

統合失調症と精神発達遅滞をもつ 50代の入院患者への支援とアセスメントを考える

●事例提出者

Jさん（精神科病院・PSW）

◆提出理由

統合失調症・精神発達遅滞という疾患・障害を抱えている54歳のクライアント・Aさん。一緒に暮らしていた母親が入院したことで、生活コントロールが難しくなり、問題行動の症状出現に至った。家族・親戚関係も不良となっている現状がある。いずれ退院支援を行い、生活の再構築に向けて支援していくことが予測される。長期化しているケースでもあるため、これまでの経過をまとめ、本人像をとらえ直し、Aさんが病気をもちながらも生活していくために必要なことを整理し、今後の支援に活かしたいと思い、事例を提出させていただきました。

●クライアント

Aさん（54歳・男性）

◆診断：統合失調症、精神発達遅滞（IQ47～60）

◆病歴・生活歴：B市にて出生。C市にて育つ。地元の高校中退後、数力所で働いていたことがあ

るが、ここ10年くらいは仕事につかず、母親と生計を共にし、母親の年金（月12万円）を頼りに生活していた（父親は20年前に死亡）。平成8年～10年までB市にある病院（精神科）に入院（Aさん「病名は聞いていない。調子悪くなって入院した」と。昼夜逆転となり、徘徊等の行動が出現したため、母親が入っている奉仕団体の知人の勧めで精神科を受診したとのこと）。11年8月までは通院していたが、その後加療は中断（本人は「自分で治した」と発言）。日常は母親と二人で生活していた。15年頃、母親が胃がんを発症。徐々に歩行困難、食事の用意もできなくなる。17年4月、母親は要介護2と認定され、訪問介護を導入。ヘルパーが作ってくれた食事の残りをAさんも食べていた。金銭管理は母親がして、Aさんは必要時にお金をもつ程度。洗濯は自分で行っていた。18年6月、母親が転倒し、入院。Aさんはひとり暮らしとなる。その後、母親名義の通帳からお金を引き出し（約500万円）、乱費。2カ月余りで使い果たす。18年7月にC市からタクシーに乗った際、料金を払わず、運転手と口論になり、暴力を振るう。その場で逮捕・勾留される。9月10日に措置入院が必要と判断され、入院となる。その後、閉鎖病棟での治療が開始される。その間、幻覚妄想、暴言、女性職員へのちよっかいなどが見られた。しかし、薬物療法で改善したため、11月18日に医療保護入院に切り替わり、

その後は療養病棟（閉鎖）で長期入院となっている。

学歴・職歴：小・中学校（普通学級）を卒業し、高校中退。塗装工（3年）、作業員（2年）、自衛隊（3年）、木材加工会社（2年）、警備員（2年）などを経て、平成8年より無職。

家族関係：弟がひとりいる。弟との関係は、Aさん曰く「20歳くらいから仲はよくなかった。性格が違う。弟は変わっている人」。現在、弟は他県に住んでおり、まったく連絡はとっていない（連絡先も不明）。

母親との関係：（親戚からの情報）「やはり親子だから、母親はAさんのことを信用していた。二人暮らしもうまくいっていた。たまに親子喧嘩はあるものの、生活は維持できていた。母親が入院している間にAさんが起こした金銭問題についても、母親は最後まで『あの子はそんなことはしない』と言っていた」

今回の入院におけるキーパーソン：従兄弟（Tさん）が病院との連絡係を担う。

◆援助経過

平成18年9月12日 入院。警察官に連れられ、当院医師の診察後、入院となった（保護室入室）。医師との診察時のやりとりは穏やかで「ゆっくり休みたい。ごはんが食べたい」との応答がある。PSWは家族の連絡先などを警察に確認する。この時点では連絡先が判明していない。

★PSWの考え

●いずれ病状が安定し、医療保護入院になることが予測される。早急に家族と連絡をとり、現状を確認し、今後の本人と取り巻く環境の力を見極めたい。

9月24日 警察から電話が入る。本人の従兄弟（Tさん）と連絡がとれ、話ができる状況とのこと。電話をかけ、主治医から入院に至った経緯、現在の病状について説明してもらう。その後PSWから、入院手続きに必要なものについて説明。現

