

老いていく精神障害者が地域で暮らすための生活支援

田中 紀美子

Support for the aged psychopathic patients to be rehabilitated into their community.

Kimiko Tanaka

Abstract: We discussed the relationships of the advancement of schizophrenia in middle- and advanced-aged schizophrenic patients, their emerging symptoms, and the problems that patients in long-range hospitalization face when rejoining society.

Until now, under the influence of symptomology which is based largely on clinical observations of patients, understanding the conditions of schizophrenic patients meant only identifying any of the known schizophrenic symptoms. This lacked examination of the clinical course in each patients and of the cognitive growth that cause the symptoms.

Consideration of the social life of each patient and the alleviating influence it has on their cognitive ability were inadequate in their treatment. Physical and mental effects of medications were also insufficiently considered. As a result, treatments were not satisfactory for the patients to be rehabilitated into society and they often suffered relapses.

Adjusting the community's social environment and especially, the support of their family as the patients ages, as well as medical treatment, are vitally important to enable a comeback into their community.

Key words: psychopathic patients rehabilitation long-range hospitalization

I. はじめに

1987年「精神衛生法」が「精神保健法」に改定されて以来、精神障害者の施設内ケアから在宅ケアが推進され、日常生活が可能になった精神障害者が地域で生活するようになってきた。さらに1994年の「障害者基本法」の成立に伴い、1995年には「精神保健法」が「精神保健並びに精神障害者福祉に関する法律」（以後、精神保健福祉法）と改訂されて、精神疾患患者が初めて障害者として位置づけられ障害者福祉の領域に包括された。しかし、我が国の精神障害者施策は歴史的に医療や保護が基本とされていた時代が長く、精神障害者の社会復帰は、地域社会の受け入れ体制次第の

ようにも思われ、まだまだ問題は大きい。地域に生活する精神障害者の訪問看護は病院ばかりでなく保健所、市町村、訪問看護ステーションによって実施されるが、それぞれの連携が円滑におこなわれているとはいえない。その上、地域住民との協力体制づくりも社会的偏見がまだ強いために遅れており、様々な問題を引き起こしている。健康保険診療報酬の改訂により短期入院が促進されるようになった。しかし、今のような状況においては精神障害者の社会復帰に問題は大きく、地域における生活環境が病状にも影響し、症状悪化→精神疾患の慢性化にもなりかねない。

過去7年間私は、日精看の熊本県支部における事例研究発表に関わってきた。過去5年間に関わ

った事例研究約86例を分析・評価する過程において、医療に携わるスタッフにおいても『心を病む』人々への理解が十分とは言えず、関わりのどこかに管理的側面が優先されていると感じてきた。そこで、精神障害者の現状を、事例にて“社会復帰に向けての支援”に視点をおいて、社会的・身体的・精神的条件、対象の生活過程などの情報を分析・アセスメントし社会復帰上の問題を明確にした。

1. 精神分裂病とは

布施は「精神分裂病」という病気の構造について“見えないものが見え、聞こえないものが聞こえる”という妄想や幻覚のあり方に分裂病の特徴が示されているように、正常な認識がある方向に質的な転化をきたしてしまった状態である。その質的に転化した認識が“病気”であるとされるのは、その認識によって社会的共同生活がもはや営めなくなってしまうからである。自分の頭の中での現実でしかない“幻聴”に左右され、それを命ずるままに行動するとなると、どうなるかを見れば理解できる」と述べ、認識が質的に転化し、円滑な社会生活が送れなくなってしまう認識のあり方が問題となると言っている。

2. 地域で生活するための精神障害者の支援策と問題点について

精神障害者が「今度の正月は自宅にずーっといます。実家に帰りたくても家には上げてもらえない」と話し、親や兄弟が「おまえが家のまわりをうろつくとご近所にみっともないという。入院中の人はもちろん、私みたいに退院した人たちも、実家や奥さんやご主人の待つ家にすんなり帰れる人は少ないんじゃないかな」と話してきた。地域において現在もお、このような偏見や社会的被差別者の捉え方をしているのが事実である。このような社会的ストレスが社会復帰した精神障害者を孤立化させ、症状の再燃へと進展させることになりかねない。だからこそ、「地域で生きる支えの仕組みづくり」としてのネットワーク形成と、地域における生活の場で支援者を育成、それらの人々の活動を支えるバックアップシステムが不可

