

身体合併症看護における精神科看護師の困難感に関する 文献検討

三浦 広美 木村 緑

要旨

本研究は、身体合併症看護における精神科看護師の困難感について先行研究より明らかにし、精神科看護師への支援について検討するための示唆を得ることを目的とした。13文献を対象とし文献検討した結果、身体合併症看護における精神科看護師の困難感として、【精神科で扱う多様な身体疾患の治療・ケアに対応することの困難さ】【看護師の看護実践能力の不足】【身体合併症ケア場面での臨床判断における困難】【困難性を抱く身体合併症患者との関わり】【病院体制の未整備】の5カテゴリーが抽出された。身体合併症看護における困難感を軽減させる支援として、「身体合併症ケアの技術習得及び継続教育できる教育システムの構築」「身体合併症ケアを実践するための設備面の充足」「医療チームでの情報共有やカンファレンスの充実」「看護師のメンタルヘルス支援」「病院体制の整備促進」が重要であることが示唆された。

キーワード：身体合併症，精神科，看護，困難

I. はじめに

2021年3月に公表された日本精神科病院協会（以下、日精協）の資料によると、精神科単科病院群では入院患者の51.9%、有床精神科総合病院では同52.4%に身体合併症（投薬の有無にかかわらず）が存在するとしている。精神症状は安定していても、患者が高齢化することで他の疾患を合併する患者が多くなっており、この傾向は今後さらに深刻化することが予測される。身体疾患の治療は疾患に応じて各診療科で受けられることが望ましい。しかし、精神科病院から他の医療機関への転院依頼が患者の精神症状を理由に断られることや、転院しても病状の回復が不十分なまま早期に逆紹介されてしまう（日精協，2021）場合がある。このような状況から、精神科病院に入院中である患者の身体合併症治療・管理の重要性がますます増大している。それゆえ、精神科看護師には精神面だけでな

く、心身両面の視点から高度なアセスメント能力が求められており、身体合併症患者への対応が課題とされている。

精神科看護師と身体合併症に関する先行研究では、身体合併症患者へのケア上の困難さ（大川他,2004, 大江,2014, 成田他,2018）や、看護への不安（荒木他,2013）、ケアを実施する上での臨床判断における困難さ（藤野他,2015）、看護に対する心理的負担（武石他,2017）、困難を含めた看護の現状（木村他,2023）などが報告されているが、精神科看護師を取り巻く環境も併せて、身体合併症看護における精神科看護師が抱える困難感を包括的に分析した研究は少ない。精神疾患中心のケアを日常業務としている精神科看護師が、様々な困難や負担を抱えながら、身体合併症患者への看護を求められ、実践していることが推察されるが、過度な困難感を抱えるとストレスとなって蓄積し、メンタルヘル

スの悪化,そして,離職につながる可能性が大きいと考える。

そこで本研究では,身体合併症看護における精神科看護師の困難感に関連する文献を概観し,困難感について明らかにすることで,精神科看護師への支援について検討するための示唆を得ることを目的とした。

II. 用語の定義

困難感:身体合併症看護を実践する上で,看護師が感じた困惑,不安,戸惑い,焦り,ジレンマなどの困難感を覚えた感情とする。

III. 研究目的

身体合併症看護における精神科看護師の困難感について先行研究より明らかにし,精神科看護師への支援について検討するための示唆を得る。

IV. 研究方法

1. 対象文献の抽出

文献は医学中央雑誌 Web 版, CiNii Research, Google Scholar により,近年の国内の現状に焦点を当てるため,2013 年から 2023 年に掲載された研究論文とし,キーワードは「身体合併症」「精神科」「看護」「困難」をかけあわせ検索した。検索されたものの中から,研究目的に該当する内容の記載があった 13 件を研究対象とした。

2. 分析方法

対象となる文献から,まず身体合併症看護における看護師の困難感に関する概要を整理した。次に,抽出した困難感の論旨を損なわないよう内容をコード化し,類似性と差異性に基づきサブカテゴリー,カテゴリーを生成した。

