

徳島大学総合科学部 人間科学研究
第18巻 (2010) 27-46

身体疾患をもつ患者への心理的ケアについて —入院中のステロイド治療患者を対象として—

池 瀨 舞¹⁾ 石 田 弓²⁾ 岸 潤³⁾

曾 根 三 郎³⁾ 境 泉 洋⁴⁾

The psychological care for the Patient with physical disease
— For a steroid treatment patient in hospital —

Mai IKEBUCHI¹⁾ Yumi ISHIDA²⁾ Jun KISHI³⁾

Saburo SONE³⁾ Motohiro SAKAI⁴⁾

Abstract

The purpose of this article was to understand the psychological condition of the adult patient had received the steroid therapy for some diseases in hospital. A psychological factor of six patients was investigated by "Anxiety Cognition relates to Sickness Questionnaire" and "General Health Questionnaire GHQ-12" in study 1. In study 2, three patients who had high anxiety cognition and low mental health degree was interviewed by Narrative Approach(NA). As the results of these studies, we presumed that the patients needed some supports according to them, because the patients had high anxiety and stress in hospital. And, it was suggested that the NA interview was effective method for assess patient's psychological side. And the rewriting the patient's story by NA interview could improve patient's mental health.

Key Words ; Narrative Approach, steroid therapy, anxiety for physical disease

- 1) 徳島大学病院精神科神経科 Department of Neuro psychiatry, Tokushima University Hospital
- 2) 広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター Training and Research Center for Clinical Psychology, Graduate School of Education, Hiroshima University
- 3) 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部呼吸器・膠原病内科学分野 Department of Respiratory Medicine & Rheumatology, Institute of Health Biosciences, The University of to Tokushima Graduate School
- 4) 徳島大学大学院ソシオ・アーツ・アンド・サイエンス研究部 Institute of Socio-Arts and Sciences, The University of Tokushima

I 問題と目的

1. 入院治療中の不安

近年、身体疾患で入院治療を行っている患者の心理的側面が注目されている。この点について大上ら（2003）は、入院は環境の変化や検査・治療などに向けた様々な不安を患者に引き起こすと述べている。また、藤原・高橋（2005）は、結核患者は入院して2ヶ月の間に不安やストレスを最も強く感じることを明らかにしている。

普段の生活と異なる入院環境下では、不安定な病状とそれに伴う不安定な心理状態に陥ることは、治療にマイナスの影響を与えかねない。こうした状況では、患者の心理面に十分に配慮したケアが必要となる。そこで本研究では、入院による病気治療が患者に与える心理的ストレスを明らかにした上で、その心理的ストレスを軽減するための心理的援助について検討する。

現在の医療体制の中では、医師や看護師は患者の身体的ケアに重点を置きがちになるため、心理的ケアが十分になされることは難しい。また、近年のホスピスの増加や終末期医療の発展からもわかるように、致死性疾患患者への心理的援助については数多くの研究がなされ、臨床の場でも実践されているが、非致死性疾患患者への心理的援助についての研究は、それほど多くない。そこで本研究では、入院中の非致死性疾患患者の心理的援助について検討することを目的とする。

先行研究では、結核（藤原・高橋，2005）、慢性疾患とされる糖尿病（中野，2005）、腎臓病（春木，2007）、筋萎縮性側索硬化症（森，2005）など、特定の疾患に限定したものが多く、ここでは患者が抱える不安などについては明らかにされているが、そのような不安に対してどのような介入が有用であるかについては検討されていない。そうしたなかで、筆者はステロイド治療に注目した。ステロイドは抗炎症、免疫抑制および抗アレルギー作

用などがあり、即効性で強い効果がある。しかし、副作用も強く、「最後の薬」と呼ばれることもあり、投与もしくは服用の仕方にならなければならぬ。主な副作用として、消化性潰瘍、易感染症、筋力低下、満月様顔貌（ムーンフェイス）、精神症状などがあるが、本研究ではステロイド精神病に着目する。これは不眠やうつ状態などを引き起こすが、ステロイドを減量することによって後遺症なしに改善する。しかし、ステロイドの服薬は病気の状態によってはやめられないこともある。そのような状態で長期にわたる治療を続けることは、患者の精神状態をさらに悪化させてしまう可能性がある。

2. ステロイド治療における不安認知

森本ら（2001）の研究では、病気に対するストレス認知を不安や恐怖といった否定的な感情を伴う脅威に対する評価とし、患者のストレス認知を「病気や障害をもちながら生活するうえで患者が持つ不安」という側面から取り上げ、「不安認知」としている。本研究では、この概念を用いてステロイド治療を受けている患者の心理的ケアについて検討する。

本研究では、非致死性の身体疾患と診断され、ステロイド治療のために入院している成人患者（主に現役世代とされる成人期・壮年期）に質問紙調査を行い、入院治療における不安認知の実態を明らかにする。そのために、ステロイドによる病気治療を行う患者にとって、どのようなことが不安認知を高め、精神的健康を害しているかを検討する。これは、これまでに検討されることのなかった「ステロイド治療患者の不安認知」を明らかにするという意義がある。

3. ステロイド治療中の患者に対する心理的ケア

本研究においては、不安認知が高く、精神的健康度が低い患者に対して面接調査を行い、ステロイド治療を行っ

ている患者の不安認知をより詳細に検討する。この際に、ナラティブ・ベースト・メディシン (Narrative Based Medicine : NBM) の研究に沿った介入を行なう。ナラティブ (narrative) とは、「あるできごとについての記述を、何らかの意味のある関連によりつなぎ合わせたもの」(斎藤・岸本, 2007) と定義されており、NBM とは「病を、人生という大きな物語としてとらえ、患者を物語の語り手 (主体) として尊重すると同時に、医学的な観点、診断、治療なども医療者側の 1 つの物語としてとらえ相対化し、両者の物語をすり合わせる中から、新たな物語を生み出していく治療」(斎藤・岸本, 2007) とされている。そして、そうした実践方法はナラティブ・アプローチ (Narrative Approach : 以下, NA) と呼ばれている。

NA では、人間は成長や人生の過程で新しい出来事や状況に接するたびに、新しいナラティブを獲得し、自身の物語を新しく書き換える必要があると考えられている。このような「新たな物語の構築」がうまくいかない時に、人間は「病い」に陥ると考えられている (斎藤・岸本, 2007)。すなわち、病気の宣告や治療を行うにあたって、患者は自身の物語を書き換えていく必要があるが、それをうまく行えないことが不安認知やストレスの原因になると考えられている。

そこで研究 2 では、ステロイド治療によって不安が喚起されやすく、また環境的にも不安が高まりやすい状態にある患者に対して NA に基づいた心理的介入を行うことで、不安が軽減するかどうかを明らかにすることを目的とする。特に「患者と面接者が物語を共有し、物語を書き換えていく」という NA の作業仮説が、入院によるステロイド治療を行っている患者の不安認知の軽減に対しても効果的であるかどうかを検証する。

4. 本研究の目的

研究 1 では、入院によるステロイド治療を受けている患者への質問紙調査を行い、患者の病気に関連する不安認知と精神的健康度を明らかにする。また、どのような要因によって心理状態が変化する傾向があるのか、患者がどのような側面について不安や心配を抱える傾向があるのかを明らかにする。また、研究 2 では、研究 1 で特に不安が高く、精神的健康度の低い状態にあると判断された患者に対して、NA に基づいた継続的な面接を行う。そして、患者のナラティブの中にみられる病気に関連する認知や感情を NA に基づいて分析し、不安の軽減に効果的な心理的ケアの方法を見いだすこととする。

II 入院中のステロイド治療患者の不安認知に関する検討(研究 1)

1. 目的

研究 1 では、精神症状が副作用として出現しやすいステロイド剤を用いている入院患者の心理的側面を検討するため、質問紙調査を用いて患者の病気に関する不安認知と精神的健康度を明らかにする。また、どのような要因によって心理状態が変化する傾向があるのか、患者がどのような側面について不安や心配を抱えやすいのかを明らかにする。