在、Tさんが母親の入院先との連絡の窓口になり、実質的な動きをとっているとのこと。母親の病状を聴取する。本人が起こした行動（母親の財産を使うなど）に親戚中が怒っている状況とのこと。都合のつくときでよいので、一度来院してもらいたい旨伝える。

★PSWの考え

●本人の問題行動に対し、親戚としては怒りを感じながらも、病院との関係においては冷静に話ができる。関係性は遠いが、現状ではTさんに家族・親戚の窓口としての役割を担っていただくことになるかもしれない。

【本人の病態像】

<18年9月12日～9月末頃>

急性期治療病棟（閉鎖病棟）入院。保護室入室直後はやや興奮し、疎通性が悪い。看護師を見て「かわいいねえ」と繰り返す、易怒的となる、大声で叫ぶ、独語を言う。「俺は売られた喧嘩は買う」「ビールくれや」「飲みに行くか？」など、多弁状態。隔離と、一時開放しながら経過観察。

10月15日 Tさん来院。来院してくれたことをねぎらい、本人の病状を説明する。病名は統合失調症であることを告知する。また、当院の治療方針として入院期間は長期にならない可能性も高く、今後の経過を見て、退院後のことも視野に入れて考えていく必要が出てくる旨伝える。Tさんは「現在は親戚全体が怒っている状況」と。退院後のことも含め、病院も一緒に考えることを保証する。Tさん、本人に面会。「やったことわかってるかい？」「これからは自分でやってほしい」との発言あり。本人はうなずく程度。

その後、入院時手続きをする。入院費・お小遣いはTさんが代理で入金することになる。親族の意見として、お小遣いは1カ月7000円と決められる。現在は措置入院であり公費負担であるが、いずれ医療保護入院に変更になった際には入院費がかかることを伝える。

★PSWの考え

●入院に至るまでの経過を聞くと、母親不在のなかで一気に生活コントロールができない状態になっている。母親と同居することで、なんとか本人は生活適応できていたことが予測される。母親の回復の見込みが少ないなかで、Aさんが母親の手を借りずに生きていく方法はあるのか？

【本人の病態像】

＜18年10月～10月末頃＞

興奮状態は治まる。行動にまとまりはない。独語・空笑がみられる。落ち着いて過ごす時間は長くなっている。徐々に病棟の他患とも仲よく話す姿がみられるようになる。しかし、不穏状態になる可能性があるため、隔離継続。穏やかな状態が続けば、隔離解除・措置解除の方向。

11月18日 病状安定してきており、措置入院が必要な病状ではないため、解除の手続きをとり、医療保護入院に切り替える。

【本人の病態像】

＜18年11月～11月末頃＞

落ち着いてテレビを見たり、ラジオ体操・カラオケなどに参加されている。あまり他患との交流はなく、一人でデイルームで過ごすことが多い。幻聴・妄想も認められない。11月18日付けで措置入院解除し、医療保護入院となる。11月30日療養病棟（準閉鎖病棟）へ転棟する。

18年12月～現在

母親が死去したことによる保険証変更の手続き、高額療養費制度変更に伴う限度額適用認定証の手続き、生命保険診断書、生命保険請求の本人署名の仲介など、Tさんからの依頼にはすぐ応えるよう部分的に介入していた。

【本人の病態像】

＜18年12月～19年2月＞

19年1月に母親が死去。その知らせを聞き、

涙を流す。スタッフに対しても易怒的となり、テンション高くなり、不眠状態となる。母親の死のショックもあり、気分の浮き沈みが激しい状況。暴言・行動化（タバコが手に入らないと怒鳴る・ドアをたたく）がある。再度、隔離せざるを得ない状態となる。呂律がまわらない、転倒の危険などもある。臥床していることが多く、活気もない状態。他患との交流はあまり多くない。その後は徐々に安定する。

■母親の死をどう受けとめているか

（19年7月聴取）

とても悲しかった。葬式に出られなかったのは悲しかった。退院したら、実家の近くのD寺にある母親のお墓にお参りしたい。

【本人の病態像】

＜19年3月～現在＞

他患との交流もあり、特定の患者からは「お父さん」と慕われている。陽性症状もほとんど見られず、病棟生活に適應している。ただ、1カ月7000円のお小遣いは足りないとのことで、PSWからTさんをお願いしてもらえないかとの話をされることもある。

