

精神科における長期入院患者の看護

— "相互回避" の状況が改善したかかわりの過程を振り返って—

伊藤ひろ子¹⁾、石井幸枝²⁾

キーワード：精神科看護、長期入院患者、看護師—患者関係、個別ケア

要 旨

本研究は、看護師のかかわりがケアになるための要件について考察したものである。"相互回避"の状況にあった長期入院患者がコミュニケーションを改善した継続的な個別ケアの展開過程を記述し、分析・検討を行なった。特にかかわった当初の看護師—患者関係づくりにおける看護師の関心の向けどころを明確にした。そして、改善の契機になったケアを"優先したケア"として、自尊の気持ちの保持・訴えや要求を満たす・不安の軽減の3つに分類することができた。さらに、"優先したケア"を実践するために看護師に求められた力について考察した。

Nursing Approaches for Long-term Inpatients in a Psychiatric Ward

— Through the examination of processes which improved the situation of "mutual withdrawal"—

Hiroko Ito¹⁾, Sachie Ishii²⁾

Key words : psychiatric nursing, long-term inpatient, nurse-patient relation, individual care

Abstract :

This research studies significant factors that are required for nursing interventions to have functions of care. The present study describes, analyzes, and evaluates the processes of continuous-individualized care which improved the communications between nurses and long-term inpatient who were "mutual withdrawal" situations. Specifically, it clarifies major aspects of nurses' concerns while working on developing relationships with patients. Then, the clues that are needed for improving their communications—maintaining patients' self-esteem, meeting the needs of patients' complains and demands and relieving patients' anxiety—are found. These three components of care are considered to be the "priority care." Furthermore, nurses' clinical competencies that are required for practicing the "priority care" are examined.

1) 宮城大学看護学部

Miyagi University School of Nursing

2) (元)小樽市立小樽第二病院

(former) Otaru city Otaru second hospital

1. はじめに

精神科における長期入院患者といっても、その状態は一人一人異なる。その状態には、精神疾患に加えて家族環境と健康状態、人柄までも影響している。また、統合失調症圏の場合は、患者の言動には病気に伴う思考障害を反映しており、もしそのまま放置すれば、その思考障害は永続化し、増悪するという理解が一般的である。さらに、一定の改善を見ても、その状態を維持するために持続的な治療介入が必要であるとも言われている¹⁾。報告者らは、そうした患者の回復に看護師の日々のかかわりが大きく影響すると考えている。

特に看護師との関係が"相互回避"の状況にある長期入院患者の場合は、看護師も患者も何をどうすることで改善するのかの手がかりを見い出せないまま時間が経過し、問題になるさまざまな言動が際立ってきているのである。そのためか、あたかもその言動を通して、患者は自分の存在を示しているかのようにも見える²⁾。そして、病棟生活にある種"なじんでいる"ようにも理解できる。それは、看護師が、患者の興奮状態や今より悪い状態になるのを避けることを優先するあまり、その場しのぎの対応になってしまった結果³⁾とも言える。一方、患者は自分の過ごし方を変えさせられることを拒み、頑なさを強めている⁴⁾。本報告では看護師と患者との間で、互いに気持ちや意思を伝え合うコミュニケーションが成立しない状態を"相互回避"の状況と位置づけた。

報告者らは、有意義な看護師-患者関係を確立することによって、人間として深く学び成長し合えるという考え方⁵⁾⁶⁾を支えにして日々患者とかわり続けてきている。多くの看護スタッフが避ける状態にある長期入院患者とのかかわりを通して、「看護とは、創造的、建設的、生産的な個人生活や社会生活を目指す、パーソナリティの前進を助長することを目的とした教育的手立てであり、成熟を促す力である⁷⁾⁸⁾。」ということを実感できる貴重な体験をすることができた。それは、"相互回避"の状況にあった患者との意志の疎通を可能にするとともに、状態の改善を見るという体験的理解を深めることになった。そして、その体験が現在の報告者らの臨床能力にもなっているため、

改めてその体験を言語化する必要性を痛感させられた。

そこで、報告者らが展開した継続的な個別ケアを振り返り、精神科における長期入院患者にかかわる場合の関心の向けどころと対応を明確にすることとした。また、そうしたかかわりを実践するために看護師に求められる力について考察し、看護師に期待される役割と精神科看護の技術について明確にすることをめざし本研究に取り組んだ。報告者らは、患者が自分の出来ることと出来ないことを意識し、自立・成長の課題克服に取り組むことを支援し見守ることが看護の重要な機能と考えている。しかし、個別性の強い領域だけに、具体的にどうすればよいかという個別的な体験を、一般化する方向での努力がそれぞれの立場で取り組まれているのが現状である⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。

本研究は、そうした取り組みの一つとして位置づけられる。また、看護師が患者のどういうところに関心を寄せるか、どう対応することが看護になるのか等を明確にすること、また、"問題行動"は目立つが、長期間にわたって一定の状態を維持し、自分らしい生活づくりに向けた動きをおこせない状態にある患者が改善する力を秘めていることを、多くの看護師たちと共有したいとの思いに支えられていることをもおこわりたい。

II. 研究目的

本報告は、長期間にわたり看護師とコミュニケーションを持たずに"問題行動"が目立つ、大変な患者と言われる"相互回避"の状況にある長期入院患者が、他者に自分の気持ちを伝える、看護師を待つ、コントロールする力を発揮する、本人なりに"はり"のある生活を獲得する等の、変化をおこすことになった継続的な個別ケアをふりかえり、患者が自分らしい生活を獲得する契機になった対応と、その対応を生み出した看護師の関心の向けどころを明確にする。そして、精神科領域の長期入院患者がその人らしく生活するための第一歩を踏み出すために、看護師がどのような力を持ってかわる必要があるのか、看護師が担える役割は何かについて考察することをめざした。