2. 方法

(1) 対象者

非致死性の身体疾患と診断され、ステロイド治療 (中等量～大量) のために入院している成人 (20～65 歳) で、精神科における薬物療法を行っておらず、認知機能の低下も認められず、自己回答が可能な患者 6 名 (男性 1 名、女性 5 名、平均年齢 47±15.6 歳 (範囲 23～64 歳) を対象とした。いずれの対象者も入院治療開始日から 1 日～2 ヶ月以内で、病状は安定していた。

(2) 調査期間

平成 20 年 10 月初旬～12 月下旬

(3) 調査場所

A 大学病院呼吸器・膠原病内科病棟

(4) 質問紙の構成

1) フェイスシート

性別, 年齢, 入院経験の有無, 入院期間, 治療回数, 治療開始時期, 病名, 罹患期間, 治療内容について回答を求めた。

2) 病気関連不安認知尺度

森本ら(2001)が作成した尺度を用いた。「病気・症状悪化」, 「医療の質の不確実性」, 「生活制限・縮小」, 「家族・友人関係の変化」, 「目的・価値の喪失」の5つの因子から構成されている。15項目3件法。

3) 一般健康調査12項目(the General Health Questionnaire: GHQ-12)

Goldberg(1972)によって開発された質問紙の短縮版を使用した。12項目4件法。

(5) 調査手続き

質問紙は, 筆者や診療科の担当医師によって手渡され, 回答後に筆者や診療科の担当医師が回収した。

(6) 倫理的配慮

本研究は, 徳島大学病院臨床研究審査倫理委員会の許可を得て実施した。対象者には, 同意説明文書を用いて研究に伴う危険性や個人情報の秘匿の厳格な保証などを十分に説明し, 理解を得た後に, 文書にて同意を得た。

3. 結果

(1) 対象者の背景要因

調査時点での患者の入院期間は平均 14.7 ± 19.0 日(範囲 1~51 日)であった。1日の平均服薬量は 11.9 錠(範囲 4~24 錠)で, 1日に 2~3 回, 服薬していた。また, 服用中の薬の副作用については, 全員が「知っている」と答えた。病名は「関節リウマチ」2名, 「全身性エリテマトーデス」2名(うち1名はシェーグレン症候群を合併), 「大動脈炎症候群」1名, 「アスペルギルス症」1名であり, 主に膠原病の患者が対象となった。病気の罹患期間は, 1ヶ月未満が1名, 1ヶ月以上6ヶ月未満が1名, 1年以上~1年6ヶ月未

満が3名, 5年以上~5年6ヶ月未満が1名であった。

(2) 質問紙調査の結果

1) 病気関連不安認知尺度の結果

病気関連不安認知尺度の平均点は 15.0 ± 4.1 点であった。対象者の病気関連不安認知尺度への回答から, 「病気症状悪化」因子, 「生活制限・縮小」因子, 「目的・価値喪失」因子の得点が高いことが示された。特に「病気が悪化するのではないか」, 「痛みや苦痛が増すのではないか」, 「日常生活において病気による制限を受けるのではないか」の質問項目では, 「常に心配」が多く認められた。一方, 「医療の質の不確実性」因子, 「家族・友人関係の変化」因子の得点は低かった。

2) GHQ-12の結果

GHQ-12の平均点は 8.0 ± 4.2 点であった。対象者の GHQ-12 への回答を見ると, 「自信を失ったことは」という質問項目に対して, 全員が「あった, もしくはたびたびあった」に回答していた。また, 「心配事があって, よく眠れないようなことは」, 「いつもよりストレスを感じたことが」, 「自分は役に立たない人間だと考えたことは」という質問項目に対して, 5名が「あった, もしくはたびたびあった」に回答していた。

3) その他の要因の検討

対象者の平均年齢が約 47 歳であるため, 47 歳以下の 3 名(以下, 若年群: 平均年齢 34.3 歳)と 47 歳以上の 3 名(以下, 年配群: 平均年齢 59.3 歳)で, 質問紙の得点を比較したところ, 病気関連不安認知尺度では, 若年群が 14.3 点, 年配群が 15.7 点で, ほとんど差がみられなかった。一方, GHQ-12 では, 若年群(10.3 点)が年配群(5.7 点)の約 2 倍であることが明らかになった。

次に, 服薬以外の治療を行っている 3 名(多治療群)と服薬のみの治療を行っている 3 名(単治療群)を比較したところ, 病気関連不安認知尺度では,

多治療群が 16.3 点，単治療群が 13.7 点で，少しの差が認められた．GHQ-12 では，多治療群が 7.6 点，単治療群が 8.3 点で，差は認められなかった．

また，過去に現在治療中の病気のための入院・治療経験がある 3 名（入院治療経験群）と現在の入院が初めての入院治療経験である 3 名（初入院治療群）を比較したところ，病気関連不安認知尺度では，入院治療経験群が 14.7 点で，初入院治療群は 15.3 点であった．GHQ-12 では，入院治療経験群が 7.7 点，初入院治療群が 8.3 点と，どちらも明確な差は認められなかった．

4. 考察

(1)ステロイドによる病気治療を行っている患者の不安認知

ステロイド治療中の患者 6 名の病気関連不安認知尺度の平均点 (15.0 ± 4.1 点) は，森本ら (2005) が総合病院に入院中の満 20 歳以上の患者（傷病の主な種類は新生物，循環器系の疾患，内分泌・栄養および代謝疾患など）に行なった調査の得点 (8.1 ± 6.7 点) を上回っていることから，ステロイドを服薬している患者の病気関連不安認知は，入院患者全体の中でも高い傾向にあるといえる．芦原 (2004) は，一般に慢性疾患は，その病態に罹患しているということだけからも，不安や抑うつを合併しやすく，心身医学的配慮が必要とされると述べている．本研究の対象者も慢性疾患に罹患していたため，不安や抑うつを合併しやすく，森本ら (2005) が対象とした患者よりも病気に関連する不安認知が高くなったと考えられる．

また，不安認知の中でも特に「病気・症状悪化」，「生活制限・縮小」，「目的・価値喪失」に関する不安認知が高いことがわかった．患者は病気に罹患したことで，それまでの人生設計や人生の目標，アイデンティティなどを喪失し，さらに病気の症状によって生活を制限されたり，生活の幅を狭められている可能性がある．病気の悪化によ

って，この喪失感や制限はさらに増大させられると考えられる．患者は常にそのような不安認知を抱きながら，入院による闘病生活を送っていると言える．

以上のことから，ステロイドによる病気治療を行っている患者への心理的サポートの際には，罹患して人生の目的や価値の喪失を体験していることや，生活の制限によるストレスを抱えていること，病気の悪化に伴うさらなる喪失感や制限の増大に不安を抱えていることを想定しておく必要があると言える．

(2)ステロイドによる病気治療を行っている患者の精神的健康度

ステロイド治療中の患者 6 名の GHQ-12 の平均得点 (8.0 ± 4.2 点) は，森本ら (2005) が行なった調査の得点 (4.0 ± 3.7 点) を大きく上回っていることから，ステロイドを服薬している患者の精神的健康度は低い傾向にあるといえる．また，GHQ-12 では若年患者群の得点が年配患者群よりも高い傾向にあった．GHQ-12 は非器質性，非精神病性の精神障害を測っているが，若年群と年配群の比較において GHQ-12 の得点にのみ差が認められたということは，若年患者の方がステロイド治療による精神障害を抱えやすいことが考えられる．

幸田 (2005) は，膠原病・膠原病類症のなかで精神症状の頻度が最も高いのは全身性エリテマトーデス (SLE) であり，性別では女性に多く，若年発症でその罹患期間が長くなるほど，心因反応を主とした精神症状の頻度が高くなると述べている．若年患者は，今後の罹患期間が必然的に長くなり，慢性疾患について考える機会が増えるため，精神的健康度が低くなりやすいと考えられる．

