

研究報告

患者の退屈と現実感覚に関する一考察

——長期入院中の慢性期精神疾患を有する患者の語りを通して——

郷 良 淳 子

A Consideration on the Sense of Boredom and the Sense of Reality of Psychiatric Patients in the Chronic Phase who have Long Been in Hospital

GORA Junko

Abstract : Based on the conversations with a female patient A, who has suffered from atypical psychosis and has been in hospital for around 30 years, a consideration was given to the issue of boredom of patients and the method of nursing to stimulate their sense of reality. The patient A with an obsessive disorder about numbers had been a difficult patient for doctors and nurses to understand. However, while she was taking a walk with the author in the hospital once a week, she came to show her different aspects from the morbid ones shown in her bedroom, and gradually started talking of her loneliness or her wish to live over again returning to the days before getting ill. Though she is still in hospital and there is little hope of leaving the hospital, the author, inspired by her talks, has been involved as a nurse with her providing opportunities to her where she can find some fun, and, as a result, has found her healthy aspects which couldn't be found in the ward. On the basis of the talks and behaviors of the patient A while walking with the author, the followings were considered: the meaning of her psychological symptoms which were thought to be incomprehensible and that of purposive involvement to find out patient's healthy aspects. The possibility was suggested that the symptoms incomprehensible to others may be those resulted from the boredom which patients do not complain of, and that the walk may allow her to have sharp sensation of time and reality without tension. The consideration suggests that, in the pursuit of the better care of patients in the chronic phase, it is quite important for us to have the belief that we can understand even the patients who seem to be incomprehensible, and to give them opportunities to be listened to and to speak out.

Key Words : chronic mental illness, boredom, the sense of reality, narrative

抄録 : 30年近く入院している非定型精神病の女性患者 A さんの語りを中心としたケーススタディから、患者の「退屈」と「現実感覚を促す看護」について考察した。A さんは、強迫症状を持ち、医療者にとって理解が困難な患者であった。しかし、散歩を中心とした看護者である筆者との週 1 回の 1 年半の関わりにおいて、理解困難と思われた精神症状の意味と健康的側面を見出すことができた。理解困難と思われる症状は、患者が訴えない「退屈」という症状である可能性が示唆され、散歩は、不安の伴わないメリハリのきいた時間感覚と現実感覚を持つことに繋がっていると考えられた。理解困難と思われる患者とも理解可能という信念を持ち、患者が語れる機会を提供すること、患者の語りと患者の行動と生きてきた歴史をつなげて理解することが、慢性期の精神科患者のケアのあり方を探る上で重要であることが示唆された。

キーワード : 慢性期精神障害, 退屈, 現実感覚, 語り

I. はじめに

近年、精神科病院の急性期化がすすみ、急性期治療病棟の後方支援としての回復期病棟や慢性期病棟で、頻回な入退院をくり返す不安定で多彩な症状を有する患者を引き受けることになり、長期入院患者のいっそうの退院促進が必要となってきた。しかし、症状の固定化やセルフケア能力の低下により、また長期入院で家族が退院後引き取ることを望まないケースも多く、長期入院患者の退院促進は容易ではない。このような患者の中には、症状が固定し、理解不能とみられる言動を呈して一日を過ごしている人も少なくない。今回約30年間入院している、非定型精神病の女性患者が院内散歩の際に、病棟とは違った側面を見せ、現実的にぼつりぼつりと寂しい気持ちや、病的に見える行動をする理由などを話してくれるようになった。このような関わりを通して、病的に見える患者の理解が困難な行動の意味を明らかにすること、またその病的行動に埋没しがちな慢性期の入院患者の現実感覚を促す関わりとは何かを探求することを目的に慢性期の患者と看護者である筆者との関わりを分析したのでここに報告する。

II. 事例概要

Aさん 50代後半 非定型精神病

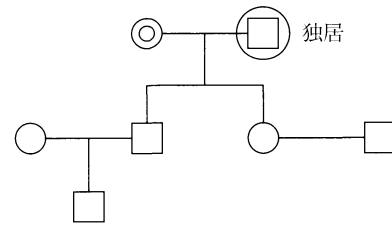
第2子出産後31年前に精神に変調をきたし、以来4回の精神科病院への入退院がある。200X年-9年にB病院に通院していたが、軽そう状態と思われる状態になった。入院が必要と保健所の相談で言われ、Cクリニックを紹介された。家庭のストーブより出火したことがある。その後も落ち着きなく、ふらりと夜に家を飛び出ていくようになった。

