

研究報告

統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利

Patient's Right as Experienced by People with schizophrenia

戸田 由美子 (Yumiko Toda)*¹
山田 浩雅 (Hiromasa Yamada)*¹

中戸川 早苗 (Sanae Nakatogawa)*²
加藤 宏公 (Hirotada Kato)*¹

要 約

本研究の目的は、統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利を明らかにすることである。統合失調症圏内の7名に2回の面接調査を実施し質的帰納的に分析した。患者の権利の体験は、【医療・福祉職の親身な対応は患者を尊重】【医療職の不適切・不納得な対応に不信感】【入院・治療に関し患者・家族の意思尊重】【病気・治療の十分な説明を受け病気の自覚】【医療・福祉職より情報提供を受け自ら選択し自己決定】【他者とのトラブル時医療者の仲裁で安全・安心の確保】【守秘義務の不備によるおびやかし】【他科受診時医師以外の職員に精神疾患の情報開示による偏見】などの9テーマが抽出された。患者の権利を守ることは、患者が病気を自覚し自律した生活を送ることに繋がると考えられる。患者の権利を守る看護実践の遂行には、セルフスティグマによる患者の傷つきの理解、患者の意思を尊重し説明責任を果たし患者の自律を促す支援の重要性が示唆された。

Abstract

The present study aimed to examine patients' rights as experienced by people with schizophrenia. Interviews with seven schizophrenic patients were conducted twice, and the results were analyzed qualitatively and inductively. From their experiences of patients' rights, the following nine subjects were extracted: [Attentive care provided by medical and welfare care professionals with respect for patients], [Inappropriate responses by health care professionals, which increases senses of distrust and frustration], [Respect for the intentions of patients and their families regarding hospitalization and treatment], [Awareness of their disorders after receiving detailed explanations of diseases/treatment], [Receiving information from health/welfare care professionals to select and make decisions by themselves], [Mediation conducted by health care professionals to address patients' problems with other people to ensure their safety and security], [Feeling anxious due to the inadequate protection of confidentiality] and [When they consulted another clinical department, information on their psychiatric disorders had been disclosed to medical staff other than physicians, and they had biased views] etc. Protecting the rights of patients encourages them to become aware of their disorders and live an independent life. To provide nursing care while protecting the rights of patients, it is important to: understand that patients may experience psychological pain by self-stigma, respect the intentions of patients, fulfill accountability for them, and provide support that promotes their autonomy.

キーワード：患者の権利 精神疾患 質的研究 精神看護

I. はじめに

精神科医療は、今日に至るまで精神疾患患者の処遇をめぐる歴史であった（戸田，2014）。第二次世界大戦後、日本国憲法（1946）、世界人権宣言（1948）等により人権保障に向けた動きは

進展した（戸田，2019）。また、世界医師会（1981，1995改正）による「患者の権利に関するリスボン宣言」、国際連合（以下、国連と記す）（1991）による「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスの改善のための諸原則」（通称、国連原則）が制定された。

*¹愛知県立大学看護学部

*²北里大学看護学部

しかし、日本において精神疾患患者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保が謳われた法律は、精神保健法（1987）まで待たねばならなかった。その後、WHOヨーロッパ地域事務所主催の会議で「ヨーロッパにおける患者の権利に関する宣言」（1994）が採択された。日本では市民グループによる「患者の権利宣言（案）」（1984）（患者の権利宣言全国起草委員会，2007）が提言されたが、未だ患者の権利に関する法制化は進んでいないのが現状である。

このような流れの中、国連総会で「障害者の権利に関する条約」が2006年12月に採択され、日本は2007年条約に署名後、「障害者差別解消法」を2013年に制定後2014年に批准した。伊藤（2012）は、「当事者の権利保障という視点を抜きにして進められてきたこれまでの精神保健福祉施策が、障害者権利条約の批准を契機に、大きく転換されることが期待される」と述べているように、これをきっかけとして患者の権利に対する意識は変化することと思われる。

患者の権利について考えると、Annas（2004）は、「中核的患者の権利として、①十分な情報提供を受けたうえで決定する権利、②プライバシーと尊厳に対する権利、③治療を拒否する権利、④救急医療を受ける権利、⑤擁護者を持つ権利、を有する」としている。そして、患者の権利について文献検討を行うと、患者の意思決定、インフォームド・コンセント、情報開示に関する研究が主で、患者の権利そのものを論じた文献は、ごくわずかである。患者の権利を患者の視点から論じた研究は、精神保健福祉士による（大滝ら，2004；井上ら，2007）患者の権利侵害のみである。その内容は〈非自発的入院の体験〉、〈入院時の告知〉、〈病院内での患者の「使役」〉、〈病棟生活の管理〉、〈病名告知の必要性和その困難〉、〈服薬をめぐるインフォームド・コンセントとその困難〉、〈判断能力が一時的に制約される状態の時の強制治療をめぐる〉などである。そこで今回、統合失調症圏の病いをもつ人が権利侵害のみならず権利それ事態をどのように体験しているかを知ることが、患者の人権を尊重し患者中心の看護を発展させるという意義があると考え、患者自身の権利体験に焦点を当てることとした。

