

# 精神障害者の地域生活過程に関する研究

## —— 出身地域以外で生活を送る当事者への支援のあり方 ——

関根 正

群馬県立県民健康科学大学

**目的：**出身地域以外で生活を送る精神障害者の地域生活過程を明らかにし、生活のしづらさの要因と地域生活支援の方向性についての示唆を得る。

**方法：**インタビュー調査を行い、質的帰納的に分析した。

**結果：**対象者は7名。年齢は30代後半から70代前半、地域生活期間は6年から17年。地域生活過程は、社会的孤立期、社会的自立期、社会的実存期に区分でき、【自己喪失感の実感】【不自由さへの馴化】【仲間との出会い】【社会環境への慣れ】【生活の確立】【人への慣れ】【自分自身の実感】【生きがいの発見】という地域生活のあり方が抽出できた。

**結論：**地域生活過程は、地域生活に必要な自己アイデンティティを再構成する過程であった。生活のしづらさの要因は地域生活で直面した自己の危機的状況であり、地域生活を送る上で必要な社会的・対人的な体験の支援、地域生活モデルの提示、失敗できる安心感の提供、自己表現・他者評価の場の提供が地域生活支援の方向性として示唆された。

**キーワード：**精神障害者、地域生活過程、生活のしづらさの要因、支援のあり方

### I. はじめに

今後の精神保健福祉施策は、地域を拠点とする共生社会の実現に向けて入院医療中心から地域生活中心へという社会参加支援の強化が基本理念の一つとして提示され、精神障害者やその家族の視点に立った支援体制の構築が課題として挙げられている。精神障害者は一般に自尊心が低いことや生活に対する自信が欠如していることが多く、それが社会復帰を妨げている<sup>1)</sup>ことが指摘されている。また、地域生活を送る上では、精神症状などの客観的な障害に苦しむだけでなく、主観的な体験としての障害にも悩まされている<sup>2)</sup>ことも指摘されている。社会参加の理念は当事者の主体性を含んでおり、障害を持つ当事者を中心に支援されるべきことからみても、地域生活においていかな

る経験をしているのか、という側面を明らかにすることが求められる。

精神障害者の地域生活に関する研究では、アンケートによるニーズ調査や生活の実態調査が行われ、環境因子<sup>3-5)</sup>や個人因子<sup>6-7)</sup>が明らかにされている。これらの研究からは、食事や洗濯、掃除、整理・整頓、金銭管理等の生活面での困難さや、公共機関や施設の利用、人付き合い等の社会面での困難さといった日常的で具体的な生活のしづらさを抱えていることが明らかになっている。また、地域生活を送る精神障害者にとっての病いの意味を検討した研究<sup>8-10)</sup>からは、地域生活によって自己概念が再構成され、自分が抱える精神障害という病いに意味づけしていることが明らかにされている。これらのように、精神障害者の地域生活におけるニーズや生活のしづらさ、そして、精神障

害という病いの回復過程に関する知見は蓄積されてきている。一方で精神障害者にとっての入院経験に目を転じると、彼らは入院経験を精神科の患者へと自己アイデンティティを再構成した経験と意味づけており、入院経験が退院後の地域生活に影響を及ぼしている<sup>11)</sup>ことが示唆されている。

以上を鑑みると、精神障害者の地域生活への支援は、精神科病院への入院から退院、そして地域生活への移行という一連の流れの中で考えていく必要性が見て取れる。現在、退院促進支援事業として施設等の地域での受け皿機関の充実や、精神科訪問看護等の制度面での整備が進んでいるが、併せて、自己アイデンティティやそこから派生すると思われる生活のしづらさにも目を向け、支援していくことも必須と考えられる。換言すれば、精神障害者の地域生活支援においては、彼らの地域生活構築過程を支援することも求められているといえる。

地域生活を送る精神障害者はいかなる経験を、いかなる過程で現在の生活に至っているのだろうか。精神科病院退院後に出身地域で生活を送る精神障害者の社会参加過程に関する研究<sup>12)</sup>からは、入院前から形成されていた居場所や、地域の人々とのつながりが継続されていることが地域生活を支えた要因であり、それらの要因を軸にして地域生活を再構築していったことが示唆されている。では、入院の前後で居場所や地域の人々とのつながりの維持が困難と思われる出身地域以外の地域で生活を送っている精神障害者の地域生活過程はいかなる過程であるのだろうか。彼らがいかなる経験を、いかなる過程で現在の生活に至っているのかという研究は僅少である。

## II. 用語の定義

本研究では、長期入院を1年以上の入院期間とし、出身地域を生まれ育った地域、または住み慣れた地域と定義する。

また、地域生活過程は、複数回の入退院経験の中で、最後の退院から現在の生活に至るまでの過程と定義する。

## III. 研究目的

出身地域以外で生活を送る精神障害者の地域生活過程を明らかにし、生活のしづらさの要因と地域生活支援のあり方についての示唆を得る。

## IV. 研究方法

### 1. 研究対象者

精神科病院への長期入院経験を持ち、退院後は出身地域以外で生活を送る精神障害者。

### 2. データ収集方法

ある精神障害者社会復帰施設と地域生活支援センターに研究協力を依頼。研究趣旨に同意した施設側が選出した対象者候補に研究趣旨の説明と協力依頼を行い、同意を得た精神障害者を対象者とした。

対象者への具体的な依頼は、精神科病院からの退院から現在の地域生活に至るまでの過程についてお聞きすることや録音すること、インタビューの日時・場所は希望に添うこと、倫理的配慮に関する内容を書面と口頭にて行った。

