼす可能性があることを考慮しなければならない。このことについては、小林(1995)がライフヒストリー法のメタ分析を通して明示しており、インタビューにおける5つの時間軸について示している。個人の経験についてインタビューを通して接近するためには、イン

レビューのなかに流れている時間をどの観点からつかむのかということについて一貫性を保持しなければならない。そのため、本研究では、研究者（解釈者）の研究的態度を解釈学的方法に拠ることとした。

Bowers (1993) が示している解釈的立場の前提は、①単一の現実はない。すなわち、現実には知覚に基づき、各人によって違い、時とともに変化する、②私たちが知ることは、与えられた状況、文脈の中でしか意味を持たないとしている。このような解釈的立場の前提に立つことにより、解釈学的現象学の目標である、語り手が意味づけている世界をありのまま丸ごと理解し、説明することは達成することができる。

解釈学的現象学のスタンスから人間の経験を理解するためには、人がどのような「意味連関」の世界を作り上げているのかということを探求することが課題となる。それは、「気づかい」の意味を探求することであり、Ricœur (1985)は以下のように示している。

- 厳密に言えば、「意味」とは存在の理解という第一義的な企投の基盤を意味する。
- 意味は第一義的な企投の基盤を意味するのであり、その企投から、あるものがその当のものとして、その可能性において理解され得るのである。

Ricœur (1985)は、現象学が直接に見るのだとすれば、解釈学的現象学は隠蔽されていることを見ることから理解することによって歩み寄ろうとすることであると示している。その前提には、Ricœur (1985)の現在とは、本来性が最も覆い隠されている時間性の様相だという時間性に対する考え方が基盤にある。このような観点から Ricœur (1985)は、時間性については既在しつつ現在化する到来としての統一的現象として定義し、それを時熟として捉えている。Ricœur (1985)にとって解釈学的現象学とは、物語のなかに人間的な時間を発見し、『物語的自己同一性』を見いだすこと、その意味を理解し、説明する方法論である。人間的な時間とは、物語に即した時間性の再構成によって過去の出来事を語り手が説得的に物語ること、すなわち物語ることによって自己を理解し説明できるようになることである。こうして得られた自己のことを Ricœur (1985)は『物語的自己同一性』としている。

本研究で、P. Ricœur の解釈学的現象学を基盤とする理由は、Ricœur の解釈学的現象学のスタンスが本研究の問いと深いつながりを有しているからである。すなわち、人が物語り、自己を理解し、経験の意味を説明することは、本研究の問いを明らかにする有用な方法論であると考えたからである。以上の観点から、本研究では、P. Ricœur の解釈学的現象学を哲学的基盤としたナラティブ・アプローチによる質的帰納的研究デザインを採択することにした。

II. 研究の実施期間

本研究の実施期間は、平成 23 年 10 月 29 日～平成 26 年 3 月 31 日とした。

なお、研究協力施設（X 病院）に至っては、研究協力施設における倫理審査の受審を求められたため、研究協力施設（X 病院）における倫理審査申請を行い、本学(承認番号：2333)および研究協力施設双方の倫理審査の承認を得てから研究を開始した。

Ⅲ. データの収集方法

1. データ収集開始までの手続き

1) 研究協力施設の選定

(1) 本研究の研究協力施設の選定基準は、精神科救急医療施設に参画し、地域の基幹病院として機能している、精神保健福祉法第 19 条の指定入院施設であり、大都市と中核都市から 1 つずつを選択することにし、以下の精神科病院を研究協力施設とした。

- ① X 病院（大都市）
- ② Y 病院（中核都市）

(2) 研究者は、倫理委員会で承認の得られた同意説明文書（資料 1～資料 3）を研究協力施設の施設長（以下「研究協力施設長」という）に渡し、文書（資料 1）を用いて十分な説明を行ない、研究協力施設長の自由意志による承諾を文書（資料 2）で取得した。前述したように、研究協力施設（X 病院）については、X 病院における研究倫理審査を受審し、承認を得た。

2) 研究協力者の選定

研究協力者のうち、(1)選択基準をすべて満たし、(2)除外基準のいずれにも該当しない場合を適格とした。

(1) 研究協力者：研究協力者は、研究協力施設に勤務する精神科看護師を対象とした。

① 選択基準

- a. 同意取得時に精神科における看護経験年数が満 5 年以上である者。
- b. 同意取得時に保護室をもつ精神科病棟での看護経験年数が満 3 年以上である者。
- c. 所属施設の看護部門責任者からの推薦が得られた者。
- d. 研究実施担当者の直接のアクセスが許可された者。
- e. 本研究の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解のうえ、対象者本人の自由意志による文書での同意が得られた者。

② 除外基準

- a. 一人当たり 1～2 回の実施を予定している、インタビュー調査に協力できない者。
- b. インタビュー調査の際に IC レコーダーに録音することについて許可の得られない者。
- c. その他、研究責任者が研究協力者として不相当と判断した者。

③ 代諾者による同意について想定しない理由：研究協力者の選択基準とし

て、精神科における看護経験年数が満 5 年以上である者を必須条件としており、必然的に研究協力者は成人であり、十分な同意能力を有していると考えられるため、本研究では、代諾者による同意については想定しなかった。

- (2) 研究協力者数：本研究の研究協力者数は 15 名とした。Kuzel(1999)は、複数の研究者の示唆を踏まえて、質的研究のサンプルサイズについて、等質であるならば 6~8 人、異質であるならば 12~20 人くらいが妥当であると示している。本研究の実施期間も含む研究デザインの特徴を考慮した結果、本研究では対象者数を 15 名とすることが妥当であると考えた。

2. データ収集の実際

1) データ収集方法の概要

- (1) インタビューガイド(資料 7)を用いて半構成的インタビューを実施した。
- (2) インタビューは、1 人つき 1~2 回実施し、1 回の時間は 60 分程度とした。
- (3) 2 回目のインタビューを実施する際には、1 回目の面接から 4 週間以内を目途に実施した。
- (4) インタビューでは、保護室での看護ケアの経験を通して、看護師として大切にしていることやそのきっかけとなるようなエピソードについて自由に語っていただいた。
- (5) インタビューの内容は、研究協力者の許可を得て IC レコーダーに録音した。
- (6) インタビュー中の研究協力者の表情、姿勢、態度の変化などをインタビューノートに記録した。

2) 具体的なデータ収集方法の手順

データ収集は、以下の手順に基づいて実施した。

- (1) データ収集の実施場所：研究協力施設もしくは本学会議室、研究実施担当者が所属する施設の研究室や会議室等、プライバシーの保つことのできる静かな個室を利用した。研究協力施設の使用にあたっては、事前に承諾を得た。
- (2) インタビューの実施手順
 - ① 研究者は、研究協力者に対して、説明同意文書(資料 4~資料 6)の内容の確認と説明を行った。
 - ② 研究の協力について同意が得られた場合は、同意書(資料 5)へサインしていただいた。
 - ③ 同意書(資料 5)へのサインを確認後、IC レコーダー、インタビューノートを準備した。
 - ④ インタビューガイドを用いて、60 分程度のインタビューを実施した。
 - ⑤ 説明同意文書(資料 4~資料 6)のうち、同意の撤回および研究終了後の対応について再度説明を行ない、インタビューを終了した。
- (3) 不足情報について確認するための 2 回目のインタビューの実施について

- ① 逐語録作成後，どうしても意味のとれない個所や不足情報を補う必要性がある場合に限り，2回目のインタビューを実施した。
- ② その際，新たなエピソードの収集等は原則として行なわなかった。

IV. データ分析方法

1. データ分析および解釈の方法の概要

データの分析および解釈は，P. Ricœur の「時間と物語Ⅲ(Ricœur,1985)」に基づきながら解釈学的方法により行った。

Ricœurにとって，解釈学的現象学とは物語のなかに人間的な時間を発見し、『物語的自己同一性』を見いだすこと，その意味を理解し，説明する方法論である。人間的な時間とは，物語に即した時間性の再構成によって過去の出来事を語り手が説得的に物語ること，すなわち物語ることによって自己を理解し説明できるようになることである。こうして得られた自己のことを Ricœur は『物語的自己同一性』と言及している。Ricœur の観点は，出来事を事後の視点から構造化していく視方である。人が物語ることから人間的な時間となること，すなわち物語に即した時間性の再構成に至る過程で，Ricœur の解釈学的方法の特徴である弁証法が展開される。すなわち，これは「全体から部分へ」と「部分から全体へ」というプロセス，「理解する」ということと理解したことを「説明する」というプロセスを通して解釈し，物語の意味を探求することである。

2. データ分析と解釈の手順

データの分析と解釈は，以下の手順に基づいて実施した。

1) 各研究協力者のテキスト（逐語録）の作成

- (1) ICレコーダーに記録されたインタビューの逐語録を作成した。
- (2) (1)で作成した逐語録に，インタビューノートに記載した表情や姿勢，態度の変化などインタビュー時の状況ができる限り再現できるように丁寧に記述を加えていった。
- (3) 地方特有のことばや独特の言い回し（方言など）は，文意が損なわない程度に修正を行った。この3つの段階を通して，研究者はインタビューの内容をテキストへと変換した。

2) 各研究協力者の物語の作成

- (1) テキストを繰り返し熟読し，語り手の出来事や関心事などをエピソードの形で抜き出した。
 - (2) (1)で抜き出したエピソードを歴史的時間に沿って並び替え，再びテキストに戻って，それらがどのような意味のつながりをもっているのか，繰り返し吟味して解釈のアウトラインを作成した。
 - (3) (2)で作成した解釈のアウトラインに沿って，(1)で抜き出したエピソードを用いて，一人ひとりの研究協力者の物語を作成した。
- ① 物語を作成するにあたっては，可能な限り研究協力者自身の言葉を用い

るようにし、研究協力者自身の言葉を「」でくくり、ゴシック体で記述することで、研究者の解釈と混同しないよう留意した。

- ② 抜き出したエピソードを解釈のアウトラインに沿って説明する際に、その意味内容を示す名前として、サブテーマを命名した。サブテーマの現象が大きい場合には、さらにその下位のテーマを命名した。
- ③ 最終的に、物語を作成した段階で、物語の示す内容を主テーマとして命名した。

3) 保護室での看護ケアの経験が精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程に与える意味についての検討

15名の物語を熟読し、共通性と相違性の観点から比較検討を行った。すなわち、各研究協力者に共通する概念を検討し、保護室のケア経験を通して精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程における本質的な経験を明らかにした。

4) パラダイムケースを用いた研究結果の説明

3)で明らかになった本質的な経験を最も表している研究協力者を3名選び、その3名をパラダイムケースとして示し、研究協力者の物語を語り直した。

3. データ分析および解釈方法の信頼性・妥当性

データ分析および解釈方法の信頼性と妥当性を得るために、以下のポイントに沿って、研究の質の担保を確保した。

- 1) 研究者が分析し解釈した結果（物語）については、研究協力者に内容の妥当性について確認を行った。
- 2) 研究者の解釈学的スタンスを保持するために、データの分析と解釈のプロセスにおいて、解釈学的手法に精通した指導教授のスーパービジョンを定期的に受けた。

V. 倫理的配慮

本研究のすべての担当者は、「ヘルシンキ宣言（2008年10月修正）」および「臨床研究に関する倫理指針（平成20年7月31日改正，以下臨床研究倫理指針）」を遵守して実施した。

研究実施に係るデータ等を取扱う際は、研究協力者の個人情報とは無関係の番号を付して管理し、研究協力者の秘密保護に十分配慮した。研究の結果を公表する際は、研究協力者を特定できる情報を含めないようにした。また、研究の目的以外に、研究で得られた研究協力者のデータ等を使用しないこととした。

1. 匿名性の保持および侵害回避

本研究は、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味を明らかにするものである。そのため、過去の体験の振り返り、場合によっては、失意の体験等について語られる可能性がある。また、研究協力

者自身の発言内容等によっては、他者から不利益を生じる可能性がある。したがって、研究協力者にとって不快かつ不利益が生じないように努力することとした。具体的には、下記に留意して、研究の実施、公表を行った。

- 1) 個人ならびに施設が特定されないよう、細心の注意を払うために、二重連結可能匿名化の技法を用いた。なぜならば、本研究では、分析と解釈の途上で個人を識別する必要があること、結果の妥当性の確認を得るために研究協力者自身に、研究結果の確認を求めるからである。
 - (1) 研究協力者は、「A.B.C…」などアルファベット表記とした。
 - (2) インタビューに登場する患者等の登場人物の匿名性を保持し、個人が特定されないよう配慮する。その際、研究協力者と同様に「A.B.C…」などアルファベット表記とし、登場人物と研究協力者を識別するために「A1.A2.A3. …」のように数字を伏して識別した。
 - (3) 登場人物に関するデータは、研究の特性上意味を損なわない程度に加工し、あくまでも登場人物が特定できない範囲でデータを扱うことにした。
 - (4) 「二重連結可能匿名化」を実施した際、それを記載した外部記憶装置等は、研究責任者である「本学看護学研究科：田中美恵子教授」の研究室にて、鍵付保管庫管理を用いて管理した。
- 2) 研究のデータとして使用する IC レコーダーおよび逐語録、インタビューノート等については、研究終了後 5 年後には完全に廃棄処分(録音については消去)とする。データの保管については、研究担当者以外がデータにアクセスできないように鍵のかかる保管庫で管理した。
- 3) 研究のデータを扱うパーソナルコンピューター等については、専用のもを使用し、インターネットを通して外部との接触ができないように設定した。なお、研究データは、外部記憶装置に保存し、コンピューター内には保存しなかった。
- 4) 研究結果の公表については、説明同意文書(資料 1～資料 6)にて事前に説明を行った。本研究の結果については、東京女子医科大学大学院看護学研究科の博士論文としてだけでなく、学会等においても公表する可能性があることを明記した。
- 5) 研究協力者の健康被害に対する補償については、健康な成人を対象とした質的研究であり、データの収集に伴う、侵襲性は低いと考えられる。そのため、本研究に伴う研究協力者への健康被害は発生しないと考えられるため、補償は準備しなかった。
- 6) 本研究は、研究分担者である畠山卓也の受託研究費(文部科学省科学研究費、研究代表者：畠山卓也、研究種目：平成 23 年度研究活動スタート支援、課題番号：23890192)で実施した。そのため、研究協力者の費用負担は発生しなかった。
- 7) 記録の保存について：研究責任者は、研究等の実施に係わる重要な文書(申請書類の控え、学長および病院長からの通知文書、各種申請書・報告書の控、同意書、その他データの信頼性を保証するのに必要な書類または記録等)を、研究の中止または終了後 5 年が経過した日までの間保存し、その後は個人情報に

注意して廃棄することとした。

2. 研究協力施設に対するインフォームドコンセントの実施と自由意志に基づく研究への協力

- 1) 研究協力施設に対しては、研究実施担当者が研究実施計画書(倫理委員会審査用)および説明同意文書(資料 1～資料 6)、インタビューガイド(資料 7)を直接持参し、当該施設の施設長に説明を行った。
- 2) 研究実施担当者は、研究協力施設の施設長へ説明を実施した後、承諾書(資料 2)へのサインをもって、承諾を確認した。
- 3) その際、承諾の撤回の自由についても説明を行ない、承諾撤回書(資料 3)の使い方についても十分に説明を行ない、理解を得た。
- 4) 研究協力施設 (X 病院) より、施設内の倫理委員会の審査を受審することを求められたため、研究協力施設の所定の書式に応じて書類を作成し、倫理委員会の承認を得てから研究を開始した。
- 5) 研究担当者は、研究協力施設長の承諾に影響を及ぼす情報が得られたときや、研究協力施設長の承諾に影響を及ぼすような実施計画等の変更が行われるときは、速やかに研究協力施設長に情報提供し、研究に参加するか否かについて研究協力施設長の意志を予め確認するとともに、事前に倫理委員会の承認を得て同意説明文書等の改訂を行い、研究協力施設長の再承諾を得ることとした。
- 6) 同意説明文書には、以下の内容を含めた。
 - (1) 研究の目的について。
 - (2) 研究の方法について。
 - (3) 予想される利益と起こりえる不利益について。
 - (4) 施設長にご協力いただきたい内容について。
 - (5) 研究成果の公表・開示方法について。
 - (6) 本研究の倫理的配慮について。

3. 研究協力者に対するインフォームドコンセントの実施と自由意志に基づく研究への参加

- 1) 研究担当者は、倫理委員会で承認の得られた同意説明文書 (資料 4～資料 6) を研究協力者に渡し、文書 (資料 4) および口頭による十分な説明を行った。
- 2) 研究担当者は、研究協力者への説明を実施した後、研究参加の自由意志による同意を文書(資料 5)へのサインをもって確認した。その際、同意の撤回の自由についても説明を行ない、同意撤回書(資料 6)の使い方についても十分に説明を行ない、理解を得た。
- 3) 研究担当者は、研究協力者の同意に影響を及ぼす情報が得られたときや、研究協力者の同意に影響を及ぼすような実施計画等の変更が行われるときは、速やかに研究協力者に情報提供し、研究に参加するか否かについて研究協力者の意志を予め確認するとともに、事前に倫理委員会の承認を得て同意説明

文書等の改訂を行い，研究協力者の再同意を得ることにした。

- 4) 本研究では，研究協力者の選択基準として，精神科における看護経験年数が満 5 年以上である者を必須条件としており，必然的に研究協力者は成人であるため，代諾者による同意については想定しなかった。
- 5) 同意説明文書には，以下の内容を含めた。
 - (1) 研究への参加は任意であること，同意しなくても不利益を受けないこと，同意は撤回できること。
 - (2) 研究の意義（背景），目的，対象，方法，実施期間，予定研究協力者数。
 - (3) 研究に参加することにより期待される利益，起こりえる不利益。
 - (4) 個人情報を含めた試料等の取扱い，保存期間と廃棄方法，研究方法等の閲覧。
 - (5) 研究成果の発表および特許が発生した場合の取扱い。
 - (6) 研究に係る研究協力者の費用負担，研究資金源と利益相反。
 - (7) 研究の組織体制，研究に関する問い合わせ，苦情等の相談窓口（連絡先）。
 - (8) 研究協力者に健康被害が発生した場合の対応と補償の有無。

4. 倫理性の保障

- 1) 東京女子医科大学倫理委員会の審査を受け，倫理的観点からの妥当性が審査され，承認を得た(資料 8，承認番号：2333)。
- 2) 研究協力施設（X 病院）から研究倫理審査の受審を求められたため，速やかに倫理審査受審の手続きを行った。研究の開始は，本学倫理委員会および研究協力施設の倫理委員会の，双方の審査にて承認を得た後，開始した。
- 3) 本研究において，利益相反に関する事項はない。

第4章 結 果

本章では、研究の結果を3部に分けて提示する。

第Ⅰ部では研究協力者の特徴について説明し、第Ⅱ部では各研究協力者の保護室におけるケア経験に関する物語を示した。第Ⅲ部では、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験のもつ意味について示した。

I. 研究協力者の特徴

1. 基本的属性

本研究の研究協力者は男性8名、女性7名の計15名であった。なお、年齢構成は、30代10名、40代4名、50代1名であった。

1) 研究協力者の教育背景について：研究協力者の教育背景は、看護系大学を卒業した者3名、看護系大学院を修了した者2名、専門学校を卒業した者10名であった。

2) 研究協力者の職位について：研究協力者の職位は、看護師長3名、副師長6名、専門看護師(CNS)1名、スタッフナース5名であった。

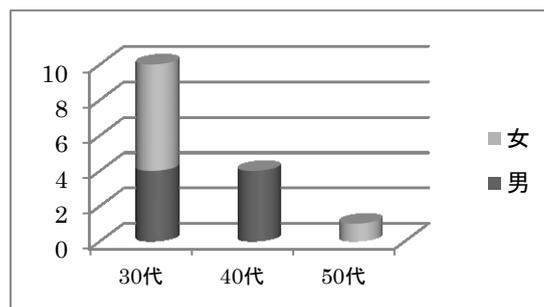


図3. 研究協力者の基本的属性（性別と年齢）

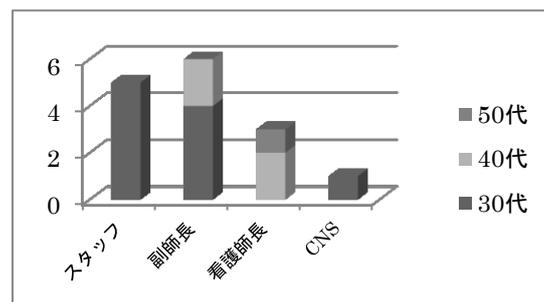


図4. 研究協力者の基本的属性（職位と年齢）

3) 研究協力者の看護経験

研究協力者の看護経験年数は、平均16.5年（R=9-32年）であった。また、精神科病棟での看護経験年数は、平均14.3年（R=7-25年）であった。さらに保護室のある精神科病棟での看護経験年数に着目すると、平均11.8年（R=5-25年）であった。

2. 研究協力者の所属している施設の特徴

研究協力者が所属している精神科病院は X 病院(単科精神科病院)と Y 病院(同一法人内に一般病院をもつ単科精神科病院)だった。2 つの病院は所在地の精神科救急医療を担っており、急性期系の病棟だけではなく、慢性期病棟や老人病棟など複数の病床機能を有していた。

3. インタビューの実施状況

各研究協力者に対し半構成的インタビューを 1 回実施した。インタビューにかかった時間は平均 78 分 (R=66-99 分) であった。

II. 各研究協力者の保護室におけるケア経験に関する物語

第 II 部では、保護室でのケアの経験が各研究協力者の精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程にどのような意味をもたらしているのかについて、その物語を提示する。物語とその解釈の記述にあたっては、以下のルールにしたがって行なった。

- 研究協力者が語った生データ：「」（ゴシック体）
- 研究協力者の患者とのかかわりのなかで患者が発した言葉や患者とのやりとりで研究協力者が発した言葉：『』
- 研究協力者の物語の主テーマ：二重下線
- 研究協力者の物語のサブテーマ：下線

表 15. 研究協力者の主テーマ（一覧）

研究協力者	主テーマ
A	患者の具合が悪いときこそ綿密にかかわる
B	患者と心を通わせながら、患者の思いを汲んでケアできるようになる
C	患者の苦痛・恐怖・怒りに向き合い、先を見通して働きかける
D	患者と仲間がつながるように働きかける
E	患者との信頼関係を大切にしながら、患者と共に歩む
F	患者と共に考え、患者の回復を手助けする
G	患者のサインをキャッチし、患者の安全を守る
H	患者との関係性を大切にしておかかわる
I	患者の苦痛を緩和し、先の見通しが持てるように働きかける
J	患者の安全を保護し、患者の思いを汲みとりながらかかわる
K	患者との信頼関係づくりを大切にしておかかわる
L	患者の傍にいて、患者の思いに添う
M	患者のためにベストを尽くし、自分の役割を果たす
N	患者の思いや気持ちを大切にしながらかかわる
O	いつものその人に戻れるよう諦めずにかかわる

1.Aさんの物語とその解釈

Aさん(30代・男性)は、看護短期大学を卒業後、大学病院の整形外科病棟で3年間勤務した。その後、Aさんは看護大学へと編入し、非常勤の夜勤要員として精神科病院で勤務するようになった。看護大学を卒業したAさんは、精神看護に興味を持ち、そのまま看護大学院に進学して学び続けた。大学院修了後、Aさんは急性期の精神科看護に携わってみたいという気持ちから、X病院に就職した。以降10年間AさんはX病院で勤務しており、インタビュー時、Aさんは看護師長(CNS)として教育的な役割を果たしていた。

1) Aさんの物語；患者の具合が悪いときこそ綿密にかかわる

(1)表面的な会話ではなく、関与することの大切さを学ぶ

Aさんは短期大学で看護を学んだ後、整形外科病棟で看護師として働き始めた。Aさんはここで患者とかかわりをもつことの醍醐味をつかみとっていた。

Aさんはその病棟で勤務する初めての男性看護師だった。看護師になって2年目に、病棟には脊髄損傷の同年代の女性(A1さん)が入院していた。A1さんは「いよいよ自己導尿をマスターして、自立を目指していくという段階」にありながらも、なかなか自分ではできずにいた。男性であるAさんはA1さんが導尿する際の直接的なやりとりにかかわることはなかった。ナースコールがあってもAさんは「自分では対応できない」ことで、「女性スタッフに対して幾分の引け目を感じ」ていたと語っていたように、Aさんにとってこの状況は自ら直接かかわることのできない状況だった。しかし、Aさんはそのような状況の中でも、「自分にできることは何かを模索し」ていた。そして、AさんはA1さんとスタッフの間で起こっていることを客観的に見るようにしていた。スタッフは「A1さんが自己導尿を受け入れるのを待つ」ということと、一方で「早くやってもらいたい」という気持ちの狭間で揺れていることにAさんは気がついた。スタッフは「受け入れるのを待つ」という姿勢でかかわっていたため、Aさんからみるとスタッフが待つという姿勢を保持しながら、「直接的に自分でするように仕向けるのはA1さんに嫌なニュアンスが伝わる」のではないかとAさんは思ったという。そうだとしたら、Aさんが「直接的にA1さんに自分でやってみるように仕向ける」役割をとることが自然だと考えた。

そんなことを考えながら勤務していたある準夜勤で、A1さんはAさんにポロっと弱音を吐いた。Aさんはそれを「かかわりのチャンス」だと受け止め、A1さんを叱咤激励した。自分の引き受けた役割を遂行するといっても、Aさんがチャンスを見極めてA1さんに働きかけることは、勇気のいることであっただろう。しかもこの日のA1さんは「自分で導尿をしたわけではなかった」ため、Aさんは自分が働きかけたことがA1さんにとって良かったのかどうか、そのときにはわからなかった。

しかし、Aさんが一歩踏み出してかかわったことは、A1さんの行動の変容へと結びついていった。Aさんが夜勤の休み明けで出てきたときには、「A1さんは自分で導尿をするようになっていた」のである。そして、そのときのかかわりのこ

とを「A1さんは『あのときのひとことがうれしかった』」とAさんに打ち明けたという。「短大の授業等で脊髄損傷を抱えながら生活する当事者として講演したりするA1さんの前向きな姿を目の当たりにした」Aさんは「表面的な会話とかじゃなくて関与することが大事なんだ」という確信を得た。これは、まさにかかわりの手応えを通して得た気づきであり、A1さんの回復を手助けし、A1さんの自己実現や希望をささえることへとつながっていった。Aさんは「このときの経験がベースにあるから、看護師としての自分が揺れ動くようなことがあったとしても、きちんとかかわるっていう思いを持ち続けられる」と語っているように、この経験はAさんの看護師としての自覚や自信を獲得する機会として意味づけられていた。Aさんにとって綿密にかかわることを大切にしようと思う原点は、この経験を基盤にして始まった。

(2) おかしいと思ってもアクションを起こせない

整形外科病棟で勤務していたAさんは、その後、看護を大学で学び直そうと決心し、看護大学に編入学した。そして、それと同時に民間の精神科病院で夜勤のパートとして勤務をし始めた。

最初に勤務した病院の保護室は、「古い昔ながら」の保護室で、「トイレは外から丸見え」であり、患者のプライバシーも十分に保たれない「檻」のようなところだった。保護室は看護「ステーションからちょっと離れて」おり、看護師も「行きにくいところ」にあった。しかもそこは「保護室エリア」として分かれているため、そこに入るためには「鍵を開けてエリアに入るっていう、気軽になかなかいけるところ」ではなかった。Aさんの目には保護室の患者に「他のスタッフもまめにかかわるといふわけじゃなくて、逆にかかわらない」感じとして映り、Aさんはそのような状況に対して「びっくりした」という。しかし、Aさん自身も「夜勤で自分もかかわろうと思ってもかかわれないし、実際に患者さん自身もよくわからないし」という戸惑いもあり、「うーんと思いつつも何もできないまま」時間だけが過ぎ去ってしまっていた。そして、このときに保護室の患者が封じ込められている現状で何もできなかった苦い経験は、その後Aさんが急性期の精神科看護に携わるきっかけになった。

Aさんは、看護大学を卒業した後、看護大学院で精神看護学を学んだ。そして、大学院で学ぶ傍ら、精神科病院では夜勤パートとして働き続けていた。大学院修了時には、精神科をやるなら急性期で働いてみたいという思いが強くなり、X病院の急性期病棟に再就職した。入職した当時の急性期病棟は、日々措置入院¹³の患者が搬送されてくるところだった。ここでは措置入院の患者は入院したときに

¹³ 措置入院: 精神保健福祉法第29条に基づく精神障害者の精神科病院への入院形態の一つ。都道府県知事は、精神障害者が医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。都道府県知事がその者を入院させるには、その指定する二人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

興奮状態を呈していなくても、一旦身体的拘束をして対応するということが当たり前のよう实施方式されており、Aさんはこの状況を「意味がわからなかった」が、それでも「何だろう...と思いながらもその状況に合わせるしかなく自分なりに(患者と)色々かかわったりしていた」というように、決してこの状況に納得しているわけではないが、この状況を受け入れながら自分にできることを模索して患者とかかわりをもつようにしていた。この時期は患者と「あんまりかかわれないで終わっちゃった」ことも多く、「拘束になっちゃうとか、安易に隔離になっちゃっているとか、多分もうちょっと自分が、自分というのも変だけど、もうちょっとかかわれたんじゃないかな」と思っていたように、Aさんは自分でも納得のいくような対応を患者にできずにいた。

(3) 思った通りにやってみてもよいと思えるようになる

Aさんは「結構割と状況に、現状を受け入れていくなかで、そのなかで何ができるかっていうふうに考えていくタイプ」だという。そのため、急性期病棟で働くまでのAさんは「枠があつたら、じゃあその枠のなかで最善を考えるんだけど、枠がおかしいんだから...と考えるという発想はなかった」という。そのため、急性期病棟が「そんな暴れない人を拘束するっていう流れの中で」、同期のZさんが「それはおかしいんじゃないっていうふうに言って」いるのを目の当たりにして、自分の思ったことを「言っているんだ」と驚かされたという。Aさんのなかでは「新人っていうのはそういうもん(病棟の決まりごとのなかでできること)でみたいな枠」があり、Zさんが自分の思ったことを主張する姿は「自分がやりたいって思うことを言っているんだ...っていう、当たり前っちゃ当たり前なんだけど、まだ来たばかりで...みたいなときに、やりたい看護をやれる、やりたい看護があればやればいいんじゃない」と背中を後押しされるような感じを受けたという。

(4) 衝撃的な出来事を乗り越えて、患者に密に係わることの大切さを確信する

急性期病棟に勤務して3年目のある日、Aさんは同年代の男性患者(A2さん)のことが気になってかかわっていた。A2さんは亜昏迷状態¹⁴のためにほとんど言葉を発することができず、混乱していた。そのため、A2さんは保護室に入室して常時身体拘束をしていた。Aさんから見たA2さんは、「すごく困っている感(じ)が出て」おり、「本当に混乱状態みたいな人」だった。A2さんは「こっちに対して怒っているということ伝えるわけでもなく、何もせずに引きこもるわけでもなく、何か色々伝えたいことがあるんだけど、伝えられないっていうような、会話もほとんどできない」状態だった。Aさんには「表情とか動きとか何かこう伝えるものはあったんだけど、怖がっているな...というのはわかったので、そこは

¹⁴ 亜昏迷状態：昏迷とは、意識障害ではないが、自発的な身体的・精神的表出を欠いた状態をいう。無言、明瞭な言語反応が欠如し、無動・無表情であり、時に不自然な姿勢であるとしてもその姿勢を保ち続け、自分の意志で元に戻そうとしない状態をいう。そのため、意識や記憶は保たれている。亜昏迷という場合は、完全な昏迷状態にまでは陥っていないが、それに近い状態を指しており、不完全な昏迷状態を総称して亜昏迷状態という。

もうちょっと関係を作ったら話ができるんじゃないか、落ち着くんじゃないか」と思えたため、A2さんを気にかけてかかわるようになった。そして、Aさんは「当たり前なんですけど」と前置きしながら、A2さんとのやりとりについて「『困っていることはない?』とか、こまめな感じ」で訪室するようにしていた。また「ずっと付き添う」まではできなくても、「できる範囲で付き添う」ようにし、A2さんに自分を「気にかけている人がいる」ことについて知ってもらえるように、そして「安心感を持ってもらえる」ように働きかけていた。

このような状態が2週間くらい続いたある日の日勤で、主治医はA2さんの「状態がまだちょっと不安定」だったが、身体拘束の期間が長引いていたこともあり、どれくらいA2さんは回復してきているのかを判断するために「ちょっと拘束を外して」様子を見ようAさんらに指示した。AさんもA2さんがまだまとまりにかけていることは承知していたが、主治医の指示通りに拘束を外した。そしてAさんがA2さんに、家族が面会に来たことを知らせようと訪室したときに、保護室のなかにいるA2さんは「うろうろと落ち着きなく歩いて」いて、保護室のなかには「椅子が倒れ」ていた。咄嗟にAさんはA2さんの「様子がおかしい」と思った。AさんにはA2さんが「いつもと違う...ってよりかは元々の本人の病状がそのまま拘束が外れて行動に出ている感じ」のように映っていた。A2さんは「時々手が出たりすることもあった」ため、Aさんは「このまま放っておくとちょっと危ないかもしれない」と思い、もう一人別のスタッフを呼んで一緒に保護室に入り、A2さんに声をかけ接近した。しかし、A2さんはそのときにひどく興奮して大暴れし、AさんはA2さんを抑えようとして手を噛まれ、数針を縫う大けがを負ってしまった。

① 自責的な気持ちと、自分の試みを認めて欲しいという気持ちの狭間で葛藤する

A2さんに噛まれて怪我を負ったAさんは、数日間の休みに入った。心身に負った傷の回復のための休暇だったが、Aさんにとっては否応なしにA2さんとのかかわりのプロセスを振り返り、向き合う時間になった。

この出来事についてAさんが最初に感じたことは「自分が悪かったのかな」ということだった。Aさんは、A2さんとの「かかわりに失敗」した「自分を責め」、「そういう自分がだめ」だと思っていた。しかし、こころのどこかでは自分は「だめじゃないという思いも両方合って、もうどっちが本当なんだろうと葛藤」していた。Aさんは「本当にそのときはどうしようと、(精神科の看護師に)向いていないんじゃないかとか、(精神科の)急性期はもういいや」とまで思ったという。しかし、一方では「自分のかかわりにA2さんも付き合ってくれたこと、向き合ってくれたA2さんもいるのに、それを駄目って言ってしまったら、諦めちゃったら、無駄になっちゃうんじゃないか」とも思った。だからこそ患者と「かかわるといのはあんまり意味ないし、ちゃんと距離をとって安全にかかわろうぜって、安全はいいとして、そういうふうに行こうぜってなるのが、それこそ何か患者さんに対して申し訳ない」と思い、単純に良いことなのか悪いことなのかを弁別するのではなく、この出来事に向き合うことでかかわることがどういう意

味を持っているのかについて模索し始めた。

この休みの間、Aさんは「話せる人に、こんなことがあってというふうな話をして、色々意見をもらったり」したという。普段Aさんは自分の思っていることを「あんまり言わない」。それくらいAさんは「揺らいだ」自分の扱いに困っていた。Aさんはその当時のことを振り返って、「自分が思っていることをそのまま行きたかったというか、いいんだよ...って言ってもらいたいというか、駄目じゃないと言ってもらいたいというような思いが基本あったのかな」と語っていた。加えて「何かこういうことになったけど、間違っていないよ...とか、それはそれでいいんじゃないの、そういうのと言ってもらいたかった感じ」だったという。

② 自問自答しながら自分の気持ちに気づき、事実を受け止められるようになる

同僚や知人との対話の中で、Aさんは「そんなことするからだめなんだよっていうのはなかった」が、A2さんとの「距離が近すぎる」、保護室には「二人で行ったんだけど、一人で対応したらだめ」、A2さんに「一人で対応していないんだけど、危ないのに飛び込むな」、患者が「具合の悪いときはあんまりやっても何かだめだね」、「こういうときは外しちゃだめだね」という意見をもらったという。Aさんは、対話を通して得た一つひとつの意見について自問自答を繰り返した。

a) A2さんが身体拘束から解放されるチャンス逃したくない

Aさんは基準通り二人で対応していて患者に噛まれたのであるが、周囲からは「危ないのに飛び込むな」と言われたという。そのことについて、Aさんは「あそこでもっと人を呼べていうふうにはならかいか」と思った。それは、A2さんの「せっかく開放観察¹⁵が始まったのに、せっかく外れたのに、それを失敗したくない、危なそうだからって、わーってみんな来て、ほれやっぱり駄目だったというふうにはなりたくなかった」からだと言い、患者が身体拘束から解放されるチャンス逃したくなかったという自分の気持ちに気がついた。

b) A2さんのおかれた状況を打開できなかった自分に落胆する

また、患者の「具合の悪いときはあんまりやっても何かだめだね」という意見については、「そうなのかもしれないけれども、でもそれを何とかしたくてかかわっていた部分もあったとは思う」のように、ケアを通して何か打開策を模索していたことを前置きしたうえで、それがうまくいかなかったことについて落胆していた。Aさんはそのことについて、「こういう人でもきちんとかかわって、もうちょっと...少しでも変化を出せたら良いと思って、むしろやっていたので、俺が責められていたわけじゃないけど、残念というか...何かのっかりというか...悔しいとかもあるかな」と語っていた。加えてAさんは「状態の悪い人でも何とかかかわったら、何か意味があるんだということを周りのスタッフに認めてもらえなかった」ことにもどかしさを感じていた。それは、そもそも自分の意図していたこととは異なった反応をスタッフから引き出してしまい、患者とかかわりを持つこと

¹⁵ 開放観察：開放観察とは、行動制限開始時に比べ症状は改善されてきたが、いまだ不安定であり、行動制限を解除することが困難と判断される患者で、一定の時間、行動制限を解除して症状を観察することをいう。

の大切さについてわかってもらえなかったからであろう。そのことを、Aさんは「自分の信念というか価値観というか、思いでやっていたのが、その自分の思いが駄目とはいわれていないけど、不発で終わってしまったみたいな感じ」と表現していた。

c) 患者との距離の近さがもたらす影響について理解できるようになる

患者との距離の近さについては、「事実として近いといわれたので、それはじゃあ近かったんだろうなっていうのは普通に」受け止めたという。しかし、この時点でのAさんは「それがよかったのか、それが悪かったということなのかはわかんないので、果たして良かったのか...悪かったのか...みたいな感じ」で悩んでいた。そう悩んでいるAさんに対してZさんは「かかわっていたからこそ噛まれた」と投げかけたという。そのときのAさんはA2さんにしっかりとかかわっていた自分を認め、一方でA2さんとの心理的距離のもち方について考える必要があることに気がついたという。しかし、その理解は「そうなのかな」という程度のものであり、振り返ってみてAさんはこのときの受け止め方には「そんなに深いものはなかった」という。Aさんはその後の臨床経験を積んでいくなかで、患者とかかわりを持つということはそれが患者の自我に侵襲的に働くことがあると理解できるようになり、「自我の弱い患者さんのところで距離を近くってというのは、(こういうことは)起こりうる結果かな...と、起こってもおかしくないよねって今となってはそう思える」と語っていた。

③ 患者に自分の存在を認められることで密に係わることの大切さを確信する

休暇を経て職場復帰したAさんは、A2さんと「ちょっとかかわり辛く」なっていた。また、A2さんもAさんが来なくなったことに対して「どうしたのかな、自分がやったからかな(Aさんを噛んで怪我をさせたからかな)」と気にしていたという。A2さんに対して「申し訳なさを感じ」ていたAさんは、意を決しA2さんと対話をもった。そこでAさんはA2さんが自分を「ちゃんとそういうふうにかかわりをしてきている」ことやAさんを自分にかかわってくれる「存在として認め」ていたこと、「ちゃんとかかわっている存在として認識されていたこと」を知った。そして、A2さんは「かかわってくれていた人だから(Aさんを)『噛んでも大丈夫かなって思っていて』」と話したのだという。このやりとりを通して、Aさんは「かませってしまったのは悪いこと」として患者との関係の持ち方について反省しながら、「少なくとも自分自身の存在というものをそれなりに意味があるということを本人も受け止めての結果として感じ」、「ああいうふうに来てきたことは自分としては別にそれ自体は間違ったことではない」と思うことができた。AさんはA2さんに噛まれたことを通して「それがきっかけで変わったというよりは、それがきっかけで改めて考え直したうえで、やっぱりまめにかかわるといことは大事にしようと思い直した」というように、Aさんが「患者さんとかかわること、綿密にかかわること」を大切にしようとする決める機会になった。

(5) 頑張りきれなかったことを反省しながら、次の機会に活かす

Aさんは「日々のケアをきちんとしていないから、ダメになっちゃう（患者さんを保護室に入れざるを得ないこと）、日々そういうふうになることがある」という。Aさんは「患者さんとかかわること、綿密にかかわること」の大切さについて語る一方で、これを大切だと確信を持てるようになったもう一つのきっかけとして、「合間合間にある、頑張りきれなかった経験」について語っていた。これは「あんまりかかわれないで終わっちゃったっていう人とかっていうのも積み重なっている」のように、しっかりかかわれなかったがために行動制限になってしまったようなAさんにとって「自分の中での駄目な体験」のことである。

例えば、AさんはA4さんという措置入院の外国人の患者さんのことを語っていた。A4さんは、「あまり日本語を話せない」ために、スタッフと「あんまりコミュニケーションがとれない状況」が続いていた。意思疎通を図ることができないために、「行動制限も長引いて」しまい、A4さんは興奮して「ワーンとってしまう」ことが度々あったという。このような悪循環にはまっていく状況を振り返っていくなかで、「ここにかかわったら良かったんだな」という気づきを得ることがあったという。Aさん自身「全部が全部頑張れるわけじゃない」としながらも「何か多分そういう、もうちょっとかかわっていたら、こんなこともできたのに...っていう経験も一方であるからこそ、やっぱりこういうときにかかわろうというふうになるのかな」と語っていた。

(6) スタッフに協力を求めながら具合の悪い患者に集中的にかかわる

Aさんは、A2さんとのかかわりから「一つひとつのかかわりを大切にする、具合の悪いときこそかかわる」ことを学んだ。これは「きちんと向き合う、ちゃんと話を聞く、時間をとって聞いてみる」ということであり、「具合の悪いときこそ、少しかかわらなきゃっていうふうな方向性に傾く」とも語っていた。このことをAさんはA3さん（状態が悪化してセルフケアレベルが低下した患者）とのかかわりを通して示していた。

状態が悪化し保護室に入ったA3さんに対して、スタッフはただ状態が悪化してセルフケアが低下しているというよりも「何か甘えている」のではないかと捉えていた。そのため、スタッフのA3さんに対する働きかけは「自立するためにじゃあもっと自分でやりなさい」や「何か甘えているから自分でやらせよう」というような感じだった。しかし、退行に伴い依存性を示している患者は、往々にして自立を促すような働きかけをすると抵抗を示し、そのようなかかわりが患者の回復を妨げることがある。そこで、Aさんは「まずかかわってみよう」、「逆に集中的にかかわってみようよ」とスタッフに提案してみた。

A2さんとのかかわり方を変更することに対して「いやがる」スタッフもいたが、「かかわり方がわからなかったり、自由度がなかったり（何かを打開するために試行錯誤する、新たなかかわり方にチャレンジするという意味）するために、かかわることに躊躇している人もいる」という自分自身の経験も踏まえ、スタッフに「1ヶ月で良いからとか、1週間とか2週間でいいから」と交渉し、Aさん自

身「それでちょっと兆しがあったら続ければいいし、なかったら違うのすればいいし」と思いながら、「まず一回ちゃんとかかわってみよう」とスタッフに働きかけたのだという。そして、時間をかけて A3 さんにかかわることで、A3 さんは自然に落ち着きを取り戻していった。A さんはそこで「やっぱり具合の悪いときこそかかわるって大事だな」と思ったのだという。A さんは「A2 さんくらい具合の悪い人だったら難しかったのかも知れない」と前置きしながらも、このような経験を通して「ちょっと調子崩した患者さんの場合、そういうやり方のほうが調子取り戻すことが多かった」と捉えており、状態の悪い患者に集中的にかかわることによって患者は回復していくという確信をもってケアにあたることができるようになった。

2. B さんの物語とその解釈

B さん(30 代・男性)は看護学校を卒業して 1 年間老人保健施設で勤務した後、X 病院に再就職した。X 病院では、急性期病棟に 5 年間勤務し、その後慢性期病棟に異動になり、3 年が経とうとしていた(インタビュー時)。B さんの精神科看護の臨床経験は、ずっと保護室のある病棟で培われてきた。

1) B さんの物語：患者と心を通わせながら、患者の思いを汲んでケアできるようになる

(1) 患者と向き合うことから逃げ出そうとしていた自分に気づき、反省する

B さんが最初に配属になった急性期病棟は、X 病院の入院を一手に引き受ける病棟だった。この病棟は、「そのときそのときでその病棟の空気がうるさかったりする、騒がしかったりっていうときがどうしても出てくる」ところだった。保護室を使用する患者は、「ちょっと最近病棟内が騒がしくなってきたなっていうようなことに対してすぐに反応して調子を崩して」しまうことが多かった。そのため、B さんは、保護室を使用する患者は「刺激とかに弱いな」と自然に患者の特徴を捉えられるようになっていた。B さんは、この急性期病棟で出会った患者や先輩看護師とのかかわりを通して、「自分が変わっていく」経験をしている。そのきっかけとなったのは、B2 さんとの出会いであった。

① 嫌いな患者に対して接近できなくなる

B2 さん(統合失調症・60 代・男性)は、入退院を繰り返しながら、地域で生活していた。B2 さんが入院するときは決まって不穏状態だった。そのときも B2 さんは入院に納得していず、医療保護入院¹⁶で入院することになった。治療はおろか、治療者をも寄せ付けない B2 さんは、入院後すぐに保護室に入室し、身体拘束をしなければならなかった。看護師たちは攻撃的な反応を繰り返し示す B2

¹⁶ 医療保護入院：精神保健福祉法第 33 条に基づく精神障害者の精神科病院への入院形態の一つ。医療保護入院は、入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、任意入院を行う状態にない者を対象として、本人の同意がなくても、精神保健指定医の診察及び保護者の同意があれば、入院させることができる入院制度である。

さんの対応に苦慮していた。B2さんは生活援助に対してさえ激しい抵抗を示すため、「B2さんの入浴のときには、他の病棟から応援スタッフを呼ぶ」こともあった。Bさんも、B2さんにかかわろうとして、B2さんから「罵声を浴びせられ、手を振り上げられ」たりしていた。患者がどんな状態であったとしても、罵声を浴びせられると傷つくものである。Bさんも他のスタッフと同様に「人としても不快」な思いをしながら、それでもB2さんの前に立ち続けていた。そして、いつの頃からかBさんにとってB2さんは「嫌（いや）っていうことから部屋にもあんまり行きたくない」患者になっていた。

Bさんは、B2さんの反応に困惑し、どのように対応したらよいかかわからず悩んでいた。この戸惑いを解消するために、BさんはB2さんの事例検討会にも参加してみたが、そこでは思ったような回答は得られなかった。BさんのB2さんに対する不快な気持ちや戸惑いは鬱積していくばかりで、悶々とした日々を過ごしていた。やがて、B2さんへの不快な感情は、単に「嫌だな」いうことだけでは済まず、B2さんがいることで「保護室を担当するのが苦になって」しまった。そのときのBさんは、「何かどういうふうに対応していいかが全然分からなくて」と手立てを見失っており、「B2さんに対して嫌っていうことから部屋にもあんまり行きたくないっていうふうになっていて、かかわりを持とうとしてなかった」という。最終的にBさんは、B2さんが「生きていられるかどうかとか、拘束帯が（適切に用いられているか）どうかとかそれぐらいはみますけど、それ以外は特に何もせずみたいな感じ」になってしまった。BさんはB2さんと人間的なかわりを持つことのできない自分を「本当、ダメだなんて思っていた」という。ただ、その当時は「それでいいと思っていた自分がいた」というように、Bさんはダメな自分とそれを容認する自分との間を振り子のように行ったり来たりするように葛藤していた。

② 先輩看護師の看護場面から気づきを得る

そんな状況から抜け出せずにいたある週末の日勤で、Bさんは、B2さんを担当していたZ看護師（先輩看護師）がB2さんの「拘束を外して、椅子に座らせておやつと飲み物をあげて」いる場面に遭遇した。Bさんは、そのときのことを「B2さんが怖かったので、殴られたりとかそういうのがあったので、（オヤツ一つについても）何を買うのか確認しても買い物もできないような人を、こんな人をよく外せるなと思った」という。「ええっ!?あの人の拘束を何で外せるの?」と驚いたBさんは「ZさんとB2さんのやりとりを見ていたら、会話ができていて、まあ向こうは『何なんだよ!』みたいな感じで言いながらも、ちゃんとそれに全部答えていて、Zさんは反応して声をかけていて、ちょっと髭が伸びすぎてみすぼらしいからちょっと髭剃りましょうみたいな感じで、そういうケアとか色々して」いたという。その場面を通して、Bさんは「俺はB2さんの髭剃ったこと一度も無かった、ああそういえばない」ということに気づいたという。B2さんの生活援助をしていないということに気づいたBさんは、ふと自分が美容室に行っているときのことを思い出し、他者からケアを受けることは「すごく気持ちいいし、何

