

研究報告

初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンス

大島 泰子¹ 村瀬 智子¹

要旨

本研究の目的は、初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスを明らかにすることである。研究デザインは質的記述的研究である。研究協力に同意が得られた6名の中堅看護師に半構成的インタビューを行い、得られたデータを「初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感は何か」、「困難感から回復した力は何か」を分析視点として質的帰納的に分析した。その結果、2段階の分析過程を経て、17のカテゴリーに集約された。初めて精神科看護を経験した中堅看護師は、これまで勤務していた診療科では経験したことのない【精神症状のアセスメントの難しさ】、【フィジカルアセスメントの経験が通用しない困惑】や、【新人ではないが故のベストな対応のわかりにくさ】等の困難感を抱き、【患者と向き合えない自分への戸惑い】等を覚えながらも、【一般科で確立した看護観を強みとする自負】を持ち、【経験をもとに自分から看護チームに働きかける姿勢】等で困難感を跳ね返していることが明らかになった。

キーワード 中堅看護師 精神科看護 人事異動 困難感 レジリエンス

1. はじめに

「日本精神科看護技術協会（現日本精神科看護協会）会員基礎調査報告書」（2008）によると、会員の59.7%が転職経験を有し、看護師の平均年齢は44.7歳であった。看護職員の平均年齢が37.7歳（「日本看護協会病院看護実態調査」, 2016）であるため、精神科病院の看護師の平均年齢は一般病院に比べておよそ7歳高いことになる。これらのことから、精神科病院には他診療科に関する豊かな経験をもつ中堅看護師が多く勤務していると推測される。

筆者の内の一人は、精神看護専門看護師（Certified Nurse Specialist）として、精神科を有する総合病院で研修した経験がある。その際に、精神科看護を初めて経験した中堅看護師が、「検査データなどのようにアセスメントの指標が明確でないことが不安である」、「何をしたらいいのか分からずナースステーションから出られない」、「対応の難しい精神科の患者と関わることができず、自分は今まで何をしてきたのだろうか

と無力感を抱いた」、「これまで培ってきた看護技術が生かせなくて戸惑う」などさまざまな不安を抱きながら勤務している実態を知った。

先行研究においては、前田他（2011）が、他科から勤務異動した看護師が精神科看護に熟達する経験のプロセスを明らかにしており、異動初期にプライドの傷つきと職業アイデンティティの揺らぎがあることを報告している。また、日下部他（2013）による精神科病院における新卒看護師が体験するジレンマとそれへの対処を明らかにした報告もある。このように他診療科で看護経験のある中堅看護師が精神科病棟で勤務する際の困難感と、卒後、すぐに精神科病院に就職した新人看護師の体験については報告が散見される。しかし、初めて精神科病棟に勤務した中堅看護師の困難感とレジリエンス（回復力）について具体的に明らかにした報告はない。

本研究で、初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスを明らかにすることは、中堅看護師の精神科以外の診療科における豊かな経験を活かす支援や継続教育につながる意義がある。

¹ 日本赤十字豊田看護大学

II. 研究方法

1. 研究目的

初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスを明らかにする。

2. 用語の定義

- 1) 中堅看護師：Benner, P (2001) の理論に基づき、患者の全体像や看護チームを把握する能力があり、精神科以外の診療科を5年以上経験してきた看護師とする。
- 2) 一般診療科：精神科以外の診療科とする。
- 3) 困難感：初めて精神科看護を経験した中堅看護師が感じた困惑、戸惑い、驚き、焦りなどの困難を覚えた感情とする。
- 4) レジリエンス：初めて精神科看護を経験した困難感を跳ね返す力、回復力とする。

3. 研究方法

1) 研究デザイン

質的記述的研究

2) 研究協力者

研究協力の同意が得られた精神科病院内にポスターを掲示した後、看護管理者から初めて精神科看護を経験した中堅看護師を選定条件として、候補者の紹介を受けた。次に、研究協力候補者に個別に研究協力を依頼し、同意が得られた看護師とした。

3) データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的インタビュー法とし、インタビュー内容は「精神科以外の診療科での経験をもつ中堅看護師が初めて精神科を経験したと

きの困難感について印象に残っていることは何か」と「どのようにして困難感を乗り越えたのか」とした。インタビューは、研究協力者1名につき1回とし、日時と場所は、研究協力者の希望により調整し、プライバシーを遵守した。また、インタビュー内容は、あらかじめ研究協力者の同意を得てICレコーダーに記録した。

4) データ収集期間

2015年12月～2016年1月

5) データ分析方法

ICレコーダーに記録したインタビュー内容は逐語録に起こし、精読した。その後「初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感は何か」「困難感から回復した力は何か」を分析視点として、意味のまとまりごとにコード化した。次に分析視点からカテゴリー化を行い、類似性と相違性に基づき、分類・整理した。また、質的研究の経験者からスーパーバイズを受け、データの解釈や分析過程の信頼性を確保した。

4. 倫理的配慮

沖縄県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け実施した（承認番号15011）。研究への参加は自由意思であり、同意後も撤回できること、研究への参加を辞退しても、いかなる不利益も受けることがないこと、データは匿名性を遵守し、得られたデータは研究目的以外には使用しないことを口頭および文書で説明し、研究成果の発表についても同意を得た。また、インタビューは対象者の心身の負担を考慮しながら実施した。

