

## 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題と その援助に関する研究

安田 恭子<sup>1</sup>, 筒口由美子<sup>2</sup>, 神郡 博<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 富山医科薬科大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程

<sup>2</sup> 富山医科薬科大学医学部看護学科

<sup>3</sup> 福井県立大学看護福祉学部

### 要 旨

精神分裂病患者の地域での生活を支える訪問看護では、生活上の問題を患者と看護者が共同で対処していくことが必要である。本研究では訪問看護での参加観察を通して、患者の受け止め方と看護者の視点の違いに着目し、地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題について分析した。その結果、地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題として10カテゴリー、47サブカテゴリーが抽出された。また問題に対して行われた援助を検討した結果、訪問看護者の重要な役割として、1. 患者の主体性を高め、自分自身の責任で意思決定出来るよう動機を引き出すこと、2. サポート感を提供して患者が気持ちを打ち明けられる存在となり、現実的・具体的な行動へと導入すること、3. 個別性を重視した働きかけを行うこと、4. 患者と同様にその家族も援助の対象として捉え、負担の軽減を図ること、が考えられた。

### 序

近年我が国では、ノーマライゼーションの理念に基づき、精神障害者の社会復帰が促進されている。精神障害の中でも特に精神分裂病は慢性に経過し、長期の入院や繰り返しの入院となる場合が多い。また症状の陳旧化による生活技能の低下や社会性の低下がみられ、退院後の日常生活場面において様々な問題にぶつかり、不安やストレスを感じるようになる。そのため精神分裂病患者が地域での生活を維持していくためには、周囲の人々の理解と協力、多様なサービスの利用が必要となる。

地域における生活支援のひとつとしての精神科訪問看護（以下訪問看護）は、1986年から診療報酬上認められるようになった。以後1994年には訪問看護ステーションからも精神障害者への訪問が可能になり、益々積極的に行われるようになって

いる。訪問看護は精神分裂病患者の再発予防に効果があり<sup>1)</sup>、在院日数を短縮させ<sup>2)</sup>、入院回数を減らす効果がある<sup>3)</sup>との報告があり、精神障害者の地域での生活を支える有効なケアであるといえる。萱間<sup>4)</sup>や久山<sup>5)</sup>の過去の研究からも訪問看護の機能の重要性が伺える。

訪問看護では生活上の問題を患者と看護者が協同で対処していくことが必要である。しかし精神分裂病患者と看護者の立場の違いや精神障害による認識の歪みなどにより、両者の認識には違いが生じ得る。そこで、患者の受け止め方と訪問を行う看護者の視点に着目し、地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題を明らかにした。さらにそれらに対して看護者はどのような援助を行っているのかを明らかにし、訪問看護者の役割について検討した。

## 研究方法

### I. 対象

富山県のA病院にて訪問看護を利用している精神分裂病患者19名。

### II. 研究期間

平成11年4月27日～10月26日

### III. 方法

本研究はGrounded theory approachを用いた継続的帰納的研究である。データ収集は研究者がA病院のソーシャルワーカーや看護婦の訪問看護に同行し、参加観察法を通して行った。対象となる患者に対しては観察を行う前に自己紹介を行い、研究の趣旨を説明し、研究参加の承諾を得た。訪問看護を行うソーシャルワーカーや看護婦にも同様にして承諾を得た。訪問回数はグループホームが週1回で全21回、他の患者は月1回で全6回であるが、その内アパートで一人暮らしをしている患者2名は全2回、アパートで二人暮らしをしている患者2名は全5回の訪問を行った(表1)。

表1. 対象者の背景

患者No	性別	年齢(歳)	発症年齢	発症からの入院回数(年)	入院回数(回)	居住形態	通所
1	男	41	18歳頃	23	12	アパート(単身)	連帯・デイケア
2	男	54	24歳	30	9	アパート(単身)	作業所
3	女	49	20歳	29	6	アパート(単身)	連帯
4	女	45	24歳頃	21	6	アパート(単身)	なし
5	男	44	15歳	29	2	アパート	ゆりの木の里
6	男	46	24歳	22	5	(同居)	勤務
7	女	46	33歳	13	7	アパート	OT
8	女	54	42歳頃	12	3	(同居)	OT
9	女	64	54歳	10	2	アパート	連帯
10	女	53	17歳頃	36	6	(同居)	連帯
11	男	51	22歳	29	不明	グループホーム	連帯・デイケア
12	男	59	40歳頃	19	1	グループホーム	デイケア
13	男	49	20歳頃	29	5	グループホーム	連帯
14	男	26	19歳	7	3	グループホーム	デイケア→ゆりの木の里
15	男	35	18歳	17	8	グループホーム	連帯・デイケア
16	男	50	26歳	24	3	グループホーム	連帯・デイケア
17	男	65	不明	不明	7	家族同居(妻)	なし
18	女	43	不明	不明	2	家族同居(姉・長男・長女)	なし
19	女	25	16歳	9	4	家族同居(父・母)	なし

(注)連帯：共同作業所 ゆりの木の里：社会復帰施設 OT：作業療法

研究者の立場は参加しながら観察を行うものであり、会話に加わったり質問したりするが、患者とソーシャルワーカーや看護婦のやりとりを中心に観察を行った。会話や観察内容は訪問終了後直ちにフィールドノートとして出来るだけ詳細に記述した。

データ分析は継続的比較分析法に基づいて次のような手順で行った。

1. 訪問看護で得られた情報を文章化する。
2. 文章化したデータが何を表しているのか考え、患者の受け止め方と看護者の視点とから概念的ラベル付けをする。
3. 概念的ラベルの比較をし、両者の内容を検討し問題点を抽出する。
4. 問題点をサブカテゴリー化する。
5. サブカテゴリーをさらに類型化し、カテゴリー化する。
6. 問題点のカテゴリーに基づき、援助内容を検討する。

