

主 論 文

看護師による精神科身体合併症発見に関する研究

平成 19 年度

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻

石橋 照子
指導教員 岡村 仁

目次

序章	1
研究の背景	2
本研究の目的と論文の構成	4
第1章 看護師の気づきから身体合併症発見に至るプロセス	5
目的	6
用語の定義	6
対象と方法	8
結果と考察	12
第2章 消化器疾患における気づきと観察力	31
はじめに	32
用語の定義	32
第1節 イレウス発見につながる気づきと観察力	34
目的	34
対象と方法	34
結果	35
考察	41
第2節 消化器癌発見のための気づきと観察ポイント	45
目的	45
対象と方法	45
結果	46
考察	53
結語	57
謝辞	61
文献	62

序 章

研究の背景

精神科病院勤務時代によく知っていた患者が亡くなった。胃癌であった。慢性統合失調症のために長く精神科病院に入院していた女性であった。彼女は元々心理的な要因で過食したり、嘔吐したりすることがあり、その度に体型も太ったり痩せたりを繰り返していた。当時すでに看護教員となり、実習指導のためにその病院を訪れるようになっていたが、彼女とはよく話していた。最近彼女の姿を見ないと思っていると、ある看護師から彼女が吐血し、総合病院に転院になったことを聞いた。その結果はかなり進行した胃癌であり、その10か月後に亡くなった。なぜもっと早くに気づくことができなかつたのだろうと悔やまれた。そのことをきっかけとして、精神疾患患者の身体合併症に関心を持つようになった。

我が国の精神科病床の95%は単科の精神科病院が占めており、入院中の精神疾患患者が身体合併症を併発した場合、現状において精神科病院内では十分に対応できず、他科領域での身体合併症加療の目的で、転院を余儀なくされることが多い。しかし、平成6年まで精神保健法第48条により精神障害者の施設外収容が禁止されていたこと、医療法施行規則第10条3号に至っては、未だ「精神病患者を精神病室でない病室に収容しないこと」を規定しているため、総合病院一般病床での入院治療が難しい状況にある。東京だけは1981年から「東京都精神患者身体合併症医療事業」が実施されているが、それ以外のところでは、身体合併症医療のシステムは十分に整えられていない状況にある。平成3年7月に、宮崎県で精神科病院入院中の患者が腎不全を併発し、県立総合病院での透析治療を拒否され、未治療のまま精神科病院内で死亡した事件があり、そのころから精神疾患患者の身体合併症に関する調査や報告がみられるようになった^{1,2)}。したがって、身体合併症の問題について考えられるようになったのは、つい最近のことといえる。

精神科身体合併症（以下、身体合併症）はその病状が進展してから発見されることが多く、身体合併症発見の難しさが指摘されている³⁾。横山⁴⁾は、精神疾患患者が身体合併症を併発した場合の特徴として①抗精神病薬の長期連用患者が多く、その副作用に修飾され身体合併症の重症化がみられること、②病識に乏しく治療や看護に非協力的であること、③抗精神病薬の作用や精神症状により、頭痛などの臨床症状に乏しいか無症状のため、他覚的に身体合併症を発見しなくてはならないことをあげている。加えて「精神科特例」により、医師や看護師の人数が一般病床の1/3～2/3と規定されていることにより、観察の目が行き届かない状況が身体合併症の発見を遅らせている一因と考えられる。また、我が国の精神科施設の約60%が民間の単科精神科病院によって占められており、精神科療養病棟等の看護有資格者が少ない人員配置の病棟も多い。国公立の精神科病院の場合は、民間病院に比べると看護有資格者の割合は高いが、民間では対応困難な触法患者や難治性の患者を受け入れており、重症患者が多い。このように身体合併症が発見されてからの医療を受ける問題だけでなく、発見自体が困難を伴っていることがわかる。

筆者らは、2000年に全国自治体病院の単科精神科病院46施設のうち、調査協力が得られた26施設を対象に、過去1年間に身体合併症の併発により、他科領域の加療目的で転院となった事例の、発見の端緒に関する調査研究を行った⁵⁾。その結果、身体合併症発見の端緒は、看護師の観察によるものが最も多く、次いで医師の診察によるものとなっていた。一方、患者本人の訴えによるものは少なく、全体の11.7%にとどまっていた。

また、看護師の観察により発見された事例について、何によって気づいたかを検討したところ、患者の顕著な身体的状態の変化によって気づき、いわゆる手遅れ状況で見ついている事例が非常に多かった。身体合併症発見が手遅れとなりがちな要因について、岩淵³⁾は医療者側に求められる要因の他、患者側に求められるものとして、患者から自覚症状の訴えがないこと、自覚症状の訴えの信憑性に関わることなどを挙げている。このことは、筆者らの調査結果においても、医療従事者、特に身近にいる看護師の気づきによる発見が多かったことから頷ける。つまり、身体合併症医療の窓口として看護師が担う役割は大きく、少しでも早く発見していくには、看護師の気づく能力が重要であると思われた。

身体合併症の看護に関する研究では、身体合併症を起こした人の看護ケアに関する事例報告が多くあり⁶⁻⁸⁾、発見の難しさやその要因などが検討・報告されている⁹⁾。深沢らも、身体症状の変化に気づくことの困難さとして、患者側の要因、看護師側の要因を挙げ、精神科看護師にとってのフィジカル・アセスメントの重要性を訴えている¹⁰⁻¹²⁾。その他、身体合併症発見に向けた観察ポイントを解説しているもの¹³⁾が散見できた。しかしながら、身体合併症発見につながる看護師の気づきとはどのような気づきであるのか、また、その気づきがどのようにして身体合併症発見につながっていくのか、そのプロセスを明らかにしている報告はなかった。

厚生労働省「患者調査」¹⁴⁾によると、精神病床入院患者の高齢化が進み、平成8年には65歳以上の患者が全体の30%であったのが、平成11年には33%、平成17年には43%まで上昇している。このように精神科病院在院患者の高齢化が進めば、それに伴い入院患者が身体合併症を併発する危険性は高まることが推測される。看護師の気づきおよび身体合併症発見に至るプロセスを明らかにし、気づく能力を検討していくことは、身体合併症医療に大きく貢献できるものと考えられる。

本研究の目的と論文の構成

精神科領域において、看護師による身体合併症への気づきとは何か、また、気づきがどのようにして身体合併症発見につながっていくのか、そのプロセスと影響要因を明らかにしたい。そのうえで、気づく能力を高めるにはどうしたらよいか検討していきたい。そこで、本研究では以下の2つのステップで研究を進め検討を行った。それぞれの目的は以下の通りである。

1. 看護師の気づきおよび身体合併症発見に至るプロセスと影響要因を明らかにすること(第1章)。
2. 消化器疾患において看護師の気づきから身体合併症発見に至るプロセスを検証し、精神科看護師に求められる観察力を検討すること(第2章)。

第1章

看護師の気づきから身体合併症発見に至るプロセス

目 的

身体合併症の看護に関する研究では、身体合併症を起こした人の看護ケアに関する多くの事例報告がある他⁶⁻⁸⁾、発見の難しさやその要因などは検討・報告されている⁹⁾。深沢らは、身体症状の変化に気づくことの困難さとして、患者側の要因、看護師側の要因を挙げ、精神科看護師にとってのフィジカル・アセスメントの重要性を訴えている¹⁰⁻¹²⁾。その他、身体合併症発見に向けた観察ポイントを解説しているもの¹³⁾が散見できた。しかしながら、身体合併症発見につながる看護師の気づきとはどのような気づきがあるのか、また、その気づきがどのようにして身体合併症発見につながっていくのか、そのプロセスを明らかにしている報告はなかった。

そこで、ここでは看護師による身体合併症への気づきとは何か、また気づきがどのようにして身体合併症発見につながっていくのか、そのプロセスと影響要因を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

精神科身体合併症（身体合併症）：

「精神科身体合併症」という表現は精神科領域でよく用いられている用語であるが、医学大辞典および看護学大辞典には掲載されていなかったことより、便宜上用いられるようになった複合語のようである。青木¹⁵⁾は「精神科身体合併症とは、精神疾患をもった患者が体にも病気をもった状態」と述べている。また、金子ら¹⁶⁾は「精神科身体合併症医療とは、精神病に身体病が合併した患者に対する医療」と述べている。

東京都では1981年に、都内において精神科病院に入院中の重度の精神科患者で、かつ重度の身体合併症を併発したものに対して、適正な医療を確保することを目的に「東京都精神患者身体合併症医療事業」¹⁷⁾が開始されている。この事業の対象患者の要件として①元に精神科病院に入院中であって、身体合併症を併発した精神科患者であること、②身体疾患の程度が重く、精神科病院での対応が極めて困難であり、生命に危険を生じたり、または重度の後遺症を残すおそれがある状態のものであること、③身体疾患に対する医療対応を困難にする程度の重い精神症状を有するものであること、となっている。この事業を担ってきた都立松沢病院を中心に、これ以降、精神科領域では「精神科身体合併症」という言葉が使われるようになったと推察され、精神科病院に入院している患者が、当該診療科へ治療目的で入院を要するほどの重症の身体疾患を併発した場合に用いられている。

一方、「合併症」とは医学大辞典¹⁸⁾によれば、「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、二つまたはそ

れ以上の共存の疾患をいう」とある。看護学大辞典¹⁹⁾においては「一つの疾患の経過中にそれ以外の疾患が同時に、または相前後して起こり、かつそれらの疾患相互に直接的な因果関係が考えられない場合、一つの疾患からみて、他の疾患を合併症という。(中略)。一つの疾患に罹患して、さらに別の疾患が起こり、二つの疾患に因果関係の認められる場合、後から起こった疾患を続発症というが、続発症の場合もこのように区別せず、しばしば合併症と呼ばれる」とある。したがって、一つの疾患に罹患して、さらに別の疾患が起こった場合に、二つの疾患の因果関係の有無には関係なく、広義に「合併症」が用いられていると考えられる。

実際、身体合併症医療で取り扱っている疾患としては、①精神疾患に併発した身体疾患(感染症、循環障害、悪性腫瘍など)、②症状精神病(全身性疾患の症状の一つとして精神症状を発する疾患群)、③向精神薬の長期服用に伴う疾患(慢性便秘、麻痺性イレウス、パーキンソン症候群、水中毒など)、④精神疾患が誘因となって惹起された身体疾患(自傷行為・自殺企図、異食症など)が含まれており、精神疾患と身体疾患の間に因果関係のあるものもないものも、総称して身体合併症という言葉が用いられている^{20,21)}。

本研究では、看護師による患者の変調への気づきによる身体疾患の発見をテーマとしていることから、「精神科身体合併症」を、症状精神病と精神疾患が誘因となって惹起された身体疾患を除く、精神科病院に入院中の精神疾患患者が身体の疾患を併発した場合と定義し、精神疾患に併発した身体疾患と向精神薬の長期服用に伴う身体疾患に限定した。

気づき：

広辞苑²²⁾には、「気づき」とは気がつくこと、心付くこと、とあり「気づく」とは、ふと思いがそこに至る、気がつく、感づく、と記されている。「気」とは、心の動き・状態・働きを包括的に表す語、となっている。つまり、ある状況において知覚したことを自覚することや、それに伴い生じた自己の感情や思考を自覚することであると理解できる。

看護大事典²³⁾には、「看護行為の底に流れている看護師自身の感情や思考を自覚し、それを相手に関わっていく新たな手がかりとしていくこと」とあり、精神科看護用語事典²⁴⁾には、「看護状況における看護者の自覚、そこに思い当たることを指す」と記されている。最も新しい看護学事典²⁵⁾には、次のように記されている。「情動的刺激あるいは外的刺激を知覚し、それを意識化して行動に移す過程をいう。これは外的世界から出てくる情報および内的世界から出てくる刺激をどのように認知し、処理するかという過程において、重要な役割を持つものである。(中略)。アウェアネス(気づき)は他者との相互作用や自己との反省的対話によってもたらされ、これによって、自己理解や自己洞察、自己のニーズを認識することが可能になり、他者との関係の中で自己の成長を遂げ

ることができる」とある。

看護における「気づき」の意味は、広く一般的な用語の意味を述べている広辞苑とは、やや異なった使い方をされている。つまり、看護行為は自己の感覚器を通して相手や周囲の事象を知覚し、それに対して思考や感情が湧き、それに基づいて行動している。このとき相手や周囲の事象をどのように捉えたのか、自己の捉え方を理解することが自己理解であると考えられる。この理解したことが、内省により見えなかったものが見えたり、違う見え方をしたときに生じる新たな捉え方を「気づき」と用いているようである。

ここでは、一般的な意味の「気づき」であり、精神疾患患者が身体合併症を併発したことにより、患者の身体および精神状態や生活・行動様式等に生じた変化に対して、看護師が知覚したことを意識化したものを「気づき」とした。

対象と方法

I. 研究のデザイン

Glaser と Strauss の分析法²⁶⁾ をより理解、活用しやすいように開発された“修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ”（以下、M-GTA）²⁷⁾ を使用して分析した。本研究の研究方法として M-GTA を選択した理由は、以下の 3 点によるものである。M-GTA が「①限定された範囲内に関して、②人間の行動の何らかの変化と多様性を説明できる」分析方法であり、「③実践的活用が可能な分析」を特徴とするからである。

本研究では、①精神科病院に長期入院中の精神疾患患者の身体合併症に気づいた看護師という限られた範囲の情報提供者の、しかも限られた人数のデータを用いて、その典型性を明らかにしようとしていること、②看護師の気づきから身体合併症発見に至るプロセスに一定の方向性を見いだせる可能性があること、また、そのプロセスに影響する複雑な現実を分析できること、③その分析結果から、看護師が身体合併症の発見に向けて担う役割について、何らかの示唆が得られるような理論を構築したいという観点から、分析法として M-GTA が適切であると考えた。

II. 情報提供者の選定

協力の得られた単科の精神科病院 26 施設を対象に予備調査を実施し、看護師の気づきが身体合併症発見の端緒となった事例数の多かった施設 8 施設に情報提供者の選出を依頼し、了解を得た。具体的には、現在から遡って過去 3 年間に、他科領域での身体合併症治療の目的で、転院となった患者の診療録確認を各病棟の看護師長に依頼し、最初に身体合併症に関して記載している看護師を、患者の身体合併症に気づいた看護師としてリストアップしてもらった。リストアップされた看護師に研究者から直接インタビューを依頼し、同意を得た看護師 38 名にインタビューを実施した。しかし、そのうちの 7 名が自殺企図もしく

は転倒による骨折, 1名は窒息, 1名は自殺企図に伴う急性硬膜下血腫の情報提供であったため, 今回の分析対象からは除外し, 29名を情報提供者とした。

Ⅲ. データ収集の期間および方法

2001年2月～7月の期間に, 1施設につき1～3回訪問した。

1. 情報提供者に, 患者の変調に気づいたときの状況, その後の経過等について, 1事例につき30～60分程度の半構造化インタビューを行った。表1にインタビューガイドを示す。
2. インタビューの際には, 情報提供者の会話の流れに沿って会話することを基本とし, できるだけ自由に語ってもらった。
3. インタビュー内容を録音し, テープ起こしをし, 逐語録にしたものをデータとした。

表1. インタビューガイド

【主な質問項目】

気づいた状況について

- ・ いつごろ, どんな状況に, どのように気づいたか
- ・ それまでに気づいたこと
- ・ 身体的な変化の他に, 気づいたこと
- ・ その後の経過

患者Aさんについて

- ・ 入院生活の様子
- ・ 患者さんに対するイメージ, 印象に残るエピソード など

患者Aさんとの関係について

看護師の経験について

- ・ 過去の精神科身体合併症発見の経験の有無
 - ・ 精神科身体合併症発見に向け, 努力していること
 - ・ 気づく力を高めていくのに必要だと思うこと など
-

Ⅳ. 分析方法

M-GTA では, 分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマとはデータと密着した分析のために研究テーマから導き出したものである²⁸⁾。本研究では, “看護師は精神疾患患者の何をどのように気づいたのか, また, 気づいたことをどのように身体合併症発見につなげていったのか” とした。

次に, 分析焦点者とは分析結果の中心に位置する人間で, 分析焦点者の設定とは特定の人間に焦点をおいたデータの解釈を意味する。筆者の関心は, 精神科病院に入院中の患者に対して看護師による援助過程において, 身体合併症に伴う患者の変調に看護師が気づいていくプロセスの明確化であるため, 看護師を分析焦点者とした。

概念の生成について, まず1人分のデータを通読し, 分析テーマに関連ありそうな箇所

に着目し、着目箇所の解釈をデータの欄外に書き込んでいった。その部分をヴァリエーション（具体例）とする概念を生成し分析ワークシートに記入した（表2）。分析ワークシートには、上から概念名、定義、ヴァリエーション、理論的メモの順に記されているが、分析の実際は、ヴァリエーション→定義→理論的メモ→概念名の順で行う。分析の偏りを防ぐため、類似例と対極例が豊富にあるかを確認しながら概念を生成していった。このように概念を生成しつつ、同時並行で概念間の関係を考え、概念間のまとまりであるカテゴリーを形成していった。

本研究は、分析テーマの設定と1例目の概念生成でスーパーバイザーの指導、およびグループスーパーバイジングを受けた。2例目からは筆者一人で概念化を進めた。結果図とストーリーラインを作成した段階で再びスーパーバイザーの指導、およびM-GTA研究会においてグループスーパーバイジングを受け、概念名や結果図の修正を行った。

なお、この分析方法では質的データの解釈が中心となるため、以下に結果と考察をまとめて報告する。

表2. 分析ワークシート例

概念名	パターン認識とのズレ
定義	患者の日常生活行動や精神症状など日常の様子の中から、患者の特徴を抽出・判別し、いつもの患者としてパターン化して認識することをパターン認識と言い、身体疾患に伴う変調により患者の言動や状態にその認識とのズレを把握すること
ヴァリエーション	「糖尿病があつて、人の目を盗んでご飯食べたりされていたのに、その時はご飯を残されていて、あれって思いました。」（事例番号15） 「そういえば、ベッドサイドで床頭台にお膳を置いて、ご飯を立てて食べていたんですね。」（事例番号29）
理論的メモ	事例15の看護師は、患者の特徴をいつも非常に食欲があり全量摂取されると認識しており、ご飯を残す行動をみて認識とのズレを自覚し、胃潰瘍の発見となっている。 事例29の看護師は、この患者がいつも自室で食事をしていることを認識していたが、このときは、どことなくいつもと違う光景として頭の片隅に引っかかり、後に肛門周囲膿瘍の発見につながっている。

