

原 著

## 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケア

Nursing activities that bring out resilience in patients  
with mental disorders

田中 浩二<sup>1)</sup>, 長谷川 雅美<sup>1)</sup>, 吉野 暁和<sup>2)</sup>

Koji Tanaka<sup>1)</sup>, Masami Hasegawa<sup>1)</sup>, Toshikazu Yoshino<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>金沢医科大学看護学部, <sup>2)</sup>社会医療法人財団松原愛育会松原病院

<sup>1)</sup>School of Nursing, Kanazawa Medical University

<sup>2)</sup>Matsubara Hospital

### キーワード

精神疾患, レジリエンス, 回復, 質的記述的研究

### Key words

mental disorders, resilience, recovery, qualitative descriptive research

### 要 旨

本研究は、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの特徴を明らかにすることを目的とした質的記述的研究である。精神科看護経験を5年以上有する熟練看護師12名に、非構成的面接を行い、看護経験の中から新たな適応や回復過程の促進などよい変化がみられた患者を想起してもらい、その患者への看護実践を語ってもらった。分析の結果、16のサブテーマと4のテーマが抽出された。精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護ケアの基盤は、患者看護師関係の中で患者に対して【共感的スタンスで向き合う】ことであり、そのうえで【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことであった。そして、このようなケアリングの機能を活用しつつ、患者の【現実感覚を強化する】ことや患者の価値信条あるいは生活スタイルに密着しながら、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護ケアの方略であった。

### Abstract

This qualitative descriptive study aimed to reveal characteristic nursing activities that help promote resilience in patients with mental disorders. Unstructured interviews were conducted among 12 expert nurses with  $\geq 5$  years of experience in psychiatric nursing. Nurses were asked to recall nursing interactions with patients who had positive outcomes, such as mental health changes toward recovery or new behavioral adjustments. Data analysis extracted 16 subthemes and 4 themes. The foundation of nursing care that brings out resilience in patients with mental disorders was *interacting with*

*empathetic understanding* in the patient-nurse relationship followed by *recognizing the right timing and opportunity for recovery*. While proactively exercising these nursing practices, nurses also *strengthened patients' sense of reality and cultivated patients' own power using inspiration and creativity* by remaining in close keeping with patients' own beliefs and lifestyles, resulting in a nursing strategy for generating resilience in psychiatric patients.

## 緒 言

精神障害の発症や再発は、20世紀の後半になってZubin J&Spring B<sup>1)</sup>による脆弱性ストレスモデル、すなわち生物学的要因と環境的要因の相互作用によってストレスへの脆弱性が形成され、ストレスが対処閾値を超えることで発症するという理論によって説明されるようになった。それに伴い、生物学的脆弱性に対処するために薬物療法が著しく発達したとともに、環境との相互作用で受けるストレスをコントロールするために心理社会療法も積極的に行われるようになった。このように、脆弱性ストレスモデルに治療の要因が組みこまれ、脆弱性ストレス対処行動モデルとして精神疾患の発病や再発の防御あるいは回復促進のために広く臨床適応されるようになった。

精神医学は、かつては精神病理学的あるいは生物学的な病因の解明を嚆矢として発達してきたが、それに加えて、次第と回復や治療の観点における研究もされるようになった<sup>2-5)</sup>。現代では、脆弱性ストレス対処行動モデルを超えて、加藤<sup>6)</sup>によってレジリエンスモデルという概念が注目されるようになってきた。レジリエンスモデルは、現代精神医学における新しいパラダイムであり、発病の誘因となる出来事や環境、ひいては病気そのものに抗し、跳ね返し、克服する復元力あるいは回復力を重視し、発病予防、回復促進、リハビリテーションに取り組むことを特徴としている<sup>6)</sup>。レジリエンスとは、どの世代の人もがもっている心理的抵抗力や回復力のことであり、個人の性格などの特性ではなく、周囲からの働きかけや適切な支援などの環境要因との相互作用によって変動する動的な個人特性である<sup>7)</sup>。富川<sup>8)</sup>は、回復という概念は過程ではなく「回復の結果」を指すものであり、また指標として「症状」という要素を含むこと、それと対比しレジリエンスという概念は、「過程」であり「症状に重点を置かないもの」であり、両者は類似概念であるが、レジリエンスのほうが回復過程を促進する力により明確に焦点を当てていると述べている。近年では、リカバリーという概念が登場したことによって、病気や健

康状態にかかわらず希望や自己実現を志向する傾向が強くなり、その点ではレジリエンスと類似しているが、従来「回復」とは精神状態や社会機能の改善による疾病の治療を指す概念であった<sup>9)</sup>。Grotberg<sup>10)</sup>はレジリエンスについての概念レビューや自らの研究結果から、レジリエンスを自律性や自己コントロールのような個人内要因の「I am」、問題解決能力、ソーシャルスキルやユーモアのような獲得される要因の「I can」、家族関係やソーシャルサポートなどの周囲支援や社会資源の存在を示す環境要因の「I have」の3要素に分類している。すなわちレジリエンスは、「私」という主体がもつ力に焦点を当てた回復を包含する概念であるが、回復よりも広くそのプロセスや自我のもつ力に焦点を当てており、精神疾患からの回復支援やその人の存在のありようを尊重しその人らしい生活を再構築していくために重要な概念であると考ええる。

以上のようなパラダイムから、近年精神医学や看護学、精神保健福祉の分野では精神疾患をもつ人のレジリエンスに焦点を当てた研究が報告されるようになった。田ら<sup>11)</sup>は、レジリエンスを自然治癒思想の現代版と解釈しており、精神疾患の発病抵抗力と健康回復力であると定義している。富川ら<sup>12)</sup>は、統合失調症をもつ人のレジリエンスについて、15のコアテーマから「人を頼る力」「病気でできなくなったことに対処する力」「自分を受け入れる力」「病気と折り合いをつける力」「病前から持っていた自分のすべての能力を用いて逆境に対処する力」を提示しており、看護への示唆としてはこれらの力が発揮できるように支援することを述べている。また、レジリエンスは統合失調症やうつ病の予防や回復促進、心的外傷からの回復にも重要な力であることが明らかにされており、回復後も長期的に人の生きる意欲に影響を与えるものである<sup>13-15)</sup>。したがって、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すことは看護において重要な課題であると考えられるが、レジリエンスを引き出す看護ケアについては十分に検討されておらず、精神保健福祉の分野で「積極的

