

第 1 章 研究の背景と目的

はじめに

本論文は、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の医療と精神科看護師のケアの現状を理解する基礎的看護研究である。

これまでの研究を通して、頻りに尋ねられた問い「なぜがんを合併した統合失調症患者を対象としたのか」「なぜ精神科看護師なのか」への答えが、本テーマを選択した本質をついていると思う。精神障害者の代表疾患は「統合失調症」であり、死亡原因で最も多い疾患は「がん」である。「統合失調症」と「がん」の合併は、精神科臨床現場でその対応について議論されることが増えており、患者ともっとも接する時間が多い精神科看護師への支援が急務と考えたからである。

日本は、高度ながん専門医療の発展に伴い、患者の Quality of Life (以下; QOL) を高める治療方法の選択や医療制度について、様々な視点から十分な検討がなされつつある。しかし、そこで検討されているがんの治療方法の選択や効果を統合失調症患者のがん治療とケアについて当てはめることは難しい。この理由は、統合失調症患者の体感幻覚や妄想などにより、がんによる具合の悪さや痛みを正確に見極め診断することが非常に難しく(上平;2005, 梅津;2012)、その結果、がんの早期発見や専門治療が遅れる傾向が示唆されている。さらに、統合失調症患者の慢性症状である認知機能の低下により、患者への「がん告知」の是非は、今なお論争のなかにあり、がんを合併したら全ての患者に「がん告知」をするには至っていない。そのような状況から、精神科病院の臨床現場においては、患者よりも家族の意向が重視されるという特徴(酒井,金,秋山他;2002, 池淵, 佐藤, 安西;2008)が挙げられるが、多くの家族は統合失調症患者のがん治療を望まず(中越;2008)、単科精神科病院での看取りを希望する傾向にある。がんを合併した統合失調症患者を取り巻く複雑で多様な問題状況は、とりもなおさず患者と最も関わる精神科看護師の問題状況と言える。

筆者は、これまでがん患者のケアを行う時に、「鉄板を胸に押しつけられたようで苦しくて息もできない痛み」「胃が焼けただれるようなしんどさ」など、具体的な患者の言葉と表現を聴き、初めて彼らの身体的な「がんの痛み」の内容と程度を理解した。一般患者の身体的な「がんの痛み」でさえ正確に理解するのは難しい。その一方、精神科看護師の視点で考えると、がんを合併した統合失調症患者から「お腹の中に蛇が入って気持ちが悪くて死にそうだ」「胸の中に電波が入ってビリビリして息ができない」と言われた時、がんに伴う身体的変化とその精神症状を統合的に察知し、適切なケアに結びつけることはより困難な状況と推察する。このような問題を解決するためには、精神科看護師の熟練した観察力

と知識を必要とするが、こうした優れた観察力や効果的なケアを判断するための教育、研修、調査及び評価方法もまだ緒をつけたばかりであり、今後の発展が待たれている状況である。

単科精神科病院の臨床現場においては、がんを合併した統合失調症患者の精神医療及びケアを充実させるための方略として、地域の総合病院精神科病棟との連携は不可欠と言え、果たす役割は大きい。統合失調症患者のみならず精神障害者を包括的に診療できる場として、総合病院の精神科病棟を拡充し対応する必要性を指摘している（上平;2005）が、総合病院精神科病棟は他診療科に比べて入院単価が極端に低く、近年は経営上の観点から病床削減、病棟閉鎖などが行われ急減に減少しており（小林；2007，吉本;2008）、それらの対応について取り上げ検討を行う症例は少なくなっている。

こうした総合病院精神科病棟の現状を鑑み、単科精神科病院においては、がんを合併した統合失調症患者の医療、さらには患者のQOLを高めるケアの充実に期待が高まっているが、具体的な問題点をまとめ課題を論じた報告は少ない。そこで、まず地域における単科精神科病院を対象に、統合失調症患者のがんの発症症例を把握し、総合病院精神科病棟との連携について現状を解明することが必要となる。

これまでの歴史的経緯から、統合失調症と診断され入院した多くの患者は、周囲から恐怖や嫌悪感を持たれ、社会から分離されたまま単科精神科病院でその一生を終えることが少なくない。こういう厳しい現実を前に、統合失調症患者ががんを合併することは、患者自らもその身体の変化に対して、言葉だけでは到底表すことができない不安や苦しみ、さらには死ぬことへの恐怖など、精神症状に及ぼす変化があることは言うまでもない。

単科精神科病院の精神科看護師に、がんを合併した統合失調症患者のケアをより向上するための具体的な方略として、看護教育の立場から課題を抽出し、取り組むべき課題を提示することは重要と考える。

第1節 研究の位置づけ

日本に近代精神医学が導入されたのは明治時代からである（風祭;1995）。明治初期までは、精神障害者を対象にした治療方法や法律がないまま推移しており、1950年に「精神衛生法」が施行され、大多数の精神障害者は私宅に監置されていた（一番ヶ瀬,佐藤;1987, 浅井;1998, 藤野;2003）。この法律が施行されたことによって、約50年間余り続いた精神障害者の私宅監置は廃止されたが、各都道府県に精神科病院の設置が義務づけられた。その結果、国の補助金を受けて開設した精神科病院は加速的にその病床数を増やし、日本の精神科病床数は338,174床（厚生労働省;2014b）、世界人口比及び絶対数においても世界最大の病床数を占めている（精神保健福祉白書;2015）。

日本の医療法は、精神科病院をその機能により単科精神科病院と総合病院精神科の2つに区分している（灘岡;2005, 藤代,秋澤,煙石;2007）が、全精神科病院数1,622施設のうち単科精神科病院数の占める割合は1,070施設（66.0%）と過半数を占めている（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所;2012）。このような歴史的背景から、日本の単科精神科病院は、今日に至るまで精神障害者の長期収容政策を維持させる要因になったとも言え、患者達にとって終の棲家となっている社会的現実の意味は大きい。

単科精神科病院に入院している患者で最も多い精神疾患は「統合失調症」である（厚生労働省;2014a）。また、日本の死亡原因として最も多い疾患は「がん」であり（鈴木;2016）、がん罹患数の将来推計によると、2010～2029年までのがん罹患状況は、男女共に75歳以上の年代で増加が著しいと予測されている（西本;2015）。こうした背景から、単科精神科病院に入院している統合失調症患者を対象に、がんの罹患状況を把握することは重要と考えるが、小林（2007）が指摘するように、これまで全国規模で単科精神科病院に入院している統合失調症患者を対象に、がんの罹患率及び死亡率の調査は行われていない。そのため、まずは県を単位として、単科精神科病院に入院している統合失調症患者のがん罹患状況を把握し、その実態を明らかにする意義は大きく、知見を得るための基礎調査が必要である。

これまで、長期収容施策のなかで生きてきた統合失調症患者をめぐる諸研究の動向は、精神医学の分野で治療方法に考究した研究を中心に、社会福祉的な側面からは患者の人権擁護や社会資源の開発などを中心に発展を遂げている。しかし、統合失調症患者ががんを合併した時の痛みや精神症状を包括した精神科看護師のケアの重要性については、院内の症例報告が散見し、患者の対応やケアに対して一定の見解が得られておらず、その対応に

苦慮しているのは明らかである。これらの現状を明らかにし、看護教育の立場から取り組むべき課題を提示することができれば学術的意義は大きいと考える。

本論文では、精神障害の概念と診断基準、統合失調症患者を取り巻く精神医療と看護について文献研究を行い、さらに本論文の主題となる3つの研究課題で構成する。

課題1. 単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状

がんを合併した統合失調症患者の臨床的特徴や問題点を明らかにした資料は、単科精神科病院が個々に編纂した年報や病院史などで見受けられるが、このような現状についてこれまで都道府県を単位に調査した報告はほとんどみつからない。課題1.では、「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状」について、厚生労働省(2011b)の医療施設(静態・動態)調査報告の概況結果を参考に、人口10万対1日平均の単科精神科病院入院患者数の全国平均値と近似している県を特定する。そして、対象となる県内の単科精神科病院を対象に、がんを合併した統合失調症患者の状況、単科精神科病院と総合病院精神科病棟の受け入れ状況など、質問紙調査を行い基礎資料とする。

課題2. がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価 -STAS-Jを用いて-

精神科看護師は、がんを合併した統合失調症患者と日常のケアを通して接する時間がもっとも多い専門職であるため、がんの第1発見者になる可能性が高い。精神科看護師は、統合失調症患者と日々のケアを通して、がんに伴う身体への変化や痛みを「毛虫が背中にずっと張りついてだるい」「お腹のなかで蛇がぐるぐる動いて痛い」など、体感幻覚を伴った表現を度々目にすることがある。看護チームでがんを合併した統合失調症患者の状態像を客観的な基準に基づいて把握するため、課題2では「The Japanese Version of Support Team Assessment Scheduleを用いて」検討する。また、精神科看護師がSTAS-Jで客観的評価を行うだけでなく、STAS-Jに相応した個別の身体精神症状やコミュニケーションの問題に対して、実際どのような対応やケアを行っているか、その具体的な内容や実態を自由記述に基づいて明らかにする。こうした客観的評価と個別対応の検討を踏まえ、精神科看護師ががんを合併した事例に向き合う場面で重要となる姿勢を「患者を看取る過程で大切にしたいケアの内容」と「患者を単科精神科病院で看取る気持ち」の2つの観点から調査し、自由記述の分析をとおして精神科臨床現場のより良いケアに向けた示唆を得る。

課題 3. 精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因

日本は、これまで統合失調症患者に対する長期収容施策により、社会的差別や人権侵害があったことは紛れもない歴史的事実であるが、統合失調症患者と常に向き合い、療養生活全般においてケアを行っているのは精神科看護師である。すなわち、精神科看護師にとってがんを合併した統合失調症患者の存在は、がんの進行による身体的な変化とそれに伴う精神症状が加わったことで、これまで以上にがんに対する新しい専門的知識と死への恐怖や不安に対処できる包括的なケアの質を問い直す契機ともなっている。しかし、これまで単科精神科病院の精神科看護師を主体として、がんを合併した統合失調症患者のケアに影響を及ぼす要因についての研究は、同一施設内の少数報告に限られ、研究の対象とされることが少ない現状にある。この事実は、精神医療や福祉の分野で研究が進んでいるにも関わらず、精神看護学分野における考究は未熟な段階にあると考える。課題 3. では、「精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因」について半構造化面接を用いて明らかにする。

第2節 研究の目的

単科精神科病院に入院している統合失調症患者ががんを合併した時、彼らの精神症状や認知機能の低下により、がんの診断や病状の理解、告知の問題、治療の必要性や協力など様々な問題が生じる。また、がんの進行とともに統合失調症患者の精神症状の安定が必要とされるが、これまで全国の単科精神科病院を対象に、がんを合併した統合失調症患者の現状、単科精神科病院を主体とした総合病院精神科病棟の受け入れ状況、連携体制などを明らかにしている報告はみあたらない。そのため、まずは県を単位として単科精神科病院におけるがんを合併した統合失調症患者の現状、単科精神科病院と総合病院精神科病棟の受け入れや連携体制について実態を解明する意義は大きい。

単科精神科病院の臨床現場において、がんを合併した統合失調症患者を取り巻く複雑で多様な問題に対応しているのは、患者の最も身近にいる精神科看護師にほかならない。特に精神症状が重篤な統合失調症患者の場合は、がんの進行による身体的な変化とそれに伴う精神症状が加わることで、精神科看護師はこれまで以上に、がんに対する新しい専門的知識と不穏や不安への対応が求められている。しかし、これまで単科精神科病院の精神科看護師を主体として、がんを合併した統合失調症患者のケアに影響を及ぼす要因についての研究は、同一施設内の少数報告に限られ、看護師個々の経験として蓄積されているのみで、共通したケアの内容や看護技術の特徴について明らかにしている報告は少ない。また、精神科看護師は、統合失調症患者のがんによる身体的な変化をいち早く察知する観察力と精神症状を包括できる専門的知識や観察力が必要とされる。しかしながら、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の痛みや症状について、看護チームで客観的な指標を用いて評価している報告は少ない。

そこで本論文は3つの目的を設定する。第1は、「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状」を明らかにする。県を単位として、がんを合併した統合失調症患者の現状、単科精神科病院と総合病院精神科病棟の受け入れや連携体制などについて実態調査を行い基礎資料とする。第2は、「がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価 -STAS-J を用いて-」痛みやその症状について看護チームで客観的な評価を行う。第3は、「精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因」について、がんを合併した統合失調症患者を受け持った精神科看護師を対象に、患者との関わりを通してケアに影響を及ぼす要因を明らかにする。これら3つの目的に合わせて現状を明らかにし、看護教育の立場から取り組むべき課題を提示する。

第3節 研究の課題と方法

本研究の目的を達成するために、3つの課題を設定している。

課題1. 単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状

これまで都道府県を単位とした単科精神科病院を中心に、がんを合併した統合失調症患者の発生状況、総合病院精神科病棟の受け入れ状況などについて、その実態調査はほとんど行われていない。そこで、A県内の全単科精神科病院を対象に調査を行う。A県を対象フィールドにした理由は、厚生労働省の医療施設（静態・動態）調査病院報告の概況結果（厚生労働省;2011b）より、人口10万対1日平均の単科精神科病院入院患者数の全国平均240.6人と近似している県（240.1人）であり、A県でまとめた結果の考察は、他の都道府県単位の問題例として適切だからである。

疾患の対象は、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下；ICD-10）により主傷病が「精神及び行動の障害」と診断されている統合失調症患者であるが、患者自身から直接がんの合併状況を収集することは困難であるため、患者を受けもった精神科看護師90人に調査用紙を配布し、患者それぞれのデータを対象とする。

A県内全単科精神科病院の概要を把握するために、①病床数、②がんを合併した統合失調症患者の受け入れ先の総合病院数、③受け入れ先総合病院の状況、④精神科医師数、⑤他科非常勤専門医師数、⑥他科非常勤医師が1ヵ月に診察する頻度、6項目について把握する。

患者に関する調査項目は、①性別、②がんを合併した年齢、③通算入院期間、④治療病棟、⑤就労経験の有無、⑥収入状況、⑦がんの部位、⑧転帰、⑨患者へのがん病状説明の有無、⑩家族へのがん病状説明の有無、⑪がん治療の有無、⑫付き添いの有無、⑬キーパーソンの有無、これら13項目の質問について回答された項目をエクセルに入力し、必要に応じてSPSS Ver.24を用いて基礎資料とする。

課題2. がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価－STAS-Jを用いて－

がんの主症状の1つである「痛み」（世界保健機関, 武田;1996, 武田;2005）に対して、近年患者の痛みや辛さを取り除くための新しい薬や治療方法が次々に開発され、鎮痛剤の投与方法（Durkin, Kearney, O' Siorain;2003, 稲垣, 加藤, 福浦他;2006）、早期介入の有用性

(Barak, Achiron, Mandel;2005, 稲垣, 新野, 宮岡他;2007)など多くの報告がされているが、その評価方法は医療者による正確な診断と観察が必要である。がん患者の痛みを評価する尺度の1つとして、Support Team Assessment Schedule (以下;STAS) は、がん専門病院で広く用いられている。日本では宮下ら(2005)がこのSTASを基準に、The Japanese Version of Support Team Assessment Schedule (以下;STAS-J)の日本語版を作成、2004年3月にはスコアリング・マニュアルを発刊し、STAS-Jの妥当性については一定の評価を得ている(Morita, Fujimoto, Tei, et al., ;2005, 中島, 秦;2006)。その一方、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者に看護チームでSTAS-Jを用い、患者の痛みやその症状について評価をしている報告はほとんどみあたらない。STAS-Jの最も大きな利点は、医療スタッフが患者の痛みやその個別の状態像を客観的な基準に基づいて把握できることである。また、単に精神科看護師がSTAS-Jで客観的評価を行うだけでなく、STAS-Jに相応した個別の身体精神症状やコミュニケーションの問題に対して、実際どのような対応やケアを行っているか、その具体的な内容や実態を同時に行うことができると考えた。

本研究ではこのような利点を活用し、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の痛みやその症状について看護チームでSTAS-Jを用いて評価を行い、自由記述の分析をとおして精神科臨床現場のより良いケアに向けた示唆を得る。

課題3. 精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因

単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者を受け持ち、看取りまでを経験した精神科看護師20人を対象に半構造化面接を用いて聴き取り調査を行う。半構造化面接では、精神科看護師とがんを合併した統合失調症患者の相互関係を中心に、患者ががんと診断された時から看取りまでの過程をとおして、ケアに影響を及ぼす「戸惑い」と「希望」の2つに焦点をあて、質的帰納的に分析し解明する。質的帰納法を用いて分析する理由は、精神科看護師にとってがんを合併した統合失調症患者の身体的な変化に伴う精神症状を包括したケアが求められ、特に精神症状が重篤な患者の場合は不穏や不安、自殺企図、自傷、他害行為など、精神症状の安寧を保つためにどのようにケアしたのか、その具体的な内容を明らかにすることができるからである。

精神科看護師がケアをとおして感じた「戸惑い」と「希望」を明らかにし、患者のQOLを高め、尊厳ある看取りを可能にするケアの実践について検討を行う。

第4節 用語の定義

ここでは、本論文で使用する用語の定義を次のように定める。

1. 統合失調症

「統合失調症」は発生頻度の高さ、病像の特異性、治療上の困難さなどから精神医学の臨床において、今日最も重要な位置を占めている疾患である。それにも関わらず、この疾患の身体的基盤については現在も確実な知見が得られていないため、その診断は主として精神症状と経過を観察することによってなされている。「統合失調症」は、その症状や経過などから破瓜型・緊張型・妄想型の3つに分けられる（最新医学大辞典第3版;2005）。日本の発症頻度を見ると1,000人あたり7~9人を示し、世界中の様々な国々で報告されている発症頻度の統計値とだいたい一致する。治療は本来の原因が未だ不明なため、対処療法の域をでないが、現在は薬物療法と内閉的生活を固定させないための社会療法、さらには統合失調症患者の内的世界を理解し、内的統合を促す精神療法との3つを適宜組み合わせで行うのが理想的な治療形式になっている。

本論文では、ICD-10により主傷病が「精神及び行動の障害」の総称を「統合失調症」とする。

2. がん

一般に「がん」は悪性腫瘍全体を含めた表記として用いられている。正常な細胞増殖がコントロールを失い、無軌道に非可逆的かつ速やかに増殖し、周囲組織への浸潤、遠隔部への転移によって病巣を拡大し、生体の消耗を招来する腫瘍である。近年、社会的に癌の与える深刻なイメージを避けて「がん」と表記されるようになっている（最新医学大辞典第3版;2005）。上皮・非上皮の区別になじまない白血病や脳腫瘍も「がん」と呼ばれる。細胞の増殖と分化を制御するいくつものがん遺伝子とがん抑制遺伝子が増強あるいは機能低下して正常細胞ががん化し増殖する。

本論文では、癌、肉腫、リンパ腫、白血病を含む悪性腫瘍の総称を「がん」とする。

3. 合併

精神科の臨床現場において、身体合併という言葉や表現を多く用いるが、医学大辞典及び看護学大辞典では身体合併という言葉は掲載されていないため、臨床の場で便宜上用いられる複合語と言える。ステッドマン医学大辞典によれば「合併症とは、疾患の経過中にその疾患そのものに起因するか、これと異なる原因によるか、その疾患とは無関係に発症した2つまたはそれ以上の共存の疾患を言う。その疾患の本質部分とは異なる病的な過程である」と記されている（ステッドマン医学大辞典第6版;2008）。

岩淵ら（1996）は、「精神障害者に対する身体合併症とは、精神疾患に罹った患者が身体にも病気をもった状態」と述べている。身体合併症として主に取り扱われている疾患は、感染症、循環障害、がんなどが挙げられる。精神疾患と身体疾患の間に因果関係があるかないかを問わず、総称して身体合併症という言葉を用いている（岩淵,江畑;1996,榎本;2002）。

本論文では、がんを合併した統合失調症患者の看護における現状と課題について、精神科看護師のケアに着目した看護教育への提言を行うことから、精神科病院に入院している統合失調症患者のがんを限定して「合併」とする。

4. 総合病院精神科病棟

医療法の規定では、総合病院は許可病床数100床以上で主要な診療科（内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科）の5科を含む病院と定義されており、それらの総合病院にある精神科病棟が総合病院精神科と呼ばれている（厚生労働省;2007a）。そのため、総合病院精神科病棟は一般病床と同様の医師数の配置が求められる点で単科精神科病院とは区別されている。さらに、総合病院精神科病棟の役割と責任については、医療法施行規則第43条の2により、大学付属病院または100人以上の患者を入院させるための施設を有し、合併症を持つ患者に対する医療を提供する機能（吉本;2010）、地域において単科の精神病院との連携による一体的な精神医療の提供（廣田,矢加部,竹尾;1990,梶原;1992,野村,中村,松平;1992）が求められている。

本論文では、大学付属病院または100人以上の患者を入院させるための施設を有し、がんを合併した統合失調症患者に対する医療を提供する体制、地域において単科の精神病院との連携による一体的な医療の提供を行う場所を「総合病院精神科病棟」とする。

5. 単科精神科病院

医療法の規定では、その役割と区分について精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床、一般病床の5つに病床種別が定められている。そのなかで、単科精神科病院は精神病床のみを有する病院として医療法で定義されており、日本の精神科入院病床の大部分を占めている。2008年までは単科精神科病院を特に定義せず、病院個々が該否を判断していたが、2009年より単科精神科病院を「病床が全て精神病床である病院」と定義している（厚生労働省;2009）。

本論文では、病床が全て精神病床である病院を「単科精神科病院」とする。

6. 精神科看護師

医療法では、病床が全て精神病床である病院を「単科精神科病院」と規定している。

本論文では、「単科精神科病院」で従事する常勤の看護職（看護師・准看護師）を「精神科看護師」とする。

第5節 論文の枠組みと構成

本論文は、序論（第1章）、本論（第2～5章）、総括（第6章）で構成されている。各章の構成を以下に示す。

第1章は序論であり、「統合失調症」と「がん」を合併した患者のケアをする絶対的な数量において、精神科看護師を支援する研究の意義と必要性について述べる。次に本論文の位置づけを明確にした上で、研究の目的、課題及び方法について述べる。

第2章は先行研究を行い、「精神障害とがん－概念と診断基準－」を取り巻く歴史的変遷や統合失調症患者が置かれてきた厳しい社会状況について概観するとともに、精神医療と看護、さらには福祉の研究分野におけるこれまでの取り組みとその成果について述べる。

第3章は課題1.「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状」に対応するものである。厚生労働省の2011年医療施設（静態・動態）調査病院報告の概況結果から、人口10万対1日平均の単科精神科病院入院患者数の全国平均値と近似しているA県（240.1人）の単科精神科病院8施設を対象として、単科精神科病院の病床数、がんを合併した統合失調症患者の受け入れ先総合病院精神科病棟の状況、精神科医師数、他科非常勤医師数、他科非常勤医師が1ヵ月に診察する頻度などについて調査する。さらに、がんを合併した統合失調症患者の現状については、患者自身から直接がんの合併状況を収集することは困難であるため、患者を受けもった精神科看護師90人を対象とし、患者それぞれの状況について調査を行い基礎資料とする。

第4章は、課題2.「がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価－STAS-Jを用いて－」に対応するものである。看護チームでSTAS-Jを用いて患者の痛みや状態を評価すると共に、精神科看護師ががんを合併した事例に向き合う場面で重要となる姿勢を「患者を看取る過程で大切にしたいケアの内容」と「患者を単科精神科病院で看取る気持ち」の2つの観点から調査し精神科臨床現場のより良いケアに向けた示唆を得る。

第5章は、課題3.「精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因」に対応するものである。がんを合併した統合失調症患者を受け持ち、看取りまでを経験した精神科看護師20人を対象として、看護師が日々のケアを通して患者の身体的な変化の観察や精神症状を包括したケアに影響を及ぼす要因を明らかにする。そのなかでも、「戸惑い」と「希望」の2つに焦点をあて、質的帰納法分析法を用いて明らかにする。

第6章は総括であり、各章で得られた研究結果の知見をまとめると共に、今後の精神看護学教育の発展に向け取り組むべき課題と研究の限界を述べ、本論文の結論とする。

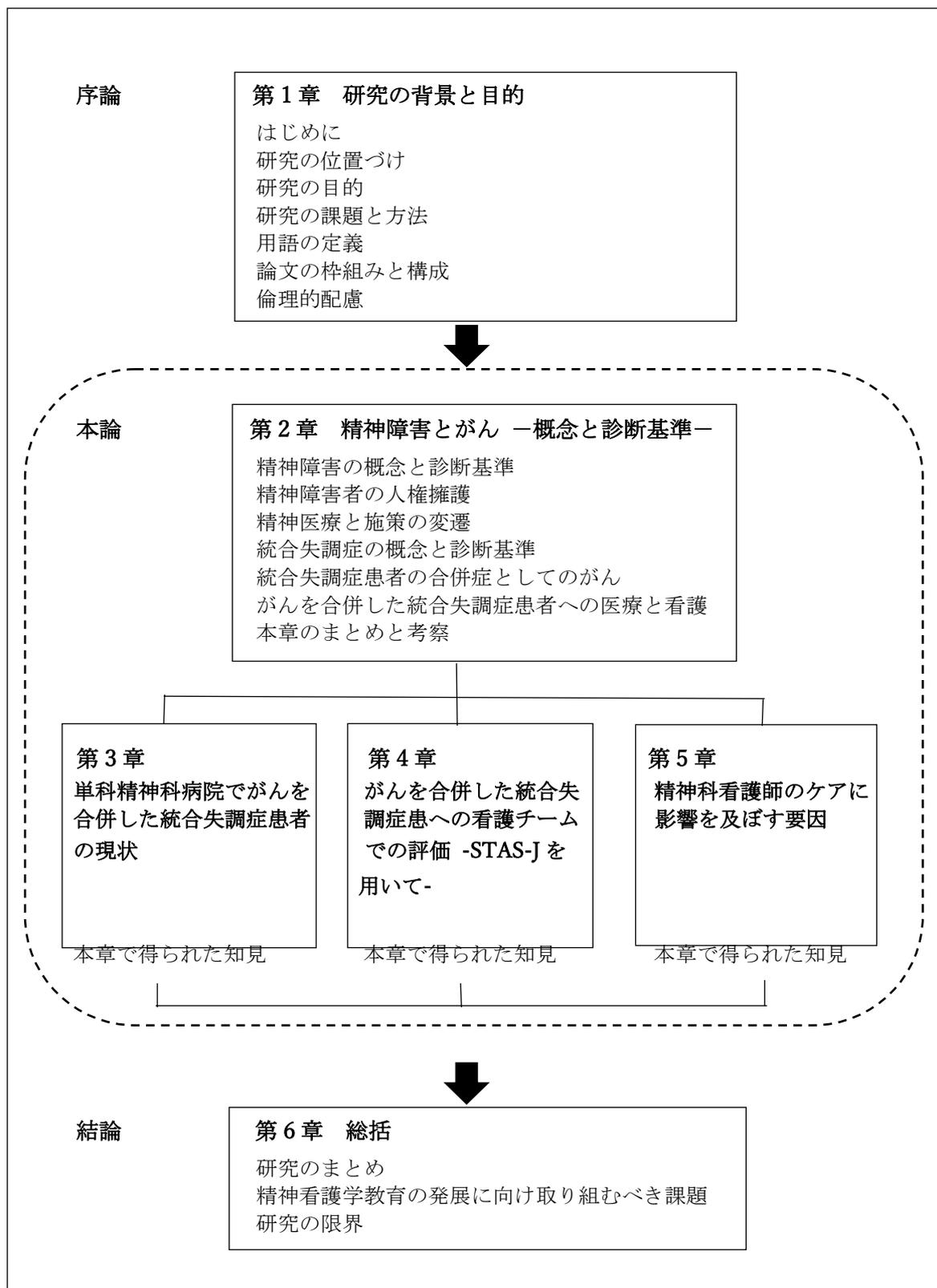


図 1-1. 論文の構成

第6節 倫理的配慮

本研究は、鹿児島純心女子大学研究倫理審査委員会、健康科学大学の研究倫理審査委員会に研究計画書を提出し承認を得てから行う。また、研究協力施設及び研究協力者の手続きについては、個々の協力施設の研究倫理医療審査会で承認を得てから実施する。

その後、研究協力施設の看護部長より研究協力が可能と思われる対象者を紹介してもらう。筆者は紹介された対象者に、本研究の目的、方法、プライバシーの保護、研究協力に伴う負担の説明、研究の不参加及び中断による不利益は一切生じないことを文書で提示し口頭でも同様に説明を行う。そして、研究への協力と同意を得られた人たちを研究協力者とし、同意書に署名をもらい研究に対する同意と協力の意思があるとみなす。同意書は研究協力施設、研究協力者、筆者が個々に研究終了後まで保管する。

研究過程においては、全ての資料に記載される関係者に記号をつけ、筆者のパソコンにID番号や記号を用いて入力を行い、データの分析に際して個人情報と判別できないよう匿名性に配慮する。また、半構造化面接を行う時は研究協力者に対して質問項目を事前に提示し、了解を得てから行う。面接はプライバシーに留意して音声の漏えいがない個室で行い、同意が得られた研究協力者には、面接内容を Digital Voice Recorder（以下;ICレコーダー）に録音する。研究協力者から同意が得られない場合は、承諾を得てメモをとる。

以上の内容を踏まえ、日本看護協会(2003)の「看護者の倫理綱領」と厚生労働省が(2003)発表した「臨床研究に関する倫理指針」を参考に実施する。

1. 研究の対象となる個人の人権の擁護

- (1) 筆者は遂行しようとする研究の全プロセスを通して、研究協力者となる人の権利が擁護されるように、常にその人の言語的・非言語的意思表示やサインを汲み取り、研究協力者の意思を尊重する。
- (2) 研究協力者が研究に同意するか否かは、本人の自由意思によって決定ができるよう、同意を確認するまでに時間的余裕を持つ。
- (3) 研究協力者が研究の参加について第三者と相談した上で決めて良いことを説明する。

2. 研究への参加・協力の拒否権

- (1) 研究協力者は、研究の参加に同意しない場合であっても不利益を受けない。
- (2) 研究協力者は、研究の参加に同意した場合でも、いつでも中止することができる。

- (3) 研究協力者は、研究の参加に同意しない場合あるいは途中で参加を中止しても、人事考査に支障を受けない。

3. プライバシーの保護

- (1) 筆者は研究協力者のプライバシーに配慮し面接は個室で行う。
- (2) 筆者は研究協力者の身体的・精神的状況を十分考慮し、説明を行う時期に配慮する。
- (3) 筆者は研究協力者のデータ収集にあたって、プライバシーや匿名性の保護に努め、個人を特定できるおそれのある固有名詞を、ID 番号や記号に変換し、鍵のかかる場所で厳重に管理する。
- (4) 調査で収集した全ての資料はパソコンに入力する。そのため、パソコンにパスワードを設定して、外部者が容易にパソコンを操作することが出来ない状態とする。
- (5) 研究終了後は、SOURCENEXT STYLE ドライブクリーナーを使用してパソコン内のデータを完全に消去する。

4. 研究の対象となる個人から理解及び同意を得る方法

- (1) 研究協力者の理解
 - ①筆者は研究協力者が理解しやすく、またいつでも内容を確認できるように書面を用いて説明する。
 - ②筆者は研究協力者が質問出来る機会をつくり、研究協力者の質問に十分に答える。
 - ③筆者は所属する機関の連絡先、連絡方法を明記して研究協力者に示し、いつでも質問に答える準備があることを説明する。
- (2) 同意の確認
 - ①筆者は、研究協力者が研究の参加に同意するか否かを、本人の自由意思によって決定してもらい、その結果を確認する。
 - ②筆者は、研究協力者が署名した同意書のコピーを郵送し、研究終了まで各々1部を保管する。

5. 研究によって生ずる個人への不利益及び危険性並びに学問上の貢献の予測

(1) 個人への不利益及び危険性

- ①筆者は個人情報保護法の規定を遵守し、取り扱う資料は研究協力者の同意を得るとともに研究協力施設の取り決めに基づき、適切な手続きを進める。
- ②データの収集にあたっては、常に研究協力者の安全を優先する。
- ③研究協力者の不利益・不自由・リスクなどがないように最善をつくす。
- ④研究協力者は研究の途中であってもいつでも断る権利を保障する。
- ⑤研究協力者から同意が得られていても、研究協力者の抵抗感や拒否感について敏感に対応する。

(2) 学問上の貢献の予測

- ①研究協力者は、筆者に自分の気持ちを語ることで自身の感情を整理し、看取りという体験によって、ケアの意味や価値について認識が深まることを期待できる。
- ②筆者は、研究期間中に研究協力者へ新たな看護実践が有効であると判明した場合には速やかに有効な看護実践を提供する。
- ③本研究から得られた結果は、正しく解釈して結論を導き出し、これまであまり検討されてこなかった精神科看護師を対象に、がんを合併した統合失調症患者のケアに着目し、今後の看護教育に向け提言を行う。

第2章 精神障害とがん ―概念と診断基準―

はじめに

第2章は、本論文の研究主題である「がんを合併した統合失調症患者の看護における現状と課題」の概要を理解する上で、精神障害者とはどのような病態を示すのか、精神障害の概念と診断基準について述べる。さらに、がんを合併した統合失調症患者に関わる精神科看護師のケアについて先行研究を整理し知見を述べる。

第1節 精神障害の概念と診断基準

1. 精神障害とは

精神障害は、身体の傷や麻痺などとは異なり患部が目に見えにくいいため、直接理解しにくいという特徴がある。そのため、精神障害者はこれまで様々な誤解や偏見の対象（佐藤;2003, 馬場, 趙, 長弘他;2005, 山田;2014）となり、スティグマ（社会的烙印）を負わされることも多く（Tempier, Pawliuk;2007）、生きにくさを抱えた人々と言える。さらに、障害の「害」という文字は、公害や薬害などネガティブな意味合いで使われることが多いため、差別や社会的偏見がより強調されるとして（平林, 相川;2005）、障害者や家族などから表記を改めて欲しいという要望が出されているが、今日に至るまで統一した見解は得られていない。