平成20年8月から平成21年10月に個別に半構成面接を実施。質問は年齢、入院回数、入院期間、地域生活期間といった属性の他は「退院から現在の生活までをお話ください」程度で、基本的には自由に話して頂いた。研究者は基本的には聴く態度で臨み、適宜、内容の確認や補足的な質問、話の整理などの対応を取った。

インタビュー内容は対象者に了解を得て録音と筆記で記録した。

### 3. 分析手続き

分析の手続きは、①逐語記録を読み込み、意味内容を変えないことを前提に修正・整理・時系列化して一次資料を作成、②一次資料から現在の生

活に至るまでに経験したことや思いなど1つの意味内容を含むセンテンスを1単位として抽出、③個々のセンテンスの類似性と相違性を比較検討し構成要素として抽出、④構成要素の類似性を検討して地域生活経験としてネーミング、⑤地域生活経験に基づき、地域生活の過程を段階に区分、⑥各段階から、その段階を表象する地域生活のあり方をキーワードとして抽出、⑦各段階をキーワードから解釈してネーミング、⑧各段階を解釈して全体分析という段階で行った。

分析の妥当性を高める為に、分析手続きと分析結果に関して精神看護学と医療社会学の研究者からのスーパーバイジングを受けながら、繰り返し検討した。

## V. 倫理的配慮

施設と対象者候補への調査依頼は、本研究の学術的意味、調査の実施方法、任意協力であること、調査中断の自由、同意撤回の自由、匿名性の保護、データの取扱い方・保管方法、公表に関しての内容を研究者が文書と口頭により説明した。

施設には倫理面での審査も依頼し、施設長の同意をもって施設側の承認とすることを確認した上で、研究協力の同意を得た後に書面に署名を頂いた。対象者にはインタビュー調査の冒頭に再度インタビューによる過緊張や辛い経験の想起等の心理的侵襲に対していつでも休憩や中止することができること、中止しても不利益が生じないことを口頭と書面にて説明し、改めて研究協力の同意を得て書面に署名を頂いた後に調査を実施した。調査終了後には施設職員の同席の下でリフレクションを行った。

データを整理し直した部分に関しては対象者に直接目を通して頂き、内容の公表について個人情報保護の点で問題がないか確認を取った。

なお、所属機関倫理委員会の承認を得ている。

## VI. 結果

### 1. 研究対象者

出身地域以外で地域生活を送る7名の精神障害者。年齢は30代後半から70代前半、最長入院期間は2年から22年であった。地域生活期間は6年から17年であった。現在の住まい方は、単身アパート生活が4名、グループホームでの単身生活が2名、家族と同居が1名であった。経済的には6名が就労等により障害年金、生活保護費以外の収入源を持っていた。医療とのつながりは、7名全員が外来通院と内服を継続していた(表1参照)。

### 2. インタビュー時間・場所

一人につき2回のインタビューを実施。1回の時間は48分から64分であった。必要時で水分補給やトイレ休憩をはさみながら行った。開始時間と場所は対象者の希望に添い、施設での活動に支障ない時間帯に精神障害者社会復帰施設と地域生活支援センター内の会議室で行った。

### 3. 地域生活過程の結果

地域生活過程に関する語りは、退院にまつわる入院中の経験から語られ始めた。入院中の経験に関する語りは入院生活経験とし、地域生活の前段階として分析した。

分析の結果、出身地域以外で地域生活を送る精神障害者の地域生活過程は、社会的孤独期、社会経験期、社会的自立期、社会的実存期の4段階に区分でき、【自己喪失感の実感】【不自由さへの馴化】【仲間との出会い】【社会環境への慣れ】【生活の確立】【人への慣れ】【自分自身の実感】【生きがいの発見】という地域生活のあり方についてのキーワードが抽出できた。また、各段階ともに2つの地域生活経験が抽出できた(図1参照)。

なお、地域生活経験は山括弧(〈 〉)、キーワードは墨付き括弧(【 】)で表記する。

#### 1) 前段階：葛藤期

前段階は、精神科病院に入院中の退院間際の時

表1 対象者の概要

	診断名	対象者の概略（現在の生活状況）
A氏 60歳代後半 男性	統合失調症	大学生の時に発症。入院回数は4回、最長入院期間は4回目入院時の22年間である。現在、地域生活は11年目で、グループホームでの単身生活である。主な収入源は、自らの体験を語る講演や体験記等の執筆活動等の賃金と障害年金、生活保護費である。
B氏 30歳代前半 男性	統合失調症	高校卒業後の10代後半で発症。入院回数は2回、最長入院期間は2回目入院時の2年間である。現在、地域生活は6年目で単身アパート生活である。3年前より週に4日ドラッグストアでアルバイトをしており、その賃金と障害年金が主な収入源である。恋人がおり、結婚を考えている。
C氏 70歳代前半 男性	統合失調症	大学入学のために上京したが、生活環境の変化により発症。入院回数は10回、最長入院期間は2回目入院時の10年間である。地域生活は17年目で、グループホームで単身生活である。主な収入源は、自らの体験を語る講演や体験を綴った執筆活動の賃金と障害年金、生活保護費である。
D氏 50歳代前半 男性	統合失調症	大学卒業後、父親の勧めで勤務した会社でいじめにあい、それを契機に発症。入院回数は3回で、最長入院期間は初回入院時の3年間である。現在、地域生活は12年目。単身アパート生活である。地域生活支援センターにある授産施設で働いており、主な収入源はその賃金と障害年金、生活保護費である。
E氏 40歳代前半 男性	双極性感情障害	高校時代から精神科クリニックに通院しており、大学生時代に症状が悪化し最初の入院となる。入院回数は3回で、最長入院期間は初回入院時の1年半である。現在、地域生活は9年目で単身アパート生活である。福祉工場での賃金が主な収入源である。信仰を持ち大切にしている。
F氏 30歳代後半 女性	統合失調症	結婚後自分に違和感を覚え、出産を機に発症。入院回数は2回で、最長入院期間は初回入院時の3年間である。現在、地域生活は10年目で、発症・入院のエピソードにより離婚したため、単身アパート生活である。地域生活支援センターにある授産施設で働いており、主な収入源は、その賃金と障害年金、生活保護費である。また、地域の清掃ボランティアにも積極的に参加している。
G氏 30歳代後半 女性	統合失調症	高校時代に発症。入院回数は3回で、最長入院期間は初回入院時の2年間である。2回目の退院から病院にあるデイケアに通っており、そこで知り合った男性と結婚。現在、地域生活は8年目で夫と2人暮らしである。週に3日デイケアに通っている。

