

# 研究報告

## 急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセス

### The process of building patient-nurse relationships with acutely symptomatic psychiatric patients

竹渕由恵<sup>1)</sup> 関根 正<sup>1)</sup>

Yoshie Takebuchi Tadashi Sekine

キーワード：急性期症状、患者看護師関係、構築プロセス

Key words : acutely symptoms, patient-nurse relationships, process of building

#### 要旨

昨今の精神科医療では入院早期からリハビリテーションが重視されており、患者看護師関係の構築が必須となる。しかし、急性期症状を呈する精神疾患患者との関係構築に困難さを感じる看護師も多い。そこで、急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセスを明らかにすることを目的とした。

看護師11名を対象に半構造化面接を行い、修正版グランデッド・セオリー・アプローチで分析した結果、患者看護師関係の構築プロセスは、【患者との関係に難しさを感じ、患者と関わることや患者の回復に対する不安から、関わることに躊躇する】、【患者との接点を模索し、関わりを続ける】、【患者の変化を認識し、向き合う】、【患者の肯定的な側面を引き出す】のコアカテゴリから構成された。患者看護師関係の構築には、自己洞察を深める、疾患理解を深める、サポート体制の整備、患者の捉え方を共有し共通認識をもって関わることの必要性が示唆された。

#### I. 研究の背景

わが国の精神科医療施策は、2004年「精神保健医療福祉施策の改革ビジョン」によって「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられ、早期退院・社会参加を目指し、地域での生活を視野に入れた保健医療福祉の提供が求められるようになった。このため、精神科医療においては機能分化が推進され、精神科急性期医療に重点が置かれるようになり、入院期間の短縮化が進んでいる(福田、2015)。

急性期症状を呈する精神疾患患者への関わり方として、入院早期からリハビリテーションの視点

が重視され(小此木・深津・大野、2010)、精神症状の速やかな回復に向けて患者の回復プロセスに合わせた看護が重要(大山、2008)といわれている。そのため、入院早期より患者と関係を築きながら関わることを求められている(阪内、2003)。

しかし、急性期症状を呈する精神疾患患者は、意思疎通が不十分なこともあるため、関わるのが困難な状態(小此木ら、2010)であることも多く、看護師は関わることの困難さを感じている(松岡、1998)ことが報告されている。看護師が関わることの困難さを感じると、患者への恐怖感

1) 獨協医科大学看護学部 Dokkyo Medical University School of Nursing

や違和感、自責感などの陰性感情を抱く（松井、2009）ことが報告されている。

一方で、急性期症状を呈する精神疾患患者との関わりを通じて、関わることの困難さは軽減することも報告されている。清水（2012）は、関わる困難を体験していた時は自分を守り、患者を遠ざけていたが、患者を理解しようとする姿勢を持つことにより、新たな援助の姿勢を獲得していたことを報告している。また、関わりの困難さの軽減につながった要因として、患者の示す精神症状への理解の深まりや患者の治療意欲の確認、患者の真意を聴くこと（松井、2009）、患者の攻撃的な言動の根底にある思いに気づくこと（小宮、2005）、さらに、患者の視点から考え、患者本来の姿と区別すること（梶川、2014）、患者に対する認識の変化が生じていたこと（小宮、2005）（松井、2009）が報告されている。つまり、看護師が患者の言動の変化を捉えることは、急性期症状を呈する精神疾患患者と関わることの困難さを軽減することにつながり、関わり方の変化につながる可能性が示唆される。

精神科看護は、対人関係プロセスが重要（長谷川・藤枝、2012）といわれている。つまり、看護師の患者に対する捉え方や関わりは、患者看護師関係や患者の回復を左右することが示唆される。

急性期症状を呈する精神疾患患者の早期退院を目指す精神科急性期病棟では、精神症状の改善に対する治療と同時に、社会復帰を視野に入れた社会適応能力の改善を前提とした治療・リハビリテーションが必要である（小渡、2006）。そのため、入院早期から患者看護師関係の構築を意識して関わるのが重要となる。そこで、精神科急性期病棟に勤務している看護師が、急性期症状を呈する精神疾患患者をどのように捉え、どのように関わりながら患者看護師関係を築いているのかというプロセスを明らかにする必要があると考えた。