III. 研究方法と対象

- 1) 事例検討を積み重ねての質的研究である
- 2) 1989年から1999年の間に公立G病院の精神科病棟における"大変な"患者とのかかわりを対象とし、その看護記録や残してあるメモ、かかわった看護師の記憶に基づき、患者と看護師のかかわりについて情報収集を行なった。まず、入院に至った経緯、病院での生活状況、家族とのつながりを明らかにした。
- 3) 継続的な個別ケアの展開過程を、看護師-患者関係の発展¹⁴⁾¹⁵⁾過程に位置づけ、関係づくり(互いに知り合う時期)、試みの時期(関係を持ちつづける時期)、社会資源の活用(新たな関係に向かう時期)の三つの時期に分け、その時期ごとの患者の状態や訴え方の変化、について記述した。
- 4) 記述した事例の中で、特に入院が15年以上と長期に渡り、保護・収容を優先した精神医療が大きく影響している統合失調症圏の患者で、かつ意志の疎通の困難さに加えて、加齢による機能低下や"問題行動"が目立ち、その人なりの存在感が伝わる、さらに患者と看護師が"相互回避"の状況にある患者を抽出した。そして、個別ケアを継続する中で、コミュニケーションや過ごし方に改善を見た事例について、かかわりの当初における看護師の関心の向けどころと判断、対応を明確にするための分析・検討を重ねた。その結果、"優先したケア"を分類し、それらの典型事例として8例を抽出し対象とした。

IV. 結果

表1に示したように、看護師が患者の言動を「暮らし方・過ごし方」さらには「保ち方」として受けとめていることが明らかになり、「表1. 個別ケア展開のための着眼点」として整理することができた。さらに、対象事例との援助関係づくりの契機になったこと、患者の自己対処能力の発揮を動機づけたことに焦点をあてて分析・検討したところ、それぞれの事例に有効となった"優先したケア"があることが明らかになった。そして、その"優先したケア"を表1の左端に示したように

「I群：自尊の気持ちの保持」、「II群：訴えや要求を満たす」、「III群：不安の軽減」の三つに分類できた。この三つのケアは精神看護の基本とも言えるものであり、どのような状態にある患者にも必要となるが、特にそれぞれのケアがどのような状態にある患者の場合により有効になるのかを明確にすることができた。

さらに、そのケアが効果的に機能するための患者観が明らかになった。表1の「暮らし方・過ごし方」は客観的な事実である。その事実には長い入院生活で患者が体験してきているであろうその時々を思いを重ね合わせ、問題に見える言動でも患者にとって意味があることを実感するとともに、あたりまえにできない不自由さに思いを馳せた看護師の判断が、問題に受けとられがちな患者の「暮らし方・過ごし方」を表1に示したように「保ち方」と受けとめていたのである。患者を一人の生活者としてとらえる必要があると主張されて久しいが、こうした受けとめ方こそが患者を生活者として理解する方法の一つと言える。すなわち、患者の言動には現状を改善する手がかりとして意味があり、そうせざるを得ない患者の気持ちをかかわりの"接点"にした患者理解が重要であると理解できた。こうした患者観が、表1の「Nsの気がかり」としてあらわれ、そして患者が人と安心して会えるように、一人の看護師が何をどう伝えたかを示したのが「Nsの対応」である。そうしたかかわりを継続する中で見られた患者の変化を示した欄が、表1の右端の二重線で区切った"その後の変化"である。この変化は一人の看護師が一人の患者とのかかわりを見届け、個別ケアを継続した結果、患者が信じる力や自己対処能力を発揮した"証"とも言える。

この研究対象に共通していたことは、患者の言動に多くの看護師が困っていたことである。しかし、1ヶ月位のかかわりで変化していることが明らかになり、周囲に受け止められる表現ができずに患者自身が困っていただろうことを理解できる。簡単に言えば、目をそらさずに真に自分に向き合ってくれる人を無意識ではあるが、待ち望んでいた患者と言えよう。

この三つの優先したケアは、頑な態度や執拗な

訴え、暴力行為や拒絶等、「問題行動」と見なされやすい言動を、患者なりの「保ち方」と受けとめ見守る看護師の「まなざし」に支えられたこと、さらに、看護行為である対応を生み出しているのが「Nsの気がかり」であり、その欄の下線をつけた部分がそれぞれの患者の改善の契機となったことである。表1の病名と看護師の名称が変更以前の内容になっているのは、表1は2000年に作成したものであることをおことわりする。さらに、表1のNsは報告者の一人であり、病棟責任者として看護業務にあたっていたことを記したい。

(1)「優先したケア」別の典型事例に見る看護師の判断と対応

1)「I群：自尊の気持ちの保持」について

この群の患者に共通していることは、ある種の緊張感と看護師をはじめ他者を容易に近寄らせない雰囲気や漂わせ、プライドを支えに必死で自分を保っていることと判断できたことである。若い頃のAさんとBさんは、病棟ではむしろ積極的に役割を担いながら生活を送っていた時期を経て、現在（研究期間に出会った当初を示す概念とした）の「暮らし方・過し方」になっている。Cさんは、看護師に加え他の患者ともコミュニケーションを避け、病院の中で孤立することで入院生活を維持していた。

AさんとBさんの場合は、普通にコミュニケーションができる関係づくりをめざした対応が、Cさんの場合は看護師が感じた違和感をタイミングを見計らって伝えたことが改善の一步となった。これは、ありのままの患者を認め方向づけたことが今の安定をバネに「自分が直面している課題」に取り組むことを動機づけたと理解できる。

いずれの場合も、患者の内面の「あやうさ」を感じとりながら、他者と緊張しないで普通につきあえないことの不自由さを想像することで、生み出された対応であった。具体的に述べると次のようになる。Aさんの場合は、その日の自分の具合に合せながら、毅然とした態度で病棟の役割を担った10年前と比べ、その当時の律義さが「問題行動」として際立っているのではと