V. 厳密性および信頼性の確保

本研究においては二つの方向で理論的飽和化の判断をした。一つは個々の概念生成の過程で、分析ワークシートの完成をもって小さな理論的飽和化の判断をしていった。もう一つの方向は、分析結果全体についての理論的飽和化の判断である。これに関して、結果図がほぼ完成した時点で、外部の質的研究者数名との間で、分析テーマは研究テーマや意義に基づいているかの確認をし、データの範囲を限定した中において、分析=解釈の飽和をチェックした。その上で分析結果の完成度を上げることを目指して、必要な概念名や定義

の修正、削除、再生成などを行った。なお今回、結果をまとめるにあたり、さらに検討を加え、多少結果図を変更した。

信用可能性の確保について、分析過程と分析結果について M-GTA の指導を受けた。また、分析結果については、M-GTA 公開研究会や既に精神看護学の専門誌に投稿し批判を受けた。

また、「参加者チェック」については、対象となった施設に結果を返したところ、看護の施設代表者や情報提供者数名から「自分たちがまとめられないことをちゃんと言葉にしてもらえた」「納得できるところがたくさんあった」「今後、これを意識していきたいと思った」などの感想が得られた。したがって、本研究の信用可能性については保たれていると判断した。

VI. 倫理的配慮

1. 本研究は島根県立看護短期大学（現在の島根県立大学短期大学部）の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。
2. 対象施設に対し、依頼書を用いて研究テーマ・計画・方法について説明し、同意を得た。
3. 情報提供者に対しては、事前に看護部より、研究目的、内容について説明してもらい、インタビューの承諾を得た。その上で、インタビュー開始前に研究者より、再度依頼書を用いて、研究目的、内容、自由意思による参加であること、プライバシーの保護方法、研究結果の公表のしかたについて説明し、口頭による同意を得た。
4. 同時にインタビューに際し、録音テープに採ること、テープの処分方法について説明し、同意を得た。
5. プライバシーの保持については、聞き取りの際、情報提供者が診療録を見ながら患者名を「Aさん」として語るように依頼し、研究者は一切個人を特定できないよう配慮して情報提供を受けた。
6. 情報提供者から得た情報を研究の目的以外には使用しないことを約束し、公表に際しては、個人や施設に不利益が生じないように配慮した。

結果と考察

I. 対象者の概要

1. 対象施設の概要

単科の精神科病院である自治体病院を対象とした。自治体病院を選んだ理由は、民間病院に比べ身体合併症への対応や職員数に施設間格差が少ないであろうと判断したからである。規模は100～200床未満が1施設、200～300床未満が2施設、300～400床未満が3施設、400～500床未満が1施設、500床以上の施設が1施設であった。

2. 情報提供者の概要

看護師は、年齢29～58歳（平均46.8±6.8歳）の女性19名、男性10名であった。看護職資格は、看護師28名、准看護師1名であった。臨床経験年数は8～35年（平均25.1±6.9年）であり、そのうち精神科経験年数は3～35年（平均20.7±7.6年）であった。精神科以外の臨床経験を有する看護師は29名中14名であった（表3）。

3. 情報提供者が語った患者の概要

患者は、年齢31～88歳（平均59.2±13.4歳）の男性23名、女性10名であった。精神科診断名は、統合失調症22名、器質性精神障害7名、精神作用物質使用による精神及び行動の障害2名、感情障害1名、神経症性障害1名であった。

身体疾患名は、麻痺性イレウス7名、肺炎4名、大腸癌3名、胃癌、胃潰瘍、内鼠径ヘルニア、肺塞栓症が各2名、肝障害、肝硬変、肝癌、食道癌、食道潰瘍、糖尿病、肛門周囲膿瘍、肺結核、肺化膿症、肺癌、心不全が各1名であった（表3）。

表 3. 対象者の概要

事例 番号	対象患者の概要					対象看護師の概要					
	転院時 の年齢	性別	精神科的診断	身体疾患名	身体疾 患の予	看護師 の年齢	性別	資格	臨床経 験年数	精神科 経験年	他科経 験の有無
1	66	M	統合失調症	麻痺性イレウス	軽快	52	F	看護師	31	25	有
2	51	M	統合失調症	麻痺性イレウス	治癒	42	M	看護師	20	20	無
3	50	M	統合失調症	麻痺性イレウス	軽快	38	F	看護師	15	13	有
4	69	M	統合失調症	麻痺性イレウス	軽快	43	F	看護師	21	21	無
5	62	M	統合失調症	麻痺性イレウス	軽快	42	F	看護師	20	18	有
6	58	F	てんかん	麻痺性イレウス	不変	54	F	看護師	33	19.5	有
7	73	M	統合失調症	麻痺性イレウス	軽快	43	F	看護師	21	21	無
8	51	F	統合失調症	肺炎	死亡	54	M	看護師	26	26	無
9	40	F	統合失調症	肺炎	治癒	46	M	看護師	25	25	無
10	46	F	統合失調症	肺炎	治癒	32	F	看護師	10	8	有
11	88	F	脳器質性精神病	肺炎	死亡	56	F	看護師	35	4	有
12	73	M	統合失調症	大腸癌	軽快	43	F	看護師	21	21	無
13	76	M	統合失調症	大腸癌	死亡	52	F	看護師	31	25	有
14	77	M	統合失調症	大腸癌	不変	48	M	看護師	26	26	無
15	55	M	統合失調症	胃潰瘍	軽快	46	M	看護師	23	23	無
16	56	F	神経症	胃潰瘍	死亡	47	F	看護師	25	25	無
17	57	M	躁うつ病	胃癌	軽快	53	F	准看護師	32	23	有
18	76	M	脳器質性精神病	胃癌	死亡	39	F	看護師	19	19	無
19	47	M	統合失調症	ソケイヘルニア	治癒	52	M	看護師	31	31	無
20	70	M	統合失調症	ソケイヘルニア	軽快	46	M	看護師	23	18	有
21	52	F	統合失調症	肺塞栓症	軽快	47	F	看護師	26	26	無
22	60	F	統合失調症	肺塞栓症	軽快	44	F	看護師	20	19	有
23	71	F	統合失調症	肝障害	軽快	55	F	看護師	33	17	有
24	31	M	覚醒剤中毒	肝硬変	軽快	52	M	看護師	34	34	無
25	49	M	統合失調症	肝癌	悪化	47	M	看護師	24	18	有
26	76	M	進行麻痺	食道癌	死亡	51	M	看護師	28	28	無
27	35	M	脳器質性精神病	食道潰瘍	不明	47	F	看護師	26	23	有
28	58	M	アルコール依存症	糖尿病	軽快	58	F	看護師	35	35	無
29	47	M	統合失調症	肛門周囲膿瘍	軽快	56	F	看護師	35	4	有
30	52	M	統合失調症	肺結核	軽快	46	M	看護師	25	25	無
31	55	M	脳器質性精神病	肺化膿症	治癒	48	F	看護師	29	24	有
32	49	M	統合失調症	肺癌	死亡	37	F	看護師	16	16	無
33	78	F	脳器質性精神病	心不全	軽快	29	F	看護師	8	3	有

II. 身体合併症発見につながる看護師の気づき

1. 概要の説明

患者の何をどのように気づいたのかに着目し、看護師の気づきを明らかにしていった。その結果、看護師は患者の日常生活行動や精神症状など日常の様子を、患者の特徴としてパターン認識しており、気づきの内容は、その [パターン認識とのズレ] を把握した場合と、身体疾患に伴う症状と患者の状態に [類似性の認知] をした場合と、その両方を認知した場合に分類できた。また気づきの程度は、患者の様子に「何か変」といった漠然とし

た「直感」から、特定の身体疾患の状態にあることを「直観」する気づきまでみられ、その明瞭さにより [違和感] [不審感] [直知] の3つに分類できた (図1)。

図の右上に向かうほど、気づきの程度は明瞭さを増し、内容も特定の疾患が予測される [直知] の状態であり、早期介入を可能にする気づきである。こうした気づきを促進する要因として [知識・経験の積み重ね] が重要であり、結びつかないような状況と経験との間に [類似性を認知] したり、かけ離れた症状から特定の疾患を連想していく洞察力が必要であった。

逆に、図の左下に向かうほど気づきの程度は不明瞭となり、看護師自身もそれが何を意味するのか分からない不確かな [違和感] として自覚される。しかし、この段階で身体合併症の発見につながると、疾患にもよるが、症状が顕在化しない段階での発見を可能にする気づきである。この気づきには“いつもの患者”を思い描くことができ、些細な変化を自覚できることが重要であり、 [意識的な情報収集] [意識的な情報の共有] [ルーティン化して情報収集する] ことにより、気づきが賦活されていた。そして、患者の変化を見逃すまいとする看護師の [代わって気づこうとする意識] が行動を支えていた。

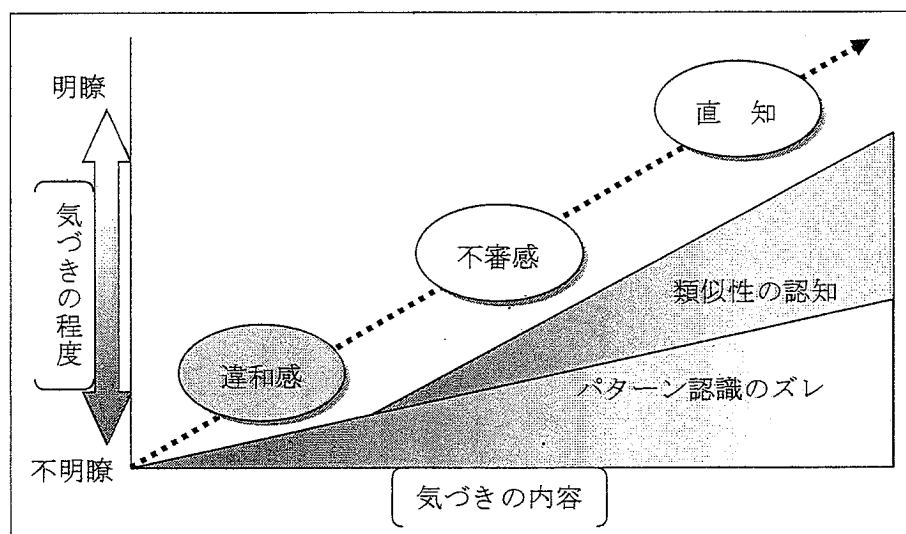


図1. 気づきの内容と程度

2. 各概念の説明

データより抽出した概念を精神科身体合併症発見につながる気づきの構成要素として示した。以下に、データを抜粋しながら説明する。

1) 気づきの内容

[パターン認識とのズレ] とは、患者の日常生活行動や精神症状など日常の様子の中から、患者の特徴を抽出・判別し、「いつもの患者」としてパターン化して認識することを

パターン認識と言い、身体疾患に伴う変調により患者の言動や状態にその認識とのズレを把握することである。

「糖尿病があって、人の目を盗んでご飯食べたりされていたのに、その時はご飯を残されていて、あれって思いました」（事例番号 15）

この看護師は、患者の特徴をいつも非常に食欲があり全量摂取されると認識しており、ご飯を残す行動をみて認識とのズレを自覚し、胃潰瘍の発見となった。

「そういえば、ベッドサイドで床頭台にお膳を置いて、ご飯を立てて食べていたんですよ」（事例番号 29）

この看護師は、巡室した際に患者がいつも自室で食事をしていることを認識していたが、このときはそれほど気にも留めなかった。しかし、どことなくいつもと違う光景として頭の片隅に引っかかっていた。そして、患者が不眠時薬を希望してきた際に、「そういえば」と立てて食事をしている光景にズレを認知し、意識的に関わりを試み情報収集しようという思いにつながっていったものと思われる。

[類似性の認知]とは、看護師が持ち得る身体疾患に関する知識や、身体疾患をみたこれまでの経験と、その患者に知覚する状態に類似性を把握することである。

「流涎と食欲の低下に気づいたんですよ。抗精神病薬の影響かなと思ったんですけど、特に薬も増えていないし、何故流涎が増えたのか気になったんですよ」（事例番号 14）

この看護師は、流涎・食欲の低下に気づき、抗精神病薬の副作用を疑うが薬の増量がないため、患者の肝機能の低下を推測していた。その要因として、かつて出会った肝障害患者のことを思い出し類似性を自覚していた。

[パターン認識とのズレ]と[類似性の認知]の両方を認知した場合がみられた。

「『お腹の中に何かいる』という妄想の訴えがあって、精神状態が悪くてかなと思っていたら、だんだん妄想の訴えがひどくなるし、これはひょっとしてと思ってみたら、便秘との関係があったんですよ」（事例番号 2）

この患者はイレウスであったが、妄想の訴えが徐々にひどくなる様子にくパターン認識とのズレを自覚していた。また、かつての経験で、「あいつ（他患者）が夜中に首を絞めにくる」と訴えていた患者が食道癌であったことを思い出し、身体疾患と精神症状の関係性に類似性を認知し、便秘との関係性に気づくことができた。

「ちょっと咳がねえ違う咳だったんです。煙草の吸いすぎで咳き込むこともありましたけど、そういう咳ではなかったんですよ」（事例番号 32）

この患者は肺癌であった。看護師はこの患者の喫煙後によくみかけた力強い咳き込みと違い、乾いたような少し弱々しい変な咳に感じたと話している。気づいた当初は、微熱もあつたため肺結核を疑ったようである。

2) 気づきの程度

「違和感」とは、日常的な患者の訴え方や行動にいつもと違う感覚を持ち、漠然と「何か変だ」と直感することであり、論理的な思考過程を経ないで、患者の身体合併症に伴う変化に対して、何を意味するかは分からないが、直ちに感じとることである。

「いつもはこちらから話しかけなきゃいけなかったのに、自分からそのたわいもない話をしてくれて・・・。だから本当は違う訴えがしたかったんじゃないかって気になったんです」(事例番号10)

この看護師は以前に、滅多に自分から話しかけてこない患者が自分の方から話しかけてきたことを珍しく思っていたところ、実際はイレウスの苦痛を訴えたかったのだという経験をしており、いつもと違う患者の態度に、何か身体の不調を訴えたいのではと察し、発熱に気づき肺炎の発見につながっていった。

「歩きながら痰を吐く行為があつて、顔色も冴えないし何か変だなと思いましたね」(事例番号30)

この看護師は患者と一緒に散歩に出かけた際に、患者が痰を吐く行為を珍しいと感じていた。気になり注意深く観察した結果、微熱、顔色不良、食事量が少ないことなどに気づき、肺結核と分かった。

「不審感」とは、患者の状態に対して、予測されるものがあるが、患者の行動やパターンに予測との違いを察知し、その違いを不審に思う、あるいは疾患を疑うことである。看護師たちは次のように語っていた。

「今まで(この患者の)うつ状態というのは見ていますからね、どうもいつものうつと違うと思いました。急にあの元気のなさがきたのも、たまにご飯を食べてみたり、とかそういうのがちょこちょこあるんです。だから、いつものうつだったら、食事も『いらぬ』って、返事もろくにしないのに、どうも違うなあと思うんですがね、何なのか分からない」(事例番号8)

この看護師は、患者の心情的な訴えの際の表情やうつ状態のパターンなど、いつもと似ていると思いつつながら、食事量や行動に些細なズレを感じ、そこに注目していた。この患者は肺炎であったが、発熱等肺炎を予想させるような症状は全くみられなかった。

「足の腫れは膀胱炎とは違うんじゃないかと思ったんですよ。年寄りさんは足が腫れやすいつていうのもあったんですけど、この方は四肢の浮腫があつて、高血圧もあるし、四肢の浮腫つていうのもあんまりないですからねえ。それで、〇〇病院(総合病院の泌尿器科)から帰ってこられてから、ゴソゴソはしておられるけど、元気はあるようだけど、ご飯が食べれなかったり、血圧が高血圧は元々あるけど結構安定していたのが急にすごく上がったりして・・・」(事例番号33)

この患者は最終的に心不全の状態にあり転院となったが、初期症状で尿量の減少を認め、

主治医の指示で泌尿器科を受診し、膀胱炎と診断されて帰院していた。この段階で看護師は尿量の減少の他に浮腫を気にしていた。しかし、個々の症状には気づいていても全体として特定の疾患を予測することはできておらず、漠然と腎機能が循環器系の異常によるものではないかと予測し、観察を続けていた。

[直知]とは、患者の身体症状や食欲の低下、苦痛表情などから、特定の身体疾患の状態にあることを直観することであり、先行経験より、すぐさま知的に理解することである。

「歯がないってことで刻み食を食べて、病院では食事が管理されており、家の方に病院ではこういう食事をしているので、食べて悪いものはとにかくしまっておいてくださいってことでお願いしていたんだけど、農家なものですから、煙草の時期だったということで、『忙しくてそれどころでなかった』って、『みんなちゃぶ台に広げたままにしていったら大根漬けやら煮しめやらみんな食べた』って言うから、ああこれは大変だっていうことで・・・」(事例番号6)

日常目にしている病院での患者の食事風景は、歯がないことを考慮して刻み食にしてあり、問題なく摂取できている状態を看護師は目にしている。そこから、患者が家に帰ったときの食事風景を想像し、この看護師がこの患者の外泊の迎えの対応をするときには、事前に家族へ注意することができていたことを意味する。

このように、今日の前にいる患者や見えるものだけでなく、家庭で暮らす患者を思い描くことができる看護師の想像力により、患者の様子を見て「おかしい」と感じたことと、診療録を調べ外泊していたという事実がつながり、何かあったな(何かを食べた)と察して、すぐさま家族へ確認の電話をするという行為へとつながったのではないかと考える。

「様子がおかしいよねということで熱を測ったら熱がある。おかしいね、脱水の熱とかいうのも考えられたんですけど、2日前に食事中誤嚥したって聞いていたので、胸の写真撮ってもらった方がいいんじゃないかねってことで、胸の写真を撮ってもらったらどうも白いということで、受診したらやはり肺炎だったんです」(事例番号11)

この看護師は、発熱と2日前の誤嚥した情報からすぐさま肺炎であると気づいていた。

3) 気づきに影響する要因

気づきを賦活させる要因として、[意識的な情報収集] [意識的な情報の共有] [ルーティン化して情報収集する]が抽出でき、対極例として[先入観による軽んじた対応] [問題意識の欠如]が抽出でき、その他[関心の向きにくい環境] [人的な不足]も気づきを阻害する要因として抽出できた。

