

統合失調症患者の身体合併症治療に対する受けとめ

(統合失調症患者／身体合併症／受けとめ)

江藤 剛*・長田京子**・大森眞澄*

Accepting to the Schizophrenia Patients With Somatic Complications Treatment

(schizophrenia patient / somatic complications / accepting)

Tsuyoshi ETOH, Kyoko OSADA and Masumi OMORI

The purpose of this research was to find out the acceptance of schizophrenia patient somatic complication treatment in order to obtain suggestions for nursing in which we urge active participation in schizophrenia patient somatic complication treatment. This study was on 3 schizophrenia patients who were in A general hospital holding ward for somatic complication treatment. We conducted semi-structured interviews with the schizophrenia patients and then conducted qualitative and inductive analysis. From our results, we extracted 9 categories which are; “intention of the somatic complication treatment which is aware of the abnormalities in the somatic”, “somatic complication treatment which is not known”, “somehow receive somatic complication treatment”, “resistance to the somatic complication treatment about suffering”, “discomfort which can not controlled by oneself”, “toleration of somatic complication treatment”, “rely on antipsychotics”, “thankful to staff”, and “affirmative reception of somatic complication treatment”. Nurses should show respect for somatic complication intention that schizophrenia patients will receive somatic complication treatment. Moreover, while a nurse considers somatic complication treatment to relax fraught suffering, and the psychoneurosis of schizophrenia and a prejudice of the peculiar, support that the feelings of a schizophrenia patient's restoration centering on a relationship with a health professional being obtained is called for.

本研究の目的は、統合失調症患者の身体合併症治療（以下、合併症治療）への主体的な参加を促す看護の示唆を得るために、統合失調症患者の合併症治療に対する受けとめを明らかにすることである。対象者は、合併症治療のため総合病院精神科病棟に入院している統合失調症患者3名である。半構成的面接調査を行い、質的帰納的に分析した結果、統合失調症患者の合併症治療に対する受けとめには、9カテゴリ【身体異常の自覚による受療意思】【治療がわからない】【なんとなく治療を受ける】【苦痛を伴う治療への抵抗感】【自分の思うようにならない辛さ】【治療に耐える】【抗精神病薬に頼る】【スタッフへの感謝】【治療の肯定的受けとめ】が抽出された。看護師は、統合失調症患者が自覚した身体異常による受療意思を尊重し、治療に伴う苦痛の緩和や、精神症状や患者特有のこだわりを配慮するなど、医療者との関係性を軸に身体の回復の実感が得られるような援助が求められる。

*島根大学医学部看護学科臨床看護学講座

Department of Clinical Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University

**島根大学医学部看護学科基礎看護学講座

Department of Fundamental Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University

I. はじめに

わが国の精神科医療においては、精神病床に入院している約32万人の患者のうち統合失調症患者は19.6万人である。そのうちの約10.5%の統合失調症患者が、入院治療が必要な身体合併症を有しており、2万人を超えている¹⁾。統合失調症患者の多くは、長期にわたって向精神薬を服用しているために糖尿病などのリスクが高まったり、痛みの感覚が鈍くなる傾向にある。また、幻覚妄想などの精神症状のために身体症状があっても正確に医療者に伝えられないために、受療行動が遅れてしばしば重症化することが多い²⁾。

統合失調症患者が身体合併症を発症した場合には、精神障がいに加えて新たに身体合併症とその治療を受け入れていかなくてはならない。身体合併症が重症化して発見された場合には、早急な対応を迫られるが、幻覚、妄想、興奮、拒絶などの症状や認知機能の低下から治療の必要性の理解が困難となりやすく、合併症治療の同意が得られない場合がある。また新しい状況に適応することが困難な統合失調症患者にとって、慣れない環境や対人関係が脅威と感じられ合併症治療の受け入れを困難にしている場合も考えられる。統合失調症患者が合併症治療の同意が得られず生命に危険を及ぼす可能性が高い場合は、非自発的な入院形態をとったり、本人の意思が確認できないまま治療や検査が進められる場合がある。しかし、統合失調症患者の意思に反して合併症治療を優先させることは、医療者に対する不信感や猜疑心を強め、その後の治療の関係や継続的な自己管理に影響する可能性がある。