欠である。

II. 研究方法

事例研究

1. 研究対象：平成10年までに関わった事例研究50題の中の40～60歳代の精神分裂病患者を対象とした11事例とした。

(事例1) Y氏：60歳。女性。精神分裂病

(事例2) K氏：53歳。男性。精神分裂病

(事例3) H氏：52歳。女性。精神分裂病

(事例4) F氏：50歳。女性。精神分裂病

(事例5) M氏：48歳。男性。精神分裂病

(事例6) O氏：47歳。男性。精神分裂病

(事例7) N氏：47歳。男性。精神分裂病

(事例8) Y.K氏：45歳。男性。精神分裂病

(事例9) I氏：45歳。女性。精神分裂病

(事例10) S氏：43歳。男性。精神分裂病

(事例11) U氏：42歳。女性。精神分裂病

※40歳代～60歳代を選択した理由

人間は、生物としていきる力だけでなく、生活する力、人と関わる力、支える力によって影響され、各発達段階に応じた一般的な日常生活力を獲得していく。40歳代は家族を形成し、家族の扶養、子どもは独立するというように、社会的には自立し、社会的役割が増大していく時期にある。精神分裂病の発症は、思春期から青年期、壮年・老年期と多岐にわたる。入退院を繰り返しながら慢性精神分裂病に至る例も多く、このような例においては社会復帰上の問題は大きくなる。壮年期に至っての社会復帰は、入退院を繰り返し壮年期にまで至っている例が多い。そのために、その間、社会生活から隔絶された状態で生活し、社会的認識、社会生活適応能力の欠如へと発展しかねない。長期入院後の退院は、本人が仕事に就きたいと考えてもそれは不可能に近く、それらの葛藤が再発因子にもなる。社会的生活の不安定は経済的問題と大きく関係するからである。以上のことを考慮に入れたので、40～60歳代の人を対象にして社会復帰上の問題を明確にしたいと考えた。

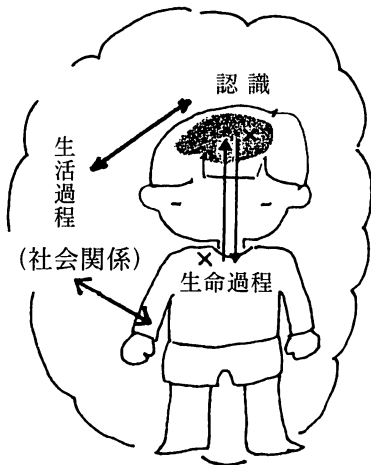
2. 11事例の生活背景等の社会背景、生活過

程、病歴を参考に、高齢化していく過程で派生してくるであろう問題を分析し、地域生活における問題を明確化する。各事例の抱える問題を明確にすることで、11事例に共通した問題を明らかにし、長期入院生活でホスピタリズム（施設症）を来した人々の社会復帰、高齢化していく精神障害者の生活支援のあり方について考察する。

1) 事例把握の方法

精神病とは、その人間の認識の個別性が大きく関与するものである。その認識の個別性に迫るには、科学的な認識論の媒介が必要であり、それなしで対象を捉えようとしても、せいぜいのところ、人間の認識の一般的な傾向くらいしか見え、それは精神を病む人を理解することはできない。精神をどのように捉えるかで、精神の病の捉え方は違って来る。捉え方の違いで関わり方も異なってくる。

だから、個別性に迫る方法として、人間を生活や暮らしと結びつけ、そこにどのような関係が生じているのか、つまり、生物としての人間の生命体と生活の在り様を構造的に捉えやすいように、薄井坦子氏の『科学的看護論』を参考にして、図1の全体像モデルを使って対象を構造的にとらえる。



【図1】生物体としての人間

人間は、物質と精神という本質的に異なった存在が統一されている生物である。人間は目で見たり手でさわったりできる実体と、直接確かめることのできない認識とを持っており、両方が密接なつながりを持って存在する。この人間は、厳密に言えば一人で存在することはあり得ず社会的なつながりの中で生活する存在である。「人間は社会的個人である」としてとらえ、研究対象にどのような内的構造が隠されているかを全人的に捉える。そこで右図の頭の位置に、患者の心の状態を知る手がかりとなる認識過程を、生活過程や成育歴、社会関係の事実を体の左側に、発達段階を足下に、精神分裂病の経過を右側に配置し記入し、どの項目でも同時に参照できるようにしてそれぞれの関係を探り、精神障害者の抱える問題を明確化していく。

紙面の都合にて、事例2)と事例11)を記述し述べる。

Ⅲ. 事例分析・評価

【入院歴が長い事例の社会復帰上の問題点】

事例2) 入院30年の精神分裂病患者 K 氏：

事例紹介は表1)に示した。

【K氏の全体像】

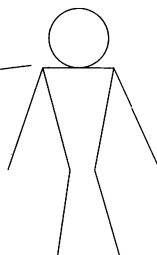
高校卒業にて就職、社会人2年間の生活をした後に、大学進学を決意し予備校に行った後大学進学を達成している。大学に進学できたという達成感、受験戦争という競争にうち勝ったわけであり、自己実現の喜びは大きかったであろう。しかし、25歳の大学4年生の時卒論で悩み分裂病を発症し、入院を必要としている。大学受験への動機、大学1年～3年までの学生生活がどうであったのかなどの情報が無いので、K氏の社会生活適応能力がどのようなものか個別性は明らかではない。しかし、卒論への取り組みは自分自身の課題達成の過程である。その達成過程は学習課程⇔指導過程という「指導教官と学生」のタテ関係の中に学生はいる。この関係の中で、K氏は難しい学習課程に耐え、その中で現実的な自己実現を図

表1 入院30年の精神分裂病患者 K氏 53歳

【認識面】 誇大妄想により金銭感覚がなかった。
 S 63年 (46歳) 頃教会に行くことを希望する。
 俳句を詠む、ワープロに関心を持つ。
 H 5年 公民館活動における歴史の学習会に関心を向ける

【生育・生活史、社会的背景】

同胞6名の第5子 (S17年生)
 父親の死亡後は弟が保護義務者となっている。
 障害年金1級受給中→弟が管理
 高校卒業後会社員として2年間働いた後に予備校に通い大学へ入学。
 S 42年頃卒論のことで悩み初回入院。
 何とか大学は卒業するが、以後入退院を繰り返し、7年間 (32歳まで) に5回入院、それ以後21年間入院をしていた。
 家族は年に2回の外泊を受け入れている。