3. 倫理的配慮

文献研究であるため倫理審査は受けなかった。倫理的配慮として,文献の引用には著作権に配慮し,出典を明記した。

V. 結果

1. 対象文献 (表 1)

研究対象文献 13 件のうち,インタビュー等で行われた質的記述的研究が 9 件,自作の質問紙による量的記述的研究が 2 件,自作の質問紙 (自由記載) による内容分析が 1 件,質問紙調査の後に面接調査を行った質量併用研究が 1 件であった。

これらの文献から,身体合併症ケアにおける精神科看護師の困難感に関する 76 コードが抽出され,17 サブカテゴリー,5 カテゴリーが抽出された。以下,カテゴリーは【】,サブカテゴリーは《》,コードは〈〉にて示す。

2. 身体合併症看護における精神科看護師の困難感 (表 2)

1) 【精神科で扱う多様な身体疾患の治療・ケアに対応することの困難さ】

このカテゴリーは,〈多様な疾患に対するアセスメントの困難さ〉〈治療・看護に必要な物品の不備・不足に対する対応の困難さ〉などの 5 コードから,《精神科で扱う身体疾患の多様さ》《身体疾患の治療・ケアに対応できる設備の不足》の 2 項目にサブカテゴリー化された。

2) 【看護師の看護実践能力の不足】

このカテゴリーは,〈精神科だけの臨床経験ではアセスメント能力が乏しい〉〈看護師も個人差があるのでケアもレベルも一定ではない〉〈新しい技術を適宜学んでいくことはできない〉などの 20 コードから,《身体疾患・フィジカルアセスメントに関する知識・経験不足による対応の困難さ》《知識や経験の差に左右されるケアの危うさ》《同じ身体疾患をケアする機会が少なく知識や技術が定着しない》の 3 項目にサブカテゴリー化された。