期であった。この段階は、①医療者の指示に従う生活、②自分を守るために何も言わない、③自由になりたい、④入院している意味がない、⑤人に気を使って違う病気になる、の5つの構成要素からなる〈病院から出たい〉と、①入院生活に慣れている、②他の患者よりもいい身分、③世の中のことが分からない、④世間が怖い、⑤自分で生活できるか不安、⑥再発の不安、の6つの構成要素からなる〈病院から出たくない〉という2つの入院生活経験が抽出できた。

退院について、病院から出られるということへの憧れや長期にわたる入院生活への嫌悪感から、退院したいという心情を抱いていた。しかし一方

では、1年以上にわたって地域社会や人々との交流が遮断され、医療者や病棟規則・日課に従う生活を送っていたために、病院以外の社会で生活を送れるかという不安を感じていた。また、地域生活で症状が再発し、再入院になるのではないかという不安も感じていた。そのため、退院をためらう心情も併せて持っていた。

この段階は、退院したい心情と退院したくない心情との狭間で葛藤しながらも退院することを決心した段階であった。

## 2) 第1段階：社会的孤立期

第1段階は、精神科病院から退院した直後の時期であった。この段階では、地域生活に意識を向

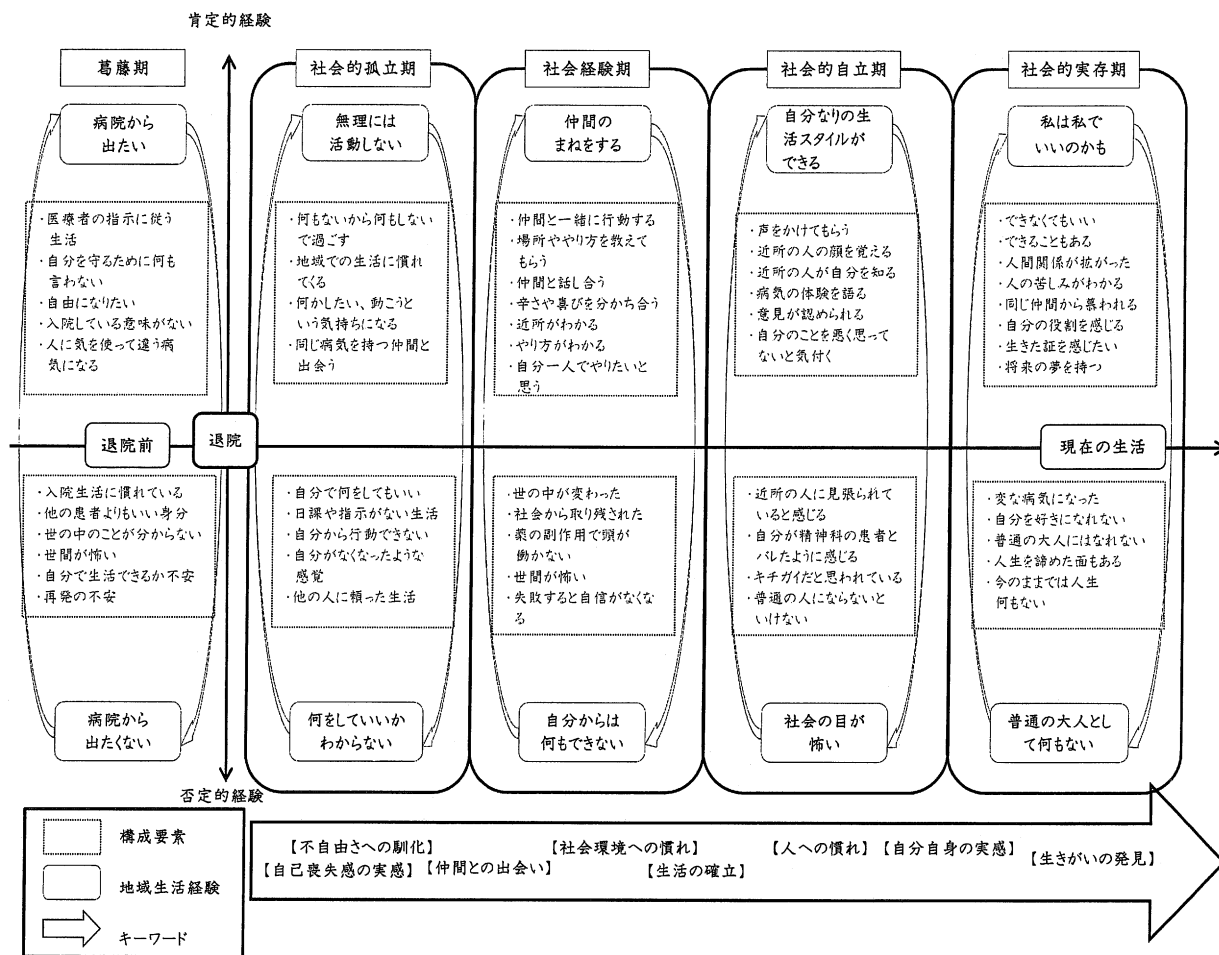


図1 地域生活過程

けることはできず、自分という存在に内向的に意識が向いていた社会的孤立期であった。

この段階は、①何もないから何もしないで過ごす、②地域での生活に慣れてくる、③何かしたい、動こうという気持ちになる、④同じ病気を持つ仲間と出会う、の4つの構成要素からなる〈無理には活動しない〉と、①自分で何をしてもいい、②日課や指示がない生活、③自分から行動できない、④自分がなくなったような感覚、⑤他の人に頼った生活、の5つの構成要素からなる〈何をしてもいいかわからない〉という2つの地域生活経験が抽出できた。地域生活のあり方は、【自己喪失感の実感】【不自由さへの馴化】が抽出できた。

退院したい心情と退院したくない心情との葛藤を乗り越えて退院したものの、自由を謳歌したり、

主体的で自分らしい生活を送ったりという状況ではなかった。思いのままに生活できる現実には、やりたいことがない自分や物事を判断し決定できない自分に直面した。自分という存在に戸惑い、何もできずに自宅に閉じこもりがち生活を送っていた。そのため生活は、施設の職員や他の利用者といった自分の知っている他者に依存しながらの他者依存的なものであった。

しかし、そのような状態でも地域社会の中で生活し続けることによって、地域生活や自分という存在に慣れていった。慣れていくと活動への意欲が沸いてきた。そして、同じ障害を持ち同じような経験した仲間の存在に気付いた段階であった。

### 3) 第2段階：社会経験期

第2段階は、社会的な活動を行うようになった

ことにより、自分自身に向きがちであった意識が地域生活に向き始め、地域社会において生活経験を積んでいった社会経験期であった。

