

〔原著〕

精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験

石川 かおり

The Hospital Experience of New-Long-Stay Patients in the Psychiatric Ward

Kaori Ishikawa

要旨

本研究の目的は、精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験について構造的に明らかにすることである。

研究参加者は、男性5名、女性2名の計7名で、全員が統合失調症の診断を受けていた。平均年齢は45.57歳で、平均総入院期間は156ヶ月、平均入院回数は5.71回であった。また、データ収集時の入院期間は平均32ヶ月であった。データは半構造化面接により収集し、面接時間は一人あたり平均75分であった。研究参加者の許可を得て面接内容を録音し、逐語録を作成した。メタ研究法として構造構成的質的研究法 (Structural-construction qualitative research method; SCQRM) を位置づけ、分析枠組みとして修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified grounded theory approach; M-GTA) を採用し、分析した。

分析の結果、77概念から23サブカテゴリと7カテゴリを生成した。さらにカテゴリ間の関係性を探索する過程で1コアカテゴリを追加した。これらカテゴリ間の関連性の検討を基に、精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験を構造化したモデル図を作成した。

精神科ニューロングステイの患者は、【長期入院システムの取り込み】を基軸として、《長期入院生活に伴う収穫》と《長期入院生活に伴う受難》を体験していた。そして、長期入院生活とは乖離した《退院と“ふつう”の暮らしを希求》して、その希望にそって退院支援が進められるなかで、《退院準備状態》と《退院準備不足状態》が同時に生じていた。このような退院準備状況のアンバランスな状態は、患者のなかに《退院に向けた心理的葛藤》を引き起こし、この葛藤状態を解消するために、患者は《葛藤状況への構え》をとっていた。

キーワード：精神科ニューロングステイ患者、入院生活体験、退院

I. はじめに

わが国の精神障害者のケアは地域ケア中心型へと転換しつつある。新規入院患者の残存率から、2005年では87%の患者が入院後1年以内に退院しており、1999年と比べて1年以内に退院する割合は高くなっていることがわかる¹⁾。しかし、これは裏を返せば13%は1年経過しても退院できず新たな長期入院患者となることを示している。また、平均在院日数も減少傾向にあるが、2007年のそれは317.9日にとどまっている²⁾。2006年度の入院患者の在

院期間別構成割合では、1年未満が32.1%、1年以上5年未満は27.8%、5年以上は40.1%であり³⁾、入院患者の7割近くは1年以上の長期入院の状況である。このような状況のなか、「受け入れが整えば退院可能」とされる患者は全入院患者の23.4%を占め、75,900人と推計される(平成17年患者調査)⁴⁾。そのうち、入院期間が1年から5年の患者は21,800人存在する⁵⁾。

1980年代に地域精神保健医療の体制が確立した英国では、地域サービスが発展しても長期に病棟でのケアが必

要な患者が人口10万対10~20前後存在するという報告がある。これらの患者は入院期間が1~5年で入院開始が比較的新しいことから、“古い”長期入院患者とは区別して“ニューロングステイ”と呼ばれ、さらなる“古い”長期入院患者にならないためにもっとも質の高いケアが必要である⁶⁾。このような精神医療先進国である英国の実態を鑑みると、わが国においてもニューロングステイ患者に着目し、更なる“古い”長期入院患者を生み出さないように支援することは喫緊の課題である。

ところで、長期入院患者に対する退院支援に関連する先行研究は散見し、看護実践上の知見も示されている^{7~10)}。しかし、それらの長期入院の定義は6ヶ月以上から10年以上と様々であり、入院期間1年から5年の患者に焦点を当てたものは見当たらなかった。また、看護の対象である患者の主観的体験に着目した研究においても、長期入院生活の現状や退院の捉え方^{11~13)}、老いの認識と自己の将来像¹⁴⁾、退院支援後の思い¹⁵⁾、自主的な行動を支えている体験¹⁶⁾など様々な観点から探索されているが、入院期間1年から5年の患者に主眼を置いたものはない。つまり、現状においてはわが国のニューロングステイ患者に関する看護研究は手つかずの状態である。

そこで、本研究においては、入院期間1年から5年の患者に焦点を当てた退院支援における看護の確立に向けて、まずはその当事者である患者が入院生活をどのように体験しているか、その構造の一端を明らかにすべく探索的に仮説モデルを生成することを目的とした。そして、その構造モデルを基にニューロングステイ患者への看護について検討した。

なお、本研究においては、精神科医療施設に継続して1年から5年間入院している者を「精神科ニューロングステイ患者」とした。ここでいう入院期間は総入院期間ではなく、研究時の入院の継続期間を示すものである。精神疾患は慢性に経過し療養が長期に亘ることが推測されるため、その間の病状の変化に応じて入院治療が必要になることがある。そのため、本稿では入院回数を限定することなく、入院回数の相違はニューロングステイ患者の多様性を示す要素の一部として捉えることとした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、入院療養中の当事者の視点から入院生活の体験を明らかにすることを目的としているため、仮説生成型の質的研究方法を用いることとした。質的方法は、統計的数値には還元しがたい定性的なデータを扱い、対象の複雑性に対して開かれ、人々が生きる日常の文脈のなかで他者の主観的現実に対する理解を深める上で有用な方法である^{17,18)}。なお、本研究においては、認識論、理論、技法、フィールド、対象者、解釈枠組といった研究を構成する全てのツールについて、現実的制約を勘案しつつ研究質問や研究目的に照らして選択する「関心相関的选择」という方法概念を備えた構造構成的質的研究法¹⁹⁾ (Structural-construction qualitative research method, 以下、SCQRMとする) をメタ研究方法として位置付けた。

2. 研究参加者

研究参加者の選定条件は、研究目的に照らして①治療または療養目的にて精神科医療施設に継続して1年から5年間入院している、②20歳以上、③症状が消失・減退している、本研究への参加によって病状に影響を受けないと主治医から判断されている、④自分の意思を言語的に表現できる、⑤本人から研究参加の同意が得られているものとした。

