

統合失調症患者の身体合併症看護を促進させるための体制の整備について

Systematic Reorganization of the Nursing System to Enhance the Care of Physical Complications in Schizophrenic Patients

荒木 孝治¹⁾, 瓜崎 貴雄¹⁾, 正岡 洋子²⁾, 伏見 博之²⁾

Takaharu Araki¹⁾, Takao Urizaki¹⁾, Yoko Masaoka²⁾, Hiroyuki Fushimi²⁾

キーワード: 身体合併症, 看護体制の整備, 精神看護, 統合失調症, 早期発見

Key words: physical complications, systematic reorganization of the nursing system, psychiatric nursing, schizophrenia, early detection

抄録

本稿は精神科病院の看護師 11 人を対象に統合失調症患者の身体合併症の早期発見について半構造化面接を行い、KJ法を用いて早期発見の促進に関連する諸要因を明らかにするとともに、図式化・文章化を通して要因どうしの連関図を作成した。文章化の結果は次のとおりである。患者はその症状の故に会話のスキルの低下が見られ、それは身体の観察や検査への働きかけに影響を与え、早期発見の遅れにつながる。また、病気が長期になると家族から情報を得るのが難しく、更に地域の病院で診察や入院を拒まれることも多い。元より精神科看護師は精神症状・身体症状の両方を看る必要があるとの意識があり、実際、自身の直感を生かし、様々な工夫をしつつ患者の訴えを傾聴し、スタッフ間で連携を図りつつ客観的な観察を心掛けている。しかし身体症状に関する新しい情報に接する機会がない等、看護師は身体合併症看護に自信を失くす傾向がある。更に、チーム内で身体看護について自発的に行動できない雰囲気がある場合もあり、これも早期発見に影響を与えていた。次に、明らかにされた同じ要因を用いて今度は、要因間の循環をよくして身体合併症看護を促進するための連関図（理想モデル）を作成し、その文章化を行った。そこでは、身体合併症看護への取り組みは、個々の看護師の努力に委ねるだけでは限界があり、その促進のための体制を整備していくことが看護師の身体看護への不安を軽減させ、さらに看護師の自発性が引き出されることが示唆された。

Abstract

We conducted semi-structured interviews with 11 nurses in a psychiatric hospital, questioned them about the early detection of physical complications in schizophrenic patients and extracted the factors relevant to its enhancement. The model that was established by schematizing and documenting the result using the KJ-Method revealed the status clarified below. Deterioration in patients' conversational

1) 大阪医科大学看護学部 Osaka Medical College Faculty of Nursing 2) 大阪府立精神医療センター

skills owing to the disease restricts opportunities for physical observation and examination, thereby resulting in the delayed detection of physical complications. Prolonged disease also prevents nurses from obtaining information from patients' family, and it could discourage local hospitals to accept patients for examination or hospitalization. The nurses at psychiatric hospitals are aware that they need to care for the psychiatric and physical conditions. They objectively listen and pay attention to patients' complaints by following their intuition or in cooperation with other staffs. Nevertheless, the nurses tend to lose confidence in managing physical complications because of the lack of opportunity to obtain adequate information on patients' physical conditions. In some cases, the reluctant atmosphere in the nursing team prevents the individual nurse to act voluntarily and reduces opportunities for the early detection. Consequently, we developed an ideal model to extract specific countermeasures by using same factors. That is, it is necessary to reorganize the nursing system so that nurses can continue more voluntarily what the nurses are already capable of doing to reduce their anxiety about the detection of physical complications.

I. はじめに

統合失調症患者は高い割合で身体合併症を併発している (Lambert et al.,2003) が、疾患の多くは看過されている (Goldman,1999) といわれている。また、統合失調症患者においては、身体合併症が退院支援を阻む要因になることが明らかとなっている (池淵他,2008)。そして、先行研究では、身体合併症の早期発見には、患者の精神症状のゆえに早期発見を難しくさせる要因と、看護師が関わりを工夫することによって早期発見を促進できる要因のあることが示されている。

前者としては、認知障害等で症状の正確な自己評価ができなくなる (Muir-Cochrance,2006)、抗精神薬の使用で痛み耐性が高くなり身体症状に気づきにくい (藪崎他,2007, Muir-Cochrance,2006)、理解力・判断力の低下、妄想の持続、知覚の鈍麻 (野口他,2006)、ケアの拒否 (武藤,2006)、症状を自覚できない・症状を他者に訴えられない (大川他,2004) 等が挙げられる。これらは、統合失調症の症状や薬物治療が関与しており複雑である。一方、後者では、精神面に偏った観察を続ける (藪崎他,2007)、身体的症状を心理社会的な側面からのみ捉えて、不正確に評価する (Muir-Cochrance,2006)、患者への関わり難さ (武藤,2006)、「いつものことだから」と先入観を持って訴えを聴く (大川他,2004) 等に対する工

夫が挙げられる。具体的には、看護師側の促進要因として、看護師がいつも身体疾患の可能性を意識しながら患者に関心を示して関わり、「身体に関わる発言を精神症状と決めつけない姿勢」を持ち (野口他,2006) つつ観察を続ける重要性が指摘され、また、観察・評価の具体的な工夫 (White et al.,2009) や身体・心理・社会因別に情報を収集する書式の使用 (Klam et al.,2006) について言及されている。