また，精神的健康度の中でも特に「自信を失った」，「心配事があって，よく眠れない」，「いつもよりストレスを感じた」，「自分は役に立たない人間

だと考えた」という認知をもつ患者が多いことがわかった。

以上のことから、ステロイドによる病気治療を行っている患者に心理的サポートを行う際には、患者が病気によるストレスや不眠を感じており、自己の存在意義を失っているため、自信も喪失しているということを想定しておく必要があると言える。特に不眠症状は認識されやすいため、患者の心理状態を知るための指標の1つになると考えられる。

Ⅲ ステロイド治療患者への心理的介入に関する研究(研究2)

1. 目的

身体疾患に罹患している入院患者の心理的側面に対する臨床心理学的援助の必要性が高まっているが、実際の介入方法について検討している研究は少ない。そこで本研究では、研究1で特に不安が高く、精神的健康度の低かったステロイド治療中の入院患者に対して、NAに基づいた継続的な面接を行った。そして、患者のナラティブの中に見られた病気に関連する認知や感情を分析し、患者の心理状態を明らかにすることで、不安の軽減に効果的な心理的ケアの方法を見いだすことを目的とした。

2. 方法

(1)対象者

研究1で、病気関連不安認知が高く(10点以上)、精神的健康度が低い(GHQ-12が8点以上)と判断された患者で、調査面接への同意が得られた患者3名を対象とした。病気関連不安認知尺度のカットオフポイントについては、森本ら(2001)の研究を参考にした。GHQ-12のカットオフポイントは、福西(1990)を参考に、全誤認率が最も低値を示す2/3点間(8点)に設定した。

(2)調査期間

平成20年10月初旬～12月下旬

(3)調査場所

A 大学病院呼吸器・膠原病内科病棟及び呼吸器・膠原病内科外来で面接調査を行った。面接は診療科の病棟及び外来にある個室(診察室, 研修室)で行なった。

(4)調査方法

1) 質問紙

病気関連不安認知尺度とGHQ-12を面接終了時に実施した。

2) ナラティブ・アプローチに基づく半構造化面接の手続き(斎藤・岸本, 2007)

週1回, 継続的に計3回の面接調査を行った(1回30分程度, 手続き1～手続き4)。面接は全て第1筆者(以下, 面接者)が行った。最終回の面接終了後に, 手続き5の評価を行い, その後に質問紙に記入を求めた。なお, 記録のためにICレコーダーを使用する許可を得た。

【手続き1】

患者の「病いの体験の物語」の聴取プロセスとして, 以下の質問を行い, 患者の病いの体験の物語を引き出し, これを傾聴した。

- ①「今, 一番困っていることは何ですか?」(“今ここでの主訴”を引き出した)
- ②「それはいつ頃からですか?」(時間の流れに沿って語らせるように焦点をあてた)
- ③「それでその後どうなっていましたか?」(促しの技法を用いた)
- ④「そのことに, どのようにして対処していますか?」(対処法を尋ねた)

【手続き2】

「患者の物語についての物語」の共有プロセスとして, 面接者が理解した「患者の物語についての物語」を, 要約/確認の技法を用いて呈示した。ここでこの新たな物語が共有されなければ, さらに対話を続けた。

【手続き3】

「面接者による物語」の進展プロセスとして, 面接者の仮説と患者から得られる情報(面接者から見た患者の物

語り)を連続的に比較する過程として、患者の症状や感情を引き出し、見立てを行なった。

【手続き 4】

「物語のすり合わせと、新しい物語の浮上」のプロセスとして、面接者の物語(みたて)が全面開示され、患者の物語との慎重なすり合わせが「今ここでの対話」において行なわれた。ここで、新しい斬新な物語が浮上することもあるが、多くは注意深く考察しない限り、把握することが難しい「物語の変容」が生じ、それが共有されると「腑に落ちる」感じが生じるとされている。

【手続き 5】

ここまでの面接の評価のプロセスとして、手続き 1~4 までの面接のプロセスを患者と共有した結果、どのような新しい物語の流れが治療関係に生じたか、またそれは患者にとって望ましいものであったかを面接者が評価した。これらのプロセスを他のスタッフと相互検討したり、患者自身にフィードバックして、評価を求めるという作業が、面接技能を向上させるために必要となる。NBМにおいて、このような評価の作業自体も、間主観的な対話を媒介として行った。

3) 分析の手続き

①各患者の面接過程を要約し、様々な視点から理解を深めると同時に、②ステロイド治療中の患者の心理状態を把握するために、面接中の会話から得られた患者の「病気に関連する認知」を抽出するという作業を行った。

①では、病院臨床経験が豊かな臨床心理士2名のスーパーヴィジョンを受けながら作業を進めた。②では、ICレコーダーに記録した患者の発言の逐語記録をもとに、ステロイド治療中の患者の心理状態について分析を行なった。解析のために以下の工程が、臨床心理学を専攻する大学院生2名により行われた。

①逐語記録から、患者の「病気に関連

する認知」を表していると思われる発言と「その認知に関連する感情」を表していると思われる発言を抜き出した

②①で抜き出した認知および感情を「病気に関連する事柄に対して、より主観的で否定的な捉え方をしているもの(ネガティブ)」、「病気に関連する事柄に対して、より主観的で肯定的な捉え方をしているもの(ポジティブ)」、「病気に関連する事柄に対して、より客観的で中庸な捉え方をしているもの(ニュートラル)」の3つに分類した。

③②で分類したものをさらに認知と感情に分類した。認知は、その物事に関連している患者自身の考えや思いを語っている発言(例:「この薬は安全であると思う」、「痛みが増すことがあるような気がする」)、感情は、その物事に関連して想起されている気分などを語っている発言(例:「友達と会うと楽しい」、「今すごく悲しい」とした。さらに、それらに「ネガティブ認知」、「ネガティブ感情」、「ポジティブ認知」、「ポジティブ感情」、「ニュートラル認知」、「ニュートラル感情」という6つのカテゴリー名をつけた。

④カテゴリー内で同じ内容のものをさらに細分化し、適切な名前をつけた。

⑤それぞれの認知と感情の関連を検討した。

(5)倫理的配慮

研究1と同様の手続きで行った。

3. 結果

(1)3事例の面接過程

各事例の面接過程を整理し、心理的視点、NA 面接的視点、質問紙上の変化の視点から、各患者の心理的变化について考察した。

【事例1】

1) 事例の概要

A (女性, 30代, 全身性エリテマトーデス, シェーグレン症候群)

表1 事例Aの概要

	面接開始時	面接終了時
入院日数	51日	70日
罹患期間	5ヶ月	6ヶ月
服薬状況	朝:11錠 昼:5錠 夜:8錠	朝:6錠 昼:3錠 夜:6錠
薬の種類	10種類	9種類
病気関連不安認知尺度	20点	10点
GHQ-12	11点	3点

2) 面接経過の要約

①服薬について

薬に対するネガティブな認知はほとんどみられなかった。味が苦いことと量が多いことは気にしていたが、それ以上に服薬のメリットを感じていた。副作用として多幸感が出ている可能性があることも自覚していたが、2回目ではこれが副作用であっても、多幸感がある方が幸せであると語ることもあった。また、今後副作用が出てきたとしても、コントロールできるという自己肯定感を得ていた。3回目では、2回目に語った症状が副作用である可能性を自ら語り、多幸感についても客観的にみている発言がみられた。

②症状について

将来、症状がどのように変化していくのか、症状の変化に伴う自身の変化を許せるかどうか不安を感じていた。しかし、その不安に向かい合おうとしている様子もうかがわれた。2回目では、様々な症状が一度に表れたことで、心身のコントロール感を喪失していた。原因を解明して対症療法を行いたいと切に語った。一方で、できなくなることがあったとしても、周囲に助けを求められるという認知がみられた。3回目では、まだ諸症状の原因が解明されていないことを語った。不安ではなく「どうなのだろう?」という気持ちが強く、「怖くはないが、はっきりして欲しい」と語った。