考え、力を抜いて緊張しないで人に会う体験を出来るよう工夫した対応を継続している。Bさんの場合は、自分を卑下して他患と大笑いしたり悪戯することに違和感を覚え、改めて病棟での過し方に関心を寄せたことで、外泊に行けないという変化に気づき、そのことを話題にする中でBさんの困りごとを把握できている。AさんとBさんに共通する対応は、本人たちが少し努力すればできそうなことを提案し見守りつづけたことである。その結果、Aさんは過度の緊張感がうすれ特定の看護師を待つ、Bさんは自分の気がかりを言葉で表現する等、コミュニケーションの改善を見た。

Cさんの場合は、問題がなく入院生活していることに違和感を覚え、看護師がまずCさんの側に居ることがあたりまえという雰囲気をつくるため、毎回丁寧に挨拶することを続けた。看護師は、自分が感じた違和感を伝えるのに、1年位の期間を要していた。その1年という準備期間でつくられた看護師-患者関係を踏まえて、Cさんから得られたそのときの手応えに動機づけられて「それで15年なの、……」と現実検討を迫っていたことが明らかになった。Cさんのように患者が継続的に提供される個別ケアを自分の課題に向き合う力にするため、看護師が患者と同じ土俵に立つ基盤、すなわち患者が看護師を認める関係が、主治医の協力を得、これまで退院には拒否的だった母親を動かし、Cさんの希望がかない、自宅への退院を実現したのである。

2)「II群：訴えや要求を満たす」について

この群に共通することとしては、電気ショック療法を要求したり、食べ物やお金へのこだわりであったりと、自分の違和感や要求をなりふりかまわず、それぞれの表現の仕方執拗に自己主張していると判断できたことである。そして、かかわりの手がかりを「患者の訴えや要求」に見出したことである。しかし、多くの看護師たちは、彼等のこうした訴えに対応することを動機づけられないまま、その場しのぎの対応で時間だけが経過する場合が多い。その結果、患

者の“問題行動”を強めるという悪循環になっているのである。

その悪循環を断ち切るきっかけになった判断と対応は、次のようになる。DさんやFさんの場合は、長年繰り返されている訴えがなされる時に、本人たちが体験している“気分の悪さ”を知りたい気持ちを抱いたことである。さらにEさんの場合は、排泄物で衣類を汚すなどI群のAさん同様、加齢による能力低下が認められる中で、糖尿病の悪化予防の糖分コントロールをめぐる、看護スタッフと対立関係になってしまっていることに気がかりを覚えたことである。そして、看護師が思ったり感じたことを手がかりに具体的な対応を生み出し実現している。DさんとFさんには「～が欲しい」とか「食べたい」という生活に関連した要求に可能な限り応じる、Eさんには、本人のこだわる“食べ物”を楽しみにできるような生活を提案する等、まず、本人達の訴えや要求を“接点”に、Dさん、Eさん、Fさんが看護師に期待を持てるようなかかわりを工夫した。こうした対応を刺激として本人たちは自己対処能力を発揮し、「その後の変化」を可能にしたことが理解できる。すなわち、訴えたり要求したりせざるを得ない患者の気持ちに関心を寄せ、何を求めているのか把握しようとする看護師の存在が改善の契機になったことを実証している。

そして、DさんとFさんは「生活費の自己管理」が実現し、Eさんは月1回の外食を生活の“はり”として病棟での療養生活を主体的に送ることになった。これは、患者が要求を満たされたり訴えに応じてもらう体験を通して、コントロールする力を発揮することを示していると言える。患者の訴えや要求をまず受けとめる、そして、看護師が手伝えることと手伝われないことを明確にし、自分の感じている不安や期待を伝えながら、気持ちよく過すために今どうする必要があるかを具体的に示し方向づけることの重要性について気づかされることになった。

3)「Ⅲ群：不安の軽減」について

この群に共通することは、病棟や看護師に対

する不安や不信の気持ちが強いのではと判断できたことである。Gさんの場合は、看護師から逃げるといふ静かな動きと、Hさんの場合は拒絶や暴力という激しい行為と、表現のされ方は異なるが、看護師に対する不信という点が共通と判断し対応している。Gさんは、食事以外は病棟にいない、さらに～が怒るとか叩くと訴えることから、病棟では看護師に見すごされやすく、他の患者のいじめの対象になっていたこと、Hさんの暴力行為や拒絶は、聴覚障害の影響もあって何をされるかわからない不安から、看護師をはじめ周囲の人をおびやかすことになっているのではと理解した。

そのため、看護師が不利益をもたらす人ではないということ、患者が理解できる方法で伝える努力を行なったのである。具体的には表1の「Nsの対応」に述べてあるように、Gさんには、病棟が安心できる居場所として体験できるよう怒ることや注意することを避けるよう看護スタッフに協力を求める、Hさんには大切にされている体験になるよう、看護スタッフに丁寧な態度と言葉で接すること等を提案するとともに、個別ケアを継続的に実施した。そして、Gさんは看護師を避けることもなくなり、Hさんは、嚙唾から生じた意志の疎通の困難さから生じる被害的な受け取り方が改善し、他の患者や看護師に傷をおわせる暴力行為も見られなくなり、処置への拒否もなくなった。さらにコミュニケーションが可能になった特定の看護師に笑顔で挨拶する等の変化を見た。

この群には、先に述べた2つの群と異なる点がある。患者の気持ちを思い描きながら個別ケアを展開する看護師が中心になって、怒ったり注意したりしない(Gさん)とか、看護師が何をやる人かなんのために来たのか処置を行なう毎に、理解しやすい方法で伝える(Hさん)とか、看護スタッフ全員への協力を要請したことである。これは、患者に関心を寄せる看護師の個別ケアは、全スタッフが安心感を保障する存在になって、はじめて有効に活用されたことを示していると言える。