な傾聴」「共感」「励まし」「自己活用」「ストレングスの会話」<sup>16)</sup>などがレジリエンスを育むスキルとして報告されている程度である。

そこで本研究は、精神科看護師が日常的なケアの場で実践している精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの特徴を明らかにすることを目的とする。精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアが明らかになることによって、精神疾患の治療や再発の予防のために効果的なケアを展開することや新たな治療のケアのプログラムを開発することに寄与できると考える。

## 用語の定義

本研究では、精神疾患をもつ人のレジリエンスを「精神疾患をもち症状や生きる上での困難がありながらも、その人自身に内在している回復過程を促進するための自我の力のことであり、あらゆる健康状態や回復過程の精神疾患患者が有しており、患者看護師関係や周囲の人との関係性などの環境要因との相互作用の中で育まれるもの」と定義し、本研究で焦点としている精神疾患をもつ人のレジリエンスが引き出された状態を「病気の回復過程が促進された状態、あるいは症状がありながらもその人なりに精神や生活のバランスを保とうとしている状態、その人が主体的に生きようとしている状態」と定義した。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究では、質的記述的研究デザインを用いた。質的記述的研究は、事例における事実を、そうした出来事が存在する日常の中で使用する言葉を用いて包括的に要約し、現象を率直に記述するための方法であり、関心ある現象の自然な文脈の破壊を最小限にする方法で探究できるという特徴や研究参加者の言葉を用いた濃厚な記述によって現象の理解を伝えることができるという特徴を有している<sup>17)</sup>。そのため、この研究方法を用いることで、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアについて、精神科看護師の日常的でリアルティのある実践の中から記述することができるかと考えた。

### 2. 研究参加者

精神科看護経験を5年以上有し、かつ看護管理者によって、熟練した看護実践能力をもっていると判断されたエキスパートの看護師とした。精神科看護経験を5年以上とした理由は、Ben-

ner<sup>18)</sup>が中堅者の臨床経験年数の目安を類似した患者集団において3～5年としており、中堅のステージを経てエキスパートに移行すると述べていることや看護経験を積み職務キャリア認知を高く意識化することと患者へのレジリエンスを引き出す働きかけに関連があること<sup>19)</sup>が言われているからである。

### 3. 調査期間

2013年11月～2015年3月

### 4. データ収集方法

研究参加者が日常的な実践や出来事を、自然な状況でありのままに語るができるように留意し、60分～120分の非構成的面接を行った。Benner<sup>20)</sup>は、熟練看護師の実践を分析する際、効果のあった行為を状況から切り離して一般化し、それをそのまま別の状況に当てはめることはできないと述べている。そこで、本研究目的を達成するために、研究参加者にはレジリエンスの定義を説明し、過去の精神科看護経験の中において、レジリエンスが引き出されたことで、回復過程の促進などよい変化が見られ、鮮明に印象に残っている患者との相互作用を想起してもらいながら、どのような看護実践があったのか事例の文脈を重視しながら語ってもらった。研究者は、研究参加者が体験を詳細に想起し、語るができるよう、適宜状況に根ざした質問を行った。面接内容は研究参加者の許可を得てボイスレコーダーに録音した。

### 5. データ分析方法

研究参加者毎に逐語録化したデータを繰り返し精読し、全体論的な視点から把握した。そして、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すことに寄与していると考えられる部分に着目し、データを看護実践やその基盤となる考え方、対象への向き合い方についての意味が損なわれない単位で区切り、コード化した。次に、コードの類似性・差異性に基づいてまとめたものをサブテーマの形で抽出した。さらにサブテーマ同士を比較・分類しまとめたものからテーマを抽出した。最終的に、得られたテーマの相互関係から、構造を導き出した。

### 6. 結果の真実性

結果の真実性を確保するため分析の全過程において、精神看護学の専門家からスーパーバイズを受けた。また、分析結果については研究参加者に提示し、語ったことの意図や実際との相違がないこと、およびレジリエンスを引き出す看護ケアとして了解可能であることを確認した。

## 7. 倫理的配慮

研究参加者には、文書と口頭で研究計画の主旨について説明し、研究協力は自由意思であること、研究途中でいつでも研究参加の拒否ができ、拒否した場合も一切不利益は被らないことを保障したうえで、同意書に署名を得た。また、研究参加者や語られる事例の匿名性が守られるよう配慮した。本研究は研究協力機関倫理委員会および所属機関倫理委員会（承認番号：259）の承認を受けた。

## 結 果

### 1. 研究参加者の属性

研究参加者は、表1に示すとおり12人の精神科看護師であり、看護師経験年数（平均±SD）は15-36（26.6±8.1）年、精神科看護経験年数（平均±SD）は15-36（23.0±7.5）年であった。研究参加者が語った総事例数は26例で、統合失調症19例、発達障害2例、うつ病2例、双極性障害3例であった。

### 2. 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケア

得られたデータを分析した結果、16のサブテーマと4のテーマが抽出された。これらのテーマ間の関係性から以下のような構造が明らかになった。以下、テーマは【 】で、サブテーマは< >で表記する。

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看

護ケアの基盤は、患者看護師関係の中で患者に対して【共感的スタンスで向き合う】ことであり、そのうえで【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことであった。そして、このようなケアリングの機能を活用しつつ、患者の【現実感覚を強化する】ことや患者の価値信条あるいは生活スタイルに密着しながら、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護の方略であった。

#### 1) テーマ1【共感的スタンスで向き合う】

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すために、基盤となっている患者との関係性のもち方や患者への向き合い方であり、患者の立場に寄り添いながら治療の中に安心と信頼をつくりだしていくことである。

##### (1) <患者に対して安心と信頼をおくる>

患者に対して、自身の存在そのものが受容されているという感覚を提供し、患者が安心して場に存在することができ、自らの世界を表現したり可能性を開拓したりするための基盤が確立するよう支援することである。