II. 研究目的

本研究の目的は、統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利を明らかにし、精神科看護実践への示唆を得ることである。

III. 用語の定義

統合失調症圏患者：医師に統合失調症および統合失調感情障害の診断を受け単科の精神科病院に入院経験のある人。

患者の権利：医療福祉サービスの利用者に保障されるべき権利。

権利の内容：基本的人権（主に、個人の尊厳、幸福追求権、法の下での平等、生存権）を基盤とし、患者の医療・看護への参画と患者の意思の尊重とともに自己決定を支え、インフォームド・コンセント、プライバシーの保護、情報開示、知る権利、安全の保障、平等で公平な医療の提供。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究である。

2. 研究協力者

単科の精神科病院に入院歴があり統合失調症圏の病いを抱えながら地域で半年以上生活している就労継続支援B型事業所に通所している方であった。

3. データ収集期間

2018年10月～2019年3月であった。

4. データ収集方法

就労継続支援B型事業所の施設長に承諾を得たのち、2名の方にプレテストを実施し面接ガイドを洗練化した。その後本調査の協力者を紹介していただき個別に連絡を取り、一人2回の半構造化面接を実施した。面接内容は、協力者の年齢、疾患名、発症時期、精神科への入退院歴等、患者の権利の体験について、入院中医師や看護師から治療や看護について説明を受けたか、医療や看護を受ける中で意思を尊重されたり、

自己決定をすることを看護師が支援してくれた体験はあったか、などについて具体的に語っていただいた。

5. データ分析方法

研究協力者が体験した患者の権利に対する具体的な内容を逐語録に起こし、何度も読み返し内容を確認した。研究協力者の患者の権利の体験に関する部分を抽出し意味内容をコードとして抽出した。コードの内容を比較検討し、類似性・差異性により分類・整理しテーマを抽出した。なお、分析の信憑性・真実性を高めるため、質的研究者複数名で分析を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承諾（2018年9月28日承諾、承認番号：30愛県大情第6-37号）を得たのち、各施設の施設長の承諾を得て実施した。

研究協力候補者に対し、施設長より協力者の条件に該当する方をお願い文等を渡していただき、連絡票の返送のあった研究協力候補者に個別に連絡を取った。個別に研究目的、方法、研究参加の自由意思、中断の自由とその方法について文書を用いて説明し、同意を得た。その後、協力者には、語られる内容へのプライバシーの配慮、答えたくない内容には答えなくてよいことを説明し、協力者の心身の負担とプライバシーに配慮しながら面接を行った。面接内容は協力者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

V. 結 果

1. 研究協力者の概要

2県の就労継続支援B型事業所3施設に通所している男性5名、女性2名の計7名、平均年齢46.43歳（39歳～54歳）であった。面接は一人2回、2回の合計平均面接時間は103分（74分～128分）であった。

疾患は、統合失調症6名、統合失調感情障害1名であった。全員が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（1995）（以下、精神保健福祉法と記す）以後の体験を語った。入院は、単科小規模病院6名（入院2回は1名で入院期間3

～6ヶ月、入院3回は3名で入院期間1ヶ月1名、6か月前後2名、入院5回は1名で入院期間8～12ヶ月、入院7回は1名で入院期間2～3ヶ月）、単科大規模病院1名（入院1回で入院期間3ヶ月）、2ヶ所の病院に入院は4名であった。

「患者の権利」の言葉を知っていた4名（言葉のみ1名、具体的内容まで3名）、知らなかった3名であった。医師より患者の権利の説明を受けた1名、入院時に書類で説明を受けた1名、家族から聞いた1名であった。全員が病名を知っていた。病名告知を受けた6名、診断書で知った1名（病状の詳しい説明はされていた）であった。

2. 統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利

統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利とは、統合失調症圏内の疾患をもちながら地域で生活している人が、入院中、または地域で体験した患者の権利のことである。9のテーマが抽出された。以下に具体的に説明する。テーマ【 】、コード【 】, 素データ「 」、文中の会話『 』、()は筆者が補足した言葉を示す。

表1 統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利

テーマ1	医療・福祉職の親身な対応は患者を尊重
テーマ2	医療職の不適切・不納得な対応に不信感
テーマ3	入院・治療に関し患者・家族の意思尊重
テーマ4	病気・治療の十分な説明を受け病気の自覚
テーマ5	医療・福祉職より情報提供を受け自ら選択し自己決定
テーマ6	他者とのトラブル時医療者の仲裁で安全・安心の確保
テーマ7	守秘義務の不備によるおびやかし
テーマ8	他科受診時医師以外の職員に精神疾患の情報開示による偏見
テーマ9	精神科だからこそ名を伏せプライバシーを保護される安心

