

精神と身体疾患を併せ持つ患者の病いの語り

白 柿 綾

要旨

日本の精神科医療では、長期入院患者の存在が社会問題化しており、中でも身体合併症をもつ患者の治療やケアは精神科看護において大きな課題である。本研究の目的は、身体疾患を併せ持つ精神疾患患者の経験世界を、精神科身体合併症病棟での参与観察と患者の語りにより明らかにすることであり、語られた内容を Kleinman の「病いの語り」研究を参考に分析した。対象者は統合失調症と子宮癌を患っていた 50 歳代の女性である。彼女は癌であることを亡くなるまで否認し続けて、ほとんどの医療処置を拒んだが、彼女の病いの語りから、否認という防衛が生きるための力であること、そして、看護師が患者の否認を否定せず、その生き方を受け入れ、そこに潜む感情を共有することで、患者自身が自らの生と死を受け入れることにつながったと考察した。最後に、課題の多い精神科医療における身体合併症の看護、とりわけ精神科病院で人生の最期を迎える人の看護について示唆を得た。

キーワード：精神科病院、身体合併症、看護、病いの語り、否認

I. 緒言

近年、地域包括ケアのシステムの構築が課題となり、医療においては短期治療による早期退院を目指すことが必要となっている。精神科医療においては多数の長期入院患者の存在が社会問題化しているが、その高齢化に伴い、身体合併症をもつ患者の治療やケアのニーズが年々高まっている。長期入院患者の現状をみると、1年以上の入院期間のある患者数の推移は下がっており、地域移行支援が進んでいることが推測される一方で、65歳以上の患者推移は増加しており、5年以上かつ65歳以上の長期入院患者の転機は、「転院・院内転科」と「死亡」が8割を占めるなど、死亡による退院が増加している（厚生労働省、2017）。つまり、地域移行支援により退院することが実現しなかった長期入院患者の多くは、何らか身体合併症や転倒・窒息などの問題が表面化し、精神科病院のなかで亡くなっていくのである。そのことから、精神科看護における身体合併症を併せ持つ患者のケアや看取りのケアは喫

緊の課題となっている。

ところが、精神科病院の検査・治療設備の限界という構造上の問題をはじめとして、「精神疾患患者の対応の難しさを主張して、家族や精神科病院のスタッフが受診や入院に必ず付き添うことを暗黙の条件にする、検査や治療を充分に行わないまま患者を精神科病院へ戻す例も少なくなく、術後管理が必要な患者に対応しきれず数日で急変し瀕死の状態になった例」（美濃，2004）が報告されるなど、身体科の精神疾患患者の受け入れ態勢は厳しい現状にあった。このような現状から、国は2009年の厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書で「今後、精神・身体合併症に対応する機能をさらに確保していくことが課題となっている」と表明し、相次ぐ総合病院精神科の縮小や廃止に危機感を高めて、診療報酬上に「精神科救急・合併症入院料」を新設した。また、2014年の精神保健福祉法改正では、精神障害者の医療の提供を確保するための指針の中で精神疾患患者の身体合併症の医療について方向性が盛り込まれるなど、身体科医療と精神科医療の連携体制の整備が勢いよく進められている。

しかし、精神疾患患者が身体疾患を併発した場合、そのケアの難しさには患者側の要因も考えられる。先行研究では患者の持つ難しさとして、自覚症状を訴えないこと、検査・治療を拒否すること、治療上の協力が得られにくいなどの特徴が挙げられている（美濃，2004；稲垣，2007；吉浜，2017）。このような治療上・看護上の困難があるために、治療を受けることができずに悲惨な転帰を辿ることも少なくない。特に精神的に重症で「興奮、暴力、希死念慮、無断離院、意識低下」などの行動がみられる患者の場合などは、「合併症治療を本格的に行うには身体拘束や保護室は必須である」（野村，1994）と断言されるなど倫理的な課題も大きい。

そこで本研究では、精神疾患をもつ患者が身体疾患をどのように体験し、そしてどのようなケアを求めているのかを患者自身の語りを通して探求する。精神と身体の疾患を併せ持つ患者の体験を明らかにすることにより、身体疾患を併せ持つ患者はどのような看護を求めているのか、また彼らにはどのような看護が必要なのかを導き出すことができると考えた。また、身体疾患を合併した精神疾患患者の治療において課題とされているインフォームド・コンセントや治療拒否といった問題、そして身体疾患の有無にかかわらず、これからの精神科看護における患者ケアのあり方に示唆を与えるものと考えた。

Ⅱ. 研究目的

本研究は、身体疾患を併せもつ精神疾患患者の外からは捉え難い経験世界を、精神科身体合併症病棟での参与観察で得られた患者の語りを通して明らかにすることを目的とする。

Ⅲ. 研究方法

研究デザインはエスノグラフィーの手法を用いた質的研究である。民間精神科病院の身体合併症病棟での参与観察時に得られた患者の語りをデータとして、病いの物語として再構成し分析した。物語の分析は、Kleinman のいう「病い経験の三点観測」(Kleinman, 1988/1996) を参考に、患者が語る「個人的経験」と「歴史・文化的視点」、そして成長したローカルな世界で共有された行動のスタイルやパターンを意味する「集合的経験」にそって特徴的な場面を抽出して再構成した。その際に持った分析的視点は、症状や苦悩の表現がローカルな文化的特徴の中でどのようなイメージや意味を持つか、苦難を耐え忍んでいく行動のスタイルやパターンは何か、家族やネットワークの中の個人として経験される感情とは何かというものである。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究のデータ収集は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号 2008-55）を得た上で実施した。研究にあたり、フィールドとなった病院の病院長・看護部長・病棟師長・医師にはそれぞれ文書にて研究計画の説明をして同意を得た。