しかしながら、身体合併症看護の促進に関連する要因は、上記の内容で尽くされているとは言いがたい。また、引き出された各要因が互いにどのように関連しているかについては明らかにされていない。さらに身体合併症看護の促進にあたっては、個人の努力のみでは限界があり、組織として体制をどのように整えるかについて検討する必要があると考えられるが、これを指摘した文献は見当たらない。そこで、本研究では、改めて精神科看護師を対象とした面接調査を行い、身体合併症看護の促進に関連する要因 (促進させないで工夫を求める内容のものもまた「促進に関連する」要因とする) と、要因同士の関連について明らかにしたい。また、その結果から、身体合併症看護を促進するための体制の整備について検討したい。

表1. 研究協力者の背景

n = 11

研究協力者	A	B	C	D	E	F
性別	女	男	男	男	女	女
年齢	40代	40代	40代	30代	50代	50代
部署(病棟)	女性閉鎖	医療観察	男性高度ケア	男性高度ケア	女性準開放	男女混合閉鎖
看護経験年数	21	7	21	10	33	30
精神科での経験年数	16	5	13	5	33	27
精神科以外での看護経験	有	有	有	有	無	有

研究協力者	G	H	I	J	K
性別	男	女	男	女	男
年齢	30代	40代	40代	30代	40代
部署	男性開放	女性開放	男性準開放	急性期	思春期
看護経験年数	15	22	11	15	16
精神科での経験年数	6	22	11	4	13
精神科以外での看護経験	有	無	無	有	有

II. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、近畿圏のある精神科病院に勤務する看護師 11 名（男性 6 名、女性 5 名）であった。研究協力者の背景を表 1 に示した。年齢の中央値は 41 歳、範囲は 34-54 歳であった。看護経験年数の中央値は 16 年、範囲は 7-33 年であった。精神科での看護経験年数の中央値は 13 年、範囲は 4-33 年であった。精神科以外の科で勤務した経験をもっている者は 8 名であった。

2. データ収集方法

1) 研究協力の手続き

近畿圏のある精神科病院の看護部長に対し、研究の目的、意義、方法、倫理的配慮、研究者の連絡先を記載した文書で研究について説明し、研究協力の同意を得た。同施設の看護部長に本研究の協力者として相応しい看護師（精神科での経験が豊富である者）を推薦して頂いた。推薦された看護師に対して、研究の目的、意義、方法、倫理的配慮を記載した文書を配布し、研究協力を依頼した。

2) データ収集期間と場所

面接は、2011 年 8 月に、研究者が所属する施設の

プライバシーの保てる部屋で行った。面接時間は 1 人 1 回 1 時間を目安とした。

3. 調査内容

半構造化面接を実施した。面接は、「これまで経験なされた中で、印象に残っている統合失調症患者の身体合併症の早期発見に関連する看護場面（早期発見ができたこと、あるいはできなかったこと）についてお話し下さい。」と発問し、その場面の語りの中で、「身体合併症を早期に発見する難しさ」や「身体合併症を早期に発見するための工夫」について話をうかがった。

4. 分析方法

録音した面接内容から、逐語録を作成して、分析データとした。KJ 法（川喜田,1967, 山浦,2004）を参考にして、分析を行った。具体的な分析の手順は以下の通りである。

1) ラベル作成

逐語録を熟読し、研究協力者の語りを 1 つの意味毎に区切り、逐語録にある言葉をできるだけ生かして 100~120 文字程度の一文を作成し、1 枚のラベルとした。

2) グループ編成

全てのラベルを一面に広げ、ラベルの文章全体で訴える意味の全体感が似ているものを集めてグループ編成を行った。一つのグループに集まったラベルのセット全体の意味を読み取り一文に綴った(なお、一文に綴ることを KJ 法では「表札をつくる」という)。このグループ編成のプロセスを第1段階とし、表札をつけたラベルと残ったラベルで同じ作業を繰り返した。段階を経る毎に、ラベルを集める際の類似性の抽象度を上げ、ラベルが10枚前後になるまで行った。

3) 空間配置図およびストーリーの作成

グループ編成で残った、表札のついた10枚前後の最終ラベル同士の関係を読み取り、更に意味の全体感が似ているラベル同士を集めて、シンボルマーク(見出し)のついた5つ程度の島をつくった(KJ法では分類をすることを「島を作る」という)。そして、表札の内容をよく読んで、島同士の関係性について配置を考え(これは「空間配置」といわれる)、ラベルや島同士の関係を示す「添え言葉」を使ってそれを図解化し、ストーリーを作成した(これは文章化といわれる)。

なお、上述した逐語録からのラベル作成、ラベルのグループ編成の各段階、空間配置図作成およびストーリーの作成という分析の過程では、研究者の合意を得ながら進めた。なお、研究者の1人は2004年8月と2005年1月に、文部科学省主催の平成16年度臨地実習責任者研修において、KJ法研究の第一人者である山浦晴男氏のKJ法に関する講義と演習を受講している。

5. 倫理的配慮

大阪医科大学倫理委員会に審査を申請し承認を得て実施した。研究協力者と面接を行う際は、研究の目的、面接内容と拘束時間、匿名性の保障、協力は自由意思に基づき拒否しても不利益を被らないこと、得られたデータは研究目的以外に使用しないこと、結果公表の予定などについて口頭と文書で説明し、文書で同意を得た。研究協力者の許可が得られた際

は、ICレコーダーを使用して面接を録音した。また、いったん了解して面接を始めても嫌になればいつでも中止できることを保証した。データには事例につけた番号のみを記載し、対象者の一覧表はデータとは異なる場所に保管して、誰のものなのか分からないようにすること、文章にする時は固有名詞をイニシャルに変更すると共に、公表する時には誰のデータなのか分からないようにすること、研究が終了しデータを破棄する時にはICレコーダーの録音は消去し、文書はシュレッダーにかけることを説明した。