か怒らない、ありがとうっていう気持ちになるなと思った」という。Bさんは「患者もそうなんだなって」気がついたとき、生活援助は患者との信頼関係の形成に影響するのではないかと思ったという。

それからのBさんは、「ああそうだ！俺もじゃあ、ちゃんとこの人のセルフケア（生活援助）をしよう」と思い、B2さんの生活援助にかかわるようになった。しかし、最初からZ看護師のようにうまくいくわけではない。Z看護師のときには、B2さんの拘束を全て外したとしても、ケアが終わって「じゃあ戻りましょうか？みたいな感じで言って、B2さんも『うん』って言って戻っていった」が、Bさんが実際にB2さんの爪切りをする際、B2さんが「手を動かしたり、唾かけよう」としたりするなど抵抗を示していた。しかし、そこでBさんは「自分は（B2さんのことが嫌いだからケアを）やらないんじゃないくて、（嫌いなB2さんであっても）自分がやってあげたっていうふうに思えるようにやりたい、やろう」と決心して、B2さんとかかわりをもつようにしていた。Bさんにとって、Z看護師とB2さんのかかわりの場面は、Bさんが「ちょっとそこから変わっていく」、そして「その人に対しての印象というか、ケアの持ち方が変わった」貴重な経験になった。

③ 患者を背負い込んでいることに気がつく

Bさんが「（Z看護師が）拘束外した後に、再拘束するとき大変だから、ある意味よく外したな...Zさんっていうような感じで思っていた」と言うように、B2さんの拘束を一旦解除して、ケアを実施することはスタッフにとってはなかなか大変なことであった。B2さんは「お風呂入れてもひどいときは（他の病棟に）結構応援呼んで、もう今日は本当仕方ないから、汚くて大変だからお風呂は入れようってぐらいの患者だった」からである。しかし、Z看護師との実践場面を垣間見ながら、BさんはそれまでのB2さんとのやりとりを振り返るなかで、「お風呂中は（B2さんは）問題ないですよ。気持ち良いいって言っているんですよ。でもお風呂終わった後にまあ拘束され、再拘束、それはすごい嫌で、『やめろ！』みたいな感じでスタッフをみんな呼んでやるしかないみたいな感じになる」ということに気がついた。

B2さんの生活援助を実施する際に一旦拘束を解除したとしても、援助が終了した後は再拘束を嫌がるB2さんに再び拘束をしなければならない状況であった。そのため、Bさんはケアをすることに戸惑いを覚え、躊躇する気持ちが働いていた。そのことをBさんはZ看護師に相談してみると、Z看護師は「もしそれですごくそれで嫌がって、抵抗しちゃうたら仕方ないから応援呼ぶしかないけど、ダメなの？応援呼んじゃ...だって、ずっと拘束されていたら、自分だって嫌でしょ？」とBさんに言ったという。Bさんはこのやりとりを通して、「あっ、そういうふうに（ダメだったら応援を呼ぶことについて）考えてみてもいいんだ...」と思えるようになり、一人で背負い込まなくてもよいことに気がついた。また、Z看護師が保護室の患者に対応するときには、いつも自分の考えだけで行動するのではなく、必ず周りのスタッフに意見を聞いて対応していたという。そのような場面

を垣間見ることで「自分のしたいことだけではなくて、周りの人たちの考えていることを確認することって、大事っていうか、自分は良いなと思った」といい、先輩看護師の影響を受けながらそれを試してみる、すなわち「先輩の見よう見まね」で行動するようになっていった。

④ 患者から逃げていた自分に向き合い、決心する

急性期病棟で患者が入院できるのは 90 日間である。先輩看護師から得たかかわりのヒントを手がかりにしながら、自分の気持ちを切り替え、BさんはB2さんのかかわりを模索していた。しかし、時間はどんどん過ぎていってしまう。あつという間に3か月が経過し、B2さんは亜急性期病棟に異動することになった。そのときのことを、Bさんは自分の目の前からB2さんがいなくなってしまったことに対して、「全面的に『ああよかった...』って思っちゃった自分がいた」という。頑張ろうとこころに決めてケアにあたる一方で、B2さんとかかわることに苦悩していたのだろう。しかし、程なくしてBさんは安堵している自分に対して疑念をもち始めた。

そのきっかけとなったのは、自分のなかで印象に残っている患者について振り返る院内研修のときであった。Bさんは自分のなかで印象に残っている患者としてB2さんのことを思い出していた。そして、Bさんは、B2さんが目の前からいなくなったことについて安堵していた自分の気持ちを認めながら、「でもよかったって思うのも、自分のなかでは変な話だなんて思えて」きたという。そして、「何にもできなくて、患者がよくなったっていうふうにも思えなくて、ただただ病棟が嫌いで、その患者が嫌いで、ただただ病棟が移ったっていうだけで、よかったっていうふうに思うのは、『あなたそれって別に違くない?』って思った」という。このような自分の内にあった異和感に気づくことによって、Bさんは「よかったって思うんだったら、あの患者にはやってあげられたなっていうふうに思えて、ああ良かった...っていうふうに思いたい」と変化していった。そして、その思いの変化とともに、「嫌な患者とかいても、何か嫌って言うだけで、その人と距離をおくのではなくて、ひとまず話をしたりとかそういうふうにしていこう」とこころに決めて患者とかかわることにしたという。「何かそういうきっかけが無ければ、多分その安堵した気持ちに振り返ることなんて、きっと無かったんだろうなと思う」のように、Bさんにとって院内研修という場は自分自身のケアについて振り返り、自分のなかで巻き起こる矛盾と向き合う場になっていた。

(2) 患者と気持ちを交わすことができるようになる

① 自分の気持ちを表現することに躊躇していた自分に気づく

Bさんは、今では「相手に自分の気持ちを素直に出してみる」ことを当たり前のようになっているが、それができるようになる前は、Bさんは「自分が思っていること、そのまま患者に言うのは駄目なんじゃないかと思っていた」という。Bさんの気持ちに変化が生じたのは、ある院内研修での外部講師の先生とのやりとりだった。その研修会では参加者がプロセスレコードを持ち寄り、それをもとに

して事例検討会を行うというものだった。Bさんの持参したプロセスレコードに対して、先生は「Bくんもここでこういうふうに思った、思っているのに何でこういうふうに言っているんですか？みたいなこと」をBさんに投げかけたという。Bさんはその問いかけに度肝を抜かれ、「いや、あ、そういうふうには思ったんですけど患者ですし、こういうふうに何か（思ったことを言うのは）…」と答えたという。それに対して、「うーん、こういうふうに思ったんだったら、その患者に聞いてみてもいいんじゃないですかね…みたいな感じで言われて、結構それが衝撃的で…。へっ？いいんですか？」と思ったという。しかし、自分の感じたことを素直に相手に伝えるということに慣れていないBさんは、アドバイスをもらったただけですぐにできるわけではない。実際に、Bさんがそれをするようになったのは、保護室に入室していたB3さんとのやりとり（精神科看護師になって2年目）がきっかけだった。

② 一步踏み込んで自分の思ったことを患者に伝えてみるようになる

B3さん（BPD・20代・女性）は希死念慮のために保護室を使用していた。B3さんは「もうあたしなんて生きていても仕方ないとかそんな感じで言っている患者」で、特に父親との関係に悩み、抱えている不満を看護師にぶつけている感じだった。Bさんの目には、B3さんは父親に対する不満をBさんにぶつけながら、それでB3さんがスッキリとするのではなく、さらに葛藤を強めて混乱しているように映っていた。加えて、Bさん自身両親に対して「死んでしまえとか何かこう心に愛の無いようなこととかを思ったことはなかった」ため、「わーって言ってきた」B3さんに対して、「みんながみんなそういう何かこういうふうに思っているんじゃないよ…みたいな感じで伝えたかった」という。そこでBさんは、意を決し、自分の思っていることを素直に伝えてみた。Bさんのなかでは、それが「効果的だったかって言ったら、そうじゃなくって、『だってそれはBさんのご両親だからきっといい人達だもん』みたいな感じで何か終わっちゃって…。『あれっ!？』で思ったりもした」「うまくいかなかったっていう例」ではあるが、患者に自分の思いを素直に表現できたということ、そして、思ったことを言ったとしても、自分が恐れていたような反応は返ってこないということに気がつき、Bさんには印象に残っているやりとりだった。B3さんとのやりとりを通して、患者の気持ちも自分の気持ちにも一步踏み込むことができるようになったBさんは、「相手に自分の気持ちを素直に出してみるっていうことは、結構いいなって思う」ようになり、その後の患者とのかかわりのなかで実践するようになっていった。Bさんは「全部を全部そのまま馬鹿正直に自分の気持ちを言うのは、よくないとは思う」と前置きしながらも、「自分の思っていることとかをそのまま正直に患者に伝えてみることで「結構良いふうに事が進んだ」ということもあり、それを意識して使えるようになったと語っていた。例えば、「ちょっと興奮しちゃって、患者自身も何言っているか分かんないときとか、大声に対してはやっぱりうるさいって感じるので、ちょっとうるさいってことをそのままぶついたりとか、あとやっぱり嫌なこと言われれば人間誰だって嫌な気持ちになるので、そういうときとか

は言ったり」するようになった。Bさんは「相手に対して、相手を冷静にさせたいときとかに、自分の本当の気持ちや思ったこととかをそのまま相手にぶつけてみる」ようになった。

(3) 先輩看護師をお手本にしながらチャレンジし、見通しをもって対応できるようになる

Bさんは精神科に就職して当初の「3年間は（先輩に）頼れる、全然頼ってもいいかな」と思っており、「3年のうちに分かんないこととか、何でもいいから全部チャレンジしてみよう...みたいに思って働いていた」という。Bさんは新人の頃から先輩看護師の患者への対応を意識して眺めており、「ああいうふうにやってみたらこういうふうになるんだとか、でも実際にそれを自分でやってみたら、全然違う感じで患者が反応して返ってきたりとか、3年間のうちに結構いろいろ経験できた」という。そして、「色々経験したことが、やっと何か自分のなかで、あっ、この患者、何かこういう患者...昔何かいたな...みたいな。何か似ているような人いたな、そういえばこの人にこういう感じであのときああやったら、こういう感じだったな...みたいなのができ、4年目あたりからそういうふうを考えながらできる」ようになっていった。

Bさんも最初から「何かこう言ったら相手はこういう反応で返ってくるかなみたいな...とかは全然考えられず、そのまま何か思ったことを結構言って、その相手の反応をみて」学んでいた。特に、4年目くらいになると「プリセプターもやったり」、「チームリーダーもやったり」することで、「後輩が自分のチームにでき」、「新人だったときとかに、先輩がやってくれていたようなこと」をするようになったことも、自分が成長していくうえで大きかったという。

(4) 患者の思いに添って患者が納得できるようにかかわる

急性期病棟で5年間勤務した後、現在Bさんは慢性期病棟に異動して3年を迎える。長期間入院している患者のなかには、保護室を繰り返し使用する患者もいる。B1さん（統合失調症・40代・男性）も保護室に度々入退室を繰り返している一人でだった。B1さんは「刺激、周りのうるさいこととかで、すぐちょっと調子を崩してしまい、被害的な感じから暴力行為に至ってしまったりということが多かった」という。そのため、B1さんが「大部屋に出ているもちょっと調子悪そうだなっていうときは、保護室に早めに入れる」という状況が続いていた。

BさんはB1さんへの対応の仕方であげていることとしてまず「口調」を挙げていた。Bさんは、B1さんは「何か声色みたいな感じで、ちょっとした言い方で変わってくるなっていう印象がある」という特徴を捉え、「なかには他のスタッフにちょっと強い言い方みたいな感じで話をする」人もいるが、「そういうふうに自分にならないように気をつけ」ており、「(B1さんは)子どもじみたところはあるけど、しっかりした大人なので、大人な対応、礼節は保つ」ようにしてきた。

B1さんは、インタビュー時にちょうど保護室に入室していた。B1さんの両隣には「交互にドア叩きとかドア蹴りして、うるさくしている患者」が入室してい

た。B1さんにとって、両隣がうるさいこと、またエレベータの工事のために大きな音が出ている状況はとてもストレスになっており、その状況を被害的に捉えて怒り始めた。B1さんの話を聞いてみると「あれは自分をいじめるためにああやって音を上げているんだとか、何かそういうちょっと被害的な」捉えをBさんに訴えていたという。BさんはB1さんの話を全部聞いたうえで、B1さんの被害的な捉えを和らげるために、「僕も実際そういう音とか聞いていて、うるさいって感じていたので、そういう自分が思ったこととかを全部、B1さんもそういうふうに思っているけど、僕もそういうふうに今思ってるさかったし、決してB1さんを何かいじめるためにそういうふうに出しているわけじゃなく、ちゃんとこうやって他の人もうるさいって感じている人もいっぱいいるんだよみたいな感じ」で言ってみたといい。そうすると一旦は、B1さんは落ち着くのだが、両隣からの物音そのものは鳴り止むわけではない。そこで、B1さんに「(うるさくしている)2人にも、B1さんがうるさくして迷惑しているってことで注意する」という約束をして、実際に「2人にもちゃんと注意」したら、B1さんは納得できたという。このように、Bさんは一つひとつのやりとりのなかで、患者の示す反応を加味しながら、患者の思いを汲み、患者が納得できるように対応するようになっていった。

3.Cさんの物語とその解釈

Cさん(30代・女性)は、看護大学を卒業すると同時にX病院に就職した。以来Cさんは13年間にわたってX病院で精神科看護に携わってきた。Cさんは最初に社会復帰病棟(開放病棟)に勤務した後、閉鎖病棟と開放病棟を交互に異動しながら勤務していた。インタビュー当時、Cさんは副師長として勤務した後、X病院の非常勤職員として勤務しながら大学院で精神看護学を学んでいた。

1)Cさんの物語；患者の苦痛・恐怖・怒りに向き合い、先を見通して働きかける

(1)忙しさに振り回され、保護室の看護をつかみきれないまま時間が過ぎていく

Cさんは、X病院に就職した際、社会復帰病棟(開放病棟)に配置された。そこには保護室はなく、急性期病棟での治療後に退院に向けて療養生活を送っている患者が多く入院している病棟だった。そのなかには、保護室に入室したことのある患者はいたのかもしれない。しかし、その当時は、患者と保護室のことについて話をする機会もなかった。

就職して3年目になってCさんは急性期病棟に異動になった。1日に4~5人の新規入院患者を受け入れる急性期病棟には保護室が4床あり、いつも保護室は満床だった。当時のことを振り返って、Cさんは保護室自体を「本当に怖かった」という。また、「急性期の目の前の忙しさだけが回ってきて、ケアについて考えたり、振り返ったりするような余裕はなかった」とも語っていた。当時のCさんは、「急性期の看護、保護室の看護に翻弄されて何があったのかよくわからなかった」と表現しており、本当に大切なことは何かを自分自身の中で理解することができずに苦しんでいた。Cさんは初めて触れる精神科急性期看護や「保護室の看護っていうのに翻弄され」、「マニュアル通りにやっていた」が、「自分のなかで保護室

の看護って何が大切なんだろうって、いまいちつかみ切れていない感じ」だった。

(2) 感情を逆撫でされてしまい思ったように対応できない自分に悩む

Cさんが急性期病棟に勤務していたある日、Cさんは躁状態で保護室に入院してきたC1さん（躁状態・男性・40代）に出会った。C1さんは何度も入退院を繰り返していたため、以前から勤務するスタッフのなかにはC1さんのことをよく知っている者もいたが、Cさんは初めてかかわる患者であった。C1さんは調子が高いと語気が荒くなる。特に、自分の思った通りにスタッフが対応しないとべらんめい口調で看護師に当たり散らしていた。そのため、C1さんにかかわる看護師もついついきつい口調になってしまうこともあった。Cさんも、普段から「敬語を使うこと、そうすることで患者を尊重しよう」と努力してきた。しかし、実際にはC1さんに「目の前で罵倒されて、『てやんでい馬鹿野郎!』って、つばを吐きかけられる感じでやられると、わかってはいるけど、感情を逆撫でされて、敬語をうまく使えなくて、『知りません!』みたいな感じで怒って」のように自分の思ったように対応ができなくなってしまうこともあった。

そんなある日、先輩看護師はCさんの目の前で、C1さんのことについてボソッと「この人ね、本当にすごいいい人でね。(C1さんは保護室に入ったことを) 納得していないと思うんだよね。本当に誠実でいい人だから、言葉遣いもすごいいい人だから、今はべらんめい口調になっているけど、元々はそういう人だから、そういう口調に気をつけようと思うんだよね…」と呟いたという。Cさんには、「先輩が私に気をつけろって言うのではなく(自分の考えを押しつけるのではなく)、先輩が『そう思う』ってボソッとつぶやいている」ように聞こえたという。そのときのCさんは、先輩の呟きに対して自分も注意しようと思ったが、実際には感情を逆撫でされることが多く「自分自身もやっぱ行動までは変えられなかった」という。

(3) 誰のために保護室を使用しているのかわからなくなる

保護室に入室している患者のなかには、どうしようもないやりきれない怒りを看護師にぶつけてくることがある。Cさんも幾度となくその場に立ち会ってきた。そのような場面で、Cさんは患者に「あなたのためだから、行動制限も仕方ないじゃないですか」と対応してきたという。しかし、それはCさんの本心ではなかった。Cさんは保護室でかかわった患者には「あなたのためだから」と伝えている一方で、「自分のなかでも、『本当にこの人のためなんだろうか』っていう迷いがすごいあった」のだという。そのため、Cさんは「本当にこの人のためなんだろうかという気持ちを押し隠して、(迷いを振り切るように)あなたのためだからって患者に言い放っていて…鍵を閉めて出てくるという体験をすごくしてしまっていた」と当時のことを振り返っていた。

そのような迷いや戸惑いをもちながら保護室の患者に対応しているCさんに、C2(男性・保護室入室中の患者)さんは「おまえらは、そうやって患者のためだとか、俺たちのためって言うけど、(患者を隔離するのは)本当は自分たちのため

じゃねえか」と声を荒げて言い放った。そのとき C さんは C2 さんのメッセージに「凶星をつかれる」ような感じがしたという。それまで、保護室での対応に迷いながらも、自分自身には患者のためだと言い聞かせて対応してきた C さんにとって、「患者に保護室に入ってもらうのは、本当は私たちのため？私、自分のために患者が保護室に入ってもらうようにやっているかもしれない」と思ったのだという。そのため、C さんは患者からこのような意味のメッセージを投げかけられるたびに「自責の念」が強まり、保護室で一人の対応を終えて「ドアをカチャッと閉めるたびに、後ろ髪引かれるような罪悪感を残すような思い」が沸き起こってきたのだという。また、いつも罪悪感を自覚してドアを閉め続けていたら、あまりにも辛くて一人ひとりの患者には対応できなくなってしまう。そのため、C さんは「自分の気持ちにもふたをしめていた」。そうすることによってしか、その場を切り抜けられなかったのであろう。ただし、自分のなかに巻き起こるわだかまりを収めようと気持ちにふたをし続けたからといって、C さんが辛い状況から免れられるわけではなかった。C さんは辛さが「限界になったときに、先輩にポロって言って、共有してもらった」のように、先輩看護師に自分自身の気持ちを打ち明けて、それを受け止めてもらえたことで、何とか患者のもとに向かうことができていた。

(4) 保護室に入室することが回復のプロセスの一つだったことがわかる

C さんは辛い気持ちを抱えたまま社会復帰病棟に戻っていった。C さんは、ここで急性期病棟に勤務していたときに保護室でかかわった C3 さん（統合失調症・女性）に再会した。C3 さんは C さんに気がつき、「私のそのときの保護室の看護が良かったとは決して言わない」が、急性期病棟でのことを回想しながら、「あのときに一緒に 4 階にいた看護婦さんですよって、あのときこんな話しましたよね、あんな話しましたよね」と対話を持つことができたという。加えて、その当時のことについて、「ありがとうございますって言われたときに、私は（保護室での対応に関しては）罪悪感で一杯だったんですけど、C3 さんも保護室に入っていたことを決してよい体験だとは思っていないにしても、かかわったことにありがとうございますって言われたことに対して、少し救われたような感じ」がしたという。

それまで、C さんは「患者に保護室に入ってもらうのは、本当は私たちのため？私、自分のために患者が保護室に入ってもらうようにやっているかもしれない」と罪悪感に苛まれていた。しかし、C3 さんとのやりとりを通して、C さんは「確かにひどいことをした（C3 さんの意に反して保護室に入室してもらうこと）かもしれない」が「結果的にこの人が退院まで行くんだったらよかったのかもしれない」と思えるようになった。要するに、患者の回復していく姿を通して、患者が保護室に入ることの治療的な意味について C さんは気がついたのである。また、C さんは「それでもう一回保護室のある病棟に行ったから、少し違ったのかも知れない。そういう意味では開放も閉鎖も両方見たっていう経験が、その後の保護室の看護に活かされているんじゃないか...と本当にそう思う」と語っていたよう

に、開放病棟と閉鎖病棟を行き来したことが自分にとってよい経験になっているということに気がついたのだった。Cさんにとって、開放病棟と閉鎖病棟を行き来しながら勤務できたことは、患者を点でみる（ある時点の患者をみる）から線でみる（その人全体をみる）視点へと広がる機会になったのであろう。

(5) 患者の気持ちを受け止め、看護師である自分も患者の行動制限をすることは苦痛であることを患者と共有する

社会復帰病棟で3年間勤務した後、Cさんは再び閉鎖病棟（亜急性期病棟）で勤務することになった。そのときのCさんは「また患者の行動制限を、これから自分がしなくちゃいけないと思うと、つらい気持ち」になり、「その苦しみに耐えられるかな」と感じていた。Cさんは患者が保護室に入室することについて、治療的に意味のあることだということに了解を示すことができたとはいえ、やはりCさんにとって患者に保護室に入室してもらうことは患者の意に反したことを迫ることであるため、罪悪感を打ち消すことはできなかったのであろう。ただし、再度閉鎖病棟に勤務することになったCさんの内面では援助者としての気持ちの変化が起こっていた。Cさんは「1回開放病棟に移って、（再び）保護室のある病棟に戻ってきて、自分も保護室って怖いなって思って、こんなところに閉じ込められる患者が苦痛だし、怖いし、怒って当たり前だなって思って」、「それからそういう思いを抱いている患者のきちっと気持ちを受け止めることが大事なんだろうな」と思ったという。そのため、Cさんは「2度目に保護室のある病棟に移ってからは、なるべく『あなたの怒りは本当にそうだと思います。私も何か本当にあなたを行動制限するのは本当に辛い思いをするんです。あなたのためになるかどうかはわからないけど、今はこれをするのがあなたのためだと思って、一緒にやってゆきましょう』みたいな感じで、何か自分の気持ちも少し患者にお伝えしながら、行動制限をするときに、患者に寄り添おうと、その苦痛を受け止めようというふうに、言葉をかけるように、自分のなかでしていた」という。

(6) 患者の発した一言からそのときの患者ではなく、一人の患者の人生全体を気にかけてかかわることの大切さに気づく

亜急性期病棟に異動したCさんは、急性期病棟のときからかかわりのあったC4さん（躁鬱病・女性・50代）に再会した。C4さんは落ち着いているときは社会復帰病棟で過ごし、時々調子を崩すと亜急性期病棟の保護室を使用することを繰り返していた。あるとき、C4さんが保護室に入室する際の対応をしていたCさんは、偶然「C4さんが『また保護室かよ』って、ボソって言って」いるのを耳にした。Cさんには「怒っているようにも聞こえたけど、悲しそうにも聞こえた」という。CさんはC4さんがボソッと言っていた言葉がひっきり、後でそのことについて考えたという。

Cさんは、「C4さんにとって、何回目かの保護室であったとしても、何回も保護室にはいつているということ、刻印みたいなものが、すごい体験なんだろうなって、残念な体験なんだろうな」と思ったという。そして、それまでは保護室

入室しているときにはかかわっていても、退室した後に、残念な気持ちを抱えたままの C4 さんのケアにはつながっていなかったということを反省したという。この振り返りを通して、C さんは「保護室にいた辛い体験が、出てきた後もその人は色々と悶々と辛い、また入ってしまったという残念な思いを抱えて一般病室にいることを思うと、やっぱり保護室を出た後もちゃんと見てあげないといけない」という気づきにつながった。恐らく、残念さや無念さを抱えている患者の言葉に、同じ状況に陥ることをできるだけ回避できるように患者を支えることの必要性を痛感したのだろう。C さんはこのことを「保護室から出た後の看護も本当に大事なんだなって、患者さんの言葉から学ばせてもらった」と語っていた。

C さんはこの振り返りをしている際に、ふとある先輩看護師のことを思い出したという。それは、C1 さんとのやりとりについて C さんにボソッと呟いた先輩看護師ことだった。その先輩看護師は、どんな患者を前にしても、「ずっと同じスタンス」で「かといってよそよそしいわけでもなくて、ずっとそのスタンスで、ずっと私は見守っていますよ、その距離でいますよ」という感じで対応していたという。そのような先輩看護師のやりとりを目の当たりにした C さんは、「(その先輩は) 形式的な敬語ではなく、患者をきちんと配慮した、患者の思いに立った、話をされる、話し方をされる方で、それは保護室にいようと、保護室から出た患者に対してでも、一般病室から保護室に入る患者にでも、絶対変えることがない、そのスタンスはすごい、それは本当にすごい」と先輩看護師の凄みを感じていたという。また、そのように対応している先輩看護師のことを、一人ひとりの患者の「保護室だけの看護だけではなく、保護室を出てからのことも考えて」対応しているのではないかと C さんは思ったという。そこで、C さんは改めて患者を尊重するということがどういうことなのかについて考えてみた。それまでの C さんは、「敬語をつかうこと、丁寧に対応することが患者さんを尊重していること」だと思っていた。しかし、このとき先輩看護師と C1 さんとのやりとりを改めて思い返してみたときに、C さんは「その患者の 1 人の患者像が浮かんだうえで」患者に寄り添ってかかわることが、患者を尊重することなのではないかという気づきを得た。C さんは、それに気がつくことで、形式的に使っていた敬語や対応の仕方から、一人ひとりの患者に対して、なぜその対応が必要なのかを考え、実践するようになっていった。

(7) 患者の自尊心を必要以上に傷つけないよう保護することの大切さに気づく

C さんが C5 さん（統合失調症・男性・60 代）に最初に出会ったのは、C さんが急性期病棟に勤務しているときだった。C5 さんは、統合失調症の患者で、具合が悪くなると調子が高くなり、他の患者への迷惑行為がひどくなるため、保護室で隔離されていた。保護室に入った C5 さんは、「保護室の中をぴかぴかに磨きあげて、土足のまま部屋に入ってくるな」と看護師を怒っていた。C さんは、急性期病棟のときには、C5 さんは「ただの潔癖」でそのように行動しているのだと思っていたという。

そして、Cさんが亜急性期病棟に異動した後、救急対応で来院したC6さん（統合失調症・男性・20代）が入院してきた。C6さんは状態も悪く、治療にも拒否的であったため、身体拘束をすることになった。身体拘束を実施するには、患者の安全を確保するために、患者は寝巻き以外のものは原則として着用することができない。そのため、身につけていたアクセサリーなどはいったん看護師が預からなければならず、C6さんに対して「危ないので指輪を外して欲しい」と働きかけた。しかし、C6さんは指輪を外すことに「抵抗」し、「ゆっくりゆっくり一個ずつ外し」ていた。一つひとつゆっくりとためらうようにアクセサリーを外す様子は、自分の「大切なものをはぎ取られる」ことに抵抗するかのようになり、Cさんには見えて、Cさんは自分たちが「なんてひどいことをしているのだろう」と思ったという。Cさんは「安全のことを考えたら、とらせていただきたいんですけど、いろんなモノをはがされていく、所有するものすらなくなるっていうのは、C6さんにとって本当に苦痛だな」と実感した場面だった。

C6さんとの出会いの後、C5さんが亜急性期病棟の保護室に再入院することになった。C5さんは、急性期病棟のときと同様に、ピカピカに保護室の床を磨きあげていた。そのとき、Cさんは「C5さんにとってみたら、そこからは俺の空間、俺が所有している空間だなんていうのを強調していて、私も本当にそうだなっていうのを感じ」たという。また、同時期に保護室には、「モノにこだわる、自分の部屋にモノを置いていて、ゴミにしか見えないモノを捨てるなって言い張ったり」する患者も入室していた。これらのエピソードが、「複合的に重なり合って、『あー...』って思った」という。それは、「患者さんがモノを、着の身なんかもはがされて、保護室に入室させられて、何もない状況で、さらに不安に思っている」のではないかという気づきだった。Cさんは保護室に入室している患者は「ただでなくても自尊心がない」と受け止めている。そのため、保護室に入室し、いくら安全のためとはいえ自分の持ち物すら自由に所有できないことは、さらに患者の自尊心を傷つけるのではないかと捉えたのだろう。だからこそ、Cさんは「保護室の空間とか、患者さんが所有しているモノとか、それは患者さんのモノとして、保護室に入室している患者さんのモノだと、空間だっていうことを十分認識してかかわろう」と心に決めたのだという。今も、Cさんは、患者にとって保護室という空間を「あなたのものだっていうことを尊重しよう」と心がけて対応するとともに、後輩の看護師にも自分の大切なこととして伝えるようになっていった。

(8) 病棟を行き来することで、わからなかったことがわかるようになる

Cさんは、「精神科の看護師として今後やっていく」うえで「患者の回復プロセスを一回見て、そのうえでもう一回保護室の看護について考えられるような機会を持てたことは重要だった」と語っていた。例えば、初めての保護室では、罪悪感ばかりを背負い込みながら悶々と対応していたが、回復していった患者と社会復帰病棟でかかわることによって、保護室でのかかわりの意義を実感することができた。また、1度目の保護室では解決し得なかった気がかりが、「2回目の保護室のときに、パーッと出て、自分の体験と重なって、気づいて、もう1回振り返

ってみると、マニュアルとしてあったのもその通り、私の言っていることって本当に基本的なことなんだけど、それが自分の体験と重なって、やっと、あっそうだよーってつながっていく感じ」になっていったという。「それで良かったんだと思えるようになる」ためには、このように行き来して学ぶことも必要であり、周りの「スタッフにとってもいいんじゃないかな」とも語っていた。

4.Dさんの物語とその解釈

Dさん(30代・男性)は、看護大学を卒業後、精神科クリニックのデイケアに1年間勤めてからX病院に就職した。以来10年間、DさんはX病院の職員として勤務している。Dさんが最初に勤めたのは亜急性期病棟であり、そこでDさんは5年間勤務した。その後急性期病棟で3年間勤務し、インタビュー時、Dさんは社会復帰病棟の副師長として勤務していた。

1)Dさんの物語；患者と仲間がつながるように働きかける

Dさんが最初に勤めた亜急性期病棟の「保護室にいる人はずっと同じ人」だった。スタッフのなかには、なかなか回復しない患者に対して、「これやってもダメじゃないかな...っていうのもあった」のように、患者の回復を手助けすることに対してある種の諦めにも似たような雰囲気だった。そのため、患者の見方も対応の仕方も「マンネリ化しちゃうというか、ルーティン化しちゃう」状態が続いていたという。病棟全体が患者に対して良い方向へ変化することを求めているわけでもないため、Dさんは保護室に入室している患者に対して「ケアのしづらさ」を感じていた。自分が一生懸命患者にかかわったとしても、それを許容してもらえるような病棟の雰囲気ではなかったのだろう。ただし、その病棟に勤務していたU師長は「理論とかうんぬんというよりかも、人にそのままぶつかっていくって感じで、保護室でも(患者さんに)お母さんが接しているというか、厳しかったり、優しくかったりというか...、本当にこんな言い方で良いのかわからないけど、真正面から人間に向いている感じ」がして、「そういう意味で、あそこで最初に働けたのは良かった」という。

(1)患者の不満を受け止め、理解を得ることの大切さを痛感する

① 自分に置き換えて考えることで患者の不満も了解できるようになる

Dさんが亜急性期病棟で勤務しはじめて間もない頃、Dさんは保護室に入室する患者への配慮として、「設備的な面とか、自分が感じ取る雰囲気とか、自分がもしこの環境に例えば入れられたらとか」をまず考えたという。Dさんは、自分が保護室に入室するのだとしたら「自分自身だったらどう考える、感じるか」を大切にしており、「保護室に入る患者さんの立場から言うと『入れられた』と捉えるのは当たり前なことかなと納得したという。そのため、「患者さんが生活上のこととかいろいろな不満を言うてくるはもっともだよー」と自然に受け止めることができるようになっていた。

② どんな状況であったとしても患者に理解を求めるように働きかけることの必要性を痛感する

当時の亜急性期病棟には、保護室に何度も入退室を繰り返す D3 さん（統合失調症・女性・30 代）が入院していた。ある日、D さんの勤務時間帯で、D3 さんの具合が悪く、D3 さんは保護室に入室することになった。しかし、そのときの D3 さんは、D さんの「説明も何も耳に入らない」状態で、ひどく怒ってしまった。結局、そのときの D3 さんは保護室で身体拘束をするまでの状況に陥ってしまった。その後、D3 さんは「何かのケアのときに、僕（D さん）の腕をかもうとしてくる」ことがあり、「D3 さんが調子よくなって、隔離とかも解除になったとき、落ち着いたときも、『保護室に無理矢理連れてこられて...』みたいなことを穏やかな口調で言ったりして」ることがあった。そして、再び「具合が悪くなるとそのときの体験を、本当に嫌そうな表情でグチグチ言う」ため、D さんは「D3 さんに恨みを思われて」いるようで、とても嫌な思いをしたという。このことを通して、D さんは患者が「嫌だろなっていうところは『嫌だね』って言いながらも、必要なことは...っていうところで伝える」こと、患者に「理解してもらえかどうかはわからないけど、ちゃんと相手の言い分を聞きながらも、でも今はこうなんだよね...っていうことを説明する」ことを大切にしてきた。「たとえ、相手が理解できないとしてもするようにしている。しないと自分としてもやっていけないんだと思う」のように、D3 さんとのやりとりで体験した嫌な思いは、患者の納得が得られるように働きかけられなかった反省とともに、D さんのところに刻み込まれているのであろう。

D さんにとって、患者と関係を作るというのは、「相手を思いやること、理解すること」である。患者との関係が築けるようになることは、「その人の立場にたつとどう考えるのか」ということにつながっていく。だからこそ、D さんは患者の言い分を聞きながら必要なことをわかってもらおうと努力すること、「自分はこんな状況に、こんな空間に入るのは嫌だけど、そういう理由があるんだったら入ります」と患者が自分の状況を受けとめられるように援助することを大切にしているのである。だからこそ、D さんは、患者とのその後の関係性を良くするためにも、「あなたの意見はどうでもいいから、あなたには必要だから、ここに入るのは当然なんだから、ここに入ってくださいっていう」対応は、援助者として「一番嫌なこと」だと語っていた。

(2) 患者とスタッフと自分との関係に折り合いをつけながらかかわるようになる

D さんは精神科病棟で働くようになって 4 年くらい経った頃、「患者さんとのやりとりで、スタッフの嫌な思いっていうのもわかるんだけど、患者さんもスタッフとの関係が良くないために余計にそれであつらい思いをしているんだろうな」と思うことがあったという。もともと D さんは、そういう辛い思いをしている患者に「親和していると思う」といい、「スタッフとの関係のよくない患者さんのために何かできることないかな、してあげられることはないかなって思いが強くなる」と語っていた。また、D さんは自分の性分について、「スタッフとの

関係がギクシャクしている人って、僕のなかでは嫌いになれない...それで、何とかしたいっていう...またちょっと違うとは思うんだけど、もうちょっと知りたいなっていう気持ちになる」のだという。

しかし、そうは言っても、Dさんはそれがすんなりとできるようになったわけではない。「病棟の雰囲気」によっては、「患者さんのために何かしようとする行動に持っていきやすい」こともあるが、逆に「行動しにくい雰囲気」の場合には慎重にならざるを得ないこともあった。「急性期の方が亜急性期のときよりも積極的にかかわろうとする人が多かった」こともあり、Dさんは「患者さんのために自分は動いて良いのかな...って、自分もそれなりに経験してきて、患者さんのために何か動いても大丈夫かな」って思えるようになったという。これは、「自分のなかだけじゃなく、周りのスタッフとか見ていて、多少病棟のなかで患者さんのために波風を起こしても大丈夫かな」みたいな感覚のことである。ただし、最初の頃は「自分が切り込んでいくと、周りの反応っていうのが意外とスローで、時々浮いてしまう」こともあったという。

Dさんが急性期病棟に異動した頃、D2さん（統合失調症・女性）が保護室に入室していた。D2さんは「ベッドから起き上がれないので起こしてください。頭の位置がおかしいので調整してください」など些細な訴えが多いため、スタッフのなかにはD2さんを依存的な人として捉えたり、嫌悪感を抱いたりしている者もいた。特に、執拗に援助を求めてくることに対しては、「スタッフがどれだけ対応するのか、応えるのかっていうところで」スタッフの意思統一が図れず、D2さんの依存的な訴えに対してどこまで対応するのか疑心暗鬼になっていた。このような臨床状況の中で、Dさんはとりあえず「積極的にD2さんの訴えに対して応じるようにしてみた」が、そのときの先輩看護師に「ああいう人には甘えさせちゃいけないよっていう感じ」で言われ、Dさんは自分の対応が「いいのかな？悪いのかな？っていう思いにもなるし、なんかがっかり」してしまった。Dさんは、そのときの自分はまだまだ経験も浅く、自信もなかったため、患者が回復するために行っていることであっても、確信を持って行うことができずいたため、自分自身が揺れてしまっていた。

D2さんのケアに対して揺らいだDさんは、病棟のスタッフではなく「冷静に状況を判断してくれる人に相談したりすることで、自分はそんなに間違えたことは考えていないよな...って確認」してみた。そうすることで、Dさんは「自分も間違えたことを、すごい外的外れたことをやっているとは思えない」と認めることができ、自分の思う看護が展開できるように、周囲のスタッフの意見も尊重しながら、自分自身が提供したいケアの方向性を率直に伝えようとするようになっていった。加えて、DさんはD2さんに対するケアの方向性を確認するために、スタッフ数人とともに外部で行われている事例検討会にも参加した。その結果、「事例検討会で検討した結果を（病棟に）持って帰って、スタッフもその後の看護がやりやすくなった」という。Dさんはスタッフが「直接ケアもそうだし、D2さんに対する見方も変わって、D2さんから受ける印象とか、（スタッフの）感情...ケアするときの感情だとか良くなったっていうか、ケアをしていて強い嫌悪感

とか、拒否感を感じなくて済むような印象」を受けたという。むしろ、スタッフは「D2さんのここはこうなったよね...とか、D2さんなりに頑張っているよね...とか、D2さんの回復しているところ、努力していることにも目が向けられる」になっていった。病棟全体が「D2さんにとって、(D2さんが) 依存的になってしまうのは、生きてきたプロセスからしても当たり前だから、看護チームはそれを受け入れるしかない」と考え、それをかかわりのなかで実践できるようになったことは、結果的にD2さんを回復へと導いていった。また、D2さんとスタッフとのやりとりを通して、Dさんは「状況をみながら、強く言ってもはねつけた方がよい場合もあるし、そんなことはせずに今は受け入れてあげるとか、そういうところは融通を利かせる...というか、幅を持ってみる」のようにスタッフと自分の思いとをすりあわせながら、患者とかかわることの大切さについて学んだ。

(3) 患者と仲間の仲介役になることの難しさを感じながら、自己の課題に気づく

① 患者に添うことで、患者の抱えている本質的な苦悩を共有できるようになる

D1さん(統合失調症・男性・20代)はX地方出身で、地元の病院に入退院を繰り返してきた。D1さんは今回も治療を中断し、トラブルを起こして警察に保護され、措置入院になった。DさんのD1さんに対する最初の印象は、「人格的にもとっつきにくいところのある」、「病気のこととか薬のこととかは、自分なりの知識を持っている人」だった。また、「知識を持っていても自分のいいように曲解はしてしまっただけ」が、「考え方とかはしっかりと知っている人で、話し方は理路整然」としていたという。

D1さんは入院当初より「看護師が下手に対応していると、こっち(スタッフ)が揚げ足をとられたりとか、嫌悪感を覚えさせるような対応の仕方をする」ため、スタッフはD1さんのことを「看護師の揚げ足を取ったり、看護師を挑発したりする」と捉えていた。必然的にスタッフは「D1さんに対してやりにくさを感じ」ており、「お互いの関係ってよくならない」ため、「隔離を続け」ている状況だった。Dさんはこの状況をスタッフが「D1さんに対して嫌悪感を抱いていて離れていってしまうから、D1さんとは距離ができてしまっている感じ」として捉えており、実際に「D1さんへの(スタッフの)対応とかもとげが出て」しまい、「病棟内でカンファレンスとかやっても、どうしたらよいのか話し合いもあんまり進まない」状況に陥っていた。このような状況でDさんは「自分たちで何とかしなければ...と、変えていかなければ...」という思いに駆られていた。

Dさんは、まず「彼(D1さん)に添ってみた」という。例えば、「とりあえず彼の言うことはまずまるまる聞こうと思って、こちらからD1さんの話に口を挟むとか、疑問を挟むとかじゃなくって、まずは彼の話をもるまる聞こう」とした。すると、D1さんは「最初の頃はスタッフに対する不満とか、医者に対する不満とか、今現在のスタッフとか医者だけじゃなく、前の病院とか今まで出会ってきた人とか、そういう人の不満が多かった」が、「それでもずっとD1さんの話を聞いていくうちに」、「でもあそこの先生はちょっと違ったんだよね...とか、そういうプラスの発言っていうのかな...そういう感じの話がD1さん(の口)から少し

ずつ出る」ようになってきた。このやりとりを通して、Dさんは「D1さんは全面的に医療に対して不信感をもっているわけじゃないんだ」と「僕も意外に感じた」という。そして、Dさんのなかには「それがわかるようになってから、もうちょっとD1さんのなかに色々あるんだだろうな...というイメージが膨らんで」きた。Dさんは「30分ずつ日勤のときは時間をとって、話を終わるときは『また聞かせてくださいよ』」という感じがかかわりを続けていった。すると、D1さんは、自分が「在日の3世」であること、「在日としての思い」も話すようになってきたという。Dさん自身、D1さんは「病棟スタッフとの間では関係もよくなかったし、話を長く聞く時間ももてていなかった」ため、「D1さんも話をすることを求めているんだ」など思ったという。

② 患者らしさを引きだし、仲介役として働きかけることの大切さについて確信を得る

DさんのD1さんに対するかかわりを見ていたスタッフも、D1さんは「割とちゃんと対応できるときもあるんですね」のように「見方も少しずつ変わって」きた。Dさんは「D1さんから聞いた話、医療に対する考えとか、大きかったのは生育歴、在日として生きてきた、揺れている部分とかD1さんから聞いた話を病棟に返す」ようにしていった。そうすることで、スタッフの見方や、スタッフとD1さんとの「関係性が変わって」いった。

また、主治医との面接では、Dさんは「D1さんとV先生の仲介役」をするようにしてみた。例えば、「V先生がD1さんに伝えたいこととか、D1さんは曲げてとっちゃうところもあったりとかする」ため、Dさんは「D1さんの受け取ったことを聞いてみて、受け取り方を少し修正したりとか。逆にD1さんの言いたいことを修正したりとか、V先生のいない裏側でするのではなく、その場で、3人でいるときにやったりとかして」みたという。

そうすることで、D1さんは「最初はかなり全身にとげがあるみたいな、つんけんしていた」が「本来のD1さんっていうのかな、割と人なつつこい」感じが出てくるようになった。D1さんは素直に「近くに誰かにいて欲しいっていう感じを出して」くるようになり、「終日（保護室に）クローズ（隔離）になっていたのが、少しずつ開放時間をもてるようになって」いった。Dさんはこのやりとりを通して、「患者さんとのコミュニケーション」や「関係作り」の大切さを改めて実感することとなった。しかし、ようやく良い方向に進み始めたところでDさんは社会復帰病棟に異動することになった。

③ 自分だけができるのではなく、スタッフを巻き込んでかかわることの大切さに気づく

社会復帰病棟に異動が決まってから、Dさんは自分がいなくなることで「D1さんは揺れるとは予想していた」ため、Dさんは「異動が決まってから、割と早めにちゃんとD1さんには言って、少しずつお別れの準備はしていた」という。しかし、Dさんが社会復帰病棟に「異動になった」ことで、かかわりは「中断と

というか、途切れちゃう感じ」になってしまい、その直後に D1 さんは調子を崩して後戻り（暴力をふるって身体拘束をする）してしまった。

このことを通して、D さんは「もうちょっと病棟との橋渡しっていうか、僕と彼との関係性じゃなくって、病棟と彼との関係性をつくったうえで、引ければ良かった」と思ったという。加えて、D さんは「僕 1 人しかできなかつたら、意味はない」し、「他の人とも（きちんと話が）できるような、関係性を作れるということは必要」だと痛感したという。D さんは「自分だけができて周りができないと、自分とスタッフ、患者さんとスタッフとの間に溝ができる。そこをどのように埋めていくのかっていうこと」は自身の課題であり、「みんなで悩んで、みんなはどうするか考える」ことが大切なのではないかと語っていた。また、インタビューのプロセス全体を通して、「自分自身、意識せず働いてきちゃっているから、もうちょっと何ていうのかな…理論づけてじゃないけど、ちゃんと意識しながらかかわるっていうのをやってみようかなと思った」という。そのことを D さんは、自分は「どっか『いいじゃん』みたいに始まって行って、あとからそのことに理由づけていくということが多い」ため、「意図的にちゃんとやっていると、周りの人もやっていきやすくなると思うところもある」と語っていた。語りの最後に D さんは「自分のやっていることに意味づけをしていくっていうことが大切」であり、「今後意識して取り組んでいきたいこと」として挙げていた。

5.E さんの物語とその解釈

E さん（40 代・男性）は、精神科病院で看護助手として勤務しながら、准看護師としての経験を経て看護師免許を取得した、この道 25 年のベテラン看護師である。E さんの看護経験は精神科病院で培われてきた。インタビュー時、E さんは X 病院の看護師長として病棟管理を担っていた。

1) E さんの物語：患者との信頼関係を大切にしながら、患者と共に歩む

(1) 患者の変化を敏感に察知し、早めに対応することを大切にするようになる

E さんが精神科看護に携わることになったのは、精神科病院で勤務していた親戚から、看護助手を「やってみないかっていう誘いがあったから」だった。その当時は、E さんは精神科病院がどのようなところなのか「イメージもつかず、とりあえず勤めた」という。E さんが精神科病棟で看護助手として勤め始めた頃は、有資格者の少ない時代だったこともあり、看護師も看護助手も同じように看護業務についていた。当時は、「看護師さんと一緒に夜勤も組んでいたし、業務はお薬もあげていたし、寝なかつたら睡眠薬」を与薬するなど、「掃除もするし、看護もするし、全部やっているっていうような」感じだった。最初に精神科病棟に足を踏み入れたときの E さんのイメージは、精神科病棟は「刑務所に収容されているような凶暴な患者さんがいっぱい居る」ところであり、「鍵のかかるところに患者さんを閉じ込めておくのかな」というものだった。

「看護について全く分からずに入った」E さんは、そこで先輩に最初に教わった「患者さんの世話は下の世話をするんだよ」という「一言が未だに忘れられない」と

いう。Eさんはそのことを失禁している患者がいてもそれを「見て見ぬふりをする」人がいたから、先輩は自分に「そういうアドバイスをしてくれたのかな」と思ったのだという。

精神科病棟に勤め始めた頃、Eさんはまず「環境整備」を意識的にしていた。当時、「閉鎖の病棟に具合の悪い方はいっぱいいた」こともあり、失禁して床が汚れていたりすることがよくあった。最初の頃は、そのような「不潔なところを綺麗にするのが（自分の）業務だと思って」いた。そして、少し業務に慣れてきた頃から、Eさんは看護師と組んで夜勤をするようになり、そこで患者の「おむつ交換もやる」ようになって、自分の行っていることが「実際の患者さんに繋がって」いった。それまでは患者の生活する環境にだけ自分の注意を向けていたが、直接患者にかかわることで、Eさんは「気づいて、動いて、患者がきれいになるように援助する」という視点へと変化していった。そして、そうやって患者とかかわっていくうちに、「いつもとはちょっと違うかな？っていう、なんか見た目では分からないところ、勘」みたいなものが働くようになっていった。最初に先輩に教わったことは、Eさんのなかで「見て見ぬふりはしない看護師」でいようとここに決めるきっかけになった。そして、こうありたい自分を意識しながらひたむきに努力し続けることで、「一歩進んで患者さんの精神症状なり身体症状なり、いつもと違う、何かが違う、どうしたの？」という患者に変化に気づくようになったのである。患者のなかには、「自分の具合が悪いことをうまく言えない」人もいた。Eさんは、そのような患者の変調を「早く見つけられる」ようになることを大切にしながら、精神科に勤務して20年以上経った今もなお、「見て見ぬふりはしない看護師」でいることをEさんの看護の「軸」としてきた。

