

[原著論文]

地域で暮らす統合失調症の人々が思い描く生活の広がりとそのプロセス

笹木 弘美

北海道科学大学保健医療学部看護学科

要 旨

地域で暮らす統合失調症の人々の思い描く生活の広がりとそのプロセスを明らかにすることを目的とする。対象者はX市内のデイケア施設2箇所に通所する統合失調症の5名とし、研究方法は半構成式のインタビューでのデータ収集とし、また、統合失調症の人の生活の広がりプロセスを語りから見いだすことから、定期的に行なった。

地域で暮らす統合失調症の人の生活は生きているという感触に支えられながら、自ら広げていくプロセスであった。それは本人が思い描く生活像として「思い描く生活のイメージ」が見いだされた。彼らの生活の広がりをも促していたものは、外界との相互作用から「新たな生き方への気づき」を得て、「病気とのつきあい方」を変えていることであった。それに応じて、「具体的な生活のありよう」が変わり、その循環により、彼らは現実的な生活を取り戻していた。その際、重要だったのが「他者とのつながり」であり、発病期には医療者が彼らを支え、地域で暮らす際には非専門職（家族、友人、職場の同僚など）とのかかわりが生活を広げていく大きな原動力ともなっていた。

キーワード

統合失調症、地域生活、生活の広がり

I はじめに

日本の精神医療は、精神衛生法から1987年の精神保健法への改正以来、患者の地域生活を支える方向に転換されてきた。病院医療から地域医療へと移って、精神科病院の入院患者の平均在院日数は少しずつ減少している。しかし、統合失調症の入院患者は、依然として16万人以上にのぼり、その高齢化も指摘されている（厚生労働省、2015）。

生活の主体である当事者が、地域で暮らすことを当たり前のこととして支えていくことは、看護の重要な役割である。精神医療政策による管理収容の時代が長きにわたり続いていたため、長期入院患者は今なお多い。彼らへの看護は、主に慢性症状（片岡、他、2012）やセルフケア不足（宇佐美、1998；北島、1983）に重点が置かれ、地域生活を想定して積極的に展開されるものではなかった。近年になってようやく急性期状態時（阿保、2005；小出水、2006）、あるいはそこからの回復過程に焦点をあてた看護の知見がみられるようになった。また入院期間の短縮が目指されたことから、急性期看護や回復期看護については、多くの臨床現場で積極的に取り組まれるようになった（吉野、

2009；笹木、2001）。しかし、寛解を待って退院をすることが困難になっていったことも事実であり、彼らは、回復半ばで退院することを余儀なくされた。その結果、地域医療の不備もあいまって、回転ドア現象と呼ばれる入退院の繰り返しが多くなっていった。慢性期状態での地域生活は看護の重要な課題となった。

2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で退院者の数値目標があげられ、在宅医療への本格的なシフトが示された（厚生労働省、2004）ことにより、訪問看護の重要性が増した。しかし、訪問看護は長い間保健所保健師が担ってきており、実践に重点が置かれたため、地域で暮らす統合失調症の人々の看護は、内容がまとめられ、明文化される機会は少なかった。その後、保健所の統廃合により、統合失調症の人々の看護は市町村保健師へと委譲された（畑下、2014）。時期を同じくして介護保険制度が施行され、市町村保健師の業務はそこに重心を移さざるを得なくなった。結果として、退院後の地域生活を支えるための看護や長期入院患者の退院支援や地域で暮らすことを支える慢性期の看護は、十分吟味されないまま、現在に至っている。

回転ドアのように入退院を繰り返す場合が多いことは確かであるが、それも、地域生活の葛藤から再燃や再発を余儀なくされるからである。一方で、多くの患者たちは、病気ゆえの困難や生活のしづらさを抱えな

<連絡先>

笹木 弘美

北海道科学大学保健医療学部看護学科

がら、医療や社会復帰施設などの資源を活用して地域生活を継続している（八木，2010）。彼らは自らの力によって地域での生活を切り開き、広げようとしているように見える。葛藤はそういった変化へ向かうことからでなければ生まれてこないからである。看護は、当事者のもてる力を引き出すことから始まる。病院から地域への移行が進む過程では、これまで以上に当事者のもつ力に焦点をあてた新たな試みが必要であろう。彼らは、地域生活をするなかで、自らの力でどのようにしてその生活を広げようとしているのであろうか。

本研究は、以上のような問題意識から、地域に暮らす統合失調症の人々が思い描く生活の広がりとそのプロセスを明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では当事者の語りをデータとし、体験の意味やその変化を解釈することから質的記述的研究とする。

2. 研究対象者

X市内のデイケア施設（病院併設型）2箇所に通所している統合失調症の5名を対象とした。

3. データ収集

1) データ収集期間：2011年10月～2013年8月である。

2) データ収集方法

本研究は半構成式のインタビュー形式とし、プライバシーが確保できる場所で行った。インタビュー回数は、1名につき時間を置き、2回から3回とした。1回のインタビュー時間は平均して79分であった。

インタビュー内容は以下である。

- (1) 過去の体験：①発病前はいつ、どこで、何をしていたのか、入院期間や入院時期を含め。また当事者の価値観、信条など、②今までどのような体験してきたのか、③主な生活の拠点（居場所）や活動内容など
- (2) 現在の状況：①どのような思いで病気を受け止めているのか、②現在の自分を支えていることや信じていること、関心ごとや趣味活動、対人関係など。
- (3) 将来について：①将来への思い、②思い描いている生活はどのようなことなど。

なお、2回目以降のインタビューでは、初回インタビューの補足と最初との変化を聞き取った。

4. 分析方法

分析は以下の手順を踏んだ。

- 1) インタビューで聞き取った語りを文章に起こしたものをデータとした。一人一人の対象者の語りを読み取り、意味内容の観点からコードとした。

2) 事例ごとに類似するコードを集約し、カテゴリーを抽出した。

3) 事例ごとに抽出されたカテゴリーをもとに、対象者5名の生活の広がりについてのストーリーラインを描いた。

4) 生活の広がりプロセスを追うために、5事例の各カテゴリーを発病前、発病時、現在という時系列にならべなおし、時間軸で共通する意味内容を抽出して軸として命名した。

5) 命名した軸から生活の広がりプロセスを追った。

5. 研究の妥当性の確保

本研究における分析では質的研究、特に内容分析に習熟している指導者2名からのスーパーバイズを受けながら行った。さらにカテゴリーの妥当性を確保するために、精神看護学領域を熟知するスーパーバイザーとデータ収集、データの読み方、コード化、およびカテゴリー化を確認し、分析の偏りや恣意性を排除することに努めた。

6. 倫理上の配慮

本研究は北海道医療大学看護福祉学研究科倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。研究対象者には、研究の目的、意義、協力依頼内容等を文書と口頭で説明し、書面で同意を得た。また研究に協力しない場合にも不利益を受けないこと、協力に同意した場合もいつでも取りやめることができること、協力を取りやめても不利益を受けない事、インタビューで答えたくない質問には答える必要はないことを説明した。インタビューはプライバシーが確保できるよう施設内の個室や面談室を利用した。また、対象者が通所している施設の代表者、及び管理者に研究の目的を文書、及び口頭で説明し、了解を得た上でインタビューを実施した。

7. 本研究で用いる用語

「生活」について

生活概念は看護のみならず福祉、介護領域、古くは経済学など多様な領域で取り扱われてきた。しかし、看護において生活は非常に重要なkey概念にも関わらず、看護の立場から十分な検討が行われてこなかった。近年、下村ら（2003）が、生活とは、人間の存在そのものであり、各個人の主体的な営みである。生活には、①生命、生存、②生活習慣、社会的活動、生計、暮らし向き、③価値観、信条、生き方の側面がある。看護職者は、「対象者との相互作用のなかで《その人の生活そのものの事実》と《その人にとっての意味》を健康との関連から捉える」と定義している。つまり、生活者である対象者が病気を含めた生活の出来事をどのように捉え、感じているかを看護者と対象者

の関係から捉えることとしている。

本研究においても、当事者の過去の体験(病い)は、今の生き方や未来への生き方に影響し、常に変化し続けるものと思われる。また、生活はある時点の静的、固定的なものをさすのではなく、環境によって常に変化する動的な意味合いを持つことから、本研究では「生活」とは、下村らの生活の視点を基にし、その個人が環境との相互作用によって常に変化する主体的かつ動的な活動という意味で用い、時間経過とともに体験する「その人の生活そのものの事実」と「その人にとっての意味」として用いることとする。