夫は気をつけていたが、3回警察に保護された。Cクリニックで投薬を受け、やや安静化して、「本日は受診する、入院する、考えてみた、思い出した、何も考えない方が楽。外科の病院に行く、警察に知り合いがいる」とまとまりがなく、結果、自宅療養は困難であり、D病院に入院する。

入院後、ハロペリドールやリスペリドンでは効果がなく、200X-3年 定期レントゲンで上行結腸内に義歯の陰影を認め、E病院に転院。保存的治療で義歯排泄する。その後D病院に戻る。脳のCT上には器質的な変化は認めないらしい。家族は、年に2回の外泊

の送迎に病院来るが、面会はない。

家族の状況：



Aさんの源家族：本人の弁では5人兄弟（本人が長女）妹2名、弟2名とのこと。両親は他県在住で健在。

筆者との関わり：

筆者は、大学に勤務するかたわら、概ね週1回Aさんの入院している病棟で約1年半看護研修を行ってきた。その際、Aさんとの院内散歩を中心にAさんと継続して関わっており、関わりを通してAさんの思いや言動について病棟看護師と情報を共有し、Aさんのケアの方向性について、適宜カンファレンスで話し合い、関わりの評価を行ってきた。

1. Aさんの日常

1) 典型的な言動

数字（時間）へのこだわり：「8です、6です」とナースステーション前の時計を凝視している。12時や6時などといわずに長針が8のところにくることにこだわりを持っている。「8が来たのでおやつをください」と、全く8とは無関係な時間に言い続けるなど、理解が困難なことを繰り返し大声でいつづける。

それについて、以下のように問うと、

筆者：「8に何があるの？」

Aさん：「おやつ」

筆者：「おやつって何時にいつももらっていますか」

Aさん：「・・・2時」

筆者：「じゃあ今2時？」

Aさん：「・・・うんこがでます！」と目をつぶり、トイレへ行くといった状況が繰り返される。

2) 日常生活のセルフケアの状況

①食事：おかゆ、キザミ食だが、おやつはカップラーメンやかりんとうなど食べている。

前歯の義歯しかなく、数年前に自分の義歯を飲み込み、レントゲンで見つかり、総合病院で手術をせずに取り出した。本人は、飲み込んだ自覚なし。

かりんとうを喉に詰ませたことがつい最近あった。

本人は、カレーライス、ハンバーグ、たこ焼きなどを食べたいという。

最近では、本人の希望に応えるように、1ヶ月に1-2回の割合で、近くの喫茶店で食事をしたり、散歩したときにおやつを外で食べる活動（レクリエーション）を受け持ち看護師と始めた。過飲水傾向はない。

「おやつ、おやつ」とナースステーション前でよく叫んでいるが「そんなにおなかは空いていないけれど、暇だから叫んでみたりする。おやつを出されると食べるけど、本当はそんなにはほしくない時もある」と散歩中につぶやくことがある。「暇だから叫んでみた、別に意味はない、でも外でハンバーグとか食べることはうれしい」と散歩の時に発言する。

②排泄：排便や排尿へのこだわりがある。話につまったり、どう答えて言いかわからないときに、「うんこがでない」「おしっこいってくる」などでその場から居なくなることが多い。筆者と散歩を始めた頃は、すぐにトイレに行くといつて、数分程度で病棟に戻るが多かった。

便がでないと気持ち悪いと、自己排便を毎日のようにする。「便をほじくった」と報告をしてくれる。筆者との会話の半分は、便や尿に関することである。爪に便がついている時があり、手洗いをすすめると、素直に従っている。

③清潔：入浴は好きで、毎回入浴する。見守り程度の援助で入浴は可能であるが、下着や洋服はナースサイドで管理している。

爪が伸びていても自分では切らない（切れない）。どうも目が見えにくい（老眼）ようで、爪切りを使いづららしい。「切って！切って！」とせがむこと有り。しかし、自分で爪を切ることもある。

髪の毛は毎回参加する作業療法で作るビーズでとめているが、あちこちをくくっているため、変な髪形になっている。最近では、調子がよい時は髪の毛も整っており、化粧もしている。作業療法で好みのスタッフがいるときには、「あ、口紅塗っていい」といい、スタッフを仰天させることもあった。シーツ交換は枕カバーのみ自分で交換できる。床頭台の中は雑然としていることが多いが、自分では片付けることはできない。