研究協力者である患者には口頭および文書にて研究の趣旨と自由意志による研究参加、同意撤回の保障、対象者が受ける利益と不利益への配慮、プライバシー・個人情報等データ取り扱いに関する配慮、結果公表への配慮について説明し、署名にて同意を得た。

Ⅴ. 結果

医療ケアを拒否し続けた A さんの病いの語り

訪問看護師に付き添われて精神科病院の身体合併症病棟に入院してきた A さんは、50 歳代の統合失調症の女性であった。この病院への入院は 2 回目だが、最近 10 年間は外来通院と月に一度の訪問看護を受けて自宅で生活していた。

今回の入院の 2 ヶ月前、A さんは「2 年ほど前から生理がはじまった」と訪問看護師に不正出血があることを打ち明けた。そしてそのことがきっかけで、精神科主治医の紹介状を持って婦人科病院を受診、診察の結果、「子宮が新生児頭大に腫大している」ことがわかり、すぐさま癌センターの予約を取り、その 10 日後に家族に付き添われて受診した。

癌センターで A さんは腹部の違和感について「プロレスラーが腹を切ったのでこうなった」と言い、詳しい検査を拒んだ。だが、子宮頸部の組織生検だけは何とか受け入れ、「細胞腺癌」という病理診断

が下った。本人にも病名が告げられたが、Aさんは「癌センターにはもう行かない」とその後の治療を拒んだ。しかし、1ヶ月後には出血量が増し、腹部の痛みも激しくなったため、癌センターを再受診したが、今度は「ターミナル期で積極的な治療はできない」と言われてしまった。そこでAさん自身は馴染みのある精神科病院への入院を希望したため、身体合併症病棟に入院する運びとなったのだった。

入院して1週間後、私はAさんに会いに行った。顔色が蒼白で冴えず、呼吸もすでに苦しそうな様子だったが、Aさんは毅然と挨拶をして、「婦人科病院と癌センターに行きましたけど、どこも悪くないと言われてもう行かなくていいみたいです。今回は身体がしんどくてご飯も食べられなくなったので、自分の意思で入院してきました」と語った。そして、癌と宣告された時の衝撃と恐怖を次のように語った。

A「初めは出血のことだけ診てもらったのに、話が違ってきて、子宮癌とか何とか言い出して、癌の徴候が出ているって言うんです」

私「そう言われた時はどんな気持ちでしたんですか」

A「びっくりしましたが、嘘じゃないかと思って。写真とかも見ましたが嘘じゃないかと思えます」

私「信じ難い」

A「はい。信じ難いことです。外科は雰囲気怖かった。外科なんて行かない。切ったりするのは怖いです」

Aさんについて入院直後に家族、精神科主治医、内科医、訪問看護師のみで話し合いが行われ、この病院で最期を過ごすこと、積極的延命治療は行わないことが決定した。

1. 「自分の意思」で生きる

入院時すでにAさんの血液ヘモグロビン値は5mg/dlと、いつショックが起こってもおかしくない状態で、主治医（精神科）も内科医も「今週いっぱい持つか」と心配していた。しかし、Aさんはフラフラする身体でも看護師に頼ることはなく、身の回りのことを自分で行い、病棟で行われるレクリエーションにも積極的に参加した。「身体がしんどくて、入院してきた」と話しながらも、決して休もうとしないばかりか、自分で身体を鍛えようとするかのように逞しく活動していた。

主治医は、「癌センターでターミナルと宣告され治療できないと言われたし、家族とも延命治療を行わないと決めた以上、貧血がひどいけれど輸血もしないつもり」と話しつつ、病棟で活発に活動するAさんの姿を見て「一回ぐらい輸血を試みようか」と悩んだ。内科医は「私は放射線治療なら少しは効果があるかもしれないと思う」と話しつつ、「でも統合失調症とはっきり病名がついている上にあ

の様子だから、他の病院には完全に引かれてしまっているし……」と頭を抱えた。看護師たちは、身体がしんどいのには頼ってこない A さんに戸惑っていた。私は、本人不在の場で治療方針が決まったことに納得がいかず、その思いを訪問看護師に打ち明けた。すると訪問看護師は、「癌センターに初めて行った時の本人の拒否があまりにも強くて、家族も積極的には治療をしないと固く決めてしまったからな」と苦々しそうに言った。皆それぞれに、深刻になっていく A さんの身体状態と、それを認めずに日々奮闘する姿とのギャップに、「何が一番良いのか」と葛藤していた。

一方、A さん自身は「頑張っても」食事が進まないことに悩み始めた。「美味しそうだなと思って食べてみても喉を通らない」といい、「どうしたんだろうか、食事が入らないなんて」と考え込んだ。そして、家族が次々と亡くなっていったことを話し始めた。

