

原著論文

精神科病院で最期を迎える精神疾患患者への看取りケアについて

大永慶子¹，浅見 洋²

概 要

精神科病院で最期を迎える精神疾患患者に対する看取りケアを精神科病院の特性をふまえて明らかにするために、現象学的な質的記述的研究を行った。精神科病院で看取られた患者の受け持ちであった看護師に対し、看取りの経験についてインタビューを行った。その結果看取りの特性として【家族関係の希薄さ】【精神症状の減少】【訴えの曖昧さ】【長期にわたる関わり】【孤立する家族】の5テーマが導き出され、看取りケアとして【家族の代わりになる】【身体ケアに重点を移す】【身体症状を見極める】【人生の伴走者として関わる】【家族の立場に立つ】の5テーマが導き出された。さらにこれらの特性とケアのテーマから看取りにおける本質として【家族の代わりに最善の決定をする】【身体苦痛緩和と安楽を実現する】【曖昧な訴えの本質をつかむ】【人生の最後まで寄り添う】【孤立する家族の苦悩に寄り添う】が導き出された。

キーワード 精神科病院，精神疾患患者，看取りケア

1. はじめに

我が国の高齢化は急速に進み、精神科病院でも入院患者の高齢化は進んでいる。精神保健福祉資料¹⁾によると、2013（平成 25）年の調査では精神科病院の入院患者 29 万 7 千人のうち、65 歳以上の高齢者人口は 53% を占め、10 年前の 2003（平成 15）年が 39% であったことと比較すると、急速に高齢化が進んでいる。また我が国の精神科病院入院患者数と在院日数の多さは国際的に有数であり、長期入院患者が多いことが指摘されている。厚生労働省は入院医療中心から地域生活中心へと謳い、2004（平成 16）年に精神保健医療福祉改革ビジョンを掲げ、退院促進、病床数削減を進めてきた。その結果 2004（平成 16）年には 32 万 6 千人であった入院患者数が上記のように 2013（平成 25）年には 29 万 7 千人に減少し、2011（平成 23）年には新規入院患者の 88% が 1 年未満に退院している。また 1 年以上入院している患者数も 2004（平成 16）年には 22 万 6 千人であったが 2011（平成 23）年には 19 万 3 千人と減少している。ただし 65 歳以上の高齢者の割合は、2004（平成 16）年には 41.2%，2011（平成 23）年には 51.7% と増加している。このことから新規入院患者の退院促進によって精神科病院入院患者数は減少しているが、長期入院患者の退院促進はふるわず、精神科病院入院患者の高齢化がすすんでいる

ことがわかる。

高齢化につれて身体合併症が増加すると考えられ、実際、精神科病院での死亡数は徐々に増加している。2003（平成 15）年 6 月の死亡数は、1,333 人であったが年々増え、2013（平成 25）年には 1,816 人になっている。高齢化の進展に伴い、さまざまな場所での看取りに焦点を当てた研究が多くなってきているが、精神科病院での看取りの研究として意義のある研究は見いだせない。

高齢化に伴い身体合併症が増加するが、精神科病院ではその発見は遅れることが多い²⁾ことが指摘されている。これは身体異常に対する認知および表現能力が劣る³⁾ことや、感覚鈍麻に伴う無関心のため自覚症状を訴えることが少ない⁴⁾ことによると考えられている。また、疼痛閾値が上昇することによって痛みを自覚しづらいため、自覚症状を訴えにくい傾向にある⁵⁾という指摘もある。身体合併症の発見が遅れる他の要因として、身体症状の訴えと妄想などの精神症状との判別の困難さや精神症状への介入が優先されがちで、身体症状の訴えの軽視が起こる⁶⁾ことが挙げられる。そのため、がんが発見された時には、すでに終末期であることがしばしば経験される⁷⁾。しかし、精神疾患をもった患者は治療可能な時期に疾患が発見されても、十分な治療を受けることが難しい。多くの精神科病院では人的・設備的・技術的に身体合併症を治療するための整備

¹ 富山福祉短期大学 ² 石川県立看護大学 責任著者

がなされていないため、一般科病院で治療を受けることになるが、精神疾患をもった患者は一般科病院での治療は困難である。その要因として、長期の病院生活を送っている者ほど新しい病院に不安を抱き様々な不適応症状を呈しやすいことや、一般科での治療中に精神症状が悪化して安静が保てなくなる、病識がなく様々な指示を守れない⁸⁾といったことが挙げられる。そして、患者への対応の難しさを理由に入院を断られたり、入院を受け入れても検査や治療を十分に行わないまま精神科病院に戻されたり、術後管理も最小限の対応のみでドレーンやルート類がついたままの状態で精神科病院に戻されることもある⁹⁾。

また一般科病院で治療を受けられない理由は、医療側の拒否だけでなく家族の意向であることが多い。精神科病院の高齢患者は長期入院である場合が多く、入院時保護者となっていた親族がすでに亡くなっていたり、連絡が取れても患者との関わりを拒絶する状態になっていたりする。関係の希薄な保護者からは治療の合意は得られにくく、連絡すること自体を迷惑だという保護者もある⁹⁾。そして終末期になっても家族の一員として受け入れられず、精神科病院でスタッフだけの看取り¹⁰⁾となる。この状態を、田中は精神科病院の長期入院患者特有の、深刻であり、避けて通れない現状である¹⁰⁾としている。

こういった状況の中、実際にはどのような看取りケアが行われているのだろうか。石橋は、精神科病院におけるターミナルケアの特性として、フィジカルアセスメントの難しさ、精神症状の理解しづらさ、関係作りの難しさ、サポートシステムのシステム作り¹¹⁾を挙げ、それらに対してケアが実践されているとしている。しかし、この研究は一事例における結果であり、より多くの事例に基づく必要がある。そこで、複数の熟練看護師の事例を通して精神科病院での看取り経験を明らかにし、よりよい看取りケアの実践が示唆されるような研究が必要であると考えた。以上のことから本研究の目的は、精神科病院で精神疾患をもって最期を迎える患者を看取る看護師のケアの実態を通して、看取りケアの本質を明らかにすることとした。今まで注目されることの少なかった精神科病院での看取りに焦点を当て、その看取りケアの実態を明らかにすることは、今後増加するであろう精神科病院での看取りケア向上への一助となると考える。

2. 方法

2.1 研究デザイン

現象学的な質的記述的研究

メルロ＝ポンティの現象学では、人間を図と地によって構成される、世界の内にあるもの（世界内存在）として捉え、体験の背後に働く志向性を明らかにし、生きられた経験の意味や本質を探る¹²⁾。今回の研究では、図である看取りケアの現象を研究協力者の語りから捉え、地であるその背景や状況を対象患者に関するカルテや看護記録から捉えた。そして両者の関係性を考察することによって、研究協力者である看護師の看取りケアの志向性と患者の状態の結びつきを明らかにし、看取りケアの経験の意味や本質を探った。

2.2 用語の定義

看取り：終末期の患者に対して行う日常の関わりの延長上にあるケア

終末期：病状が不可逆的かつ進行性で、近い将来の死が不可避となった状態

2.3 研究対象

北陸地方のA精神科病院（以下A病院とする）で看取られた精神疾患を基礎疾患としてもつ患者の受け持ち看護師で、看護師経験が5年以上の者5名を対象とする。

2.4 調査期間

2013年7月～9月

2.5 データ収集方法

患者のカルテと看護記録を閲覧し、精神科病院特有であると思われる看取りの状況とケアについて抽出した。対象看護師に対して抽出したケアを基に、看取りの経験について半構成的にインタビューを1回、1時間程度実施した。インタビューは研究協力者の同意を得た上でレコーダーに録音した。語られた患者の属性、ヒストリーを把握した。（カルテ等の資料の閲覧、ないしは聞き取りで把握した。）