研究参加者は入院療養中の患者であるため、倫理的な配慮の面から多数の参加者を得難いことが予想された。そのため、研究ニーズにそって選択する意図的サンプリングとボランティアサンプリングを併用した。具体的には、研究協力の得られる精神科医療施設を意図的に選択し、施設の協力を得て上記の選定条件に見合う患者を対象に意図的に研究参加者を募集した。なお、研究参加者の偏りを防ぎ、多様性を確保するという観点から、協力を依頼する施設は、異なる都道府県から複数選択した。

3. 倫理的配慮

入院療養中の参加者のリスクを最小限にするために、参加者の募集・選定方法、データ収集内容・方法、プライバシーの保障や自己決定の保障など、参加者の人権と尊厳を守る方法を組み立て、参加者の状態や都合に合わせながら研究を進めた。

具体的には、研究目的および方法、研究参加のメリット・デメリット、参加者の権利（自己決定、プライバ

シー、害されないこと、研究拒否や中断等)、研究者の義務等について、書面と口頭によるインフォームド・コンセントを徹底した。そして、個人データを加工し匿名性の保護を厳守した。さらに、研究参加による時間的制約、疲労、病状などに十分配慮した。また、協力依頼の際は施設のスタッフの協力を得て行ったが、意思決定においてスタッフの力が及ばないように十分配慮した。

なお、研究開始前に千葉大学看護学部倫理審査委員会にて倫理審査を受け、承認を得て実施した(承認通知番号19-15)。

4. データ収集

本研究では、ニューロングステイ患者の主観的体験に照射するため、インタビューガイドを用いた半構造化面接によりデータ収集した。

インタビューガイドの内容は、本研究の目的に照らし、対象者の属性、普段の療養生活の様子、現在の希望や目標、その実現に向けた取り組みやサポートの実際、今後の退院や地域生活への困難や不安、医療者への要望、医療者との関係などを設定し、これらの質問を投げかけながら、参加者が自由に語るよう配慮した。また、面接は参加者が入院する施設内のプライバシーが保たれる部屋で実施し、面接時間は一人あたり平均75分であった。参加者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、分析データとした。

データ収集期間は、2007年12月から2008年3月であった。

5. データ分析

1) 分析枠組み

本研究は、仮説モデルの生成を目的としているため、データからボトムアップにモデルを構築する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ²⁰⁾(以下M-GTAとする)を分析枠組みとして採用した。M-GTAは少数事例研究に適さない面が指摘されているが、SCQRMにおいては、必要な事例数は研究目的に相関して決定するため、M-GTAのエッセンスを生かしつつ少数事例研究における科学性を担保する概念装置を備えている。これまで明らかにされていない精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験について仮説モデルを探索的に生成する、という本研究の目的に照らすと、少数事例から得られた概念であっても、体験の多様性を表すものとして採用することが可能となる。

2) 分析手順

逐語録を熟読し、「精神科ニューロングステイ患者は入院生活をどのように体験しているか」という研究質問に関連する内容を、意味が読み取れる範囲をひとまとまりとして抽出し、類似性と異質性を検討しながら、類似内容を具体例として集め、概念名をつけた。その際、概念名とその定義、具体例、対極例や分析の視点を書き留める理論的メモからなる分析ワークシートにまとめた。分析ワークシートの例は表1のとおりである。さらに、複数の概念を包括するサブカテゴリ、複数のサブカテゴリを包括するカテゴリを作成した。次に、先の研究質問に照らして、データおよび概念との間を行きつ戻りつし

表1 実際の分析ワークシートの例

概念名	いつも感じる孤独
定義	他者といても、どこにいても患者を感じる孤独や寂しさ
具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・入院してから、俺って一人なのかなって感じる (A氏) ・何回か外泊して、弟家族にお風呂借りて食事も作ってくれたんですけど、それでもやっぱり寂しい (B氏) ・夜一人になったときは、本当にさびしいなと思います (F氏) ・病院で大勢でいたとしてもそれぞれ病気をもっているから、結局自分ひとりになっちゃうわけですよ (G氏) ・この町には知り合いがいないし(退院すると)寂しくなることも事実です。みなさん一人暮らしの方が寂しいとおっしゃいます (G氏) ・夕方に急に寂しくなると、ホールに出てきて新聞を読んだり、本を読んだり、編み物をしたりして紛らわしています (G氏)
理論的メモ	<p>「いつも感じる孤独」と対極の概念はあるか？</p> <p>→家族との情緒的つながり</p> <p>→他患者との互惠的關係</p> <p>「いつも感じる孤独」は何に由来するか？</p> <p>→病気を理解してもらえない苦悩</p> <p>→家族との隔たり</p> <p>→病に対する内外の偏見</p> <p>→医療者との信頼關係が築けていない</p>

ながらカテゴリを比較して関係性を検討し、関係図を作成した。この過程のなかで、その関係性を説明する上で不可欠な新たな概念を見出し、この追加概念がモデルの動きを説明する上で基軸となることを確認したことから、コアカテゴリとして位置付けた。そして作成した関係図が各対象者の体験を説明し得るか、データに戻って点検しながら、関係図の改訂を重ね、最終的な「精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験」を構造化したモデル図を作成した。

3) 理論的飽和化

理論的飽和は、理想形ではあるが原理的には不可能であるという見解があり^{21,22)}、M-GTAにおいても、その難しさを認めた上で、概念の完成状態を判断する小さな理論的飽和化と、概念相互の関係、カテゴリの関係、全体としての統合性を検討し抜け落ちている部分の有無を確認する大きな理論的飽和化という独自の方法と立場が示されている²³⁾。これらの議論を踏まえた上で、SCQRMにおいては、「目的相関的飽和」という立場を明示し、M-GTAの文脈であれば「概念ごとの分析ワークシートを完成させることによって作られたモデルが、研究目的に照らして、それを達成できている状態」としている²⁴⁾。