この段階は、①仲間と一緒に行動する、②場所ややり方を教えてもらう、③仲間と話し合う、④辛さや喜びを分かち合う、⑤近所がわかる、⑥やり方がわかる、⑦自分一人でもやりたいと思う、の7つの構成要素からなる〈仲間のまねをする〉と、①世の中が変わった、②社会から取り残された、③薬の副作用で頭が働かない、④世間が怖い、⑤失敗すると自信がなくなる、の5つの構成要素からなる〈自分からは何もできない〉という2つの地域生活経験が抽出できた。第2段階における地域生活のあり方は、【仲間との出会い】【社会環境への慣れ】が抽出できた。

いまだ自分から活動することはできない状態であったが、仲間からの誘いを受けて一緒に活動するようになった。活動し始めると、初めて住む地域社会や入院前とは異なった社会システムを目の当たりにすることとなった。未知の社会環境に恐怖を感じ、一人では買い物もできず、バスにも乗れないような自分に不安を感じた。しかし恐怖心や不安感を抱きながらも仲間と買い物をしたり、料理を作って食事をしたり、近所を散歩したり、電車や公民館等の公共施設を利用したりした。さらに、入院中の経験や地域での生活経験、将来の夢などを一緒に語り合ったり、日常生活で困ったことを相談したりもした。このような仲間との活動を通じて不安感や恐怖心は軽減していき、一人でわかる事やできる事が増えていった。このことが自分への自信となり、自分で生活している実感を持ち始めることに進展していった。

この段階は、仲間からの支援を受けながら地域社会や生活の仕方を経験することにより地域に慣れ、他者依存的であった生活が主体的な生活へと移行していった段階であった。

#### 4) 第3段階：社会的自立期

第3段階は、地域社会や自分といった現実を受け入れ、自分なりの地域生活が確立した社会的自立期であった。

この段階は、①声をかけてもらう、②近所の人顔を覚える、③近所の人自分が知る、④病気の体験を語る、⑤意見が認められる、⑥自分のことを悪く思っていないと気付く、の6つの構成要素からなる〈自分なりの生活スタイルができる〉と、①近所の人に見張られていると感じる、②自分が精神科の患者とバレたように感じる、③キチガイだと思われている、④普通の人にならないといけない、の4つの構成要素からなる〈社会の目が怖い〉という2つの地域生活経験が抽出できた。第3段階における地域生活のあり方は、【人への慣れ】【生活の確立】が抽出できた。

地域社会を知り、地域生活における経験を積むことで主体的な生活が送れるようになっていた。しかし、地域住民に対しては変な目で見ている、精神科の患者とわかってしまったのではという思いを依然として持ち続けていた。そのために、キチガイだと思われないために普通の大人にならなければという思いを持ち続けていた。しかし、地域住民から挨拶してもらったり、野菜やお菓子を頂いたりなどの日常的な関わりを通じて、さらには、自分の体験発表に対して共感的に理解してもらうことを通じて、お互いを知り理解できるようになった。これらの交流によりあるがままの自分で地域住民に接することができるようになっていった。すると、地域住民に抱いていた恐怖心や猜疑心は思い過ぎだったことに気付き、安心して地域住民との関わりができるようになった。

