

---

研究報告

---

## 精神科高齢者病棟で働く看護師の思い

岡田靖子

### Thought of Nurses Working in Geriatric Wards of Psychiatric Hospitals

Yasuko OKADA, RN, BS

#### 要 旨

本研究では、精神科病院における長期入院患者の高齢化の問題を看護の視点から考察するために、精神科高齢者病棟で働く看護師にインタビューを行い、語られている場面とその時の看護師の思いに焦点をあてて分析を行った。

その結果、退院するあてもなく、サポートになる家族もない患者ばかりが入院している病棟で、看護師は患者の境遇を最後の日まで共に耐え忍ぶしかすべがない状況にあること、日常生活の援助を通して患者とのかかわる中で、患者との同一化を通して、深刻な傷つきを体験していることが明らかになった。

その中で看護師は、患者と共に生き延びていくために、患者をかわいいと思ったり、患者像を膨らませたりするといった感情労働をしながら関わっていることがわかった。

#### Abstract

In this research, I conducted interviews with nurses working in geriatric wards of psychiatric hospitals to consider problems of aging patients who are staying for a long time in a psychiatric hospital from the viewpoint of nursing care, and performed an analysis focusing on the scenes they talk about and their thought at the time.

The result showed that nurses working in geriatric wards of psychiatric hospitals had been deeply hurt through identification with patients while supporting their daily lives.

It was revealed that nurses are providing emotional labour such as trying to adore patients and to improve patients image through the process so that they can live with the patients.

キーワード：精神科，高齢者，看護師，思い，感情労働

## I. 研究の動機と背景

厚生労働省の精神保健福祉資料によると、日本全国の精神科病院に在院している患者の中で、65歳以上の数は1988年の67,534人から2006年には140,061人と2倍以上に増加し、全在院患者の43.7%に上る。また、2006年の在院期間からみた65歳以上の入院患者の割合は、10年以上20年未満で全体の約35%、20年以上では全体の約44%を占めており、長期入院患者の高齢化の問題が浮かび上がっている(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部)。

入院患者の高齢化はさまざまな問題を引き起こす。藤野・張替・村松他(2004)は精神科病院の高齢化とともに合併症の罹患率が高くなっているという。また、長期入院患者の高齢化は、ADLの低下や身体合併症の問題だけでなく、長い入院生活の結果として個性や意欲が失われる施設病状態をさらに深刻なものにしている。

加藤・室伏・江波戸(2005)は、精神科高齢者病棟では排泄や移動の介助などにより看護師の業務にゆとりがなく、病棟規則やケアが看護師に合理的なように進められていること、病棟規則が患者のセルフケアに大きく影響し、患者の自立が阻害される可能性があることを指摘する一方、看護師は業務への負担や事故への不安を抱えながらも、患者のセルフケアを向上させたい、人権を尊重した看護をしたいという思いを抱いていることを看護師へのアンケートを通して明らかにしている。

筆者が働いていた精神科高齢者病棟は、自閉的で、関わりの糸口がつかめないうまに入院が長引き、年をとってしまった患者が多かった。個別的な関わりだけでなく、患者ミーティングなどの活動でも、患者からの訴えやサインを捉えていくことは難しく、無力感を味わうことが少なくなかった。まして、関わりを拒否しているように見える何人もの患者に、日に何度も食事や排泄の介助をするのは辛いことだった。今振り返ると、このような思いは知らず知らずのうちに、患者への態度や病棟の看護の仕方に表れていたのではないだろうか考える。

そこで本研究では、精神科高齢者病棟に勤務する看護師が、日々どのようなことを感じ、考えているのかを明らかにしたいと考えた。そして、そこでの看護の問題を明らかにすることで、看護の質の向上に資することができるのではないかと考えた。

## II. 研究目的

精神科病棟に勤務する看護師がどのような思いをもちながら働いているのかを明らかにし、精神科における患者の高齢化の問題を看護の視点から考察する。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

