

〔研究論文〕

精神科医療のインフォームド・コンセントにおける看護師の役割 —統合失調症患者に対して入院から退院までに実施した看護実践の内容分析から—

橋本光子*

THE ROLE OF NURSES IN THE INFORMED CONSENT OF PSYCHIATRIC CARE — A CONTENT ANALYSIS OF NURSING PRACTICE PROVIDED FOR SCHIZOPHRNIC PATIENTS FROM ADMISSION TO DISCHARGE —

Mitsuko HASHIMOTO *

本研究は、統合失調症圏の患者3名に実施された看護実践に焦点を当て、精神科医療のインフォームド・コンセント（I・C）における看護師の役割を明らかにすることを目的とした。対象者に対して、研究者が実施した看護場面を質的に分析した結果、I・Cの行為が実施された場面は、1）入院時の関わり場面、2）入院時オリエンテーション時の関わり場面、3）同室患者や他患者との対人関係の困りでの関わり場面、4）病気の表出での関わり場面、5）今後の生活についての関わり場面の5つに分けられた。3名共に共通していた看護師のI・Cの行為は、＜患者の表出内容の受容的な傾聴＞、＜患者の言動の受け止め＞、＜患者の言動から入院前の経過の把握＞であった。こうした行為をしつつ、患者の特徴を把握し、様々な助言や意思決定の支持を行っていた。統合失調症患者は、患者の生活歴や生まれ育った環境が影響し、症状が多彩であるため、個別的な関わりが要求され、共通するI・Cの行為は少なかった。その他、統合失調症患者に特有なI・Cの行為として、対人関係における困りでの教育的な関わりがあった。統合失調症患者へのI・Cにおける看護師の役割で重要なことは、患者の脆弱な自我を理解した上で、患者にとって脅かされない存在となり、関係性を築いていくことであった。看護におけるI・Cの行為は、断片的なものではなく、看護行為のプロセスを通して行われていた。

キーワード：インフォームド・コンセント、看護師の役割、精神科看護、統合失調症患者

Key words：informed consent，role of nurses，psychiatric nursing，schizophrenic patients

Abstract

The role of nurses in the informed consent of psychiatric care

A content analysis of nursing practices provided for schizophrenic patients from admission to discharge

The purpose of this study was to clarify the role of nurses in the informed consent of psychiatric care with a focus on nursing practices provided for three schizophrenic patients. After qualitative analysis, informed consent scenes were divided as follows: 1) Interpersonal intervention during admission procedures, 2) Interpersonal intervention during orientation, 3) Nurse intervention related to patient problems with roommates or other patients, 4) Nurse intervention related to patient expressions concerning disease symptoms, and 5) Interpersonal intervention related to patient future life expectations. Common points related to receiving informed consent from three patients were: 1) Active listening to the contents expressed by patients, 2) Receiving what patients say, and 3) Grasping the disease process before admission and problematic behaviors based on patient behaviors. Nurses understand patient characteristics and provide the appropriate advice and support required in decision making. Because schizophrenic patients have a variety of symptoms related to life history and environment, few commonalities were noted. As an action of informed consent peculiar to schizophrenic patients, we determined that educational intervention was required to resolve the problems of interpersonal relationships. The important factor relevant to nurses in the informed consent of schizophrenic patients is to be non-threatening and to develop relationships based on a clear understanding of the patient's delicate ego. The action of informed consent in nursing is not a fragmentary one but is incorporated throughout the total nursing process.

*東京女子医科大学病院 (Tokyo Women's Medical University Hospital)

I. はじめに

現在、医療現場では、診療情報の開示に向け、インフォームド・コンセント（以下、I・Cと略す）の重要性が以前より一層強く認識され、そのありようが模索されている（濱崎ほか、2002）。また、医療に対する不信の時代でもあり、真実の情報を適切に開示することが、誠実な信頼し合える患者と医療者との人間関係を構築していくことにつながる。そのために、きちんと真実が伝えられ、患者の自由意志のもと、あらゆる医療行為を患者が自己決定していくというI・Cの理念を取り入れて、患者中心の医療に近づけていこうとする取り組みが望まれている（森川、2003）。

近年、医療の進歩により、診断方法や治療法が多様化し、複雑になってきている。そのため、病気を治療するだけでなく、患者の価値観を尊重しながら医療やケアを提供していく全人的医療に、視点が向けられるようになってきている（本家、2003）。しかし、臨床現場において患者が主体となる患者の理解に基づく同意を得ながら治療を進めていくI・Cの実践は、いまだ、医療者も患者も不慣れで、多くの問題を抱えている（岡本ほか、2002）。

このような時代の流れの中で、新たな看護のあり方として、医師などの医療関係職種と協同し、患者の生活の質の向上を目指す、療養生活支援の専門家としての看護師像が求められている（川村、2003）。医療現場の中で、I・Cを実践していく上でも、患者に関わる医療チームの中で、一番身近である看護師の役割は大きいと言える。特に、精神科医療では、患者自身が再発を防ぐための対処方法を獲得できることが重要となるため、生活している患者・家族の現実に沿った情報提供が重要である。

