A multi-layered examination of the understanding of verbal violence experienced by psychiatric nurses : Using the nurse's emotional experiences and responses as clues

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2023-03-31 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 松原, 渉, 畑, 吉節未, MATSUBARA, Wataru, HATA, Kiyomi メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.20608/00001196

総説

精神科看護師が体験する言葉の暴力に対する理解の多層的検討
― 看護師の感情体験と対応を手がかりにして ―

松原　渉[1)]　畑　吉節未[2)]

A multi-layered examination of the understanding of verbal violence experienced by psychiatric nurses
―Using the nurse's emotional experiences and responses as clues―

Wataru MATSUBARA[1)] and Kiyomi HATA[2)]

要旨

【目的】看護師の感情体験と対応を手がかりにして抽出した理解の枠組を多層的検討する。

【方法】半構成的インタビューによるデータ収集を行い、データ分析は修正型グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析手法を用いた。分析の視点である分析焦点者を看護師として、分析テーマを言葉の暴力を受けた看護師の感情体験と対応はどのようなものかとした。看護師側の受け取り方の分岐点と多層的観点から捉えた理解の枠組を作成する。

【結果】看護師側の受け取り方と「社会」「組織・状況」「個人」という立場からマトリクスを作成し、「社会的問題」「社会保障的立場」「矛盾関係の様子見」「医療専門職」「自己責任論」「自己犠牲的、献身」の6つの枠組を抽出し看護師が体験する言葉の暴力に対する理解の概要を多層的に可視化できた。

【結論】多層的検討することで看護師のもつ問題意識は「組織」で抱え込まず「社会」の人々と共有する必要性が示唆された。

キーワード：言葉の暴力、精神科看護師、感情体験、多層的検討

Abstract

【Purpose】 We will examine the framework of understanding extracted from nurses' emotional experiences and responses in a multilayered manner.

【Method】 Data were collected through semi-structured interviews, and data analysis was based on a modified grounded theory approach. The focus of the analysis, which is

1）神戸常盤大学短期大学部看護学科通信制課程　2）岐阜保健大学大学院看護学研究科災害看護学領域

the viewpoint of analysis, was the nurse, and the theme of the analysis was what the emotional experience and response of nurses who were verbally abused. Create a framework of understanding from a multilayered perspective and a turning point in how nurses receive it.

【Results】 We created a matrix from the standpoint of “society,” “organization and situation,” and “individual,” and visualized the outline of nurses’ understanding of verbal violence in a multilayered manner by extracting six frameworks: “social issues,” “social security standpoints,” “wait-and-see of contradictions,” “medical professionals,” “self-responsibility theory,” and “self-sacrifice and dedication.”

【Conclusion】 Through a multilayered study, it was suggested that nurses’ awareness of problems should be shared with people in “society” rather than in “organizations”.

Key words: Verbal Violence, Psychiatry Nurse, Emotional Experience, Multi-layered Examination

Ⅰ　はじめに

暴力が起こればその場にいるすべての人が被害者になるとして、松本ら[1]は“その場面を目撃した人、話を聞いただけの人にも強いトラウマ体験になる”と述べている。友田[2]は“暴言を浴びせられるという暴力を受けた看護職は、(中略)、周囲との関係に亀裂や問題が生じることもある”と述べている。田辺[3]は、精神科看護師が患者から受ける暴力の経験と報告内容を調査し、“暴力では言葉の暴力の割合が最も多いが、報告では言葉の暴力の割合が最も少ないという回答結果”であったと報告している。泉ら[4]は“言葉の暴力をストレスと認知する状況は、【言葉の暴力の許せなさ】【自己の体調不良】【患者への負の思い】”であると報告している。江部ら[5]は患者からの言葉の暴力によって傷ついた看護師の心のプロセスを抽出して《深い傷つき》《ネガティブな感情》《納得できないその場の対応》《傷つきの軽減》《蓄積するストレス》《新たな対応の模索》を報告している。松原ら[6]は、“言葉の暴力を受けた精神科看護師の文献レビューで、感情体験として【只中の衝撃的な感情】【その後に継続する不安定な感情】【自尊心を低下させる感情】【仕事意欲に影響を与える感情】【関係を修復したいという感情】”の５つのカテゴリーを抽出している。これらの報告より言葉の暴力は「関係性」と「感情」に影響を及ぼす問題であることがわかる。末安[7]は「関係」と「感情」について、“人間は関係のなかで生き、関係の発展とともに葛藤や挫折を経験しながら成長する。つまり、関係の中で「自己」がつくられていく”と述べている。言葉の暴力は患者を取り巻く人々・社会の関係のなかで起こる問題である。それゆえ、言葉の暴力問題に取り組む際には、関係性という観点からのアプローチが必要である。貴戸[8]は、“「関係性」は、「個人」と「社会」のあいだに生じるものであるため、(中略) どちらの説明でも漏れ落ちるものが出てきます”と述べている。

つまり、精神科の言葉の暴力については断片的な捉え方では全容を理解しにくく、極めて複雑で多層的な構造をもつものであると思える。これに関連して、精神科病院ではないが、豊岡ら[9]は“職場や学校での他者との関係、自分のありかたについてなど、社会や個人的な問題としての何らかの「生きづらさ」を抱えながら日々を送っている”と述べている。貴戸[10]は不登校からみる「関係的な

生きづらさ」について、“人が他者や集団につながるときにある局面で不可避に立ち現れてくる関係性の失調のようなもの”と述べている。そのなかで、貴戸[11]は、“「関係性のレベルで考える」とは、問題解決の責任を個人に負わせるのではなく、その個人を含みこむ「場」が担うものとして、問題を周囲の人びとで共有するということ”と指摘し、理解の枠組として「市場」と「社会」、「当事者」の立場と「生きづらさ」のタイプと掛け合わせて表示している。

これまで言葉の暴力問題に関する報告は実態調査やケア介入等、当事者中心の問題に限局されており、立場の違いによる問題の捉え方の違いを明らかにした報告が見当たらない。松原ら[12]は“言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する実態の分析”で「個人」と「組織」の立場から報告しているが、「社会」からの立場の報告は不十分である。

そこで、研究者らは貴戸の示す枠組に基づいて、「社会」「組織・状況」「個人」の立場と言葉の暴力を受けた看護師の葛藤のタイプと掛け合わせて6個のバリエーションを抽出し、ホリスティックに検討したい。それらを通して従来の「精神科看護師が体験する言葉の暴力に対する理解」を問い直したい。

Ⅱ　用語の操作的定義

「言葉の暴力」とは、本研究では、日本看護協会[13]の「保健医療福祉施設における暴力対策指針」－看護者のために－を基にして、「個人の尊厳や価値を暴言や罵声によって傷つけたり、おとしめたり、敬意の欠如を示す行為」とした。

「多層」とは、本研究では「個人」、「組織・状況」、「社会」という立場での3層が積み重なって関連しあっている構造であるとする。言葉の暴力問題は人間社会の関係性の問題であり「個人」だけでなく、「組織・状況」、「社会」にまで網の目のように問題が連鎖していると捉える。また、本研究における「多層」とは、言葉の暴力問題に関連する諸要素について、哲学的・歴史学的・社会学的・心理学的・看護学的な観点から考察の中で深める側面も含める。言葉の暴力問題は、患者・看護師・医師その他のスタッフ・家族・社会の関係とコミュニケーションのなかで生じている。それゆえ、言葉の暴力問題に対する研究では、関係性とコミュニケーションという観点からのアプローチが不可欠だからである。

「多層的検討」とは、本研究では暴言問題の捉え方は「個人」「組織・状況」「社会」のそれぞれの立場からどのように変化するのかを看護師のインタビュー調査で得たデータから読み解いて考察したものとする。