Ⅲ. 結果

1. 統合失調症患者の身体合併症看護の促進に関連する要因の分類

逐語録から、175枚のラベルを作成した。3段階目までのグループ編成を行った。

その過程を図1に示した。なお、図1中のD10とは、Dさんの語りを一つの意味ごとにまとめた複数のラベルのうち、10番目のラベルを示している。1段階目のグループ編成で新たに作成したラベルには頭文字としてLを、2段階目のグループ編成で新たに作成したラベルには頭文字としてMをつけた。頭文字に続く数字はラベルにつけた番号を表す。

本研究では上記175枚のラベルは3段階目で11のグループに分類され、それぞれのグループに①～⑪までの表札が付けられた。一文に綴られたその11の表札は、それぞれの一文が意味する内容から、身体合併症看護の促進に関連する11の要因になっている。

最後に、11の表札のついたグループは、さらに、シンボルマーク(見出し)のついた6つの大きな島に分類された(表2)。それぞれの島は、表札のついた1～4のグループから構成された。下記では、それぞれの島ごとに説明を行う。なお、1)から6)の数字の後につけた見出しが、各島のシンボルマークにあたる。

1) 精神科看護師が普段から行っていること

この島は表札のついた4つのグループからなり、

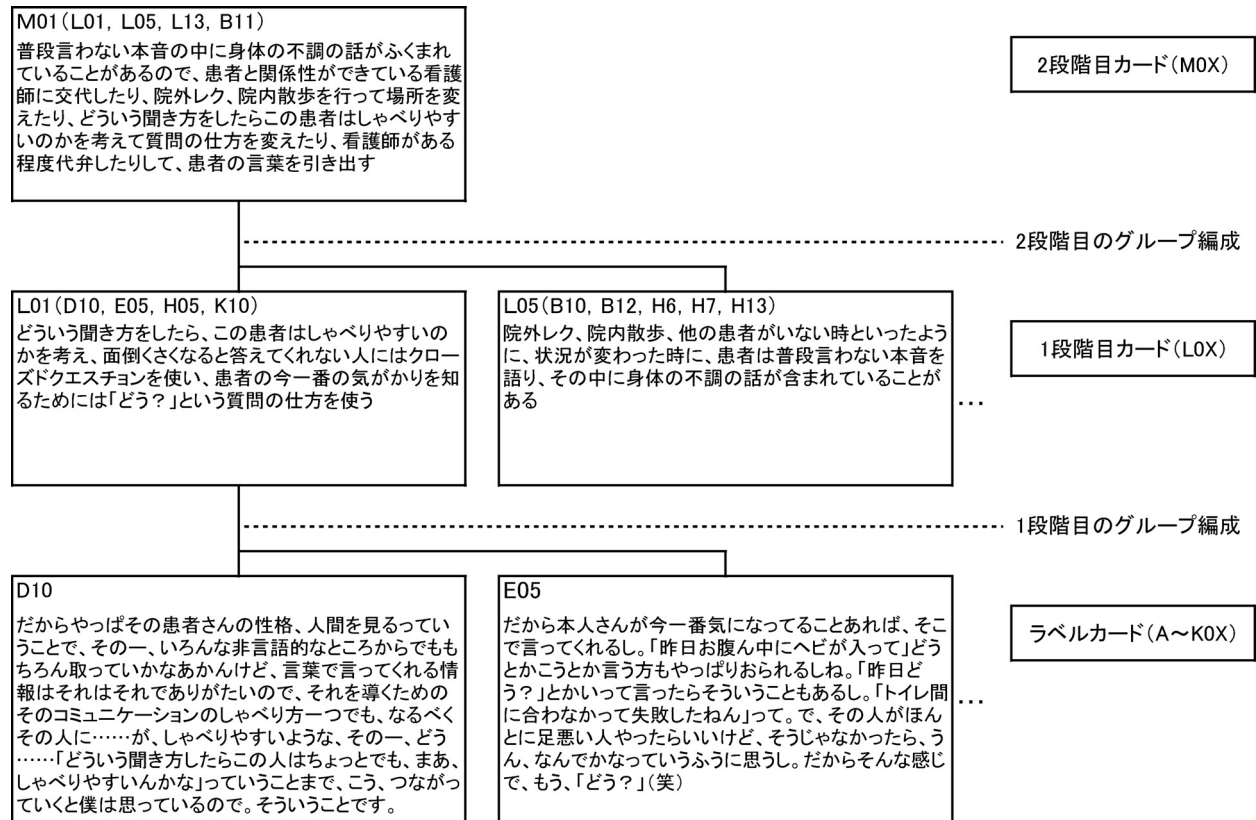


図1. グループ編成の例

それぞれのグループには、①普段と違うことへの疑問符を出発点に傾聴し測定し観察し情報の収集を行う：(63枚のラベルが集まってこの表札になった。以下でも枚数が記されているが同様の意味である)、②生活の場で患者から身体の不調を含んだ本音を引き出す工夫をしている：23枚、③スタッフ間で身体合併症関連の情報を交換し観察技術の習得に心がけている：12枚、④異変に気付いた看護師は伝達し複数の看護師の情報を総合して医師に報告する：5枚といった表札が付けられた。「精神科看護師が普段から行っていること」というシンボルマークのついたこの島は全部で計103枚のラベルから構成された。

①【普段と違うことへの疑問符を出発点に傾聴し測定し観察し情報の収集を行う】は、看護師が普段のかかわりの中で、明確でないが、「あれ?なんかちょっと違う、変や!」というハテナマークを出発点にして、カルテの情報を念頭に置きながら、訴えを聞いたり、バイタルサイン測定・検査データの確認・