しかしながら、日常の看護場面における看護のI・Cについての研究は少なく、看護師のI・Cにおける役割はまだ十分に明らかにされていない。そこで、精神科医療において、生活している患者・家族の現実に沿った情報提供につながる、日常の看護場面における看護のI・Cについて、明らかにしていく必要があると考える。

II. 研究目的

本研究は、統合失調症患者への看護実践に焦点を当て、精神科医療のインフォームド・コンセントにおける看護師の役割を明らかにすることを目的とする。

なお、本研究でいうインフォームド・コンセント（I・

C）とは、患者が医療を受ける際に、病状や医療行為に対する説明を受け、治療や看護について自己決定をしていく過程と定義する。

また、I・Cの行為とは、I・Cをとりながら行われる看護行為のこととする。

III. 研究の方法とデザイン

1. 研究デザイン

帰納的アプローチによる質的研究デザインとした。

2. 対象者

大学病院の神経精神科に入院した統合失調症圏の患者3名、及びその患者に対して実施された看護行為を対象とした。

3. データ収集施設

調査施設は、都内にある約1000床を有する総合病院であり、調査病棟は、31床の男女混合閉鎖病棟である。調査病棟の看護基準は、3：1である。

看護形態は、モジュール型プライマリナース制で、全ての患者にプライマリナースがついている。

4. データ収集方法

統合失調症圏の患者3名に対して研究者がプライマリナースとなり、入院から退院までの間に研究者が関わった日々の場面をプロセスレコード形式に記載した。その他、医療記録、看護記録などの情報から補足的なデータを収集した。

5. データ分析方法

入院中の場面をプロセスレコード形式で記載し、入院から退院までの流れに沿い、対象者の言動をもとに看護師が介入した場面を分類した。そして、内容分析により、各々の場面ごとに看護師が行ったI・Cの行為を抽出した。看護師が行ったI・Cの行為を共通点や相違点の観点からコード化し、類似のものをまとめて、総合的に分析した。

6. 調査期間

2004年6月～2005年1月。

7. 倫理的配慮

対象者の病状を考慮し、良好な治療を確保するために、患者の理解力・判断力が回復したと思われる退院

が確実に決まった時期に研究の協力に対する説明を、研究者が行った。なお、同意を決定するまでの時間的余裕を考慮した。その際に、対象者に対し、文書を用いて、研究の趣旨・方法・プライバシー保護・今回の研究以外に調査内容を使用しないこと・研究の協力に対していつでも中止できることとその時の連絡方法・結果の開示について具体的に説明をし、同意を得た。また、データ収集は、対象者から同意が得られたあとに、入院時点までさかのぼり、記録よりデータを収集した。この研究の実施に対して、東京女子医科大学倫理委員会より承認を得た。

Ⅳ. 結果

1. 対象者の背景

対象者は、Aさん・Bさん・Cさんの3名であった。以下に各々の対象者の背景を示す。

1) Aさんの背景

30歳代の女性で病名は統合失調症であり、単身で暮らしている。専門学校へ入ってから、勉強が忙しくなり、睡眠が減少した。1年後には、幻聴や監視されている感じが始まり、それが徐々に強くなり、入院となった。入院後は、服薬と休養にて、幻聴はなくなり、入院中に専門学校の授業が受けられるようになるまで回復し、2ヶ月弱で退院となった。入院時は、病識がなく母が保護者となり、医療保護入院となったが、入院して20日後には、治療の必要性を実感できるようになり、入院途中で医療保護入院から任意入院に入院形態が切り換えられた。

2) Bさんの背景

30歳代の男性で病名は統合失調症であり、母と2人暮らしをしている。20歳代で発症し、通院治療を受け、デイケアへの通所と体調の良いときにはアルバイトを行っていた。過活動、多弁、過干渉が出現し、本人の希望もあり、任意入院となった。薬物調整にて理屈っぽさ、多弁、断続睡眠がなくなった。外泊を繰り返し行い、2ヶ月半で退院となった。

3) Cさんの背景

70歳代の女性で病名は妄想性障害であり、単身で暮らしている。50歳代で発症し、通院治療を続けていた。通院を自己中断し、被害妄想などの症状が悪化した。自宅で頻回に転倒し、倒れているところを発見さ

れ、救急車で運ばれた。本人の入院の意思があったため、任意入院にて緊急入院となった。食事摂取とリハビリテーションにて身体面が改善され、3ヶ月の入院で施設へ移ることになった。

2. 対象者の言動をもとに抽出したI・Cの要素を含む5場面

I・Cは、患者が主体であり、患者の自律と自己決定を支援するものであるため、プロセスレコード形式に記載したものから、対象者の言動をもとに看護師が介入した場面を分類した結果、以下のような特徴的な5場面（3名に対してそれぞれ5場面、計15場面）が抽出できた。