表1 研究協力者の概要

	年齢	性別	看護経験年数	精神科経験年数	インタビュー時間
A氏	40歳代	女性	27年	4年	48分
B氏	30歳代	女性	14年	2年	28分
C氏	40歳代	女性	19年	2年	48分
D氏	40歳代	女性	19年	10ヶ月	42分
E氏	30歳代	男性	14年	11ヶ月	56分
F氏	40歳代	女性	16年	3年	21分
平均			18.2年	2.1年	40.5分

III. 研究結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者 6 名（A 氏～F 氏）の概要及びインタビューに要した時間は表 1 の通りである。

性別は男性 1 名、女性 5 名で、年齢は 30 歳代が 2 名、40 歳代が 4 名であった。看護師経験年数は 14 年から 27 年（平均 18.2 年）、そのうち精神科経験年数は 10 ヶ月から 4 年（平均 2 年 1.5 か月）であった。A 氏は、精神科経験年数 4 年、F 氏も 3 年であったが、「初めて精神科看護を経験した中堅看護師」という選定条件で看護管理者から紹介を受けたこと、及び、語りの内容が精神科に配属当初の経験であったためデータとして用いた。

また、各研究協力者へのインタビュー時間は、21 分から 56 分（平均 40.5 分）であった。

2. 分析結果

6 名のインタビュー内容を質的帰納的に分析した。その結果、初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスは、2 段階の分析過程を経て、17 のカテゴリーに集約された（表 2）。以下に、抽出されたカテゴリーと特徴について述べる。（以下の表記で、【 】はカテゴリー、「 」は語りを示す）

1) 【精神科の患者の訴え方や反応に合わせられない戸惑い】

これは、これまで勤務していた診療科では経験したことのない精神科の患者の訴え方や反応に合わせる事ができずに戸惑いを覚えたというカテゴリーである。

A 氏は、「患者さんにこうやって話すとき、すごく距離が近い。視線も合わないくらいの距離に近づいて来て話しをする。最初それに戸惑った。遠ざけた方がいいのか、分からないので、どうするべきかと悩んだときがあった」と語り、看護師のパーソナルスペースに躊躇なく入ってくる精神科患者の訴え方に違和感を覚え、戸惑いを感じていた。

2) 【精神症状のアセスメントの難しさ】

これは、これまで勤務していた診療科では経験したことのない精神症状のアセスメントが難しいことへ困難感を抱いたというカテゴリーである。

A 氏は、「おなかが痛いとか、頭が痛いとか言うけど、ほんの数分したら、もうすっかり忘れてる。その後の訴えもない。本当に腹部等に症状があったのか、それも精神的なものなのか、これを見極めるのが難しい」と語り、身体症状と精神症状を整理してアセスメントすることに難しさを感じていた。

3) 【精神科看護特有の治療的関わりのわかりにくさ】

これは、これまで勤務していた診療科では経験したことのない精神科看護のコミュニケーションや治療的関わりが分からず、困難感を抱いたというカテゴリーである。

C 氏は、「学校で習うコミュニケーションって、一般科の患者さんのコミュニケーションですね。精神科のじゃないですよ」と語り、精神科看護のコミュニケーションに対して難しさを感じていた。

4) 【フィジカルアセスメントの経験が通用しない困惑】

これは、これまでのフィジカルアセスメントの経験が精神科看護で通用しないことに困惑したというカテゴリーである。

D 氏は、「心気的な訴えをする患者さんが入院してきて、血圧も高く、180 とか 200 とかに時々なる。自分は救急の経験があるせいで、重症だと思って対応して救急センターまで行くことになったが、何事もなく、一泊してすぐ帰ってきた」と語り、これまで勤務していた診療科では経験したことのない患者の状態に戸惑い、精神科看護におけるフィジカルアセスメントの難しさを感じていた。

5) 【暴力に遭遇した際の対応のわからなさ】

これは、精神科で予測できない暴力に遭遇し、対応が分からず困難感を抱いたというカテゴリーである。

B 氏は、「7、8 カ月経った頃に、後ろから来られた。私は見守りというか、誰かに用事があって患者さんの部屋へ行ったときに、急に後ろからこうガッてやられたからびっくりして。頭がぐちゃぐちゃになった」と自分自身が暴力に遭遇したことに驚愕し、どうしていいのか分からず混乱していたことを語った。

