

精神科病院に長期入院する高齢女性患者が語る

「生きている世界」

— 社会復帰病棟におけるエスノグラフィー —

NARRATIVES OF LONG-STAY ELDERLY PATIENTS
ON THE WORLD THAT THEY LIVE IN:

Ethnography at the Female Psychiatric Rehabilitation Ward

今泉 亜子

Imaizumi, Ako

2014 年度 博士（看護学）論文

指導教員：武井麻子

日本赤十字看護大学大学院

看護学研究科

抄録

I. 研究の動機と背景

現在、日本の精神科医療においては、患者の退院促進が長らく課題とされてきている。しかし、精神科病床の人員配置や退院後の患者の引き受け手の問題などから、長期入院患者の退院は進んでおらず、高齢化に伴う身体合併症や認知症などの問題が深刻化している。中でも統合失調症の高齢女性患者は増加しており、何らかの対応が必要とされている。また、長期入院患者の退院阻害要因については、医療者の視点から患者の個人的要因が多数論じられているが、一方で看護者を含め病棟全体の態度や心構えに退院支援への前向きな環境がないことや、地域ケアシステムの不備といった環境側の要因も指摘されている。

しかし、こうした長期入院の問題が患者側にあるのか、それとも施設側にあるのか、といった二元論的発想では問題の本質は見えてこないように思われる。また、先行研究では、患者と看護者との間に問題意識のズレがあることも明らかにされている。そこで、患者自身が精神科病院での治療や入院生活をどのようなものと捉えており、また患者にとって入院もしくは退院はどのような意味があるのかを、患者の視点に立って理解する必要がある。それは患者たちがこれまでどのように生きてきたのか、またこれからの人生をどのようなものと見ているのかを、つまり患者の「生きている世界」を知ることでもある。

それは、患者と看護者の間のズレを少しでも解消し、患者が看護者と共にこれからの人生をどう生きていくかを考える、新たな看護の関わりへの示唆となるだろう。

II. 研究目的

精神科社会復帰病棟でのフィールドワークを通して得られた、長期入院の高齢女性患者の語りから、彼女たちが「生きている世界」とはどのようなものであるかを明らかにする。

III. 用語の定義

「生きている世界」とは、研究参加者自らが語った、内的世界と外的現実の全てを含む体験世界のことをいう。

IV. 研究方法

本研究ではエスノグラフィーの方法を用いた。精神科病院社会復帰病棟で1年10か月、週1回、日勤帯に計87回のフィールドワークを行った。フィールドでは私服を着用し、看護業務は行わず、患者と関わりを持った。そして研究参加への同意の得られた70歳以上で、通算入院期間が40年以上の3名と約10年の1名を研究参加者とした。また、患者の置かれている状況を理解するための補助的情報を得る目的で、9名の看護者に半構成的インタビュ

ューを行い、研究者自身の患者に対する見方や解釈の妥当性を確保する機会とした。

フィールドで観察し体験したことを研究者自身の感情や思考も含めてフィールドノートに記録し、研究指導教員等のスーパービジョンのもとでデブリーフィングを行い、語られた内容とその解釈について検討すると同時に、患者と研究者の間に何が起きているかを分析した。最終的に、研究参加者ごとに研究者との関わりの場面を抽出し、看護者のインタビューで得られた情報とも照らし合わせながら、一人ひとりの「生きている世界」を再構成し、それぞれの研究参加者の共通点と相違点を比較しながら考察した。

V. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（予備調査：2012-100、本調査：2013-85）及び研究施設の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

病院管理者に文書で研究協力を依頼し、許可を得てフィールドワークを開始した。病棟管理者、病棟看護師、主治医にも口頭と文書で研究の趣旨や方法について説明を行い、承諾を得た。患者とインタビューに応じてくれた看護師には、口頭と文書にて、研究にあたっての倫理的配慮を説明し、研究参加への同意を得た。

VI. 結果

4名の研究参加者との関わりを通して見えてきた、彼女たちの「生きている世界」を、関わるようになった時期の早い順に示した。なお、氏名は全て仮名である。

1. 川名さんの「生きている世界」

川名さんは、毎回、研究者に格言めいた「お言葉」を伝えてきた。彼女は、人生に必要なことは「正しい人になるための努力」だと言い、正しい人とは「向学心があり、思いやりがあり、他の人からリスペクトされる人」だと語った。また、彼女は自ら「与えるばかりの人生」と語ったが、与えられた人がどう思うかまでは顧慮していなかった。

彼女は、幼少時に両親が離婚し母親に育てられたが、その母親に結婚を反対され、仕事も辞めさせられた、母親が死ぬ3か月前まで独立した人間として見て貰えなかったと語った。彼女は自分が「精神的に孤独」になったのはその母親のせいでもあると語り、母親との生活を「安全だが自由はなかった」と語った。彼女は退院先を自ら調べて見学に行ったりしていたが、退院が現実味を帯びてくると話を反故にしていた。彼女は「退院は希望」と自由を求める一方、いざ自由になると恐怖にとらわれるという体験を繰り返していた。

彼女は研究者と語る中で、フィールドワークの最後の方には「与えるばかり」ではなく、「受けることもしたいんです」と語り、「よもやま話、無駄話」をする相手が欲しいと語っ

た。さらに研究者と話す体験について「平等で入り込めて話せる」と語っていた。

2. 南郷さんの「生きている世界」

南郷さんは、病棟や他の患者をシニカルな目で観察し、毒のある言葉で批評する患者だった。彼女には子どもがいたが、離婚してからは音信不通だった。だが、彼女は結婚し、きちんと料理を作り、子どもを産み育てるという家庭像にこだわっており、それを実現できなかった自分を、「意地悪」「クルクルパー」と否定的に言い続けた。

その一方で、彼女はファンタジーの世界に「待ち人」がおり、いつかは彼と暮らす、「いつまでもここにはいない」と語っていた。そのファンタジーは、自分は他の患者とは違うという彼女の自己肯定感の源ともなっていた。そして研究者とユーモアに満ちた即興的なやりとりをするようになる中で、入院の理由は亡き両親への服喪なのだと語った。彼女は研究者との関わりを「ポンポンポンと問えば答える」と言い、テンポよく反応を返しあう会話を楽しんでいた。

3. 石津さんの「生きている世界」

石津さんの語りは結婚の破綻から始まり、誰からも助けられたという実感がない被害的色彩の濃い物語であった。それは現実ともファンタジーともつかない物語であり、内容がその時々で変わるので、研究者を戸惑わせることが多かった。

一時期、彼女は部屋に置いたポータブルトイレでないと排便できないとこだわり、日中は病棟トイレを使わせようとする看護者との間で攻防が続いた。しかし、彼女は看護者に不満があっても退院は望まず、「帰る所がないから、行くとこ行くところが『一生ここ』になる」「死ぬなら病院がいい」と語った。だがそう言いながらも、幻聴が聞こえてくると病院を出て行こうとする行動も見られた。そして彼女にとっての自慢は、長い入院生活の間に、一度も閉鎖病棟に行ったことがなく、開放病棟にしかいたことがないということであった。

4. 所さんの「生きている世界」

所さんは、自らを「馬鹿だ」「ダメだ」と繰り返し言っていたが、実父や継母からどんなに頑張っても褒められることがなく、そのせいで自分はダメだと思うようになったと語った。発症してからは近所の目から隠されるような扱いを受け、彼女にとっては病院の方が家よりも楽な場所となっていた。彼女は一度退院し就職したが挫折し、再入院した体験から「退院は苦痛」と思い、病院を「終の住処」と捉えていた。そして彼女は退院させられないために「喧嘩しないのが私の武器」と語り、トラブルを避け、人の思惑ばかりを気にしていた。しかも、医師には「症状を診る」ことだけを期待し、体に異変を感じても自分

で対処しようとしていた。だが、人に甘えることができず、「自分に依存しないと」と言っていた所さんも、看護者が退職の際、患者に挨拶もせずに病棟を去ることに不満を言い、研究者に対しても「世間話」をしようと言い、甘える様子を見せるようになった。そして研究者に語ることを通して人生を振り返ることができ、人生がつながって嬉しいと語った。

VII. 考察

研究参加者たちの拭いがたい否定的な自己像と他者への不信感の背景には、幼い頃から度重なる自己愛の傷つき体験があった。そこには深刻な家族内の葛藤があったが、結婚にも仕事にも挫折するという、時代や社会を反映した女性ならではの葛藤もあった。

実家も婚家もなく、職場もない彼女たちに居場所を提供したのは、精神科病院だけであった。そのため、彼女たちは病院を自らのアイデンティティの拠り所とするしかなく、退院すると“何者でもない自分”になってしまう不安があった。それゆえ、彼女たちは病院にいることにこだわり、病院を「終の住処」と考えていたが、病院にいる人に愛着を感じているわけではなかった。突然いなくなる医療者という「人間」よりは、いつも変わらず存在する「病院」の方が、より安全感を与えてくれるものだったのである。

しかし、彼女たちは悲惨なだけの病院生活を送っているわけではなかった。それぞれに「希望」があり、それを持ち続けることで長い入院生活を生き延びていた。そして人に甘えられない彼女たちは、医療者にもケアを望まず、自分なりのセルフケアの方法で、心身の不安に対処していた。そこには「自恃の精神」ともいうべきものがあった。

他者を信じられず、精神症状もある患者の言葉からその意味をつかむのは容易ではなかった。だが私が看護業務を行わない研究者として彼女たちに関心を寄せ、その語りの背後にある感情に耳を澄まし、その言葉や行動に自分なりの反応を返すことにより、彼女たちは徐々に心を許し、私に「生きている世界」を垣間見せてくれるようになった。彼女たちは対等な立場で他愛のない世間話ができる相手を求めているが、長い入院生活の中で、そうした関係を看護者に期待することを諦めていた。このような世界に生きる患者たちに、ただ退院に向けて ADL やセルフケアの能力の向上などを促すだけでは、かえってようやく見つけた安全な居場所を奪われる恐怖を彼女たちに与えることにしかならず、さらに人間への不信感と孤立無援感を募らせることになりかねない。今回明らかになったように、まずは患者の「生きている世界」に関心を寄せ、そして安全感を得られるような環境を提供することをアプローチの基本として考えていくことが、患者がただ病院に依存するのではなく、そこに関与する人間への信頼を回復していくことへの糸口となるだろう。

Abstract

Objective : This is an ethnographic study with elderly female long-stay patients at a psychiatric rehabilitation ward in Japan. It aimed to explore the nature of the world the patients live in.

Methods : The researcher conducted 87 sessions of fieldwork; once a week during day-shifts for 22 months, spending time and having a chat with patients. To obtain supplementary information on the patients, the researcher conducted semi-structured interviews with nine ward nurses.

Ethical considerations : This study was conducted upon the authorization of the research ethics review committees of the Japanese Red Cross College of Nursing (preliminary study: 2012-100; main study: 2013-85) and of the research facility.

Findings : The research participants included four female patients over the age of 70 diagnosed with schizophrenia who had lived more than ten years in the ward. The findings were as follows:

The research participants grew up without feeling appreciated or respected as individuals by their caretakers. Two of them were divorced and estranged from their children. The other two had no marital or reproductive history, and were unable to continue working after getting a job. Even when they did not like something the nurses did, they did not want to leave, considering the hospital their final home where they were to end their lives. One patient consciously aimed to avoid trouble so she wouldn't be discharged. Even when a patient said she wished to be released, once the discharge started looking imminent, she would cancel the plan herself.

Despite long hospitalization, the patients did not share any concerns about their physical or mental condition with the medical staff. Rather, they discovered for themselves methods of coping. They anchored themselves to their ideals or beliefs, or kept their own hopes to survive their long hospitalization.

In talking with the researcher, however, little by little they came to show their desire to have an idle chat partner. One patient said her life felt happier thanks to the conversations that trace her life.

Discussion : The research participants had suffered repeated trauma to their self-regard since early childhood. Their lives were filled with negative self-images and a distrust of others. They felt they no longer belonged in society—only in the psychiatric hospital, so they had no choice but to belong to the psychiatric hospital to maintain their self-identity. They insisted, therefore, on staying in the hospital, considering it as their final abode. Yet, they did not feel attached to people, i.e. the medical

staff working at the hospital. Being thus unable to feel secure with the staff, they survived instead by taking care of themselves.

It was not that they did not seek for connection with other people; rather they in fact were looking for a chitchat partner. They had given up, however, expecting to establish this type of stable relationship with a nurse.

Although it was not easy to understand patients with psychiatric symptoms and with a persistent distrust of others, the researcher became able to do so by trying to accept the emotion hidden in their words and respond to the best of her ability to gradually establish a relationship on an equal footing with them where they could feel secure to talk about the world they live in.

目次

目次	i
I. 研究の動機と背景	1
A. 研究の動機	1
B. 研究の背景	2
1. 日本の精神科医療の現状	2
2. 日本の精神科病院に長期入院している高齢患者をめぐる問題	3
a. 医療者が捉える退院阻害要因	3
b. 看護師による長期入院患者の退院支援	4
c. 長期入院患者の退院をめぐる家族の問題	5
d. 長期入院患者の高齢化に伴う諸問題	6
e. 長期入院患者の入院体験と退院をめぐる思い	8
3. これからの研究課題	10
II. 研究目的と意義	11
A. 研究目的	11
B. 用語の定義	11
C. 研究の意義	11
III. 研究方法	12
A. 研究デザイン	12
B. 研究協力施設	12
1. 研究協力施設と病棟の概要	12
2. 患者の概要	13
3. 看護者の概要	14
C. 研究参加者	14
1. 研究参加者の選定	14
2. 患者への研究参加依頼手順	14
D. データ収集方法	15
1. フィールドワーク	15
a. データ収集期間	15

b. フィールドワークの方法	15
c. フィールドノーツの記載方法	15
2. 看護者へのインタビュー	16
3. 診療記録や看護記録からの二次的情報収集	16
E. データの分析方法	16
F. 倫理的配慮	17
IV. 結果	18
A. 研究参加者の概要	18
B. 患者の語った「生きている世界」	18
1. 川名さんの「生きている世界」	18
a. 川名さんのプロフィールと出会い	18
b. お言葉	19
c. 川名さんの弱点	21
d. 川名さんの将来計画	22
e. 与えられた人生、与えるだけの人生	22
f. 現実の不安	23
g. 奪われた人生	24
h. 安全な居場所を求めて	25
i. 話をすることと、別れ	27
2. 南郷さんの「生きている世界」	28
a. 南郷さんのプロフィールと出会い	28
b. 病棟の辛口解説者	29
c. 「プラン以上のもの」と親密さの高まり	31
d. 辛辣な悪口からユーモアへ	32
e. 理想の家庭像の裏返しとしてのネガティブな自己像	32
f. 服喪としての入院	34
g. 重なる試練	35
h. 振り返りと別れ	36
3. 石津さんの「生きている世界」	37
a. 石津さんのプロフィール	37

b. 出会い、そして「人生を書いて」という願い	38
c. 触れあいを求める	39
d. 奪われていく人生	40
e. 言いたいことはある、だが何を言いたいかわからない	41
f. 行くところ行くところが「一生ここ」	42
g. 無理に食べ続けるわけ	43
h. 誰かに構って欲しい	44
i. 話が出てくる	44
j. ファンタジーの世界での新しい出会いと現実の別れ	45
4. 所さんの「生きている世界」	46
a. 所さんのプロフィールと出会い	46
b. 複雑な家族背景と入り組んだ感情	47
c. 医師に対する感情	48
d. 入院を希望する気持ち	49
e. 喧嘩はしないという生き方	50
f. これからのことと、死	51
g. 憎しみの表出	52
h. 退院は苦痛、病院は終の住処	53
i. 入院の理由と孤独	54
j. 所さんのセルフケアと甘え	54
k. 人生を振り返る体験	55
l. 別れ	58
V. 考察	59
A. 患者たちの「生きている世界」	59
1. 否定的な自己像と家族の葛藤	59
2. 自己愛欲求と他者への不信と恐れ	60
3. 女性としての挫折と自己愛の傷つき	62
4. 精神科の患者というセルフスティグマ	63
B. 女性の長期入院患者にとっての病院で生きること、死ぬこと	64
1. 居場所がない	64

2. 人ではなく病院にしがみつく	65
3. 終の住処としての病院	67
C. 長期入院患者を支えていたもの	69
1. 否定的な自己像の裏にある自恃の精神とそれぞれの信念	69
2. 自分なりのセルフケアの仕方	70
3. 希望を持ち続けること	72
D. 彼女たちが語った理由：自己物語の誕生	73
1. 語り出すまでの葛藤	73
2. 何かの役に立つ存在でありたい	73
3. 生きている証を残したい	74
4. 世間話ができるような関係を持ちたい	75
E. 看護への示唆	76
F. 研究の限界と今後の課題	77
VI. 結論	79
謝辞	80
文献	81
付録	
資料1. 研究協力依頼書（院長用）	85
資料2. 研究協力依頼書（看護部長用）	86
資料3. 研究協力依頼書（主治医用）	87
資料4. 研究協力依頼書（病棟師長・看護者）	89
資料5. 同意書（看護者用）	93
資料6. 同意撤回書（看護者・患者用）	94
資料7. 研究協力依頼及び同意書（患者用）	95
表1. インタビューに応じた看護者の概要.....	97

I. 研究の動機と背景

A. 研究の動機

日本の精神科医療では、患者の退院促進が長らく課題とされてきているが、現実には長期入院の、中でも統合失調症患者の退院はなかなか進んでいないのが現状である。私が勤めていた病院でも入院期間が5年以上の患者をなるべく退院させる方針であったが、何十年もの間、入院している患者を退院させるのは容易ではなかった。そもそも長期入院患者の場合、患者自身に退院の意欲をもたせること自体がとても大変なことであり、時には、患者の退院促進に関わりながら、本当に患者は退院したいのだろうか、退院すること自体が患者にとって幸せなことなのだろうかと思ってしまうこともあった。

そこで、私は研究のフィールドとして慢性期の統合失調症の長期入院患者がいる病棟を探すことにした。しかし退院促進が叫ばれる中、慢性期の統合失調症の長期入院患者がいて、かつ約2年という長期間のフィールドワークを受け入れてくれる病棟を見つけるのは難しかった。中には、長く入院しているのは統合失調症に認知症を併発している、あるいは寝たきりになって、転院の可能性はあっても退院など考えられない患者ばかりという病院もあった。また病床数の削減と病棟機能の再編成、病棟の老朽化のため病棟の新築を計画中で、継続して患者と関わりを持つのが難しい病院もあった。

そして、ようやく見つけたのが、社会復帰と療養の二つの機能を持つ女性のみの精神科病棟だった。ここには、短期の休息入院と長期入院の患者が混在しており、長期入院でも年齢が50代以下であれば、退院促進コーディネーター¹と連携して退院を進めていたが、半数以上を占める統合失調症の高齢患者の退院はあまり進んでいないように見えた。

しかし、長期入院の高齢患者の中にも、多少精神症状が残ってはいるものの、日常生活動作（Activities of daily ; 以下、ADL とする）は自立していて、セルフケア能力も社会で生活していくには十分ありそうな患者が何人もいた。そのような患者は、毎日着る服の組み合わせを考えたり、化粧をしたり、私とお洒落について話すことを楽しんでいるようにも見えた。しかし、一旦私が退院を口にするのとたんに口を濁し、病棟での生活の不満をこぼしていた患者ですら、退院には否定的であった。私にはそれがどうしてなのか不思議

¹ 正式には地域体制整備コーディネーターという。精神障害者の地域生活への移行に必要な病院や福祉サービス事業者等との連携、関係機関に対する協力要請、地域資源にかかっている情報提供、資源開発等への対応を行う。2013年4月1日より廃止となった。

でならなかった。

しかし、長期入院中の高齢女性患者と継続的に関わり語りあううちに、彼女たちが精神疾患を持つという困難だけでなく、女性であるがゆえの様々な傷つき体験を抱えて、何とか生き抜くために自分なりの世界をつくり出している姿が見えてきたのである。ある患者は、それを自分が「生きてる世界」と表現した。

そこで、本研究では、彼女たちがどのような思いでかくも長きにわたる入院生活を過ごし、そしてこれからのことをどう思っているのかを中心に、彼女たちが語った人生の物語を、彼女たちが「生きている世界」として描き出すことにした。

B. 研究の背景

1. 日本の精神科医療の現状

厚生労働省（以下、厚労省とする）は 2004 年に「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本理念とする「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）」を発表し、救急急性期医療を重視しつつ、受け入れ条件さえ整えば退院可能な社会的入院患者の退院促進と病床数の削減により、10 年以内に約 7 万床を削減するという達成目標を掲げた（厚労省, 2004）。これを受けて、様々な退院促進支援事業や地域移行支援事業などが展開されたが、2009 年の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（以下、あり方検討会とする）」の報告書では、精神病床数はほとんど減少しておらず、新規入院患者の入院期間の短縮化は進んでいるものの、入院期間 1 年以上の患者の動態はあまり変わらず、在院期間が 5 年以上の退院患者の割合はわずか 4%であり、そのうち転院や死亡による退院が 7 割以上であること、精神病床の入院患者の 65 歳以上の高齢者の割合が増加していること、10 年以上の入院患者の 85%が統合失調症であること、などが報告されている（厚労省, 2009）。

一方、新規入院でも 1 年以上の入院となる患者が毎年約 5 万人生まれている現状から、厚労省は精神科病床の人員配置の変更を検討している。現在、精神科での人員配置は一般病床よりも少ない基準が適用されている上に、看護職員の人員の中に一般病床では含まれない看護補助者を入れてよいことになっているが、入院 3 か月未満の患者には一般病床と同等の配置とし、3 か月から 1 年未満の患者には、医師は精神病床と同じ配置だが、看護職員は患者 3 人に対して 1 人としつつ、一定の割合を精神保健福祉士（Psychiatric Social

Worker ; 以下、PSW とする) や作業療法士 (Occupational Therapist Registered ; 以下、OTR とする) 等の配置を可能とするという構想である (厚労省, 2012)。

しかし、日本の精神科医療にとって長期入院患者の存在は、現在もなお大きな課題となっていて残されたままなのである。

2. 日本の精神科病院に長期入院している高齢患者をめぐる問題

精神科病院に長期入院している高齢患者の現状についての文献検討を行った。医学中央雑誌 Web 版 Version5 を用いて、2004 年から 2014 年までに刊行された国内医療系雑誌を中心に「精神科看護 (精神看護)」「長期入院」「長期在院」「高齢」「女性」「身体合併症」「社会復帰」「退院支援」「退院促進」「施設病」「施設症」「インスティテューショナルリズム」「ホスピタリズム」²「家族」に関連する原著論文を検索した。

「精神科看護」と「長期入院」では 383 件で、精神科病院の長期入院患者に関しては、入院患者の減少と病床数削減の政策を背景に、退院に関する研究がほとんどであった。「精神科看護」「長期入院」と「社会復帰」では 155 件、「退院支援」では 130 件、「退院促進」では 53 件、「精神科看護」「長期入院」と「家族」では 154 件、「精神科看護」「長期入院」と「高齢」で検索すると 124 件であった。「精神科看護」「長期入院」と「女性」で検索すると 78 件、これにさらに「高齢」を加えて検索すると 27 件であった。これに対して、「精神科看護」「長期入院」と「身体合併症」では 9 件、「精神科看護」「長期入院」と「ホスピタリズム」では 14 件、「精神科看護」「長期入院」と「施設症」もしくは「施設病」では 5 件、「精神科看護」「長期入院」と「インスティテューショナルリズム」では 2 件であった。さらにハンドサーチや、入手した文献の中にある文献リストの中から、本研究に関連する文献を収集した。

a. 医療者が捉える退院阻害要因

精神科病院の長期入院患者については、その退院阻害要因に関する研究が多数あった。

まず、尺度を用いた研究では、患者側の要因として「全般的な生活能力の低下」「対人障害」「現実検討能力障害」(下野・藤川・吉益他, 2004) や、「身体合併症の有無」「ADL」「病識と治療コンプライアンス」「家族からのサポート」「自閉的行動」「退院への不安」「自殺企図の可能性」(池淵・佐藤・安西, 2008) が挙がっていた。

² 「ホスピタリズム」は、本来は養護施設などで養育された子どもに生じる身体発育や言語・知能の遅れや、情緒的な障害などを指すが、精神医療の現場では「インスティテューショナルリズム」と同義語として使われることがあるため、キーワードとしてあげた。

長浜・小林・杉谷（2006）は、精神科リハビリテーション評価尺度（REHAB-J）を用いて患者を社会復帰可能群、中程度可能群、著しく困難群の3群にわけ、社会復帰可能群では「住環境や経済状況といった社会的サポートシステムの欠如」が、中程度可能群では「社会活動性や社会技能の低下」「コミュニケーション能力の低下」「家族の受け入れ困難」が、著しく困難群では陰性症状やホスピタリズムによる「日常生活能力の低下」「対人関係能力の低下」「セルフケア能力の低下」「誤った自己認識」が退院阻害因子となっていた。

施設病（インスティテューショナルリズム）とは、精神科病院に長期入院している患者によくみられる退行現象や受動性・依存性・不安定性などをいうが（宮本, 2011）、精神科疾患特有の症状ではなく、閉鎖的で管理的な環境が生み出した症状と考えられている。そうした認識から欧米諸国では脱施設化が図られ、結果として施設病に関する研究も減少している。ところが日本では、こうした施設病とみられる現象が今もって長期入院患者の退院を阻害する個人要因として挙げられているのである。そして、長期入院患者を生み出す施設側の要因を実証的に調査した研究は見られなかった。

しかも、日本の精神科病院では急性期病棟の増加に伴い、任意入院患者の約 50%が終日閉鎖の病棟に入院しているという実態があり（国立精神・神経センター精神保健研究所, 2014）、脱施設化が進まないどころか、施設病の危険がむしろ増加しているのである。

b. 看護師による長期入院患者の退院支援

看護師による退院支援に関する研究では、精神科病棟で参加観察した清家（2007）は、看護師が常に実践していたのは、「睡眠状態を含む現在の精神状態をどう捉えているかの確認及び援助」と「薬の自己管理についての援助」であったという。その他には、①退院後の「通院」の方法と必要性の確認。②患者同士の関係や、退院後同居予定の家族への対応などの「対人関係について」の働きかけ。③入院中や外泊中の過ごし方、退院後の生活に向けての「昼間の過ごし方について」の援助。④退院後の「食事について」の援助。⑤合併症に関する「身体症状について」の援助。⑥「趣味について」の働きかけ。⑦「洗濯・更衣・入浴」についての確認があり、いずれも日常生活の自立にかかわる内容であった。

また田嶋・島田・佐伯（2009）も、精神科長期入院患者の退院にかかわった 25 名の看護師に半構成的面接を行い、退院支援の 3 つの段階で行う患者に対する働きかけを 9 つ抽出した。まず〈退院への意向を育む〉段階には、「自尊心を高める」「視点を地域に向ける」働きかけ、〈退院の方向性を推し進める〉段階には、「退院の可能性を査定する」「セルフケア能力を高める」「心の準備を手伝う」「家族との関係を修復する」「患者の背景や希望に沿

った退院先を検討する」「生活用品を準備したり、地域になじむ体験の機会を作ったりと具体的な準備を手伝う」働きかけ、そしてこの段階と重なりながら始まる〈退院への始動を助ける〉段階では、患者の揺らぎを支えながらも「自立を促す」働きかけを行っていた。

上の2つの調査から、看護師は症状や服薬の管理を含めて、主に生活上の現実的な問題解決を目指した援助をしていることがわかる。しかし清家（2007）は、入院早期から看護師が意識的に働きかけることが患者の自信と意欲、人に対する信頼感を育むとして、問題解決だけではない患者への支援が必要であると述べている。また田嶋・島田・佐伯（2009）も、患者が人への信頼や自尊心を取り戻す関わりの上に退院に向けての働きかけがあって、初めて患者の退院へのニーズが掘り起こされると述べている。いずれも、患者の入院に至るまでの体験や長期入院で損なわれた人への信頼や自尊心を回復させることが看護に求められていると示唆しているのだが、研究の結果自体にそれは示されていない。

一方、石橋・成相・足立（2001）は、退院できた長期入院患者にどのようなケアが提供されたのかをインタビューにより調査し、社会復帰に向けての効果的な看護介入のコツを抽出した。例えば、患者の自信のなさ・ホスピタリズムに対しては、病棟全体が社会復帰に前向きな「環境づくり」をすること、そして、専門的な判断からは困難と思っても、患者の「意思を尊重し支える」こと、患者の不安を察知し、安心を言葉にして伝え「安心の確保」をすること、そして「具体的な手だてを提示」しながら少しずつ前に進めること、自信がなく社会復帰に向かっている患者に替わって「思いきる」こと、患者が帰りたい気持ちが高まった「その時を捕まえ」「励ます」こと、などである。つまり、退院支援には患者個人だけではなく病棟全体にも働きかける必要があり、看護師自身の患者に対する態度や心構えを変える必要があることが明らかにされているが、あくまで看護師の意見であり、患者自身に聞いたわけではない。

c. 長期入院患者の退院をめぐる家族の問題

精神障害者にとって家族は最も身近な支援者であり、かつ、自らニーズを伝えることが難しい患者の代弁者として位置付けられ、常に本人をケアするために頑張らさせられ、荷重な責務を負わされ、家族自身の生活や人生を費やしてきた（高村, 2012）。先行研究でも、患者を受け入れる側としての家族を前提とした研究がほとんどであり、患者の退院阻害要因として、特に長期入院患者の場合は、「家族」を挙げるものが少なくない。そこで、看護師が家族面接を行って、家族の意向や受け入れに対する思いを丁寧につかんだり、不安に対処して家族の負担を減らし、家族が孤立しないように地域資源につなげたり、再発時の

対応などの情報提供をしたりと、家族が退院の阻害要因にならないようにと粘り強い働きかけを行ったりしている（福田, 2007; 河岸, 2009; 田嶋・島田・佐伯, 2009）。

しかし近年、家族の「個人化」が進み、家族のケアを当てにしなくても精神障害者が地域で暮らすことができるようなシステムが求められるようになった（佐藤, 2012）。そのため、長期入院の統合失調症患者の場合、家族の負担軽減よりも、まずは患者が自立して地域生活が維持できるような人的、物的、経済的、社会的サポートの充実を図るための支援が重要とする報告が増えている（濱田・田中・横山他, 2007; 藤野・山口・岡村, 2009）。

