

A Study of the Creation of a Multilayered Framework for Understanding the Difficulties of Life of Patients with Mental Disorders : Using nurses' emotional experiences as clues

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2023-03-31 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 松原, 涉, 畑, 吉節未, MATSUBARA, Wataru, HATA, Kiyomi メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.20608/00001198

原著

精神障害をもつ患者の生きにくさの理解における 多層的枠組作成の一考察

— 看護師の感情体験を手がかりにして —

松原 渉¹⁾ 畑 吉節未²⁾

A Study of the Creation of a Multilayered Framework for Understanding the Difficulties of Life of Patients with Mental Disorders

—Using nurses' emotional experiences as clues—

Wataru MATSUBARA¹⁾ and Kiyomi HATA²⁾

要旨

- 【目的】 精神障害をもつ患者の生きにくさの理解を看護師の感情体験から多層的枠組を作成し検討する。
- 【方法】 看護師に半構造化面接を実施した。慢性期病棟、急性期病棟、外来の部署別で逐語録を起こし意味単位で全て抽出し、生きにくさが述べている文脈に着目しコード化する。次に部署ごとにコード化したものが「社会」「組織・状況」「個人」の観点のどこから述べたものかで読み取り、さらに3分類する。分類したコードを類似性に基づき抽象度を上げサブカテゴリ、カテゴリを生成する。
- 【結果】 慢性期病棟は【社会的弱者の立場】【長期入院生活の立場】【孤立無援の立場】、急性期病棟は【社会防衛的立場】【行動制限の立場】【只中の危機的立場】、外来は【社会保護的立場】【継続観察的立場】【自己責任論】の多層的枠組を作成した。
- 【結論】 枠組検討で患者の生きにくさを見ていくと、多様な場における見解が俯瞰でき理解を深める一助になることが示唆された。

キーワード：精神障害をもつ患者、生きにくさ、多層的枠組、感情体験

Abstract

- 【Purpose】 Create and examine multilayered framework for understanding difficulties of life of patients with mental disorders based on nurses' emotional experiences.

1) 神戸常盤大学短期大学部看護学科通信制課程 2) 岐阜保健大学大学院看護学研究科災害看護学領域

- 【Method】** Semi-structured interviews were conducted with nurses. Verbatim is recorded in each department of chronic care ward, acute care ward, and outpatient department, and all are extracted in semantic units, and context in which difficulty of living is stated is focused on and encoded. Next, codes for each department are read and further classified into three categories according to where they are mentioned from viewpoints of “society”, “organization / situation”, and “individual”. Abstract classified code based on similarity to generate subcategories and categories.
- 【Results】** A multilayered framework was created for chronic care wards with “socially vulnerable standpoints” “long-term hospitalization” “isolation and helplessness” acute care wards with “social defense standpoints” “behavioral restriction positions” “crisis standpoints” and outpatient wards with “social protection standpoints” “continuous observational positions” “self-responsibility theory.”
- 【Conclusion】** It was suggested that looking at difficulties of patients’ lives in framework study would help to deepen understanding by providing bird’s-eye view of views in various settings.

Key words: Patients with mental disorders, Difficulty in living, Multi-layered framework, Emotional experiences

1 はじめに

精神障害をもつ患者の特性として、生きにくさを抱えていることが知られている。青木¹⁾も“精神障害者は、幻覚や妄想等の疾患、思考や対人関係の苦手等の障害、さらには、自らが持っている内なる偏見や周囲から受ける外なる偏見等の生きづらさを抱えている”と述べている。さらに、青木²⁾は“概して精神障害者の生きづらさはわかりづらい。なぜなら、見た目と経験則によって理解しづらいからである”とも述べている。武井³⁾は、精神障害をもつ人の病の体験と精神看護で、“生きにくさとは、自分らしく生きたいという人間本来の欲求を妨げられた状態であり、生きにくさの陰には自分ではどうすることもできない葛藤が存在する”と述べている。また、「生きづらさ」ではなく、「生きにくさ」という言葉を使う理由として、武井⁴⁾は、“生きづらさという言葉では、問題が個

人の「つらさ」にあるように聞こえるからである。一方、生きにくさには、その人を生きにくくさせている環境側の問題が含まれている”としている。小宮ら⁵⁾は、プロセスレコードを通してのリフレクティブな感情の交流ではあるが患者の生きにくさに到達するために、“精神障害をもつ人がかかえる「生きにくさ」には感情の問題（葛藤）がひそんでいる（中略）。かかわる人にとっては疑問・驚き・当惑・いらだちといったネガティブな感情として、まず体験されるのである”と述べている。また、小宮ら⁶⁾は、記録はサポートのツールであるとして、“その気持ちをすなおに見つめて、それはなぜかをたどっていけば、おのずから患者の生きにくさに到達するのだが、これを1人で行うには限界がある”と述べている。看護師の感情体験を手がかりにして、患者の生きにくさの抽出の試みはプロセスレコードを用いた事例検討で使われている。しかし、その生きにくさの捉え方や理

解は、教育現場の学生や、臨床現場の看護師でも難しいと研究者らは日頃より感じている。

一方、感情体験は相互作用により「個人」だけではなく、「組織・状況（医療の場）」、「社会」にまで連鎖している可能性がある。多層的な関係について、精神科医療の場ではないが、貴戸⁷⁾は、不登校や引きこもりの「関係的な生きづらさ」のタイプをめぐり、“「市場」と「社会」、「当事者」の立場から枠組”を提示して説明している。昨年度、松原ら⁸⁾は、言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する実態の分析で、「個人」と「組織」の立場から報告しているが、「社会」からの立場の報告は不十分である。これまで、精神障害をもつ患者の生きにくさに関する報告は多い。しかし、患者を取り囲む関係者全体、すなわち「個人」だけではなく、「組織・状況（医療の場）」、「社会」の立場から俯瞰して多層的に検討している文献は見当たらない。また小宮が指摘している通り、看護師の感情体験を手がかりにして、精神障害をもつ患者の生きにくさの理解を目指した報告も見当たらない。

精神障害をもつ患者の生きにくさの理解について、慢性期病棟、急性期病棟、外来という3か所で勤務する看護師の感情体験を糸口にして、それぞれの部署で示される現実の問題を抽出し、それらが「個人」、「組織・状況（医療の場）」、「社会」という、どの立場の観点から述べられたのかで分類し検討したいと考える。患者の日常生活で最も多く接する職種の看護師がどのような思いをもち、どのような葛藤を体験しているのかという感情の問題から、患者の生きにくさの陰にある現実問題を辿っていけば、よりホリスティックに問題の全体像を明らかにできると考える。精神障害をもつ患者の生きにくさの陰にある現実問題の概要が明らかになれば、精神障害をもつ患者の理解や支援のあり方のための基礎的資料になると考える。

そこで、精神障害をもつ患者の生きにくさを、看護師の感情体験を手がかりに、可視化できる枠

組を作成して、生きにくさをもつ患者の理解を問い直したいと考え、今回の研究に取り組んだ。

II 用語の操作的定義

「生きにくさ」とは、本研究では、武井⁹⁾の定義を用い、その人がその人らしく生きたいという欲求を妨げられた状態で当事者自身ではどうすることもできない葛藤を体験しているさまとする。

「感情体験」とは、本研究では、看護師個々が自分の言葉で研究者らに語った通りの情緒的体験であると定義する。そのなかで、本研究におけるネガティブな感情体験とは、小宮ら¹⁰⁾の定義を用い、精神障害をもつ患者とかかわる看護師にとって、疑問・驚き・当惑・いらだちといった感情を体験としているさまとする。