「感情体験」とは、本研究では、看護師個々が自分の言葉で研究者に語った通りの情緒的体験であると定義する。

Ⅲ　研究方法

1　研究デザインと研究協力者

研究デザインは、「言葉の暴力」（以下、暴言と略す）を受けた看護師の感情体験や対応という繊細な内的体験を扱うため質的研究とする。研究協力者はA精神科病院勤務の看護師12名とした。本研究は、インタビューを通して、たとえ仲間内であったとしても本音と建前があるなかでの研究者と研究協力者とのやりとりを素材とするため、社会的相互作用に関わる研究に適した方法であり、研究対象とする現象が感情体験や対応で、プロセス的性格をもつ場合に有効な方法とされる木下[14]の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下M-GTAと略す）を用いた。

2　データ収集方法

A精神科病院の看護部長に研究協力を依頼し同意された看護師の紹介を受けた。その後、研究者

が直接、研究協力を依頼し承諾の得られた看護師を研究協力者とした。プライベートが保持される個室で、インタビューガイドに沿ってインタビューした。半構造化面接で行った。承諾を得てICレコーダーに録音し、必要時にメモをとる許可を得て、逐語録にした。インタビューガイドは表1の通りである。

3　分析方法

データ分析は、木下[15]によるM-GTAの方法論に沿って行った。まず、分析の視点である分析焦点者を「暴言を受けた経験のある現役の精神科看護師」とした。次に、データの切り口である分析テーマを「暴言を受けた看護師の感情体験と対応はどのようなものか」とした。次に、分析焦点者と分析テーマに照らして、それに関連あるデータに着目し、それをひとつの具体例として他の場合も説明できそうな概念を生成した。この時、概念の対極例も検討することで解釈が恣意的になることを回避した。また、「感情体験と対応」だけでなく、暴言を受けた看護師のそれ以外のエピソードについても、複合的に相互作用として成り立つ「感情体験と対応」もあるため、逐語録から抽出し分析した。次いで、概念間の関係性を検討し、意味のまとまりや違い、関係性を考慮してカテゴリー、またはサブカテゴリーを生成した。その後、概念やカテゴリーの関係性を検討して結果の関連図を表し、関連図を文章で表すストーリーラインを作成した。

4　倫理的配慮

本研究は、神戸常盤大学短期大学部倫理委員会の承認（承認番号17-07）と、A精神科病院看護部長の承諾を得て行った。また、研究協力者全員に対して、インタビュー前に書面と口頭で同意を得た。対象に対しては、本研究の目的、個人が特定されることはないこと、インタビューの依頼の拒否を含め、依頼する。対象者に対して文書を用いて説明し、心理的負担がかからないように配慮を行い、拒否しても何ら不利益のないこと、記録物は厳重に取扱い、論文作成後は断裁処理をする旨を説明し、同意を得た。研究終了後は関係学会等に発表・投稿する了解を得た。

表1　インタビューガイド

- 過去に患者からの暴言や罵声を受けたのはどのような状況でしたか。
- 患者に対してどのような感情や、思いを抱きましたか？
- この時、どのような対応をしましたか？
- 感情はその後どうなりましたか？
- 暴言や罵声は続きましたか。
- どのように思い、どのように対応しましたか。
- 患者から暴言や罵声を受けた時に、許容できる状況と許容しがたい状況にはどのような違いがありますか。
- 暴言は「言葉の暴力」だと思いますか。
- 繰り返される暴言や罵声と患者の権利擁護のはざまで、どのようなジレンマがありますか
- 精神科病院に就職した理由、自らの希望ですか。
- 精神科勤務の中で何かジレンマがありますか。
- 精神科の将来像で何か期待することがありますか。
- 精神科看護のやりがいは何ですか。今後も精神科看護を続けたいですか。

Ⅳ　結果

1　研究協力者の概要

研究協力者は12名の看護師で年代は30代～60代、男女比は6：6、精神科看護経験年数は3年から28年であった。インタビュー時間の平均は一人当たり約50分であった。

2　ストーリーラインと結果の関連図

分析の結果、1つのコアとなる概念と9個のカテゴリー、30個のサブカテゴリーが生成された。

生成されたカテゴリーとサブカテゴリーの概要は表2、表3、表4、表5、表6、表7に示した。

以下、コアとなる概念は『　』、カテゴリーは＜　＞、サブカテゴリーは【　】で示す。生成されたカテゴリーとサブカテゴリーを用いた「暴言を受けた看護師の感情体験と対応の関連図」を図1に示した。

1）ストーリーライン

精神科看護師は、『私は何のためにここに来ているのか』という自問自答を抱きながら勤務している。これは、彼らが看護学生時代から刷り込まれた使命感であり、常に人間が問う自己の存在の意味づけである。スタート地点の精神科看護師の**＜志望動機＞**においては大きく、**【労働・環境条件の好ましさ】**で入職する看護師と**【精神科看護への志】**で入職したという看護師の2つのタイプに分類された。**【労働・環境条件の好ましさ】**で入職した看護師は、予め**【危険覚悟の仕事】**として暴力・暴言は*「入職前よりある程度、覚悟して勤務している」*と心構えを語った。また、暴言が常態化している慢性期病棟では、先輩看護師から感情的にならずに受けて流す術を教わり、**【病棟文化】**として伝承している側面もみられた。特に男性看護師は患者に対して感情的に対応してはいけないという共通認識があるものと思われる。**【自己の体調】**も重要で、その時の自分の気分や体調に応じて患者との距離感に配慮していた。長年、勤務している熟練の看護師は**【経験からの学び】**を語り、*「入職当時は患者との関係形成で悩んだことがあったが、今は患者が納得するまで訴えを聴いて対応している」*と語った。また**【関係性】**は重要で入院直後の出会い場面から関係性を築いておくことの必要性を強調していた。一方、看護職は**【交代性勤務】**であり、*「白衣から私服に着替えるとリセットできる」*と語る看護師もいた。白衣の着用時は看護師勤務中、私服に着替えたら本来の私自身に戻るという動機づけがされていると考える。ここまで述べた、**＜志望の動機＞**及び**＜背景要因＞**は精神科で勤務する看護師の準備状況であり、暴言という出来事を受けた看護師の**＜その時、その場の受け取りの違い＞**にも影響する要因を孕んでいる可能性があると思われる。

暴言を受けた**＜その時、その場の受け取りの違い＞**では、**【イラッとする】【気にならない】【様子見】**の3個のサブカテゴリーに分類された。**【イラッとする】**では、患者との関係性や暴言の発生因に違和感があり怒りの感情が生じていると考える。**【気にならない】**では暴言を受けても何ら怒りが生じない場合がある。特に慢性期病棟で長く勤務するなかで暴言被害が慣習化されており、*「感覚麻痺かな」*と語った男性看護師もいた。**【様子見】**は専門職の立場として自身に生じた感情体験は素直に自覚しつつ、一定の距離を持ち、関わろうとしている。おそらく自身に生じた感情に振り回されることはなく**【病棟文化】**や**【経験からの学び】**と同調していると考える。

しかし、それぞれが様々な思いで看護について語っていても、看護師の思いは『**私は何のためにここに来ているのか**』という問いに対する存在の意味づけで一致している。

続いて、暴言を受けた看護師の感情体験と対応の分岐点として**＜リセット対応＞**と**＜モヤモヤ感情＞**に分かれた。まず**＜リセット対応＞**では、*「病気だから仕方がない」*といったような、理由づけ