(2) 画一的に対応するのではなく、患者の困りごとを一緒に考えることの大切さに気づく

看護助手として勤務し始め、夜勤をするようになった頃、不穏になった保護室の患者がドアをドンドンと叩きながら眠れないと暴れ始めた。以前にも似たような場面があり、そのときに一緒に勤務した先輩看護師は「眠剤あげてもう寝なさいって言って、窓越しに対応していた」という。Eさんは、このような場面ではそういうふうに対応するものとして捉えていた。しかし、この日の夜勤で一緒に勤務した先輩看護師は「（看護室の）なかに入って来いって言って、（患者を看護室の）なかに入れて、看護室のなかで座らせて一緒に喋り出し」た。そして、Eさんは黙ってその様子を見ていたという。先輩看護師はその患者と「普通の会話っていうか、そこでゆっくりすればいいよ」という感じでかかわっていた。Eさんの目には、先輩看護師の対応の仕方が「看護っていうより普通にお客さんが来たような感じ」で対応しているように映り、結局「その患者さんはそこにしばらくいて落ち着き」を取り戻した。Eさんは、その先輩看護師のかかわりを通して「看護師サイドの受け入れる幅っていうのか...余裕があって、そういうことができるってすごい」と魅了させられていた。そして、Eさんは不穏な患者であっても本当は「薬とか眠剤とかいらない」のかもしれないと思うとともに、「意外なと

ころから方法を変えてかかわるといいのかな」と患者とかかわるヒントを得た。それからの Eさんは、眠れないと訴えてくる患者に対して「当たり前の対応っていうか...正しい対応っていうのかな（眠れないから眠剤を投与するなどの画一的な対応）、それとは違う対応もある」ということを意識し、「眠れないから眠剤を投与するのではなく、眠れないって言ったら、じゃあ眠れるようにどうしましょうか?」と対応するようになっていった。

(3) 病状の波に惑わされず、本来の患者の姿をイメージしてかかわることができるようになる

Eさんが看護助手として業務にも慣れてきた頃、E1さん（統合失調症・男性）の精神状態が急に悪くなり、E1さんは保護室に入室することになった。E1さんは「作業療法するときには患者さんの中でもリーダー的な存在」であり、それまでのEさんは「生活レベルも本当にもう退院しても良いような感じの方」として見ていた。

E1さんが保護室に入室して数日が経過した後、EさんはE1さんの状態を確認するために保護室に行ったときのことだった。E1さんは「保護室の中で放便していて、その便を食べていて、行動が豚みたいに『ブヒブヒ』って言いながら自分の便をこねて」いた。病状が悪化して、それが行動に表面化している患者を初めて目の当たりにしたEさんは、強い衝撃を受けた。「普段の生活も、普通の会話も、それまでは一緒に普通にやっていた、作業療法とかって畑作業をやっていた人とは、もう同一の人には見えない」感じであり、「精神症状が悪くなったら、こうなっちゃうの」という驚きで、Eさんは「保護室に入れなかった」という。Eさんは保護室に「入って自分が何をしたいのかわからない、この人になんて言っているのかわからない、ただその状況を見て」いるしかなかった。

しかし、Eさんが強い衝撃を受けて固まってしまっているのは別に、周りの先輩看護師は「そんなに慌てることも無く」、Eさんには「落ち着いて対応しているように見え」た。先輩たちは、E1さんの長い入院生活の中で「具合が悪くなる」という感じの状態に、本当に動物みたいになっちゃって、会話もできなくなる」ことを幾度となく経験していた。そして、動揺しているEさんに対して「大丈夫。もうちょっとすればね、また元に戻るよ」と言葉をかけたのだった。しかし、その当時のEさんは「先輩の言動が理解でき」ず、「えっ!?この状況を見て、落ち着いてそういうことが言えるの...っていう不思議な感覚」を覚えた。

その後、先輩看護師の言うように、E1さんは回復していった。しかし、EさんはE1さんが「良くなったのは見ているけれども、それで（先輩の言っていたことを）理解できたとは思えなかった」という。Eさんが「保護室に入る患者さんには、具合の悪くなるパターン」があることに気がついたのは、X病院に再就職し、急性期病棟で看護に携わるようになってからだった。当時の急性期病棟には、「保護室の何度も出入りする患者さん」がおり、Eさんは「その患者さんとの付き合い」が長くなっていくことで、「保護室に入る具合の悪さだけじゃなく」「良いときの状態も見て」おり、「その患者さんの本当の姿を見ていた」ため、「落ち

着けばいつもの患者さんに戻れる，元通りになるようなイメージが頭の中に」できあがるようになっていった。要するに，具合の悪いときの患者だけではなく，ひとりの患者の人生のある時点として捉えながら，その人そのものを理解できるようになったのだろう。Eさんは、「その経験を通して，1年，2年，3年なのか分かんないけど理解できるようになった」と語っていた。

(4) 自分一人で患者を抱えこまなくてもよいことに気づく

准看護師の免許を取得し，Eさんは男子の急性期病棟で勤務していた。当時の急性期病棟は，患者が「暴れて保護室に入る，人を殴ってしまったから保護室で縛りましょう」という感じだった。そのため，当時のEさんは「暴れる方に対する看護師としての対応っていうところを，日々の対応としてやっていた」という。また，Eさんは当初保護室を受け持ったときには「自分（の力）だけで対応しなければ」ならないと思っていた。しかし，ある準夜勤で，その日に入院してきたE2さん（男性・躁状態）の対応をしていて，「それは違うな」ということに気がついた。

E2さんは「国体の代表選手で，すごい身体も大きくて，熊さんみたいな」人で，「かなり調子も高かった」ため，「警察が何人かで連れて」きて「措置で入院し」た患者だった。準夜勤務者への申し送りが終わって，保護室の様子を見に行くと，「保護室で隔離されているはずのE2さんが，保護室の前室¹⁷に座って」いた。Eさんは「あり得ないことが目の前でいきなり起きていて，このときはかなりまずい状況」だと思った。Eさんは保護室の「前室で一対一になった状況で，いきなり逃げ出すわけにはいかず」，Eさんにとっては「精神科に入って初めての恐怖」であり，「それ以上の恐怖は未だにない」くらいの状況だった。Eさんは「そのときの言葉遣いとか対応とかは今までになく，頭の中がぐるぐる」するような感じであったといい，「その方に状況を説明して，話を聞いて，行動制限について納得してもらって，保護室に入ってもらって鍵を閉めた」という。Eさんは恐怖のあまり，E2さんを「どのように説得して納得して入るまでもっていったのかっていうのは，本当に覚えてない」ものの，「自分の身を守るために」一生懸命に対応していたという印象は強く残っていた。しかし，E2さんは「その後，かなり（の数のスタッフの）応援呼んで，拘束まですることになった」が，このやりとりを通してEさんは「保護室の看護というのは，チームでやった方がいいっていうか，無理をして自分が対応することによって患者さんに刺激を与えているのに，無理して頑張っちゃう必要はないんだな」ということに「気づかされた」という。確かに，EさんはE2さんを保護室のなかに入ってもらったことはできたのだが，Eさん自身はそれでよかったとは思えなかったのである。自分で何とかしなければいけないという気持ちのほうが先立っていたのだが，その後の患者の反応を考慮

¹⁷ 保護室の前室：病棟のなかに複数の保護室があり，それらが一つのゾーンを形成するよう空間配置され，その共用スペースとして設計された空間を前室という。洗面所やシャワー室，鍵付きロッカーなど保護室のなかには備えられない設備があるほか，テレビやソファなどの団欒スペースが設けられている場合がある。

すると、自分一人で対応するのではなくチームで対応して、患者が必要以上に興奮しないようにかかわる必要があったことに気づいたのだろう。

(5) その場しのぎの対応ではなく、チームで患者の対応をすることの大切さに気づく

当時の男子の急性期病棟には、「暴れて保護室に入る、人を殴ってしまったから保護室で縛りましょうっていう患者さんがいっぱいいた」という。その頃は、患者が「寝れない」というと Eさんは患者に「(食事で残った)牛乳とかあげて、内緒ね...っていうふうにあげて」おり、「飲んだんだから落ち着いて寝るんだよ」という対応をしていた。しかし、そのように対応していて「他のスタッフが困っていたっていうことを聞いて、それは駄目なんだ」と思ったという。

この対応がどうして駄目なのかについて振り返ってみると、Eさんは「それをその場で終わらせるから駄目なんだと思った」という。それまでのEさんは、「他のスタッフのときに、昨日はあの看護師さんからもらったから今日も...っていうふうなことを言っちゃ駄目なんだよっていうやり取り、約束事」をしたり、「スタッフと昨日そういう約束事をしたという引き継ぎ」をしたりしていなかった。もしも、Eさんがこのような対応ができていたら、Eさんは患者が「この人は約束守れる人なんだっていう評価に繋がる」こと、「もし(患者が約束通りに)できなかつたら、次の日に無理に要求したんだつたら、それは駄目だよっていう振り返りの機会に繋がれば良かったのかな」ということがわかった。

また、保護室の患者とのかかわりでは、「統一した対応」ということを意識しなければならぬ。対応を統一しないと、「患者さんもそういう言いなりになる人に、こう言えばいいんだ」ということになるため、「対応する看護師も大変」であり、「スタッフ同士の関係もいまいちギクシャク」してしまうことがある。しかし、一方ではEさんは「患者さんとの対応の統一をすると決める必要があるというところと、もしかしたら経過を追って引き継ぎをしながら、できる・できないを見分けるっていうのがあるのかな」と捉えており、その場しのぎの自分だけの対応にはせず、その後の患者の反応を評価できるように周囲のスタッフと協力して対応することを大切にするようになった。

(6) 患者との信頼関係を築くことが患者の回復につながるということの確信を得る

慢性期病棟で経験を積んで Eさんは再び急性期病棟で勤務することになった。再び勤務することになった急性期病棟の保護室には「自分を傷つけたりとかっていう患者さん、他の方との距離が取れなくなってしまうって、他の患者さんとの距離をとる必要のある」患者が入室しており、Eさんの保護室に対してもっていたイメージは一変したという。また、Eさんは改めて急性期病棟で勤務するようになって、「保護室っていうより精神科の看護の考え方が変わった」という。そのことをEさんは「昔の精神科の看護から、今の精神科看護っていうのかな、患者中心の看護」と表現していた。

以前に急性期病棟に勤務していたときは「入院のときに患者さんは暴れて来ました、(救急病院でも)縛られていました、じゃあ保護室に入れて縛りましょう」という感じだったという。しかし、再度勤務するようになったときの急性期病棟の「保護室での入院の受け方」は当時と変化しており、「まずは患者さんを縛らないでみましょう、そして、どういう状態なのかっていうことを見極めるために拘束はしないように」しましょうということになっていた。例えば、以前は「患者さんがベッドに縛られて自殺するんだって攻撃的に言ってくると、こちらサイドはまだ攻撃性があるからっていう判断で解けない、いつ解くんだっていう話になる。そうしたら、お薬を点滴で入れて、ドロドロになって、それから解除っていうのが昔のパターン」だった。しかも、なかなか患者の「拘束が解けなくて解除までの時間が長くなって、信頼関係も取れずに、その後信頼関係を取ることの難しさにも繋がっていた」という。しかし、今は患者と「まず話をしてみよう、状態がどのぐらいの状態なのかをみてみよう」ということを大切にしているため、Eさんは「患者さんとの信頼関係も取りやすいし、行動制限の解除までの期間も早い、解除に持っていくのも早くなった」という。

ある日、急性期病棟に他の病院に措置入院を繰り返してきたE3さん(男性・統合失調症)が入院してきた。X病院に入院してきたE3さんは、それまでの入院で嫌な思いをしてきたことについて「点滴されて、どこに打たれた、縛られました」と繰り返し訴えていた。また、E3さんは入院時から「治療を拒否していて、信頼関係も築けず、落ち着いてきた頃に拘束をとっても、その後の拒否が強く、結局再拘束」になるという状況が続いていた。E3さんの「状態は良くなり、治療拒否のまま隔離拘束」の状況が続いており、Eさんもスタッフも「どうしようか」と悩んだという。Eさんは、それまでE3さんが「入院して、治療を受けて良くなって」も「その後の外来通院、内服はしていなかった」のは、「それまでの本人の話(繰り返し訴えている)のなかから看護サイドがこういうふうにさせちゃったんじゃないのかな...」と思った。そこで、EさんたちはE3さんと「信頼関係をどうやって作って、対応に結びつけ」ていくのかということ課題にしてかかわることにした。そして、信頼関係を作っていくうえで、Eさんたちは「一人のスタッフ、若いスタッフと仲良くなる、その若いスタッフを中心に、かかわりを広げていこう」ということにした。

E3さんに対して、一人のスタッフを軸にして「信頼関係を取りながら」、「薬についても点滴にしても拘束についても、こうすれば取れるんだ」ということを「1つずつ説明」していくことによって、E3さんは「やっぱり良くなって」いった。このやりとりを通して、Eさんは患者が「暴れる、具合が悪い、拒否しているっていうのは、それは症状ではないんじゃないかな...」って。やっぱりその裏にある患者さんの思いを理解して、そこにどういうふうに入っていくって、治療に結びつけるか」ということが大切なのではないかということを実感した。

また、EさんはE3さん「一人に対して全員が同じような気持ちでやらなかったら、一人でも違う対応をしたらアウト、また仕切り直しになる」ことはわかっていたため、「全員で一人に同じ対応をするっていう大変さ」もあったという。E

さんは「全員で同じ対応ができたそのときのチームっていうのは強かった」と回想しながら、「1人ではできないなっていうのは保護室の看護」であり、「それだけパワーを使うかな」とも語っていた。

(7) 患者の症状ではなく、患者と付き合うことを大切にする

Eさんは、保護室に入室中の患者とのかかわりについては、「この人ってどういう人なんだろう」ということを知ることが重要だと捉えている。症状はあくまでも患者の病気の部分として表れているものであり、Eさんはそのことを「その人にその症状がくっついている」と表現していた。Eさんは患者とのかかわることについて「この人と付き合えないとその症状がくっついてこの人とは付き合えない」という。そのため、Eさんは「具合が悪いときに一生懸命症状につきあって頑張る必要はないのかもしれない」し、患者には「具合の悪い（部分をサポートする）ケアをしてあげればいい」と語っていた。患者が保護室に入室しているときに自分がかかわったときのことを「患者さんは覚えて」おり、「あのときはお世話かけましたっていう言葉って一番うれしい」とも語っていた。

(8) かかわる姿を通して後輩の学びを促す

Eさんは「患者さんと対応するとき」には、「この患者さんにはこうした方が良いよ」と後輩看護師に「気づいて」もらえるように、「患者さんの対応をしている」という。それは、Eさん自身も「先輩のやり方を見て、ああそういうやり方っていいなとかっていうのを盗んできた」からである。Eさんは「見ている方がどう受け止めているかは分かんない」が、「そういうふうに使ってくれるといいな」、「僕のやり方がヒントになれば」いいなと思いながら、今も日々対応しているのである。

6.Fさんの物語とその解釈

Fさん（40代・男性）は一般大学を卒業後、X病院に看護助手として就職し、看護学校に進学した。そして、看護師の免許を取得してから急性期病棟で勤務し、アルコール病棟、亜急性期病棟で看護師として経験を積んできた。インタビュー時、Fさんは亜急性期病棟に勤務していた。

1)Fさんの物語；患者と共に考え、患者の回復を手助けする

(1) そのときの患者だけではなく、退院した後をイメージしてかかわるようになる

Fさんが看護師の免許を取得して最初に勤務した病棟は急性期病棟だった。当時の急性期病棟は「みんなベテラン揃い」であり、「他の病院で身につけてきた経験とか知識」を活かしながら、それぞれが「役割をもって」、自分の考えていることを「お互いに言い合い」ながら、ケアにあたるような雰囲気だった。このような病棟雰囲気だったこともあり、Fさんはその時々巻き起こる「一つひとつのこと」について、「同僚だったりとか、先輩だったりはどうしてこういう対応したんだろうか」と考えてみたり、「こういう対応したら患者さんこういうふうになる

んだ」ということを「見たりとか，聞きながら」やってみて，「試行錯誤」しながら自分のスタイルを築いてきた。Fさんはそのことを「周りの人の動きとか，保護室の患者さんへの対応とか，一人一人（のスタッフ）それぞれがよく見ていて，とても勉強になった」と当時を回想していた。

Fさんは急性期病棟の保護室には「措置入院だったりとか，医療保護入院だったりとか，要するにご自分で病気というか知識のない方とかが保護室いきなり運ばれて」くるところであり，患者自身が否応なしに「入院を受け入れざるを得ない状況」で入ってくる場所として捉えていた。そのため，Fさんは患者の気持ちに「寄り添えるというか，その人の気持ちを聞いてあげて，少しでも苦痛に感じていることを，自分が吐きどころになるじゃないけど，思っていることを吐き出してもらって，少しずつでも現実を受け止めてもらえる」ように気を配っていた。ただし，Fさんは最初からこのように気にかけていたわけではない。保護室の患者とかかわり始めた頃のFさんは，患者の「そのときしか見ていなかった」という。例えば，「そのとき患者さんが言う言葉で何かしら，満たされていない部分とか，つらい部分にどうしようかって考えていただけだった」という。そのため，先輩看護師からは「甘いとか...やさしいとか...振り回されているとか...ちょっと距離が近い...」と投げかけられることもあり，そのような先輩の投げかけの一つひとつにFさんは頭を悩ませていた。実際に，当時のFさんは患者に「振り回されているということがよくわかんなかった」という。そのため，一つひとつの患者とのかかわりについて振り返り，時には先輩看護師と患者のかかわりを見て，それを参考にしながら，Fさんは自問自答を繰り返してきた。そして，そうすることでFさんは「ただ（患者の）言いなりになって動く」のではなく，「どこまでがやっぱり看護師としてやるべきことなのか」を考えながら，言い換えると「これ以上やっちゃうと，治療的な意味じゃなくなってしまう」ことを意識しながら，患者とかかわるようになっていった。このように経験を積んでいくなかで，患者が「退院した後に，あなたが同じような状況になったときに，今とっている行動で，それでいいの？」ということ念頭に置きながら，「自分で考えてもらったりとか，自分で（その対処）方法を試してもらったりとか，（患者に）努力をして欲しいと思ったりするようになった」という。このように意識しながらやっていたなかで，Fさんは「俺には俺のやり方しかできないから，多分先輩のやり方をまねてもうまくいかないわけだから」「自分の甘いというところとか，自分が甘いというのをわかったうえでやっていければ良いのかな」と思って患者とかかわるようになっていった。Fさんは「自分の看護のスタンス」を身につけたのは「急性期病棟（での経験）」だったと語っていた。

(2) 患者が納得できるような働きかけをすることの大切さに気づく

Fさんには，「ずっと，心に残って」いるやりとりがある。それは急性期病棟で勤務していたときにかかわったF1さん（男性，薬物精神病）とのやりとりだった。Fさんにとっては「本当に困ってしまった」やりとりであり，「自分のF1さんに対する対応の仕方がまずかったな」と反省したのだという。

ある「夜勤帯で、患者さんが殴られていますってナースコール」があった。それは「『助けて』って殴られている患者さんからのナースコール」だった。Fさんがその病室に訪室すると「寝ている患者に F1さんが馬乗りになってボコボコに殴って」いた。Fさんは F1さんが「興奮している患者さんだったのに『何やっているんですかー!』みたいな感じで大きな声で対応してしまった」という。そのときのことを Fさんは「F1さんの暴力もひどくて、殴られている患者さんの命の危険もあるかもしれないわけだから、しょうがなかった一面もある」としながらも、ふと振り返ったときに「もっと他の手があった」のではないかと思ったのだという。

Fさんは「F1さんも興奮しちゃっているし、相手の患者さんの恐怖心を取り除くためにも、周囲に対する影響を考えてみても、隔離なり周囲と遮断する、要するにクールダウンする意味でも」状況的に「確かに F1さんには保護室対応が必要」だと思った。しかし、Fさんの判断とは裏腹に、Fさんが仲裁に入った後、F1さんは「喫煙室に居座って」しまった。何とかしようと F1さんに接近するが、F1さんは「先生の診察も受けつけない、看護室にも入ってこない感じ」だった。F1さんは「割と口も立つ」ため、つい Fさんは「本人の話のペースに乗っちゃっていて、なかなか真相というか事の発端ですよ、どうしてこういう状況になっているのか、事の真相に焦点を当てられないまま、時間が経って」しまったという。F1さんは「先生の診察も受けつけない、看護室にも入ってこない感じ」に加えて、「殴られた患者がちょっかいを出さなきゃ良いのに、通りすがりに F1さんの足を引っ掛けようとした」ため「またそこで一悶着（小競り合い）」起こってしまった。このときの Fさんの頭の中は「その場が収束することはいっぱいだった」という。

このような緊迫した状況で、一緒に夜勤をしていた Zさんは Fさんと一緒に喫煙室に入り、F1さんにかかわり始めた。そして、Zさんが F1さんとはしばらく対話をもった後、F1さんは「どうしてこうなんだろう...とか、こういうことしちゃいけないよね...とか、そういうことを考えたり」するようになっていった。そして F1さんは「自分で『こういう状況だから周りから離れる必要があるんだよな』」と言い、一度は「保護室までは自分の足で入った」という。

しかし、Fさんも Zさんも予期しないところで、状況を呑み込めていない深夜勤務に出てきたスタッフが男性スタッフの応援を依頼してしまっており、保護室の中に「男性職員がわーって入ってきて」、F1さんは「『やっぱりやるつもりなのか』みたいになっちゃって」、「保護室に入るの入らないの」という元の混沌とした状況に陥ってしまった。さらに F1さんは保護室の入室に際して「いろいろと条件出してきて、（医師と）駆け引きになって」しまい、診察にやって来た医師に対して「目の近くにタバコの火を押しつけ」、結局拘束をすることになってしまった。

その後「拘束までし終わったときに、Zさんが F1さんに『何で結局こうなったちゃったんだよ、すごく残念』」と F1さんに伝えたという。そして、それを聞いた F1さんは涙を流していた。「その場が収束することはいっぱいだった」Fさ

んは、「あのときは残念の意味がわからなかった」が、「あそこで Z さんが残念って言っていて、『それってなんでだろう…』って考え」たのだという。

F さんもこころの片隅で「患者さんにとっては残念だったなー、こんなふうにならなくても良かったのかなって思っていた」。また、急性期病棟での勤務に慣れて「少しずつ自分もそういうこと（患者さんと交渉し、患者さんが自発的に状況から距離を置けるよう仕向けること）ができるようになってきて、俺も何かすごく残念だな」と改めて感じたという。そういう自分の気持ちを嘔みしめながら、F さんは「自分の振り返りになったとき」に最初に「本人に対して大声で、大きな声で制止に入ってしまったこと」が引っかかっていた。F さんは「この場を何とか鎮めないといけないとか、とりあえずもう夜勤だったし、全体のことを考えて、全体の状況を考えて、この人は隔離しなきゃいけないとか、何とか今のこの状況では大部屋では本当に無理みたいな、そこだけだった」という自分の気持ちに気がついたという。F1 さんに「何とか（保護室に）入ってもらったらそれでいいという、その場しのぎ的な思いが強かった」ことや、「せっかく Z さんが結構頑張っていてずっと話聞いてくれていた」ことを通して、F さんは F1 さんに「ちゃんとどうして入らなきゃいけないのかとか、自分で思っているだけじゃなくて、多角的に伝えてあげられればよかったな」と振り返ったという。そして、そうすることで、あのときの状況は「もっと変わったかもしれない」と思ったのだという。F さんはこの出来事を通して、患者を保護室に「力づくで入ってもらおうというのではなく、かわる自分たちも大変だけど、どうして今あなたにはそのような状況が必要なのかについて話をしたうえで、患者さんに自分の足で入ってもらえる」ように、「それを伝えるようにしたい」と思うようになった。

(3) 患者の努力を認めることが患者の回復する力になることを実感する

急性期病棟で 3 年間勤務した F さんは、その後アルコール依存症の専門病棟に異動になった。この病棟にアルコール依存症で入院する患者は「自分の意志で入院してくるという建前」になっていた。しかし、患者のなかには「表向きには自分の意志で入って」きても、「知識がなかったりとか、やっぱりまだ自分では病気でない」と思っていることもあり、それを真正面から「ドーンと突きつけちゃうとそういう人は目を背けちゃったりする」ことがあるという。

F さんはこの病棟で F2 さん（アルコール依存症・男性）に出会った。F2 さんは「土日以外泊」している際に自宅で再飲酒し、F2 さんの奥さんから担当の F さんに電話がかかってきた。F2 さんは病院には「帰りたくない」と言っていたが、F さんと奥さんが電話で話し合い、「そのときは、奥さんが F2 さんを説得することになって、これから F2 さんを連れて帰るように説得します」ということになった。自宅からの帰り際、奥さんから電話が入り、F2 さんは外泊から戻ってきた。そのとき、F さんは「F2 さんに『おかえりー、帰ってきてくれてありがとう』って感じで言った」という。すると、F2 さんは『すいません、お酒飲んじゃいました』ってみたいに素直に（F さんに）言ってくれて。そのときのルールだったら、二日間内省室（鍵のかからない保護室のような空間）に入るよっていうこと

にも、ちゃんと同意」したという。

この出来事について F さんはその後 F2 さんに投げかけられるまでさして気にかけていなかった。しかし、退院間際の F2 さんが「『あれがあったから何かここまでがんばってこれたんだよ』」と返してくれたことで、「対応の仕方一つで（患者の病気に向き合う態度や気持ちなどが）変わる」ことを実感したという。外泊から飲酒して戻ってきた F2 さんは、「絶対看護師に怒られる」ものだと思っていた。F2 さんは「絶対『何やってんの』みたいな感じで、『どんだけ飲んできたの』みたいな感じで質問責めにされたりとか、『嘘ついてんじゃない』みたいな感じで言われたりとか、責められたりとか、怒られたりするみたいな」ことをイメージしながら、身構えた感じで外泊から戻ってきたのだが、実際に F さんが働きかけことは F2 さんの想像とは異なっていたため、F2 さんは「肩すかし食らわされた」感じになってしまったという。

F さんは F2 さんとのやりとりを通して、「帰ってきてくれたこととかね、できていることをやっぱり評価してあげるってことで、その後の行動がこんなにも変わっちゃうんだな」ということがわかった。F さん自身 F2 さんの再飲酒に対して「援助する立場としてはやっぱ、何か裏切られたっていうか、『やっぱ飲んじやったのか…』みたいな諦め」を感じていた。しかし、患者は「できていない部分を十分に責められてきているだろうし、そのことで散々反発もしてきている」ため、「逆にできている部分とかをちゃんと（患者に）伝えてあげること」が大切なのではないかと実感する出来事になった。そして、このような経験を通して、F さんは「あのときだって、F1 さんも下手したら、こうやって僕たちと興奮しないで話を聞いてくれているじゃないって、そういうふうについて、そこをきっかけに話をたぐり寄せられたかもしれない」と急性期病棟でうまくかかわれなかった F1 さんとのやりとりについても振り返っていた。

(4) 自分のカラーを意識して働きかけるようになる

アルコール病棟で数年間勤務した後、F さんは現在勤務している亜急性期病棟に異動した。F さんが最近気になっていることは、患者に「（自分が）どういうふうに見られているのかな」ということだという。そのことについて意識するようになったのは、保護室に入室中の F3 さん（男性・統合失調症）とのかかわりだった。

F3 さんは「僕だったらこういうふうに F3 さんに説明するというのをわかっているくせに、F3 さんは僕のところの説明を聞きに」来るのだという。そして、F さんとのやりとりを通して「安心」したり、「怒りがトーンダウンしたり」するのである。しかも、「それが何回も繰り返されたりする」ため、F さんは「何かそれってあえて僕を選んで言ってきたのかな」と思うようになった。例えば、F さんはそれを「言い方を簡単にすると、『この人はこういう人』みたいなだとか、『こういうふうになってくれる人』」と F3 さんは捉えており、「何かしら患者さんからしたら、僕ってこういうカラーって、そういう看護師さんって思っているのかなって」と思う節があるのだという。

そして、同僚看護師だった Z さんのことを挙げて「それってやっぱり自分から見えていたら、Z さんとかもそうだったけど、Z さんってこういう看護師だっているのがある」といい、自分から Z さんを見たときに「どんなに不穏な患者さんがいても、この人だったら多分こういうふうにしてくれるから大丈夫っていう、それって何かなくて」考えるようになったのだという。F さんは自分ことを「自分ではあんまりわかんない」と前置きしながら「自分のカラーっていうのか、看護のカラーっていうのが、多分あるんだな」という自覚とともに、「多分自分にもそういうのが備わってきたのかなって、少しできつつあるのかな」と自分の成長を感じるようになった。そのうえで、F さんは「その人がね、やっぱり社会で生活できるようになってもらうことが、本当に望むような社会生活に近づけるようになること」が自分のケアの目標であり、「病気を持っていて、病気とわかって、社会生活と病気とを共存して欲しいって思うから、やっぱり、そういうちょっとしたことも返していかないと。もちろん聞いてあげること大切だし、だけ聞いてあげただけじゃだめだし、じゃあ何がよかったのか、何ができていて、何ができていないのか、ちゃんと一緒に考えてあげたい」と F さんの看護について話っていた。

7. G さんの物語とその解釈

G さん（30 代・女性）は、看護大学を卒業後 X 病院の社会復帰病棟に就職し、以後 11 年間、G さんは保護室のある病棟とない病棟で精神科看護に携わってきた。インタビュー時、G さんは X 病院の急性期病棟で副師長として勤務していた。

1) G さんの物語；患者のサインをキャッチし、患者の安全を守る

(1) 保護室に近づけず、先輩と一緒にしかかわる

G さんは社会復帰病棟で 3 年間勤務した後、急性期病棟に異動になった。G さんが配属された急性期病棟は、X 病院の入院を一手に引き受ける病棟だった。異動したての頃の G さんは、急性期病棟に対して「すごく怖くて…、全然怖くてっていうのも変ですけど、もう怖くて、怖くて」というイメージだった。社会復帰病棟に比べると、まず「スタッフの多さにびっくり」し、「自分の居場所が無かった」という。

そして、保護室についても「やっぱり怖いところっていうイメージがものすごくあった」という。G さんと保護室のかかわりは「最初はとりあえず何も分からないから怖い」というところから始まった。異動当初の保護室に対する G さんの捉えは、「怖い空間」や「強い症状を持った人たちがいる場所」であり、「最初は無条件で怖かった」という。保護室には精神症状の活発な患者が入室し、絶えず「ワーワー騒いでいる」ような感じがする場所だった。保護室が怖かった G さんは、保護室に「近づくのもやっぱり 1 人では絶対行かなかったし、(スタッフの)人数もいたので必ず誰か一緒をお願いして来てもらって(患者と)」しかかわるようになっていたという。

(2) 先輩看護師を見て学び、同じように自分も挑戦してみる

Gさんが最初に勤務した頃の急性期病棟にはお手本になる先輩看護師がおり、その当時の急性期病棟のスタッフはGさんから見て「技術的にも精神的にも安定していた」という。Gさんが困っているときには、「一緒にいてくれたスタッフがすごく細かく丁寧に教えてくれ」たり、「(自分が) 困る前に結構フォローしてくれ」たりしたため、Gさんは「なんかあったら他の人に聞けばいいとか、頼ればいいって思えた安心感みたいのはすごく大きかった」という。例えば、「その対応をどうしたらいいかって迷ったときに必ずそのお手本になる人」がおり、お手本になる先輩が「その場でちゃんと実際のところを見せてくれる」ため、「すごく分かりやすかった」という。Gさんはこのような安心感を得ながら働くことができたため、ただただ怖いというイメージから落ち着いて患者とかかわることができるようになっていった。

先輩看護師から夜勤のたびに聞かせてもらう昔話は、Gさんにとって「擬似的な体験」をさせてもらえる機会であり、Gさんにとって急性期の精神科看護を「多少分かった気にさせてもらえる」時間だった。ただし、先輩が語っていた昔話は、「面白かった、勉強になったという印象は残っている」が、Gさんが先輩看護師とのやりとりで最も印象に残っているのは、実際の看護場面を垣間見るときだった。そのなかで、「保護室にZさんが記録類を持って行って(患者とかかわりながら、保護室の) なかで書いていた」ことは、Gさんにはとても衝撃的な出来事で、今でもこころに残っているという。そもそも「記録は(患者に) 見せちゃいけないものだって思っていたから、あれは見せに行っているわけじゃないけど、でも、(記録を書きながらでも、患者の傍にいてというのは) それだけその開放観察中に、その人と付き合っているっていうことを実際にやっていたのを、私は多分初めてぐらいに見たから、なんか他の人がそこまで(患者に) 一緒に付き合っている姿を、私は見ていないと思うので、だからそういうのはすごく衝撃的だった」という。そうやって一人ひとりの患者と向き合う先輩の姿を目の当たりにし、Gさんもそれを「真似っこする」ようになっていった。

また、行動制限中の患者とのかかわり方については、「開放観察って単に(ドアを) 開ければいいだけじゃないし、そのまず始めの部分とその時間中にどうしているかとか...あと終わって(開放観察中のことについて) 振り返りを...って一連の流れが大事だっていうのは、そうやってZさんとか、他の先輩達の行動を見て、すごく理解した」のように、「言葉だけじゃ多分分かんなかった」ことを実際の場面を通して明確に理解することができるようになっていった。さらに、「口で言ってなくても」、保護室に入って患者とかかわるときは「必ずドアストッパーして入って、(ドアの) 手前側にいる」や、保護室で患者と話しをするときには「患者の上からじゃなくて、ちょっとしゃがんで喋る」のような行動は、「(先輩看護師) みんながやっていたから、私はそういうものだってある意味思っ」て、Gさんもそうするようになっていった。

(3) 先の見通しを持ちながら患者とかかわることができるようになる

Gさんは先輩達の看護場面から学びながら、一つひとつ理解を重ねていくなかで、患者とのかかわり方、見方も変化していった。例えば、まずは発病に至るまでの「エピソードをしっかりと把握する」ことに始まり、「しっかりと治療すればこの人はこういうふうになる」ということをイメージできるよう目の前の患者の症状に惑わされないようになっていった。そうすることで、先の見通しをもてるようになっていった。また、急性期病棟には度々入退院を繰り返している患者もいるため、Gさんにとっても「顔なじみの人」ができてきた。また、カンファレンスを通して他のスタッフが「今どうかかわりをしている」のか、「どうしたらうまくいった」のかなどを共有できるようになっていった。このようなプロセスを通してGさんの保護室のイメージは、単にわからなくて怖い場所から、「保護室っていうところが実は患者の刺激を遮断して、安全を守るってところ」という捉えへと変化していった。

(4) 自分の気持ちをコントロールすることの必要性がわかる

ある日の夜勤、Gさんは保護室を担当していた。保護室にはG3さん（薬物中毒・30-40代・男性）が個室扱い¹⁸で入室していた。Gさんが朝の採血のために保護室に行ったところ、G3さんが目の前に現れた。するとG3さんは突然Gさんに「オーバートーブル叩き割って、その折れたやつでこう振りかざして迫って来て」、Gさんは「やばいと思って」慌てて看護室に逃げ込んだが、数カ所ある看護室の扉の鍵が全て開いており、G3さんはGさんを追って看護室に入ってきてしまった。Gさんは「もう1対1の状態、もう絶対死ぬって思い」、強い恐怖を抱いたが、結局G3さんはそれ以上何もせず、看護室を後にした。

このエピソードについて、Gさんは自分が「すごい怖がり」であるということを確認したうえで、かかわる前から「怖いっていうのが（G3さんに）多分すごい伝わって」しまい、GさんはG3さんの攻撃性を引き出したのではないかと思ったという。そのため、Gさんは「威嚇されることとか、そういうのはちょっと怖かった」が「自分がそういう（患者を怖がる）思いでいると、それって伝わるっていうのも分かって、それはよくないなって」思うようになり、患者に対する恐怖心は前面に出してはいけないこと、言い換えると自分の気持ちをコントロールすることの必要性を理解したという。

(5) 患者を特別視せず、いまここでの感覚を大切にすることの大切を実感する

① 患者の異変に気づきながらも対応できずに自責的になる

急性期病棟に異動してきて3年目になると、Gさんは少し自信をもって患者とかかわりをもてるようになってきていた。保護室の患者は思っていることを上手く言語化できない。このような患者とのやりとりにおいても、先輩からの学びと

¹⁸ 保護室の個室扱い：保護室は通常施錠使用（隔離）することが一般的であるが、近年では、保護室の適正使用の観点から、必ずしも施錠して使用するのではなく、刺激を遮断できる個室として使用する場合がある。

実際の看護ケアの経験を通して、患者の思いを一緒に言語化したり、共有したりできるようになっていた。しかし、ある夜勤に起こった患者の自殺により、Gさんはしばらくの間苦悩することになった。

その自殺が起こった当時、X病院では医療観察法の入院の受け入れが始まった頃だった。受け入れに際しての準備がしっかりと整っていたわけではなく、「看護が鑑定入院してきた人に対して、どういうふうに対応すべきなのかっていうのが全然はっきりしていなく」試行錯誤しながら形を作っていく状況であった。そのため、鑑定入院の受け入れそのものについて、病院内自体が混乱していたという。例えば、鑑定入院の対象者に対しては、「受け入れの最初の頃は、（対象行為の）振り返りをまずしちゃいけない」、「薬も基本的にはあんまり使わずに（入院治療を）進める」など、通常保護室に入室する患者とは異なった方法で対応することを求められていた。そのせいか、Gさん自身も鑑定入院の人に対して「かわる視点も分からなかったっていうときで、対象者の方に話しかけて、何も返ってこなくてもそれ以上突っ込めなかったというか、怖さがあった」という。例えば、「変に突っ込むと...なんか、そういうこと（起こした事件と同じこと）がまたこっちにも向かうのかな」のように、漠然とした恐怖感を感じるとともに、対象者とも必要以上に距離をとり、「余計本当に何をしたいのか分からなくて、ただその人がどう生活するかを観察して記録に残すだけみたいないな感じ」になってしまっていた。

そのような混沌とした状況のなか、G1さん（統合失調症疑い・20代・男性）が入院してきた。G1さんは、X病院が鑑定入院を受け入れて数例目の対象者で、父親を刺して重症を負わせ、精神障害が疑われて入院になった。

G1さんは、入院と同時に保護室に個室扱いで入室し、行動範囲は病棟内フリーだった。G1さんは無口で、看護師が話しかけても言葉を返すことは少ない。Gさんの感覚として、直接的なかわりをもつことができなくても、G1さんは「すごく孤独な感じ」が伝わってくる方だったという。また、「お父さんを刺したっていうのがあったのに、ご両親はよく面会に来ていて、この人達はどういう感情があってお互いに付き合っているんだろう」と不思議に思ったという。特に、家族のG1さんへの接し方は、「年齢不相応な感じ」がし、「ずいぶん子ども扱い」をし、「距離も近い」こともGさんの気がかりであった。それまでのGさんであれば、G1さんやその家族に対して気になっていることを返して、それぞれの思いを確認したのかもしれない。しかし、このときのGさんは、このままで良いのだろうかという思いをもちながらも、そのほとんど全部を呑み込んでしまっていた。

そして、ある準夜勤の夕食の後、いつもはほとんど部屋から出てくることのないG1さんが「廊下の隅に立ってボーッとなんか窓の外を見ていた」という。その行動を不思議に思ったGさんは、G1さんに声をかけてみたが、それまでと同じように返答はなかった。「ただ、ほとんど部屋に居た人がそうやって外に出た、出てきたっていうこととか、やっぱりいつもと違うなっていう感覚が私のなかにはあった」が、自分の感じたことを「G1さんには伝えなかったし、なんか違うって感じを他のスタッフと共有もしなかった」という。

消灯が過ぎてちょっとしてから、モニターに移るベッドの位置の不自然さに気がついたスタッフが G1 さんの様子を確認しに行ったところ、G1 さんは保護室のなかで首を吊って亡くなっていた。この一件を通して G さんは、G1 さんの変化に気づいていたのにもかかわらず、「彼はすごく悩んだり、何か思っていたんだなって思うと、そこをなんか見落としたっていう感じはすごいあり」、自殺を防ぐことができなかったことについて、「すごく自分を責め」、深い心の闇のなかをさまよい続けていた。

G1 さんの自殺の後、病院内ではこの件についての振り返りが行われた。振り返りの意図がよくわからない G さんにとって、この振り返り自体が「1 番辛かった」という。G さんにしてみれば、『いやー、そこにいたって私何やって、何喋ったらいいの』みたいな感じだし、でも普通に話を振られるし、私はまだ喋られる状況じゃないのに、その会のもちかたってなんだろう」という状況であり、ある意味振り返りの会自体が「すごい横暴」だと思えてならず、「全然救われない感じがした」という。

当時の自身の状況について、G さんは「それはもう頭から離れなかったですね。寝ていても全然ずっと思っていたし、だから余計もう離れないから、保護室に一切近づけなかったし、紐系のものはやっぱりもう見たくもなかったし、後から K さんもハンガーにかかっている衣類であってもすごいドキッとするとあって。本当そうだなって思って、何回も思い出しちゃう感じですね」のように、自分の気持ちの整理がつかず、起こった事実も受け止められない状況だった。G さんの状況を察し、先輩看護師のなかには、時々「どう?」と声かけ、G さんが話をしたいと思ったときには話を聞き、話をしたくないというときにはそっと見守る者もいた。そのやりとりを通して、G さんは自分の思いを「だんだん喋れるように」なっていった。また、当時の光景を思い出すと辛くなってしまうため、G さんが保護室に近づけない時期のときは、病棟全体で G さんをフォローし、勤務や業務分担を配慮していた。このような周囲のサポートを「すごくありがたかった」といい、ちょっとずつ自分の思いを先輩看護師に語りながら、自分の気持ちも回復していった。G さんが、再び G1 さんのエピソードについて振り返りができるようになるまでに 1 年近くが経っていた。

② G1 さんを特別視していた自分に気づく

事故が起こった当時の G さんは、「自分の伝えたいこと」は「保護室にいる他の人（患者）だったら、タイミングをみて、必ず伝える」ことができていた。しかし、鑑定入院の患者に対して自分自身が「何していいのかわからない人みたいになって」おり、G さんは「私が思っていることも伝わってないし、向こうが思っていることも私は聞こうとしなかった」という。例えば、G さんは G1 さんがご家族に接近されることは「すごく脅威なんじゃないか」と捉えており、本来であればそれを患者と共有したかったのだが、このときは病棟全体が鑑定入院の患者と「気持ちの部分を喋っちゃいけない」、「G1 さんから聞いちゃいけない、G1 さんには言わないっていうのがあった」ため、G さんも G1 さんの気持ちに触れ

ることはなかった。

また、実際に事故が起こった直後は、「まさかそんな紙袋の紐でやっちゃうって、全然思わなかったですね。だから G1 さんに限らないんでしょうけど、鑑定入院の人には紙袋の紐も駄目なんだってすごく思ったんですね、そこでなぜか。鑑定入院の方を全然理解してないところだったんですね、きっと、その当時は」のように、どのようにかかわったらよいかかわからないということだけではなく、鑑定入院の患者を特別視していたことに後になって気がついたという。

X 病院のなかで、鑑定入院の患者とどのようにかかわるのかという枠組みが不明瞭だったこともあるが、G さん自身は、事故後に入院した鑑定入院の対象者とのかかわりを通して、「特別にそうやって距離をおかなきゃいけない人たちじゃないっていうのを、しっかりこう改めて分かった」という。G さんは鑑定入院の患者について、「確かに刺激にすごく弱いとか、そういうのはもちろんあるんですけど、でもだからって、なんかこう腫れ物みたいに扱う必要はない」こと、「事件を起こしてしまって、その査定のために入院しているっていうこと」として捉え、そのかかわりについては「他の人たちと同じようにかかわればいいし、それによって彼らがどう反応したのかっていうところをしっかりとみていけばいい」と思えるようになった。

③ あれ？って思うところはスルーしてはいけないことを実感する

G1 さんの自殺を通して、G さんが教訓として得たものは、「患者さんのちょっとした変化」や「ちょっとあれ？って思うところ」を「スルーしちゃ駄目なんだ」ということであった。「感覚的なところだし、他の人に伝えるって難しい」としながらも、「どんな人に対してもその人のそのタイミング（がある）って昔 Z さんに言われた気がするんですけど、それすごい思うんですよ」のように、事件よりも大分以前に先輩看護師から、いま・ここで...を大切にすることについて教わってきたことを思い出し、その言葉のもつ意味の重さをしみじみと実感したという。

(6) 辛い思いをしているスタッフをフォローできるようになりたい

また、自分自身が辛い体験から回復していくプロセスを経験したことで、同じような状況に陥ったスタッフのフォローは重要であると認識しながらも、自分が何をするのかということについて、十分にできていないという。

G さんは、G1 さんの自殺に遭遇した後、「1 カ月近く経ってから」ようやく話ができるようになった。G さんがそれを乗り越えていくためには「時々ポロっと聞いてもらうぐらいのことをずっと繰り返し」ていくことが必要であり、「半年とか 1 年ぐらい」の年月が必要であった。そのため、スタッフをフォローする際にも、「同じとは限らないけど、でも時間かかる」ものだという認識はもっているという。実際に先輩看護師は「どう？って聞いて」くれたが、G さんが「話せないときは話さないし、でもそれも話さないことも保証してくれていた」という。G さんにとって、「そうやって聞いてくれる人がいるって思うと、それだけで気持ちは楽になった」といい、「自分がいざ話せるようになったときに言える人は、この

人だ」と思うようになった。このように、病棟のなかで安心感をもてることで、「段々自分も落ち着いて周りが見える」ようになっていった。ただし、一方では「みんながそうやってすごく自分に配慮してくれているのに、私は保護室にまだ行けなくて、保護室勤務も外してもらってってという状況が申し訳ない」とも感じていた。このような自身の経験を踏まえ、Gさんはいま語ることを通して、スタッフにとって「心配している人がいるというか、思っている人がいるっていうのを伝えるのは必要」だと捉え、同じ状況におかれたスタッフがいたら、自分がしてもらった対応は、同じようにしたいと語っていた。

(7) 長いスパンで患者の療養生活を捉えられるようになる

G1さんの自殺によって、深い傷を負ったGさんは、その後老人病棟に異動になった。そして、そこで3年が過ぎようかという時期に、再び急性期病棟に副師長として異動することになった。Gさんは立場が変わったことで「保護室の看護観ってというか、対応とかについては、なんかみる場所は変わった」という。例えば、「最初に急性期病棟に来たときは、自分が何を見なきゃいけないのかっていう自分の勉強」であり、「一対一の関係性しか多分見えてなかった」という。また、「最初はその患者さんの今あるその症状についてどうしたらいいかっていうことをすごく悩んだ」といい、「前は、本当になんか今日のこの今の状態みたいなところにしかかかわってなかった」という。

しかし、副師長になった今、Gさんは「患者さんや周りとの関係性とか、自分もそうだし患者さんもそうだし、その病棟全体としてどんなふうに影響しているのかとか、スタッフによって対応が違うことが、どういうふうに影響するのか」を考えるようになった。例えば、「症状だけじゃなくて、やっぱりその患者さんが今までどういう生活をしてきて、今どうしてここにいて、これからどうするかっていうなんか長いスパンみたいのを考えた上で、今この段階でかかわっているんだみたいなところ」や「この今の入院中にどういうところを目指して、だから今何のかかわりが必要なのか」をすごく考えるようになった。また、「行動制限するっていうことに関して、本当にそれがその人にとって今妥当なのかとか、それが前よりも考える」ようになり、「治療の一手段だけど、だけど人間として人間が人間をそうやって制限するって恐ろしいことだし、それを治療だからってぽっと片づけられない」からこそ、医師やスタッフと本当にそれが必要なのかと投げかけるようになっていった。

(8) 経験したことを伝えることの難しさについて思い悩む

異動して半年くらいのおきに、入院中のG2さん（人格障害・20代・女性）が自宅に外出して切腹するというアクシデントが起こった。G2さんは、人格障害の病名で過去にも入院していたが、今回は「症状的にもう統合失調症っぽい感じ」であり、スタッフの中では「『この人大丈夫かね？』って言いながらも、大部屋に出せなくてずっと個室で見ている」状況だった。スタッフは「本当に外出をさせて大丈夫なのか」という危機感をもってしたが、G2さんの単独外出許可はその

ままになっていたという。そのとき、G2 さんを「外出に出したときに最後に見ているのは看護師」であるため、事故が起こったときに、G さんは看護チームの危機意識が不足していたのではないかと思ったという。その状況を「スタッフによってすごく感覚の差」があると捉えており、G さんは「感覚を一緒にすることはできない」までも、「気になるとかそういうのは、伝えていった方がいい」と思ったと語っていた。ただし、G さん自身も気になったことを「口で伝えるってすごい難しく」、「気になるところは、その都度こどうしているのとか、そういうのは、指摘はしたりしていますけど、自分が経験して感じている怖さとかそういうものを口で伝えてはいるけど、でもそれが相手にどう響いているかは、やっぱりちょっと分からない」という。また、G さんも「先輩の言葉」から学ぶことも多かったが、それ以上に「経験を通して自分が感じることで大きい」と思っており、いま語ることを通して「実際の行動がやっぱり大きかったからそういう行動として見せることが十分にできてないんだな」ということに気づいたという。そのうえで、「ちょっと今日、すごく自分でも分かったんで、言うだけじゃなくてちょっと一緒に動くとか、そういうのをもうちょっとやっつけていこう」と語っていた。

