

静岡県立大学短期大学部  
特別研究報告書(平成 17 年度)

統合失調症圏精神病の回復過程と睡眠パターンの変化に関する研究  
—アセスメントの指標としての睡眠—

吉浜 文洋・良知 雅美  
武田 瞳・島袋 信一 (いずみ病院)

## <はじめに>

### 1. 本研究の意図

睡眠障害は、統合失調症、気分障害、アルコール依存症等、多くの精神疾患の症状として高い頻度で観察される。特に精神疾患の急性期には睡眠障害は必発とっていいほどである。統合失調症の場合には、病状悪化に先駆けて睡眠状態が悪化してくる。全不眠が数日続けば入院治療の必要性が高くなる。患者、家族も発病や再発の徴候として睡眠障害に気づいていることが多い。気分障害にも早朝覚醒に代表される睡眠障害があることはよく知られている。

これらの睡眠障害者は、病状の回復につれ消退していくため、よく精神症状は「睡眠から悪くなり、睡眠から回復する」といわれる。睡眠状態は、精神疾患の経過を把握する上で重要な指標であり、「睡眠リズムの回復は、急性期状態の患者の回復度をほぼ正確に投影している」(計見、1998)ののだが、精神看護領域で睡眠をどうアセスメントするか検討、整理された文献は少ない。

長年、睡眠が棒グラフ状に書き込めるフローシート(体温表)を使用して睡眠のアセスメントからケアプランを立ててきた経験がある。患者個人ごとにフローシートに夜間の睡眠を棒グラフ状に記録していくと、描き出されたパターンから回復過程を推測することが可能となる。急性精神病状態からの回復過程を予測するのにこのような簡便な方法でなされた睡眠パターンの把握でも有用であると考えている。

本研究は、精神科急性期患者の睡眠パターンを把握し、その意義を明らかにしようとするものである。種々のパターンが明らかになれば回復過程の推測が可能となり、薬物調整、看護計画立案等へ役立てることができる。

## I. 方法と対象

### 1. 睡眠状態観察の前提と手順

フローシート上に縦線として提示した睡眠状態は、臨床で使用しているフローシートの記載を一部看護記録で補ったものである。

事例の睡眠に関係し、睡眠パターンの解釈の前提となる要因は以下のように整理できる。

- ・薬物療法：全ての事例は、睡眠を伴う鎮静を行わないマイルドな薬物療法を行っている。
- ・環境：50床の急性期治療病棟、消灯時間は22時。
- ・就寝前薬：個別に概ね22時ごろまでに与薬する。

- ・不眠者への対応：個別に包括指示のある不眠時頓用薬を勧めることもあるが、内服するかどうかは、本人の意向を尊重する。

睡眠の観察、記録方法は次の通りである。

- ・睡眠の観察時間：原則 22 時から翌朝 6 時まで。不眠傾向が続くと 24 時間睡眠チェックを行うこともある。
- ・原則 1 時間間隔で病棟巡回し、全患者の睡眠状態を観察し記載する。巡回時間の間に覚醒等があった場合は、それも記載する。
- ・尿意等での覚醒（T）、巡回時の一時覚醒（△）、覚醒（×）、入眠（○）を患者一覧表の形式であるワークシートに記載する。
- ・深夜勤者が、朝、記載された睡眠状態を患者個人別のフローシートに転記する。

#### \*フローシートの読み方

- ・体温、血圧、脈拍等でほとんど使用しないフローシートの上下を利用して睡眠を記載している。
- ・最下方が 0 時で、最上方の 24 時までの睡眠が記載可能だが、通常は 21 時から翌朝 6 時までの睡眠を記載している。
- ・21 時から 24 時（0 時）の×の連続は、入眠困難、翌日の欄に移って 3 時あたりから 6 時ごろまで×が続くと早朝覚醒と判断できる。
- ・中途覚醒が多いと×がランダムに記載される。巡回時覚醒の△が目立つのは浅眠状態で経過していることを示す。

※事例のフローシートはこの報告書へは掲載していない。

## 2. 事例について

看護記録とフローシート、それに診療録から経過、睡眠状況、睡眠と関連すると思われる事項などを整理し、アセスメント、仮説として整理した。なお、事例提示については病棟看護責任者その他、関係者の了解をえるとともに、可能な限り事例の匿名化を図っている。【事例 1】は、10 数年前の事例である。【事例 2】は約 7 年前の初回入院から第 3 回の入院までを整理している。【事例 3】から【事例 13】まではここ数年間の事例であり、いずれも初回入院のみを取り上げている。

## II. 結果

【事例 1】30 代、女性

### 入院までの経過及び状態像

- ・数ヶ月前から幻聴があり、次第に被害妄想、追跡妄想が強くなる。夜間、近隣を歩き回

り、家族の話にも耳を貸さない。受診の話にも乗らない。家族は「ドライブ」を名目に患者を家から連れ出し外来受診させ、その日のうちに入院となる。

### 入院後の経過

#### ・入院当日（全てのことに拒絶的）

14時入院。入院の合意得られないままの入院であった。入院時の診察にならない診察場面では、「私は武士（？）です。武士の言うことを聴かないと大変なことになる。戦争が起きてもいいんですか！」と怒鳴ることもあった。腕を抑えて主治医指示のレボトミン 25mgを筋注する。隣の観察室への案内も拒み、無然とした表情で看護詰め所内の椅子に腰掛け動こうとしない。目を閉じる、周囲の動きを追う。出入り口を探すこともあったが、20時30分、案内された観察室のベッドで横になる。この間、食事、薬はもとより、水分さえ受け付けない。ベッドに入った30分後には入眠する。

#### ・入院2日目（不規則ながらも服薬し始める）

幻聴激しいようで、ベッド脇に座り込んで、盛んに独語。短い受け答えはある。食事は全くとらず、水分のみ180ml飲む。朝は、拒薬。昼、夕は看護者の促しに応じ渋々服薬。体温37.8℃に上昇。本人は拒むが、輸液（脱水予防の電解質のみ。抗精神病薬は入っていない）を開始する。点滴の針を強引に引き抜こうとすることはしない。

#### ・入院3日目（食事に箸を付け始める）

目を閉じて臥床していることが多い。採血は拒否。「血を採ったり、点滴したり、やせさせようとしているんでしょう！」と怒る。食事は、2、3口ながら箸をつけ、水分摂取も一日量350mlに増える。朝、夕は服薬する。昼は拒薬。

#### ・入院4日目（初めて挨拶）

看護者の挨拶に答えて「おはよう」。食事量若干増える。服薬は不規則。先日同様、昼は拒薬。夫や姑のことを気にして「早く退院させてほしい」という。

#### ・入院5日目（服薬規則的になる）

食事量はむらがある。輸液は素直に施行させる。観察室から出ることなく臥床傾向。かまわないでほしいという態度。拒薬なくなる。

#### ・入院6日目（笑う）

わずかではあるがゆとりが感じられる。時折、同室者の行動を見て笑うこともある。自ら下膳する。食事量は、2/3に増える。昼薬から薬増量。入院以来この日まで微熱続く。

#### ・入院7日目（行動範囲が少し拡大）

洗面、入浴勧めるが首を横に振るのみ。準夜帯ではデイルームに出ることがある。看護者にも話しかけてくる。

・入院 8 日目（初めて更衣）

洗面、入浴促すが拒み、何度も声をかけると「無理に入れないで」という。洗面、更衣は何とか行う。夜帯では看護詰め所で新聞を読んで過ごす。

・入院 9 日目（異常体験を語る）

表情は穏やか。「食事に何か盛られているのではないかと思ったりするが前ほどは気にならない」等と話す。髪を洗いたいと言い出し、初めて入浴する。風呂場には行ったが石鹸を付けた後、洗い流さずにタオルでふき取るという清拭のような奇妙な入浴の仕方である。