[意識的な情報収集]とは、食事量や気分変動、入浴時触診など意識的に情報収集することである。この具体例として、以下のような語りがあった。

「こちらで見ないと(本人の申告では)分からないってことで、入浴時にパンツを見

て、便が付いてれば出たって思うんですね」(事例番号5)

対極例として、「問題意識の欠如」が抽出でき、これは、危機感がなく、漠然とおかしいと思いつつ突き詰めて考えていないことである。

「(食べられないということで経管栄養をする前の段階で、なぜ食べられないかという事は?) その辺だよな。食べられない状況をどういうふうな判断でこちらの病院に来たのかという部分は、今から思えばあまりシビアに気にとめていなかった気がするんですけど・・・」(事例番号26)。

看護師の中には「漠然とおかしいと思いつつ突き詰めて考えていなかった」と危機感が欠如していたことを語りながら反省していた看護師もいた。その他、単科の精神科病院に長年勤務したことにより、身体的な観察が不十分になっていることを語った看護師や知識不足を自覚し自信がないと語っている看護師もみられた。こうした看護師個人の意識の低迷や知識不足が、もっと早くに気づけたかもしれない状況や検査・受診行動の遅れに影響していた。

「意識的な情報の共有」とは、患者の健康管理をする役割を自覚し、些細な変化でも見逃さないように思っていることである。

「あらっと思ったら、誰かには言ってしまう。聞いて確認するというか、自分だけの情報が他の人の知っていることとどう結びつくのか、やっぱり聞いてみる人が多いかな。」(事例番号7)

対極例として、「先入観による軽んじた対応」が抽出でき、これは、患者の訴えに信憑性がないと、安易に決めつけそれ以上確かめないことである。

「(ちょっと違うなと思いつつも、そのままにしてしまったというのは、何か?) 作業を嫌がって言っているのかなと思った部分も無きにしも非ずで・・・」(事例番号20)。

ある看護師は、患者の訴えを「いつものように作業に行きたくないために言っている」と先入観を持って聞いているため、軽んじた対応となり確かめもしないでいた。後に診療録を遡り「行きたくない」訴えはあっても「痛み」の訴えは最近であることに気づき、改めて患部の観察につながっている事例があった。

「ルーティン化して情報収集する」とは、ルーティン化した観察項目をきちんと守り、確かめることができていることであり、ある看護師は次のように語っていた。

「定期の測定だと、忙しい時など体重測定とか血圧測定とか、ついつい後回しにしたりしますが、普段のデータをきっちり取っておくというような必要があるんじゃないかと思います」(事例番号15)

そして、この看護師は「気づいたらずっと記録がなかった、検査してなかったというこ

ともよくありました。最近では、そういったことがないよう、ルーティン化されている観察項目について後回しにしないで、きちんとするように心がけています。」と話していた。このようにルーティン化されている観察場面を大切に確実に実施しようという意識が重要と捉えられていた。

[関心の向きにくい環境]とは、精神症状に関心が向き身体面に関心が向きにくいことであり、ある看護師は次のように語っていた。

「やっぱりね、病棟の特性もあると思うんですよ。閉鎖病棟なのでどうしても精神症状が華々しいので、そっちの方を先に抑えますよねえ。そしたら痛みとかいうのは本当に出て来ないんですよええ。だからついつい遅れてきたっていうのもあるかなと思うんですけど」(事例番号4)

この看護師が語ったように、精神疾患の重篤な患者を対象としている急性期病棟や閉鎖病棟では、興奮や不穏など目立つ精神症状に目が向きやすく、かつ精神症状によりセルフケア自立度の低い患者が多く、看護師の援助は多岐にわたる。加えて、多量の向精神薬服用により痛みや身体的な自覚症状が抑制されてしまうため、患者自身も看護師も身体面に関心が向きにくい環境にあるといえる。

[人的な不足]とは、常勤の内科医がいない、傾斜配置に伴い継続的に観察できないなど、人的な不足により、身体疾患が疑われる状況に対応できないことである。

「傾斜配置になっていて、大きな病棟から日替わりで行くんですよ。たまに行くので、おかしいと思う以前に、今日だけかなって判断してしまう部分もあるかも知れません」(事例番号5)

精神科特例法の中で、少ないスタッフのやりくり、病院ではしばしば傾斜配置を実施している。これにより、継続的観察は難しくなる。また、単科の精神科病院には、当直を兼ねて非常勤の内科医により身体的な治療がフォローされている施設が多い。1～2週間に1度の診察では、急な変化や継続的な治療の難しさがあると思われる。

[代わって気づこうとする意識]とは、患者が自分で健康管理できないとき、代わって関心に向け、患者の身体の状態に気づいていこうとする看護師の意識のことである。

「痛みを訴えるとか、食欲の有無とか、そういうことは全然自分から発信されない人なので、こっちの客観的な情報が主になってくるんですよええ」(事例番号9)

乳児院にいた経験を持つ看護師は次のように語り、患者の不機嫌な様子に気づくと、まず身体的な状態から観察していくと述べていた。

「赤ちゃんは、表情で判断しなきゃならないでしょう？他所の赤ちゃんを預かっていて、私の肩にその赤ちゃんの健康管理が掛かっている訳ですからね。一生懸命に観察

しなきゃならないですよ。ここの患者さんの中にも私達が気づいていけないといけない方が多いです。」(事例番号 23)

このように、患者の特性を理解して、できない部分を代行しようとする役割意識が持っている看護師は、患者の身体面に関心を寄せ、しっかり見ることができていた。

高橋²⁹⁾は“気づき”は「直感であり感覚的なひらめきであって、決して単なる思考でも分析知でもない」と述べている。確かに感覚的なひらめきであり、「あれっ、何か変」と感知している“気づき”もあり、これは「直感」といえる。「直感」は理性を働かすとか推理や考察に頼るといことなしに感覚的に物事を感じとることであり、感覚の働きである。このような気づきは、気づきの中でも[違和感]に該当すると考える。病棟で生活している患者の日常に関わり、「今の時間帯なら、あの患者は洗濯機の前で洗濯が終了するのをじっと見ている」とか「あの患者が下着を換えたときは便が出た証拠」など、看護師たちは患者の特徴を事細かに記憶していた。[違和感]は、そうした中で些細な変化の知覚により生じる感覚である。

外口³⁰⁾は「看護婦は自分自身の感性に導かれて、看護行為を選びとっている。」と述べ、その感性により得た“気づき”は「見逃さずに意識化できていけば、相手と関わっていったり、“なぜ、そう感じたのか”を聞いて確かめ合ったりしていくための貴重な手がかりとなる」と述べている。そして、見藤³¹⁾は“気づき”について、「この些細なスツキリなさや、オヤッという感じを大切にできるかできないかが、良い看護になるかならぬかの重要な決め手ではないか、とさえ筆者は思っている。」と述べている。こうした感覚を高めるには相手への関心を示し、じっと相手を観ていくことではないだろうか。また、“気づき”の中には、すぐさまそのことが何を意味するのか知り、特定の疾患を知る[直知]も含まれていた。これは感覚的なひらめきではなく、直接的・瞬間的に物事の全体あるいは本質を捉える認識力であり、「直観」といえる。確かな知識・経験の積み重ねの上に、そのことが何かを瞬時に知るエキスパート性によるものと考えられる。

こうした気づきに影響する要因において、[人的な不足]や[関心の向きにくい環境]の中で気づきを賦活させていくためには、日頃から身体合併症を意識し、[意識的な情報収集]やスタッフ間で[意識的な情報の共有]を行っていくことが重要であった。また、基本的な身体状態の把握として、体重や血圧などルーティン化して確実に測定していく意識が大切であった。患者の姿が見えなかったり、精神状態が悪く拒否的である場合、ついつい後回しにしたり、飛ばしてしまうことがある。気づいたらずっと測定していなかったということがないよう、確実に測定しようとする意識が気づきを賦活させていた。

Ⅲ. 気づきを身体合併症発見につなげるプロセス

1. 概要の説明 (図 2)

看護師たちは何らかの患者の変調に気づくと、いずれも【気づきの確かめ】行動をとっていた。【気づきの確かめ】行動は、気づきの程度により異なっていた。気づきが不確かで曖昧な〔違和感〕〔不審感〕の場合は、それが何であるか確かめようと〔気がかり確かめ行動〕をとっており、〔直知〕を自覚した看護師は、患者の状態を把握しようと〔裏付け捜査行動〕をとっていた。この【気づきの確かめ】行動に影響する要因として〔決めつけないで確認する〕〔おかしいと自覚する〕ことが確かめ行動を賦活させており、対極例として〔安易な決めつけ〕〔自信のなさ〕は確かめ行動を消極的にしていた。

そして、より確かな気づきとして自覚したことを身体合併症発見につなげるため、看護師たちは【気づきの具現化】に移っていた。まず、〔医師への説明行動〕をとり、検査や受診につなげようとしていた。しかし、気づいた看護師と医師の間で受診や検査の必要性や緊急性に対する認識にズレがみられたとき、検査や受診行動につながらない場合があった。そのとき看護師たちは検査・受診の実現化に向け〔医師への交渉行動〕をとったり〔補足的看護行動〕をとりながら身体合併症発見につなげていた。

この【気づきの具現化】行動に影響する要因として、〔“その時”の見極め〕〔申告しやすい関係を大切にする〕ことが確かめ行動を賦活させており、対極例として〔申告しにくい関係〕〔先入観による軽んじた対応〕が抽出できた。その他〔人的な不足〕〔検査設備の不足〕〔受け入れ施設がない〕ことが【気づきの具現化】行動を阻害していた。しかし、看護師たちは〔擁護意識〕に支えられ身体合併症発見につなげようと努力していた。

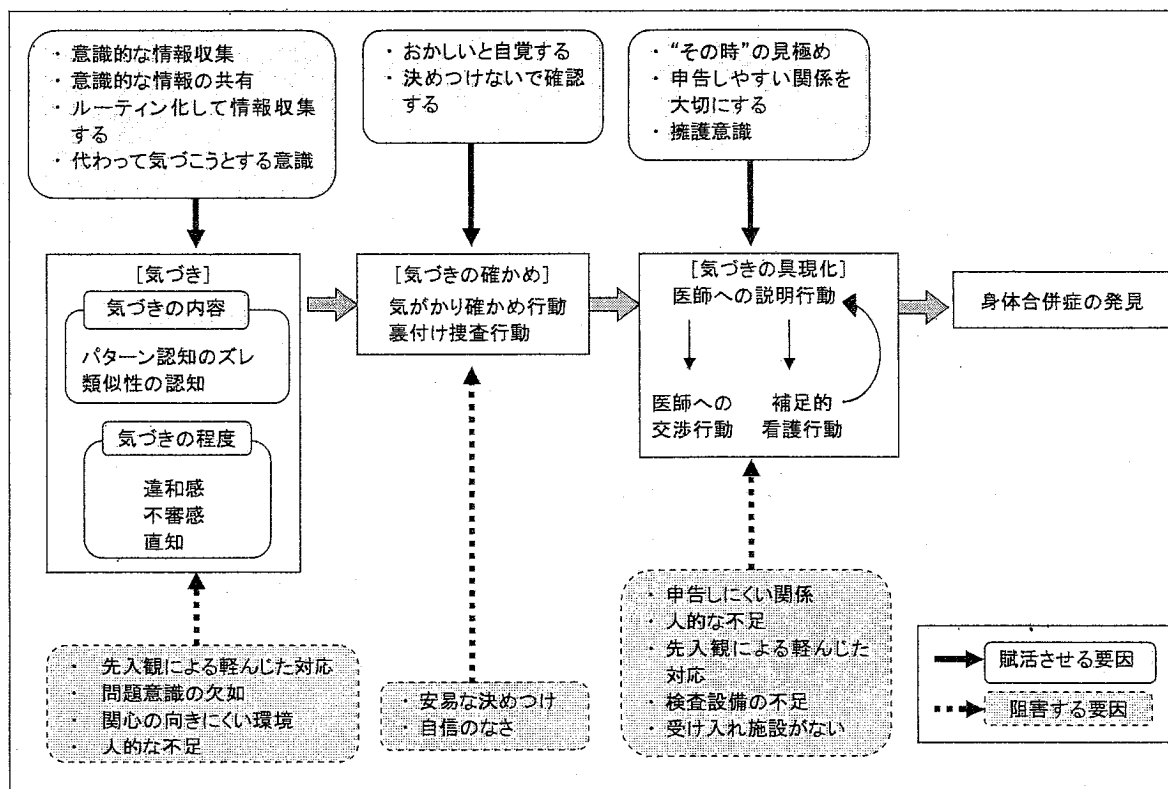


図2. 気づきが身体合併症発見につながるプロセス

2. 各概念の説明

データより抽出した概念を身体合併症発見につながるプロセスとして示した。以下に、各プロセスの構成要素を、データ抜粋を示しながら説明する。

1) 気づきの確かめ

「気がかり確かめ行動」とは、患者の様子をいつもと違うと感じているが、それが何であるのかを確かめるための行動をとることである。

「不眠でその日、4回目の眠剤を要求してきたんですね。元々寝られない患者さんで3回目までは要求されることはあるんですが、4回目も要求してきて、どうしたのか気になって、その前の食事のことも引っかかっていたので、ちょっとスキンシップでもした方がいいかもしれないと思って、痔も痛いし眠れないっていうんで、『じゃあ私が座薬を入れてあげるから』と言って座薬を入れようとしてお尻をみたら赤くて触ったら熱感あるし、これはちょっと痔じゃないし・・・」(事例番号29)

この看護師は、患者の不眠の訴えにいつもと違うものを感じとってはいるが、それが何なのか分からず参与観察を試みている。その結果、予想もしなかった肛門周囲膿瘍の発見となっていた。

「この方は自分で訴えられる患者さんですけど、診察の時に『身体がだるい』とか『食

欲がない』とか訴えられていたんです。主治医は『いつものことじゃないの?』なんて言いながらあんまり取り合われなかったんですね。何となく気になってよく顔みたら目が黄色い。ああ黄疸だってことで一般病院の方へ行ってすぐ入院だったんです」

(事例番号 24)

この看護師は、覚醒剤中毒の患者が倦怠感や食欲不振を訴えていることから、すぐに肝機能が悪いのでは?と思ったようである。そして視診の結果黄疸を見つけていた。

〔裏付け捜査行動〕とは、予測した疾患を確定していくための行動であり、裏付けをとる、あるいは状態を知るための行動をとることである。〔不審感〕の中でも疾患を疑っているものや〔直知〕の場合は、気づきを確かなものとしたり、その疾患の程度を把握する目的でなされていた。

「定期的に腹部の聴診をしていて、腹鳴が弱くてちょっとお腹が張っていると申し送りがあったので、気になって部屋まで見に行っただけです。それまでも何度かイレウスになられたとき、洗面所まで行かないで窓の外に嘔吐するっていう経験があったものですから、ベッドサイドの外のベランダを開けてみたら嘔吐していたんですよ」(事例番号 4)

この看護師は、申し送りで腹鳴が弱く腹部膨満がみられると聞き、以前この患者が嘔吐していた自室のベランダを確かめる行動を起こしていた。

「吐血ではないです。コーヒーを出したんです。オシッコの潜血調べるので調べたんです。それで(潜血反応が)出なかったんで・・・何か変だなんて思って、他の患者さんが物をくれたんじゃないか、食べさせたんじゃないだろうかって、周りもみないとやっぱり訴えられない患者さんなので、聞いたんですよね」(事例番号 5)

この看護師は患者の吐物を見て、吐血の有無を確認した上でこの患者と親しくしていた周囲の患者から情報を集め、コーヒーとわかめをもらっていたことをつきとめていた。このように〔裏付け捜査行動〕は、気づきをより確かなものとしたり、その疾患の程度を把握する目的で行われ、検査・受診のための実現化につながっていた。

2) 気づきの確かめに影響する要因

気づきの確かめを賦活する要因として〔決めつけないで確認する〕〔おかしいと自覚する〕が抽出でき、対極例として〔安易な決めつけ〕〔自信のなさ〕が抽出できた。

〔決めつけないで確認する〕とは、短絡的に決めつけず、あらゆる可能性を確かめることである。

「怒りっぽいイコール精神症状の悪化のように考えがちですが、まずはお腹の状態とか身体の方をチェックして、大丈夫であれば精神症状を考えるようにしています」(事

例番号 3)

対極例として 「安易な決めつけ」 が抽出でき、これは、よく見かける症状や患者に既往があると、安易にいつもと同じと思いきみそれ以上に確かめなくなることである。

「麻痺性イレウスとばかり思っていたから、みんなの頭の中に大腸癌かなってというのは、たぶん無かったと思います」 (事例番号 12)

この事例は、頻回にイレウスを繰り返す患者をみて、安易にいつもの麻痺性イレウスと想着対応したところ、予想していなかった疾患が発見された事例であった。

「おかしいと自覚する」 とは、患者の様子を見ておかしいと自覚すれば、注意深く受け止め、誰に対しても主張して検査・受診行動につなげていくことである。

「その人らしくないと思ったときには、やっぱり流さないで注意深く受け止めなければと思いましたね」 (事例番号 32)

些細な気づきであってもそのままにしないで確かめていくことが発見につながっていくが、自信がないとつい思い過ごしとして意識化しないでそのままにしてしまっていた。「自信のなさ」 は、身体疾患に関して観察できる自信がないことであり、ある看護師はつぎのように語っていた。

「私みたいにもう 20 何年もいると、精神的な状態しか観てないから、ということは身体的な内科の異変についての判断が非常にあまくなってるのね。私みたいな看護者も結構多くなってるのかな。その辺はやっぱり看護者サイドの問題だと思うんです」 (事例番号 26)

この看護師が語るように、単科の精神科病院の場合、配置換えになっても全て精神科の病棟であり、総合病院のようにあらゆる領域を経験することはない。そのため、どうしても知識・技術に偏りが生じ、フィジカル・アセスメントに対する自信のなさを有している看護師が多くいた。

3) 気づきの具現化

「医師への説得行動」 とは、医師との見立てが違ったとき、検査・治療を受けて欲しい思いを実現化するために、自分の知っている情報を提示し一生懸命に説得することである。

「若い先生方は「やっぱり余所で診てもらった方がいいですね」という先生が増えましたけど、ずっといる先生は看護師がああでもない、こうでもないと言わない限りはやっぱり自分から進んで外診っていうことは少ないですねえ。」 (事例番号 23)

