

生活習慣病治療をする長期入院統合失調症患者の QOL 保持に関する看護

Nursing for the QOL Maintenance of a Long-term Hospitalized Schizophrenia Patient
Receiving Lifestyle-related Disease Treatment

栗原 はるか¹⁾*, 西垣 里志¹⁾
Haruka Kurihara, Satoshi Nishigaki

キーワード 長期入院, 統合失調症, 生活習慣病, QOL
Key Words long-term, schizophrenia, Lifestyle-related, QOL

抄 録

目的 長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療と QOL 保持に対する看護について明らかにする。

方法 中堅精神科看護師 3 名にインタビュー調査を行い、質的帰納的分析を行った。

結果 インタビュー平均時間は47分であった。長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療に対して看護師は、【制限指示遵守を指示】【精神状態の安定と安寧な生活環境の提供】【患者の人生を慮り治療の寛容さを求める思い】【医師へ患者の思いを代弁】【精神・身体両面の安定を図るための模索】を行っていることが明らかになった。

考察 精神科看護師は、「医学的視点」で患者と関わりながらも、患者を「生活者」として捉え「生活者の視点」から健康指導を行うよう意識していると考えられる。長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療では、人生を包括的に捉え、嗜好品以外の楽しみや喜びの模索を患者と地道に模索することが必要である。

I. 緒 言

生活習慣病はライフスタイルの変化や高齢化により増加傾向で、今や国民医療費にも大きな影響を与えており、国を挙げて様々な対策がとられている。精神科領域でも同様に生活習慣病患者の増加は問題である。特に統合失調症患者は不規則な生活習慣や運動不足に加え、薬物療法で使用される非定型抗精神病薬の影響も大きい。非定型抗精神病薬は副作用が少なく、患者の活動性の向上や生活習慣の改善も期待されるが、一方で脂質代謝異常や耐糖能異常、体重増加が認められ生活習慣病の発症リスクが高いことが指摘されている。また、統合失調症患者の死亡原因は心疾患、肺疾患の順に多く、平均寿命も一般と比較すると15年短いという調査結果もある (Hennekens.C.H.et al 2005)。以上のことから近年、地域で生活する統合失調症患者を対象とした生活習慣病予防介入は力をいれて取り組まれている。

一方で、統合失調症患者は生活習慣病発症要因となる喫煙、カフェインの過剰摂取、炭水化物の過剰摂取割合は一般と比べると高い。喫煙の割合では、男性77.4% (一般43.3%)、女性39.3% (一般

10.2%) と著しく高い。原因はニコチンの身体依存とストレス対処の困難さによる精神依存、精神科医療の医原的要因が考えられる。本来であれば喫煙、カフェインの摂取、炭水化物の摂取は従来「嗜好品」とみなされ患者本人の責任で楽しむものである。特に長期入院統合失調症患者はこの「嗜好品」を嗜むことが生活の楽しみと認識することが多い。長期入院統合失調症患者は入院治療中の患者でもあり、病院を生活の場とする生活者でもある。彼らは「嗜好品」を長期間の限られた環境の入院生活で「ささやかな気晴らし」と話し、QOL の基本的構成要素のひとつである、心の健康を保っている場合が少なくない。患者でもあり、生活者でもある、嗜好品を嗜む精神科長期入院中の統合失調症患者が生活習慣病を併発した場合、看護師は患者の QOL 保持と共に、健康の増進や疾病予防など生活習慣改善指導をしていく必要がある。健康指導においては、「生活者の視点」が抑圧され「医学的な視点」が強調される (斎藤 2012)。しかし、「生活者の視点」を軽視した健康指導はかえって行動変容に繋がりにくい (Stephen .R.et al 2001)。筆者は看護師として「医学的な視点」から、生活習慣病治療の必要性と予後を認識し、