以上のことから、本研究においては、上記の分析手順の全過程において、研究目的に照らした上で達成できているか確認することで理論的飽和化を図った。なお、分析過程においては、複数の学際的な質的研究者らによるSCQRMのワークショップにて分析結果を提示し検討するとともに、ニューロングステイ患者への看護経験を有する精神看護学領域の大学教員2名からも批評を受けながら、その都度修正しながらすすめた。

III. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の概要は表2のとおりである。参加者は、異なる3都道府県の精神科医療施設3ヶ所から募り、研究参加の同意が得られた7名であった。性別は男性5名、女性2名、平均年齢は45.57 (30-60) 歳であった。診断名は全員が統合失調症で、初発年齢は平均27.71 (17-57) 歳、通算入院期間は平均156 (16-380) ヶ月、平均入院回数は5.71 (1-12) 回であった。また、データ収集時の入院期間は、平均32 (12-47) ヶ月であった。

退院後予定 (希望) している居住形態は、自宅に戻り単身生活する者が2名、アパートを探して単身生活する者が2名、グループホームや福祉ホーム予定者が3名であり、家族と同居予定の者はいなかった。また、調査時点で住まいが確定している者はいなかった。

表2 対象者 (7名) の概要

性別	男性5名, 女性2名
平均年齢	45.57歳 (30-60歳)
診断名	全員統合失調症
平均初発年齢	27.71歳 (17-57歳)
平均入院期間	32ヶ月 (12-47ヶ月)
平均総入院期間	156ヶ月 (16-380ヶ月)
平均総入院回数	5.71回 (1-12回)
退院後予定 (希望) の居住形態	自宅で単身生活2名, アパートで単身生活2名, グループホームや福祉ホーム3名

2. 精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験

分析の結果、77概念から23サブカテゴリと7カテゴリを生成した。さらに、カテゴリ間の関係性を探索し関係図を作成していく過程で、入院生活体験の基軸となる追加概念として【長期入院システムの取り込み】が浮き彫りとなってきたため、これをコアカテゴリとして位置づけた。概念、サブカテゴリ、カテゴリの一覧を表3に、入院生活の体験を構造化した最終的なモデル図を図1に示す。以下、概念を [], サブカテゴリを < >, カテゴリを 《 》, コア・カテゴリを 【 】 として表記し、精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験の構造について説明する。

なお、本研究は研究参加者の主観的体験の構造を明らかにするものであるため、抽象化されたカテゴリについて対象者がどのように体験していたのか、対象者の語りを用いて紹介する。斜体部分は、対象者の語りの一部を、意味を損なわない程度に加工したものである。

1) 長期入院システムの取り込みに伴う収穫と受難

精神科ニューロングステイ患者は長期化する入院生活のなかで、[病がもたらす人間としての成長] や [病に抗わず共生する道の選択] など < 病の意味づけ > を行い、入院治療やケアを受けるなかで [人のやさしさを実感] し、[心強い看護師の伴走] を得るなど < 援助されることの癒し > を体験していた。そして、[病棟活動を通し

表3 カテゴリー一覧

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
長期入院生活に伴う収穫	病の意味づけ	病がもたらす人間としての成長 病についての新しい発見と理解 病に抗わず共生する道の選択
	援助されることの癒し	人のやさしさを実感 心強い看護師の伴走 自分の意思が尊重される 薬効の実感
	入院生活での楽しみ	病棟活動を通して得た趣味 入院生活中の楽しみ
	他患者との互恵的關係	他患者との役立つ情報交換 同じ体験をもち支え合う存在
	家族との情緒的つながり	家族の幸せを願い尊重 家族への感謝 家族を頼りにする
長期入院生活に伴う受難	病に対する内外の偏見	社会の偏見に暴露 精神病に対する内なる抵抗 精神病に対する漠然とした恐れ
	援助されることの苦痛	余計なお世話のケア 治療やケアの不満を我慢 公的扶助受給に対する抵抗感 薬効を実感できない 入院生活に依存する後ろめたさ
	入院生活の閉塞感	ルールに縛られる窮屈な生活 服薬や診断の拘束感
	常在する孤独と疎外感	いつも感じる孤独 疎外感 病気を理解してもらえない苦悩
	家族との隔たり	家族への後ろめたさ 家族関係の希薄化 家族の真意を測りかねる
退院と“ふつう”の暮らしを希求	社会のなかの“ふつう”の生活を願望	病気を気にせず普通に暮らしたい 社会的接点をもって生活したい 家族と交流する機会を持ちたい 好きなことを楽しみたい
	退院の希望	早く退院したい ここにいたくない
退院準備状態	周囲の協力による外的条件の調整	助けを得て住まいを検討中 経済的サポートの手続き中 退院後リハビリテーションを検討中 外泊訓練中
	セルフマネジメントスキル向上と自信の獲得	日常生活上の自己管理への自信 体調管理への配慮 薬の自己管理 症状への対処
退院準備不足状態	回復の実感	気持ちのゆとりを自覚 ひとにやさしくできる自分 入院して良くなってきたという実感
	外的条件が整わない	住まいが見つからない 家族のサポートが得られない
	知識・情報の不足	相談相手がわからない 具体的な生活方法がわからない 社会資源やサービスの理解困難
退院に向けた心理的葛藤状態	医療者との信頼関係が未構築	自分から退院について相談しない 余計なことは言わない方がよい 医療者に対するあきらめ 診断や入院に納得していない 信頼してもらえない
	潜在・顕在する症状	自己コントロール不可の声（幻聴） 無視できない妄想 潜在する病気の辛さや苦しみ
退院に向けた心理的葛藤状態	“退院できる”という自己感覚	行き先が決まれば退院可能 周囲の理解があれば退院可能 経済的問題が解決すれば退院可能
	退院後の生活への不安	退院後の孤独に耐える不安 不慣れた環境に適應する不安 経済的不安 老後の不安 セルフマネジメントスキル不足への不安
葛藤状況への構え	理想と現実の狭間で妥協	希望通りの退院先ではないが妥協 療養優先に考え仕事は断念 抵抗はあるが経済的補助を受給 薬に頼りたくないが仕方ない 家族と同居したいが仕方ない 自立できないところはサポートを得る
	退院の具体化を保留	退院の時期は決めていない 先のことはわからない 住みたい場所は決めていない 入院延長の許容