精神疾患患者の身体合併症看護に関する研究^{3, 4)}では、現実検討能力の低下や固定化された妄想により統合失調症患者から治療への協力が得られにくく拒否されたり、意思の表出が乏しく統合失調症患者が考えている内容や思いを理解することの困難さが報告されている。糖尿病の疾病認識に対する面接調査では、病気への対処方法や日常生活上の注意点について語られた者はおらず、尿中に糖が出て状態が悪くなるという妄想による誤った認識をしている統合失調症患者が報告されている⁵⁾。精神科看護師を対象とした身体合併症看護に関する研究では、看護を困難にしたり、阻害する要因として、患者の自覚症状の乏しさと看護師の心身両面からの統合的なアセスメント不足を挙げている^{6, 7)}。また、身体合併症看護では、患者の生活習慣上のわずかな変化や普段と異なる臨床兆候などに気づく能力の重要性が報告されている^{8, 9, 10)}。これまでは看護師を対象とした先行研究が多く、精神疾患患者自身の語りから

合併症治療に対する受けとめを明らかにし、身体合併症看護のあり方を検討した報告はみられない。

そこで本研究は、統合失調症患者の合併症治療への主体的な参加を促す看護の示唆を得るために、統合失調症患者の語りから合併症治療をどのように受けとめているのかを明らかにすることを目的とした。

用語の操作的定義

合併症治療：本研究では、統合失調症患者の身体合併症の回復に必要な治療・検査・処置と定義して用いる。

II. 研究方法

1. 研究対象者

対象者は、総合病院精神科神経科病棟（以下、A病院）に入院している統合失調症患者（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision, DSM 第4版修正版において、統合失調症およびその他の精神障害）の3名である。

対象者の抽出は、精神科神経科診療科長および病棟看護師長に研究の主旨を説明し許可を得た後、看護師長に以下の条件を満たす対象者を選定すること、対象者および主治医に研究協力の内諾を得ることを依頼した。紹介を受けた3名に半構造的面接を行った。

対象者の選定条件は、1)意識障害がないこと、2)言語的コミュニケーションが可能であること、3)身体合併症（呼吸器疾患、消化器疾患、腎疾患、心疾患、内分泌・代謝疾患、膠原病、骨折、悪性腫瘍など）の治療が必要であること、4)主治医が面接可能な程度に統合失調症および身体合併症の病状が安定していると判断していること、とした。

データ収集期間は2010年4月～2010年12月であった。

2. データ収集方法

データ収集は、以下の方法でおこなった。

1) 記録（診療録、看護記録）による情報収集

診療録、看護記録から、患者の背景（年齢、性別、統合失調症罹患期間など）、合併症治療に対する言動、統合失調症の病状（以下、精神状態）、身体合併症の病状（以下、身体状態）、治療内容（検査および治療内容、説明内容、検査データ）について抽出し、入院時から時系列に整理した。

2) 半構造的面接

病状が安定に向かった時期に、主治医の許可および対象者の同意を得て、対象者への負担を考慮して30分程度

の半構造的面接を実施した。半構造的面接では、合併症治療に対する受けとめについて、(1)治療および合併症の説明時、(2)治療開始に至るまでの時期、(3)治療が開始された時期、(4)合併症治療が安定した時期、(5)現在まで、の各時期にどのような気持ちで合併症治療を受けていたのかを質問した。面接の場所は、病棟内で対象者が希望した場所(病室)で行った。面接回数は原則1回とし、1回目の面接で得られたデータで不明な点や情報に不足がみられた場合には2回目の面接を主治医および対象者の許可を得て実施した。面接内容を対象者の許可を得てからICレコーダーに録音した。

3. データ分析方法

データ分析は、以下の手順でおこなった。

- 1) 診療録、看護記録より、統合失調症および合併症治療の経過を対象者ごとに、「精神状態」、「身体状態」、「治療内容」、「合併症治療に対する言動」について時系列に整理し、対象者の合併症治療に対する受けとめに関する言動を抽出した。
- 2) 半構造的面接の内容を逐語録に書き起こした。合併症治療に対する受けとめを示す内容の語りを1つの意味内容ごとに文脈単位で抽出し、対象者の表現を尊重しながら短い文章を作成し、コード化した。それぞれのコードの意味内容の類似性と相違性を比較検討して、サブカテゴリ化し、さらに抽象化をすすめ、カテゴリ化した。