## 結果

### I. 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とその援助

訪問看護で得られた情報を患者の受け止め方と看護者の視点とに分類し、地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とそれらに対して行われた援助として生活形態別にまとめ、その内の特徴的な場面を表2-1, 2, 3, 4に示した。

### II. 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題

地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題を分析した結果、10カテゴリー、47サブカテゴリーが抽出された。以下カテゴリーを< >、サブカテゴリーを〔 〕で表し、その概要を示す。

#### 1. <今後への予期不安>

入院・再発や就職、将来に対して患者が抱く不安である。特に患者が自分で調子が悪いと感じている時やストレスとなる出来事があった時に強く感じられるものであり、具体的には〔入院することになるのではないかという不安〕〔就職できないのではないかという不安〕〔一泊旅行に参加す

表2-1 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とその援助ーアパートで一人暮らしをしている患者ー

	情報	患者の受け止め方	看護者の視点	援助したこと
患者1	煙草を吸うと自分が煙草臭い気がする、尿の中にニコチンやタールの成分が入っており臭い気がする、脳からそのような指令が出ている等と言う。	「今度Hさん(訪問看護婦)来る時俺おらんだけして」と言い、また入院するのではないかと考えている。	煙草の臭いや尿のことが気になり、入院に対する不安を持っている。	患者の不安な気持ちを受け止める。「脳からの指令」については完全には否定しないが「そういう風には思わないけど?」と答える。
患者2	毎回ジュースを用意して待っている。	「せっかく月に一回来てくれる日だから」と言う。	家族との交流もなく、一人暮らしによる孤独感を感じているのではないかと。	継続して訪問し、話し相手となる。
患者3	友人の訪問があった時は食事を作るが、その代金を友人に請求出来ない。	「そんな、お金貰えない」「あの人たまにお米持ってきてくれたりするし」と言う。	経済状況について「ギリギリ」と言い、余裕はないものと思われる。友人から代金を貰わないのはおおかである反面、経済的感覚の甘さがみられる。	代金請求を促す。
患者4	実家に帰った際に、患者が茶碗を洗おうとしたら「あんたに洗ってもらっても洗い残しあって汚いからやらんでいい」と姉に言われた。	「姉ちゃんの言う通りにしとったら水道代6000円かかるわ」と言う。	自分の行為を評価してくれないことに対する反応が強く出ている。仕事が上手く出来ないという現実を受け入れられずにいるのではないかと。	患者の気持ちを受け入れる。

表2-2 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とその援助ーアパートで二人暮らしをしている患者ー

	情報	患者の受け止め方	看護者の視点	援助したこと
患者5	腹痛の為通所を休んだが、通所先に連絡しなかった。	無断で休んだことに対しては特に問題視していない。	休む場合は連絡するという社会的常識の欠如がみられる。	電話連絡の必要性を伝える。
患者5/6	テーブルの上や絨毯にゴミが散らかっており、部屋の清潔が保たれていない。	部屋の汚れに対して関心がない。	衛生観念の欠如がみられる。	ゴミを捨て、整理整頓するように言う。
患者7	体を動かさず布団に入ってお菓子を食べていることが多く、肥満気味である。	「(歩くのは)いやーわ」と言う。	活動性の低下や意欲の減退がみられる。また肥満による合併症を引き起こす可能性があるのではないかと。	散歩をするよう勧め、実行出来た日はカレンダーに印を付けるように言う。
患者8	同居人のSさんに話し掛けても返事が返ってこない。	「何言っても喋らんから嫌になってくる」「話し掛けても返事してくれんもん」と言う。	同居人との疎通の乏しさがみられ、返事をしてくれない同居人に対して不満を持っている。	患者の気持ちを受け入れる。両者の気持ちを代弁し、Sさんが返事しやすいよう優しく話し掛けるように言う。
患者10	一番心配なのは老後のことだと言う。	「一人になりたいという気持ちがあるんです」「いっどうなるか分からんし」と言う。	患者9の所有するアパートに同居しているため将来に対する不安が強いのではないかと。	患者の気持ちを受け止める。

表 2-3 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とその援助—グループホームで生活している患者—

	情報	患者の受け止め方	看護者の視点	援助したこと
患者 13	グループホームを出て母親と一緒に暮したいと思っている。母親は入院中であるが患者との同居を望んでいるという。	「安い車買って仕事に行けばいい」「月賦で買えばいい」と言う。	当時患者は二ヶ月前にグループホームに入居したばかりであり生活技能が十分に備っていないこと、母親が入院中であることなどから現実吟味の弱さがみられる。	患者が社会での生活に慣れるまでもう少し待つように言う。家族と連絡を取り、家族の気持ちを伝える。
患者 14	患者の弟が患者のことを「あんた」と呼ぶ。	「俺のこと馬鹿にしとる」「見下しとる」「(病気から)いつまでも抜けれんと思っとる」と言う。	弟に「あんた」と呼ばれることによって劣等感を感じているのではないか。自分に対する評価への敏感さがみられる。	患者の気持ちを受け止める。
患者 15	グループホームを出て一人で暮すことを考えている。	「調子の悪い時があることも分かったし、自分の弱いところも分かったし」「(お金のやりくりが)今は大丈夫になったし」と言い、自分の進歩を認識している。	グループホームでの生活を通して自分を客観的に見つめることが出来るようになったのではないか。また金銭管理などの生活技能が身に付き、以前より自信を持てるようになったのではないか。	家族にも相談し、焦らずに話を進めていくように言う。ソーシャルクラブへの参加を勧める。

