

長期入院精神障害者の地域移行支援が停滞するときに起こっていること
—患者の立場になって理解すること—

村上 満子

What happens when community transition support for a long-term
inpatient with mental illness is stagnant: understanding from the
patient's viewpoint

Mitsuko MURAKAMI

名桜大学

環太平洋地域文化研究 No. 2 抜刷

2021年 3 月

研究ノート

長期入院精神障害者の地域移行支援が停滞するときに起こっていること —患者の立場になって理解するということ—

村上 満子*

What happens when community transition support for a long-term inpatient with mental illness is stagnant: understanding from the patient's viewpoint

Mitsuko MURAKAMI*

要 旨

目的: 退院拒否を翻した長期入院精神障害者の地域移行支援が停滞した実践内容を, 患者の立場になって理解する視点から解明する。

方法: 担当看護師の実践の振り返りと看護記録等を, 受け持ちから6年間の時系列にそって大小の見出しをつけた。

結果: 実践内容は, ①担当看護師の共感に基づく【現状肯定】を関係性の基盤としていた。②繰り返されるA氏の逸脱行為に対して社会的入院を強いられている「人」と理解しつつも, 【わかるけどダメ】と対応していた。③地域移行支援では, 本人や家族の意向に添えない【難しい注文】をしていた。

結論: 地域移行が停滞する実践内容には次の3点が見出された。①共感に基づく現状肯定には, 看護の方向性を見失うことや自己移入のリスクがある。②看護師が言葉を閉ざすことで患者を孤立させる可能性がある。③患者の立場になって理解したことを自由に表現する看護師の主体性が狭められていた。

キーワード: 長期入院精神障害者, 地域移行の停滞, 患者の立場になって理解すること, 実践内容

Abstract

Objective: This study aimed to examine the care practices that led to stagnation of community transition support for a long-term inpatient with mental illness who had retracted his refusal for hospital discharge and clarify the contents from the patient's viewpoint.

Methods: Based on the nurse's review about the care practices, nursing records, and events, since the assignment 6 years ago, we organized chronologically using small and large headings.

Results: The care practices were (1) founded on a relationship built on the nurse's acceptance by the empathy with the patient; (2) facing Mr. A's repeated deviant behaviors, though the nurse knew that he is "a person" being involuntarily in the hospital, the nurse was forced saying "Yes and No"; and (3) community transition support made "difficult requests" not in line with the wishes of the patient or family.

Conclusion: The following three points were obtained: (1) accepting the current state based on empathy may cause the nurse to lose sight of nursing direction and reflect himself

* 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 Sciences, Meio University, 1220-1 Biimata, Nago, Okinawa 905-8585 Japan

in the patient; (2) the nurse's closing his free dialog may cause the patient to be isolated; and (3) the nurse narrow his comportment, by preventing from freely expressing the patient's viewpoint.

Keywords: long-term inpatient with mental illness, stagnation of community transition, understanding from the patient's viewpoint, practical contents

I. はじめに

厚生労働省（2014）の「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」は、今後の方針として「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向にそった移行支援」を徹底して実施するとした。精神障害者は受療を拒否しつつも、実は希望するというアンビバレンツな状況にあり（Rosenbaum, 2016）、それを踏まえた支援が求められる。

長期入院ともなれば、これまでの療養生活がどうであったのかを丁寧に辿った上で（村上, 2008）、本人がどうしたいのかを理解することが求められる。それはある意味で、本人が言えない退院への思いを慮ることであり、横断的調査によって知ることはできない。

そのような長期入院精神障害者の事情を踏まえた上で、治療過程のなかでいったんは狭められた患者の主体性を、患者の回復に応じてどのように患者に返還していくのかということが重要になる。というのも、長期入院統合失調症患者と治療関係者が意思決定において協働できる（藤野ら, 2017）としても、本人の主体性を尊重しつつ治療に踏み切るかどうか、そして退院できるかどうかの判断は、治療関係者が為すべきことだからである。

このような主体性を尊重する、主体性の回復過程においては、患者の生活全般を援助する精神看護の専門性が発揮される（石井ら, 2016）。しかしながら、患者の主体性を尊重しようとしても、患者を取り巻く看護師のあり様をどのように変えてゆくのか（吉村, 2013）については、看護師を含むスタッフ各自がそれぞれの持ち場において考えて、実践してゆかなければならない。要するに、ある人が患者の主体性を尊重してはじめた個別ケアは、それを支えるチームがなければ展開することはできない（外口, 2014）。

このチームによるケアについて、フランスのラ・ボルド病院で実践されている制度精神療法（Oury, 2005/2008）によれば、精神障害者の手当ては「決して一人の人間のなかに体现できるものではなく、必ず複数の人間によって分かちもたれなければならない」こと、「自分の周りに重要人物の配置図」をもつことの重要性が指摘されている。

これまでに、制度精神療法（Oury, 2001/2016）の視

座から捉えた、長期入院精神障害者の地域移行における主体性を尊重することに関する事例研究では、次の3点が明らかとなっている。すなわち、担当看護師が、①患者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、②患者の行為を尊重して周りを変え、このことにより、③患者のセーフティネットを再構築した（村上, 2020）という知見である。