2.6 データ解釈方法

- 1) 看護師へのインタビューを逐語録に作成した。
- 2) 逐語録から看取りケアとして行っていることを抽出した。
- 3) カルテ・看護記録と逐語録全体から、2)で

抽出されたケアがなされている背景、状況を取りだした。

- 4) 3) で抽出された背景、状況を精神科における看取りの特性とした。
- 5) 特性とケアの関係をみながら、それぞれにおけるテーマを導き出した。
- 6) 類似性のあるテーマを統合し、大テーマを導き出した。

2.7 真実性の確保

研究者の先入見をできる限り排除するため、データ解釈過程において質的研究に精通した研究者に適宜スーパーヴァイズを受けた。また、客観性保持のため、テーマを導出する際にカルテ・看護記録と逐語録全体を何度も重ね合わせて解釈を行った。

2.8 倫理的配慮

本研究は石川県立看護大学の倫理委員会（承認番号 334）と研究協力機関の倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者に対し文書と口頭で研究の目的や方法、プライバシーの保護、自由意思による参加、同意の撤回の自由と不利益を被らないことを説明し同意を得た。インタビューはプライバシーの確保できる個室で行った。

3. 結果

3.1 研究協力者と対象患者

本研究の協力者は、表1のようにA病院で精神疾患を基礎疾患に持つ患者を看取った経験がある看護師5名である。年齢は49歳から60歳（平均 54.6 ± 5.0 歳）であった。精神科の経験年数は7年から33年（平均 18.8 ± 11.3 年）、精神科での看取り件数は1件から10件（平均 6.2 ± 3.8 件）

表1 研究協力者の概要

研究 協力者	年齢	性別	精神科		一般科		近親者
			経験年数 (年)	看取り (件)	経験年数 (年)	看取り (件)	看取り (属性)
NA	50	女	10	10	20	20	祖父母, おば
NB	59	女	33	5	6	0	父母, 舅, 姑
NC	60	女	28	5	10	1	祖父, 父母
ND	55	女	7	1	27	20	父, 舅
NE	49	女	16	10	12	10	父, 舅

表2 対象患者の概要

対象 患者	死亡 年齢	性別	罹病期間 (年)	入院期間 (年)	疾患名	死因	キーパーソン
PA	77	女	57	32	統合失調症	多発性 脳梗塞	後見人
PB	49	男	27	26	統合失調症	大腸がん	妹
PC	73	女	56	33	統合失調症	ネフローゼ 症候群	後見人・ またいとこ
PD	81	女	52	6	統合失調症	肺炎	甥
PE	83	女	0.7	0.4	身体性表現障害	肺炎	娘

であり、一般科の経験年数は6年から27年（平均 15.0 ± 8.4 年）、一般科での看取り件数は0件から20件（平均 10.2 ± 9.8 件）であった。

また、研究協力者が看取った対象患者は表2のように、49歳から83歳（平均 72.6 ± 13.7 歳）までの5名であった。罹病期間は0.7年から57年（平均 38.5 ± 24.5 年）で、入院期間は0.4年から33年（平均 19.5 ± 15.3 年）であった。研究協力者NAの看取った対象患者をPA、研究協力者NBの看取った対象患者をPBと表記した。

3.2 精神科の看取りに関わる特性

対象患者の看護記録を参照しながら研究協力者の語りを解釈した結果、精神科の看取りに関わる特性として5つの大テーマが抽出された。【家族関係の希薄さ】【精神症状の減少】【訴えの曖昧さ】【長期にわたる関わり】【孤立する家族】である。表3に導き出された大テーマと小テーマを示す。

表3 精神科の看取りに関わる特性

大テーマ	小テーマ
家族関係の希薄さ	家族関係の難しさ 代理者による看取り
精神症状の減少	身体症状の顕著化 精神科病院で身体ケアを受ける
訴えの曖昧さ	訴えの乏しさ 表現の不適切さ
長期にわたる関わり	長期における状態把握 特別な絆の形成
孤立する家族	患者の秘匿 語らない家族

1) 【家族関係の希薄さ】

精神科入院患者は、長期にわたる入院や疾患の特性から徐々に家族と疎遠になったり、近しい親族が亡くなったりする。また、キーパーソンが遠縁に当たる親族に代わったり、家族の世代交代で家族の中に居場所がなくなったりすることもある。このように家族との関係が希薄になり、家族に代わって医療者や後見人に最期を看取られるケースが多い。【家族関係の希薄さ】は〈家族関係の難しさ〉と〈代理者による看取り〉の小テ

³ 大テーマを【 】で、小テーマを〈 〉で表す

マからなる³。

① 〈家族関係の難しさ〉

PA氏は、20歳の頃、統合失調症を発症した。兄姉がいたが、発症後は音信不通となり、入院時の保護者は居住地の市長であった。そして、最期まで兄姉の所在はわからなかった。PC氏は保護者であった次兄が亡くなると、本家のまたいところが次兄に代わって保護者となるがその後、親戚との確執が生まれ、またいとこの希望で代わりに後見人を選出してもらうことになった。NCは「またいとこの方にお電話させていただいた時に、その方はお金の問題で大変なので後見人をおりなければならないと思っている、わしがPCさんのお金を使っているのではないかと周りに言われ、そういうことが嫌なので後見人をおり、とおっしゃっていました」と話す。PC氏は次兄のことを慕っており、ほとんど訴えのなかったPC氏だが、次兄が亡くなった時にNCは「あんちゃん死んだんやー」というPC氏の悲痛な叫びを聞いている。

PD氏は23歳で結婚し、三人の子どもをもうけるが統合失調症を発症後離婚し、子供は夫がひきとった。姉との行き来はあったが、姉が高齢になるとそれも難しくなり、75歳の時に市長の同意で医療保護入院となり三ヵ月後に甥が保護者に選任される。しかし、入院前にPD氏の暴言が強かったことから甥は支援には拒否的で、年に一回数分程度の面会があるのみであった。

また、近い家族がいてもその関係は難しい。PB氏は21歳で統合失調症を発症し23歳から入院生活を送るが、46歳の時に大腸がんを発症し総合病院に転院し手術を受ける。その後、精神科病院には戻らず自宅に帰りたいと希望した主治医も身体的治療を終え精神状態も安定していることから帰宅可能と考え家族と話し合うが、母が本人の前で「この子が家にもどらないという約束でこの子の妹に婿をもらった。この子が戻る家はありません」とPB氏を受け入れなかった。PB氏はその母の言葉をこぶしをふるわせて聞いていたが、最後には「わかった、悪いようにはせんでくれ」と言い、自宅にもどることをあきらめ精神科病院にもどった。