表 2-4 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とその援助—家族と同居している患者—

	情報	患者の受け止め方	看護者の視点	援助したこと
患者 17	患者の身の回りのことは妻が全て行っている。	妻は「本当に何から何まで」「もう嫌になってくる」と言い、負担を感じている。	介護の長期化や妻の高齢化に伴い、妻の負担の増大、ストレスの蓄積がみられる。妻のストレスの軽減を図ることが必要である。	妻の不満や愚痴を聞き、ストレスを発散させる。
患者 18	一度患者が魚の煮付けを作ったが失敗して食べられなかった。	調理に自信をなくしている。	作業能力の低さがみられるが、患者の意欲を認めることが必要である。	患者の意欲を認め、また挑戦するよう勧める。
患者 19	訪問日に不在だったことが二度続いた。翌月は在宅していたが部屋から出てこなかった。	「私はいい」「お母さん話し聞いておいて」と言う。	訪問に対して拒否的である。訪問の必要性を認識していないのか。	部屋の不衛生さが目立ったこともあり、保健所に連絡して訪問を依頼する。

ることへの不安〕〔将来に対する不安〕〔グループホームの契約期間後の住居に関する不安〕があった。例えば患者1は煙草や尿の臭いが気になり、また入院することになるのではないかという不安を感じていた。ある事柄に対して不安を感じやすく、それに対するこだわりが強い点に認識の仕方の特徴がみられた。

## 2. <孤独と他者との付き合い>

一人暮らしをしていることや家族や友人との交流が少ないこと、日中の活動の場が無く他者との関わりが少ないこと等から感じる孤独感をうまく紛らわすことが出来ないという孤独との付き合い

方の問題と、他人とコミュニケーションをとったり自分の気持ちを伝えたりすることが苦手だという他者との付き合い方の問題であり、具体的には〔孤独感〕〔生活空間の狭まりによる対人交流の減少〕〔对人的緊張の強さ〕〔疎通の乏しさ〕〔感情表出の苦手さ〕〔コミュニケーション能力の不足〕〔知らない人と接することに対する不安〕〔社会的協調性の欠如〕〔同居人に対する不満〕があった。例えば患者7は、同居人の話し掛けに対して返事をしようと思っても言葉が出ず、对人的な緊張が強く出ていた。他人と接する際の不安や緊張等は誰でもが感じるものであるが、その程度がかな

り強い点に特徴がみられた。

### 3. <ストレス状況への脆さ>

新しい状況に慣れにくく生活場面や作業において不安や疲れを感じやすい、あるいは長続きしない等の問題であり、具体的には〔適応力の弱さ〕〔疲れやすさ〕〔持続性の乏しさ〕〔環境の変化への弱さ〕があった。例えば通所先が変わることになった患者14は、また調子を崩すんじゃないかと話し、通所先が変わることや知らない人と接することに対して強い不安を感じていた。環境の変化に対する不安や疲れなどは誰でもが感じるものであるが、その程度がかなり強く症状の悪化に結びつきかねない点が特徴的であった。

### 4. <社会的不利>

精神障害を持つことによって患者が感じる負い目意識である。負い目意識によって患者の行動が制限されたり自尊が損なわれたりしており、具体的には〔精神障害に対する偏見による負い目〕〔自分の評価に対する敏感さ〕〔家族に対する遠慮〕があった。例えば患者14は、弟に「あんた」と呼ばれることによって劣等感を感じており、自分に対する評価への敏感さがみられた。一般的には些細な言動と思われることに対しても敏感に反応しており、自己評価が低い点に認識の仕方の特徴がみられた。

### 5. <活動性の低下>

役割がないことや意欲の減退など生活全般において活動性が低下している状態、または物事に対して積極性に欠けている状態を示すものであり、具体的には〔役割がない〕〔無為に過ごす〕〔あきらめ〕〔外出への消極性〕〔自発性の低下〕〔母親としての自覚の欠如〕があった。例えば患者18は、二人の子供の世話は義母に任せ、仕事や通所などをせず自室でテレビを見たり横になったりして毎日を過ごしていた。役割を持たず一日中家の中で過ごすことは一般的には退屈であったり張りのなさを感じたりするものであるが、寝ているほうが楽で良いと感じている点に認識の違いの特徴がみられた。

### 6. <服薬・症状管理の不完全さによる再発の可能性>

不規則な服薬や外来受診の中断など服薬や症状

管理に関する問題であり、具体的には〔服薬に対する認識の誤り〕〔薬効への不信感による不規則な服薬〕〔薬が合わないとの思いによる不規則な服薬〕〔訪問に対する拒否的態度〕〔健康管理に対する意識の低さ〕〔異変を医師に伝えない〕〔服薬後の症状による不安〕があった。例えば患者8は薬が合わない、体についてこないと感じており、服薬が不規則になっていた。医師に伝えず自分の判断で断薬している点や、薬が体に合わないという思いとともに強い不安を感じている点に認識の特徴がみられた。

### 7. <家族への影響>

患者と生活することによる家族の精神的・身体的負担や家庭内での役割の変化、家族関係の変化など家族に関する問題であり、具体的には〔妻の負担の増大〕〔家庭内での孤立〕があった。例えば二人の子供がいる患者18は、食事の時以外は自室で過ごし、子供たちと顔を合わせても会話を交わさないという状態が続いており、家庭内での孤立につながる可能性が考えられた。患者に知覚や思考内容の障害があることから家族とのコミュニケーションが不足し、家族関係に影響を与えていることが特徴的であった。