1) テーマ1【医療・福祉職の親身な対応は患者を尊重】

医療・福祉職は自分自身に丁寧で親身な対応をされ尊重されたと感じる体験である。

『看護師に丁寧な対応をされる（協力者A、B、C、D、E、G）』では、C氏は「個室みたいな

所に入ってたときも、ちょっと何かこぼしたりとか。嫌な顔一つせずに片付けていただいたりとか、何回かあったんで。有り難いっていう感じ。」、D氏は「『私がDさんの担当の看護師です』と挨拶いただいて。僕がまあ病気だから、ちょっと変わったおかしい事言っても、『ああ、そうですか』みたいな感じで、話を根気よく受けとめてくれた。」、E氏は「何か思い伝えたらちゃんとしてくださった。」、G氏は「看護師さんは本当に心配してくれて、大丈夫ですか大丈夫ですかって、あんまり悪いようでしたら先生に言いますけどみたいな感じで対処してくれたんですけど。」と語られた。

『自分が無視したのに見捨てず何度も連絡をくれる（協力者B）』では、B氏は「最初なじめずに、まあ、来て（いて）、週1とか、2週間に1回とか。それも、なんかもう、間があいてしまったりだとか。それで、Iさんから電話がかかってきて、なんか、それも無視してたりとかしてたんですよ、最初ね。それでも、いっぱい電話くれて。で、それからですかね。来始めた。」と語られた。

『職員は自分を尊重してくれる（協力者B）』では、B氏は「（福祉）職員さんのことがみんな好きだから、あまり迷惑かけたくないと思って。（職員さんはみんな自分を）尊重してくれます。」と語られた。

2) テーマ2 【医療職の不適切・不納得な対応に不信感】

医療職の対応の悪さ、強制的な隔離・身体的拘束は、自分自身が傷つけられ医療職に不信を感じる体験である。

『看護師の対応に傷つく（協力者B、C、D、E）』では、B氏は「嫌がらせとか。ものの言い方が冷たい。」、E氏は「癖のある看護師さんで、頼んでもすぐやってくれなかった。」、D氏は「人を見下したというか、人の扱いが雑っぽいというか、ちょっとそういう感じは（あった）。」と語られた。

『説明がなく強制的に保護室へ入院させられる（協力者B、E、F）』では、F氏は「何で個室に入ったのか未だにわからない。（いきなり）入れられた。（説明も）なかった。」と語られた。

『強制的に拘束され人間扱いされていないと感じる（協力者E）』では、E氏は「縛ります言うて。急に何か怒られて、怒られていうか、怒りまくられて。ほんで何もしてないのに、拘束しますいうて、（中略）何か不条理な扱い受けて、縛られて。何も私暴れてないのに、嫌や、嫌や、もう入院するのは嫌や言うてたけど。縛られるなんてもう、何か人間扱いされてないなと思って。」と語られた。

3) テーマ3 【入院・治療に関し患者・家族の意思尊重】

医療者に自分や家族の思いや考えを十分聞いてもらい意思を尊重された体験である。

『入院に不納得の意思を伝えると無理強いせず個別に対応してくれる（協力者D）』では、D氏は「ただ僕自身が過去の経験とか、あとプライバシーのこととか、あといびきを大きな声でかいいたりするのが、逆に周りの人の迷惑になるから嫌だとか、とてもじゃないけど4人部屋とかに入って、そこで自分が自分の気持ちを落ち着けるっていうことができないんじゃないかと、そのときは思ってて。個室ならいいけど、そうでないならば入院しても自分が楽にはならないと。家にいるのと何が違うんですかっていう話をしてたんですよ。そしたら仕方がないんで、措置として『個室を状態がよくなるまで提供します』と、言ってくださったんで、じゃあそれならもう、入院してみますっていうことで、入院を決めました。」と語られた。

『退院や外出に関して医師に申し入れ話し合う（協力者G）』では、G氏は「外出許可っていうか。もう何度も何度も先生にお願いして。で親からも言ってもらって。一応親にも先生何とか外に出してもらえないでしょうかってことでお願いしてもらって（外出が認められた）。」と語られた。

『親が新薬希望を主治医に申し入れ自分とも相談しつつ変更する（協力者A）』では、A氏は「お母さんが入院中に主治医にね、頼み込んだんです。知人にね、新薬Lで病気が良くなったって。それで、その薬をちょっと飲ましてみたいということで。（中略）『抗不安薬の方をいらんから省こうか』と言われたんですけど、それ飲んで

