

原著論文

長期入院している交流困難な統合失調症患者と看護師の関わりとそのプロセス
ープロセスレコード・インタビューによる「語り」の生成ー

Nurses' Involvement with Schizophrenia Patients Hospitalized for a Long Time and Its Process:
The Generation of Narratives by Process-Record Interviews

佐藤美保

Miho Sato

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kyorin University
6-20-2 Shinkawa, Mitaka, Tokyo, 183-8611, Japan
e-mail: mihosato@ks.kyorin-u.ac.jp

Abstract

Purpose: This study attempts to reveal what messages nurses receive from schizophrenic patients who are hospitalized for a long time in their mutual interaction and what kind of experiences both nurses and patients generate.

Methods: A qualitative descriptive research design was employed in this research. Sequential analysis was also used to conduct data analysis.

Results: Subjects were two women and two men, with a mean age of 64.8 years. Nurses experienced the process of creating the following structural concepts: "Interaction process with Mr.A trying to be freed from a feeling of resignation and regret for oneself and others" with Mr. A; "Interaction process with Mr.B trying to share one's loneliness and anxiety with others and to preserve oneself" with Mr. B; "Interaction process with Mr.C trying to fill the loneliness created by the unfulfilled expectation of discharge from hospital" with Mr. C., and "Interaction process with Mr.D to regain one's lost identity and move on to the next stage" with Mr. D.

Conclusion: Nurses' deeper, more precise and sensitive understanding of what is happening in the patient-nurse interaction will help patients and nurses to continue to face the pain of living with schizophrenia together.

Key words: long-term hospitalization, schizophrenia, Process-Record Interviews

I. 緒言

1. 背景

わが国では、精神障害者の人権に配慮した医療及び福祉の確保、社会復帰の促進を図ることを目的とし施策の転換が行われている。しかし、1年以上の長期入院患者が約20万人と入院患者全体の3分の2に及ぶ(厚生労働省, 2012)。入院が長期化するほど、患者総数に占める統合失調症患者の割合は高く、10年以上の入院患者の約85%にあたる(厚生労働省, 2009)。統合失調症の慢性期は、無為自閉、仮面様顔貌、無気力等の陰性症状が主体で

あるが、陽性症状も持続し、再燃・増悪を繰り返す場合がある(鈴木, 2009, pp. 276-277)。また陰性症状は、閉鎖的な施設に対する適応反応とする施設症という見方もある(武井ら, 2009, p. 90)。長期入院している統合失調症患者(以下、患者)が、退院し社会復帰を目指すには、日常生活を送る上での日常生活技能やセルフケア能力、健康管理能力、対人スキルの欠如等の困難さに直面している(田中ら, 2004, pp. 150-164)。入院の長期化は、患者だけでなく家族が高齢化し、患者をサポートすること自体が難しくなる。

このような患者の中には、病棟において他者と関わらず、一人で過ごし、看護師とも日常の決まりきった関わりのみとなる人がいる。看護師が問題意識を持って患者に関わっても、その反応は乏しく、反応があったとしても、患者の伝えたいことが理解できないことが多い。看護師は、そのような患者との関わりに困惑や無力感を覚え、気持ちのやり取りが感じられない、あるいは感じにくい交流困難な患者と捉えるようになっていく。M. M. Berger (1977/1986, p. 67)は、「患者は、他の人びとから逃避することによって、統制されたり、支配されたり、あるいは併呑されるという恐怖から逃れようとする。これが、患者の示す自閉の主な根拠である」と述べている。看護師が交流困難な患者と感ずるのは、その人が患者として生きる中で、人との関わりに傷つき人間不信感や絶望感を深め、人と関わる関心さえも閉ざし、諦めていることの出表を捉えるからであり、それは、患者の耐え難い孤独や苦悩に触れる経験そのものであるとも考えられる。江口(2003, p49)は、「治療者は一般的に、言語交流の困難な精神病状態の患者であっても、患者の経験と触れ合う共通の言葉を探し出そうとする。語りえない体験を共通の語りの内に分節化しようとする」と述べている。実際、看護師として交流困難な患者と関わると、患者からは言語だけではなく、視線やまばたき、しぐさやふるまい、その人が持つ雰囲気等、こちらが気に留めようとしなければ見過ごされるような微細な出表を認める。患者の微細な出表には、悲しみ、怒り、寂しさ等様々な感情が含まれ、何かしらのメッセージが混在しているように感じられる。そのように看護師が、交流困難な患者の微細な出表をメッセージとして感じ取り聞こうとすることで、患者と看護師は、患者の「語り」を共に生成し互いの理解を深めるような経験をすると考える。

患者の語りに関する先行文献は散見される(北村, 2004; 鬼頭, 鈴木, 2014; 柴田, 2015; 白柿, 2010; 鈴木, 鬼頭, 平上, 2016; 大柄, 2006; 寺澤, 2004)。しかし、対象者は比較的言語的なやり取りが可能で、ある程度まとまった言葉での語りがあり、語り手である患者の言葉に着目したものがほとんどである。交流困難と思われる患者と看護師の関わりを検討した文献(柏民, 佐藤, 三谷, 2017; 佐武, 竹中, 塩崎, 大沼, 2009; 森, 島村, 西畑, 2014)でも、その効果や患者の変化に焦点が置かれている。しかし、交流困難な患者と看護師が、患者の「語り」を共に生成し、それを互いの共通の「語り」の経験として捉え検討したものは見当た

らなかった。

本研究では、交流困難な患者の微細な表出を、患者からのメッセージとして感じ取り経験する看護師が、患者の「語り」を共に生成し互いの理解が深まるような関わりは可能なのかを問う。そのため、看護師が患者と関わる時、患者からどのようなメッセージを感じ取るのか、その関わりは両者にとってどのような経験とその変化のプロセスを生み出すのかを明らかにする。その際、そうした患者と看護師の関わりを探索する方法論として、非構造的なインタビュー法に、修正されたプロセスレコードの手法を組み合わせた新たな方法論を考案して用いることにした。その結果、交流困難な患者の孤独や苦悩に対するより実践的な看護の示唆を得、今後の看護実践の再構築に資することを目指したものである。

2. 用語の定義

本研究における交流困難とは、統合失調症を抱え生きる患者と看護師の関わりにおいて、患者からは発話は認めるが、その反応が乏しく反応があったとしても、看護師にはその内容がはっきり理解できず気持ちの行き来が感じられない、あるいは感じにくい状態とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 研究対象者の選定

研究協力病院に入院している患者で、主治医の許可が得られる人を対象者とした。さらに、(1)通算10年以上、精神科病院に入院している人、(2)統合失調症と診断が確定して且つ認知症の診断がない人、(3)精神科病棟で医師や看護師が、その患者との関わりにおいて、交流困難な患者であると捉えている人。または、研究者がフィールドワークで出会い交流困難な患者であると捉えた人、(4)研究の参加に対する本人の同意もしくは家族あるいは後見人の代諾が得られる人とし、以上の条件全てを満たす者とした。

3. データの収集方法

1) プロセスレコード・インタビュー法

本研究では、対象が交流困難な患者のため、言語だけではなくその時々の患者の微細な表出を観察し、研究者である看護師が内面で生じる何かしらの考えや気持ちを感じとり、それを活用しながら対象者に意図的な関わりを実施する方法が求められる。そのためには、従来からある、看護場面の記録・分析方法であるプロセスレコードを用いることが、まず考えられた。プロセスレコードは、看護場面における患者-看護師の相互作用を振り返るための記録様式として H. E. Peplau. (1952/2010, pp. 152-153) が、患者と看護師の関わり場面を、「患者の反応」「看護師の反応」「看護師の考察」に分けて記述することを示したものである。また、I. J. Orlando. (1961/1993, pp62-114) は、患者と看護師の関わり場面を「患