表２　精神科で勤務する看護師の準備状況

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの一部　　()内は補足…は中略
志望動機	精神科看護への志	・実習病院がよかった。幻聴などで苦しむ患者さんの気持ちに寄り添える看護師になりたくて精神科に
	労働・環境条件の好ましさ	・精神科でないといけない訳ではない、勤務条件で選んだ。怪我させられたら他科に転職するかも・・
背景要因	危険覚悟の仕事	・暴言位なら入職前から覚悟してきているのでショックはない。仕事やという割り切りですから ・突然、興奮しだして、首絞められかけられて…
	自己の体調	・体調がよくないとちょっとしたことでイラッとする
	経験からの学び	・新人の頃、「お前、殺すぞ」「家族、どうなるか覚えとけよ」とか、妄想バリバリで殴りかかってきたりもあったけどね、その時はさすがにね、来られたら、こっちもイラっとしたりね、すごい昔です。いつぞ、境にしなくて処理できるようになったのかな。看護師しながら習得したんかな。もう今はね、今はそんなにイラっとはあまり、しなくなりましたね、意外と受けて流せているのかな、患者さんやしね。逆に怖いと思う人が暴言受けているかも。 ・突然、奇声があり怒って他の患者さんに暴力振るいにいこうとしているのを止めたとき、普段、普通のいい人だったので驚き、何があったのか、何かが耐えられなかったのかな・・・色々、考えました。
	交代性勤務	・白衣から私服に着替えて帰るときリセットできます。ストレスは持ちかえっていません。
	病棟文化	・不穏状態にある患者に対して、看護助手の時代から先輩の対応とか、この人はこういうやり方でやっているのだな、見たり聞いたり言われた対応をみながら色々（上手な技術を見習い伝承） ・言葉一つでね、豹変されたりする時もあるんです。だから、言葉の選び方、その時の対処とか・・
	関係性	・入院直後に「何でも気兼ねなく相談してね」と声をかけて関係性を作っておくと夜勤の時も対応が安心 ・浅いと（新人看護師）、患者は余計になめてというか、そんな感じで来られる人もいる

表３　暴言の受け取り方

	カテゴリー	サブカテゴリー	語りの一部　　（）内は補足…は中略
直後の認識	その時その場の受け取り方の違い	イラっとする	・患者さんに「お前ら、俺らの金で飯、食っているんやからな」と言われイラっとしました。ちょっと言われた患者さん自体が、あまり**相性**のよくない人で、それもあったんですけどね。（関係性） ・わざと言っていると思ったらイラっとする。
		気にならない	・関係性がよかったら暴言は受けない・・ ・怖いと思っている人が暴言を受けていると思うけど ・ひどいことといわれても気にならない。慣れですかね。（感覚麻痺） ・そんなでお金のことや食べ物とか、暇で空腹だとイライラするじゃないですか。そんなで、暴言があるけど、そういう暴言はしれているから・・・
		様子見	・対応する人を変わってもらい様子をみる ・しばらく時間をおいて・・距離をおく
その後の展開	リセット対応	割り切る	・精神の病気だから仕方がないと割り切る。
		同僚・仲間との絆	・同僚にこんなことがあったと話す。（感情吐露）
		リフレッシュ	・仕事、終わったら考えない。 ・遊びに行き、リセット
		対策が可能なところは取り組む問題志向	・上司とか、プリセプの先輩に対応のことで話しを聞いたり、助言を受けたりして対応しました。
	モヤモヤ感情	態度の豹変への困惑	・配膳時、食膳を蹴とばされる。床を拭いていると「お前、その姿、よう似合うな」切なかった。 ・与薬時に「お前、毒を入れたやろ」といわれ・・ ・尿失禁をした患者の衣類の介助時に「お前が、水、かけたやろ」と言われた。その後も「指輪がなくなった。返せ」など、しつこく追いかけられる
		故意の暴言への許せなさ	・大声でその人の容姿のことや、こちらが嫌だなと思うことを考えて言う。「あんたらなー、誰のおかげで給料もらっているのか、私らのおかげやでー」
		生命を脅かされる恐怖	・患者の生活指導をしていたら突然、背後にいた他患者から「お前、なめとんか」と胸ぐらをつかまれ振り回される。ちょっと怖かったです。

表４　つながり辛い感覚

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの一部　　（）内は補足…は中略
つながり辛い感覚	取りつく島がない	・突然、奇声があるとか、突然、なんか怒って・・・何を言っても仕方がない・・・・ ・変わるわけではない（堂々巡り） ・保護室の患者の場合、「タバコくれ」「あほ」「バカ」「死ね」など言われ、取りつく島がない人もいます。
	欲求不満耐性の低さ	・タバコ一つとっても、すごく訴えてきはりますし。おやつでも（衝動的）精神科特有だと思いましたね ・外出から帰棟した時間が規則より大幅に遅かったので指導していたら、突然、無言で殴られた。私が言い過ぎたのかなと思いました。

表５　現状の課題

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの一部　　（）内は補足…は中略
現状の課題	マンパワー不足	・夜勤だったら看護師１人ですね。（60 床の病棟で看護助手と２人勤務、精神科特例）
	経営面の縛り	・経営的なほうにも参画しないといけない。人を雇ってほしいことを、一生懸命、努力はしているのですけど。
	回転ドア症候群	・リピーターじゃないですけど、また、戻ってくると、僕は士気が下がりますね（再発の脆弱性）
	権利擁護の違和感	・精神科の患者さん全員になんか権利、権利といわれると・・違和感がありますね（暴力・暴言等の解釈で葛藤）
	目に見えない病気の看護の難しさ	・身体的苦痛を訴えてくるのが少ない。妄想とか、精神的なものに捉われ・・見落としやすい。（観察力）

表６　遣り甲斐

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの一部　　（）内は補足…は中略
遣り甲斐	患者の良い変化	・急性期はよくなって、落ち着いて帰る。ちょっとうれしく、なりますね（患者の回復にやりがい）
	同じ人間としての患者への畏敬の念	・深い付き合いができる。精神科は本当の気持ちをぶつけてくる。思いが深い。本音対本音、ここまできたらしんどい。つらいだろうなという気持ちで向き合える。（人間対人間の看護）

表７　意見・要望

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの一部　（）内は補足…は中略
意見・要望	地域で患者が安心して生活できる体制への啓発	・社会的にも、やっぱり、受け入れ態勢がなかなか整わない。一般の方の意識がまだまだ、低いと思う（社会的偏見）。
	社会生活で困らないための生活訓練の場	・徐々にであってもそこで生活パターンを変えられるように戻していって、そういうコントロールできるようにしていく、訓練段階であると考えながら・・（退院後の生活訓練の場の必要性）
	看護師が安心して働き続けるためのシステム	・今、各企業とかにはカウンセリングルームみたいなものがありますよね。そういう所で、病院自体にも職員のカウンセリングとかが、あったらいいなあと思います。（看護師が悩みを相談できる場）

によって感情を制御する合理的な解釈であった。この場合はストレスを納得できる理由づけで、仕事として**【割り切る】**ことができていた。**【同僚・仲間との絆】**も重要であり、暴言を受けて**【イラッとする】**ことがあっても一人で抱え込まないでその直後に聞いてもらうだけで早期に**＜リセット対応＞**することができていた。また、趣味やスポーツ等で**【リフレッシュ】**することや**【対策が可能なところは取り組む問題志向】**で上司やプリセプターに相談するなどして問題解決を試みていた。一方、暴言の受け取り方の理由づけで*「病気ではなく故意の暴言だから納得できない」*側面に固着している場合がある。すなわち、**【態度の豹変への困惑】【故意の暴言への許せなさ】【生命を脅かされる恐怖】**により**＜モヤモヤ感情＞**に陥っていた。これらは不快で、患者や職場環境に対する否定的な評価に偏っていた。これは感情コントロールという面からいえば失敗といえるが、カンファレンスや研修会に参加するなど**【対策が可能なところは取り組む問題志向】**と組み合わさるならば、建設的・発展的に**＜リセット対応＞**ができる可能性もある。どちらのプロセスにしても**【経験からの学び】**とつながって、幅のある熟練看護師が育てられていると考える。