② 〈代理者による看取り〉

家族がいない患者は、家族の代わりに後見人や医療者に看取られることになる。

PA氏は亡くなる2か月前に行政書士が後見人に選出され、後見人が選出されると担当医師はす

ぐに IVH を依頼している。それまでは、身寄りがおらず治療方針の相談ができないことがカンファレンスに挙げられていた。また NA も「身寄りがないということで困ったことは IVH をどうするとか、延命治療をどうするとか、この方自身も最期の方は自分で正確な判断ができにくくなってきていたので」と話す。後見人が選出されたことで、治療方針や看取りケアについて相談し決定できる人が現れた。医師から IVH を提案された後見人は「必要なことであればお願いします」と承諾し、その後の治療に関してはあらゆる延命治療は不要であることに同意している。そして、急変時や死亡時には担当医師が後見人に連絡し、死後、後見人が来院した時には死亡経過を話し遺体を引き取ってもらっている。亡くなる時に側に寄り添っていたのは看護師であり、引取りは後見人であった。

PC 氏は結局またいここが保護者をおりて後見人が選出されたが、PC 氏の身体状態が悪化すると、担当医師によって親族であるまたいこと後見人の双方に連絡がなされ、亡くなる時には双方が PC 氏のもとに駆けつけ最期を看取った。

2) 【精神症状の減少】

終末期にはかつて活発であった精神症状は減少し、代わって身体症状が顕著化してくる。治療やケアが身体面重視になってくると、精神科病院では設備が整っておらず一般科に転院することを勧められる。特に延命治療を希望する場合は精神科病院では対応できない。この 5 件の看取りにおいて全ての主治医が、終末期には家族や後見人に延命治療を希望するならば総合病院に転院するように提示していたが、家族や後見人はその提示を受け入れなかった。その結果、患者は精神科病院でもできる身体的ケアだけを受け最期を迎える。【精神症状の減少】は、〈身体症状の顕著化〉と〈精神科病院で身体ケアを受ける〉からなる。

① 〈身体症状の顕著化〉

終末期にはほとんどの人が精神症状は減少している。PA 氏は 13 年前に幻聴や被害関係妄想があり入院したが「終末期の精神症状はなかったように思います。歩いていたのが歩けなくなって、車いすになって、最期はほとんど寝たきりの状態になっていたんで」と、終末期には精神症状から身体症状へと視点が移行している。

PB 氏は 27 年前に幻覚妄想症状により入院した。亡くなる 3 年前に総合病院で大腸がんの手術を受け精神科病院に戻った時はまだ精神症状が活

発で、幻覚妄想による緊張状態により看護師の声かけに耳を全く傾けず病棟内を走り回ったり、カフェテリアで食べすぎを注意した栄養士を殴り、隔離室に入室となっている。しかし、終末期には妄想言動や暴言は見られず、穏やかになっている。「終末期には精神的な妄想的なことは聞かないようになったんです。激しい暴言みたいのもなく、こう、かわいいなあいう感じで」と NB は話す。PB 氏は、終末期には自分の頻回の水分要求に応える看護師に対し「迷惑かけてごめんね」「ありがとうね、大丈夫」と穏やかに話している。終末期の看護記録にも精神症状の記述はなく、血尿や浮腫などの身体症状の記述が目立つ。

② 〈精神科病院で身体ケアを受ける〉

PC 氏は、亡くなる 3 日前に意識レベルの低下があった。その時主治医は家族に、当院は精神科の病院であり十分な対応ができず死に至る可能性があり、本来なら総合病院へ転院が望ましいと説明している。家族は転院せずにできる範囲の治療をお願いします、と答えている。

PE 氏は肺炎で亡くなっているが、亡くなる一週間前に主治医は、家族に現在状態が悪く今後突然死の可能性がある、本来なら人工呼吸器を用いた呼吸管理が必要であるが当院では不可であることを説明するが、家族はこれ以上の治療をせず A 病院でできる限りの治療を希望した。そしてそのまま精神科病院で点滴と酸素投与の治療がなされ、最期を迎えている。

3) 【訴えの曖昧さ】

終末期になって状態が悪化しても苦痛の訴えは少ない。看護師はその理由としてそれまでの精神薬の服用により苦痛が軽減されることや、苦痛があってもその表出がうまくできないことを挙げている。また、苦痛や身体の異常を感じても妄想言動のような独特の表現をすることが多く、その訴えは曖昧にしか看護師には届かない。【訴えの曖昧さ】は〈訴えの乏しさ〉と〈表現の不適切さ〉からなる。

① 〈訴えの乏しさ〉

精神薬の服用により身体的苦痛が抑えられ、その結果苦痛を訴えることが少なかったと NA は話す。「PA さんもけっこう精神薬をのんでいらしたのでやっぱり感覚が鈍って、身体的な訴えはあまりなくて」「精神薬をたくさん飲んでらっしゃると痛みがかなり麻痺されるので、苦痛が抑えられて笑顔になっていたのかなって」。

NB は「とにかくこんなにひどい体なのに、痛

いとはあまり言わないねというのは皆でよく言っていました。陰囊もこんなに浮腫でひどいものになっているのに、そこらへんは強かったねと言っていました」と言い、その理由として「痛みに関しては精神薬で抑えられているというのものもあるかもしれない」と精神薬によるものと推測している。

②〈表現の不適切さ〉

また、訴えが曖昧である要因に表現の不適切さがある。NAは「身体的訴えはあんまりそういうのはなかった。なかったというか、表出がなかなかうまくできないというか、けいれん発作とかもあったりして」と、苦痛があったとしてもそれをうまく表現することができなかったのではないかとしている。

NBは「PBさんの尺度がちょっと自分たちと違うのかなあというのもあったかな、これがつらいのかどうなのかわからないというか」と、つらさや苦しさを認識できず訴えが少なかったのではないかと言う。また「体に痛みやだるさがあると、自分の体で異変がおきているのを認めたくないから誰かが自分にしてくる、やられているという表現をする人も多い」と話す。PB氏は、浮腫が著明になってくる一ヶ月前に「ここらへん（みぞおち）苦しい、Fに薬飲まされた、のど渇く」と言い、ホールを硬い表情をして徘徊したり「Fさんが俺に違和感を与えている」と言ったりしている。患者のF氏は昔から同じ病棟に入院していた仲間であり、ライバルでもあった。その言動を見た看護師はアセスメントとして、身体の不調を紛らわそうとしている行動ともとれると看護記録に記している。

このように自分に起こっている異変や苦痛をその患者なりの別の表現や、精神症状の一つである妄想言動のように表わすことがある。「胸の辺りが痛いのを虫がなんか動いてるようになるって言われて、すると带状疱疹だったとか」とNAは過去にあったことを話した。そして、NEは「身体症状の訴えをそういう訴えとして言ってくればいいのに、精神科ってやっぱり妄想がからんで訴えてくるから表現がまわりくどくて、身体症状があるのを見逃しやすい。後で具合が悪かったと気づかされることもありますよ」と言う。はっきりした身体的苦痛の訴えでなく、妄想言動のような訴えだと身体症状の発見が遅れることがある。

4) 【長期にわたる関わり】

精神科病院の入院患者は長期入院が多い。長期にわたり関わってきた看護師は、患者の身体状態

や精神状態の変化だけでなく、その人のライフヒストリーも把握している。また長期にわたる関わりによって患者との様々な関係が形成され、その患者の看取りに看護師は特別な思いを抱いている。【長期にわたる関わり】は〈長期における状態把握〉と〈特別な絆の形成〉からなる。