2. 診断基準

アメリカは、精神障害者を取り巻く社会的差別や偏見を緩和する方法の1つとして、1980年に American Psychiatric Association（アメリカ精神医学会）が Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（精神障害の診断・統計マニュアル）を発表し、精神疾患から精神障害(Mental disorder)という言葉を用いるようになった（石原;2013）。それを受け、World Health Organization（以下；WHO）も同様に、「精神及び行動の障害」と表記し現在に至っている（新福;2002）。

その一方、日本は精神障害の定義が各々の法律によって異なっている。例えば、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条は、精神障害を「統合失調症、精神物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者である」と定義している。障害者基本法第2条は、「精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」としている。前者が医学的な視点で障害を個人の責任とする捉え方をしているのに対し、後者は社会との関わり合いのなかで障害を多角的に捉える違いがみられる。

第2節 精神障害者の人権擁護

1. 欧米諸国

1789年に起こったフランス革命前後、フィリップ・ピネル P. Pinel (1745～1826)は、パリ郊外のビセートル病院で看護長ジャン・バチスト・ピュッサン B. Pussin (1746～1811)とともに精神病患者を鎖から開放し、その考えをもとに精神医学書を記している (Pinel, 影山;1990)。

アメリカでは、貧困層の精神病患者を援助する公的治療施設として、大規模州立精神科病院の必要性をドロシア・ディクス D. L. Dix (1802～1887)が説き治療革命を行った。1852年には公立精神科病院の設立法案が成立、この法律によって精神障害者の人権擁護運動が本格化し、全世界に拡大していった。

スコットランドでは、ベル G. M. Bell が1949年にディングルトン病院で全病棟のカギを開放し、精神科病院のオープンドアポリシー、すなわち精神科病院の開放化運動を先駆けで行った (Bell;1955)。これらの運動をきっかけに、欧米諸国は精神障害者の人権擁護運動が活発に行われ、精神科医療への新しい挑戦としてコミュニティでも様々な試みが行われるようになった。

アメリカでは、精神障害者の脱施設化に施策を転じ、多くの大規模州立精神科病院が病床を減らし、長期入院患者は自宅及びナーシングホームに移した。さらに1980年、アメリカ精神医学会は「精神障害の診断・統計マニュアル」を発表し、精神疾患から精神障害に拡大した診断基準を明確に打ち出し、精神障害者に対する理解と社会の受け止めに大きな影響を及ぼした。

イタリアでは、フランコ・バザーリア F. Basaglia (1924～1980)が中心となって策定したバザーリア法が施行され、精神障害者の新たな入院を禁じ、新しい精神科病院の建設を禁止した。

欧米諸国のコミュニティでは、精神障害者に対する人権運動が高まり (Goodman;1985)、脱施設化運動が拡大した半面、精神科病院を退院した多くの精神障害者が生活困窮に陥り、ホームレスや犯罪者になるなどの批判も起きた。これらの反省から、コミュニティでは家族会運動やセルフヘルプ運動などの障害者のアドボカシー (権利擁護) 運動と結びつき (Brugha, Wing, Smith;1989) 今日のノーマライゼーション運動へと発展している。

このように、欧米諸国では精神障害者に対する人権擁護の施策が明確に打ち出され、それに伴って精神科病床の削減、在院日数の短縮化に向け積極的な取り組みが行われている。

それを受け、コミュニティでは多職種が連携し精神障害者や家族を支援するチーム医療体制と福祉サービスが発展したと言える。

2. 日本

日本は欧米諸国とは対照的に、精神障害者を精神科病院に長期収容する施策(篠崎;1972, 八木, 田辺;2002, 金川;2012) が続き、社会的にも精神障害者の人権に対する配慮が乏しかった史実がある。日本に近代精神医学が導入されたのは明治時代からであり、明治初期までは全く法的規制のないまま、大多数の精神障害者は私宅の座敷牢に監置されていた(浅井;1998)。1900年に精神障害者の私宅監禁を合法化する意味合いが強化されたが(橋本;2004)、この法の社会的背景として精神科病院数が全国で14ヵ所と圧倒的に少なかったことが要因として挙げられている(遠矢, 山本, 橋本;1999)。その後、1950年に私宅監禁は廃止され、精神障害者に対する医療が盛りこまれた精神衛生法が成立したが、この法によって各都道府県に精神科病院の設置が義務づけられた。その結果、日本では1950～1960年代に多くの民間経営の精神科病院が設立され、これらの精神科病院は医療者の人員不足も重なり(氏家;2001)、精神障害者に対する人権について配慮されることは少なかった(藤野;2003, 藤野;2005)。精神科病院の窓には鉄格子がはめられ、病棟は施錠された閉鎖病棟であり、精神障害者のプライバシーやQOLに配慮した環境とは言えない状況(土井;2004)であった。

このような歴史的経緯のなかで、1983年に発生した宇都宮病院事件(中根;2006)が精神障害者の人権擁護に関心が集まる契機となった。この病院に入院していた患者が食事の内容に不満を漏らしたところ、看護職員に金属パイプで約20分にわたって乱打され、約4時間後に死亡したというこの事件を巡って、日本は国の内外から厳しい批判にさらされた。この結果、1987年に入院患者の人権擁護と人権尊重を大きな柱とする精神保健法が成立した。この法律により、初めて精神障害者に対し福祉の充実が図られ、「社会復帰の理念」が施策に明記されるようになった。

1993年に障害者基本法が成立し、これまで障害者として認められていなかった精神障害者が法律によって正式に認められるようになった。これらの施策は、精神障害者に対して医療保護入院を行う際の告知義務の徹底や、公費負担医療の医療保険優先化など、公費負担医療の仕組みの改革によって、社会復帰の促進・通院医療の拡大に大きな影響を与えた。

2014年4月1日施行された精神保健福祉法の一部改正により、精神障害者に対する人権

擁護の取り組みは、精神障害者の地域生活への移行を促進する医療の推進、精神障害者に治療を受けさせるなどの義務を保護者に課す仕組みの廃止、医療保護入院における入院手続きの整備、退院を促進するための医療の充実、精神障害に対する医療提供に関する指針策定などが取り入れられた。

このように、日本の精神科病院は精神障害者の長期隔離及び長期収容施策の意味合いが強かったため、社会復帰に向けた退院支援や就労も進まなかった。その結果、精神科病院の他に居場所がない多くの統合失調症患者は長期入院を余儀なくされていた史実があり、日本の精神科病院数は世界最大の病床数を占め現在に至っている。また、精神科病院の半数以上は民間設立であるため、病院数の縮小や人員削減など簡単には方向転換できない多様で複雑な問題が存在している。イタリアのような精神科病院の廃止を日本にそのまま取り入れることは現実的ではないが、諸外国の精神障害者に対する人権擁護の意識や地域との連携体制においては学ぶことも多い。

第3節 精神医療と施策の変遷

精神障害者を取り巻く医療と施策の歴史について概観すると、その国々の文化や様々な社会的思想、人権擁護の考え方に違いがみられる。また、精神障害者に対する施策は各国の医療、福祉、経済、政治、文化、地域性などを反映して必ずしも同一の施策を展開しているわけではない。病床数、入院期間、高齢化、合併症の視点からみておくこととする。

1. 精神科病床数

欧米諸国は、精神障害者に対してコミュニティを中心とした医療と福祉を推進する施策を積極的に展開している。例えば、前述のイタリアの精神保健医療の父として知られるフランコ・バザーリア F. Basaglia (1924～1980) は、精神障害者の治療サポートシステムを作ると同時に病棟を開放化し、1977年には巡回車による訪問サービスを実施した。この人権擁護の考え方により、1978年の精神医療改革でコミュニティ・サービスと関連した新しい精神科入院病棟（15床以下）が整備されて(水野;2002)、1,000人当たりの病床数は0.1となり、1998年末には精神科病院の完全閉鎖を宣言している（石川, 葛谷;2011）。

欧米諸国の精神医療体制は、精神障害者がコミュニティ・サービスを上手に利用して入院日数を短縮し、コミュニティで生活することが可能になるような支援を導入している。精神科病棟は総合病院に設置される比率が高くなり、精神科病床数の全病床数に対する精神科病棟比率が40%を越える国は、アメリカ、スウェーデン、ノルウェー、オランダ、アイスランド、ハンガリー、チェコスロバキアなどである。また、精神科病床比率が高い国々では、コミュニティに多くのナーシングホームが設置され、退院した高齢の精神障害者はそうした施設に入居している。なかでも、アメリカは高齢になった多くの精神障害者をナーシングホームに移す施策を取り入れている（花出, 山本;2003）。

日本は、全病院数177,546施設であるが、医療法により「病床がすべて精神病床である病院」と定められている精神科病院数1,622施設、338,174床であり(厚生労働省;2014b)、世界最大の病床数を占めている(精神保健福祉白書;2015)。精神科病院はその役割と機能の違いにより、「単科精神科病院」と「総合病院精神科」の2つに区分されており(灘岡;2005, 藤代, 秋澤, 煙石;2007)、「単科精神科病院」は1,070施設(66.0%)、「総合病院精神科」は552施設(34.0%)である。設置主体でみると、国立及び都道府県などの公立病院は267施設(16.5%)、法人や個人の民間病院は1,355施設(83.5%)、日本の精神科医療は民間経営の「単科精神科病院」がその大部分を担っている。

2. 入院期間

欧米諸国は、精神科病院の平均入院期間が約 20 日程度であるのに対して、日本は 320.3 日である。1987 年に施行された精神保健福祉法の改正は、精神障害者の人権尊重や社会復帰の面で大きな変革となったが、病院の他に居場所がなく長期入院を余儀なくされた患者は約 70,000 人と報告されている（上川原;2000, 平川;2004）。

これまで、精神科病院に長期入院している患者に対する取り組みとして、服薬アドヒアランスの重要性（永江, 花田;2009）、退院促進や退院支援（伊藤;2002, 荒木;2004, 清水, 安井;2008, 谷岡;2008, 田嶋, 島田, 佐伯;2009）、退院を阻害する様々な環境整備の不足（下野, 藤川, 吉益他;2004, 清水;2007, 小泉, 藤元, 秋月;2008）などが報告されている。藤田ら（2004）は、こうした精神科病院の長期入院患者の特性として、治癒及び軽快による退院率が精神疾患全体で 56.4%に対して、精神障害のなかで最も多い統合失調症患者は 41.5%と推計した。なかでも、入院期間が長期化している統合失調症患者ほど退院する割合が極めて稀である。その要因として、男性、高齢、精神遅滞、さらに医療職 1 人あたりの患者受持ち数が多い、病院開設者が個人や医療法人である（藤田, 佐藤;2004）などが報告された。精神科病院で長期入院を余儀なくされた患者にとって家族関係の疎遠化という問題も無視できない。

3. 高齢化

精神科病院に入院している患者の年齢は、65 歳以上が 30%以上（社団法人日本精神科病院協会;2011）、2011 年には 50%以上に達したという報告がある（岡崎;2013）。さらに、2014 年には 40~65 歳未満 135,875 人（43.4%）、65 歳~75 歳未満 72,754 人（23.2%）、75 歳以上 74,035 人（23.6%）と報告されている（精神科看護白書;2014）。患者の半数は 65 歳以上の高齢者であり、深刻な高齢化が進んでいると言え、特に高齢者の長期入院は単科精神科病院が終の棲家となっている現実を示しており、この問題は重いと言える。

4. 合併症

長期入院患者の高齢化とともに合併症のリスクは増大している（精神保健福祉白書;2015）。多くの統合失調症患者が長期入院している精神科病院は「単科精神科病院」であり、患者が合併症に罹った場合、十分な治療を受けられない。専門医療や技術を提供できる総合病院精神科病棟を拡充する必要性は度々指摘されているが（黒木, 桂川, 小堀

他;1997, 青木;2005, 成島;2015)、総合病院の精神科病棟は経営上不採算などの理由から閉鎖され(廣田, 矢加部, 竹尾;1990, 野村, 中村, 松平;1992, 上川原;2000)、その数は年々減少している(厚生労働省;2014b)。

第4節 統合失調症の概念と診断基準

1. 統合失調症とは

統合失調症 (Schizophrenia) は精神医療のなかで代表的な疾患である。日本の精神科病院には、約 320,000 人が入院しており、その約 60~70%が統合失調症患者と報告されている(入谷;2007, 中根秀之, 中根允文;2008, 精神科看護白書;2014)。1896年クレペリン Emil Kraepelin (1856-1926)は「早発性痴呆」として概念化し、それまでの破瓜型、緊張型、妄想性痴呆を下位分類とする1つの疾患単位から、若年発症、慢性進行性の経過、痴呆に至る不良な転帰を特徴とする疾患と規定している(佐藤, 丹羽, 井上;2008)。1911年、ブロイラー Eugen Bleuler (1857-1939)は、基本症状として連合障害(Störung der assoziation)、感情鈍麻(Affektive Verstorung)、両価性(Ambivalenz)、自閉(Autismus)を挙げ、その頭文字から4つのAと名づけた。シュナイダー Kurt Schneider (1887-1967)は、診断に導く8つの症状を1級症状、あまり重篤でない症状を2級症状と定義し(内村;1971)、身体的な基礎疾患がないことを前提に、1級症状が紛れもない形で明瞭に認められた時、統合失調症を診断できると報告している。

2. 診断基準

ICD-10は、表2-1.で示すとおり統合失調症の診断基準を妄想型、破瓜型、緊張型、鑑別不能型に分けている(中根, 岡崎, 藤原;2008)。統合失調症の主症状は妄想、幻覚、思考障害、緊張病症状などがみられ(濱中;1986)、これらは陽性症状と呼ばれる。その一方、感情鈍麻、無感情、無欲、自閉、快感喪失などを陰性症状と呼び、陽性症状よりも目立ちにくく(村井;2005)慢性期によく観察できる。発症後の典型的な経過は再発と寛解を繰り返す、成長途上の思春期から成年期に好発しやすいため、思考や情動、意欲など多様な精神症状を伴い、その人の人生に大きな影響を与える疾患と言える。こうした背景から哲学や社会学をはじめ様々な分野において関心が寄せられ、ミンコフスキー Eugene Minkowski (1885-1973)は、「現実との生ける接触の喪失」と述べ、ブランケンブルグ Wolfgang Blankenburg (1928-2002)は、「自然な自明性の喪失」と精神障害の基本的症状を述べている。統合失調症の主な治療方法は、薬物療法・精神療法・社会療法が中心に行われており、これら3つの統合が不可欠と言える。統合失調症という病名は長らく「精神分裂病」と呼ばれていたが、差別的意味合いを含む呼称(八木, 田辺;2002, 佐藤;2003, 藤野;2003)であるため、2002年日本精神神経学会が「統合失調症」に病名を改め今日に至っている。

表 2-1. ICD-10 精神及び行動の障害 DCR 研究用診断基準

F20 統合失調症 Schizophrenia

F20.0-F20.3 統合失調症の妄想型、破瓜型、緊張型、鑑別不能型のための全般基準

G1. 以下の 1 に挙げた症候群・症状・徴候のうち 1 項目以上、あるいは下記の 2. に挙げた症状・徴候のうち 2 項目以上が 1 ヶ月以上続く精神病エピソードのほとんどの間（あるいは、ある時期にほとんど 1 日中）、存在すること

1. 以下のうち 1 項目以上が存在しなければならない

- (1) 考想化声、考想吹込または考想奪取、考想伝播
- (2) 身体あるいは手足の動きあるいは特定の思考・行為・感覚に明確に関係付けられた、被支配妄想、被影響妄想、あるいはさせられ体験、妄想知覚
- (3) 患者の行動に実況解説を加える幻声、患者について話し合う幻声、あるいは身体のある部分から聞こえる他の型の幻声
- (4) 文化的に不適切かつ全くありえない、他の種類の持続的妄想（たとえば、天候をコントロールできる、宇宙人と交信しているなど）

2. あるいは以下のうち 2 項目以上：

- (1) 感覚の種類を問わず持続性の幻覚が 1 ヶ月以上毎日出現し、明らかな感情的内容のない妄想、あるいは持続性の優格観念を伴う
- (2) 言語新作、思考途絶、あるいは思路への割り込み、その結果、滅裂や的はずれな会話が生じる
- (3) 興奮、常同姿勢、蠟屈症、拒絶症、緘黙、昏迷などの緊張病性行動
- (4) 顕著な無感情、会話の貧困、情動的応答の鈍麻あるいは不一致などの「陰性」症状（これらは抑うつや抗精神病薬投与によるものでないことが明らかでなければならない）

G2. 主な除外基準

- (1) 患者が躁病エピソード (F30. -) やうつ病エピソード (F32. -) の基準も満たす場合、気分障害が生じる前に上記の G1 (1) と G2 (2) に挙げた基準が満たされなければならない
- (2) この障害は、症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09) や、アルコールや薬物関連の中毒 (F1x. 0)、依存 (F1x. 2)、離脱 (F1x. 3 および F1x. 4) によるものではないこと

2. 統合失調症の有病率

統合失調症の有病率は、人口 1,000 人あたり 2.0~8.0 人（中根秀之, 中根允文;2008）であり、およそ 100 人に 1 人が一生の間に罹患するリスクがある。発症率において性差はほとんどない報告がある一方（Saku, Tokudome, Ikeda;1995, 功刀;2011）、発病のピークである好発年齢については、男性 15~24 歳、女性 25~34 歳と性別による年齢の差を示唆した報告（中根;2003）、地域や民族における発症率に差はないという報告（橋本, 安田, 大井他;2011）など、共通した見解は得られていない。統合失調症は家族集積性があることから、その発症に遺伝子が関わっているという見方はできるが、全て遺伝疾患であるという意味ではない。その他にも、脳の認知・情報処理過程の機能障害説やストレス脆弱性仮説（閾値以上のストレスによって統合失調症の症状が出現するという見方）、ドーパミン系神経の発達不全から神経発達障害を成因とする報告（濱中;1986）もみられる。

3. 経過と予後

統合失調症は、診断法・治療法や対処法の発展も大きく認められ（中根;2003）、かつてのように激しい症状が継続し、急速に残遺及び荒廃状態に至る例は少なくなってきたというポジティブな傾向を支持する（宮本;1989, 先崎;2013）報告がある一方、ほぼ一生を精神科病院で過ごす事実はほとんど変わっていないというネガティブな傾向（大賀, 井口, 遠山他;1982）が報告されている。助川（2009）は、抗精神病薬多剤併用による生命予後への影響について、65 歳未満の統合失調症圏患者 172 人を対象に調査した。その結果、抗精神病薬の長期服用は、高齢、利尿薬投与量、非低力価薬性低血圧群の項目で、患者の生存期間との間に有意な関係があったと報告している。

一般的に比較精神医学領域では、発展途上国の統合失調症の転帰は先進国よりも良好であると考えられている。その根拠となる国際大規模調査は、2013 年に WHO によってコーディネートされた Inter National Pilot Study of Schizophrenia(以下;IPSS)である。インドで行われた統合失調症患者の追跡調査では、患者の寛解予測因子として都市部に在住し、発症の初期に病状が変動する経過をたどり全体的機能が改善していること、発症後 1 年が経過した時に精神症状が軽度である（栗原;2014）と報告している。また、1950~1960 年代以降の抗精神病薬（クロルプロマジン）を用いた薬物療法の普及や進歩があり、その恩恵は大きいと言える。

統合失調症患者の予後に関わる因子は、先進国か発展途上国かという分類よりも、その

背景にある文化的因子や精神医療、家族のサポートなどが複雑に重なり合い発症に至ると
いう指摘や（遠矢, 山本, 橋本;1999, 橋本;2002）、疾病と障害の2つが影響を及ぼしている
（村井;2005, Fritz, Matschinger, Heider, et al., ;2007, Hamann, Neuner, Kasper ;2007,
中井;2007）という報告もみられる。

伊藤（2002）は、統合失調症患者の経過と予後を総合し、急性期は神経活動が過活動で
陽性症状が優勢となる時期、消耗期は失われてしまった体力や神経のエネルギーを蓄えよ
うとして陰性症状が優勢となる病み上がりの時期、回復期はもとの健康な部分が徐々に増
えてくる雪解けの時期と説明し、各々の時期に合った治療や支援の必要性を述べている。

第5節 統合失調症患者の合併症としてのがん

1. がんの罹患率と発症要因

統合失調症患者とがんの関連については、がんの発生頻度は低い(Derogatis, Morrow, Fetting;1983, Barak, Achiron, Mandel;2005, Grinshpoon, Barchana, Ponizovsky; 2005)という報告がある一方、がん罹患率が一般健常人より高いと指摘している(太田, 中根, 高橋;1981, Kate;2012)。がんの罹患率が高い理由の1つとして、統合失調症患者は一般健康人と比較すると喫煙やアルコール飲酒量が多く(Seeman;2011)、これらの生活習慣が長年にわたるとがんの発生要因に何らかの影響を与えると(Kathol, Harsch, Hall, et al., ;1992, Preti, Wilson ;2011, Irwin, Henderson;2014)示唆している。また、統合失調症患者のがんのリスクは喫煙だけでなく(Masterson, O' Shea;1984)、限られた生活費や彼ら自身のセルフケアの乏しさにより(Du Pan, Muller;1977)、バランスの悪い食事やカロリー過多に偏りやすく(Mortensen;1989)、健康に対する意識が低下している状況が続いた結果(Mortensen, Juel;1993)、がん罹患しやすいと報告している。Fritzら(2007)も、統合失調症患者は他の入院患者に比べて、大量のスナック菓子やインスタント食品、カロリー過多の嗜好品を頻繁に摂取している特徴を明らかにし、こうした生活習慣病のリスクの高さとがんの関連を明らかにしている。

日本における統合失調症患者のがんの罹患率と発症要因についてみると、精神科病院に入院している患者の死亡原因でがんは第8位(篠崎;1972)という報告、一般健常人と比較してがんの罹患率に大きな差はない(野島, 鈴木, 岡本;1996, 安井;1996)という報告や、逆に一般健常人と比較してがんの罹患率に差がある(轟, 延藤, 轟他;2004)という報告がみられる。

2. 抗精神病薬との関係

統合失調症患者の主な治療は薬物療法であり、ほとんどの患者は抗精神病薬を服用している。抗精神病薬はドーパミンの作用を遮断する薬として、統合失調症患者の精神症状を安定させる目的で使用される。このドーパミンが遮断されると血中プロラクチンが上昇し、(Halbreich, Kaha;2003) 女性は月経障害が問題となりやすい(Kapur, Zipursky, Jones; 2000)。クロルプロマジンのように古くからある抗精神病薬は、プロラクチンの上昇作用が強く、乳がんのリスクが高い(Lindamer, Wear, Sadler;2006, Catts V, Catts S, O' toole; 2008, Cole, Padmanabhan;2012)と指摘する一方、リスペリドンのように非定型抗精神病薬でもブ

ロラクチンの上昇作用が強い薬もあるため、作用には個人差があり、血中プロラクチンが上昇しているだけでは他の薬剤との適否やがんに対する安全性の評価は確立できない(Tworoger, Eliassen, Zhang;2013)報告もみられる。

Volkov(2009)は、統合失調症患者の死亡要因を調査し、肺機能の低下による気管支肺炎、肺結核、慢性閉塞性肺疾患、肺がんが多くを占めていた事実を明らかにしている。また、肺がん発症の要因として、フェノチアジン系抗精神病薬の長期投与は、がんの発生や死亡に深く関連していると報告している。Halbreichらは、抗精神病薬を長年にわたって服用している患者を対象に身体的な副作用について調査した結果、骨密度の減少、骨粗鬆症、不妊、乳汁分泌、乳がん、心血管疾患、性的障害と関連があり、そのなかでも乳がんのリスクが高いと述べている(Halbreich, Kahn;2003, Dalton, Johansen, Poulsen, et al., ; 2006, Tran, Rouillon, Loze;2009, Dalton, Laursen, Mellekjær;2014)。その一方、抗精神病薬を長期服用している患者にとって、乳がんの発生リスクや増殖は関連がないと結論づけている報告(Dickson, Glazer;1999, Wang, Walker, Tsuang, et al., ;2002, Todoroki, Yoshida, Suzuki, et al., ; 2003)もみられる。

これまでの先行研究から、統合失調症患者は長期間にわたり抗精神病薬を服用しているため、特に閉経後の女性は血中プロラクチンが上昇し、乳がんの発生に何らかの影響を及ぼす可能性が示唆されるが、抗精神病薬によるプロラクチンの増加は依然として因果関係が解明されていない部分も大きいと言える。また、統合失調症患者の男性は肺がん、女性は乳がんが多いという性差がみられる。

3. がんを正確に見極める診断

近年、がん患者の診断技術と治療は格段に進歩し、退院後の在宅医療にも力が注がれている。欧米諸国では1940年代から精神障害者の身体合併症、すなわち統合失調症患者のがんの診断と治療方法の検討(Goodman;1985, Mortensen;1989, Kathol, Harsch, Hall;1992, Kanerva, Lammintakanen, Kivinen;2016)が報告され始め、Medical Psychiatryの重要性が注目を集めている。しかしMedical Psychiatryで検討された内容は、治癒の見込めるがんの治療方法や検査技術について報告しているものが多く(梶原;1992)、既にごがんが進行し治癒が見込めない統合失調症患者の医療と看護に対しての報告は少ない。

この背景には、統合失調症患者ががんに罹ると体感幻覚や妄想など、多彩で活発な精神症状と重なり(廣田, 矢加部, 竹尾;1990)、がんによる具合の悪さと精神症状を正確に見極

めて診断することの難しさ (Derogatis, Morrow, Fetting;1983, 野村, 中村, 松平;1992)、身体異常に対する認知及び表現能力の乏しさ (Brugha, Wing, Smith;1989, 岩淵, 江畑;1996)、感情鈍麻による無関心 (鈴木, 黒坂, 金子他;1992, 岩井, 山田, 梶野;2007)、がん告知に対する理解力の難しさ (倉田, 皆川, 小鶴他;2002)、治療や検査に対する患者自身の理解や協力を得る困難さ (熊倉;1993, 榎本;2002) など、様々な問題が挙げられている。そのため、統合失調症患者のがんの早期発見や診断、専門治療が遅れ (稲垣, 加藤, 福浦他;2006, 中根;2006)、十分な医療を受けることなく死に至っている。また、統合失調症患者は総合病院精神科病棟でがん治療を受ける場合、新しい病院の環境変化から精神症状が増悪し、がん治療を中断して単科精神科病院に帰院を余儀なくされる実態など (黒木, 桂川, 小堀他;1997, 平山;2003, 藤野;2003, 大島, 菊本, 林;2007)、複雑で多様な現状が報告されている。この他にも、単科精神科病院で働く医療従事者を確保する必要性 (谷山, 清水, 垣本他;2014)、精神科医療の質の向上 (吉岡, 鈴木;2014)、他医療機関と連携する重要性 (Bushe, Hodgson;2010, 本間;2012, 久保田, 湯川, 国本他; 2013) など課題が山積している。

第6節 がんを合併した統合失調症患者への医療とケア

1. 精神科看護師が実践するがんを合併した統合失調症患者へのケア

欧米では、1940年代頃から精神疾患患者を対象にした身体合併症、すなわちがん治療の検討 (Mattila, Leino, Paavilainen; 2009) が報告され始め、アメリカにおける問題解決のモデル Medicine-Psychiatry が、その1つとして注目を集めている。精神疾患患者が精神症状の増悪によって興奮状態となり、大声を出して暴れている場合、まずは精神科医及び他科の医師達は患者の身体症状を正確に評価することが困難であり、患者の精神症状を鎮静化してから診察を始めるため、全身状態の把握や治療方針を決定するまで多大な時間と専門的知識が必要とされる。このような精神疾患患者を受け入れ、適切に対処できる医療システムを Medicine-Psychiatry と言う。

Medicine-Psychiatry Unit (以下;MPU) は、1人の医師が内科と精神科の2つのトレーニングを積み、複数の領域に対応できる専門家が様々な合併症を持つ精神障害者の治療に取り組む病棟である。MPU では1人の医師が精神障害者の身体疾患と精神疾患を分断せずに治療するため (Kathol, Harsch, Hall, et al., ; 1992)、疾患ごとに治療方針を決定する通常の診療に比べ、能率的かつ包括的な医療がタイムリーに実践できる。このシステムは、1人の医師に課す負担や責任が小さいとは言えないが、精神疾患患者の視点に立つと利点は大きい (Derogatis, Morrow, Fetting, et al., ; 1983, Chang, Huang, Yeh; 2013, Kim, Hong, Bahn; 2013)。

日本でも、このシステムを実際に導入する検討が行われているが、内科と精神科の両方のトレーニングを積んだ後、これらの専門資格を活かし勤務できる病院はほとんどみつけれないと指摘 (成島; 2015) されている。アメリカ国内でも同じような問題が放置されており、実際に MPU の研修プログラムを卒業して複数の専門医資格を取得した医師達でさえ、無理をしたくない医師は精神科に進み、収入を重視する医師は内科を選択するというように、進路は大きく2つに分かれている。看護師も同様にこうした患者への実用的なケアの適応や有効性についての評価はされていない。

日本において、がんを合併した統合失調症患者に対してどのようなケアを実践しているのか、精神科病院における具体的な実践内容について文献検討を行った (荒井; 2014a)。文献検討の方法は、1983～2013年に国内で発行された延べ約5,000誌に掲載された論文を収録した医学中央雑誌 Ver. 5 検索システムを用いた。この期間を設定した理由は、2006年のがん対策基本法を基準として、前後10数年におけるがんを合併した統合失調症患者を対象

にした看護研究の推移を検討するためである。キーワードは、「統合失調症」「精神科病院」「がん」「合併症」「終末期」「緩和ケア」として検索し、寶田（2005）の文献レビューを参考に、①著者（年）、②研究対象、③データ収集方法、④研究デザインについて分類を行った。尚、抽出された論文の中で会議録及び1,000字以下の論文は対象外とした。

その結果、条件に該当した論文は14編で表2-2.に示すとおりである。論文の種類は、原著論文12編、研究報告1編、総説1編に分類された。研究対象は、患者と看護師の関係性に焦点をあてた看護過程の展開10編、患者をとり巻く医療従事者との関係調整を論じたもの2編、患者ならびに家族と看護師の関係性の変化について2編である。データ収集方法は、看護師のケアと観察が13編、看護師及び医師へのインタビューが1編である。研究デザインを分類してみると14編全てが質的研究であり、なかでも13/14編は質的研究に含まれる事例研究である。

表 2-2. がんを合併した統合失調症患者のケアに関連する論文内容

著者 (年)	研究対象	データ収集方法	研究デザイン
佐藤万里子他(1997)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
中村智巳(1998)	患者・看護師を取り巻く医療従事者	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
片山和子他(1999)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
黒川千代子他(1999)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
田中秀樹(2001)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
美濃由紀子他(2003)	患者・看護師を取り巻く医療従事者	参加観察法及び看護師・医師へのインタビュー	質的研究 KJ 法
壇愛他(2008)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
千葉信子(2008)	患者と訪問看護師	看護師の看護と観察	質的研究 3 事例
西岡和代(2008)	患者・看護師を取り巻く医療従事者	看護師の看護と観察	質的研究 4 事例
西村充弘(2008)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 3 事例
山田淳子(2008)	患者ならびに家族と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 2 事例
藤志水育子他(2009)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
加藤知可子(2010)	患者ならびに家族と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例
登賢大他(2010)	患者と看護師	看護師の看護と観察	質的研究 1 事例

年代別で追っていくと、看護研究として発表され始めたのは1997年以降であり、佐藤ら(1997)は「胃癌を併発した女子慢性精神分裂病患者のターミナルケア」、中村(1998)は「胃癌を併発した精神分裂病患者のターミナルケア」を報告している。これら2つの研究内容は、精神科病院に長期入院している胃癌を合併した患者を対象に、ターミナルケアが可能であるかについて、看護過程の展開に焦点をあて検討を加えている。1999年には、片山ら(1999)が「精神科開放病棟におけるターミナルケアへの配慮 事例の分析を通して」を報告し、看護師による参加観察とその記録をプロセスレコードを用いてケアの振り返りを考察している。黒川ら(1999)は、エリザベス・キューブラー・ロスの死に逝く患者の5つの心理的段階を参考に、「精神科でのターミナルケアからの学び」を事例と重ね合わせ、各々に該当する段階とケアの関連性について検討を行っている。

このように、1990年代に発表されたいずれの論文も、がんを合併した1事例について精神科看護師が手探りで看護を行い、看取りを行う困難さを挙げている。その一方、単科精神科病院は総合病院精神科病棟と比べて、特別な専門設備や医療器具などは十分整っていないが、統合失調症患者は長年暮らした病棟で平穏な生活を送り最期を看取ることが精神科看護の基本であると考えられている。

その後、2000年以降には10編の看護研究が掲載されている。そのなかで、2003年に美濃らが「がんを併発した精神疾患患者の治療・回復過程に影響を及ぼす要因 がんの発見からがんの告知まで」を報告している(美濃, 宮本;2003)。この研究は、精神科病院でがんを併発した精神疾患患者の早期発見の難しさ、激しく拒否をする患者に対する身体的介入、インフォームド・コンセントなど、看護師が困難感を抱いている現状を明らかにしている。また、看護師の介入時期を「がんの発見・がんの告知・がんの治療・がんの再発診断を含む治療後の療養期・がんの末期」の5つの病期に分け、患者に対する精神的・身体的ケアの必要性、身体合併症治療やケアを行う専用施設を整備する必要性を示唆している。山田は、精神看護専門看護師の立場から「看取りにおけるコミュニケーション」をテーマに、精神科病棟における看取りの実情について2事例を挙げ検討している。その内容は、がんと診断された患者の身体症状への緩和ケアは医療チームで行われるものであり、精神科看護師が最期まで患者に寄り添う看護の必要性(山田;2008)を報告している。