③仕事について

転職を考えていた時期に罹患したため、計画していたことができない状態になっており、悔しい思いを抱えているように思われた。しかし、病気を

もった状態でもできなくはないとも思い始めている様子であった。2回目以降は、仕事に対して話されることはなく、仕事は他の問題に比べると大きな問題ではないことがわかった。

④家族について

家族に対する心配を多く語った。母親役割と家庭内での居場所の喪失感を体験しているように感じられた。一時帰宅した際に、物の配置などが変わっていることを見ることに「ストレス」を感じ、それを元通りにすることによって気持ちを落ち着かせるという対処法をとっていた。2回目には、家族に対する申し訳なさを語る一方で、感謝も述べていた。3回目では、子どもへの教育が十分に行えないことを語った。これらの家族に対する不安や心配は、入院という環境の変化によって生じていた。

⑤周囲とのコミュニケーションについて

1回目では、話をすることが好きなAは、同室の患者や闘病中の友人たちとお互いにサポートし合っている様子を語った。2回目では、患者同士のサポートに加え、周囲の人たち(友人など)への感謝を述べるが多かった。また、そうした人たちがサポートしてくれることが、自己肯定感にも繋がっているようであった。3回目では、外出した際に友人たちのありがたさを実感しており、楽しかった経験などが多く語られた。

3) NA面接に対するフィードバック

フィードバックの際、「自分を再確認することができる」、「人に喋ることによって、こんな時こうしたということを確認することはできた」と語った。面接者がAの物語を共有し、傾聴していたことに対して「聴いてくれたら楽しい」と語った。

4) 心理的变化に対する理解

1回目では、薬や家族、将来に対してネガティブな認知を抱いていた。特に将来への不安が強いと思われたが、

自分を「奮い立たせて」、「前向きに」考えようとしていた。面接当初はネガティブな発言が多かったように思われたが、後半は患者同士のサポートの大切さについて語るが多かった。

2 回目は、病気の悪化なのか、副作用の表れなのか、全く別の病気なのか判断のつきにくい症状が一度に出現しており、精神的に揺さぶられているようであった。1 週間のうちに様々な症状が「一気に」現れてしまったことで、困惑を隠しきれなかったが、それでもなんとかコントロール感を取り戻そうとしていた。また、物事を客観的に捉えようとする姿勢がうかがわれた。

A は話をしていく中で、自分で気づきを得ていた。そのことで、面接開始時はネガティブに捉えていた物事も、距離を置いてながめることによって、徐々に客観的にみられるようになっていた。

5) NA 的視点からの理解

A は回によって、気分の変動が激しかった。1 回目は周囲が認めるほど、気分が高揚していた。2 回目は病状により、心理的に揺さぶられている様子がうかがわれた。3 回目は外出により興奮している様子であった。しかし、話し方は回を追うごとに落ち着きを取り戻し、筆者の言葉を聞くことができる状態になっていった。これは NA 面接の場が、自分の抱える問題や不安を焦らなくてもじっくりと聴いてもらえる場であることを認識したからであると思われる。当初、A はそれまでの体験が自分では処理しきれないほどのものであり、それによって落ち着かなくなっており、矢継ぎ早に話をしていたと考えられる。

また、1 回目の A の認知はやや極端に思われたが、3 回の面接を通して、認知の振れ幅が極端ではなく、中間部分を考え合わせられるようになったものと思われる。当初、A の物語は病気に対するネガティブな認知が多か

った。特に病気がどのように進行していくのかに強い不安を抱えており、そのことから派生していると思われるストレスがあった。しかし、回を追うごとに自分の内面を見つめ直し、物事を客観的にみられるようになっていき、症状に合わせて対処法を見出し、症状のコントロール感を得ていく様子が語られた。また、1 回目では、家族内での居場所の喪失感が強く、いらだっていたが、3 回目ではそれもおさまりつつあった。A の語る物語は、慌ただしく過ぎていく毎日を思わせる物語から穏やかな毎日を思わせる物語へと徐々に変化していった。

A は他者に自分の物語を語る中で、自分を客観的に見ることができるようになり、自分の体験を再度見直していく過程では、NA の過程の 1 つである「物語の書き換え」が行われていたと考えられる。A は回ごとに様々な感情の変化を表していたが、面接に対しては「楽になるというか、楽しかった」と評価し、自分自身で認知や感情が変化していく様子に気づいていた。

6) 質問紙上の変化についての理解

A の病気関連不安認知尺度の得点と GHQ-12 の得点は下がっていた。新たな症状が出現したり、外出したりと、外的要因が精神面に影響を及ぼしうる環境にあったため、十分に安定しているとは言えない状態にあったが、面接開始時よりも精神的な安定が回復していた。

【事例 2】

1) 事例の概要

B (女性, 40 代, 関節リウマチ (Rheumatoid Arthritis : RA))

表2 事例Bの概要

	面接開始時	面接終了時
入院日数	19日	33日(+退院6日目)
罹患期間	1年	1年1ヶ月
服薬状況	朝:3錠 昼:0錠 夜:1錠	朝:4錠 昼:1錠 夜:2錠
薬の種類	3種類	4種類
病気関連不安認知尺度	15点	7点
GHQ-12	11点	0点

2) 面接経過の要約

①服薬について

ステロイド剤に対する基本的な認知の変化はほとんどみられなかった。しかし、認知に柔軟性が見られるようになった点が大きな変化であったと言える。1回目では、「自分には効果がない」と考えていた。2回目では、「もう少し効く薬はないのか」という考えがある一方で、薬の問題は「主治医と相談」することで解決できると捉えることが出来始めていた。さらに3回目では、薬も他に種類があることやこれから効果が見られるかもしれないという見方ができるようになっていた。主治医に相談するという手段も実行に移せそうな様子うかがわれた。

②症状について

関節の痛みと2次的な症状としての肝機能悪化を抱えていた。1回目は病気になることで落ち込むとも語った。しかし、2回目以降は病気や症状について語ることが徐々に減り、病気を受容していく様子が見られた。

③仕事について

仕事復帰に対して強い不安を抱いていた。自分の最も大事な部分を病気によって冒されてしまっていることを受け入れられずにいた。そのため、仕事復帰の見通しが立たず、苦しんでいた。2回目では、仕事復帰に対してはっきりと述べることはなかったが、以前の考えに比べると「明るく」なっているという発言から、現状を少しずつ受け入れられるようになっていくことが推察できた。3回目では、仕事に対する認知が柔軟になっていた。以前は「少々痛くても」早く仕事復帰をしたいと思っていたが、現在は自分のペースで復帰を目指していこうと思えるまでに変化していた。

④家族について

1回目にBが涙を見せたのは、家族の話をしている時であった。家事ができないことで家族に迷惑をかけてい

ると考え、心苦しいようであった。2回目では、翌日に退院がひかえていたこともあり、家事に対する不安が高まっていたが、「柔軟な考えで対処できる」という自己効力感を得ていた。3回目では、今まではしなければいけないと思っていたことでも、「今度でも良いかな」と思えるようになっていた。入院によって、日常の生活とは異なった時間の流れを体験したことで生まれた気持ちの余裕から、このように考えられるようになったと思われた。

⑤周囲とのコミュニケーションについて

Bの変化の最も大きな要因は、周囲とのコミュニケーションであったと考えられる。1回目で、落ち込んでしまった時の対処法を尋ねた際に、「人に話しかける」ことが語られた。話をして落ち込むことを回避することで、救われていると感じていた。2回目では、前回の入院時と比較して、コミュニケーションの大切さを語った。話をして「痛みが紛れる」という体験もしていた。これは1回目にはまだ見られなかった認知である。3回目でも、コミュニケーションの大切さを何度も語った。B自身がコミュニケーションによる認知の変化を感じていたことが、自信に繋がっているようであった。