「だからそのプッシュですね、『どのくらい違うんですよ、こんなに違うんですよ』って言うあらゆることを言ってやっと先生が『よしよし』って言う感じになるので、本当はもうちょっと変だと思ったら、すぐにいろいろしてもらおうといいんですけどねえ」 (事例番号 33)

事例にあるように看護師の報告を受けて、比較的スムーズに検査や受診の指示を出してくれる医師もいる。しかし、検査や受診が容易でないため、医師たちは予想以上に指示を出したがない実態も明らかになった。実際、筆者が訪問した病院の中には、レントゲン撮影の設備があっても技師がいなかったり、他科領域の病院へ受診するために付き添えるスタッフがおらず、家族を呼び出さなければならない状況もあった。また、入院が予測されるような状態の場合、精神科病棟があり患者を受け入れてくれる総合病院がかなり遠方にしかない病院もあった。このような中で、看護師は検査・受診のための指示を出してもらおうと、ひたすら医師を説得する行動をとっていた。

〔医師への交渉行動〕とは、検査・受診を受けて欲しいという思いを実現化するために、押すだけでなく医師が応じやすいように、引くところや自分たちのするところも提示しながら説得することである。ある看護師は次のように語っていた。

「(医師は)この人(患者)はできないっていう頭だったと思います。でも『胃カメラで分かることであれば、じゃあ胃カメラしていただけますかって、もしできなかったら諦めます。でも、できたら最高ですよ』って言いました。先生は『最高です』とは言えないから笑われたけど検査してくれました」(事例番号18)

「『もし何かあったら困りますので、先生すみませんけども(他科受診に)やっていただけますか?』ってお願いしました。『その代わり看護師が付き添います。家族を呼んでまであれするんだったら大変だろうから、まず一応は看護師が付きます』ってことで頼みました」(事例番号7)

このように押す形の説得だけでなく、「できなかったら諦める」とか「自分たちが付くから」といった形で引くところは引き、医師が応じやすいように配慮していた。

〔補足的看護行動〕とは、状況を理解しない医師に対して対抗するのではなく、立場を尊重しながらも患者が不利にならないよう自分たちでできる範囲で補いながら観察ケアを続けることである。

「わたしは絶食させたかったです。でも食べさせてよいという先生の指示なものですから、また患者さんは補食すれば食べるって感じの人だったので、(担当看護師に)こちらで渡すときにご飯を半分くらいにして、その代わり水分だけはしっかり補給するようにして様子を見てと言いました」(事例番号3)

この事例は、イレウス症状で他科受診をし、浣腸により大量に排便がありイレウス症状が改善したということで帰院したばかりの患者であった。看護師はもうしばらく様子を見た方がよいのではないかと感じているが、医師は食事再開の指示を出した。この看護師は、やむを得ず食事量を減らし経過観察を試みていた。しかし、再度イレウス症状が出現し、医師を説得し再受診となった事例であった。

「主治医に連絡したら『様子みて』ということだったんですけど、顔色もだんだん悪くなっていくし、こちらから『浣腸しましょうか』とは言えないものだから、側についていたんですね。そしたら大量の嘔吐がみられて、すぐに報告したんですけども訴えが少ないものだから、とにかく様子みましょうということになったんです。だけれども顔色が段々悪くなってきて、お腹を触ったら何か触れるものがあるし、バイタルもさがってきたということで、『受診させてください』って言ってやっと思いましたができませんでした」
(事例番号6)

この事例の場合もなかなか動こうとしない医師に対して、看護師は何度か報告をしながら、ギリギリの所まで様子を見て再度説得を試みた事例であった。

気づきを具現化する過程において、医師をその気にさせるための説明のしかた・交渉について、検査・受診につなげるための連携を生み出す看護師のスキルが用いられていた。例えば、[医師への交渉行動]にみられたように、押すだけでなく医師が応じやすいように、引くところや自分たちのするところも提示して交渉している看護師がいた。また、[補足的看護行動]にみられた「医師の立場を尊重しながらも、患者が不利にならないよう自分たちでできる範囲で補いながら観察ケアを続ける」スキルなどは、どこまで待てるか見極めた上で待つことができている熟練のスキルではないかと考える。

近澤³²⁾は「『医療チームの連携』を生み出す看護婦の技術」の中で、医療チームの連携をよくするために看護師が用いている技術を明らかにしている。本研究の中では[医師への交渉行動]や[補足的看護行動]において、その中の〈仕向ける〉技術や《補佐する》技術、〈相手のテリトリーを尊重する〉技術などが用いられていたと思われる。今回、医師への交渉行動について語った看護師が少なかったため、具体的なスキルを抽出するまでには至らなかったが、気づいたことをそのまま報告するだけでは、なかなか検査・受診の実現化に結びついてはいかないことも明らかになった。

4) 気づきの具現化に影響する要因

【気づきの具現化】を賦活する要因として、[“その時”の見極め] [申告しやすい関係を大切に作る] [擁護意識]が抽出でき、対極例として[申告しにくい関係] [先入観による軽んじた対応]が抽出できた。その他[人的な不足] [検査設備の不足] [受け入れ施設がない]ことが【気づきの具現化】行動を阻害していた。

[“その時”の見極め]とは、患者が嫌がったり、面倒な状況でも、先延ばしにせず確かめる・決断することである。また、必要と判断すれば予定を早めることである。

「最近ちょっとだるそうな感じで、動きが鈍いなあと感じたものですから、前回のエコーは何時したか確かめて、10か月前だったので、予定を少し早めてもらいました」

(事例番号 25)

この看護師は、肝硬変があり年に 1 回検査をしながら経過観察していた患者の様子に変化を感じ、診察時にそれとなく最近の様子を伝え、検査を 2 か月早めてもらう提案をしていた。

[申告しやすい関係を大切に作る]とは、上司や医師がスタッフに対して、申告しやすい関係を大切にすることである。

「検査の結果、悪いものではなかったんです。『ああよかった』って師長さんに言ってもらえ、『そうだな』って心から喜びました」(事例番号 15)

「言いやすい雰囲気がありますね。どっか悪いのと違うかということを使いやすい。言ったら受け止めてもらえる」(事例番号 24)

対極例として[申告しにくい関係]が抽出でき、これは、患者の状態認識や治療方針に対する考え方が医療チーム間で異なることにより、申告しても取り合ってもらえないことである。

「以前、内科診察を受けて何とも無かったということで、それからは何か心氣的なものだっというふうに先生は受けとめられたみたいで、対症的に湿布や下痢を処方して様子を見てた形だったんですね」(事例番号 17)

このように、患者の心氣的訴えに対して一度は身体疾患の有無を検査するが、それは身体疾患の可能性を否定するための検査・診察であり、一旦その可能性を否定すると、次からは患者の訴えに対し、心氣的なものであると決めつけた対応となってしまう、患者の訴えに違和感をもってもなかなか言いにくい状況が生じていることが伺えた。

[擁護意識]とは、精神疾患患者は検査や治療に応じることができないだろうと、説明する前から諦めている態度に対し、偏見であると捉え、患者に代わって受診や検査を実現できるように頑張ろうとする意識のことである。

「精神科の患者さんがここでも偏見、こっちでも偏見ではちょっと気の毒だし、私はできることはやってあげたい、力を貸してあげたいって思って、やってるんですけど・・・」(事例番号 6)

「痛くても苦しくても分からなくて歩いておられたりとかするじゃないですか。足が腫れてても徘徊をずっと続けてたりとか、そういうのはこっちが何とかしてあげないと、出来ないことだから、出来るだけいつもと違うところを探すじゃないけど、接してここが違うね、ここが何か今日は良くないねとか、そういうのを気付いてあげようかなと心掛けています」(事例番号 33)

対極例として[先入観による軽んじた対応]が抽出でき、これは患者の訴えに信憑性がないと安易に決めつけ、それ以上確かめないことである。

「〇〇病院へ行ったんですけど『特に問題無い』ってことで帰されたんです。その後やっぱり発作は続くし、徐々に食べれなくなるし、向こうの医師へ交渉して再度転院になったんですが、その夜にはもう急変して亡くなったんです。・・・もっと強く押せば良かったかもしれませんが、『問題無い』って言われれば、それ以上は難しいかかって」(事例番号16)

看護師に身体疾患に関する知識に自信がないこともあり、専門領域において「問題ない」と言われると、それ以上に言えなくなってしまう傾向がみられた。しかし、精神疾患患者に対して検査する前から無理だろうと諦め、詳細な検査もせずに対応されている場合があった。上記事例などは、苦勞してやっと受診まで漕ぎ着けても、安易な対応により十分な検査もされずに亡くなってしまった事例であった。

その他、人的・物的環境要因として、以下のような阻害要因が抽出できた。

[人的な不足]とは、常勤の内科医がいない、傾斜配置に伴い継続的に観察できないなど、人的な不足により、身体疾患が疑われる状況に対応できないことである。

「結局どこか総合病院に行かなければならないんですが、行けば半日以上かかりますので、勤務調整しなきゃいけない。調整がつかないと、原因特定までに時間がかかってしまうんですね」(事例番号26)

[人的な不足]は、気づきの段階においても、気づきの具現化の段階においても確認できた。身体合併症により他科受診が必要だと思っても、引率スタッフの調整がつかないギリギリの人数でケアしており、容易に受診の実現化に向かうことができていなかった。

[検査設備の不足]とは、検査設備がなく、必要な検査が受けられないなど、物的環境の悪さがみられることである。

「うちの病院、レントゲンが無いものですから、気にはなるんですけども、結局どこか総合病院に行かなければならないんですがね」(事例番号26)

精神科病院の規模にもよるが、施設によってはレントゲンなどの検査設備がなかったり、常勤の技師がいないなどの病院があるのが現状である。

[受け入れ施設がない]とは、精神症状の激しい患者の身体治療ができる施設が近くにないことである。

「すぐ近くに国立病院があつて、そこの内科医が非常勤で週に2回来ているんですね。発見したのもそこの先生なんですけれども、いざ転院して治療という話になると『精神科病棟がないので無理だ』ということで、精神科のある総合病院を別に探さないといけないんですね」(事例番号32)

転院が必要となると、精神科病棟のある総合病院でなければ受け入れてもらえない状況がある。単科の精神科病院に入院している患者の中には、実際、精神症状も重篤な患者が多く、身体的な治療のためにしばしば向精神薬の服用の中断を迫られる場合があり、身体的な治療と共に精神症状のコントロールもできる病院を選ばなければならず、受け入れてくれる病院が近くにない場合があった。

IV. まとめ

1. 気づきの程度として [違和感] [不信心] [直知] が抽出できた。気づいた内容は、いつもの患者の特徴をパターン認識し、それとのズレをみているもの、知識や経験した疾患との類似性を認知したもの、その両方を認知したものが確認できた。患者に代わって気づいていこうとする役割意識を明確にもつことが重要であった。また、[直知] は早い介入につながるエキスパート性のある気づきと考えられた。そして、[違和感] は、顕著な症状を示す前の発見につながる気づきと考え、患者をよく知ることが必要であった。
2. 気づきの後には必ず確かめのプロセスがあり、気づきの程度により確かめ行動の目的は異なっており、「気がかり確かめ行動」と「裏付け捜査行動」がなされていた。不確かな気づきの場合、まず身体疾患による変調を考えながら確かめ行動をしていくことが重要と思われた。
3. 身体合併症発見につなげるための気づきの具現化行動として、看護師たちは「報告する」「交渉する」「補足的看護行動」をとっていた。気づいたことを検査・受診につなげるためには、「医療チームの連携」を生み出すスキルを駆使していく必要があった。
4. 気づきから身体合併症発見に至るプロセスとして、それぞれの段階で賦活させる要因とともに、対極例として多くの阻害する要因を抽出できた。それらは [看護師個人が有する要因] [人的環境要因] [物的環境要因] に分けることができた。

V. 本研究の限界

本研究の限界について、まずパターン認識のズレによる気づきは、患者と知り合ってから期間によるところが大きいことがあげられる。本研究において、情報提供者が患者と知り合い、身体疾患により患者が転院するまでの期間は 10 日～21 年（平均 59.0 か月）であり、長い関わり期間をもつ中での気づきであった。10 日と答えた事例も再入院の患者であり、実際はもっと以前からの知り合いであった。本結果は、このような状況における看護師の気づきのプロセスであり、一般病院や短期間の入院患者に一般化できる知見ではないことに十分な注意が必要である。

さらに、本研究では気づいた看護師を、身体合併症に関連すると思われる変調に気づき、「診療録の最初に記載した人」とした。繰り返し患者の身体合併症に気づいた経験を持つ

看護師もいたが、偶然その場に居合わせ気づいた看護師も含まれている。また、かなり進行した状態で発見に至っている事例も含まれている。したがって、必ずしも優れた気づきとはいえない点がある。

以上のことから、疾患を限定した中で病期を設定し、早期発見につながる気づきを明らかにしていくことが課題であると思われた。そこで次章では、消化器疾患を取り上げ、具体的な疾患における気づきのプロセスを検証し、早期発見につながる気づきと看護師に求められる観察力を明らかにしていきたい。

第2章

消化器疾患における気づきと観察力

はじめに

第1章において、看護師による気づきと身体合併症発見に至るプロセス、およびそこに影響する要因を明らかにした。精神障害者が身体疾患を併発した場合、自覚症状の訴えがみられなかったり、臨床所見と病態が乖離していたりすることにより、早期発見が難しいと言われている^{3, 33)}。また、向精神薬の長期服用に伴う身体疾患³⁴⁾や、精神症状が誘因となって惹起される身体疾患もあり、精神科看護師は一般病棟において求められるフィジカル・アセスメント能力の他に、こうした特殊性を踏まえた観察力が身体合併症発見のための気づきに必要と考える。そこで、本章では消化器疾患を取り上げ、具体的な疾患を通して気づきのプロセスを検証し、特殊性を踏まえた観察力を明らかにすることで、看護師の気づきを高めていくことに結び付けたいと考えた。

かつて筆者は、全国自治体病院の単科精神科病院26施設に入院中の精神疾患患者のうち、平成11年4月1日～平成12年3月31日までの1年間に、身体合併症の併発により、他科領域での加療目的で転院となった事例の実態調査を実施した⁵⁾。それによれば、入院患者の中で身体合併症を治療するために他の医療施設へ転院となった555名のうち、転院の原因となった身体疾患は、消化器疾患が最も多く150名(27.0%)であった。次いで、呼吸器疾患102名(18.4%)、骨・筋肉疾患77名(13.9%)、循環器疾患65名(11.7%)などであった。この結果は、東京都合併症医療事業転院患者の疾患分類²²⁾とも合致する。消化器疾患の中でも精神科領域においてはイレウスが多い。それは抗精神病薬および抗パーキンソン薬のもつ抗コリン作用によって、消化管の蠕動や消化液の分泌が抑制されることによる。

そこで、第1節では最も多い消化器疾患から向精神薬の長期服用に伴う疾患としてイレウスを、第2節では精神疾患に併発した疾患として消化器癌を取り上げることにした。悪性疾患は徐々に進行し変化が見えにくい。しかも発見が遅くなると命に関わる重篤な疾患であるため、少しでも早く患者の変調に気づけるよう看護師に求められる観察力を明らかにしたいと考えたからである。

用語の定義

観察力：

「観察」について、広辞苑³⁶⁾には「①物事の実態を理解すべくよく注意して詳しくみること。見きわめること。」と述べられている。心理学事典³⁷⁾では、「対象に影響を与えないで、しかも対象についての知識を得る行為のことをいう。視覚や聴覚その他の感覚入力を用い感知し、仮説を抱いて入力を検証したり、入力を総合して仮説を立てる心的活動である」と記されている。また、看護学大辞典³⁸⁾には、「観察者自身の感覚器を通して、ある

いは各種の器具器械を用いて、患者のあるがままの状態を把握すること」とあり、看護大事典³⁹⁾には「人間や物事の真の姿を知るために、正確に注意深く観ること。観ることによって分析的に知覚すること」と記されている。さらに、看護学事典⁴⁰⁾には「看護師の五感を通して、あるいは体温計・血圧計などの測定器具を通して行われる、ある特定の対象・事柄に対する意図的な情報収集を観察という。(中略)。観察には①情報に気づく、②情報の選択・系統立て・解釈、の2側面がある。」と記されている。

解説の詳細の程度に差はあるものの基本的には異なっておらず、「見きわめる」「あるがままを把握する」のいずれも、そのままの真の姿をみることであり、観察には、感知したことに何らかの意味づけをして、対象についての知識を得る心的活動までを含んでいる。

以上のことを踏まえ、ここでは「観察力」について、「物事の真の姿を間違いなく理解しようと、よく見ることのできる力と感知したことに意味づけしていくことのできる力」と定義した。

第1節 イレウス発見につながる気づきと観察力

目 的

第1節では、精神障害者に多く見られる消化器疾患のうち、向精神薬の長期服用に伴う身体疾患の中から、とりわけ多いイレウスを取り上げ、看護師の気づいた内容を疾患の進行に合わせて抽出・整理し、イレウスの早期発見および対処につながる気づきと観察力を明らかにすることを目的とした。

なお、看護師に求める観察力を詳細に見るため、どのような場面を活用し、患者のどういった点を、どのようにみて捉えたのか、に分類して明らかにすることとした。

対象と方法

I. 研究デザイン

質的・帰納的研究方法を用いた。具体的には、患者のイレウスに気づいた看護師に聞き取り調査を行い、気づきの検証を行うと共に、そこから気づいた内容をラベル化して抽出、カテゴリー化しフローチャートに表し、イレウスの早期発見につながる気づきと気づくために必要な看護師の観察力を明らかにしていった。

II. 対象事例

精神疾患により精神科病院もしくは精神科病棟に入院中の患者がイレウスを併発し、看護師がそれに気づいた事例（過去1年間）を対象とした。

III. 調査方法および期間

2004年7月～12月の期間に1施設につき1～2回訪問した。患者のイレウスに気づいた看護師に、イレウス発見につながる変化に気づいた時の状況、その後の経過、気づいた時点よりも前の段階での気づきについても診療録を確認してもらいながら聞き取り調査を行った。

IV. 分析方法

聞き取った内容から、1事例毎に、観察した内容をラベル化して抽出し、時系列に沿って並べていった。それらをカテゴリー化しフローチャートに表した。

V. 倫理的配慮

本研究は島根県立看護短期大学（現在の島根県立大学短期大学部）の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

