

論文

精神科病院長期入院者の退院に至る変化に関する研究

— 精神科病院長期入院者が退院支援者からの働きかけによって 退院していくプロセス —

杉原 努

1. 研究背景と問題関心

1) 研究背景

2013年のOECD統計を参考に人口10万人当たりの精神科病床数を比較すると、日本は世界に類をみない多くの精神科病床が存在¹⁾している。このことが脱施設化や長期入院者対策の課題になっており、長期入院者の中には社会資源や受け入れ条件が整わないため精神科病院に入院し続けている人々が7万名以上²⁾いるといわれている。社会資源や受け入れ条件を整えていない、あるいは、地域生活の可能性が追求されていない状況にあるのである。

このような精神科病院長期入院者を対象にした退院支援の事業は、厚生労働省によって2003年度から実施された「退院促進支援事業(モデル事業)」にはじまり³⁾、2010年度から「地域移行・地域定着支援事業」として実施されている。この事業は精神保健福祉に従事する専門職によって取り組まれており、内閣府による2012年6月の「行政事業レビュー」⁴⁾において実績が報告されている。

長期入院者への制度的な退院支援は、2012年度からは地域移行支援事業及び地域定着支援事業として、障害者総合支援法による給付対象になっている。その支援を受けながら退院し、地域生活を継続させている人もある。また、ピアサポーターの活躍も地域別には見受けられそ

のことに関する報告や研究⁵⁾もある。ピアサポーターが入院者に自分の体験を語ることは、入院者の不安を和らげ気持ちを退院に向けやすいため、独自の機能と役割があると考えられる。ピアサポーターによる関わりの特徴については日本精神保健福祉士協会(2008)が、精神科病院の入院体験のあるピアが声をかけるので安心感が持てるとか、共感を得やすく相談がしやすいことなどの結果を調査によって明らかにしている。

長期入院から地域生活へと退院の取り組みは進められており、実績報告があったりピアサポーターによる効果がわずかながら示されたりしてきている。だが、多くは支援する側からの報告や指摘であり、退院した当事者の断片的な語りはあるものの、彼らのまとまった語りについて分析した報告はない。

2) 問題関心

精神科病院に入院中は治療が中心になるために、長期入院者はどのような心情を持っているかとか、ニーズや希望は何かなど心理的社会的な情報は多くない。数年間から数十年間にわたって入院していた人は、生活の日常性の中断や社会関係の喪失などが生じている。そのため、退院にあたり住居探し、一人での日常生活、日中の過ごし方、就労などに諸課題が生じている。また、彼らが退院して地域で生活するにしても、

幻聴などの精神症状への対処方法に不安を感じて退院に踏み切れない人もある。

さらに、住居の確保や生活する資金をはじめ生活手段を持たず、交通機関の使用法や近所との関わり方など社会生活感覚も乏しいことが多い。そのことから、退院に強い不安を抱いている。このような状況は、文化、生活習慣、言語の異なる外国でいきなり生活しなければならないことにたとえられるような困難な感覚だといわれている。

つまり、長期入院者は「退院を諦める」とか「将来を諦める」⁶⁾ という気持ちにさせられてしまい、退院し地域で生活するという思いになれない。たとえ精神科医療に関連する専門職が退院のアプローチを実施しても、ある50代の入院者が「この年になってからでは遅い」と躊躇してしまう現状もあった。

長期入院者が退院しようと思うまでには、変化があり退院に至るプロセスがある。専門職やピアサポーターによる退院支援があったとしても、入院者が退院しようという気持ちになるまでにさまざまな不安があり、躊躇、葛藤、思い直しという変化があると考えられる。それは「長期入院者がかかえる世間との間のみえない壁」(朝本哲夫 2003:29)の前に佇み、今後の行き先を思案している姿なのである。退院を諦めるのではなく、躊躇したり思い直したりする変化は貴重な体験である。

しかし、現実にはその詳細が十分に明らかにされていない。千葉進一ら(2009)は、長期入院患者の退院支援に関する先行研究において、退院阻害因子や社会復帰への支援に関する報告などがあるものの、「退院支援に対する患者の思いを調査した報告はみられない」としている。

また、ピアによる関わりはなぜ安心感が持てるのか、なぜ共感を得やすかったり相談しやすかったりするのかについても詳細な研究が乏

しい。それは今のところ、入院経験のあるピアによる関わりだからという観念的なレベルで留まっているのではないかという疑問がある。さらに、岩上洋一(2012)は自らが実施した退院支援にかかるある事例について、入院経験のある者同士の影響を紹介程度に触れている⁷⁾。これは貴重な例だが、入院者同士の影響に関する論述ではない。たとえ、退院する人にとってピアや入院者同士が関わることで安心感が持て共感を得やすかったのだとしても、その詳細や効果にかかる研究は乏しいのが現状である。

そもそも長期入院者は、精神症状の治療のために、あるいは地域の受け入れ条件が整わなかったために入院している。退院に至るプロセスには各分野の専門職が関わったり、現象としては少ないもののピアサポーターが関わったりしている。そのような中で、長期入院者に焦点を当て、入院中の思いや退院に向かう気持ちについての語りは、精神障害者の生きざまや長期入院者の人としての変化を示すものである。このような質的研究は、これまでは乏しかった領域である。