て得た趣味] など<入院生活での楽しみ>を見つけていた。また、[他患者との役立つ情報交換][同じ体験をもち支えあう存在]といった<他患者との互恵的関係>や[家族の幸せを願い尊重]し[家族に感謝]するといった<家族との情緒的つながり>を体験しており、これらは《長期入院生活に伴う収穫》となっていた。

その一方で、患者は[社会の偏見に暴露]され[精神病に対する内なる抵抗]を感じるなど<病に対する内外の偏見>を体験し、入院が長期化するなかで[治療やケアの不満を我慢]したり[公的扶助受給に対する抵抗感]を感じるなど<援助されることの苦痛>を自覚して

いた。また、[ルールに縛られる窮屈な生活]や[服薬や診察の拘束感]といった<入院生活の閉塞感>も感じていた。そして、[いつも感じる孤独][病気を理解してもらえない苦悩]など<常在する孤独と疎外感>や、[家族への後ろめたさ][家族関係の希薄化]といった<家族との隔たり>も体験しており、これらは《長期入院生活に伴う受難》となっていた。

これら《長期入院生活に伴う収穫》と《長期入院生活に伴う受難》の体験の内容は、病との対峙、被援助者役割の継続、入院生活への適応、人間関係の再構築という【長期入院システムの取り込み】の体験を軸にそれぞれ

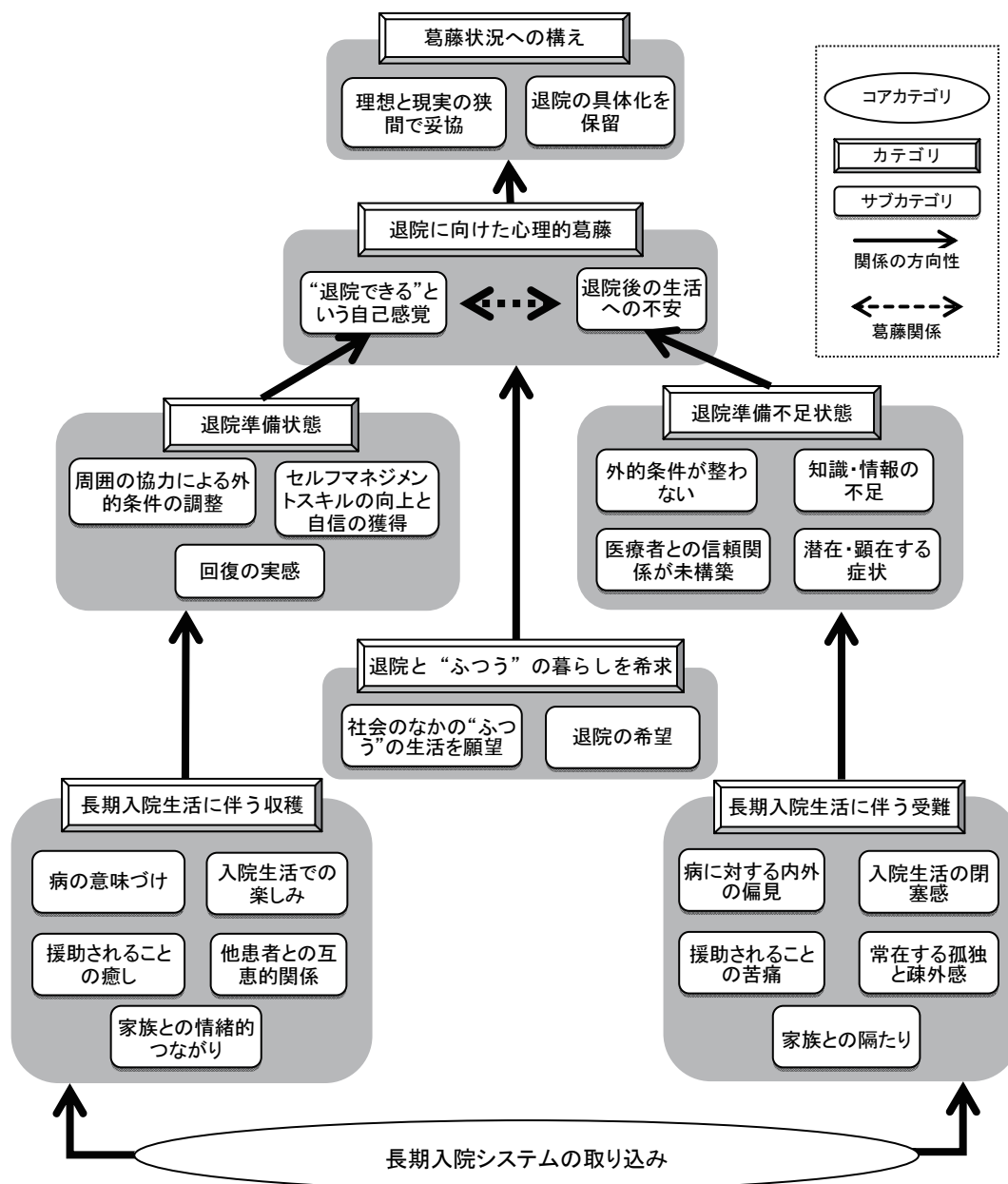


図1 ニューロングステイ患者の入院生活体験の構造モデル

対をなすものであった。すなわち、入院という自らの病に對峙せざるを得ない状況のなかで、〈病の意味づけ〉を行う一方で〈病に対する内外の偏見〉に暴露され、入院治療により被援助者役割を継続することで〈援助されることの癒し〉と同時に〈援助されることの苦痛〉も味わっていた。また、長期間生活する新しい生活環境に適應することが求められることから〈入院生活での楽しみ〉を獲得する反面〈入院生活の閉塞感〉を感じ、さらに家族と隔絶した状況下でこれまでの関係の見直しを迫られるなかで〈家族との情緒的つながり〉と〈家族との隔たり〉を体験していた。そしてこれらの体験が、後述の体験へと連動していくことから、【長期入院システムの取り込み】は、ニューロングステイ患者の入院生活体験全体の起点および基軸となる体験として位置づけられた。