「多層的枠組」とは、本研究では慢性期病棟、急性期病棟、外来という3つの部署別で精神障害をもつ患者の生きにくさの陰にある現実問題について、「個人」、「組織・状況」、「社会」という観点からどのように見え方が変化するかを言葉の暴力を受けた看護師のインタビュー調査で得たデータから読み解いて抽出したものとする。精神障害をもつ患者の生きにくさの陰にある現実問題は、単なる精神症状ではなく人間社会の関係性から生じている孤独感や隔絶感、偏見や不当な扱いなど、日常生活のなかで「社会」との相互作用によっておこるものであると捉える。また、本研究における「多層」とは、精神障害をもつ患者の生きにくさに関連する諸要素について、哲学的・歴史的・社会学的・心理学的・看護学的な観点から考察の中で深める側面も含める。精神障害をもつ患者の生きにくさは、患者・看護師・医師その他のスタッフ・家族・社会の関係とコミュニケーションのなかで生じている。それゆえ、精神障害をもつ患者の生きにくさの理解に対する研究では、「個人」だけでなく、「組織・状況」、「社会」という観点からの探求が不可欠である。

III 研究方法

1. 対象

近畿地方の民間立精神科病院で働く12人の看護師

2. データの収集方法

精神科病院の看護部長に研究協力を依頼し看護師の紹介を受けた。その後、研究者が直接、研究協力を依頼し承諾の得られた看護師を研究協力者とした。プライバシーが確保できる個室で、インタビューガイドにそってインタビューした。半構造化面接法で行った。質問内容は、看護師のネガティブな感情体験を聞き取るため、暴言や罵声を受けた状況、その時の感情体験と対応や患者から暴言や罵声を受けた時に、許容できる状況と許容しがたい状況にはどのような違いがあるか、精神科勤務でどのようなジレンマを抱くことがあるか、精神科病院に就職した理由、精神科の将来像で期待することなどである。なお、面接内容は、研究協力者の許可を得たうえでICレコーダーに録音し、

逐語録にした。インタビュー内容は表1に示した。

3. データの分析方法

データの分析は、帰納的質的研究方法を用いた。慢性期病棟、急性期病棟、外来の部署別で、以下のデータ処理を行う。面接内容から逐語録を起こし、意味単位ですべて抽出し素データとした。素データとして抽出したものから、看護師がどのような思いをもち、どのような葛藤を体験しているのかという感情の問題に着目しながら、患者の生きにくさの陰にある現実問題について述べられている文脈に着目しコード化した。生きにくさの陰にある現実問題とは、例えば、「面会もあまりないというのはね。生活用品ひとつにしてもね。」などの看護師の当惑・疑問・驚きなどの感情体験のなかで示されている現実的な問題であり、家族の面会がなく孤立しているという心理社会的問題等の語りである。抽出したコードを類似性に基づいて分類し、抽象度を上げサブカテゴリ、カテゴリを生成した。次に部署別で抽出したカテゴリのもつ

表1 インタビューガイド

<ul style="list-style-type: none">・過去に患者からの暴言や罵声を受けたのはどのような状況でしたか。・患者に対してどのような感情や、思いを抱きましたか？・この時、どのような対応をしましたか？・感情はその後どうなりましたか？・暴言や罵声は続きましたか。・どのように思い、どのように対応しましたか。・患者から暴言や罵声を受けた時に、許容できる状況と許容しがたい状況にはどのような違いがありますか。・暴言は「言葉の暴力」だと思いますか。・繰り返される暴言や罵声と患者の権利擁護のはざま、どのようなジレンマがありますか <ol style="list-style-type: none">① 精神科病院に就職した理由はどのようなものですか、自らの希望ですか。② 精神科勤務の中で何かジレンマがありますか。③ 精神科の将来像で何か期待することがありますか。④ 精神科病棟のやりがいは何ですか。今後も精神科看護を続けたいですか。

意味について、「社会」、「組織・状況」、「個人」の、どの観点について述べられたものかに分類しカテゴリ間の関連性について検討する。なお、結果の妥当性を確保するために、質的研究の熟練者に分析結果を提示し審議した。

倫理的配慮

研究協力者には、研究者より研究目的と内容、結果の公表、自由意思での研究参加、匿名性の保持、個人情報の保護、インタビュー中の倫理的配慮を口頭で説明し、書面にて同意を得た。同意書とインタビューデータは、研究者のロッカーに施錠保管し、学外への持ち出しを禁じた。なお、インタビューデータは個人とデータの識別が不可能な状態とし、逐語録はインターネット接続のないパソコンで作成した。なお、本研究は神戸常盤大学短期大学部研究倫理委員会の承認を得て実施した。(第17-07)

IV 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は12名の看護師で年代は30代～60代、男女比は6:6、精神科看護経験年数は3年から28年であった。所属は慢性期病棟が8名、急性期病棟が2名、外来が2名であった。インタビュー時間の平均は一人当たり約50分であった。それぞれの部署の研究協力者はインタビューガイドにそって語った。研究協力者の概要は、表1のインタビューガイドの最後の4項目(①②③④)について、それぞれが語ったものを、表2、表3、表4に示した。

2. 部署別の暴言や罵声を受けた女性看護師の感情体験の代表例

部署別の代表例であるが、暴言や罵声を受けた女性看護師は当惑やいらだちなどのネガティブな感情を抱いていた。しかしそのネガティブな感情

が解消に至るまでの経緯が異なっていた。慢性期病棟の看護師B氏は長期入院患者から「あんたらの給料は私が出しとんやで…金、返せ」などと長期にわたって執拗な暴言と謝罪が続くため、ネガティブな感情体験が続き「私たちは耐えています」と語った。急性期病棟の看護師I氏は訳の分からない男性患者の執拗な暴言でネガティブな感情体験になった。謝罪文をもらったが、その後も攻撃的な言動がありネガティブな感情が続いた。しかし、患者の定期的な退院によって解消されたという。外来看護師のL氏は、診察時間に不満をもち外来ホールで迷惑行為をする患者から、卑猥な暴言を受けた。患者は飲酒していて多動多弁であった。午前中の業務がつぶれるほどの騒動であったが、警察などの社会資源を使って早期にネガティブな感情体験を解消できていた。それぞれの場の暴言や罵声を受けた看護師のネガティブな感情体験が解消する経緯の違いは、患者の実際の院内滞在時間の差も関係していた。部署別の暴言や罵声を受けた女性看護師の感情体験の代表例を表5に示した。なお、意図的に女性看護師を対象者とした理由であるが、表4で示した通り、外来は女性看護師のみの配置である。また、暴力体験の受け止め方に関する先行研究をみても、女性看護師を対象としている報告が散見されている¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。場の違いの比較で共通条件を確保するため、女性看護師のみを対象者にした。

