

筑波大学

博士（看護科学）学位論文

日本人統合失調症者における

セルフステイグマの認識

2017

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

大森圭美

I. 緒言	1
1. 統合失調症とは	1
2. 統合失調症に対する差別や偏見について	2
3. スティグマとは	4
4. セルフスティグマとは	5
5. 統合失調症者のセルフスティグマによる影響	6
6. 統合失調症者のセルフスティグマに関する研究	7
7. 統合失調症者のセルフスティグマについて	10
8. 統合失調症者のセルフスティグマに関する文化的背景について	11
II. 本研究の目的と意義	14
1. 研究の目的	14
2. 本研究の意義	14
3. 本研究における用語の定義	14
1)セルフスティグマ	14
III. 方法	15
1. 研究方法	15
1)調査方法	15
2) 対象施設	16
3) 対象者	20
4)データ収集期間	21
5) 調査内容	21
6)データ収集における厳密さ、信頼性と妥当性の確保	23
7) 手順	23
8) 分析方法	24
9) 倫理的配慮	26

IV. 結果	28
1. 参加観察とインタビュー	28
2. 対象背景	28
1) 対象者	28
2) 対象者の施設での様子	29
3) 対象者と家族との関係	32
4) 友人との関係	37
3. 偏見、差別、無理解の経験と意識	37
4. 統合失調症者におけるセルフスティグマ	39
1) テーマ I 【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】	39
2) テーマ II 【自己を現実的に理解し、障害を認識する】	58
3) テーマ III 【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】	67
V. 考察	74
1. 対象者の状況	74
2. 統合失調症者のセルフスティグマの認識	76
1) テーマ I 【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】	78
2) テーマ II 【自己を現実的に理解し、障害を認識する】	84
3) テーマ III 【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】	87
4) 統合失調症者のセルフスティグマの再考	89
5) 自己評価と自己概念	91
6) なりたい自分と現実の自分	92
7) 自己概念としてのセルフスティグマの認識	93
8) 対照例	94
3. 日本人統合失調症者におけるセルフスティグマの認識	95
1) 家族との関係	95
2) 「一人前」	95
3) 社会福祉制度と「精神障害者」	96

4. まとめ	96
5. 看護への示唆	97
6. 本研究の限界と課題	98
VI. 結論	99
謝辞	100

文献リスト i ~vi

表 1~2

付録 1~7

I. 緒言

1. 統合失調症とは

統合失調症とは認知、感情、知覚、行動が障害される疾患であり、多くは長期の治療と療養が必要である(Sadock & Sadock, 2007)。統合失調症は複数の要因が重なり発症すると考えられ、主な要因として遺伝、脳内神経伝達物質の分泌異常、環境要因が挙げられている(Sadock & Sadock)。特に環境要因として家族関係が関連し、過干渉や批判的で攻撃的な態度を示す家族がいると、統合失調症の再発率が高いことが知られている(Sadock & Sadock)。

統合失調症の好発年齢は 10 歳代後半から 35 歳くらいと言われており、女性より男性の発症年齢は若い傾向にある (Sadock & Sadock, 2007; 厚生労働省, 2011; 森, 2015)。また、国内外における統合失調症の生涯有病率は 100 人に 1 人程度といわれている(厚生労働省, 2011)が、先進国と途上国や、人種による有病率の相違が報告されている (Sadock & Sadock, 2007)。2008 年に厚生労働省が行った、医療機関を受診している患者の調査によると、日本の統合失調症数は約 79.5 万人と推定されている(厚生労働省, 2011)。

統合失調症の病態は、幻覚や妄想、興奮などの陽性症状と、思考内容の貧困化や感情の平板化、意欲の欠如などの陰性症状に代表される(Sadock & Sadock, 2007; 森, 2015)。近年、脳機能の研究により、統合失調症における脳の器質的な変化により、統合失調症者の注意保持や実行機能が低下し、ワーキングメモリーやエピソード記憶に関する認知機能に障害が生じることが明らかにされている。統合失調症者の知能レベルは正常範囲であることが多いが、統合失調症による認知機能障害は全ての者に認められている。また、この認知機能障害は統合失調症者の全体的機能や予後を予測する重要な臨床的所見であり(Sadock & Sadock)、発症時には既に現れている。この認知機能障害は統合失調症者の全般的機能はもちろんのこと、統合失調症者の病気の認識の欠如や自己と他者との区別を困難にさせている自我障害に関連すると考えられており(Sadock & Sadock, 2007; Zahavi, 2007)、統合失調症者の認識全般に影響を与えていると考えられる。

認知機能障害は脳機能の障害であり英語では「Cognitive Dysfunction」や「Cognitive Impairment」と表現される(Sadock & Sadock, 2007)。一方、統合失調症の症状である幻覚や思考内容や思考過程の変容は「Perception Disturbances」と表現される(Sadock & Sadock, 2007)。認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy)のように「Cognitive」を脳機能として述べていない場合もあるが、本研究では「Cognitive/Cognition」を認知または認知機能と訳し、脳機能に関連した認知または認知機能を示す用語として用いる。また、「Perception」は個人が五感を用いて知覚した情報から自己や他者に関する認識やその両者を取り巻く現実の捉え方とし、「認識」として用いる。

統合失調症者の自我の障害では、自己や他者に関する認識やその両者を取り巻く現実に関する認識の障害と捉え、自身の考え、行動、感覚、感情とその制御の感覚の変容が認められている。また、前頭前野の機能に関連するセルフモニタリング機能の障害や、自分の考えは自分のものであるという認識の障害も自我障害に関連している (Zahavi, 2007)。そのた

め、統合失調症者では「自分が考えている、話している、行動している」ことが自分のこととして十分に認識できず、他者の言動として認識されてしまうことがある(Zahavi, 2007)。また、自我障害は、統合失調症の回復期に相反する認識が共時的に共存する「二重の見当識(Double Awareness)」という現象や、現実世界と精神症状の内的世界に共時的に生きる「double bookkeeping(もしくは a double ontological orientation)」といった現象と関連していると考えられている。そのため、Henriksen & Parnas(2014)は統合失調症者の世界観は難解で不安定で、動揺していると述べている。

また、病気の認識の欠如は統合失調症に「もっともよく観察される所見の1つ」であり(池淵, 2004, p46)、一般的に「病識」という。英語において「病識」は「Insight」や「Insight into illness」または「Awareness of illness」に訳されることが多いが、英語圏において「Insight」も「Awareness」もあまり区別されず使用されている(池淵, 2004; Amador, Flaum, Andreasen, Strauss, Yale, Clark, & Gorman, 1994)。「病識」についての論議は Kraepelin が「早発性痴呆」と統合失調症を始めた当時から、指摘されているが、何をもって「病識」を定義するかは依然として混迷している(池淵)。その主な理由は「病識」は「ある」「なし」の2つに簡単に分類できるものではなく(Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott, & Gorman, 1993; David, 1990)、複数の要素に分かれており(池淵, 2004; 酒井と金, 1999)、医療者が客観的に評価するものと、統合失調症者の自己評価が乖離することが知られていることである。近年になり、医療者が統合失調症者の病気に関する認識を客観的に判断するだけでなく、統合失調症者自身が「主体としてどう精神障害を受け止めているか」という主観的体験が注目されるようになった。この主観的体験は、感情の変化を感じ、以前とは何か違い、「何かどこか変である」(安永, 1988)といった曖昧な感覚を指し、主観的な体験の変化が必ずしも医学的所見と一致する必要が無い(池淵)とされている。統合失調症者の「以前とは何か違い」(池淵)、「何かどこか変である」(安永)といった曖昧な感覚は、統合失調症による脳の器質的变化による認知機能障害だけでなく、心理的防衛機能による否認や妄想的思考に影響された誤った現実認識などに由来しているとも考えられている(池淵)。

2. 統合失調症に対する差別や偏見について

日本では、明治時代まで精神疾患はもののけにより引き起こされると考えられており(日本精神神経学会, n.d. a; 厚生省保健医療局精神保健課, 1987)、「狂人」として座敷牢に収容され、神仏に頼る施設において治療を受けていた(佐々木, 2004; 日本精神神経学会, n.d. a)。明治時代に入り文明開化が進むなか、1900年に「精神病者監護法」が制定され、精神病院の設立が道府県に義務付けられた(佐々木, 2004)。しかし、1910年から1916年の呉秀三の調査時には、精神障害者の多くが極めて悲惨な環境の下で私宅監置されている現状が確認された(日本精神神経学会, n.d. a)。このような現状から、1919年に私宅監置を軽減する目的で「精神病院法」制定されたが、予算の関係上、道府県における精神科病院の設立には至らず、私宅監置のような病院外での拘束は続いていた(日本精神神経学会, n.d. a)。また、この法律の設立には公安上の理由から精神障害者を社会から隔絶する意味もあったと批判されている(佐々木, 2004)。

1938年には厚生省が設置されたものの、精神保健対策における成果は乏しく、特に、太平洋戦争時には精神障害者の保護はないがしろにされ、多くの精神病院も戦火による消失や経営難にて閉鎖された(厚生省保健医療局精神保健課, 1987)。1940年には2万5千床あった精神病床が、終戦時には4千床まで減少していた(厚生省保健医療局精神保健課, 1987)。戦後は、精神障害者の医療保護、治療と予防の視点から1950年に「精神衛生法」が制定され、私宅監置が禁止になり、不当な拘束による人権の侵害を防止するため条文も制定された。しかし、1964年に起きたライシャワー事件により保安面が強化され、1987年の「精神保健法」が制定されるまで、長期の入院が継続されていた(森, 2015)。このような国の政策による精神障害者への不当な処遇について、竹原(2005)は要田(1999, p305)の言葉を引用し、日本社会における優生思想が原因の一端があると述べている。

1954年には国立精神衛生研究所が設置され、精神保健に関する総合的な調査が行われるようになった(厚生省保健医療局精神保健課, 1987)。1954年の調査では全国の推定精神障害者数は130万人であり、入院が必要な患者は35万人に対し、病床数はその10分の1に満たないことが報告された(厚生省保健医療局精神保健課)。これらのことから、国庫補助が行われ、精神科病床は急速に増加し、1960年には約8万5千床に達している(厚生省保健医療局精神保健課)。その後、精神障害者のリハビリテーションが推進されるようになり(厚生省保健医療局精神保健課)、日本精神障害者家族連合会の結成や共同作業所の設立などが推進された(日本精神神経学会, n.d. b)。

1973年には、精神障害者に対する意識や精神障害の原因と治療の可能性、精神障害者の社会復帰についての無作為抽出による全国調査を行っている。この調査において、精神障害者のイメージとして「恐ろしい」や「かわいそう」と回答する人がいたと中根, 吉岡, と中根(2010)が報告している。また、竹田(2005)は著作の中で1983年の全国精神障害者家族連合会による調査を引用し、精神障害者が近隣に居住する場合に、地域住民が望む精神障害者との交流を紹介している。3か所の地域における回答が示されており、「手を貸す」や「他と同じ付き合い」と友好的な回答がどの地区でも6~7割であったが、2割強の住民は「関わらない」や「拒否」と回答していた。

また、以前から使用されていた「Schizophrenia」の和訳である「精神分裂病」は否定的なイメージが強く、偏見を生じるため(金, n.d.)、全国精神障害者家族連合会は日本精神神経学会にその変更を要望し、この事が契機となり、「精神分裂病」は思考や行動を上手く統合できないという意味を持つ「統合失調症」へと変更された(共同通信, 2002)。

谷岡, 浦西, 山崎, 松本, 倉橋, 多田ら(2007)は、障害者の地域生活と就労の推進のための障害者自立支援法が2006年に施行されるのに先立ち、精神障害者の地域生活安定のためには、地域住民の精神障害に対する正しい理解が必要と考え、地域住民の精神障害者に対するイメージの実態調査を行っている。2002年に行われたこの調査においても、地域住民の精神障害者に対する否定的なイメージが報告されている。この調査では「精神障害者」として、うつ病、躁うつ病、統合失調症(調査では「精神分裂病」とも併記されている)、神経症・ノイローゼ、認知症の疾患を挙げて疾患毎の認知度も調査した結果、統合失調症の認知度が最も低いことが示唆された。

また、統合失調症を含む、精神障害者に対する差別や偏見は医療専門職者においても報告されている。2003年に中根, 吉岡, と中根(2010)は、地域住民と医療専門職を対象に精神疾患に対する病態と原因、適切な支援、治療手段の知識、そして精神障害者との交流に対する態度に関する調査を行った。地域住民を対象とした面接調査は25か所の地域で行われ、2000人の地域住民が参加した。医療専門職を対象としたアンケート調査は、6つの専門学会に協力を依頼し、それぞれの学会の構成員を無作為抽出、調査協力を依頼した。最終的には1373人の専門職者がアンケート調査に回答している。専門職者を対象としたアンケート調査の回答率は学会毎に異なり、全体では30.1%であった。日本精神科看護技術協会の地方支部の回収率は86.0%と他の学会(回収率36.0%-15.8%)と比較し突出して高かった。対象の職種は精神科医、一般科医、精神保健福祉士、作業療法士、精神科看護師、一般科看護師であった。アンケートは診断名を伏せたうえで、慢性期統合失調症者と希死念慮を伴ううつ病の事例を提示して質問がなされている。事例の疾患名を尋ねる質問では、一般科看護師おけるうつ病や統合失調症の認識率はそれぞれ36.1%と32.8%であり、地域住民の認識率28.8%と25.3%はあまり大差がないことが報告されている。一方、作業療法士や精神保健福祉士の認識率は70%以上であった。中根, 吉岡, と中根は一般科看護師における精神疾患の認識率の低さの原因には言及していないが、医師と看護師のみ「精神科」と「一般科」と区別されており、精神科に対する無関心や偏見が結果に反映されていた可能性が考えられた。また、一般科看護師の24.8%は統合失調症の病状を自身で処理すべきであると回答しており、12.0%は時々アルコールを摂取することが統合失調症の病状に役立つと回答していた。一般科看護師の28.8%が慢性期の統合失調症者の事例のような人は「何をしでかすかわからない」と回答しており、32.8%はこのような人を雇用すべきではないと回答していた。これらことから、統合失調症者は医療専門職者からも差別や偏見を受けている可能性が考えられた。

3. スティグマとは

偏見はネガティブな態度、差別はネガティブな行動と考えられており、偏見と差別の共通の特徴として対象者の価値を低め、対象者との関係性に価値を見出さないこと(Leary, 2010)が挙げられ、偏見と差別を含む大きな概念としてスティグマ(Link & Phelan, 2001; Corrigan & Watson, 2002)が報告されている。

スティグマという概念はGoffman(1963)の著作で初めて論じられた。Goffman(1963)は「汚名、恥、(罪人・奴隷に対し)焼き印、烙印で印を付ける」という行為から、身体障害や精神疾患等の社会的に好ましくない特徴のある人々に対する負の烙印の意味として「スティグマ」という表現を用いた。Goffmanは烙印すなわちスティグマを押し付ける側と押される側を区別し、烙印を押し付ける側はある特徴をもって、それらの対象者を好ましくないものと考え、価値も無く、汚れていて、信用できないものとみなすとした。また、スティグマを押される側も、押し付ける側と、同様な考えを持ち、自分自身を恥じるようになると述べている。Goffmanは特に、スティグマを押し付けられた側は、自分自身が持つ「普通」とは異なる「特徴」を認識し、「普通」から外れてしまった自分自身を恥じるようになること

に注目している。スティグマにより自己価値の低下が生じることを「Spoiled Identity」と表現した。Goffman(1963)はその、精神障害の他に身体障害や犯罪者なども含め、スティグマについて述べている。

Link と Phelan (2001)は、精神疾患に焦点を当て、スティグマの構成要素と形成過程についてのモデルを提唱した。精神疾患に対するスティグマの構成要素として、ラベリング、ステレオタイプ、分離、情動的反応、地位の喪失と差別的待遇を挙げた。スティグマの形成過程について以下のように述べている。ある集団の中で意味を持つ特徴によって人々は分類され、ラベリングをされる。ラベリングされた特徴が好ましくない特徴と結びつくと、好ましくない特徴がその集団のステレオタイプとなる。ステレオタイプが形成されると、他の集団から価値が無いとみなされ、偏見の対象となり、拒絶や排除等の差別的扱いを受けることになる。

これらのことから、本研究においてもスティグマは、社会的に好ましくない特徴のある人々に負の烙印やステレオタイプを押しつけることであり、その人々の価値を低く評価し、差別的に扱うことによって、スティグマを受ける側の個人または集団の自己価値を低下させることであると考えられる。

4. セルフスティグマとは

Corrigan と Watson は、スティグマを押し付ける側がもつステレオタイプ、偏見、そして差別を「スティグマ」と定義した。また、スティグマを押される側、即ちスティグマを受け取る側の個人や集団が、自分自身に向けたスティグマを「セルフスティグマ」と定義した。

Corrigan & Watson (2002)は Link & Phelan (2001)のスティグマのモデルを基に、セルフスティグマから自己価値の低下を引き起こすプロセスを考え、セルフスティグマのモデルとして示した。「対象集団への帰属の認識」が前提条件となり、「ステレオタイプの自覚」から「ステレオタイプへの同意」、「ステレオタイプと自己の一致」と続き、最後に「自尊感情の低下」の4つのプロセスである。前提条件である、「対象集団への帰属の認識」は、対象集団に属している個人が、自分はスティグマの対象集団に所属していると認識することである。プロセスの第一段階である「ステレオタイプの自覚」とは、世間一般が持つ対象集団に対しての好ましくない特徴を自覚することである。世間一般が持っているステレオタイプは事実であることを自身が認めることにより、第2段階の「ステレオタイプへの同意」となる。自己の特徴がこのステレオタイプにあてはまると気づくことで、第3段階の「ステレオタイプと自己の一致」となる。ステレオタイプに一致する自己は価値が低い存在であると認識することにより「自尊感情の低下」となると述べている。

Corrigan と Watson(2002)は、スティグマを押し付けられ、差別的な扱いを受けても、反論(Goffman, 1963)や怒りという形での抵抗する人や、全く反応しない人々もいるため、スティグマを受ける側が、自己の特徴と社会的に好ましくない特徴とを結び付け、自身が偏見や差別の対象であることを理解するだけでは自己価値の低下は生じないと述べている。Jenkins と Carpenter-Song(2009)は統合失調症者がどのようなスティグマを感じているのか明らかにするため、インタビュー調査を行い、統合失調症者が他者からのスティグマは断

固拒否し、自分にスティグマを押し付けさせないという強い抵抗の意思を述べていることを報告している。この研究では、統合失調症者が認識しているスティグマに焦点を当てているが、スティグマとセルフスティグマを明確に区別しておらず、インタビューの内容からセルフスティグマと考えられる語りも見られた。あるアフリカ系アメリカ人の男性は職場においてスティグマを認識すると回答している。この男性は仕事に採用されたものの、怠業が原因となり、停職となった。その後、職場復帰したものの、職場における居心地の悪さを「虫眼鏡で観察されているようだ」と述べている(Jenkins & Carpenter-Song, 2009, p524)。しかし、この男性は就職した後に、統合失調症であることやその為に服薬していることを「悪い(原文ではBad)」と感じるようになり、怠業をするようになったと述べており、統合失調症であることや服薬に引け目を感じ、セルフスティグマを認識していると考えられる。

Goffman(1963)は、スティグマはスティグマを押し付ける側と受ける側における相互的な現象であると述べている。Corrigan と Watson(2002)もステレオタイプの認識や同意は、セルフスティグマが生じる過程の条件であり、この男性のようにスティグマとセルフスティグマを同時に認識していることは自然であると考えられる。しかし、この男性が示すように統合失調症と診断されたことで自己価値の低下を信じていることはセルフスティグマの特徴と考えることができる。

さらに、Ritsher, Otilingam, と Grajales (2003)は「Internalized Stigma」という表現を使用し、「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識が、直接的に自尊感情に影響し、心理的ストレスを与えるものだと強調した。

これらのことから、本研究ではセルフスティグマは、スティグマの対象となる個人や集団が、自己の特徴または自己が属する集団の特徴を好ましくないものとみなし、自己またはその集団の価値が低く、差別的に扱われることを容認し、自己価値の低下が生じている状態であると考えられる。

5. 統合失調症者のセルフスティグマによる影響

統合失調症を含む精神障害者において、セルフスティグマが強いと精神症状の得点が高い傾向にあり、なかでも不安と抑うつ症状はセルフスティグマと関連すること(Drapalski, Lucksted, Perrin, Aakre, Brown, DeForge, et al., 2013)が報告されている。また、セルフスティグマが強いほど自尊感情と自己効力感が低く(Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Drapalski, et al., 2013)、自己の精神疾患を受け止め、自己をエンパワーメントし、疾病からの回復に向かう傾向を測るリカバリー尺度の得点が低く(Drapalski, et al., 2013)、治療プログラムへの参加の頻度が低下する(Fung, Tsang, Corrigan, Lam, & Cheng, 2011)が報告されており、セルフスティグマは精神疾患を受け止め、疾病からの回復に向かう過程が阻害されることが考えられる。統合失調症者を対象に、病気の認識、陽性・陰性症状、希望、抑うつ症状とセルフスティグマの関連性を明らかにしようとした研究において、セルフスティグマが強いほど、希望を抱くことが少なく、自己の病気の認識も低く、抑うつ症状が強い傾向がある(Schrank, Amering, Grant Hay, Weber, & Sibitz, 2014)ことが示されている。Brohan, Elgie,

Sartorius, Thornicroft, と the GAMIAN-Europe Study Group(2010)の 14 か国における統合失調症者を主とした精神症状を伴う精神障害者を対象とした研究では、セルフスティグマが強いとエンパワーメントが低くなることも報告されている。また、この研究では 診断された自己の病名に納得がいかない精神障害者ではセルフスティグマが強い傾向が報告された。中国における統合失調症者を対象とし、治療へのアドヒアランスと治療プログラムへの参加頻度、セルフスティグマと自己効力感の関連を明らかにすることを目的にした研究では、セルフスティグマが強いと精神科医療へのアドヒアランスと参加頻度が下がることも報告されている (Fung, Tsang, & Corrigan, 2008)

ここから、統合失調症者の精神症状、特に不安や抑うつに関連し、自尊感情と自己効力感の低下に関連していると考えられる。また、セルフスティグマは精神科医療へのアドヒアランスや不参加に関連しており、疾患からの回復を阻害する可能性が考えられた。統合失調症者が統合失調症から全人的な回復を目指すためには、自尊感情と自己効力感の回復、不安や抑うつ症状の改善、疾患を受け止め、自主的な治療参加が望ましく、そのために統合失調症者のセルフスティグマの解消は重要である。

6. 統合失調症者のセルフスティグマに関する研究

Corrigan と Watson(2002)は自ら示したモデルに沿い、セルフスティグマ尺度を作成している (Corrigan, Watson, & Barr, 2006)。この研究では、Corrigan と Watson(2002)のセルフスティグマの 4 つの過程を前提に、精神障害者とその家族 12 名を対象にしたフォーカスグループインタビューから試案の項目を抽出した。最終的には各 10 項目の 4 下位尺度が構成され、それぞれの α 係数も 0.89~0.72 と安定しており、内的信頼性が示されていた。下位尺度の「ステレオタイプの自覚」は他の下位尺度と有意な関連がなく、「ステレオタイプへの同意」と「ステレオタイプと自己の一致」は有意な中程度の相関を示し、「ステレオタイプと自己の一致」と「自尊感情の低下」は強い関連を示していた。ここから Corrigan, Watson, と Barr は、3 つの下位尺度「ステレオタイプへの同意」、「ステレオタイプと自己の一致」と「自尊感情の低下」がセルフスティグマの核になる 3 つのレベルであると結論付けた。特に、「ステレオタイプと自己の一致」と「自尊感情の低下」の 2 下位尺度において、自己効力感、自尊感情、抑うつ症状との関連が示されたことから、セルフスティグマによる自尊感情の低下には、自己がステレオタイプに一致しているという認識が必要であると Corrigan, Watson, と Barr は結論付けている。しかし、セルフスティグマの核ではないとされる「ステレオタイプの自覚」がセルフスティグマにおいてどのような役割があるのか明確にしておらず、研究から示された「ステレオタイプの自覚」と自己効力感と自己肯定感の有意な相関関係についても十分な説明がつかないと述べている。しかし、「ステレオタイプの自覚」をセルフスティグマの初めのプロセスとして尺度の中でも使用している (Corrigan, Michaels, Vega, Gause, Watson, & Rusch, 2012)。

このセルフスティグマ尺度 (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) は、Corrigan と Watson(2002)が提唱したセルフスティグマの定義に沿って作成され、定義との一貫性はあるものの、4 つの下位概念が独立して従う構成に成っており、その概念同士の関係性は充分

には明らかになっていない。また、4つの下位概念をそれぞれで測定するため、セルフスティグマとして1つの概念として測定できない欠点がある。

一方、Ritsher, Otilingam, と Grajales (2003)はセルフスティグマを「Internalized Stigma」と表現し、Internalized Stigmaとは「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識であり、直接的に自尊感情に影響し、心理的ストレスを与えるものだと強調し、「Internalized Stigma」尺度(Internalized Stigma of Mental Illness: ISMI)の開発を行っている。Ritsherらは精神科サービスを利用している当事者からの意見を基に29項目から構成されるISMIを作成している。この尺度の α 係数は0.90であり、内的一貫性が確立している。また、因子分析により「Alienation(疎外感)」、「Stereotype Endorsement(ステレオタイプの承認)」、「Perceived Discrimination(差別の認識)」、「Social Withdrawal(社会からの距離感)」、「Stigma Resistance(スティグマへの抵抗)」(逆転項目)が得られている。下位尺度の内的一貫性は「スティグマへの抵抗」を除き、確立されており($\alpha=0.72\sim0.80$)、再テスト信頼性も確立されていた($\alpha=0.68\sim0.94$)。しかし、「スティグマへの抵抗」の α 係数は0.58と低かったまた、ISMIはLinkスティグマ尺度、うつ症状、自己肯定感、エンパワーメントと中程度から弱い相関があり、外的妥当性も示されている(Ritsherら, 2003)。