1) 聖泉大学 看護学部 看護学科 School of Nursing, Seisen University

* E-Mail kuriha-h@seisen.ac.jp

医師の指示のもと患者に嗜好品の制限や生活改善指導を行うが、「生活者の視点」を考えたとき、治療が患者の生活の楽しみを制限することになっているのではないかと感じる場面に多々遭遇した。そこで本研究では、精神科病院に長期入院している生活習慣病を併発している統合失調症患者に焦点をあて、生活習慣病治療中の患者のQOL保持に対して看護師が具体的にどのような看護を行っているかを明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

1) 生活習慣病

厚生労働省によると生活習慣病は、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義されており、本研究では具体的に、高血圧、糖尿病、脂質異常症を生活習慣病と定義した。

2) QOL 保持

身体機能、心の健康、社会生活機能を基本的構成要素とし、長期入院生活のなかで患者が自分自身の人生の中で自分の価値観や文化を大切することと定義した。

3) 長期入院

厚生労働省の発表では、平成23年の精神病床の平均在院日数は約300日で、323,000人の入院患者がいる。その中の1/5が10年以上の長期入院となり、約65,000人と報告されている。本研究では、10年以上の入院を長期入院と定義した。

2. 研究デザイン

本研究は、質的帰納的研究方法を用いた。

3. 研究参加者と研究参加者へのリクルート

ベナーの臨床看護実践の5段階の技術習得“中堅レベル”に達していると推測される、精神科看護を4年以上10年未満経験している看護師を対象とした。管理職は参加条件から除外した。リクルート方法は、A病院の院長に研究主旨について文書と口頭で説明し承認を得た後、看護部長より本研究に関心がある人は申し出るよう告知してもらい、参加者を募った。応募者が2～5名集まった時点で、連絡を受け、応募者を紹介してもらった。対象者特定リスクを軽減させるため、個別に研究主旨について文書と口頭で説明し、同意が得られた3名を研究参加者とした。

4. データ収集方法

データ収集期間は、2017年1月28日～2017年2月3日である。インタビューガイドに基づいた半構成的面接法により行った。「長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療上でおこるエピソード」と「長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療が

患者のQOLにどんな影響をおよぼすか」、「QOLに及ぼす影響に対して看護師がどのように感じているか」について自由に語ってもらい、内容は参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。

5. データ分析方法と分析結果の厳密性

ICレコーダーに録音したインタビュー内容を逐語録として作成し精読した。長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療とQOL保持に対する看護師の葛藤に着目し、可能な限り研究参加者の語った言葉を用いてコード化した。意味内容の類似したコードを集めサブカテゴリ化、カテゴリ化し、カテゴリよりコアカテゴリを生成した。本研究は、データ分析全過程を通し、研究者二人が関わることで、可能な限り研究参加者が語った内容を的確に捉えられているかを相互に確認し、解釈に偏りがないう分析の厳密性確保に努めた。また、データの解釈が妥当であるか真実を示しているかどうかを、生データからコード化、サブカテゴリ、カテゴリ、コアカテゴリ化した際に研究参加者によるメンバーチェックを行った。

6. 倫理的配慮

本研究は聖泉大学倫理審査委員会の承認（承認番号016-004 2016年7月8日）を得ている。研究対象施設の代表に研究主旨について文書と口頭で説明し承認を得た後、対象者に、研究の目的・方法、個人情報保護、研究結果の公表について、文書と口頭で説明した。協力は任意であり、拒否や中断をした場合でも不利益は被らないことを説明し同意書の署名をもって研究の同意を確認した。個人情報を守るため、インタビューの場所は病院内の会議室を借りて行った。

III. 結果

1. 研究参加者の概要と語り

対象者は3名でインタビュー時間は一人あたり36分から54分で、平均47分であった。性別は3名とも女性であり、年齢は40代1名、30代2名であった。精神科病棟での経験年数は4年、8年、10年の中堅看護師であった。各対象者の主な語りは、1に示す。