3. 分析結果

看護師の感情体験の語りから抽出し、9個のカテゴリと18個のサブカテゴリを生成した。

1) 主に慢性期病棟看護師の語りから抽出したカテゴリ3個とサブカテゴリ6個

・【社会的弱者の立場】

<スティグマ><無力感>

「社会」に対して語られたのは、長期入院患者の退院支援に対する社会側の受け入れ態勢の不備で

表2 研究協力者（慢性期病棟看護師）の概要

経験 性別	①就職 理由	② ジレンマの語りの例	③将来像	④やりがい
A 3年 男性	実習病 院だっ た	・隔離とかも全部、受け持ちで合せて30人くらい、もちますよ。日勤で患者が47人ほどいて、看護師4人位なので・・・夜勤だったら看護師1人と看護助手1人ですね	夜勤体制；安 全、安心な人 員配置	表情や細かい患者の変化 を見逃さない。本当の気 持ちがわかりやすい
B 10年 女性	精神看 護がし たい	・スタッフには、「あんたらの給料は私が出しとんやで、あんたらの給料は私がおるからでるんやで、金、返せ。」それはすごく言われます。・・・私たちは耐えています。	その患者に あった居場 所の確保	ゆっくりコミュニケーションがとれる時間がある
C 6年 男性	勤務条 件（家 庭との 両立）	・精神科の患者さん全員になんか権利、権利といわれると・・・違和感がありますね。わかっていて言っているのかな、こういう人の場合は、他の人とは違う感情がわきます。	一般科と同 じく精神科 も地域に戻 れるように	生産業とかノルマとかで なく人間対人間で成長で きる
D 17年 男性	勤務条 件	・整容とか、説明して顔が汚れているから拭こうとか、声をかけているが、その時にそこで手が出てきたらちょっとイラっとしてきます。様子を見て対応しています	退院可能な 患者への支 援	笑顔で退院する患者さん の姿をみること
E 19年 女性	勤務条 件	・なんでこんなことをいわれな、あかんのか、なんで叩かれなあかんのか、年をとると、あきらめが強くなる。今更、どこの病院にかわれる？	昔のように 患者に色々 な役割を持 たせたい	本音対本音、ここまでき たらしんどい。つらいだ ろうなという気持ちで向 き合える。深い付き合い
F 19年 男性	看護師 （親） の紹介	・高齢化になって、今は精神科病棟にいますが、治療のいる肺炎患者も回ってきていて老人がすごく多いです ・話は相手が納得するまで聴いて応答していますが、同じ要求を何度も上乗せで、来られたら・・・困ります。	身体合併症 患者が増え ているので 備えが必要	一人ひとり、個別性があ るので面白い。人間なの で皆、違うから面白い
G 1年 女性	勤務条 件	・一般科では帰れるところがないといいながら、次の段階があるからいいですけど、精神科ってもう、そこで止まることがある。 ・一般病院の経験しかない私には理解ができない体験があり甘かった。切なかつた。多分、精神科の看護の対応も私がとても分かっていないところもあるやろうし	長期入院患 者は私が考 えても仕方 がないこと で。医療全般 で・・・	精神遅滞患者が、じっと 私を見ていて名前を呼ぶ と返事があり、その顔を見 ると笑顔になれる、
H 9年 男性	働きな がら資 格取得 が理由	・「お前ら、俺らの金で飯、食っているんやからな」と患者さんに文句、言われて、その人にちゃんと対応しているのいわれて、言い返しはしなかったんですけど。 (患者と看護師の人権問題の葛藤)	バックポー ンが違う。個 別性の看護 を深めたい	退院された患者さんから、「あの時はお世話になった」といわれたこと、 このまま続けて深めたい

* 「経験」は精神科勤務の経験年数を示す。

* 番号①～④はインタビューガイドに準じる。

表3 研究協力者（急性期病棟看護師）の概要

経験 性別	①就職 理由	②ジレンマの語りの例	③ 将来像	④ やりがい
I 7年 女性	精神看護がしたい	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的にも、やっぱり、受け入れ態勢がなかなか整わない。一般の方の意識がまだまだ、低いと思う(偏見) ・なかなか、国の政策にも追いつかないような状況もあるのかなと思いますし、そうですね、一人でも多くの人が社会に適材適所というか、戻っていただきたいなという思いは強いんですけども、なかなか、やっぱりね、スムーズにね、受け入れ先の施設がなかなか、すすみませんよねー。そういった意味でのジレンマはありますけどね ・実際、ここで働いていたらそういう関りが難しい人にもね、関わっていかない場面が、こうやって出てくるんでね。その対処の仕方なんか、ストレスの解消法なんかは自分で身に着けていかないと、今後もいちいち、ストレスを抱えていたら、やっていけない職業だなど思うので、どうにか、解消できるような方法、もちろん、自分でもするけども、その職場的にもなんか、やっていただけたらありがたいなあー 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活訓練の場があったらいいなあ ・社会的偏見の改善 ・病院自体にも職員のカウンセリングとかが、あったらいいなあ 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期はよくなって、落ち着いて帰る。ちょっと嬉しくなります。変化が見えやすい ・私たちは自分の関わりで患者さんがよくなってくれるって、私は信じているんですよ。それがなんか、精神科のいい所であり、統合失調症の疾患とかであれば、すごい未知の感じがして、やっぱり奥が深いような気がするので、
J 5年 男性	勤務条件	<ul style="list-style-type: none"> ・殴られて、突き飛ばされて・・・突き飛ばされるぐらいは別に何ともないんで。まー、心のダメージが、まー、そんなに深くなかったんで・・・その時、そういうダメージの時に、続けるかどうかは、ちょっと、わからないですね。まー、年も年なんでわからないですけど、やっぱり、そこまでして続けなアカン仕事なのか、まー、高いモチベーションで看護師になったわけではないんで、昔から看護師になりたかったみたいな人もいますけど、けっして、そういう者でもないんで ・リピーターじゃないですけど、また、戻ってくると、士気が下がりますね(回転ドア症候群、再発の脆弱性) ・身体的苦痛を訴えてくるのが少ない。妄想とか、精神的なものに捉われ・・・見落としやすい。(観察力) 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院患者が地域社会で定着できるような支援 ・精神科看護が身体看護と同じレベルで展開ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんの気持ちと折り合いをつけているが精神科はわかりにくい。身体の方がわかり易い。ここに長くいるかどうかわからない。 ・ここでの嫌なことは忘れること、家に帰ったら酒でも飲んで忘れること、覚えていてもいいことはない。どうしようもないときは上司に相談して休みをもらっている。

* 「経験」は精神科勤務の経験年数を示す。

* 番号①～④はインタビューガイドに準じる。

表4 研究協力者（外来看護師）の概要

経験 性別	①就職 理由	②ジレンマの語りの例	③将来像	④やりがい
K 19年 女性	老人ケア志望 入職する。 家庭との両立	<ul style="list-style-type: none"> ・外来ホールで外来患者同士の喧嘩がある。お金の貸し借りが原因でトラブルになって一人は酒気帯びであった。看護師が警察を呼ぶかという、喧嘩を止めた。とりあえず、記録には時間や出来事を残しておいた。 ・看護師が医療保護入院予定の患者と一緒に付き添わないといけない時があった。患者から「なんのためにお前ら、おるんや」とか、言われた。時間稼ぎで良かれと思って、「昔、どんな仕事、してはったんですか」というような感じで聞いたら、「なんでお前にそんなこと、言わなあかんのじゃ」とか、やっぱり、ちょっと、認知的なことがあると、そういう返答が返ってくるがありますね。心の中で「ごめんなさい」と思いながら、早く病棟から迎えが来てくれないかなと思いました。 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人が好きで来て老人と多く接することができるのでこのままでよい 	<ul style="list-style-type: none"> ・やっぱり入院当初の患者さんの精神状態は、暴言、暴力、暴れる方が内服や色々、コミュニケーションをするにあたって、徐々に落ち着いてきて幻覚・妄想状態から現実に戻ってくるという過程が面白い。
L 21年 女性	精神看護がしたい	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度から師長になって、マンパワー不足というの、わかるんですよ。でも、やっぱり、立場的にいったら、経営的なほうにも参画しないとけない。そしたら、〇〇で人は足りていると言われて、一生懸命、もうちょっと、人を雇ってほしいということを、こっちはやっぱり、スタッフの見えないところで一生懸命、私たちが努力はしているんですけど、やっぱりスタッフが思うようにいかない、その思う状況にしてあげられないことに対するジレンマとか、・・・ ・患者さんの状態が悪くて暴れる、そこで骨折をしたりとか、そういうのをみたときに、あの精神科のスタッフといっても本当に看護師とか、介護士、一番、身近に一番、長く、患者さんと暮らす私たちは、人権というか、そういうのを守られていないと思う時がありました。 ・飲酒して外来受診した患者が、診察時間が短かったことに腹を立ててホールで暴れた。看護師が止めに行くと、「キスしてくれたらやめてやる」などと言われて半日、つぶれた。・・・結局、警察に依頼し保護してもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・マンパワー不足の不満問題の解消に努めた 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科だったら、私、自分がずっと夜勤をして病棟で勤務していたら、子供の寝顔をみなくても、巡回で1時間に1回、患者様は見に行くので、子どものことより患者様のことのほうが知っていて、自分の家族は患者さんじゃないのかと思ってた時もあったぐらい、深い付き合いができる。天職だと思っている。 ・研究発表（投稿）