### 8. <気配りの不足>

近隣や作業所の人々への配慮の不足、または身だしなみを整える等清潔への配慮の不足であり、具体的には〔近隣への配慮の不足〕〔社会的常識の欠如〕〔衛生観念の欠如〕があった。例えば患者7・8が二人で暮らしているアパートは、5月下旬の暖かい日にも炬燵がしてあり、窓が閉め切っていて玄関へ入ると少し異臭がするという状態であった。一般的には部屋の掃除や換気を行いある程度は清潔を保っておくものであるが、それらに対する関心がかなり低い点に認識の違いの特徴がみられた。

### 9. <生活技能の乏しさ>

日常生活場面や就労場面で必要とされる基本的な技能の低下あるいは技能習得の困難さであり、具体的には〔生活技能の習得の困難さ〕〔作業能力の低さ〕〔経済面の計画性の欠如〕〔経済観念の甘さ〕があった。例えば経済的に余裕が無く友人の訪問が頻繁にある患者3の場合、生活が困窮

する等、お金の配分の仕方や友人との付き合いが困難であること、また一般的には簡単な生活技能の習得が困難であることが特徴的であった。

#### 10. <現実検討の弱さ>

現実の状況を受け入れて適応していく能力や現実を客観的に認識する能力の弱さであり、具体的には〔現実認識の甘さ〕〔現実吟味力の弱さ〕〔世間体へのこだわり〕〔食べることへの誤った認識〕があった。例えば患者13は、グループホームに入居して間もない頃に入院中の母親と同居したいと訴え、車を買って仕事に行くと言い、一般にその時点では実現不可能なことを考えている点が特徴的であった。

### Ⅲ. 問題に対して行われた援助

地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題に対して行われた援助を以下に示す。

#### 1. <患者の不安を受け止め、肯定的な面に目を向けるための援助>

<今後への予期不安>に対しては、患者の不安を受け止めた上でそれを和らげ、肯定的な面に目を向けるための援助が行われていた。例えば調子の悪さを感じており入院することになるのではないかという不安を抱いていた患者15に対しては、「私には入院する程Kさんの調子が悪いようには見えないけど」「あの時（以前調子が悪かった時）は頑張りたいけど頑張れなくて、そんな自分が嫌だって言ってたよね。今のKさんは自分で休憩したり頑張ったりしながら自分のペースでやっていけるよね」と話して患者の変化をフィードバックし、不安を和らげる援助を行っていた。

#### 2. <患者の対人関係能力の不足を補うための援助>

<孤独と他者との付き合い>に対しては、患者と関わりを持ち続け患者の対人関係能力の不足を補うための援助が行われていた。例えばアパートで二人暮らしをしており、意思の疎通が乏しく返事をしてくれない同居人に不満を持っている患者8に対しては、「Sさん話したくても言葉出さないがね」と返事をしたくても出来ない同居人の気持ちを伝え、「Tさん、Sさんにもう少し優しく言ってあげて。そしたらSさんも楽に言葉出て

くるから」「それならSさんも答えられるやろ？」と話すことによって両者の関係を取り持ち、対人関係能力の不足を補っていた。

#### 3. <患者の状況に応じた課題遂行の必要性を伝えるための援助>

<ストレス状況への脆さ>に対しては、患者の状況や力量を理解し受け入れた上で、場合に応じて患者に労働・課題遂行の必要性を伝えるための援助が行われていた。例えば作業所やデイケアの通所で毎日疲れる、もっと落ち着きたいから明日は休みたいと訴える患者15に対しては、休みのことは考えても良いとしながらも「皆生活のスケジュールがあるやろ。それをこなしていけないことには落ち着くものも落ち着かないと思うよ」「やっぱり行く所には出来るだけ行った方がいいと思うよ」と毎日の決まったスケジュールをこなすことの重要性を伝え、患者の意思を強化していた。

#### 4. <患者が自尊を持って生活出来るようにするための援助>

<社会的不利>に対しては、精神障害を持つことから感じる負い目意識によって患者の行動が制限されることなく、自尊を持って生活出来るようにするための援助が行われていた。例えば精神障害に対する偏見を感じており「でもやっぱり私たちは心の病気だから他の内科や外科の人と違って嫌われることもあるし、何でも嫌がられることもあるよね」と話す患者3に対しては、「だから友達作ってね、何でもして楽しまんなん。一緒に出掛けたりして」と話して積極的に外に出ることを勧めていた。

#### 5. <患者が生活の幅を広げたり活動量を増やしたりするための援助>

<活動性の低下>に対しては、患者の力量を見極め、生活の幅を広げたり活動量を増やしたりするための援助が行われていた。例えば役割を持たず自室にこもりがちな患者18に対しては、「何かひとつでも決めてやってみたらどう？洗濯でもいいし、掃除でもいいし、掃除でも掃くだけとか玄関だけとか、そんな欲張らんでもいいから、何かひとつでもね」と話して家庭内での役割を与えて活動量を増やす働きかけを行っていた。

#### 6. <患者が主体的に服薬・症状管理が出来るよ

うにするための援助>

<服薬・症状管理の不完全さによる再発の可能性>に対しては、患者が主体的に服薬・症状管理が出来るようにするための援助や服薬の代償行為等が行われていた。例えば薬が体に合わないから飲むのが嫌だと言う患者8に対しては、「Tさん(以前と比べて)随分良くなったやろう。あの時は歩くのもやっとやったし食べるのもやっとやったやろう。今はしっかりやれとるからね。それはこういう、体の調子を整える薬をずっと飲んでたこともあるからね」「それでさっき言ってたみたいな不安が消えないようなら、先生に言って薬変えてもらうとか注射してもらうとか、いろいろ方法あるからね」と話して服薬の意味付けをし、患者が主体的に服薬行動をとれるよう援助を行っていた。