ここで、**＜リセット対応＞**と**＜モヤモヤ感情＞**という感情体験の分岐点では、精神科看護を目指した**＜志望動機＞**の違いの側面も影響していることが示唆された。**【労働・環境条件の好ましさ】**で、**＜リセット対応＞**をする看護師からは**＜つながり辛い感覚＞**について、**【取りつく島がない】**や**【欲求不満耐性の低さ】**が語られた。これに対して、**＜モヤモヤ感情＞**の看護師からはジレンマを抱えながらも、それらの問題は何かという**【対策が可能なところは取り組む問題志向】**につながっていき、**＜現状の課題＞**や**＜意見・要望＞**という形で発展的に語られる。**＜現状の課題＞**では**【マンパワー不足】【経営面の縛り】【回転ドア症候群】【権利擁護の違和感】【目に見えない病気の看護の難しさ】**が述べられていた。これらの山積する課題に対して、**＜意見・要望＞**として、**【地域で患者が安心して生活できる体制への啓発】【社会生活で困らないための生活訓練の場】【看護者が安心して働き続けるためのシステム】**の必要性を語ってくれた。

最後に、『**私は何のためにここに来ているのか**』という自問に対して実践したケアの結果が**【患者の良い変化】**や**【同じ人間としての患者への畏敬**

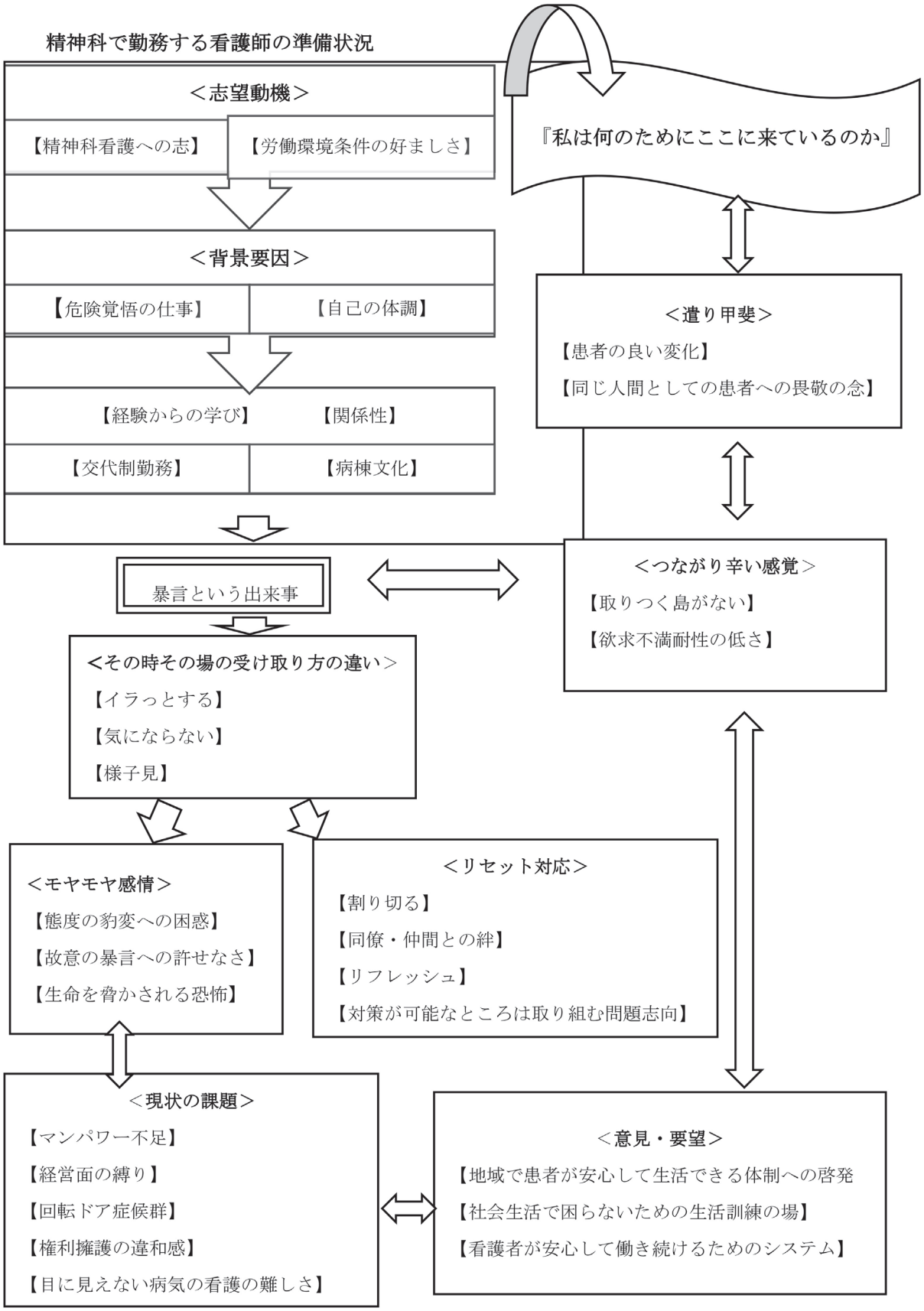

図１　暴言を受けた看護師の感情体験と対応の関連図

の念】という、プラスの成果があれば**<遣り甲斐>**となり、看護師としてのアイデンティティがより深く根づいていくことにつながる。同時に、患者と良好な関係を築いていきたいという思いによって、看護師勤務継続への動機づけが強化されると考える。暴言を受けた看護師は以上のように感情が揺れ動きながらも人とのつながりの中でリフレクションを行なっていると考える。

考察

1　患者からの暴言に対する看護師の解釈、意味づけの背景

看護師は意図的で故意の暴言なら許せない、病気なら許せると共通に語っていた。患者からの暴言に対する看護師の解釈、意味づけの背景について以下の通り考える。

日本は、世界の先進諸外国の中で精神科病院入院期間が最も長い。2021年度調査の精神保健福祉資料[16]によると、“全国の精神科病院の入院患者数は約26万人、入院期間別で1年以上の入院患者数は約16万人、入院患者の年齢別で65歳以上をみると約16万人である”。入院期間が長く高齢患者が過半数を超えている。その理由の一つとして、病状が改善しながらも退院が困難なケースが知られている。いわゆる社会的入院といわれる患者である。社会的入院について、高橋[17]は“医療上は入院治療の必要がないにもかかわらず、社会福祉制度の不備や差別・偏見等により退院して地域に住むことができずに、入院を余儀なくされている状態”と説明している。退院への思いで欲求不満をもち続け、その不満のはけ口で暴言を発している人もいると考える。

一方、診療時間の短さや病気の診断の難しさ、生活環境などから、患者は欲求不満をもち続け暴言を発している可能性がある。佐藤[18]は新聞記者の立場から精神科医療の実態を紹介し、“診療に関する質問でも、担当医から今後の治療方針や選択肢などの説明を「しっかり受けた」という人は24%にとどまり、「まったく受けていない」人がほぼ同数の25%となった”という調査結果の報告を紹介している。疾患に対する理解や治療方針、自分が入院している理由などについて患者自身に対して説明不足であれば、入院に対して欲求不満を抱く患者も少なくないだろう。加えて、入院患者の半数近くが非自発的入院といわれる。入院環境は閉鎖病棟の場合が多く、病棟の出入り口が常時施錠され、患者や面会者が自由に出入りできない構造である。しかも入院は共同生活のため、当然、生活規制もある。そのような環境で長年、生活していれば、例えば食べたいものが食べられないなどの生活制限に対して欲求不満がたまるのは人間であれば当たり前で、心理的緊張が高まる素地がある。