表2 初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンス

カテゴリー	サブカテゴリー	語り(一部抜粋)
1精神科の患者の訴え方や反応に合わせられない戸惑い	訴えが多くて対応できない困惑	A氏「(略)身体的な面に目が向き、その身体的な訴えに反応する。それに対応できないまま、別の対応があって、それに対応しているうちにそのことは忘れてしまい、本人も忘れていくという感じで日々を送っていた。これはどのように先輩に質問したらいいのか、考えてしまう」
	訴えが聞き取れず対応できない困惑	D氏「ちゃんと聞こえなかった自分もいるなって、プロセスレコードやったときに思った。これが仕事っていうのがちょっと、最初の何力月間か分からなかった。注意して自分たちが聞くこととかが仕事なのだけれど。わけもなく動いて、全く見てなかったというか。聞き取れないから患者さんの言うことを流していたと思う」
	看護師のパーソナルスペースに入ってくる患者への戸惑い	A氏「患者さんにこうやって話すと、すごく距離が近い。視線も合わないくらいの距離に近づいて来て話しをする。最初それに戸惑った。遠ざけた方がいいのか、分からないので、どうすべきかと悩んだときがあった」
	患者が看護師の対応に敏感に反応することへの戸惑い	D氏「最初は、自分が患者さんに影響を与えているというのが全然分からなかった。7月ぐらいだったか、患者さんに、いい感じで私が『色白だね』って声掛けしたときに、患者さんに『え、どこの人、みたい？』って言われて、『東北の人』って私が返しただけで、それが原因でなんかすごい不穩に。自分の話すことがすごく影響するんだっていうことをそれぐらいから気付いて、注意するようになった」
	患者の反応の急激な変化を受け入れることへの戸惑い	E氏「自分が言ったことで患者さんが急に怒り出したりとか、大声出したりというのがあって、今は何が悪かったんだろうって考えたり。先輩に相談しても、『あ、この人、こんな感じだから』って言われたりっていうのはあったので、自分の中で、何かが悪いからこんなになったんだろうなって、考えたりするんですけど。先輩いわく、『ま、こんなもんだよ』って、自分が言っても、誰が言っても、違う言葉だったとしても、時々、こんなになるから、みたいな感じのものがあって。それを受け入れるのになかなか時間がかかった感じでしたね」
2精神症状のアセスメントの難しさ	身体症状と精神症状を整理してアセスメントすることの難しさ	A氏「おなかや痛いとか、頭が痛いとか言うけど、ほんの数分したらもうすっかり忘れていく。その後の訴えもない。本当に腹部等に症状があったのか、それも精神的なものなのか、これを見極めるのが難しい」
	精神症状のアセスメントが分からない	A氏「垂直迷がどんな症状なのかとか、気を付けるべきこととか。拘束されている方とかもいるので知りたいと思う」
	精神症状のアセスメントを優先し、関わりがおろそかになる	A氏「患者さんの訴えてくる症状とかを病気と結びつけて見てしまい、それだけにとらわれがちになってしまう。それで精神科の関わりとかがおろそかになってしまう可能性があるけれど、そっちが優先になっちゃう」
3精神科看護特有の治療的関わりがわかりにくさ	精神科看護の治療的関わりが分からない	C氏「学校で習うコミュニケーションって、一般科の患者さんのコミュニケーションですね。精神科のじゃないですよ」
4フィジカルアセスメントの経験が通用しない困惑	看護チームが重症な身体症状について危機感を抱かない	F氏「場面自体はあまり覚えてないが、言われたことがすごく強烈だったので頭に残っている。患者さんの情報で、自分は報告したいと考える身体的な症状があったが、すぐに先生に報告とかではなくて『もうちょっと様子を見てもいい』みたいなニュアンスで遮られて困った(『そういうやり方もあるかもしれないけれど、ここではこのよ』と遮られた)」
	フィジカルアセスメントでは重症なはずなのに問題ないことへの驚き	D氏「心気的な訴えをする患者さんが入院してきて、血圧も高く、180とか200とかに時々なる。自分は救急の経験があるせいで、重症だと思って対応して救急センターまで行くことになったが、何事もなく、一泊してすぐ帰ってきた」
5暴力に遭遇した際の対応のわからなさ	暴力を予防する関わりが分からない	B氏「初めの一か月頃、身体合併症のために介助が必要な人の車いす移動のときに、倒れるかも知れないからなるべく患者さんの近くでやるはずなのに、『精神科なので手と足が出てくるよ』って言われたときにすごく驚いた。暴力とかを考えながら動かないといけないんだっていう、知識と経験が通用しないというのにすごく衝撃を受けた」
	暴力への遭遇に対応する際、今までの経験が通用しない	B氏「2か月目ぐらいのときに、距離感とか、周りに気にしながら動くっていうのをあまり気に留めていなかった。だから隙があって、暴力を起こしたきっかけに自分がなった。そのことですごく凹んだ。(自分をかばった先輩が)思いっきり殴られてしまっていた」
	暴力に遭遇した驚き	B氏「7、8カ月経った頃に、後ろから来られた。私は見守りというか、誰かに用事があって患者さんの部屋へ行ったときに、急に後ろからこうガツてやられたからびびりして。頭がぐちゃぐちゃになった」
	暴力を受けた患者に自分で対応しななければならないきつさ	B氏「夜勤のときに、自分で手、引っ張って、詰め所に連れて行って、患者さんに『あんた、何したの』って言って。患者さんは『えっ』と言った。きつかった」
	性的暴力を受けた気持ちや異性に分かってもらえない腹立たしさ	B氏「ちょっと休んでいいよって言ってもらえたけど、その後、『今、どんな気持ちですか』って言われた。腹立ってますか、それともショックですかみたいなことを言われたときはすごく頭にきた。こういうのはやっぱり男性には分からないだろうと思った」
6新人ではないが故のベストな対応のわかりにくさ	新人でないためにかえって何が本当に正しいのか分からない悩み	E氏「結局、その患者さんにとって、本当に何がいいのかとか、どんな対応のほうがいいかとか、よりベストなのかというのが、結局分からないまま、日々過ごしている感じ」
	ベストな対応が分からない	A氏「どれが当たっているかっていうのは、教科書にもないし、自分の看護がいいのか悪いかは患者さんが決めるし、患者さんの様子を見れば分かるよっていうのも、今は聞いている。どういう風に聞いているのかも分からず、自分なりの対応の方法で、それもまた評価されても戸惑いがある」
7生活の規制が多く自立を強く勧める看護への疑問	自立ばかりを患者に勧める看護師の指導が理解できない	A氏「1年目の頃はね、自分の受け持の患者さん、夜間の尿失禁とかあって、明らかに私が勤務しているときにはこの回数が多い。それを先輩たちから『あんたが甘やかしているから』と言われ、何のことも全然分からない。何を甘やかしているのか分からない。患者さんがかわいそうだなと思って、みんなに甘えたいんじゃないのかな、と思って、私は見てたんですけど。それをみんなは甘やかして言ってるのかなと思って。その辺がちよっと分からなかった」
	生活の規制が多いことへの疑問	A氏「規則も覚えて、皆さんの対応ができるようにならないといけないんだな、って思った。でもどうして代理で買い物に行ったらいけないんだろう、と思った。閉鎖病棟なのに(患者さんは自由に買い物へ行けない)」
	患者を叱らずに看護できる方法があるのではという迷い	A氏「発達遅滞があって、話しはできるけれど、理解が乏しい方とか。叱っても、やっぱおもらしとかはするので、叱ってもいいものなのか。発達遅滞の方に対する対処法とか、そういうのもあったかな、と思う」
	患者に厳しく対応するという看護への疑問	A氏「プリセプターのナースもいるので相談はするけど、(モデルとしている)師長より対応に関しては厳しい。こんなに厳しくやったらどうかなと思う」