2. 長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療とQOL保持に対する看護師の葛藤

長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療とQOL保持に対する看護師の葛藤を表1に示す。研究参加者3名の逐語録から、長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療とQOL保持に対する看護師の葛藤が179コード抽出され、32サブカテゴリ、10カテゴリ、5コアカテゴリが生成された。コアカテゴリは【身体面の治療を優先】【心の健康保持と安寧な生活環境の提供】【人生を慮り治

療へ寛容さを求める】【医師へ患者の思いを代弁】
【精神・身体両面の安定を地道に模索】であった。
以下、コアカテゴリは【 】, カテゴリは [],
サブカテゴリは『 』, コードは < >, データは
「 」で示す。

1) 【身体面の治療を優先】

【制限支持十種を指導】は〔身体面治療の優先〕
のカテゴリから生成した。

〔身体面治療の優先〕は12コードで、『年齢に応
じ退院を想定した身体管理』『著しい身体不良に
対する身体面治療の優先』の2サブカテゴリに集
約された。『年齢に応じ退院を想定した身体管理』
では、〈若く地域に戻る患者は身体管理も治療の
中心になる〉と考え看護を行っていた。『著しい
身体不良に対する身体面治療の優先』では、〈身
体症状が著しければ厳しい制限もやむを得ない〉
と考えていた。

2) 【精神状態の安定と安寧な生活環境の提供】

【精神状態の安定と安寧な生活環境の提供】は
36コードで、〔精神状態により生じる生活環境の
観察〕〔制限・指導に対する精神状態の観察〕の
2カテゴリから生成した。

(1) 〔精神状態により生じる生活環境の観察〕

〔精神状態により生じる生活環境の観察〕は21
コードで、『逸脱行為により他患者を含む生活環
境への影響』『感情不安定による生活行動への影
響』の2サブカテゴリに集約された。『逸脱行為
により他患者を含む生活環境への影響』では、〈他
患者へのたかり行為によりトラブルが発生〕し病
棟全体へ影響があり、看護師は生活習慣病治療を
受ける患者だけでなく、他患者を含む病棟全体に
関する影響を観察していた。また、『感情不安定
による生活行動への影響』は、〈イライラにより
睡眠がとれない〉など患者の日常生活行動への影
響も観察していた。