Aさんは、患者から安心や信頼が得られるよう添い続けたことで、被害念慮や疎外感が強かった患者の状態が改善したことを語った。

かなり人間不信や疎外感があった患者さんなんです、その人の身になるというか一生懸命この

表1 研究参加者の属性

ID	性別	精神科看護 経験年数	看護経験年数	役職	語られた事例の疾患と事例数
A	女	36	36	無	うつ病1
B	男	23	23	看護師長	統合失調症1, 双極性障害1
C	男	15	15	看護師長	統合失調症1, 双極性障害1
D	男	15	15	看護師長	統合失調症2
E	男	20	20	無	統合失調症1, 発達障害1
F	女	23	30	主任	統合失調症4
G	男	19	19	主任	統合失調症1, 発達障害1
H	女	31	36	看護師長	統合失調症2
I	女	28	28	副看護部長	統合失調症2
J	女	15	36	看護部長	統合失調症3
K	女	18	27	看護師長	統合失調症1, うつ病1, 双極性障害1
L	男	34	34	無	統合失調症1

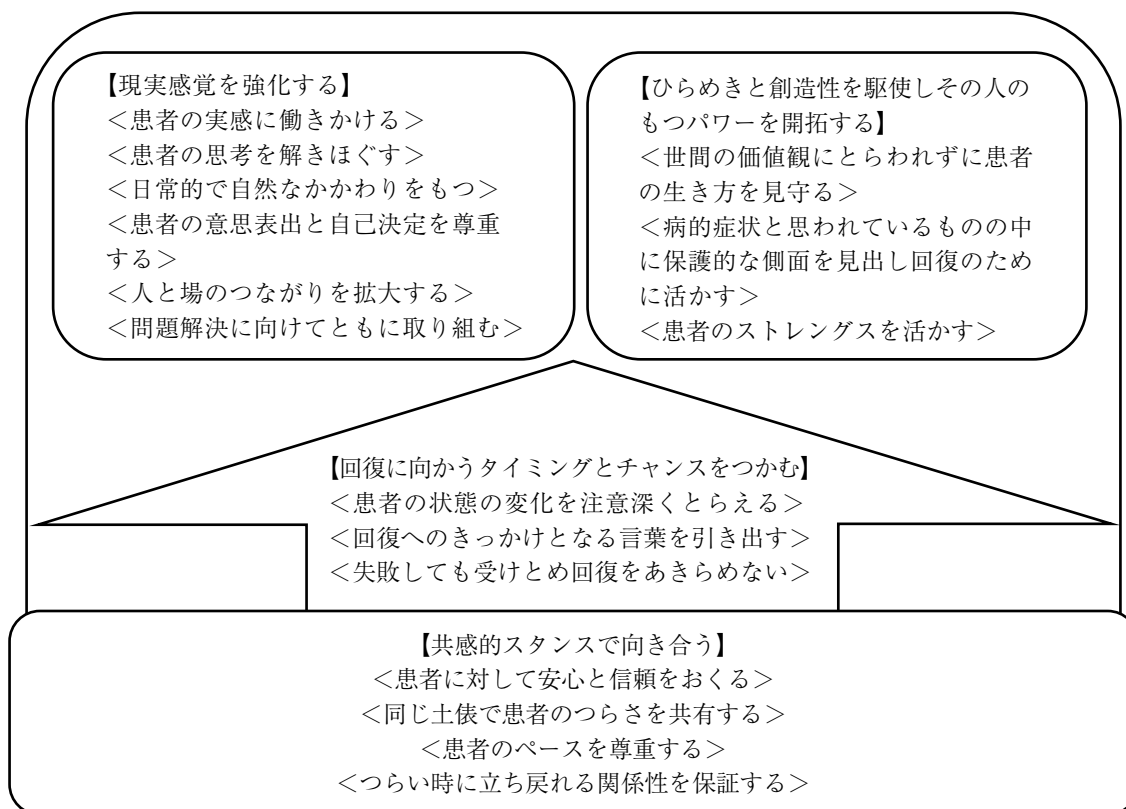


図1 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの構造

人のために何かしたいという気持ちをもってかかわっていると、それが伝わるんじゃないかな。最初は人を毛嫌いして何も話さなかった人が、私が行くと喜んでくれて、本当に体で喜んでくれるようになったんですよ。それで少しずつ自分のことを話すようになって日に日に明るくなりました。

(2) <同じ土俵で患者のつらさを共有する>

患者と同じ立場にたって、患者の負の感情を共有し、感情のカタルシスをはかることによって、患者自身が問題解決していくための基盤を構築することである。

Bさんは、患者の問題となっている事実は括弧に入れたうえで、現在の状況やつらさを患者と共有できるようにかかわることで、気持ちを汲みとろうとした思いが伝わり、患者の状態が落ち着き、問題解決に向けた基盤が構築されたことを語った。

保護室が長くなった患者さんで、本当にスタッフもかなり疲弊もしてたし、もちろん陰性感情も強くなっって。この人は、家でやってきたことが、例えば家で親殴ったとか、そういう事実があったけど、そこはまあどうでもよくて、今現在のあの人の状況がどうなんやろうかっていうことは

いろいろ考えて、共通して話ができんとやっぱりダメっていうか、それだけ拒絶の強い人だったから。とりあえず、今の状況はしんどいやろうっていう話しかなかったね。で、(患者の部屋に)行く度に、とにかく今の状況は不憫や不憫やっていう話をしとったら、(状態が)よくなった時に本人が、「(保護室にいた時に)不憫って言ったことが……」って言ってくれたもんで、気持ちを汲みとろうとした思いが伝わったのかなって、それがよかったのかなと思って。

(3) <患者のペースを尊重する>

患者のペースに合わせてかかわり、精神症状によってケアの反応が即座にみられなくても患者に深いところでは通じていると信じて患者の変化を待つことである。

Dさんは、意欲が低下している患者に対して、患者のペースに合わせて刺激を与えていくことで外出ができるようになり、少しずつ外界に対する関心が拡大していったことを語った。

意欲が無くていつも寝ていたいという人だったんですけども、そのうちに自分の好きな洋服を買いに行こうって言うのと応じてくれるようになって、

久しぶりに、車で出かけることもできて。病院で生活してる空間から外に出るときって、変化を求めない人にとってはすごくストレスなんですけど、でもある程度信頼関係をつくって、一緒に外の様子を見ながら話していくと、なんだか退院してもう一度楽しいことがあるんじゃないかっていう気持ちになってくるんですよ。