K氏
53歳

精神分裂病

5回目の入院時より誇大妄想や関係妄想、暴力行為等があり閉鎖病棟入院が11年に及びそのほとんどが保護室入室だった。
 状態が悪くなると手のつけようがなく、他人の言うことは全く聞き入れず、周囲には恐怖感を与える存在だった。
 一進一退を繰り返しながら徐々に落ち着き、S 63年 (46歳時) 頃本人の希望で教会へ通うようになり、牧師や主治医の影響で俳句を詠んだり、ワープロに興味を持つようになった。
 H 4年1月 (50歳) 以降は解放病棟。
 H 5年9月には町の公民館での歴史の勉強会に自ら参加するようになった。3年程病状が安定していた為に、H 5年11月生活訓練として単身寮への入寮を勧めるが、不安があり、入寮できなかった。
 内服薬の自己管理を勧め、1年後のH 6年10月に単身寮に入寮し、食事当番・掃除当番等の役割を持ち、入寮生活の中で同僚への配慮や融通性、協調性がもてるようになった。

っていける力を身につけていかなければならぬ。誰もが悩み苦しみながらそれを乗り越え課題を達成できたとき、それがまたその人の原動力になっていくのであるが、K氏は分裂病発症となってしまった。このことは「第2の人生」のスタートを目前にした挫折を意味する。この体験はK氏にとって大きな心的外傷である。K氏の内面の世界での葛藤の姿が、卒業後32歳までの入退院の繰り返し、誇大妄想、関係妄想、暴力行為等の陽性症状として現れている。その苦痛の大きさが閉鎖病棟保護室入院11年間にも現れている。

1. この事例が何故30年という長い入院歴になったのかを患者の社会生活史、発達段階、病気の経過から考えてみる。

1) 発症25歳～32歳までの期間

K氏は25歳の時に卒論のことで悩んで発症→

入院→卒業できたとなっているが、卒業後K氏は入退院を繰り返し32歳にまで至り、結果的には28年間の入院生活となり社会に不適合な状態をつくることになる。つまり、入院加療後卒業できているが、真の意味でK氏の問題解決につながっていなかった可能性がある。

社会的機能を果たしながら、自分自身の生活の場を創り上げ、自立していく時期である20歳代に発症、32歳までに入退院を5回も繰り返しているという事実を問題にして、何故このような結果になったのかを、人間の認識の一般性を媒介にして解いていくことが何故長い入院生活になったのかを解くことになる。

① K氏は卒論時に悩んで発症していることから、いかにこの悩みが大きかったか分かる。K氏は、高校卒業後2年間働き予備校生をした後に

大学に進学した。人は、日常的な事実の繰り返しの中で、社会的認識がつくられていく。そのつくり方への歪みはなかなか見えにくい。気がつくのは、その人が社会に不適合の状態になってしまっただけから明らかになるというのが大半で、K氏は卒論という取り組みの時に壁にぶつかって乗り越えられず発症している。

いかなるプロセスで認識の歪みが生じていったのだろうか。卒論の壁にぶつかったとき、人の認識としては逃げたくても実際にはそこから逃げることはできない。やり遂げないと卒業はできないために、拒絶しようとしても反映してくる苦痛は、問題解決の糸口をつかまなければ苦痛からは解放されない。そして、指導教官や周囲の評価を気にしながら、自分をひたすら責め続け、K氏の認識は安らぐことなく、自己認識をマイナス方向に膨らませていくことになる。この状態が続くと、この状況自体が社会的に妥当とされる認識から外れていくことになり、K氏の認識はまともに反映できないものへと歪められ、社会的認識をまともに反映されなくなってしまう。このように、精神を病む人というものは、人との関わりの中で、正常な脳の働きの幅を逸脱し、入院というプロセスを辿ることになる。しかし、何とか卒業できたという情報から言えることは、その後卒論は、指導教官の指導のもとと仕上げる事ができたのであろう。しかし、この仕上げる段階がどのような状態であったのか、学習過程がK氏にとってプラスにはなっておらず、むしろ卒業後のK氏に大きく影響をしていることが分かる。

②卒業後も入退院を繰り返し、32歳の5回目の入院時は、誇大妄想、関係妄想、暴力行為というように陽性症状が強かったという事実に目を向けて、25歳から32歳までの期間の第二の人生の意味を考えてみる必要がある。

ここに視点をおくと、誇大妄想はK氏の認識のあり方が反映しているのであり、K氏の分裂病の特徴が示されていると理解できる。卒業後誰もが良いところで働きたい、人と良い関係でありたいと願う。そのような「正常な認識のあり方」

がK氏は達成されず、K氏の認識はマイナス方向に質的に転化を来してしまう。その結果、社会的共同生活が営めない状態になってしまうことになる。現実の人間社会は、現実的な様々な欲望を持つ人間相互の交流関係が土台になっている。大学卒業後のK氏は、高校卒業→就職経験をしたときのK氏ではない。それなりの就職願望があったであろう。しかし、その願望は達せられることなく25歳→32歳へと経過してしまっている。この間のK氏の認識の世界（願望の世界）が誇大妄想、関係妄想に現れていると捉えることができる。暴力行為は、K氏の達せられない欲求に対する怒り反応として受け止めることができる。以上のようにK氏の認識の世界をK氏の立場に立って考えてみると、妄想や行為は、現実でない事を頭の中でしっかりと創り上げて、それだけで行動するようになってしまい社会生活に適応しなくなってしまった35歳までの過程が見えてくる。

