

[Case Report]

Psychotic patients and support of the family by nurses

Rie Mikake*, Ritsuko Yoshinaga*, Akira Miyatake*
Takeshi Uohashi* and Toshiaki Sakai* **

* Uohashi Hospital

** Aino Gakuin College

Abstract

This paper describes 3 psychotic cases with atypical psychoses (ictal depression), atypical psychoses (oneirophrenia) and emotional disorder together with a description of their familial backgrounds. All 3 subjects had acute onsets triggered by psychological causes. In approximately 3 months, they would go into remission or relief. However, each had a strong tendency to relapse repeatedly. Family members of all 3 subjects had emotional disorders. The mother of the first subject suffered from a personality disorder. The family of the second subject was obstinate and suffered from high emotional expression (high EE). In all 3 cases, family members that provided care and support for the patients were themselves found to have emotional abnormalities, which had a negative effect on the patients and were one of the leading causes of flare-ups and relapses. Nurses and other people engaged in mental health care must acquire a better understanding of such situations and provide support for both the patients and their families.

Key words : psychotic patient, high EE (emotional expression), family support by nurses

看護者による精神障害患者と家族の支援

見掛理恵*, 吉永律子*, 宮武明*
魚橋武司*, 塚俊明*, **

【要旨】 満田のいう非定型精神病（発作性うつ病）の同胞症例，非定型精神病（オネイロフレニア）の家族症例および感情障害の3症例と，その家族背景について報告した。3例とも何れも心因を契機にして急性に発症し，3ヶ月ぐらいで寛解または軽快するが，再発を繰り返す傾向が強い。何れも家族関係に問題があり，第1例では母親の人格障害が，第2例では家族内緊張が，いずれもいわゆる高EEを引き起こし，第3例では，“生活者としての家族機能”が障害されていた。何れの症例においても“援助者としての家族機能”と“生活者としての家族機能”が障害され，そのことが患者の再燃，再発に影響を及ぼしていることがわかった。看護者を含め精神医療に関わるものは，この様な現状を十分に把握し，患者ならびに家族の支援をして行く必要がある。

キーワード：精神障害者，高EE（感情表出），看護者の家族支援

I はじめに

満田¹⁻⁴⁾のいう非定型精神病（発作性うつ病，発作性不安）の同胞症例，非定型精神病（オネイロフレニア，Oneirophrenia）の家族症例，および感情障害の患者と，その家族背景について報告した。これらの症例は，何れも心因を契機として，急性に発症し，3ヶ月ぐらいで軽快または寛解するが，再発を繰り返す傾向が強い。各症例とも，それぞれの家族機能に変調をきたしており，それが患者の再発に大きく影響していた。そこで，再発防止のため，患者だけではなく，家族に対する支援が重要であることがわかった。また看護師として患者，家族へ関わってきたが，症例毎にその対応が異なっていた。

II 症例

A 第1症例（同胞症例）

a：姉 A氏・30歳台後半

診断名：非定型精神病（発作性うつ病，発作性不安，コタール症候群）

性格：几帳面な執着性の性格である。

家族歴：父母は姉妹の幼少時に離婚し，母親との3人暮らし。

祖父：87歳 肝臓病にて死亡。非常に几帳面な性格であった。

祖母：おおらかで男っぽい性格

祖母の妹の娘：てんかん

父親：明るく人付き合いの良い社交的な性格。父方

* 魚橋病院

** 藍野学院短期大学

に遺伝負因はない。

母親：美容院経営

母の性格に関するエピソードとしては、妹娘が入院中も娘が可哀相と言って患者の外泊の要求にすぐに応じて外泊させ、外泊中に本人の調子がいいからと強引に退院させてしまう。しかし、数日後自宅で面倒がみられなくなると、再び娘を病院に連れてきて置いて帰る様な大変身勝手な行動が度々認められ、その為十数回入退院を繰り返している。また、患者が、死にたいといった時母親は必死で制止する。然し、半面“死にたかったら死になさい。私がどんなに苦労したのか知っているの”などと本人を責める。また、看護師に対しても、度々患者の要求どおりにさせないことに立腹し、頻繁に病院に苦情の電話をかけてくる。今回、娘が隔離室に入れられたと聞くと、看護師に対しあなた達も隔離室に入ってみると険しい口調で言う。その上、閉鎖病棟に転棟すると、女子病棟で受け持っていた看護師に、毎日1回、患者の様子を見に行く様に指示をしてくる。性格は未熟、自己中心的で執着性、演技性の人格障害と考えられる。

