

# ある精神分裂病患者の社会復帰への一考察

南1階病棟 発表者 伊藤 廣子  
土屋 久美子・市川 直将・小林 泉・小林 勝江  
樋口 とみ子・立沢 とくゑ・藤井 町子・宮本 千恵子  
紅谷 順子・佐藤 玲子・内藤 裕子・藤森 敬子  
中沢 恵子・小坂井 ひとみ

## I はじめに

精神分裂病患者は、入院が長期化するに伴い家庭や、社会状況の変化等により病院への依存が強く、自立が困難となりがちである。

当症例も長期にわたり転院生活を送っていて、私共はたいへんな患者という先入観や、できるだけ早く社会復帰させたいとこだわっていたため、患者の本当のニーズを汲み取れずにいた。

患者と共感する関わりとはどういうことなのか、この症例を通して学んだのでここに発表する。

## II 研究期間

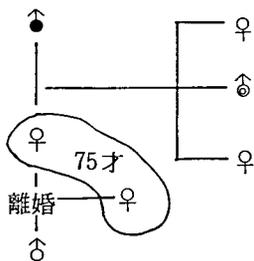
昭和60年4月19日～昭和61年3月25日

## III 患者紹介

H・I氏 51才 男性 (病名)精神分裂病 (職業)無職

(入院期間)昭和60年4月19日～昭和61年3月25日

(家族歴)同胞は健在でそれぞれ自立している。



母は異母兄弟の妹と同居し北海道に健在

本人は、母・兄弟・親類からも見放され、身元引き受け人がいない。

(性格)自己中心的、几帳面、プライドが高い。

(生活史)北海道で出生、4才の時父親が病死、小学校1年から5年まで神奈川県に移り住む。母親再婚のため辰野の叔父の家から高校に通学したが、高3の時不登校となり、千葉大付属病院にて治療を受ける。結局退学し2～3年職を転々とした後、札幌自衛隊に入隊した6ヶ月後(23才の時)幻覚、妄想状態となり、母に暴力をふるい、措置入院となった。以後、精神病院を転々とした生活を送る。

### (現病経過)

昭和55年10月辰野の叔父の援助を受けようと県下に来たが断られる。頑固な不眠を訴え諏訪日赤病院に昭和55年10月～昭和60年3月まで入院していたが、このままでは大きな進展が望めない。大学病院へ行ってみたい、松本で生活してみたいと自から退院した。松本市内にアパートを借り当科受診し、ディ・ケア\*やアルバイト等勧めてみたが、一人でアパートにいる寂しさに耐えられない、孤独感が押しよせて来て眠れないと強く入院を希望した。

(精神科治療歴)

1. 昭和32年～34年 札幌平松病院
2. 昭和37年～40年 帯広緑ヶ丘病院
3. 昭和40年～49年 帯広柏林台病院
4. 昭和49年～50年 帯広厚生病院
5. 昭和51年～53年 ”
6. 昭和54年～55年 ”
7. 昭和55年～60年 諏訪日赤病院

以後患者さんはI氏とする。

#### IV 入院経過とスタッフの関わり

看護者の対応の変化により3期に区分した。

##### 第I期(昭和60年4月～昭和60年8月)

入院期間3ヶ月にこだわり、看護者のペースに、患者を乗せようとしていた時期。

入院時の治療方針として、1. 仕事を見つけ友達作りをして社会復帰させる。2. 入院期間は3ヶ月をめどにする、が出された。私共の対策として、1. 外出を多くし、デイ・ケアに行くことを勧める。2. 友達作りの援助をしていく、などがあがった。

