

## 長期入院経過の精神障害者の生活ニーズに関する質的研究：当事者へのインタビュー調査からの考察

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 武蔵野大学人間関係学部紀要編集委員会 公開日: 2018-10-03 キーワード: 作成者: 岩本, 操 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://mu.repo.nii.ac.jp/records/897">https://mu.repo.nii.ac.jp/records/897</a>

# 長期入院経過の精神障害者の生活ニーズに関する質的研究

— 当事者へのインタビュー調査からの考察 —

A Qualitative Study of Life-needs of Long-stay Psychiatric Patients

— Consideration from Personal Interview —

岩 本 操

## I はじめに

精神保健福祉分野では、長年の福祉施策の遅れから、病院の施設化現象、長期入院化の問題が深刻となり、その対策が急がれている。いわゆる「社会的入院」患者の退院・社会復帰対策が国の障害者施策の重点課題として挙げられ、また精神病床の機能分化や包括的な地域生活支援体制の整備を通して、今後長期入院患者の退院促進を積極的に進めていく方向性が示されている。こうした取組みはもちろん不可欠だが、一方で、今後の支援体制が「退院ありき」に陥ることなく「退院」が援助のゴールではないという認識が必要である。あくまでも社会福祉援助活動の目標は、精神障害者が望む「その人らしい生活」の実現であり、「退院」はその実現に向けた一つの方法であり、プロセスと考える。

精神障害者一人ひとりが望む生活の実現を考える際、環境との有機的な相互作用において本人が「こうありたい」と希望すること、つまり本人の生活ニーズを本人自身から十分に聴くことが不可欠である。しかしながら、長年、病棟という限定した場面に適応してきた精神障害者が、自分のニーズを実感し表現することは困難が伴い、また職員側にとっても集団ケアにおける関係が長期化し十分なマンパワーが確保されない状況では、一人ひとりの精神障害者の個別ニーズやその変化が見えにくくなっているのが現状と言える。

本論では、長期入院を経験した精神障害者の話を聞き取ることを通して、その生活ニーズを明らかにすることを目的とし、そこで得られた知見から今後の保健福祉サービスのあり方を検討したいと考える。

## II 問題の背景

### 1. 長期入院を生み出してきた歴史的背景

わが国の精神医療において、長期入院患者を多く生み出してきた背景には、長く続いた社会防衛的視点からの「隔離・収容施策」と福祉施策の遅れが挙げられる。1900（明治33）年制定の「精神病者監護法」において精神障害者は「治安の対象」とされ、「私宅監置」制度の下で国による「社会からの隔離」の歴史が始まった。第二次大戦後の民主化の流れを受けて1950（昭和25）年に「精神衛生法」が制定され、精神障害者は「治安から医療」の対象とみなされるようになった。当時

の精神病床数は約3万床であったが、1954（昭和29）年の精神病院設置・運営に対する国庫補助の導入を受けて精神科病院（病床数）は急速に増加し、1985（昭和60）年の精神病床入院患者数は34万人に至っている。しかし精神医療ケアの大半を民間病院に依存してきた実情と、「精神科特例」による低いマンパワーの見積もり、そして他科と比較して著しい診療報酬の低さは、自ずと病院経営を理由とした在院患者数の確保を志向させ、長期的な集団処遇としての「隔離・収容」が助長されていった。またこの時代において、精神障害者は障害者福祉施策の対象とは見なされず、地域での受け皿が皆無に等しい状況で、症状が改善してもなお入院を余儀なくされる長期入院患者を多く生み出すことになった。1984（昭和59）年にいわゆる「宇都宮病院事件」が明るみになり、厳しい国際的批判を受けて1986（昭和61）年「精神衛生法」が「精神保健法」へ改正され、ようやく精神障害者の社会復帰と人権擁護の視点が盛り込まれた。しかしこの段階は未だ医療中心の対応であり、社会復帰施設は法律で定められながらも、実数値はなきに等しいものであった。

1993（平成5）年の「障害者基本法」により精神障害者が国の障害者施策の対象と位置づけられた影響は大きく、1995（平成7）年の「障害者プラン」では精神障害者の社会復帰施設・サービスの具体的目標数値が挙げられることになった。また同年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」への改正では法律の中に福祉の視点が明確に位置づけられ、1999（平成11）年改正では地域生活支援の促進および在宅サービスの充実が示されることになった。こうした長い経過を経て、医療中心のケアは抜本的な変革を求められ、精神障害者に対する生活主体者としての認識とその実現に向けての取組みは、制度上の裏付けがなされてきている。

更に2002（平成14）年12月に、2003（平成15）年度より10年間の「新しい障害者基本計画」および、前半5年間の重点的課題としての「新障害者プラン」が閣議決定された。ここでは、精神障害者福祉対策とりわけ在宅支援サービスが重点的課題として挙げられ、現在入院している精神障害者（約33万人）のうちいわゆる「社会的入院患者」（72,000人と見込まれている）の退院促進が方針として盛り込まれている。国が試算した「社会的入院患者」の内訳によると、72,000人の内、34,000人が「痴呆以外の精神疾患を有する高齢者（おおむね55歳以上）」であり<sup>1)</sup>、以上述べてきた精神医療体制の諸問題と福祉施策の遅れによって生み出されてきた「歴史的」入院患者への対策が急務であることが示唆される。