①〈長期における状態把握〉

PC氏は17歳の時発症し他院に入退院を繰り返していた。A病院には40歳の時入院し、亡くなる73歳まで33年間で過ごした。PC氏が亡くなった時の担当看護師であったNCは28年前からPC氏を知っていた。「前は元気に歩いておられたんですよ。そしてあんた大好きって言ってくださって。でも2回目に会った時は元気な時の歩いておられるPCさんではなくて、頭の病気もされたんで人格が変わっておられたんです。暴言が多かったり職員のケアを拒否したり。昔はあんた大好きって言ってくださった方が、あんたなんか嫌いとか言って」NCはPC氏が45歳頃入院していた病棟で勤務しており、その頃は元気に歩き朗らかであったという。その後PC氏は年を重ね、大腿骨頸部骨折、嚥下障害、慢性硬膜下血腫、尿路感染症、肺炎、ネフローゼ症候群と様々な疾患に罹病し再びNCのケアを受けることになる。NCは身体的に元気な頃のPC氏を知っており、また高齢になって様々な疾患を抱えたPC氏のことも知っている。NCは「ケアをさせていただいて、看取りというか最終的にだんだんやせていかれて細くなっていかれた時に、若い時のふくよかで元気はつらつな、またねとか、あんた帰るの、とか言って笑って手を振ってくださったその元気なお姿っていうのが思い出されて。やっぱり人の一生って素晴らしいもんだなあと思わせていただいたり」と言う。一人の患者をある時点においてだけではなく長期にわたって見ており、包括的な把握をしている。

②〈特別な絆の形成〉

PA氏も入院期間は長く、その年数は32年間である。NAはA病院に付属していた看護学校の実習の時に47歳だったPA氏に出会っており、その後A病院に就職してすぐ、またPA氏を看取することになる。「若いころから入院されてて、PAさんにとって病院が家みたいな感じで、就職した時もまさかまた病棟で会えると思わなくて、で自分でも何というか、私の中ではやっぱりこの方の最期を看ることができたっていうのが、若い

時に一度会っているの、就職した時に会っているので、寂しいっていうのもありましたし」と長期間に形成された絆を感じている。またPA氏は若い頃に結核を発症しているが、そのことをNAは「身寄りがないことがせつないというか、若い時に精神症状プラス結核とかもあっていつ頃に結核が発症したのかは定かでないんですけど、精神疾患を発症して結核も出てきて、それでもしかして家族の方が離れていかれたのかなとか」と話し、PA氏の長い人生で起こったことを把握し、そのヒストリーに思いを寄せている。

5) 【孤立する家族】

家族は身内が精神科病院に入院していることを世間に隠すことがある。世間だけでなく結婚した妻など自分の家族にも隠すこともある。そして、患者が入院している病院の看護師にも隠し事なく何でも話すわけではない。身内のごくわずかな者だけに患者の存在を知らせ、入院先の看護師にも心の内をさらけ出すことのない家族は孤立する。【孤立する家族】は〈患者の秘匿〉〈語らない家族〉からなる。

① 〈患者の秘匿〉

NAは話す。「病院に入院して、お嫁さんには兄弟が入院しているのは言っていなかったりとか、いない、もうすでに死んでるっていうふうになっているような方とかも中にはいらっしゃる」自分の兄弟が精神科病院に入院していることを妻や子供に隠し、すでに死んだことにしてある人もいるという。しかし、患者本人は自分が他の家族に隠されていることを知らない。「隠されていることをたぶん知ってはいないですね。手紙を書いたりしても一応本人には投函したっていうふうに言って、家族の方が来られるときにまとめて渡すっていうような」患者は家族宛に手紙を書き、看護師に投函してくれと言うが他の家族にはその存在が隠されているので、投函することはできずいつも面会に来てくれる家族が来院した時にまとめて手紙を渡す。

③ 〈語らない家族〉

世間にその患者の存在を隠している家族であるが、精神科病院の中では隠し事がないかということそうではない。医療者である看護師にも何でも話すわけではない。NEは「一般科なら何でも普通のことしゃべれるんだけど精神科の家族はなかなかね、何でもべらべらしゃべれんところあるでしょ？ やっぱり親戚の中でも隠すからね、隠すような現状が今でもあるから、自分たち家族だけで

みるっていう、家の者だけで、そして看護師にも隠す。だからつまってくる部分もあるんでないかなっていう、だからもう少しうちもね話聞いてあげれば」看護師にも本当の心の内を話せない家族はますます孤立していくことになる。

3.3 精神科の看取りにおけるケア

対象患者の看護記録を参照しながら研究協力者の語りを解釈した結果、精神科の看取りにおけるケアとして5つの大テーマが抽出された。【家族の代わりになる】【身体ケアに重点を移す】【身体症状を見極める】【人生の伴走者として関わる】【家族の立場に立つ】である。表4に大テーマと小テーマを示す。

1) 【家族の代わりになる】

家族の代わりになって入院生活に必要なものを用意したり、患者のつらさや思いを理解し寄り添ったり、患者の最善を考え終末期ケアの意思決定を行う。【家族の代わりになる】という大テーマは〈必要な物を用意する〉〈患者の思いに寄り添う〉〈意思決定をする〉という小テーマからなる。

① 〈必要な物を用意する〉

入院生活において必要なもの、衣類などは家族がいれば家族に依頼して持ってきてもらうが、家族がいなかった場合や疎遠な場合は看護師が用意する。NAは話す。「必要なものは他の看護者や師長と相談して買ったりも、家族の代理みたいな感じで、家族のおいでる方は電話をかけて買ってきてもらえるものだったら買ってきてもらったりとか頼めるんですけど、おいでない方は売店に売ってるものを代理で買うって感じで」

② 〈患者の思いに寄り添う〉

患者の思いを汲み取り傍に寄り添う。家族や社会から見放され自分の居場所がないと感じ不安になっている患者に、安心させるような声かけをしたり言葉には出さないが家族に会いたいという患者の気持ちを汲み取り家族に働きかける。

NBは「終末期に入ってからにはなるべく本人の訴えることは受け止めるようにした。なかなかうちに帰れなくてかわいそうだったなあ、家に行きたくても行けないのは本人としてはつらいだろうなと受け止めなければなあという、家族の代わりにはならないけども、愛情も、心配してるんだよというような、そこらへんはしっかりと。その伝え方は嫌がる人もおるかもしれんけど、体に触れるとか、でもかわいいというか、甘えるというか、年としてはだいぶ若かったもんねえ」と話し、

表4 精神科の看取りにおけるケア

大テーマ	小テーマ
家族の代わりになる	必要な物を用意する 患者の思いに寄り添う 意思決定をする
身体ケアに重点を移す	重症記録へ移行する 苦痛緩和と安楽のためのケアをする 精神科病院でできる身体ケアをする
身体症状を見極める	十分な観察をする 妄想言動を理由あるものとしてとらえる
人生の伴走者として関わる	昔からのなじみの名前と呼ぶ 最期をみなで見守る
家族の立場に立つ	家族の秘密を守る 孤立している家族に働きかける

PB氏が甘える気持ちを受け止め包み込んだり、体に触れ愛情や心配している気持ちを伝えている。

また、なかなか家族が面会に来ない患者の気持ちを思いやり、家族が面会に来た時はそれを労い家族の中に入り関係をとるもつ。NCは「兄弟さんが来られた時にPCさんを車いすにお乗せして、よかったね、PCさんこの人どなたか分かる？って聞いたら、うん分かる、とおっしゃって。兄弟の方には、お話をして、今日いい顔しとるわ、よかったねと言ったら喜んで下されて。その子どもさんたちも姪御さんたちも、おばちゃん今日いい顔しとるね、よかったね元気やね、と言って皆さんがPCさんに励ましの言葉とか温かい気持ちをあげておられて、すごい何か温かい家族愛っていうんですか、そういう時間は持たれてましたね」と話し、次の面会につなげ家族の絆を強くするような働きかけをしている。