V. 考 察

表1を一人一人の患者について左から右に見ていくと、それぞれの患者が"相互回避"の状況にならざるを得なかった過程を逆に思い描ける。それは、社会情勢や閉鎖的にならざるを得なかった精神医療のもとで、看護師が患者の言動をあるべき姿にかえようと注意したかかわりを重ね、患者は底知れない不安感から、"こだわり"を強め、信じることや期待することが困難になってしまうという中で形成された看護師と患者の相互作用ということである⁹⁾。特に統合失調症圏の患者の多くは、自分の違和感を表現できなかつたり、表現したとしても困っていることを分かってもらえない体験をしている。それだけに存在しているありのままの自分に関心を向ける人の存在は、患者が健康な力を発揮することを動機づけると考えられる。それは、患者を"困った人"から"困っている人"というように、患者の受け止め方を変えることでもある。看護師が変れば看護が変わると言われて久しい¹⁰⁾が、患者の見え方を変えることが看護師に求められている¹²⁾¹⁵⁾と理解できる。

表1で言うならば、看護師が患者の「暮らし方・過し方」にその患者の「保ち方」を発見することであり、言動に込められた患者にとっての意味を把握するための関心を向けることと言える。病棟での居方にある緊張感をただよわせている(Aさん)、破損行為で自分の存在を示す(Bさん)、患者とも看護師とも接触は最小限にした病棟生活を送る(Cさん)等のI群の場合は、そのような行為が何を示しているのかに関心を寄せながら、看護師の気がかりやどうして欲しいかの気持ちを伝えるという、自尊の気持ちを傷つけない対応を工夫する必要があった。II群の場合は、訴え方(Dさん、Fさん)や、看護師を制限する人としか見えない会い方(Eさん)等に、患者との"接点"を見い出す努力をして、看護師を不利益をもたらす人ではないと伝えていた。また、看護師から逃げる(Gさん)、或いは暴力行為と拒絶が強い(Hさん)等のIII群の場合は、看護師が敵にしか見えてないのではとの疑問から、病棟が安心できる場所で、看護師が自分を守ってくれるという体験になるよう、患者の理解力に合わせて対応

を工夫している。このIII群に見られた特徴は、一人の看護師との信頼関係を軸にしたかかわりを患者が活用できるために、病棟や看護師に対する不信感を払拭する必要があると判断し、安全感や安心感を届ける方向での病棟チーム全体での取り組みが必要になったことである。III群に属する患者は、他の群と比べおびやかされ続け不信感が強いと言える。

特に長期入院患者の場合は、これまでの病院生活で身につけてしまった挫折感や他者へのあきらめといった"アカ"を取り除くためにも、改めて患者がこれまでどのような思いをして過ごしているかに関心を寄せることが求められる。そうした関心とともに、今困ったり不自由に思っていることを知りたいという看護師の気持ちを伝える必要があると言える。毎日の挨拶とともに実施されるそうした看護師の働きかけは、患者が自分自身に気づかされ、改めて自分の思いを言葉にしてコミュニケーションする契機になったと考えられる。長期に入院している患者の治療には、薬物を変更するよりも"一人の患者さん"として丁寧に挨拶することが侵襲を最小にして効果が大きい¹⁶⁾といわれるゆえんと言えよう。

報告者らは、看護師が患者に一人の人間として生きているそのことに尊敬の気持ちを持てる⁶⁾かどうか、精神科看護の質を決めると言っても過言ではないと考えている。看護師が持つ人間観と患者観も無視できないことや、人間観も患者観も固定されたものでなく、一人一人の努力によって変化すると考えている。そうした立場から、"相互回避"の状況にある長期入院患者を看護するために必要となる看護師の力について、次の6つの側面から考察を得ることができた。1. 対人関係論にもとづいて患者を把握する力、2. 患者の苦悩を感じとれる力、3. 判断したことや自分の気持ちを患者に伝え確かめ合う力、4. 持ちこたえる力、5. 継続する力、6. 他の人たちと協働する力の6つの側面である。

(1) 優先したケアを生み出す力

1) 対人関係論に基づいて患者を把握する力:

対人関係論に基づいた患者の理解の仕方とは、

短絡的な表現ではあるが次のようになる。「表1。」に示した「暮らし方・過ごし方」には、精神疾患を患って以降の気持ちの動きや、病院という限られた閉鎖的な空間で、看護スタッフも患者も互いに顔というか個が見えない場で長期間の生活を余儀なくされていることが影響しあっている⁴⁾ととらえる立場である。それは、患者の「暮らし方・過ごし方」の問題を指摘するのではなく、そういう言動をせざるを得ない不自由さや心の痛みを思い描きながら、今感じているであろう思いを受け止める力とも言える。表現をかえれば、患者を一人の生活者として理解する方法の一つと言えよう。精神障害のために生じている不安感やこれまでの療養生活で得た生活の知恵が影響しあって現在があると理解する力でもある。この力は、どのような状態にある患者をも、あきらめないで生き生きとした関心を向ける⁴⁾ために必要な臨床能力と考えられる。また、精神科看護においては看護師と患者の関係性が対応の効果に影響するだけに重要な力と言える。

2) 患者の苦悩を感じとれる力:

表1の「暮らし方・過ごし方」の内容から理解できるように、患者の言動は周囲には認めがたい「問題行動」とみなされやすいものである。Cさん、Gさんのように看護師の手を煩わすことがないので、忙しい業務の中で見過ごされやすい状態の場合もある。そして、それらの言動は、看護師の倫理観や価値観で裁かれたり、早急に変化を求めたかかわりをされやすい。そうした対応は、その人なりに努力していることを認めない、患者を脅かすことにしかならず、患者は自分の守りとして自分なりの対処にこだわってしまうことになった¹⁾³⁾と言える。この相互作用の積み重ねが、互いにとっては不幸とも言える「相互回避」を生んだと考えられる。人間は自分の痛みや苦悩に関心を寄せられ、自分自身を受けとめられる居心地の良さを体験することを契機に、ありのままの自分を認めることが可能になる¹⁷⁾¹⁸⁾。そして、ありのままの自分を受け止められる心地良い体験は、患者を癒し、頑なさが軽減して、他者の言い分を受けとめ自