カテゴリ	サブカテゴリ	語り(一部抜粋)
8精神的安定のために侵襲性のある身体処置をすることへの疑問	精神的に安定するという理由で安易に侵襲的な身体処置をすることへの疑問	E氏「(身体的には)特にやらなくてもいい毎日の導尿が必要になり、残尿測定とかもやっていた。本人が『きついときはやってく下さい』っていうような医師の指示だった。本人は精神的なことを訴えてくる。『きついからやって』と。先輩たちは、精神的な理由でも導尿で安心感が得られているから、やってもいいんじゃないかという返事だったが、自分は、精神的なことはあるけれど、そのために、(身体的な)侵襲のある処置をするのはどうなのかなと思う。どれを優先すべきなのかなっていうのは、結局、自分にも分からないが」
	不十分な感染管理への嫌悪	E氏「導尿は、自己導尿のものをずっと使ってたので、感染的に自分はとても嫌だった」
9看護チームと看護を共有できないことへの困惑	看護チームで統一した看護が難しいことへの困惑	E氏「人それぞれ考え方が違うので難しい。例えば、一般科だと、痰がたまったら吸入すればいい、スクイージングすればいいという、答えがあるけど、こっちは、患者さんが落ち着かないときに、なぜ落ち着かないのだろうっていうのをいろんなところから考えないといけないし、すぐに答えが出るわけでもないことも多い。その答えにたどりついていくまでの行程は結局、1人ではできないからみんなの協力が必要だけど、それになかなか協力が得られない」
	看護チームがこれまでの看護を変更し難しいことへの困惑	E氏「一般科を経験していない先輩たちもいるので、ももとの考え方や知識のところでちょっと違うのだろう。一般科では正しいと言われていることが、ここでは『昔からそうじゃないからいいよ』と言われてしまう」
	自分が大切にしてきた看護を看護チームに認めてもらえない悔しさ	A氏「先輩に『甘えているから、介助しなくていい』と言われた。看護観とか価値観も違う。こんなに反対されて私が悪いのになって思ったりもする。今まで、一般科ではこんなことを考えたこともない」
10看護チームから取り残された孤立感	中堅でも新人扱いのため意思が通らない歯がゆさ	E氏「先輩達からしたら、まだ自分は来たばかりの人みたいなので、あんまり意見が通らないという感じがする」
	きつい気持ちを表出できないまま看護チームに取り残された孤立感	D氏「何もできないっていうのを言えないから。形にできないっていうか、それがきつかった。こんなことを聞いていいの、か、というのもあったのかも知れない」
11患者と向き合えない自分への戸惑い	患者と向き合えない自分への戸惑い	D氏「処置とか、するわけでもない状態で、患者と向き合ったときに、じっとしてられない自分がありましたね。あつちらOKでないと座れない状態で座って、誰か寄ってくるのを待つのは、とても怖かった。対応できるかなと思った」
	患者と関わらないと何も始まらない看護への気づき	D氏「5月ぐらいになると、チームで動く役割となり、またナースステーションでこもりがちになって、また注意を受ける。『こっちにいても何も始まらないよ』って言われた」
12精神科看護ができない自分と直面することで感じる焦り	精神科看護が分からない自分を責める	A氏「一般科から来て、自由なところから来て、この精神科も何も分からない状況で来たら、こういう私たちの考え方は、ちょっと迷惑なのではないかなと思う」
	精神科看護ができていない自分への焦り	C氏「一般科だと治療が優先されるから、精神的に関わらなくても元気になるし、バイタルも落ち着くし、やっている達成感みたいなのはある。精神科に来たら、精神がメインなので、関わり方一つ、一つが全て初めてなんだなって思った。それが一番、違う。今までやってきた一般科の看護の全てが精神科に来たら何も通用しない、ってとても思った」
	看護をしていると思えない苦しさ	B氏「新人だったら分からないから素直に聞けるはずだけど、教えて頂いていて、とてもありがたいが、それさえも分からない自分とか。急に全然違うところに来て仕事してるような、同じ看護をしているようには思えない」
	周りに合わせて動くだけの自分への戸惑い	D氏「自分だけ、チームから浮いてる。周りのケースとかを見ながら、動いてる。周りに合わせてる感じがする」
13経験のある看護師というプライドが邪魔する新人へのなりにくさ	経験があるというプライドが邪魔して新人になりきれない	D氏「頼ることができない。他の人をお願いするとか、できないというのが簡単に言えないことがあったような気がする。なんかこう張っていたような気がする」
	患者とスタッフから経験のある看護師として見られるきつき	D氏「看護経験があるので、患者さん、スタッフからも、私の看護師をしてきたという経験を図られてるように思う」
14一般科で確立した看護観を強みとする自負	確立した看護観があるので過ごしきれ	C氏「長い時間をかけて培った看護観に救われてるというか、立たせてもらっている。だからモチベーションも保てるし、過ごしきれ。辞めるといふのはない。それで支えられている」
	一般科の看護経験をもつ強みへの自負	C氏「みんな、他科を経験してきた人たちが、他科を看られるのが、身体合併症が看られるのが強みだからね、って(言ってもらえた。その通りだと思っている)」
15精神科看護を先輩の対応をモデルとして学ぼうとする意思	先輩の対応をモデルとして学ぼうとする姿勢をもつ	F氏「精神科に関しては自分は未熟というのが分かっているの、なるべく先輩たちの話を聞くようにしている。対応に毎回同じような結果が出るわけじゃない。答えが一つじゃないっていうので、場数を踏んでいかないといけないし、先輩たちの、『この人はこういう感じのときはこうしたら落ち着く』とかという、カルテにはないことがいっぱい聞けるので、困ったときは先輩に聞くのは一番早い」
	モデルとなる関わりや看護を外から見ることができないきつき	D氏「精神科看護って見えないところでやるのが多い。ひよんなところで一瞬とか、廊下のすれ違いとか、そういうのが最初は見えないので、それがきつかった」
16暴力に遭遇したことを受けとめられる強さ	暴力に遭遇したことを受けとめられる強さ	B氏「本当に、背後が怖くなった。私、新人だったら精神科を続けられなかったような気がする」
17経験をもとに自分から看護チームへ働きかける姿勢	経験をもとに必要だと判断した看護を試みる	C氏「患者さんの対応だけをすればいい終わることだってできるけど、そうではなくて自分たちでアセスメントをしたり、この患者さんにはこういうことが必要だよなって、こっちから関わっていかないと何も始まらないこともあるから。訴えるだけが全てじゃないし、観察しなきゃいけない。だから、そういうのをしなきゃいけないって理解すればするほど忙しくなるからそこまでモチベーションは下がらないので自分は大丈夫」
	看護技術の現任教育を担当する	F氏「急変時の対応とか、ICLSとか(経験のある看護技術について現任教育を担当している)」