精神科病院の施設長に研究の目的，方法について説明した文書を郵送し，返信用の葉書にて研究協力の承諾を得た。その上で，情報提供者となる看護師には，研究の目的，方法，研究協力に伴う利益・不利益，研究協力への自由意思，プライバシーの保護の方法について，研究者が直接文書を用いて説明し，文書により同意を得た。

プライバシーの保持について，聞き取りの際には，情報提供者だけが診療録を見るようにし，語る際には患者名を「Aさん」として語るように依頼し，研究者は一切個人を特定できないよう配慮して情報提供を受けた。また，情報提供者から得た情報を研究の目的以外には使用せず，個人や施設に不利益が生じないように配慮した。

結 果

I. 対象者の概要

1. 対象施設の概要

A県内の精神科病院もしくは精神科病棟を有する病院 18 施設に依頼し，7 施設から研究協力の承諾を得た。研究協力施設の概要を表 4 に示す。施設の設置主体は，1 施設が公立の精神科病院であるが，その他は民間の精神科病院である。

表 4. 対象施設の概要

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院
病院形態	精神病院	精神病院	精神病院	精神病院	総合病院	精神病院	精神病院
診療科	精神神経科 内科	精神神経科 内科	精神神経科 内科 心療内科	精神神経科 内科	精神神経科 内科，外科他	精神神経科	精神神経科
病床数	420	166	140	210	一般205 精神科50	176	309
機能形態	精神一般病棟 精神療養病棟 内科病棟	精神一般病棟 精神療養病棟	精神一般病棟 精神療養病棟 介護療養型医療施設 療養病棟	精神一般病棟 精神療養病棟	精神一般病棟 内科病棟 外科病棟 整形外科病棟 他	精神一般病棟 精神療養病棟 介護療養型医療施設	精神救急病棟 精神一般病棟 精神療養病棟
内科医数(うち非常勤医師数)	3(1)	1(1)	2(0)	1(1)	10(2)	1(1)	2(2)
合併症が起きた時の対処	身体合併症病棟へ転棟。外科的処置等必要時転院。	緊急性のないものは，非常勤医で対応。緊急時，総合病院受診。	常勤内科医の対応。外科的処置等必要時，総合病院受診。	緊急性のないものは，非常勤医で対応。緊急時，総合病院受診。	精神科病棟で内科医対応。必要時，治療目的の病棟へ転棟。	緊急性のないものは，非常勤医で対応。緊急時，総合病院受診。	緊急性のないものは，非常勤医で対応。緊急時，総合病院受診。

2. 対象看護師の概要

精神科の臨床経験年数は、0.5～34.5年（平均13.7±10.8年）であった。他科領域の臨床経験を有する看護師は13名中9名であり、その経験年数は、1.5～28年（平均11.7±8.3年）であった。過去にイレウス発見の経験を有する看護師は8名、今回の発見が初めてであった看護師は5名であった。

また、過去に悪性疾患発見の経験を有する看護師は3名、経験のない看護師は10名であった。看護師が気づいた悪性疾患は、胃癌、大腸癌、肝臓癌、膀胱癌であったが、3名の看護師のうち2名は複数の悪性疾患に気づいた経験を有していると語った。その他の身体合併症発見の経験を有している看護師は7名、経験のない看護師は6名であった。看護師が気づいた身体合併症は、急性肝炎、肺炎、悪性症候群、脳梗塞、骨折、水中毒であった。これについても気づいた経験を持つ看護師7名中3名は、複数の身体合併症に気づいた経験を有していた。

表 5. 対象看護師の概要

No.	精神科の臨床 経験年数	他科領域の 臨床経験年数	過去にイレウス 発見の経験	過去に消化器癌 発見の経験	過去に他の身体合併症 発見の経験
1	8.6	13	無	無	無
2	25	0	有	無	有（肺炎）
3	3.1	0	有	無	無
4	12.5	28	有	有（胃癌）	有（急性肝炎）
5	3.3	6	有	無	無
6	12.3	9	有	有（大腸癌、胃癌、肝臓癌）	有（肺炎、悪性症候群）
7	11.6	8	有	有（膀胱癌、胃癌、大腸癌）	有（肺炎、脳梗塞、骨折）
8	10	15	無	無	無
9	34.5	0	無	無	無
10	24.6	5.2	無	無	有（悪性症候群）
11	27.5	0	有	無	有（水中毒、悪性症候群）
12	5	20	有	無	有（肺炎）
13	0.5	1.5	無	無	無

3. 看護師が語った患者の概要

イレウスを併発した患者は男性10名、女性3名であった。平均年齢は63.9（±8.8）歳であり、精神科診断名は、統合失調症3名、認知症2名、非定型精神病、てんかん精神病、うつ病がそれぞれ1名ずつであった（表6）。

表 6. 看護師が語ったイレウス患者の背景

No.	性別	年齢	精神疾患名
1	M	60	アルツハイマー病
2	F	54	統合失調症
3	M	65	非定型精神病
4	M	82	統合失調症
5	M	59	統合失調症
6	M	74	脳血管性認知症
7	M	54	統合失調症
8	M	64	てんかん精神病
9	F	63	統合失調症
10	M	55	統合失調症
11	M	66	うつ病、パーキン症候群
12	M	78	統合失調症
13	F	57	統合失調症

II. イレウスの観察内容および転帰

聞き取った内容から、1事例毎にイレウスに関連した内容および看護師の気づき、経過をラベル化して抽出し、時系列に並べていった。それらをカテゴリー化したところ、イレウスの〈ハイリスク状態〉〈ハイリスク要因の付加〉〈患者の変調を捉えた気づき〉〈イレウスを推定した気づき〉〈気づきの確かめ行動〉〈気づきの具現化行動〉〈転帰〉の7つのカテゴリーに集約できた。これにより、看護師によるイレウス発見の事例全てに、気づきから身体合併症発見に至るプロセスの各段階と要素を確認できた。事例毎に観察した内容を一覧表に示し(表7)、以下に概要の説明を行う。

表7. イレウスの観察内容および転帰

事例	イレウスの状態	イレウス要因の付加	患者の変調を捉えた気づき	イレウスを推定した気づき	気づきの確かめ	気づきの具現化	転帰
1	イレウスの既往あり、下剤の常用		患者の変調を捉えた気づき 前日 大声あり不機嫌である。	イレウスを推定した気づき 朝、顔色が悪く、苦痛表情である。いつも食べる人が朝食をいらないという。服の上から腹部膨満に気づき、腹痛の有無を問うと、オウム返し腹痛を訴える。	排便・排ガスの停止(1日)、ビードロ音聴取、37℃台の発熱	当直の医師に報告すると、絶食・点滴の指示が出され、内服薬が中止となる。夜になって38℃台に上昇し、血圧低下、肩呼吸となる。医師に再び報告し、腹部レントゲン撮影の結果イレウスと診断。	内科病棟へ転棟となり、保存的治療で様子みながら改善なく、気づきから2日後に転院となった。腸切除術により、腸切除術を受けける。
2	イレウスの既往あり、下剤の常用	4日前: 風邪を引いたよう咳嗽あり、37℃代の発熱。活動量の低下	前日 泥状便あり 腹部膨満あり、泥状便あり、38℃台の発熱あり 前日 泥状便少量、37℃代の発熱、腹部膨満、厚食は摂取せず、夕食は食べる。	朝、泥状便少量あり、元気がなく臥床がちである。朝食をいらないという。腹部膨満がみられる。	グル音微弱、嘔気、37℃台の発熱	すぐに医師に報告し、午前中の内に内服薬中止・点滴の指示があり。点滴が開始となる。	転院せず、保存的治療で2日後に改善した。
3	イレウスの既往あり、下剤の常用		前日 最終排便確認している。盗食あり。やや元気がない。	夜になって徘徊目立ち、落ち着かない。腹部膨満あり、問うと腹痛を訴える。	38℃代の発熱、血圧の上昇、グル音微弱、排便なし	内科医(当直医)診察、イレウスと診断、保存的治療開始。翌日になって嘔気出現、顔色不良となり総合病院を受診。	保存的治療で4日後に改善
4	イレウスの既往あり、下剤の常用	前日 帯状疱疹にともない活動量の低下	前日 帯状疱疹、上腹部違和感の訴えあり、元気がなく臥床がち 立ち立っている姿を見て腹部膨満に気づく	腹部膨満、「腹がなえんわ」と食欲不振を訴える。元気がなく臥床がち	2日間排便なく、腹部膨満を確かめる。腸雑音聴診	医師に報告。救急外来を受診しイレウスの疑いと診断。絶食となる。	保存的治療で4日後に改善
5	イレウスの既往あり、下剤の常用		前日 理解はできるが発語はない患者。排便の確認ができず1回/日更衣時に下着の確認をしていない。その日は確認できず。表情が険しい。食事は善良摂取している。不穏で落ち着かない。	早期覚醒あり、不機嫌。腹部膨満を認める。	1日排便ない。腹部膨満、グル音消失、声を荒げ怒る。グリセリン浣腸施行するが、排便なし。自分の大腿部を叩きながら、大声を出す。	経過を主治医に報告。保存療法開始となる。	保存的治療で5日後に改善
6	イレウスの既往あり、下剤の常用	4日前: 抗精神病薬の追加	4日前 便通あり、イライラ感強い。	排便あつたが少くない、入浴時、腹部膨満に気づく。	グル音微弱、表情がうつろいで、元気がなく、聞けば「何ともない」と答える。	主治医に報告。総合病院を受診し、腹部レントゲン撮影の結果、イレウスと診断。	転院するが保存的治療で6日後改善

事例	ハイリクス状態	ハイリクス要因の付加	患者の変調を捉えた気づき	イレウスを推定した気づき	気づきの確かめ	気づきの具現化	転帰
7		4日前: 風邪気味にて風邪薬処方	下痢便少量 便秘気味だが腹部膨満なし	イレウスを推定した気づき 食事をいらないと言う。腹部膨満、顔色不良、元気がない。	排便停止(1日)、排ガスはあり	主治医に報告。絶飲食・内服薬中止となり、保存的治療開始となる。	保存療法で4日後に改善
8			5日 下痢の訴え 2日前 お経を唱えておりど うしたのかと思う。 前日 注意力散漫、不機嫌、流腸希望あり、嘔気あり、「吐いた」という。	身体をしきりに揺すり、大きな声でお経を唱えていき、聞くと腹痛と吐き気の訴えあり。	腹部聴診。嘔吐あり。	主治医に報告。保存的治療を開始されるが改善みられず。7日目に、総合病院を受診するが、サブイレウスとの診断で経口摂取開始となる。そのまま帰院。	保存的治療で7日後に改善
9	イレウスの既往あり、下痢の常用		3日 不機嫌 2日 不機嫌、不眠、排便あり 前日 いつもよりトイレの時間が長い、腹部膨満あり、不機嫌、時間をかけて食事摂取している。	食事はふつつう通り摂取する。2日間、排便・排ガスみられず、入浴時腹部膨満に気づく。いつもなら自分で更衣できるが今日は呆つとしていて、介助する。	腹部聴診、グル音あり	主治医報告。診察の結果、イレウスと診断、保存的治療開始。	3日後尿閉も出現し転院となる。腸管壊死部腸切、人工肛門造設術を受ける(入院中脳出血併発し死亡)
10	下痢の常用		5日 下痢あり、37°C代の発熱あり、嘔気あり、食事をいらない、排ガスあり、食べなかつたりする。	朝食食べず、昼は5割摂取。1日排便なく、腹部膨満あり	嘔気、腹痛、37°C代の発熱あり、腹部聴診しようとするが拒否。	主治医に報告。診察拒否。その日は点滴も拒否であったが、翌日は応じる。	2日後、転院するが保存的治療で改善し帰院
11	イレウスの既往あり、胃の手術の既往あり、下痢の常用			突然に嘔吐あり。腹痛の訴えなし、	腹部膨満、グル音消失、37°C台の発熱	主治医報告。診察の結果、イレウスと診断、ガス抜きしても排ガスなし、その日の内に総合病院に転院となる。	転院するが保存的治療で改善し帰院
12	下痢の常用		前日 便通あり、37°C代の発熱あり、嘔気あり、食事をいらない、排ガスあり、食べなかつたりする。	大量の嘔吐あり、腹痛の訴え	グル音あり、37°C台の発熱、不眠	主治医報告。外科病棟の医師診察、イレウスと診断。内服薬中止となり保存的治療開始。	保存的治療で7日後に改善した。精神薬中止となり表情きつくなり、抜針した。独語がひどくなった。
13	イレウスの既往あり、下痢の常用	4日前: 38°C代の発熱、活動量の低下。3日前: 抗生物質内服	4日 38°C代の発熱、不機嫌。 3日 抗生物質内服、不機嫌で足蹴りをして、全裸になり、頭を壁にぶつけたりする。以後排便停止。	腹部膨満がみられる。徘徊が目立つ、いたしていいけんと言っている。	グル音微弱、腹部膨満確認	食事は渡せば食べない。こたえをいらないため朝食を渡さず、当直医に報告。流腸の指示あり、反応便あり。日勤になり内科医の診察あり、イレウスと診断。	保存的治療で4日後に改善

〈ハイリスク状態〉

聞き取ったデータの中で、イレウスを起こしやすい患者側の状態として確認できたものを〈ハイリスク状態〉としたところ、13例中8例が日常的に下剤を服用しており、排便のコントロールの必要な事例であり、そのうち6例にイレウスの既往がみられていた（事例1, 5, 6, 9, 11, 13）。また、1事例に腹部手術の既往がみられた（事例11）。

〈ハイリスク要因の付加〉

イレウスを起こす前の状況で、イレウスを起こしやすくする要因として確認できたものを〈ハイリスク要因の付加〉としてまとめたところ、4日前より風邪薬を服用している事例が2例（事例7, 13）、4日前より抗精神病薬が追加された事例が1事例（事例6）、帯状疱疹により2日前より活動量が低下した事例が1事例（事例4）で認められた。

〈患者の変調を捉えた気づき〉

看護師がイレウスではないかと気づいた時点よりも前の段階で、看護師たちは患者の変調に気づいていた。後で振り返ると、イレウスに関連した徴候であったと思われる所見であるが、その時は[違和感]や[不審感]として気づいている状況であった。

13例中11例が何らかの変調に気づいていたことを確認できた。その中で最も多かったのが精神状態の変化であり、看護師がイレウスと気づく1～5日前から不機嫌になる、イライラした様子、不穏などがみられていた（事例1, 5, 6, 8, 9, 10, 13）。中には経を唱えたり、日時を間違えたり、ぼうっとした表情になるなど注意力散漫に気づいていた事例も認められた（事例8）。

その他、日常生活の変化では、食事量の低下や食事摂取時間の遅延に気づいたり、不眠に気づいていた場合もみられた（事例9, 10）。これらは[パターン認識のズレ]であるが、併せて微熱や下痢、腹部膨満などの腹部症状がみられた事例もあり（事例2, 7, 12）、過去に身体合併症を発見した経験を持つ看護師は、この段階で身体的不調や便秘を疑がっていた。

〈イレウスを推定した気づき〉

看護師がイレウスではないかと気づくきっかけとなった症状、および気づいた時に観察された症状である。この気づきは殆どが[直知]であり、腹部症状により、イレウスとの類似性を認知していた。腹部症状として把握できた症状のほとんどが腹部膨満であったが、その気づき方に特徴があり、姿を見て服の上からお腹が大きいことに気づいたり、入浴場面で気づいたりしていた。同時に観察された症状で、嘔吐は3例でみられ（事例8, 11, 12）、37℃～38℃台の発熱を伴っていたものが7例でみられた（事例1, 2, 3, 10, 11, 12, 13）。排便の停止を伴っているものは10例と最も多く、排便が停止して1～2日後に看護師

は腹部膨満等の症状に気づいていた。しかし、前日もしくは当日にも排便がみられている事例も3例あった(事例2, 6, 12)。その他、活動量の低下や不穏, 食欲不振, 不眠など[パターン認識のズレ]にも同時に気づいている事例も多かった。

〈気づきの確かめ〉

全ての看護師が、バイタルサインの測定, 腹部聴診, 排便状況の確認, 問診を行っている。1例は腹部聴診を拒否されている(事例10)が、嘔気, 腹痛, 微熱などイレウスを疑わせる症状を確認している。

〈気づきの具現化〉

看護師の報告により、全ての事例が診察を受け、保存的治療を開始していた。しかし、総合病院を受診、もしくは他科の診察を受けたのは13事例中9事例(事例1, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12)であり、その他は精神科医師がそのまま対応していた。イレウスの治療目的で他科受診した事例でも、殆どの事例が1~7日保存的治療で経過観察された後に他科受診をしており、気づいた当日に受診しているのは2例のみであった(事例4, 6)。他科受診し転院となった事例は6事例であった(事例1, 3, 6, 9, 10, 11)。

〈転帰〉

事例1, 9は絞扼性イレウスであり、腸管壊死を起し、腸切除術および人工肛門造設術を受けていた。その他、事例12は嘔吐, 腹痛の訴えがあり、腸雑音が消失していないこと、事例11は腹部手術の既往があることから、機械的イレウスの可能性が考えられたが、いずれも早期対応により保存的治療で改善していた。その他の事例は麻痺性イレウスと思われ、保存的治療で改善していた。

考 察

今回対象となった看護師13名中9名(69.2%)が精神科以外の臨床経験を有していた。これは、第1章の29名中14名(48.3%)と比較すると、高い割合で他科領域の経験を有していると言える。しかし、他科領域の経験は、臨床経験の少ない看護師を除き、「看護学校在学中に医院で勤務していた」とか、「結婚前の、ここ(現在勤務中の精神業院)に勤務する以前のことですから」と話していた看護師もおり、この経験が身体合併症発見にどの程度影響しているかについて考察することは難しいと思われた。ただし、今回イレウスに気づいた看護師13名中8名が、これまでもイレウス発見の経験を有しており、先行経験は、観察した内容について類似性の認知をしていく力を高めているのではないかと考えられた。

今回の観察内容をもとに、イレウスの経過に沿ったフローチャートを作成しそれぞれの段階で気づいた内容を考察し、イレウス発見に向け看護師に求められる観察力を整理した(図3)。以下にそれぞれの段階について考察する。