退院に至る変化が明らかになるということは、尊厳ある一人の人としての長期入院者が入院中に何を体験し、退院に至るまでの不安、躊躇、葛藤、思い直しが明らかになることである。これらから、長期入院が人にもたらす影響が明らかになり、人の尊厳を尊重する精神科病院への入院のあり方を示唆するものとなる。また、支援する立場から考えると、入院者の体験や心情を理解するうえで貴重な資料となり、今後の退院支援の重要事項を示すことにもなる。

2. 研究目的と意義

研究目的は、専門職やピアサポーターが行う退院支援によって、退院していく人に生じる変

化と退院のプロセスを、インタビュー調査を通して明らかにすることである。何かを思い、考え、必要なことを取り組み退院する人の語りの分析は貴重であり、変化と退院のプロセスを明らかにすることによって新たな退院支援の観点や知見を発見できる。

今まで明らかにされていなかったことを明らかにすることによって、「地域移行・地域定着支援事業」や普段の退院支援の実践に、入院者の変化に関する新しい情報を提供できる。

3. 研究方法及び分析方法

本稿は、「精神科病院長期入院者の退院に至る変化に関する研究」の一部として実施した。つまり、本稿で述べているのは、副題にある「精神科病院長期入院者が、退院支援者からの働きかけによって退院していくプロセス」(分析テーマ)に関する論考である。その中でも、インタビューに関する結果と考察をまとめたという内容であり、各カテゴリーに関する詳細については別の論考としてまとめていく予定である。それを前提にして研究方法および分析方法を述べる。

1) 調査方法

次に示す機関や障害福祉サービス事業所の利用者に、半構造化インタビューを実施する。次の機関や事業所から、研究の趣旨を理解しインタビューに答える意思を表明した3～4名を選考し、全体で15～16名を対象に実施する。インタビューの対象者は、退院支援事業や地域移行支援事業において、精神保健福祉士や医療関係者による退院への働きかけがあった人たちである。

各事業所の精神保健福祉士から該当する対象者を選考し、協力を打診し、了解を得られた

人たちを紹介していただいた。筆者がそれぞれの事業所あるいは対象者の自宅に向き、調査の趣旨や倫理的配慮について説明し同意書を得た。なお、インタビュー時間は一人当たり1時間程度である。

選考した機関や事業所は従前から退院支援および地域移行支援を積極的に取り組み多くの実績があり、本研究の対象者選択において適切な方を紹介していただいた。また、地域としても東京都、大阪府、京都府、岡山県、沖縄県と広く多義にわたっており一か所に集中するという偏りがない。これらのことから、対象者の選択においては信頼し妥当であると考えている。また、M-GTAによる分析については、M-GTA研究会西日本のスーパーバイザーの指導を受けており、分析結果として信頼でき妥当であると考えている。

- ①吹田市 A 地域活動支援センター
- ②三鷹市 B 工房
- ③茨木市 C 地域活動支援センター
- ④宇治市 D 病院
- ⑤京都市 E 地域生活支援センター
- ⑥岡山市 F 福祉会
- ⑦うるま市 G 病院

なお、今回のインタビュー調査については、普段の退院支援と地域移行・地域定着支援を分けずに対象者を選考する。障害者総合支援法による制度（地域移行支援事業、地域定着支援事業）を活用しているかどうかの違いはあるが、両者の退院に向けての方法論に大きな相違はないからである。また、退院に向けて支援する人とは、精神保健福祉士などの専門職やピアサポーターが考えられるが、両者ともに支援者として対等に考えることにする。どちらの影響を強く受けたかなどよりも、むしろ両者による相

相互作用が影響していると考えの方が現実的であり、そういう理由によって差異を明確にできないからである。

さらに、ここでいう長期入院とは、おおむね2年間以上の入院を指す。交通機関、公共機関、その他生活方法などにおける変化の早い現代において、精神科病院に2年間も入院していたら社会生活能力が損失されると考える。その状況におかれた入院者は、退院や地域生活に対するさまざまな課題を持つようになると考えるからである。調査期間は2014年5月から2014年9月であり、この間に上記の7か所においてインタビューを実施した。

2) 分析方法

インタビューは逐次記録に掘り起こし、M-GTA (Modified Grounded Theory Approach、以下、M-GTA と略す) によって分析する。M-GTA は、ある状況や経過に生じている変化やプロセスに関する分析および説明に適した分析方法である。つまり、「社会的相互作用に関係し人間行動の説明と予測に優れた理論である」(木下2006:89)といわれており、データを分析する際に発言内容を切片化するのではなく、文脈の重要性を重視する方法である。

この方法を使用することによって本研究では、入院に至った経過、長期入院者の入院中の心情、それを生じさせた要因や環境、退院支援に対する受け止め方、具体的な支援内容、退院までの変化やプロセス、退院後の生活などについて、彼らの語りを通して分析できるのである。つまり、「人間と人間の複雑な相互作用がプロセスとして進行するわけであるから、その全体の流れを読み取ることが重要」(木下2006:158)だと考えるからである。

本研究のために得たインタビューデータが膨大なために、上記に説明した全てについて詳細は

述べられない。その意味では概要のみになるが、M-GTAではデータを分析することにより概念、カテゴリー、コアカテゴリーに関するコーディングの一覧を作成する。また、概念やカテゴリーに関する影響の方向や変化などを示した結果図を作成する。これらによって視覚的にも理解し易い結果を示すことができる。

