

長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護

石井 薫, 藤野 文代, 木村美智子, 掛橋千賀子

抄 録

長期入院中の統合失調症患者の自己決定支援の場面と看護を明らかにすることを目的に, 精神科病棟に勤務する 5 年以上の臨床経験年数を持つ看護師 15 名を対象に半構成的面接を実施し, 質的帰納的に分析した。

結果, 長期入院中の統合失調症患者の自己決定の支援場面は 7 場面あり, 1. 飲食, 2. 服薬, 3. 私物管理, 4. 金銭管理, 5. 対人関係, 6. 外出, 7. 身だしなみ, に関する場面であった。自己決定を支援する看護は 9 カテゴリーから構成され, 3 側面に大別できた。1. 刺激の大きさを調整する緩衝材としての看護は 4 カテゴリー, 2. 患者を支える土台としての看護は 3 カテゴリー, 3. 看護者の固定観念に変容を与える看護は, 2 カテゴリーで示された。

キーワード: 長期入院, 統合失調症, 自己決定支援, 意思決定, 看護師

I. 緒言

現在, 日本では入院中の統合失調症患者数は, 精神病床入院患者の疾病別内訳の中でも, 17.2 万人と最も多い¹⁾。我が国では従来, 社会防衛の考えにより統合失調症患者は入院を継続するのが一般的であった。1995 年の精神保健福祉法で, 社会復帰促進へと方針転換されたが, 精神病床の平均在院日数は 1989 年 496 日から 2012 年 292 日と短縮しているものの, 依然として長い状況が続いている。社会復帰のための施策は進められているが, 長期入院中の統合失調症患者の社会復帰は困難な状況が続いていることが分かる。

宇佐美らは, 「長期入院や病院内の決まった生活による施設化は, 患者の自己決定できない状況をより強化する」と述べている²⁾。また野中は, 旧来の援助関係は, 専門家が良くと判断することをしてあげる父権主義 (パターナリズム) であり, 現在の援助関係は, 当事者が良いかどうかを選択するという消費者主義 (コンシューマリズム) に従いつつあり, 我が国の対人援助領域では父権主義と消費者主義がなおも混在していることを指摘している³⁾。こうしたことから, 患者の社会復帰を促進する上で, 看護師が患者に良いと思われることを決定する看護から, 患者自身が自己決定できる看護に転換するこ

とが重要であると考ええる。

統合失調症患者を対象とした意思決定・自己決定支援に関する研究には, 長期入院中の統合失調症患者に対する自己決定支援の場面と看護についての報告はされていなかった⁴⁾。

長期入院中の統合失調症患者には, どのような自己決定支援の場面があり, どのように支援されているかを明らかにすることで, 長期入院中の統合失調症患者の自己決定支援における看護介入の方法論の教授・長期入院中の統合失調症患者の退院や社会復帰促進に貢献できると考える。

II. 研究方法

1. 研究対象者: A 県内・B 県内の単科の精神科病院に勤務している, 看護師長を除く看護師 15 名で以下の条件を満たすものとした。

- 1) 精神科病棟での 5 年以上の経験年数を持つ看護師
- 2) 日常的に長期入院中の統合失調症患者への直接援助を行い, リーダー業務を行っている看護師

2. データ収集期間: 2014 年 3 月～4 月

3. データ収集方法

15 名の研究協力者に対し, 半構造化面接によるインタビュー調査をプライバシーの守れる個室で実施した。なお, インタビューは以下の内容で 1 名につき 1 回, 60 分程度実施し, 研究協力者の同意を得て IC レコーダー

Kaoru Ishii, Fumiyo Fujino, Michiko Kimura, Chikako Kakehashi
関西福祉大学看護学部

に録音した。

インタビュー内容は、1) 精神看護経験、長期入院中の統合失調症患者への看護経験、2) 自己決定支援が印象に残る患者との具体的な関わりの内容、3) 統合失調症患者とその他の精神疾患患者との自己決定支援の相違点と共通点、4) 自己決定支援において心がけていること、とした。