Ⅲ 研究結果

1. 対象者の概要

対象の背景は5名すべて統合失調症であり、男性4名、女性1名であり、年齢構成は最初のインタビューの時点の年齢が20歳代2名、30歳代2名、40歳代1名であった。発病からの経緯はさまざまであった。治療に関しては対象者5名全員が最初のインタビューの時点ではデイケア通所を継続中で、内服治療中であった。デイケア通所以外にも同時期に作業所通所が2名いた。入院期間は表中に示すように発病時の入院期間、再発による再入院の回数もさまざまであり、発病時から入院せずに外来治療のみのものが1名いた。また今回、対象になったすべてのものが統合失調症との病名が本人に伝えられていた。インタビュー回数(各インタビュー時間)は事例A 3回(60分, 120分, 120分)、事例Bは2回(120分, 90分)、事例Cは2回(120分, 120分)、事例Dは2回(30分, 30分)、事例Eは(30分, 60分, 45分)であった(表1)。

2. 各事例のカテゴリーとストーリーライン

事例の聞き取ったデータを意味内容の観点からコード化し、さらに類似するコードからカテゴリーを抽出した。コードは《 》、カテゴリーは【ゴシック】で表示する。また、対象者の代表的な語りを“小さな文字”で示す。次に事例ごとのカテゴリーを経時的に発病前後、発病後の経過、そして現在の3つの時系列に並べ、一人一人のストーリーラインを描いた。

1) 抽出されたコードとカテゴリー

統合失調症の人々が思い描く生活の広がりについて

検討した結果、事例Aは29のコードから14のカテゴリーが抽出され、以下事例Bは35のコードと11のカテゴリー、事例Cは34のコードと14のカテゴリー、事例Dは34のコードと14のカテゴリー、事例Eは20のコードと9のカテゴリーが抽出された(表2)。

2) 事例Aのコードとカテゴリー

5名のうち、ここでは事例Aについて、カテゴリー、コード、語りを以下に示す。事例Aと同じ手法で行って取り出したB～Eの4事例のコードとカテゴリーについては表3に示す。

①【自分中心の世界観での生活】

このカテゴリーは《忙しさの中で采配を振るうことが出来ている》《楽しすぎて仕事の辛さが麻痺した感覚》の2つのコードから構成されている。発病前のことを仕事や家庭など自分の思いのままにできていた感覚を振り返っていた。仕事中心の生活であり、やれている実感がある生活のイメージを表している。

“もうやりたいことをやりたいだけやればそれで評価されたし、で、わりと思うようにやれてたし、いやもう仕事忙しくて、バイト5人入れたかった、バイト5人つけたし、他のバイトやって、この子と仕事できるからこの子とこの子をつけてって、俺の下につけて”

“盛り上がっちゃって。楽しすぎて、辛さが麻痺してたんですね。辛いのはわかっているんですけど、やらなくちゃならなくて、辛いけどその分給料も良くて。逆にそんだけ仕事してんのを周りはわかった”

②【途方に暮れる思い】

このカテゴリーはコード「諦めと迷いで途方に暮れる」であり、自分中心の世界観から、自分ではどうすることもできない世界へ変わり、諦めと戸惑いの生活のイメージを表している。

“徐々に、最初は病気になってどうしようっていう考えしかなかったし、あきらめなきゃならないことがたくさんあったし、まさにどうしようの連続だったし……”

③【他者に後押しされている感覚】

このカテゴリーは《病気になって会いにきてくれる人がいることへの感謝》《成功とはいえないが他者のおかげで今があるとの思い》の2つのコードから構成

表1 対象者の背景

事例	年齢	性別	罹患期間	入院	治療経過	世帯状況	インタビューの回数(各時間)
A	30歳代	男性	11年	1回(3ヶ月)	デイケア途中退所, 作業所通所, 薬物治療継続	独居(アパート)	3回(60, 120, 120)
B	20歳代	女性	8年	3回(3-6ヶ月)	デイケア通所, 薬物治療継続	独居(アパート)	2回(120, 90)
C	40歳代	男性	18年	2回(2ヶ月, 不明)	デイケア通所, 薬物治療継続	独居(グループホーム)	2回(120, 120)
D	30歳代	男性	10年	外来通院のみ	デイケア通所, 薬物治療継続	父, 母と同居	2回(30, 30)
E	20歳代	男性	9年	1回(2ヶ月)	デイケア通所, 作業所通所, 薬物治療継続	父, 母, 姉と同居	3回(30, 60, 45)

表2 事例B, C, D, Eのコードとカテゴリ

事例B

カテゴリ	コード
発病による自己コントロール不能感	発病時は身も心も手がつけられない状態の中にいた 外界からの刺激は襲いかかってくるような感覚 再発は自分でどうすることもできない状況 コントロールできなくなるスイッチが入る感覚 何事も何とかなければと空回り失速してしまう感じをもつ 自己コントロールできず仕事を辞める
辛い現実への動揺	他者に期待されながらも仕事を止めざるを得ないことを嘆く 再発を繰り返す中で人と接する仕事に怖いという感情を抱く 揺れる感情にやむ得ないとの思い 評価されていた仕事を続けられず残念に思う 仲間を失い辛い体験として揺れる感情を抱く 支えてくれる仲間がいなくなり辛い現実のなかで揺れ動く
体調に合わせた薬物コントロールへの期待	薬を止めてみて改めて体調の変化に気づく 自分の体調をみながら薬と病気のつきあい方を変えてみる工夫をする 薬に頼らない決断をする 自分の体調に合わせた内服薬のコントロールの思いを抱く
何かにせき立てられる思い	何かしていないと気が済まずすぐに行動してしまう 何もしていないことへの不安をもつ
共有できる他者とのつながる楽しみ	共有できる仲間との生活を楽しむ 気の合う仲間と過ごす時間を楽しむ
他者の期待に応えなくてすみ生活への思い	他者の期待に応えなくて済むような無理しない生活を望む
理解ある他者に恵まれているという実感	理解ある他者の存在に恵まれていると感じる 仕事は人に恵まれていて楽しいと思える
自分を取り戻せる感覚	持ち直した生活の感覚 仲間との時間で自分を取り戻せる感覚をもつ
仕事で持ち直した生活の実感	仕事をする事で自分の生活が持ち直したと思える 仕事で持ち直した生活の実感を得ている
病気は後悔よりも教訓	病気は後悔よりも教訓にしなごうまくつきあうしかない 病気は混乱するが何かを諦めて落ち着かせることが必要 病気で爆発した分取り戻すために充電している感覚をもつ 何をしても儼劫と感じる
エネルギーが消耗した感覚	今の生活をするにはエネルギーが足りないと思える 好きなことに気持ち乗らない感じをもつ 何事も面倒くささを感じる 思いとは裏腹に疲れて何もできない状態

事例C

カテゴリ	コード
慣れない環境の中で思い知る孤独感	慣れない環境の中で孤独の辛さを痛感する 新しい環境に慣れることに苦手意識をもつ 慣れない環境で仲間が作れず孤立感を強める 新しい環境下での余裕のなさを感じ取る
戻らない現実への絶望感	元に戻らない現実にお先真っ暗になる 戻る場所がなくなりガクンと気持ちが萎えた状態
受け止められない病気	受け入れようとするが受け止められない現実 良くならない病気で気持ちが落ちていく感覚をもつ うまくいかないスイッチが入る感覚をもつ
自己コントロールできないあつぱあつぱ状態	仕事も人の関係もうまくいかずあつぱあつぱの状態 人とのバランスがとれない世界観にいた
病気は事実として受け入れるしかないとの思い	病気は振り返っても仕方がなく事実として受け入れる しかないとの思い 病気はそのまま受け入れていくことの大切さに気づく
他者とのつながりへの希求	孤独になる寂しさがわかるからこそ人とつながりを求める 他者とのつながる機会を求める
他者に支えられている感覚	安心感を得ることで広がる他者の関係 人に支えられている感覚をもつ 他者とのつながりを持つことで支えられている感覚をもつ
病い体験を活かし役に立ちたいとの思い	将来自分の体験をいかした活動を望む 人に支えられた分だけ人を支えたいと思う
他者の反応への過敏なセンサー	言動が他者にどのように受け取られるか気になる 他者の反応が気になるセンサーが働く
自分なりの対処法への気づき	課題がうまく行かないときに気づける手段をもてる うまくいかなどきに自分を俯瞰してみれることで対処法が見つかる
遠い将来よりも今を大事にしたいとの思い	先を考えるよりも今を楽しむ 将来よりも今の道筋が大事との思い
もの見方が変わる感覚	当事者研究を通して自分が変わる感覚をもつ 当事者研究に参加することで自分の見方が変わる 仲間を支えられている感覚をもっている
他者に後押しされている感覚	仲間の後押しされたい喜びをもつ 信頼された環境の中で育ってきた実感がある 親からの見守れているような後押しで安心できる
揺れ幅が狭くなっていく回復感	善し悪しの両極の中でゆっくりと回復する実感をもつ 揺れ幅が小さくなるような回復感覚をもつ