実際の分析手順は次のとおりである。まず、インタビューした数名の語りを読み重要だと思われる文脈をピックアップし、それに含まれている体験や意味性について分析していく。同様の体験や意味性を示す語りは複数のインタビュー対象者から得られるので、それらをバリエーション(例示)としてすべてまとめていく。次に、バリエーションが示す体験内容や意味性について、一言で表現できる概念を導き出す。併せてその概念を説明する定義を考える。

導き出した複数の概念は、同様の意味性があればそれを集約し一つのサブカテゴリーとして名称を付けていく。そして、いくつかのサブカテゴリーの関係性を検討したうえで、上位概念のカテゴリーとして集約していく。同様に、さらに上位概念としてのコアカテゴリーに集約できるカテゴリーをまとめていく。このようにして、カテゴリー・概念一覧を作成していく。

次に、コアカテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリー、そして概念の関係性を説明する結果図を作成する。結果図には、各カテゴリーや諸概念の関係性、変化のプロセス、影響の方向などについて示される。また、あるカテゴリーの終息や発展などが理解できる図(図1)になるように作成する。

3) インタビューガイド

インタビューガイドは次のとおりである。

①あなたの入院生活はどのような状況でした

か。

- ②退院を働きかけた人はどのような人でしたか。

インタビューの対象者がどこからでも話しやすいように、入院中の心情や退院支援の概要を尋ねる項目を設定した。ただし、語りの内容から判断して、対象者の変化や心情などにかかる詳細を尋ねるようにした。例えば、入院生活にかかる述懐があればその理由や思いなどを詳細に尋ねた。また、退院を働きかけた人については、職種や方法などを尋ねたり、具体的な退院準備等についても尋ねるようにした。

なお、分析テーマ、分析焦点者、現象特性は次のとおりである。

【分析テーマ】

精神科病院長期入院者が、退院支援者からの働きかけによって退院していくプロセスについて

【分析焦点者】

退院支援によって退院した精神科病院における2年間以上の長期入院者

【現象特性】

医療と保護の対象と見られ無力化されていた長期入院者が、退院支援によって地域で生活していくという現象特性

4) 倫理的配慮

倫理的配慮については次の点である。

- ①インタビューの概要及びインタビューの内容や方法について文書で説明し、個別の同意書を得る。インタビューの実施日時は対象者の了解のもとに決める。
- ②表現したくないことは言わなくてもよいことを伝え、インタビューを録音することの同意を得る。また、インタビューに応じても応えなくても、今後の処遇に何らかかわりのない

ことを伝える。

- ③結果は冊子にまとめたり各種研究会や学会発表の資料として使用すること、要望に応じてまとめを配布することを伝え同意を得る。
- ④インタビューに応じていただいた方の氏名は匿名にする。
- ⑤録音データ及び逐語録は、まとめが終了した段階で廃棄する（5年を目途に）。
- ⑥今回のインタビュー調査は、佛教大学「人を対象とする研究計画等審査」委員会の審査を2014年度に経ている（承認番号：H26-1）。

4. 結果

概念やカテゴリーの整理、概念一覧図、結果図、調査によって得られた結果は次のとおりであった。

1) 調査対象者に関すること

- ・対象者は全員で16名。男性10名、女性6名であった。
- ・診断名は、全員が統合失調症であった。
- ・年齢構成は、20歳代1名、30歳代1名、40歳代2名、50歳代6名、60歳代5名、70歳代1名であった。
- ・入院期間は2～5年間6名、6～9年間2名、10～19年間4名、20～29年間1名、30年間以上3名であり、最長は44年間以上であった。
- ・調査時の所属はデイケア利用6名、B型事業所利用5名、作業療法室利用1名、地域活動支援センター利用2名、グループホーム（当時ケアホーム）利用3名、会社勤務1名であった。なお、重複利用者が2名あった。
- ・インタビュー時間は、最短36分49秒から最長64分24秒であった。

2) 概念、カテゴリーの一覧

16名の語りを丹念に読み込み、語りに共通した内容を概念として生成し、その概念に対する定義を規定した。また、概念には概念番号を付し、複数の概念をまとめた上位概念としてカテゴリーを生成した。

その結果、31の概念、8つのサブカテゴリー、4つのカテゴリー、2つのコアカテゴリーを生成した。一覧のとおりである。

3) 結果図

M-GTAによる分析では、概念やカテゴリーを配置し、概念やカテゴリーの関係性や相互の影響の及ぼし方を示し、そのことによる全体の変化やプロセスなどを結果図としてまとめる方法をとっている。そこで、概念やカテゴリーの配置、その関係性、変化、プロセスに関する一覧について図2のとおり結果図を作成した。

5. 説明と考察

ここでは、それぞれのカテゴリー内における概念の関係性や影響の及ぼし方、また、カテゴリー間における関係性や変化、さらに全体における変化とプロセスなどについて説明と考察を加える。基本的には、4つのカテゴリーに関するストーリーラインを示すことにする。

1) 無力化させていく入院

《無力化させていく入院》とは、入院者が無力化されていく要因として入院の長期化があることを示しており、ここでは長期化させ且つ無力化させてしまう入院の形態について説明している。入院の契機は、強制的な入院を含む＜意思に添わない入院＞ばかりではなく、“自分で理解していた入院”（概念4）もあり、入院の長期化によって双方において無力化が生じてい