この段階は、地域社会に加えてそこに暮らす人々を知り慣れていくことにより、自分なりの地域生活を構築していった段階であった。

#### 5) 第4段階：社会的実存期

第4段階は、現在の地域生活の段階で、精神障

害者である自分や自分の人生を肯定的に受容し、将来展望をも描いている社会的実存期であった。

この段階は、①できなくてもいい、②できることもある、③人間関係が広がった、④人の苦しみがわかる、⑤同じ仲間から慕われる、⑥自分の役割を感じる、⑦生きた証を感じたい、⑧将来の夢を持つ、の8つの構成要素からなる〈私は私でいいのかも〉と、①変な病気になった、②自分を好きになれない、③普通の大人にはなれない、④人生を諦めた面がある、⑤今のままでは人生何もない、の5つの構成要素からなる〈普通の大人として何もない〉という2つの地域生活経験が抽出できた。第4段階における地域生活のあり方は、【自分自身の実感】【生きがいの発見】が抽出できた。

地域社会や地域住民への適応により、地域社会で自分なりの生活スタイルが確立すると、同じ精神障害をもつ仲間や地域住民に対して、さらには、社会に対してできる事やすべき事といった自分の役割を意識し始め、活動していくようになった。そして、そのような活動を通じて精神障害を持つ自分という存在や自分の人生への肯定的な意味づけができるようになり、将来の夢につながっていった。

現在の自分だけでなく将来の自分や同じ精神障害を持つ仲間にも目が向いており、広い視野の中で自分という存在や役割を意識しながら地域生活を送っている段階であった。しかし一方では、結婚していないことや子どもがいないこと、家や財産を持っていないこと、精神障害者であることや精神科病院に入院経験があることなどから、自分は普通の大人になれないと自分を責め、嘆き、自分の存在と自分の人生に劣等感や絶望感を抱き続けている段階でもあった。

## Ⅶ. 考 察

退院から現在の生活までの過程を検討することを通じて、出身地域以外で地域生活を送る精神障

害者が感じている生活のしづらさの要因と、地域生活支援のあり方を考察する。

### 1. 退院から現在の生活までの過程

出身地域以外で生活を送る精神障害者の地域生活は、4つの段階を経ていると考えられた。また、各段階から抽出できた地域生活経験は、自己肯定的な経験と自己否定的な経験の相反する性質をもっていると考えられた。

地域生活を送るということは、現実的な問題を主体的に処理しながら生きていくこと<sup>13)</sup>である。彼らは地域生活を送る中で相反する2つの経験の狭間で揺れ動きながらも、直面する現実的な問題を処理していく必要があった。そのため、自分の存在を肯定的に位置づけ安定性を保障できる経験を優先させて生活を送っていたと考えられる。換言すれば、自己肯定的な経験を優先させることができた場合に次の段階へ移行でき、地域生活の継続が可能となるといえる。精神障害者にとっての地域生活は、自己の歴史の再構成<sup>14)</sup>であることが示唆されている。市井の「自分の責任ではないことによって受ける苦痛の割合が、前の時代よりも減ること」<sup>15)</sup>という歴史の進歩についての定義を踏まえるならば、地域生活の4段階の移行は、より安定した地域生活に向けた歴史の進歩であり、自己の歴史の進歩と捉えることができる。裏を返せば、長期入院経験によって構成された精神科の患者という自己アイデンティティ<sup>16)</sup>は、地域生活においては「自分の責任ではないことによって受ける苦痛」であり、生活のしづらさとなっていたと考えられる。

このことから、精神障害者の地域生活過程は、精神科病院での長期入院生活に適応するために構成された精神科の患者という自己アイデンティティを、安定した地域生活を送る地域生活者として必要な自己アイデンティティへと再構成していく歴史として捉えることができる。

この自己アイデンティティは、3つの過程を経

て再構成されていると考えられた。

#### 1) ピアサポートによるエンパワメントの過程

退院後、入院中に憧れていた自由に戸惑い、何をしていいかわからないという虚無感や自己喪失感といった自己否定的な心情を抱き、他者依存的な状態で地域生活を始めている。地域生活を送る精神障害者がパワーレスな状態に陥ってしまう要因として、地域生活上の経験不足と、必要な情報をどこから得ていいのかわからないための情報不足<sup>16)</sup>がある。それゆえ、彼らは自分から主体的に行動を起こすことができずに、地域生活が構築できない状態であったと考えられる。

そのような生活が同じ病気を持つ仲間との出会いによって転換する。仲間誘われ一緒に活動することを通じて、地域生活に必要な具体的な社会的スキルや対人スキル、生活の仕方に関する知識と経験を積んでいる。つまり、仲間の存在が人的資源として機能し、仲間の持ち合わせている経験から地域生活全般に関する方法を学んでいったと考えられる。その結果、地域社会や地域住民を知り、主体的な活動が広がっていったといえる。この過程は、仲間の支援を受けながら地域社会のメンバーとなるために必要な意識やスキルを身につけていく過程であり、ピアサポートによるエンパワメントの過程といえる。Stephenらは、同じくらの立場・地位、密接な関わり的重要性<sup>17)</sup>を指摘しているが、彼らにとっても仲間である精神障害者によるサポートは意味あるものであったといえる。それは、地域における生活者のモデルとして仲間は意味づけされており、仲間をモデルとして主体的に地域生活を構築していったと考えられるためである。また、精神障害者によるサポートは、生活のモデルが同じ精神障害者であれば他者とのずれを感じる事が少ないゆえにスティグマの感情を抱くことも、スティグマ化されることも少なく、さらに仲間との連帯の中で安心感や居場所感を得ることができたために、自分を受容しエ

