

残遺型統合失調症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

鬼頭和子¹⁾, 鈴木啓子¹⁾

Changes of the Patient-Nurse Relationship Caused by Foot Care Support for a Residual Schizophrenia Patient

Kazuko Kito¹⁾, Keiko Suzuki¹⁾

要 旨

本研究は、1名の残遺型統合失調症患者へのフットケアの援助を通して、患者に関わる時に看護師に生じる困難感は軽減するのか、患者－看護師関係に変化をもたらすのかを質的帰納的に分析した。その結果、フットケアが非言語的コミュニケーションの手段となり、看護師が患者の健康な側面を知る機会となり看護師の不安や緊張を軽減していることが明らかになった。これにより患者－看護師の相互理解につながり、看護師の困難感が軽減することが示唆された。

キーワード: フットケア, 足浴, フットマッサージ, 残遺型統合失調症, 患者－看護師関係

Abstract

This study analyzed qualitatively and inductively whether foot care support for a residual schizophrenia patient could relieve feelings of difficulties that the nurses experience when they interact with the patient. The study also examined whether or not such support could bring about changes to the patient-nurse relationship. We found that foot care became a means for non-verbal communication, gave nurses opportunities to observe the patient's healthy side, and lightened nurses' anxieties and nervousness. The result suggests that the patient-nurse relationship improved and feelings of difficulties that the nurses experience were relieved.

Keywords: foot care, foot bath, foot massage, residual schizophrenia, the patient-nurse relationship

I. はじめに

わが国の精神医療は、医療政策の動向を受け、入院依存型から地域支援型へと移行が進められている。厚生労働省は2004年9月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、受け入れ条件が整えば退院可能な7万2000人の入院患者の退院を目指す方針を明確に示した。精神病床数は1999年には35万8000床であったが、2008年には31

万5000床へと緩やかに減少し、在院期間の短縮化も進んでいる。その一方で、在院期間が1年以上の長期入院患者の退院状況については大きな変化が見られず、長期入院の問題は改善していない（厚生労働省、2009）。

精神病床における入院患者の疾病別内訳をみると、全体の約60%を統合失調症が占めている（厚生労働省、2010）。2010年度の診療報酬改定以降、精神科慢性期病棟では、精神科患者の全般的な障害の重症度を評価する

¹⁾ 名桜大学人間健康学部看護学科 〒905-8585 沖縄県名護市字為又1220-1 Department of Nursing, Faculty of Human Health and Sciences, Meio University 1220-1, Biimata, Nago, Okinawa 905-8585, Japan

全般的機能評定（Global Assessment of Functioning：以下GAFとする）尺度による評価が導入された。2010年の厚生労働省「社会医療診療行為別調査」によると、精神療養病床におけるGAFスコア40点以下の入院患者の割合は94.1%を占め、主に、妄想や幻聴の影響を受け、コミュニケーションに重大な欠損がある残遺型統合失調症患者が精神療養病棟に多く入院していることが明らかになっている。

これらの残遺型統合失調症患者は、症状に大きな変化が見られないものの、無為、自閉、意欲の低下などの陰性症状が根強く残り、多様な現実社会への順応性が低い場合が多い（岡田，2010）。また、喜怒哀楽が乏しく、周囲に無関心となる感情の平板化がよく見られ、視線を合わすことが少なく、身振りが減少し、動きの無い反応に表情の乏しさが特徴的である（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV：以下DSM-IV-TRとする）。ある種の抗精神病薬の投与や慢性的な環境刺激の不足から、二次的に意欲の低下や自発性の低下が起こることも指摘されている（浅野，2005）。