職業歴：短大卒業後、洋服屋、スーパーのレジなどの職を転々とするが長続きしない。

治療歴：短大在学中に精神科クリニック受診し治療を受ける。

20歳頃 平成X年5月及びX+1年に1ヶ月づつ2回入院した。

現病歴：27歳で発病 コタール症候群（自分だけ生物のいない世界に、未来永劫生き続けなければいけない）、発作性うつ病、発作性不安などが出現、さらに20歳頃から“死ね 死ね”という内容の幻聴が出現する。F病院を受診、安定剤の注射を受けるがその後、希死念慮により自殺企図を3回繰り返し、当院に初回入院となる。症状が安定したため、短期間の入院ですぐに退院するが、再び症状が悪化し再入院となる。その後、退院して外来受診中に内服薬を中断したところ、再び死ねという幻聴がひどくなり、“薬を飲み始めて元の自分に戻った”と言う。しかも再び“死んだほうがまし”と考えるようになったので今回3回目の入院となる。

b：妹 B氏・30歳台後半

診断名：非定型精神病（発作性うつ病、発作性不安、コタール症候群）

生育歴：高校中退。

職業歴：個人の美容院に就職し、寮生活を送るが、

7ヶ月後退職する。その後、近隣の美容院4～5箇所を転々とする。

最終学歴：美容専門学校を卒業し、美容師の資格を取得する。

入院歴：17歳 心因を契機として発症。被害妄想のため某市の心療内科へ通院する。

22歳 注察妄想、幻聴が出現し、F病院入院。

27歳以降当院へ11回、短期間の入退院を繰り返す。

現病歴：17歳の時に“自分は人に嫌われている”という被害関係妄想が出現した。それ以降、人に見られているという注察妄想、自分の声で“タバコばかり吸いよる”と自分に干渉する内容の幻聴が認められた。入院すると、母親と離れていることを寂しがりにすぐに面会、外泊、退院を要求し、十数回入退院を繰り返していた。今回の入院中もコタール症候群や発作性に憂うつになり（発作性うつ病）、舌を咬み、針で眼球を刺そうとする。また、死にたいと何度も言い、衝動的にコーヒーのピンを投げつけ、自身を傷つける自傷行為、衝動行為を呈する。8月某日、発作的な衝動行動により自傷の恐れあり、隔離室のある病棟に転棟となる。そこでも、頻回に自傷行為を繰り返すので、ベッドに抑制しマウスピースを噛ませていた。

看護の過程

これまで、患者が入退院を繰り返す都度、母親は患者の態度や言動に一喜一憂する。そして、看護者に対して患者の扱いについて厳しい口調で抗議することもあり、必ずしも看護者と母親との関係は良好とはいえなかった。今回、もう一度患者の状態と共に母親との関係を見直してみることにした。担当看護師が、いつでも母親の相談にのることを説明し、電話や面接をしていくと、母親が患者の病気について殆ど理解出来ない事がわかった。そこで、医師との定期的な面接も計画した。面接時、医師が病状を説明していると、それを自分の持参したノートに克明に記録しながら、涙ぐんだかと思うといきなり厳しい口調になるなど、感情の起伏の激しさが窺えた。母は“子供とお互いに依存しているんです”という。意味を問うと、“姉がよくなったら次の心配は下の子にいつている。あの子のことが気になりもうどこにも行けない。離れられない”という。医師より気分転換を勧められるも“どこに行っても娘のことが頭から離れない。…そうしましょうか…やっぱりここまで来たら、わかりません”と返答する。その母親の言葉には抑揚が認められ、感情の高ぶりがみられた。