Boyd, Adler, Otilingam, と Peters (2014)による文献レビューでは、「スティグマへの抵抗」のみ α 係数が低いため、研究者によっては「スティグマへの抵抗」を尺度から排除している。Tanabe, Hayashi, と Ideno(2016)が行った日本語版の併存妥当性では、ISMIの5つの下位尺度は抑うつ、自尊感情、エンパワーメントとの関連が認められている。しかし、原版を用いた米国での研究(Drapalski, Lucksted, Perrin, Aakre, Brown, DeForge, et al., 2013)では、下位尺度の「スティグマへの抵抗」は抑うつや不安との関連は認められなかった。ISMIは他の言語にも翻訳され、精神障害者に対するセルフスティグマだけでなくHIVなどの他の分野においても活用されている。また、Boyd, Adler, Otilingam, と Peters (2014)は42言語に訳されたISMIの文献レビューを行っている。使用された言語による法則的な違いは認められなかったが、精神症状との関連の違いやセルフスティグマの程度の分布の違いが見られている。この文献レビューでは明確な文化間による違いは見られなかったが、南アフリカにおけるISMIの研究では地域に関連した質問項目が加えられたように、現在のISMIに含まれていない文化に影響されたセルフスティグマの存在の可能性を指摘している(Boyd, et al)。特に、同じ文化圏でISMIを繰り返し使用する中で、その文化圏に特徴的な点数の変化や α 係数などを検討する必要があるとBoydらは述べている。

最後に、Corrigan, Watson, と Barr(2006)によるセルフスティグマ尺度においてもRitsher, Otilingam, と Grajales (2003)によるInternalized Stigma尺度においても、尺度作成時のフォーカスインタビューでは「精神障害者」を対象にしており、精神疾患毎に異なるステレオタイプや疾患の違いによるセルフスティグマへの影響は考慮されていないため、これらについて追及する必要があると考えられる。

Jenkins と Carpenter-Song(2009)は米国の統合失調症者がどのようなスティグマを認識しているのか明らかにするため、インタビュー調査を行っている。その結果、統合失調症者が様々な状況や対人関係の中で、他者からのスティグマを認識していることが認められた。

この研究では、統合失調症者はバスや図書館などの公共の場での社会的交流、職場、異性との交流、家族、知り合い、友達との関係性においてスティグマを認識していることが報告されている。公共の場での社会的交流では、統合失調症者は、他の人とは違うように他者から見られていると感じており、公共の場で不安や居心地の悪さを感じると報告している。また、統合失調症者は、精神疾患を理由に同僚にからかわれていると感じていたり、異性との交流はできないと決めつけられたり、家族に邪険にされ、プライバシーを侵害されたりするというエピソードを紹介している。また、統合失調症者は家族が腫れ物に触るような態度で接することや、統合失調症である自分を恥じている家族の態度に傷つくと報告している。Jenkins と Carpenter-Song の報告によると、統合失調症者は薬を飲むという行為にスティグマを認識しており、人目を気にしながら内服したり、服薬していることを隠したりしていた。また、スティグマの認識は性別においても違いがあり、女性の方が性役割に関連したスティグマを受けやすいと考えている傾向が有意に示されたが、Jenkins と Carpenter-Song はインタビューアーが全員女性であったことが関係したのではないかと考察している。性別によるスティグマの違いでは、幾人かの対象者から、統合失調症は文化に則した性別役割を遂行することができないとの考えが示された。Jenkins と Carpenter-Song は報告している。男性統合失調症者の語りとして、男性の役割として統率する立場やある種の責任、そしてパートナーを持つことを挙げており、これらが統合失調症により遂行できないとの考えを報告している。また、女性の統合失調症者の語りとして、男性は自己がどのように見えるか、自己のイメージを気にしないと思うが、女性は自己イメージや魅力的であるこの重要性を重視していることを報告している。

日本において精神障害者が認識するスティグマの実態調査（竹原, 2005）においても、精神障害者は一般住民からスティグマを受けていると感じていた。竹原はスティグマを日本社会の中で表現するには「恥じ」や「肩身の狭い」といった感覚であると考えており、スティグマの認識を「社会を冷たいと感じる」や「肩身の狭い思いをした」と表現をしている。この研究では半数以上の精神障害者が「社会を冷たいと感じる」と回答しており、特に女性に多い傾向にあった。また、「社会を冷たいと感じる」精神障害者は「今困っているか」の問いに「大変困っている」と回答する傾向にあった。そして、「困っている」内容として、経済状態、職業、健康状態や家族関係が挙げられた。「肩身の狭い思いをした」と回答している精神障害も半数以上おり、特に女性では6割以上の精神障害者が「肩身の狭い思いをした」と回答していた。この精神障害者の内、実際に不快な思いをしてことがある精神障害者は半数以上に登っていた。竹原は、看護師から聞いた話として、男性は仕事もせず家にいるのは世間体が悪いいため通所施設の利用が多いが、女性は家に引きこもってしまうのではないかと述べている。また、女性の通所施設利用者は男性と比較し、少ないことが、6割以上の女性が「肩身の狭い思いをした」と回答する理由ではないかと推測している。また、この研究(竹原, 2005)ではスティグマを認識することで、公的支援を受ける際に「ためらい」や「気後れ」といった気持ちを抱くことが報告されており、スティグマを認識することは適切な治療や支援を受ける際の障壁となることが推測された。特に、スティグマを認識し、自己が偏見や差別の対象になることを恐れる患者やその家族は社会的孤立を強め、疾患を隠

しながら生活していることが報告されている。Holmes と River(1998)は、親密な関係を築きたいと思いつつも、精神疾患によって友達からスティグマを受けるのではないかと心配し、自己開示をすることができない精神障害者の恐れを報告している。竹原(2005)は精神疾患であることを近隣の住民に知られないように、わざと遠回りをして目的地に向かう精神障害者の語りを報告している。Jenkins と Carpenter-Song(2009)は、統合失調症者が、実際にスティグマを受ける事実よりも、他者からスティグマを受けるのではないかと恐れていることが多いと報告している。これらの報告から、他者からスティグマを受けると認識することは、統合失調症者の中に恐れや不安を抱かせ、対人関係や日々の行動に影響を与えるため、精神障害者の安定した地域生活の障壁になる(Accordino, Porter, & Morse, 2001)と考えられている。

7. 統合失調症者のセルフスティグマについて

統合失調症者がどのようにスティグマを受けて、自身のこととしてどのように認識しているのかを明確にするには困難であると考えられる。統合失調症における自我障害により、自己や他者に関する認識やその両者を取り巻く現実に関する認識が障害されていること、そして、自己の病気の認識の欠如により、自己がスティグマの対象であると十分に認識していないことが挙げられる。

統合失調症者は自己が精神疾患または統合失調症に罹患している認識が低い傾向があり(昼田, 2007; 池淵, 2004; Sadock & Sadock, 2007)、自己を客観的に捉えることが障害され、自己の病気に関する認識が低く、スティグマの対象と自己の特徴を関連させることが困難であるのではないかと考える(Omori, Mori, & White, 2014)。しかし、病気の自覚という明確なものでもなくとも、統合失調症者の主観的な体験の変化として認知されていることがある(池淵, 2004; Markova & Berrios, 1992)。たとえば、自己の疾患の認識が低くても、医療保護入院等の強制的な医療介入による体験や、家族や医療者の態度などから、「精神疾患」または「統合失調症」と自身との関係性を理解し、他者が自己をスティグマの対象として見ているのではないかと考え、不安を感じる事が考えられる。しかし、その場合は統合失調症者が自己と「精神疾患または統合失調症」を明確には結び付けていないため、自己価値の低下がみられない可能性がある。一方で、他者からスティグマの対象として扱われることに不安や恐怖、心理的ストレスを感じ、自己が価値の無いものとして扱われることを意識し、スティグマにより自己価値が脅かされる可能性もある。そのため、統合失調症者においては、明確な自己価値の低下や自尊感情の低下が生じていなくても、他者からスティグマの対象として扱われることに不安や恐怖、心理的ストレスを感じていることを、セルフスティグマの認識として考える必要がある(Omori, et al., 2014)。統合失調症者のセルフスティグマには、医療保護入院等の強制入院などの体験や、入院生活のなかで家族や医療専門職者等の態度により対人関係のなかで感じたことや、病名そのものを不安に思うなど、統合失調症者が言語で表出することが困難な状態も含まれ、またスティグマの対象となる個人が、自己の特徴または自己が属する集団の特徴を好ましくないものとみなし、自己またはその集団の価値が低く、差別的に扱われることを容認し、自己の自己価値の低下を感じている状態であり、

認知機能障害や症状による影響の中で、意識し、気付くことの出来るセルフスティグマを明らかにする必要がある。

8. 統合失調症者のセルフスティグマに関する文化的背景について

国の違いにより精神疾患についての知識の普及度や精神障害者に対する態度が異なることが報告されている(Griffiths, Nakane, Christensen, Yoshioka, Jorm, & Nakane, 2006; Haraguchi, Maeda, Mei, & Uchimura, 2009)。Griffithsらはオーストラリアと日本の地域住民を比較すると、うつ病や統合失調症に関する知識の普及の程度が異なり、日本はオーストラリアより精神疾患に対する偏見が強いと報告している。日本と中国の精神保健職者を対象とした研究では、中国人の方が精神障害者との社会的距離が遠く、精神疾患の症状や治療に対する誤解が多いと報告されている(Haraguchi, et al., 2009)。また、アジア系アメリカ人はヨーロッパ系アメリカ人と比較し、精神疾患に対する否定的な態度が強いことも報告されている(Cheng, 2015; Masuda, & Boone, 2011)。しかし、これらの研究では精神疾患に関する知識や態度の違いは示唆されたが、それらの違いが生じる文化的な背景は明らかにされていない。

また、日本の社会的歴史背景が、精神疾患に対する知識と態度に影響しているとの指摘もある(小高, 2008; Griffiths, et al., 2006; Ihara, 2012; 竹原, 2005)。日本は歴史的にみると、精神障害者の隔離政策や長期入院制度をとるなど、市民が精神障害者と接触する機会が少なかったことが、精神疾患に関する知識の普及が遅れていることに関連していると小高は考察している。また、精神疾患のなかでも、統合失調症よりもうつ病の知識の普及が早く、偏見も弱いことが指摘され(Griffiths, et al., 2006)、その背景として製薬会社によるうつ病啓発キャンペーン(Ihara, 2012)が影響している可能性がある。一方で、2001年に起きた大阪教育大学付属池田小事件において加害者が統合失調症を装ったことで、日本では統合失調症者だけでなく精神障害者への偏見が増加したと考えている(竹原, 2005)。

集団が持つ価値観や特徴は、ラベリングとステレオタイプのプロセスに影響を与えるが(Link & Phelan, 2001)、それは文化的背景にも影響を受けている。したがって、セルフスティグマも、文化的要因による影響を受けているものと考えられている(Abdullah & Brown, 2011; Bhugra, 2006)。

竹原(2005)は様々な場面で出会った精神障害者の事例を回顧し、精神障害者が抱いている「内なるスティグマ」を明らかにしようとしている。この事例から、自己をスティグマの対象と結び付けられることを恐れること(Holmes & River, 1998)、自身を恥じること(Goffman, 1963)、自己を価値の無いものとみなすこと(Corrigan, et al., 2006)といった内容は日本における精神障害者でも確認され(竹原, 2005; 鈴木&深澤, 2010)、多文化におけるセルフスティグマに共通すると考えられた。一方、AbdullahとBrown(2011)の文化とスティグマについての文献レビューを行い、アジア人においては精神的問題を身体症状として表出する傾向があり、身体的症状が精神的問題の表出よりも好まれる背景として、アジア文化に特徴的である精神と身体は相互に関連しているという文化的規範やスティグマを避けるための表現方法が影響していると述べている。

日本文化の特徴として、竹原(2005)は、日本人は「他人(公衆)の評価」を基準にする他律的な文化を持つため、絶対的な善悪の基準を持つ欧米人とは異なる意味合いで「恥」を感じると述べている。日本人における「恥」は強い心理的反応を伴い、「恥」をかくことにより意気消沈や憂鬱、怒り、無気力を味わうことがある(竹原, 2005)。特に、日本を含むアジア圏では「家族」という集団の一部として個人を見るため、家族構成員の一人が好ましくない特徴を持ち、それが公衆に知られることは家族全体の「恥」であり、「面子を失う」、つまり、家族全体の価値が下がる(Benedict, 1946; Guo, & Uhm, 2014; 竹原, 2005)。精神障害者は、家族のなかで隠すべき存在とされてきた歴史があり、日本では精神疾患を持つ自身を恥じる(Goffman, 1963)のみならず、自身が家族全体の価値を低める存在であると認識する可能性がある。また、家族全体の価値を低める「恥」に対する存在に対し、日本人の家族は必ずしも受容的ではないと考えられている(鈴木&深澤, 2010; 竹原, 2005)。竹原は Benedict が示した日本人の家族は社会全体の価値観に従い、「恥」の対象者に対し批判的であるという報告から、日本人の精神障害者は家族からも批判の対象として扱われると述べている。鈴木と深澤(2010)は統合失調症者を対象に差別とスティグマについて面接調査を実施した。否定的な差別体験の内容で一番多かったものは「統合失調症の診断による異なる扱い」であり、次いで「友人を作る」、「家族からの扱い」、「就職」と続き、当事者の身近な距離にいる人々からの差別体験が多いことを示している。

また、自己を固有の自立的で独立したものと捉える欧米文化と異なり、日本人では、自己を社会的関係性から切り離さず、反対に他者とのより深い関係性を築き、両者の相違を減らそうとする特徴がある(Markus & Kitayama, 1991)。また、Markus と Kitayama は、日本人は進んで他者と調和し、義理を果たそうとし、様々な相互的人間関係を築くと考えている。日本人が自己を認識する上で他者との関係性が重要な事は Rosenberger(1992)の提唱する日本人の自己概念においても報告されている。Rosenberger は日本人の自己概念には「気」、「動的な人間関係」、「内と外」の三つの要素とこの要素の程度によって構成されると考えている。「気」を許している時は心の内の素が表出されるが、集団における責任を果たそうとする時は「気」は引き締められる。他者に自分の欲求を満たすことを期待し他者に「甘える」人と、期待された要求を満たす「甘やかす」人とが「動的な人間関係」を作り出す。そして、集団における規律や調和を重んじる場合や正式な場面において表現される形式的で表面的な「外」の自己と、くつろいだ私的な間柄では自身の感情の表出や親しい関係性が促進され、より内面的な「内」側の自己を持つとされる。このため、自己がどのように表現されるかは他者関係または所属する集団によって変化すると考えられる。

このような関係性における日本人の言動の変化は Benedict(1946)の「The Chrysanthemum and the Sword」でも紹介されているが、ヨーロッパ文化では、個人の特性は普遍的なものであり、この特性においてその個人を判断し、信用度を決めるが、日本では状況によって自身の「特性」を変化させる。そして、日本人の行動は絶対的な善悪の判断によって決定されるのではなく、一番多く自己を支援している人を支持することが優先され、個人的な判断は後回しにされる。

これらのことから、人間関係の親密度や優先度、集団内における自己の立場によって影

響を受ける自己を持つ日本人ではヨーロッパ文化基盤の人々とは異なるセルフステイグマを認知している可能性があると考ええる。

II. 本研究の目的と意義

1. 研究の目的

本研究は、日本人の統合失調症者がセルフスティグマをどのように認識しているか明らかにすることを目的とした。

2. 本研究の意義

セルフスティグマは統合失調症者の自己価値を低下させ、社会参加を妨げている。そのため、統合失調症者のセルフスティグマの解明と解消は重要な課題である。統合失調症は精神疾患の中でも、正確な知識を持っている人が少なく、スティグマが強い傾向にある。また、統合失調症によって引き起こされる認知機能障害や自我の障害により、自己と他者の状況を的確に認識できない傾向があると考えられる。さらにこれらのことが、統合失調症者がどのようにセルフスティグマを認識しているのかに影響を与えられられる。また、日本の精神科医療には独自の歴史があり、欧米と比べると精神科病院における入院期間が長く、精神障害者の地域生活支援が遅れた経緯がある。そのため、他の先進国と比較すると、日本の統合失調症者を含む精神障害者に対する知識の普及率が低く、否定的な態度が示されている。これらの状況から、歴史的背景が統合失調症のスティグマやセルフスティグマに影響している可能性がある。さらに、日本人には個人を家族の一部として捉える傾向があるため、家族に精神障害があることを、家族全体の恥じと捉える可能性が指摘されている。日本人は自己を他者との関係性において認識することも示唆されており、このような日本人の価値観や対人関係が日本人統合失調症者のセルフスティグマの捉え方にどのような影響を与えているのか明らかにする必要があると考えた。

ここから、日本人統合失調症者がセルフスティグマをどのように認識しているのか、当事者の世界観を考慮しながら明らかにする必要があると考えた。また、日本人統合失調症者が日本人特有の価値観や対人関係のなかで、どのようにセルフスティグマを捉えているのか明確にすることで、日本の統合失調症者のセルフスティグマに対する基礎的知識を得て、セルフスティグマ解消のために可能な看護介入検討に役立つと考えた。

3. 本研究における用語の定義

1)セルフスティグマ

本研究では、セルフスティグマを、ラベリング、ステレオタイプ、ステレオタイプと自己一致、自己価値の低下の4過程を含む現象と捉え、以下のように定義する。セルフスティグマとは、スティグマの対象となる個人が、自己の特徴または自己が属する集団の特徴を好ましくないものとみなし、自己またはその集団の価値が低く、差別的に扱われることが当然であると容認し、自己の自己価値の低下を信じる状態と捉える。

Ⅲ. 方法

1. 研究方法

1) 調査方法

(1) エスノグラフィー

エスノグラフィーは古くから用いられている質的研究方法であり、人類学者が集団の生活様式やパターン、を研究する方法論として発展した(Streubert & Carpenter, 2011)。文化は人々の生活様式に反映される思考、信念、知識から構成され、食事、洋服、言語や世界の見方、行動などに反映される(Roper & Shapira, 2000)。エスノグラフィーではその集団の人々と行動を共にして、集団の人々の行動様式を観察し、その言動の背後にある意味を探求することが目的である(Roper & Shapira, 2000)。また、エスノグラフィーは「文化」そのものを記述していく方法論でもある(Streubert & Carpenter, 2011)。特に、集団内部者の内的視点(エミックの視点)と集団外部者の外的視点(エティックの視点)の双方向の視点から言動のパターンを明確化することにより、より深い洞察を得ることが可能になる(Roper & Shapira, 2000)。

従来のエスノグラフィーでは、研究者は数年単位で対象集団と行動を共にし、その集団の人々から信頼を得て、その文化に浸透し、その文化とその背景を記述することが目的であり(Roper & Shapira, 2000; Higgibbottom, Pillay, & Boadu, 2013)、研究期間も研究費も膨大になることが多かった。また、従来のエスノグラフィーでは、対象集団に浸透する中で得た洞察が重要であり、研究目的を絞らずに研究が開始される。そのため、研究期間と費用が限定され、特定の目的を持つ研究には適さない研究方法であると言われていた。特に、対象集団が地理的に孤立している場合や母集団が小さい対象集団では対象集団に浸透するためのフィールドワークが現実的に困難であるとの指摘もある(Wall, 2015)。

(2) フォーカスエスノグラフィー

フォーカスエスノグラフィーはミニエスノグラフィーとも呼ばれ、特定の小集団の特定の問題に焦点を当てて行われるエスノグラフィーを応用した研究手法である(Roper & Shapira, 2000; Higgibbottom, Pillay, & Boadu, 2013)。フォーカスエスノグラフィーは、特定の問題に焦点を当てて、研究が進められるため、従来のエスノグラフィーと比較し、研究期間が短く、医学や看護領域においては特定の対象者、信念や病気や健康の過程に注目した研究に適用されるようになった(Higgibbottom, et al., 2013; Streubert & Carpenter, 2011)。

フォーカスエスノグラフィーは従来のエスノグラフィーと比較し、小規模な研究であり、より効率的にデータ収集を行うため、研究期間は短い、研究者は対象分野に精通し、基礎的な知識を持っている必要がある。また、フォーカスエスノグラフィーでは、研究目的に沿った、間欠的で限定的なデータ収集を行うため、対象者は主に知識や経験の提供者としてみなされ、従来のような親密な関係性を必ずしも必要としないのも特徴である(Higgibbottom, et al., 2013)。

統合失調症の発症率は 100 人に 1 人と言われており、決して珍しい疾患ではない。しか

し、統合失調症者では自己が統合失調症に罹患しているという認識が低い個人もいることが考えられ、研究参加を承諾する対象者が限られてくることが予想された。また、セルフスティグマが強い対象者では、本研究に参加することを不快に思う対象者が居ること、統合失調症から生じる認知機能の低下により、十分にインタビューに回答できない対象者が居ると考えられた。そのため、研究に参加する対象者は限定的で小集団であると予想された。

また、統合失調症から生じる自我障害や自己の病気の認識の欠如により、統合失調症者の自己や他者に関する認識やその両者を取り巻く現実の認識が障害されている可能性や、自己の主観的体験の変化を「何かどこか変である」(安永 1988)といった曖昧な感覚で捉えている可能性が挙げられ、インタビューだけでは十分なデータを得られないことが考えられた。フォーカスエスノグラフィーでは、エスノグラフィーに特徴的である集団内部者の内的視点(エミックの視点)と集団外部者の外的視点(エティックの視点)の双方向の視点から言動のパターンを明確化することにより、より深い洞察を得ることが可能になる(Roper & Shapira, 2000)特徴と、インタビュー調査だけでなく参加観察調査による行動とインタビュー内容の比較の手法を用いることで、統合失調症者が捉えるセルフスティグマを明確にできると考えた。

2) 対象施設

(1)A デイケア

A デイケアは、関東地方にある都市部の主要駅から徒歩 5 分程度の、繁華街に隣接している。A デイケアは青色を基調とした落ち着いた雰囲気の高層階のビルの中にあつた。研究者はこのデイケアのプログラムに対象者と一緒に参加しながら、対象者とのインタビューを記録した。また、このデイケアでは精神社会福祉士の実習生が定期的の実習に来ていたため、利用者も外部からの実習生に慣れており、研究者や実習生にデイケアでのスケジュール等を教えてくれることも多かった。

このデイケアプログラムは主に統合失調症を罹患した利用者が多く、40 人程度の利用者と 5-6 人程度のスタッフが在籍していた。ビルのワンフロアが一つの教室ようになっており、普段は長机と折り畳みのパイプ椅子(転倒のリスクがある利用者にはアーム付きの折り畳みではない椅子が提供されていた)が並べられていた。長机とパイプ椅子の配置はプログラムが始まる前に、スタッフが利用者に配置を伝え、スタッフと利用者皆で長机やパイプ椅子を動かして、配置を変更していた。

デイケアのプログラムは、午前 10 時から始まるが、午前 9 時前から、ぽつり、ぽつりと利用者がデイケア室に入って来て、テレビを見る人、タバコを吸う人(教室の一部に分煙されているが、喫煙所がある)、流し場で掃除を手伝う人(スタッフは利用者が来る前に一通り掃除を終了している)、朝食を自分の席で取る人などがプログラム開始までの時間を思い思いに過ごしていた。また、利用者同士おしゃべりをしている人もいたが、特に何もせず、机に伏せて寝ている人、何もせずにただ席に座っている利用者もいた。

午前 10 時 5 分前になると、2-3 人の利用者がテレビを消し、ラジオ体操 CD をオーディオプレーヤーにセットし、ラジオ体操の曲を流し始めた。CD をかける人が特定されている

わけではなかったが、比較的症状が軽い利用者が日替わりで担当していた。ラジオ体操の曲が流れ始めると、利用者は自分の席の近くで、スタッフはステーションの近く、または、空いている場所で一緒に体操を行った。ラジオ体操の後には、「明日があるさ」の曲が続いており、スタッフの手拍子に合わせて、ボックスステップを皆で行った。体操が終ると、午前10時半からのプログラムの準備を始める利用者、ステーションで朝食後菓を受け取る利用者、プログラム参加を示す判子を貰うために列に並ぶ利用者で、デイケア室がややにぎやかになった。そして、午前10時半から午前11時50分頃まで、午前中のプログラムが行われた。プログラムは日替わりで内容が異なり、1か月分の予定表に沿って行われた。午前中のプログラムでは、計算や漢字の問題を講義形式で、皆で取り組み、ゲートボールや卓球、季節の飾りつけの工作や俳句の作成等が行われていた。

昼食は全員同じ内容のお弁当であったが、嚥下や咀嚼の状況も加味されていた。弁当は強制ではなく、流し場にあるポットでインスタントのスープを作る者、自分で弁当を持参する者もいた。午後1時半までは自由時間のため、昼食後はデイケアの外に買い物等に出かける利用者、喫煙する利用者、机でうたた寝をしたり、利用者同士会話を楽しんだり、思い思いの時間を過ごしていた。また、昼食時から休憩時はデイケア室にある42インチ程度の大型のテレビを視聴できるため、午後12時になると利用者がテレビをつけていた。チャンネルはいつもNHKで、お昼のニュースに続き連続テレビ小説が流れていた。研究期間中、お昼のニュースで、相模原で起きた障害者殺傷事件についてのニュースが流れていたが、利用者は反応することが無く、黙々と昼食を取っていた。

午後1時半から午後3時までのプログラムは曜日により、選択制であった。プログラムの内容は様々で、伝統楽器や舞踊、合唱、スポーツ、アート等で、利用者は好きなプログラムを選び、数か月継続してそのプログラムに参加していた。また、選択制のプログラムは他の教室の利用者と合同で行われたが、それ以外の日はそれぞれのデイケア室で予定されたプログラムが実施されていた。年に1回デイケア室ごとに演劇の発表会があるため、午後の時間を使って、劇の練習も行われていた。

午後3時から午後5時までは自由時間であり、多く利用者はクリニック近くのコンビニエンスストアに行き、おやつなどの買い物をしていた。そのため、デイケア室では利用者同士、おやつを持ち合い、歓談している者も多かった。また、この時間に帰宅する利用者も数名いた。午後6時から7時まで、最後のプログラムが行われた。この時間のプログラムはカラオケやリラックスのための体操など、日中のプログラムと比較すると少し、リラックスした内容が多かった。様々な症状の利用者が混在しており、プログラムへの参加度は個人によりばらつきがあった。プログラムの進行を自主的に行う利用者もいれば、机に伏せて、プログラム中寝てしまう利用者もいた。講義や工作、料理などスタッフが主導して手順を示し、指導するプログラムがある一方で、劇やゲートボール、カラオケなどは利用者が率先してプログラムを進行させていた。午後5時からのプログラム後は夕食が支給され、利用者の帰宅時間となった。

