

沖縄県立看護大学

紀 要

第 21 号

原著論文

長期入院精神障害者が自信をとりもどす主体性返還の実践を共有すること
—制度精神療法の視座より—

村上満子…………… 1

(資料)

沖縄県における民間信仰からみた精神障がいに関する文献検討

座嘉比照子、大湾明美、田場由紀…………… 10

沖縄県立看護大学紀要投稿規定…………… 18
編集後記

2020 年 3 月

[原著論文]

長期入院精神障害者が自信をとりもどす主体性返還の実践を共有すること —制度精神療法の視座より—

村上満子

抄録

背景: 本人の、退院したいが自信がないので退院したくないというアンビバレンツを理解した地域移行の支援が求められる。

目的: 制度精神療法という視座から、長期入院精神障害者が自信をとりもどすための看護実践を分析し、①主体性を尊重する具体的実践内容と、②そこでの実践者集団における知見の共有方法を解明する。

方法: 担当看護師がA氏への看護実践を振り返ったインタビューデータと看護記録等を、受け持ちから調査時点まで5年間の時系列にそってA氏が変化したきっかけとなった実践について大小の見出しをつけて整理し、分析した。

結果: 看護実践は、「担当看護師」から「周囲の人々」、そして「家族」との関係性の再構築として3つの大見出しと、「強制から協力、そして納得へ」「異なる世界観と折り合う」「みんなに協力してもらう」「地域で暮らす人とつなぐ」「24時間、迅速対応」など11の小見出しにまとめられた。

結論: 担当看護師が、①A氏との関係性を問い直し、その世界観を知ろうとしたことを端緒とし、②A氏の行為を尊重して周りを変え、このことにより、③A氏のセーフティネットを再構築した。この実践における知見を実践者集団で共有する方法は、④看護観の異なりを克服し、情報を一元化して伝達することであった。

キーワード: 長期入院、自信、主体性返還、事例研究、制度精神療法

I はじめに

長期入院精神障害者の「地域移行」の具体的な方策として厚生労働省(2014)は「本人の意向にそった」支援を掲げている。精神障害者の意向には治療を希望しつつも拒否するという両価性がある(Rosenbaum, 2016)。長期入院ともなれば、これまでの本人の退院への思いを丁寧に通じた上で(村上, 2008)、その意向を尋ねることが求められる。それはある意味で、本人の意向を慮ることである。そのような事情を踏まえた上で、治療過程のなかで狭められた主体性をどのように本人に返還していくのかということが重要になる。しかしながら、具体的な援助方法に関する知見は少ない。その理由として次の2点を指摘することができる。

第一に、治療関係者に「患者の主体性を預かっている」という意識が希薄なことがある。「他者の決定への従順さのもと長期入院に至った」と考えることや、「自我が脆弱」で「判断能力が低く」、「自分で決められない」と決めつけるのではなく、「ひらかれた対話」(藤野ら, 2017)が求められる。しかし、ひらかれた対話を通して見出される患者の意向を実現しようとして突き当たる「障壁」のなかには、看護師の「態度」がある(吉村, 2013)。というのも、長期入院精神障害者の主体性を本人に返還す

ることには、周囲の本人に対する態度が変わること(松枝, 2003)も含まれており、日常生活全般における意思決定支援が求められる(石井ら, 2016)からである。つまり、本人の主体性を尊重するという具体的内容を、本人を取り巻く人たちの有り様を抜きに抽出することができない。これは、次の指摘と関連してくる。

第二に、事例研究のエビデンスが低く見積もられ、事例研究における共有知生成の問題に着目されてこなかったことがある。すなわち、事例研究の科学性の問題である。看護実践の成果を伝える場合に、個性が高い上に、時系列展開を本質とする事例研究は、複数事例を統合して概念を導き出すグラウンデッド・セオリー・アプローチよりも対象となる患者をイメージするのに適している(山本ら, 2017)。つまり、事例研究は、経験の通時性を軸に据えるという点で文脈依存性であるがゆえに、追体験を可能にするのである。また、現象学的研究(松葉, 2014; 村上靖彦, 2016, 2017)と呼ばれる方法論は個別現象という場の確保を要求する。言い換えれば、現象学的研究は、「私の側の」経験が成り立つ構造を明らかにすること(村上靖彦, 2011)であり、その経験とは「私」が対象となる人と出会い、会話を交わすという場合ならば、相手の経験ではなく、相手をきっかけに、自分の経験が成り立つ構造を明らかにすることを基本にする。このように現象学は自分の意識に現れるまを受けとるこ

とを求める。しかし、事例研究のエビデンスを求める場合に、欠かすことができないのは、個別的で一人一人の事例検討という枠を超えて、実践者集団において共有可能な知見の追究である。要するに、看護実践における事例研究の科学性は、個別事例から引き出された知見がどれほど実践者集団において一般性をもちうるのかという点に存する。目指されるのは、〈いつでも誰にでも〉応用できるということである。現象学的研究が開く個別現象の場だけでは事例研究のエビデンスを獲得できないのである。

II 研究目的と概念枠組み

本研究では、上記2点の指摘を踏まえ、主体性を尊重する具体的実践内容を事例研究により明らかにする。主体性を尊重するという、そして実践者集団での知見の共有方法について、次の概念枠組みを使う。

ここで言う主体性の問題は、上記のように現象学の求める「意識」ではなく、それと真逆のA氏の「存在」について論じることを意味する。相手の「存在」を論じることは、〈相手を、相手である「私が為す」という存在者であるとして「私」が振る舞うこと〉である(村上勝三, 2017)。つまり、主体性を尊重するということは「A氏が為すこと」をA氏の周囲の者が尊重するということである。

主体性を尊重する実践内容を実践者集団において共有する方法として、ここでは「制度精神療法」(Oury, 2001/2016)の視座を使う。この療法は、ジャック・ラカンの精神分析を操作上のロジックとして、すでにそこにある制度を利用しながら主体を守る実践であり、制度が個人を疎外しないための具体的な教授法の訓練である(Oury, 2001/2016)。例えば、Oury (2005/2008)は次のような実践例を挙げる。「他人を尊重しながらその場所にいるということ」、「他人を尊重しながら出会うということ」、「歩き回ることの自由」の保証、「他人の世話をするという機能を、いかにして複数でわかちもつか、その状態をいかに管理するか」を話し合うことであり、もっと単純に言えば「他の人を気にする、気をつけてみる」ことである。つまり、主体性を尊重する実践内容を、実践者集団において共有するためには、上記に挙げられた事柄を「少しずつ」続けることにより「環境」や「人との関係性」を変えていくこと(Oury, 2001/2016)である。

以上の概念枠組みを使い、本研究の目的は、長期入院精神障害者の意向にそって展開された看護実践を分析し、主体性を尊重する具体的実践内容と、そこでの実践者集団における実践内容の共有方法について解明することである。

具体的には、働きたいが自信がないと考えている、長期入院精神障害者の地域移行を取り上げる。ここで、本人の意向に添うというのは、自信をもって退院して「働きたい」という意向に添うということである。

III 研究方法

1. 対象

1) この研究の対象

在院40年以上の長期入院精神障害者と家族(姉)

2) 対象の家族構成

弟と姉が存命。キーパーソンは姉で実家に住んでいる。同敷地内に弟家族が住んでいる。両親は他界、兄は精神科退院後に自殺により亡くなっている。姉は長時間座位が保てない等の身体的な問題を抱えている。

3) 対象の概要

中学3年の夏頃から「死」という観念に取りつかれて登校できず、自閉的となった。家族を部屋に入れなくなり、反対を押し切って上京した。新聞配達などで生活していたが、17歳の時に腸捻転で帰郷した。20歳の時に多弁、不眠、イライラが生じて精神科を初診した。統合失調症の診断で他院にて4カ月入院した。退院後は、服薬を自己中断にて母親へ暴力をふるい、奇異行動やままとまりのない言動等により入退院を繰り返した。今回は、自信欠如、心気念慮、強迫観念による任意入院で5回目の入院である。

父親は早くに亡くなり、母親がキーパーソンとなった。外出や外泊を引き受けていた。本人はこだわりが強く、本人も家族も退院を希望しなかったことから長期入院となっていた。12年前に母親が亡くなり、姉がキーパーソンとなるが身体的な問題を抱えている。主治医による退院に向けての話は5年前から繰り返しされていたが、「自信がついてから」という本人のやり方では退院が進まない状況であった。A氏は「散歩中に生じた偶発的事故で人助けを2回すれば自信がつく」と話していた。B看護師が受け持ちとなってから、本人に、施設見学やデイケア体験などプログラムを考えるので、こちらのやり方で進めたいと話して、しぶしぶ了承した。A氏はADL自立、幻覚妄想の訴えはなく2週間分の服薬を自己管理している。現在、グループホームへの退院を目指している。

2. A氏の支援を行った医療チーム

1) 担当看護師の概要

担当のB看護師は40代前半の男性看護師で精神科の経験は8年、一般科の経験は6年だった。

2) 病棟の支援体制

病棟看護は、担当制のチームナーシングで、B看護師の他に2～3名の看護師が中心となってA氏と関わった。受け持って半年後から本人が参加する20～30分ほどのカンファレンスをデイルームで毎月実施し、2年間続けた。デイルームで話し合うのは他の患者に見てもらい、話し合いに対する抵抗をなくすことが狙いである。関係性のできた受け持ちは3年目からは毎週、互いに都合のよい時間に面談した。この個別面談は立ち話のようなものから、退院が近くなり不安が強まると30分くらいの

面談になることもあった。

チーム以外の看護師の他に、主治医、病棟の精神保健福祉士や作業療法士、デイケアのスタッフが関わり、地域移行を支援した。他の看護師や多職種との情報の共有方法として、ケースカンファレンス表やワークシートを活用した。表は左から本人、看護師、家族の意見と希望を併記し、右端には具体的な取組みをあげる。ワークシートは約束事を評価するときに活用した。このような書面に加えて、B看護師は関係するスタッフと直接会い、A氏との取組みに対する理解や協力をうるように努めた。特に、取組みと異なる意見をもつスタッフにはA氏の価値観や努力を伝えて理解と協力を求めた。