8.H さんの物語とその解釈

H さん（40 代・男性）は、X 病院に看護助手として就職した後、准看護師経験を経て看護師となった精神科看護歴 20 年のベテラン看護師である。H さんは、男子急性期病棟やアルコール治療病棟、男女混合慢性期病棟、男子社会復帰病棟などで勤務してきた。インタビュー時、H さんは X 病院の社会復帰病棟で副師長として勤務していた。

1)H さんの物語；患者との関係性を大切にしておかかわる

(1)どんな患者であっても話しを聞こうという姿勢を大切に

① 患者の話に耳を傾けることの大切さを実感する

H さんは、精神科看護に携わり始めた頃を振り返って、先輩看護師の後を「ついて見ながら」「見よう見まね」で学ぶしかなかったと語っていた。H さんは、最も自分が影響を受けた先輩として K さんを挙げていた。H さんから見た K さんは、「患者さんにちゃんと耳を傾けて、ちゃんと話を聞いて」おり、「患者さんのことをよく分かって」いて、「細かい部分」をよく見ている人だという。准看護学校を卒業したばかりで、まだ「精神科の看護っていうのがあまり分からなかった」頃の H さんは、「今はマニュアルみたいなものがあるんですけど昔は無かったんで、本当に先輩の後ろをついて行って見る」ことで学んできた。精神科看護とは何かがはっきりとわからなかった H さんは「どんな患者さんでも話は聞こう」ということを大切に、「どんな人でもやっぱり聞こうという姿勢あれば、相手は答えてくれる部分もある」という思いをもって看護に携わってきた。

H さんは准看護師免許を取得してすぐに、男子の急性期病棟で勤務することになった。H さんが病棟の勤務に少し慣れた頃、H4（男性・躁うつ病）さんが措置

入院してきた。H4さんはHさんが男子急性期病棟で最初に受け持った措置入院の患者だった。

H4さんは「身体が大きくて」「見た目は本当に恐そうな方」で、Hさんは受け持ったばかりの頃、H4さんの病室に「入っていくものにも抵抗があった」という。躁状態で、かつ措置入院したH4さんは、入院時に保護室に入室し、そのまま行動を制限されていた。

Hさんは「受け持った最初の段階からH4さんの話を聞いていったら、H4さんは色々不安に思っていることとかがあったりするのがわかってきて」、「拘束されていることでできない部分を色々聞いて、それをこちらでやって」みるようにしていったという。そうすることで、H4さんは「段々こちらに対する対応も良くなって」きて、H4さんはHさんに「話を聞いてくれるだけでいい」と話すようになった。Hさんは「話を聞いて、できる範囲でH4さんの希望に応えられる部分」に対応するようにし、H4さんが少しでも快適に過ごせるようにかかわっていた。そして、Hさんは「日が経つにつれて（H4さんの）話が分かってくる」ようになった。H4さんの行動制限終了後の振り返りの中で、H4さんは「もうあのときは僕のやってほしいことを聞いてもらって、本当に助かった」とHさんにフィードバックした。Hさんはかかわりを通して日々変化していくH4さんの姿を目の当たりにし、そしてH4さんからのフィードバックを得たことによって看護師としての自信を深めていくとともに、「どんな患者さんでも話は聞こう」ということを大切にしようと思感したのである。

② 話を聞いてほしいという患者のニーズに気づき、対応する

また、ある日の男子急性期病棟のホールの真ん中で、H5さんが大騒ぎをしていた。不穏状態のH5さんを前にして、「看護師も誰も行けない（近づけない）」ような、かかわりをもつことさえ躊躇するような状況だった。この状況でHさんはまずは話を聞いてみようとしてH5さんのところに「自分が行ってみて『どうしたの?』」と声をかけてみた。すると、それまで怒鳴り散らしていたH5さんはHさんに「普通に喋ってくれた」という。Hさんはその姿を通して、H5さんは「ただ上手く（自分の思っていることを）伝えられない」のであって、「やっぱり話を聞いて欲しいっていうのがかなりあったんだろうな」と感じたのだという。話を聞く、かかわることを見よう見まねで覚えてきたというHさんにとって、「普通にH5さんに接したら、普通に話を返してくれて、その後のコミュニケーションがすごい良くなったっていうのがあったので、常に患者さんの話は聞こうと思うようになって」のように、かかわりから得たものはHさんにとって大切にしようと思定づけるものにつながっていった。

(2) 暴力に遭遇したことで、患者やかかわり手の安全を守ることの大切さを実感する

① 女性の同僚が暴力被害にあったことの負い目を感じ、背負い込む

Hさんが男女混合の慢性期病棟に異動して間もない頃のある夜勤明けの朝食時

間帯，保護室には H2 さん（男性・亜昏迷状態）が入室していた。この日，H さんは H1 看護師（女性）と二人で夜勤をしていた。「お互いに話し合っただけ」，H1 看護師が H2 さんの食事介助をするために保護室に向かっていったが，H1 看護師は「H2 さんの朝食介助に行ってからしばらくしても（通常なら終了しているはずの時間になっても）帰ってこなかった」。その状況を心配した H さんは，「ちょっとおかしいなと思って（保護室に）行って」みると，保護室のなかでは「H1 看護師が H2 さんに髪の毛を引っ張られて，動けない状態」になっていた。H さんは「H1 看護師から H2 さんを引き離し」，H さんも H1 さんもこのような状況になったことに「びっくり」したという。そのときは，二人ともまさか「H2 さんが全然不穏になるとは思わない，不穏になるとは考えてなかった」という。結局，同僚が暴力被害にあったこと，しかもその同僚が女性だったため，「守って挙げられなかった負い目」を感じた H さんは，その後必然的に「女性看護師と組むときには自分」で保護室の患者に対応するようになった。

② 自分の力を過信せず安全に対応する必要性を気づく

また，別のある夜勤帯では，H3 さん（男性）が大暴れしてしまい保護室に入室することになった。H さんは当直医と当直師長と 3 人で対応していたが，そのときの H3 さんの様子から「僕が自分ひとりでも拘束できるので，大丈夫って（主治医や当直師長に伝えて，一人で）拘束をし始めた」ところ，再度「H3 さんは暴れちゃった」という。そのときのことを振り返り，H さんは「そのときは自分一人で拘束しても大丈夫だろうって感じで僕は考えちゃった」が，「患者さんも危ないし，看護師もちょっと危ない目に遭った」ことで，「そのとき応援でも呼んで，複数の看護師でかかわった方がお互いの安全のためによかった」のではないかということに気づいた。「今では，普通に隔離・拘束に関しては複数の看護師で対応しましょうっていうのが基本」ではあるが，H さん自身は「そのときは自分も若いというのもあるだろうし，自分ひとりでも大丈夫かなっていう思い」があったという。このエピソードを通して，H さんは自分の力を過信せず，複数で対応した方が双方にとって安全だったと反省し，「保護室はなにが起こるのかわからない場所」であるということ意識し，自分と相手（患者および一緒に勤務する人）の安全を守ることの大切さを実感したのだった。

(3) 妄想をもつ患者との対人的距離の持ち方について考えるようになる

① 患者に妄想をもたれることに苦悩し，辛い思いをし続ける

H さんが男子の慢性閉鎖病棟に異動した翌日，「何もしていないっていつか，挨拶して回った後から」，H6 さん（男性・統合失調症）が突然興奮し，H さんに攻撃的な反応を示すようになってしまった。そのときは，H6 さんを身体拘束しなければならない状況にまで陥ったという。なぜそこまで興奮したのか理由を確認すると，「H6 さんには自分の好きなアイドルがずっといて，僕（H さん）がそれを取るんじゃないか，取っただろうみたいな感じ」で訴えていたという。H さんが「いない日は普通」なのにもかかわらず，H さんが「勤務するたびに（H6 さん

は H さんに対して) 向かってくる」ことが繰り返され、鎮静剤を投与しては身体拘束をするということが何ヶ月もの間続いていた。H さんは同じことがずっと繰り返されることに「自分ももう耐えられないし、仕事もできない」気持ちになっていた。そして、H6 さんは治療環境の仕切り直しのために他の病棟に異動することになった。

しばらくして、H さんが男子の社会復帰病棟に異動すると、今度は H7 さん(男性・統合失調症)の妄想の対象になり、勤務のたびに罵られたり、迫られたりするようになった。H さんは自分だけがくりかえし妄想の対象になってしまうことが腑に落ちなかった。患者に妄想をもたれることは、H さんにとっても「不利益なこと」であり、当時は「患者さんが(妄想のために苦しくなって)悩んでいる」とは考えられず、「自分が辛いということしか考えられなかった」という。

② 妄想をもつ患者の辛さも受け止められるようになる

その後、H さんは副師長として男女混合の社会復帰病棟に異動した。H さんは男子病棟にいた頃のことを振り返って、そのときは「こっちが一番辛かった」けれども、「本人(患者)も、自分にだけはそうやってきたので色々妄想的なのことを...、だけど他の人には何もなかったので、自分のときにやっぱりそれは思うのだったら、(患者さんも)辛いのかな」と思うようになったという。

副師長になると、患者とスタッフとの関係の調整にかかわる機会も多くなり、必然的に一人一人のスタッフが患者とどのように接しているのかを垣間見ることになる。その中で、H さんは「見ていてやっぱり、(妄想を)もたれるほうもそうだけど、(妄想を)もつほうもやっぱり辛いんだろうな」と感じたという。それまでは「こっちがやっぱり辛い部分がかかなりあったので、自分の(辛いという)ことを考えていた」が、「妄想をもっていて、やっぱり症状があったらやっぱり辛いんだろうな」という視点に変化していったという。

③ 逃げたいのに逃げられない状況にはまり続けることで、患者と距離がとれなくなってしまうことに気づく

ただし、患者と良好な援助関係を築いていくことはそう容易なことではない。H さんは自身が患者の妄想の対象になって辛い思いをした分、患者との心理的距離を押し量りながらかかわりをもつことの難しさについても語っていた。例えば、それは患者が妄想を抱いていて苦痛を伴っていたとしても、交代勤務をしている以上、妄想の対象者である自分がかかわらざるを得ない場面もあるからである。そういう状況を考慮して H さんは、「自分は男性ということもあって、よく保護室に行っていた」ことを挙げ、日中は「複数の看護師」でかかわるようになっていたが、夜勤の場合はそうはいかないこと、H さんは妄想を持たれて辛い思いをし、「自分も逃げたい」と思っているが、一方では「行かないといけない部分」があるため、「そうやって(無理をして)かかると相手も苦痛」になってしまうのではないかと振り返っていた。そして、こういうかかわりの悪循環のことを「そうやって距離取れなくなっちゃうんですね、今は行かないほうがいいのに」とつ

ぶやくように語っていた。

9. Iさんの物語とその解釈

Iさん（30代・女性）は看護師資格を取得した後、大学病院の消化器病棟で4年間勤務をした。その後、保健師学校に進学したIさんは、卒業後は結核を患っている人の地域でのケアに携わりたいと考えていた。そのため、まずは入院治療の場で結核を患っている人のケアを学びたいと思って結核病棟に就職しようとした。念願が叶って結核病棟のあるT病院に再就職は決まったが、Iさんは就職先の事情により急遽精神科救急病棟で働くことになってしまった。そのことについてIさんは精神科病棟に「行きたいという気持ちがなく、なぜ私がここに行かなければならないのか、そんなはずじゃなかったのに」と思っていた。Iさんは希望して精神科看護に携わったわけではない。しかし、気がつくはずと精神科看護に携わっており、インタビュー時、Iさんは精神科看護に携わって9年になるうとしていた。

1) Iさんの物語；患者の苦痛を緩和し、先の見通しが持てるように働きかける

(1) 理解できないことが次々と起こる

新人看護師から最初の4年間を内科病棟で過ごしたIさんは、そのときのことを振り返って、いつも新しい知識や手技を覚えることで精一杯で、「すごく必死になんかやっていた」感じで、「患者さんとゆっくり話す機会って実は無かった」という。そのため、Iさんは「壁に寄り掛かって患者さんと話をしている先輩とかが見ていて、なんか羨ましいな」と思っていた。Iさんが「余裕はちょっと無かった」というように、Iさんにとって内科病棟に勤務した4年間は先輩たちについていくこと、業務をこなしていくことに必死だった。ただ、内科病棟に勤務したことで、Iさんは患者に生じている苦痛について器質的な視点からその理由を考えたり、その苦痛を緩和するためのケアを提供したりすることについては、しっかり学ぶことができたと言っていた。例えば水分制限のある患者に対しては、「水分制限のなかでどれだけさわやかにちゃんと口を潤せるかとか、水分制限だったら氷片を舐めさせるとか、そういうところをやってきた」ため、精神科病棟で身体拘束中の患者に対しても「そういうやりとりは自然にできた」という。

Iさんが勤務することになったT病院の精神科病棟は、24時間の救急入院の受け入れを行っている精神科救急病棟だった。Iさんにとってここで経験したことは今でもIさんの看護に大きな影響を与えているという。この救急病棟は、常に4床の保護室が救急入院用に準備されていた。保護室に入院する患者は、Iさんにとっては不思議な人たちばかりだった。例えば、「警察の人に連れて来られたり、なんかぐるぐる巻きにされながら来る」患者、器質的には「何も悪くないのになんでご飯が食べられない」のかよくわからない昏迷の患者、「子ども産んだばかりなのに、なんかまだ陣痛中だと言って混乱している」患者などが次々と入院してきた。また、Iさんは患者に叩かれたり、心電図モニターの送信機を投げつけられたり、一生懸命入れた点滴を抜かれたりするなど、一つひとつの看護場面で

患者の反応に苦慮することもあった。

ここで出会った一人ひとりの患者とのやりとりは、不思議なことが起こったり、恐怖を覚えるようなことが起こったりしたが、Iさんは「怖かったり、訳分らないことはありつつも、先生（医師）がすごく教えてくれたから、安心ができて」と、その当時を振り返って語っていた。

(2) 患者の苦痛やおかれた状況を理解し、気持ちを汲み取るようになる

① 自分自身が拘束される体験を通して、患者の苦痛を理解できるようになる

T病院に就職して間もない頃、教育研修の一環としてIさんは自身が保護室に入室し、「自分が拘束されたりする体験」をした。そのとき、Iさんは保護室内で実際に「仮眠したり」してみたという。この体験をしたことで、Iさんは患者が拘束をされるということが「嫌だっていうのがすごく分かる」ようになった。また、拘束をされると「すごく腰が痛くなる」など患者の「身体の負担っていうのもすごくある」ことを自らの身体を通して感じとることができた。さらに「拘束することで自分たちもすごくやること（提供するケア）が増える」ため、「マットだけでもいいんじゃないかって思うような人」や「この人なら縛らなくてもいいと判断できるような人」に対しては、可能な限り拘束せずに過ごすことができるよう、意図的に働きかけるようになった。

② 患者に叩かれたことを振り返るなかで、患者の気持ちを察し、行動の意味を汲み取る

あるとき、保護室には水中毒¹⁹のI1さん（男性・統合失調症）が入院していた。水分制限を受けていたI1さんは、ナースステーションに「水をくれって来た」という。しかし、I1さんの「飲める量は限られて」おり、そのときは既に一日に摂取できる水分はすべて摂取し終えていた。Iさんは「もう今飲める量は終わっちゃったから、もう飲めないですよ」とI1さんに伝えたところ、いきなりI1さんに「ビンタされた」という。

このときのIさんはあまりに突然のことで「あっけにとられ」てしまい、怒りよりも「なんで叩かれたんだろう」と思ったという。そして、この暴力によって「I1さんは隔離されちゃった」ため、Iさんは余計に「自分のかかわりが悪かったのかな」と、自分のかかわり方について振り返っていた。そうすることで、改めてIさんは水を「飲みたいのに飲めないようなこと言っちゃったらやっぱり怒るよな」や「ベッドと窓、洗面所があって、蛇口があるけれども水も出るわけではないし、結構酷な環境にいるため、水のことしか考えられないんだな」のように、I1さんのおかれた状況を考慮しながら、I1さんの気持ちを考えてみたという。

¹⁹ 水中毒：過剰の水分摂取によって生じる中毒症状のことをいう。自閉症や統合失調症に多くみられ、抗精神病薬の有害反応として生じる口渇が多飲水を引き起こしている場合がある。人間の腎臓が持つ最大の利尿速度は毎分16mlであるため、これを超える速度で水分を摂取すると体内の水分過剰で細胞が膨化し、低ナトリウム血症を引き起こし、水中毒に陥る。

IさんがI1さんの気持ちを考えながら振り返っている一方で、先輩看護師は叩かれても「怒りとか出なかった」Iさんのことを心配していた。先輩看護師が「『大丈夫？』ってフォローしてくれた」だけで、Iさんの「気持ちは嘔み砕け」という。そして、叩かれたことに対して「普通は怒るだろう」と先輩に投げかけられたことで、それまで「自分の感情を出していいとか、そういうのが無かった」Iさんは、「少しずつ自分の感じたことを（患者に）伝える」のようなかかわりを意識するきっかけとなっていた。

(3) 先輩看護師のかかわりの場面を通して、患者に対する自分の見方が変化する

Iさんは患者に直接かかわることで学びを得てきた。その一方で、「先輩に学ぶところがすごく多かった」と語っていた。例えば、「ちゃんと説明すれば保護室に入るような患者さんでも、ちゃんと約束守ったりできるんだ」という気づきは、Iさんが先輩看護師のかかわりから学んだことだった。

ある三連休中、先輩看護師は拘束を外したら自分で食事を摂取できそうな保護室の患者に声をかけていた。それは朝食の場面で、患者は身体拘束中であり、点滴や尿留置カテーテルが入っている状態であった。先輩看護師は、「今からベルトを外すんだけど、おしっこの管を抜かない？ベッドから降りたりしないでご飯を食べられるのかな？」とその患者に声をかけ、患者と「約束ができたら」、患者の拘束を「外して自分で食べてもらって」いた。そして、患者が約束を守ることができたときは、「ちゃんと約束が守れたよね」と患者にフィードバックしながら、「またちょっとベルトさせてもらうけど、それを繰り返していけば、足のベルトも無くなっていくから、お薬も飲みながら、その縛るのとかもなくなるように、頑張ろうね...っていう感じ」で患者を労いながら、再拘束していた。このようなかかわりを目の当たりにしたIさんは、看護師が「ちゃんと投げかければ」患者は「ちゃんと応えてくれるんだ」という気づきを得た。

精神科病棟で働き始めた頃のIさんは、こころのどこかで「どうせ精神病だからあまり話が入らないんじゃないかとか、話が入らないときは鎮静剤入れちゃえとか、そんな感じに思っ」ているところがあった。しかし、「先輩のかかわりを見ていると、そういうやり取り（患者を信じ、患者と約束を交わしながら対応すること）って、ありなんじゃないかなって思った」のようにIさんのなかで認識の変化が起こった。患者との対話をもてずに鎮静剤を投与するような「その場しのぎ」で「目が覚めれば同じことが巡ってくる」状況は、Iさんにとっても気持ちの良いものではなかった。そのため、先輩看護師と患者とのかかわりは、「自分が信用すれば相手もそれに応えてくれるんじゃないかっていう期待感」を生みだし、「患者さんと看護師の間で一步こう何か踏み出せる部分っていうのがそういう先輩のかかわりの中で見えてきた」という。先輩看護師のかかわりを参考にしながら、自分もそれを試し始めた頃は、本当にできるのだろうか「ハラハラしていた」が、一つひとつの経験を積み重ねていくなかで自信を深め、いつの間にかIさんも「そうすることが当たり前」になっていった。

(4) 患者が見通しをもてるように働きかけ、回復に向かって一緒に目標を共有する

Iさんは、精神科救急病棟に入院してくる患者の状況を「目覚めると拘束されていて、やっぱり辛い」のではないかと、「どうなっているんだ？」という「場が読めないような雰囲気」を体験しているのではないかと感じていた。そこで、Iさんは患者がいま置かれている状況を理解できるように「どういうふうになっているのかっていうのを、今ここに点滴が入っていてねとか、そういうのをすごく説明」するようにしていた。また、患者の訴えに応じて「背中搔いてあげたり」、「吸い飲みでお水をあげる」など患者が自分ではできなくなっていることを援助するようにしていた。

患者が拘束の解除を要求しているときには、「こうなっているんだから駄目だよって言うと、やっぱり要求もエスカレートしちゃうので、まずは（患者の要求することを）受け止めて、そうだよね...って、辛いよね...っていうのを受け入れて、それでこの先どうなったら（拘束を）解除できるのかっていうのを伝え」るようにしてみた。患者は「ずっとこのままにされるんじゃないかって思ったりする」ため、「今はできないんだけど、次の朝先生が来たときに、あなたがきちんとお話ができたとか、約束をちゃんと守れるんだったら、私からも願います」のように、患者が先の見通しをもてるように働きかけ、「話の最後にはあなたならちゃんと約束を守ってくれると思うから」と伝えるようにしていた。加えてIさんは「今ちゃんとお話聞いてくれたよね」など、いま患者自身が自制できていることを言語化し、患者にフィードバックするようにしていた。また、「やくざが追いかけてくる」など患者の不安が強いときには、「鍵のかかっているところだし、私達も見ているから大丈夫だよっていうところの安心感、守られている感」を伝えるようにしていた。

このようなやりとりをしながら、「次の朝先生が来るまで、きちんと休息が取れるように、今まで寝られなかったらうから、お薬もちゃんと使って寝られるようにするからって、そんな感じでその場をしのいでいました」のように、まずは患者が一晩休息をとることができるように働きかけるようにしていた。

そして、夜が明け朝食の時間になると、患者が落ち着いているようであれば、Iさんは患者が自分で朝食を摂取することができるように「ご飯食べるときとかは上肢を一時解除²⁰して、見守りで食べ」られるように働きかけていた。その際には、先輩看護師がIさんに見せてくれたように、「解除する前に点滴取らないでね」や「あなたなら守ってくれると思って信じて（拘束を）取るから、（点滴とか管を）取らないでね」のように、患者と約束を交わすようにした。そして、無事自分で朝食を摂取できたときには、Iさんは患者に対してお礼とともに「それがちゃんとできるんだったら、先生と一緒にお願いしようかっていう感じ」で伝え、「（拘束の）解除の見通しみたいなものを示してあげ」るようにしていた。その際

²⁰ 行動制限の一時解除：行動制限の一時解除（もしくは一時的中断）とは、洗面、入浴、掃除、食事、排泄、面会、喫煙などのために個室から暫時退室すること、もしくは身体拘束を一時的に中断することをいう。これは、行動制限中であっても少しでも快適にするための患者への配慮であり、行動制限の解除とはみなさない。

には、患者に「一緒にお願いするから」と約束をして、実際に「先生が回診に周る」際に一緒に保護室に入って、「(本人の目の前で)昨日の夜の様子を伝えて、一緒に患者さんとお願ひする」ようにしていた。患者は「開放観察中に上手く過ごせたことについて評価すると、やっぱりそうだったねって、すごく自信を持っているような表情」を見せたり、「今日俺我慢できた」と自ら頑張ったことを表明したりすることから、一緒に約束をして、患者と目標を共有しながら取り組むことは、患者自身が「明日への期待」というものを「本人なりに」もてるようになるのではないかと、Iさんは捉えていた。

しかし、Iさんの期待とは裏腹に、「状況によって、もし(患者を)信頼してやったとしても、(点滴や尿留置カテーテルを)抜く人もいる」という。そういうときは、Iさんは「それはそれでしょうがない、そういう関係でしかないし、そういう約束を守れるような状況じゃなかったっていうこと」として受け止めるようにしていた。ただ、状況は受け止めるとは言っても、Iさん自身が抱いた期待を裏切られたことに対しては、Iさんも「なんでそうしたのって、言ったじゃん、前は約束を守るって」などのように自分の感じた残念な気持ちは伝えながら、点滴のラインを取り直したりするようにしていた。また、「2度目のチャンスときは前置きがあります」のように、「患者さんの反応は同じ」であっても「やらないと変わらない」ため、「この前こうだったから」ということを伝えたいうえでかわるようにはしていた。

(5) 患者を丸ごと受け入れ、苦痛を緩和することで患者の現実的な反応を引き出す

あるとき、保護室にI2さん(産後精神病・女性)が入院してきた。I2さんは、「子どもを産んだ後、腰が痛かった」ため、「整骨院に通っていた」という。整骨院では「骨盤が歪んでいる」と指摘され、治療を続けていたが、その頃からI2さんは「不安定になって、既に生まれているのに、お腹の中にまだ赤ちゃんがいて、これから産まれるんだって言って、陣痛があるとか言ってすごい苦しそうな状態で入院してきた。

入院後、I2さんは保護室に入室して「拘束をして」、安静が保てるよう「ロヒプノールを使って」いた。I2さんは「目覚めるとまた陣痛が...って言っていて、なんかヒッヒッフーとか言っている」ため、I2さんの安静を保つためには、鎮静剤を用いることも必要だった。Iさんは「なんで子ども産んだのに、なんでまだお腹が痛いとか、まだ産んでいる最中とか、そういう辛い思いをしているんだろう」と疑問に思った。また、IさんはI2さんと一緒にいると「一緒にハアハアしている、一緒に産む作業しているような感じ」であり、「せっかく赤ちゃん産んだのに、こういう病気になってすごくかわいそうだな」とか、「同じ女性として見ちゃったりする」ところもあったという。そのときのIさんはI2さんのことは理解できないまでも、I2さんが「すごく辛そうだなっていう感じ」はわかったという。

Iさんは、I2さんに対して、「お腹痛いよね」、「これから産まれるんだね」って感じで「背中さすってあげたり」、I2さんが「腰痛いって言うているから、産まれるって言うているから、腰さすってあげたり」するなど、I2さんの苦痛が少し

でも緩和できるようにケアをしていた。また、I2さんは「声が枯れるくらい叫んじったり」していた。Iさんは「不穏なままの状態の患者さんが続く、患者さんがそのままの状態にいるっていうのは、患者さんにとって苦痛」なことだろうと察し、「点滴しているからまた眠らせたりあげたり」、安心して休めるように声かけをしたりしていた。すると、I2さんはECT²¹を施行するまでの期間、「頑張ってるって産むとか言っていた」が、I2さんの「求められたことに対して応えてあげたときには、やっぱりみんなに『ありがとう』って言って」おり、「不穏さの中でも」現実的な反応が返ってくるようになっていた。その後I2さんは、「3日間ECTをやって、ちょっと（現実感）戻ってきて」、自身の赤ちゃんを抱くことができるようになって退院することになった。

IさんはI2さんとのかかわりを通して、「(病気のために患者が)できなかったことが、かかわりによって少しずつできるようになる」、「回復しているところを見ると、それでどうこうとかよりも、そういうかかわりを通して精神科ですごくできることがあるのかなとか」、「精神の看護ってすごく大事なのかな」と自身の精神看護に対する思いの変化にもつながっていった。

(6) 患者のことばをきっかけにして患者の身体の変化をつかみとる

保護室に入院してきたある老年期の女性患者（I3さん）は、「胸が痛い、胸が痛い」と訴え続けていたという。しかし、大方のスタッフは、「それって不定愁訴なんじゃないかってスルーしてきた（真摯に患者の訴えを取り合わなかった）」という。Iさんはあまりにも患者が胸の痛みを訴え続けるため、もしかしたらと思いい、Iさんは主治医に打診をして、レントゲン検査をお願いしてみた。すると、I3さんの「肋骨が3本折れて」いたという。このやりとりを通して、Iさんは「患者さんの言葉ってすごく信頼できるもの」であり、「スルーしちゃダメなんだ」ということを学んだという。

10. Jさんの物語とその解釈

Jさん（30代・女性）は、看護師経験13年の中堅看護師である。Jさんは看護学校卒業後に大学病院に就職した。そして、最初の数年を身体科の病棟で勤務した後、精神科病棟に異動して勤務することになった。そして、Jさんは一度退職して看護大学に編入し、卒業後看護大学院で精神看護学を学んだ。大学院修了後は、民間の精神科病院の急性期病棟で精神科看護に携わってきた。インタビュー時、JさんはX病院のスタッフナースとして勤務していた。

²¹ ECT（電気けいれん療法）：ウーゴ・ツェルレッティとルシオ・ビニによって創始された治療方法である。患者の頭部（両前頭葉上の皮膚に電極をあてる）に通電することで人為的にけいれん発作を誘発する治療法である。もともと、統合失調症患者の治療として用いられていたが、近年では希死念慮を伴う大うつ病において適用されている。

1) Jさんの物語：患者の安全を保護し、患者の思いを汲みとりながらかかわる

(1) 患者の示す行動が理解できずに苦しみ、かかわり方を模索しながら、見守ることの大切さに気づく

① 患者の示す行動に混乱してしまう

精神科病棟に異動してきたJさんは、保護室に入室している患者（J1さん・男性・20代）を受け持つことになった。J1さんはJさんにとって最初の受け持ち患者であった。J1さんは「初発の統合失調症」で入院と同時に保護室に入室し、Jさんは「入院時の採血をするってということで、Dr.と一緒に」保護室に入った。そして、Jさんが「採血をしようとしたとき」に、JさんはJ1さんに「引っ張られたというか」「性的な言動があって、結構な勢いでハッって手繰り寄せられ」、Jさんは「すごくびっくりした」という。そのときは、一緒に保護室に入った医師が「止めてくれたので何もなかった」ものの、Jさんは「患者さんのこともあんまり理解できなかったのもあるので、なんかちょっと不思議な感覚と、ここは何ぞやっていう感覚」を覚えた。そして、Jさんは「自分の身を守るっていう意味」で「こっちも気を付けなきゃいけないんだなっていうところを認識」したのだという。医師が仲裁に入り、「直後に駆血帯とか巻いてもきちんとか採血暴れずにさせてくれ」たものの、Jさんと医師が保護室から退室すると、J1さんは「マスターベーションやりまくって」いた。Jさんは「精神科とはこんなところなのか」と「びっくり」するとともに、患者との「距離感とか、どうやってかかわっているのか」、「かかわりが分からなく」なってしまった。

② 見守るといふことの大切さに気がつく

初めて受け持ったJ1さんの行動に驚かされたJさんは、その後J1さんとどのようにかかわったらよいのかについて悩んだという。JさんはJ1さんの雰囲気から何かしらの不安をつかみ取ってはいた。しかし、J1さんはそれを言語化するわけではない。そういう一つひとつの患者の非言語的反応についてわからないことや「自分が困っていることとか」について、Jさんは主治医の「先生に聞きまくっ」たりしながら、患者とかかわりをもつようにしていた。例えば、J1さんが「なんかこう煙草を持ったふりっていうかなんか...ある感じでやり始め」たときに「煙草を吸っているんだか、吸いたいんだかっていう意思」があるのはわかったとしても、実際に「どうやってかかわっているのか分からなかった」という。また、J1さんのマスターベーションに度々遭遇することがあり、そのときに自分がどうやって入っていったら良いのか、「そのときの対応の仕方」について困ったという。そのときのJさんは、「私に暴力行為とかそういうものはなかったのだからちょっと見守るしかないのかなと思った」のだという。しかし、Jさんは自分がそう考えていることについて本当にそれでよいのかどうか確信を持つことができずにいた。困り果てたJさんは、先輩看護師に相談してみるが、「なんか別に、なんか放っておけばいいということもないんだけど、いいんじゃないのみたいな、見てればいいんじゃないのみたいな」感じの返答しかもらえず、悶々としていた。そのようなときに、Jさんは一つひとつの場面について主治医に「そういう状況なん

だけど、私としてはどうやってかかわっていいのか分からない」と相談してみました。そして、主治医が「逸脱行為とか暴力行為とかがなければまあ見守って…危なくないように見守ってくれれば、今の状態だったらいよいよっていうふうに返して」くれたのだという。そして、主治医は「それだけ精神症状が悪いていうことだから、確かに（Jさんも）ショックかもしれないけど、それも一つの患者さんを捉える意味では大切なことだから」とJさんに投げかけてくれたのだという。Jさんは自分の受けたショックを受け止めてもらいながら、患者とのかかわりかたを明示してもらうことで、自分のなかに沸き起こっていたわだかまりについて了解し、「遠目からでも見守るっていうところが、（精神科）看護の一つとして、そこではあるのかな」ということに気づいたという。

Jさんは、「元々一般科に務めていたので、なんか見守るっていうよりも、こっちが何かするっていうところに重点があった」という。しかし、精神科病棟で勤めるようになり、何かするということに焦点が当たっていたことについて、Jさんは「本来は違うのかもしれない」という気づきへと変化していった。例えば、J1さんの精神症状や副作用の観察も大切ではあるが、J1さんの「病気の面」だけではなく、「健康な面」にも着目し、「その健康な面も維持もしくは向上させつつも、症状を軽減させてあげられるようなかかわり」が大切なのではないかということである。J1さんの性的な接近やマスターベーションを目撃したことによって、Jさんはショックを受けた。ただし、その後のかかわりのなかで、J1さんが「内服を始めた途端に性機能が落ちちゃった」ことにJさんは気づき、「精神症状が悪かったとしても、その人の性的な欲求」に「きちんとこちらで対応しなきゃいけない」と思った。Jさんは、精神科看護は「見守るっていうところも必要だし、あとは色々な視点で看なきゃいけないなって思う」ようになるとともに、「私ができる範囲内で見守ること」を大切にしながら、患者とかかわりをもつようになっていった。

(2) 患者の希望することが回復の妨げにならないかを見極めながらかかわるようになる

精神科病棟での勤務に少しずつ慣れてきた頃、Jさんは躁状態で入院してきたJ2さん（60代・男性）の受け持ち看護師になった。J2さんは隔離が必要な状態ではあったが、「異食行為とかももちろんなくて、ある部分しっかりした人だった」という。しかし、躁状態のため、気になることが次々と浮かび上がってくるのか、「メモにバーって書いて、それを保護室の中でバーって並べ」ていたという。そのような患者の行動に対してスタッフのなかには、「それが刺激になっちゃって」いるのではないかと、「ちょっと汚いから片づけるように言ったら」など、受け持ち看護師であるJさんに投げかけてくる看護師もいた。しかし、JさんはJ2さんがメモを書き、部屋の中に並べることで「休息が取れてないかって言ったらそういうわけではないし、本人がそれをどうしてもやりたいっていうのであれば私もやらせてあげたい」と思ったのだという。この病棟は「完全なプライマリーナーシングだったので、私が勤務のときは必ず私が担当する」ため、Jさんは

J2さんの「症状を見ながら」，「書きものをする事で症状が悪くなってしまうのか，それともそれをやることで安心するのかとかそういうことについて話す」ことにした。すると，JさんはJ2さんが「ある程度自分がここまでくると（自分の状態は）やばいとか，悪くなるとかそういうのがなんか，ご自身なりに理解していた部分」があるということがわかった。J2さんは「躁状態で何回も入院している人だった」こともあり，Jさんは「今は大丈夫だ」というJ2さんの言葉を「信じてみようと思った」といい，J2さんが自分自身の状態を気にかけてながら対処できるのであれば「私はそれでいいんじゃないかと思った」のだという。

J2さんとの対話を通して，J2さんの希望に添ってみようと思つたところに決めたJさんは，「私だけの判断ではなくて，主治医だったり他のスタッフの意見だったりが必要だ」と考え，「主治医とも話し合った」という。すると主治医はJ2さんと「面接するとき私を入れてくれた」という。面接のなかでは「ざっくばらんに色んなことを話すなかで，主治医と意見も合った」ため，ひとまずJ2さんの言うようにやってみるようになった。

その後，ミーティングで「ちょっと片づけた方がいいんじゃない」という意見がでてきたが，Jさんは「言い辛い」気持ちを持ちながらも，「私は私なりにそのときの（自分の考えについて）筋道を立てて，私は何回も自分が担当のときには彼とお話をして，（J2さんの望むように）やってもらった方が，彼自身が安心するんじゃないかって思う」と自分の意見を主張してみた。すると，チームもそれに応じ，J2さんの思いに添いながらかかわるようになったという。

保護室の看護では，同じ場面で「二人でかかわっていても，それぞれ考え方が違う」ことがある。そのため，Jさんは「自分はこの人とかかわっていて，こう思う」や「何を大切に看護しているか」，「どういう視点でみているのか」ということについて，患者と「かかわっている人全員でのディスカッション（すること）が必要」であり，患者の「欲求を叶える」と「精神症状との兼ね合い」を見極めながら対応することが求められていると捉えていた。

(3) 失敗から学び，患者の安全や安心を守ることに真摯に対応する

① 隔離や拘束の重みを受け止めながらかかわる

Jさんが本当は二人で対応しなければならない隔離中の患者に対して，たまたま一人で対応したときのことだった。病棟としての建前は，保護室には「一応二人で行ってくださいっていうことにはなっていた」のだが，「どうしてもものときは一人でいいよっていう暗黙の了解みたいなのがあった」という。Jさんは「そのときは一人でも大丈夫かと思って」，その患者の対応をするために保護室のドアを開けた。すると，保護室から患者が飛び出してきて「病棟内に逃げ出しちゃった」ことがあった。病棟内が騒然とし，Jさんはショックを受け，そのとき「隔離の重要性」を感じ，隔離や拘束をすることの「重みを感じたうえで看護をしないといけないんだなっていうのが分かった」という。この失敗を通して，保護室は患者を守る「ハード」の部分であり，「そこをしっかりとやることで，初めてソフト面にアプローチができるのかな」ということを学んだ。それは，今

もなお Jさんが意識していることであり、「中途半端で外したり付けたり、外したり付けたりする」のではなく「ちゃんと精神症状が落ち着くまではしっかりやっ**てあげる**」ことが大切であり、安全を守ることができるという条件のもとで、「早く外れるように、症状見ながら患者さんと話して、思いを叶えてあげたり」するようにしているという。

② 今本当にそうすることが必要なのかを考える

Jさんが「明らかに不安が強くて、すごい自我が弱くて辛そうな」、「保護室に入るか入らないかの人」の対応をしていたときに、患者との距離感を意識しないまま、患者に踏み込んだ話をしてしまい、患者が不穏になってしまったことがあった。まだ、精神科看護に携わって間もなかったこともあり、そのときは「もうちょっと私のかかわりが良ければ、隔離になんなくてもよかったのかな」と思ったという。このようなところが痛むような思いをもちながら、学びを重ねていくことで、Jさんは患者に「安心感を与える」ためには、「その人が何に対して不安とか恐怖とかを感じているのかをこっちが捉えた上で、それに見合った看護をする」ことが大切であると思うようになった。例えば、「お風呂に何日間入っていないから、お風呂に入っちゃうことで不安感を与えてしまうようであれば、落ち着いてからお風呂に入ってもらおう」、「物理的にちょっと近寄ると、ちょっと怖さを与えてしまうような患者さんだったら、ちょっと離れて」対応するなどのように、今本当に患者に必要なことは何かを考えて対応することである。Jさんは「患者さんの身を守る」こと、そして「患者さんに安心感を与えられるような看護すること」を大切にしながら、今も患者と向き合い続けている。

1.1 Kさんの物語とその解釈

Kさん(40代・男性)は、看護経験23年のベテラン看護師である。Kさんは、いくつかの職を転々とした後、父親の勧めから精神科病院で看護助手として勤務することになった。5年間看護助手として勤務した後、X病院に転職し、そこで勤務しながら准看護師と看護師免許を取得し、現在に至っている。インタビュー時、KさんはX病院の看護師長として、病棟管理を担っていた。

1) Kさんの物語；患者との信頼関係づくりを大切にしておかかわる

(1) 保護室の異様さに尻込みする

Kさんが精神科病院で勤めるきっかけになったのは、父親の勧めによるものであった。いくつかの職を転々としていて、それを心配した父親がKさんに、精神科病院で看護助手をするか、自動車学校の教習所で教官をするのか迫ったのだという。精神科病院で看護助手をするを選択したKさんは、面接のときに初めて見た精神科病棟に「ビビった」という。Kさんよりも1ヶ月早くその病院に就職した高校の先輩が、保護室で意味のよくわからない独語をしている患者に「何とかさん、お昼御飯よって言って、保護室の中に入っていった」のを目の当たりにしたからである。その病院の保護室はナースステーションの傍に3つ並んでお

り、柱のところから「患者さんの手とかも出てくる」構造であり、「廊下から見ても丸見えなわけ」で「すごい異様な感じ」を受けたという。さらにその保護室にいた患者の様子から「相当強烈なインパクト」を受けたことで、「俺も入職して1カ月すればこの中にひとりで入っていくのかと思ったら」相当「ビビった」という。

就職するに当たって、Kさんはまず「うつ病の本を買い」、「それでとりあえずイメージトレーニングをして」みた。Kさんには「精神病自体全く予備知識も何のイメージも無かった」ため、「とりあえず浮かんだのがうつ病」だった。しかし、実際には、本で読んだことは現場ではあまり役には立たず、しかもKさんを面接した採用担当者が「こいつは1カ月持たないだろうっていうふうに思われていた」ということを耳にしたため、最初はとにかく先輩の言うことを聞いて、仕事を教えてもらえるように一生懸命だったという。

(2) できない約束はしない、一度した約束は必ず守る

精神科病院で働き始めた頃のKさんは、「自分が患者に何かをしてあげなければいけないっていうような頭で入った」という。そのため、Kさんは「白衣着ているときは、もう良い人を演じろ」ところに決め、働き始めた。

まだ、精神科病院に勤め始めて間もない頃、Kさんは自分の勤務している病棟とは別の病棟の患者(K2さん)に「車かっこいいね、乗せてよ」と声をかけられた。そんな「おおごとになるとは思わなかった」Kさんは、「軽く『あぁいいよ、今度ドライブ行こうよ』って」K2さんに返事をした。Kさんにそう言われたK2さんはうれしそうに「今度Kさんとドライブ行くんだ」と病棟のスタッフに話し、Kさんはその病棟の看護師長に呼び出されて「『お前そんな約束したか』って言われ、『あっ...言ったかもしれませぬ』って言って、『じゃあお前行って来い』」ということになり、K2さんをドライブに連れて行くことになってしまった。Kさんは「鼻っからその人ドライブ連れて行こうなんて思って」いなかったため、KさんはK2さんを気分よく連れ出したわけではなく、当のK2さんも「申し訳なさそうにして」おり、そこでKさんは「できない約束はするな、で、約束したことはどんなことがあっても実行しろ」ということを学んだという。

また、あるときは保護室に腕が「イカの切身みたいになっている」ボーダーラインの患者(K3さん)が話を聞いて欲しいとKさんに訴えてきた。KさんはK3さんの「話を聞かなくちゃって思って」、「ずっと話を聞いて」いたが、とめどなく続く終わりのない話にどんどん苦痛になり、「もういい加減(自分を)開放して欲しいって気持ちがいっぱい」なってしまった。しかし、「俺がそうやって突き放して、俺のせいでもう一本傷が入るのはいやだな」と気持ちもあり、患者との関係の持ち方について考えさせられたという。実際にスタッフの中には「そうなるのが嫌だから完全にかかわりを拒否するだとか、ずっとその子の話を聞き続けてくたびれ果ててしまう」人もいた。Kさんはそのやりとりに葛藤しながらも、K3さんと約束をしてかかわりをもつことで、患者との「離れ方だとかっていうのは学んでいった」という。

Kさんは「自分もそんなに特別なことはしてない」と言いながら、患者と約束したことを「きちっとできていたことが、患者さんの中でも具合の悪い中でもやっぱり感じとってくれた（自分に対する信頼感）のかな」と振り返っていた。また、「保護室の患者に（呼ばれて）後に行くからちょっと待っていて下さいっていう」スタッフもいるが、そこで「（患者を）待たせるだけ」にはならないよう、「何分後に行くからとか、今これやっているから、何分後に行くから何分待ってくれっていうふうに」患者と約束をして、「実際何分後に行ったから信用してもらえた」体験を積み重ねてきた。Kさんは「多分そんな細かいところの積み重ね」が大切であり、「実際にやらないと学ばない」ことである。Kさんは、「そのときは大変だったけど、それも全て良い経験」になっていること、患者から「良いことを教えてもらったと思う」と語っていた。

(3) 自分の五感をフル活用して患者の異変を察知することに集中する

Kさんがある準夜帯で勤務していたときに、保護室に入室している患者（K4さん）がステーションと保護室の境目の柱にずっと立ったまま動かないでいた。柱の陰から患者の顔が見ることができたため、「あれっ？K4さん眠れないの？」と声をかけたという。しかし、K4さんからの反応はなく、取り立てて騒いだりしているわけでもなかったため、Kさんはそのまま様子を見ていた。しかし、いつになってもK4さんは床に就くわけではない。おかしいなと思って、Kさんが保護室に入ると、K4さんは、柱の陰になっている部分に紐をかけて首を吊って亡くなっていた。Kさんは「人が死んでいるのを見るのも初めてだし、実際その人に声かけて」いたため、Kさんはその勤務が終わった後、怖くて眠れない一晚を過ごした。「準夜休み深夜の勤務」で、Kさんは「深夜変わってくれてここまで（喉のあたりを指して）出かかった」が、「自分の中で多分今日夜勤に行かなかったらもう二度とこの仕事はできないだろう」と思い、意を決し、勤務に向かったという。Kさんにとって「深夜に出る」ことができたことはKさんの「自信」になり、「あのとき深夜に出られなかったら、多分もうこの仕事はできてなかった」くらい、Kさんにとって「ターニングポイントになった」という。

Kさんはこの出来事を通して、「（直感的におやつて働く）第6感は大体あたっている」と痛感するとともに、感覚的に異変を察知できることは「この仕事やるうえで一番大事なことなんだと思う」ようになった。Kさんの勤めていた病棟は、ナースステーションを中心にして、病棟全体を見ると、ちょうど後ろ側に保護室がある構造だった。時々「お年寄りとか夜中に起きてボタンと倒れるとかいうのもあり」、「男女混合病棟だったので、夜中とか起きていて、なかにはよからぬことをするような人たち」もいた。そのような状況で、不眠時薬を取りに来たりする患者の対応もしなければならぬため、「会話をしながら、目はその後ろに...向こうに座っているその男女を見て、耳は後ろのじいさんの音を聞いている...みたいなそういうこと」をしなければならぬ。必然的に「五感をフルに活用して観察」し、「病棟全体をみる」ことが求められ、一つのことに「100パーセント」でかかわってはいは、患者の安全は守れない。Kさんはこのことに気が

ついでに、「正直、首吊られたときも、そのときは本当に嫌だったけど、やっぱりこの経験を次に活かさなきゃ、やっぱりその亡くなった方に申し訳ない」と思い、「自分のアンテナがちゃんとしていれば救える」のではないかと思ったという。そして、Kさんはこの気づきを通して、自分には「感じ取れる」力があるから、「絶対、この仕事をずっとやろう...っていうふうに思ったっていうのも一つあると思う」と語っていた。

(4) 患者と約束し、患者の希望に添ってみる

精神科病棟で2～3年勤務し、精神科看護の楽しさも少しずつわかり、「患者さんとのかかわりのなかでちょっとは自信が持てた」頃、Kさんはある夜勤でK1さん（30代・女性・知的障害を伴う統合失調症）の担当をしていた。K1さんは「中南米系のハーフ」の方で、見た目は「すごいすらっとしたジョイナーのような女性」だった。ただ、「すごく男勝りな性格の人」であり、男性患者とトラブルになると男性患者が引いてしまうような人だった。しかも、K1さんは「知的に低いのでかなり訴えがしつこいっていうのがあって、保護室にいる間もずっと騒いでいた」ため、スタッフのなかでは「かかわるのはちょっと苦手っていう人は結構多かった」という。

その夜勤のときも、K1さんは「ずっと騒いで」いた。Kさんが「休憩の交代をするとき」に、K1さんは徐にKさんに対して「一緒に寝てちょうだいって言った」という。Kさんは「僕は20代だし、その人もね30代後半ぐらいだから、他のスタッフとか、一緒に夜勤したのは、看護婦さんだったけれども、変なふうに思わないか」と頭をよぎり、「ほんとにどうしようかな」と悩んだ。最終的には、K1さんは「ずっと騒いで」いたので、「ちょっと5分、10分付き合えば、それで満足してくれるだろう」と思い、「またなんかその次に色々な問題があったときに、俺はあのときあなたの言うことを聞いてちゃんと傍にいたろ...って多分それを使おう」というKさんの目論見もあり、K1さんと約束をしたうえでK1さんの希望に添ってみることにした。KさんはK1さんに「分かった。じゃああなたの傍で、私寝るからその代わり一言も喋るな、で、一切私に触れるなって、それが守れるんだったら、あなたの傍で寝ます」と伝えると、K1さんは「分かった」と約束に応じた。

一緒に保護室の中に入ったときは、KさんはK1さんが約束したことを「まずできないだろう」と思っていた。しかし、5分経っても、10分経ってもK1さんは静かにしており、「本当に一言も喋んなかった」という。「彼女寝ていなかったわけだから、私ももちろん寝られ」ないという予想外の事態に、Kさんは「途中から、もうこんだけ付き合ったからいいだろうっていうのもなんかちょっとかわいそうだしっていうのもあったので、そんなかで悶々としながら」保護室で横になっていた。また、「変なこと（K1さんと約束したこと）言わなきゃよかったとか、仮眠のベッドで寝てりゃあ良かったとか、そういった思い」もKさんの頭をよぎったという。そうしているうちに時間はどんどん過ぎていき、あっという間に2～3時間が過ぎていった。そして、仮眠の時間が終わり、Kさんが