これらの先行研究から、精神科看護師は統合失調症患者ががんを合併するとケアの達成感や充実感について報告しているものの、様々な不安や戸惑いというネガティブな感情を抱いていた様子も推察され、がんを合併した時の具体的なケアの内容や技術に対して統一

した見解は得られていない。

2. がんを合併した統合失調症患者を取り巻く施策との関連

(1) 1995年精神保健福祉法の改正

がん患者の発見や診断は、精神科病院では一般病院に比べて困難である。1995年精神保健福祉法の改正を契機に、精神科病院で合併症看護に対する実践報告の気運が高まり検討が行われ始めている。その内容は、精神的な看護実践を中心に看護目標を挙げ、患者と看護師の関係性の変化に着目した検討がされている。精神科看護師は患者のがんに関して必ずしも関心が高くなかったため、チーム・カンファレンスで積極的な議論をする報告は散見する程度である。精神科看護師はがんを合併した統合失調症患者を受けもったことを契機に、看護の質を向上する目的で症例検討を行い、患者の最期をどのように看取るのか様々な思いを抱いていた。しかし、それらの検討は1施設の少数例の報告がほとんどであり、がんを合併した統合失調症患者に対する知識や技術の提供については、精神科看護師1人ひとりの力量と看護観に委ねられており、ケアの質や評価においては積極的な検討が始まったばかりと言える。

(2) 2007年がん対策基本法

2008年には5/14編の看護研究が報告され、がんを合併した統合失調症患者の看取りに対する不安、葛藤、喪失感が質的分析によって検討されている。この背景には、2007年にがん対策基本法が施行され、質の高いがん医療と緩和ケア（奥山;2015）が社会的に要請されるようになり、その社会的な要請に応じるような形で、精神科看護の雑誌は「精神疾患をもつ人の終末期ケア」を特集として取りあげたことが看護研究を促進した要因の1つとしてある。

精神疾患をもつ人の緩和ケアに注目すると、精神科看護師は疼痛の緩和、精神的不安の軽減、身体の保清、家族への連絡など、患者の生きる意味や価値を理解し、できるだけ患者の望みをかなえ配慮していたケアの内容（柿本,金子;2000, 泉,島田;2014）が示されている。また、精神科看護師は患者だけでなく、家族や他の専門職と頻りに連携を図る調整的な役割を担っており（千葉,谷口,谷岡他;2009）、がんの合併症ケアにまつわる事例の複雑さでは、がんの病名告知や家族への説明、疼痛緩和や精神症状のコントロール、医療機器の整備、個室の確保、病棟選択の問題など、精神科病院における特徴がみられる。

第7節 本章のまとめと考察

本節では、欧米諸国の精神医療のほとんどは国家の治安政策から始まり、大多数の精神科病院が国公立で開設されたのに対し、日本の精神科医療は家族が身内の精神障害者を病院に預けるといって始まっている。精神障害者の長期収容隔離施策として、単科精神科病院の設立があったという特徴的な歴史的変遷を踏まえて、そのなかでがんを合併した統合失調症患者の医療と看護の現状として得られた知見から考察する。

1. がんを合併した統合失調症患者の現状

現在、精神障害は知的な障害を含めてかなり広く定義されており、あらゆる精神の障害や疾患を含んでいると言ってよい。特に、精神障害者の多くを占める統合失調症患者は、慢性及び再発の長い経過をたどるなかで、長期予後の正確な予測は不可能と言えるが、精神症状においては抗精神病薬の治療的効果により軽症化が進んでいる。また、統合失調症患者の認知機能障害に変化を促す治療方法やリハビリテーションは、退院を促進する重要な因子となりうるが、長期入院患者の高齢化に伴いがんの合併症にどのように対応し支援するのか、具体的な内容については十分な研究がなされているとは言い難い。

統合失調症患者はがんを合併した時、彼らの認知機能低下や精神症状により、がん治療の選択方法はおおよそ3つに大別される。

第1 選択は、総合病院精神科病棟に転院してがん治療を受ける事例

第2 選択は、総合病院精神科病院に入院してがん治療終了後単科精神科病院に戻る事例

第3 選択は、専門的ながん治療を受けることなく単科精神科病院で看取る事例

第1と第2の選択については、総合病院精神科病棟の医療設備水準が単科精神科病院に比べて治療技術や検査器具が整備されており、患者の治療効果とQOLが高いという報告(野村, 中村, 松平;1992, 野島, 鈴木, 岡本;1996, 長谷川, 清田, 岸本他;1998)、がんの診断から治療さらには退院後の在宅通院体制の連携(黒木, 桂川, 小堀他;1997)、精神科医師を中心とした専門的な多職種介入による効果(倉田, 皆川, 小鶴他;2002)、患者の身体疼痛管理に向けて医療者に対する研修の必要性(黒木;2003, 小川;2014, Lahti, Kontio, Valimaki; 2016)など多くの研究が報告されている。しかし、第3の選択であるがんの専門的治療を受けず単科精神科病院で看取る事例については、統合失調症患者へのがん告知もままならないため、複雑で多様な問題を抱えた状況のなかでの選択であり、彼らの精神症状にも影響を及ぼしやすく精神科看護師のケアを最も必要とする。

これまで、全国の単科精神科病院に入院している統合失調症患者を対象に、がんの罹患率と死亡率の大規模調査は行われていないため正確な予測は不可能であるが、患者のがんに伴う身体的苦痛とは、「痛み」「息苦しさ」「全身倦怠感」「嘔吐」「食欲不振」などが予測され、精神的苦痛とは「不安」「気分の落ち込み」「抑うつ」「いらだち」「恐れ」「怒り」「恐怖」「孤独感」などが推察される。このように、がんを合併した統合失調症患者は、がんの症状に伴い身体的苦痛と精神的苦痛が重なり合うため、診断を正確に見極めるための表現能力や真意がつかみにくく、その実態は見えにくいと考える。

2. 単科精神科病院における緩和ケアの必要性

日本の全病院数 177,546 施設のうち、ホスピス・緩和ケア病棟を設置している病院数は 360 施設、都道府県がん診療連携拠点病院に併設されている緩和ケア病棟数は 45 施設、地域がん診療連携拠点病院は 210 施設である（宮下, 今井, 渡邊; 2013）。がん医療では、専門的な治療や高度な技術革新により様々な取り組みがなされてはいるものの、緩和ケア病棟や総合病院精神科病棟の占める割合は非常に低い。このような現状下で、統合失調症患者ががんを合併した時、これらの医療設備が整ったがん専門病院やホスピス・緩和ケア病棟に転院し、質の高い医療とケアを受けられる可能性が高いとは考えにくい。また、単科精神科病院において長期入院を余儀なくされている統合失調症患者の場合、がん治療の選択においては家族の意向が重視される傾向が示され、患者自身を取り巻く複雑な要因がある。

こうした状況から、単科精神科病院で統合失調症患者ががんを合併すると、本来の精神科医療とがん治療の 2 つの専門的な医療に加え、緩和ケアの視点が新たに必要となってくる。しかしながら、これまでがんと診断された統合失調症患者に対して、精神科看護師はどのように患者を観察してケアを行っているのか、その現状すら明らかにされてはいない。また、統合失調症患者の視点に立ったがんの告知、がん専門治療の選択方法など、患者の尊厳や意向を汲み取り、どれだけ人間らしい生活や心の安寧を支援するのかについて、医療者の認識は依然として解明されていない。

3. 精神科看護師のケアの重要性

わが国の医療法は、精神科特例によって単科精神科病院で働く医師、看護師、薬剤師など有資格者の職員定数が総合病院精神科病棟に比べて低く抑えられている。2000 年 12 月の医療法改正において、看護職の配置は 6 対 1 から 4 対 1 へと変更されてはいるものの、

現在も単科精神科病院で働く精神科看護師のマンパワー不足は大きな課題であり、質の高いケアの発展を遅らせている一因と言える。

がんを合併した統合失調症患者に対する看護の発展は大きく2つの段階に分けられる。まず1995年の精神保健福祉法の改正、次いで2006年のがん対策基本法である。これら2つの施策を経て、精神科看護師が行う緩和ケアが着目されつつある。その一方、統合失調症患者はがんを合併すると身体的な変調から不安や恐怖感を持ちやすいため、患者の痛みや精神症状を包括した知識や看護技術の実践方法について統一した見解が得られておらず、その対応に苦慮している。統合失調症患者はがんと診断されてから亡くなるまでの期間が3～6ヵ月と報告されており、一般患者と比べて治癒の見込みが厳しい特徴が挙げられる。しかし、筆者の知る限り全国規模でがんを合併した統合失調症患者の実態調査はされておらず、精神科看護師のケアについて横断的な調査を行い言及した文献もみあたらない。

精神看護学は看護専門分野として確立したのは1997年であり、それまで成人看護学の一部を担っていたにすぎず、精神看護師の専門性を発展させにくかった歴史をうかがわせる。このような史実を背景に、統合失調症患者を取り巻く厳しい医療経済下においては言うまでもなく、単科精神科病院で働く精神科看護師は、職業に対する自尊心や探求心を継続することが困難であり、精神看護学の専門性を確立するまでに長い時間と努力を要する。

すなわち、これらの課題を探求することは、がんを合併した統合失調症患者と最も関わりケアをする時間が多い精神科看護師にとって、困難な状況を協議できる契機となり、より効果的なケアに向けて看護教育の課題を明らかにし提言することができれば、学術的意義は大きいと考える。

第3章 単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状

はじめに

第3章は、本論文の課題1.「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状」について精神科看護師への調査をとおして考察する。

平成24年度精神保健福祉資料の報告によれば、わが国の精神科病院数は1,622, そのうち民間経営の単科精神科病院数が1,086 (70.0%) を占めている。これらの単科精神科病院でもっとも受療者数が多い疾患は統合失調症である(厚生労働省;2014a)。筆者は、総合病院精神科病棟で働いていた時に、単科精神科病院からがん治療のために転院してきた統合失調症患者を受け持った経験がある。その当時から、統合失調症患者に対するがん告知の必要性は言われていたものの、臨床現場では統合失調症患者へのがん告知はほとんどされていなかった。総合病院精神科病棟では、がん治療の期間のみ患者を預かり治療し、治療が終了すると直ちに単科精神科病院に戻すという病棟文化があったように感じる。総合病院の精神科医、単科精神科病院の精神科医、患者の家族が患者に良かれと考え治療の方向性を決めていくことが、本当に患者にとって良いことだと言えるのか、がん治療は誰のために行われるのか、患者の生命は誰のものなのかなど、こうした問いに筆者自身が答えを見つけないことができず、忸怩たる思いがあった。

がんの臨床経過は、検査、診断、初回治療、治癒、さらには再発、再発治療、進行、そして終末期から死へと長期的な経過をたどりながら様々な局面を迎える。これまで精神腫瘍学研究分野において、がん罹患した患者がどのような精神的変化を認めるかについては、高度ながん専門医療の進歩に伴い、十分な検討がなされつつある(太田, 中根, 高橋;1981, Derogatis, Morrow, Fetting;1983, Wang, Walker, Tsuang, et al., ;2002, 谷山, 清水, 垣本他;2014)。しかし、そこで議論されているがん治療と緩和ケアを単科精神科病院に入院している統合失調症患者に当てはめることは難しい。その理由は、重篤な精神症状を有する統合失調症患者ががんを合併した時、どこまで患者自身ががんの病状を理解し治療に向き合えるのか、その医療的判断は非常に難しく(藤, 灘岡, 東谷他;1994, 岩淵, 江畑;1996)、患者自身からがん治療の協力は得られにくい(鈴木, 黒坂, 金子他;1992, 村井;1999)と報告されている。医療者側の課題として、がんを合併した統合失調症患者のQOLに配慮する意識の乏しさ(相良, 寺田, 広瀬他;1988, 花出, 山本;2003, 日笠;2007)、がんの合併症に対する病識の欠如(倉田, 皆川, 小鶴他;2002)、がん治療を望まない家族の存在(荒井, 久松;2013b)、がん治療を受け入れる病院を確保することの困難さ(稲垣;2004, 灘岡;2005, 只浦, 遠藤, 橋本他;2006)など、様々な問題が挙げられ、がんの早期発見や専門治療が遅れ

る傾向が示唆されている。

このような状況から、単科精神科病院に入院している統合失調症患者ががんを合併すると、精神科医師が患者本人に病状を説明している症例は極めて少ないと指摘されており(新美;1995, 野島, 鈴木, 岡本;1996, 中村;1998, 長谷川, 清田, 岸本他;1998, 久松, 植田, 荒井;2012)、多くの精神科医は家族にだけがんの病状を説明し、治療に対する意思決定を委ねている。そして、精神科医からがん治療の選択を委ねられた家族は、多くの場合、積極的ながん治療を望まない(酒井, 金, 秋山他;2002, 荒井, 久松;2013b, 中村, 西川, 仮屋;2014)。この背景には、統合失調症患者の入院の長期化と高齢化に伴い、家族の世代交代も進み、患者と家族の関係が疎遠になっている経緯がある。さらに、家族はこれまで患者から受けた暴言、暴力、生活の困窮など、複雑で多様な問題が関係していることも推察される。そのため、家族から孤立した多くの統合失調症患者(遠矢, 山本, 橋本;1999)は、がんの診断と治療を受ける機会が少ないまま、単科精神科病院の精神科看護師に看取られ亡くなる現状(黒川, 猪野;1999, 田中;2001, 藤田, 佐藤;2004, 荒井;2014b)が報告されている。

単科精神科病院の緩和ケアを充実させるには、がんを合併した統合失調症患者への適切な緩和医療と緩和ケアを含めた単科精神科病院の体制と総合病院の連携が不可欠である。緩和ケアは、がんの病期に関わらず全ての病期のがん患者に活用し、QOLを向上する目的がある(厚生労働省・日本医師会;2005)。しかし、この点に関しては、精神科臨床の現場において未だ多くの課題を抱えている。2010年に行われた総合病院基礎調査によれば、大学病院及び総合病院は医療経済的な側面から、精神科病床数は減少しており(梶原;1992, 小林;2007, 吉本;2010)、精神疾患患者の救急体制や合併症治療などに支障が出ていると報告されている。また、各都道府県における総合病院精神科の設置状況は地域差があり(小林;2007)、各地域に応じた身体合併症対策が必要である。

このような状況から、各都道府県を単位に単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状を把握することは不可欠と言えるが、厚生労働省(2011b)の医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況をみても、がんを合併した統合失調症患者に対して、県単位の詳しい実態調査は行われておらず、決定的な問題解決には至っていない。

そこで本論文では、基礎資料としてまず都道府県を単位とした実態調査が必要と考え、がんを合併した統合失調症患者への適切な緩和医療とケアを含めた単科精神科病院の治療と総合病院との連携及び関連要因の現状を把握し考察する。

第1節 本章の目的

本章は、ある特定地域における単科精神科病院と総合病院の連携、さらにはがんを合併した統合失調症患者の現状を把握する基礎資料（荒井, 林;2016）とする。

第2節 調査の概要

1. 調査地域

対象地域は、厚生労働省（2011b）の医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況から、都道府県別にみた人口10万対1日平均の精神科病院入院患者数全国平均値240.6人と近似しているA県（240.1人）とした。

2. 調査対象

(1) A県の単科精神科病院の聴きとり調査

対象施設はA県内の全単科精神科病院8施設である。施設長あるいは看護管理者を対象に、①病床数、②がんを合併した統合失調症患者の受け入れ先の総合病院数、③受け入れ先総合病院の状況、④精神科医師数、⑤他科非常勤医師数、⑥他科非常勤医師が1ヵ月に診察する頻度、以上6項目について筆者が聴きとり調査を行った。

(2) 患者調査

ICD-10により主傷病が「精神及び行動の障害」と診断され、がんを合併した統合失調症患者が対象であるが、患者自身から直接回答を求めることはできないため、患者を受けもった精神科看護師に調査用紙を配布して、患者1人ひとりについて報告回答を求め、患者の個人データとした。匿名性と個人情報保護のため全て無記名である。これら2つの調査によって実態を把握することとした。

(3) 調査項目

患者データを得るために看護師に配布した調査用紙の項目は、梶原（1992）の精神科における単科精神科病院と大学病院の先駆的研究や、遠藤ら（2007）によるがんを合併した統合失調症患者の看護援助に関する調査項目を参考に作成した。①性別、②がんを合併した年齢、③入院期間、④治療病棟、⑤就労経験の有無、⑥収入状況、⑦がんの部位、⑧転帰、⑨患者へのがん病状説明の有無、⑩家族へのがん病状説明の有無、⑪がん治療の有無、

⑫付き添いの有無、⑬キーパーソンの有無、以上 13 項目について回答を求めた。

(4) 調査期間

2012 年 10 月 1 日～2013 年 11 月 30 日に調査用紙を対象施設に依頼し、郵送にて回収した。

3. 倫理的配慮

本研究は 2012 年 9 月に健康科学大学の研究倫理審査委員会で審議を受け、承認を得て行った（承認第 11 号）。その後、筆者は対象施設の病院長及び看護部長に研究計画書を提出し、承諾を得てから調査を行った。

患者と精神科看護師のプライバシー保護を重視して、調査用紙と回答用紙は封筒を別々に準備した。そして、回答済みの調査用紙は返信用封筒に入れ厳封して返送するよう依頼した。返信用封筒には、同意書と承諾書に研究協力者の自筆署名した書類を同封してもらい、回答をもって調査への協力と同意があったとみなした。

4. 分析方法

単科精神科病院の概要及び総合病院精神科病棟の連携について得た情報を整理し、患者に関連する①～⑬項目はExcel 2016に入力、必要に応じてSPSS Ver. 24を用いて集計した。

入院期間をどう定義し区分するかについては、本論文では患者ががんと診断された年を基準にし、これまでの入院期間を 1～5 年、6 年以上と区分し分析を行った。単科精神科病院の特性として、5 年以上 10 年未満さらには 10 年以上を経過した長期継続入院患者は、退院が極めて稀になる（藤田, 佐藤 ; 2004）と指摘される一方、病状の変化に応じて経年的に短期化している（石川, 葛谷 ; 2011, 厚生労働省 ; 2011a）報告が散見している。

第3節 結果

1. 調査対象地域の単科精神科病院の状況

2012年4月時点で、A県内の有床総合病院精神科病棟は2施設（計451床）、単科精神科病院が8施設（計1,968床）である。精神科医療機関は、その施設形態を問わず県中央部に集中し、東部には少ないという地域差がある。A県内の精神科病床数のうち81%が単科精神科病床であり、全体的にみれば単科精神科病院の病床数が圧倒的に多いのが特徴である。単科精神科病院の病床区分は100床未満1施設、100-199床1施設、200-299床5施設、300-399床1施設と200床規模の単科精神科病院が半数以上を占めていた。

施設管理者に、がんを合併した統合失調症患者の受け入れ先総合病院数の状況を尋ねたところ、「なし」2施設、「1カ所」4施設、「2カ所」2施設であった。いずれにおいても、がんを合併した統合失調症患者の受け入れ先は、県内外を問わず総合病院精神科病棟であった。総合病院精神科病棟と連携を図り、受け入れを依頼している病院は半数を占めていた。受け入れ先総合病院の状況を尋ねたところ、「患者の精神症状が重症でも受け入れ可能」1施設、「興奮や不穏などがなければ受け入れ可能」5施設であった。

単科精神科病院に勤務している常勤の精神科医師数は平均 7.2 ± 1.6 人、非常勤の精神科医師数は平均 2.3 ± 1.1 人であった。他科非常勤医師数は平均 1.8 ± 0.4 人、内訳は内科医師、外科医師、歯科医師、整形外科医師、皮膚科医師が月に1~2回診察を行っていた。

このような状況から、がんを合併した統合失調症患者を治療する総合病院の医師らは、予め患者の受け入れ条件を示すなど、がん治療に対する主導権をもっていた。すなわち、単科精神科病院の精神科医師と総合病院の精神科医師及び内科医師や外科医師の間では、患者のがん及び精神状況の把握について、相互に十分な治療方法を検討する時間と機会がないまま、患者の受け入れについて判断していたことが推察された。

2. 精神科看護師が受けもったがんを合併した統合失調症患者の基本属性

対象8施設でがんを合併した統合失調症患者を受け持った精神科看護師158人に調査用紙を配布した。その後、患者90人について報告を得た。報告された90人の患者基本属性は表3-1.に示したとおりである。

表 3-1. 患者の基本属性

(実数)

		性別		入院期間 (年)		合計
		男	女	1-5	6 以上	
		44	46	34	56	
年齢 (歳)	40-49	4	8	7	5	12
	50-59	10	11	8	13	21
	60-69	16	11	9	18	27
	70-79	9	10	6	13	19
	80 以上	5	6	4	7	11
就労経験	あり	24	20	16	28	44
	なし	20	26	18	28	46
収入	障害年金	18	15	12	21	33
	生活保護	4	4	3	5	8
	個人所得	2	0	1	1	2
	なし	20	26	18	28	46
	不明	0	1	0	1	1

男性、女性がほぼ同数で、40歳未満はおらず、男性は60-69歳が多かった(16人、36%)。高齢者の入院が長期化している傾向がみられた。

就労経験は、一般の就労状況を反映して、男性は女性よりも就労経験が多いものの、男性でも55%、女性では43%にとどまっていた。また、収入源のない人が男性では45%、女性では57%に及んでいた。

3. 患者の病状と治療環境

がんを合併した統合失調症患者の病状と治療環境については表 3-2. に示したとおりである。入院期間は女性患者のほうが長い傾向がある。患者が入院していた病棟は、男女ともにほぼ2/3が閉鎖病棟であり、身体合併症病棟でがんの治療を受けていた患者は男性3人、女性2人にとどまっていた。この状況は、患者ががんを合併した時、精神科医師と内科医師または外科医師が協力し、患者の精神症状やがんの治療を行う合併症病棟が整備されていない現状を示している。また、6年以上の入院患者は5年未満の患者よりも、開放病棟や療養病棟で治療を受けている割合が高かった。

がんの部位は、男性は胃(25%)と肺(20%)が約半数を占めており、2014年のわが国の部位別がん罹患患者数と同程度であった。女性は乳房が最も多く47%と約半数を占め、子宮(13%)、肝臓(11%)であった。一般のがん罹患患者数の状況と比較すると女性の大腸がんは少ない傾向であった。

表 3-2. 患者の病状と治療病棟

(実数)

		性 別		入 院 期 間 (年)	
		男	女	1-5	6 以上
入院期間 (年)	1-5	18	16	34	0
	6-15	10	7	0	17
	16-25	9	10	0	19
	26 以上	7	13	0	20
治療病棟	閉鎖	23	27	23	27
	開放	13	11	7	17
	療養	5	6	2	9
	身体合併症	3	2	2	3
がんの部位	胃	11	3	4	10
	食道	6	0	2	4
	肺	9	3	5	7
	乳房	1	23	7	15
	肝臓	4	5	4	5
	大腸	5	3	5	3
	前立腺	4	0	0	4
	子宮	0	6	3	3
	血液・リンパ系	0	1	1	0
	その他	4	2	3	3

4. 患者の転帰

患者の転帰は、ほぼ7割が死亡と報告された。がん治療中の男性は11人、女性は9人、治癒したのは男性2人、女性4人であり1割に満たなかった。がんと診断された統合失調症患者は治療の効果が得られにくく、死亡する割合が高いことを示していた。

5. 患者へのがん病状説明と治療

患者へのがん病状説明と治療については表3-3. に示したとおりである。がんの病状について「患者へのがん病状説明あり」と報告されたのは男性26人、女性16人、「患者へのがん病状説明なし」と報告されたのは男性18人、女性17人であった。がんの病状についての説明の有無は、男女共に約6:4程度であるが、6年以上の入院患者への説明は37人(66%)であり、5年未満の入院患者よりも説明される割合が高いと言える。

がんの病状を説明した職種は、男性患者は精神科医師3人(7%)、総合病院医師23人(52%)であったのに対して、女性患者は精神科医師13人(28%)、総合病院医師16人(35%)と多少の違いがみられた。

表 3-3. がんの病状説明を受けた人と治療の選択

(実数)

		性 別		入院 期間 (年)	
		男	女	1-5	6 以上
患者へのがん病状説明	あり	26	16	18	37
	なし	18	17	16	19
家族へのがん病状説明	あり	38	38	29	47
	なし	6	8	5	9
がん治療	あり	23	25	17	31
	なし	21	21	17	25

6. 家族へのがん病状説明

男性、女性いずれも8割以上の家族にがんの病状説明が行われており、患者の入院期間の長短に差はみられない。医師は患者よりも家族にがんの病状を説明する割合が高いと言える。

がんの治療を受けた患者は、男性、女性ともに約半数であり、未治療の患者が半数を占めた。一般のがん治療の状況と比較すると、治療を受ける患者が少ない現状を示している。

7. 患者のキーパーソン

患者のキーパーソンは、表3-4.に示したとおりである。入院期間が1-5年未満の患者の9割はキーパーソンがいるが、入院期間が6年以上になると8割弱となり、キーパーソンの減少が示唆される。また男性、女性いずれにおいても半数以上は、兄弟姉妹がキーパーソンとなっていた。

表 3-4. キーパーソン

(実数)

		性 別		入院 期間 (年)	
		男	女	1-5	6 以上
キーパーソン	あり	36	38	31	43
	なし	8	8	3	13
兄弟姉妹		23	30	18	35
配偶者		4	1	2	3
両親		3	2	4	1
いとこ		2	1	2	1
精神科看護師		2	4	4	2
福祉事務所職員		2	0	1	1

第4節 考察

本調査は、A 県内における 8 施設全ての単科精神科病院において、精神科看護師が受けもったがんを合併した統合失調症患者を取り巻く治療状況と総合病院精神科病棟の受け入れ状況についての基礎的調査であり、以下、これらを総合的に考察する。

1. 単科精神科病院を取り巻く状況

単科の精神科病院で統合失調症患者ががんを合併した時、興奮や不穏などで精神症状が悪いと総合病院精神科病棟の受け入れが難しく、その結果、がんの専門治療が困難な状況となる。内科医師や外科医師が常駐している総合病院精神科と連携がとれているかについて確認したところ、半数以上の単科精神科病院が 1 ヶ所以上の連携はとれているものの、患者の精神症状によって受け入れを制限している総合病院が半数以上みられた。この理由は多岐にわたるが、統合失調症患者個々の精神症状が多様であり、がんの痛みや具合の悪さなどが身体症状としてはっきりと表れにくく、総合病院では患者の精神症状を含めた身体症状を的確に捉えて対応する困難さが挙げられる。さらに、A 県内における単科精神科病院は、その施設形態を問わず県中央部に集中しており、東部には少ないという結果が示され、総合病院の精神科病棟と単科精神科病院の連携体制は個々の施設によって大きな差がみられたことも一因として挙げられる。

単科精神科病院では、常駐する内科医や外科医が平均 1 人であり、統合失調症患者ががんを合併した時、総合病院と連携を図るためにマンパワーが必要とされるが、現状ではマンパワーの側面からも厳しい数字が示された。また、単科精神科病院の精神科医と精神科看護師は長年統合失調症患者個々の精神症状を観察してきた経験をもつため、その対処方法を熟知しているが、転院先の総合病院精神科医と看護師は、患者と過ごす時間も短期間であり、患者個々の精神症状に合わせ柔軟に対応することは困難と言える。さらに、統合失調症患者が総合病院精神科病棟に転院しがん治療を受ける場合、患者自身ががんの病状について理解し治療への協力が得られない時には、精神症状が増悪しやすい。総合病院精神科病棟では、がん治療に伴う患者の精神症状の予測がつきにくく、不安を抱いた結果、受け入れに消極的な姿勢をとる傾向が示唆される。

日本は超高齢化社会に突入し、単科精神科病院においても高齢化が進み、65 歳以上の統合失調症入院患者が 50%を占め（精神科看護白書;2014）、精神症状とがんの合併のどちらにも対応できる診療機能のニーズが増大している。そのような状況で、総合病院精神科病

棟と単科精神科病院の間で、迅速かつ良質な医療と看護を提供する連携体制が重要と考える。その連携方法の1つとして、双方がやりとりできる共通の書式を作成し、患者情報を共有することが重要と考える。例えば、単科精神科病院では患者の主な精神症状、意思の疎通性、日常生活の上で精神科看護師が対応に配慮している看護内容などを記載する。総合病院精神科病棟の医療スタッフは、共通の書式に記載された患者情報をもとに、がん治療に要した入院日数、治療内容、対処方法などを提示する。県内で共通の書式を使用することができれば、迅速な情報交換が進み、医師に限らず多職種で新しい知識や経験を共有することが可能となり、がんを合併した統合失調症患者の精神医療とケアの具体的取り組み内容がよりの確にみいだすことができるのではないかと考える。

本調査の結果から、単科精神科病院の身体合併症病棟で治療を受けている患者の割合は1割に満たなかった。がんを合併した統合失調症患者の医療に取り組むためには、精神科医師が中心となり内科医師や外科医師と共に身体及び精神症状の診断、治療方法の選択、疼痛の緩和方法、終末期の対応など、多岐にわたって進めていく身体合併症病棟の設立に向けて取り組む姿勢が望まれる。

2. がんを合併した統合失調症患者の状況

調査期間において、A 県内の単科精神科病院における統合失調症患者のがん合併率は約7%であった。厚生労働省の身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方の調査結果をみると、入院している統合失調症患者のがん合併率の割合は5.6%である(厚生労働省;2009)。稲垣らが行った島根県内の調査では、精神疾患の治療とがん治療を同時に行う総合病院精神科病棟の場合、がんを合併した統合失調症患者の対応として、精神症状の病歴や薬物の服薬歴を明確にし、身体症状への影響を予測した的確な治療が行われる。その治療効果によりがんの合併率は約1%程度と報告されている(稲垣;2004, 稲垣, 新野, 宮岡他;2007)。統合失調症患者の身体合併症の種類は、内分泌代謝疾患をはじめ循環器、消化器疾患など多様であり、正確な診断はつきにくいだが、統合失調症患者の高齢化に伴いがんの合併率は増加傾向にあると言える。

3. がんの病状

男女ともに、がんを合併してから1~2年以内に死亡した患者は7割を超えていた。精神疾患のなかでも、統合失調症患者は喫煙やアルコール飲酒といった生活因子によって、が

んの発生率は高く、早期発見や早期治療が難しいと言われ、がんが発見された時には既に終末期である症例が多い事実が（轟, 延藤, 轟他;2004）報告されている。この影響要因の1つとして、患者自身の身体異常に対する認知機能の低下や感情鈍麻に伴う無関心などが挙げられている。さらに、抗精神病薬を長期に服用している影響から疼痛閾値が上昇し、患者自身が痛みを自覚しづらいため、発見が遅れやすいことが指摘されている。そのような状況で、女性は乳がん 46.7%、子宮がん 13.0%と半数以上を超えて発見されていたのは、統合失調症患者の入浴場面や衣服の着脱介助などにおいて、精神科看護師による身体症状の観察が、がんの兆候としての出血などの異常発見につながり、がんの確定診断に結びついたらと推察する。

4. がんの病状説明をめぐる問題

総合病院では、がんと診断された患者にインフォームド・コンセントを行い、主治医が患者や家族の意向を汲み取り最終的に治療方法を決定する（厚生労働省;2007b）。しかし、幻覚や妄想などを主症状とする統合失調症患者のインフォームド・コンセントについて考えると、一般科の患者に比べ、がんの病状説明を受けていた割合は低かった。精神科看護師の報告から、家族への説明は8割以上であるのに対して、患者への説明が6割であった。また、説明を行った職種は総合病院の精神科医をはじめ内科医師や外科医師、単科精神科病院の精神科医師がほぼ半々であった。このような現状から、精神科看護師は患者にどのようなケアを行えば良いのか、医師と家族の間に立ち、対応に苦慮している様子が伺えた。

筆者は、総合病院でがん告知を受けた患者を看取った経験、単科精神科病院でがんの告知を受けない患者を看取った経験がそれぞれあるが、単科精神科病院の看取りには総合病院精神科病棟の看取りとは全く異なる現実があった。総合病院では主治医による患者や家族への告知が原則であり、看護師がその場面に立ち会うことも多い。医師・患者・家族が一体となってがんと闘い、最期まで治療に希望を持ち続けるその延長線上に、家族が看取る患者の死があった。一方で、単科精神科病院で患者ががんと診断されると、医師や家族が治療選択においてイニシャチブを持ちやすい。がん治療の選択について精神科医師・患者・家族が一堂に集まって話し合いをする場は少なく、精神科看護師が立ち会うことも皆無と言ってよい状況であった。こうした状況下では、統合失調症患者ががんと闘い、治療に希望を持つことも少ない。また、患者と家族がほとんど連絡をとることがないという複

雑な事情があり、患者を看病し最期まで見守るのは、多くの場合精神科看護師であった。

障害者基本法の改正（内閣府;2011）では、「全ての国民が障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものである」と社会的実現を目指している。精神障害者の特性を踏まえてがん治療や看護を円滑に援助することは、未だ実現が難しい現状であるが、今後は患者自身の自己決定を支援する方法の1つとして、外部審査委員を導入するなど活発な議論を重ねていく過程が必要と考える。