I氏は入院後生活リズムもきちんとしていて問題がないように思えたが、2週間後頃より不眠を訴え始め、私共には眠れているように見えても強行に追加眠剤を希望して内服するようになった。「入院生活長く続けているが、こんなに眠れないのは初めてだ。夜中に5～6回も目がさめる。4時間しか眠れなかった。目がさめると幻聴がおこる。先生の薬の出し方がへただ。看護婦は追加眠剤をくれない。この病院は、思ったほどじゃなかった」などと不満を強く訴えるようになった。日中眠っていることも多くなり生活リズムも乱れてきた。デイ・ケアには行こうとせず、病棟作業は一銭にもならないと出ず、勧められてレクリエーションには出て他患には指示的でありながら、反面指示されると怒る等、自己中心的な行動が目立つようになった。それに伴い歯痛、痔痛、湿疹などの身体症状も訴え出し「眠れないようでは、社会復帰は無理だね」と言い切っていた。

I氏の今後の対応を考えるために医師を交えカンファレンスを持った。

1. 身体的問題は専門医にまかせ整理していく。
2. 病気を知っており、病院生活にも慣れているので、自分で判断し行動出来るようにしていく。
3. 不眠の訴えに対しては受け入れる姿勢でいく。眠っていたと思えた時でも否定的態度はとらない。

眠剤の調整をしていく。(具体的に朝6時までの指示が出された。\*\*)

4. 入院期間3ヶ月の方針はくずさない。その後「だんだん眠れるようになると思うから心配しないように」「眠れなかったら薬を飲みに来るように」などと不眠に対しても受入れる姿勢を示すように心がけたところ毎晩のように追加眠剤を内服していたが、「まあまあ眠れた」と言うようになってきた。そして、6月中旬、こちらの勧めもあり、I氏もこんなことしては

いけないと意欲的な面をみせ、1日2時間であったが信和会の皿洗いにいくようになり、職員の方達からよくやってくれると評価された。外泊も週1回の割で行くようになったが、一人では寂しい、泥棒が入って来るんじゃないかと不安があり、そのためか入院中の他患者、外来患者、学生等を誘い、しきりに友達を求めている様子であった。

I氏の仕事については、人にあまり接しなくて、肉体労働でない職業が良いのではないかとスタッフ間で話し合い、仕事を捜す意欲を失せないようにするため働きかけていくことにした。しかし、「眠れないと仕事に自信がもてない」「この病院は幻聴も、不眠もとれない。状態がいいのにこんな馬鹿な話があるか」「離人症がある。対人恐怖がある」などの訴えが広がり、再度治療に対しての不満が前面に出てきてしまった。

## 第Ⅱ期（昭和60年8月～昭和60年12月）

看護者としての関わりの持ち方が解からなくなってきた時期。

I氏の入院期間として設定した3ヶ月が過ぎても、私共の仕事への働きかけは思うようにならず、8月頃I氏は毎晩追加眠剤を内服しては、昼寝をし、バイトの皿洗いも休みがちになっていた。しかし眠りが浅く幻聴があると言ったりするものの、マージャンなどをしている姿からは、深刻さは受けとれなかった。そして保険継続が12月までであることを理由に、「12月まで入院して、それから仕事を捜す」と言いだした。

このままではますます社会復帰の意欲をなくさせることになってしまうのではないかと医師とカンファレンスを行い症状は訴えほど深刻なものでなく、自立して生活出来る人であり、自分の経済的状況を判断し自ら行動出来る人であろう。そのためにも保険が切れることを社会復帰の契機とする。本人の不安や辛さを否定せずに接すること。など話合われた。しかし「信大に来て余計悪くなった。不眠が治らない限り仕事に就いても絶対失敗する」などの訴えが広がり、治療への不満も攻撃的になっていく一方であった。こんな中で医学生、短大生との関わりはとても自然で、外泊時アパートに訪問してもらった時は、お茶を用意し、お菓子を出したりの心づかいも見られ、活気に満ちていた。眠れないのは何か妄想的な不安でもあるのではないかと、疑問をいただき、内面的レベルで関わりを持ちたいと思い1対1の関係を密にするため個人的に卓球やゲーム等をしたが、関係を発展させることはできなかった。自分の具合の悪さは薬のせいと決めつけ少しでも気分変化があると「薬を変えたのではないか。6月の薬が良かった」と医師な詰めより、医薬品集を使って説明を受け6月の薬に戻してもらっていた。