6) 【新人ではないが故のベストな対応のわかりにくさ】

これは、これまで勤務していた診療科での豊かな経験がある中堅看護師で、新人ではないが故にかえってこれまでの経験が邪魔してベストな対応が分からず、葛藤を抱くため困難感を覚えたというカテゴリーである。

A氏は、「どれが当たっているかっていうのは、教科書にもないし、自分の看護がいいのか悪いのかは患者さんが決めるし、患者さんの様子を見れば分かるよっていうのも、今は聞いている。どういうふうに聞いていいのかも分からず、自分なりの対応の方法で、それもまた評価されても戸惑いがある」と語り、一般診療科での豊かな経験があるが故に、それが邪魔してしまい、かえって精神科看護におけるベストな対応が分からない難しさを感じていた。

7) 【生活の規制が多く自立を強く勧める看護への疑問】

これは、これまで勤務していた診療科では経験のしたことのない病棟での生活の規制や、自立を強く勧める看護へ疑問を抱いたというカテゴリーである。

A氏は、「規則も覚えて、皆さんの対応ができるようにならないといけないんだな、って思った。でもどうして代理で買い物に行ったらいけないんだろう、と思った。閉鎖病棟なのに（患者さんは自由に買い物へ行けない）」と語り、生活の規制が多いことの治療上の意味がわからず疑問を抱いていた。

8) 【精神的安定のために侵襲性のある身体処置をすることへの疑問】

これは、これまで勤務していた診療科では経験したことのない精神的安定のために侵襲性の高い身体処置をすることへ疑問を抱いたというカテゴリーである。

E氏は、「(身体的には) 特にやらなくてもいい毎日の導尿が必要になり、残尿測定とかもやっていた。『本人がきついときはやってください』っていうような医師の指示だった。本人は精神的なことを訴えてくる。『きついからやって』と。先輩たちは、精神的な理由でも導尿で安心感が得られているから、やってもいいんじゃないかという返事だったが、自分は精神的なことはあるけれど、そのために(身体的な) 侵襲のある処置をするのはどうなのかなと思う。どれを優先すべきなのかなっていうのは、結局自分にも分からないが」と語り、精神的安

定のために侵襲性のある身体処置をすることへの疑問を抱いていた。

9) 【看護チームと看護を共有できないことへの困惑】

これは、自分が大切にしてきた看護を看護チームに認めてもらえず、これまでの看護を変更することや看護チームで統一した看護を行うことが難しいことに困惑したというカテゴリーである。

A氏は、「先輩に『甘えているから、介助しなくていい』と言われた。看護観とか価値観も違う。こんなに反対されて私が悪いのかなって思ったりもする。今まで、一般科では、こんなことを考えたこともない」と語り、自分が大切にしてきた看護を看護チームに認めてもらえない悔しさを覚えていた。

10) 【看護チームから取り残された孤立感】

これは、中堅看護師であるのに、精神科では新人であり、何もできないという自分の気持ちを表出できず、看護チームから取り残された孤立感を抱くというカテゴリーである。

D氏は、「何もできないっていうのを言えないから。形にできないっていうか、それがきつかった。こんなことを聞いていいのか、というのもあったのかも知れない」と語り、中堅看護師であるが故にきつい気持ちを表出できないまま看護チームに取り残された孤立感を抱いていた。

