

[原著論文]

長期入院精神障害者が自信をとりもどす主体性返還の実践を共有すること —制度精神療法の視座より—

村上満子

抄録

背景: 本人の、退院したいが自信がないので退院したくないというアンビバレンツを理解した地域移行の支援が求められる。

目的: 制度精神療法という視座から、長期入院精神障害者が自信をとりもどすための看護実践を分析し、①主体性を尊重する具体的実践内容と、②そこでの実践者集団における知見の共有方法を解明する。

方法: 担当看護師がA氏への看護実践を振り返ったインタビューデータと看護記録等を、受け持ちから調査時点まで5年間の時系列にそってA氏が変化したきっかけとなった実践について大小の見出しをつけて整理し、分析した。

結果: 看護実践は、「担当看護師」から「周囲の人々」、そして「家族」との関係性の再構築として3つの大見出しと、「強制から協力、そして納得へ」「異なる世界観と折り合う」「みんなに協力してもらう」「地域で暮らす人とつなぐ」「24時間、迅速対応」など11の小見出しにまとめられた。

結論: 担当看護師が、①A氏との関係性を問い直し、その世界観を知ろうとしたことを端緒とし、②A氏の行為を尊重して周りを変え、このことにより、③A氏のセーフティネットを再構築した。この実践における知見を実践者集団で共有する方法は、④看護観の異なりを克服し、情報を一元化して伝達することであった。

キーワード: 長期入院、自信、主体性返還、事例研究、制度精神療法

I はじめに

長期入院精神障害者の「地域移行」の具体的な方策として厚生労働省(2014)は「本人の意向にそった」支援を掲げている。精神障害者の意向には治療を希望しつつも拒否するという両価性がある(Rosenbaum, 2016)。長期入院ともなれば、これまでの本人の退院への思いを丁寧に通った上で(村上, 2008)、その意向を尋ねることが求められる。それはある意味で、本人の意向を慮ることである。そのような事情を踏まえた上で、治療過程のなかで狭められた主体性をどのように本人に返還していくのかということが重要になる。しかしながら、具体的な援助方法に関する知見は少ない。その理由として次の2点を指摘することができる。

第一に、治療関係者に「患者の主体性を預かっている」という意識が希薄なことがある。「他者の決定への従順さのもと長期入院に至った」と考えることや、「自我が脆弱」で「判断能力が低く」、「自分で決められない」と決めつけるのではなく、「ひらかれた対話」(藤野ら, 2017)が求められる。しかし、ひらかれた対話を通して見出される患者の意向を実現しようとして突き当たる「障壁」のなかには、看護師の「態度」がある(吉村, 2013)。というのも、長期入院精神障害者の主体性を本人に返還す

ることには、周囲の本人に対する態度が変わること(松枝, 2003)も含まれており、日常生活全般における意思決定支援が求められる(石井ら, 2016)からである。つまり、本人の主体性を尊重するという具体的内容を、本人を取り巻く人たちの有り様を抜きに抽出することができない。これは、次の指摘と関連してくる。

第二に、事例研究のエビデンスが低く見積もられ、事例研究における共有知生成の問題に着目されてこなかったことがある。すなわち、事例研究の科学性の問題である。看護実践の成果を伝える場合に、個性が高い上に、時系列展開を本質とする事例研究は、複数事例を統合して概念を導き出すグラウンデッド・セオリー・アプローチよりも対象となる患者をイメージするのに適している(山本ら, 2017)。つまり、事例研究は、経験の通時性を軸に据えるという点で文脈依存的であるがゆえに、追体験を可能にするのである。また、現象学的研究(松葉, 2014; 村上靖彦, 2016, 2017)と呼ばれる方法論は個別現象という場の確保を要求する。言い換えれば、現象学的研究は、「私の側の」経験が成り立つ構造を明らかにすること(村上靖彦, 2011)であり、その経験とは「私」が対象となる人と出会い、会話を交わすという場合ならば、相手の経験ではなく、相手をきっかけに、自分の経験が成り立つ構造を明らかにすることを基本にする。このように現象学は自分の意識に現れるまを受けとるこ