・入院 10 日目（観察室内の患者と交流する）

同じ観察室に入院中の M さんと話す、食事を一緒にとるなど交流見られる。

・入院 11 日から 16 日目（帰宅要求続く）

現実的なことが気になりだしたのか、夫の身の回りのこと、実父の看病のこともあるので帰りたいと帰宅要求して涙ぐむ。自宅に電話した後泣く。私物をまとめて出て行こうとすることもある。夜間の睡眠も浅い。日によって入眠困難、早朝覚醒、中途覚醒の多い睡眠。家人の面会があると、ある程度落ち着く。一方、OT 活動の音楽会やカラオケ大会に参加する。この時期は、生理が始まる、咳、咽頭通、歯痛、頻尿など身体面での訴えが多い時期でもあった。

・入院 17 日目（多床室の患者と親しくなる）

観察室から出てデイルームで過ごすこともある。デイルームで知り合った女子患者 O さんと話しこむ姿が見られる。

・入院 18 日目（行動範囲広がる）

デイルームから O さんの居室である畳間へまで行動範囲が広がる。畳間で寝転がって、仲のよい姉妹のように O さんと雑談して過ごす。

・入院 19 日目（観察室から多床室へ移る）

観察室から多床室へ移せる時期が来たと判断、関係のできた O さんの部屋への移動を勧める。本人了承し移る。

この事例の経過をみると、観察室を基地にして、そこから行動範囲を拡大し人になじみ、環境になじんでいったのがわかる。無理のないスムーズな回復過程をたどっていると思える事例である。

なお、この事例の定期処方は、以下のとおりであった。また、不眠時頓用薬はこの期間一度も使用されていない。

入院時           ①インプロメン 1mg3 錠、アーテン 3mg3 錠、3 ×  
                    ②ハルシオン 0,2 5 mg 1 錠、ベゲタミン B 錠 1 錠   1 ×就寝前

入院 5 日目 ①インプロメン 3 mg 3 錠、アーテン 3 mg 3 錠 3 ×  
 ~ 19 日 ②ハルシオン 0,2 5 mg 1 錠、ベゲタミン B 錠 1 錠 1 ×就寝前

### <睡眠の特徴>

- ・入院当日は 21 時に入眠、翌日午前 3 時に覚醒している。早朝覚醒であるがこれは、前日の抗精神病薬の注射措置の影響もあろう。その後は良眠が続く。
- ・やや入眠困難、中途覚醒が目立ってきたのは入院 13 日目あたりからである。この時期は、身体症状の訴えが次々とあり、家のことを心配して退院要求が繰り返された。

### <アセスメント>

- ・不眠傾向となった時期は、回復時臨界期、あるいは一時的自我価値感情高揚の時期と考えることができる。しかし、看護日誌等に悪夢についての記録はない。

**【事例 2】** : 20 代、女性

### 入院までの経過

- ・18 歳：高校卒業後、東京へ。アルバイトをしながら、専門学校へ通う。
- ・19 歳：幻聴が聞こえる、作為体験などの病的体験があり、近親者に相談するが信じてもらえなかった。自然と消失。
- ・20 歳：また幻聴。故郷に帰り、祖母に相談したが相手にしてもらえず帰京した。一旦、幻聴消失したが、その後不審な行動で警察に保護される、家賃滞納で大家から家族に電話が入る等、トラブルが続く。隣県在住の叔父が故郷へ帰るよう促がし航空チケットを手配するが、キャンセルして別の県へ行く。そこの空港で泣き続け不審に思われ警察に保護される。故郷へ連れ帰るが、自宅に止まらず街を徘徊してやはり警察に保護され第 1 回入院となる。

### 第 1 回入院

#### <入院後の経過>

・入院時は、清潔、身なり等構わず、診察にも拒否的。ある程度病感はある。入院は、急に泣くなど「感情のコントロールができなくなったから」と自己理解している。「混乱している。周りのようすが何かおかしい。テレビのなかの人から見られている気がする」などと話す。

・拒薬が続く。入院時ほど「状態悪くないから」というのが理由。「入院時のように感情コントロールできなくなったら内服する」。必要になったら内服するといひ続け、連日薬を勧めては拒否されるパターンで推移。主治医も強制的治療に踏み切らず様子を見るの方針だったため、約 1 ヶ月服薬せずに経過を見ている。

- ・拒薬にもかかわらず次第に幻聴は消退、疎通性も悪くない。入院 14 日目には「テレビ

が見れた」と喜ぶ。ただ、症状に波があり入院 28 日目には、自ら服薬希望してくる。「幻聴、幻視（映像を見せられる）があって、苦しい」。「精神は安定しているから安定剤は抜いてください」といいながら内服。「〇〇病院を信じていいんですね。信じますよ。」ともいう。処方は以下の通り。

- ①インプロメン（1） 2T、アキネトン 2T 2×
- ②インプロメン（1） 1T、ピレチア 1T 1×v d S

・以後、次第に規則的な服薬となる。「映像が見えるから飲んでいる。また変になったら困るから」というのが服薬の理由。

・服薬し始めて 2 日後から 5 日後まで、咽頭痛、微熱。10 日目には腰痛、13 日目に歯痛を訴える。16 日目には、腹痛、下痢、血圧下降、顔面蒼白（軽度ショック様）と身体症状が出る。この時期は、不安感、被害関係念慮があり本人希望で一般病室から観察室に移ってきている。

・入院から 48 日目（服薬から 20 日目）退院計画を策定し、服薬自己管理、体験デイケア等始める。入院 58 日目、本院希望もあり就寝前薬中止。

・入院 53 日目にはじめての外泊。母親は、外泊中の態度を主治医に批判的に報告。その後、56 日目に咽頭痛、59 日目に歯痛、62 日目から生理始まるなど身体的な揺れ。入院から 81 日目に長期の外泊に出てそのまま退院となる。

### <睡眠の特徴>

- ・入院翌日は、向精神薬与薬されていないにも関わらず、眠気訴え午前中寝る。以後、約 2 週間は、日中寝る日があるかと思うと、不眠の日があるなど安定しない。昼夜寝ている日もある。
- ・拒薬で薬物療法が行われていないにも関わらず総体的には過眠傾向。ただ、夜間の睡眠チェックしか行っていないためフローシート上の睡眠パターンには現われていない。
- ・本人が病状改善してきたと自覚し始めた入院 16 日ごろから睡眠安定してくる。
- ・服薬し始めても夜間の睡眠に変化はない。
- ・身体的な訴えが続いた後、服薬 18 日目から数日悪夢が怖いと訴えてくる（不眠は確認されていない）。
- ・初めての外泊から帰院した日、幻聴が激しくはじめて不眠時頓用薬を内服して入眠している。