己対処能力の発揮を促すと考えられる。

この力は、他者の感情や気持ちに共感する力ということができる。

3) 判断したことや自分の気持ちを患者に言葉で伝え確かめ合う力:

これは、看護師が自分が受け止めた思いを患者に伝え、看護師の理解と患者が内的に体験していることにズレがないか確かめる力である。確かめると言っても、表1のAさん、Bさん、Eさん、Fさん、Gさんのように、気がかりを比較的早く確かめられる場合と、Hさんのように身体症状の治療のため急いだ対応を迫られる場合、さらには、Cさんのように違和感や疑問等を感じていても、それを伝えるタイミングを見計らう必要がある場合がある。そのため、この力は、患者の状態や理解力を把握する力、さらに看護師が患者とどのような関係を成立させているかを判断する力、対人関係能力などを統合して生み出される力ということができる。臨床能力が高い熟練した看護師は、この力を、患者に会った瞬時に発揮し患者理解を行っていると考えられる。

4) もちこたえる力:

看護師がその時その場の患者の様子や「やりとり」からかかわることを動機づけられ、その対応が患者にどう影響しているか見届ける、その反応に動機づけられ次の対応を生み出すというかかわりを個別ケア³⁾⁹⁾ということができる。この個別ケアが精神科看護においては重要になる。統合失調症圏の長期入院患者こそ、一人の人間として、患者のこれまでの生活とその患者にふさわしい将来があることを信じて、生き生きとした関心を向ける他者の存在が重要であると言われている⁹⁾。

しかし、その実践が困難になりやすいという事実は否定できない。個別ケアを困難にする理由はいくつかある。ひとつは、人と人のかかわりは善くも悪くも主観から出発するものであるが、看護師が自分の見聞きしたことから患者の状態を判断し対応する、そしてその対応への患者の反応を手がかりにして次のかかわりを生み出すには勇気と臨床能力が必要となる³⁾。いま

ひとつは対象となる患者のもつ疾患の特徴と深く関連することで、変化を見るまでには想像を絶する長い期間を要するため、看護師は無力感を覚え積極的にかかわることを動機づけられなくなりやすいことである。看護師は、個別ケアを継続するために自分自身をもちこたえる必要があるのである。このもちこたえる力とは、相手である患者の可能性を信じる力でもあり、人間の自立・成長や疾患に関する専門知識に裏づけされた判断力であり、かつ自分の判断に固執しない柔軟さでもあると考えられる。別な言い方をすると看護師のかかわりが患者にどう影響しているか、自分のかかわりを患者の自立・成長過程に位置づける力と言える。

5) 継続する力：

継続する力は、一貫した関心を向けあきらめずに根気強くかかわる力と言える。表1の「その後の変化」の欄に示したように、変化が生ずるまでに短くて1ヶ月（Bさん、Fさん）、看護師が感じた違和感を伝えるのに1年以上を要する（Cさん）場合がある。その変化も、ささやかな内容で、本人にも変化しているとは認めがたく改善に向かっているとは思えないことが多い。そのため、いつもと違う雰囲気や表情の変化に気づき、変化している事実を伝える看護師の存在が患者を勇気づけるのである。さらに、気づいた変化を具体的に伝えることは、患者の体験の積み重ねを助ける⁹⁾と考えられる。患者の小さな変化を見逃さない注意深さと患者が内部的に体験しているだろうことを思い描くことが求められるが、病棟における煩雑な日常業務を実施しながら、一人の患者に個別的な関心に向けつづけることは容易でない。その困難を克服するためにも、看護師は先に述べた対人関係論にもとづいて患者を把握する力と、患者の苦悩を感じとれる力を育むこととともに、実践したかかわりを継続することが求められる。この継続する力と先に述べたもちこたえる力と相互に影響しあうと言える。

6) 他の人たちと協働する力：

これまで述べた力は、患者との援助関係づくりや信頼関係づくりという個別ケアを展開する

力ということができる。こうした一人の看護師の力が患者に効果的に活用してもらうために必要になるのが、他の人たちと協働する力である。本報告では、患者は一人の看護師との援助関係を軸にして自分の課題に取り組むため、一人の看護師が果たす役割の大きさについて述べてきたが、個別ケアを患者が活用するためには、担当医の力だったり、病棟スタッフの力、さらには精神保健福祉士の力を借りる、すなわち協働する力が重要となる。看護師が他者の力を借りることは、患者も自立・成長に必要となる他の人たちの力を借りることを動機づけると考えられる。患者の"他者の力を借りる力"に支えられ、医療スタッフの協働が実現するのである。

患者の気持ちを受け止めた看護師が、必要なスタッフと協働した結果、退院に至る場合（Cさん）、さらにはまず治療環境を整えるために看護スタッフに協力を求めた場合（Gさん、Hさん）と協働の仕方は異なるが、いずれにも共通することは、看護師が自分の判断をスタッフに伝え、スタッフに助けを求めているところにある。判断したことや自分の気持ちを伝えることは患者にだけでなく、看護スタッフや他のスタッフにも伝えることが重要である。他の人たちと協働できる力は、一人一人の看護師が自分のできることとできないことを自覚し、助けを求め合う力とも言えよう。