3) 分析の信頼性、妥当性

分析手順の各段階において、精神看護学および質的研究の経験者間で、診療録、看護記録、半構造的面接で得られたデータとの照合を繰り返し行い、分析結果の一致に努めた。

4. 倫理的配慮

診療科長および看護師長に研究の趣旨を説明し許可を得た。対象者の抽出は看護師長に依頼し、主治医の許可と対象者の内諾が得られた場合に、研究者へ紹介を受けた。対象者に口頭と文書で再度、研究の目的・方法、研究協力は自由意思に基づき拒否・撤回しても不利益がないこと、個人情報の保護、公表等を説明し同意を得た。本研究は島根大学看護研究倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は3名(以下、A氏、B氏、C氏)で、統合失調症罹患期間は20～51年(平均33.0年)、統合失調症での入院経験は4～7回であった。入院期間は29～62日(平均44.0日)であった。以下に、対象者3名の合併症治療経過の概要を記す。(表1)

1) A氏の合併症治療経過の概要

A氏は、40代、男性、単身で、精神状態は幻聴、関

表1 対象者の概要

対象者	A氏	B氏	C氏
年齢	40代	70代	60代
性別	男性	男性	男性
同居家族	単身	単身	妻と息子
就労経験	あり	あり	あり
精神状態	統合失調症罹患期間 20年間	51年間	28年間
精神症状	幻聴、関係妄想 無為、自閉 無関心 感情平板化	幻覚、妄想、独語 自閉、意欲低下 強いこだわり	無為、自閉 意欲低下 感情平板化 もの忘れ
身体状態	身体合併症名および 身体症状	イレウス疑い	両膝偽痛風発作 体重増加(糖尿病) 不眠
治療内容	絶食、点滴 上・下部内視鏡検査 膀胱カテーテル	両膝の穿刺、点滴 膀胱カテーテル	薬物療法 食事療法
合併症治療期間 (入院期間)	23日 (29日)	23日 (62日)	41日 (41日)
合併症治療経験	なし	なし	なし
面接回数	2回	1回	2回

係妄想と無為自閉などの陰性症状が主体で、入院当初は自己紹介をスタッフに何度も繰り返したり、独身にもかかわらず一時的に妻子がいるという妄想が出現したが、いずれもすぐに消失した。嘔吐を主症状としたイレウスの疑いにて単科精神科病院より精査・治療目的で転院となったが、しこりなどの身体症状はなかった。A氏の素直な性格と、体重減少をおじの胃がんと関連づけた不安から、従順に受けていた。しかし、治療や検査に伴う絶食や痛みが持続したり、慢性期統合失調症による現実検討能力の低下によって、合併症治療受け入れの困難さがみられた。検査の結果、結局イレウスの異常は認められなかった。

2) B氏の合併症治療経過の概要

B氏は、70代、男性、単身で、精神状態は幻覚妄想による独語、自閉的で強いこだわりがみられた。転倒して打撲した両膝の偽痛風発作による激痛のために積極的な治療の意思をもっていた。悪性症候群が疑われ、37℃～38℃後半の発熱、悪寒戦慄と身体状態が悪く、幻覚妄想による独語はみられなかった。B氏は、医療者の説明に納得や治療効果を自覚できると治療（薬物調整や体位変換、吸引）に応じたり、長期安静による下肢筋力の低下にて歩行困難となると自力歩行が可能となるまで薬物治療の継続を希望した。B氏は、はじ

めは独特の幻覚妄想の世界に浸りながらもスタッフに感謝し、良好な関係が維持できていた。全身状態が回復してくると自分の生活のペースを乱されるような過剰な処置（吸引）や看護師の関わり（歩行練習）は断っていた。また、少量の抗精神病薬では精神症状のコントロールは困難となり、徐々に幻覚妄想による対話性の独語は被害的な内容となっていった。

3) C氏の合併症治療経過の概要

C氏は、60代、男性、妻と息子と同居しており、精神状態は無為、自閉、意欲低下などがあり、不眠を主訴とし、もの忘れ症状が目立つようになったことで、服薬を管理している家族への被害感による興奮や、夜間暴飲暴食による体重増加がみられ、薬物調整および精査目的にて入院となった。C氏は、意欲低下に加え、抗精神病薬の増量により鎮静がかかっていたことから、食事療法や血糖降下剤による薬物療法、脳血流シンチ、認知機能検査、頭部MRIの精密検査を気に留めることなく医療者に指示されるままに従順に受け入れていた。C氏は糖尿病の自覚症状がなく、受療している認識がなかった。検査の結果、軽度前頭葉側頭葉の委縮による認知機能低下がみられた。不眠が改善されると退院要求を繰り返すようになった。