る。

＜意思に添わない入院＞とは、精神科病院に入院するに至った原因や経過、および退院できずに入院が継続した理由について説明したサブカテゴリーである。これは3つの概念で構成されており、その一つは“強制的な入院”（概念1）であり、医療機関や警察などの強制的な措置により入院させられたということである。2つ目は“状況理解ができなかった入院”（概念2）であり、自分の精神症状や周囲の人との関わりなどについて、その状況を自分が理解できないうちに、周囲の判断によって入院になっていたということである。

入院していてもその病状がよくなれば退院となるのだが、両概念の対象者はともに入院継続という結果であることが多かった。なぜならば、自分の意思が反映されず十分な情報も知らされず、家族と医師の判断により入院継続や次の処遇が決まってしまったという、“家の都合による入院継続”（概念3）に至ったからである。“強制的な入院”と“状況理解ができなかった入院”は、入院が長期化するにしたがって“家の都合による入院継続”に至ってしてしまうことが多く、これに影響を与える関係にある。

“自分で理解していた入院”（概念4）は、病状が再燃した時の不安定な状況について自分で気づいたり、親や周囲から説得されたりして治療目的を持った入院のことである。だが、ある程度、治療目的が達成されたにもかかわらず、入院者が自分の意思で退院しなかったり、家庭事情が生じたり、退院支援がなかったりしたことにより長期入院になってしまった入院のことである。長期化に伴い無力化が生じてしまうのである。

次に、《無力化させていく入院》にかかる他のカテゴリーや概念との関係は次のとおりである。長期入院になることによって、《入院によ

る機会剥奪の進行>へと変化していく。生活上の多様な機会を得ることができないからである。さらに、彼らは病者としての“独自の精神症状と体験”(概念14)があることから、この概念が病状悪化や再発などにより<無力化させていく入院>に影響を与える関係にある。

<無力化させていく入院>の人たちは、“主治医による退院判断”からも影響を受けている。つまり、主治医による診断が、<無力化させていく入院>に影響を与えているのである。このようなプロセスによって【非尊厳状況の深化】が形成される。

2) 入院による機会剥奪の進行

<入院による機会剥奪の進行>は、<入院者の社会性の収奪>と<退院意思ありだが実行できない>によって構成されている。<入院者の社会性の収奪>において入院者は、病棟では“退院や将来を諦めていた”(概念5)、“自主性を奪われる”(概念6)、“怖さと治療への不信”(概念7)、“やることのない日々”(概念8)に陥ってしまい、これらは相互に影響を与えあっている。また、病棟における入院者と病棟の専門職との関係が“病棟内での乏しい関係性”(概念9)にあったことから、これが先の4つの概念に影響を与えている。

次に、<退院意思ありだが実行できない>は、“働く希望と不安”(概念11)や“退院意思があった”(概念12)にもかかわらず、退院の見通しが不明なために“入院に妥協せざるを得ない”(概念10)状況にあり、これらは相互に影響しあっている。この状況に影響を与えているのは“主治医による退院判断”(概念13)である。

他のカテゴリーや概念との関係でいえば、病者である入院者は“独自の精神症状と体験”(概念14)があり、この概念が<入院者の社会性の収奪>と<退院意思ありだが実行できない>

に影響を及ぼしている。さらに、サブカテゴリーとの関係でいえば、<入院者の社会性の収奪>は、<退院意思ありだが実行できない>との間に相互に影響を与える関係にある。

だが、<入院による機会剥奪の進行>は変化の無いカテゴリーではない。というのは、<退院への初期の働きかけ>の中の“専門職による退院意思の確認と促進”が、<入院者の社会性の収奪>および<退院意思ありだが実行できない>に影響を与えているからである。その結果、<入院による機会剥奪の進行>は全体的に徐々に収束していき、<退院への初期の働きかけ>を経て次のカテゴリーへと変化していく。そして入院者は、<入院による機会剥奪の進行>にありながらも【機会と自己変容の進展】がはじまっていくのである。

対象者が経験した具体的な退院支援(地域移行支援)にはいくつかの共通項がある。それは、入院者に退院したい気持ちがあるかの確認、その気持ちは強いかどうかの確認、住む場がなければグループホーム利用を提案する、病院の精神保健福祉士が精神保健福祉手帳の活用を提案する、退院支援の実施者による病院への訪問支援が実施された、ピアサポーターが関わる、などと語られていたことである。つまり、精神保健福祉士や退院の専門スタッフが、入院者に退院を働きかけることで入院者の退院意思を明確にし、実現できる方法を提案し、強めていく作業が行われていたのである。したがって、“専門職による退院意思の確認と促進”は、【非尊厳状況の深化】からの転換点なのである。

3) 回復のための取り組み

<回復のための取り組み>は、<退院への初期の働きかけ>と<生活力の育成>によって構成されている。入院者は、退院できるためには“病状安定と住居の確保”(概念15)が必要だ

と考えており、退院できることになった時の気持ちとして、“地域生活への期待と不安”（概念17）を抱いている。また、退院に向けての具体的な方法としては、病院内における“院内作業でならず”（概念18）がある。これらに影響を及ぼしているのが、“専門職による退院意思の確認と促進”（概念16）である。専門職による働きかけが大きな意味を持っている。