- 1) 入院時の関わり場面
- 2) 入院オリエンテーション時の関わり場面
- 3) 同室患者や他患者との対人関係の困りでの関わり場面
- 4) 病気の表出での関わり場面
- 5) 今後の生活についての関わり場面

3. I・Cの要素を含む5場面から抽出したI・Cの行為(表1.)

対象者3名のI・Cの要素を含む特徴的な5場面を、各々の場面ごとにI・Cの行為の共通点や相違点から分析した。I・Cの要素を含む5場面での研究者（プライマリーナース）の関わりと、研究者が行ったI・Cの行為について、入院から退院までの流れに沿って、以下に述べる。

なお、対象者および研究者の言動は、「」で示し、I・Cの行為は、< >で示した。

また、I・Cの要素を含む5場面から抽出したI・Cの行為を表1.に示した。

1) 入院時の関わり場面

3名共に共通していたI・Cの行為は、<患者の表出内容の受容的な傾聴>、<入院前の辛い状況の受け止め>、<患者の言動から入院前の経過の把握>を行うことであった。

個別的なものとしては、Aさんの場合は、初期の発症であり、薬物治療が初めて導入されたため、服薬が抵抗なく行えるか、<服薬への理解の査定>という看護行為を行っていた。幻聴が起らないようにテレビは見ないで過ごすなどの自己対処ができていたら、それを認める声かけを行い、<自己対処への支持>を行った。Bさんは、患者の言動からある程度は自分の病気

表 1. 5 場面から抽出した対象者ごとの I・C の行為

	A さん	B さん	C さん
1. 入院時の関わり場面	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の表出内容の受容的な傾聴 ・入院前の辛い状況の受け止め ・患者の言動から入院前の経過の把握 ・服薬への理解の査定 ・自己対処への支持 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状のアセスメント ・入院前の辛い状況の受け止め ・面談の必要性の査定 ・患者の表出内容の受容的な傾聴 ・患者の言動から入院前の経過の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の表出内容の受容的な傾聴 ・入院前の辛い状況の受け止め ・患者の言動から入院前の経過の把握 ・食事摂取の必要性の提示
2. 入院オリエンテーション時の関わり場面	<ul style="list-style-type: none"> ・休息の優先 ・転室による環境変化時の患者の質問に沿った説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状のアセスメントと対応 ・面談の場の設定 ・看護師からみた入院してからの良い変化の提示 ・治療による入院してからの良い変化の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体回復による行動範囲の拡大について患者の質問に沿った説明 ・ナースコールの位置の説明 ・安心できる声かけ ・休息の優先 ・転室による環境変化時の患者の質問に沿った説明
3. 同室患者や他患者との対人関係の困りでの関わり場面	<ul style="list-style-type: none"> ・困りの表出に対する受容的な傾聴 ・患者の困りに対する医師への情報提供 ・病状のアセスメント ・病状に合った環境の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・同室患者への対応の仕方の助言 ・相談事に対する対策の患者との検討 ・患者の要求に対する主治医への情報提供 ・医師への患者の意向の提示 ・他患者との距離の取り方についての助言 ・他患者と距離が取れていることの支持 ・患者の表出内容の受容的な傾聴 	<ul style="list-style-type: none"> ・困りの表出に対する受容的な傾聴 ・患者の困りに対する医師への情報提供 ・病状のアセスメント ・病状に合った環境の調整 ・部屋の見学の付き添い
4. 病気の表出での関わり場面	<ul style="list-style-type: none"> ・退院の決め方に関する助言 ・患者からの質問に対する再発予防への助言 ・病状への心配・焦りに対する医師への病状説明の依頼 ・主治医からの病状説明内容の把握 ・自己対処への支持 ・患者の言動から病状への理解の査定 	<ul style="list-style-type: none"> ・思いの受け止めと傾聴 ・患者の意思決定に対する支持 	<ul style="list-style-type: none"> ・不眠の辛さの受け止め ・眠れている事実の提示 ・身体症状に対する処方薬の与薬 ・安心できる声かけ ・雑談をする時間の設定 ・自己対処への支持 ・訂正不能な妄想への対応
5. 今後の生活についての関わり場面	<ul style="list-style-type: none"> ・患者との会話から痛みの原因の把握 ・他の医療職への相談の提案 ・作業の必要性の査定と患者への助言 ・行動や言動から性格傾向の把握 ・生活の中での活動と休息のバランスを考えた過し方の助言 ・バランスのとれた過し方に対する支持 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活に向けた過し方の助言 ・規則正しい生活への援助（声かけと促し） ・患者の言動の受け止め ・回復を待ちながらの見守り ・退院後の社会資源の活用助言 	<ul style="list-style-type: none"> ・出来ていることの保証と自立へ向けての援助

に対して理解していることはわかったが、治療や看護への要求が多いことは躁状態での病状からも影響しているのではないかと判断し、＜病状のアセスメント＞を行った。また、＜面談の必要性の査定＞を行った。Cさんは、全身衰弱状態での入院だったため、＜食事摂取の必要性の提示＞をする看護行為を行い、食事摂取を促していった。