このことは、急性期症状を呈する精神疾患患者と患者看護師関係を構築するための示唆を得ることができると考える。

## II. 研究目的

急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセスを明らかにすること

## III. 本研究における用語の定義

### 1. 急性期症状を呈する精神疾患患者

入院の要因となる幻覚妄想（統合失調症）、幻視や異食（認知症）、躁状態、確認行為（強迫性障害）などの精神症状が前景化している精神疾患患者とする。

### 2. 患者看護師関係

患者のニーズを探索するために意図的に働きかけ、患者との相互作用を通じて問題解決を図ることを目的とした関係とする。

## IV. 対象・方法

### 1. 研究デザイン

因子探索型研究デザイン

### 2. 研究対象者

A 県内の精神科病院急性期病棟に勤務し、精神科勤務経験3年以上の看護師とした。

### 3. データ収集方法

インタビューガイドに基づく半構成的面接を行った。質問は、インタビューガイドに基づいて大まかな質問から始め、対象者の回答に応じて、適宜、具体的に質問をしていった。面接は、1回30分～60分とし、1人1回、調査施設内のプライバシーの保持できる個室にて実施した。

インタビューは、事前に研究対象者に許可を得て、フィールドノートへの記載とICレコーダーに録音した。また、属性として、年代、臨床経験年数、精神科経験年数、病棟カンファレンスの有無について記入を依頼した。

なお、インタビューガイドは以下の通りである。

1) 今日までに経験した急性期症状を呈する精神疾患患者と患者看護師関係を構築する中で、患者に対する捉え方や看護実践の変化した事例について

2) 今日までに経験した急性期症状を呈する精神疾患患者の入院時から患者看護師関係の構築までの関わりのプロセスについて

#### 4. 倫理的配慮

施設管理者には、研究説明書を用いて研究協力を口頭にて依頼した。対象者には、研究説明書を用いて、本研究の趣旨、同意の任意性と同意撤回の自由、倫理的配慮などについて口頭で説明した。研究協力の同意を得た後、同意書を交わした。

なお、本研究は、群馬大学医学部疫学研究に関する倫理審査委員会による審査を受け、承認を得た。(受付番号 27-7)

#### 5. 分析方法

データの分析は、修正版グランデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: 以下、M-GTA) を用いて分析した。データ分析過程において、分析テーマの設定、概念の生成、カテゴリを生成、コアカテゴリを生成する過程、結果図、ストーリーライン作成など、すべての分析過程において、質的研究に精通し、経験豊富な研究者数名からのスーパーバイズを受けて精度を高め、分析の妥当性を確保した。

### V. 結果

#### 1. 対象者の概要

対象者は、2施設に勤務する看護師11名であった。年代は、20代1名、30代3名、40代5名、50代2名であった。臨床経験年数の平均は14.9±8.6年、精神科臨床経験年数は11.9±6.9年であった。2施設とも病棟カンファレンスを設けていた。

面接時間は、43分～123分、平均72分であった。

#### 2. 分析結果

以下、【 】はコアカテゴリ、『 』はカテゴリ、〈 〉は概念を示す。

急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護

師関係の構築プロセスは、【患者との関係に難しさを感じ、患者と関わることや患者の回復に対する不安から、関わることに躊躇する】、【患者との接点を模索し、関わりを続ける】、【患者の変化を認識し、向き合う】、【患者の肯定的な側面を引き出す】の4つのコアカテゴリと7つのカテゴリ、24の概念から構成された。

#### 1) ストーリーライン (図1)

急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセスは、急性期症状を呈する精神疾患患者が入院し、受け持ち開始時の看護師は、【患者との関係に難しさを感じ、患者と関わることや患者の回復に対する不安から、関わることに躊躇する】中で関わりを行っていた。患者の治療が進むと、看護師は【患者との接点を模索し、関わりを続ける】ことを通じて、【患者の変化を認識し、向き合う】ことができるようになり、そして、【患者の肯定的な側面を引き出す】ことに至るプロセスであった。

以下にその詳細を述べる。

急性期症状を呈する精神疾患患者の受け持ち開始時は、妄想や幻聴などによる精神症状により易怒性や興奮などの〈衝動性の高い患者の様子をみることにより生じる否定的な感情〉、一方では、セルフケアレベルの低下や生命の危機にある患者に対して〈病状の思わしくない患者の様子をみることにより入院治療しても回復しない〉という2つの『患者に対する否定的な印象を持つ』ことから患者との関わりを始めていた。

〈衝動性の高い患者の様子をみることにより生じる否定的な感情〉を抱いた看護師は、患者への恐怖や嫌悪感が生じたため、〈個人的に近寄りたくない〉と思う一方で、看護師としての責務を感じ〈専門職として関わらなければならない感情〉を抱き葛藤していた。そのため、〈患者との関わり方への戸惑い〉を感じ、〈心理的距離をとる〉ことを行い、『人としての自分と専門職である自分との間で葛藤し、患者と一定の距離を置く』という関わりを行っていた。