VI. おわりに（本報告の限界と課題）

本報告は、病棟の日常の流れの中で、患者の日々の過ごし方や看護師たちとのつきあい方に、生活の不自由さやそぐわなさを感じた一人の看護師の長年のかかわりを研究対象としたレトロスペクティブな研究である。目に見えない看護師と患者との間で交わされている関係を、かかわった看護師の判断に基づいて明らかにしていること、また、患者からの看護師に対する評価を確かめていない等、一般化する上でのいくつかの限界がある。しかし、表1を作成して5年が過ぎ、その後の患者の生活が一人の看護師との信頼関係を築き上げ体得した力は、その看護師が病棟を離れても発揮される事実を知らされ、本報告を出すことを動機づけられ、

かわりがケアになるための基本的な要件を明確にできたのではと思っている。

2002年に、受け入れ条件が整えば退院可能になる約72000人の患者を10年のうちに退院・社会復帰をめざすという数値目標が示された¹⁹⁾。"退院可能"な患者を社会的入院と理解するならば、退院をめざす看護活動も意味があると言える。しかし、報告者等は、"入院したら退院するのは当然"であるとの病院が果たす役割を認識し、一人一人の患者の状態を把握し、回復と自立・成長の過程を思い描きながらかわることが看護師に求められていると考えている。精神科病院の機能が問われている今だからこそ、患者が必要な治療を主体的に活用し、生活上の困りごとを克服するために取り組んだ結果として退院をむかえるという理解を、私たち看護師はしなければいけないのではないだろうか。そのためにも看護師は、医師である診断者とは異なる視点、すなわち生活者として理解する力を高める必要がある。それは自分のかかわりの責任をとる、すなわち患者の反応を見届け、さらに必要な対応を生み出すことでもある。

そこから見えてくる看護師の役割や看護師に期待されることは、患者の"問題行動"や、動きのとれなさ、あるいは患者や医療スタッフとのトラブル等を手がかりに、患者が自分の困りごとを意識できるように、そして困ることを認めても自尊の気持ちを保持できるよう支援することと言える。患者は、継続的な個別ケアに支えられ厳しい現実に向き合い、自分らしい生活づくりの一步を踏み出すのだと言える。

報告者らは、長期入院患者が自分が困ることを周囲の人たちが理解できる方法で伝えられるよう支援する力は、精神保健上の問題があらわれて間もないさまざまな言動で訴える人たちや、さまざまな状況にある患者にかかわる場合にも力になると信じている。何故なら精神科看護は、看護師と患者との人間対人間の相互作用を基盤にして展開⁵⁾⁶⁾され、そこには看護師の精神保健や精神医学の専門知識とコミュニケーションの技術、さらには人間観や看護観が影響しやすい領域であることと深く関連しているところである。

引用文献

- 注1) ヒルデガード E.ペプロウ著, 稲田八重子
他訳: 人間関係の看護論; 15~16, 医学書院,
1973.

表 1. 個別ケア展開のための着眼点

| 優先したケア | 典型事例 (性別・年齢・病名) | 入院期間 | 暮らし方・過ごし方 | 保ち方 |
|---------------------|----------------------------------|------|---|--|
| I 群 … 自尊の気持ちの保持 | Aさん 男性・62才 精神分裂病 | 35年位 | <ul style="list-style-type: none"> ・威圧感を与える雰囲気を漂わせ、孤立している。 ・所定の丸椅子に坐り、眼光鋭く、緊張した面持ちで終日ジーンとしている。 ・就眠薬をもらいに詰所前に立つ時間が徐々に長くなる。注意されても、険しい表情で「いいんです」と応じない。 ・他 Pt から一目置かれていた 10 年前と異なり、服装が乱れている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・服薬はきちんとする。 ・周囲から何を言われようと行動を変えない。 ・頑なな態度（自分が思っているようにしか動こうとしない） |
| | Bさん 男性・52才 精神分裂病 | 20年位 | <ul style="list-style-type: none"> ・硬い表情で近寄りたがたい雰囲気を漂わせている。 ・時々、デイルームで喫煙しながら、自分を卑下した話題で他 Pt と大笑いする。 ・展示物を破る等の行為を目立たないように繰り返す。 ・年金生活、その手続きに支援が必要。背広の上着とシワだらけの帽子姿で母親のもとに単独で外出、外泊。 | <ul style="list-style-type: none"> ・椅子のシートの一部をはがす破損行為をかくれてする。 |
| | Cさん 男性・40才 精神分裂病 | 15年位 | <ul style="list-style-type: none"> ・表情がない能面用の顔。月に1回、1週間の自宅外泊を4年間継続している。 ・入院費の支払いや服薬も自己管理。訴えもない。 ・他患との交流なし。外泊の許可願いや処方された薬を受け取る等自分の要件のみで看護スタッフに近づく。 ・父親の葬式に参列させてもらえなかったことを意に介していないと言わんばかりに淡々と過ごす。 | <ul style="list-style-type: none"> ・病棟行事に参加しない。 ・沢山の本を傍らに置き、一人横になって本を見ている。 |
| II 群 … 訴えや要求を満たす | Dさん 男性・62才 精神分裂病 | 33年位 | <ul style="list-style-type: none"> ・pt や看護スタッフとの交流なく、言語不明瞭、意味不明で聞き取りにくい。 ・月に1回の姉の面会時、嬉しそうにもせず、持参した土産の菓子を食べている。 ・EST を要求する頃、看護スタッフの対応を無視し応じようとする。 ・月1回、EST を受けて安定を得ている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・EST をかける時期になると「注射して」「デンキ 200V かけて」と誰彼かまわず訴え、つきまとう。 |
| | Eさん 男性・65才 精神分裂病 | 45年 | <ul style="list-style-type: none"> ・礼儀正しく、院外作業を皆勤していた、10年前と比較すると、終日所定の場所で過ごすのが目立ち、時には直立不動の姿勢でうなずいている。 ・時々排泄物で汚れたズボンから悪臭をさせている。 ・看護スタッフとは頼みごとを通した必要最小限の接触を持つ。 ・糖尿病のためジュースや砂糖の制限について、看護スタッフに注意されることが多い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・他 pt の理不尽な行動を注意したり、Ns にもそれを要求する。 ・実習生に元気な若い頃の話をする。 ・食べ物にこだわる。 |
| | Fさん 男性・64才 精神分裂病 | 20年位 | <ul style="list-style-type: none"> ・いかつい顔で人を寄せ付けない雰囲気がある。 ・思うようにならないと被害念慮を強め、少しの刺激にも過度の反応を示し、トラブルを起こしては閉鎖に転棟するを繰り返す。 ・毎年春になると「退院して働く」と言い始める。 ・相談役の Ns が自分のお金を使っていると攻撃的に訴え、一ヶ月分の生活費を自己管理したいと言う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・詰所を視界にいれた場所で、看護スタッフや pt の動きを終日うかがっている。 |
| III 群 … 不安の軽減 | Gさん 男性・62才 精神分裂病 (発達遅滞) | 37年位 | <ul style="list-style-type: none"> ・病棟にほとんどいない。食事や必要な時には戻ってくる。 ・両耳に指を入れた状態で“○○(Pt の名前)が怒る”とか“叩くんだ”と訴える。 ・自傷行為や水中毒も見られ、Ns が挨拶しても逃げる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・話しかけると耳をふさぎ、避けるように遠ざかる。 ・病棟外に出ていることが多い。 ・詰所入口に座り込む。 |
| | Hさん 女性・54才 精神分裂病 | 19年位 | <ul style="list-style-type: none"> ・聴覚障害のため、会話に支障あり、コミュニケーションがとれない。 ・ささいなことに、被害的になり、興奮し、暴力に発展しやすいため、看護スタッフに避けられている。 ・長い間、閉鎖病棟での生活を余儀なくされ、孤立した状態にある。 ・イレウスを併発するが、治療拒否。 | <ul style="list-style-type: none"> ・暴力行為と拒絶 |