るとちょっと楽になるので、それは入れてもらったんです。」と語られた。

『主治医の紹介病院が遠く通いにくいため看護師に伝え病院を変更する（協力者C）』では、C氏は「どっかK市の方の病院を紹介するとかってなって、『ちょっと遠いんです』って言って、母もやっぱり通ったりするの大変だからと。それで、看護師さんに言ったら『先生に連絡を取りますから』って、取って下さって。その先生が今の病院を紹介して下さって本当に良かったなあと。』と語られた。

4) テーマ4 【病気・治療の十分な説明を受け病気の自覚】

病名や病状、対処方法の説明を十分受け自分で病気を自覚することができる体験である。

『病状に合わせてきちんと説明を受ける（協力者A、B、G）』では、G氏は「あの幻覚は見えますかとか、あと変な妄想とかそういう症状はありますかみたいな。寝れなかったら眠剤を出しましょうとか。そういう説明はよく受けました。（中略）その時にもう統合失調症ってことは言われてたような気がします。」と語られた。

『病気や治療の説明を受け病気を自覚する（協力者C、E、F、G）』では、C氏は「薬の説明を詳しくしてくださった。（中略）こう効果がありますからって言って、大分自分で、飲み忘れとかしないようにしようとか。退院したら、自分で管理っていうか、しないといけないので、ちゃんとしようかなと思って。」と語られた。

『薬の副作用や増減など詳しく説明を受ける（協力者A、B、C、G）』では、A氏は「主治医より『これは、Aさんにとっては必要な薬じゃない』と言って、薬は随分と減らしてもらいました。その時は丁寧に説明してもらいました。今こうこう、こういう状況だから、薬増やそうか、もう大分調子がこんな風によくなったから、薬は減らそうかとか。あれなんか食欲増進の何か副作用があるんで。その改善方法を聞いたことがある。」と語られた。

5) テーマ5 【医療・福祉職より情報提供を受け自ら選択し自己決定】

地域生活をするに当たり、地域資源について

医療・福祉職より情報提供を受け最終的に自分で決める体験である。

『精神保健福祉士に作業所を紹介され見学し自分で決める（協力者A、B、C、D、F）』では、C氏は「入院中にケースワーカーさんと見学に行って『通いますか』って。職員さんも温かい感じがしたんで、（自分で）決めました。」と語られた。

『看護師と相談して訪問看護の導入を自分で決める（協力者F）』では、F氏は「3回目の入院中にMさん（受け持ち看護師）に付いたんですけども、その人から助けてもらって。訪問看護っていうのがあって、薬の支援もしてくれるって。手配してもらいました。」と語られた。

6) テーマ6 【他者とのトラブル時医療者の仲裁で安全・安心の確保】

他者とのトラブルで安全・安心な入院環境が得にくい時、医師や看護師の仲裁により安全や安心が確保される体験である。

『他患者とのトラブル時看護師が介入してくれる（協力者B、C、G）』では、G氏は「僕は6人部屋にいたんですけど、隣のベッドの人の荷物が僕の方まででちゃったので、それを（看護師に）言ったら、隣の人と交渉してくれて。駄目だったんですけど、何度も言ってくれたり。上手に間に入ってくれた。」と語られた。

『患者同士のトラブル時医師が仲裁し相手が謝る（協力者A）』では、A氏は「友達みたいにしていたおじさん（患者）の方へ行って、朝から歌歌ってたんですよ。そしたら怒られて、1回殴られたんですよ。主治医がいたもので『いや、あれは、暴力はやっぱり振るっちゃいけないことだから、謝ってもらったらいいい。』と。その日だったか次の日だったか、謝ってもらいました。」と語られた。

7) テーマ7 【守秘義務の不備によるおびやかし】

主治医以外の医療職がその場に同席することで必要以上に情報が漏れることや、他の職種に自分の了解なく情報が伝わったりすることで脅かされる体験である。

『主治医以外の医療職に妄想内容とか聞かれ

るのは嫌だ（協力者A、D）』では、A氏は「（外来の）診察とかで研修医が立ち会う場面があるんです。主治医が『研修医がいるけどいいですか？』とか聞かれるんですけど。大概是席を外してもらわないで聞いてもらっていることが多いんですけど。（中略）知ってもらふ必要も、知ってもらわなくてもいいことを、知ってもらふためにいるっていうのはちょっとね、嫌ですね。」と、D氏は「自分自身の病状であったり、それに伴うプライバシーの部分をさらけ出さなきゃというときに、病院の造り（外来の構造）、なんていうんですかね。先生にしゃべるのはいいんですけど、それが周りに聞こえちゃう。（外来診療時）看護師さんとかが中に入ってきて、近くに待機してたりとか、仕事されている……。聞こえますよね、全部。で、それがすごく嫌だった。（中略）毎週こいつ同じこと言ってるみたいな感じ。なんていうのかね、やっぱりその人の持つてる雰囲気。その看護師さんの醸し出してる雰囲気が、そう僕を思わせてる。」と語られた。

