

原著論文

# 精神科病棟看護師の自傷患者への陰性感情とその対処法

Psychiatric Ward Nurses' Methods of Dealing with Negative Emotions and Negative Emotions  
Caused by Involvement with Patients Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury

若杉慶嗣<sup>1)\*</sup>

松下年子<sup>2)</sup>

Keishi Wakasugi

Toshiko Matsushita

キーワード：精神科看護師，自傷患者，陰性感情，対処法

Key Words：psychiatric nurse, self-harming patient, negative emotions, coping skills

## 要旨

本研究の目的は、精神科の看護経験が長い看護師の自傷患者に抱いた陰性感情に対する対処法を明らかにすることである。精神科病棟勤務年数15年以上で、自傷患者へ関わったことのある看護師8名を対象にインタビュー調査を行った。その結果、精神科看護師は自傷患者との関わりで【自己の感情をコントロールする】【他者からのサポートを受ける】【患者の反応を理解する】という術を使って陰性感情に対処していた。【自己の感情をコントロールする】では、対象看護師は複雑な対人関係や対応困難な状況下においても、感情のバランスを保つために陰性感情を肯定的に捉え直していた。【他者からのサポートを受ける】では、陰性感情を抱く一方で、自傷患者をケアする支援者としての役割を果たしながら、看護チームで話し合い、他者からアドバイスを得ていた。また、精神看護専門看護師の共感的理解が精神的支柱となり、対象看護師は精神看護専門看護師の技術を自己の技術に取り入れて自傷患者との信頼関係を発展させていた。【患者の反応を理解する】では、患者が落ち着いている時間帯を見極め、患者に寄り添い、患者からの発言を引き出していた。苦痛な感情を解消するために自傷すると理解することで、陰性感情に対処しケアを推進していた。

## Abstract

This study aimed to identify the skills required for coping with negative emotions, which occur while caring for self-harming patients, among nurses with extensive psychiatric nursing experience. Interviews were conducted with eight psychiatric ward nurses, who had been involved in the care of self-harming patients and had more than 15 years of experience in the psychiatric ward. The interviewees dealt with these negative emotions using the following coping skills: controlling their own emotions, receiving support from others, and understanding the patient's reaction. With regard to "controlling one's emotions," the interviewees reported that they controlled their negative emotions to

Received: October, 19, 2021

Accepted: February, 14, 2022

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター

Yokohama City University Medical Center

2) 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻・医学部看護学科

Yokohama City University, Graduate School of Medicine Department of Nursing/School of Medicine Nursing Course

\* E-mail: wakasugi@yokohama-cu.ac.jp

maintain an emotional balance in complex relationships and situations where providing care was difficult. Regarding “receiving support from others,” they indicated that they discussed and obtained advice from the nursing team while playing the role of a supporter for self-harming patients. Additionally, the nurses incorporated the skills of Certified Nurse Specialists in Psychiatric Mental Health Nursing and developed a relationship of trust with self-harming patients. In “understanding the patient’s reaction,” the interviewed nurses stayed close to the patients when the latter were calm, eliciting statements from them. Nurses coped with negative emotions and promoted care by understanding the patient as indulging in self-harm to resolve painful feelings.

## I はじめに

自傷する患者は自殺行動につながるリスクが高く、自傷行為は自殺の危険因子の1つと言われている（松本, 2014; Keith et al., 2003; David et al., 2002）。高橋（2006）は精神科治療が施されないことで、自傷が繰り返されることを懸念しているが、Favazza（2009）も自傷が繰り返されて制御できなくなると、最終的には自殺へと傾斜することを警告している。鈴木ら（2003）と関根ら（2004）は、自傷患者は精神科治療を望まないことが多く、自傷を繰り返さないという治療契約を反故にするため、医療者側に対応困難感が残ると述べている。また、亀山ら（2016）は自傷患者に向けた精神的ケアは急務であるにもかかわらず、有効な手だてや適切な治療的対応は確立されておらず、精神科看護師は対応に窮することが多いと述べ、自傷患者に対する精神科看護師の陰性感情を指摘している。さらに亀山ら（2016）は、自傷患者に対する精神科看護師の感情反応は、自傷患者に提供するケアの質に影響を及ぼすと述べ、青木ら（2016）は、看護師は感情が揺さぶられることで自己コントロールに苦慮し、その後のケアで共感的に患者に関わることができないと述べている。なお、国外の研究においては、精神科看護師は自傷患者にアンビバレントや無力感、フラストレーションが生じることが多く（Margaret et al., 2002）、否定的感情を抱くと同時に対応困難感があると報告されている（Andrew et al., 2008）。また、看護師個人が抱いた陰性感情に病棟などの組織が着目せず、陰性感情を語り合う機会がないことは、病棟全体のケアの質に影響するという報告があり（亀山ら, 2016; 西山ら, 2015）、患者は提供されたケアに不満を持つという（Margaret et al., 2002）。