このような症状が特徴である残遺型統合失調症患者と接したとき、看護師は患者とのコミュニケーションに困難を感じる事が少なくない。渡邊ら（2009）は、患者との接触が不十分なことから生じる理解不足が、患者の捉えにくさへの不安になると述べている。また白石ら（2010）は、患者の対応に困難を抱く看護師は、患者の訴えに無関心であったり、関わりを拒否する傾向になったりすると述べている。こうした状況では、援助はおろか、関係づくりも進展しない。それゆえに、患者とのコミュニケーションを円滑に行う方法を見出すことは、残遺型統合失調症患者の看護を行う上で重要と考える。

ところで、わが国においても代替補完医療が広く知られるようになってきているが、代替補完医療は、西洋医学では力の及ばない領域に補完療法を用い治療やケアを行うことを目的としている。補完療法の領域は多種多様であるが、主な領域の中に、身体操作療法があり、マッサージなどのふれるケアが含まれる。リッチモンドら（2006）は、皮膚を通しての接触による刺激は、人の生涯を通じ原初的な手段であり、ふれることは、他者がどのような気持ちを持っているかがわかる信号のような役割を持ち、コミュニケーションのための有力な手段になると述べている。

看護においては、看護師は患者の身体に直接ふれる機会が多く、タッチングとしての身体接触は看護の重要な技となっている（堀内，2010）。木幡ら（2004）は、意図的にふれることは、お互いの感情を伝える感情をもたらす、患者に安心感が生まれ、その結果、相互の信頼感を育み患者の心の回復と成長を導くと述べている。

これまでの精神科看護では、統合失調症患者の自我境

界は不明確で、身体に触れるケアは侵襲的であり、患者の安全を脅かす可能性もあると述べられてきた（萱間，1999）。しかしながら、中井（1984）は、患者の心理的な境界をはっきりすると身体接触は患者に安心感を与え、ひいては不安の軽減につながると述べている。また浦山ら（2008）は、統合失調症患者が受けている看護師による身体接触の状況を明らかにし、看護師の行っている身体接触は癒しや和みとなり、信頼関係の構築になる可能性があるとして述べている。よってコミュニケーションを図ることが困難な残遺型統合失調症患者に対するフットケアの身体接触は、コミュニケーションの手段となり相互関係に変化をもたらすのではないかと考えた。

以上より本研究では、他者と関わりを持つことが困難である残遺型統合失調症患者を対象に看護師がフットケアを実施することが、看護師の抱く患者の困難感および患者－看護師関係に変化をもたらすのかを検討した。

II. 研究目的

残遺型統合失調症患者に看護師が関わる時に生じる困難感、フットケアを行うことにより軽減し、患者－看護師関係に変化をもたらすのかを1事例を通し検討する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究。

2. 研究対象者

研究対象者は残遺型統合失調症の70代の男性患者（A氏）である。総入院期間は14年で、精神科開放病棟に入院していた。患者の心理的、社会的、職業的機能を考慮し全体的な機能を点数化したGAF得点については、21-30（行動が妄想や幻覚に相当影響され意思伝達や判断に粗大な欠損がある）であった。処方されている抗精神病薬のクロルプロマジン換算量については、703mgの大量投与であるが精神症状の改善がみられない状態であった。

対象者のセルフケアは、車いすへの移乗は自分で行っていたが、排泄は左膝の痛みがありトイレに移乗している間に失禁があるためオムツとポータブルトイレを併用していた。食事は拒食が頻繁にありおやつの間食が多かった。引きこもりが強く昼間は自室で臥床していることが多く、他者との交流は殆どなかった。また、入浴の拒否や衣服を数日も着用するなど清潔の保持ができない状態であり、看護師が援助を行うと、急に大声を出し易怒的となり容易に介入ができなくA氏との関わりを持つ