2) 入院オリエンテーション時の関わり場面

ほぼ共通しているI・Cの行為は、Aさんは疲労状態であり、Cさんは全身衰弱での入院だったため、＜休息の優先＞を行い、入院時には細かいオリエンテーションは行わなかった。さらに、Cさんには、全く動けない不安に対して、＜ナースコールの位置の説明＞と＜安心できる声かけ＞を行った。そして、＜転室による環境変化時の患者の質問に沿った説明＞や＜身体回復による行動範囲の拡大について患者の質問に沿った説明＞を行った。

Bさんは、1つ1つの生活をしていく上での決まり事の説明に対して、質問してくる理屈っぽさがみられた。そのため、理屈っぽい言動に対する＜病状のアセスメントと対応＞を行った。しかし、1ヶ月後には、薬物療法により、一方的な要求がみられなくなったことから、躁状態での病状から引き起こされていたのだと理解した。このことから、上記の変化に対して、＜面談の場の設定＞、＜看護師からみた入院してからの良い変化の提示＞、＜治療による入院してからの良い変化の共有＞をした。

3) 同室患者や他患者との対人関係の困りでの関わり場面

3名共に、他患者との距離の取り方での困りがあり、それに対する関わりを行った。患者からの対人関係の＜困りの表出に対する受容的な傾聴＞、＜医師への情報提供＞、＜同室患者への対応の仕方の助言＞を行った。そして、休息がとれないなどの病状への影響が見られた時には、＜病状のアセスメント＞と＜病状に合った環境の調整＞を行った。Cさんは、同室患者が所かまわず話しかけてくる状況があり、部屋を移ることに応じられていた。しかし、70歳代と高齢でもあり、いざ移るとなると環境の変化での不安もみられた。そのため、言葉での説明だけではなく＜部屋の見学の付き添い＞をすることも行った。

さらに、Bさんは、同室患者や他患者への対応の困りに関する表出が毎日みられ、躁状態も影響して、気に

なることを直接同室患者に言うてしまうことがあった。そのため、トラブルになることが予測され、＜同室患者への対応の仕方の助言＞に加えて、＜相談事に対する対策の患者との検討＞、＜他患者との距離の取り方についての助言＞を行い、助言に沿った行動がとれていたときには、＜他患者と距離が取れていることの支持＞を行った。また、好意を持っていた女性患者に対しての表出があったときには、＜患者の表出内容の受容的な傾聴＞を行った。

4) 病気の表出での関わり場面

同じ統合失調症圏の患者であるが、病気に関する困りは、性別や年齢差もあり、3名それぞれが違っていた。そのため、I・Cの行為も違う内容のものだった。

Aさんは、専門学校と通信制の大学に通っていて、就職活動中であつたため、退院日を自ら決めて、先走ってしまう焦りの行動や再発防止策についての質問がみられた。それに対して、＜退院の決め方に関する助言＞、＜患者からの質問に対する再発予防への助言＞、＜病状への心配、焦りに対する医師への病状説明の依頼＞、＜主治医からの病状説明内容の把握＞を行った。そして、外出や外泊をして実際に行動することで、疲れやすさを感じ、現状を理解し、状態に合った過し方を考えられるようになった。そのため、＜自己対処への支持＞、＜患者の言動から病状への理解の査定＞を行った。

Bさんは、病名告知に対して、納得できない不満を訴えと共に、入院中の振り返りの言動や病気に対して理解を示す言動がみられた。そして、退院を決定する言動がみられた。そのため、＜思いの受け止めと傾聴＞、＜患者の意思決定に対する支持＞を行った。

Cさんは、不眠症と胸痛に対する関わりを行った。その内容は、不眠症に対しては、＜不眠の辛さの受け止め＞、＜眠れている事実の提示＞であつた。胸痛に対しては、＜身体症状に対する処方薬の与薬＞、＜安心できる声かけ＞、＜雑談をする時間の設定＞、＜自己対処への支持＞、＜訂正不能な妄想への対応＞であつた。

5) 今後の生活についての関わり場面

3名共に、退院に向けて、今後の生活についての教育的な関わりが中心だった。Aさんは、活動と休息のバランスの取り方、Bさんは、規則正しい生活についての関わり、Cさんは、自立に向けての関わりを行った。

Aさんは、作業療法を通して、＜患者との会話か

ら痛みの原因の把握>、<他の医療職への相談の提案（徐々に楽な方法にしていくなど）>、<作業の必要性の査定と患者への助言>を行った。そして、入院生活でのAさんの行動の観察や言動から、<行動や言動から性格傾向の把握>を行い、傾向として、几帳面で、融通のきかなさがあることがわかった。活動と休息のバランスを考えず、無理して忙しい生活となったことが発症の原因でもあるため、<生活の中での活動と休息のバランスを考えた過し方の助言>をし、活動と休息のバランスを考えての行動が取れている時には、<バランスのとれた過し方に対する支持>をしていった。