一方、香川ら（2013）は、熟練看護師の臨床判断の特徴として、複数の判断を同時に行い、複数の推論やケアの選択肢を持ち、ケアの効果を評価する傾向があり、患者を多面的に捉えると述べている。相反して、精神科の看護経験が浅い看護師は、直面している状況を過去に経験していない場合、どのように行動すべきか導いてもらう必要があり、そうした局面を客観視することが難しいという（井部ら, 2005）。したがって、上述したように陰性感情に直面しやすい自傷患者への対応において、熟練看護師は経験の浅い看護師よりもスムーズに対処している可能性がある。しかし、これまでの自傷患者に抱く陰性感情の対処法に焦点を当てた先行研究は、精神科臨床の経験年数を対象者の選

定で明確に設定しておらず、また精神科の看護経験が長い看護師を対象とした先行研究は見当たらない。自傷患者に抱いた陰性感情に対する、豊富な看護実践を蓄積した精神科看護師の対処法等を掌握することによって、今後、精神科病棟において自傷患者を受け持つ看護師の看護介入に貢献できると考える。

そこで本研究の目的は、自傷患者に抱いた陰性感情に対する、精神科の看護経験が長い看護師の対処法を明らかにすることとした。

## II 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的デザイン

### 2. 用語の定義

- 1) 自傷とは、自殺の意図なしに非致死性の予測を持って、故意に自らの身体に直接的な損傷を1度でも加えること、もしくは習慣的に繰り返す行為とした（松本, 2011）。
- 2) 陰性感情とは、自傷患者に対する疑念・諦め・失望・不快感などの否定的な感情とした（石井, 2016）。
- 3) 看護経験が長いとは、実践力や対応力を過去の経験から学び高めており、価値観や判断に基づいて選択決定ができる看護師としての経験年数の長さとした（池田ら, 2011）。
- 4) 豊富な看護実践を蓄積しているとは、患者の状況を多面的に捉え、複数の推論と選択肢を持ち合わせているとした（香川ら, 2013）。

### 3. 研究対象者の選定

関東圏にある精神科病院3施設で、自傷患者を日々の業務のなかで担当した経験がある看護師、または担当経験の有無に関わらず患者の自傷に遭遇し対応した経験がある看護師を対象とした。また、自傷に遭遇した場面やケア介入の場面を想起して語ってもらうために、そのエピソードがインタビュー時点で過去3年間に起きていることを要件とした。5年や10年も過去の出来事を語ってもらうことは記憶が鮮明ではないと考え、便宜上3年間の出来事とした。さらに、香川ら（2013）の熟練看護師の看護実践の研究と池田ら（2011）の研究、井部ら（2005）の達人レベルの視点を参照して、精神科病棟での看護師の経験年数が15年以上であることも要件とした。香川ら（2013）は熟練看護

師の定義を臨床経験が10年以上の看護師とし、池田ら(2011)は自己効力感が高値を示す臨床経験20年以上の看護師が、成功体験を蓄積するとともに実践力を高めると述べている。そして、井部ら(2005)はドレファスモデルの看護への適用で、経験年数という客観的数値では看護師の臨床判断や能力を把握することは困難という点から各段階の経験年数を明確に述べていないが、15年以上の臨床経験を持つ看護師の事例を紹介している。このように様々な年数の設定はあるものの、これら先行研究を勘案して、本研究では看護師の経験年数を15年以上と設定した。

精神科病院の管理者に、本研究の意向を十分に理解してもらった上で臨床経験が15年以上ある精神科病棟の看護師を推薦してもらった。研究協力の依頼に同意が得られた8名の看護師を対象とした。

#### 4. データ収集

データ収集期間は、2017年8月1日から9月30日であった。研究協力が同意が得られた研究対象者に対して、研究対象者が所属する施設内のプライバシーを保つことのできる個室にて、インタビューガイドを用いながら45分程度の半構造化面接を実施した。インタビューガイドの内容は、対応した自傷患者の生育歴や自傷の背景、自傷患者に抱いた感情、陰性感情にどのように対処したか、陰性感情を抱く自身をどのように思ったかであった。インタビュー内容は研究対象者の同意を得た上で、ICレコーダーに録音した。

#### 5. 分析方法

インタビューの録音で得られた内容を逐語録に起こし、研究対象者が自傷患者との関わりで生じた陰性感情の対処法を語っている部分を主の分析対象とした。

可能な限り研究対象者の言葉を使用してコード化した。その際、データの焦点化、単純化、要約のプロセスを経て、類似性や共通性に注意しながらコードを分類し、整理した。次に、類似したコードを集約してサブカテゴリーを抽出した。サブカテゴリーの抽象度を上げて、カテゴリーとして集約した。それぞれのカテゴリーにはその内容や性質を表すカテゴリー名をつけ(片山, 2016)、研究対象者が語った