このような心理的緊張状況のなか、患者は欲求不満解消の手段として暴言を発している面も考えられる。患者にとって看護師は一番、身近な存在であり、不満を分け隔てなく口に出している部分もあるのかもしれない。古茶[19]は“精神科に来院されるすべての患者さんを「病気」と位置付けてしまうと、健康な方の自然な心の動きまでも病気としてしまうことが起こりうるでしょう。「疾患であるか、疾患でないか」にこだわるのは、そのようなわけがあるからです”と指摘している。精神科入院患者の暴言は疾患が原因とされる場合が多いが、故意による暴言の可能性も否定できないと考える。看護師も生身の人間である。暴言を受けた看護師や関係者に深刻な被害を及ぼす。暴言の問題は、被害にあった看護師や関係者の支援に組織全体で取り組む必要がある。そのために、看護師は自分のなかの感情を自覚し、できるだけ率直な気持ちを同僚にも伝えて、スタッフ間で情報を共有して支えあうことが必要であると思われる。暴言を受けた看護師が、故意の暴言なら許せない、病気なら許せるという解釈、意味づけには、以上のような背景が考えられる。

2　暴言を受けた看護師の葛藤より２つのタイプを考える

松原ら[20]は、“精神科看護師は患者の言葉の暴力が病気に起因する暴力と解釈した場合は仕方がないと納得しているといえる。しかし、病気ではなく故意にいわれているという解釈の暴力では、否定的感情になるのである”と報告している。言い換えれば暴言の発生因・関係性で、看護師が病気によると解釈されれば**＜リセット対応＞**、病気ではなく故意にいわれていると解釈される場合は**＜モヤモヤ感情＞**になるということである。前者は、我々と同じ人間として、感情コントロール（統制可能な感情や意思）ができる、正常ととらえることができる。後者は、病気の症状という精神疾患患者に共通して統制不可能な人たちと捉えられる人々である。つまり、患者による暴言の発生因・関係性の解釈をめぐって、自動的に看護師は「故意によるもの」か「病的なもの」か、２つのタイプに分かれ葛藤しているといえるのである。

3　多層的観点から理解の枠組を考える

次に看護師は特に社会的入院患者の暴言に対して、どのレベルに意識を向けて解釈、意味づけをしているのだろうか。「社会」「組織・状況」「個人」の３つの層に分けることで、これまで見えていなかったものがみえてくるのではないか。先述した看護師の葛藤のタイプについて、「社会」、「組織・状況」、「個人」の３つの観点からとらえ、検討していきたい。研究協力者の暴言の受け取り方では、理解の対象である患者の「解釈、意味づけのレベル」がどのようなものであるかによって、①故意の暴言で「統制可能」なものは割り切れず違和感があり、②病的な暴言で「統制不能」で明らかな精神症状のものに分けることができる。そのうえで、それぞれの「解釈、意味づけのレベル」について何を重視するかによってＡ「社会」を重視する立場、Ｂ「組織・状況」を重視する立場、Ｃ「個人」を重視する立場の３つに分ける。これらの組み合わせから、６個のバリエーションを抽出できる。表８に多層的観点から捉えた理解の枠組を示す。この分類は便宜的なもので、実際には明確な区分を付けるのは難しいし、必ずしも固定的なものではない。現実を理解しようとする側が持つ枠組であって、現実がこのように分かれているとは限らない。ここではあくまでも、「解釈、意味づけのレベル」を聞く側、いいかえれば暴言を受けた看護師が前提している枠組の方を問題にしたいと考える。

・隔離、孤立、孤独、偏見など・・・社会的問題（非人権的状況）

故意の暴言に関する「解釈、意味づけ」を、「社会」重視の立場から理解する枠組である。

武井[21]は、精神障害者に対する偏見や差別の理由として“その一因に人々の無知や無理解があることは間違いない”と指摘している。また武井[22]は、“欧米では精神科病院に入院している患者は少

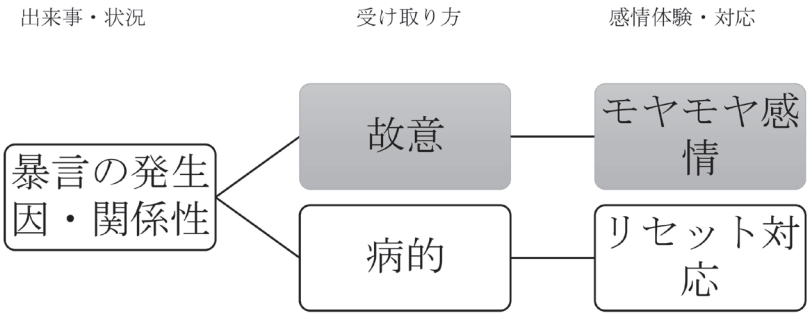

図２　暴言の発生因・関係性の解釈に由来した葛藤のタイプ

表８　多層的観点から捉えた理解の枠組

		重視する立場		
		A　社会	B　組織・状況	C　個人
葛藤のタイプ	①　故意 統制可能 人としてみる	社会的問題 （非人権的状況） 隔離、孤立、孤独、偏見など	矛盾関係の様子見 ここに居る人ではないのにここに居たいと言う	自己責任論 わがまま、性格のゆがみなど、人としておかしい
	②　病的 統制不能 精神症状として許す	社会保障的立場 弱者は仕方がない。誰かが世話をしなければならない	医療専門職 障害者だから仕方ない、プロとして対処する。	自己犠牲的，献身 彼らは悪くない。自分が未熟だった

出典：貴戸理恵．「コミュニケーション能力がない」と悩むまえに：生きづらさを考える．
岩波ブックレット N0.806，岩波書店,2018，p.39．より参照（改編）

ないのに、日本ではいまだにおおぜいが（中略）長期入院している”として、長期入院患者の社会学的側面の問題を指摘している。吉浜[23]は、“欧米のように積極的な地域移行、脱施設化政策がとられなかったのが、現在の高齢長期入院者の増加の主要な要因である”と述べている。柴田ら[24]は、長期入院がもたらすものとして“いわゆる「社会的入院」の解消が取り上げられてから15年以上たつが、精神科にはいまだに多くの患者が長期入院している”と社会的問題を指摘している。武井[25]は、“人々の心のなかにひそむわけのわからないおそれに目を向け乗り越えようとしない限り、偏見の問題は解決しない”と指摘している。柴田ら[26]は、“家族に精神障害者がいるということで、家族自体がまわりに偏見の目で見られたり、付き合いを避けられたりといった苦痛な体験をしいられる場合もある”と述べている。長期入院患者の問題は歴史学的・社会学的観点からみても社会的制度が立ち遅れていることが要因であると考える。社会的問題（非人権的状況）は社会の受け入れ困難が理由であるから社会の責任といえる。暴言を受けた看護師は偏見や差別から誘発されていると解釈されれば、気づかう面もあるかもしれない。看護師は単に故意の暴言被害に対する自尊感情の低下等だけで**＜モヤモヤ感情＞**に陥っているのだろうか。長期入院が強いられる患者への複雑な思い、同情が孕んでいないだろうか。