デイケア A ではプログラム中の携帯電話の使用は禁じられていたが、休憩時に携帯電話を操作する利用者はあまりいなかった。

(2)病院 B

B 病院は関東地方の住宅地に囲まれた郊外に位置していた。最寄りの駅からバスに 15 分程度乗る必要があった。病院は 6 病棟とデイケアからなり、各病棟は 50-30 床程度の受け入れが可能であった。B 病院は地域精神科医療の二次救急と精神科後方病院の受け入れを担っていた。研究期間当時、B 病院は新病棟の建て替えの工事を進めており、3 病棟は新しく建てられた新館で既にオープンしていた。療養病棟とデイケアは以前からの旧病棟に位置していた。研究者は午前 8 時 45 分から午後 5 時まで病棟またはデイケアにて対象者を観察及びインタビューを行った。

デイケア

午前 9 時 30 分から朝のミーティングが始まるものの、午前 8 時 30 分くらいから外の階段でデイケアが開くのを待っている利用者も数人いた。午前 8 時 40 分頃になるとデイケアの扉が空き、利用者はデイケアの思い思いの場所で過ごしていた。デイケアにはホール、調理室、講義室、工作室、カラオケルーム、休憩室等があり、危険物が配置されている部屋は施錠されていたが、手芸室や休憩室は常時解放されていた。手芸室や休憩室でデイケアのプログラムが始まるのを待っている利用者もいた。また、ホールでは麻雀をする人、ただ机に向かって人、利用者同士でお話している人がいた。

午前 9 時 30 分になると、私服にエプロン姿のスタッフが挨拶をし、モーニングミーティングが始まった。スタッフの声ははっきり聞こえるが、丁寧で穏やかなトーンで、ミーティングも穏やかな雰囲気が進んでいた。出欠の確認の後に、スタッフが一日の予定の確認とプログラム内容の確認をし、利用者にプログラムへの参加を促していた。また、モーニングミーティングでは、近日中に予定されている外食ツアーへの参加を促す告知や年に数回企画される日帰りツアーに関する確認なども行われた。ミーティングは 20 分程度で終了し、プログラムが始まる午前 10 時までメンバーはタバコを吸いに行ったり、麻雀をしたり、テレビを見たり、おしゃべりしたりと、思い思うに過ごしていた。

デイケアのプログラムは 10 時から始まるものの、プログラムに参加しない利用者はホールに残ったり、工作室で絵を描いたり、手芸を楽しんだり、テレビのある部屋で寝ている利用者もいた。プログラムは曜日により様々であるものの、午前と午後に 1 プログラムずつ参加できるようになっていた。また、2-3 プログラムが並行して行われることもあり、対象者は好きなプログラムを選ぶか、自主的な活動をするかを選ぶことができた。プログラムには、料理教室、絵画、パソコン、ヨガ、スポーツ(室内ゴルフなど)、英会話、アメリカンフラワー、旅行の企画、社会復帰のための準備コースや見学会、コミュニケーション、セカンドオピニオンの受け方、生活保護費削減についてなどの情報提供のプログラムもあった。また、外食ツアーのように予算を決め、レストランに昼食を食べに行くプログラムや日帰り旅行に行くプログラムもあった。プログラムの合間に利用者数人でカラオケを楽しんだり、女性の利用者が数人集まって自主的に毛糸等で工芸品を制作したりしていた。一方で、一人、ホールで独自の課題に取り組む利用者や、スタッフに促されるまで、ホールで何もせず座っ

ている利用者もいた。

療養病棟(2病棟)

療養病棟は縦長の病棟と横長の建物を連結した様な構造になっており、3療養病棟のうち2病棟は閉鎖病棟であった。どの病棟も基本的な構造や配置はほぼ同じであり、病棟入り口の隣にナースステーションが位置し、病棟に入ると直ぐにホールがあった。ナースステーションからはホール正面と病室に続く廊下が見ることができ、ナースステーションから見ることができる廊下とは直角方向にさらにホールが伸びており、別棟の病室へと廊下が続いていた。小ホールはナースステーションから死角となっており、使用する患者は少なく、静かに読み書きする患者が小ホールを使用していた。ナースステーションから見えるホールでは常に看護師や患者の往来が多く、テレビを見ている患者もおり、比較的賑やかであった。また、横長の建物の病室には比較的病状が安定している患者が使用していた。

どの病棟も類似したスケジュールによって、ケアやプログラムが提供されていた。午前8時45分から看護師の申し送りが始まり、8時40~50分から看護師がファシリテートし朝のミーティングが行われた。ミーティングでは天気などの日常的なトピックから始まり、患者へのお知らせや看護学生の紹介、その日のスケジュールについて取り上げられた。看護師は確認事項をただ伝えるだけでなく、患者からの質問や感想をその都度取り上げつつ、ミーティングは進行されていった。午前9時30分から看護師や看護学生と幾人かの患者がホールでラジオ体操第一第二体操を続けて行った。また、ラジオ体操の時間に、病院理事長が日替わりで各病棟に赴いて、気功を患者と一緒に進んでいた。どの病棟でも10人程度の患者、SWやOTスタッフもラジオ体操や気功に参加していた。

病棟のスケジュールは曜日ごとに管理されており、入浴の日、病棟作業療法の日、患者会の日、心理教育の日、お菓子等を食べながら地域生活をしている当事者と交流を持つ日などがあった。週間スケジュールはナースステーションからホールを挟んで反対側の壁に表として掲げられていた。また、病棟により多少場所は異なったが、ナースステーション側の壁にはその日の看護師の受け持ち表が配置されていた。

閉鎖病棟ではやや症状が重い患者は病棟内で過ごしていたが、症状が安定している患者は病棟外で過ごすことも多く、日中のホールには5-6人の患者が留まる程度であった。午前11時30分頃になると看護師がホールにあるテーブルを拭き始め、患者も増え始め賑やかになった。12時頃になると配膳車で食事が届けられ、看護師が順次配膳を行い、昼食となった。配膳が一段落すると看護師は二人掛けの長テーブルをナースステーションの前に出し、昼食後の与薬の準備を始めていた。看護師が服薬を管理している患者は看護師から薬を渡され、その場で服用をした。服薬を自己管理している患者はテーブルに置かれた籠から自分の薬の入った袋を取り出し、日付と時間を看護師が見守る中、服薬を行った。午後には病棟内作業療法や入浴などが予定されていた。

病棟内作業療法では作業療法室から作業療法士が道具を運び、比較的業務負荷の少ない看護師も一緒に参加し、課題に沿って患者が作業するのを手伝っていた。午後四時を過ぎる頃には単独外出で病棟外に出ていた患者も戻って来て、ホールはまた賑やかになった。また、

看護師も日勤帯から準夜勤帯に移行するため、看護スタッフの動きも活発になり、忙しい雰囲気、霧気が漂うものも、4時半を過ぎると看護スタッフはナースステーションにて申し送りをするため、ホールは患者と見守りの看護助手のみになり、ゆっくりとした雰囲気となった。

急性期病棟

急性期病棟は新しく建設された新館に位置しており、白を基調とし、吹き抜けの窓から外光が良く入る明るい病棟だった。ナースステーションは病棟の中央に位置し、ナースステーションを囲むように病室が三方向に囲んでいた。入口は2重扉になっているが、強化ガラスのドアで見通しが良く、廊下の幅も広く、閉鎖的に感じられないように工夫されていた。新館の病棟には大きなホールはなく、ナースステーションを挟んで左右に、テーブルと椅子が並ぶ食堂兼ホールが二か所あった。そこには自動の給湯器が備えてあり、冷たい水や温かいお茶が飲めるようになっていた。また、大きなスクリーン画面が壁にかけてあり、その向かい側には本棚があり、様々な本が置かれていた。テーブルや椅子、内装の色は統一されており、淡いオレンジ色やトーンの落ち着いた緑色が使用されていた。食堂兼ホールにはナースステーション内の看護師と話せるように窓が設置され、看護師が動きまわっているのが見えるものの、看護師がステーション内で何をしているのか、ホールからは見えない構造になっていた。また、ナースステーションからも食堂兼ホールの一部しか見えず、忙しい時は患者に気づかない時もあった。ナースステーションからの病棟全域を見渡すことはできず、廊下の角には監視カメラが設置してあった。

急性期病棟は3カ月以上の長期入院患者は入院していなかった。患者は療養病棟と比べ若く、病棟内に活気があった。病棟内で、グループになり談笑している患者も多く、食堂兼ホールは常に患者が居た。また、看護師も療養病棟と比べ若く人数も多かった。療養病棟と比べ、患者から看護師への話しかけも多かった。また、患者同士で将棋やオセロなどのゲームをすることもあった。

3)対象者

(1)対象施設：関東地方の1デイケアと1精神科病院(デイケア併設)において行われた。

(2)インタビュー及び観察の対象者

(選定条件) インタビューの対象者は以下の①～③の条件を満たす者とした。

- ① 20歳以上65歳以下の成人であり、精神科医師により本研究の主旨と方法、参加による利益と不利益が理解できると判断された者で、且つ自身の欲求を言語化できると判断された者とした。
- ② 精神科医師がDSM-5またはICD-10に沿って統合失調症と診断した者。
- ③ 精神科の主治医によって症状が安定していると判断され、尚且つセルフステイグマという心理的ストレスが生じる内容について話すことが出来る程症状が安定していると判断された者。

(3)観察における対象者

病棟内若しくはデイケア内にいる入院患者/利用者及び医療者が対象となる(2)の対象者

と病棟内若しくはデイケア内で相互的な関係を持った患者/利用者及び医療者が対象となった。

(4)対象者数

対象者数は1施設において10人から20人を予定していた。対象者のリクルートは分析が理論的飽和に達するまで継続され、理論的飽和に達した時点でデータ収集を終了した。1施設では十分な対象者が集まらなかったため、もう1施設において、再度対象者のリクルートを行った。

4)データ収集期間

データ収集は2016年8月と9月の2か月間行われた。エスノグラフィーのデータ収集期間は数年から数週間と期間にばらつきがあるが、インタビューまたは観察におけるデータ収集は理論的飽和に達した時点が妥当な期間である(Roper & Shapira, 2000)。

5)調査内容

(1)インタビュー

インタビューにおけるデータ収集は行動では観察できない感情などの現象を明確にすることが可能である(Roper & Shapira, 2000)。インタビューでは多くの場合リサーチクエッションに関連した半構成的インタビュー方法が多用される(Higginbottom, et al., 2013)。どのような要素が具体的に関連しているのか分からない時点では、対象者に自身の話を語ってもらうことが必要である(モース&フィールド, 2012)。そのため、初回のインタビューでは統合失調症と偏見や差別について対象者が自由に話せるように非構成的なインタビューを心がけた。対象者との関係を構築しつつ、次第に研究者が知りたい点についてインタビューガイドに沿い内容を深めていった(モース&フィールド, 2012)。同時に、エスノグラフィーはデータ収集と分析は並行して行われ、分析によって抽出された疑問や仮説を対象者に再度問うことによって、より深い分析を行い、インタビューにおける質問は追加修正が行われる(Streubert & Carpenter, 2011)。本研究においてはインタビューを重ねるうちに「障害者手帳」についての語りが出現したため、「障害者手帳」についても質問できるように、質問表に追加された。

本研究ではインタビューは2回(1回最大40分)を目安に行われた。インタビューを2回に分けた理由は、対象者の心的負担を軽減し、また、研究者がインタビュー内容を見直し、不十分な内容を確認する機会を得るためである。Wall(2015)は独立営業する看護師に対するインタビューにおいて、1回1時間から2時間のインタビューを20人の看護師に行っており、本研究におけるインタビュー時間も妥当なものであると考えた。

(2)観察

観察した内容はインタビューでは得られない文脈的な意味を明確にするために使用される。また、観察した内容は分析の過程で参照され、考察される。そのため、正確で詳細な場の記録が求められる。一般的には、場所、時間、環境、人物の描写(服装、身体的

特徴、声のトーン、表情、目線、動作)、発言が記録される(Carspecken, 1996; モース&フィールド, 2012; Streubert & Carpenter, 2011)。エスノグラフィーでは観察法を主要なデータとしているものの、本研究においては倫理的観点から補助的なデータ収集となることが予想された。観察におけるデータ収集では、研究者がその場に参加することによって、その場が変化してしまうことが挙げられる。そのため、研究者は可能な限り観察者に徹する方がよりバイアスの少ないデータが得られる。しかし、研究者は参加している場において、対象者に不利益な事象が生じた場合は倫理的側面が優先されるべきである。本研究ではセルフスティグマという事象を扱っており、対象者が研究場面において、差別や偏見に直面することも予想される。このような場合、対象者に害となる出来事であり、研究者は観察を行うのではなく、対象者を保護する役割を担う必要がある。フォーカスエスノグラフィーにおいては、観察によるデータ収集は研究の主旨や条件により多様である。Wall(2015)は様々な施設やセッティングにおいて就労している個人経営の看護師を対象に研究した時に、倫理的側面から観察データを得ることができなかったと報告している。

本研究において、研究者はできるだけ詳細で実際に行われた行動や言動を記録しようと心がけたが、デイケア内、病棟内の本研究対象者以外の利用者や患者を考慮し、記録はまとめて休憩時間と観察時間終了後に行われた。デイケア内や病棟内には病状が良好でない利用者や患者もいることが想定された。精神疾患においては、注察妄想や被害妄想もあり、研究者がデイケアや病棟内でメモをすることは必ずしも好ましくないと考えられたためである。また、対象者と信頼関係を築くには「参加者としての観察者」(Higginbottom, et al., 2013)の役割が本研究では最適であると考えられた。

(3)陽性・陰性症状評価尺度(The positive and negative syndrome scale; PANSS)

PANSS は精神症状を総合的に評価するために Kay, Opler, Fiszbein (1987)によって開発された。日本語版は山田、増井、と菊本(1991)によって信頼性と妥当性が示されている。PANSS は陽性尺度(7 項目)、陰性尺度(7 項目)、総合精神病理尺度(16 項目)から構成され、それぞれの下位尺度得点、全体の合計得点によって評価される。評価者は評価指標に基づき、対象者の面接、行動の観察、家族や看護職員の情報を総合して評価する。本研究では、研究者は精神科看護に精通した専門家のスーパーバイズの下に、PANSS 評価指標の使用と評価の練習をした後に研究を開始した。

大川ら(2003)は陽性尺度の誇大性の項目得点が高い患者は自己効力感尺度に満点回答しており、自尊感情が高く、病気の認識が低い傾向にあることを報告しており、誇大性の高さは現実検討の低下に関連することが推測される。また、陰性尺度が高さと病気の認識や前頭葉機能の低下の関連(Monteiro, Silva,&Louza, 2008; Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscher, & Wright, 2002 ;Zhang, Rosenheck, Mohamed, Zhou, Chang, Ning, &He, 2014)が報告されており、陰性症状が強いと病気の認識が低く、前頭葉機能が低いと推測すると考えられている。PANSS の得点をそのまま病気の認識や前頭葉機能として捉えるには正確さに欠く(Mortimer, 2007)ものの、本研究では対象者の症状の指標として使用した。

6) データ収集における厳密さ、信頼性と妥当性の確保

データの信頼性の確保をするため、可能な限りインタビューは録音し、かつフィールドノートに記録した。また、全てのデータには日付と時間が記録され、研究者が新たな質問やアプローチの方法と取る際はその理由とどのような変更点を行うのかフィールドノートに記載した。データ収集期間中、研究者は一週間ごとに精神科看護に精通した専門家と面接し、収集されたデータについて振り返り、インタビュー内容の妥当性と解釈について厳密さ、信頼性と妥当性が得られているか確認を行った。全てのデータは時系列に記録され、監査証跡として保存された。データの保存方法は筑波大学医の倫理委員会の規定に従った。

7) 手順

(1) 施設の選定

筑波大学医の倫理委員会の承認後、関東地方のデイケア施設とデイケア施設が併設されている病院を対象に本研究への協力依頼書を郵送した。研究への関心を得られた施設には研究者が直接研究の説明に赴いた。研究の概要、目的、方法を説明し、内諾を得られた施設を本研究の対象施設とした。倫理的配慮については筑波大学委員会の規定を順守した上で、各施設の基準に従った。

(2) 担当医師、看護師への説明

対象施設の倫理委員会と筑波大学医の倫理委員会に置ける研究承諾を得た後、対象施設の医師と看護師に本研究の主旨と方法を行い、対象者の選定条件に合致する統合失調症者を紹介してもらった。

(3) 対象者への説明と同意

紹介してもらったデイケア利用者と入院患者に研究参加の簡単な説明を行った。了解が得られた利用者・患者にはプライバシーの保てる個室にて研究の目的、内容、方法、利益、不利益について説明を行った。同意を得られた場合は次回の面接日を設定した。また、参加観察を行うデイケアと病棟にて、研究についての紹介とともに研究についてのお知らせを掲示した。

(4) 研究への同意

面接日に再度研究への参加を尋ね、研究への参加に同意した患者には同意書に署名をもらった。同意書への署名を持って本研究への同意とした。参加観察を行ったデイケアと病棟に研究についての掲示を行い、研究不参加の申し出がないことを研究参加への同意とした。

(5) 調査

① 観察法

1 対象施設で1ヶ月～2ヶ月程度の参加観察を行えるのが望ましいが、A デイケアにおける計 18 時間(21 日間)、B 病院における計 110 時間(14 日間)における参加観察を行った。

②インタビュー

対象者と日時を設定し、プライバシーの保てる個室でインタビューガイドを使用し面接を行う。データの分析に伴い生じた追加項目は再度対象者と連絡を取り、日時を決定し、個室での面接を行う。録音を基本とするが、病院の意向により、フィールドノートのみになる可能性がある。

8)分析方法

本研究では、Roper と Shapira(2000)、小田(2010)とモースとフィールド(2012)の方法論に準じて分析を行った。また、研究者は研究計画立案の段階でフォーカスエスノグラフィーに精通した研究者の助言を得て、質的研究の経験豊富な精神科看護の専門家のスーパーバイズを受けながら分析を行った。

(1) 逐語録の作成

研究者はインタビュー終了後に録音したデータを文章に書き起こし、対象者毎に観察した内容、カルテから得られた情報を対象者毎の逐語録にまとめた。研究者はこれらの逐語録を繰り返し読み、データに慣れ親しみ、データの中に繰り返されるパターンや文脈に隠された意味を吟味した。データ収集期間中も週に一回、スーパーバイザーとともに文章化されたデータを確認し、繰り返されるパターンや文章の意味とインタビューの的確さを確認した。また、インタビューを文章に書き起こす際は、対象者の様子や反応、語気の様子は括弧を用い文章中に挿入した。

(2) コード化

コードとは言葉や文章、段落の固まりの内容を要約して表すラベルのこと(Miles & Huberman, 1994; Roper & Shapira, 2000)である。コード化では単語、文章、段落などの「まとまり」に内容の要約を示すラベルを付ける作業である(Roper & Shapira)。Roper & Shapira は3つの異なるコード化のアプローチを示している。一つは、特定の研究課題に対する回答を「まとまり」として捉え、分類する方法である。ここでは、研究計画の段階で予想されなかったが調査の段階で発見された疑問点や概念に注目して、コード化を行って良い。また、一般的な分析の視点を用いてコード化を行うことも示しており、一般的な分析の視点として、設定、活動、出来事、対人関係と社会構造、一般的な視点、研究課題に特化した視点、手段、過程、意味、関連した語句を挙げている。また、先行研究から示された結果に沿って分析する視点も例として挙げている。本研究では、研究目的に関連する内容に沿って「まとまり」を抜き出しコード化した。研究目的に関連する内容として、自己の疾患についての認識、家族・友人との関係性、スティグマやセルフスティグマの経験と認識、スティグマとセルフスティグマの認識に関連する価値観を設定した。また、自己の疾患についての認識と家族・友人との関係性は対象者背

景としてインタビューから「まとめ」を抽出した。インタビューを進めると、対象者の多くがスティグマやセルフスティグマの経験が無いと答えるものの、スティグマとセルフスティグマに関連した内容を話していることに研究者は気が付いたため、セルフスティグマの定義に関連する内容にも注目し、コード化を行った。

本研究では、インタビューを行う中で、「障害者であること」や「障害者手帳」、「就労」といった内容が多く語られ、研究者が繰り返しデータに馴染む中で、繰り返し現れる内容(小田, 2010)であるため、これらに関連する内容のまとめもコード化した。コードを付ける際は、Roper と Shapira(2000)に沿って、左側に文章の固まりの内容を要約して表すコードを記載した。始めのうちは、広義にコードを捉え、いくつかの流動的なコードを書き込んだ。また、文章の固まりに右側には研究者が感じたことや思ったことを書き込んだ。コード化はスーパーバイザーとともに共有され、文節に複数の内容が含まれていないか、文節を切り出す時に意味内容が途中で途切れていないか、コードが文節の内容を的確に表現されているか、検討された。

観察により得られたデータもコード化の対象であるが、本研究においては研究の視点に関連した出来事が観察されなかった。しかし、観察によって得られたデータは対象者の症状や全般的機能の把握をするのに用いられた。特に、対象者の述べている内容と実際の生活状況の比較をすることにより、エミックとエティックの双方の視点を用いて、対象者の状態とインタビューにおける語りの内容を理解するのに役立った。

(3) 分類

コードの内容に沿って、文節をいくつかのグループに分けた。コードの内容とグループ全体の内容が一致しているか、分類することによって行動や信念のパターンがより汎用的で抽象的に説明することができるか(Roper & Shapira, 2000)検討された。コードを始めに分類したものをサブカテゴリーとし、内容に基づき命名を行った。また、サブカテゴリーの内容を検討し、カテゴリーにまとめ、命名した。この作業も精神科看護に精通した専門家とともに行われ、研究者と精神科看護に精通した専門家の意見が一致するまで繰り返された。

(4) 例外

分析の段階で、他のデータが示すことに当てはまらない例や状況、出来事、背景が現れることがあるが、反対にこのようなデータは、他のデータから導き出された結果をより良く説明できるときがある(Miles & Huberman, p1994)。本研究においても、他の対象者のインタビュー内容と合致しない対象者が居たため、他の対象者のインタビュー内容や状況と比較し、検討した。

(5) 構成と理論化

エスノグラフィーの分析における重要な目的は研究目的の汎用的な概念の結びつきを見つけること(Roper & Shapira, 2000)であり、現場における現象の結ぶ月を明らかに

し、現象を解く鍵となる概念を形成すること(小田, 2010)である。小田の分析手順に基づき、共通性や相反性のカテゴリー間の関連性に注目し、カテゴリー間の概念関係図を作成した。そして、カテゴリー間の関連性とその関連性を解く鍵になる概念に焦点を当て、スーパーバイザーと検討を繰り返し、カテゴリーの関連性と鍵概念が十分に説明されている概念関係図を作成した。また、この過程において、カテゴリーをまとめるテーマを導き出した。

(6) クロルプロマジン換算値

クロルプロマジン換算値は COMHBO 地域精神保健福祉機構の提供している計算ツール(COMHBO, 2017)を使用した。シクレスト(一般名アセナピン)は新しく市場に出てきた向精神薬のため、クロルプロマジン換算等価量はエビリファイ(一般名アリピプラゾール)と同価(Leucht, Samara, Heres, Patel, Wood, & Davis, 2014)とし等価量の計算を行った。

(7) 分析における厳密さ、信頼性と妥当性の確保

研究を進めるにあたり、研究計画の確認と分析方法の確認のためエスノグラフィーの経験豊富な研究者の助言を得た。分析は研究者と精神科看護に精通した専門家でもに行い、両者の解釈が一致するまで検討を繰り返した。

9) 倫理的配慮

- (1) 本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認(通知番号：第 1079)を得てから、実施された。
- (2) 筑波大学医の倫理委員会の承認後、対象施設の医師、看護師、精神保健福祉士への研究の説明を行い、研究の条件に適した対象者を紹介してもらった。
- (3) 研究者は紹介してもらった対象者に接触し、簡潔に研究について述べ、研究の説明のための面接日時を対象者と決めた。
- (4) 説明の面接当日は対象者をプライバシーの保てる病棟内若しくはデイケア内の個室へ誘導し、研究のタイトル、目的、方法、研究参加の利益と不利益、対象者の権利を書面と口頭で説明をした。同意が得られる場合は同意書への署名を得た。次回の面接日を決め、面接を終了した。
- (5) 同意が得られた対象者には対象者番号を振り、対象者名と対象者番号は照合表によって管理された。対象者番号の照合表は一枚のみ作成され、対象施設内から持ち出さず、研究者は対象施設の責任者に鍵のかかる部屋にて管理を依頼し、必要な場合のみ施設責任者より借り受けた。また、フィールドノート及び録音においては対象者番号を用いて記録した。
- (6) 面接日当日は担当の医師または看護師に対象者の状態を確認し、対象者がインタビューに耐えうることを確認した。プライバシーが保てる病棟若しくはデイケア内の個室を使用した。インタビューを行う前に再度、研究への参加同意を確認し、同意が得られた対象者に対してのみインタビューを実施した。

- (7)インタビューはインタビューガイドに沿って実施した。インタビュー時間は1回30分から最大40分とした。原則としてインタビューは2~3回までとした。
- (8)インタビューアーは精神科臨床経験5年の看護師が実施した。万が一対象者の状態に変化が生じた場合、インタビューアーはインタビューを直ぐに中断し、担当の医師に報告し、指示に従うこととした。
- (9)インタビューを録音した音源、フィールドノートには一切対象者名を録音、記載せず、インタビューの音源は対象施設内において、文字に起こし、具体的な名称や呼称等を匿名化した後、施設外へ持ち出された。フィールドノートにおいても対象施設内にて匿名化を行い、対象施設外へ持ち出された。
- (10)面接と並行して観察も病棟内またはデイケア内で行われた。参加観察を行うデイケアと病棟にて、研究についての紹介とともに研究についてのお知らせを掲示し、研究への不参加の申し出がないことを研究参加への同意とした。