事例D

カテゴリ	コード
後悔する発病への思い	発病を失敗と思う 発病を悔やむ
家族に支えられている感覚	今を支えているのは家族と仲間との感覚をもつ 親から見守られている感覚をもつ
同じ病者があることへの安心感	同じ体験を持つ人という気が楽になる
収入を得ることの喜び	自分で使えるお金があることへの喜び 仕事での収入は自分のために使う
再発への不安と恐れ	再発の感覚をもつ 再発への不安と再発の恐れを抱く
仕事の充実感と回復の実感	今は良くなっている感覚をもつ 新しいチャレンジと回復の兆しの感覚をもつ 仕事は働けているという実感をもつ
健常者と同等に働けている実感	周りの人と同じくらいのことが出てきているという感覚をもつ 仕事は自分なりにできている実感がある 今の職場はチャンスを与えてくれる場所だと思える
くつろげる場の活用	息抜きできる場としてのデイケア活用 デイケアは余計な力が入らない場 くつろげる時間としてデイケア活用
もち続ける希望	小説家の夢を語る 小説を書くことを大切に 小説家になれたらとの思い
不透明な将来への揺らぎ	仕事はどうなるかわからないとの思い 仕事は続けたいが失敗への不安を抱く 休息する事を大切と思う
体調コントロールのための休息の確保	病気には休息が必要だと認識 体調管理のため休息をとる 休息を優先する生活
他者に助けられているとの思い	他者の助けで復職できたとの思い 他者の助けがあり今があると思える
活かされる病い体験	病い体験が活かされている実感をもつ 病気であるがチャンスであるとの思い 新しいパートナーとの出会いを求める
年齢相応のあるべき姿の期待	年相応の結婚生活を期待する 年齢相応のイメージを抱く

事例E

カテゴリ	コード
意のままにならない現実への不安	仕事への不安を抱える 思うような仕事につけない現状への不安 音楽活動を通して他者とのつながりを求める
他者とのつながりへの希求	友人との遊びを通じた交流を楽しむ 他者とのつながりを大切に 友人との再会を願う 異性への思いを伝えるための行動
病気を隠さず生きるという思い	病気に引け目を感じながらも隠さないで生きる意志をもつ
仕事を通して自らの成長への期待	仕事を通して大人になれたらいいと願う
普通であることへの希求	普通の暮らしへの期待 普通の仕事への希望を抱く 将来への期待を抱く 普通のアルバイトへの希望を抱く
新たな気づきを得られる体験	新しい仕事は自分のためになる体験 仕事は新たな発見を得る体験
仕事で評価されることへの喜び	仕事の成果が認められた実感を得る 仕事の成果が他者に認められ嬉しく思う
病気を持ちながら仕事に取り組む意識	障害を持っていても働くことにチャレンジする意識をもつ
嫌気がさす他者とのトラブル	他者とのトラブルで嫌な思いを抱く ネガティブな言動に嫌な思いを抱く

表3 事例B, C, D, Eのカテゴリーとストーリーライン

事例B	事例C	事例D	事例E
<p>事例Bは発病前、他者に頼らないで、自分で仕事しながら生活をしていましたが、父を突然亡くすという喪失体験をしている。十分に父の死を受け止められないうちに発病に至り、仕事やプライベートな時間などを自分でコントロールすることが全く出来なくなってしまう【発病による自己コントロール不能感】に陥った。その後、短期間のうちに3回の入院退院を繰り返し、仕事を失ったり、仕事で出会った同僚や仲間との別れを体験し【辛い現実への動揺】を抱く。少しずつ回復する中で、何かをしないではいられないような、いてもたってもいられない焦りから【何かにせき立てられる思い】や、自分の思いではなく家族の思いに応えるような生活はしたくない【他者の期待に応えなくてすむ生活への思い】をもつようになる。やがて、症状が落ち着くに従って、自分の病気と薬物の関係を考えるようになり、自らの活動や体調に合わせながら自分で薬物をコントロールしたいと【体調に合わせた薬物コントロールへの期待】を持つようになる。一方で、新たなアルバイトによって事例Bは、周囲の他者や環境に支えられている【理解ある他者に恵まれているという実感】を得ていた。他者との関係では発病時は家族や特定の知人との交流しか見られなかったが、デイケア通所をきっかけに同じメンバーとの交流や活動が増え始め【共有できる他者をつながる楽しみ】ができる。そして、仕事をする事で得られたのは、【仕事で持ち直した生活の実感】であった。自分で自分の生活をコントロールしており、仕事を通して【自分を取り戻せる感覚】を得ていた。また、病気については、否定的な捉えよりも、病気を糧にしながら新たな人生を歩むための肯定的な【病気は後悔よりも教訓】として捉えていた。このように、生活や仕事で自分を取り戻す感覚を得ている一方で、【エネルギーが消耗した感覚】をもち、他者との交流や活動に億劫さを感じ、自らの生活行動にブレーキをかけるようコントロールしていた。</p> <p>事例Bは病気によって揺れながらも自分の生活を取り戻すと同時に自らの生活を編み直しをしているプロセスである。</p>	<p>事例Cは発病前、仕事の関係で住み慣れた土地から見知らぬ土地へと初めての転勤を体験した。不慣れな仕事や環境に慣れるのに必死で、次第に引きこもるようになり【慣れない環境の中で思い知る孤独感】の中で発病に至る。病気になった直後は【戻らない現実への絶望感】であり、仕事への復帰も断たれ、身の回りのことも自分一人ではどうすることもできず【自己コントロールできないあつぷらぶ状態】であった。病気によって仕事やそれまでの生活の変更を余儀なくされ【受け止められない病気】であった。その後、4年近くの入院治療を経て、退院後は10年以上デイケアに通所し、一人暮らしをする中で、仕事や健康を奪った病気を【病気は事実として受け入れるしかないとの思い】となる。一人暮らしの生活が軌道に乗り始め、デイケアスタッフやメンバーとの交流で【他者に支えられている感覚】を得ていた。しかし、人とのつながりを求める【他者とのつながりへの希求】は同時に【他者の反応への過敏なセンサー】であり、他者からの評価や信頼に対する不安を自覚していた。また、自分自身の体験をメンバーに活かしたいとの思いが【病い体験を活かし役に立ちたいとの思い】であった。そして、他者の反応を気にする人とのつながりは、実は自分自身が他者に支えられている【他者に後押しされている感覚】になり、他者に支えられている安心感とともに生活の中の困難に対処する【自分なりの対処法への気づき】が生まれ、生活全体の【もの見方が変わる感覚】へと変わった。病気を受け入れるしかない妥協から、内面から感じる【揺れ幅が狭くなっていく回復感】の中で他者の関係やもの見方や生き方が変わり、さらに、今の生活を立て直すためには【遠い将来よりも今を大事にしたいとの思い】を抱くようになった。</p> <p>事例Cは発病時には受け止められない病気だったが、長期にわたる入院生活、デイケア通所のなかで、時間をかけながら少しずつ、病気や自らの生活にこれでもいいと思える心境に至るプロセスだった。</p>	<p>事例Dは、高校卒業後、各地を転々としながらアルバイト生活をしていましたが、昼夜逆転と重労働の生活が続く中で発病し、【後悔する発病への思い】に至った。入院はせずに外来での治療とデイケア通所で、病状は安定しており事務的なアルバイトができるまでになる。働くことの喜びの対価として【収入を得ることの喜び】を感じ、職場では同様の病気体験をしている仲間がいることで【同じ病者がいることへの安心感】を得ていた。仕事をやれている実感に支えられる【仕事の充実感と回復の実感】、さらには仕事に対する責任を引き受ける【健常者と同等に働いている実感】も得ていた。プライベートでは以前から取り組んでいた小説の執筆活動に夢中になり、投稿し評価され【もち続ける希望】を語った。また、仕事から一時的に離れられるデイケアを【くつろげる場の活用】として位置づけていた。しかし、こうした安定した状況であっても【再発への不安と恐れ】を抱いていた。</p> <p>そして、将来への不安を【不透明な将来への揺らぎ】として感じつつも、デイケア通所を【体調コントロールのための休息の確保】として位置づけていた。くつろげる場から、自分の体調をコントロールしながら、より自分の生活に合わせ活用する場へと変えていった。また、他者との関係は【家族に支えられている感覚】であり、職場や医療者との【他者に助けられていることへの思い】でもあり、事例Dにとっては重要なものとして位置づけられていた。病気については、【活かされる病い体験】という、自分の病い体験を生きる術として捉えていた。さらには、自分の将来に備えて結婚や仕事や必要な収入など年齢にあった現実的な生活を求めるという【年齢相応のあるべき姿の期待】を抱いていた。このように、事例Dは、具体的な生活を実践しながら自らの生活を立て直しているプロセスを辿っていた。</p> <p>事例Dは発病後、仕事や他者に支えられている感覚をもつ生活を送っていたが、一方で将来への漠然とした不安や怯えを抱きつつも、仕事を通じて達成感や健康な人と同様に働いている満足感などを得ながら具体的な生活を作り直していた。</p>	<p>事例Eは、高校生時代に発病し、一時入院していたが、その後卒業する。高校卒業後からデイケアと作業所に定期的に通所しながら、小学校や中学校時代の同級生や好意を寄せる人との再会やつながりを目的に【他者とのつながりへの希求】が見られた。</p> <p>デイケア以外に作業所への通所も始め、就労を目指した活動をする。だが、思うように雇用されない現状に【意のままにならない現実への不安】を抱く、事例Eにとって、仕事は【仕事を通して自らの成長への期待】をさせるものであり、健康な人と同じように働く【普通であることへの希求】をイメージしていた。また、仕事やプライベートの活動でも、病気を抱えて生きることに恥や劣等感を抱くことなく【病気を隠さず生きるという思い】をもっていた。さらに新たなアルバイト体験はこれまでにない【新たな気づきを得られる体験】であり、仕事の実績が評価をされることは【仕事で評価されることへの喜び】であり、病気であっても一生懸命仕事に取り組もうとする【病気を持ちながら仕事に取り組む意識】となっていた。</p> <p>しかし、社会的な活動や他者との交流が増えることによって、お互いの意見や考えのぶつかり合いが頻発し、結果として同僚との間で【嫌気がさす他者とのトラブル】が生まれていた。</p> <p>事例Eは心許せる友人との時間や他者との交流の場を求め、安心感、安全感を得ながら、関係性の中で自己の存在を意識していた。仕事で出会う他者との葛藤を抱えながら自分らしさを取り戻すプロセスだった。</p>