3. データ収集方法

A氏と家族、B看護師に半構造化面接を実施した。日時と場所は、本人や家族、B看護師の希望に合わせて調整し、診察室や公共施設にて行った。診療記録と看護記録からのデータ収集は研究者が2回4時間かけて診察室にて転記した。面接では、記録物からのデータをもとに、本人や姉には、病気についてどう思っているのか、入院に至った経緯や退院できない理由についてどう思っているのか、回復や退院するために自分ができることや、社会資源について尋ねた。同様の質問項目について、B看護師には、いつどのように話したのか、そのときの本人と姉の反応はどうであったのかを尋ね、どのように看護を展開してきたのかを自由に語ってもらった。B看護師には後日、面接内容の確認依頼と具体的な実践について追加聴取し、それをもとに実践内容の分析を行った。また、分析結果と解釈についても意見を聴取し、修正を加えた。このやりとりは計4回230分になった。A氏や家族との面談時間は各約40分だった。B看護師への面談記録は3回まではメモをとり、4回目はこれまでの発言内容を確認しつつICレコーダーで収録した。A氏と家族のインタビューデータは解釈において補完的に使用した。

4. 分析方法

A氏の看護記録やケースカンファレンス表と、担当のB看護師がA氏の看護実践を振り返ったインタビューデータを分析対象とした。受け持ちから調査時点までの5年間を時系列にそって、A氏が変化していくきっかけとなった看護実践は何かについて整理、一覧表を作成した。各時期の実践内容に大小の見出しをつけた。一覧表の妥当性についてはB看護師に4回、A氏をよく知る他の看護師2名に3回にわたり確認を依頼、意見聴取の上で決定した。

5. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理審査委員会での承認(承認番号17014)と、研究協力施設の管理者会議での倫理審議を経て承認を受けた(2017年10月5日)。A氏とそ

の家族には研究および同意撤回手続きについて口頭と文面による説明をし、承諾書への署名後に研究を実施した。なお、個人が特定される可能性のある記録内容については研究結果に影響しない範囲で改変した。

IV 結果

B看護師は受け持つ前から現在に至るまでのA氏との関わりの経緯を、年毎にかなり明確に語った。A氏とその家族に行われた実践内容を、3つの大見出し11の小見出しにまとめた(表1)。

これらは一部時期的に重複するものの、概ね表1に示すように整理することができた。表1の横軸は時間の経過とし、縦軸には、実践を表す11の小見出しと、3つの大見出しを示した。セルの中には具体的な実践内容を挙げた。以下、見出しごとに実践内容を説明する。大見出しの1から3、小見出しの1)から4)の番号は表1と共通している。本文中の大・小の見出しは太字で表した。

A氏の様子等や文脈については三人称による記述もしくは()内の言葉で補足した。文脈から発言者が分からない場合には()に発言者を書いて文章の冒頭に示した。すべての内容はB看護師に確認、修正した。

1. 関係性を問い直し、再構築する

1) 強制から協力、そして納得へ

A氏は金品のやり取りで他の患者とのトラブルが多かった。融通がきかず強迫的なこだわりがあるためA氏に陰性感情をもつスタッフも多かった。B看護師が受け持つ前までは、問題行動があれば、看護師が複数で対応、私物を強制的にチェック、没収していた。病棟の支援体制が変わり、患者参加型のケースカンファレンスで、最初に行われたのは、これまでの対応に対するA氏の不満を聴き、改善に向けて協力を仰ぐことだった。具体的内容を示すと次のようになる。「…(私物チェックと没収は)やめてほしいわけねって話から、少しずつ、じゃ、どうするか考えよう…それだけ協力して…制限とか、まづ置いといて…」

2) 本人の話をちゃんと聴く

受け持つ一年ほどはA氏が語る自慢話を「自分の能力を理解してほしい」と否定していた。それでB看護師はA氏との関係性がとれずに悩んでいた。ケースカンファレンスで本人の話をちゃんと聴くようになり「…自分なりに(自信をつけるように)やってるってのもずっと言ってた…“あつ、そうなんだ(自信がないのが問題だ)”…確かに…注意されてきた…褒めるのが少ない…(と気づく)」。それから、今できていなくても昔できたことを否定せずに、「できていたんだね、すごいじゃん」と返すようになった。関係性ができてからは「…(話し合いは)1対1で…場所は問わず本人に…いつでもできるように…(本人が)断る日もある」。

3) 異なる世界観と折り合う

B看護師はA氏と同じ目線で見ると、本人の考えに目線を合わせるように心がけるようになった。「一緒に仏教を勉強して、どんな思いで唱えているのか尋ねた…(A氏が)大切に…。…撰日法…を見ながら毎月の計画を立てた」。本人のこだわりを理解してできることは何かを話し合った。「…しないと落ち着かない…習性がある…理解しないといけない…やってほしい…してみよう…もし…だったら…できる…まずやってみよう、一緒に…してみよう」。

4) できていることへの称賛

ケースカンファレンス表には「約束を守っている本人の努力を認めたい」という記載から「できているね」「…について一週間守れています」「…できた実績があります」「…が減ったと思います」「…ができるようになったと思います」「他の看護師からも(できているとの評価があります)」などの肯定的なフィードバックが記載されていた。

さらに、これまで真夏でも重ね着していた(ジャンパーを)卓球中に脱ぐことや、自席でしか食事ができなかったのに隔離室で食べる姿がみられ、できていることを本人に返す場面があった。その後、A氏は、気候にあった衣類を身につけるようになり、また工夫は必要ではあったが自席以外でも食事ができるようになった。

2. 周囲との関係性を再構築する

1) 約束して評価する

約束は3つに決めて、できたら(みんなで)A氏を褒めた。①ケンカしない、②セクハラしない、③物をあげない。この3つは開放病棟に留まるための最低限の条件である。この他にA氏に食前にテーブルを拭くことをお願いしたら実践してみんなに褒められた。その後、A氏は食後にもテーブルを拭くようになり、さらに褒められた。

2) 同室者に聞いてもらう

リハビリパンツを毎日替えないので尿臭が強くなってきた。本人は臭わないと主張した。それなら、(B看護師)「周りの人に…聞いてみてよ…僕はそう(臭うと)思ってるよ…(A氏は)思っていない…(それじゃあ)他の人の意見…聞いてみて(くれない?それから)…話し合う…誰に何て言われたか教えて」と、A氏と折り合いをつけた。

3) みんなにも協力してもらう

B看護師は、A氏のこだわりや自分たちが今どんなことに取り組んでいるのかをみんなに伝えて協力を仰いだ。窓口を自分(B看護師)にして一元化することで双方の負担軽減を図った。(B看護師)「…記録に残して…こんなこと言ってます…いいなと思ったら…褒めてください」「…本人の特性だから、他にも改善したい(けど)…ここはそのままに…様子を見させてください」「考え方違う(スタッフには)…理解してもらうために…ずっと…と…とにかく待つてほしい」「…話し合いは常に

(各スタッフ)個別で…いろんな看護観持ってますから…そこは粘り強く話し合いました」。A氏とのやりとりは「窓口を僕に…基本、僕に情報投げてもらって…また僕は伝える係(になった)」。

4) 地域で暮らす人となつなぐ

退院したいけど自信がないというA氏を(B看護師)「長期の入院生活からの退院には不安も大きいだろう」と慮った。「地域をもっと身近に感じてほしい。地域で生き生きと暮らしている人を知ってほしいとデイケア体験を計画」した。自席以外でも食事が摂れる工夫として「…Aさん、席はここですって、もうあらかじめお願い(した)」。成功体験を積み重ねて自信をつけてもらうために、(B看護師)「目標はかなり低く設定…デイケア行けたね…卓球楽しむことができたね…今日はどうな話をしたの、卓球以外のこともちょっと聞いてみて(するとA氏からも聞くようになった)」

3. 家族との関係性を再構築する

1) 24時間、迅速対応

退院について家族は、「高齢なのに全てを背負うことになるのではないか」という「漠然とした不安をもっていた」。「退院しても病院はずっと関わり続けます」「24時間、対応する」と伝えた。(B看護師)「(自宅外出・外泊、面会・小遣い・買い物要求等)姉が困っていることに迅速対応」を心掛けた。もちろん、全て看護師が代理すると家族の出番がなくなるのでその点にも配慮した。

2) 相談して進める

家族に(B看護師)「繰り返して念を押したのは、何でも相談をしながら、勝手には進めない」ということだった。そして、姉が金銭管理を引き受けたいと申し出れば、本人にも聞いて、その意志を尊重した。

3) 姉自身の問題を解決する

姉は身体的な問題があり自分の人生にも不安を抱いていた。退院の話に納得して帰ったのに一カ月後に「退院すると生活できないので困る」と電話してきた。B看護師は、障害年金の用途については「家族間の話し合い」を前提としつつも、精神保健福祉士を介して姉にも公的サービスを紹介した。姉の経済的な問題は解決して、退院を拒否することはなくなった。

V 考察

本研究の目的は、長期入院精神障害者の意向にそって展開された看護実践を分析し、主体性を尊重する具体的実践内容と、そこでの実践者集団における知見の共有方法について解明することである。

A氏や家族の主体性を尊重する看護実践と、そこでの実践者集団における知見の共有方法について、次の4点が明らかになった。すなわち、担当看護師が、①A氏との関係性を問い直し、その世界観を尊重することからはじまり、②A氏の行為を尊重して周りに変化をもたらし、

③セーフティネットを再構築したこと、実践者間で実践を共有するために④担当看護師が情報を一元化して伝達したことであった。以下でこれら4点について考察する。

1. 関係性を問い直しA氏の世界観を尊重すること

「自分の能力を理解してほしい」と思うのは、その患者の現実のなかの固有な反応に直面させられ、一人の看護師としての枠や、一人の人間としての限界をつきつけられる(外口,1977)からである。看護師につきつけられる変化は「他人を尊重しながら出会うこと」であり、「ほかの人を考慮に入れること。そこにいる人を尊重すること」(Oury,2005/2008)に他ならない。

A氏の自慢話を聴き、その世界観を想像する。撰日法に合った日課を提案する。一緒に仏教を勉強してみる。A氏が毎日どんな思いで「お経」唱えているのかを知ろうとし、自信につながる読経の時間をつくろうとする。そのように、A氏の行為を尊重することが、既存の制度やルールに緩みや遊びをつくることになり、個人の主体性を尊重する環境へと変えていくことにつながる。看護師にとって、規則の是非を問うとともに、その場に踏みとどまりながら担えることを見出す力、それが個別ケアの力量になる(外口,1988)。