一方、患者との治療的な関係が行き詰るとき、患者への誠実性、尊敬、共感的理解や具体性といった対応の失敗に気づく（Stuart, 2005/2007）という指摘がある。しかしながら、地域移行が停滞している実践内容を辿り直し、そこにおける精神障害者の主体性を尊重することに関する研究は行われていない。

II. 研究目的と概念枠組み

本研究では、長期入院精神障害者の主体性を尊重するという観点から、地域移行が停滞した事例の実践内容を解明する。患者への対応における、患者の主体性を尊重することについては、次の概念枠組みを使う。

患者の主体性を尊重するということは、他人が感じていることや考えていることを「私」は他人と同じように知ることではできないという前提のもと、精神の病いや障害を抱えて生きる人に限らず、ひとりの人として他人を尊重すること（村上, 2006）を意味する。そして、このような主体性を尊重することを、患者への対応においては、感情ではなく「患者の立場になって理解すること」として捉える。他人のあり様をどのように感じるのかは、個々の看護師によって様々であってよいからである。

患者の主体性を尊重することを具体的に言えば、「自分だったらどうしたらよいのか。…自分に置き換えた形で議論する」「…いろんな人が実態をつかんで、自分の問題として少しでも多くの人が考えてみる」こと、当人の「主語のある生活」や「自分が思うなら何を言ってもよい」（山本ら, 2019）という自由を保障することである。

III. 研究方法

1. 対象の概要

この研究の対象（以下、A氏）は在院28年の長期入院

精神障害者とその家族である。A氏は同胞6人の長男。15年前に父が亡くなり、隣に住む次男がキーパーソンになった。実家には高齢の継母が居るが、この数年(201X-2年)で介護が必要な状況になってきた。

A氏は小離島で生まれ、高卒後に進学のため上京するが中退し、職を転々とし放浪生活の時期もあった。30歳頃に身体疾患のため帰郷後、精神変調にて精神科受診。統合失調症の診断にて入院した。今回は5回目の入院である。201X年Y月で60歳代前半だった。

担当のB看護師はA氏が入院22年目に受け持ちとなった。受け持ち当時、A氏の暴力行為は減りつつあり、精神症状も安定していた。しかし、病棟ルールの違反行為は相変わらず続いていた。時折、故郷の話をするが、頑なに退院を拒否していた。B看護師は家族の面会が減ったことも気になり、受け持って4年目に、入院以来、初めてと思われる自宅訪問を計画した。

2. 支援体制の概要

看護は受け持ち担当制をとっている。B看護師は30代、精神科で12年、当該施設で7年目になる。B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がかかわりA氏の地域移行を支援していた。A氏の退院支援委員会は201X年より月1回開催され日勤であればB看護師も参加した。現状報告と今後の方向性が共有されていた。

3. データ収集期間

201X年Y月から201X+2年Y+2月。

4. データ収集方法

A氏の基本情報と、これまでの治療とB看護師が受け持ってから看護実践は診療記録や看護記録から研究者が転記した。看護実践としてはB看護師の記録に、他職員が記録したA氏の療養生活に関するエピソードも加えた。A氏と家族、B看護師に半構造化面接を実施した。面接では、記録内容をもとに、A氏や家族には、病気、入院や退院、回復や社会資源についての考えを尋ねた。B看護師には、病気、入院や退院、回復や社会資源について、A氏や家族に、いつどのように話したのか、そのときのA氏と家族の反応はどうであったのか、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、初回面接での聴き取りメモ内容の確認とA氏の退院意向表明後の実践について面接した。B看護師との面接は2回計75分程度であった。B看護師への2回目の面接内容はICレコーダーで収録した。A氏とは面談室にて10~45分程度の面接を3回計約90分、家族とは自宅で約60分行った。

5. 分析方法

A氏の診療記録と看護記録の内容と、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もとに、B看護師の受け持ちから調査時点まで時系列にそって実践内容を整理、一覧表にした。その際、「ケアの意味を見つめる事例研究(山本, 2018)」の手法を参考にした。この手法は、実践者と研究者がともに実践事例を分析し、実践の本質的な意味や実践上のコツを、キャッチコピーをベースに概念化して大小の見出しをつくり、伝承・継承可能にする方法である。本研究では、大小の見出しは質的帰納的分析による概念化によるものではなく、そこで見出されるべき事項の手がかりとなる言葉を選んだ。各時期と実践内容が妥当であるかは、B看護師の他に、病棟棟長と同僚看護師に2回にわたり確認を依頼した。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。

6. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属していた沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会での承認(承認番号17014)と研究協力施設の倫理審査委員会での承認を受けて実施した。研究協力者には、研究者が研究の趣旨、目的と方法、予測される利益と不利益、研究への協力は個人の自由意思が尊重されること、協力せずとも不利益を被ることはないこと、中断することができること、匿名性を保護すること、データの厳密な管理、インタビュー途中における気分不快等が生じた場合の対処などを文書と口頭で説明し、同意をえた。また、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

