

地域で生活する長期入院経験を有する統合失調症の人びとにおける自尊心の維持に関する
ライフストーリー研究

伊藤文子

本研究は、地域生活を営む統合失調症の人びとの生活（人生）において、自尊心がどのように発揮されかつ維持されているか、を3名のライフストーリーから読み解いたものである。自尊心は自己の肯定的評価のことであり、人びとはライフストーリーで自己と自己の周りの世界を語り、そのなかで自尊心を表現する。

長期入院経験をした統合失調症の人びとは、ふつうの地域生活を営んでいるわけではなく自宅とデイケアを往復する日常生活を送るが、決して受動的に生活をしていない。自分なりの生活の規律を作り、それを遂行することに自尊心を見いだす人がいる一方で、自らが「精神障害者」と認知される環境をできるだけ回避するために、選択的に社会関係を築いたり、治癒された自己イメージを求めて治療に専念することに自尊心をおいている人もいる。

こうしたライフストーリーから、「施設症」が懸念されるデイケアに依存的に見える統合失調症の人びとも、自分なりの自律性を持ち責任ある生活を営んでいることがわかる。また、社会の中には「精神障害者」に対する偏見があり、それが社会関係の在り方や行動様式に現れていた。もちろん、こうした生活で発揮される自尊心は、家族、友人、デイケア・スタッフや医療者などの社会的資源によって支えられている。

本研究から、支援者は統合失調症の人びと自身が何を評価し、自分の自尊心をどのように維持しているのかについて理解を深め、問題行動と思われることも個人的な問題に帰するのではなく、社会が及ぼす影響にも注意を払う必要性が示唆された。

キーワード：統合失調症、自尊心（self-esteem）、地域生活、精神科デイケア、自律性、偏見、社会的資源

1.はじめに

厚生労働省（以下、厚労省という）における2017年患者調査の概況において、精神病床数は未だ約33万床あり、精神病床入院患者数は約25万人という現状がある。その中でも統合失調症圏の患者は多く、約15万人と推計されている（厚労省2017）。また、2017年度の全国平均在院日数では、一般病床では29.3日に対し、精神病床は277.1日で圧倒的に長期入院患者が多いことがわかる。ただ長期入院患者の中でも「受け入れ条件が整えば退院可能な患者群」は約7万人と言われており、病院での治療が必要でない統合失調症の人びと

の地域移行・退院促進が喫緊の課題とされている。

長期入院に伴う弊害として、まず指摘されるのは「施設症」の問題である。Wing & Brown は、施設症の発生因として、精神疾患の有無に限らず人は隔絶された生活空間の中で長期にわたる生活を継続していけば、多かれ少なかれ「施設症」化することを明らかにした (Wing 1970: 38)。日本の精神科病院は病院外の社会との接触の乏しさという閉鎖構造的環境のゆえに「施設症」を増殖させるあらゆる条件を揃えてきたと指摘されている (猪俣 1985: 48)。このように、施設症¹⁾とは、陰性症状²⁾などを中心とする統合失調症の慢性的に罹病した個体に内在するものではなく、環境要因によるところが大きい (古屋 2015: 123)。神宝貴子らは、「長期入院経験を有する者は、施設症に伴い、機能障害や活動制限等の参加制約による社会的孤立から自尊心の低下などの傷つき体験 (主観的体験) をしている」 (神宝ら 2008: 71) と指摘する。つまり、長期入院の経験をもつ統合失調症の人びと (以下、「かれら」とする) は施設症と疾病特性が相まって、病症の自閉的なイメージが固定化され、「かれら」本来の人間性が理解されにくく自己の構築も難しい状況におかれることになる。そうであれば、地域社会において、「かれら」が自分なりの生活を営み、心地良い環境を作り出していくことは容易ではないと考えられる。

2004 年厚労省は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」 (以下、改革ビジョンとする) において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を示した。改革ビジョンにおける地域移行・退院促進は施設症の解消の方策には適っているが、「自己と外界との境界を捉えにくい」 (Torrey 2013: 24) という思考の異常や自我障害をもち長期入院経験を有する統合失調症の人びとにとって、その解消は容易なものではない。

では、「かれら」に、どのような支援が行われているのであろうか。いうまでもなく、「かれら」のすべてが施設症や自我障害、認知機能障害などの異常を呈する状態ではない。統合失調症には、急性期や回復期、慢性期等の病期があり、その病期に見合った治療計画に則って治療を続けることにより症状のコントロールが可能となり、地域社会での生活や社会参加が可能である。しかし、実際の支援にあっては、いくつかの問題がある。まず、「かれら」には長期の入院生活では医学モデル³⁾に基づいた治療が続けられ、病理という観点から支援が行われてきた (出口 2004: 193)。そのため、治療する側とされる側という非対称な関係が確立されており、支援者は、「かれら」に「どうしてほしいか」「どうなりたいか」という希望を聞いても現実的な回答が得られない等の先入観から、本人の意向を確認しないまま、支援者側からの一方的な支援をしがちである。この傾向は、地域生活で利用される精神科デイケア (以下、デイケア)⁴⁾においても散見される。また、一般的にデイケアでは、治療と並行して「かれら」の退院後の生活調整と様々な生きにくさに対するケアが行われる。だが、「かれら」の症状に大きな変化がみられないため再入院までデイケアの利用が継続すること (厚労省 2009: 36) が多い。しかもデイケアの生活は画一的なプログラムで構成さ

れており、参加者自身による自己決定の機会は少ない。以上のように、一方で「かれら」の自主性や自律性が無視され、他方でデイケアに長期に依存する地域生活は、デイケアが病院に代わる第二の施設になりうる危険性を孕むことになり、新たな施設症を生み出す懸念にもつながっている（浅野 2015：177）。こうした問題に対して、長期入院経験を有する統合失調症の人びと自身が、どのような思いをもち、日々の地域生活を送っているのだろうか。

2. 統合失調症の人びとの自己概念

統合失調症とは、前述したように思考の異常や自我の障害を主とした疾患である。このような病態を持つ統合失調症の人びとの自己概念とはどのようなものであろうか。

「自己 (self)」概念は、自分がどのような人間であるのか、といった自分に対する認識である。また、高田利武によれば、自己概念には、自己記述 (self-description) と自尊心があって、自己記述は自分の姿についての認識であり、自尊心はその認識された自分の姿に対する評価とされる。自己が統合されない場合は、知識や記憶がまとまらず自己認識が不可能となり自己概念が形成できず、自尊心 (self-esteem) も明確に表すことができない。したがって、自分自身を意識した生活の構築ができないと述べられている（高田 2011：14-19）。

心理学者のW.Jamesは自尊心について、「成功 (success) ÷ 欲求・願望 (pretensions)」と表現し、自分自身が願う（計画する）理想と自分の現実の比で自尊心が定まるという（今田,1959：230）。A.Popeらは、自尊心は、今の自己に関する事柄について自分の感情

(Pope, et.al, 1999：2) としたが、自尊心研究で有名なM.Rosenbergは、本来の自尊心とは感情だけでなく、自分自身に対する「態度」「評価」「信念」であると定義している

(Rosenberg 1965：54)。彼は、自尊心の2つの異なった側面があることを指摘し、1つは「非常に良い (very good)」と感じる側面、もう1つは、自分を「これでよい (good enough)」と感じる側面で、前者は他者と比較して自身が優れていると自信を持つことであり、後者は、自分自身を価値ある人間と捉える程度である（Rosenberg1965：30）。