* 「経験」は精神科勤務の経験年数を示す。

* 番号①～④はインタビューガイドに準じる。

表5 部署別の暴言や罵声を受けた女性看護師の感情体験の代表例

	暴言を受けた状況	看護師の感情体験	看護師の対応
慢性期病棟B氏	女性患者、病棟のボス……。看護師の個人的な身体的なことなどを酷く罵り、蔑んでくる。その他、「あんたらの給料は私が出しとんやで、あんたらの給料は私がおるからでるんやで、金、返せ。」「お前、主任なんか、向いてないわ」など、大声で罵ってくる。その後、謝りに来る。それが何年も繰り返して続いている。(堂々巡り)	私たちは耐えています。謝ってくるのも腹が立ちます。この人はうちの病棟にいる人ではない。自由が利くところへ促しても応じない。	カンファレンスをして一貫した対応をしている。病棟組織で問題解決を目指しているが、長期間、改善されない。
急性期病棟I氏	男性患者より突然、訳もなく「お前が、お前」と指をさされて、怒声を浴びせられる。その後、謝罪文の手紙もいただくが、相変わらず指をさしてくるなど、攻撃的な言動がみられ、ネガティブな感情は続いた。	理由がわからない。しつこい。嫌ですね。患者の退院までモヤモヤ感情が続く。当該患者が退院後、モヤモヤ感情が解消する	男性患者には一貫して男性看護師が対応。安心して療養してほしいので、私が刺激になっても行けないので・・・距離を置く。男女混合病棟の中で、男性患者は男性看護師、女性患者は女性看護師という分業体制で対応
外来L氏	酒気帯びの男性患者が外来受診に来て、診察時間の短さに対して不満をもち、ホールで迷惑行為。看護師が制止しにいくと「じゃ、あんたが○○すてくれたらやめてやるわー」などと、卑猥な言葉が吐かれる。多弁多動	言っていることがあまりにも低俗すぎて、馬鹿にしているのか、ここは飲み屋ではないぞ。	午前中がつぶれるほど、業務が停滞したため、警察に依頼し、保護してもらおう(社会資源の活用)

あることから【社会的弱者の立場】のカテゴリと<スティグマ><無力感>のサブカテゴリが抽出できた。

・【長期入院生活の立場】

<ミスマッチ><家族との疎遠>

「組織・状況」に対して語られたのは、長期入院生活をもたらした高齢化や家族状況の変化等による退院後の受け入れ条件が整わないことであることから【長期入院生活の立場】のカテゴリと<ミスマッチ><家族との疎遠>のサブカテゴリが抽出できた。

・【孤立無援的立場】

<自製の困難さ><関係の失調>

「個人」に対して語られたのは、長期入院患者とのコミュニケーションの障害であることから【孤立無援的立場】のカテゴリと<自製の困難さ><関係の失調>のサブカテゴリが抽出できた。

2) 主に急性期病棟看護師の語りから抽出したカテゴリ3個とサブカテゴリ6個

・【社会防衛的立場】

<自傷の恐れ><他害の恐れ>

「社会」に対して語られたのは、急性期病棟に入院する患者は自傷他害の恐れがあり、社会側の防衛であることから【社会防衛的立場】のカテゴリと<自傷の恐れ><他害の恐れ>のサブカテゴリが抽出できた。

・【行動制限の立場】

<易刺激性の苦痛><閉鎖処遇>

「組織・状況」に対して語られたのは、急性期病棟の入院患者では過敏になっている神経を休めるため、閉鎖処遇が必要な場合があることから【行動制限の立場】のカテゴリと<易刺激性の苦痛><閉鎖処遇>のサブカテゴリが抽出できた。

・【只中の危機的立場】

<精神的混乱><危険行為>

「個人」に対して語られたのは、急性期病棟の入院患者は状態変化が著しく、命の危険性もある場合があることから【只中の危機的立場】のカテゴリと<精神的混乱><危険行為>のサブカテゴリが抽出できた。

3) 主に外来看護師の語りから抽出したカテゴリ3個とサブカテゴリ6個

・【社会保護的立場】

<SOSの不得手><救いの担い手探し>

「社会」に対して語られたのは、病気をもちながら地域社会に暮らす人が病気によって生活を脅かされた場合の医療と保護であることから【社会保護的立場】のカテゴリと<SOSの不得手><救いの担い手探し>のサブカテゴリが抽出できた。

・【継続観察的立場】

<受診の縛り><状態変調の懸念>

「組織・状況」に対して語られたのは、病気をもちながら地域社会に暮らす人はうまく症状と付き合いながら生活をコントロールすることだから【継続観察的立場】のカテゴリと<受診の縛り><状態変調の懸念>のサブカテゴリが抽出できた。

・【自己責任論】

<自己管理><自己責任>

「個人」に対して語られたのは、病気をもちながら地域社会に暮らす人が自由だけでも自己責任を伴う地域生活の困難さにうまく適応することだから【自己責任論】のカテゴリと<自己管理><自己責任>のサブカテゴリが抽出できた。

表6 慢性期病棟看護師が語られた「患者の生きにくさ」の陰にある現実の問題

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
社会的弱者の立場	スティグマ (社会的烙印) 無力感	<ul style="list-style-type: none"> ・一般の方の意識がまだまだ、精神科の患者さんは怖いとか、そういう意識の方がまだまだ強いんじゃないかな ・社会的にも、やっぱり、受け入れ態勢がなかなか整わない。 ・やっぱり、リピーターじゃないですけど、また、戻ってくると、また同じかーになると、僕は士気が下がりますね。 ・高齢化になってきて、今は療養と精神科病棟にいますけど、治療のいる肺炎とかの老人も・・・すごく多いですね。だから、認知症の人がだいふ、いますね。
長期入院生活の立場	ミスマッチ 家族との疎遠	<ul style="list-style-type: none"> ・長年、激しい暴言を吐く患者がその後、すぐに謝罪を繰り返す ・その気になれば社会復帰施設は探せるのに、やる気がない ・もっと自由になれる場所にいったらと言っても「ここにいたい」という。ここにいたら安心というのもあると思います ・髭剃りや洗面で生活指導すると暴言を吐かれる患者もいます。 ・洗髪を拒否され何か月も洗っていない患者さんがいます。 ・金銭管理ができない。あつという間に衝動買いで使ってしまう ・ベテランの看護師さんとかは上手にされているのを見ると、どこが違うのかなあって思いますけど。 ・面会もあまりないというのはねー生活用品ひとつにしてもね。 ・面会のあった他患者に対し嫉妬して、他の患者とグルになって・・・ ・看護師が患者の家族に電話してもつながらない ・娘とも音信不通で寂しい面もあると思います。 ・何年も面会もありません
孤立無援的立場	自製の困難さ 関係の失調	<ul style="list-style-type: none"> ・タバコ一つ、とつても、すごい訴えてきはりますし。食事だったりおやつだったり、・・・精神科特有だと思いましたね。 ・そう、言いたい放題やし・詰所に預かっているお金がないのに ・自分が尿失禁してしまったことを、『あんた、水、かけたから、こんなことになった』という。 ・容姿を罵ってくる。その後、謝ってくる。それが何年も続いている ・あんたら誰のお陰で飯、食えるのか。私のお陰やで・・・ ・『指輪があったがなくなった。返せ』と、私について回る。 ・病気だと納得しようとするけど、根本はわがままで性格もあると思うけど、普通の人はいわないから病気かなとも思う ・外でこんなことをいったら大変というのがあるから、外に行くのが怖いというのがあるのかもしれないね