さらに、2014 年、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）の保護者に関する規定が削除された。これまでは保護者となる家族に様々な義務と責任が課されていたが、今後は、患者の問題を社会の問題として捉え、地域生活を継続できるような公的な支援体制を作り、退院支援を行っていくこと、その上で家族には患者の支援をする選択肢を与えることになった。しかし、保護者制度が廃止されても地域の支援体制が整わない現状では、これまで家族が担ってきた役割の肩代わりを医療者がしなければならぬという矛盾も生じている。

d. 長期入院患者の高齢化に伴う諸問題

精神障害者も高齢になると循環器をはじめとした機能低下が起こる。そこに抗精神病薬の有害反応として体重増加や血糖異常、脂質増加などが加わり、閉鎖環境による慢性的な運動不足や間食、喫煙などが複合的に作用し、身体合併症を引き起こしやすくなる。そのため身体合併症へのケアは精神科看護でも年々重要になってきている。

成田（2011）は、精神科単科の病院で患者が身体合併症を発症した時、一般科病院になぐまでには、身体合併症を早期発見することができず、かつ軽視する傾向があること、高齢者というだけで治療を積極的に行わないケースがあること、身体合併症を診るだけの設備や機器がそろっていなかったり、あっても十分に活用できなかったりするケースが多いこと、身体合併症のケアが組み込まれることによって業務が多忙になり、入院している全ての患者に適切なケアを提供する環境をつくりだせなくなってしまうことがあること、総合的な診療を行う医療スタッフに、精神的なケアをするために必要な知識・技術が不足し不安が強く、かつ、そこに入院している患者からの理解が得られないなどで入院を断られ、適切な医療が受けられないなど、数々の問題があると述べている。

厚労省も長期在院患者の高齢化に伴う身体合併症対策として、2008 年の診療報酬改訂で「精神科身体合併症管理加算」や「精神科救急・合併症入院料」を新設した。しかし、い

ずれも施設基準となる要件が厳しく、2013 年の段階で届出されているのは、全精神科病院 1622 のうち、11 病院だけである（国立精神・神経センター精神保健研究所, 2014）。

中村（2008）は看護の立場から身体疾患を合併した精神疾患患者の問題を論じ、身体的な問題を抱えていても苦痛を感じることができない、または訴えることができない場合が多いため、看護師はよく観察し、訴えに耳を傾ける必要があること、そして、患者にとっての負担・ストレスは何かを判断し、身体ケアに伴うストレスを緩和する看護ケアの実践、そして医師への報告や他科への連絡など他職種との連携も重要であると述べている。そして身体合併症に看護師が気づくプロセスを分析した石橋（2006）も、患者の身近にいて生活援助をしている看護師ならではの違和感やズレなどの「気づき」があり、それをきっかけに患者の検査や受診行動につなげていたと報告している。

さらに高齢化に伴う問題として、認知症の問題がある。統合失調症患者が認知症を併発した場合、統合失調症の悪化なのか、認知症の周辺症状なのか判別が難しい。その上、患者に長期に関わっている看護者の「慣れ」が、認知症状に気づくことを妨げ、「以前はできたのに」という思いから、患者を責めかねない（葛西・金綱, 2009）。

また精神症状が残存していたり、ADL が低下していたりすれば、退院後の受け入れ先を探すのがいっそう困難になる。伊藤・矢田（2010）は、看護師自身も患者の起こす問題行動に“いくら指導しても変わらない”と思い、積極的に関われなくなり、「不全感さや燃え尽き症候群が内在化してしまう」という。だが金綱（2011）は、看護師が長期に関わっていると患者それぞれの不穏の予兆や精神状態の波、言動の意味するものなど、個別性が理解できるようになり、その「慣れ」を逆に生かすことで逸脱行為を未然に防ぐことが可能になるという。反面、そのように長期に関わっている看護師ほど、患者の今までの経過や家族背景をよく知っているので、次のステップが見込める患者であっても「病棟で生活した方が良いのではないか」「無理に施設に行かなくても良いのではないか」と積極的に退院に取り組もうとしなくなるという。

このように患者の長期入院化と高齢化に伴う問題は、看護師自身の無力感や諦めの問題でもあり、対となって表れてくるものなのである。

ところで、あまり注目されていないが、高齢化の問題の陰に、女性患者の増加という問題がある。女性の平均余命は男性より長いので当然でもあるのだが、精神病床に入院している患者の年齢階級と性別を見ると、20 歳以上 65 歳未満は女性よりも男性の方が多いのだが、65 歳以上 75 歳未満は女性の方が多く、75 歳以上になると女性は男性の 2 倍近くに

なり、統合失調症患者の場合はその傾向がより顕著なのである（国立精神・神経センター精神保健研究所, 2014）。高齢の入院患者の問題は女性の問題でもあるのである。

e. 長期入院患者の入院体験と退院をめぐる思い

精神科病院の長期入院患者の入院生活満足感について調査した茅喜田（2001）は、彼らが概ね「満足」と感じているが、その理由にはポジティブなものとネガティブなものとが半々であったと報告している。ネガティブな理由とは、欲求が満たされるのではなく、妥協や諦めることで満足しようとしているもので、長い療養生活で作り上げられた個人のマイナスの適応姿勢といえ、病気であることを中心に自分の生活範囲を限定している施設病に最も近い生活状況にあるという。この調査で、狭く制限のある環境であったにもかかわらず、満足度が一番高かったのが「生活環境」であったのも、長期にわたる入院生活で、精神科病院の生活環境に患者が適応してきたためだと述べている。極端に言えば、三度の食事がとれ、安全な寝る場所さえあれば、それだけでも満足というのである。

奥村・渋谷（2005）は、統合失調症患者を対象に半構成的面接を行った結果、長期入院患者は他の入院患者を見て、「同じ病気だから、自分もああったのだろうか」「自分の方がまだましだ」と自分のことを客観視し、優越感や劣等感を抱いていたという。そして、きちんとした服装で外出しないと自分も病気でない人々から危険な精神病患者と思われるかもしれないと思い、他の患者にいじめられる自分はどうしようもないダメな自分と思う、というふうに、他人と比較して自分は劣っている、何をやっても自信がもてないという自分を定着させており、周りの評価が「自分の評価」になっていた。また、自分の気持ちをじっくりと聞いて共に考えてくれる医師や看護師は信頼するが、「規則だから」「主治医の方針だから」といい加減な対応や面倒くさそうな態度をとる医療者には何を言っても無駄だと思い、職員によって行動を変えていた。さらに、退院できない理由には、社会資源の情報不足や家族の受け入れ拒否、精神障害者の殺人事件のニュースを見ての、今の世の中は物騒で怖い所だという心配、自分も危険な精神障害者と見られかねず、社会に出て生活することは難しいという不安が「周囲の問題」として、また、身体的機能低下や身体合併症、日常生活能力の低下が「自分の問題」として挙げられていた。そして患者自身も、長期間精神科病院に身を置くこと自体が自己評価や意欲の低下につながり、長期入院に至ったと捉え、社会復帰に向けての課題をある程度客観的に受け止めていたという。

小出水・美王（2006）は、長期入院の統合失調症患者に1日の生活の仕方を時間ごとに記入して作ってもらった日課表をもとに半構成的面接を行った。その結果、全ての研究参

加者が病棟生活には「慣れた」と言いながらも、「退院後の生活と入院生活の隔たり」を感じていた。また入院生活での人間関係は、「力づけられる」と捉える一方で、「打ち解けられない」とも捉えていた。医療者には信頼を示し、当事者同士の関係から対人関係の取り方を学んだ、病棟での共同生活が社会参画に役立つと捉えながら、病棟スタッフには話にくい、退院後のことは話さない、病棟生活で困っても相談しないと答えた。また、信頼できる看護師とそうでない看護師を区別し、退院に関する看護師の助言に感謝はするが本心は話さないとも語り、看護師には隔意を感じていた。これについては、看護師の視点で患者を捉えていることが影響を及ぼしていたのではないかと考察している。

田中（2010）は、参加観察と半構成的面接により長期入院患者が体験している生活世界を明らかにした。生活世界とは、その人の生活史や現在の入院生活のなかで営まれている生活の様相から意味づけられた体験世界のことである。結果として、長期入院患者は家族とのつながりや学業や仕事など、「失ってしまったものが多く、自らの存在が危うくなるような体験」をしていたこと、しかし「入院前の自分らしい体験に支えられて」「入院生活でみつけた小さな幸せ」や、「病棟内から社会とのつながりを見出そうとする工夫」、そして現実的・非現実的なものも交えながらも退院して生活することや仕事するという「生きていくうえでの夢や希望」を拠り所に生活していることが明らかにされた。

長期入院で、65 歳以上の高齢の統合失調症患者と限定して行われた研究は、唯一、藤野・脇崎（2010）による参加観察と半構成的面接による研究で、患者が捉える老いと自己将来像に焦点を当てている。結果では、老いとは「加齢に伴う心身能力の衰え」「精神科病院で老いていくしかない現状」を受け入れ全うすること、家族との生活の断念、退院への諦めなど、「満たされることのない欲求の諦め」と捉えられ、あと何年生きられるかという「死に対する不安や自殺願望」がよぎることなど、「死に近づく過程」として受容するしかないものと捉えていることが明らかになった。また、「将来像を抱くことを断念」しながら、同時に「成り行きに身を任せ」、独り暮らしをしたり旅行に行ったりという夢を抱き、「期待を心の糧」にして生きたいという前向きな捉え方もしていた。こうして老いを実感している患者たちは、退院が絶望的という心理的危機状況にあったが、精神科病院で生きていくしかない現状に折り合いをつけて、心的バランスを保ちながら生きているとしている。

しかしこの研究の参加者の性別は、男性 6 名に対し女性は 1 名だけであった。このように、統合失調症患者は高齢になるほど女性患者が増えているにもかかわらず、そこに注目した研究は見出すことができなかった。

3. これからの研究課題

現在の日本の精神科医療においては、条件が整わないために、長期入院患者の退院が進んでいない。その一方で患者は高齢化し、身体合併症や認知症などの問題が深刻化している。これまで医療者の視点から患者の退院阻害要因が様々に論じられているが、その一方で患者の思いと医療者の思いとの間にズレがあることが明らかにされている。

長期入院患者は入院以前に様々な喪失体験をしてきており、それでも入院生活の中で、なんとか生きがいを見出そうとしていること、実際には困難であっても、退院して自分らしく生きたいという思いを抱いていること、入院生活は退院につながっていないと感じていること、信頼する医療者はいるが、全ては話せないと思っていることなどが明らかになっているが、高齢女性の長期入院患者の人生を、「今、ここで」の生活の中から照らし出そうとした研究は見当たらなかった。すなわち、参加観察によって外側から捉えられる、彼女たちの生きている世界と、彼女たち自身の語りによって内側から明らかにされる、彼女たちの生きている世界とを統合する研究である。

患者たちは今、退院もままならず、かといっていつまで入院していただけるかも確実といえない状況の中にいる。その彼女たちの生きている世界に接近し、深く理解することは、患者と医療者の間のギャップを埋め、患者たちがこれからの人生をどう生きていくかを共に考える上で重大な意味があるだろう。特に、増え続ける高齢の女性統合失調症患者に焦点を当てる研究は、今後の精神医療のあり方を考える上で重要と思われる。

Ⅱ. 研究目的と意義

A. 研究目的

本研究の目的は、精神科社会復帰病棟でのフィールドワークを通して得られた、長期入院の高齢女性患者の語りから、彼女たちが「生きている世界」とはどのようなものであるかを明らかにすることである。それにより、今後の精神科看護への示唆を得る。

B. 用語の定義

「生きている世界」とは、もともと一人の研究参加者が語った言葉である。彼女たちが生きてきた過去は、現在の生き方や世界観、未来への展望と結びつき、彼女たちの生きている世界を形作っている。同時に、現実生活している病棟での「今、ここで」の出来事や体験が彼女たちの生きている世界をつくり出してもいる。つまり、「生きている世界」とは、彼女たちの内的世界と外的現実の全てを含む体験世界のことをいう。

C. 研究の意義

現在、日本の精神科医療は、長期入院患者の退院を促進する方向で進んでおり、看護研究でも退院阻害要因の検討や退院後の生活に備えた患者の能力の向上といったテーマが追究されている。だが、こうした退院条件を整えようとする問題解決的発想には限界がある。長期入院のうちに慢性化した精神症状を持ちながら生きる患者たちが、本当は入院や退院についてどう思っているのかを知らなければ、あらゆる働きかけも無意味になる可能性がある。かといって、日々業務に追われる看護師が患者の語りにじっくりと耳を傾けることは難しい現状があり、そのために自分の関わりに意味を見出せずにいる看護師も多い。

そこで、長期入院を医療者の視点で患者個人の問題として捉えるのか、それとも施設側の問題として捉えるのか、という二分法ではなく、患者自身の語りを通して彼女たちが体験している「生きている世界」をありのままに捉えることで、精神科病院の中で人生を生きるとはどのような体験なのか、彼女たちにとって退院はどのような意味を持つのかを理解できるようになる。そしてそれは、彼女たちの望む生き方を看護師と共に探求する道が開け、患者にとってだけでなく、看護師自らが自分のケアに意味を見出し、意欲を取り戻す契機となるだろう。

Ⅲ. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究はエスノグラフィーの方法を用いる。エスノグラフィーは、研究者自らがフィールドに入って、人々の生活や活動に参加しながら、データ収集を行う参加観察を基本としている（藤田・北村, 2013）。調べてみたい対象がある場所に研究者自らが赴き、時間と空間を長く共有し、対象と共に行動し経験しようとする。それと同時に、対象との距離を絶えず測り、そこで起こっていることを外側から眺め分析しようと観察を行う。そしてそれをフィールドノーツとして記録し、データとして分析に用い、最終的に研究成果として報告書としてのエスノグラフィーが生み出されることになる（松澤, 2008）。

本研究のテーマである長期入院の高齢女性患者の「生きている世界」を描き出すには、病棟での生活や人間関係、病棟文化などにある程度精通している内部の目が必要である。一方、看護者や患者にとっては、入院生活は日常的なものであり、意識されないことも多い。そのため外部者ではないと何が起きているのかなどはかえって見えにくいこともある。また、研究者が病棟に入ったところで、患者がすぐに研究者に近づき、何かを語り出すものではない。まず問わず語りがなされるようになるためには、研究者が患者を脅かす存在ではないということを、時間をかけて理解してもらう必要がある。そこで本研究には、患者と看護者がある文化を持った病棟に属する一つの集団として捉え、外部の目と同時に内部の目も持ちつつ、長期にわたり患者と関わり、彼女たちとの間にラポールを築いていく、エスノグラフィーの方法が最適と考えた。

具体的には、病棟で週1回、日勤帯に患者と関わりながら共に過ごすことにした。またそれとは別に、病棟の看護者にインタビューを行い、病棟の動きやその背景、長期入院患者についての見方などの補足情報を得た。佐藤（2002）は、フィールドワークの調査テクニックとして、参加観察に加えて直接参加することができなかった出来事などについては、密度の高い聞きとりを行うとしているが（p. 67）、これは、そうした文脈でのインタビューであり、エスノグラフィーの一部といえる。

B. 研究協力施設

1. 研究協力施設と病棟の概要

研究フィールドは、ある私立単科精神科病院の社会復帰病棟とした。ここは、社会復帰

と療養の両方の機能を持つ、女性患者のみの開放病棟（定床数約 60）であった。明確な退院基準はなく、患者の約半数が入院期間 5 年以上であった。

フィールドワーク（Fieldwork；以下、FW とする）の日は、午前中は作業療法室で作業療法（Occupational Therapy；以下、OT とする）が、午後からは特定の患者たちが参加する生活技能訓練（Social Skills Training；以下、SST とする）が病棟で行われた。別の曜日には、退院を想定した患者を対象に SST や看護師が行う病棟レクリエーションが行われていた。その他、毎日ラジオ体操の後に「おやつ時間」があり、お菓子の自己管理ができない患者にホールでおやつが配られた。病棟には様々なルールがあり、窒息予防のため病室内では食べ物の摂取が禁じられていたほか、トラブル防止のため患者同士の金銭や物のやりとりが禁じられていた。また月に 1 回、病棟師長からの病棟生活における注意、ルールの確認と、患者からの苦情や要望が出される病棟ミーティングが開かれていた。

主治医の問診は週 1 回行われていた。診療記録や看護記録などは電子化されていたが、治療が長期に及ぶ患者の場合は入院当初の記録が残っていないこともあり、生育歴や家族背景などの情報を得ることは容易ではなかった。

2. 患者の概要

患者は全員女性である。また、開放病棟のため、患者の約 75% が任意入院であり、残りが医療保護入院であった。疾患名は、約 80% が統合失調症であり、他はうつ病、双極性感情障害、発達障害などであった。

患者の年齢層は 20～90 代までと幅広かったが、平均年齢は約 64 歳であり、65 歳以上の患者が全体の約 60% を占めていた。平均在院期間は約 7 年だったが、身体疾患の治療のため一時的に他の病院に転院し、再入院した患者も多数いたため、実質的な在院期間はもっと長いと思われる。尚、この病棟での連続した最長在院期間は 40 年であった。

FW 期間中に退院した患者（転院を除く）の約 96% が、在院期間が 5 年未満の患者であり、年齢も 86% が 65 歳未満であった。

ADL は比較的自立した患者が多かったが、車椅子使用者が 3 名、歩行器使用者が 2 名いた。入浴に全介助を要するのは 2 名だったが、適宜介助や見守りが必要な患者も数名いた。食事介助を要する患者はいなかったが、摂取状況をチェックする必要がある患者は数名いた。排泄の全介助を要する患者は 1 名、紙パンツや尿取りパットを使用している患者は 5～6 名いたが、そのうち 2 名は看護師が適宜チェックし、交換していた。

3. 看護者の概要

病棟では看護補助も重要な看護要員とみなされていたため、本研究では看護師・准看護師と看護補助（准看護学生を含む）を含めて看護者と記すことにした。

看護者は全て女性で、平均年齢は 30 代前半であった。勤務体制は 2 交替制であり、日勤帯は看護師、准看護師合わせて 5～6 名、看護補助 1～3 名が勤務していた。夜勤は看護補助も含めての 2 名体制であった。

看護師・准看護師は主に検温、配薬の準備、与薬、採血や注射などの医療処置、金銭の管理、看護学生の実習指導のほか、看護補助と共に入浴介助、排泄介助、買い物の代行や付添い、おやつや衣類などの私物の管理も行っていた。また、患者と退院促進コーディネーターとを交えたカンファレンスにも参加していた。

受持ち看護体制をとっており、1 人の看護師または准看護師あたり、4～5 名の患者を受け持っていた。ただ、開放処遇の女性患者のみの病棟だったため、「楽な病棟」とみなされており、午前中だけ 1～2 名の看護者が外来や他病棟の応援に行くこともあった。看護者は退職や入職のほか、病棟異動も多く、産休取得者や病気療養による長期休職者もいた。また、入職者には精神科の未経験者も多かった。

C. 研究参加者

1. 研究参加者の選定

研究参加者は 65 歳以上で、通算 5 年以上入院していること、言語的コミュニケーションが可能であることを条件とした。65 歳以上としたのは、精神科病院での在院患者の約 5 割が 65 歳以上であり（国立精神・神経センター精神保健研究所, 2014）、「あり方に関する検討会」（厚労省, 2009）での報告でも、65 歳以上の高齢者の割合が増加していることを問題として捉えているためである。通算入院期間としたのは、身体疾患の治療などのために一時的に転院し再入院すると、入院年数が 0 からカウントされることになるためである。

2. 患者への研究参加依頼手順

患者には、FW 初日に病棟ミーティングにて、自分が大学院に所属する研究者であること、この病棟で見聞きしたことを研究し論文を執筆したいと考えていることを伝え、研究期間についても知らせた。そして病院から予備調査を行う承諾を得てから、研究者に関心を示し話しかけてくるようになった患者や、定期的に関わりを持つようになった患者に、個々の病状に合わせて口頭で研究の趣旨及び目的と方法を説明し、倫理的配慮を伝えた。

その後、本調査では、改めて病院長に書面（資料 1）で、看護部長、病棟師長、病棟看護者、主治医には書面（資料 2～6）及び口頭で、研究の目的と方法、倫理的配慮について説明し、研究の承諾を得た。その後、患者に文書（資料 7）と口頭で説明し、研究参加を依頼した。結果として、研究参加の同意を得ることができ、FW の最後まで継続して関わることでできた 4 名を研究参加者とした。

D. データ収集方法

1. フィールドワーク

a. データ収集期間

FW は 2012 年 10 月から 2014 年 7 月までの 1 年 10 か月間、全 87 回行った。FW の初回から予備調査に入るまでの間は特に対象は決めず、病棟の文化を知り、それになじむこと、及び患者との関係性の形成に努めた。そして、2013 年 3 月から 2013 年 11 月までは予備調査として、それまでにある程度関係性を築けた患者から研究参加の同意を得て、語りを聞いた。その後、2013 年 12 月から 2014 年 7 月までは、本調査として改めて同意を取った上で、継続的に関わりながら患者の語りを聞いていった。

本研究の目的は、研究者が病棟になじみ、患者が話しかけてくるようになり、互いに思いを語り合う関係性が形成されていく中で徐々に達成される性質のものであるため、研究参加者からの承諾を得た上で、FW を開始した日から終了までの記録をデータとした。

b. フィールドワークの方法

フィールドへは、毎週決まった曜日の日勤帯に、研究者としての立場を明らかにするため私服を着用し、病院から指定された名札をつけて入った。そして、原則として看護業務は行わず、朝の申し送りを聞いた後、主にホールで患者と話をしたりゲームをしたりして過ごし、時に患者の求めに応じて OT に一緒に参加したり、買物に付添ったりした。

そうした活動を行いながら、病棟内の出来事や人間関係、雰囲気などについて観察し、看護室や休憩室で、患者との関わりや行った援助について看護者に非公式に尋ねた。

c. フィールドノーツの記載方法

FW 中に体験したこと観察したことは、適宜看護室でメモに記し、その後自宅に戻ってからできるだけ早い時期にメモをもとに見聞きしたことや体験した出来事を想起し、フィールドノーツ（以下、ノーツとする）にまとめた。その際、患者や看護者との会話や様々な交流場面、患者や看護者の様子のほか、病棟での出来事や雰囲気、語られた内容や語り

方、その時の印象などについて、自分自身の感情や思考、行動も含めて詳細に記載した。

2. 看護者へのインタビュー

患者の置かれている状況を理解するための補足的情報を得るために、2013 年 12 月から 2014 年 4 月にかけて、看護者 9 名に 1 回ずつ半構成的インタビューを行った(表 1 参照)。

一人当たりのインタビュー時間は 44 分～94 分で、平均は約 63 分であった。インタビューは、本人の許可を得て、IC レコーダに録音したのち、逐語録を作成した。また全員の許可を得て、録音中にメモをとった。

インタビューでは、高齢の長期入院患者との関わり、彼女たちへの思いや見方などについて自由に語ってもらった。その際、研究者が FW で感じたり体験したこと、また看護師として働いていた時の体験などを自ら率直に語り、研究参加者との体験と比較をしたり、研究参加者の語ったことに対して自分が感じたことをフィードバックするなどした。それは、研究者自身の患者に対する見方や解釈の偏りなどを修正する機会にもなった。

3. 診療記録や看護記録からの二次的情報収集

患者の語りや行動の意味を理解するには、その文脈や患者の背景を知ることが重要である。しかし、研究者は週 1 回日勤帯にしか病棟にいないため、それ以外の時間の様子を把握したり、過去についての情報を得るためには、診療記録や看護記録を閲覧する必要があった。そこで、研究参加者の同意を得て、それらの記録からも情報収集を行った。

E. データの分析方法

FW やインタビューと並行して週に 1 回、ノートあるいはインタビューの逐語録を基に、指導教員を含む精神保健看護学領域の教員や大学院生とのデブリーフィングセッションでスーパービジョンを受けながら、毎回、患者の語ったことや行動の意味を病棟の動きなども参照しながら解釈するとともに、関わりの中で何が起きているか、自分の関わり方について吟味した。これは、参加観察を行う研究過程で体験する強烈な感情的反応や葛藤は、ともすれば観察のゆがみや偏った解釈を引き起こすため、フィールドで起こっていることを分析する知的なサポートと同時に、感情的にも支えられることが必要となる(小宮, 2000, p. 19) からである。デブリーフィングセッションで検討することで、自らの認知の歪みや反応の癖に気づくとともに、解釈の妥当性を高め、新たな仮説をもって次の FW に臨み、それを確かめるという作業を循環的に繰り返した。同時に、研究参加者の語りに大きく感

情を揺さぶられることもあったのでそこで情緒的なサポートも得ることも重要であった。

全 FW 終了後に、ノーツを繰り返し熟読し、個々の研究参加者と研究者との関わりのエピソードを抽出して、全体の流れを把握したのち、そこで語られた内容や行動の背景を精神分析理論および自己心理学の概念を用いて解釈し、オープンコーディングを行った後に、特徴的なパターンに注目しながら焦点化コーディングを行った。また、看護者のインタビューで得られた情報とも突き合せ、研究参加者それぞれの生きている世界を再構成し、最終的に全ての参加者に共通するものと違いを比較しながら、考察した。

毎回のデブリーフィングセッションだけでなく、最終的な考察にあたっても、精神分析及びそこから発展した自己心理学の概念を用いて分析した。それは、患者の行動や語りの背景にあるものを理解するには、言語化されない無意識や自己に関するこうした理論が有用と考えたためである。

F. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認（予備調査：第 2012-100、本調査：第 2013-85）及び研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

FW を実施するに当たり、病院管理者、病棟管理者、病棟看護者へ研究の意図を文書と口頭で説明し了承を得た。また FW 初日の病棟ミーティングで患者に研究者の身分や FW の目的と期間を伝えた上で、最終的に論文にまとめたいと考えていることを伝えた。

予備調査及び本調査では、その都度病院及び病棟管理者、病棟看護者、主治医に研究の趣旨と目的、方法を文書（資料 1～6）と口頭で説明し、研究の承諾を得た。

患者への具体的な説明方法は、主治医や看護者と相談の上、口頭及び文書（資料 7）とした。但し、FW 開始日から本調査開始までに得られたデータの使用の承諾を得る際は、病状に影響する懸念があるとの主治医の意見から口頭で行った。そして患者に対しては、一度同意が得られた場合でも、データ収集期間中に何度か確認した。また、研究の説明の際に同意撤回書（資料 6）を示し、その方法についても説明したが、研究者に直接言いにくい場合は、病棟管理者に伝え、病棟管理者から研究者に連絡をもらう体制を整えた。

研究参加者とインタビューに応じてくれた看護者には、研究参加は自由意思であり、話したくない内容は話さなくて良いこと、研究参加をいつでも中止や中断ができること、その際は不利益を被らないこと、得られたデータは匿名化しプライバシーを厳守すること、研究以外にデータは使用しないこと、研究論文として学会等に掲載することなどを伝えた。

IV. 結果

A. 研究参加者の概要

病棟での FW は 1 年 10 か月、計 87 回行った。多くの患者が私にその人生やときどきの思いを語ってくれ、彼女たちが生きている世界を垣間見せてくれた。次節では、中でも継続的に関わることでできた 4 人の長期入院の高齢患者の「生きている世界」が、私との関わりの中でどのように語られていったかを、研究参加者が研究者にアプローチしてきた時期の早い順に記述する。ここに登場する患者の概要については、表に示したとおりである。氏名は全て仮名であり、[] 内の数字は、FW の回数を示す。

なお次節からは、「研究者」ではなく、「私」という一人称を用いる。患者の語りは研究者との相互作用から生まれてくるものであり、そこには研究者のパーソナルな感じ方や考え方が関与していると考えたためである。

表. 研究参加者の概要

事例(仮名)	診断名	性別	年齢	発症年齢	通算入院期間
川名さん	統合失調症	女性	70 代前半	20 代前半	10 年
南郷さん	統合失調症	女性	80 代前半	20 代後半	45 年
石津さん	統合失調症	女性	70 代後半	20 代後半	40 年
所さん	統合失調症	女性	70 代前半	10 代後半	45 年

B. 患者の語った「生きている世界」

1. 川名さんの「生きている世界」

a. 川名さんのプロフィールと出会い

川名さんは 70 代前半の統合失調症の女性である。発症は 20 代前半頃で、通院しながら何とか大学を卒業した後、職を転々とした。子どもの頃に両親が離婚し、母親と共に暮らしていた。50 代前半に母親が他界してから治療を中断、精神症状が悪化して入院した。その後、退院したが外来受診せず、1 年も経たずに再び医療保護入院となり、現在に至っている。通算の入院期間は約 10 年と、研究参加者の中では比較的短かった。

川名さんは白髪交じりのおかっぱ頭に白いブラウス、黒色のロングスカートにジャケットでいることが多く、その姿は修道女を連想させた。しかし近づいて見ると、服は薄汚れており、またいつも中身でいっぱい膨らんだ鞆を持ち歩いていた。

FW5 回目に、ホールにいた川名さんが「編み物をやってみるといいですよ」と急に声を

かけてきた。そして、彼女は私の年齢を尋ね、私が年齢よりも若く見えると言った後、「若い人は悪いことも吸収するので接しません」と言った。彼女は自分に近づかない方がいいと言っていたようだが、私は逆に、私が川名さんに近づいてはいけないのかと思った。

b. お言葉

FW6 回目以降、川名さんは私と会うとほぼ毎回、用意した格言のようなものを私に伝えた。それは、「誘惑は信仰が打ち勝つためにある」[12]、「人生はあつという間。幅、深さ、長さに注意」[21] などであった。自分はクリスチャンだと言っていたが、仏教用語の「無罪の七施」[6] が出てくることもあり、私に言葉を教えるのは「私は子どもを育てあげていないんです。自分の子育ての代わりみたいなもの」[9] だと言った。その言葉には道徳的な教えのようなものが多く、私はそれを「お言葉」と呼んでいた。

FW11 回目に私が他の患者と話していたところ、後で川名さんは「あの人と子どものことを話していたんですか？」と聞いてきた。結婚と子どものことは、患者たちが私によく聞きたがることだった。彼女も私に子どもの有無を尋ね、私がいないと答えると、「子どもは産んだ方がいいですよ」「女性は生理があるうちに子どもを産んだ方がいいですよ」と、私とその気がないと言ってもしつこく出産を勧めた。そして「私もね、結婚相手がそれなりにいたんですよ。でもね、親に言えなかったんです。あと一歩進めなかった」と語った。

FW13 回目にも川名さんがまた子どもを産んだ方がいいと勧めたので、私は自分の話から彼女の話題に切り替えたくて、彼女に以前結婚したい人がいたと言っていたが、できなかったのはなぜかと尋ねた。すると彼女は「その頃仕事が楽しかったのと、母親が離婚していたので、結婚に夢も希望もなかったんですよ」と答えた。5 人のきょうだいのうち、女の子は母親に、男の子は父親に引き取られたという。そして結婚は、母親が泣いて反対してそれ以上は言えなかったと語った。さらに彼女はその頃、海外との本の送付や受け取りという仕事をしていて、結婚よりも仕事の方が面白かったとも語った。しかしその仕事も、なぜか母親が彼女の上司と会い、辞めることになってしまったという。彼女はその母親について次のように語った。