3) 【身体合併症ケア場面での臨床判断における困難】

このカテゴリーは,〈患者の自覚症状が乏しいことによる判断の難しさ〉〈身体症状と精神症状を総合的に見ることが困難〉〈医師の的確

表1 対象文献一覧

No.	著者名	出版年	研究方法 ①研究デザイン ②データ収集方法	研究対象 ③研究参加者(人数) ④一般科病棟経験有(人数)	テーマに関連する結果の概要
1	長谷川 他	2023	①量的記述的研究 ②先行研究を基に作成した独自の自己式質問紙	③精神科病院に勤務する看護師、准看護師315名④184名	身体合併症に関する看護実践への困難感・不安感は、ほぼ全数の精神科看護師が感じていた。身体科勤務歴がある者は、フィジカルアセスメントの実施頻度が高く、困難感は低かった。
2	田村	2020	①質的記述的研究 ②半構成面接	③総合病院に勤務する看護師30名④28名	【看護師が抱く他科の看護への苦手意識】:精神科では、「身体疾患に対する精神科看護師の戸惑い」として、「急性期の身体疾患に弱い」と戸惑いを隠せないでいる。またその背景には「精神科で扱う身体疾患の多様さ」があり、「精神科に入院する身体疾患は全科に及ぶ」という思いが語られていた。
3	麻生 他	2019	①質的記述的研究 ②半構成面接	③精神科病院に勤務する看護師長、副長、主任10名④明記なし	感じている困難には、「ケアの拒否による困難さ」【患者自身が訴えられないことによる困難さ】「病院体制による困難さ」があった。
4	成田 他	2018	①質的記述的研究 ②半構成面接	③総合病院精神科病棟に勤務する看護師9名④明記なし	【患者の精神状態の影響により指示や指導が入らず身体合併症ケアが困難】【患者の知能障害の影響により理解力が低下し指示や指導が入らず身体合併症ケアが困難】【看護師の知識・経験不足により身体合併症ケアを実施することが不安】【看護師が身体症状と精神症状を総合的に見ることが困難】【患者の自覚症状が乏しいことにより判断が困難】【精神症状の変動に伴う患者のニーズを見極めることが困難】の6カテゴリーが抽出された。
5	大島 他	2018	①質的記述的研究 ②半構成面接	③精神科病院に勤務する中堅看護師(精神科以外の診療科を5年以上経験)6名④6名	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難】や【新人ではないが故のベストな対応のわかりにくさ】等の困難感が示された。
6	道上	2017	①量的記述的研究 ②先行研究を基に作成した独自の自己式質問紙	③精神科病院に勤務する看護師82名④明記なし	男性は女性よりも「多様な身体疾患・合併症に対するアセスメント能力が不足している」と捉え、年齢が高い看護師ほど「精神科患者は、検査や治療への同意や疾病を理解する能力が乏しい」と感じている。また、看護師としての経験を重ねるほど「精神疾患患者は検査や治療への拒否や協力を得ることが困難である」と感じ、精神科経験年数が高い看護師ほど「医療者間の連携の不足」を感じている。
7	武石 他	2017	①質的記述的研究 ②半構成面接	③大学病院精神科病棟に勤務する看護師10名④0名	【経験・知識・技術の不足による不安】【正しいアセスメントや身体ケアへの自信のなさ】【実践後に残る気がかり】【他スタッフへの懸念】【身体を看ることへのプレッシャー】【精神症状への対応とのジレンマ】の6カテゴリーが抽出された。
8	服部 他	2016	①内容分析②自作の質問紙への、身体合併症看護に対する思いについて自由記載	③精神科病院に勤務する看護師13名④9名	【患者へのケア展開の困難さ】【調整困難な医療体制】【知識・技術に対する自信のなさ】【求められる現任教育の充実】の4カテゴリーが抽出された。
9	藤野 他	2015	①質的記述的研究 ②半構成面接	③精神科病院に勤務する看護師20名④10名	身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難さは「フィジカルアセスメント能力の不足から生じる基準値内・基準値から逸脱の判断の難しさ」「精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ」「精神科病院の治療環境において身体合併症ケアを実施する困難さ」の3カテゴリーが抽出された。
10	東谷 他	2015	①質的記述的研究 ②半構成面接	③総合病院精神科病棟に勤務する看護師5名④5名	困難性を抱く看護場面として、【生命の危機的状況への介入場面】【安全保持への介入場面】【日常看護場面】の3カテゴリーが抽出された。また、身体合併症病棟の特有的な環境に起因し困難性を抱く状況も語られ、身体合併症病棟の環境要因として、「治療環境」【看護師の知識・経験の不足】、「診断・治療の不確かさ」【家族への説明】の4サブカテゴリーが抽出された。
11	日向 他	2015	①質的記述的研究 ②半構成面接	③大学病院精神科病棟に勤務する看護師14名④4名	【課題と方向性】【困難】【葛藤】【不安】【使命感】の4カテゴリーが抽出された。
12	大江 他	2014	①質的記述的研究 ②半構成面接	③大学病院精神科病棟および精神科病院に勤務する看護師6名④1名	『知識や経験の差に左右されるケアの危うさ』を感じながら業務を行っていた。また、『安易に行動制限が行われることへのジレンマ』を感じていた。さらに、他科との連携が不十分なことや設備面の不備による『身体合併症を看護する体制が不十分なことによる不安』を感じていた。
13	荒木 他	2013	①質量併用研究②NRSを用いた自己式質問紙、半構成面接	③精神科病院に勤務する看護師124名④75名	身体合併症看護への不安の要因は、【患者の精神症状に関係する要因】、【知識や技術の自信のなさに関係する要因】、【精神科病院の特色に関係する要因】であった。

な指示が不十分)〈身体拘束への否定的な思いを伝えられ困惑、後悔)などの15コードから、《精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ》《身体と精神を総合的に看ることの困難さ》《診断・治療の不確かさ》《家族への説明》の4項目にサブカテゴリー化された。