5. がん治療とキーパーソン

がんの治療を受けていた統合失調症患者は、男性、女性ともに半数であり、一般のがん治療の状況と比較して少ないと言える。その理由の1つとして、がん治療費の問題が考えられる。本調査では、男性の45%、女性の57%が「収入なし」と回答されていた。がん治療は他の疾患に比べ医療費がかさむため、高額療養費の申請をする患者は多い。さらに、治療中に働けない患者に代わり、家族には経済的負担が重くのしかかり、貯金を切り崩すなど生活は困窮する。このような場合、がん保険に加入していると診断給付金などで一部を補えるが、このがん保険を使うためには、がんの病状について医師から説明を受けて了承し、治療に同意している事実が前提条件となる。本調査の結果をみても、がんの病状説明を受けた統合失調症患者は約半数であった事実から、がん保険を使って治療を受ける状況は少ないと推察する。さらに、精神疾患と診断された患者は一般の医療保険に入ることが難しく、誰でも加入できる無選択型の保険を選ぶことが多いが、保険料は一般のがん保険に比べて高く、保障期間は短く保障額も少ないという制限がある。

このような状況から、就労経験が乏しく収入が少ない統合失調症患者ががん治療を受けるためには、キーパーソンともいえる家族の理解と協力は欠かせない。しかしながら、入院期間が長期化している統合失調症患者は両親が既に亡くなり、兄弟姉妹がキーパーソンにならざるを得ないケースも現実には多数存在している。キーパーソンである兄弟姉妹にはそれぞれ家族があり、患者のがんについて病状説明を受けても、がん治療に対して消極的になっていたと考えられる。また、兄弟姉妹が単科精神科病院での対応に過剰な期待を寄せ、総合病院への転院やがん治療を拒否していたとも言える。

1900年に公布された精神病者監護法には監護義務者制度があった。1950年の精神衛生法はそれを引き継ぎ、戦後の家族制度改革に合致するように修正し保護義務者制度とした（篠原;2013）。2014年に保護者制度は廃止されたが、民法714条は「責任無能力者（未成年、

弁識能力のない精神障害者)が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う」と規定している。この規定がある以上、精神保健福祉法の保護者条項が廃止されても、認知症をはじめ責任無能力者とみなされた精神障害者の家族が背負う現実は重いと言える。こうした状況から脱却するために、意思決定を担う家族は誰であるのかを明確にして意思疎通を図る必要性、さらには患者や家族全員が意思決定できない場合の手段について、成年後見制度の活用を医療チームで検討する時期にきていると考える。

第5節 本章で得られた知見

本調査では、A 県内すべての単科精神科病院から協力が得られ、がんを合併した統合失調症患者の治療状況と総合病院精神科の受け入れの現状について、全体像を把握できたと思われる。これまで、がんを合併した統合失調症患者の現状について、県単位の単科精神科病院における基礎的な調査はほとんどされていない。その遠因として、入院が長期化している高齢の統合失調症患者は、身体的な異常に関して自ら積極的に不調を訴える場数が少なくなるため、精神科医師や精神科看護師はがんの早期発見や診断に結びつける機会が乏しいことが挙げられる。さらに、単科精神科病院においては、精神科医師を中心に内科医師・外科医師ががんの病状や身体的な苦痛、精神的な側面から積極的に介入できる身体合併症病棟が充足しているとは言い難い状況が明らかとなった。その結果、精神科医師・内科医師・外科医師が協働して検討するための時間と人手が足りず、その状況が単科精神科病院におけるがんの合併についての基礎的な調査をより困難にしていると言えるだろう。

本調査では、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者が1~2年以内に亡くなる割合が7割を超えることが明らかになった。また、現実には統合失調症患者ががんを合併すると、がんの病状について説明を受ける割合が少なく、対処療法のみで亡くなる現状が示唆された。日本は世界でも最先端のがん治療技術を進めているが、このような状況に置かれている単科精神科病院の統合失調症患者にこそ、精神科看護師が緩和ケアを実践する意味と価値がある。

これらの結果から、第3章では3つのことが明らかとなった(Arai, Watanabe, Hayashi, et al., ;2016)。

1. 単科精神科病院は、統合失調症患者ががんを合併した時、総合病院精神科病棟での治療を検討するが、転院先の医師らが受け入れについて主導権を持っている。患者の受け入れについては、精神症状にもっとも重点がおかれ、がんの病期やがん治療の選択について優先順位が高いとは言えない。
2. 単科精神科病院は、精神科特例による人員配置基準によって医療者のマンパワーが不足しており、統合失調症患者ががんを合併すると各々の病院に判断が委ねられ、実態が見えにくいだけでなく、医療者1人ひとりの負担が大きいため、その対応に苦慮している。

3. 単科精神科病院では、統合失調症患者ががんを合併した時、未治療のまま死を看取る対応について、これまで十分に議論されてこなかった。特に、積極的ながん治療を行わず死が訪れる現状は、かなりの部分でホスピス・緩和ケア病棟の実践と重なる部分がある。そこに、単科精神科病院での緩和ケアの必要性が認められる。総合病院精神科病棟、ホスピス・緩和ケア病棟に入ることが難しい統合失調症患者は、身体的な疼痛緩和だけでなく精神的なケアも同時に求められるため、精神科看護師が最も大切にしている傾聴の専門的技術を活用すると共に、患者の様々な身体的変化に対応できる観察や評価技術を充実させることで、単科精神科病院だからこそできる緩和ケアの可能性がみえてくると考える。

今後も、単科精神科病院において統合失調症患者の高齢化がより深刻になる状況は明らかと言え、誰もがより良い治療方法を選択するために、インフォームド・コンセントの内容について多職種と連携し、医療チームで緩和ケアの可能性について率直な意見交換をする時期と考える。がんを合併した統合失調症患者の治療は、患者自身の意思を重んじることが大切であるが、意思の表出あるいはその受け止めが困難であることが多い。精神科医師が主たる調整役となり、精神科看護師、精神保健福祉士、臨床心理士などを一堂に集め、患者の治療と今後の課題に向けて、積極的な試みをしていくことが重要である。

研究の限界

本調査は、A 県の単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者という非常に限局した対象について、その実態と現実を筆者の視点で捉えた一面がある。したがって、総合病院精神科病棟の視点からみた単科精神科病院との連携、関連職種との関与については十分とは言えない面がある。

第4章 がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価
—STAS-Jを用いて—

はじめに

第4章は、本論文の課題2.「がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価－STAS-Jを用いて－」、精神科看護チームでがんを合併した統合失調症患者の状態像を客観的な基準に基づいて把握するために、STAS-Jを用いた評価を試みる。また、精神科看護師がSTAS-Jで客観的評価を行うだけでなく、STAS-Jに相応した個別の身体精神症状やコミュニケーションの問題に対して、実際どのような対応やケアを行っているか、その具体的な内容や実態を自由記述に基づいて明らかにする。こうした客観的評価と個別的対応の検討を踏まえ、精神科看護師ががんを合併した事例に向き合う場面で重要となる姿勢を「患者を看取る過程で大切にしたいケアの内容」と「患者を単科精神科病院で看取る気持ち」の2つの観点から調査し、自由記述の分析をとおして精神科臨床現場のより良いケアに向けた示唆を得る。

1. がんを合併した統合失調症を包括的に評価する重要性

2001年、WHOが初めてまとめた世界の精神保健統計によると、世界全体の病床数1,850,000床のうち、日本の精神科病床数は約338,174床(18.3%)を占め、人口比、絶対数でも世界最大である(馬場, 趙, 長弘他;2005, 精神保健福祉白書;2015)。さらに、精神科病院に入院している患者の在院日数に目を向けると平均320.3日であり、主な疾患名は統合失調症である(厚生労働省;2014a)。入院している患者の年齢層は、40歳以上65歳未満135,875人(43.4%)が半数を占め、65歳以上75歳未満72,754人(23.2%)、75歳以上74,035人(23.6%)である。入院期間は1年以上5年未満が26,477人(25.7%)、10年以上20年未満16,723人(16.3%)、5年以上10年未満16,390人(15.9%)である。

このような報告から、日本の精神科医療は世界で最も入院治療に比重が置かれ、治療に関わる大部分は民間の精神科病院が担っていると言えよう。なかでも40歳以上の入院患者は、入院期間が長期化するにしたがって、退院後の社会復帰や就労が困難となり、その結果、高齢化と身体合併症、そのなかでも「がん」が新たな問題となっている。

近年は、このような現状から医学的側面で、統合失調症患者の身体合併症治療(日笠;2007)薬学管理(岩切, 仙波, 末永他;2011)、コンサルテーションリエゾン精神医学チームの活動内容(稲垣;2004)など、症例報告が増加している。

看護研究では、美濃ら(2003)ががんの発見、がんの告知、治療、再発予防、がんの末期に分類して各々に関連した阻害要因と促進要因を明らかにし、これら2つの要因が相互

に影響し合っている可能性を示唆している（美濃, 宮本;2003）。荒井らは、がんを合併した統合失調症患者を看取る精神科看護師を対象として、ケアを行う時の戸惑いと希望は何であるかについて、半構造化面接を行った。そこで明らかになったケアの内容は、精神科看護師はこれまで患者の幻覚や妄想など、精神症状の緩和を中心にケアを行っていたが、患者ががんの終末期と診断されると、「傾聴だけでは、患者は何が不安なのかを聞きだせない」「どこがどのように痛くて辛いのか観察する技術がない」など、精神的な訴えとがん症状との見極めが難しくなるにつれ不安や焦燥感が強まり、患者へのケアに戸惑いが強くなる変化を報告している（荒井, 久松;2013b）。

さらに、統合失調症患者が一般病院でがん治療を受ける場合、家族の付き添いを条件としている病院がほとんどであるが、家族が付き添いを拒否するケースが多く、患者はがん治療や緩和ケアを十分に受けられないまま、単科精神科病院で亡くなっている（西村;2008）。

このように、統合失調症患者をとり巻く複雑な家庭環境や医療の問題が重なりあって、年々単科精神科病院で患者を看取る症例は増えているが、がん治療を行うために必要な医療設備やマンパワーが充足しているとは言い難い現状がある（Arai, Hisamatsu;2012）。そのため、精神科病院の看護師は統合失調症患者ががんを合併すると、がんによる痛みや症状を客観的に評価し実践する身体的なケア、さらには精神症状を平穏にして不安を軽減する精神的なケア、これら2つを統合した緩和ケアの実践が求められている。

これまでの関連研究は、単科の精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の「痛み」や「症状」を、少数の事例をもとに記述的に検討したものが多く、数少ない客観的尺度を用いた研究でも、そうした評価の導入にとどまるものがほとんどである。客観的評価項目に相応した身体・精神的問題に対して、精神科看護師が実際行っている対応やケアを、実証的かつ質的な両側面から調査した研究は少ない。

2. がんの痛みと評価

がんに伴う患者の「痛み」は、がんの診断時に30～40%、進行がん患者では65～85%にみられる（浜;2007）。がんの「痛み」の原因は、骨への浸潤、内臓浸潤、軟部組織浸潤などによるがん性疼痛があり、合併症による疼痛は椎間板ヘルニア、関節炎、消化性潰瘍、帯状疱疹などが挙げられる。がん患者を対象に「痛み」や「症状」を緩和する様々な鎮痛剤の投与方法が取り組まれ、非オピオイド鎮痛剤の効果が不十分であれば弱オピオイドを使用し、痛みの原因によっては初めから鎮痛補助薬を投与選択するが、強オピオイドとして

モルヒネ・オキシコドン・フェンタニールなど、それぞれの特性を理解した上で選択する必要性(岩切, 仙波, 末永他;2011)が報告されている。しかし、統合失調症患者のがん性疼痛治療の障壁として、医療者が疼痛治療の重要性を十分認識していないことが指摘され(日笠;2007)、患者にとって痛みの治療方法やその効果の確認、副作用についてどのような影響があるのかは把握されていない。以下に、がん患者の痛みに用いる代表的な3つのスケールについて述べる。

(1) Visual Analogue Scale

患者の痛みの強さを評価する方法の1つとして Visual Analogue Scale (以下;VAS)がある。左端の「痛みがない」から右端の「これ以上の痛みは考えられない」までを両端として、100mmの直線上で痛みのレベルに患者自身が印をつけ、医療者がその痛みを測定する。痛みは、本質的に患者の主観的な感覚なため、これを客観的に評価するには多くの困難を伴い、急性の疼痛評価では信頼性が高いと言われているが、慢性の疼痛では信頼性が低い(浜;2007)と報告されている。

(2) Numerical Rating Scale

Numerical Rating Scale (以下;NRS)は、「0:痛みがない」から「10:これ以上の痛みは考えられない」までを両端とし、直線を0から10までの11段階に区切り、患者自身が印をつけて痛みの点数を評価する。痛みの強さや程度は、治療効果判定の意味からも初診時に評価しておくことが重要であり、1番強い時の痛み、1番弱い時の痛み、1日の平均の痛みに分けて評価する(松尾;2007)。NRSは11段階に区切られた数字が示されているので、VASに比べて患者自身の理解力や判断力を問われる問題がある。

(3) Face Scale

Face Scaleは、痛みのない顔から痛みの強い顔まで並べられている。患者は現在の痛みにより1番合う顔を選んでその痛みを評価する。視覚的な評価のため、3歳以上の小児の痛みの自己評価においては有用性が報告されているが、痛み以外の感情が評価に影響を及ぼし、痛みを詳細に評価できない可能性(林;1999, 茶園;2000)が指摘されている。

これら3つの代表的なスケールは、患者自身が記述するため、身体的及び精神的な負担が大きいこと、さらに患者自身ががんの告知をされていることが望ましい条件の1つとな

っている。

VAS、NRS はいずれも Mini-Mental State Examination (以下;MMSE) 18 点以上の軽度の認知機能低下患者において使用することが可能である。これらの評価尺度が使用できない場合には、Abbey pain scale (以下;Abbey)、Checklist of Nonverbal Pain Indicators (以下;CNPI)、Non-communicative Patients Pain Assessment Instrument (以下;NOPPAIN) など様々な評価スケールが開発されているが、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者を対象に、これらの評価尺度を用いて調査した報告はほとんどみあたらない。この理由の 1 つは、統合失調症患者が思考障害や認知機能障害などにより、がん性疼痛、嘔気、嘔吐、食欲不振、腹部膨満など、がんによる身体的な不調を訴えることが少ないため、医療者が患者の身体的な痛みについての正確な把握、病態に即したコミュニケーションを取りながら客観的な立場で捉えることの難しさ(稲垣, 新野, 宮岡他;2007) が報告されている。また、統合失調症は 10 代後半から 30 代半ばまでの発病が多く、幻覚や妄想などの陽性症状、感情の鈍麻や平板化などの陰性症状、選択的注意の低下など、認知機能障害をはじめとする特有の症状で診断される精神疾患である。精神症状の増悪や理解力の低下などから、患者本人に対するがんの告知は一般の患者と比べて低く(上田, 小西, 泉;2000, 浦野, 瀬川;2000, 轟, 延藤, 轟他;2004, 荒井, 久松;2013b)、患者自身が「痛み」や「症状」を自身で記述するのは困難と推察される。

3. 評価尺度 Support Team Assessment Schedule

ホスピス・緩和ケアにおけるケアの質を評価するスケールの 1 つとして、医療チームで評価する Support Team Assessment Schedule (以下 ; STAS) が、がん専門病院で広く用いられている。ホスピス発祥の地であるイギリスでは、1990 年代に National Health Service (以下 ; NHS) の政策により、医療サービスの量やコストだけでなく、質の充実に力が注がれるようになった。しかし、全身状態の悪い患者にも適応できる評価尺度の開発がなかなか進まなかった。この理由として、人はがんと診断された時に自らの生と死を強く意識するが、ホスピス・緩和ケアの本質は、がんという病気とその治療に向き合うことを支援する。1990 年代においては、残念ながらがんの病状が進み治療の見込みが厳しく、全身状態が悪い患者に病状や治療の理解を求め(鈴木, 黒坂, 金子他;1992)、評価する尺度の開発は困難であった。

このような状況から Higginson ら(1993)は、例えばがん患者にとって痛みの原因が転移

によるものなのかという不安、体力低下と同時期に生じやすい社会や家庭での役割喪失による低下など、同時期に起こる複数の問題が身体的な痛みとも関連している事実に着目し、全人的な視点で患者と向き合うホスピス・緩和ケアの Clinical Audit Tool として STAS 評価尺度 16 項目の原型を開発している。Higginson が提示した Clinical Audit Tool とは、診断や治療、医療資源の活用とその成果、患者の QOL に対して質の高い医療や看護が行われているかどうか、多面的あるいは包括的に評価する（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団;2008）ことを意味している。また、STAS は他者評価尺度であるため、患者への身体的・精神的負担が軽減され、患者のニーズを的確にアセスメントし、随伴する症状を医療チームで共有する利点がある。STAS の開発当初は、在宅で暮らすがん患者を対象に使われていたが、患者や家族が抱えている問題を受け止め、その場で多職種が情報共有できる利点が大きいのと言われ（富田;2008）、現在はホスピス・緩和ケア病棟だけでなく一般病棟や在宅介護支援サービス事業所など、対象が拡大して幅広く用いられるようになっている。

4. 日本版 Japanese Version Support Team Assessment Schedule

STAS の開発を契機に、日本でもがんと診断された患者や家族が安心して治療を受け、彼らの抱えている問題解決を支援する評価方法が求められるようになった。がんと診断されると医師や看護師の役割は、患者や家族の気がかりに耳を傾け、抱えている問題の解決に向け、様々な苦痛の緩和を図るためにチームケアが必要となる。Miyashita (2004) らは、患者や家族の意思を尊重し、その人らしい生き方を支える多職種間の調整を含めたチームケアが必要と考え (Miyashita, Matoba, Sasahara, et al.;2004)、Japanese Version Support Team Assessment Schedule (以下;STAS-J) スコアリング・マニュアルを発刊した (STAS ワーキンググループ;2007)。STAS-J の質問項目は 9 項目で構成され、身体症状としての「1. 痛みのコントロール」と「2. 痛み以外の症状コントロール」、精神症状として「3. 患者の不安」と「4. 家族の不安」に加え、心理社会的側面から「5. 患者の病状認識」「6. 家族の病状認識」および「7. 患者と家族とのコミュニケーション」「8. 職種間のコミュニケーション」「9. 患者と家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」といった、心理社会生物学的視点から多面的包括的にがん患者のケアを評価することができる。

日本では、がん専門病院を中心に STAS-J の導入が開始され、イギリスやカナダの病院で行った調査とほぼ同様の信頼性・妥当性が検証されている（宮下, 笹原;2005）。Morita ら (2005) も同様に、ホスピス・緩和ケア病棟の患者を対象に、STAS-J を使用し患者の入院

時と1週間後の比較をチームで評価した結果、看護師が早期に患者の「痛み」に介入することができ、患者の身体的アセスメントや観察技術の向上、さらにはがん看護に対する意欲にもつながったと報告している (Morita, Fujimoto, Tei, et al., ;2005, 中島, 泰;2006)。また、医療者が患者の視点に立って、患者の痛みやその症状を評価する是非についても、一定の評価が得られているため (柴原, 村松, 西村;2014)、日本緩和医療学会は患者の全体像を捉え、具体的な道筋を明確にする Tool の1つとして、がん治療病院で STAS-J の導入を推奨している (大岩, 鈴木;2016)。

本章では、がんを合併した統合失調症患者の全体像を捉えると同時に、個別の状態像を客観的な基準に基づいて把握するために、精神科看護チームで STAS-J を用いた評価を試みる。また、単に精神科看護師が STAS-J で客観的評価を行うだけでなく、STAS-J に相応した個別の身体精神症状やコミュニケーションの問題に対して、実際どのような対応やケアを行っているか、その具体的な内容や実態を自由記述に基づいて明らかにする。こうした客観的評価と個別的対応の検討を踏まえ、精神科看護師ががんを合併した事例に向き合う場面で重要となる姿勢を「患者を看取る過程で大切にしたいケアの内容」と「患者を単科精神科病院で看取る気持ち」の2つの観点から調査し、自由記述の分析をとおして精神科臨床現場のより良いケアに向けた示唆を得ることを目指した。

第1節 本章の目的

本章の目的は3つである。

1. がんを合併した統合失調症患者（以下;患者）の痛みをはじめとする全体像を客観的に捉えるため、看護チームでSTAS-Jを用いて評価を行う。
2. STAS-Jに相応した身体・精神症状およびコミュニケーションの問題に対し、精神科看護師が実際にどのような対応やケアを行っていたのか、その具体的な内容を自由記述より明らかにする。
3. がんを合併した事例に対応する精神科看護師にとって重要なテーマ、「患者を看取る過程で大切にしたいケアの内容」と「患者を単科精神科病院で看取る気持ち」について、自由記述の分析から明らかにすることでより良いケアに向けた示唆を得る。

第2節 研究方法

1. 調査対象

対象施設は、A,B 2つの単科精神科病院9病棟である。2011年10月の時点で、単科精神科病院9病棟の総病床数は476床である。患者が入院していた病棟は開放病棟3、閉鎖病棟6、全体的にみれば閉鎖病棟が多いと言え、精神科特例の15対1の看護体制で運営されている。対象は、これらの対象施設に入院している患者のなかで、ICD-10により主傷病が「精神及び行動の障害」と診断され、がんを合併した20歳以上の統合失調症患者である。

2. 調査方法

郵送による質問紙法で行った。各病棟に調査用紙80部を郵送した。精神科看護師への配布は各施設の看護管理者に依頼した。匿名性と個人情報を保証するため、全て無記名である。精神科看護師は各々1人の患者について、患者ががんを合併して1ヵ月以内に調査用紙を記入し、看護師個々が返信用封筒に入れ郵送にて回収した。

(1) 精神科看護師の基本属性

精神科看護師の基本属性は、①性別、②年齢、③勤務状況、④精神科病院の臨床経験年数、⑤職種、⑥職位、⑦教育背景、⑧専門資格、⑨看護診断及びクリティカルパスの活用状況、⑩がんを知ったきっかけ、以上10項目である。

(2) STAS-J

1) STAS-Jは9項目で構成され、それぞれの症状により4つに分類される。

身体症状は、「1. 痛みのコントロール」「2. 痛み以外の症状コントロール」である。さらに、「2. 痛み以外の症状コントロール」にはSTAS-J症状版が追加され、「疼痛」「しびれ」「全身倦怠感」「呼吸困難」「せき」「たん」「嘔気」「嘔吐」「腹満」「口渇」「食欲不振」「便秘」「下痢」「尿閉」「失禁」「発熱」「ねむけ」「不眠」「抑うつ」「せん妄」「不安」「浮腫」「その他」23項目で構成されている。

精神症状は、「3. 患者の不安」「4. 家族の不安」である。病状認識は、「5. 患者の病状認識」「6. 家族の病状認識」である。コミュニケーションは、「7. 患者と家族とのコミュニケーション」「8. 職種間のコミュニケーション」「9. 患者と家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」である。

これらの9項目は0～4点の5段階で評価され、0点は問題が小さく、4点は症状が最も重いことを意味している（宮下, 笹原;2005, STAS ワーキンググループ;2007）。

2) STAS-Jを用いた患者の客観的評価に相応して、精神科看護師がSTAS-Jの9項目の内容に準じ実際にどのような対応やケアを行っていたかについて、具体的な内容を自由記述とし回答を求めた。

(3) 精神科看護師が「患者を看取る過程で大切にされたケアの内容」と「患者を単科精神科病院で看取る気持ち」を自由記述として回答を求めた。

3. 調査期間

2011年11月1日～2012年9月30日に実施した。

4. 分析方法

(1) STAS-J

STAS-Jの9項目は0～4点の5段階で評価し、各項目の回答分布を集計比較することで、身体・精神・病状認識・コミュニケーションの特性を分析した。集計および分析にはExcel 2016とSPSS Ver. 24を用いた。

(2) 自由記述

上述した一時点での客観的評価だけでは、単なる状態把握に留まってしまう。そこで、看護チームで STAS-J の評価を行った際、精神科看護師は評価項目に該当する心理社会生物的問題に対し実際にどのような対応やケアを行っていたのか、その具体的な内容について自由記述を求めた。ここでは Sandelowski (2000) の指摘に則り、最小限に構造化された患者と看護師の援助関係の主観的経験、その特徴や全体性を解釈することを目的として、質的記述的方法で分析を行った。

また筆者らは、関連研究においてがんを合併した統合失調症患者を看取る精神科看護師を対象に、ケアを行う時の戸惑いと希望は何であるかについて、半構造化面接を通じた帰納的解析を行っている。そこで明らかになったケアの内容の1つとして、精神科看護師はこれまで患者の幻覚や妄想など、精神症状の緩和を中心にケアを行っていたが、患者ががんの終末期と診断されると、「傾聴だけでは、患者は何が不安なのかを聴きだせない」「どこがどのように痛くて辛いのか観察する技術がない」など、精神的な訴えとがん症状との見極めが難しくなるにつれ不安や焦燥感が強まり、患者へのケアに戸惑いが強くなるという変化を明らかにした(荒井, 久松;2013b)。そこで本研究では、「患者を看取る過程で大切にされたケアの内容」、「患者を単科精神科病院で看取る気持ち」の2つのテーマに関して、半構造化面接を用いて質的記述的に分析を行った。質的記述的分析にあたっては、精神科認定看護師2人、精神看護学専攻の研究者1人、質的研究法のスーパーバイザー2人によって、患者と看護師の援助関係を中心に解釈した具体的な対応とケアの内容を抽出した。

5. 倫理的配慮

本研究は2011年9月鹿児島純心女子大学研究倫理審査委員会(承認35号)、2012年5月健康科学大学研究倫理審査委員会で審議を受け、承認を得て行った(承認第7号)。その後、筆者は対象施設の施設長及び病棟管理者に研究計画を提出し、承諾を得てから調査を行った。患者と精神科看護師の匿名性と個人情報を保証するため、調査用紙と回答用紙は封筒を別々に準備した。そして、回答済みの調査用紙は返送用封筒に入れ厳封して返送するよう依頼した。返送用封筒には、同意書に調査協力者の自筆署名した書類を同封してもらい、回答をもって調査への協力と同意があったとみなした。

第3節 結果

1. 回答した精神科看護師の概要

80人の精神科看護師に配布し回収された調査票は57症例（回収率73.1%）である。実際は、精神科看護師57人の回答は患者16人について述べており、看護師の回答の対象となった患者が重複している。どの患者についての回答であるか問わなかったため、対応はつけられないが、精神科看護師個々が回答の対象とした患者が均等に重複しているとみなして集計した。また、それぞれの自由回答は、精神科看護師の観察した患者の様子との関連をみながらまとめた。

精神科看護師は男性18人(31.6%)、女性39人(68.4%)、合計57人であった。女性が半数以上を占め、対象者全てが常勤者であり、精神科病院臨床経験年数は平均19.4年であった。年代は21～30歳3人(5.6%)、31～40歳15人(26.3%)、41～50歳26人(45.6%)、51～60歳12人(21.0%)、61歳以上1人(1.5%)、41～50歳代の年齢層が約半数を占めていた。職種は看護師46人(80.7%)、准看護師11人(19.3%)、職位はスタッフ50人(87.7%)、主任4人(7.0%)、看護師長3人(5.3%)であった。教育背景は看護系大学院1人(1.5%)、看護大学・短期大学1人(1.5%)、3年生看護専門学校37人(64.9%)が半数以上を占め、2年生看護専門学校進学コース7人(12.2%)、准看護専門学校11人(19.9%)であった。専門資格はCertified Nurse Specialist(精神科専門看護師;CNS)0人、Certified Expert Psychiatric Nurse(精神科認定看護師;CEPN)が1人(1.5%)であった。看護診断及びクリティカルパスの活用状況について尋ねたところ「使用している」0人、「使用していない」57人であった。患者のがんを知ったきっかけは、「カルテと申し送り」55人、「精神科医師」1人、「カンファレンス」1人と回答された。

2. 評価された患者の概要

本調査の期間において、STAS-Jを用いて評価された患者は男性35人、女性22人、合計57人、表4-1.に示したとおりである。ただし、実際は16人の患者についての重複回答であるが、均等に重複しているとみなした、いわば述べ数である。年齢は31～40歳1人、41～50歳7人、51～60歳9人、61～70歳11人、71～80歳18人、81～90歳9人、91歳以上2人である。全体的にみれば、61歳以降の年代が半数以上を占めていた。

がんの部位は肺が最も多く20人、胃14人、肝臓8人、乳房6人、前立腺5人、子宮2人、多発性骨髄腫1人であった。患者への病状説明「あり」1人、「なし」56人、家族への

病状説明「あり」54人、「なし」1人、「不明」2人。家族の希望は「がん治療を希望する」0人、「がん治療を希望しない」54人、多くの家族は患者のがん治療を希望しなかった。

表 4-1. 評価された患者の概要 (述べ数)

N=57

		性別		合計
		男	女	
		35	22	57
年齢 (歳)	31-40	1	0	1
	41-50	5	2	7
	51-60	6	3	9
	61-70	7	4	11
	71-80	12	6	18
	81-90	3	6	9
	91 以上	1	1	2
がんの部位	胃	9	5	14
	食道	1	0	1
	肺	15	5	20
	乳房	0	6	6
	肝臓	4	4	8
	前立腺	5	0	5
	子宮	0	2	2
	多発性骨髄腫	1	0	1
患者へのがん病状説明	あり	1	0	1
	なし	34	22	56
家族へのがん病状説明	あり	32	22	54
	なし	1	0	1
	不明	1	1	2
家族の希望	がん治療を希望する	0	0	0
	がん治療を希望しない	32	22	54
	不明	1	1	2

3. STAS-J 評価の分布

STAS-J 評価の分布を表 4-2. で示した。

表 4-2. STAS-J 評価の分布 (述べ数)

N=57

項 目	評価値と該当人数				
	0	1	2	3	4
1. 痛みのコントロール：痛みが患者に及ぼす影響	7	24	21	5	0
2. 症状が患者に及ぼす影響：痛み以外の症状が患者に及ぼす影響	12	18	18	9	0
3. 患者の不安：不安が患者に及ぼす影響	17	25	10	5	0
4. 家族の不安：不安が家族に及ぼす影響	27	22	6	0	2
5. 患者の病状認識：患者自身の予後に対する理解	13	3	23	14	4
6. 家族の病状認識：家族の予後に対する理解	48	3	2	4	0
7. 患者と家族のコミュニケーション：コミュニケーションの深さと率直さ	6	11	4	19	17
8. 職種間のコミュニケーション：スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度	19	33	3	1	1
9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：提供する情報の充実度	17	34	2	2	2

(1) 痛みのコントロール:痛みが患者に及ぼす影響

この項目は、痛みが患者の日常生活や心理状態に与えている影響を評価する。

①痛みのコントロール

痛みのコントロール評価平均値は 1.4 点、「0=なし」7 人(12.3%)、「1=時節のまたは断続的な単一の痛みで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである」24 人(42.1%)、「2=中程度の痛み。時に調子の悪い日もある。痛みのため病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす」21 人(36.8%)、「3=しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす」5 人(8.8%)、「4=持続的な耐えられない激しい痛み。他のことを考えることができない」0 人(0.0%)であった。

②痛みのコントロールを評価した時の対応と具体的なケアの内容

精神科看護師は、患者が「背中がズンとする」「腰が重い」などの痛みを訴えた時、「患者の腰や背中をゆっくりさすり湿布を貼る」「痛いね。大丈夫だよって声をかけて、痛みがひどい時だけボルタレンを飲んでもらう」「痛がる部位をマッサージし、落ち着くまで側にいる」など、その場でできる痛みの対応と不安の軽減を行っていた。痛みを訴えた患者に対して実践した具体的なケアの内容は「排泄介助」25 人(20.8%)、「入浴介助」19 人(15.8%)、「体位変換」19 人(15.8%)、「食事介助」18 人(15.0%)、「マッサージ」16 人(13.3%)、「清拭」8 人(6.7%)、「車椅子への移乗介助」7 人(5.8%)、「更衣介助」4 人(3.4%)、「痰の吸引」4 人(3.4%)と回答された(重複回答含)。

(2) 症状が患者に及ぼす影響：痛み以外の症状が患者に及ぼす影響

この項目は、患者にとって痛み以外の症状が日常生活や心理状態に与えている影響を評価する。

①症状が患者に及ぼす影響

症状が患者に及ぼす影響の評価平均値は 1.4 点、「0=なし」12 人(21.0%)、「1=時節の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である」18 人(31.6%)、「2=中程度の症状。時に調子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある」18 人(31.6%)、「3=たびたび強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす」9 人(15.8%)、「4=持続的な耐えられない激しい症

状。他のことを考えることができない」0人(0.0%)であった。

また、精神科看護師が最も多く観察した患者の状態は「全身倦怠感」57人(38.8%)、「食欲不振」51人(34.7%)、「呼吸困難」39人(26.5%)であった。

②症状が患者に及ぼす影響を評価した時の対応と具体的なケアの内容

精神科看護師は、がんの部位や病期の進行に関わらず全ての患者に「全身倦怠感」を観察し、観察の指標として患者の目つきや顔の表情で評価していた。精神科看護師はこのような評価をした時、「体がだるくてイライラしている様子なので気分転換にレクリエーションの参加を勧める」「体重が減って衰弱しているのがわかったから夜勤前にコンビニによって患者の好きなお菓子を差し入れる」「ベッドから落ちないようにナースステーションまでベッドを移動して、患者の気配がわかるようにする」「少しでも息苦しさや不安がなくなるようにタッピングをする」など、日常的な関わりを通して療養環境を向上させるケアを行っていた。

(3) 患者の不安：不安が患者に及ぼす影響

この項目は、患者の日常生活に及ぼしている影響を評価する。

①患者の不安

患者の不安評価平均値は1.1点、「0=なし」17人(29.8%)、「1=変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない」25人(43.9%)、「2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる」10人(17.5%)、「3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす」5人(8.8%)、「4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない」0人(0.0%)であった。

②患者の不安を評価した時の対応と具体的なケアの内容

精神科看護師は、患者は何らかの身体的な変化を感じとり漠然とした不安を示している様子を評価していた。例えば、患者から「自分は死ぬのではないか」「死んでしまえという声が聞こえて怖い」「なにか悪い虫が入ってグルグルと身体を動き回って体がしんどい」などである。看護師は患者がこのような不安や体感幻覚を訴えると、「少しべ