「母は私が 50X 歳の時に亡くなったんですが、その 3 か月前に初めて独立した人間として私を見てくれたんです。それまで母は私のことを、母の手足のようにしか見てなかったんです」[13]

この時から母親の話題が時々出るようになったが、川名さんは母親を、自分の幸せを奪

う人としてみているように思えた。だが、彼女は 5 人きょうだいと言っていたが、カルテ上は 4 人になっており、また妹のことを姉と言って話し、私はどこまでが本当かわからず、また川名さんも、私がどこまで真実を話してもいい人間なのかを探っているようだった。

さらに FW17 回目、彼女がまた「あなた、子どもを作りなさい」と勧めるので、私は子どもを作っておけば良かったというのは川名さんの実感かと尋ねた。すると彼女はそうだといい、「年取ってから大変。こんなに大変だとは思わなかった」と言うので、何が大変なのかとさらに尋ねると「精神的に孤独。これがこんなに辛いとは思わなかった。精神的に孤独なのは辛いです。大変です」と答えた。彼女にとって子どもは精神的な孤独を埋めてくれるものであり、彼女は自分の後悔から、私に何かを教えようとしているようだった。

FW13 回目、私が川名さんと話していると、彼女の隣にやはり長い入院歴を持つ石津さんが座った。川名さんは石津さんのことを「この方はすごいんですよ。ずっとここにいるんだそうです。気の毒に。外の世界をもっと知りたいでしょうに。気の毒に」と言った。私は本人を目の前にして、気の毒にという彼女の発言に驚き、どう反応していいのかわからなかった。一方言われた石津さんは、「ここしか知らないんだから仕方ないじゃない」と不快そうに言ったが、川名さんは謝るわけでもなく、平然としていた。彼女は、私が子どもはいらないと言っているのに、何度も出産を勧めてきたり、この時のやりとりといい、人にお説教する割には、彼女自身、人の感情が読めないところがあるように思った。

FW16 回目には、珍しくお言葉がなかった。私がそのことを看護室にいた看護者に話すと、その看護者もここに來た頃毎日メモをもらっていたが、そのうちにもらわなくなったと言った。私は、お言葉は川名さんがよく知らない人と話す時の不安を和らげるためのツールなのかと思い、お言葉がなくなったのは、川名さんが私にも慣れてきて、緊張感も和らいできたためかと思った。

しかし FW20 回目になるとお言葉は復活した。その後も私がお言葉はいらないと言っても、彼女は「知っている言葉を伝えるのが私の人生の役割だと思ってます」[26] と言い、結局 FW38 回目までお言葉は続いた。彼女には若い人が悪いことを吸収しないように[5]という思いがあり、私に良いことを吸収させようと思っていたのかもしれないが、私はどうしたものかと途方に暮れていた。

FW18 回目に川名さんは、人生に必要なことは本から学び、人生に必要なことは「正しい人になるための努力」だと話した。正しい人とは、「向学心があって、思いやりがあって、他の人からリスペクトされる人」 だと言う。そして、「母も離婚して正しい人じゃなくな

って、でも最後は正しい人になりました。だから私も途中まで母の影響を受けて、正しい人になれなかった」と続けた。また彼女は、自分が正しい人になれなかったことに対して、「後ろめたさ」を感じていた。彼女は以前「年取ったらね、人のためになることをしないといけない」[11]と語っていたこともあり、お言葉を私に伝えたり、子どもを産むことを勧めたりするのも、この「正しい人」になるためにやっていることのように思えた。

この病棟内では、トラブル防止のため患者同士の物のやりとりが禁止されていたが、川名さんはそのことに不満を持っていた。彼女は「私はいつ死んでもいいようにと思っていますのに、これでは恩義を受けた人に返せないままになってしまいます」[14]と言っており、物のやりとりは恩返しのためなのだと捉えていた。しかし、彼女は同じ病棟にいるある患者に突然何かのプリペイドカードをあげ、その患者を困らせたこともあったらしい。彼女の恩返しは、的外れで押しつけがましいところがあった。彼女は「正しい人」であろうと、いろいろと相手に与えるのだが、それを相手がどう思うかまでには気が回らないようだった。しかしその一方で、繰り返し与えるところを見ると、与えるだけでは満足していない感じもあった。そして、こうした川名さんのことを受持ち看護師は、「川名さんの中の価値観がすごい強い」ため「本人にどうすることが支援になるのか見えない」、さらに「彼女の喜怒哀楽がわからない」と言っていた。

c. 川名さんの弱点

FW19 回目に病棟に行くと、川名さんとよく話をしていた患者が退院していた。私は川名さんも退院したいかと尋ねると、退院のための「金銭対策と栄養対策は大丈夫なんですけど、外に出ると男の人が寄ってきてその対策が必要なんです」と言った。男性が川名さんのお金をせびったり、出来ちゃった婚を狙っているため、病院のエレベーターに男性が乗っているとそれは見送るのだと言う。そして彼女は「男の人で怠け、愚か、おごり、怠りのある人はダメ。それは同情すべきことではなく、恥ずべきことです」と語った。

その後、川名さんと話していると、急に彼女がその場でタンタンタン！と足踏みをして、大きな音を鳴らした。私は何が起こったのかと驚き、尋ねると、「男が来たので追い払ったんです。隙を見せてはいけない」と言った。あとで看護者に聞くと、それは病棟に出入りしている清掃業者の男性を威嚇している行為で、よくやっているとのことだった。

川名さんの男性への強い忌避感とは、以前「放浪癖があった」[18]と語った父親のせいかと思われた。彼女は両親の離婚について語った時、「父はぐうたらだったんですよ。社長の長男で。どうしようもないぐうたらだったんです」[24]と言い、「母はそれでも約 10 年間

我慢したんですよ。またうちは女がしっかりし過ぎなんです。母方の祖母もしっかり者でした。女がしっかりし過ぎで、男がだらしない。うちはそういう家だった」[24]と語った。彼女はぐうたらな父親に嫌悪感を抱き、それが男性全般への「こうあるべき」という世界につながっていったようだった。しかも「私は異性に対して、本当は世話を焼いてしまうと思うんです。そこを付け狙われるんです」[26]とも語っており、本当は男性の世話を焼きたいのだが、利用され、挙句に捨てられてひどい目にあうかもしれないと思っているのだ。それはまるで母親のようにならないようにと、警戒しているようでもあった。

d. 川名さんの将来計画

FW19 回目に川名さんに退院への思いを聞いた時、彼女には未だに家賃を支払っているアパートがあることを知った。また、退院に関しては妹や兄を説き伏せないといけないという。そして彼女は自分の退院計画について語った。それは、退院して 60 日経てば生活のペースができるだろうし、「私はなるべく人に迷惑かけたくない」から、その間は便利屋を雇い、一緒に住んでもらうという、何ともリアリティに欠ける計画だった。そして彼女は「退院するには、心の平安、帰属する家族、やりがいのある仕事、自由な時間、これが大切なんです。退院したら仕事を見つけられると思います。心の平安も自由な時間もあります。でも家族だけがないんですよ～。結婚しておけば良かった！」と語った。彼女としては、結婚して家族を持つことは、精神的な孤独に対する保険のようなもので、それさえあれば、退院して完璧な生活ができると思っていた。

後に、私が「川名さんが結婚していたら、どんなふうになっていたんでしょうね」と聞くと、彼女は柔らかい笑顔を見せながら、「夫に頼ってばかりで、子どもに『お母さん、もっとしっかりしなさい』って言われていたと思います」[24]と答えた。それは彼女の「ぐうたらな父に尽くすしっかり者の母」の陰画だった。私は、彼女は人に頼れない人かと思っていたが、本当は頼るべき人がいれば頼りたくて仕方がない、しかし自分の周囲には頼るべき人はいないと感じているのだと思った。

e. 与えられた人生、与えるだけの人生

川名さんは大学生の頃に精神的に調子を崩した時、最初は母親には頼れず一人でクリニックを受診したと語った。私がなぜ母親に頼れなかったのかと尋ねると、彼女は「私は両親が離婚してから、母方の祖父母に育てられました。母が働いていたので。言いたいことを言えず、家族に迎合して、自分を殺してきました。何かを欲しいと思っても、それを口に出すことはできなかった。結婚についても、良い人がいたんです。でも母が離婚して、

私が結婚すると、母が年老いた時に困ると思って諦めました」[19]と語った。

彼女は自分が与えて欲しいものは与えてはもらえなかったが、母親から押しつけるように与えられた人生を、自分を殺して生きていたと捉えていた。だが、きょうだいの中で彼女だけが私立大学に進学できたことに関しては「本当に恵まれていました」[29]と語っており、母親から与えられた人生に感謝していないわけでもなかった。

その後も彼女の語りは続き、「私はこれから人に“与えて、与えて”の人生を送っていきます」[29]と言った。「私は子どもを育ててないでしょ。子育ては本当に大変だと思うんです。それをしていないので、その分人に与えていくんです」[29]ということだった。母親から「独立した人間ではない」[13]ことを強いられてきたという彼女が、人に押しつけがましく何かを与えようとする。まさに母親と同じことをやっているような気がした。

f. 現実の不安

FW30 回目は、川名さんは表情も口調も穏やかであり、「ここで希望をどうやって見つければいいでしょうか」と珍しく私に聞いてきた。前回、自分は「与える人生」[29]と言っていた人が、私に答えを求めてきたのである。この日は、お言葉もなかった。

私が「希望がないと感じているんですか？」と尋ね返すと、彼女は「そうです。妹も兄も退院には反対しています」と答えた。そして「アパートを片づけなければなりません。本当はあのアパートも引き払ってしまった方がいいんだと思うんです」と言い、現在も口座引き落としで家賃や光熱費を支払っており、住んでいないのにもったいないと思うと話した。しかし「あそこを引き払ってしまったら、帰るところがなくなってしまう気がして…」と彼女は続けた。私が「そのアパートがあるから、いつかはそこへ退院できると思うるってことですか？」と尋ねると、彼女は「そうです。現実には難しいことはわかっているんです。だけど、それが支えとなっているのも事実です」と答えた。川名さんはアパートを失えば、退院できる希望まで一緒になくなってしまうと感じていたのである。このやりとりの後、彼女は「年取って、仕事、人、お金、行い。何も残していないんです」という言葉を残して、問診のため診察室に呼ばれていった。

FW26 回目から、川名さんの主治医が男性から若い女性の医師に変更になった。その新しい主治医になった後の FW32 回目から川名さんは、抗精神病薬を減薬された。彼女はそのことを「(主治医が) それだけ私の調子がいいと思ってくれたからだと思うんです」と嬉しそうに言っていたが、やがて徐々に躁状態になり、FW34 回目には、「罰として薬が増やされました」と言っていた。

その前の FW33 回目、川名さんは朝の挨拶時にお言葉を伝えた後は、私に近寄ってこなかった。しかし帰りの挨拶をしに彼女の部屋を訪れた時、彼女は私の帰る時間までがあとわずかであることを確認し、「時間がありませんね」と言いつつ、私に「アパートをどうするか悩んでいるんです」と話し出した。

川名さんは「私は友人にはここに入院していることは、一切言っていないんです。だから住所はアパートにしています。偏見がありますでしょ。精神科病院だってわかってしまうのはどうかって」と言った。彼女にとっては、アパートはここに入院していただける支えであると同時に、偏見から自分の身を守るところでもあったようだ。私はどんな偏見があると思うのか彼女に尋ねた。すると、彼女は入院時のことを語り出した。

「昔はいつかアパートに帰れると思っていたんですけど、現実老いてきたし、戻っても難しい。私をいじめる人がいるんです。騒ぎ立てる人がいるんです。そこへ戻っても、またここに連れて来られるだけかと思うんです。私は『保健所へ行こう』と、男の人が二人やってきて、靴も履けないくらいの勢いでズルズル引っ張られてここに来たんです」[33]

川名さんは、引っ張られる格好をして見せた。そして、「それが 2 回。2 回目も同じで、『保健所へ行こう』って男の人が二人。またそうなるのが嫌なんです。1 回目の時、前日、スーパーに行ったら騒ぎに巻き込まれて。私もいけなかったんですけど…。警察に連れていかれて、夜中の 12 時に妹と兄が呼ばれたんです。穏やかな時間を潰してしまった」と語り、「本当に怖かったです。あれはもう嫌です」と続けた。

カルテによると、川名さんは何度かスーパーに期限切れの肉を置くなどの迷惑行為をして警察に逮捕されていた。彼女は自分に非があるとは認めていないようだが、それでも入院時の恐怖だけはしっかりと記憶していた。アパートに帰りたけれど、また同じことが起こるかもしれないという恐怖。それは彼女の心に深く刻み込まれているのだった。

g. 奪われた人生

川名さんは薬が増えてからの FW35～36 回目は、ほとんど私に近づいて来なかったが、お言葉だけは続けていた。だが FW37 回目になると、精神的に落ち着いてきたようにみえた。そして私に対してもお言葉はなく、「レバノンの詩人をネットで探してみてください」と求めてきた。彼女はその詩人の詩にいい言葉があったのだが、思い出せないと言うので、私は来週調べてわかったら、その詩を印刷して持ってくると約束した。そして翌 FW38 回目、私は川名さんに頼まれた詩を印刷して渡した。それは、親子間でも精神的に人格的に

自立することが求められているということを歌った詩だった。彼女はその詩が載っている本を 20 代の頃に買ったのだが、どうしても詩を思い出せなかったという。川名さんは詩をしばらく眺めた後、おもむろに次のように語り出した。

川名さん「私の母は、離婚するまでは子どもを一人の人として人格を認めてくれていたんですけど、離婚してから、私の決定権を全て奪っていきました。隷属していきました」

私 「隷属させられるって、辛そうですね。拒まなかったんですか？」

川名さん「私は食費も入れていないし、働いてもいなかったなので、仕方ないと思いました」

私 「妹さんは？妹さんも隷属されたんですか？」

川名さん「(フツと笑い) 妹は、さっさと結婚して家から出ていきました。私も結婚したかったんですけどね。母に『そんなこと言ってくれるな』と言われて。自分の老後の孤独の対策として、そうしたんだと思います」[38]

川名さんのきょうだいは別々に暮らしていたが、兄がある時みんなで会おうと声をかけ、会ったそうだ。「それで母親は 70～80 の 10 年間は幸せな人生となりました。孫にも会えて。…私の隷属は変わりませんでしたけど。でも、安全でしたけどね」[38]と言った。彼女は母親といた時も、「安全だが、自由がない」という、まるで現在の入院生活と同じような状況にいたのだった。

h. 安全な居場所を求めて

FW39～56 回目には、お言葉も家族の話題もほとんどなくなり、将来どこへ退院するかの話題が多くなった。しかし、老人ホームに行く[41]と言ったり、ケアハウス[49]になったり、かと思うと、やはり病院が安全[53]と、くるくると変わった。退院するのか入院継続するのか、どちらにも踏み切れない様子だった。

FW45 回目に私がここ最近具体的に退院先を探しているのはなぜかと尋ねると、「ここは病院で治療するところですよ。終の住処ではないんです」と答えた。そして今、彼女は郵便物を自宅から病院に転送しているが「でもいつまでもそれできない。病院を住所にはできない。友人に私はここに入院していることを言ってないので。これが悩みどころ」と言った後、「あと老化」と言い、忘れっぽくなったと話した。

川名さんはこうして退院先や老いなど現実的なことを考えていたようだが、彼女の退院

のスケジュールは私の FW 期間に合わせているようで、私に実習³がいつまでかと確認した後、「それまでに私の人生も決めなくちゃいけない」[56]と言った。だが、退院先で心配なのは「耐震性と防火性」[56]などと言っており、施設の強固さの不安などは出てきていたが、彼女自身の不安な気持ちは表現されなかった。

FW61～70 回目になると、親しい患者の退院が決まり、また私の実習もあと残り 4 か月とあって、川名さんはその寂しさや置いていかれる不安からか、「物事思うように進まず困ってます」[62]と言ったり、「毎日泣いて暮らしてました」[63]と嘆くことが多くなってきた。

FW63 回目に私が、川名さんにとって退院にはどういう意味があるのかと尋ねると、「退院は希望で、当然の権利」と答えたが、「希望もあるけど不安もあるんです。でもどの程度の割合で希望と不安なのかかわからない」とも言った。私が「入り混じっているんですね」と言うと、彼女は「もう 10 年になりますもの」と言った。私が 10 年いた病院は川名さんにとってどんなところだったのかと尋ねると、彼女は次のように話した。

「人と関わり、人と関わってご飯を食べることもできた。だけど 10 年間ここにいたと思うと、マイナスも考えるんです。今、自分にとってこの 10 年は、ここにいたというのは、どういう位置づけになるのだろうと考えているところです」[63]

川名さんは、ただ嘆いているだけではなく、自分の過去 10 年を振り返って考え、言葉にしようとしていた。そして更なる行動を起こしており、PSW に依頼し、2 つの施設に絞って資料を送ってもらっていた。さらに FW72 回目に私が行くと、「ケアハウスに行ってきました」と自ら報告してきた。しかしそこは予算に見合わなかったらしく、別の施設を紹介されていた。だがそこに入居するには 60 歳以下の就労している保証人が 2 名必要であり、川名さんはその保証人をまず甥に頼もうと思い妹に相談したのだが、カンカンに怒らせてしまったという。彼女としては入居するためには保証人を見つけなければいけないのに、逆に大怒りされてしまったのが不本意だったのだろう。「母が一人前の人間として扱ってくれたならば、私はたぶん結婚して子どももいて、老後の面倒を子どもがみてくれていたと思うんです。そういう意味では今の状況は母のせいでもあります」と話した。

FW74 回目、川名さんは「ケアハウスの資料を取り寄せ中です。姪が保証人になってくれることになりました」と嬉しそうに話した。そして主治医と本人を交えた話し合いに兄も出席し、施設への退院を了承し、妹に対しても兄が「このまま様子みて大丈夫そうなら、

³ 患者にはフィールドワークという言葉はなじまないため、実習と表現していた。

妹に相談すると言ってくれた」という。こうしてケアハウスへの退院が少し現実的になってきたが、彼女はこの日「私の年金でやれる範囲で安いので、部屋だけで筆筒も何もないのかもしれないなと思いました」とケアハウスに対して消極的なことを言い出した。そして翌 FW76 回目には、結局資料は届かなかったと言い、「通院も複雑ですし、慣れた所からの方がいいと思いまして。(中略) 自宅に帰ろうと思います」と言った。さらに FW80 回目には、やるべき手続きが 2 つあると言い、ついに「この 2 つの手続きが終わるまではアパートのことは先送りです。9 月頃ですね」と自ら退院話を白紙にしてしまったのである。

FW も残すところあと 1 回になった FW86 回目、川名さんは今までとは別のケアハウスの資料を取り寄せていた。そしてそこに入ったら、近くにある病院に通おうと思っていると話した。彼女は自分で退院話を反故にしながらも、希望を捨てたわけではなかったのだ。彼女は退院先を探すことについて、「自分のことは自分でしておかないと」と言い、母親が 70 代の時はその大変さがわからなかったが、体力が落ちた今ならわかると話した。そして私にも 70 代になったらわかると言い、「先人の歩いていく道を見て、後を追っていく。ただね、母は男社会の中で生きていたので、言葉が汚かった。私もそれが出てしまう」と語った。川名さんの母親は一時期、飲食店を営んでおり、その頃についてのことを言っているようだった。川名さんの言葉遣いは時として慇懃無礼ともとれるくらい丁寧であったが、母親のような言葉遣いにならないようにと気をつけていたからなのかもしれない。彼女は母親が来た道を拒もうとしつつも、結局進んでいるように思えた。

そして最終回の FW87 回目にも、川名さんは「母が生きていた時は全て母の傘の下にいました。安全でしたけど自由はなかった」と以前と同様のことを言った。彼女自身、男性に警戒心を持つようになったのは「母が亡くなってからです」[73]と語っていたが、彼女は母親が亡くなった後から精神症状が悪化して入院していた。母親の安全な傘から出てみたら、彼女にとって恐ろしい現実の世界があったのではないだろうか。だが、母親はただ恐ろしいものから守ってくれるだけの存在ではなかった。母親の汚い言葉は彼女にも向けられていたという。それはとても辛かったようで、「どう消化しようかと。だからシベリア抑留の人たちは、どうやって消化したのか、諦めたのか。あの人たちは、それは苦勞しましたでしょ。一度聞いてみたいと思いました」と語った。シベリア抑留者が引き合いに出されるほどの母親とはいったいどういう母親だったのだろうか。

i. 話をすることと、別れ

川名さんは FW80 回目に、「あと少しですね。誰と話したらいいのか。価値観が合う人が

いない。(中略) 話すことはいいことなんですって。話していると人生の目的を確認できるでしょ。それができなくなる。どうしたらいいか…」と語った。そして、私との最初の頃の関わりのことなどをふり返って話した後、次のように言った。

「私の年齢は、もう与えるばかりだと思うんです。でも受けることもしたいんです」[80]

翌 FW81 回目にも「話し相手がなくなると、どうしたらいいでしょうね」と言っていたので、私は「川名さんはどんな話がしたいんですか？」と尋ねた。すると彼女は笑って「よもやま話、無駄話」と言った。私は「人生について」など真面目な言葉が出るのを予想していたので「それでいいんですか？」と聞き直した。だが彼女はやはり「よもやま話、無駄話をしたいんです」と答えた。それから、彼女は数週間前、誰とも話していなかった時に、ふと急に自分が何をしているのかわけがわからなくなったという話をし、「本当に急にわからなくなったので、恐怖でした。恐怖。だから話をしないと。でも価値観の合う人がいないんですよ」と語った。私がよもやま話をするのに価値観が関係するのかと尋ねると、彼女は「しますよ。自分にはバックグラウンドがあって、ここにいるのですから。価値観の違う人と話、通じませんもの」と言った。

FW83 回目に、私は川名さんに「私と話す体験はどうでしたか？」と尋ねた。彼女は「新鮮な空気を入れ込んでくれた」と答え、「看護師さんには看護師さんの世界があり、私たち患者は入り込めない。でも今泉さんは違う。平等で入り込めて話せる」と言った。そして、「看護師さんになると、若くても私たちよりも上。私たちは逆らえない。自由がないんです。でも今泉さんは違う。それは大きく違いましたね」と話し、看護師と私の違いは「立場の違い」だと言った。私は、彼女がよもやま話をする相手を欲しているのはよくわかったが、彼女のその価値観や立場の違いなどを意識するときの幅の狭さが、話し相手を見つけにくくさせ、結果として彼女の生きにくさにつながっているのではないかと思った。

最後の挨拶の時、川名さんは私に 1 枚のメモ用紙をくれた。そこには解読しにくい文字で「博士号取得のあとは老後の準備。老人ホームはピンからキリといえども、ヤングの時から準備をした者が勝つ」と書いてあった。彼女は自分の取り戻せない過去への後悔の念を私に伝え、そして、私にそうならないようにと、最後にお言葉を与えてくれたのだった。

2. 南郷さんの「生きている世界」

a. 南郷さんのプロフィールと出会い

南郷さんは統合失調症の 80 代前半の女性である。初回入院は 20 代の頃で、約 2 年前に

大腸がんの手術のため転院した以外、30代後半からの通算の入院歴は約45年になる。しかし、昔のカルテは度重なる病棟編成で行方不明となり、初回入院時の状況は不明であった。

南郷さんは時々独語していたが、話しかけると笑顔を返し、ゆっくりとした口調で話す穏やかな人という印象だった。OTやSSTにも参加せず、単独での院外外出の許可も出ていたが、出かけることはなく買物も院内の売店で済ませていた。落ち着いているため、あまり申し送りで登場することもなく、看護師からは「病気なんだかもうわかんなくなってるでしょ」、「なんかもう悟り開いちゃったくらいな感じでしょ」と評されていた。

FW12回目に、たまたま隣にいた南郷さんに病棟について尋ねたことから、私は彼女とよく話すようになった。彼女は私の質問に答えた後、自ら他の病院で盲腸の手術をしたことや戦中・戦後の話から自分の学歴、洋裁店に勤めたこと、そして結婚と離婚の経験はあるが子どもはいないことを私に語り、「私はもう症状もないから、いつでも退院してもいいんだよね。ずっとここにいる気はない」と語った。

FW23回目に彼女は私の年齢を聞き、自分が私の母親か祖母の年齢と同じくらいではないかという話をしたが、その直後に彼女は自ら結婚や離婚のことを語り出した。私はあまりにも急に過去の話が次々と出てくるので、少し心配になった。それで軽い話題に変えたくなり、私が生まれた年に南郷さんが何歳だったかを確認してから、冗談めかして言った。

私 「お母さんだね、（呼びかけるように）お母さん」

南郷さん 「なあに？お乳はあげないよ」

私 「え〜ん。じゃ、服縫って」

南郷さん 「服も縫ってあげないよ」

私 「え〜ん」 [23]

こうして即興の母子の掛け合いを演じた後、彼女はポツリと「私は意地悪なお母さんになっただろうね」と言った。

私はこの時、もし自分が子どもを産んでいたらと南郷さんは想像したのだろうと思ったが、なぜ自分を悪い母親のように言うのかと不思議でもあった。また病気と関係があるのだろうと思ったが、たいていは何時どんなことがあったかということを年表が作れそうなほどに正確に語る南郷さんの語りからは、入院当時のことだけはすっかり抜け落ちていた。

b. 病棟の辛口解説者

南郷さんとはその後も話すことがあったが、私が彼女から予備調査への参加の同意を得

た FW27 回目以降、彼女は私に挨拶はするが近づいて来なくなった。

久しぶりに話したのは FW35 回目のことだった。この日、私がホールである患者と立ち話をしていると、別の患者が来て、突然その患者に殴りかかろうとした。私が咄嗟に彼女の手をつかんだため大事には至らず、その後は看護者が対応した。私は、ホールでこの出来事をじっと見ていた南郷さんの隣に行き、「今のびっくりした～」と言った。すると彼女は動揺もみせず、「そ～お？よくあるのよね」、「ここ 1 週間位あの人調子悪くてね。時々大声出したり泣いたりするのよ」と私に言った。

FW38 回目は病棟の廊下のワックスがけが行われており、多くの患者がホールにいた。私が南郷さんに声をかけると、彼女はワックスがけの解説をしてくれた。そして私に「ここは変わらないでしょ。変わらないと論文書けないでしょ」と言った後で、「ここは上げ膳据え膳、おかずがまずい。これが私の現状ね」と拍子をつけ、まるで念仏を唱えるように言った。しばらく私に近づいては来なかったが、彼女は私の研究のことを気にしていたのだ。

その日、南郷さんは自分の現状を語った後、建替え前の古い病棟の構造や昔、同じく長期入院患者である所さんと喫茶店に行ったことなどを語り出した。そしてその当時は「所さんしかお友だちになれないって思ったわ」と言ったので、私がなぜと尋ねると、「あの人は卑しい」「あの人は見栄っ張り」「あの人は中卒なんじゃないの？」などと、彼女の口から他の患者の辛口評が次々と出てくるので、私は驚いてしまった。

再びよく話すようになってからは、彼女は必ずその日の昼食の献立や食事がまずいというような食べ物の話をしてから、他の話をした。私はそれを心の中で「食べ物シリーズ」と名づけ、南郷さんは食べ物の話で緊張感をほぐすことで、彼女なりに自分のことを語る不安を和らげているのではないかと考えていた。しかし FW41 回目から「あの人、よくおしっこ漏らすのよ。何言ってるか、馬鹿だからわからないし」とか、アンクレットをしている患者を見て「奴隷みたいじゃない？」[43] などと、毒のある批評に変わってきた。私は穏やかな人だと思っていた南郷さんがこんな毒舌家だったことに驚き、不快でもあった。だがそうすることで、彼女は私を試しているのではないかとも思い、彼女が他の患者の悪口を言うのを、「へ～」などと否定もせず聞いていた。

一方、彼女は、自分は他の患者とは違うという意識を持っていた。例えば「私は眠剤を飲んだことがない」[38]「(看護者におやつを管理されている患者もいるが) 私は、おやつは自分で持ってるの」[41]「(下剤の) 水薬を飲んでいる人もいるけど、私には必要ないわ」[48] などと、自分の病状は他の患者よりも軽いと捉えていた。

FW48 回目、南郷さんの独語が激しく、私は気になったが、ちょうど他の患者から声をかけられて彼女に声をかけそびれていた。後になって私は彼女に心配していたと伝えると、彼女は「記憶にないわ」と言った。私が何かしんどかったのではないかと尋ねると、彼女はまるで言い訳でもするかのように、「幻聴は、今はほとんどないの。好き勝手なこと言ってるだけ。誰にも迷惑かけてない」、「だから幻聴の薬いらない」と言うのだった。私は言われたくないことだったのかと思い、ただ心配になって聞いただけと伝え、彼女に謝った。彼女は「今はもうほとんど幻聴はないから。別にしんどいってことはないのよ」と穏やかに言った。しかし FW51 回目にも南郷さんは「私は病気の幻聴はないの。パッと消える幻聴だけなの」と言っており、やはり病気とは思われたくないようだった。

c. 「プラン以上のもの」と親密さの高まり

FW38 回目に、南郷さんが他の患者の都合で部屋を替えられたという話をしたので、私は入院生活について尋ねた。すると彼女は「いつまでもここに居るつもりはない」と言った。私が退院のプランがあるのかと尋ねると、彼女は「プラン以上のものが頭の中にあるけど言わない」と笑って答えた。私は無理に言う必要はないが、南郷さんにお別れは言いたいので、突然いなくならないで欲しいと言うと、彼女は次のように語った。

「そうだね。亜子さんには言うけど、私には待っててくれる人がいるの。盲腸で死んじゃう人もいるから、その人のために盲腸の手術も、お腹の手術も受けたの。内緒ね」[38]

私は、急に自分が下の名前と呼ばれたこと、そして彼女が「待っててくれる人がいる」という希望を持っていたという事実に驚き、これが「プラン以上のもの」で、彼女の長期入院を支えていたのかと思った。私は、彼女が「盲腸」と言っているものが実はがんで、彼女が告知を受けてから手術に臨んだことを知っていた。彼女が「盲腸」と言うのは、私に隠したいからなのか、それともがんを認めたくないからなのかはわからなかった。