この面談での母親の様子だけでなく、何かあるごと

に時間も構わず担当看護師に電話してくるなどの母親との様々な経緯から考えると、母親自身が異常な状態にあることが窺われた。しかし、患者の症状悪化の予防のために、母親自身が少しでも余裕を持って患者と接することが出来るよう、病気についての理解や対処方法などを知ることが必要で、母親への教育的援助が大切であると考えられ、定期的な面接を継続していくことになった。

B 第2症例 (家族症例)

a: 姉 C氏・30歳台前半

診断名: 非定型精神病 (オネイロフレニア)

生育歴: 幼少時は、よくしゃべり明るかったが、ちょっとしたことで気を回してすぐに落ち込む。また、太っているため、豚と言われて落ち込み拒食をした。易感性で短気、爆発的な性格である。

家族歴: 同胞二人、両親は理容店経営。

発端者・妹: 非定型精神病 (オネイロフレニア)

姉: 非定型精神病 (オネイロフレニア)

父親: 非定型精神病 (オネイロフレニア)、多弁になり、奇妙な言動、たとえば自分の体が1円玉の様に小さくなると言い、興奮状態になって入院した。退院後、理容店経営。几帳面で世話好きな性格でよく働く、よくしゃべる。非常に短気で爆発性の人格障害と考えられる。

母親: 常識に欠ける。虚栄心が強く、他人の言うことを聞かず、喧嘩ごしに文句を言うなど、自己中心的、執着性、演技性の人格障害と考えられる。

入院歴: G病院 (精神科) に短期入院3回。

現病歴: これまで、当院へ5回の短期入院を繰り返している。入院時の状態については妹と同様、夢か現実かわからない、極期のことは憶えていない、いわゆる夢幻様状態になり、自分に対しての悪口などの幻聴や、アイドル歌手の子供を妊娠した (妊娠妄想) と言ったり、“私は二人いて、泣いている自分と見ている自分がある” (自我の分裂) 等と言っていた。しかし、これらの病的体験は毎回短期間のうちに消失して退院となった。

b: 妹 D氏・20歳台後半

診断名: 非定型精神病 (オネイロフレニア)

生育歴: 幼少時、恥ずかしがりやであった。母親は家業が忙しくて子供との会話が少なく、言うことを聞かないと叩かれていた。

職業歴: 専門学校を卒業し理容店で勤めるが、人間関係に悩み仕事は長続きしなかった。家業の手伝いを

する。

入院歴: 17歳の時、G病院 (精神科) に入院。25歳よりH病院に3回の入院歴あり。

現病歴: 勤務中、トイレに行くと、その間に自分の悪口を言われていると思い、トイレに行くことが出来なかった。17歳の時、発症しG病院 (精神科) に入院となる。その後、外来を受診し内服薬を処方されていた。しかし平成Y年春頃より、服薬しなくなり、店の客とトラブルを起こし、大声でわめき、暴力があるため当院に初回入院となる。入院時は姉と同様夢幻様状態となったが、少しずつ改善され、両親との関係に問題があったが退院となった。しかし、その後も父親との口論のため興奮が激しくなり、感情の統制がとれず、母親が警察に通報して平成Y+1年、2回目の入院となる。初回入院時と同様にすぐに軽快し、退院となった。しかし、退院後は通院、服薬ともに不規則となり、父、姉とトラブルを起こし暴言、暴力、夜間不眠のため、平成Y+3年6月、3回目の入院となる。“入院当時のことは、いつも覚えていない。いつも夢の中の様な感じで、いつの間にか隔離室で寝ていた。2回ぐらい隔離室に入ったことは思い出す。サンドイッチを差し入れてもらった事や、土下座していたことは一部思い出す。でもそれ以外のことは余り覚えていない、ボーッとしていた”という。いわゆる満田¹⁴⁾のいうオネイロフレニアの状態と考えられた。現在多少の劣等感の訴えはあるが、病的体験も消失し、同室の患者との交流もあり、落ち着いた状態である。