4) 【困難性を抱く身体合併症患者との関わり】
このカテゴリーは、〈緊急的な意思決定を促す〉〈身体的治療が優先される患者への身体拘束〉〈患者が同じことを繰り返す〉〈家族が積極

的治療を望んでいないことが多い) などの19コードから、《生命の危機的状況への介入》《安全保持への介入》《日常看護場面における困難》《家族からの支援の不足》の4項目にサブカテゴリー化された。

5) 【病院体制の未整備】

このカテゴリーは、〈他科での受け入れが困難〉〈夜勤の看護も身体合併症患者以外にも手がかかる〉〈多職種との連携が密でなく、家族がうまく巻き込めていない〉〈症状別看護や身体

表2 身体合併症看護における精神科看護師の困難感

カテゴリー(5)	サブカテゴリー(17)	コード(76)
精神科で扱う多様な身体疾患の治療・ケアに対応することの困難さ	精神科で扱う身体疾患の多様さ	多様な疾患に対するアセスメントの困難さ 身体疾患が全科に及ぶ 多様な手術に対する術前・術後の看護の困難さ 様々な疾患が関連しており応用が難しい
	身体疾患の治療・ケアに対応できる設備の不足	治療・看護に必要な物品の不備・不足に対する対応の困難さ
看護師の看護実践能力の不足	身体疾患・フィジカルアセスメントに関する知識・経験不足による対応の困難さ	精神科だけの臨床経験ではアセスメント能力が乏しい 重症患者の全身状態の観察とアセスメントの難しさ 身体的な異常に気づけない 急性期の身体疾患に弱い 身体面に注意が向きにくい フィジカルアセスメント能力の不足に伴う判断の難しさ フィジカルアセスメントと対応が十分できない 医療行為の介助や看護技術を実践することについての不安 使用経験の少ない医療器具に不慣れで管理が困難 急変時の対応に伴う危機感 身体面の観察の優先度が低い
	知識や経験の差に左右されるケアの危うさ	看護師も個人差があるのでケアもレベルも一定ではない 看護師間のアセスメント能力に差がある 経験により判断基準が違う 看護チームが重症な身体合併症について危機感を抱かない 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 ベテランや経験豊富なスタッフの意見が強い 精神科以外の経験が無いスタッフに聞いても曖昧な回答がある
	同じ身体疾患をケアする機会が少なく知識や技術が定着しない	新しい技術を適宜学んでいくことはできない ケースを重ねられない
	精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ	患者の自覚症状が乏しいことによる判断の難しさ 言語化が困難な患者への対応の難しさ 自分から訴えることが少ない 患者により苦痛の閾値の違いが大きく、症状の把握が困難 向精神薬を服用しているため、痛みに対する反応がにぶい 精神症状の変動に伴う患者のニーズの見極め 妄想に起因する衝動性や暴力的反応に対する不安・恐怖 看護の必要性和患者のニーズとのずれに伴う対立・葛藤
身体合併症ケア場面での臨床判断における困難	身体と精神を総合的に看ることの困難さ	身体症状と精神症状を総合的に見ることが困難 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 精神疾患に起因するものか身体疾患に起因するものかの見極め
	診断・治療の不確かさ	医師の的確な指示が不十分 せん妄の原因がわからず、治療が曖昧 診断の不確かさや原因がわからず状態が改善しない
	家族への説明	身体拘束への否定的な思いを伝えられ困惑、後悔
	生命の危機的状況への介入	緊急的な意思決定を促す 摂食障害患者に生命の危険が伝わらない 身体的治療が優先される患者への身体拘束 生命予後が短い患者への身体拘束 理解が得られない患者に身体拘束を行うことへの葛藤
困難性を抱く身体合併症患者との関わり	安全保持への介入	安全管理が優先され行動制限が行われる 身体管理が必要だと行動制限するしかないという雰囲気 他科の医師に精神症状を考慮してもらえない 身体拘束に対する家族と看護師の思いのジレンマ
	日常看護場面における困難	行動制限により身体症状も悪化 患者が同じことを繰り返す 患者に何度も説明をする 治療の必要性を理解し、協力を得ることの困難さ 患者の理解度に合わせた対応を行わなければいけない困難さ 理解力が低下し指示や指導が入らない 説明しても理解できない患者のルート管理 精神症状の変動が身体症状に影響し、ケアの実施がさらに難しくなる
	家族からの支援の不足	家族が積極的治療を望んでいないことが多い ターミナルを望まれる患者が増えているが、家族の来院がない
病院体制の未整備	診療体制の未整備	他科での受け入れが困難 転院までの対応の遅れ 内科医師がいないことが不安 医師の診察の頻度が少ない 精神科治療が終了しても患者にあった環境に移動できない
	看護体制の未整備	夜勤の看護も身体合併症患者以外にも手がかかる 治療方針が明確でないことが多く、看護の方向性が見出せない 多職種との連携が密でなく、家族がうまく巻き込めていない
	患者・家族・医療者の連携を取ることの困難さ	他科の医師との連携の困難さ 他科の医師に精神症状を理解させることが困難 看護師間での協力体制ができていない 日勤医師から当直医へ重症患者の申し送りができていない 転院の時期への段取り、見極めが遅いことが多い 治療・安全面、患者・家族の思いのバランスを取るものの困難さ
教育や学習機会の未充足	症状別看護や身体合併症看護に対応する勉強会の不足 研修会が少なく、継続的なフィジカルアセスメントが困難 先輩看護師の経験知が伝わってこない	