表7 急性期病棟看護師が語られた「患者の生きにくさ」の陰にある現実の問題

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
社会防衛的 立場	自傷の恐れ 他害の恐れ	<ul style="list-style-type: none"> ・私を慕ってくれた患者さんが自殺してすごく気分が落ちこんで・・・ ・トイレに入って自分の頭髪を抜いたりする人も ・話していたら突然、興奮しだして、首絞められかけられて・・・ ・「人を殺したって精神障害者だから守られている」といわれた。 ・「なんや、お前」みたいな感じで、暴言を受けて、突き倒され・・・ ・「お前、なめとんか」と胸ぐらをつかまれ振り回される。 ・「お前、殺すぞ」「家族、どうなるか覚えとけよ」といわれた。 ・食べるというから配膳すると蹴飛ばされる。それを拭いていたら「お前、その姿、よく似合うなー」といわれる。
行動制限の 立場	易刺激性の 苦痛 閉鎖処遇	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉一つで豹変される時もあるんですね。普通に話していてもね、 ・あのう、睨みつけるとか、「あいつがあいつが」みたいな感じで、 ・ずっと指さされたりとか。いつ、怒鳴られるかというストレス、 ・薬に対して『毒、入れたやろ』と不快感で責められたらしんどい ・自分から隔離室に入りたいという患者もいます ・規則違反を患者に指導していたら、いきなり殴られました ・隔離室にいて状態が悪い人が、コントロールしたらいい人になって退院していく。 ・閉鎖病棟は開放病棟より安全です。鍵がかかっているから持ち込みもチェックできるから ・うちの病棟は隔離室が〇室、あります ・入院したくないのに、入院させられる患者さんとかも・・・
只中の危機 的立場	精神的混乱 危険行為	<ul style="list-style-type: none"> ・精神的に混乱するから、薬でよくなれば人が変わるから、 ・だんだん悪くなって暴力は暴力でしょうから、精神症状からくる、怒りや不満からくる暴力、何できているからという、精神的なものがあるから、暴言・暴力につながる。コントロールできたらつながらない。病気が言わせているということ、そう思わないと仕事ができない。 ・その人の、今の状態が悪いんだっていうふうに思います。 ・例えば幻聴に支配されて、病識が全くない患者もいます。 ・他患者に熱湯をかけたりとか、危険な行為をよくしよって・・・ ・患者さんの状態が悪くて暴れる、そこで骨折をしたりとか・・・ ・保護室でコミュニケーションしていたら突然、首を絞められた ・仕事とはいえ、そんなけがをしたり暴力を受けてね、 ・骨折やうつ病になった看護師もいた

表 8 外来看護師が語られた「患者の生きにくさ」の陰にある現実の問題

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
社会保護的 立場	SOS の不得手 救いの担い 手探し	<ul style="list-style-type: none"> ・逆に精神科はなんでも精神症状にしてしまったら身体疾患の見落としがあります ・目に見えないけど、精神症状は波がありますので ・その人の、今の状態が悪いんだっていうふうに思います。 ・病気がそうさせていると自分が思っているから ・訴えがなく、異常が分かった時には手遅れ状態もあります ・患者様から、もし暴言とか暴力を受けても、それに対して冷静でいなければいけないと思っている ・耐えなければいけない、看護師役割を果たさなければいけない。 ・幻聴が聞こえていて、爪をたてられたりとか、抵抗されるじゃないですか。特に理不尽な暴力を受けたわけではなくて疾患によるものだと思っているので、あまり自分でも、そのつらいというか、この人のほうがつらいかなと思うんですよね。 ・暴言みたいなこと言われても、別に腹がたつことはないです。
継続観察的 立場	受診の縛り 状態変調の 懸念	<ul style="list-style-type: none"> ・外来では患者本人だけでなく家族や職場の同僚が一緒に来ている ・本人が来れない場合は家族が代行で薬をもらいに来て受診・・・ ・3か月サイクルで入退院され、また、1年後とかに来て。来るときは調子が悪くてよくないし ・患者さんですしね、治療中ですので・・・ ・医療保護入院の場合、病棟から迎えが来るまで不安、外来なので外とつながっていて逃げようと思えばできますので ・病棟と違って何でも持ち込めます、数年前、殺傷事件がありました
自己責任論	自己管理 自己責任	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬中断して調子が悪くなり再入院のパターンもありますね ・退院したら治ったと思って薬を飲まなくていいという人も・・・ ・薬を一生、飲み続けるのは難しい・・・ ・医師から外来受診の予約時間を守れない強迫性障害をもつ患者の生活指導を外来看護師に依頼され外来の約束時間に遅れて、受診できず帰ってもらいました。よくなるまで大変でした。 ・飲酒して外来受診に来られたアルコール依存症患者が・・・言っていることがあまりにも低俗すぎて、馬鹿にしているのか。ここは飲み屋じゃないぞ。警察の方に対応していただいて、 ・外来ホールで飲酒した患者が大声で他患者を殴り（金銭トラブル） ・何かあっても患者さんだけが守られるのは、なんて法律なんだろうと、ちょっと、思っていた時もありました

V 考察

今回の研究協力者のインタビューで抽出できた9個のカテゴリと18個のサブカテゴリについて、以下、考察する。

1) 主に慢性期病棟看護師の語りから抽出したカテゴリ3個とサブカテゴリ6個

・【社会的弱者の立場】 <スティグマ><無力感>

長期入院で社会と希薄な患者の生きにくさを「社会」重視の立場から理解する枠組である。長期入院患者は<スティグマ>や<無力感>を植えつけられることによって【社会的弱者の立場】にあるという考え方である。<スティグマ>について武井¹⁴⁾は、“ある特性のために社会集団によって付与されるマイナスの価値をもつアイデンティティであり、いったんそれが付与されると、ほかの特性や役割はいっさい無視されてしまう”と述べている。<無力感>について、精神科看護用語辞典¹⁵⁾では“自分の身体機能、心理能力に信頼をおくことができないことをいう。無力を感じる人は、様々な心理反応（怒り、無関心、抑うつ、敵意、退行、不安など）・・・（中略）で、無力を表現する”と定義している。長期入院がもたらすものとして柴田¹⁶⁾は、“なにより深刻なのは、そうしたなかで患者自身が希望を失い、セルフスティグマを植えつけられ、退院への意欲がそがれてしまうことである”と述べている。長期入院により患者が背負わされている生きにくさの原因を、社会的偏見を起点にして「社会的なもの」に求め、「個人」を無力感に追いやった責任と併せて、批判する立場であると考え。武井¹⁷⁾は世界からみた日本の精神科医療の課題として“人口あたりの精神病床数がきわめて多い”と述べている。岩崎¹⁸⁾は、“現状は精神障害をもつ人が「住み慣れた地域で安心して当たり前の生活を送る」ための地域ぐるみの支援にはほど遠く、精神障害者の地域生活を支える社会資源や地域精神保健を担うマンパワーも、まだ不

十分である”と述べている。一方、患者自身も高齢化問題を抱えており、無力感に覆われていると考える。看護師もこれらの背景が痛いほどわかり、患者へのケアと板挟みになっている面があると考ええる。

・【長期入院生活の立場】

<ミスマッチ><家族との疎遠>

長期入院で社会と希薄な患者の生きにくさを、「組織・状況」重視の立場から理解する枠組である。長期入院患者の生きにくさには<ミスマッチ>や<家族との疎遠>という現実問題があり【長期入院生活の立場】に陥っているという考え方である。慢性期病棟の看護師は、激しい暴言を吐く患者が、その度にすぐに謝罪をしてくるのが長年続いており、「私たちは耐えています」と語った。白柿¹⁹⁾も、“リカバリーを促す、支えるという仕事は、患者のかかえる恐怖や苦しみ、悲しみ、怒り、疑いなどの受け手になるということである”と述べ、看護師はそうした感情に気づき、もちこたえなければならぬとしている。しかし、いつまでたっても同じ暴言と謝罪の繰り返しで改善しそうにない。この繰り返しは矛盾しているように見えてしまっており、枠組には収まらない。この不可解な行動の理由を推測すると、入院生活に不満がある一方、ここにいたら、安心だからここを出るのは不安だ。自由な生活への夢やあこがれと他者への妬み、不安、依存などが混在している面があると考え。このように退院にも踏み切れず不満を暴言で発散しており【長期入院生活の立場】であると考え。長期入院している統合失調症患者について、高橋²⁰⁾は“症状が軽減したとしても、精神症状に左右された行動をとってしまうのではないかとその行動により他者から受け入れてもらうことができないのではないかと不安を抱えて入院生活を送っているのではないかと考えられた”と述べている。患者は入院による制約や家族の面会もなく苦痛である。そうした欲求不満を嗜好品や