## 2. 長期入院患者の実態と社会復帰対策

### (1) 入院患者の二極化現象と高齢化

2003（平成15）年の時点で、わが国の精神病床数は354,448床、平均在院日数は348.7日となっている。平均在院日数は、1989（平成元）年と比較して150日ほど短くなっているものの、病床数は1993（平成5）年の36.3万床をピークにほぼ横ばいに推移している。また日本精神病院協会が2000（平成12）年に行った調査では、3ヶ月以内の短期入院患者と、1年6ヶ月以上、とりわけ5年以上の長期入院患者との二極化が進んでいることを示している。長期入院患者の内訳では、5～10年、10～20年、20年以上とで比較すると20年以上の入院患者が最も多く、また統合失調症の入院患者の年齢割合では、40～60歳台が最も多く、次いで65歳以上が多くなっている。精神医療を取り巻く環境が大きく変化し、短期入院治療が主流となる中で、長期入院患者は依然と退院が困難であり、高齢化が進んでいる実態を示している。

高齢化は、身体機能の低下や合併症のリスクを高め、精神医療ケアのみならず身体介護や内科的フォローなど多角的なケアが必要になってくる。また本人だけでなく家族の高齢化や家族機能の変化は必然的である。大島らが行った精神科病院に1年以上入院している統合失調症患者(対象8,418例,有効回答6,417例)の退院意向調査では、退院を考慮するものが7割を超え、退院を希望するものは55%であり、また退院後の「生活の場」のイメージは「家族のいる自宅」が最も多く4割近くに及んでいると報告している<sup>2)</sup>。家族の高齢化や「親なき後」の現実が、長期入院患者の退院を更に困難にしていることが伺える。

## (2) 長期入院患者の生活実態

長期の入院によって生じる施設症 (Institutionalism) が、より退院・社会復帰の実現を阻んでいることはよく言われるところである。1960年にイギリスにおいてWingとBrownが行った調査では「長期間の刺激の乏しい施設環境は、社会的引きこもりや感情の平板化、受身的依存性などclinical poverty (臨床的貧困) と強く相関しており、在院期間や退院に対する消極的態度とも関連している」ことを明らかにし、この過程を「施設症」と呼びその問題点を指摘した。全国精神障害者家族会連合会は、1994年と1997年にWingらの「施設症」調査の追試を日本において実施し、Wingらの調査結果と同様の知見が得られたことを報告している<sup>3) 4)</sup>。1997年の調査報告の中で、病棟生活の状況と陰性症状との関連について、外部との接触頻度の少ないことや様々な活動の貧困さと陰性症状との関連が示されている。調査結果によると、対象者の最近6ヶ月の面会の頻度は、1ヶ月に1回以上が25.0%、6ヶ月に何度か面会がある38.9%、この6ヶ月間に面会はない34.8%であった。また最近6ヶ月の活動状況は、病棟の清掃や配膳の手伝い39.5%、スポーツ・レクリエーション39.4%、内職的作業17.9%、絵画・美術・音楽10.9%である一方、活動や作業に参加していないという回答が21.5%に及んでいた。入院処遇そのものの持つ閉鎖性に加えて、社会関係から著しく疎外され、社会活動の乏しい生活の長期化がもたらす問題の深刻さが示唆されている。

田中は、長期入院統合失調症患者の時間の流れに関する感覚について、長期入院結核患者との対比において調査研究を行い<sup>5)</sup>、長期入院統合失調症患者の時間感覚の特徴として「止時間感覚型」を挙げている。これは、現在の自分自身と現実的または具体的な未来志向の自己設定との距離感を抑圧し、非現実的または抽象的な設定自己を代わりに置くことで、まるで時間が止まっているような感覚にある状態のことを指している。更に統合失調症と結核患者に共通して見られる時間感覚に「即時時間感覚型」を挙げ、現状への満足に根ざした平穏さが実際の時間の流れに対する空しさや焦りを軽減している状態にあることを示している。

また上野らの調査報告では<sup>6)</sup>、長期入院患者に特徴的に見られる「習慣的行為」には、外界の生活や将来に対する抑圧の側面に加えて、現在の病棟生活において環境から自己を切りはなす側面を有していることを示している。つまり、「習慣的行為」は患者が病院のスケジュールや規範を受動的態度で「仕方がない」と受け入れ、未来志向の時間感覚や外界の生活への執着を持たずに自己主張を抑えることで自己の安定性を保つ現われであり、患者は将来の展望や病棟外の社会的関心を「あきらめる」ことによって、病棟生活での状況を受け入れる上でのストレスを回避し、病棟生活に適應することで安定を得ているのである。同時にこの「習慣的行為」には、病棟生活の現実と患者自身とを切りはなしている働きもあり、決まりきった時間への同調、規律的な移動やいつも同じ

席での食事、などを毎日同じように繰り返すことによって、スタッフや他の患者との具体的接触を避け、現実にかかる予想外または突発的な出来事への対処から回避することで自己の安定性を維持しているのである。長期入院の患者は、病院外の社会生活や時間感覚から疎外されているだけでなく、病院内で生じる現実的な事がらや人間関係からも自らを疎外するという二重の意味で「孤立」した状態にあると言える。