看護の過程

この症例は、同胞が非定型精神病に罹患し、父親も同じ非定型精神病の既往をもち、酒を飲んで腹が立つと包丁や木刀を持ってきて、娘を脅すこともある。その上、母親の生育態度にもかなり問題があった。また母親が患者の状態を全く理解していないことが問題であり、母親に電話等でアプローチを繰り返してきた。しかし、母親は姉妹の入院中に全く面会に来ないため、看護師が連絡すると“なんで行かなあかんのか、今忙しいのに”と一方的に電話を切ってしまう。また、数年前、患者が入院中に保護室に入室させられたことについて、突然ひどい剣幕で病院に文句の電話をかけてくる事もあった。母親と医療者側との疎通が十分取れない家族と認識していた。今回、姉の入院中の面談を通して家族の状況をさらに詳しく知ることが出来た。そして、姉の希望もあり退院を契機に、家庭内の調整をはかることを目的に訪問看護を開始することになった。訪問当初、看護師が訪問しても、家の中は乱雑で、

父と母は寝転んだまま対応し、また互いに口論するなど、全く気に留める様子はなかった。しかし、回数をかさねるうちに“父親自身の調子もよくなり、家の中での喧嘩が無くなり、毎日が楽しくなった”と姉がいう様になった。

C 第3症例

患者：E氏・50歳台前半

診断名：感情障害

発育歴：幼少時期、十分に手をかけ甘えさせてやらなければならない時期に放任され育ち、思春期は過保護に育てられた。

家族歴：同胞8名中7番目である。30歳台に結婚し、妻と理学療法士の長女〔20歳〕との3人暮らしである。同胞8名は全員怒りっぽくまた子供っぽく変わり者で、同胞の妻達が集まった時にお互いに話し合っている。性格は元来怒りっぽく、自己中心的である。

次男：60歳台で現在行方不明である。

三男：何度も自殺企図を繰り返している。

四男：60歳台、統合失調症を発症しI病院に入院中である。

姉：若い時に自動車事故で死亡した。（自殺の疑い）

最終学歴：大学中退

職業歴：自営業

入院歴：平成Z年、うつ病のためK病院通院、その後N医療センターに通院。

平成Z+3年より当院に2回の入院歴がある。

現病歴：約10年前、家業に行きづまるようになって以来うつ状態となり、それ以降躁状態とうつ状態を繰り返している。短期間の入院も含め3回入院している。躁状態では脱抑制のために、度々近隣の住人とのトラブルを起こし、警察沙汰になることが多かった。今年7月初旬外来を受診した後に希死念慮が出現し、3週間分の処方薬を一度に服用し、5日間眠り続け、動けるようになったため当院に再入院した。

入院の経過

入院当初、病院では1日中寝ている状態が続いた。大量の抗精神薬の副作用による尿閉、便秘、また食事、水分の摂取不足による栄養状態や電解質のバランスの崩れが見られた。入院後、点滴治療が開始されたが、入院3日目より自発的な言動が出現したので点滴は中止した。その後、抑うつ状態が徐々に回復してきたが、それにつれ患者は再三家に電話をかけて外泊を要求し、16日目には外泊をした。1泊2日の外泊中に“先生

が良くなったので退院してもいいと言った。”と妻に述べ、帰院予定時間になっても家に帰らず外出してしまった。19日目自宅に連絡すると、妻は夫が言うこと聞き入れずに病院に戻らないと言って困惑していると言う。また看護師が外泊前に医師と“今回は良くなるまで入院する”と約束したことを伝え、夫の話の内容とかなり違うことが解り、妻は、今の状態だとこれまでの繰り返しになると困惑していたが、本人の退院希望が強いので、当日妻のみ来院して、内服薬を持ち帰り退院となった。