暴言で解消しようとしているのかもしれない。しかし、一方でこの人なら社会でも生活できるのではないかという、長期入院患者は慢性期病棟にいけば出会う。当たり前前の権利としては症状が改善しよくなれば、退院したい。自分らしく生きたいという欲求をもっているはずである。しかし、多くはここにいたいという返事が返ってくる。退院意欲がない長期入院患者について「その気になれば社会復帰施設は探せるのに、やる気がない」とする一方、これまで長期間、一般社会とは隔離されてきたという文脈がある。加齢や抗精神病薬の有害反応などにより身体的にも不自由な状況で今更、退院を迫られても無理とする面がある。生産年齢といわれる時代をほとんど隔離されて生活してきて、今、ここで追い出されるのかという不安と、自由に生きたいという欲求との葛藤があると考える。白柿ら²¹⁾は、精神障害からのリカバリーには仲間の力が不可欠であるとして、“とはいえ、一緒にいれば仲間になれるわけではない。さまざま傷つき体験のなかで他者に対する深刻な不信感を抱いている患者たちが人とのつながりに希望を見いだせるようになるには、人への信頼をはぐくむ場が必要であった”と述べている。看護師は患者の苦しみを理解し患者のリカバリーを支えることが責務である。そのため、看護師は患者の主観的な訴えに寄り添い、信頼関係形成のケアが重要であると考え。生きにくさはその人だけの問題ではなく、その人を取り巻く環境側の問題が引き起こす困難も含まれているといわれる。したがって、一人ひとりの精神障害をもつ患者の希望にかなった居場所の確保に向けて、社会（環境）との受け入れ問題の調整が喫緊の課題であると考え。

・【孤立無援的立場】

<自製の困難さ><関係の失調>

長期入院で社会と希薄な患者の生きにくさを、「個人」重視の立場から理解する枠組である。長期入院患者は嗜好品等を執拗に訴えるように、<自

製の困難さ><関係の失調>を体験している場合が多く、【孤立無援的立場】にあるという考え方である。寶田ら²²⁾は、“患者にとっては、幻覚や妄想といった症状それ自体より、それが引き起こす恐怖や無力感、人に言ってもわかってもらえないだろうと思う孤立無援感こそが堪えがたい苦痛なのである”と述べている。柴田ら²³⁾は“一般の人々に不可解で恐ろしくみえるかもしれない患者の行動の陰には、むしろ、当事者の深い悲しみやおびえ、孤立無援感が隠れているのである”と述べている。一方、鷺ら²⁴⁾は、長期入院を体験した統合失調症をもつ人の語りから、“患者同士で煙草を賭けた将棋や麻雀の楽しさ、配膳や高齢患者の介助や手助け、シーツ交換の手伝いなどへの誇らしさなど、無気力になることなく生活をしてきた体験を語られた”と報告している。確かに慢性期病棟では時間がゆったり流れる中で、ゲームや看護職員の手助けをしている患者の光景をよく目にする時代があった。鷺ら²⁵⁾は、“入院生活を居心地よくするために、能動的に慣れる力を発揮していたと考えられる”と述べている。患者は健康な面が多く残っていることが多く、その人がその人らしく楽しい時間を過ごせることができるという居心地の良さが居場所のなかで機能していた側面が考えられる。広沢²⁶⁾は、慢性期病棟で長期入院している統合失調症をもつ患者に対して、“誰からも無条件で認められ」「自らも無条件で居てもよい」居場所”の必要性について述べている。精神に障害をもち生きにくさで苦しむ人にとって、「居ること」ができると感じることができる居場所は重要な意味があると考え。中藤²⁷⁾は個人が居場所のなさを感じる時、“その空間に身体はあるが、その場に<私>は居られない”という状況であり、交換不可能で個別な<私>として存在することが難しいという個人の実存にとって危機的な状況であると指摘している。柴田ら²⁸⁾も“患者は、病棟ではいつも誰かがそばにいてプライバシーがないと感じているにもかかわらず、孤独を感じて

いるのである”と、周囲に人がいるのに孤独を感じる患者の状況を述べている。長期入院生活で【孤立無援的立場】は、個人が居場所のなさを感じる危機的な状況を孕んでいるといえるかもしれない。柴田ら²⁹⁾は“精神障害者自身にも、精神科に対する誤解や偏見がないわけではない”として、悲観的・被害的に思いこむ患者も少ないことを述べている。逆にいえば、その人がその人らしく生活ができるような居場所をその人「個人」が探し求めているということになると考える。

2) 主に急性期病棟看護師の語りから抽出したカテゴリ 3 個とサブカテゴリ 6 個

・【社会防衛的立場】

<自傷の恐れ><他害の恐れ>

短期入院で社会に戻れる入院患者の生きにくさを、「社会」重視の立場から理解する枠組である。患者の生きにくさは<自傷の恐れ>と<他害の恐れ>と関連があり【社会防衛的立場】になるという考え方である。自傷他害について、例えば伝染病の人を隔離する対策と類似している。本人または周囲の者に危険が及ぶ可能性が高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが困難と判断される場合に行われる。『人を殺したって精神障害者だから守られている』といわれた」という看護師は患者の言動が反社会的であり懸念している。しかし万一、精神障害者が犯罪を起こせば医療観察法の対象になる可能性がある。その医療観察法の理念について、八尋³⁰⁾は対象者の回復と社会復帰にあるとして“対象者に対しては、いわば「出口のない患者隔離」によって「人生被害」を強いている。さらに、社会に対しては、対象者の危険性や被害感情ばかりを煽ることとなり、「差別と偏見」をはびこらせてもいる”と述べている。八尋の指摘している通り、一部の触法精神障害者の事例をステレオタイプで報道されているきらいがある。これは目に見えないコロナ禍で多くの看護師が一般社会人の不安から差別を受けたのと本質は同じと考える。2021 年度調査の精神保健福祉資料³¹⁾

によると、全国の精神科病院で1年以上の入院患者数は16万人を超えている。病状が改善していながらも社会的入院を余儀なくされているのは人権問題であるだろう。一部の患者にこのような心無い言動があることは否定しないが、ほとんどの精神障害者は普通の人と変わらないので慎重さが求められる。過度な【社会防衛的立場】の視点は精神障害をもつ患者の人生に影響する問題であると考える。

・【行動制限の立場】

<易刺激性の苦痛><閉鎖処遇>

短期入院で社会に戻れる入院患者の生きにくさを、「組織・状況」重視の立場から理解する枠組である。入院患者は<易刺激性の苦痛>があり、刺激制御のため<閉鎖処遇>が必要な場合が多く【行動制限の立場】になるという考え方である。精神保健福祉法³²⁾では、“精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療と保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる”と、行動制限を一定条件の中で認められている。一方、松本ら³³⁾は、最近では、急性期病棟での閉鎖処遇が当然のようになっているとして、“身体的拘束は、患者の心身の苦痛はもとより、二次的な心理的・身体的障害を引きおこす危険性も高い”と注意喚起し、行動制限を必要としない環境づくりが重要であるとしている。また松本ら³⁴⁾は、“隔離・拘束された本人・家族ともトラウマになっているという証言も多い”と述べている。隔離・拘束する看護師自身も自責の念や無力感を抱く場合があるといわれている。【行動制限の立場】とは人権にかかわる問題でもある。行動制限の問題を可能な限り最小にしていくことが「組織・状況」側の喫緊の課題であると考えられる。看護はインフォームドコンセントの考え方に基づいて患者の権利を擁護していく必要がある。一時的とはいえ、患者にとって意に反した行動制限の場合は、不安や恐怖が増強され、看護ケアを受け入

れることは困難だろう。それだけに、やむを得ず行動制限が必要な場合であっても、看護師は患者が人間としていやされ、患者が自分の感情や考えを安心していえるような雰囲気が保障されていることが求められる。