表2 合併症治療に対する受けとめのカテゴリー一覧

カテゴリ	サブカテゴリ
身体異常の自覚による受療意思	身体異常の知覚
	身体知覚による治療動機
治療がわからない	入院治療の必要性が理解できない
	受療の認識が困難
なんとなく治療を受ける	治療への無頓着
	医療者に言われるがまま従う
苦痛を伴う治療への抵抗感	治療の痛みを実感
	痛みを伴う治療は受けたくない
自分の思うようにならない辛さ	先の読めない不安
	絶食で食べられない苦しみ
	思うように回復しない悲しみ
治療に耐える	治療の痛みを我慢
	身体を治すために従う
抗精神病薬に頼る	精神症状が不安定
	抗精神病薬は欠かせない
スタッフへの感謝	精神科スタッフの対応が嬉しい
	看護師の生活援助に感謝
治療の肯定的受けとめ	身体回復を実感
	回復の喜び

2. 統合失調症患者の語りによる合併症治療に対する受けとめ

半構造的面接の面接時間は、17分～30分（平均23分）であった。その結果、9カテゴリと19サブカテゴリが抽出された（表2）。9カテゴリは【身体異常の自覚による受療意思】【治療がわからない】【なんとなく治療を受ける】【苦痛を伴う治療への抵抗感】【自分の思うようにならない辛さ】【治療に耐える】【抗精神病薬に頼る】【スタッフへの感謝】【治療の肯定的受けとめ】であった。合併症治療開始時には【身体異常の自覚による受療意思】を抱いており、合併症治療過程において身体の苦痛や治療の理解の仕方によって【治療がわからない】【なんとなく治療を受ける】【苦痛を伴う治療への抵抗感】【自分の思うようにならない辛さ】【治療に耐える】【抗精神病薬に頼る】【スタッフへの感謝】という受けとめが混在し、身体の回復を実感できると【治療の肯定的受けとめ】に至っていた。以下、カテゴリごとに、【】はカテゴリ、〈〉はサブカテゴリ、対象者の語りは「」を用いて表記する。なお、（）には語りの補足説明を示した。

1) 【身体異常の自覚による受療意思】

このカテゴリは、〈身体異常の知覚〉〈身体知覚による治療動機〉の2サブカテゴリから成り立ち、知覚した身体の異常による統合失調症患者なりの意味づけが受療意思となっていた。

〈身体異常の知覚〉では、A氏は「（転院する）前まで吐いてましたけど。こっち（A病院）に来た時は吐いてないです。何か変な感じかな（と思いました）。」と、何らかの身体の異常を知覚していることが語られていた。

〈身体知覚による治療動機〉では、A氏は「しこりがありまして点滴を受けていた（実際には、しこりはなかった）。」と、実際にはみられなかった異常な身体知覚を身体の変調と結びつけて合併症治療を受け入れたことが語られていた。B氏は「早く農業に復帰せないかんから（現在は農業をしていない）、そのかわりね、治療を受けないけんし、入院して早く治って帰りたいというのが僕の（思いです）。」と、過去に行っていた農業への復帰を治療動機と意味づけて治療に臨む気持ちが語られていた。

2) 【治療がわからない】

このカテゴリは〈入院治療の必要性が理解できない〉〈受療の認識が困難〉という2サブカテゴリから成り立ち、治療動機はあるものの統合失調症の長期罹患による現実検討能力の低下や脳器質的問題による認知機能の低下のため十分な治療内容の理解が困難なために困惑した気持ちが語られていた。

〈入院治療の必要性が理解できない〉では、A氏は「（転院するときは）なんか不思議な、やっぱり不思議な気持ちで、何で行くのかな（と思いました）。」と語り、合併症治療のために必要な転院や処置が理解できず不思議な気持ちを抱いていた。

〈受療の認識が困難〉では、C氏は慢性期統合失調症に加えて軽度前頭葉側頭葉の委縮によるもの忘れから「糖尿病ですと言われましたけどもね。なにも、医者は治療されませんですわね。」と語り、医師から血糖降下剤を処方されて血糖コントロールの治療が行われている認識がなかった。

3) 【なんとなく治療を受ける】

このカテゴリは、〈治療への無頓着〉〈医療者に言われるがまま従う〉という2サブカテゴリから成り立ち、慢性期統合失調症の陰性症状から合併症治療に無関心であったり、治療や病気のことはよくわからないので身体の異常を治すために医療者に言われるように応じていることが語られていた。