3) NA面接に対するフィードバック

フィードバックの際、Bは面接が進むにつれて、自分の考え方が「1回ごとに変わってきた」ことが「前向きになれた1つの要因」と語った。筆者が主治医でもなく、家族や患者でもなかったこと、またNA面接における傾聴の姿勢から、「本当に内から出せた」、「前向きになれた」と語った。

4) 心理的变化に対する理解

1回目では、面接の中で気づきと思われる発言が幾つかあり(例:「もしかしたら性的に考えているのかもしれないが、薬を飲んでいるからそれよりたくさん考えてしまうということはあるかもしれない」)、自分の中で

起きている認知や感情が整理されている感覚にも気づき始めていた。

2回目では、前半に薬や仕事、家事に対する不安が語られたが、話題のほとんどは、他者とのコミュニケーションに関するものであった。1回目と比べると、薬や仕事、家事に対するネガティブな認知や感情が治まりつつあるように感じられた。また、自身の考え方の変化を感じており、ネガティブな認知や感情をコントロールできるという自己効力感を得ているようであった。その認知の違いが、ステロイドの量の違いによるものなのかどうかを客観的に検討できるようになっていた。面接の終わりに、同室に入院してきた他患を心配する一面も見られるなど、1回目とは全く異なる表情をみせて、翌日に退院した。

3回目（外来）では、仕事や薬、症状のことにしても、「以前は××だったが、現在は〇〇と考えている」という風に、ネガティブな認知がポジティブな認知に変化したことを客観的に振り返ることが多くなっていた。

Bの表情は、1回目に涙を見せた時とは全く異なり、生き生きした表情になっていた。これはBが得た自己の感情のコントロール感によるものと考えられた。また、気持ちに余裕ができ、他患を心配するなど、以前とは全く異なる側面をみせるようになったことも、コントロール感を得たことによるものであったと思われる。

5) NA的視点からの理解

3回の面接を通して、Bは顕著な認知的変化を遂げたと思われる。当初は不安が高く、それを元来の性格上、人に話せず、ストレスを抱えていた。しかし、1回目で自分の思いを自由に語ったことをきっかけに、語ることを意味を考え、その大切さに気づいたと考えられる。Bが1回目で誰とも共有できていなかった「涙」を筆者と共有したことで、語りもスムーズに共有することができたと思われる。また涙を流

すことは、Bがこれまで一人で抱えてきた苦しさやつらさを発散することにつながり、カタルシス効果があったことも考えられる。2回目の面接終了時に、Bは「泣いたことでスッキリした」と語ったが、これはB自身が泣いたことに重要な意味を感じていたことを示すものと思われる。それが契機となりBには、ネガティブに見方をするよりも、客観的な見方やポジティブな見方をしようとしている姿勢がうかがわれた。その語りを共有し、会話の中で確認していくことで、Bの「物語」は書き換えられたものと思われる。

Bの「物語」をみると、認知とそれに伴う感情が徐々に変化していることがわかる。Bは当初、病気や薬についてネガティブな認知や感情をもっていたが、回を追うごとにそれらは減少していった。2回目以降は、対人交流の必要性を実感し始め、それまでほとんど自分のことを話さなかったBが、人とコミュニケーションをとることで対話の大切さを認識するようになった。また、2回目以降は自己の内面の変化を語り、性格や気分が変化し、自己効力感や心のゆとりを得ていく様子を語るなど、認知や感情が徐々に変化し、「物語」が書き換えられていく様子が確認できた。

さらに、Bは面接者の言葉にも耳を傾けるようになったり、面接外でも他者と語り合うことができるようになるなど、行動上の変化もみられたため、短期間でスムーズに「物語」の書き換えがなされたと考えられる。

6) 質問紙上の変化についての理解

面接開始時には、両尺度の得点はかなり高かったが、面接終了時には、ともに得点が下がっていた。特にGHQ-12では、ほぼ満点であった状態から0点にまで下がっていたことから、3回目の面接時には精神的健康を取り戻したと言える。しかし、極端に下がっている点に注目すると、NA面接がBに適した介入法であったこと

だけでなく、Bの認知が極端であったり、面接者や医療関係者の意に添うように回答したりした可能性もある。

【事例3】

1) 事例の概要

C (女性, 50代, 大動脈炎症候群)

表3 事例Cの概要

	面接開始時	面接終了時
入院日数	8日	23日(+退院16日目)
罹患期間	1年3ヶ月	1年4ヶ月
服薬状況	朝:3.5錠 昼:1錠 夜:1錠	朝:3.5錠 昼:1錠 夜:4錠
薬の種類	8種類	8種類
病気関連不安認知尺度	15点	15点
GHQ-12	11点	7点

2) 面接経過の要約

①服薬について

1回目では、薬に対する不安はないと語ったが、副作用に対するストレスは感じていた。特にムーンフェイスが表れていたことから、見た目を気にしている様子であった。2回目では、ステロイド剤の効果のありがたさを語る一方で、副作用による不眠を訴えることもあった。また、胃腸の不快感についても語り、「癌なのではないか」という不安を語った。3回目では、「涙が出る」という症状がステロイドの副作用ではないかという考えがみられた。その一方で、胃腸の不快感は解消されており、体重も減り始めたことを喜んでいた。

②症状について

治療に関しては、医療者側に信頼を寄せて任せている状態にあった。病気が治らないことも受容できていると思われたが、1回目から死について考えると語ることもあり、先が見えない病状への不安が隠せない様子もみられた。2回目では、自分の価値を問う発言や、病気の見通しが立たないことへの不安認知がみられた。死についても「死んでもいいと思っている」と言いながらも「死にたくない」と語った。病気によってアイデンティティが混乱している状態であると考えられた。

3回目では、退院時に治まっていたしびれが再発していることを訴えていたが、それほど気に留めていない様子でもあった。

③家族について

1回目では、「家で居るとうつになる」、「入院したら良くなる」と、在宅時に調子が悪くなることを語った。また、子どもからは理解を得ているが、夫の理解がほとんど得られていないことに対する憤りを感じていた。2回目でも、理解してくれている子どもに感謝する一方で、理解を示さない夫に対する憤りを再度語った。夫には「病気に罹患したC自身」の受容を求めているようであった。3回目では、退院後に子どもから指摘された性格の「しつこさ」を気にして、家族とも会話をしようとしめない状況にあり、それによって「うつになった」と感じていた。「役に立っていない」と考える一方で、「実際には当てにされている」という気づきも得はじめていた。

④周囲とのコミュニケーションについて

周囲から副作用による浮腫を「太っていて健康」とであると誤解されることに腹を立て、ストレスを感じていた。また、精神的なコントロール感を喪失しており、対人場面における不安が高まっていることがうかがわれた。その一方で、入院によって性格が「陽」に変化したことも語った。さらに、同室の患者同士で気持ちを共有しようとしている様子もみられた。2回目では、同病者と交流し、主に病気について話題を共有していることを語った。しかし、同室の膠原病患者と自分とは病気が違うため、「話にならない」と述べ、一線をひいて付き合っている様子であった。3回目では、性格の変化の自覚による人間関係の遮断や退院が重なったためか、人と話す機会が得られていない様子であった。「しつこい」性格に変化し、それを人に指摘されるのが嫌で人と話さなくなり、ひとつの

ことを気が済むまで考えるようになったことで「しんどい」と切々と語った。

3) NA 面接に対するフィードバック

3 回の NA 面接を受けたことに対して、「自分の思っていることを話したら、それを受けとめてくれる人がいて、理解してくれることはホッとする」、「話を聞いてくれたら、なんとなく楽になれる」と語った。その一方で、「少しでも何かの役に立てたらよいという感じも湧いてきた」と述べた。