・弱者は仕方がない。誰かが世話をしなければならない・・・社会保障的立場

患者の病的な暴言に関する「解釈、意味づけ」を、「社会」重視の立場から理解する枠組である。末安ら[27]は、“精神症状によって自分を傷つけたり、周囲の人々との間で一時的に緊張が高まることによって攻撃的な言動が生じたりするおそれがある場合には、（中略）、入院を強制したり、本人の意思に反して治療が行われる”と述べている。法律や制度によって患者の生命・生活がまもられ、看護師も法律をまもることによって納得ができる。社会保障的立場から一貫性や整合性があり、**＜リセット対応＞**ができると考える。

・ここに居る人ではないのにここに居たいと言う・・・・矛盾関係の様子見

故意の暴言に関する「解釈、意味づけ」を、「組織・状況」重視の立場から理解する枠組である。表８で網掛けをした部分であるが、この枠組だけは、立場的に問題の論点が揺らいでおり存在しにくい状況になっていると考える。ここで問題になるのは、明らかに個人の存在する「組織・状況」である。「組織・状況」は個人と社会の「あいだ」にあるため、それらのどちらからでも説明はできるが、できない部分も生じてくる。そのため、社会問題や個人問題は打ち消し合わず、その狭間で矛盾関係の様子見をしているのではないか。看護師は、社会に対して、**【地域で患者が安心して生活できる体制への啓発】【社会生活で困らないための生活訓練の場】**の必要性について問題提起しているが、現状はまだまだ、追いついていない。一方、看護師は、個人に対して、「ここに居る人ではないのにここに居たいと言う」という存在に対して、**＜モヤモヤ感情＞**を抱いている。武井[28]は、看護という仕事について“「患者に対して怒ってはいけない」（中略）、感情を抑制することを求める規則”という、多くの感情規則があると指摘している。南ら[29]は、“看護者にとって最も重要なことは、患者―看護者のリレーションシップを育てることである。そのためには、ある程度その関係のなかに巻き込まれる必要があろう”と述べている。関係的な生きづらさをもつ人の理解として、貴戸[30]は“当人は必ずしもその状態を望んでいるとは限りませんし、まして意図的に選んだわけではないでしょう。仮にある時点で選んだように見えたとしても、人や人を取り巻く状況は刻々と変化するのです”と述べている。一方、長期入院患者の中には看護師に対し激しい暴言で攻撃を繰り返しながら*「ここに居たい」*というケースが存在する。患者は相反する感情のアンビバレンツによって自分ではどうすることもできず、組織に依存している面が考えられる。看護側も患者のアンビバレンツな感情移入が起こって堂々巡りの状況が続いていることが考えられる。

他方、精神科の治療に伴い、白柿ら[31]は、“抗精神病薬が鎮静目的で使われるのは、たいてい看護師が患者におびやかされたと感じ、不安になったときである”と述べ、いったん増量されるとなかなか減量されないため、看護師の責任は大きいと指摘している。有害反応等で苦しむ入院患者は多い。看護師が先回りして医師に薬剤調整で化学的拘束を依頼する場合もある。この抗精神病薬の過剰投与は社会問題となっている。しかし、その誘因として精神科特例が関与していると思われる。つまり看護師のマンパワー不足により、安全管理上、化学的拘束は仕方がないケースもあるだろう。しかし、抗精神病薬の使用が治療目的を超えて、過剰な鎮静目的の場合、倫理的な問題が孕んでいないだろうか。臨床の場には日常的にさまざまな倫理的価値の対立があるとして、吉浜ら[32]は、日本精神科看護技術協会（日精看）会員の関係者198人にアンケート調査を実施し、具体的な問題として821事例を抽出し、「接遇に関する問題」、「病棟ルールに関する問題」、「看護の基本姿勢に関する問題」という３つのカテゴリーを生成している。そのなかで吉浜ら[33]は、例えば“不適切な呼称という項目のなかで、患者の名前を呼び捨てにしたり「ちゃん」づけで呼ぶ”という事例を問題提起している。この不適切な呼称問題に対して、鈴木[34]は日精看ニュースで、“長くかかわっている長期入院患者との間には、看護師が愛称で呼ぶなど家族のようなやりとりをしている親密さは時に支配的な状況を生み出し、本来、あるべき患者―看護師関係の距離がとれず、社会性も低下し感情をあらわにしたやりとりとなり暴力が起きる素地になる”ことを指摘している。続けて、鈴木[35]は、“快適な環境の維持は、人の尊厳にかかわるとして、臭気や汚れた不快な環境はそこで暮らす人の自尊心を傷つける”と倫理的視点とアセスメントの再検討の必要性を指摘している。確かに生活環境は重要で、不

適切な生活環境の場合は大切にされていないと心が荒み、暴力・暴言を誘発しやすい側面が考えられる。以上、看護師は長期入院生活を送る患者とのかかわりの中で日常的にさまざまな課題が山積しており**＜モヤモヤ感情＞**を抱いていると考える。チームはこの「葛藤」という重荷を神輿のように担いで、一人一人の重荷の分散を試みながら、矛盾関係の様子見が継続していると思われる。

・障害者だから仕方がない。プロとして対処する・・・医療専門職

病的の暴言に関する「解釈、意味づけ」を、「組織・状況」重視の立場から理解する枠組である。医療専門職として「障害者だから仕方がない」と解釈することで**＜リセット対応＞**している。しかし、鎌井[36]は、“陰性感情を患者の問題として捉え、対処方法を会得してしまえば、（中略）患者との関係性を発展させ、積極的な関心を持ってゆく機会を逃している可能性もある”と指摘している。川野[37]は、“病気としての患者を見ることは、看護師の自我が強く働くことによる。看護師は専門知識を身につけているので困難な作業ではあるものの、その看護師の専門家としての自我を超えなくてはならない”と述べている。暴言はここでは認められるとなれば、病気であっても果たすべき責任、すなわち一人の人間として捉えているのかという問題は残る。看護者は陰性感情をその日のうちに解消できていて、看護師の精神保健的にはよいことでも関係性の発展や積極的な関心をもっていく機会を逃している場合も考えられる。山下[38]は、陰性感情が沸いた瞬間がケアのチャンスとして“「すごく嫌な気持ちがしました」・（中略）、と伝えることで、振り返る力がある人は考えたりします”と述べている。したがって、一人ひとりの患者への自分の対応と患者の反応を客観的にリフレクションしていくことも必要であろう。

・わがまま、性格の歪みなど、人としておかしい・・・・自己責任論

故意の暴言に関する「解釈、意味づけ」を、「個人」重視の立場から理解する枠組である。ここでは自分で考えて相手を傷つけ攻撃するという能力がある以上は人として許されず、自己責任をとるべきという視点で捉えられる。家族とも疎遠で孤立している患者が暴言によって欲求不満を解消している場合であれば防衛機制の反動形成が考えられる。一方、小宮ら[39]は、攻撃の陰には不安と甘えがあるとして、“方法は間違っているとしても、誰かに伝えたい、理解されたいという希望、つながりを求める健康な志向性（甘え）があることを示している”と述べている。わがまま、性格の歪みなどから、自分に意識や注意を引きたいがために攻撃的な故意の暴言を繰り返している場合は自己責任論的立場であろう。また、藤代[40]は、精神科訪問看護を否定的にとらえた統合失調症を持つ利用者について、“信頼関係が十分に確立されず、看護者が利用者の思いを十分に理解できていないために、救ってほしい苦しみと自分でできる生活に対して不調和をきたしていることが考察された”と報告している。柴田[41]は、精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の体験で“「つながれない」という感覚”について述べ、患者の生きにくさとの関連を指摘している。いずれも関係性の失調状態である。看護師は、暴言を繰り返す患者の生きにくさに共感する部分があり、つらい気持ちが感情移入しているのではないか。そのため個人に対して自己責任論的立場として固定できず**＜モヤモヤ感情＞**に陥る部分もあるのではないかと考える。