2. A氏の行為を尊重して周りを変える

A氏の世界観と折り合うことのできたB看護師は、A氏が患者や他のスタッフと折り合えるように周り(他人や治療環境)へと働きかける。

この段階は、A氏とB看護師の間で確認された信頼関係を足場に、他の患者や看護師と問題なくやっていく関係性を構築していく段階で、統合失調症の回復過程に特徴づけられる“オリヅラン”的生活拡大(中井,1998)にあたる。B看護師の実践は、A氏の行為を変えようとするのではなく、周りが変わっていきけるための調整やある種の気遣い(Oury,1999/2005)であった。結果的に、「気候にあった衣類を身につける」「食後にもテーブルを拭く」「自席以外でも食べられる」など本人も変わっていった。

治療過程で狭められた主体性を本人に返還していくとき、相手を変えるのではなく、相手の為すことに合わせて周りを変えることが要求されている。これは、ハンセン病患者が人権を取り戻すときに周囲が変わらなければならない(伊波,2017)ことと似ている。

A氏が周りとは折り合うこと(村上満子,2018)は、A氏の能動的な営みでありA氏の主体性を発揮することにつながる。そこで、われわれが他人の為すことの「不確実性への耐性」(Seikkula & Arnkil,2006/2017)を身につけて柔軟に振る舞うことができれば、A氏の折り合いを後押しすることができる。「不確実性への耐性」とは、他人をすっかりとは理解できないと知ることであり、すっかり理解できない他人を尊重することである(村上

勝三,2014,2015)。私たちがA氏の行為を尊重することは、A氏が主体性を再獲得することにつながる。

3. セーフティネットを再構築する

A氏は働きたいけど自信がないから退院できないとアンビバレンツである。それを理解してB看護師はいくつかの計画を実践する。自信をつけるために自ら行っている散歩や読経の継続から、他人に感謝される人になること、地域で暮らす人と出会うためのデイケア体験などである。そして、デイケアから戻れば、他人とどんな話をしたのかを聞いている。組織には、このような「ある種の気遣い、優しさ、注意、コンタクト」「注意を怠らず、目も行き届いていて、決して放っておかない」こと、「気にしてもらっている」と当人が感じる「何か」が必要である(Oury,1999/2005)。

同様のことが家族への対応にも言える。B看護師の実践は、家族を慮り、その人生を尊重することである。そのように思い至れば、自らの立場で何を為すべきであるのかは自ずと選択される。すなわち、「24時間迅速対応」「ずっと関わり続ける」「勝手に決めない」「希望に添う」という対応である。しかし、このような対応内容の是非ではなく、さまざまな状況に置いてB看護師のように家族を尊重できるかどうか問われている。

というのも、治療効果をねらい、家族を動かすことはたいていの場合に困難であり、好ましい方向に動かすことはさらに困難である(中井,1983)。家族の患者への波及性はきわめて大きく、その程度も限定しがたいためである。しかしながら、このようなリスクが知られていなくとも、家族のそれぞれを尊重する実践により、好ましい変化を波及的に生み出すことができる。

他人との関係性が再構築されていくことがA氏のセーフティネットになる。その際に、B看護師の実践を共有する実践者集団が必要である。

4. 看護観の異なりを克服し、情報を一元化して伝達する

本事例での実践者集団における知見の共有方法には、看護記録や申し送りの他に、2年間の本人参加型ケースカンファレンスと退院まで継続されたB看護師との個別面談、その記録とワークシートの活用があった。これに加えて、B看護師の実践からは、看護観の異なるスタッフとの話し合いや、自らが窓口となって情報を一元化・整理して再びスタッフへ伝達するという知見共有の方法が見出された。

5年間にわたりこのような共有方法によって、B看護師がA氏を「他人」として尊重して(村上勝三,2014,2015)計画・実践した内容を、病棟のスタッフは各自の持ち分で責任をわかちもち、病棟を運営してきた。この実践活動によって、各自がそれぞれにA氏を「他人」として尊重するためには、今ここに居る自分は何をどうすればよ

いのか、ということを考える機会が与えられた。

一方で、看護観の異なりを克服することや、情報の一元化と伝達という共有方法を採用する場合には、本来の集団的組織に期待できる多様性やそれぞれの実践者の個性を生かす余地が限定される。「精神病圏にいる人の人格の世話を引き受け、受け持つには多くの人間」と「異質なものの混在が必要である」(Oury, 1999/2005)ことを考えると、それぞれ個人の価値観を生かしつつも集団として機能する、そのような知見の共有方法を探求する必要がある。

5. 研究の限界

5年間の病棟での話し合いの経緯、つまり「他人の世話をするという機能を、いかにして複数でわかちもつか、その状態をいかに管理するか」(Oury, 2005/2008)に関する詳細については、十分なデータ収集ができていない。話し合いの場で、例えば申し送りでは、どのようなことが優先され、どんなことが課題であり、それがどのように解決されていくのかを解明することは今後の課題である。また、Oury (2001/2016) が指摘する、「恒常的な医学的指導」や「制度化されたシステムを統御するのが医師である」とされることと看護との関係や、ラカンの理論(Lacan, 1973/2000)に裏打ちされた精神分析的な視座を使う分析にも至っていない。

VI 結論

本研究は、長期入院精神障害者の意向に添って展開された看護実践を分析し、主体性を尊重する具体的実践内容と、そこでの実践者集団における知見の共有方法を解明することを目指した。

次の4点が明らかになった。すなわち、担当看護師が、①A氏との関係性を問い直し、その世界観を知ろうとしたことを端緒とし、②A氏の行為を尊重して周りを変え、このことにより、③A氏のセーフティネットを再構築した。この実践における知見を実践者集団で共有する方法は④看護観の異なりを克服し、情報を一元化して伝達することであった。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深謝申し上げます。また、ご指導をいただきました東洋大学名誉教授の村上勝三先生に心より感謝申し上げます。本研究はJSPS 科研費 JP17H07046 の成果の一部である。本論文に関する利益相反はない。

本論文は第15回日本質的心理学会にて発表した内容をもとにさらに分析をすすめ完遂させた。

引用文献

藤野清美, 宮坂道夫. (2017). 長期入院統合失調症患者

者が地域生活への移行を拒否するまでの意思決定過程と移行拒否につながる要因. 新潟看護ケア研究学会誌, 3, 1-12.

伊波敏男. (2017). ハンセン病を生きて一きみたちに伝えたいこと. 岩波書店.

石井薫, 藤野文代, 木村美智子他. (2016). 長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護. ヒューマンケア研究学会誌, 7 (2), 27-34.

厚生労働省. (2014). 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要). 平成26年7月14日長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ.

Lacan, J. (1973/2000). 小出浩之, 新宮一成, 鈴木國文他訳. 精神分析の四基本概念. 岩波書店.

松枝美智子. (2003). 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因—日本版治療共同体における看護師の変化. 日本精神保健看護学会誌, 12 (1), 45-57.

松葉祥一. (2014). 第1章現象学とは何か, 第1部現象学看護研究の理論と歴史. 松葉祥一, 西村ユミ編. 現象学的看護研究. 医学書院. 14

村上勝三. (2014). 超越の方法—デカルトの途. 白山哲学, 東洋大学文学部紀要第68集哲学科編. 49, 13-47.

村上勝三. (2015). 知と存在と創造性. 知泉書館. 65-66.

村上勝三. (2017). 知と存在の新体系. 知泉書館. 113-115.

村上満子. (2008). 記録の語彙分析による精神科長期在院者の退院経緯の解明. 国際医療福祉大学大学院保健福祉学研究科保健医療学専攻博士論文.

村上満子. (2018). 精神障害者における折り合いの構造—11人のライフヒストリー—. 沖縄県立看護大学紀要, 19, 11-18.

村上靖彦. (2011). 治癒の現象学. 講談社. 10.

村上靖彦. (2016). インタビュー分析の言語学的基盤, 個別者の学としての現象学. 看護研究, 49(4), 316-323.

村上靖彦. (2017). 経験の流れを内側から捉える知—現象学と他の方法はいかにして補い合うか. 看護研究, 50(4), 325-329.

中井久夫. (1983). 家族の表象—家族とかかわる者より. 岩波講座精神の科学7. 岩波学術出版社.

中井久夫. (1998). 最終講義—分裂病私見. みすず書房. 97.

Oury, J. (1999/2005). コレクティブーサン・タンヌ病院におけるセミナー. 多賀茂, 上尾真道, 川村文重他訳. 月曜社. 24-25, 27-28,

Oury, J. (2001/2016). 三脇康生監訳. 廣瀬浩司, 原和之訳. 精神医学と制度精神療法. 春秋社. 3, 265,

- Oury, J. (2005/2008). 2005年8月京都大学大学院人間・環境学研究科講演会全容. 第二部第5章第1節ドキュメント「制度を使った精神療法」とはなにか, 多賀茂, 三協康生編. 医療環境を変える. 京都大学学術出版会. 257, 261,
- Rosenbaum, L. (2016). Liberty and Need: Our Struggle to Care for People with Serious Mental Illness. *N Engl J Med*, 375(15), 1490-1495.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2006/2017). 高木俊介, 岡田愛訳. オープンダイアログ. 日本評論社.
- 外口玉子. (1977). 問われ, 問いつづける看護-看護事例検討集1. 星和書店.
- 外口玉子. (1988). 人と場をつなぐケア-こころ病みつつ生きることへ-. 医学書院.
- 吉村公一. (2013). 退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に対する精神科看護師の「退院調整の障壁」-精神科看護師の態度からの一考察. *日本精神保健看護学会誌*, 22(1), 12-20.
- 山本則子, 吉田慈子, 山花令子他. (2017). 看護実践に資する知はどのような事例研究で生成できるか, 事例研究の知はどのように活用できるか. *看護研究*, 50(5), 439-446.

Sharing the practice of autonomy restoration to help long-term hospitalization psychiatric patients regain their confidence: From the viewpoint of institutional psychotherapy

Mitsuko MURAKAMI

Abstract

Background: Though some patients want to be discharged, they lack confidence in themselves and hence want to continue staying at the hospital. Such patients require community transition support that accounts for their ambivalent attitudes.

Purpose: This study aims to analyze nursing activities that help long-term hospitalized patients with mental disability regain confidence from the perspectives of institutional psychotherapy and to elucidate 1) specific nursing activities that respect patients' autonomy and 2) a method for nurses to share their knowledge.