者の言動」「看護師の反応」「看護師の活動」に分けている。この「看護師の反応」には、言語化された言葉だけではなく、看護師が知覚した患者の行動やそのような知覚によって起こる思考、知覚や思考によって起こる感情を含み、それらを「看護師の活動」と区別して記述するように提示している。さらに、E. Wiedenbach. (1964/2014, pp. 54-83) は、I. J. Orlando. の提示したプロセスレコードの記録様式に、自己評価項目を加えることで、看護師自身が自己評価できるように工夫している。ただし、これらの方法は、あくまで臨床で経験したことを、事後的に想起して記述し分析するものである。しかし、本研究では、予め意図的に対象者である患者のもとに赴き、聞き取り等の働きかけを行う非構造的なインタビュー法を用いながら、さらに、本研究で新たに修正したプロセスレコードの方法に沿った情報収集を行うこととした。従って、本研究で用いる、データ収集方法は、修正されたプロセスレコードを、インタビュー法に組み入れて新たに構成する方法論となる。この新たな方法論を、プロセスレコード・インタビュー法(以下、PR・インタビュー法)と呼ぶこととした。

PR・インタビュー法における修正されたプロセスレコードの方法内容は、「患者の表出」、「看護師の認知」、「看護師の言動」を区分しながら記述するものとした。対象者が交流困難であるため、従来からあるプロセスレコードの項目である「患者の反応」や「患者の言動」というよりも、より微細な患者からの表出を捉えたいと考え「患者の表出」という新たな項目を設けた。また「看護師の認知」は、看護師として観察した患者の微細な表出から、看護師自身の内面で生じる考えや気持ち等看護師が認知したものとした。この「看護師の認知」には、その時に明確にそう考えたり思ったりしていると自覚しているものもあれば、明確に意識しているとはまでは言えない、おぼろげな考えや気持ちいわば前意識の領域の内容とでもいえるようなものもあると考えた。そこで、そのような「看護師の認知」を記述する際には、記述内容の正確さを期すため、明確に意識していたこととおぼろげな考えや気持ちを区別するような記述上の工夫を行った。以上のような意味的・実践的内容を伴う項目として「看護師の認知」を今回新たに設けた。そのため、従来のプロセスレコードにある「看護師の反応」という項目とは異なるものとなっている。このように、PR・インタビュー法は、臨床で経験したことを事後的に想起し記述し分析するものから、意図的に開始される看護的な関わりを非構造的なインタビュー法の実践として捉えるものとした。さらに「患者の表出」や「看護師の認知」等の新たな記述項目を備えた修正されたプロセスレコードを実施することにより、看護的な関わりを、従来の言動・思考レベルからより微細な表出・認知レベルまで網羅的に記述できる新たな方法論となるものとした。

なお、看護面接について「数秒あるいは数分間の相手との対話の中に、面接から得られた人間に対する姿勢、理解などのあり方が生かされる」(飯田, 見藤, 1978, 序 p. 2)とある。

そのため、数分の患者と看護師の関わりでも、1つのPR・インタビュー場面と捉えデータとした。

2) プロセスレコード・インタビュー法の実施方法

予備的調査として、病棟に研究目的で来ていることを伝えた上で、2回/週、2～3時間/回、2週間のフィールドワークを実施した。この間は、対象者や他患者、病棟スタッフを脅かす存在ではないことを示し、病棟に馴染むことを優先した。その後、本調査として、1～2週間間隔、5～6時間/回、先の予備的調査の実施と合わせ約8か月間、合計27回のフィールドワークを実施した。対象者の精神症状を考慮し、症状の悪化を認める等の問題がなくPR・インタビューが可能と判断した上で実施した。

病棟へは、白衣を着て訪問し申し送りや看護師から情報を聞いた後、デイルーム等で過ごし、必要に応じ患者への検温や日常生活援助の一部を遂行し観察者としての参加者(I. Holloway., S. Wheeler., 2002/2006, p. 99)という立場をとった。PR・インタビュー後は、毎回、出来るだけ速やかに診察室に移動し記録を行った。

なお、調査期間は、令和1年5月20日～令和2年1月14日であった。

3) 補足調査の実施

PR・インタビューに並行し診療録や看護記録等の記録物を参照する他、申し送り、病棟内での出来事や人間関係等を観察し、フィールドノートに記した。また、対象者の言動について確認を要する場合は、対象者と長年関わってきた病棟看護師に適宜尋ねた。対象者と病棟看護師の関わりを観察し、得た情報もフィールドノートに記述した。

4. データの分析方法

1) データ分析方法

本研究では、その目的から、文脈の全体的性質により注意を払い、得られたデータを時間軸に沿って、文脈的意味内容をできるだけ保持しその内容を分析するシーケンス分析(U. Flick, 1995/2018, pp. 420-434 ; 松澤, 2018, pp. 133-135)を用いた。

2) データ分析の実施手順

PR・インタビュー場面ごとの「患者の表出」、「看護師の認知」、「看護師の言動」の記述を何度も繰り返し読み、それぞれの内容を要約し、さらに短い記述であるプロット(筋立て)に書き換えた。次に、複数回分の場面から得られたプロットを各場面の時系列や文脈を保持したまま、前後する類似したいくつかのプロットをまとめて区分し、その区分を要約する短文を構成概念とした。さらに、前記の類似したいくつかの構成概念を同様にまとめて要約して、その意味内容を踏まえた全体の関わりを構造概念として記述した。以上の手順をシーケンス分析として実施し結果とした。その上で、各対象者との関わりにおける構造概念を比較検討し、共通する内容を要約する短文を全体概念として考察した。

3) データ分析の真実性の確保

エキスパートレビューとして、対象者と長年関わって来た病棟看護師に、対象者と看護師の関わりの記述内容についてどのように感じたのか、研究者の分析について納得できるものか否か等を率直に話してもらいフォーカスグループを実施した。加えて、研究指導教員による定期的なスーパーバイズを受け、データ収集および分析を進めた。鯨岡(2016, p. 174)は、録音機への記録について「自分がその日の体験をベースにした記録に基づかなくなると、かえってそのために「囟」が全体から浮かび上がってこなくなり、エピソードを拾うことができなくなってきました」と述べている。PR・インタビューでは、その特性や目的を考慮し、録音機により記録することは難しいと判断し行わなかった。

5. 倫理的な配慮

研究協力病院院長、対象者の主治医を含む医師、看護部長、病棟看護師に文書や口頭で研究の趣旨を説明し、研究実施の承諾を得た。研究協力者である対象者には、口頭および文章で研究の趣旨を伝え、調査への参加は自由意志であり中断しても不利益は一切ないこと、研究結果は個人情報に十分に配慮したうえで公表すること、研究参加の同意撤回についても説明し、同意書にて同意を得た。対象者は精神障害を抱えており、研究に参加することで精神的な負担があり精神症状が不安定となる場合は、研究の参加を中止することが可能なことも説明した。帝京大学倫理委員会の承諾を得た(帝倫 19-037)。

III. 結果

1. 対象者及びPR・インタビュー実施の概要

対象者は4名(女性2名、男性2名)であり、平均年齢 64.8±8.6 歳、精神科病院入院期間は約 10 年～約 32 年 11 カ月(平均 21±8.6 年)、PR・インタビューの場面数は合計 78 場面であった。(表 1)

2. 患者と看護師の関わりの概要と分析結果

「」は対象者の発話、<>は構成概念、《》は構造概念を示す。なお今回、看護師として患者と関わった研究者を私と記した。

1) 「わからない」と言い、「ざんぎ帳」について教えてくれた A 氏 計 26 場面(表 2)

A 氏との関わりの初日ダイルूमで、人を叩く素振りをしている A 氏に、私は警戒心を持ちながら「こんにちは」と声をかけ 30 分ほどそばに居たが、A 氏からの発話はなかった。6 月 11 日 2 場面は、申し送りで「同級生のお葬式…」や「お兄ちゃん」と叫んでいたと聞き、A 氏には子供の頃の思い出に、哀愁のような気持ちがあるのではないかと感じた後の関わりであった。ダイルूमで A 氏に、テレビを見るかと声掛けすると「大きいのと小さいのがあるの…」「カーテンが下がっているの…」等と発話があった。私は、家の間取りのような像を思い浮かべ、家の様子を教えてくれているのかと問うが、A 氏からそれ以上