Bさんは、「退院後バイトができればいい」との言動に対して、<退院後の生活に向けた過し方の助言>、<規則正しい生活への援助（声かけと促し）>、バイトを続けるための訓練として、<退院後の社会資源の活用の助言>を行った。外泊後、うつ状態になってしまった時には、<患者の言動の受け止め>、<回復を待ちながらの見守り>を行った。

Cさんは、転院へ向けて、<出来ていることの保証と自立へ向けての援助>を行った。

それぞれの患者の個性や今までの生活歴の違いがあり、I・Cの行為の内容は3名が違うものであった。

4. 5 場面を通してのI・Cの行為の分析（表2.）

以上、各々の場面ごとにI・Cの行為の共通点や相違点の観点から分析した結果、3名共に共通していたのは、入院時の関わり場面だけであった。そのため、5場面全体の共通点や相違点について分析した。その結果を以下に述べる。また、5場面を通してのI・Cを行為分析したものを表2.に示した。

入院時の関わり場面で、唯一3名共に共通していたI・Cの行為は、<患者の表出内容の受容的な傾聴>、<入院前の辛い状況の受け止め>、<患者の言動から入院前の経過の把握>であった。そこから、各々の患者の特徴を把握していた。

<患者の表出内容の受容的な傾聴>と、<患者の言動の受け止め>は、他の場面でもよく行われていた。行われていた場面は、入院時の関わり場面の他に、同室患者と他患者との対人関係の困りでの関わり場面、病気の表出での関わり場面、今後の生活での関わり場面であった。そして、患者の表出内容を受容的に聴いて、その表出内容に対して、看護師からみでの様々な助言を行ったり、意思決定の支持をしたりというI・Cの行為を行っていた。そして、また、患者の表出内容を受けて、<回復を待ちながらの見守り>、<思いの受け

止めと傾聴>を行っていた。

精神科看護師の専門的な知識・技術を生かしたI・Cの行為は、Aさんは、入院時の関わり場面での幻聴が起らないようにテレビを見ないで過ごすことに対する、<自己対処への支持>と<服薬への理解の査定>であり、病気の表出での関わり場面での<退院の決め方に関する助言>、<患者からの質問に対する再発予防への助言>、<病状への心配、焦りに対する医師への病状説明の依頼>、<主治医からの病状説明内容の把握>であった。Bさんは、入院時の関わり場面と入院オリエンテーション時の関わり場面での患者の言動からの<病状のアセスメント>と、<面談の必要性の査定>であった。その後、治療による良い変化に対して、<面談の場の設定>、<看護師からみた入院してからの良い変化の提示>、<治療による入院してからの良い変化の共有>を行った。Cさんは、同室患者と他患者との対人関係の困りでの関わり場面での<部屋の見学の付き添い>と、病気の表出での関わり場面での<不眠の辛さの受け止め>、<眠れている事実の提示>、<身体症状に対する処方薬の与薬>、<安心できる声かけ>、<雑談をする時間の設定>、<自己対処への支持>、<訂正不能な妄想への対応>であった。

今後の生活での関わり場面でのI・Cの行為は、3名共に内容は違っていたが、精神科看護師の専門的な知識・技術を生かしたI・Cの内容であった。具体的には、Aさんには、<患者との会話から痛みの原因の把握>、<他の医療職への相談の提案（徐々に楽な方法にしていくなど）>、<作業の必要性の査定と患者への助言>、<行動や言動から性格傾向の把握>、<生活の中での活動と休息のバランスを考えた過し方の助言>、<バランスのとれた過し方に対する支持>を行った。Bさんには、<退院後の生活に向けた過し方の助言>、<規則正しい生活への援助（声かけと促し）>、<退院後の社会資源の活用の助言>を行った。Cさんには、<出来ていることの保証と自立へ向けての援助>を行った。ここでの関わりでは、生まれ育った環境、今までの経過などのそれぞれの個性も影響し、また症状も多彩であることから、I・Cの行為の内容は違っていた。そして、内容は、精神科に特有なものだった。

また、統合失調症患者への関わりで特有のものとして、対人関係での困りでの関わりがあった。そのときのI・Cの行為は、<患者の困りに対する医師への情報提供>、<病状に合った環境の調整>を行い、場合により、<同室患者への対応の仕方の助言>、<相談事に対する対策の患者との検討>、<他患者との距離の