ことが困難な状況であった。

3. フットケアの方法

フットケアの施行部位は、膝から足部までである。施行前5分間安静にし、40℃のお湯で10分間下肢の足浴をした。そのうち2分間は足浴器でマッサージを行い、タオルで足を拭いた後、ベビーオイルを塗布し左足から片足4分間のマッサージを計8分間行った。マッサージ終了後は5分間安静にした。マッサージの方法は先行研究(木村他, 2003)に基づき、研究者自身(以下看護師とする)が実施した。フットケアは、入浴のない週3回(月曜日・水曜日・金曜日)、4週間、計12回行った。フットケア施行場所は人の出入りがない個室で行い、実施中は対象者に話しかけないが、対象者から話しかけられた場合は答えることとした。実施時間は午後2時～4時に行った。足部に傷、発赤がみられる場合や、患者の施行時の表情や緊張が強い場合は介入を中止した。

4. データ収集

データ収集場所は病床数190床の精神科単科の民間病院である。病棟で提供されているサービスとしては、専従の作業療法士が配置されていることから、毎日手芸や簡単なスポーツなどのリハビリテーションや月に1回の院外レクリエーションが行われている。病棟で行われている主な治療は、薬物療法、精神療法、作業療法である。データ収集期間は平成24年4月1日から平成24年8月31日である。

データ収集方法は、患者に対する看護師のフットケア介入直前から終了直後までの過程を、ICレコーダーに録音した。さらに、フットケア終了直後にフットケア中の患者の状態(表情、言葉、動作)および、看護師自身の患者への印象や患者に対し感じたこと、考えたことをフィールドノートに記述した。

5. データ分析方法

ICレコーダーに録音した内容はできるだけ早い段階で逐語に起こし、フィールドノートの内容を合わせ熟読

し、看護師の困難感と困難感に影響を及ぼす患者の状態と思われる場面を選定し、意味内容を損なわないように要約しコードとした。類似したコードを集め要約しサブカテゴリにした。類似するものがなくなるまで繰り返し、個別の最終カテゴリを抽出した。また妥当な解釈が行えるよう、必要時フィールドノートに戻り、どのような状況の中での困難感なのかを照会した。さらにこれらのカテゴリを12回の経過の中で看護師が感じる困難感の変化と、その変化に影響を与える患者の状態について並べ、内容から看護師の困難感の意味について記述した。研究実施にあたり事前に2名の研究協力者にプレテストを行った。データの検討は、質的研究論文を複数執筆した経験のある修士以上の学位を持つ3名の精神看護の専門家によるスーパービジョンを受け、1回のフットケア終了の度にデータを検討しながら進め、分析結果に対する信憑性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、名桜大学看護学研究科倫理委員会に研究計画書を提出し、倫理的配慮に関する審査を受け承認を得て実施した。研究対象者には本研究の趣旨を口頭と文書にて説明し、研究の参加及び中止は自由意思であること、途中で中止しても不利益を被らないこと、個人が特定されないように配慮すること等を説明した。なお本研究の対象者は精神保健福祉法の医療保護入院であったため保護者にも同様の説明を行い研究の承諾を得た。

IV. 結果

フットケア施行中のA氏の語りと看護師の困難感に関連する感情の変化

フットケアの12回の介入を行う中で看護師に生じる困難感について得られたコードの総数は113であった。分析結果は介入回数ごとに分け、カテゴリに変化があった場面で分類した。なお、コードは〈 〉、サブカテゴリは []、カテゴリは【 】、逐語録から得られた患者

表1 看護師の困難感に関連する看護師の困難感の変化

介入回数	カテゴリ	サブカテゴリ
1回目	【怒鳴られる恐怖感】	[常に怒鳴る患者に対し怒鳴られないようにしたい思い]
		[患者が大声で怒鳴るのでびっくりするし恐怖感を抱く]
		[突拍子もない患者の言葉に意味が全くわからず困惑する]
	【コミュニケーションが図れない戸惑い】	[フットケアを受け入れてもらえるのか予想ができない不安]
		[患者の言葉の意味が理解できない戸惑い]
【気分の変動が激しい患者に対する不信感】	[患者の良い反応に嬉しさを感じるが気分の変動が激しいから素直に喜べない]	
【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】	[患者と一緒にいると緊張し、患者が寝たり、一時的に離れることによるほっとする思い]	