とを求める。しかし、事例研究のエビデンスを求める場合に、欠かすことができないのは、個別的で一人一人の事例検討という枠を超えて、実践者集団において共有可能な知見の追究である。要するに、看護実践における事例研究の科学性は、個別事例から引き出された知見がどれほど実践者集団において一般性をもちうるのかという点に存する。目指されるのは、〈いつでも誰にでも〉応用できるということである。現象学的研究が開く個別現象の場だけでは事例研究のエビデンスを獲得できないのである。

II 研究目的と概念枠組み

本研究では、上記2点の指摘を踏まえ、主体性を尊重する具体的実践内容を事例研究により明らかにする。主体性を尊重するという、そして実践者集団での知見の共有方法について、次の概念枠組みを使う。

ここで言う主体性の問題は、上記のように現象学の求める「意識」ではなく、それと真逆のA氏の「存在」について論じることを意味する。相手の「存在」を論じることは、〈相手を、相手である「私が為す」という存在者であるとして「私」が振る舞うこと〉である(村上勝三, 2017)。つまり、主体性を尊重するということは「A氏が為すこと」をA氏の周囲の者が尊重するということである。

主体性を尊重する実践内容を実践者集団において共有する方法として、ここでは「制度精神療法」(Oury, 2001/2016)の視座を使う。この療法は、ジャック・ラカンの精神分析を操作上のロジックとして、すでにそこにある制度を利用しながら主体を守る実践であり、制度が個人を疎外しないための具体的な教授法の訓練である(Oury, 2001/2016)。例えば、Oury(2005/2008)は次のような実践例を挙げる。「他人を尊重しながらその場所にいるということ」、「他人を尊重しながら出会うということ」、「歩き回ることの自由」の保証、「他人の世話をするという機能を、いかにして複数でわかちもつか、その状態をいかに管理するか」を話し合うことであり、もっと単純に言えば「他の人を気にする、気をつけてみる」ことである。つまり、主体性を尊重する実践内容を、実践者集団において共有するためには、上記に挙げられた事柄を「少しずつ」続けることにより「環境」や「人との関係性」を変えていくこと(Oury, 2001/2016)である。

以上の概念枠組みを使い、本研究の目的は、長期入院精神障害者の意向にそって展開された看護実践を分析し、主体性を尊重する具体的実践内容と、そこでの実践者集団における実践内容の共有方法について解明することである。

具体的には、働きたいが自信がないと考えている、長期入院精神障害者の地域移行を取り上げる。ここで、本人の意向に添うというのは、自信をもって退院して「働きたい」という意向に添うということである。

III 研究方法

1. 対象

1) この研究の対象

在院40年以上の長期入院精神障害者と家族(姉)

2) 対象の家族構成

弟と姉が存命。キーパーソンは姉で実家に住んでいる。同敷地内に弟家族が住んでいる。両親は他界、兄は精神科退院後に自殺により亡くなっている。姉は長時間座位が保てない等の身体的な問題を抱えている。

3) 対象の概要

中学3年の夏頃から「死」という観念に取りつかれて登校できず、自閉的となった。家族を部屋に入れなくなり、反対を押し切って上京した。新聞配達などで生活していたが、17歳の時に腸捻転で帰郷した。20歳の時に多弁、不眠、イライラが生じて精神科を初診した。統合失調症の診断で他院にて4カ月入院した。退院後は、服薬を自己中断にて母親へ暴力をふるい、奇異行動やまよまりのない言動等により入退院を繰り返した。今回は、自信欠如、心気念慮、強迫観念による任意入院で5回目の入院である。