ンパワメントできたと考えられるためである。

このことから、ピアサポートによるエンパワメント過程により、安心して地域生活に関する知識と経験を積んでいくことができたと考えられる。

#### 2) 隠蔽からの解放過程

地域住民との関わりの中で精神疾患を持つことや、精神科病院への入院経験を持つことがスティグマとして扱われる可能性を常に意識していたことが窺える。この点について葛西らは、精神疾患に対する社会評価には自分自身に対する主観的認識も含まれており、その認識は社会では相手にされないだろうとか、人に知られてはならない烙印という認識であることが多い<sup>18)</sup> ゆえとしている。また、精神障害者が社会を冷たく感じて社会では相手にされないと思っており、同時に自分自身に偏見を持っている<sup>19)</sup> ことも指摘されている。これらを踏まえると、彼らが恐怖を感じる程に抱いていた人の目が気になって怖いという思いや普通の大人になれないという思いは、社会に対する偏見と自分に対する「内なる偏見」といえる偏見を持っていたためと理解できる。そのため、「普通の人」にならないといけない思い、「普通の人」を演じて地域生活を送っていたのではないだろうか。本当の自己を隠し、異なる自己を演じる事についてゴッフマンは、人間は他の人間に対する印象を良くしようとする印象操作を行い他者の是認や信頼を勝ち取り、それを通じて自己の目標達成を図るため<sup>20)</sup>と指摘し、ホックシールドは、感情を社会の感情のルールに合うように感情操作を行い、他者からの反発や拒絶を回避している<sup>21)</sup>と指摘している。つまり、彼らは「普通の人」になるために印象操作や感情操作を行いながら地域生活を送っていたといえる。その生活は、恐怖心や猜疑心、緊張感を常に持ちながらのものだったと推測できる。

そのような中で、自分の体験を語る機会を始めとする地域住民との対面的な交流を持つことで変



化が生じている。対面的な交流を契機にお互いの偏見が取れ肯定的な方向に意識が変化する<sup>23)</sup>ことは指摘されおり、中でも、語るという行為は語る側にとっても語りを聴く側にとっても相互理解の点で意味がある<sup>24)</sup>ことが指摘されている。そして、語る側の意味の一つは、エンパワメントにつながる<sup>25)</sup>ことである。彼らにとって体験を語ることは、他者からの受容的・肯定的な評価を得ることができた経験であったことから、自分自身のエンパワメントにつながったと考えられる。さらに、「過去を想起するとき、何が重要で重要でないかという現在の考えによって、過去を再構築する」という片桐の指摘<sup>26)</sup>を踏まえると、今までの自分という歴史が再構築され、自己受容が促進したといえる。つまり、地域住民に語ることは同時に、自分自身に語ることにもなっており、自分の存在をあるがままに受け入れた経験という意味を持っていたと考えられる。彼らはこの経験によって精神障害者である自分への否定的な意味づけが緩和されていき、ありのままの自分を受容し表現できるようになっていったと考えられる。

このことから、地域住民との対面的な交流により印象操作や感情操作から降りること、いわば、隠蔽からの解放過程によって自分を受容することができ、自分を表現することで脱スティグマ化を進展させていったと考えられる。

### 3) 価値転換の過程

本研究対象者は、地域社会や地域住民を知り、慣れていくことで自分なりの地域生活を確立させていた。さらに、現在の生活では、自分のできることや社会的役割、将来の夢を自覚している。それは、仲間との交流や体験を語ること、就労や地域ボランティア等の社会的・対人的な活動を通じて社会の一員として自分の役割や位置を見出すことができ、自分自身の存在を肯定的に実感できるようになったためと考えられる。

精神障害者にとっての就労や働く場について、

村田は、「生活の維持という経済的側面のみならず、『自分が役に立つ価値ある存在であるという』実感に裏付けられた社会人として周囲から認められているという self-esteem と identity のレベルの問題として受け止めることが大切<sup>27)</sup>と指摘している。また、居場所について中原は、「自分があるのままにそこにいてもいいと認知し得る感覚」と居場所感を定義し、そのような居場所感を持つことができる心理的居場所があることの重要性<sup>28)</sup>を指摘している。これらを踏まえると、彼らにとっての社会的役割の自覚や居場所の確保・確立は、社会からその役割を果たす者として認められた証として作用し、地域社会の中で自己存在への価値観や自己信頼感を支えているものと考えられる。また、自己否定せずに精神障害者として生活を送っていくことを精神的に支えるものと考えられる。そして、自分の人生に劣等感や絶望感を抱きながらも、障害とともに歩み、新たな居場所と将来展望を確立させることができたといえる。

このことから、比較価値からそのものの価値への転換<sup>29)</sup>という価値転換があったと考えられる。この価値転換によって、自分という存在に肯定的な意味づけができるようになり、精神障害者としての自分を受け入れることができるようになったといえる。そして、地域生活に適應することができるよう自己アイデンティティを確立していったと考えられる。