④〈意思決定をする〉

家族の代わりに患者の最善を考え終末期ケアの方向を医療者間で話し合ったり、終末期ケアの方向を決定できる後見人を選出する手助けをしたりする。NAは「身寄りがないということで困ったことは、IVHをどうするかとか、今後の延命治療をどうするかとかっていったところがやはり、この方自身も結構、判断力が最期の方は、意識消失とか脳梗塞とか、自分で正確な判断ができにく

くなってきてたので、身寄りがないからIVHとか胃瘻は行わないっていうのはちょっとなんか、本人の意にっていうか、本人はいったいどういうふうに思ってたのかなっていうのが、やはり全然聞けてなかったっていうのがやっぱり、ただ身寄りがないので誰に聞いていいのかなってところで」と話す。医療者間で今後の治療方針について話し合い、急変時、転院などの対応はしない、IVHはせずにDIVのみで対応し、延命はしないことになっていた。しかし、NAは本人の意思を確認できず、身寄りがないからというだけでIVHや胃瘻を行わないことに疑問を感じていた。NAにとっての最善を考えようという姿勢がみてとれる。後見人については、カンファレンスで「後見人の方が決まっていないといろんなことで問題が生じる可能性があるということになり、ケースワーカーの方に入ってもらって決めたと思います」と話し、PA氏が亡くなる二ヶ月前に行政書士が後見人として選出されている。

2)【身体ケアへ重点を移す】

精神症状が減少し身体症状が顕著化してくると、ケアも精神的なものから身体的なものへ移行する。様々な測定値が書き込める身体面の記録が主になっている重症記録へ移行し、身体面の苦痛緩和や安楽のためのケアをし、精神科病院でできる身体ケアをすることになる。【身体ケアへ重点を移す】という大テーマは〈重症記録へ移行する〉

〈苦痛緩和と安楽のためのケアをする〉〈精神科病院でできるケアをする〉の小テーマからなる。

① 〈重症記録へ移行する〉

身体状態が悪くなると重症記録に移行する。重症記録とは体温や脈拍、血圧、酸素飽和度、食事量、便通、睡眠、酸素投与、処置内容、服薬確認の状態を書き込むことができ、身体的記録が主になっている。終末期だと判断されるのは重症記録に移行した時であったとほとんどの看護師が答えている。NBは「体の変化、例えばサチュレーションを頻回に測定しなければならなくなった時とか、処置が多くなった時に重症記録になっていく。重症記録に行くのは朝のカンファレンスとかそういうところで、もうしなきゃならないねと言って決めます」と話す。患者の状態をみてみなで話し合い、重症記録に移行する。

② 〈苦痛緩和と安楽のためのケアをする〉

最期は精神症状が減少し身体症状が顕著になってくるので、ケアは身体的苦痛緩和と身体の安楽のために行われるようになる。NDは「体の位置を直したりとかさすってあげるとか、それもそうだし、声かけるとか話をするとか、相手はひどいからしゃべれないかもしれないけど、やっぱりそこらへんの声かけとかね、そういった関わりで気が紛れて、まあ少し楽になればいいかっていう、最後の看取りはそれしかない。うん、で、吸引はひどいけど苦しいと思うけど、それをしなかったらもっと呼吸もひどくなるから、そういいながら吸引はずっと苦しめたりしていたけども」と話し、看取りケアとして最期は身体的苦痛緩和と身体の安楽につけると言う。

③ 〈精神科病院でできる身体ケアをする〉

身体の状態が悪くなると主治医は総合病院への転院を打診するが、家族はみな転院させず精神科病院でできるだけのことをしてくださいと答えている。「この病院では延命や心臓マッサージがいられないと言われることはよくある。心マをするのは急変した時で、点滴と酸素くらいであとは何もしないというのはここではけっこうある。普通の一般病院ではない」とNDは話す。精神科病院でできる終末期ケアは点滴と酸素投与くらいで、それだけで最期まで看ることになる。

3) 【身体症状を見極める】

訴えの曖昧な患者に対し、たとえ妄想言動であってもそれは患者に何かが起こっているから訴えているのだと、理由あるものとしてとらえる姿勢を貫くことで、その訴えの意味するところを的

確に把握しようとしている。また、患者の訴えだけに頼らず身体症状を早期に発見するために、看護師が日常的に十分な身体面の観察をしている。【身体症状を見極める】は〈妄想言動を理由あるものとしてとらえる〉〈十分な観察をする〉の小テーマからなる。

① 〈妄想言動を理由あるものとしてとらえる〉

身体症状の発見のためには、精神症状である妄想言動であってもそれが起こる理由があると考え、訴えは妄想であるかもしれない。しかし妄想がからだの身体的訴えかもしれない。身体症状を見つけるためには、妄想であってもその妄想が起こる理由があるという姿勢で患者の訴えを聞かなければならないと言う。NBは「なるべく妄想ととらえない。妄想はどっかにあるかもしれないけど、絶対何かが起きてるからそうなんだというところをみてあげなければいかんと思うんです。どうしても、また妄想やわーととらえがちなんだけど」と話す。

② 〈十分な観察をする〉

訴えの曖昧な患者に対して日常的に観察を十分に行っている。月に一度の採血の結果を見て状態を把握し、入浴時や食事、排便に異常がないか観察している。NEは身体合併症を見逃さないために「精神科って一ヶ月に一回採血しましょうとか、そういうのではフォローアップしているけど、やせてきたなあとか、お風呂の時はチャンスですよ。体に傷がないとか、普段裸になってとか言えないし、お風呂は絶好のチャンスなので見逃さないとか。あとは食事の状態とか便秘の状態とか」と話す。

4) 【人生の伴走者として関わる】

長期にわたり状態を把握し関わってきた看護師は、昔からのなじみの名前で患者を呼び安らげる環境を作ったり、昔から知るみなで最期を見守ったりする。【人生の伴走者として関わる】は〈昔からのなじみの名前で呼ぶ〉〈最期をみなで見守る〉の小テーマからなる。

① 〈昔からのなじみの名前で呼ぶ〉

昔、患者が看護師を呼んでいた旧姓を名乗ったり、昔呼んでいたように名前と呼ぶことで昔からなじんでいた安らげる環境を作っている。NAは「PAさんは私を昔の旧姓でよく呼んでくれて、あんたAさんでない、Bさん(旧姓)やって、だから私も昔の旧姓で言ったりして」と話す。また、PC氏もNCに昔呼ばれたように名前と呼ばれることを喜んで、「今は患者さんにちゃん

づけはだめで姓で名前を呼ぶようになっておっしゃるんだけど、最初はCさんって呼びするんだけど、昔のように〇ちゃんって呼ぶと喜んでくださる。そのお名前は、十何年前お話した時に、父ちゃんがつけてくれたんやってお話してくだされたように記憶してるんですけど、やっぱり耳の記憶ってのがあるんでしょうかねえ。でやっぱりCさんって呼ぶと嫌われるけど、〇ちゃん来たよって声掛けすると喜んでくださって最後はありがとう、あんたありがとうって言うてくださった時にはすごい何か」と昔からの呼び名で呼ばれた患者は喜び、看護師に心を開いている。