父親は早くに亡くなり、母親がキーパーソンとなった。外出や外泊を引き受けていた。本人はこだわりが強く、本人も家族も退院を希望しなかったことから長期入院となっていた。12年前に母親が亡くなり、姉がキーパーソンとなるが身体的な問題を抱えている。主治医による退院に向けての話は5年前から繰り返しされていたが、「自信がついてから」という本人のやり方では退院が進まない状況であった。A氏は「散歩中に生じた偶発的事故で人助けを2回すれば自信がつく」と話していた。B看護師が受け持ちとなってから、本人に、施設見学やデイケア体験などプログラムを考えるので、こちらのやり方で進めたいと話して、しぶしぶ了承した。A氏はADL自立、幻覚妄想の訴えはなく2週間分の服薬を自己管理している。現在、グループホームへの退院を目指している。

2. A氏の支援を行った医療チーム

1) 担当看護師の概要

担当のB看護師は40代前半の男性看護師で精神科の経験は8年、一般科の経験は6年だった。

2) 病棟の支援体制

病棟看護は、担当制のチームナーシングで、B看護師の他に2～3名の看護師が中心となってA氏と関わった。受け持って半年後から本人が参加する20～30分ほどのカンファレンスをデイルームで毎月実施し、2年間続けた。デイルームで話し合うのは他の患者に見てもらい、話し合いに対する抵抗をなくすことが狙いである。関係性のできた受け持ちは3年目からは毎週、互いに都合のよい時間に面談した。この個別面談は立ち話のようなものから、退院が近くなり不安が強まると30分くらいの

面談になることもあった。

チーム以外の看護師の他に、主治医、病棟の精神保健福祉士や作業療法士、デイケアのスタッフが関わり、地域移行を支援した。他の看護師や多職種との情報の共有方法として、ケースカンファレンス表やワークシートを活用した。表は左から本人、看護師、家族の意見と希望を併記し、右端には具体的な取組みをあげる。ワークシートは約束事を評価するときに活用した。このような書面に加えて、B看護師は関係するスタッフと直接会い、A氏との取組みに対する理解や協力をうるように努めた。特に、取組みと異なる意見をもつスタッフにはA氏の価値観や努力を伝えて理解と協力を求めた。

3. データ収集方法

A氏と家族、B看護師に半構造化面接を実施した。日時と場所は、本人や家族、B看護師の希望に合わせて調整し、診察室や公共施設にて行った。診療記録と看護記録からのデータ収集は研究者が2回4時間かけて診察室にて転記した。面接では、記録物からのデータをもとに、本人や姉には、病気についてどう思っているのか、入院に至った経緯や退院できない理由についてどう思っているのか、回復や退院するために自分ができることや、社会資源について尋ねた。同様の質問項目について、B看護師には、いつどのように話したのか、そのときの本人と姉の反応はどうであったのかを尋ね、どのように看護を展開してきたのかを自由に語ってもらった。B看護師には後日、面接内容の確認依頼と具体的な実践について追加聴取し、それをもとに実践内容の分析を行った。また、分析結果と解釈についても意見を聴取し、修正を加えた。このやりとりは計4回230分になった。A氏や家族との面談時間は各約40分だった。B看護師への面談記録は3回まではメモをとり、4回目はこれまでの発言内容を確認しつつICレコーダーで収録した。A氏と家族のインタビューデータは解釈において補完的に使用した。

4. 分析方法

A氏の看護記録やケースカンファレンス表と、担当のB看護師がA氏の看護実践を振り返ったインタビューデータを分析対象とした。受け持ちから調査時点までの5年間を時系列にそって、A氏が変化していくきっかけとなった看護実践は何かについて整理、一覧表を作成した。各時期の実践内容に大小の見出しをつけた。一覧表の妥当性についてはB看護師に4回、A氏をよく知る他の看護師2名に3回にわたり確認を依頼、意見聴取の上で決定した。

5. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理審査委員会での承認(承認番号17014)と、研究協力施設の管理者会議での倫理審議を経て承認を受けた(2017年10月5日)。A氏とそ

の家族には研究および同意撤回手続きについて口頭と文面による説明をし、承諾書への署名後に研究を実施した。なお、個人が特定される可能性のある記録内容については研究結果に影響しない範囲で改変した。

IV 結果

B看護師は受け持つ前から現在に至るまでのA氏との関わりの経緯を、年毎にかなり明確に語った。A氏とその家族に行われた実践内容を、3つの大見出し11の小見出しにまとめた(表1)。