こうした自尊心概念を踏まえ、本研究では統合失調症の人びとが日々の生活の出来事や経験を通して自己を語ることで、どのような自己評価をしているか、どのような理想や願望をもっているか、どのように他者との比較で自分を捉え、自分を「これでよい」と考えているか、を把握し、そうした自尊心を維持する支えとなっているものが何かを考察する。

ちなみに、日本と諸外国における統合失調症患者の「自尊心」に関する文献⁵⁾を概観すると、自尊心は、QOLや社会生活技能 (Kunikata 2005；國方ら 2006/2009)、スティグマ (Collet 2016；Kim 2019) や精神症状 (Keating 2010；Cellar 2014) と相関しているとされるが、多くは尺度を用いた量的研究である。患者自身に焦点を当てて統合失調症の人びとの個々人の思いを明らかにした質的な研究は少ない。自尊心は、本人自身が自分に価値をおき、支援者もそれを共有することによって向上するものである。したがって、筆者は、統合失調

症の人びとが価値をおく個別的な生活の営みを理解することで、「かれら」に即した個別的な支援の方策を見出すことができるのではないかと考えたのである。

数少ない質的研究の中で、國方らは、地域社会で生活する精神障害者当事者グループのインタビューから、大きく3つの自己概念を抽出した。それらは「階層からなる欲求を持つ自分」「獲得したもつを持つ自分」、「環境の影響を非常に大きく受ける自分」である(國方 2009: 48-51)。自己概念のこうした類型化は、人びととの生活経験との関連が捉えにくく、そのため具体的、個別的な支援方法につながる知見を得るのは難しい。ただ、統合失調症の人びとが、地域生活において欲求を通して自己を知覚し、インタビューを通し自己を言葉として語るができていることを明らかにした点で、本稿の研究方法の大きな助けとなった。

自己との生活連関を見出す研究手法としては、当事者が自身の生活経験を語るライフヒストリー法がある。その研究の代表的な論文として、田中美恵子の「当事者のライフヒストリーとその解釈について」がある。田中は、ライフヒストリー法を用いながら、1人の統合失調症患者が歩んだ生活史を描き出し、地域社会で生活する経験から病の意味を明らかにしている(田中 2002a:3)。その結果、当事者自らが医学的な枠組みを超えて、社会的な存在として自己を捉えることができていることを明らかにした(田中 2002b: 25)。ライフヒストリー法は、時代の変化とともに個人を捉える方法論である。語りの内容の事実性に着目するが、どのように語るかについては、十分に考慮されない。田中の研究方法と後述する本研究のライフストーリー法の相違点は、地域生活をしている統合失調症の人びとが、現在から過去を振り返って自己の経験を語るときに自己をどのように評価しているかに着目する点である。

本研究の課題は、「かれら」が、個人的な生活や経験を語るときにどのような自己評価をしているのか、どこで自尊心を発揮しているのかに着目し、それを維持するためのもの(社会的資源)が何であるかを読み解くことである。一般的に、個人が生活を営むには、家族や周りの人びと、施設や制度などの社会的資源⁶⁾が必要であり、「かれら」の自尊心がどのような社会資源によって維持されているかを検討する。それによって、「かれら」一人ひとりに即した地域生活におけるデイケアや支援の在り方について示唆を得たいと考える。

3.調査協力者と研究方法

調査協力者の選定基準は以下の通りである。①統合失調症と診断されている、②精神症状が安定している、③精神科デイケアに通所している、④入院経験が1年以上あり、その後1年以上在宅生活を送っている、⑤自らの経験や考えを言葉にして、インタビュアー(調査者)との対話的インタビューが可能、⑥本人の意思で研究に参加する意思があり、研究同意書に署名した人とした。調査者は、調査協力者が参加するデイケアのプログラムに週1回参加した。デイケア・メンバーに調査の目的を伝えて相談のうえ、上記基準に合う人を選出した。

説明会を開き、調査の詳細を説明して調査への協力を依頼し、調査協力者を選定した。

3.1 ライフストーリー研究法とは

ライフストーリーとは、個人のライフ（人生・生涯・生活・生き方）に関する口述の物語のことであり、その人自身の生活（人生）経験を表現するのにもっとも適したコミュニケーション形態といわれる（桜井 2012：6）。ライフストーリー研究法は質的調査法の一つで、個人が歩んできた人生全体ないしはその一部に焦点を合わせて、全体的にその人自身の経験から社会や文化の諸相や変動を読み解くことを目的としている（桜井 2002：14）。

桜井厚によれば、ライフストーリーは〈物語世界〉と〈ストーリー領域〉の二つの位相で構成されている（桜井 2002：127）。ライフストーリー・インタビューでは、〈物語世界〉は語り手と聴き手がインタビューを介して対話的に構築した語り手のこれまでの経験を基にしたライフについての物語であり、語り手の自己が構成される位相でもある。これに対し、〈ストーリー領域〉とは、「いま—ここ」というインタビューの相互行為が現れている位相で、その主要な機能の一つに、〈物語世界〉に対する評価がある（桜井 2002：190）。〈物語世界〉で語られる自己や生活についての評価は、インタビューの場としての〈ストーリー領域〉でなされることになる。さしあたり、本研究の鍵概念である自尊心は、この〈ストーリー領域〉で表されると考えられる。

ライフストーリーには、社会で流通している語りや語り方が反映されている。桜井は、コミュニティに流通する主要なストーリーをモデル・ストーリー全体社会の支配的文化で語られているストーリーをマスター・ナラティブと呼んで区別している（桜井 2012：103）。したがって、統合失調症の人びとに対する一般社会の見方、すなわち偏見や差別なども、「かれら」の語りの中に現れてくることが考えられる。「かれら」がそうした社会の見方をどのように語るのかに注意を払いたい。

3.2 収集データの整理と分析方法・分析の信頼性の確保

ライフストーリー・インタビューによって収集された語りのデータから帰納的に自己や自尊心を推論するために、次のような分析シートを作成して整理した。まず、インタビューはすべて逐語的な文字おこしを行い、調査協力者別、インタビュー回数ごとにトピックに応じてテーマ（小見出し）を付け、時間や次元が違うストーリーの語りの展開を可視化した（参照、桜井 2002:152）。なお、インタビュー回数とトピックに応じてテーマを付けナンバリングしたものを、ここではストーリー・ナンバーと呼ぶ。トランスクリプトからテーマ（小見出し）に見合った箇所を取り出し、〈物語世界〉と〈ストーリー領域〉に区分し記載した。調査協力者がストーリーのコアとなる自己認識を表現している部分をコア観念⁷⁾とし、調査協力者が発する特有の日常語に着目し記述した。コア観念からテーマ（小見出し）を抽出する場合

もある。解釈カテゴリー⁸⁾は調査協力者(自己)と社会の関係を表すカテゴリーであるため、分析シートでは調査協力者を支える社会的資源として示した。さらに、自己概念と自尊心を表している語りを「自尊心の解釈」としてカテゴリー化し、その後、各調査協力者のストーリーをテーマ別に分類した。本研究では、まず各調査協力者自己概念のストーリーに着目し「どのように自己を語るか」を基本に、他者と比較して優れているとしている、自分を価値ある人間と評価しているテーマを抽出した。このテーマには自尊心を維持するための社会的資源についてのストーリーが展開されているはずである。抽出された調査協力者のテーマを比較して、課題を考察した。

なお、データ分析・解釈の信頼性を確保するため、分析の過程で定期的に指導教員とライフストーリー研究法の提唱者である桜井厚氏のスーパービジョンを受け、筆者のアイデアや解釈におけるバイアスを検証するとともに、多角的な視野から分析を強化する機会を得たことを追記しておく。