表 1 対象者の語り（一部抜粋）

	長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療上 でおこるエピソード	長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療が 患者の QOL にどんな影響をおよぼすか	QOL に及ぼす影響に対して看護師が どのように感じているか
A	制限された長期入院で、それだけが楽しみ の人が多い。できる限りカロリーの少ないもの を代わりにこういうものがあるという情報提 供をした。信頼関係があってこそだから、指 導は毎日ちょっとした空いた時間にしてい た。	大声出したり、奇声あげたり。いらいらして粗暴 行為になることがある。欲求を抑えられない部分 が強い。	これしか楽しみがないのと言われた時は、 そうだなと思う。純粋的にもう看護師として じゃなく、人間対人間とし感じる。もし自分 がこの状況に置かれてたら、自分もそうなる だろうと感じる。だから看護師としては検査 値見て、ある程度値が悪くなったら許容範 囲として受け止めてもいいのではと思うこと もある。
	指導も必要だがうまいこといかない。地道に 指導を続けながら、時にはある程度制限する こともある。		その人の生き方を尊重するにはある程度こ ちらも見守りで、なるべくデータとか悪化しな いように、小さいことからできる限りの範囲 内でやっていけたらと考える。
	だめ、だめ言ってしまうと、患者さん自身 が怒ったりとかやっぱり精神的に不安定にな って心の健康が低下してしまう。一般では指導 を受け入れて治療される方が多いだろうが、 精神科だと唯一の楽しみがなくなってしまう。 取り上げてしまうことで精神症状が悪化 してしまうのをあえて取るのかと葛藤しなが らいつも考えていた。	精神症状が不安定で自分の世界に入ってい まうと、こちらの言うことへ理解が得られな かったり、会話もなかなかできなくなつた りする。	退院困難な精神科患者の看護で大事なこ とは、“看護師である前に人間であれ”とい う考え。長い入院なので、できる限り患者の心 の健康が保たれ、安定した住みやすい環境で 過ごせたらいいかと思う。
B	たばこが吸えないことがその患者さんにと ってはかなりストレスで、患者さんと物のやり 取りをし、そこから口論や粗暴行為のトラブ ルに発展することがあった。状況を医師に状 態伝えて、内科的な治療も大切だが、治療 を行っていく上にも気持ちがちゃんと整って いないとそれすらもできないと話し合った。た ばこが数本許可されたら患者は落ち着いた。	いらいらが募って他患者とかのトラブルがある。 その結果、他患者の精神状態も悪くしてしま う。好きなものを制限されているから、他の活動や清 潔保持も拒否する患者もいる。	看護師としては身体面を一番に関わると思 うが、精神科看護では、気持ちがあって、それ が受け入れられて心の健康度が高ければ身体 面の治療ができると思う。
	精神面が落ち着いたことで医療者側の説明を 以前よりは聞き入れてもらえるようになった。 その後気持ちが維持できるのは週に 2、3回の家族面会で孫の顔を見ることがQOL 維持になっていた。我慢我慢ばかりは難 しい。	制限されても、そのなかで楽しみをみつけ治 療を受け入れ活動的になる患者もいる。	制限は本来守らないといけないが、少し緩 めて本人の気持ちが落ち着けるような状態を 作って身体面の治療ができることのほうが いいと思う。
C	医師の診察時には治療や制限に関して理解 を示すが、実際には隠れて食べたり飲んだり していた。その都度、看護師は指導するが理解 が得られない部分と、スタッフに対して暴言 的な言動で反応を示すので、若干ひるんで しまう部分があった。	患者間でのたかり行為や、売買行為などの病 棟ルールから逸脱してトラブルが起こる。	生活習慣病を理解できないのは、統合失調症 の影響もある。病気の影響で理解できないの は仕方がないと思う。
	高齢の患者に制限がかかると、別にもう好き なものを食べてもらってもいいと思う時もある。 たまにはいいじゃないか、楽しみの一つ あっても話し合うことがあった。	いらいらして睡眠が不安定になる。	退院も見えない、この先も病院で生活する だろう患者だとちょっと甘い部分が出るかも しれない。患者が何を望み、どういうふう にしていきたいかを大事にしたい。
	長年吸ってきた嗜好品、一番の楽しみだと思 う。長期入院だと、たばこが楽しみという中 で、疾患が故奪ってしまう。吸えなくなると 精神状態が悪化し心の健康が下がってくる ので線引きが難しかった。	ジュース1本飲めるということを目指し て、普段しない運動をするようになった患者 もいる。	患者の制限された気持ちを医師には考えてほ しい。