4. データ分析方法

Krippendorffの手法を参考に内容分析を行った。まず、ICレコーダーに録音した面接内容の逐語録を作成した。次に、逐語録から長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護に関連している言葉の意味に注意しながら抽出し、「1次コード」とした。さらに意味内容の類似した1次コードを集め、集合体(クラスター)とし、類似性のあるものを集め、「2次コード(以下コードとする)」とした。さらに抽象化を進め、「サブカテゴリ」「カテゴリ」を導き出してネーミングした。分析過程では複数の研究者でデータと分析内容の照合を行い、その解釈が研究者間で一致するまで繰り返し吟味し、修正していくことで真実性の確保に努めた。

5. 用語の操作的定義

長期入院：精神科病院に継続2年以上の入院とする。

自己決定：自己の生命やライフスタイルなどについて、いくつかの選択肢の中から意図的に自分で決定することとする⁵⁾。

自己決定支援：自分で決めたい欲求を持ち、それに対する目標、行動の選択肢、行動の決定(行動の調整)を行えるよう援助することとする⁶⁾。

6. 倫理的配慮

本研究は、関西福祉大学看護学部倫理審査委員会の承認を受けて実施した。5病院の研究協力の承諾後、精神治療病棟、療養病棟の看護師長から研究対象者の条件に該当する看護師の紹介を受けた。研究協力者には、研究者自身が口頭及び文書を用いて、研究の趣旨・目的・意義・研究方法・研究参加への自由意志の尊重・プライバシー及び個人情報の保護・データの破棄・研究結果の公表方法について説明した。また、研究への参加は自由意思であり、研究への参加・不参加が今後の業務に影響することはないこと、同意書にサインをした後でも研究への参加を取り下げることができ、そのことで協力者に不利益が生じることはないことを説明した。研究協力承

諾を得た上で、同意書に署名してもらい実施した。承諾の可否は紹介元に分からないよう配慮した。研究協力者のプライバシーが守れるよう、面接は個室で行い、個人情報やデータは、鍵のかかる場所で厳重に保管し、倫理的配慮を徹底した。

III. 研究結果

1. 研究協力者の概要

15名を研究対象とした。研究協力者の勤務先の概要は、公立病院1施設、民間病院4施設の5施設であり、看護体制は15対1が3施設、13対1が1施設、10対1が1施設である。病院の病床数は240床から700床であり、精神治療病棟と療養病棟の病床数は100床から550床であった。

研究協力者の所属病棟の種別は司法病棟が1名、閉鎖病棟が11名、開放病棟が3名であった。性別の内訳は男性4名、女性11名であり、年齢は30代～50代、平均40.2歳であった。臨床経験年数は6年～35年、平均17.2年で、精神科病棟での経験年数は5年～21年、平均12年であった(表1参照)。

表1 研究協力者の概要

研究対象者	年齢	性別	病棟の種別	臨床経験年数	精神科病棟経験年数
A	30代	男性	司法病棟	13年	7年
B	40代	男性	閉鎖病棟	6年	6年
C	30代	女性	閉鎖病棟	19年	5年
D	40代	女性	閉鎖病棟	19年	15年
E	30代	女性	閉鎖病棟	16年	16年
F	30代	女性	閉鎖病棟	13年	13年
G	40代	男性	閉鎖病棟	10年	10年
H	50代	女性	開放病棟	27年	14年
I	30代	女性	開放病棟	15年	10年
J	40代	女性	閉鎖病棟	18年	18年
K	50代	女性	閉鎖病棟	33年	21年
L	50代	女性	閉鎖病棟	35年	10年
M	50代	女性	閉鎖病棟	10年	10年
N	30代	女性	閉鎖病棟	11年	11年
O	30代	男性	閉鎖病棟	14年	14年
平均	40.2歳			17.2年	12年

2. 長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護場面

長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護には7場面があり、1) 飲食、2) 服薬、3) 私物管理、4) 金銭管理、5) 対人関係、6) 外出、7) 身だしなみ、に関する場面について語られた。