＜生活力の育成＞は、「ケースワーカー」や地域にある退院を支援する事業所職員によってなされている。それは“頻回の外出や外泊を行う”（概念19）や“障害福祉サービス事業所の活用”（概念21）である。また、グループホーム等における外泊では“外泊中の取り組みと支援”（概念22）がある。同時に、“生活用具を揃える”（概念20）ことにより新たな住居における生活の準備がなされている。さらに、“退院意思を継続させ強化する支援”（概念23）がなされている。これらの概念は、相互に影響を与える関係にあり、影響を与えながら生活力を確実に育成している。

このカテゴリーにおける関係性は次のとおりである。“専門職による退院意思の確認と促進”は、＜入院者の社会性の収奪＞と＜退院意思ありだが実行できない＞の入院者に影響を及ぼしている。この働きかけによって、＜入院による機会剥奪の進行＞が＜回復のための取り組み＞へと変化していく。

また、＜退院への初期の働きかけ＞は、その中の諸取り組みによって＜生活力の育成＞へと変化していく。同様に＜生活力の育成＞は、その中の諸取り組みによって＜社会人への同一化＞へ向かう強い変化を作り出していく。このことにより、＜回復のための取り組み＞の全体も＜社会人への同一化＞へと変化していくのである。

全体としてこのようなストーリーラインにな

るものの、＜回復のための取り組み＞に対する疑問も生じている。それは、“退院支援への疑問”（概念24）である。それというのは、入院中に「ケースワーカー」、主治医、地域移行推進員などによる働きかけがなく、担当者が誰だかも不明であったが、そのような状況から退院したという人もあったからである。

4) 社会人への同一化

“退院後の喜びと不安”（概念25）を持ちつつはじめた地域生活は、順風満帆というわけではなく、さまざまな精神症状が出現し退院した彼らを悩ましている。だが、次第に“症状に独自の対処ができる”（概念26）ようになり、＜手探りの地域生活＞を送るのである。彼らは精神症状が出現しても具体的な対処方法を編み出している。その意味では“退院後の喜びと不安”と“症状に独自の対処ができる”は、相互に影響を及ぼす関係にある。

地域での生活が継続できるにつれて、困った時に相談できたり百均（百円均一ショップ）やコンビニを使えたりして地域に馴染めるようになってきている。また、一緒に食事をする友人があつたりテレビを自由に視聴できたりしている。このように、“落ち着きを得た生活”（概念27）ができていく。また、自分で判断できたり働く場があつたりと“地域生活の充実感”（概念28）も感じている。この二つの概念は相互に影響を及ぼしつつ、＜自分らしさの獲得＞を形成している。

退院して数年間が経過すると、“できる自分の自覚を得た”（概念29）が生じる。また、働くことに自分なりの意味を見出す“働きたい”（概念30）も生じ、さらに、病気の経験を活かしたピア活動、人の役に立つ仕事、社会貢献になることなどを行いたいという“役に立ちたい”（概念31）との思いも生じてくる。このよ

うなく自己効力感の発生>が生じている。

3つのカテゴリーの関係性は次のとおりである。<手探りの地域生活>は継続することによって<自分らしさの獲得>に至るので、これに変化していく。そして、<自分らしさの獲得>は、その後の<自己効力感の発生>に変化していく。また、<手探りの地域生活>を送ることによって、<自己効力感の発生>へと直接的に変化していくことも生じている。

6. おわりに

精神科病院入院が長期化する理由としてこれまでいくつも指摘がある⁸⁾。本稿においては入院が長期化することにより、入院者に生じる無力化や機会剥奪の進行などについて論じ、それは人間の尊厳が尊重されないばかりかさらに悪化させるものであることを示した。日本では精神科病院入院中は「医療と保護」が基礎にあるが、入院の長期化に伴いそれはややもすると精神科病院が持つ、入院者を病院に縛り留める鎖に変容してしまうのである。

社会的入院⁹⁾が人権侵害に当たると指摘されて以降、大阪府では退院促進事業を単費で実施し、その成果が厚生労働省による2003年度からの退院促進のモデル事業として実施の運びになった。だが、内閣府における「行政事業レビュー」では、退院者は当初の計画にとても満たない実体にあることが明らかになった。

そのような中、2年間を超える長期入院者は、退院や将来を諦めたり自主性を奪われたりしているが、専門職により退院に向けた初期の働きかけによって、退院意思を持ち退院への具体的な取り組みを開始した。さらに、生活力を育成する取り組みによりさまざまな生活力をつけ、一人の社会人として生きる状態にまで至っている。その背景として、入院中から生じていた、

機会と自己変容の進展があったことを明らかにした。

本稿ではこのような変化やプロセスについて、退院者のインタビューから得たデータをM-GTAにより分析しまとめた。インタビュー対象者数は16名であり、東京都と西日本の在住者として分散している。実施数は多くないにしても、長期入院者としての意見集約はかなり実施できていると考えている。

最後になるが、本稿の説明と考察では、インタビュー調査の結論の一つとして変化とプロセスについてストーリーラインを示す方法を取った。ここでは、現代の日本における精神科医療や精神科病院などに関する考察は記していない。だが、多くの長期入院者を作り出す原因として、精神科医療や精神科病院のあり様について考察が必要であると考えている。この点については別の論考としてまとめていく予定である。