( ) 概念 『』カテゴリ 【】コアカテゴリ

➡ 変化の方向 ▷ 時間 ◻ 出来事

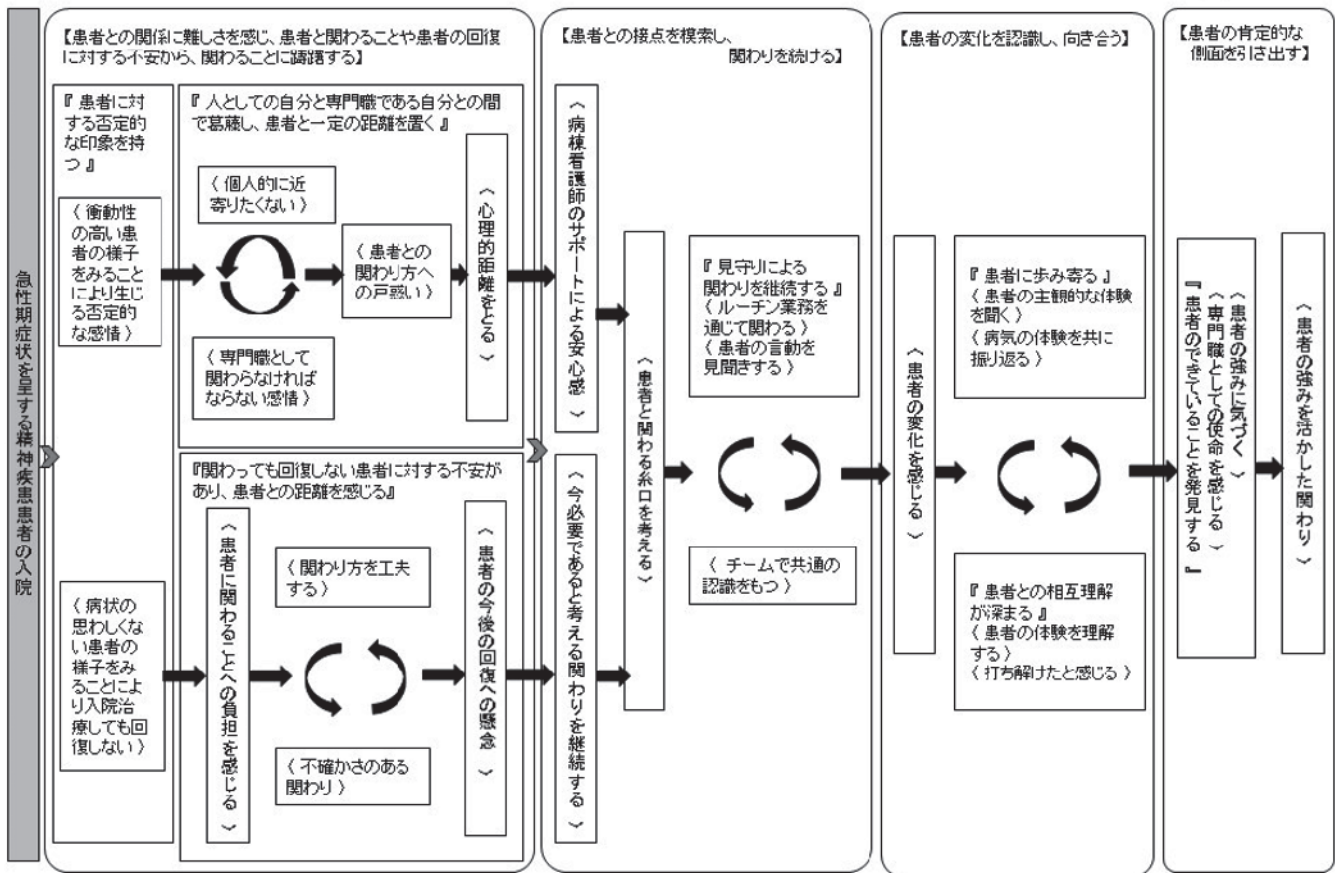


図1 急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセス

一方、病状の思わしくない患者の様子をみることにより入院治療しても回復しない」という印象を持った看護師は、〈患者に関わることへの負担を感じる〉中でも、患者への〈関わり方を工夫する〉が、患者の反応から〈不確かさのある関わり〉であると繰り返し思っていた。このことから、〈患者の今後の回復への懸念〉を感じ、『関わっても回復しない患者に対する不安があり、患者との距離を感じる』中での関わりを行っていた。急性期症状を呈する精神疾患患者の受け持ち開始時の看護師は、【患者との関係に難しさを感じ、患者と関わることや患者の回復に対する不安から、関わることに躊躇する】中での関わりを行っていた。