日常生活場面での客観的な観察を行ったりする、ということである。

例えば、D氏は「この人のそのライフスタイルを見つけて、<あれ?いつもと違うな>っていうところがまず一番で、ハテナマークが出てから探していくようなところが出発点のような気がします。出してくれないから、サインを。こっちからサインを見つけないと駄目だっていうところでは、もうそういうところが、なんだろうな、まあまあ、うん、その原点というか。」(ラベルカードD06)と語っていた。

②【生活の場で患者から身体の不調を含んだ本音を引き出す工夫をしている】は、患者の生活の場に身をおくことによって、患者の普段の様子を把握するとともに、本音の中に身体の不調の話が含まれているかもしれないという思いから、患者の本音を引き出すために、意図的にかかわる人や場所を変えたり、質問の仕方を工夫したりする、ということである。

表2. ラベルのグループ編成

ラベル数:175枚

島	表札	ラベル数	計
1) 精神科看護師が普段から行っていること	① 普段と違うことへの疑問符を出発点に傾聴し測定し観察情報の収集を行う	63	103
	② 生活の場で患者から身体の不調を含んだ本音を引き出す工夫をしている	23	
	③ スタッフ間で身体合併症関連の情報を交換し観察技術の習得に心がけている	12	
	④ 異変に気付いた看護師は伝達し複数の看護師の情報を総合して医師に報告する	5	
2) 統合失調症患者を取り巻く社会的状況	⑤ 精神科で治療が長期になると家族と連絡がとれない患者が出てくる	2	7
	⑥ 精神科で入院している患者は一般科の病院で診察や入院を拒まれることが多い	5	
3) 身体合併症の早期発見を難しくさせる統合失調症患者の症状	⑦ 身体の不調があっても「訴えない・表現できない・言うのを抑える」患者が多い	18	26
	⑧ 患者の精神症状のために身体の異変に気づきにくく正確な観察や検査が難しい	8	
4) 身体を観察への不安	⑨ 精神症状には目が行くが、身体を観察には不安を感じている	32	32
5) 言いづらい雰囲気	⑩ 身体について進言しても医師やスタッフに否定されると躊躇する	5	5
6) 整備途上の環境	⑪ 目的にあった勉強会が少なかったり申し送りがないまま介助を行ったりする	2	2

例えば、B氏は「意識的にしてるのは、看護師からの目線っていうのと、やっぱり患者さんと同じような立場で話す時の目線っていう、両面がいるのかなと。精神科は特に思いますね。看護師の目線で話してる時は、向こうも看護師として見てるんで、そういうような受け答えをしてくれるけども、普通にテレビを見ながら横に座って、ほんとにもう崩した言葉でお互いしゃべってる時に、本音の言葉が見えて、そこからなんか、身体的な、調子が悪い話をしてくれたりとか。はい。してくれることが多いっていうんで。やっぱりそこら辺を意識的に。」(ラベルカードB10)と述べていた。

③【スタッフ間で身体合併症関連の情報を交換し観察技術の習得に心がけている】は、先輩看護師から妄想などの中にも身体合併症のヒントがあるかもしれないことや、抗精神病薬の副作用の観察のポイントを伝授されたり、また、一般科のことをよく知っているスタッフに意見を聞いてみたり、教えてもらったりと、スタッフ間で情報交換することによっ

て観察技術を身につけられるように心がける、ということである。

例えば、K氏は「その患者さん、まあ、耳に虫がおるから見てくれゆうて見たけど、まあそこに何も入ってないし、まあ、いつもそういう妄想めいたことを言うんで、<あ、この、まあ、おじいさんは、まあ、妄想言う人やな>っていうふうに思ってたんですね。ある時、あの、その、おじいさん……おじいさんが、あのー、お腹が痛いゆうて、お腹にへビがおる、へビがおるっていうようなことを訴えまして。で、僕はまだその時は精神科入って間もなかった。短かったんで、経験が。<あ、また妄想で、まあ、お腹にへビがおるとかそういうことを言ってるな>っていうふうに思ってたんですね。で、しばらくすると、ほかの、まあ、スタッフの、まあ、先輩が、<この、この人、あの、排便ちゃんと出てる？>っていうこと言われてね。で、パッとその記録見たところが、まあ、便の確認が、まあ、1週間弱確認できてなかったんです。で、それでまあ、先生に今指示もらってレントゲンとかなんだかんだ撮ったら、

結局お腹がイレウス起こしてまして。」(ラベルカード K01) と話していた。

④【異変に気付いた看護師は伝達し複数の看護師の情報を総合して医師に報告する】は、「患者がいつもとちがう」という気づきを自分1人で背負いこまず、申し送りなどで他の人に伝えることによって、複数の看護師が自分の知っている普段の患者と今の患者の状態とを比較でき、医師にも報告できる、ということである。

例えば、G氏は「<いつも言ってることやな>っていうんじゃないくて、ちょっと違うこと、普段とちょっと違うことを言ったり、普段、不眠時の頓服飲んだらよく寝れるのに、急に今日に限って夜中に起きてそれから寝れなかったとかあったら、申し送って状態見といってもらいたいな。もしかしたら何か、ご高齢とかになってたら、脳梗塞とか起こしてる、何かの症状なんかもしれんゆうことで、申し送りはさせてもらってます。」(ラベルカード G02) と述べていた。

2) 統合失調症患者を取り巻く社会的状況

この島は2つのグループからなり、それぞれのグループには、⑤精神科で治療が長期になると家族と連絡がとれない患者が出てくる:2枚、⑥精神科で入院している患者は一般科の病院で診察や入院を拒まれることが多い:5枚という表札が付けられた。この島は全部で計7枚のラベルから構成された。