〈治療への無頓着〉では、C氏は「糖尿病ですと言われましたけどもね。何にも医者は治療されませんですわね。薬もないと思いますけども（実際は、血糖降下剤が処方されている）。それで、（糖尿病の病状は）たいしたことないと思ってますだ。」と、身体合併症の病状や治療内容についてあまり気にとめていない気持ちが語られていた。

〈医療者に言われるがまま従う〉では、A氏は「（嘔吐やしこりの原因は）何ででしょうね。自分じゃちょっとわからないですけど。（転院前の病院の）集中治療室に入れられて、点滴を受けてました。」など、身体合併症の病態のことは詳しくわからないが医師に言われるように素直に応じていることが語られていた。

4) 【苦痛を伴う治療への抵抗感】

このカテゴリは〈治療の痛みを実感〉〈痛みを伴う治療は受けたくない〉という2サブカテゴリから成り立ち、合併症治療を従順に受けていた場合でも痛みや不快感が生じる治療は避けたかった気持ちが語られていた。

〈治療の痛みを実感〉では、A氏は「あれ（下部内視鏡検査）がしんどかったですね。痛かった。おしりから胸までこう（左手で左胸を抑えながら）痛かったです。」など、検査や処置で印象に残った痛みを繰り返し語っていた。

〈痛みを伴う治療は受けたくない〉では、A氏は「（点滴は）受けたくない。やっぱり痛かったですから。」など、できれば痛みを伴う治療は受けたくない気持ちが語られていた。

5) 【自分の思うようにならない辛さ】

このカテゴリは、〈先の読めない不安〉〈絶食で食べられない苦しみ〉〈思うように回復しない悲しみ〉という3サブカテゴリから成り立ち、自分がこれから先どうなるのか、日常生活で当たり前のようにできていたことが合併症治療のために制限されたり、身体の回復が思うようにいかない辛い気持ちが語られていた。

〈先の読めない不安〉では、A氏は「ちょっとありました不安。何日かかるかな入院して。」など、自分がこれから先どうなっていくのかわからない不安な気持ちが語られていた。

〈絶食で食べられない苦しみ〉では、食事への欲求が強かったA氏は「(検査のために) たまにご飯がなくて、食べられない時がありまして、絶食がしんどかったですね。」と、合併症治療のために食べるという日常生活の当たり前の行為が制限された辛さを繰り返し語っていた。

〈思うように回復しない悲しみ〉では、B氏は「あまりに足が痛いもので、(膝に) 体重が掛かると立っておられん。悲しいことですけど歩行練習の場合じゃない。」と、自分が予想していたよりも遅い回復への悲しみが語られていた。

6) 【治療に耐える】

このカテゴリは〈治療の痛みを我慢〉〈身体を治すために従う〉という2サブカテゴリから成り立ち、対象者自身が自覚している身体の異常を治すために治療の痛みを我慢し、医療者に従っていることが語られていた。

〈治療の痛みを我慢〉では、A氏は「(上部と下部の内視鏡検査は) ちょっと痛かったですね。我慢したって感じです。」と、平然とした表情で素直に治療を受けていたが痛みを我慢していたことを語っていた。

〈身体を治すために従う〉では、A氏は「(上部内視鏡検査は) しこりが治るかな、治るかなと思ひまして(受けました。)」と、知覚した身体の異常を治すために治療を続けている気持ちが語られていた。

7) 【抗精神病薬に頼る】

このカテゴリは〈精神症状が不安定〉〈抗精神病薬は欠かせない〉という2サブカテゴリから成り立ち、不安定な精神症状のため抗精神病薬に安定を図りたい気持ちが語られていた。

〈精神症状が不安定〉では、A氏は「統合失調症なので喜んだり悲しんだり浮き沈みが激しかった。」と、合併症治療に対して精神症状が落ち着かない気持ちが語られていた。また、A氏は「(夜眠れないことは) ないです。眠前に眠らしてもらった。昼間寝て、仮眠してるからそういうこと(不眠)はないです。」と語り、実際は夜間不眠であるという自覚がなく精神症状は不