取り方についての助言>、<他患者と距離が取れていることの支持>というような教育的な関わりを行っていた。

表 2. 5 場面全体での I・C の行為の分析

3 名共に共通し、5 場面を通してよく行われていた I・C の行為	精神科看護師の専門的な知識・技術を生かした I・C の行為	対人関係の困りでの I・C の行為 (統合失調症患者に特有なもの)
<ul style="list-style-type: none"> ・患者の表出内容の受容的な傾聴 ・入院前の辛い状況の受け止め ・患者の言動から入院前の経過の把握 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>上記を通して、各々の患者の特徴を把握</p> <p>看護師からみての様々な助言や意思決定の支持を行い、さらに、患者の表出内容を受けて</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回復を待ちながらの見守り ・思いの受け止めと傾聴 	<p>A さん</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己対処への支持 ・服薬への理解の査定 ・退院の決め方に関する助言 ・患者からの質問に対する再発予防への助言 ・病状への心配・焦りに対する医師への病状説明の依頼 ・主治医からの病状説明内容の把握 ・患者の言動から病状への理解の査定 ・患者との会話から痛みの原因の把握 ・他の医療職への相談の提案 ・作業の必要性の査定と患者への助言 ・行動や言動から性格傾向の把握 ・生活の中での活動と休息のバランスを考えた過し方の助言 ・バランスのとれた過し方に対する支持 <p>B さん</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状のアセスメント ・面談の必要性の査定 ・面談の場の設定 ・看護師からみた入院してからの良い変化の提示 ・治療による入院してからの良い変化の共有 ・退院後の生活に向けた過し方の助言 ・規則正しい生活への援助 ・退院後の社会資源の活用への助言 <p>C さん</p> <ul style="list-style-type: none"> ・部屋の見学の付き添い ・不眠の辛さの受け止め ・眠れている事実の提示 ・身体症状に対する処方薬の与薬 ・安心できる声かけ ・雑談をする時間の設定 ・自己対処への支持 ・訂正不能な妄想への対応 ・出来ていることの保証と自立へ向けての援助 <p style="text-align: center;">Ⅱ</p> <p>個別性があり、共通する I・C の行為がほとんどない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の困りに対する医師への情報提供 ・病状に合った環境の調整 ・同室患者への対応の仕方の助言 ・相談事に対する対策の患者との検討 ・他患者との距離の取り方についての助言 ・他患者と距離が取れていることの支持 <p style="text-align: center;">Ⅱ</p> <p>主に教育的な関わり</p>

V. 考察

1. うつ病患者との比較による精神科医療のI・Cにおける看護師の役割の共通点と相違点

研究者が以前に行った、うつ病患者に焦点を当てた精神科医療のI・Cにおける看護師の役割を明らかにした研究の結果（橋本、2003）を本研究の結果と比較する。

統合失調症患者とうつ病患者を比較して、いくつかの点において、共通するI・Cの行為がみられた。

入院時オリエンテーションでの関わり場面での身体の疲労や衰弱状態での入院に対して、＜休息の優先＞や＜転室による環境変化時の患者の質問に沿った説明＞や＜身体回復による行動範囲の拡大時について患者の質問に沿った説明＞といった時期を考えての説明は、うつ病の患者へのI・Cの行為と重なるものだった。疾患によらずどの患者にも共通するものであると言える。

また、うつ病患者への関わりにおいて、患者からの思いの表出場で、患者の思いを受け止めるI・Cの行為があった。これは、統合失調症患者への関わりで多くみられた＜患者の表出内容の受容的な傾聴＞と、＜患者の言動の受け止め＞と重なるものである。だが、うつ病患者の場合は、うつ症状の回復に伴い、今まで心の中に思いをため込んでいたものを表出することで、1人で抱え込まずに他者に話して楽になるという体験をするものであった。一方、統合失調症患者の場合は、ため込んでいた思いを表出するというよりは、今までの辛い状況をどれだけ理解してくれるか、相手を試す意味が込められていた。患者は、誰もわかってくれないという被害的な思いが強まっており、刺激に敏感で自我が脅かされている状態にある。そのため看護師は、患者にとって味方であり、安心して心の内を話せる存在になるために、＜患者の表出内容の受容的な傾聴＞と、＜患者の言動の受け止め＞を行っている。これは、入院時は、患者との関係性を確立していくためには、否定も肯定もせずに、患者の言動をただ受け止め、傾聴する行為が、大切なためと思われる。精神疾患を患った患者へのケアは、その状態をもたらししている内界への理解があってはじめて、どのようなケアをどのように行うべきかが導かれるし、ケアの質を検討することが可能となる（阿保、2004）と言える。

阿保（2004）は、「統合失調症に罹患しやすい人々は、厚い柔軟な自他の境界線に守られた精神構造を築きあげていくことができなかったと考えられる。それゆえ、対人関係形成能力が低かったり、ストレスに弱かったり、社会性の一部が身についていなかったりする。し

たがって、患者に必要なのは、破綻をきたしやすい精神構造を強化していくことである。そのためには、実生活の中での生活体験と、それへの対処によって得られる自信や洞察力や他者への信頼を積み重ねていくこと、それ自体がもっとも重要なことである」と述べている。上記の関わりは、統合失調症患者への看護として、阿保が述べている「脅かされている自我を保護する」ことや「自我の減弱を補う」ことにつながるケアと言える。

さらに、統合失調症患者は、うつ病患者に比べ、I・Cの行為で各々の患者に共通する内容が少なかった。これは、統合失調症には、患者の生活歴や生まれ育った環境も影響し、うつ病患者と比べて症状が多彩であるためと考えられる。そのため、患者の生活歴や生まれ育った環境の影響も踏まえた個別的な関わりが、統合失調症患者には特に要求されると言える。