「起きたら彼女も一言『どうもありがとう』って言った」という。普段から「ぶっきらぼうな」K1さんから「ものすごく丁寧にありがとう」という「予想外の言葉」を聞いて、Kさんは「本当に彼女の心の底から出た言葉だと私も思ったので、素直に嬉しかった」という。そして、Kさんは「私がいることで、安心感っていうかな、そういったのもあったんだろうし、だから彼女が求めている、我々に求めているもの」があることに気がついたという。

この一件があり、KさんはK1さんにとって「スタッフのなかではまあ割と信用されているほうのスタッフ」として認識されるようになり、何かしてほしいことがあるとKさんと呼んだり、「やりとりしていてもスムーズに話が入る」ようになったりした。また、K1さんを「苦手としているようなスタッフは、その対応を私にお願いしてくる」ようになった。

(5) 具合の悪いときにこそ、患者との関係づくりを大切にする

Kさんは、看護助手として5年間経験を積んだ後、准看護師の免許をとるためにX病院に転職することになった。当時地方には准看護師の養成所自体が少なかったため、進学可能な都市部のX病院に勤務することになった。当時の地方の精神科病院には、「資格者っていうのはほとんど定年過ぎたばあちゃんの看護師」であり、実際の看護業務を担っていたのは若い看護「助手のほう」だったという。しかし、X病院に再就職すると、「資格者と助手ときちんと業務も分かれて」おり、「これ（准看護師の免許）取んなきゃもう話にならない（資格を取らなければ補助業務しかできず、看護ができない）」と思った」という。その当時、Kさんは「この世界でもう生きていこうって、そのときは決めていた」といい、「あのときは一番勉強しました、人生の中で」とX病院に移ってきた頃のことを振り返っていた。

准看護師の免許を取得したKさんはその後進学コースに通いながら看護師の免許を取得した。看護師免許を取得して、X病院の急性期病棟に勤務していた頃、K5さん（20代・女性 統合失調症）が入院してきた。K5さんは「トイレの水とか頭から被ったり」、保護室を「水浸しにし」たりするため、なかなか「保護室から出せなかった」という。KさんにとってK5さんは「相手手かかった」患者であるが、K5さんとのかかわりを通して、「大変なときこそ、ケアするとき」であるということを実感したという。それは、K5さんとかかわっている最中ではなく、K5さんが他の病棟に移ってしばらくしたあとに、たまたまK5さんからKさんに声をかけてきたことでそう思ったという。Kさんにとって、K5さんは「具合が悪い状態がずっと続い」ていたため、自分が一生懸命かかわったことについて、ほとんどK5さんの記憶には残っていないと思っていた。しかし、実際にはK5さんはKさんのことをしっかりと覚えており、「それでも（そんな状態でも）覚えているのか…俺のことを…みたいな感じ」で、Kさんは「あれは嬉しかった」という。そもそも、精神科病院で働く前のKさんは「普通に製造業だとかそういう仕事」をしており、「自分から何かをすれば、その分対価でお金をもらえる」というのが仕事をするということの感覚だった。しかし、実際に精神科病棟で働く

よくなると、「患者さんとトランプしたりだとか、そんなことして給料貰っている」ことに「なんか申し訳ねえなみたい」なみたいな気持ちをもつとともに、「自分の中では労働ではない...みたいなイメージがあった」という。しかし、Kさんは「具合悪いときに入院してくる」患者に「できるだけ接してあげる」ことで、患者と関係をつくることを大切にしながら、一つひとつ学びを重ねてきた。K5さんがKさんに示した反応は、Kさんが患者との関係づくりを大切に、患者とかかわることの重要性について「すごく実感できた」経験になった。

(6) 自分が体験して学んできたことがうまく伝わらないもどかしさを感じる

「全く何にも分かんないまま」精神科病院で働くことになったKさんは、患者とのかかわりを通して、「すごく患者さんに支えられた」という気持ちを持っている。Kさんは「嫌な思いも怖い思いも、色んなことを経験したことが全てこやし」になってきたといい、それを通して看護師としての「色んな引き出しができて」きたと振り返っていた。Kさんは「あのときはこうやって上手くいったからこのケースもこうやったら上手くなるんじゃないかなとか」、そういう姿勢をもってケアに臨むことが大切であると思っている。しかし、実際に病棟師長として自分の役割を果たしていくなかで、「センスない奴って何を教えたって駄目じゃない」かと思うような場面もあり、「今日話したようなこととかをね、うまいことスタッフにも伝えていかなくちやなと思う」と語りの最後に示していた。

12.Lさんの物語とその解釈

Lさん(50代・女性)は、看護師経験32年のベテラン看護師である。Lさんは、看護学校卒業後に公立病院で看護経験を積んだ。そして、その後にY病院に再就職し、現在に至っている。Lさんが精神科看護に携わることになったのは、自分の意志ではなく、異動によるものであった。以降、Lさんは22年にわたって精神科看護に携わってきた。インタビュー時、LさんはY病院の看護師長として病棟管理を担っていた。

1) Lさんの物語；患者の傍にいて、患者の思いに添う

(1) ただ恐怖しか感じない

Lさんが最初に勤務した精神科病棟は、女子の閉鎖病棟だった。Lさんは当時を振り返って「もう初めはとにかく恐ろしいじゃないけど、まあおっかなびっくり、嫌、苦手」というところから始まったという。まず、鉄格子のある精神科「病棟の異様さ」にショックを受け、「怖くてたまらない」感じのなか、「業務のときにだけにかかわる」感じだったという。特に、異動して最初に話をした患者が翌朝首を吊って自殺したこともあり、Lさんにとっては、精神科病棟はただただ恐怖を感じる場だった。

Lさんによると、当時の精神科看護と言えば「排泄しました、お風呂入れました、ご飯食べられましたっていうケア」しかなかったという。他には「薬飲みます、(巡回の)時間しか行きません」のように、「今の精神科ケア」みたいな

ことを考えて行動しているわけではなかったのだという。Lさんにとっては、「毎日の日々がただ流るだけであって、ただこうやって抑制しましょうとか、ただこうやって検温しましょうみたいなことしかなかった」とその当時のことを振り返っていた。また、「昔は教科書も今の教科書とは違って、昔の教科書っていったら、ただ病気こうなのよって、疾患こうなのよって、ケアってこうなのよって、ただ傾聴と肯定とって、ただそれだけの状況のなかで、精神の看護っていうのはね、それほどなかった」という。Lさんは「先輩方々の行動しか私らもその病棟にいたときには見てない」わけであり、たとえ教科書に書いてあることであっても「ただ話ふんふんって聴く、そんな聴ける状況じゃないのになんでこんなこと書いているんだろう」のように、当時の精神科看護の臨床状況は今とは大分異なっていたという。また、当時の「医師たちは、どんどんどんどん注射をし、注射とかで患者の行動を止めようとする、治療を積極的にする」感じだった。加えて、「昔の先生っていうのは回診で回っているんだけど、その度々に変薬とかする、これほど毎日のように変薬していたら効くものも効かないんじゃないか...みたいな、話もしないでそれだけで分かるのか...みたいなところがあつた」のように、精神科医療自体が試行錯誤しながら発展していく最中だったのであろう。

(2) 先輩看護師の姿を通して、患者の気持ちを知ること、患者と共にすることの大切さを教わる

そのような臨床状況なかで、Lさんの傍には、患者の傍にすることを大切にしている先輩看護師 Xさんが居た。XさんはLさんたちに「患者さんの気持ちを知らないといけないよってよく私らに言う」看護師だった。あるとき、Lさんが患者の変薬の準備をしていると、Xさんは徐に抗精神病薬を手にとって、「どんな効果があるんだろうね」と言ったという。Lさんは何か恐ろしいことを考えているのではないかと思ひながら、黙って聞いていると、Xさんは「ちょっと飲んでみなければならぬ、体験しなければならぬ」と言い出したという。LさんはXさんにバカなことは言わないようにと釘を刺し、Lさん自身もXさんは「冗談」で言ったと思っていたが、Xさんは実際に非番のときにその薬を飲んでしまった。2日くらいして勤務に出てきたXさんは、「2日ぐらゐ私は寝て寝てたまらなかつた。患者さんは辛いよね。私は2日間ご飯食べることもなくただ寝たんですよ」と一生懸命Lさんたちに説明したのだという。それを聞いたLさんは「へえー、患者さんって辛いんだ...」と、患者が薬を服用することの辛さについて、そのときに初めて考えたという。

Xさんは、「一生懸命患者さんの話を聞いたり」するなど、患者のためなら何でも「一生懸命になる」人だったという。例えば、Xさんは「レクレーションしていても、もう馬鹿みたいに一緒になって踊ったり歌ったり」していた。Xさんはよく「患者さんと共にするのが精神科の看護」と言っていた。「L1さんとかL2さんみたいな患者さんが入ってきて、怖いな...とか、近寄りたくないな...とか、嫌だな...って」、Lさんたちが患者のところに行くことを躊躇していても「そしたら一緒に行こうって言って」、Xさんは「私らを連れて行ってくれ」た。Lさん

は X さんがいたからこそ、患者の傍に行くことができるようになったのではないかと語っていた。

(3) 患者の人間らしさに触れられるよう患者の傍にいる

最初に勤務していた女性の閉鎖病棟には、L1 さん（女性・統合失調症）が入院していた。L1 さんは「すごく幻覚とか妄想とかに支配され、毎日毎日裸になって」しまい、「アフリカの人たちが踊るような踊りを朝から晩までしているような感じ」だった。しかも、L1 さんは「便も食べたりする」くらい具合の悪い状態だった。あるとき L1 さんが「便を食べた」って言ったという。L さんは L1 さんの口の中を確認し、「口の中にうんこがあるっていうの見たときに、なんて言うか...そんなことまでするの...」と、L さんは「排泄物も全然関係なく食べて」しまう L1 さんに対して「ものすごくショック」を受けてしまった。

その後、L1 さんになかなか近づくことができずにいた L さんに対して、X さんは「ご飯を入れに」行くときには、L さんに「一緒に来なさいよみたいな感じで」働きかけてくれた。L さんは「そんな感じの先輩（X さん）が居たので、その人の傍に行けて、その人と話」ができるようになったのではないかと、当時のことを振り返っていた。

L1 さんの具合は一向に良くなる。医師は「この人はもうだめだ、もう本当にこれはなかなか治らんとか、無理やとか」言いながら、変薬を繰り返し、患者の病状が落ち着くのを待っていた。このような状況に対して、L さんたちは L1 さんを「ただ保護室に入れて、薬の効果を待つことに、その状況のなかで本当にそれでいいんだろうか...」と悩んだという。L さんたちは L1 さんに対して「本当に、人間らしさじゃないけど、そういうところも一日のなかで数分でもね、一つの会話ができたりするようなことにはならないだろうか...みたいなところでかわろう」とすることにし、L さんは L1 さんの「傍にいる時間をね、自分たちが L1 さんのことを怖いとかそういうのじゃなくって、L1 さんの傍にいったほうが、もうちょっと L1 さんが昔の L1 さんに戻れるんじゃないだろうか」と考え、やってみることにとしたのだという。実際に近づいていくことには「本当、怖々でやった」とは言うものの、「『おはよう』とかって、そういう言葉も全然聞かれなかった、『ホーホーホーホー』とか『ヒーヒーヒーヒー』って 1 日中言っていた」L1 さんから「『おはよう』とか、そういう言葉が返ってきたときに『いやあ、この人たちっていうのは、やっぱりそういうところだけは忘れてないんじゃないか』」ということに気がついたという。そこで、L さんは「患者が怖いとか、この人たちおかしい...とかではないところで、患者と接触が持てるんじゃないだろうか」と思うようになった。

また、ずっと保護室にいただけだった L1 さんを、L さんたちは「ホールの隅のロッカーの（陰の）薄暗いところに 1 時間とか 2 時間とかその人が座って」いられるように働きかけたという。そうすることで、何もない保護室での単調な生活リズムから、普段の生活リズムを少しずつ取り戻していくことができ、「ちよつとずつ睡眠が取れる」ようになり、L1 さんは回復に向かっていった。そして、L

さん自身も患者の傍にいることの怖さが薄らいでいき、患者の傍に「一緒にいれる」ようになっていった。

(4) 患者の示す行動の理由を理解できるように患者に接近する

また、L1さんが入院していた同時期にL2さん（統合失調症・女性）が入院していた。「L2さんはものすごい妄想の中で、それで興奮がものすごく激しくって、もう体当たりで、人にもぶつかるし、物にもぶつかるし、話もできない...もう興奮で夜も寝ない状況で、水さえも飲まないっていうか、そういうのもできない人」だった。そのため、病棟ではL2さんの「身体が危ない、やっぱ身体守らなければいけないってことで拘束をする」ということになってしまった。当時は「今みたいな拘束帯っていうのは無く」、「普通の紐、木綿のしかなかった」という。また、「昔の保護室」だったため、「ベッドなんか入れられるような広さ」もなく、「フローリングみたいなところにちょっと段があって、そこに畳を敷いていて（拘束をする）みたいな状況」だった。そのような状況のため、拘束をするときには「畳を2枚3枚重ねた上に患者さんを寝かせて、畳にくくり付けて抑制していた」という。しかし、L2さんは「その状況のなかで、その畳を持ち上げて」立ってしまった。LさんにとってL2さんが「畳を持って上手く寝返りしてそれを持ち上げるなんて考えられない状況」であり、L2さんが「入口のところ来て、興奮状態で叫ぶ状態」を見たときには、正直「怖いな」っていう思いがLさんの頭の中をよぎった。

ある日の食事の場面で、食後にL2さんを再拘束するとき、L2さんは「外して、外して」と叫びながらもがいていた。再拘束をするのも難しい状況で、Lさんは『暴れんかったら、私らは拘束しないのに』と言って、『あなたがそうやってやって、注射しても効かんし、注射もさせてくれないし、だからダメなんじゃないの』って。『なんで同じことを繰り返すのかな』と、思い切ってL2さんに投げかけてみた。するとL2さんは「腹が立つもん、腹が立つから、だから私はこうやって暴れたんだよ」と言ったという。LさんがL2さんに腹を立てている理由について耳を傾けると、L2さんは「お兄さんとか、ご近所から（家を）出ていけとか、火を出す（ボヤ騒ぎを起こす）から出ていけとかって言われる」と話し始めた。そこで、Lさんたちは「自分らが怖いじゃなくって、L2さんはやっぱりなんか私たちに求めているんだよねっていうことで、看護婦さんたちと一緒に入って、一日話にならない話でもいいからとにかく入って」いくようにした。すると、L2さんは「それまで物としか扱っていなかった私たちに、傍にいてご飯食べたりとか、そんなケアするときに『やあ誰やれさんだね』って声をかけられる瞬間」も見られるようになってきた。最初、Lさんたちは、L2さんの不満を聞き続けるだけであったが、L2さんのためにも何とかしないといけないという思いに駆られ、Lさんたちは実際に家族に来てもらって、和解ができるように話し合ってもらう場を設定した。すると、それに相応するように、数日後にはL2さんは落ち着きを取り戻していった。このやりとりを通して、どんなに患者が怒っていても、「ただもうおかしいとかじゃなくって、（怒るのには）理由がある」ということを踏ま

えながら、患者の思いに耳を傾けていくことが大切だと思うようになっていった。

(5) 患者を生活者として捉え、その人の弱いところをカバーする

Lさんにとって、患者の傍にすることは一番大切なことだという。そのうえで、Lさんは一人ひとりの患者の人間らしさを引き出したり、その人が何を思ったりしているのかを知ることができるということをL1さんやL2さんとの出会いを通して学んできた。そうすることが当たり前になっているLさんは、申し送りを聞くときにも、Lさんのスタンスがある。例えば、Lさんは申し送りを聞くときには「こうやった...ああやった...こんな注射した...とか、こんな薬をイライラしてきたから、飲んだ...っていう報告」をそのまま聞き取るのではなく、「この人にとって何があったんだろう...っていうふう聞く」ようにしているという。それは、「ただイライラしてきたから、薬飲んだっていうんじゃなくて、なんでこの人って、この生活がこうあって、(時間が)流れていて、それでこの時間、昨日もこの時間帯に飲んでいて、ああ今日もこの時間って...」と考えていくことで、Lさんはこの患者の「ここが弱いとか、こうなってきたら脅かされているとか、よくそんな症状が出てくる...とかっていうのが、ある程度見えてくる」からである。すると、Lさんにはその患者の「病気だけっていうんじゃなくて、やっぱりなんかの本当のきっかけみたいなもの」や「ああ...そうやってこの人の病気にならざるを得ない、この人このところでやっぱり発症してしまったんだとかっていうのがある程度見えてくる」のだという。

Lさんは、このように患者を一人の人としてイメージしながら、その弱いところを「ちょっとカバーできたら」いいなと考えて、ケアにあたってきた。Lさんは「保護室にいっぱい入っていた人でも、やっぱり退院していつてもらいたいっていうところがあるので、とにかく家族の方がいらっしゃったりとかしたら、必ずその家族の人とかと、どういう状況やったかって」聞きながら、「その人のその状況のイメージを作る、その人が病気になったその原因であったりとかいうのを自分の中でこう整理して行って」「この人こうなんだ...みたいな図を描いたりして」ケアに役立てていくという。Lさんは「この人が病気にならざるを得なかったって、ある程度知っている、ある程度見えていると介入は楽になる」ともいい、だからこそ患者やその家族の「困りごとをまず聞くこと」を大切にするようになっていった。

(6) スタッフにうまく伝わらないもどかしさに葛藤する

Lさんは看護師として、患者の傍にいて、患者の人間らしさを引き出すことや患者の思いを知り、患者の弱いところをカバーすることを大切にしてきた。看護師長としてのLさんは、時々スタッフと患者との間に巻き起こる葛藤状況に苦慮しながら今もなお奮闘している。

L3さん(統合失調症・女性)は、「EXILEのAKIRAと結婚する」という妄想を抱え、入院してきた。そのため、L3さんは毎日のようにEXILEのAKIRAを「私は空港に迎えに行く」と「毎日毎日ワーワーワー言うて興奮して」いた。

スタッフが興奮している L3 さんに対して「そんなはずは無いだろう」と対応すると、L3 さんは「あんたら信じん、あんたらが悪いんだ」みたいな感じでものごとく興奮し、「噛みつく、蹴たくる、無視するって状況」が繰り返されていた。

L さんは、L3 さんとスタッフとの状況を眺めながら、同じように対応していても L3 さんが「無視する看護婦さんと無視しない看護婦さん」がいることを察知していた。L さんがそのことを直接 L3 さんに確認をすると、L3 さんは自分が無視する看護師について「あの人私の話を聞かないから、だめなんだよ」と L さんに言った。L さんは L3 さんにそのことをスタッフに伝えるよう説明し、スタッフに対しても「ゆっくり話聞いてあげるようにしてねとか、やっぱりこの人のなんか持っている問題があるから、ゆっくりとその思いを聞いてあげるようにしてね」と投げかけてきた。このような葛藤の背後には、スタッフが「業務を遂行しなければならぬという思いはやっぱり強い」のではないかと L さんは捉えているが、スタッフは「そんなこと言ったって仕方ないじゃない、やるとき（暴力的になるとき）は向こうが必ずやるんだから」と L さんの思いはしっかりと届いていなかった。L さんがスタッフに対して具体的に「注射しなければいけないっていうだけに焦点絞らずに、なぜそうしないといけないのかっていうことを向こうにも 1 回言って、それでもダメだったら 1 回引いてきて、もう 1 回行くとかいうことにしてみたらどう」と投げかけてみたりはするのであるが、なかなかうまくはいかなかった。

L さんは、L3 さんの思っていることを真っ向から修正したり、L3 さんの考えを否定したりはしない。ただし、L3 さんについて L さんが「知っている限りの情報」は L3 さんには伝え、L3 さんが EXILE のことで興奮しても「私にとってはどう返事していいかわからない」と率直に言うという。そのうえで、L さんは L3 さんに「別のことだったら私にも話はできるし、対応はできるんだけど」と伝え、L3 さんの反応を見るようにしてきた。このような一連のやりとりでは、L3 さんも攻撃性は示さず、一歩引いて対応することもできるという。L さんは患者を「ただおかしいとか、ただそれしかできないとか、私が言うことは納得をしてくれんとかではなく」、「納得してくれているところもあると思うし、向こうのこともある程度聞きとってあげたら、分かってくれるんじゃないかなっていう思い」があるということを語っていた。

L さんとスタッフとでは、それまで培ってきた経験に違いがある。L さんは、患者に寄り添い、患者のもっている力を引き出すことを患者とのかかわりのなかから学んできたため、それを経験していないスタッフには L さんの伝えたいことが伝わらないのだろう。それだけに、かかわりに対する患者の反応を通して学ぶというプロセスは、看護師にとって重要な意味が帯びていることを、L さんの語りは示していた。

13.M さんの物語とその解釈

M さん（40 代・男性）は、看護師として 14 年間勤務してきた。M さんは、精神科病棟でヘルパーとして勤務しながら准看護師資格を取得し、精神科病棟で 2

年間勤務した後，さらに進学コースに進んで看護師資格を取得した。特別養護老人ホームやグループホームでの看護経験を経て，5年前よりY病院の精神科急性期病棟で勤務している。インタビュー時，MさんはY病院の看護副師長として勤務していた。

1) Mさんの物語；患者のためにベストを尽くし，自分の役割を果たす

(1) どのように対応したら良いのかわからない

Mさんは准看護師の資格を取得する前に，ヘルパーとして精神科病棟で勤務していた。その当時のことを振り返って，「唸りながら喫煙所のガラスを拳でプチ割りながら，血だらけになって叫ぶ人」を目の当たりにするなど「ヘルパーのときは怖かった」と語っていた。しかし，その理由については，単に暴力的な場面を目撃したことが怖かったというよりも，その当時のMさんは，暴力的な場面に遭遇した際に，先輩看護師に「言われた通りにやっているだけ」であり，「ヘルパーだった頃ってというのはなんかそこまで（自分で考えて）対応する術みたいなものが自分には無かったから怖かった」のだという。

(2) 患者の暴力的な行動が病気によってもたらされていることを理解する

保護室に入室する患者の対応をするときに，看護師は患者から「人権侵害だとか，お前らそれでも看護師か」，「地獄に落ちろだの，呪ってやるぞ」など罵声を浴びせられることも少なくはない。職場の仲間のなかには，「言われたら結構堪える」看護師もおり，結果的に精神科看護になじめずに離職していく者もいた。

ヘルパーで勤務していたある日，Mさんは患者にひどく怒られたことがあった。不穏状態の患者の行動を制止しようとMさんは，その状況がよく「分からないまま」止めに入り，そこで患者に怒られたのだという。そのとき，「当時の師長さんから，患者さんはあなたに対してバツて言ったけれども，それは一時のことだから...と，症状で言っているんだから，その後は引かないから気にするなって」と声をかけられたという。そのときのMさんは，師長のアドバイスに対して半信半疑だった。しかし，その後の患者とのやりとりを通して，Mさんは師長が声をかけてくれたことは「その通り」であり，患者は「症状で怒って」いたんだと実感したのだという。

また，あるときに「てんかんで暴れる方だったんですが，外来から男性数名でストレッチャー上にくくりつける感じで，そのまま保護室に入った方」の対応をした。外来ではひどく不穏な状態であった患者が，病状が安定してきて落ち着きを取り戻した頃，Mさんに対して「あのときはすまかった」と声をかけたという。このように患者が「ワッてなっても，後でちゃんと普通に話してくれるという経験が何回か」あったため，Mさんは患者の行動が病状に基づいたものであるということがわかるようになり，不思議と患者に対する怖さはなくなっていったと語っていた。

(3) 自分のしようとしていることについて自覚をもってかかわる

精神科病棟の「保護室を使用せざるを得ない」状況にある人は、大抵「自分の意思で入院した」のではなく、「死にたい」気持ちに駆られていたり、「興奮状態」になったりしている患者であると、Mさんは捉えている。そのため、患者の生命や安全を守るためには、看護師が保護室で「患者にしてみれば強制的な手段を使う」ことは少なくはない。保護室の入室について指示する医師は、「早々に薬を使って、落ち着いてもらう」、「どの薬が合うのか見極めて、その人に一番合った薬を早くその見つける」ことを治療の優先課題としている。そのため、看護師は医師の指示を遂行する際に患者と衝突しやすい。

Mさんは、どんな強制的な手段を用いる際でも「看護師として『こうさせていただきます』と『あなたにはこれが必要です』」は患者に説明するようにしているという。しかし、患者はすんなりと納得をするわけではない。時には、「かなり患者さん側から非難されることもあり」、Mさんはその対応に苦慮することもあるという。そのため、Mさんは「自分が実際今必要なことをやっているんだというその気持ち」がないとかかわりをもつことは難しいと語っていた。

語りのなかで、Mさんは「最初入って来たときは、しっちゃかめっちゃかだった」が、「落ち着いているのに、ずっと保護室におりたがる」M1さん（40代・男性・統合失調症）のやりとりについて振り返っていた。M1さんは投薬によって比較的早く病状は安定してきた。保護室は「普通考えたらどうしても便所の臭気がするし、決して良い環境じゃない」のにもかかわらず、M1さんは保護室の外は「うるさいから（このまま保護室に）入ってほしい」と言い、保護室から出てくることもなく、一般病室内にベッドを用意してもそこで過ごそうとはしなかった。Mさんは、M1さんにとって「保護室が居心地良く」なっているのではないかと思ったという。Mさんたちは、「これがずっと続くのかな...って、このままなんかズルズル行くのかな...みたい」に不安に感じたという。そのため、Mさんたちは、「無理強い」はしないが、M1さんに保護室から「出てもらう努力」をしたという。例えば、保護室であれば、患者の状態に応じて「雑誌とか許可のある場合もありますけど、そういうのも一切駄目にしてみた」という。Mさんは、このやりとりのなかでM1さんから「優しいやら冷たいやら分からん人だね」と言われることはあっても、「カチッとすべきところは患者さんに言う」ようにし、M1さんは一般病室へと自らの意思で移室していった。

Mさんは患者にどんなに非難されようとも、かかわるそのときには「自分自身もこれが正しいと思って向き合っている」という。「家で人閉じ込めたり、くくったりしたら犯罪ですから、それを病院でやっている」んだと、Mさんは「自分自身に対してそう言い聞かし」ながら、「もっと良い方法があったのかもしれない」としても、そのときに「看護師としてやった行動に間違いはないっていう振り返り」をすることが大切であるとMさんは語っていた。

(4) 自分にふりかかるリスクを覚悟しながらケアを遂行する

あるとき若い女性看護師が保護室に「入るのが怖く」なってしまい、退職して

しまった。他科から異動してきたその女性看護師は、「若い看護婦なんかも暴れる人のところワッと行って、押さえて注射したりとか、そんなこと平気でしていた」ことに「すごいショックというかびっくりした」のだという。このエピソードとともに、Mさんは保護室でかかわる際に、患者に対して「怖いっていう感情を持つと（患者に）かかわることはなかなか難しい」と話していた。

ただ、Mさん自身はどうかというと、「自分自身は仕事だし、多少の危険はあっても（仕方ない）と思ってやっている」という。例えば、「看護師となって目の前で暴力を見たときに応援を呼べれば一番いい」が、実際に「応援を呼びに行く間（時間）が無いと、他の患者さんにも危害が加わると思ったらもう（その暴力的な患者を）止めに行くことも致し方ない」からだという。Mさんは、自身が「男性スタッフであり、看護職であり、患者さんの安全守るっていうところでは、自分の身を投げ出さなきゃいけない」と思っており、自分が男性である以上「女性の患者さんや女性のスタッフに何かあったときは、やっぱり自分が盾にならないといけない」という意識があると言う。しかし、「何分の一かはやっぱり自分自身に（自分も怖いけれども仕方ないと）言い聞かしている部分は有る」が「危険があっても仕事だからこれはもうやると決めている」のようにMさんは心の奥底では恐れや避けたいという思いと葛藤しながら、自分にふりかかるリスクを受け、役割を遂行していることが示されていた。

(5) 患者の話すことを丸ごと理解し、その中に意味を見つけ出そうとする

Mさんは保護室に入室している患者は「くくられて怒らん人はいないし、閉じ込められて怒らん人はいない」、「保護室のドアを叩いている、ドア蹴飛ばしているけれど、閉じ込められたら当然そういう反応は出てくる」ものとして捉えている。そのため、患者に対して「なんかすぐレッテル貼って、不穏状態、注射...なんかそれはおかしい」し、「すぐに暴れているから注射しなければならないとか言って、そういう発想」でかかわるのではなく、「何で、何を訴えているのかと、何でそれをしているのかというのを、やっぱりはっきりさせないといけない」と思い、Mさんは患者のところに「まずちょっと行って、話を聴いてということ」を大切にしているのだという。Mさんは患者の話がどんなに「しっちゃかめっちゃかでも」、「分からなくても話は聞く」ようにし、患者の「言うことをそのまま文章に直したときに、ただ支離滅裂どうこうじゃなく、なんかそこに（意味が）あると思う」ことを意識し、「相手が言うことを最初っから妄想だからって聞き流さずに、現実のここのように捉えて確認」するようにしている。

実際にMさんは「僕は相手の前でペン出して、メモしたりするんですけども、相手の言葉に対して『うんうん、これはこうだね』言うて」聞くようにし、それはまるで「インタビューしてテープ起こしするような感覚でやる」のだという。Mさんは「（患者が誰かを）叩くのにしても、拳と平手じゃ違うし、粗暴行為ありっていう言葉で簡単にそのなんかまとめたりとか...そういうことはしないようにして」おり、「妄想も、長ったらしい情報も（スタッフが）読むのは大変かもしれないけど、ある程度その（患者の）言ったことをそのまま書く」ようにしてい

るといふ。そうすると、Mさんは患者との対話のなかで「論理的に確認していったら、結局僕には分らないです...っていう話になってくる」ため、自然と「普通は、ちょっとそういうのは普通じゃないですよ...みたいになってくる」し、「だから、まだ入院していないといけないですね」ということにつながっていくのだという。そして、Mさんはこのような患者とのやりとりを通して、患者が自分のおかれた状況を受け入れることだけではなく、患者が自分の話を「聞いてもらえたら向こうもある程度、『あっ...この人は俺の話聞いてくれる人だな』と思ってくれたらいいのにな」という援助者としての期待ももっているのである。

(6) ロールモデルとしての役割を果たす

Mさんは、現在副師長として病棟管理の一翼を担っている。Mさんは役職に就くことによって「ちょっと全体のことも考えて、仕事に対するプロ意識を持って...みたいに、妙に自覚ができてきた」という。例えば、Mさんは「役職ついてからは、やっぱりなんかあったらパッと自分が行かないといけない」と思っている。病棟のなかでは、患者と看護師の間に治療や看護を遂行するうえで軋轢が生じることもある。特に、双方のニーズに開きがあればあるほどそうなりやすい。そういうときこそ、Mさんは「ケースを役割でみている」ということを意識してかわり、「役職について」いる自分の役割は患者に対して「必要だからやっているんだよってことを言う」ことであると自覚し、対応しているのである。

また、一方ではスタッフの成長を引き出すことも期待している。例えば、Mさんは保護室の患者との自分自身のかかわる姿を通して、「僕が話を聴いているところを他のスタッフは見たら、そう思って同じようにやってくれる人も居るんじゃないかな」ということも期待しているのである。自分がスタッフのロールモデルとしての役割を果たすことも、Mさんの重要な役割なのである。

1.4.Nさんの物語とその解釈

Nさん(30代・女性)は、看護師として18年の経験を積んできた。Nさんは、看護学校卒業後にY病院の内科病棟や老人病棟で看護経験を積んだ(7年)後、自分の意志とは関係なく精神科病棟で勤務することになった。以降、11年精神科急性期病棟で勤務し、現在に至っている。インタビュー時、NさんはY病院の看護副師長として勤務していた。

1)Nさんの物語；患者の思いや気持ちを大切にしながらかわる

(1)コミュニケーションを大切にしながら患者の性格を理解する

Nさんは「学生るとき、精神科がすごい苦手だった」という。Nさんは実習で統合失調症の患者を受け持ち、患者と「本当に疎通が取れなくて、いつも上を向いてブツブツブツブツ喋る、本当にコミュニケーションに困って、本当にそれが怖くて、でも実習は終了させないといけないし、分析しないといけないし、アセスメントしないといけないしっていう思いがあって一生懸命終了した」という感じであり、Nさん自身、患者にかかわったっていう実感は「全然しませんでした」

という。そのため、精神科病棟に異動になるとわかった時点では、その苦手意識がオーバーラップし、Nさんは「すごいショック」を受けたという。しかし、「育休明け」で「すぐに退職願い出すわけにはいか」ないため、Nさんは「とりあえず行ってみて、ちょっと働いてみようかみたいな感じ」で精神科看護に携わるようになった。

Nさんが最初に勤務した精神科病棟は、急性期病棟だった。Nさんは当時を振り返って、「精神科に慣れてくるまで、閉鎖の方に行くってこと自体すごい怖かった」という。特に、保護室のイメージは、「保護室そのものが、得体が知れなくてなんか怖い」という感じであり、Nさんは「苦手で配属されて、すごい自分では苦手意識を持っていた」と振り返っていた。

Nさんは「最初の何年かは、患者さんの思いを知ることができなかった」という。保護室に「入ってくる患者さんも自傷他害とか不穏状態で、周りに影響とか、自分に悪影響があって、保護室に入るって感じ」で受け止めており、患者が保護室に入室していて、どのような思いを抱いているのかについては、よくわからなかったという。

Nさんは勤務し始めて間もない頃、時間開放の際に患者に「もう入りたくないとか拒否」されたときは、「他のベテランの看護師さん呼んで一緒に来てもらって、まずは対応の仕方を自分で勉強」したという。その場面で、Nさんは「ベテランの看護婦さんって、その人の性格に病状もプラスして理解もされている、コミュニケーションが取れている」と思い、Nさんも「コミュニケーションも大事っていうこと、その患者さんの性格を知るっていうことも大事やなって、自分もそうしたい」と思うようになったという。

(2) 保護室が怖いという患者の気持ちに気づき、それを汲んで対応するようになる

あるとき、Nさんは、保護室を退室した患者とのコミュニケーションのなかで、「もう二度とあそこには入りたくない」と患者に言われたという。それまで保護室に入室する患者自身が保護室を怖いと思っているとは、Nさんも思っていなかった。しかし、このやりとりを通して、Nさんは「保護室に入るってことは本当にその患者さん自身にとっても辛い」ことだと理解できるようになった。それを理解できたことによって、Nさんは時間開放の際に拒否する患者に出会っても、患者の気持ちを汲みながら、患者に「明日も出られるからね...みたいな感じで説明したり、個室に入ってから落ち着いて過ごすことができたら今日よりも長く出られるようになりますよ...みたいな感じで説明」するようになっていった。Nさんは、患者が保護室に入室するのが怖いんだろうなということがわかったのは、「病棟に慣れて、精神科病棟に慣れた頃、もう半分ぐらい過ぎた頃かな」と振り返っていた。

(3) 患者の思いに寄り添い、自分にできることを実践する

Nさんが今感じる怖さは保護室そのものではなく、「不穏状態で」保護室に入

った「患者さんが何をするのか分からない」ことだという。入院したばかりの患者は、「どういう患者さんか分からないので、病状だけ聞いても実際にその対応をしたら、どういうふうな感じになるか」分からない。11年経って「すごい精神科看護が好きになった」というNさんが、精神科看護を楽しいと感じ始めたのは、精神科看護に携わり始めて「1年過ぎたころ」だという。Nさんにとって「閉鎖の方に抵抗なく行けた時期」が精神科看護の楽しさを感じることでできた時期だった。

老人病棟で勤務していた頃は、毎日同じことを繰り返していくなかで、患者自身の回復などの変化をつかみとることは難しかった。そのため、Nさんは「精神科の急性期に来たら目に見えてすごく良くなる、症状がすごい改善する」ことを目の当たりにし、自分が何をしなければならないのかがわかるようになっていった。例えば、Nさんは「ちょっとイライラするとか、ちょっと具合が悪いって言う患者さんと話をして、どんなことがすごい不安に思っているのか、イライラにつながっているのかっていう思いを聞く、それで自分が今何をできるか、どんな薬を使ったらすごい楽になるんだらうっていうこと」を考えて対応するようになった。

そんなあるとき、「断薬をして再入院を繰り返している」N1さん（女性・統合失調症）が入院してきた。N1さんは「良くなったら薬は飲んでもよいついていう思い」をもっていたという。N1さんは2歳になる子どもを育てながら生活をしており、Nさんは「同じ子育てをしながら、小さい子どもがおりながら（自分も仕事をしている）っていう感じで話をしていく」ようにしてみた。するとN1さんは「病気で入院しているけど、子どもを思っている気持ちは一緒」だということに、Nさんは気がついたのだという。そして保護室に入っていてN1さんは1～2週間子どもの顔を見ることのできない状況にあったが、病状が良くなってきて子どもと面会ができるようになってからは、Nさんは意識的に「子どもの成長」を話題に出しながら、再入院を防ぐための働きかけをしたという。すると、これまでの入院ではほとんど表出することのなかった自分の症状についても、Nさんに話すようになった。Nさんが「頭が痛いつて来た」N1さんの話しを聞いてみると、実は「不安からくる頭痛」だったことがわかり、「今まで痛み止めを飲んでいただけ、ちょっとこの薬を飲んでみませんか？って話をして、イライラ時の頓服を与薬」をしたという。するとN1さんの頭痛はイライラ時の頓服がよく効き、それ以降「薬が嫌い」だったN1さんが、薬を「自分で飲みに来る」ようになった。今のNさんは「自分が実際患者さんと話をしていくなかで、その怖いイメージが少なくなっていく感じ」であり、「患者さんの性格的なものも、日に日に理解できる」ようになっていった。そして、看護師として「患者さんとコミュニケーションが取れていくなかで、妄想なりなんなり表出してくれて、患者さんの思いがすごい分かってくる」ため、Nさんは患者の思いを汲み取りながら、看護師として患者のために自分ができることを考え、実践するようになっていった。

(4) 患者の安全を守るために最善の方法を尽くす

Nさんは、「副師長になってからは病棟全体を見るようになった」という。それまでのNさんは、「スタッフとしてその業務をしていたり、患者さんをみていたりしている部分が多かった」が、今は病棟全体を見るために「患者さん1人1人の病状を理解しないといけない部分」もあり、「申し送りで聞いた病状と照らし合わせてどうかって、本当にこの人は同じ状態なのかっていうこと」を確認するようにしているという。

Nさんが精神科病棟に異動になって、先輩看護師に一番に教えられたことは「患者さんの安全」を守ることだった。保護室には「女性は下着（ブラジャー）を除ける」というマニュアルがあり、Nさんは教えられた当時は「当たり前のように、あっそうなんだ」と受け止めていた。そのため、Nさんは「ボディチェックの際も、やっぱり女性の方なんで着けている下着を除けるのに対して、私自身も嫌な思いがあるけど、患者さんには説明して、下着を取らせてもらうって、病衣に着替えてもらう」ようにしてきた。しかし、実際の患者とのやりとりでは「拒否される」ことも少なくはない。Nさんは「本当に患者さん自身を守るっていうためにも、説明して理解を得られなくっても、やっぱり説明する」ことを大切にし、対応してきた。しかし、時には「患者さんに『どうしてそんなことまでされないといけないの』みたいな感じで拒否され、ワーワー言われながら、安全を守るためだからって感じで説明して、女性数名で対応」しなければならない場面もあった。

先日、病棟のミーティングでは「下着もやっぱり女性のすごい大事な一部なんで、それは除ける必要がない」という話しが持ち上がり、「女性患者さんの思いも大事っていう意見」と「保護室は安全を守るのでブラジャーは除ける」という意見に分かれたという。Nさん自身も「ブラジャーを一つ除けたところで、本当に希死念慮がある患者さんは何でもそういう行為はしてしまう」と思っていた。しかし、以前に「下着着けていた患者さんが、それで首を吊ろうとしていた」場面に対応したことによって、Nさん自身も「本当にその経験で怖い」思いをし、本当にこういうことってあるんだなって、自分のなかで納得ができたのだという。そのため、Nさんは「身近で安全を守るって言ったら下着を除ける」ということが一番であると捉えており、「自分自身それはもう曲げたくなかったんで、下着の代わりにタンクトップとか、下着になるものを家族さんに持ってきてもらったり、そんな感じで代替をする」方向で話しをすすめ、まとまったのだという。

15.Oさんの物語とその解釈

Oさん(30代・女性)は、Y病院で勤務しながら看護学校を卒業した。卒業後、Oさんはそれまで勤務していた一般病棟ではなく、Oさんの意志と反して精神科病棟で勤務することとなった。怖くてたまらなかったというOさんは、以降14年にわたって精神科看護に携わってきた。インタビュー時、OさんはY病院の急性期病棟で勤務していた。

1) Oさんの物語；いつものその人に戻れるよう諦めずにかかわる

(1) 患者が怖くて自分を守るだけで精一杯になってしまう

Oさんが最初に勤務した病棟は、「男性だけの精神病棟」だった。その保護室は、「本当に暗くて、昼間なのに電気もなかったの、なんか照らさないと見れないっていうような部屋」で、「暗い部屋に鉄格子」があり、「外が見えないように窓枠」があり、「ポコッと穴があいたようなトイレがあるだけ」だった。また、「床がセメントみたいな固い床」で、「昔の保護室」そのものだったという。開放ユニットに勤務していたOさんは、その病棟の閉鎖ユニットにある昔ながらの保護室をみて、「本当にもうなんて言うんでしょうね、もう人が住むとこじゃない」と思い、患者も看護師も「こんなところで、何をしているんだろう」と感じたという。その当時のOさんは、「本当に怖い、怖いイメージしか保護室にはなくて」、「暴れる患者さんですとか、もうその手のつけられないような患者さんをそこに入れるっていう感じ」として捉えていた。

精神科病棟に勤務して1年目のOさんは、とにかく保護室に対しては怖いイメージしかなかった。日勤は開放ユニットだけの勤務であったが、「夜勤は閉鎖・開放混合でやっているの、巡視に廻って行くときはそこまで行かなきゃいけない、中も見なきゃいけない、もう本当に怖くて、外からちょっと見るようなかたち」で、保護室のなかに「本当に保護室のなかに入ったのも、この1年間（新人時代の）の間で数回ぐらいしか多分ないぐらい」だった。Oさんには、保護室の患者が「外からワーワーギャーギャー騒いでいて、『開ける』だとか言ってダンダン叩く」ことや、入室している「患者さんが男性」というだけで、保護室に近づくことすらままならなかった。そのため、保護室に巡視に行くだけでも、自分が何かされないように必死だった。1年目の頃を振り返って、Oさんは「保護室に行かなければ、看護しに行かなければいけない」という状況では、「自分を守ること」や「他の患者さんに危害を加えないように（その患者を）保護室に入れる」だけで「精いっぱい」だった。Oさんは、保護室には「なんか近寄りたいていうか、できるだけ近寄らない」ようにし、実際にOさんが「患者さんと触れ合うってことは、ほとんどなかった」のだという。Oさんはその当時の自分を「本当に患者さんのことを考えてあげられるっていうことが全然なかった」と振り返っていた。当時のOさんは「閉鎖の看護師さんたちが保護室に行ったときになんか手つかまれて...っていうのをやっぱ耳にすると、それだけで怖いっていうイメージ」が膨らむように、「自分の中でどんどん悪いイメージが、どんどん膨らんでいった」感じだった。

(2) 落ち着いたときのその人が見えるようになる

精神科病棟に勤務して2年目になったときに、Oさんは男女混合の病棟に異動になった。Oさんはこの病棟で3年間勤務していた。Oさんの保護室のイメージは「暴れる患者さんを入れて」、「患者さんを守るではなく隔離する、こちらが危害を加えられないように、その患者さんを保護室に入れる」であり、保護室で自分たちがしなければならないことは「ただ単に行って、暴れる患者さんを押さ

えつけたり」することだと思っていた。

最初に勤務した病棟では、長期間保護室を使用する患者が多かったため、必然的に保護室に入室している患者は、いつも同じ顔触れであり、暴れる患者ばかりだった。しかし、異動した先の病棟の保護室は、暴れる患者だけではなく、希死念慮を持つ患者、うつ状態の患者など、それまでの病棟とは患者層が異なっていた。Oさんの保護室や保護室に入室している患者のイメージは「ガラッとそこで変わって」しまい、「暴れる患者さん」だけではなく、患者を「ちょっと落ち着かせるため」に「周りの刺激を受けやすい、本当に守ってあげなければいけないような、本当に鬱の結構どん底にいるような方を入れたり」するところというイメージが変わっていった。しかし、保護室に入室する患者のイメージが変わったからといって、Oさんの保護室に対する怖いイメージが払拭されたわけではなかった。異動した病棟では、日勤でも閉鎖病棟を見ることになり、Oさんは「怖いけど行かなくてはいけない」状況になってしまった。Oさんは「怖いて思って下がっていたら（患者に近づかなかつたら）、看護にならないので、閉鎖の係になると保護室も行かなければならないので、それで2年3年になると今度は後輩に指導する立場になってくると逃げているわけにもいかない」のように、否応なしに「（患者が）怖いていうのを隠しながら」、保護室の看護に当たるようになった。その当時のことを、Oさんは「患者さんのことを考えながら看護をしていたのではなくて、自分が（患者を）怖いと思いながら、自分を（危害を加えられるかもしれない患者から）守りながらの看護なので、必然的に全然患者さんのことは考えてなかった」のではないかと振り返っていた。

あるときOさんは「最初興奮して暴力的な感じが入ってきた患者さんも、やはり暴力をしているとか、興奮しているのはその患者さんそのものではなくて、病気によってさせられている」のではないかということに気づく機会があった。そのきっかけとなったのは、保護室に入室していたある患者が落ち着いてきたときのやりとりのなかで、「乱暴口調でワーワー言っていた患者さんも、ふとしたところで『ありがとう』とか『ごめんね』とかいう言葉がぼそっと出た」ときだった。Oさんは「私達は本当に（患者を）押さえつけたりしているのに、私たちに對して『ありがとう』とか『ごめんよ』とか普通の会話をしたりしている、そういう会話ができている患者さんがいたりしたので、なんか『あらっ!?!』という、その（患者が）怖いていうイメージから、その怖いのは『病気があってのそれで、本当はこの人は違うのではないか』って」と思ったのだという。Oさんは「病気のときの患者さんと普通のときの患者さんが垣間見える部分」に触れることによって、「ガチガチの逃げたくなるっていう恐怖心」は自然に消えてゆき、逆に「患者さんの弱い部分がみえるので、そこはもうちょっと良くなったらこうなるんだって思って、今いるのは病気（悪くなった患者）なんだ、（病気が）良くなったらこういう人になるんだっていうのを自分で描きながら（患者のケアに）入って」いけるようになっていった。

(3) 自分だけではなく患者も怖いという気持ちを抱いていることに気がつく

看護師になって3年目くらいのとき、Oさんが拒薬をしている患者の対応しているときに、患者が「『助けて』とか『やめて』とかって」叫んでいる場面に遭遇した。そのとき、Oさんは、不穏状態の「暴れている患者さん」であっても「やっぱり怖いんだな」ということがわかったという。Oさんは「私が怖いように患者さんも怖いんだな...っていうのがわかって、怖くて大声を出したりとか、暴れたりするっていうこともあるのかな」と思ったのだという。そして、患者は看護師を怖がっているため、「身構えている」看護師や看護チームの「弱いところに向かって」攻撃的になるのではないかのではないかということにOさんは気がついた。このような気づきを得たOさんは、不思議と「段々、自分の怖さよりも患者さんのほうをみなくてはいけない、患者さんのことを、患者さんがどうなのかになっていうのをみなくてはいけないと思って入っていったような気がする」と自分の抱えている恐怖よりも患者の抱えている恐怖に寄り添い、ケアをする必要性へと気持ちが変わっていった。

(4) 諦めずにかかわり続けることの大切さを実感する

看護師になって5年目くらいのあるとき、Oさんは拒否の強いO1さん（統合失調症・女性・70代）の対応に悩まされていた。OさんはO1さんに「何をしたわけでもない」のに、OさんはO1さんの「かなり攻撃対象になっていて、もう私が来るだけで、もうあんたはあっち行ってみたいな感じ」だった。OさんがO1さんにかかると、O1さんの拒否はさらに強まり、食事も服薬も応じてくれなかった。さらに、かかわろうとすると「余計にあんたに何かされた...みたいなかたちでどんどん（OさんとO1さんの）関係性が悪くなっていく一方」であり、Oさんはすごく悩んでしまい、「本当に（看護師を）辞めたいってそのときは思った」という。