7. <家族との関わりの中で家族の負担を軽減するための援助>

<家族への影響>に対しては、家族との関わりの中で家族の負担を軽減するための援助が行われていた。例えば一日中寝たり起きたりの生活をしており、身の回りのこともほとんど自分で行わない患者17の妻に対しては、訪問に行く度に妻の不満や愚痴を聞き、「奥さんも頑張ってるね」と話して妻のストレスを発散させるための援助を行っていた。

8. <患者の気が行き届かない面に注目し、その不足を補うための援助>

<気配りの不足>に対しては、患者の気が行き届かない面に着目し、繰り返し指示を与えたり約束したりして日常生活における気配りの不足を補うための援助が行われていた。例えば清潔への関心が薄く入浴日が週一回程度であり、入浴日以外は着替えを行わない患者7に対しては、患者がOTに行く前日の日曜日と水曜日に入浴するように話し、「いい?約束ね」と念を押して清潔への働きかけを行っていた。

9. <患者の生活技能を高めるための援助>

<生活技能の乏しさ>に対しては、患者に不足している技能を伝えたり助言したりして患者が生活しやすくなるための援助が行われていた。例えば風呂釜の沸かし方が分からずアパートで入浴す

ることが出来ない患者8に対しては、図を書くなどしてガスのつけ方を分かりやすく説明し、患者が覚えられるまで何度も練習に付き合い生活技能の乏しさを補うための援助を行っていた。

10. <患者が現実を客観的に認識し対処するための援助>

<現実検討の弱さ>に対しては、患者の気持ちを受け止めた上で看護者の意見を伝え、患者が現実を客観的に認識し対処するための援助が行われていた。例えばグループホームに入居して間もない頃に、入院中の母親と同居したいと訴える患者13に対しては、「でもまだ早いんじゃない?ここでの生活が苦痛でも何でも無い位にならないと。お母さんと暮したら、家のことはMさんが全部することになるやろ。だからここでもっと練習して自信ついてからでもいいんじゃないかなあ?お金の事とかもあるし」と話し、患者が現実的な問題に目を向けられるよう援助を行っていた。

## 考 察

### I. 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題の特性

村田<sup>9)</sup>は精神障害者の「能力障害」は、社会生活体験の中で「生活のしづらさ」「社会生活障害」として自覚されるが、それは、基本的生活要素(ADLなど)の障害による日常生活の仕方のまずさ、対人関係能力の障害、作業能力の障害の3つの領域に分けて考えられると述べている。本研究での<生活技能の乏しさ>は基本的生活要素の障害による日常生活の仕方のまずさに、<孤独と他者との付き合い>は対人関係能力の障害に、<ストレス状況への脆さ><活動性の低下>は作業能力の障害にあたると考えられる。昼田<sup>9)</sup>は分裂病の行動特性の例として「現実吟味が弱く、高望みしがち」「世間的・常識的な思考・行動をとりにくい」を挙げており、本研究での<気配りの不足><現実検討の弱さ>はその特性を表しているといえる。また<今後への予期不安>は、自信喪失気味で不安を感じやすい<sup>10), 11)</sup>といわれる精神分裂病患者の特性を表しているといえる。さらに昼田<sup>12)</sup>は、臨床的立場から分裂病者に服薬を継続し

てもらうことの困難さを指摘している。薬の管理の出来ない者は再入院のリスクが高い<sup>13)</sup>との報告もあり、本研究での〈服薬・症状管理の不完全さによる再発の可能性〉と一致している。また患者にとって家族の存在の意義は非常に大きい。在宅障害者を持つ家族は家に障害者を抱えるがゆえに「将来の見通しがたたない」「世話をしていると心身共に疲れる」等様々な困難を抱えており<sup>14)</sup>、本研究で抽出された〈家族への影響〉からも家族支援の必要性が伺える。村田<sup>15)</sup>は精神障害の重要なものとして偏見や誤解による社会的不利を挙げているが、本研究での〈社会的不利〉においても精神障害を持つことによって患者が負い目意識を感じていることが明らかになっており、精神障害に対しての特有の偏見や差別を取り除くことの必要性が示唆されている。蜂矢<sup>16)</sup>は、精神分裂病患者は治療を受ける病者であると同時に、社会生活を送る上で困難を有し、不利益を受けやすい障害者でもあると述べている。今回明らかにされた10カテゴリーは、疾病と障害が共存しているがために社会生活を送る上で様々な問題を抱えている精神分裂病患者の一面を浮き彫りにしたといえる。

## II. 認識の違いに対する看護者の姿勢

今回得られた情報について患者の受け止め方と看護者の視点とに分け、その捉え方の違いに着目することにより両者の認識には多少の隔りがあることが示された。それぞれの情報に対する患者の受け止め方は精神分裂病患者の特性であり、今回明らかになった問題と共通するものであるが、その認識の違いにより患者は問題とみていない場合、つまり援助の必要性を感じていない場合が存在する。しかし看護者の一方的な押しつけではなく、患者が望む形で主体的に生活出来るようにするための援助を行うためには両者が一致している必要がある。神郡<sup>17)</sup>は患者の要求がいつでも満たされる保証があってこそ看護者の働きかけの真価が満たされると指摘している。また患者の生活を基盤に、あくまでそれを尊重する立場からの、さらに望ましいかたちへ向けた脱皮を促し、それがはかれるように援助することが働きかけの原点であると述べている。また葛西ら<sup>18)</sup>は、地域に

すむ精神障害者の障害認識と対処能力に関する研究の中で、ケアの成立には当事者とケア提供者との間に歩調を合わせる作業が必要であり、協同関係成立がケア成立の前提条件であると述べている。