表2 長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療とQOL保持に対する看護

コア カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリー (コード数)	主なコード
制限指示遵守を指導 (12)	身体面治療の優先 (12)	年齢に応じ退院を想定した身体管理 (7)	若く地域に戻る患者は身体管理も治療の中心になる
		著しい身体不良に対する身体面治療の優先 (5)	身体症状が著しければ厳しい制限もやむを得ない
精神状態の安定と安寧な生活環境の提供 (36)	精神状態により生じる生活環境の変化の観察 (21)	逸脱行為により他患者を含む生活環境への影響 (14)	他患者へのたかり行為によりトラブルが発生
		感情不安定による生活行動への影響 (7)	イライラにより睡眠がとれない
	制限・指導に対する精神状態の観察 (15)	精神状態の安定を優先 (5)	患者の気持ちと精神状態が整うことで行える内科治療
		精神症状の悪化による心の健康低下 (4) 精神状態不安定による指導困難 (4) 精神状態不安定による対応困難 (2)	制限により心の健康が保たれない 精神状態不穏時は指導が入らない 精神状態不安定で、少しの刺激で粗暴行為に発展
患者の人生を慮り治療の寛容さを求める思い (70)	人として患者の人生に思いを馳せる (44)	制限が多い生活における休憩の必要性を考える (13)	患者の日常生活を考えお休みも必要
		唯一の楽しみ安らぎの制限に対して生じる葛藤 (12)	人生の楽しみを奪うことに対する疑問
		患者の安らぎであれば許容したい思い (6)	嗜好品でほっとする患者をみて看護師もほっとする
		人として好きなもので心を満たし喜びを感じて欲しい思い (5)	ひとりの人として好きなもので満たされる感覚を大事にしたい
		人として患者の立場に自分を置き換え考える (5)	自分が同じ状態だったらと常に考える
	楽しみや嬉しさを提供 (16)	嗜好品以外の楽しみを見出す関わり (7)	嗜好品以外に気持ちを向けるようレクなど企画する
		小さくても楽しさや嬉しさを感じられる関わり (5)	毎日の何気ない時間を楽しく感じる声かけ
		現実的時間は快を得られる関わり (4)	現実世界にいるときは敢えて指導をしない
		楽しみや目標による精神状態の安定 (4)	制限を敢えて目標設定することで精神面が安定
		制限のなかで心を満たす家族の存在 (4)	我慢のなかにも支える家族の力
患者の楽しみの把握 (10)	家族の役割を担った関わり (2)	家族がわりになる	
	医師と看護師で違う患者の反応の観察 (8)	医師には治療に対する不満を言わない	
医師へ患者の思いを代弁 (24)	変化する患者の生活と思いを医師へ代弁 (24)	精神状態の変化による生活への影響を報告 (5)	制限による精神状態の変化を報告
		患者の努力を報告 (5)	制限遵守を頑張る姿を報告
		医師へ伝えられない患者の希望と訴えの把握 (3)	制限に対する患者の気持ちを丁寧に確認
		医師と看護師で患者の日常生活に対する考えに生じる相違 (3)	医師は身体管理をメインで考えることが多い
精神・身体両面の安定を図るための模索 (37)	精神・身体面の安定保持を考えた介入 (10)	身体面の著しい変動に至らない楽しみの許容範囲の見極め (5)	データや身体面の観察を慎重に行いつつ可能な楽しみの検索
		精神・身体面の安定具合を患者の立場で考える (5)	心と体の状態のバランスを患者目線で考える
	統合失調症の影響度合いに応じた関わり (25)	統合失調症による理解力や欲求コントロールの見極め (11)	統合失調症に生じる理解不足や欲求耐性の脆弱化
		患者のストレングスを活かした生活習慣病指導 (6)	患者のできている部分に焦点をあてた指導
		治療理解不足へわかりやすい説明 (4)	統合失調症や長期入院による生活力を理解し説明を工夫
	援助効果が見えない不安 (2)	患者のQOL維持が出来ているか答えがない不安 (2)	患者の生き方を尊重した毎日の声かけ (4)
患者のQOL維持が出来ているか答えがない不安 (2)			自分の関わりは患者のQOLにどう影響したかすぐにはわからない

(2) [制限・指導に対する精神状態の観察]

[制限・指導に対する精神状態の観察]は15コードで、『精神状態の安定を優先』『精神状態の悪化による心の健康低下』『精神状態不安定による指導困難』『精神状態不安定による対応困難』の4サブカテゴリーに集約された。身体面を危惧しながらも、まずは精神科看護師として〈患者の気持ちと精神状態を整うことで行える内科治療〉を考え、『精神状態の安定を優先』していた。「だめばかりでは精神的に不安定になり心の健康度が低下してしまう」と感じており〈精神症状の悪化による心の健康低下〉を危惧していた。また、『精神状態不安定による指導困難』や、『精神状態不安定による対応困難』があり、制限を受けることで日常生活大半に影響する患者への対応に困難を感じていた。