IV. 結果

1. 参加観察とインタビュー

A デイケアにおける計 18 時間(21 日間)、B 病院における計 110 時間(14 日間)における参加観察とインタビューを行った。インタビューは原則 1 回 30~40 分を目安に 2 回行った。対象者の希望により D さんは 3 回、計 108 分のインタビューを行った。また、F さん、H さん、K さん、I さんは 1 回のみインタビューであった。インタビューは合計 629 分(10 時間 29 分)であった。研究者はインタビュー時間以外も対象者とデイケアや病棟内の活動に参加していたため、対象者との交流がインタビュー時間以外にもあり、デイケアや病棟内で対象者と雑談やゲームをすることも多かった。また、インタビューの内容を補足したいと研究者に話しかけてくる対象者いた。

2. 対象者背景

1)対象者

2 施設で合計 18 名の対象者を施設スタッフから紹介を受けた。18 名のうち 2 名は陽性症状が強く、現実的な会話が続かないことから、対象者から除外した。また、16 名の対象者から同意を得たが、成育環境が日本国外であり、日本語が母国語ではなかったこと(1 名)、陰性症状によりインタビュー内容が乏しかったこと(1 名)、インタビューをしたものの 5 分で終了を希望した者(1 名)の計 3 名が途中棄権となった。個人情報の保護を理由に 3 名の対象者から録音の辞退とカルテの参照の辞退があった。そのため、インタビューアーは対象者の言葉をノートに書き留めた。このうち 1 名の対象者はインタビューアーの記録したノートを閲覧し、内容の点検をしたいと希望したため、インタビューアーはインタビューの終了時にこの対象者にノートを閲覧してもらい、研究に使用して欲しくない部分は削除した。

対象者背景は表 1 と 2 に示した。対象者のうち男性は 10 名で、女性は 3 名であった。最少年齢は 32 歳で最高年齢は 64 歳であった。対象者の平均年齢は 47.8 歳で標準偏差は 10.61 だった。対象者は全員が独身であり、7 名が独居で、3 名が家族と同居していた。グループホームを利用している対象者は 2 名おり、1 名はグループホームへの移行を検討していた。6 名の対象者はインタビュー時に入院中であり、7 名はデイケアに通所中であった。発症年齢はカルテや本人の記憶を元に推定したものの、3 名の発症年齢を推定することが困難であった。10 代で統合失調症を発症した者は 2 名、20 代で発症した者は 6 名であった。40 代と 60 代で発症した者が 1 名づついた。入院回数はカルテと本人の記憶を元に特定した。入院回数は 5 回以下が一番多く 11 名であった。1 名は入院歴が無く、もう 1 名は確認できる限りで 18 回の入院歴があった。PANSS の平均値は 61.7 で標準偏差は 13.4 であった。対象者は全員服薬をしており、診療録の参照を了解した対象者の服薬量はクロロプロマジン換算で、平均服薬量が 539.10 mg であり、標準偏差は ± 254.55 であった。

2) 対象者の施設での様子

Aさん(Aデイケア)

Aさんはほぼ毎日、午前9時を少し過ぎたくらいに来ていて、自分の席で飲み物を飲みながら、統合失調症や社会福祉に関する本を読み、ノートにまとめていることが多かった。Aさんは、週に何日か流し場の掃除を自主的に手伝っており、実習生や研究者のような外部の者に、物品の配置や掃除の仕方を教えてくれることもあった。また、他の利用者が汚してしまった所をきれいに清掃することも多かった。このような時、Aさんは汚した人に怒るわけでもなく、注意もせず、もくもくと片付けていた。時には実習に来ていた実習生と笑顔で歓談することもあった。

Aさんは毎回、真剣にプログラムに参加しており、毎朝のラジオ体操、ゲートボール、卓球、工作などでは道具の設置や他の利用者を手伝っており、やや中心的なメンバーでもあった。道具の設置や、ルールの紹介などはスムーズに行えるものの、利用者間のトラブルなどの出来事には上手く対応が出来ず、他の利用者を手伝ってもらうこともあった。

昼食時は、Aさんは周りにはいるデイケア利用者と歓談しながら昼食をとることが多かったが、お昼休みは、自己学習をしたり、実習生と歓談したりしていたが、机に伏せて休憩していることもあった。カラオケのプログラムでは、Aさんが主となり、歌う人の順番の整理、曲番号の機械への入力、順番を飛ばしたり変更したりする時の機械操作を自主的に行っていた。

Bさん(Aデイケア)

Bさんは毎日午前9時前にはデイケアに到着していた。Bさんは送迎車を利用しており、デイケアが開くのと同時に着くこともあると研究者に話した。Bさんは、特に何もせず、自分の席に座っていることも多く、時折喫煙室でタバコを吸っていた。朝、研究者を見つけると、デイケアに隣接するコンビニエンスストアにあった安売りの商品や新商品のことを話してくれた。また、近くにいつも座っている他の利用者と話す姿も見られた。ただ、誰とでも話をするわけではなく、自分が安心して話をする事ができる相手を選んで、会話を楽しんでいた。

Bさんはプログラムに真剣に取り組むものの、集中力が続かず、休憩を取っていることも多かった。ゲートボールや卓球などの運動系のプログラムに、参加できないわけではないものの、参加することを避けており、デイケア室の後方で、運動が出来ない利用者のためのプログラムに参加していた。また、プログラム中にうたた寝をしていることも多かった。昼食時は気の合う利用者とともに、歓談しながら昼食を楽しんでいた。お昼休みは、喫煙室に行ったり、他の利用者と歓談したりすることが多かったが、時折空を見つめていることもあった。喫煙室に入る時は必ず、喫煙室にいるメンバーを確認し、自分がたかりなどに合わないように工夫をしていた。

デイケア A ではプログラム中の携帯電話の使用は禁じられていたが、休憩時に携帯電話を操作する利用者はあまりいなかった。Bさんは父親に連絡をしようと休憩時間に携帯電

話を使用していたが、父親が電話に出ないため、動揺して自分の席と喫煙所を行ったり来たりしていることが一度あった。

Cさん(B病院解放病棟)

Cさんは病状が安定しており、ナースステーションから少し離れた病室を使用していた。Cさんは、デイケアやOT室でのプログラムに参加しており、殆ど病棟にはいなかった。お昼や午後の作業療法プログラムの後に病棟に帰って来てゆっくりしていたが、他の患者と話すことはなく、ホールにいても掲示物を読んでいるか、居室にいることが多かった。

Dさん(B病院デイケア)

Dさんは、朝来るときはホールでスマートフォンをいじっていることが多く、他の利用者に関わりを持つことは少なかった。Dさんはデイケアに来たり、来なかったりで、朝から居る時もあれば、途中から参加して、途中で帰ってしまうことが多かった。また、Dさんは他の利用者と話すことは少なく、スタッフルームでスタッフと話していることが多かった。

Eさん(B病院デイケア)

Eさんは麻雀台に入れるときは、麻雀をしてプログラムが始まるのを待つと研究者に話していたが、大抵はホールの窓側の長椅子に腰かけ、ぼーとしていることが多かった。Eさんは、スタッフに促されるまで、ホールで何もせず座っていることが多いが、スタッフや研究者、他の利用者が声をかけると、オセロやマーじゃん、スポーツのプログラムに参加していた。Eさんは料理教室に参加しており、スタッフに指導された通りにお皿を用意したり、お豆腐を切ったりしていた。

Fさん(病院デイケア)

Fさんは普段から声が大きく、話し声がホールに響いていることが多い。決められたプログラムに安定して参加していた。誰に対しても礼儀正しく、親切であり、会話を楽しんでいるが、問いに対する答えは的外れなことが多く、本人も「健忘」「忘れちゃう」とよく言っていた。声が大きいため、他の利用者から苦情を言われると、嫌な顔せず直ぐに謝っていた。

Gさん(B病院デイケア)

Gさんは週に一日だけ社会復帰プログラムに参加するためにデイケアに通っていた。Gさんは自由時間になると、デイケアの休憩室に配置されているコンピュータを使用して、社会復帰プログラムで課せられた課題に取り組んでいた。Gさんは一つずつ丁寧にインターネットサイトに掲載されている情報をプリントに一生懸命書き入れていた。Gさんの家にはインターネットが無く、電話もスマートフォンではないため、インターネットを使う調べ物はデイケアでしかできないと話していた。

Hさん(B病院デイケア)

Hさんはデイケアが開く前から、デイケアの入り口前の階段に友達と座って待っていた。Hさんは週3回、開始時刻から終了の時刻まで必ず出席をしていた。仲の良い利用者の隣に居ることは多かったが、会話をしている姿はあまり見かけなかった。Hさん料理教室に参加しており、スタッフに指導された通りにお皿を用意したり、お豆腐を切ったりしていた。

Iさん(B病院閉鎖病棟)

Iさんは閉鎖の療養病棟に入院していた。精神症状は安定しており、ナースステーションから離れた病室を利用していた。Iさんはいつもしっかりと整容し、とても礼儀正しく、いつも笑顔で研究者と接した。しかし、統合失調症になったことを知人に知られたらどうなるのだろうと心配していた。病棟内で他患者と話すことはあまりなく、一人で病棟内の本棚から選んだ一般の読者向けの統合失調症に関する本を、ナースステーションから死角になっているホールで読んでいたことが多かった。

Jさん(B病院急性期病棟)

Jさんは以前父親と同居していたものの、父親が介護施設に入所したため、グループホームを利用していたが、症状が増悪したため、入院となった。Jさんは黒や灰色などの色をコーディネートして洋服を選んでいて、病棟内にいることはあまり好まず、午前10時になると直ぐに院内外出に行った。昼食時は病棟に帰ってくるものの、昼食後も午後4時まで院内外出をしていた。研究者はご本人に了承を得て、院内外出に同行させてもらった。院内を少し歩き、売店や自動販売機で飲み物を買って、院内の喫煙所で喫煙をした。院内外出では病棟外でスマートフォンが使えるため、メールなどのチェックをしていた。Jさんは喫煙所で喫煙を楽しむものの、他患者にタバコを欲しいと言われたため、タバコを渡し、少し話をし、早々に喫煙を切り上げ、院内を歩いてから再度喫煙所に戻ることもあった。

Kさん(B病院急性期病棟)

Kさんは病棟のホールにすることが多く、他の患者と将棋をして過ごすことが多かった。一方で、威圧的な他患者と上手く付き合えず、その患者の言いなりになってしまい、看護スタッフに相談をしていた。一方将棋で相手を負かすと研究者に笑顔見せ、一部の患者に高圧的接することもあった。

Lさん(B病院解放病棟)

Lさんは行動制限が拡大しつつある時期であったため、殆どの時間を病棟内で過ごしていた。午前と午後一回ずつ1時間ほど、院内にある喫煙所でタバコを吸うのを楽しみにしていた。喫煙所にはテーブルや椅子、自動販売機もあり、利用者がゆっくりできるようになっていた。Lさんは多幸的な気分であることが多く、とても社交的であった。そのため、Lさんは、実習で訪れていた看護学生や研究者に笑顔で話しかけることが多かった。他の患者

にも自分から話しかけていくことが多く、殆どの時間をホールで過ごしていた。また、症状の自己モニタリングを促進させるプログラムに参加していて、20分程度かけて研究者に学んだことを説明してくれた。

Mさん(B病院解放病棟)

Mさんは普段はデイケアを利用しているものの、精神症状が悪化したため、休息入院をしていた。Mさんは看護ステーションから見える病室を使用しており、日中は自室のベッドに何もせず、横になっているか、喫煙所でタバコを吸っているが多かった。看護学生が実習でMさんについていたが、「いつも{看護学生が}べったりだと疲れちゃうから」といい、お昼休憩を取っている看護学生を待たず、一人で喫煙所へ行くこともあった。Mさんは「例えばねえ、しゅ、趣味、娯楽近い人と一緒に話す、話してるとかね(中略)私の好きなのは昔のスポーツの話とかね、(うん、うん)かけの話とか、(吃音)ミュージックの話とかね(うん)そ、そ、そういうのが好きだったからね、あと、スポーツ関係ね、まだ、昔詳しかったんですね(誰とそういう話をするんですか)誰とと、何人かいますよ、話す人(あ、いらっしやる、じゃあ、お友達がいらっしやる)話したりする人(それはデイケアの中とか、この辺)デイケアのメンバーふふふふ、あの、いつも喫煙所で一緒なんだ」と話していた。

3)対象者と家族との関係

(1)家族との同居

3名の対象者は両親と同居しており、1名は母親と同居していた。両親と同居している対象者は、比較的両親と良好な関係を維持しつつも、同時に不満を抱えていた。

Eさん：仲良くやっています。昔と比べたら仲良くやっています。昔はよく喧嘩をしていたので、(中略)きちんとしている親だから。(きちんというのとはどのような意味ですか)よその親に比べるときちんきちんとして性格が、きちんとしているので、しっかりしている所があるし、2人とも強いなど、性格は強いなど、私の芯が強くてあまりぱっとしないな。

Lさん：{父親が}咳払いだったり(はい)タバコ吸ってみたり、食事中にですよ(いつもはするんですか)いや、たまにやるんです。たまに(それは病気の、病気になる前にもやっていたか)なる前にもやってた(あんなるほど)あータバコが手放せない(んー)状態(なるほど、うん)(間)あん、1年中365日24時間吸ってるんですよ(そうですか、うん、うん、うん)(間)それと、あと酒が入ると(うん)なんか、ちょっと酒乱みたくなるという(なるほど、お酒がはいると、うん)うーん(うーん)もう、やだ、あの親父

母親と同居しているFさんは統合失調症を発症してから、長年自分を支えてくれている母親に対して感謝の気持ちを抱いていた。

Fさん：{入院中} おふくろが来てくれたんですよ、(うん、うん) あの、会社の帰りにね (はい) 来てくれて、ほんで、「こうすんだよー」って言われて、で、こうやって、こうやって、こうやって、(中略) そいで、お袋が、まあーほんとにやってくれてね、あのー△△△公園 (病院の近くにある大きな公園) って、あの、あるんですけど (はい) あそことか、☆☆ (スーパーマーケット) とか、あとは、なんだ、うちの、なんだ、なんか、周りをバスで連れてってくれたんですよ

(2)家族とは関係を持ちつつ、離れて暮らす

同居はしていないものの、遠くに住む家族が入院生活を支援してくれたり、同じ病気を持つ兄弟と一緒に過ごす時間を持つ対象者が3名いた。

Dさん：両親は優しい。(中略){両親は}病気になったからはずかしいとかなかった。手厚く面倒をみてもらった。お父さんは一緒に暮らしていなかったけど、小学校5年生から施設にいたから、何かあると直ぐに来てくれる。(中略) お父さんの家は片道2時間かかるし、高齢なんで、疲れるから来ないで、電話もしないでと言われた。でも、何か困った時は、テレビが壊れた時、お父さんの家の使っていないテレビを貰うよって言ったら、壊したら仕方ないって、テレビを持って帰るのについて来てくれた。

Jさん：入院している時に母が他界しまして (あら、そうだったんですね、つらかったで) で、家の姉が外国に住んでたものですから (はい) あの、そこから (はい) 一時帰国して、国外から、(国外から、あ、お姉さんが、はい) それでお世話になって、家の姉がまた国外に帰って (うん、うん) で、甥っ子は大学 (うん、うん) 現地の大学に行ってるんで (あ、そうなんですか) ええ、で (うん) それからまた調子悪くなっちゃって (うん、うん) こ、今度、て、て、てんかんっていう症状も出て (ああ、そうなんですか) ええ (そうだったんですね、大変だったんですね) そうすね (うん、お姉さんは協力的なんですか) そうすね (うん) ま、薬を色々調べてくれますね

Hさん：あの、一人の弟、下の、次男の弟が (はい) あのー、親亡くなってからね、毎日、家に、(うん) 私が何時ごろ帰るって言ったね、(うん) ちゃんと家に来てくれるですよ (あ、) 公営住宅に住んでるんですけど (あ、家に来てくれる) うん、(毎日) んー毎日だけど、そうだよ、(うーん) まあ、多分、ほぼ毎日、あたしが帰ってきてからね (うん、うん) 夕方なんです (夕方来る) 家が近いからね (中略) 夕飯だけど、まあ、顔見てね (うん) あのーコーヒー飲んでね、そいで、で、帰るよって、帰るんですよ。 (中略){もう一人の弟が}昨日、泊まってた

んですよ（あ、昨日泊まりに来たんですか）うん、そいで一緒に、あの一出てきたんですよ

(3)家族への引け目を感じる

EさんもDさんも家族とは比較的良好な関係を継続させているものの、家族に対し引け目を感じていた。Eさんは自身が統合失調症に罹患したことで、両親に迷惑や心配をかけたのではないかと引け目や負い目を感じており、Dさんは自分が精神科疾患に罹患したことは家族全体の汚点になると考えていた。Eさん、Dさんともに「負い目」「引け目」「後ろめたさ」「申し訳ない」との表現を使用しており、家族に対し、感謝と共に詫げる気持ちや、病気になってしまった自己の価値の低さを語っていた。

Eさん：こうやって病気もしちゃったし、親に迷惑もかけちゃったし、（その、親に迷惑をかけたってのは、ど、どんなふうに、例えば迷惑）いや色々心配をかけちゃった（心配）心配かけた（心配）色々あれこれ心配をかけた、（うん）疲れさせちゃった（うん）が、あと、負い目になって

Dさん：後ろめたいってか、（うん）普通の人達じゃないんだ、親にも後ろめたいですしね。親戚にも精神科が出たっていうことで後ろめたいですし、（後ろめたいっていうのは具体的にもう少し教えて）いや、あの一、（うーん、どういう気持ち）異常な人が出てしまったっていう、家族の中で、血縁関係に、（うーん）、で、周りからも、いや（うーん）親戚が気がい病院に入っているっていうのはもう、田舎に行ったらアウトですからね、（田舎っていうのは）関東地方にお母さんの田舎があって、お父さんの田舎が東北地方にあって（はい）、おじさんが都市近郊に住んでいて、みたいなことで、調べたら出てくるじゃないですか、従弟とか親戚とか東海地方に親戚が居るんですけど、そうすると就職とか結婚とかある時に、調べたりすると、家族を調べたりすると、あなたの家族にそういう人が出てますねって話になるじゃないですか、それは申し訳ないなって思っていて、変な子が、奇形児が出たみたいな、異端児が出てしまった

Dさん：死んじゃうことだってできるわけじゃないですか、自殺するなり、縁を切るなり、そこがみな繋がっているから、でそれって、調べたら出てきちゃうんで、こういう、例えば従弟が結婚しますっていうときに、向こうの家族が、親戚になんか大きな精神科に通って何十年も通って薬飲んでる変な人がいますよねってなった時に、あの一まともな人間じゃないってことに、すごい、ひきめはあります

(4)家族とは疎遠

家族とは疎遠になってしまった対象者もいた。元々家族関係が希薄だったが、統合失調症を発症した後に家族との関わりを持つものの、統合失調症やそれに伴う行動が原因で、

結局家族と疎遠になってしまった。統合失調症という疾患を避けることや症状悪化時の行動が引き金になっているようだった。また、病状の関係もあり、自分から関係を断つ対象者もいた。

Bさんは統合失調症の病状悪化に伴う医療費やアパート代を父親に建て替えてもらったが、その後は一方的に連絡を無視されてしまっていた。

Bさん：{父親とは}絶縁状態です。お金をいっぱい使わせたりしちゃったから、入院費とかアパート代とか。入院している間アパートをそのままにしていたので。(中略)事務の手続きの事で{父親に}電話したけど、僕からだとできないんです。緊急連絡先は親族しかダメなので、ぼくがかけても出ないんです。嫌になって携帯の番号消しました。(中略){父親は}生きていますか死んでいるのかわかりません。(お父さんに対し)心配な気持ちとこわい気持ちです。金銭感覚が麻痺した時、(アパートの家賃)3か月滞納していて、大家さんが実家まで取りに行くって、裁判にするって言ったんです。多分行ってないと思うんですけど、何かあったら(父から)連絡が来ると思うので、わかんないんですけど。

Gさんは統合失調症を発症する前に一家離散の状態になったものの、Gさんの発症を機に再度連絡を取り合う中になった。しかし、統合失調症という病気を敬遠されたのか、結局疎遠になってしまった。

Gさん：まあ、も、もともと、あんまり、あの、うち、商売やってたんで、あんまり、こう、か、家族、家族って繋がりが、あんまりなかったんですよね、うーん、なんか、みんな、あの、個人主義っていうか(あんなるほど)そういうなかで、あの、自由放任で(うん、うん)成長してきたっていうか、(うん、うん)生活してきたんで(うん、うん)だから、親とかもあんまり関わらないし、(うん、うん)自分もあんまり親と関わらないっていうような生活を送って来てたんで、(中略)(じゃあ、病気になったことはご家族は知らない)あの一姉に手紙を出して(うん)で、あの、統合失調症になって、入院して、にゅう、あっ入院して、で、今グループホームに住んでますってことは伝えてはいるんですけども、でも姉は電話番号を教えてください、で、あと、最初は力になるねってっていうようなことを言ってたんですけど、段々、あんまり関わらないでくれって感じで(中略)あのーうちの姉なんんですけども、(はい)うちのお父さんがアル中で統合失調症だったんですよ(あーそうなんですね)その当時は分裂病って呼ばれてましたけども(うん)なんで、あのーそれと多分同じ病気に罹ってるっていうのを多分姉は思って、あんまり関わらないでくれって風に多分言ってきたと思うんですね(中略)お母さんは、あのー一家離散する時に、離婚して、で、あの、一人で(うん)まあ、ちょっと、一人で生活してるって感じですね。(会ったりとか、連絡は)会ったりはなしです。はい

(お母さんにはご病気のことは伝えてない) つた、あの、多分、姉から伝わっていると思います。(うーん) 姉と母は繋がっているみたいなので(あーなるほど) はい(何も来ない) 来ないですね、はい。(中略) んー(お父さんは、どう、今、どうされているかって全然検討もつかないですか) あのー住民票を、で見ると、〇〇県の方のなんか、えっと△そうってところに住んでるみたいなんですけど、連絡は取ってないです。

Cさんは中高生の頃から両親に反発心を抱いていたと話しており、自分から家族との関連を断っていた。しかしながら、Cさんは病的な考え方が影響している可能性も認められた。

Cさん：(病院に入院してから、ご家族がいらっしゃったことはあるんですか) まあ、なんか服を届けに来た時とか、来ましたね(その時お会いしました) 首を振る。無言(あっお会いしなかった。なるほど)は(全く会いたくない) そうですね(なにか喧嘩でもされたんですか) そうですね、すごい不信感を持つようなことをされたんで、(あー) まあ、もう、もう、ちょっと、(そうですね、) うん、(それで、アパートに引っ越されたんですか) そうですね。

Cさん：特殊だと思って下さいよ、家は、(そうなんですか) はい、(そっか、じゃ、お父さんとお母さんと仲が悪いのも昔っからなんですか、中学生位から) わかってくれない親でしたけどね、(わかってくれない、中学生くらいから) あん、(それは、どういう、中学生ですよ、中学生とか小学生でもわかってくれなかった) もう、なんか、俺様気質なんで、(ん) 自分の稼いだ金を自分に使って何が悪いの、(うん、うん) ってゆうのが口癖の親で、(中略) まあ、欲しいって言ったものは買ってもらえないって思っているような、(あっそうなんですか) まあ、まず、ゲームを買ってもらえなかったり、いじめの対象になってしまうのに、ふふふふ{含み笑い}、例えば、(例えば、その私学にお行きになったという話なんですけど、結構かかるじゃないですか、お金が) あっそれはいいんです(それはいいんですか、例えば、靴とか、結構揃えますよね、物を、制服はもちろんですし、後は、何か、学校指定のバッグとか、) ああ、そういうものはいいんです。外に見えるものは

Cさん：家は5時が門限で(5時、高校生とか) はい、(部活とか) 5時とか6時とかで、塾とか行くのはいいなんですけど、遊びに行くときは6時までには帰って来なさいって(高校生でも) 高校生でも、そうです。(それは、大変ですね、6時は、高校生で) 大変ですね、ふふふふ{含み笑い}、(あーそう) (お友達と遊ぶ時はどうされたのですか) 遊ばないですね。部活は帰宅部、委員会が大変だった。理解が無いんですよ。大学は、そうですね、あんまり、言いたくないんですけどね、一人暮らしした時期もあって、家の親が出してくれたんですけど、私、全然勉強しなくなった

時期があって、ま、そんな時に、ちょっと親が折れたんですよ、(あー) ふふふ
ふふ{含み笑い}、それで、どこでも良いから受かってくれって感じで

4) 友人との関係

対象者から中学、高校、大学における人間関係と発症してからの関係の変化を対象者に
尋ねたところ、希薄な友人関係と一時的に関係を継続はするものの、長期的に友人関係が
続かないことが多かった。

Gさん：そうですね、{専門学校の時は}いつもグループで行動してましたね(あ、何人ぐら
いのグループだったんですか) えーとね、7、8人です(7、8人) はい(その方と
は、その警備会社とかその色々ね働いていた時も連絡はとってたんですか) はい、
とっていなかったですね、はい(取ってなかった) はい(中略)会社内では、もう、
あの、管制室の同僚、が、友達が変わりっていうか、みんな相談し合ったりとか(う
ん) できるのは管制室の同僚が、友達でしたね(うん) うん(じゃ、あの、こうじ
ゃ、オフの日とかどこか一緒に行ったりとか) とか、そういうのはなかったです、
はい(仕事の場で) 仕事の場で話す友達っていう感じですね(じゃ、他にこうなん
か、私生活で) うん(コンタクト取ってたっていう) いないです。はい(ま、あの
たまーにでも) たまにでもですね、ないです、はい

Gさん：ああ、もう、全然、(全然){高校の時の友達とは}全然連絡とってないですね、はい
(卒業してから少し会われたりとか) は、うーん、二十歳の時に、一緒に、居酒
屋とか、飲みに行ったりしたことはあったんですけども、でも、それ以降は、(う
ーん、あんまり) もう、会わなくなっちゃいましたね、専門学校の友達も学校卒業
してからは(うん) もう、会わなくなっちゃいましたね(うーん) だからこう、人
間関係をずっと長く続けるってことがすごい少なかったです