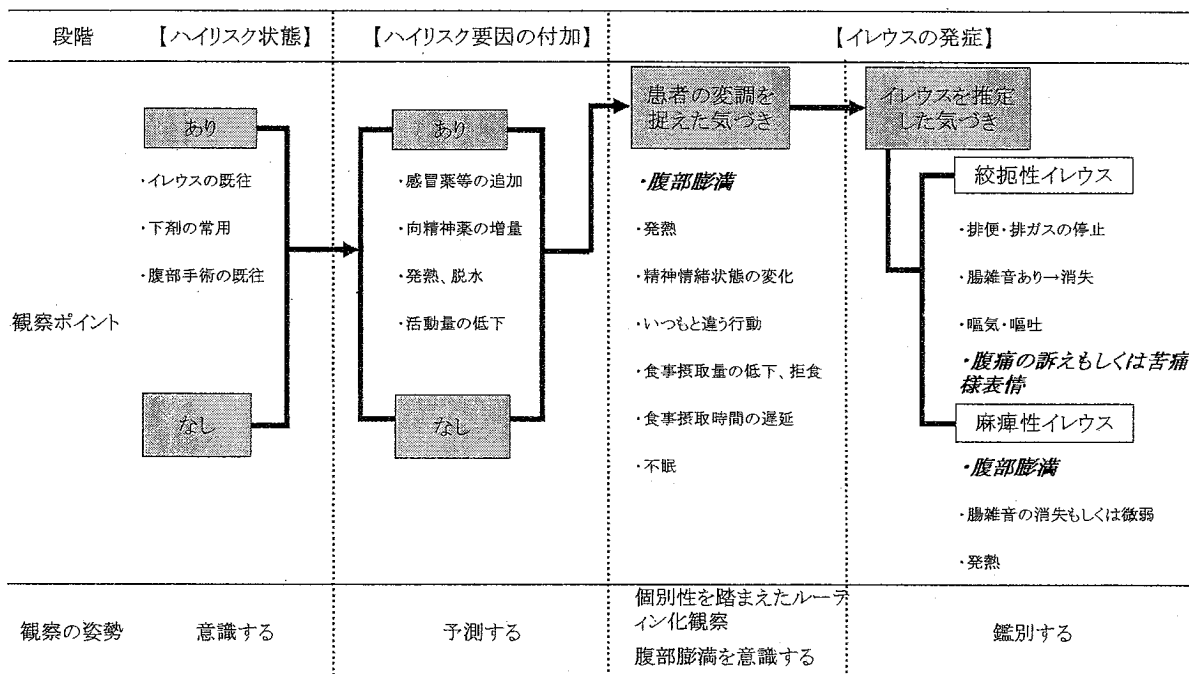


図3. イレウスのフローチャートと看護師に求める観察力

〈ハイリスク状態〉

この段階では、イレウスの既往がある場合や下剤を常用して排便コントロールを行っている場合、常にイレウスの可能性を考えた観察が重要であることが示された。抗精神病薬や三環系抗うつ薬を服用すると、抗コリン作用による腸管の蠕動運動抑制が生じる⁴¹⁾。また、抗精神病薬服用患者には錐体外路性副作用を予防するため抗パーキンソン病薬が使用され、より一層抗コリン作用は増強される⁴²⁾。こうした中で多くの精神疾患患者が下剤を常用して排便コントロールを行っている。羽生⁴³⁾は、1993年以降(著書が執筆された1996年までの間に)東京都立松沢病院で麻痺性イレウスと診断された26例中20例に巨大結腸症がみられ、そのすべてにクロルプロマジンやハロペリドール、抗パーキンソン病薬など抗コリン性薬剤の連用があり、また下剤や浣腸の常用が更に悪影響を及ぼしていると報告している。このような状態は慢性便秘を引き起こし、麻痺性イレウスを発症させるハイリスク状態といえる。

しかし、患者からの自己申告が曖昧で排便の確認が困難であったり、抗精神病薬の影響により、腹痛の出現が遅れたりみられない場合がある⁴⁾。また、嘔気・嘔吐の出現も抑えられる場合があり、イレウスの発見が遅れてしまう一因となっている。そこで、ハイリス

ク状態の患者をリストアップし、意識して腹部症状の観察を行うことが重要と考えられる。また、消化器に手術の既往がある場合にも癒着による機械的イレウスを起こしやすく、観察が必要といえる。

以上のことより、①イレウスの既往がある、②下剤の常用により排便コントロールを行っている、③腹部手術既往がある患者に対しては、意識して腹部症状を観察することが早期発見につながると考えられた。

〈ハイリスク要因の付加〉

ハイリスク要因の付加として、感冒薬の追加や向精神薬の増量などがあげられ、注意が必要であることが示された。今回の調査事例はいずれも服用を開始して4日後にイレウス症状を呈しており、内服薬の増量や追加があった場合、イレウスを起こすかもしれないことを予測して注意深く観察することが必要と考えられる。また、発熱による脱水や身体疾患等により活動量が低下した際にも、イレウスを誘発しやすい状態といえる。

以上のことより、①内服薬の増量もしくは追加、②発熱・脱水、③活動量の低下がみられた際は、イレウスの可能性を予測して観察することが早期発見につながると考えられた。

〈患者の変調を捉えた気づき〉

相馬¹³⁾は「身体疾患を早期発見するための観察ポイント」を挙げているが、その中で精神状態の変化は取り上げられていない。しかし、本研究においては、比較的他の症状より早く食行動の変化や精神状態に変化が生じていた事例がみられた。不機嫌や不穏、不眠などの精神状態の変化は、身体疾患によるものとするより、精神症状の悪化とみなされる可能性が高い。そのため、精神症状そのものの観察に関心が向き、身体の状態と結びつけて考えないことから身体疾患の発見が遅くなってしまうのではないかと推察される。精神症状と決めつけず、見方を変えて身体疾患を疑っていく必要があると思われる。

また、精神症状の変化や日常生活行動の変化は、イレウスの早期発見につながる重要な気づきであると考えられる。しかし、患者によって現れ方に違いが見られ、排便があっても、また変わらず食事を摂取していても、麻痺性イレウスを併発してしまう患者がいるため、排便があるから、あるいは食事をしているから「大丈夫」とは言えない。ただ、麻痺性イレウスは繰り返されることが多く、同じ症状・経過をたどる可能性が考えられ、患者個々のイレウスのパターンを理解し、精神症状の変化や日常生活行動の変化の中に前駆症状として捉えられるものを見つけることができるのではないかと考えられる。前駆症状として捉えられるその人の“変化”を把握できれば、個別性を踏まえたルーティン化観察が可能となり、早期発見につながると思われる。

その他、身体症状としては微熱が観察されているが、精神科では不明熱や腹部膨満などの症状は日常的によく見かける症状である。不明熱はいわゆる原因不明の熱発であり、経

過観察していると回復することが多い⁴⁴⁾。また、腹部膨満も精神科ではよく見かける症状であるが故に、安易に向精神薬や下剤の影響と判断されやすい。また、服の上からでも確認できるほどに腹部が膨満していても、本人からの苦痛の訴えは少ない。その結果、診療録に残しながらイレウスと結びつかず、見過ごしてしまっていたのではないだろうか。麻痺性イレウスの場合、嘔吐があれば早期とは言えず、その前の段階で気づいていく必要がある。腹部膨満は殆どの事例で確認できており、しかも比較的早い段階で看護師たちは気づいていた。このことより、入浴場面や体型の変化に注意し、腹部膨満を認めたら、まずイレウスの可能性を思い浮かべ、確かめ行動をとっていくことが重要と思われる。

以上のことより、看護師によるイレウスの発見過程において、気づきから身体合併症発見に至るプロセスの各段階・要素を確認できた。そして、①個別性を踏まえたイレウスのサインをルーティン化して観察していくこと、②入浴場面や体型の変化に注意し、腹部膨満を認めたら、まずイレウスを思い浮かべること、がイレウスの早期発見につながると考えられた。しかし、安易に麻痺性イレウスと決めつけず、絞扼性イレウスや悪性疾患などによるイレウス症状と鑑別していくことも必要と思われた。

〈イレウスを推定した気づき〉

イレウスと気づいた症状は、嘔気・嘔吐、排便・排ガスの停止、腹部膨満などの腹部症状であったが、嘔気や腹痛、腹部膨満に伴う苦痛の訴えは13例中5例と少なかった。このことから、向精神薬の影響により痛覚の閾値が上昇していることを考慮しておかなければ軽くみてしまいかねないことが明らかとなった。視診や聴診、触診を確実にを行い、できるだけ早期にイレウスに気づいていきたい。今回の聞き取り事例の中にも絞扼性イレウスが2例含まれていた(事例1, 9)が、イレウスであることには気づいていたが、緊急性を知らせる十分な報告がなされていなかったこと、祝日が重なったことなどにより対応が遅れ、残念ながら腸管壊死を起こし、腸切除術および人工肛門造設術となっていた。基本的には絞扼性イレウスと麻痺性イレウスの鑑別は医師の診断によらなければならないが、そうした鑑別をより確かなものにするためにも、詳細で確実な経過報告が重要である。今回の事例では、絞扼性イレウスと麻痺性イレウスの違いとして腸雑音が挙げられた。絞扼性イレウスの場合は腸雑音がよく聴取でき、麻痺性イレウスの場合は腸雑音が微弱または消失していた。その他、絞扼性イレウスの場合は痛みを伴い、排便・排ガスが完全に停止しているなどの特徴がみられていたことから、こうした場合は絞扼性イレウスを疑い、できるだけ早く対応することが必要と思われる。

以上のことより、イレウスの鑑別に必要な詳細で正確な情報の観察・報告が、早期発見・対処につながると考えられた。

第2節 消化器癌発見につながる気づきとの観察力

目的

第2節では、精神疾患に併発する身体疾患として、発見が遅れると命に関わる消化器癌を取り上げ、看護師の気づきが消化器癌発見の端緒となった事例を調査し、患者の消化器癌発見につながる気づきと観察力を明らかにすることを目的とした。

対象と方法

I. 研究デザイン

質的・帰納的研究方法を用いた。具体的には、患者の消化器癌に気づいた看護師に聞き取り調査を行い、聞き取った内容の記録から、気づきの内容を検証すると共に、消化器癌の発見につながると思われる気づきを抽出し、そこから気づくために必要な看護師の観察力を明らかにしていった。

II. 対象事例

精神疾患患者で消化器癌（癌性腹膜炎を含む）を併発し、看護師がそれに気づいた事例（過去1年間）を対象とした。

III. 調査方法および期間

2004年7月～12月の期間に1施設につき1～2回訪問した。患者の消化器癌に気づいた看護師に、対象患者の背景（身体合併症名、気づいたときの病期および病状、転帰）、身体疾患に伴う変化に気づいた時の状況、その後の経過、気づいた時点よりも前の段階で思い当たった変化についても診療録を確認してもらいながら聞き取り調査を行った。

IV. 分析方法

1. 聞き取り内容から1事例毎に、消化器癌に関連していると思われる気づきの部分を抽出し、患者の日常生活動作や言動毎にカテゴリー化した。
2. 疾患毎に、日常生活動作および言動のカテゴリーを縦に、疾患の進行度を横とした枠組みのマトリックス表を作成した。
3. マトリックス表の中から、疾患の進行状況が、治癒もしくは改善が期待できる段階で確認できていた段階の気づきを抽出し、考察を加え、消化器癌発見につながる観察力を検討した。

V. 倫理的配慮

本研究は島根県立看護短期大学（現在の島根県立大学短期大学部）の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

A県内の精神科病院（18施設）の施設長に研究の目的、方法について説明した文書を郵送し、返信用の葉書にて研究協力の承諾を得た。情報提供者となる看護師には、研究の目的、方法、研究協力に伴う利益・不利益、研究協力への自由意思、プライバシーの保護の方法について、研究者が直接文書を用いて説明し、文書により同意を得た。

プライバシーの保持については、聞き取りの際には、情報提供者がカルテ記録を見ながら、患者名を「Aさん」として語るように依頼し、研究者は一切個人を特定できないよう配慮して情報提供を受けた。また、情報提供者から得た情報を研究の目的以外には使用せず、個人や施設に不利益が生じないように配慮した。

結 果

I. 対象者の概要

1. 対象施設の概要

イレウスの事例を聴取した施設と同様であった（第1節、表4）。

2. 対象看護師の概要

精神科経験年数7.0～34.5年（平均18.3±9.0年）、他科領域の臨床経験のない看護師は9名中4名であり、他科領域の臨床経験年数は8.0～28.0年（平均13.4±8.5年）であった。過去にイレウスを発見した経験を有する5名、経験のない看護師が4名であった。過去に消化器癌発見の経験を有する看護師は2名であり、一人は胃癌発見の経験を持ち、もう一人は膀胱癌、胃癌、大腸癌発見の経験を有していた。過去に他の身体合併症発見の経験を有する看護師は3名であり、肺炎、脳梗塞、骨折、水中毒、ジスキネジアであった。

表 8. 対象看護師の概要

No.	精神科の臨床 経験年数	他科領域の 臨床経験年数	過去にイレウス 発見の経験	過去に消化器癌 発見の経験	過去に他の身体合併症 発見の経験
1	7	0	無	無	無
2	16.3	8	有	有 (膀胱癌, 胃癌, 大腸癌)	有 (肺炎, 脳梗塞, 骨折)
3	34.5	0	無	無	無
4	12	14	有	無	有 (水中毒, ジスキ ネジア)
5	12.9	9	無	無	無
6	29.4	0	有	無	無
7	12.5	28	有	有 (胃癌)	無
8	23	0	無	無	無
9	17.3	8	有	無	有 (肺炎, 脳梗塞)

3. 看護師が語った患者の概要

対象事例は男性 7 名, 女性 2 名であり, 平均年齢は 69.6 (±13.5) 歳であった。精神科診断名は統合失調症 4 名, アルツハイマー病 3 名, うつ病およびアルコール依存症が各 1 名であった。悪性疾患診断名は大腸癌が 4 名と多く, 次いで胃癌 3 名, 食道癌および癌性腹膜炎が各 1 名であった (表 9)。

表 9. 消化器癌 (癌性腹膜炎を含む) 患者の背景

事例 番号	性別	年齢	精神科診断名	悪性疾患 診断名
1	F	91	アルツハイマー病	胃癌
2	M	67	うつ病	胃癌
3	M	52	統合失調症	胃癌
4	F	78	アルツハイマー病	大腸癌
5	M	83	アルツハイマー病	大腸癌
6	M	63	統合失調症	大腸癌
7	M	71	アルコール依存症, ウェルニッケ脳症	大腸癌
8	M	71	統合失調症	食道癌
9	M	50	統合失調症	癌性腹膜炎

看護師が身体疾患に伴う変化に気づいた際の観察内容, 気づいた時点よりも前の段階で観察された内容, 気づいたときの疾患の進行度, 転帰について, 事例ごとに一覧表に示し

(表 10), 以下に概要の説明を行う。

表 10. 消化器癌 (癌性腹膜炎を含む) の観察内容および転帰

事例番号	身体疾患名	気づいた時点よりも前の段階で観察された内容	疾患に伴う変化に気づいた時の観察内容	疾患の進行度 (気づいたとき)	転帰
1	胃癌	1日前 2~3回下痢あり, 腹痛の訴えなし。	下痢, 嘔吐あり, 腹部触診中に腫瘍触知した。尋ねると食欲低下, 腹痛を訴えた。	周辺臓器への浸潤が考えられ, 治癒は困難だが改善は期待できる状態	手術目的で転院, その後不明
2	胃癌	6週間前 つかえ感食欲不振の訴えあり。日中臥床がちとなる。	食欲低下, 体重減少 (1か月で5kg減少) あり。労作時息切れあり「胸元が苦しい」と訴える。不安そうで落ち着きがない。	進行した症状がみられ, 対症療法しかできない状態	2か月経過, 増悪
3	胃癌	6週間前 動作がだるそうに見える。	体重減少 (1年前より6kg減少), 臥床がちとなる。	周辺臓器への浸潤が考えられ, 治癒は困難だが改善は期待できる状態	手術目的で転院, その後不明
4	大腸癌	4か月前 患者の座っている椅子に血痕あり。 1週間前 時々失便あり。	トイレ誘導時, 血性を帯びた下着の便汚染あり。	治癒が期待できる状態	3年経過, 軽快
5	大腸癌	3か月前 2週間入院。1年前の入院時よりやや痩せて弱ったようにみえる。 2か月前 再入院。顔色が悪い。怒りっぽい。便秘傾向の増悪がみられる。	上腹部緊満, 腸雑音なし, 顔色不良。嘔気, 腹痛の訴えあり。	進行した症状がみられ, 治癒は困難だが改善は期待できる状態	10か月経過, 手術により症状改善
6	大腸癌	1か月前 浣腸希望がみられるようになる。 3週間前 嘔吐あり。不機嫌で怒りっぽい。	「浣腸しても出ない」と訴える。食事量の低下, 腹部緊満, 腸雑音あり。甘えるような感じがみられるようになる。	進行した症状がみられ, 対症療法しか期待できない状態	1年2か月後, 死亡
7	大腸癌	18日前 下肢倦怠感, しびれ感あり。両足背の浮腫あり。臥床がちになる。	排便困難の訴えあり。腹部緊満, 顔色不良である。殆ど臥床している。	進行した症状がみられ, 治癒は困難だが改善は期待できる状態	転院後, 不明
8	食道癌	2か月前 つかえ感の訴えあり。嘔気, 胃部不快, 多飲水あり。 7週間前 多飲水あり, 体感幻覚様の訴えあり。 2週間前 嘔気, 嘔吐あり。	嘔気, 嘔吐あり。食欲低下あり。体重減少 (2か月で5kg減少), 体感幻覚様の訴えあり。	進行した症状がみられ, 対症療法しか期待できない状態	4か月経過, 増悪
9	癌性腹膜炎	2年前 体重減少, 食欲不振あり, 濃厚流動食飲用するようになる。	排便の停止, 腹部緊満などイレウス症状あり。両下肢の浮腫あり。	進行した症状がみられ, 対症療法しか期待できない状態	3か月後, 死亡

[胃癌 3例]

事例 1, 3 は, 治癒は困難だが改善は期待できる段階であり, 事例 1 は前日から下痢が続き, 不審感から確かめの行動をとっている。その結果, 偶然腫瘍を触知し, 「これは悪いものではない」と直知に至っていた。事例 3 は, だるそうに見えた段階で違和感をもっている。そして, 体重減少, 活動量の低下に不審感を抱き, 内科医診察時に相談できており, その結果, 貧血が見つかり精密検査が必要との判断で, 総合病院受診し胃癌と診断された。