(4) <つらい時に立ち戻れる関係性を保証する>

患者が回復していくプロセスの中で、困難に直面したりつらくなったりした時にいつでも安心して立ち戻ることができる関係性を保証し、そうした自らが丸ごと受け止められる関係性を軸として患者が生活の中で精神のバランスを保ちながらパワーを発揮していくことができるように支援することである。

Eさんは、退院後10年以上経過していても、時々会いに来てくれる患者のことを提示しながら、つまりいた時や苦しくなった時に立ち戻ることができる関係性を保証することの重要性を語った。

退院してからも仕事場でつまずいた時とか、つらくなった時とか、病棟に訪ねて来てくれて「こんなことがあったんだけどどう思う？」とかって話していく患者さんがいて。患者さんでなくてもあると思うけど、つらくなった時に自分を丸ごと受け止めてくれる人のところに行って、自分の気持ちを受け止めてもらって、また明日からも頑張っている。そんな風に、これから何年たってもつらい時に立ち戻ることができるだろうなって思える敷居の低い関係性が保証されていることで、頑張っていていけるんですよ。

2) テーマ2【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】

患者の回復過程が進展するためのきっかけをつかむことである。回復過程が停滞し慢性的に経過している場合であっても、タイミングとチャンスを捉え、変化への引き金が引かれることで回復過程が進展することがあり、そのような変化のきっかけをとらえるためにエキスパート看護師のセンスと技が活かされていた。

(1) <患者の状態の変化を注意深くとらえる>

患者に対する興味や関心をもってかわかり、患者の言動の意味やちょっとした変化を発見しながら、患者が回復に向かうチャンスをとらえることである。

Fさんは、患者が発した何気ない言葉で変化へのタイミングをつかむことができ、治療への抵抗性が強かった患者が主体的に服薬できるようにな

り、地域生活が安定したことを語った。

またGさんは、患者に対して心身の力を抜いて第六感的な感覚も活かしながら向き合ったことで、回復に向かう変化がつかめたことを語った。

被害妄想が強くて興奮してる人なんかだと、こちらでも緊張したり、肩に力が入ってしまうけど、気分を落ち着けてもらうとか安心してもらうために、自分自身が肩の力を抜いてできるだけリラックスして話をして、なんとか落ち着いてくれたときに、ふとこう患者さんも力が抜けるというか、それまでは興奮気味に「あんまりよ、あんなことして」って怒って、「わー」って言ったのに、時間がたって「ああー」ってこうなったときに、ああ今だなんて、刑事で言ったら、落ちたなんてみたいなあれよね。今のタイミングやなっていう。本人がそこでこうふと体の力が抜けたなって思う時がケアのタイミングと言うかね。(被害妄想があり) なかなか食事がとれない人だったけど、そのタイミングで食事を勧めたら食べれるようになったね。なかなか言葉にならないから、難しいけど、第六感みたいな感覚かな。

(2) <回復へのきっかけとなる言葉を引き出す>

日常生活の場で患者と共に治療や将来の生活に対する思いを確かめ合いながら言語化していくことである。

Dさんは、長期入院で意志表出の少ない患者に対して、患者が何気なく発した言葉の中から回復に向かう萌芽的な言葉を掘り上げ、その言葉に責任感をもたせて後押しするということを積み重ねた中で回復過程が進展したことを語った。

自分達の考えの押し付けていうことはしたくないんだけど、患者さんのほうから何かこうしたいという意味を言葉として引き出せるものがあったら、それを大事にするというのはありますよね。ちょっと自分の発した言葉に責任感もたせて、それを後押ししていくっていうことの積み重ねですよ。そういったところを大事にしていくと患者さんのちょっと思った、ちょっとひらめいた何かを拾えるかなと思うところもあるかな。

(3) <失敗しても受けとめ回復をあきらめない>

患者の症状が増悪・再燃したり、生活の再構築に失敗したりした時などにも、それを受け止め、回復のチャンスを保証することである。

Hさんは、再発や入退院を繰り返し無力感が強くなっている患者に対して、それを受け入れ、あきらめずにサポートし続けることで、患者は回復への希望を取り戻し、地域生活に対するモチベー

ションが保持できていることを語った。

今治療を続けることができている、でもだめになって、繰り返し繰り返し失敗しても、でも、まだチャンスはあるから。「あれくらい約束したのに、約束が守れなくてまた入院してきた」って泣かれたってこともありましたが、こんなことは何回もあるということは私は想定してたので、全然心配ないし、まだチャンスがあるので、またこれからやり直しましょうって。これで終わりじゃないからねっていうことで話をすると、「もう一回やってみようか、もう一回地域の人やってくれるかな」っていう話はできたりしますね。

### 3) テーマ3【現実感覚を強化する】

精神症状に支配され思考や感覚が硬くなったり、現実感覚が乏しくなっている患者に対して、心身の感覚や自己の主体性を取り戻せるように働きかけることを通して、現実感覚を強化していき患者の回復過程を促進する力を動員することである。

#### (1) <患者の実感に働きかける>

患者が現実感覚を強化することができるように、自身の身体に起こってくる変化や生活の中での実体験を意識化できるように働きかけ、それらの実感を確認しながらケアを進めていくことである。

Hさんは、患者の実感を丹念に確認していくことで治療や回復に対する理解が促進したことを語った。

例えば内服を中断した患者さんだと、やめた時はよかったし何の影響もなかったけど、日が経つとだんだんと周りの状況が違って写るようになったとか、夜も眠れなくなったっていう実感を聞いていくと、それってもしかして薬やめたことがひとつの原因かも知れないよねってことを患者さんの実感を通して確認していくんですね。薬飲むことで最初はしんどかったよね、だけど安定してくると、もっとあなたの生活がしやすくなったり気持ちも体も楽になったことはあるんじゃない？っていうと、ああ、こんな風に楽になった、こんなことも出来始めたって。やっぱり体験してないことは想像でしかないけど、過去や現在の実体験の中で患者さんが感じている心身の心地よさに焦点を当てていくと患者さんにとって受け入れやすいと思います。

#### (2) <患者の思考を解きほぐす>

自尊心の低下や精神症状からの支配によって、被害的になったり言語化が困難になったりしている患者の思考を解きほぐしていくことである。

Iさんは、思考が被害的になりやすい患者の思いに添いながら思考を解きほぐすことで、患者は少しずつ自分の思いを言語化できたり、物事を肯定的に捉えることができるようになり、他者との関係性が良好になっていったことを語った。