半構成的面接を用いた質的研究。

### 2. 用語の定義

本研究では、精神科高齢者病棟を「精神科病院に長期に入院し、高齢になった者の中からADLが低下している者を集中的にケアする目的で設置された病棟」と定義した。

### 3. 研究参加者と研究協力が得られた病院

面接に先立ち、研究に協力が得られた2か所の民間精神科病院の精神科高齢者病棟(以下高齢者病棟とする)3病棟で参加観察を行い、そこで研究参加者を募り、同意の得られた7名の看護師を研究参加者とした。その概要は表1に示した。

協力が得られた2施設は、病床数が400床を超える大規模な病院であった。病棟の概要は表2に示した。なお病棟Ⅱと病棟Ⅲは同一病院内にある別々の病棟である。

### 4. データ収集期間

2009年8月～2010年3月

### 5. データ収集方法

研究参加者の置かれた状況を体験的に理解するために病棟Ⅰで2日間、病棟Ⅱ・Ⅲで1日ずつ、

表1 研究参加者の概要

| 病棟  | 参加者 | 年齢  | 性別 | 精神科勤務年数 | 対象病棟の勤務年数          | 面接回数 |
|-----|-----|-----|----|---------|--------------------|------|
| 病棟Ⅰ | A   | 30代 | 男性 | 5年以上    | 2ヶ月                | 1    |
|     | B   | 40代 | 女性 | 5年以上    | 3年目                | 1    |
|     | C   | 40代 | 男性 | 20年以上   | 2ヶ月(以前に1年ほど勤務経験あり) | 1    |
| 病棟Ⅱ | D   | 40代 | 女性 | 25年以上   | 2年目                | 1    |
|     | E   | 20代 | 女性 | 5年以上    | 4年目                | 2    |
| 病棟Ⅲ | F   | 20代 | 女性 | 5年以上    | 4年目                | 2    |
|     | G   | 30代 | 男性 | 5年以上    | 4年目                | 1    |

表2 病棟の概要

|     | 病床数 | 患者平均年齢 | 看護体制 | 病棟の特徴  |
|-----|-----|--------|------|--|
| 病棟Ⅰ | 57床 | 73.6才  | 15:1 | 男女混合開放病棟. 車椅子等での移動がしやすいように、広々としたホールが設けられ、トイレや浴室も広く造られている。            |
| 病棟Ⅱ | 60床 | 73.0才  | 15:1 | 男女混合閉鎖病棟. 車椅子を使用する人向けに、水道やカウンターが低く造られていたり、トイレや浴室も広く造られている。認知症10床を含む。 |
| 病棟Ⅲ | 60床 | 72.6才  | 15:1 | 男女混合閉鎖病棟. 車椅子を使用する人向けに、水道やカウンターが低く造られていたり、トイレや浴室も広く造られている。           |

日勤帯の通常の看護業務を行うスタッフに同行し、その日の処置やケアを手伝いながら、病棟の様子と看護師がどのように患者に関わっているかを観察した。また、その日に体験した出来事を感じたことや考えたことを含めてフィールドノートに記載した。

その後、研究参加者に対し半構成的な面接を実施した。質問の内容は①精神科高齢者病棟に配属された時どう思ったか、②実際に勤務してみたの感想、③困っていること、④楽しいと思うこと、⑤印象に残っている体験など、自由に語ってもらった。面接は面会室で行い、同意を得てICレコーダーに録音した。面接の実施回数は1人につき1?2回で、面接時間は平均47分であった。

## 6. データ分析方法

録音データから逐語録を作成、フィールドノートのデータとも照らし合わせながら繰り返し読み、語られている場面ごとに、その時の思いに着目しながら整理した。データの分析、および解釈に関しては、研究指導者によるスーパービジョンを受け妥当性を確保した。

## 7. 倫理的配慮

研究参加者へは、研究の趣旨と方法、研究への参加は自由意志であることなどの倫理的配慮を文書および口頭で説明し、同意を得た上でインタビューを行った。また、話したくないことは話さなくてもよいこと、研究の途中での辞退も可能であり、それらによって不利益を被ることは一切ないことを伝えた。得られたデータは研究目的以外には用いることはなく、得られたすべての情報は匿名で扱い、漏洩することがないようデータは厳重に管理することを保証し、結果は本学の紀要に発表したいと考えていることを伝えた。本研究は日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認(第2009-36)を得た上で実施した。