の言葉を聞き取ることはできなかった。5月20日～6月11日1、2場面を、思い出の自宅へと誘うA氏とそのA氏に訪問を試みた私との＜警戒する心の淵での出会い＞とした。6月25日4場面、誰かの視線を感じ気づくとA氏だった。A氏がコップを投げてしまったようだ。A氏を責めずにそばに居ると、A氏から私に「コップ投げちゃった」「変だった」と話して来た。何が変なのか問う私にA氏は、「難しいの」とのみ答えた。この約2か月後になるが、これと同様なやり取りとして、ある病棟看護師にA氏が「…今、〇〇を叩いちゃった」と伝えているところを見聞きした。その病棟看護師は「あら、叩いちゃったんだ…」とA氏を受け止め、A氏は「うん、嫌だったの、嫌なの」と話を続けた。その病棟看護師も、やはり必要以上にA氏を責めるようなことはせず「人を叩いちゃだめよね」と静かな声のトーンで言葉を添えていた。6月25日同日の5場面、またA氏が私を見ているように感じ、私を見ているのかと問うと「わからない」と、問いを変えても「わからない」と答えた。私は、これまでも、A氏が病棟看護師に「わからない」と答えているのを度々目撃していた。A氏は、上手く話せないことを「わからない」という言葉で済ませて来たのではないか。A氏が眉間にしわを寄せ「わからない」と話す様子を、私は人との関わりに戸惑い、恐怖、悲しみ、怒り等の気持ちを含んだ諦めのようなものとして感じ取り、切なくなつた。そして、A氏のそばに居ることに困惑を感じた。6月25日の3～5場面を、人に伝えたいことを上手く説明することが出来ない戸惑いやわかってもらえない恐怖や悲しみ等の気持ちを抱え「わからない」としか言わず、人に伝えることを諦めているであろうA氏と私の＜「わからない」と伝える戸惑いと諦め＞とした。同日6場面では、「わからない」と話すA氏に、それを執拗に確認するとA氏が私との関わりを遮断すると感じ、A氏の言う「わからない」ことをはっきりさせたい私の気持ちを、抑えながらそばに居た。すると、互いに目が合い、同時に会釈したと思える瞬間を得た。この時、A氏には人との関わりに諦めの思いはあっても、私がそばに居ることは許していると思えた関わりとなった。

8月20日13場面では、A氏から「お餅」と発話があった。私は、一家団欒の光景を思い浮かべ関わった。私のいつが楽しかったかの問いにA氏は「4歳」と答え、「絵を描くの…」や「少女漫画の…」との発話があった。絵は、「ざんぎ帳」という小さい手帳に書いたと手ぶりも交え教えてくれた。この時、私はA氏の時が、4歳で止まっていることを察し、無意識にA氏の背中をそっと摩ってしまった。A氏は、私の手を制するように、自身の背中に手を回した。A氏に近づけたと思えた心の距離は、すぐに離れてしまった。A氏が抱えている警戒心は、私が思っている以上に堅固なものであると感じ、それに対し私は、A氏のそばに居て少しでもA氏に安心感を伝えたいと思うようになっていた。6月25日から8月20日6～13場面を、堅固な警戒心を抱えながら、そばに居る私を受け入れてくれたA氏と私とで共に＜そばに居て堅固な警戒心に耐える＞とした。8月27日14場面、A氏に調

子を問うと「悪いわよ」「頭の中が痛い。頭が変なのよ」と精神症状と思われる辛さを吐露した。私は、それに対し、何もできないことに罪悪感を持った。8月30日16場面は、A氏がいつも座る椅子に「あそこね。猫が居る」「私、部屋がなくなっちゃったの」「誰か入って来る」と言うため、共に廊下や病室、デイルームをうろうろしていた。その途中、A氏は「クサブエ」と発話した。私は、小学校の帰り道、よく草笛を吹いていたことを思い出すこととなった。当初は、6月末に転室したため、思考の混乱や執着を認めていると考えていた。しかし、しばらくたった別の日も、A氏はデイルームで「座るところがない」「部屋がないの。私の部屋がないの！」と強めの口調になる様子もあり、私は、A氏は以前からずっと安心できる居場所を求めて来たのではないかと思うようになっていった。8月27日から10月1日14～19場面を、A氏と私とで共に＜辛さを抱え居場所を求めるさまよい＞とした。

その後は、A氏の鼻汁を私が拭くとそれに応じてA氏が鼻をかむであったり、私が補水を勧めコップを渡すとA氏が飲み干し、またこちらに空になったコップを渡してくる。ピンクの洋服を私が「かわいらしいね」と伝えると、A氏と目が合い同時に頷く等の言葉の少ない関わりとなった。11月5日23場面は、不意にA氏に声をかけてしまった私に、A氏が握り拳を弱々しく振り下ろそうとする。その場所に、私が掌を添えると、A氏が私の掌に自分の拳を軽くトン、トン、トンと、三回当てることがあった。A氏の拳は、誰に向けられたものか。私はA氏の感情から逃げないで、受け止めようと考えていた。その後、A氏は右手を右ひざの上に戻し、しばらく後、私を少し見た。その様子が、申し訳なさそうに見え、不意に声をかけた私のせいなのだからと思い、かえって申し訳ない気がした。そして、A氏にそうさせてきた過去から今までのことを思うとそのことにも罪悪感を持った。10月8日から11月5日20～23場面を、A氏と私の二人だけの世界における＜非言語のやり取りでの様々な思いの交換＞とした。11月19日24場面は、私の声掛けに「おはようございます」との発話があり、「お正月」「米」「トウモロコシ」との発話もあった。A氏の発話に、他患者が「お正月」等言葉を挟んで来て「ふっふっふ…」と笑い合いA氏自身が安堵している様子の関わりがあった。私も、いつになく他患者と穏やかに関わるA氏に安堵し気持ちが緩み私も自然に笑顔になった。病棟看護師に聞くと、転室前の同室患者であるこの他患者とA氏とは、比較的仲が良いということであった。11月19日から12月30日24～26場面を、A氏と私の＜二人だけの世界を基に広がる他者との関わりでの安堵＞とした。

以上が、A氏との関わりであった。A氏の言う「ざんぎ帳」の意味は、定かではない。しかし、慚愧を、ざんぎとも読む。反省帳のようなものを書いていたのではないか。A氏は、「わからない」のは「頭の中が痛い」からだど、絶えず訴えて来たが、その訴えを上手

く伝えることが出来ず、わかってもらえないままに過ごして来たのではないかと考える。10代前半に発症し、人生のほとんどを精神科病院で過ごして来たA氏の「わからない」「ざんぎ帳」の発話には、僅かに確かな入院前の幼少期にすぎり、既に失ってしまったものを惜しみながら、自分と他者に対して、ある種の諦めや惜別の思いを表現しているのではないかと考えた。そして、そのA氏と私の関わりは、互いに警戒心や困惑を抱えながらも、新しい人との関わりを育み、A氏が安堵を得ることで自分や他者に対する諦めや惜別の思いから解放されようとする関わりであったと考える。そこで、A氏と私の一連の関わりを《自分や他者に対する諦めや惜別の思いから解放されようとするA氏との相互作用過程》とした。

2) 「目の球、動いている？」と確認してくるB氏との関わり 計25場面(表3)

5月20日1場面、B氏は、他患者と交流している様子もなくデイルームに一人で居た。申し送りの時から、その空虚な様子が窓ガラス越しに見え気がかりとなった。私から横に座ってもいいかと聞くと「どうぞ」と発語があり、思った以上に反応がある人だと感じた。しかし、見知らぬ白衣を着ている私を気にも留めていないB氏に、私という存在が居ないかのような空虚な思いがした。別の場面の関わりで、気になる新聞記事について問うと「第4次世界大戦が起きそうなのよ…」と話した。私は、不穏な世界を感じ取っているB氏の不安定さを感じ、それ以上深入りすることがためらわれた。5月20日から6月4日1~3場面は、一人で過ごすことが多く、私とB氏という境界もなく接して来るB氏と、その言動に一喜一憂する私の＜不安定な世界の入り口に漂う空虚感＞とした。7月9日7場面、「真珠のネックレスとか、ルビーとか貸してくれない?」「二連の真珠にローブデコルテを着て…(呂律が回らず聞き取れない)」と言う。私がそれらを身に着けどどこに行こうかと問うと、B氏は焼肉店名を答える。私にものを借りようというB氏の考えに、B氏から私への距離の近さを感じるとともに、閉鎖病棟という環境下で、ローブデコルテを着て焼肉店に行くという整合性がないと思われるこの話に違和感を覚えた。病棟看護師によると、B氏は裕福な家庭で育ち、よくホテルでの会食をしていた人だという。この私の違和感は、B氏の希望と現実の差に切なさを感じたためと考えた。7月23日10場面では、私の何を考えているのかの問いに「将来、〇宮(皇族)と結婚できるか、とかよ…結婚して、幸せになりたいわよね」「…庶民との間でもいいから、結婚できるといいんだけど…反対されちゃって…」「〇〇ちゃん…」と話す。〇〇ちゃんとは誰かの問いに、B氏は「私の子ども、娘のこと…」等と話してくれた。次々と話してくれるが聞き取れず、私が追いきれない話へと展開していった。B氏の裕福な育ちを知らなければ、血統妄想等とラベリングされてしまうようなこれらの発言には、B氏の結婚しなかった思いや子どもが欲しかった思い等、B氏の本音が混在すると考えた。そのことに私は、切なさや寂しさを感じ、ともすると現実から