19年7月16日 Aさんと面談。今後どんな生活をしたいかを尋ねたところ、「早く退院したい。ゆっくりしたい」と。どこで住みたいかについては、「地元で暮らしたい」と。PSWより、母親が他界した今、一人で暮らすことへの心配や不安がある旨を伝えたところ、Aさんは「一人は難しい」と。言葉は多くないが、はっきりと自分の希望や気持ちを表出できていた。

◆考察

事例をまとめてみて、少し客観的に振り返ることができた（反省点も含め）。長期化していることと、退院の指示が出ていないこともあり、入院当初はケース理解に努めていたが、その後はやや

怠っていたように感じる。

入院後約10カ月が経っているが、親戚のスタンスは大きく変わっていない。怒りの感情はやや収まってきているかもしれないが、母親もいない今、本人を実質的にサポートする親族はいないかもしれない。Tさんは、病院から退院の話がないため、ある一定の距離をとりながら、最低限の動きに協力してくれている。そこを大事にしながら、

本人が今後、どこで、どのように生きていくのか、検討していかなければならないだろう。

主治医としては、入院して約1年くらい経ったら今後のことを具体的に考えていこうとの考えがあるようなので、これを機会にケースをとらえ直し、今後に備えて準備しておくこと、家族のサポートが得られにくい状況でどのような生活を今後描くことができるのか、可能性を模索したい。

ケース検討会

検討課題の設定

高橋 ありがとうございます。では、まずはじめに今日のセッションの検討課題を設定しましょう。Jさんの提出理由をもう一度確認させていただけますか？

Jさん ひとつは、セルフケア能力がどの程度あるのかを含め、Aさんのご本人像をとらえ直したいという思いがあります。そのうえで、今後の生活を支援していくために必要なことを整理できればと思っています。

高橋 今後、Aさんが病院から退院していく際に、どんな支援をしていけばいいのか。それを考えるためには、まずはAさん自身がどういう人なのかをきっちりと押さえていく必要がありますね。

Jさん はい、そう思います。

高橋 では、まずはAさん像を明確にすることを課題にしていきましょう。そのために必要な情報をJさんから引き出していただきます。

発言 平成8年に最初の入院をされていますが、どんなきっかけがあったのでしょうか。

Jさん ご本人に聞いている範囲では、「イライラして」ということと、昼夜逆転があったということくらいです。キーパーソンになってくださっているTさんにもお聞きしたのですが、それ以上の事情についてはつかめませんでした。

発言 入院後の様子から見える範囲では、Aさんの調子が悪くなるきっかけはどんなことですか？

Jさん その点がとてもつかみにくいのです。病棟に聞いても見えていないのが現状です。はっきりと反応があったのは、入院中にお母さんが亡くなったのを知ったときだけです。何がきっかけで調子が悪くなるのかがつかめていないので、支援をどう進めていくかにも迷いが生じています。

高橋 そこはすごく大事な点ですね。

発言 アルコールに関しては、常態的に飲酒をされていたのですか？

Jさん 状態が悪くなったときなどは「酒くれや」などとおっしゃることはありますが、ふだんはほとんどお酒に対する要求はありませんし、入院前も常に飲んでいたということはないようです。

経済状況、金銭管理能力について

発言 お母さんが入院した後、お母さんの貯金を500万円使ってしまったということですが、どういうことに使ったのですか？

Jさん 毎日のようにスナックや風俗店に通って使ってしまったそうです。ご自宅から繁華街までは車で30分くらいかかるのですが、往復ともタクシーを使っていたようです。お母さんが入院してしまった寂しさからそういう行動に出ってしまった

のではないかという気がしています。いずれにせよ、使い道がそういうことだったので、親戚はカンカンなんです。

発言 そういう方が、今は毎月7000円の小遣いで過ごしているわけですね。どんなふうにやりくりしているのですか？

Jさん ご本人はタバコが好きなのですが、何しろ7000円しかないので、1日3本にするなどして頑張っています。あとは病院の売店で飲み物を買う程度です。

発言 金銭管理は自分でできているのですか？

Jさん 今は準閉鎖病棟にいらっしゃるので、1日に1回、介護スタッフと一緒に売店に行って、買うものを紙に書いてもらっています。お金の管理そのものは事務が行っています。ですから、はたして自分でできるのかという心配はあります。今後、開放病棟に移る可能性もありますので、そうなれば服薬管理と合わせて金銭管理能力のアセスメントやトレーニングができると思います。