## IV. 結 果

### 1. 高齢者病棟というところ

#### (1) よく似た高齢者病棟の印象

参加観察を行った病棟は、3病棟とも似たような印象の病棟であった。車椅子の患者が多く、ほとんどの患者に流涎、振戦、舌や頸部の捻転など抗精神病薬による錐体外路症状が著明に見

られた。周囲からの働きかけに関心を示すことなく、時には拒否的な態度をとる患者や、働きかけには応じるものの自分から訴えることがほとんどない患者が目立った。

病棟の1日もよく似ていた。食事の時間を中心に、午前・午後の補水とおやつ、大きく造られた浴室で一斉に行われる入浴介助、排泄の介助、病棟内での作業療法などが、ほぼ決められた時間に生まれ、看護師は1日に10?15人位の患者を受け持ち、決まったルーティン業務のほかに、更衣や洗面の介助、車椅子等への移乗などを行っていた。

しかし、日常生活の援助といっても、前述した錐体外路症状のせいで容易ではなかった。食事介助の際には、舌や口元の不随意運動のせいで、とろみをつけてスプーンで一さじ一さじ介助しなければならない患者も少なくなかった。また、体幹や四肢が捻転していて移乗や更衣が困難であったり、突進歩行での転倒に注意を払わなければいけない状況などがあった。

病棟には数人ほど、身体的な機能はかなり衰えて寝たきりになっている患者やイレウスや肺炎を併発している患者もおり、吸引、経管栄養、点滴などの処置も行われていた。参加観察をした病院には身体合併症を専門に扱う病棟はないのだが、身体疾患の治療が必要でも患者や家族がそれを望まず、慣れた環境で入院生活を送りたいという希望があった場合は転院せず、その病棟で入院を継続し、最期を看取るケースもあるという。

このように、病棟や病院は違っても、入院している患者の様子や看護の仕方はよく似ていて、際立った違いは見られなかった。

## (2) 高齢者病棟の患者の印象と他病棟との比較：精神科の歴史

面接に応じた研究参加者は全員精神科の勤務年数が5年以上あり、現在の病棟以外に急性期や慢性期の病棟などでの勤務経験をもっていた。そして、精神疾患をもつ高齢の患者については「祖父母と暮らしていたから」、「合併症病棟で見ていることがある」というように、特別な戸惑いや抵抗感、違和感などはあまり語られな

った。

この病棟への異動については、「訴え事も少ないし、全然静か」(Bさん)という参加者もいれば、「前にいた病棟は社会復帰推進病棟っていう感じで、(中略)正直ここに来てね、がっかりするわけですよ。社会に出られないんだから」(Cさん)という参加者もいた。

他にも、「この病棟はもう、亡くならない限りほぼ退院っていうのはないところ」(Aさん)というように、退院の望めない患者たちであることが淡々と語られた。

一方、Fさんは「病棟の患者さんは、病院慣れしていて、言い方悪いけど飼いなされちゃってるので、病院に順応してるんです」と話し、病院が施設病化した患者を作り出しているのではないかという反省や責任を以下のように語った。

精神科の今までの歴史ってあるじゃないですか。この病院の歴史もそう。いわゆる、施設のだったり、地域の受け皿になってきたみたいなのところ。そこでずっと入院してて、病院で生活してきた人に、今は変わったからよそへって言うのは、ちょっととは思いますがね。ずっと入院してきてて、家族とかいなくて、他にもっといい所がないというのであれば、ここで最後までって、責任っていうわけじゃないけど、思います。

## 2. 高齢者病棟での看護

### (1) 高齢化の進行と介護度の上昇：看るのも何か疲れてくる

高齢者病棟の中でも患者の高齢化に伴い看護師の介護度は高くなっていて、参加者からは、車椅子を使用する患者が増えてきたこと、患者が売店でおやつを選んでも、支払いや管理、買ったおやつを口に運ぶまでのほとんどを看護師が代行するようになっている状況や、おむつを使用している患者の数が増えている様子などが語られた。