Cさん：(お友達とかは?中高からのお友達とかは) いないですね、(中高の時はお友達と
遊びに行ったりしたんですか) 数える程度ですよー(でも、仲のいいお友達はい
らした) いや、居なかったですね、(大学の友達は) 少人数のクラスだったので、
必然的に付き合わないといけなくなるんで、まあ、飲み会とか、そういうのありま
すけど、特に仲いいっていうのは。(今、お友達はいかがですか) いないですね、
(全く?) はい、(フェイスブックとかソーシャルネットワーキングとか) やあ、
危ないでしょう、ふふふ、(寂しくはないですか) 一人好きですね

3. 偏見、差別、無理解の経験と意識

対象者全員に偏見や差別を受けた経験、病気のことを理解されてないと思った経験を尋
ねたものの、Dさん、Gさん、Iさん、Mさん以外の対象者は偏見や差別を受けた経験、

理解されなかった経験を否定した。Dさんは偏見や差別を受けた経験はなかったが、自身に対する偏見があると語っていた。また、Dさんのみが自己に対する偏見があると語っていた。

A デイケアにおいて、相模原で起きた障害者殺傷事件がお昼のニュースで連日流れていたものの、利用者は皆、黙々とお昼を食べており、反応する利用者は見られなかった。

Dさん：偏見が自分の中にはありますよ、そりゃ、病気の人だっていいじゃないとか、障害者で頑張ってるんだみたいなのはないです。(ない。)後ろめたいってか、(うん) 普通の人達じゃないんだ

Gさんは家族からの偏見と差別体験を語った。

Gさん：あのーうちの姉なんですけども、(はい) うちのお父さんがアル中で統合失調症だったんですよ (あーそうなんですね) その当時は分裂病って呼ばれてましたけども (うん) なんて、あのーそれと多分同じ病気に罹ってるっていうのを多分姉は思ってた、あんまり関わらないでくれって風に多分言ってきたと思うんですね

Mさんは他者から投げかけられた差別的な扱いや言葉を語った。

Mさん：対人関係はどこに行っても苦労する、・・ズーこずーこ{鼻をすする}、わしらでしょ (あ、どこに行っても苦労されました) したよ、この前、話したじゃない (話しましたね) だから、どこに行っても特殊な目で見られる (特殊な目で) おかしい、足らねえとか

Mさん：わしのこと知ってる人はおかしいとか足らないとかいっぱい、多いよ

Mさん：私の、顔がそう見られるん、顔のイメージでね、おかしい、ダメに見られるんだよね (顔のイメージですか) 見られる (スー、そうですね、何か思い当たる節がありますか) だ{から}、良く言われるのは知的障害者みたいな風貌してるとかね、知恵遅れみたいな顔してるとか言われるんだよ

Fさんは偏見、差別、無理解の経験の問いに「ある」と返答し、病院での扱いを挙げたものの、聯合弛緩もあり、詳細な内容は不明であった。

Fさん：あるとねえ、(うん) ほっと(放)かれたですね (ほっとかれた) うん (間) (それはどういう風にほっとかれたんですか) あ、ただベットとベットひいて、後は走ったり、あの、走ったり、走ったり、まあ、(うん) なんていうのかな、ここは病院とは言わないんだよね、なんかね (うーん) よくわかんないけど、(はい) あの、

前の、あの、前、一番前入る時（はい）なんかその頃、社長はいないし（はい）あの、なんていうの、強いなんとか入っている人もいるし

4. 統合失調症者におけるセルフスティグマ

インタビューから 22 のサブカテゴリー、9 カテゴリー、3 テーマが抽出された。テーマはギリシャ数字 I、II、III と 【】 用いて、カテゴリーは《》をアラビア数字を用いて表した。また、サブカテゴリーは 〈〉 を用いて表した。

テーマ I 【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】では、4 つのカテゴリー《「統合失調症」の理解》《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》《普通に生きたい》が抽出された。テーマ II 【自己を現実的に理解し、障害を認識する】では 3 つのカテゴリー《自己の特性を自覚する》《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》が抽出された。テーマ III 【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】では 2 つのカテゴリー《現実と目標の間で、自己が「障害者」なのか「健常者」なのか迷う》と《就労が出来ず、経済的自立が出来ない自分は劣っている》が抽出された。

1). テーマ I 【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】

カテゴリー1. 《「統合失調症」の理解》

統合失調症者が抱く「統合失調症」に対するセルフスティグマを明確にするため、自己の疾患を「統合失調症」だと認識している統合失調症者を対象者とした。研究者もインタビューの中で、対象者自身がどのように病名を認識しているか質問した。その結果、対象者全員が病名に関しては「統合失調症」であると報告していた。しかしながら、実際にインタビューをしている際に対象者が「統合失調症」と名称を口に出すことはほぼなく、「統合失調症」と明確に言語化されたのは、インタビューアが病名を尋ねた時と、告知について話した時、自己の症状が統合失調症から生じたと話すと話す時、「統合失調症」者とそれ以外の「普通の人」とを区別する時、そして「統合失調症」の特徴を語る時のみだった。対象者全員が「統合失調症」であることを認識していたが、「統合失調症」という疾患の特徴や症状の認識は対象者毎に異なり、認識の程度に差が見られた。また、インタビュー中に使用された主な表現は「病気」や「精神病」が多く、うつ病、神経内科、ノイローゼ、自律神経失調症と表現されることもあった。また、「薬を服用すること」で統合失調症や精神疾患に罹患していることを表現したり、「働くこと」で、反対に統合失調症や精神疾患に罹患していないことを表現していた。そして、統合失調症に罹患したことや症状が増悪した時の状態を「おかしくなった」と表現していた。

サブカテゴリー 〈病名や状態の用語を混同する〉

(1)病名は「統合失調症」

Eさん、Cさん、Jさん、Kさん、Iさんはインタビュアーに病名を尋ねられ、「統合失調症です」と回答していた。

(2)告知で知った「統合失調症」

Lさん：{病名告知の様子を描写した時} 統合失調症だって言われて

Mさん：統合失調症だって知ったのも遅かったからね（知ったの遅かったんですか）実際、もっと前からなっていたらうけどね

(3)「病気」と表現する

Dさん：栄養科をでたので、レシピとか見れば大体わかるけど、病気になってから忘れちゃって、手順がわからなくなって

Eさん：父は病気だって意識している。あんまり、思いつめられると辛い、薬を飲み忘れるときついこと言われます

Eさん：自分で、なんか引け目を感じちゃってるから、っていうか、こうやって病気もしちゃったし、親に迷惑もかけちゃったし

Eさん：白い目で見られるのは、やっぱり病気って誤解されやすいから

Eさん：こういう病気になった直接の原因は色々悩んだこともあるんですけど

Eさん：こういう病気に罹ってから、厳しくなった気もして、父の厳しさを本当にわかった気がして

Gさん：記憶力がちょっと落ち気味になってくのは、病気になってからです

Gさん：自分が病気だからと言って、（うん）働ける可能性もあるのに、働かないっていうのは、ちょっとずるいんじゃないかなって、ちょっと感じるんで

Gさん：この人は病気なんだなっていう風に

Gさん：僕こういう病気を、持ってるんですけどもことを

Gさん：自分の中では、あの一病気持ってるけど（うん）一般人として、いますよって

Kさん：それまで、これ{幻聴}が病気だとは思わなかったので（うん）生まれつきの（うん）そういう事故に遭っちゃったから母親が（うん）だから、これはついて回るのがかなと思ったら（うん、うん）その〇〇先生と（うん、うん）あのケースワーカーさんがそれは（うん）ひょっとして病気かもしれないよって言われて、そんな時初めて、あの噂話で（うん）統合失調症っていう名前を聞いて（うーん）それが、まさかなくなる、その幻聴が無くなる薬があるなんて知らなかったものだから

Iさん：病気であることを認めなくなかった

Iさん：「本当に病気なのかしら」と思った

Lさん：うーん、もう、僕が病気になってから（うん）なんかもう、親父からは捨てられたって感じですかね（間）（親父からは捨てられた）うん（なぜでしょうか）わかんない、病気になったからじゃない

Lさん：あー娘さんが（うん、うん）同じ病気で（あっそうなんですね）統合失調症で（あーなるほど）おー、わかんないんだけど教えてくれよって言われて（あっなるほど）教えあったりして（あっなるほど、教え合ったりしているんですね）病気のことについて

Cさん：まあ、病気って目で見られる

Mさん：（今は、先週教えて下さったのは〇〇病院の中ではそのようなことは無い）そんなこと、無いことは、全然ないわけではないけど、（うん）全然ないとは言わないけど、やっぱり比較的違うよな〇〇は、自分から病気している人ばかり集まってるし、そういう人ばかりだから、・・・・・・だから、ちょっと若干違うよね

Aさん：やっぱりね、英語学習していると病気ではないんです。元から、日本人同士コミュニケーション(英語で)取るのが無理。カルテも日本語で診断も日本語でしょ。こういうこと(日本人同士で英語を使うこと)をしていると病気になるんです

(4)専門用語の混同

我が国では1937年から「Schizophrenia」の日本語訳として「精神分裂病」という病名を使用してきた。「精神分裂病」はSchizophreniaが意味する「精神の機能の分裂」の忠実な日本語訳ではあるものの、その言葉の否定的イメージがスティグマの元となる(金, n.d.)ため、2002年から思考や行動を上手く統合できないという意味の「統合失調症」という病名に変更された経緯がある。

対象者は「精神病」や「分裂病」といった「精神分裂病」短縮した表現や「統合失調症」という病名、また「うつ病」「ノイローゼ」「メンタル」「精神疾患」などをあまり明確に理解せず、使用していた。また、「精神病」は「精神分裂病」の短縮として使用されている時と精神疾患一般を指して「精神病」と表現される場合があった。

Dさん：統合失調症っていうか、病気、メンタルの、精神疾患を患っていたから飛躍したものの考え方をしましたね

Hさん：うー、うつ病（うつ病）ですか、私のわかるところではうつ病ー（うつ病）精神病ですか（精神病）うつ病、まあ、昔、精神分裂っていったけど、なくなったんですよ（そうですね）で、今、統合失調症になったんだって、（そうですね）聞いたんですよけど（そうですね）精神分裂って病気がなくなった、それで統合失調症って病名が出たんですよ、精神病でね

Lさん：統合失調症だって言われて（中略）なぜ、その、精神病になって、なりましたよ（えっ）精神病なりましたよ、なんで僕が精神病になってなりましたよ

Mさん：統合失調症だって知ったのも遅かったからね（知ったの遅かったんですか）実際、もっと前からなっていたんだろけど（ああ、実際に病気になったってわかったのはいつだったんですか）発病はノイローゼ状態で発病だったら、（はい）高校時代（高校時代）で、本当社会人になって、社会人で働いて（うん）三十代ごろだよな、ちょっと調子わる、精神病みたいななった（ああ、あの、営業の仕事していた時ですよ、じゃあ、その時にご自分が統合失調症だってことがわかったんですか）統合失調症ってか精神病だったんですよ（ああ、精神病）統合失調症だって聞いたのは後だよ

Mさん：統合失調症は特殊だよな、昔は自律神経失調症だよな、昔のね。今似たようなものじゃないね

サブカテゴリー 〈「統合失調症」の特徴と症状の理解〉

対象者は「統合失調症」の症状として幻覚、幻聴、妄想を挙げていた。

コード：幻覚、幻聴、妄想

Gさん：あの一、で、統合失調症で、幻覚、幻聴、妄想で、（うん、うん、うん）あの、踊り出しちゃって

コード：忘れやすいのは統合失調症のせい

Fさん：俺のこの、統合失調症（はい）ここ{すぐに忘れること}に絡んでるんですよ（中

略)統合失調症なんだよ、絶対、そう

「統合失調症」と自身の病名をはっきりと認識しているにも関わらず、統合失調症の特徴や症状を正確に認識しているわけではなかった。

コード：症状について

Hさん：{統合失調症の}症状ってのは大きいんですか (おお) 大きいものはこない、薬で痛みを止めてるって皆、人はいうけど (ああ、はい) お薬っていうのは、薬を、痛みを止めてるから (はい) だから、大丈夫だって皆、ここの病院の人はいうけど (はい) ああ、じゃあ自分もそうだなって思います

コード：障害者手帳を持っているから病気

Lさん：いやー病気だってことは (うん、うん、うん) あのー障害者手帳を持っているので (うん)・・・{聞き取れず} (うん)・・・{聞き取れず}障害者手帳を持っている限り障害者なんで

コード：日本人同士で英語を使うと病気になる

Aさん：やっぱりね、英語学習していると病気ではないんです。元から、日本人同士コミュニケーション(英語で)取るのが無理。カルテも日本語で診断も日本語でしょ。こういうこと(日本人同士で英語を使うこと)をしていると病気になるんです

カテゴリ2. 《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》

対象者は「統合失調症」として思い浮かぶ特徴やそれに対する思いを語っていた。「統合失調症」の特徴とそれに対する思いには主に2つの異なる形成過程が示されたため、2つのカテゴリに分けられた。1つは対象者が以前から知っていた社会通念やしつかりとした根拠がない知識から生まれた特徴とそれ付随し湧きおこる思いである。2つめは自身の様々な経験の中で、他者から与えられた情報が影響して形成された「統合失調症」の特徴であった。

サブカテゴリ 〈病前の価値観や思い込みから生じた感情〉

対象者は、以前から社会通念としてもっていたぼんやりとした統合失調症に対するイメージやなんとなく知っていた知識を基にして「統合失調症」の特徴を捉えていた。対象者は「統合失調症」、「精神病」、「自律神経失調症」を同様のものであると考え、これらの病気は不治で、厄介な病気であると思っていた。また、「統合失調症」は「気ちがい」と呼ばれ、特殊な病気であり、「人から嫌われ」たり、「普通じゃない」と思われると考えてい

た。その結果、自己の人生そのものに失望感や絶望感を抱き、「統合失調症」を罹患したことに対する羞恥心を感じている対象者もいた。

また、『薬を服用すること』は統合失調症に罹患していることを示し、『仕事をしていること』は統合失調症や精神病に罹患していないことを示す」では薬の服用と仕事ができないことが「統合失調症」を暗に示していることを述べたが、これは同時に「薬の服用」「仕事ができないこと」が「統合失調症」の特徴として述べられていた。

Mさんは「統合失調症」、「精神病」、「自律神経失調症」を同様のものであると考え、これらの病気は不治で、厄介な病気であると思っていた。また、「統合失調症」は「気ちがい」と呼ばれ、特殊な病気であると思っていた。

コード：精神病、治らない、厄介な病気

Mさん：統合失調症ってか精神病だったんですね（ああ、精神病）統合失調症だって聞いたのは後だよ（あ、そうなんですか）そ、そう、まだ、十年くらい前だよ（十年くらい前）せせかな（五十、六十歳くらいですか、確か、ろくじゅう）五十八（そうすると四十八歳ぐらいの時に、初めて病名を聞いた、うーん、どう思いました、その時、病名聞いた時）たっ、やっぱりこりゃ治んねえ病気だなって思いました、厄介な病気だなって思いました。（それ以前は治ると思っていましたか）いや、治ると思わないよ、成り行き任せだよ、うん、だから、一生治んないね（ん）一生治んない

コード：気ちがい、特殊、自律神経失調症

Mさん：ま、昔はさ、我々子供の頃の、頃の、・・・{聞き取れず}は見つけると {統合失調症や精神障害者を} 気ちがいだっっていったけどね（気ちがい）気ちがいとか言われたけどね、統合失調症は特殊だよ、昔は自律神経失調症だよ、昔のね。今似たようなもんじゃないね

また、元々社会通念としてもっていたイメージなどに影響されたのか、特に理由は思い当たらないが、なんとなく「嫌われている」と思い込んでいたり、自分から「普通の人とは違う」と思っていた。

コード：精神病、嫌われる、普通とは違う

Hさん：ま、精神病ってのは何だか、あんまりあたしも聞いてないんだけど、やっぱり、嫌われんですよね（嫌われる）うん（どうして）そんなこと、んー、嫌いになんないでって言うけどやっぱり嫌われんですよね、普通の人とは違うんだってね（んー、そういう風に思いますか、Hさんは）うーん、思わなきゃいけないですね、絶対、世の中ね

コード：精神病ではない、普通の人

Hさん：{弟は} 統合失調症にはなってないです（あ、なるほど）耳の、精神病にはなってない、普通の人間ですね

コード：普通じゃない

Cさん：病気の人ってのは普通じゃないから、（普通じゃない）はい、（普通じゃないんでしょうか）うーんと思われるんじゃないかと（普通じゃないと思われる）はい

そして、このような特に理由もない「統合失調症」に対するイメージから、自己の人生そのものに失望し、絶望感や、統合失調症を罹患したことに対して羞恥心を感じていた。

コード：統合失調症になって、普通ではなくなり、人生が駄目になった

Dさん：結局発症しちゃって、（うん、うん）て、もうだから、なんででしょうね、（問）あーなんか、（問）普通の人じゃないんだなっていう、普通の人は、普通の統合失調症の人は自分は頭がおかしいわけじゃないのに病院に連れてこられたとか、薬を飲まされたとか、で、おかしくなったとか、人生が駄目になったって思うじゃないですか、私は、幻聴が聞こえて、それが本で病気だって書いてあって

コード：精神病になって人生は終わった

Dさん：精神科の、にくぐった時に、もう自分の、普通の人としての人生は全部終わって、自分の人生は終わって、これからは病人として、亡霊として生きていけないといけない、死んだものとして、死んだし、人生を捨てたし、結婚はない、就職はない、子供もない、普通の生活もない、普通の友達もいない、全部過去の友達もみんないない、会えない、病気だから会えないし

対象者は「統合失調症」を「服薬をする」と捉えており、薬を飲むことが統合失調症に罹患していることを表していると考えていた。また、「統合失調症でないこと」と「働ける」ことを同等に捉えており、暗に「統合失調症」に罹患していると「働けないこと」を表現していた。

コード：薬を飲み始める

Hさん：（えーと、先程統合失調症ってお名前が、病名が出ましたけれど）はい（えーと、いつ頃からその病気になられたのですか）えーとですね、薬を飲み始めたのは20歳ままならないです

コード：統合失調症の人は薬を飲む

Hさん：三男を、今、仕事を世話してやってんです（ああ）それは薬飲んでないからね、だから、仕事ができんですよね、（でも、病気はお持ちなんですか）病気はー、う

ん、持ってないです(あ、病気はない) うん、なんか、耳のお薬もらってて、耳が痛いってお薬もらってるだけ(あ、なるほど、耳のお薬、耳がちょっと) うん、耳が痛いって、耳のお薬もらって、統合失調症にはなってないです(あ、なるほど) 耳の、精神病にはなってない、普通の人間ですね(中略) その人は薬飲んでないんですよ(ああ、なるほど) うん、弟は精神病になってないんです(うん) だから、ちゃんと働けるんですよ

コード：薬を飲むことは病気を証明する

Aさん：飲むとやっぱり常識的に、朝から夕方まで普通、一般的に働いている人はお薬は普通は服用しないです。薬を飲むのがそういう証明、薬を飲まないようにしたい、飲まなきゃいけないのはドクターに言われている、不眠、興奮、不安あると思うけど、お医者さんの意見が正しいので。

サブカテゴリー 〈主体的体験の中で他者からの視点から形成された『統合失調症』の特徴〉

「統合失調症」の特徴は以前から社会通念として「知っていた」ものだけではなく、自己の体験を通して「知っていく」過程が対象者から語られた。特に、他者から自分の行動を指摘され、そこから、他者から見た自分を振り返り、形成される「統合失調症」の特徴が語られた。また、自分自身が体験したことを通じ、「統合失調症」という病気だけでなく「統合失調症を持つ人」の言動や質の特徴が語られていた。対象者は、統合失調症者の話すことは信憑性が低く、統合失調症者は社会的責任も低く、迷惑であること、また、統合失調症者の幻覚妄想に影響された言動は、他者の視点からは言動の意味が分かりにくく、支離滅裂な言動に見えると考えていた。そのため、統合失調症者は他者から「おかしい」と思われると対象者は考えていた。

Cさんは自身が精神病院に入院する過程で、幻聴や被害妄想に基づく体験を様々な人に話すも、病気の症状として扱われ、信じてもらえなかったという体験をしていた。そのため、統合失調症の人の話は曲解されると思っていた。また、入院生活の中で同様の病気を持っている人に対して、「迷惑」との思いを抱くことがあった。そのような体験から、「統合失調症」の人の話はそのまま受け取ってもらえず、信用してもらえないと思っていた。

コード：自分の言動は信じてもらえない

Cさん：スー(息を吸う音)、でー、幻聴ですから、あなたのそういうのはって言われて、いや、それは幻聴ではないんですけど、なふふふふふふ{含み笑い}、大家さんもうるさいって言ってたんですけどねって、っていうような話を、全部幻聴ですよって、(うん)、言う先生でした。(うん)、でま、でま、なんていうか、変でしたね

コード：言葉通りに解釈してもらえないと思う

Cさん：うん、あの一喋っていても「曲解」されるんじゃないか、って思われるんじゃないかって、曲解

コード：同じ病気の自分から見ても迷惑な精神疾患のある人

Cさん：症状が重い人は困るなあ、(迷惑だなんてことですか) そうですね、(どういう所で
すか) 騒音とか、後はついて来ちゃうとか、(部屋に入ったり、被害はない) 物を貰
いたい人みたいで、何かくれるんじゃないかと (ついてくるようだ)

また、Cさんは病院で「統合失調症」と診断されたことによって、社会的責任を免責され
た経験があり、「病気(統合失調症・精神障害)」であると、社会的にも免責が認められると
思っていたが、一方で疾患により免責されたことを後ろめたく思っているようだった。

コード：統合失調症だと様々なことが免責される

Cさん：んんー、まあ、病気 {統合失調症} ってことで片せる、部分もあるかなっていう、
ふふふふ{含み笑い}、あんなことも、こんなことも、でも、まあ、病気のせい、っひ
ひひひひ{笑い}、できるかなって、主観的じゃなく、客観的に、できるかなってい
う、ずるい部分ですけど、ふふふふふ{含み笑い}、(あんなことも、こんなこともっ
て聞いても大丈夫ですか?) いや、まずいですね(中略：入院のきっかけになった出
来事について、本人は責任を取らず、家族が全て対処した。)

「おかしい」—幻覚妄想に影響された言動は、他者の視点からは言動の意味が分かりにく
く、支離滅裂な言動に見える。そのような行動は他者からは「おかしい」と認識されると自
覚していた。

コード：他者の視点では、幻覚・妄想に捉われた行動は支離滅裂でおかしい

Gさん：支離滅裂 (支離滅裂、それはなぜ) もう、幻聴、幻覚、妄想に捉われて、で、そ
れに、その、妄想に捉われた行動を起こしちゃってるんで、(あー) 第三者から {幻
覚・妄想にとらわれた行動を} 見るとこの人は一体何をやっているのだろうって
いう、(あーなるほど) はい (第三者から見ると) と、(うん) この人は一体何を、突
然こんなことをやり出してるんだろうとか、(あー) 何を考えてこういう行動を起
してるんだろうとかって言うのが、(うん) わからないじゃないですか(わからない)
うーん (うん、うん) だから、支離滅裂な行動を取っているように見られちゃう。

コード：他者の視点では場にそぐわない行動はおかしい

Gさん：あ、あの、だから、あの、あの、勝手に踊り出しちゃったりとか、(はい、はい)
{ホームレス支援のスタッフが} そういうの見てて、おかしいよって、やめなさい
って風に (はい) ○○ (雑誌) のスタッフに言われたりとかしましたね

コード：幻聴による独言や独笑は、他者からは「ちょっとおかしな人」と思われる

Jさん：ちょっと笑ってるよって{人に指摘される}、面白い幻聴の時もあるんですよ、たまに(はい、はい)それで、Jさん独り言が多いねとか{言われる}、(はい)そういう時もありますね(あ、そういう時に笑っているよって言われる)そう、そう(うん)独り言が多いねとか・・・{聞き取れず}とか(ごめんなさい)今日は独り言が多いねとか(ああ、笑っているよとか、独り言が多いねとか)はい(うん、それがちょっとやだなって思う)そうですね(うん)はい(それはちょっと理由を伺っても良いですか)理由(うん)(中略)(えーと、なにか、面白い幻聴をきいて、があった時に)はい(なんか、笑ったり独り言多いねって言われるのが)はい(ちょっと嫌だなって思うんですよ)いやいやや(嫌ではない)周りの人が見て(うん)ちょっとおかしな人だなど思われてるのかなーと(あー)思われてるのかなーとは思うんですよ

コード：同僚からおかしいなどと言われた

Mさん：(うん、うん、なんか、あの一営業の仕事をしている時に同僚の方から何か言われたりとかありましたか)ええ、ちょこちょこ言われましたね(うん)みんながみんなじゃないんだけど、言わない人は言わないけど(うん、うん)感じおかしとか言われてね、(うーん)おかしとかね(うん)そんなこと・・・じゃないかな(うん)

カテゴリー3. 《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》

対象者からは、自己が「統合失調症」、「精神疾患」、または「精神障害者」であると他者に知られた時に、その他者が自己に対して抱く思いを推測し、精神疾患を理由に自己を偏見で観るのではないのかと不安を抱くことが語られた。対象者はこの不安から、自己が「統合失調症」や「精神障害者」のステレオタイプにならないように、他者の視点を意識して、自己の行動を調整していた。また、対象者自身も自己が他者から逸脱した存在になりたくないとの思いから、自己の言動に注意を払い、調整していた。

サブカテゴリー〈他者のステレオタイプや偏見を推測し、差別への不安を感じる〉

対象者は自分が「統合失調症」、「精神疾患」、または「精神障害者」であることを他者に知られると、他者から疾患を理由に自己が蔑まれるのではないかと不安を抱いていた。また、それにより、対象者には抵抗感などの負の感情が生じていた。

自分の親戚が表面上は気遣ってくれていても、本心では自己を蔑んでいるのではないかと思ってしまう。注：「白い目で見ている」という表現はEさん本人が使用している表現である。