OさんはO1さんのところに「行くっていうことを考えるだけで、気分が暗くなる感じ」だったが、「自分が（O1さんを）ほったらかしにして離れたことが、罪悪感じゃないですけど、それが気になって、自分が（O1さんから）逃げてしまったっていうのをずっと持つておくことの方が嫌」だと思ったという。O1さんから「離れてしまえばすっきりかって言われれば、多分でもそれでもすっきりじゃない」ことはOさん自身が、自分で一番よく分かっていた。そのため、Oさんは「最初から自分が固定観念で、もうこの人が嫌と思って逃げてしまったら、その人との関係性も終わりですし、そこから先は何にもないので、逃げていたら始まらないな」と気を取り直し、O1さんと向き合うことにしたのだという。そこで、OさんはO1さんに対して「最初はもう嫌がられたらどうしよう、どうせ行っても飲んでくれない、嫌だなんて、すごい嫌々気分で行った」ことを振り返り、「自分がもういいやと、O1さんに怒られる覚悟で、嫌がられる覚悟」でO1さんに接近したという。すると、O1さんは「嫌がっていたけど、こっちが入っていくので、なんか仕方ないね...みたいな感じで、嫌々ながらもちょっとずつ患者さんがなかに入れてくれるようになった」のだという。OさんはO1さんが「本

当に良くなってというか、本当にちょっとでも食べ始めたり、お薬を普通に飲みだすときとか、本当に嬉しかったのを覚えている」と言い、「その嬉しさがあるので、ずっと今が続けられているのかな」と振り返っていた。

また、OさんはO1さんとのやりとりを通して、どんなに状態の悪い患者であっても「いつかはその良くなるというか、いつかは患者さんも戻って」いくこと、そして「本当に悪いままの人っていないので、だから良くなるっていうのをその患者さんで分かった」ということを自分が体験できてよかったという。保護室には、「拒否する患者」は結構いる。「言われたらズキンと傷つくようなこと」こともある。Oさんにとって、「嫌われながらその患者さんと関係性を築きながらやったこと」は「開き直れる自分がそこからできあがって」いく大事な経験として、今も「その人だけはずっと残っている」と語っていた。

(5) 患者の反応を通して、患者に必要なケアがわかるようになる

その後、Oさんは今勤務している急性期病棟に異動になった。Oさんが急性期病棟で勤務するようになった頃、Y病院では初めて拘束帯を使用するようになったという。それまでは、「どんなに暴れていても拘束とかしていなかった」が、この病棟では攻撃的な患者だけではなく希死念慮の強い患者の「安全を確保する」ために、身体拘束を用いるようになった。しかし、それまで隔離だけで対応してきたOさんは、「(患者の)四肢と体幹と全部動けないようにして、徐々に除けていって動けるようにしていくんですけど、(患者が)落ち着いているから(身体拘束を)除けてもいいと思って除けたら、今度は除けた瞬間に(その患者が)暴れ出したり」するなど、「見た目と外したときの(患者の)状態が違う」ことに困惑することもあった。Oさんは「そのときは身体拘束をされている患者さんに何をしてあげたらいいかっていうのが全然分からなかった」という。今のOさんは「身体拘束をされている患者さんは本当に動けないので、欲求が結構多くなってくる」と捉えているが、その当時は患者の置かれている状況やそのときの思いを推し量ることはできていなかった。そのため、当初は患者の「欲求を飲み過ぎてどんどんエスカレートしていくこともあった」り、逆に「欲求を飲んであげないと患者さんは何もできないので、本当の生活に戻れない」ため、Oさんは「動けない患者さんに対してやっぱりどこまで許したらいいのか」、そして「どういう介助の仕方とか、どういうことをしたらいいのかっていうのが分からない」感じであり、「本当に最初はもう手探り状態」だったという。

そのような試行錯誤の毎日の中、「拘束されている患者さんは動きが限られているので、動けないので、痒いところも(自分で)かけないとか、腰が痛いのに(自分で)身体の向きが変えられないとか、何かあっても自分でできないっていう患者さんを見て」、Oさんは「患者さんの(身体的な苦痛に対する)ニーズ」に応えるようにしてみた。それは、患者の要求の全てを飲み込むことではない。「これ外せえみたい」のような「患者さんが叫んでいても無理なことは無理なので、その欲求はもう駄目ですって言いきる」ようにし、「身体の向きを変えてもらいたいとか、ちょっと手を緩めてもらいたいとか、喉が乾いた」のように「こ

ちらがどうにかしてあげられる要求に対しては極力してあげよう」と思い、対応するようにしてみた。そうしているうちに、「同じような訴え」を繰り返す患者は「時間も分からないし、次何があるのかも分からないので、恐怖と不安が強くなっている」と思い、だからこそ「いつ来てくれるんだ」と患者は看護師に確認しているのではないかということにOさんは気づいた。そして、患者の欲求を「毎回聞くような欲求の飲み方ってやっぱりちょっとおかしい」と考えながら、「今度はもう何分後、今度はおやつの時間にきますのでそれまで待ってくださって約束して帰る」ようにするなど、Oさんは患者と訪室を約束して、できるだけ患者が安心できるように対応するようになっていった。

また、Oさんは、患者の拘束を「ちょっと外してみようと思ったときに外したら、右手1本外しただけでも身体の向きは変えられるし、痒いところも触れる」ようになり、患者が「自由になるところがあるだけで、がちり全然動けない人がちょっと動けるだけで訴えも違ってくる」ことに気がついた。必然的にOさんの患者の病状を捉える視点も変化し、患者が「拘束されているところで落ち着いていられる」のかどうかという視点から、ずっと拘束をしていたときの患者の状態が少し外したときに、状態がどのように「違うっていうのを見る、その状態、その変化を見る」ようになったという。

身体拘束をするようになったとき、Oさんは自分が何をしなければならないのか、よく見えていない状況だったが、「どんなことをしても身体拘束をして快適にはならない」患者の気持ちを汲み、「患者さんが今何をしたいか、どんなことをしたいかっていうのを大事に」し、Oさんは『あっ...これはしてあげなければいけないな』って思った」ことを対応するようになっていった。それは、今もOさんの大切なこととして、「患者さんが拘束をされていても、生活をきちんと行える」ように「患者さんのニーズ」に働きかけることとして実践されている。

(6) 患者と腰を据えてかかわることの大切さを実感する

OさんはO2さん（統合失調症・女性）とのかかわりを通して、「自分が患者に添って入っていく、入って行って患者さんの言うことに耳を傾けて、患者さんが今どうしたいのかっていうのを考えてあげるのは間違いではないのかなって思う」ことを経験した。

O2さんは、「暴れてきた患者さんで、入院したときから拘束」をしていた。O2さんは「結構がちりして」いて、「かなりもう罵声」もひどく、特に「女性スタッフに対して」かなりの罵声がひどかったという。スタッフは「本当に傷つけられるようなことをバシバシ言われる」ため、スタッフは「どうしてもワーワーあっても、ちょっと遠目から見たり」していた。

Oさんは、そのような状況で、「どんなに言われても、そうですね...そうですね...みたいな感じで受け流しながら」、O2さんとかかわるようにしてみた。Oさんが「ちょっと腰を据えてワーワー罵声を言われても、腰を据えて話を聞いている」と、O2さんは「罵声を言いながらも、拒絶はしない」ことに気がついたという。怒りながらも「全然拒絶はしない」O2さんを見て、Oさんは「罵声を言っても

(看護師が)近くに行くと、やっぱりかかわってもらいたい」んだなと思った。そして、O2さんは「そういうことしか言えない、そういう言葉でしか自分が言えない」感じなのではないかと捉え、「本当にもうすごい嫌なことも言われる」がO2さんの話しを聞くようにしていった。すると、O2さんは「怒りながらも話してくれたり、罵声が混じりながらもなんかちょっと冗談も言えるようになってきたり」するようになり、それを見ていたスタッフも「同じようなことをしてくれる」ようになった。そして身体拘束が解除になったときに、O2さんはOさんに「あのとき自分がしていたことは分かっていたし、もう何を言った、どんなことを言ったとか、こんなことを言ったとかっていうのが、自分はそれが止めれなくて、それを言うしかなかったことも、悪かったと思いながらも言ってしまった」と説明し、「あのときはごめんね」って謝ったのだという。そして、O2さんは「そうやって聞いてくれたのはやっぱり嬉しかった」とOさんに伝えたという。このやりとりを通して、Oさんは「患者さんはちゃんと分かって、自分らのこと見てくれているんだな」ということを実感するとともに、患者と腰を据えてかかわることの大切さについて確信を得た。「あのときこうこうこうでね...って、そのときのことを後で振り返って、一緒に話ができるっていうのはすごい嬉しい」のように、Oさんにとって、このようなやりとりは、患者が回復し、病気の悪い状態からその人らしさを垣間見ることのできる瞬間なのだろう。

Ⅲ. 精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験のもつ意味

1. 精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程における 8 つの本質的な経験の構造

以下に、精神科看護師のアイデンティティ形成過程における保護室でのケアの経験のもつ意味について示す(【】はケアの本質的な経験を表すテーマ)。

研究協力者15名の物語を分析し解釈した結果(表16)、精神科看護師のアイデンティティ形成にかかわる本質的な経験として、【得体の知れない恐怖にさらされること】、【手痛い思いをすること】、【生きたお手本から学ぶこと】、【かかわりの手ごたえをつかむこと】、【かかわりのなかで不意に気づくこと】、【立ち止まって考えること】、【自分の殻を破って患者と付き合えるようになること】、【後輩を育てること】の8つのテーマが明らかになった(図5)。

研究協力者は、精神科看護師としてのキャリア初期の保護室でのケア経験において、【得体の知れない恐怖にさらされること】や【手痛い思いをすること】を経験していた。そして、【生きたお手本から学ぶこと】、【かかわりの手ごたえをつかむこと】、【立ち止まって考えること】、【かかわりのなかで不意に気づくこと】という経験を踏まえながら、【自分の殻を破って患者と付き合えるようになること】を経験し、精神科看護師としての自分自身に違和感なく、素の自分で患者とかかわりをもてるように順応していた。そして、先輩看護師として【後輩を育てること】という経験を踏まえ、自ら培ってきた精神科看護師としてのアイデンティティを引き継いでいた。これらの8つのテーマは、時間軸として一方向ではなく循

環的であり，新たな経験を積むことで新たな自己を創出していた。

以下に，8つの本質的な経験の概要を示し，精神科看護師のアイデンティティについて示した。その後，研究協力者の本質的な経験を，3つのパラダイムケースを用いて語り直すことで，精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味を明示することとした。

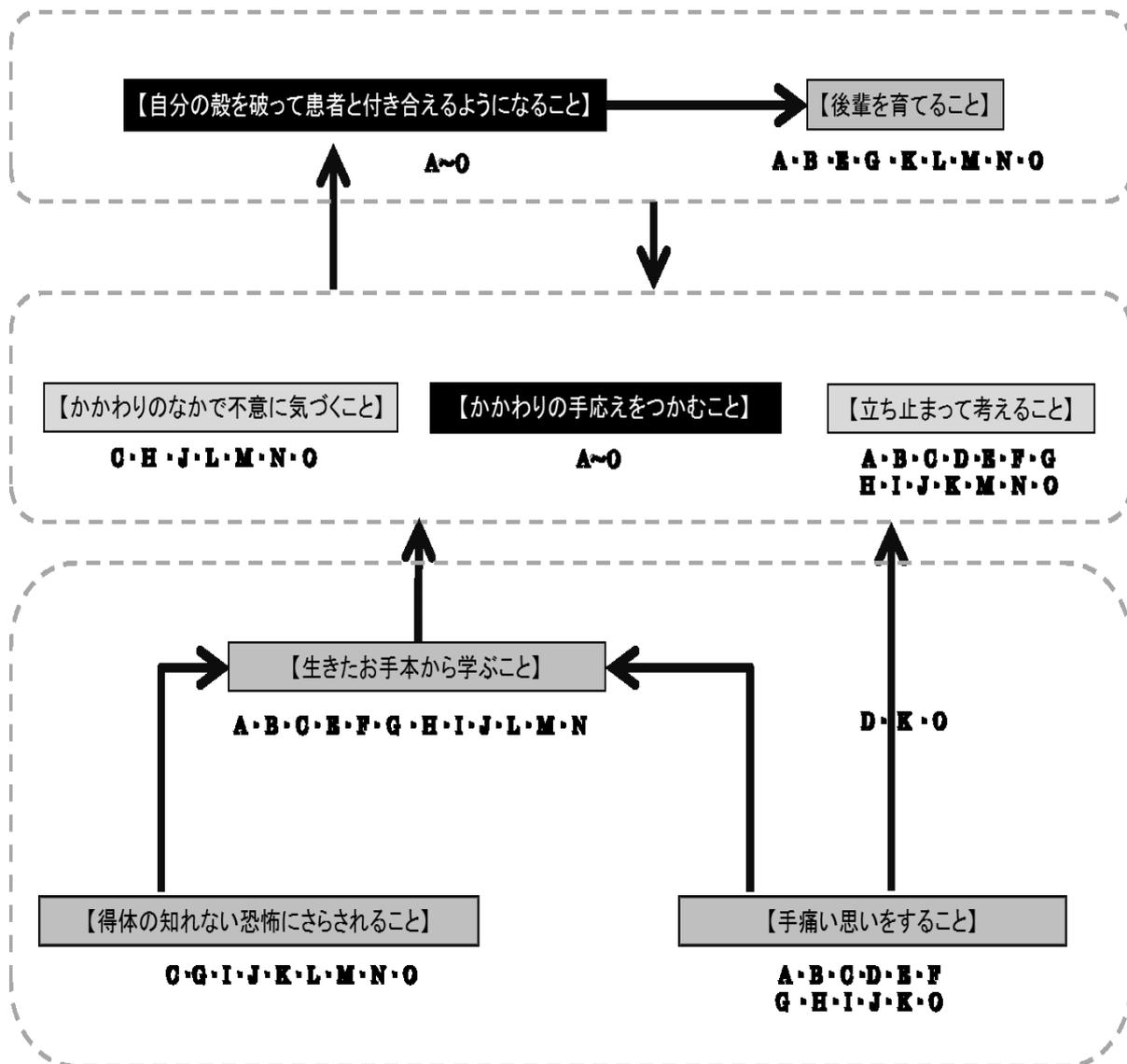


図 5. アイデンティティの形成にかかわる保護室でのケアの経験

表 16. 研究協力者の物語に含まれている経験の本質（A～E 氏）

	本質的な経験	物語のサブテーマ
A	かかわりの手応えをつかむこと	表面的な会話ではなく、関与することの大切さを学ぶ
	手痛い思いをすること	おかしいと思ってもアクションが起こせない
	生きたお手本から学ぶこと	思った通りにやってみてもよいと思えるようになる
	手痛い思いをすること	衝撃的な出来事乗り越えて、患者に密に係わることの大切さを確信する
	立ち止まって考えること	
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	立ち止まって考えること	頑張りきれなかったことを反省しながら、次の機会に活かす
	後輩を育てること	スタッフに協力を求めながら具合の悪い患者に集中的にかかわる
かかわりの手応えをつかむこと		
B	手痛い思いをすること	患者と向き合うことから逃げたそうとしていた自分に気づき、反省する
	生きたお手本から学ぶこと	
	立ち止まって考えること	
	生きたお手本から学ぶこと	患者と気持ちを交わすことができるようになる
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	かかわりの手応えをつかむこと	
	後輩を育てること	先輩看護師をお手本にしながらチャレンジし、見通しをもって対応できるようになる
かかわりの手応えをつかむこと	患者の思いに添って患者が納得できるようにかかわる	
C	得体の知らない恐怖にさらされること	忙しさに振り回され、保護室の看護をつかみきれないまま時間が過ぎていく
	生きたお手本から学ぶこと	感情を逆撫でされてしまい思ったように対応できない自分に悩む
	手痛い思いをすること	誰のために保護室を使用しているのかわからなくなる
	かかわりの手応えをつかむこと	保護室に入室することが回復のプロセスの一つだったことがわかる
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	患者の気持ちを受け止め、看護師である自分も患者の行動制限をすることは苦痛であることを患者と共有する
	立ち止まって考えること	患者の発した一言からそのときの患者ではなく、一人の患者の人生全体を気にかけてかかわることの大切さに気づく
	かかわりのなかで不意に気づくこと	患者の自尊心を必要以上に傷つけないよう保護することの大切さに気づく
	かかわりのなかで不意に気づくこと	病棟を行き来することで、わからなかったことがわかるようになる
D	手痛い思いをすること	患者の不満を受け止め、理解を得ることの大切さを痛感する
	手痛い思いをすること	患者とスタッフと自分との関係を折り合いをつけながらかかわるようになる
	かかわりの手応えをつかむこと	
	かかわりの手応えをつかむこと	患者と仲間の仲介役になることの難しさを感じながら、自己の課題に気づく
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
手痛い思いをすること		
E	生きたお手本から学ぶこと	患者の変化を敏感に察知し、早めに対応することを大切にようになる
	生きたお手本から学ぶこと	画一的に対応するのではなく、患者の困りごとと一緒に考えることの大切さに気づく
	手痛い思いをすること	病状の波に惑わされず、本来の患者の姿をイメージしてかかわることができるようになる
	生きたお手本から学ぶこと	
	手痛い思いをすること	自分一人で患者を抱えこまなくてもよいことに気づく
	立ち止まって考えること	その場しのぎの対応ではなく、チームで患者の対応をすることの大切さに気づく
	立ち止まって考えること	
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	患者との信頼関係を築くことが患者の回復につながるということの確信を得る
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	患者の症状ではなく、患者と付き合うことを大切に
後輩を育てること	かかわる姿を通して、後輩の学びを促す	

次ページにつづく

表 16 (続き) . 研究協力者の物語に含まれている経験の本質 (F~J 氏)

	本質的な経験	サブテーマ
F	立ち止まって考えること	そのときの患者だけではなく、退院した後をイメージしてかかわるようになる
	生きたお手本から学ぶこと	
	手痛い思いをすること	患者が納得できるような働きかけをすることの大切さに気づく
	立ち止まって考えること	
	かかわりの手応えをつかむこと	患者の努力を認めることが患者の回復する力になることを実感する
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	かかわりの手応えをつかむこと	自分のカラーを意識して働きかけるようになる
	立ち止まって考えること	
G	得体の知れない恐怖にさらされること	保護室に近づけず、先輩と一緒にかかわる
	生きたお手本から学ぶこと	先輩看護師を見て学び、同じように自分も挑戦してみる
	かかわりの手応えをつかむこと	先の見通しを持ちながら患者とかかわることができるようになる
	手痛い思いをすること	自分の気持ちをコントロールすることの必要性がわかる
	立ち止まって考えること	
	手痛い思いをすること	患者を特別視せず、いまここでの感覚を大切にすることの大切を実感する
	立ち止まって考えること	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	後輩を育てること	辛い思いをしているスタッフをフォローできるようにになりたい
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	長いスパンで患者の療養生活を捉えられるようになる
後輩を育てること	経験したことを伝えることの難しさについて思い悩む	
H	生きたお手本から学ぶこと	どんな患者であっても話しを聞くという姿勢を大切にすること
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	かかわりのなかで不意に気づくこと	
	手痛い思いをすること	暴力に遭遇したことで、患者やかかわり手の安全を守ることの大切さを実感する
	立ち止まって考えること	妄想をもつ患者との対人的距離の持ち方について考えるようになる
	手痛い思いをすること	
立ち止まって考えること		
I	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	理解できないことが次々と起こる
	立ち止まって考えること	患者の苦痛や置かれた状況を理解し、気持ちを汲み取るようになる
	手痛い思いをすること	
	立ち止まって考えること	
	生きたお手本から学ぶこと	先輩看護師のかかわりの場面を通して、患者に対する自分の見方が変化する
	生きたお手本から学ぶこと	
	かかわりの手応えをつかむこと	患者が見通しをもてるように働きかけ、回復に向かって一緒に目標を共有する
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	患者を丸ごと受け入れ、苦痛を緩和することで患者の現実的な反応を引き出す
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	患者のこぼれをきっかけにして患者の身体の変化をつかみとる
立ち止まって考えること		
J	得体の知れない恐怖にさらされること	患者の示す行動が理解できずに苦しみ、かかわり方を模索しながら、見守ることの大切さに気づく
	生きたお手本から学ぶこと	
	立ち止まって考えること	
	かかわりの手応えをつかむこと	患者の希望することが回復の妨げにならないかを見極めながらかかわるようになる
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	手痛い思いをすること	失敗から学び、患者の安全や安心を守ることに真摯に対応する
	立ち止まって考えること	

次ページにつづく

表 16 (続き) . 研究協力者の物語に含まれている経験の本質 (K~O 氏)

	本質的な経験	サブテーマ
K	得体の知れない恐怖にさらされること	保護室の異様さに戻込みする
	手痛い思いをすること	できない約束はしない、一度した約束は必ず守る
	立ち止まって考えること	
	かかわりの手応えをつかむこと	
	手痛い思いをすること	自分の五感をフル活用して患者の異変を察知することに集中する
	立ち止まって考えること	患者と約束し、患者の希望に添ってみる
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	具合の悪いときにこそ、患者との関係づくりを大切に
	かかわりの手応えをつかむこと	自分が体験して学んできたことがうまく伝わらないもどかしさを感じる
後輩を育てること		
L	得体の知れない恐怖にさらされること	ただ恐怖しか感じない
	生きたお手本から学ぶこと	先輩看護師の姿を通して、患者の気持ちを知ること患者と共にすることの大切さを教わる
	生きたお手本から学ぶこと	患者の人間らしさに触れられるよう患者の傍にいる
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	かかわりのなかで不意に気づくこと	患者の示す行動の理由を理解できるように患者に接近する
	かかわりの手応えをつかむこと	患者を生活者として捉え、その人の弱いところをカバーする
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	スタッフにうまく伝わらないもどかしさに葛藤する
	後輩を育てること	
M	得体の知れない恐怖にさらされること	どのように対応したら良いのかわからない
	生きたお手本から学ぶこと	患者の暴力的な行動が病気によってもたらされていることを理解する
	かかわりのなかで不意に気づくこと	自分のしようとしていることについて自覚をもってかかわる
	かかわりの手応えをつかむこと	
	立ち止まって考えること	自分にふりかかるリスクを覚悟しながらケアを遂行する
	立ち止まって考えること	患者の話すことを丸ごと理解し、その中に意味を見つけ出そうとする
	かかわりの手応えをつかむこと	ロールモデルとしての役割を果たす
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	後輩を育てること	
N	得体の知れない恐怖にさらされること	コミュニケーションを大切にしながら患者の性格を理解する
	生きたお手本から学ぶこと	保護室が怖いという患者の気持ちに気づき、それを汲んで対応するようになる
	かかわりのなかで不意に気づくこと	患者の思いに寄り添い、自分でできることを実践する
	かかわりの手応えをつかむこと	患者の安全を守るために最善の方法を尽くす
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	
	立ち止まって考えること	
	後輩を育てること	
O	得体の知れない恐怖にさらされること	患者が怖くて自分を守るだけで精一杯になってしまう
	かかわりのなかで不意に気づくこと	落ち着いたときのその人が見えるようになる
	かかわりのなかで不意に気づくこと	自分だけではなく患者も怖いという気持ちを抱いていることに気がつく
	手痛い思いをすること	諦めずにかかわり続けることの大切さを実感する
	立ち止まって考えること	
	かかわりの手応えをつかむこと	
	自分の殻を破って患者と付き合えるようになること	患者の反応を通して、患者に必要なケアがわかるようになる
	手痛い思いをすること	患者と腰を据えてかかわることの大切さを実感する
	かかわりのなかで不意に気づくこと	
	かかわりの手応えをつかむこと	
	かかわりの手応えをつかむこと	
自分の殻を破って患者と付き合えるようになること		
後輩を育てること		

2. 研究協力者の物語から解釈された精神科看護師としてのアイデンティティの形成にかかわる保護室でのケア経験の本質の概要

1) 【得体の知れない恐怖にさらされること】

得体の知れない恐怖にさらされるとは、研究協力者が精神科病棟に勤務して間もない頃、精神科病棟や保護室の雰囲気、そこで過ごしている患者の様子、患者の暴力的・破壊的行為などによって想起された漠然とした恐怖を経験することをいう。

研究協力者は、精神科病棟や保護室の雰囲気そのもの、患者の示す奇異な行動もしくは暴力的行動、そして先行するネガティブなイメージを助長するような情報を耳にすることによって、得体の知れない恐怖にさらされていた。そして、得体の知れない恐怖にさらされた研究協力者は、イメージトレーニングをする、先輩を頼りにしながら行動する、患者との接触を必要最小限に留めるといった対処行動をとっていた。

2) 【手痛い思いをすること】

手痛い思いをすることは、研究協力者が臨床場面のなかで予期せぬ状況や患者からの攻撃的な反応に遭遇し、援助者としての無力感・自責感・罪悪感、患者に対する嫌悪感・恐怖感のようなネガティブな情緒的反応を経験することをいう。

研究協力者は、主体的に働きかけることのできない臨床状況、想像を絶するような患者の状態の悪化、患者からの攻撃的・拒否的反応、患者の自殺への遭遇、患者の突発的な行動に直面し、思ったように働きかけられない無力感を味わう、自責感や罪悪感に駆られる、嫌悪感や恐怖感のあまり患者に接近できなくなるということを経験していた。そして、このような経験を通して、研究協力者は、改めて患者と向き合おうと決意したり、自身の行為を反省して次の機会に活かそうとしたりしていた。一方、自分で責任を背負い込んでしまったり、自分の気持ちと向き合うことを回避してしまったり、患者にかかわることを避けてしまったりする研究協力者もいた。

3) 【生きたお手本から学ぶこと】

生きたお手本から学ぶとは、研究協力者のケアに対する行き詰まりや患者への接近が困難な状況において、先輩や同僚の看護師などから学ぶ経験のことをいう。

研究協力者は、生きたお手本の実践場面を見て学ぶこと、生きたお手本から助言を得ること、生きたお手本の手助けを得ることを通して学んでいた。そして、研究協力者は、患者像をイメージしながら対応すること、落ち着いたときの患者をイメージして対応すること、患者の示している行動の意味を捉えることのような患者像をつかむことの大切さ、患者の生活援助にかかわること、患者と目標を共有しながらともに歩むこと、患者の行動を見守ること、患者が落ち着くためにはどうしたらよいのかを工夫して対応すること、患者の変調を見逃さずに対応すること、患者の傍に居て患者に付き合うこと、患者と気持ちを交わすことのような看護援助者としてのあり方、看護チームのなかで思ったことを表現することや

一人で抱え込まずにチームでかかわることのような看護チームのなかでの自分のあり方を生きたお手本から学んでいた。

4) 【かかわりの手応えをつかむこと】

かかわりの手応えをつかむとは、研究協力者が保護室の患者へのかかわりを通して自身の行ったケアについての手応えをつかむことであり、それに裏打ちされた実践的な示唆を得る経験のことをいう。

研究協力者のエピソードで語られていた患者の特徴は、退行して依存性が強くなり、看護者の陰性感情が患者の病状に影響を及ぼしていた患者、暴力行為や拒絶が強く、援助関係を構築することの難しい患者、混乱が強く、思考や行動のまとまりに欠けた患者、本人の意思とは無関係に緊急入院し、状況を飲み込めていないために不安の高まっている患者であった。研究協力者はこのような状態の患者とのかかわりを通して、患者が落ち着きを取り戻すこと、患者本来の人間らしさを垣間見ること、患者が納得して治療を受け入れられるようになること、患者が働きかけに応じるようになることという反応を得ていた。また、回復した後に患者からケアに対するお礼を示された研究協力者もいた。研究協力者は、このようなかかわりの反応を通して、患者と信頼関係を結ぶこと、患者が希望をもって生活することをささえること、患者は病気によってその人らしさは失われないこと、保護室に入室することが患者の回復の過程で必要なプロセスであったこととかかわりの手応えとしてつかみ、同時にこれらに裏打ちされた実践の示唆を得ていた。

5) 【かかわりのなかで不意に気づくこと】

かかわりのなかで不意に気づくとは、研究協力者が保護室の患者とのかかわりのなかで、それまでは予期していなかった気づきを得る経験のことをいい、その気づきは、研究協力者の瞬時の内省に基づいていることが特徴的である。

研究協力者は、保護室の患者とのかかわりのなかで、たまたま患者の発した言葉や行動に出くわしたとき、患者の本音や思いに触れたとき、似たような場面が繰り返し起こるときに気づきを得ていた。研究協力者がかかわりのなかで不意に得た気づきは、患者像をつかむこと、患者の状態の捉え方、患者の思いや気持ち、看護援助者としての姿勢、患者へのかかわり方の5つに大別された。

6) 【立ち止まって考えること】

立ち止まって考えるとは、研究協力者が保護室での患者とのかかわりについて一旦立ち止まって振り返ること、すなわち熟考することによって気づきを得る経験のことをいう。

研究協力者は、保護室の患者とのかかわりのなかで、患者の自殺や暴力、患者の病状の変化、葛藤を伴う患者との援助関係、スタッフからの投げかけに直面したり、教育的な機会を通して考えるきっかけに遭遇したりした際に、立ち止まって考える機会を得ていた。立ち止まって考える機会を得た研究協力者は、自己を

コントロールすること、自分の抱いていた期待や感情に気づくことのような自分のなかで巻き起こっていたことを認めること、患者と向き合うことや患者の異変に気づいて対処することなどのような精神科看護師として大切にしたいことについての気づきを得ていた。

7) 【自分の殻を破って患者と付き合えるようになること】

自分の殻を破って患者と付き合えるようになるとは、研究協力者が保護室の患者への看護ケアを通して、自分自身の抱いていた恐怖や不安、不確かさを認め、患者の回復を促進するために、自己を活用しながら人間的に働きかけることができるようになる経験のことをいう。ここでいう人間的とは、患者を病者としてではなく、一人の困難や苦悩を抱えた人として認識することをさす。このとき、研究協力者は、精神科看護師である自己を活用し、患者とところを通わせること、患者の人間性に触れることを大切にしながら、患者へ看護援助を実施していた。

8) 【後輩を育てること】

後輩を育てるとは、研究協力者がケア経験を通して形成した精神科看護師としてのアイデンティティを後輩看護師に引き継ぎ、育むためにアクションを起こす経験のことをいう。

研究協力者は、保護室でのケア経験を通して、患者や同僚看護師との相互作用を積み重ね、精神科看護師としてのアイデンティティを形成してきた。経験を積み重ね、職場のなかで管理的・教育的役割を担うようになった研究協力者は、自らが学び得てきたことを、今度は実践を通して伝えようと意図的に振る舞っていた。物語のなかで示されていた後輩を育てることは、後ろ姿を見せること、かかわりの意図を示すこと、患者とスタッフの間にたってささえることであり、研究協力者のなかには、経験してきたことを後輩看護師に伝え、それを実践へと導くことの難しさについて示している者もいた。

9) 精神科看護師のアイデンティティとは

研究協力者は、保護室に入室している自我の脆弱な患者とのかかわりを通して、8つの本質的な経験を辿り、精神科看護師である自己自身と本来的な自己自身とが統合されるような、自己の内面的な変化を経験していた。これはかかわり手である素の自分を問い直すことによってもたらされたものであり、研究協力者は、8つの本質的な経験を通して培われた精神科看護師としてのアイデンティティを、自らの役割を遂行する際に自然に活用していた。

3. 保護室におけるケアの本質的な経験：3つのパラダイムケース

精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験について、1.では物語のなかで示されていた本質的な経験の構造を示し、2.では本質的な経験の概要について説明した。3.では、3つのパラダイムケースによって、保護室におけるケアの本質的な経験について研究者が語り直した物語を示す。

パラダイムケースとして、BさんとLさん、そしてOさんの物語を示す。Bさんは【手痛い思いをすること】という本質的な経験を、Lさんは【得体の知れない恐怖にさらされること】という本質的な経験を、それぞれ【生きたお手本から学ぶこと】という本質的な経験を踏まえて、精神科看護師としてのアイデンティティの形成に至ったパラダイムケースである。また、Oさんは【得体の知れない恐怖にさらされること】や【手痛い思いをすること】という本質的な経験を土台にして精神科看護師としてのアイデンティティの形成に至ったパラダイムケースである。

1) Bさんの精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程における保護室でのケアの経験の意味 (図6.)

Bさんの物語では、患者を単に精神疾患をもつ人として見ていた自分が、同じ人間として思いを共有できる人へと変化していく様子が示されていた。新人看護師のときに出会った患者とのかかわりでは、患者の示す攻撃性に苦慮し、患者になかなか接近できない状況が続いていた。しかし、先輩看護師の働きかけの場面や振り返りの場面を通して、そのときに抱えていた自分の気持ちと向きあうようになっていった。また、患者だからという根本にもっていたBさんの見方は、Bさんが率直に患者に思っていることを伝えられないことに影響しており、勇気をもって患者に自分の気持ちを伝えられるようになることで、患者と思いを共有できるようになっていった。

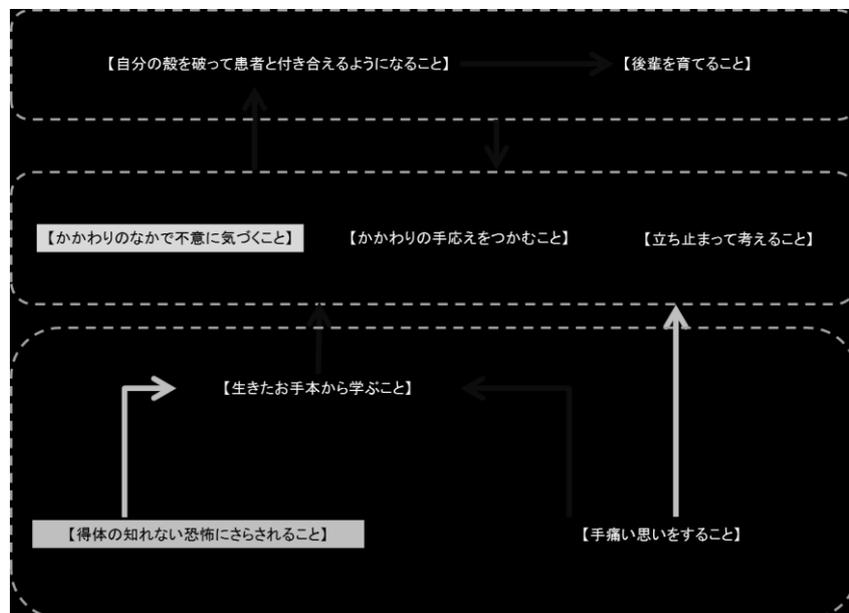


図6.Bさんの保護室でのケア経験の意味

以下に、【手痛い思いをすること】、【生きたお手本から学ぶこと】、【立ち止まって考えること】、【かかわりの手応えをつかむこと】、【自分の殻を破って患者と付き合えること】、【後輩を育てること】という本質的な経験を用いながら、Bさんの変化を確認していく。

(1) Bさんにとっての「手痛い思いをする」経験

Bさんは、新人の頃、嫌いな患者に対して接近できなくなってしまった。患者は攻撃的な反応を繰り返し示しており、当初Bさんはそれでも患者の前に立ち続けていた。しかし、度々攻撃的な反応を示される苦痛は、Bさんのケアをしたいという意欲を奪っていく。いつの頃からかBさんは患者を避けるようになっていた。そして、患者に必要最小限しか接近しないことを容認する自分と、その一方でそれを責める自分との間で葛藤し続けていた。Bさんは、患者に接近できない無力感を味わい、傷ついていた。

(2) Bさんにとっての「生きたお手本から学ぶ」経験

患者とのかかわり度つまずいたBさんは、患者に対する嫌な感情と嫌な感情をもっている自分との間で葛藤し、そこから抜け出すことができない状況にあった。救いを求めて事例検討会に参加してみたものの、そこではこの状況から抜け出すことのできるようなヒントは見つからなかった。追い詰められていたBさんの目に飛び込んできたのは、その患者にかかわっているZ看護師だった。

Bさんが目の当たりにしたのは、Z看護師がその患者の身体拘束を一時中断し、生活援助をしている場面だった。時々、怒鳴り声を上げることはあっても、Z看護師と患者のコミュニケーションは成り立っており、患者はZ看護師の促しに応じていた。Bさんはその場面を通して、自分を患者の立場に置き換えながら自分に足りないものは何かを振り返っていた。そして、怒りの強い患者の怒りを鎮めることではなく、何気ない生活援助が患者に安心や居心地の良さをもたらすことに気がついた。

この場面をきっかけに、Bさんの患者に対する印象やケアのもち方は変わっていった。うまくいかないときは、自らZ看護師に相談したり、Z看護師の行動を確認したりしながら、一つひとつ振り返っていくことで、自分のものにしようと諦めずにかかわるようになっていった。

(3) Bさんにとっての「立ち止まって考える」経験

Z看護師をお手本にしながら、Bさんは再び患者と向き合い、患者にかかわるようになっていったが、思うようにうまくいっていただけではない。ただ、諦めずにかかわり続け、Bさんなりに活路を見いだそうとしていたときに、患者はベッドコントロールのために病棟を異動することになってしまった。そのとき、Bさんの頭のなかには、全面的に「ああよかった」という思いがよぎった。それくらい、患者とかかわることは、Bさんにとって緊張を伴うものであり、エネルギーを要するものだったのだろう。

しかし、その後院内研修の場で、印象に残っている患者について振り返る際に、Bさんはその患者のことを思い出すとともに、安堵している自分を戒めていた。Bさんにとってこの振り返りは、自分のなかに巻き起こる矛盾と向き合い、自分自身がケアをした満足感が得られるようになりたいという気持ちを再確認し、嫌いな患者であっても距離をおくのではなく、まずはかかわってみようところ

決める契機になった。

(4) Bさんにとっての「かかわりの手応えをつかむ」経験

Bさんは事例検討の際に、患者に対して自分の気持ちを表現することに躊躇していた自分に気づく経験をした。そもそも、Bさんは自分が思っていることをそのまま患者に言うのは駄目なんじゃないかと思っていた。そのため、どうしてここでこう思っているのにそれを患者に言わないのか、言ってもよいのではないかとアドバイスをされることは、Bさんにとって自分の価値観を一変させてしまうような出来事だった。

しかし、アドバイスを受けたからといって、Bさんの行動がすぐ変わるわけではない。ある患者が話しをしながら興奮し、混乱していく様子を目の当たりにして、Bさんは自分の思っていることを率直に表現してみた。この場面は、Bさんがうまくいかなかった例として挙げていたが、Bさんにとって自分の思ったことを率直に表現しても大丈夫だということを確認できる機会になった。

(5) Bさんにとっての「自分の殻を破って患者と付き合えるようになる」経験

患者に率直に自分の思いを表現できるようになったBさんは、その後のかかわりを通して、「全部を全部そのまま馬鹿正直に自分の気持ちを言うのは、よくないとは思う」と前置きしながらも、「ちょっと興奮しちゃって、患者自身も何言っているか分かんないとき」や「相手を冷静にさせたいとき」に、自分の本当の気持ちや思ったこととかをそのまま相手にぶつけてみるようになった。そうすることで、患者が冷静さを取り戻すことを経験し、Bさんは意識的に自分の思ったことを患者に伝え、お互いの思いを共有するようになっていった。

(6) Bさんにとっての「後輩を育てる」経験

Bさんは急性期病棟に勤務していた5年の間に、先輩看護師の後ろ姿を眺めながら学び、試行錯誤して自分のスタイルを築いていった。やがて、後輩ができ、チームリーダーやプリセプターを担当するようになり、自分が先輩たちにしてもらったようにすることで、さらに学びを深めていた。

(7) Bさんにとっての「かかわりの手応え」を積み重ねていく経験

インタビュー時、Bさんは慢性期病棟に勤務していた。慢性期病棟では保護室を繰り返し使用する患者がいる。インタビュー当日に保護室に入室していた患者も保護室に度々入退室を繰り返している一人であった。その患者は、刺激に弱く、被害的迫害的に物事を捉えやすい。Bさんは患者が被害的に訴えてくると、一旦思っていることを全て聞いたうえで、率直にBさんが感じていることを伝え、その患者が納得するように対応を工夫してきた。インタビュー当日も、騒音に対して被害的迫害的に反応した患者が落ち着きを取り戻すようかかわっていた。

現在のBさんは、一つひとつのやりとりのなかで、患者の示す反応を加味しながら、患者の思いを汲み、患者が納得できるように対応するようにしている。こ

これは、Bさんが患者の世界に入り込みながらも、自分自身の思いをしっかりともち、患者と相互に思いを交わすことが当たり前ようになったからこそ、実現するのだろう。

2) Lさんの精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程における保護室でのケアの経験の意味(図7.)

Lさんの物語では、患者が怖くて近づけなかったLさんが、患者の示したかわりに対する反応を通して自分の先入観に気づき、その人らしさを引き出せるよう患者に寄り添う人へと変化していく様が示されていた。精神科病棟への異動が本意ではなかったLさんは、精神科病棟や保護室の異様な雰囲気や圧迫感に圧倒され、業務のとき以外に自ら患者にかかわろうとはしなかった。しかし、先輩看護師に連れられて、保護室の患者とかわり、患者の人間らしさに触れるうちに、自分自身のもっていた先入観にとられるのではなく、かわることによって何かできるのではないかという期待や患者の抱えている苦悩に寄り添うことの大切さを学んでいった。

以下に、【得体の知れない恐怖にさらされること】、【生きたお手本から学ぶこと】、【かわりの手応えをつかむこと】、【不意に気づくこと】、【自分の殻を破って患者と付き合えること】、【後輩を育てること】という本質的な経験を用いながら、Lさんの変化を確認していく。

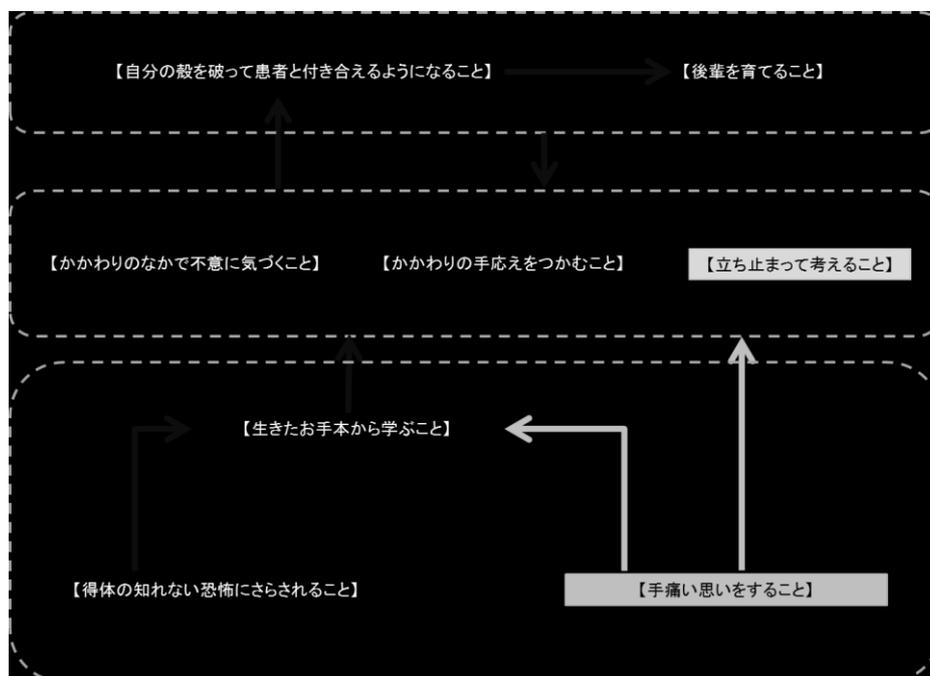


図7.Lさんの保護室でのケア経験の意味

(1) Lさんにとっての「得体の知れない恐怖にさらされる」経験

Lさんは、病棟異動に伴って精神科病棟に勤務することになった。Lさんにとってこの異動は自分の本意ではなく、Lさんは、精神科病棟に対して恐れや苦手意識をもっていた。そのため、最初はドキドキしながら、緊張していた。そして、

異動して最初に言葉を交わした患者が翌日自殺してしまったため、Lさんにとって精神科病棟はただただ恐怖しか感じない場になってしまい、患者と必要以上に接触をもとうとはとても思えなくなってしまった。

(2) Lさんにとっての「生きたお手本から学ぶ」経験

Lさんは業務のとき以外には患者とかかわることはなかった。それに対し、X看護師は、患者の気持ちを大切にし、患者と共にレクリエーションを楽しむ看護師だった。あるときは患者と触れ合う姿を示し、あるときは自分の大切にしていることを後輩看護師に伝えたりしていた。

当時、保護室には自分の排泄物を口にしてしまうほど状態の悪化した患者が入室していた。その姿にショックを受け、患者に近づくことができなかつたLさんに対して、X看護師は、自分が保護室に入るときにLさんを一緒に連れていくようになった。LさんはX看護師と一緒にその患者の傍にいて、安心してかかわることができるようになり、その患者と対話をもつことができるようになった。

(3) Lさんにとっての「かかわりの手応えを得る」経験

保護室に入って患者とかかわることができるようになったLさんは、その患者が病気に巻き込まれているだけではなく、少しでも人間らしさを引き出せるようにと、一緒に居る時間をつくって、傍に居るようにしてみた。すると、それまでは一日中奇声を挙げ続け、あいさつすらしなかつた患者が、Lさんとのかかわりに反応し、あいさつをするようになった。かかわりに対して患者がLさんに示した反応は、Lさんに病気であっても患者と何か通じ合えるものはあるのだという確信を与えた。

(4) Lさんにとっての「自分の殻を破って患者と付き合えるようになる」経験

Lさんは、患者と通じ合えるものがあるという確信を手に入れたことによって、潜在的にもっていた自分の先入観を認めたくなくて、患者と現実的なやりとりができるよう働きかけるようになっていた。そうすることで、患者は生活リズムを取り戻し、睡眠時間も安定し、回復へと向かっていった。

患者と意思の疎通を図ることができず、患者の行動が奇妙な場合、看護者は無力感や恐怖感を覚え、患者に接近しにくくなりやすい。しかし、患者と何かを分かち合うことができるという感覚は、自分の奥底に眠っていた先入観に気づくきっかけになり、Lさんにケアすることの期待を生み出し、諦めずにかかわり続けるパワーをもたらした。Lさんにとって、このエピソードは、精神疾患患者に対する恐怖が和らぐということ以上に、患者の回復を願い、それを手助けするために自らを患者の世界のうちに投げ入れることのできる勇気と行動を起こす力へと結びついていった。

(5) Lさんにとっての「不意に気づく」経験

その後、保護室には、話でもできないくらい興奮し、看護者の働きに対しても

拒絶してしまう患者が入室していた。ある日の食事場面で、患者は食事を終えて再拘束をするときに、Lさんに激しく抵抗し、叫びだした。Lさんは、率直に自分の思ったことを患者に伝えてみた。すると、それまで拒絶的だった患者が、自分が怒りを爆発させていること、そしてその理由を話し始めた。そのとき、Lさんは、患者は拒絶しながらも自分たちに何かを求めていることにふと気がついた。患者の発するメッセージから、患者の内面に真意が潜んでいるということに気づいたLさんは、積極的に患者の思いに耳を傾けるようにした。Lさんたちの変化は、拒絶的にしか振る舞うことのできなかつた患者の態度を軟化させ、自然にやりとりできる雰囲気をつくりだした。

看護者は、患者とのかかかわりの場面でハッとさせられることがある。興奮が強く、拒絶的な患者を前にしたLさんは、患者の安全を守ることを最優先し対応していた。しかし、かかわりのなかで発した患者のメッセージは、Lさんをハッとさせ、Lさんの患者を理解したいという援助者としての思いを駆り立てるような力をもっていた。不意に気づくということは、単に知らなかったことに気がつくということではなく、援助者をハッとさせ、援助者の行動の変容を促すような内省を伴うのであろう。

(6) Lさんにとっての「後輩を育てる」経験

現在のLさんは、患者を一人の人としてイメージしながら、その人の弱いところを「ちょっとカバーできたら」いいなと考え、患者に向き合っている。患者の示す行動には、何らかの意味があり、患者に対する看護者の姿勢、向き合い方は、その意味を汲み取る際に影響を及ぼす。

その一方で、Lさんは自身の大切にしている精神科看護の視点が、うまくスタッフに伝わらないことにもどかしさも感じている。Lさんは何とかスタッフが患者の思いに寄り添えるように、患者を受け止められるようにと、やんわりと患者の思いを代弁することがある。しかし、スタッフがそれを受け入れられるかどうかはまた別の問題なのである。Lさん自身も最初から患者の傍にいて働きかけることができていたわけではない。だからこそ、スタッフが攻撃的な患者に対してネガティブな反応を示すことについては了解しており、今もなお、Lさんはスタッフの成長を促すために試行錯誤しているのである。

スタッフにかかわるLさんの側からその状況をのぞき込むと、やはり経験によって得ること、身につくことの重要性が見て取れる。Lさんもそうだったように一つひとつの経験の積み重ねがその後の看護の視点を形成していく際には大きな影響を及ぼしているのである。保護室という場は、患者の状態が悪い分、回復のプロセスに立ち会い、たくさんの学びを得ることのできる場でもあるのだろう。

3) Oさんの精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程における保護室でのケアの経験の意味(図8.)