介護量が増していく一方でマンパワーは増えず、業務の優先順位が検討され、業務改善の1つとしてケアが画一化されたり省略されたりしていた。たとえば、患者をつれて売店へ買い物

に行くという日課がなくなり、全員同じおやつを看護師が購入してきたり、売店が病棟に来て販売したりするようになった。

Eさんも、業務が多いため患者の話聞いてあげたくてもできない状況を話し、また、「否が応でも年とともに衰えていく。そういうのをやっばり見てると、精神症状は良くなっても身体的なものはいかんともしがたく」「どんどん介護度が上がってるんですよ、ここの病棟。もう、それを看るのも何か疲れてくるんですよ。なんかいつまで続くんだろう」と、高齢者病棟の独特のやりきれなさを語った。

#### (2) 余裕のなさ：楽しいことはそうそうない

どの病棟も精神科病棟らしく、「夏祭り」「ハロウィン」など季節ごとの行事や「お誕生日会」などがあり、看護師が関わっていた。Aさんは、「行事と一緒に行って、患者さんが喜んでるなとかあるといいんですけど」といい、院内の売店に行くだけでも1時間近くかかる事、夏祭りで患者が転倒したことなどを挙げ、「散歩にすら行くのも何人かで準備」が必要で「楽しいって普段の中でそうそうないですね。今辛いの方が多い」と語った。

楽しいはずのレクリエーションも、転倒などの事故の危険性や、人手がいること、時間がかかることなどで思うように楽しめない、そういった機会をもつことすら難しいというのである。

#### (3) 反応の乏しい患者：反応がないってすごい悲しい

Fさんは配薬や処置などで患者のベッドサイドをまわりながら、反応が乏しい患者にしつこく質問をしたり、ちょっかいを出しているときか見えないような行動をよくしていた。そのことをFさんは「本当に反応がなくて、でもすごい悲しいじゃないですか」といい、「(ちょっかいが)失礼じゃないか」と思う人もいるだろうが、「ちょっとでも刺激になれば」という思いで行っていると話した。

病棟Iでは患者とスタッフとで定期的に意見交換会を行っていたが、司会のCさんが何度か「何かないですか」と尋ねても患者からの意見

はなく、スタッフからのお知らせで終わってしまったことがあった。他の病棟で患者ミーティングの経験があるAさんは、「(ここでは)無理だと思う。意見っていうのはまず出てこないです。」と話し、拡声器まで使って懸命に患者に話しかけていたCさんも、意見が出てこない状況を「その段階はもう修行してますから。(中略)(意見交換会が)成立しないってことは理解してるから。そりゃあ、もう大丈夫だ」と語った。しかし、「修行」という言葉からは、反応がないことに無力感を抱きながらもそれに耐えることがいかに辛いことが伝わってきた。

#### (4) 患者は負担ではない：職員が楽しくやっていたら患者も楽しい

しかし、いつもスタッフが落ち込んでいるわけではなかった。ある日、入浴介助でCさんが患者を抱きかかえて浴槽からストレッチャーに移動させようとしたとき、患者が便失禁をしまった。筆者は一瞬戸惑ったが、その場はすぐに笑いに包まれて、まるで楽しいことがあったかのように過ぎ去った。その場面についてCさんは次のように語った。

そりゃあ排泄は臭うから嫌だけど、別に負担にはなってる。 (中略) 仕事っていうのは楽しくやるべきであって、職員が楽しくやれば、患者さんも楽しいわけです。あんな、お風呂場で排泄始めちゃった患者さん、はは。ほら出たよーとか言ってるさ、別に汚くも何ともないじゃん。もっと出せーって。あーいうのがすごく大事だと思いますね。

Dさんと検温に回っている際のこと、挨拶しても反応がなく、言葉かけにも不愉快そうにする患者に、「LOVE♡」と書かれたテープ剤が貼られていた。Dさんはその患者について、「昔は話もしないし、笑いもしない人だったんですよ。」と説明した。