### (3) 社会復帰対策の現状

長期入院患者の退院・社会復帰を具体的に促進するためには、社会的支援としての受け皿が不可欠である。1999（平成11）年の精神保健福祉法改正時点で、施設サービスとしての精神障害者社会復帰施設5種（生活訓練施設、福祉ホーム、授産施設、福祉工場、地域生活支援センター）と在宅サービスとしての精神障害者居宅生活支援事業3種（グループホーム、ホームヘルプ、ショートステイ）が位置づけられ、「障害者プラン」の目標数値を背景にその充実が求められた。また2002（平成14）年に利用期限が緩やかな「福祉ホームB型」実施要綱が示され、高齢化した長期入院者の退院後の受け皿強化を図っている。2003（平成15）年には、全国数で生活訓練施設263箇所、福祉ホーム195箇所、授産施設（通所・入所・小規模）489箇所、福祉工場17箇所、地域生活支援センター399箇所であり、未だ数の不十分さや地域格差などの問題を抱えているものの、この10年で大きく数値を伸ばしてきた。

しかしこうした発展途上の社会復帰対策も新たな転換を求められている。2006（平成16）年10月に様々な課題を抱えながら本格実施した「障害者自立支援法」により、これまで精神保健福祉法に規定された福祉サービスは削除され、身体・知的・精神3障害統合サービスとして再編成されることになった。市区町村を実施主体とした新法は、各市区町村の財政事情などによって新たな地域格差を生むであろうし、3障害統合と言っても1つの予算枠の中での予算配分では新たな障害間格差を生みかねない。現在、精神障害者の社会復帰対策の行方は非常に見えにくいものとなっている。

退院・社会復帰への取組みは物理的サービスのみでなく、当事者の退院意欲や自分の将来に対するニーズの発見に向けたソフト面での働きかけが必要である。2003（平成15）年、国は大阪府が先立って取組んできた活動をモデルとして「社会的入院解消のための退院促進支援事業（退院促進事業）」の予算化を図り、「かかわり」を軸としたサービスの充実に取り組んだ。これは地域生活支援センター等を拠点に地域サービス提供者や地域に住む当事者が病院を訪れ、入院患者に退院に向けた働きかけを行うものである。しかしこの退院促進事業も障害者自立支援法施行に伴う既存事業の廃止や予算の統合化により、今後の実施は極めて不透明なものになっている。

## Ⅲ インタビュー調査

### 1. 調査の視点(目的)

本論の基本的視座は、長期入院経過の精神障害者にとっての真の社会復帰は「退院」そのものではなく、当事者が社会関係とのつながりの中で自分らしい生活の実現への取組みにあるという問題意識である。したがって、長期入院を体験した当事者から、入院生活をどのように生き、何を感じ、何を望んでいるのかを聞き取ることで、本人の生活ニーズを探り、必要な支援を検討すること

を目的とする。

## 2. 調査の概要

### (1) 調査対象と調査期間

調査対象は、調査協力の得られたK県H病院において長期間入院し、調査時に入院中あるいは同病院が運営する福祉ホームB型または隣接する生活訓練施設に入所した者8名である。対象者の選定は、病院スタッフにより1時間程度の面接が可能であり、調査への協力が得られると判断してもらった上で行った。なお「長期入院」の定義は必ずしも明確な基準はなく、入院1年以上になると病院への残留率が1割前後で一定となる現状を踏まえて、1年未満と1年以上を区別して考え「入院1年以上」を「長期入院」の一つの指標とすることが考えられる。しかし本調査では、精神医療の歴史的背景を受けて入院が長期化した当事者のインタビュー調査とし、50歳以上で直近の入院期間5年以上の者を対象とした。

調査期間は、2003（平成15）年5月～2004（平成16）年9月であり、この間に退院、再入院などの転帰を向かえた者が4名であり、その内3名については、転帰前後1回ずつ計2回の面接を実施した。

表 調査対象の属性

No.	事例	性別	年齢	診断名*	初診年齢	入院回数	総入院期間	最終入院期間	調査期間中の転帰
1	A	男	70歳	S	27歳	3回	31年	15年	入院継続
2	B	男	64歳	S	22歳	1回	37年	37年	入院継続
3	C	男	86歳	MDI	38歳	3回	33年	26年	入院継続
4	D	男	70歳	S	28歳	3回	16年	11年	入院→福祉ホーム
5	E	男	63歳	S	28歳	2回	13年	12年	入院→生活訓練施設
6	F	男	70歳	MDI	31歳	2回	33年	32年	福祉ホーム→アパート
7	G	男	54歳	S	17歳	2回	35年	35年	福祉ホーム→再入院→福祉ホーム入所（予定）
8	H	女	57歳	S	41歳	2回	7年	7年	福祉ホーム継続

\* S: Schizophrenie MDI: manisch-depressive Irresein

### (2) 調査方法

対象者1名について、1時間程度の個別面接を1回ないし2回実施した。面接は半構造化面接法を採用し、現在の生活状況、入院生活で印象的な出来事、家族関係の変化と現状、病気の認識、現在困っていることや楽しみ、今後の希望など大まかな質問を定めた上で、自由に語ってもらう形式とした。対象者本人の同意を得て、面接内容を録音記録または詳細な筆記記録に取り、本人の認識しているこれまでの経過と現在の生活ニーズについて記述した。この記述をもとに同病院の保健福祉士と事例検討を行い、また医学情報については同病院の医師の評価を確認した。以上を踏ま