『看護師にしか開示していなことが他の職員に伝達されたように思え威圧的な態度に脅かされる（協力者E）』では、E氏は「結構デイクアで何かちょっときついこと言われて、それで傷ついて、訪問看護師さんが週に1回家に来てくださるんですけど。悪口なんて言ってませんよ。デイクアのスタッフの方のね。言ってないけど、結構きついこと言われて傷ついた言うて。それを言っただけなのに、何かその人（訪問看護師）がばらされたのかどうわからないんですけど、しばらくしてからデイクアのスタッフの態度が、すごく怖い態度だったから。何か変なこと吹き込んだんと違うかなあと。思って。（中略）デイクアのスタッフの方が怖くて、威圧的ながあるので、なかなかその主張ができない。」と語られた。

8) テーマ8 【他科受診時医師以外の職員に精神疾患の情報開示による偏見】

他科受診時に医師以外の職員に精神疾患を知られたことで偏見を持たれた体験や病気を知られたくない自分自身の抵抗がある体験である。

『他科受診時間診票の既往歴に病名を書き事務職員に強い反応をされ偏見で見られる（協力

者D）』では、D氏は「内科に行ったときに、問診票をまず書きますよね。その時に既往歴に馬鹿正直に統合失調と書いて、『お薬手帳もあったら出して下さい』って言うから、出したら、それを何か驚いて、受付の方がね。次行ったら『わあ、何これ』みたいな感じで、『わあ、精神病患者が来た』みたいな。また次行ったら受付の人が『あ、そうだ、また来たな』っていう……。『あ、あの病気の人だ』って言っているのは間違いなかったと思います。」と語られた。

『他科受診時医師以外に病名を知られることに抵抗がある（協力者G）』では、G氏は「内科受診したときに薬が出ると、お薬手帳を出さなきゃいけない時に、やっぱり統合失調症の薬が書いてあるので、そうするとわかってしまいますよね。それがちょっと嫌だと思って。（中略）（薬剤師さんに）『お薬手帳ありますか』って聞かれて、『結構です』って言って。新薬Lを処方されているっていうことがわかって、この人、統合失調症だと思われて。やっぱりちょっと抵抗があるんですね。お薬手帳出さなくても薬はもらえるので。薬だけもらって（帰る）。」と語られた。

9) テーマ9 【精神科だからこそ名を伏せプライバシーを保護される安心】

外来や病棟で名前を伏せてプライバシーを保護されることが、自我が脆弱で周囲から脅かされる体験の強い精神疾患患者にとって安心感をもたらす体験である。

『外来で名前ではなく番号で呼ばれるので安心する（協力者B、C）』では、C氏は「今、（外来は）番号で呼ばれるんで。受付のカードを入れたら番号が打たれて。名前呼ばれないんだなあとか。思って。やっぱりプライバシーのあれかなとか、精神科だから。」、B氏は「番号の方が安心感があります。」と語られた。

『入院病棟の部屋も名前を伏せている（協力者A、E）』では、A氏は「自分が入院しているときは、名前を伏せてなかったんですよ。それから5年ほどして病棟に行ったら、布みたいなものでかぶせてあって。何かプライバシーの保護みたいなことがあったんですけどね。ちょっとプライバシーのことも考え始めたのかなあと

病院自体がね。そういうことは感じました。」と語られた。

VI. 考 察

本調査による統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利は、9のテーマが抽出され、テーマ1、3、6は〔患者－医療・福祉職の安定した信頼関係〕を築き、その上で患者尊重されるテーマ4、5、患者非尊重・無配慮のテーマ2、7、8に分かれる。これらのテーマ2、7、8は、患者のセルフスティグマを増長させる。セルフスティグマは、テーマ1、3、6、4、5、9で軽減されると考えられる。そして患者の体験として〔自律性の獲得〕に繋がると考えられる。これらを図1に示す。ここでは2つの視点より考察する。

1. 患者の権利を守ることは患者の自律性を育む 本調査の協力者は、全員が病名を知ってい

た。7名中6名が、病名告知を受けていた。それは知る権利で有り、【病気・治療の十分な説明を受け病気の自覚】、【医療・福祉職より情報提供を受け自ら選択し自己決定】へと繋がる。これら情報提供を受け患者が自己決定していくためには、〔患者－医療・福祉職の安定した信頼関係〕があると考えられる。【医療・福祉職の親身な対応は患者を尊重】の患者自身を一人の人として尊重し、【入院・治療に関し患者・家族の意思尊重】で、患者の意思を受け止め対等で安定し安心した信頼関係があつてこそ、患者の権利の遂行は成り立つと考えられる。精神科看護において、患者－看護師関係を築いていくこと自体が看護ケアであり看護の基本である（Peplau, 1952）。また、上下の関係ではなく1：1の対等な関係を築き、患者を独自な人間としてお互いを知覚しあい、関係を結ぶことである（Toravelbee, 1971）。お互いが信頼し合つてこそ患者の権利を守る看護実践が遂行されると言える。大事なことは、1：1の対等な信頼関係を