Dさんは、無反応な患者や拒否的な患者に対して身の回りの世話をを行うことについては、「慣れ」といって困難などを話すことはなく、褥瘡があちこちに出来、「痛い」と叫び続けて

いる患者のことを「かわいい」と話した。Eさんも同様に、「患者さんはかわいらしいし。」と、徒労感や負担感はないといい、Fさんは「抱き合っている」ような介助の時は「一方的に親密感がわいている」と話した。Bさんは、患者と長期にわたって関わっていくうちに、「嫌な患者」も「好き」「かわいい」と思うようになったと述べた。

参加者は全体としての介護の煩雑さや量の多さを大変と語ることは多かったが、個々の患者への日常生活援助については、「慣れ」「親密感」、「患者はかわいい」といった理由をあげて、困難さを否定することが多かった。

#### (5) 分かりあうこと：やりがいの発見

高齢者病棟に勤務して間もないAさんは、初めの頃は、「何にも分からないんだろう」思っていた患者が、1～2年前はしゃべっていたという事を知り、自分から話しかけたら「うなづいた」といったやり取りを通して、「やりがい」が生まれ、接し方が変わったと話した。今ではその患者の事を「全部分かっているみたい」という。患者の能力に気づき、お互いに疎通がとれると感じられるようになったことが、Aさんの中に変化をもたらしていた。

Bさんは、患者との接し方の工夫として「家のこと、兄弟のこと、昔の仕事のこと、昔の病院のこと、もう長い方もいるから、そういう感じの話」をすることをあげ、そうすることが「楽しい」「癒される」と話した。

患者の昔の話をスタッフ同士で懐かしむように話していたFさんは、こうしてスタッフの中で語り継がれていくのだという。また、患者と昔の事を話すことについて「人の付き合いが長くなったりして嬉しいんじゃないか」と語った。つながりを感じられれば楽しくなるというのである。

#### (6) 患者を病棟が看取ること：現実に気づくと悲しい

Fさんと一緒に、ある長期入院の患者の一人と院内の売店に散歩に行った時のことである。途中で患者はベンチに腰掛けて、「前はよくこ

こに来たんです。売店でジュースを買ってそこに座りました。最後にもう一度来ることができてよかった」と言い、私たちに深々と頭を下げた。病棟に戻った後、Fさんは「最後だなんて言わないでって感じですよ」と話し、面接では、患者がスタッフに訴えを聞いてもらえない事を繰り返していくうちに、「あきらめて」いくのではないかと、そういったことに気づき「悲しい」と語った。

患者とともに昔を振り返ると、失ったものに気づかざるを得ない。しかも、失わせてしまったのは自分たちのせいではないかと思ひ、悲しさやうしろめたさを感じていた。

高齢の患者の今後を考えていく中で、死の問題は避けて通れないものである。そして、同時に疎遠な家族に対する思いが多く語られた。

Eさんは「死んだら連絡をくれればいい」という家族に「本当に何って思う」ときつい口調で話した。また、Cさんは「病院が引き受けているわけだから、家族が来なくなるのは当たり前」と言い、そういった状況を「仕方がない」「精神科の家族なんて想像を絶するような疎遠さですよ。葛藤は終了です。」と話した。

看護師は患者のサポートとなる家族がいかに少ないか、疎遠であるかに心を痛めていたが、怒りよりあきらめを強く感じているのであった。

Cさんは、退院させてほしいと訴えてくる患者について「退院できないけれども、中で楽しめようと。我々と一緒に、一緒に住んでいるような感覚みたいなわけで」と話し、患者が自分たちスタッフを家族代わりに思っしてほしいと願っているのだった。

Eさんも病棟で亡くなった患者の話から、「みんな最後まで看れて、がんばったよねって」「ここで看れて良かったねって」と患者を病棟で看取れたことについて満足感を語った。

## V. 考 察

### 1. 看護者が体験している傷つき

参加者が語ったように、高齢者病棟の患者は退院するあてもなく、サポートになる家族もない。亡くならない限り退院はないのである。

中井(1982)は、自身の患者の死を経験して次のように述べている。「彼の生涯の大半は、巨大精神病院(中略)で費やされた。この世に生を享けるまたと得がたき機会を、そのように費やされることは、やはり、言葉に尽くせない不幸である(p.164)」