関わりは人間の経験であるため、注意深く記述した。

各データを何度も読み込み、データの解釈が妥当であるかどうか、得られたデータは抽象度を上げて意味を損なわず真実を示しているかを検討した。これらのプロセスの各段階で精神看護学に精通した研究者からスーパービジョンを受けた。

#### 6. 倫理的配慮

研究の目的及び意義、研究方法の説明を、研究対象者に紙面に沿って口頭で行った。次に自傷患者に関連した内容について質問するため、面接中に気分の変調や不快な気持ちなどが生じる可能性があることを説明し、その際はいつでも面接を中止し、再開するか否かは研究対象者の意思を尊重することも説明した。さらに、研究に協力していただけない場合に不利益が生じないこと、研究に協力していただいた後でも、データを匿名化するまでは協力を辞退できることを説明し、同意撤回書の書面を手渡した。連絡先については、研究者の電話番号、メールアドレス、所属先の住所と電話番号を紙面に添えた。研究対象者が同意を撤回する可能性があった際の、研究者へ連絡する心理的負担を考え、本研究の分担者と本研究に大きくは関わらない第三者の連絡先も紙面に添えた。

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づいた倫理原則を遵守し、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成29年2月28日施行)」に従って実施した。また、横浜市立大学においてヒトゲノム・遺伝子研究等倫理委員会の承認(A170600010)を得た。研究対象者の権利を保護するために、文書を用いて口頭にて説明し同意を得た。

### Ⅲ 結果

#### 1. 研究対象者の基本属性

研究対象者は精神科病棟の女性看護師8名であった。年齢は30歳代から50歳代であり、看護師としての経験年数の平均は20.6年、精神科病棟の経験年数の平均は19.1年であった(表1)。なお、インタビューの平均時間は40分であった。

表1 研究対象者の基本属性

ID	年代	性別	看護師経験年数	精神科病棟での経験年数
A氏	30	女性	15	15
B氏	30	女性	16	16
C氏	40	女性	20	20
D氏	50	女性	15	15
E氏	40	女性	20	20
F氏	40	女性	19	19
G氏	50	女性	35	33
H氏	40	女性	25	15

## 2. 分析結果

分析の結果、3個のカテゴリーと11個のサブカテゴリーが抽出された(表2)。以下、カテゴリーごとの詳細を記述する。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、

コードは[ ]、語られた内容は「 」で示した。…は省略を意味し、補足説明が必要なところは( )、研究対象者名は《 》とした。

表2 自傷患者との関わりで生じる陰性感情の対処法

カテゴリー	コード
自己の感情をコントロールする	
物理的距離を伴う陰性感情の調整	陰性感情が大きくなる前に関わりをやめる 関わる人が多いと日々の担当から外れる調整をする
心理的距離の確保	もう一度関わる余裕がなくなった時は深く入り込まない 淡々と自傷後の処置を行う 陰性感情のことは考えないで蓋をする
陰性感情の回避は不可能と認識する	陰性感情が湧きやすいと自覚する
陰性感情を抱えることを肯定的に捉え直す	陰性感情を抱くことは関わっている証拠であると捉える
患者の行動化で生じた陰性感情を合理化する	陰性感情を抱くことは仕方がないと思う
他者からのサポートを受ける	
患者への陰性感情を同僚看護師と共有する	同僚看護師も陰性感情を持っていると理解する 陰性感情を吐き出す雰囲気づくりをする
多職種から助言を得る	統一した対応をするための治療の枠決めを検討する 疾患の説明や心理カウンセリングの内容を得る 自傷で死んだら寿命だと考えるようにと助言を得る
精神看護専門看護師の協力を依頼する	精神的支柱として精神看護専門看護師に話を聞いてもらう
患者の反応を理解する	
患者に関心を寄せる	患者の変化しない表情を考察する 落ち着いている時間帯に患者と気持ちを分かち合う 患者の楽しかった思い出を聞く つらくて苦しい経過があって行動化していると理解する
患者の健康的側面を理解する	患者の意外な一面や良い言動を知る 患者が退院後に送りたい人生があることを知る 患者が退院したいという気持ちに目を向ける
対処行動としての自傷を了解する	自傷するしかなかったと受け止める 自傷をやめさせるより自傷はするものだと考える

## 1) 【自己の感情をコントロールする】

本カテゴリーは〈物理的距離を伴う陰性感情の調整〉〈心理的距離の確保〉〈陰性感情の回避は不可能と認識する〉〈陰性感情を抱えることを肯定的に捉え直す〉〈患者の行動化で生じた陰性感情を合理化する〉の5つのサブカテゴリーから構成され、自傷患者との関わりで陰性感情が生じた際の精神科看護師の行動であった。