## 2. 生活のしづらさの要因と地域生活支援のあり方

出身地域以外で地域生活を送る精神障害者の生活のしづらさの要因は、4段階における否定的な地域生活経験の背景にあるものと考えられる。それは、長期入院生活に適應するために構成した精神科の患者という自己アイデンティティが、地域生活では自分を苦しめるだけの何の意味をなさないという現実から派生した①自己の喪失感、②自己表現の喪失、③内なる偏見、④自己否定感の4

点といえる。この4点は、精神疾患や精神障害に由来しているというより、精神科病院に入院中に編成した自己アイデンティティと地域生活での自己アイデンティティとに連続性がなく、断裂していることに由来していると考えられる。一言でいえば、地域生活で直面した自己の危機的状況に由来しているといえる。よって、支援のあり方は自己の危機的状況に対するものと考えられる。それは、4段階における肯定的な心情に対する支援であり、次の段階への移行を促すための支援である。4段階の移行は、地域生活に適応する自己アイデンティティの再編成過程であることから、地域生活を送る生活者としての自己アイデンティティを獲得するための支援といえるだろう。

障害者への支援について上田は、「あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観（感）の転換であり、障害を持つことが、自己の全体としての人間的価値を低下させることではないことの認識と体得をつうじて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転じること」<sup>30)</sup>と定義している。この定義を踏まえて支援のあり方を考えるならば、「障害を持つことが、自己の全体としての人間的価値を低下させることではないことの認識と体得」と「積極的な生活態度に転じること」に向けたものが求められるといえる。本研究対象者の地域生活過程においては、第1段階から第2段階へは、安心感・居場所の提供や生き方（生活）のモデルといったピアサポートによる有力化、第2段階から第3段階へは、社会的・対人的な経験をすることで自分から活動することや、辛さや喜びの気づきといった感情・活動の誘発、第3段階から第4段階へは、自分自身の客観的理解や自分の持つスティグマへの対処につながった自分自身の表現と他者による承認、第4段階では、精神障害をもつ自分という存在に生きる価値の付与となった社会的役割や居場所の確立、将来展望を持つことが、地域生活過程の4段階を移行していく上での

要因であり、彼らが自分と向き合い、自分を受け入れることができた契機と考えられる。

このことから、出身地域以外で地域生活を送る精神障害者に対する地域生活支援のあり方は、①地域生活を送る上で必要な社会的・対人的な経験を積むことの支援、②地域生活のモデルの提示、③失敗できる安心感の提供、④自己表現・他者評価の場の提供、の4点であると考えられた。

## VIII. 結 論

出身地域以外で地域生活を送る精神障害者の地域生活過程は、社会的孤立期、社会経験期、社会的自立期、社会的実存期の4段階に区分でき、【自己喪失感の実感】【不自由さへの馴化】【仲間との出会い】【社会環境への慣れ】【生活の確立】【人への慣れ】【自分自身の実感】【生きがいの発見】という地域生活のあり方が抽出できた。また、各段階ともに2つの地域生活経験が抽出された。相反する経験の狭間で揺れ動きながらも、地域生活で直面する現実的な問題に対処しながら生活を送っていくために、自己にとって安定性を保障できる肯定的な経験を優先させていたことが窺えた。

このことから、出身地域以外で地域生活を送る精神障害者の地域生活過程は、精神科病院での長期入院によって構成した自己アイデンティティを、地域生活に適応できる自己アイデンティティに再構成する過程であることが示唆された。

地域生活過程における生活のしづらさの要因は、地域生活で直面した自己の危機的状況から派生した自己否定的な経験であると考えられ、①自己の喪失感、②自己表現の喪失、③内なる偏見、④自己否定感の4点であることが示唆された。

よって、地域生活過程に対する支援のあり方として、①地域生活を送る上で必要な社会的・対人的な体験をすることを支援、②地域生活のモデルの提示、③失敗できる安心感の提供、④自己表現・他者評価の場の提供、の4点を通じて各段階にお

ける自己肯定的な経験を支えていくことが示唆された。

#### IX. 本研究の限界と今後の課題

1点目は対象者についてである。本研究では対象者が7名であり属性や入院した年代、入院経験も限定的である。また、対象者一人一人によって社会参加に対するイメージが異なり、社会参加に関する主観的な意味あいの広がりも予想された。

よって、より多くの個別具体的な経験を明らかにしていく必要性が挙げられる。

2点目は精神障害者にまつわる点である。本研究対象者は全員が医療とのつながりを継続しながら5年以上再入院せずに地域生活を送り、主な支援者である施設職員も障害を受容し自分らしく生活していると認識している方である。にもかかわらず、彼らは精神障害である自分に劣等感を抱き続けていた。このことは、彼らは精神障害である自分に劣等感を持ち続けて生きていく可能性を示唆している。

このことから、精神障害者自身にとっての障害受容のあり方や概念を検討していく必要性が挙げられる。

3点目は精神科医療の質や特徴にまるわる点である。この点については、病院間格差もさることながら、地域間格差が大きいことも指摘されている。よって、地域性を視野に入れた研究の必要性が挙げられる。