飲食には、食事や間食のメニュー・食事するタイミング・食事する方法が含まれた。服薬には、薬物の管理方法・内服薬の情報収集・下剤の量の調整が含まれた。私

物管理には、私物の管理方法・購入物品の決定が含まれた。金銭管理には、貴重品管理用ロッカーキーの保管場所が含まれた。対人関係・外出には、電話をかける時間帯・洗濯する時間帯・入浴するタイミングや方法・不安時やイライラ時の対処法・外出時や面会時の過ごし方・活動への参加の有無が含まれた。身だしなみには、着衣の種類・洗濯のタイミングや方法が含まれた。

3. 長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護

協力者別分析を終了した時点で全協力者（A～O）の長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護に関する1次コードは、計391抽出され、2次コード（以下、コードとする）は103にまとまった。意味内容の類

似性から34のサブカテゴリが得られた。長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護は、9カテゴリに集約された。

各カテゴリは、【外界と患者とのつながりを維持できるように調整する】、【様々な場面の患者のイメージ化を助ける】、【精神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える】、【患者の状況に応じた情報提供を工夫する】、【依存的で自信がない患者を支える】、【患者が疾患を受容できるよう助ける】、【患者の自己決定を支持する】、【同僚看護者の意識を変える】、【医療チームで患者の自己決定への課題を共有する】、の9カテゴリで構成された（表2参照）。

各研究協力者のコードを〔 〕、サブカテゴリを<>、カテゴリを【 】で示し、各カテゴリについて説明する。

表2 長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護

看護の側面(3)	カテゴリ(9)	サブカテゴリ (34)
刺激の大きさを調整する緩衝材としての看護	外界と患者とのつながりを維持できるように調整する	自閉的な患者の外界への関心を引き出す
		病院外に出る意欲のない患者の思いや行動を引き出す
	様々な場面の患者のイメージを助ける	感情の表出が少ない患者の外泊時の状況を把握する
		孤独感の強い患者と継続してつながりを持つ
		セルフケア能力の把握が難しい患者のセルフケアレベルを査定して患者と共有する
		現実感がない患者の現実のイメージ化を助ける
		退院した時に何に困るか分からない患者に体験学習の場を提供する
		混乱しやすい患者に予測されるトラブルへの対処法を共に考える
		自分を客観的に見ることが苦手な患者が自己を認識できるよう助ける
		予測することが苦手な患者に見通しを伝える
精神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える	精神状態に波がある患者のアプローチのタイミングを見極める	
	周囲に流されやすい患者の周囲の環境を整える	
	看護チームが連携して患者が自己決定できる環境を作る	
患者の状況に応じた情報提供を工夫する	選択肢を思いつかない患者に情報を提供する	
	混乱しやすい患者の状況に応じた分かりやすい情報を提供する	
	周囲に関心のない患者が他者から学ぶ機会を設定する	
依存的で自信がない患者を支える	対人関係作りが苦手な患者の自己表現を促す	
	長期入院で依存的になりがちな患者の自立を促す	
	自分に自信がない患者に出来ることを共に考え、患者を支える	
	看護者が実感できない患者の妄想の世界を受容する	
	患者が疾患を受容できるように助ける	
患者を支える土台としての看護	統合失調症を受容できない患者が自分の疾患を受け入れられるようサポートする	
	薬の効果を実感できない患者の服薬アドヒアランスを向上させる	
	一歩踏み出すことを迷っている患者の行動を促す	
	自己決定することに慣れていない患者の決定を持つ	
	自己決定することに慣れていない患者の決定したことを支持する	
看護者の固定観念に変容を与える看護	患者の自己決定を支持する	決定能力の低い患者の気持ちの揺れに対応する
		看護者は患者が出来ているところに注目する
		看護者が患者の自己決定を意識する
	同僚看護者の意識を変える	看護者は患者が出来ないと決めつけない
		看護者が管理体制の変化に適応する
		看護チームが患者のみならずチームメンバーを支える
		多職種チーム連携して患者を支える
	医療チームで患者の自己決定への課題を共有する	患者への関わり方を看護チームで統一する
		患者の自己決定を可能にするための課題を医療チームで共有する