このような視点に立ったとき、訪問看護者は援助を提供する立場として患者を受容し、意思を尊重することが重要である。本研究でも〈患者の不安を受け止め、肯定的な面に目を向けるための援助〉〈患者の対人関係能力の不足を補うための援助〉〈患者の状況に応じた課題遂行の必要性を伝えるための援助〉〈患者が自尊を持って生活出来るようにするための援助〉〈患者が生活の幅を拡げたり活動量を増やしたりするための援助〉〈患者が主体的に服薬・症状管理出来るようにするための援助〉〈患者が現実を客観的に認識し対処するための援助〉の7つのカテゴリーに共通して〔患者の気持ちを受け止める〕がみられた。例えば以前に仕事を断られた経験があり、現在は就職や通所をしていない患者4が「(仕事を断られて) 恥かいて帰ってきた。定年くらいになったら掃除(の仕事)でもしようかな」と話した時、訪問看護者は患者のその感情を否定せず受容していた。外間ら<sup>19)</sup>は看護行為の原則として、道徳的に批判したりせず患者のあるがままの状態を受け入れること、すなわち善悪の判断を行ったり、世間に通用している常識でおしはかたりしないことを挙げている。看護者には患者の状況や感情に関わらず、ありのままの姿を見つめ、受け入れる姿勢が重要である。

## III. 援助の視点

### 1. 患者の主体性を高め、動機を引き出す。

萱間ら<sup>20)</sup>は、精神分裂病患者の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技術の分析を行った。その結果明らかになった6つの看護技術のカテゴリーは、1) 患者の社会復帰に対する意欲を強化し、退院への意思決定の主体は患者自身であることを強調する、2) 常にサポート感を提供し、側にいることを強調しながら現実主義に基づいて現実的な行動へ導入する、の2つの原則に則っていると述べている。この研究では社会復帰病棟の患者を対象としている点や言語によるコミュニケー

ションを分析するためのデータとして用いている点で本研究とは違いがあるが、患者に提供する技術あるいは援助の持つ意味においては共通性を有している。

本研究ではすでに社会復帰している患者を対象としているが、意思決定の主体は患者自身であることを確認するという点においては＜患者の不安を受け止め、肯定的な面に目を向けるための援助＞の〔患者自身の考えを持ってもらう〕、＜患者の対人関係能力の不足を補うための援助＞の〔患者の意思を確認する〕、＜患者が生活の幅を広げたり活動量を増やしたりするための援助＞の〔患者のやり方を尊重する〕、＜患者が主体的に服薬・症状管理出来るようにするための援助＞の〔服薬の意味付けをする〕〔患者の望み通りになると強調する〕〔外来受診の意味付けをする〕〔健康管理への意識を高める〕は、1) 患者の社会復帰に対する意欲を強化し、退院への意思決定の主体は患者自身であることを確認するという原則に則っているといえる。訪問看護師は患者の将来に関してや現在の日中の過ごし方、服薬や外来受診の継続に関して等、患者の意欲を高め動機を引き出す為の援助を行っているが、最終的な決定権は患者自身に委ねている。Benner<sup>21)</sup>は、患者の最終的な成功はナースの利益や名声のためではなく、その本来的な価値は患者のためにあるとし、患者の生活上の責任は患者に属しており、だからこそ成功を求めることが出来ると述べている。萱間<sup>22)</sup>は、看護婦は患者が何を望むかを明らかにするために、ある時期は患者が自立への意思を持ち続けるための補助自我的な機能を持つと述べており、患者の主体性を高め、自分自身の責任で意思決定を行うよう動機を引き出すことは訪問看護師の重要な役割だといえる。

2. サポート感を提供して患者が気持ちを打ち明けられる存在となり、現実的・具体的な行動へと導入する。

本研究で明らかになった援助の多くは、先述の2) サポート感を提供し、そばに居ることを強調しながら現実主義に基づいて現実的な行動に導入するという原則に則っていた。＜患者の対人関係能力の不足を補うための援助＞では、意思表示の

苦手な患者に対して「あなたのいいようになるから」ということを強調し、気になることや困ったこと、思ったことなど何でも話すように伝えて言語化を促していた。また表情や態度、視線や沈黙などからメッセージを読み取り、患者自身がそれを明確化出来るよう、患者のリズムに合わせて働きかけを行っていた。訪問看護師はこのようなコミュニケーションの技術を使ってサポート感を提供し、実際に患者が気持ちを打ち明けられる存在として機能していた。Travelbee<sup>23)</sup>は、思考や感情を言葉で伝えることは、患者が自分の問題をはっきりさせ、主観的な体験を客観化するのに役立つとし、その結果として孤立感を減らし対人的なかわり合いを増やすようになると言及している。また訪問看護師は＜患者の気が行き届かない面に注目しその不足を補うための援助＞では一緒に部屋の掃除をしたり、＜患者の生活技能を高める援助＞では生活技能習得の練習に何度も付き合ったりしており、そのように行動を共にすることもサポート感の提供につながると思われる。他者との関わりが少ない患者にとって、訪問看護師は悩みを打ち明けたり楽しい時間を共有したり出来る貴重な存在である。患者にサポート感を提供し、実際に本人がサポートを求めればそれを受け止め、迅速に対応することが重要だと考えられる。

屋田<sup>24)</sup>は、分裂病者に対しての指示は具体的に、明確に、そのつど与える必要があると述べている。本研究でも＜患者が生活の幅を広げたり活動量を増やしたりするための援助＞では、患者が理解しやすいよう、あるいは行動しやすいように具体的で簡潔な指示や提案を与えて活動量を増やす働きかけを行っていた。＜患者が自尊を持って生活出来るようにするための援助＞では患者が家族に連絡しやすいよう、電話をかける時間や話すポイント等を具体的に助言しており、＜患者が現実を客観的に認識し対処するための援助＞では訪問看護師からみた現実を伝え、現実への対処の仕方を具体的に助言していた。現実検討が弱く、不安を感じやすい等の特性を持つ患者にとって、抽象的な指示はかえって混乱を招くこととなる。地域で生活するという事は、患者自身が現実と向き合っただけで日常の様々な問題に対処しながら生き