語りの表記において、「*」は筆者、「・」は1秒の沈黙、「//」は同時に会話を始めている部分を記す。また、説明が必要な部分に〈 〉、強調したい部分には「””」を付け加えた。[]はストーリーのテーマを表す。表1は分析シートの事例である。

表1 分析シート

ストーリー・ナンバー：3-5	
テーマ(小見出し)：ちょっと悪くなってまた上がるという感覚	
インタビューに則したトランスクリプト	
I3-29	*：そういうコントロールっていうのはCさんが疲れてしまうっていうのは下がったときの絶望感が出てしまった時ですよね？あまり期待するとかえって、負担になるっていうことですかね。
I3-30	C：絶望したとしても仮に下降したとしてもこうなったとしても、また下降してもまた上がるって希望があるんですよね。下がったとしてもまた上がるし。これ以上下がらないって言う期待があるんですよね前より。全然いいじゃないかってすごく希望がでてきたじゃんと言ってるんですよ。
I3-31	*：そこに主治医の言葉とかが入るとまた強みが大きくなるし私たちが見ても調子の良さってのがわかりますよね。
I3-32	C：感覚で良さが60%位わかつちゃってるから、もういいやちょっと悪くなってまた上がるからって言う感覚がね
I3-33	*：でもそれすごく大事ですよ。落ちたことに対してあーって言う。
I3-33	C：やっぱり良くなってきてるって言う感覚が強いですよね。多少悪くなくてもね。

物語世界： I3-30 C：絶望したとしても仮に下降したとしてもこうなったとしても、また下降してもまた上がるって希望があるんですよね。下がったとしてもまた上がるし。	解釈カテゴリー（支えとなる資源）：主治医、治療薬
ストーリー領域： I3-33 C：やっぱり良くなってきてるって言う感覚が強いんですよね。	解釈カテゴリー（自尊心の解釈）：症状が悪くなってもよくなるという体験から、病気が良くなってきているという評価につながり前向きな姿勢として表現され、希望へつながっている。
コア観念： I3-32 C：感覚で良さが60%位わかっちゃってるから、もういいやちょっと悪くなってまた上がるからって言う感覚がね	

次節から、3人の協力者のライフストーリーの分析、解釈の結果を順に記す。見出しには、それぞれの自己を象徴する表現を用いた。

3.3 倫理的配慮

協力病院の管理者に、研究計画書を提示し調査の許可を得た。調査協力者の主治医には、インタビュー時に今までの経験を思い起こすことから気分不快等になる場合があることを説明し、その際の個別的な対応と調査協力の可否について確認した。調査協力者には、研究参加の自由意思の尊重、中断や辞退をしても何ら不利益は被らないこと、論文発表時には個人が特定できる表記は行わないことを説明し、協力の同意は署名にて行った。本研究は、帝京大学倫理委員会の承認（帝倫 19 - 254）を得て実施した。

4. 調査協力者とライフストーリー・インタビューの実践

3人の調査協力者を選定した。その属性は表2で示した。倫理的な配慮を行いながら1回60分以内の非構造化インタビューを実施し、デイケアの生活を自由に人生の経験などを語ってもらった。1回目実施後、調査協力者の症状などに問題がなく、インタビューが可能な場合は、2か月毎に、一人につき4回程度の面接を実施した。インタビューの場所は、気兼ねなく話せる個室とした。インタビュー内容は同意を得て録音し、トランスクリプトを作成し、それを分析対象とした。

1回目のインタビューは語りを促すよう緊張感の少ない雰囲気を作ることに努めた。2回目以降は、前回の話の内容について不明な点がある場合には確認した。3回目以降は調査協力者の語り方の特徴と聞き手自身の特徴、聞き手自身の「構え」⁹⁾を反省的に振り返りなが

ら詳細についてインタビューを行った。調査協力者3名の属性は次のとおりである。

表2 調査協力者概要

ケース	年齢(歳)	性別	罹患期間	通算入院期間	退院からの地域での生活期間	生活形態	おもな生活費	インタビュー累計時間数
Aさん	70	男	約40年	8年9か月	5年	独居	資産・年金	297分
Bさん	70	女	約49年	5年6か月	10年	独居	生活保護	261分
Cさん	59	男	約43年	7年10か月	18年	家族と同居	年金	297分

5 規律と責任のある自己

5.1 Aさんのバイオグラフィー¹⁰⁾

1940年代Aさん(70歳代、男性)は、農家を営む両親の元、2人兄弟の長男として生まれた。高校卒業後は実家の農業に携わりながら生活していた。30歳代の時、唐突に一人Z地区へ行ってしまふなど、行方不明となることがあった。その後も奇行により警察へ通報され、その際に暴力をふるったことから強制入院となる。その後も、T地区やZ地区などで入退院を繰り返し、最後にZ地区の精神科病院で8年間の入院生活を送ることとなる。入院形態が強制入院であったため、事前説明なく閉鎖病棟での治療が始まったことから、入院の事実を受け入れるまで時間を要した。

やっと退院が決まり、役所に出す診断書を渡された際に「精神分裂病(現在は、統合失調症)」という診断名を見て、初めて自分の病名を知った。その後のZ地区における単身生活では、「精神分裂病」であることを周囲の人に知られないようにしながら、住まいを借り、病院付属のデイケアへ通っている。生活資金は、主に亡き両親が残してくれた資産で賄われている。資産管理は身内のサポートを受けながら、Aさんが一人で行っている。

5.2 テーマの抽出方法

Aさんに実施した4回のインタビューから抽出されたストーリーは、1回目:24個、2回目:18個、3回目:12個、4回目:36個であり、合計90個あった。テーマごとに区分すると以下のように整理ができる。括弧内は、自尊心が発揮されているストーリー・ナンバーを示す。ここでは9種類のテーマを見出すことができた。[デイケア(1-2、1-3、1-21、2-1、4-2、4-3)] [入院中の話(1-9、2-10)] [毎朝の習慣(2-2、2-4、2-5、2-6、2-7、3-3)] [地域社会での生活(1-6、1-14、1-24、2-14、4-1、4-18)] [就労経験(2-9)] [処方(3-2、3-3)] [資産(1-10、1-15、2-18、3-9、4-11、4-13)] [希望(1-24)] [仲間との存在(3-6、4-16)]。これら9種類のテーマを、Aさんが自分を肯定的に評価している語りとして整理すると、大きく3つのメインテーマにまとめることができた。[生活の中

心であるデイケア] [自分で規則を作ることができる生活] [資産管理についての責任] である。これらは、自尊心の内容を表す社会的資源を示している。

5.3 自尊心が表れたストーリー

(1) [生活の中心であるデイケア]

Aさんは、退院した日から今日までデイケアに通所している。長期入院の経験を持つAさんは、デイケアに週5回、朝9時から夕方6時まで通所しているため、デイケアが生活の中心となる。そのため地域住民との交流は少なく、限られたコミュニティ内で生活を送っていることになる。デイケア中心の生活では、施設症を醸成することが懸念されるが、彼からは以下のような語りがあった。

*：平日のこの部分はナイト〈デイケア〉があるから、お食事昼夕もここで？

A：そうです助かってます。(笑)

(中略)

A：普通の水曜日〈デイケアに来ない日〉でさえ、掃除なんかして暇なんだから、デイケアに来ることになった。最初はうまくいくかなーって、でも来たらうまくいったね。

(中略)

*：デイケアが生活の中心ですか？

A：そうですね。そうなっちゃったね(笑)。

*：デイケアがあるから地域での生活ができてる？

A：そうですね。そうなっちゃったね。(笑)