2) 35歳～53歳までの期間つまり、社会生活再獲得までの過程から言えること

閉鎖病棟におけるK氏は、状態が悪いときは手のつけようがなく、他人の言うことは全く聞き入れず、周囲には恐怖感を与える存在であったという。手のつけようがないほど脅威的存在であった人が、S63年(46歳)頃にK氏自身の希望で教会に通うようになるとある。教会に行きたいという心境になった事から言えることは、K氏の35歳～46歳までの11年間の興奮→暴力行為は、K氏の自暴自棄ともいえる内面の世界を表していたということであり、自己の言動(内面の世界)に苦痛を感じていた可能性がある。キリストは、自分自身をあるがまま委ねられる存在として説かれ、その人に従えばその人は救われるとある。「教会に通いたい」と希望したということは、K氏は救いを求め、心の安らぎを求めていたことであろう。また、神を信仰するということは「K氏の認識面」との関係にて成立するものであるから、教会におけるキリストとの対話は、K氏が「神と対面する自分(認識)」をつくり出したことを意味し、精神の分裂・統合の機能が得られ始

めたということであり、精神分裂病の回復過程を意味している。それはK氏の症状安定につながる。その結果がH4年1月(49歳)以後の解放病棟への転棟であり、院外での社会的活動を可能にしているのである。また、公民館における「町の歴史学習会」への参加は、K氏の持てる力を引き出すことになり、その結果、外に向けての興味が広げられ、K氏は今までの内面の認識の世界から解放され、自分の意思で行動できるようになっていく。それがK氏の社会復帰の為の生活訓練へと発展していく契機になったといえる。

2. 入院歴が長い人の社会復帰上の問題点

1) K氏は30年の施設内生活で年齢は51歳に達していた。人は社会的存在であり、人と人との関係の中で生活できてこそ人間らしく存在できる。30年の施設内生活でK氏の日常生活行動能、社会生活適応力は低下している。そのために病状の安定とともに、生活管理能力を再獲得するための訓練が必要となり、単身寮生活が社会復帰訓練として開始される。地域社会における生活訓練は社会性、社会的認識の再獲得過程であり、社会的関係の中で自己の感情コントロールを行いながら社会的認識を育てていく必要がある。

K氏は金銭管理の必要性もなく30年間を過ごしてきた。出納帳の記入にて金銭管理を行い3～4日分の小遣い銭の管理、1～2週間→月単位と、期間を伸ばしながら金銭管理が進められた。K氏は誇大妄想の傾向があったので金銭管理は重要なことである。消費経済社会の中で調整しながらお金を使うことができるようになるということは、買いたいという欲求を理性でコントロールするということである。そのコントロールができるということは、精神の分裂・統合機能を働かせるということであり、社会的認識の歪みをK氏の意志でコントロールできるようになったことを意味する。金銭管理ができるようになるということは社会生活適応力の再獲得を意味し社会復帰の上で最も重要なことである。

2) 世代交代で弟がK氏の保護義務者となっている。家族は年に2回の外泊を受け入れてい

たが、病院を退院するにあたっては、具体的に一人で暮らす為の生活のリズムをつくったり、周囲の人たちと関わりを持ちながら社会生活を営むための社会復帰訓練が必要となる。単身寮生活とは、病院に併設された共同住居生活である。その中で、K氏は食事当番・掃除当番の役割を遂行し、入寮生活の中で同僚への配慮や協調性が持てるようになった。病院という施設の中での共同住居生活はあくまでも、組織の中での規範に身を置いて生活しているために、自主的に主体的に生活のリズムをつくる事ができるかは、地域の中で生活していくうえでの重要な課題となる。

脅威的存在であったK氏が、46歳になって大きく変化した。11年間のK氏の興奮→暴力行為は自暴自棄ともいえる内面の世界を表し、誇大妄想、関係妄想も、K氏の無意識下の願望の世界を表していたのだらうと察知できる。「患者が何故そうあるのか」をわかろうとする努力はなされなければならない。患者の思い悩んでいる様子として受け止めることができるようになってこそ、対象との信頼関係をつくることができる。対象を様々な側面からとらえられるようになってこそ、こころ病む人が困ったときに気軽に相談に向ける場をつくることができる。K氏より健康的な側面が認められ、力を発揮しやすい場を多く提供できてこそ、K氏に失われていた心のよりどころ、生きる活力を高めていくことになるだろう。また、衣・食・住に関わる日常的な生活のケアと身体的なケアの個別的・集中的提供は、こころ病む人に安心感をもたらし、社会的生活能力を高めることにもなる。