介入回数	カテゴリー	サブカテゴリー
2回目	【怒鳴られる恐怖感】	【常に怒鳴る患者を怒鳴らないようにしたい思い】
	【信用されていない戸惑い】	【患者から信用されていないことによる戸惑い】
	【コミュニケーションが図れない戸惑い】	【意図する事を上手に伝えられない心配な気持ち】 【突拍子のない患者の言動に意味が理解できない戸惑い】
3回目	【気分の変動が激しい患者に対する不安】	【患者の良い反応に嬉しさを感じるが気分の変動が激しいから素直に喜べない】
	【コミュニケーションが図れない戸惑い】	【突拍子のない患者の言動に意味が理解できない戸惑い】
	【怒鳴られる恐怖感】	【常に怒鳴る患者に対し怒鳴られないようにしたい思い】
4回目	【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】	【緊張する中で患者と一時的に距離がとれほっとする思い】
	【気分の変動が激しい患者に対する不安】	【患者の良い反応に嬉しさを感じるが気分の変動が激しいから素直に喜べない】 【予測がつかない患者の反応に対する不安な思い】
	【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】	【緊張や不安から患者と一時的に距離が取れた時のほっとする思い】
5回目	【怒鳴られる恐怖感】	【常に怒鳴る患者を怒鳴らないようにしたい思い】 【患者が大声で怒鳴るのでびっくりするし恐怖感を感じる】
	【怒鳴られる恐怖感と患者を理解したい思い】	【患者が怒鳴ることに恐怖感を抱く反面、理解したい思い】
	【一緒にいることの居心地の悪さ】	【患者と一緒にいると時間が長く気になる】
6回目	【怒鳴られる恐怖感と患者を理解したい思い】	【怒鳴る患者に対し怖い思いと理解したい思い】
	【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】	【機嫌が悪い患者から距離をとり安心する思い】
	【怒鳴られる恐怖感】	【いつもと同じ対応をしても患者が怒るからどうしていいのかわからない】
7回目	【コミュニケーションが図れない戸惑い】	【突拍子のない患者の言動の意味が理解できない戸惑い】
	【怒鳴られる恐怖感】	【急に大声や意味が解らない患者の言動にびっくりするし恐怖を感じる】 【常に怒鳴る患者を怒鳴らないようにしたい思い】
	【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】	【緊張や不安から患者と物理的距離が取れるとほっとする思い】
8回目	【気分の変動が激しい患者に対する不安】	【面白い患者の表現に笑っていいのかわからない不確かさ】
9回目	【気分の変動が激しい患者に対する不安】	【いつも不機嫌だから今日はどうなるか心配な気持ち】
10回目	【気分の変動が激しい患者に対する不安】	【いつも不機嫌だから今日はどうなるか心配な気持ち】
11回目	【気分の変動が激しい患者に対する不安】	【いつも不機嫌だから今日はどうなるか心配な気持ち】
12回目	【気分の変動が激しい患者に対する不安】	【不機嫌な患者の様子から今日はどうなるか心配な気持ち】

の発語については「 」で表記した（表1参照）。

看護師の抱いた困難感の特徴からカテゴリーに変化のあった場面を分類し、患者への関わりづらさを抱いた時期、患者を理解したい思いへ変化した時期、介入中は困難感を感じない時期の3つに分けて以下に述べる。

1. 患者への関わりづらさを抱いた時期（介入1回目～4回目）

フットケア開始前、A氏は左膝の痛みを訴えておりインドメタシン（イドメシゲル軟膏）塗布の処置を受けていた。予備調査期間の4月にフットケアを受ける機会があることを病棟看護師からA氏に伝え、本人から足の痛みがあるので、フットケアを受けたいという意思