えて、長期入院を経験した対象者の生活ニーズを考察した。

なおインタビュー調査に際して、対象者に直接、本調査の目的および方法を説明し、プライバシー保護の約束を説明し、理解と同意を得た上で実施した。

### 3. 調査の結果

#### (1) 現在の時間感覚と将来への展望

集団処遇では、当事者の生活は病棟や施設の規則的な時間軸に同調して営まれることになる。インタビューでは、食事、入浴、洗濯など毎日繰り返される物理的な時間構成と自身を切り離すように日課を淡々とこなす様子が語られる一方で、長い入院生活の体験時間は止まっているかのように話題は乏しいものであった。今現在を過去や将来と切り離された形で「その日暮らし」でやり過ごし、日々の楽しみや関心を食事などの身近なものに集中させたり、「空想」や「読書」の中に見出すなどして、将来的な展望を希薄にさせていた。また病棟での人間関係に対する無関心さが語られ、集団における人々との関係からも自身を切り離している様子が伺えた。以下にインタビュー内容を抜粋する。

A氏(70歳)は、病棟での一日の生活を「朝7時に自分で起きて、7時半に朝食…」と食事時間を軸に説明し、食事以外の時間は「OT(病棟作業療法)週1、2回やっている。休んでいたいのだが呼ばれていく。その他はタバコ吸ったり新聞読んだりしている。」という。こうした毎日の楽しみは「食事で、ここは美味しい。全部食べている。」と言うが、糖尿病を合併しているため「食事は糖尿食が出てくる。甘いもの食べたいですよ。甘いものから辛いものも駄目。辛いですよ。(食べ物が買えないから)買い物にも行かない。」と身近な楽しみも制限される状況話を話していた。他の入院患者との交流について「あんまり話さない。話す気にもならない。元来おしゃべりな方ではないので。」「空想しているのが楽しい。色々考えていることが楽しい。レクリエーションは好きじゃない。」と自閉的な生活を好んでいるようであった。今回の15年間の入院を振り返って「長かった。」「年が古希なんでね。知らない間になっちゃったね。」と一言二言で終わってしまい、入院中印象に残っている出来事は「一年半前に(新病棟へ)引越したこと。」のみ挙げた。今後の希望をたずねると「退院してX県に住みたい。退院して仕事をして結婚したいと思っている。(結婚して)食事や身の回りのことをやってもらいたい。」と実家でもなく親戚が住んでいる訳でもないX県を退院先に挙げ、また別の場面では「この年で働いていないといけませんか。もう70だからおしまいですよ。」と将来イメージは曖昧なものであった。

B氏(64歳)は、入院して37年経過しているが、入院前の家族歴や学歴、職歴について具体的に説明してくれ、学校時代は「楽しかった」と振り返っていた。一方、入院後の生活や今後についての質問には非常に淡白な反応であった。現在の生活の様子は「朝5時ごろ起きて顔を洗って朝食を待つ。朝食後は薬を飲んで休んだりしている。昼食後も薬を飲んで午後はテレビを見るなどして過ごしている。晩御飯後も薬を飲み9時に寝る。」と食事と服薬を軸に淡々と話したが、それ以外では「(同室の患者との交流は)別がない。」「(入院中に印象に残っていることは)ない。」「キャンプに行ったことがあるが、好きでもない。」「(楽しいこと)特にない。」「困っていることもない。」と一言で終わってしまった。

G氏(54歳)は、35年の入院を振り返って「嫌な時間だった。」と言う一方で、「(病院で良かったことは)ご飯とかお菓子とかが食べられるところ。ここの病院は食事が美味しい。」と3度の食事を楽しみに生活してきたことを話した。ホームに移行した後も「食欲は旺盛。ご飯は大盛りで食べている」が、糖尿病があるため「間食を止められている。週1回スーパーで買い物する時、つい甘いもの買っちゃう。甘いものじゃなくて刺身とか旨いもの買うようにしている。」「(今後の希望は)ホームを出たい。(その理由は)旨いもの食べたいから。でかい蟹とか食べたい。」と食への欲求が話題の中心になっていた。ホームを出てどこに住みたいのかたずねると、「(両親が亡くなり実家が存在しないため) あっ、帰るところないや。このままで良いです。」と言ひ、現実的な将来展望は示さなかった。

一方、病棟での物理的時間構成と自身の体験とを意識的に結びつけ、自分なりの目標を加えることで、現在を意味ある時間として捉えようとしている事例も見受けられた。この場合、将来への展望も現在との連続性があり、現実的、具体的であった。以下にその事例を示す。

E氏(63歳)は、「(入院生活は)自由なようで自由でない。枠があって身体に何かくっついてる感じ。細かいことが決まってる中でやっていかなくてはいけない。」と病棟の時間構成に対する違和感を表現していた。病棟プログラムへの参加を「体力増進の目的で」と自身にとっての意味づけを行い、食事や喫煙についても「太らないために少量にしている。」「(タバコの値段が)高くなつたし、身体にも悪いから自分で10本と決めている。」と日々の営みに対して自分なりの目標を定めていた。また「午後はあまりすることがなく、横になると休んでしまう。」と言ひながらも、その時間で「日記は3年前からつけている。その日が分からなくなってしまうので、日付と天気が書ければ良いと思う。字も忘れてしまうので。(日記は)以前兄に勧められたことがある。」と変化に乏しい1日1日に対して自分で確認する作業を行っていた。E氏はこうした試みを続けながら、将来への展望も「正直、夢はもっている。」と語り、「(老朽化した)家の処分を考えなくてはならない」「仕事のことを考えなくてはならない。」と具体的な課題を示した。