事例11) U氏の家庭復帰に向けての援助事例から

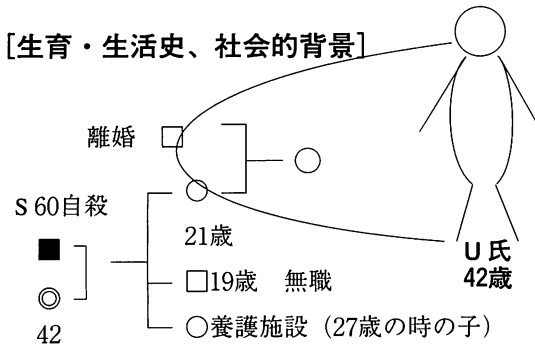
U氏：42歳、女性、精神分裂病(事例紹介は表2)

[U氏の全体像]

U氏は3人目の子どもを出産後情緒不安定となっている。長女はU氏が21歳の時の子どもで、長男は23歳の時の子であり、夫が自殺した時、9歳(小学4年)、7歳(小学2年)、末っ子は学童

表2 U氏(42歳、女性)の家庭復帰に向けての援助

【認識面】 養護施設に預けている子ども(長女12の時)を引き取り家族全員で暮らしたいという思いがある。



精神分裂病

3人目の子どもを出産後情緒不安定となり通院していた。

昭和60年、200万円の借金を苦に夫が自殺をする。(U氏30歳の時)

昭和61年頃より、近所にお金を配るなどの異常行動が出現

昭和63年、入院治療(12月21日～平成元年6月27日：夫自殺後3年後)

退院後、両親、子どもと暮らす、幻聴・異常行動・自殺企図が見られ、平成元年9月4日再入院。約6ヶ月入院治療。平成2年3月23日の退院後も経済的問題から家庭問題が絶えず異常行動が出現する。

平成3年2月27日～6月27日虫垂炎の手術のために市民病院に入院していたが、平成3年6月27日分裂病治療のために3回目の入院、

H 7年より生活保護

U氏の1回目入院時…長女12歳、長男10歳、次女6歳だった為に養護施設に預けられ成長する。

長女(21歳)は離婚し娘がいる。

長男は無職で長女と同居。

期前で社会・経済的生活面の不安は大きかったことがうかがえる。200万円の借金で自殺ということから経済的面は裕福な生活ではなく、育児面もU氏は負担が大きく大変だったことがうかがえる。U氏が3人目の子どもを産んでから、情緒不安定で通院治療をしている。加えて夫は借金をしなければならぬ状況ということから、家庭内の生活は安定した状況ではなく病状安定を得るには、U氏自身の精神面の強化を図らなければ、この情緒不安定の問題は解決できなかっただろう。

いずれにしても、借金が原因で夫が自殺したということで、家族全員が傷つき、周囲の目が気になっただろうことが推察できる。なぜなら、自殺1年後(U氏31歳)の『近所にお金を配る』という異常行動は、経済面の苦痛を否定したいとい

うU氏の自尊心の大きさを表し、また、心的外傷の大きさを表している。経済的問題と3人の子どもの抱えながらの生活は、この人にとっては、どうしていけばよいか路頭に迷う事件であり情緒不安定を大きくしたことだろう。U氏の情緒不安定と経済的問題から子ども3人は養護施設に預けられることになっているが、初回入院治療後に両親と暮らすことになったのも苦肉の策であったのだろうが、経済的問題がつきまとい、家庭問題が絶えず異常行動(陰性症状)が続き、自殺企図があり、退院後約3ヶ月で再入院、約6ヶ月で退院というように、経済的問題から家庭内問題が絶えず異常行動出現(再燃)を繰り返している。

約1年3ヶ月後に3回目の精神病院入院となるが、入院時市民病院に虫垂炎で約4ヶ月間入院している。この入院において経済的問題から入院治

療費の問題が病院という生活環境の中で浮上し、異常行動が大きくなった可能性がある。なぜなら、退院ということは現実の生活に戻らなければならぬ事でもある。市民病院から直接精神病院へ入院（U氏36歳、夫の自殺6年後）となっている。そのために子ども達（長女15歳、長男13歳、末っ子小学生）は養護施設で成長することになる。以上のように、経済的・生活力が乏しいことが再燃を繰り返すことに関係しているようであるが、生活保護申請が平成7年からということは、U氏の自己申請能力の欠除によるものかは不明である。

平成3年3回目の精神病院入院後から5年経過後（H8年2月）、長女は結婚して一女をもち離婚している。無職の長男はこの長女と同居している。U氏は、養護施設に預けている第三子（次女）を引き取り家族全員で暮らしたいと希望してきた。医師、OT、PSW、CP、看護婦、患者・家族全員でカンファレンスを行い、家庭復帰に向けての取り組みが行われた。

[この時期のU氏の生活上の問題点]

- ①社会生活や家族との生活に不安を抱いている
- ②経済観念に乏しい面がある
- ③異性に依存しやすく、問題化する可能性がある

【U氏への取り組み】

子どものことを考えて退院したいという願望があったので、それぞれの分野からの働きかけに対して、U氏の受け入れはよくスムーズに退院に向けての取り組みが行われた。しかし、U氏は夫の自殺後から異常行動が出現し、33歳から入退院を繰り返すというように約9年という長い入院生活の中で社会生活能力はもちろんのこと活動能力の低下が起こっていた。また、U氏の子どもとの関係も感受性の強い思春期に関わっていないために、家族との関係が稀薄になっている可能性もある。