### <アセスメント、仮説>

- ・入院初期の過眠傾向で、幻覚妄想状態が頓挫する形で症状が改善する方向に向かった可能性がある。過去 2 回の幻聴も、過眠状態を経て消退したとも考えられる。
- ・服薬開始は、主観的にはともかく観察される睡眠に影響を与えていない。
- ・不眠は観察されていないが、身体的な訴えが相ついだ時期に続いて悪夢が出現している。

## 第二回入院

### <入院後の経過>

- ・第1回退院後、約1年後に2回目の入院。服薬中断で、困惑状態となり、深夜、叫び、刃物を振り回し警察に保護されての入院。
- ・外来で、ハロペリドール（リントン）5mg、ピペリデ（アキネトン）ン各1A筋注してふらつきながら入院。入院2日目にも同内容の注射施行。入院初期は、強い不安感の訴えが続く。「テレビ見るのが怖い、視線を合わせるのが怖い」
- ・入院時処方された抗精神病薬、特に就寝前薬は、以下のように第1回入院より多い。第2回の入院は、拒薬がなく、入院後は規則的に服薬している。
  - ①リントン 1.5mg 3錠、タスモリン 1mg 3錠 3×
  - ②ベゲタミン B 1錠、ベンザリン 10mg 1錠 就寝前
- ・入院3日目には、リントンを1日量 4.5mgから 6mgに増量し、就寝前薬はベゲタミン Bをダルメート 15mgと置き換え、結局7日目にはもとに戻している。入院5日目には、衝動的に離院を企てていること、希死念慮もあったことなどを考慮した処方と思われる。
- ・入院5日までは、「自分は宇宙人？」「〇子は〇子なんですか？」と自我意識の障害を思わせる発言がある。しかし、一方で「退屈」ということもあり、「退院して働いて借金返さない」とあせりを見せることもある（入院9日目）。
- ・入院約1月後には焦りから退院要求。時間開放処遇、服薬自己管理など退院計画を策定し、入院から2か月足らずで退院する。

### <睡眠の特徴>

- ・入院4日目に看護師が背中に乗っている夢に始まり、1日、あるいは2日ごとに悪夢が続き、不眠傾向となる（入院13日目まで）。その後安定した睡眠に移行している。
- ・第1回入院では、服薬数日以内に身体的な動揺があつて、悪夢があらわれたが、第2回入院では、中程度の不安と悪夢が同時にあらわれている。
- ・第1回入院では、悪夢で不眠となることは確認されていないが、第2回入院では悪夢を訴えた時期は不眠傾向である。

### <アセスメント、仮説>

- ・内服していても、身体的動揺、悪夢等の出現する臨界期と思われる時期には睡眠状態が一時的に悪化する。
- ・睡眠が安定するのは、臨界期を過ぎてからである。

### 第3回入院

#### <入院後の経過>

・第2回入院から約11ヵ月後の入院。3年間毎年、入院していることになる。第1回が約2ヶ月、第2回が約2ヶ月、第3回が約1ヶ月と入院期間は短縮している。

・デイ・ケア通所中であつたが被害妄想、注察妄想があり、不安、希死念慮も出現したため入院となる。

・夜間、22時の入院。ハロペリドール（リントン）5mg、ピペリデン（アキネトン）5mg各1Aの点滴静注施行。以後、4日間同内容の点滴静注を行っている。

・入院21日目ごろまでは、幻聴、幻視、注察妄想（テレビから見られている）、思考伝播（テレビにさとられている、心を読まれている）自我意識障害（私は猫なの？誰なの？）、憑依体験（何かが乗っている、取り付かれている）、作為体験（、絵を描かされている）、関係念慮（私が入院したせいで皆がいじめられる、台風が来たのも私のせい）など多彩な訴えが続く。リスパダールからジプレキサに変更した（入院11日目）後もほぼ同様。

・処方

入院時：①リスパダール（1）3錠 3×

②デパス（0.5）1錠、ベンザリン（5）1/2錠 1×就寝前

入院11日目の変更：ジプレキサ（5）1錠、（2.5）1錠、ベンザリン（10）1錠 1×就寝前

・まだ病的体験の活発だった入院11日目からOT活動へ参加。症状改善した入院3週目以後、外出泊を繰り返し、入院から約1月後退院となる。

#### <睡眠の特徴>

・入院時は、ハロペリドールの点滴施行後入眠するが約40分後には覚醒。後、朝まで起きる。ほぼ全不眠。以後もこの点滴を行うと10分足らずで睡眠に入るが、約1時間後覚醒するパターン。

・入院18日目ごろまで睡眠が安定せず、日によって入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒が繰り返された。この期間、悪夢を訴えることも多く、「怖い夢で起こされる」「怖い夢を見るから眠りたくない」と話すこともあった。「幻聴がうるさくて寝むれない」という日もある。この期間は、夜間不眠で、昼に寝ることもあり、睡眠・覚醒リズムが崩れている。

・睡眠障害が改善しても数日は、悪夢、幻聴、注察妄想の訴えが続く。

#### <アセスメント、仮説>

・多彩な病的体験の訴えは、第3回の入院に特徴的というより、過去2回の入院で看護者と顔なじみの関係となり内面を語りやすくやったということかもしれない。

・過去2回の入院に比べ睡眠が安定するのに時間がかかっている。これは、悪夢が主な原因とも考えられる。この悪夢は、身体症状を伴っていない点で臨界期悪夢とも異なるように感じられる。



・臨界期悪夢と異なる悪夢が睡眠障害の原因となることがある。その場合、悪夢は短期間ではなく3週間余に及ぶことがある。

### 統合失調症圏入院患者11人の睡眠状態の検討

#### 【事例 3】 10代、男性、幻覚妄想状態

精神科入院ははじめて。通院中、不規則にリスパダール液を内服。悪性症候群発症。総合病院で治療後の入院。昏迷ないし亜昏迷状態。

**睡眠の特徴：**昏迷状態で、外からの観察では睡眠の状態把握は困難。表面的には良眠で経過。フローシート上の睡眠パターンは、継続した良眠パターン。

**仮説：**昏迷状態の場合の睡眠状態の把握には詳細な観察が要求される。

#### 【事例 4】 70代、男性、幻覚妄想状態、

妄想に基づいて行動し、近隣に迷惑行為。措置入院。幻聴があり、それに答える独語。入院当初は、薬物与薬せず経過観察。入院9日目より、就寝前薬としてリスパダール液3mlが処方されるが独語続く。