コード：他者の心の内の偏見を推測する

E さん：親戚とかはそう {白い目で見ている} かもしれないな。でも、「勉強し過ぎたんじゃないですか」とか言ってくれます。心の中は知らないけど。

他者の視点を用いて、一般的に「病気の人」は「普通じゃない」または「特殊」であると考え、「病気ではない人」は、「病気である」自分を「普通」から逸脱した存在または「一人の人間」として不足した部分を持つ人として認識すると考えていた。それにより、「おかしい」「足らない」「一人前でない」と蔑まれるのではないかと不安に思っていた。

コード：健常者から特殊な目で見られる

M さん：(あのー先程 M さん結構色々、あの病院の中では大丈夫だけど、外に出るとあるとおっしゃったんですけど) けどつーつーつーじゃん (うっ) 上下つーつーじゃん (あつーつーですか) つ、つーつーだよ、特殊な目で見られる (あ、特殊な目で見られる。うん。それは誰にですか) 健常者に

コード：特殊な目で見られ、蔑視される

M さん：だから、どこに行っても特殊な目で見られる (特殊な目で) おかしい、足らねえとか (あーおかしいとか、足らないとか)

コード：一人前と評価されない

M さん：(女性の、うん、そっか (間) それは、実際にどうですか、出来そうですか) や、だ、出来ない (なかなか、ちょっと、難しいですか、ま、でも、それは) 私のこと見ると、みんなおかしいとか、足らないとかみたいなのそういう目で見るとだよね (そうですか) 一人前の男と見てくれる人が少ないよ

コード：人から蔑視され、嫌になっちゃう

M さん：やっぱり、あんまり人から、あんまり疲れ過ぎなんだよね、必要以上に言われたりする、言われたり、そういう目で見られたりしてるから、そこまで、どこ行ってもね (疲れてしまう) 嫌に、人生嫌になっちゃう、んー (あ、人生嫌になってしまう) んーあっちこっちおかしい奴って言われてさあ、相手にされなかったりさあ (相手にされなかったり) いじわるされたり、見られたりねえ (ああ) そんなのばっかしだよ

コード：実際にはわからないが、病気って目で見られる気がする

C さん：まあ、病気って目で見られる。(病気って目で見られる、んー、それは、どう、具体的に、どんな感じなんですかね、) 世間に行ってみないと、多分、まあ、言ってるわけではないので、んーふふふふふふ {含み笑い} (中略) スー、自意識です

かね

コード：病気の人は普通じゃないと思われている

Cさん：なんかその一、病気の人ってのは普通じゃないから、(普通じゃない) はい、(普通じゃないんでしょうか) うーんと思われるんじゃないかと (普通じゃないと思われ) はい、(そこは、ちょっとご自分としては) うん、マイナスかな (小さい声で)

世間の人々は「統合失調症」を理由に統合失調症者を見下し、自分の事しか考えていないため統合失調症には無関心であると思っていた。

コード：世間の人々は精神障害者を見下し、関係を断とうとする

Mさん：世間の人々は、自分本位でさあ、あいつは頭おかしいや弱い奴や、横向いてぼいって人が多いからね (あ、世間の人々は自分本位で) そういうのが多いからね (横向いてぼいですか) あうん (あ、そうなんです) 俺には関係ない、私には関係ないって、そういうのが多いからね (ああ、俺には関係ない) 私には関係ないってそういうやつがね (ああ、あの一実際にそういう目に遭われたことってあります) 何度もありますよ

障害者手帳をバスの運転手に見せることで、自分が「精神障害者」であることを日常的に他者に知らせており、バスの運転手に差別的に看られるかもしれないと推測し、抵抗感を感じる。

コード：バスの運転手の偏見を推測し、障害者手帳を見せることに抵抗を感じる

Gさん：{障害者手帳を見せる時} 表情見ちゃいますよね、{バスの} 運転手さんの (表情を見ちゃう) はい (それは今でもですか) 今でもですね、ひひ (うーん、そ、それは、見て、どんなふう) いやーなんか (うん) この人は病気なんだなっていう風に (うん、うん、うん) こう、見られる (うん、うん、うん) っていうのが、ちょっと抵抗があるっていうか (あー) うん、そうですね、うーん (例えば、私が今色々な病気のこと) はい (聞いているのも) はい (抵抗あります) は、ないです (ないですか) あっはい (そっか、じゃあ、そういった心配はちょっと心の片隅にある) 心の、はい、ある、ありますね

コード：無理解のバリアを感じる

Gさん：でも、話して無い人からして見ると、あの人、なに、ガタガタずっとやってるんだろうっていう風に見られちゃうんで (うん、うん) うーん、だから、ちょっとその辺のバリアっていうのを感じますね

サブカテゴリー〈自分の行動を変容させ、「普通」の人であることを強調する〉

対象者は自己が他者からどのように観られているのか気にしており、「普通」であること「一般」的であることを意識していた。その結果、「健常者」から自分は差別的に扱われると考え、健常者との日常的な接点を持たず、行動の範囲を狭めたり、統合失調症であることを隠すようにしていた。また、統合失調症の症状により、状況にそぐわない言動をして、他者から「おかしい」、「変な人」と思われないように自己の行動に注意を払い、言動を調整していた。また、精神科疾患の治療歴が報道などで注目された殺人事件を念頭に置き、精神科疾患を患っている自己が他者から危険な人物であると思われないように、健全な生活や自身の善行を他者にアピールしていた。

MさんもDさんも統合失調症である自己は他者から馬鹿にされ、頭がおかしいと思われると思っていた。そのため、積極的に他者と関わることを避けていた。

コード：健常者に蔑視されるから、あまり関わりたくない

Mさん：{世間の人は}馬鹿にしちゃってね、普通さあ、普通さあ、大抵の場合は面と向かって言ったりしないじゃないですか(しないですね)しないしない(うん)私が相手だと、馬鹿にしちゃってね、面と向かって、結構どぎついこと言って来るのがいっぱいいるんだよ(目の前で失礼なことを)傷つくようなことをね(そうなんですね、最近はいつそういうことがありました)一番最近、いつなのかな、はっきり覚えてないけど、今、健常者とここ数年あんまり接してないけどね(あ、そうなんですね)わ(た)しのこと知ってる人はおかしいとか足りないとかいっぱい、多いよ

コード：昔の知り合いに惨めな自分を知られたくないのでSNSはしない

Dさん：だから今もフェイスブックとかやらないのは、自分が統合失調症になって、昔の中学とか高校の知り合いが、Dさん、今病気で精神科で、頭おかしくなったんだって言われるのが嫌だから、絶対しない。

Eさんは自己の病気のこと嫌な思いをする可能性がある時は、始めから病気であることを隠せば良いと考えていた。

コード：嫌な思いをしないためには隠せばいい

Eさん：(病気のこと、後で嫌な思いをされたりある人もいらっしゃるんですけども)隠しちゃえばいいんですよっていう人もいますよね、(うん)、〇〇さんか誰か、(うん)、隠しても、〇〇さんじゃないけど、昔居た人が隠しても良いですよって、(隠しても良いですよって、うん)、履歴書、書きたくなければ、書かなくて良いですよって(なるほど、うん、うん、うん)、いってました。

また、GさんとJさんは、統合失調症の症状に反応することで、他者から「変な人」や「おかしい」人に見られないように、自己の言動に注意を払って調節していた。また、Gさんは「一般人」として社会にいるのだと他者にアピールする気持ちで、統合失調症の再発を防ぐため、健康的な生活と服薬を心がけていた。

コード：スティグマを避けるために病気の症状を安定させる

Gさん：そうですね、あの一、変な人に見られないようにしようっていう風には、(うん) 一応、ちょっと気を使ってますよね、うーん (でも、実際には見られない) ふふっふふふ、ふふふ{含み笑い}、実際には見られてないですけども、はい、(うん) うーん (間) やっぱり自分の中では、あの一病気持ってるけど (うん) 一般人として、いますよって感じですよ (あー) はい (そのために、自分で努力していることとか) はい (心がけていることはありますか) あの一病気が再発しないように (うん、うん) あの一、生活リズムを整えて、で、ちゃんと先生に支持された通り (うん、うん、うん) 薬を飲んで (うん) で、あの一一日を無事平穩に終えるってことを (うん) 心がけてはいます、はい

コード：「おかしい人」にならないように、独笑しないように気を付ける

Jさん：{一人で笑ったりしないように} 気を付けようと思っています (あ、気を付けようと思っている) はい (あ、なるほど) (間) なるべく自然体ではた、はたらこうと思っています (中略) (なるほど、周りの人から見て) うん (ちょっとおかしな人だと思われたくないなってことなんですか) そうです、そうです、はい (なるほど、そういうことがあったんですね) はい (だからま、そういったことを気を付けようと思っています) はい (なるべく自然体で生きていこうと思っている) はい

コード：妄想を行動化することによって騒ぎになるのは嫌だ、避けたい

Aさん：過覚醒っていった脳内物質が出過ぎちゃうんですけど、避けた方がいいって、誇大妄想とか、被害妄想とか、関係妄想とかでたら入院と言われて、前にそれで色々動いちゃったんですけど、騒ぎになってしまうことは避けたいので、挑発的な行為はしないように破瓜型の不成功例(本人が疾患の勉強のため読んでいる主治医が執筆した本の内容)で挙げられているので。

Dさんは、統合失調症を罹患していても自分は危険な人ではない、事件を起こす人とは違うことをアピールするために、善行を心がけたり、服装や日々の行動が「普通」に見えるように注意を払って行動していた。

コード：善行やコミュ人ケーションで、自分が精神病のステレオタイプとは異なることを示す

Dさん：自分もバスで席を譲ったり、悪い人じゃないとアピールする。事件があったけど（相模原の事件を指す）違う世界のここのようで、この病院でも別物、一部の変な人がそういうことをしたんだなど。そこの小学校で精神病の人が子供刺して、夕方にテレビがたくさん来て、この近所の、大人が挨拶するようになった。なんかコミュニケーションを持つことによって越えていこうと。事件直後は緑の人達がいる。

コード：自己を「頭のおかしい人」と言いつつも、近所の人にノーマライゼーションを試みる

Dさん：近所の人とかに関しては、もう〇〇(病院名)病院に通ってるんで、頭のおかしい人ですけど、大丈夫ですよ、普通ですってっていうのは大丈夫なんですけど、

コード：円滑に生きるためにトラブルや自分の意見を訴えることを控えている

Dさん：とりあえず、トラブルを起こさない、なんか起こったら謝るってことをして、で、取りあえず、こんなこと理不尽じゃないかって思っても、スタッフの言っていることとか、看護師がいったことに関してはどんなに怒鳴られても、どんなに怒られても、すいませんって謝って、話を聞く、わかりました、これから気を付けますって、で、円滑にしていく、

コード：自分が安全で信用できる人物であると証明するように生きる

Dさん：やっぱり、こう、スタッフと上手く行かないとか、患者さんと上手く行かないって人は、どんなに良いこと言ってもダメじゃないですか(語尾が上がる)。このコミュニティで上手く行かない人が、近所の人と上手く行くわけじゃないですか、それがもう、近所の人と近所の健常者の家族と、(うん)に迷惑をかけずに如何に、こう、静かな人でっていう感じで、何もしないし、暴れたりも騒いだりもするわけじゃないし、毎日ちゃんと普通に生活しているし、デイケアにも通っているし、朝もちゃんと出掛けて、夕方帰ってきて、家でゴロゴロしているわけでも、大変汚い恰好でふらふらしているわけでもないよっていう、あの、一応、社会人として働くまでは行かなくても、すー、なん、一応規則正しい生活を送っているから、そんなおかしな人じゃないっていう所に持って行こうとして、バスでもお年寄りが立っていたら、譲るし、子供が立っていても譲るし

Hさんは統合失調症や精神障害者に対する誤解や偏見は「しっかり」した生活をしていれば避けられると考えており、「しっかり」した生活とはデイケアや作業所に通うことであった。

コード：「しっかり」していれば誤解はない

Hさん：{障害者手帳をすることで偏見や差別を受けましたか}んー、そりゃー自分がー、ちゃんとしてればいいし、(うん)しっかりしてれば、誤解は出ないんじゃないか

コード：「人前でちゃんとする」には規則正しい生活をする

Hさん：{母に}「人前ではちゃんとしてね」って言われたからね、お、わたし、親の事ゆってたから（うん、うん）一生懸命それをね（うん）あの一、頭に入れて、一生懸命ここで、いわば、もう二年ですけどね（うん）通ってます、デイケアに、作業所にも決まったから（うん）週二日（週二日）C病院は週三日、デイケア通ってます（うん）まあ、本当、一週間にね、訪問看護も一日取って（うん）休みをもらって、日曜日ってことで、まあ、一週間、（間）忙しいと言ったら、一日かけてだけどね（うん）三時まで一生懸命、やっています

コード：人の目を気にして生活する

Hさん：自分がしっかりしなきゃ、うん、やっぱり人前でも、こう、みんな見てるからね、やな感じが、私が与えたら、やっぱり、自分が一番、にゅ、見る顔してるからね、みんなわかってると思うんだよね、言わないだけでね

コード：スティグマを避けるために毎日をしっかり生きる

Hさん：{精神病は世の中の人から嫌われているって思わないといけない}なー、馬鹿な事やててもしょうがないしね、もっとここに、毎日ちゃんとした充実した生活してるから（うん）変なことは外して（うん）吸収したいものは吸収してね（うん）良いこと吸収して、そいで一生活していきます

カテゴリー4. 《「普通」に生きたい》

インタビューの中で対象者は様々な希望を語っていた。対象者は自分になりたいと思うような人や自分がやってみたいことをするために必要な物、欲しいと思うことを語っていた。

サブカテゴリー〈自立して、社会の一員として必要とされたい〉

対象者は、自分になりたいと思う人について語っていた。対象者は、他者との関係の中で必要にされる人でありたい、経済的に自立をして社会的責任を担い、社会に何か還元できる人になりたいと思っていた。

コード：必要とされたい

Gさん：あの人がいないとダメだよねとか、（うん、うん）あの人がいないとちょっと大変だよねっていう風な時に（うん、うん）自分が居るとあっこの人がいてくれて良かったなと思われる存在になりたいんですよ

コード：自立したい

Gさん：あのー生活保護を受けてるんで、生活保護から抜け出したいっていうのもありますね、(あー、それは理由を伺っても宜しいですか) はい (理由を伺っても大丈夫ですか) 理由、ああ、やはり、あの自立した生活を送りたいっていうのがあるので、

コード：経済的に自立したい

Gさん：あのー、税金を払ったり、(うん、うん、うん) あとは、できれば、友達を作りたいって (友達) とか、そんなところですかね、ふふふ{笑い} (税金を払う) 税金を払う、(税金を払うっていうのは、重要な事なんですか) あのー、やっぱり、あのー、年金とか、(年金とか) やっぱ、ありますから、その辺を払っていかないと、やっぱり、年をとっちゃってから、また、生活保護のお世話になっちゃうんで、(あー、なるほど、そうなりたくはない) なりたくないということですね。

コード：障害者でも出世をしたい

Aさん：障害者コミュニティで、できれば出世をしたいです。作業所の所長になって。

コード：ただのお手伝いだけでなく、お金も欲しい

Aさん：メンバーさんのお手伝いができれば良いと思うのですが、自分本位にならないようにと、頑張らないと、お互いに助け合って生活を送れるように、皆と調和出来て、お手伝いできれば、お給金にかえて考えたり、考えなかったり

コード：デイケアは息抜きで、社会人でいたい

Aさん：社会人としては社会に関わる必要があります、フロア {デイケア} で息抜きを出来れば良いと思います。

コード：社会貢献したいが現状は自分のことで手一杯

Dさん：私は(施設にいた時)親から売春させられたことかいるんで、六年生ぐらいで、だから、やっぱり、そういう子達に手を差し伸べてあげたいって立派なことを考えているんですけど、じゃあ、何ができるかって言ったら、何もできない、ってことで、て、ゆうより現状として人と仲良くやるとか、っていう課題、目標、けんかをしない、言いたいことはい、嫌なことは嫌っていう、トラブルを起こさない、っていう、ことに一応集中しています。

コード：支援を受けるだけでなく、自分も社会に還元したい

Dさん：なんだろうなあ、人に助けてもらって生きてきたんで、(うん、うん)国のお金で食べてるし、だから、何かを還元しないと(何かを還元しないと)自分ができることで、わかることで、(うん)っていうのがあって、(そういった思いっていうのは、

今回インタビューを引き受けて頂いたことに関連するのでしょうか?)いや、私で役に立つのであれば、統合失調症とか病気の人に、なんかサンプルとかして、こういう意見が持っている人間がいるとか、考えている人がいるとか、こんな生き立ちでこうなった人がいるとか、少しでもいっぱいサンプルが取れば、統計が出て、データが出るから、こんな環境で育つとこうなるとか、こんな考えの人もいるとか、こういう風になるっていうのが少しでも分かれば、力になりたい

サブカテゴリー 〈安定した親密な関係が欲しい〉

対象者は自分が病気であることから離れて、自分自身を見てくれる、心を許せる親密な友人が欲しいと願っていた。

コード：一緒に過ごせるパートナーが欲しい

Mさん：今の生活はいかがかってか、まあ、く、楽しくないよね(楽しくない、今の生活は楽しくない、何か楽しくないっていう理由とか、若しくはこうなったら楽しくなるんじゃないかって思うことあります)やっぱり、同じもの、男性、男だからね(うん)女性、自分の好みの女性、いっぱいいるとかね、いつもの・・・に行くとかね(あ、ちょっと待ってくださいね、えーと、女性の、ガールフレンドがいたらいいという)ガールフレンドはそういう環境だからね(はい)ガールフレンドというね(うん、ま、えーと、ま、何かパートナーみたいな方が欲しいということ)パートナーもそうだけど、やっぱり、普段接する人がね(ごめんなさい)普段接する人がね(はい)パートナーとして・・・そうさ(うん、結婚をしたいというのとはちょっと違う)結婚は無理だもん、もう(あ、結婚は無理だと思う)もう、そう、この年まで(うん)・・・{聞き取れず}驚いてるからね(あ、結婚、遅いから無理っていうことですか)体力的にも身体がガタガタだしね

コード：友達が欲しい

Gさん：新しく友達ができたら良いなって思いますね(どんなお友達が欲しいですか)そうですねー、一緒にいて(うん、うん)気が楽な友達ですね(一緒にいて)間(それは女性男性は)構わずですね、はい(うん、うん、じゃあ、そうやって一緒にいて楽であればどなたでも)あっはい

コード：病院関係の人間関係だけだと寂しい

Gさん：(あーなるほどね、そうなんです、例えば、何もしなくっても存在意義があるってことも)あーふふふふ{含み笑い}(ないですかね)まあ、そんなんですけど、そうすると自分の世界ってのが病院関係しかなくなっちゃうんですね(あーなるほど)そう(うん、うん)だからあの一、結局自分の生活する全てが病院関係の事だけっていうことになっちゃって、外の世界と繋がりが無いっていうか(うーん、病院の世界だけだと)はい(どんな気がします、どんな感じがします)寂しい

感じがします(寂しい感じ) はい(間)(そっか、寂しい、じゃあ、その外の世界と繋がって) はい

コード：社会復帰を考えるとデイケアメンバーではない友達との交流が必要

Aさん：人付き合いがクリニックのメンバーとしか付き合いがなく、いえ、メンバーを否定するつもりはないんです。ただ、それ以外の人、外部の人と交流を持ちたいと。メンバーとは社会人として一緒に仕事するわけではないので。友人と会おうとしても、向こうの都合もあるので、予定をすり合わせないといけない。だけど、ここにいる時間以外に会えるわけではなくて。

サブカテゴリー〈経済的余裕が欲しい〉

対象者は、生活保護や障害年金では就労の上限もあり、一定額の収入しか望めないことを認識していた。しかし、生活保護や障害年金と作業での賃金では、生活も余裕がなく、自分のしたいことを実現するのが困難であり、もう少し金銭的余裕や就労が出来たらいいのにと思っていた。

コード：お金が足りない

Kさん：({生活保護} 嬉しくない気持ちもありました)ありました(それはどうしてなのか教えて頂いても良いですか) やっぱり、障害(間)(うん)この手帳をも、貰っていないと(うん、うん)お金がとつつ(うん)たまらないっていうか(うん、うん)他に稼ぐ要素って言ったら、一月に一万五千円以上もらえないんですよ(うん)どんなに働いても(うん、うん、あ、そうか、働いても)ええ(一万五千円以上もらえない)はい

コード：旅行やリホームのお金が欲しい

Jさん：(それは、どうして働きたいって思うのですか)貯金したいんですよ(あ、お金が欲しい)はい(貯金がしたい、貯金したら、何がしたいですか)旅行にも行きたいし、(うん、うん)リホームもしたいし

コード：お金が無い

Cさん：まあ、あと、お金がないんで、(お金がない)はい

コード：お金が足りず、生活が苦しい

Dさん：(今は生活保護を受けず、就労だけに頼ると)お金苦しい。手取り12万だと、家賃が5・6万、通院に薬代に、電話、ガス、水道、お弁当代もかかるし、残り1万5千円で生活できない。

2). テーマ II 【自己を現実的に理解し、障害を認識する】

対象者は統合失調症によって起こる認知の変化や症状を自覚し、自己のストレス耐性の弱さを認識していた。デイケアへの通所や就労体験から、対象者は自己のストレス耐性や能力の限界を認識しており、統合失調症から来る障害に対する配慮や社会福祉による経済的な支援を必要と認識していた。

カテゴリー 《自己の特性を自覚する》

対象者は統合失調症になったことで変化した自己の認知や病気の症状、ストレス耐性の低さを自覚するようになる。

サブカテゴリー 〈統合失調症により生じる症状や認知の変化を知る〉

コード：忘れっぽいのは統合失調症のせい

Fさん：すぐ忘れちゃうなあ（いやいやいや、私も）・・・{聞き取れず}（うん）あの、あれ、これないと俺のこの、統合失調症（はい）ここに絡んでるんですよ（統合失調症と絡んでいる）からんで、うん（はい、どう絡んでいますか）すぐ、忘れちゃうの（あっすぐ忘れちゃう）うん忘れちゃったり（あらあらあら）おう、・・・全部忘れちゃうの（忘れちゃう）うん、まあ、少しは残ったんですけどね（はい）うん

コード：記憶が曖昧になる

Fさん：宿舎あんですけど、駐屯地っていうんですけどね（はあ）そこへ、あー、どうやって帰ったかわかんないんで、そうね、そうなっちゃったの（ああ）うん（それは怖いですね）怖いですよ、それが続いたんですよ

コード：記憶が曖昧になる

Fさん：あの一倒れたの、あ、学校で倒れたんですよ、俺（学校で倒れたんですか）うーん、あの、あの、いびきかいて、ね、寝込んだんですよ、わかんなかったんですよ（うん）あの一、寝込んで、それで、どう帰ったかわかんないんですよ

コード：思考が鈍る

Fさん：だからーちょっと、あの。こう、頭が、あの一、なんていうの、（うん）寝てる、寝てるつつうかな（うん、うん）その、なん、なんのかな（働いてない感じがしたんですか）えっ（頭が働いてない感じですか、なんか）うん、そうそうそう働いてかん、（間）ただ、こう、こう人形みたいに行くだけで（うん、うん）そんな状態でいたんですよ、

コード：忘れっぽい

Fさん：(統合失調症になった時に) 統合失調症じゃないかっていうの (あ、じゃないかなって、ま、でもそのね) 統合失調症なんだよ、絶対、そう (ああ、そうなんですか) うん、忘れるもん、すごく (忘れちゃうんですね) うん、てちょうびもしてないから (その、じゃあ、そういった病気になって) はい

コード：周囲の視線が気になり、幻聴が聞こえる

Gさん：あの一そのうち (うん) ま、あの一周りの目線とか、あっ視線ですね、視線とか、(うん) あと、あの一とか一 (うん) そうというのが気になり始めて、(うん) で、なんか、通りがかりに (うん) 「死ね」とか言われたりとか (あー) なんか、そういうのが、(うん、うん) こう、ゆわれて、すごい気になり始めて、で、段々、あの一幻聴 が聞こえるようになってきて、(うん) で、幻覚も見erようになっちゃったんですね。(あー) で、統合失調症をはつ、そこで発病しちゃって、

コード：被害妄想や幻聴は統合失調症の症状

Jさん：(統合失調症っていうのは) うん (どういった病気だと思いますか) 被害妄想とか (被害妄想) はい (他には、どんな、あの一) 幻聴が聞こえるとか

コード：幻触と妄想が自分の病気の症状

Jさん：{被害妄想と幻聴はありますか} そうですね (お持ち、両方とも) はい (はい、ある。他に何か症状ありますか、これ以外に) ただあの、肌を (はい) 触られてる感覚になるんですよね (なるほど、肌を触られてる感覚) はい、顔が変形してるんじゃないかっていう不安があったりして (感覚とそ、それから、顔が変形してるんじゃないかと) はい (うん) はい (なるほど) はい (そういった感覚があるんですね) そうです

コード：病気になってから料理の手順が分からなくなった

Dさん：栄養科をでたので、レシピとか見れば大体わかるけど、病気になってから忘れちゃって、手順がわからなくなって

サブカテゴリー 〈ストレス耐性が低い〉

対象者は他者に指摘されたり、批判されることに弱く、ストレス耐性が低いことを自覚していた。

コード：父に指摘されると、委縮してしまう

Eさん：父は元来、仕事ができるから、その一頭ごなしに色々言われると、自分が委縮しちゃうのかもしれない(あー委縮してしまうかもしれない)それはあんまり、父には言えないですけど、

コード：怒られると立ち直れない

Kさん：そんな時 {会社を解雇された時} も泣いてました (うーん、悲しかったですね) うん、怒られるのが僕ダメなんですよ (ああ、なるほど) 立ち直れないくらい (うん) めちゃんこダメで

カテゴリー6. 《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》

対象者は日々の出来事や社会復帰の機会、デイケアにおけるルールを通じて、自分にできないこと、自分で努力をしても遂行することの困難さを経験し、自己の限界に直面する体験をしていた。