スタッフはU氏に関する問題を、①家族との生活に不安を抱いているとした。

まず、退院したいという患者の希望で、活動能

力を高めることと社会生活を営むにあたっては協調性が必要ということで作業療法に取り組むことになるが、作業能力の低さが目立つ。これは、OTの働きかけとして取り組まれるのであるが、この取り組みの中で病院という集団生活、作業終了後の清掃など、平成8年11月頃からは自分から進んで行うようになった。料理に関しても回数を重ねる事で、外泊中も家事をお互いに分担して実施していると長女からの報告もあった。このように行動ができるようになることで、母親としての役割達成ができるようになっていき、子どもとの関係作りに繋がっていくだろう。母親としてのU氏の思いだけでなく、19歳の長男、末っ子の娘が今後どのように社会的自立に向けて一人の大人として成長していくかも、U氏の病状安定に関わってくるので、この家族全体へのフォローが重要な課題となる。

CPが相談方法の練習をと取り組んだが、U氏は退院後生じる生活上の問題を客観視できないために、テーマを設定して相談方法等の練習を行うが、どのような問題が起こりうるのかイメージできない状況であった。

今までの生活歴の中で、どのような問題が生じたときに、不安が生じ、落ち着けなくなったのか、今までのU氏のこころの在りようを直視し、退院後の相談窓口を誰にするか明確にしておくことのほうが、行動しやすいだろう。自分自身を客観視できてこそ、問題にも取り組みやすくなる。

U氏は経済的観念に乏しい面がある。異性に依存しやすく、問題化する可能性がある」と看護婦は捉えている。U氏は経済的・生活力が乏しいと判断されたから、H7年から生活保護を受給しているが、U氏の病気の再燃は経済的問題と家庭問題が絶えないことによる。家庭復帰にあたり、U氏の生活環境を見ると、長女は離婚し一人の女兒を抱えている。長男は19歳無職で、三女は在学中（中学3年生）で家族全体がいろいろな生活上の問題をもつために家庭内はまだ不安定な状況にある。家庭復帰後、三女は生活扶助による教育扶助で学資は受けられ、長女、長男が働き、U氏

は三女に対する母親としての役割、長女の娘（＝孫）の面倒を見るなど、家事全般を行うという役割がもてるようになることで、家庭にいやしくなるだろう。要は家族がU氏をどのように受け止め、U氏は、どのような生活をしていかなければならないか認識できることが、自我の強化につながり、在宅生活を可能にすると言えるだろう。社会復帰の上では、この件に関しての問題をどのように調整していくかの社会的支援とU氏家族の結束の為の支援が重要といえる。

U氏は42歳で第二の人生まっただ中にある。一般にこの時期は社会的に自立し、家庭内は安定した生活が得られ、家庭では中心的存在になっている時である。また、人は社会的存在だから、男性に頼らざるを得ないこともあるだろう。看護者サイドは、U氏は『異性に依存しやすく問題化する可能性がある』と問題点にあげた。問題化する可能性という意味が明確ではないが、この傾向が事実とすれば、性的欲求が異性への関心→行動へと繋がり家庭生活に影響する可能性がある。思春期にある末っ子の学校生活や家族関係に影響すると、安定した家庭生活は不可能となる危険性がある。将来起こり得る異性問題に関して、U氏が自分の傾向に気づいているか、気づいているとしたら、子どもたちへの配慮を考えているか等、家族を含めて考えなければならない。

生活扶助を受け、長女・長男に仕事を得られるとU氏家族の経済的生活は安定し、人にたよる事なく生活できるであろう。

以上のように、U氏の家庭復帰は家族全体の社会的・経済的生活の安定に向けての取り組みの段階である。希望に向けてのU氏の決断が、家庭復帰への意欲→準備行動へと進んでいる。U氏の全体像を描いてみると、経済的問題がU氏の精神状態を不安定にし、家庭内生活破壊→病状悪化へと繋がっていることは明確である。生活保護は申請制度であるために、生活扶助受給が遅れたのかもしれないが、入院生活が社会的入院にならないよう、経済面の支援対策と、社会復帰への準備に向けて、自我の脆弱性を強化していくため

のSST、作業療法、精神療法、家族療法がもっと早くから取り組まれるべきであった。家族療法への取り組みは、家族への絆づくりとU氏の親としての役割意識の強化→自我の強化に繋がると期待できる。これを実行するにあたっては、地域住民(民生委員)の協力体制づくりも重要である。現在なお精神障害者への社会的偏見が存在するがゆえに、地域において訪問指導を行う地域行政の精神保健福祉課保健婦と連携して、社会生活への準備体制づくりは重要なことである。

IV. 研究結果

1. 研究対象者の特性

意図的に40歳代から60歳までの精神分裂病患者11名(男6名、女5名)を研究対象としたが、15歳～25歳の思春期・青年期発病者が7名、出産・育児という生活過程の中で症状出現した人2名、壮年期発病者が2名であった。また、事例1)のY氏60歳とF氏(50歳)を除いたすべての人が、表3)のように入退院を繰り返し、ついには入院期間が長くなり社会復帰を困難にしている例が多かった。

思春期・青年期に発病した人は、2年から20数年に及ぶ長い入院生活になっていた。事例1)においては25歳頃に発症しているが、その後結婚、子どもを5人出産しているが母親がキーパーソンとして育児・主婦業等役割代行をつとめていた。当事者は全く受け身の生活を35年間送っていたために、社会的生活能力を喪失していた。そのために、キーパーソンの母親、夫をなくした後、生活の質が大きく低下し病状が表面化して、60歳になって入院となっていた。