合併症看護に対応する勉強会の不足)などの17コードから,《診療体制の未整備》《看護体制の未整備》《患者・家族・医療者の連携を取ることの困難さ》《教育や学習機会の未充足》の4項目にサブカテゴリー化された。

VI. 考察

本研究によって, 身体合併症看護における精神科看護師の困難感として, 【精神科で扱う多様な身体疾患の治療・ケアに対応することの困難さ】【看護師の看護実践能力の不足】【身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難】【困難性を抱く身体合併症患者との関わり】【病院体制の未整備】が示された。

身体合併症看護における精神科看護師の困難感について, カテゴリーごとに考察する。

1. 【精神科で扱う多様な身体疾患の治療・ケアに対応することの困難さ】

天賀谷他(2008)は「精神科で対応する身体疾患は多様であるため, 精神科看護師は身体疾患に関する総合的な知識をもつ必要があり, むしろ一般科の看護師よりも多くのことを知らなければならない」と述べている。しかし, 自己研鑽する以前に, 精神科看護師は, 《精神科で扱う身体疾患の多様さ》に戸惑い, 苦手意識を抱いていた。また, その背景には《身体疾患の治療・ケアに対応できる設備の不足》があり, さらに対応への困難感を覚えることにつながっていることが推察された。藤野他(2015)は, 特に精神科単科病院には身体ケアを実施する設備や備品の不十分さについて指摘しており, 設備面の充足も必須である。

2. 【看護師の看護実践能力の不足】

精神科病棟では, 身体合併症よりも精神疾患への看護に焦点を置いたケアに主眼が置かれ, フィジカルアセスメントを実施する機会が限られてきた。そして, 《同じ身体疾患をケアする機会が少なく知識や技術が定着しない》看護体制の課題も抱えていた。そのため, 看護師は身体面のケアが求められる状況に直

面すると, 《身体疾患・フィジカルアセスメントに関する知識・経験不足による対応の困難さ》を感じて, 非常に困惑しやすく, 《知識や経験の差に左右されるケアの危うさ》も感じていた。それらは, 大江他(2014)の報告と同様に, 知識や経験のばらつきがあること, それらが原因でスタッフの意見に左右されていることが影響していたと考える。