過去の思いに戻ってしまう B 氏自身の存在の危うさも感じていた。その後、B 氏にとっては、眠気がある中でふっと我に返ると私が居合わせ、その私を相手に頭に浮かんでいた夢か何かを少し話してみる、その B 氏に、寄り添い私が相槌を打ったが、B 氏は再び眠りに就くかのようにテーブルにうつ伏せになっていく。そのような B 氏との関わりに私が現実の感覚を失うかのような、自分自身も自他の区別が曖昧になるような気持ちになることもあった。6 月 11 日から 8 月 27 日 4～13 場面を、B 氏と、B 氏にとって高価なものを借りようとし、またふと起きた時に話をする相手となる私とで共に<自他の境界が不明瞭な不安定さを持ちこたえる>とした。

さらに、8 月 27 日 14 場面や、9 月 3 日 16 場面で、B 氏は「私の目の球、動いている？」「私、あれ、目が見えない」「(聞き取れず) …動いていないでしょ。ほらあ～」と目の動きや見え方を私に伝える不安げな様子が気になっていた。9 月 3 日 17 場面では、ハンバーガーの話になり B 氏は「ああ、〇〇〇(ハンバーガー店名)行ったわ。家族とね。今はいくらぐらいするんですか」と言った。おおよその値段を伝えると B 氏は「500 億よ、それと 1000 億」「コーヒーも飲みたいね」と言い、コーヒーなら作業療法で飲めるという話に転じていった。500 億というあたりから、私は、B 氏にとってハンバーガー店すら自由に行くことのできない場所であり、それぐらいの価値のあるものなのかもしれないと考え、ローブデコルテや焼肉店の話も思い出していた。B 氏は、閉鎖病棟の中で不自由な思いが募り、行きたい仮想の場所を思い描き自由を手に入れている、そのような自由な連想を共にしている感覚となった。この場面では、B 氏から再び「見えるけど…目の球の動きが気になるのよね」と、目の動きを気にする発話もあった。9 月 17 日 18 場面、私は、少し踏み込んだ話をしようと考え関わりを進めた。私のここでの生活はどうかの問いに B 氏は「うん？(少し考え) 案外いいですよ」と言う。しかし、同日 19 場面では、「あとね。(開放病棟) がいいらしい」と話す。私の「あっちはもう少し自由ですものね」の声掛けに B 氏は「そう自由がいいわよね」「もう 49 年…(聞き取れず)」と話したが、いつの間にか「5 千年」という話に移っていった。病棟看護師によると、B 氏は以前、目の話をよくしていたと話す。カルテにも、そのような記述が残っていた。目の動きの訴えは、B 氏が抱える不自由さや不安を象徴している言葉と理解していった。8 月 27 日から 9 月 17 日 14～19 場面を、B 氏と私との<不自由な現実からより自由な過去への逃避>と捉えた。10 月 1 日 21 場面、私は、自床にて臥床中の B 氏に声をかける。B 氏は「目が見えにくい、治してもらおうと思って目薬とかも使いたいけれど…」と言った後、しばらく発話がなく、「もうお金がないんだけど…」と話した。私は、B 氏の背負ってきた現実の悩みに直面しその重さを感じ、B 氏に伝える言葉が見当たらなかった。前回私が訪問した時に B 氏は、他患者の主治医に両親が亡くなったこと、お金が無くなったことを話していた。B 氏には、その根底にある

両親やお金という拠り所を失った寂しさや不安があると考えた。その後「私 81 才だから…」と発し、次は皇族の話となり、B 氏がその皇族の第一皇女だという話になっていった。皇族と繋がることでお金のない不安を紛らわしているのではないかと感じた。そこで、私は、B 氏が私と繋がっているという感覚や B 氏の細やかな日常を大切にしたいと思うようになっていった。以降クリスマスが近づくとフランス料理店に行きブルーマウンテンを 30 杯飲む話やお正月には赤福を 500 個食べる話等の会話が増えていった。B 氏と私とで、B 氏が両親と行ったであろう高級なお店で、一緒に飲食をしたり、B 氏が両親と食べたであろう好物と一緒に好きなだけ食べる、そのように過去の思い出と行き来しながら、共に会話を楽しむような関わりだったと考える。この 10 月 1 日から 12 月 17 日 20～25 場面を、B 氏と私とで〈両親という拠り所を失った寂しさや不安を紛らわせる〉とした。この赤福の会話の際には、病棟看護師もそばに居て、私以上に B 氏と赤福の大食い競争をするかのようにユーモアをもって関わり「いつも、このような話をして笑っているんだよねー」と私に教えてくれ、それに B 氏が頷いている場面でもあった。

以上が、B 氏との関わりであった。B 氏との関わりを終えるため挨拶をする私に、B 氏は「あれ。あなた患者じゃなかったの」と言った。この最後の B 氏の言葉と、初日の 1 場面で B 氏が、白衣を着ている私に気に留める様子がないことに、私が私という存在がないかのような空虚さを感じたことや、時折私自身が自他の区別が曖昧となるような気持ちになっていたこと等が繋がった。20 歳代前半に発症した B 氏にとって私は、様々な理不尽さや両親を失った寂しさや不安を分かち自我を強化するピアサポーターであったとも考えられた。B 氏と、ピアサポーターとしての役割を担う私の関わりは、ともすると過去の思い出に戻る存在の危うさを感じる B 氏と私とが、共に繋がることで、寂しさや不安を分かち、B 氏の日常の細やかな希望や期待を諦めず、自己を保持しようとするものであった。そこで、このような B 氏と私の一連の関わりを〈寂しさや不安を他者へと分かち自己を保とうとする B 氏との相互作用過程〉とした。

3) 「水、頂戴」と要求してくる C 氏との関わり 計 18 場面(表 4)

C 氏は、一年ほど前まで歩け会話もしていたが精神症状が悪化し臥床がちとなり、転倒骨折をしている。そのため、現在はほとんど自床あるいは車いす上で、胴抑制帯を付けて手はミトンをした状態であった。病棟看護師は、それらの抑制具を外すことを試みているが外すには至らない悩みを教えてくれた。7 月 16 日、C 氏との初めての関わりでは、C 氏は自床に胴抑制された状態、無精ひげが伸び、訪室した私を見ることもなく、じっと天井を見ていた。私は、その状況に、啞然とし辛さを感じ、C 氏と何かしらの関わりを行うのは、かなり厳しいのではないかと感じた。しかし、その 1 時間後、C 氏は入浴後であり、ひげは剃ってもらい、コップに入ったエンシュアリキッドを受け取り、一気に飲んでいった。