壮年期発病の人は、30歳のときに個人では解決できない問題に遭遇し発症につながっている。その問題とは職場での人間関係、家庭内の問題、育児も影響していた。

2. 事例に共通した条件と問題点

1) 社会的条件(社会生活史)に問題があり、その問題を解決する生活力、それを乗り越えてい

表3) 研究対象者の特性

事例(年齢)	発症年齢	発症時の症状	入退院数	その後の入院期間
○ Y氏(60)	25歳頃	独語・空笑	外来通院不規則	1年
□ K氏(53)	25歳	卒論に悩んで発症	7年間に5回	30年間
○ H氏(52)	30歳	躁状態・幻聴	15年間に11回	7年
○ F氏(50)	30歳	出産後うつ 39歳時仕事がうまくいかないと抑鬱→入院	長男、長女出産後入院	今回2ヶ月×2
□ M氏(48)	17歳	自閉	2回	29年
□ O氏(47)	25歳	幻聴	3回	5年
□ N氏(47)	25歳	うつ状態	3ヶ所の病院を入退院繰り返し	22年経過
□ YK氏(45)	15歳	放浪、粗暴行為	4回	22年
○ HI氏(45)	25歳	不穏、拒食	8回	2年
□ S氏(43)	37歳	幻覚、妄想	2回	2年
職歴：約2年毎に会社を変えている				
○ U氏(42)	31歳	金を配るという異常行動	2回	5年

※□⇒男性、○⇒女性

く精神力(強い自我)が伴わなかったために傷つき、自分自身の内面の世界に閉じこもり自閉の生活になるか、社会から逸脱した行為をとり社会生活に適応できないまま長期入院となっている。

2) 思春期発病の人は、成育史上に自分自身ではさげられない家庭内の問題、学校生活における問題を併せ持ち問題解決が得られないまま成長し、社会的認識や社会生活能力が不十分であるために社会に受け入れられない状況をつくりだしている。また、それは当事者にとってストレスとなり再燃の繰り返し→慢性化→長期入院となっている。

3) 思春期・青年期発病の分裂病患者は、30歳代の時に入退院を繰り返している。生活における「働く」ことの意味とそれを支える方法(就労支援)の遅れが、壮年期の再発の繰り返し→結果的には長期入院となっている。そのために生活の建て直しを40.50歳代で取り組む事になり、社会復帰困難になっている。また、高齢化したときの自宅退院は世代交代のために望めず、一人暮らしをせざるを得なくなっている。

4) 家族を含めて疾患の理解不足がある。また、患者に関わる医療従事者も問題行動を分裂病の症

状としてのみ捉える傾向にある。そのために入退院の繰り返しの原因追求がなされず根本的な問題は解決されていない。このような取り組みが結果的には、入退院の繰り返し→分裂病の慢性化、固定化→長期入院となっている傾向がある。

以上の様に、患者の分裂病の進行要因には社会的、家族的環境が大きく影響している。また、我々の障害者に対する生活支援のあり方や支援体制の未熟さが分裂病の再燃→社会復帰困難をつくりだしているとも言える。

V. 考察

外口玉子は「精神科の専門病院で働く看護師は、伝統的な診断の枠組みによって医師の影響を強く受けている。看護師はあまりにもその見方に受け身的に訓練されてきている。“診断者”や“処方者”ではない立場の強みを生かすための患者の見方を身につける必要がある」と述べている。筆者は「人間の精神は、その人が生まれ育った日々の生活の中で形成されていく。この視点から、精神を病む人というのは、生まれ育ったこれまでの生活の中で出会った、何かその人にとって非常に

大きな出来事や、逃れられない状況の中で、それに直面していけるだけの条件が満たされなかったために、その人の持てる力を十分働かせることができなかった。そして、その人の力では解決しえなかった大きな問題に傷つき、認識面に障害を生じた人」として障害者を受け止めている。事例紹介の方法で述べたように、筆者は、対象を構造的に捉えながら、「精神を病む」事の意味をその人の立場で理解する作業を行う。その作業で、その人がどのような過程で傷つき“こころ病める人”となったのかが見えてくる。このような考え方で対象を見ていくと、患者の言動の意味を捉え易くなり、関わり方が見えてくる。対象のその時の様子をよく観察することで、生命力を消耗させている精神のありようが見えてきて、そんな時どのような関わりをすれば、少しでも安らぎがえられ、生きる力が強まるであろうかとその人の立場で考えて、働きかけ方を工夫していけるようになる。たとえ、変化がなくとも、その人の持てる力を働かせるように取り組む知恵が、精神障害者に関わる者には求められている。

今回研究対象とした長期入院者に対しても、先入観をすてて、継続した目的意識的な実践を一貫して行えば、良い変化が期待できる。社会の中で病んでしまった人々には、その人の周りにその人を大切にす小社会をつくりだしていくことが、健康な状態を取り戻す鍵になるのである。

ここで取り上げた事例2)は良き支援者の存在で健康な状態を取り戻した例である。どんなに長期入院になっていた人でも、患者との個別な関係が育まれていくきっかけを毎日の生活支援の中で作り出していくように関わっていく必要がある。支援者の配慮は通じあう瞬間をつくることになり得る。