しかし保険がきれる時期が近づいてくると、この病院では自信がついて退院出来ないと言いつつ求人広告を見て「これはどうだろう」などと聞いてくるようになった。また日中、ホールで過ごすことも多くなり、デイ・ケアひなたぼっこの家\*\*\*にも行ようになった。

## 第Ⅲ期（昭和60年12月～昭和61年3月）

患者のペースに合わせて見守っていた時期。

社会復帰する意欲を全く失っている感じであり、保険が切れたあと、どのようにしていけばよいか、また言葉だけの働きかけでは否定するのみで進歩がないなど行き詰まりを感じ、医師を交えてカンファレンスを持った。

そして方針として

1. 4月を目処にアパート退院させる。このことを医師からも話題にしてゆく。
2. それまでに仕事を見つけさせるがなくても外来通院にし、デイ・ケアに出す。
3. 退院の時期が近くなると訴えが多くなると思われるが、そうなったら転院も考える。
4. あくまで社会復帰ということで働きかける。

I氏は医師から4月までには退院の方向をもって行くことを話されたが、「東京に行ってみよう」と転院をにおわし「体がなまってしまっているから」と不安な様子であった。しかし、本人があてにしていた生活保護が障害年金を受けていることと貯金があることで適応外となった。そのため経済的な問題を考えざるを得なくなったようで、私共のどんな仕事かしたいのかなどの問いかけにも耳を傾けるようになり、前に勤めた仕事の様子などを話してくれるようになった。そして退院に向けて、身体症状も治してもらいたいと訴えた。12月末日国保になり、「前の病院でいっしょだった人が働いていた。おれもぼやぼやしてはいられない」と興奮して話してくれるようになった。自発的に職安、市役所にも行き「求人はいくらある。また来るように」と言われ励みになったようであった。私共は、指示的な待ちはさげ、聞き役になることを心がけ「皿洗いのバイトも体を慣らすつもりで頑張ろうね」「アパート生活になったら、バランスの良い食事に心がけてね」などそれとなく働きかけていくようにした。

I氏は退院の方向でやっていくことを納得したようで、2月になると「日中眠くなくなってきた。昨日は全然眠れなんだがむしろスカッとしているね。まだ完全じゃないが、退院を目指して朝早く起きよう努力してるんだ」と、毎朝きちんと起きようになった。今までは一人では寂しいと家賃を払いに行く程度であった外泊も慣らしに行き来すると回数も増え、退院に向けて前向きの姿勢で取組んでいる様子が見えてきた。

私共はI氏の努力を認め励ますようにし、I氏のペースに合わせて話相手になったりするなかで「看護婦さんきれいだね」とお世辞を言ったりする気持ちのよい会話が出来るようになっていた。

保健婦さんが「退院したらぶらぶらしないで仕事に行くようにアドバイスしてくれたよ」と自ら決めてきた仕事が始まる2日前に退院していった。

## V 考 察

私共は何故I氏に対して早く社会復帰させなければとあせったのか考えてみると、次の理由があった。

1. 日常生活、身形がきちんとしている。
2. 病識もあり幻聴と距離がとれている。
3. 不眠を訴えるが他覚的には眠っている。
4. 前の病院で大変な患者だったという先入観があった。

そして入院が延びるのではないかと危惧し入院当初から患者を深く理解する努力に欠けていた。そのような気持ちで社会復帰の方向で働きかければ、I氏は不眠、幻聴、身体症状等訴え、前の病院の方がよかったと、治療に対しての不平、不満に広がっていくばかりであった。

I氏の訴えに対して受け入れる姿勢で対応しようと何度となく確認し合いながら、患者の立場を

理解し心の葛藤を汲み取ることが出来ず、私共の判断で一方的に対応し、ペースに乗ってこないといライラしていた。こちら側の一方的都合で、スタッフと患者の力関係の中で自分の考えにそぐわない時、事務的に接していた事に気づいた。