#### X. 謝 辞

本研究のインタビュー調査に快く協力して下さった7名の対象者の皆様、およびその他研究に協力して下さった皆様に心より深く感謝を申し上げます。

尚、本研究は平成21年度文部科学省科学研究費補助金(若手研究(B))「精神障害者の社会参加支援のあり方に関する研究」を受けて行った研究

の一部である。

#### 引用文献

- 1) 村田信男(1999):精神障害者の自立と社会参加, p.4, 創造出版, 東京
- 2) 蜂矢英彦(1997):精神障害者の社会参加への援助, p.95-109, 金剛出版, 東京
- 3) 北島謙吾(1999):精神障害者の日常生活および社会参加への要望に関連する因子, 第9回日本精神保健看護学会抄録集:27-28
- 4) 服部希恵, 北島謙吾, 森田敏幸(2001):精神障害者の社会機能および日常生活自己管理が社会参加に及ぼす影響, 精神保健看護学会誌 10(1):118-125
- 5) 松本茂幸(1992):精神分裂病者の社会復帰に影響を与える疾病外因子, 厚生省精神・神経疾患研究平成3年度研究報告集:125-128
- 6) 東保みづ枝, 森長静江, 松尾佳子他(1999):精神障害者の社会参加ニーズ調査, 日本社会精神医学 8:113-129
- 7) 平部正樹(2005):精神障害者の社会参加に関する要因分析, 日本社会精神医学 14:188-199
- 8) 田中美恵子(2000):ある精神障害者・当事者にとっての病いの意味—地域生活を送るNさんのライフストーリーとその解釈—, 看護研究 1:37-59
- 9) 田中美恵子(2000):ある精神障害者・当事者にとっての病いの意味—Sさんのライフストーリーとその解釈—スティグマからの自己奪還と語り—, 聖路加看護学会誌 4(1):1-19
- 10) 田中美恵子(2002):ある精神障害者・当事者のライフストーリーとその解釈(第2部)—病いの意味:自立と自己の存在の意味を求めての闘い—, 東京女子医科大学看護学部紀要 5:17-26
- 11) 関根正(2010):精神障害者にとっての長期

- 入院経験の意味—精神科病院における「ステイグマ」付与の過程—, 群馬県立県民健康科学大学紀要 5:29-41
- 12) 関根 正, 小林悟子 (2009): 精神障害者の社会参加過程に関する研究—地域生活を支えた要因—, 第39回日本看護学会論文集地域看護: 39-41
- 13) 三木智津子, 川口優子 (2003): 地域に住む精神障害者の生活とその支援, 日本精神保健看護学会誌 12(1):105-112
- 14) 前掲書8)
- 15) 市井三郎 (1971): 歴史の進歩とは何か, p. 68, 岩波新書, 東京
- 16) 前掲書11)
- 17) 栄セツコ (2005): 精神障害者のエンパワメント・アプローチパワーの喪失に関連する要因—, 桃山学院大学社会学論集 39(1): 153-173
- 18) Stephen p. Hinshaw & Dante Cicchetti (2000): Stigma and mental disorder- Conceptions of Illness, public attitudes, and social policy, *Development and Psychopathology* 12: 555-557
- 19) 葛西康子, 小塚 孝 (1999): 地域に住む精神障害者の障害認識と対処能力—精神障害者の主観的体験に基づく分析, *看護研究* 32(2): 53-62
- 20) E. ゴッフマン, 石黒 毅訳 (1974): 行為と演技—日常生活における自己提示, p.34-38, 誠信書房, 東京
- 21) A. R ホックシールド, 石川 准, 室伏亜希訳 (1983): 管理される心—感情が商品になるとき, p.48-50, 世界思想社, 京都
- 22) 白石大介 (2000): 精神障害者への偏見とステイグマ—ソーシャルワークリサーチからの報告, p.104-107, 中央法規, 東京
- 23) 田中悟郎 (2004): 精神障害者に対する住民意識—自由回答の分析, *人間共生社会学* 4: 31-41
- 24) 栄セツコ (2008): 精神障害当事者の語りの有用性—教育現場における精神障害者の語りに関する事業をもとに—, 桃山学院大学社会学論集 41(2):119-135
- 25) 前掲書20) p.115-134
- 26) 片桐雅隆 (2000): 自己と「語り」の社会学, p.104, 世界思想社, 京都
- 27) 村田信男 (1993): 地域精神保健—メンタルヘルスとリハビリテーション, 医学書院, p.161, 東京
- 28) Dembo T, Leviton GL, et al (1956): Adjustment to misfortune-A Problem of social-psychological rehabilitation, *Artificial Limbs* 3: 43-62
- 29) 中原睦美 (2003): 病態と居場所感, p.12, 創元社, 大阪
- 30) 上田 敏 (1983): リハビリテーションを考える, 青木書房, p.209, 東京

## **The process of life in a new community : supporting mentally ill people from outside of the community**

Tadashi Sekine

Gunma Prefectural College of Health Sciences

**Objective :** To clarify ways of supporting mentally ill people moving into a new community, taking into consideration the factor of “hard living” and the targets of livelihood support.

**Methods :** Interview survey of subjects and recursive analysis of quality.

**Results :** The 7 subjects ranged in age from their late 30s to their early 70s. All subjects had experienced community life for the past 6 to 17 years. Local life was grouped into 4 categories: “social isolation”, “social experience”, “social independence” and “social existence”. The following types of community life were then identified: **【noticing loss】**, **【adjusting to discomfort】**, **【presence of friends】**, **【getting used to a community setting】**, **【establishing a life】**, **【getting used to other people】**, **【realize themselves exists】**and **【finding motivation in life】**.

**Conclusion :** Community life process is to restructure their identities to conform with the requirements of their new community. The factor of “hard living” was a crisis situation in which mentally ill residents confront community life. Livelihood support is focused on the social and interpersonal experience that is needed for community life, and presents models of community life, reinforces a relaxed environment if the mentally ill residents make mistakes, and provides a place for self-expression and the appreciation of others.

**Key words :** mentally ill people, community life, hard living, livelihood support