発言 ご本人の今の収入源は何ですか？ 貯金はあるのでしょうか？

Jさん 収入はありません。入院費は生命保険の入院給付金で賄っていました。入院費は今、国保の減額の手続きなどをして約4万円くらいです。お小遣いを足して毎月4万5000円をTさんが振り込んでくれています。貯金はお母さんのお金をすべて使ってしまったので、ありません。

発言 Jさんとしては、今後の生活基盤をどのように考えていますか？

Jさん 障害年金の申請を考えています。ただ、精神発達遅滞で押すのか、統合失調症でいくのかは、これからドクターと協議していく必要があると思っています。

発言 そのふたつ以外に、内科的な疾患等はないのですか？

Jさん はい、ありません。

重複する障害について

発言 精神発達遅滞はいつわかったのですか？

Jさん それが、親戚もわかっていませんでした。タクシーの運転手に暴力を振るって逮捕されたときに測って、初めてわかったそうです。小・中学校も普通学級でしたし、高校中退も本人の性格のためと思われていたようで、知的障害の側面は表には現れていなかったようです。

高橋 IQ47～60というのは微妙なところだと思いますが、日常生活能力という点ではどのように見えますか？

Jさん 私にも非常に微妙に見えます。基本的な生活能力はありそうなのですが、服薬については何のために飲んでいいのかという理解が今一つ不十分な様子です。薬の内容を説明しても、統合失調症だけの方より理解が乏しいです。

高橋 重複障害をもっているクライアントの場合、どの部分が統合失調症による症状で、どの部分が知的障害によるものなのかを整理して理解し、支援することが大切になります。AさんのIQの詳細はわかりますか？

Jさん いいえ……。たしかに、細かい検査が必要ですね。それによって、精神と知的のどちらの資源を使ったほうがベターなのかを考えていけますし——。ドクターにそのあたりをきちんと説明して検査する必要があるな、と今思いました。

発言 統合失調症の発症時期はいつですか？

Jさん それが、実は平成8年からの入院時のカルテが残っておらず、発症時期もよくわからない状況です。

発言 お母さんのところにヘルパーが来ていたということは、ケアマネジャーがついていたということですね。

Jさん はい。

発言 入院前のAさんの情報がケアマネさんから入ってくるようなことはなかったのですか？

Jさん うちの病院にAさんが入院したときは、すでにお母さんも別の病院に入院されていましたので、ケアマネさんとはこれまでコンタクトをとったことがありません。でも、たしかにケアマネさんから情報をいただくことができれば、入院前の状況もわかりますし、Aさん像がかなり明確になると思います。それと、今思い出したのですが、Tさんは月に1回程度はAさんのお宅に訪問していたそうなので、お母さんにどういう手伝いが必要で、ご本人にはどんな声かけが必要だったのかなどをお聞きすることはできると思います。

発言 幼少時のエピソードは何かお聞きになりますか？

Jさん ご本人はとても語彙の少ない方で、家族の昔のエピソードなどをお聞きしたときにも、弟さんのことが少し聞けただけでした。20歳くらいまではふつうの兄弟仲だったようですが、その後仲が悪くなったということでした。そのほか、お母さんとの小さい頃の思い出などは十分に聞き出せていません。

高橋 今の質問はどんな意図でされたのですか？

発言 Aさん像をつくっていく上では、長くお母さんと二人暮らしをされていたので、母子の関係性がどのようなものだったのかを知ることが重要だと思ったのです。また、ご本人は表現力が乏しい方ですので、抽象的な言葉での表現はされないでしょうから、もしなにかのエピソードをお聞きになっていれば、そこから関係性を推測できるのではないかと思ったのです。

高橋 とても重要な点を言ってくださいましたね。今のお話を聞いてどうですか、Jさん？

Jさん 先ほど、ご本人は語彙が少ない方だと申し上げたのですが、そういう方との面接の仕方に工夫が欠けていたことに気づきました。もう少し具体的な例を挙げながら、「こういうことがありましたか？」といった質問を重ねていく方法をとる必要があったと思います。