統合失調症の患者さんで思考が被害的になる方なんですけど、自分に自信がなかったので、できるだけ会話の中でよいところを見つけながら、できている部分をお互いに確認し合いながら、あとコミュニケーションが苦手で、自分の言いたいことがうまく表現できないところもあったので、会話の中で日頃の言いたいところとか感じてるところを引き出せるようにしました。妹さんとの関係の中で結構被害的な発言をいつも言うので、被害的な考え方でなくて違ったよいような捉え方もできるよってことを常に伝えていきました。そうすると妹がこの前こういうこと言ってくれたわ、って少しプラス思考の発言が出たり。病状によっても波が出てくるんですけど、妹さんとの関係がよくなっていきました。

#### (3) <日常的で自然なかかわりをもつ>

現実感覚が乏しくなっている患者に対して、日常的な生活感覚があふれる時や場を創造したり、穏やかで自然な人間対人間のかかわりをもつことによって、現実感覚が取り戻されるように働きかけることである。

Jさんは、日常的なかかわりをきっかけに患者が病的体験から抜け出せたことを語った。

閉鎖病棟に入院している患者さんなんか、私たちが日常当たり前に感じている四季折々の自然や空気を味わえないので、ちょっと散歩に行くとか、売店に行ってもすぐに帰るのではなくて、ちょっと病院の周りを散策して帰ったりとかを大事にしていますね。そしたら、あるときに、病気がよくなったという自覚のなかった患者さんが、私と一緒に院内のバザーに行き、そして私が商品を見ながら「うちの子どもにこんなのを買ってあげたらいいな」って言ったときがあったんですよ。そしたらそれを聞いてた患者さんが病棟に帰ってきて我に返ったんです。患者さんが退院する時に、私に言った言葉が「あれまでは自分が分からなかった」って。私とバザーに行き何気ない日常の会話をしたことで、「違う世界から帰ってきたみたいになった」と患者さんが言いました。こんなことがあるのかと不思議に思いましたけどね。

#### (4) <患者の意思表示と自己決定を尊重する>

患者が生活や治療について、自分の体験や思い

を表出することができ、そうした意思表示を通して自己決定する力を育み、自らの意志で望む生活や治療を構築できるように支援していくことである。

Hさんは、患者が納得して自らの生活や治療を構築していくことができるために、自己責任で主体的に服薬ができるように働きかけたことを語った。

薬がよく効いて朝がすっきり起きれないとか、昼間も眠くてしたいことが何もできないっていう患者さんだと、やはりきちんとお薬を飲んだときの気持ちとか体験していることやこんな生活ができるようになりたいので薬を調整してほしいということを、主治医に自分で話しましょうって。もちろん看護師からも主治医に報告はするんですけども、看護師が報告したから先生が勝手に薬を変えるのではなくて、患者さんが自分で納得のいく治療をつくっていくっていうことが大切ですね。

#### (5) <人と場のつながりを拡大する>

患者が人との相互作用を通して回復していくことができるように、フォーマルあるいはインフォーマルな人とのつながりの場を拡大していくことである。

Kさんは、患者が人とのつながりの中で、自身が役に立てたという実感を持てたことで回復していったことを語った。

病院行事のフリーマーケットで一緒に売り場に入ってもらって売ってもらったことで、いろんな人との距離がぐっと縮まって、すごいいい顔になって、看護師には怒りが強かった患者さんなんですけど、慕ってくるようにもなりましたし、退院する時には「お世話になりました、ご迷惑をおかけしました」って、手紙を置いていきました。それを思うと、患者さんはいつも支援を受ける立場なので、やっぱり自分をもっと必要とされたいっていうか、そういった点でよい効果があったことなのかなって思いますね。

#### (6) <問題解決に向けてともに取り組む>

患者とともに問題解決に向けて取り組み、患者が治療や自らの人生の主体となれるように支援し、現実感覚を強化することである。

Bさんは、不穏が強く保護室隔離が長期化していた患者に対して、その状況のつらさを共有し、問題解決に向けてともに取り組んだことで、患者は治療に対して主体的に向き合えるようになり、現実検討力が強化されたことを語った。

最初はとにかく今の状況が辛いっていう気持ち

を共有して、この状況をなんとか一緒に解決していこうっていう話をしてたら、「じゃあ、どうしたらいい？」っていう話を言ってくれるようになって。やっぱり、そこって自分の感情って自分で評価してほしいし、抑えるところは抑えるとか、結構自己啓発の本とか読んでた人だからね。客観的にそれ言われるとおそらく相手は腹立つと思うよとか、だからこういう表現に変えていってほしいっていうのを聞き入れてくれるようになって、結構スムーズにいけて（隔離解除になって）、本人はやっぱりそれから何年経ってもフランクに話してくれるんね。

#### 4) テーマ4【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】

患者理解を深め回復に向かうタイミングとチャンスをつかんだうえで、患者の価値信条や生活スタイルに密着しながらひとりひとりの患者の創造的な生き方を構築し、その人がもつパワーを最大限に活かすことができるように支援することである。

#### (1) <世間の価値観にとらわれずに患者の生き方を見守る>

ひとりひとりの人の価値や置かれた状況、生活背景の理解を重視し、一般的な世間の価値基準にとらわれず、患者が自分らしく主体的に生きることができるよう支援することである。

Lさんは、社会通念や一般常識から少し離れていても、患者なりに落ち着く生き方を見守ることで精神のバランスが保たれることを語った。

いろんな社会的なルールからは少し離れるかもしれないけど、でもなんとか生きてる患者さんっているし、そんな風に生きてる人って案外強いですよ。支援する側は、普通の生活って考えますけど、生活が乱れて入院させると亜昏迷が現れたり。地域では見られなかった症状が、入院したら現れたりするんですよ。家に電化製品がないと不便だろうと思って、テレビや電子レンジを勧めて買ってすぐ捨ててしまったり。だから我々は患者の生活を社会的規範に合致しとるかどうかだけでみてはいけない。やっぱり全体でみないと。患者なりに落ち着く生き方でなんとかバランスをとっている、なんとか生きてるっていうのを見守らないといけないですね。