11) 【患者と向き合えない自分への戸惑い】

これは、これまで一般科での看護経験があるにも関わらず精神科看護で患者と向き合うことができない自分へ戸惑いを抱いたというカテゴリーである。

D氏は、「処置とか、するわけでもない状態で、患者と向き合ったときに、じっとしてられない自分がいましたね。あっちからOKでないと座れない状態で座って、誰か寄ってくるのを待つのは、とても怖かった。対応できるかなと思った」と語り、これまでの経験では、処置を介してではあるにしても患者と関わっていたという自負があるが、精神科では患者と向き合えない自分がいることへの戸惑いを覚えていた。

12) 【精神科看護ができない自分と直面することで感じる焦り】

これは、精神科看護ができない自分と直面せざるを得ず、初めての体験を前にしてこれまでの看護が全て通用しない焦りや無力感等を抱いたというカテゴリーである。

C氏は、「一般科だと治療が優先されるから、精神的に関わらなくても（患者は）元気になるし、バイタルも落ち着くし、やっている達成感みたいなのはある。精神科に来たら、精神がメインなので、関わり方一つ、一つが全て初めてなんだなって思った。それが一番、違う。今までやってきた一般科の看護の全てが精神科に来たら何も通用しない、ってとても思った」と語り、精神科看護ができない焦りを感じていた。

13) 【経験のある看護師というプライドが邪魔する新人へのなりにくさ】

これは、他の診療科での経験があるが故に、プライドが邪魔して素直に精神科における新人になりきれないことと、新人のように何もできないにも関わらず患者やスタッフから経験のある看護師としてみられるというつらさを抱いたというカテゴリーである。

D氏は、「頼ることができない。他の人にお願いするとか、できないというのが簡単に言えないことがあったような気がする。なんかこう張っていたような気がする」と、新人と同じように周囲のスタッフを頼りたいという気持ちを持ちながら、経験がある看護師というプライドが邪魔して周囲のスタッフに頼ることができないつらさを語った。

14) 【一般科で確立した看護観を強みとする自負】

これは、これまで一般診療科での看護経験で培った看護観を支えにすることを、困難感を跳ね返す力（レジリエンス）にしているというカテゴリーである。

C氏は、「長い時間をかけて培った看護観に救われているというか、立たせてもらっている。だからモチベーションも保てるし、過ぎしきれ。辞めるというのはない。それで支えられている」と語り、これまでの看護経験の中で培った看護観を自分の強みとすることによって、精神科看護においても辞めることなく過ぎしきれていた。

15) 【精神科看護を先輩の対応をモデルとして学ぼうとする意思】

これは、先輩の関わりや看護をモデルとして学ぼうとする意思を持ち続けることで困難感から回復する力（レジリエンス）としているカテゴリーである。

F氏は、「精神科に関しては、自分は未熟というのが分かっているの、なるべく先輩たちの話を聞くようにしている。対応に毎回同じような結果が出るわけじゃない。答えが一つじゃないっていうので、場数を踏んでいかないといけないし、先輩たちの『この人はこういう感じのときはこうしたら落ち着く』とかという、カルテにはないことがいっぱい聞けるので、困ったときは先輩に聞くのは一番早い」と語り、精神科看護における難しい対応について、先輩看護師をモデルとして積極的に学ぼうとし続ける姿勢を持っていた。

16) 【暴力に遭遇したことを受けとめられる強さ】

これは、これまでの看護経験を通して、看護場面での暴力という衝撃的なことが生じても、その事実を受けとめ、精神科看護を継続する意思が保てる強さがあるというカテゴリーである。

B氏は、「(暴力に遭遇した後) 本当に、背後が怖くなった。私、新人だったら精神科を続けられなかったような気がする」と語り、初めて暴力に遭遇した衝撃や恐怖はあっても、中堅看護師であるが故に、その時の自分の気持ちを整理して受け止められる強さがあるために精神科看護を継続できていた。

17) 【経験をもとに自分から看護チームへ働きかける姿勢】

これは、これまでの経験を通して自分が必要だと考えた看護を試み、また経験を活かした教育を担当することで困難感から回復する力（レジリエンス）としているカテゴリーである。

C氏は、「患者さんの対応だけをしていれば終わることだってできるけど、そうではなくて自分たちでアセスメントをしたり、この患者さんにはこういうことが必要だよなって、こっちから関わっていかないと何にも始まらないこともあるから。訴えるだけが全てじゃないし、観察もしなきゃいけない。だから、そういうのをしなきゃいけないって理解すれ

ばするほど忙しくなるからそこまでモチベーションは下がらないので自分は大丈夫」と語り、経験から自分が必要だと考える看護を能動的に試みて看護チームに働きかけていこうとしていた。

IV. 考察

2段階の分析過程を経て、17のカテゴリーに集約されたカテゴリー間の関係性について、構造化を試みた。(図1)。

1. 初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスの構造

初めて精神科看護を経験した中堅看護師は、これまで勤務していた診療科では経験したことのない【精神科の患者の訴え方や反応に合わせられない戸惑い】、【精神症状のアセスメントの難しさ】、【精神科看護特有の治療的関わりのわかりにくさ】、【フィジカルアセスメントの経験が通用しない困惑】、【暴力に遭遇した際の対応のわからなさ】という困難感を抱いていた。