これらは一部時期的に重複するものの、概ね表1に示すように整理することができた。表1の横軸は時間の経過とし、縦軸には、実践を表す11の小見出しと、3つの大見出しを示した。セルの中には具体的な実践内容を挙げた。以下、見出しごとに実践内容を説明する。大見出しの1から3、小見出しの1)から4)の番号は表1と共通している。本文中の大・小の見出しは太字で表した。

A氏の様子等や文脈については三人称による記述もしくは()内の言葉で補足した。文脈から発言者が分からない場合には()に発言者を書いて文章の冒頭に示した。すべての内容はB看護師に確認、修正した。

1. 関係性を問い直し、再構築する

1) 強制から協力、そして納得へ

A氏は金品のやり取りで他の患者とのトラブルが多かった。融通がきかず強迫的なこだわりがあるためA氏に陰性感情をもつスタッフも多かった。B看護師が受け持つ前までは、問題行動があれば、看護師が複数で対応、私物を強制的にチェック、没収していた。病棟の支援体制が変わり、患者参加型のケースカンファレンスで、最初に行われたのは、これまでの対応に対するA氏の不満を聴き、改善に向けて協力を仰ぐことだった。具体的内容を示すと次のようになる。「…(私物チェックと没収は)やめてほしいわけねって話から、少しずつ、じゃ、どうするか考えよう…それだけ協力して…制限とか、まづ置いといて…」

2) 本人の話をちゃんと聴く

受け持つ一年ほどはA氏が語る自慢話を「自分の能力を理解してほしい」と否定していた。それでB看護師はA氏との関係性がとれずに悩んでいた。ケースカンファレンスで本人の話をちゃんと聴くようになり「…自分なりに(自信をつけるように)やってるってのもずっと言ってた…“あつ、そうなんだ(自信がないのが問題だ)”…確かに…注意されてきた…褒めるのが少ない…(と気づく)」。それから、今できていなくても昔できたことを否定せずに、「できていたんだね、すごいじゃん」と返すようになった。関係性ができてからは「…(話し合いは)1対1で…場所は問わず本人に…いつでもできるように…(本人が)断る日もある」。

3) 異なる世界観と折り合う

B看護師はA氏と同じ目線で見ると、本人の考えに目線を合わせるように心がけるようになった。「一緒に仏教を勉強して、どんな思いで唱えているのか尋ねた…(A氏が)大切に…。…撰日法…を見ながら毎月の計画を立てた」。本人のこだわりを理解してできることは何かを話し合った。「…しないと落ち着かない…習性がある…理解しないといけない…やってほしい…してみよう…もし…だったら…できる…まずやってみよう、一緒に…してみよう」。

4) できていることへの称賛

ケースカンファレンス表には「約束を守っている本人の努力を認めたい」という記載から「できているね」「…について一週間守れています」「…できた実績があります」「…が減ったと思います」「…ができるようになったと思います」「他の看護師からも(できているとの評価があります)」などの肯定的なフィードバックが記載されていた。

さらに、これまで真夏でも重ね着していた(ジャンパーを)卓球中に脱ぐことや、自席でしか食事ができなかったのに隔離室で食べる姿がみられ、できていることを本人に返す場面があった。その後、A氏は、気候にあった衣類を身につけるようになり、また工夫は必要ではあったが自席以外でも食事ができるようになった。

2. 周囲との関係性を再構築する

1) 約束して評価する

約束は3つに決めて、できたら(みんなで)A氏を褒めた。①ケンカしない、②セクハラしない、③物をあげない。この3つは開放病棟に留まるための最低限の条件である。この他にA氏に食前にテーブルを拭くことをお願いしたら実践してみんなに褒められた。その後、A氏は食後にもテーブルを拭くようになり、さらに褒められた。

2) 同室者に聞いてもらう

リハビリパンツを毎日替えないので尿臭が強くなってきた。本人は臭わないと主張した。それなら、(B看護師)「周りの人に…聞いてみてよ…僕はそう(臭うと)思ってるよ…(A氏は)思っていない…(それじゃあ)他の人の意見…聞いてみて(くれない?それから)…話し合う…誰に何て言われたか教えて」と、A氏と折り合いをつけた。