・彼らは悪くない。自分が未熟だった・・・自己犠牲的、献身

患者の病的な暴言に関する「解釈、意味付け」を、「個人」重視の立場から理解する枠組である。暴言を振るった患者に対して責任を求めず、自身が未熟なために*「私だからかな」*と自己犠牲的、

献身で語る看護師が存在している。小宮ら[42]は、“看護教育では、看護師が患者に共感すること、あるいは共感的に理解することの重要性がいたるところで強調されている”と述べている。武井[43]は、“傷ついた人を対象とすることで二次的に傷を負うこと”として共感ストレスからくる疲労状態の面を指摘している。また武井[44]は、“愛情規範にしばられ、自分が看護師失格だとひそかに悩んでいる看護師は少なくありません”と述べている。暴言をした患者を弱者として受容し、自己犠牲的、献身に置き換えていると考える。

以上、6個のバリエーションについて概観した。

4　精神科看護師が体験する暴言の多層的検討

図3に精神科看護師が体験する暴言の多層的検討を示す。A「社会」では「社会的問題（非人権的状況)」対「社会保障的立場」、B「組織・状況」では「矛盾関係の様子見」対「医療専門職」、C「個人」では「自己責任論」対「自己犠牲的、献身」が抽出された。これに研究協力者が語った**＜現状の課題＞＜意見・要望＞＜つながり辛い感覚＞＜遣り甲斐＞**から抽出されたものを照らし合わせて作成した。A「社会」では、**＜現状の課題＞**として【回転ドア症候群】、それに対して**＜意見・要望＞**として【地域で患者が安心して生活できる体制への啓発】【社会生活で困らないための生活訓練の場】が語られた。B「組織・状況」では**＜現状の課題＞**として【マンパワー不足】【経営面の縛り】【権利擁護の違和感】【目に見えない病気の看護の難しさ】に対して、**＜意見・要望＞**として【看護者が安心して働き続けるためのシステム】が語られた。C「個人」では、**＜つながり辛い感覚＞**として【取りつく島がない】【欲求不満耐性の低さ】に対して、**＜遣り甲斐＞**として【患者の良い変化】【同じ人間としての患者への畏敬の念】が語られた。このように多層的にみていくことで、看護師が体験する暴言という理解では「関係性」の矛盾の連鎖が含まれ、単に「組織・状況」だけでの問題ではないことがわかる。つまり組織だけで問題の解決を試みても限界があるだろう。図3の矢印で示すように、看護師が体験する暴言という問題は組織内だけでなく社会全体の問題としての意味が大きいのである。

川野ら[45]は、“精神障害者にとって、入院したら退院する、といったあたりまえのことをむずかしくしているのは、けっして病気の重さや障害の程度のせいではない。それを困難にしているのは社会的・環境的な要因である”と述べている。また、川野ら[46]は、“精神障害者の支援は、病棟からだけでなく、精神保健分野という狭い領域からも解放され、広く地域に委ねられるべきものである。そしてそれはつねに、「当事者主権」の立場から展開されるべきなのである”と述べている。

長期入院患者のなかで、社会復帰したいという希望のある患者はまだまだ多いと思われる。その患者一人ひとりの奪われた社会生活を取り戻すために支援をするのは、看護師にとって当然の役割責任である。本研究の多層的検討で可視化された枠組検討を通して、結果よりみえてきたことは、看護師のもつ問題意識、例えば【回転ドア症候群】【地域で患者が安心して生活できる体制への啓発】【社会生活で困らないための生活訓練の場】等を組織だけで抱え込まないで社会も巻き込んで問題を共有することの重要性である。病院内だけで看護師のもつ問題意識を抱え込んでは、問題が停滞したままである。長期入院患者の退院が停滞している問題の一つは地域の人々の理解不足がある。地域の人々にも一人ひとりの精神障害で苦しむ患者を人間として正しく理解を深めてもらう取り組みが必要であると考える。暴言と表裏関係にある関係性を多層的に検討することで、「組織・状況」だけでなく、広く「社会」にまで精神障害で苦しむ患者が受け入れられる社会づくりの必要性が示唆された。

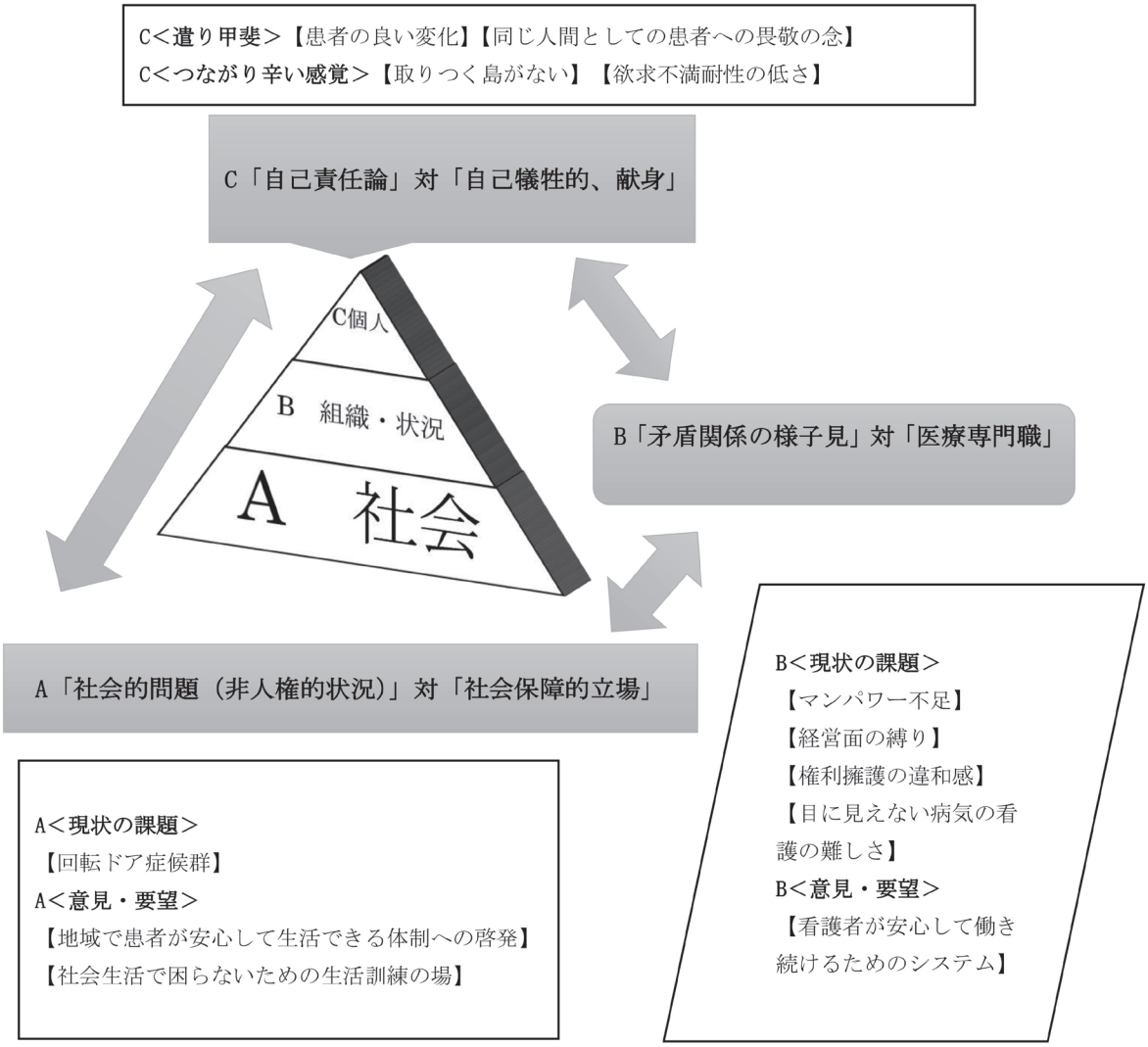

図３　精神科看護師が体験する暴言に対する理解の多層的検討

結論

多層的検討することで看護師のもつ問題意識は「組織」で抱え込まず「社会」の人々と共有する必要性が示唆された。

利益相反

本論文に関して開示すべき利益相反はない。

謝辞

本調査にご協力くださいました看護師の皆さま、並びに、病院関係者の皆さま、ご助言いただきました兵庫教育大学院　元准教授　宮元博章先生に深くお礼申し上げます。なお、本研究は、兵庫教育大学　大学院学校教育研究科に提出した修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。