1) 外界と患者とのつながりを維持できるよう調整する

【外界と患者とのつながりを維持できるよう調整する】とは、社会から隔絶された空間で対人交流の希薄な患者に対して、周囲とのつながりを意識できるようサポート（支持）する看護を示す。これは＜自閉的な患者の外界への関心を引き出す＞＜病院外に出る意欲のない患者の思いや行動を引き出す＞＜感情の表出が少ない患者の外泊時の状況を把握する＞＜孤独感の強い患者と継続してつながりを持つ＞の4サブカテゴリで構成された。看護師は、患者は疎外感を感じやすい状況にあると捉え、〔自閉的な患者が外に目を向けるきっかけをつくる〕〔世間と患者の感覚のズレを修正する機会を作る〕〔患者の思いを引き出す場をつくる〕などが語られた。

2) 様々な場面の患者のイメージ化を助ける

【様々な場面の患者のイメージ化を助ける】とは、現実世界と異なる自分の世界で生きているため、周囲の状況変化に対処することができない患者に対して、状況の理解を助け、サポート（支持）する看護を示す。これは＜セルフケア能力の把握が難しい患者のセルフケアレベルを査定して患者と共有する＞＜現実感がない患者の現実のイメージ化を助ける＞＜退院した時に何に困るか分からない患者に体験学習の場を提供する＞＜混乱しやすい患者に予測されるトラブルへの対処法を共に考える＞＜自分を客観的に見ることが苦手な患者が自己を認識できるよう助ける＞＜予測することが苦手な患者に見通しを伝える＞の6サブカテゴリで構成された。看護師は、患者は周囲の状況把握が困難であると捉え、〔出来ないことをしようとせず、出来ることから考えるよう患者に伝える〕〔患者に客観的な事実を伝えることで患者を現実と直面させる〕〔患者に付き添い、患者の体験からの学びを促す〕〔患者が常識から外れた行動をしようとした時、その行動の結果を患者が考えられるような声掛けをする〕〔目に見えない患者の内面を点数化することで患者と共に把握する〕〔患者の行動の結果を予測して伝えて、患者のイメージ化を促す〕などが語られた。

3) 精神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える

【精神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える】とは、日々症状の変動に翻弄される患者が本当はどうしたいのか傾聴し、患者が望むよう方向付け、患者に適切な環境を提供する看護を示す。これは＜精神状態に波がある患者のアプローチのタイミングを見極める＞＜周囲に流されやすい患者の周囲の環境を調整する＞＜看護チームが連携して患者が自己決定で

きる環境を作る＞の3サブカテゴリで構成された。看護師は、患者は症状の波による揺らぎがあると捉え、〔患者の動きを見て、患者へのアプローチの仕方を見極める〕〔患者のいつもと違う調子から患者が調子を崩し始めた兆候を見つけ出す〕〔患者の気持ちを家族に代弁する〕〔患者の行動に影響を与える他者との距離を調整する〕などが語られた。

4) 患者の状況に応じた情報提供を工夫する

【患者の状況に応じた情報提供を工夫する】とは、選択肢を持っていない患者に対して、決定するための材料を提供し、サポート（支持）と方向付けをする看護を示す。これは＜選択肢を思いつかない患者に情報を提供する＞＜混乱しやすい患者の状況に応じた分かりやすい情報を提供する＞＜周囲に関心のない患者が他者から学ぶ機会を設定する＞の3サブカテゴリで構成された。看護師は患者が決定するだけの材料を持っていないと捉え、〔選択肢の量と程度を患者の能力に合わせる〕〔患者が場面に慣れることができるような場を提供する〕〔選択肢や選択のヒントを与えて、患者が自分の選択に介入できるようにする〕〔患者が他者のやり方を知る機会を設定する〕〔他者ならどう判断するか患者が考える機会を設定する〕などが語られた。

5) 依存的で自信がない患者を支える

【依存的で自信がない患者を支える】とは、自己表現に乏しく、自己評価の低い患者に対して、自信を持てるようサポート（支持）し、方向付けをする看護を示す。これは＜対人関係作りが苦手な患者の自己表現を促す＞＜長期入院で依存的になりがちな患者の自立を促す＞＜自分に自信がない患者に出来ることを共に考え、患者を支える＞の3サブカテゴリで構成された。看護師は、患者の自信の無さが他者への依存を強化していると捉え、〔患者の自己表現の場を設定する〕〔患者が看護師と一対一の人間関係を多数作れるようサポートする〕〔看護者の思いを患者より先に口に出さない〕〔患者に求めすぎない〕〔患者の強みを探して、患者に伝える〕などが語られた。