病棟の中はこういった不幸な患者で満たされており、看護師は「退院支援」をするどころか、患者を諦めさせ、患者の境遇を最期の日まで共に耐え忍ぶしかすべがないのだった。そこには、「徒労感」「無力感」「悲しみ」「諦め」といった感情があった。これらの感情は、本来患者自身が抱いているであろうものである。看護師は、患者と同一化し、患者の感情をみずから抱え込んでいるのである。

苦しんでいる人に共感し、支えようとするときに、援助者側に自然におこる行動や感情を二次的外傷性ストレスという。援助者は、相手と同じような苦痛を経験することが多く、「共感疲労」「共感ストレス」とも呼ばれている(Stamm, 1999/2003)。

患者の背景には、これまでの精神科医療や病院の歴史があり、看護師は自分も医療者の一人として「責任」や「うしろめたさ」を感じていた。看護師は、患者の痛みに共感的に関わっている中で「共感ストレス」に曝されているのである。引き取り手のない高齢患者の最期は自分たちが看取らざるを得ないという状況のなかで示された満足感、最期まで看取ることを患者へのせめてもの償いのように感じていることの表れのように思われる。

一方、病棟には身体的にも社会的にも改善が望めないばかりか、拒絶的で関わりがなかなか持てない患者や、「飼いならされちゃってる」患者が多い中、看護師は彼らの反応を引き出そうと懸命に関わっていた。

反応が得られないことは「悲しみ」だけでなく、自己の「無力感」「空虚感」「無意味感」を引き起こすのである。介護問題の研究者である春日(2001)は、介護者が最も苦しむのは、先の見えない苦しさで自分の労働の意味を確認できない辛さであるという(pp.121-124)。Wolf(1988/2001)は自己心理学の立場から、そこで

起こるはずのことが起こらなかった場合、それに対する反応として「自己の断片化」が生じるが(p.27)、断片化していく自己の主観的体験は、自己評価の喪失と不安の点であまりにもつらいものと述べている(p.59)。

つまり、看護師は、患者からの反応が得られないために自分の労働の意味を見出せず、「自己の断片化」に日々苦しんでいるのである。看護師が「患者を構う」「ちょっかいを出す」とインタビューで表現していたような行為も、何とかして反応を得たいという思いからなのであろう。入浴介助の際に、患者が便失禁しただけであれだけ大笑いしたのも、その反応のタイミングゆえであり、しかも珍しく得られた反応が大便秘という、普通なら歓迎されないプレゼントであったことが、逆説的な笑いを引き起こしたもののと思われる。

## 2. 傷つきを乗り越えて患者と関わりつづけるための対処

看護師は、こうした状況を何とか生き延びようと、次のような対処をしていた。

(1) ネガティブな感情を抑え、ポジティブな感情を持つとする

出口(1999)は看護師が日常的に提供している清潔や食事、排泄といった日常生活行動の援助が、精神療法的な意味をもちうると述べている(p.146)。しかし、参加者たちからはそういった側面が語られず、「そういうのはない」と断言する参加者もいた。

生活援助が患者からの求めに応じて行われるのではなく、スタッフの都合や病棟スケジュールに沿って行われる事が多く、それに対する患者の反応も乏しいために、関わりの中に相互交流のプロセスが欠けているのである。

女性の参加者は全員、患者のことを「かわいい」と表現していた。四方田(2006)は、かわいいという言葉は触れたい、庇護してあげたいという欲求を引き起こすという(p.68)。ある種の「共感ストレス」といえるだろう。しかし、参加者が「かわいい」と表現したのは、嫌な患者や痛々しい患者、関わりにくい患者に対してケアを提供している場面であった。「かわいい」