・【只中の危機的立場】

<精神的混乱><危険行為>

短期入院で社会に戻れる入院患者の生きにくさを、「個人」重視の立場から理解する枠組である。入院患者は<精神的混乱>と<危険行為>を示す場合があり、【只中の危機的立場】であるという考え方である。急性期にある精神科入院患者は社会から追いやられたと感じ精神的苦痛も体験していると思われる。大橋³⁵⁾は、“もっとも症状が顕在化している急性期は、その症状ゆえに自傷・他害行為を示す。(中略) 周囲への不信感も募らせており、他者がかかわってくることを脅威に感じ、拒否的な態度を示すこともある”と述べている。鈴木³⁶⁾は、“精神科への入院前後の患者の多くは病状のピークにあり、適切な対処ができないために暴力的言動を起こしうる”と述べている。患者は<精神的混乱>により<危険行為>になる可能性がある。小宮ら³⁷⁾は、“無理して入院せずにいると、症状が悪化して自殺にまで追いつめられかねない。また、入院には、ストレス葛藤状況から一時的に退避して心身の休息を得るというメリットがあり、薬剤の調整をすることもできる”と述べている。しかし急性期の看護はただ<危険行為>を防止し静かに休ませておけばいいのではない。看護は、患者の食事や排泄、睡眠や休息などのための関わりを丁寧に行うことを通して、信頼関係の形成が第一歩と考える。白柿ら³⁸⁾は、“看護師は日々のかかわりでも、正しいことを言っているつもりで患者を追いつめていることが往々にしてある。セルフケアといいながら、患者をいたわるというあたり前のケアの視点が失われてしまっていないか”と指摘している。入院の必要性について、柴田ら³⁹⁾

は“薬を飲み、症状を緩和するためだけではない。体調を整え、多くの人と出会い、さまざまな葛藤を経験するなかでみずからの生きにくさを乗り越える力(レジリエンス)を高めていく機会とすること”と述べている。【只中の危機的立場】にある患者の危機は同時に成長の機会でもある。したがって、患者自身が主体的に現実の問題解決に立ち向かう力を養うチャンスでもあると思われる。一方、急性期は症状の変化が激しいが展開も早い。白石⁴⁰⁾は“急性期の医療供給体制は拡充され、救急・急性期の新規入院患者の60%以上が3か月未満で退院するようになった”と報告している。柴田ら⁴¹⁾は、“急性期中心の病棟では入院期間も短く、そのまま家族のもとに退院することが多いため、退院に向けた特別の支援を行う機会は少ないかもしれない”と述べている。短期の入院期間で、そのまま家族のもとに戻れる医療供給体制が望ましいと考える。

3) 主に外来看護師の語りから抽出したカテゴリ3個とサブカテゴリ6個

・【社会保護的立場】

<SOSの不得手><救いの担い手探し>

病気をもちながら地域社会に暮らす外来患者の生きにくさを「社会」重視の立場から理解する枠組である。患者はソーシャルスキルの不足などの問題があり<SOSの不得手>である一方、<救いの担い手探し>を必要としているので【社会保護的立場】になるという考え方である。日本には、障害者雇用促進法に基づく障害者雇用率制度⁴²⁾がある。精神障害者の就業率は、2021年の「障害者雇用状況の集計結果」⁴³⁾では、“民間企業に雇用されている障害者数は約59万人であり、そのうち精神障害者は9万人である。身体障害者は約35万、知的障害者は約14万”と比べると少ない。精神障害者の雇用率が低い理由について、下平ら⁴⁴⁾は、“仕事や技術の習得の問題のほかに、症状や気分の変動、薬物治療による眠気や集中力の欠如、ソーシャルスキルの不足などの問題、さらには社会の偏見

や差別といった問題が関連している”と述べている。また、障害種別⁴⁵⁾について、“就職後1年時点の定着率は、身体障害 60.8%、知的障害 68.0%、精神障害 49.3%”と報じられている。さらにこの理由⁴⁶⁾について、“精神障害は、一般求人では障害非開示や(中略)採用されている割合が高くなっているため、職場の人に障害者と認識されておらず、したがって障害配慮がなされていない職場環境にあったことです”といわれている。おそらく、身体障害や知的障害と比べて、精神の障害は目に見えず他者に理解してもらえにくい面があることや、ひとりで誰にも相談できず悩みを抱え込み無理をして疲れ就業を途中で断念しているのではないかと考える。そのなかで、例えば、障害者の職場に出向いて体調や生活リズムの管理に関する支援などのジョブコーチ(職場適応援助者)制度⁴⁷⁾は、精神障害をもつ人にとって救いの担い手になると考える。精神障害は誰もがなる可能性がある。障害特性に配慮しその人がその人らしく生活できるよう、社会保護的な視点は重要であると考えます。

・【継続観察的立場】

＜受診の縛り＞＜状態変調の懸念＞

病気をもちながら地域社会に暮らす外来患者の生きにくさを、「組織・状況」重視の立場から理解する枠組である。患者の生きにくさは＜受診の縛り＞という制約と＜状態変調の懸念＞という不安が混在し、【継続観察的立場】になるという考え方である。患者は治療者の指示を守り病気のコントロールのため、受診を継続していく必要があると考える。外来看護師は医療保護入院の指示が出て、病棟から迎えが来るまでの間、患者が「外に逃げようと思えばできるため、不安もあります」と語られた。松本ら⁴⁸⁾は、“緊急事態は、たとえ突発的にみえても、理由なくおこることはほとんどない。少なくとも、患者にとってはその事態をおこすにいたったわけがあり、患者からのSOSとしてとらえる必要がある”と述べている。外来看護師は緊

急事態もありうることを予測しつつ、患者が不安状態に陥らないように安心して外来から入院病棟へ移動できるように寄り添っている場面と考える。逆に患者の立場で言えば、＜SOSの不得手＞で緊張している状況であり、現実的な対応ができるよううまくケアをしてほしいという＜救いの担い手探し＞の場面であると考えます。

・【自己責任論】 ＜自己管理＞＜自己責任＞

病気をもちながら地域社会に暮らす外来患者の生きにくさを「個人」重視の立場から理解する枠組である。患者は＜自己管理＞と＜自己責任＞があり、【自己責任論】になるという考え方である。例えば服薬継続では、白柿⁴⁹⁾は、“精神疾患は長期的な治療が必要なものが多く、そのなかで自分の生活を送りながら服薬を継続することは、簡単なことではない”と述べている。慢性疾患をもちながら治療者の指示や忠告を守り、処方された向精神病薬を一生懸命、服薬し続けることで、住み慣れた地域で住み続けたいと願っていると思われる。しかし、白柿が指摘しているとおおり、疾患をコントロールしながら地域で生活し続けることは難しい。また白柿⁵⁰⁾は、“向精神薬が効果を最大に発揮するためには、規則正しい服薬が必要である”と述べている。現実的に患者が再入院となるきっかけとして怠業や逸脱行為等がある。外来看護師は「飲酒して外来受診した患者が、診察時間が短かったことに腹を立てて外来ホールで暴れ…結局、警察に依頼し保護してもらった」と語られた。地域社会に暮らす患者は自由な生活ができるけれども、社会的常識や倫理などを守るなかで生活しなければならない。患者の生きにくさの理解では、患者自身が社会のルールや治療者の指示等をうまく遵守することを求められており、【自己責任論】になると考える。

以上、部署別で看護師の感情体験を手がかりにして、精神障害をもつ患者の様々な生きにくさの理解を試みた。本研究は、患者の生きにくさの陰

にある現実問題について述べられている文脈から、看護師がどのような思いをもち、どのような葛藤を体験しているのかという感情の問題に着目し、9つのカテゴリ・18個のサブカテゴリを抽出した。患者一人ひとりを元の地域生活に戻したいという理想と現実のはざままで精神科看護師の感情は揺れ動き、患者の生きにくさの理解で多様な見解の枠組が抽出されたと考える。枠組検討で患者の生きにくさを見ていくと、3つの場で働く看護師や教員、学生が、精神障害をもつ患者の生きにくさを、カテゴリ・サブカテゴリで示した枠組によって俯瞰でき、理解するための助けになると考える。