ていくということである。患者の不安を和らげ、客観的な現実認識をもたらすためにも具体的で簡潔な指示や助言を与え、現実的な行動へと導入することが重要である。

### 3. 患者の個別性を重視した働きかけを行う。

地域で生活する精神分裂病患者であってもその特徴によって必要とされる援助は異なっており、訪問看護師は患者の力量や状況に合わせた援助を行っていた。〈患者の対人関係能力の不足を補うための援助〉では患者によって看護師が積極的に働きかける場合と、話し相手となり同じ時間を共有することが援助の中心となっている場合があった。〈患者の気が行き届かない面に注目し、その不足を補うための援助〉では一緒に掃除をしたり入浴や更衣、睡眠や食事についての確認をしていたが、必要のない患者に対しては生活状況の確認などは行われていなかった。〈患者の状況に応じた課題遂行の必要性を伝えるための援助〉では患者の力量に合わせて日常生活における課題遂行の必要性を伝え、患者の意思を強化していた。いずれの場合も患者を過大または過小に評価したりせず、患者の主体性や自尊心が損なわれないよう配慮し、患者の現実に即した援助が行われていた。萱間<sup>25)</sup>は精神分裂病患者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護婦の看護技術の分析を行い訪問ケアの技術は患者の状態や能力のレベルに応じて、保護的なもの、自立を促すもの、サポートしさらなる向上を促すものがケアレベルに対応して配置されていると言及しているが、これは言いかえると患者の個別性を重視してケアが行われているということであり、本研究からも同様のことがいえる。地域での生活においてはそれぞれの患者の生活パターンや意思を尊重し、個別性を重視した働きかけを行うことが重要である。

### 4. 家族も援助の対象として捉え、精神的・身体的負担の軽減を図る。

地域での生活支援においてサポート感を提供する対象は患者だけでなく、その家族に対しても同様のことがいえる。大島<sup>26)</sup>は、しばしば家族関係を含む対人関係の障害として現れ、時に表面的な理解のみでは捉えることが難しいこの障害を持つ人々を、日々の生活の中で理解して、共感的な

態度を形成していくためには、日常的に家族を支えて障害者とのコミュニケーションの橋渡しをする地域の専門職の存在が不可欠であると言及している。本研究でも〈家族との関わりの中で家族の負担を軽減するための援助〉において、家族の不満や愚痴を聞いてストレスを発散させていた。訪問看護師が患者と家族の間に入ることによって普段は言えないことを言語化したり、お互いの気持ちを確認したりしてしており、まさに橋渡しの役目を果たしていたといえる。患者と同様に家族も自らの生活を営む生活者であり、援助を必要としている対象として捉え、介護の負担によって生活が障害されることのないように配慮しなければならない。患者への対応が難しく、悩みを受け止めてもらえる場が少ない等の困難や悩みを抱え、孤立しがちな家族と継続的に関わり、気軽に相談できる関係を作り、家族の精神的・身体的負担の軽減を図ることも訪問看護師の重要な役割である。

## 研究の限界と今後の課題

### I. 研究の限界

1. 本研究は研究者自身が測定用具であるため、データ収集やその分析に研究者の能力が影響していることは否定できない。
2. 訪問看護師が担当制となっているため、担当者との関係によりデータに多少の歪みが生じることは否定できない。
3. 研究対象者は特定の地域的背景の中で居住しているため、一般化するには限界がある。

### II. 今後の課題

1. 実際には行われていたが認識されていなかった援助についても検証するとともに、訪問看護師が行った援助がどのような効果をもたらしたかについて検証する必要がある。
2. 結果を一般化していくために、対象者数を拡大し、分析過程の客観性に留意して信頼性・妥当性を高めていく必要がある。
3. 対象者の背景や居住地による違い、看護師による違いを知るため、研究の範囲を拡げてさらに検証する必要がある。

## 結 論

地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題とそれらに対して行われた援助に関して、以下のようないことが見いだされた。

I. 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題には、＜今後への予期不安＞＜孤独と他者との付き合い＞＜ストレス状況への脆さ＞＜社会的不利＞＜活動性の低下＞＜服薬・症状管理の不完全さによる再発の可能性＞＜家族への影響＞＜心配りの不足＞＜生活技能の乏しさ＞＜現実検討の弱さ＞があった。

II. 地域で生活する精神分裂病患者が抱える問題に対して訪問看護師が行った援助には、＜患者の不安を受け止め、肯定的な面に目を向けるための援助＞＜患者の対人関係能力の不足を補うための援助＞＜患者の状況に応じた課題遂行の必要性を伝えるための援助＞＜患者が自尊を持って生活出来るようにするための援助＞＜患者が生活の幅を拡げたり活動量を増やしたりするための援助＞＜患者が主体的に服薬・症状管理出来るようにするための援助＞＜家族との関わりの中で家族の負担を軽減するための援助＞＜患者の気が行き届かない面に注目し、その不足を補うための援助＞＜患者の生活技能を高める援助＞＜患者が現実を客観的に認識し対処するための援助＞があった。