「妹は最期に食べられなくなって死んだから、私も死ぬのかなって思う。食べられなくなっているから……恐ろしいです。ズラズラ死ぬからビクビクしているんですよ。両親が死んで、姉が死んで、妹が死んで……それも最近です。あまり長くない期間に」

医療者たちが現在の病状や治療方針に悩んでいる一方で、A さんは自分の過去を振り返り、次々と襲った家族の死を思い浮かべていた。A さんは入院の半年前に一緒に暮らし、日々看病していた妹を癌で亡くしていた。

古い記録を遡ると、母親が亡くなったのはおそらく 10 年以上前のことであった。20 代から「身体に電気があてられる」「鼻の骨を溶かされる」などの身体感覚異常を訴えて精神科病院を受診していた A さんは、これまでに 2 回、計 10 年以上の入院治療を受けていた。精神症状が悪くなる時はいつも母親との折り合いが悪く、カルテには「私は母と意見が合わない」「親戚の家に養女に入りたい」と語った A さんの言葉が残されていた。

そして、母親亡き後、10 年前に 2 度目の入院から家に帰った A さんは、「病識がないこと」を心配されながらも、父親と妹の 3 人で暮らしてきた。家庭では、家族とともに宗教を信仰し、また、作業所に通ってクッキー作りなどに励んでいたようだった。一度は就労の話も持ち上がったようだが、同居する父親の認知症が悪化したため働くことを断念したという。父親が他界した後、妹のリウマチが悪化し、今度はその介護をするようになった。妹は若くからリウマチを患いながら退職するまで会社員として働き続け、自宅を新築した一家の大黒柱であった。しかし、家では A さんに辛くあたることも多かったという。妹を看病する A さんを支え続けた訪問看護師は、「妹さんは、うつ状態でイライラしていたことも多く、A さんに“役立たず！”などと不満をぶつけることも多かった」と当時の様子を語った。その妹は 1 年前に大腸癌を発症し、半年間の闘病の末亡くなった。

A さんはこの壮絶な 10 年間について次のように語った。

「2～3回ぐらい難関を突破してきました。病院に長くいたことで、家族の人と折り合わないことがあったんです。辛い時に家族と折り合わなくて……でも訪問看護師さんが来てくれてやってこられたんです」

Aさんが入院直後から繰り返し力説したのは、「自分の意思で入院してきた」ということだった。

「今回は初めて一人で入院しました。今までは家族と病院で話し合っただけで、納得していませんでした。今回は身体がしんどくなって、初めて自分の意思で入院しました」

Aさんは、若くから精神の病いと共に家族に縛られて過ごした人生の中で、初めて1人になり、自分の意思で行動したことを誇らしく主張しているような感じもした。

2. 医療処置を拒否する

Aさんの気力とは反対に、癌は粛々と進行していった。出血が続きヘモグロビン値が4.5mg/dlを下回るようになり、排尿障害も出現した。医師たちは輸血や導尿を考え、Aさんに説明を行った。しかし、Aさんはすべての処置をきっぱり断った。理由を尋ねると、「しない方がいいなと思って。血は怖いです」と言い、次のように続けた。

「一番上の姉は腎臓が悪くて透析をしていたんです。でも亡くなったんですよ。血液に栄養を入れて身体に戻すんです。繰り返し繰り返し何度もして、体力がなくなるんじゃないかと心配な感じでした。姉は平気な風だったけど、実際になってみないとわからない。本当は平気ではなかったのかも……」

別の日には、「最近テレビが怖い。手術しているのとか映っていてすごく怖い。うちの父は大腸癌で2～3回手術しているんですよ」と語ったこともあった。この時まで、Aさんの口から血液を入れ替える透析や身体を切る手術が「怖い」という自然な感情が語られたことはなかった。Aさんは医師からの説明は受け入れなかったが、何度も家族の病気と死に立ち会った体験から病気がどのようなものかを実感を持って理解していた。もともと感情表現が少なく淡々としており、さらに人一倍我慢強く、人に合わせるタイプのAさんは、おそらく妹を看病する傍らで、自分の不正出血に気づきながら恐怖とたたかっていたのかもしれない。

Aさんは輸血以外にも、例えばインフルエンザの予防接種やバイタルサインの測定、看護師が食事

量を確認することを嫌がった。何十年も A さんを診てきた精神科医は「若い頃から薬や検査を嫌い、検尿を指示した時には水をカップに入れて提出したこともあった。薬を飲みたがらないので、長くデポ剤の注射でやってきた」と話した。

A さん自身、次のように語ったことがあった。

「先生の言うとおりになる人と、ならない人がいて、ほとんどの人は言うとおりになるんじゃないのかな。私みたいに言うとおりにならない人はあまり居ないんじゃないかな」

医学的な検査や治療処置を拒否するのは、状態から見てまったく不合理な決断のように見えるが、A さん自身は冷静に自分を見つめていたのである。しかし、なぜ拒否するのかについては語らなかった。

3. 希望を持ち続けるたたかい

出血が進み痛みも増す中、A さんは病棟のレクリエーションに加えて、週に一度作業療法室で行われている料理教室へ通うようになった。貧血による立ちくらみは気にもせず、2時間の料理作りを楽しみ、毎週私に「今日は豆腐ドーナツを作ったんですよ！」と生き生きと話した。そして、病棟に見舞いに来た訪問看護師がコンサートへ行った話や、私が田舎に帰ったことなどを話すのを、まるで自分のことのように優しい表情で聴いていた。