基本情報以外に転記によって収集したデータは154日分であった。このうち看護実践は重複した内容をまとめると14件になった。この14件を表では斜体字で示した。これにB看護師の受け持ちから調査時点までの看護実践の振り返りのインタビューデータから看護実践とその意図に関する31件のデータを加え、計44件のデータを一覧表にした。行為の意図を加える理由は、「していない」実践を顕在化させるためである。これらを時間経過にそって3つの大見出しと11の小見出しに整理した(表1)。本文中の大小の見出しは太字で表した。

まず、A氏の6年間の経過を述べる。次に、表1の実践内容について、このうちB看護師の実践については、その意図を含めて説明する。A氏の様子や文脈については、記録やインタビューデータをもとに研究者が三人称をもちいた記述として表現もしくは()内の言葉で

表1 受け持ちから調査時点までのA氏と家族への看護実践（B看護師の意図も含む）

A氏の意向と、時間の経過			島への郷愁		離院と入院の継続を希望		「そろそろ退院するよ」「ここで一生暮らすつもりだ」	
大泉出し/小泉出し			受け持ちから3年間		4年目		5年目	
1)現状肯定	(1)過去を振り返らない	(病室のことについては)今のままで退院で構えていいのかもしれない、前のこと、思ひ返す意味がない、入院した時のことを覚えてはきくけど、知らないと答えば、それ以上はきかない。	仲良くならうと思つてましたよ、ずっと。…(Aさんの病に)座って…笑わせてみよう、話を聞いてあげようかな。		継続		継続	
	(2)仲良くなる	仲良くならうと思つてます。みんなとは、…距離感っていうのは意識してはいます…仲良くっていうのは…Aさんだからっていうのは…ないつもりです…そんなことしたら…退院した後、かわいそうですからね。	Aさんの声がきこえてくる？いつから距離と気がついた？ときいた。(幻聴が)誰だったなら朝服もある…。		継続		継続	
	(3)症状との折り合い方を探す	ドライブ拒否の理由をききテレハン回遊の方策を考えた。	ドライブ拒否の理由をききテレハン回遊の方策を考えた。		継続		継続	
	(4)今のままでよい	退院できなくともいいと思つている。無理させることはない。…無理して退院、再入院、前より悪い、悪い方向に、無駄とは思っていないけど、やっぱり行儀整えるじやないですか…退院させるまでには…本人にもその氣にさせて…やっぱり家族の力が最終的には必要…そこで駄目だったときの本人の…期待がなかった分だけのショックを…かわいそう…	退院できなくともいいと思つている。無理させることはない。…無理して退院、再入院、前より悪い、悪い方向に、無駄とは思っていないけど、やっぱり行儀整えるじやないですか…退院させるまでには…本人にもその氣にさせて…やっぱり家族の力が最終的には必要…そこで駄目だったときの本人の…期待がなかった分だけのショックを…かわいそう…		継続		継続	
2)わかるけどダメ	(1)禁止する	(小遣い帳、タバコ、服薬は)今まで自分で管理できていたので継続してほしいと伝える。(失禁が原因として)日中がパンツはき、夜はリハビリパンツを換える。(服制りや敷置は)自分でするように伝える。	金銭の心配、しなくていいと伝える。まずは自分でできることをふやした方がいいと伝える、病室内での喫煙をしないよう注意し、ライターを回収する。		継続		継続	
	(2)理解しようとする	イライラ、鬱、情緒(長期にわたる管理された生活環境)が関係している…日ごろから聞にきていたことが出てしまつたか…自分が悪いとか…なんでしたのか…氣に入らないから…でも、魔力はいけないとは話した。(人生の)道中に起こつた、小さなトラブル…無しもある話、長い人生生きていくとあること。懲罰的、そういうのばかりじゃないゆ。	イライラ、鬱、情緒(長期にわたる管理された生活環境)が関係している…日ごろから聞にきていたことが出てしまつたか…自分が悪いとか…なんでしたのか…氣に入らないから…でも、魔力はいけないとは話した。(人生の)道中に起こつた、小さなトラブル…無しもある話、長い人生生きていくとあること。懲罰的、そういうのばかりじゃないゆ。		継続		継続	
	(1)退院への気持ちを知る	そんなに運動しなくてもいい、楽しみを分かってあげ、お感のマークスまでっていく。患者の考えがいろいろある。退院したい、できない、継続する。わかるじゃないですか。	(本人に)退院は？(どうしたいのかをたずねる)		継続		継続	
	(2)退院意欲を喚起する	退院を希望しない理由を聞いた。 ドライブ、買い物、ピクニックに誘う。 (5Fで母親に薬を渡り、父親に誘ってほしいと依頼する本人に)自分で駄目に薬に行ったら伝える。	ドライブ、買い物、ピクニックに誘う。 (5Fで母親に薬を渡り、父親に誘ってほしいと依頼する本人に)自分で駄目に薬に行ったら伝える。		継続		継続	
3)難しい注文	(3)退院するという妄想の発言は困る	家族又はスタッフ同伴で外出する訓練が必要と説明する。	家族又はスタッフ同伴で外出する訓練が必要と説明する。		継続		継続	
	(4)互いに忘れないうほしい	忘れたらわらないように…やっぱり家族へのアプローチが良かった。退院するという感じで…弟と外出・外泊の調整をしていない。	忘れたらわらないように…やっぱり家族へのアプローチが良かった。退院するという感じで…弟と外出・外泊の調整をしていない。		継続		継続	
	(5)本氣になれない		本人に退院する気になつた理由をたずね、所産する。		継続		継続	
			手立てを見つけてようと思つてない…ゴールは入り入院生活を楽しませるのは…外出支援とか(ならできる)。退院支援っていう感じじゃない(それでいい…行動がやれつて言ってるだけ)		継続		継続	