また, 精神科病棟での身体合併症の看護ケア場面では, 看護師の知識や経験が多様であることの影響を受けていることが共通していること(大江他,2014)も明らかとなっている。その要因として, 精神科看護師は, 他科の経験がない場合に新しい知識獲得に消極的で技術習得が不十分で, 新しい技術の獲得に不安や恐怖心を抱くことや看護師間での指導方法や考え方に違いがあることが特徴であり, 統一した指導を行う必要があるとされている(橋本,2011)。身体合併症に対する教育プログラムとして, 「救急蘇生法研修(賀波澤他,2013)」「パートナーシップ・ナーシング・システム導入(光明寺他,2016)」「身体合併症・フィジカルアセスメントに関する勉強会(伊藤他,2019)」により, 身体合併症の知識習得や技術不安の軽減につながったことが報告されているが, 本研究においては, 大江他(2014)の報告内容からの大きな変化は認められず, 困難を感じている状況は依然として変わっていないと考える。藤野他(2015)が指摘しているが, 知識・技術伝達型の教育プログラムだけではなく, 並行して状況からの学びが深められるケーススタディを交えた継続教育が必要である。

3. 【身体合併症ケア場面での臨床判断における困難】

臨床判断は看護ケアの方向性を見出し, 行動を決定する根拠となるものであるが, 精神科看護師の日常業務における, 精神疾患特有の症状をもつ患者の身体合併症ケア場面において, それぞれが臨床判断を迫られることが

少なくない(藤野他,2015)。精神科における身体合併症には、精神疾患患者がもつ特有のエビデンスがあり、日下(2008)は精神科看護師として患者の真のニーズを見抜く感覚をもつことの重要性を挙げている。しかし、精神疾患を抱える患者において、本人の訴えから身体症状を見極めることはかなり難しく、精神科看護師は《精神疾患の特性に伴う患者のニーズを見極める困難さ》を感じていた。しかし、患者一人ひとりの言動や反応に隠された真の訴えに気付くことが重要であり、そのためには、日常からいつもの患者の状態を把握しておくことが求められる。また、患者の訴えと観察による所見が、精神症状によるものか身体症状によるものかを見極めること(河合,2012)や、フィジカルアセスメントの難しさもあり、《身体と精神を総合的に看ることの困難さ》も感じていた。精神科看護師は身体面への関心を強く持ち、身体疾患やケアについての知識と経験を積み重ねることにより、観察したことを精神面と身体面の両方から考え、患者の状態を判断し適切なケアを提供することが必要である。さらに、精神科医の《診断・治療の不確かさ》に不安や不信感を抱き、治療に必要な身体拘束に関する《家族への説明》に際して、家族から否定的な思いを伝えられることも、身体合併症ケア場面での臨床判断における困難につながっていることが示された。医療チームでの情報共有やカンファレンスなどを繰り返し行うこと、看護師が感情を打ち明けられやすい場を意図的に設けるなどのメンタルヘルス支援も必要と考える。

4. 【困難性を抱く身体合併症患者との関わり】

身体的・精神的急性期状態の患者が入院する特徴がある精神科救急身体合併症病棟は、精神症状の改善を図りながらも身体的な《生命の危機的状況への介入》を優先しなければならない。しかし、生命の危機が迫る中でも

治療の意思決定ができない、生命の危機が伝わらない患者との関わりで、困難感を生じていた。東谷他(2015)は生命の危機的状況への介入場面で抱いた感情は、患者と関係性を構築しながら身体的な危機回避への介入を行う困難性により生じることを示唆している。医療チームでの情報共有やカンファレンスなどにより、患者との関係性構築を早急に行い、早期に適切な医療を受けられるようにする必要がある。そして、精神科看護師は自己に生じる否定的感情を理解しながら、対象理解を深めることが重要と考える。

《安全保持への介入》は、安全管理やケアの確実な実施が優先され、危険回避として行動制限が行われていること、精神科看護師の知識や技術不足による不安やケア体制の不備、本来なら高度な身体合併症の治療が必要な場合でも、精神疾患を有することが理由で安易に精神科病棟での治療や過剰な行動制限が選択されるという医療側の要因による行動制限が行われていることにジレンマを抱えていた。精神科看護師にとってこのような状況はストレスが高いと考えられる。これらを軽減するために、精神科病棟で対応できる身体合併症の重症度について医療チームで明確な基準を設け、病棟のケア体制や対応の限界なども含めて検討する必要がある。また、そのような組織的な課題へのジレンマを抱えながら看護ケアを実践せざるを得ない状況にある精神科看護師に対するメンタルヘルス支援のあり方を検討することも重要と考える。