そのような A さんの様子を見て、訪問看護師が「A さんがしたいと思うことをなるべく手伝いたい」と話し、週に一度、A さんと訪問看護師、私の 3 人で車に乗って外出することになった。外出では、近くの公園に行って花を眺め、お好み焼きやうどん、たこ焼き、回転寿司など美味しい食事を楽しんだ。病棟での食事はなかなか喉を通らなかった A さんも、好きな花を眺めながらお好み焼きをペロリと食べることができた。A さんは外出のたびに、以前訪問看護師に隣町のショッピングモールへ連れて行ってもらったことを嬉しそうに語った。そして「あなたも一度連れて行ってあげるからね。イチゴパフェ一緒に食べようね」と言うのだった。

一方、病棟では 8 時間毎に服用していた鎮痛剤を 6 時間毎に希望するようになり、看護師は「A さんは多くの時間、ホールで暗く沈んで座っている」と話した。そして主治医には「イライラする」と訴え、気持ちを鎮める薬の注射を希望していた。元来、薬や注射嫌いの A さんが自ら希望するのは、よほど不安なのだと思われた。さらに、外出で食事をした直後、病棟に帰って嘔吐することもあった。それでも、A さんは訪問看護師や私には一切弱音を吐かずに、気持ちを尋ねても「私の中のイライラ」と表現するものを自分で落ち着かせようと努め、外出することや作業療法に通うことを希望し続けた。

入院が 1 ヶ月を過ぎた頃より、A さんは「家に帰りたい」と希望するようになった。そして「今回は精神病ではなく、身体がしんどくなって入院したわけだから、それが治ればそんなに長く入院しな

くもいいと思う」と冷静に話した。しかし、ますます深刻になる身体のこと A さん自身はわかっていて、話すたびに「退院は年内に」「1 月、いや 2 月まで」そして「春までに」とその時期は延びた。そして、年末に一度自宅へ一時外出するという希望は実現させたが、その後再び家に戻ることはなかった。

4. 生き抜いて死ぬ

A さんは、年末に一時帰宅した後、出血量が増して意識消失を繰り返すようになった。観察室へ運ばれて心電図モニターや点滴、バルンカテテルをつながれるが、数時間で意識を取り戻した時には「こんなもの邪魔」と身体に装着されたルートをすべて拒んだ。そして私がお会いに行くと「来週には元気になるから待っててね」と搾り出すような声で語った。私ははじめ A さんが「元気になる」ことが非現実的なことのように感じられて受け入れられず、返答することに戸惑った。しかし、日に日に増していく A さんの「生きたい」欲求に、その幻想を共有していたいと思うようになった。A さんは、訪問看護師にも同様に「元気になる」と話し、そして「あの子（私）をショッピングモールへ連れて行ってあげないといけない」と語ったとのことだった。

A さんは、身体的に外出が叶わなくなってからも、いつでも外出できるような服装で過ごした。愛用していたズボンのポケットには財布と数珠が入っており、歩けなくなってからもポケットから財布を取り出して、その時食べたい物を買ってくるように私に小銭を渡した。A さんが買ってくるように希望した食べ物は、アイスクリームの他にサキイカやカップラーメンなどとても勧められない物ばかりで、実際に買ってくると喉をなかなか通らず、私に「あなた食べてください」と言った。私は勧められた時には A さんの残りを食べ、その様子を見て A さんは満足そうだった。

しかし、ヘモグロビン値が 3.8mg/dl まで下がり、腫瘍熱にうなされ、半日以上の意識消失を繰り返すようになった。ある日、私がお会いに行くと、A さんは腫れあがったお腹を押さえながらベッド上で起き上がり、「今日は作業療法へ行って切り絵をしたのよ」と微笑んだ。そして驚く私に「テレビを見てもいいですよ。テレビカードも買っておいだから」と話した。私はベッドの横に腰をおろしたものの、テレビを見る気にもなれず、A さんが勧めてくれた飴を一人で黙々と食べた。A さんは「昨日は訪問看護師さんが寿司を買ってきてくれてね、美味しかった」と話したが、寿司は喉を通らず訪問看護師にほとんど食べてもらったということだった。それでも「またお寿司食べに行こうね」と微笑む A さんを見て、迫り来る死の恐怖に私は耐え切れなくなり、「でも、私は怖い。A さんの体調がまた悪くなっちゃうんじゃないかって……」と吐き出した。すると A さんはさらに力強く「私は大丈夫だよ。イチゴパフェ、食べに行こうね」と私に語りかけた。

別の日には、「お腹が痛いのは、ずっと昔にいたずらで入れられた包丁がまだ出ていないからだと思う。3 丁ぐらい包丁を飲まされたの、この病院に入院した頃」と言った。その痛みを思っただけで私が泣き出

してしまうと、Aさんはティッシュを差し出した。このように、死を否認して生きる希望を持ち続けたAさんの周囲では、私だけではなく訪問看護師や病棟看護師たちも、彼女の代わりに食べ、恐怖を味わうことをひたすら続けていた。