表示があった。病棟から連絡を受け、看護師が患者を訪室し、研究の際に使用する足浴器や機器類を準備し患者にわかりやすく説明した。機器類に関しては「電気が流れる」と装着を拒否したが、フットケアを受けることには了承し同意したが、研究への協力の同意は得られた。フットケア開始当日A氏は看護師が来棟するのを食堂で待っていた。個室でフットケアの準備を行うとA氏は浴室の脱衣所を希望されA氏の指定する場所でフットケアを実施した。

フットケア開始1回目から4回目のコードは、【怒鳴られる恐怖感】【コミュニケーションが図れない戸惑い】【気分の変動が激しい患者に対する不信感】【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】【信用されていない

戸感い】【気分の変動が激しい患者に対する不安】6つのコードに分類された。

【怒鳴られる恐怖感】とはA氏の言葉がはっきり聞き取れず「意味が解らないけど聞き返すと怒鳴られるから聞き返すのはやめよう」や「患者が大声で怒鳴るのでびっくりするし恐怖感を抱いたりした。また、外から聞こえてくるカラスの声を聞き、「カーカー」とマネをしたり、突然「あんた科学者か」と理解できない言動があったり、「突拍子もない患者の言葉に意味が全く解らず困惑する」ことがあり、【コミュニケーションが図れない戸感い】を感じていた。そのため「患者が何を言っているのかよくわからないので話しかけられない時は緊張しない」、〈寝たから患者から話しかけられなく少し安心する〉など、【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】があった。しかし、フットケア中患者は怒鳴っている一方で、心地よさを表す発言があり不快な思いをさせていないことで安心できた。4回目も【怒鳴られる恐怖感】があったが、その一方で、患者は足浴中いびきをかいて寝ていたが、急に起き「おしゃべりしなさい」と言い、自分だけが寝ていたことに対して悪かったように看護師を気遣うA氏の意外な一面を知ったが、看護師にはいつ患者が怒るかわからない【気分の変動が激しい患者に対する不安感】があった。

2. 患者を理解したい思いへ変化した時期（介入5回目～7回目）

フットケア5回目から7回目のカテゴリーは【怒鳴られる恐怖感】【一緒にいることの居心地の悪さ】【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】【コミュニケーションが図れない戸感い】開始当初と共通のカテゴリーの他に【怒鳴られる恐怖感と患者を理解したい思い】が抽出された。

A氏はフットケア中、相変わらず歌をうたい途中で突然大声を出し、意味が解らない言葉を発していた。看護師は突然大声を出すA氏に対し【怒鳴られる恐怖感】を抱きながらフットケアを続けていた。しかしA氏が「電気ついているよ、僕の身体に」、「右足によ、電気よ、電気、つく電気よ」、「電気よ、ついている、電流が流れている、電流」と言い、看護師が電気の流れているという部分をマッサージするとA氏は「今は気持ちいい」と言い目を瞑り沈黙していた。その直後、突然A氏は大声で「警視庁！」と叫び、何か聞こえているのか確認すると、A氏は「電流」、「教える、電流が教える」と言いA氏が大声を突然出すのは幻聴によることがわかった。急に大きい声出すとびっくりすることや看護師には怒鳴り声しか聞こえていないことを伝えるとA氏は驚いた様子で看護師を見ていた。

6回目の介入の日には、院外レクリエーションがあり、

A氏はショッピングセンターに数年ぶりに外出した。帰宅後フットケアを実施すると、A氏はこれまでにない活発な幻聴と易怒的な様子がみられ、看護師は、「いつもと同じ対応をしても患者が怒鳴るからどうしていいのかわからない」状況になり、〈患者がずっと八つ当たりするから少し離れたい思い〉があった。しかし、A氏が外出先で車椅子を使用せず歩行していたとの情報があり、足の痛みがあるので何とかしてあげたい気持ちが強く湧き起こり【怒鳴られる恐怖感と患者を理解したい思い】の両方の気持ちを抱くようになっていた。