Aさんは、通所開始以来ほぼ欠席せずに、デイケアを「助かる場」と表現していることから、自らの生活にデイケアが必要不可欠であると評価している。「デイケアが生活の中心ですか」という問いかけに、Aさんは「そうですね。そうなっちゃったね」と、少し照れくさそうに語る。照れくさそうに話すのは、彼が5年前の通所開始時、「最初はうまくいくかなー」と不安を持っていたからである。「来たらうまくいった」とこの数年を振り返ることで、過去の思いとは違う場になった見込み違いに照れているのである。また、「デイがないのがおかしいくらいでね」と述べているように、デイケアへの通所が習慣化されている。デイケアに来る目的を聞くと「いろいろなことを覚えられる」と語り、繰り返し「助かっている」と述べて「こんないいところないですよ」と評価もしている。

このデイケアに対する評価は、どのような点からきているのだろうか。デイケアは居場所という機能をもっているが、基本は治療をする場であり、体操などの治療目的のプログラムを強制されることがある。医療保険の適用には、デイケアに6時間滞在する必要もある。し

かし、長期入院経験者にとっては、デイケアのプログラムは、長期入院時の医療者からの指示という強制とは、根本的に異なっているようだ。「いろいろなことを覚えられる」とは自らスキルを獲得することを意味しており、「何かしていないと怒られる」と言いながらもプログラムの参加を前向きにとらえているのである。

Aさんはデイケアの他メンバーに比べメンバー同士の交流が少なく見える。コミュニケーションを意図的にとっていないのかと思い、「新しい友達ができたらうれしいか」と聞くと、「うーん」と考えたあとで、「〈デイケアでは〉みんなが気を許している場所だから、気が晴れていいから。・・・友達みたいなもんだと思ってるから、そんな気にもしないけど」と応えた。Aさんにとって、みんなが居る場に自分も居ることに満足しており、デイケアを自分の居場所と捉えている。デイケアはメンバー同士が互いに居ることを許容し合う場所なのである。4回目のインタビューでも「ここ〈デイケア〉が頼みの綱ですよ、毎日」と繰り返し語った。

当初、筆者はAさんがデイケアに依存することによる施設症を懸念していた。しかし、興味関心や意欲を失う状態とは裏腹に、デイケア・プログラムを主体的に受け入れ、規則正しく規律を守る自己に満足した日々を送っていた。また、デイケアを、自分を受け入れてくれる場と考え、そこでのコミュニティの温かさを実感していた。デイケアは、Aさんにとって自己の自尊心を満たし維持する場として機能していたのである。

(2) [自分で規則を作ることができる生活]

Aさんは退院後5年が経過している。筆者は、Aさんが地域社会においてすぐに今のような生活ができていたのかを質問した。「・・・そうですね。今が、今がずっといいですね」と明るい笑顔とともに返答が返ってきた。「どのような面においてか」と問うと、彼は「・・・〈地域生活では〉結構規則がないからね。自分で規則を作れるから」と応えた。本来、地域生活では、病院内のような決められた規則はとくにないのだが、日常生活を送るには何らかの規則がある、とAさんは考えているようだ。彼は、毎朝自分で決めた健康管理法を実践することや自分自身の長所短所を振り返るための自己啓発本を繰り返し読むことなど、生活の中の規則を自分なりに作ることに格闘し必死になった。Aさんは、入院中と比較し「今になってやっと、あーいいところにいるなって、助かったなって」としみじみと今の自分の生活を振り返った。退院したあとの地域生活については「どんなもんかなと思って。テレビもそうだな。洗濯機、あの洗濯機にはまいった」など、当時のとまどいぶりを勢いよく話し始めた。「今みたいになったのはまだ1年ぐらいですね」と述べていることから、地域社会の生活に慣れるまでに4年かかったことになる。現在の生活には「ちょっと余裕が出てきたね」「慣れたんだろうなあ」としみじみと過去を振り返りながら語った。彼は、この4年間で、自分自身で生活の規則を作りながら自分なりの規則に則って生活を構築し、それを実践す

ることに満足感や達成感を得ていたのであった。

(3) [資産管理についての責任]

Aさんが「今でも大変なんだ」という語りに、R地区の実家を含めた資産管理のストーリーがあり、1、3、4回目のインタビューで繰り返し語っている。入院中の資産管理は、全面的に親戚などが代行していたが、退院と共にAさんは親戚の助けを借りながら確定申告などの資産管理を始める。筆者は、Aさんが地域生活することに精一杯であると思っていたため、自身で資産管理を行っていることに少なからず驚いた。Aさんは、「自分でやらなきゃいけない・・・税金払わなきゃいけなくなった」と確定申告について自分が責任を持たなければいけないことなど、ここ数年の確定申告作業の大変さを語った。「まあそこ〈資産の田畑〉は、自分の、その一、確定申告をしなきゃいけないのが原動力にもなりますね」と、優しい笑顔のなかにも一点を見つめ責任感を感じさせる表情をしながら、「他に誰もやってくれないからね」と少し困惑しながらも照れくさそうに語った。自分一人でやっているんだという自負に満ちた気持ちがこの照れる表情から感じられた。

Aさんは退院後、こうした資産管理だけではなく、資産を売却し現金を得る経験もしている。その語り方には、自分一人で責任感を持って対応してきた自信が伺える。これまで繰り返し語られていた資産の話は、経済力のある自己というだけでなく、親戚の助力を得たとはいえ、資産を管理、運用する能力をもつ自己についての自尊心の表れにほかならない。

6 精神障害者カテゴリーに収まらない自己

6.1 Bさんのバイオグラフィー

Bさん（70歳代、女性）は、Z地区にて2人姉弟の長女として生まれる。現在もZ地区でアパートを借り、生活保護を受けながら独居生活を送っている。彼女は、19歳の時に幻聴が出現し、救急搬送されて精神科病院へ入院となる。その際、精神分裂病と診断され、それから50年以上治療を続けている。薬物治療で症状コントロールができる状況であったため、休息入院をはさみながら、母親の助けを借りて地域生活を続けている。自らビルの清掃など人と直接かかわることが少ない仕事を選び、約20年間就労してきた。しかし、2010年頃に母親が亡くなったことを契機に、幻聴が再燃し、医師から就労を辞めるよう提案された。Bさんは10年以上診てもらっている信頼の篤い主治医の提案に従ったが、「一生働いていたかった」といくらか後悔の念をいだいている。

6.2 テーマの抽出方法

B さんに実施した4回のインタビューから抽出されたストーリーの数は、1回目：29個、2回目：17個、3回目：21個、4回目：21個であり、合計88個であった。Aさん同様にテーマを類別すると以下のように整理ができる。ここでは8種類のテーマを見出すことができた。[デイケア (1-25、2-2、2-6、3-1、3-3、3-12、3-20、4-16)] [入院中の話 (1-2、1-10)] [就労経験 (1-12、3-21)] [処方 (1-11、4-7)] [主治医との関係性 (4-5、4-6、4-21)] [自治体のサポート (3-17)] [希望 (1-16、2-17)] [仲間の存在 (1-28、2-16、3-14)]。これら8種類のテーマを、Bさんが自分を肯定的に評価する生活の営みを示す語りとして整理すると、[プログラムが充実しているデイケア] [人と接してる時が一番たのしい] である。これらは、Bさんの自尊心を維持する社会的資源の内容を表している。

6.3 自尊心が表れたストーリー

(1) [プログラムが充実しているデイケア]