〈物理的距離を伴う陰性感情の調整〉は「陰性感情が大きくなる前に関わりをやめる」[関わる人が多いと日々の担当から外れる調整をする]で構成された。自傷患者に対して陰性感情を抱くことを自覚し、距離を置くなどの言葉で表現していた。看護師が連日受け持ちとならないように、自傷患者を担当から外す工夫をチームで行うことで、自傷患者への対応の機会を減らしていた。「あまりにもそういうの(関わり)が多いと、日々の担当から外れたりとかも調整はしました《H氏》」

〈心理的距離の確保〉は、「もう一度関わる余裕がなくなった時は深く入り込まない」[淡々と自傷後の処置を行う]「陰性感情のことは考えないで蓋をする」で構成された。自傷患者に対して関わりはするものの、感情に蓋をして心理的に距離を確保し、看護師自身の感情を抑圧していることが語られた。「私の思考に蓋をするっていうか、陰性感情のことは考えない。だから忘れるって変ですけど、蓋をする《D氏》」

〈陰性感情の回避は不可能と認識する〉は、「陰性感情が湧きやすいと自覚する」で構成された。陰性感情を抱かないように注意するのではなく、看護師自身が陰性感情の回避は不可能と認識していることについて語られた。「自分のなかでも落としどころを見つけていくというか《C氏》」

〈陰性感情を抱えることを肯定的に捉え直す〉は、「陰性感情を抱くことは関わっている証拠であると捉える」で構成された。陰性感情を抱くことは、患者と関わっているためであるという肯定的な体験として捉え直していることが語られた。「陰性感情を抱いたってことはそれなりに関わってきたっていうこともあるのかなってプラスに思う《A氏》」

〈患者の行動化で生じた陰性感情を合理化する〉は、「陰性感情を抱くことは仕方がないと思う」で構成された。自傷患者に対して陰性感情が生じた際に、自傷を繰り返す患者だから陰性感情を抱くことは仕方がないというように自身を納得させ、合理化していることが語られた。「反応されて、もっと(自傷)されるんじゃないかっていう気持ちが強かった。今は良いも悪いもやっぱり患者さんだからっていう気持ちが強い。自傷されても動揺しなくなったんですよ《B氏》」

## 2) 【他者からのサポートを受ける】

本カテゴリーは〈患者への陰性感情を同僚看護師と共有する〉〈多職種から助言を得る〉〈精神看護専門看護師の協

力を依頼する〉の3つのサブカテゴリーから構成され、精神科看護師が自己の感情をコントロールする過程において他者から受けたサポートであった。

〈患者への陰性感情を同僚看護師と共有する〉は、「同僚看護師も陰性感情を持っていると理解する」[陰性感情を吐き出す雰囲気づくりをする]で構成された。周囲の看護師も陰性感情を抱いていると知ること、1人だけ陰性感情を抱いているという思いを解消できていることが語られた。「いろいろな出来事があるんですけど、我慢しないでつらいことはやっぱりもう吐き出そうねっていうような雰囲気がある《G氏》」

〈多職種から助言を得る〉は、「統一した対応をするための治療の枠決めを検討する」[疾患の説明や心理カウンセリングの内容を得る]「自傷で死んだら寿命だと考えるようにと助言を得る」で構成された。対象看護師は患者の自傷がエスカレートして致命的な自傷となり、命を落とす危険性を危惧していたが、医師からの言葉で救済されている心情について語られた。「医師が何かあってもこの人(自傷患者)の寿命だって考えてくださいって。寿命?病気で死ぬわけじゃないけど、寿命って考えていいもんなんだって思った《H氏》」

〈精神看護専門看護師の協力を依頼する〉は、「精神的支柱として精神看護専門看護師に話を聞いてもらう」で構成された。精神看護専門看護師に話を聞いてもらうことが精神的支柱になっていることが語られた。「(精神看護専門看護師の)〇〇さんは看護師の精神的な支えみたいところが大きかったと思うんです《H氏》」

## 3) 【患者の反応を理解する】

本カテゴリーは〈患者に関心を寄せる〉〈患者の健康的側面を理解する〉〈対処行動としての自傷を理解する〉の3つのサブカテゴリーから構成され、患者との関わりで陰性感情が生じた際の、患者の反応を多面的に理解するという精神科看護師の行動であった。

〈患者に関心を寄せる〉は、「患者の変化しない表情を考察する」[落ち着いている時間帯に患者と気持ちを分かち合う]「患者の楽しかった思い出を聞く」[つらくて苦しい経過があって行動化していると理解する]で構成された。自傷患者の症状が安定している時間帯を選択し、患者に関心を寄せることで患者理解につなげていることが語られた。「常に自傷をしているわけではないので、落ち着いている時間帯に家に帰りたいよねっていう気持ちを分かち合います《E氏》」