《日常看護場面における困難》は、患者への繰り返しの説明や患者の繰り返される行動、理解力の低下している患者との関わりで、はがゆさや徒労感などの感情が生じていた。東谷他(2015)は患者に対して生じた看護師の感情は患者の感情ともいえると述べており、精神科看護師は自己の感情を振り返り患者理解を深めることの必要性を指摘している。様々な要因から否定的感情を生じる日常

看護場面では、看護師が自身の感情に気づき、患者の状態との関係性を意識的に考える必要があると考える。

《家族からの支援の不足》は、身体合併症看護を困難にしている要因（美濃他, 2012）といわれ、家族関係の希薄さに関連した家族の支援・協力が得られにくいことに困難さを感じていた。

5. 【病院体制の未整備】

《患者・家族・医療者の連携を取ることの困難さ》や病院の治療、設備の限界といった《診療体制の未整備》は、精神科看護師が困難を感じることに繋がっていた。また、治療方針が明確でないことが多く、看護の方向性が見出せないといった《看護体制の未整備》の状況にもあり、服部他（2016）が述べているように、医師任せの現場の組織風土が存在することが推測された。精神科医、身体疾患を取り扱う身体科医もしくは病院、精神科看護師それぞれが専門性を発揮し、協力・連携することが重要と考える。

精神科看護師は身体合併症ケアに関する知識や技術に対する自信のなさに関連する不安が大きく、《教育や学習機会の未充足》の現状に、教育の充実を求めている。ただし、身体合併症看護に関する看護実践能力の向上は、個々の努力に委ねるだけでは限界があるという指摘もあることから（荒木他, 2012）、身体合併症ケアの技術習得の教育システムの構築、医療体制整備を促進していくことが必要である。

VII. 結論

身体合併症看護における精神科看護師の困難感として、【精神科で扱う多様な身体疾患の治療・ケアに対応することの困難さ】【看護師の看護実践能力の不足】【身体合併症ケア場面での臨床判断における困難】【困難性を抱く身体合併症患者との関わり】【病院体制の未整備】の5カテゴリーが抽出された。

身体合併症看護における精神科看護師の困難感を軽減させる支援として、精神科で扱う多様な身体疾患の治療・ケアに対応できる看護実践能力向上に向けて、「身体合併症ケアの技術習得及び継続教育できる教育システムの構築」は必須であり、さらに、「身体合併症ケアを実践するための設備面の充足」「医療チームでの情報共有やカンファレンスの充実」「看護師のメンタルヘルス支援」が必要である。加えて、患者・家族・医療者・病院間の連携や診療体制、看護体制といった「病院体制の整備促進」も重要である。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、身体合併症看護における精神科看護師の困難感の内容を概括し、分析した。しかしながら、対象文献について精神科看護師の困難感の具体的な事柄事態に焦点を絞ったことにより、精神科看護師を対象に実施されている身体合併症看護に対する支援についての文献は研究対象として分析に至らず、困難感の現状を十分に網羅できたとはいえない。そのため、今後は身体合併症看護に対する支援についての報告に関する文献の収集に注力し、身体合併症看護における精神科看護師の課題や示唆について検討を重ねる必要がある。

引用参考文献

- 東谷敬介, 田中智彦, 五十嵐路恵他: 精神科身体合併症看護における看護師の感情—困難性の高い看護場面についての語り—, 日本看護学会論文集 精神看護, 45, 75-78, 2015.
- 麻生祐華, 後藤成人: 精神科入院患者の身体合併症に対する看護—他科受診が必要となった事例を通して—, 日本精神科看護学会誌, 62 (1), 228-229, 2019.
- 天賀谷隆, 遠藤淑美編: 精神科身体合併症看護, 第1版, 精神看護出版, 23, 2008.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子他: 統合失調症患者の身体合併症看護を促進させるため