注

- 1) OECD Health Statistics 2013を基にして作成された、人口10万人対精神科病床数の国際比較の結果は次のとおりだった。最も多いのは日本で269床、次いでベルギー175床、オランダ139床、ドイツ121床、チェコ101床と続き、OECD平均は68床だった。精神科病床数は単に少なければよいというわけではなく一定割合が必要である。だが、100床以上が5か国しかない中で日本は群を抜いている状況である。OECD平均と比較しても約4倍の多さであり、これは特別な理由があると考えざるを得ない差である。
- 2) 厚生労働省は、2002年12月に社会保障審議会障害者部会精神障害分科会報告書である「今後の精神保健医療福祉施策」により、「受け入れ条件が整えば退院可能」な入院者は72,000名との推計を示した。また、2004年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、入院患者全体の動態として「受け入れ条件が整えば退院可能な者(7万人)」と指摘した。
- 3) 地方自治体レベルにおいては、2000年度～2002

年度に大阪府が退院促進事業を実施している。また、出雲保健所においても2000年度～2002年度に厚生科学研究として「長期入院者（社会的入院）の在宅支援推進事業」が実施された。厚生労働省におけるモデル事業は、これらの先進自治体の取り組みを参考に施行された。

- 4) 内閣府の行政刷新会議における平成24年度の「行政事業レビュー」によると、地域移行・地域定着支援事業の実施圏域、事業対象者、退院者数は増加しているが、退院率（退院者数÷事業対象者数）は近年横ばいになっている。
- 5) 大阪府立大学の松田博幸「大阪府精神障がい者退院促進ピアサポーター事業の効果」（2012）や、杉原努（2013）「地域移行・地域定着支援事業におけるピアサポーター活動の特徴——退院する人の心的変化とエンパワメントに関する一考察」の研究がある。
- 6) 杉原努（2013）は、「地域移行・地域定着支援事業におけるピアサポーター活動の特徴——退院する人の心的変化とエンパワメントに関する一考察」において、ピアサポーターになった人が入院している時の振り返りについてインタビュー調査した。その結果、「退院を諦める」と「将来を諦める」の2つの概念を生成した。
- 7) 岩上は次の例（仮名と思われる）を示していた。30年間入院している石川さんが、病院で一生暮らそうと約束した鈴木さんから退院してくださいと言われたことを期に退院を決意した。鈴木さんは自分の心臓が悪いために転院することになるだろうから、一生病院で暮らすという石川さんとの約束を守れなくなるので、そのように告げたという。石川さんは、尊敬する鈴木さんの告げたことに影響を受けという。
- 8) 例えば古屋龍太（2010）は、①患者側の要因、②家族側の要因、③病院側の要因、④地域側の要因、⑤行政側の要因の5点を指摘した。また、田尾有樹子（2010）は、①医療関係者の誤った認識、②本人や家族の抵抗、③地域との連携の問題、④退院先の確保困難さの4点を指摘した。
- 9) 社会的入院という表現について文献で最初に出てきたのは1991年である。大島巖ら（1991）は日本精神神経学会社会復帰問題委員会として、全国の精神科医療施設172施設（対象病床41,866床）に2年以上入院している精神障害者を対象に調査した。その論題は、「長期入院精神

障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計」である。この中で主治医によって「主として社会的理由による入院」を社会的入院とした。「主として社会的理由による」とは、社会資源が整備されれば1年以内には退院が可能になると思われるもののことである（大島巖ら1991:584）。つまり、社会的入院とは、入院治療は必要なく社会資源が整備されることで退院が可能になる入院の総称をいう。

参考文献

- 朝本哲夫（2003）「大阪府における取組みモデル——退院促進事業を实践して」『精神保健福祉』Vol.34, No.1, 日本精神保健福祉士協会。
- 古屋龍太（2010）「退院・地域移行支援の現在・過去・未来——長期入院患者の地域移行は、いかにして可能か」『精神医療』No.57, 批評社, pp.10-12.
- 岩上洋一（2012）『障害者地域相談のための実践ガイドライン』南高愛隣会, 1.
- 木下康仁（2006）『グラウンデッド・セオリー・アプローチの实践——質的研究への誘い』弘文堂。
- 松田博幸（2012）「大阪府精神障がい者退院促進ピアサポーター事業の効果」『ピアの力——大阪府精神障がい者退院促進ピアサポーター事業』大阪府こころの健康総合センター, 4-36.
- 内閣府行政刷新会議（2012）「精神障害者地域移行・地域定着支援事業 事業概要」（http://www.mhlw.go.jp/jigyosho_shiwake/h24_gyousei_review.html, 2016.10.4）
- 日本精神保健福祉士協会（2008）『精神障害者の地域移行支援——事例調査報告からみる取り組みのポイント』社団法人日本精神保健福祉士協会, 12.
- 大島巖、猪俣好正、樋田精一他（1991）「長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計——全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から」『精神神経学雑誌』93（7）。
- 杉原努（2013）「地域移行・地域定着支援事業におけるピアサポーター活動の特徴——退院する人の心的変化とエンパワメントに関する一考察」『福祉教育開発センター紀要』第10号、佛教大学, 101-115.
- 田尾有樹子（2010）「退院・地域移行 巣立ち会からの発信」『精神医療』No.57, 批評社, 50.