4) 心理的变化に対する理解

C は毎回似ているようで異なる話題を出し、その話題について話が深まる前に次の話題へ移ってしまうといった流れで語っていた。そのため、顕著な心理的变化は見られなかった。ステロイド剤による副作用への不安を次々と語ったり、症状の変化に困惑している様子を見せるなど、ひとりでは抱えきれないほど多くの心配や不安があった。C にとって最も理解者となってほしい夫が理解を示してくれないことで、その心配や不安は行き場所を失い、ひとりで抱えてきたことが語られた。そのため、入院までに精神的なコントロール感を喪失し、うつ状態に陥っている様子がうかがわれたが、入院してからは病状と精神面が安定し始めていることを語った。また、他患を心配する余裕が出てきたり、自分の性格の新たな一面に気づくこともあったため、落ち着きを取り戻し始めていたと考えられた。しかし、退院後は他者とのコミュニケーションを拒否・喪失し、再び抑うつ状態に陥り始めていた。症状も再燃し、不安を抱えており、自己の性格の変容をネガティブに捉えていた。入院生活で変化した性格を家族に否定されたことで、自己を否定されたと捉えたことが推察された。しかし、ステロイド剤の副作用は解消されており、体重も減少し始めていたことについて嬉しそうに語った。

1 回目で語られた副作用（ムーンフェイス）によるストレスは、徐々に解消されていた。C は症状のしんどさや副作用による胃腸の不快感で食欲のコントロール感を喪失していたが、3 回目では、コントロールでき始めていることがうかがわれた。このように C は環境の変化や日々変化していく病状とそれに伴う心理的变化に翻弄されている様子であった。

5) NA 的視点からの理解

1 回目で、面接者と対話するなかで、C は傾聴・受容・共感されているという実感を得て、2 回目では抱えていたものを一気に引き出したものと思われる。そして、3 回目では、語りによりまとまりが見られ始めた。これは C が面接を心待ちにし、面接で何を語るかをしっかりと考えていたことによるものと思われる。これは NA 面接を通して C が精神的な落ち着きを取り戻し始めたことを示すものと思われる。

C は、治療に関しては医療者を信頼していたが、面接開始時はステロイド剤による副作用が出現しており、それによって対人関係や生活面でストレスを抱え、精神的なコントロール感を喪失していた。一方で入院生活によって安心感を得ており、在宅時の抑うつ状態と現在とを比較することもあった。

2 回目では、周囲との関係に関する語りが多くみられた。周囲の理解のなさを嘆いたり、同病者との一体感やサポート関係について語っていた。1 回目では、周囲との関係に対する客観的な認知やポジティブな認知はみられなかったため、この点は 1 つの変化であると言える。病気に関しては、症状の改善について語る一方で、症状のつらさを訴えることがあった。服薬については、依然副作用への不安がある様子であったが、作用と副作用の両方を実感し、感謝を語ることもあった。これまで治療を医療者に全て任せてきた C にとっては、新たな認知であった。

と考えられた。

3回目では、主に自己の性格の変化について語った。性格が自分でも良くない方向に変化したと感じており、それを家族から指摘されたことで自己否定的になっていた。そのため対人関係を遮断し、話をしないようにしていた。2回目では、周囲に対してポジティブな認知や客観的な捉え方ができていたが、3回目では、それがほとんどみられなくなっていた。また、病気に関しては、症状の再燃に戸惑っていた。服薬に対しては、副作用が緩和され、食欲もコントロールできるようになっていたことから、ポジティブな認知が出現していた。3回を通して、症状やステロイド剤による副作用が刻々と変化していることが語られた。

6) 質問紙上の変化の理解

両尺度とも面接開始時の得点は高く、面接終了時にも大きな変化はなかったため、数値的には、CはNA面接で心理的に変化していないと言える。しかし、GHQ-12はカットオフポイントを下回っていた。

(2) 患者の心理的变化

ステロイド治療中の患者の心理的变化を把握するため、面接中の会話から得られた患者の「病気に関連する認知」と「その認知に関連する感情」を抽出した。その結果、カテゴリーは「服薬」、「病気」、「周囲」、「仕事」、「自己」に分類された。「服薬」は、ステロイド剤に関連する認知や感情を含め、服薬による作用や副作用についての認知も含むものとした。「病気」は、病気や症状に関連する認知や感情を含めたものとした。「周囲」は、家族を含む周囲との人間関係やコミュニケーションに関連する認知や感情を含めたものとした。「仕事」は、仕事全般に関連する認知や感情を含めたものとした。「自己」は、患者自身に関連した認知や感情を含めたものとした。自分の性格への気づきや、自己の認知などを含むものとした。

また、各回の面接における患者の語りからネガティブな認知や感情、ニュートラルな認知や感情、ポジティブな認知や感情を表す発言の数を求め、1回の面接で抽出された全発言数を母数とし、各種の認知や感情の発言数が母数に占める割合を算出した。以下に、各事例の発言内容の割合を示した。

1) 事例1

Aの語りから算出した発言数と割合を表4に示した。2回目の面接では、さまざまな症状が出現していたためにネガティブな認知が多くなったが、3回目では客観的なニュートラル認知が多くなった。また、ポジティブな感情が多くなり、ネガティブな感情が徐々に少なくなっていた。

表4 事例1発言内容の割合の推移

	1回目	2回目	3回目
ポジティブ認知	9 (27.3)	9 (20.9)	10 (21.7)
ニュートラル認知	9 (27.3)	10 (23.3)	16 (34.8)
ネガティブ認知	11 (33.3)	17 (39.5)	12 (26.1)
ポジティブ感情	1 (3.0)	3 (7.0)	7 (15.2)
ニュートラル感情	0 (0)	3 (7.0)	0 (0)
ネガティブ感情	3 (9.1)	1 (2.3)	1 (2.2)
全体	33 (100)	43 (100)	46 (100)

単位:個(%)

2) 事例2

Bの語りから算出した発言数と割合を表5に示した。Bは回を進めるごとにポジティブな認知が多くなり、ネガティブな認知が少なくなった。また、感情を語る頻度は少なかったが、1回目にみられたネガティブな感情が、2回目と3回目ではまったくみられなくなった。

表5 事例2発言内容の割合の推移

	1回目	2回目	3回目
ポジティブ認知	3 (7.1)	14 (28.3)	10 (50.0)
ニュートラル認知	15 (35.7)	22 (47.8)	8 (40.0)
ネガティブ認知	19 (45.2)	10 (19.6)	2 (10.0)
ポジティブ感情	0 (0)	1 (4.4)	0 (0)
ニュートラル感情	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ネガティブ感情	5 (11.9)	0 (0)	0 (0)
全体	42 (100)	47 (100)	20 (100)

単位:個(%)

3) 事例3

Cの語りから算出した発言数と割合を表6に示した。1回目では、ニュー

トラルな認知が多かったが、回を追うごとにネガティブな認知が多くなり、ネガティブな感情を語るものが少なくなっていく。

表6 事例3発言内容の割合の推移

	1回目	2回目	3回目
ポジティブ認知	9 (14.3)	13 (18.6)	4 (8.9)
ニュートラル認知	30 (47.6)	23 (32.9)	18 (40.0)
ネガティブ認知	19 (30.2)	31 (44.3)	22 (48.9)
ポジティブ感情	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ニュートラル感情	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ネガティブ感情	5 (7.9)	3 (4.3)	1 (2.2)
全体	63 (100)	70 (100)	45 (100)

単位:個(%)

4. 考察

(1) 患者の NA 面接の過程について

本研究では、研究1で両質問紙の得点がカットオフポイントよりも高かった患者3名にNA面接を行った。どの患者も不安や心配を抱えていたが、これらは大きく①服薬について、②病気について、③仕事について、④家族について、⑤周囲とのコミュニケーションについての5つに分類された。

①服薬については、ステロイド剤自体に対してネガティブなイメージや偏見をもっている患者はいなかった。AとCは副作用を体験しているため、副作用について語るが多かった。Bは作用も副作用も感じていないため、薬自体に対して疑問を抱えていたが、回が進むにつれて柔軟な考えをもてるようになった。ステロイド剤を服用していても、その作用や副作用が認識されているか否かで、服薬に対する考え方が異なることや、ステロイドの量によって患者の心理状態が左右されることがわかった。また、語りが進むにつれて、服薬への考え方は柔軟になっていくと考えられる。