6) 患者が疾患を受容できるよう助ける

【患者が疾患を受容できるよう助ける】とは、患者の世界観に看護師が寄り添うことで、患者が疾患を受容できるようサポート（支持）し、指導（教育）する看護を示す。これは＜看護師が実感できない患者の妄想の世界を受容する＞＜統合失調症を受容できない患者が自分の疾患を受け入れられるようサポートする＞＜薬の効果を実感できない患者の服薬アドヒアランスを向上させる＞

の3サブカテゴリで構成された。看護者は看護者の患者受容が患者の疾患受容に関連すると捉え、〔患者と時間を共に過ごし患者の人となりを感じ〕〔患者の中のストーリーを確認しながら患者の訴えを聞く〕〔患者に合った疾病教育を選択する〕〔患者の疾患への戸惑いを理解する〕〔患者の疾患を受け入れる〕〔患者が自分の病状を意識できるよう援助する〕〔患者の内服継続を支える〕〔患者の服薬モジュールへの参加を支援する〕〔自分の疾患について知りたい患者の気持ちに応える〕〔納得して内服できるよう、患者の思いを大切に〕〔患者の服用している薬の効果と副作用をモニタリングする〕などが語られた。

7) 患者の自己決定を支持する

【患者の自己決定を支持する】とは、患者の決定をサポート（支持）しながら、患者が自分の決定に責任を持てるよう、指導（教育）する看護を示す。これは<一歩踏み出すことを迷っている患者の行動を促す><自己決定することに慣れていない患者の決定を待つ><自己決定することに慣れていない患者の決定したことを支持する><決定能力の低い患者の気持ちの揺れに対応する>の4サブカテゴリで構成された。看護者は、患者の自己決定が患者の責任感につながると捉え、〔患者と約束する〕〔意思がはっきりと決まっていな患者の決定を待つ〕〔患者と共に患者の気持ちの整理をする〕〔非現実的な患者の考えを否定せず聞く〕〔患者が決定することの楽しさを体感できるよう促す〕〔患者にとって苦しうだと感じて患者の希望するやり方を尊重する〕〔気持ちが揺れて患者の気が変わったら、患者の気持ちを受け止めて患者を待つ〕〔迷う患者の本心を探る〕などが語られた。

8) 同僚看護者の意識を変える

【同僚看護者の意識を変える】とは、看護者自身が患者の出来ない部分ではなく、できる部分を見ようと意識改革し、同僚看護者に働きかけることで、治療的環境を提供する看護を示す。これは<看護者が患者の自己決定を意識する><看護者は患者が出来ないと決めつけない><看護者が管理体制の変化に適応する><看護者は患者が出来ているところに注目する><看護チームが患者のみならずチームメンバーを支える>の5サブカテゴリで構成された。看護者は、患者が自己決定できる環境作りには、看護者自身の意識改革が必要であると捉え、〔患者の出来た方を見ようと意識改革する〕〔看護者自身も完璧ではないことを理解して患者の自己決定を意識する〕〔患者の持つ潜在能力に注目してアプローチする〕〔患者が出来ない

と決めつけない〕などが語られた。

9) 医療チームで患者の自己決定への課題を共有する

【医療チームで患者の自己決定への課題を共有する】とは、看護者が患者と医療をつなぐ橋渡しとなり、患者の自己決定への課題にチームで取り組み、患者をサポート（支持）し、治療的環境を整える看護を示す。これは<多職種チームが連携して患者を支える><患者への関わり方を看護チームで統一する><患者の自己決定を可能にするための課題を医療チームで共有する>の3サブカテゴリで構成された。看護者は、患者は環境に左右されるものと捉え、〔患者と医療とを繋げる〕〔多職種チームで連携して患者を支える〕〔看護チーム全体が患者を理解し、チーム全体で患者を支える〕〔看護チームで患者の決断を支援する〕〔業務を円滑に行うことと、患者の自主性、自律性との板挟みがある〕〔長年の勤と経験で看護していることがある〕などが語られた。