Methods: A nurse assigned to Mr. A was interviewed about the care provided to the patient. Regarding nursing activities that triggered changes in Mr. A during the 5-year period from the assignment to the investigation, the data collected from this interview, nursing records, and other relevant sources were chronologically organized and analyzed in terms of categories and subcategories.

Results: The nursing activities were summarized into 3 categories regarding how the attending nurse rebuilt relationships with "Mr. A," "his friends and acquaintances," and "his family." Under these categories, the activities were classified into 11 subcategories, such as "transition from enforcement to cooperation and satisfaction," "recognition of different perspectives," "request for cooperation of people involved," "introduction of people living in the same community," and "24-hour and prompt support services."

Conclusions: The attending nurse 1) re-evaluated the relationship with Mr. A and tried to understand his perspectives. Then, the nurse 2) respected his behaviors and had the people around him modify their behavior. Ultimately, 3) the safety net was re-established for the patient. The method of sharing the knowledge from these nursing activities among nurses was to 4) overcome differences in their nursing perspectives and consolidate information before its dissemination.

Key words: long-term hospitalization, confidence, autonomy restoration, case study, institutional psychotherapy

(資料)

沖縄県における民間信仰からみた精神障がいに関する文献検討

座嘉比照子¹⁾ 大湾明美²⁾ 田場由紀²⁾

キーワード：沖縄 地域文化 民間信仰 ユタ 精神障がい

Key words: Okinawa, community culture, folk religion, shaman, mental disorder

I はじめに

我が国は、国民意識の変革、精神医療体系の再編、地域生活支援体系の再編、精神保健医療福祉施策の基盤強化を柱とした「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提言し、「入院治療中心から地域生活中心」という基本理念を明示した。以降、地域定着支援に向けた推進体制が制度により推し進められている(厚生労働省, 2019)。精神障がい者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指す方向性が示され、精神障がい者も含めた地域共生社会の実現に向けた一歩となった。

沖縄県における精神障がい者の処遇の経緯は、1972年の本土復帰が影響している。日本本土から分断されていた復帰前の琉球政府時代は、精神科医療施設や医師、看護師などの資源が終戦直後から徐々に増加してきたものの、保健師を除いて全国平均に満たなかった。北村(2014)は、その要因を、琉球政府の慢性的な財源不足による公費負担適応が限定的であったこと、国民皆保険が創設されていなかったことなどをあげている。そして、精神患者を抱える家族の負担は過重で、精神病患者監護法に基づく私宅監置が継続されていたと報告している。本土復帰以降、日本の社会保障制度の傘の下で、沖縄県の精神障がい者の処遇環境は改善された。精神病床数は急激な増加をみせ(沖縄県における精神保健福祉の現状, 2016)、現在では全国平均を大きく上回っている(国民衛生の動向, 2018)。急激な精神科病床の増加に伴い、私宅監置や在宅で過ごしていた多くの精神障がい者は入院治療が容易に受けられるようになった。

ところで、沖縄は伝統的に祖先崇拜が根づいた地域である。人々が清明祭や盆、彼岸等、祖霊に対して子孫が保護されて繁栄するために御願(ウガン)をするという民間信仰が浸透し、その重要な役割の担い手としてユタの存在がある。沖縄でいうユタ(民間巫者)は、一般人に位牌継承や祖霊祭祀の方法を伝えていく

シャーマンである(松井ら, 1982)。有料で祖霊祭祀を司り、民間人の相談(原因不明の災害、体調不良や不自然な事故、運勢判断、死者供養など)にもものる(渡嘉敷, 2011)。沖縄の人々は、体調不良で健康状態に課題があるとき、病院受診に加え、あるいは、病院受診の前に、ユタに相談する(「ユタを買う」)行動を取ることが今でも残っている。與古田(1997)は、沖縄県K村住民の20%以上が「精神病は霊的な関りや祈祷により回復する」と回答したとし、ユタと精神疾患との関わりが深く、地域での精神病に対する認知や解釈に影響を与えていることを指摘している。

そこで、本稿では、今後、民間信仰を持つ地域で精神障がい者が安心して在宅で療養することができるために、ユタ文化という民間信仰と精神障がいはどのように関連しているのかを検討するために文献を整理した。

II 研究方法

1. 分析対象文献の選定

文献の抽出は、検索対象期間は限定せずに医学中央雑誌web版ver.5を使用した。文献を選定するにあたり、ユタと精神障がいの関連性をみるために「沖縄」×「精神」×「文化」として44件が抽出された。論文のアブストラクトから、沖縄(場所)を題材にしていないもの、ユタを題材にしていないものを除いて12件を対象文献(表1)とした。

2. データ収集と分析

ユタと精神障がいに関する文献12件を精読し、ユタと精神障がいとの関連についての記述内容を取り出した。次に、取り出した内容について「ユタと精神障がいとの関連はどのように記述されているか」を読み取り、キーセンテンスを作成した。さらに、キーセンテンスについて、「医療者は民間信仰をどのように捉えているか」の観点で質的帰納的に分析した。なお、記述内容の取り出し、キーセンテンスの作成、カテゴリー化にあたっては、研究メンバー間で討議し、合意が得られるまで繰り返し検討した。文中では文献の記述内容を「」、キーセンテンスを〈〉、サブカテゴリーを《》、カテゴリーを【】で表示した。

1) 沖縄県中部保健所

2) 沖縄県立看護大学

表1. 検討文献リスト

ID	著者名	発行年	文献名
1	東畑	2014	文化の中の心理療法 —治療者-クライアント間の抵抗と交渉—
2	知念ら	2011	沖縄における地域文化的看護体験
3	渡嘉敷	2011	手の震えを訴えたユタの女性との心理療法
4	上川ら	2009	急性期総合病院において伝統的祖霊崇拝がインフォームドコンセントに支障をきたした5症例
5	Shimoji	1998	シャーマン教 (Shamanism) モデルとシャーマン教風土における精神病モデルとの間の仲介 医学人類学的見解
6	吉永ら	1993	比較文化精神医学 Culture-bound syndrome研究の論点と今後の課題 沖縄地方のカミダーリイの検討を通して
7	Shimoji	1991	沖縄県宮古島におけるシャーマニズムと精神医学の共有領域 医学人類学および精神医学人類学からの観点
8	與古田ら	1992	沖縄における精神科看護スタッフのユタに対する意識と疾病観に関する研究
9	親富祖	1992	癒しとしての宗教 シャーマン信仰と治療 沖縄のユタを中心に
10	親富祖	1989	今日におけるユタの諸問題 —その精神医学的位置づけ—
11	松井ら	1982	沖縄のシャーマン(ユタ)のパーソナリティ特性 11事例のロールシャッハ反応
12	田頭	1979	沖縄における比較文化精神医学的研究

Ⅲ 結果

ユタと精神障がいとの関連についての記述内容(表2)は、【精神障害者をスピリチュアリティを含めて捉える民間信仰の理解】、【民間信仰に影響される対処行動の理解】、【適切な医療提供のための民間信仰の見極め】、【民間信仰を取り込んだ支援】、【医療の効果を高める民間信仰】、【民間信仰を含めた健康システムの構築】の6カテゴリーであった。12文献から取り出されたキーセンテンスは83、サブカテゴリーは23であった。以下、カテゴリーごとに結果を示す。

1. 精神障がいをスピリチュアリティを含めて捉える民間信仰の理解

《医療者は現代医療だけでなく民間信仰の有用性にも配慮する必要がある》、《民間信仰における精神障がい観は、霊界と無関係な場合と霊界と関連している場合がある》、《民間信仰における精神障がいへのまなざしは、霊界と関連している場合、肯定的に受け入れられる》の3サブカテゴリーであった。

1) 医療者は現代医療だけでなく民間信仰の有用性にも配慮する必要がある

下地(1998)は、民間信仰が地域に深く根づいているものと理解し、医療者は現代医療と民間信仰の視点を併

せもつ必要性について述べ、「そのどちらかに偏ることなく患者家族に接することにより現在の疾病から起こる問題点について話し合うことができる」と、〈医師は、民間信仰治療システムによる有用性を理解し、現代精神医学と民間信仰との間において、客観的立場に立つ必要がある〉(5-5)と記述していた。

2) 民間信仰における精神障害者観は、霊界と無関係な場合と霊界と関連している場合がある

田頭(1979)は、患者家族の調査報告から、統合失調症者をもつ家族約80%が患者の疾患についてユタへ託宣を受けに行ったこと、家族の中でユタの必要性を否定したのは、10%だけであったとことを明らかにし、ユタが精神障がい者に与える影響を示した。そして、家族だけでユタ買いをすることについて、「患者の病態像は祖先霊や屋敷に憑着している霊等が原因となり、家族がその一家への行動を促すものと理解されているので、直接患者は関係ないからである。」といったように、〈ユタの精神障害者観は、霊界と関連して発症する精神疾患について、常に先祖の霊であるという特徴がある〉(12-3)と記述していた。

3) 民間信仰における精神障害者へのまなざしは、霊界と関連している場合、肯定的に受け入れられる

下地(1991)は、ユタの疾病に対する観点からは、個

人の病気として捉えずに被害者として治療の位置づけを
 するとし、「宮古社会では病気を運命と関連付けること
 から不運を取り除くために様々な儀式が行われ、それは
 個人的なものとしてではなく、公共的でなじみ深く数世
 代にわたる儀式である」と、「ユタの診断は、病気を個
 人的なものにとらえず、被害者として捉えるため、病
 気を除くために不運を取り除くための儀式が行われて
 いる慣習がある」(7-6)と記述していた。

2. 民間信仰に影響される対処行動の理解

《精神疾患の治療として民間信仰を選択する人々の存
 在を認め、その対処行動を理論的に理解する》、「カミダ
 ーリイ症状を抱える対象にとって、民間治療は精神医療
 より優先されやすい》、「成巫過程の病的症状は地域住民
 に共有され受け入れられるので、体験者は巫業に携わ
 ることで適応する》、「医療に携わる看護職であっても沖
 縄の女性としての民間信仰が根づいているが、病名によ
 ってユタの利用に変化がある》の4サブカテゴリーであ
 った。