されている。それまで自分中心に生きてきたと思っていたが、病気になり医療者の他に、同僚や古い友人の方から自分にアプローチしてくれていることを【他者以後押しされている感覚】と表している。

“病気になって、たとえば、総務の人がきてくれた時と、労働組合の委員長がきてくれたりとか、…小学校の時の友達なんか、結構遊びにきてくれて、戻ってきたんだってとか、そういうのがあって、人っていいんだな—っておもって”

④【しみ込むような価値観の変化】

このカテゴリーはコード《それまでの価値観が徐々にしみ込むように変わる》であり、事例Aは病気で仕事や家族を失い、社会的な活動が制限される中で、少しずつ内面に染み渡るように変わっていく価値観やものの見え方を【しみ込むような価値観の変化】と表している。

“いっぺんに変わったということではなくって、ちょっとずつですね。何が大きく変わっていくということではなくって、徐々に徐々にしみ込むように”

⑤【外界の感受への気づき】

このカテゴリーはコード《心自体は病んでいるが五感を使って外界を感じ取ることができることを健康と思える》であり、病状が安定し、少しずつ、外界へ目が向けられる体験であり、発病後、それまで関心を示さなかった些細な外界への変化にも気づき、病気だけでも、少しずつ回復していく感覚として、外界を感じ取ることができることを健康と思えるようになったことの語りである。病状の回復に伴い、自ら外界へ関与し、外界の変化を感じ、気づくことができるような変化を【外界の感受への気づき】と表している。

“病気になる前はあれも捨てたくない、これも捨てたくないというのがすごくいっぱいあったのですが、どっかですべて病気になることで手放さざるを得ない、手放したあと、どうしたら、意外となくても何とかなるんだなあ、ということがわかってきて、逆に今なんかだと、むしろ、心自体は当時より健康なんじゃないかと思うんです。病んではいるんですけど、例えば、そんなゆっくりとした時間を過ごすことから、今日は天気がいいから、ちょっと散歩に出てみようとか、自転車で乗って河川敷走ってみようとか、ああ春で桜がきれいなんだとか、花が咲いていることなんか気づきもしなかったし”

⑥【当たり前感覚の気づき】

このカテゴリーはコード《当たり前だと思っていたことが大切に思える》であり、病気になってからはじめて、当たり前のようにある健康の大切さや他者の存在に気づく体験をしていた。今まで気にもしなかったことに気づくような新たなものの見え方を【当たり前感

覚の気づき】と表している。

“病気なる前に大切にしていたものって、特になかったかもしれませんね。…あとは人のつながりとか、健康もそうですし、とかあって当たり前で、そのことを気にすることなんてなかった。病気になって、たとえば、総務の人がきてくれた時と…”

⑦【プロセスの大切さへの気づき】

このカテゴリーは《作ったものは壊れるかもしれないがそのプロセスを大切に》《結果にとらわれない意識》の2つのコードから構成されている。これまで結果を求めてきた人生から、その過程、あるいは取り組むこと自体に意味があるとするものの見え方や新たな価値観を得ることを【プロセスの大切さへの気づき】として表している。

“形を残していくこと、形は壊れるかもしれないが、自分がやったということが残ることが大切と思う”

⑧【曖昧さの許容】

このカテゴリーはコード《曖昧さを許せるような考え》《形にとらわれない考え》の2つのコードから構成されている。発病前は自分中心の世界観の中にいたが、病気になってから、結果にこだわらず、曖昧さを許せる、新たなものの見方の変化を【曖昧さの許容】と表している。

“それって、経験なのかな、どっかに戻ってきた、例えば、今日はダメでも、1週間からみると考えると、たまたまその日がダメだったのかもしれないし、3日だめでも、1週間からみたら4日大丈夫じゃないって、考えられるようになった。一ヶ月だめでも、1年間から見たら12分の1じゃないか、とかそういう考えになってきたのは、なんか治ってきたのかなって”

⑨【身の丈生活の希求】

このカテゴリーはコード《自分の身の丈にあった生活を思い描く》であり、思い通りにならない体験の中から今を大事にしようとする心情を表したものである。当たり前にあったものを諦めたり、捨てざるを得ない状況の中で、以前の自分中心の世界観から等身大の生活を求めるような生活のイメージを【身の丈生活の希求】と表している。

“今よりもちょっと良いくらい、すごく良いところを目指すときりがないし、もうこれでいいやっていうと止まっちゃうし、だから半歩か、一歩か進む程度で、2歩も3歩もいっちゃうとまた昔みたいになっちゃうんで、ダメになっちゃうんで、自分の身の丈にあったスピードで、自分の身の丈にあった量で暮らしたい”

⑩【自分らしくできない現状への苛立ち】

このカテゴリーは《自分のテンポに合わない当事者

への苛立ち》《病気に合わせた仕事では満足できないという思い》《自分のペースでできない歯痒さ》《自分の考えが理解されない歯痒さ》《当事者活動への違和感を抱く》の5つのコードから構成されている。活動性の高まりは、当事者同士への意識や活動の違和感やギャップを感じ始めていることを語っている。社会的な活動が増すことで、医療職の人との関係だけではなく、他の当事者や福祉職スタッフとの交流も増える。しかし、自分の思い描く生活像と周囲との違いを認識し始めていた。こうした、自分の思い描く生活イメージと周囲とのギャップを【自分らしくできない現状への苛立ち】と表している。

“病気のテンポと普通の人とのテンポと違うんですよ。で、病気を抱えている人のテンポって、もうあわなかったんで、遅すぎてちょっと嫌だったんで、作業所で訓練しても、普通の会社ではあわないからどうにかしたら良いかなって、ずっと考えていた”