ッドで休みましょう」「悪い虫はいないですよ」「勤務中に必ず1回は患者のベッドサイドに行き、話を聴きながら手を握って不安を鎮める」「どんなに忙しくても患者の背中をさすってトントンして安心してもらおう」など、体感幻覚に対する現実的な対応と不安を軽減するためにできるだけ手をにぎったり背中をさすったりして、タッチングを意識したケアを行っていた。

(4) 家族の不安：不安が家族に及ぼす影響

この項目は、患者と家族が最も影響を与え合う関係を意味する。

①家族の不安

家族の不安評価平均値は0.7点、「0=なし」27人(47.4%)、「1=変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。集中力に影響はない」22人(38.6%)、「2=今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面にその徴候が見られる」6人(10.5%)、「3=しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす」0人(0.0%)、「4=持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない」2人(3.5%)であった。

②家族の不安を評価した時の対応と具体的なケアの内容

精神科看護師は、家族が患者の病状変化や今後の見通しについて不安を抱え、気持ちが揺れる影響は少ないと評価していた。看護師は家族が不安を感じた時の対応と具体的なケアの内容は回答されなかった。

(5) 患者の病状認識：患者自身の予後に対する理解

この項目は、患者が現在おかれている状況をどのように理解しているのかを評価する。

①患者の病状認識

患者の病状認識評価平均値は2.1点、「0=予後について十分に認識している」13人(22.8%)、「1=予後を2倍まで長く、または短く見積っている」3人(5.3%)、「2=回復すること、または長生きすることに自信が持てない」23人(40.4%)、「3=非現実的に思っている」14人(24.6%)、「4=完全に回復すると期待している」4人(7.0%)と回答された。

②患者の病状認識の対応と具体的なケアの内容

精神科看護師は、患者の病状認識と変化について「もう自分は駄目だと思う」「今まで面倒をみてくれてありがとう」などと言われた時、「何も言わずただ黙って手を握る」「患者とこれまでの楽しかった思い出を語り合う」「大丈夫、側にいるから」など、精神的なケアを行っていた。

(6) 家族の病状認識：家族の予後に対する理解

この項目は、患者の病状・予後と家族の認識のずれを評価する。

①家族の病状認識

家族の病状認識評価平均値は 0.3 点、「0=予後について十分に認識している」48 人 (84.2%)、「1=予後を 2 倍まで長く、または短く見積っている」3 人 (5.3%)、「2=回復すること、または長生きすることに自信が持てない」2 人 (3.5%)、「3=非現実的に思っている」4 人 (7.0%)、「4=完全に回復すると期待している」0 人 (0.0%)であった。

②家族の病状認識の対応と具体的なケアの内容

精神科看護師は、家族から「もうすぐ死ぬんですか」「あと、どのくらい生きますか」「もうすぐ死ぬなら下着を買ってもしょうがない」などと言われた時、「病状はあまりよくありません」「食欲もなく体がだるいと言って寝ています」など、患者の病状について情報を提供し対応していた。家族に行ったケアの具体的な内容については記載されていなかった。

(7) 患者と家族のコミュニケーション：コミュニケーションの深さと率直さ

この項目は、患者と家族が互いのコミュニケーションに満足しているのか、ストレスを感じていないのかという視点でどれだけ率直に話し合っているのかを評価する。

①患者と家族とのコミュニケーション

患者と家族とのコミュニケーション評価平均値は 2.6 点、「0=率直かつ誠実なコミュニケーションがなされている」6 人 (10.5%)、「1=時々、または家族の誰かと率直なコミュニケーションがなされている」11 人 (19.3%)、「2=状況を認識しているが、そのことについて話し合いがなされていない」4 人 (7.0%)「3=状況認識が一致せず、コミュニケーシ

ョンがうまくいかない」19人(33.4%)、「4=うわべだけのコミュニケーションがなされている」17人(29.8%)と回答された。

②患者と家族とのコミュニケーションの対応と具体的なケアの内容

患者の家族は、精神科医師から患者のがんの病状説明を受けていた。しかし、家族は患者のがん治療を望まず、「精神科病院で対処して欲しい」「このままでいい」と精神科医師に意向を伝えていた。ただし、その事実を家族は患者へ率直に伝えてはいないことが自由記述から示された。また患者と家族の間では、がんの病状、今後の見通し、身辺整理など病状や予後認識に違いがあり、お互いが十分なコミュニケーションと率直な話し合いをしていない状況が記載されていた。

精神科看護師は、患者と家族とのコミュニケーションを図る対応として「家族は患者の入院費を病院に支払いに来るのに、病棟には一切顔を見せない。そこで家族に電話して入院費を支払いに来たとき、患者への面会を勧める」「季節が変わって着る洋服がないので届けてもらい、患者と家族が話しをするきっかけをつくる」「病棟の行事があるたびに家族に電話して参加を勧める」など、患者と家族が会えるきっかけづくりを中心に、コミュニケーションを図る橋渡しに配慮しているケアの内容が記載されていた。

(8) 職種間のコミュニケーション：スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度

この項目は、患者と家族の困難な問題についてスタッフ同士で情報交換を行う早さや正確さ、充実度を評価する。

①職種間のコミュニケーション

職種間のコミュニケーション評価平均値は0.8点、「0=詳細かつ正確な情報がスタッフ全員に伝えられる」19人(33.3%)、「1=主要スタッフ間では正確な情報伝達が行われる」33人(57.9%)、「2=管理上の小さな変更は伝達されない」3人(5.2%)、「3=重要な変更が数日から1週間遅れで伝達される」1人(1.8%)、「4=情報伝達がさらに遅れるか全くない」1人(1.8%)と回答された。

②職種間のコミュニケーションにおける対応と具体的なケアの内容

精神科看護師は、職種間のコミュニケーションの相手となる専門職として精神科医師を挙げており、がんを合併した統合失調症患者の治療方針や情報共有ができていと評

働いていた。一方で、「自分が中心に物事を決めていかないと進まないもどかしさを感じる」「看護師だけでは限界なので積極的に患者の情報を提供し精神科医師に治療方針を統一してもらいたい」などの記載も散見された。

職種間のコミュニケーションとして、精神科看護師は主に精神科医師、精神保健福祉士と連携を図っていた。職種間のコミュニケーションをとおして最も困難な問題は、「がんによって患者の身体的な症状を把握し、痛みをコントロールすることができるかどうかについての疑問や不安」「患者をどこまで治療するのかしないのか、そうした複雑な問題に直面した時、家族の協力と理解が得られない」の2つが挙げられ、精神科看護師は職種間で共通した問題に取り組むための対応として、申し送りやカンファレンスで患者や家族の情報提供を行っていた。

(9) 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：提供する情報の充実度

この項目は、患者や家族が求めた時に医療職が提供する情報の充実度を評価する。

①患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション評価

患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション評価平均値 0.9 点、「0=すべての情報が提供されている」17 人(29.8%)、「1=情報は提供されているが充分理解されていない」34 人(59.7%)、「2=要求に応じて事実は伝えられるが、患者や家族は多くの情報を望んでいない」2 人(3.5%)、「3=言い逃れをしたり実際の状況や質問を避けたりする」2 人(3.5%)、「4=質問への回答を避けたり、訪問を断る」2 人(3.5%)と回答された。

②患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーションにおける対応とケアの内容

精神科看護師は、精神科医師が患者・家族に行うがんの病状説明には実際に立ち会っておらず、カルテの記載内容と看護チームの申し送りで患者のがんを知ったという記述が多かった。精神科看護師は「患者に対してがんの病状説明をされないジレンマ」を感じていたが、精神科医師に意見や考えを発言することはなかった。また、家族に患者の病状や入院生活のできごとを情報提供し、コミュニケーションを図っていたが、家族は患者の病状や今後についてより詳しく理解しようとする意欲的な言動はみられなかった。

4. 精神科看護師の看取り過程におけるケアと気持ち

(1) 患者を看取る過程で大切にされたケアの内容

患者を看取る過程で大切にされたケアの内容は、表 4-3. で示したとおりである。精神科看護師 33/57 人 (59.6%) が回答した。精神科病院は患者の行動制限があるため、「患者の意思をできるだけ尊重して制限を緩くし私物の持ち込みを増やす」の記載は特徴的であった。また、「患者の不安や苦しさが軽減するようにベッドサイドで声をかけ、手をとって傾聴する」、「患者の体力があるうちに家族の面会や外出、外泊の機会を設ける」、「患者の好きな食べ物を作り体調の良い時に提供する」といった工夫や対処が導き出された。

表 4-3. 患者を看取る過程で大切にされたケアの内容

ケアの内容
行動制限を緩くし私物の持ち込みを増やす
患者の不安や苦しさを傾聴する
患者と家族の面会や外出、外泊の機会を設ける
患者の好きな食べ物を作り体調の良い時に提供する

(2) 患者を単科精神科病院で看取る気持ち

患者を単科精神科病院で看取る気持ちは、表 4-4. で示したとおりである。記述した精神科看護師は 23/57 人、回答は半数以下であった。肯定的な内容が示されたのは、「積極的な治療をしないのであれば単科精神科病院で看取りたい」、「看取ったことで自分自身の看護が深まった」「家族の辛さも受け止める」であった。その一方、否定的な内容が示されたのは、「家族との関わりがないまま患者が孤独な最期を迎えるのは悲しくて寂しい」、「患者自身に告知がされないことへのすまなさ」、「治療室（個室）が確保できず医療設備も整っていないため不安」、「他患者との折り合いの難しさ」「治療方針の曖昧さに戸惑う」、「転院先の受け入れが悪く心が折れる」であった。概括的には、精神科看護師は患者を看取る気持ちとして否定的な内容が多く抽出された。

表 4-4. 患者を単科精神科病院で看取る気持ち

看取る気持ち
単科精神科病院で看取りたい
看取ったことで看護が深まった
家族の辛さも受け止める
孤独な最期を迎えるのは悲しくて寂しい
告知されないことのすまなさ
医療設備の不安
他患者との折り合いの難しさ
治療方針の曖昧さに戸惑う
転院先の受け入れが悪く心が折れる

第4節 考察

がんを合併した統合失調症患者の痛みをはじめとする全体像を捉えるため、看護チームで STAS-J を用いて評価し、それと同時に「患者を看取る過程で大切にされたケアの内容」「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者を看取る気持ち」を自由記述で明らかにし、得られた知見から今後の看護教育に向け考察を述べる。

1. STAS-J の評価

(1) 痛みのコントロールと症状が患者に及ぼす影響

本調査の結果から、がん治療を受けていない患者は9割以上を示していたが、がんに伴う痛みは「時折のまたは断続的な単一の痛み」「中程度の痛み」が8割以上を占め、「持続的な耐えられない激しい痛み」については全く評価されていない。また、STAS-J の症状分類から患者に及ぼす影響をみると、「全身倦怠感」「呼吸困難」「食欲不振」などが主に観察され、この理由を2つ考える。第1に、がん性疼痛の背景には検査、手術、化学療法や放射線治療に伴う副作用、がんの進行に伴う激痛など挙げられる。しかし、9割以上の患者はがんの専門治療を受けていないため、がん治療の副作用である「嘔気」「嘔吐」「脱毛」「しびれ」によって身体的な影響が少なく、痛みが持続的に耐えられない状況にまで達しなかったと推察する。第2は、精神科看護師が STAS-J を用いて積極的に患者の痛みに関心を寄せてケアを行った結果、患者の「不安」「いらだち」「恐怖」などが鎮静化され、痛みを軽減する一助になっていたと言える。例えば、精神科看護師は痛みによる「不安」や「いらだち」を訴えた患者に対して、「腰や背中に湿布を貼る」「痛い時だけボルタレンを飲んでもらう」「痛がる場所をゆっくりとマッサージし背中をなでる」など、その時々患者の痛みや状況に合わせ、ベッドサイドに足を運んで柔軟なケアを行っている。上田ら(2000)は、統合失調症患者ががんになった場合、死亡に至るまで患者が疼痛を訴えることはほとんどなかったと報告している。精神科看護師は、患者から「ナースステーションに近い場所のほうが安心して眠れる」「嫌な夢ばかりみて夜が怖い」という不安の表出に対して、「夜はナースステーションにベッドを移動するから大丈夫」「夜勤の時はどんなに忙しくても必ず声をかけて手を握る」など、患者の不安や気がかりとなっていることについて具体的な言葉をかけケアを行っている。このような精神科看護師のケアと対応によって、がんを合併した統合失調症患者は一時的な痛みや不安を訴えるものの、激しい痛みや不安にまで増悪しなかったと考える。

統合失調症患者はがんになった時、医療者が患者とのコミュニケーションを積極的に行い、患者の痛みや辛さを共感することで（荒木;2004）、患者自身が痛みに対して良好なコントロールが可能になると報告している（稲垣,加藤,福浦他;2006, Miovic,Block;2007, 梅津;2012）。対象者数や研究方法が異なるため同様の評価はできないが、統合失調症患者ががん性疼痛に関連する激しい痛みによって、日常生活にまで支障をきたしている状況は本調査の結果からも少なかったと言える。

都道府県がん診療連携拠点病院及びホスピス・緩和ケア病棟は、患者への身体的症状の介入方法として、患者自身に「身体的な変化をどのように感じているか」「苦痛はどの程度なのか」をよく聴き、患者とともにケアのタイミングや治療方法を考え、入院指導、オリエンテーション、検査、医療処置、薬剤管理など柔軟に対応している（独立行政法人がん研究センターがん対策情報センター;2013）。緩和ケアは患者の病態に関係なくチームで提供する必要性を報告している（加藤;2014）。例えば、患者の全身倦怠感が強く体力が低下している時、無理をせずに休息して栄養補給や輸液を行い（村井;1999）、患者にとって負担が重いあるいは不必要と思われる検査や治療を中止し（内田, 渡邊, 大石;2010）、死を目前に控えた時期になると、患者や家族が残された時間をどう過ごしたいのかを率直に話し合い（福井, 猫田;2004）、家族と最期まで関わり（渡辺;2008）、遺族へのグリーフケア（平山;2002, 平山;2003）、患者の死後の諸手続きを支援する（笹原, 三條, 梅田他;2008）。このように、都道府県がん診療連携拠点病院及びホスピス・緩和ケア病棟、総合病院の医療チームは、患者や家族に様々な場面に応じて専門的なサポートを行う教育体制やマンパワーが整えられている（恒藤;2004）。

その一方、本調査の結果からは、精神科看護師が患者の目つきや顔の表情で「痛み」「辛さ」など身体的な変化を評価し、「体がだるくてイライラしている様子なので気分転換にレクリエーションの参加を勧める」など、休息よりも活動に視点をおきケアを行っている。これは、単科精神科病院において看護診断やクリティカルパスの導入がされていないため、患者の身体的な変化や精神状態について、医療チームで話し合う共通の情報が統一されていない事実を示している。そのため、精神科看護師はその時々に応じて患者1人ひとりの評価を行い、評価の妥当性やケアの優先度、患者のゴールをどのようにするのか具体的な内容について医療チームで共通認識を持ち、ケアを進めていくのが困難な状況だったと言える。さらに、精神科看護師は身体的な観察や評価について関心が低い時、これまで精神科看護師が専門に行っている精神的なケアにだけ関心が向きやすく、がんによる身体的変

化を心氣的症状あるいは精神症状の悪化と捉えてしまう傾向が示唆される。

精神科看護師は、患者のがんによる身体的な変化にともない患者が今までと違う異常行動や精神症状が出現した時、これまでと同様に精神科看護師 1 人ひとりの経験と技術のみで対応するには限界があり、身体的な観察や検査の実施が遅れ、がんの早期発見のみならず患者の症状が重篤になるリスクが高くなりやすい。患者の全体像をよりの確に捉えるためには、看護診断の導入のみならず、身体的な変化に対応できるための心電図、吸引、バルーンカテーテルの挿入、タッピングなど技術の向上が必要であり、施設管理者の理解と継続教育が課題と考える。

(2) 患者と家族の病状認識

精神科看護師は、患者が「回復すること、または長生きすることに自信が持てない」と認識する一方、家族には「予後に対して十分に認識している」と評価しており、病状認識に差がみられる。単科精神科病院の臨床現場において、患者と家族の病状認識が一致するとは限らない場面に度々遭遇するが、患者自身の理解力や認識能力については、本調査から明らかにしていない。そのうえで、「統合失調症患者は病識がないので、がんの病状を理解できないのではないか」「がんであることを告げたら不穏になるのではないか」と医療者が短絡的に考え、患者への病状説明が困難だったとすれば患者の尊厳が守られているとは言い難い。

がんの病状説明においては、1990 年の日本医師会生命倫理委員会でその重要性が示され（樽井;1990）、都道府県がん診療連携拠点病院及びホスピス・緩和ケア病棟のみならず、総合病院でも積極的に行われている。しかし、単科精神科病院におけるがんの病状説明の問題は、家族だけでなく患者にどこまでわかりやすく伝えるかが重要である。とは言え、患者自身が本当にがんの病状説明を望んでいるのか、本調査の結果から明らかにされていないため、医療者の倫理観だけが独り歩きすることがないように、がんの診断、治療方法の選択、症状緩和への各段階に沿って丁寧に議論を重ねていくことが医療者の認識として重要と考える。がんを合併した統合失調症患者に対して何を伝え、どういう選択が良いのかを共に考える時、単科精神科病院の精神科医を中心に、精神科看護師、総合病院精神科病棟の医師、がん専門看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など、多職種による率直な意見交換の場を設定する単科精神科病院の体制作りが望まれる。

精神科看護白書では、精神科看護師が精神科医の治療方針に参画して意見を述べる割合

は5%にも達しておらず(日本精神科看護技術協会;2008)、患者が治療方法の選択をするうえで、精神科看護師の専門的視野に立った意見を発信する積極性が示唆される。単科精神科病院において患者の尊厳をどのように配慮し実践するのか、こうした倫理的問題に対して積極的に意見交換を行い発展させるためには、精神科看護師の専門的な教育支援が必要である。

(3) 患者と家族、医療者間のコミュニケーション

精神科看護師は「7. 患者と家族のコミュニケーション」で9割以上の家族が患者のがん治療を望まず、その事実を患者へ率直に伝えていなかったと評価している。そのため、家族と患者の間には、がんの進行や今後の見通しなど率直なコミュニケーションが行われていない。精神障害者は一般的に訴えが少なくコミュニケーションが成立しにくい。しかし、コミュニケーションは黙っていても何かを伝えて感じる要素があると言え、がんを合併した統合失調症患者は、家族ががん治療を望んでいない事実を精神科看護師とのやりとりから汲み取っていたとも推察できる。家族が患者のがん治療を望まない背景には、患者からの暴言、暴力、虐待、生活の困窮、社会的偏見など複雑な事情が挙げられ(遠藤, 吉本, 杉田他;2007, 西村;2008, 加藤;2009, Arai, Hisamatsu;2012)、現実には患者の家族と連絡がとれないケースも多数存在している(倉田, 皆川, 小鶴他;2002)。

精神保健福祉法第20条では、保護義務者として精神障害者の保護者を定めているが、家族の高齢化に伴い負担が大きくなっているなどの理由から、2013年の法改正においては保護義務者制度そのものが廃止され、旧来の家制度的な発想は後退し、家族による監督保護の限界を認め(江副;2013)、家族の責任が緩和される方向にある。しかしながら、精神科医療の現場においては、家族の存在は患者の治療方針をめぐって、最終的な判断に大きな影響を及ぼす存在として位置づけられ、精神科医は患者よりも家族に病状説明をしている割合が高い。家族が患者のがん治療を望まなければ、当然の結果として患者と家族の認識に違いがあり、うわべだけのコミュニケーションとならざるを得ないため、患者と家族の間に隔たりが出てくるのは当然と言えよう。

「9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」は、患者と家族のコミュニケーションが「状況認識が一致せずコミュニケーションがうまくいかない」結果が示され、家族は患者のがん治療を望まない意思を精神科医に伝えると、それ以上、患者の病状について詳しく理解しようとする意欲的な言動はみられない。精神科看護師は、このよう

な状況を評価した結果、患者と家族の橋渡し役となってコミュニケーションを図り、家族にかわって金銭管理や私物管理など多くの役割と責任を担っている。

今後、患者の望む生を全うし患者の人権に配慮した緩和ケアを発展させるためには、がんの治療選択だけでなく症状の緩和が大切であること、また症状の緩和によって期待される効果が得られなかった場合、多職種の専門的な視点で患者のゴールをどこに定めるのか、患者・家族に対して医療スタッフの1歩踏み込んだ積極的なコミュニケーションが求められる。

2. 単科精神科病院における STAS-J の導入について

今回の調査は、がんを合併した統合失調症患者へ看護チームで STAS-J を用いた評価を行った。その結果、がんを合併した統合失調症患者の痛みは「時節のまたは断続的な単一の痛み」が最も多く、看護師はその痛みに対して湿布や痛み止めを飲んでもらうなど、その場で迅速なケアを行っていた。単科精神科病院の治療方法は、主として薬物療法・精神療法が用いられており、その使用方法や治療効果については比較的明確に示されている。看護チームは患者に対して STAS-J を用いて評価はしているものの、患者と家族のコミュニケーションをみると、「病状認識が一致せずコミュニケーションがうまくいかない」結果が示され、その評価については曖昧な点があり、評価の妥当性に結びつくような項目の精選が必要と考える。さらに、統合失調症患者のがんの進行や痛みを数値化することについて、看護診断やクリティカルパスを使わず多職種と情報を共有することは難しく、痛み以外の症状がどれだけ患者の日常生活や精神状況に影響を及ぼしているのか、チームで症例を検討しゴールを明確にする率直な意見交換が必要である。

これらの状況が改善できれば、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者に STAS-J を効果的に導入することは可能と思われる。

3. がんの特性

太田ら（2009）は統合失調症患者の高齢化に伴い、がんを合併して死を迎える患者が増えている事実とそれに伴い肺がんの発生率が高くなっている現状を報告している。本調査の対象施設、患者数、患者の年齢は異なるものの、肺がんの発生率が高い結果は太田の報告と相似しており、入院の早い段階からがん予防に重点をおき、病棟内で禁煙指導を効果的に取り入れるアプローチの重要性は明らかである。その実践例として、精神科看護師は

患者の喫煙に対する思いを聴き取り、その考えを参考にして患者が取り組みやすい認知行動療法、Social Skills Training(以下;SST)を導入し、喫煙による肺がんのリスクについてわかりやすく情報を提供していく工夫が望まれる。さらに、外来・入院患者を対象としたがん検診の重要性をアピールするため、精神科医・薬剤師・管理栄養士・臨床心理士などと連携し、医療チームで具体的ながん予防と健康管理に向け積極的な取り組みが有効と言える。

4. 患者を看取る過程で大切にしたケア

精神科看護師が患者を看取る過程で大切にしたケアの内容は、「患者の意志をできるだけ尊重して制限を緩くし私物の持ち込みを増やす」「患者の不安や苦しさが軽減するようにベッドサイドで声をかけ手を握って話しを聴く」「患者の体力があるうちに家族との面会、外出や外泊の機会を設ける」「患者の好物を作り体調の良い時に提供する」である。

精神科病院は入院形態にかかわらず行動制限が存在するため、患者のプライバシーや個人の自由の権利は守られにくい。そのような状況で、精神科看護師は患者の私物品の制限を緩和していること、さらに患者の好物を作り体調の良い時に提供している。この理由として、単科精神科病院の入院患者は、一般病院の患者と比べて入院期間が長いため、精神科看護師は患者と意思疎通を図りやすい関係と言える。

統合失調症患者の入院状況において、身体合併症を有するのは 40.1%、そのうち特別な管理を要する患者が 10.5%、日常管理を要する患者は 29.6%である(榎本;2002)。しかし、現在の精神保健福祉法では、単科精神科病院に入院している患者のがんの合併に関して、行政単位の連携システムは存在しておらず、単科精神科病院が各々独自に総合病院精神科病棟やがん専門病院に依頼するシステムとなっている。また、統合失調症患者はがん治療を受けるために転院したくても、受け入れ先の総合病院精神科病棟をみつけるまでに時間とマンパワーを要すること、術後の管理や放射線及び化学療法を受ける時に安静が守れない場合、受け入れ先の病院でトラブルが生じ、治療を断念してしまう症例(黒木;2003, 上平;2005, 谷山, 清水, 垣本他;2014)も残念ながらみられる。

こうした多様で複雑な症例に精神科看護師はどのようにケアを行っているのか、実際に聴き取り調査を行い、ケアに影響を及ぼす要因を明らかにする必要がある。

5. 患者を単科精神科病院で看取る気持ち

単科精神科病院で患者を看取る精神科看護師の気持ちは、「家族との関わりがないまま患者の孤独な最期を迎えるのは悲しくて寂しい」「患者自身に告知がされないことへのすまなさ」など、肯定的な内容よりも否定的な感情が多く語られている。精神科看護師にとって、がんを合併した患者をめぐる転院治療の問題や患者の死を看取る体験は、家族ががんの治療を望まない厳しい現実(田中;2001)、患者への病状説明がない葛藤、がんに対する知識や技術の不安、死を迎える患者の悲しみに共感することが多く(本間;2012, 荒井, 久松;2013b)、他の医療職より悲嘆感情が深刻化しやすいと推察する。

患者を看取る過程においては、がんに対する患者の自覚症状を把握していくことを中心に、患者や家族とより緊密なコミュニケーションを図ることが必要となるが、患者の意思や表現力の低下のため真意がつかみにくい状況である。精神科看護師は、こうした複雑で多様な状況をストレスと感じた時、心的エネルギーの消耗が高く疲労も積み重なり、医療行為やケアに対するリスクが高くなり、極度の疲労と感情の枯渇を生じバーンアウトに陥りやすい(尹, 赤澤, 原田;2010)。

本調査の結果から、がんを合併した患者の看取りをどのように行うのか、さらには緩和ケアをどのように進めていくのかは病院個々の事情に委ねられている。そうした状況で、がんを合併した統合失調症患者をケアする精神科看護師にも専門職の手厚いサポートが必要であり、がん専門看護師、臨床心理士、精神専門看護師を活用し、看護師個々が患者の身体的な変化を評価するなかで感じた疑問、不安などを率直に意見交換できる場を作ること、ケアに対する肯定的なフィードバックができるフォローアップ体制が必要である。

第5節 本章で得られた知見

精神科看護師はがんを合併した統合失調症患者の全体像を捉えるために STAS-J を用いて評価した結果、患者のがんの痛みや不安に丁寧に向き合い、その場で柔軟な対応と配慮がケアとして提供されている。がんと診断されても病状説明を受けることができない統合失調症患者の厳しい現実を前に、基本的人権や倫理的問題として論じることがもできる。しかし、このように複雑で答えが明確に出せない現状が精神科看護師のケアの実情と言える。

本調査により、がんを合併した統合失調症患者における STAS-J を用いた全体像の把握とそれに伴うケアは次の6つに要約できる。①がんを合併した統合失調症患者の痛みについては、「時節のまたは断続的な単一の痛み」、「中程度の痛み」が8割以上を占め、日常生活にまで支障をきたしている状況は少ない。②9割以上の精神科看護師は、患者のがんについてカルテと申し送りから知るのみである。③対象となった単科精神科病院では、看護診断やクリティカルパスの導入がされていないため、精神科看護師個々の対応に委ねられチームで統一したケアがされにくい状況である。④がんの病状説明を受けた9割以上の家族は患者のがん治療を望まず、その事実を患者へ率直に伝えていない。その結果、患者と家族との間では、回復することや予後に対して病状認識に差がみられる。⑤精神科看護師は、患者と家族が疎遠な状況であるため、両者の橋渡し役となってコミュニケーションを図り、金銭管理や私物管理、食べ物の差し入れなど、家族の役割と責任を担わざるを得ない状況でケアを行っている。⑥精神科看護師は、患者を看取することで成長を感じるよりも、ケアに対して否定的な感情が多く語られている。

今後の課題は5つに要約される。①単科精神科病院と総合病院精神科病棟で情報交換できる連携システムを整備する。②入院早期から患者と家族との関わりを円滑にするためチーム・アプローチを取り入れ、家族会やボランティア活動のシステム作りを行う。③医療器具と個室を確保するハード面の充実を行う。④合併症に関する看護教育プログラムの検討と看護技術講習の継続支援を行う。⑤患者や家族にわかりやすく効果的に病状説明を行うため、多職種チームカンファレンスの導入を積極的に行い意見交換をする。⑥精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因について聴き取り調査を行い、その内容を明らかにする。

単科精神科病院における緩和ケアの取り組みは、精神科看護師個々の努力に委ねるだけでは限界があり、緩和ケアを促進させるためには院内で継続した看護教育を強化し、体制を充実させることが必要である。精神科看護師は、看護教育のなかで患者の知る権利を守ることを習得している。しかし、患者はがんの病状を認識できるのか、さらには患者が未

治療で亡くなる現実はどう対応していけばよいのか答えが見つからず、ケアを行う時に苦慮している。患者にとって何が最善であるのか、がんについて知りたいと思っているかについてしっかり患者の思いを傾聴するためには、倫理的な責任だけで一方的な説明をしても意味はないため、患者の知りたくない権利も尊重していく公平さが求められる。

今後、総合病院やがん専門病院が単科精神科病院と連携システムを構築し、患者のがんに伴う様々な疑問や不安について積極的に交流を積み重ねれば、精神科看護師はその体制に支えられバーンアウトをすることなく、緩和ケアに対して意欲が向上していくと考える。

本研究の限界

精神科看護師 57 人による STAS-J の回答は、16 人の患者について一時点で評価したものであり、がんを合併した統合失調症患者の特性を一般的に表しているとは言い難い。また、重症度の変化に応じた対応やケアの実態が示されたとは言えない。今後、評価者間の一致率を高めるためのトレーニングや継続的評価結果の分析、対象数を拡大したさらなる調査が必要と考える。

補足

精神科看護師 57 人の STAS-J の回答は、16 人の患者について重複評価したものであり、一部の単純集計だけでは結果を一般化できない。また、重複する場合の評価者間一致率も問題となる。そこで、STAS-J 回答の信頼性について、9 項目各々の評価点間の相関を見ておくこととする。0~4 の 5 段階の順序尺度を間隔尺度の評価点として扱い、9 項目評価点と STAS-J 症状 22 項目の合計点（痛み以外の症状総合評価点）の計 10 項目間について Pearson の相関係数を求めた。相関係数は目安として表 4-5. に示した。

症状総合得点との有意な相関が示されたのは、身体および精神症状の項目である。これらは、各々共線性の高い内容の項目と言えよう。一方で、病状認識やコミュニケーションの項目は相互に有意な相関が乏しく、それぞれ独立した因子の可能性もある。そのなかで、③患者の不安と④家族の不安 ($r=.0571^{**}$)、⑤患者の病状認識と⑦患者と家族のコミュニケーション ($r=0.328^*$)、⑧職種間コミュニケーションと⑨医療者とのコミュニケーション ($r=.0.419^{**}$) と各々有意な相関を示しており、今後、多数例での実証的な検討が必要だろう。(* $p<0.05$, ** $p<0.01$)

表 4-5. STAS-J の 9 項目及び症状版合計点の相関

N=57

項目	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
①痛み	1.000								
②痛み以外の症状	.476**	1.000							
③患者の不安	.682**	.542**	1.000						
④家族の不安	.434**	.357**	.571**	1.000					
⑤患者の病状認識	0.041	0.061	-0.079	0.009	1.000				
⑥家族の病状認識	-0.204	-0.147	0.092	0.183	0.111	1.000			
⑦患者と家族のコミュニケーション	-0.360	-0.021	-0.302	-0.206	.328*	0.103	1.000		
⑧職種間のコミュニケーション	0.188	-0.055	0.015	0.079	0.038	-0.064	0.086	1.000	
⑨医療者間のコミュニケーション	0.076	-0.038	0.028	0.124	0.038	-0.008	0.251	.419**	1.000
症状版総合得点	.470**	.396**	.702**	.387**	-0.187	0.223	-0.472	-0.079	-0.109

** p<0.01 * p<0.05

第 5 章 精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因

はじめに

第5章は、がんを合併した統合失調症患者をケアする精神科看護師が置かれている状況、看取りを経験して振り返るケアの意味について、本論文の課題3. 「精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因」で明らかにし考察する。

近年、日本のがん治療と診断技術は格段に進歩し、看護実践にも力が注がれている。しかし、単科精神科病院に入院している統合失調症患者のがん治療と看護を当てはめることは難しい。塚田ら(2007)は、精神病床を持つ全国立病院機構の施設調査と症例調査を行い、統合失調症患者ががんを合併した時、そのニーズは総合病院精神科病棟に集中している現状を明らかにした。単科精神科病院は、患者の骨折、糖尿病、がんなど、中程度の内科及び外科系の合併症の対応に苦慮しており、これらの対策として総合病院無床精神科病棟を有床化させ、総合病院精神科病棟医療の役割と機能を充実させていく提案をしている。しかしながら、がんを合併した統合失調症患者は、体感幻覚や妄想による精神症状とがんによる具合の悪さを正確に見極めて診断することが非常に難しく(岩井, 山田, 梶野;2007)、紹介元の単科精神科病院の医師との連携不足により、専門治療が遅れる傾向が指摘されている(日笠;2007)。さらに、がんの専門病院は、時に統合失調症患者本人から治療拒否、暴言、暴力を受け(轟, 延藤, 轟他;2004)、がん治療の同意を得ることの困難さ(倉田, 皆川, 小鶴他;2002)、身体拘束をはじめとして行動制限をどこまで患者にするべきかチームで意思統一することができにくく、がん治療に難色を示す傾向が報告されている。