私が、C氏に時々話をさせてほしいと言うと小さく頷いたように見えた。そして、私は、C氏に、心だけでも開放されてほしいと思い、誰の音楽が好きですかと話を進めた。C氏は、勢いよく早口で発話するが聞き取れず、その場に居た病棟看護師が〇〇〇〇と聞き返してくれた。〇〇〇〇は、C氏の20歳代後半に人気があった歌手、私は、当時の思い出とともにその曲を思い出した。私は続けて話しかけたが、それ以上の発話はなかった。それでも、なんとなくC氏と関われる手ごたえを感じていた。また別の日には、自床で臥床中のC氏に私が近づくタイミングで、C氏が「があっ…があっ…」と喉を鳴らすことがあった。私はC氏に威嚇されたのだろうか、何か嫌な印象を与えたのか、タイミングが悪かっただけなのか等と考え、一旦退室した。それでも、時間をずらし再びC氏を訪室すると、C氏は、喉を鳴らすようなことはなかったが、声掛けしても、私とは目も合わせず、視線の先は焦点が合っていないぼーとした表情で発話もなかった。8月27日5場面では、臥床するC氏のそばで、私が初対面の病棟看護師に私のことを説明しているとC氏は「看護はやめて下さい」「受け持ちから外れて下さい」と言った。さらに、病棟看護師が「そんなこと言わなくてもいいでしょう」と言うとC氏は「があっ…ぐっーぐっ…」と喉を鳴らした。私は、C氏のこの態度は威嚇と拒否だと感じ、私の何が良くなかったのか考え不安になった。看護師室に戻り、別の病棟看護師にこの話をすると、以前はC氏に、看護学生を大勢引き受けてもらったのでそれが嫌だったのかもしれないこと、C氏は面倒見の良い方で他患者の車いすを押し作業療法に行くこともあったこと、私を拒否したわけではないと思うことを話してくれた。同日6場面、病棟看護師が、C氏のオムツ交換をしてC氏を車いすに移乗させ、開放病棟が見える扉の前に移動させていた。この看護師の行為にC氏も自らスッと立つなど協力的だったが、C氏の喉を鳴らす行為は継続的にあり、C氏のその行為は、特定の誰かや、何かに対する威嚇や拒否というものではないと考えた。C氏は、大勢の看護学生を引き受けていた話と合わせて考えると、人と関わりたいがそのような面倒なことは嫌だと思っている。そのようなC氏自身が言葉にしにくい思いが喉を鳴らす行為として現れるのかもしれないと感じた。C氏は、私という新しい人との関わりを始めることに、人と関わりたいがそのような面倒なことは嫌だと困惑していたのかもしれない、そのC氏と関わろうとする私も困惑しながらの関わりとなった。7月16日から8月27日1～6場面を、C氏と私とで<言葉にしにくい負の感情と向き合う困惑>とした。

9月2日7場面、私が訪室すると、C氏は、臥床しているC氏にとって不自然な態勢で首を持ち上げ私の方に振り向いた。その様子のC氏から、C氏を訪室する者への期待を感じた。この時も、私は、C氏に少しでも開放感を味わってもらいたいと思い、遊びとして不意にジャンケンを提案した。するとC氏は目を大きく見開き興味を示した。ジャンケン3回勝負をし、2勝1敗でC氏の勝ちとなった。子供の遊びのような私の提案に応じてくれ

る C 氏に優しさを感じた。すぐさま「水、頂戴！」「水、頂戴」「エンシュア」と言う。C 氏は、過飲水で水分制限があり自由に飲水できない。C 氏の飲水への欲求の強さと、飲水すら好きにできないさらなる不自由さを感じた。同日 8 場面では、C 氏は私に「お医者さんでしょ」と話して来た。この時も、C 氏から私への期待を感じた。医師に用件があるということなのか。私が看護師であることを伝えると、今度は C 氏が右手を伸ばして来た。私は、握手を求められたのかと思い反射的に手を差し出し、C 氏と握手をした。C 氏と好きだった歌手の話の続きをもう少ししたいと思い、年齢の話からそう展開することを意図し、「C さんは何年生まれですか」と聞くと「20…20…」と述べた。C 氏は若い頃の歳を答えているということなのか、入院期間を答えているのかと考え、「昭和〇〇年でしたっけ？」と問いを変えてみた。その私の問いかけに、C 氏は小さく頷いた後、しばらく無言となり「退院したい」と大きめの声だが、つぶやきの様に聞こえる言葉を発した。過去のカルテに、C 氏が「退院したい」と何度も訴える様子が綴られていたことを思い出した。「そうですね…」の私の言葉に、C 氏は、一瞬クシャと顔を歪めた。私は、C 氏の淋しい泣いたような表情を感じた。反応が乏しいと聞いていた C 氏の生々しいその訴えに驚くというより、その思いがあって当然、それよりむしろ C 氏が抑え込んで来たであろうことや抑え込んでいた思いを吐露させ泣かせてしまったことへの罪悪感で、私は何も言えなかった。C 氏の退院できない悲しみ、淋しさ、悔しさとそれらの思いを抑えてきた葛藤を感じ取った瞬間だった。私は、今はこの場を離れてはいけないと考え、言葉はないままにその場に踏み留まっていた。3 分程後、病棟看護師が水を飲ませに来た頃には、C 氏の表情はもとに戻っていた。C 氏が、私が思っていた以上に自分の置かれている状況を理解し、受け入れざるを得なくなっていることに、やるせない思いを感じた。C 氏は、「退院したい」思いを抑え耐えている。しかし、のどが渇き「水、頂戴！」「水、頂戴」「エンシュア」と言う要求は抑えられないということなのではないかと考えた。C 氏の「水、頂戴！」は単なる喉の渇きではなく、C 氏が抑えてきた「退院したい」という渴望を表していると感じ取った。9 月 2 日から 10 月 8 日 7~9 場面を、C 氏と私との＜抑え込まれた「退院したい」気持ちへのやるせなさ＞とした。

10 月 15 日 13、14 場面以降、C 氏が言葉を発することは、ほとんどなかった。私が訪問毎に 20 分前後 C 氏のそばで過ごした。そのうちに時々、私の動きを C 氏が目で追っているのを感じたり、私がそばを離れる際に行ってしまうのかと問いかけるような C 氏の視線を感じていった。それらから私には、やはり C 氏は人との関わりを欲しているように思えた。そして、私は、C 氏がこの場所から離れることが出来ないことに、心苦しさも感じていた。12 月 30 日 17 場面、私は、ミトンが解除された C 氏の白い手を見ているうちに、やりたいこともあったはずの C 氏の思いに応えたいと思い「何か言いたいことはありませんか」「医

師とかに言いたいことは」「じゃあ、看護師にはないですか」「困っていることは…」と質問してしまった。C氏は、各々2秒ほど沈黙の後、小さく「ない」と答えた。ずっと心苦しさを感じていた私の焦りの関わりだった。10月8日から12月30日10～18場面をC氏と私との＜言葉を用いない世界で過ごす閉塞感＞とした。

以上が、C氏との関わりであった。洗濯物等を取りに来るため来棟する父親に、C氏はおやつ等を求める。父親は、おやつを持参することもあるがC氏に会わずに帰ることが多いという。病棟看護師が、父親にC氏に会うよう促すと、父親はC氏をそっと抱きしめることもあるという。何度も感じたC氏からの期待感は、「退院したい」C氏の思いに応え父親が自分を連れ帰ってくれるという期待ではないかと考えた。しかし、父親には事情があり、父親がC氏を家に連れて帰るということは難しい。そのようなことも、C氏は分かっている。10代後半で発症し、他院等で入退院を繰り返し長期隔離も経験して来たC氏は、言葉を尽くしても尽くしきれない淋しさや孤独、そして退院できることへの期待等を抑え込んで来たと考えられる。C氏と私の関わりは、C氏の埋めようもない淋しさや孤独を少しでも埋めようとする関わりであった。そこで、C氏と私の一連の関わりを＜退院への期待感が満たされない淋しさや孤独を埋めようとするC氏との相互作用過程＞とした。

4) 「〇〇が亡くなってから…」 「2年半、2年半ね」と話したD氏 計9回(表5)