結論

枠組検討で患者の生きにくさを見ていくと、多様な場における見解が俯瞰でき理解を深める一助になることが示唆された。

利益相反

本論文に関して開示すべき利益相反はない。

謝辞

本調査にご協力くださいました看護師の皆さま、並びに、病院関係者の皆さま、ご助言いただきました兵庫教育大学院 元准教授 宮元博章先生に深くお礼申し上げます。なお、本研究は、兵庫教育大学 大学院学校教育研究科に提出した修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 青木聖久. 精神障害者が生きづらさを持ちつつも働くことの意義. 現代と文化：日本福祉大学研究紀要. 2017, 136 巻, p.75-92.
- 2) 青木聖久. 前掲書 1). p.75-92.
- 3) 武井麻子. “精神看護学で学ぶこと”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ. 精神看護の基礎, 武井麻子代表著. 医学書院, 2022, p.7.
- 4) 武井麻子. 前掲書 3). p.6-7.
- 5) 小宮敬子, 廣野朋実, 武井麻子. “ケアの人間関係”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ. 精神看護の展開, 武井麻子代表著. 医学書院, 2022, p.41.
- 6) 小宮敬子, 廣野朋実, 武井麻子. 前掲書 5). p.41.
- 7) 貴戸理恵. 「コミュニケーション能力がない」と悩ままに：生きづらさを考える. 岩波ブックレット NO.806, 岩波書店, 2018, p.39.
- 8) 松原渉, 畑吉節末. 言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する実態の分析. 神戸常盤大学紀要. 2022, 第 15 号, p.1-11.
- 9) 武井麻子. 前掲書 3). p.6-7.
- 10) 小宮敬子, 廣野朋実, 武井麻子. 前掲書 5). p.41.
- 11) 岡本喜久子, 玉乃井雅浩, 山本由紀, 鴻上なほえ, 高橋英明. 精神科病棟における男性患者からの暴力による感情体験：女性看護師へのインタビューより. 日本精神科看護学会誌. 2005, 48(1), p.302-303.
- 12) 河野信子, 柴田真紀. 看護師が患者から身体暴力を受ける体験の受け止めや意味づけ：精神科臨床経験 3～4 年の看護師が語った内容から. 北里看護学誌. 2004, 6(1), p.34-40.
- 13) 梶川拓馬. 男性統合失調症患者より暴力を振るわれた女性看護師が認知する否定的感情から肯定的感情への経緯の分析. 日本精神保健看護学会誌. 2014, Vol.23, No.2, p.65-72.
- 14) 武井麻子. 前掲書 3). p.7.
- 15) 日本精神科看護技術協会「精神科看護用語辞典」編集委員会編. 精神科看護用語辞典. 新訂第 1 版, メヂカルフレンド社, 2002, p.185.
- 16) 柴田真紀, 武井麻子. “入院治療の意味”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ. 精神看護の展開. 武井麻子代表著. 医学書院, 2022, p.248.
- 17) 武井麻子. 前掲書 3). p.14.
- 18) 岩崎弥生. “精神保健で扱われる現象”. 精神看

- 護学概論／精神保健．岩崎弥生代表著．メヂカルフレンド社，2021，p.13.
- 19) 白柿綾，堀井湖浪，下平美智代，武井麻子．“回復を支援する”．系統看護学講座専門分野Ⅱ．精神看護の展開．武井麻子代表著．医学書院，2022，p.89.
- 20) 高橋篤信．長期入院している成人前期慢性統合失調症患者が抱く退院への思い．日本精神保健看護学会誌．2016，vol.25，No.2，p.51-58.
- 21) 白柿綾，堀井湖浪，下平美智代，武井麻子．前掲書 19)．p.89.
- 22) 寶田穂，江波戸和子，森真喜子，堀井湖浪，武井麻子．“回復を助ける”．系統看護学講座専門分野Ⅱ．精神看護の展開．武井麻子代表著．医学書院，2018，p.83.
- 23) 柴田真紀，武井麻子．“入院治療の意味”．系統看護学講座専門分野Ⅱ．精神看護の展開．武井麻子代表著．医学書院，2022，p.222.
- 24) 蔦忍，寶田穂，心光世津子．精神科長期入院患者の退院支援における課題：長期入院を体験した統合失調症をもつ人の語りを通して．日本精神保健看護学会誌．2018，vol.27，No.1，p.91-99.
- 25) 蔦忍，寶田穂，心光世津子．前掲書 24)．p.91-99.
- 26) 広沢正孝．慢性期統合失調症患者の治癒像を考える．統合失調症のひろば．2013，2号，p.92-97.
- 27) 中藤信哉．「居場所のなさ」についての研究．京都大学大学院教育学研究科紀要．2012，58，p.209-220.
- 28) 柴田真紀，武井麻子．前掲書 23)．p.220.
- 29) 柴田真紀，武井麻子．前掲書 23)．p.222.
- 30) 八尋光秀．医療観察法の見直しに向けて：弁護士立場から．司法精神医学．2009，4巻1号，p.66-69.
- 31) 厚生労働行政推進調査事業研究班．精神保健福祉資料
630集計（令和3年度630調査ベース）
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>，
（参照2022-12-16）.
- 32) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）第36条第1項
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC0100000123_20221216_504AC0000000104，
（参照2022-12-07）.
- 33) 松本佳子，江波戸和子，武井麻子．“安全を守る”．系統看護学講座専門分野Ⅱ．精神看護の展開．武井麻子代表著．医学書院，2022，p.315-322.
- 34) 松本佳子，江波戸和子，武井麻子．前掲書 33)．p.315-322.
- 35) 大橋明子．“統合失調症”．精神看護学 ころ・からだ・かかわりのプラクティス．萱間真美，野田文隆編集．南江堂，2012，p.313.
- 36) 鈴木啓子．“暴力”．看護実践のための根拠がわかる精神看護技術．山本勝則，藤井博英，守村洋編．メヂカルフレンド社，2015，p.173.
- 37) 小宮敬子，藤井達也，仲野栄，中井有里，矢田朱美，中村富美子，森田牧子，野田智子，大塚耕太郎．“地域における精神保健と精神看護”．系統看護学講座専門分野Ⅱ．精神看護の展開．武井麻子代表著．医学書院，2018，p.263.
- 38) 白柿綾，堀井湖浪，下平美智代，武井麻子．前掲書 19)．p.87.
- 39) 柴田真紀，武井麻子．前掲書 23)．p.213.
- 40) 白石弘巳．“精神科医療”．精神保健医療福祉白書2018／2019．精神保健医療福祉白書編集委員会編．中央法規，2018，p.141.
- 41) 柴田真紀，武井麻子．前掲書 23)．p.247.
- 42) 厚生労働省．障害者雇用率制度．
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaisha/04.html，（参照2022-08-07）.
- 43) 厚生労働省．令和3年障害者雇用状況の集計結果．
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000079194_00005.html，（参照2022-08-07）.

- 44) 下平美智代, 白柿綾, 小宮敬子, 仲野栄, 鎌田明日香, 森田牧子, 武井麻子. “地域のケルケアと支援”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ. 精神看護の展開. 武井麻子代表著. 医学書院, 2022, p.142.
- 45) エスプールプラス. 障害種類別の離職率.
<https://plus.spool.co.jp/article/turnover-rate.html>, (参照 2023-01-07).
- 46) エスプールプラス. 前掲書 45). (参照 2023-01-07).
- 47) 厚生労働省. 職場適応援助者 (ジョブコーチ) 支援事業について.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaihakoyou/06a.html, (参照 2023-01-07).
- 48) 松本佳子, 江波戸和子, 武井麻子. 前掲書 33). p.323.
- 49) 白柿綾. “看護師による服薬へのかかわり”. 系統看護学講座専門分野Ⅰ. 精神看護の基礎. 武井麻子代表著. 医学書院, 2022, p.285.
- 50) 白柿綾. 前掲書 49). p.285.