海外の状況に目を向けてみると、Griffith(2007)は終末期の精神障害者に対して、精神科医師及び他の医療スタッフの介入の是非について調査を行っている。精神医療に関わる専門職は、長期間にわたって患者をケアすることが多いため、少しずつ患者の希望や好み、長所や短所、サポートが必要な時と不必要な時について体得していく。なかでも精神科医は、こうした患者に対する理解や共感力を組み合わせ、患者の不安、焦燥感、恐怖感などについてかなり寛大で穏やかな治療を提供し、緩和ケアが可能であると示唆している。Ganzini(2010)らは、統合失調症を発症した退役軍人患者と一般退役軍人患者を対象に、緩和医療の質に相違があるかどうかについて調査を行っている。その結果、統合失調症を発症した退役軍人患者は、患者自身への病状説明、がん治療の選択における患者の意志決定、退院に向けた患者の希望、社会的な支援体制、治療における遵守などにおいて、一般退役軍人患者と同等か、それ以上の支援を受けていると報告している。

統合失調症患者は、がんと診断されてから亡くなるまでの過程において、通常数ヵ月か

ら数年という単位で死が訪れるが、日本の単科精神科病院では誰がどこまで患者の治療に対して責任を持つのか、未だ明らかにされず対応に苦慮している。さらに、単科精神科病院ではがんを合併した統合失調症の医療に対応できる治療設備やマンパワーは決して恵まれているとは言えない。その状況下で、精神科看護師は個人の裁量で柔軟かつ多様なケアを求められるが、精神科臨床現場においては、がん治療の可能性を含めた患者の尊厳や意向、希望にそったケアをどのように考えて実践するのかについて、検討した報告は散見される程度である。美濃ら（2003）は、がんを合併した精神障害者7人の事例を対象に、この患者に関わった看護師4人に個人面接法を用いて、がんを合併した精神障害者個々に対して思いのまま自由に話してもらい聞き取り調査を行った。その結果、がんの発見と告知に対する阻害要因は、患者自身のセルフケアの不適切さ、看護師・医師・家族の援助行為の不十分さ、合併症医療制度の不備の3つを挙げている。また、促進要因は患者の適切なセルフケア行動、看護師の適切な援助行為の2つを挙げている。この研究では、がんの発見と告知について各々2つの要因が示されているが、1施設における統合失調症患者とアルコール依存症患者を対象としているため、同一精神疾患によるがんの発見と告知の要因については言及されていない。

日本は、これまで統合失調症患者に対する長期収容施策により、社会的差別や人権侵害があったことは紛れもない歴史的事実であるが、統合失調症患者と常に向き合い療養生活全般においてケアを行っているのは精神科看護師である。すなわち、精神科看護師にとってがんを合併した統合失調症患者の存在は、がんの進行による身体的な変化とそれに伴う精神症状が加わったことで、これまで以上にがんに対する新しい専門的知識と死への恐怖や不安に対処できる包括的なケアの質を問い直す契機ともなっている。しかし、これまで単科精神科病院の精神科看護師を主体として、がんを合併した統合失調症患者のケアに影響を及ぼす要因についての研究は、同一施設内の症例報告に限られ、研究の対象とされることが少ない現状にある。この事実は、精神医療や福祉の分野で研究が進んでいるにも関わらず、精神看護学分野においての考究は未熟な段階にあると考える。

本章では、単科精神科病院という特殊な医療環境のなかで、がんを合併した統合失調症患者を看取った精神科看護師のケアに焦点を当て、ケアに影響を及ぼす「戸惑い」と「希望」を明らかにし、患者のQOLを高める緩和ケアを可能にするため、取り組むべき看護教育の課題をみいだすことを目的とする。

第1節 本章の目的

本章の目的は、がんを合併した統合失調症患者を看取った精神科看護師のケアに影響を及ぼす「戸惑い」と「希望」は何であるのか、半構造化面接を用いて明らかにし、患者のQOLを高める緩和ケアを可能にするため、取り組むべき看護教育の課題をみいだすことを目的とする。

第2節 調査の概要

1. 調査地域と対象

対象施設はA,B2つの単科精神科病院9病棟である。2012年4月の時点で、単科精神科病院9病棟の総病床数は476床である。患者が入院していた病棟は開放病棟3、閉鎖病棟6、全体的にみれば閉鎖病棟が多いと言え、精神科特例の15対1の看護体制で運営されている。A病院は、関東近郊に所在し200床以上の私立精神科病院で急性期入院治療を積極的に受け入れている。患者の約7割が統合失調症患者であり、主な合併症は糖尿病、白内障、胆石などである。B病院は、九州南部に所在し200床以上の公立精神科病院で、精神科救急情報センターを置いている。患者の約7割が統合失調症患者であり、主な合併症は糖尿病、白内障、肝硬変などである。

対象はICD-10により主傷病が「精神及び行動の障害」と診断され、がんを合併した20歳以上の統合失調症患者を看取った精神科看護師28人のうち、調査の趣旨に同意し協力が得られた20人、表5-1.で示したとおりである。

表 5-1. 精神科看護師の概要

N=20

No.	性別	年代	総合病院での経験年数	精神科病院での経験年数	がんで看とつた患者の数
1	男	20代	0	6	1
2	男	20代	0	8	3
3	男	30代	0	7	2
4	男	30代	0	14	4
5	男	40代	2	19	5
6	男	40代	1	22	3
7	男	40代	0	26	6
8	女	20代	1	2	1
9	女	30代	2	8	2
10	女	30代	10	1	1
11	女	30代	0	12	2
12	女	30代	0	14	3
13	女	40代	10	12	3
14	女	40代	2	7	3
15	女	40代	3	21	5
16	女	40代	2	22	4
17	女	40代	4	23	6
18	女	50代	0	31	8
19	女	50代	0	33	7
20	女	50代	2	36	6

3. データ収集

(1) 参加者としての観察

筆者は研究者という立場を明らかにし、精神科看護師が病棟でがんを合併した統合失調症患者とどのように接しケアを行っているのか、可能な限り病棟に入りその場面に参加して、精神科看護師が体験している感情や感覚を丁寧に捉えて観察した。参加者としての観察は、筆者自身が測定用具となるため、対象施設の管理者や看護師と共に10日間の予備観察期間を設けた後、参加者として観察を実施した。

(2) がんを合併した統合失調症患者カルテの閲覧

がんを合併した統合失調症患者のデータを得るために、①性別、②がんを合併した年齢、③入院期間、④家族背景、⑤がんの部位、⑥患者へのがん病状説明の有無、⑦家族へのがん病状説明の有無、⑧病棟の治療方針、以上8項目について対象施設の許可を得てからカルテを閲覧しデータとした。

(3) 半構造化面接

筆者は精神科看護師のプライバシーに配慮するため、面接室を使用して1対1になり、半構造化面接を行った。その内容は、「患者さんを看取るなかで様々なケアをされたと思います。そこで感じた不安、ためらい、難しさがありましたらお話し下さい」そして、「そのような不安やためらいを経験されてあなたが学び、前向きな気持ちになったと思えるできごとがありましたらお話し下さい」と述べ傾聴した。面接の内容は同意を得てからICレコーダーに録音し、同意が得られない場合は承諾を得てメモをとった。

(4) 調査期間

2011年11月1日～2012年4月30日に実施した。

4. 用語の定義

ここでは、本論文で使用する用語の定義を次のように定める。

(1) 緩和ケア

WHO は 2002 年に緩和ケアの定義について、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」と提言している。緩和ケアをめぐる言葉として、ターミナルケア、ホスピスケア、緩和ケア、エンドオブライフなどが挙げられている（厚生労働省;2007b, 浜;2007）。緩和ケアの基本方針は、①痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する、②生命を尊重し死を自然なものと認める、③無理な延命や意図的に死を招くことをしない、④最期まで患者がその人らしく生きていけるように支える、⑤患者が療養している時から死別後に至るまで、家族が様々な困難に対処できるように支える、⑥病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも対処する、⑦患者と家族の QOL を高めて病状に良い影響を与える、以上 7 項目についての方針が示されている（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団;2008）。

このように、緩和ケアは患者に対する全人的なケアであり、痛みやその他の症状のコントロール、精神的、社会的、スピリチュアルな問題に対しての解決がその中心的な課題と言える。

本論文では、先行研究で述べられた緩和ケアの定義を参考に、「精神科看護師が単科精神科病院でがんと診断された統合失調症患者の看取りまでを通して、がんに伴う様々な身体的苦痛、例えば痛み、息苦しさ、倦怠感、吐き気、食欲不振などの不快な症状などを和らげ、患者により良い療養生活を提供するための包括的なケア」と定義する。

(2) 「戸惑い」と「希望」

本論文では、精神科看護師ががんと合併した統合失調症患者を看取る過程で、日常生活におけるケアや医療的処置の場面で、不安、ためらい、難しさを感じ、困惑する状況を「戸惑い」とする。また、精神科看護師が統合失調症患者の厳しい病状を受け入れ、看取りを前向きに捉えていこうとする意志、主体的な意欲を「希望」とする。

5. 分析方法

質的分析の方法は、唯一の方法や純粋な方法は存在しないが (Bailey;1997, Bailey, Tilley;2002)、いずれの方法においてもデータを帰納的に分析する原則が強調されている。帰納的分析とは、分析されたテーマやカテゴリーがデータから生み出されることを意味する。すなわち、データ収集に先立ってテーマやカテゴリーが割り当てられるのではなく、データから浮かび上がってくる。逐語記録として保存されたデータ (半構造化面接や参加観察のフィールドノートなど) はしかるべき長さに切り分け、各々のコードをつける作業に始まり、コード同士を見比べて相違点、共通点ごとにまとめ、各々まとめられたコードに共通する名前をつける。それが1つのサブカテゴリーになり、さらにいくつかのサブカテゴリーが集まり、1つのカテゴリーとなる。このように、コードあるいはサブカテゴリー同士を比較分類し、まとめ上げて名前をつけるプロセスをカテゴリー化 (Mayring;2002) と呼ぶ。この分析は、質的研究で概ね共通して行われる分析手続きである (Mayring;2004)。精神科看護師が半構造化面接で語った内容について、Mayring の研究を参考に質的帰納的分析を行った。分析の具体的な手順を以下に示す。

- ①半構造化面接を行う時は、面接場所、面接時間、精神科看護師1人につき1つのID番号を記述しファイルに保管した。
- ②精神科看護師の同意を得てから半構造化面接の内容は同意を得てからICレコーダーに録音し、録音の同意が得られない場合は承諾を得てからメモをとった。
- ③逐語記録にID番号、ページ番号、行番号、参加観察で得られた看護師のケアを行った時の表情や態度を書き加え逐語記録を作成した。
- ④逐語記録の内容から、その意図が正しく伝わるように、「え～」とか「あのね」「その～」などの言葉を省略し、余計な言葉や冗長な言葉を削除した。
- ⑤精神科看護師のケアが具体的に記述されている内容をチェックし、暫定的にコード化した。
- ⑥これらのコードに、ケアとして「戸惑い」と感じた言動、「希望」を表す言動は何かという研究の問いを投げかけコードの再検討を行った。

- ⑦日本語としてちぐはぐな表現、言い間違いなどは精神科看護師に確認して修正を加えた。例えば、「がん治療の効果を説明されないメリットが不安になって色々考えました」と語られた内容では、「がん治療の効果を説明されないデメリットが不安になって色々考えました」など、下線部の言い間違いを二重線にして修正し精神科看護師に確認を行った。
- ⑧逐語記録の内容は、音声文字にして表記するため、漢字表記に誤解が生じやすい。的確な漢字表記について逐語記録を完成後、精神科看護師に再度確認を行った。
- ⑨精神科看護師1人ごとに語られたケアの内容を再読した。
- ⑩全てのコードを比較して共通する内容に線を引いた。
- ⑪メンバー間でコードの内容が一致するのかが確認し精読した。
- ⑫メンバー間でコードの内容が一致しない時は最初からやり直し、コードの意味を確実に理解するまで再修正を行った。
- ⑬コードの集まりから類似性・相違性に従って持続比較分析による分類と抽象化を行い、どのようなサブカテゴリー、カテゴリーができるかを考えた。これらの作業を通して、コードの再修正を行った。
- ⑭精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因という研究のテーマに注意しながら、概念を発見した。これらは35場面で新たなラベルが抽出されなくなった飽和状態に達した時点で分析を終了した。
- ⑮カテゴリーの下位概念であるサブカテゴリーを表す文脈数の多い順に整理し、表に整理した。

6. 研究の信頼性と妥当性

本研究は質的記述的研究である。量的研究方法の信頼性及び妥当性に相当するものとして、次の方法によってそれらの確保に努めた。まず、対象施設の管理者や精神科看護師と共に10日間の予備観察期間を設けた。さらに、個別分析と全体分析で検討を行った。個別分析は、精神科看護師1人ひとりに対する反応の様子が全体的に把握できるまで、データを繰り返し読み、半構造化面接におけるケアに影響を及ぼす「戸惑い」と「希望」の要因を抽出し、データの背後にある知識や価値に注意して読み進めた。抽出された中心的意味の類似する内容について、がん看護学および精神看護学を専門とする熟練の看護師長3人と共にデータのメンバーチェックを重ねた。

全体分析は、個別分析で得られた内容からテーマを抽出し、テーマ間の関連性が個別分析と一致するか否かを質的研究者2人から助言を受け、妥当性を高めるためにメンバーで再検討を行った。質的研究の分析手順においては、おおよそその一致率が70%以上であれば信頼性がある(Mayring;2004)と判断し、コード、サブカテゴリー、カテゴリーの抽出について分析を進めていった。

7. 倫理的配慮

本研究は2011年9月鹿児島純心女子大学研究倫理審査委員会(承認第36号)、2012年4月健康科学大学研究倫理審査委員会で審議を受け(承認第5号)、承認を得てから行った。筆者らは対象施設の看護部長に推薦された対象者を訪問し、文書と口頭で研究の趣旨について説明を行った。そして、研究への協力と参加の意思が得られた人々を研究協力者とした。

研究協力者には、半構造化面接を行う度に調査目的や方法、プライバシー保護を重視して、面接の途中で協力を中止しても人事考査に不利益がないことなどを文書と口頭で説明し、面接を行った。研究同意書は研究協力施設、研究協力者、筆者が各々1部を研究終了まで保管した。

第3節 結果

本論文では、半構造化面接で語られた文脈に沿って、精神科看護師ががん終末期の統合失調症患者を看取る過程で、日常生活におけるケアや医療的処置の場面から感じた不安、ためらい、難しさを感じ困惑する状況を「戸惑い」とし、精神科看護師が統合失調症患者の厳しい病状を受け入れ、看取りを前向きに捉えていこうとする意志、主体的な意欲を「希望」とし各々について質的帰納法による分析を行った。

半構造化面接時間は1人に対して48～91分程度、平均53分であった。64個のラベル、17個のサブカテゴリー、5個のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは【 】, サブカテゴリー『 』、文脈「 」、文脈数は()で表す。また、各カテゴリーの内容から特徴的な語りを詳述した。

1. 精神科看護師の戸惑い

精神科看護師の語りは表5-2.に示すとおりである。「戸惑い」を表す文脈は64個に整理された。この文脈に沿って命名したサブカテゴリーは11個、相互の関係性を比較し検討を加えて命名したカテゴリーは **Differences : D【アプローチの異なり】**、**Structural : S【病棟の構造的問題】**、**Loss : L【尊厳の喪失】**、以上3個であった。

表 5-2. 精神科看護師の戸惑いと希望

N=20

戸 惑 い	Differences : D【アプローチの異なり】	D1『がん看護の専門的知識不足』(10)
		D2『ケアの見極めが困難』(8)
		D3『死を看取る経験の少なさ』(5)
	Structural :S【病棟の構造的問題】	S1『医療器具の不備』(9)
		S2『麻薬品の不足』(6)
		S3『治療室の不足』(5)
		S4『プライバシーを守る難しさ』(2)
	Loss :L【尊厳の喪失】	L1『家族関係の稀薄さ』(10)
		L2『患者の意思を軽視』(4)
		L3『行動制限の厳しさ』(3)
		L4『マンパワーの不足』(2)
	希 望	Connection : C【他者と連携して治療環境を改善する】
C2『医療者間で情報提供しあう』(7)		
C3『ケアの統一を図る』(6)		
Dignity : D【尊厳ある死を看取る覚悟】		D1『看護師として使命感を持つ』(10)
		D2『患者の思いを引きだす』(8)
		D3『患者の楽しみを優先する』(3)

(1) Differences : D【アプローチの異なり】

この概念を形成した精神科看護師のケアは、これまで患者に行ってきたケアの内容と異なる状況に起因する。精神科看護師は患者ががんの終末期と診断されると、「ただ話を聴くだけでは難しい」「何が辛いのか、どこが痛いのかを聞きだせない」など、『がん看護の専門的知識不足』(10)を実感していた。さらに、「患者の呼吸が浅く傾眠が続いて会話が難しくなる」場面が増えると不安や焦燥感が高まり、『ケアの見極めが困難』(8)になっていた。また、「ここ（精神科病院）で亡くなる人は片手で数えるくらい」「精神科に勤務してから看取ったことがない」など、『死を看取る経験の少なさ』(5)がとつとつと語られた。

これらの語りから、精神科看護師はこれまで患者に「傾聴」を精神的なケアとして行っていたが、患者ががんを合併したことにより身体的なケアへと方向転換を余儀なくされ、『がん看護の専門的知識不足』(10)が高まり、看護師にとって自信の喪失や危機感が【**アプローチの異なり**】を表していた。

(2) Structural : S【病棟の構造的問題】

この概念を形成した精神科看護師のケアは、単科精神科病院の治療環境に関連する。単科精神科病院で統合失調症患者ががんを合併すると、患者に使用する医療器具や患者を治療するための個室の確保が新たな問題となっていた。精神科看護師は、患者のがんが進行すると共に息苦しさや呼吸苦がみられ、医療処置を必要としたが「病棟に集中配管がないので酸素ボンベを台車に積んで病室に運ぶのが大変」「酸素ボンベを大部屋においたら興味を持つ患者が触ったりして事故になるので個室じゃないと無理」「麻薬を使いたくても病棟にはないので限界がある」など、医療処置が増えると共に『医療器具の不備』(9)、『麻薬品の不足』(6)が語られた。さらに、精神科病棟の構造として「体が弱れば点滴をする。他の患者に点滴台やチューブを触られないために個室が必要だけど空き部屋がない」「個室がないので男性患者を女性病棟に移動しその逆もある。医療処置をする時に他の患者にはみえないように気を遣う」など、『治療室の不足』(5)によって『プライバシーを守る難しさ』(2)が挙げられ、これらはS【**病棟の構造的問題**】を表していた。

(3) Loss : L【尊厳の喪失】

この概念を形成した精神科看護師のケアは、治療の是非をめぐる倫理的な葛藤に関連する。精神科看護師は、精神科医が家族にだけ説明をしている現実に『患者の意思を軽視』

(4)するやりきれなさを抱える一方、精神科医に意見を言えないジレンマを感じていた。さらに、多くの家族は「どうせ死ぬなら治療しなくてもいい」「死んでから連絡してください」など、患者への関わりと看取りを拒否する場面に遭遇し「家族への怒り、そして患者への憐れみを感じ同情する」「自分だけが死ぬことを知って良いのか心が痛む」など、『家族関係の希薄さ』(10)に対する葛藤が語られた。

「煙草が好きでね。患者さんを車椅子に乗せて連れて行こうと思っても看護師がいないんですよ。いつもギリギリの人数だからね。意識がなくなって煙草を吸う仕草をした時には、ああ遅かったと涙が流れました」「閉鎖病棟なので患者さんは1人で外に出れない。外に出てお花見をしたいと言われたけど、誰が付き添うのっていう空気が病棟に流れました。家族が来てほんのちょっと一緒に外出してくれればいいのって思いました。そう思った自分が看護師としてすごく情けなかった」など、悲しみと後悔が語られた。これらの語りは、精神科病棟の特徴とも言える『行動制限の厳しさ』(3)により、患者の願いや希望をかなえようとしても『マンパワーの不足』(2)で十分なケアを行うことができない気持ちが、Loss :L【尊厳の喪失】を表していた。

2. 精神科看護師の希望

精神科看護師の「希望」を表す文脈は43個に整理された。この文脈に沿って命名したサブカテゴリーは6個であり、相互の関係性を比較して命名したカテゴリーは、Connection : C【他者と連携して治療環境を改善する】、Dignity : D【尊厳ある死を看取る覚悟】、以上2個であった。

(1) Connection : C【他者と連携して治療環境を改善する】

この概念を形成した精神科看護師のケアは、がんを合併した統合失調症患者と家族の複雑な関係を受け止め、直面した問題を自分自身で解決するために対処した行動やその結果と関連する。例えば、「みんなでここ（精神科病院）で看取る」「もう20年も患者はここにいるから私達が家族。1人で死なすことはできない」「患者ががんになって初めて家族に電話しました。家族から患者が入院するまでの様々な苦労を聴き、家族も辛いことを知りました」「家族の世代交代が進んで患者のことを誰1人知らなかったのが驚きました。存在すら知らされてませんでした。やっと探しあてた親戚に連絡すると、縁を切ったのでもう電話しないでくれと言われ、人生の縮図を見た気がします」など、『家族関係の希薄さ』をひ

しひしと感じていた。そして、「ダメもとで、家族に患者の写真を送った」「家族に何度も電話する」など、『患者と家族の橋渡しをする』(9)、これまでにない家族への前向きな意欲が心情の変化として語られた。

精神科看護師は「家族が駄目ならスタッフで情報交換してできそうなことを考える」「調理師と食べ物を工夫する」など、『医療者間で情報提供しあう』(7)積極性が生まれていた。その結果、「吸引を覚える」「胃瘻管理を勉強する」など、看護技術の習得に取り組み『ケアの統一を図る』(6)熱意が語られた。

これらの語りは、精神科看護師が『患者と家族の橋渡しをする』(9)過程の中で、『医療者間で情報提供しあう』(7)主体性が育まれ、より良い看取りをする気持ちが【他者と連携して治療環境を改善する】意志を示していた。

(2) Dignity :D 【尊厳ある死を看取る覚悟】

この概念を形成した精神科看護師のケアは、がんを合併した統合失調症患者のQOLを高める配慮に関連する。例えば、精神科看護師は患者の最期が近づくと「精神科病棟は窓が小さくて少ない。だからほんの少しでも外の景色が見えるよう窓側にベッドを移動して一緒に森を眺めました」「庭の花を摘んで患者さんのテーブルに飾ったら、その花を覚えていました。嬉しかった。2人で花を植えた時の思い出やこれまでの楽しかったことをゆっくりと聴きました」など、『患者の思いを引き出す』(8)精神的なケアの楽しさにふれ、療養生活のなかで『患者の楽しみを優先する』(3)、患者と精神科看護師相互のやり取りを生き生きと語っていた。

がんを合併した統合失調症患者を看取る場面では、「家族から見放されても私がいるよって手をさすってました」「お別れする時は自然にありがとうと言いました」「お世話になりましたと患者に言われ、安らかな気持ちで逝けるように心からお世話しようと思いました」「患者はやんちゃだった。何回も掴みあいの喧嘩をしました。自分より先に死んで逝く(沈黙)。看取るのが役目」など、『看護師として使命感を持つ』(10)看取りへの強い思い、患者への労わりが【尊厳ある死を看取る覚悟】という使命感に発揮されていた。

第4節 考察

1. 精神科看護師のケアに影響を及ぼす「戸惑い」の要因

本調査の結果から、精神科看護師はがんを合併した統合失調症患者へのケアをとおして否定的影響を及ぼす要因、すなわち「戸惑い」は3つ挙げられる。第1は **Differences: D【アプローチの異なり】** である。精神科看護師は「これまでは患者の話を傾聴するのが精神看護と思っていたし自信もあったが、がんと診断された統合失調症患者には全く違うケアが求められて困った」と身体的なケアを提供する技術の難しさを語っていた。そのため、患者の病状が悪化すると『ケアの見極めが困難』となり、『がん看護の専門的知識不足』を痛感していたと考える。本調査の結果では、「一般病院で臨床経験がある」と回答した看護師は11/20人と約半数であり、これらの状況は『死を看取る経験の少なさ』とも合致しており、緩和ケアに不安を抱いていたと言える。

山田は、精神科看護師にとって身体の苦痛や機能低下を伴う終末期患者の身体的ケアは、困難さを伴うと報告している(山田;2008)。対象数や状況に違いはあるものの、本調査と相似した結果を示しており、精神疾患患者の身体的アセスメントの困難さは支持できる。今後は、精神科看護師にとって身体的アセスメントの実践につながる看護診断の導入を積極的に取り入れ、院内の継続教育を充実させることが重要と考える。

第2は **Structural: S【病棟の構造的問題】** である。対象施設となった単科精神科病院は、各病室に酸素や吸引などの医療器具が整備されていない。そのため、精神科看護師は「患者の呼吸が苦しくなると倉庫から酸素ボンベを担いで持ってくるから大変」「痰がからまりゼイゼイしているので吸引したいけれど吸引器が病棟にないので他の病棟からポータブルを借りて代用している」など、『医療器具の不備』を感じていた。さらに、「痛みを抑えるために麻薬が必要になったんですが、鍵のかかる保管場所がナース・ステーションにはありません。その都度事務所まで麻薬を取りに行く看護師が必要で疲れてしまう」「麻薬処方箋を書ける医師がいないので痛みに対して患者はおいてけぼり」など、『医療用麻薬の不足』が示された。

また、患者のADLが低下してくると「病棟では個室と言ったら保護室か処置室しかない。保護室に布団を引いて寝ているのでおむつをあてようとしたら激しく拒否されて、しかたなくトイレまで介助するのがとても困った」「がんを合併した統合失調症患者と他患者を一緒の部屋にすると事故にもつながるので、その兼ね合いが難しい」「患者がゆっくり静養できる個室はない」などが語られた。これらの語りからは、単科精神科病院で患者ががんを

合併すると治療できる個室を確保する新たな問題が挙がり、**Structural: S【病棟の構造的な問題】**となって「戸惑い」を感じる要因の1つとなっている。

本調査では、がんの病状説明が統合失調症患者にはほとんどされず、精神科看護師は『患者の意志を軽視』していると受け止めていた。がんはすぐ死に直結することが少なく、次第に身体が弱っていく過程がある。精神科看護師は、「患者の表情や臥床しがちな様子を見て、がんによる痛みではないかと考えることもあったが、患者自身から痛みを訴えることは少なく、痛みを訴えても具体的にその痛みや性状を表現するのは難しかった」と語っている。このように、精神疾患を有する患者は治療方針を決定しにくいと言う問題点が指摘されている(倉田, 皆川, 小鶴他;2002)。精神科医は患者にがんによって起こりうる状況を説明したくても、両者の間に良好なコミュニケーションをとることは困難だったと推測され、第3の**Loss: L【尊厳の喪失】**が課題として浮かび上がったと考える。塚田らは、精神疾患患者の身体合併症治療のニーズは非常に多いにも関わらず対応できる施設は限られ、その原因の1つとして医療者のコミュニケーション能力と診断技術の未熟さを述べている(塚田, 長谷川;2007)。Loss: L【尊厳の喪失】を解決していくことは容易ではないが、Simulated Patient (模擬患者)の導入(藤崎, 尾崎;1999)を積極的に取り入れ、その場で医療者がフィードバックすることができれば、患者にわかりやすい説明が可能ではないかと言える。このように、単科精神科病院におけるインフォームド・コンセントに関する問題は、未だ不十分な状況のなかで、その精神症状の評価やケアの実践においては議論が少なく、今後の検討課題と考える。

精神科看護師は、患者のがんと診断されてから看取りまでの経過を通して、下痢、腹痛、不快感、食欲不振、全身倦怠感など多様な身体症状を観察しており、同時にイライラ感や不安、うつ症状など精神状態の変化に気づき対応している(荒井, 久松, 斎藤他;2013a)。しかし患者のがんが進むにつれて、訴えの信憑性に関わる問題や意思表示、表現能力の問題から、精神科看護師自身の判断だけでは対応に限界を感じ、『患者と家族の橋渡しをする』『医療者間で情報提供し合う』など、**C: Connection【他者と連携して治療環境を改善する】**必要性をひしひしと感じとっていた。このように、患者の理解力や価値観、反応のパターンなど必要な情報を医療チームで共有することは、がんの診断のみならず、治療方法の選択肢を広げる転機と言える。

がんを診断された統合失調症患者は、QOLの側面から考えるとがんの進行と共に体の不調や全身倦怠感など、日常生活に及ぼす影響が少なくない。精神科看護師は患者の残り少

ない時間を察し「好きなことをしてもらいたい」「無断で退院するような体力はない」と判断してはいるものの、単科精神科病院の特性として『行動制限の厳しさ』を感じ、積極的に意見や考えを発信することができずにいた。その状況から、単科精神科病院の『行動制限の厳しさ』と『患者の意志を軽視』の2つが関連し、精神科看護師の倫理観が浮かび上がっている。看護師の倫理観については、欧米諸国においても早くから倫理的意思決定の重要性が報告され(Forchuk;1991, Fisher;1995)、患者の自律と自己決定を尊重しより良い最期を看取る看護師の専門性と責任が示されている。しかしながら、日本の単科精神科病院は、精神保健福祉法で患者の行動を制限する医療施設と定められている。こうした法律の規制と倫理を踏まえた上で、がんを合併した統合失調症患者の身体症状及び精神症状を包括し、単科精神科病院で緩和ケアを行う難しさや精神科看護師のジレンマが明らかになった事実の特徴があると言える。

がんを合併した統合失調症患者の両親が既に他界している場合、同胞の家族関係、経済的事情、介護など患者を取り巻く背景は1人ひとり複雑になっているため、精神科看護師は「精神障害と言われて病院に入院するだけでなく、患者の存在そのものが家族や世の中で邪魔にされ生きている」「患者にとって家族のためにがん治療をすとか、家族のために何が何でも生きたいと言う選択肢がない」など、切ない思いが語られた。がんを合併した統合失調症患者の最期を巡って答えのない矛盾があるなかで、精神科看護師はケアだけではなく、患者の存在意味や価値についても「戸惑い」を感じ、否定的な言動に変化していったと推察する。

欧米から発展した緩和ケアを日本の単科精神科病院でどのように実践できるのかを考えた時、マンパワーの充足や専門的知識と技術の向上(厚生労働省;2009)、患者と家族に最良のケアを提供する広い視野での発展(樽本,住吉,富田他;2010)、他医療機関と連携し緩和ケアを受けられる可能性を議論する(野島,鈴木,岡本;1996)課題が挙げられているが、本調査の結果においても『マンパワーの不足』『がん看護の専門的知識不足』『医療者間で情報提供し合う』など、同様の内容が示されている。

2. 精神科看護師のケアに影響を及ぼす「希望」の要因

精神科看護師ががんを合併した統合失調症患者の緩和ケアで「希望」を感じるケアの内容は、第1に **Connection: C【他者と連携して治療環境を改善する】** である。精神科看護師が患者を看取る過程で、家族以上に親愛の情が語られた。こうした精神科看護師の姿勢

は、一方では思い入れや思い込みにつながり、共感的な態度を疎外する危険性も考えられる。精神科看護師は、がんを合併した統合失調症患者の精神症状について、自分だけの思い込みに陥らないための傾聴を行い、『医療者間で情報提供しあう』『ケアの統一を図る』など、彼らの孤独や不安を取り除き、人生の最期に寄り添う最も大切なケアを提供したと言える。すなわち、『家族関係の希薄さ』を体験しているがんを合併した統合失調症患者にとって、精神科看護師との間で行われる「傾聴」はただのケアではなく、看護師1人ひとりが彼らの尊厳を保つために必要な存在となっていた。

第2は、精神科看護師自身が主体性を持って **Dignity: D【尊厳ある死を看取る覚悟】** を語っており、患者がより良く生きる緩和ケアを示していたと言える。

Dignity Therapy は、終末期患者の心理社会的および実存的な苦悩に対処することを目的とした精神療法的アプローチである(小森, Chochinov; 2011)。人生の最期を迎えた患者が、自分の歩んできた人生を振り返り、大切にしてきたこと、達成できたこと、家族に憶えておいてほしいことなどを語る。面接内容は、逐語記録に起こし編集された記録は患者に送られ、家族や友人にも渡すことができる。このアプローチは、患者と看護師との協働作業によって進められるため、患者は看護師が側にいて話しを聴くことで自己の人生を振り返り、その意味をみつめ直して大切な人へのメッセージを残すことができる。Dignity Therapy について、がんを合併した統合失調症患者と精神科看護師にあてはめると、看護師はベッドサイドで患者の「好きなこと」「希望」「楽しみ」「家族へのメッセージ」をケアとして効果的に提供できると言えよう。Dignity Therapy を導入するためには、精神科看護師が専門的な研修を受ける時間と場所、さらには施設の協力体制が必須であるため情報を提供していく必要がある。

単科精神科病院で緩和ケアを発展させていくためには、精神科看護師が『家族関係の希薄さ』『患者の意志を軽視』から、**Loss: L【尊厳の喪失】** が示された結果をふまえ、がんを合併した統合失調症患者の **Dignity: D【尊厳ある死を看取る覚悟】** がさらに必要とされる。がん治療の選択、告知、様々な状況から医療者が判断に迷う時、精神科医が調整役となり、患者、家族、精神科看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など多職種で成年後見制度の活用を検討し、議論を深める時期に来ていると考える。

白土は、医学教育のカリキュラム対応が遅れた結果、緩和ケアに理解のある医師が不足し患者への尊厳や配慮に欠けている現状を指摘している(白土; 2007)。各々の施設における治療方針、医療者の教育体制、職員数など違いはあるものの、単科精神科病院の卒後教