外口氏らによると「看護婦は要求がましい患者に対し結果的にあらわれた症状や態度を看護婦自身の価値観や好みに基づいて批判したり非難したりする傾向がある」と言われている。私共もその例にもれず、I氏がロッカー整理が必要な時、もし盗まれたら誰が責任とるのかと協力的でなかったり、消燈後止められても外出したり、ガーゼ作業も一銭にもならないと出なかったりで、自己中心的な人だと決めつけてしまっていた。また社会復帰のために仕事の話などすると、次の日には不眠や幻聴の訴えがひどくなり、I氏の訴えすべてが、入院している口実にすら思えた。

この反省から、I氏はアパートを維持していること、プライドを持って生活していること等から病院へ完全に依存しているのではなく自立し生活していく人であり、金銭的行き詰まりをきっかけに退院にもっていける人であろう。そう信じてI氏を受け入れ本人のペースに合わせ援助していくことが大切であろうと理解し、ゆとりと落ち着きを持って接するようになった。この時になって患者とスタッフの人間関係が開けてきて退院にこぎつけたように思う。

また、私共のいつも社会復帰を意識した言葉がけとは違い、常に受け身で聞いてくれ接してくれる医学生、短大生の関わりの場面で、I氏が明るく活気があったのは、話したい家族とも絶縁状態であり、たとえ雑談でも何でも話せる人を求めているのであろう。また、自ら外来患者に友達を求めてはみたが、同病相哀れむ的な存在で支え合う友達にはなれなかったのではないだろうか。

私共の今まで経験したケースは、家族の援助のもとで社会復帰出来た人が多く、I氏の寂しさの本質を理解する努力に欠けていた。

I氏は自立への意欲が出、就労の目処がたったことで、不眠、幻聴、不安などが改善された面も多く、私共は患者自身が現実生活への足掛かりをつかむことで病的状況から抜け出せるように援助することが、看護上重要であることを再認識させられた。

## VI 終りに

この症例を通して、健康な面への働きかけが一番大切ということを知りながら時として見失いがちになる私共の日頃の看護のあり方を反省させられた。

現在、I氏は時々病棟を訪れては仕事の状況、悩み等語ってくれている。I氏がこれから協調性を持って仕事を続け友達を作っていくことはむずかしいことであろうが一日も長く社会生活が続けられる事を願っている。

尚、この研究にあたり御協力下さいました方々に深く感謝致します。

### \* デイ・ケア

精神障害者の社会復帰活動として考えられた方法で昼間治療を受ける形態。現在は精神病院、精神衛生センター、保健所がさまざまな形態をとりながら運営している。I氏は、諏訪日赤入院当時より保健所のデイ・ケアに参加しており、その時世話になった保健婦さんが昭和60年4月より松本保健所へ転勤になり積極的にI氏に関わってくれていた。

\*\*この当時のI氏に出されていた眠剤に指示。

定時(20:30) 与薬 不眠時

ヒルナミン(25) 2錠 (1)24時前 ロヒプノール(1) 1錠

ピレチア(25) 1錠 (2)3時まで プロバリン(0.5)

ロヒアノール(1) 2錠 (3)6時まで セルシン(5) 1錠

\*\*\*ひなたぼっこの家

保健所の精神科医が中心となって寄付金等により家を1軒借り、精神障害者、身体障害者等のいこいの場として利用している。

#### <参考文献>

1. 外口玉子他：精神科看護の展開 医学書院
2. 吉松和哉：精神分裂病者の入院治療 医学書院
3. 特集幻聴と妄想 精神科看護 15号 1983
4. 長野勝也：看護者から看護者へ 日精看東京都支部
5. 浜田晋他：精神医学と看護 日本看護協会出版部
6. 有田ハナミ他：精神科看護 星和書店