B：私ははじめいやだなと思ってたんですよ、デイケアを。

*：理由は？

B：・・・理由は自分がやりたいことをできないと初めは思ってたんですよ、読書をしたり映画を見たりね・・・静かに自分の時間を家で過ごしたいなあって思って、その方が充実感があっていいと思っていました。

(中略)

*：〈デイケアは〉プログラムがたくさんあるからいいですか？

B：そうね、プログラムがたくさんあるからよかったと思ってるんです。自分一人で過ごす時間よりは、断然こちらに来てプログラムに参加し、食事もあるからね。夕飯もあるからね。

*：プログラムがたくさんありますが、マンネリ化というか、〈デイケア参加に〉義務的な思いはありますか？

B：感じないですね、全くありません。

Bさんは通所開始時、デイケアについて「自分がやりたいことをできない」と考え、参加を快く思っていなかった。しかし、しだいに「自分一人で過ごす時間よりは、断然こちらに来てプログラムに参加した方が良い」とも考えるように変化し、今は、自分がやりたい読書や映画だけに留まらず、プログラムに参加して活動のレポーターが広がることに満足している。筆者が「デイケアを休むときに連絡をしなければならないことに、見えな

い強制力を感じるか」と問うと、「はい」と同意するものの、「デイがないなんて考えられない」とも即座に答えている。さらに、デイケアを「休んだことはない」と自信のある表情で述べる一方で、週4日の通所は「つらいですね」と体力的には大きな負担を感じているようだ。Bさんは、繰り返し「〈デイがないと〉困っちゃいますねー。だからここは貴重ですよ」「いや、行く場所ってことじゃなくて、日常・日常・いいところですね」とデイケアには肯定的だ。「自分を高めることをやりながら1日1日を大事にしたい」と語る。このように、当初は不本意であったデイケアへの通所に新たな価値を見出し、今日ではデイケアを中心とした生活に満足し、自身の居場所と認識するようになっている。

デイケアを自分の居場所と認めているBさんだが、他のメンバーと比較して施設内での他者との交流が少なく、人間関係が希薄である。「あたしなんてすぐ名前忘れちゃうし、覚えようとはしていません。顔だけ知っていればいいやと思っちゃいますね」「〈話す〉必要はないわね」と、他メンバーとの交流を望んでいない。デイケアは「しゃべらないけど、いい場所」なのである。ところが、Bさんにとってこれまでの人生の喜びを問うと、「人と接していた時が一番たのしい」と言うのである。このいくらか矛盾する応答は、どこから来るのだろうか。

(2) [人と接してる時が一番たのしい]

Bさんは、普段から他メンバーへ話かけることがほとんどなく、寡黙な印象である。

*：病院の生活は今の地域の中での生活と比べると、喜びが少ないですか？

B：働いていた頃、働いていたころは、たのしかったわね。

*：それは役割がある喜びですか？お金が入ってくるたのしさですか？

B：人と接してた時、接してた時が、一番たのしかったわね。

ところが、人と接すること拒んでいるわけでもないようで、過去の一番たのしい経験に「人と接すること」を挙げている。

デイケアの他メンバーへ自分のことを「しゃべる必要はない」と言い、デイケア・メンバーについて話す際には「みんな」と総称して呼んでいる。個人的な付き合いは求めず、固有名詞で呼ぶ相手はほとんどいない。また、彼女には近隣住民との付き合いもない。「近所の人みんな敵」とまで語る。その理由は、次のようなストーリーで語られた。ある時、近隣住民にデイケアの送迎バスを目撃されてしまった。そのことから自分が精神障害者であることが知れわたってしまったと思い込んだのである。Bさんは、デイケアやメンバー近隣住民とのかかわりを最小限とする一方で、働いていた頃のことを問うと、意外にも表情が一変し、明るいう口調で語り始めた。目を大きく見開きながら、「人と接して

た時、接してた時が、一番たのしかったわね」と力強く語る。デイケア・メンバーや近隣住民との付き合いを避けているのに、なぜ「ひと」と接することをたのしいと語るのだろうか。

彼女は、たった一人学生時代からの友人がいる。その友人は、病気を含め B さんのすべてを知っているが、疾患への偏見はなく数十年間友人として関係を続けている。B さんは「昔は手紙を書いたりしたけど、今はそんな時間もないし、会いたくなって思っているんですけど」と素直に友人に会えない寂しさを表現する。友人から必要とされているとも感じている。友人を語る表情はとても穏やかで、その友人との絆の深さが表情から伝わってくる。疾患への偏見がないデイケア・スタッフや古くからの友人、また個人情報を明かさずにすむボランティア活動では、B さんは積極的に他者とかがわっている。他者との交流を「いいですよ!」と、はつらつとした表情で語り、ボランティア活動を休日のたのしみとまで述べる。

以上の語りから、B さんが、デイケア・メンバーや近隣住民とのかかわりを最小限としているのは、自己が精神障害者カテゴリーに同定される機会を回避したいと考えているからではないのだろうか。アイデンティティは、他者の認知と自己の認知が一致するときに安定する。B さんは自己を精神障害者とは認知しているのだけど、そのカテゴリーに自己を同定したくないために、デイケア・メンバーや近隣住民のような他者によって否応なく精神障害者としての認知を迫る人との交流は避けたいと考えているようである。これは社会やコミュニティに精神障害者に対する偏見があることを B さん自身が熟知しており、その偏見を回避しようとする彼女なりの抵抗なのである。B さんが精神障害者カテゴリーに自己を同定する必要のない場合、すなわち、偏見のない他者や自己開示の必要のない他者とのかかわりは積極的に求めているのである。インタビューからは、B さんが精神障害者カテゴリーだけに同定されることのない他者として「主治医」や「友人」「元就労先の人びと」などが挙げられる。彼女は、精神障害者カテゴリーに同定されない自己を日々希求し、「ひと」を選びながら自尊心を維持しているのである。

7. 未来を希求する自己

7.1 C さんのバイオグラフィー

1960 年代 C さん (50 歳代、男性) は、A 地区にて 3 人姉弟の長男として生まれ、姉と弟がいる。現在は、90 歳代の母親と、同病の姉の 3 人で暮らしている。

C さんは 16 歳頃、徐々に日常生活行動にこだわりを見せ始め、思考や動作の一つ一つに疑問を持ち始め、考え出すとそこから先の行動へスムーズに移れないという状況が続いた。同時期から「〈自分の〉脳が崩れ、口まで〈脳が〉垂れてくる」という特有の体感幻覚に襲われ始め、会話を続けられなくなったりした。しかし、このことを誰にも相談できなかった。

なぜなら、自分自身が精神疾患への偏見を持っていたため誰にも知られてはいけないと思ったからである。当時は精神疾患への偏見が強い時代であり、一度精神疾患であると診断されたら鉄格子がついた精神科病院の中で一生を暮らしていかなければならないという偏見が社会通念となっている時代であった。Cさんは、発症したことに自責の念を抱きながら一人で病院を探したが、「精神科の門を跨いだら精神障害者になってしまう」と自身の偏見に打ち勝てず、その後2年間受診をせずに過ごした。

18歳の時に症状が悪化し、初めて精神科病院へ入院し、病名も告げられずに処方された薬を言われるがままに服薬する生活が続いた。退院後、薬が合わないと感じ自己中断し、祖母の勧めで宗教へ入信する。それ以降、日々教会へ通い修業という名の訓練を積む中で病状が度々悪化し、入院を繰り返す状況が続いた。20歳代の時に、宗教仲間からの紹介でA病院への通院が始まる。それまでとは異なり強制的な作業療法もなく、信頼できる主治医と出会うことができた。高齢の母親に一日も早く病気の完治を報告したい一心で、今も治療に専念し続けている。