以下は、入院期間2年8ヶ月の60代の女性の語りである。長期の入院生活のなかで自らの病に直面し援助される立場に置かれたことから、内外の偏見と同時に病を持つ人々に対する新たな洞察を得ていた。

…娘は病気をしっかり認識したらと言うけど、私は統合失調症という名前をいただいても抵抗があります。看護師がどう見ているかわからないけど、他の人がやっていることは自分とできないことはないと思うし、自分としてはこのまま病院でお世話されるのは嫌というか、許されないというか。長く入院していると色んな方がいるが、世間が思うほど暴れたりということもなく、私自身が過去に思っていたことは間違っていたと思います。なかには家族にも認めてもらえない方もいて、日本人は精神科のことを良く知らないと思います。娘とは一緒に暮らせたとしても思うけど、娘にも娘の考えがあるし。田舎者なので生活保護は気が重いけど、これも偏見ですね。人間は衣食住にゆとりがないと生きていけないし、こういう身になって初めて生活保護はいいことだと思うんですけど、世間はそういう風に見ない人が多いですね…。

2) 患者が希求する退院と“ふつう”の暮らし

患者は長期入院システムを自分のなかに取り込み適應する一方で、健常者のように「病気を気にせず暮らしたい」、ゆくゆくは自分にもできる仕事に就くなどして「社会的接点を持って生活したい」、自分の趣味など「好きなことを楽しみたい」、もう少し「家族と交流する機

会を持ちたい」というように〈社会のなかの“ふつう”の生活を願望〉していた。そして、全ての患者が「早く退院したい」という〈退院の希望〉を明確に言語化した。このような、退院して、病気を気にせず、社会のなかで生活者として生き、ささやかな楽しみと交流を持って暮らしたいと《退院と“ふつう”の暮らしを希求》することは、先に述べたような、病と向き合い、被援助者役割を継続し、入院生活に適應するといった長期入院システムを自らのなかに取り込んだ現実の生活とは乖離した内容であった。

以下は、入院期間2年11ヶ月の50代の女性の語りである。精神病患者としてではなく、地域住民の一人として、ささやかな楽しみをもって暮らしたいという希望が述べられた。

…出来れば早く退院したいと思ってます。将来社会復帰するために、地元で慣れていかないと、と思ってます。家の近くに郵便局とか小さなコンビニがあるんですけど、顔見知りになりたいと思ってそこに行くようにしています。新聞のパズルとかクイズが好きなので、退院したら、新聞をとって応募するのが楽しみです。それで、地元の郵便局で葉書を買って応募したらいいかなと思っています…。

3) 混在する退院準備状態と準備不足状態

退院支援がすすめられるなかで、患者が体験している現状としては《退院準備状態》と《退院準備不足状態》が混在していた。

《退院準備状態》としては、「助けを借りて住まいを検討中」「経済的なサポートの手続き中」など〈周囲の協力による外的条件の調整〉を行っている最中であった。この周囲の協力者には、看護師を含む病院内の専門職者、福祉事務所など地域ベースの専門職者および家族が含まれていた。また、患者は「薬の自己管理」「体調への配慮」など日常生活上の自己管理を実施して〈セルフマネジメントスキルの向上と自信の獲得〉を実感すると共に、「気持ちのゆとりを自覚」し、「入院してよくなってきたという実感」を得るなど、自らの〈回復の実感〉を得ていた。

他方、《退院準備不足状態》としては、準備を進めるなかで「住まいが見つからない」など〈外的条件が整わ

ない>困難に直面していた。また、[自分から退院について相談しない][医療者に対するあきらめ]など退院準備に向けて<医療者との信頼関係が未構築>である状況や、[退院に向けた相談相手がわからない][社会資源やサービスの理解困難]など<知識・情報の不足>も明らかとなった。さらに、[自己コントロール不可の声(幻聴)]や[潜在する病気の辛さや苦しみ]など自らの病に関連して<潜在・顕在する症状>を体験していた。

以下は、入院期間1年4ヶ月の30代男性の語りである。未だ幻聴に悩まされている一方で、自分なりの対処を試み回復も実感していたが、退院については医療者に相談できずにいた。

…最近少し気持ちに余裕がでてきたというか、それとも環境が良くなったのか。ただ、困ることは困るよね、聞こえないはずの声が聞こえたり。こればかりは自分でコントロールできないから。最近はその内容によって、善いことは従ったり、あんまり善くない場合は抵抗して対処してる。そういうことができるようになったのは入院してからだね。それまではあまり考えていなかったから。…退院は、どうせ何を言っても無駄だから、余計なことは言わないようにしてる。実際、相談も誰にしていかわからないし、言い過ぎて減点されて外出できなくなると困るし…(笑)。

4) 退院に向けた心理的葛藤とそれに対する構え

《退院準備状態》と《退院準備不足状態》が混在するなかで、患者は《退院に向けた心理的葛藤》を体験していた。これは、[行き先が決まれば退院可能][周囲の理解があれば退院可能]といった<“退院できる”という自己感覚>と、[退院後の孤独に耐える不安][老後の不安][経済的な不安]といったやや漠然とした<退院後の生活への不安>の両者の間で、患者自身が揺れ動くことを示していた。