看護の過程

この症例では、患者が多量の服薬による自殺を企図したもので、妻はよく寝ているからと、覚醒して初めて入院させた。その時、妻は“いつものことだから、仕方なく義務感から入院させたのです。他人に迷惑をかけるぐらいなら自分さえ我慢すればいい”と、かなりの疲弊状態にあることが窺われた。そのため、患者の入院中は、妻にも休息時間が必要と考えられたので、患者には“今回は十分に症状が落ち着いてから退院をする”様に約束し、患者自身も十分納得していた。それにも関わらず患者は入院19日目で強引に退院してしまった。患者の自宅が病院からかなり離れているため、訪問看護も出来ないの、妻とも相談して電話で連絡を取ることを計画した。妻も日中は仕事で忙しいために、担当看護師の夜勤時間帯に連絡してもらう事にした。それによると妻は、“夫に対して愛情はなく、ただ義務感から生活を共にしている。患者は10年間で中途半端なことばかりして、もういい加減にしてほしい。病院で突然死んでも一向に構わなかったのに”と話す。その上、今後どのようにして夫の病気と付き合い合っていけばいいのか解らないという不安を持っていた。また、患者は躁状態になると自分で勝手に服薬量を減量し、外来受診時には自分に都合のいいことばかりを言っていたため、医師には患者の正確な情報が伝わっていなかった。患者の症状が再燃する可能性の高いことから、看護師が妻とお互いに電話で連絡を取り合い定期的に患者に関する情報を交換して行くことにした。まず、患者の軽躁状態ないし軽うつ状態の時には、出来るだけ早く受診する様患者に促し、また患者の正確な状態については、受診前に必ず前もって妻から看護師まで連絡してもらう様にした。

III 考 察

大島ら^{5,6)}によると、1960年代にイギリスで開発さ

れたEE (Expressed Emotion;感情表出)の研究から、家族環境が良好な状態にある時は、精神障害者の地域での生活の維持に極めて有効な働きをしていることが実証された。EE研究の結果、家族が患者に対して持っている感情や態度、言葉によって患者の再発に影響を及ぼすと言われている。再発する患者に対する家族の持っている感情としては、“批判”、“敵意”、“情緒的巻き込まれ”があげられている。

また、大島^{5,6)}は、患者の家族を“援助者としての家族”と“生活者としての家族”の2つの視点から注目する必要があると述べている。“援助者としての家族機能”とは、家庭内における患者に対する協力、援助機能などである。この“援助者としての家族機能”に対して、専門職は一般に過大な期待をしていることが多い。その結果“生活者としての家族機能”が障害されることが多い。“生活者の家族機能”とは日常生活における一般的な家族機能をいう。患者の再発予防には、この2つの機能がバランスのよい状態を保つことが重要である。この、家族関係の中の心理的・情緒的な環境が、病気を持つ人の病状にも影響を与えるので、患者の再発や病状悪化の防止のために、家族に対する心理教育や支援が必要である。

第一の症例では、同胞2人とも多くの病的体験をもって発症し、何度も入退院を繰り返している。母親は患者が死にたいと言った時、“死にたかったら死になさい”と突き放し、患者を責め立てた。それは、批判的でそれを上回る敵意のある感情表出である。また、母親は心配のし過ぎで過干渉になりがちで、反面冷静さを失い感情的になることが多く、情緒的に巻き込むという感情表出が認められ、大島ら^{5,6)}伊藤ら^{7,8)}の言う、いわゆる高EEの家族環境と考えられた。

次に、母親は患者の世話で家事に手がまわらず、また口論が増えたと言っている。その上、自分だけの時間をもてず、気苦労が多いなどは“生活者としての家族機能”も障害されていることがわかった。また、医師との面談時、母親はこれまでも娘の話を繰り返して話し、また、娘の病気について詳しくメモをして帰っていた。それにも拘らず、娘が病気であることが未だ十分理解できていない。そして娘たちの病的な行動を性格の問題と誤った判断をしている事がわかった。そして、母親の初回の面接中の話し方は、誇張的で演技的であったが、医師に好意的な態度であった。しかし、2回目の面接時の態度は前回と全く異なり、医師に対して批判的な態度に変わっていた。これらのことにより、母親が自己中心的で、執着性、演技性人格障害

(ヒステリー性)であると考えられた。即ち、母親自身が問題であるにもかかわらず、母親に全くその自覚がないなど、かなり異常な状態であることがわかった。これらの事から、大島ら^{5,6)}、伊藤ら^{7,8)}のいう、“援助者としての家族機能”すなわち、患者に対する必要な援助を今の母親に求めるのは、困難であろうと推測された。要するに、患者は高EEの環境下であり、2つの家族機能ともに障害されており、患者の再発率は高いと考えられる。