D氏に声掛けすると自然に応じてくれる様子に、D氏が交流困難に見えない関わりが始まった。しかし、話し始めると、早口で、かつ開口のたびに義歯がズレるため言葉の一つ一つが聞き取れなかった。義歯を直すことができない経済的な問題があることを考えた。初回、私がD氏から聞き取れた言葉は、アルバイト、飯田橋、ラーメン等だった。病棟看護師に「D氏は、(こちらが)わからないから聞き返すと怒って話さなくなる」と聞いていたのであまり聞き返さないで聞こえた単語から連想することを投げかけるように関わりを進めた。9月19日2場面、私がD氏の病室を覗くと、D氏は自床に臥床し天井を眺めており、そのぼつと、じっと天井を見ている様子が気になった。D氏に声をかけデイルームに移動し話をした。D氏の言葉はほとんど聞き取れなかったが、話の内容は、前回の続きや入院生活の話、そしておそらく家族と会いたいという話に展開していったと考えた。私が「お母さんに会いたいですね…」と言うと、D氏は一瞬止まり、「…おふくろに会いたい…散り散りばらばらになった…」と話した。私も母親を亡くしていると伝えると「じゃあ、…気持ちわかるでしょ」とはっきり聞き取れ、互いに母親に会えない悲しみを共有することとなった。その場の雰囲気は沈むと、D氏から話題を変えてくれ、再び聞き取れない話になった。8月3日から9月19日1、2場面を、D氏と私の＜互いへの気遣いと母に会えない悲しみの分かち合い＞とした。10月8日3場面は、D氏の時間感覚の不確かさを感じ、D氏に時間に留意してもらえるような発話を意識し関わっていた。その中で、D氏の年齢を

伝えると「ふ～ん。…60歳…」とつぶやき、沈黙となった。私は、D氏が実年齢を自覚していない様子に驚き、実年齢を気づかせてしまったことに罪悪感を持った。数秒後にD氏は「これから、どうなるか…とってますよ」と話した。私は、D氏も心のどこかで今後のことを思い悩んでいることが分かった。そして、日頃はそれを意識しないようにし、自分の実年齢の感覚も喪失していたのだと考えた。D氏は、退院が難しい状況でもあり、社会との障壁を感じた。その壁があまりにも高く感じ、天井をぼっーと、眺めているD氏の様子と重なった気がした。退院後の生活としてグループホームがあることを伝えると、それに対し話してくれるが聞き取れなかった。その後D氏は、徐々に伏し目がちになってしまった。10月15日4場面では、訪室すると、やはり自床で臥床しじっと天井を眺めていた。何を考えているのだろうか。私がD氏に声をかけながらそばに行くと、D氏は、私にハッとしたように気づき、堰を切ったように話を始めた。D氏は、右手指を三本出して、「便が、三日、調子がいいんだよ」臥床のまま、お腹をさするよう右手を腹部の上に置く。「これでどうかなあ～と、主治医に(おそらく退院のことを)聞いてみているのだけれど…」等と、続けざまに話した。よほど私に話したかった違いはないと思い、少し圧倒された。カルテに病識の欠如と記載してあったことを思いだし、D氏にとっては排泄が気がかりで、それが整って来たから退院できると考えたのだと思った。私とのやり取りで前回、母親のことや退院後(グループホーム)のことを話したので、D氏の募っていた思いをD氏の話す勢いとして感じたのかもしれない。そこで、私は「退院のことを考えていたのですね…」と伝えた。するとD氏は「…でもね、ここは、ここで、いいことがあってね。…ご飯も美味しいし、…あとね、OTもあるしね…」と、ここでの生活を肯定する発言に変わった。私は、D氏には退院したい気持ちと退院後の生活の不安が混在しているように感じたため、そのことを確認する声掛けに、D氏は、無言となり数秒後「…〇〇(聞き取れず)が亡くなってから」「2年半、2年半ね」と答えた。私は、母親のことかと聞き返すがD氏の言葉が聞き取れず。2年半という期間は、まだ、喪が明けていないと言いたいのか、それでも、そろそろ一歩踏み出してもよいと思っているのかと考えた。便通がある、調子が良いというのはD氏の退院への一つの目安であり、D氏にとって希望なのだろうと考えた。一方で、退院するには、様々な事情があるとD氏も分かっているのかもしれないとも思っていた。カルテによると父親の死から8年が経ち、数年前には母親が施設入所し面会が途絶えていた。D氏は、社会的な問題を抱え退院したい思いはあるが、この先どうなるかと不安を抱え退院できるとは言い切れない、そのような思いがあると感じる関わりとなった。10月8日から15日3、4場面を、D氏と私との＜退院できると言い切れない不安な気持ちの振り返り＞とした。

その後の会話では、D氏は、私をボーリングに誘ってくれたり、D氏のベッドサイドで話

すことが増え、互いの距離が縮まっていった。10月22日8場面では、衣装ケースの中身「もう半分になっちゃった」と、その中身に関連して、話すうちに歌を歌ってくれるとD氏から提案があった。「何かから何まで真っ暗闇よ。筋の通らぬことばかり…」と、歌詞がはっきりと聞き取れる声で歌ってくれた。この歌を私は(私の)父親が歌っていたことを思いだした。D氏が、その場で歌を歌ってくれたことに少し驚き、しみじみと唄うD氏と歌詞とが相まって、D氏の気持ちがこの歌詞に代弁されているようで切ない気持ちになった。それでも、楽しそうなD氏に、私の中の懐かしさもあり少し和んだ。この頃は、義歯がズレない様に親指で支えながら話すことも増え、D氏は、私にこれまでより言葉を伝えようとしてくれているようだった。最終日1月14日の9場面では、「もうあまり来なくなると言っていたから、残念に思っていた」と話してくれ、また歌の話となり、演歌を一緒に口ずさんだ。そのD氏を私は、もっと作業療法に参加し楽しむこともできるのに、そうなっていないことにもどかしい気がしていた。D氏は、自分の入浴の順番が来ると「悪いね～」とすぐに慌ててじゃあとでもいうように、私に手を挙げて浴室に向かって行った。そのD氏の様子に、私がD氏に取り残されたように感じ、D氏の持っている健康度の高さを感じた。10月15日から1月14日5～9場面は、D氏と私の<退院に結びつかない入院生活の中での楽しみ>になっていた。

以上が、D氏との関わりであった。D氏は、20歳後半からは仕事が続かず両親と3人暮らし、D氏自身も高齢となってからの父親の死や母親が面会に来ることが出来なくなるという両親の喪失があり、大きな心の傷つきを抱えたのではないかと考えた。それでも、時が経ち、D氏はその喪失を乗り越え次の段階へと、一步踏み出す段階にいるのではないかと考えた。このことを病棟看護師たちに伝えると、ある病棟看護師はD氏が「何か手伝うことはないか」とよく聞きに来る「あの人はやりたいんだと思う…」と話し、別の病棟看護師は「前は私も、もっと何かできそうだからと思って、色々声かけていたんだけど…そっか。やっぱり何かしたいんだよね。そっか。そうだよ。また声掛けしていかないと」と話した。D氏と私の関わりは、D氏の持っている健康度の高さがあるにもかかわらず、社会的な問題等のために退院するという段階に進めないことにもどかしさや不安を抱える関わりであった。そこで、D氏と私との一連の関わりを、《見失っていた本来の自分を取り戻し次の段階に進もうとするD氏との相互作用過程》とした。

IV. 考察

1. 交流困難な患者と看護師との共通の「語り」の生成とPR・インタビューの意義

ここでは、結果に記述した各対象者との関わりにおける構造概念に共通する内容について考察し、それらを要約する短文を全体概念として捉える。その全体概念を、【】内に示す。その上で、今回のPR・インタビューという手法を用いて実施した、看護師が交流困難な患

者の微細な表出をメッセージとして感じ取り聞こうとする患者との関わりにより、患者と看護師が共通の「語り」を生成し得る関わりが可能なのかについて考察する。

看護師が、PR・インタビューという手法を用いて実施した交流困難な患者の微細な表出を患者からのメッセージとして感じ取り聞こうとする関わりにより、結果で示したような各対象者との構成概念を経て、A氏とは、《自分や他者に対する諦めや惜別の思いから解放されようとするA氏との相互作用過程》、B氏とは、《寂しさや不安を他者へと分かち自己を保とうとするB氏との相互作用過程》、C氏とは、《退院への期待感が満たされない淋しさや孤独を埋めようとするC氏との相互作用過程》、D氏とは、《見失っていた本来の自分を取り戻し次の段階に進もうとするD氏との相互作用過程》という対象者の「語り」を共に生成する関わりのプロセスとなった。これらの構造概念に共通する内容には、A氏には諦めや惜別の思いから解放されたい、B氏には寂しさや不安を他者へと分かち自己を保ちたい、C氏には退院への期待感が満たされない淋しさや孤独を埋めたい、D氏には見失っていた本来の自分を取り戻し次の段階に進みたい等、各対象者の統合失調症という病いを抱え生きる苦悩とその苦悩を和らげるための願いが含まれていた。今回の対象者と看護師の関わりは、その願いを叶えたい対象者の「語り」を、対象者と看護師とで共に生成する関わりのプロセスとなったと考える。このような構造概念において共通する内容を要約する全体概念を【統合失調症という病いを抱え生きる苦悩を和らげようとする患者との相互作用過程】と捉えることができる。と考える。