3) みんなにも協力してもらう

B看護師は、A氏のこだわりや自分たちが今どんなことに取り組んでいるのかをみんなに伝えて協力を仰いだ。窓口を自分(B看護師)にして一元化することで双方の負担軽減を図った。(B看護師)「…記録に残して…こんなこと言ってます…いいなと思ったら…褒めてください」「…本人の特性だから、他にも改善したい(けど)…ここはそのままに…様子を見させてください」「考え方違う(スタッフには)…理解してもらうために…ずっと…と…とにかく待つてほしい」「…話し合いは常に

(各スタッフ)個別で…いろんな看護観持ってますから…そこは粘り強く話し合いました」。A氏とのやりとりは「窓口を僕に…基本、僕に情報投げてもらって…また僕は伝える係(になった)」。

4) 地域で暮らす人となつなぐ

退院したいけど自信がないというA氏を(B看護師)「長期の入院生活からの退院には不安も大きいだろう」と慮った。「地域をもっと身近に感じてほしい。地域で生き生きと暮らしている人を知ってほしいとデイケア体験を計画」した。自席以外でも食事が摂れる工夫として「…Aさん、席はここですって、もうあらかじめお願い(した)」。成功体験を積み重ねて自信をつけてもらうために、(B看護師)「目標はかなり低く設定…デイケア行けたね…卓球楽しむことができたね…今日はどうな話をしたの、卓球以外のこともちょっと聞いてみて(するとA氏からも聞くようになった)」

3. 家族との関係性を再構築する

1) 24時間、迅速対応

退院について家族は、「高齢なのに全てを背負うことになるのではないか」という「漠然とした不安をもっていた」。「退院しても病院はずっと関わり続けます」「24時間、対応する」と伝えた。(B看護師)「(自宅外出・外泊、面会・小遣い・買い物要求等)姉が困っていることに迅速対応」を心掛けた。もちろん、全て看護師が代理すると家族の出番がなくなるのでその点にも配慮した。

2) 相談して進める

家族に(B看護師)「繰り返して念を押したのは、何でも相談をしながら、勝手には進めない」ということだった。そして、姉が金銭管理を引き受けたいと申し出れば、本人にも聞いて、その意志を尊重した。

3) 姉自身の問題を解決する

姉は身体的な問題があり自分の人生にも不安を抱いていた。退院の話に納得して帰ったのに一カ月後に「退院すると生活できないので困る」と電話してきた。B看護師は、障害年金の用途については「家族間の話し合い」を前提としつつも、精神保健福祉士を介して姉にも公的サービスを紹介した。姉の経済的な問題は解決して、退院を拒否することはなくなった。

V 考察

本研究の目的は、長期入院精神障害者の意向にそって展開された看護実践を分析し、主体性を尊重する具体的実践内容と、そこでの実践者集団における知見の共有方法について解明することである。

A氏や家族の主体性を尊重する看護実践と、そこでの実践者集団における知見の共有方法について、次の4点が明らかになった。すなわち、担当看護師が、①A氏との関係性を問い直し、その世界観を尊重することからはじまり、②A氏の行為を尊重して周りに変化をもたらし、

③セーフティネットを再構築したこと、実践者間で実践を共有するために④担当看護師が情報を一元化して伝達したことであった。以下でこれら4点について考察する。

1. 関係性を問い直しA氏の世界観を尊重すること

「自分の能力を理解してほしい」と思うのは、その患者の現実のなかの固有な反応に直面させられ、一人の看護師としての枠や、一人の人間としての限界をつきつけられる(外口,1977)からである。看護師につきつけられる変化は「他人を尊重しながら出会うこと」であり、「ほかの人を考慮に入れること。そこにいる人を尊重すること」(Oury,2005/2008)に他ならない。