⑤【精神科で治療が長期になると家族と連絡がとれない患者が出てくる】は、スタッフが「おかしい」と思って、患者の家に行って、身体の異変を来した患者を発見することがあり、精神科での治療が長期になってくると、患者にとって家族は生活圏外の人になってしまうため、患者と家族とがなかなか連絡をとれない状況になる、ということである。

例えば、E氏は「で、ご家族さんも、やはり長期になってくると、自分の生活圏外の人になってしまうんで。だから、えっと、急いでなんかあの一、前いったX病院とか、あの一、こういうような同意書

とか書いてもらわなきゃ手術できないとかいう話になった時に、ご家族さんがパツと来てくれないとかね。で、その時間のロスとか。うん。<もっとはよ来てくれたらよかったのに>とか思う時もありますよね。うーん。まあ、一般科もあるんか分からないけど、特に精神科は多いですね。」(ラベルカード E23) と語っていた。

⑥【精神科で入院している患者は一般科の病院で診察や入院を拒まれることが多い】は、精神科の病院でできることは限られており、本来なら体を診てもらった後で精神科の治療がスタートするはずだが、精神科の患者ということで、民間の一般科の病院が診てくれなかったり、入院させてもらえなかったりすることがある、という状況を表している。

例えば、A氏は「で、そやのに民間の、ねえ、普通の病院は診てくれなかったんで。もともとうちの病院の患者さんやからって言うて。うん。だからここの患者さんかわいそうなんですよ。」(ラベルカード A17) と述べていた。

3) 身体合併症の早期発見を難しくさせる統合失調症患者の症状

この島は2つのグループからなり、それぞれのグループには、⑦身体の不調があっても「訴えない・表現できない・言うのを抑える」患者が多い:18枚、⑧患者の精神症状のために身体の異変に気づきにくく正確な観察や検査が難しい:8枚という表札が付けられた。この島は全部で計26枚のラベルから構成された。

⑦【身体の不調があっても「訴えない・表現できない・言うのを抑える」患者が多い】は、患者は看護師に痛みなどの身体的不調を訴えなかったり、訴えたとしてもうまく言葉で表現できなかったり、また、外泊の中止など行動を制限されることをおそれて医師に言わなかったりする、ということである。

例えば、H氏は「女性患者さんの場合は乳がんがここ数年かなり多くなってきましたね。あの一、しっかりした患者さんの場合は、<なんか変だ>って

自分で触ってされるんですけど、そうじゃない場合はもう結構えくぼ状になってる状態で、お風呂の時にくあら？変って気がついて。」(ラベルカード H10) と話していた。

⑧【患者の精神症状のために身体の異変に気づきにくく正確な観察や検査が難しい】は、興奮状態やその他の精神症状があることから、看護師が患者の異変に気づきにくく、正確な身体の観察や検査を行うことが困難となる、ということである。

例えば、J氏は「あとはやっぱり検査ですよ。その、客観的なデータで。なかなかすぐに検査できないけれども、問題なければそこは削除できることなんで。検査できる人は検査しますね。採血、CT。そうですよね。興奮してる患者さんはなかなかその検査ができないというところも、やっぱり一番問題ですよ。」(ラベルカード J11) と語っていた。

4) 身体の観察への不安

この島は次の1つのグループからなり、そのグループには、⑨精神症状には目が行くが、身体の観察には不安を感じている：32枚、という表札が付けられた。

⑨【精神症状には目が行くが、身体の観察には不安を感じている】は、精神科での経験が長期になると、看護師は患者の精神症状に着目してしまう傾向があり、また身体の客観的観察やアセスメントに自信がなくなってきたりすることもあって、身体合併症の発見を遅らせてしまうのではないかと不安を感じている、ということである。

例えば、C氏は「身体的なところをね、知識のほうも長ーく離れてくると、新しい情報ってなかなかね。精神科についてはやるんやけど。だから昔のままといいか、新しい情報が入ってこないんで、一般的な今の現状と少しかけ離れた観察点というか、それしか持っていないことがあるような気がするんで、今とちょっと視点がずれてたりっていうのがあるような気はしますね。」(ラベルカード C01) と述べていた。

5) 言いづらい雰囲気

この島は次の1つのグループからなり、そのグループには、⑩身体について進言しても医師やスタッフに否定されると躊躇する：5枚、という1つの表札が付けられた。

⑩【身体について進言しても医師やスタッフに否定されると躊躇する】は、医師に「問題ないよ」と言われてしまうと、看護師としてはそこから先にすすめるの、病棟で患者の身体のことを言って他のスタッフから発言を否定されると、発言を躊躇してしまうことがあり、チームの雰囲気やスタッフ間のコミュニケーションや人間関係が影響する、ということである。

例えばI氏は「やっぱりスタッフのその一、なんていうん、自分1人やったらその辺のことをこう思ってたとしても、結構全体にそれを話すと、やっぱり一笑に付されるんじゃないとか、まあ、いろいろ僕らの中でもその辺っていうのはあって。あの一、ほんまにそれ言うべきなんかどうかっていうのは、やっぱり一人一人がたぶん考えるところなんですけど。(中略) その時のそのスタッフ間の人間関係であるとか、あの一、病棟の雰囲気であるとかっていうのにも左右されるんちゃうかなと。」(ラベルカード I11) と話していた。

6) 整備途上の環境

この島は次の1つのグループからなり、そのグループには、⑪目的にあった勉強会が少なかったり申し送りが聞けないまま介助を行ったりする：2枚、という表札が付けられた。

⑪【目的にあった勉強会が少なかったり申し送りが聞けないまま介助を行ったりする】は、病棟の状況によっては、申し送りを聞けないままで患者の食事介助を行ったり、また、検査データの読み方までを含んだ内容の濃い勉強会がなかったりする、ということである。