障害者が地域で生活するための生活支援のあり方として、

1. 自我の能力、自我機能を高めるための支援が必要である。

当事者の表現と行動の機会や、「場」の提供を促進する必要がある。そして、日々の生活の中で

快適な状況を体験することで健康的な生活が送れるように支援していく。それは生活の立て直しになり、自我機能を高めることにもつながっていく。

2. 環境に働きかけることを積極的に行っていく必要がある。

地域での生活をしやすくしていくために、地域に「障害者を受け入れてもらう」という受け身のあり方のみでなく、その地域に理解できる人を育てていく。そのためには精神障害者について正しい知識を納得できるように教えられなければならない。それは、偏見の打破であり、共感者を育てることにもなる。

VI. 結論

1. 精神分裂病患者的の病態の理解はこれまで、臨床における患者の観察に基づく症候論の影響を受けて、個々の症状の有無の確認が主となり、その症状の成因である個々の患者の認識面の成長過程の考察に欠けていた。

2. そのために、治療方針も、患者の社会生活やその影響下に質的転化をきたした認識面への配慮に欠けたり、抗精神病薬による身体・認識面への影響などを考慮に入れる等、患者の社会生活を営むうえでの配慮がなされていない傾向にある。そのために、十分な治療効果を上げられず、再発を繰り返すことが多かった。

3. 地域における生活支援として、医学的治療とともに、地域社会における社会的環境の調整、特に患者の老齢化に伴って家族の支援態勢が重要となることが分かった。

VII. おわりに

わたしたちは、「常識」という規範の中で生きている。「常識」とは、平均規範が「価値規範」となっている。生活の中で、わたしたちはこの常識からはみ出したことを「異常」と評価していることが多いのである。このように、私たちは世間

一般の見方で人を傷つけていることはないだろうか。

人間はひとりでは生きられない存在であり、自分の無力さを感じて劣等感を持ちやすい。この無力さをどう克服し、社会にどう所属するか、それは生きていくうえでの課題でもある。これらの生き方が不得手である精神障害者の方の良き理解者を増やし、地域にこころやすらげる存在場所を確保できるよう支援体制を整えることを急がなければならない。

引用・参考文献

- 1) 日本精神科看護技術協会編：精神科看護の専門性をめざして、PP 75-77, 中央法規出版。
- 2) 森温理、長谷川和夫編：精神科 Q&A, pp 142-143, 金原出版。
- 3) 安部弘樹：市町村における障害者計画の策定と精神保健福祉、公衆衛生、Vol. 62 No. 6、p. 446、1998.6
- 4) 社会福祉・医療事業団平成9年度高齢者・障害者福祉基金「地方分助成」事業精神障害者の生活を支援するコーディネーター育成事業『生活支援研修会報告書』、社会福祉法人かがやき会編集、pp 1-2. 平成10年5月
- 5) 布施祐二：「精神医学とは何か」科学的精神医学の確立、総合看護、Vol 20、No - 1 pp 119-121、1985.
- 6) 金井一薫：『KOMI チャート-日常ケアの実践を導く方法論』現代社、1996年
- 7) 庄司和晃：仮説実験授業と認識の理論-三段階連関理論の創造-、季節社、
- 8) 金井一薫：『KOMI チャート-日常ケアの実践を導く方法論』 pp 19-30. 現代社、1996年
- 9) 外口玉子編著：『地域で生きる支え-地域ケア福祉センター10年のあゆみ、そして現在-』、発行所社会福祉法人かがやき会地域ケア福祉センター、1996年9月。
- 10) 外口玉子：人と場をつなぐケア-こころ病みつづき生きることへ-、医学書院、pp 168-174、1990.
- 11) 築場玲子、藤田利治：精神科医療保護入院後の退院者の再入院及び受療中断に関する追跡研究、厚生指標、第45巻第6号、pp 10-16、1998.6
- 12) 宇佐美しおり：地域で生活する精神分裂病者の自己決定に基づくセルフケア行動の実態、看護研究 Vol 31 No. 3、1998.6.
- 13) 布施祐二：「精神医学とは何か」科学的精神医学の確立、総合看護、Vol 20、No - 1 pp 119-121、1985.
- 14) 佐治守男、田頭寿子、山本和郎他：精神分裂病者との治療関係の研究、精神衛生研究 Vol 14、p 31.

参考文献

- 1) 外口玉子編著：『地域で生きる支え-地域ケア福祉センター10年のあゆみ、そして現在-』、発行所社会福祉法人かがやき会地域ケア福祉センター、1996年9月
- 2) 布施祐二：「精神医学とは何か」科学的精神医学の確立(1)~(50)、総合看護、1985年~1998年
- 3) 特集精神障害者の社会参加、Vol 58 No. 1、pp 3-42、公衆衛生、1994.1
- 4) 連載精神保健福祉計画の企画と実施-意欲を事業に反映するために-、Vol. 62 No. 1~11、公衆衛生、1998.1~11月。
- 5) 江畑敬介編：[特別企画] 精神障害者の社会参加、こころの科学、66号、pp 14-91、日本評論社、1996.
- 6) 薄井坦子：科学的看護論、日本看護協会出版会。
- 7) 社会福祉小六法、ミネルヴァ書房、1996.