Oさんの物語では、患者に対する恐怖感のあまり患者とかわるることができなかつたOさんが、患者とのかかわりを通して患者の示す行動の意味がわかるよう

になり、患者と逃げずに向き合うことで、患者の回復のために自分の役割を果たしていく人へと変化していく様子が示されていた。患者は暴れる人というイメージが強かった新人時代の O さんは、患者とほとんどかかわろうとはしなかった。しかし、患者の発することばをきっかけに、患者自身も自分と同じように保護室が怖いと思っていること、病状の悪さが患者の攻撃的な行動を引き出していることに気づき、自ら患者とかかわりをもつようになっていった。しかし、何をやっても拒絶し、攻撃的な反応を示す患者の対応に苦慮し、O さんは追い詰められてしまう。O さんはそこで諦めずに、逃げずに自分や患者と向き合うことで、その状況乗り越えたとともに、どんな患者でも良くなると信じ、患者のために自分の役割を精一杯果たすようになっていった。

以下に、【得体の知れない恐怖にさらされること】、【不意に気づくこと】、【手痛い思いをすること】、【立ち止まって考えること】、【かかわりの手応えをつかむこと】、【自分の殻を破って患者と付き合えること】、【後輩を育てること】という本質的な経験を用いながら、O さんの変化を確認していく。

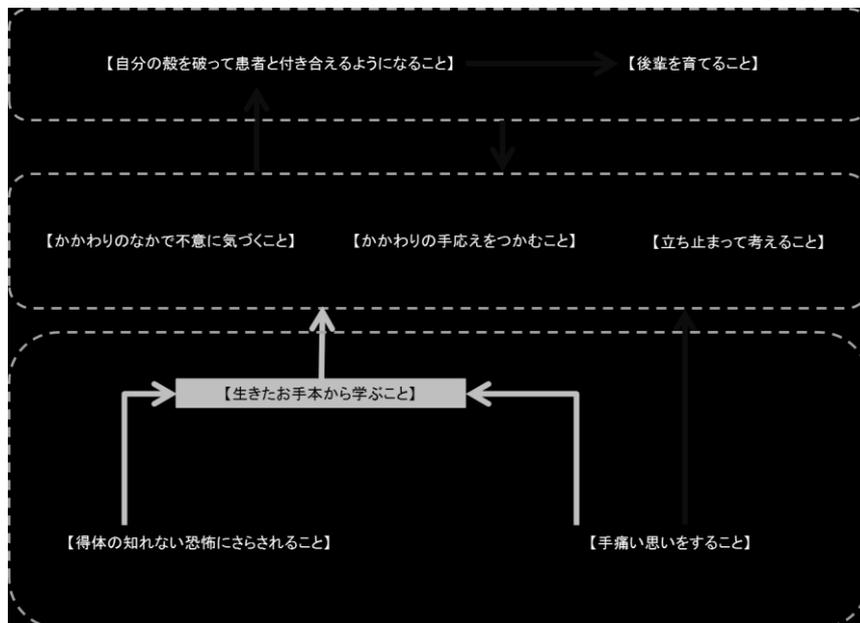


図 8.O さんの保護室でのケア経験の意味

(1) O さんにとっての「得体の知れない恐怖にさらされる」経験

O さんが精神科病棟で勤務することになったのは、自分の意思ではなかった。精神科そのものに苦手意識をもっていた O さんは、実際勤務し始めると、患者が怖くてたまらなく、特に保護室にはほとんど近づくことはできなかった。時々耳にする噂話によって恐怖は増幅するばかりであり、自分を守ることで精一杯だった O さんは、保護室の患者と触れあうことはなかったという。

(2) O さんにとっての「不意に気づく」経験

2 年目になり、O さんはそれまでの男子病棟から男女混合病棟に異動になった。ここでは、否応なしに保護室を担当することもあり、怖くて仕方ない状況のなか

で、その気持ち押し殺しながら患者とかかわるようになった。

あるとき、具合が悪く、攻撃的だった患者とかかわっていたときに、患者がお礼を言ったり、詫びたりする場面に出あった。当時の O さんは、保護室は暴れる患者を収容する場所として認識しており、実際に自分自身もそういう対応をしてきたのに、患者がお礼を言ったり、普通の会話をしたりしている場面を通して、それまで自分が思っていたことは何か違うのではないかとふと気がついた。患者が示す攻撃的な行動は、患者の病気が悪いからであって、本当の姿ではないということに気づいたことで、ガチガチだった自分の気持ちが和らぎ、良くなったときの患者の姿をイメージしながら患者にかかわるようになっていった。このやりとりは、患者の暴力的な部分をその人の病気の部分として捉えられる、言わば「病気のときの患者さんと普通のときの患者さんが垣間見える部分」とを識別するようになるきっかけになったのだろう。

また、別の場面で患者の拒薬に対応しているときに、突如患者が助けを求め叫び始めた。そのときはじめて、O さんは患者も自分と同じように恐怖を抱えているため、大声を出したり、攻撃的な反応を示したりするのではないかとということに気がついた。このような気づきを得たことで、O さんは自然に自分の恐怖心よりも患者を守ることに視点が変わっていった。患者の発したところの叫びは、O さんの看護師としての役割の遂行を促すような力をもっていたのだろう。

(3) O さんにとっての「手痛い思いをする」経験

看護師になって 5 年目の頃、O さんは拒否の強い患者の妄想の対象になり、O さんがかかかわると、さらに拒否が強くなり、食事も服薬も応じてくれない状況だった。何をしてもうまくいかず、患者との関係はどんどん悪化していくため、O さんは看護師をやめたいとまで思うようになった。

(4) O さんにとっての「立ち止まって考える」経験

やめたいという気持ちを抱く一方、O さんのなかでは、患者から逃げ出し、患者から離れたとしても、自分の気持ちはすっきりしないとも思った。逃げ出しても何も変わらないことに気づくとともに、それまでの患者に対する自分の対応の仕方を改めて振り返ってみた。すると、嫌がられたらどうしようという自分の不安が先立ち、嫌々患者にかかわっていた自分の気持ちに気がついた。そこで、O さんは患者に怒られても、嫌がられてもいいからと覚悟を決めて患者とかかわりをもつことにした。

(5) O さんにとっての「かかわりの手ごたえをつかむ」経験

覚悟を決めて患者とかかわってみると、患者は嫌がっていても、少しずつ O さんのことを受け入れるようになった。患者がちょっとずつ食事を食べることができるようになったり、服薬することができるようになったりする場面を通して、O さんはかかわることの喜びを感じ、そのうれしさが今もケアし続けられる動機になっていると語っていた。この場面で得た手応えは、O さんにとって次に出会

う患者のケアの源になり、そして患者を信じ、患者に寄り添う力になっていった。

(6) Oさんにとっての「自分の殻を破って患者と付き合える」経験

嫌がられること、傷つくことを言う患者とのかかわりを通して、Oさんは諦めずに患者と関係を築くことの大切さを実感した。そして、患者はどんな状態であっても必ず良くなっていくことをOさんは確信した。Oさんの確信は、かかわることが患者の回復につながるという信念へと導き、患者の回復を信じ、ケアに専心し、患者に寄り添うことの原動力になっているのであろう。裏を返せば、どんな状況であっても、開き直って患者とかかわることのできる自分ができあがっていったのは、Oさんが患者は必ず回復するという確信とかかわりが患者の回復をささえるという信念によって裏打ちされているとも言える。

(7) Oさんにとっての「かかわりの手応え」を積み重ねていく経験

その後、Oさんは急性期病棟に異動になった。急性期病棟の保護室には、希死念慮を伴う患者も入院しており、身体拘束をするようになった。しかし、身体拘束を用いたことのなかったOさんは、身体拘束をしているときと中断したときとの患者の状態の違いに戸惑いを覚えた。試行錯誤しながら患者とかかわっていたあるとき、Oさんは患者の苦痛に対応することで、患者の反応が変わることに気がついた。また、患者は先が見えずに不安なため大声を出して騒いだりすることにも気がついた。そうすると、身体拘束しているときに患者は落ち着いているかどうかという視点から、外したときの患者の状態がどう違うのかということを見ることが重要であることに気がつき、患者のニーズを大切にしながらかかわるようになった。

(8) Oさんにとっての「後輩を育てる」経験

あるとき、保護室に興奮の強い患者が入院してきた。特に女性スタッフを罵倒し、傷つくようなことをバシバシ言うため、スタッフはその患者とかかわることを避けるようになっていた。このような状況のなか、Oさんは自ら患者にかかわるようにし、患者がどんなに罵声を浴びせても、受け流しながら対応していた。そのかかわりのなかで患者は怒っていても、かかわることには拒否しないことに気がつき、Oさんは患者とかかわり続けた。その姿を見ていたスタッフも、Oさんと同じようにかかわってくれるようになり、患者は少しずつ状態も回復していった。Oさんは自分からスタッフを引っ張っていくようなタイプではないのかもしれない。しかし、Oさんのケアする姿は、スタッフを方向づけし、患者に接近し、かかわる勇気を与えているのだろう。

第5章 考 察

本研究は、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味を明らかにすることを目的として実施した。第4章の研究の結果を踏まえ、本章では、Ⅰ.保護室でのケア経験の意味、Ⅱ.精神科看護師としてのアイデンティティの形成過程、Ⅲ.本研究の結果の妥当性と意義について考察し、最終的にⅣ.看護実践への示唆およびⅤ.本研究の限界と今後の課題について示す。

Ⅰ. 保護室でのケア経験のもつ意味

研究協力者の物語を通して、保護室でのケア経験は、看護師のキャリアの段階に応じて、固有の意味をもっていることが明らかになった。すなわち、研究協力者の精神科看護師としての能力、人間としての成熟度など個々の研究協力者の置かれていた状況に相応するように、経験の意味づけは共通性と相違性があるということである。以下に、保護室でのケア経験のもつ意味として、1.患者に安心して接近できるようになること、2.患者に真の安全と安心を与えられる人になること、3.自己を振り返ることで患者をより理解できるようになること、4.患者の視点から患者の世界が見えるようになることの4つの観点から述べる。

1. 保護室でのケア経験のもつ意味；患者に安心して接近できるようになること

多くの研究協力者は、保護室の患者とのかかわりや印象に残っている場面について語る際に、患者の攻撃性や奇妙な行動など、我々の日常生活において、病気ではない人とかかわりでは了解不能な状況を物語っていた。精神科看護師である前に一人の人間である我々は、日常的に他者から罵声を浴びせられたり、暴力的な行為に直面させられたりすることはない。通常、我々は人間として生きていくうえで最も基盤にある安全と安心が保たれた状況に置かれているのである。しかし、保護室という場においては、我々の安全と安心の保証が必ずしも保たれているわけではない。建前上、保護室という場は、患者の安全を保護するための無機質な部屋であり、患者が隔離されている状況下では、患者もかかわり手である医療者も安全が保たれている。しかし、我々に求められているのは、そのような状況のなかに入り込み、自分と患者の安全を守りながら、患者の回復を手助けし、生活をささえることである。すなわち、看護師は必然的に物理的環境がもたらす安全と安心を奪われ、自らの意思と行動で自分と患者の安全や安心を守らなければならないのである。

研究協力者がキャリア初期の頃を振り返って意味づけしていた【**得体の知れない恐怖にさらされること**】や【**手痛い思いをすること**】は、看護師の安全と安心が脅かされた状態を示しており、この段階にある看護師は自分一人で行動を起こしたり、状況を打開したりすることができない。保護室の看護ケアに関する判断と経験年数の関係について柴田ら(1997)が報告しているように、キャリア初期の看護師は、疾患の理解が不十分で、自分で判断することができず、基準通りの業務をこなすのが精一杯であること、そして、危険防止の意識が強化されることに

よって、患者本来のニーズがどこにあるのか考えられない状況にある。

このような状況にある看護師にとって、重要なのは先輩看護師のささえである。ここでいう先輩看護師のささえとは、【**生きたお手本から学ぶこと**】に示されているように、先輩看護師が自分自身の実践場面を見せること、もしくは先輩看護師が後輩看護師を手助けすることや助言することである。これらを通して、看護師は患者像をつかむことの大切さや看護援助者としてのあり方、看護チームのなかでの自分のあり方を学んでいた。多くの研究協力者の物語のなかではキャリア初期のこのプロセスを通して、単に了解不能で恐怖を感じるような状況から、患者の内的世界やその接近の仕方を学ぶことで患者に近づけるようになっていくことが示されていた。これは、看護師が自分の知らないことを了解できるようになること、すなわち、それまで自分とは無関係だった世界に入ることのできる人間になったことを意味している。保護室に入室している患者とのかかわりでは、表面的なかかわりではどうにもならない。だからこそ、精神科看護師にとっての保護室のケア経験は、生身の自分が一度脅かされ、自分という人間がケアをするという意思とともに、自分と向き合いながら患者の内的世界へと入るきっかけを与えているとも言える。

2. 保護室でのケア経験のもつ意味；患者に真の安全と安心を与えられる人になること

研究協力者の物語では、保護室の患者に接近できるようになった看護師は、脅かされている自分を守ることに気づかうことから、患者に真の安全と安心を与えられるよう変化していった。保護室の患者に対して、一人ではとても接近できない段階では、看護師は自身の安全や安心が脅かされる状況にあった。しかし、その状況を抜け出すことができるようになった途端、看護師は患者の体験している世界を知り、根本に抱えている思いを知ることになる。例えば、複数の研究協力者が物語のなかで示していたように、当初は保護室に入室している患者のことが怖かったが、ある瞬間から実は患者も保護室にいることや他者が接近することに対して恐怖を知覚していることに気がついた。すると、看護師の視点は自分を守ることから、患者の恐怖を和らげられるよう働きかけることへと変化していく様子が示されていた。

患者の安全と安心を守ることは、精神科看護のみならずどの領域で職務に就いていようとも看護師の第一義的な役割である。しかし、上述のように、頭の中では患者の安全と安心を守らなければいけないと考えていても、それが必ずしも行動として表れるとは限らない。要するに、自分の安全と安心が守られていることで、自分に向いていた意識が和らぎ、本来の役割である患者の安全と安心を守ることへと、そのベクトルは向いていくのだろう。これは、脅かされていることが無意識のうちに看護師が自己を防衛していたことを意味し、それだけに、ケアをするということは単純なことではなく、単にわかるかどうかの問題でもないということが言えよう。看護師として2～3年の経験を積んだ精神科看護師の保護室での看護判断の特徴として、柴田ら(1997)は、恐怖感はもちながらも、知識と経

験が結び付き、漠然とした不安感はなくなることで、患者を個人として捉えられるようになる」と報告している。看護師にとって、精神疾患をもつ患者と向き合うためには、まずは自分自身の脅威に向き合い、いかにしてその脅威を乗り越えられるかが重要なのである。

看護師が患者に安全と安心を与えるためには、患者の内的世界のなかで起こっていることを解釈できることが必要である。患者の内的世界において何が起こっているのかもわからない状態では、看護師が患者の安全を守り、患者に安心をもたらすことはできない。例えば、研究協力者の物語では、患者の示す怒りが何に基づいているのかを理解し、それに対応することが患者を安心へと導いていることが示されていた。その一方で、何かが起こっているということは捉えながらも、その実体を捉えることができず、結果的に患者から攻撃的な反応を引き出してしまったり、患者自身が自分を傷つけてしまったりするような場面に直面した研究協力者もいた。精神科看護の特徴として、患者（の世界）に寄り添うことは看護の重要な視点として示唆されてきた。患者に寄り添うことこそ、患者の内的世界のなかで起こっていることについて理解することを意味しているからである。保護室に入室している患者は、自我が解体し、絶対的な恐怖を知覚している状態である(阿保,2009)。すなわち、自分のおかれた状況をうまく言葉で表現できないばかりか、自分が何者かも理解できずに困惑した状態である。だからこそ、患者の示す行動やヒストリーなどを組み合わせつつ、患者のなかで今何が起こっているのかを知り、患者にとってどうすることが患者の安全と安心を守ることができるのかを考慮して患者（の世界）にかかわっていくことが必要なのである。

3. 保護室でのケア経験のもつ意味；自己を振り返ることで患者をより理解できるようなること

保護室に入室している患者は、その精神状態のために、強い恐怖や不安に置かれている。加えて、保護室に入室することにより、先の見えない不安にさらされ、自分だけが取り残されていくような感覚を体験している。研究協力者の物語では、このような状態の患者に対して、患者が先の見通しをもてるように働きかけていることが示されていた。

人生に意味を見いだせない状況、言わば絶望している人に希望をもたらすことは容易なことではない。気休めのような表面的なかかわりでは、かえって患者を傷つけてしまうことさえある。患者が先の見通しをもって生活に臨めるようにするためには、患者（の世界）にとって、我々看護師の働きかけが現実的かつ明確で、了解可能なものでなければならない。そのためには、看護師は患者（の世界）を理解し、患者の苦悩とともに体験し、患者がそれを乗り越えられるようにささえていかなければならないのである。

しかし、看護師が患者の回復のために何かできることはないかと願っていたとしても、それがすべてかなうわけではない。研究協力者の物語のなかで示されていた【手痛い思いをすること】という本質的な経験では、研究協力者は自身の思考や振る舞いについて、今一度熟慮するプロセスを辿っていた。要するに、振り

返るといふ経験である。しかも、それぞれの研究協力者にとって、他の経験とは異なり、ある種の苦痛を伴うような振り返りである。精神科看護師の看護実践に伴うリフレクションのプロセスについて明らかにした堀井(2011)によると、看護師は「気がかりを覚える」と「気がかりを確かめる」、「状況の解釈を試み仮説を立てる」、「関わりを吟味し試みる」、「関わりながら観察し評価する」、「状況を再解釈する」の順に、時として重なり合い、行きつ戻りつしながら状況に取り組んでおり、さらに「自分と向き合う」ことで、リフレクションを深化させているという。この苦しい経験を乗り越えていくこと、すなわちリフレクションを深化させていくことは、自分の枠組みを飛び越えて患者の世界に接近する一つの手立てになっていると言えよう。

そして、看護師にとって【**かかわりの手応えを得ること**】、【**不意に気づくこと**】、【**立ち止まって考えること**】という本質的な経験は、精神科看護師として患者とかかわるための示唆を得るような経験のことである。これらの本質的な経験は、研究協力者に患者（の世界）とかかわることについての自信や気づき、教訓を生み出し、そのときだけではなく、その後に出会う患者とのかかわりに活かされていた。精神科看護師の臨床判断の特徴として、畦地ら(1999)は、「経験の蓄え」が患者とのかかわりのなかから「手がかり」をみだし、患者の状況を「読み」こみ、「働きかけの選択」をする際に相互に影響し合っているということを示している。本研究の結果からも、精神科看護師の経験の蓄えは、その後のかかわりに影響を及ぼしていることが示されており、それだけに精神科看護師が経験を積むというプロセスは重要であると言える。

これらから言えることは、患者の希望をささえ、回復の手助けをするという方法を知っていることと、それを実践できるのかということについては距離があるということである。言い換えると、内省を伴うような経験を通して、看護師としての役割を知覚し、患者をささえることができるのである。この意味において、保護室でのケア経験は、表面を取り繕うような、マニュアルに応じた対応では身につかないものであり、先輩看護師の手助けを得ながら、一つひとつ考えることで、経験として身につくものであると言える。

4. 保護室でのケア経験のもつ意味；患者の視点から患者の世界が見えるようになること

研究協力者は、6つの本質的な経験を辿りながら、【**自分の殻を破って患者と付き合えるようになること**】という本質的な経験に辿り着いていた。自分の殻を破って患者と付き合えるようになることは、研究協力者が保護室の患者への看護ケアを通して、自分自身の抱いていた恐怖や不安、不確かさを認め、患者の回復を促進するために、自己を活用しながら人間的に働きかけることができるようになることを意味している。

研究協力者は、保護室でのケア経験を通して、手応えや気づきを得てきた。そのなかには、自分の世界の内では了解不能だったことが、ケア経験を通して了解可能になる経験をしていた。例えば、看護師のもっている思い込みである。何を

言ってもわからないのではないかや思ったことを伝えるのは良くないのではないかという看護師の思い込みは、ケア経験を通して、自分自身の抱いていた恐怖や不安、不確かさであることに気づくことで解消され、患者と新たなかかわりを展開していたことが物語のなかで示されていた。要するに、了解不能だった世界が了解可能になる出来事の実験であり、患者の視点から患者の世界が見えるようになることである。

見えないものが見えるようになること、気づかなかったことに気づくようになることは、自己の内面に価値の転換が起こり、その結果として起こることなのである。言い換えると、目を皿にすることで見えるわけでもなく、意識を集中したからとして気づくものではない。保護室での患者とのやりとりは、表面的なやりとりではうまくいくはずがなく、了解不能な患者の世界を目の当たりにしたときに、ある種の心的な衝撃を伴うような場面に直面したときに、精神科看護師が目の前の現実にとどのように向き合うのかによって、世界は開かれるのか、それとも閉じたまま見ることができないのかが決まるのである。患者の世界を丸ごと理解しようとする自己へと変貌を遂げたとき、それまで了解不能だった世界が了解可能なものとして見えるようになるのであろう。

Ⅱ. 精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程の特徴

研究協力者の物語を通して、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程には、8つの本質的な経験がかかわっていることが明らかになった。以下に、精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程として、1.患者や他者との相互作用を通じて育まれること、2.内省を深化させる経験が必要であること、3.実践を通して体得した智慧が自己の内面に深く刻み込まれ、自己として表れること、4.経験を積み重ねながらアイデンティティを育み、自己の経験を通して学び得たことが継承されていくことの4つの観点から述べる

1. 患者や他者との相互作用を通じて育まれること

どの研究協力者の物語においても、語られたエピソードは研究協力者自身で完結しているものは何一つなかった。要するに、2者以上の相互関係によって成立していたのである。そして、研究協力者のアイデンティティは、患者や同僚看護師などとの相互作用を通じて育まれていた。患者から学ぶこと、他者から学ぶことというプロセスは、一人の看護師が精神科看護師へと変貌していく際に、重要な意味をもっていた。

例えば、研究協力者は患者の発する「ありがとう」のことばから、より多くのことを学んでいた。Cさんは、自分の行っていたことが本当に患者にとって意味があるのだろうかと迷っていたときに、患者の発する「ありがとう」を通じて、自分の対応が良かったかどうかは別として、患者が保護室に入室し、そこで治療やケアを受けることは、患者にとって有意義だったことに気づかされた。Kさんは、訴えの多い患者の希望通りに対応したときに、患者の発する普段とはトーンの違う「ありがとう」を通じて、患者にとって自分が安心感を与えられるような

対応をしたという実感を得たことに加え、患者は自分たちに求めているものがあるという気づきを得ていた。たった一言の「ありがとう」であっても、そこに通じ合う人々にとっては多様な意味をもっており、研究協力者と患者との関係性・相互性によりもたらされたものなのである。確かに、看護師はケアを提供し、患者はそれに満足感を覚えたときにお礼を発する場面は至るところにある。しかし、そこには額面以上の意味、すなわち単にお礼をギフトとして受け取るだけではなく、お礼を通して得る学びや気づきがあることを忘れてはならない。言い換えると、お礼を通して得る学びや気づきこそ、患者からの真のギフトなのである。この意味において、その時々での患者の反応に対して自分が何を学びとったのか、感じ取ったのかについて吟味することは、我々のアイデンティティの形成に重要な影響を与え得ると言える。

一方、研究協力者と同僚看護師との相互作用についても我々のアイデンティティの形成に重要な影響を及ぼしている。特に、同僚看護師が直接的に手助けしたり、助言したりすることで生じる学びよりも、同僚看護師（特に先輩看護師）の後ろ姿を通して起こる相互作用は興味深いものがある。

本研究の結果では、【生きたお手本から学ぶこと】という本質的な経験において示されていた。例えば、偶然患者の対応に困っていて、何をどうしたら良いのかわからない状態にあるときに、先輩看護師が患者に行っている援助場面を通して、かかわりの糸口を見いだしたり、その働きかけにはどのような意味があるのだろうかと腑に落ちるまで考えたりすることである。このような場面では、研究協力者と先輩看護師の間には直接的な相互作用は生じていない。しかし、研究協力者は先輩看護師の援助場面を通して、自分には足りないものや思いもつかなかったことを手に入れ、それを自分の実践に応用しているのである。言わば、間接的な相互作用が生じているのである。これは、看護師が集団のなかで直接的・間接的な相互作用を通して、精神科看護師としてのアイデンティティを形成していると言えよう。研究協力者の観点から現象を眺めた場合、先輩看護師の実践には後輩に伝授するという意図があるとは言い難い。しかし、研究協力者が先輩看護師の後ろ姿から学んでいることには変わりはない。これは、新しい環境に看護師を迎え入れる先輩看護師には、自身の後ろ姿がケアを物語っているということを自明しておく必要があり、その姿が後輩看護師のアイデンティティの形成に大きな影響を与えているという事実を受け止めなければならないのである。

また、キャリアが長く、管理的・指導的立場にある研究協力者のなかには、自分の後ろ姿を追ってほしいという思いとそれに基づいた行動が現象として語られていた。これは、Erikson のいうアイデンティティのライフサイクルの概念に通じるものであり、精神科看護師としての自己が形成されていくことで、次のライフステージへと導かれている様子が示されていた。そして、このような学びの循環が相互作用という形で、臨床の場を豊かにし、よりよい実践が伝授されていく文化をつくっているとも言えよう。

2.内省を深化させる経験が必要であること

8つの本質的な経験のうち、研究協力者は【かかわりの手応えを得ること】で【自己の殻を破って患者と付き合えるようになること】に達していた。研究協力者は、かかわりの手応えを得ていくプロセスのなかで、複数の経験、すなわち【手痛い思いをすること】、【生きたお手本から学ぶこと】、【不意に気づくこと】、【立ち止まって考えること】という本質的な経験のなかで、ケアやそこに向かっていく自分自身について振り返っていた。

保護室でのケア経験のもつ意味においても示したように、精神病に罹患した経験のない者にとって、患者の世界を理解するという事は難しいことである。特に、保護室に入室している患者は、自分の内面で起こっていることを的確に表現することができないため、他者が患者の世界を了解することはさらに困難なことなのである。そのため、キャリア初期の看護師は、得体の知れない恐怖にさらされたり、手痛い思いをしたりするのである。ここで、重要なことは、このような困難にぶつかったときに、どのように対処するかである。研究協力者の物語では、追い詰められた状況のなかで、逃げ出したい気持ちに駆られたり、できない自分を容認し、必要以上のことはしなかつたりする心情について示されていた。研究協力者が、もしもこの困難な状況から顔を背けていたとしたら、その後の彼らの歩んだ道は異なったものだったのであろう。困難な場面に直面したときに、いかに振り返ることができるかが重要なのである。

ただし、必ずしもこの振り返るといふプロセスは、誰かによって促されるものではないことも、研究協力者の物語では示されていた。例えば、多くの困難を一つひとつ振り返ることで乗り越えてきたOさんは、決して同僚から振り返りを促されたわけではない。むしろ、患者とのかかわりのなかで生じた困難について、その都度向き合い、悩み抜いた結果、決断したかかわりを実践し、手応えを得るといふ経験を積み重ねてきた。また、患者からの暴力に遭遇したAさんは、周りの人に自分の心情を打ち明け、意見を確かめてはいたが、Aさん自身は振り返りを求められていたわけではなく、必然的に自ら振り返り、その後どのように行動するのかを決断したのである。確かに、振り返るといふプロセスは必要である。しかし、それは誰かによって促されるものではなく、自分の意思によって起こることが重要なのではないか。振り返ること、言わば内省を深化させるためには、自らが患者の世界の内に巻き込まれながら、そのなかで起こっている何かを知りたい、わかりたいという気持ちが生じたときに深まるものなのだろう。困難な状況に直面している看護師に対して、我々他者にできることは、共に考え、悩むことであり、どんな気持ちを体験し、どうしたいと思っているのかを共有することである。そのためには、一人ひとりの看護師がケアを通して何を感じているのかについて、相互に確認し合うことも必要なのである。

内省の深化は、困難な場面に直面するだけでなく、繰り返し起こる場面や状況や、同僚看護師の患者へのかかわりの場面などからも起こっていた。このような経験を通して得た学びは、語られることによってその輪郭を示し、豊かな実践へと導かれていくものである。そういう意味では、個々人が経験して獲得した学

びが自然に共有できるような場や機会があることも、精神科看護師としてのアイデンティティの形成に大きな影響を及ぼすと言える。

3. 実践を通して体得した智慧が自己の内面に深く刻み込まれ、自己として表れること

研究協力者の物語では、実践を通して体得した智慧が自己の内面に深く刻み込まれ、ケアをする自己自身として矛盾することなく、活用していることが示されていた。研究協力者は、保護室でのケア経験を通して、患者に接近し、患者の世界を理解するための手立てを知り、患者の世界に寄り添いながら、本来的自己と精神科看護師としての自己が統合されていくような経験をしていた。対人関係の困難さを体験してきた精神疾患をもつ患者とよりよい対人関係を築くことは、精神科看護師の重要な役割であり、ケアである。John Hurley (2009)は、専門家としての役割を明確にすることで精神科看護師のアイデンティティを明らかにしようと試み、精神科看護師の専門的な役割として7つの視点から論じている。しかし、ここで論じられていることは、精神科看護師としてのアイデンティティとは言いがたい。なぜならば、役割を担うことは、確かに精神科看護師としての自己を認識する一つの手立てではあるが、それがそのまま精神科看護師であるということとは、本来的には同義的とは言えないからである。端的に示すと、認知行動療法を看護に応用しながらかわることそのものは、アイデンティティとは呼べない。これらは、精神科看護師としてのアイデンティティを形成してきた看護師が用いている技術や行為のことなのである。アイデンティティとは、それを用いることのできる自己自身のことなのである。この意味において、精神科看護師としてのアイデンティティは、個々の看護師そのものであり、ケアという行為をする自己自身であり、形をもって示されるものではなく、ケアをする自己を通して表現されるものである。

4. 経験を積み重ねながらアイデンティティを育み、自己の経験を通して学び得たことが継承されていくこと

研究の結果として示したように、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室での本質的なケア経験の8つのテーマは、時間軸として一方向ではなく循環的であり、新たな経験を積むことで新たな自己を創出していた。ただし、内省を伴うような経験と手応えを得る経験を積み重ねることによって、自分の殻を破って患者と付き合えるようになるという経験へと至ることは、研究協力者に共通したパターンである。言い換えると、内容如何にかかわらず内省することと手応えを得ることは、アイデンティティの形成に重要な影響を及ぼしており、これらを通して、自己の内面的な変化を経験しているのである。しかも、これらは完結するものではなく、繰り返し起こっていることが、物語のなかで示されていた。これは、精神科看護師としてのアイデンティティが固定した状態なのではなく、一人ひとりの看護師が経験を積み重ね、患者やその周囲の人から学びを得ていくことで、幾重にも変貌していくことを意味している。それだけ、厚

みと豊かさをもったものであると言え、精神科看護師として立ち続けている限り、育まれていくものであると言える。

また、研究協力者の物語では、自己の経験を通して学び得たことが後輩へと継承されていくように努めていることが示されていた。人間は、他者との関係のなかで、その関係性に求められる役割や振る舞いなどを身につけていく生き物である。人間が社会化していくプロセスのなかでは、先人が示す行為を模倣し、学習しながら、自分のものとして身につけていく。そして、それはやがて、その社会の行為の伝承者へと役割がシフトしていく。この意味において、精神科看護師としてのアイデンティティとは、ある種の文化的産物であるとも言える。要するに、精神科看護師が創出してきた実践や行為を営む自己を継承し、その時代に相応した形で表現されているとも言えるのである。

Ⅲ. 本研究の結果の妥当性と意義

本研究の理論的立場は、P.Ricœur の解釈学的現象学である。P.Ricœur にとって、解釈学的現象学とは、物語のなかに人間的な時間を発見し、『物語的自己同一性』を見いだすこと、その意味を理解し、説明する方法論である。以下、時間と物語のかかわりを踏まえて、まず、「研究協力者の語りを物語として表現したことの意義」について述べる。次に「研究協力者の物語を通して浮かび上がった本質的な経験の妥当性」について検討する。そのうえで、「研究者が研究協力者の語りを物語として表現するとき求められる解釈者としてのスタンス」を明示する。

1. 研究協力者の語りを物語として表現したことの意義

本研究では 15 人の研究協力者の語りを物語として表現した。各研究協力者の語りを逐語録にした段階では、研究協力者と研究者とのインタビューの場面が再現されているだけで、そのままでは、研究協力者が保護室のケア経験を通して何を学び、それを精神科看護師としての自己にどのように意味づけていたのかを再現することはできない。もっと突っ込んだ言い方をすれば、逐語録に出会った人は、研究協力者ではなく、読み手の観点から意味づけすることは可能になるのである。そうだとしたら、それは誰の物語なのか。

本研究でこだわったことは、一人ひとりの研究協力者の経験の意味を探求することである。そのためには、研究協力者がどのような出来事を「いつ」体験し、「そのとき」にどのように考え、「その後」どのように自分のなかにとりいれていたのかを丁寧に解釈する以外に術はない。要するに、研究協力者の視点から研究協力者の物語をつくりあげることである。Ricœur (1985)によると、解釈学的現象学は隠蔽されていることを見ることから理解することによって歩み寄ろうとすることであり、忘却と隠蔽から意味を解放することに専心する「開示する解釈」を行なうことである。語られた出来事は、一見するとバラバラのようにも見える。しかし、それらにプロット（筋立て）が加わることによって、語り手が出来事をどのように意味づけているのかが顕わになるのである。語りを物語に転回することは、プロット（筋立て）を理解することに他ならないのである。研究協力者の

語りを物語として表現したことの意義の一つは、プロット（筋立て）を理解し、研究協力者にとって出来事と出来事がどのように意味づけられているのかを理解することにある。

Ricœur (1985)が時間と物語のなかで明示していた問いは、「時間は物語の様式で分節されるのに応じて人間的時間になるということ、そして物語は時間的存在の条件となるときに、その完全な意味に到達する」ということである。研究協力者の物語を練り上げていく際に、「時間」は最も重要な鍵を握っていた。それは研究者が研究協力者の語りに耳を傾けているときからである。なぜならば、一つ目の意義として挙げたプロットを理解するためには、出来事と出来事を結ぶ時間の理解なしに意味づけすることはできないからである。研究協力者は、「そのときは～」や「あのときは～」のように回顧しながら一つひとつの出来事を物語っていた。このような語りに出会ったときに、研究者がプロットを理解するためには、「その前にはどうだったのか」、「その後どうなったのか」や「現在（いま）はどうか」を確認しながら、共に意味づけしていくプロセスが必要である。要するに、語り手の経験の意味を探求するためには、出来事が指し示す時間（過去・現在・未来）を往来しながら、その出来事について研究協力者が意味づけていることを理解し、研究協力者（の経験世界）を丸ごと理解していくことが必要なのである。物語として表現することの二つ目の意義は、物語を通して研究協力者（の経験世界）を丸ごと理解していくことである。

そして、Ricœur (1985)は、自己を指し示す物語のもつ意味について、以下のように言及している。

固有名詞の不変性を支えるものは何か。こうしてその名で指名される行為主体を、誕生から死まで伸びている生涯にわたってずっと同一人物であると見なすのを正当化するものは何か。その答えは物語的でしかあり得ない。「だれ？」という問いに答えることは、人生物語を物語ることである。物語は行為のだれを語る。〈だれ〉の自己同一性はそれゆえ、それ自体物語的自己同一性に他ならない。語りの助けなしには、実際のところ、個人の自己同一性の問題は、解決なき撞着に陥る運命にある(Ricœur,1985)。

各研究協力者の語りを一つひとつの物語として提示することによって、研究者は、それぞれの研究協力者の存在を明示しようと試みた。これは、各研究協力者がその人にしか出あうことのできない固有の経験の意味を汲み取ることで、誰かの語りではなく、その人の語りから練り上げられた物語であることを指し示すためである。要するに、それぞれの研究協力者のアイデンティティを示すために、研究者は物語を通して、研究者が理解した研究協力者（の世界）を説明しようと企てたのである。そうすることで、研究協力者そのものを排除することなく、精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程を物語的に表現することが可能になった。この意味において、物語的自己同一性を明確にすることは、その人の自己そのものだけでなく、その人の人生物語そのものが形作られてい

く様を説明する際に必要なのである。物語として表現することの三つ目の意義は、語り手の自己と世界を保持し、語り手の自己がどのように形作られているのかを明瞭に示すことである。本研究で、研究協力者の語りを物語として表現したことの意義は以上の3点に集約されるであろう。

2. 研究協力者の物語を通して浮かび上がった本質的な経験の妥当性

研究協力者の物語を練り上げていくなかで、研究協力者は何事かの出来事に出あいながら固有の経験を積み重ねてきたことが明らかになった。そして、それらの経験の意味を探求していくうちに、研究協力者の経験には共通性と相違性があるということが明らかになった。それが、研究協力者の8つの本質的な経験である。すなわち、【得体の知れない恐怖にさらされること】、【手痛い思いをすること】、【生きたお手本から学ぶこと】、【かかわりの手ごたえをつかむこと】、【立ち止まって考えること】、【かかわりのなかで不意に気づくこと】、【自分の殻を破って患者と付き合えるようになること】、【後輩を育てること】である。

そもそも、精神科看護は、目に見える成果や達成感を得ることが難しく、患者の抱える症状や苦痛は多彩であり、多様な問題を抱えた患者とのかかわりにおいて、看護師は無力感や絶望感へと陥ることも少なくはない(宮本,1991)。特に、キャリア初期の看護師は保護室の患者にかかわることに不安を抱きやすく、不確かさを覚えながら、よくわからない状況に巻き込まれている。研究協力者の物語では、そのあり様として【得体の知れない恐怖にさらされること】という本質的な経験が示されていた。また、精神科看護師として思う様に患者とのかかわることのできない時期には、【手痛い思いをすること】という本質的な経験が示されていた。この2つの本質的な経験は、研究協力者のなかで基盤にある経験であり、精神科看護師としての自己に直面する最初の機会である。普段、我々は看護師である自己を意識することは少ない。しかし、自分にとって了解のできない、受け入れられない状況に直面したときに、突如自己はその姿を表す。宮本(1991)は、このような行き詰まりを乗り越えていくことが看護者としての成長と自立の好機であると言及しているように、自分自身が変わっていくためのきっかけなのである。ただし、そうは言っても顕わになった自己は、その世界に居続けるためには、元々の自己と精神科看護師としての自己の統合を図らなければならない。自己の統合を図るプロセスが、内省(リフレクション)である。この段階で鍵を握るのは、【生きたお手本から学ぶこと】である。

生きたお手本は、彼らが同一化を図る存在として、最も身近であり、影響力のある存在である。研究協力者は生きたお手本から直接教わるだけではなく、その実践を垣間見たり、共に行動したりすることで、自己との違いを明確にしながら、精神科看護師としての自己に必要なことを学んでいた。そして、生きたお手本から学んだ彼らは、自らの意思をもって行動し、【かかわりの手ごたえをつかむこと】を経験したり、複雑な臨床状況のなかで【立ち止まって考えること】やそれまで培ってきた経験を吟味しながら【かかわりのなかで不意に気づくこと】を経験したりしていた。これらの本質的な経験は、内省を深化していく段階である。柴田

ら(1997)や渡辺(2007)の研究報告でも示唆されているように、内省を深化し、ケアの気づきや患者理解が深まること、患者との関係性が変化していくことは、精神科看護師としてのアイデンティティを形成していくうえで重要である。すなわち、精神科看護師として自信を獲得し、そもそもの自己自身と統合しながら、精神科看護師としての自己を活用できるようになるのである。研究協力者の物語では、【自分の殻を破って患者と付き合えるようになること】という本質的な経験に相当するものであり、精神科看護師としてのアイデンティティの形成に至った段階を表す。ただし、ここで一つ注意しなければならないことは、ここでいう「自分の殻を破る」ということは、そう簡単なものではないということである。破ろうと思って破ることのできるものではなく、他者との関係を通して、しかもそこにはリフレクションが伴い、自分の世界と相手の世界の両方を丸ごと把持し、それを大切にできるようになることを示しているからである。要するに、自己犠牲的で患者の立場を擁護するだけでは、自分の殻を破ったとは言えないのである。そして、精神科看護師としてのアイデンティティの形成に至った研究協力者は、今度は【後輩を育てること】という命題に向かって歩み始める者もいた。それは自分自身が生きたお手本から学んできたように、自分自身が生きたお手本になっていく段階である。中村(1992)は、経験と自己について以下のように言及している。

我々一人ひとりの経験が、真にその名に値するものになるのは、我々が何かの出来事に出会って、能動的に、身体を備えた主体として、他者からの働きかけを受けとめながら振舞うことである。経験は自己を創造するものであり、経験を重ねることで我々の自己が自己として明確化する(中村,1992)。

研究協力者の物語を通して明らかになった8つの本質的な経験は、中村(1992)の言及しているように何かの出来事に出会って、能動的に、身体を備えた主体として、他者からの働きかけを受けとめながら振舞うことを意味しており、研究協力者の自己を創造している経験であると言えよう。

3. 研究者が研究協力者の語りを物語として表現するとき求められる解釈者としてのスタンス

Ricœur (1985)は、解釈者としてのスタンスとして、以下のように言及している。

解釈者の役割は語り手の物語の理解と説明を通して、語り手の世界観を読者におしつけること、すなわち説得することである。しかし、解釈者も語り手や読者と同様に自己の世界に存在する者であり、解釈するということが、すなわち理解し、説明するという行為を通して、解釈者の世界を押しつけてはならないのである(Ricœur, 1985)。

本研究の主要な根幹は、P.Ricœurの言う解釈者としてのスタンスである。この

スタンスを一貫して守るためには、研究者自身が精神科看護師としての自己と向き合わざるを得なかった。なぜならば、研究者自身も主体を備えた精神科看護師であるとともに、研究協力者とは異なる固有の経験を持ち、異なった価値観をもっているからである。

相手の世界に身を投じるということは、額面通りに、単に相手の世界を丸々受け入れるわけではない。当初、私はそのことに相当戸惑った。なぜならば、語られている世界は必ずしも私にとって了解可能なことばかりではなかったからである。そこには、私自身の知らないことだけでなく、精神科看護師である私自身が向き合うことのできなかつた自己も含まれており、現実的に目の前に開かれようとしている研究協力者の世界を理解するためには、まず私自身が私の自己を理解する必要性に迫られたからである。この研究のプロセスでは、常に研究協力者の語りと向き合うなかで、同時に研究者は精神科看護師としての自己に向き合い、気づきを得ながら進めてきた。解釈者の世界を押しつけず、研究協力者の語りを理解したことを説明するためには、その根底に、自己の世界観を理解し、その違いを識別しながら理解を深めていくことが必要であろう。そして、それ自体が研究協力者の『物語的自己同一性』をありのまま、研究協力者の物語として表現するうえで、最も重要であったと言える。

IV. 看護実践への示唆

1. 患者の思いに添い、患者の役に立つためには、患者とその思いを分かち合う力が必要である。それは、一人ひとりの患者との出会い、一つひとつの患者への看護場面、仲間とともに歩むなかで、自己と他者との違いを識別し、自己の世界と他者の世界との接点を了解したうえで、その双方を受け止められることを意味する。すなわち、看護実践場面では、単に患者に何が起きているのかに気を配ることが重要なのではなく、真の患者-看護師関係を構築すること、言い換えると、自分のなかで巻き起こっていることを受け止めながら、相手の世界にかかわることが重要である。それだけ、援助者としての自己を理解することは大きな意味をもっているのである。
2. 保護室の看護ケア経験は、精神科看護師にとって貴重な学びをもたらす機会であることには違いない。その一方で、保護室では、精神科看護師は自己の安全と安心を脅かされている状態であり、脅威を体験している。精神科看護師の学びを促進し、彼らの安全と安心を守るためには、生きたお手本の存在が必要である。それは単に教えることではなく、共にする、ケアを見せる、経験に意味づけするということを含むものである。
3. 我々精神科看護師としてのアイデンティティは、そこにかかわるすべての人との相互作用を通じて形成されるものである。特に、そこで経験を積んできた先人の役割は重要である。なぜならば、新人は先人の後ろ姿を通して学びを得ていくからである。この意味において、我々精神科看護師は、普段は意識にのぼることのない、精神科看護師としての自己とは何かを問い続けることが重要であり、それがどのような経験に基づき、意味づけられているのか

を知っておく必要がある。

4. 本研究の方法論の根幹にある『物語的实践』は、一人ひとりの看護師のなかで、バラバラで組織化されていない出来事や、十分な意味づけができていない出来事にプロット（筋立て）を与え、その人がどのような道筋を歩んできたのかを知る手がかりになる。それは、精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていくプロセスを自ら垣間見る機会であり、自己の成長を確認できる機会でもある。物語的实践は、臨床教育の場で看護師を育む際の一助になる。

V. 本研究の限界と課題

1. 本研究の研究協力者は2つの病院施設に所属する15名の看護師である。精神科病院には、その病院固有の文化的特徴があるため、必ずしも、この研究の結果が、すべての精神科看護師の特徴を言い当てているとは言えない。しかし、一人ひとりの研究協力者の物語から理解された本質的な経験は、精神科看護師がアイデンティティを形成していくプロセスとして、有用な示唆をもっている。今後は、この研究の成果を踏まえ、研究協力者を拡大するなどして引き続き検討していく必要がある。
2. Ricœur (1985)が『物語的自己同一性』の限界として、『物語自己同一性』は、安定した、首尾一貫した同一性ではなく、同じ偶然的な出来事についていくつかの筋を創作することが可能なように、自分の人生についてもいろいろ違った、あまつさえ対立する筋を織りあげることが可能であると言及しているように、この研究の結果は絶対的なものではない。しかし、絶対的なものはないこと、それ自体が解釈学的現象学によって立つモノの見方であり、それを自明のこととして了解しながら、他者へと理解を求めていく必要がある。

第 6 章 結 論

I. 研究協力者 15 名の物語を分析し解釈した結果、精神科看護師のアイデンティティ形成にかかわる本質的な経験として、【得体の知れない恐怖にさらされること】、【手痛い思いをすること】、【生きたお手本から学ぶこと】、【かかわりの手ごたえをつかむこと】、【かかわりのなかで不意に気づくこと】、【立ち止まって考えること】、【自分の殻を破って患者と付き合えるようになること】、【後輩を育てること】の 8 つのテーマが明らかになった。

II. 精神科看護師のアイデンティティ形成にかかわる 8 つの本質的な経験は、時間軸として一方向ではなく循環的であり、新たな経験を積むことで新たな自己を創出していた。

III. 保護室でのケア経験のもつ意味として、以下の 4 つの観点から示唆を得た。

1. 患者に安心して接近できるようになること。
2. 患者に真の安全と安心を与えられる人になること。
3. 自己を振り返ることで患者をより理解できるようになること。
4. 患者の視点から患者の世界が見えるようになること。

IV. 精神科看護師としてのアイデンティティが形成されていく過程の特徴として、以下の 4 つの観点から示唆を得た。

1. 患者や他者との相互作用を通じて育まれること。
2. 内省を深化させる経験が必要であること。
3. 実践を通して体得した智慧が自己の内面に深く刻み込まれ、自己として表れること。
4. 経験を積み重ねながらアイデンティティを育み、自己の経験を通して学び得たことが継承されていくこと。

V. 研究協力者の語りを物語として表現したことの意義としては、以下の 3 点が挙げられた。

1. プロット（筋立て）を理解し、研究協力者にとって出来事と出来事がどのように意味づけされているのかを理解すること。
2. 物語を通して研究協力者（の経験世界）を丸ごと理解していくこと。
3. 語り手の自己と世界を保持し、語り手の自己がどのように形作られているのかを明瞭に示すこと。

VI. 研究協力者の物語を通して明らかになった 8 つの本質的な経験は、中村(1992)の言及しているように何かの出来事に出会って、能動的に、身体を備えた主体として、他者からの働きかけを受けとめながら振舞うことを意味しており、研究協力者の自己を創造している経験である。

VII. 解釈者の世界を押しつけず、研究協力者の語りを理解したことを説明するためには、その根底に、研究者が自己の世界観を了解し、その違いを識別しながら理解を深めていくことが必要である。そして、それ自体が研究協力者の『物語的自己同一性』をありのまま、研究協力者の物語として表現するうえで、最も重要である。

謝 辞

まず、はじめに本研究にご協力頂きました研究協力者の皆様に深く感謝申し上げます。研究協力者の皆様には、ご自身の経験を語って頂いただけではなく、研究のプロセス全体を通して、多くの示唆と勇気を頂きました。特に、手探りのなかで進めていた分析と解釈のプロセスでは、研究者の練り上げた物語に貴重なご意見を賜りました。ここに深く感謝致します。

次に、私がこの研究を取り組むきっかけを与えてくださった、これまで私の出会ってきた患者様に深く感謝申し上げます。特に、イエスキリストに呪われ、そのあまりの苦痛に、いつも恐怖と絶望に苛まれていた●さんとのやりとりは、私に精神科看護師としての芽生えと、精神科看護とは何かについて深く考える機会を導いてくださいました。もしも、あのとき●さんに出会うことがなければ、現在こうしてこの研究に取り組むことも、精神科看護師であることさえもなかったかもしれません。本当にありがとうございました。

そして、私がこの研究に取り組む過程を陰になり日向になりささえてくださった多くの方々に心から感謝申し上げます。野嶋佐由美先生（高知県立大学副学長・教授）には、研究のプロセスのいくつかの場面で有用なご示唆を頂きました。また、中野綾美先生（高知県立大学看護学部長・教授）、畦地博子先生（高知県立大学教授）、田井雅子先生（高知県立大学准教授）、榎本香先生（高知県立大学助教）、中山洋子先生（高知県立大学教授）には、多くの励ましと私が研究に打ち込める環境を整えて頂きました。藤田綾乃さん（高知県立大学 60 期生）には、研究データの整理などお手伝い頂き、私が分析と解釈に集中できるようご支援を賜りました。