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。ローデータは「 」で示した。

1. 6年間の経過

受け持ってから3年間、B看護師は、繰り返される暴力行為を注意しつつもA氏の理解につとめ、院外活動への参加やセルフケアを促した。受け持ち4年目は、A氏が表明できないでいる家族への思いを慮って自宅訪問を計画し、A氏を説得しながら1回目の訪問を実現させた。その後、退院するという妄想的発言があり離院に留意した。受け持ち5年目は、院長からA氏と家族に自宅退院に向けた治療方針が話された。3週間後、2回目の自宅訪問に出かけた。自宅退院へ向けて任意入院に切替える際に、弟が高齢の母親もいるので面倒見切れなれないと言うが、ADL (Activities of Daily Living) は自立しており、服薬も自己管理のため自立度は高いと評価された。一ヶ月後、A氏が突然、「そろそろ退院するよ」と退院意向を表明した。A氏から弟に「迎えに来てほしい」と連絡するが、弟は「忙しい」と来院しなかった。B看護師は弟と外出・外泊日の調整をするが、自宅訪問は実現しなかった。このような状況で受け持ち6年目に入り、A氏の退院意思表明から半年後に、弟が偶然来院し、主治医はA氏をまじえて面談した。弟は「面倒見られない」と退院を拒否するが、A氏は「退院する」と押し問答になり、主治医は（最終的に）「退院は今できない。退院しても生活できない」とA氏に伝えた。その後、A氏はやや躁状態とのことで増薬されるが、他の患者を殴ってしまい隔離室に入った。隔離解除後は、「ずっとここに居ます」「ここで一生過ごすつもりだ」とこれまでに表明していた退院の意向を否定するようになった。

2. 受け持ちから調査時点までのA氏と家族への看護実践

受け持ってから3年間の看護実践は、関係性の構築や逸脱行為への対応、退院意欲の喚起であり、その後も継続している。一方、4年目以降に、新たに追加された実践はわずかだった。とくに、A氏が退院する意向を表明した5年目以降は、退院に向けての動きのないことがわかった。次に、表1の見出しごとに説明する。

1) 現状肯定

(1) 過去を振り返らない

受け持ったすぐの頃、B看護師はA氏について「自宅でみてる人がいれば、今のままで退院できる」とみて「前のこと（入院したきっかけなど）、掘り返す意味がない」と考えた。入院したきっかけも「入院した時のことを覚えているかは聞かぬが、知らないと言えばそれ以上は聞かない」と振り返りはしなかった。

(2) 仲良くなる

B看護師はA氏との関係性として「仲良くなろうと思ってましたよ、ずっと」と話した。例として「…（Aさんの横に）座って…笑わせてみよう、話を聞いてあげようかな」をあげ、「…仲良くなろうっていつも思ってます、みんな（患者さん）とは。…距離感ってというのは意識してはいます…仲良くてというのは…Aさんだからってというのは…ないつもりです…そんなことしたら…退職した後、かわいそうですからね」と話した。

(3) 症状との折り合い方を探す

A氏の精神症状は安定していたが、幻聴がきついつきもあった。B看護師は「幻の声」がきつくなったら「頓服もある」と話して、A氏は頓服をもらうことで「幻の声」と折り合いをつけていた。

病院の外に意識を向けようと何度も院外活動に誘うがA氏が断るため理由をきくと、「車に乗っていると自分がドアを開けてしまうんじゃないかと」「だから、ドアの前にスタッフが座っていれば（安心して）乗ってられる」と話した。乗り方を工夫すれば車に乗ることができるとわかった。その後はドライブによく出かけた。

B看護師は治療についてA氏本人と意味がないので話していないが、薬の飲み心地については「薬はどう？喉が渇く？とか、副作用は？とか聞いた」とA氏の実感を確認した。

(4) 今のままでよい

B看護師はA氏が「退院できなくてもいいと思っている。無理させることはない。…無理して退院、再入院、前より悪い、悪い方向に。無駄とは思っていないけど」「やっぱり試行錯誤するじゃないですか…退院させるまでには…本人にもその気にさせて…やっぱり家族の力が最終的には必要…そこで駄目だったときの本人の…期待がでかかった分だけのショックを（考えると）…かわいそう…」と話した。