中堅看護師はこれまでの経験があるために【新人ではないが故のベストな対応のわかりにくさ】、【生活の規制が多く自立を強く勧める看護への疑問】、【精神的安定のために侵襲性のある身体処置をすることへの疑問】、【看護チームと看護を共有できないことへの困惑】、【看護チームから取り残された孤立感】という困

難感を抱き、【患者と向き合えない自分への戸惑い】を覚え、【精神科看護ができない自分と直面することで感じる焦り】、【経験のある看護師というプライドが邪魔する新人へのなりにくさ】という困難感を抱いていた。しかし、初めて精神科看護を経験した中堅看護師は【一般科で確立した看護観を強みとする自負】を中核に持ち、【精神科看護を先輩の対応をモデルとして学ぼうとする意思】と【暴力に遭遇したことを受けとめられる強さ】があり、【経験をもとに自分から看護チームに働きかける姿勢】で困難感を跳ね返していることが明らかになった。

2. 初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスの特徴と継続教育支援への示唆

Benner. P (2001) は「経験をしたことのない科の患者をみると、ケアの目標や手段に慣れていなければ、その実践は初心者レベル (Novice) だ」と述べている。

本研究において、初めて精神科看護を経験する中堅看護師は、精神科看護を先輩より学ぼうとする意思を持ち、これまでに培った看護観に支えられた能動的な看護実践をすることで困難感から回復する力 (レジリエンス) としていた。つまり、精神科における看護実践は初心者レベルであったとしても、中堅看護師が経験のない精神科のケアの目標や手段に慣れていく過程は、これまでの経験を基盤とした能動的な過程である

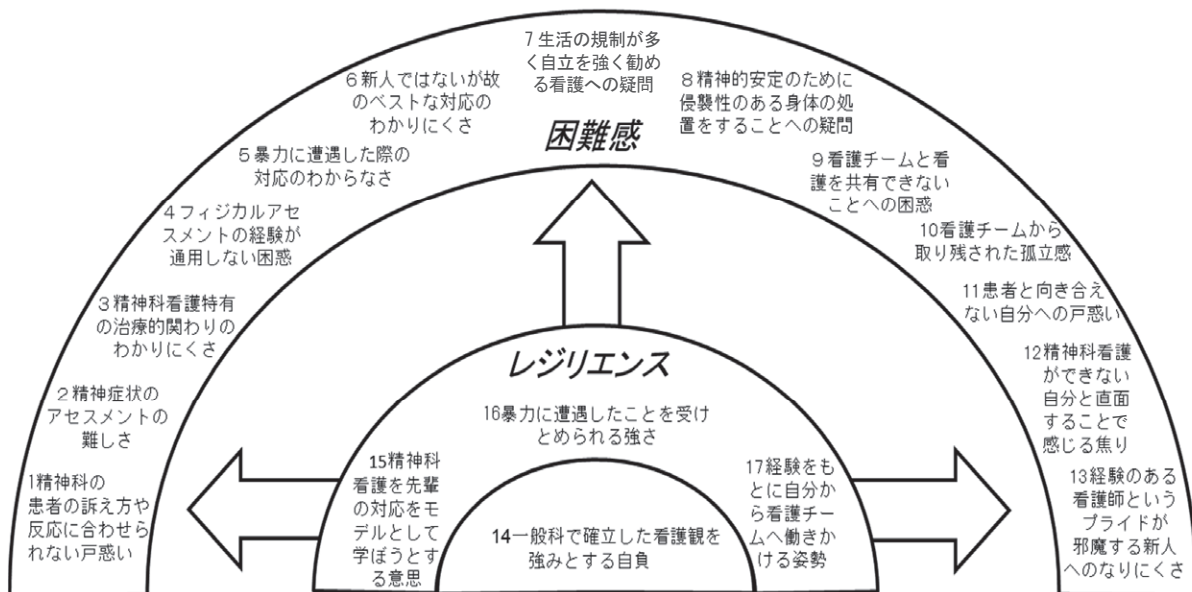


図1 初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスの構造

と考えられる。

西井他 (2015) は、就労経験の困難さを乗り越えた新人看護師のレジリエンスを報告しているが、【精神科看護を先輩の対応をモデルとして学ぼうとする意思】のみが類似した知見であった。そのため、本研究で見出すことができた【一般科で確立した看護観を強みとする自負】、【暴力に遭遇したことを受けとめられる強さ】、【経験をもとに自分から看護チームに働きかける姿勢】は、初めて精神科看護を経験した中堅看護師のレジリエンスの特徴であると考えられる。

前田他 (2011) は、他科から勤務異動した看護師が精神科看護に熟達する経験的プロセスにおいて、看護が承認される体験を通してやりがいや醍醐味を味わうことを報告している。また、須藤他 (2012) は、中堅看護師は、経験の少ない看護師と比較すると他者からの肯定的評価より、自分自身が達成感を感じられたときに働きがいを強く感じると報告している。これらのことから、中堅看護師はこれまでの経験で培った看護観を強みとする自負を持ち、他の診療科での看護と精神科看護を統合できる経験を持つことや、看護チームと協働でき周囲に承認される経験を持つことを通して、初めて精神科看護を経験した困難感を乗り越え、新たな看護観を培い、成長していくのではないかと考える。村瀬 (2012) は、精神科熟練看護師の看護観変遷のプロセスを認識の発展過程として捉えており、この変遷を駆動するエネルギーは、無意識に存在している看護経験を一旦、外在化して看護観として意識化し、その看護観に依拠して看護を実践することと述べている。本研究においても、初めて精神科看護を経験する過程で、中堅看護師としての看護観を意識化することができ、そのことを強みとして困難感を跳ね返す力としていることから、先行研究を裏付けると考える。