A氏の自慢話を聴き、その世界観を想像する。撰日法に合った日課を提案する。一緒に仏教を勉強してみる。A氏が毎日どんな思いで「お経」唱えているのかを知ろうとし、自信につながる読経の時間をつくろうとする。そのように、A氏の行為を尊重することが、既存の制度やルールに緩みや遊びをつくることになり、個人の主体性を尊重する環境へと変えていくことにつながる。看護師にとって、規則の是非を問うとともに、その場に踏みとどまりながら担えることを見出す力、それが個別ケアの力量になる(外口,1988)。

2. A氏の行為を尊重して周りを変える

A氏の世界観と折り合うことのできたB看護師は、A氏が患者や他のスタッフと折り合えるように周り(他人や治療環境)へと働きかける。

この段階は、A氏とB看護師の間で確認された信頼関係を足場に、他の患者や看護師と問題なくやっていく関係性を構築していく段階で、統合失調症の回復過程に特徴づけられる“オリヅラン”的生活拡大(中井,1998)にあたる。B看護師の実践は、A氏の行為を変えようとするのではなく、周りが変わっていきけるための調整やある種の気遣い(Oury,1999/2005)であった。結果的に、「気候にあった衣類を身につける」「食後にもテーブルを拭く」「自席以外でも食べられる」など本人も変わっていった。

治療過程で狭められた主体性を本人に返還していくとき、相手を変えるのではなく、相手の為すことに合わせて周りを変えることが要求されている。これは、ハンセン病患者が人権を取り戻すときに周囲が変わらなければならない(伊波,2017)ことと似ている。

A氏が周りとは折り合うこと(村上満子,2018)は、A氏の能動的な営みでありA氏の主体性を発揮することにつながる。そこで、われわれが他人の為すことの「不確実性への耐性」(Seikkula & Arnkil,2006/2017)を身につけて柔軟に振る舞うことができれば、A氏の折り合いを後押しすることができる。「不確実性への耐性」とは、他人をすっかりとは理解できないと知ることであり、すっかり理解できない他人を尊重することである(村上

勝三,2014,2015)。私たちがA氏の行為を尊重することは、A氏が主体性を再獲得することにつながる。

3. セーフティネットを再構築する

A氏は働きたいけど自信がないから退院できないとアンビバレンツである。それを理解してB看護師はいくつかの計画を実践する。自信をつけるために自ら行っている散歩や読経の継続から、他人に感謝される人になること、地域で暮らす人と出会うためのデイケア体験などである。そして、デイケアから戻れば、他人とどんな話をしたのかを聞いている。組織には、このような「ある種の気遣い、優しさ、注意、コンタクト」「注意を怠らず、目も行き届いていて、決して放っておかない」こと、「気にしてもらっている」と当人が感じる「何か」が必要である(Oury,1999/2005)。

同様のことが家族への対応にも言える。B看護師の実践は、家族を慮り、その人生を尊重することである。そのように思い至れば、自らの立場で何を為すべきであるのかは自ずと選択される。すなわち、「24時間迅速対応」「ずっと関わり続ける」「勝手に決めない」「希望に添う」という対応である。しかし、このような対応内容の是非ではなく、さまざまな状況に置いてB看護師のように家族を尊重できるかどうか問われている。

というのも、治療効果をねらい、家族を動かすことはたいていの場合に困難であり、好ましい方向に動かすことはさらに困難である(中井,1983)。家族の患者への波及性はきわめて大きく、その程度も限定しがたいためである。しかしながら、このようなリスクが知られていなくとも、家族のそれぞれを尊重する実践により、好ましい変化を波及的に生み出すことができる。

他人との関係性が再構築されていくことがA氏のセーフティネットになる。その際に、B看護師の実践を共有する実践者集団が必要である。

4. 看護観の異なりを克服し、情報を一元化して伝達する

本事例での実践者集団における知見の共有方法には、看護記録や申し送りの他に、2年間の本人参加型ケースカンファレンスと退院まで継続されたB看護師との個別面談、その記録とワークシートの活用があった。これに加えて、B看護師の実践からは、看護観の異なるスタッフとの話し合いや、自らが窓口となって情報を一元化・整理して再びスタッフへ伝達するという知見共有の方法が見出された。