サブカテゴリー 〈デイケアは出来る範囲で参加する〉

デイケアのルールでは、プログラムに参加するためには決められた時間にデイケアに来ることが必須であるが、デイケアのプログラムに自分の行動を合わせることや、規定の時間デイケアに参加している必要のあるナイトケアに参加することを難儀だと感じていた。対象者はデイケアのルールに自分の行動を合わせるのではなく、自分ができる範囲で参加しようと思っていた。

コード：以前のデイケアは時間にルーズでも良かったが、今は厳しくなった

Eさん：いやーなんか、それまでは任意の時間に10時、11時、10時45分までに連絡すれば(うんうん)来られるようになっていたんで、ある程度ルーズでも良かったんで、(ルーズでも良かった。今はどうなんですか?)今は大分厳しく、前より厳しくなったんで、(前より厳しくなった)まあ、でも、午後ショートとかありますけど(うん、うん)昔は一その時間に間に合えば、何とかなるっていう雰囲気だったんですけど、スタッフの人もそれで良かったんですけど(うん、うん)これからは、最近はどうじゃなくなってきたんです(最近はどうじゃなくなってきた。どんなことを言われるのですか?)、その、言われるっているか、時間に厳しくなったんだと。(時間に厳しくなった)色々ナイトケアとかも好きで取れるわけでもなくなったっていう(消え入りそうに文章を終える)(あっそうなんですか)はい(ナイトケアはどうしたら取れるんですか?)いやっナイトケアは、午前からずっと出てるか、(はい)午後から出たんじゃダメかもしれないですけど、(んー)なんか、ナイトケア、ナイトケアでってなんか条件が必要になってきたんで

コード：デイケアのプログラムに間に合うように行けない

Dさん：（{デイケアの} クッキングクラスには行っているのですか）行ってないです。朝から行かないといけないルールがあるから、（料理は）ヘルパーさんに手伝ってもらってる。教えてもらっている感じ。「こんなの料理って言えないわよ」って（ヘルパーさん）はいうけど。うまみソースを入れるとチキンライスもナポリタンも美味しくできる

サブカテゴリー 〈発症後の就労経験から認識する他者からの評価と自己の欠点〉

本研究の対象者 14 名中 2 名が統合失調症発症後に就労を経験していた。Mさんは発症後も営業の仕事をしており、Gさんは就労支援を受けて清掃の仕事に就職した。2人とも就労の経験を通じ、自己が頑張っていること、得意なことを自覚しつつも、他者からの自己の評価が低いことや、自己が求められる基準に達していないことを理解していた。

コード：契約を取るのは得意だったけど、全体的には自分の評価は低かった

Mさん：（上司の）評価は、もちろん低かったんだけど（うん）自慢じゃないけど低かったんだけど、あの、活躍した時もあるからね、（中略）私ねえ、あ、営業の中でも結構契約取るような仕事は活躍してるんですよ（ああ、すごいですね）契約取るのは、す、好きで、得意っちゃおかしいけどね（うん）それは思わないでしょうけど（うん）結局取ってこれるんですよ、（うん）気合い入れれば、ずーとセールスみたいな、固定先周りってあるでしょ（はい）普通は、大方の人はそっちは優しいって言う訳よね（ああ）ルート取るのは誰でもできるって言われてるの（はい）で、で、契約取る仕事は難しいって言われてるのよ（はい）俺は逆なんだよね（あ、逆で、契約取る方はできたけれど、その、えーと）ルート取りは人気がないからダメだね（ああ、そうなんですか）ギャラリーが（うーん）やっぱり、特殊にむこ、特殊に見られたり（うん）すごい低く見られたり、か・・・、か・・・{聞き取れず}相手が高いから（うーん）どうしても人気出ないよね（人気出ないですか）だから、私がルート戦争やった時も変なびょうめ、はちがーもたないですけど、（うん）あの、苦情クレームが入ったり、するかいったりね、あったしね（ああ、クレーム）ルートやってる時ね

コード：コミュニケーションがスムーズに取れず、仕事も早く覚えられず、頑張っても評価されなかった

Gさん：うん、{二年半作業所に}通って、で、あ、あの一、今年の、（うん）えーと、二月に一度就職をしたんですよ、（あっそうなんですか）はい、（それはどういったお仕事か聞いても大丈夫ですか）あの清掃関係です（清掃関係）はい、（あ、なるほど）（んー、どうでしたか）で、で、一か月しか続かなかったんですけど（中略）

上手く、こう、コミュニケーションが取れなかったっていうのがありますね、(同僚とうまく) あっはい、(間) (なるほど) はい、なんか、一方的に言われるがままで、で、こう、まだ、自分は仕事を覚え始めの新人だから、反応が出来なかったんですよ、(あーなるほど) うん、はい、(あの一言いたいことがあっても) 言いたいことがあっても、言えなかったっていうのがありますね。(じゃあ、もし、同僚の方がもう少し) 少し、(コミュニケーションで) コミュニケーションで配慮してくれたら、(うん) あの一良かったんですけども、(うん) あの一、二人一組、二人一組で、掃除をして回るんですね (うん、うん、うん) で、なんですけど、置いてっちゃうんですよ、僕のことを、(あー) もう、ぱっぱってやったら、僕のこと置いて、もう、次の部屋に、先に、どんどん行っちゃうんですね、(なるほど)、で、そして、僕は新人だから、そこで何をしたいのかわからないっていうのがあって、(うん)、で、もう、向こうは見て覚えろって感じで、(んー) んー、(んー) で、なんか、2週間研修があったんですよ、で、その時はあのメモを取りながら、(うん、うん) 仕事をしたんですよ、研修の時は (うん、うん) で、実際に研修終って就職したら、メモを取る暇もないっていう感じで、メモも取らせてもらえない状況の中で、仕事を覚えていかないといけないので、結構僕、物忘れ激しい方なので、(うん、うん) その辺がちょっと障害になったかなってのが、あるんですけど(中略)そうですね、ペアを組まされて、仕事を始めて、そうですね、あの一、一か月目、(うん) 一か月っていうか、三週間ぐらいたってからですね (ん、その3週間経つまでは大丈夫だった) 大丈夫だったんですけど、急にもう、仕事し始めて一か月くらい経つんだから、もう、仕事いい加減覚えなさいみたいな感じで言われちゃって、努力が足りないのかなっていう風に (あっ努力が足りないのかって) んーん (思った。うん、うん、うん) で、あの一頑張っている姿を (うん) 見てもらえてないっていう風に (あー) んー評価されてないっていうか

サブカテゴリー 〈発症前の就労経験を通し認識した他者からの評価と自己の欠点〉

統合失調症と診断される前にアルバイトや就職の経験がある対象者は10名おり、そのうち1名は就職当時の詳細は語らなかった。Fさんは自衛隊として働いていた時に発症していた。発症時期と就職時期の正確な関係は明確には分からなかったが、就職やアルバイトがなかなか続かず、仕事時間、内容、職場の人間関係で苦労している対象者が多く、就労に対してハードルの高いことだと考えていた。

コード：上司から辞めろと言われた

Fさん：そんな時も {統合失調症で} 苦しかったんですよ (うん) で、全然びよう、若かったから (うん、うん) 辞める、辞めなかってことはね (うん) これは、ダメなんだって、俺わかんなかったの、全然教えてくれない、そのやつら、全部、うん、だから、あの、なに、薬もくれないで、あ、や、辞めろって言われたんですよ (はい) ほいで、辞め

ろって言われたんですよ、あっちから（うん、うん）辞めろって言われて、辞めろってことは、首ですよ（そうですね）辞めろっていうんだから、ちょうしつくからね（うん）うん、ほいで、辞めたんですよ、

コード：職場のストレスが多く、人間関係も良好ではなかった

Bさん：（関東地方の都市部に上京し、介護士として働いていた時）「働いていた時、楽しくなかった。ストレスが多く、よくお酒を飲んでた」「飲み会は楽しかったけど、何を話しているのかわからず、一人でお酒を飲んでた」

コード：仕事が続かない

Dさん：高校3年生まで施設に居て、高校出てから就職したけど、続かなくて、バイト初めては辞め、初めては辞め

コード：長時間労働でストレスも多く、体調が悪くなった

Jさん：税関をあのー、臨時に、本当は五時までなんですけど税関は（はい）夜の九時まで税関を開けて、（はい）あのー忙しくなって（はい）きよ、きよ、許可が下りないと輸出できないから（あー）それで、パニックになって、派遣会社の女子社員も救急車で運ばれたりして、（あ、派遣会社の女子社員の方もパニックになってしまった）パニックになって（うん、あー）そうです（そういって、結構心労が多かったんですか）そうです、はい（それで、ちょっと辛くなってやめた）はい、はい（あ、そういうことだったんですね）はい、で、一番年下で（うん）リーダーやってたんですよ（あ、じゃあ、結構風当たりも強かったんですか）そうすね（あーなるほど）はい（そっか）でま、上司に入院したことにしてたから（うん）休んでいいって言われて（うん）でも、資材は届けますって、で、辞めますって言って、辞めたんですよ（うん、その上司の方が入院したことにするから休んでいいっていうのは）はい（何かもう、その働いている時、体調が悪かったんですか）体調も悪かったし、パニックになって（あ、パニックになって）はい

コード：上手くコミュニケーションを取ろうとするも、適切なアプローチが出来ない

Kさん：チーフがものすごく、厳しい方で（はい）やっぱり、そういう職人さんってみんな厳しいじゃないですか（そうですね）たたき上げで（うん、うん）でー、一体どうしたら気に居られるのかなって思って、で（うん、うん）囲碁の、あのー碁石と盤を持って行ったり（うん、うん）将棋は元々あったんですけど（うん）あとテニスの道具とか（うん、うん）あと、当時はやってたファミ、スーパーファミコンの（はい）ゲームソフトとか（うん）本体を、（うん）あのー、お貸ししたりして（うん）違う、あのー、そのチーフだけじゃなくて（うん、うん）上手くやっていたらなーと思ってたんですけど

コード：結局解雇された

Kさん：寝坊しましてね（寝坊しちゃった）朝、五時半の始発に乗んなきゃ間に合わないのに（うん）七時半まで寝てたんですよ（あーそうだったんですね）で、それが、二十九まで、二十九歳のままだったので（うん）あの、厚生年金一回も払っていないって形になっちゃって（あー、うん）で、人事部長の方が（うん）優しく（うん）誰もいないからおいでって言われて（うん）で、行って（うん）本当は（うん）昔は大手運送会社とか色々な所勤めてたんだねって言われて（うん）愕然としちゃって（うん）これはチーフやらみんなが持って来た君の荷物だよって言われて、（うん、うん）それで、テニスボールやテニスラケットや（うん）

カテゴリー7.《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》

対象者は自分自身ができる事の限界を知ったうえで、「障害者」としてある程度の配慮が必要であり、生活保護や障害者年金といった収入を支える福祉制度は自分たちの生活に必要な不可欠であると思っていることを語った。

サブカテゴリー〈障害者としての配慮が欲しい時もある〉

Gさんは統合失調症発症後に就労をしたことで、統合失調症による認知の障害により仕事を遂行することが困難であることを感じていた。障害を公表した上での就労であったが、十分に配慮をしてもらえなかったと思っていた。きちんと仕事をしたいという気持ちもある一方、自分の障害に対して十分に配慮してもらえないと、求められる水準で仕事を遂行できないと思っていた。

コード：障害者雇用を使用しても現場で自分に合った配慮がされていなかった

Gさん：しょ、障害者としてオープンで、（うん、うん）就職したんですね、（はい）、で、上の方は、障害者だからってことで、こう、理解は示してくれたんですけど、（はい、はい）一緒に働いていた同僚の方々が、ま、障害者だからっていう風には、扱ってくれなくて、（中略）あの、自分が（うん）その{自分が}した仕事について、それがあっているのかどうかっていうのが、わからない（合っているかどうかかわからない）合っているかどうかかわからない、で、例えばちゃんときれいできたら（うん）あーきれいできたねとか、そういうこと言われれば、あっこれでもいいんだなっていう風に思うんですけど、何も言われなから（うん）こう、きれいにし終ったあとでも、どのくらいのきれいを求められているのかわからないんで、判断基準がつかないっていうか

サブカテゴリー〈障害者として福祉を受け取れるので、生活できる〉

自分の現在の生活に、障害者年金や生活保護からの収入、障害者手帳による割引が重要であることを認識し、障害年金、生活保護、そして障害者手帳による控除をもらえる事に感謝していた。

コード：感謝

Gさん：今は、普通に、ふっ（普通に）あっはい、それ{障害者手帳}を見れば{バス代を}半額にしてもらえるし、すごく助かってますって感謝の気持ちで（あっ感謝の気持ち）はい

コード：助かる

Gさん：{障害者手帳を取得したことで}生活は助かってますね（なるほど、使って良かったなって思います）使って良かったなって思いますね、

コード：嬉しかった

Kさん：えーと、34歳の時かな（メモを見ながら）ああ、その時ですね（うん）二級の手帳を貰いました（あ、なるほど、その時はどう思いました、手帳を貰って嬉しかったですか）いや、お金がもらえるなんて思ってなかったから（うん、うん）返ってうれしかったですね

コード：助かる

Mさん：{収入は}無いよ（無い、収入無い）障害者だから障害年金・・・{聞き取れず}（あ、なるほど、それは助かっていますか）助かっていますよ

コード：助かる

Mさん：{障害者年金を}頂いてますよ（障害年金とかを頂くようになって、何かご自分の中で変化ありましたか）やっぱり助かりますよね、障害的にもねえ、収入は仕事できないけど

コード：便利

Mさん：{障害者手帳は}べ、便利だよ、バスなんかね、（はい）バスは毎日使うけど（はい）入院してると使わないけどね（はい）退院したら使うけど（うん、うん）あの一あのー安くなるからね

コード：収入は障害年金

Cさん：（今、お金は、因みにどうされているんですか）、えーと一年金が降りる（あっ障害年金）障害年金、（うん）、だけです、（障害年金は、まあ、貰えるってことですけど、これはどういう手続きをしたんですか）家の母親がなんか、（うん）やりまして

サブカテゴリー 〈障害者手帳は障害者としての自己を再認識させる〉

対象者とのインタビューを通じ、対象者には「統合失調症」に罹患している意識だけではなく、「精神障害者」または「障害者」であるという意識が表現されていた。

多くの対象者は「精神障害者」と「障害者」を同様の意味で用いていたものの、「統合失調症」という病名と「精神障害者」という状態をやや区別して捉えている対象者もいた。特に「障害者手帳」を持つことは自分が「精神障害者」であることを客観的に証明しており、対象者は自分が精神障害者であると烙印を押すような証拠のように感じていた。また、障害者手帳を取得したりすることで就労が制限されたり、他者に提示することに、羞恥心を感じたり、障害者手帳が理由で、他者から差別的に自己が観られるのではないかと不安になることが語られた。

コード：障害者手帳の取得で不利になることを想像し、取得を迷う

Cさん：まあ、あと、お金がないんで、(お金がない)はい、(今、お金は、因みにどうされてるんですか)、えーと一年金が下りる(あっ障害年金)障害年金、(うん)、だけです、(中略)それ{障害者手帳}はとってない、障害者手帳一、どうしよかなーと思ってんですよね、迷ってます(中略)障害者手帳を貰っちゃうと、(うん)、まっ仕事に影響するってか、(んー仕事ね)うん、変わった時にちょっと、(んー仕事ね)うん、変わった時にちょっと、(仕事にマイナスになる)うーん(プラスになります)私ちょっとわからないんですけど、障害者手帳って、適当なアルバイトとかしたい時も、提示する必要ってあるんですか。(てっあー、それは一ソーシャルワーカーさんに聞いた方が良いかもしれないですね、別に手帳を持ってるからと言って、別に、アルバイトする時、必ず提示しなくても良いと思いますけどね)偶々、持ってますで働いちゃえばいいという、ふふ{含み笑い}

コード：障害者手帳を取得して障害者になったと痛感した

Mさん：(十年位前、その時はどうして取ろうと思ったんですか) いや、すす〇〇先生、今担当の〇〇先生が勧めてくれたんの(ああ、勧めてもらった) ぱお、ぱお{唇で音を立てる}(その勧められた時ってどういう風に思いました) おや、自分が障害者になったなーって思ってへへへへ{笑い}(あー障害者になったなって) その前からなって、なって、なったんだけどね(うん) つ、つ、痛感しましたね(うん、障害者になったと痛感した、うん、その時の気持ちって何かありますか、嬉しいとか悲しいとか寂しいとか楽しいとか何かありました) やっぱりーし、し、し、寂しような感じがしたね

コード：自分の写真が手帳に載ることが嫌

Kさん：(障害者手帳を取得して嬉しくないことは?) やっぱり、{障害者手帳に} 自分の写真載りますからね (どこにですか) 手帳にも

コード：精神障害者であることを証明するものであり、手帳を見せるのは恥ずかしい

Mさん：(これ、なんか、手帳を運転手さんに見せるんですよね) そうそうそう (そのことに抵抗ありますか) 恥ずかしい、恥ずかしさがあるよね (あ、恥ずかしさみたいな) {聞き取れず}精神科、精神障害者だからね (うん) どうい . . . {聞き取れず}だからね (なるほど) それって書いてあるんですか、精神障害者とかって、書いてあるんですか) 手帳の前に書いてありますよ (あー書いてある) こうちっちゃい字だからね

コード：障害者手帳は障害者としてのアイデンティティ、自分にはマイナス

Cさん：ふふ、その一つは障害者手帳なんか持ちちゃうと、(うん) そういう風 {病気で} に思われる (そういう風に思われる、それはマイナスですかねプラスですかね) ちょっとマイナスな感じが私はしますねー (強く語尾を伸ばす)

3). テーマ III 【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】

カテゴリー8. 《現実と目標の間で、自己が「障害者」なのか「健常者」なのか迷う》

対象者は自己が社会の中でどのような状況に居るのか認識すると同時に、未来に対して希望を持っている。しかし、日々の生活に欠くことの出来ない「精神障害者」としての福祉制度の使用は、自己が「障害者」であることを再認識させた。自己の置かれている現状と自己の未来への希望と、この先ずっと「障害者」として生きるのか、「健常者」として「普通」の生活が送れるのか、対象者の揺れる気持ちが語られた。

サブカテゴリー 〈今の生活は易しいがこれでいいのか、努力していないのではないかと〉

対象者は、現在の生活に居心地の良さを感じているものの、現在の居心地の良さに留まることは、自分の可能性を十分に活用しておらず、居心地の良さに甘んじて、責任を果たしていないのではないかと、後ろめたさを感じていた。

コード：デイケアは時間稼ぎ、自分で易しい目標を選択した

Eさん：{デイケアに通っていることは}今、ちょっと時間稼ぎしている感じがあって、なんか気が引けるところがあるんですけど、あっても、{デイケアで} 易しく自分で目標設定してやってるわけだから(そうですね、じゃあ、今の目標設定はちょっと易しい?)と思う、自分では思った。(うん、うん、うん、なるほど)

コード：デイケアでの生活は気楽でも甘えているかも

Eさん：デイケア通って、マイペースで何でもできるのは楽しい。マイペースできちんと生活している限りは気楽、働くとか気楽さがなくなっちゃう。それがどうかな？甘えかな？マイペースが崩れるのは好きではない。(中略){デイケアは}中途半端、中途半端ですけど、ここ来るのは楽しいから、ここには取りあえず、毎日通っていたいと思う

コード：社会復帰を考えるけど、今は無理かな

Eさん：父も社会って厳しいよって言って、その厳しいって、そんなにき、気楽に考えていいところもあるんだろうと思うんですけど、その辺がわかんないから、やっぱり、(うん)母の言った研究職の方が向いてるのかなーなんて思って、(あっなるほど)間、まだ、守られている方がやりやすいのかなって、考えて、社会に就労とか、社会に会社で働くことについては、まだ、無理かな

コード：デイケアの生活と社会での就労の間で揺れ動く気持ち

Eさん：あ、あ、それはーなんか社会甘く考えてはダメだよってというのが言われる、(んー)父は厳しくみられるんでしょうけども、(中略)なんか、自分でやって、まだ甘いよなって思う時はあるんですよね。(うんうん)なんで、社会出ようと思って、まだ甘いなと思うところはあるんで、(自分でもまだ甘いと思う?)少しなんか払拭しないと、成功体験でも(間)払拭しないといけないのかもしれませんが。(中略)今まで父と話をして、これじゃダメだよって思うこと何度かあったような、父はやっぱりそう思ってるんですよね(声が小さくなる)スー(んー)まだ、〇〇{Eさんの下の名前}甘いなって言われ、どっかで言われて、父もちょっと厳しすぎるんだと思うんですけど(うん、んー)普通の易しい仕事くらいだったらできかなー(語尾を伸ばす)(普通の易しい仕事)どんな仕事かわかりませんが、んー、でも、(間)、祖父も父も仕事ができる方だったから、祖父は(間)考えちゃいました。自分も同じ血が流れないわけではないから、(うん)、大丈夫だと思うんですけど、スー{息を吸う}、

コード：働ける能力があるのに病気を理由に金銭的補助を使用する自分はずるい

Gさん：なんか、生活保護利用したくてもできない人も中にはいるじゃないですか、(そうですね)ううん、だから、そういうこと考えると、(うん、うん)自分が病気だからと言って、(うん)働ける可能性もあるのに、働かないっていうのは、ちょっとずるいんじゃないかなって、ちょっと感じるんで、(中略)で、あと、あの、{障害者手帳を使うと}普通の人よりも安く乗れるってなので、ちょっと申し訳ないなっていう風に思ったりとかして(うーん、申し訳ない)はい

コード：自分で直接働いてお金を稼いでいない自分は甘えている

Kさん：苦勞した時はそう{生活保護でもらうお金が少ないと}思いましたけど、(うん)今から思うと甘えてたんですね(甘えてた)はい(それはどういう意味ですか)ようするに(うん)自分が額に汗して稼いでる弟と比べると(うん)親父に比べたら(うん)なんて甘いんだろなって思います(ああ、そうですか)はい

コード：障害者というカテゴリーに取まって生きるのは融通が利き、楽しいが甘えている

Aさん：今、この生活が楽しい。障害者コミュニティは融通が利きやすい、寛容って意味で、見方によってはさぼっている。甘えてる。病院に依存している。それを攻撃すると依存攻撃っていうんです。(依存とはどういう状態ですか)プログラムに出て、ご飯も出る{デイケアでは無料で提供される}、スタッフに相談もできる、好きなプログラムをすることができる、融通が利く。(中略)このフロアで6か月ですね。プログラムに参加して、シンクの掃除とか、ポットに水を灌ぐとか、お手伝いが出来ていると思います、まだ努力が足りないので(間)(そうですか?私はWさんがカラオケの時間に(メンバーの)皆さんの番号を入れるのを手伝ったりしているの見て、よく皆さんの事を手伝っているなと思いました。)スタッフに疑いを持たれているっていうか、生活習慣について悪い点を指摘されたり、自分で「する」ってしても後日にかえて、コロコロかえて

コード：就労せず、生活保護を受けている自分は、何も頑張っておらず、批判されても仕方ないと認識しているが、今の生活に満足している

Dさん：明るいところに来たんだな、日が当たるところに、(そうすると、じゃあ、なんかこう、色々あるけれども、今、あのー)現状としては満足なんです。ただ、それを人に言っちゃいけないのかなって。(どうしてですか?)障害者だし、生活保護だし、負の要素がいっぱいある中で、なんか、働かないで、お金もらえて、毎日ノー天気ふわふわ生きてますってのがあんまり言っちゃいけないと思っていて、(んー)何かのためにとか、何かをしますっていうところに人はなんか集中するじゃないですか、それいいねとか、あー今頑張っているんだ、頑張っている人に、結構頑張ってる何かをしている人に、人は感動したりとか共感したりとか、何にもしてないで、ただぼんやり、ぼんやりほんと毎日、でも、もう、小学校とか中学校とか、高校とか二十歳とか、全部辛かったんで、(んー)今、本当に何の悩みもなく生きてるのが、お釣りをもらってるな気がして、あんだだけ大変だったとは思いうんですけど、それはあんまり口にしちゃいけないと思っていて、や、辛くて、さみしくて、大変ですっていうと、健常者の、お金がなくてカツカツですとか、(そう、言った方が良いんですか?)と思っていますね。(んー)なんで、病気で働きもしないで、毎日楽しいって、いいですねーって話になるじゃないですか、働かないで生活保護受けて、毎日遊んで暮らして、楽にやって、だから、(そんなことも無いんじゃないでしょうか?)そういうのはすごく感じます

サブカテゴリー 〈「一般的な」社会で求められる基準はデイケアよりずっと厳しい〉

対象者はデイケアや作業所といった場所から一步出て、「一般的」な社会では、人の態度や求められるもの能力や結果に対しての基準が厳しくなると考えていた。

コード：就労はハードルが高いから、今の生活で良い

Eさん：どんな職に就こうか、就けるかどうかわからなし、あまり厳しいことを言われても困るし、研究職とか、母はいいっていうんですけど、父は(文が途中で終わる)当面はここ{デイケア}に通っていることを目的とします。

コード：難しいことに挑戦するよりも、作業所での就労でいい

Eさん：{大学院への復帰または研究職をするには}論文数が多くなるからちょっと{博士をとるの}は難しい。{就職先として}作業所も悪くない、色々と見学した。

コード：清掃会社での就労は厳しかった

Gさん：{清掃会社の上司・同僚に}もう、一か月もいるんだから、早く仕事を覚えなさいっていう、(ああ、口調は)は厳しいですね(あー厳しかった)はい、(うん、それで、えっとGさんは)はい(その時どんな風になったんですか)そんな時{厳しく言われた時}は委縮しちゃって、(うん)で、はい、すいませんって感じで、(うん、うん、うん)もう、相手の言うこと聞くだけって、(うん、うん)感じですね、はい

コード：「健常者」になると実力で評価される

Aさん：健常者コミュニティは厳しい、厳格、厳しい、程度の差がある。(中略){健常者コミュニティは}障害の有無に関わらず、実力でしょ。

サブカテゴリー6 〈厳しい『健常者』か、楽な『障害者』か、揺らぐアイデンティティ〉

「障害者」として福祉制度に守られて生きていくことの方が、より容易に実現できると思うが、「障害者」としてではなく、「一般」枠として就職したいという気持ちも語られた。しかし、一般枠での仕事では要求されるレベルを満たす能力も必要であるため、自分にそれができるのか確信が持てないことも語っていた。「障害者」と「健常者(もしくは一般、普通の人)」と社会が2分されているように感じており、自分がどちらの「枠」に属して生きていけるのかと悩んでいた。「普通」に働きたいが、難しいのではないかと、でも、何か方法が見つかれば「普通」に「一般」の社会で就労ができるのではないかと揺らぐ気持ちが表現された。