7.2 テーマの抽出方法

Cさんに実施した4回のインタビューから抽出されたストーリーの数は、1回目:22個、2回目:16個、3回目:18個、4回目:38個であり、合計94個であった。Aさん同様にテーマを類別すると、以下のように整理できる。ここでは7種類のテーマを見出すことができた。[デイケア (1-17、1-19、1-20、1-21、2-4、2-6、2-7)] [入院中の話 (1-13、1-16、2-15)] [主治医との関係性 (1-14、2-8、3-4)] [症状 (3-1、3-2、3-6)] [家族について (2-12、3-17)] [希望 (2-14、3-1、3-2、3-3、3-6)] [仲間の存在 (2-2、2-3、2-5、2-9、2-10、2-11)]。これら7種類のテーマをCさんが自己を肯定し、自尊心を維持するための生活の営みを示す語りとして整理すると、[寄りかけられる場としてのデイケア][世間から逃げたい][主治医の言葉と母の存在から生まれる希望]である。これらは、自尊心の社会的資源の内容を物語る。

7.3 自尊心が表れたストーリー

(1) [寄りかけられる場所としてのデイケア]

デイケアが、医療保険の対象として認められたのは1974年である。Cさんは、30年以上デイケアに参加していることもあり、デイケアの歴史的変遷をみてきたといっても過言ではない。彼はデイケアをどのように捉えているのだろうか。

C：いや、〈昔は〉でもつらくてデイも休んでばかりでしたよ。つらいから。でもはじめは何か食べに行くところでしたよ、昔のデイケアは、それだからね、ちょっと…いやになりましたね。嫌になったというか、来るのが億劫でしたから。

Cさんは通所当初、デイケアはご飯を食べに来るところという認識であった。そのため、「来るのが億劫」と話しており、しかたなく通所している様子が伺えた。しかし、現在のデイケアに来る意味を問うと、「時間つぶしですね。良くなるための時間つぶし。あとは他の苦しんでる人に話したり話を聞いてもらったり、(中略) スタッフに大丈夫だからねって言ってもらったり、先生がいたりするからですね。寄っかかるところがあるっていうね」と話す。そして、安心できる場であることを全面的に肯定し、「そうです、だから来れるんですよ!」「〈デイケアがなかったら〉困りますよ!」「ぼやけるから(中略)、吐き出せるから」と勢いよく応えている。このように、デイケアに自分が支えてもらっているという強い思いから通所を継続しているのである。Cさんは、全ての行動において体感幻覚の症状が付きまとうため「〈自分の病気の苦しさを〉わかってくれよ」という強い思いを持っている。こんな苦しい思いをしながらも耐え抜いている自己への共感を希求し、「わかってもらえるとその分らくになる」と、共感してくれる家族や友人の存在に救われていると語る。

(2) [世間から逃げたい]

Cさんにとって精神病院に入院することは、「世間よりはまし」な場所へ逃れてきたという避難的な感覚である。

*：年々歳とともにひどくなっているというよりは、〈病状が〉良くなってるわけですよね？

C：そうです、この3年間ははっきりわかりますね。でも今はつらいんですけどね。

(中略)

*：じゃあ病院へ行くと無理やり何かされてしまうからいやだということは全くない？

C：いや入院していいことはないけど、世間よりはまし。悔しいことがいっぱいあるわけですよ・・・治んなくて治んなくて。

Cさんにとって病院が「世間よりはまし」なのは、世間では精神障害者への偏見があり、行動にも制約があるから、という意味ではない。「世間から逃げたいから、そういう時に入院して。こっち〈精神科病院〉にきたら良くなるかそういうんじゃないで、世間から逃げたかったから入院したんですよ」と語る。4回目のインタビューでも「世間の人を見ると羨ましい。こんなつらい思いをしていないだろうなって。(中略) だから、世間から逃げたいから休息入院しようってなった」と繰り返している。これはCさん自身が病気である自分

とそうではない世間の人を比較して、世間の健常者を羨ましいと思ひ劣等感にさいなまれていることを意味する。彼にとって、病院は治療の場と言うより避難所なのである。「精神科病院だと〈世間への羨ましが〉みえにくいか」と続けて問うと、「やっぱり、患者同士、患者の世界というのがありますよね」と応える。同じ条件を持つ者においては自分が劣っていると感ずることが少ない。ところが、入院してしばらく経って冷静さを取り戻してくると、「〈患者同士の世界に〉混じりたくないな」という気持ちが湧いてくるとも言う。同じ条件を持つ患者同士の中でも C さんは「〈体感幻覚さえなければ〉もっとできるのに」という悔しい思いをもっている。同じ患者であっても他者と比較して自分を優位におきたい気持ちがあり、それは彼なりの自尊心の表れでもある。

(3) [主治医の言葉と母の存在から生まれる希望]

これまでの人生で C さんの一番の心の支えになったのは母親の存在であった。「もうだめだから俺どうやって生きていこうとか、そういうことばかり言ってて。でも俺と一緒に闘ってきてくれたのはおふくろですから」と述べるように、彼のつらい気持ちを無条件に理解してくれた母親への感謝の気持ちは測りしれない。「おふくろの死に間に合うように治りたい」という語りは、一日も早く完治したことを母に報告したいという強い願いの現れでもあった。

そうした「治りたい」という気持ちを支えているのが、デイケア・スタッフや主治医の存在であった。主治医に対しては、「前の主治医だったら〈いまの強い気持ちを〉持てなかったと思うんで。今の R 先生〈主治医〉ほんと最高ですよ、神ですよ」と述べ、「やっぱり大丈夫ってまた回復してくるからと何度も何度も言ってくれますよ」「言葉に救われますね」と主治医の言葉に支えられていると話す。C さんは、長いこと服薬を続けてきたがあまり効果が得られなかったと焦りを感じていた時期もあった。しかし、現在の治療法と出会い、今までで一番良いと評価している。将来はきっと良くなるという思いが、今の治療に専念する自己への肯定感を強くしている。

8. 考察

前節に整理した 3 人のライフストーリーのテーマを集約すると、大きく次の 3 つが自尊心維持の社会的資源となっていることがわかる。1 つ目は、デイケアが自尊心を醸成する場を提供していることである。2 つ目は、統合失調症の人びとが社会からの影響に抗って自分なりの自尊心を維持していることである。3 つ目は、将来は良くなるという未来への希望をもって現在の自己としての自尊心を維持していることである。

8.1 デイケアという社会的資源

筆者は、当初長期入院の経験を有する彼らがデイケアという地域社会から隔たれた場に依存し、地域生活においても施設症化された生活になっているのではないかと懸念していた。しかし、その懸念はきれいに払拭された。デイケアに通所することに「かれら」一人ひとりが意味づけをし、それに基づいて主体的で自律的な生活が営まれていた。Aさんはデイケアを「気が許せる場所」「こんないいところはない」と述べ、デイケアに来ることで得られる安心感を基盤に、自尊心を維持できる生活を構築していた。Bさんは「デイがないなんて考えられない」と述べ、デイケアを「休んだことはない」と自信満々に語り、主体的にデイケアを居場所としていた。北岡美世香は、デイケアの「居場所」について、新しい何かを生成できる可能性を内包した未分化な余白と表現している(北岡 2013: 10)。Bさんは、自分1人で過ごす時間より、自分の活動のレパートリーを広げることに満足していた。デイケアを、Aさんは「色々なことを覚えられる」場、Bさんは「自分を高められる」場と位置づけていた。Cさんは、デイケアを自分の病気の苦しさをわかってくれる「寄りかかれる場所」と語り、自身を支えてくれる資源として、病院やデイケアという場をはじめ、主治医やデイケア・スタッフ等の有資格者とのコミュニケーションによって自尊心を維持していた。これらより、デイケアは自己決定が不要で施設症化する危険性を孕む施設ではないことがわかる。「かれら」は、自分なりの日常を作り出すためにデイケアを活用し、受け身ではない自律的な生活を営んでいた。デイケアは治療の場であるとともに自らが主体的に自尊心を発揮し維持できる場として機能しているのである。ここから示唆されるのは、支援者は、デイケアという画一的な場においても、「かれら」一人ひとりの行動に関心をもち、「かれら」がどのようなことに固有の意味を見だし、どのように評価しているのかを見極めながら支援をすることが求められるということである。