III. 情報に対する患者の受け止め方と看護師の視点には多少の隔たりがあった。患者の生活上の問題を協同で対処していくためにも訪問看護師は患者のありのままの姿を見つめ、受容することが必要だと考えられた。

IV. 本研究で得られた結果から、地域で生活する精神分裂病患者を支援する訪問看護師の重要な役割として、以下のことが考えられた。

1. 患者の主体性を高め、自分自身の責任で意思決定出来るよう動機を引き出すこと。
2. サポート感を提供して患者が気持ちを打ち明

けられる存在となり、現実的・具体的な行動へと導入すること。

3. 個別性を重視した働きかけを行うこと。
4. 患者と同様にその家族も援助の対象として捉え、精神的・身体的負担の軽減を図ること。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快く調査に御協力、御指導下さいましたT病院の皆様、対象となって下さった19名の方々、又、富山医科薬科大学医学部看護学科の諸先生に心から感謝致します。

## 引用文献

- 1) 佐藤三四郎, 橋口穹枝他: わが国におけるシステム化の動向—生活指示の観点から—, 臨床精神医学, 9(6), 11-19, 1980.
- 2) 稲岡文昭, 西村俊彦他: 精神分裂病患者への日常生活・社会生活上の援助に関する研究, 厚生省精神・神経疾患研究委託費, 精神分裂病の病態, 治療・リハビリテーションに関する研究, 総括研究報告書, 133-136, 1998.
- 3) 緒方明, 三村孝一他: 精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討, 精神医学, 39(2), 87-96, 1994.
- 4) 澤温, 高田耕二: 地域生活支援と訪問看護, 日精協誌, 17(3), 23-31, 1998.
- 5) 小渡敬, 比嘉恵子, 国吉薫: 地域生活支援と訪問看護, 日精協誌, 17(3), 56-61, 1998.
- 6) 久山とも子: 長期入院を経て退院する精神障害者への訪問看護, 千葉県立衛生短期大学紀要, 12(2), 87-96, 1994.
- 7) 萱間真実: 精神分裂病患者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護婦の看護技術, 看護研究 32(1), 53-76, 1999.
- 8) 村田信夫: 地域精神保健—メンタルヘルスとリハビリテーション—, 109-110, 医学書院, 東京, 1993.
- 9) 昼田源四郎: 分裂病者の行動特性, 43-51, 金剛出版, 東京, 1996.
- 10) John F.Thornton, Mary V.Seeman :

- Simplified, 1994, 丸山晋, 中井和代訳, 誰にも分かる分裂病とそのケア, 24-37, 中央法規, 東京, 1994.
- 11) 臺弘：生活療法の復権, 精神医学, 26(8), 803-814, 1984.
  - 12) 昼田源四郎：分裂病の行動特性, 221-224, 金剛出版, 東京, 1996.
  - 13) 西浦信博, 西浦公朗他：精神科訪問看護からみた患者の生活, 精神科治療学, 13(9), 1093-1098, 1998.
  - 14) 加藤正明監修：精神保健と家族問題, 170-178, 中央法規, 東京, 1989.
  - 15) 村田信夫：地域精神保健 メンタルヘルスとリハビリテーション, 111-112, 医学書院, 東京, 1993.
  - 16) 蜂矢英彦：精神障害論試論－精神科リハビリテーションの現場からの一提言－, 臨床精神医学10, 1653-1661, 1981.
  - 17) 神郡博：精神科看護の世界－その機能と原点－, 28-39, 看護の科学社, 東京, 1987.
  - 18) 葛西康子, 古塚孝：地域に住む精神障害者の障害認識と対処能力, 看護研究, 32,(2), 53-62, 1999.
  - 19) 外間邦江, 外口玉子：精神科看護の展開, 114-121, 医学書院, 東京, 1978.
  - 20) 萱間真実, 田中美恵子, 中山洋子：精神分裂病患者の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技術の分析, 看護研究, 28(6), 25-33, 1995.
  - 21) Benner,P. : Authorized translation of the original English language edition "From Novice to Expert : Excellence and Power in Clinical Nursing Practice", 1984, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論－達人ナースの卓越性とパワー－, 49-50, 医学書院, 東京, 1992.
  - 22) 萱間真実, 田中美恵子, 中山洋子：精神分裂病患者の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技術の分析, 看護研究, 28(6), 25-33, 1995.
  - 23) Travelbee,J. : Travelbee's Intervention in Psychiatric Nursing,2nd.Ed., 1969, 長谷川浩訳, 対人関係に学ぶ看護－トラベルビー看護論の展開－, 83-84, 医学書院, 東京, 1994.
  - 24) 昼田源四郎：分裂病者の行動特性, 230-231, 金剛出版, 東京, 1996.
  - 25) 萱間真実：精神分裂病患者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護婦の看護技術, 看護研究 32(1), 53-76, 1999.
  - 26) 加藤正明監修：精神保健と家族問題, 181-185, 中央法規, 東京, 1989.

## Study on the problems and supports related with schizophrenic patients living in the community

Kyoko YASUDA, Yumiko TSUTSUGUCHI, and Hiroshi KAMIGORI

Toyama Medical and Pharmaceutical University

### Abstract

It has been pointed out that the construction of cooperative situation between the patients and nurses is required to home visiting supports for schizophrenic patients living in the community. In this study, we analyzed various problems extracted through the obserbation in home visiting of these patients, focusing on the different points of view between the patients and the nurses.

As a result, we could extracted 10 categories consisting of 47 sub categories from the observation. In addition, the analyzing the contents of cares to solve the problems, the following behavior could be taken as influencing roles of nurses. The nurses should 1. encourage them to develop their subjectivity and determine on their responsibility, 2. open their heart and lead them to do the plactical action by giving the feeling of support and existence of nurse with them. 3. give different cares depending on their personal.

### Key words

home visiting, community psychiatric nursing, schzophrenic patients