引用文献

1）松本佳子 , 江波戸和子 , 武井麻子 . “安全をまもる”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の展開 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.331.
2）友田尋子 . “概論：暴力とは何か”. 事例で読み解く看護職が体験する患者からの暴力 . 三木明子 , 友田尋子編 . 日本看護協会出版会 , 2010, p.5.
3）田辺有理子 . 精神科看護師が患者から受ける暴

力の経験と報告に関する認識 . 岩手県立大学看護学部紀要 . 2009, 11 巻 , p.13-22.
4）泉孝子 , 種田智一 . 精神科看護師が言葉の暴力をストレスと認知する状況 . 日本看護学会論文集ヘルスプロモーション . 2015, 45 号 , p.211-214.
5）江部由恵 , 平澤彩子 , 上村正紀ほか . 患者からの言葉の暴力によって傷ついた精神科看護師の心のプロセス：フォーカス・グループ・インタビューを通して見えてきた思い . 新潟看護ケア研究学会誌 . 2020, 6 巻 , p.1-8.
6）松原渉 , 畑吉節末 . 言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する文献レビュー . 神戸常盤大学紀要 . 2020, 第 13 号 , p.1-15.
7）末安民生 . “精神科看護の本質と社会的意義” 精神科看護白書 . 2010 → 2014. 日本精神科看護協会監修 . 精神看護出版 , 2014, p.280.
8）貴戸理恵 .「コミュニケーション能力がない」と悩むまえに：生きづらさを考える . 岩波ブックレット NO.806, 岩波書店 , 2018, p.7.
9）豊岡めぐみ，檜垣昌也 . 現代社会における精神的「生きづらさ」：規範的社会からの逸脱と「自我」の在り方 . 千葉敬愛短期大学紀要 , 2020, 第 42 号 , p.109-114.
10）貴戸理恵 . 前掲書 8). p.10.
11）貴戸理恵 . 前掲書 8). p.51.
12）松原渉 , 畑吉節末 . 言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する実態の分析 . 神戸常盤大学紀要 . 2022, 第 15 号 , p.1-11.
13）日本看護協会 . 保健医療福祉施設における暴力対策指針：看護者のために . 日本看護協会 , 2006, p4.
14）木下康仁 . M-GTA　グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い . 弘文堂 , 2006. p.92-252.
15）木下康仁 . 前掲書 14). p.92-252.
16）厚生労働行政推進調査事業研究班 . 精神保健福祉資料 630 集計（令和 3 年度 630 調査 ベース） https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/, (参照 2022-12-16).
17）高橋一 . “社会的入院” . 精神保健福祉用語辞典 . 日本精神保健福祉学会監修 . 中央法規 , 2013, p.221.
18）佐藤光展 . 患者の 4 割が誤診・誤診疑い経験：ヨミドクター . 佐藤記者の「新・精神医療ルネサンス」. https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20150217-OYTEW54806/, (参照 2022-12-30).
19）古茶大樹．精神医学から見る精神障害　精神障害はすべてが「病気」ではない . メディカルノート . https://medicalnote.jp/contents/160119-014-WX, (参照 2022-12-16).
20）松原渉 , 畑吉節末 . 前掲書 12). p.1-11.
21）武井麻子 . “精神看護学を学ぶこと” . 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の基礎 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.7.
22）武井麻子 . “精神保健の考え方”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の基礎 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.27.
23）吉浜文洋 . “精神保健医療福祉と制度” . 看護学テキスト Nice 精神看護学Ⅰ　こころの健康と地域包括ケア . 萱間真美、稲垣中編 . 南江堂 , 2022, p.101.
24）柴田真紀 , 武井麻子 . “入院治療の意味” 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の展開 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.248.
25）武井麻子 . 前掲書 21).p.8.
26）柴田真紀 , 武井麻子 . 前掲書 24).p.223.
27）末安民生 , 小宮敬子 . “精神障害と法制度” 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の基礎 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.336.
28）武井麻子 . 感情と看護 . 人とのかかわりを職業とすることの意味 . 医学書院 , 2016, p.42.
29）南裕子 , 稲岡文昭監修 , 粕田孝行編集 . セルフ

ケア概念と看護実践：Dr.P.R.Underwood の視点から . へるす出版 , 1989, p.76.
30）貴戸理恵 . 前掲書 8). p.39.
31）白柿綾 , 月江ゆかり , 青戸由理子 , 西村友希 , 武井麻子 .“身体をケアする”系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の展開 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.283.
32）吉浜文洋 , 坂田三允 , 南方英夫 , 結城佳子 , 早川幸男 , 木葉三奈 .“アンケート調査の概要” . 精神科看護者のための倫理事例集 . 日本精神科看護技術協会政策・業務委員会 2009 年倫理に関する検討プロジェクト編 . 日本精神看護技術協会 , 2011, p.25-34.
33）吉浜文洋 , 坂田三允 , 南方英夫 , 結城佳子 , 早川幸男 , 木葉三奈 . 前掲書 32). p.30.
34）鈴木庸企画・編集 . 特集　精神科における倫理：なぜ倫理研修に取り組むのか　―暴力のない看護現場であるために . ナーシング・スター , 2017, 日精看ニュース . No.693.
35）鈴木庸企画・編集 . 前掲書 34).
36）鎌井みゆき . 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 . 2004, 6 号 , p.33-42.
37）川野雅資 . エンゲイジメントとトラウマインフォームドケアを考える . 精神科看護 . 2022, vol.49, No.2, p.8.
38）山下隆之 . 精神科に飛び込むなら、少しの勇気と『精神科仕事術』! . 精神看護 . 2022, vol.25, No.2, p.116.
39）小宮敬子 , 鷹野朋美 , 武井麻子 .“ケアの人間関係”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の展開 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.57.
40）藤代知美 . 精神科訪問看護を否定的にとらえた統合失調症をもつ利用者の訪問看護の体験 . 日本精神保健看護学会誌 . 2015, 24 巻 1 号 , p.33-42.
41）柴田真紀 . 精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の体験：病棟における参加観察から . 日本精神保健看護学会誌 . 2015, 24 巻 1 号 , p.31.
42）小宮敬子 , 鷹野朋美 , 武井麻子 .“ケアの人間関係”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の展開 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.47.
43）武井麻子 .“看護における感情労働と看護師のメンタルヘルス” . 系統看護学講座専門分野Ⅱ . 精神看護の展開 . 武井麻子代表著 . 医学書院 , 2022, p.402.
44）武井麻子 . ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか：感情労働の時代 . 大和書房 , 2016, p.98.
45）川野敏明 , 向谷地生良 . DVD ＋ BOOK　退院支援 , べてる式。. 医学書院 , 2008, p.17.
46）川野敏明 , 向谷地生良 . 前掲書 45). p.17.