患者の治療が進み、患者との関わりを継続している中で、『人としての自分と専門職である自分との間で葛藤し、患者と一定の距離を置く』看護師は、〈病棟看護師のサポートによる安心感〉を感

じていた。また、『関わっても回復しない患者に対する不安があり、患者との距離を感じる』看護師は、〈今必要であると考え関わりを継続する〉ことをしていた。次第に、〈患者と関わる糸口を考える〉ようになっていた。そして、〈ルーチン業務を通じて関わる〉ことや〈患者の言動を見聞きする〉などの『見守りによる関わりを継続する』ことをしながら、〈チームで共通の認識を持つ〉ことを行い、【患者との接点を模索し、関わりを続ける】ことをしていた。

このような患者との関わりを継続により、看護師は〈患者の変化を感じる〉ようになっていた。患者の回復を感じた看護師は、〈患者の主観的な体験を聞く〉ことや〈病気の体験を共に振り返る〉ことなどをきっかけとして、『患者に歩み寄る』ことをしながら急性期の頃の患者の主観的な体験や患者の気持ちを聞き、〈患者の体験を理解する〉こ

とや患者の表出する言葉の内容を聞き〈打ち解けたと感じる〉ことを通じて『患者との相互理解が深まる』ということを通り過ぎていた。このことから【患者の変化を認識し、向き合う】ことができるようになっていった。

そして、〈専門職としての使命を感じる〉ことや〈患者の強みに気づく〉ことといった『患者のできていることを発見する』ことが、〈患者の強みを活かした関わり〉に至り、【患者の肯定的な側面を引き出す】ことに至っていた。

## VI. 考察

### 1. 急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセスの特徴

【患者との関係に難しさを感じ、患者と関わることや患者の回復に対する不安から、関わることに躊躇する】は、急性期症状を呈する精神疾患患者の言動や精神症状などの客観的な情報を捉え、感情で受け止めていたため、患者との関係に戸惑いを感じていた段階であった。

〈衝動性の高い患者の様子をみることにより生じる否定的な感情〉を認識した看護師は、患者への恐怖や嫌悪感が生じたため、〈個人的に近寄りたくない〉と思う一方で、看護師としての責務を感じ〈専門職として関わらなければならない感情〉を抱き葛藤していた。そのため、〈患者との関わり方への戸惑い〉を感じ、〈心理的距離をとる〉ことを行っていた。また、〈病状の思わしくない患者の様子をみることにより入院治療しても回復しない〉と認識していたことから、患者に対して〈関わることへの負担〉を感じながらも、〈関わり方を工夫する〉一方で、〈不確かさのある関わり〉も感じ、〈患者の今後の回復への懸念〉を抱いていた。松田ら（松田・小林・若島・東・福岡、2013）は、攻撃的な態度や関わりを拒否する患者に対して陰性感情を抱く一方で、「自分は看護師である」という信念との間で葛藤が生じることを報告している。このことから、看護師は、陰性感情を抱いた一方で、看護師である自分との間で葛藤していたと考える。また、患者との関わりが困難であると感じ

た看護師は、受け持ち看護師である責任感や急性期病棟の忙しさ、他の病棟看護師への配慮から、患者への関わりに関して一人で困難さを抱え、行き詰まりを感じていることが報告されている（早野・川崎、2015）。このことから、患者への関わり方に行き詰まりを感じ、患者に関わることへの負担感や患者の回復に対する不安を抱えていたために、関わることに躊躇していたと考えられた。さらに、患者と一定の距離をとることや患者との距離を感じるという患者との心理的距離に影響を与えていた。香月（2009）は、症状が重く不安定な患者との心理的距離として、看護師が防衛的に一定の距離を保ちコントロールしていることや、患者と心理的距離が遠いと感じる場合は患者のために必要な援助ができていない時と述べている。つまり、患者に関わることへの負担感や患者の回復に対する不安を感じている時は、患者との心理的距離の遠さを感じている。これらのことを踏まえると、看護師が患者と関わることに躊躇するのは、看護師としての責任感を感じ、患者との関わり方の糸口を探していたと考える。

【患者との接点を模索し、関わりを続ける】は、プロセスの中で患者との関わりを模索し、患者と向き合うために関わりを続けていた段階であった。この段階は、患者の回復を認識する基盤となった点で重要であった。