7回目の介入では、A氏はフットケア開始前に「ちょっと落ち込んでいる」と語っており、フットケアを行う中でA氏は「女性よ、女よ、子供産むの何日ぐらい」、「子供産んでからよ」と看護師に話しかけてきた。A氏の受け持ち看護師が産休となることでA氏のお気持ちが落ち込んでいることが看護師にわかり、他者に関心がないと思っていたA氏の寂しさに初めてふれた思いだった。

3. 介入中は困難感を感じない時期（介入8回目～12回目）

介入8回目から12回目は【気分の変動が激しい患者に対する不安】の1カテゴリーが分類された。フットケア開始直前に「いつも不機嫌だから今日はどうなるか心配な気持ち」があったが、A氏は優しい口調で看護師に話しかけてくるようになり、フットケア施行中に看護師に抱く困難感に関するコードは抽出されなかった。

9回目のフットケア介入時、A氏は看護師を気遣い、ケアが行いやすいようにわざわざ短いズボンを履いてきた。ケア中「やーひさ（私の膝）」「あぢゅびじゅしよ（足が自由に動いている）」と、自分の足が治っていると方言で看護師に感謝の気持ちを伝えた。またA氏は「○○さん旦那さんいないでしょ」と結婚したい気持ちを語り始め、初めは冗談と思い聞いていたが「本気よ」「一家を、一家ってどんなものか試してみたい」「一家があればいい、一家があればいいよ、なんて言われようと一家がほしい」と、家族を持ちたいというA氏の発言に看護師は驚かされた。「ぼくよ、試験監に邪魔されなかつたらよ、試験監督に邪魔されなかつたら立派に人間になっていたよ」と、病気が発症した辛さや希望について語った。10回目の介入では、いつもはフットケアが終わるとすぐに病室に戻っていたが、終了後も看護師に雑談し席を立とうとせず、看護師自身も居心地の良さを感じた。

フットケア最終日、A氏は看護師のために応援歌を大声で歌い、また、足が自由に動くようになったと勢いよく床を蹴るように両足を動かし看護師に見せた。

V. 考察

残遺型統合失調症患者の特徴について、中井(2001)は、

言語的なコミュニケーションをとることが難しく、対人接触が乏しいため、治療関係を形成することが難しいと指摘している。

残遺型統合失調症の看護について出口（1994）は、引きこもりの強い患者のそばに寄り添い看護することは重要であるが、しかし実際に患者に接触することはとても困難であると指摘している。A氏についてもフットケア介入前、引きこもりが強く他者との交流は殆どなく、看護師が援助を行うと、急に大声を出し易怒的となり容易に介入ができなく関わりを持つことが困難な状況であった。考察では、看護師の困難感が軽減した経過と患者－看護師関係の変化について述べる。

1. フットケア施行中の看護師の困難感の変化について

小島（2005）はどうか接しているのか難しい精神科患者に関わる看護師は、患者の沈黙や拒絶に、落ち込んだり看護できない自責の念にかられ、無力感を抱き患者との接触を回避したり、あるいは、患者の問題行動を焦点化するあまり、患者との関係が築けない等の問題を指摘している。本研究においても、フットケア開始当初では易怒的なA氏の態度に【怒鳴られる恐怖】や、突然に意味がわからない発言があり、看護師はどう対応して良いのか解らず【コミュニケーションが図れない戸惑い】が生じた。そのため、一旦患者から離れると【緊張や不安から一時的に距離をとれた安堵感】があった。しかし、4回目のフットケア中に、看護師がフットケアをしているのに自分だけが居眠りしたことに対し、看護師に気遣うA氏の意外な一面を知った。