5年間にわたりこのような共有方法によって、B看護師がA氏を「他人」として尊重して(村上勝三,2014,2015)計画・実践した内容を、病棟のスタッフは各自の持ち分で責任をわかちもち、病棟を運営してきた。この実践活動によって、各自がそれぞれにA氏を「他人」として尊重するためには、今ここに居る自分は何をどうすればよ

いのか、ということを考える機会が与えられた。

一方で、看護観の異なりを克服することや、情報の一元化と伝達という共有方法を採用する場合には、本来の集団的組織に期待できる多様性やそれぞれの実践者の個性を生かす余地が限定される。「精神病圏にいる人の人格の世話を引き受け、受け持つには多くの人間」と「異質なものの混在が必要である」(Oury, 1999/2005)ことを考えると、それぞれ個人の価値観を生かしつつも集団として機能する、そのような知見の共有方法を探求する必要がある。

5. 研究の限界

5年間の病棟での話し合いの経緯、つまり「他人の世話をするという機能を、いかにして複数でわかちもつか、その状態をいかに管理するか」(Oury, 2005/2008)に関する詳細については、十分なデータ収集ができていない。話し合いの場で、例えば申し送りでは、どのようなことが優先され、どんなことが課題であり、それがどのように解決されていくのかを解明することは今後の課題である。また、Oury (2001/2016) が指摘する、「恒常的な医学的指導」や「制度化されたシステムを統御するのが医師である」とされることと看護との関係や、ラカンの理論(Lacan, 1973/2000)に裏打ちされた精神分析的な視座を使う分析にも至っていない。

VI 結論

本研究は、長期入院精神障害者の意向に添って展開された看護実践を分析し、主体性を尊重する具体的実践内容と、そこでの実践者集団における知見の共有方法を解明することを目指した。

次の4点が明らかになった。すなわち、担当看護師が、①A氏との関係性を問い直し、その世界観を知ろうとしたことを端緒とし、②A氏の行為を尊重して周りを変え、このことにより、③A氏のセーフティネットを再構築した。この実践における知見を実践者集団で共有する方法は④看護観の異なりを克服し、情報を一元化して伝達することであった。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深謝申し上げます。また、ご指導をいただきました東洋大学名誉教授の村上勝三先生に心より感謝申し上げます。本研究はJSPS 科研費 JP17H07046 の成果の一部である。本論文に関する利益相反はない。

本論文は第15回日本質的心理学会にて発表した内容をもとにさらに分析をすすめ完遂させた。

引用文献

藤野清美, 宮坂道夫. (2017). 長期入院統合失調症患者

者が地域生活への移行を拒否するまでの意思決定過程と移行拒否につながる要因. 新潟看護ケア研究学会誌, 3, 1-12.

伊波敏男. (2017). ハンセン病を生きて一きみたちに伝えたいこと. 岩波書店.

石井薫, 藤野文代, 木村美智子他. (2016). 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. ヒューマンケア研究学会誌, 7 (2), 27-34.

厚生労働省. (2014). 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要). 平成26年7月14日長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ.

Lacan, J. (1973/2000). 小出浩之, 新宮一成, 鈴木國文他訳. 精神分析の四基本概念. 岩波書店.

松枝美智子. (2003). 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.

松葉祥一. (2014). 第1章現象学とは何か, 第1部現象学看護研究の理論と歴史. 松葉祥一, 西村ユミ編. 現象学的看護研究. 医学書院. 14

村上勝三. (2014). 超越の方法—デカルトの途. 白山哲学, 東洋大学文学部紀要第68集哲学科編. 49, 13-47.

村上勝三. (2015). 知と存在と創造性. 知泉書館. 65-66.

村上勝三. (2017). 知と存在の新体系. 知泉書館. 113-115.

村上満子. (2008). 記録の語彙分析による精神科長期在院者の退院経緯の解明. 国際医療福祉大学大学院保健福祉学研究科保健医療学専攻博士論文.