1) 精神疾患の治療として民間信仰を選択する人々の存在を認め、その対処行動を理論的に理解する

親富祖(1992)は、そのような精神障がい者の症状行動
 や受診などの対処行動は、動物行動学の「擬態」の概念
 を用いて、病者と観察者(医療者)との問題を、精神障
 がい者の症状行動と対処行動を通して説明することによ
 り、「病者の症状行動や受診などの対処行動は、動物行
 動学の擬態の概念で説明可能である」(9-2)と記述し
 ていた。

2) カミダーリイ症状を抱える対象にとって、民間治療は精神医療より優先されやすい

カミダーリイについて、松井ら(1982)は、「沖縄地
 方に見られる現象で、ユタなどの宗教的職能者が職能
 者となる過程、つまり成巫過程で体験するとされる、
 種々の心身の病的状態をさすことばである。」と定義
 している。さらに、「(前略)カミダーリイとよばれる
 心身の不全が激しく重篤であるほど、…(中略)それ
 が単なる病気として排除されずに社会的に承認され
 る形では、その地域社会に固有の価値・信念体系に
 根ざしたカミ観念に依存せざるをえない、さらに心
 身の不調による自己の内的資質の貧困を補うなどの
 ためにも、カミという枠組みをかりることが必要な
 のである。」(松井ら,1982)とし、「カミダーリイ
 とよばれる心身の不全の程度が激しい者ほど、地
 域に社会的に受け入れられるためにカミダーリイ
 をユタへの成巫過程と捉えてカミに依存する」(11-
 3)と記述していた。

3) 成巫過程の病的症状は地域住民に共有され受け入れられるので、体験者は巫業に携わることで適応する

吉永ら(1993)らは、「ミチアキと言われる成巫の
 ための諸手続き(各地の拝所の拝みや先輩職能者へ
 の訪問)においては共同体員から精神的・経済的支
 えが提供され、…(中略)巫業が軌道に乗り始めると、
 共同体

員は職能者に経済的に依存するようになり、ここに
 新しい経済的・精神的共同体が再生する。こうした
 過程を経て、…(中略)いくつかの体験を残存した
 まま、カミダーリイは克服した、と考えられるよ
 うになる。」と記述し、カミダーリイ病態像を示
 す者がユタになるまでのプロセスを経済的・精神
 的な周囲の依存から職能者として今度は周囲を支
 える側にまわり、その後症状は治まると説明し、
 「成巫過程における様々な症状により他者への依
 存が必要な状態から、ユタとなり職能者として他
 者から依存されることによって症状が鎮静化する」
 (6-4)ことを記述していた。

4) 医療に携わる看護職であっても沖縄の女性としての民間信仰が根づいているが、病名によってユタの利用に変化がある

與古田ら(1992)は、調査により看護職本人及び
 その家族の相談経験者が全体の6割にも上ることを
 明らかにし、「現代医療に携わる看護職においても、
 民間信仰の浸透が根強い」(8-3)と記述してい
 た。さらに、看護職自身の相談内容が一般とは異
 なり、治る見込みのない病気でユタ買いをするこ
 とはせず、精神的な症状や原因不明の病気などで
 ユタ買いをすることが多く、医療に携わる看護職
 であっても沖縄の女性としての民間信仰が根づい
 ているとし、「現代医療に携わる看護職において、
 一般人とは異なり不治の病ではなく、精神的な病
 の時にユタ買いをする」(8-4)と記述していた。

3. 適切な医療提供のための民間信仰の見極め

《精神疾患の判別として民間信仰にも配慮する必
 要がある》、「カミダーリイ症状に潜む精神疾患の
 診断を見落とさないよう見極める必要がある》、「
 民間信仰という地域文化を精神疾患の診断に活用
 できる》3サブカテゴリーであった。

1) 精神疾患の判別として民間信仰にも配慮する必要がある

下地(1991)は、「カミダーリイ症状を一つの疾
 患としてではなく、現代医学にある病気から文化
 に結びついた症候群であり得る」と記述し、症
 状解明には生物医学的だけでなく文化人類学的な
 視点からのアセスメントの必要性を述べ、「カミ
 ダーリイ症状の様々な状態像を解明するために
 生物学的及び文化的な視点が必要になってくる」
 (7-3)と記述していた。

2) カミダーリイ症状に潜む精神疾患の診断を見落とさないよう見極める必要がある

吉永ら(1993)は、民間信仰の有効性は疾患
 によることとし、統合失調症などの慢性疾患の
 場合は継続的精神科医療が必要であることを伝
 え、「精神医療は、カミダーリイ症状の中には
 統合失調症が隠され慢性化することがあること
 を注意喚起している」(6-3)と記述していた。

3) 民間信仰という地域文化を精神疾患の診断に活用できる

下地 (1998) は、「カミダーリィ症状は病気の可能性の有無に関係なく様々な症状があることから、文化軸で診断を考えることでカミダーリィ病態像について多

くの有用な情報が得られ、診断に役立つ」と記述しており、〈カミダーリィ症状を文化的視点で捉えることにより、有用な情報が得られ診断の役に立つ〉(5-3) と記述していた。

表2. ユタと精神障害との関連についての記述内容

ID	キーセンテンスの例	サブカテゴリー	カテゴリー
5-5	医師は、民間信仰治療システムによる有用性を理解し、現代精神医学と民間信仰との間において、客観的立場に立つ必要がある。	医療者は現代医療だけでなく民間信仰の有用性にも配慮する必要がある	精神障害者をスピリチュアリティを含めて捉える民間信仰の理解
12-3	ユタの精神障害者観は、霊界と無関係に発症し精神医療を必要とする精神病があることを認めている	民間信仰における精神障害者観は、霊界と無関係な場合と霊界と関連している場合がある	
12-3	ユタの精神障害者観は、霊界と関連して発症する精神病について、常に先祖の霊であるという特徴がある		
12-4	沖縄文化としての精神障害者観は、患者の示す異常現象は、直接患者が関係しているのではなく、家族への行動を促すメッセージと捉えられている	民間信仰における精神障害者へのまなざしは、霊界と関連している場合、肯定的に受け入れられる	
7-6	ユタの診断は、病気を個人的なものととらえず、被害者として捉えるため、病気を除くために不運を取り除くための儀式が行われている慣習がある。		民間信仰に影響される対処行動の理解
8-1	民間信仰が根強く浸透していることから精神障害においても利用している人々がいることを精神衛生上の課題とする。	精神疾患の治療として民間信仰を選択する人々の存在を認め、その対処行動を理論的に理解する	
9-2	病者の症状行動や受診などの対処行動は、動物行動学の擬態の概念で説明可能である。		
6-3	カミダーリィ症状は現代精神医療よりも信仰治療につながりやすい。	カミダーリィ症状を抱える対象にとって、民間治療は精神医療より優先されやすい	
11-3	カミダーリィとよばれる心身不全の程度が激しい者ほど、地域に社会的に受け入れられるためにカミダーリィをユタへの成巫過程と捉えてカミに依存する。		
6-4	成巫過程における様々な症状により他者への依存が必要な状態から、ユタとなり職能者として他者から依存されることによって症状が鎮静化する。	成巫過程の病的症状は地域住民に共有され受け入れられるので、体験者は巫業に携わることで適応する	
11-2	現代医学による検査により統合失調症と疑われるものであってもカミに関するユタとしての役割をもつことにより社会に適応できる。		
8-3	現代医療に携わる看護職においても、民間信仰の浸透が根強い。	医療に携わる看護職であっても沖縄の女性としての民間信仰が根づいているが、病名によってユタの利用に変化がある	
8-4	現代医療に携わる看護職において、一般人とは異なり不治の病ではなく、精神的な病の時にユタ買いをする。		
6-2	成巫過程としてのカミダーリィの機序は、病理学的要因と社会的文化的背景要因がある。	精神疾患の判別として民間信仰にも配慮する必要がある	
7-3	カミダーリィ症状の様々な状態像を解明するために生物学的及び文化的な視点が必要になってくる。		
6-3	精神医療は、カミダーリィ症状の中には統合失調症が隠され慢性化することがあることを注意喚起している。	カミダーリィ症状に潜む精神疾患の診断を見落とさないよう見極める必要がある	
7-2	カミダーリィ症状のなかの多くは統合失調症などの精神科の病名が見つかる。		
5-3	カミダーリィ症状を文化的視点で捉えることにより、有用な情報が得られ診断の役に立つ。	民間信仰という地域文化を精神疾患の診断に活用できる	
5-5	カミダーリィを文化として捉え、患者の立場や症状に対する認識を理解して症状アセスメントをとる。		

表2. ユタと精神障害との関連についての記述内容(続き)