そして5回目のフットケアでは、患者が怒鳴ったり、意味が理解できない発言は、妄想や幻聴によることがわかった。また、看護師に興味や関心を示す言葉が語られるようになった。小島（2005）は、会話によるコミュニケーションが困難な精神疾患患者に、看護師が意識して足浴を実施することにより、患者の健康な部分にふれる機会が増し、看護師の不安や無力感などの精神的葛藤を軽減し、患者－看護師関係を築くと述べている。本研究においても同様に、フットケアが媒介となりA氏の病的体験を知る機会となり、看護師がこれまで全く知らなかった患者の優しさや気遣いを感じることでA氏に対する困難感が軽減した。8回目以降は、A氏の表情などからフットケア開始直前に【気分の変動が激しい患者に対する不安】があったが、フットケアを始めるとA氏は優しい表情や口調で看護師に話しかけるので、困難感を感じることはなく共にいることに居心地の良さを感じるようになった。

2. フットケアがもたらす患者－看護師関係における変化

残遺型統合失調症患者は、一般的に言葉が少なく、患

者自身がなかなか内面を語らないため、患者の意思が確認されないままに薬物療法や精神科リハビリテーションが導入され、患者の主体が置き去りにされる問題が指摘されている（湯沢，1991）。A氏も湯沢（1991）の指摘と共通しており、患者は無為自閉的な生活を送り他者との接触が少なく、また話しかけても易怒的であるため患者に接近することが困難であったため病棟で孤立していた。そのため患者は発語が少なく内面を語ることがなく、精神科リハビリテーションプログラムの指示が出ていたが、プログラムにのれないA氏は病棟で自閉的で孤立した生活を送っていた。しかし、フットケアを行う事がきっかけとなり、A氏と継続的に関わりを持つ事を可能とし、その結果、A氏はこれまでの体験や発症後の苦しさや辛さ、またこれまでどんな思いで生きてきたのかを、自発的に看護師に語ることになったと考えられる。

鈴木（1996）は、看護師が、患者の生きている現実をありのままに受けとめ知ることにより、新たな気づきが生まれると述べている。そして患者の体験世界を聞くには、看護師はゆったりと落ち着いて聞き、患者に関心を持っていることが伝われば、患者は安心感を得て話そうという気になると述べている（鈴木，1996）。本研究では、フットケアによる患者－看護師の1対1の関わりの中で、看護師が患者にケアを贈るという行為がA氏に安心感をもたらし、患者が内面を語ったものとする。これにより看護師が知らなかったA氏の別の側面を知ることにより、患者理解に繋がったといえる。

また樋口（2008）は、患者にケアを受け入れられた時に、看護師は患者と一体感を感じ、自分のケアを認めることができ、ふたたびケアに向かう力を得ると述べている。本研究では、フットケアが、コミュニケーションの媒介となり、フットケア中に安心して寝てしまうA氏のリラックスしている雰囲気を感じ、ケアを受け入れられているという安心感から、看護師の緊張や不安が軽減した。そして、フットケアを通し、看護師が想像していたA氏とは全く違う側面を知りA氏との距離が縮まったことで、A氏は発症後の経験やどのような思いを抱いていたのかを語った。このことから、A氏と共に居ることに居心地のよさや安心感を抱くようになり、これ以降、患者の病状がよくなってほしいという思いや、患者の希望をかなえたい思いが看護師に湧き上がり、フットケアを行う原動力となっていた。

中井（2001）は、慢性統合失調症患者と関わる際は、患者の傍らに座ることから始め、徐々に馴染んでもらう「シュヴィング的方法」が良いと述べている。だが、実際に患者の横に座ることは、苛立ちを感じたりするため、簡単そうで難しいとも述べている（中井，2001）。

本研究では、残遺型統合失調症患者に対し看護師は、中井（2001）が指摘するように、患者と関わる事が難

しいため、どのように関わっていいのかが方法が見出せない状況がフットケア当初にあった。病棟の看護師は、バイタルサインの測定や処置などの一時的な関わりでしか対象者とする患者と接することができないため、十分な患者との関係が築けていなかった。そのため看護師は不安感や無力感といった感情を抱くことが少なくなかった。しかし、この様な言語的コミュニケーションがとれない状況であっても、フットケアが患者と関わりを持つ媒介となり、一定の時間と同じ空間を共有し、患者の傍らに居続けることを可能にしたといえる。