④活動と休息：作業療法があるときは、作業療法室で

ビーズ作りかオセロをしている。週に1回病棟主治医数人が集まって、患者さんを多く外に連れ出し、近くの公園でバドミントンなどしていたが、その時は積極的にボールゲームに参加されていた。作業療法への積極的な参加は、ある種強迫的であり、暇つぶしの要素が強いかもしれない。それ以外は時間の過ごし方がわからない様子で、時計を見ながら8や9と言っているか、トイレに行っているか、ベッドで横になっている。

散歩で「なぜ今日はいつもよりも多く、大きく叫ぶのか」を尋ねたら「暇だから、だから叫んだ」と可笑しそうに笑うことも有る。夜間時々不眠があり、夜中でも「薬をください！」と大声で看護師に叫ぶこともある。しかし、概ね良眠傾向。

200X-1年には、数字の読み上げが頻繁になり、歯磨きにこだわり、喋りながらカウンターで歯磨きをする、ホールで寝転びながら仰向けになって歯磨きするなど行動がまとまらなくなり、看護師を叩いたり、他患とのトラブルが起きるようになったため、リスペリドンが追加され、3mgまで増量されたことがあった。その後、臥床がちになった。Aさんは、「しんどくないよ、ただちょっと眠いだけ」と小声で調子を問う筆者に、返答した。数字へのこだわりはひどくなったり、目立たなくなったりしながら、経過している。

⑤対人関係：入院生活がほぼ30年近くあるため、多くの長期入院患者を知っている。声をきいて「あれは〇〇」「××はお菓子をくれた」というがみんな呼び捨て。他患からは、世話を焼いてもらっている。自分から誰かの世話焼きをすることがないが、最近隣のベッドに移ってきた30代半ばの独語妄想活発な患者さんを「私の友達だから、優しくしてあげてね」と看護師に言ったりしている。大声で、ホールで数字を叫ぶので「うるさい！」と他患から怒鳴られることがしばしばある。他患におやつをとられ、執拗に「返してください！」とその患者の前で繰り返した時には、その患者に叩かれることがあった。

2. 治療状況および看護方針

非定型抗精神病薬や、SSRIなどを強迫的行為や他患への迷惑行為の状況に合わせて使用されている。拒薬はない。のみ心地については不明。

最近の処方（200X年）

ロラゼパム	3 mg	毎食後
マレイン酸フルボキサミン	200 mg	朝, 夕食後
バルプロ酸ナトリウム徐放剤	2 g	
アリピプラゾール	18 mg	朝食後
フルニトラゼパム	2 mg	寝る前
塩酸トラゾドン	150 mg	

処方の種類は殆ど変わっていない。数字へのこだわりが強くなり、それにより他患とのトラブルになることが200X-1年にあったが、その際に、リスペリドンが定期的に処方され、3 mgまで服用していることもあった。現在は、不穏時にリスペリドンが処方されていて時々服用することがある。

看護方針としては、セルフケアレベルを維持することであった。作業療法や病棟でのレクリエーションへの参加を促し、Aさんの健康的な側面を刺激することも重要な方針であった。

Ⅲ. 倫理的配慮

Aさんの入院している病院の看護部には事前に論文にまとめることの許可を得て、この論文が、倫理的に問題がないかを確認してもらった。Aさんには、筆者との関わりを論文にすることを筆者から説明し、口頭で承諾を得た。論文中にはAさんの言動を文脈に影響がない程度に改変を加え、匿名性を保持した。

Ⅳ. Aさんの語り

Aさんは、病棟では、数字を連呼する姿が目立つが、院内の散歩に筆者と2人で出かける際は、ぼつりぼつりと気持ちを訴えることがあった。それらは、散歩の時のみ語られることであり、散歩から病棟に戻り、ドアが閉まった瞬間から、また“病人の顔”に戻る印象が強い。ここで、いくつかの語りを紹介する。これらは、Aさんの現実感と、医療者にとっては意味不明ととれる言動を理解する示唆を与えてくれる物である。

1. 「私のところだけ誰も電話をかけてきてくれない」

ぼそっと「私のところだけ、電話してきてくれない」とつぶやいたことがあった。

筆者：「お父さんに電話をかけてきてほしいの？」

Aさん：「そう」

筆者：「かけようと思ったら、かけられるんじゃないの？」

Aさん：「・・・わからない」

筆者：「最近ではいつごろ電話をかけたの？」

Aさん：「ずっとかけてないよ」

この会話のあと、すぐにいつもの「8です、9です、うんこでました、おしっこいきます」の決まりのパターンの言葉が出てくる。

この話を受け持ち看護師にすると、「御主人に電話して、本人が電話をかけたがっていること伝えます」と対応された。その後すぐに「土曜の朝9～9：30の間だったら仕事に出る前です、それ以外は忙しいのででられません」と夫より言われたとのことであった。