4. 長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護の側面

長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護は、1) 刺激の大きさを調整する緩衝材としての看護、2) 患者を支える土台としての看護、3) 看護者の固定観念に変容を与える看護、の3側面から構成された。

1) 刺激の大きさを調整する緩衝材としての看護には、【外界と患者とのつながりを維持できるよう調整する】【様々な場面の患者のイメージ化を助ける】【精神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える】【患者の状況に応じた情報提供を工夫する】、の4カテゴリが含まれた。

2) 患者を支える土台としての看護には、【依存的で自信がない患者を支える】【患者が疾患を受容できるよう助ける】【患者の自己決定を支持する】、の3カテゴリが含まれた。

3) 看護者の固定観念に変容を与える看護には、【同僚看護者の意識を変える】【医療チームで患者の自己決定への課題を共有する】、の2カテゴリが含まれた。

IV. 考察

長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護は7つの日常的な生活場面からなされていた。7つの生活場面は、自己決定を支援する看護の3側面から考えることができた。

1. 長期入院中の統合失調症患者の自己決定支援の場面
長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護の場面は、飲食、服薬、私物管理、金銭管理、対人関

係、外出、身だしなみ、に関する7場面であった。これらの場面は日常生活での支援で、いずれも患者のセルフケアに働きかけるものとなっていた。アンダーウッドは、精神障害者のセルフケアのなかでもっとも重要な能力を“自己決定能力”と呼び、自己決定能力を用いながら日常生活を送ることをセルフケアと呼んでいる⁷⁾。看護者の日常生活場面での働きかけが、長期入院中の統合失調症患者自身が自分で決めて行動を起こすことにつながり、セルフケアの拡大のみならず、社会復帰にも影響すると考えられる。

2. 自己決定支援の場面と自己決定を支援する看護

自己決定支援の場面と自己決定を支援する看護の9カテゴリ、自己決定を支援する看護の3側面、について示す。

1) 刺激の大きさを調整する緩衝材としての看護

長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護は、【外界と患者とのつながりを維持できるよう調整する】【様々な場面の患者のイメージ化を助ける】【精神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える】【患者の状況に応じた情報提供を工夫する】ことにより、看護者が患者の環境因子や個人因子に働きかけ、調整する看護であった。

統合失調症患者の精神の健康は、生物学的・心理学的・社会的因子に影響される⁸⁾。患者が精神の健康を阻害する因子により翻弄される状況は患者の混乱を招き、自己決定を困難にする一要因となると考える。

2001年5月に採択された「生活機能・障害・健康の国際分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health)」(以下ICFとする)は、障害の発生には機能・形態障害や能力障害だけでなく、環境的な因子が大きく影響すると述べている⁹⁾。さらにICFでは、「背景因子」、「環境因子」、「個人因子」について以下のように説明されている。(1)生活機能に大きな影響を与えるものには「背景因子」があり、「背景因子」には「環境因子」、「個人因子」の2つがある。(2)「環境因子」は「生活機能」との相互作用を示し、「心身機能・構造」「活動」「参加」に影響している。(3)「環境因子」には、自然環境のみならず、人的な環境、社会意識としての環境、制度的な環境をも含む。(4)「個人因子」は個性とほとんど同じであり、生活機能の3つのレベルに様々な影響を与え、生活機能からも影響を受ける。

環境因子から個人因子への働きかけは<看護チームが連携して患者が自己決定できる環境を作る>など、【精

神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える】ことや、<周囲に関心のない患者が他者から学ぶ機会を設定する>など、【患者の状況に応じた情報提供を工夫する】ことなどにより行われていた。看護者は環境因子を活用しながら、患者の個人因子に働きかけていた。

個人因子から環境因子への働きかけは、<精神状態に波がある患者のアプローチのタイミングを見極める>など、【外界と患者とのつながりを維持できるように調整する】ことや、<病院外へ出る意欲のない患者の思いや行動を引き出す>など【様々な場面の患者のイメージ化を助ける】ことなどにより行われていた。看護者は患者の個人因子に合わせて環境因子に働きかけていた。