⑪【身の丈生活への満足】

このカテゴリーは《自分に見合う生活への満足感》《仕事ができる環境を大切にしたいとの思い》の2つのコードから構成されている。日々の活動や仕事の時間を自分の状況に合わせてコントロールできるようになり、自分の思い描く生活のイメージをもつことができるようになった。その生活のイメージを【身の丈生活への満足】と表している。

“今の生活は本当に良いのかなって思うくらい充実度はありますよね。普通の人で、このご時世で作業所から抜けられないって、とか、何かしたいけど、仕事に例えば障害者雇用で会社に入ったとしても、すごく忙しかったり、何時から何時まで一生懸命やらなければならないとか、という状況かと思うんですよ。僕はそんな状況でもないし、在宅だから、その自分の気軽にできるし、そうですね。なんでこんなにうまくいったかなと思うんで”

⑫【広がる他者とのつながり】

このカテゴリーは《仕事を通じて他者につながる感覚》《病気に関連した人から仕事に関連した人へと広がる》《必要に応じて人とつながる人脈ができる》の3つのコードから構成されている。発病時には【他者に後押しされている感覚】だったが、回復に伴い、活動性が高まり、自ら他者とのかかわりを求めたり、必要に応じて人とのかかわりを選択していく、主体的な他者関係の変化を【広がる他者とのつながり】と表している。

“とにかく、人と会うことの、分野が広がった気がしますよね。病気のときは病気のひと福祉関係、医療関係のひと、家族と、だったのが、いろんな仕事をしている人と交流をもてるようになったので”

⑬【強みを活かし病気をカバーする生き方】

このカテゴリーは《同じ轍を踏まないような対策を講じる》《変わらない病気をカバーする生き方への変更》《強みを活かした生き方への方向転換》の3つのコードから構成されている。病気自体を否定するのではなく、なくならない病気とのつきあい方の変化を表している。病気を否定したり、拒否したりするのではなく、病気はあるものとして今を生きるための新たな生き方を【強みを活かし病気をカバーする生き方】と表している。

“要は、障がいていうのは治らないから障がいなんだろうな。じゃあ、その障がいをどうフォローしていくか。自分の中で、やっぱりその中っていうのは、そういう発想になったっていうのはやっぱり車が好きだったっていうのがあるんで、例えば…660ccの軽自動車のエンジンなんだけど、馬力を増やすにはどうしたらいい？それは、大きなエンジンを載せればいいのかもしいけど、車体的にはアンバランス。だったら、いわゆるターボを付けるとか、それともサスペンションを強くするとか…そういうことをしてトータル的にバランスを取っていけば、660ccのエンジンでもコースを走ったときに直線スピードは出ないかもしれないけど、コーナリングスピードは上がるはずとか”

⑭【推し量る自らの体調】

このカテゴリーは《体調の変化と活動の広がりへの意識》《体力がつくことで広がる行動範囲への意識》《自分の体調の予測がたつ》の3つのコードから構成されている。仕事や活動を調整することができるようになっていた状態を表している。自分の体調を予測しながら行動や活動を変えたりする具体的な生活のありようや工夫を【推し量る自らの体調】と表している。

“だから体調が悪くて出来ないことは、出来なくなりそう…出来ない…出来るうちに、こういうことになったら僕は出来ないって説明をするし、出来なくなりそうになったら、ちょっと今まずい状態なので、ここは勘弁してくれとか、ここはやるけどここはほかの人にまかせておいてほしいとかっていう話をする”

3) 事例Aのストーリーライン

抽出されたカテゴリーを時系列にそってストーリーラインを以下のように描くことができた。

ここでは事例Aのカテゴリーとストーリーラインを以下に示し、事例B～Eのカテゴリーとストーリーラインについては表3に示す。

事例Aは、発病前、忙しい仕事や活動であっても「やれている」という実感があり、自分中心の世界観の中で精力的に生きているという【自分中心の世界観での生活】であった。

発病によって仕事や家族を失う体験は、もう絶対過

去に戻れない【途方に暮れる思い】の状況に事例Aを陥れた。しかし、その中であつても家族や同僚に支えられている【他者に後押しされている感覚】を得ていた。また、病気の回復に伴う外界の刺激や出来事への意識の高まりによって、【外界への感受の気づき】が生まれ、さらにそれまでの生活の見え方が変わるような【しみ込むような価値観の変化】がもたらされてきた。その価値観の変化は具体的に【当たり前感覚の気づき】や結果を求めるのではなく、その過程、あるいは取り組むこと自体に意味があるとする【プロセスの大切さへの気づき】であり、それはさらに、結果をもとめなくてもよしと思える【曖昧さへの許容】であつた。また、当たり前にあつたものを失う、あるいは捨てざるを得ない状況になって、自分中心の世界観から等身大の生活のイメージともいえる【身の丈生活の希求】ができるようになっていった。そして、失つたものはあるが【強みを活かし病気をカバーしていく生き方】へと変更しており、【押し量る自らの体調】のように状況に合わせた病気とのつきあい方を変えている。事例Aは、病気を抱えながらの生活のありようを、客観的に、したたかに変えていっていた。また、活動範囲の広がりには【広がる他者とのつながり】をもたらししていた。このことは、それまでの守られた空間や人的な環境からより、社会的な活動への広がりをもたらすと同時に、そのぶん、【自分らしくできない現状への苛立ち】を募らせ、社会との軋轢に葛藤することも増やしていた。しかし、そうであっても現実的に送れている自らの生活に満足し、【身の丈生活の満足】を得ることができていた。

事例Aはすべて自分でできていた世界観の中に生きてきた。しかし、その生活は病気をきっかけにそれまで得てきたものを失ったり、捨てる中で、新たな発見を得ながら生き方を変えていく過程であつた。それは自ら外界に働きかけながら自分の人生や生活を編み直していた。

3. 生活の広がりとそのプロセス

1) プロセスからみた生活の広がり共通軸

5事例の各カテゴリーを発病前、発病時、現在という時系列にならべなおし、時間軸で共通する意味内容をまとめた。それらの意味内容をここでは「軸」と表現し、{ゴシック}で標記する。それぞれの軸は{思い描く生活のイメージ}{新たな生き方への気づき}{具体的な生活のありよう}{病気とのつきあい方}{他者とのつながり}と命名できた(表4)。

(1) {思い描く生活のイメージ}

これは本人が頭で思い描く生活像の認識を表している軸である。発病前には、自己中心的ではあるが、自分自身の世界観を中心にした生活を意識していた。し

かし、発病はその世界観を一変させてしまった。それまで自分の世界観の中で、何の疑いも差し挟むことなく生活できていたことが一気に崩れてしまう。主体性や現実感の喪失によって、個人の世界観が崩れてしまうという感覚に襲われることを示すものであつた。そこでは生活のイメージを認識するにはほど遠く、体験世界の混乱として認識されていた。それは外界の状況に合わせたり、現実的な生活を営むことが難しくなつてしまい、誰かの支えがなければ自ら生活を立て直すことが難しい、不確かで曖昧な生活のイメージといえる。

こういった不確かで曖昧な生活イメージは、時間の経過に伴い、少しずつ現実的でリアリティのある生活への認識が変わっていく。外的な状況に合わせた生活のイメージを取り戻すことができるようになっていった。しかし、生活のイメージは必ずしも将来や未来を見通すものではなく、揺らぎながら少しずつ現実世界との折り合いをつけていくことが見いだされた。彼らの抱く生活のイメージは広がったり、狭まったりするものではなく、現実的に即した生活を実感できるイメージといえる。

(2) {新たな生き方への気づき}

この軸は病気や障害によって失ったり、捨てたりする中で新たに得たり、変わったり、気づくような生き方に関連するものとして位置づけられた。それまでの生き方をベースにしなが、病気で変わってしまった生活への意味づけなどを表している。例えば、発病前には気づかなかつたが、病気になることで新たに自分に気づく体験をしている。これは病気を抱えながらの新しい自分への認知として位置づけられる。また、新たな生き方への気づきは{思い描く生活のイメージ}や{具体的な生活のありよう}、{病気とのつきあい方}と相互に影響しており、病気の回復に伴う外界への刺激や出来事への意識の高まりによって、より現実的な生活への認識が変わったり、病気とのつきあい方自体も変えていた。