一方で、日常生活において人に依存したくなるA氏に「（小遣い銭、タバコ、服薬は）今まで自分で管理できていたので継続してほしい」「（失禁対策として）日中がパンツはき、夜はリハパンツを約束する。（髭剃りや軟膏は）自分でするように」伝えた。

退院に向けて作業療法士が紹介したシェアハウスにA氏が関心をもち、お金の心配がはじまったとき、B看護師は「お金の心配はしなくていい、まずは自分でできることをふやした方がいい」と、「薬の自己管理を提案」した。以後、自己管理は1日から1週間、そして2週間となり、6年目に退院を諦めるまで続いた。

2) わかるけどダメ

(1) 禁止する

病棟のルール違反をするたびにB看護師は、A氏に「し

てはいけない」と伝えた。A氏は夜間トイレでの喫煙を繰り返した。その場でライターを預かることもあれば、後で渡してくれることもあった。主治医から厳しく注意されても繰り返した。この他に、A氏は女性患者へのセクシュアルハラスメントや暴力、他の患者との金品の貸し借りも多かった。繰り返される逸脱行為に対して「してはいけない」とA氏に伝え続けた。

(2) 理解しようとする

A氏は暴力行為を繰り返し、行動制限が指示されることもあった。繰り返されるA氏の暴力についてB看護師は「どういう理由で？」と本人の話を聴いた。

A氏の暴力について「イライラ、病気、病棟（長期にわたる管理された生活環境）が関係している…日ごろから頭にきていたことが出てしまったか…自分が悪いとか…なんでしたのか…気に入らないから。（でも）暴力はいけないとは話した。（人生の）道中に起こった、小さなトラブル…誰しもある話。長い人生生きていくとあること。懲罰的。そういうのばっかりじゃないか」と話した。そしてA氏に対し、「そんなに援助しなくてもいい。苦しみを分かちあえる。共感のマックスまでもっていく。患者の考えがいろいろある。退院したい（けど）できない。（それが妄想になって）離院してしまう。わかるじゃないですか」と理解しようとした。

3) 難しい注文

受け持ちから3年目、記録には「島の話ばかりしている」とあり、A氏の島への郷愁は強かった。（退院意欲を喚起するために）社会生活技能訓練が月1～2回のペースで実施されていた。義母と弟が数回、刺身を持って面会に来ていた。夏に骨折して受診同伴のため弟の来院が数回あった。4年目以降、社会生活技能訓練は担当者の退職等で開催されなくなった。義母は体調を崩して面会に来なくなった。記録から差し入れの刺身を食べるという記事はなくなった。

このような変化があるなかで、B看護師もA氏も、そして家族も難しい注文に翻弄されていた。つまり、地域移行支援では、B看護師は退院できないと思っているのに退院させるよう、A氏は入院継続を希望しているのに退院するように、そして退院を決意したのに諦めるよう、家族はA氏の面倒を見切れないのにA氏を引き受けるよう注文されている。

(1) 退院への気持ちを知る

B看護師は「(本人に) 退院は？ (どうしたいのか)」、あるいは退院を希望しないのなら、その「理由をきいた」。

(2) 退院意欲を喚起する

A氏は退院を拒否していたので、病棟では「ドライブ、買い物、ピクニックに誘う」ことになっていた。家族の見舞いがあった頃は、「(社会生活技能訓練で母親に葉書

を送り、兄弟に読んでほしいと依頼する本人に) 自分で読みに島に行ったらと伝える」ことや、「家族又はスタッフ同伴で外出する訓練が必要と説明する」ことがあった。

4年目にA氏から入れ歯をつくりたいとの希望があった。診察した歯科医から「A氏は、食事の時は使わない、カッコつけるためだと言っている」と連絡があった。A氏はB看護師に「入れ歯はファッション？ ファッションなら退院してから」と言われて納得した。

(3) 退院するという妄想的発言は困る

(A氏)「乞食になるために病院から出ていこうとして2回転んだ」と両膝の擦過傷を見せた。職員が話を聴くと「家へ帰るつもりだった」。その後、B看護師を呼び止めて「お世話になりました。今日、退院します。弟が迎えに来て」と感慨深く話した。(B看護師)「そんな話は知らない。主治医と相談するまで勝手に退院しないように」。主治医の面談で(A氏)「退院しますよ、自宅に住む」(主治医)「自宅に住むことについてご家族の許可はもらっていますか」(A氏)「義妹には話したが、弟にはまだ話していない」(主治医)「弟さんに許可をもらってから話を進めましょう」。興奮はないが声はいつもより大きめであった。離院注意と申し送られたが、その後に行動化はなかった。

(4) 互いに忘れないでほしい

自宅訪問についてB看護師は、「退院が目的じゃないよと(A氏に) は言ってますからね。ふる里訪問だよ、みたいな感じ…」「盆とかみんなが集まるじゃないですか、自然と。でも、(A氏の場合は) 自然と集まらないから、たまに顔を合わすだけ。(Aさんのことを) 思い出して(ほしいから) みたいな。Aさんも家族のことを思い出す」ことができる。それで「自宅訪問を計画」して、当日もA氏は訪問を拒否するので「本人を説得した」。