から大丈夫、負担ではないという文脈でのことであった。

四方田はまた、「かわいい」と言われる側は「いかなる凡庸な物体でさえ、親密感に溢れた、好意的な表情をこちらに向けてくれることになる」(p,15)と述べている。患者を「かわいい」と思うことで、患者の持つ、嫌な、痛々しい、関わりにくいといった側面は追いやられ、看護師には援助をしたいという気持ちが湧いてくるようであった。同様に、「LOVE♡」と書かれたテープを患者に貼ったりすることも、看護師が患者を「かわいらしい」「愛すべき存在」と感じられるよう、親密感を醸し出すための工夫ともとれる。

看護師は、ネガティブな感情を抑え、少しでもポジティブな感情をもつように努力しながら、ケアを提供しつづけようとしていたが、「かわいい」存在にされた患者は、日常生活に必要な援助は受けられても、怒りや無関心、悲しみや辛さといった、「かわいい」にそぐわないような感情は看護師に受け取ってもらえず、取り扱ってもらえなくなってしまう。看護師もまた、悲惨な患者の現実に関心を痛めているという自覚がなくなる。ただ、機械的にケアするだけになってしまうのだ。

### (2) 自分の中にある患者像を豊かにしていく

表面的な親密感を示すだけでなく、患者の過去について話を聞いたり、カルテを読んだりすることによって、患者と何とかつながろうと努力している参加者もいた。出口(1999)は患者の生育歴や生活状況を把握し、「人となり」を知ることによって、患者に対する関心が高まり、心理的距離が縮まって、患者からのインパクトを受けやすくなると述べている(p.153)。

Bさんの場合も、「何にも分からない」と思い、つながりを感じられなかった患者のイメージが、昔の情報やちょっとした反応から「全部分かっているみたい」というようにBさんの中で変化したことで、やりがいを感じられるようになっていた。

しかし、カルテに書かれているのは、患者の生活史のほんの一部であり、中でも問題行動や

症状についての記載が多く、健康的な部分を書かれていることは少ないために、患者の全体像をイメージするのは難しい。それを補うのは、スタッフ同士のおしゃべりである。参加観察中にも、スタッフ同士で患者が元気だったころの話をしている場面や、アルバムを眺めている場面などがあつた。それは、申し送りやカンファレンスなどではない、休憩やちょっとしたおしゃべりの中で行われていることが多かった。

このようにして、現在の患者像が過去の患者像がつながることで目の前の患者のイメージが膨らんでくる。実際にケアをしている患者は反応も乏しく、先行きが見えない状態であっても、看護師は患者が元気だったころの話から可能性をもった人としての患者像を自分の中に創り上げ、その人物にむかってケアをしているのである。さらに自分とのつながりが少しでも感じられれば、患者と関わることも苦痛ではなく楽しみになるのである。

### (3) 「楽しく」仕事をする

入浴介助中の便失禁のエピソードのように、病棟が突然笑いに包まれることがあつた。患者を「かまったり」、「LOVE♡」と書いたテープを貼ったり、看護師たちは何とか仕事を楽しくしようと努めているように見えた。Cさんは、病棟管理者としての立場から、「楽しく」仕事をすることを繰り返し強調していた。なぜ、看護師は「楽しい」と感じることを、かくも求めるのだろうか。

Winnicott(1965/1977)は、母親が抑うつ状態にある子どもの場合、子どもは死んだ対象(母親)の役割に調子を合わせるか、そうでなかったら、死んだという先入観を打ち消すための活気を持たねばならなくなると述べている。それは、生きること、生きているようにみせること、生きていることを伝えようとするこのいずれでもあるという(p.235)。

Cさんは社会に出られない患者ばかりの病棟にがっかりし、語りかけても反応のない患者ミーティングに無力感を味わっていた。うつ的で死んだように反応の無い患者を目の前にした看護師は、うつ的な母親をもった子どものように、



無理にでも活気を持ち、「楽しく」しようとすることで、生き延びようとしているのである。

また、Wolin (1993/2002) は、ユーモアには重大なことを何でもないことにしてしまう力があり (p.194)、それはレジリエンスといわれる回復する力、苦難に耐えて自分自身を修復する力の1つであると述べている (p.13)。楽しいことはそうそうない病棟の生活の中で、無力感に押しつぶされそうになったとしても、ユーモアはつらい体験や無力感を吹き飛ばす力を持ち、そういった境遇に打ち勝つことができるという自信を与えてくれるのである。