(3) {具体的な生活のありよう}

この軸は具体的な日々の生活の実践として位置づけられた。事例Dの【収入を得ることの喜び】や事例Cの【自分なりの対処法への気づき】のように病気を抱えていても、彼らなりの具体的な生き方や生活活動全般を表すものである。発病によって一時的に自己のコントロールを失い、生活自体も不確かな状態に陥るが、{思い描く生活のイメージ}や{新たな生き方への気づき}、{病気とのつきあい方}と相互に影響を受けながら自分に見合った具体的な生活の仕方として現れていた。

表4 各事例のカテゴリーと5つの軸

軸	事例	発病前	発病時 (経過)	現在
思い描く生活のイメージ	A	自分中心の世界観の中での生活	身の丈生活の希求 途方に暮れる思い	自分らしくできない現状への苛立ち 身の丈生活への満足
	B		発病による自己コントロール不能感 辛い現実への動揺 何かにせき立てられる思い 理解ある他者に恵まれているという実感 他者の期待に応えなくてすむ生活への思い	自分を取り戻せる感覚 仕事で持ち直した生活の実感
	C	慣れない環境の中で思い知る孤独感	戻らない現実への絶望感 自己コントロールできないあっふあっふ状態	遠い将来よりも今を大事にしたいとの思い 揺れ幅が狭くなっていく回復感
	D		後悔する発病への思い もち続ける希望 仕事の充実感と回復の実感 健常者と同等に働いている実感	不透明な将来への揺らぎ 年齢相応のあるべき姿の期待
	E		意のままにならない現実への不安 仕事を通して自らの成長への期待 普通であることへの希求	病気を持ちながら仕事に取り組む意識
新たな生き方への気づき	A		しみ込むような価値観の変化 外界の感受への気づき 当たり前感覚の気づき プロセスの大切さへの気づき 曖昧さの許容	強みを活かし病気をカバーする生き方
	B			病気は後悔よりも教訓
	C		病気は事実として受け入れるしかないとの思い	ものの見方が変わる感覚
	D		同じ病者がいることへの安心感	
	E		病気を隠さず生きるという意思	
具体的な生活のありよう	A			推し量る自らの体調
	B			エネルギーが消耗した感覚
	C		病い体験を活かし役に立ちたいとの思い	自分なりの対処法への気づき
	D		収入を得ることの喜び くつろげる場の活用	活かされる病い体験
	E			新たな気づきが得られる体験 仕事で評価されることへの喜び
病気とのつきあい方	B		体調に合わせた薬物コントロールへの期待	
	C		受け止められない病気	
	D		再発への不安と恐れ	体調コントロールのための休息の確保
他者とのつながり	A		他者に後押しされている感覚	広がる他者とのつながり
	B		共有できる他者とのつながる楽しみ	
	C		他者とのつながりへの希求 他者に支えられている感覚 他者の反応への過敏なセンサー	他者に後押しされている感覚
	D		家族に支えられている感覚	他者に助けられているとの思い
	E		他者とのつながりへの希求	嫌気がさす他者とのトラブル

(4) {病気とのつきあい方}

この軸は病気の捉えや態度を表すものである。発病時は自己コントロールできなくなる感覚をもつが、次第に病気をコントロールすることを意識したり、病気との折り合いをつけながら病気と向かう姿勢が変わったりと、病気とのつき合い方が変わることを示している。また、{病気とのつきあい方}は{新たな生き方への気づき}、{思い描く生活のイメージ}と相互に影響し合っていた。

(5) {他者とのつながり}

この軸は生活の中で出会う人々に対する他者との関係性を表すものである。事例Aの【他者に後押しされている感覚】や事例Cの【他者の反応への過敏なセンサー】などがこれにあたり、発病後は他者の存在に支えられ、人に守られている感覚を持つが、回復とともに社会的な活動が広がると、他者とのつながりが増えたり、他者と折り合わないことも出てくる。他者とのつながりは外的環境と関係し、揺らぎながら、展開されていた。

2) 生活の広がりとそのプロセスの構造

表4から、5つの軸が時間に沿ってどう変化していくのか、つまり本研究の目的である生活の広がりとそのプロセスが見えてきた。結果は図1であった。

統合失調症を抱えている人の生活の広がりとは{思い描く生活のイメージ}を中心にし、経過にともない外界との相互作用から{新たな生き方への気づき}を得て、{病気とのつきあい方}を変えながら、現実的な{具体的な生活のありよう}を取り戻していくプロセスであった。{他者とのつながり}は自分の生活を取り戻す際の支えでもあり、具体的な生活を広げていく際の揺らぎともなる。

つまり、彼らの思い描く生活のイメージはそれほど広がっていかない。ただ、イメージは広がっていかないが、具体的な生活は拡大していき、同時に病気とのつきあい方がうまくなっていく。そして、この具体的

な生活と病気とのつきあい方は、新たな生き方への気づきと密接に関連し、ともに広がっていった。また、他者とのかかわりが、こうした生活のひろがりに影響するものであった。その影響力は、ある時にはプラスに、ある時にはマイナスにと振れるという両側面を持ってはいるが、軸の一つを構成していたという点では、生活を広げていく際には重要な鍵になることが明らかになった。

IV 考察

1. 統合失調症の人の生活の広がりについて

1) 生活の広がりを促す {具体的な生活のありよう}

統合失調症を病むという体験は、それまで思い通りにできた生活やあたり前の生活を失うことになり、まさに日常性を喪失してしまう事態なのである。多くの病気がそうであるように、治癒や寛解までの長さや治りにくさなどを勘案すれば、統合失調症は特に、その後の生き方への大きな変更を迫るものである。確かに、統合失調症は、その急性期において、一時的にその当事者の主体性を奪うが、しかし、いずれ回復方向へ向かうのである。他者や社会とのかかわりを通して、リアリティのある日常性を取り戻していくことができる。事例Aでは、発病時、【途方にくれる思い】であったが、【身の丈生活の希求】へ、そして【身の丈生活の満足】へと変化している。また事例Cでは、発病時の【戻らない現実への絶望感】から【遠い将来よりも今を大事にしたいとの思い】へと変化する。カテゴリー名は異なるものの、発病時の空虚でぽっかり存在しているという生活のイメージが、現実的な生活を映す生活のイメージへと変化しているのである。彼らの生活のイメージは不確かなものから実感がこもったものへと変わっていくが、現実離れた未来を描き出すものではない。あくまでも、そのときの現実に対応した形で生活をイメージするものであった。広がっていったのは、彼らが思い描くイメージそのものではなく、現実的な生活のありようであり、現実的で具体的に行動することであった。食べたり、飲んだり、話し

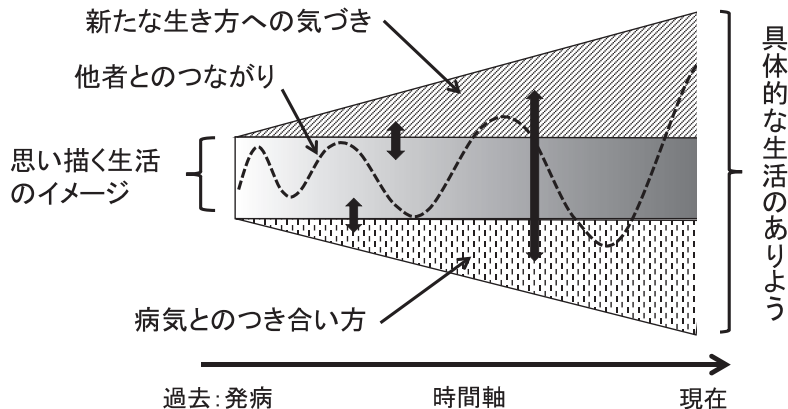


図1 「生活の広がり」とそのプロセス

たり、仕事をしたり、休んだり、そして遊んだり、人が生きていくための基本的な日常を積み重ねることである。退院後、安定して地域で生活するためには居場所の確保や心の拠り所となるような「場」「時間」が必要である（濱田 2010）。そういった場や時間の中での生活は、主体的に活動を広げていっているという実感に支えられていなければならない。樽味（2003）は、ある統合失調症患者の症例から「語る行為の変化と語る内容の不変」について言及している。この場合、語られている内容は「生きる意味」についてである。それによればこの症例は、「論理的なく生きる意味」ではない。別な形の【生きる意味】すなわち「生きる感触」に、置き換えつつある。」のだという。生きる意味という観念ではなく、生きる感触という身体的なものを言い当てていると思われる。こうした生きる感触という身体性とは、現実的に体を動かして活動することによって得られる実感である。だから感じて触れる感触なのである。具体的な生活のありようが広がっていくのは、観念的なイメージや意味ではなく、実際の生活をする際の感触、つまり生きる感触によってであるといえるだろう。地域で暮らす統合失調症の人々の生活はこうした生きる感触に支えられながら、自らの生活を主体的な活動として広げていくプロセスである。つまり、彼らが生活していく強みや対処能力の向上といわれるものは具体的な生活の中での実感や感触をもとに得られていく“生きる意味”といえる。