『人としての自分と専門職である自分との間で葛藤し、患者と一定の距離を置く』看護師は、〈病棟看護師のサポートによる安心感〉を感じていた。また、『関わっても回復しない患者に対する不安があり、患者との距離を感じる』看護師は、〈今必要であると考え関わりを継続する〉ことをしていた。次第に、〈患者と関わる糸口を考える〉ようになり、〈ルーチン業務を通じて関わる〉ことや〈患者の言動を見聞きする〉などの『見守りによる関わりを継続する』ことをしながら、〈チームで共通の認識を持つ〉ことを行った。患者と関わり続けることは、患者を理解するための行動につながる（田中・吉野・長谷川・長山・大江、2015）ことが報告されている。看護師は、病棟看護師によるサ

ポートや今必要であると自ら考えた関わりを続けたことにより、〈患者と関わる糸口を考える〉ようになったと考えられる。関わりを継続できた背景には、看護師の臨床経験による影響があったと考える。香月（2009）は、精神科臨床経験を重ねることにより、患者との心理的距離が近くなることや、患者と関わる時の違和感や不安が軽減されると述べている。今回の結果では、臨床経験による影響は明らかではなかったが、精神科臨床経験年数の長さは、患者との関わりにおいて不安を抱いた場合においても不安を軽減することができることから、看護師の臨床経験による影響が示唆された。そして、これらのことが看護師として患者と関わるための手がかりを考えることへの後押しになったと考える。

〈患者と関わる糸口を考える〉ようになった看護師は、服薬や病棟におけるレクリエーションへの誘導など日常的なルーチン業務を通じた関わり、患者の言動の観察などの『見守りによる関わりを継続』していた。楨本（2011）は、看護師がカルテなどの患者の情報や言動を見直す、病棟看護師からの情報収集、自分自身の感情を見つめ直すなどを通して関わりを継続し、患者に向き合うための準備をしていることを報告している。このことから、見守りにより関わりを継続していた看護師は、患者と向き合う準備をしていたと考える。

また、患者に対する関わりに関して、医師や病棟看護師などのチームで共通の認識を形成していたと考えられる。患者への関わりに関して共通の認識を持つことは、関わり方を明確にし、捉え直すことができるとともに、看護師の感情の変化につながる（小谷野・日下・熊地・高濱・坂山・宮本、2005）。すなわちチームで共通の認識を持つことにより、患者を捉え直すことが促進され、関わり方の行き詰まりを軽減することができ、看護師の感情にも変化をもたらすといえる。

【患者の変化を認識し、向き合う】は、患者看護師関係を築く上で、患者の変化に気づき、意図的に患者との心理的距離を縮めていく段階であった。

看護師は〈患者の変化を感じる〉ようになって

いた。患者の回復を感じた看護師は、〈患者の主観的な体験を聞く〉ことや〈病気の体験を共に振り返る〉ことなどをきっかけに『患者に歩み寄り』ことをしながら急性期症状を呈していた頃の主観的な体験や気持ちを聞くことで〈患者の体験を理解する〉ことや、表出する言葉の内容を聞くことで〈打ち解けたと感じる〉ことを通じて、『患者との相互理解が深まる』ということを繰り返していた。

看護師は、見守りによる関わりを継続することをしながら、チームで共通の認識を持つことを通じて、〈患者の回復を認識〉していた。松田ら（2013）は、関わりを継続する中で、攻撃的な態度や依存的な言動が減少するなど、患者の状態が良い方向へ変化すると、患者の言動は病状の悪さからきているものであったと捉え直しが可能になり、回復を感じることができると述べている。この段階に至るまでに看護師は、自分自身の感情を見直すことや患者を客観的に捉え見直すことを意識的に行っていた。このことが患者の回復を認識することに至り、患者の回復の認識は患者の病気を捉え直すきっかけになったと考える。

患者の回復を認識した看護師は、『患者に歩み寄り』ことをしていた。森（1999）は、患者のニーズを的確に把握し、患者にニーズを自覚してもらえるように話し合うことが重要であり、患者とじっくり話し合うことにより信頼関係が生じ、問題や目標を共有化できるようになると述べている。看護師は、〈患者の主観的な体験を聞く〉ことや〈病気の体験を共に振り返る〉ことを通じて、患者との心理的距離を意図的に縮めていたと考える。

そして、看護師は、患者に歩み寄るうちに〈患者の体験を理解〉し、患者と〈打ち解けたと感じる〉ようになり、『患者との相互理解』が深まっていった。香月（2009）は、看護師が患者に対して受容的な気持ちになるというような親密さを感じている時は、患者との心理的距離が近いと感じていることを報告している。このことから、看護師は、患者を理解し、患者から話される言葉の内容の変化を感じ、信用されることや心を通じ合わせる事が

できると、患者と相互理解を深め、心理的距離の近さを感じることができるようになったと考える。

以上のことから、患者看護師関係を築くためには、患者とじっくり話し、ニーズを的確に把握するために歩み寄りながら、主観的な体験を理解することで相互理解を深め、心理的距離を徐々に縮めていくことが重要であった。