しかし、Aさん自身が静かに涙を流したことがあった。訪問看護師が田舎で挽いできた桜の枝を窓辺に飾った時と、私とカップラーメンを食べている時である。しかし、涙を悟られぬようにすぐに拭って取り乱すことはなく、最期の最後まで「私、元気になるからね」と希望の言葉を話し続けた。

亡くなる3日前、点滴や心電図モニターが繋がれ、とうとう病衣を着せられたAさんは、担当看護師に「服を着替えさせて。そして私を立たせて」と強く訴えた。いつものポケット付きのズボンに履き替え、担当看護師が抱きかかえるようにして一瞬立った後、Aさんは意識を失い、半日以上深く眠り続けた。そして、亡くなる前日には嘔吐しながらも、「吐いてもいいから水を飲ませて」と希望し、飲んで吐くことを2度繰り返した後、担当看護師に「私が生きるためにここのお菓子を食べて下さい。残り物で悪いが、私が生きるために」と力強く話したということだった。

それから数時間後の深夜にAさんは亡くなった。Aさんは最後まで病気を否認しつづけたが、信じ難いほどの力と自分自身についての洞察を持って死に臨んだ。それは生命ある限り生を慈しみ希望を持ち続けながら生き抜いた姿であった。

VI. 考察

生きのびる力としての否認

Aさんの語りに特徴的だったのは、「否認」という心的現象であった。Aさんは癌であることを亡くなるまで否認し続けた。こうした否認は彼女にとってどのような意味があったのだろうか。

1. 自己防衛としての否認

Aさんは癌を否認していたために、医療者からは「治療に対する協力が得られにくい患者」「理解力が乏しい患者」とみなされていた。彼女のように、精神科の患者が身体的な症状を妄想的に捉え、結果的に治療を拒んだ場合、医療者は患者の意に反して自分が適切と思う治療を強制的に行うか、患者の言うまま適切と思う医療を放棄するかを選択を迫られることになる。そこで医療者は、患者の意思を尊重したいという思いと、危険や苦痛を少しでも和らげてあげたいという思いの間で葛藤することになる。Aさんが入院してきたばかりの時に医療者たちに生じた葛藤は、まさにこのような体験であった。

こうしたケースは精神疾患を持つ患者にありがちで、精神疾患患者特有の問題として捉えられることが多い。美濃（2004）は、「検査・治療への拒否が強く、医療者に対して攻撃的な態度をとる患者」

の事例として乳癌を併発した精神疾患患者が「カリフラワーみたいになっていた」胸のことを何も訴えず「ここに小人が住んでいるの」と話したという事例を紹介している。そして、その患者の看護問題を「患者のセルフケア不足」としている。

しかし、Aさんは癌であることを否認し、さまざまな医療処置に対して反抗し続けていたが、それは「セルフケアの不足」とはかけ離れていた。彼女は輸血や点滴で身体を維持する代わりに、自ら積極的に活動し、吐いても食べることで自分の身体を維持させようとした。頑張っても快方に向かわないことの苛立ちを人におつける代わりに、創作活動に情熱を注いだ。食べることができなくなったことに絶望する代わりに、「私が生きるためにここのお菓子を食べて下さい」と、私や看護師たちに食べることを託した。Aさんの病気の否認は、彼女なりのセルフケアの方法であり、彼女の生きる力になっていたのである。

そこで本論文では、このような否認を「死を受容できていない」と否定的に捉えるのではなく、肯定的な生の選択として捉えていく。それは精神疾患患者の場合だけではない。Kubler-Ross(1978/1982)は、臨死患者が死に至る過程で見せる5段階の心理反応の第一段階に「否認と孤立」があるとしている。そして、患者は必ずしも「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」という段階を順に経験するのではなく、さまざまな防衛方法からなる流動性があり、たとえ患者が必死になって病気を否認し続けても、その行動を認め受け入れることが重要であると述べている。それは、「否認という機制を生涯にわたって使ってきた」人の生き方であり、否認を続けることがそのような人の「尊厳ある死に方」だというのである(pp.22-23)。

一方、米国の精神科医 Lifton (1976/1989) は、「人間の経験にとって中心的なことは、自分は生きている、という自己感覚を喚起しようと保持するたたかいであり、同様に、自分は死んでいるという自己感覚を回避しようとするたたかいである」(p.49)と述べている。人間は生まれながらに死を超越したいという欲求を持ち、人が生きるためには「不死性の感覚」が必要であると彼はいう。それはまさに死の否認というべきものであるが、それは生にとって積極的な意味をもつというのである。不死性の感覚は「結合と分離」、「統合と解体」、「運動と停滞」という対立した体験の中で象徴化されていく。これを彼は「象徴的不死性」と名づけたが、Erikson (1997/2001) のいう「基本的信頼」の発達課題とも共通する内容をもつ。すなわち、母親との確かな結びつきのなかで、人は崩壊と死の恐怖を乗り越えて人格を形成し、能動性と連続性をもつ存在として自己を認識するようになるのである。Kubler-Ross が否認を受け入れることが重要だというのも、この点にある。

死に直面したAさんにとっても、その恐怖を乗り越えて生き延びるためには死と結びつく病いの存在を否認し、「元気になる」と信じ続けることが必要だったのである。

2. 「不死性の感覚」の崩壊と精神疾患

Lifton は、「不死性の感覚」や「基本的信頼」が崩壊するところで負う心理的損傷は精神病につながるという。見捨てられる体験が生みだすリアルな死の恐怖から、精神病になることで生き延びるのである。彼は、統合失調症の症状それ自体「死に侵されながらも、それに吸収されずに生き延びるということの連続」(p.45)であると述べている。