②病気については、入院患者が病気について考えるのは当然のことであるが、病気についての考え方は事例によって異なっていた。すでに病気を受容し、自分の中で消化できている患者はいなかったが、面接が進むにつれて

Bは病気を受容していった。Aは新たな症状の出現に戸惑ってはいたが、受容できる可能性がうかがわれた。Cは病気を十分に受容しているとは言い難かった。しかし、3名ともに病気と向き合おうとしており、そうした姿勢があるために病気について語るが多かったと考えられる。

③仕事については、Cは専業主婦であったため仕事(主婦業)について語ることはほとんどなかったが、AとBはそれぞれに専門職と言える職業について語り語ることがあった。特に面接開始時のBにとって、仕事ができるか出来ないかが大きな壁となっていたために語るが多かった。しかしAもBも、面接が進むごとに自己の内面を見つめるようになった。それによって、今の自分を受け入れ始めたと考えられ、仕事のことも焦らずにゆっくりと考えられるようになってきたと推察される。

④家族については、語りの詳細が各事例で異なっていたが、3名の患者の年齢が30代~50代であり、いずれも母親としての役割を担っていたため、「母親」として家族のことを語るが多かった。病気に対する家族の理解はほぼ得られていたが、Cのみ夫からの理解を得ておらず、在宅時には抑うつ的であった。このことから、家族の理解の有無は、患者の不安認知やストレスを左右することが推察された。また、家族との交流がスムーズか否かによっても、患者の精神的負担が変化することが考えられる。入院時・在宅時を問わず、身近なサポート源となりうる家族の理解や家族との交流は、患者の精神的な安定にとって重要であるといえる。

⑤周囲とのコミュニケーションについては、AとBはコミュニケーションの大切さについて語るが多かった。全員にみられたのは、患者同士のコミュニケーションの大切さを語ったことである。同じように闘病して

いる患者と話し合い、お互いに病気に関する情報交換を行ったり、つらさや苦しさを共有していた。患者同士のコミュニケーションが円滑であると、入院による治療の精神的負担が少なくなると考えられる。また、周囲の人とのコミュニケーションがあるか否かで、患者の精神的な健康が異なる可能性がある。AとBは積極的に周囲の人に話しかけるなど、コミュニケーションの機会をもととする姿勢がみられた。しかし、Cは退院がきっかけで他者とのコミュニケーションが減少し、加えて自らコミュニケーションの機会を断絶しようとしたため、気分が落ち込んでいる様子であった。したがって、Cの心理状態に顕著な変化がみられなかったのは、コミュニケーションの喪失が大きく影響していると思われる。

一方、Bは面接開始時には、周囲とのコミュニケーションをもたない傾向にあったが、1回目の面接を契機に、周囲とのコミュニケーションを円滑に行うようになっていた。また、B自身もそのことを自覚しており、周囲とのコミュニケーションが、心理的变化に大きな影響を与えたと考えられる。以上、患者にとって周囲とのコミュニケーションの有無は、精神的健康を維持するために必要であると思われる。

(2)ステロイド治療中の患者の心理的側面について

面接中にみられた病気に関連する認知や感情を分析した結果、3名に共通して「薬」、「病気」、「周囲」、「自己」、「仕事」に関する認知がみられ、入院してステロイドによる治療を行っている患者の物語は、主に「薬」、「病気」、「周囲」、「自己」、「仕事」から構成されていることがわかった。

これらのカテゴリーの下位カテゴリーには、患者ごとに異なった認知や感情がみられたが、入院によるステロイド治療を行っている患者の物語には、共通点があることがわかった。全

員が他患とのコミュニケーションについて語っていた。他患と語ることは、他患の物語を聴く機会でもあり、患者同士のコミュニケーションによっても、物語が書き換えられる可能性があるが、これは自助の力によるところが大きいものと思われる。

また、それぞれのカテゴリーは独立して存在しているのではなく、互いに関連していることもわかった。特に「周囲」との関係性が病気や薬に対する認知に影響を与えていることや、「周囲」との関係性が自己に対する認知に影響を与えていることがわかった。入院によって社会との間に隔たりがある入院患者の精神的な安定にとって、周囲との関係性が大きな影響を与えるものと思われる。

大内ら(2002)の研究では、青年期の膠原病患者(ステロイド剤使用)には、ムーンフェイスが入院中も退院後も最も心理面に影響を及ぼし、人間関係の障害になっていた、また、長い入院生活の中で常に話し相手を求めているが、多忙な医療者には遠慮していたことが明らかになった。本研究は現役世代の患者を対象に行ったが、副作用が人間関係に影響を及ぼす点と、周囲の人とのコミュニケーションを求めている点は、青年期のステロイド治療患者と共通していると言える。この2点は年齢を問わず、入院している膠原病患者全体にいえることであると思われる。

一方、本研究では副作用と周囲とのコミュニケーション以外に、「病気に関連すること」や「自己に関すること」についての認知もみられた。これは、大内ら(2002)の研究ではみられず、特に現役世代に見られやすい認知であると考えられる。青年期ではアイデンティティが十分に確立されていない可能性が高いが、現役世代の患者はアイデンティティを確立した後に罹患・闘病を経験しているため、アイデンティティが混乱している可能性が

ある。そのため、改めてアイデンティティを確立しなおす必要があり、自己に関することを考える機会が多くなるものと思われる。

(3) 発言内容の変化について

分類された患者の発言内容をみると、患者間での共通点は認められなかったが、3名ともネガティブな感情が回を重ねるごとに減少する傾向にあった。また、B以外は3回目にニュートラルな認知が増えていた。これは、出来事によって喚起された感情をより客観的にみられるように変化していることの表れであると考えられる。Cの場合、ネガティブな認知は多くなっているものの、それに伴うネガティブな感情は減少する傾向にあった。

Bは心理的变化が著しかったため、2回目で客観的に捉える過程を経て、3回目ではポジティブな認知の増加が著しくなったと考えられる。あるいは、Bは自らの心理的变化を強く感じており、それを語る際に驚きと嬉しさを面接者に伝えようとしたため、客観性を欠き、ポジティブな認知が多くなったとも考えられる。BはNA面接や周囲とのコミュニケーションによって、抑うつがみられなくなったと考えられるため、顕著な心理的变化がみられ、ポジティブな認知が多く語られるようになったことが推察された。

以上のことから、NA面接で語ることを通して患者は、より客観的に物事を捉えられるようになっていくものと思われる。

(4) NA面接の効果と意義について

面接者はNA面接において、できる限り傾聴、受容、共感の姿勢を崩さず、面接は概ね患者の語りで占められた。患者の語りが止まったり、語りの内容を詳細に知りたい時のみ質問し、患者の語りを促すようにした。また、タイミングを測りながら、患者の語りを要約して、患者に語った。これは、通常心理面接と類似したものであった。また、本研究のNA面接は調査面接で

あったが、NA面接の特徴などから、通常の調査面接よりも臨床場面における治療面接に近いものであった。

こうしたNA面接を通して、3名の患者のうち2名の病気関連不安認知と精神的健康度に顕著な変化がみられた。また、他の1名も数値的な変化はみられなかったが、面接で語ることの意義を感じていたことが確認できた。

NA面接において、患者は1回の面接の中で「気づき」を語るが多くなっていた。その要因としては、まず自分の体験や考えを語ることで、物語を一度自分の外に出し、距離を置いて客観的にみられるようになったことが考えられる。次に、体験や考えを語る際に、どのように語るかを頭の中で反芻して考えるという行為も、気づきを得て、それを語るようになる1つの要因として考えられる。反芻する中で、物語についての再確認を自分で行うことが多くなっていたとも考えられる。

さらに、面接者と物語を共有し、面接者から自分の物語を再度聴く（手続き2など）ことで、「気づく」ことが多くなったとも考えられる。

また、患者によって、NA面接の効果に違いがあることが推測された。Bは普段から口数が少なく、自分から積極的にコミュニケーションをとるタイプではなかったため、語る場をもつことが貴重な機会であったと推測された。そのため、これまでよりも自分の体験や認知について考える機会が増え、物語の書き換えがスムーズに行われたと考えられる。