今後の希望や将来展望を問う場合、当事者の年齢を考慮する必要がある。70歳代、80歳代という高齢の対象者は、自ずと現状を受け入れ、今後のことについては無頓着な様子であった。半ばあきらめとも言えるが、悲壮感は感じられなかった。

D氏(70歳)は、自分の年齢について「長い人生のエポックですよ。古希っていうのは。老人と非老人の分け目になる。晩年です。どちらかというとな長生きの方です。」と話し、今後の希望をたずねると「70歳過ぎたら仕事はないし、自分でも働きたいと思っていない。70過ぎたらもういいです。余分な人生です。余生は楽しんで生きたいね。」と語っていた。

C氏(86歳)は、30年以上の入院を経過して印象に残っていることは「何もない」と言ひ、現在困っていることや心配事も「別にない。うまくやっている。」と話す。病気になったことを振り返って「そんな難しいことは考えない。いくら考えたってできないんだから、なるようにしかならない。あきらめの人生ですよ。」と語る。今後の希望についても「もうそんな難しいこと考えない

ですよ。自然に生きて……(笑いながら)残念ながら何もできないですよ。」と穏やかに話していた。

## (2) 家族機能の変化に伴う入院生活の変化

長期入院を経て、精神障害者自身が高齢になると、従来キーパーソンとして機能していた家族の死去を経験することになる。本人の入院生活を支え、面会や外泊等を通して本人の生まれ育った家や社会との接点を保つ働きかけをしていた家族の死去は、入院・施設入所に共通して本人の生活の質に大きな影響を与えていた。

A氏(70歳)は、「前は兄が月に1回くらい面会に来ていた。兄は車を持っていましたからね。その時は外泊もしていて、実家や温泉にも行っていた」そうだが、「ここ5年くらい来ていない。(兄が)死んだって言うんだ。姉からそのことを聞いただけで、葬儀にも行っていない。本当は生きているんじゃないかと思う。5、6年前から外泊はしていない。外出は用事のある時に看護師と一緒に外出する。最近は銀行に行った。遊びに出かけることはない。」と言い、「(外泊は)したい。家(実家)に行きたい。家に帰ると気が楽。」と外泊の希望を話していた。インタビュー中、A氏は両親のことを「(父親が亡くなった時)ホッとしている分もあった。やかましい親父でね。」「何もできない母親だった。」と否定的に表現しており、兄に対しても特に愛着を示していない。本人にとって家族関係は良好とは言えない様子であったが、それでも病院の外に連れ出してくれて、一時的にせよ気楽に過ごせる実家での生活を可能にした兄の存在は大きな意味を持っていた。

F氏(70歳)も「一番上の兄が生きていた頃は、1年に1回ずつ夏のお盆に外泊して実家に帰り、お盆の手伝いもしていた。」5年ほど前にその長兄が死去すると実家への外泊はなくなり「ショックだった。」と、たった1年に1回の外泊の機会も失ったことを話していた。

17歳から入院していたG氏(54歳)は、インタビュー中、自分の両親を「お父さん」「お母さん」と呼び、「お父さんお母さんと一緒に暮らしたいと思ったけど、お父さんが(G氏は)病気だから病院に入りなと言うので、入院していた。」と幼い時の親子関係のような表現をしていた。両親はG氏の入院中に死去し、「お母さんは60歳で亡くなって、お父さんは70歳代(5年ほど前)に亡くなった。どちらも葬式には行っただ。今、実家はもうない。」そして「お父さんが生きていた頃は、3ヶ月に1回外泊して実家に帰っていた。(父親が)亡くなってから外泊できなくなった。妹はさせてくれない。」と父親の死去によって外泊の機会や実家との接点がなくなったことを話していた。G氏は既に実家の存在がなくなった事実を語る一方で、退院(退所)後の生活の場に実家をイメージし、実家の方で美味しいものを食べることを希望していた。35年間の入院を経験したG氏にとって、今なお両親と住んでいた過去の場所の存在は大きく、物理的に無くなっていても帰りたい場所として残っている様子であった。

個別の外出、外泊の機会は、家族に頼ることが殆どであるが、病院でも旅行や行事を企画して病院外の社会と接する機会を提供してきた。閉鎖的な環境での生活を続ける入院患者にとって、こうした機会は重要であり、インタビューでも「旅行が一番楽しい。運動会も楽しかった。(C氏)」「色んなところへ旅行に行ったり、夏の盆踊り、餅つきなどの行事がある。これらが入院生活の楽しいこと。(D氏)」「入院中におどろ狩りや動物園に行ったことが良かった。(G氏)」と数少ない楽し

みの一つに挙げていた。しかし「4, 5年前まで旅行があった。今はなくなったけど。(G氏)」とあるように、今日の病院機能の変化の中でレクリエーション的機能は縮小しているのが現実である。家族機能の変化のみならず病院機能の変化も加えて、長期入院者と社会とのつながりはますます乏しくなっている。