後になって、南郷さんは入浴の順番を気にする患者を皮肉りながら、自分のはのんびりやっていると話した後、「私は受け入れ準備はできているから焦らないの」、「ずっとここに居るわけではないから。だからここにいられる。そうじゃなきゃ、ここにいられない」[43]と言ったことがあった。「待っててくれる人がいる」という「プラン以上のもの」は、彼女の自己肯定感の源なのだった。

FW42 回目、テレビでは甲子園の決勝戦を伝えていた。そこから離れた畳に腰かけていた南郷さんは私にどちらが勝っているのかと聞き、どちらも優勝すれば初優勝だと言った。

私が「そうなんですか。ここまで来たらどっちにも勝たせてあげたいですけど…」と言うと、彼女はうふふと笑い、なぜか自分の体をちゃんと私の体にぶつけ、「お母さんはどっちも勝たせてあげたいのよ～」と言った。私は一瞬戸惑い、「私？まあ、年齢的にお母さんの年齢だけど。そういう南郷さんは？」と尋ねた。すると彼女は「そうね。お母さんのようね。どっちも勝たせてあげたいわねえ。うふふ」と笑い、また体をちゃんとぶつけた。以前の「意地悪なお母さん」が、この時は「思いやりのあるお母さん」に変わっていた。そして同時に、私は南郷さんのこの急な身体の接触到戸惑った。

翌 FW43 回目に、突然彼女は「母さんお肩を叩きましょう」と『肩たたき』の歌を歌い出し、1 番を 2 度繰り返した。3 度目に、私も一緒に歌いながら彼女の肩を軽く叩いた。すると彼女は「あら？肩こりないけど、叩いてもらうと気持ちいいわね」と言い、私が叩きやすいように体の向きを変えた。さらに 4 度目は彼女が私の肩を叩きながら歌った。こうして物理的にも心理的にも彼女との距離は近づいていた。

d. 辛辣な悪口からユーモアへ

南郷さんは相変わらず、食事や他の患者について辛口評をしていた。聞いている私は最初のうちはそれを悪口と感じ不快だったが、次第に彼女のシニカルな言葉も的確で面白いと感じるようになり、時々彼女と他愛のない冗談を言い合うようになった。

FW 56 回目、ある患者が体調を崩し部屋を移った話から、私が「南郷さんは元気でいてよ」と言った。すると彼女は「そんなの知らないわよ」と返してきた。私が大げさに、「え～、寂しい！」と言い返すと、彼女は笑いながら「嫌、嫌、嫌よ。知らないわ～」と言い、私がまた「え～っ」と不満そうに返した。つれない南郷さんとそれに不満な私という即興のやりとりだった。だがその後で、南郷さんは「意地悪ね。一番親しい人にも…。一番賢い人にも、私、平気で意地悪しちゃうの」と言った。冗談だったが、彼女の根底には「意地悪な自分」が相変わらず居座っているようだった。しかし、私が「いいよ。南郷さんに意地悪されるなら本望だ」と言うと、彼女はうふふと笑っていた。

FW58 回目には、最近転入患者が多いという話題から、私が「この病棟、商売繁盛でよろしゅうおますな」と言うと、彼女も「面倒みてもらわれへんと、困るやないの」と私のいい加減な関西弁に乗って返した。南郷さんはユーモアの中に本音を語るようになっていた。

e. 理想の家庭像の裏返しとしてのネガティブな自己像

FW61 回目、南郷さんは私が大学院を修了したら看護師として働くのかと聞いてきた。フ

ファンタジー⁴の語りでも冗談でもない現実の私への関心だった。私が精神科の看護師をした
いと答えると、彼女は「あ〜どうかしら。難しいと思うよ」と言い、「私は長くいたからね。
精神科の患者は難しいところがあるよ」と話した。だが、具体的にどこが難しいかと尋ね
ても、その答えは返ってこなかった。それから彼女は「そうねえ。どっちがいいのかねえ」
と言うので、どっちとはどういうことかと尋ねた。

南郷さん「家庭に入るか、看護婦さんするか」

私 「え〜。私、家庭には入らない。だって料理したくないんだもん」

南郷さん「え〜っ、まあ、そんな理由初めて聞いたわ」

私 「働いていたら、料理だって忙しくてできなかったって言い訳できるでしょ」

南郷さん「(呆れたように) まあ〜あら〜そうかあ。旦那さん困っちゃうわね」[61]

南郷さんは呆れながらも面白そうに私の話を聞いていた。私のような考え方は彼女の中
にはなかったようだった。これ以降、彼女とのやりとりの始めは食べ物シリーズから私の
夕食の献立を尋ねる「献立シリーズ」に変わった。

FW63 回目も「おかず考えてみた？」から始まり、彼女が結婚していた時の食事の話など
になった。この頃から私は別れの準備をしていこうと思っており、「あと実習も6か月なん
ですよ」と言った。すると彼女は「6か月？そう、早いわねえ」と驚いたが、すぐに「ねえ、
今日のお昼何だったの？」と話題を変えた。そして私の昼食の内容を聞いて「いいわね。
ここのお肉って本当にまずいのよ」と言い、ベッドサイドに座ったまま床をドンドンと踏
み鳴らし、「もっとおいしい物を食べさせろ〜!」と言った。いつもはただ「まずい」と言
うだけの南郷さんが、この日は、怒って駄々をこねていた。これは私が去ることへの怒り
かとも思い、「よし、もっと怒れ！怒れ!」と私が囁し立てると、彼女は笑った。

翌週、私はインフルエンザで突然休むことになった。次のFW64 回目、南郷さんが「外
にも出ないからインフルエンザにもならない」と言ったことから、私は彼女に「外出しな
いの？」と尋ねた。すると彼女から「外泊からよね。先生と家族が話し合ったら外泊ね。
それからね」とまるで退院が先にあるような言葉が返ってきた。そこで私が「南郷さんの
退院のイメージってどんなふう？」と尋ねると、彼女は「イメージは良いわよ」と答え、「こ

⁴ 精神分析の概念であり、本能に関連した心的表現であり、願望充足の機能をもつ空想
や幻想のこと。phantasy とつづることもある。意識的か無意識的かは問わず、物語のような
形をとるのが特徴で、おとぎ話や白昼夢、夜見る夢などの一般的な空想よりも広い意味を
もつ。妄想もファンタジーの1つとみなされる。

こはあくまで病院でしょ。家じゃない。長い間ここにいて、辛いことばかりじゃ死んじゃうけど、辛いことばかりじゃなかった。だからいられた」と語った。私がどういうことかと尋ねると、彼女は「私は話さなくても平気なのよ。一人が平気なの。だから辛いことばかりじゃなかった。いつまでもここにいていいわね」と答えた。入院生活が辛かったことも認めつつ、それだけではなかったと言うのだった。

FW65 回目は看護学生が実習に来ていた。この日、南郷さんは頭からすっぽりと布団をかぶっていた。私が寝ていると思い引き返そうとすると「起きてるわよ。寝てないわよ」と言い、布団から顔を出した。彼女はまだ学生はいるのかと尋ね、「若い学生さんは看護婦さんになって、結婚して子どもを産んで、共稼ぎで預けて、子どもを粉ミルクで育てるんでしょうね」と話し出した。学生と特にそういう話をしたわけではなく、彼女が勝手に想像したことだった。しかし彼女は、「粉ミルクは高いのよ。赤ちゃんのだから変な物はダメでしょ。粉ミルク代って馬鹿にならないのよ」と妙に実感のこもったことを言うので、私は彼女に子どもを育てたことがあるのかと尋ねた。すると彼女は「あるの」と答えた。初めて彼女の口から子どもの存在が語られたのだが、彼女は私が戸惑うほどスラスラと、子どもの年齢や 2 歳頃まで育てたことなどを語り出した。しかし、子どもが可愛いとか会いたいなどという言葉は一切なかった。彼女には、結婚しきちんと料理を作り、子どもを産み育てるといふ家庭像にこだわりがあるようだったが、現実にはそういう家庭を築けていない。私はそこに彼女が自らを「意地悪」と言ったり、「私はここでクルクルパー」[64]と自嘲する根っこがあるように思った。

f. 服喪としての入院

FW65 回目になると、南郷さんの方から「あと 5 か月ね」と言うようになった。別れを受け入れ始めたのと同時に、私が「シリーズ」と名づけたいつもの会話が減ってきた。

FW73 回目、私が南郷さんとベンチで話しているところへ、この日退院するという患者が話しかけてきた。南郷さんはその患者がいなくなってから、床に視線を落とし「いつまでもここにはいないから」、「1 年後にはここにはいないと思う」と言った。私は退院したら、食事の支度や風呂掃除など自分でしなければならないので大変ではないかと聞くと、彼女はクスッと笑い、彼女の待ち人は金持ちで、お手伝いさんもいるので何もしなくていいと言われていると語り出した。そして「なかなか退院できなかったのは、事情があったの。あっちにもこっちにも」と言い、その事情とは「喪に服してたの。喪中なのよ」と言った。

「父が△月 23 日、母が△月 26 日が命日なの。私は 40X 歳で、△月 20 日にここに来たの。」

入ってすぐに父が亡くなって、それから母が亡くなって。だから私は死に目には会えなかったわね。でも親の供養はちゃんとしないと、たたられるらしいわよ。(中略)『あ〜今日がお父さんが亡くなった日だなぁ』って思って、心の中で供養していたのよ。昨日(南郷さんのいう父の命日)もそんなことを考えていたわね。妹にも『お通夜やお墓参りに行けなくてごめんね』って言ったこともあったわ」[73]

そして待ち人の家も喪中だったので、お互いに 33 回忌が済むまではということで、「それでここが長くなっちゃったのよ」と長期入院の理由を語った。私は驚いて言葉もなかった。おそらく彼女は親の死に目に会えなかったことで自分を責めていたのだろう。私は彼女の語りがどこまで真実かはわからないと知りながらも、「本当に長い喪中だったね。長かったね。お疲れ様でした」と彼女を労った。すると彼女は顔をあげて「そうよね。辛抱強いし、我慢強いと思うわ」と自分のことを肯定的に言った。その後も彼女の語りは続き、昭和の時代に活躍しすでに他界している演歌歌手の名前を挙げ、その人が待ち人であることや、彼女にとっては「盲腸」の手術も退院後のことを考えて行ったことであり、今は「健康そのもの。喪中の間に体も良くしておいたわけ」と語った。

g. 重なる試練

FW75 回目、南郷さんの主治医から、糖尿病がある彼女を日中散歩させるようにとの指示が出ていた。私が南郷さんの部屋を訪れると、彼女は頭から布団をかぶっていた。2 度目に部屋を訪ねた時に私が彼女の名前を呼ぶと、彼女は布団を口元まで下し、顔を出した。私が心配して様子を見に来たと話すと、彼女は「ショックなことがあって、連続で。泣いてるの」と言った。そして「先生がね、問診の後で看護婦さんに『南郷さんを外に出さなきゃダメだ〜!』って怒鳴ったんだって。それで看護婦さんが毎日毎日散歩に誘いに来るのよ。看護婦さん 3 人くらいが同じこと言ってるから、先生も本当にそう言ってるんでしょうね。私、そんなこと言われても困るのよね。なんて言ってもいいかわからない」と語った。

彼女は、「先生に対して恨みはないのよ。先生も看護婦さんも悪気はないの」とも語った。私はその思いを先生に伝えてみたらどうかと言ったが、彼女は「私は『看護婦さんを怒鳴らないで』って言えないわ。主治医になるの止めたって言われたら困る」と言った。彼女は、主治医が散歩を勧めるのは「私が表に出ないからじゃないの」と分かっていたが、主治医や看護者が何を心配しているかまでは伝わっていないようだった。入院している身の彼女としては頼れるのは医師や看護者しかいない。しかしその両者が自分のせいで仲違いしていることを、彼女は非常に心細く感じているようだった。

そんな中、南郷さんには大腸がんの手術後の定期検診日が迫っていた。彼女には外出用の服や靴がなかったので、受持ち看護師が姉に連絡をとったが、遠方であり、サイズもわからないということで送ってもらうことはできなかった。そして FW76 回目、受持ち看護師が受診の話を持ち出すと、彼女は「(幻聴が) 行かなくてもいいと言っている」と言った。受持ち看護師は言葉を選んで彼女に受診を促し、通販カタログで衣類などを選ぶことを提案したが、彼女は言葉を濁していた。彼女は両手を後ろに回して隠していたが、いつになく激しく震わせており、このやりとりを南郷さんの隣で見ていた私にも、彼女が受診を相当不安に感じていることが伝わってきた。

南郷さんは看護師が去ると「もう悪いところはない」と言い、「行かなくていいって聞こえるのよ。外出外泊するって。見捨てるんじゃないって言ってるのよ」と動揺した様子で体を震わせ、絞り出すような声で言った。受診も怖い、家族はそのための服を送ってさえくれない。その事実が不安にさせているのだろうか。私は彼女があまりにも心細そうだったため、背中を擦ると、彼女は「聞こえるの。病気なの。矛盾してるのはわかるのよ。だから戸惑っているの。泣いてるの」と子どものように言った。

いつもは「病気の幻聴ではない」と言う彼女が、病気と認め、自分の矛盾も理解していた。私が「それは戸惑っちゃうよね…」と言うと、彼女は「大事なことだけよ。よく聞こえるの。でも病気の幻聴とは違うの」と言った。少し震えがおさまってきたと思えば、いつもの発言であった。彼女は受診に行きたくないのだが、それは主治医には言わないと語り、最後にはファイティングポーズをとり、「連れていくなら、連れていきやがれ〜ってね。まあ〜ガラ悪いわね」と笑った。

h. 振り返りと別れ

FW78 回目から、南郷さんとのやりとりに食べ物シリーズが復活した。そして 83 回目からは、「いろんなことを話したわよね」と私と関わりを振り返るようになった。そして、「今でこそ、ポンポンポンンって問えば答えるで、キャーキャー言ってる楽しんでいるけど、最初はそうじゃなかったわよね」と語った。

私は、彼女が予備調査への参加の同意をした後にしばらく近寄ってこなかったことについて尋ねたが、彼女は覚えておらず、「今と変わらず嫌な記憶はない」と答えた。その後彼女は、所さんと私は最初から話していたのかと尋ねた。二人とも昔から知っている仲だからか、彼女は所さんを意識しているようだった。私はふと南郷さんと所さんのどちらが先に入院していたのか疑問に思い、尋ねた。すると「どっちかしらねえ。私は何回も退院し

たことがあるけど、彼女は 1 回きりだからね」と答え、「そういうのを昔、1 回話したっきり、お互いに入院の話なんてしたことがないわね」と続けた。

気になっていた入院の話題が出たので、私は彼女の横で前を向いたまま、「そうかあ。南郷さんは私とでもいっぱい話をしてくれたけど、入院の時の話はしなかったもんね」と言った。彼女も床を見たまま「そうねえ」と言った。「それは気になっていたけど、でも話をしないってことは、それだけ辛かったんだろなって私は思っていたよ」と私が言うと、彼女は眼を落としたまま「そうねえ」と言った。そして「まあ、私はいつまでもここにはいないから」といつもの言葉を口にしたので、私は「うん」としか言えなかった。

その後、南郷さんは話題の深刻さを茶化すように、「あなたと一緒に出て行こうかしら？」と言った。私は本当に連れ出したい気持ちになり「行く？」と聞いた。すると彼女は「そうね。一緒にターって走ってね。それで転んでね。怪我してね。ここに戻って先生に『もう 2 年くらいはここにいなきゃダメだ』なんて言われたりしてねえ。ま～困るわ～」と笑いながら言った。彼女は「いつまでもここにはいない」と言いながら、空想の話でも挫折し、病院に戻ってしまうのだった。

最終回の帰り際、私が挨拶をすると彼女は涙ぐんだ。私は彼女の肩を抱きながら「ごめんね。でも本当にありがとう」とお礼を言うと、彼女は「またどこかでね。市民病院ぐらいいかな」と言った。またどこかで会うとしても、市民病院。南郷さんは、精神科病院から出るという希望を持ちつつも、「病院」自体からは離れられないのだった。

3. 石津さんの「生きている世界」

a. 石津さんのプロフィール

石津さんは身なりも整い、礼節も保たれた 70 代後半の統合失調症の女性だった。目が合うと人懐っこい笑顔でバギーをひきながら近寄ってくる様子はとても愛嬌があり、帰りの挨拶をすると笑顔で「お疲れ様でした」と返してくれ、「いつもみんなの話を聞いてくれてありがとうございます」[11] などとまるで患者代表のようなことを言った。そんな彼女に精神障害があるとは、私には思えなかった。

カルテによれば、彼女の父親は戦死し、母方の実家で母親のきょうだいと一緒に暮らしていたが、その母親も彼女が 13 歳の時に病死している。そして中学卒業後、様々な職に就いたがいずれも長続きしなかったという。10 代後半に結婚し、子どもが一人いたが、20 代後半で発症、子どもを置いて実家へ帰り、様子がおかしいので家族が精神科病院に連れていき、約 2 年間入院した。そして離婚。その後、工場勤務など職を転々とし、再婚したが 1

か月で離婚している。30 代前半に警察沙汰を起こして現在の病院に入院した。何度か入院しており、無断離院で退院となったこともある。最後はグループホームに退院したが、1 か月もしない間に股関節痛が出現し、人口骨頭置換術後、再入院となった。数年前に再び股関節の手術のために転院したほかは、通算入院期間は約 40 年に及んでいた。

b. 出会い、そして「人生を書いて」という願い

私が石津さんとよく話をするようになったのは、FW24 回目になってからだった。私がホールで他の患者と話をしていると、彼女が「ま〜ぜ〜て」と言ってきたのだ。彼女が「何の話してたの？」と聞くので、私が「子どもはいた方がいいかって話してました」というと、彼女は「子どもはいた方がいいかって？そりゃいた方がいいわよ」、「年取ってきたら寂しくない」と話した。私は彼女に結婚しているのかと尋ねた。すると彼女は「結婚していたけど、もうずっと会ってないから一人も同じ。子どもはいない」と答えた。

FW26 回目、私がホールで患者と話をしていると、売店のレジ袋を持った石津さんが「今泉さん、すみません！これに名前を書いてください！」と言ってきた。私は一瞬驚いたが、石津さんが買ってきたサンドイッチやレジ袋に名前を書いた。彼女は「ごめんなさいね。名前書いてないと、盗られちゃうのよ」と言った。この病棟では、ホールにある患者共用の冷蔵庫に食べ物を入れる時は、盗られないよう必ず名前を書いておくのが決まりだった。

その後、看護室に戻ろうとした私に、石津さんが「さっきはありがとう」と言った。しかし表情は硬く、サンドイッチにかぶりついている様子には切迫感があった。何かあったのかと尋ねると、彼女は「キチガイになっちゃった。サンドイッチ食べると少し落ち着くと思って」と言った。私は、「ゆっくり食べてくださいね」と声をかけ、その場を離れようとした。すると彼女は「ここにいて」と言った。私は最近話をするようになったばかりだったので意外な気がしたが、そのまま隣に座った。しかし、すぐに薬の時間となり、彼女は「あ、薬！これ見張ってて！」と言って部屋に戻った。私は、気になることを言って私を引き留めておきながら、自分はさっさと部屋へ行ってしまった彼女に驚いたが、これも彼女の愛嬌かしらと思い、待った。しばらくして彼女は戻ってきて、私に「あなたは偉いよ」と言った。私が否定すると、彼女は「偉いよ。そして偉くなる」と言った。そして、「ここでいろんな患者の話を聞いてあげているでしょう？大変ですよ」と言い、さらに「私の話も（論文に）書いていいよ。私がみんな、偉い人にしてきたの」と言った。

その後、彼女が食べ終わるのを待って、私は、キチガイになったと言っていたが、何があったのかと聞いた。すると彼女は、以前股関節を骨折した時に、レントゲンで骨が細い

と指摘され、丈夫にしようと市販のカルシウム剤を飲んでいたが、それを看護者に止められたという。彼女はその悔しさを「キチガイ」や「精神病」と表現し、サンドイッチを食べることで紛らわしていたということらしかったが、この日「カルシウム剤は本人希望で破棄」と申し送られており、本当のところはよくわからなかった。

その日、彼女はキチガイになりそうと言いながらも、何か話したくてうずうずしている感じだった。私はそんな時に無理して話す必要はないと言ったが、「私は家庭裁判所で離婚したの」と彼女は語り出した。彼女は医師の妻だったが、夫が浮気をしたと言う。そして「それで精神病になってクルクルパーになったの。辛いわよ。なのに離婚されちゃったのよ」と悔しそうだった。私が「何かやりきれないね」と言うと、「そうなのよ。子どもが一人いたけどお金もないし、学校のこともあるし、精神病になったから育てられないだろうって置いてきたの。○（地名）にいるって聞いたけど、もう連絡とれないから今どうしているのかわからないわ。私の人生はみんなここ。ここで50年」と彼女は言った。以前は子どもがいらないと言い、なぜ今日はいると言い出したのか不思議ではあったが、彼女は昔からわかってもらえない悔しさを抱えていたのだと私は思った。

さらに彼女は、唐突に前の主治医についての幻聴が聞こえるとか、母親の魂がその医師の職位を上げたという妄想めいたことを語った。私は戸惑ったが、過去の話をして辛くなったのかと思った。それで彼女にお礼を言い、しばらく部屋で休むことを勧め、一緒に部屋まで行った。彼女は歩きながら「こういう変な人がここにはいるって書いて。人生を書いて。いろんな人がいるって書いて。どんどん書いて」と言った。

FW31 回目には彼女は結婚していた時に外国人に強姦され、「そのことがあったから病気になったの。ずっと苦しいのよ」と顔をしかめ俯いた。そしてその時は恥ずかしくて誰にも相談できなかったという。夫の浮気も強姦の話も、いずれも性的な内容で、彼女にとって病気のきっかけには性的なものがからんでいるのかと思われた。真偽のほどは分からなかったが、石津さんが夫との関係で苦労したのは事実であり、彼女は誰からも助けられたという実感がないのだろうと私は思った。同時に、石津さんはこうして現実ともファンタジーともつかない物語を語ることで、私の関心をひこうとしているような気がした。

c. 触れあいを求める

翌 FW34 回目、石津さんは「前日より首が痛くて上がらないとの訴えがあり、実際にかなり痛そう」と申し送られていた。私は心配になり部屋へ行くと、彼女は私を見るなり右手を伸ばし、私の手を握ってきた。2、3日前から首が痛くなり、原因に覚えがないという。

その時はそれであまり話をせずに終わり、帰りの挨拶の時に調子を問うと、彼女は薬を塗ってもらって少し良くなったと言った。しかし、朝見た時と変わりはなく、彼女に首を触わってみてもいいかと断ってから触ってみると、硬かった。私がマッサージをしてみてもいいかと尋ねると、彼女はすんなりとそれを受け入れた。マッサージが終わると、彼女は「これで良くなりました」「首が上がるようになりました」と言ったが、お返しに何かいいことを言わなければと思ったのか、私に調子を合わせているだけのような感じがした。

FW35 回目、私がマッサージしようかと言うと、「やってもらえますか？ありがとうございます」と受け入れたが、終わると前回同様、「だいぶ良くなりました」「気持ち良くて、首も少し上がるようになりました」と言った。私がすぐには良くなるものでもないから無理しなくてもいいと言うと、笑って「そんなことない」と言った。その後のゼミで、首が痛い時は直接揉むより背中を擦った方がいいと助言を受けて、翌週には背中を擦ってみようかと聞くと、石津さんはずっと私に背中を向けた。そして終わった後「本当にありがとうございました。あったかくて気持ち良かった」と感想を言い、良くなったとは言わなかった。私に合わせようとしているだけではない関わりに少しずつ変化している気がした。

d. 奪われていく人生

FW35 回目、石津さんのところへ行くと、彼女は首が少しも良くなないと話した後、寂しさと悔しさが混じったような口調で、「P トイレをね、持ってかれちゃったの。昼間はいらないだろうって」と言った。確かにいつもはベッド脇に置いてあるポータブルトイレ（以下、P トイレとする）が部屋の外の廊下の隅に置いてあった。本人が排泄物を処分するために中のバケツを共同トイレまで運ぶ際に廊下にこぼしてしまって困ること、また、本人の活動量を減らさないためにも日中は共同トイレまで歩いてもらおうということで、看護者から日中の P トイレの使用を禁じられてしまったのだ。彼女は日中 P トイレを使用することについて、「おしっこね。向こう（共同トイレ）で 5 回行っても出ないの」と言ったが、そのことを看護者には相談していないと言った。

以後しばらくの間、看護者が日中は P トイレを共同トイレ内に片付け、石津さんに使わせまいとするのに対して、石津さんは共同トイレから P トイレを引きずり出そうとしたり、わざわざ共同トイレ内の P トイレで排泄したりして、両者の攻防が続いた。私はさぞかし看護者もしつこい石津さんにうんざりしているのだろうと思っていたが、意外にもこの P トイレの攻防の中心的な看護者は、石津さんのことを「愛されキャラ」と言い、「面白いし、憎めない」と笑って話していた。

FW38 回目、廊下を歩いていると、首の湿布を張り替えてもらっている石津さんの姿が見えた。その日彼女は、見たことのないズボンをはいていた。そして「服、変でしょ。返ってこないのよ、外注⁵から。これは何年も前に買ったズボンなの」と言った。私が「一人で買い物に行くんですか？」と尋ねると、「昔は一人で行ってたの。私はね、一度も閉鎖（病棟）に行ったことないの」と少し自慢げに付け加えた。そして「でも前に外で転んでから、怖くて一人では行けないの。だから福祉の人と 2 か月に 1 回、買い物に行くの」と言い、保護者である兄は「脳梗塞になったの。だからあまり来ないのね」と言った。さらに彼女は、股関節の手術後は痛くて歩けず、バギーを使っても辛いと語った。この頃は P トイレの攻防の真最中で、ズボンもなくなる、足も悪くなる、買い物にも一人で行けなくなるという一連の話は、何かを奪われる感じがすると言っているのかと思った。

FW40 回目の朝、石津さんはトイレ脇の廊下のベンチにいた。私が声をかけると、彼女はいきなり私の左腕をつかんで「胸が苦しいの」と言った。私は驚き、脈を測ってみたが異常はなかった。看護師を呼んでこようかと聞いたが、彼女は呼ばなくていいと言い、「身体も、気持ちも、胸も、苦しい」と言った後、「便が出ないのよ。出たくなるのを待ってるの」と言った。私は申し送りで「便は出ているが出ていないと不穏になる」と聞いていたので、お腹のマッサージを提案すると、彼女は「悪いから…」とためらっていたが、「やってくれる？」と言い、すくくとベンチから立ち上がり、黙って私の右腕につかまり部屋に戻った。

とても辛そうな表情をしていたのに、マッサージをするとなるとすばやく立ち上がる。その落差の大きさに、私は単に気を引きたくて哀れな患者を演じていたのかと疑った。しかし、必死に P トイレにしがみつき、排便にこだわっている姿はどこか憎めなかった。マッサージをすると腹部は柔らかく、便秘はしていないようだった。しばらく続けていると、彼女は「ありがとうございます。助けてね」と言った。そしてまた、医師と看護者が P トイレを使わせてくれないと訴え、「P トイレじゃないと、絶対に出ないんです」と言った。

e. 言いたいことはある、だが何を言いたいかわからない

FW43 回目、石津さんは畳に腰かけるとすぐに「寂しいの」と言った。そして、「口下手で寂しいの。一言…何を言おうとしたのか忘れちゃうのよ」と言った。その後、現在の主治医の不満を言い出し、前の主治医が良かったと話した。その一方で、病院については褒めるようなことを言うので、私は病院に愛着があるのかと思って尋ねると、「愛着じゃないの。仕方ないから。家がないから、もうここが家。新しいところだと、知らない先生でし

⁵ この病院では衣類等の洗濯は外部の業者に委託していた。

よ。良くなるのか悪くなるのか心配。だから退院したくない」と言った。では、私が前の主治医が別の病院に行き、石津さんもその病院に退院するとなったらどうするかと聞くと、彼女は迷わず「先生がいてくれたら、ここは出てもいい」と言った。

翌 FW44 回目、石津さんは少し気まずそうに「…先生と喧嘩しちゃった」と言った。便秘だと伝えたところ、主治医に他の精神科病院に行ってみようかと言われたのだという。実際にはそのようなことはなかったのだが、彼女は見捨てられるように感じたようだった。だが FW47 回目に私が、「この前先生と喧嘩したって言ってなかった？」と聞くと、彼女はケロッと「そんなこと言った？忘れちゃった」と言い、逆に先生が薬を調節してお通じも出るようになったと言った。さらに前の主治医についても「3 か月で世の中変わるって。3 か月で世の中変わるのに、私は 40 年。40 年いるともう怖い。それに慣れてるし。先生が病院移っても、ここにいたい。ここが家。マッチ箱のような家だけど、ここにいたい。他には行きたくない。老人ホームも先生、一人二人しかいないわよ。ここが安心。だからお母さんもここにいろって言うのよ」と、現実にはいない母親を引き合いに出して語った。

石津さんは、先生と喧嘩したと言っては落ち込みながら、2、3 週間後にはそれを忘れたと言う。また前の主治医について行くと言ったかと思えば、ここにいたいと言う。彼女が嘘を言っているようには思えず、私は彼女には言いたいことはあるのだが、自分が何を言いたいのかかわかっていないのではないかと思った。だが、ころころ変わる彼女の語りに、私は彼女が果たして真実を語ってくれているのかわからなくなってしまった。

その後の FW48～59 回は、石津さんは病的な世界に入っていることが多く、元氣なく「眠くて、だるくて、疲れて」[56] といい臥床していることが多くなった。

f. 行くとこ行くとこが「一生ここ」

FW62 回目に私が朝の挨拶をすると、石津さんは「今日ね、近くの病院へ行くの。内緒ね」と小声で言った。この病院は壊し、彼女が通院している近くの総合病院と一緒にやってくることになったという。私はここが嫌になるようなことや、心細いと思うようなことがあったのかと聞いたが、彼女はそれを否定し、「50 年いて、私、開放（病棟）しかいたことなかったの。だから束縛なかったから、居やすかったわよ」と言った。

ところがその週末に、石津さんはリュックを背負い洗面用具を持って、寝たきりになった親戚のところへ行くと言っていたと看護記録に記されていた。結局、「月曜日に主治医と話しなさいと聞こえてきたから、外出はそれからにします」と言い、外出はしなかったとのことであった。