すなわち、刺激の大きさを調整する緩衝材としての看護は、看護者が患者の環境因子や個人因子に働きかけ、調整する看護であった。

2) 患者を支える土台としての看護

長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護は【依存的で自信がない患者を支える】【患者が疾患を受容できるよう助ける】【患者の自己決定を支持する】ことにより、看護者が揺らぐ患者に寄り添い、自立を支える土台の役割となる看護であった。

看護者は<対人関係作りが苦手な患者の自己表現を促す>ことや<長期入院で依存的になりがちな患者の自立を促す>ことで、患者の自立への方向付けをしている。同時に<自分に自信がない患者に出来ることを共に考え、患者を支える>ことで、患者は徐々に自信を回復することができる。患者が予期せぬトラブルに動揺しても、看護者が揺るがない土台の役割となることで、患者を支える必要がある。

一般的に統合失調症患者は、看護者が体感することのできない、幻覚や妄想などの症状のため、精神状態の変動がある。その中で長期入院中の統合失調症患者は、自分なりに症状に折り合いをつけて疾患と共存している状態であると言える。<看護者が実感できない患者の妄想の世界を受容する>ことで、患者の世界観に看護者が寄り添うことができ、患者は自己の戸惑いに対する良き理解者がいることを実感できる。統合失調症患者は病識がないため、患者自身が納得した上で治療を選択することは難しい。患者の周囲に支援体制が整っていない場合も多く、患者の疾患受容を妨げる要因となっている。看護者は<薬の効果を実感できない患者の服薬アドヒアランスを向上させる>ことにより、患者自身で内服薬を管理できるよう、サポートしている。患者自身で薬を管理す

ると、薬の飲み忘れのリスクが生じるが、患者は飲み忘れを経験することで、薬を飲み忘れた時の対処法を学習することができる。奥田ら¹⁰⁾は、「振り返りとフィードバックを繰り返したことで、現実的に検討する力が高まり、生活のなかで困らないように自分の行動を決める力が育った」と報告している。看護師は患者へのフィードバックにより、患者が自信喪失しないよう患者を支えながら患者の自己決定能力を育てており、これは奥田らの報告と一致する。

看護師は＜自己決定することに慣れていない患者の決定したことを支持する＞など、看護師の指示通りに行動できるのではなく、患者自ら工夫できたことを評価することで患者の決定を支えている。また看護師は＜一歩踏み出すことを迷っている患者の行動を促す＞＜決定能力の低い患者の気持ちの揺れに対応する＞、ことで患者の自己決定を支持している。

すなわち、患者を支える土台としての看護は、看護師が揺らぐ患者に寄り添い、自立を支える土台の役割となる看護であった。

3) 看護師の固定観念に変容を与える看護

長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護は、看護師の固定観念に変容を与え、【同僚看護師の意識を変える】【医療チームで患者の自己決定への課題を共有する】ことで、患者への固定観念を払拭し、患者を捉え直す看護であった。

看護師は長期入院中の統合失調症患者との長期に渡る関係性の中で、症状により日常生活場面で自己管理出来ない患者の状態を把握している。このことが患者の日常生活場面で自己管理を促す障壁の一要因であると捉えている。インタビューの中では、精神科経験年数の長い看護師ほど、患者にはできないという思い込みが強いと認識する看護師がいた。精神科病院では経過の長い患者と共に、勤続年数の長い看護師も多く、本研究協力者も15人中13人が10年以上の精神科病棟勤務であった。本研究においても＜看護師が患者の自己決定を意識する＞＜看護師は患者が出来ないと決めつけない＞＜看護チームが患者のみならずチームメンバーを支える＞ことで、挑戦しようとする患者の意欲を支えることができると語られている。パトリシア・R・アンダーウッドは、精神科の看護師が自分の接し方と思い込みを再検討することは、知識と同様に、治療的環境をつくる上で重要な要因であると示している¹¹⁾。また、チーム全体の意識を変えるには、個々の看護師が患者の自己決定を支える意識を持つと共に、医療チームでの連携が不可欠である。＜患