### （3）生活環境の変化に対する「構え」を形成する他者の存在

変化の少ない病棟生活に長年適応してきた入院患者にとって、具体的に「退院」に直面することは想像以上に大きな変化であり、戸惑いや不安を抱え、時には執拗に拒むこともある。インタビューを通して、「退院」という重大な変化に対して本人なりの「構え」を身につけ前進するためには、その人にかかわる「重要な他者」の存在が必要であることが示された。

調査期間中に入院から生活訓練施設に移行したE氏(63歳)は、1回目の面接時に「一人になってもいいから普通の生活がしたい。正直夢は持っている。できるかどうか分からないけど。ずっとここにいるわけにはいかないの、正月くらい(3ヵ月後)にはここを退院して、やっていかななくてはならないと思った。今年になって(5ヶ月程前から)何となくそう思うようになった。やはり病気が良くなったということではないでしょうか。」と話す。そのことを「妹には話しているが、病院職員には伝えていない。」と言う。更に面接者(筆者)に「担当の先生に肩代わりして言ってほしい。自分でも言えると思うけれど、他の人も言ってくれた方が力強い。」と話す。結局は、本人から直接病院スタッフに自分の意向を伝えることはなかったが、妹が本人の意向を病院の精神保健福祉士に伝え、退院に向けての援助が進められていった。その後、生活訓練施設に入所したE氏との2回目の面接では「(今後は)一人で部屋を借りてやってみたい。自分に甘えないでしっかりやっていきたい。」と今後の豊富を語っていた。12年に及ぶ入院を経て「何となく」沸き起こった退院の意向を、病棟生活の中でE氏自ら表現することは難しかったようである。これまで頻繁に面会に訪れる妹の存在によって、E氏の希望は表明され、具体化されていったのである。

また調査期間中に入院から福祉ホームに移行したD氏(70歳)は、病院スタッフの勧めにもかかわらずホーム入所を頑なに拒んでいた。入院中に行った1回目の面接では「70歳まで生きられたのは病院のお陰です。恵みです。病院の生活は幸せです。食事もあるし、風呂もある。」と話し、最近障害年金受給が更新されたことで「年金もらえて幸せです。今のままで良いです。」と生活の変化を望まない表現が目立っていた。D氏はお金の収支には細かいチェックをしており、面接中も「障害年金のこと」「入院援護金のこと」「日常のお金のやりくり」についての話題が頻繁に出てきた。D氏の経済管理をしている妹は、お金のことを心配するD氏に対して毎回の収支を丁寧に記載して渡し続けており、D氏は「妹は金融に詳しくミスはないです。安心して任せている。」と信頼していた。D氏がホーム入所を拒む理由は、ホームでの生活の方が経済的負担が多くなると思い込んでいたからであり、病院スタッフがそうでないことを説明してもなかなか納得しなかった。しかし、これまで経済面で信頼してきた妹が丁寧に説明を続けたことによって、D氏はホームへの移行を決め入所となった。入所3ヵ月後に行った2回目の面接で、D氏は「ホーム入所の時は、妹が色々やってくれて、(物も)色々そろえてくれた。入所前には色々心配したが、ホームでの生活は満足している。少人数で静か。一人(個室)でやれる幸福感がある。病院には戻りたくない。」

「ホーム入所で入院援護金はストップしたが、入院費に比べてホーム入所費の方が安い。経済的にトントンです。」と話していた。

#### (4) 生活環境の変化に対する評価の個別性

退院や転棟などの転帰は本人の状態に応じて決まってくるが、このことは長年慣れ親しんだ生活環境の喪失ともなる。環境の変化が順境となる場合もあるが、一方で人間関係が希薄になるなど本人にとっては逆境となる場合もある。どの環境が本人の生活の質を高めているかは非常に個人差がある。以下にその例をインタビューから挙げる。

7年間入院し、福祉ホームに移行したH氏(57歳)は、当初「ホームは良いところだと思ったが」ホームは個室で「つまらない。やっぱり話し相手がほしい。」今の生活での楽しみは「病棟に遊びに行くこと。(病棟に)気の合う人(他患)がいて会いに行くこと。」と話していた。他の対象者とのインタビューでは個室生活を歓迎する意見も聞かれたが、H氏は個室生活で新たな人間関係を作っていくことに困難を感じ、「辛い」と表現していた。そして病棟での「気の合う人」との関係は本人の楽しみとして残っていた。

C氏(86歳)は、高齢のため1年半前に介護力の強化している病棟に転棟となった。そのことについて「(前の病棟では)良く話す人がいたけれど、(今の病棟に移って)いなくなってしまった。」「(転棟は)断ったけど(年齢的に)駄目だった。話す人がいると楽しい。気が合う人と話して国会討論など見てるとすごく楽しい。」と話していた。医療面、介護面でのニーズと本人の心理・社会的ニーズとは必ずしも一致しない。C氏にとって必要な介護ケアは提供されるが、同時に人と交流するという楽しみは減少していた。

F氏(70歳)は32年の入院後、福祉ホームに入所して1年が経過し、アパートへの移行を間近に控えていた。F氏は他科の病気を「4つ持っている」ためその病気の治療と管理に関心が集中していた。ホームでの生活は「自分のことは自分でしなくちゃいけないから大変」であり、日常生活の管理と身体管理の中で他の入所者との集団生活を営むホームのペースに合わないと言っていた。「(他院への入院、手術を経て)こんな様子で(身体の)あっちも悪いこっちも悪いとなって、ホームのペースについていけない。それで人間関係もうまくいかなくて、悩んだ。それでアパート(への移行)を考えるようになった。」とホームからアパートに移る経緯を説明した。自分の身体管理が生活の中心であるF氏は、医療の場でありスタッフが集団の流れを管理している病棟では適応できたが、それぞれが異なる生活パターンを持ちながら集団生活を営むホームには馴染めず負担感を示していた。一般的にアパート生活よりホームの方が多く援助が受けられ、退院後の受け皿に挙げられるが、F氏にとっては単身アパート生活の方が自分の生活ペースを尊重できると判断していた。