〈患者の健康的側面を理解する〉は、「患者の意外な一面や良い言動を知る」[患者が退院後に送りたい人生があることを知る]「患者が退院したいという気持ちに目を向ける」で構成された。精神症状の揺れがあるなかで穏やかでいられる時には、退院後もQOLを保ちながら夢や希望を持った人生を送りたいと思っている患者に、看護師はこの

ままでいてほしいという期待感が湧き出ることについて語られた。「自傷している患者さんにも、人としての穏やかさとか切迫した感じがない時間帯があると、期待感がでてくるっていうか感情が変化します《E氏》」

〈対処行動としての自傷を了解する〉は、「自傷するしかなかったと受け止める」[自傷をやめさせるより自傷はするものだと考える]で構成された。自傷は仕方ないものだという思いはあつつも、自傷をやめさせることに意識を向けた一側面だけに留まらず、多面的に捉えた上で自傷はするものであり、症状の1つだという捉え方をしていることが語られた。「自傷は仕方がない。個性っていうのかな。その人の症状っていうふうに見ていこうって思ったかな《H氏》」

#### IV 考察

##### 1. 自傷患者への陰性感情とその対処法

###### 1) 陰性感情を軽減させる技術

否定的感情を患者に抱いた精神科看護師の体験の研究において浮舟ら（2014）は、否定的感情体験を経験した看護師が前向きな関わりに至るためには、状況を解釈し直すことが必要であると述べている。亀山ら（2016）の研究では、患者の自傷は陰性感情を惹起しやすいだけでなく、役立ち感を阻むなどの看護師の後ろ向きの感情を生み、批判的な態度をとった場合はケアの質にも悪影響を及ぼすとある。したがって、看護師が自らの感情に気づき、患者との関わりの中でその感情を適切に表現することが必要である（加藤ら, 2011）。本結果では、対象看護師のように長期に渡り看護実践を続けるには、自己の感情のバランスを保つ必要があり、自傷患者に〈陰性感情を抱えることを肯定的に捉え直す〉というサブカテゴリーが見出せたと考える。対象看護師はそれをもって精神科看護の専門性向上につなげていた。こうした感情体験を捉え直す技術は、香川ら（2013）が報告している熟練看護師の特徴の研究からも分かるように、豊富な看護実践を蓄積した精神科看護師の特徴と類似しており、本結果の〈陰性感情を抱えることを肯定的に捉え直す〉は、陰性感情への対処法であると考えられる。

次に、看護師が抱いた陰性感情への対処として、患者の病気によるものと認識する方法が報告されており（中山, 2005）、本研究でもそうした認識の有用性が示唆された。本結果の〈患者の行動化で生じた陰性感情を合理化する〉という対処法は、自傷行為を行動の障害、すなわち行動嗜癖と認識し、看護師が患者に否定的な感情が生じても仕方がないと正当化する機制といえよう。合理化とは、自身の行為を正当化するために社会的に承認されそうな自分の良心に反さないような理由づけをすることである（外林ら, 1981）。加藤ら（2011）も、否定的な感情が生じるのは患者の障害によるものであると認識し、自身を守るために感

情を抑えているとあり、本所見と類似している。不自由なく生活していた人が、突然重度の障害を負った状況であれば、身体的にケア介入の機会が多い看護師に暴言や拒否的な態度を向けることがある（加藤ら, 2011）。しかし、そこで生じた否定的な感情を抑えて対応することは看護師自身が自分を守るためにも、今後の関係性の発展のためにも仕方がないと理由づけしており、本結果と共通している部分も多いと考える。本結果の〈患者の行動化で生じた陰性感情を合理化する〉という対処法は、自分本位な対処ではなく、患者背景の理解と関係性の発展のためにも必要な、精神科看護師の技術であると考えられる。

###### 2) 他者からのサポートを受ける技術

石井（2016）は医師や看護チームで話し合い、他者の視点を取り入れることが感情の揺れ幅を軽減すると述べており、客観性のある意見は陰性感情に対処する働きがあることを示唆している。また、中山（2005）は多職種からのアドバイスを受けることが否定的感情を抱いた時の対処法になると述べている。そのため、〈多職種から助言を得る〉は【他者からのサポートを受ける】に含むと考える。対象看護師は自傷の遭遇やケア介入の際に陰性感情を抱く一方で、自傷患者にケアを提供する支援者としての役割を果たす。対象看護師はそうした心理的葛藤を抱きながら、石井（2016）や中山（2005）が報告しているように自身の実践場面について看護チームで話し合い、他者からアドバイスを得ることを意図的に行うことで陰性感情に対処していることから、同様の結果が本研究でも示されたと考える。一方で藤後ら（2012）が、看護師は患者に抱く陰性感情を看護師個人のレベルで処理するには限界があると述べ、Malcolmら（2009）は他者からのサポートの重要性について述べている。これらの先行研究のように、看護師が抱く陰性感情は個人で処理するより他者からサポートを受けて陰性感情を処理することの重要性が裏付けられていると考える。今回、本結果の〈多職種から助言を得る〉は、看護師個人での対処ではなく他者からのサポートを得る対処法であり、香川ら（2013）の熟練看護師の臨床判断の特徴にもあるように、複数の選択肢を持ち合わせている方が実践力は高いと考える。