**睡眠の特徴：**数日ごとに尿意で中途覚醒して独語。薬物処方後もこのパターンは変化なし。

**仮説：**抗精神病薬の投与がなされても、病状が変化しない場合睡眠にも変化は見られない。→睡眠状態を改善しない抗精神病薬は無効。

#### 【事例 5】 30代 女性 幻覚妄想状態

幻聴が苦しく希死念慮もあったが、家族を殺すと刃物を持ち出すことがあり、医療保護入院となる。入院から6日間は、ハロペリドール5mgの点滴を続けている。

**睡眠の特徴：**入院5日目から1日おきに不眠傾向。48時間で帳尻を合わせているようなパターンが2回出現している。その後2日間の不眠があって良眠へ移行する。

**仮説：**1日おきに不眠、良眠が繰り返されるパターンが出現すると、数日して睡眠の回復が見られ睡眠状態が安定してくる。

#### 【事例 6】 30代 男性 幻覚妄想状態

服薬中断から命令される幻聴が出現、心気妄想からくる希死念慮もあるため入院となる。

入院 5 日目にセロクエルからリスパダールに切り替え入院 15 日目には 12mg まで増量。その 3 日後にはアカシジアが出現。

**睡眠の特徴：**入院から 10 日目までは良眠。リスパダールが増量されるに従ってやや不眠傾向。

**仮説：**抗精神病薬の増量で、アカシジア等があると睡眠に影響する。⇒薬物の増量後の不眠は、アカシジア等の副作用に由来する場合もある。

**【事例 7】** 30 代 男性 抑うつ状態→非定型精神病

仕事続けながら通院し服薬を続けていた。被害関係念慮、食欲不振、不眠が目立つようになる。希死念慮から大量服薬し、救急病院受診したが身体的な問題はないということで入院となる。「もうよくなっている」と拒薬傾向だったが、入院 4 日目の深夜突然興奮状態となり、リントン、アキネトン筋注し隔離。この時点で、それまでの、抗うつ薬から、リスパダールへ処方変更している。拒食、拒薬傾向続く。食事、服薬が規則的となったのは、入院 10 日目からで、この頃から身の回りのことにも気を配るようになる。

**睡眠の特徴：**入院当日と 3 日目、中途覚醒があり、深夜興奮状態となった入院 4 日目は不眠。その後、8 日目に不眠。以降はほぼ良眠。

**仮説：**拒食、拒薬傾向の患者の場合、本格的な睡眠の安定は、それらの症状の改善とほぼ平行である。

**【事例 8】** 20 代 男性 統合失調症

発病は 4 年前。幻覚妄想状態、不安、不眠、希死念慮で通院。内服不規則で病状不安定で精神科へ初めての入院。入院時、リントン、アキネトン各 1A 点滴静注すると入眠する。夕食後、就寝前薬も服用せず入眠。朝は、6 時 30 分に起床するが、朝食をとりまた寝る。以後、点滴の継続もあつてか、昼も寝ていることが多く、過鎮静ということで薬物が減量となる。

**睡眠の特徴：**入院 16、17 日目にイライラで入眠困難。「胸がわさわさする感じ」といいベゲタミン B1 錠の追加で入眠している。18 日目は両親と外出して帰院し頭痛を訴える。入院 20 日目にも入眠困難の訴え。この頃、睡眠状態悪化し、昼夜逆転傾向も見られる。臨界期の睡眠悪化？の可能性もある。

**仮説：**過鎮静気味で経過する場合（表面的には睡眠は問題ないように見えても）、入院数週間後に入眠困難傾向となる場合がある。→睡眠状態が安定するのは、一月はかかる。入院初期が良眠だからとそれが経過するわけではない。

**【事例 9】 20代 女性 急性錯乱**

仕事、借金などのストレスがあり、急激に発症。一般救急病院、クリニック受診したが幻覚妄想状態改善せず、入院となる。離院、興奮などがあり、リントン、アキネトン筋注で隔離室使用。翌日には隔離解除。独語、空笑、徘徊が目立ち、就寝前薬内服後数時間起きている場合には帰宅要求がある。退行ぎみではあったが、病状改善と判断して入院 16 日目に就寝前薬のクロルプロマジン 12.5mg、アモバン 7.5 mgのみとし他は中止する。その 5 日後には症状再燃する。薬物調整することで独語等見られなくなる。薬物療法への反応は早い。

**睡眠の特徴：**入院 7 日目から微熱傾向となり、8 日目には風邪気味との訴えがある。そして、9 日目に入眠困難で追加薬を内服している。13 日目に CP を減薬、ジプレキサを増やすなど薬物調整しているが、その日は早朝覚醒がある。16 日目に抗精神病薬を中止したところ入眠困難。18 日目には 3 時間程度の睡眠となる。以後、5 日間不眠傾向。ジプレキサ 10mg を追加してその日から睡眠改善する。

**仮説：**薬物変更の日は睡眠が悪化することがある。減薬での症状再燃に先行して睡眠が悪化する。⇒減薬から数日は睡眠状態に注意を払うこと。  
抗精神病薬の調整が上手く行くとその日から睡眠、病状ともに改善する。

**【事例 10】 50代 男性 統合失調症残遺状態**

20 代で発病、ほとんど受診せず服薬もしていない。身の回りのことに無関心。長いこと入浴もしていない。裸で通りに入るなど奇異な行動もあるため近隣から苦情がある。清潔などセルフケアレベルの改善を目的とした入院。入院後は、帰宅要求が続くが、説明すれば引き下がる。拒薬傾向だが促されると内服する。低姿勢で、おどおどした感じで過ごす。入院費のことも心配している。日中は、テレビを見て過ごす事が多く、OT 活動へ誘っても参加することはほとんどない。

**睡眠の特徴：**帰宅要求の強かった入院 4、5 日目は不眠。入院 8 日目から不眠傾向となり、改善の徴候なし。早朝覚醒があり、断続的な睡眠となることもある。昼、寝ることなし。

**睡眠のアセスメント：**就寝前に少量の非定型抗精神病薬を服薬するだけでは、慢性の統合失調症の睡眠の改善は困難。ただ、睡眠障害というより、その患者の自宅での睡眠パターンである可能もある。病棟に慣れてくるに従い、自宅での本来の睡眠パターンが戻ってきたのかもしれない。入院前の睡眠パターンを把握しておく必要がある。

**【事例 11】 20代、男性、幻覚妄想状態、自殺企図**

幻聴の命ずるまま自殺企図はかり入院となる。これまで数回の自殺企図がある。いつでも死ねるように準備していると話す。2 年前から幻聴があり、以後引きこもり状態であつ

た。入院前は、クリニックで処方された睡眠薬を内服し睡眠状態は良好。入院時、リントン、アキネトンの点滴静注を施行し、隔離室を使用。翌日には、観察室へ移る。入院 6、8、10 日目に胃部不快の訴え。10 日目には倦怠感も訴える。動作緩慢で仮面様顔貌。次第にパーキンソン様症状目立ってくる。13 日目には「ほとんど幻聴はない」。17 日目から OT 活動へ参加。倦怠感、錐体外路症状の出現、ECG 異常もあるため入院 19 日目から減薬し始める。減薬にも関わらず入院 28 日目には「幻聴全くない」といい、順調に回復する。

**睡眠の特徴：**入院の翌日から断続的な睡眠が続いたため入院 6 日目からほぼ連日追加薬（ベンザリン）が使われている。昼夜ともに 1 時間程度、あるいは数時間寝て起きるパターン。起き出すとふらつく。日中眠気があり、昼夜逆転傾向な面もある。同様な状態が持続し入院 3 週まで睡眠安定せず。減薬後 1 週間は、やや不眠傾向。その後、パーキンソン様症状が改善するに従い、睡眠も改善している。