ID	キーセンテンスの例	サブカテゴリー	カテゴリー	
4-1	急性期医療では、痛みなどの身体症状と不安、抑うつなどの精神症状と同時にスピリチュアリティが存在することを認める。	医療者が民間信仰を対象の精神的拠り所として認める	民間信仰を取り込んだ支援	
8-2	現代医療に携わる看護職においても、民間信仰(カミゴト・ユタゴト)を認めている者が過半数を超えていた。			
2-1	看護職は対象に合わせてユタのお告げを精神的よりどころとして受容し、自らのケアを拒否されても工夫して関わっている。	医療者が民間信仰を対象の精神的拠り所として理解しケアに活用する		
4-4	民間祖霊信仰は文化に内在したスピリチュアリティであり、精神科医療における社会資源である。	民間信仰という地域文化を精神疾患の治療に活用する		
1-2	ユタ信仰を持つクライアントや家族に対する心理療法では、ユタによる民間療法と併用することで改善の効果が得られる。			
1-1	科学に根ざした心理療法の関心に、ローカルなユタ信仰とグローバルな心理療法の交流を考察することを提示している。	医療者は民間治療と対立せずにユタ問題と向き合うことで治療関係を変容させる		
10-6	地域精神保健の本来の目的である社会復帰、社会参加を推進するためには、ユタの問題に向き合う必要がある。			
4-4	患者が心の拠り所としているスピリチュアリティを認めることにより、科学的な治療(EBM)とスピリチュアリティは同時に存在することができる。	医療者の民間信仰に対する理解により対象は現代医療を受け入れる		
5-2	対象の民間信仰への気持ちを受け止めて医療の場で文化的特徴を活用することにより、対象は治療に理解を示す。			
4-2	祖霊を敬う文化が今でも息づいているため、医師はユタの存在と必要性を認めざるを得ない。	民間信仰は精神医療と同様に治療法として浸透している		
12-5	医師は公的資格を用いて精神医療に携わるのに対し、ユタは住民の圧倒的な支持を得ることで精神科の治療に深く浸透している。			
1-2	ユタ信仰をもつクライアントや家族に対する心理療法では、ユタによる民間治療が心理療法に併用され、心理療法の実施もクライアントに合わせて変容することを余儀なくされる。	精神医療とユタ信仰が共存することは治療環境の強みになる		
7-5	精神科医療に適切にユタの認識を取り入れることは、精神科医療において患者が必要とする柔軟性をもった効果的な医療を提供できることにつながる。			
5-4	治療システム上において現代精神医学と民間信仰の併用は必要である。	民間信仰は、現代医療を併用することで相互に補い合う		医療の効果を高める民間信仰
5-2	民間信仰と現代精神医療との併用は、対象の治療において有効である。			
12-4	ユタは、患者及び家族にとって現代精神医療に対する文化葛藤のテーマとして存在している一方、精神科の治療者として肯定されている側面もある	民間信仰は文化葛藤の要因でありながら、人々の生活を支え、精神医療を支えている側面がある		
10-1	文化の変容は、文化抵触した双方にもたらされるため、ユタなどのマイノリティだけでなくグローバルな文明である精神医療にも変容が生じる			
7-1	精神科領域において、人々が精神科と霊界を関係づけるため、ユタの利用について疫学的視点から判断する必要がある。	民間信仰が地域の健康システムとして息づく中で、その影響を理解し、精神医療の役割を見いだす必要がある		
8-5	精神科において民間信仰が根強く浸透していることを認め、現代精神医療の果たす役割について課題とする必要がある。			
7-7	民間信仰への対処方法はユタの考えを取り入れ、患者がユタに頼ることを認めるとともに、治療者自身、患者、家族間の病識に対する認識の違いがなくなるようにする必要がある。	民間信仰と精神医療の混在による病識の相違に配慮し、その困難に挑む		民間信仰を含めた健康システムの構築
1-3	精神症状に対し、当事者、ユタ、医療者それぞれに異なる説明モデルがあることで、現代精神医療のみで課題解決に取り組む困難性がある。			
10-3	日本本土の諸制度の流入は、女性の位牌継承禁止の沖縄の慣習と男女平等の相続制度とが対立し、ユタを肯定してきた民衆によるユタ論争へ発展した	社会情勢の変化により、民間信仰が住民を変化させる		
10-3	沖縄の社会変動で起きたユタ論争は、圧倒的な支持を得るユタに対し、託宣を受ける当事者による治療批判といえる			
10-5	装置系としての精神医療とユタ信仰との文化摩擦は、症状を有する当事者と家族の対立の原因となり、結果として未治療者、治療中断者として浮かび上がる。	精神医療の問題として存在する民間信仰との文化摩擦を侮らない		
9-2	「イシャカタティ、ユタカタティ」と言われる精神医療とユタとの関わりを相補的關係と単純に捉えることに警鐘を鳴らす。			

4. 民間信仰を取り込んだ支援

《医療者が民間信仰を対象の精神的拠り所として認める》、《医療者が民間信仰を対象の精神的拠り所として理解しケアに活用する》、《民間信仰という地域文化を精神疾患の治療に活用する》、《医療者は民間治療と対立せずにユタ問題と向き合うことで治療関係を変容させる》、《医療者の民間信仰に対する理解により対象は現代医療を受け入れる》の5サブカテゴリーであった。

1) 医療者が民間信仰を対象の精神的拠り所として認める

上川ら(2009)は、急性期医療の場においても、痛みなどの身体症状と不安、抑うつなどの精神症状と同時にスピリチュアリティが存在することを認め、〈急性期医療では、痛みなどの身体症状と不安、抑うつなどの精神症状と同時にスピリチュアリティが存在することを認める〉(4-1)と記述していた。

2) 医療者が民間信仰を対象の精神的拠り所として理解しケアに活用する

知念ら(2011)は、看護職の看護体験のなかから、ユタのお告げを優先し看護職の介入を拒否した事例についても根気よく接して対応したことで「看護職者は、患者や家族・住民の地域文化的な様々な風習、行動パターン、生活様式に対して理解・共感し、精神的安定や健康への危険性を見極めて対応していた。そして地域文化的な特徴を活用していることがわかった。」と調査内容を報告し、〈看護職は対象に合わせてユタのお告げを精神的よりどころとして受容し、自らのケアを拒否されても工夫して関わっている〉(2-1)と記述していた。

3) 民間信仰という地域文化を精神疾患の治療に活用する

東畑(2014)は、クライアントの家族が民間信仰を頼り聖地巡りをしたあとに家族の態度も変わって本人の状態が安定したことから民間療法の効果を認め、クライアントが民間療法を併用したことによりクライアント、セラピスト共に症状の改善を実感できたこと、さらにクライアント自ら生活に合わせて心理療法を行っている姿を説明することにより〈ユタ信仰を持つクライアントや家族に対する心理療法では、ユタによる民間療法と併用することで改善の効果が得られる〉(1-2)と記述していた。

4) 医療者は民間治療と対立せずにユタ問題と向き合うことで治療関係を変容させる

東畑(2014)は、自身の診療の場において沖縄では珍しくはない民間療法を併用した患者家族を題材に、現代精神医療である心理療法とローカルな文化としてのユタや慣習との交流についての考察を試みることにより、〈科学に根ざした心理療法の関心にローカルなユタ信仰とグローバルな心理療法の交流を考察することを提示している〉(1-1)と記述していた。

5) 医療者の民間信仰に対する理解により対象は現代医療を受け入れる

下地(1998)は、民間信仰の言い伝えを理由に治療者が提案する方針を断った患者の家族に対し、民間信仰の言い伝えを別の解釈で家族が受け取ることができるよう説明した結果、治療方針を受け入れた事例をとおして、〈対象の民間信仰への気持ちを受け止めて医療の場で文化的特徴を活用することにより、対象は治療に理解を示す〉(5-2)と記述していた。

5. 医療の効果を高める民間信仰

《民間信仰は精神医療と同様に治療法として浸透している》、《精神医療とユタ信仰が共存することは治療環境の強みになる》、《民間信仰は、現代医療を併用することで相互に補い合う》、《民間信仰は文化葛藤の要因でありながら、人々の生活を支え、精神医療を支えている側面がある》の4サブカテゴリーであった。

1) 民間信仰は精神医療と同様に治療法として浸透している

上川ら(2009)は、「われわれ医療活動を行っている沖縄県は、琉球王国時代に事実上の国教として祭政一致体制にあった自然信仰体系が、現在も民間信仰として定着している・・・(後略)。」とし、民間信仰が地域に根付いている歴史的背景を説明し、「医者半分、ユタ半分」という言葉を引用して民間信仰が根づいていることについて、〈祖霊を敬う文化が今でも息づいているため、医師はユタの存在と必要性を認めざるを得ない〉(4-2)と記述していた。

2) 精神医療とユタ信仰が共存することは治療環境の強みになる

下地(1991)は、現代医療に地域に根づいた民間信仰の考えを取り入れることで、精神科医療において患者が必要とする柔軟性をもった効果的な医療を提供できることにつながるとし、〈精神科医療に適切にユタの認識を取り入れることは、精神科医療において患者が必要とする柔軟性をもった効果的な医療を提供できることにつながる〉(7-5)と記述していた。

3) 民間信仰は、現代医療を併用することで相互に補い合う

下地(1998)は、民間信仰が地域で深く根づいていることを認識し、その疾病観やカミダーリィといった地域社会で表現している用語などをうまく精神医学に適応させることで、患者の疾病治療に有用性があるとし、生物医学的、人類学視点に立ったアセスメントを行い現代精神医学に民間信仰による治療システムを適応させていくことの必要性について、〈治療システム上において現代精神医学と民間信仰の併用は必要である〉(5-4)と記述していた。

4) 民間信仰は文化葛藤の要因でありながら、人々の生活を支え、精神医療を支えている側面がある

田頭(1979)は、患者と家族の立場から調査し、家族はユタを肯定している一方、患者は、家族に勧められて

仕方なくユタの託宣を受けているというずれを明らかにした。患者・家族の立場から、文化葛藤のテーマとしてのシャーマニズムだけでなく、精神療法の治療者としてのユタの存在がある。このように民間信仰は文化葛藤の要因でありながら、人々の生活を支え、精神医療を支えている側面があることを説明し、〈ユタは、患者及び家族にとって現代精神医療に対する文化葛藤のテーマとして存在している一方、精神療法の治療者として肯定されている側面もある〉(12-4)と記述していた。

6. 民間信仰を含めた健康システムの構築

《民間信仰が地域の健康システムとして息づく中で、その影響を理解し、精神療法の役割を見いだす必要がある》、《民間信仰と精神療法の混在による病識の相違に配慮し、その困難に挑む》、《社会情勢の変化により、民間信仰が住民を変化させる》、《精神療法の問題として存在する民間信仰との文化摩擦を侮らない》の4サブカテゴリーであった。

1) 民間信仰が地域の健康システムとして息づく中で、その影響を理解し、精神療法の役割を見いだす必要がある

與古田(1992)らは、ユタに相談することを認める医師が患者家族から好意的に受け取られることを説明し、患者家族が未だにユタに相談し続けるなど地域に根強く民間信仰が浸透していることを認識したうえで、患者を中心とした現代医療のとるべき役割について課題としてあげ、〈精神病において民間信仰が根強く浸透していることを認め、現代精神療法の果たす役割について課題とする必要がある〉(8-5)と記述していた。

2) 民間信仰と精神療法の混在による病識の相違に配慮し、その困難に挑む

東畑(2014)は、クライアントの症状を改善することで同じ目標を抱えながら、家族、ユタ(民間信仰)、セラピストそれぞれの関係者が異なる「信念」、すなわち家族は「運動」説明モデル、ユタは「霊的」説明モデル、セラピストは「心理的」説明モデルをとらえて対応していたことを説明し、結果的に心理療法のみで課題解決に取り組むことが不可能であったこと、その背景としてローカルな文化の存在を認めざるを得なかったことを認め、〈精神症状に対し、当事者、ユタ、医療者それぞれに異なる説明モデルがあることで、現代精神療法のみで課題解決に取り組む困難性がある〉(1-3)と記述していた。