2) 新たな生き方としての回復

上田（1987）は、自己の生をどのように意味づけ、方向づけ、価値づけるかといった能動的な営みが問題であるとし、過去と比べての単なる喪失、価値の低下と見るか、それとも苦しみを通して価値観（感）の転換・拡大を達成して障害の存在が自分の全体としての人間の価値を損なうものではないとするのか、障害者であることに新たな人生の意義を見いだすかによっては、大きな違いがあるとしている。人の生活は個人をとりまく外的環境との相互作用を通じて変化するが、体験している出来事や受け止め方によって大きく意味も変ってくる。事例Aのように引きこもることで身を守るしかない状態から、少しずつ、外界に関与し始め、それまで気づきもしなかった体験が新たな意味として立ち現れる。苦悩しながら過去と向き合い、今の現実の中で、自分らしくいられることに、健康であるという実感を持っていた。また、外界で起こっている出来事をこれまでとは異なった意味として気づく体験、病気ではあるがそこに気づく自分を意識することができるようになったことにある種の回復感、健康感を実感していると思われる。

新たな気づきや回復の感覚は、新たな自分に気づく

体験でもあり、実感に支えながら外界に関与する試みを生む。その試みは常に彼らの日常生活の具体的な生活の場面でしかない。統合失調症を体験する人は長い闘病による孤立や不安、疎外、偏見、再燃、症状の重さ、副作用、失職などの影響で生きがいや希望を持ちにくい状況にあると言われている（臺弘、1987）。たしかに、そういう一面はあるだろう。症状の不安定さや入退院を繰り返すものにとっては、未来や将来を描くことは難しいかもしれない。しかし、本研究での対象者は、遠い将来に望みを抱くよりも、現実的な生活、今の自分に見合った生活を送っていた。家庭やデイケアや職場といった生活の場での活動と休息、家族や友人や同僚といった人とのかかわりを通して、人は生活する。いわば、自分が存在している外部環境へと関与しながら得られる体験の日々の積み重ねが生活である。彼らは、そういった生活を送る中から自らの生活を主体的な活動として広げているといえる。

本研究では、発病間もない時期には病気をコントロールできない状態にあったが、病状に合わせて、病気とのつき合い方を変えていく、あるいは病気の捉えや意識が変わっていくことが示された。病気の生物学的な回復は生活の安定の大前提であるが、症状の消失や病勢の衰えだけではなく、病気とのつき合い方自体が、その人の生き方や他者とのつながりによって変わっていくと思われる。対象となった人々は、病気によって大切にしていた仕事や友人を失ったり、喪失するものは個々人で異なっているが、喪失体験は共通である。彼らは、それぞれの喪失体験の中から、病気自体とのつき合い方を変化させていた。彼らの挫折や失意は計り知れない。それでも彼らは、体調に合わせた活動や休息をコントロールしようと試みたり、実際に行ってみたりと、さまざまな行動に移している。出てきたカテゴリーは、同じ轍を踏まないように策を講じて挫折を力に変えていこうとする試み、自分にあった方法や向き合い方で病気や症状に対処しようとする試みであると捉えることができる。失敗や挫折は行動することからしか生まれえない。生活するためのさまざまなアイデアと行動化してみるというチャレンジの失敗によって得た体験とそれに伴う実感から、価値の転換や新たな気づきが生まれ、病気とのつき合い方もうまくなっていく。それが、次の行動化へのチャレンジを促していく。つまり、具体的な生活の過ごし方やありようが変わり、また生活のありようが変わっていくことで病気とのつき合い方もうまくなっていくという循環が見られるのはこのためであろう。慢性期にあるひとにとっては、失敗や挫折は更なる試練を与えるかもしれないが、不確かで不安定な現実を確かなものへと、そして当事者自身が自らの生活を編み直したり、再生できるようにすることが必要である。特に、これまで見過ごされていた慢性期にある人々が自

ら生活を編み直す力を支えることが看護者にとっての役割になると思われる。訪問看護におけるケアとしての服薬指導や症状のコントロールもこうして彼らが自らの生活の中の具体的な活動の中に位置づけられなければならないのである。

3) 生活の広がり和社会とのつながり

近年、リハビリ志向のアプローチが注目されるようになってきている。リハビリとは個人的に独特な過程であり、医学的な治癒よりも心理社会的な回復を目指しているものである。本研究はリハビリの視点で検討したものではないが、「生活の広がり」は、回復を含む、自分の人生の取り戻しを試みる営みと言い換えることもできる。結果からは、特に、社会とのつながりを得ることは当事者にとって非常に重要であった。近年、障害者総合支援法による取り組みの充実によって障害者の就労の機会が増えている。本研究においても就労を目指すものが多く、そのほとんどが正規の仕事やアルバイトに従事していた。関谷(2007)は、「社会の一員であるという実感は自分が他者から必要されているという自己存在への価値や自己信頼感を支える。それがあからこそ喪失感を抱え、いままでの人生や描いていた将来展望への未練を抱えながらも、障害とともに歩み、新たな将来展望を見いだしていけるのだろう」と指摘する。社会とのつながりとして実感をもたしてくれるものの一つが就労であるならば、障害者の働く場の重要性は論を待たない。地域で暮らす統合失調症の人々の生活が、他者から必要とされているという生きる実感に支えられながら、自らの生活を主体的な活動として広げていく機会として、就労の場はぜひとも必要であろう。社会とのつながりや社会的な活動に取り組むことは、自分が他者から認められたり、必要とされているという自己存在への価値や自信を高めるであろう。

統合失調症の人々の多くは、過去や現在の対人関係に苦しんでいる。社会とのつながりや他者との関係で傷つく人も多いが、一方で他者との関係の中で自分を取り戻す人も多数いる。本研究において発病後、他者の存在に支えられている人、他者に守られている感覚を持つ人々もいた。だが、回復とともに社会的な活動が広がり、他者とのつながりも増える結果をもたらしていた。そこから帰結されるのが、他者との折り合いの難しさである。統合失調症患者の人々の生活のありようは確かに広がっていくのだが、そこに大きくかわってくるのが他者とのつながりである。それは広がっていく生活にプラスにもマイナスにも常に影響し続けていた。他者とのつながりは、他者との網目として存在するという人間の根本的なありようの問題であると考えられる。Sullivan(中井訳1990)は、統合失調症は関係性の病いと述べている。そして、統合失調

症に罹患したからといって全く関係性を持ってないわけではなく、彼らは安全感を得ることで成熟した人間関係をもてるようになるとしている。彼らは他者との関係において傷つき体験をしたものが少なくない。心許せる友人との交流や楽しみを共有する他者と実際に交流することは、彼らが安全感を体験することであり、自己の存在を関係性の中に意味づけていることを示している。精神障害者の自己概念の形成において、國方・本田(2009)らは統合失調症の人々は他者の対応に大きく左右されたり、人や物との距離感がとりにくかったり、他者からの偏見にも大きな影響を受けるとしている。また昼田(2007)は、統合失調症の人は他者との信頼関係の希薄さから自分の思いや希望を伝えるのが難しかったり、自我の脆弱性や曖昧さのために他者からの影響を受けやすく、自分の意志を表出するよりも相手の意向に合わせてしまう傾向があると述べている。本研究においても、他者に支えられている感覚を持ちながら生活している人もいれば、デイケアや作業所など医療機関などの守られた空間の生活では安定しているが、仕事やアルバイトのように社会とのつながりが増すことで、他者との折り合いがつかなくなり、トラブルや嫌な思いをする人もいた。確かに、彼らは対人関係においてストレスを感じやすく人づきあいが苦手である。その反面、孤独に対して脆弱である。だが、そのような状況にあっても、身近な存在である家族や気心の知れた仲間同士の程よい距離の中で過ごすことは、彼らが対人関係の中で傷つき体験を癒しながらも前に進むことを可能にすると思われる。恒藤(2004)は「人間は本来関係性のなかで存在している。他者から必要とされている存在であることを自覚することにより、患者は自己の存在を意味付けることが可能になる」と述べている。他者に支えられている感覚や他者に後押しされている実感に支えながら彼らはその世界を広げていく。しかし、広がる世界には、大なり小なり傷つき体験が待っている。小さな負荷を体験しながら新たなチャレンジができる場や環境が必要と思われる。