**アセスメント：**ベンザリンを不眠時頓用として使用しているが、それがパラドキシカル反応的に働き、中途覚醒の多い睡眠となっている可能性がある。昼の居眠りも持ち越し効果とも考えられる。

**仮説：**ベンゾジアゼピン系の睡眠導入薬の使用で、昼夜にわたる断続的な睡眠が現われることがある。

パーキンソン様症状と不眠が重なっている場合、減薬で睡眠が改善していくこともある。

### 【事例 12】 30 代、男性 幻覚妄想状態、興奮

入院 3 ヶ月前から不眠、食欲不振（5～6 kg 体重減少）。それでも仕事に出ていた。入院 3 日前から夜間徘徊し大声を出すようになる。幻聴があり、独語。誇大妄想、滅裂な言動、不眠、食欲不振等があつて入院となる。入院時は興奮状態で、リントン、アキネトンの筋注がなされる。2 日間隔離。微熱、CPK 等高値のため生食 1500ml の点滴を 2 日間行う。入院 9 日目ごろから食欲あり、全量摂取し始める。

入院 16 日目には、「落ち着いているので」と退院希望。入院 24 日目に家族は、退院を強く希望。やや改善したとはいえ幻覚妄想状態持続なため、1 週間の外泊で経過を見ることを主治医が提案、家族も了承する。統合失調症であり、服薬が必要との説明を受けているが、家族は服薬の必要性認めず外泊期間中は服薬なしでやってみたいと希望し、薬受け取らずに帰宅する。

しかし、外泊初日から不眠、不穏、食欲低下があり、外泊 4 日目に家族、本人とも入院継続を希望して来院。これまでのハロペリドールからリスパダールへ切り変えて薬物療法を再開する。以後、連日、日によっては一日数回、落ち着かないと訴えてきては、リスパダール液を内服する日が続く。本人が隠していただけで、幻聴が持続していたことも分かってくる。ジプレキサへ変更し、独語等次第に見られなくなる。約 3 ヶ月で退院。

**睡眠の特徴：**外泊に出る前の 23 日間は、ほとんど良眠。やや入眠困難な日が 2 日あった

だけ。不眠時頓用薬は一度も使われていない。外泊帰院後 4 日目あたりから 2 週間は中途覚醒のある日が多い。以後、薬の変更、症状の改善にもかかわらず、睡眠は早朝覚醒傾向で推移する。

**アセスメント**：病状の回復は、睡眠には表れていない。

**仮説**：入院前に不眠が続いても服薬が規則的であれば入院中の睡眠は良好に推移する。幻聴など病的体験が残存する場合、睡眠の改善は一進一退で、メリハリがない。

**【事例 13】** 40 代 男性統合失調症、幻覚妄想状態、

入院時、被害妄想、思考伝播、作為体験、世界没落体験等があった。監視、盗聴されている等の被害関係妄想から行動化し入院となる。隔離室使用。入院した日は、服薬したが、以後 3 日間は拒薬傾向。規則的に服薬するようになったのは入院 5 日目から。入院 6 日目に隔離解除。入院 8 日目には、ジョークも出るほど余裕が出てきて、病的体験に左右されることもほとんどない。

入院 10 日目から鼻汁、痰、動悸、口腔内違和感、嘔気、嘔吐など多彩な訴えが続く。本人は、副作用だといひ、服薬拒否気味だが説得されて飲む。「もうよくなった」からと退院要求もある。12 日目ごろから激しく変動していた血圧が安定してくる。19 日目には倦怠感強く、流涎もあるため減薬する。約 3 ヶ月後に退院しているが、それまで「薬が強い」「頭がボーとする」といひ続け、主治医は減薬に腐心した。

**睡眠の特徴**：入院から 3 日は服薬せず、抗精神病薬の注射等も使用していないにも関わらず良眠。4 日目の不眠後、内服をし始めたこともあって良眠が続く。睡眠が悪くなってきたのは入院 11 日目ごろからで、身体的な訴えが頻発した時期に一致している。睡眠障害は、臨界期現象を思わせる身体症状の出現に一致して出てきている。次第に過鎮静、流涎等の副作用が強まり、同時に睡眠状態も悪化する。減薬を続けリスパダール 1 mg にしたところで精神症状悪化。リスパダールを 2 mg に増量して睡眠が改善する（入院 2 ヶ月後）。しかし、本人から「ボーっとする、薬が強い」との訴えがあり、5 日ほどで、1 mg に戻すが、良眠が続く。以後、0.5mg まで減量しても睡眠変化せず。

**アセスメント・仮説**：薬物療法への反応がよく、症状も改善するが副作用が出やすい場合、本格的な副作用出現の前に睡眠障害が起こる。過鎮静傾向を訴える場合、抗精神病薬の一時的な増薬、そして減薬で睡眠状態が改善することもある。薬物以外の要因が働いて睡眠が安定したとも考えられる。

### Ⅲ. 考察

#### <統合失調症圏精神障害者の急性期症状としての睡眠：文献検討から>

非定型精神病を含む統合失調症圏急性期に睡眠障害が必発であることは、精神科臨床経験のある看護師の多くが同意するだろう。しかし、精神医学のテキストには、統合失調症の症状としての不眠の記載はないようだ。例えば版を重ね第10版まで刊行されている「現代臨床精神医学」<sup>(6)</sup>では、精神分裂病の「身体症状」の項は「躁うつ病とは異なり、特有の身体症状はない」となっていて、睡眠障害についての言及はない。これは、「うつ病の身体症状」の項に「睡眠障害はうつ病者の90%以上に出現し、最も重要な症状の1つである」との記述があることとは対照的である。「躁病の身体症状」の項も「睡眠障害は必発の症状で・・・」となっている。

ICD-10、DSM-IVでも統合失調症の症状としての睡眠障害の症状記載はない。精神看護のテキストでは、前駆症状として「眠れない、音に敏感になりイライラする、食事が進まない」との記述はあるが、急性症状、慢性症状の項目には睡眠障害は登場しないものもある。<sup>(7)</sup>

一方、統合失調症、非定型精神病に伴う睡眠障害について、次のような臨床での実感に近いことが記された著作がある。

「臨床状、発病が徐々に進行する場合があります、睡眠障害、疲れやすい、集中困難など類神経衰弱症状は発病初期によく現われる。その睡眠障害は入眠困難が最も多く、睡眠維持困難、中途覚醒、悪夢をみることも、患者の主訴としてよく見られる。

病気が憎悪するにつれて、幻覚、妄想などの精神症状が影響するため、患者の睡眠はさらに悪化し、自覚症状として不眠がよく出現する。そこで抗精神病薬の調整と benzodiazepine、zopiclone などの睡眠薬を加えることが必要となる。しかも、睡眠の改善あるいは増加が、病気の改善や寛解の兆しになることが多く、症状悪化に先んじて、不眠が認められる場合も多い。つまり、精神分裂病患者の睡眠状態は、生理学的な指標の1つとして、症状の変化の観察や薬物を調整するための重要な参考となる」<sup>(8)</sup>