例えば、F氏は「まあ、病棟でも勉強会はあるんですけども、そういう(検査データの)読み方であ

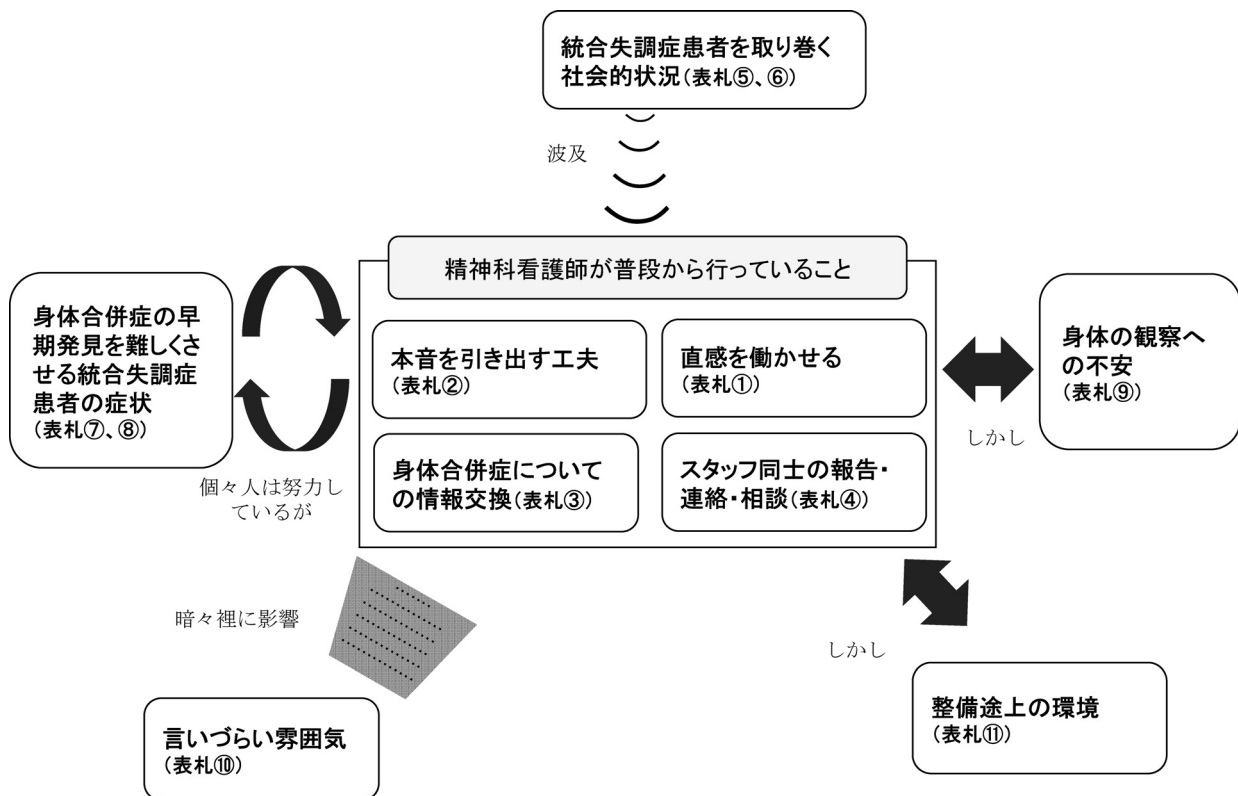


図2. 身体合併症看護に関連する要因の連関

ったりとか、なかなかみっちりっていうのは、やっぱり経験がないと、何回も何回も繰り返さないと、たぶん分からないと思うんで。はい。それで（身体合併症の発見が）遅れたりするんですかね。はい。」（ラベルカード F13）と述べていた。

2. 統合失調症患者の身体合併症看護に関連する要因の連関

次に、表札の内容をよく読んで、1~4のグループで構成されるそれぞれの島がお互いどのようにに関連するか(島同士の関係性)について空間配置を考え、「添え言葉」を使ってそれを図解化し(図2)、下記に文章化してストーリーを作成した。

患者はその症状の故に会話のスキルの低下が見られ、それは身体の観察や検査への働きかけに影響を与え、早期発見の遅れにつながる（表札⑦、⑧）。また、病気が長期になると家族から情報を得るのが難しく（表札⑤）、更に地域の病院で診察や入院を拒まれることも多い（表札⑥）。元より精神科看護師は

精神症状・身体症状の両方を見る必要があるとの意識があり、実際、自身の直感を生かし、様々な工夫をしつつ患者の訴えを傾聴し、スタッフ間で連携を図りつつ客観的な観察を心掛けている(表札①、②、③、④)。しかし身体症状に関する新しい情報に接する機会がない等(表札⑪)、看護師は身体合併症看護に自信を失くす傾向がある(表札⑨)。更に、チーム内で身体看護について自発的に行動できない雰囲気や暗々裡に影響を与える場合もあり(表札⑩)、これも早期発見に影響を与えていた。

IV. 考察

1. 本研究で明らかとなった身体合併症看護の促進 に関連する要因

グループ編成において引き出された 11 のグループの表札は、各文が意味する事柄から、本研究において抽出された身体合併症看護の促進に関連する 11 の要因ととらえなおすことができる。それらは、直感を働かせる：表札①、本音を引き出す工夫：表

札②、身体合併症についての情報交換：表札③、スタッフ同士の報告・連絡・相談：表札④、家族と連絡がとりづらくなる：表札⑤、他科の病院の協力が得られにくい：表札⑥、患者のコミュニケーションスキルの低下：表札⑦、精神症状に起因する観察や検査の困難：表札⑧、身体を観察への不安：表札⑨、言いづらい雰囲気：表札⑩、整備途上の環境：表札⑪、であった。