次に〈精神看護専門看護師の協力を依頼する〉には、対象看護師自身が支援を受けながら陰性感情に対処するという意味であり、自発的に対象看護師が行動しサポートを得ていた。通常、精神的支援や支持的面談の過程にはコンサルタントからの共感的理解、受容、自己一致（野末ら, 2004）が含まれる。その支援の重要性を対象看護師も知っており、一人で対処せずに周囲からも協力を得ていたと考える。周囲からの支援については組織によって違いがあるものの、本結果では精神看護専門看護師の存在も大きかったと言えよう。すなわち、精神看護専門看護師は本結果から見出した精神的支柱であり、専門性を活かした高度実践

看護師である。精神的支柱である精神看護専門看護師は、コンサルティである対象看護師を共感的に理解する支援者（野末ら, 2004）であるが、Malcolmら（2009）は臨床現場のケア提供者である看護師も、患者と同様に支援を受ける必要があると述べている。コンサルティである対象看護師は、精神看護専門看護師から支援を受けたことによる精神面の修復、信頼関係のなかで生じる安心感を理解し、言わば精神看護専門看護師をロールモデルにしたのではないだろうか。Andrewら（2008）は質の高いスーパービジョンがあれば、否定的感情を探りながら患者と看護師の関係をより深く理解することができ、ケアの質にも反映されると述べている。精神科領域における共感的理解や信頼関係のプロセスはケアに相当するため、結果にもあるように精神看護専門看護師の支えは大きな要素であると考えられる。対象看護師は取り入れた精神看護専門看護師の技術を参考にして、自傷患者を共感的に理解し、信頼関係の発展を促進させたと考える。このように、対象看護師は他者のサポートを躊躇しないで受けることの必要性を理解し、自傷患者への陰性感情に対処していると考えられる。

### 3) 患者の反応を理解する技術

対象看護師は患者との対話を通して関心を寄せ、精神科看護の基本である対象理解を深めており、自傷という行動化も含めて共感的に理解するプロセスをたどっている。これまでに本研究の精神科看護師が陰性感情に対処した技術は、看護師が自身の感情をコントロールする対処や人的資源を活用する対処であった。【患者の反応を理解する】の〈患者に関心を寄せる〉は、対象理解を主軸とした対処法であると考えられる。看護師が自傷患者に抱いた陰性感情の抑圧だけで、自己の感情の揺れについて何事もなかったように振る舞うことは、一見その対応も技術であるかのように思えるが、これは関係の構築には至らないため患者を理解できない。自傷患者に対して生じる陰性感情を制御することができないと看護師が理解した上で、患者が落ち着いている時間帯を見極めコミュニケーションによる対人関係の構築を図ることが必要であり、そういった精神科看護師ほど患者に寄り添い、患者からの発言を引き出す傾向にあることが示された。対象看護師は自傷患者が落ち着いている時間帯に意図的に寄り添っており、そうした看護師を遠藤ら（2016）は、患者の道のりを共にする伴走者であると述べている。またDoyleら（2017）は、自傷の背景にある患者像を理解することは、看護師の態度に肯定的影響を与え、ケア提供の改善につながると述べている。すなわち、共感的な態度がケアを促進する可能性と自傷患者への陰性感情を軽減させる副次的効果があり（青木ら, 2017）、双方向にとって有益であると言える。