しかし、Aさんに土曜日9～9：30に電話してもOKと伝えるが、容易にそのことを理解してそのルールを守るわけもなく、時間に関係なく頻回に電話をしている。

電話について問う（散歩の時）。

筆者：「しょっちゅう電話しているみたいだけど、お父さんと話せた？」

Aさん：「つながったよ、よかった、うれしかった」

筆者：「え？お父さんと話せたの？お父さん元気だった」

Aさん：「はなせてない、電話が通じていた」

筆者：「・・・そうか、『この電話は現在、使われておりません』といわれなくて、ちゃんとその電話が生きていてよかったって言う意味ね」

Aさん：「そう」

筆者：「自分から電話したことはずっと前のことなの？」

Aさん：「ずっと前、いつかはわからない・・・」

筆者：「電話でお父さんと話せたことある？」

Aさん：「うーん、何回かある、でも『あんまりかけてくるな、うるさい』っていわれたわ」と言って「あははは」とゆっくりと言葉を区切って筆者を横目で見て笑う。

笑ってはいるが、楽しそうではない。電話に出る、出ないという次元でなく、電話が不通でないことに安堵している・・・年に2-3回と少なくともはあるけれど、定期的に外泊しているのに、あるいはそれぐらいの細かい糸がまだずっとつながっているからこそ、いつか見捨てられるのでは、という不安が強いのかもしれないとその際に筆者は感じた。

2. 「もう生き直すことはできないのかな？」

電話を家に定期的にし、看護師からも面会に来て欲しいと電話で依頼をされて以来、2回ほど、本人のところに夫や弟の面会者が来たあとの散歩で

本人も「何十年かぶりに弟の〇〇と××が来てくれた、びっくりした、すぐその喫茶店にいったよ」と。しかし何を話したのか聞いても「私は、本当は4が嫌い、5がいい」などぶつぶつと言いつつ。うれしただけではない、再会だったのだろう。

いつも中庭のベンチにすわって、ぐるっと院内を1周して戻ってくるが、この日は、ベンチに座っているとAさんから

Aさん：「ちょっと歩こうよ」と、

筆者：「いいよ、行こう」

Aさん：「こっちいってみようか」と今まで行ったことのない方向へ。

筆者も従いそちらへ。

しばらくAさんは「私は、本当は4ではなく、5が好きだ、4は嫌い」と言っていたが、急にぼそと

Aさん：「もう生き直すこと、できないのかな？」

筆者：「え？今なんていったの？『もう生き直すことできないのかな』って言った？」

Aさん：「言った」

筆者は、何もいえなかった。しばらくして、

筆者：「Aさんっていくつだったっけ？」

Aさん：「26」

筆者：「え？」と言ってAさんの顔を見ると、ニヤニヤと笑っている。

筆者：「今いくつ？えっと50代後半？だったっけ」

Aさん：「よくわからないわ」

筆者は、（そうか、そういうえば、30年前に具合悪くなったから、26って具合が悪くなったかならない時なんだ）と思い、

筆者：「26歳って具合が悪くなったころですね、その頃に戻って・・・やり直したい？」

Aさん：「そう・・・本当は、4は嫌い、5がいい」とまた数字について何度か繰り返す。

Aさん：「生き直さなくてもいいわ、しんどいもん」といい、病棟へ戻る。

このように、Aさんは散歩にいくと、数字や便や尿のいつもの話からぼそと、とても現実的なことを言う。病棟のカウンター越しに時計を凝視しながら、

大声で「8が来ましたから、おやつをください！」などと叫んでいる人と同一人物とは思えない。病棟の自分と病棟外の自分を使い分けているような印象を持つ。一度筆者と院内を散歩しているAさんを見たスタッフが、Aさんの笑顔が「本当に自然で、うれしそうだった、普通の人にみえた、びっくりした」という。やはり、病棟とは違う顔をみせるのだろう。

このような語りをしつつも、数字へのこだわりによる大声、所かまわず歯磨きをするなど、他患への迷惑行為が目立つようになることもしばしばある。それらは、年に2回の外泊の直後に目立つ。