上記のうち、身体合併症の早期発見を難しくさせる統合失調症患者の症状である、患者のコミュニケーションスキルの低下：表札⑦と、精神症状に起因する観察や検査の困難：表札⑧については、先行研究において指摘されている（藪崎他,2007, Muir-Cochrance,2006, 野口他,2006, 武藤,2006, 大川他,2004）。また、精神科看護師が普段から行っていることである、直感を働かせる：表札①と、本音を引き出す工夫：表札②についても、先行文献の中で述べられている（White et al.,2009, Klam et al.,2006, 野口他,2006）。

しかし、その他の要因については、これまで指摘されていない。本研究で新たに明らかになった身体合併症看護の促進に関連する要因は、表札③：身体合併症についてのスタッフ同士の情報交換、表札④：スタッフ同士が患者について報告・連絡・相談を取り合っている、表札⑩：身体看護について言いづらい雰囲気がある、表札⑪：身体合併症看護の環境が整備途上、表札⑤：家族と連絡がとりづらくなる、表札⑥：他科の病院の協力が得られにくい、そして、表札⑨：身体観察に不安がある、以上の7つである。

最後の表札⑨を除くと、本研究において新たに明らかになった身体合併症看護の促進に関連する要因は、統合失調症患者と看護師を取り巻く状況に関する要因であった。すなわち、スタッフ同士の関係性に関するもの（表札③、④、⑩）、病院・病棟の環境に関するもの（表札⑪）、統合失調症患者を取り巻く社会的状況に関するもの（表札⑤、⑥）である。

この結果が示すものは、統合失調症患者の身体合併症看護を促進するためには、患者と看護師の二者関係にのみ着目してはいけないということであ

る。身体合併症看護の促進には、それらを取り巻く環境を広範囲に見渡す鳥瞰的視点が必要であることを示しているといえる。

2. 身体合併症看護を促進させるための体制の整備について

既述したように、図2は、本研究で明らかとなった11の要因を含んだ6つの島について、その連関を図解化し、シンボリックに全体の概観をとらえることをこころみたものである。その図とストーリーを文章化（「結果」の項の2を参照）して言えるのは、それぞれの島同士のよい循環をつくる必要性である。身体合併症看護への取り組みは、個々の看護師の努力に委ねるだけでは限界があり、その促進のための体制を整備していくことが求められる。そこで、11の要因を含んだ6つの島の循環をよくして身体合併症看護を促進するための理想的な連関を図解化し（図3）、ストーリーの文章化をこころみた。

これまでの精神科看護師による身体合併症看護に対する取り組み（表札①、②、③、④）は、個々の看護師の努力に委ねるだけでは限界がある。反対に、病院や施設などの組織が、申し送りをはじめとした日頃の業務の改善や、身体合併症に関して学習する機会を積極的に設けるなどの整備をしていくと（表札⑪を改変）、組織に支えられて、精神科看護師からさらに自発性は引き出される。例えば、身体合併症についてのスタッフ同士の情報交換（表札③）がいつそう活発になると、患者の本音を引き出す工夫（表札②）に新たなアイデアが生まれること、身体合併症看護を念頭において直感を働かせること（表札①）、スタッフ同士の患者についての報告・連絡・相談（表札④）が密になることにも影響を与える。組織による環境の整備とこれらの「精神科看護師が普段から行っていること」の継続は、精神科看護師の意識に変化をもたらし、身体看護への不安の軽減につながっていく（表札⑨を改変）。不安の軽減は看護師の意欲に影響し、身体合併症の早期発見を難しくさせる統合失調症患者の症状（表札⑦、⑧）に対する新たな取り組みや、統合失調症患者を取り巻く社会的状況（表札⑤、⑥）に対する働きかけへの関心を引き