## IV 考 察

### 1. 現実時間に対する主体的認識の重要性

今回のインタビュー調査においても、田中の示した「止時間感覚型」や「即時間感覚型」と同様の時間感覚の傾向が見受けられた。また高齢化や身体合併症などによって、「食事」などの身近な

現実としての楽しみも減少することから、益々非現実的思考に没入している様子も伺えた。現前する物理的時間構造を淡々と過ごす一方で、本人たちの実感は物理的・現実的な時間の流れを基盤として体験されるものではなく、「過去・現在・将来」という連続性から切り離された抽象的で不確実な「現在」を生きることにつながっている。こうした抽象的な「現在」から発生する将来像が非現実的で抽象的となるのは、ある意味自然な現象である。長期入院者の将来を見据えた「社会復帰」への支援を考える際、その起点となる「現在」に着目し、現実的な将来展望につながる「現在」を本人が実感できるかが鍵となる。つまり、将来を問う前に、現実的な時間の流れを主体的に認識できるような働きかけが不可欠なのである。

例えば、インタビューの中でE氏（63歳）が退院を現実的に考える数年前から日記をつけ始めたという事実は注目すべきことである。「日付と天気」程度の記録という簡単な行為ではあるが、それを一日一日繰り返すことによって、漠然と過ぎていく物理的時間と自分自身の体験とを結びつけ、過去の連続性の中に現在があることを確認できる。もちろん、E氏の退院への動機づけと日記をつける行為とを単純に因果関係で結びつけることはできない。しかし、現実的な過去の積重ねの上にある現在を確認することで、時間の連続性を認識し、その流れの中で具体的な将来展望へと向かう可能性は十分に考えられる。

## 2. 本人にとって意味ある他者とのかかわり

インタビュー調査を通して、長期入院経過の精神障害者の生活ニーズと人間関係の関連が示唆された。ここで言う人間関係は集団ケアの中で展開される大勢の人々との関係ではなく、本人にとって意味のあるパーソナルな関係である。対象者の大半は病棟や施設の他患や他メンバーとの交流に乏しく、こうした関係から自分を切り離しているかのような言動が見られる。しかし彼らは人との関係全体に対して無関心なのではない。例えば家族のように本人を「患者」としてではなく、あくまでも「個人」としてかかわり続けてきた存在に対しては、それぞれ意味ある関係を継続していた。こうした1対1の関係から社会との接点を維持し、わずかでも外の世界への関心を保つことで、退院へのエネルギーにつながる例も示された。家族の面会や家族との外出、外泊は治療の枠組みとは異なる日常生活を軸とした行為である。家でくつろぐことや何気ない会話によって生活者としての「その人らしさ」を呼び覚ます契機になることが考えられる。家族の存在は退院後の受け皿だけでなく、本人にとっての「社会復帰」と「回復」に向けた働きかけとして重要な機能を有している。このような機能の多くを家族に依存してきたことにより、本人の高齢化に伴うキーパーソンである家族の死去は、本人が維持してきた社会との接点を喪失させることにつながる。家族亡き後、本人と社会環境とを結びつける「意味ある」他者との関係を如何に再構築していくかが重要である。

大阪府における「退院促進事業」の実践で、自分自身を「病院の子」と称し、退院に向けた地域の支援員の訪問を渋る入院患者が、入院前にかかわっていた作業所の職員が訪問に同行すると聞いて「それなら会ってみる」と了解した過程を報告している<sup>7)</sup>。退院を拒む本人を動かし、退院に向けて前進するエネルギーとなったのは「知っている人が会いにくる」ということだったのである。このように「退院」などの具体的転帰を意図したかかわり以前に、普段のかかわりの積み重ねが大きな意味を持つことは、インタビュー結果にも通じることである。入院患者同士の「気の合う仲」

を意図的に活用することも検討できるだろう。また高齢者施設において試みられている「傾聴ボランティア」も同様の効果を生むことが期待できる。まずは本人と個人として向き合い「ただお話をすること」が、次の展開につながる可能性が示唆された。

### 3. 個別ケアによる生活環境の改善

集団処遇そのものが、個人が自己として維持してきたものを剥奪し自己を無力化する要素をもっていることは Goffman が指摘した通りである<sup>8)</sup>。インタビュー結果でも長期入院の経過は、周囲のものごとに関心を持たず、病棟での規則的なスケジュールに自己を没入させている様子が語られた。病院スタッフは、こうした刺激の乏しい生活が本人の意欲を低下させ将来展望を閉ざすことを常に警戒しているが、今日の入院患者の二極化現象により、より治療ニーズの高い急性期の患者の対応に追われるようになり、ある程度安定している長期入院患者は次第に「埋もれた」存在となっていくのが実情である。病棟での楽しみである季節ごとの行事や外出の機会も以前より縮小せざるを得ず、長期入院患者にとって社会との接点がますます細くなっていく現実が伺えた。