一方で、【患者の反応を理解する】の〈対処行動としての自傷を了解する〉ことは、突き放した関心ともいえる。自傷を了解するとは、患者が処理できない苦痛な感情を解

消するための手段としての自傷（L.Doyle et al., 2017）と判断することであり、自傷行為は症状そのものであるという認識である。突き放した関心とは、相手に共感しながら一定の距離を取るヒューマンサービス従事者が身につけるべき技能である（久保, 2011）。自傷は社会一般的に、自分自身の身体を傷つけ健康を損なうような理解しがたい行為や周囲の気を引くための行為としてのイメージと、社会で容認されがたい意味合いを含み、看護師も同様のイメージを持っていると考える。しかしながら、松本（2009）やDoyleら（2017）は自傷を周囲の気を引くための行為であることを疑問視しており、患者自身が持つ不快な感情を解消するための手段であると意味づけしている。自傷行為に関するケアにおける先行研究では、共感的に自傷患者に関わることは難しく（青木ら, 2016）、精神科看護師の陰性感情は、患者に対して批判的な態度となり、ケアの質にも悪影響を及ぼすとある（亀山ら, 2016）。これらは看護師がケアの過程で業務上のストレスを抱えながら、否定的な感情をコントロールすることが難しいためである（Andrew et al., 2008）。本研究で〈対処行動としての自傷を了解する〉が【患者の反応を理解する】というカテゴリーに含まれる理由は、自傷するのは仕方がないとした場合は自傷患者へのケアは停滞するが、患者理解を前提にした上で自傷を了解した場合は、ケアを推進することができるからである（青木ら, 2017）。看護師の感情コントロールのために患者の自傷を了解しては、自傷行為を助長しかねないリスクが孕んでいるといえよう。リスクが孕んでいることを認識して、患者が自傷する背景を理解することが精神科看護師には求められる。自傷は患者が周囲の関心を引くために望んで起こした行動の結果ではなく（L. Doyle et al., 2017）、コントロールできないところの痛みを、コントロールできる身体の痛みで置換した結果であり（松本, 2009）、身体的・精神的苦痛を伴う症状であると考えられる。そこで、精神科看護師は見捨てることと突き放した関心（久保, 2011）を混同することなく自傷後のケア提供を保証する必要があると考える。

### 2. 看護への示唆

精神科看護師は陰性感情やストレスを低減し、役立ち感を阻むのを防ごうとすることで、対象看護師のように精神科臨床で長期に渡り看護実践を行うことができる。自傷行為をする患者は他の患者と比較して対応が困難であるため、精神科看護師は関係性を築けるような技術を磨き続けると同時に、他者からの支援を受けることが重要である。患者が自傷する背景を精神科看護師として理解することが、患者とともに伴走する精神科看護師を明示でき、精神科病棟において自傷患者を共感的な態度で関わる看護師らへの手助けとなる。すなわち、本研究におけるような陰性感情の対処法の掌握こそが、自傷患者への看護介入に貢献できると考える。上述した知見を資料として、看護管理

者や本研究の対処法を用いる精神科看護師は、熟練段階にない看護師らに対して自傷患者に抱いた陰性感情を相談できる体制を構築する。話し手は語り共有される場が提供され、気持ちを整理することで、その後のケアの質が向上すると考える。

## V 研究の限界と今後の課題

今回、関東圏にある精神科病院3施設から選定した8名は全員が女性看護師であり、それぞれの年代や精神科病棟での勤務経験の相違による限界が生じた可能性がある。また、患者の背景や自傷の頻度は各施設において一様ではなく、対象看護師が受けるサポートも一様ではない。例えば、全ての対象看護師が精神看護専門看護師からの支援を受けているかについては不明であった。今後はさらに対象施設数を拡大し、看護師キャリアラダー等を含めた対象者の選定、多職種からのサポートの要件を検討する必要がある。

## VI 結論

自傷患者に抱いた陰性感情に対する、精神科の看護経験が長い看護師の対処法を明らかにすることを試みた。分析の結果、3個のカテゴリーと11個のサブカテゴリーが抽出され、【自己の感情をコントロールする】【他者からのサポートを受ける】【患者の反応を理解する】が豊富な看護実践を蓄積した精神科看護師の陰性感情の対処法として明らかとなった。

## 付記（学位論文や学会発表の一部など）

本研究は横浜市立大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程で提出した修士論文の一部に加筆・修正したものです。

## 謝辞

本研究は公益財団法人横浜学術教育振興財団の研究助成を受けて実施しました。調査に関わるすべての皆様に深く感謝申し上げます。

## 利益相反の有無

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者資格

KWは研究の着想、デザイン、データ収集、分析、論文執筆の全研究のプロセスに貢献した。TMはデータ分析、および研究全体への助言を行った。すべての著者は最終原稿を読み、承認した。

## 文献

Andrew R. T., Jane P, Angela C (2008). Community

psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17,153-161. Doi : 10.1111/j.1447-0349.2008.00533.x.

青木好美, 片山はるみ (2017). 救急業務に従事する看護師の自殺未遂患者に対するケア遂行の現状. *日看科会誌*, 37,55-64.

青木好美, 片山はるみ (2016). 自傷行為に対する反感態度尺度の日本語版の信頼性と妥当性. *日看科会誌*, 36,255-262.

David O, Judith H, Allan H (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of psychiatry*, 181,193-199. Doi : 10.1192/bjp.181.3.193.

遠藤淑美 (2016). 第4章 精神障害をもつ人と「患者－看護師」関係の構築. 岩崎弥生 (編), *新体系看護学全書 精神看護学2, 精神障害をもつ人の看護*. 第4版 (193-226). 東京: メヂカルフレンド社.