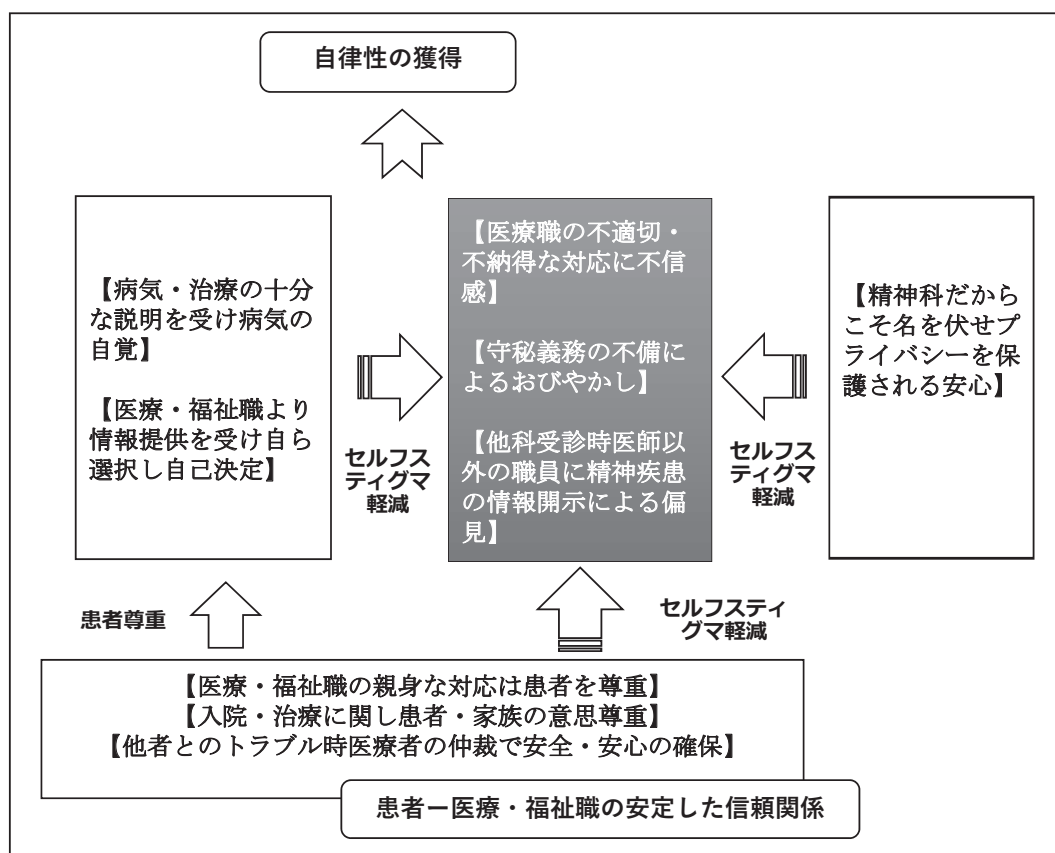


図1 統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利 【 】：テーマ

築き患者を支援するパートナーであることを看護師が常に自覚することで患者の権利は守られるものと考えられる。さらに、【医療・福祉職の親身な対応は患者を尊重】における患者その人を尊重することは、患者の立場から考えると、最善の医療や良質の医療を受ける権利であり、看護師は、これらを提供する医療者であることを肝に銘じる必要があると考える。

これらの〔患者－医療・福祉職の安定した信頼関係〕の上に【病気・治療の十分な説明を受け病気の自覚】は成り立つ。これは、知る権利であると同時に医師によるインフォームド・コンセントがなされていたと言える。安定し安心した信頼関係を築いているからこそ、症状や内服薬についてわかりやすく説明されたことが患者に伝わると考えられる。そして、患者が症状の変化に気づき病気のコントロールをより自覚的にさせていたと思われる。西村（2006）は、「病名を告知するだけでなく、当事者主体の治療形態を形成する必要性」を述べているように、病名告知をした上で治療や病状の説明を丁寧に実施し、患者が納得して自分の病気を受け止め自己コントロールしていくことが、重要ではないかと考えられる。

リスボン宣言（2005）において、情報を得る、選択の自由と自己決定の権利が謳われている。これはあくまで医療に対する姿勢ではあるが、福祉サービスにおいても同様のことが言えると思われる。【医療・福祉職より情報提供を受け自ら選択し自己決定】は、患者の人生は患者自身に属するため、十分な情報提供を受け自己選択・自己決定をすることで自分の人生に責任を持って積極的に歩めるのではないかと考えられる。Rogers（1965）は援助関係について、「一方の人が他方の人に対して少なくとも成長させ、発展させ、成熟させ、機能のはたらきをよりよくさせること、よりよく人生に対処していくことを促進させようという意図のある関係を意味している。」と述べている。ともするとパターンリズムに陥りかねない精神科医療・看護（永井，2012）において、患者の権利を守る実践は、患者の成長や自律を促すものと考えられる。患者の体験としては、自律性を獲得することになると考える。