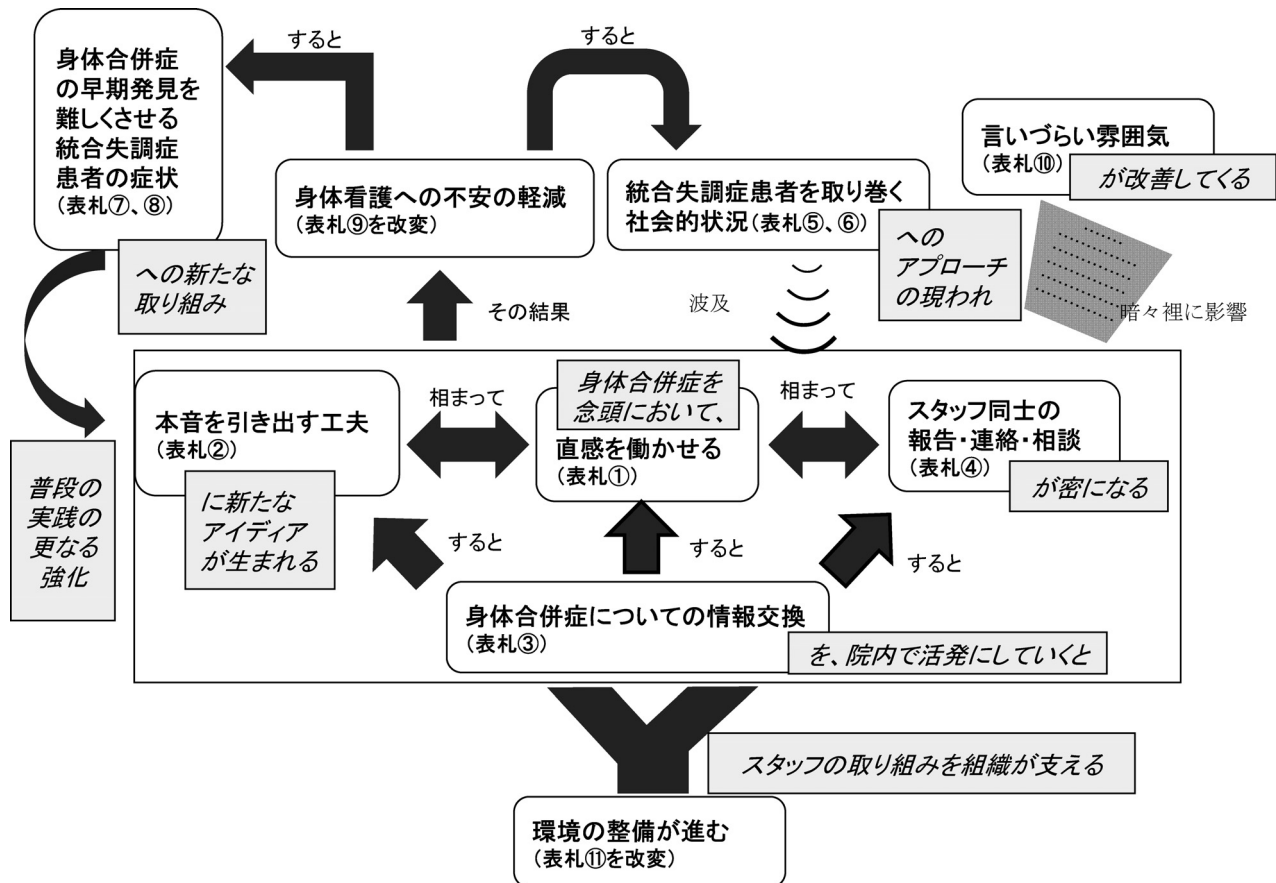


図3. 身体合併症看護を促進するための体制の整備

出していく。これらの動きの中で、身体看護について言いづらい雰囲気（表札⑩）が改善されてくる。

勿論、上記の図解化・文章化の他にも、同じ 11 の要因を用いて戦略を描くことができる。しかし、通底していえるのは、今ある資源を十分に使いこなして、身体合併症看護を促進させるための体制を整備していくことの必要性である。

V. 結論

本研究の結果、以下のことが明らかとなった。

1. 統合失調症患者の身体合併症看護の促進に関連する要因は、「直感を働かせる」、「本音を引き出す工夫」、「身体合併症についての情報交換」、「スタッフ同士の報告・連絡・相談」、「家族と連絡がとりづらくなる」、「他科の病院の協力が得られにくい」、「患者のコミュニケーションスキルの低下」

「精神症状に起因する観察や検査の困難」、「身体
の観察への不安」、「言いつらい雰囲気」、「整備途
上の環境」であった。

2. 身体合併症看護を促進させるためには、上記の要因がどのようにに関連しているのかについて検討することが必要である。
3. 統合失調症患者の症状は、身体合併症の早期発見を難しくさせるが、精神科看護師は普段から様々な工夫を行っている。しかし、個々人の努力だけでは限界があり、精神科看護師は身体合併症の見落としに不安をもっている。
4. 精神科看護師は、こころもからだもどちらも大切にして患者を看たいという気持ちをもっており、この意欲を支えて、身体合併症看護を促進させるための体制の整備が求められる。

付記

本研究にご協力いただきました看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、2010-2011 年度大阪医科大学看護学部学部共同研究費「研究課題番号 5：精神疾患患者の身体合併症を早期に発見する看護実践技術について」の交付を受けて実施した。

文献

- Goldman, L. S. (1999) : Medical Illness in Patients with Schizophrenia, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 10-15.
- 池淵恵美, 佐藤さやか, 安西信雄 (2008) : 統合失調症の退院支援を阻む要因について, *精神神経学雑誌*, 110 (11), 1007-1022.
- 川喜田二郎 (1967) : 発想法 ; 創造性開発のために, 中公新書, 東京.
- Klam, J., McLay, M. & Grabke, D (2006) : Personal empowerment program; addressing health concerns in people with schizophrenia, *Journal of Psychosocial Nursing*, 44 (8) , 20-28.
- Lambert, T., Velakoulis, D. & Pantelis, C. (2003) : Medical comorbidity in schizophrenia, *Medical Journal of Australia*, 178, S567-570.
- Muir-Cochrane, E. (2006) : Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia,

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13 (4) , 447-452.

武藤敦子 (2006) : 精神症状の悪化により褥瘡を合併した患者の看護を振り返って ; 褥瘡を作らない、また、早期治癒のための看護, *日本精神科看護学会誌*, 49 (1), 366-367.

野口裕子, 石橋裕美子, 飯島宏美, 他 (2006) : 統合失調症患者の身体合併症に対する反応表出の特徴と関連因子 ; 早期発見や治療が困難であった事例を振り返って, *日本看護学会論文集 ; 精神看護*, 36, 95-97.

大川貴子, 中山洋子 (2004) : 入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析, *日本精神保健看護学会誌*, 13 (1), 63-71.

White, J., Gray, R. & Jones, M. (2009) : The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 493-498.

藪崎元浩, 河内俊二 (2007) : イレウスの早期発見につなげる看護プロセス ; 精神情緒状態や生活行動の変化と身体合併症の存在を結びつける気づき, *精神科看護*, 34 (12), 46-52.

山浦晴男 (2004) : 知識産業社会と情報リテラシー, 平成 16 年度臨地実習責任者研修演習テキスト, 情報工房. (非売品)