【患者の肯定的な側面を引き出す】は、患者との関係を深め、程よい距離を保つ段階であった。【患者の変化を認識し、向き合う】ことができた看護師は、〈専門職としての使命を感じる〉ことや〈患者の強みに気づく〉こと〈患者の強みを活かした関わり〉といった『患者のできていることを発見する』ことを行っていた。

看護師は、患者の変化を認識し、患者に対する理解の深まりを感じるようになったことから、患者の肯定的な側面に気づくようになった。患者との相互理解の深まりを認識した看護師は、関わることへの動機づけが一層高まる(大見・浅野, 2004)。さらに、患者に対する理解を深めることは、患者の強みの発見にも発展する(岩井, 2009)。患者から主観的な体験などを聞き、病気の体験を共に振り返ったことから、患者との相互理解が深まったと認識できた看護師は、看護師として患者と関わることへの動機づけを高め、患者が本来持っている特性や努力している側面などの肯定的な部分である強みに気づくことができたといえる。

そして、患者の強みに気づいた看護師は、〈強みを活かした関わり〉を行っていた。これは、患者の強みであるストレングスに着目した関わり、換言すれば、リカバリー(野中, 2011)を視野に入れた関わりであった。リカバリーとは、どのような病や障害があっても自分らしさや日常生活、自分の人生を取り戻すことができるという考え方であり、症状や障害などの弱点に焦点をあてる医療的な視点ばかりではなく、望みや喜び、仕事などの患者のストレングス(強み)に着目する。榎本(2011)は、患者が回復の経過を辿ると【患者が自分で歩みだすために距離を置く行動】をとるようになることを報告している。これらのことを踏まえると、

この段階において看護師は、患者との関係を深めるとともに、患者の個性に応じた程よい距離を保ちながら関わっていたと考えられる。

## 2. 急性期症状を呈する精神疾患患者と患者看護師関係を構築するための示唆

急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセスは、看護師が患者との関わりに躊躇するも、患者との接点を模索し、関わりを続けることにより、患者の変化を認識し向き合い、患者の肯定的な側面を引き出すプロセスであった。急性期症状を呈する精神疾患患者と患者看護師関係を構築するための示唆を以下に示す。

【患者との関係に難しさを感じ、患者と関わることや患者の回復に対する不安から、関わることに躊躇する】では、看護師が自分の感情に向き合い、自己洞察を深めること、患者の疾患に関する理解を深めて対応方法を学習することの必要性が示唆された。

看護師が患者に対する否定的な感情を抱いた場合、自分自身の感情を意識化することが必要となる。精神科看護では、患者の示す精神症状あるいは抑制のきかない言動に対して、看護師は不合理な感情で反応し、その感情を抑制することにより、ルーチン業務や病棟業務に終始し、患者と積極的に関わる姿勢を欠落させることから、自己洞察が重要(羽山, 1994)といわれる。また、患者に対する看護師の感情は、患者看護師関係を検討する手がかりとなる(西本・神保, 1990)といわれる。つまり、看護師が自分自身の感情に向き合い、自己洞察を深めることは、患者を理解し、患者看護師関係を構築する上で重要といえる。看護師が自分自身の感情に向き合い、自己洞察を深めるためには、自分の感情を他者に話すことや否定的な感情について振り返ることにより、自分自身がどういう状況においてどのような感情を抱きやすいのかという自分の感情を客観的に捉え、自分の感情の特徴を冷静に把握する必要がある。したがって、看護師が自分の感情を常に意識するとともに、否定的な感情に直面した時には自分の感情の傾向を

振り返ることができれば、自己洞察を深めることができ、患者をより深く理解し、患者看護師関係の構築につながると考える。

また、患者の疾患に関する理解を深めて対応方法を学習するためには、勉強会などの学習の機会を設けることが有用である。浅野・芳野（2014）は、看護師のニーズに基づいた学習会を開催した結果、自信が高まり、知識不足からの不安が軽減したことを報告している。つまり、陰性感情を抱えている場合や患者の回復に対して不安を持っている場合は、疾患の理解を深め、対処方法を学習することにより、患者との関わりを継続することや感情の緩和につなげることができると考えられる。看護師の学習ニーズには、薬物療法をはじめ、精神疾患別の基本的理解と看護、幻覚や妄想や強迫行為などの症状別看護、特に急性期では暴力や攻撃性のリスクアセスメントと対応、早期介入技法のニーズが高い（白倉・武藤・川村、2011）。このような学習ニーズが高い理由として、患者の病態や症状別の看護という基本的な知識の獲得だけでなく、患者の病態や精神症状などの病態をこえて、患者との関わりに伴う感情に関する学習ニーズも含まれているためと考える。看護師の学習ニーズに応えるためには、看護師だけではなく、医師や薬剤師などの他の専門職も交え、理解を深めていくような学習の機会を設けることも必要であると考えられる。そして、このような看護師のニーズに基づいた学習より、患者の疾患に対する理解を深め、対処方法を得ることにつながると考えられる。