では、A さんの場合、否認は彼女の人生の文脈においてどのような意味を持っていたのだろうか。今回、A さんは幼少期の体験をあまり語らず、特に母親のことは一度も口にしなかったが、母親といつも折り合いが悪く、母に理解してもらえない苦悩を述べていたと入院時の記録にはあった。当時語ったという「親戚の家に養女に入りたい」という言葉に、彼女の否認のパターンをすでに見てとることもできる。おそらく A さんがもっとも認めたくなかったのは、自分が母親に見捨てられた子どもであるということだったのではないだろうか。その一方で、だからこそ1人でも生きていけるということを証明するために、「自分の意思で」ということにこだわったとも考えられる。

20代から精神の病いとともにある人生の中で、彼女が深く胸の内にしまい込んできたのは、自立と依存をめぐる母親との葛藤だったのかもしれない。そして、その後の姉や妹の病気や死、父の認知症発症といった自分の生を揺るがす恐怖から自分を必死に守ろうとしてきたのだろう。死の恐怖を否認し、「元気になる」というファンタジーの世界を築き上げることは、彼女のそれまでの生き方そのものでもあったのだ。

そして今回、最後まで A さんが私を含む周囲の医療者に望んだことは、その自分の生き方を否定せずに認めることだった。「自分の意思で入院した」ということを何度も何度も話して強調したのも、誰にも頼らずに生きるということにこだわりと誇りを感じていたからだろう。癌治療や輸血を拒否するという意志は、何度も手術を繰り返して不満を口にしながら亡くなっていった妹や、透析を続けながらも体力が尽きるような形で亡くなっていった姉、認知症になった父といった何人もの近親者の最期を見てきた体験から生まれた意志だったのかもしれない。それは彼女が選び取った能動的な生き方だったといえる。もし受動的に病衣を着てベッドに横たわり、輸血や点滴などのチューブにはじめから繋がれていたなら、「今週いっぱい持つか」と言われた状態から5ヶ月間も、あれほど遅く生きることができなかつたらう。

A さんのこのような生き方を前に私や医療者ができたことは、ただ彼女の否認という選択を認め、体験を共有することだった。共に活動し、食べられなくなった物を本人に代わって食べ、そして A さんが否認し続けた死の恐怖を私たちは代わりに感じていた。それは Lifton のいう、「不死性の感覚」を象徴化していくプロセスにはかならなかった。A さんの「私が生きるために食べて欲しい」という希望は、自らの肉体が死んでも他者の中に永遠に生き続ける生のイメージの具象化だったといえる。

このような周囲の存在があって、A さんは「医師の思い通りにならない」自分なりの生き方を貫け

ただけでなく、自ら洞察を深め、最後は否認の鎧を解いて自分の感情を受け入れ、自分のために涙を流すことができた。そうして死を乗り越えて必死に生き抜こうとする姿を、私や看護師の中に忘れがたく刻みつけて逝ったのだと考えられた。

3. 看護への示唆

Aさんの語りから、否認という心的現象が共通して彼らの生き延びる力となっていたことが明らかになった。本研究では、研究者が患者の傍でその言葉に耳を傾け、できうる限りの反応を返していくことによって、患者の語りに変化が生じ、彼らが自らの生と死を受け入れていくようになるさまを描き出した。精神疾患患者は「病識」がなく、治療を受け入れることが難しいと思われがちである。しかし、Aさんが医療処置を拒否しながらも、語ることを通して現実を受け入れ、「自分の生き方」を確かめながら生き抜いたように、患者の語りは多義的であり、また変化する。

今回、こうした語りを聴くという方法が、身体と精神の病いを併せ持つ患者にとっても意味ある援助となることが明らかになったといえるが、現在の日本の精神科身体合併症病棟の状況をみる限り、看護業務の中に患者たちの語りに耳を傾ける余裕はないのも事実である。しかも、本研究で示したように、彼らの語りに耳を傾けることは非常に困難な、ときに痛みを伴う作業でもある。

また、私は患者の要求に応じてベッドサイドで共に珈琲を飲み、時にはテレビを共に観て過ごし、さらには患者の代わりに食べるということも行った。こうしたかかわりは、もし自分が病棟で勤務する看護師であったならできたかどうか、心もとない。職業的な粋や常識にとらわれないかかわりは、よほど病棟のなかでスタッフ同士が十分理解し合い、創造的なかかわりを生み出そうという意思を共有していなければ難しいであろう。

しかし、この病棟では、患者を地域で支えていた訪問看護師が自発的に入院後も面会に来たり、外出に連れ出したりすることを許容していた。この連携によって、病棟看護師には時間的にも心理的にもなかなか難しい援助が可能になっていた。実際、本研究の協力者であった訪問看護師の存在によってAさんは、「難関を突破」しながら自らが望んだ社会で暮らすという夢を一時的にも叶え、尊厳を持って死に臨むことができたのである。たとえそのとき患者の示す態度や言動の意味がわからなくても、それをわかろうとする努力を諦めず、応答することで、看護師自身は気付かないまま、患者にとって意味ある存在となっているということもあるのである。