3. 失われた30年と現在の関わり方の留意点—現実感覚の維持としてのケア—

「もう生き直すことはできないのか」というつぶやきから、どのようにケアをしていけばいいのかを看護カンファレンスで話し合った。家族の状況として、この数年（5-6年）は、面会には一切来ないものの、夫は、ゴールデンウィークやお正月には毎年2-3泊自宅外泊のため送迎している。そこまでしているから、それ以上の要求はしないしてほしい、と思っているのではないだろうかと考えられる。このような家族に退院をすすめると、外泊さえもしてくれなくなるかもしれない。30年も離れて暮らしてきて、いきなり退院されても、家族も本人も困るのではないか。自宅退院するには、夫が仕事でいない間に、一人で、家で大人しく過ごせればいいが、Aさんにそれができるかどうかは誰にもわからない。退院して、自宅までの間にケア付きホームなどの施設にはいることも考えられたが、Aさんは「私には家があるから、退院するなら自宅、それができないならここにいる」とはっきりといていた。では、看護師は何を目標にケアをしていくべきなのだろうか。

院内であっても、散歩はそれがAさんにとっては、楽しみであるようだ。その時に、食べること、院外散歩をしたいというので、受け持ち看護師を中心に月1-2回の喫茶店や近くのスーパーへの外出を行っている。その際、強迫的な発言は殆ど聞かれず、顔つきもしっかりとし、「普通の人」として振る舞っている。

院内散歩を含めた楽しみを持つ機会としての外出を定期的に設けること、また現実的な会話を意識的に看護師が行うことを心がけている。これが、Aさんの現実感覚を維持すること、退屈な時間をメリハリの効

いた時間の過ごし方に変化させ、セルフケア能力の維持と向上につながっていくのではないだろうか。

V. 考 察

1. 退屈をあらわす強迫的な数字へのとらわれ

Aさんの強迫的に時計をみながら数字を大声で繰り返すこと、これについて、Aさんの「暇だから」という散歩の際の言動に着目し、Aさんにとってのこの行動の意味を考察する。

中井¹⁾は、退屈を「患者が訴えない症状」として捉えており、ふつうの「暇」と違い、焦りがあると指摘する。「時間が歩みを止め、楽しみ、幸せが感じられず、同じこと、同じ姿勢、同じ動作をくり返す。一つの凹みに落ち込んだようなこの状態 (p.99)」であり、これは強迫症状を生むと述べている。また、中井²⁾は、「退屈とは、解消されない緊張とフラストレーションの上に乗っかかっている物であって、余裕とは全然違う (p.310)」と述べている。

また、当事者である Antoniou³⁾は、入院したときの体験の語りにおいて、退屈には2種類あり、一つは埋めることのできない時間がありすぎるための退屈(「物理的退屈」)であり、もう一つは薬の副作用による「化学的退屈」であるとしている。病棟では、たとえば毎時間プログラムがあっても退屈することがありえるし、何もしなくても退屈しないこともあると述べている。また、病棟で退屈なとき、自分の前に伸びていく果てしのない時間を考えるとパニックになるという。ここでは、ハナ・グリーン⁴⁾の『デボラの日記』のデボラが病棟の廊下の床のひび割れを一つ一つ数えていく場面が引用されている。加えていつも何かを待たなければならないこと、昼食の時間、勤務帯の交代の時間、与薬、就床・・・が医療者からみると強迫的にも思える患者の言動を生むのである。Aさんの数字へのこだわりやおやつを待つまでの数字を大声で唱えること、それを「暇」と称していたAさんの言動は、中井や Antoniouの言う退屈と同義であると考えられる。

さらに前述の Antoniouは、窓の外の本から落ちる葉っぱを数えたり、スタッフの噂話をしたり、患者がトイレに入っている時間を測ったり、他の患者の症状をフロア・ショウのように見ていたり、薬とお茶で日数を数えていたとも述べている。スクラブル・ゲームが60分から90分で終わるとか、モーツァルトの曲が3時間かかるとか思いながらウォークマンを聞き、時

計の針を見ないですむためには何でもしたと語っている。ちなみに、この語り手も、病棟の騒がしさを逃れ新鮮な空気が吸える中庭への散歩がよかったと言っている。一人になれないこと、したがって好きなことをできないこと(たとえ単なる時間つぶしであっても)も退屈を助長するのだそうだ。

Aさんにとっての筆者との院内の散歩は、病棟での一人になれない(たとえ、他者が干渉しなくても)環境から、一時でも逃れられ休息の意味があったのかと考えられる。散歩の時の会話、表情は病棟にいるときは違い、Aさんの人となりが見て取られ、余裕を感じさせるものであった。