翌 FW63 回目に、彼女は、近くの病院へ行くと言ったのは、「母親の指導」だったが、「な
んでかしらね、おかしいわね」と言った。そして「だからもう行かないの。一生ここよ。
私、100X 歳まで生きるんですって、あと 30 年」と続けた。私が「もし退院って言われたら？」
と聞くと、「終わり、絶望」と答えた。私は、彼女が以前退院して住んでいたグループホー
ムについて聞いた。すると、「個室でトイレもついていた。右足を悪くしてね、手術して、
それでここに戻ってきた。悪くならなきゃ、グループホームで一生過ごしていたかもね」
と語った。私はそこが気に入っていたのかと思い「グループホームで一生の方が良かった？」
と聞くと、「ううん。私は帰るところがないから、行くところ行くところが『一生ここ』になる
わよ」と言った。全てを諦め、そのまま受け入れているような感じがした。

FW76 回目、彼女は「グループホームに 1 年位いたけど、そこで関節痛めて手術して、ま
たここに来て。ここに帰ってきた時、もう絶対退院しないと思った」と言った。私がなぜ
と尋ねると、「私は死ぬなら病院がいい。薬もそろっていて、先生も看護婦さんもいて。具
合が悪くなったらすぐに何とかしてくれる。そういうところで死にたいの」と言い、「知っ
てる看護婦さんがいて、世話してくれるところで死にたい」と続けた。

そして彼女は「この間、院長先生が来て、これ（バギーのこと）をひいて一生ここに
ろって言ってくれたの」と言った。さらに、その院長の言葉を聞いて「安心した。嬉しか
った～！もう年だからね」と言い、彼女は満面の笑みを見せた。荷物をまとめ外へ出たい
のも真実。ここにいたいのも真実なのだと思った。

g. 無理に食べ続けるわけ

石津さんはお菓子を食べる時、楽しんでいるというよりは、苦しそうな表情で食べてい
ることが多かった。FW65 回目、辛そうにお菓子を食べていた彼女が「股関節が痛くて仕方
ないので、食べて紛らわそうとした」と言い、「外の人には平凡なことができるけど、精神病
は平凡なことができない。難しいのよ。こうやってお菓子ばっか食べて生活するしかない
のよ」と嘆き、「外の世界で、外の人と同じように生きたい」と言った。

FW66 回目の数日前、彼女は胴拘束されていた。このところの体重増加が水中毒のせいでは
ないかと疑われたのだ。またこの頃、連日不安時の頓服を使用していた。私が、水を飲
むと落ち着くのかと聞くと、彼女は体重が増えたのは水ではなくお菓子の食べ過ぎだと言
った。ではお菓子を食べると落ち着くのかと聞くと、彼女は両親や大先生（亡くなった前
院長）の供養のためだと言ったが、大福など甘い物は好きではないので、「もう食べるのは
止める」とも言った。私が拘束されるのが嫌だからかと聞くと、「嫌じゃなかったわよ」と

言い、「むしろ食わずにいられるから（嫌じゃない）」と言った。

こうして、無理に食べることについて、彼女は毎回違う理由を言うのだが、何か満たされない物を必死で埋めているようだった。

h. 誰かに構って欲しい

FW77 回目には、増えた処方薬を整理するために抗不安薬が減量されていた。私はおやつ
の時間になっても石津さんがホールに出てこなかったので、減薬で調子を崩したかと心配
になり、彼女の部屋へ行った。しかし彼女は腕枕をして横になっており、私の顔を見ると
「あら、いらっしゃい」と意外にも寛いでいる感じだった。天気の話をした後、彼女は最
近若い人の入院や、転入患者が増えたと話した。そして、「でも看護婦さんがいないのよ。
人手不足」と言った。私は看護師の人手が足りずに石津さんが困ったことがあったのかと
尋ねた。すると彼女は「そうねえ。何ってわけじゃないけど、構ってもらえないわね」と
言ったので、私が「構ってもらえない？構ってもらいたいんだ～」と言うと、石津さんは
笑いながら「そうねえ」と言った。

そこで、なぜか石津さんは自分の子どもが震災でどうなったのかわからないと語り出し
た。子どもが被災地に住んでいたので、役所に連絡して、安否を確認したがわからなかつ
たという。そして「無事なら連絡寄越すと思うの。ないってことは死んでるかと思ってる」
と言った。何かあったら子どもが連絡を寄越すはずと思い、待っていたのか。それとも、
子どもからずっと連絡がないことを、死んでいて連絡しようもないからと思いたいのかと
も思い、「何だか寂しいね」と私が言うと、彼女は「そうね。もう追い出されたらどうしよ
うもない。行くところないもんね」と行き先のことを言った。だが、彼女の口調は淡々とし
ており、変えられない過去を、そして将来を、諦めきっているような感じがした。

i. 話が出てくる

FW82 回目、廊下を歩きながら石津さんが「あと何回なの？」と残りの実習回数を聞いた。
私があと 5 回だと答えると、彼女が今までのお礼を言うので私もお礼を返すと、彼女は「な
んか捨てられるみたいね」と言った。私が驚いて立ち止まり、「捨てるだなんて、そんな！」
と言うと彼女も立ち止まり、ニヤッと笑って「〇さん（この病棟で実習をし、就職した看
護師）みたいに、ここにお勤めすればいいのよ」と言った。私が二の句が告げられないで
いると、石津さんは「こんなおばあさんの話を聞いてくれてありがとうね」と言った。

FW83 回目、石津さんは部屋に来た私に気づくと両手を伸ばし、胸が苦しいと言った。私
は演技めいたものを感じたが、「マッサージしてみようか」と言うと、彼女は「あなたが疲

れちゃうわよ」と一旦は遠慮したが、私が「自分が疲れる前に止める」と言うと、ずっと体を起こした。マッサージを受けながら彼女は妄想的な話をしたが、緊張感はなく私に体を段々預け、最後は私の体にもたれかかった。密着し過ぎてマッサージしにくかったが、私は甘えたいのかと思いそのままにした。また私自身、そうされても嫌ではなかった。

FW84 回目、私は石津さんに「私と話すという体験はどうでしたか？」と聞いた。すると彼女は「楽しかった」と答えた。そして、「あなたは話がうまいから、こっちも弁が強く出る」と言った。それはどんな感じなのかと尋ねると「言葉とか話がね、いつもより出てくるの。普段は話はあまりしない。私は、話すの下手だから」と言った。私が「石津さんが話すの下手と思ったことはなかったけど」と言うと、彼女は「私は聞いている方が好きだけど、あなたが言っていることは伝わるから、話が出てくるのよ」と言った。

この時、私はマッサージを通して表面的ではない関わりができるようになってきたとは思っているものの、これは私を喜ばそうと言っているだけではないかという思いが拭えなかった。というのも、彼女はこれまでも「あなたは私が風変わりだから好きなんでしょ？」と突然言ったり [43]、母親を看取った話をした時も「お母さんの話をするのが供養になる。この話は初めて人に話したわ」と言ったかと思えば、「あなた、こういうこと知りたいんでしょ」と言ったり [66] していたからだ。だが、どうもそれだけではなさそうだった。

Ⅱ. ファンタジーの世界での新しい出会いと現実の別れ

FW84 回目にも、石津さんは険しい表情でお煎餅を食べており、食べていると落ち着くが、もう小遣い金がないと言っていた。また FW86 回目の数日前には、おにぎりやお菓子を多量に買い込み、看護者に一時預けられていた。さらに小遣い額が決められているのに、それを上回る金額を伝票に記入し、看護者に注意されるということもあった。

最終回の FW87 回目、私が彼女の部屋を覗くと目が合いニコッと笑った。そして彼女は「明日から大変なんです。嵐のように」と話し出した。明日から彼女の日常生活を助けてくれる専属の人が宮内庁から派遣され、その人の給料は彼女が支払うというのである。また幻聴もあるようで、時々天井を向いて会話していた。これは人との別れという不安から逃れるための、彼女の対処法かと私は驚き、ただ黙って聞いているしかなかった。

一方、石津さんは「これから 1 年半、あなたとお話していたら、今頃は違っていたと思う。でも仕方ないわよね。もう終わるんだもの」と言った。私は意味がわからず「石津さんは、私が今日で実習が終わらなかったら、今よりもっといい感じで生活できていたと思うけど、今日で終わりになっちゃうから、そうはならないっていうことを言ってるの？」

と聞くと、彼女は「そうね。でもそれは言っても仕方のないことなのよ」と言った。私の1年半を振り返り、今のような関係を始めから築けていたら、今頃はもっと良い関係になっていただろうということのようだった。少しの満足と後悔と諦めとがないまぜになった、石津さんらしい別れの言葉だった。

4. 所さんの「生きている世界」

a. 所さんのプロフィールと出会い

70代前半の所さんが統合失調症を発症したのは10代後半で、高校卒業後就職したものの、すぐに精神的不調のため退職した後は、通院しながら家業を手伝っていた。彼女が4歳の時に母親が病死、約2年後に父親は再婚したが、継母には所さんと同じ年の連れ子がいた。彼女は不調になると家出や徘徊を繰り返し、20代で精神科病院に初回入院した後、彼女より前に姉が入院していた現在の病院に転院した。2年程の退院期間があるが、約45年間、入院を続けている。両親は他界し、現在姉は老人施設にいる。結婚、出産歴はない。

所さんは、長い入院生活にもかかわらず、言語能力は保持されており、ADLも自立し、礼儀正しい人だった。OTやSSTにも自ら参加し、一人で近くの総合病院を定期的に受診していた。申し送りで報告されるのも病院の受診日くらいであり、看護師からは退院可能とされていた。私も何が問題で彼女が退院しないでいるのか、不思議で仕方がなかった。

所さんと挨拶以外で初めて会話したのは、FW27回目だった。たまたまホールにいた彼女に、私が病棟の窓から眼下に見える藤の花がきれいだと声をかけたのがきっかけで、藤の花と一緒に見た後、彼女は「私はね、10X歳から精神病になってここにいるの」といきなり過去のことを語り出したのだった。それからほぼ毎週、他の人に話を聞かれないという所さんのリードで、面会室で話をするようになった。

初めの頃、所さんは「馬鹿になって入院して。それで一回出たけど、また入院して。だから私は社会のこと何も知らないし、できないの。だからここにいた方がいいの」[29]などと、しきりに自分を「馬鹿」と言った。その度に私は否定したのだが、翌週も「劣等感って持ちちゃダメだって言うけど、持ちちゃうと劣等感で、段々下がっていくんだよね」、「劣等感、持ちちゃダメだけど、プライドも持てないんだよね」と笑って言った。

私には彼女が知的に劣っているとは思えなかった。しかし彼女の劣等感、入院期間45年という長い年月の内に根付いており、簡単に払拭されるものではなかった。だが、その一方で、パチンコ店で働いていた時に同僚よりも売り上げを伸ばした、看護師に「社会に役立つのは所さんだけ」と言われた[29]など、誇らしい話も時々するようになった。

b. 複雑な家族背景と入り組んだ感情

所さんは自ら家族構成やそれぞれの生年月日などを語った。その口調は滑らかで、これまで何度も医師や看護学生に繰り返し語ったのだらうと思えるほどだった。

所さんにとって、工場を経営していたという父親は自慢の人であった。「小学しか出ていなかったけど、よく働いて賢かった。耶蘇教でね。従業員を大事にしてたの。だから従業員が帰る時、私たちは入口で『お疲れ様でした』ってみんなで見送ってた」と言い、父親が嫌がる集金を自分が手伝ったと誇らしげに語った [29]。

そして、その話から父親の財産分与の話に移った後、彼女は継母のことを語り始めた。

所さんは、継母が財産を隠していたらしいこと、所さんが働いた分の給料も自分のものにしてたことを話し、皮肉っぽく継母は「しっかりしていた」と言った。私がなぜそんなことをしたのだらうと聞くと、彼女は「わからない」と答えた後、次のように語った。

「私はね、子どもの頃、お母さんが大好きだったのよ。新しいお母さんが来たって思ったけど、『ツタちゃん、可哀そうね。お母さんいなくて』って、そんなこと言われてね。ショックだった。なんでこんなこと言うんだらうって」 [29]

所さんは、子どもながらに新しい母親が来たと思っていたが、「お母さんがいなくて可哀そう」という継母の言葉は、「自分はあなたのお母さんではない」という宣言のように感じられたらしい。彼女にとって継母は、大事なものを「奪う人」であったようだ。

またある日、継母は連れ子である弟と所さんをサーカスに連れて行ってくれたが、継母と弟は隣同士の席で、所さん一人違う席だったと話した。連れて行ってくれたのは継母の「いいところ」だが、継母には「いいところとくだらないところがあって、真ん中がないのよ」 [37] とともに彼女は語っており、継母に対してアンビバレントな感情があったようだ。

だが、父親とも葛藤がないわけではなかった。新しく来た継母に対して所さんが機嫌の悪そうな顔していると、父が「顔に出すな」と言ったと言い、次のように続けた。

「だから私は何があっても顔に出さない。心の中にしまって反抗期もなかった。反抗期に反抗しないと頭がおかしくなると本で読んだけど、本当だと思うわ。それも原因だと思っもの」 [29]

さらに FW34 回目には、父親も継母も彼女がどんなに頑張っても褒めてくれず、そのせいで所さんは自分をダメだと思うようになったと話した。そして彼女は、「父と歩いている

時、近所のおばさんが『いいお嬢さんで』って言うから、父、どんな顔してるんだろうって見たら、嬉しそうにしてた」と話したが、一方で、そんな父親の様子に、「私、その頃もう病気になっていたから、なんで嬉しそうな顔しているのかなって思った。こんなダメな娘で申し訳ないって思った」と語った。父親が病気になった自分を良い娘と思っている筈はない、本当は感情を偽っているのではないかと疑っていたのだ。

実際、かつて自宅に外泊した時のことを、「私、その頃太っていたから、父に『近所の人驚くから 2 階にいろ』って言われていたのよ。家に帰っても閉鎖」、「辛かったわよ。外に出られなくて。お父さん、恥ずかしかったんでしょ。嫌だったんでしょ」と言い、父親の葬儀は「父に出ちゃダメと言われていた」ため、出席していないと話した [37]。

一方、所さんは、4 歳で死別した実母についてはあまり多くを語らなかったが、実母が「私をベタ可愛がりだったらしい」と言い、大好きだと語る一方で、「精神病は遺伝子ときっかけでなる」[29] と言っており、一番上の姉も統合失調症であったことから「親から精神病的遺伝子をもらいたくなかった」、「20 歳まで育ててもらいたかった」[75]と話していた。

c. 医師に対する感情

FW43 回目から、彼女は「堅苦しいの嫌だから、適当に世間話でもしましょ」と、面会室ではなくホールや廊下のベンチで話すようになった。この頃、所さんの主治医だった東医師が病院を辞め、新任の石丸医師に替わっていた。翌 FW44 回目、新しい主治医との問診を終えた彼女は、「実直な先生で良かったあ」と言いつつ、「しっかりしてるわよ。手綱は引いてるの。私が『19 日の外出許可を書いてください』って言ったら、『まだ 2 週間あるから』って書いてくれなかったの」と少し不満そうだった。だが、彼女は「東先生が辞めて、石丸先生が来るのは『捨てる神あれば、拾う神あり』だと思ってるの」と言い、「別に東先生が捨てるわけじゃないけど、例えてね。それで拾ってくれる神がいなくちゃ、良くならない。入院している意味がなくなっちゃうでしょ」と割り切ったふうにした。

一方、辞める東医師に対しては、「優しかったから辛いわよ。2 年弱…1 年ちょっとだったけど、優しくて好きだった。（急に話すペースが遅くなる）東先生、どこに行くんだろう…」と言った。私がついて行きたいかと聞くと、「ううん。ここでいい。石丸先生いい先生だし」と答えた。私が改めて主治医が替わって大丈夫かと聞くと、彼女は「大丈夫、大丈夫。私、精神科ずれしてるから」と笑って答えた。長く入院していれば、主治医交代はよくあることで、慣れていると言いたかったのだろう。

だが FW45 回目、廊下で彼女は「悩みがある」と話しかけてきた。義姉に電話したがい

ないと言う。しばらくして義姉と電話ができた彼女は、「一件落着した」と言ってきた。その後彼女が、新しい主治医に外出許可書を書いてもらえなかった先週の話の繰り返したので、私が納得していなかったのではと尋ねると、彼女は「納得っていうか、寂しかった」と答え、「いつも書いてくれていた東先生がいなくなる。仕方がないけど、自由で融通きいた先生がいなくなって悲しい…」と急に泣き出した。彼女の感情的な反応にはいつも時差があった。彼女は「私、5人くらい先生が替わってるの。今回は1年2か月くらい。短い。みんな辞めて、替わる。そりゃそうよね。辞めたらやってられないものね」と一気に言った。そして石丸医師が嫌なわけではなく、「ただ東先生がいなくなって寂しい」と言うのだった。

FW46 回目には話す機会がなく、翌 FW47 回目、私は先生が替わって1か月になるがどうかと聞いた。すると彼女は、石丸医師に「せつちを直してあげます」と言われ、「自分で直します」と答えたと話した。私がなぜと問うと、「だって自分の悪いところだから、自分で直さなきゃ」と答えた。さらに主治医は睡眠状態や食欲の有無など「症状を診る」ことさえすればよく、長い問診や人生相談のようなものはいらなかったと言った。主治医が交代して涙した所さんだが、実際のところ「理解」や「治療」を求めているわけではなかった。

また、FW72 回目には、血便らしきものが出て、風邪か感染症だと思い込んだ所さんは、感染症であれば閉鎖病棟に行かされると怯え、医師にそれを言えずにいた。翌 FW73 回目に私が先生に相談したかと問うと、「言わない。だってもうあれは何ともないもの」と答えた。その一方で、整形外科の受診のために外出許可書を依頼したら、「先生が、『毎月通院大変ですね』って認めてくれたの」と大喜びしていた。そして「本当に大変なのよ。そうしてくれる先生ってそういないわよ。石丸先生は本当にいい先生よ」と言った [72]。

FW75 回目、彼女は自分を「先生孝行」だと言った。「先生の間診がない時に具合悪くて、間診がある時には具合が良くなっている」からだという。親に対してと同じく、反抗しない、手を煩わせないのが良いことだと思っているようだった。その一方で、所さんは、自分からは訴えなくても、分かって認めてくれる先生を期待しているのだった。

d. 入院を希望する気持ち

所さんが初めて精神科病院に入院した時のことを話したのは FW36 回目のことだった。二番目の姉のところに遊びに行った時に様子がおかしいと気づかれ、姉が友人と一緒に近所の精神科病院につれていき、そこで精神分裂病と診断されてそのまま入院した。入院に抵抗はなかった、と彼女は語った。そして約1年後に、OTの作業を頑張ったので良くなったと思われ、継母が呼ばれて退院となった。その後、今の病院に再入院したのだが、その

時も「(継) 母はまだ入院していて欲しいみたいだし、私も自信なかったから。姉もいたし、外来通院していた別の病院の紹介で私もここに入院したの」と話した。

あまりにあっさりとした話し方に、私が「ここに入院した時も、所さんは抵抗なかったの？」と聞くと、「ない。だって(継) 母が『ツタちゃんが戻ってきたら、私が出て行く』って言ったから、私戻れないと思ったし、入院させてくださいとお願いしたの」と言った。さらに、もし入院させてもらえなかったら「絶望しかないから、自殺しかないの」といい、飛び降り自殺をしていただろうと話した。私がどうしてそう思ったのかと尋ねると、彼女は「精神病患者は家よりも病院の方が楽なの。それだけうちは大変だった。だって子どもは 5 人いたし。私は外泊が嫌いだった。母の背中を流したり、布団かけてあげたり」と言った。私がしなければ良かったのではと言うと、「しないわけにはいかないわよ。私の性分として。やらない時もあったけど、父が『背中流してやれ』って。だから病院の方が楽なのよ。うちにいたくないの」と言った。そして、次のように続けた。

「入院すると早く退院したがる患者もいるけど、結局家に戻ってもすぐに病院に来る。精神病患者は社会に出られない。病院の方が楽。生きてる世界では病院の方が楽。そうじゃなきゃ天国。死んだ方が楽なのよ」[36]

患者の多くは入院時に抵抗するものと思っていた私は、彼女の言葉に大きな衝撃を受けた。それほどまでに彼女にとって家は苦痛な場だったのだろう。

e. 喧嘩はしないという生き方

病院の方が楽という所さんは、自分なりに退院させられないように生きていく術を身に着けていた。彼女は次のように語った。

「喧嘩して退院でもさせられたら、大変でしょ。だから絶対に私は喧嘩しないの。喧嘩しないのが私の武器なの」[27]

このやりとりの後、所さんの部屋で患者同士のトラブルが頻繁に起こった。彼女はトラブルの当事者ではなかったのだが、全員がそれぞれ違う部屋に分散して移動させられることになった。しかしこのことにも彼女は不満を口にしなかった。

FW33 回目、所さんは以前、部屋で物を盗られた時、「どうも隣の患者だって思うんだけど、盗ったと言うと喧嘩になるから言わなかった。だからね、褒めて仕返しをしたの」と言った。『あなたは天才だ。あなたにかなう人はいません』って。そうしたら、その人黙

って部屋出て行った。ははは。何も言えなかったんでしょ」と言った。盗られたと看護者に言わなかったのかと私が聞くと、所さんは「言わない。喧嘩になるから」と答えた。

私 「それじゃあ、ストレスもたまりませんか？」

所さん「心の中で『ざまあみろ』とか悪口言って、ストレス発散するの」

私 「心の中で言うだけで、ストレス発散になるの？」

所さん「なるなる。相手に言ったら、ダメ。お互いに嫌な思いするし。心の中で言えば、ストレス発散になる。喧嘩となると看護婦さんに怒られるけど、褒めてれば誰も何も言わないから。前に喧嘩した人が、部屋替えさせられたの。喧嘩すると、強い方が部屋替えられるのよ。それ見てるし、私は言わない」[33]

私が、辛い時に相談できる他の患者はいないのかと尋ねた際、彼女は相談すると人に伝わるので、「仲間は信頼できない」と言った。さらに喧嘩でなくても腹が立つことはあるのではと尋ねると、所さんは「諦める。相手は病気だもの」、「私は逆境にめげないために諦めるの」と言った[39]。

f. これからのことと、死

FW50 回目、私から所さんに声をかけ、「退院をしたくないのは話を以前聞いてわかってるけど、じゃあ、これからどうしていきたいと思っているのか、教えて欲しい」と聞いた。そして、私は彼女の答えを聞いて絶句した。

所さん「昔、手相で 60 歳までの寿命と言われていて、自分は短命だと思っていた。母も、30 代で死んじゃったし、私も短命なんだ。仕方ないって」

私 「怖いと思わなかったの？ 1 年 1 年 60 歳が近づいてくるって」

所さん「怖くなかった。70 超えると 1 日 1 日が死の方から近づいてくるんだって。死ぬ手間が省けたと思ってる。(笑いながら) 長生きはしたくないけど、生きてはいたい。でも 2、3 年寝付くのは嫌。本に老後のことは考えないでいいって書いてあったの。だからそれ読んで考えなくてもいいんだと安心した」

私 「なぜ安心したの？」

所さん「だって老後のこと考えたら、絶望しちゃうわよ。絶望しかないもん」「(年取って) 1 日 1 日死の方から近づいてくれるから良かった」[50]

私は彼女に、これまで死のうとしたことはあるかと聞いてみた。すると彼女は、若い頃

と 60 歳前頃に自己嫌悪と将来への悲観から八方塞がりになって自殺未遂をしたことがあったが、「今はそういう気がない。死の方が近づいているから」と言った [50]。

彼女は 30 回目に私と話していて辛くならないかと私が聞いた時、「大丈夫。一人で何もしてないと自分の病気と向き合って辛いだよ」、「話聞いてくれて、私のこと馬鹿じゃないと言ってくれるし、救われる」と言った後、「本当は、私は早くあの世へ行きたいの。そうした方が救われる気がするの。でもここで死にたいって言ったら、閉鎖（病棟）へ行かされるから言わないけど」とも話していた。彼女には、死は常に身近にあるのだった。

g. 憎しみの表出

死の話をした翌週の FW51 回目の朝、彼女から「今日は話したいことがあるのよ。ふふふ」と言ってきた。しかし、彼女が話したのは、証券会社に勤めていた甥が父の株の儲けをきちんと父に渡さなかった、それを父が甥の上司に言いつけて甥が降格になった、そのことを言いに来た甥が帰った後、父が「ざまあみろ」と言った、父は勝気だ、というものであった。肉親同士がお金がらみで利用しあい、報復するという話は、かつての部下思いの理想的な父親の話からはかけ離れたものであった。また、「ざまあみろ」は、所さんがストレスを発散するために心の内で唱えろと言った言葉でもあった。

FW52 回目、所さんが OT の作品を私に見せていた時、他の患者がやってきて師長の悪口や主治医の不満話を延々と続けたため、所さんとの会話はそれで終わってしまった。後で所さんの様子を見に行くと、彼女は「疲れちゃったね」と言っただけであった。そしてその後 2 回は所さんと話す機会がなかったが、FW55 回目に彼女から声をかけてきて、邪魔されたら困るからと、久しぶりに面会室で話すことを希望した。

彼女は面会室に入るやいなや「あの人は邪魔して自分ばかり話して。悪口と愚痴ばかり！」と激怒し、「私は、愚痴は絶対に言わない。家族にも先生にも言わない」と言った。私は、3 週前のことをこんなに怒るなんて、やはり感情的な反応に時差があるなと思いつつ、他の患者が愚痴を言うと憤っているのも愚痴を言っていることになるのではないかと興味深く思った。その後、もしかしたら、私が 2 週続けて所さんと話さなかったせいで怒っていたのかもしれないとも思った。所さんは私に直接怒っているとは言えないが、他の人のことなら、私に怒りをぶつけても大丈夫と思えるようになったようだった。

新年明けての FW60 回目、私と所さんがベンチで話していると、師長が新しく入職した看護師を伴ってやって来た。師長に新年の挨拶をした所さんは、二人が去ると、「〇さん、辞めたわよ」と年末に退職した看護者のことを話し出した。そして、「あの人は患者が嫌が

ることを言うのよ！『所さんが退院しないと、私たち困る』ってそういうことを言うのよ！」と言った。私が「所さんは退院のことを言われるのが嫌なんだね」と言うと、「だって退院できないのに、退院のことをいう看護婦さんなんて。患者の気持ちがわからないのよ。（中略）だいたい患者の思いに寄り添わない人は辞めていくわよ」と言った。所さんの世界では、看護者は患者に対して思いやりがあるかないかのどちらかであり、思いやりのない看護者は排除されていくのだった。

h. 退院は苦痛、病院は終の住処

FW63 回目、私が自分でも曖昧な質問だと思いつつ、「所さんにとって、退院ってどういうものなのかなあと思って」と切り出すと、彼女は少し考えた後で私の方を見て、「退院は苦痛。苦痛そのもの。やってけない」ときっぱりと言った。

「私はずっとここにいさせてもらいたい。でもそれがダメなら、私はリウマチとかがあるから、精神科のある総合病院へ行くつもり。ここはね、他の病院に通うのに通いやすい。もちろんここ自体がいいというもある。でも正直に言えば、通いやすいということ。だからいさせてもらえるなら、ずっといさせてもらって、ダメなら精神科のある総合病院に入院すること。それが私の目標なの」[63]

続いて私は、退院する患者をどう思うかと聞いた。所さんは、「特に若い子は、最初のうちは退院だって嬉しい。でもたいていは戻ってくる。社会に出て大変な思いをして戻ってくる。気の毒よ」と言い、私が「所さんはそれだけ社会に出て大変な思いをしたんだね」と言うと、「退院した。嬉しい。勤める。仕事覚えてやってける時は楽しい。人生薔薇色。疲れてくると、仕事が覚えられなくなって仕事休みがちになる。仕事ができなくなる。具合悪くなって入院」と、まるでフローチャートを読み上げるように語った。

その後、退院の話を持ち出した昔の主治医や師長の話になり、いずれも辞めた、死んだらしいという話になった。自分に嫌なことをする者は排除されるといういつもの論理である。所さんは、師長が「退院できる」と言うので、『自己嫌悪でいっぱいになる』って言ったら、『ならないよ』って。師長さんははたらくても、私はなるわよ！人のことだと思って！」と憤った。おそらく師長は励ますつもりで言ったのだろうが、彼女は薄情さと受け取っていた。所さんは「結婚は無理だろうから、せめて自活だけはしていこうと思っていた」が、孤独になりそれもできなかったとも語っており[83]、彼女にとって退院して挫折した時の無力感や無念さは、相当の傷つき体験となっていたようだ。

私が「退院が苦痛なら、所さんにとって病院はどんなところ？」と聞くと、彼女は「終の住処ね」と答えた。社会に居場所がない以上、そう思うしかないのかもしれない。そのため、退院と言われると、彼女にとっては死ねと言われたのも同然で、退院を勧める主治医や看護者は鬼のような存在に思えるのだろう。

i. 入院の理由と孤独

FW67 回目、所さんから声をかけてきて、私が隣に座るとすぐに話し出した。彼女は「精神病は知能指数が下がる」、精神病患者にとって「孤独は危険」と、彼女独自の理論を展開した。「では孤独にならないようにどうしたらいいの？」と私が尋ねると、彼女は「早期発見で、なり始めだったら、ちょっとしたきっかけで治る」と言いつつ、「でも精神病の遺伝子を持っているから、またなるの。100%精神病になる」と断言した。そして、家族は医療者みたいなプロとは違うので精神病患者の扱いができないと言い、「病気をわかってくれなから、こっちもしゃべる人間がいない。孤独になって余計に精神病が悪くなるの」と続けた。私が「所さんは孤独にならないように、どうしてもらいたかった？」と尋ねると、彼女は少し考えた後、「知能指数が上がる薬ができればいいのに。それで知能指数が上がっていけば、一般の人と話せるし。悪い遺伝子を消せる薬、ないかしらね」と言った。彼女にとって孤独を埋めるのは人ではなく、根本原因を取り去る「薬」であった。

また、ある時、彼女が入院患者から暑中見舞い葉書をもらって、「勿体ないわよね。ここで顔合わせているのに。私はそういうお金の無駄遣いはしないの」[85]と言ったことがあった。このように情緒的なやりとりに対する無関心さを見ていると、彼女が「自分も好かれたいと思うけど、精神病になって好かれない。ショックだったけど諦めた」[79]と言っていたのも、ただ「精神病だから」という理由だけではないのではないかと思った。

j. 所さんのセルフケアと甘え

FW71 回目以降、所さんは手が震える、血便のようなものが出ると体の異変を訴え、閉鎖病棟に行かされるのではと不安がっていた。FW73 回目に、彼女は首にがんができたといい、「がんだと指圧が効くっていうから、私はこうして押してがん細胞を消滅させたの」と言った。がんの恐れについて彼女は珍しく看護者に伝えていたのだが、ちょうどこの頃は少しずつ減薬されていた時期でもあり、看護者は精神症状が悪化しているのではと心配していた。そしてこの日、彼女はいつもと違い化粧をしていなかった。聞くと「ここには豹変する人がいるので怖いからやめた」、「喧嘩して負けるとストレス。調子が悪くなる。調子が悪くなると閉鎖に行かされる。(中略) だから調子悪くしないように、人との付き合いや