したがって、精神科における看護継続教育においては、特に、他診療科の経験が豊富な中堅看護師が異動等により入職してきた場合は、看護師のこれまでの経験を踏まえた個別性のある教育ニーズに対応した教育内容と支援が求められる (山根他, 2007)。精神科看護は客観的な数値データ等の指標では判別できない精神症状のアセスメントや個別性のあるセルフケアのアセスメント等、講義や自己学習では学びきれない経験知に基づいた看護実践内容が多く、専門性が高い。そのため、初めて精神科看護を経験した中堅看護師の成

長を視野に入れた継続教育では、これまでに培った看護観を強みとして看護実践を行う中堅看護師のレジリエンスを活かし、精神科看護の専門性について理解を促すことにより、他の診療科の看護と精神科看護の統合への支援を行うことができると考える。

本研究において、初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感が軽減することを目指した継続教育支援に向けて、困難感からのレジリエンス (回復力) を活用することの重要性が示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究協力者の性別に偏りがあることと、研究協力施設が1施設に限定されていることである。今後は、多様なサンプリングを行い、研究を継続していくことで、新たな知見が得られる可能性がある。

V. 結論

1. 初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感とレジリエンスが17カテゴリーに集約され、これらを構造化することができた。
2. 初めて精神科看護を経験した中堅看護師の困難感からの回復には、【一般科で確立した看護観を強みとする自負】を中核として、【精神科看護を先輩の対応をモデルとして学ぼうとする意思】、【経験をもとに自分から看護チームへ働きかける姿勢】、【暴力に遭遇したことを受けとめられる強さ】というレジリエンスが関係している。
3. 初めて精神科看護を経験した中堅看護師の継続教育では、これまでに培った看護観を強みとして看護実践を行う中堅看護師のレジリエンスを活用することが重要である。

利益相反：なし

謝辞

本研究を行うにあたり、ご理解とご協力を頂きました研究協力者のみなさま、研究協力施設のみなさまに心から感謝申し上げます。本研究は、沖縄県立看護大学学長奨励教育研究費の助成金を受け、実施したものである。本研究の一部は、第27回日本精神保健看護学会学術集会に発表した。

引用文献

- Benner, Patricia (2001) / 井部俊子 (2005). ベナー看護論新訳版 - 初心者から達人へ -. 東京: 医学書院.
- 加藤敏・八木剛平 (2009). レジリアンス - 現代精神医学の新しいパラダイム -. 東京: 金原出版
- 日下部祥子, 桑名行雄 (2013). 精神科新卒看護師が体験するジレンマとそれへの対処. 大阪府立大学看護学部紀要, 19 卷 1 号, pp21-29
- 前田和子, 三木明子 (2011). 他科から勤務異動した看護師が精神科看護に熟達する経験的プロセス. 日本精神保健看護学会誌, Vol.20, No.2, pp1-10
- 村瀬智子 (2012). 精神科熟練看護師の看護観変遷の構造分析 - A 氏のライフヒストリーに基づいて -. 近大姫路大学看護学部紀要, 第 5 卷, pp31-39
- 日本看護協会 (2016). 病院看護実態調査. <http://www.nurse.or.jp/> キャリナース 2017 年 9 月

30 日閲覧

- 日本精神科看護技術協会 (現 日本精神科看護協会) (2008). 会員基礎調査報告書. <http://www.jpna.jp/> 会員の方へ 2017 年 9 月 25 日閲覧
- 西井浩起, 濱田奈美, 大崎由美 (2015). 就労継続の困難さを乗り越えた新人看護師のレジリエンス. 第 45 回 (平成 26 年度) 日本看護学会論文集 看護教育 2015, pp274-277
- 須藤弘樹, 水越加代子, 西尾理絵, 粒崎ゆかり (2012). 精神科病棟に勤務する看護師の働きがい - 中堅看護師に焦点をあてて -. 第 24 回 (平成 23 年度) 日本看護学会論文集 精神看護 2012, pp280-283
- 山根美智子, 山本勝則 (2007). 精神科看護継続教育に関する研究の動向. 獨協医科大学看護学部紀要, Vol.1, pp1-12

Sense of Difficulties and Resilience of Mid-level Nurses experiencing Psychiatric Nursing for the First Time

OSHIMA Yasuko¹, MURASE Tomoko¹

¹Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to clear on the difficulties and resilience of mid-level nurses experiencing psychiatric nursing for the first time. The study has been designed as qualitative descriptive research. Semi-structured interviews were conducted with six mid-level nurses who had agreed to cooperate with the study and the data thus obtained subjected to qualitative analysis from the analytical perspective of “What are the difficulties encountered by mid-level nurses working in the field of psychiatric nursing for the first time?” and “What is the strength needed to overcome such difficulties?” The results were aggregated into seventeen categories through a two-stage analytical process. The outcome of analysis revealed that mid-level nurses experiencing psychiatric nursing for the first time encountered difficulties they had not experienced in the fields of diagnostic medicine in which they had previously been engaged, including **【difficulties in assessing the psychiatric condition of patients】**, **【bewilderment resulting from the irrelevance of physical assessment】** and **【difficulties in understanding the best approach even though they were not newcomers】** and, in spite of the fact they had experienced **【feelings of bewilderment in themselves of not being able to face patients】**, they overcame such difficulties by means such as **【their attitude of exerting influence on the nursing team from their own experiences】**, strengthened by **【confidence arising from the strengths rooted in the perspectives on nursing they had established in fields of general medicine】**