#### (2) <病的症状と思われているものの中に保護的な側面を見出し回復のために活かす>

病的症状と判断されており治療の対象となっている症状や行動の中から、その人の自我を守り精



神のバランスを保つことに寄与していると考えられる保護的な側面を見出し、回復のために活かすことである。

Fさんは、未治療期間が10年以上あり幻覚妄想や強迫観念が固定化しているため長期入院になっていた患者に対して、その症状の中から保護的な側面を見出し、治療に活用することで退院できたことを語った。

すごく強い妄想がある統合失調症の方で、数にすごくこだわって、でもこだわる理由がその人なりになって、入院した時に渡された紙に推定入院期間が3か月と書いてあったんだけど実際には3年以上入院している。どうもそこから本人が、「今8月だったらおかしい、今は冬でしょう」って言って8月に真冬の衣装を着たり。10月に入院して3か月で退院予定になっているのにまだ病院にいるから本人は冬だと思っているようで。それで、入院中に作業療法に行き行って籠をつくったのをその人に「こんなのどう？」って見せた時、「それは退院した人が来てするものです」って言ったことがあって、数や自分のルールにこだわる人だったので、「デイケアに週に何回来てあれをやらなさいといけないのよ」って言ってすすめたら、家族や訪問看護にもすごく協力をしてもらってだけで、退院して定期的にデイケアに通うようになって家での生活が送れるようになった。

### (3) <患者のストレンクスを活かす>

病的症状や問題行動がありながらも、それらをコントロールするばかりではなく、患者の健康的な側面やもっている力・才能・可能性・希望などに着目し活かすことによって、自尊心や主体性を育むことである。

Eさんは、施設で育ち怒りや衝動性のコントロールが困難な患者に対して、健康的な側面に着目してかかわったことで、患者は自分の気持ちを表現できるようになり、グループホームで暮らせるようになったことを語った。

その人のいいところをみつけて、その人がコツコツと辛抱したり積み上げていっているものを評価して。そんな風に患者さんの体験に乗っかっていくと、患者さんとの間の緊張がすごく和らいで、反社会的な行動があって1年半入院していた患者さんだけ、患者さんに表情が出てきたり、それまでは怒りだけしかなかったのが、泣くことができたり、笑ったりすることができたりするようになっていって、退院して外勤しながらグループホームで暮らせるようになった。

## 考 察

### 1. 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護の基盤

看護師は、患者のレジリエンスを引き出すための基本的な存在のありようとして【共感的スタンスで向き合う】ことを重視していた。【共感的スタンスで向き合うこと】は、患者のレジリエンスを引き出すどのプロセスにおいても重要であり、精神症状が著明な時や回復過程が停滞している時、あるいは回復に向かう時や回復後の生活を維持していく時に、患者を保護しつつ、回復を支援するための基盤となるものであった。このように、支持的・受容的態度で存在する看護師によって、患者は看護師との間に安全空間を体験することができ、信頼と安心が体験できる関係性を軸として自己の世界を開示したり自己の世界を創造したり自己の精神のバランスを保ったりすることができていた。このような【共感的スタンスで向き合う】支援者の存在は、患者にとってGrotberg<sup>10)</sup>が提唱するレジリエンスの「I have因子」となり、また富川ら<sup>21)</sup>が回復の鍵となるレジリエンスとしてあげている「人とかかわる力」を育むために有効となると考えられた。また、看護師もそのように患者と共に在るなかで、患者の【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことができおり、さらに、【現実感覚を強化する】ことや【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことも可能となっていた。すなわち、【共感的スタンスで向き合う】ことは、それ自体が患者のレジリエンスを引き出すことに寄与する一方で、看護師にとっても患者のレジリエンスを引き出す看護ケアを展開していく上でのきっかけや方向性、新たなアイデアを得ることにつながるものであった。Heidegger<sup>22)</sup>は、人間存在のあり方を、時間性という規定の中で、世界内部的に出会われる存在者のもとでの存在者として、おのれに先んじて世界の中にすでに存在するという世界内存在として定義した。そして、Laing<sup>23)</sup>は、自己の体験世界が他の人々とは共有しえないものになっているとき、外界の事象はしばしば彼に大きく影響し持続的な致命的脅威となり、日常的な生活環境さえが彼の安全度の低い閾値を脅かすと解釈した。すなわち、世界内存在という人間のあり方は、あらゆる根源的な不安や恐怖による脅かしから自己を保護するものであると考えられる。精神疾患をもつ人は、精神症状や社会的な孤立によって、人間関係の中での疎外を体験することが多く、世界

内存在としての人間存在のあり方が脅かされ、レジリエンスが低下しやすい。このような患者に対して、〈安心と信頼をおくる〉〈同じ土俵で患者のつらさを共有する〉〈患者のペースを尊重する〉〈つらい時に立ち戻れる関係性を保証する〉というような共感的スタンスで共に在ることは、世界内存在としての人間存在のあり方の中でレジリエンスを引き出していくための基盤として重要であるといえよう。これは、Benner<sup>20)</sup> がケアリングの第一義性について、患者が生きていくことに意味を見出し、人々とのつながり・世界との結びつきを維持または再建できるように手助けすることであると述べているように、ケアリングの概念に通じるスタンスであるといえよう。中井ら<sup>24)</sup> が、精神疾患患者は本来高度の自然治癒力をもっているが、人的環境要因も含めてそれを妨害する内的外的要因が多いことを述べており、患者の慎みを交えた優しさへの感性に表れているような「心の生ぶ毛」を回復のために温存することの重要性を述べている。すなわち、【共感的スタンスで向き合う】ことによって、患者の自我を保護し、自我の力を育むことが重要であるといえる。精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すためには、ケアリングの概念に依拠した人的環境要因への配慮が重要であり、そのような関係性の中でレジリエンスの発動を促したり、【回復に向かうタイミングとチャンスをつかん】でいくことが重要であるといえよう。