8.2. 社会の偏見に抗って

Bさんは、デイケアを自分の“日常”と述べ、治療にも意欲的で服薬もしっかりと行っており、デイケアへの受け入れには問題がないと周囲は捉えていた。しかし、今回のライフストーリー・インタビューからBさんの自尊心が自分を精神障害者と同定することなくかわられる「ひと」を選ぶことで表現されていた。Bさんは、デイケア・メンバーや入院中の患者、近所の人を「みんな」と総称する一方、主治医や古くからの友人、デイケア・スタッフなど、個人としての自分を知っていて自分を精神障害者カテゴリーに位置づけることのない人は「ひと」と呼んで、言語表現でも区別していた。だから、Bさんが「みんな、そんな思いしてないのかなあ？いつもみんな近所の人を敵。みんな敵、だから自分は自分で行こうと思って気にしてないのよ」と述べる時、その「みんな」は、自分を精神障害者カテゴリーに同

定する社会や世間の総称なのである。

Cさんは「世間から逃げたい」と語っていた。彼が発症した1970年代は、精神障害者への偏見が強められ固定化されていた時代であり、いったん入院した精神障害者の社会復帰は極めて困難となり、精神科病院は長期在院患者で溢れ返ったとされている（仙波1977：10）。そのような時代背景の中、Cさんも同じく「精神科の病院の門をくぐったら一生鉄格子のなかで暮らす」という精神障害者への偏見をもちながら生活したのであった。しかしながら、それでも精神科病院が「世間よりはまし」な場所として映ったのは、もちろん、社会に流通する偏見や差別意識にさらされていたからにはほかならないが、なによりも精神障害をもつ〈現在の自己〉に耐えられなかったからではないだろうか。それはセルフ・スティグマと呼ばれるものだが、「病気がなければもっとできるのに」と繰り返し語るように、社会的な偏見や差別に起因するというより、病気になっていない〈理想の自己〉との比較で〈現在の自己〉を評価していることからきている。病院が避難場所になるのは、日常的にこうした比較と評価にさらされないからである。しかも、病院内では同じ患者同士の比較において優位性を確認することができたのであり、そこで彼は自尊心を維持することも可能だったのである。Cさんのこうした自尊心は、デイケアに通所するようになってどのように維持されたのかは、8.3でふれる。

ここでは、BさんもCさんも社会の偏見や差別意識を敏感に感じとり、それに抗うことで自尊心を維持していたことに注意を向ける必要がある。精神障害者カテゴリーに同定されないように、Bさんは他者を選択してつきあう戦略をとり、Cさんは〈理想の自己〉を構築することによって、自尊心を辛うじて保持しようとしたのである。

こうした自尊心維持のメカニズムを考えると、同じ障害をもつ他者と交流を避けたり〈現在の自己〉を否定するような問題含みの行為は、決して「かれら」の個人的な問題で完結するものではなく、社会的な問題と深く関連していることを理解することが、支援には重要な視点となると思われる。

8.3 未来への希求

前述したように、Cさんは自身が障害者であると理解している一方、自分より症状が悪い人たちと比較し、相対性優位性を得ることから満足感を得ていた。他者との比較から得られる彼の自尊心は、“病気がなかったらもっとできる自己”という〈理想の自己〉を基盤にしていたが、同時に“病気が治った”〈未来の自己〉を希求するものでもあった。「おふくろの死に間に合うように治りたい」と完治への強い願いをもち、「回復するから」という主治医の言葉に「救い」を見いだしている。A. Frankは、回復の語りは病によって混乱されない未来を描き出すことを可能にすると述べて、病気で混乱している〈現在の自己〉を直視して“病気を持つ自己が永遠に続く”という絶望よりも、自分に合う健康のイメージやそれを達成す

る希望やニーズを自分なりに描き出すことの必要性を指摘している (Frank 2002 : 133)。C さんもまた完治した〈未来の自己〉を描くことで、自己の価値を認めているのである。

A さんは、自分で決めた規則を日々継続し達成していくことにより、“よい調子が続く自己”を希求していた。B さんにおいても“自分を高め続けられる自己”という目標のもとでデイケアに通い続けていた。これらはいずれも〈未来の自己〉を目標にしたものである。〈未来の自己〉を達成するには、主治医をはじめデイケア・スタッフや家族、友人などの社会的資源が必要であることも確認できた。支援には、支援者が描く未来ではなく「かれら」自身がどのような〈未来の自己〉を思い描いているのかにも注意を払う必要があるのだろう。

9. 結語

自尊心には、他者との比較で自分が優位であると自信を得るものもあれば、他者から求められる有用性ではなく、自分で「これでよい」とした価値で決められるものの2つの意味がある。注意したいのは、肯定的かつ積極的な語りだけが自尊心を表現するわけではなく、一見積極的に語られないことも、他者との相対的な評価によって、辛うじて自己の自尊心となっているものがあるということである。自尊心は、自己の生活史の中で培われたものを背景に形成されているため、その人の価値評価に着目したうえで、その人の経験や出来事の意味付けを確認しながら支援を行う必要がある。統合失調症の人びとは、偏見や差別意識などの社会的な影響を受けながらも、社会的資源に支えられながら自主性を保ち、自律性を持って生活を営んでいた。よって、支援者は、まず自分の先入観や既存の支援の方策といった“構え”を自覚したうえで、統合失調症の人びとが維持している自尊心を尊重しながら、「かれら」の問題行動がかならずしも個人だけの問題に帰されるものではないことをふまえる必要がある。そのうえで社会やコミュニティのあり方に注意を向け、何が「かれら」にとって資源となりうるかを見定めていくことが重要であろう。

[注]

- 1) 施設症とは、長期に入院生活を送る患者が、拘束的な環境に慣れると、関心や意欲を失い、病院への入院を望み、退院にも消極的になる状態を指す (出口ら 2004 : 154)。
- 2) 陰性症状とは、意欲や気力の低下、喜怒哀楽の低下、思考能力の低下、ひきこもった状態、無関心などの、目立ちにくい症状のことである。
- 3) 医学モデルの主体は、援助者である。責任者は、健康管理をする側にあり、規則正しい生活の援助が目的とされている。関係性は、治療と援助関係であり、教育的・訓練的なかわりが主となる。問題点は個人の病理のみが重視され、環境因子への視点が低いことである。