②〈最期をみなで見守る〉

昔、患者の精神状態が悪かった時に暴力をふるわれた看護師達も過去は過去として受け止め、最期はみなで優しく温かく見守っている。NBは話す。「自分ではよく僕は力強いんだって言って、あれだけのひどい暴力があったけど、みんな昔から知っている看護師さんとかは、かわいそうに、そっかー、いう感じであったから。結局いい時のPBさんで終わっていった。言葉でもそうかもしれないけど優しくなったというか、こっちも優しく関わったからかもしれないけど、みんなが優しくしてくれるという感じで何か、そんなつらくもなかったんかなあと思う」昔は暴力を振るうほど精神症状が悪かった患者が、精神症状よりも身体症状が顕著になり、最期は優しくなって最期を迎えたことを感慨深く思い、みなで見守っている。

またNCは「PCさんが亡くなられても、一つのPCさんの人生を全うされたんだと最後の最後まで力強く生き抜かれたんだと、私はそんなふうに思わせていただいて」と話し、長期間に渡りPC氏に寄り添ってきた者としてPCさんの人生を認めている。

5)【家族の立場に立つ】

世間にその存在を隠し、精神科病院の看護師にもその本当の心の内を話すことのできない家族の立場に立ち、家族の秘密を守る努力をしたり孤立している家族に働きかけたりする。【家族の立場に立つ】は〈家族の秘密を守る〉〈孤立している家族に働きかける〉の小テーマからなる。

①〈家族の秘密を守る〉

隠された存在であることが多い精神疾患患者をもつ家族の立場に立って、患者のことが秘密であればそれが守られるような行動をとっている。NAは話す。「電話も日中なら家族がいないからかけてくれとか、子どもが夜いるから夜はかけて

くれるとか、携帯に着信してくればこちらからかけ直すからとか言われます」自分の兄弟が精神科病院に入院していることを妻や子供に隠している人は、自宅への電話も家族のいない時間を指定したり電話のかけ方を指定したりする。看護師は家族の秘密を守るために、その要望通りに電話をかける時間帯やかけ方に配慮する。また「入院の時に緊急の場合は家族に病院名を名乗っていいとか、あと職場にかけていいとか確認はとっている」と話す。

②〈孤立している家族に働きかける〉

世間に患者の存在を隠している家族は精神科看護師にも全てを話すわけではない。世間から患者を隠し看護師にも心のうちを語れず孤立する家族に対し、コミュニケーションを多くとり、話をし信頼関係を作り、家族が何でも相談しやすい環境を作っている。PDは話す。「みんな今までに苦勞もいっぱいしたんだろうね。精神科に入院していく時って長いし、人にもあんまり言えない。でも症状が出たら家族はやっぱりひどい目にあっていると、その苦勞を考えると」と家族の苦勞を思い、次のように働きかける。「精神科はやっぱり、本人だけでなく家族のコミュニケーションが大事なと思う。一般科よりも。一般科は治れば帰るんだから。で、帰ったら気を付けてねってそれで終わる。でも家族にしたって、精神科に一番大事なのは信頼関係だと思うわ。家族も本人も患者も。そうしないとしゃべってくれないから。本音がでないから。精神科の人があやこやって何でも相談にきてるかという、それはないと思う。どうしようどうしようってね。自分達も都合の悪いことは言えない部分もあるから、人間だから、うんうん、何でも相談してくださいと言ったって。だからもっとしゃべったらあるやろうと思うけど、なかなかやっぱり言わない人は言わないし。うん、中はあるんだろうね、もっとね。でもそのある程度関係がこうねえ、一番やっぱ関係だよ、関係が作ればもうちょっとそこ入っていける。コミュニケーションを多くとる、しゃべって話をしなかったら関係は作れない」本人だけでなく家族とのコミュニケーションを大事にし、孤立している家族に働きかける。

4. 考察

本研究では精神科病院で最後を迎える精神疾患患者に対して、こういった状況の特性においてどのような看取りケアがなされているのかを明らかに

にした。特性の大テーマとして【家族関係の希薄さ】【精神症状の減少】【訴えの曖昧さ】【長期にわたる関わり】【孤立する家族】の5つのテーマが抽出された。またケアの大テーマとして【家族の代わりになる】【身体ケアへ重点を移す】【身体症状を見極める】【人生の伴走者として関わる】【家族の立場に立つ】の5つのテーマが導きだされた。これらの特性とケアの関係とそこからの考察を通して示唆された「看取りケアの本質」は図1に示すように【家族の代わりに最善の決定をする】【身体の苦痛緩和と安楽を実現する】【曖昧な訴えの本質をつかむ】【人生の最期まで寄り添う】【孤立する家族の苦悩に寄り添う】であった。以下その考察の過程について論述する。

4.1 家族の代わりに最善の決定をする

精神科病院での看取りの特徴としてほとんどの看護師が家族関係の希薄さを挙げた。家族関係が希薄であると看護師が家族の代わりとなってケアをすることになる。その中には、家族の代わりに意思決定をするケアが含まれる。精神疾患を発症してから兄姉と音信不通になり、他に身寄りのなかったPA氏の終末期ケアについて、亡くなる4ヶ月前に医療者間でカンファレンスを持ち話し合っている。参加者は主治医、看護師長、看護師、精神保健福祉士で、胃瘻、IVHをせずにDIVのみで対応し急変時に転院はせず延命もしないことを確認している。NAはその決定に疑問を持っていた。しかし、PA氏本人はどうして欲しいと思っていたのか聞くことができず、代わりに決定する家族もおらず困ったという。

厚生労働省による終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインでは、患者の意思が確認できない場合には、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要があるとしている¹³⁾。患者の家族がいない場合は医療・ケアチームが患者にとって最善の治療方針をとることになっているが、PA

氏の場合、その決定が最善であったかNAは疑問を持っている。また、家族がいる場合には家族が患者の意思を推定したり家族が最善を考えることとなっているが、そういった努力はなされていたのだろうか。精神科長期入院患者とその親族との関係の希薄さはすでに指摘されており、関係性の希薄化した親族が患者の最近の状況を知らないまま、生死に関わる重大な決断をするのは困難であり、その判断は患者の利益につながらないこともあるとされている⁹⁾。そのため著しい心肺機能の低下のような急変を迎える前に、可能であれば代諾者となりうる親族に患者の状態を定期的に伝えておき、急変時にそなえ複数の関係者（主治医、看護スタッフ、ケースワーカー、身体科の医師など）で情報収集をして、現在の病状や問題点などについて検討しておくことと代諾者との話もいくらかは容易になると思われ、その分治療に協力してもらえ可能性が高くなるのではないかと考える。しかし、かつて親族が本人の行動に悩まされ、そのため本人に対して拒絶的であったり元々関わりをほとんど持っていなかったような場合、一般科への転院治療に関する代諾すら困難な状況が発生し精神科病院でできる限りの治療を行わざるをえないのが現状である⁹⁾。本研究でも、終末期に一般科への転院を承諾する家族はいなかった。