者への関わり方を看護チームで統一する＞＜患者の自己決定を可能にするための課題を医療チームで共有する＞、ことは患者が自己を表出することを保証することである。さらに＜多職種チームが連携して患者を支える＞ことで、医療チーム全体で患者情報と支援の方向性を共有することができる。

すなわち、看護師の固定観念に変容を与えるきっかけとなる看護は、患者の意欲を支え、患者が自己を表出し、保証される看護であった。

V. 結論

長期入院中の統合失調症患者の自己決定の支援場面は7場面あり、1.飲食、2.服薬、3.私物管理、4.金銭管理、5.対人関係、6.外出、7.身だしなみ、に関する場面であった。これらの場面は日常生活での支援で、いずれも患者のセルフケアに働きかけるものとなっていた。自己決定を支援する看護は9カテゴリから構成され、3側面に大別できた。1.刺激の大きさを調整する緩衝材としての看護は、【外界と患者とのつながりを維持できるように調整する】【様々な場面の患者のイメージ化を助ける】【精神状態に波がある患者とのコミュニケーションを工夫し環境を整える】【患者の状況に応じた情報提供を工夫する】の4カテゴリで示された。2.患者を支える土台としての看護は、【依存的で自信がない患者を支える】【患者が疾患を受容できるよう助ける】【患者の自己決定を支持する】の3カテゴリで示された。3.看護師の固定観念に変容を与える看護は、【同僚看護師の意識を変える】【医療チームで患者の自己決定への課題を共有する】の2カテゴリで示された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

長期入院中の統合失調症患者に対して5年以上の臨床経験年数を持つ看護師が、日常生活のどの場面でのどのような援助を行うことで、患者の自己決定を支援したかを明らかにした。本研究では看護の対象者が閉鎖病棟、開放病棟、司法病棟など異なる療養環境にあったことが限界として挙げられる。病棟の施設基準と併せて、患者の療養環境と自己決定支援の関係を詳細に研究することで、それぞれの環境の特性を踏まえた自己決定支援につなげることが課題である。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力くださいました病院の皆様様に心より感謝申し上げます。

本研究は、平成26年度関西福祉大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。

文献

- 1) 厚生労働省, 今後の精神保健医療福祉施策の動向について, 2015年1月7日, <http://www.therap.or.jp/nw/seijiren/file/2015-4-28-6.pdf>.
- 2) 宇佐美しおり: 第1章長期入院患者と予備軍の定義と特徴. 宇佐美しおり, 岡谷恵子(編), 長期入院患者および予備軍への退院支援と精神看護, 1-7, 医歯薬出版, 東京, 2008.
- 3) 野中猛: 図説 精神障害リハビリテーション, (第2版), 19, 中央法規出版, 東京, 2006.
- 4) 石井薫: 入院中の患者に対する意思決定・自己決定支援に関する文献検討一対象を統合失調症に限定した場合と精神疾患以外とした場合の相違点と類似点一, ヒューマンケア研究学会誌, 6(1), 81-88, 2014.
- 5) 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 第9期10期委員会(2011). 看護学を構成する重要な用語集, 2016年1月24日, <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf>
- 6) Deci E L (1985) / 石田梅男: 自己決定の心理学—内発的動機づけの鍵概念をめぐって, 誠信書房, 東京, 1985.
- 7) 南裕子: アクティブ・ナーシング 実践オレム—アンダーウッド理論 ころを癒す, 146, 講談社, 東京, 2005.
- 8) 萱間真美: 第1章 精神看護はどんな活動か. 萱間真美, 野田文隆(編), 精神看護学 ころ・からだ・かわりのプラクティス, 12, 南江堂, 東京, 2015.
- 9) 上田敏: ICF(国際生活機能分類)の理解と活用—一人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか, 22-25, きょうされん, 東京, 2005.
- 10) 奥田元, 北森久美子: 自己決定力を高めることができた要因—長期入院患者の退院支援をとおして, 日本精神科看護学会誌, 52(2), 509-513, 2009.
- 11) パトリシア・R・アンダーウッド(1999) / 宇佐美しおり: パトリシア・R・アンダーウッド論文集看護理論の臨床活用(第1版), 308, 日本看護協会出版会, 東京, 2003.