- 4) 精神科デイケアとは、精神科に併設されている日帰りのリハビリテーションである。患者が社会機能回復を目的に外来治療の一環として日中の一定時間に通所し、文化活動や運動など様々な活動を行う。
- 5) 日本と諸外国における統合失調症者の自尊心に関する研究動向を調べた。データベースに医中誌 Web と PubMed を用い、キーワードに“self-esteem”または“schizophrenia”を含む文献とし検索期間 2004 年-2019 年を対象とした。対象となった国内論文 185 編のうち、自尊心の内容を明らかにしていた文献は 12 編であり、そのうち量的研究は 9 編であった。また、同じく海外論文においては 314 編のうち、自尊心についての記載がある文献は 98 編であり、そのうち量的研究は 96 編であった。その結果、日本と諸外国における本研究の対象となった文献全体の 98%が量的研究であることが明らかとなった。
- 6) 社会的資源とは、ニーズを充足するために用いられる、有形無形の資源である。制度、期間、人材、資金、技術、知識等の総称である。
- 7) コア観念とは、語り手のストーリーのコアとなる観念である。コア観念は、トランスクリプトにおけるそれぞれのストーリーの見出しや語り全体の要約的な表現といえ、シンボリックなフレーズである。
- 8) 解釈カテゴリーとは、自己と社会（家庭、コミュニティ、全体社会）のあいだの同一化、受容、妥協、あるいは反抗、拒絶、排除などを表している。また聞き手は、語りの「形式的標識」を手がかりにして、語り手の過去にたどった生活史経験を解釈するのが一般的だ。そして、年齢（世代）、ジェンダー、職業、階層、エスニシティなど自己と周りの世界の非対称な関係を表象するものである。
- 9) 「構え」とは、ライフストーリー・インタビューにおける、聞き手である調査者の先入観やあらかじめ持っている枠組みを指す（桜井 2012：119）。
- 10) バイオグラフィーとは、個人の生涯の事績を中心に記録したものである。

[文献]

- 浅野弘毅, 2015『精神科デイケア学－治療の構造とケア方法－』双文社：177.
- Cella, M., Swan, S., Medin, E., Reeder, C., & Wykes, T., 2014 “Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem” *Psychological Medicine*. Feb; 44(3): 469–476.
- Collett, Nicola., Pugh, Katherine., Waite, Felicity., & Freeman, Daniel., 2016 “Negative Cognitions About the Self in Patients With Persecutory Delusions: An Empirical Study of Self-Compassion, Self-Stigma, Schematic Beliefs, Self-Esteem, Fear of Madness, and Suicidal Ideation” *Psychiatry Research*, Vol. 239, 30, 79-84.
- 出口禎子・松本桂子・鷹野朋実, 2004『ナーシンググラフィカ精神看護学② 精神障害と看

- 護の実践』,メディカ出版、154-193.
- Frank, W, Athur., 2002 『傷ついた物語の語り手-身体・病い・倫理』(鈴木智之訳) ゆるみ出版.
- 古屋隆太, 2015 『精神科病院脱施設化論』 批評社, 123.
- Horselenberg, E, M., van Busschbach, J., Jooske, T., Aleman, Andre., & Pijnenborg, G, H., 2016. "Self-Stigma and Its Relationship with Victimization, Psychotic Symptoms and Self-Esteem among People with Schizophrenia Spectrum Disorders", *PLoSOne*, 11 (10), 1-13. (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149763> 2019年6月8日閲覧)
- 池上知子, 2014 「差別・偏見研究の変遷と新たな展開 - 悲観論から楽観論へ - 」 *The Annual Report of Educational Psychology in Japan*, vol.53, 133-146.
- 猪俣好正, 1985 『慢性分裂病と施設症』 遠藤康編 『慢性分裂病と病院医療』 悠久書房, 44-68.
- ジェームス, W., 1959 『心理学上巻』 (今田恵訳) 岩波文庫.
- Kesting, Marie-Luise., Mehla, b, Stephanie., Rief, Winfried., Lindenmeyer, Johannes., & Lincoln, Tania, M., 2010 "When paranoia fails to enhance self-esteem: Explicit and implicit self-esteem and its discrepancy in patients with persecutory delusions compared to depressed and healthy controls", *Psychiatry Research* 186, 197-202.
- Kim, Eun, Young., & Jang, Mi, Heui., 2019 "The Mediating Effects of Self-Esteem and Resilience on the Relationship Between Internalized Stigma and Quality of Life in People with Schizophrenia" Research Article, Vol 13, ISSUE 4, P257-263.
- 北岡美世香, 2013 「居場所としての精神科デイケアの治療的意味」 *デイケア実践研究*, 17 (1), 3-11.
- 厚生労働省, 2009 「第18回今後の精神保健医療福祉の在り方等に関する検討会資料 1.精神科デイ・ケア等について」
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7b_0001.pdf (2020年3月20日閲覧)
- 厚生労働省, 2017 「平成29年(2017)患者調査概要」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf#search> 2019. (2019年7月1日閲覧)
- 厚生労働省, 2018 「病院報告関連資料：平成30年9月分概数」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m18/09.html> (2019年11月6日閲覧)
- 國方弘子・中嶋和夫, 2006 「統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係, 日本看護研究学会雑誌, vol29(1): 67-71.
- 國方弘子・茅原路代・大森和子, 2006 「デイケアや作業所に通所する統合失調症患者の生活

- への思いとその影響要因」 A Qualitative Study, 37-44.
- 國方弘子・本田圭子, 2009「病気体験を社会に語る精神障害者彼らグループの自己概念」日本看護研究学会雑誌, vol.32, (2) : 45-53.
- Kunikata,H.,Mino,Y.,Nakajima,K.,2005“Quality of life of schizophrenic patients living in the community: the relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem.” *Psychiatry Clin Neurosci.* Apr;59(2):163-9.
- Lien,Y,J.,Chang,H,A., Kao, Y,C., Tzeng, N,S,. & Lu ,C.W. et al.,2018“Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 176–185.
- ポープ,W.,ミッキーヘイル,S,M.,クレイグヘッド,W,E.,1992『自尊心の発達と認知行動療法ー子どもの自信・自立・自主性をたかめるー』（高山巖監訳）岩崎学術出版社.
- Rosenberg,M.,1965“Society and the adolescent self image” *Princeton University Press*, Princeton NJ : 326.
- Rosenberg,M., “SELF-ESTEEM:WHAT IS THIS?”
(<http://www.bsos.umd.edu.socy/Reserch/rosenberg.htm>.2019年2月8日閲覧)
- 神宝貴子・國方弘子, 2008「デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が自己の生き方に折り合いをつけるプロセス」日本看護研究学会雑誌 Vol. 31 (5) : 71-78.
- 桜井厚, 2002『インタビューの社会学 ライフストーリーの聞き方』せりか書房.
- 桜井厚, 2012『ライフストーリー論』弘文堂.
- 桜井厚, 2005『ライフストーリー・インタビュー質的研究入門』せりか書房.
- 仙波恒雄・矢野徹, 1977『精神病院その医療の現状と限界』星和書店.
- トリー,E,2013『統合失調症がよくわかる本』（南光進一郎、中井和代訳）日本評論社,3-26.
- 高田利武, 2011『新版他社と比べる自分-社会的比較の心理学』サイエンス社、14-19.
- 田中美恵子, 2002a「精神障害・当事者のライフヒストリーとその解釈（第1部）ー地域生活を可能とした要因および個人における歴史と病いとの関係ー, 東京女子医科大学看護学部紀要, vol.5, 1-15.
- 田中美恵子, 2002b「精神障害・当事者のライフヒストリーとその解釈（第2部）ー病いの意味: 自立と自己の存在の意味を求めての闘いー, 東京女子医科大学看護学部紀要, vol.5, 17-26.
- Wing,J,K.,Brown,G,W.,1970“Institutionalism and Schizophrenia comparative study of three mental hospital 1960-1968” *Cambridge University Press,London* : 38.

※本稿は、日本看護系私立大学協会若手研究助成を受けて研究した。

(いとう・ふみこ 帝京大学医療技術学部看護学科講師)