3)【患者の人生を慮り治療の寛容さを求める思い】

【患者の人生を慮り治療の寛容さを求める思い】は〔人として患者の人生に思いを馳せる〕〔楽しみや嬉しさを提供〕〔患者の楽しみを把握〕の3カテゴリから生成した。

(1) [人として患者の人生に思いを馳せる]

〔人として患者の人生に思いを馳せる〕は44コードで、『制限が多いせいにかつにおける求刑の必要性を考える』『唯一の楽しみ安らぎの制限に対して生じる葛藤』『患者の安らぎであれば許容したい思い』『人として好きなもので心を満たし喜びを感じてほしい思い』『人として患者の立場にじぶんを置き換え考える』『患者の年齢に応じた制限の緩さを求める思い』の6サブカテゴリーに集約された。精神疾患を患い、長期入院を余儀なくされている患者に対して、「制限は必要で守られるべき。でも制限だらけの生活には休憩が必要」と語り、『制限が多い生活における休憩の必要性』を感じていた。また、「これまでの人生、この先の人生辛いことばかりという患者の言葉が刺さる」思いをもち「唯一の楽しみを取り上げることで精神状態が悪化してしまうのを敢えてとることに葛藤」し〈人生の楽しみを奪うことに対する疑問〉をもっていた。そして、〈嗜好品でほっとする患者をみて看護師もほっとする〉と感じており、

『患者の安らぎであれば許容したい思い』があることがわかった。〈ひとりの人として好きなもので満たされる感覚を大事にしたい〉『人として好きなもので心を満たし喜びを感じて欲しい思い』や、「退院困難な精神科患者の看護で大事なことは、“看護師である前に人間であれ”という考え」を常に念頭におき〈自分が同じ立場だったらと常に考え〉『人として患者の立場に自分を置き換える』ようにしていた。特に〈高齢患者には好きなものを摂ってもらいたい〉と『患者の年齢に応じた制限の緩さを求める思い』があった。

(2) [楽しみや嬉しさを提供]

〔楽しみや嬉しさを提供〕は16コードで、『嗜好品以外の楽しみを見出す関わり』『小さくても楽しさや嬉しさを感じられる関わり』『現実的時間は快を得られる関わり』の3サブカテゴリに集約された。「日常生活で楽しみや喜びの幅が広がるよう関わる」ために、〈嗜好品以外に気持ちを向けるようなレクなど企画する〉ことで『嗜好品以外の楽しみを見出す関わり』をしていた。また、意識的に〈毎日の何気ない時間を楽しく感じる声かけ〉をすることで『小さくても楽しさや嬉しさを感じられる関わり』をしていた。そして、日ごろ辛い精神症状が強い患者が〈現実世界にいるときは敢えて指導をしない〉ことで『現実的時間は快を得られる関わり』を行っていた。

(3) [患者の楽しみの把握]

〔患者の楽しみの把握〕は10コードで、『楽しみや目標による精神状態の安定』『制限のなかで心を満たす家族の存在』『家族役割を担う』の3サブカテゴリに集約された。「制限された生活でも楽しみをみつけ治療を受け入れる患者もいる」ため、『制限の中でも楽しみや目標があれば安定』すると考えていた。時としてそれが、〈我慢のなかにも支える家族の存在〉で『制限のなかで心を満たす家族の存在』は大きいと考えていた。そのため、時には、患者が求める『家族の役割を担った関わり』もこなしていた。