PR・インタビューにおける「看護師の認知」では、看護師のこれまでの経験と患者のこれまでの経験が交り合い、看護師のものでもあり患者のものでもあるような間主観的なものとして、患者と看護師とで、患者の「語り」を共に生成し互いに理解を深めることを可能にしたと思われる。松澤(2008, p. 252)は、「こちら(医療者)側を出てあちら(患者)側に向かうあるいは訪ねていくという姿勢は、医療者と患者との非対称な力関係をなかば流動化させ、対話的なものに変化させることを可能にする」と述べている。PR・インタビューにより、看護師自身が自己省察的になることで、患者の内的世界へ赴くことになり、交流困難な患者との対話が可能となったと考える。また、A. Kleinman. (1988/2010a, pp. 60-61)は、慢性の病いをもつ人びとに対する効果的な臨床的ケアにおいて核心になる作業について「患者の病いの経験を、非専門家の説明モデルによって組み立てられているものとして肯定したうえで、それらのモデルに固有の用語を使用しながら、意にかなった治療的接近を取り決めることである。」「核心的な臨床的作業は、病いを個人史における主題へと作り変える患者の人生の物語を共感をこめて解釈することである。」と述べている。患者の微細な表出を患者からのメッセージとして感じ取り聞こうとするPR・インタビューは、患者の病いの経験を、非専門家の説明モデルによって組み立てられているものとして肯定しようと

することとなり、患者の人生の物語を共感をこめて解釈しようとするものでもあると考える。そのため、このようなPR・インタビューは、交流困難な患者と看護師の関わりを通して、患者の「語り」を共に生成し、共通の「語り」として、互いに理解を深めることに有効な方法論であると考えられる。

宮本(2010)は、「プロセスレコードの記録様式とこれを用いた看護場面の再構成という方法は、対人関係論の視点を看護に持ち込むことによって、実践、教育、研究いずれの分野にとっても、不可欠な方法であり続けているように思います。」と述べている。PR・インタビューは、このプロセスレコードをより研究的・実践的なものに修正したものであり、患者と看護師の相互作用を捉えるデータ収集方法の一つとして、今後もその活用の検討を重ねる意義があるものと考えられる。

2. 交流困難な患者に対するより実践的な看護への示唆

1) 患者の微細な表出を患者からのメッセージとして感じ取り聞こうとする看護師の姿勢

看護師が行う援助には、患者への治療を効果的に遂行するための援助や日常生活への援助等、どちらかと言えば身体的に生命を維持するために行うものがある。しかし、そのような援助を行っている看護師が、意識しているのかにかかわらず、それらの援助と並行して患者と看護師としての対人関係の営みが援助として行われているはずである。

統合失調症という病いを抱え長期入院を強いられ多くを諦めなければならない理不尽さを抱えた患者の孤独や苦悩は如何ばかりかと思う。にもかかわらず、患者たちの孤独や苦悩は、私たち看護師に、どれほどの現実味や切実さを持って受け止められて来たのだろうか。江口(2019, p. 75)は、「慢性疾患や耐え難い厳しい健康状態の際に、その経験に深く治療的に耳を傾けられ、それを新たに語り出す時、揺るぎようのないものに見えた絶望的現実がゆっくりと溶け出し、耐えうるものに変容しうる。」と述べている。今回の対象者と看護師の関わりのように【統合失調症という病いを抱え生きる苦悩を和らげようとする患者との相互作用過程】により、患者の「語り」を共に生成することで、患者の絶望的に見えた現実が耐えうるものへと変容しうるものになると考える。このように、看護師の患者との関わりにより、患者が生きて積み重ねてきたこれまでの生活や人生の物語を共感的に想像し捉え、それを患者と共有することとなる。そのような患者と看護師の対人関係の営みとしての関わりが、患者への援助として求められていると考える。

2) 患者への看護の再構築

A. Kleinman. (1988/2010b, p7)は「慢性の病いをもつ人びと、つまり、治癒することは見込めずに病いととも生活を受けねばならない人びとに対する臨床的ケアの核心には、潜在的な(そして多くの場合、現実的な)葛藤の原因が存在するのである。」と述べている。また、M. M. Leininger (1991/2016, p. 35)は、「異なる文化と文脈の中での顕在的または潜在的

なケアもしくはケアリングを研究することが重要であった。」と述べている。交流困難な患者と向き合っていると、時に、互いがミクロな異文化のなかに生きているかのような遠い距離感を感じることもさへある。看護師が専門職者としての知識や態度により、交流困難な患者にとって必要と判断し実施する援助と、患者が求める援助には、類似するものもあるが差異を生じるものもあると考える。今回のように患者の微細な表出を患者からのメッセージとして感じ取り聞こうとする姿勢を持ち意識的に患者と関わることは、患者の苦悩の「語り」に変容をもたらし、看護師の考えや心情をも変容させる。看護師は、自分たちが行う援助には患者が求める援助とは、差異が生じているという認識を持ち、患者のニーズに応えるよう専門職者としての知識や態度に、患者と看護師の相互作用による間主観的で共感的な理解による変容をもたらすことが必要である。

研究者が観察した病棟看護師たちの中には、A氏が、他患者を叩いた後に、ある病棟看護師に「叩いちゃったの」と打ち明ける発話があり、それに「あら、叩いちゃったの…」と言いつつも、必要以上にA氏を責めたり、反省を促すようなことをしないでA氏の言葉を受け止めている場面があった。B氏には、ある病棟看護師がB氏と赤福の大食い競争をするかのようにユーモアをもって関わり「いつも、このような話をして笑っているんだよねー」とB氏に声を掛け、それにB氏が頷いていることもあった。C氏には、面会に来てC氏に会わずに帰ろうとする父親に、C氏と父親の関係を心配し、C氏に会うよう声をかけていると話してくれる病棟看護師がいた。D氏には、D氏が「何か手伝うことはないか」とよく聞きに来る「あの人はやりたいんだと思う…」と話したり、「前は私も、もっと何かできそうだからと思って、色々声かけていたんだけど…そっか。やっぱり何かしたいんだよね。そっか。そうだね。また声掛けしていかないと」と話す病棟看護師がいた。このような病棟看護師たちと対象者たちの関わりは、病棟看護師たちが、対象者のニーズを感じ取りながら、その患者の求めに応じようとして行われたことと思われる。これらは、看護師が、患者と看護師との相互作用のなかで、本研究でのPR・インタビューでの関わりと同様に、互いの経験を交わせ、そこにある心情を、より深く感性豊かに理解しようとした結果であり、そのような関わりのあり方が、統合失調症という病いを抱えた患者のケアの基盤となり得ることの証左であると思われる。

V. 結語

今回、PR・インタビューという手法を用いて看護師が、患者の微細な表出を患者からのメッセージとして感じ取り聞こうとする患者との関わりの中で、A氏とは、《自分や他者に対する諦めや惜別の思いから解放されようとするA氏との相互作用過程》、B氏とは、《寂しさや不安を他者へと分かち自己を保とうとするB氏との相互作用過程》、C氏とは、《退院への期待感が満たされない淋しさや孤独を埋めようとするC氏との相互作用過程》、