自宅訪問を振り返ってB看護師は「20分くらいの滞在だった」「自宅訪問では表面的な歓迎のように感じた」と話した。「(家族がA氏を) 忘れちゃわないように…やっぱり家族へのアプローチ(という意味) が強かった」。そういうわけで、「退院っていう感じで…弟さんとは外出・外泊日の調整をしていなかった」と話した。

(5) 本気になれない

B看護師は、A氏の突然の自宅退院についての意思表示を受けて、2か月後、退院する気持ちをA氏に確認した。「(退院する気持ちは) あるよ」と答えるA氏に、退院する気持ちになった理由をたずねた。(A氏)「新しい病棟ができたから禁煙になるからさ」ときいて、(B看護師)「動機は喫煙であるようだが評価できる」とした。

退院支援委員会では、6年目に弟が突然来院して主治医と本人に退院拒否を表明するまで自宅退院の方向性が共有されていた。A氏は家族に電話をかけ続けていたが、半年たっても状況は何も変わらなかった。このことにつ

いてB看護師は、家族が拒否しても次の「手立てを見つけない」と思っていない…ゴールが違うんですよ…退院っていうゴールじゃない…（退院は）行政がやれって言うだけ」と話した。続けて、「僕らが一生懸命動いても…いいんでしょうけど、やっぱり入院生活を楽ませるのは…（買い物などの）外出支援とか（ならで可る）」。だから「退院支援っていう感じじゃない」と話した。

6年間の看護実践を振り返ってB看護師は最後に、「思うよ、やっぱり。何だかんだ言って、一つの強い意志をもって、（自分は）看護をやっていないと思うんですよ」と話した。

V. 考察

1. 共感に基づく現状肯定からはじめるときの危うさ

B看護師は、過去を振り返らず、幻聴や他者に依存したくなる気持ちとの折り合いをどうするとよいのか一緒に探そうにとA氏に伝えて、「仲良くなる」関係性を築いてきた。A氏と仲良くなることで、B看護師はA氏の世界観を理解しようとしたと考えられる。

仲良くなることと、現状の肯定からはじめたことは、A氏のすべてをいったん引き受けて、先に進むことを意味する。そこで、どこへ向かうのかというとき、B看護師は「退院できなくてもいい」「無理させることはない」と話し、A氏の「苦しみをわかってあげる」こと、「共感のマックス」を目指した。

共感 (empathy) という語は、米国の心理学者 Edward Bradford Titchenerが、18世紀のDavid HumeやAdam Smithのテキストで使われていたsympathy (Einfühlung) を、empathyという新語をあてて翻訳したことを起源とする。これにより、共感 (empathy) はダイナミックな経緯を辿ることになった (Wrenn, 1995)。簡潔に言えば、対人関係における共感の多様な捉え方が可能となった反面、共感についての共通基盤が曖昧になった。

本論文では、Hume (1739-1740/2011) の共感 (sympathy) を手がかりとして患者との関係性における共感を考察する。Humeにおける共感とは「他人の欲求の傾きや気持ちを伝達によって受け取るという傾向である (propensity we have to sympathize with others, and to receive by communication their inclinations and sentiments)」つまり、「他人の感情によって動かされるという傾向性に他ならない」(村上, 2006)。そうであれば、共感に基づく現状肯定には、患者の感情を受け取り、それに左右されて方向性を見失う可能性が潜んでいると考えられる。

B看護師は、A氏との治療的な関係を共感に基づく現状肯定からはじめた。その後、A氏との関係性において何らかの行き詰まりを感じ、その関係性を問い直すこ

とはなかった。看護師による患者との関係性の問い直しは、看護師が手詰まりを感じたときに行われていた (村上, 2020)。しかしながら、A氏が自宅退院を表明しても、B看護師はA氏の感情に動かされていない。むしろ、退院に対してB看護師は後ろ向きの発言をしており、A氏が退院できると思えないでいる。このことから、B看護師のなかでA氏の退院可能性はごくわずなか、否定されており、共感に基づく現状肯定によって目指された看護の方向性は、むしろ決まっていたのではないかと考えられる。

A氏に共感するB看護師のなかで、A氏が感じている、考えていることが決められてしまうことについては、自己移入 (Einfühlung) について検討しておく必要がある。自己移入 (Einfühlung) は、ドイツ語の共感でもある。広辞苑 (第七版) では、感情移入として次のように説明されている。「感情移入：(Einfühlung ドイツ) リップスの心理的美学の根本原理。対象や他人のうちに自己の感情を投射し、それを対象固有のものとしみなす構えを指す」。つまり、「私」が他人の感じていることや考えていることを「他人」と同じように知ることができると考えたとき、自分の考えや感情をあたかも他人の考えや感情のようにみなしてしまうのである。