治療において家族の承諾を得ることは難しいが、少なくとも医療者が患者の最善を考え悩む姿勢は大事にするべきである。NAは医療者間の決定に疑問を持っていたが、患者の最善を考えるから疑問が出てくるのであり、患者に真摯に向き合っている証拠である。三山は意思の確認が困難な認知症高齢者の終末期対応にあたって、納得死を提唱している。本人・家族や近親者が悩み、医療従事者が悩む中から本人が納得するであろう終末を支援することが望ましいと考え、患者本人の納得に向けて求められる治療や最期の迎え方を本人を中心に家族がしっかり考える過程、家族や友

特性の大テーマ	ケアの大テーマ	看取りケアの本質
家族関係の希薄さ	家族の代わりになる	家族の代わりに最善の決定をする
精神症状の減少	身体ケアに重点を移す	身体の苦痛緩和と安楽を実現する
訴えの曖昧さ	身体症状を見極める	曖昧な訴えの本質をつかむ
長期にわたる関わり	人生の伴走者として関わる	人生の最期まで寄り添う
孤立する家族	家族の立場に立つ	孤立する家族の苦悩に寄り添う

図1 看取りケアの特性と本質

人、医療従事者がこれでよいのだろうかと思悩むプロセスこそが納得死に近づくもの¹⁴⁾ だとしている。家族関係が希薄であることが多い精神疾患患者にとって家族の協力は難しい。そのため医療者が最期まで悩み考えるプロセスを大切にしながら、家族の代わりに看取りにおける最善の決定をするように心がける必要があると考える。

4.2 身体の苦痛緩和と安楽を実現する

ほとんどの患者が終末期には精神症状が減少し、身体症状が顕著化する。そのため、ケアの内容も精神的なものから身体的なものへと重点が移っていた。PB氏は終末期には妄想言動や暴言暴力はみられず穏やかになったとNBは話し、看護記録にも精神症状の記述はなく、血尿や浮腫などの身体症状の記述が目立つ。そして顕著化してきた身体症状に合わせ、バルンを挿入したり腹部を圧迫しないゆったりした衣類を着用してもらったりしている。終末期の尊厳ある生死の実現に向けて重視すべきこととして、一般科看護師も精神科看護師も同様に精神的ケアより身体的ケアを優先し、尊厳ある死の条件として身体的苦痛がないことを挙げ、精神科看護師は終末期患者を前にして精神的ケアから身体的ケアへと重点をシフトさせている。また終末期看護に切り替わった時点で「心を見る」から「身体を見る」へと、「心を病んだ」患者から「死を迎えつつある」患者へと見る観点と患者観の転換が生じていることが指摘されている⁸⁾。身体ケアが中心となるという点では、一般科と精神科の看取りケアは変わらない。インタビューで精神科の看取りケアの特徴について聞いたところ「一緒一緒、それは一緒ですよ。一般科も精神科も具合が悪くなったらケアしなくてはいけないことは一緒」と、なぜそのようなことを聞くのかと言わんばかりに答えた看護師がいた。そして看取りケアは苦痛緩和と安楽につきる、と断言した看護師もいた。また「最期は一般科も精神科も変わりはないんじゃないかなっていうところは感じられる。精神科だから、一般科だからっていうふうに何となくちょっと見えない世間の壁というか偏見があったりするんで、終末というか最終的というか最期は全然そういうのはないのかなっていう思い」と、精神疾患患者には偏見がついてまわるが、死ぬ時は同じだと話す看護師もいた。

尊厳ある生死の実現に向けてすべきことは、精神科も一般科も等しく身体の苦痛緩和と安楽の実

現であり、また死にゆく場としても最期には精神科病院と一般科病院の隔たりがなくなる。

4.3 曖昧な訴えの本質をつかむ

精神疾患患者は身体的訴えが曖昧である場合が多く、身体症状を見極めるケアが必要になる。NBは身体症状を見極めるために、妄想言動を理由あるものとしてとらえていた。PB氏は、身体に何となく感じる違和感を妄想言動のような表現で訴えていた。昔から同じ病棟に入院していた仲間でありライバルでもあったF氏を引き合いに出し「苦しい、Fに薬飲まされた、のど渇く」と言い、ホールを硬い表情をして徘徊したり「Fさんが俺に違和感を与えている」と言ったりしている。PB氏のこの言動があった後、約1週間たって全身の浮腫が著明になっており、この妄想言動のように思われる表現はPB氏なりの身体症状の表わし方であったと考えられる。看護師はこういった訴えをいつもの精神症状ととらえて、その中に潜む身体症状を見逃してしまわないように、妄想言動であってもそれは恐怖や不安といった何らかの理由があって起こってくるものであると認識し、妄想言動があったときに患者はどういった背景、状況、理由からこの訴えを起こしているのかと患者の目線に立って思いやる必要があるとしている。精神看護の原点ともいえる優れたケアである。

他に、身体症状を見極めるために入浴、食事、排泄の観察を十分に行うケアがなされていた。その観察の視点はどのようなところにおけばよいだろうか。石橋は精神疾患患者の身体合併症を発見した看護師の気づきについての研究で、気づきは日常の意識的な観察や関わりの上に得られるものであり、優れた気づきとは患者の生活上のわずかな変化や普段と異なる臨床徴候など、見逃しやすい状況に気づいていくことである¹⁵⁾ としている。

患者の訴えを理由あるものとしてとらえ、日常の意識的な関わりや観察からわずかな変化を見逃さず、曖昧な訴えの本質をつかむことが求められている。

4.4 人生の最期まで寄り添う

次に人生の伴走者として関わるケアについて考察する。精神科入院患者は長期入院であることが多く、看護師は長期にわたる関わりを通して人生の伴走者として寄り添っている。昔からのなじみの名前でお互いを呼び、なじみの看護師達に見守

られ最期を迎える。NA は看護学生の時、A 病院に実習に来た時から PA 氏を知っており旧姓で PA 氏から呼ばれていた。そして出会ってから約 30 年後、PA 氏を看取っている。患者にとって生活の場となった病院に勤務する看護師達は家族に近い存在になっている。久岡は精神科病院で孤独な死を看取った看護師の想いとして、患者に対する想いが大きくなることを挙げている。家族の代わりに完全にはなれないが生活の場というところで援助を展開している。ある意味家族で、家族がすることに近い援助をして綺麗になって病院から家に帰ってもらいたいと想っているとし、家族のような関わりを担う役割のある看護師は死のプロセスにおいて気持ちはより患者に接近し、深い悲しみを抱くばかりでなく、その後も長い間気持ちを残す¹⁶⁾という。田中も家族の代わりになることはできないと思いながらも、近づくことはできるのではないかと¹⁰⁾と考えている。本研究でも NA は、昔から知っている PA 氏を看取ることができたことを感慨深く思っていると話した。

また暴力や暴言が激しかった PB 氏に対し、PB 氏を昔から知る看護師達は、精神症状の激しかった昔を含めて最期は PB 氏を受け入れている。NB はよい時の PB さんで終わっていったと話し、PB 氏の最期を肯定的に認めている。精神疾患患者は家族愛に恵まれることは少ない。しかし、昔から患者を知りケアしてきた看護師がその患者の人生の最期まで寄り添うことによって、患者の最期は安らかで豊かなものになるのではないだろうか。