ストレスの対処方法を考えるのよ」と言い、さらに彼女は「生きていくには頑張るしかない」、「ここにいられるために頑張ってる」と続けた。

FW76 回目には「今日は話すことがない」と言っていたが、午後になり、前日の夕方に寝てしまいその晩は不眠で、体が不調だから話せなかったと説明しにきた。翌 FW77 回目には、彼女から「ちょっとショックなことがあったのよ。それを聞いて欲しいわ」と声をかけてきた。いつもの“話してあげる”とは違う雰囲気であった。OT で患者が「辞める先生がいる」と話しているのを聞いたが、自分の主治医の名前のような気がしたという。彼女は「また捨てられるのかと思うと」と不安を語ったが、直接主治医に確認できないでいた。

また、彼女は自分の受持ち看護師が最近辞めたことを話し、「挨拶していくのが常識でしょ。味気ないわよ」と言い、過去に辞めた看護者も、それぞれボケていた、疲れ切っていたなどと言い、「ボケてるから挨拶もできなくて常識もないのよ。違う病棟に行くのはまた会えるからいいんだけど、辞めるんだったら挨拶くらいするのが大人としての常識じゃない!？」と言った。私が「腹をたてているの?」と聞くと、所さんは一瞬言葉に詰まり、「東先生が辞める時、1 か月前に言われたけど、言われたら言われたで辛いよ。だからどっちつかず、曖昧ね。言われても言われなくても辛い」と答えた。良いか悪いかのどちらかしかなかった所さんの世界に、どっちつかずの曖昧な領域ができて来ており、しかもそうした自分の感情のひだを言葉にできるようになっていた。

私が「私の実習もあと何回で終わりです」と毎週言っているがどうかと聞くと、「それははっきりしていい。協力できるのがいつまでってわかるから。寂しいとは思うけど」と彼女はきっぱりと言った。また「結果が大事。博士号をとるという結果!」と力を込めて言い、「恩返しは結果よ!」と言った。そして、私が「辛いことも話してくれて、ありがとうございました」とお礼を言うと、彼女は「こっちこそ、励ましてくれてどうもありがとう」と言った。私には彼女を励ました覚えはなかったが、ほんの少しではあるが、所さんが他者に甘えることができるようになってきている気がした。

だが、その後も彼女は他の患者を見ては「あの人は他人に依存し過ぎ。自分に依存しないと」[78]と言ったり、問診時に話すのは「病気のことだけ。問診 3~5 分なのに、そこで愚痴言ったらもったいないじゃない」[79]と言っており、彼女が他者に甘えるようになるのは、そんなに簡単なことではなかった。

k. 人生を振り返る体験

FW82 回目、私は、所さんにとって私と話すのはどんな体験だったかと質問した。私は質

問したそばからこの質問は答えにくいだろうと思ったが、彼女は次のように語り出した。

所さん「自分の人生を振り返れた。病気になる前からの」

私 「それはどんな気持ちだった？」

所さん「嬉しかった」

私 「嬉しかった!? 辛い話もあったじゃない!？」

所さん「うん。辛いこともあったけど、それは過去の話。『過ぎたるは及ばざるがごとし』でね。楽しいこともあったこと思い出したの。次、また今泉さんみたいな人が来ても、また自分の人生語るわけじゃないけどさあ。そんなの九官鳥みたいになっちゃうでしょ。私、語るっていつでも自分の人生しか語ることないからさあ」[82]

私の質問の意図を正確に理解して答える所さんに、私は心の中で彼女の理解力を低くみていたことを詫びた。そして、自分について否定的なことばかり言っていた彼女が、楽しいことも思い出し、それを嬉しいと肯定的に受け止めている。ナラティヴが変わるというのはこういうことをいうのかと思った。

続いて私は、これまで医師や看護者に語ったことはないのかと尋ねた。

所さん「ううん。そんなのしない。先生たちには今の話。だって聞かれやしないもの。聞かれやしないこと、こっちから言わないわよ。(中略)自分の人生が人の役に立つなんて思ってなかったから嬉しかった。自分の人生を話しているうちに、思い出してきて嬉しかった」

私 「(胸が熱くなり) 所さんにどう恩返しをしたらいいのかわからないくらい、今、所さんに感謝してる」

所さん「そう言われるのが、私にとっての恩返し」[82]

そして私が「あと (FW が) 5 回あるけど、なぜか今日、私とても寂しいんだよね。何回も涙が出そうになる」と言うと、彼女も「いろいろ別れの準備があるからね」と言った。お互いに別れるのが寂しい、悲しいと心から思えた時間だった。

FW85 回目の終わりに、所さんは「来週、私にとって恥だけど、面白い話、するわね」と予告していた。翌 FW86 回目、彼女から私の助言を受けたいと声をかけてきた。私は予告した話ではない気がして、少し身構え、どんなことかと聞くと、別に看護師に頼まれたわけでもないが、これから実習生が来たら、「受持ちを引き受けた方が自分のためになるのか、

どうなのかなあと思って」と言った。その時は、話をする時間を約束して会話は終わった。

しばらくして約束の時間にホールに行くと、すでに彼女は畳に腰かけ待っていた。彼女は、昔電車に乗った時に「網棚に自分の荷物を置いて立っていたら、それが自分の物だかわからなくなっちゃって、隣の人に『これ、私の荷物ですか？』って聞いたら、笑われちゃったのよ。そりゃそうよね。人の荷物なんてわからないものね」と勢いよく言い、笑った。私はこの話がどう面白いのかわからず、どうしてそれを私に話そうと思ったのかと尋ねると、彼女は嬉しそうに「思い出したの。人と話していると頭が回転して思い出してくるんだと思う。それを今泉さんに言おうと思ったのよ」と言い、さらに「今泉さんと話す利点があった。昔のことを思い出せて人生つながった。良かったのよ」と言った。

その後、私が「一人でいると病気に向き合わなければならない [31] って言っていたけど、私と話してもいいと思ったのは、その一人でいる時間が減ると思ったから？」と聞くと、「構ってもらってその時間が少なくなるけど、でも誰かと話していると頭の回転が良くなるのよ。それで昔のこと思い出してきて、そういうのもあったからだと思う」と言った。

さらに私は「一人で病気に向き合うとはどういうこと？」と聞いた。するとそれは「晩年のこと」であり、「体の衰えや今後どうなるのかを考えると絶望的になる」と答えた。それでなるべく考えないようにしており、「OT や SST はそういうのを考えなくていいからいい」と語った。それは統合失調症という病気に向き合うのではなく、老いに向き合うということではあったが、とても自然な不安だと思った。彼女は先日誕生日を迎えたと言い、「70X 歳になって、もうさらに 70X 歳生きられないからそれは慰めになった」と言った。今まで生きた年数と同じ年数をこれから生きるわけではない。このことが慰めになるほど、彼女にとって人生は過酷なものだったのかと私は思い、言葉に詰まった。

その後、彼女は「この前は九官鳥じゃないんだから、と言ったけど、声かけてもらえば、話していると頭が回転して昔のことを思い出すのはわかったから、また 3、4 人は機会があったら引き受けてもいいんじゃないかなと思ったりして。それでさっきは今泉さんに聞いたの」と言った。話題は最初の彼女の質問に戻ったが、彼女はすでにその質問の答えを持っていた。同じことしか語れないから九官鳥。それでも誰かと語ることは悪いことではない。いつも何か悪いことが起こると思い、それが起こらないように考え行動してきた所さんが、良いことが起こるかもしれないという気持ちを持ち、それを言葉で表していた。自分の人生も意味あるものだったと思えてきているようだった。

Ⅰ. 別れ

最終回の FW87 回目、いつもは時間前に必ず来ている所さんが遅刻した。所さんは座るとすぐに「今泉さんと出会えて良かった。それで今日最後。今泉さんに協力して有終の美を飾れて良かった」と言った。有終の美を飾ったのは、私ではなく自分のことだと言う。自分が最後まで研究者に協力し終えたことで、達成感と誇らしさを感じているようだった。

そこへ、当時病棟で一番精神状態が悪いといわれていた若い患者が寄ってきて、所さんの隣に座った。すると彼女はその患者に「今日はこれから二人で大事な話があるから話せないの」と言った。以前は邪魔されてもその場では断れなかった所さんが、今日は「諦める」ことなく、相手に事情を話し、わかってもらおうとしていた。

その後は、いつもと同じように病棟生活の話をした。そこで患者同士は大変だという話になり、私は絶えず他の患者を意識して生活していて、ここでほんとに安らげる時はあるのかと聞いた。すると彼女は、自分にとって心が安らぐ時は「人に声をかけてもらう時」と答えた。たとえ暴言を吐かれた相手であっても、声をかけられると嬉しいと言い、「恨まれていない、嫌われていないと思うとね、ほっとする。だから大変だけど、声をかけてもらうと嬉しいのよ」と言った。他人の気持ちを汲むのが苦手な所さんは、知らないうちに人から恨まれるようなことをしてしまい、しかもなぜ相手から恨まれるのかわからない時が何度もあったのかもしれない。だからこそ、恨まれていない、嫌われていないとわかるとほっとするのだろう。人に嫌われることを怯えてストレートに気持ちを伝えることもできず、わかってもらおうとすることも諦めて、親や医師など誰かの思惑通りに行動しようとしていた所さんの心は、なんと不自由だったのだろうかと思はれた。

時間がきて、私は彼女に改めてお礼を言った。彼女は「お元気で。国家試験頑張ってください」と言った。いつもなら「博士になって」というのに、どうして最後の最後にそんな勘違いをするのだろうと、面白く思った。そして帰りの挨拶の時は、お互いにお礼を言い合うだけのあっさりとした別れだった。

V. 考察

結果では、関わりの経過に沿って、研究参加者たちが語った自らの内的世界や入院生活を描き出した。語られたのはまさに彼女たちの「生きている世界」であった。ここでは彼女たちの「生きている世界」はどのようなものなのかを、心理社会的視点から分析するとともに、また、なぜ彼女たちは私に語ったのかについても考察する。

A. 患者たちの「生きている世界」

1. 否定的な自己像と家族の葛藤

研究参加者たちは自らの過去や入院生活、また看護者について、驚くほどのすどい観察力と表現力で語り、患者の生の声を聞かせてくれた。彼女たちの深い洞察力は、私が彼女たちを「実習指導者」と思うほどで、そこから学ぶことが多くあった。ところが彼女たちは、関わり始めた頃、自分はダメだとか、馬鹿だとか言い、どこかに引け目を感じているようだった。それは、私がいくら訂正しようとしても拭い難いものであった。

彼女たちのこうした否定的な自己像には、過去の家族関係における葛藤が関与していた。例えば、所さんは父親にも継母にも褒めてもらえず、そのせいで自分をダメだと思うようになったと語り、川名さんは母親から一人前の人として扱われなかったと語っていた。それぞれが過去に養育者である父親や母親から認められず、傷ついていたのである。

所さんは実母と早くに死に別れ、新しいお母さんが来たと喜んで矢先に、継母から「ツタちゃん、可哀そうね。お母さんいなくて」と言われたことを、未だに恨んでいた。おそらく継母は同情して言ったのだろうが、所さんには突き放されたように聞こえたようだ。さらに唯一の肉親であり自慢の存在でもあった父親も、継母の言葉に傷ついて機嫌悪そうにしていた所さんに「顔に出すな」と本音を出すことを禁じた。彼女はそれが発症の遠因になったと考えていたが、嫌なことも全て黙って耐えるという対処法を身につけた所さんは、病棟でも看護者に不満を言うことはなかった。

さらに所さんは、父親のことを従業員思いだったと自慢に思いつつも、自分の甥に報復し「ざまあみろ」と言う父親の二面性に気づいており、彼が本音を言うとは信じていなかったようだ。彼女は父親に認めてもらいたいがために、父親の嫌がる仕事を手伝ったりしていたが、実際には父親が自分をどう思っているか測りかねるところがあり、自信が持てなかったのだろう。しかも、外泊しても労わられることもなく、世間の目から隠され、継母の世話を強いられる存在だった彼女は劣等感を強めていった。

また、母親の早過ぎる死を含めて身近に常に死が存在していたことも、彼女の低い自己評価に大きく作用した可能性がある。Herman (1992/1999) は、自分以外の人間の苦しみ、特に死の目撃者となった時には、罪悪感がとりわけ激烈になると述べている (p. 80)。あたかもその死の責任が自分にあるかのように感じ、そのために「自分には生きている価値がない」と感じるというのである。

一方、川名さんも母親から一人前の人間としての扱いを受けなかったこと、家族に迎合して自分を殺して生きていたと語っていた。彼女は母親と二人で生きていた時のことを、「母の傘の下」で、「安全だが自由はなかった」と語った。まだ女性が大学へ進学するのがまれな時代 (笹原, 2012, p. 138) に、私立大学に進学までした彼女にしてみれば、物質的な面や経済的な面では母親から大いに助けられたと感じていた。しかし、それは自らの無力を認めるしかない生活でもあった。彼女は自らの生活をシベリア抑留に例えるほど、母親から屈辱的でひどい言葉を浴びせられても、その母親にすぎるしかなかったのだ。

だが、彼女が母親の元から離れなかったのには他にも理由があった。彼女は母親のことを「私が結婚すると、母が年老いた時に困ると思って諦めました」と語っており、どんなに助けてもらっても、老いていく母親には自分という支えがなければならないとも思っていたのである。それは、被虐待児が自分の欲求を犠牲にしてまでも親の身体的及び情緒的欲求を満たそうとする役割逆転の現象としてみるとよく理解できる (Herman, 1992/1999, p. 176)。川名さんは母親の世話を焼くことで自分の存在価値を見出し、傷ついた自尊感情を癒そうとしていたのではないだろうか。そのため、彼女は母親が死んでいなくなってから、精神症状を悪化させ初回入院している。いざ母親の傘から出てみると、そこは自由だが恐怖に満ちた世界だったのだ。結局彼女は、病院という「安全だが自由がない」世界に住み続けることになる。そして、退院を希望しつつも、それが現実味を帯びてくると自らその話を白紙に戻してしまうことを繰り返していた。おそらく、「自由」になったときの恐怖が刷り込まれ、無意識のうちに外界に出ていくことを妨げてしまうのだろう。

2. 自己愛欲求と他者への不信と恐れ

研究参加者たちは、自己を貶めるようなことを言う一方で、誰かから自分の存在を認めて欲しい、大事にされたい、自分自身を価値ある人間だと思いたいという基本的な願望を持っていた。これは、自己愛を満たすための欲求であり、自然で誰にでもあるものである (Wolf, 1988/2001, p. 154)。自己心理学を打ち立てた Kohut (1980/1991) は、未熟な自己愛から成熟な自己愛へという自己愛独自の発達ラインを考え (pp. 247-248)、自己愛には病

的側面だけではなく、本質的には健康なものであり、精神的健康のために果たす役割があると述べている (p. 230)。そして、幼児の映し返しの欲求⁶や、「万能である親のようになりたい」という理想化の欲求に、養育者からの共感的応答がないと、成熟な自己愛への発達が止まり、他者からの過剰なまでの賞賛や承認を求め続けたり、極端に万能な対象を求めたり、理想化したものに対し強く依存的になるという (Kohut, 1971/1994)。つまり自己愛を成熟させるためには、共感してくれる相手が必要なのである。そしてその必要性は一生を通じて存続するとされている (Kohut, 1980/1991, p. 232)。

所さんは、幼い頃に母親に死に別れた上に、継母にもなじめず、両親からはどんなに頑張っても褒めてもらえなかった。そして病気になってからは世間に対して恥ずかしい存在として扱われるなど、彼女の映し返しの欲求は満たされず、自分を「これでいい」と肯定的に思える感覚を得ることがなかった。そのため、彼女は親の手を煩わせないようにしたり、具合が悪くなるのも主治医がいない時にと「先生孝行」の患者を演じたりしていた。そして彼女が人に声をかけられると、「恨まれていない、嫌われていないと思うとね、ほっとする」と語っていたとおり、自己愛がさらに傷つけられることを恐れ、絶えず他者の思惑や評価を気にしながら生きていたのである。その一方で、彼女がかつてパチンコ店で同僚よりも売り上げを伸ばした話や、看護師から「社会に役立つのは所さんだけ」と言われたことを誇らしげに語ったり、主治医が「毎月通院が大変ですね」と認めてくれたと大喜びしたりしたのは、低い自己評価の裏にある、絶えず賞賛を得ることに躍起になるという強い自己愛欲求の表れだったのであろう。

また川名さんの場合も、母親から一人前の人間として認められなかったことで、自己愛が傷つけられていた。しかし、所さんが相手の思惑を過剰に気にかけていたのに対し、彼女は、私がいないと言うのに、「お言葉」を押しつけてきたり、他の患者にプリペイドカードを突然あげ、相手が困っていたりしても、それには無頓着であった。彼女は、相手に自分から何かを与えることで自己を誇大的にみせ、自らの自己愛を満たしていたようだ。

一方、南郷さんは自分を「意地悪」と繰り返し言い、医師が看護者をどなったと聞いた時は自分のせいでと嘆いていたが、「主治医になるの止めたって言われたら困る」からと、医師に正直に言えないでいた。こうした、人から見捨てられることを極度に恐れ、自分を責める心理は被虐待児に特徴的に見られるものである (Herman, 1992/1999, pp. 160-164)。

⁶ 自己が確かなものとして認められ、自分自身の表現が受け入れられ、評価されたいという欲求。

南郷さんは両親のことについては詳しく語らなかったが、何らかの外傷体験があったのではないだろうか。こうした外傷は自己愛的な全能感を損ない、自尊心や自己評価の障害を引き起こす (Krystal, 1998/2003, p. 272)。彼女が「いつまでもここにはいない」「待っている人がある」と繰り返し語っていたのも、傷ついた自己愛を補償しようとする誇大的な自己愛の表れとみなすことができるだろう。

そして石津さんの場合は、父親は戦死、母親も彼女が 13 歳で病死しており、母親の実家で祖父母や母親のきょうだいの世話になっていたようだが、彼女もほとんどその詳細は語らなかった。誰が中心的な養育者になったのかは不明だが、彼女の語りには誰かから何かを奪われるというテーマが多くみられた。そして、P トイレを巡る看護者とのやりとりは、自分の大切なものを巡る争奪戦でもあった。つまり、彼女にとっては、繰り返し奪われた大切なものを奪い返すことに象徴的な意味があったと考えられるのである。しかも彼女は看護者の人手不足により「構ってもらえない」と言っていた。しかし、P トイレの争奪戦を繰り広げている間は、彼女は「構ってもらおう」ことができ、看護者もそれを苦にはしていなかった。彼女はそうして自己愛欲求を満たすことができていたのだった。

3. 女性としての挫折と自己愛の傷つき

こうした研究参加者たちの否定的な自己像や他者への不信感の背景には、家族内の葛藤だけでなく、時代や社会を反映した女性ならではの葛藤もあった。

結婚、出産の経験を持つ南郷さんと石津さんは発症後に離婚し子どもを手放していた。だが、2 人とも、最初の頃にはなぜか子どもはいないと私に話していた。実際にほとんど育児はしておらず、また現在その子どもとの関わりもないため、「いないのと同じ」という意味もあったのかもしれないが、それだけではなかったようにも思われる。

南郷さんは、料理をしたくないという私に驚いていた。彼女にとっては「結婚して、子どもを産んで、育てる」という生き方が女性のあるべき姿であり、それ以外の生き方は考えられなかったようである。

一方、川名さんと所さんには結婚歴、出産歴がなかった。川名さんは母親のせいで結婚できなかったと言い、所さんも病気により結婚を諦めたと言っていたが、二人とも結婚や出産、子育てにこだわっていた。彼女たちの中にも、女性は結婚し家事育児を行うのが当然という意識があったようだ。

彼女たちが成人した戦後の時代は、山田 (2005, pp. 118-123) によると、「夫は仕事、妻は家事・子育てを行って、豊かな家族生活をめざす」ものとされていた。この「めざす」

の言葉には「成長性」と「生きがい」の意味が含まれ、成長性には経済的豊かさや感情的な豊かさの持続増大と、世代を超えて自分の子どもが自分よりも豊かになることが組み込まれており、生きがいには自分を含めた家族の反映を第一に意識し、行動することが良いという価値観が組み込まれていた。物心つく頃からこうした価値観とともに生きてきた研究参加者たちは、それを実現できなかったことで、女性として大きな挫折を味わったのではないだろうか。もともとの傷ついた自己愛の上に、さらに“女性として”の否定的な自己評価が付け加わったのである。特に子どもを育てられなかったことは、子どもを見捨てたという罪悪感の上に、女性として失格という意味が大きかったのかもしれない。

自己愛の傷つきは恥の感覚を生みだす。岡野（1998）は、私たちが社会生活の中で最も恐れているのは、恥つまり自己愛の傷つきであると述べている（pp. 10-11）。南郷さんや石津さんが初めの頃、私に子どもはいないと語っていたのも、子育ても家庭を築くこともできなかった自らの恥を、それほど親しくもない私には話す気にはなれなかったのだろう。

一方、所さんが一度退院した 1970 年代前半には、団塊の世代が結婚適齢期を迎え、婚姻件数が過去最高となったが（厚労省, 2013）、70 年代後半に入ると女性が働くことに対する社会の風潮も変化し、女性の高学歴化や世界的なフェミニズムの高まりなどを背景に、社会において自己実現を求める女性が増えていった（内閣府, 1997）。

そんな中で、所さんは「結婚は無理だろうから、せめて自活だけはしていこうと思った」と語っていた。また、「精神的に孤独なのは辛い」と語る川名さんも、結婚し出産していたら「老後の面倒を子どもがみてくれていたと思うんです」と悔やんでいたが、一方で「図書館の司書のような仕事」をしていた時は、結婚よりも仕事が楽しかったとも語っていた。

二人とも、結婚して家庭を築くという生き方以外に、第 2 の選択肢として女性も仕事をもち自活してやっていくという新しい生き方があると思っていた。しかし結局、二人とも仕事に就いても続けられず、女性として二重の挫折を味わっていたのであった。

4. 精神科の患者というセルフスティグマ

研究参加者たちの「生きている世界」の中心には、挫折体験を重ねる中で傷つけられた自己愛が生み出す否定的な自己像と他者への不信感があったが、そこにはさらに精神疾患を持ち、精神科病院に入院したことによる社会的なスティグマが付け加わっていた。

川名さんは、「偏見がありますでしょ。精神科病院だってわかってしまうのはどうかって」と語り、自分が精神科病院に入院していることを友人に知らせていなかった。Goffman（1961/1984）は精神科病院に入院している患者は「院外では何かについて全面的に失敗し

ある種の社会的挫折を味わっており、病院では社会的にほとんど何の重みもなく完全に一人前の人間として振舞うこともできない精神病患者であることを思い知らされる」と述べ、「患者のすべてが何らかの貶めを感じている」と記している（pp. 158-159）。

彼女たちが私がどんなに否定しても、自分のことを「馬鹿」「クルクルパー」「変な人」と卑下する言い方を容易には変えなかったのも、精神科の患者になったという事実が彼女たちの自己愛にとっては決定的な打撃となり、修復できない傷となったからなのであろう。

このように患者自身が持つスティグマ、すなわちセルフスティグマは精神疾患からの回復の重大な妨害要因となると、林・金子・岡村（2011）は指摘する。そして、セルフスティグマの高まりはセルフエフィカシーや QOL（Quality of life）を低下させるだけでなく、更なるセルフスティグマの上昇につながるという。実際、所さんは看護者が退院を勧めた時、それを退院ができるほどに回復したというポジティブな評価として受け取らず、逆に自分の置かれた苦境が分かっていないと怒っていた。

一方、南郷さんは他の患者のことを、「何言っているか、馬鹿だからわからない」とけなし、また川名さんは自分よりも入院期間が長い石津さんが「外の世界」を知らなくて「気の毒」と言っていた。このように、セルフスティグマを負った患者自らが、さらに他の患者を貶めるような傾向さえ見られた。このような傾向は、患者がその否定的評価を覆すようなチャンスの限られた入院生活によって、強化されてもいたのだった。

B. 女性の長期入院患者にとっての病院で生きること、死ぬこと

研究参加者たちは精神科病院への入院がスティグマとなることを知っていたにもかかわらず、病院にこだわり、退院に抵抗を見せた。それはなぜなのだろうか。

1. 居場所がない

私はフィールドに入る前、患者の多くは入院に抵抗し、長期入院患者であっても外に出る不安はあるが退院したいという気持ちもどこかにあるはずだと考えていた。しかし所さんは精神科病院に入院する際にも抵抗しなかったどころか、入院させてもらえなければ「絶望しかないから、自殺しかない」とまで語っていた。そして、退院することを「苦痛そのもの。やってけない」と語り、退院していく患者に対しても「社会に出て大変な思いをして戻ってくる。気の毒」と本気で語っていた。それはなぜだったのだろうか。

研究参加者たちが長期入院の中で高齢となるのに伴い、彼女たちのキーパーソンも親からきょうだいへと世代交代し、疎遠の度合いを増していた。アパートをまだ借りている川

名さん以外の3人には既に家はなく、病院の外に居場所はなかった。そして所さんが「家に帰っても閉鎖」と語り、川名さんが「安全でしたけど自由がなかった」と語ったように、彼女たちにとって家はもともと心理的にも「居場所」ではなかった。

何度か入退院を繰り返している石津さんは、「(病院に対しての)愛着じゃないの。仕方ないから。家がないから。もうここが家」と語っていた。さらに「帰るところがないから、行くところ、行くところが『一生ここ』になるわよ」とも語った。所さんも同様のようで、心理的な意味合いとしても、家より「病院の方が楽」と語っていた。そのため、病院を居場所として積極的に選択したわけではなく、病院以外にいい居場所がないから「仕方なく」病院を居場所としているのだった。

彼女たちは実家にも結婚して築いた家にも、そして職場にも、居場所がなかった。しかし、だからといって病院で安心感を得ているわけではなかった。所さんは同じ患者たちを「仲間」と表現しつつも、信頼してはいなかった。そして本当のところ「死にたい」と思っている、閉鎖病棟に行かされることを恐れて、医師にも看護者にも言わないでいた。また、川名さんは、「看護師は若くても私たちよりも上」で「逆らえない」と語っており、本当の自分を出せる相手ではないと考えていた。こうして病院を居場所とみなしていながらも、病院にいる人間を信頼しているわけではなかった。

北山(2003)は、Winnicottの「抱っこ holding」や「本当の自己 true self」の概念から、居場所を「自分」が「いること」を保障されるところと定義し、「自分」はのびのびと生きる居場所を得て、そこに依存したときのみ「本当の自分」を出現させやすいと述べている(p. 37)。そういう意味では、本当の自分を出せないでいる彼女たちにとって、病院も居場所にはなりえていないのだった。

2. 人ではなく病院にしがみつく

ではなぜ、居場所にもなりえていない病院に、彼女たちはこだわっていたのだろうか。

所さんは「生きてる世界では病院の方が楽」、そうでなければ「死んだ方がまし」とまで語り、もし現在の病院を退院させられるのなら、身体を診てくれる総合病院へ行くと語った。そして優しく好きだと言っていた主治医が辞める際も、医師についていきたいわけではなく、このまま入院していていいとも語っていた。石津さんの考える行先も、現在の病院の近くにある総合病院であり、退院は「終わり。絶望」と語っていた。そして南郷さんは、「いつまでもここにはいない」と言いつつ、私と一緒に病院を出ていくことを空想しても、結局病院に戻ってしまう話になり、また私と再会する場所も「市民病院ぐらい

かな」と、「病院」からは離れられないでいた。

石川（1992）は、アイデンティティを存在証明と言い換えることが出来るとし、「人は所属、能力、関係を失うとき、アイデンティティ問題に直面する」という。特に、人との関係が切れたり、頼りにしてくれる人がいなかったり、愛してくれる人が去ったりして関係アイデンティティを失うと、自分の価値に自信がなくなり、深刻なアイデンティティの問題に直面するという（pp. 5-36）。精神科病院に長期入院している研究参加者たちは、「能力」によってアイデンティティを確かめることもできず、本当の自分を受け入れ認めてくれる人との「関係」も失っていた。結局、彼女たちは、病院に患者として「所属」していることだけが自らのアイデンティティの拠り所となっていたのである。つまりそうである限り、彼女たちは退院すると何者でもないということになってしまう。その意味で、退院は彼女たちに深刻なアイデンティティの問題を引き起こすのである。

ところで、川名さんは、退院先のことで不安に感じているのは、「耐震性と防火性」と言っていた。彼女にとって気がかりなのは建物の安全性であって、人間的なつながりを失うことではなかった。自分で資料を取り寄せたケアハウスに入居したら、その近くの病院に通うと語っており、10年過ごした現在の病院に対しては、何の愛着もないように思われた。このように彼女たちが一様にこだわっていたのは、寝食が保障され、症状を診て薬を処方する医師がおり、その薬の管理や生活の手助けをする看護者がいる「病院」という「場所」あるいは「システム」であり、「人間」ではなかった。

長期にわたる入院中に主治医や担当の看護者が替わることはある程度、やむを得ないことではある。私がFWを行っていた1年10か月の間にも、南郷さん以外は全て主治医も受持ち看護者も替わっていた。所さんは主治医が替わる時に、「精神科ずれてるから」大丈夫と語っており、よくあることと認識していた。そして医師は替わる1か月前には患者に知らせていたようだが、看護者は退職の際も、患者に挨拶せずに病棟を去っていることが多く、所さんは「挨拶していくのが常識でしょ。味気ないわよ」と不満を語っていた。

患者が個々の治療者よりも、治療する施設そのものの方により強いつながりを感じるという現象について、Gage & Gillins（1991）は、Institutional Transference（施設転移）と名づけて考察している。患者にとって病院で頼ることができるのは、本来なら医療者という「人間」でしかない。しかし頼りたいと思っても、短期間で交代したり、ある日突然消えていなくなってしまうのは、それもかなわないのだ。ただでさえ人に対して不信感を持ち、親密な関係を結びにくい患者にとっては、長い入院の間に頼るべき相手の突然の喪失を何

度も体験することで、他者への不信感を一層募らせることになるのである。そのため、彼女たちは本当の自分を出さず、所さんのように医師に期待するのは「症状を診る」ことだけなどと、限局した関わりをすることで、喪失の痛みに対処していたようだ。結局、変化せず頼れるのは、建物だけということになるのだろう。