4) 【医師へ患者の思いを代弁】

【医師へ患者の思いを代弁】は〔変化する患者の生活と思いを医師へ代弁〕の1カテゴリから生成した。〔変化する患者の生活と思いを医師へ代弁〕は24コードで、『医師と看護師で違う患者の反応の観察』『精神状態の変化による生活への影響を報告』『患者の努力を報告』『医師へ伝えられない患者の希望と訴えの把握』『医師と看護師で患者の日常生活に対する考えに生じる相違』の5サブカテゴリに集約された。患者は〈医師には治療に対する不満を言わない〉ため、『医師と看護師で違う患者の反応を把握』する必要がある。看

護師は医師へ、このような反応や制限による『精神状態の変化による生活への影響を報告』『患者の努力を報告』する。一方で、『医師へ伝えられない患者の希望と訴えの把握』し患者の気持ちを汲み取っていた。〈医師は身体管理メインで考えることが多い〉ため時に『医師と看護師で患者の日常生活に対する考えに生じる相違』を感じていた。

5) 【精神・身体両面の安定を図るための模索】

【精神・身体両面の安定を図るための模索】は、〔精神・身体面の安定保持を考えた介入〕〔統合失調症の影響度合いに応じた関わり〕〔援助効果が見えない不安〕の3カテゴリから生成した。

(1) [精神・身体面安定保持を考えた介入]

〔精神・身体面安定保持を考えた介入〕は10コードで、『身体面の著しい変動に至らない楽しみの許容範囲の見極め』『精神・身体面の安定具合を患者の立場で考える』の2サブカテゴリに集約された。〈データや身体面の観察を慎重に行いつつ可能な楽しみの検索〉をすることで『身体面の著しい変動に至らない楽しみの許容範囲の見極め』を行っていた。また「人によって体の調子と気持ちの折り合うポイントが違う」ため『精神・身体面の安定具合を患者の立場で考える』よう日々模索していた。

(2) [統合失調症の影響度合いに応じた関わり]

〔統合失調症の影響度合いに応じた関わり〕は25コードで、『統合失調症による理解力や欲求コントロールの見極め』『患者のストレンスを活かした生活習慣病指導』『治療理解不足へわかりやすい説明』『患者の生き方を尊重した毎日の声かけ』の4サブカテゴリに集約された。患者は〈統合失調症故に生じる理解不足や欲求耐性の脆弱化〉がある。そこで『統合失調症による理解力や欲求コントロールの見極め』を行っていた。一方で「小さくても必ずできたことを見つける」ことで『患者のストレンスを活かした生活習慣病指導』に繋げていた。また、〈統合失調症や長期入院による生活力を理解し説明を工夫〉し『治療理解不足へわかりやすい説明』を行っていた。指導のなかで、〈患者が考える大切なことを意識した声かけ〉『患者の生き方を尊重した毎日の声かけ』を行うことで、さらなる模索を行っていた。

(3) [援助効果が見えない不安]

〔援助効果が見えない不安〕は2コードで、『患者の QOL 維持が出来ているか答えがない不安』の1サブカテゴリに集約した。「身体面と精神面の両方が上手くいくことは少ないため、日々の関わりが QOL 維持につながっているか不安」で〈自分の関わりは患者の QOL にどう影響したかすぐにわからない〉と『患者の QOL 維持が出来ているか答えがない不安』を感じていた。

IV. 考 察

本研究で明らかになった長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療と QOL 保持に対する看護で中核となったのは、看護師が【患者の人生を慮り治療の寛容さを求める思い】であった。これを支える〔人として患者の人生に思いを馳せる〕では、「看護師である前に人間であれ」という考えをもつ看護師の語りや、『人として患者の立場に自分を置き換え考える』ことで、看護師は病を一人ひとりの人間体験として理解しなくてはならないという理解なくして、看護師は、決して「人間対人間」の関係を結ぶことはできないと述べたトラベルビー (1974) の人間対人間の看護を実践していると考えられる。「人間対人間」の関係を築くことで、「患者」という立場でありながらも長期入院生活により、精神科病棟を生活の場とする「生活者」という 2 つの立場をもつ長期入院統合失調症患者の心に近づけるのではないだろうか。齊藤 (2012) は、健康指導においては、「生活者の視点」が抑圧され、「医学的な視点」が強調されると述べている。しかし、本研究では、精神科看護師は、「医学的視点」では、〔統合失調症の影響度合いに応じた関わり〕を行いつつも、患者を「生活者」として捉え「生活者の視点」から健康指導を行うよう意識していると考えられる。