統合失調症患者だけではなく、精神看護の観点からみても、個別性を最も大切にする看護、その人特有の指標、つまりその患者が抱えている問題に沿って見通しを立てて関わっていくことは重要である（阿保、2004）。統合失調症患者への看護として特有の知識・技術を用いながら、患者にとって脅かされない存在となり、その患者との関係性を築いていくことが看護のI・Cを行う上で重要となると言える。

2. 統合失調症患者に対するI・Cにおける看護師の役割とI・Cの特徴

うつ病患者への関わりではなかった統合失調症患者への関わりに特有のものとして、対人関係での困りでの関わりがあった。これは、患者の生活歴や生まれ育った環境、病状による影響などから社会経験が少なく、社会の中で自然と身につける常識を得られないことが、人との付き合い方にも大きく影響しているためと思われる。そのため、＜同室患者への対応の仕方の助言＞、＜相談事に対する対策の患者との検討＞、＜他患者との距離の取り方についての助言＞を行ったり、＜退院の決め方に関する助言＞、＜他の医療職への相談の提案＞を行ったりなど、様々な教育的な関わりを行うことで、社会性を身につけるよう手助けを行っている。そして、そこから自信へとつなげるために、できた行動への保証と支持を行っている。

また、統合失調症患者は、一般に社会経験が乏しいため、自分の置かれている状況を把握し、自分の病状とのかね合いから退院後の生活を決定する力が弱いと考えられる。そのような患者に対して、患者の思いを

傾聴しつつ病識や理解の足りないところを補足しながら、患者の考えを尊重し、患者の自己決定を支えていくことが大切であると言える。上記の教育的な関わりは、患者自らが自己決定していけるための自信や洞察力、他者への信頼の強化につながる看護師の重要な役割と言えるであろう。

3. I・Cにおける看護の役割と特徴

I・Cとは、患者が主体となる（隈本、1996）、患者の理解に基づく同意のことである（柳田ほか、1996）。I・Cを得るための医師の役割は、病名・病状を告知すること、必要な検査や治療について可能性のある複数方法をあげて、それぞれの目的や方法について比較できるように利点や欠点・生命への危険性・予後への影響などについて説明をすることである（鈴木、1996）。そのため、その時点で時期をみながら断片的に行っている行為であると言える。

一方、看護のI・Cの役割としては、入院時のオリエンテーション、患者の代理人（患者の気持ちを医師に正確に伝えること）、患者と医療者の間の調整・相談者などがある。また、患者と医師・看護師の3者で入院目的などを一致させ退院に向けて進めていくことなどがある（吉田、1995）。

看護は、日々、症状のアセスメントを繰り返し行いながら、日常生活の援助を行っている。看護師は、簡単には決められないようなことに直面した患者の心の揺れにも対応し、プロセスで患者の自己決定を支えることができる患者にとって一番身近な存在である。患者に情報提供しながら、患者との関係を深め、患者と共に自己対処方法を考えていくI・Cの行為は、看護行為そのものである。看護のI・Cは、informed consentというよりは、変化による場面場面で情報提供を行いながら、プロセスで自己決定を支えていく、informing consent (Bishop and Scudder, 2001/2005) であると言える。

VI. 結論

統合失調症患者3名に対して研究者がプライマリナーとなり、入院から退院までに実施した看護実践の内容分析から、精神科医療のI・Cにおける看護師の役割を明らかにした。

今回の研究から得られた知見をまとめると、以下の通りである。

1. 対象者に対して、研究者が実施した看護場面を分析した結果、実施されたI・Cの行為は、(1) 入院時の関わり場面、(2) 入院オリエンテーション時の関わり場面、(3) 同室患者や他患者との対人関係の困りでの関わり場面、(4) 病気の表出での関わり場面、(5) 今後の生活についての関わり場面に分けられた。

2. 統合失調症患者へのI・Cにおける看護師の役割として、5場面を通して3名共に共通し、主によく行われていたI・Cの行為は、＜患者の表出内容の受容的な傾聴＞と、＜患者の言動の受け止め＞であり、この行為を行いつつ関係性を築き、患者が社会性を身につけられるよう、理解の不足部分を補い、様々な助言や支持を行いながら自信がつけられるようにして、患者の自己決定を支えていた。

3. 統合失調症患者へのI・Cにおける看護師の役割として重要なのは、患者の脆弱な自我を理解した上で、患者にとって脅かされない存在となり、関係性を築いていくことであった。

4. 統合失調症患者は、うつ病患者と比べて患者の生活歴や生まれ育った環境が影響し、症状が多彩であるため、個別的な関わりが要求され、共通するI・Cの行為は少なかった。

5. 統合失調症患者に特有なI・Cの行為として、＜病状に合った環境の調整＞や＜同室患者への対応の仕方の助言＞、＜相談事に対する対策の患者との検討＞、＜他患者との距離の取り方についての助言＞があり、対人関係での困りでの教育的な関わりが特徴的であった。