統合失調症の症状を学問的、体系的に述べようとするときには、睡眠障害がほとんど無視されるのは、睡眠障害は特異的な症状とはいえないこと、慢性期、あるいは病型によっては目立たないこともあるからだろう。しかし、その把握が臨床的な有用さをもつことは疑いない。これは、千葉精神医療センターの平田が「急性期の病状と回復のレベル評価に欠かせないのが睡眠表である。これなしに精神科の急性期治療に臨むのは、体温計と温度板なしに急性肺炎の治療に臨むのに等しい」<sup>(9)</sup> と、睡眠表による睡眠状態把握の重要性を指摘していることでも分かる。

ただ、このような認識は、必ずしも精神科急性期医療関係者の多数意見ではないかもしれない。というのは、睡眠を患者個別に整理し記録を残している精神科病院は、そう多くないし、例え記載しても、夜間の睡眠をトータルした総睡眠時間数を書き入れるだけの施設が多いであろうと推測されるからである。睡眠を数字の羅列で表現するだけだと、睡眠パターンの変化はイメージしにくい。それは、稽留熱、弛張熱、間欠熱などの熱型は、体温の測定値を折れ線グラフ状に表現して初めて判断可能となることと似ている。<sup>(10)</sup> 統合失調症の入院治療における睡眠状態の把握の精神科治療、看護にとっての意義がもっと強

調されていると思うし、そのためにもこのテーマを取り上げた臨床看護研究が蓄積される必要がある。

統合失調症患者の睡眠に着目することのもう一つの意義は、睡眠障害が再発徴候として自覚しやすい点にある。症状自己管理のための患者自身のモニター項目の1つに睡眠状態を挙げておく必要がある。(11) (12) (13)

なお、慢性及び抗精神病薬未投与の統合失調症の睡眠脳波の研究は、次のように総括、要約できるとされている。(14)

1. REM睡眠潜時（初回REM睡眠の出現までの時間）が短縮する。
2. REM睡眠潜時は、陽性症状、陰性症状等の症状全般の重症度と逆相関する。
3. 徐波睡眠は影響を受けない

また、睡眠脳波の研究では、健常対象群と比較すると睡眠の持続が困難、すなわち中途覚醒が多いとの結論も得られている。

### <睡眠の観察と評価>

計見は睡眠表記載を徹底することの困難さについて次のように述べている。「睡眠表をキチンとつけることは非常に重要なことである。・・・これを実際に看護スタッフに記入してもらうことは、全然簡単ではない。筆者は以前に勤務していた病院でこれを最初に試みたが結局うまくいかなかったことがある」(1)

睡眠表導入失敗の第一の理由は、看護者が睡眠状態を正確に把握することの意義、睡眠表の有用性を理解していないことなのではないか。われわれの経験では、睡眠の把握が回復過程を予測するのに如何に有用かを体験すると看護者は、熱心に睡眠をチェックし、記載するものである。

しかし、睡眠状態を看護者個人がどれだけ正確に観察し記載しているかは問題となるだろう。睡眠による精神状態の評価が回復の指標であることが分かっている患者は、マイナス評価とならないように寝たふりを決め込む場合がある。閉眼しているからといって入眠しているとは限らない。【事例 3】の昏迷状態の患者の場合には、看護者は表面的な観察で良眠と評価する可能性がある。このようなケースでは、全身の筋弛緩、顔面の緊張の程度等まで詳細に観察しないと睡眠一覚醒が判断できないこともある。なお、厳密にいうと筋緊張や体全体の醸し出す雰囲気は、レム期とノンレム期では微妙に異なる(2) 注1)。

とはいえ「幻聴がある」「気分が沈んでいる」などの観察者の主観に左右されやすい精神症状の把握よりは、睡眠一覚醒はまだ客観性のあるデータといえる。また、不眠時頓用薬が予薬されたかどうかでも睡眠状態の良し悪しはある程度推測することはできる。いずれにしても、睡眠は精神科領域の症状の中で比較的観察、評価しやすい「身体症状」であるといえるだろう。

精神科病棟での睡眠状態の把握が必要なのは、回復の度合いを評価するためである。不眠一般というより精神病に由来する症状としての不眠に焦点がある。したがって、睡眠障害の評価は、不眠の要因となる、環境や生活習慣等の問題を除外してなされなければならない

ない。他患が不穏となり大声を出したため寝られなかったということもある。それを、通常の不眠と区別して記録する工夫も必要である。痛みやかゆみといった身体症状も不眠の原因となることにも留意しなければならない。

入院初期の場合、自宅での睡眠―覚醒の生活パターンを考慮して睡眠を評価する必要もある。患者によっては、9時に寝て、朝4時には起きるパターンの人もある。その人にとっては、4時に起きても早朝覚醒ではないことになる。そういう意味で【事例8】はこれまでの睡眠パターンを知った上で睡眠状態を評価しなければならないだろう。

約20年前に宮崎らが行った通院治療を受けている慢性統合失調症患者の生活時間調査は、次のような統合失調者患者の睡眠を考える上で興味深いデータを提供している。

「一般に寝ている時間が長い。精神状態の改善とともに朝起きるのが早くなり、寝ている時間は短くなる傾向がある。また、長時間寝ている患者の中に1～3週間に1回全不眠の日がある。」<sup>(3)</sup>

この数年、抗精神病薬の多剤大量使用が批判され、非定型抗精神病薬を第一選択肢とする精神科薬物療法の変革が行われつつある。鎮静と治療を区別する治療戦略をとる現在と20年前では通院患者の生活リズムにも違いがあることが想像される。しかし、精神科医療関係者が患者の自宅での睡眠がどのようなものであるかを知らないことに変わりはない。睡眠状態の評価は、入院病棟という生活上の制約多い場での評価であることに留意し、自宅での状況等、その患者の本来の生活リズム、睡眠状況も考慮することが必要である。ある患者は、病院では、追加の睡眠薬を使う頻度が高かったが、外泊時は、使用せずにいい睡眠が取れたと報告してきたという経験がある。

### <客観的に観察された睡眠と主観的に評価された睡眠>

睡眠障害の臨床症状は、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、そして熟眠障害に分類されるが精神科病棟では、「熟眠感がない」患者に出会うことがある<sup>(4)</sup>。患者は時に「何年も寝ていない」と訴える。この「睡眠時間は十分であるにもかかわらず深く眠った感覚が得られない状態」である熟眠障害は、看護者の観察では良眠と評価される。観察された睡眠だけでなく、患者自身の睡眠についての主観的な評価も合わせて多角的な把握がなされなければならないし、それをフローシートに記載するための工夫も必要である。

【事例11】も1日トータルすると睡眠時間は長いが断続的な睡眠なために主観的には、熟眠感がなかったのではないかと思われる。連日、不眠時頓用薬（ニトラゼパム）を要求してきたのは、そのためであろう。ベンゾジアゼピン系の睡眠導入薬で、薬剤酩酊様となり「眠れない」と訴える患者に安易に追加薬を与薬すると逆に不眠傾向（中途覚醒）を助長することがある。<sup>(5)</sup>この場合には、患者本人の眠れないとの主観的評価を慎重に検討しなければならない。