- の体制の整備について, 大阪医科大学看護研究雑誌, 2, 9-20, 2012.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子他: 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討, 大阪医科大学看護研究雑誌, (3), 100-108, 2013.
- 伊藤就治, 渡邊友子, 関野絢他: 身体合併症に対する看護力向上への取り組み—学習会によるスタッフの意識変化—, 日本精神科看護学術集会誌, 62 (1), 230-231, 2019.
- 大江真人, 長谷川雅美, 長山豊他: 精神科病棟に勤務する看護師が身体合併症を持つ患者のケア場面で感じる困難感, 看護実践学会誌, 27 (1), 1-8, 2014.
- 大川貴子, 中山洋子: 入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析, 日本精神保健看護学会誌, 13 (1), 63-71, 2004.
- 大島泰子, 村瀬智子: 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, 日本赤十字豊田看護大学紀要, 13 (1), 71-81, 2018.
- 賀波澤清, 生亀進也, 赤池隆則他: 救急蘇生法研修後の看護師の技術不安の変化—精神科身体合併症病棟で救急蘇生法研修を実施して—, 日本精神科看護学術集会誌, 56 (3), 53-57, 2013.
- 河合正成: 救急医療システムの基本と連携モデル, 精神看護, 15 (6), 医学書院, 33-34, 2012.
- 木村怜, 樋口日出子: 看護師職能団体論文集における精神疾患をもつ身体合併症患者への看護に関する文献レビュー, 岩手県立大学看護学部紀要, 25, 1-14, 2023.
- 日下修一: 精神「科」看護を教えるとはどういうことか—教員が知るべき方向性—, 看護教育, 49 (7), 578-583, 2008.
- 武石美香, 藤原美那子, 白山翠他: 精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が抱く身体合併症看護に対する心理的負担, 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀, 25 (1), 99-105, 2017.
- 田村幸子: 精神疾患と身体合併症を有する患者の総合病院における入院環境についての一考察, 日本精神科看護学術集会, 62 (2), 29-33, 2020.
- 成田結香, 下川昌吾, 荒井祐徳他: 精神科病棟における精神科看護師が困難と感じる身体合併症ケアについて, 東邦看護学会, 16 (1), 36, 2018.
- 日本精神科病院協会: 精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査報告書〔令和 2 年度厚生労働科学研究補助金 (障害者総合福祉推進事業)〕, 2021.
- 橋本敏子: 精神科病棟における身体合併症看護からみえた看護師教育の課題—術後身体管理が長期化した認知症患者を通して—, 日本精神科看護学会誌, 54 (3), 216-220, 2011.
- 長谷川小真子, 藤井徹也, 市江和子: A 県下における精神科看護師の統合失調症患者に対するフィジカルアセスメントの実態, 福井県立大学論集, 59, 91-104, 2023.
- 服部智佐, 亀井利江, 清水ちよみ: 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への思いと課題, 日本精神科看護学術集会誌, 59 (1), 224-225, 2016.
- 日向香織, 宮川英之, 金子由香利他: 精神科看護師の身体管理に対する思い, 日本看護学会論文集 精神看護, 45, 155-158, 2015.
- 藤野成美, 脇崎裕子, 吉武美佐子他: 精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難さ, 国際医療福祉大学学会誌, 20 (2), 70-77, 2015.
- 道上勝春: A 精神科病院の身体合併症早期発見に対する看護師の認識, 日本精神科看護学術集会誌, 60 (2), 333-336, 2018.
- 美濃由紀子, 宮本真巳: がんを併発した精神

疾患患者の治療・看護を阻害する要因，日本精神科看護学術集会誌，55，140-141，2012.

執筆者紹介（所属）

三浦 広美 八戸学院大学 健康医療学部 看護学科 講師
木村 緑 八戸学院大学 健康医療学部 看護学科 教授