3) 社会情勢の変化により、民間信仰が住民を変化させる

親富祖(1989)は、本土復帰を契機に諸制度が流入してきたことにより、人々の価値観も多様になり、従来の祖霊信仰のあり方に対して意見を異にするものも現れた「ユタ論争」という事象について、ユタを民間治療者として活用してきた当事者による治療批判であると、〈日

本本土の諸制度の流入は、女性の位牌継承禁止の沖縄の慣習と男女平等の相続制度とが対立し、ユタを肯定してきた民衆によるユタ論争へ発展した〉(10-3)と記述していた。

4) 精神医療の問題として存在する民間信仰との文化摩擦を侮らない

親富祖(1989)は、現代精神医療にかかりながら民間信仰にも依存しているが、病態が改善しない事例をとりあげ、ユタと精神障がいについて、医療の二重化を単純に相補的關係とみることにとどめないことについて論述し、〈「イシャカタティ、ユタカタティ(医者片手、ユタ片手)」と言われる精神療法のユタとの関わりを相補的關係と単純に捉えることに警鐘を鳴らす〉(9-2)と記述していた。

IV 考察

1. 時代によるユタと精神病との関連

時代によるユタと精神病との関連を検討するために、検討文献で最も古い田頭(1979)と最も新しい東畑(2014)の記述を比較して述べてみる。

田頭(1979)は、戦後の沖縄という特殊な環境における精神療法の携わる立場から戦後取り込まれてきたアメリカ文化と本土文化が流入したことによる民間信仰との間の文化葛藤が、統合失調症の発症要因となったことなどを記述している。一方、東畑(2014)は、本土復帰から40年以上もたち、多様な文化、多様な価値観が存在するなかで、未だ現代精神療法において民間信仰が沖縄で暮らす人々に浸透し、それが医療の現場で何気ないクライアントの会話や行動から垣間見えると記述している。両者は、精神療法における民間信仰の影響力の大きさを共通に指摘していた。また、田頭が民間信仰の影響を課題と捉えていたのに対し、東畑は精神療法と民間信仰が統合できる可能性について実践から指摘している。このことから、精神療法と民間信仰は、文化葛藤の要因でありつつも、クライアントの病態改善という目標を同じくしていることを生かし、患者を中心とした治療をすすめていくことが現代精神療法と民間信仰が精神療法の現場で両立する姿を示していた。

2. 変容する民間信仰

民間信仰は沖縄に深く浸透し、精神療法に影響を与え続けていることが明らかになった。ただし、親富祖(1989)は、沖縄では本土復帰を契機に日本国憲法などの諸制度が本土並み化されたことにより、これまで女性の位牌継承を禁忌としてきたが、男女平等の価値が表出化され、これにより摩擦をもたらした。つまり本土復帰は、従来の沖縄の位牌継承に変化をもたらした。ユタの祖霊崇拝の考え方や対応の仕方をも変容させたといえる。グローバル化の進展や情報化が進行した現代、人々の価値観は世代間にも大きな差異を生む。このことから、ユタによる

民間信仰は、世代間でも変容し、さらに個別化した、多様な価値へ変容すると考えられた。

3. 看護実践におけるユタ信仰

與古田（1992）らは、看護師は一般人とは異なり明らかに末期がんなど治らない疾患に対してはユタに相談せず、精神障がいや原因不明などの時に相談すると述べていた。看護師は、医療上の経験や知識に依拠する場合と、民間信仰に依存する場合の認識を持ちあわせ、合理的判断をしていると推測される。現代精神医療に携わる精神科看護職においても民間信仰が浸透して影響を与えていることが認識させられた。祖霊崇拝において一家の中心的役割を担う沖縄の女性達において民間信仰が根強く浸透していることから、いつの時代においても沖縄での精神医療の場において民間信仰が人々をとおして立ち現れることが今回の文献検討をとおして切実に伝わった。

したがって、民間信仰の根づく沖縄に育った看護職者が、今後近代精神医療と民間信仰のかけはしとなってどのような役割を担うことができるのか検討が必要と考える。

引用文献

- 知念久美子, 野村幸子, 盛島幸子, 美底恭子, 糸数仁美. (2011). 沖縄における地域文化的看護体験. 文化看護学会誌, 3(1), 30-37.
- 東畑開人, (2014). 文化の中の心理療法 治療者-クライアント間の抵抗と交渉. こころと文化, 13(1), 45-53.
- 上川英樹, 田山未和, 秦克之, 嘉陽嘉世, 島袋恭子, 宮良あさの, 涌波淳子, 山田茂人. (2009). 急性期総合病院において伝統的祖霊崇拝がインフォームドコンセントに支障をきたした5症例. 精神科, 14(6), 530-534.
- 北村毅(編). (2014). 沖縄における精神保健福祉のあゆみー沖縄県精神保健福祉協会 創立55周年記念誌ー (pp17 - 35). 財団法人 沖縄県精神保健福祉協会.
- 国民衛生の動向. 2018/2019. (2018). 65(9). 一般財団法人 厚生労働統計協会.
- 厚生労働省. (2019). 知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス. 精神保健医療福祉の改革ビジョン以降の取り組み. <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html> (2019年10月28日現在).
- 松井裕子. (1982). 沖縄のシャーマン(ユタ)のパーソナリティ特性 11事例のロールシャッパ反応. ロールシャッパ研究, 24, 85-99.
- 沖縄県. (2017). 沖縄県における精神保健福祉の現状 平成27年. https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/chiikihoken/seishin/documents/01gennjyou_h27_zennhann327.pdf (2019年10月28日現在).
- 親富祖勝己. (1992). 癒しとしての宗教 シャーマン信仰と治療 沖縄のユタを中心に. こころの科学, 43, 65-69.
- 親富祖勝己. (1989). 今日におけるユタの諸問題 その精神医学的位置づけ. 社会精神医学, 12(1), 9-16.
- Shimoji Akitomo. (1991). 沖縄県宮古島におけるシャーマニズムと精神医学の共有領域 医学人類学および精神医学人類学からの観点. The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 45(4), 767-774.
- Shimoji Akitomo, Eguchi Shigeyuki, Ishizuka Kouko, Cho Taketo, Miyakawa Taihei. (1998). シャーマン教(Shamanism)モデルとシャーマン教風土における精神病モデルとの間の仲介. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 52(6), 581-586.
- 田頭政三郎. (1979). 沖縄における比較文化精神医学的研究. 神戸大学医学部紀要, 40(1), 73-90.
- 渡嘉敷あゆみ. (2011). 手の震えを訴えたユタの女性との心理療法. 心理臨床学研究, 28(6), 740-750.
- 與古田孝夫. (1997). 沖縄の社会・文化的環境のメンタルヘルスに及ぼす影響について(第1報)特に信仰・宗教意識との関連から. 日本社会精神医学雑誌, 5(2), 169-175.
- 與古田孝夫, 石津宏, 名嘉幸一. (1992). 沖縄における精神科看護スタッフのユタに対する意識と疾病観に関する研究. 社会精神医学, 15(2), 146-152.
- 吉永真理, 佐々木雄司. (1993). 比較文化精神医学 Culture-bound syndrome 研究の論点と今後の課題. 精神科治療学. 8(11), 1345-1352.

1. 名称

本誌の名称は「沖縄県立看護大学紀要」(英文名: Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing)とする。

2. 発刊の趣旨

看護学の発展および沖縄県立看護大学における研究活動の質向上に資することを目的とする。

3. 投稿者の資格

紀要投稿者は、原則として本学の①教職員、②非常勤講師、③大学院生、④大学院修了生、⑤研究生とする。筆頭著者は投稿資格を有する者とする。投稿資格を有する者は学外の研究者を連名投稿者にすることができる。

4. 原稿の種類

投稿原稿の種類は、論壇、総説、原著、研究報告、短報、その他であり、それぞれの内容は以下の通りである。

論壇 Sounding Board

本学の教育及び保健看護領域に関する話題のうち、論議が交わされつつあるものについて今後の方向性を指し示すような著述や提言。

総説 Review Article

取り上げた主題について、内外の諸研究を幅広く概観し、その主題についてのこれまでの動向、進歩を示し、今後の方向性を展望したもの。

原著論文 Original Article

看護学の知識の発展に貢献する独創的な論文であり、オリジナルなデータもしくは分析に基づいて得られた知見と実践への示唆が論理的に述べられているもの。

研究報告 Report

内容的に原著論文には及ばないが、研究の視点が独創的で研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

短報 Brief Report.

迅速に公表することで、他研究者や今後の看護学の発展に寄与する可能性があるかと判断したもの。例えばパイロットワークや小規模研究など。

その他 Other

萌芽的な視点を提示する「研究ノート」、調査の結果を共有する「資料」事例報告などがある。

5. 倫理的配慮

- 1) 人および動物が対象である研究は、研究倫理審査委員会での承認、承認番号を明記する。
- 2) 倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されている。
なお明記する際には施設や個人が特定されないように留意する。
- 3) 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載している。

6. 原稿執筆の要領

- 1) 原稿は原則として、コンピュータソフト(MS WORD 等)で作成する。
- 2) 本文には頁数を入れ、さらに各頁の左端に行数を附す。
- 3) 原稿の記載方法は下記に従う。
 - (1) 原稿は A4 版横書き 40 字(全角)×30 行、英文 80 字(半角)×30 行を 1 頁とする。書体は、和文の場合「MS 明朝 10.5 ポイント」とし、英文は「Times New Roman 11.0 ポイント」とする。
 - (2) 図(写真を含む)表は、本文とは別に作成し、本文右余白にそれぞれの挿入希望箇所を指定する。なお、図表は、そのまま製版が可能な水準のものとする。
 - (3) 英数字や記号は半角で記述する。数字はアラビア数字で表記すること。数量の単位は原則として SI 単位に従い、記号で表す。
 - (4) 図表のフォントは、「MS ゴシック 8 ポイント」以上で作成する。
 - (5) 学名(微生物名など)はイタリック体で表す。
- 4) 投稿原稿の 1 編は本文、文献、図表を含めて原則として下記の頁以内とする。これを超えるものについては受領しない場合がある。なお、図表は 1 つを 0.5 頁と数える。