そして、フットケアによるふれるケアがコミュニケーションを促進させ、看護師自身が患者をありのままの一人の人として知覚し受けとめることができ、患者理解に繋がったと考える。

VI. 研究の限界

本研究は、研究者自身が抱いた困難感をデータとしていることから、本研究の結果は、すべての看護師に一般化するには限界がある。よって今後はさらにフットケアを実践する看護師数を増やし探究していく必要がある。

VII. 謝辞

本研究の実施にあたり貴重な時間を割いて下さった患者様、多大なご配慮をくださいました協力病院の職員の皆様に心より感謝申し上げます。なお本研究は、宇流麻学術研究助成基金からの助成金によって遂行された。

参考文献

- American Psychiatric Association, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳 (2003), 『DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引』, 医学書院.
- 浅野弘毅 (2005), 『統合失調症の快復「癒しの場」から。メンタルヘルス・ライブラリー』, 批評社.
- 出口禎子 (1994), 『精神科看護における実践研究』, 文憲堂.
- 堀内園子 (2010), 『触れるケアー看護技術としてのタッチング』, ライフサポート社.
- 樋口佳栄 (2009), 「ケアの場における癒しの特徴 看護師/助産師が実践の場で癒された体験からの考察」, 『日本赤十字看護大学紀要』, 23, 9-17.
- 厚生労働省: <http://www.mhlw.go.jp>.
- 木幡祥子・石田靖子・渡邊敦子・城戸秀美・山田まり子 (2004), 「患者への意図的タッチー「触れること」「触られること」の意味」, 『埼玉県立大学短期大学部紀要』, (6), 57-65.

萱間真美 (1999), 「現場に技あり、緊張が強い患者さんの「次の行動」を援助する; 急性期ケアで身体に触るといふこと (その1)」, 『精神看護』, 2, (3), 58-61.

木村伸子・中山久美子・武田美津子・鶴山愛子・兼宗美幸・坂本めぐみ・大野夏代・森田美穂子 (2003), 「足浴における指圧・マッサージ技術活用マニュアルの検討」, 『埼玉県立大学短期大学紀要』, 5, 49~54.

小島公子 (2005), 「精神科における「足浴場面」が患者ー看護者関係に与える影響とその意味に関する1考察 患者の対人関係技能及び看護者の感情・気分のプロフィールの変化について」, 『聖隷三方原病院雑誌』, 9巻, 1号, 51-56.

中井久夫・山口直彦 (2001), 『看護のための精神医学』, 医学書院.

岡田尊司 (2010), 『統合失調症その新たなる真実』, 株式会社PAP研究所.

白石裕子・則包和也 (2010), 「幻覚・妄想の訴えに対する精神科看護師の認知・感情・対処の検討 精神科看護における認知行動療法の導入を目指して」, 『日本精神保健看護学会誌』, 19, (1), 34-43.

鈴木正子 (1996), 『看護することの哲学-看護臨床の身体関係論-』, (株) 医学書院.

浦山留美・粟生田友子・櫻井信人 (2008), 「統合失調症患者が受けている看護師による身体接触場面の状況に焦点を当てて」, 『新潟県立看護大学学長特別研究費研究報告書』, 61-67.

V.P.リッチモンド・J.C.マクロスキー (2006), 『非言語行動の心理学 対人関係とコミュニケーション理解のために』, 北大路書房, 1-317.

渡邊久美・折山早苗・國方弘子・岡本亜紀・茅原路代・菅崎仁美 (2009), 「一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる事例の実態と支援へのニーズ」, 『日本看護研究学会雑誌』, 32巻, 2号, 85-92.

湯沢千尋 (1991), 「慢性分裂病の精神病理-異常体験の並存と封入について」, 『精神医学レビュー』, No.1, 「慢性統合失調症」, 15-21, 株式会社ライフ・サイエンス.