AとCは、自ら積極的にコミュニケーションの機会を作ろうとする性格傾向があったため、語るという行為に慣れており、面接場面でもスムーズに語っていた。

しかし、Aはフィードバックの際に、面接場面で自分の体験や考えを再確認していることがわかった。一方、Cは病気によって自分の身体面や精神

面に対する自信をなくしており、アイデンティティを見失いかけている状態にあると考えられた。そのため、生活の中で「人の役に立ちたい」という気持ちが強いことがうかがわれた。また、「面接者の役に立ちたい」という気持ちも強く、面接場面を「語る場」としてではなく、「役に立てる可能性がある場」として捉えていたことがフィードバックから明らかになった。また、医療者に対しては気遣って話をしない、家族とは話をしていないという状況から、面接ではより多くの自己のネガティブな物語を面接者に語ろうとしていたことが推察された。このことから、自分の体験や考えを改めて確認する場として面接を位置づけている患者は、物語の書き換えがスムーズに行われると考えられる。

北（2007）は、NBM の実践とは、まさに混沌とした患者世界（病の体験）にプロとして沿い続ける作業であり、そこには「治った、治らなかった」という表層の問題とは別次元の医師－患者関係があるとしている。NA 面接は、そのような患者のニーズに適した介入方法であると推察された。

IV 本研究のまとめと今後の課題

(1) 本研究のまとめ

研究 1 では、入院によるステロイド治療を受けている患者に質問紙調査を行い、患者の病気に関連する不安認知と精神的健康度について検討した。そして、①これらの患者は入院患者全般の中でも、病気関連不安認知が高く精神的健康度が低いこと、特に精神的健康度の低さは若年に多くみられる傾向があること、②病気関連不安認知の中でも症状悪化や生活の制限、目的や価値の喪失に対する不安認知が高い傾向にあること、③精神的健康度の中でも「自信を失った」、「心配事があって、よく眠れない」、「いつもよりストレスを感じた」、「自分は役に立たない人間だと考えた」という体験をもつ

傾向にあることが明らかになった。

研究 2 では、不安が高く、精神的健康度の低い患者に NA 面接を行い、患者のナラティブの中にみられる病気に関連する認知や感情を分析し、患者の心理状態を検討することで、不安の軽減に効果的な心理的ケアの方法を明らかにした。

また、研究 2 では、以下の 4 つのことが明らかになった。①NA 面接では、どの患者も不安や心配を抱えており、それらは「服薬」、「病気」、「仕事」、「家族」、「周囲とのコミュニケーション」の 5 つに分類された。②入院してステロイド治療を行っている患者の物語は、主に「薬」、「病気」、「周囲」、「自己」、「仕事」に関する事柄から構成されていた。③NA 面接の回を追うごとにニュートラルな認知が増加し、ネガティブな感情が減少することから、患者は徐々に客観的に物事を捉えられるようになっていた。④NA 面接で語られる患者の物語には気づきが多くみられることや、日常における患者のコミュニケーション方法などが患者の心理的側面に影響を与えていた。

不安やストレスが自分の中で抱えきれなくなった場合や、自分だけでは解決できない場合に、患者の精神的健康が害される恐れがある。そのため、各患者に合わせたサポートが必要であると思われる。

本研究で行なった NA 面接では、患者と面接者の対話によって患者の物語を書き換え、患者の心理面に対する介入を行った。その結果、NA 面接は患者の不安やストレスを聴きだすために有効な手段であり、NA 面接によって患者が物語を書き換えていくことは患者の精神的健康を向上させることにつながるものであった。

また、患者の語りから、周囲の人たちとのコミュニケーションが患者の精神的健康の維持や向上にとって重要であることが明らかになった。病気や入院を経験している患者には生活

や環境の変化が生じることから、周囲の人たちとのコミュニケーションを維持することは困難である可能性が高いと考えられる。そこをどのようにサポートしていくかが、心理的なサポートを行なう上で重要になると考えられる。精神的健康を害している患者に対し、個別に関わるだけではなく、患者同士を繋げて語ることでできる場や家族も含めて語ることでできる場を設けることで、患者の精神的健康は向上すると思われる。

本研究では、非致死性身体疾患患者に対して臨床場面で心理的介入を行い、患者の心理面について理解を深め、心理状態を明らかにした点で、ステロイド治療を行っている入院患者に対する臨床心理学的介入の示唆につながったという意義があった。また、慢性疾患や比較的軽度な身体疾患にもNA面接を適用する必要性を示唆できた点でも意義があったと言える。

(2) 今後の課題

本研究では、研究1の対象者が少数であったため、入院してステロイド治療を行っている患者の心理的側面としては一般化が困難であるといえる。一般化のためには、調査期間を長期に設定し、多くの患者に調査を行なうことが今後の課題として挙げられる。

また、研究2では、入院してステロイド治療を行っており、不安や心配などを抱えている患者3名に対して3回のNA面接を行ったが、病状や外的要因によって患者の心理状態は変化すると考えられるため、臨床場面では患者の心理状態に応じた回数設定が必要である。また、対象者は罹患して間もない慢性疾患患者であったため、慢性疾患が長期化した際のことを考えると、フォローアップに関連した研究が課題として挙げられる。

さらに、NA面接が具体的にどのような身体疾患で、どのような性格特性の患者に適用できるかを検討することや、NA面接で物語を書き換えるき

っかけを作ることが、患者の物語形成に長期的な影響を与えるかどうかを検討する必要もある。

引用文献

- 芦原 睦 2004 慢性疾患患者の心理－膠原病患者を中心に－, 51, No.620, 513-518.
- 藤原江利子・高橋直美 2005 結核患者の入院中に感じた不安・ストレス－退院時に面接調査を用いて－第36回看護総合, 36, 3-5.
- 福西勇夫 1990 日本版 General Health Questionnaire(GHQ) の cut-off point 心理臨床, 3(3), 228-234.
- 春木繁一 2007 透析患者の「抑うつ」－その臨床像と基本的理解－臨床看護, 33(9), 1312-1317.
- 橋本朋広 1997 難病患者の苦悩の癒し－筋萎縮性側索硬化症患者の事例を通して－ 心理臨床学研究, 15(5), 513-523.
- 北啓一郎 2007 心身医療における EBM と NBM－総合診療の立場から－ 心身医, 47(3), 177-183
- 幸田 衛 2005 エリテマトーデスの精神症状－メンタルケアの重要性－ MB Derma, 99, 44-51.
- 森 朋子 2005 筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者に迫られる生死の決断－インフォームド・コンセントの重さと夢－ 臨床心理学, 5(2), 209-214.
- 森本美智子・高井研一・中嶋和夫 2001 病気に関連した不安認知尺度の開発 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 8(1), 11-19.
- 森本美智子・高井研一・中嶋和夫 2005 病気や生活に関する不安認知が入院患者の精神的健康に及ぼす影響 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 51-58.
- 中野祐子 2005 糖尿病患者の語り 臨床心理学, 5(2), 192-196.
- 根岸雅夫・松縄瑞穂・三輪裕介・笠間

- 毅 2003 シェーグレン症候群を合併する RA 患者の心理状態 リウマチ科, 29(5), 467-474.
- 大上奈々絵・葛谷 命・杉本八重子 2003 患者の不安に対する看護情報の現状分析～入院時カラーテストより～ 岐阜市民病院年報, 23, 45-47.
- 大内さと子・平 葉子 2002 膠原病を発症した青年期患者の心理状況－インタビューを KJ 法で分析して－ 第 33 回成人看護Ⅱ, 90-92.
- 斎藤清二・岸本寛史 2007 ナラティブ・ベイスト・メディシンの実践 金剛出版

(受付日2010年9月30日)

(受理日2010年10月12日)