育を充実させる必要性が示され、精神科看護師だけでなく医療職の卒後研修が重要である。

精神科看護師が **Connection: C【他者と連携して治療環境を改善する】** ケアを前向きな気持ちで語るようになったのは、患者ががんと診断され1ヶ月以上が経過した時期であった。そのなかでも、患者の体力が小康状態の時に『患者の楽しみを優先する』意欲を語っている。例えば、「患者の好きな饅頭を夜勤前に買って一緒に食べる。患者に饅頭を見せると嬉しそうな顔をして饅頭を楽しみに待っていたんだよと言われ嬉しくなった。こんなことがきっかけで何か患者の楽しみはないかなと前向きに考え、栄養士さんと相談して食事の形態を変え、味付けを工夫してちょっとでも口から食べれることを試しました」「鉈とかぎ針は病室に持ち込んでいけない私物品で禁止しています。作業療法士さんと話し合っ、患者の私物ロッカーに鉈とかぎ針を入れ、いつでも好きな時に編み物ができるようにしました」などである。単科精神科病院は『行動制限の厳しさ』があるなかで、精神科看護師は患者の体力が小康状態の時に柔軟な対応で **Connection: C【他者と連携して治療環境を改善する】** を示し、ケアを肯定的に評価していると考ええる。

第5節 本章で得られた知見

統合失調症患者はがんを合併した時、幻聴や幻覚などの精神症状が悪化していると、総合病院へ転院しがん治療を受けるのは難しい場合が多く、単科精神科病院ではその対応に苦慮している。精神科看護師は、がん看護という身体的なケアが新たに加わったことで、Differences: D【アプローチの異なり】が語られ、これらの心情が「戸惑い」となって、ケアに否定的な影響を及ぼしていた事実が明らかとなった。その一方で、統合失調症患者に対するがん告知と疾患の重篤性の理解、家族のがん治療に対する協力は不可欠となる。がんを合併した統合失調症患者や家族にとって、最良の選択ができるよう多職種が様々な視点から議論を重ね、情報を提供する地道な積み重ねと努力が必要である。

がんを合併した統合失調症患者を看取るまでの緩和ケアに影響を及ぼす要因として、5つのカテゴリー、Differences: D【アプローチの異なり】、Structural: S【病棟の構造的問題】、Loss: L【尊厳の喪失】、Connection: C【他者と連携して治療環境を改善する】、Dignity: D【尊厳ある死を看取る覚悟】が抽出された。単科精神科病院において精神科看護師が行う専門的な技術の1つである「傾聴」を活かした精神的ケアは、患者にとって不安や恐怖を和らげる重要性は明らかである。

今後の緩和医療と緩和ケアの発展に向けて取り組むべき看護教育の課題は、精神科看護師が患者の病いの体験をどのように語っているのか、「患者と精神科看護師の語りと思い」をデータ・ベースとして蓄積することである。医療人類学では「病気」を客観的な部分と主観的な部分に分類し、前者 Disease（疾病）、後者を Illness（病い）と呼んでいる。患者1人ひとりの希望、考えや行動を理解し、それに基づいて評価を何度も繰り返す。言い換えると、「がん」にだけ集中するのではなく、患者の語りからケアの優先順位を決めて提供する方法と言える。この「患者と精神科看護師の語りと思い」をデータ・ベースとして蓄積していけば、がんを合併した統合失調症患者のライフイベントや精神科看護師個々が行っているケアの詳細が明らかとなる。

これまでの看護教育は、看護記録に無駄な情報を書かず客観的な内容だけを記載するよう指導を行っている。しかし、患者と精神科看護師の間に語られた様々な文脈にこそ、他の精神科看護師がケアを行うための豊富なヒントが詰まっていると考える。例えば、精神科看護師は「息が苦しそうなので1日5本吸っている煙草を3本にしてみまじょうか」と問うと、患者は頭をゆっくりなでながらすっかり困った顔をして「はあ」とだけ答えた。そこで、精神科看護師はもう1度「3本は無理ですか」と重ねて尋ねると、申し訳なさそ

うに「ちょっと無理だなあ」と小声で答え視線を落とした。精神科看護師は、「それでは4本をめざす努力をするっていうのはどうですか」と提案したところ、「1本減らすだけだから大丈夫だよ」とニヤッと笑顔で答えた。こうした精神科看護師と患者のやりとりの文脈をデータ・ベースとして積み重ねていけば、患者にとって楽しみとなっていることや希望は何であるのか、他の看護師にその患者との状況や様子がリアルに理解でき、医療チームでこのデータ・ベースを共有していけば、ケアをより良くするヒントになるのではないかと考える。

精神科看護師は、がんを合併し生命の危機や衝撃が強い統合失調症患者に、精神科医とは違う立場で「傾聴」技術を使って、患者の思いや考えを聴き出す技術を得意としている。この「傾聴」という専門技術で「患者と精神科看護師の語りと思い」のデータ・ベースが積み重ねることができれば、単科精神科病院だからこそできる緩和ケアの強みが発揮でき、ケアの質の向上になり得ると言える。

単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の特徴として、精神科看護師は『家族関係の希薄さ』『患者の意志を軽視』する現状から、【尊厳の喪失】が語られた。この結果をふまえ、患者、家族、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士などと病状について協議する資料としてデータ・ベースを提供し、患者を主体とした議論を深めることが重要である。また、入院の早期から家族会や院内ボランティア活動のシステム作りでマンパワーを強化し、患者と家族が疎遠にならないようチームで家族にも配慮した支援体制が求められる。

本研究の限界

本調査は、9病棟の精神科看護師20人を対象に、がんと診断された統合失調症患者の看取りまでを通して、半構造化面接を行い質的帰納法による分析を行った。調査の結果から、精神科看護師の臨床経験やがんの看取りを行った患者数については1～8人と開きがあるため、がんに対する受け止め方や統合失調症患者の精神症状及び身体症状のアセスメント能力を考慮に入れ分析するには限界がある。

単科精神科病院におけるインフォームド・コンセントに関する問題は、未だ不十分な状況のなかで、その精神症状の評価や実践の場においては積極的な議論が少ない。対象となった精神科看護師について、総合病院精神科病棟の勤務経験の有無とがんを合併した統合失調症患者のケアについて、どの程度ケアの質に違いがあるのか考察に加えるのは難しいと思われ、今後の検討課題である。

第 6 章 総括

第1節 研究のまとめ

本論文は、単科精神科病院が設立された史実を踏まえ、そのなかでがんを合併した統合失調症患者の医療と精神科看護師のケアの現状を解明した基礎的看護研究である。

本章では、論文の主題である「がんを合併した統合失調症患者のケアにおける現状と課題－精神科看護師のケアに着目した看護教育への提言－」について、3つの課題研究を行った。さらに、精神看護学の発展に向けて、今後取り組むべき看護教育の課題を提示する。

1. 研究の要約

本論文は、第1章から第5章で「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状」を明らかにするため、3つの課題研究を行った。

第1章は、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者に対するがん告知の是非、患者家族の意向、がんの進行によるケアの困難さなど、精神医療及び看護に関連する課題や問題点を挙げ、「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状」、「がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価－STAS-Jを用いて－」の調査研究、「精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因」以上、3つの課題研究の目的について提示した。

第2章は、日本と欧米のがんを合併した統合失調症患者に関連する文献研究を行った。先行研究から、がんを合併した統合失調症患者の治療の選択方法はおよそ3つに大別され、なかでも、専門的な治療を受けることなく単科精神科病院で看取る事例については、統合失調症患者へのがん告知もままならないため、複雑で多様な問題を抱えた状況の中での選択であり、患者の精神症状にも影響を及ぼしやすく、精神科看護師のケアが必要とされる研究の意義について述べた。

第3章は、研究課題1.「単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者の現状」の調査研究である。対象病院は、A県の全単科精神科病院8施設である。A県は厚生労働省(2011b)の医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況から、都道府県別にみた人口10万対1日平均の精神科病院入院患者数全国平均値240.6人と近似(240.1人)している標準的な精神科医療の県である。対象はその8病院でがんを合併した統合失調症患者を受けもった経験のある精神科看護師90人である。90人に患者各々の状況について質問紙調査を行った結果から、3つの知見が明らかになった(Arai, Watanabe, Hayashi, et al., ; 2016)。

1. 単科精神科病院は、統合失調症患者ががんを合併した時、総合病院精神科病棟での治療を検討するが、転院先の医師らが受け入れについて主導権を持っている。患者の受け入れについては、精神症状にもっとも重点がおかれ、がんの病期やがん治療の選択については優先順位が高いと言えない。
2. 単科精神科病院は、精神科特例による人員配置基準によって、医療者のマンパワーが不足しており、統合失調症患者ががんを合併すると個々の病院に判断が委ねられ、実態が見えにくいだけでなく、医療者一人一人の負担が大きいため、その対応に苦慮している。
3. 単科精神科病院では、統合失調症患者ががんを合併した時、未治療のまま死を看取る対応についてこれまで十分に議論されてこなかった。特に、積極的ながん治療を行わず死が訪れる現状は、かなりの部分でホスピス・緩和ケア病棟の実践と重なる部分がある。そこに、単科精神科病院で緩和ケアをする意味と必要性を認める。総合病院精神科病棟、ホスピス・緩和ケア病棟に入ることが難しい統合失調症患者にとって、単科精神科病院でがんの痛みや身体的症状に対応できる精神科看護師の知識と技術が向上すれば、緩和ケアも十分可能と考える。

第4章は、研究課題2.「がんを合併した統合失調症患者への看護チームでの評価－STAS-Jを用いて－」の調査研究である。がんを合併した統合失調症患者を受け持った精神科看護師57人を対象に、STAS-J質問紙を配布し看護チームで評価を行った。さらに、「患者を看取る過程で大切にしたい看護の内容」「単科精神科病院で患者を看取る気持ち」これら2項目を自由記述として回答を求めた。本調査の結果から、6つの知見が明らかになった(荒井, 久松, 齊藤他;2013)。

1. がんを合併した統合失調症患者の「痛み」については、「時節のまたは断続的な単一の痛み」、「中程度の痛み」が8割以上を占め、日常生活にまで支障をきたす激しい疼痛は少なかった。
2. 精神科看護師の9割以上は、精神科医ががんを合併した統合失調症患者にどのような病状説明をしているのか実際に立ち会っておらず、患者の病状についてはカルテからの情報収集のみでがんの実態がみえにくかった。
3. 精神科看護師は、看護診断やクリティカルパスを用いて情報収集をしておらず、個々の判断と対応に委ねられ、医療チームで統一した治療方針や看護計画は実施されていなかった。

4. 家族の9割以上は、患者のがん治療を望まず、その事実を患者へ率直に伝えてはいない。その結果、患者と家族との間では回復することや予後に対して病状認識に差がみられた。単科精神科病院では、統合失調症のがん治療を回避している傾向がみられ、患者へのがん告知の是非については議論がほとんどされていなかった。
5. 精神科看護師は、患者と家族の関係が疎遠であるため、両者の橋渡し役となりコミュニケーションを図っている。ケアの内容は多岐にわたり金銭管理や私物品の整理、衣服の洗濯、食べ物の差し入れなど、家族の役割と責任を担わざるを得ない状況にあり、苦悩しながらがんを合併した統合失調症患者の看取りまでを行っていた。
6. 精神科看護師は、患者を看取る過程で行動制限を緩くして私物品の持ち込みを増やすなど個々の判断でケアを行っている。患者を看取る気持ちは、「看取ったことで看護が深まった」とケアの達成感を感じるよりも、「孤独な最期を迎えるのは悲しくて寂しい」「告知されないことのすまなさ」「医療設備の不安」など、ケアに対して否定的な感情を多く持っていた。

第5章は、研究課題3.「精神科看護師のケアに影響を及ぼす要因」である。単科精神科病院の精神科看護師20人を対象に、ケアに影響を及ぼす「戸惑い」と「希望」の2つに焦点をあて、質的帰納法により分析を行った。本調査の結果から、ケアに影響を及ぼす要因として5つの知見が明らかになった（荒井, 久松;2013）。

1. 精神科看護師は、これまで経験したことのないがん看護という身体的なケアが新たに加わったことで【アプローチの異なり】を体験し、ケアに「戸惑い」を感じ、看取りを行っていた。
2. 精神科看護師は、患者と家族の関係の希薄さを体験するなかで、『患者の楽しみを優先する』『患者の思いを引きだす』精神的なケアに展望を見いだし、最終的には【尊厳ある死を看取る覚悟】という使命感を発揮していた。
3. 精神看護の専門技術である「傾聴」を活かし、患者の身体的な観察や評価を行うことができれば、単科精神科病院での緩和ケアは向上する。
4. 統合失調症患者を看取った精神科看護師は、統合失調症患者ががんという大きな出来事、さらにはがんに伴う様々な処置が必要になる状況下で、『プライバシーを守る難しさ』を語っていた。患者が安心して話ができるようプライバシーに配慮した面接室やラウン

ジにスペースを作るなど、個室の確保が重要である。

5. 患者と家族が疎遠にならないよう入院の早期から家族会や院内ボランティア活動のシステム作りでマンパワーを強化し、多職種で支援するチーム体制が求められる。
6. 精神科看護師は、『家族関係の希薄さ』『患者の意志を軽視』する現状から、患者に対して【尊厳の喪失】を感じていた。患者の治療方針、最期をどう看取るのか、患者、家族、精神科看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など、率直な意見交換ができる場を積極的に取り入れ、1歩踏み込んだ議論が必要である。

第2節 精神看護学の発展に向け看護教育で取り組むべき課題

がんを合併した統合失調症患者のケアにおける現状から、精神看護学教育の発展に向け取り組むべき課題を6つ述べる。

1. 「看護師と患者の語りと思い」データ・ベースの蓄積

1つめは、「精神科看護師と患者の語りと思い」をデータ・ベースとして蓄積し、可視化することである。本調査の結果から、精神科看護師は統合失調症患者ががんを合併した時、これまで行ってきた精神的ケアよりも身体的ケアが必要とされるにしたがい、患者へのケアに自信や達成感を持つ肯定的な感情より、否定的な感情を持って看取った現状が明らかとなった。この理由の1つとして、総合病院は医療チームでクリティカルパスや看護診断を使い、患者の治療方法や看護計画などの情報を共有化しているだけでなく、計画通りに行かない場合のリスクも患者に説明し、クリティカルパスに沿って治療とケア、さらに退院計画が進められる。その一方、単科精神科病院では、医療チームで患者の病状に合わせた治療計画、ケアの方向性などの情報が共有化されず、精神科看護師個々の判断に委ねられる違いがみられた。

本調査の対象施設は、クリティカルパスや看護診断を導入していない状況から、単科精神科病院の看護師は、がんを合併した統合失調症患者にどのように観察して評価を行えば良いのか、患者や家族への対応で何を求められているのか、がんの身体的変化は精神症状にどのように影響を及ぼすのか、患者への治療方法は何が優先されるのか、こうした様々な状況について知りたいと思っていた。しかし、このような情報をタイムリーに一括して取りまとめ、発信する県を単位とする地域連携システムは存在していない。

そこで、地域連携システムを進める1歩として、「看護師と患者の語りと思い」をデータ・ベースとして集め、治療の内容とどのような対応やケアを行っていたのか、その内容を蓄積する。蓄積された内容は、①がんを合併した統合失調症患者を他機関に紹介する時の連携内容、②がんの部位、③がんの病期、④がんの治療方法、⑤がんの治療効果、⑥がん治療の副作用、⑦見通し(予後)、⑧がん治療費、⑨治療期間、⑩がん治療に対する同意能力、⑪患者へのがん病状説明の有無、⑫家族へのがんの病状説明の有無、⑬精神科治療の内容、⑭患者のキーパーソン、⑮多職種の支援体制や問題解決への取り組みなどで分類する。「看護師と患者の語りと思い」データ・ベースは、がんを合併した統合失調症患者のケアを既に経験した看護師のデータで蓄積されているため、同じような迷いや不安を抱えている看

看護師にアセスメントの視点やケアのヒントとなり、ケアの標準化と質を高めることにつながると思う。

このように、「看護師と患者の語りと思い」をデータ・ベースとして蓄積することができれば、看護師への継続支援教育の1歩となり、単科精神科病院においても患者の立場に立った緩和ケアの理解が深まると考える。

2. 患者自身の意思決定に配慮する

本調査の結果から、単科精神科病院で統合失調症患者ががんを合併した時、積極的ながん治療を行わず死が訪れる現状が明らかとなった。今後、単科精神科病院で求められるのは、がんを合併した統合失調症患者自身への意思決定に対する配慮である。精神疾患の有無に関係なく、がんの病状説明、治療の選択方法などについて医療者がもっと患者の意思決定に配慮する必要がある。法律上は、治療に関する判断や決定に対して、医療者よりも家族の意思が優先されるため、家族に患者の意思や思いを丁寧に伝えることのできる専門職の一員として、精神科看護師に期待が高まっている。がんを合併した統合失調症患者にとって人生の最期をどこで誰と過ごしたいのか、患者と家族の間ではどうしても思いのズレが生じやすい。精神科看護師は、両者の思いを調整していく役割があるなかで、患者自身の意思決定に配慮したケアを意識することは重要である。

3. 単科精神科病院でできる緩和ケアの取り組み

現在、日本の単科精神科病院において精神医療と看護の最大の問題点の1つは、マンパワー不足によるケアの時間的制約である。本調査の結果から、多くの精神科看護師は患者のがんがどのように説明されているのか立ち会っておらず、カルテの情報から患者のがんを知った事実が明らかとなった。限られたマンパワーでがんを合併した統合失調症患者の身体的病状が進行すると、医療処置や身体的ケアに費やす時間が増加し、精神科看護師一人一人の負担が大きい。このような状況は、心身共にストレスが積み重なりバーンアウトにつながりやすいため、医療チームで介入する必要がある。その一方、積極的ながん治療を行わず患者のベッドサイドに座りどう会話するかは、ホスピス・緩和ケア病棟のケアとも重なる部分があり、単科精神科病院だからこそできる緩和ケアの必要性が認められる。

以下に、精神科看護師のケアの質を向上する具体策について述べる。

1. 患者が不安で精神科看護師の手を握ってきた時は、座って応える。患者がどのような不安を感じているのかを聴き、その場で実践できるケアを提供し、その評価を医療チームに情報提供する。その評価から、看護師にできること、できないことを認識し、他の専門職に委ねる勇気と分担を明確にする。
2. 1日1回は患者にタッチングする。精神科看護師は患者ともっとも身体的接触が可能な医療専門職である。タッチングをとおして患者の痛みの部位や体感幻覚を訴える部位など、身体所見を適確に把握していくことがスキルアップにもつながる。
3. 長期入院患者の場合は、身体的な変化も乏しく精神科看護師のケアもマンネリ化しがちとなる。さらにマンパワーが不足する精神科臨床の現場においては、訴えの多い患者にマンパワーが割かれてしまう。今後は、患者のがんの早期発見や予防に力を入れるため、精神科看護師がどの患者とも関われるよう、チーム別や受持ち別看護体制を定期的に入れ替え、他の看護師からの意見や気づきについて意見交換をしやすいとする。
4. 精神科看護師がケアを行う場面では、「何が食べたいか」「誰に会いたいか」「何がしたいのか」など、小さな希望をもって毎日を過ごせるように支援する。また、がんを合併した統合失調症患者のこれまでの人生経験について尋ね、生きている喜びを引き出すケアに着目し、幸せだと感じたこと、楽しかった思い出、成功体験を傾聴する。患者にとって辛い記憶は、QOLを低下させがちとなるため、患者の肯定的感情が表出しやすい思い出を語ってもらい、彼らの精神的な安寧が維持できるよう配慮する。
5. 精神科看護師がケアを行う場面では、がんを合併した統合失調症患者が意思決定できるように、必要な情報をタイムリーにわかりやすく提供し、患者の反応を日々看護記録で評価する。そして、患者にとって何が最良なのか多職種と検討を加え、患者の自己肯定感を高めるケアにつなげる。
6. 精神科看護師がケアを行う場面では、がんを合併した統合失調症患者のプライバシーに配慮し、可能な限り個室で座って行う。体力が低下した患者にとって、他の患者に干渉されない個室での治療環境は、医療者に対する信頼を深めより良く生きるケアを促進できる。
7. 精神科看護師は、精神科医師ががんを合併した統合失調症患者や家族に病状を説明する場面では、可能な限り同席して座って話しを聴く。また、精神科医師が説明する内容と患者や家族の言動を観察し、理解が難しいと判断した時には、両者のコミュニケーションを良好に保つため、その内容をわかりやすく仲介し支持的なケアを実施する。

8. 精神科看護師は、医療関係者のボランティアを活用し、外出や外泊を支援する必要性を多職種に情報発信する。単科精神科病院で施設や行動制限がある状況において、患者の外出や外泊を支援することは、患者の闘病意欲や健康観を高め、看護師がケアを振り返る良い機会となる。
9. 精神科看護師は、医療チームの一員として、患者が安心して療養生活が送れるよう、精神科医師・精神保健福祉士・臨床心理士・薬剤師・栄養士・作業療法士・理学療法士などと連携した医療相談、がん予防に向け健康相談体制を充実させる。特に、がんが進行すると嚥下困難、イレウス、発熱症状など、医療の緊急性が高くなるため、患者の身体的な変化を観察し、医療チームでがんの予防と早期発見ができる体制を提案する。
10. 医療チームは、入院直後から患者や家族が理解しやすい退院支援プログラムを提案する。例えば、患者がトラブルを起こした時の家庭内での対処方法、医療機関への連絡方法、外来相談、家族会の紹介などを提案することにより、療養生活全般を捉え必要な医療とケア、社会資源の活用について情報を提供し円滑な退院に向け支援する。このように様々なサポートプログラムを患者と家族が入手できれば、治療内容や退院後の生活に対する患者の具体的なニーズが明らかとなり、希望が高まるケアにつながる。

4. 看護診断の導入

看護診断とは、実在または潜在する健康問題、生命過程に対する個人・家族・地域社会の経験、反応についての臨床判断である。さらに、看護診断は看護師が責任をもって結果を出すための看護介入の選択根拠になる（上鶴;2014）。看護は健康問題に対する人々の状況を把握し、必要なケアを的確に提供する実践活動である。単科精神科病院で看護診断を取り入れ、患者の身体的な情報収集を行い、ケアに結びつけることのできる継続教育を進めることが重要と考える。

がんを合併した統合失調症患者の立場から考えると、単科精神科病院でがんの診断や治療ができれば環境の変化が少なく心身ともに負担が少ない。その一方で、精神科看護師は患者のがんに伴う身体的な観察や評価、さらには精神症状を含めた全体像の把握について、これまで看護診断を使用した情報収集やアセスメントがされていなかった。そのため、単科精神科病院で統合失調症患者ががんを合併すると、精神科看護師1人ひとりの経験や判断に委ねられ、チームで統一した患者のがんに合わせたケアと技術が提供されにくい状況があった。本調査の結果では、男性は肺がん、女性は乳がんを発症する割合が高かったが、

身体的な変化を訴える言葉には「腹が痛い」「胸がチクチクする」「便がでない」「ご飯が飲み込めない」「足がしびれる」「ふらつく」「だるい」などがみられた。「腹が痛い」「胸がチクチクする」「便がでない」「ご飯が飲み込めない」などは、比較的体症状に結びつけて観察しやすいが、「足がしびれる」「ふらつく」「だるい」などの漠然とした訴えは、がんの早期発見に結びつけて考えにくい。患者の訴えを受け止め、別の言い方を引き出す聴き方の工夫、意識して生活全般の観察を行い情報収集する。

がんの進行が進むと「全身倦怠感」「呼吸困難」「食欲不振」などが観察され、身体的な変化によって患者は易怒的になりやすい。そこで看護診断を導入して情報収集を行い、そこから優先度の高いケアは何であるのか、観察ポイントを焦点化することによって効果的なケアが可能となる。観察ポイントとしては、肺がんや乳がんを発症する患者が多い事実を考慮し、「食事」「排泄」「更衣」「入浴」の場면을意識的に活用し、患者の身体的な変化、体調、顔色、表情、機嫌、活動を把握する。特に、訴えの少ない患者や関わりが困難な患者から全身状態の情報を得るには「入浴」場面が効果的と考える。このような観察ポイントを中心に看護診断の導入が進めば、がんの具合の悪さとそれに伴う身体的な観察を総合的に評価することができ、がんの早期発見と予防につながる。

5. リエゾン精神看護師・精神科認定看護師の活用

近年、患者・家族・医療者・教育者の橋渡しをするリエゾン精神看護師の存在が徐々に広がりを見せているものの、未だ社会的認知度が低いため、今後の活躍に期待が高まっている。日本におけるリエゾン精神看護学の発展に目を向けると、1980年代からCNSが登場し、看護系大学院における専門教育が開始されている。精神科リエゾンチームの編成は、精神科リエゾンについて十分な経験を有する専任の精神科医師、精神科リエゾンに関わる所定の研修を修了した専任の看護師、精神科リエゾンについて十分な経験がある精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、臨床心理士のうちの1人と定められている。リエゾンチームの活動は、チーム回診及びカンファレンスを週1回程度開催し、治療実施計画書や治療経過に伴うケアの実施評価を行う。また、職種ごとに患者への個別ケアが同時に提供されるため、高度な実践、相談、調整、教育、連携の役割が求められている。

単科精神科病院において、精神科リエゾンチームの専門的知識や臨床における判断と一緒に情報共有することができれば、患者の体症状だけでなく精神症状やその背景を含めてアセスメントしやすくなる。また、精神科看護師は長年にわたってがんを合併した統合

失調症患者と関わってきた経過があるため、患者の看取りを経験して様々な「思い」や「悲嘆感情」を抱いている。精神科看護師に患者を看取った率直な思いを話してもらい、リエゾンチームと一緒に患者の全体像を把握し、再アセスメントを行うことで必要性の高いケアを優先的に提供し、患者や家族により質の高いケアが提供される。

6. 精神看護学教育にいかすカリキュラムの検討

日本の看護教育カリキュラムは、基礎看護学をはじめ成人看護学、小児看護学、老年看護学、母性看護学、精神看護学、地域看護学など多岐の分野にわたって展開されている。しかし、精神看護学の分野で「人間はなぜ生きるのか」「精神障害者の存在意味とは」「精神科病院での看取り」という根本的な生命の問いに焦点をあてたカリキュラムについては、これまでほとんど検討が行われていない。ケアする看護師及び学生にとってもポジティブな視点が必要である。精神障害者と学生の相互関係においては、看護学生がいかに精神障害者の気持ちや立場を理解するか、それらをみいだす感性と体験が求められる。

筆者は、2016年より統合失調症患者と学生のコミュニケーション能力を高める教育を目指し、模擬患者(Simulated Patient)を活用した演習を計画している。模擬患者とは、事前に作成されたシナリオに沿って、様々な症状や訴えを演じる患者役である(藤崎, 尾崎;1999)。模擬患者が教育の場で活用されるようになったのは、医療の高度化、患者の人権尊重、医療安全に対する期待など、これまで以上に患者と医療者のコミュニケーション能力や判断力(大滝;1998)、安全な技術の提供(松田, 八木, 平井;2005)が求められているからである。模擬患者を導入する利点は、看護学生が模擬患者とのやりとりを通して、精神科病院の臨床現場で必要とされる知識・技術・態度をできるだけ現実に近い状況で体得できることである。看護学生は、模擬患者の言葉やしぐさから、学生自身の話し方や相手に与える印象をその場で体験することができ、模擬患者からのフィードバックも同時に得られ、自己洞察のきっかけとなり感性も深まると考えている。

模擬患者を活用した演習の学習到達目標は、①精神看護学臨地実習における精神看護技術の習得、②主体的なコミュニケーション体験の習得である。これら2つの目標で留意することは、「こうあるべきだ」という答えを提示するのではなく、正答がないコミュニケーションを体得し、その不完全さを常に見直すことによって、ベターな答えをディスカッションする体験型学習である。「話すことがない」と言った統合失調症患者さんに最初にどのような声をかけるかを想定し、がんを合併した統合失調症患者から「もう死ぬかもしれな

い」など言われた時、学生はどのような反応をするのか評価する。このような模擬患者を導入したコミュニケーションは、学生は知識だけでなく柔軟な対応と判断力も要求されるため、積極的に導入を進める予定である。

本研究の限界

本論文は、単科精神科病院でがんを合併した統合失調症患者のケアにおける現状を理解する基礎的看護研究である。非常に限局した対象について、その現状を筆者の視点で捉えた一面がある。したがって、総合病院精神科病棟の視点からみた単科精神科病院との連携、関係職種との関与については十分とは言い難い面がある。また、精神科看護師の語りから質的帰納法によりカテゴリーを抽出したが、看護師が語りたくなかった内容や語れない内容があることは否めない。

2016年現在、精神医療と看護のさらなる改革に向けて様々な取り組みが推進されている。しかし、がんを合併した統合失調症患者の年代をみても明らかなように、65歳以上の患者が占める割合は多い。これらの患者達は高齢となり、ますます退院が難しくなるとともに、1人で身の回りのことができなくなると、頼るのはどうしても精神科看護師になる。長期入院を余儀なくされた統合失調症患者が頼れる場所は、最終的には単科精神科病院であろう。単科精神科病院における入院患者の高齢化とがんの合併症問題は、大きな課題の1つとして明らかになったと言えるが、この窮状は1つの単科精神科病院、精神科医師、精神科看護師が関与できる範囲を超え、社会問題と言っても良い。がんを合併した統合失調症患者の緩和ケアとして何が求められているのか、正解のない単科精神科病院の臨床現場のなかで1歩踏み込んだ基礎的看護研究を提示できたと考える。

今後の研究課題は、①倫理上非常に難しいと考えるが、がんを合併した統合失調症患者の認知機能や意思決定の有無と精神科看護師のケアの影響について関連を明らかにする。②がんを合併した統合失調症患者を看取った精神科看護師を対象に、他科での臨床経験が単科精神科病院の看取りにどのような影響を及ぼしていたのか、他科での臨床経験によってケアの内容に差異があるのかを明らかにする。

謝辞

本研究を取り組むにあたり、亡くなられた多くの患者さんのご冥福をお祈りすると共に、ご協力いただきました単科精神科病院及び精神科看護師の皆様に心から感謝申し上げます。

長い年月にわたり多くのご支援とご示唆を賜りました前東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科人間科学専攻白土辰子教授、悪戦苦闘しながらのデータ分析に温かいご助言とご指導をいただきました前東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科人間科学専攻林文教授、外部審査委員の重責を担っていただきました東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科人間科学専攻山田和夫教授に深く感謝致します。

本論文作成にあたり、貴重なご助言・ご指導を賜りました高崎健康福祉大学大学院健康福祉学研究科保健福祉学専攻渡辺俊之教授、上原徹教授、安達正嗣教授には深く感謝しております。

本研究の一部は、一般社団法人日本精神科看護協会、日本死の臨床研究会の研究助成を受けて行いました。厚くお礼を申し上げます。

引用文献

—欧文—

1. Arai H, Watanabe T, Hayashi F, et al. Schizophrenic Patients with Cancer Hospitalized at Psychiatric Hospitals in Japan. *Journal of Palliative Medicine*. 2016.
2. Arai H, Hisamatsu M. Anxieties of Nurses Involved in Palliative Care Mental Hospitals. *The 9th International Conference with the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing and Midwifery*. 2012:63.
3. Bailey PH. Finding your way around qualitative methods in nursing research. *Journal of advanced nursing*. 1997;25(1):18-22.
4. Bailey PH, Tilley S. Storytelling and the interpretation of meaning in qualitative research. *J Adv Nurs*. 2002;38(6):574-83.
5. Barak Y, Achiron A, Mandel Mea. Reduced cancer incidence among patients with schizophrenia. *Cancer*. 2005;104(12):2817-21.
6. Bell GM. A mental hospital with open doors. *International Journal of Social Psychiatry*. 1955;1(1):42-8.
7. Brugha TS, Wing JK, Smith BL. Physical health of the long-term mentally ill in the community. Is there unmet need? *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155(6):777-81.
8. Bushe CJ, Hodgson R. Schizophrenia and cancer: in 2010 do we understand the connection? *Can J Psychiatry*. 2010;55(12):761-7.
9. Catts V, Catts S, O'toole Bea. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first - degree relatives—a meta - analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;117(5):323-36.
10. Chang Y-S, Huang J-S, Yeh K-Y. Case Report Weekly Doxorubicin with Tegafur-Uracil Slowed Progression of Metastatic Hepatocellular Carcinoma in Schizophrenia Patients. *Cancer Res Pract*. 2013;29(4):206.
11. Cole M, Padmanabhan A. Breast cancer treatment of women with schizophrenia and bipolar disorder from Philadelphia, PA: lessons learned and suggestions for improvement. *J Cancer Educ*. 2012;27(4):774-9.
12. Dalton SO, Johansen C, Poulsen AH, et al. Cancer risk among users of neuroleptic medication: a population-based cohort study. *Br J Cancer*. 2006;95(7):934-9.

13. Dalton SO, Laursen TM, Mellekjær Lea. Risk for cancer in parents of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2014.
14. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*. 1983;249(6):751-7.
15. Dickson RA, Glazer WM. Neuroleptic-induced hyperprolactinemia. *Schizophrenia research*. 1999;(35):575-86.
16. Du Pan RM, Muller C. Cancer mortality in patients of psychiatric hospitals. *Schweiz Med Wochenschr*. 1977;107(17):597-604.
17. Durkin I, Kearney M, O'Siorain L. Psychiatric disorder in a palliative care unit. *Palliative medicine*. 2003;17(2):212-8.
18. Fisher A. The ethical problems encountered in psychiatric nursing practice with dangerous mentally ill persons. *Scholarly inquiry for nursing practice*. 1995;9(2):193-208.
19. Forchuk C. Ethical problems encountered by mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*. 1991;12(4):375-83.
20. Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D. Health habits of patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(4):268-76.
21. Ganzini L, Socherman R, Jonathan Duckart Mea. End-of-life care for veterans with schizophrenia and cancer. *Psychiatric Services*. 2010.
22. Goodman B. Combined psychiatric-medical inpatient units: The Mount Sinai model. *Psychosomatics*. 1985;26(3):179-89.
23. Griffith LJ. Brief supportive psychotherapy for a patient with chronic schizophrenia. *Psychiatry*. 2007;4(12):49-54.
24. Grinshpoon A, Barchana M, Ponizovsky A, et al. Cancer in schizophrenia: is the risk higher or lower? *Schizophrenia research*. 2005;73(2):333-41.
25. Halbreich U, Kaha LS. Hyperprolactinemia and schizophrenia: mechanisms and clinical aspects. *Journal of Psychiatric Practice*. 2003;9(5):344-53.
26. Hamann J, Neuner B, Kasper J. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expect*. 2007;10(4):358-63.
27. Higginson IJ, McCarthy M. Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families? *Palliative Medicine*. 1993;7(3):219-28.