また、私がある意味わがままに学問することができるようささえてくださった家族や友人に心から感謝申し上げます。

最後に、修士課程から一貫してご教授頂きました田中美恵子先生（東京女子医科大学看護学部長・教授）に心から感謝申し上げます。先生と学ぶことのできた9年間は本当に貴重な時間でした。志だけは一人前の鼻っ柱の強い青年が、現実と向き合いながら、迷いなく突き進む中年へと成長していったのは、真摯に田中先生が向き合ってくれたからです。田中先生に教わった“人として生きることの尊さ”、“泥臭さのなかに埋もれている大切なことを見いだすこと”、“勇気をもって歩むことの大切さ”を、今後も実践や研究・教育のなかで活かしていきたいと思えます。貴重なご指導を賜り、本当にありがとうございました。

本研究は、文部科学省科学研究費 補助金事業 研究活動スタート支援（研究代表者：畠山卓也、平成 23 年度～24 年度、課題番号：23890192）の助成を受けて実施しました。

引用文献

- 阿保順子,佐久間えりか(2009): 統合失調症急性期看護マニュアル,pp.19-51,すびか書房
- A. Alty(1997): Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust, *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp.786-793
- 浅井邦彦, 五十嵐良雄, 久保田巖他(2000): 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究-精神障害者の行動制限と人権確保のあり方, 平成 11 年度厚生科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業)
- 浅野智彦(2001): 「自己」への物語論的接近, pp1 - 36, 勁草書房
- 畦地博子, 梶本市子, 粕田孝行他(1999): 精神科看護婦・士のクリニカルジャッジメントの構造とタイプ, *Quality Nursing*, 5(9), pp.707-717
- B. Bowers (1993): 看護における質的研究－質的研究で看護の何が見えるのか, *看護研究*, 26(4), pp6-13, 医学書院
- P. Benner (1984) / 難波卓志(2005): ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ, 医学書院
- P. Benner,J. Wrubel (1989) / 難波卓志 (1999) : ベナー／ルーベル 現象学的人間論と看護, 医学書院
- P. Benner (1994) / 相良・ローゼマイヤーみはる, 田中美恵子, 丹木博一 (2006) : ベナー解釈的現象学 健康と病気における身体性・ケアリング・倫理, 医歯薬出版
- 榎戸文子(1998): 精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮～行動制限と患者の意志の尊重に焦点をあてて, *聖路加看護大学紀要*, 24, pp.21-31
- E. Erikson (1980) / 西平直, 中島由恵(2011): アイデンティティとライフサイクル, 誠信書房
- 堀井湖浪(2011): 精神科に勤務する看護師のリフレクションのプロセスに関する研究, *日本赤十字看護大学紀要*, 25, pp.32-42
- 福田亜紀(2008): 行動制限の場面における看護師の臨床判断の特徴, *日本精神保健看護学会誌*, 17(1), pp.53-61
- 福田浩美, 辻脇邦彦, 川野良子他(2000): 抑制時のケア基準作成に関する研究, *日本精神科看護学会誌*, 43(2), pp64-67
- 二神秀樹, 山岡秀雄, 川村邦敏他(2004): 精神科保護室入室中の看護を考える, *日本精神科看護学会誌*, 47(2), pp202-205
- グレッグ美鈴(2001): アメリカの CNS が職業的アイデンティティを確立するプロセス, *看護*, 53(10), pp.107-111, 日本看護協会出版会
- グレッグ美鈴(2002): 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築, *看護研究*, 35(3), pp.2-9, 医学書院
- B. Happell, A. Harrow (2010): Nurse's attitudes to the use of seclusion, A

- review of the literature, *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, pp.162-168
- 島山卓也, 野嶋佐由美(2013): 長期間にわたって行動制限を受けていた患者が行動制限の緩和に至るまでの看護介入の特徴, 高知県立大学紀要看護学部編, 62巻, pp57-72
- 島山卓也, 渡辺純一, 伊沢千織他(2004): "開放観察"を実施する際に看護師に生じる困難さの要因についての分析, *日本精神科看護学会誌*, 47(1), pp.612-615
- H. Needham, N. Sands (2010): Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention, *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), pp.221-233
- I. Holloway, S. Wheeler (2002) / 野口美和子(2006): ナースのための質的研究入門 第2版 研究方法から論文作成まで, pp198-213, 医学書院
- 本田英, 松永深雪(2008): 保護室はどう変わってきたか一人の存在を感じられるいやしの空間に, *精神科看護*, 35(8), pp39-42, 精神看護出版
- K. Huckshorn(2004): Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Setting- Core Strategies for Prevention, *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(9), pp.22-33
- J. Hurley (2009): A qualitative study of mental health nurse identities: Many roles, one profession, *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, pp.383-390
- J. Hurley, R. Lakeman (2011): Becoming a Psychiatric / Mental Health Nurse in the UK: A Qualitative Study Exploring Processes of Identity Formation, *Issues in Mental Health Nursing*, 32, pp.745-751
- 兵頭猪佐夫, 和田八重子, 佐野雅美他(2002): 急性期治療病棟の保護室入室時の患者のニーズ～保護室入室体験者の声, *日本精神科看護学会誌*, 45(2), pp.423-426
- 池田由紀子, 尾崎フサ子(2009): 臨床看護師の現任教育と職業的アイデンティティ形成の関連, 第40回日本看護学会論文集 看護管理, pp.240-242
- 井手敬昭, 三宅薫(2007): 生活環境としての保護室について, *日本精神科看護学会誌*, 50(2), pp.172-176
- 井潤有美, 坂本義和, 村上知子他(2008): 精神科看護師の仕事意欲とサポートの実感および職場ストレスとの関連, 第39回日本看護学会論文集 精神看護, pp.122-124
- 入江拓, 小平朋江(2007): 看護大学生の精神科保護室に対する受け止めおよび視点の変化～テキストマイニングによる非構造型データの分析から, *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 15, pp.1-10
- 伊藤幸治, 友澤隆太, 山下龍二(2008): 隔離患者に対するインフォームドコンセントの質の向上～行動制限・目標票の効果, *日本精神科看護学会誌*, 51(2), pp.11-14
- 門田篤, 村田安子, 木下成人他(2004): 保護室における洗面への介入とその反応の調査, *松山記念病院紀要*, 10, pp.15-18

- 甲斐田廣隆，梅津郁美，櫻井敬子他(2005)：急性期病棟におけるクリニカルパスの改善～患者教育プログラム標準化の試み，日本精神科看護学会誌，48(1)，pp.34-35
- 寛淳夫，渡部美根(2009)：急性期の治療空間についてこういうことが分かってきた，精神看護，12(4)，pp65-68，医学書院
- 金丸直人，穴見弥来，高山史朗他(2010)：精神科隔離室クリニカルパス・状態評価表の導入を試みて，日本看護学会論文集 精神看護，40，pp.93-95
- 加藤知可子，遠野裕美(2005)：精神看護実習での保護室見学における看護学生の看護の理解の過程，日本医学看護学教育学会誌，14，pp.19-24
- 川口千鶴，関森みゆき，横山由美他(2008)：栃木県における小児看護の課題-小児専門病院に勤務する看護師の専門性に関する認識から，pp.157-160
- 河野あゆみ，佐伯恵子(2003)：隔離拘束状況のケアにおける精神科看護者のジレンマ体験，日本精神科看護学会誌，46(2)，pp.146-149
- 川島珠実，藤本幸三(2010)：新人看護師の職業アイデンティティの形成過程とそれに及ぼす影響，四日市看護医療大学紀要，3(1)，pp.21-33
- 河津芳子(1998)：准看護師・作業療法士 S 氏の体験した精神科看護の戦後 50 年—口述生活史をもとに—，日本精神保健看護学会誌，7(1)，pp.38-45
- 計見一雄(1998)：精神科救急施設・設備および人的な配置と教育・訓練，スタンダード精神科救急医療(計見一雄編)，pp17-30，メジカルフレンド社
- 木村美紀(2002)：保護室入室患者への清潔援助～セルフケア理論を用いて，日本精神科看護学会誌，45(2)，pp.418-422
- 木下成人，河野直美，大西暢弘他(2005)：精神科に初回入院で保護室に入室した患者に対する不安軽減への取り組み～入院時オリエンテーション方法を工夫した効果，日本精神科看護学会誌，48(2)，pp.251-254
- 北川洋子，石川孝之，渡辺好江(1998)：各部署ごとの技術・タクティクス-看護婦(士)の仕事，スタンダード精神科救急医療(計見一雄編)，pp93-119，メジカルフレンド社
- 小林弘一，百武和也，庵上周市(2004)：Let's open the door～行動制限緩和マニュアルによる保護室早期開放の実現，日本精神科看護学会誌，47(1)，pp.276-279
- 小林多寿子(1995)：インタビューからライフヒストリーへ，中野卓・桜井厚編著，ライフヒストリーの社会学，pp.43-70，弘文堂
- 小山裕敏，武石美智子，藁目信子他(2005)：保護室におけるクリニカルパスについての検証～閉鎖病棟保護室におけるクリニカルパスの有効性と課題，日本精神科看護学会誌，48(1)，pp260-261
- Kuzel A.J. (1991)：Sampling in qualitative inquiry, In Doing Qualitative Research 2nd edn, pp.33-45, Thousand Oaks, Sage
- 前園進，川崎吉弘，淵脇明美他 (2002)：保護室・個室における短期再入室に関わる要因の検討～男子閉鎖病棟の 2 年半の調査から，日本精神科看護学会誌，45(2)，pp.17-20
- 松本佳子，桜井伸子，大場美知子(2002)：精神科入院患者にとっての身体拘束の

- 体験～患者と家族とのインタビューから，日本精神保健看護学会誌，11(1)，pp.79-84
- 松崎友世，本間道子(2005)：看護職者の職業アイデンティティについての組織心理学的視点からの検討－看護師・准看護師の相互認識・満足度を通して－，看護研究，38(3)，pp.239-251，医学書院
- 三原晴美(2001)：行動制限最小化のための危機介入法その1・米国の隔離・拘束の現状と最初の危機介入，精神科看護，28(6)，pp.8-14
- 三宅薫(2010)：保護室における食事への援助の実態～22施設を対象にした調査より，日本精神科看護学会誌，53(2)，pp.276-280
- 三宅美智(2007)：開放観察における看護師の役割，実践精神科看護テキスト 第10巻 行動制限最小化看護，天賀谷隆・遠藤淑美・末安民生他編，pp141-155，精神看護出版
- 宮本真巳(1991)：精神科看護者のアイデンティティ危機と事例検討，保健の科学，33(2)，pp.88-92
- 宮本真巳(1995)：援助者のアイデンティティ，感性を磨く技法 2 「異和感」と援助者アイデンティティ，pp.42-66，日本看護協会出版会
- 宮脇正一(2007)：環境調整を中心とした長期隔離処遇患者へのアプローチ 患者とスタッフの変化を振り返って，日本精神科看護学会誌，50(2)，pp.394-398
- 森有正(1977)：経験と思想，岩波書店
- 永井朝子，久米和興(2004)：精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識，日本看護研究学会雑誌，27(4)，pp.61-73
- 永岡幹夫(2010)：妄想状態の著しい多飲水のある患者へのアプローチ，日本精神科看護学会誌，53(2)，pp.137-140
- 中村仁志，久米和興，赤萩由美他(1990)：精神科看護技術に関する一検討(その2)－保護室における看護技術について，千葉県立衛生短期大学紀要，9(1)，pp35-42
- 中村美鈴，鈴木英子，福山清蔵(2003)：看護師の「ゆらぐ」場面とそのプロセスに関する研究，自治医科大学看護学部紀要，1，pp.17-27
- 中村由子(2010)：配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」，日本看護研究学会雑誌，33(1)，pp.81-92
- 中村雄二郎(1992)：臨床の知とは何か，岩波新書
- 中山洋子(1993)：なぜ現象学的アプローチでなく解釈学的方法なのか，看護研究，26(4)，pp.68-72，医学書院
- Nakayama Yoko(1996)：EXPERIENCED PSYCHIATRIC NURSE'S CLINICAL JUDG -MENTS IN EVERYDAY PRACTICES，聖路加看護大学紀要，22，pp.52-58，1996
- 成瀬孝明，小野悟，柚原康幸(2006)：保護室入退室を繰り返す患者に対する衝動コントロール改善へ向けての取組み～自己評価表使用前後の比較，日本精神科看護学会誌，49(1)，pp.100-101
- L. Nelstrop, J.Chandler-Oatts, T. Bletman (2006)：A systematic review of the

safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3 (1), 8-18.

新村出編(2008)：広辞苑第6版,岩波書店

西尾忠介(1965)：精神科看護法-状態像とそれに対応する看護，精神科看護の研究（江副勉・小林八郎・西尾忠介他編），pp118-124, 医学書院

中野卓，桜井厚(1995)：まえがき，中野卓・桜井厚編著，ライフヒストリーの社会学，pp.7-12, 弘文堂

野口裕二(2009)：ナラティブ・アプローチの展開，ナラティブ・アプローチ(野口裕二編)，pp.1-25, 勁草書房

野中淳子，田中博子，中村佳子(2001)：臨地実習における疑似体験学習意義の再考～精神看護実習における保護室体験学習から，神奈川県立衛生短期大学紀要，33, pp.58-63

落合幸子，紙屋克子，マイマイティ・パリダ他（2007）：看護師の職業的アイデンティティの発達過程，茨城県立医療大学紀要，12, pp.75-81

小倉圭介(2010)：行動制限が14日以上解除できない場合の要因の分析～行動制限が長期化するのとはどんなときか，日本精神科看護学会誌，53(1), pp.438-439

奥山宗頼，北森久美子(2007)：患者-看護者関係の発展を促した要因－隔離室入室を繰り返した事例を通して，日本精神科看護学会誌，50(2), pp.192-196

奥山貴弘(2007)：リハビリテーション領域における看護師の職業アイデンティティの検討，埼玉県立大学紀要，9, pp.13-20

大沼敏彦(2008)：精神構造モデルを意識した急性期統合失調症患者の看護～保護室入室1日目から21日目の時間開放までの回復過程を支えた看護を振り返って，日本精神科看護学会誌，51(2), pp.374-378

大竹俊宏，土屋まゆみ，渡辺司他(2003)：行動制限(隔離・拘束)におけるかかわりと意義～個人の不安スケールを活用したゆるやかな行動の拡大，日本精神科看護学会誌，46(2), pp.1-4

押本徳悦(2008)：統合失調症患者の自己効力感を高める援助について～感情表現の言語化をめざして，日本精神科看護学会誌，51(2), pp.188-191

M. Polanyi (1966) / 高橋勇夫(2003)：暗黙知の次元，ちくま学芸文庫

P. Ricœur (1983) / 久米博(1987)：時間と物語【I】物語と時間性の循環 歴史と物語，新曜社

P. Ricœur (1985) / 久米博(1990)：時間と物語【III】物語られる時間，新曜社

齋藤香奈恵，中村悟志，上山敏文(2001)：隔離室使用時の基準を用いた看護展開，日本精神科看護学会誌，44(1), pp.124-127

坂江千寿子，佐藤寧子，石崎智子他(2005)：保護室入室患者の開放要求に関する精神科看護師のクリニカルジャッジメント～判断に影響する要因に注目して，青森県立保健大学雑誌，6(2), pp.9-18

坂田三允(1998)：精神看護と隔離拘束，精神科看護，26(4), pp.8-12, 社団法人日

本精神科看護技術協会

- 佐々木真紀子, 針生享(2006): 看護師の職業アイデンティティ尺度(PISN)の開発, 日本看護科学学会誌, 26(1), pp.34-41
- サトウタツヤ (2007): 研究デザインと倫理, やまだようこ編 (2007): 質的心理学の方法ー語りをきく, pp.16-37, 新曜社
- 関根正, 奥山貴弘(2006): 看護師のアイデンティティに関する文献研究, 埼玉県立大学紀要, 8, pp.145-150
- 精神保健福祉研究会監修(2007): 三訂精神保健福祉法詳解, pp.378-393, 中央法規出版
- 嶋田桂子(2011): 精神科看護師の実践知とは何か, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 36号, pp.254-260
- 柴田恭亮(1989): 保護室の看護に関する研究の最近の傾向, 臨床看護研究の進歩, 1, pp.167-168
- 柴田真紀, 池田明子(1997): 精神科保護室における看護判断, 北里看護学誌, 3(1), pp.27-35
- 椎名祝子(2001): 保護室の規制緩和を試みて, 日本精神科看護学会誌, 44(2), pp.29-32
- 下方友子, 多田貴志, 森千鶴(2004): 看護職者の職業的アイデンティティに関わる要因, 第35回日本看護学会論文集 精神看護, pp.115-117
- 杉田繁一, 榎本勇司, 吉崎弘之他(2006): 措置入院のクリニカルパス作成と評価ーPTE・DVT発生予防の視点と看護師の意識調査から, 日本精神科看護学会誌, 49(2), pp.188-192
- 角谷広子, 浜宇津久美, 井上加奈子他 (2010): 隔離解除に向けた取り組みのなかで抱いた看護者の思いについてー長期に保護室を使用していた事例を通して, 日本精神科看護学会誌, 53(2), pp.296-300
- G. Stuart (1983) / 南裕子(1986): 自己概念の変容, 新臨床看護学大系 精神看護学 I, 樋口康子・稲岡文昭・南裕子監修, pp.226-266, 医学書院
- 高岡祐子(2007): 環境整備の視点から検討した保護室使用基準を用いた看護, 砂川市立病院医学雑誌, 24(1), pp.84-86
- 竹内久美子(2008): 新卒看護師の職業的アイデンティティ形成と職務態度ー縦断的研究に基づく検討ー, 目白大学健康科学研究, 1, pp.101-109
- 田中美恵子(2002): ある精神障害・当事者のライフヒストリーとその解釈(第1部)ー地域生活を可能とした要因および個人における歴史と病いとの関係ー, 東京女子医科大学看護学部紀要, 5, pp.1-15
- 田中美恵子(2002): ある精神障害・当事者のライフヒストリーとその解釈(第2部)ー病いの意味: 自立と自己の存在の意味を求めての闘いー東京女子医科大学看護学部紀要, 5, pp.17-26
- 田中美恵子(2010): 看護研究の方法論としての解釈的現象学, 聖路加看護学会誌, 14(1), pp.44-48
- 田中美恵子, 若狭紅子, 濱田由紀他(2009): 精神障害者の人権保障のための看護

- 師の意識と技術に関する研究, 平成 16 年度～18 年度科学研究費補助金(基盤研究 C - 2)研究成果報告書, 2007.03
- 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也(2010): 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), pp.6-14
- 田中隆志(2000): 再適応への援助・療養環境の整備, 精神看護学, 日本精神科看護技術協会監修・宮本真巳編著, pp.166-172, 中央法規出版
- 得本等(2004): 精神科保護室に入室中の患者が癒しの音楽を聴くことの有効性, 松山記念病院紀要, 10, pp.44-48
- 妻鳥剛, 武藤教志, 高沖達也他(2007): 精神科看護師のバーンアウトの要因に関する研究, 第 38 回日本看護学会論文集 精神看護, pp.42-44
- 内田直子, 佐久間えりか, 笹木弘美他(2004): 急性期精神科看護における「かけひき」の様相, 日本精神保健看護学会誌, 13(1), pp.90-98
- 宇都宮智, 松本賢哉, 下里誠二他(2006): 隔離を受けている患者に対する看護援助の実態, 日本看護学会論文集 精神看護, 36, pp.195-197
- ウヴェ・フリック著/小田博志, 山本則子, 春日常他訳(2002): 質的研究入門〈人間の科学〉のための方法論, p.19, 春秋社
- やまだようこ(2007): 質的心理学とは, 質的心理学の方法ー語りをきく, やまだようこ編, pp.2-15, 新曜社
- 山本潤, 西宏隆, 原真衣(2004): 保護室における看護師間情報共有についての一考察～処遇盤での説明と提示を導入して, 日本精神科看護学会誌, 47(1), pp.416-419
- 山中一紀, 金裕美, 伊藤美佐子他(2004): 統合失調症患者の隔離室入室日数の短縮～簡易精神症状評価尺度を用いて, 日本精神科看護学会誌, 47(1), pp.312-315
- 山内典子(2007): 看護を通してみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験ー発症から 6 週間の期間に焦点を当ててー, 日本看護科学学会誌, 27(1), pp.14-22
- 柳澤ひさみ, 大森真理, 江波戸和子(2006): 暴力により保護室入室が長期化した患者への行動制限解除への働きかけ, 日本精神科看護学会誌, 49(1), pp.106-107
- 山岡英雄, 端野雅彦, 佐々木哲也他(2001): 精神科急性期保護室入室患者の状態改善への援助～早期デイルーム対応の導入と効果, 松山記念病院紀要, 5, pp.43-47
- 吉田なよ子(2007): 病院勤務の女性看護職の年齢, 経験年数, 職業的アイデンティティ, 看護専門職的自律性, バーンアウトとの関連, 日本赤十字看護学会誌, 7(1), pp.68-77
- 吉田裕紀子, 野嶋佐由美, 畦地博子(2009): 精神科保護室における看護師のケアリング, 高知女子大学看護学会誌, 34(1), pp.20-28
- 吉川和男(2001): 英国精神医療における隔離と拘束, 精神科看護, 28(6), pp.36-40
- 吉浜文洋(2009): 開放観察, 包括的指示, ミトン裁判.....多様化した患者層を抱える

精神科病棟の隔離・拘束問題, 精神科看護, 36(12), pp.9-16, 精神看護出版
吉住昭(2002): 隔離・拘束を再度考える, 精神科保護室の看護とチーム医療, 内
村英幸・吉住昭編, pp17-19, 金剛出版
和気一弘(2008): 保護室はどう変わってきたか-安全の確保と質の向上へのこだわ
りを実現, 精神科看護, 35(8), pp35-38, 精神看護出版
渡辺千尋, 中山充代, 西内理恵他(2007): 精神科に配置転換した中堅看護師の心
の奇跡と成長, 第38回日本看護学会論文集 精神看護, pp.45-47
渡辺利之(2008): 入院初期における信頼関係確立のための効果的な面接技法につ
いて~身体拘束された患者への入院時看護面接を実施して, 日本精神科看護学
会誌, 51(2), pp.42-46

付録・資料

精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における
保護室でのケア経験の意味

同意説明文書

研究責任者：東京女子医科大学大学院看護学研究科
教 授 田中美恵子
研究実施担当者：東京女子医科大学大学院看護学研究科
博士後期課程 畠山 卓也

第 1 版
作成：平成 23 年 9 月 1 日
東京女子医科大学

病院

病院長

殿

「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味」
に関する研究についてのご説明とご協力をお願い

はじめに

今回、私たちは東京女子医科大学大学院看護学研究科の博士論文「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味」に取り組む予定であります。

精神科病棟の保護室には、自我が脅かされ、強い恐怖と不安に苛まれた患者さんが入室しています。そこでは、最も重症度の高い患者さんの看護ケアが行なわれており、精神科看護師はそのケアの経験を通して、何らかの実践的な知識を得ながら、精神科看護師としてのアイデンティティを形成しているのではないかと考えられます。しかし、このような観点から研究として明らかにされていることは少ないのが現状です。

そこで、本研究では、同意していただいた精神科の看護師さんから保護室での看護ケアの経験についてお話ししていただき、お話ししていただいた内容を質的研究の手法を用いて、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験のもつ意味を明らかにしたいと考えております。研究の主旨をご理解のうえ、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

1. 研究の目的

本研究の目的は、精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験のもつ意味を明らかにすることです。

なお、本研究では、研究の対象者もしくは被験者に相当する者を「研究協力者」とし、研究協力施設として許可を得ることができ、かつ研究協力者が所属する施設を「研究協力施設」とします。

[用語の定義]

- 精神科看護師：精神科看護師とは、「精神疾患もしくは精神障害をもつ方への看護を主たる生業としている看護師のこと」をさします。
- 保護室：保護室とは、「精神科病棟において、精神保健指定医の指示により、患者の状態からみて、本人または周囲の者に危険が及ぶ可能性が高く、行動を制限する以外に危険を回避することができない場合に使用する内側からは自由に開錠することができない個室のこと」をさします。
- 経験：経験とは、「人間が外界を変革するとともに自己自身を変化させる活動であり、人間のあらゆる個人的実践を含むもの」をさします。

- アイデンティティ：アイデンティティとは、「自分自身であること」の過程についての自覚であり、自己表すものすべてが、一つの組織化された全体に統合されたものをさします。

2. 研究の方法

- 1) 研究の対象者（本研究では、「研究協力者」という）：同意取得時において精神科看護経験が満5年以上であり、研究協力施設の看護部門責任者から推薦の得られる方。
- 2) 研究協力者の数：15名。1施設当たり7～8名の看護師の方をご推薦いただきたいと考えております。
- 3) 研究実施期間：平成23年11月（本研究の東京女子医科大学における倫理審査委員会の承認後）より平成26年3月31日まで。
- 4) データの収集方法
 - ① 研究協力者に1回60分程度のインタビューを1～2回実施致します。
 - ② インタビューは、インタビューガイド(資料7)に沿って実施致します。
 - ③ インタビューの内容は、研究協力者の同意を得て、ICレコーダーに記録させていただきます。
- 5) データの分析方法
 - ① インタビューでお伺いした内容は、すべて文字起こしします。そうすることによって、インタビューでお伺いしたことはテキストになり、質的研究の方法を用いて分析することができます。
 - ② 実際のデータの分析は、まず、お一人ずつのテキストを熟読し、テキスト全体の意味解釈を行ないます。その後、テキスト諸部分の意味解釈を行ないながら（意味のまとまりごとに、名前をつける）、解釈のアウトラインを作成します。このようなテキストの部分と全体の意味の検討を丹念に行います。
 - ③ 次に、研究にご協力いただいた方全員のテキストや解釈のアウトラインを比較検討し、共通点や相違点について吟味します。
 - ④ 最終的に、本研究の目的である「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験のもつ意味」について、研究者が理解したことについて記述し、説明します。
 - ⑤ データの分析に際しては、個人情報特定されないよう細心の注意を払います

3. 予想される利益と不利益について

1) 予想される利益について

本研究に参加することで、研究協力者は自身の保護室における看護ケアの経験を振り返り、語るという行為を意味しており、本研究の参加終了後の看護ケアに活かすことが可能であると考えております。また、本研究は、保護室の看護ケアの経験を通して、よりよい

看護実践を身につけていくプロセスに着目しているため、精神科看護に携わる看護師の経験的学習を促進し、実践の質の向上に寄与すると考えております。それは、精神科病棟に入院する患者に、適切で質の高い看護ケアを提供するという患者への還元がなされるという意義を有すると考えます。

2) 起こり得る不利益について

この研究に参加することは、ある一定の期間、面接による調査に協力しなければならないため、参加される看護師さんにとって時間的な拘束に伴う精神的負担が生じることがあるかもしれません。

4. 施設長様および看護部門責任者様にご協力いただきたい内容について

本研究の調査にご協力いただける方をご紹介いただくとともに、ご連絡方法についてもご教唆いただきたく存じます。

1) 研究協力者としてご紹介いただきたい方

- ① 同意取得時において精神科病棟における看護経験年数が満5年以上である方。
- ② 同意取得時において保護室を有する精神科病棟における看護経験年数が満3年以上である方。
- ③ 所属施設の看護部門責任者から推薦が得られる方。

2) ご紹介いただく際のアクセス方法に関して

貴施設の看護部門責任者の方から研究協力者としてご紹介いただけると幸いです。以下には、そのプロセスについて明示させていただきます。

- ① 研究協力者としての条件を満たす方を看護部門責任者の方に選定して頂き、研究実施担当者にご紹介していただきたいと思っております。
- ② 研究協力予定者との直接の連絡については、事前に看護部門責任者の方から教えていただいた方法で実施させていただきます。
- ③ ご紹介いただいた方と研究実施担当者が直接連絡を取り、口頭にて研究の主旨・意義・方法・利益と不利益等についてご説明させていただき、ご内諾をいただいたうえで、インタビューにご協力いただく日時をご相談させていただきます。

3) 研究の実施に当たっては、研究協力者がインタビューに参加することで業務に支障を来さないよう、勤務時間外に実施させていただきます。また、インタビューの日程については、研究協力者および研究協力施設のご都合を加味して決定させていただきます。

4) インタビューを実施する際の場所の御提供について（会議室等プライバシーの確保できる場所）御許可を戴けますと幸いです。

5. 研究結果の公表・開示方法について

- 1) 本研究の結果は、東京女子医科大学大学院看護学研究科博士論文として公表するほか、

学会等において発表することがあります。その際は、個人情報の保護に留意し、個人が特定されないように致します。

- 2) 研究協力施設および研究協力者に対し、この研究の結果や得られた成果について、研究実施担当者をご説明させていただきます。また、この研究に関するご不明な点については、その都度研究実施担当者をご説明させていただきます。

6. 研究の倫理的配慮

- 1) 本研究は、東京女子医科大学の倫理審査委員会の承認を得て実施致します（承認番号：2333）。なお、貴施設におきましても別途倫理審査が必要な場合には、貴施設の倫理審査の手順に沿って受審の手続きを進めさせていただきます。
- 2) 個人情報の保護について
 - ① 個人情報保護のため、研究協力施設および研究協力者の方の個人情報については、二重連結可能匿名化を実施し、対応表を作成して管理致します。
 - ② インタビューの内容は、個人を特定できない形式に記号化します。
 - ③ インタビューはプライバシーの保てる個室にて行います。
 - ④ 研究で得られたデータは、研究の目的以外で使用することはありません。
 - ⑤ 研究で得られたデータは、研究終了 5 年後にはすべて消去・廃棄致します。廃棄はシュレッダーによる裁断とし、録音記録は消去致します。
- 3) 研究の協力に関する自己決定の権利について
 - ① 研究への参加は自由意思で決めていただけます。
 - ② 研究への協力を断られても、不利益を被ることはありません。
 - ③ 研究協力の意志を表明した後でも、承諾および同意は撤回することができます。その際には、録音した IC レコーダーや記録物はすべて廃棄します。承諾および同意を撤回する際には、承諾撤回書（研究協力者の場合は、同意撤回書）への署名と提出をもって確認させていただきます。
- 4) 心身への負担に配慮に関して
 - ① インタビューの参加に際して、60 分ほどお時間を割いていただくこととなります。参加の中止、中断を希望された場合は、ご意向に沿って対応致します。
 - ② 自らの体験を振り返ってお話ししていただくため、不快な思いを生じる可能性があります。お話ししたくない内容については、お話ししただけでも構いません。また、一旦お話しされた内容であっても、研究データとして使用してほしくないという個所については、データとして使用しません。
- 5) 研究に関する費用負担および利益相反マネジメントに関して
 - ① 本研究は、研究分担者である畠山卓也が受託した文部科学省科学研究費補助金（研究代表者：畠山卓也、研究種目：平成 23 年～24 年度研究活動スタート支援、研究課題名：精神科保護室の看護ケアに関する教育支援ガイドラインの作成、課題

資料1 研究の説明文書[施設長]
精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味

番号：23890192) で実施いたします。そのため、研究協力者に費用負担が発生することはありません。

② また、本研究については、利益相反に該当する事項はありません。

研究の内容を十分にご理解いただき、ご協力いただける場合は、別紙の「承諾書」にご署名のうえ、研究実施担当者にお渡しください。なお、この研究について、ご不明な点がありましたら、下記の研究担当者にお尋ね下さい。

平成 年 月 日

【研究担当者】

研究責任者：田中美恵子

所 属：東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授

連絡先：東京都新宿区河田町 8-1

電 話：03-3353 -8111 (内線 6251)

研究実施担当者：畠山 卓也

東京女子医科大学大学院 看護学研究科博士後期課程 学生

連絡先：東京都新宿区河田町 8-1

電 話：03-3353 -8111 (内線 6251)

平成 23 年 9 月 1 日作成 (第 1 版)

東京女子医科大学大学院 看護学研究科
教授 田 中 美恵子

保存用, (写) 研究協力者用

研究承諾書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 田中美恵子 殿

臨床研究課題名：「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味」

1. 研究の目的について
2. 研究の方法について
3. 予想される利益と不利益について
4. 施設長様にご協力いただきたい内容について
5. 研究結果の公表・開示方法について
6. 本研究の倫理的配慮について

【研究の実施にご承諾いただける方の署名欄】

私はこの研究を当施設において実施するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究を当施設において実施することについて承諾します。また、同意説明文書[施設長]と本承諾書の写しを受け取りました。

承諾日：平成 年 月 日

氏名：_____ (自署)

住所：_____

【研究実施担当者の署名欄】

私は、上記の研究にご協力いただける方に本研究について十分に説明した上で承諾を得ました。

説明日：平成 年 月 日

氏名：_____ (自署)

保存用, (写) 研究協力者用

承諾撤回書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 田中美恵子 殿

臨床研究課題名：「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味」

【研究にご承諾いただいていた方の署名欄】

私は、上記臨床研究について研究実施担当者より説明を受け、この研究が当施設において実施されることについて承諾をいたしました。これを撤回します。

承諾撤回日：平成 年 月 日

氏名： _____ (自署)

住所： _____

【研究実施担当者の署名欄】

私は、研究にご協力いただいていた上記の方が、承諾を撤回されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

氏名： _____ (自署)

研究にご協力いただき看護師さんへ

精神科看護師としてのアイデンティティ形成
過程における保護室でのケア経験の意味

についてのご説明

はじめに

この冊子は、東京女子医科大学大学院看護学研究科において行われている「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味」という臨床研究について説明したものです。研究実施担当者からこの研究についての説明をお聞きになり、研究の内容を十分にご理解いただいたうえで、あなたの自由意志でこの研究に参加していただけるかどうか、お決めください。ご参加いただける場合は、別紙の「同意文書」にご署名のうえ、研究実施担当者にお渡しください。

1. 臨床研究について

それぞれの病気の診断や治療、そして看護ケアは、長い期間をかけて進歩・発展してきて現在の方法になっています。このような診断や治療の方法の進歩・発展のためには多くの研究が必要ですが、その中には健康な人や患者さん、そして患者さんの看護ケアにかかわる看護師さんを対象に実施しなければならないものがあります。これを「臨床研究」と言います。臨床研究は患者さんや看護師さんを始めとした多くの方々のご理解とご協力によって成り立つものです。

なお、この臨床研究は、東京女子医科大学の「倫理委員会」で倫理的観点および科学的観点からその妥当性について審査を受け、倫理委員会の承認を得て実施するものです。

2. この研究の意義と目的

精神科病棟の保護室には、自我が脅かされ、強い恐怖と不安に苛まれた患者さんが入室しています。そこでは、最も重症度の高い患者さんの看護ケアが行なわれており、精神科看護師はそのケアの経験を通して、何らかの実践的な知識を得ながら、精神科看護師としてのアイデンティティを形成しているのではないかと考えられます。しかし、このような観点から研究として明らかにされていることは少ないのが現状です。

そこで、本研究では、同意していただいた精神科の看護師さんから保護室での看護ケアの経験についてお話ししていただき、お話ししていただいた内容を質的研究の手法を用いて、精神科看護師が保護室での看護ケアの経験から何を学び、どのように精神科看護師としてのアイデンティティを形成していくのか、その過程を明らかにしたいと考えております。

この研究で明らかになることは、看護の質の向上に大きな影響を与え、ひい

では、患者さんへの質の高い看護が提供されることにつながると考えます。

なお、この研究では、研究にご協力いただける看護師さんを「研究協力者」と表記しております。

3. 研究の方法

(1) この研究で研究協力者の対象となる看護師さん

精神科看護師として5年以上の実務経験を有し、所属する看護部門の責任者の方からの御推薦が得られた方を対象としています。

(2) 研究の方法

この研究の研究協力者の対象となる看護師さんで、研究へのご協力を同意いただいた方から、以下の手順に沿ってインタビュー調査にご協力いただきます。この研究では、インタビュー時にお話していただいた内容を、分析するデータとして活用いたします。なお、この研究にご協力いただけるか否かによって、あなたが所属施設内で不利益を被ることはありません。

① インタビュー調査について

- 1) インタビュー調査は、1人1回60分程度、同意をいただいてから約4週間の間に1~2回ご協力いただきます。
- 2) インタビューの内容は、ICレコーダーに録音させていただきます。また、インタビュー中に研究担当者が気になったことについて記録をとることがあります。
- 3) インタビューでお伺いする内容:保護室での看護ケアの経験を通して、看護師として大切にしていることやそのきっかけとなるようなエピソードについて自由に語っていただけると幸いです。

② インタビュー時に、基礎的な情報として、以下についてお伺いいたします

- 1) 性別。
- 2) 看護経験年数・精神科看護経験年数。
- 3) 精神科看護経験年数のうち、保護室を有する病棟での勤務経験年数。

(3) 研究の内容

インタビューでお伺いした内容は、すべて文字に起こします。そうすることによって、インタビューでお伺いしたことはテキストになり、質的研究の方法

を用いて分析することができます。

実際のデータの分析は、まず、お一人ずつのテキストを熟読し、テキスト全体の意味解釈を行ないます。その後、テキスト諸部分の意味解釈を行ないながら（意味のまとめりごとに、名前をつける）、解釈のアウトラインを作成します。このようなテキストの部分と全体の意味の検討を丹念に行います。

次に、研究にご協力いただいた方全員のテキストや解釈のアウトラインを比較検討し、共通点や相違点について吟味します。

最終的に、本研究の目的である「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験のもつ意味」について、研究者が理解したことについて記述し、説明します。

データの分析に際しては、個人情報特定されないよう細心の注意を払います。また、解釈のアウトラインを作成したところで、研究担当者の分析と解釈が妥当であるかどうかをお伺いすることがあります。

ご不明な点などございましたら、遠慮無く、研究担当者へおたずね下さい。

(4) 研究へのご協力をお願いする期間

研究へのご協力についてお願いする期間は、研究への同意が得られてから約4週間の間です。この期間の間に、1～2回のインタビュー調査にご協力いただきたいと思いますと考えております。2回目のインタビュー調査では、前回にお話ししていただいた内容についてご確認をお願いしたり、お話を伺った時点では、研究実施担当者がよく理解できなかった内容についておたずねしたりすることがあります。

(5) 研究終了後の対応

この研究が終了した後は、研究責任者および研究実施担当者は、責任をもって情報を提供してくださった研究協力者の皆さまに、研究の結果や得られた成果について、ご説明させていただきます。

4. 予想される利益と不利益

(1) 予想される利益

この研究に参加することで、情報を提供してくださる看護師さんご自身の保護室における看護ケアの経験を振り返ることとなります。このプロセスを通して、情報を提供者してくださった看護師さんは、これまでに気がつかなかった実践的知識を手に入れることがあるかもしれません。

また、この研究に参加することそのこと自体において利益を得ることはできないかもしれませんが、この研究の成果をその後の看護ケアに活かすことは可

能であると考えております。

また、この研究は、保護室の看護ケアの経験を通して、よりよい看護実践を身につけていくプロセスに着目しているため、精神科看護に携わる看護師の経験的学習を促進し、実践の質の向上に寄与すると考えております。それは、精神科病棟に入院する患者さんに、適切で質の高い看護ケアを提供するという副次的な成果を得ると考えております。

(2) 予想される不利益

この研究に参加することは、ある一定の期間、インタビュー調査に協力しなければならないため、参加される看護師さんにとって時間的な拘束に伴う精神的負担が生じることがあるかもしれません。

5. ご協力をお願いすること

この研究への参加に同意いただけた場合にご協力をお願いすることは次の3点です。

- ① 説明を受けた後、この研究の目的や意義、方法について十分に理解したうえで、同意文書に署名し提出していただくこと。
- ② 研究用の検体を提供していただくこと（インタビュー際に、ICレコーダーへの録音に許可いただけること）。
- ③ 研究の検体を提供していただくために、1回60分程度のインタビューに、研究参加期間中1～2回ご協力いただけること。

6. 研究実施予定期間と参加予定者数

- (1) 実施予定期間：この研究は、平成23年11月から平成26年3月まで行われます。
- (2) 参加予定者数：15名の看護師さんの参加を予定しております。

7. 研究への参加とその撤回について

あなたがこの研究に参加されるかどうかは、あなたご自身の自由な意志でお決めください。たとえ参加に同意されない場合でも、あなたは一切不利益を受けませんし、これからの業務等に影響することはありません。また、あなたが

研究の参加に同意した場合であっても、いつでも研究への参加をとりやめることができます。

8. 研究への参加を中止する場合について

あなたがこの研究へ参加されても、次の場合は参加を中止していただくこととなります。あなたの意志に反して中止せざるをえない場合もありますが、あらかじめご了承ください。

- ① あなたが研究への参加の中止を希望された場合。
- ② この臨床研究全体が中止となった場合。
- ③ その他の理由により、研究実施担当者が研究の中止が適当であると判断した場合。

あなたが途中で研究への参加の中止を希望された場合には、速やかに中止することが可能です。その場合、研究への参加を中止することであなたが職務上の不利益を被ることはありませんので、ご安心ください。

また、あなたの意に反して研究への参加を中止する場合は、その理由を研究実施担当者よりご説明いたします。

なお、研究への参加が中止となった場合には、それまでにあなたからご提供いただいたデータに関しては、全て廃棄処分と致します。その際も、個人情報外部に漏れないよう十分に配慮いたします。

9. この研究に関する情報の提供について

この研究は、あなたから直接お話しを伺うことで実施させていただくものですが、あなたの安全性や研究への参加の意志に影響を与えるような新たな情報が得られた場合にはすみやかにお伝えします。

あなた個人から提供していただいたデータについては、分析し解釈した時点でお知らせし、内容をご確認いただきます。この研究用にご提供いただいたデータや研究の結果について、ご希望がありましたらご説明いたしますので、研究実施担当者にお申し出ください。

また、この研究に関して、研究計画や関係する資料をお知りになりたい場合は、他の研究対象者の方の個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。研究全体の成果につきましては、ご希望があればお知

らせていたします。いずれの場合も研究実施担当者にお申し出ください。

10. 個人情報の取扱いについて

この研究にご参加いただいた場合、あなたから提供されたこの研究に関するデータは、個人を特定できない形式に記号化した番号により管理されますので、あなたの個人情報が外部に漏れることは一切ありません。

また、この研究が正しく行われているかどうかを確認するために、倫理委員会などが、研究の記録などを見ることがあります。このような場合でも、これらの関係者には、記録内容を外部に漏らさないことが法律などで義務付けられているため、あなたの個人情報は守られます。

この研究から得られた結果が、学会や医学雑誌などで公表されることはあります。このような場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。この研究で得られたデータは、他の目的で使用することはありません。

なお、この研究で得られたデータは、研究終了5年後にはすべて廃棄いたします。その際も、個人情報が外部に漏れないよう十分に配慮いたします。

11. 費用負担、研究資金などについて

この研究における研究用の諸経費は、研究分担者である 畠山卓也 の文部科学省科学研究費補助金（研究代表者：畠山卓也，研究種目：平成23年～24年度研究活動スタート支援，研究課題名：精神科保護室の看護ケアに関する教育支援ガイドラインの作成，課題番号：23890192）で賄われます。したがって、ご参加いただくにあたって、あなたが費用を負担することはありません。なお、ご参加いただくにあたっての謝金などのお支払いもありません。

また、この研究の研究責任者と研究分担者は、東京女子医科大学の利益相反マネジメント委員会の承認を受けており、関連する企業や団体などと研究の信頼性を損ねるような利害関係を有していないことが確認されております。

12. 知的財産権の帰属について

この研究から成果が得られ、知的財産権などが生じる可能性があります。その権利は東京女子医科大学に帰属します。

13. 研究担当者と連絡先（相談窓口）

この研究について、何か聞きたいことやわからないこと、心配なことがありましたら、以下の研究担当者におたずねください。

【研究担当者】

- ◎ 田中美恵子 東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授
- 畠山 卓也 東京女子医科大学大学院 看護学研究科博士後期課程 学生
- (◎ 研究責任者)

【連絡先】

東京女子医科大学大学院 看護学研究科
住 所：東京都新宿区河田町 8-1
電 話：03-3353 -8111（内線 6251）

平成 23 年 9 月 1 日作成（第 1 版）
東京女子医科大学大学院 看護学研究科
教授 田 中 美恵子

保存用, (写) 研究協力者用

同意文書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 田中美恵子 殿

臨床研究課題名：「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味」

1. 臨床研究について
2. この研究の意義と目的
3. 研究の方法
4. 予想される利益と不利益
5. ご協力をお願いすること
6. 研究実施予定期間と参加予定者数
7. 研究への参加とその撤回について
8. 研究への参加を中止する場合について
9. この研究に関する情報の提供について
10. 個人情報の取扱いについて
11. 費用負担, 研究資金などについて
12. 知的財産権の帰属について
13. 研究担当者と連絡先

【研究にご協力いただける方の署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり, 以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので, この研究に参加することについて同意します。また, 説明文書「研究にご協力いただける看護師さんへ」と本同意文書の写しを受け取りました。

同意日：平成 年 月 日

氏名：_____ (自署)

住所：_____

【研究実施担当者の署名欄】

私は, 上記の研究にご協力いただける方に本研究について十分に説明した上で同意を得ました。

説明日：平成 年 月 日

氏名：_____ (自署)

保存用, (写) 研究協力者用

同意撤回書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 田中美恵子 殿

臨床研究課題名：「精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味」

【研究にご協力いただいていた方の署名欄】

私は、上記臨床研究について研究実施担当者より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日：平成 年 月 日

氏 名 : _____ (自署)

住 所 : _____

【研究実施担当者の署名欄】

私は、研究にご協力いただいていた上記の方が、同意を撤回されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

氏 名 : _____ (自署)

精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における
保護室でのケア経験の意味

インタビューガイド

研究責任者：東京女子医科大学大学院看護学研究科
教 授 田中美恵子
研究実施担当者：東京女子医科大学大学院看護学研究科
博士後期課程 畠山 卓也

第1版
作成：平成23年9月1日
東京女子医科大学

このたびは、この研究にご協力いただき、本当にありがとうございます。これから約1時間程度、「」さんの保護室での看護ケアの経験についてお話を伺いたいと思います。お話しいただく内容は、あなたがお話してもよいと判断なさったことだけで構いません。お話したくないことや思い出すこと自体が不快なことについては、お話し下さらなくても結構です。どうぞ宜しくお願い致します。

「」さんが保護室での看護ケアの経験を通して、看護師として大切にしていることやそのきっかけとなるようなエピソードについて自由にお話しいただけますか。

基本的には、自由に語っていただくこととする。ただし、下記の点がお話のなかに含まれているかどうかを確認しながら、必要に応じて質問を投げかけることとする。お話のなかで意識して伺う内容を以下に示す。

- 保護室での看護ケアの経験を通して、看護師として大切にしていることは何か。
 - エピソードの登場人物
 - 登場人物間の具体的なやり取り
 - エピソード時の「」さんの気持ち、感情、思い。
 - 臨床状況：時間帯、勤務者数、そのときの病棟の雰囲気（患者の状態や看護師の人間関係など）。
 - 「」さんに影響を与えた人物

- エピソードは看護師として経験何年目頃に起こったことか。

- そのエピソードは、エピソードが起こってからどれくらいの期間を経て、重要なエピソードとして認識するようになったのか。またそのきっかけは何か。
 - どれくらいの期間を経て重要であると認識したのか。
 - 認識した時の具体的なきっかけは何か。
 - その時に働いた気持ち、感情、思い。

現在（いま）改めて印象に残っているエピソードを語っていただいたのですが、このエピソードについて語ったことで、「」さんのなかで新たな気づきや考え、発見などはありますか？

最後に、何かこれだけは言っておきたい思うことがありましたら、遠慮なくお話しください。

伺ったお話の内容について、確認を行い、御礼を言ってインタビューを終了する。

平成 23 年 9 月 1 日作成（第 1 版）

東京女子医科大学大学院 看護学研究科

教授 田 中 美恵子

(学長→研究責任者)
様式 4

管理番号: _____

平成23年10月29日

臨床研究等審査結果通知書

(臨床研究 ・ 疫学研究)

看護学研究科

田中 美恵子 教授 殿

東京女子医科大学 学長 宮崎俊一

平成23年9月5日に貴殿から申請のあった臨床研究等 (臨床研究 ・ 疫学研究) について、下記のとおり決定したので通知します。

記

研究課題名	精神科看護師としてのアイデンティティ形成過程における保護室でのケア経験の意味	
研究責任者	所属・職名・氏名：看護学研究科 教授 田中 美恵子	
研究分担者	所属・職名・氏名 看護学研究科 博士後期課程 品山 卓也	所属・職名・氏名
	所属・職名・氏名	所属・職名・氏名
	所属・職名・氏名	所属・職名・氏名
審査事項	<input type="checkbox"/> 臨床研究等の実施の可否 <input type="checkbox"/> 新たな安全性に関する情報の入手 <input type="checkbox"/> 臨床研究等の継続の可否 <input type="checkbox"/> 実施計画の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
審査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 承認【承認番号：2333】 <input type="checkbox"/> 2. 修正の上承認（再提出） <input type="checkbox"/> 3. 保留（再審査） <input type="checkbox"/> 4. 却下 <input type="checkbox"/> 5. 既承認事項取り消し	
上記の2～5の場合、その理由		