### <薬物療法と睡眠>

事例1、3、4、5、6、8、9、10、12、に見られるように入院初期の睡眠は想定していたよりも良い。これは、入院時には抗精神病薬のDIV,筋注などが施行され鎮静が図られることによるものだと考えられる。

また、不眠時頓用薬が与薬されることで、不眠が表に出ない場合がある。この場合には、



睡眠状態に回復過程が反映されないことになる。不眠の訴え、それに対応した不眠時頓用薬の使用で睡眠障害がカバーされていると捉える必要があるだろう。精神症状がおさまってくることで、不眠時頓用薬の使用頻度が低くなる。観察された睡眠よりもこの頓用薬使われ方のほうが睡眠の良し悪しを表していると考えられることもできる。

不眠時頓用薬の使われ方を本人が要求してきて予薬したのか、看護者側から勧めたのかを区別することは、睡眠障害を患者本人が自覚しているかどうかを見極める上で必要である。睡眠状態をアセスメントするには、このように表面的な見かけ上の睡眠に惑わされず、不眠時頓用薬との関係等も考慮しなければならないだろう。

【事例 9】に見られるように睡眠薬のみでなく抗精神病薬の処方が変わる場合も睡眠への影響をモニターしておく必要がある。減薬から精神症状再燃がある場合、睡眠の悪化が先行するからである。事例 6 では、抗精神病薬増量によりアカシジアが出現し睡眠障害を引き起こしているとは推測することができる。この場合は、副作用による不眠ということになる。

睡眠障害をもたらす薬物は意外と多く、薬源性不眠という概念がある。抗パーキンソン薬（ドパミン放出促進薬のアマンタジン、抗コリン薬のトリヘキシフェニジルなども含まれる）、降圧剤、高脂血症薬、抗ヒスタミン薬、ステロイド製剤、気管支拡張薬、抗てんかん薬、インターフェロンなどが不眠、過眠、眠気等を引き起こすとされている。<sup>(15)</sup>不眠、過眠が問題となるときには、これらの薬物が使用されていないかチェックしてみる必要がある。

薬源性不眠で注目しなければならないのは、「薬物により睡眠障害が生じる場合には睡眠障害のみということは稀であり、気分障害（抑うつ、躁状態）、不安・焦燥、易刺激性、興奮、幻覚妄想、せん妄などの精神症状を伴っていることが多い」と指摘されていることである。<sup>(16)</sup>

筆者らはベンゾジアゼピン系の睡眠導入薬を中止することで睡眠障害が改善し、夜間のみならず日中の不穏さも影をひそめ、退院につながった若い女性患者の事例を報告したことがある。この事例報告は、上記指摘の例証の一つと考えることができる。<sup>(17)</sup>この経験以後、その病棟の看護者は、向精神薬による奇異反応に敏感となり、夜間に問題が起きた時には、それが、睡眠薬の与薬前か後かを申し送り時に確認して病状のアセスメントに役立てるようになった。なお、抗精神病薬による外因反応型精神障害（せん妄）は稀だと思われるが、睡眠導入薬による奇異反応、薬剤酩酊様状態は頻度が高いという印象がある。ベンゾジアゼピン系薬物の奇異反応の発生頻度は、0.2～0.7%という報告もあるようだ。<sup>(18)</sup>

【事例 11】では、入院 6 日目からベンゾジアゼピン系の睡眠導入薬（ニトラゼパム）が使用されている。入院 3 週間に至るまで断続的な睡眠が続き安定しないのは、ベンゾジアゼピン系睡眠導入薬による奇異反応、持ち越し効果などの有害作用が関係している可能性がある。<sup>(19)</sup>

睡眠薬、抗精神病薬を使用して睡眠を誘発し、維持する「睡眠療法」を長期にわたって続けることへの批判的見解もある。適応も「激情にかられた状態や、苦痛に満ちた緊張状態や、焦燥感を伴った不安苦悶状態、精神的な苛立ちを伴った心身医学的傷害、また、抗

うつ薬による本来の治療と組み合わせて施行されねばならないメランコリーうつの場合」に限定されるべきだとされる。

睡眠療法の際に「錯乱状態や夢幻状態や不安状態が一過性であれ出現した場合には、治療法を変更したり、睡眠療法を中断したり、あるいは、神経遮断薬による単独治療に切り換える必要が生じること」もあると言われる。これに該当するのが事例 11 ではないかと思われる。

(20)

### <回復過程と睡眠>

中井久夫の寛解過程論の知識は精神科領域の多くの看護者に定着しつつある。これは、中井等の看護者対象の著書である「看護のための精神医学」<sup>21)</sup>が 2001 年に出版されたことによる影響が大きい。この著作の元となっているのは「系統看護学講座」(医学書院)の精神科看護のテキストである。この精神科看護テキストが絶版となっていたのを、加筆して新たに出版したのが「看護のための精神医学」である。タイムスパンにおいて中井の看護者向けのテキストは看護者に影響を与えている。

看護基礎教育用のテキストでも中井寛解過程論は紹介されている(野嶋編:精神看護学、金芳堂)。阿保らの統合失調症急性期看護での回復過程の区分は、中井の寛解過程論に沿ったものである<sup>(22)(23)</sup>。このように、統合失調症急性期看護は、中井理論を基礎として展開されることが多い。

また、当事者、その家族への心理教育でも、中井寛解過程論をベースにした前駆期、急性期、回復期前期、回復期後期という、統合失調症の経過に沿った説明をすることが望ましいとされている。<sup>(24)</sup> 看護者、当事者、家族に中井寛解過程論は浸透しつつあるといえそう。

中井久夫は、統合失調症の発病から回復に至る過程を次のように区分している。<sup>25)</sup>

1. 前駆的段階
2. 急性統合失調症状態
3. 臨界期
4. 寛解期前期
5. 寛解期後期

睡眠を中心にこの寛解過程を整理してみる。「あせりの塊」である前駆的段階では、同じ夢を夜毎に繰り返してみてもその内容が次第に破局に向かう一種の悪夢を見るものが多い。

「自律神経系＝睡眠覚醒系の関与する警報システム」の作動しなくなった急性統合失調症状態は、「身体的なものから救援がこない」。これは、睡眠障害が必発であることを意味する。この時期の患者が夢を報告しないのも、「夢機能」が機能不全に陥っているからであろう。

臨界期は、中井寛解過程論の白眉である。この時期は、「自律神経系の警報システムの活動再開」を特徴とし、一過性の身体症状等が突発する。「下痢と便秘の交代」「原因不明の発熱」「心窩部の不快感」「腹痛、身体灼熱感」「薬物副作用の一過性増強」「身体疾患の好発」「失神発作」などである。身体症状にあわせて臨界期悪夢が出現する。これは、「自律

神経系をまきこむ」悪夢で、かなり程度が強いので不眠傾向は強まる。

寛解前期は、「繭につつまれた感じ」といわれる軽い離人感を経験する時期である。この時期の夢は、反復された悪夢から現実的な内容になり、反復せず時間系列で展開されていく「再建夢系列」となる。寛解後期には、自律神経系の機能が「調和的振動」を示すようになる。「夢機能も回復し、健康者の水準に近づく」。