カテゴリー、概念、定義一覧

[コアカテゴリー]	〈カテゴリー〉	〈サブカテゴリー〉	概念番号	“概念”	定義
非尊厳状況の深化	無力化させていく入院	意思に添わない入院	1	強制的な入院	医療機関や警察などによる強制的な措置により入院させられたということである。
			2	状況理解ができなかった入院	自分の精神症状や自分と周囲の人との関わりなどについて、十分に理解できなくなってしまう、周囲の人の判断で入院になっていたということである。
			3	家族の都合による入院継続	家族が退院を受け入れてくれない、家族と主治医による退院判断だった、自分の意思を確認されないなどの状況にあったために、入院が継続されたということ。治療の必要があったかどうかは不明である。
		4	自分で理解していた入院	病状が不安定であることに自分で気づき、当初は治療目的のあった入院だったということである。	
	入院による機会剥奪の進行	入院者の社会性の取奪	5	退院や将来を諦めていた	長期間の入院のために気力が乏しく希望を持っていない状態であり、退院や将来を諦めていたということである。
			6	自主性を奪われる	入院中に自分のしたいようにできなかつたり、どうしたらよいかわからなかつたりなど、できないことが多く我慢する状況にあったということである。
			7	怖さと治療への不信	入院期間中における入院者同士の関わりや、病院職員の入院者への対応から判断したことである。
			8	やることのない日々	入院中に目的なく日々を過ごさなければならなかった様子についての述べたことである。
			9	病棟内での乏しい関係性	入院中に体験した病院職員や他の入院者との関わりについて、横柄な態度だったり理解されなかつたということである。
			10	入院に妥協せざるをえない	入院中にできていたこともあったが、今後の見通しが不明な入院生活を振り返った際の述懐である。正面からの入院否定ではなく妥協を働かせている。
			11	働く希望と不安	働く希望を持ったり自立した人になりたいという希望を持っていたが、入院中なのでそれができるかどうか不安だったということである。
			12	退院意思があった	入院していたが、後に人から尋ねられると、退院したかったという意味を持っていたということである。
			13	主治医による退院判断	主治医が判断して退院できると思っていたということ。
		14	独自の精神症状と体験	入院者には発症時、再発時、入院中、退院後などに独自の精神症状が生じており、それが生活に影響を与えている体験があるということである。	

[コアカテゴリ]	<カテゴリ>	<サブカテゴリ>	概念 番号	“概念”	定 義			
機会と自己 変容の進展	回復のため の取り組み	退院への初 期の働きか け	15	病状安定と住 居の確保	入院者が退院できる条件として、病状の安定と住居の確保が必要だったということである。			
			16	専門職による 退院意思の確 認と促進	退院支援の初期において、ワーカー、主治医などから退院意思を尋ねられたり、退院のための面接や会議が開催されたりなどがあったということである。			
			17	地域生活への 期待と不安	退院できることになった時の気持ちは、地域で生活できるという期待と、やっていけるだろうかという不安が入り混じていたということである。			
			18	院内作業でな らず	退院のために院内で実施されていたプログラムの紹介と、自分にとっての有効性について述べたことである。			
		生活力の育 成			19	頻回の外出や 外泊を行う	退院してグループホームやマンションで暮らすという生活に移るために、具体的に取り組んだ一つの方法である。	
					20	生活用具を揃 える	退院して地域で生活するために、書類の整備や生活用具の準備がワーカー、世話人、友人などによってなされ、このことによって、地域での生活を具体化できたということである。	
					21	障害福祉 サービス事業 所の活用	退院後には事業所に通所することを前提に、退院前に通所し昼間活動として備えていたということである。	
					22	外泊中の取り 組みと支援	退院する人が外泊中に取り組んだことの紹介である。また、外泊中は不安になることも多いので、一人での生活が定着するために支援者が行った具体的な支援方法についてである。	
					23	退院意思を継 続させ強化す る支援	退院意思に迷いが生じないように、早急に住居を探したり地域生活の構えを示したり、必要な書類を作成するなどの支援をして、入院者の退院意思を強化していたということである。	
		社会人への 同一化	手探りの地 域生活		24	退院支援への 疑問	退院支援の担当者が不明だったり、病院スタッフの誰からも退院の働きかけがなかったという入院中の現状のことである。	
					25	退院後の喜び と不安	退院後は退院できたという喜びがあるのだが、地域における日々の生活においてなにかと不安が生じていたということである。	
			自分らしさ の獲得			26	症状に独自の 対処ができる	退院後は何度も精神症状が出現するが、幻聴を聞き流したり頓服を服用するなど、その時々々の症状に独自の対処が出来ているということである。
						27	落ち着きを得 た生活	退院後しばらくの経過を経てたどり着いた生活のことであり、自分なりの生活ができてきている状況のことである。
自己効力感 の発生				28	地域生活の充 実感	地域での生活を継続させたり仕事をするることによって生じてくる、生活の充実感のことである。		
				29	できる自分の 自覚を得た	自分に何かをする力があると感じる、自分なりの生活を目指す、不安や戸惑いについての解決方法がわかる、それらの経験から得た自覚のことである。		
				30	働きたい	働きたいという意味の表明であり、働くことに自分なりの意味を見出している状態のことである。		
				31	役に立ちたい	病気の経験を活かしたピア活動、人の役に立つ仕事、社会貢献になることなどを行いたいという思いのことである。		