事例 2 は, 対症療法しか期待できない段階で発見に至っていた。食欲低下, 体重減少 (1

か月で5kg減)に気づき、気にしていたところ、患者が「胸元が苦しい」と息苦しさを訴え、不審感を抱き、報告することができていた。この患者の様子を遡って調べると、6週間前の記録に通過障害の訴えがみられていた。また、そのころから貧血によるものと思われる労作時息切れが観察されており、臥床傾向を示していたことも明らかとなった。

[大腸癌 4例]

4例の内1例は治癒が期待できる段階(事例4)、2例が治癒は困難だが改善は期待できる段階(事例5,7)、1例は対症療法しか期待できない段階で発見に至った(事例6)。治癒が期待できる段階で発見された事例4以外は、イレウス症状の出現により直知されていた。そのうち事例5は、イレウス症状に気づく3か月前に2週間入院し、2週間退院期間があり2か月前に再入院をしていた。3か月前の入院時に、以前の患者を知るその看護師は少し痩せ弱った感じを受けたが、年のせいだと思っていた。2か月前の再度入院時には、顔色の悪さに不審感を抱き、貧血か何かあるのではないかと疑っていた。また、従来あった便秘傾向の悪化も認識していたが、適宜グリセリン浣腸により排便を促していた。事例6は、嘔吐、腹部膨満、排便困難からイレウスだと直知し、報告により内科医の診察を受けた。腫瘍マーカーの上昇を認め、総合病院受診を勧められるが拒否し、4か月後に受診、気づいてから1年2か月後に亡くなった。診療録を遡ってみると、イレウスに気づく1か月前より浣腸の希望がみられるようになっており、不機嫌になる回数も増え看護師は違和感をもっていた。事例7は、イレウス症状を直知し、報告により総合病院を受診したが、その時は高度便秘との診断のみであった。9日後、総合病院より高度の貧血があり精密検査が必要との連絡があり、検査の結果、大腸癌が発見された。この事例はイレウスに気づく18日前に、骨転移の症状と思われる下肢の倦怠感・しびれの方が先に観察されていたが、大腸癌と乖離した症状であることから不審感を抱いているがそのまま様子を見てしまっていた。

事例4のみ、出血に対し直知しているが、婦人科系の疾患を予測してしまったことにより、そのように報告してしまっていた。そして、婦人科受診の結果、異常なしとの診断があり、そのまま様子を見てしまっていた。4か月後、失便がありトイレ誘導をするようになり、1週間後、下着の血性を帯びた便汚染に対し、直腸の疾患を直知し、外科受診の結果、癌が発見された。

[食道癌 1例]

食道癌の事例は1例のみであり、対症療法しか期待できない段階で発見に至っている。看護師は嘔気・嘔吐、食欲低下、体重減少(2か月で5kg減少)に不審感を抱き、患者、主治医に受診を勧めていた。しかしなかなか受診に応じられず、4か月後、流動食しか摂取できない状況となり、体重も23kg減少しやっと受診に至り、食道癌の4期と診断された。

看護師が嘔吐や体重減少に気づいた2か月前に、つかえ感の訴えが2度記録されていた。そのころ多飲水が目立ち、看護師は水中毒ではないか不審感を抱き、飲水行動に注目していた(事例8)。

[癌性腹膜炎 1例]

5年前より、時々悪性症候群を併発するようになり、2年前より、食欲不振と体重減少がみられ濃縮流動食を補食していた。この段階では腫瘍マーカーは陰性であり、主治医も看護師も抗精神病薬の影響による錐体外路系の障害で嚥下障害を起こしていると判断していた。慢性便秘による排便困難に対し、適宜グリセリン浣腸を施行していたが、徐々に悪化する様子で看護師は慢性便秘とは違うのではないかと不審感を抱き、悪性疾患を疑っていた。50日後、肝機能障害によるものと思われる下腹部から両下肢にかけての浮腫が出現し、検査目的で総合病院に転院、癌性腹膜炎と診断された。イレウス症状に気づいてから3か月後に亡くなった(事例9)。

II. 疾患ごとの領域別・段階別の観察内容

1 事例ごとに、消化器癌に関連していると思われる症状や状態・行動の部分を抽出し、消化器癌による症状が患者のどのような言葉や行動の変化として観察されたのかについて、カテゴリー化を試みた。その結果、〈変調を訴える言葉〉〈食事に関する変化〉〈排泄に関する変化〉〈活動・行動の変化〉〈精神・情緒状態の変化〉〈体型・表情、その他の変化〉に分けることができた。

〈変調を訴える言葉〉として、「腹が痛い」「便が出ない」「ご飯がつまる」「嘔気がする」「いたい」「足がふらつく」「足がしびれる」など、心情的な訴えと区別がつかないような言葉が聞かれている。〈食事に関する変化〉では、食事を拒否することが多くなった、食事摂取量が減ったなど、時間軸の中でみていくことにより変化に気づくことができていた。〈排泄に関する変化〉では、下痢、便秘、腹部緊満、嘔吐、下着の血性を帯びた便汚染などがみられた。〈活動・行動の変化〉では、活気がなくなる、臥床がちになる、労作時息切れがある、歩行時のふらつきがある、足を引きずる様に歩く、夜間不眠がちになるなどの変化がみられた。〈精神・情緒状態の変化〉では、依存的になる、易怒的になる、幻聴・独語が活発になる、夜間せん妄が出現する、気分の変動が激しくなる、体感幻覚様の訴えがあるなど、多岐にわたる変化がみられた。〈体型・表情、その他の変化〉では、腫瘤を触知した、痩せてきた、顔色不良、浮腫がある、表情が陰しくなったなどの変化がみられた。

また、患者の状態、診断結果、転帰より、看護師が気づいた時の疾患の進行度は、《治癒が期待できる段階》《治癒は困難だが、改善は期待できる段階》《対症的な治療しか期待できない段階》に分けることができた。看護師が疾患に気づいた段階で治癒が期待できる状態にあったのは1例(大腸癌)、治癒は困難だが改善は期待できる状態であったのが4例(胃

癌 2 例，大腸癌 2 例)，対症療法しか期待できない状態であったのが 4 例（胃癌，大腸癌，食道癌，癌性腹膜炎）であった。

次に，縦を患者の言動および精神・情緒状態のカテゴリー，横を疾患の進行段階とした枠組みのマトリックス表を作成した（表 11）。

[胃癌]

今回の調査では，治癒が期待できる段階で観察された内容はなかった。《治癒は困難だが改善は期待できる段階》では，食欲の低下の他，活気がない，動作が鈍い，多飲傾向などの行動の変化が観察されていた。《対症療法しか期待できない段階》には，食事や排泄に関する変化の他，貧血によるものと思われる息切れや顔色の悪さ，活動の低下が観察されていた。

[大腸癌]

《治癒が期待できる段階》で観察された内容は，排泄に関する変化で出血による下着汚染，下痢の際の失便であった。《治癒は困難だが改善は期待できる段階》になると，イレウス症状に伴う排泄に関する変化の他，臥床がちになる，痩せた感じなど，活動や体型の変化も観察されるようになっていた。その他，足のしびれや浮腫など遠隔箇所症状も観察されていた。また，易怒的になったり，依存的になったり，情動の変化も観察されていた。

[食道癌]

今回の事例では，つかえ感の他食事や排泄に関する変化は進行するまで観察されず，多飲傾向，体感幻覚様の訴えが観察されていたが，水中毒を疑い食道癌の発見につながらなかった。

表 11. 疾患毎の領域別・段階別の観察内容

疾患名	領域	段階	治癒が期待できる段階	治癒は困難だが改善は期待できる段階	対症的な治療しか期待できない段階
胃癌	変調を訴える言葉			「食べられん」	「食べ物が喉を越さん」 「胸元がえらい」
	食事に関する変化			食欲の低下	食事拒否が多くなる
	排泄に関する変化			下痢 嘔吐	流涎 嚥下困難 尿量減少
	活動・行動の変化			活気がない 動作が鈍い 多飲傾向	労作時息切れがある 臥床がちになる
	精神・情緒状態の変化				不穏 易怒的になる
	体型・表情、その他の変化			顔色不良 腫瘍の触知 痩せてきた 不眠	顔色の変化(青黒い)
大腸癌	変調を訴える言葉			「足がしびれる」	「嘔気がする」 「腹が痛い」
	食事に関する変化			食事量の減少	
	排泄に関する変化	椅子に血液付着 下痢の際に失便 下着の血性を帯びた便汚染		便秘傾向増悪 腹部膨満 自力排便困難	嘔吐 腹部緊満 排便困難
	活動・行動の変化			活気がない 臥床がちになる 歩行時ふらつきがある	臥床がちになる
	精神・情緒状態の変化			易怒的になる	依存的になる
	体型・表情、その他の変化			痩せた感じ 顔色不良 下肢の浮腫	顔色不良
食道癌	変調を訴える言葉			「胃がつかえて薬が飲めない」	「ご飯が通らん癖がついた」 「胃のあたりがたまった感じ」
	食事に関する変化				食欲低下 通過障害
	排泄に関する変化				嘔吐
	活動・行動の変化			多飲水	
	精神・情緒状態の変化			体感幻覚様の訴えがあった	妄想が活発になる
	体型・表情、その他の変化				体重減少

考 察

今回対象となった看護師9名中5名(55.6%)が精神科以外の臨床経験を有していた。この割合についても、イレウスを発見した看護師の割合よりは低い。第1章の29名中14名(48.3%)と比較すると、高い割合で他科領域の経験を有していると言える。しかし、いずれも他科領域の経験は精神科病院に勤務する10年以上前の経験であること、対象人数が少ないことから、他科領域勤務の経験が身体合併症の発見にどの程度影響しているかについて考察することは難しいと思われた。ただし、今回消化器癌に気づいた看護師9名中2名が、これまでも悪性疾患発見の経験を有しており、5名がイレウスや他の身体合併症発見の経験を有していたことから、やはり先行経験は、観察した内容について身体合併症を発見していく力を高めているのではないかと考えられた。

相馬¹³⁾は「合併症病棟における患者観察のポイント」を作成しており、これは精神疾患患者の身体合併症に気づくため、患者の日常生活行動を観察するのに役立つものである。実際、今回の事例で観察された内容と重なるものが多かった。しかし今回、相馬の観察ポイントになかった内容として、[変調を訴える言葉]と[精神・情緒状態の変化]が抽出された。[変調を訴える言葉]には、「腹が痛い」「便が出ない」「ご飯がつまる」「嘔気がする」「いたい」「足がふらつく」「足がしびれる」などがあつた。「腹が痛い」「便が出ない」「ご飯がつまる」「嘔気がする」などは、比較的体症状に結びつけてアセスメントしやすいが、「いたい」「足がふらつく」「足がしびれる」などは特定の身体疾患と結びつきにくく、また漠然とした訴えで、心気的な訴えと見なしてしまいかねない。心気妄想のある患者など、訴えの信憑性に関わる問題や、意思表示や表現能力の不十分さなどから、患者の訴えが軽視される傾向や、問診の難しさが指摘されている³⁾。患者の訴えを軽んじることなく、別の言い方を引き出す聞き方の工夫や、意識して生活行動の観察をしたり、視診・触診など客観的な観察を併せて行い、補っていくことが重要であると思われる。

[精神・情緒状態の変化]では、依存的になる、易怒的になる、幻聴・独語が活発になる、夜間せん妄が出現する、気分の変動が激しくなる、体感幻覚様の訴えがあるなどの変化が観察された。抗精神病薬の影響から疼痛閾値は上昇しているため、痛みとしては知覚し難く、身体的な違和感、不快感として知覚されやすいと思われる。そして、身体的な違和感、不快感の知覚から不安が生じやすいと考えられる。今回も、妄想が活発になる、不穏になるなどの事例がみられた。また、体調が優れない時は当然のことであるが、不機嫌になったり、易怒的になったり、情緒状態の変化が観察された。自分から身体不調の訴えはなくても、尋ねると答えてくれることもあるため、「機嫌が悪いからそっとしておく」のではなく、体調に関心に向けた観察が必要と考える。その他、せん妄がみられた事例もあり、転移や栄養状態の悪化などの影響が考えられた。このように、日常生活行動の他に、[変調を訴える言葉][精神・情緒状態の変化]も重要な観察ポイントと思われる。

また、相馬が作成した観察ポイントは、身体疾患の有無の観察には有効と考えるが、その気づきがどの疾患や状態であるのかを判断するには不十分と思われる。また観察ポイントをどのような場面を活用して、どのように捉えていけばよいのか明らかにすることで、精神科の特徴を踏まえた観察力になると考えた。

そこで、本研究結果を踏まえ、疾患ごとの観察ポイントを整理するため、マトリックス表に考察を加えながら、観察ポイントを表 12 に表した後に、観察場面、意味づけの方向性についても検討を加えた。

表 12. 消化器癌の早期発見のための観察ポイント

	変調を訴える言葉	食事に関する変化	排泄に関する変化	活動・行動の変化	精神・情緒状態の変化	体型・表情, その他の変化
胃癌	食欲不振・つかえ感の訴えはないか 胸部不快感や息苦しさの訴えはないか	食事摂取量の低下・拒食はないか 嚥下困難はないか	下痢はないか 嘔気・嘔吐はないか	活気はあるか 動作が緩慢になっていないか 労作時息切れがないか 臥床がちに過ごしていないか 多飲傾向はないか	不穏になる, 易怒的になるなど情動に変化はないか	顔色はよいか しこりはないか 痩せた様子はないか 睡眠状態に変化はないか
大腸癌	体調不良や違和感を訴えはないか	食事摂取量の低下・拒食はないか 食事摂取時間の遅延はないか	椅子や下着などに血液が付着していないか 排便がみられるなどの変化はないか 排便回数に変化はみられないか 腹部膨満はないか	活気はあるか 臥床がちに過ごしていないか 歩行状態に変化はないか	易怒的になったり, 依存的になるなど情動の変化はないか	痩せた様子はないか 顔色はよいか 下肢の浮腫はないか
食道癌	つかえ感の訴えはないか	食欲低下・拒食はないか 嚥下困難はないか	嘔気・嘔吐はないか	多飲傾向はないか	体感幻覚様の訴えはないか 妄想が活発になるなどの変化はないか	痩せた様子はないか

胃癌の場合、食欲不振・つかえ感の訴えがある、下痢、嘔吐、拒食するようになる、不穏になるなどの変化が観察された。また、臥床がちになる、活動量が低下する、身体がだるそう、労作時に息切れがある、なども観察されていた。これらは貧血によるものと思われるが、一見消化器症状と結びつきにくく、臥床傾向、活動量の低下などのため精神症状と結びつけて考えてしまいやすい。貧血症状が疑われた場合、腹部症状を併せて確認するとアセスメントしやすいと考える。その他、多飲傾向が観察されている事例があった。抗精神病薬の影響を水で洗い流そうとして飲水する患者がいるが、知覚した違和感や不快感を水で清め洗い流す意識が働いているのかもしれない。

大腸癌の場合には、腫瘍の部位にもよるが、イレウス症状がよく出現するため観察しやすい。しかし、抗精神病薬の影響による麻痺性イレウスを合併している患者が多く、よくある症状であるが故に対症的に下剤の増量や浣腸で対応してしまう傾向がある。またイレウス症状の進行が緩慢であることから、症状の増悪に気づいた時にはかなり進行した状況になっている可能性がある。イレウス症状の現れ方や、出血の有無などを併せて観察することが重要と考える。

食道癌の場合、今回の事例では多飲水が目立ち看護師は水中毒ではないかと注目していた。しかし、振り返ってみると、患者は「A（患者）が夜中に入ってきて、ここ（喉）に悪霊を憑けた」と、体感幻覚様の訴えをしていたことから、飲水は喉のつかえ感を洗い流そうとした行動であったと思われる。このように、つかえ感など、疼痛ではない身体の違和感や体感幻覚様の訴えになりやすいと考え、注意して観察することが必要である。また、飲水行動は水中毒との鑑別が重要であり、つかえ感や違和感、あるいは体感幻覚様の訴えなど、関連した言動と併せてアセスメントしていくことが重要と考える。

上記の観察ポイントの考察から、どのような場面を用いて観察を行っているのかについて検討を加える。看護師たちは「その日の最初の出会い」「食事場面」「排泄行動」「入浴場面」を意識的に活用して観察していた。特に「その日の最初の出会い」は、今日の患者はどんな調子か、変わらないかなど、顔色・表情から観察し、夜は眠れたか、朝食・洗面はすんだかなど、患者の機嫌や動きを一通り把握していた。また、「食事場面」は食事量や食べるペース、嗜好の変化など、身体的な状態を把握するのに重要な情報収集の場であった。ある看護師は、「患者さんで、梅干しとご飯ばかり摂取するようになり、そのうち痩せてくるし、そしたら、胃癌だったんですね。」と語っていた。また、ある看護師は「私たちもそうですけど、調子が悪ければ食欲もなくなるし、当たり前ですけど入浴場面は患者さんの身体を観るのには絶好の機会ですね。」と語るなど、特に目立たない患者や関わりの持ちにくい患者、自分から訴えない患者の身体的な情報を得るのに入浴場面は効果的であると話していた。

次に、このような観察場面の意図的な活用と観察ポイントにより気づいた内容について、どのように意味づけしていけばよいのか検討する。悪性疾患は徐々に進行し様々な症状が出現し、悪化していく。少しずつ変化していくものに対して、時間軸の中で、以前に比べてどうかという見方をしていくと、変化に気づきやすいと考える。その際、「変化への疑問」と同時に「続くことへの疑問」の両方の視点で捉えることが重要と思われる。例えば、食道癌患者が示していた体感幻覚様の訴えを、「身体の違和感や体感幻覚様の訴えになりやすい」と認識し、いつ頃から訴えが出現しどのくらい続いているのか観察することが必要である。また、飲水行動は水中毒との鑑別が重要であり、関連した言動と併せてアセスメントしていくことが重要と考える。つまり、活動量や精神症状、情緒状態など日々目しているものの変化がいつ頃からどうなってきたのか、その変化と身体的な症状の出現と関連

はないのか検討することが重要と考える。

また、反対に心気的な訴えなどいつまでも続くことに対して、本当に心気的な要因だけなのか疑問を持つことが必要である。さらに、嚥下障害やイレウス、精神症状の悪化などベースにある原因を向精神薬の影響や精神疾患によるものと安易に決めつけず、悪性疾患の可能性を考え鑑別していくことが重要と考える。大腸癌の場合には、腫瘍の部位にもよるが、イレウス症状がよく出現するため観察しやすい。しかし、抗精神病薬の影響による麻痺性イレウスを合併している患者が多く、よくある症状であるが故に対症的に下剤の増量や浣腸で対応してしまう傾向がある。またイレウス症状の進行が緩慢であることから、症状の増悪に気づいた時にはかなり進行した状況になっている可能性がある。