Favazza A.R. (2009). 第三部 自傷行為の鑑別診断と治療. 松本俊彦 (監訳), *自傷の文化精神医学 包囲された身体* (299-383). 東京: 金剛出版.

井部俊子 (監訳) (2005). 技術習得に関するドレファスモデルの看護への適用. 井村真澄, 上泉和子, 新妻浩三 (訳), *ベナー看護論 - 新訳版 - 初心者から達人へ* (11-32). 東京: 医学書院.

池田道智江, 平野真紀, 坂口美和, 森京子, 玉田章 (2011). 看護師のQOLと自己効力感が離職願望に及ぼす影響. *日看科会誌*, 31 (4), 46-54.

石井涼子 (2016). 自傷行為を繰り返す患者に対して抱く看護師の感情とその付き合い. *医財青溪会駒木野病看研録*, 2,2-10.

香川里美, 名越民江, 栗納由記子, 松岡美奈子, 南妙子 (2013). 長期入院統合失調症患者の退院支援に関する熟練看護師の看護実践のプロセス. *日看科会誌*, 33 (1), 61-70.

亀山麻衣子, 香月富士日 (2016). 自傷患者に対する精神科看護師の感情反応と情緒的態度との関連. *日精保健看会誌*, 25 (1), 29-37.

片山はるみ (2016). いろいろな研究デザイン, 質的記述的研究に取り組む. *産業ストレス研*, 23 (2), 173-177.

加藤隆子, 渡辺尚子, 堀内ふき (2011). 脊髄損傷患者の看護に関わる看護師の感情体験. *日看科会誌*, 31 (2), 60-68.

Keith H, Daniel Z, Rosamund W (2003). Suicide following deliberate self-harm, long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of psychiatry*, 182,537-542. Doi : 10.1192/bjp.182.6.537.

久保真人 (2011). 序章「突き放した関心」と「ワニの涙」, 久保真人 (編集), *朝倉実践心理学講座7. 感情マネジメ*

- ントと癒しの心理学 (1-2). 東京：朝倉書店.
- L. Doyle, A. Sheridan, M. P. Treacy (2017). Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 24,134-142. Doi : 10.1111/jpm.12360.
- Malcolm W, Hannah A. P(2009). Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37,293-309. Doi : 10.1017/S1352465809005268.
- Margaret M, Debra C, Wendy M, Charles F (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (5), 578-586. Doi : 10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x
- 松本俊彦 (2014). 自傷行為を繰り返す人たちとその家族への支援. *日アルコール関連問題会誌*, 16 (1), 159-161.
- 松本俊彦 (2011). 第1章自傷とは何か, アディクションとしての自傷「故意に自分の健康を害する」行動の精神病理 (1-12). 東京：星和書店.
- 松本俊彦 (2009). 第4章自傷行為が発言するメカニズム, 自傷行為の理解と援助「故意に自分の健康を害する」若者たち (63-65). 東京：日本評論社.
- 中山美枝子 (2005). 精神科看護師の患者とのかかわりのかなでの感情と対処行動 - 精神的健康をまもるための一考察 -. *日看会論集：精看*, 36,47-49.
- 西山弥希, 後藤泰子, 横山絵里, 藤木ひとみ (2015). A 病院精神科病棟看護師・准看護師の陰性感情とその対処. *防衛衛生学会看護研究集録*, 33,69-76.
- 野末聖香 (編著) (2004). *リエゾン精神看護*, 宇佐美しおり, 金子亜矢子, 早川昌子, 樋山光教, 福嶋好重, ... 若狭紅子, *リエゾン精神看護 - 患者ケアとナース支援のために* (1-26). 東京：医歯薬出版.
- 関根瑞保, 鈴木博子, 竹沢健司, 館野周, 朝山健太郎, 大久保善朗 (2004). 救命救急センターに搬送された自殺未遂症例の検討. *総病精医*, 16 (3), 257-263.
- 外林大作 (1981). 辻正三, 島津一夫, 能見義博 (編), *誠信心理学辞典* (143). 東京：誠信書房.
- 鈴木博子, 木村真人, 竹澤健司, 森隆夫, 黒澤尚, 遠藤俊吉, 山本保博 (2003). 自殺企図患者における精神科継続治療の重要性に関する検討. *日救急医会誌*, 14 (3), 145-152.
- 高橋祥友 (2006). 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント. 第2版 (3-4). 東京：医学書院.
- 藤後栄一, 村上康幸, 藤井重雄, 藤原健芳 (2012). 精神科看護において看護師が抱く陰性感情についての検討. *日精看会誌*, 55 (1), 448-449.
- 浮舟裕介, 田嶋長子 (2014). 否定的感情を抱いた患者への精神科看護師の体験. *日精看会誌*, 23 (2), 31-40.