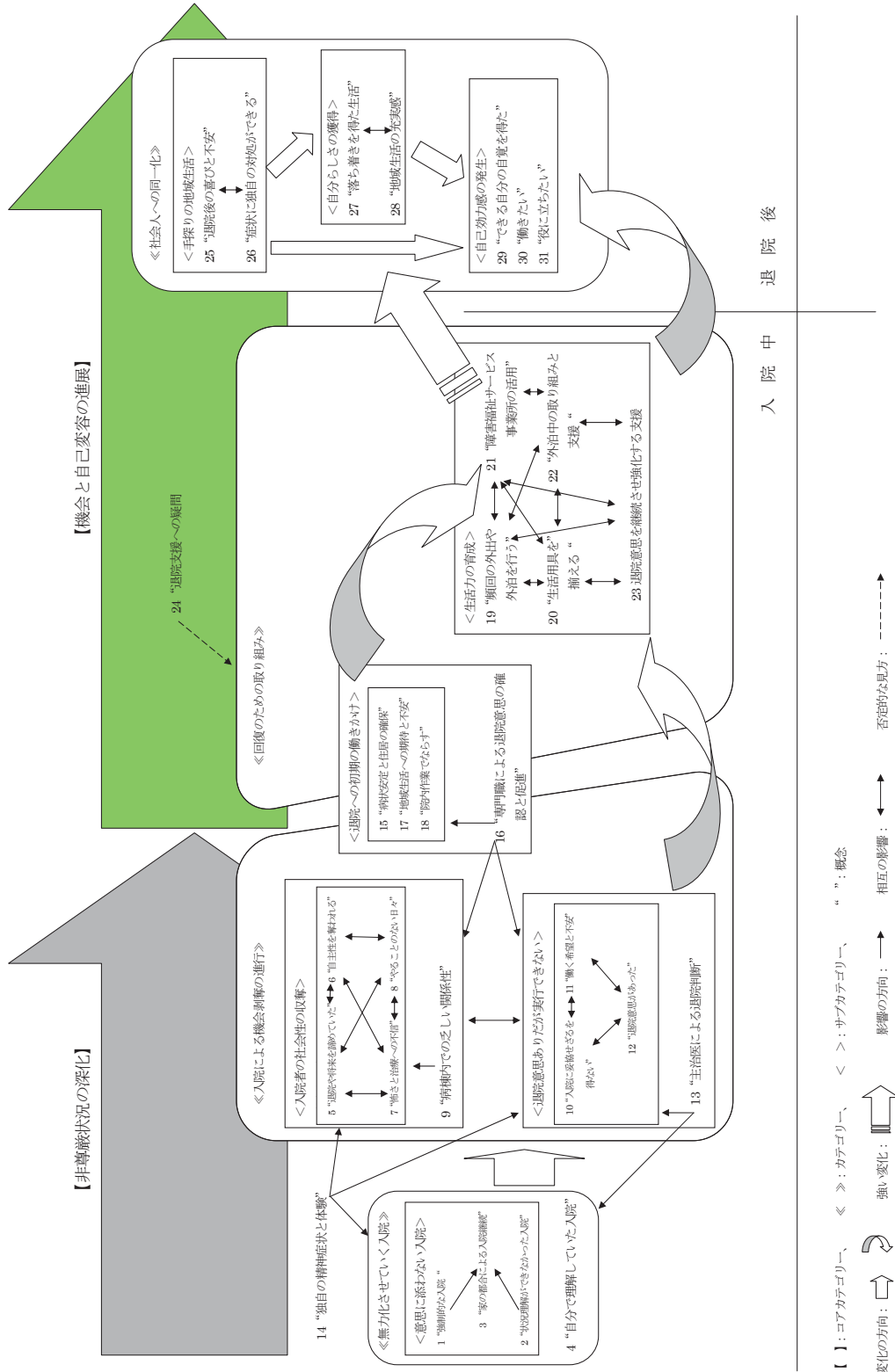


図1 結果図

Abstract

A Study on the Changes toward Discharge of Long-term Inpatients in Mental Hospital

Tsutomu SUGIHARA

It is hard to find out articles concerning about the changes toward discharge of long-term inpatients in mental hospital. Author carried out interviews to 16 inpatients who had been stayed at mental hospital for over for 2 years. Thus author clarified the process of discharge, and to analyze by M-GTA (Modified Grounded Theory Approach). Author clarified the changes and the process toward discharge from Mental Hospital in this article, and shows the story line as summery.

There are many reasons to stay in the hospital, long-term inpatients are easily fallen into the situation of the following: <admission let inpatients be powerless>. After being in hospital for long term, they change to <advancement of forfeited chance>. In hospital, they become the persons as <deprivation of sociality> and <impracticable situation though inpatients have discharge will>, and this two items are influential each other. [advancement of undignified situation] is shaped thought this process.

Social Workers, Medical Specialties, and Discharge Workers outside of hospital practice <first approach to discharge> to help both of <deprivation of sociality> and <impracticable situation though inpatients have discharge will>. Inpatients in the stage of <first approach to discharge> change to <training for living capacity>.

By <first approach to discharge>, <advancement of forfeited chance> changes to <practices for rehabilitation> entirely. Therefore <practices for rehabilitation> in hospital carried out, [progression of chance and self-appearance] begins through the situation during inpatients are still in hospital.

Inpatients gain arranged environment and living capacities, through the experiment of <training for living capacity>, they strongly changes to <identification as a member of society>. They can discharge from hospital at that time. This changing is caused under the background that inpatients change to <identification as a member of society> by <practices for rehabilitation>

Living in the community starts through the stage of <groping for community living>, this experiment has the influence to <acquiring myself> and <birth of self efficacy>. <acquiring myself> influences <birth of self efficacy>.

Key words : Long-term inpatients, Discharge support, M-GTA