安定であった。

〈抗精神病薬は欠かせない〉では、C氏は「寝る前にね、寝られんですわ。飲まないとね。精神科の薬は欠かせないことではないですから。寝られんからね。胃腸はまあねえ。良く嚙んで薬も効きますけんねえ。精神科の薬は毎日飲んでます。今日飲んで、今日は飲まないとか、明日はまた飲まないダメですけん。毎日飲みます。必ず毎日寝る前にね。」と、精神状態の安定のために抗精神病薬の服用は1日も欠かせない気持ちが語られていた。

8) 【スタッフへの感謝】

このカテゴリは、〈精神科スタッフの対応が嬉しい〉〈看護師への感謝〉という2サブカテゴリから成り立ち、入院治療中のスタッフの細やかで親切な対応に感謝の気持ちが語られていた。

〈精神科スタッフの対応が嬉しい〉では、A氏は「親切にしてもらって嬉しかったです。みんなに優しくしてもらいました。」と、優しく親切な対応が嬉しかった気持ちが語られていた。

〈看護師の生活援助に感謝〉では、B氏は「(看護師が) 親切に手当てして下さいます。喜んでおります。他になんだい(何にも)ありません。僕は一人ですから。お料理にしろ、また歯磨きにしても、支えてくれますから、カーテンを開けていただいたり、電灯を消していただきますから、僕の手と足となって看護師さんにしてもらってますから感謝しております。」と、両膝の痛みのため自分では行なえないセルフケア行動を援助してもらっている看護師に対する感謝の気持ちが語られていた。

9) 【治療の肯定的受けとめ】

このカテゴリは〈身体回復を実感〉〈回復の喜び〉という2サブカテゴリから成り立ち、痛みを伴う治療への抵抗感を抱きながらも身体の回復による治療効果を実感することで最終的には肯定的に合併症治療を受けとめている気持ちが語られていた。

〈身体回復を実感〉では、A氏は「(治療を) 受けてみて良かったなあって思います。しこりがなくなったんで受けて良かったなと(思います。)」と、実際にはしこりがなかったものの対象者自身が知覚していた身体の異常が消失したことで治療効果を実感できると肯定的に評価していた。

〈回復の喜び〉では、B氏は「(治療を受けて) 日々、これから(身体が)良くなると思うと、嬉しい気持ちでいっぱいです。」と、治療を終えてこれから身体が回復していく嬉しい気持ちが語られていた。

IV. 考 察

1. 統合失調症患者の合併症治療に対する受けとめ

統合失調症患者の語りで得られた合併症治療に対する受けとめの9カテゴリから、統合失調症患者特有の受けとめと、統合失調症患者に限らず一般的な受けとめと共通するようなカテゴリが抽出されたので、考察を述べる。

まず、統合失調症患者特有の受けとめについては、統合失調症患者はそれぞれ何らかの身体の異常を知覚し、その異常を治したいという気持ちが治療動機となって【身体異常の自覚による受療意思】になっていた。B氏の両膝の激痛による治療動機は、悪性腫瘍を合併した統合失調症患者の疾病受容を促す身体的要因として病気による身体的苦痛が疾病受容および治療の同意を促進したという洪勝¹¹⁾の報告と共通していた。しかし、A氏、C氏のように知覚した身体の異常は事実とは異なる場合もあり、自分なりに合併症治療を受ける意味づけをおこなっていた。それは、統合失調症患者は病名を言えても因果関係の理解が難しく、自分勝手な解釈をし、その時々自分の都合の良いように説明する傾向が強いという鶴田¹²⁾の報告と共通する部分が見られた。また、B氏は現在おこなっていない現実的には可能性の低い農業復帰への強いこだわりが治療動機となっていた。このことより、統合失調症患者のもつ固定化した精神症状や特有のこだわりが、身体異常の知覚や治療動機に影響すると考える。しかし、統合失調症患者は統合失調症の長期罹患によって認知力の低下や現実検討能力が低下している場合がある。たとえ治療動機のある統合失調症患者にわかりやすいように説明したとしても検査や処置などの必要性を十分に理解できるとは言えず【治療がわからない】といった場面が見られることが考えられる。そのため、統合失調症患者は合併症治療の理解や苦痛の程度によって【なんとなく治療を受ける】【抗精神病薬に頼る】といった特徴が見られたと考える。A氏、C氏は、合併症治療による痛みや行動制限などの苦痛が小さい場合には、治療の十分な理解が難しくても医療者の言われるように従順に【なんとなく治療を受ける】ことができていた。吉井ら¹³⁾は、治療全般に受動的なタイプには知的レベルの低下した統合失調症患者や精神遅滞が含まれていることを報告しており、【なんとなく治療を受ける】に共通していた。また、統合失調症患者が合併症治療に対して全般的に拒否を示す場合には、常に薬物による鎮静や身体拘束等を必要とすることがある。しかし、統合失調症患者自身も合併症治療に対