そして、患者はこのような心理的葛藤を解消するために、二つの《葛藤状況への構え》を体現していた。一つは、[希望通りの退院先ではないが妥協]したり[抵抗はあるが経済的補助を受給]したりするなど<理想と現実の狭間で妥協>することで現実的に折り合いをつけて対処することであった。その一方で、退院の具体的な希望について問われると、[退院の時期はまだ決めていな

い][これから先のことはわからない]などと述べることもあり、<退院の具体化を保留>していた。

以下は、入院期間3年11ヶ月の50代男性の語りである。早く退院したいと希望し、現実と折り合いをつけながら退院準備を進めていたが、具体的な退院希望時期については明言を避けていた。

…入院も長くなってきたから早く退院したいです。本来は自宅に戻るつもりだったけど経済的にやっていくのが難しいから。生保も自宅があると駄目だから、初めは抵抗あったけど、そうも言ってもらえないから、自宅を処分して荷物はトランクルームに入れました。私の場合は、あとはグループホームかアパートが決まればいつでもできる状況です。一人暮らしなので、夜一人になったときに寂しさに耐えられるかが一番の心配です。退院の時期は、いつまでかというのはきっちり決めてないけど、先生からもゆっくり治療してと言われているし、これなら大丈夫という状態になるまではね…。

5) 患者が体験する入院生活の全体構造

患者は、長期化する入院生活のなかで、《長期入院生活に伴う収穫》を得る一方で《長期入院生活に伴う受難》を体験しており、これらは、病と対峙し、被援助者としての役割を担い続け、入院生活へ適応し、これまでの人間関係を再構築するといった【長期入院システムの取り込み】による表裏一体の体験であった。患者は長期入院生活と対極にある《退院と“ふつつ”の生活を希求》し、退院に向けた準備が進められるなかで《退院準備状態》と《退院準備不足状態》が生じていた。そして、先に述べた《長期入院生活に伴う収穫》は《退院準備状態》を促進する因子、《長期入院生活に伴う受難》は《退院準備不足状態》を阻害する因子としてそれぞれ影響していた。また、《退院準備状態》と《退院準備不足状態》が混在する状況は、患者の《退院に向けた心理的葛藤》を引き起こしており、患者はこの心理的葛藤状態を解消するための《葛藤状況への構え》をとっていた。

IV. 考察

1. ニューロングステイ患者の入院生活の体験の特徴

本研究で得られた精神科ニューロングステイ患者の入院生活体験の構造について、関連する先行研究と比較し

ながら検討する。

1) 長期入院の取り込みによるメリットとデメリット

本研究では、長期入院患者のなかでも比較的入院期間の短い1年から5年の患者を対象としたが、患者は入院の長期化がもたらす様々な影響を受けていることが明らかとなった。患者は長期入院生活のなかで、自らの病と対峙する状況に否応なしに置かれ、被援助者役割を担い続けなければならない。そして、入院生活に適応せざるを得ず、これまでの人間関係を諦めて新しい関係を再構築していくことが求められていた。このように長期入院というシステムを自らのなかに取り込むことには、「収穫＝メリット」と「受難＝デメリット」の側面があることが見えてきた。患者は、収穫として、病を意味づけ、援助されることの癒しを体験していたが、これらの体験はある程度の時間を要し3ヶ月以内の短期入院においては難しいことが予測できる。また、入院生活での楽しみの獲得、他患者との互恵的関係の構築、家族との情緒的つながりも収穫の一部として見出されたが、これらは長期入院生活に伴う受難を乗り越えるための術でもありと考えられ、短期間で元の生活に戻る場合には必ずしも必要とされない体験であると思われる。

一方、10年以上の長期入院患者になると、長期間精神病院に身を置くことによって、自己評価の低下や意欲低下を引き起こし、更なる長期化を引き起こすことを患者自身が認識している²⁵⁾。これは、本研究において明らかになったように、病に対する内外の偏見に暴露され続け、援助され続けることの苦痛を強いられ、家族との距離が一段と遠くなり、閉塞感や孤独感と隣り合わせの生活を送ることが長期間に続くことにより生じると考えられる。以上のことから、この長期入院による「収穫＝メリット」と「受難＝デメリット」の両側面が共存する状態は、ニューロングステイ患者の入院生活体験の一つの特徴であると考えられる。

2) 退院したいという希望の維持

現場の看護師からの意見に“患者が退院しながらない”というものがある。先行研究においても、退院に向けた患者の躊躇いや抵抗が看護師の退院支援上の困難として明らかとなっている²⁶⁾。しかしながら、本研究の参加者はいずれも退院への希望を明確に表明していた。入院期間1年から5年の患者へのアンケート調査 (n=103)

においても、8割以上が退院を考慮し、退院を希望していた²⁷⁾。ここに、看護師が捉える患者の退院希望とニューロングステイ患者の主観的な体験との間に齟齬が生じていることが見てとれる。今回、患者は自分から退院については相談しないことも明らかになり、患者と看護師の信頼関係が構築できていないことがこのずれの一因であることを示唆している。これらのことから、ニューロングステイの患者においては、本人が明確に退院希望を述べなかったとしても、退院希望が潜在している可能性があると考えられる。なお、10年以上の長期入院患者においては、社会復帰が実現不可能という自己評価の低下が、リハビリテーションへの意欲の低下へ繋がり、入院の長期化へと繋がる²⁸⁾ことから、ニューロングステイの期間を超えて、長期になればなるほど、患者の退院への希望は失われる可能性がある。

3) ストレングスと退院困難要因の共存

患者の体験には、退院準備状態と退院準備不足状態が共存していた。退院準備状態として、患者はセルフマネジメントスキルの向上や回復の実感を得ており、これは患者のストレングスに換言することができる。また、周囲の協力を得て外的条件を調整中であることは、患者を取り巻く環境のストレングスとして捉えることができる。これらのストレングスは、患者の“退院できる”という自己感覚すなわち、自己効力感を高めることに寄与していると考えられる。退院後の生活に対する自信に関連する自己効力感は退院率に影響する²⁹⁾ことから、ストレングスは退院の可能性を左右する重要な要素であると考えられる。