退院している姉はこのような母親に対して批判的で、妹の外泊の要求に安易に応じないように母親に強く勧めていた。この姉の再発予防や、また今後妹の治療を進めていくためにも、母親に対し、病気についての教育的援助の必要性がある。しかし母親は人格障害であり、娘達の病状を未だ正しく理解出来ていない事から、病気について正しい知識や対処方法、治療法などを指導していく必要がある。特に娘達との接し方については、感情的にならず冷静に判断できるよう、面会時や面談を通して根気よく繰り返し教育、指導していく事が大切である。さらに、母親が患者と適切な距離を保ち接触して行くため母親自身の時間を持てるように援助していく必要があると考えられた。

第二の症例は、同胞2名とも非定型精神病(オネイロフレニア)に罹患し、頻回に入退院を繰り返している。父親自身も非定型精神病(オネイロフレニア)で入院歴があり、家庭内では両親の間に話し合いが殆どなく、両親共に酒を飲んで殴りあいの状態になり、姉妹に暴力行為に及ぶなど家族同士が常に言い争い、両親が娘に“殺したるか”と追い掛け回したりする。この場合も家族内の緊張が非常に高く、大島ら^{5,6)}のいう典型的な高EEの環境下であり、その結果姉妹は交互に再発と入院を繰り返しているケースといえる。訪問看護の役割は、大田⁹⁾によると精神疾患に対する治療、生活指導や人間関係の調整、そしてリハビリテーションと地域の支援ネットワークの活用³⁾とされている。今回の訪問看護の第一目的は家族内の調整であった。訪問により父親は飲酒時を除き、日頃は良く働き、家族の中では娘の社会復帰などの問題を一番理解していることがわかった。母親は姉を一方的に可愛がり、妹は放任するなどの問題がある。又娘の社会復帰については理解せず、父親が短気なために会話が出来ていない。これらのことから、患者の社会復帰を前向きに考えている父親にアプローチするのが望ましいと考えられた。入院中から担当していた看護師が、継続して訪問看護をすることにより、家庭の境遇

を十分に把握して、患者に個別に関わることが出来、ゆとりのあるコミュニケーションを取ることが出来た。その結果父親の娘に接する態度が優しくなり、治療に協力的になった。その結果、これまでは父親には期待できないと思われていた、患者の将来のことや状態に気をつけるなどの、“援助者としての家族機能”が良くなったと考えられた。同時に、父親が優しくなることにより母親の“生活者としての家族機能”もよくなると考えられた。最近、家庭内緊張はかなり改善され、患者の再発、再入院の防止も期待できる様になった。しかし、妹は今なお入院中であり、姉自身が妹の退院に不安を持っているため、今後も家庭内の調整が大切で引き続き訪問看護を継続していく必要がある。

第三の症例は、うつ病のため、多量の服薬により自殺企図を繰り返すケースであった。患者の度重なる病気の再燃に妻は振り回されて疲弊状態に陥っていた。これまで妻は援助者として患者の通院や服薬、状態について常に働きかけてきた。それにも拘らず、患者は妻のアドバイスを全く聞こうとせず、何度も同じ事を繰り返していた。そのため妻は次第に何も言わなくなり、家族としては傍観者的存在になってしまっていた。また、患者は殆ど仕事が出来ないため、妻が家計を支えていた。さらに、患者のために自分の時間が持たなくなり、また、今後の不安や、患者の様々な迷惑行為により、家族としての生活も障害されていると考えられる。これは、大島^{5,6)}も言うように、“援助者としての家族機能”のみがもたれられ、妻の“生活者としての機能”が著しく障害され、その結果患者の再発に結びつく危険な家族状況と考えられた。今後は、妻が自分の本心を吐露でき、カタルシスをすることが大切で、そのためには、患者の身近にいる看護者がよき相談相手になることが望まれる。しかし、患者家族と医療者との関係だけでは限界もあるため、身近な患者の兄弟の妻達との話し合いの時間を積極的に作るようにアドバイスした。この事は、同じような境遇にある身内との話し合いにより、よりよく相互理解を深め、妻のストレスの緩和を図ることが出来ると考えられた。