2. 看護への示唆

現在、地域で暮らす統合失調症の人へ直接に看護ケアを提供することができるのは訪問看護やデイケアが主であるが、病院の延長上のケアになりやすいとの指摘もある。今後、入院期間の短縮により回復途中での退院がますます増えるであろう医療システムは、こうした地域で回復を目指す慢性期の人々への看護ケアがエアープケットのように抜け落ちていく可能性を孕んでいる。訪問時間や訪問回数の制約の中では、病気や能力に目がいくことも仕方がないといえる。しかし、本研究の対象は、長期にわたって病気や障害とつきあいながら、地域で暮らす慢性状態にある人であった。

彼らの語りから得られたものは、生活に足りないものや不足していることに対して生きづらさを感じていることではなかった。浮世離れた未来を思い描くことを意図している訳でもない。あくまでも、彼らが出会う現実に即した形で生活をイメージしているのである。それは現実的で具体的に、食べたり、飲んだり、話したり、仕事をしたり、休んだり、そして遊んだり、人が生きていくための基本的な日常を積み重ねることである。彼らの回復には破綻するよりも遥かに長い時間が必要かもしれない。しかし、慢性期にある人や地域で回復を目指す人にとって実感や感覚に根ざした体験を得ることは、その後の回復を促すのである。

また、作業所や職場、そこでの人との出会いは、時に新たな失敗や喪失体験を背負うことになるかもしれない。また、社会とのつながりの中で他者とのトラブルや傷つき体験をするかもしれない。本研究でも特に他者とのかかわりにおいて、生活は揺らぐことが示されている。彼らが回復する途上で現実的な生活が出来るようになればなるほど、他者との間に葛藤や折り合い方の難しい局面が増える。その意味では、一時的な引きこもりや他者との交流を制限したとしても意味はない。外的な環境が安全であることを伝えつつ、承認されたり、達成感や充実感を得ながら自己効力感や自己肯定感を高めるケアの提供が必要になるであろう。

統合失調症の人々は生きにくさを抱えつつも生きる意味を失わず、時間をかけながら進み、あるいは一時的にはとどまることがあっても前に進もうとする。日常の具体的な生活を過ごす際のリアリティのある実感や感触は、現実との接点となる。彼らの生きにくさは、現実との生ける接触の喪失(Minkowski, 1972)によるものであればあるほど、その接点に働きかけることは看護の重要な仕事であると考えられる。

本研究の限界

本研究は、5名全員がデイケアに通っているという対象者の偏りがあるかもしれない。そのため、結果の一般性もそれらに影響されている可能性もある。今後の課題である。

また、本研究は統合失調症患者の地域生活に焦点をあてたものであるが、今後リカバリーの視点から捉え直し、検討する必要がある。

謝辞

稿を終えるにたり、ご協力いただいた当事者の皆様、デイケア責任者およびスタッフの皆様には感謝します。また、北海道医療大学看護福祉学研究科特任教授花岡真佐子先生、同教授平典子先生、同特任教授阿保順子先生にも深謝します。なお、本研究は北海道医療大学看護福祉学研究科に提出した博士論文の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 阿保順子, 佐久間えりか編著 (2005). 統合失調症急性期看護マニュアル. 改訂版. すびか書店.
- 濱田恭子, 堤由美子 (2010). 心の病いをもつ人の地域における居場所と心の拠り所の獲得の実態, 日本精神保健看護学会学会誌, 19(2), 22-32
- Harry Stack Sullivan (1953) The Interpersonal Theory of Psychiatry/中井久夫, 高木敬三, 鎌幹八郎訳 (1990). 精神医学は対人関係論である, みすず書房.
- 畑下博世, 川井八重, 坪倉繁美, 河田志帆, 笠松隆洋, 鈴木ひとみ, 西出りつ子 (2014). 精神障害者の地域生活支援に向けた保健所の役割, 日本健康医学会雑誌, 22(4), 287-293.
- 昼田源四郎 (2007). 統合失調症患者の行動特性-その支援とICF-. 金剛出版,
- 片岡三佳, 高橋香織, グレグ美鈴, 池西悦子, 池邊敏子, 長瀬義勝, 池田重博, 綾瀬富久, 村岡大志 (2005). 精神疾患をもつ長期在院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題 (第1報). 岐阜県看護大学紀要, 5(1), 11-18.
- 北島謙吾 (1983). 精神科デイケア通所者のセルフケア能力とその関連因子. 日本精神保健看護学会, 2(1), 83-90.
- 小出水寿英, 王真紀 (2006). 精神病院に長期入院している統合失調症の捉える入院生活. 日本赤十字広島看護大学紀要, 6, 39-47.
- 厚生労働省 (2014). 平成26年患者調査の概況 推計患者数 (2016年1月20日閲覧) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/01.pdf>
- 厚生労働省 (2004). 「精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要)」, (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>) (2016年1月20日閲覧)
- 國方弘子, 本田圭子 (2009). 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 45-53.
- Minkowski, Eugène (1968)/中江育生, 清水誠 訳 (1972). 生きられる時間: 現象学的・精神病理学的研究1, みすず書房, 83-156.
- 笹木弘美 (2001) 精神分裂病患者の緩解過程における阿保の提唱する看護アプローチの枠組みを活用した看護の展開. 臨床看護研究の進歩. 12, 164-173.
- 関谷真澄 (2007). 「障害との共存」の過程とその転換点: 精神障害を抱える人のライフストーリーからみえてくるもの. 社会福祉学, 47(8), 84-97.
- 下村裕子, 河口てる子, 林優子, 土方ふじ子, 大池美也子, 患者教育研究会 (2003). 看護が捉える「生活者」の視点. 看護研究, 36(3), 25-37.
- 時田礼子, 佐藤紀子, 宮崎美砂子. 在宅精神障害者と近隣住民がかかわりを持つことにより生活の質が変化し地域での豊かな生活に向かったプロセス. 千葉

- 看護学学会誌, 19(2), 11-19.
- 樽味 伸 (2003) 〈生きる意味〉と身体性, 行為, 文脈, -ある「ひきこもり」症例から. 治療の聲, (5)2, 3-13.
- 恒藤暁 (1998). 霊的苦痛の緩和. 最新医学, 53(12), 121-132.
- 上田敏 (1983). リハビリテーションを考える. 第1版, 障害者問題双書, 208-228
- 宇佐美しおり (1998). 地域で生活する精神分裂病者の自己決定に基づくセルフケア行動の実態. 看護研究, 31(3), 25-38.
- 臺弘 (1988). 慢性分裂病と障害概念. 臨床精神医学, 14(5), 737-742.
- 八木こずえ (2010), 青年期統合失調症患者の生きにくさと看護援助の過程と関わり-自我強化に焦点を当てた看護面接を通して- 日本精神保健看護学会誌, 7(1), 12-23.
- 吉野賀寿美 (2009), 統合失調症再発患者の回復過程を支える看護介入-自己洞察力に焦点をあてて-. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 5(1), 51-57.

受付：2015年11月30日

受理：2016年3月3日

A Study of Expansion of Life and the Process
Envisioned by Community-Dwelling Individuals with Schizophrenia

Hiromi SASAKI

Hokkaido University of Science
Dept. of Nursing, Faculty of Health Sciences

The present study aims to clarify the processes of expanding the life envisioned by community-dwelling individuals with schizophrenia. Five ambulatory patients from two day-care facilities in 'X' city were included in this study. In the present study, data were collected by means of semi-structured interviews, and interviews were conducted regularly to determine the process involved in the life expansion. The lives of individuals with schizophrenia residing in the community were the processes of expanding their life by themselves with being supported by such a sense of living.

The results showed that the sense of reality was restored in response to the recovery process, and the sense of reality was described as 'image of envisioned life'. The factors that encouraged their life expansion were 'awareness of a new way of life' obtained by interactions with the outside world, and 'means to cope with illness' changed by themselves. Accordingly, their perceived 'aspects of tangible life' changed, which in turn enabled them to return to a life where their perception was realistic. 'Interactions with others' had a significant impact on this process. In this respect, major driving forces for life expansion were the support from health professionals at the onset of schizophrenia and the interactions with non-professional workers at the stage of returning to live in the community.

Key words : schizophrenia, community-dwelling individuals, expansion of life