先に示した全家連の調査では<sup>4)</sup>、入院患者の社会復帰促進のためには施設ケアにおける生活の質の向上が不可欠であることを示し、「施設ケアサービスの指標」を提示している。高齢者施設等で活用されている「標準サービス」に基づいて行った調査（協力病院139施設で実施）では、高齢者施設では既に一般的に要求されるサービスの実施率が、リハビリテーション活動が活発である病院においても低いことが示された。中でもリハビリテーション・退院促進に必要と考えられる「専門サービス」における「個別ケアの実施」項目や、施設生活の質を高めるための「施設内の日常生活」における「食事」「入浴」への個別ニーズへの対応項目、「プライバシー確保への配慮」項目などの個別性を重視した項目の実施率の低さが目立っている。こうした「個別ケア」の充実は、インタビューを通してその必要性が示唆される場所である。もちろん「病院は治療の場であって生活の場でない」という言葉を良く耳にするように、生活施設の指標を病院に要求することが妥当なのかという疑問もある。しかし長期に渡って入院生活を送ってきた人々にとって、個人のニーズに対応した個別ケアによる病院生活の質の向上は、無関心、無感動な毎日に「楽しみ」や「やりがい」を育む可能性がある。こうした日々の「楽しみ」が現実到现在の環境と本人とを結びつけ、それが本人の将来への希望や意欲につながることは考えられる。加えて言えば、退院後の受け皿である社会復帰施設は、現状の病院における処遇が適用されることを警戒し、より生活の質の向上を図ることを通して、当事者にとって意味のある「社会復帰」を目指すことが求められる。

## V おわりに

精神科病院における長期入院患者への対策が問われている今日、長期入院を経験した当事者のインタビューを通して、その生活ニーズを探り今後求められるサービスのあり方を検討した。

わずか8名を対象とした調査であり、その中でも自分自身の思いや考えを表現することが難しいと感じられる方もいたのが事実である。十分な考察を行うには課題が多いものの、当事者に話を聞くことの重要性を改めて確認できた。物理的時間に対する主体的認識もパーソナルな人間関係や個別ケアの重要性も、あくまでも当事者一人ひとりが認識するものであり、その人にとっての「パー

ソナル」「個別」であってこそ意味がある。そしてそれは本人から直接話しを聞くことを通して具体化されていくと思われた。

最後に、本調査を快く受入れ協力して下さった病院スタッフの皆様、そして慣れないインタビューをお受け下さりそれぞれの言葉で語って下さった当事者8名の方に、心からお礼申し上げます。

#### 注

本論は第52回日本社会福祉学会において、筆者が口頭発表にて報告した調査に基づき、新たな視点で考察を加えまとめたものである。

#### 引用文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2002)「社会保障審議会障害者部会精神障害分科会8回議事録及び資料」
- 2) 大島巖ほか (1996)「精神病院長期入院患者の退院に対する意識とその形成要因」『精神医学』38巻12号, 1248 - 1256
- 3) 全国精神障害者家族会連合会 (1994)『精神病院における生活環境と分裂病の陰性症状』ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ NO. 9
- 4) 全国精神障害者家族会連合会 (1997)『長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究』ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ NO.15
- 5) 田中美恵子 (1990)「長期入院中の精神分裂病患者の時間の流れの速さに関する感覚の分析—結核患者との対比を通して—」『看護研究』Vol23.No3, 42 - 56
- 6) 上野恭子ほか (2001)「長期入院精神分裂病患者の生活行動の特性—患者の言動に焦点をあてた質的研究—」『精保看会誌』Vol10.No1, 102 - 109
- 7) 朝本哲夫 (2003)「大阪府における取組みモデル—退院促進事業を實踐して—」『精神保健福祉』vol.34 No.1 通巻53号, 27 - 30
- 8) Goffman (1961) *Asylums, Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Doubleday Anchor = 石黒毅訳 (1984)『アサイラム』誠信書房

#### 参考文献等

- 精神保健福祉研究会 (2002)『改訂第二版精神保健福祉法詳解』中央法規
- 厚生労働省 (2005)『厚生労働白書 (平成17年度版)』ぎょうせい
- 日本精神保健福祉士協会 (2003)「特集 新時代を迎え『社会的入院』を再考する」『精神保健福祉』vol.34 No.1 通巻53号
- 日本精神保健福祉士協会 (2002)「特集 激動期にある精神科病院とPSWの課題」『精神保健福祉』vol.33 No.2 通巻50号
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2004)「精神病床等に関する検討会 最終まとめ」
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課 (2004)「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会 最終まとめ」
- 日本精神保健福祉士協会 (2006)『障害者自立支援法』へるす出版
- Uwe Flick (1995) *Qualitative Forschung*, Reinbeck: Rowolt = 小田博志ほか訳 (2002)『質的研究入門』春秋社
- 鈴木敦子 (2002)『調査的面接の技法』ナカニシヤ出版
- 野口裕二 (2005)『ナラティブの臨床社会学』勁草書房
- K.M.Sorenson & D.B.Amis (1967) *Understanding the world of the chronically ill*, *Amer. J.Nurs.* 811-817 = 早坂泰次郎、上野轟訳 (1986)「慢性疾患患者の世界の理解」『現象学をまなぶ』川島書店, 163 - 188