28. Hisamatusu M, Arai H. The current Situation and Issues of Palliative Care at nurses using Support Team Assessment Schedule-J(STAS-J). The 9th International Conference with the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing and Midwifery. 2012:63.
29. Irwin KE, Henderson DC, Knight HPea. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer*. 2014;120(3):323-34.
30. Kanerva A, Lammintakanen J, Kivinen T. Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Inpatient Care. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52(1):25-31.
31. Kapur S, Zipursky R, Jones Cea. A positron emission tomography study of quetiapine in schizophrenia: a preliminary finding of an antipsychotic effect with only transiently high dopamine D2 receptor occupancy. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57(6):553-9.
32. Kate Thomson B. Oncology clinical challenges: caring for patients with preexisting psychiatric illness. *Clinical journal of oncology nursing*. 2012;16(5):471.
33. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, et al. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics*. 1992;33(4):376-86.
34. Kelly B, McClement S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. *Palliative Medicine*. 2006;20(8):779-89.
35. Kim H, Hong M, Bahn GH. Myasthenia gravis, schizophrenia, and colorectal cancer in a patient: long-term follow-up with medication complexity. *Psychiatry Investig*. 2013;10(3):300-2.
36. Lahti ME, Kontio RM, Valimaki M. Impact of an e-Learning Course on Clinical Practice in Psychiatric Hospitals: Nurse Managers' Views. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52(1):40-8.
37. Lindamer LA, Wear E, Sadler GR. Mammography stages of change in middle-aged women with schizophrenia: an exploratory analysis. *BMC Psychiatry*. 2006;6:49.
38. Masterson E, O'Shea B. Smoking and malignancy in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;145(4):429-32.
39. Mattila E, Leino K, Paavilainen Eea. Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(3):611-22.
40. Mayring P. Qualitative content analysis—research instrument or mode of interpretation. *The role of the researcher in qualitative psychology*. 2002;(2):139-48.
41. Mayring P. Qualitative Content Analysis. Flick, U., Von Kardoff, E., Steinke, I.(Eds.) *A Companion to Qualitative Research*. SAGE, Glasgow, UK; 2004.

42. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007;110(8):1665-76.
43. Miyashita, Matoba, Sasahara et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliative & supportive care*. 2004;2(04):379-85.
44. Morita T, Fujimoto K, Tei Y, et al. Palliative care team: the first year audit in Japan. *Journal of pain and symptom management*. 2005;29(5):458-65.
45. Mortensen PB. The incidence of cancer in schizophrenic patients. *Journal of epidemiology and community health*. 1989;43(1):43-7.
46. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;163(2):183-9.
47. Organization WH. *Mental health action plan 2013-2020*. 2013.
48. Preti A, Wilson DR. Schizophrenia, cancer and obstetric complications in an evolutionary perspective-an empirically based hypothesis. *Psychiatry Investigation*. 2011;8(2):77-88.
49. Sandelowski M. Focus on research methods combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques. *Research in nursing & health*. 2000;23:246-55.
50. Saku M, Tokudome S, Ikeda M. Mortality in psychiatric patients, with a specific focus on cancer mortality associated with schizophrenia. *Int J Epidemiol*. 1995;24(2):366-72.
51. Seeman MV. Preventing breast cancer in women with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(2):107-17.
52. Tempier R, Pawliuk N. Measuring patient quality of life: is the health utility index useful? *Psychiatr Q*. 2007;78(1):53-62.
53. Todoroki K, Yoshida Y, Suzuki S, et al. Changes in psychiatric symptoms in patients with malignant tumors: study on patients with psychiatric diseases. *Psycho-Oncology*;2003: John Wiley & Sons Ltd the Atrium, Southern Gate, England.
54. Tran E, Rouillon F, Loze J. Cancer mortality in patients with schizophrenia. *Cancer*. 2009;115(15):3555-62.
55. Tworoger SS, Eliassen AH, Zhang Xea. A 20-year prospective study of plasma prolactin as a risk marker of breast cancer development. *Cancer Res*. 2013;73(15):4810-9.
56. Volkov VP. Respiratory diseases as a cause of death in schizophrenia. *Probl Tuberk Bolezn Legk*. 2009(6):24-7.

57. Wang PS, Walker AM, Tsuang MT, et al. Dopamine antagonists and the development of breast cancer. Archives of general psychiatry. 2002;59(12):1147-54.

—和文—

1. 青木典子. 精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態. 日本精神保健看護学会誌. 2005;14(1):42-52.
2. 浅井邦彦. 病院精神医療 歴史と現況そして将来. 最新精神医学. 1998;3 (5):411-23.
3. 荒井春生, 久松美佐子, 齊藤康司他. 精神科病院における緩和ケアの現状と課題 Support Team Assessment Schedule STAS-J を用いた調査から. 日本精神科看護学会誌. 2013a;56(1):31-8.
4. 荒井春生, 久松美佐子. がん終末期の統合失調症患者を看取る精神科看護師の戸惑いと希望. 死の臨床. 2013b;36(1):140-4.
5. 荒井春生. 日本におけるがんを合併した統合失調症患者の緩和ケアに関する文献的考察. 日本看護学会論文集 精神看護. 2014a;(44):157-60.
6. 荒井春生. 精神科臨床からの緩和ケアへの眼差し がんを合併した統合失調症患者の看取りを考える 患者と看護師のかかわりから見えてきた精神的ケアの内容. 精神科看護. 2014b;41(3):51-8.
7. 荒井春生, 林文. 精神科病院における終末期ケアの現状と課題 がんを合併した統合失調症患者の実態調査から考える. 精神科看護. 2016;43(3):4-14.
8. 荒木孝治. 精神科長期入院患者の人的成長と看護師の役割: 言語的確認行為の激しい患者への関わりを分析して. 大阪府立看護大学紀要. 2004;10(1):15-22.
9. 尹敏愛, 赤澤千春, 原田美穂子. ターミナルケアにかかわる看護師のバーンアウトと SOC との関係について. 2010.
10. 池淵恵美, 佐藤さやか, 安西信雄. 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. 2008;110(11):1007-22.
11. 石川かおり, 葛谷玲子. イタリアにおける地域精神保健医療システム. 岐阜県立看護大学紀要. 2011;12(1):85-92.
12. 石原孝二. 精神障害の診断・統計マニュアル. DSM と医学モデル 中山剛史・信原幸弘編 精神医学と哲学の出会い 玉川大学出版部. 2013:209-26.

13. 泉孝子, 島田美雪. 精神科看護師の終末期がん患者に対するターミナル態度に関する分析. 死の臨床. 2014;37(2):322.
14. 一番ヶ瀬康子, 佐藤進. 障害者の福祉と人権. 光生館. 1987.
15. 伊藤順一郎. 統合失調症/分裂病とつき合う 治療・リハビリ・対処の仕方. 保健同人社. 2002.
16. 稲垣聡美, 加藤勝義, 福浦久美子他. がん患者が訴える痛みの表現に基づく痛みの評価第1報 痛みの評価方法の検討. 医療薬学. 2006;32(8):776-87.
17. 稲垣卓司. がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の在り方とその普及に関する研究 島根大学附属病院におけるがん患者の精神科コンサルテーションの実態調査に関する研究. 平成15年度総括・分担研究報告書. 2004:70-1.
18. 稲垣卓司, 新野秀人, 宮岡剛他. 単科精神病院におけるがんを合併する統合失調症患者状況について. 総合病院精神医学. 2007;19(2):226-30.
19. 入谷修司. 統合失調症の神経病理 新たな視点から. 神経研究の進歩. 2007;59(6):605-16.
20. 岩井和子, 山田和政, 梶野しず江. 精神科病院長期入院患者の身体能力およびその関連要因. 精神障害とリハビリテーション. 2007;11(2):164-9.
21. 岩切詩子, 仙波純一, 末永啓二他. 身体合併症を有する精神疾患患者の薬学的管理について. YAKUGAKU. 2011;131(4):493-6.
22. 岩淵正之, 江畑敬介. 精神障害者に対する身体合併症診療の実際. 精神障害者へのリハビリテーションの問題点. 1996:281. 90.
23. 上田順彦, 小西一朗, 泉良平. 根治不能消化器癌に対する癌告知の意義と問題点. 癌の臨床. 2000;(46):405-9.
24. 氏家憲章. 精神医療・病院の現状と問題点. 保団連. 2001;11(723):12-6.
25. 内田まやこ, 渡邊裕之, 大石了三. そこが知りたい 緩和ケアにおける服薬指導 取り入れたい服薬指導のさまざまな実践 服薬指導のための院内ツール 医療従事者のための緩和ケアマニュアル. 緩和ケア. 2010;(20):181-5.
26. 内村祐之. 第11章クルト・シュナイダーの精神病理学的概念規定. 精神医学. 1971;13(6):568-75.
27. 梅津寛. 身体科病棟を有する公的精神科病院での受け入れ経験から特集身体合併症を精神科医はどこまで診るべきか. 精神科. 2012;21(1):7-11.

28. 浦野文博, 瀬川昂生. がん告知における心身医学的アプローチ アンケート調査に基づく考察. 日本医事新報. 2000(3960):43-6.
29. 上平忠一. ターミナルケアが実施された統合失調症患者への援助: 精神疾患を有する患者に対する緩和医療の精神科病院の経験から. 長野大学紀要. 2005;27(1):13-30.
30. 榎本哲郎. 精神科身体合併症治療システムの現状. 厚生労働省精神神経疾患研究委託費 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究総括研究報告書. 2002.
31. 江副聡. 精神保健福祉法改正について. 日本精神科病院協会雑誌 2013;32(12):1214-9.
32. 遠藤淑美, 吉本照子, 杉田由加里他. 悪性腫瘍を合併した統合失調症患者の看護援助に関する研究. 精神科看護. 2007;34(2):42-8.
33. 大岩孝司, 鈴木喜代子. チーム医療に活かそう 緩和ケア評価ツール STAS. 診断と治療社. 2016.
34. 大賀哲夫, 井口喬, 遠山哲夫他. 慢性精神分裂病のリハビリテーション. 昭和医学会雑誌. 1982;42(2):235-47.
35. 大島健一, 菊本弘次, 林直樹. 東京都における精神科患者身体合併症医療事業と松沢病院. 精神科. 2007;(11):280-3.
36. 太田守光, 豊里竹彦, 與古田孝夫. がん終末期における統合失調症者の ADL 特性に関する検討. 医学と生物学. 2009;153(2):51-5.
37. 太田保之, 中根允文, 高橋良. 精神分裂病者の身体的罹病性について 悪性腫瘍との関連重度精神障害の予後決定因子に関する WHO 研究第 1 報. 精神医学. 1981;23(9):875-84.
38. 大滝純司. 模擬患者 (SP) によるコミュニケーション教育の有用性. JIM. 1995;5(9):812-7. 40. 臨床脳病理学. 1995.
39. 岡崎祐士. 5 大疾病としての精神疾患予防 特集メンタルヘルスの今日的課題. 精神科. 2013;22(1):1-6.
40. 小川朝生. 精神科医療と緩和ケア認知症の緩和ケアを考える. 精神医学. 2014;56(2):113-22.
41. 奥山徹. 緩和ケアとリエゾン精神医学. 精神医学. 2015;57(3):177-84.
42. 柿本実穂, 金子和子. 精神科における癌患者のターミナルケア 2 例の精神分裂病患者を看取って学んだこと. 精神保健. 2000(45):86.

43. 風祭元. いま精神科医に求められるもの. 精神医学. 1995;37(12):1244-5.
44. 梶原一郎. 精神科における身体合併症の問題: 精神病院合併症病棟と大学病院との比較調査から. 東邦医学会雑誌. 1992;38(5):744-55.
45. 片山和子,小福田光江,石原恵子他. 精神科開放病棟におけるターミナルケアへの配慮 事例の分析を通して. 日本精神科看護学会誌. 1999;42(1):231-3.
46. 加藤丈雄. 精神科病棟での終末期看護と家族へのかかわりを通して学んだこと その人らしさを尊重した療養生活と家族支援. 日本精神科看護学会誌. 2009;52(1):94-5.
47. 加藤知可子. 初発統合失調症患者の家族が必要とする看護師からの情報提供に関する検討 急性期治療病棟に入院している初発患者の家族へのインタビューを用いて. 日本看護学会論文集 精神看護. 2010(40):152-4.
48. 加藤雅志. 緩和ケアセンターと緩和ケアチームの指定要件から読み解く今後の緩和ケアの方向性 特集緩和ケアセンターと緩和ケアチームの変化 新指針が現場にもたらしたものの. 緩和ケア. 2014;24(6):415-21.
49. 金川英雄. 精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的観察の矛盾と意図 答えは常に過去にあり 隔離拘束の歴史. 精神神経学雑誌. 2012;114(10):1201-7.
50. 上川原幸男. 社会復帰施設 社会資源を求めて. 保健婦雑誌. 2000;56(8):654-6.
51. 上鶴重美. 看護診断開発の国際化. 日本看護診断学会誌. 2014;19(1):12-6.
52. 功刀浩. 統合失調症と遺伝 環境相互作用 特集統合失調症最近の話題. 精神科. 2011;18(1):19-24.
53. 久保田誠二,湯川知子,国本京美他. 精神疾患を持つ人の終末期を支えるカンファレンスを開催・浅香山病院. 精神看護. 2013;16(6):60-4.
54. 熊倉徹雄. 単科精神病院の立場から. 総合病院精神医学. 1993;(5):9-16.
55. 倉田明子,皆川英明,小鶴俊郎他. 精神疾患を有する患者の緩和医療に関する検討. 精神科治療学. 2002;17(4):467-75.
56. 栗原稔之. アジアにおける統合失調症の転帰 先進国と発展途上国の比較の観点から. 精神神経学雑誌. 2014;116(1):3-14.
57. 黒川千代子,猪野美春. 精神科でのターミナルケアからの学び. 日本精神科看護学会誌. 1999;42(1):626-8.
58. 黒木宣夫,桂川修一,小堀俊一他. 総合病院精神科の適正配置と臨床研修指定病院精神科. 総合病院精神医学. 1997;9(2):104-18.

59. 黒木宣夫. 総合病院精神科の現状と新卒後研修. 精神医学. 2003;45(10):1087-90.
60. 小泉奈津江, 藤元君夫, 秋月玲子. 精神障害のある人に対する地域での自立生活を可能にするケースマネジメントと多職種チームによるアプローチの検討. 精神障害とリハビリテーション. 2008;12(1):89-94.
61. 厚生労働省. 臨床研究に関する倫理指針. 2003;(7):2-18.
62. 厚生労働省・日本医師会(監). がん緩和ケアに関するマニュアル改定第2版. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 2005:1-3. 68.
63. 厚生労働省. 医療法施行規則の一部を改正する省令. 厚生労働省令第27号. 2007a.
64. 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007b.
65. 厚生労働省. 身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について. 第17回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会. 2009.
66. 厚生労働省. 患者調査の概況. 2011a.
67. 厚生労働省. 大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室. 医療施設(静態・動態)調査 病院報告の概況. 2011b.
68. 厚生労働省. 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料. 平成26年度6月30日調査の概要. 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部. 2014a.
69. 厚生労働省. 大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室. 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. 2014b.
70. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部 改革ビジョン研究ホームページ事務局. III. 都道府県別集計表1 精神科病院の概況個票1. 2012.
71. 小林孝文. 地域精神医療における総合病院精神科の役割と課題. 精神神経学雑誌 2007;109(3):256-61.
72. 小森康永, Chochinov. デイグニティセラピーのすすめ 大切な人に手紙を書こう. 金剛出版. 2011.
73. 最新医学大辞典第3版. 医歯薬出版株式会社. 2005.
74. 酒井佳永, 金吉晴, 秋山剛他. 精神分裂病患者の家族の負担に関する研究 患者の病識の家族の精神疾患への認識との関連. 精神医学. 2002;44(10):1087-94.

75. 相良洋子, 寺田善弘, 広瀬徹也他. 精神分裂病患者の悪性腫瘍手術をめぐる臨床的問題 2 症例の経験から. 精神科治療学. 1988;3(2):237-43.
76. 笹原朋代, 三條真紀子, 梅田恵他. 大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容参加観察の結果から. 日本がん看護学会誌. 2008;22(1):12-22.
77. 佐藤万里子, 馬堀博子. 胃癌を併発した女子慢性精神分裂病患者のターミナルケア. 日本精神科看護学会誌. 1997;40(1):171-3.
78. 佐藤光源. 特集にあたって 疾患概念 医療 処遇の変化と呼称変更. 精神医学. 2003;45(6):572-4.
79. 佐藤光源, 丹羽真一, 井上新平. 統合失調症治療ガイドライン. 医学書院. 2008.
80. 篠崎英夫. 精神障害者の死亡に関する記述疫学的研究. 日本公衆衛生雑誌. 1972;19(12):645-56.
81. 篠原由利子. 医療保護入院・保護（義務）者制度を巡る論議の変遷. 佛教大学 社会福祉学部論集. 2013;(9):99-121.
82. 柴原弘明, 村松雅人, 西村大作. 緩和ケアチームスタッフの自己貢献度と Support Team Assessment Schedule 日本語版 (STAS-J) での介入前後における症状変化との関連. 日本農村医学会雑誌. 2014;63(2):114-20.
83. 清水恵子. 地域で生活する統合失調症患者の生活習慣病に関する意識調査. 山梨県立大学看護学部紀要. 2007;(9):23-34.
84. 清水房枝, 安井明子. 高齢長期入院患者の退院に向けての支援システムの必要性退院を困難にする問題と支援システム. 三重看護学誌. 2008;(10):83-7.
85. 下野正健, 藤川尚宏, 吉益光一他. 精神科病院長期在院者の退院に関連する要因の検討. 精神医学. 2004;46(4):403-14.
86. 白土辰子. 死に逝く人が求める医療: バッドニュースを伝える講義からみた医学生と親の緩和ケア理解. 東洋英和大学院紀要. 2007;(3):1-11.
87. 社団法人日本精神科病院協会. 平成 22 年度障害者総合福祉推進事業 高齢入院患者の地域移行と精神科医療機関の運営に関する調査報告書. 2011.
88. 新福尚隆. 世界の精神保健医療の動向と日本の特色 特集世界の精神科医療の動向と日本の現状. 日本精神科病院協会雑誌. 2002;21(12):1227-31.
89. 助川鶴平. 抗精神病薬多剤併用による統合失調症患者生命予後への影響. 臨床精神薬理. 2009;(12):1825-32.

90. 鈴木啓央, 黒坂判造, 金子庄之介他. 癌の告知 日本とアメリカ合衆国における文献的考察. 日本医事新報. 1992(3543):43-7.
91. 鈴木将史. 死亡原因 (がん)×人口構成. 病院. 2016;75(3):168-9.
92. STAS ワーキング・グループ. STAS-J (STAS 日本語版) スコアリングマニュアル 緩和ケアにおけるクリニカル・オーディットのために第3版. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 2007.
93. ステッドマン医学大辞典改訂第6版. メジカルビュー社. 2008.
94. 精神科看護白書. 精神看護出版. 2014.
95. 精神保健福祉白書編集委員会編集. 精神保健福祉白書 2015年版 改革ビジョンから10年 これまでの歩みとこれから. 中央法規出版. 2015.
96. 世界保健機関, 武田文和. がんの痛みからの解放. WHO 方式がん痺痛治療法. 1996.
97. 先崎章. 精神科リハビリテーションの過去 現在 国内外の動向 その背景にある日本の精神科医療の事情も含めて. 総合リハビリテーション. 2013;41(7):611-21.
98. 寶田穂. 日本における薬物依存症患者への看護に関する文献的考察: 医療施設内での看護に焦点を当てて. 大阪市立大学看護学雑誌. 2005;(1):11-9.
99. 武田文和. がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル: すべてのがん患者の痛みからの解放のために: 金原出版. 2005.
100. 田嶋長子, 島田あずみ, 佐伯恵子. 精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造. 日本精神保健看護学会誌. 2009;18(1):50-60.
101. 只浦寛子, 遠藤幸子, 橋本杏子他. 退院阻害要因間の関係と在院日数を規定する因子. 宮城大学看護学部紀要. 2006;9(1):67-74.
102. 田中秀樹. スタッフだけの静かなる死 終末期における患者の一考察. 日本精神科看護学会誌. 2001;44(1):388-92.
103. 谷岡哲也. 長期入院精神障害者の退院促進要因の分析. 臨床精神薬理. 2008;11(8):1551-62.
104. 谷山智, 清水千佳子, 垣本看子他. がん診療におけるQOLと生存期間の優先順位の検討 乳がん患者・医師・メディカルスタッフの比較. Palliative Care Research. 2014;9(3):101-6.
105. 樽井正義. インフォームド・コンセントの倫理 文学部創設百周年記念論文集. 哲学. 1990;(91):225-42.

106. 樽本尚文, 住吉秀律, 富田洋平他. 当院における精神障害者の身体合併症治療に関する現状と今後の展望. 2010.
107. 壇愛, 平よどみ, 野田ひろみ. ターミナル期の統合失調症患者の看護. 日本精神科看護学会誌. 2008;51(3):38-41.
108. 千葉進一, 谷口都訓, 谷岡哲也他. 地域移行型ホームに入所するための4ヶ月間の退院支援を受けた精神科の長期入院患者の思いの検討. 香川大学看護学雑誌. 2009;13(1):109-15.
109. 千葉信子. 精神疾患をもつ人の終末期ケア 最期までその人らしい暮らしの中で支える 訪問看護での終末期ケアのあり方を探る. 精神科看護. 2008;35(11):37-43.
110. 茶園美香. 看護婦のがん性疼痛緩和ケア行動に影響する要因と要因間の関連. 日本がん看護学会誌. 2000;14(1):15-24.
111. 塚田和美, 長谷川恵. シンポジウム総合病院における精神疾患患者の身体合併症治療の概観. 医療. 2007;61(2):128-31.
112. 恒藤暁. わが国のホスピス緩和ケア病棟の実態. 日本ホスピス・緩和ケア協会 ホスピス・緩和ケア白書. 2004.
113. 土井由利子. 保健医療分野における QOL 研究の現状総論 QOL の概念と QOL 研究の重要性. J Natl Inst Public Health. 2004;(53):3.
114. 藤志水育子, 谷浩子, 竹渕加奈子. がんを併発した家族のいない長期患者への効果的援助 乳がんにより病病連携で手術を受けた事例の考察から. 日本精神科看護学会誌. 2009;52(2):273-7.
115. 遠矢福子, 山本明弘, 橋本明. 地域精神医療におけるファミリーケアの今日的役割:ゲールコロニーと岩倉村から教示されるもの. 看護学統合研究. 1999;1(1):11-23.
116. 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター. がん診療連携拠点病院院内がん登録全国集計報告書. jp/professional/statistics/hosp_c_registry.html. 2013;7.
117. 轟慶子, 延藤麻子, 轟純一他. サイコオンコロジーの現状と展望 精神疾患患者におけるサイコオンコロジーの実践. 臨床精神医学. 2004;33(5):591-6.
118. 富田健司. チーム医療のマネジメント 静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例として. 医療と社会. 2008;18(3):327-41.
119. 内閣府. 障害者基本法の改正について (平成 23 年 8 月). 2011.

120. 永江誠治, 花田裕子. 精神科看護における服薬アドヒアランス研究の現状と課題. 保健学研究. 2009;22(1):41-50.
121. 中越勝重. 統合失調症患者を抱える家族への援助の試み 家族が疎遠のケースを通して 日本精神科看護学会誌. 2008;51(2):86-90.
122. 中島信久, 秦温信. 進行再発癌患者に対する化学療法の Endpoint の説明が終末期ケアの質に及ぼす影響. Palliative care research. 2006;1(1):121-8.
123. 中根晃. 医の倫理と人権 共に生きる社会へ. 精神医学. 2006;48(2):215.
124. 中根秀之, 中根允文. コモンディジェーズとしての精神疾患 有病率と疫学・変遷 統合失調症. 精神科. 2008;13(1):40-5.
125. 中根允文. 臨床経過と予後の変遷から見た統合失調症. 精神医学. 2003; 45(6):575-82.
126. 中根允文. 精神障害における QOL. 長崎国際大学論叢. 2006; (6):153-9.
127. 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子. ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準. 医学書院. 2008.
128. 中村祥子, 西川由希子, 仮屋隆史. 精神疾患患者をもつ家族の思いの変容 精神科看護師が家族にナラティブ・アプローチを行って. 日本精神科看護学術集会誌. 2014;57(1):230-1.
129. 中村智巳. 胃癌を併発した精神分裂病患者のターミナルケア共同住居での生活を支えて. 日本精神科看護学会誌. 1998;41(1):588-90.
130. 灘岡壽英. 精神科単科の病院と心身医学. 心身医学. 2005;45(1):11.
131. 成島健二, 西川徹. 統合失調症治療薬 抗精神病薬治療における最近の新薬の位置付け薬効別新薬の広場. 医薬ジャーナル. 2010;46(1):330-41.
132. 成島健二. 身体合併症医療: 協働を深めるために医師は何を理解しておくべきか 特集精神科治療学創刊30周年記念特集10年後の精神医療に望むこと そのために今できること. 精神科治療学. 2015;30(2):215-22.
133. 新美育文. がん告知が抱える法的な問題点. 日本医師会雑誌. 1995;113(7):951-4.
134. 西岡和代. 精神疾患をもつ人の終末期ケア 精神疾患をもつ人の終末期ケアの現状と課題 身体合併症看護とターミナルケアの実践報告から. 精神科看護. 2008;35(11):12-7.

135. 西本寛. がん登録の整備とがん診療情報の利活用. 公衆衛生. 2015;79(9):587-91.
136. 西村充弘. 精神疾患をもつ人の終末期ケア 長年暮らした慢性期病棟で看取った経験から 希望をかなえるためにしてきたこと. 精神科看護. 2008;35(11):24-9.
137. 日本看護協会. 看護者の倫理綱領. 看護. 2003;55(11):69-72.
138. 日本精神科看護技術協会. 統合失調症の治療実態に関する調査. 2008:34.
139. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. ホスピス緩和ケア白書. ホスピス緩和ケア白書編集委員会. 2008.
140. 野島秀哲, 鈴木宏和, 岡本典雄. 悪性腫瘍を合併した精神分裂病 コンサルテーション リエゾン精神医学の立場から. 臨床精神医学. 1996;(25):1449-56. 148.
141. 登賢大, 高原孝知, 中村典子他. 精神科でのターミナル期の看護. 日本精神科看護学会誌. 2010;53(3):140-3.
142. 野村総一郎, 中村誠, 松平順一. 我が国における Medical Psychiatry の展望立川共済病院 Medical Psychiatric Unit (MPU) の経験から. 精神医学. 1992; 34(10):1129-35.
143. 橋本明. Geel の精神医療史 1797 年以前の家庭看護の制度について. 精神医学史研究. 2002;6(2):119-30.
144. 橋本明. 呉 秀三・檜田五郎 「精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察」精読. 日本医史学雑誌. 2004;50(2):311-3.
145. 橋本亮太, 安田由華, 大井一高他. 精神疾患のトランスレーショナルリサーチ 統合失調症. 日本薬理学雑誌. 2011;137(2):79-82.
146. 長谷川太郎, 清田浩, 岸本幸一他. 精神分裂病患者に発症した精巣腫瘍の治療経験. 京都大学泌尿器科紀要. 1998;44(12):897-9.
147. 花出正美, 山本あい子. アメリカ合衆国の場合. 看護管理. 2003;13(7):568-73.
148. 馬場香織, 趙留香, 長弘千恵他. 日韓の精神保健制度とその看護に関する文献的考察. 九州大学医学部保健学科紀要. 2005(6):33-40.
149. 浜善久. 緩和ケアの理念とがん性疼痛の特徴. 信州医学雑誌. 2007; 55 (5):233-8.
150. 濱中淑彦. 臨床神経精神医学 意識・知能・記憶の病理. 医学書院. 1986.

151. 林直子. がん患者の Pain Management に影響を及ぼす看護婦の判断根拠及び因子の検討. 日本がん看護学会誌. 1999;12(2):45-58.
152. 日笠哲. 呉医療センターにおける精神疾患患者の癌の診療状況. 医療. 2007; 61(2):132-5.
153. 久松美佐子, 植田麻実, 荒井春生. 精神科病院における緩和ケアの現状 がんを合併した統合失調症患者と家族の関係. 日本臨床死生学会プログラム抄録集. 2012; (18):70.
154. Pinel P, 影山任佐. 精神病に関する医学 哲学論. 中央洋書出版部. 1990.
155. 平川淳一. 平成 16 年度診療報酬改定改定をどう受け止めたか. 病院. 2004; 63(10):824-7.
156. 平林恵美, 相川章子. わが国における精神障害者社会復帰論の展開 ソーシャルワークの視点から. 目白大学総合科学研究. 2005; (1):75-83.
157. 平山正実. 患者死別後の家族に対する悲嘆援助グリーフケア 患者さんを看取る臨死前後の患者・家族へのプロとしてのかかわり. 月刊ナーシング. 2002;22(11):50-3.
158. 平山正実. 時評 精神障害者に対するケアとターミナルケア 安楽死・尊厳死論議から見えてくるもの. 心と社会. 2003;34(4):34-43.
159. 廣田典祥, 矢加部茂, 竹尾貞徳. 総合病院精神科の役割と他科診療に対するコンサルテーション・リエゾンサービスの意義. 医療. 1990;44(9):863-7.
160. 福井小紀子, 猫田泰敏. 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. 日本看護科学会誌. 2004;24(4):46-54.
161. 藤京子, 灘岡壽英, 東谷慶昭他. 悪性腫瘍の治療のために入院した精神分裂病患者に対する関わりについて. 心身医学. 1994;34(5):430.
162. 藤崎和彦, 尾関俊紀. わが国での模擬患者 (SP) 活動の現状. 医学教育. 1999; 30(2):71-6.
163. 藤代潤, 秋澤千晴, 煙石洋一. 精神科単科病院における身体合併症の発生とその対応について. 臨床精神医学. 2007;36(1):91-8.
164. 藤田利治, 佐藤俊哉. 精神科病院での長期在院に関連する要因 患者調査および病院報告に基づく検討. 厚生指針. 2004;51(1):12-9.
165. 藤野ヤヨイ. 精神科病院の特質と入院患者の人権. 現代社会文化研究. 2003; (28):171-88.

166. 藤野ヤヨイ. 我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷 法制度を中心に. 新潟青陵大学紀要. 2005;(5):201-15.
167. 本間紀. 統合失調症患者さんの終末期に寄り添う看護. 精神看護. 2012;15(5):72-8.
168. 松尾直樹. がん性疼痛の特徴と対策. 日本臨牀. 2007;(65):17-21.
169. 松田裕子, 八木敬子, 平井みどり. 神戸薬科大学における模擬患者の養成と実習への導入. 医療薬学. 2005;31(2):125-35.
170. 水野雅文. 海外の動向 イタリアの精神科医療の歴史と課題. 社会福祉研究. 2002(84):110-3.
171. 美濃由紀子, 宮本真巳. がんを併発した精神疾患患者の治療・回復過程に影響を及ぼす要因 がんの発見からがんの告知まで. 精神科看護. 2003;30(6):48-55.
172. 宮下光令, 笹原朋代. STAS-J を用いた緩和ケアの自己評価. 看護管理. 2005;15(12):993-8.
173. 宮下光令, 今井涼生, 渡邊奏子. データでみる日本の緩和ケアの現状. ホスピス・緩和ケア白書. 2013;54-69.
174. 宮本忠雄. 分裂病の軽症化をめぐる. 臨床精神医学. 1989;(18):1187-92.
175. 村井淳志. 高齢者のターミナルケア. 日本老年医学会雑誌. 1999;36(9):623-6.
176. 村井俊哉. 情動・社会的認知とその障害. コミュニケーション障害学. 2005;22(3):190-4.
177. 八木剛平, 田辺英. 日本精神病治療史. 金原出版. 2002.
178. 安井正. 精神科入院患者の死亡に関する調査. 北里医学. 1996;26(6):384-9.
179. 山田和夫. わが国における精神保健福祉の歩み 日本の精神科病院の歩み. 心と社会. 2014;45(1):10-7.
180. 山田淳子. 看取りにおけるコミュニケーション 患者の苦悩・家族の思いを受けとめ寄り添う 精神疾患をもつ人の終末期ケア. 精神科看護. 2008;35(11):44-8.
181. 吉岡美智子, 鈴木啓子. がんを併発した統合失調症の終末期患者を看護する精神科看護師の体験プロセスに関する研究. 日本看護研究学会雑誌. 2014;37(3):129.
182. 吉本博昭. 総合病院精神科は病床削減により生き残れるか 富山市民病院による各種の取り組みと苦悩. 精神神経学雑誌. 2008;110(11):1072-6.
183. 吉本博昭. 有床総合病院精神科の危機と課題. 精神医学. 2010;52(3):221-8.

184. 渡辺俊之. 緩和医療で家族にかかわるということ 喪失体験と臨床を紡ぐ 特集
緩和医療と家族ケア. 緩和医療学. 2008;10(4):352-8.