しかし、ユーモアにも注意が必要である。入浴介助中の便失禁の場面では、Cさんは「便で汚れてしまった患者と自分」を笑い飛ばすことで、その場にいたスタッフや患者たちの中に一瞬生まれた緊張を吹き飛ばしていた。しかし、その場にいない人には「患者を笑い物にする看護師」ととられてしまう可能性もある。ユーモアは、その苦しい経験を自分では直接味わっていない人には恐ろしく響いてしまうのである (Ziv, 1987/1995, p.99)。

患者を「かわいい」と感じたり、ユーモアを発揮したりすることは、辛く苦しい体験を生き延びるために有効ではある。しかし、そうした対処法には、境遇そのものを変える力はない。こういった状況や境遇を直視し、周囲にその問題を発信していくことが孤立無援感に陥りがちな看護師にとっても、そして患者にとっても必要なことといえるだろう。

## VI. ま と め

本研究を通して、精神科高齢者病棟で働く看護師は、日常生活の援助を通して患者とかかわる中で、患者との同一化を通して、深刻な傷つき体験をしていることが明らかになった。その中で看護師は、患者と共に生き延びていくために、患者をかわいいと思ったり、患者像を膨らませたりするといった感情労働をしながら関わっていることがわかった。対象者の中には、このような状況に疲れ果て看護職をやめた人もいた。それだけ、これらの傷つきは深く、感情勞

働は過酷なのだとと言える。

近年、日本の精神科では、スーパー救急、医療観察法病棟、児童思春期治療といった目立つ課題が大きく取り上げられ、高齢者の問題はその規模が大きくなっているにも関わらず、取り扱われることが少ない。病院全体、精神科医療全体がこの問題を避けているとも感じられる。

精神科高齢者病棟で働く看護師が、患者の辛さや悲しさといった感情をも抱えていけるようになるには、まずは病院や社会が、病棟で起きている出来事に関心と理解を示し、抱えていこうとする姿勢を持つところから始める必要があるだろう。

また、本研究では参加者7名のみインタビューであり、一般化することには限界がある。今後は参加者を増やして分析を深めていくことが必要である。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快く研究に協力してくださいました皆様に心より感謝申し上げます。本研究は平成21年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を得て行いました。

## 文 献

- 出口禎子 (1999). 精神科看護における実践研究—日常生活行動の援助を通じてのアプローチ. 文憲堂.
- 藤野ヤヨイ・張替有美・村松公美子・藤野邦夫 (2004). 新潟県の精神科病棟における身体合併症治療状況に関する一考察. 新潟青陵大学紀要, 第4号, 195-207.
- 春日キスヨ (2001). 介護問題の社会学. 岩波書店.
- 加藤秀子・室伏公子・江波戸和子 (2005). 高齢者の人権を尊重することと病棟規則のあり方. 日本精神科看護学会誌, 48(2), 357-361.
- 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部「改革ビジョン研究ホームページ」事務局. 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ.  
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/>

- vision/data.htmlより、2010.8.11検索。
- 中井久夫. (1982). 精神科治療の覚書. 日本評論社.
- Stamm, H.B. (1999)／小西聖子・金田ユリ子訳 (2003). 二次的外傷性ストレス. 誠信書房.
- Winnicott, D.W. (1965)／牛島定信訳 (1977). 情緒発達の精神分析理論. 岩崎学術出版社.
- Wolf, E.S. (1988)／安村直己・角田豊訳 (2001). 自己心理学入門—コフート理論の実際. 金剛出版.
- Wolin, S.J. & Wolin, S. (1993)／奥野光・小森康永訳 (2002). サバイバーと心の回復力. 金剛出版.
- 四方田犬彦 (2006). 「かわいい」論. ちくま書房.
- Ziv, A. (1987)／高下保幸訳 (1995). ユーモアの心理学. 大修館書店.