一方、薬による退屈は、頭にもやがかかったようになり、何かに集中できないことから来るようだ。薬によって感情が抑えられ、動かないという体験は本当に苦痛なのだろう。すべてが味気なく、「退屈」なのである。

Aさんの場合、使用する薬物のみ心地は明らかではない。しかし、外泊後に数字へのとらわれやそれによる他患とのトラブルが起こるようになり、リスベリドンが定期薬に加えられたとき、ベッドに横たわり、うつ的に見えることがあった。この際、Aさんは「しんどくはないが、眠い」といっていたが、普段の退屈が薬によって別の種類の退屈を増長されていたようにも解釈できる。現実的な関わりをする際には、薬のみ心地についても話が引き出せるように関わることも意識する必要があるだろう。

2. 退屈を紛らわす対応とは—現実感覚を持てる関わり—

中井⁴⁾は患者の退屈を治療する方法の一番は「精神療法」だといっている。自分について考え始めると、退屈することはないという。この「精神療法」は、時間に不安を伴わない緊張を与え、時間がメリハリのきいたものにさせるという。その中で不安が結局は解消するような発見を行っていくという。どのような看護が中井のいう上質な精神療法となり得るであろうか?

これまでのAさんとの関わりでは、Aさんの不安に着目した関わりではなかったが、Aさんは、筆者との散歩の中で、家族に見捨てられる不安、これまでの過ぎ去った時間によって奪われた人生の大きさに圧倒された不安を語っていたように思う。夫との電話の時間を調整したり、家族に面会にくるように勧める事を通して、看護師は、Aさんの家族への思いに少しずつ応えてきた。また、Aさんにとっての楽しみ

機会を増やそうと、外出の機会をできるだけ設けてきていることは、不安を一時でも忘れられる時間を過ごすという意味を A さんに持たせたと考えられる。不安は、表出しなければさらに心底に潜り込み、混沌とし、本人にも他者にも理解が困難な物となってしまう。他者に分かりやすい形での不安の表出をするには、A さんにとっては、院内散歩がよい機会だったと考えられ、結果として、「退屈」を紛らわせ、不安のない適度な緊張を与える機会となったのではなかったのではないか。

VI. まとめ—本事例からの示唆

1. 患者の強迫的で固執した医療者にとって“理解困難”ともいえる言動を呈する場合、それは「退屈」という症状として見て取ることができる。
2. このような退屈に対抗するケアは、この事例にとっては看護師との散歩や、傾聴、家族との関わりを増やすことであった。継続してこのような機会を提供し、その際に患者が語る思いに沿ってケアを実践していくことが、不安を伴わないメリハリの効いた緊張を与えること、つまり「現実感覚の促進」につながる。
3. 患者の行動および生きてきた歴史と患者の語りをつなげることが、患者を深く理解することになり、これが看護ケアの向上に寄与する。

VII. おわりに

今回、理解が困難である思った A さんに関わり、院内散歩でのぼつりぼつりとした A さんの語りか

ら、A さんの病棟での固執した症状の背景にある「退屈」と A さんの入院や家族への思いを理解することができた。中井⁵⁾は、回復の過程は、病気をしたことのない人生には全然みられないほど、思いがけない展開やおどろきに満ちた物であり、治療者も、面接のたびごとになにがしかの驚きをあじわうと述べている。A さんとの散歩での会話、表情は、筆者や看護師にとって、慢性期の患者の可能性を再確認するものとなった。今後も回復の可能性を信じて A さんや他の長期入院で退院が困難と思われる患者のケアをしていきたい。理解が困難と思われがちな長期入院の慢性期の精神疾患を有する患者でも、看護師が、理解が可能であるという信念をもって関わることで、患者の理解を促進する機会を得るためには必要であることが、今回のケーススタディから示唆された。

謝辞

A さんおよび A さんと筆者の関わりを聴いてケアに活かしてくれた病院スタッフの皆様に感謝いたします。

文 献

- 1) 中井久夫・山口直彦：統合失調症圏の病氣。看護のための精神医学，医学書院，東京，2004，pp.77-108
- 2) 中井久夫：急性精神病状態の治療原則 患者への援助 (3)．精神科治療の覚書，日本評論社，東京，1982，pp.297-312
- 3) Antoniou, J: Bored on the Ward. In Experiences of Mental Health In-patient Care by Hardcastle M, Kennard D, Grandison S & Fagin L, Routledge, London, 2007, pp.33-40
- 4) 前掲書 2)
- 5) 前掲書 2)