(Ns-看護婦、Dr-主治医、pt-患者、EST-電気ショック療法)

| Nsの気がかり | Nsの対応 | その後の変化 (変化が生じるまでの期間) |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 誰も近寄れないため、本人だけの世界が際立ち、拡がらない。 以前のようにできなくなっていることに、驚きとなさげなさを感ずる。 けわしい表情、鋭い眼光の本人の緊張感が周囲の人をも緊張させている。 加齢による荒廃が見られる。 | <ul style="list-style-type: none"> 夕食後、詰所前に立った時は、就眠薬を飲む時間を時計を示しどれ位待てばよいか、具体的に説明する。 顔を合わせた時は、本人の今の気分に関心を寄せ、「今日はグーかい？」とVサインを示し確かめるとともに「気分がよかったり、心配なことがない時は怖い顔しないで笑って」と言いつづける。 | <ul style="list-style-type: none"> 特定のNsを受け入れる(数ヶ月) そのNsとの関係を軸に、交代後のDrをも認めるようになる。 緊張が和らぎ、威圧感が薄れる。(1年位) <p>血圧測定、採血時等の処置は特定のNsにしかせない。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> 他Ptの交流の仕方や破損行為に違和感を覚える(自尊の気持ちを低めているのか)。 出かける姿を見ることがない。 | <ul style="list-style-type: none"> 「悪戯でストレス解消をしないで、Nsに話して欲しい」とシートをはがした椅子に貼る。 外泊していないことに気づき、本人の気持ちを確かめ、再開に向けて、母親と連絡を取り、母親を困らせない家での過ごし方を提案。 | <ul style="list-style-type: none"> 名乗り出ないが、悪戯はなくなる。(1ヶ月位) 外泊はしたいが「何故か母さんを見ると腹が立つ」と、自分の思いを言葉で表現。「腹が立つ」時のコントロールの仕方を提案、外泊を再開。(2ヶ月) |
| <ul style="list-style-type: none"> 問題がないことに違和感を覚える。 外泊を継続していることから考えると退院できそうなのに入院している理由は何か。(これまでも退院の話が出ていた) | <ul style="list-style-type: none"> 挨拶をかかさず、本人の“今”に関心を寄せ、言葉かけを続ける。 かかわりはじめて1年後位に、知りたかった入院の経過や原因、今後どうしたいか尋ねる。 入院理由を聞いた時、「それで15年なの、私にはそれが問題だと思う」と一歩踏み込む。 | <ul style="list-style-type: none"> これまで斜に構えていたのが、“それが問題”と言われ、驚きの表情でNsに向き合う。 <p>これを契機に特定のNsとの関係を軸に、本人が“退院”に向けた取り組みを行なう。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> どんな気分の悪さがあるのか。 症状の改善はあるが、ESTをかける度に力の低下が目立ち、定期的にESTを実施することに疑問を覚える。 | <ul style="list-style-type: none"> 交代したDrのEST施行への疑問を契機に、対応の困難さを予想しながらも、本人のEST以外の具体的な「～が欲しい」「～が食べたい」等の要求を満たす対応に切り替える。 本人の要求を満たすための準備をする。また、本人が選べるような提起の仕方を工夫する。 必要に応じ、許可できることとできないことを説明し、Nsの気持ちを伝える。 | <ul style="list-style-type: none"> ESTの要求が少なくなり(半年位)、徐々に聞かれなくなる。(1年位) 一時期要求がエスカレートし、食べ物に加えお金をも要求する。それを契機に、2000円/1wで自己管理するようになる。(2年位) 執拗な訴えと看護スタッフの動きかけを無視することが軽減し、穏かに過ごす。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病のため食事のコントロールは必要だが、Nsと対立を強めるような形で食事制限を強いる。 天涯孤独の状態にある本人の楽しみは何か。 突然興奮することがある。 | <ul style="list-style-type: none"> 本人の自尊心を傷付けないよう配慮しながら、汚れたズボンの着替えを手伝う。 月1回の外食の実施、院内での糖分の制限を自分でするよう提案。(外食についてはDrに了解を得る) 突然の興奮にサイクルがあることに気づき、不機嫌になっている本人が感情を発散するのを手伝う。 | <ul style="list-style-type: none"> 月1回の外食を実施。自ら外出の仲間を募る際、自分が不得意なお金の計算ができる人を入れる。 院内での糖分制限を行なう。Ns達との険悪な関係が徐々に改善。(6ヶ月位) その後、何回かイレウスになり、外出が不可能になるが、体調にあわせて自ら歩行訓練を行なう。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 興奮することはないが、覇気がない。 お金を取られたと被害的な妄想に左右され、特定のNsに攻撃的になる。 身だしなみ、整理整頓等々を注意するが、積み重ならない。 | <ul style="list-style-type: none"> 困ったら相談できるよう、相談できるNsを決める。 1ヶ月のお金の自己管理、できるかどうか疑問があったので、大きな賭けの気持ちで実施。 安定した状態を保つためにも、赤字を出さないよう、どれ位残っているか注意しながら、有効な金の使い方を提案する。 | <ul style="list-style-type: none"> 特定のNsに相談するようになる。生活費の使い方についてNsの話聞く。(1ヶ月位) 妄想や他Ptとのトラブル、春の退院要求はあるが、生活費の自己管理ができることに満足している。 |
| <ul style="list-style-type: none"> “叩く”とか“怒られる”とか単発的に言っただけは離れる。 おびえている居方等から、病棟が安心できる場になっていないのか。 | <ul style="list-style-type: none"> 看護スタッフに怒ったり、注意したりしないよう協力を依頼する。 挨拶をし、“どうしたの?”“困ることはないの?”と言葉かけを行なう。 | <ul style="list-style-type: none"> Nsが話しかけても避けず、目をむけるようになる。(3ヶ月位) 自傷行為や詰所前にしゃがみ込む姿が目立たなくなる。 病棟で姿を見ることが多くなる。(半年後) |
| <ul style="list-style-type: none"> イレウスの治療を拒否。 聴覚障害のために処置に対する不安を表現できないのでは。 長い間、コミュニケーションのとれなさに歯がゆさを感じているのかも。 | <ul style="list-style-type: none"> イレウスの治療を受けることを優先させる。 本人が大切にされていると認識できるように、丁寧な態度と言葉で接するよう、看護スタッフに徹底。 看護スタッフが実施する処置による苦痛の有無ややり方について説明できる、具体的なカードを作り、本人が理解できるよう工夫する。 | <ul style="list-style-type: none"> 治療拒否なく応じる。 抗精神薬を減量したことにより、病状が悪化した。暴力行為もなく、筆談により分かり合うことが可能となる。 イレウスが改善し元の病棟に戻っても、おだやかに過ごし、転棟先の特定のNsに会うと懐かしそうに手を振る。 |