以上のことから、観察したことへの意味づけの方向性として、活動量や精神症状、情緒状態、心気的な訴えなどに対して、①時間軸の中で見て、変化への疑問・続くことへの疑問を持つこと、②嚥下障害、イレウス症状、精神症状の出現に対して悪性疾患の可能性を考え鑑別していくこと、が大切であると思われる。

結 語

I. まとめ

看護師による身体合併症への気づきとは何か、また、気づきがどのようにして身体合併症発見につながっていくのかそのプロセスを明らかにすることを目的に検討を行った。そして、そのプロセスに影響する要因を抽出し、少しでも早く患者の変調に気づけるような看護師の観察力について検討した。その結果は以下にまとめられるが、本研究により、精神科病院における長期入院患者の変調に看護師が気づき、それを手がかりに身体合併症の発見につなげていく一連のプロセスを描き出せたのではないかと考える。

1. 気づきの程度として「違和感」「不信感」「直知」が抽出できた。気づいた内容は、いつもの患者の特徴をパターン認識し、それとのズレをみているもの、知識や経験した疾患との類似性を認知したもの、その両方を認知したものが確認できた。患者に代わって気づいていこうとする役割意識を明確にもつことが重要であった。また、「直知」は早い介入につながるエキスパート性のある気づきであり、「違和感」は、症状が顕在化する前の発見につながる気づきであり、患者をよく知っていることが重要であった。
2. 気づきの後には必ず確かめのプロセスがあり、気づきの程度により確かめ行動の目的は異なり、「気がかり確かめ行動」と「裏付け捜査行動」がなされていた。不確かな気づきの場合は、精神症状と考える前に身体疾患を疑い、確かめ行動をしていくことが必要と思われた。
3. 身体合併症発見につなげるための気づきの具現化行動として、看護師たちは「報告する」「交渉する」「補足的看護行動」をとっていた。気づいたことを検査・受診につなげるためには、「医療チームの連携」を生み出すスキルを駆使していく必要があった。
4. 気づきから身体合併症発見に至るプロセスには、それぞれの段階で賦活させる要因があり、対極例として多くの阻害する要因があった。それらは「看護師個人が有する要因」「人的環境要因」に「物的環境要因」に分けることができた。
5. 看護師によるイレウスの発見過程に、身体合併症発見に至るプロセスの各段階・要素を確認できた。そして、①個別性を踏まえたイレウスのサインをルーティン化して観察していくこと、②入浴場面や体型の変化に注意し、腹部膨満を認めたら、まずイレウスを思い浮かべること、がイレウスの早期発見につながると考えられた。ただし、安易に麻痺性イレウスと決めつけず、絞扼性イレウスや悪性疾患などによるイレウス症状と鑑別していくことが必要であった。
6. 看護師による消化器癌の発見過程において、気づきを高める観察力を検討した結果、看護師は「その日の最初の出会い」「食事場面」「排泄行動」「入浴場面」を意識的に活用して観察していた。特に目立たない患者や関わりの持ちにくい患者、自分から訴えない患者の身体的な情報を得るのに入浴場面は効果的であることが示された。観察したことへの意味づけの方向性として、活動量や精神症状、情緒状態、心気的な訴えなどに対し

て、①時間軸の中で見て、変化への疑問・続くことへの疑問を持つこと、②嚥下障害、イレウス症状、精神症状の出現に対して悪性疾患の可能性を考え鑑別していくこと、が大切であった。

以上の結果より、看護師の気づきには、感覚的なひらめきにより「あれっ、何か変」と感知する直感から、直接的・瞬間的に物事の全体あるいは本質を捉える直観的な認識まで含まれることを明らかにすることができた。この直感的な気づきには、看護師自身の感性を大切にされた観察が重要であった。すなわち、看護診断に基づき実施・評価していくスキルだけでなく、感性を活かして感じとることの重要性が示されたといえる。しかし、気づいたことを失念しないで意識化し、確かめ行動につなげていくには、先行経験や看護師の専門的知識が重要であることが示唆された。

また、気づいたことに対してどう意味づけるか「意味づけの方向性」が重要であった。意味づけの力を高める手立てとして、ベナー⁴⁶⁾はナラティブスを提唱している。これは、看護実践を言語化し、分析やクリティカル思考を繰り返す中で、理解の変化や進展を遂げ実践知へと高めていくことを可能にする方法である。忙しい臨床の中で、なかなか立ち止まって自己の実践を振り返る機会を持つことはできない。だからこそ、学習や研究の機会として、日々の臨床経験から知識へと一般化を可能にする事例検討や事例研究の機会を設け、臨床看護師と共に実践していく必要があると思われる。

II. 研究の限界と今後の課題

第一に、本研究においては看護師による気づきとは何か、気づきから身体合併症発見につながるプロセスにはどういった段階や要素があるのかを明らかにしてきた。そして、気づきを促進するために観察力の観点を中心に検討してきた。しかし、看護師が患者の些細な変化にも気づいていくためには、看護師自身の持つ知識や観察力・役割意識だけでなく、患者との関係性が影響していると考えている。しかし、本研究では看護師に面接を行い、分析焦点者を身体合併症に気づいた看護師とし、看護師の捉えや関わりに焦点を当てて概念生成しているため、看護師と患者との相互作用性に関する伝わりにくさが生じており、患者との関係性について検討することができなかった。この問題を解消する方法として、今後は患者側の視点からのデータ収集・分析も加え、気づきを促進する患者－看護師関係についても検討していきたい。

第二に、気づいたことを検査・受診につなげる「気づきの具現化行動」において、医療チームの連携を作るスキルが一部確認できた。しかし、今回はこれに関して語った看護師が少なかったため、十分な検討ができなかった。今後は事例を増やし、検討を続けていきたい。

第三に、本研究においては、看護師が少しでも早くに患者の身体合併症に伴う変化に気

づくために必要な能力を明らかにしていくことが目的であった。身体病の早期発見を定義することは難しいが、少なくとも治癒もしくは改善が期待できる段階での発見につながる段階で気づいていくことに焦点を当てた。このため、本研究では身体合併症に気づいた看護師に30～60分の面接を1回行い、データを抽出してきたが、今後は、ナラティブ法により複数回の面接によるデータ収集法なども検討し、気づく能力や身体合併症発見につなげていくスキルにおけるエキスパート性を明らかにしていく必要があると考える。

謝 辞

本研究を行うに当たり、多くの方からご協力いただきました。

まず、データ提供にご協力いただきました病院の方々に、厚く御礼申し上げます。看護部長さんには、予備調査のご協力から、対象看護師の決定、看護師の方への説明、日程調整などたくさんのご協力とともに励ましをいただきました。本当にありがとうございました。

そして、インタビューに応じてくださった看護師の皆様にはお忙しい中、快く応じてくださり、熱心に語っていただきました。心より感謝いたします。お話を聞かせていただきながら、みなさまが本当に患者さんを大切に毎日の関わりをなさっているのが伝わり、たくさんエネルギーをいただきました。こんなすばらしい臨床家の方々に出会えたことが最大の収穫でした。ありがとうございました。

広島大学大学院の岡村 仁教授には、研究計画作成、調査期間中、論文の作成まで、いつも暖かく見守っていただき、適切なアドバイスをいただきました。心より感謝いたします。

立教大学の木下康仁教授をはじめとする西日本 M-GTA 研究会の皆様には、お忙しい中ご指導をいただきました。質的研究方法に関するご指導は大きな学びになりました。ありがとうございました。

最後に、この研究をまとめるにあたり、暖かい理解と励ましをいただきました職場の皆様と、理解し支援してくれた家族に心から感謝いたします。

引用文献

- 1) 為金義博, 森川三郎: 精神科合併症医療を考える. 精神看護, 1(4), 24-27, 1998.
- 2) 井上良一, 鬼塚雄三, 渡辺千洋: 精神科と身体合併症について. 日本精神病院協会誌, 20(11), 76-78, 2001.
- 3) 岩淵正之: 身体合併症の医学—合併症とは何か—. 精神看護, 1(4), 20-23, 1998.
- 4) 横山雅一: 身体合併症病棟について. 日本精神病院協会誌, 11(4), 318-322, 1992.
- 5) 石橋照子, 小林孝文, 吉田厚子: 精神科身体合併症の発見の端緒に関する研究. 日本医学看護学教育学会誌, 12(1), 3-7, 2003.
- 6) 佐藤眞子: 糖尿病を合併した精神科病棟入院患者への集団教育の意義と今後の課題. 精神科看護, 424, 22-26, 1998.
- 7) 日下君代: 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, 75, 22-26, 1998.
- 8) 徳岡房子: 高齢者療養病棟における身体合併症をもつ精神分裂病へのかかわり—寝たきり状態における全面介助が転機となったケース—. 精神科看護, 75, 39-42, 1998.
- 9) 加藤寿貴: 合併症看護のむずかしさと可能性—看護者と患者との間で生じていること—. 精神看護 1(4), 12-15, 1998.
- 10) 深沢裕子, 三ヶ木聡子: 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, 75, 8-12, 1998.
- 11) 原田煌き: 身体合併症をテーマに研修会を開催することの意義. 精神科看護, 75, 13-17, 1998.
- 12) 清水千春, 渡辺好江: 身体合併症患者に対する看護アセスメントの充実のために—精神科救急における鑑別が難しい患者へのかかわり体験より—. 精神科看護 75, 18-21, 1998.
- 13) 相馬厚: 身体合併症を早期発見するための観察ポイント. 精神看護 8(1), 43-48, 2005.
- 14) 厚生労働省: 統計資料 平成 17 年患者調査の概要. 28, 2005.
- 15) 青木歌子: 第 2 章 II. 精神科身体合併症をもった患者の看護: 岩淵正之, 江畑敬介 編集: 精神障害者に対する身体合併症診療の実際. 50-57, 新興医学出版社, 1996.
- 16) 金子晃一, 細木敏宏, 福島昇: 精神科身体合併症医療と Medical Psychiatric Unit—総合病院精神科の機能と役割—. 新潟県立病院医学会誌 46, 27-34, 1998.
- 17) 江畑敬介: 序章. 米国の MPU と松沢病院の身体合併症診療体制: 岩淵正之, 江畑敬介 編集: 精神障害者に対する身体合併症診療の実際. 1-9, 新興医学出版社, 1996.
- 18) 後藤稠 編集: 最新医学大辞典第 2 版. 268, 医歯薬出版株式会社, 1999.
- 19) 内菌耕二, 小坂樹徳 監修: 看護学大辞典 第 4 版. 301-302, メヂカルフレンド社, 1999.

- 20) 岩淵正之：第1章 II. 合併症医療の特殊性, A 対象となる疾患：岩淵正之, 江畑敬介 編著：精神障害者に対する身体合併症診療の実際. 11-15, 新興医学出版社, 1996.
- 21) 青木民子監修, 相馬厚, 篠原昇子編集：第2章 精神科身体合併症ケアの基本. 26-30, 身体合併症をもつ精神科患者へのアプローチ 東京都立松沢病院の看護実践から, 精神看護出版, 2003.
- 22) 新村 出 編集：広辞苑 第5版. 655, 岩波書店, 1998.
- 23) 和田攻, 南裕子, 小峰光博 編集：看護大事典 第1版. 610-611, 医学書院, 2002.
- 24) 「精神科看護用語辞典」編集委員会・編：精神科看護用語辞典 第5版. 67, メヂカルフレンド社, 2000.
- 25) 岡谷恵子：アウェアネス(気づき)：見藤隆子, 児玉香津子, 菱沼典子 編集：看護学事典 第1版. 4, 日本看護協会出版会.
- 26) Glaser BG, Strauss AL：後藤隆, 大出春江, 水野節夫, データ対話型理論の発見. 水曜社, 1996.
- 27) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—. 81, 弘文堂, 1999.
- 28) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い—. 131, 弘文堂, 2003.
- 29) 高橋照子：人間学としての看護学序説 看護への現象学的アプローチ. 32, 医学書院, 1991.
- 30) 外口玉子：何を意図して, どのような問題提起をしたか, そして意見交換によって何が明らかになったか, パネラーとしての参加過程をふりかえって. 看護 29(8), 20-31, 1977.
- 31) 見藤隆子：気づけなかったことが気づけるようになるプロセスを探ってみると. 看護学雑誌 41(8), 775-778, 1977.
- 32) 近澤範子, 大川貴子, 青木さとみ：「医療チームの連携」を生み出す看護婦の技術. 看護研究 29(1), 59-70, 1996.
- 33) 相原友直, 斎藤百合枝, 大竹真裕美：合併症ケアで求められる観察の目. 精神看護 1(4), 16-19, 1998.
- 34) 坂口正道：身体合併症医療の現状と展望：坂田三允 総編集：精神看護エクスペール 3 身体合併症の看護. 6-11, 中山書店, 2004.
- 35) 青木民子 監修, 相馬厚, 篠原昇子 編集：資料1 東京都立松沢病院の概要と合併症医療事業. 身体合併症をもつ精神科患者へのアプローチ—東京都立松沢病院の看護実践から—, 163, 精神看護出版, 2003.
- 36) 新村 出：広辞苑 第4版. 575, 岩波書店, 1994.
- 37) 梅津八三, 相良守次, 宮城音弥, 依田新 監修：心理学事典 初版. 122-123, 平凡社,

- 1995.
- 38) 内菡耕二, 小坂樹徳 監修:看護学大辞典 第4版. 349, メヂカルフレンド社, 1999.
 - 39) 和田攻, 南裕子, 小峰光博 編集:看護大事典 第1版. 524, 医学書院, 2002.
 - 40) 横山美樹:観察:見藤隆子, 児玉香津子, 菱沼典子 編集:看護学事典 第1版. 116, 日本看護協会出版会.
 - 41) 有賀元, 天野智文, 真坂彰, 松枝啓:精神科患者にみられた消化器疾患合併症例の検討, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による11~13年度総括研究報告書—今後の精神医療のあり方に関する行政的研究—. 193-198, 2002.
 - 42) 稗田正志, 坂井慶子:第3章 III. C. 向精神薬と身体疾患の関連性:岩淵正之, 江畑敬介 編集:精神障害者に対する身体合併症診療の実際. 85-91, 新興医学出版社, 1996.
 - 43) 羽生丕:第4章 IV. イレウス:岩淵正之, 江畑敬介 編集:精神障害者に対する身体合併症診療の実際. 167-178, 新興医学出版社, 1996.
 - 44) 青木歌子:第2章 IV. 内科的疾患を持つ精神科身体合併症患者の看護:岩淵正之, 江畑敬介 編集:精神障害者に対する身体合併症診療の実際. 69-75, 新興医学出版社, 1996.
 - 45) パトリシア・ベナー編著;早野真砂子訳:ベナー看護論・ナラティブス・看護倫理. エキスパートナースとの対話. 140-151, 照林社, 2004.

参考文献

- 1) 吉田佳郎, 平澤久一, 長谷川雅美編集:精神疾患・身体疾患の併発と看護. 医学書院, 2001.
- 2) 坂田三允総編集;萱間真美, 桜庭繁, 根本英行他編集:精神看護エクスペール3 身体合併症の看護. 中山書店, 2004.
- 3) 山田和子:精神科外科合併症病棟の看護. 精神科看護 99, 43-47, 2000.
- 4) 渡辺健次郎, 塚田和美, 榎本哲朗, 金樹英:国立総合病院精神科における合併症診療の実態, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による12年度研究報告書—今後の精神医療のあり方に関する行政的研究—. 373, 2002.
- 5) 榎本哲朗, 塚田和美, 金樹英, 渡辺健次郎: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による11~13年度総括研究報告書—今後の精神医療のあり方に関する行政的研究—. 175-178, 2002.
- 6) 榎本哲朗, 塚田和美, 山田賢一, 渡辺健次郎, 姉齒一彦:アンケートによる精神科身体合併症治療の現状, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による11~13年度総括研究報告書—今後の精神医療のあり方に関する行政的研究—. 169-174, 2002.
- 7) 見野耕一, 大山朗宏, 朴孝貴:神戸市立西市民病院における精神科身体合併症病床に

- ついて. 病院・地域精神医学 48(1), 40-42, 2005.
- 8) 薮崎元浩：精神科におけるイレウスの早期発見につなげる看護師の観察と行動－精神情緒状態や生活行動の変化と身体合併症の存在を結びつける気づきに焦点をあてて－. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録 32, 253-259, 2007.
 - 9) 三森康雄, 小林美佐緒, 岩間三枝子：精神疾患患者の身体合併症の発見に繋がるきづき 2 事例を通して. 日本看護学会論文集－精神看護－37, 57-59, 2006.
 - 10) 木挽秀夫：精神科における身体観察の実態調査. 日本看護学会論文集－精神看護－37, 48-50, 2006.
 - 11) 三浦義博, 久保寛子, 吉鶴淳子, 林田千秋：精神身体合併症看護における困難性に対する看護師の思い. 日本看護学会論文集－精神看護－36, 243-245, 2006.
 - 12) 野口裕子, 石橋裕美子, 飯塚宏美, 古家陽司郎, 秋田眞知子：統合失調症患者の身体合併症に対する反応表出の特徴と関連因子－早期発見や治療が困難であった事例を振り返って－. 日本看護学会論文集－精神看護－36, 95-97, 2006.
 - 13) 大川貴子, 中山洋子, 小林みゆき：イレウスを合併した統合失調症患者のモニタリングに関する研究－抗精神病薬長期服用患者に焦点をあてて－. 病院・地域精神医学 48(1), 37-39, 2005.
 - 14) 小野原子, 阿部久枝, 杉田繁一, 福田千代美, 吉崎弘之：総合精神科病棟における身体疾患看護の実態. 日本看護学会論文集－精神看護－35, 244-246, 2004.
 - 15) 浜中敏江, 谷脇貴美子, 中山美奈, 山岡昭, 藤原奈津子：身体合併症をもつ精神科患者に対するベテランナースのケア介入, 日本看護学会論文集－精神看護－35, 165-167, 2004.
 - 16) 美濃由紀子：【「身体合併症」の極みとしての「がん」看護】がんを併発した精神疾患患者の治療・看護の現状と課題, 精神看護 8(1), 18-37, 2005.