高橋 そうですね。それともう一つ、幼少時からのエピソードを聞いていくことで、親子関係の形成のされ方や、さらにいえばどの時点で発症したのか、またどのエピソードが知的障害からきているもので、どのエピソードが統合失調症からくるものなのかを整理しながら全体像をつかまえていくことができるだろう、ということですね。

発言 はい。私の意図以上に解説していただき、ありがとうございます（笑）。

検討課題の再設定

高橋 さて、このセッションではAさん像をつくることを課題に設定してきたのですが、ここまでやりとりをしてきて、そこに到達するのはちょっと難しそうだということが見えてきました。クライアント像をつくるには、ちょっと情報が足りないようですね。どうですか、Jさん？

Jさん はい、その通りだと思います。

高橋 そこで、少し課題を変えて、これからどういう情報をJさんが押さえていけば、今後の支援に役立つAさん像を明確にできるかを考えていきましょう。それでよろしいですか？

Jさん はい、よろしくお願いします。

高橋 では、今度はそういう観点から質問をお願いします。

発言 入院中のAさんを支援するにあたって、病棟とのカンファレンスなどでは、どんな方針で対応しようということになっているのですか？

Jさん 病棟とのカンファレンスはわりと頻繁にあります。どうしても動きのある患者さんの話が中心になってしまいます。Aさんの場合、状態としては比較的落ち着いていますので、カンファレンスの議題に上がることが少ないのです。

高橋 ただ、そういう状況であっても、ソーシャルワーカーがイニシアチブをとって、病棟で押さえておいてほしい情報などについて「Aさんのこ

ういうところを観察してください」というかたちで今後に向けての支援を共有化していくことはできませんか？

Jさん そうですね。それはできます。

高橋 では、やりましょう（笑）。

「寂しさ」とサポーターについて

発言 お母さんの死について、Aさんはどんなふうに受けとめていらっしゃるんですか？

Jさん 本当に語彙の少ない方なので、言葉ではあまり出ていませんが、お母さんの話になると目が潤んだり、お墓のある場所もしっかりと覚えておられ、「お墓参りに行きたい」とおっしゃっていますので、やはりご本人にとっては唯一の頼りになる大きな存在だったのだと思います。

発言 お母さんに関する話をJさんとした後で、ご本人の行動に何か変化などはありますか？

Jさん お母さんの死を知った直後はかなり不穏になりましたが、先日お話をした後の状況については病棟に確かめてはいませんでした。

高橋 今の質問はどうしてされたのですか？

発言 先ほど500万円の使い道に関して、寂しさから風俗などに行ってしまったのではないかという話が出ていましたので、お母さんがなくなったことを改めて思い出して寂しさを感じたとき、行動にどんな変化があったのかを知りたいと思いました。また、Aさんは「地元に帰りたい」とおっしゃっています。もし、ひとり暮らしをすることになれば、やはり寂しさを感じやすい環境だだと思いますので、そういう意味からも寂しさを感じたときの行動を押さえておきたいと思いました。

高橋 そこまで考えての質問だったんですね。寂しさという点に関してはどうですか、Jさん？

Jさん 今おっしゃっていただいたように、私は「寂しさ」がこのケースのポイントだと思っています。Aさんは生活能力がまったくないわけでは

なく、食事が出されて、金銭管理に関する多少の援助があれば、生活能力はあると思うのです。Aさん自身、「一人では難しい」とおっしゃっています。お母さんがいなくなってしまったなかで、どういう人が傍にいたり、どんなサポートがあれば寂しさを感じないですむのかを知ることが、これからの援助の核になるのではないかな、と思っています。今はまだ見えていませんが――。

発言 ご本人は地元に帰りたいという意向を持っているということですが、地元には知り合いや生活を手助けしてくれそうな方はいますか？

Jさん これといって特に親しい人がいるわけではないようです。唯一、お母さんのところに来ていたヘルパーさんは、とても頼りにしていたようですが――。

発言 入院につながったのは奉仕団体の方の連絡だったようですが、ご本人も入会していらっしゃるのですか？

Jさん お母さんが入っていたから自分も、という感覚のようでしたので、お母さんが亡くなった今となつては、自分からつながりを求めていく可能性は低いのではないかと思います。