村上満子. (2018). 精神障害者における折り合いの構造—11人のライフヒストリー—. 沖縄県立看護大学紀要, 19, 11-18.

村上靖彦. (2011). 治癒の現象学. 講談社. 10.

村上靖彦. (2016). インタビュー分析の言語学的基盤, 個別者の学としての現象学. 看護研究, 49(4), 316-323.

村上靖彦. (2017). 経験の流れを内側から捉える知—現象学と他の方法はいかにして補い合うか. 看護研究, 50(4), 325-329.

中井久夫. (1983). 家族の表象—家族とかかわる者より. 岩波講座精神の科学7. 岩波学術出版社.

中井久夫. (1998). 最終講義—分裂病私見. みすず書房. 97.

Oury, J. (1999/2005). コレクティブーサン・タンヌ病院におけるセミナー. 多賀茂, 上尾真道, 川村文重他訳. 月曜社. 24-25, 27-28,

Oury, J. (2001/2016). 三脇康生監訳. 廣瀬浩司, 原和之訳. 精神医学と制度精神療法. 春秋社. 3, 265,

- Oury, J. (2005/2008). 2005年8月京都大学大学院人間・環境学研究科講演会全容. 第二部第5章第1節ドキュメント「制度を使った精神療法」とはなにか, 多賀茂, 三脇康生編. 医療環境を変える. 京都大学学術出版会. 257, 261,
- Rosenbaum, L. (2016). Liberty and Need: Our Struggle to Care for People with Serious Mental Illness. *N Engl J Med*, 375(15), 1490-1495.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2006/2017). 高木俊介, 岡田愛訳. オープンダイアログ. 日本評論社.
- 外口玉子. (1977). 問われ, 問いつづける看護-看護事例検討集1. 星和書店.
- 外口玉子. (1988). 人と場をつなぐケア-こころ病みつつ生きることへ-. 医学書院.
- 吉村公一. (2013). 退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に対する精神科看護師の「退院調整の障壁」-精神科看護師の態度からの一考察. *日本精神保健看護学会誌*, 22(1), 12-20.
- 山本則子, 吉田慈子, 山花令子他. (2017). 看護実践に資する知はどのような事例研究で生成できるか, 事例研究の知はどのように活用できるか. *看護研究*, 50(5), 439-446.

Sharing the practice of autonomy restoration to help long-term hospitalization psychiatric patients regain their confidence: From the viewpoint of institutional psychotherapy

Mitsuko MURAKAMI

Abstract

Background: Though some patients want to be discharged, they lack confidence in themselves and hence want to continue staying at the hospital. Such patients require community transition support that accounts for their ambivalent attitudes.

Purpose: This study aims to analyze nursing activities that help long-term hospitalized patients with mental disability regain confidence from the perspectives of institutional psychotherapy and to elucidate 1) specific nursing activities that respect patients' autonomy and 2) a method for nurses to share their knowledge.

Methods: A nurse assigned to Mr. A was interviewed about the care provided to the patient. Regarding nursing activities that triggered changes in Mr. A during the 5-year period from the assignment to the investigation, the data collected from this interview, nursing records, and other relevant sources were chronologically organized and analyzed in terms of categories and subcategories.

Results: The nursing activities were summarized into 3 categories regarding how the attending nurse rebuilt relationships with "Mr. A," "his friends and acquaintances," and "his family." Under these categories, the activities were classified into 11 subcategories, such as "transition from enforcement to cooperation and satisfaction," "recognition of different perspectives," "request for cooperation of people involved," "introduction of people living in the same community," and "24-hour and prompt support services."

Conclusions: The attending nurse 1) re-evaluated the relationship with Mr. A and tried to understand his perspectives. Then, the nurse 2) respected his behaviors and had the people around him modify their behavior. Ultimately, 3) the safety net was re-established for the patient. The method of sharing the knowledge from these nursing activities among nurses was to 4) overcome differences in their nursing perspectives and consolidate information before its dissemination.

Key words: long-term hospitalization, confidence, autonomy restoration, case study, institutional psychotherapy