して不安や精神症状の不安定さを感じると長年服用し続けてきた【抗精神病薬に頼る】といった対処で心の安定を図ろうとしていることが語りによって統合失調症患者の合併症治療の受けとめの特徴として見出された。

次に、統合失調症患者に限らず共通する一般的な受けとめについては、慢性疾患である統合失調症患者は、他の慢性疾患患者のように治療による制限や身体の回復が長期間かかることで生じる身体的、精神的苦痛から【自分の思うようにならない辛さ】を感じていた。合併症治療による苦痛の程度によって受けとめ方が変化し、苦痛が大きい場合には【苦痛を伴う治療への抵抗感】を感じ、苦痛が自制内であれば我慢して【治療に耐える】といった受けとめに至ったと考える。外見上は平然と合併症治療を受けているように見える場合でも【苦痛を伴う治療への抵抗感】【治療に耐える】といった受けとめをしていた。これは、中村⁴⁾が身体ケアに協力できている場合でも、患者自身が感じているストレスを自覚できない、表出できないことがあると述べていることと共通している部分が見られた。

また、統合失調症患者は一般的に対人関係の構築に困難感を抱きやすいと言われている。そのため、身体的苦痛を伴いやすい合併症治療では、さらに医療者との関係構築は難しいのではないかと考えていた。しかし、治療の過程で医療者から細やかに治療や日常生活の援助を受けることによって身体異常の回復後には【スタッフへの感謝】が語られた。田口ら¹⁴⁾が統合失調症患者に、ある程度の合併症の認識があっても苦痛の症状が伴わないときには、治療を拒否されることもあるため、日々の接触の中で患者との信頼関係を確立することが必要であると述べていることと共通していた。統合失調症の長期罹患における入院および外来治療を経験、継続していたことがスタッフとの良好な関係の構築を容易にできた可能性も考えられる。統合失調症患者の【治療がわからない】【なんとなく治療を受ける】【苦痛を伴う治療への抵抗感】【治療に耐える】【抗精神病薬に頼る】といった受けとめは、一見合併症治療に対して消極的な受けとめにみえる。しかし、これは自我機能が脆弱である統合失調症患者にとって合併症治療による危機的状況から自分を守るためにとっての対処行動の現れであり、患者自身の自己防衛ではないかと考える。

以上のことから、統合失調症患者は、身体異常の自覚が受療意思となって、合併症治療の理解や苦痛の程度による個々の対処の仕方と、スタッフとの関係性の

上で、最終的に身体の回復を実感できたことが【治療の肯定的受けとめ】に至ったと考える。

2. 統合失調症患者が合併症治療に対して主体的な参加を促す看護への示唆

今回の統合失調症患者は、知覚した身体異常が事実とは異なる場合もあったが、固定化した統合失調症の精神症状や過去の経験と関連づけ、治療動機に結びつけていた。統合失調症患者が主体的に治療に取り組むためには、たとえ統合失調症の長期罹患によって固定化した精神症状の影響を受けて事実とは異なった身体の知覚であった場合でも、その意味づけを尊重して大切に受けとめ、治療動機に結びつけられるように関わることが重要であると考ええる。また、伊藤¹⁵⁾は統合失調症には基本的に対応能力を備えているため、治療はインフォームド・コンセントに基づいて行われる必要があると述べている。統合失調症患者は認知機能の低下により合併症治療への理解が困難な場合があるため、患者がわかりやすい言葉を用いて繰り返し根気よく説明を行う必要があると考える。

鶴田¹²⁾は慢性期統合失調症患者の合併症に対する治療態度は個人の置かれた状況や治療スタッフとの人間関係によって決められると述べている。看護師は固定化した精神症状や特有のこだわりの影響を受けながらも統合失調症患者が合併症治療に対する理解や苦痛の程度によって個々の対処行動をとっていることを理解および把握することが必要である。また、統合失調症患者が受けている合併症治療によって伴う苦痛を緩和する援助が必要であると考ええる。さらに、統合失調症患者の日々の日常生活援助を通して信頼関係を確立することが合併症治療の援助をする上で大切であると考ええる。