## 2. 日常性を大切にした看護師のかかわり

精神疾患をもつ人のレジリエンスを高めるための基盤は、患者が脅かされている世界内存在としての人間存在のあり方を取り戻すことであり、その中で【現実感覚を強化】しながら自己の生活や生き方を主体的に創造できるよう支援していくことが重要であると考えられた。具体的には、精神疾患を抱え、非日常的な体験をしている患者に対して日常的な環境を保証していくことが重要であり、〈日常的で自然なかかわりをもつ〉ことや〈人と場のつながりを拡大する〉ことなどを通して環境づくりを行い、病的体験から抜け出すきっかけをつくっていくことが重要であるといえる。また、Sullivan<sup>25)</sup> が精神療法の中で患者に期待できることとして、自分の身体に起こった変化や辺縁に位置する思考に意識を向けることを挙げているように、看護師が患者の心身に起こってくる変化や現実認識のありようを注意深く傾聴し、〈患者の実感に働きかけ〉たり〈患者の思考を解きほぐ

す〉ことはレジリエンスを引き出すきっかけとなるといえるだろう。さらに、以上のようなケアの環境づくりや精神療法のうえに〈患者の意思表示と自己決定を尊重する〉ことや〈問題解決に向けてともに取り組む〉ことを通して患者の主体性を育むことは、Grotberg<sup>10)</sup> がレジリエンスの構成要素のひとつとしてあげている自律性や自己コントロールという個人の力、すなわち「I am因子」を引き出すことに寄与するといえるだろう。これらのケアは、精神疾患をもつ人が日常的な感覚を取り戻していくうえで重要であると考えられる。Hiddegger<sup>26)</sup> が日常性は世界内存在としての人間存在のあり方を支えている基盤であると述べているように、日常的な現実感覚を積み重ねていくことはまた、【共感的スタンスで向き合う】ことと同様に世界内存在としての人間存在のあり方を取り戻すことにもつながり、レジリエンスを引き出すことに寄与するといえよう。

## 3. 精神疾患をもつ人の生き方と看護師のひらめきや創造性の融合

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアとしては、【現実感覚を強化する】一方で、〈世間の価値観にとらわれずに患者の生き方を見守る〉〈病的症状と思われているものの中に保護的な側面を見出し回復のために活かす〉〈患者のストレングスを活かす〉という【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことも重要であると考えられた。これは、個々の患者の生き方と看護師のひらめきや創造性を融合することによって、その人が主体的に生きる力を引き出すことに寄与するケアであると考えられる。Steven<sup>27)</sup> は、逆境を乗り越えるための7つのレジリエンスとして、洞察、独立性、関係性、イニシアティブ、ユーモア、創造性、モラルを提示した。また富川<sup>8)</sup> は、統合失調症者のレジリエンスを、統合失調症からの回復や新たな適応の過程を促進する力と定義し、世界とつながる力、人につながる力、自己を癒す力、自己と外を調整する力、主体的な自己を造る力、現在に満足できる力、未来を造る力、統合する力の8つの要素を挙げた。【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことは、独立性、イニシアティブ、創造性<sup>26)</sup> や主体的な自己をつくる力、現在に満足する力、未来を造る力<sup>8)</sup> などを引き出すことにつながるといえる。すなわち、Grotberg<sup>10)</sup> が述べるレジリエンスの「I am」因子、「I can」因子を育む働きかけであるといえよう。これは、精

神疾患をもつ人が自らの価値観や主体性、自分らしさを保ちながら生きるという自己実現を支える看護のあり方であり、高いレベルのレジリエンスを引き出す看護のあり方であると考えられよう。また、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ための前提には、田中<sup>28)</sup>が述べているように「病」と「人」が融合された中で患者のライフヒストリーに根ざした対象理解があること、さらに看護師自身に「人」としての自分と「専門家」としての自分の融合という身体知レベルでの臨床能力があり、患者の生き方や人間存在のあり方への優れた洞察があると考えられる。中井<sup>29)</sup>は、寛解患者のほぼ安定した生き方のひとつは、巧みな少数者として生きることであり、患者が本来持っている人間的魅力を摩耗しないように配慮しながら世に棲む棲み方を獲得することであると述べている。精神疾患をもつ人には困難な生活状況にあっても、自分なりの生き方や価値を大切にしながら生き抜く強さがあり、そのような力を引き出し尊重するためにも、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが重要であろう。これは、石井ら<sup>19)</sup>が、患者のレジリエンスを引き出すためには、患者本人の「自分には困難や危機を乗り越える力がある」という自己変容力を意識化させることが重要であると述べていることから裏付けられよう。患者が世界内存在として在りつつ、自らの生き方や価値観あるいは行動特性が尊重されながら、もっているパワーが開拓され主体的に生きることができるよう、看護師には患者の状況に巻き込まれて関与する中でケアにひらめきと創造性を生み出す能力が求められているといえよう。

#### 4. 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの特徴

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護ケアの基盤は【共感的スタンスで向き合う】ことであり、その中で【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことであった。そして、このようなケアリングの機能を活用しつつ、【現実感覚を強化】したり、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護の方略であり、精神科看護師はこれらの4つのテーマの相互関連の中で、状況に応じてあらゆる要素を活用しながらケア行動をとっていることが考えられた。精神疾患からの回復を促す要因としては、安心感や信頼感ももてること、保護を受けること

ができる関係性があること、環境からの刺激を適度に受けること、自己洞察ができること、自信ももてること、趣味や楽しみがあること、楽観主義であること、情緒的支援ネットワークを認知していること、自己感覚を大切にしながら自己統合力を発揮していくことなどが報告されており<sup>30-33)</sup>、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアは、既存の回復を促す看護の志向性と類似していることが考えられた。しかし、本研究では回復を志向するための前提であるレジリエンスを引き出す看護に焦点を当て、看護師の実践を具体的に記述したことによって、意図的な介入ではなく、日常的な場面で精神疾患をもつ人と共に在る中で自然と生み出されるケアや精神疾患をもつ人に内在する自我の力を尊重したケア、すなわちより彼らの主体性を尊重したケアを導き出すことができたと考える。精神状態が不安定な人はリカバリー志向性が低い<sup>34)</sup>とされていることや回復はもともと精神状態や社会機能の改善を指していたことから、精神状態によっては回復を促す看護の適応が困難な場合もあると考えられるが、本研究結果で導き出された精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアでは、対象がどのような健康状態であっても対象の存在そのものへの向き合いによって【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことができ、回復過程の促進を促す自我の力を引き出すことができるといえる。このようなケアの根底には、精神疾患をもつ人の存在のありように対する深い理解や存在そのものを尊重し関与しようとする看護師のスタンスがあり、そのうえで人間が生きるための前提となる日常性への高度な配慮やその人の人生を理解しその人らしい生き方を尊重する創造性があると考えられよう。