参考文献

- 1) 西園昌久：精神療法的アプローチからみた精神分裂病—精神分裂病は脳のみ病みのみか—，中沢洋一編：私の分裂病観；59～80，金剛出版，1995.
- 2) 石井幸枝・伊藤ひろ子・伊藤幹佳：精神科病棟における看護の機能について（その2）—生活観に折り合いをつけられないまま入院が長期化している患者とのかかわりから考える—，病院・地域精神医学46(2)；66～70，2003.
- 3) 外口玉子：今・看護の基本を問う—個別的・継続的ケアの実現のために—，第12回日本精神科看護学会30号；39～58，1987.
- 4) 中井久夫：分裂病の慢性化問題と慢性分裂病状態からの離脱可能性，笠原嘉編，分裂病の精神病理5；33～92，財団法人東京大学出版会，1976.
- 5) 外口玉子：人と場をつなぐケア—こころ病みつづき生きることへ—；167～196，医学書院1988.
- 6) ヒルデガード E.ペプロウ：ペプロウ看護論—看護実践における対人関係理論—，医学書院，1996.
- 7) 石橋照子・成相文子・足立美恵子：精神分裂病長期入院患者の社会復帰に向けて効果的な看護介入のコツ，精神保健看護学会誌10(1)；38～49，2001.
- 8) 伊藤ひろ子：看護者と患者のほどよい関係の形成—看護師・患者のかかわりの実際—，臨床看護 通巻第267号；772～779，1994.
- 9) 伊藤ひろ子：精神科看護における個別ケアの意味について，萌3号；17～25，1999.
- 10) 稲岡文昭・西村俊彦・太田茂・他：退院困難な慢性精神分裂病患者への有効な治療的看護介入，日本看護学会誌8(1)；35～46，1999.
- 11) 瀬戸寛美・大曾根孝子・大友信一・沼田みさ子：「退院したい」という一言からの関わり—保健・福祉・医療という連携を試みて—，日本精神科看護学会誌41(1)；164～166，1998.
- 12) 松枝美智子：精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因—日本版治療共同体における看護師の変化—，日本精神保健看護学会誌12(1)；45～57，2003.
- 13) 森脇茂子，金山千夜子：長期入院患者のQOLを考えたケアのあり方，精神科看護，27(8)；28～32，2000.
- 14) ヒルデガード E.ペプロウ著，稲田八重子他訳：人間関係の看護論，医学書院，1973.
- 15) 外間邦江、外口玉子：精神科看護の展開 患者との接点をさぐる，医学書院，1967.
- 16) 中井久夫：分裂病治療の段階と目標、中井久夫選集、分裂病の回復と養生；159～178，星和書店，2000.
- 17) 神谷美恵子：生きがいについて，神谷美恵子著作集1，みすず書房，1980.
- 18) 高橋美恵子：事例を通して考える長期入院患者の看護，精神科看護27(8)；38～42，2000.
- 19) 社会保障審議会障害者部会・精神障害分会報告書，2002.