患者の権利を守るということは、患者自身が、誰の人生でもない自分の人生を、病気を抱えながら自律し積極的に生きていけるよう支援していくことであり、看護師としての責務ではないかと考える。

2. スティグマの軽減と看護者の患者の権利を守る対応

患者は「患者の権利」について、いくつもの不具合を感じていた。【守秘義務の不備によるおびやかし】、【他科受診時医師以外の職員に精神疾患の情報開示による偏見】は、精神疾患に対する社会的スティグマが大きく影響しており、かつ根強いセルフスティグマもあることが伺える。精神疾患患者は、セルフスティグマによって自尊感情や自己効力感が低下する（下津，2007；Corrigan et al，2006）ことや、セルフスティグマによっても苦しんでいる（Corrigan et al，2002）と言われている。また、安全が保障されないことは、自我の脆弱な統合失調症患者をより脅かし、スティグマを増長させているとも考えられる。

「障害者の権利に関する条約」（2006）や「障害者差別解消法」（2013）で障害を理由として差別することを禁止すると謳われていても、精神疾患に対する偏見やスティグマは早々にぬぐい去られるものではないと思われる。中根ら（2008）の研究では、偏見差別は一般人だけでなく専門職にあっても少なくなく、統合失調症では著しいという結果であった。

まず初めに、患者の【医療職の不適切・不納得な対応に不信感】について考える。統合失調症の場合、精神症状として思考や行動の異常があり、認知の歪みや精神運動興奮、易怒性などの状態が出現する。その状態に一番身近で対応するのは看護師であり、患者へのネガティブな感情表出（児屋野ら，2018）『看護師の対応に傷つく』に係わると考えられる。また、「個人的スティグマ」は患者に対する否定的態度である（児屋野ら，2018）ことも看護師の患者に対するネガティブな対応の一因ではないかと考えられる。その対応としては、自分たちの中に在るスティグマを否定するのではなく、まずは気づき認識することが重要ではないかと考える。そして、

患者がセルフスティグマにより傷つき体験をしていることも理解する必要があると考える。患者は、【守秘義務の不備によるおびやかし】、【他科受診時医師以外の職員に精神疾患の情報開示による偏見】でわかるように、自分自身への他者の目などの偏見や周囲に非常に敏感となっている。『説明がなく強制的に保護室へ入院させられる』や『強制的に拘束され人間扱いされていないと感じる』体験は、セルフスティグマを増長させると考えられる。それは傷つき体験でもあると言える。強制入院や身体拘束の場面で関わる看護師は患者を脅かさず丁寧な対応が求められ、病状が落ち着いた時にその時の状況を振り返り何故そのような対応をする必要があったのかその緊急性についての説明責任を果たすことが大事ではないかと考える。精神保健福祉法(1995)第37条には、隔離・身体拘束を行う理由を知らせよう努めると謳われている(精神保健福祉研究会, 2016)。患者が納得する医療を提供することで、医療者への不信感を払拭し信頼関係の回復を図ることが、患者のセルフスティグマを軽減させることに繋がり、患者の権利を守る実践であると言えよう。

また、【精神科だからこそ名を伏せプライバシーを保護される安心】は、セルフスティグマの強い精神疾患だからこそより意味があると考えられる。プライバシーが保護され守られることが、安全を保障されると同時にセルフスティグマの軽減にも結びつくと思われる。患者の心情を理解した配慮が求められている。

患者自身が自己コントロール感を身につけ自身で自分のことを自己決定できるようになれば、自己肯定感が増し、患者の中に在るセルフスティグマの軽減に繋がると考えられる。それは何より、患者自身の意思を尊重し信頼関係を築き、患者の知る権利やインフォームド・コンセント、自己決定を支えるといった対等な協力関係(パートナーシップ)を構築していくことで、患者は自信を取り戻し自己肯定感が増すと思われる。そのことが患者のセルフスティグマ軽減に繋がり、強いては患者の自律性をより育むものと考えられる。そのためにも看護師は、患者のよきパートナーとなることが臨まれていると言える。

3. 精神科看護への示唆

- 1) 看護師自身の中に在る精神疾患に対するスティグマに気づくことと、患者がセルフスティグマにより傷つき体験をしていることを理解し、患者の心情に配慮した関わりが必要である。
- 2) 患者－医療・福祉職の安定した信頼関係を構築することが、患者の権利を守る看護実践の基本である。その内容は、患者その人を尊重し患者・家族の意思を尊重することである。
- 3) 看護師は、患者に対して強制入院・身体拘束に対する説明責任を果たし、必要な情報提供を行い患者が自ら選択し自己決定できるよう支援することが肝要である。
- 4) 看護師と安定した信頼関係を構築した上で、患者自身が自己コントロール感を身につけ自身で自分のことを自己決定できる支援ができれば、患者は自己肯定感が増しセルフスティグマを軽減することに繋がる。
- 5) 看護師は、患者のよきパートナーになることが臨まれる。