#### 研究の限界と今後の課題

本研究では、研究参加者によってレジリエンスという概念の理解や認識に差があることも否めない。しかし、精神科看護経験の豊富な看護師が患者との相互作用の中で実感した精神疾患をもつ人の回復過程を促進する自我の力に着目し、それらを引き出す看護ケアのあり方について記述できたという点で、レジリエンスを引き出す看護ケアとして了解可能であると考えられる。今後は、本研究結果を実践の指針として実践研究を行い、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの有

効性を検討していくことが課題である。

## 謝 辞

本研究にあたり、インタビューにご協力いただき、貴重な体験を語っていただきました看護師の皆様へ深く感謝いたします。

## 利益相反

該当する利益相反はない。

## 文 献

- 1) Zubin J., Spring B.: Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103-126, 1977
- 2) 中井久夫: 精神分裂病状態からの寛解過程, 中井久夫著作集1巻精神医学の経験-分裂病(第1版), 岩崎学術出版社, 115-177, 東京, 1984
- 3) 笠原嘉, 木村敏: うつ状態の臨床的分類に関する研究, *精神神経学雑誌*, 77, 715-735, 1975
- 4) 近田真美子: うつ病者の回復過程を支える看護介入, *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 6(1), 27-36, 2010
- 5) 山川裕子: うつ病者の回復過程における改善の認識, *川崎医療福祉学会誌*, 16(1), 91-99, 2006
- 6) 加藤敏: 現代精神医学におけるレジリエンスの概念の意義, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 1-23, 東京, 2009
- 7) 石井京子: レジリエンスの定義と研究動向, *看護研究*, 42(1), 3-14, 2009
- 8) 富川順子: 統合失調症をもつ人のresilience-概念の検討-, 高知女子大学紀要看護学部編, 58, 53-65, 2008
- 9) 野中猛: リカバリー概念の意義, *精神医学*, 47(9), 952-961, 2005
- 10) Grotberg E.H.: How to Find the Resilience to Deal with Anything, New Harbinger Publications, 1-9, 1999
- 11) 田亮介, 八木剛平, 田辺英他: 精神疾患におけるレジリエンス研究-PTSDからの発展-, *臨床精神医学*, 37(4), 349-355, 2008
- 12) 富川順子, 野嶋佐由美: 統合失調症をもつ人のresilience-病という逆境からの回復過程を表すテーマ-, 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 31-40, 2014
- 13) 田亮介: PTSDにおけるレジリエンス研究, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 75-92, 東京, 2009
- 14) 小林聡幸: うつ病のレジリエンス-内なるリズムの回復, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 93-109, 東京, 2009
- 15) 辻野尚久, 水野雅文: レジリエンスモデルに基づく統合失調症の再発予防研究, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 147-164, 東京, 2009
- 16) 三品桂子: 重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル, *精神保健福祉*, 40(4), 341-351, 2009
- 17) 北素子, 谷津裕子: 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション(第1版), 医学書院, 22-33, 東京, 2009
- 18) Benner P.: 技能修得に関するドレイファスモデルの看護への適用, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論-達人ナースの卓越性とパワー(第1版), 医学書院, 10-27, 東京, 1992
- 19) 石井京子, 藤原千恵子, 河上智香他: 患者のレジリエンスを引き出す看護師の支援とその支援に関する要因分析, *日本看護研究学会雑誌*, 30(2), 21-29, 2007
- 20) Benner P., Wrubel J.: 気づかひの第一義性, 難波卓志訳, 現象学的人間論と看護(第1版), 医学書院, 1-30, 東京, 1999
- 21) 富川順子, 野嶋佐由美: 統合失調症を持つ人のresilience 回復過程を促進する力, *高知女子大学看護学会誌*, 40(2), 20-30, 2015
- 22) Heidegger M.: 気遣いとしての現存在の存在, 原佑, 渡邊二郎訳, 存在と時間II, 中央公論新社, 149-162, 東京, 2003
- 23) Laing RD.: 存在論的な不安定, 阪本健二, 志貴春彦, 笠原嘉訳, 引き裂かれた自己 分裂病と分裂病質の実存的研究, 47-79, みすず書房, 東京, 1971
- 24) 中井久夫, 永安朋子: 養生を念頭に置いた精神科治療, 中井久夫編, 分裂病の回復と養生-中井久夫選集(初版), 星和書店, 1-24, 東京, 2000
- 25) Sullivan H.S.: 治療概念, 中井久夫・山口隆訳, 現代精神医学の概念, みすず書房, 227, 東京,

- 1976
- 26) Heidegger M. : 現存在の日常性の時間的意味, 原佑, 渡邊二郎訳, 存在と時間Ⅲ, 中央公論新社, 159-164, 東京, 2003
- 27) Steven JW., Sybil W. : 問題の多い家族という難題, 奥野光, 小森康永訳, サバイバーと心の回復力-逆境を乗り越えるための七つのレジリアンス, 金剛出版, 11-33, 東京, 2002
- 28) 田中美恵子 : 精神看護におけるライフストーリーの意味-人として理解する術, 患者として理解する術, 精神科看護, 38(12), 4-9, 2011
- 29) 中井久夫 : 世に棲む患者, 中井久夫著作集5巻精神医学の経験-病者と社会, 岩崎学術出版社, 3-27, 東京, 1991
- 30) 熊谷陽介, 藤田佳子, 久保寛之 : 急性増悪した統合失調症患者の回復を促した要因, 精神科看護, 33(9), 47-51, 2006
- 31) 堀川英起, 宮本真巳 : うつ状態が慢性化した患者の回復過程に影響を与える要因, 精神科看護, 40(2), 57-67, 2013
- 32) 藤本裕二, 藤野裕子, 楠葉洋子 : 地域で暮らす精神疾患をもつ人のリカバリーに影響を及ぼす要因, 日本社会精神医学会誌, 22, 20-31, 2013
- 33) 山元恵子 : ライフワーク活動をしている統合失調症者の回復過程-自己統合力の発揮と居場所・生きがいの発見, 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 104-113, 2009
- 34) Corrigan P.W., Phelan S.M. : Social Support and Recovery in People with serious mental Illnesses, Community Mental Health Journal, 40, 513-523, 2004