自殺を繰り返す患者の家族はややもすると、無力感やあきらめ感に陥りがちになる。こうした家族に対して、看護師は指導するという姿勢ではなく、心情を理解しアドバイスすることにより支えることが大切である。さらに、家族の思いを傾聴し支持していくことも重要なことである。その結果、家族がゆとりを持って患者と接する事が出来る。家族の支えは患者にとっても必要なことであり、家族に対し患者が病気であるこ

とを正しく理解させ、協力を求めていくことは大切なことである。今後も患者の再発のため、家族が繰り返し困難な状況に陥ることも予想されるので、病院だけでなく、地域精神保健センターなどの利用も紹介し、社会資源の活用についても指導していく必要がある。

今回、3症例の家族をとおして、大島ら^{5,6)}、伊藤ら^{7,8)}が述べる、高EE環境下にある家族であっても、“援助者としての家族機能”を、教育・指導することにより改善させることが出来る。然し、問題解決の責任や役割を家族に押し付けるだけでなく、家族自身により良き生活や生き方が出来るように配慮していく、すなわち“生活者としての家族機能”をバランスよく機能させることが、家族支援をする上で大切なことがわかった。そのことは、また病気の予後にも大きく影響する。看護師は患者の入院時などの状態の悪い時期のことをもっとも理解しうる立場にある。それゆえに、患者を看護していくうえで家族がどの程度病気や治療のことを理解しているか、患者に対して家族の者が、適切な対応が出来ているか、患者に対する感情、家族関係などを看護師として理解していくことが必要である。

これらを踏まえ看護師としての立場から、家族支援の基本をまとめると

- ① 家族の置かれた立場や状況を十分理解する。
- ② 家族自身の不安、緊張、疲労、焦燥感などの心情を理解し、これを支える。
- ③ 患者に対して、家族がゆとりをもって接する事が出来るように援助する。
- ④ 患者に対し病気についての正しい知識（疾患・服薬）や情報、さらに適切な対処方法を伝えていく。
- ⑤ 地域における医療、保健、福祉サービスの情報を提供する。

なお、精神科疾患患者を支える家族は、患者の病気の経過も多彩で長期に及ぶことも多い。そして、今なお地域での偏見も根強く、一般の疾患のように家族自身の心情を吐露することが出来にくい状況にあることを念頭において援助していくことが、大切である。

IV ま と め

今後、患者の治療効果をあげるために、患者を中心として、医師、看護師による医療チームに加え、臨床心理士、PSW、OT、地域の専門職など多くのスタッフの役割と機能を十分に果たすことが重要になってくる。その際、精神科病棟の看護師としては、患者本人

はもちろんのこと、家族の支援も重要な役割であることが認識できた。

引用文献

- 1) 満田久敏：精神分裂病の臨床遺伝学的研究. 精神経誌 46：298-362, 1942
- 2) 満田久敏：内因性精神病の臨床遺伝学的研究. 精神経誌 55：195-211, 1954
- 3) Mitsuda H: Clinical Genetics in Psychiatry. Jpn J Human Genet 9: 61-81, 1964
- 4) Mitsuda H: The concept of "Atypical Psychosis" from the aspect of clinical genetics. in Mituda H (Ed.) Clinical Genetics in Psychiatry-Problems in Nosological Classification: 22-26, Igaku-Shoin, 1967
- 5) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 岡上和雄: 精神分裂病を支える家族の生活機能とEE (Expressed Emotion) の関連. 精神経誌 96: 493-512, 1994
- 6) 大島巖: 精神障害者・家族援助の限界性と可能性. 『保健医療社会学論集』6: 24-29, 1995
- 7) 伊藤順一郎: 家族支援を技術として考える. 精神障害者の家族に対する心理教育を通じて. 保健の科学 42: 84-89, 2000
- 8) 伊藤順一郎, 大島巖, 岡田純一, 永井将道, 榎本哲郎, 小石川比良来, 柳橋雅彦, 岡上和雄: 家族の感情表出 (EE) と分裂病患者の再発との関連. 精神医学 36: 1023-1031, 1994
- 9) 大田省吾: 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健課, 精神訪問看護研修テキスト: 178-182頁, 1998