そして、患者の疾患に関する理解を深めると同時に対処方法を得ることは、充実した臨床経験を積むことにもつながると考える。医療は日々進化していることから、最新の知識に関する情報を得るなどの学習する機会を設け、対処方法を獲得することは、患者への関わりに対する安心感につながり、患者看護師関係を築くために必要と考える。

【患者との接点を模索し、関わりを続ける】では、病棟におけるサポート体制を整えること、患者に対する捉え方を共有し共通認識をもって関わるこ

との必要性が示唆された。

病棟におけるサポート体制として、患者に対して抱いた感情について話せる場を提供することが必要である。また、医師や看護師などのチームで患者の認識や関わり方に関して共通の認識を持つことが必要と考えられる。本研究対象者において、陰性感情を抱いていた一方で、看護師としての責任感を感じていたことが示唆されている。このことから、患者に対して抱いた感情を話すことに抵抗を感じ、その感情を抱えたまま辛い状況に陥る可能性があることも推測される。したがって、病棟におけるコミュニケーションを活発化し、サポート体制を整えていくことや、情報を共有し病棟というチームで共通の認識を持つことが必要と考える。チームで共通の認識を持つためには、病棟内における看護師以外の多職種を交えたカンファレンスを有効に活用することが必要である。上原・池田・當山（2014）は、精神科急性期病棟における多職種カンファレンスによって、同じ患者に対してそれぞれの職種が専門的視点から捉えて理解していたため、看護師の視野を広げる効果へつながったと述べている。つまり、多職種が協働する病棟というチームで患者に対する捉え方を検討することは、患者を様々な視点から捉え直す上で有効であり、広い視野から患者を捉えることが可能となることから、患者と関わり続ける上で重要であることが示唆される。

## VII. 結論

急性期症状を呈する精神疾患患者との患者看護師関係の構築プロセスは、急性期症状を呈する精神疾患患者が入院し、受け持ち開始時の看護師は、【患者との関係に難しさを感じ、患者と関わることや患者の回復に対する不安から、関わることに躊躇する】中で関わりを行っていた。患者の治療が進むと看護師は【患者との接点を模索し、関わりを続ける】ことを通じて、【患者の変化を認識し、向き合う】ことができるようになった。そして、【患者の肯定的な側面を引き出す】ことに至るものであった。



## VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、2施設の11名を対象とした。対象者は限定的であり、このことが結果に反映された可能性はある。今後、施設数や人数を増やし検討することが課題となる。

## 謝辞

本研究実施に当たり、面接調査に快くご協力いただきました研究対象者の皆様、データ収集に際し多大なるご支援をいただきました調査施設に心より感謝申し上げます。なお、本論文は、群馬大学大学院保健学研究科修士論文の一部に加筆・修正を加え、また、本研究の一部は、第47回日本看護学会－精神看護－学術集会で発表した。

本研究における利益相反は存在しない。

## 文献

浅野耕一, 芳野篤行 (2014). クロザピン治療導入病棟における精神科看護師のニーズに基づく学習会の効果. 日本精神科看護学術集会誌, 57(2), 102-105.

阪内英世 (2003). 特集最初がかんじん精神科急性期ケア 急性期看護を組み立てる 最初のかかわりがかんじん. 精神科看護, 30(8), 10-21.

福田祐典 (2015). 精神科入院制度はいかにあるべきか わが国における精神科入院患者の動態. 臨床精神医学, 44(3), 313-318.

長谷川浩, 藤枝知子訳 (2012). トラベルビー人間対人間の看護. 東京: 株式会社医学書院.

羽山由美子 (1994). 精神看護の特徴とその意義. 臨床看護, 20(6), 722-727.

早野恵子, 川崎隆一 (2015). 患者対応が困難な際に抱く看護師の感情とその乗り越え方に関する検討 - 精神科急性期病棟で勤務する看護師へのインタビューを基に -. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1), 414-415.

岩井和子 (2009). 治療から生活支援まで: 精神科医療従事者における患者との関わりの様相と

関係性. 精神科リハビリテーション誌, 13(2), 190-196.