B看護師はA氏の自宅訪問を自宅退院というよりはA氏と家族が「互いに忘れないでほしい」と計画した。しかしながら、B看護師は次のように推察することも可能であったと考えられる。例えば、患者が自宅に身を置けば、そこに帰りたくなること、患者が自宅で一泊でもすれば、家族は本人の気持ちを思い、無理な請負をすること、あるいは面倒をみなければならないという責任を感じることで、そのことで患者の見舞いが減ること、自宅での患者の迎えが形式的になることなどである。

看護師が、患者との治療的な関係性において、共感に基づく現状肯定からはじめるときに、看護の方向性を見失うことや、自己移入に陥るリスクがあると考えられる。

2. 地域移行が停滞するとき看護師に求められていること

退院拒否を翻すまでもA氏の退院への気持ちは揺れている。退院を拒否すれば、退院への気持ちを尋ねられ、退院への意欲を喚起される。退院を匂わせる発言をしても本気にされない。思いつきでも妄想でも、退院したいと思って行動に移せば、離院する患者とみなされ、退院は弟の許可を得てからと言われる。けれども、A氏が家に帰りたいたいという意向に向き合うこと、そのために家族との橋渡しや、話し合いの場をつくることは支援メンバーの誰にもできなかった。

病いを抱える人と向き合う私たちは、患者や家族のアンビバレンツな反応に対しても、つねに、ひとりの「人」として「他人」を理解すること (村上, 2015) を迫られ

る。浮き沈みしてやまないものに対して、不動の「定点」を提供する（中井ら、2005）こと、基準線になることは、A氏や弟の立場になって理解することからはじまる。つまり、相手の立場になって理解するということは、当人の思いを受け取りつつも、感情ではどうにもならず、その人の話をきちんと聞いてよく考えるという知的な営みである。A氏や弟の感情を受けとる共感ではなく、知識（knowledge）によって支えられる共感（Hamington, 2017）でなければならない。しかし、知識に支えられた共感するという要請を受けたとしても、その人の思いを尊重するとき、つまり実現するためには、当人以外の他者との折り合いを探る作業が必要であり、それはひとりでは担いきれないと考えられる。

B看護師をはじめ主治医、病棟の精神保健福祉士や作業療法士は、それぞれの立場でA氏と治療的な関係を築き、その退院可能性を考えていたはずである。そのような個々の実践や思いを、毎月の退院支援委員会で出せせず、結果的に遂行されなかった可能性がある。

さらに、社会的入院という治療環境において、病棟のルール違反を咎めることにジレンマを感じる職員は多いにちがいない。B看護師は、「自分が悪い」と思えないA氏の発言を聴きながら、ひとりの「人」として理解しようとしている。しかし、その理解をもとに、A氏が周囲と折り合えるような実践を展開していない。例えば、ルール違反をしないですむ方法やルールを見直して違反にならない方法について、本人や家族、病棟で話し合うことや、A氏が咎められずに感謝されるような周囲への働きかけをするなどである（村上、2020）。家族との関係性においても、本人と家族の橋渡し役となり、家族の立場になって考えることも可能であったと考えられる。

Oury (2005/2008, p.159)は、看護師の最初の仕事は「自分につねに気をつけていくということ（自分に対してつねに批判的であるという能力を訓練すること）」であり、精神療法のなかで独自の立場をとるためには、一つは「自分を表現する自由（liberté d'expression）」をもつこと、もう一つは、「患者さんのいつもそばにいて役に立てる可用性（disponibilité）」を身につけることを重視している。

地域移行が停滞するとき、看護師は自分を振り返ることが難しくなっており、言葉を閉ざし、そうすることによって患者を孤立させてしまう可能性がある。

3. 他者と折り合いをつける橋渡しとなるための足場

地域移行が停滞するとき、「私」が患者の立場になって理解することができても、「私」が思うことを自由に言える場を失っている可能性がある。

これまでの精神障害者を収容化する政策を鑑みれば、精神科病院という環境にあっては、患者に限らず他人の

主体性尊重を忘却することによるパターンリズム、社会的欺瞞、治療的圧迫はないか（Oury, 2001/2016, p.62）、自分たちが行っている制限が医療として欠くことができないものかどうかをつねに検証しつづけなければならない。そこで働く人々が、それを意識して遂行しつづけなければ、精神科病院はすぐに「収容所」に変質してしまう構造がある（横田、2019）。

つまり、精神科病院においては、患者との治療的関係を曖昧にすることは、そこに身を置く人の主体性をも狭めることとなり、決して容認してはいけないのである。そのように考えれば、看護師であれば、まずは、毎月の退院支援委員会などのケースカンファレンスにはあえて主体的に参加すること、そして患者の回復に必要であると思ったことを発言することから始めることができる。患者の立場になって理解したことを、まずはカンファレンスという既存の制度を使って他人に伝えてゆくことが、家族や病棟ルールといったA氏をとりまく周囲の他者とA氏が折り合う（村上、2018）ための橋渡しになると考えられる。