D氏とは、《見失っていた本来の自分を取り戻し次の段階に進もうとするD氏との相互作用過程》という対象者の「語り」を共に生成する関わりのプロセスとなった。このように交流困難な患者の微細な表出を患者からのメッセージとして感じ取り聞こうとする看護師と患者の関わりとして【統合失調症という病いを抱え生きる苦悩を和らげようとする患者との相互作用過程】という患者の「語り」を共に生成することにより、統合失調症という病いを抱え生きる患者の苦悩は、和らげられ変容しうる経験となると考える。また、このような関わりは、看護師の考えや心情をも変容させると考える。看護師は、自分たちが患者にとって必要と判断した援助であっても、患者が求める援助とは差異が生じるという認識を持ち、専門職者としての知識や態度のなかに、患者の経験世界をより共感的に理解しようとする変容が求められている。看護師が、患者との相互作用の過程のなかで、起きていることをより深く精緻に且つ感性豊かに理解することにより、統合失調症という病いを抱え生きる患者の苦悩に、患者と看護師が共に向き合い続けることを支えることになると考える。そのような患者と看護師の関わりを通じた患者への援助が求められている。

VI. 研究の限界

対象者が4名と少なく一般化することはできないことや看護師の内面で生じる考えや気持ちに焦点を当てるものでもあるため、結果についての真実性に疑念を持たれる可能性がある。そのためPR・インタビュー法というデータ収集の方法論を考案した。これにより、看護師は、患者との意図的な関わりを開始し、患者の微細な表出から感じ取ったものを詳細に観察し、自身の内面をより意識的に認知しつつ関わりを進めた。その上で、可能な限りありのまま記述するよう最大限の配慮を行った。加えて、患者と長年関わってきた病棟看護師によるフォーカスグループの実施や研究指導教員によるスーパーバイズを受けることでデータの分析における真実性の確保に努めた。今後は、さらに事例数を増やし検討を重ねることが求められていると思われる。

VII. 謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました4名の対象者に心より感謝申し上げます。また、研究協力機関病院院長、医師、看護部長をはじめ病棟看護師、看護助手そして入院中の患者の皆様には、快く受け入れていただきましたことに感謝申し上げます。なお、本稿は、2020年度帝京大学大学院医療技術学研究科看護学専攻の博士学位論文として作成したものです。温かくご指導いただきました帝京大学大学院医療技術学研究科看護学専攻松澤和正教授に、心より深く感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

付記 本研究の初出は、杏林大学研究報告第38巻2021年3月発刊（杏林大学機関リポジトリ）の掲載

となる。

引用文献

- Arthur Kleinman. (1988/2010b). 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志 (訳), 病いの語り－慢性の病をめぐる臨床人類学－ (p. 7). 誠信書房.
- Arthur Kleinman. (1988/2010a). 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志 (訳), 病いの語り－慢性の病をめぐる臨床人類学－ (pp. 60-61). 誠信書房.
- 江口重幸. (2003). 病の自然経過とその物語的構成－精神科臨床における民族誌的アプローチ－. 松下正明 (総編), 新宮一茂 (編). 新世紀の精神科治療 (p. 49). 中山書店.
- 江口重幸. (2019). 病いは物語である－文化精神医学という問い－ (p. 75). 金剛出版.
- Ernestine Wiedenbach. (1964/2014). 外口玉子, 池田明子 (訳), 改訳第二版臨床看護の本質－患者援助の技術－第2版 35刷 (pp. 54-83). 現代社.
- Hildegard E. Peplau. (1952/2010). 稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江 (訳), 人間関係の看護論第1版 36刷 (pp. 152-153). 医学書院.
- Ida Jean. Orlando. (1961/1993). 稲田八重子 (訳), The Dynamic Nurse-Patient Relationship 看護の探求－ダイナミックな人間関係をもとにした方法－第1版 85刷 (pp. 62-114). メヂカルフレンド社.
- 飯田澄美子, 見藤隆子 (著), 田中恒男, 岡田晃 (編). (1978). 看護科学へのアプローチ－看護相談・面接－ (序 p. 2). 医歯薬出版.
- Immy Holloway., Stephanie. Wheeler. (2002/2006). 野口美和子 (監訳), ナースのための質的研究入門－研究方法から論文作成まで－第2版. (p. 99). 医学書院.
- 柏民和美, 佐藤道恵, 三谷洋子. (2017). 無為自閉で意思疎通が困難なA氏へのケアリングとしての看護の展開. 日本精神科看護学術集会誌, 60(1), 500-501.
- 北村育子. (2004). 病いの中に意味が創り出されていく過程－精神障害・当事者の語りを通して、構成要素とその構造を明らかにする－. 日本精神保健看護学会誌, 13(1), 34-44.
- 鬼頭和子, 鈴木啓子. (2014). 残遺型統合失調患者へのフットケアの援助による患者－看護師関係の変化－. 名桜大学総合研究, (23), 77-83.
- 厚生労働省, 今後の精神医療保険福祉のあり方等に関する検討会 (2009). 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_141277.html (平成30年8月22日検索)
- 厚生労働省, 精神科医療の機能分化と質の向上などに関する検討会 (2012). 今後の方向性に関する意見の整理.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf>

f(平成 31 年 2 月 14 日検索)

- 鯨岡峻. (2016). エピソード記述入門－実践と質的研究のために－第 7 版(p. 174). 東京大学出版会.
- Madeleine M. Leininger. (1991/2016). 稲岡文昭(監訳), 石井邦子, サチコクラウス, 筒井真優美, 渡辺久美子(訳), レイニンガー看護論－文化ケアの多様性と普遍性－第 1 版第 8 刷(p. 35). 医学書院.
- 松澤和正. (2008). 臨床で書く－精神科看護のエスノグラフィー－(p. 252). 医学書院.
- 松澤和正. (2018). 精神看護のナラティブとその思想－臨床での語りをどう受け止め、実践と研究にどうつなげるのか－(pp. 133-135). 遠見書房.
- Milton M. Berger. (1977/1986). 江畑敬介(訳), 病むということ初版第 5 刷(p. 67). 星和書店.
- 宮本真巳. (2010). 短期連載 1 看護場面の再構成による臨床指導－プロセスレコードの活用方法－ミードのコミュニケーション論と異和感の対自化－, 精神科看護, 37(4), 62-67.
- 森裕子, 島村龍治, 西畑幸二郎. (2014). 治療抵抗性統合失調症で長期入院中の患者のセルフケア向上への関わり分析. 病院・地域精神医学, 56 巻 4 号, 308-311.
- 大柄昭子. (2006). 精神科急性期病棟の患者の語り. 日本精神保健看護学誌, 15(1), 50-57.
- 佐武良幸, 竹中紀子, 塩崎俊幸, 大沼博昭. (2009). 長期入院により活動性が低下した患者への援助－信頼関係構築による活動意欲の向上－. 精神科看護, 36(3), 38-44.
- 柴田真紀. (2015). 精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の体験－病棟における参加観察から－. 日本精神保健看護学会会誌, 24(1), 23-32.
- 白栴綾. (2010). 【いま、あらためて「語り」を聴く】その背景にあるもの－患者の「語り」と町のエスノグラフィー－. 精神科看護, 37(10), 12-17.
- 鈴木啓子, 鬼頭和子, 平上久美子. (2016). ハンドマッサージによる統合失調症患者の自己表現の変化－精神科閉鎖病棟入院中の女性患者 1 事例の検討結果より－. 名桜大学総合研究, (21), 173-180.
- 鈴木道雄. (2009). 統合失調症. 野村総一郎, 樋口輝彦, 尾崎紀夫(編). 標準精神医学第 4 版. (pp. 276-277). 医学書院.
- 武井麻子, 末安民生, 小宮敬子, 式守晴子, 鷹野朋美, 森真貴子... 広瀬寛子. (2009). 系統看護学講座. 専門分野. 精神看護学 2(p. 90). 医学書院.
- 田中美恵子(編). (2004). 精神相会社の地域支援ネットワークと看護援助－退院計画から地域支援まで－(pp150-164). 医歯薬出版株式売社.
- 寺澤まゆみ. (2004). 精神科女性患者が求めるマッサージを通して関わることの意味－無意識のコミュニケーションからの分析－. 日本精神保健看護学会誌, 13(1), 14-23.
- Uwe Flick. (1995/2018) 小田博史(監訳), 小田博史, 山本則子, 春日常, 宮地尚子(訳), 新版

質的研究入門－＜人間の科学＞のための方法論－第9刷(pp. 420-434). 春秋社.