入院治療中の重症の統合失調症患者を対象に精神分析を行った Searles (1960/1988) は、人間の環境全体から人間だけを除外したもの（生命のないもの、動物、その他のもの）をノンヒューマンな環境と呼び (p. 23)、子どもは、「その対人的な関係が不安や寄る辺なさで満ちているとき、しばしばノンヒューマンな環境のなかに平和、安定、仲間を見出す」と述べている (pp. 99-100)。また Gage & Gillins (1991) も、Institutional Transferenceにより患者たちは施設内にいることで安全感や信頼感の感覚を得ることが可能になると述べている。研究参加者たちもそうして病院にいて安全感を得ていたのだろう。しかし、それも、病院外の世界との対比においてにすぎないのは明らかである。

3. 終の住処としての病院

所さんが、退院させられないようにする術として、「喧嘩しないのが私の武器」と述べていたように、研究参加者たちは病院でいかに生き延びるかに心を砕き、彼女たちなりに考えて対処していた。だが同時に、所さんは「1日1日死の方から近づいてくれるから良かった」と、死ぬことについても考えており、病院を「終の住処」と語っていた。また、石津さんも「死ぬなら病院がいい」「知ってる看護婦さんがいて、世話してくれるところで死にたい」と語っていた。それぞれに、自分の老いを意識し、死について考えていたようだ。

そして石津さんは、子どもから連絡がないと言い、「もう追い出されたら行くところないもんね」と語っていたが、子どもさえいれば自分の面倒は子どもが見てくれただろうに、という思いがあったようだ。また川名さんも、結婚して子どもがいたら「老後の面倒を子どもがみてくれていたと思うんです」と語っており、自分の老い先について考えるにしても、女性としての挫折感がまた蘇ってくるのだった。そして子どもをあてにできない石津さんも、あてにできる身内もない所さんも、おそらく一生追い出されることのない居場所であり、死に場所でもある「終の住処」として病院を頼みにするしかないのだった。

一方で、「待っててくれる人がいる」というファンタジーを持ち続ける南郷さんは「ここはあくまで病院でしょ。家じゃない」と語り、自分の死に関しては一度も口にしなかった。現実には彼女は大腸がんを患い、今も死への恐怖にさらされていた。そのために死を否認する心理が働いていた可能性はある。

臨床精神病理の視点から、統合失調症患者の基本的な「こころの動き」と、それと深く結びついた「行動特徴」について論じた広沢（2006）は、人はライフサイクルにおいて、それまで育ってきた家から旅立ち、そして晩年には終の住処である家を求め、そこに帰っていくことを希求する心性があるといい、幼少時代を過ごした場を「第1の故郷」、配偶者や子孫に囲まれたとりあえずの最終の居場所を「第2の故郷」と呼んだ。しかし、統合失調症の長期入院患者の多くは両親を喪失し、たとえ「第1の故郷」があったとしても、代替わりして帰れる場所ではない。「第2の故郷」も、それを築かぬまま晩年を迎えてしまい居場所もない。そこで第1や第2の故郷の代償物としての「第3の故郷」として、「無条件にいてよい居場所」を希求する心性が働くという。だが一般人であればそのような都合のいい場所を希求してもそれが現実にはありえないことを認識しているが、統合失調症患者は「完全に守られている場所、守ってくれる人のいる場所、無条件でいてもよい場所」を帰る所として「諦めることなく」現実世界に求める傾向があり、そこから妄想のテーマが生じる得ると述べている（pp. 154-168）。だが、もし研究参加者たちが「無条件にいてよい居場所」が現実にあると認識していたのならば、もっと彼女たちは病院や妄想世界に安住できていたのではないだろうか。確かに南郷さんは、「完全に守られる場所、守ってくれる人」として「待ち人」のファンタジーを抱いていたが、所さんは退院させられないように必死に努力をしており、また石津さんは「行くところ、行くところが『一生ここ』になる」「追い出されたら、もう行くところないもんね」と、自分の意思だけではどうにもならない、今いる病院を受け入れるしかないと諦めていた。彼女たちは、「無条件にいてもよい場所」など現実にはないと認識していたがゆえに、尚更病院にしがみついていたのではないだろうか。

ところが、研究参加者の中では入院期間が約10年と短い川名さんだけは、病院は「終の住処ではない」と言い、結果的にはダメになったとしても、自ら退院先を病院以外に考え、探し求めていた。このように、病院へのしがみつきや度合いの希薄さ、病院外の世界にまだ希望を持っていることは、40年以上入院していた他の3人と明らかに違っていた。それは、自ら「現実には（アパートへの退院は）難しいことはわかっているんです。だけど、それが支えとなっているのも事実です」と語ったように、まだ病院の外に借りているアパートがあり、連絡を取り合うきょうだいや甥、姪もいるという事情が大きいようだった。

C. 長期入院患者を支えていたもの

1. 否定的な自己像の裏にある自恃の精神とそれぞれの信念

研究参加者たちは様々な傷つきを体験して、否定的な自己像を持っていたが、だからといって、私には彼女たちが悲惨なだけの病院生活を送っているようには思えなかった。現に、P トイレを巡る攻防の中心だった看護師は、石津さんのことを「愛されキャラ」と表現し、「面白いし、憎めない」と語っており、看護師から疎まれていたわけではなかった。また私も、石津さんの話の真偽がわからず戸惑ったり、すがってくる様子が演技めいていると思っても、どこかそれが彼女の愛嬌でもあるように感じていた。

研究参加者たちはそれぞれに逞しくしたたかに生き、そのことに誇りに似た思いを持っていた。それは敢えて言えば「自恃の精神」とでもいうような心の強さであった。例えば石津さんは、自分が長い入院の間に閉鎖病棟に行ったことがないことを自慢げに話し、所さんも、「喧嘩しないのが私の武器」と、退院させられないように、かつ閉鎖病棟へ行かされるようなことがないようにと心がけていた。彼女たちにとっては、開放病棟にいることが一つのステータスなのであった。さらにその中でも、南郷さんは「私は眠剤を飲んだことがない」「おやつは自分で持っている」と自慢げに言い、所さんと比較して「私は何回も退院したことがあるけど、彼女は1回きりだからね」とも言っていた。

このように、看護師から金銭やおやつの管理をされないこと、薬の数、そして退院回数までもが、病状の軽重を測る物差しとなっていた。それは、例え長く精神科に入院していても、自分はそれほど重症な精神病患者ではない、他の患者とは一線を画す存在であるという自己認識を生み出し、自恃の精神を支えていた。

藤野・脇崎（2010）は、長期入院中の統合失調症患者が捉える老いの認識と自己将来像に焦点を当てた研究で、患者が「人に迷惑をかけないように今の生活を続ける」「生きることよりも死ぬのを待っている感じ」と述べているのを、「自己将来像を抱くことを断念」というカテゴリーに入れていた。しかし、本研究の研究参加者たちの意識は、例え閉鎖病棟に転棟させられないための現状維持の努力であっても、死を待っていようと、決して自己将来像を断念するというようなネガティブなものではなかった。

この他にも、研究参加者は独自の信念を持っていた。川名さんは、他の人が困ろうが、病棟ルールを破ることになろうが、自分は「正しい人」でありたい、あらねばという信念を持っていた。そして、「正しい人」であるための行動自体を看護師に止められても、その信念を手放すことはなかった。そのため、受持ち看護師は「川名さんの中での価値観がす

ごく強い」ため、「本人にどうすることが支援になるのか見えない」と語り、さらに彼女の「喜怒哀楽がわからない」と語っていた。「精神的な孤独は辛い」と言っていた川名さんが、皮肉にも彼女の信念が彼女を孤独にさせてもいたのだった。

また南郷さんは、病棟内の出来事や人を非常にシニカルな目で見ている。自らはコミットせず、観察者となることで、周りの動きに安易に巻き込まれず、自分を失わないようにしていたのである。そうした南郷さんがある看護師は、「病気なんだか、もうわからなくなってる」と語り、「悟りを開いたような感じ」と評していた。

そして所さんは、ここにずっといられるように、問題を起こさないようにと、他者の思惑を過剰に気にしていたが、それは、自分で「孤独は危険」と言っていたにもかかわらず、孤立した生き方となってしまうていた。所さんが申し送られるのは、他の病院への受診日くらいであった。だがそれは逆に、退院させられることもないので、彼女にとっては好都合だったのだろう。しかし、所さんは私の研究に最後まで協力できたことを「有終の美を飾れて良かった」と語っていた。それは、この研究に参加できたことで、結果として彼女の何十年にも及ぶこれまでの隠れた努力がようやく報われることになったことへの正直な感想だったように思われる。

ところで、当事者自身が自ら抱える問題を「研究」する「当事者研究」というものがある。精神障害を持つ人たちの共同体「べてるの家」で始まったもので、「自分の苦悩の主人公」になる体験であり、自分という人間の生きる足場を築き、生きる主体性を取り戻す作業である（向谷地, 2005, pp. 3-5）。そして弱い者であるならば弱い者なりに、「弱さ」の持つ可能性と底力を用いた生き方を選択できるのがべてるの家だという（向谷地, 2002, pp. 188-196）。今回の研究参加者たちも、長い入院生活をただ病いに翻弄されて生きてきたのではなく、自分なりに自らの状況を切り拓いていた。そして、様々な制約がある入院生活の中で個性的とさえ言えるような独自のライフスタイルを生み出していたのは、彼女たちの自恃の精神であった。所さんが他の患者を見ていみじくも「あの人は他人に依存し過ぎ。自分に依存しないと」と言ったように、彼女たちは自恃の精神でもって、傷ついた自己愛を健康な自己愛へと育てているようにも見えた。但し、それは「べてるの家」とは異なり、共感しあえる仲間を持たないがゆえに、一歩病院を出れば崩れてしまいかねない生き方であり、非常に危ういバランスの上に立ったものでもあった。

2. 自分なりのセルフケアの仕方

研究参加者たちは、自恃の精神で長期入院を生き抜こうとしていたが、実際のケアにつ

いても独特なこだわりがあった。例えば、彼女たちは長い間医療機関に入院しているにもかかわらず、医療者からのケアを求めようとしなかった。首にがんができたと思った所さんは、自分で指圧して治したと語っていた。そして、精神科病院に入院しているのに医師には睡眠状態や食欲の有無など「症状を診る」ことだけを期待し、自分の内面の理解や治療を期待してはいなかった。また石津さんは、P トイレにこだわるのは、それでないと尿や便が出ないからだと言っていた。傍から見てみると奇妙に思える言動でも、本人にとってはそれぞれに理由があり、自分で不安に対処するためにやっていたのである。

「症状」の表れ方にも同じことがいえた。例えば、南郷さんは他科への受診を迫られると、「行かなくていい」と声が聞こえると言っていた。石津さんは、私との別れの日に、その翌日から自分を助けてくれる人が現れるというファンタジーを語り、時々幻聴と会話をしていた。広沢（2006）は統合失調症の患者は、現実世界と夢や空想といった内的世界とを区別せぬままに生きていることがあり、その世界では、周囲に対して脅威を感じれば感じるほど、妄想世界が展開されることになる」と説明している。そして脅威が遠のけば、平然と現実世界の中で生きようになるが、脅威が高まると、かつて妄想世界の中で行われた意味づけが再び同じ形で現れてくることが多いという（pp. 33-44）。南郷さんも石津さんも、不安や恐怖に直面すると、医療者を求める代わりに、自ら幻覚やファンタジーの世界に身を投じることで、自分を守るのである。

確かに、彼女たちが語る言葉はいろいろと変化したが、その時その時が真実であった。石津さんのいう無理にお菓子を詰め込む理由はその都度変わっていたが、満たされない欲求が高じて、お菓子を口に流し込んでいるように見えた。そしてお菓子を買うためにお金を使い果たし、またそこに足りない物ができる。彼女が何かを埋めようと行動しても、その行動自体がまた別の空虚さを作ってしまう、その繰り返しになってしまうのだった。

そのように考えると、石津さんのP トイレへの強いこだわりにも、彼女なりの意味があったのではないかと思えてくる。Searles（1960/1988）は、統合失調症患者の大きな不安の一つは、自分自身の自我境界の混乱であるが、その不安を解消するためにノンヒューマンな環境と自分とを同一視する、ノンヒューマンなものになりたいという願望があると述べている（pp. 241-245）。石津さんがP トイレにこだわるのも、P トイレを排泄物とはいえ自分の一部であるものを入れる特別な容器として、ある種の同一化対象としてみていたのではないかと思われるのである。それが共同トイレの中に片づけられてしまうことは、自分の存在意義が認めてもらえないというのも同然であったのだろう。

ノンヒューマンな環境との関わりの体験には、「自分は一人の人間として独自の存在であるという意識が付随している」と Searles (1960/1988, p. 113) はいう。結局 P トイレを求めることは、石津さん自身を人間として価値のあるものとして扱って欲しいという彼女の願いであったと思われる。だが P トイレにそのような意味があることは、おそらく本人にも自覚されておらず、看護者には全くもって共感しにくいことであった。だからこそ、石津さんを面白いと思う看護者と P トイレを巡るゲームのようなやり取りが繰り返され、結果的に石津さんの「構ってもらいたい」という欲求は満たされた。だがそれは、お菓子の詰め込みと同じく、看護者には症状悪化と受け取られかねないセルフケアの方法であった。

3. 希望を持ち続けること

最後に長期入院を支えてきたものとして挙げられるのは、研究参加者それぞれの「希望」である。米国で精神障害者の回復（リカバリー）と地域生活を支援している Ragins (2002/2005) は、精神障害を持つ人々のリカバリーには 4 段階あり、その最初の段階が「希望」だという (p. 28)。絶望に落ち込んだ時、誰でも事態はもっとよくなるとか、もっとよくなれるという希望の感覚を持つことが必要になる。希望がなければ、先に待ち受けるものは何もなく、積極的な行動をとる可能性も失われるというのである。川名さんは、「ここで希望をどうやって見つければいいでしょうか」と私に聞いてきた。そして、不安と表裏一体のようではあったが、「退院は希望」と語っていた。また、彼女はどんなに現実味のない計画であっても、その時その時、退院という希望にすぎるように、必死にケアハウスの資料を取り寄せたり、単独で見学に行くという行動を起こしていた。

一方南郷さんの場合、長期入院を支えていたものは、今は亡き昭和の演歌歌手である「待ち人」の存在であった。彼女は「いつまでもここにいたいつもりはない」とよく私に話していたが、自分には金持ちの「待ち人」がいて、いずれその人と結婚すればその後は何不自由なく生きていけると信じていた。それは、医療者からすれば広沢 (2006) がいうように、統合失調症患者の妄想とみなされるかもしれないが、彼女にとっては唯一の希望であり、そう信じることで自分は帰る場所のない他の患者とは違うのだと思え、病院というどうにもならない現実飲みこまれることなく、シニカルな観察者として生きていけるのだった。

アウシュヴィッツの強制収容所から生還した Frankl (1977/2002) は、「強制収容所の人間を精神的にしっかりさせるためには、未来に目的をみつめさせること、つまり、人生が自分を待っている、だれかが自分を待っていると、つねに思い出させることが重要だった」(p. 155) と述べている。彼女たちもまたいつ終わるともわからない入院生活を、自分な

りの希望を持ち続けることで生き延びていたのだった。

D. 彼女たちが語った理由：自己物語の誕生

1. 語り出すまでの葛藤

研究参加者たちは皆、幼い頃から自己愛を著しく傷つけられ、他者への不信感や恐れを抱いていた。外傷を受けた人は、他者との親密な関係を求め、近づきたいと思っているものの、過去の体験から不信感が強く、近づけないでいるという (Herman, 1992/1999, p. 83)。それは彼女たちの私への近づき方にも表れていた。彼女たちは私と出会った頃から社交辞令的な言葉は交わしていたが、私の傍らにとどまり、語り出すまでには時間を要した。一番早かった川名さんでも約1か月後であり、所さんに至っては半年以上経ってからであった。石津さんが私とよく話すようになったのも半年後で、それまでは私が他の患者と話している様子を観察していたようである。彼女たちは、看護師だと言いながら看護業務を行わない私に対し、悪い意図をもって近づこうとする人間ではないのか、信じてもいい人間なのかと警戒していたようだ。そう考えると、所さんは一見社交性もあり、いつでも退院できそうではあったが、実は人に対しての安心感や信頼感が希薄な人であったのだろう。

彼女たちは私に近づくことに恐れがあったにもかかわらず、自分たちなりに生き抜いてきた体験を、そして彼女たちの「生きている世界」を私に語ってくれた。それは、彼女たちの悲惨な自己物語であり、聞いているだけでも苦しくなるほどであったが、彼女たちは語りを止めなかった。むしろ、語れば語るほど、語りたいことが出てくるという感じであった。彼女たちにとって私に語るということには、一体どういう意味があったのだろうか。

2. 何かの役に立つ存在でありたい

Laing (1969/1975) は、「自己のアイデンティティとは、自分が何者であるかを、自分に語って聞かせる説話 (ストーリー) である」(p. 110) と述べ、『アイデンティティ』にはすべて、他者が必要である。誰か他者との関係において、また関係を通して、自己というアイデンティティは現実化される」(p. 94) と述べている。今回、研究参加者たちが、私にいろいろと語って聞かせてくれたのは、自分が語るだけの価値のある存在であることを確認し、しかもそれによって自分が誰かの役に立つことができるという、新たな自己アイデンティティを獲得することが出来たから、といえるのではないだろうか。

実際、石津さんは現実とファンタジーが入り混じった世界にいらながらも、「私の話も書いていいよ。私がみんな、偉い人にしてきたの」と語っていた。川名さんは FW の最後の

メモに「博士号取得のあとは…」と書いており、自分の語りが私の博士号取得に役立つものと認識していた。そして所さんはもっと明確に、「自分の人生が人の役に立つなんて思っ
てなかったから嬉しかった」と語った。

南郷さんは、予備調査に同意してから、私に近づいてこない時期があった。何度も自己
愛を傷つけられてきた体験から、研究なるものもすぐには信用できなかったようだ。その
後、再び話すようになった時、彼女は「ここは変わらないでしょ。変わらないと論文書け
ないでしょ」と、論文のことを気にしていた。また“精神科病院で何の変哲もない生活を
送っている私が、研究の役に立つはずがない”と思っていたようである。

しかし、一旦話し出すと、彼女たちは私が不安になるほど、家族との葛藤などを一気に
語り出した。そして、彼女たちが語った「生きている世界」は私を圧倒し、単なる話をす
るという行為では済まない重みが、感じられるようになったのだった。

3. 生きている証を残したい

研究参加者たちは、私という聞き手を得て、それぞれに自己物語を展開していった。「年
を取って、仕事、人、お金、行い。何も残していないんです」と語っていた川名さんは、
「自分にとってのこの10年は、ここにいたというのは、どういう位置づけになるのだろう
と考えているところです」と語り、意味のないものに思えた自分の人生を振り返り、意味
を見出そうとしていた。所さんも私と話すことで、「昔のことを思い出せて人生つながった」
と言い、しかもそれが嬉しいとも語った。断片的だった過去の記憶が対話を通してつなが
り、自己物語として蘇る中で、自分の人生の文脈が見えてきたというのである。そして、
辛いこともあったが楽しいこともあったと、所さんの物語は書き換えられていた。

南郷さんもFWの後半になると、長く入院していたのも「辛いことばかりじゃなかった」
と語るようになった。辛いことがあったことを一方で認めつつ、それだけではなかったと
肯定的に受け止める物語が生まれてきたのである。

Lifton (1976/1989) は、人は死をリアルに意識し出したとき、その死の観念を受け入れ
るために、象徴的不死性の感覚が必要という (pp. 26-29)。それは、自ら死してなお、どこ
かに自分の生きた影響が残り、生き続けるであろうという感覚のことである。今回の研究
参加者たちが私に語ったことが論文としてまとめられ公表されれば、彼女たちの生きてき
た証を社会に残すことになる。また、所さんが別の実習生に自己物語を語れば、そこでま
た何かを残すことができる。彼女たちはこうして生きている証を残すことで、自らの人生
に意味を持たせようとしていたと考えられるのである。

4. 世間話ができるような関係を持ちたい

川名さんはFWの最後の方で「看護師さんには看護師さんの世界があり、私たち患者は入り込めない。でも今泉さんは違う」と語った。このように、研究参加者たちが私と話をしたいと思うようになり、生きている証と希望とを託すようになったのには、私が看護業務を行わない研究者（実習生）であったことも関与していたようだった。

所さんは初めの頃、他の人に聞かれたくないからと面会室で話すことを希望した。そして、話す場所も時間も自ら決め、私に“話してあげる”という姿勢だったが、私は彼女のペースに合わせてほぼ毎週話を聞いていた。それが3、4か月続くと、彼女の方から「堅苦しいのは嫌だから、適当に世間話でもしましょ」と言ってきた。特別に場所を設定しなくても、ただ雑談をするだけでもいいと思えるようになってきたようだった。実際、ホールや廊下のベンチで話すようになってからは、“家族から大事にされなかった精神病患者”としての自己物語から、主治医との別れなど現実の話題とともに、時差はあったが感情も伴った「世間話」をするようになった。また、私との別れが迫り、話し相手がいなくなると嘆く川名さんに、私がどんな話をしたいのかと尋ねると、彼女も「よもやま話、無駄話」と答えた。私には彼女たちがこれまでに語ってきたものが単なる無駄話と思えなかったもので、私は彼女たちがこんな些細なことを求めていたのかと驚いてしまった。

そして、所さんは一人でいると、病気と向き合わなければならないが、「構ってもらいとその時間が少なくなる」と言った。石津さんも看護者が人手不足だと「構ってもらえない」と言い、南郷さんも冗談めかして「面倒みてもらえない」と言った。

何かの役に立ちたい、自分を認めてもらいたいという強い承認欲求の陰には、それ以前の、人と関わりたい、誰かに構ってもらいたいという健康な自己愛欲求があったのである。

確かに南郷さんとは、よく他愛のない冗談を言い合い、即興のやりとりをしていた。彼女はよく食事のまずさに愚痴をこぼしていたが、「もっと美味しい物を食べさせろ〜!」と言った時には、私は「もっと怒れ!」と返した。榎本（2002, p. 157）は、愚痴をこぼすときは、誰かに客観的に評価してもらおうと思って言うわけではない。ただ、それを「そうだ、そうだ」と共感してもらうことでスッキリしたいのだと述べているが、愚痴をこぼしたり、よもやま話をしたりするのは、何を言っても相手から批判されないという信頼感が必要である。他者への拭い難い不信感があり、相手の評価を気にする彼女たちにとって、よもやま話をするのは到底些細なことではなかったのだ。川名さんが私とは「平等で入り込めて話せる」と言い、南郷さんも私とのやりとりを「ポンポンポンンって問えば答え

る」と振り返っていたのは、対等な立場で気安く反応を返しあう関係の心地よさを感じたということだったのだろう。

中沢（2005）は、患者と看護師の関係を見るときに、それが「タテ並び」か「ヨコ並び」かを意識しておくといっていると述べている。面接や投薬、検温などのタテ並びの時、患者は病人のポジションをとり看護師と対面するが、それはその人の病気を理解するのに役立つ。一方、雑談や一緒に外出してお茶を飲んだりするヨコ並びの時は、生活者としての自分を出してくるため、その人そのものの理解に役立つという。そして患者としては両方欲しいわけであり、看護師は患者一人ひとりに対して、今どちらの関係に恵まれているかを分析しておく必要があるという（pp. 30-34）。研究参加者たちは、雑談ができるヨコ並びの関係、つまり対等で気のおけない関係を求めているのだった。

そして私がそのようなスタンスで関わりあえる人とわかってからは、いつも私に“話してあげる”という、タテのスタンスで話しかけてきた所さんも、「ショックなことがあったのよ。それを聞いて欲しいわ」と自然にヨコのスタンスで声をかけてきた。またお言葉を与えるばかりだった川名さんは、人から「受けることもしたいんです」と語り、さらに、石津さんは横でマッサージをしている私に体をもたれかけてくるようになった。人に甘えることを知らなかった彼女たちが、安心して甘えられるようになっていた。こうした対等な関係を結ぶことができ安心感を得て、人とのつながりを感じられたという変化が、彼女たちには語ったという事実以上に大事なこととして受け止められたのではないだろうか。

E. 看護への示唆

研究参加者たちは、病棟では手がかからない、目立たない、またはよくわからないと思われていたが、実はそれぞれ独自の価値観や考えを持ち、逞しく生き抜こうとしている患者たちであった。そしてその陰には、度重なる自己愛の傷つき体験があり、彼女たちが「生きている世界」は否定的な自己像と他者への不信感に彩られた、孤立無援の世界であった。彼女たちは長期に入院し、病院に慣れているにもかかわらず、医療者には頼れず、患者同士であつても決して同じ仲間とは感じていなかった。

今回、研究参加者たちと1年10か月の間、看護業務をせずに関わり続けることで、彼女たちの生きている世界に接近することができ、彼女たちの過去の体験と現在の思考や行動のパターンとのつながりや言動の背後にある心理を結びつけて考えることができるようになった。実際には、臨床現場で働く看護者たちが、現実の世界とファンタジーの世界を

行ったり来たりする患者たちとおしゃべりに付き合ったり、不合理な行動を容認したりすることは容易ではない。私自身も彼女たちが語ったことが真実かどうか戸惑うことがしばしばあった。それでも、彼女たちの語りの背後にある感情に耳を澄ますことによって、その語りが少しずつつながっていき、完全にとはいかないものの、彼女たちの「生きている世界」の輪郭が少しずつ見えてくるようになったのである。

他者に対する拭いがたい不信感を抱いている患者たちも、関わりを望んでいないわけではない。むしろ他愛ない世間話ができる相手を求めているのである。そしてその相手として彼女たちがまず期待するのは看護者なのだが、長年の入院生活の中で、彼女たちはそうした対等で安定した関係を看護者に期待することを諦め、その代わり、変わらない病院というシステムにこだわり、そこから安全感を得ようとしていた。病院を終の住処と考えたり、退院に抵抗を示すのも、そうした安全感を得た居場所を奪われることへの恐怖からなのである。

このような患者たちに、退院に向けて ADL やセルフケア能力の向上などを促す援助だけをしていても、それはかえって彼女たちを脅かし、さらに人間への不信感を募らせることになりかねない。今回明らかになったように、彼女たちがどのような世界に生きているのかを理解し、まずは安全感を得られるような環境を提供することをアプローチの基本として考えていくことが、患者が病院というシステムではなく、そこに関与する人間への信頼感を回復していくことへの足掛かりとなるだろう。

F. 研究の限界と今後の課題

本研究では、4 名の研究参加者の「生きている世界」を記述していったが、彼女たちの他にも協力してくれた患者たちが何人かいた。その患者たちもそれぞれにこれまでの体験を語ってくれたのだが、途中で精神症状が悪化して私との関わりが中断してしまったり、研究参加の意思を再確認できないまま退院してしまったり、骨折して他の病院で手術を受けた後、急に亡くなったりしたために、記述することができなかった。研究参加者が精神障害者であり、なおかつ高齢であるということは、こうした精神症状の悪化、退院、死亡もありうることであり、1 年 10 か月と長期にわたる FW において、最後まで関わり続けることの難しさは、研究の限界でもあった。

また本研究の参加者のほとんどが、40 年を越す超長期入院ではあったものの、1 名だけ約 10 年と入院期間が明らかに違っていた。この入院年数の違いが、退院への現実的な希望

を持てることや、病院へのしがみつき具合にどの程度影響しているのか、それが年数だけによるものなのか、はっきりとはいえなかった。今後更なる検討が必要と思われる。

VI. 結論

本研究では、精神科に長期入院する高齢女性患者が、幼い頃から度重なる自己愛の傷つきを体験しながらも生き延びてきた中で、否定的な自己像を持ち、他者への不信感と恐れに満ちた世界に生きていることが語られた。

最初はバラバラで断片であった語りが継続して関わる中でつながっていき、自己物語として立ち現れてきた。しかしそうなるまでには、不可解な行動や精神症状もあり、何を真実として捉え、どんな思いを抱いているのかをつかむことは容易ではなかった。

だが、彼女たちの表現の中に込められた感情を受け取り、できる限り応答することによって、徐々に彼女たちが何を求めているかが見えるようになってきた。そして、彼女たちも私という聞き手を得たことで、それぞれの自己物語を語り始め、彼女たちが「生きている世界」を見せてくれたのである。

研究参加者たちの傷つき体験には、女性ならではの挫折も関与していた。彼女たちは実家も婚家もなく、職場も持たず、社会的には居場所がなかった。彼女たちに唯一の居場所を提供したのが精神科病院であった。そして彼女たちは、他者への不信感から甘えたくても甘えることができず、しばしば交代していなくなる医療者という「人間」にではなく、「病院」というシステムに安全感を求め、拠り所としていた。そのため心身の不安が起こっても医療者に頼らず、自分なりのケアを編み出し対処していた。彼女たちは長期にわたり医療機関に入院しているにもかかわらず、実は助けを求めケアを受け入れることが不得手な患者たちなのだった。しかし彼女たちが行うセルフケアの方法は、看護者の考える合理的なものではなかったため、看護者には理解されないでいた。

病棟では手のかからない患者と見られ、実際のところは何を考えているのかよくわからないと思われている患者であっても、そこには拭い難い自己否定と底知れぬ絶望と恐怖があり、それぞれ必死に生き延びようとしているのである。そして彼女たちはようやく見つけた病院という拠り所を失わないために、退院させられないようにと長い間努力をし続けていたのである。

しかし、そんな彼女たちの中にも、人と関わりたいという健康な自己愛欲求が存在していた。それが満たされた時、彼女たちは人に甘えるようになり、希望さえも語るようになった。一見変化とは無縁に見える慢性期の長期入院患者であっても、変化はするのであり、それに喜びを見出すこともありうるのだ。病院を「終の住処」と思い定めている患者も、

何とか退院したいと考えている患者も、その人らしく誇りを持って残りの人生を生きたいと願っており、そのためにも周囲からの人間的な応答を期待しているのである。

厚労省は受け入れ条件さえ整えば退院可能な社会的入院患者の退院促進を進めている。医療者も患者の意思を尊重して退院促進を行うと言っているが、長期入院患者はただ退院意欲が見られないと思ひ込み、患者たちの病院や退院にまつわる期待と頼るもののいない不安について知る努力をしていないように見える。確かに人生の大部分を病院で過ごしてきた長期入院の高齢患者たちが入院によって失ったものは多いが、何十年という時を病院の中で重ねてきたことは、彼女たちに決してマイナスなものばかりを残しているわけではないのである。単に退院を患者のために良いこととして医療者の思惑だけで進めることは、再び患者を傷つけ、人とのつながりを断ち、彼女たちを孤立無援の世界に追いやることになりかねない。そこで医療者は患者の将来を検討するときは、何よりもまずその患者の語りに耳を傾け、その「生きている世界」をよく理解した上で、患者の意思にそった希望の実現に向けて、患者と協力していくことが必要なのである。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただいた患者の皆様、病院の皆様、そしてご指導いただいた武井麻子教授、筒井真優美教授、小宮敬子教授に、心から感謝申し上げます。

文献

- 榎本博明 (2002). 〈ほんとうの自分〉のつくり方—自己物語の心理学. 講談社.
- Frankl, V.E. (1977) /池田香代子訳 (2002). 夜と霧. みすず書房.
- 藤野成美・脇崎裕子 (2010). 精神科病院に長期入院中である統合失調症患者が捉える老いの認識と自己の将来像. *日本精神保健看護学会誌*, 19(1), 105-115.
- 藤野成美・山口扶弥・岡村仁 (2009). 統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦痛. *日本看護研究学会誌*, 32(2), 35-43.
- 藤田結子・北村文編 (2013). ワードマップ 現代のエスノグラフィー 新しいフィールドワークの理論と実践. 新曜社.
- 福田和恵 (2007). 「本人の不安」と「家族の反対」二大阻害要因への集中的なアプローチ. *精神看護*, 10(5), 27-34.
- Gage, K., & Gillins, L. (1991). Institutional Transference : A New Look at an Old Concept. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29(4), 24-25.
- Goffman, E. (1961) /石黒毅 (1984). アサイラム. 誠信書房.
- 濱田由紀・田中美恵子・横山恵子・田上美千佳・小山達也・新村順子 (2007). 長期入院精神障害者の家族の経験—退院促進および地域生活維持のために求められる家族への看護援助の検討—. *日本精神保健看護学会誌*, 16(1), 49-59.
- 林麗奈・金子史子・岡村仁 (2011). 統合失調症患者のセルフスティグマに関する研究—セルフエフィカシー, QOL, 差別体験との関連について. *総合リハビリテーション*, 39(8), 777-783.
- Herman, J.L. (1992) /中井久夫 (1999). 心的外傷と回復 (増補版). みすず書房.
- 広沢正孝 (2006). 統合失調症を理解する. 医学書院.
- 池淵恵美・佐藤さやか・安西信雄 (2008). 統合失調症の退院支援の阻む要因について. *精神神経学雑誌*, 110(11), 1007-1022.
- 石橋照子 (2006). 精神科看護師による身体合併症への気づきのプロセス—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて—. *日本精神保健看護学会誌*, 15(1), 104-112.
- 石橋照子・成相文子・足立美恵子 (2001). 精神分裂病長期入院患者の社会復帰に向けて効果的な看護介入のコツ. *日本精神保健看護学会誌*, 10(1), 38-49.
- 石川准 (1992). アイデンティティ・ゲーム 存在証明の社会学. 新評論.