4. 研究の限界

地域移行が停滞する事例では実践内容の形骸化が生じている。「していない」実践のなかで、研究者が疑問視したものについては、行為主体者の「実践しない」意図をもとに抽出した。例えば、自宅退院が難しいとわかった段階で次の手立てを打たなかったのかとB看護師にきいて、「手立てを見つけようと思っていない…退院がゴールじゃない…行政がやれって言ってるだけ」といった意図のみが抽出されている。「していない」実践のなかで、実践すべきと考えられることを実践していない場合のみ、「実践しない」意図をきくことができる。

分析対象としたデータは、記録内容とB看護師が振り返った実践内容である。主治医や病棟の精神保健福祉士や作業療法士も同様にA氏を担当し、それぞれに治療的な関係を築いてきたが、各自の実践を振り返る内容については含まれていない。このことから、実践内容に対する解釈も異なる可能性がある。

A氏の入院当時からこれまでのすべてを知る職員がいないこと、キーパーソンであった父親も12年前に他界していることから、入院前後の本人については古い記録を紐解く以外に方法がなく、本研究の範囲を超えている。その他に、記録の不備や、過去の実践を想起するときの思い違いがある。そのような限界があるものの、長期入院精神障害者の地域移行支援が停滞するときに起こっていることの解明は、同様の状況に陥った看護師が、患者の意向にそった地域移行支援へと軌道修正するために具体的な手立てとして活用することが可能である。

VI. 結論

退院拒否を翻した入院28年になる長期入院精神障害者の地域移行が停滞した実践内容を、担当看護師の実践の振り返りと看護記録等をもとに、患者の立場になって理解する視点から分析した。

その結果、次の3つの実践内容が明らかになった。①担当看護師の共感に基づく【現状肯定】を関係性の基盤としていた。担当看護師は、②繰り返されるA氏の逸脱行為に対して社会的入院を強いられている「人」と理解しつつも、【わかるけどダメ】と対応していた。③地域移行支援に際しては、本人や家族の意向に添えない【難しい注文】をしていた。

以上のような実践内容から次の3つのことが示唆された。①共感に基づく現状肯定には、看護の方向性を見失うことや自己移入のリスクがある。②看護師が言葉を閉ざすことで患者を孤立させる可能性がある。③患者の立場になって理解したことを自由に表現する看護師の主体性が狭められている。

謝辞：本研究にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。本研究の一部は日本精神保健看護学会第30回学術集会で報告した。本研究はJSPS科研費JP17H07046の助成を受けて実施した。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文献

藤野清美、宮坂道夫（2017）：長期入院統合失調症患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.

Hamington, M. (2017) : Empathy and care ethics, The Routledge handbook of Philosophy of Empathy, Edited by Maibom, H. L., 270, ROUTLEDGE, New York.

Hume, D. (1739-1740) / 石川徹, 中釜浩一, 伊勢俊彦 (2011) : 人間本性論, 第2巻情念について, 51-52, 法政大学出版局, 東京.

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, Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>, (検索日:2020年6月21日).

村上勝三 (2006) : 第3章共同体と個人倫理「近代的自我」の構造, 竹村牧男, 松尾友矩編, 共生のかたち「共生学」の構築をめざして, 52-72, 誠信書房, 東京.

村上勝三 (2015) : 超越の方法-デカルトの途, 東洋大学文学部紀要第68集哲学科編, 白山哲学, 49, 13-47.

村上満子 (2008) : 記録の語彙分析による精神科長期入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.

村上満子 (2020) : 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-, 沖縄県立看護大学紀要, 21, 1-9.

新村出編 (2018) : 広辞苑第七版, 661, 岩波書店, 東京.

中井久夫, 山口直彦 (2005) : 看護のための精神医学, 170, 医学書院, 東京.

Oury, J. (2001) / 三協康生監訳, 廣瀬浩司, 原和之 (2016) : 精神医学と制度精神療法, 春秋社, 東京.

Oury, J. (2005) / 多賀茂, 三協康生編 (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, 医療環境を変える, 京都大学学術出版会, 京都.

Stuart, G.H. (2005) / 安保寛明, 宮本有紀監訳, 金子亜矢子監修 (2007) : 第2章治療的な患者と看護師の関係, 精神科看護-原理と実践 (第8版), 19-84, エルゼビアジャパン, 東京.

外口玉子 (2014) : この, ケアなるもの-外口玉子自撰集, 5-11, ゆう書房, 東京.

山本昌知, 中川洋子 (2019) : 自分の“ふつう”を見つこう! 主語のある生活で主体性の回復を! (後編), 統合失調症のひろば, 13, 129-138.

山本則子 (2018) : 「ケアの意味を見つめる事例研究」着想の経緯と概要, 看護研究, 51 (5), 404-413.

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.

Wrenn, C. B. (1995) : Naturalistic Epistemology, The Internet Encyclopedia of Philosophy, Retrieved from <https://www.iep.utm.edu/>, (検索日:2020年9月3日).

横田泉 (2019) : 精神医療のゆらぎとひらめき, 125-132, 日本評論社, 東京.