一方、退院準備不足状態として示された、外的条件が整わないこと、知識・情報不足、医療者との信頼関係が未構築であること、潜在・顕在する症状は、いずれも先行研究等で指摘されている長期入院患者の退院困難要因に該当する。特に、医療者との信頼関係が築けないことには、患者の猜疑心等が影響する³⁰⁾と指摘されているが、その反面、看護師の認識のなかで入院期間1年から5年の患者の存在感が薄れ看護が慢性化する状況³¹⁾もあることから、患者と医療者相互の要因から生じている現象であることが推測される。

また、先に触れたように、10年以上の長期入院患者では長期間精神病院に身を置くことによって自己評価の低下や意欲低下を引き起こすが、これはストレングスであ

る退院準備状態が後退し、困難要因である退院準備不足状態が前景となり長期に亘るためではないかと考える。

4) 退院に向けた心理的葛藤状況への対処

前述のように、ストレングスと退院困難要因が共存していることから、患者の心理的側面は、退院への自信と退院後の生活に対する不安が共存し、その間を揺れ動く葛藤状況が生じていた。時に医療者の立場からは、患者の精神状態の悪化を懸念して退院を推し進められないという声があるが、このような心理的葛藤はニューロングステイの患者にとってむしろ当然のこととして受け止めるべきであろう。本研究の参加者はいずれも明確な退院希望を持っていたにも関わらず、“いつ頃”、“どこに”、といった具体的な点についてはオブラートに包んだ表現をし、具体化を保留していた。このような患者の態度は、一見すると矛盾する態度に思えるが、心理的葛藤状況において不安定な状態に陥るのを回避するための対処として捉えることもできる。

2. 看護への示唆

上記のニューロングステイ患者の入院生活体験モデルの検討を踏まえて、これらの患者に対する看護について検討する。

ニューロングステイの患者は自分のなかに長期入院システムを取り込むことによって、環境の変化を受け入れ、それはいつしか「慣れた病棟生活」³²⁾となる。これは、看護師の視点からは入院生活に適応し安定している状態に見えるかもしれないが、逆に、看護師の援助を必要としているはずの患者が看護師の視野から消えてしまうという「消える患者現象」³³⁾の落とし穴でもある。このような落とし穴を回避するためには、病棟全体で個々の患者との関係性を意識的に見直し、適応しているように見える裏側には、患者の苦悩や苦痛といったデメリットが隠されていることを認識した上、そのデメリットを低減・緩和することが必要である。特に、長期に亘り援助され続けることの非治療的な影響について、アセスメントすることも重要である。

また、ニューロングステイ患者は退院希望を言語化することがなくても、退院希望を内包している可能性が高いため、患者の希望を押し量りながら、言語化できない理由を探索する必要がある。患者が退院希望を言語化するか否かには、患者と医療者間の信頼関係が影響するこ

とが示唆されたため、患者－看護師関係をいま一度真摯に振り返り、信頼関係構築のために努力を続けていくことが重要である。また、患者から退院希望が述べられた場合は、その希望を支え続ける姿勢を示すことが、患者の希望の維持に貢献しうると考える。

さらに、ニューロングステイ患者は比較的若く、機能低下もほとんど無いか軽度であり、病棟内においては一見すると手のかからない患者であることが多いため、ケアの優先度は低くなりがちである。しかし、ストレングスとしての退院準備状態を強化することで患者の自己効力感を高め退院を促進する可能性が示唆されたため、更なる入院の長期化を阻止するためには、ストレングスに着目した手厚いケアが重要であると考えられる。

そして、ニューロングステイの患者は退院に向けて複雑な心理的葛藤状況にあることを理解し、看護師もその揺らぎを共に体験しながら、退院に関する決定の具体化を保留するという患者の対処を許容することも必要である。その際、先述したような患者の退院希望を支え続けるという看護師の揺らぎない信念が、患者が揺らぎを乗り越えることを支える力になると考える。

V. おわりに

本研究では、入院期間1年から5年の患者を対象とした面接を実施し、入院生活の体験の構造化を試みた。今回ニューロングステイ患者が体験している入院生活の構造の一端を明示したことから、患者が入院生活をどのように考え、感じているのか、退院に向けてどのような困難を感じたり対処をしたりしているのか等を患者の視座から捉えるための新しい視点を提示できたと考える。しかし、今回の対象者は7名と限られているため、今後も対象数を増やして検討し、提示したモデルを精錬していく必要がある。また、今後は、ニューロングステイ患者の退院支援の状況について看護師の視点からも明らかにし、本研究の成果と併せて、ニューロングステイ患者に焦点を当てた退院支援のための看護アプローチを検討していくことも課題である。

謝辞

療養中のところ、本研究にご理解とご協力を賜りました7名の参加者のおひとりお一人に感謝申し上げます。

なお、本研究は研究費補助金若手研究（B）の助成を得て行った研究（課題番号：19791742）の一部である。また、本研究の一部を日本精神衛生学会第24回大会にて発表³⁴⁾した。