- 伊藤瞳・矢田弓子 (2010). 精神症状が残存し、セルフケアレベルが低下している高齢の精神障がい者への看護. *精神科看護*, 37(1), 50-54.
- 金綱望 (2011). 施設における受け入れの現状と課題. *精神科看護*, 38(7), 5-7.
- 葛西一美・金綱望 (2009). 認知症を併発している高齢の精神障がい者への看護. *精神科看護*, 36(12), 50-53.
- 河岸光子 (2009). 家族が退院を受け入れない. *精神科臨床サービス*, 9, 434-437.
- 北山修 (2003). 自分の居場所. 住田正樹・南博文編, *子どもたちの「居場所」と対人的世界の現在所収* (pp. 21-37). 九州大学出版会.
- Kohut, H. (1971) /水野信義・笠原嘉監訳 (1994). *自己の分析*. みすず書房.
- Kohut, H. (1980) /岡秀樹訳 (1991). 『自己心理学の進歩』を読んで. Goldberg, A. 編. *自己心理学とその臨床—コフートとその後継者たち—所収* (pp.225 -309). 岩崎学術出版社.
- 小出水寿英・美王真紀 (2006). 精神病院に長期入院している統合失調症患者の捉える入院生活. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 6, 39-47.
- 国立精神・神経センター精神保健研究所 (2014/7/18). 平成 24 年度精神保健福祉資料冊子体. http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h24/h24_630_sasshitai.pdf より, 2015/1/29 検索。
- 厚生労働省 (2004/9/2). 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> より, 2015/1/29 検索。
- 厚生労働省 (2009/9/24). 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書) について. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> より, 2015/ 1/29 検索。
- 厚生労働省 (2012/6/29). 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 (第 7 回) 資料. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e9b4-att/2r9852000002e9ec.pdf> より, 2015/1/29 検索。
- 厚生労働省 (編). (2013). 平成 25 年版 厚生労働白書—若者の意識を探る—. 日経印刷.
- 小宮敬子 (2000). 看護研究における参加観察体験の意味に関する研究—困難さに焦点を当てて—. *日本赤十字看護大学紀要*, 14, 11-20.
- Krystal, H. (1998) /佐野信也監訳 (2003). 感情調節と自己愛—自己愛患者に見られる心的外傷、アレキシサイミア、心身症—. Ronningstam, E.F. 編, *自己愛の障害—診断的、*

- Laing, R.D. (1969) /志貴春彦・笠原嘉訳 (1975). *自己と他者*. みすず書房.
- Lifton, R.J. (1976) /渡辺牧・水野節夫訳 (1989). *現代、死にふれて生きる—精神分析から自己形成パラダイムへ*. 有信堂高文社.
- 松澤和正 (2008). *臨床で書く 精神科看護のエスノグラフィー*. 医学書院.
- 宮本正巳 (2011). *インスティテューショナルリズム*. 見藤隆子・小玉香津子・菱沼典子編, *看護学事典第2版*所収 (p. 57). 日本看護協会出版会.
- 向谷地生良 (2002). 弱さを絆に 「弱さ」は触媒であり稀少金属である. 浦川べてるの家編, *べてるの家の「非」援助論—そのままでいいと思えるための25章*所収 (pp. 188-196). 医学書院.
- 向谷地生良 (2005). 「当事者研究」とは何か. 浦川べてるの家編, *べてるの家の「当事者研究」*所収 (pp. 3-5). 医学書院.
- 長浜利幸・小林大祐・杉谷美佳 (2006). 統合失調症による長期入院患者の退院阻害因子について. *日本精神科看護学会誌*, 49(2), 279-283.
- 内閣府 (1997/11/4). 平成9年 国民生活白書 働く女性新しい社会システムを求めて. <http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h9/wp-pl97-01102.html#sb1.1.2.1> より, 2015/1/29 検索.
- 中村弥生 (2008). 身体疾患を合併した精神疾患患者に対する看護の方法—ケア参加型支援を通じた事例報告—. *日本精神保健看護学会誌*, 17(1), 93-102.
- 中沢正夫 (2005). *精神科看護のための50か条*. 萌文社.
- 成田真人 (2011). 高齢患者の身体合併症における「病—病連携」の現状. *精神科看護*, 38(7), 17-21.
- 岡野憲一郎 (1998). *恥と自己愛の精神分析—対人恐怖から差別論まで—*. 岩崎学術出版社.
- 奥村大志・渋谷菜穂子 (2005). 統合失調症の「長期入院に関する」認識—統合失調症患者の語りを通して、長期入院への姿勢の構成要素を明確にする—. *日本看護医療学会雑誌*, 7(1), 34-43.
- Ragins, M. (2002) /前田ケイ監訳 (2005). *ビレッジから学ぶリカバリーへの道*. 金剛書房.
- 笹原恵 (2012). 高等教育. 日本婦人団体連合会編, *女性白書2012* 所収 (pp.138-147). ほるぷ出版.
- 佐藤郁哉 (2002). *フィールドワークの技法 問いを育てる, 仮説をきたえる*. 新曜社.
- 佐藤純 (2012). 何をすることが家族の支援になるのか. *精神医療*, 65, 47-55.

- Searles, H.F. (1960) / 殿村忠彦・笠原嘉訳 (1988). ノンヒューマン環境論. みすず書房.
- 清家太美子 (2007). 精神科病棟における看護師の退院に向けての援助. *日本精神保健看護学会誌*, 16(1), 32-39.
- 下野正健・藤川尚宏・吉益光一・小原喜美夫・浜田博文・加藤泰裕・平城カトミ・清原千香子・末次基洋 (2004). 精神科病院長期在院者の退院に関連する要因の検討. *精神医学*, 46(4), 403-414.
- 田嶋良子・島田あずみ・佐伯恵子 (2009). 精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造. *日本精神保健看護学会誌*, 18(1), 50-60.
- 高村裕子 (2012). 家族会. 精神保健福祉白書編集委員会編, *精神保健福祉白書 2013 年度版*所収 (p. 83). 中央法規.
- 多喜田恵子 (2001). 精神病院における長期入院患者の生活の満足感とその理由. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 1, 15-25.
- 田中浩二 (2010). 精神科長期入院患者の生活世界. *日本精神保健看護学会誌*, 19(2), 33-42.
- Wolf, E.S. (1988) / 安村直己・角田豊訳 (2001). *自己心理学入門—コフート理論の実践—*. 金剛出版.
- 山田昌弘 (2005). *迷走する家族 戦後家族モデルの形成と解体*. 有斐閣.

資料 1. 研究協力依頼書（院長用）

年 月 日

〇〇病院

病院長 〇〇〇〇先生

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程

精神保健看護学専攻 今泉亜子

研究へのご協力をお願い

拝啓 清秋の候、貴院におかれましてますますご健勝のこととお慶び申し上げます。昨年 10 月より、〇病棟でフィールドワークをさせていただき、ご指導とご協力を賜りまして心より御礼申し上げます。

このたび、私は「精神科女性病棟に長期入院する高齢患者のこれまでの入院生活と今後に関する思いと、彼女たちにかかわる看護者の思い—ある社会復帰病棟におけるエスノグラフィーから—」というテーマで博士論文に取り組みたいと思っております。

これまでのフィールドワークを通して、長期入院されている高齢患者さんから長い入院生活での出来事や思い、将来への思いなどの語りを聴くようになり、その多くの患者さんが退院を拒んでいることを知りました。さらに看護スタッフの方々からは、退院支援を考えているが思うようにいかないことへの悩みや、日々の業務の多忙さに患者に十分にかかわれていないことを気にかけている様子がうかがえるようになってきました。私は次第にこの病棟では何が起きているのか、どうして患者さんがかくも長い間入院生活を送ってきたのか、また今後どうなると考えているのかということに関心をもつようになりました。その一方で、そうした患者たちのことを看護スタッフの方々はどう思っているのだろうか、この状況をどうしたいと思っているのだろうかという疑問も膨らんできました。

そこで私は、病棟という場所を共にする患者さんと看護スタッフの方々の思いを明らかにし、その両者の思いがどのように絡み合っているのか、あるいはすれ違っているのかを検討し、病棟では一体何が起きているのかを明らかにしていきたいと思っております。この研究によって、両者のニーズやどのようなサポートが必要なのかが明らかになり、さらには患者にとってのその人らしい人生が送ることができるような環境づくりの検討ができるのではないかと考えております。

具体的な研究方法など、詳細につきましては、別紙の研究計画書に示させて頂きました。この研究に関するご不明な点やご意見がございましたら、いつでも下記までご連絡下さい。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

敬具

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 今泉亜子（イマイズミアコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

E-mail：

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 精神保健看護学教授 武井麻子（タケイアサコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

電話：

資料 2. 研究協力依頼書（看護部長用）

年 月 日

〇〇病院

看護部長 〇〇〇〇様

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程

精神保健看護学専攻 今泉亜子

研究へのご協力をお願い

拝啓 清秋の候、貴院におかれましてますますご健勝のこととお慶び申し上げます。昨年 10 月より、〇病棟でフィールドワークをさせていただき、ご指導とご協力を賜りまして心より御礼申し上げます。

このたび、私は「精神科女性病棟に長期入院する高齢患者のこれまでの入院生活と今後に関する思いと、彼女たちにかかわる看護者の思い—ある社会復帰病棟におけるエスノグラフィーから—」というテーマで博士論文に取り組みたいと思っております。

これまでのフィールドワークを通して、長期入院されている高齢患者さんから長い入院生活での出来事や思い、将来への思いなどの語りを聴くようになりました。そして多くの患者さんが退院を拒んでいることを知りました。さらに看護スタッフの方々からは、退院支援を考えているが思うようにいかないことへの悩みや、日々の業務の多忙さに患者に十分にかかわれてないことを気にかけている様子が見え始めるようになってきました。

私は次第にこの病棟では何が起きているのか、どうして患者さんがかくも長い間入院生活を送ってきたのか、また今後どうなると考えているのかということに関心をもつようになりました。その一方で、そうした患者たちのことを看護スタッフの方々はどう思っているのだろうか、この状況をどうしたいと思っているのだろうかという疑問も膨らんできました。

そこで私は、病棟という場所を共にする患者さんと看護スタッフの方々の思いを明らかにし、その両者の思いがどのように絡み合っているのか、あるいはすれ違っているのかを検討し、病棟では一体何が起きているのかを明らかにしていきたいと思っております。この研究によって、両者のニーズやどのようなサポートが必要なのかが明らかになり、さらには患者にとってのその人らしい人生が送ることができるような環境づくりの検討ができるのではないかと考えております。

具体的な研究方法など、詳細につきましては、別紙の研究計画書に示させて頂きました。この研究に関するご不明な点やご意見がございましたら、いつでも下記までご連絡下さい。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

敬具

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 今泉亜子（イマイズミアコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

E-mail：

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 精神保健看護学教授 武井麻子（タケイアサコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

電話：

資料 3. 研究協力依頼書（主治医用）

年 月 日

〇〇病院

主治医 〇〇〇〇先生

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程
精神保健看護学専攻 今泉亜子

研究へのご協力をお願い

拝啓 清秋の候、貴院におかれましてますますご健勝のこととお慶び申し上げます。昨年 10 月より、〇病棟でフィールドワークをさせていただき、ご指導とご協力を賜りまして心より御礼申し上げます。

このたび、私は「精神科女性病棟に長期入院する高齢患者のこれまでの入院生活と今後に関する思いと、彼女たちにかかわる看護者の思い—ある社会復帰病棟におけるエスノグラフィーから—」というテーマで博士論文に取り組みたいと思っております。

これまでのフィールドワークを通して、長期入院されている高齢患者さんから長い入院生活での出来事や思い、将来への思いなどの語りを聴くようになりました。そして多くの患者さんが退院を拒んでいることを知りました。さらに看護スタッフの方々からは、退院支援を考えているが思うようにいかないことへの悩みや、日々の業務の多忙さに患者に十分にかかわれてないことを気にかけている様子がうかがえるようになってきました。私は次第にこの病棟では何が起きているのか、どうして患者さんがかくも長い間入院生活を送ってきたのか、また今後どうなると考えているのかということに関心をもつようになりました。その一方で、そうした患者たちのことを看護スタッフの方々はどう思っているのだろうか、この状況をどうしたいと思っているのだろうかという疑問も膨らんできました。

そこで私は、病棟という場所を共にする患者さんと看護スタッフの方々の思いを明らかにし、その両者の思いがどのように絡み合っているのか、あるいはすれ違っているのかを検討し、病棟では一体何が起きているのかを明らかにしていきたいと思っております。この研究によって、両者のニーズやどのようなサポートが必要なのかが明らかになり、さらには患者にとってのその人らしい人生が送ることができるような環境づくりの検討ができるのではないかと考えております。

具体的な研究方法など、詳細につきましては、別紙の研究計画書に示させて頂きました。〇〇先生には、患者さんが研究参加をして治療に支障がないかどうか、また患者さんへの説明の仕方や同意を得る方法、研究結果のフィードバックの方法についてご助言を頂ければ幸いに存じます。また私が不在時や、私には直接言いづらいとされる患者さんから、研究についての質問、研究参加の中止や中断などの申し立てがあった場合には、恐れ入りますが、今泉までご連絡をお願い致します。

この研究に関するご不明な点やご意見がございましたら、いつでも下記までご連絡下さい。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

敬具

資料 3. 研究協力依頼書（主治医用）

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 今泉亜子（イマイズミアコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

E-mail：

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 精神保健看護学教授 武井麻子（タケイアサコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

電話：

資料4. 研究協力依頼書（病棟師長・看護者用）

年 月 日

〇〇病院

〇病棟師長 〇〇〇〇様

〇病棟スタッフの皆様

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 博士後期課程

精神保健看護学専攻 今泉亜子

研究へのご協力をお願い

拝啓 清秋の候、貴院におかれましてますますご健勝のこととお慶び申し上げます。昨年 10 月より、〇病棟でフィールドワークをさせていただき、ご指導とご協力を賜りまして心より御礼申し上げます。

このたび、私は「精神科女性病棟に長期入院する高齢患者のこれまでの入院生活と今後に関する思いと、彼女たちにかかわる看護者の思いーある社会復帰病棟でのエスノグラフィー」というテーマで博士論文に取り組みたいと思っております。

これまでのフィールドワークを通して、長期入院されている高齢患者さんから長い入院生活での出来事や思い、将来への思いなどの語りを聴くようになりました。そして多くの患者さんが退院を拒んでいることを知りました。さらに看護スタッフの方々からは、退院支援を考えているが思うようにいかないことへの悩みや、日々の業務の多忙さに患者に十分にかかわれてないことを気にかけている様子がかえるようになってきました。私は次第にこの病棟では何が起きているのか、どうして患者さんがかくも長い間入院生活を送ってきたのか、また今後どうなると考えているのかということに関心をもつようになりました。その一方で、そうした患者たちのことを看護スタッフの方々はどう思っているのだろうか、この状況をどうしたいと思っているのだろうかという疑問も膨らんできました。ですが、それは直接観察ではわかりません。そのため、これまでは患者さんの語りに耳を傾けてまいりましたが、これからは看護スタッフの方々にも患者さんの退院に関することや、ケアを行う上での困難さ、患者さんに対する看護スタッフご自身の感情などを伺いたいと思っております。そして私は、病棟という場所を共にする患者さんと看護スタッフの方々の両者の思いを明らかにし、その思いがどのように絡み合っているのか、あるいはすれ違っているのかを検討し、病棟では一体何が起きているのかを明らかにしていきたいと思っております。この研究によって、両者のニーズやどのようなサポートが必要なかが明らかになり、さらには患者にとってのその人らしい人生が送ることができるような環境づくりの検討ができるのではないかと考えております。

具体的な研究方法など、詳細につきましては、別紙の研究計画書に示させて頂きました。研究活動が病院やスタッフの皆様、患者さんのご迷惑にならないよう、細心の注意を払ってまいります。もしご迷惑になるようなことがありましたら、遠慮なくおっしゃって下さい。ご相談の上、善処致します。この研究に関するご不明な点やご意見がございましたら、いつでも下記までご連絡下さい。お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、研究の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

敬具

資料4. 研究協力依頼書（病棟師長・看護者用）

記

1. 研究テーマ

「精神科女性病棟に長期入院する高齢患者のこれまでの入院生活と今後に関する思いと、彼女たちにかかわる看護者の思いーある社会復帰病棟でのエスノグラフィー」

2. 研究目的

精神科病棟でのフィールドワーク及び看護者へのインタビューを通して、退院を拒む患者と看護者の両方それぞれの思いを明らかにするとともに、病棟という文脈で何が起きているかを捉え、長期入院患者を作り出す構造を明らかにすること。

3. データ収集期間

2013年12月から2014年7月（インタビューはこの期間内で行います）。

但し、本人の承諾が得られれば、研究者がフィールドワークを開始した2012年10月から本調査開始の2013年11月までに語ったことをデータとすることもある。

4. 研究参加者(看護者)

○病棟の看護師、准看護師、看護補助10名程度（インタビューは4~5名程度）。

5. 皆様にご協力いただきたいこと

- （1）患者さんが研究参加をして治療に支障がないかどうか、また患者さんへの説明の仕方や同意を得る方法、研究結果のフィードバックの方法についてご助言をいただきたいこと。
- （2）私が不在時や、私には直接言いづらいとされる患者さんから、研究についての質問、研究参加の中止や中断などの申し立てがあった場合には、今泉までご連絡をいただきたいこと。
- （3）皆様と患者さんとのかかわり、看護スタッフ同士、看護スタッフと他職種とのかかわりを観察させて頂きたいこと。また、ホールでは確認できなかったスタッフの皆様が患者に行った援助の意味や、その時どう思っていたのかなど、わからないことがあればナースステーション内や休憩室で質問させていただきたいこと。またこれらを研究データとさせていただくこと。
- （4）研究者がフィールドワークを開始した2012年10月から本調査前（2013年11月）までに得られたデータで、本研究の趣旨に沿い、データ分析の対象となり得るデータに関しては、看護スタッフの当事者となられるご本人に提示いたしますので、確認の上、使用の承認をいただきたいこと。
- （5）さらに下記「インタビューについて」を読み、研究について理解いただいた上で、インタビューに応じて良いと思われた方には、インタビューを行い、研究データとさせていただくこと。

6. インタビューについて

- （1）インタビューでご協力いただきたいこと

以下のことを中心に、自由にお話をお聞かせいただきたいと思います。と思っています。

資料4. 研究協力依頼書（病棟師長・看護者用）

- ①高齢の長期入院患者とのかかわりでの面白さ・難しさ
- ②かかわりのなかで、退院支援をどの程度意識してかかわっているか、又どのように意識しているか
- ③退院を拒む患者への思い
- ④退院を拒む家族への思い

（2）インタビュー日時と場所

研究参加者と研究者で相談の上、日時・場所は決定いたします。

インタビューは30分から60分程度を予定しております。インタビューの回数は原則1回とします。しかし1回目のインタビュー後、研究者が確認したいことが生じた場合には、追加のインタビューをお願いすることもございますが、その際には改めてご意向を伺い、同意を得るものといたします。

7. 倫理的配慮

- （1）研究参加は自由意思であり、参加に同意した後でもいつでも中止できること、同意しない場合でもそれによる不利益は被らないことを保証いたします。同意していただける場合は、同意書に署名をしていただきます。同意書は同じものを2部作成し、それぞれに署名した後、研究参加者と研究者が1部ずつ保管することにいたします。
- （2）研究参加に同意した後でも途中辞退することができ、その場合は添付した同意撤回書に9月までに署名をいただきます。
- （3）話したくないことは、話さなくてかまいません。また話した後、使用して欲しくないと思ったデータに関しては、研究者に遠慮なくお申し出ください。
- （4）インタビューの時間と場所は、研究参加者のご希望を第一優先し、相談の上決定いたします。インタビュー時間は、研究参加者のご都合のよろしい時に、30～60分程度を予定しており、プライバシーの保護ができる場所を確保いたします。
- （5）インタビューは特に「退院を拒む患者とのかかわり」について行う予定ですが、看護者のその時の感情をも含む体験を語ってもらう予定であるため、その際、聞かれて嫌な気持ちになったり、思い出したくなかったことを思い出して、辛くなったりすることの恐れもあります。語りたくないことは語らなくてかまいません。また不快な感情がわきインタビューを中止されたいときは、すぐに中止いたします。さらに研究者も研究参加者の態度や言動に注意払ってインタビューを行い、研究参加者が辛そうだと判断した場合は、インタビューの中断を研究者から申し出ることもあります。
- （6）インタビューは研究参加者の同意が得られた場合にのみ、録音させていただきます。
- （7）フィールドノーツに記された出来事及びインタビューの逐語録は、研究参加者ご本人に確認していただきます。その際、削除して欲しい箇所があればおっしゃって下さい。その箇所は速やかに削除し、データとしては使用いたしません。
- （8）得られたデータは個人が特定されないように、全て仮名として、具体的な情報は文脈に影響がない限り改変し、研究目的以外には使用しないこと、またデータは厳重に保管することを約束い

資料4．研究協力依頼書（病棟師長・看護者用）

たします。

（9）研究結果は、日本赤十字看護大学大学院博士論文としてまとめ、学会などで発表する予定です。

その際は、研究参加者の匿名性を保持し、プライバシーを保護することを約束いたします。

（10）希望される方には研究の結果を配布させていただきます。

最後までお読みいただき、ありがとうございました。

「ご協力いただきたいこと」の（3）（4）（5）につきましては、研究についてご理解のうえ、ご協力いただけます方は、別紙同意書の□欄の該当するものにチェックを入れていただき、ご署名をお願いいたします。これからも引き続き、ご指導とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

以上

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 今泉亜子（イマイズミアコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 E-mail :

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 精神保健看護学教授 武井麻子（タケイアサコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 電話 :

研究参加への同意書

私は、この研究についての説明を受け、別紙説明書を読んで、研究について理解しました。私は下記の事柄について同意します。

研究参加の方法について該当する下記の□欄に✓印をお願いいたします。

- ☐ フィールドワーク中（実習中）に簡単な質問を受けること
- ☐ インタビューを受けること
- ☐ インタビューの際に録音すること
- ☐ フィールドワーク開始（2012年10月）から本調査前（2013年11月）のデータを使用すること

年 月 日

研究参加者：お名前

年 月 日

研究者・研究の説明をした人の名前

※同意書のサインは2枚していただき、1枚は控えとしてお持ちください。

また、研究の結果の配布を希望される場合は、下記の□欄に✓印をつけてください。

☐ 私は研究の結果の配布を希望します。

<連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 今泉亜子（イマイズミアコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 E-mail：

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 精神保健看護学教授 武井麻子（タケイアサコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 電話：

同 意 撤 回 書

私は、「精神科女性病棟に長期入院する高齢患者のこれまでの入院生活と今後に関する思いと、彼女たちにかかわる看護者の思い—ある社会復帰病棟におけるエスノグラフィーから—」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

氏名（署名）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

平成 年 月 日

所 属

研究者氏名

※2部作成し、1部は担当者から研究協力者へ渡すものとする。

※同意撤回は、研究をまとめる都合上、平成26年9月1日までにお知らせください。

<同意を撤回する場合の連絡先>

研究者：日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 今泉亜子（イマイズミアコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 E-mail：

指導教員：日本赤十字看護大学大学院 精神保健看護学教授 武井麻子（タケイアサコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 電話：

研究へのご協力のお願い

いつも皆様のいらっしゃる病棟で実習させていただき、ありがとうございます。皆さまのおかげで学び多い充実した実習を送らせていただいております。そこで皆様から学んだことを論文としてまとめたいと考えております。

私はこれまでの実習を通して、長く入院されている方とお話しをしたり、一緒に過ごさせていただくうちに、私が精神科の看護師として働いていたときには気づかなかった皆様のお気持ちや考えを知るようになってきました。そこで私は、長く入院されている患者さんが、これまでの入院生活やこれからのことについて、どのような思いを抱いているのだろうかに興味をもつようになり、患者さんとのかかわりを通じて理解していきたいと思うようになりました。そのために、私が病棟で実習を始めた昨年 2012 年 10 月からのことを振り返って、最終的には研究論文にまとめて、それをより良く精神科の看護ができるために役立てていきたいと考えました。

実施にあたっては、皆様の治療や入院生活に負担がかかりませんよう十分気をつけてまいります。研究に参加していただくからといって、特別なことをしていただく必要はありません。これまでどおりに患者の皆様と毎週木曜日に一緒に過ごさせていただき、その中で皆様が私にお話してくださったこと、私が体験したことなどを論文にまとめさせていただきたいと思っております。また皆様のこれまでの治療経過、入院生活の過ごし方を私が把握するために、カルテや看護記録を見せていただきたいと考えております。

論文がまとまりましたら、学会などで発表したいと考えております。論文を書く際は、誰のことがわからないように、皆様のお名前や病院名は決して出さず、詳しい内容は変えて書くようにします。私が病棟で見たり、皆様から聞いたりしたことは、論文にまとめる以外に使用しないことをお約束し、内容がもれることがないように十分気をつけます。

私の研究に協力していただけるかどうかは、皆様の自由です。もし断られたとしても、皆様の治療や生活に悪い影響が出ることはまったくありません。また、私が皆様にかかわらなくなるということもありません。協力していただける場合でも、皆様が私に会いたくない時や、お話ししたくない時は、いつでも断ってください。またお話ししたくださった後で、この話は書かれたくないと思われた場合は、お知らせください。皆様の希望どおりにいたします。私と一緒にいて、気分や体調が悪くなった時には、すぐにお知らせください。看護師さんに伝えて、ひどくならないうちに対応していきます。

一度、研究に協力するとお約束いただいた後で、やはり協力をやめたいという場合も、遠慮なくお知らせください。私に直接言いにくい場合は、師長さんにお伝えください。連絡を受けしだい、すぐに中止いたします。研究途中で協力を中止する場合でも、皆様の治療や生活に悪い影響がでることはありません。

研究にご協力いただける場合には、同意書にお名前を書いております。同意書は 2 枚

資料 7. 研究協力依頼及び同意書（患者用）

書いていただき、そのうち 1 枚をお渡しいたします。もう 1 枚は私の方で保管させていただきます。

わかりにくいこと、もっとくわしく聞きたいことなどがありましたら、遠慮なくお声をかけてください。また、私が不在の時は、師長さんへお知らせください。

<連絡先>

研究者: にほんせきじゅうじかん ごだいがくだいがくいんかんごがくけんきゅうかはかせこうきかてい
日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 今泉亜子（イマイズミアコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

指導教員: 日本赤十字看護大学大学院 精神保健看護学教授 武井麻子（タケイアサコ）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

同意書

私は、研究についての説明を受け、「研究参加へのご協力をお願い」を読んで、研究について理解しました。私は下記のことについて同意します。

下のあてはまるところの□にチェック✓をつけてください。

- ☐ これからも今泉と話をしたり、今泉から質問を受け、それを論文に使うこと
- ☐ カルテや看護記録を見ること
- ☐ 今回の説明を受ける前までで、今泉と話したことを論文に使うこと

年 月 日

研究参加者：お名前

年 月 日

研究者・研究の説明をした人の名前

※同意書のサインは 2 枚していただき、1 枚は控えとしてお持ちください。

また、研究結果をまとめたものの提示を希望される場合は、下の□にチェックをつけてください。

- ☐ 私は、研究結果をまとめたものの提示を希望します。

表1. インタビューに応じた看護者の概要(経験年数等は全てインタビュー当時)

氏名 (仮名)	性別	年齢	精神科経験年数	当該病棟勤務歴
A さん	女性	30 代	2 年目	1 年以上
B さん	女性	40 代	3 年目	1 年以上
C さん	女性	40 代	4 年目	1 年以上
D さん	女性	30 代	7 年目	2 年以上
E さん	女性	40 代	7 年目	2 年以上
F さん	女性	30 代	6 年目	2 年以上
G さん	女性	30 代	8 年目	2 年以上
H さん	女性	20 代	7 年目	2 年以上
I さん	女性	40 代	5 年目	2 年以上