さらに、研究指導者からのスーパーヴィジョンが必要な時に得られたということの重要性も挙げておかなければならない。本研究で明らかにしたように、言葉で内面を表現することのできない患者たちは、無意識のうちにその感情を相手に流し込み、その世界に巻き込んでいく。そしてときに死に直面する不安や絶望の淵にとともに飲み込まれそうになる。こうした関係の中で平常心を保つことは極めて難しく、スーパーヴィジョンなしには継続できない。臨床の場でも、こうした状況にさらされる看

看護師へのサポートとして、患者の病理や心理についての専門知識を備えた看護師がチームの中に存在することが望まれるところである。

精神科病院で身体の病いを看る、尊厳ある死を看取るということの可能性についても展望が持てる。本論のはじめに述べたように、身体疾患をあわせもつ精神疾患患者のケアに関しての問題は山積している。心身共に専門的な治療を行うためのシステムが整わない中、精神科看護師の身体疾患ケアへの未熟さや苦手意識が問題視され、十分なケアができないことに無力感や徒労感に陥っている人は少なくない。もちろん慣れない身体疾患看護のスキルを研鑽していくことや、より専門的な治療につなげていくための努力は必須であるが、Aさんが身体の病いを看てもらうことを期待して慣れ親しんだ精神科病院への入院を希望し、訪問看護師が柔軟な行動力でケアし続けたように、精神科病院でしかできない看護もある。そのことを再確認していく必要があると考える。

VII. 結論

本研究では、身体疾患を併せ持つ精神疾患患者の一見とらえがたい行動や症状の中に否認という生きるための術が隠されていたこと、そして彼らの背景には、否認しなければ生き延びてこられなかったと思われる心的外傷体験が存在することを明らかにした。

彼らが否認していたのは死の恐怖であり、それは親に見捨てられた絶望感、親の死にまつわる無力感や罪悪感、そして幼い頃から慢性的に繰り返され、また自分の意思ではない入院治療という心的外傷による恐怖や怒り、無力感などと結びついていた。彼らはそうした耐え難い感情を否認することで、孤立無援のたたかいをしながら何とかこれまで生き延びてきたのであった。

つまり、否認という防衛は彼らの生きる力にもなっており、死に直結する病いと直面したときにも、死の不安から自分を守り、そして理想の自分を生き抜くための力となっていた。そして、看護師が患者が否認していることを否定せず、その生き方を受け入れ、そこに潜む感情を共有することが、患者自身が自らの生と死を受け入れていくことに繋がった。

患者たちが否認を想像力という新たな生きる力に変え、そして真に生きていくためには、まず人とのつながりを取り戻し、人間性を回復することが必要である。そのためには、看護師は彼らの物語に耳を傾けながら、その人間性を破壊しかねない傷みの中に人を希求する力を見いだすこと、そして言葉にならない感情を受け取り言葉にして返すことが求められる。しかしそれは看護師にとっても人間性を揺るがすような苦しい体験でもある。看護師自身がそれを生きのび、さらに想像力を持ち続けるためには、第三者からの適切なスーパーヴァイズと「その場にいる」という柔軟な行動力が必要である。また、病院という治療環境の限界を知り、社会・文化的な文脈で患者の語りを理解していくための新たなケアの形を創造していく必要がある。

本研究は、2009年度日本赤十字看護大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆したものである。

謝辞

本研究において、ご協力くださいました患者さまに心から感謝申し上げます。そして、本研究過程のデータ収集の2年間という長期間にわたり、研究活動をサポートして下さったフィールド病院の医局、看護部の皆さまにお礼申し上げます。

日本赤十字看護大学教授の武井麻子先生には、本研究の全過程にわたりご指導、ご支援いただきました。先生に私は大変勇気づけられ、ますます研究疑問を追求していく気持ちを喚起されました。