4.5 孤立する家族の苦悩に寄り添う

精神疾患患者を世間から隠そうとする家族は孤立する。鈴木は、家族は周囲や家族自身の精神疾患に対する偏見によって困難な気持ちを社会に表出しづらいためにますます困難を抱え込み孤立無援状態になりやすい¹⁷⁾と指摘している。看護現場で実際に精神疾患患者と向き合ってみると、社会の偏見は患者の偏った部分だけを見ることによって形成されていると感じる。谷口らの調査では、地域住民の精神障害者に対するイメージは「変わっている」「怖い」「危険」といった否定的なものが大半であるが、それは精神障害者との接触経験がほとんどない地域住民であり、接触体験がほとんどないため危険だと受け止めているのではないかと¹⁸⁾としている。精神障害者の実際を知らず、イメージだけが先行し偏見を生み出していると言

える。また、入院している精神疾患患者の 6 割を占める統合失調症について、1940 年代から 1960 年代にかけて統合失調症の原因を家族内のコミュニケーションの歪みであるにとらえる主張が多くなされ、その後そういった主張は正しいものではないことが証明された。そして、この家族病因仮説に関する研究は統合失調症という疾患に対する差別や偏見を形成する要因となった¹⁹⁾と中坪は指摘している。こういった間違ったイメージや情報によって患者だけでなく家族も偏見にさらされている。中坪は家族を「患者のための」家族としてだけでなく、家族自身がケアを必要とした「危機に直面している」人々であることも考慮すべきである¹⁹⁾と言う。社会の偏見をなくしていくには、精神疾患についての正しい知識を広く啓蒙する必要がある。

偏見は社会におけるものだけではない。鈴木は、周囲だけでなく家族自身の精神疾患に対する偏見があると言っており、岩崎も家族は孤立した状態であるが、それは主として精神病への一般社会の偏見と家族自身の精神病への偏見から派生しているという。そして、家族は精神病にまつわる偏見から患者を守ろうとして患者の発症を外に知らせることをためらい、そのため情報や精神的支援が受けにくい状況に置かれるだけでなく、家族自身も偏見に縛られて他人に言えない病気を家族だけで抱え込み孤立しているとしている。また医療従事者からの情報提供や相談指導の機会が少ないことも家族の孤立を深めている²⁰⁾と指摘している。社会への精神疾患の正しい知識の啓蒙は時間がかかるが、家族に寄り添い情報提供し相談に乗ることはすぐに始められる。精神疾患患者への偏見によって孤立する家族に対し、家族自身がケアを必要としている存在であることを認識し、家族を患者の発病の犯人としてではなく患者のケアへの協力者として、孤立する家族の苦悩に寄り添い関わることが家族の孤立を解消する第一歩となる。

4.6 研究の限界と今後の課題

本研究の結果や考察は一つの精神科病院に勤務する看護師の語りから導き出されたものであるため、本稿の結果、考察には偏りがあると考えられる。A 病院は独立行政法人であり、身体合併症病棟を含む精神科病床をもつ。病院の設置主体や規模、身体合併症病棟の有無により、設備や環境が異なることが考えられる。また、患者の最期はそれぞれ個性があり普遍化できないものである。今

後は様々な精神科病院における看取りの事例を研究し、精神疾患をもった患者への看取りケアの本質をより広範に深くつかむ必要がある。そうすることが、今まで着眼されることの少なかった精神疾患患者の尊厳ある生死の実現への一歩になると思われる。

謝辞

本研究を行うにあたりご協力いただいた看護師の皆様、また関係者の皆様に心よりお礼を申し上げます。また本研究は、石川県立看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部を改変したものである。

利益相反

なし

引用文献

- 1)厚生労働省：精神保健福祉資料
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/630>
(accessed2017/9/6).
- 2)大川貴子，中山洋子：入院精神障害者の身体合併症の実態とケア上の困難さの分析。日本精神保健看護学会誌，13(1)，63-71，2004.
- 3)藤京子，灘岡壽英，東谷慶昭，他1名：悪性腫瘍を合併した精神分裂病患者の関わりについて。総合精神病院精神医学，5(2)，125-131，1988.
- 4)相良洋子，寺田善弘，広瀬徹也，他1名：精神分裂病患者の悪性腫瘍手術をめぐる臨床的問題。精神科治療学，3(2)，237-243，1988.
- 5) Dworkin RH : Pain insensitivity in schizophrenia. SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 20(2)，235-248, 1994.
- 6)田辺有里子，田中有紀，菊池謙一郎：がんを併発した精神疾患患者看護において症状発見を困難にする要因。日本看護学会論文集，精神看護，54-56，2009.
- 7)轟慶子，延藤麻子，轟純一，他2名：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，33(5)，591-596，2004.
- 8)小倉邦子，松下年子，藤村朗子，他2名：精神科看護師の終末期看護に関する意識調査。日本看護学会論文集，精神看護，32-34，2008.
- 9)松本雅彦，浅野弘毅：死の臨床。批評社，2011.
- 10)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－。日本精神科看護学術集会誌，55(3)，388-392，2012.
- 11)石橋照子：精神病院においてターミナルケアに用いられたケア技術。島根県立看護短期大学紀要，5，65-74，2000.
- 12)サンドラ・P・トーマス，ハワード・R・ポリオ：患者の声を聞く 現象学的アプローチによる看護の研究と実践。11-77，エルゼビア・ジャパン，2006.
- 13)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。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>. (accessed 2014.1.8)
- 14)三山吉男：認知症を伴う高齢者の終末期の現状と課題。老年精神医学雑誌，22(12)，1363-1368，2011.
- 15)石橋照子：精神科看護師による身体合併症への気づきのプロセス。日本精神保健看護学会誌，15(1)，104-112，2006.
- 16)久岡幸美，大崎晃代：孤独な死を看取るときの看護師の想い。日本精神科看護学会誌，53(1)，290-291，2010.
- 17)鈴木和子他：家族看護学 理論と実践。200-211，日本看護協会出版会，1999.
- 18)谷口房枝，森澤幸子，福原ひづる，他1名：地域住民の精神障害者への意識調査を実施して。日本精神科看護学会誌，45(2)，52-55，2002.
- 19)中坪太一郎：統合失調症の家族研究の展望。東京大学大学院教育学研究科紀要，48，203-211，2008.
- 20)岩崎弥生：精神病患者の家族の情動的負担と対処方法。千葉大学看護学部紀要，20，29-40，1998.

End-of-Life Care for Psychiatric Patients Dying in Psychiatric Hospitals

Keiko ONAGA, Hiroshi ASAMI

Abstract

We conducted qualitative phenomenological descriptive research to elucidate the characteristics of end-of-life care for psychiatric patients dying in psychiatric wards. We interviewed nurses in charge of caring for patients who passed away as inpatients of a psychiatric hospital. We asked them about their experiences in providing end-of-life care. Five characteristics of patients requiring end-of-life care were determined from their interviews: “absence of close family relationships,” “decrease in psychiatric symptoms,” “ambiguousness of complaints,” “long-term involvement,” and “isolating families.” Based on these, five aspects of end-of-life care that were determined were “substituting for the family,” “shifting the focus to physical care,” “deciphering the physical symptoms,” “participating as a life companion,” and “standing in the position of the family.” Based on these characteristics and aspects, we determined “making the best decisions in place of the family,” “providing physical pain relief and comfort,” “grasping the essence of ambiguous complaints,” “walking alongside the patient through the end-of-life journey,” and “empathizing with the anguish of the isolating family” as expressing the essence of end-of-life care.

Keywords psychiatric hospitals, psychiatric patients, end-of-life care