看護師には、統合失調症患者が自覚した身体異常による受療意思を尊重し、治療に伴う苦痛の緩和や、固定化した統合失調症の精神症状や患者特有のこだわりに配慮した援助を通して、患者との関係性を築きながら、合併症治療の効果による回復の実感が得られるような援助の必要性が示唆された。

3. 研究の限界と課題

本研究の限界は、対象者が一病院の3例と少なく、合併症治療に対する受けとめについての十分な語りが得られたとは言えないことである。しかし、統合失調症患者自身の語りから合併症治療に対する受けとめを明らかにできたことは統合失調症患者の身体合併症看護の一助となると考える。今後は、得られた示唆を実

証するためにデータ数を増やし、統合失調症患者が合併症治療を肯定的に受けとめるプロセスが見出せるように研究の継続が必要であると考ええる。

V. 結 論

統合失調症患者の半構造的面接での語りによる合併症治療に対する受けとめとして、【身体異常の自覚による受療意思】【治療がわからない】【なんとなく治療を受ける】【苦痛を伴う治療への抵抗感】【自分の思うようにならない辛さ】【治療に耐える】【抗精神病薬に頼る】【スタッフへの感謝】【治療の肯定的受けとめ】の9カテゴリが抽出された。看護師には、統合失調症患者が自覚した身体異常による受療意思を尊重し、治療に伴う苦痛の緩和や、精神症状や患者特有のこだわりに配慮して、関係を築きながら身体の回復による実感が得られるような援助の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に際し、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力していただきました対象者の皆様とその御家族の皆様、ならびに精神科神経科診療科長、病棟看護師長、主治医、病棟看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて今後の保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書，4-10，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>，2010/3/9.
- 2) 岩淵正之：身体合併症の医学 合併症とは何か、精神看護，1(4)，20-23，1998.
- 3) 藤井作継，若尾隆紀，中川孝順他：身体疾患治療における治療困難の構造 一分裂病性欠陥の状態にある患者を通して一，日本精神科看護学会誌，44(2)，178-181，2001.
- 4) 中村弥生：身体疾患を合併した精神疾患患者に対する看護の方法 一ケア参加型支援を通した事例報告一，日本精神保健看護学会誌，17(1)，93-102，2008.
- 5) 石橋照子：精神疾患患者で糖尿病合併患者の疾病認識に関する研究，第39回日本看護学会論文集精神看護，173-175，2008.
- 6) 美濃由紀子：がんを併発した精神疾患患者の治療・看護の現状と課題，精神看護，8(1)，18-37，2005.
- 7) 田辺有里子，田中有紀，菊池謙一郎：がんを併発

- した精神疾患患者の看護において症状発見を困難にする要因. 第40回日本看護学会論文集精神看護, 54-56, 2009.
- 8) 浜中敏恵, 谷脇貴美子, 中山美奈他: 身体合併症をもつ精神科患者に対するベテランナースのケア介入. 第35回日本看護学会論文集精神看護, 165-167, 2004.
- 9) 石橋照子: 精神科看護師による身体合併症への気づきのプロセス —修正版グランデッド・セオリー・アプローチを用いて—. 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 104-112, 2006.
- 10) 石橋照子, 岡村 仁: 精神疾患患者のイレウスの早期発見につながる観察方法. 日本看護研究学会雑誌, 29(1), 73-78, 2006.
- 11) 洪 勝男, 木村 大, 赤田弘一他: 悪性腫瘍を合併した統合失調症患者の疾病受容. 成田赤十字病院誌, 11, 25-28, 2009.
- 12) 鶴田 聡: 分裂病者の身体合併症に関する病識と治療態度. 臨床精神医学, 27(3), 296, 1998.
- 13) 吉井由香, 越智敦子, 佐井敦子他: 精神疾患患者に対する身体合併症の治療継続に影響を及ぼす要因 —外科的治療目的で当科に入院した集団特性から—. 日本精神科看護学会誌, 46(2), 260-263, 2003.
- 14) 田口アサ, 丸山ミヨ, 斉藤慶子: 精神科における身体疾患患者の看護基準について. 看護技術, 30(9), 48, 1984.
- 15) 伊藤隆雄: 精神障害者の身体合併症の倫理 精神科医療におけるインフォームド・コンセントの限界について. 医学哲学倫理, 16, 112-122, 1998.

(受付 2011年8月10日)