皆さまに深く感謝申し上げます。

文献

- 1) Cochrane, E. M. (2006). Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 447-452.
- 2) Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000)/平山満義監訳 (2006). 質的研究ハンドブック 1巻～3巻. 北大路書房.
- 3) 江口重幸 (1998). 医療人類学と精神医学. 松下正明総編, 臨床精神医学講座第23巻 多文化間精神医学所収. (pp.259-279). 中山書店.
- 4) 江口重幸 (1999). 病いの経験を聞く—医療人類学の系譜とナラティブ・アプローチ. 小森康永・野口裕二・野村直樹編著, ナラティブ・セラピーの世界所収. pp.33-54, 日本評論社.
- 5) Erikson, E. H. (1997)/村瀬孝雄・近藤邦夫. ライフサイクル、その完結. みすず書房.
- 6) 藤代潤・秋澤千晴・煙石洋一・内田修二・竹内知夫 (2007). 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*, 36 (1), 91-98.
- 7) 藤野邦夫・藤野ヤヨイ (2003). 身体合併症患者の受療の権利. *精神科看護*, 30 (12), 70-73.
- 8) 藤野ヤヨイ・張替有美・村松公美子・藤野邦夫 (2004). 新潟県の精神科病棟における身体合併症治療状況に関する一考察. *新潟青陵大学紀要*, (4), 195-207.
- 9) Figley, C. R. (1999)/小西聖子・金田ユリ子訳 (2003). 共感疲労—ケアの代償についての新しい理解に向けて— Stamm, B. H. (Eds). 二次的外傷性ストレス—臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題. (pp.3-28). 誠心書房.
- 10) 深沢裕子・三ヶ木聡子 (1998). 精神科看護者にとってのフィジカルアセスメントの重要性. *精神科看護*, 25 (10), 8-12.
- 11) Grbich, C. (1999)/上田礼子・上田敏・今西康子訳 (2003). 保健医療職のための質的研究入門. 医学書院.
- 12) Griswold, k. S., Zayas, L. E., & Pastore, P. A. (2008). Primary Care after Psychiatric crisis: A Qualitative Analysis. *Annua of family medicine*, 6, 38-43.
- 13) Herman, J., L. (1992)/中井久夫訳 (1996). 心的外傷と回復. みすず書房.
- 14) 本津浩明・矢野広・伊賀富栄・山本賢司 (1999). 精神病院における身体合併症問題について—他科病院へ転院した症例の調査から— *臨床精神医学*, 28 (6), 673-680.
- 15) 伊原和人・荒木謙 (2004). 揺れ動く米国の医療—政策・マネジドケア・医薬品企業. じほう.
- 16) 稲垣卓司・新野秀人・宮岡剛・岡崎四方・安田英彰・堀口淳 (2007). 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. *The Japanese Society of General Hospital Psychiatry*, 19 (2), 226-230.

- 17) 石橋照子 (2006). 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.
- 18) 金子仁郎 (1989). 総合病院管理者からみた精神科一役割・人事管理・収益など. 臨床精神医学, 18, 613-619.
- 19) 金子晃一 (1996). 総合病院精神医学の理想とはなにか. 総合病院精神医学, 8, 12-19.
- 20) 片山義郎 (1994). 身体合併症患者の治療体制医療—身体合併症アンケート調査にもとづき公民の役割を考える—. 日本精神病院協会雑誌, 16, 831-835.
- 21) Katz, A. & Shotter, J. (1996). Hearing the Patient's 'Voice': Toward a Social Poetics in Diagnostic Interview, *Science and Medicine*, vol.43, No.6, pp.919-931.
- 22) 木保正彦・堀口淳・佐々木高伸・横田則夫・佐伯俊成・藤川徳美 (1997). 身体合併症治療システムに関する研究—合併症治療システムを含めた精神科救急システムの提言も含めて—. 臨床精神医学, 26 (4), 475-483.
- 23) 岸泰宏 (2006). 米国の精神医療保険制度と適応外使用. 精神科治療学, 21 (5), 485-489.
- 24) Kleinman, A. (1988)/ 江口重幸・五木田紳・上野豪志 (1996). 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房
- 25) Kubler-Ross, E. & Warshaw, Mal (1978)/ 霜山徳爾・沼野元義訳 (1982). 生命ある限り 生と死のドキュメント. 産業図書.
- 26) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2014). 患者調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/index.html> より, 2020/8/1 検索
- 27) 厚生労働省 (2017). 中央社会保険医療協議会資料. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000046397.pdf>, 2021/12/15 検索
- 28) 黒木宣夫・守屋裕文 (1994). 精神科における身体合併症医療の現状. 日本精神科病院協会誌, 13 (10), 23-33.
- 29) 日下君代 (1998). 癌告知を受けた精神分裂病患者へのかかわり—他科スタッフとの連携の重要性—. 精神科看護, 25 (10), 35-38.
- 30) Leininger, M. M. (1985). 看護における質的研究法の特徴、理論的根拠、および重要性. In M.M. Leininger (Ed.) / 近藤潤子・伊藤和弘監訳 (1997). 看護における質的研究. (pp.1-32). 医学書院.
- 31) Levenson, J. L., Hamer, R. M. & Rossiter, L. F. (1990). Relation of Psychopathology in General Medical Inpatients to Use and Cost of Services. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (11), 1498-1503.
- 32) Lifton, R. J. (1976)/ 渡辺牧・水野節夫 (1989). 現代、死にふれて生きる. 有信堂高文社.
- 33) McDougall, J. (1989)/ 氏原寛・李敏子 (1996) 訳. 身体という劇場. 創元社.
- 34) 三浦貞則 (1984). リエゾン精神医学. 医歯薬出版.
- 35) 美濃由紀子 (2004). がんを併発した精神疾患患者の治療と看護に影響を及ぼす要因に関する研究. お茶の水医学雑誌, 52 (2), 129-147.
- 36) 宮岡等・神庭重信・島悟他 (1990). Medical psychiatry. 精神科治療学, 5 (5), 615-622.
- 37) 中島節夫・三浦貞則 (1992). 総合病院精神医学の最近の流れ. 精神医学, 34 (11), 1158-1168.
- 38) 野島秀哲・鈴木宏和・岡本典雄 (1996). 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, 25 (12), 1449-1456.
- 39) 佐藤郁哉 (2008). 質的データ分析法. 新曜社.
- 40) 新貝修・丸山弘毅・高田治・金井晃・石川聖子・松本博 (1990). 精神病院と身体合併症. 日本精神病院協会誌, 9 (7), 575-584.

- 41) 相良洋子・寺田善弘・広瀬徹也・風祭元 (1988). 精神分裂病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, 3 (2), 237-243