また、【精神状態の安定と安寧な生活環境の提供】と【精神・身体両面の安定を図るための模索】では、精神科看護師は身体面を危惧しつつも、患者の QOL の“心の健康”に焦点を当てていた。これは、精神症状と QOL 構成要素のひとつである“心の健康”は重なりあっている (下原 2012) ことに強く意識した看護が行われると考える。

精神科看護では時に、健康増進や疾病予防などの倫理的責務を基軸とした専門的価値が、精神科看護で使われるセルフケア理論の重要な機能である患者の自己決定能力の支援を基軸としたケア的価値との対立で葛藤することがある (田中ら 2010)。本研究では、専門的価値として、【制限指示遵守を指導】する看護を行い、ケア的価値として、【患者の人生を慮り治療の寛容さを求める思い】で〔楽しみや嬉しさの提供〕や〔患者の楽しみを把握〕が行われていた。精神障害者の QOL の特徴は健常者より主観的満足度が低く、そのなかでも特に自己信頼や充実感などの“心理的機能”が低いと言われており、ケア的価値にあたる看護は重要な要素となる。その中で、〈唯一の楽しみや安らぎの制限に対する葛藤〉を感じている看護師の思いは、田中らの言う専門的価値とケア的価値の対立が生じていることが考えられる。

精神科看護師は、「医学的視点」が強い医師と患者の板挟みになることが多い。患者-医療者との方針対立は時として起こる。患者の日常に一番長く寄り添う看護師は患者の権利を守りつつアドボカシーとしての役割を積極的に担う必要がある (戸田 2014) ため、【医師へ患者の思いを代弁】することも重要な役割であると考えられる。

V. 結 論

長期入院統合失調症患者の生活習慣病治療において精神科看護師は、患者の QOL に関わる出来事について、患者をひとりの「生活者」として関わり、「医学的な視点」をもちつつも、「生活者の視点」を強調した看護を行っていた。看護の示唆として、患者の人生を包含的に捉え、嗜好品以外の楽しみや喜びの模索を患者と地道に模索することが必要であると考えられる。

付 記

本研究は平成28年度聖泉大学看護学部研究助金を受けて実施しました。

謝 辞

本研究の参加に快諾し、面接調査にご協力いただきました A 病院の看護師の皆様へ感謝申し上げます。

文 献

- Hennekens C.H, Hollar D, (2005) : Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease, *Am Heart J*, 150 (6), 1115-1121.
- Joice Travelbee (1971) / 長谷川 浩, 藤枝知子 (1974), 人間対人間の看護, 173-231, 医学書院, 東京.
- 齋藤清二 (2012) : 医療におけるナラティブとエビデンス; 対立から調和へ, 1-264 遠見書房, 三鷹.
- 清水恵子 (2009) : 統合失調症患者のメタボリックシンドロームに関する研究の概観と今後の課題, 山梨県立大学看護学部 紀要, 11, 39-47.
- 下原美子 (2012) : 地域で生活する統合失調症患者の主観的 QOL の実態と精神科訪問看護との関連, *日本精神保健看護学会誌*, 21 (1), 1-11.
- Stephen .R, Pip.M, Chris.B (1999) / 中村正和 (2001), 健康のための行動変容, 1-401, 法研, 東京.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也 (2010) : 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立, *日本看護倫理学会誌*, 2 (1), 6-14.
- 戸田由美子 (2014) : 精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入モデル構築に関する研究, 平成23年度~25年度科学研究費補助金 (基盤研究 C) 研究成果報告書.