高橋 とはいえ、もしかしたら地元に帰ったときの有効なネットワークになる可能性は残っているわけですね。

Jさん はい。可能性としてはあります。

Aさんを理解する枠組みと支援へのアセスメントのポイントについて

発言 Jさんから見て、Aさんのいいところはどんなところですか？

Jさん Aさんは規律の厳しい自衛隊に勤務していたことがありますので、決められた枠組みがあり、行動への指示があれば、肅々とこなしていくことはできるのではないかと思います。それと、調子の悪いときには暴言を吐いたりすることもある

りますが、ふだんはとても素直な穏やかな方で、統合失調症の患者さんから「お父さん」と呼ばれていたりしますので、あたたかい人間関係はつくれる方なのではないかと思います。

発言 この10年間、Aさんは仕事をしていませんが、その理由は聞いていらっしゃいますか？

Jさん 直接理由をうかがったことはないのですが、平成8年から入院が始まっていますので、発症の時期はわからないのですが、病気のせいで働けなかったのではないかと推測しています。

高橋 いつ頃Aさんが発症したのかは、Tさんやお母さんのケアマネジャーから伺えるかもしれませんね。手元にある情報から推測すると、高校を中退した後で職を転々とする生活が始まっていますので、もしかすると高校在学中に自己に対する不充足感に悩み、すでに発症していた可能性もありますね。いずれにせよ、この10年をどう過ごしてきたのかは、Aさん像をつくり、今後の支援を考えていく上では大切な情報ですね。

Jさん はい。

発言 Aさんは統合失調症と知的障害を重複してもっておられます。Jさんは精神科のソーシャルワーカーとして、統合失調症に関してはプロフェSSIONナルです。今後は、もう一方の知的障害の側面について、Aさんの発達段階の理解に努められると、もっとクリアにAさん像がつかめるのではないかと思います。

高橋 そろそろ時間がきました。最後にアドバイスもいただいたところで、Jさんに今日のセッションのまとめをしていただきましょう。今日の検討会で見てきたこと、今後取り組もうと思ったことをおっしゃっていただけますか？

Jさん みなさん、長時間にわたりご検討いただき、ありがとうございます。至らない点が多々あって恥ずかしかったのですが、いろいろと勉強させていただきました。まず、気づいたこととしては、クライアント像をつくるという提出理由を

満たすためには、私自身がもっとたくさんの情報をもっていなければいけないということです。通常、うちの病院で出会う精神障害の方であれば、それなりに情報をとることはできていると思うのですが、Aさんのように知的障害をあわせもっている方への援助経験があまりないため、情報のとり方がかなり甘くなっていたと思いました。たとえば、母子関係がどうだったのか。これは精神発達遅滞の方を理解するときの大切なポイントだと思います。幸い、Tさんはお母さんの妹さん（Aさんの叔母）と一緒に暮らしていらっしゃいますので、おふたりにこれまでの生活史や在宅での生活状況などを聞いてみたいと思います。また、お母さんのケアマネさんにアプローチをすれば、母子関係や服薬管理などについて専門的な観点からの情報を得られるかもしれないというヒントをいただきました。それと、ご本人への尋ね方として、具体的な例を挙げながら聞くなど工夫が必要だと思いました。この点に関しては、うちの病院には心理士がいますので、一緒にかかわっていくことでもう少し具体的な情報が得られるのではないかと思います。また、精神障害と知的障害の重複という点に関しては、今日のセッションまでは意識が弱かったので、どんなふうに重複しているのかを整理しながら見ていくことが必要だと気づかせていただきました。そのためにも、IQの細かい検査を早めに行う必要があると思いました。病院内でのAさんの過ごし方や日常生活能力については、先生におっしゃっていただいたように、病棟スタッフと協働して観察していきたいです。そうした情報の積み重ねによって、よりAさん像が明確になり、「寂しさ」という点に関してもどう対応していけばよいのかが見えてくるのではないかと思います。継続中のケースですので、早速明日から取り組んでいきたいです。今日は本当にありがとうございました。