このように整理してみると中井寛解過程論では睡眠の問題は、自律神経系の活動と「夢機能」を軸に論じられていることがわかる。

われわれの事例で、最も悪夢の訴えが多かったのは、事例 2 である。突発性の身体症状（咽頭痛、腹痛、下痢、歯痛）も出現しており、この悪夢は「臨界期悪夢」であったであろうと思われる。この事例の場合、悪夢は中途覚醒を引き起こすこともあるし、「眠るのが怖い」という不安から入眠困難となることもあった。睡眠の悪化と身体症状の突発を手がかりに、臨界期を特定できそうな事例は、この他、事例 1、事例 13 がある。

臨界期は薬物の副作用の増強されやすい時期でもあるが、事例 13 では、多彩な身体症状に加え流涎などの副作用が睡眠障害と関係していると考えられる。事例 1、2 からすると服薬後数日から 10 日ないし 2 週間の間にかかる睡眠障害は、臨界期現象がベースにある可能性を考えておく必要がある。

中井久夫は、統合失調症の寛解過程論を導き出した臨床経験について述べる中で看護日誌の重要性について言及している。間隔の空きがちな面接での情報を補うために看護記録をよく読んだというのである。<sup>(26)</sup>「回復過程に光を当てることは何よりもまず看護に役立つかもしれません」とも述べている。<sup>(27)</sup> p 15)

臨界期をはじめ回復過程が見えてくることで、回復を阻害しないケアが展開できる。臨界期は、時に病状再燃と間違えられる場合もあるし、気分高揚気味となる患者の場合には早すぎる活動再開となって病状再燃をきたすこともある。幻覚妄想など症状の現われ方も、臨界期の前と後では異なる（臨界期後は、前駆的な現象があつて病状再燃となる）。自殺の多い時期であるとも言われる。睡眠をフローシート上のパターンとして把握し、悪夢、身体症状などと照らし合わせることでこの重要な臨界期を特定できる率が高まるのではないかと考えている。

<おわりに>

この研究は事例研究であり、仮説の提示に止まる。睡眠パターンに関する事例が蓄積されることによって、13 事例から導き出された以下のような仮説の妥当性が検証されていくことを期待したい。

- (1) 臨界期と思われる時期には、身体症状、悪夢等が出現し睡眠の乱れが起きることがある。
- (2) 臨界期には、不眠傾向となることがあり、睡眠を手がかりにすれば臨界期はある程度特定できる。
- (3) 薬物療法が開始されていないにも関わらず過眠傾向が続くことがあり、この場合には幻聴等の陽性症状が自然治癒に向かうことがある。
- (4) 必ずしも入院時は不眠ではない。むしろ睡眠障害は、臨界期に起きがちである。

- (5) 抗精神病薬の副作用で睡眠障害が起きることがある。
- (6) 薬物の増量後の不眠は、アカシジア等の副作用に由来する場合もある。
- (7) 減薬、増薬は睡眠パターンの変化となって現われることがある。
- (8) 抗精神病薬の投与がなされても、病状が変化しない場合睡眠にも変化は見られない。
- (9) 1日おきに不眠、良眠が繰り返されるパターンが出現すると、数日して睡眠の回復が見られ睡眠状態が安定してくる。
- (10) 幻聴などの陽性症状が残存する慢性状態では、睡眠の改善も一進一退で不安定なまま推移することがある。

## 引用、参考文献

- (1) 計見一雄：改訂版 精神科救急ハンドブック新興異学出版 p69、2005
- (2) 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会、山内 真編：睡眠障害の対応と治療ガイドラン、p 18-22、じほう、2002
- (3) 宮崎隆吉、他：通院分裂病者の週間生活リズム 精神科治療学、1（1） 107-116、1986
- (4) 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会、山内 真編：睡眠障害の対応と治療ガイドラン、p 143-146、じほう、2002
- (5) 東京武蔵野病院看護部編：精神科急性期看護のエッセンス、P63-64、精神看護出版、2003
- (6) 大熊輝夫：現代臨床精神医学 改定第8版 p 345、373-377 金原出版 2000
- (7) 川野雅資編：精神看護学Ⅱ第4版、p17-20 ニューヴェルヒロカワ 2006
- (8) 松下正明総編集：臨床精神医学講座 13 睡眠障害 p 343、中山書店、1999
- (9) 計見一雄：スタンダード精神科救急医療 メジカルフレンド社 p 64-65、1998
- (10) 吉浜スミエ、他：フローシート上から見た回復過程、日本精神科看護学会誌、45 巻 2 号、p461-465、2002
- (11) 吉松和哉：再発を通しての治療 精神科治療学 1（4） 511-521、1986
- (12) 中込和幸、他：精神分裂病の再発における前駆症状と生活上の変化 533-544
- (13) E・フラー・トーリー著、南光、他訳：分裂病が分かる本 日本評論社 1997
- (14) パトリック・D・マクゴーリ他編著、鹿島晴雄監修：精神疾患の早期発見・早期治療 金剛出版、p114-115 2001
- (15)(2) 、P153-156
- (16) 川原隆造、他編著：現代病としての睡眠障害、P171-194、日本評論社、2000
- (17) 新田厚子、他：精神科薬物療法における看護の意義——就寝前薬中止で病状の改善した症例の経験から—— 日本精神科看護学会誌 第 39 号、 p488-490、1996
- (18) 川原隆造、他編著：現代病としての睡眠障害、p 176、日本評論社、2000
- (19) 蔓木 浩、他：分裂病慢性例における抗精神病薬の種類・用量の削減効果 「精神科診療の副作用・問題点・注意点」(八木剛平編著、診療新社) 所収 p203-212 1998
- (20) P.ドニケル他著、松石竹志、他訳：ドニケル臨床医薬理学 p121-124 星和書店 1994、)
- (21) 中井久夫、山口直彦：看護のための精神医学、医学書院、2001

- (22) 阿保順子編著：統合失調症急性期看護マニュアル すぴか書房、2004
- (23) 阿保順子：精神科看護の方法、医学書院、1995
- (24) 木戸幸聖監修：心理教育実践マニュアル 金剛出版、p78-103、1996
- (25) 中井久夫：精神分裂病状態からの寛解過程、中井久夫著作集 精神医学の経験 1 巻 分裂病、p115-180、岩崎学術出版社、1984
- (26) 中井久夫：最終講義 分裂病私見、P 9、みすず書房、1998
- (27) (26) p 15

注 1) 犬猫では、ノンレム期は、「首を保持してうづくまるように行儀よく」眠り、人間では、「すやすやと深い寝息をたてゆったりと」眠る。レム期の睡眠状態にある犬猫は、「だらりと横になって行儀の悪い姿勢で眠っている」、この睡眠ステージにある人間は、「まぶたがやや開き加減になり目がびくびくと活発に動き、浅く速い呼吸をしている」。通常、入眠から 60～120 分でレム睡眠が現われ、その後 90 分周期でノンレム睡眠、レム睡眠がセットになって繰り返される。