VII. 結 論

統合失調症圏の病いをもつ人が体験する患者の権利とは、〔患者－医療・福祉職の安定した信頼関係〕を構築した上に成り立っている。安定した信頼関係があればこそ、患者の病気の自覚や自己決定への支援へと結びつく。患者自身が自己コントロール感を身につけ自身で自分のことを自己決定できるようになれば、自己肯定感が増し、患者の中に在るセルフスティグマの軽減に繋がると考えられる。患者の権利が守られることは、強いては患者の自律性を育むことになることが明らかになった。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究において、「患者の権利」という言葉を知らない協力者が半数近くいた。また、言葉を知っていても内容まで理解している人は少なかったという限界があった。さらに、本調査では意思疎通があり地域で生活されている方々に限定されていたため、意思疎通の困難な方や長

期入院患者、現在入院している患者は含まれていなかった。そのため、患者の権利の体験は、地域で生活しており入院期間の短い患者に限定されていたという限界もあった。今後は、患者の権利について理解している人の協力を得て、患者の権利が阻害された体験やその対処について調査し、看護のあり方について検討する必要があると考える。

謝 辞

本研究にご協力いただきました就労継続支援B型事業所の利用者様、施設長様に深く感謝いたします。本研究は、第39回(2019)日本看護科学学会学術集会において発表した。また、平成30年度愛知県立大学学長教員特別研究費の助成を受けて実施した。

申告すべき利益相反はありません。

<引用文献>

- Annas, G.J. (2004)／谷田憲俊監訳 (2007). 患者の権利擁護者. 患者の権利(初版). 25-75. 東京: 明石書店.
- Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 35-53.
- Corrigan, P.W. & Watson, A.C. Barr AL (2006). The Self-Stigma of mental Illness: implication for self-esteem and self-efficacy: *Journal of Social Clinical Psychology*, 25(9), 875-884.
- 井上牧子, 大滝敦子, 原久美子 (2007). 精神障害を有する当事者の視点から見た生活レベルでの権利擁護 精神科医療場面における「権利侵害」の体験. *目白大学総合科学研究*, 3, 59-71.
- 伊藤哲寛 (2012). 障害者権利条約と精神医療. *精神医学*, 54(2), 125-135.
- 患者の権利宣言全国起草委員会 (2007). 患者の権利宣言 (案) (1984). 石井トク, 野口恭子. 看護の倫理資料集 (第2版). 146-148. 東京: 丸善株式会社.
- 児屋野仁美, 香月富士日 (2018). 精神科看護師の感情労働と精神障害者に対する否定的態度がバーンアウトに及ぼす影響. *日本精神保健看護学会誌*, 27(2), 1-9.
- 永井優子 (2012). 家族との援助関係を築くとは. 野嶋佐由美, 渡辺裕子. 家族看護選書第6巻. 94-101. 東京: 日本看護協会出版会.
- 中根秀之, 中根允文, 吉岡久美子 (2008). 日本と豪州における精神保健の知識と理解. *精神神経学雑誌*, 110(5), 378-387.
- 西村由貴 (2006). 病名告知とインフォームドコンセント. *Schizophrenia Frontier*, 7(1), 40-44.
- 大瀧敦子, 井上牧子, 原久美子, 他 (2004). 生活レベルでのアドボカシーを考えるー当事者の視点から見た「権利」を探る. 明治学院大学社会学部附属研究所年報, 34, 97-112.
- Peplau, H. E. (1952)／稲田八重子他訳 (1973). ペプロウ人間関係の看護論 (第1版), 2-16. 東京: 医学書院.
- Rogers, C.R. (1965)／畠瀬稔編訳 (1967). 人間関係論. ロジャーズ全集6. 18. 東京: 岩崎学術出版社.
- 下津咲絵 (2007). 精神疾患患者のセルフステイグマが精神疾患の治療や経過に与える影響. *総合病院精神医学*, 19(3), 353-357.
- 戸田由美子 (研究代表者) (2014). 精神疾患患者への「看護アドボカシー」看護介入モデル構築に関する研究. 平成23年度～平成25年度科学研究費補助金 (基盤研究C) 研究成果報告書. 1.
- 戸田由美子 (2019). 精神科看護師による患者 advocacy. 2. 初版. 名古屋: 三恵社.
- Travelbee, J. (1971)／長谷川浩他訳 (1974). トラベルビー人間対人間の看護 (第1版), 173-191. 東京: 医学書院.