論 壇：4 頁以内
総 説：20 頁以内
原著論文：20 頁以内
研究報告：20 頁以内
短 報：10 頁以内
そ の 他：12 頁以内

- 5) 論文の構成：論文は下記の構成で作成する。
表紙、抄録(和文、英文)、本文、図表

- (1) 表紙：原稿の種類、表題、著者名、所属と連絡先(住所およびメールアドレス)、キーワード(日本語・英語それぞれ 5 個以内)、抄録文字数、本文頁数、図表の枚数を記す。

論文執筆者と所属機関の表示法(以下■は半角スペースを表す。)

苗字名前¹⁾， ■苗字名前²⁾。(執筆者は氏名のみを記述する。)

1) 沖縄県立看護大学， 2) ●▲大学

- (2) 抄録(Abstract)：論壇、総説、原著論文、報告には、和文(600 字程度)および英文(300 語程度)の抄録を附す。英文抄録はダブルスペースで記載する。

抄録には、本文の内容を簡潔に整理する。

例：背景(Background)、目的(Objective)、研究デザイン(Design)、対象(Subjects)、結果(Results)、結論(Conclusion)

英語表記の例：

- ・英語のタイトルは次のように記述する(最初の文字のみ大文字にする)。Parenting behaviors of young mothers on a remote island of Okinawa: A comparison with other mothers
- ・Key Words は、例のように固有名詞、略語以外は小文字で記述する。
semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code

- (3) 本文の構成は、以下に準ずる。
 例：はじめに(Introduction)、研究方法(Methods)、結果(Results)、考察(Discussion)、結論(Conclusion)、謝辞(Acknowledgement)、文献(References)。本文構成を段階的に記述する場合、段階番号は、1. 2. 3. …とし、1. をさらに細分化する場合には1) 2) 3) …とする。
- (4) 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載する。
- 6) 文献の記載方法は下記に従う。
- (1) 本文中の文献の記載は、第1著者名と発行年次を括弧表示する。
 例 (佐藤ら, 2009) (Jahana et al, 2011)
- (2) 文献リストの記載は、著者名のアルファベット順に列記し、同一著者の同年刊行の文献の場合は年号の後に a, b, …を附す。雑誌名は原則、和文は医学中央雑誌、英文は Index Medicus の採用する略語を用いる。いずれにも該当しないものは正式雑誌名を記載する。
- 7) 文献リストの記載例(■は半角スペースを示す。)
- (1) 学術雑誌
- ① 学術誌掲載論文の場合の基本
 著者名. ■(出版年). ■論文タイトル. ■掲載誌名, ■巻(号), ■開始頁-終了頁.
 例
 大城真理子, 神里みどり. (2016). 乳がん患者の受診遅延の概念分析. 日本看護科学学会誌, 36, 34-40.
- Yamaguchi K. (2012). Rationalization and Concealment of Violence in American Responses to 9/11: Orientalism(s) in a State of Exception. Journal of Postcolonial Writing, 48(3), 241-251.
- ② 著者が3名を超える場合
 著者1, ■著者2, ■著者3, ■著者他. ■(出版年). ■巻論文タイトル. ■掲載誌名, ■巻(号), ■開始頁-終了頁.
 例
 永山さなえ, 比嘉綾子, 塩川明子他. (2007). 若年妊産婦支援についての検討. 沖縄の小児保健, 34, 23-27.
- Ank R, Eleme L, Hunai G, et al. (2015). Transforming of idea to practice. BMC Palliat Care, 105, 1-6.
- ③ オンライン版で、DOI (Digital Object Identifier)のある場合
 著者名. ■(出版年). 論文タイトル. ■掲載誌名. ■巻(号). ■開始頁-終了頁. ■doi:DOI 番号
 例
 Akamine, I, Uza, M, Shinjo, M, et al. (2013). Development of competence scale for senior clinical nurses. JPN J NURS SCI, 10. 55-67. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00210.x.
- (2) 書籍
- ① 書籍の基本: 書籍全体の要約引用や引用が複数箇所の場合
 著者名. ■(出版年). ■書籍タイトル. ■版名. ■出版元.

例

上田礼子. (2006). 人間生涯発達学. 改訂第2版増補版. 三輪書店.

Brian S. (2013). The Art of Skill and Nursing. 2nd edition. Forest.

② 書籍の一部引用

著者名. ■(出版年). ■書籍タイトル(開始頁-終了頁). ■発売元.

例

山本敬子(編), 中木高夫(看護診断 監修). (2006). エビデンスに基づく看護過程実践Q&A. 関連図で導く看護診断とケアプラン(pp10-15). 中央法規出版.

Waren G. (2014). Learning and health(pp15-30). Angel Book.

③ 編集本の一部引用(章著者表示有りの場合)

章著者名. ■(出版年). ■章タイトル. ■編者名. (編). ■書籍タイトル(pp 開始頁-終了頁). ■発売元.

例

森元さおり. (2009). ケアリング. 岩本喜美子. (編). 事例を通してあなたの学びをふかめる 実用書(pp47-71). 沖縄出版.

④ 編集本の一部引用(著者表示無し)

編者名(編). ■(出版年). ■章タイトル. ■書籍タイトル(pp 開始頁-終了頁). ■発行元.

例

浅野かおる, 奥野よしこ(編). (2012). 第Ⅲ章 がん治療. 根拠に基づく看護(pp164-167). げんき社.

⑤ 翻訳本の基本: 翻訳本の要約引用や引用が複数箇所の場合

原書者名. ■(原著出版年/翻訳書出版年). ■翻訳者名(訳). ■訳書タイトル. ■発行元.

例

Barkauskas V. H. 他. (1994/1998). 花田妙子, 山内豊明, 中木高夫(監訳). 牛久保美津子, 雄西智恵美, 嘉手苺英子, 亀井智子, 高橋広, 田中美智子, 花田妙子, 濱崎勲重, 本田良行, 本間照子, 松田たみ子(訳), ヘルス・フィジカルアセスメント下巻. 日総研.

⑥ 翻訳本の一部引用

原著者名. ■(原著出版年/翻訳書出版年). ■翻訳者名(訳). ■書籍タイトル. ■版名. ■(pp 開始頁-終了頁). ■発売元.

例

ホロウェイ I, ウィーラー S. (2002/2000). 野口美和子(監訳). ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで. 第2版. (pp25-45). 医学書院.

⑦ ウェブサイト

出版元. ■(出版年). ■タイトル. ■URL(検索日).

厚生労働省. (2008.) 平成18年 国民健康・栄養調査結果の概要について.
www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/h0430-2.html (2009年7月15日現在).

7. 投稿手続

- 1) 投稿論文の内容は、他の出版物(国の内外を問わず)にすでに発表あるいは投稿されていないものに限

- る。アクセプトされた論文を他に投稿する等の重複投稿は禁止する。
- 2) 他人の図表を転載する場合には、著作権の所有者より転載許可を受ける。
 - 3) 原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 全ての原稿(表紙、抄録、本文、図表)について、正本1部、副本2部および返送用封筒(筆頭著者宛を記入)1部を同封する。副本には著者名、所属、謝辞等、著者名が特定される事項を記載しない。図表は1つにつき1頁とし、写真の場合は全てオリジナルを揃えるのが好ましいが、オリジナル1部と高画質の複写2部でもよい。
 - (2) 投稿時に「提出前チェックリスト」で記載法の誤りや提出物等の確認し、提出する。
 - (3) 英文(タイトル・キーワードも含む)はすべて **native check** もしくは専門家による英文校正・校閲を受けている。
 - 4) 最終原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 原稿の採択ならびに掲載決定の通知を受けた場合には、期日までに下記を提出する。
 - ①全ての原稿(表紙、抄録、本文、図表)2部
 - ②電子ファイルの入ったメディア媒体 1つ
 - ③著作権委譲にかかる承諾書
 - ④英文校正・校閲完了の証明書※転載許可書(著作権の所有者より転載許可を受けその旨を記したもの。所定の様式はない)
 - (2) 本文に附した頁数、行数の表記を消しておく。
 - (3) 電子ファイルは表紙、抄録(和文、英文)、本文、図(写真を含む)、表に分ける。必ず投稿前にファイル内の文字化け、画像の鮮明度などを確認する。メディア媒体には著者名、論文表題を記載する。
 - (4) 封筒の表に「沖縄県立看護大学紀要原稿」と朱書きした上で、「沖縄県立看護大学紀要編集専門部会」宛に提出する。

8. 投稿原稿の採否

原稿の採否は紀要編集専門部会が決定する。紀要編集専門部会は査読者を選定し、査読を依頼する。査読結果等により、原稿の種類、内容の加除、訂正を求められることがある。

9. 校正

投稿者による校正は再校までとし、校正に際して原稿の変更あるいは追加は認めない。

10. 著作権

著作権は沖縄県立看護大学に帰属し、掲載後は本学の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。

その旨について、紀要編集専門部会が用意する著作権譲渡同意書に著者全員が署名して、最終原稿提出時に添付する。なお、投稿論文は電子情報開示されることを条件とする。

11. 公開

沖縄県立看護大学紀要は、大学ホームページにて公開する。

(作成年：平成 11 年)
(第 1 次改訂年月：平成 15 年 1 月)
(第 2 次改訂年月：平成 15 年 5 月)
(第 3 次改訂年月：平成 19 年 3 月)
(第 4 次改訂年月：平成 21 年 7 月)
(第 5 次改訂年月：平成 25 年 4 月)
(第 6 次改訂年月：平成 26 年 7 月)
(第 7 次改訂年月：平成 28 年 7 月)
(第 8 次改訂年月：平成 29 年 7 月)
(第 9 次改訂年月：平成 30 年 5 月)

編集後記

沖縄県立看護大学紀要第21号をお届けいたします。ご寄稿ならびに査読のご協力を頂いた皆様に感謝申し上げます。第19号からペーパーレス化となり、前期後期の2期に分散して投稿も可能となっております。投稿資格をお持ちの皆様におかれましては、多くの論文が掲載できますようご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

令和2年3月31日

紀要編集専門部会 部会長 金城 忍

JOURNAL of
Okinawa Prefectural College of Nursing

No.21

Original Article

Sharing the practice of autonomy restoration to help long-term hospitalization psychiatric patients regain their confidence: From the viewpoint of institutional psychotherapy

Mitsuko Murakami 1

Sources/Information

Reviewing body of literature in Okinawa

Viewing mental disorders through perspectives of a folk religion

Teruko Zakabi, Akemi Owan, Yuki Taba 10

Criteria for Manuscripts 18

Postscript

March 2020