文献

- 1) 厚生労働省精神・障害保健課調べ；2005.
- 2) 精神保健福祉白書編集委員会：精神保健福祉白書2010年版 流動化する障害福祉施策，初版；180，中央法規，2009.
- 3) 前掲2) 175.
- 4) 前掲2) 181.
- 5) 前掲1) 9.
- 6) F.N.ワッツ，D.H.ベネット編，福島裕，兼子直，伊勢田堯 他訳：1990年代への精神科リハビリテーション 精神科リハビリテーションの実際① 臨床編，初版；1-39，岩崎学術出版社，1991.
- 7) 松枝美智子：精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因－日本版治療共同体における看護師の変化－，日本精神保健看護学会誌，12(1)；45-57，2003.
- 8) 高橋香織，片岡三佳，長瀬義勝，他：精神疾患をもつ長期入院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題（第二報）－職位による看護職の認識－，岐阜県立看護大学紀要，7(1)；11-19，2006.
- 9) 田嶋長子，島田あずみ，佐伯恵子：精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造，日本精神保健看護学会誌，18(1)；50-60，2009.
- 10) 宇佐美しおり，富川順子，深沢裕子，他：長期入院予備軍の精神障害者へのインテンシブ・ケアマネジメントモデルの開発に関する予備的調査－医療チームの役割と精神看護専門看護師の役割－，熊本大学医学部保健学科紀要，2；65-72，2006.
- 11) 奥村太志：社会復帰の意向を持つ長期入院精神分裂病者の現状および退院についての認識，名古屋市立大学看護学部紀要，2；47-55，2002.
- 12) 奥村太志，渋谷菜穂子：統合失調症患者の「長期入院に関する」認識－統合失調症患者の語りを通して、長期入院への姿勢の構成要素を明確にする－，日本看護医療学会雑誌，7(1)；34-43，2005.
- 13) 小出水寿英，美王真紀：精神病院に長期入院している統合失調症患者の捉える入院生活，日本赤十字広島看護大学紀要，6；39-47，2006.
- 14) 藤野成美，脇崎裕子：精神科病院に長期入院中である統合失調症患者が捉える老いの認識と自己の将来像，日本精神保健看護学会誌，19(1)；105-115，2010.
- 15) 千葉進一，谷口都訓，谷岡哲也，他：地域移行型ホームに入所するための4ヶ月間の退院支援を受けた精神科の長期入院患者の思いの検討，香川大学看護学雑誌，13(1)；109-115，2009.
- 16) 寺田千幸，出口禎子：長期に入院する統合失調症患者の自主的な行動を支えている体験や思い，日本精神保健学会誌，19(1)；148-154，2010.
- 17) 谷富雄：ライフ・ヒストリーとは何か ライフ・ヒストリーを学ぶ人のために（谷富雄編），初版；3-28，世界思想社，1996.
- 18) Uwe Flick：Qualitative Forchung，1995，小田博志，山本則子，春日常他訳，質的研究入門－＜人間の科学＞のための方法論，初版；7-11，春秋社，2002.
- 19) 西條剛央：ライブ講義質的研究とは何か（SCQRMベリック編），初版；60-71，新曜社，2007.
- 20) 木下康仁：ライブ講義M-GTA実践的質的研究法 グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて，修正版；弘文堂，2007.
- 21) アンセルム・ストラウス，ジュリエット・コービン：操華子，森岡崇訳，質的研究の基礎－グラウンデッド・セオリー開発の技術と手順，第2版；170，医学書院，2004.
- 22) 戈木クレイグヒル滋子；ワードマップ グラウンデッド・セオリーアプローチ理論を生み出すまで，初版；143-144，新曜社，2006.
- 23) 前掲20) 223-229.
- 24) 前掲19) 231-235.
- 25) 前掲11).
- 26) 石川かおり，葛谷玲子，丸茂さつき：精神科入院期間1～5年の患者への退院支援における看護師の体験（第1報）－退院支援上の困難－，日本看護科学学会第30回学術集会，2010.
- 27) 石川かおり，岩崎弥生，小宮浩美，他：精神科長期入院患者の退院支援の状況－入院期間1～5年未満の患者を対象としたアンケート調査，日本看護科学学会第29回学術集会講演集；502，2009.
- 28) 前掲12).

- 29) 安西信雄：長期在院患者はどのような人たちか，集中的リハビリテーションは退院促進にどう役立つか—退院促進研究班の経験から明らかになったこと—，精神科臨床サービス，9(3)；340-343，2009.
- 30) 池淵恵美，佐藤さやか，安西信雄：統合失調症の退院支援を阻む要因について，精神神経学雑誌，110(11)；1007-1022，2008.
- 31) 前掲26).
- 32) 前掲13).
- 33) 中澤正夫：精神看護のための50か条，初版；67-68. 萌文社，2005.
- 34) 石川かおり，岩崎弥生，東本裕美，他：精神科入院期間1～5年未満の患者の退院に向けた療養生活—聞き取り調査の分析—，日本精神衛生学会第24回大会抄録集；28-29，2008.

(受稿日 平成22年 9月28日)

(採用日 平成23年 1月26日)

The Hospital Experience of New-Long-Stay Patients in the Psychiatric Ward

Kaori Ishikawa

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this research was to structurally clarify the hospital experience of new-long-stay patients (1-5 year hospitalization period) in the psychiatric ward.

There were seven patients, five males and two females, with an average age of 45.57 who participated in the research. All seven were diagnosed with schizophrenia. Their average total hospitalization period was 156 months, and they were hospitalized an average of 5.71 times. At the time of data collection, on average the participants had been hospitalized for 32 months. The data was collected through a semi-structured interview that lasted an average of 75 min. per patient. With the participants' permission, the interviews were recorded and transcripts made. Structural-construction qualitative research method (SCQRM) was utilized for the meta approach, and Modified grounded theory approach (M-GTA) for the analytical framework.

Research results yielded seven categories and 23 sub-categories from 77 general concepts. Furthermore, one core category was derived through the process of searching for the relationship among categories. Based on an examination of the connections among these categories, a model diagram was created that structurally outlined the experience of patients. New-long-stay patients in the psychiatric ward whose hospitalization centers on long-term hospitalization initiatives experienced both benefits and difficulties from long-term hospitalization. While moving ahead with preparations for discharge, patients hoped to return to "normal" life in society, which is the antithesis of a long hospital stay, creating a situation where preparation for discharge occurred while simultaneously, inadequate preparation for discharge existed. This kind of imbalance caused in the patients a psychological conflict regarding the possibility of going home. To eliminate this state of mental conflict, the patients guarded themselves against this disharmonious situation.

Keywords: new-long-stay patients in the psychiatric ward, hospital experience, discharge