梶川拓馬 (2014). 男性統合失調症患者より暴力を振るわれた女性看護師が認知する否定的感情から肯定的感情への経緯の分析. 日本精神保健看護学会誌, 23(2), 65-72.

鎌井みゆき (2004). 精神科病棟において看護師が患者に抱く陰性感情と看護チームのサポートについての分析. 福島県立医科大学看護学部紀要, 33-42.

香月富士日 (2009). 精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因. 日本看護研究学会誌, 32(1), 105-111.

小宮敬子 (2005). 看護師がケア場面で体験した否定的感情の様相に関する研究. お茶の水医学雑誌, 53(4), 77-96.

厚生労働省 (2004). 社会・援護局障害保健福祉部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/d1/tp0902-1a.pdf>.

小渡敬 (2006). 特集-いま求められる精神障害リハビリテーションII 精神科病院における精神科リハビリテーション. 精神科治療学, 21(2), 161-168.

小谷野康子, 日下和代, 熊地美枝, 高濱圭子, 板山稔, 宮本真己 (2005). 精神看護領域の事例検討会における事例提供という体験の構造. 日本精神保健看護学会誌, 14(1), 53-62.

槇本香 (2011). 「心理的距離」を意識したかかわり. 精神科看護, 38(9), 21-26.

松田恵梨, 小林貴美子, 若島靖一, 東真希, 福岡雅津子 (2013). 精神科看護師が陰性感情に向き合う方法. 日本精神科看護学術集会誌, 56(3), 237-241.

松井達也 (2009). 触法精神障がい者に対する看護師の感情面での経験. 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 114-120.

松岡順子 (1998). 精神科臨床における看護者の働きかけの困難さの認識に関する研究. 千葉看護学会誌, 4(2), 1-7.

- 森千鶴 (1999). 特集セラピューティックな患者 - 看護婦 (士) 関係 精神分裂病者の日常生活援助における患者-看護婦関係 - 治療的関係を中心に - . こころの看護学, 3 (2), 125-128.
- 西本香代子, 神保勝枝 (1990). 精神科における患者 - 看護者関係 - 転移・逆転移と看護上の問題 - . 臨床看護研究の進歩, 2.
- 野中猛 (2011). 図説リカバリー医療保健福祉のキーワード. 東京: 中央法規出版株式会社.
- 小此木啓吾, 深津千賀子, 大野裕 (2010). 改訂心の臨床家のための精神医学ハンドブック. 大阪: 株式会社創元社.
- 大見サキエ, 浅野香代子 (2004). 看護者に対する患者の自己開示 - 看護者の認識 - . Quality Nursing, 10 (12), 81-88.
- 大山明子 (2008). 精神科救急・急性期におけるケアの技①精神科急性期における回復のプロセスと段階に応じたケア. 精神科看護, 35 (7), 62-66.
- 清水健史 (2012). 精神科看護師が患者との関係において体験する困難の語りの分析 - 語りの意味づけに注目したアプローチ - . 日本ヒューマンケア科学会誌, 5 (1), 12-23.
- 白倉直樹, 武藤教志, 川村知奈美 (2011). 精神科看護師の教育やトレーニングのニーズ. 精神科看護, 38 (5), 48-54.
- 田中浩二, 吉野勝和, 長谷川雅美, 長山豊, 大江真人 (2015). 精神科看護師の患者看護師関係における共感体験. 日本看護科学学会誌, 35, 184-193.
- 上原勝子, 池田明子, 當山富士子 (2014). 精神科急性期治療病棟における看護師の患者の捉え方の変化 - 患者の<長所・強み>に焦点を当てたアセスメント検討会を通して - . 沖縄県立看護大学紀要, 15, 33-41.

### Abstract

In recent psychiatric care, rehabilitation is emphasized from the early stage of hospitalization, and building a patient-nurse relationship is essential. However, many nurses find it difficult to establish a relationship with psychiatric patients who present acute symptoms. Therefore, the purpose of this study was to clarify the process of building a patient-nurse relationship with psychiatric patients who present acute symptoms.

As a result of semi-structured interviews with 11 nurses and analysis using a modified version of the graded theory approach, the process of building the patient-nurse relationship was found to be as follows: [feeling difficulty in relating to the patient and hesitating to relate to the patient due to anxiety about relating to the patient and the patient's recovery], [seeking contact with the patient and continuing to relate to the patient] It consisted of the following core categories: [continue to engage with the patient], [recognize and confront changes in the patient], and [bring out the positive aspects of the patient]. To build a patient-nurse relationship, it was suggested that it is necessary to deepen self-insight, deepen understanding of the disease, develop a support system, and share and engage with a common understanding of how the patient is perceived.