6. 看護におけるI・Cの行為は、断片的なものではなく、看護行為のプロセスを通して行われていた。

謝辞

この論文を作成するにあたり、協力してくださった皆様へ深くお礼を申し上げます。本研究の主旨をご理解の上、研究への参加を快く承諾してくださった研究対象者の皆様に心より深く感謝いたします。

本研究を行うにあたり、常に温かく見守り、指導してくださった東京女子医科大学大学院看護学研究科教授 田中美恵子先生に心より深く感謝いたします。

引用文献

- Anne Bishop・John Scudder (2001) / 田中美恵子監訳
(2005): 全人的ケアのための看護倫理(第1版), p.10,
丸善株式会社, 東京.
- 阿南誠 (2001): これならできる! 開示と共有の看護記
録実例集, p.6, 日総研.
- 東和弘 (1996): 回復期の看護におけるインフォームド・
コンセント, 精神科看護第56号, p.20-23.
- 阿保順子 (2004): 統合失調症急性期看護マニュアル (第
1版), すびか書房, 埼玉.
- 濱崎登代子, 上山悦代, 菊地和子 (2002): 看護におけ
るインフォームド・コンセントー臨床看護師の認
識と実際ー, 日本看護学会論文集 33 回看護総合号,
p.48-50.
- 橋本光子 (2003): 精神科医療のインフォームド・コン
セントにおける看護者の役割ーうつ病患者に対し
て入院から退院までに実施した看護実践の分析か
らー, 日本精神保健看護学会誌, 12 (1), p.94-104.
- 本家好文 (2003): がんを伝えることはなぜ大切かー患
者の生をサポートする医療者の視点からー, ター
ミナルケア, 13 (3), p.186-189.
- 「インフォームド・コンセント実践レポート」第2集の
ホームページより (2003): [http://www.pmet.jp/
work/kyozai2/ic013.html](http://www.pmet.jp/work/kyozai2/ic013.html).
- 伊藤文・渡辺好江 (1996): 急性期の看護におけるイン
フォームド・コンセント, 精神科看護第56号, p.13-19.
- 金川琢雄 (1996): 現代医事法学, p.27, p.11, 金原出版
株式会社, 東京.
- 笠原ケサエ (1996): 看護におけるインフォームド・コ
ンセント, 通信医学, 48 (2), p.9-13.
- 川村佐和子 (2003): 「新たな看護のあり方に関する検
討会」最終報告, Nursing Today, 18 (7), p.44-45.
- 木村利人 (1993): いのちを考えるーバイオエシックス
のすすめ (第1版6刷), 日本評論社, 東京.
- 厚生省大臣官房統計情報部 編 (1994): 働き盛りのが
ん死, 南江堂.
- 隈本邦彦 (2003): よい看護師のための患者の権利講座,
Nursing Today, 18 (8), p.47.
- 隈本邦彦 (2003): よい看護師のための患者の権利講座,
Nursing Today, 18 (5), p.55, p.61.
- M I R S Report (2003): エポカマーケティング.
- 森川功 (2003): バイオエシックスの基礎, 仁志田博司,
出生をめぐるバイオエシックス (第1版第3刷),
p.34-67, メジカルビュー社, 東京.
- 中木高夫 (1995): 看護のインフォームド・コンセントっ
てどんなもの?, エキスパートナース, 11(14),
p.40-43.
- 日本看護協会協会ニュース (2004): 第5回理事会, 2
月号.
- 白浜雅司 (2003): がんの真実を伝えるための医師の役
割と技術, ターミナルケア, 13(3), p.190-195.
- 岡本佐智子・長谷川真美ほか (2002): 患者の自己決定
に関係する看護師側の意識と課題ー看護師の意識
調査からの分析ー, 埼玉県立短大部紀要, 第4号,
p.73-80.
- 鈴木篤 (1996): 看護婦(士)が患者の日常生活にかか
わる時の法的な課題, 精神科看護第56号, p.8-12.
- 鈴木啓子 (1996): 医師の説明への患者の認識と満足度
についてーインフォームド・コンセントの現状か
ら精神科看護の役割を考えるー, 精神科看護第56
号, p.24-30.
- 国際連合 (1993): 国連決議「精神病者の保護および精
神保健ケアの改善のための原則」, 東京精神医療人
権センター, p.24-26.
- 宇野正威 (1995): 精神疾患におけるインフォームド・
コンセント, からだの科学, 181号, p.45-48.
- 山川美登里 (1992): 看護活動とインフォームド・コン
セント, 月刊ナースデータ, 14(6), p.29-35.
- 柳田邦男ほか (1996): インフォームド・コンセント
の在り方に関する検討会報告書ー元気の出るイン
フォームド・コンセントを目指してー, Nursing
Today, 11 (2), p.6-9.
- 吉田智美 (1995): インフォームド・コンセントと看護
者の役割, 臨床看護, 21 (12), p.1776-1779.