コード：自分にも一般就労ができるのの思いと、難しいのの思いのジレンマ

Eさん：別に事務職でも何でもいいんですけど、まだ、具体的にわかんない、勉強しかしてこなかった感じで(うん)研究職ぐらいしか思い浮かばないんですけど、後は、易し

い、その一作業所とかだったら、そりゃわからないでもないですけど、(うん)、一般の企業だとどうなのかなー{語尾を伸ばす}と、まあ、同じ、同じ大学の友達(うん、うん、うん)企業で活躍するから、できないことは無いと思うんですけど、(はい、心配もある?)乗り遅れたのはなんか、理由があるかなー{語尾を伸ばす}と、その辺ちょっと分析しないと、考えないと(あっ考えないといけない、んー)、(間)

コード：大学に戻りたい気持ちと、現実的に難しいと判断とのジレンマ

Eさん：働くってどういうところに焦点しぼったらいいか、わからない(消え入りそうな声で)(どういう所に、焦点しぼったらいいの)か)んー{語尾を伸ばす}易く言えば作業所とかそういう所も易しいかもしれないな(うん、うん)で、上手く行けば、その大学もどれるかもしれないけど、(うんうん)、大学は論文何本も書かないといけなから大変、だし(そうですね、確かに、ん、)勉強は好きだけど、そこまでは至らないけど、んー{語尾を伸ばす}、で、

コード：「健常者」として生きるのか「障害者」として生きるのかのジレンマ

Aさん：(10年後の自分はどのような人になりたい)55歳ということですね、間、特に見えてないですね、間、というの、間、普通って何って考える時に、医療福祉は健常者ですから、健常者としてコミュニティに入っている。(私は)身体も精神も障害者。障害者コミュニティーで10年後を考えた方が良いのか、健常者コミュニティで10年後を考えた方が良いのか、ジレンマ、障害の有無に関わらず、実力でしょ、精神が安定していること、(自分の事を、病気も含めて)研究して、方法論を学んだので、計画を立てたり、結果ふり返って、その連続、そんな風に考えて、今は自分はこうなので、10年後はどうか分からない。

コード：自分は「障害者」ではなく「健常者に近い障害者」

Aさん：健常者にも障害者に近い人がいて、健常者に近い障害者もいて、自分はそれ、健常者と障害者の2分ではない

カテゴリ9.《就労が出来ず、経済的自立が出来ない自分は劣っている》

対象者は自己が社会の中でどのような存在であるか気にかけており、対象者自身が暗に考えている「当たり前な」、「一般的」、「普通」社会役割が果たせていないことで、自己への評価を下げていた。対象者は自己が考える「一般的」な社会役割について十分には説明していないものの、就労経験のある人や一般の会社で働く人、自分の収入で生活している人を比較の対象としていた。そこには、仕事をして自分の収入で自活できることが当然との考えが暗に示されていた。このような価値観は、Dさんが語る父親との会話に表現されていた。

サブカテゴリー 〈就労は当たり前で、働けないことは恥という価値観〉

コード：人として働くのは当たり前という価値観

Dさん：お父さんは72歳で掃除の仕事をしてるんです。若い時に脳梗塞したんですけど、社会復帰出来たんだよって言われて。「お前、生活保護を貰っているなんて如何なものか」って、五体不満足なわけではなく、病気は治るって思っていて、「結婚は無理でも働かないのは人として恥ずかしい、仕事をしていて当たり前。仕事をしないで生活保護を受けるなんて、真面目な人たちは働く」と{父は言う}。

コード：結婚も就職もせず、生活保護に頼るのは恥ずかしいと言われる

Dさん：やっぱ身内には精神科だけど、普通に頑張っているとか、明るく生きているってことは言えませんし、お父さんに今は悩みもなく明るく生きてるって言ったら、「お前は悩んでないのか」って泣かれて、「結婚もしてないし、就職もしてないで、生活保護でぼんやりしてるのに関して悩みはないのか」ってすごい剣幕で怒られて、泣かれて、やっぱダメなんだなって

コード：自分は今の生活を気に入っているが、父からは蔑まれる

Dさん：自殺ばかり考えていたのに、明るく楽しく生きてるって、前向きに話をしているんだけど、父はなんか聞いてくれなくて、「こんななんか、すたれた状態っていうか朽ちた状態で、へーきで楽しいというのはバカなんじゃないか」みたいなこと言われて、(深呼吸)、そうなのかなって

サブカテゴリー 〈他者と比較し、自立できない自己を劣っていると感じる〉

自己の就労で得られたお金で自立して生活している人や社会で働いてきた父親と自己を比較し、就労も出来ず、社会福祉に頼って生活している自己を劣っていると思っていた。

コード：社会でちゃんと働いている人と比較し、自分の価値を低く感じる

Eさん：父が、父はちょっと社会でたくましく生きられる方だから、僕なんか見ているとちょっとこうじれたいのかなと思って、ちょっと卑屈に感じちゃって、働くってことで、勉強は得意だけど、働くことに関してはちょっと、自分で、なんか引け目を感じちゃってるから、っていうか

コード：父と自己を比較し、コンプレックスを抱く

Eさん：たぶん、{父は}息抜きの仕方とかも上手くやってるなと思うんですけど、{父は}仕事ができるタイプ、仕事ができるから(うん)うーん、あんまり困らないっていう、僕はそんなに仕事できるかもしれないけど、ただ、やってないだけかもしれ

ませんが、(うんうん)父に、父の仕事ぶりとかを見てると、やっぱり、ちょっと、劣るかなって思ったり(中略)父は、まあ、なんか、まあ、とにかく仕事が上手いんで、(うん)良くできると思うんで、良くできる人だと思うんで、(なんか、そういったところを)ちょっとコンプレックスを感じるのかもしれない(コンプレックスを感じる)コンプレックスを多少は

コード：生活保護は社会に依存しているようで、申し訳ない

Gさん：生活保護に頼って、ずっと生きていくのはちょっと、あのー申し訳ないなって、ちょっと(申し訳ない)申し訳ない と思います。(そっか、申し訳ない、これほどあなたに申し訳ないのでしょうか)社会の皆様に

コード：社会貢献できない自分は社会の中ではお荷物

Gさん：あのーふふふ 正直に言うと {社会の中で自分は} お荷物、ふっふっふっ{笑う} (あー、お荷物) お荷物のような気がしますね、(中略)仕事とかしてないんで、(うん)なんか社会に貢献していることがないっていうか(うーん、貢献していないとダメですか) あのーやっぱり自分が働いて貢献しているってことが(うん、うん)自分の存在意義に繋がるんじゃないかなってか思うんですけど(貢献していることが)はい(存在意義)意義に

V. 考察

1. 対象者の状況

本研究における対象者は男性 11 名、女性 3 名と男性が多かった。女性の方がスティグマやセルフスティグマを強く感じる傾向があると報告する研究(竹原, 2005; Brohan, Elgie, Sartorius, Thornicroft, & GAMIAN-Europe Study Group, 2010)もある一方、性別や年齢、学歴、婚姻状況によるセルフスティグマの認識に差異はないと報告する研究(Ertugrul & Ulug, 2004; Tanabe, Hayashi, & Ideno, 2016)もある。Jenkins と Carpenter-Song(2009)は女性の方が他者からのスティグマを多く感じる傾向があるが、どちらの性別においても、文化における性役割に関連したスティグマを認識していることを報告している。ここから、本研究では、男性が多いため、セルフスティグマは低く認識されていた可能性が考えられた。また、本研究では男性役割に関連したセルフスティグマが報告されている可能性が考えられた。

本研究の対象者は全員が独身であった。独身者と比較し、既婚者は職業技能が高いことが報告(Hosseini & Yousefi, 2011)されているが、精神障害者や統合失調症を対象にした研究では独身者の割合が 70~80%と高いこと(Jenkins & Carpenter-Song, 2009; Tanabe, Hayashi, & Ideno, 2016; Ertugrul & Ulug, 2004; Vidovic, Brecic, Vilibic, & Jukic, 2016; Karidi, Stefanis, Theleritis, Tzedaki, Rabavilas, & Stefanis, 2010)、本研究の対象者は 13 名と少ないことから、大きな影響はないと考えられた。平均年齢は 49.3(標準偏差±11.6)歳だった。対象者の内 8 名は独居で、3 名が家族と同居しており、2 名がグループホームを利用しており、1 名はグループホームへの移行を検討していた。20 代で統合失調症を発症した対象者が 6 名と多かった。罹患期間にはばらつきがあり、M さんのように 40 年以上罹患している対象者から I さんや C さんのように初回入院中の対象者もいた。14 名中 6 名が入院中であり、8 名はデイケアや作業所に通所していた。対象者の PANSS の平均値は 61.7 で標準偏差は 13.4 であったが、Fukumoto, Hashimoto, Ohi, Yasuda, ymamori, Umeda-Yno, et al. (2014)が外来通院の統合失調症者を対象に行った研究では寛解群の PANSS の平均点は 67.4 で標準偏差は 15.5 だった(n=33)。また、非寛解群の PANSS の平均値は 72.9 で標準偏差は 15.6 だった(n=30)。ここから、本研究の対象者では比較的症状が軽いことが考えられた。特に、D さんと G さんは共に PANSS の合計点が 40 点台であった。G さんは障害者雇用枠を使用し、清掃会社への就労経験もあり、精神症状と全体的機能が高いことが考えられた。一方、L さんは PANSS の合計点が 98 点と高く、服薬量も一人 CP 換算値で 1000 mgを超えており、精神症状が悪いことが考えられた。対象者は全員服薬をしており、診療録の参照を了解した対象者の服薬量はクロロプロマジン換算で、平均服薬量が 539.10 mgであり、標準偏差は±254.55 だった。Fukumoto ら(2014)の研究では寛解群の一日平均服薬量が CP 換算値で 388.9 mgであり、非寛解群では 552.1 mgだった。ここから、本研究の対象者の服薬量は平均的であると考えられた。

研究者はインタビュー時間以外にも対象者とデイケアや病棟内の活動で接しており、イ

インタビュー時間以外にも対象者とゲームや雑談をすることが多かった。そのため、対象者からインタビューの補足について話しかけてくることもあり、インタビューにおいても内容を深めることができたと考えた。

対象者と家族の関係は多様であり、パターンは見いだせなかった。しかし、DさんとEさんの語りには家族の考えが含まれており、家族と対象者との関係が継続している時、家族の考えや価値観が対象者の考えや価値観に影響を与えることが示された。Dさん、Eさんともに家族とは比較的良好な関係を保っていたが、サブカテゴリー〈就労は当たり前で、働けないことは恥という価値観〉とサブカテゴリー〈今の生活は易しいがこれでいいのか、努力していないのではないか〉から、家族の意見や価値観に影響されていることが示された。また、Fさん、Jさん、Hさんのように家族から支援を受けている対象者が居る一方Gさん、Bさんのように病気がきっかけで家族と疎遠になってしまう対象者もいた。

DさんとEさんは統合失調症という病気になってしまったことで家族に心配や迷惑をかけてしまったと感じており、家族に対し詫げる気持ちや感謝の気持ちを述べ、自己価値の低さについて語っていた。竹原(2005)は欧米と比較し、日本では家族の方が精神障害者をより強く非難することがあると述べており、「家族」という集団の一部としての個人という側面を持つアジア文化圏では、家族構成員の一人が好ましくない特徴を持ち、それが公衆に知られることは家族全体の「恥」であり、家族全体の価値が下がると考えられている(Benedict, 1946; Guo, & Uhm, 2014; 竹原, 2005)。Dさんの父親はDさんに対し、厳しい言葉を投げかけているのがサブカテゴリー〈就労は当たり前で、働けないことは恥ずかしいという価値観〉の中にみることができる。Eさんの父親も同様にEさんに社会の厳しさについて語り、Eさんの考えと対立していることがサブカテゴリー〈今の生活は易しいがこれでいいのか、努力していないのではないか〉の中の発言からわかる。これらの発言からは、二人の父親が「家族」の一部として二人の対象者に向き合っているものの、対象者二人を排除するような意図は全く感じられず、むしろ二人の将来を案じての発言と捉えることができる。また、この二人の父親の語りでは「統合失調症」そのものを批判してはおらず、「統合失調症」であることを否定的に捉えてはいないと考えられた。しかし、Dさんの父親の発言からは、統合失調症の病態を理解しているとは言えず、疾患への理解の無さが挙げられた。Eさんの父親は、Eさんが一般の就職枠で働くことを難しいと感じている様子が語られており、Eさんの病状やデイケアでの様子を考慮すると現実的な判断であると評価することができる。一方、Eさんの母親は研究職の復帰を希望している様子が語られているが、Eさんの状況を踏まえると直ぐに実現が可能な範疇ではないと判断できる。これらのことから、対象者の家族は、統合失調症という疾患や当事者の状況に対して理解が不十分な時もあり、対象者を家族の一部と捉え、大切に思う気持ちから、対象者に辛らつな発言をすることがあると考えられた。DさんとEさんは家族と良好な関係を継続しており、家族から理解の無い言葉かけがある一方で、家族から大切に思われていることを感じ取っていると考えられた。ここからBenedict, Guo と Uhm, 竹原が述べている、家族構成員の一人が好ましくない特徴を持ち、それが公衆に知られることは家族全体の「恥」であり、家族全体の価値が下がるという単純な構造だけではなく、家族の一員として大切に思う気持ちがあり、当事者のことを考えてい

るものの、疾患と統合失調症者の状況に対する理解が不十分であり、結果として差別的な発言になってしまっていることが考えられた。

また、対象者のうち D さん、E さんともに家族に対する抵抗感とともに家族に対し詫がる気持ちを感じており、アンビバレントな感情を抱いていると考えられた。Markus と Kitayama (1991)が述べた、自己を社会的関係性から切り離さず、反対に他者により関係性と築くために、両者の相違を減らそうとし、進んで他者と調和し、義務を果たそうとし、様々な相互的人間関係を築く日本人特有の他者と自己の関係性が影響しているとも考えられた。

また、家族と疎遠になってしまった対象者もいた。B さんの父親は、B さんの統合失調症発症当初は金銭的な支援をしてくれていたようであるが、突然連絡が着かなくなってしまった。また、G さんの家族も当初は力になりたいとの言葉かけがあったようだが、段々と G さんを避けるようになったことが G さんによって語られている。どちらの家族も、対象者は発症する以前から家族の関係性が希薄である様子があり、統合失調症によるスティグマが原因なのか、元々の家族関係が影響していたのかは本研究では明らかにすることができなかった。

2. 統合失調症者のセルフスティグマの認識

インタビューの分析から 22 のサブカテゴリーと 9 カテゴリーが抽出された。小田(2010)の分析手順に基づき、カテゴリーに基づき概念関係図を作成し、概念関係図からカテゴリー間の関連性とその関連性を解く鍵になる概念に焦点を当て、最終的に 3 テーマが導き出された。テーマ I 【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】では、4 つのカテゴリー《「統合失調症」の理解》《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》《普通に生きたい》が抽出された。テーマ II 【自己を現実的に理解し、障害を認識する】では 3 つのカテゴリー《自己の特性を自覚する》《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》が抽出された。テーマ III 【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】では 2 つのカテゴリー《現実と目標の間で、自己が「障害者」なのか「健常者」なのか迷う》と《就労が出来ず、経済的自立が出来ない自分は劣っている》が抽出された。

テーマ I 【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】からは、先行研究(Link & Phelan, 2001; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003)で提示されていたセルフスティグマのモデルと定義が、本研究においても認められた。対象者にはセルフスティグマの前提条件となる「特定の集団への帰属の自覚」があることや、統合失調症のステレオタイプを自覚し、同意していることが示されたと考えた。本研究の対象者は、独語や空笑、幻覚や妄想に捉われた自分の行動がステレオタイプに一致していたことを認識していたが、自己がステレオタイプに一致することを避けるために言動の調節をしていることが示されたと考えた。そして、ステレオタイプに一致している自己を認識することで、自己価値観が低下すると思った。この自己価値観の低下は、テーマ I 【「普通」でないことを恐れ、「普通」であろうとする】のサブカテゴリー〈病前の価値観や思い込みから生じた感情〉で示されたと考えた。テーマ II 【自己を現実的に理

解し、障害を認識する】とテーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】においても自己価値観の低下が示されていると考えられたが、これは社会的相互関係において自己と自己の状況を反映的に認識し、自己評価をすることにより自己価値の低下が生じていたと考えた。

ここから、本研究の対象者はセルフスティグマを抱いていたと考えられた。しかし、本研究の対象者の中で、セルフスティグマを抱いていると回答したのは D さん 1 名のみであった。また、実際にスティグマの経験があると回答した対象者は 13 名中、D さんを含めた 4 名だけであった。セルフスティグマやスティグマの経験を否定している対象者の H さんや J さんは、精神病の人は「普通」ではなく嫌われる存在であると語り、自分が周りの人々に「おかしい」と思われているのではないかと気にしていた。ここから、対象者は自己がセルフスティグマを抱いているということを十分に認識していない可能性が考えられた。

本研究の参加観察中に対象者が他の利用者や職員をセルフスティグマに関する場面が観察されることが無かった。B 病院では患者用に「障害者差別解消法」のパンフレットが常備されているにも関わらず、この法令についての関心を表出した対象者は L さん 1 名のみであり、病棟内でパンフレットを閲覧している患者も観察されなかった。A デイケアでは、2016 年の夏に起きた相模原の障害者刺殺事件に関するニュースが毎日お昼のニュースで流れていたが、この事件について発言をする利用者は観察されなかった。ここから、対象者はスティグマやセルフスティグマに関して自ら積極的に関係しようとしていないと考えられた。

また、D さんは暴力事件を起こした精神科通院歴のある人に対し「違う世界のことのよう」や「一部の変な人達がそういうことしたんだな」と語っており、暴力を振るう精神科受診履歴のある人は、自分とは異なる存在であると分離して認識しており、Link と Phelan(2001)のスティグマのモデルの一要因、自己からの感情的な分離が本件の対象者の中においても示されたと考えた。そして、テーマ I【「普通」でないことを恐れ、「普通」であろうとする】のカテゴリー 3.《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》では、自己がこのような統合失調症のステレオタイプに一致しないように自己の言動を調節していることが示されたと考えられた。

M さんは B 病院内では差別的に扱われることは少ないが、「世間」では差別的に扱われると語っていた。G さんは公共交通機関を使用する際や自己の疾患を公表していない人に対して〈他者のステレオタイプや偏見を推測し、差別への不安を感じる〉ことを語っており、セルフスティグマが状況により変化する可能性が考えられた。デイケアや病院のように、自己の疾患を受け容れてもらえる場所においては、セルフスティグマによる心理的負担は軽減されるが、公共の場や自己の疾患を受容してもらえない状況においてセルフスティグマによる心理的負担が強くなると考えられた。

ここから、統合失調症者はセルフスティグマを抱きつつも、デイケアや病院といった安心できる場所ではセルフスティグマをあまり意識しないが、自己の疾患を受け容れてもらえるかわからない状況においてはセルフスティグマをより意識する傾向があると考えられ

た。

1) テーマ I【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】

テーマ I【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】では、4つのカテゴリー《「統合失調症」の理解》《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》《普通に生きたい》から構成された。ここでは、先行研究で示されていたセルフスティグマの内容と対象者の願望が示されていると考えられた。

カテゴリー《「統合失調症」の理解》では Corrigan と Watson(2002)が示したセルフスティグマの前提である特定の集団への帰属の自覚が示されたと考えた。カテゴリー《「統合失調症」の理解》とカテゴリー《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》、カテゴリー《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》の3つのカテゴリーにおいては、Link と Phelan(2001)、Corrigan と Watson(2002)、Corrigan, Watson, と Barr(2006)が示したセルフスティグマのモデルに沿った、「ステレオタイプの自覚」、「ステレオタイプへの同意」、「ステレオタイプと自己の一致」、「自尊感情の低下」が示されたと考えた。特に《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》では、Link と Phelan(2001)の提示したスティグマの構成要素に沿ったステレオタイプの形成過程とスティグマの対象をその他の人から感情的に分離する過程が示されたと考えた。《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》では、他者の偏見や差別を推測し不安を感じたり、行動の制限をしたり、自己価値の低下を信じていることが示されたと考えた。これらの内容は、Ritsher, Otilingam, と Grajales (2003)が強調するセルフスティグマの要素、「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識に共通すると考えられた。また、《普通に生きたい》では対象者が実現したいと思っている事柄が語られた。

(1)カテゴリー 《「統合失調症」の理解》

《「統合失調症」の理解》では、本研究の対象者が認識する「統合失調症」への理解の程度が語られた。本研究では、統合失調症者におけるセルフスティグマについてのインタビューをするため、対象者選定の条件として、倫理的側面からも、「統合失調症」への罹患の自覚必要であった。そのため、本研究の対象者全員が統合失調症への罹患を自覚しており、セルフスティグマの前提である特定の集団への帰属の自覚(Corrigan & Watson, 2002)が認められた。しかし、《「統合失調症」の理解》で示されたように、本研究の対象者は「統合失調症」という疾患を医学的に正確に認識していたわけではなく、他の精神疾患や「自律神経失調症」、「ノイローゼ」などの通称と混同していた。また、GさんやJさんのように、幻覚や妄想、記憶や認知の障害を挙げ、統合失調症の症状を医学的正しく理解している対象者もいれば、HさんやAさんのように、頭痛や英語でのコミュニケーションを挙げ、独自の感覚や論理で統合失調症の症状を理解している対象者もいた。統合失調症者の自己の疾患への認識には、精神疾患への罹患の自覚や自己の精神疾患の症状の自覚など、いくつかの領域があり、「あり」「なし」の二分で区別できるものではないこと(David, 1990; Amador et al., 1993; 酒井&金, 1999)が知られている。また、統合失調症者の精神疾患による症状の認識は、医学

的知識に合致する症状だけでなく、「精神障害によってもたらされる何らかの変化の気づき」として表現されることもある(池淵, 2004; Markova & Berrios, 1992)。本研究の対象者は統合失調症への罹患は自覚していたものの、症状やその帰属については個々に異なる理解の程度を示していたと考えられた。

また、カテゴリー《「統合失調症」の理解》では、本研究の対象者が「統合失調症」について話す際に「統合失調症」という名称をあまり使用せず、「病気」という表現を多用し、「精神病」や「精神科」などの表現を使用していることが示された。「病気」という表現は研究者がインタビューを行う際にも使っており、その影響も考えられた。しかし、「統合失調症」という表現は限定された場面でのみ使用されており、本研究の対象者が「統合失調症」という表現の使用を避けていた可能性も考えられた。対象者の中には本研究によって自身を特定され、自分が統合失調症であること、精神科病院への入院歴が知り合いに知られてしまうのではないかと不安を述べる対象者もいた。研究によって自分が特定されることを恐れて、研究で使用して欲しくないインタビュー部分の指定をする対象者いた。ここから、本研究の対象者は自身が「統合失調症」であることを言語化することで、その事実直面化したり、第三者に知られたりすることに対し積極的ではなく、可能であれば隠したい希望があると考えられた。一方では、全対象者13名中9名は、統合失調症や精神疾患による偏見や差別、無理解の経験を否定しており、自ら統合失調症や精神疾患に対して偏見があると明確に語ったのは1名のみであった。このことから、対象者は自己の中に統合失調症であることへの拒否感があるものの、自己が自分自身に対してセルフスティグマを抱いていると明確に認識していないことが考えられた。

また、統合失調症に対する拒否感が強い場合、自己が統合失調症に罹患していること自体を否定し、隠す可能性が考えられる(Omori, et al., 2014)。そのため、自分が統合失調症であることを自覚しており、その上で本研究の参加に同意している本研究の対象者は統合失調症に対する拒否感が非常に強いわけではないことも同時に考えられた。統合失調症に対する拒否感が強い個人を対象として研究を行うことは、倫理的側面からも非常に困難であり、研究の限界であると考えられた。

(2)カテゴリー《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》

カテゴリー《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》では、対象者が「統合失調症」の好ましくない特徴からステレオタイプを認識する過程が明らかにされた。サブカテゴリー〈病前の価値観や思い込みから生じた感情〉では、先行研究で示されているステレオタイプの認識から自己に偏見を抱く過程が示されていた。

社会的に何らかの意味を持つ特徴は識別され(Link & Phelan, 2001)、その特徴は個人を識別する際に使用されるようになる(Goffman, 1963)。ここで、その識別の対象となる特徴と好ましくない特徴とが結びつくとき、ステレオタイプが形成され(Link & Phelan, 2001)、その個人は穢れた、価値の低い者として観られるようになる(Goffman, 1963)と考えられている。本研究の対象者は「統合失調症」の特徴について「不治の病」、「厄介な病気」「きちがい」、「特殊」、「人から嫌われる」「普通じゃない」「薬を服用する」「仕事ができない」と語

っており、これらの表現には好ましくない意味合いが含まれており、対象者が「統合失調症」のステレオタイプを語っていたと考えられた。識別の対象となる特徴は、当初は社会的意味を有しているが、次第に、当然のことと捉えられるようになり、本来有していた社会的意味が見落とされる(Link & Phelan, 2001)ことがある。ここでは、対象者はどのようにステレオタイプを認識したのか語っておらず、元々「統合失調症」の特徴が持っていた社会的意味が見落とされ、ステレオタイプのみが対象者の認識に残されたと考えられた。特に、精神疾患や統合失調症に対する偏見の歴史は長く、初めは社会的意味を持っていた特徴も年月とともにステレオタイプと化し、「統合失調症」という疾患に随伴したイメージとなったと考えられた。1名のみが実際に他者から「気ちがい」と呼ばれた体験を持っており、他の対象者はステレオタイプが統合失調症と結びつく理由については語らなかったと考えられた。また、ステレオタイプに意味合いが無く、当然のことと受け入れてしまったため、Dさんの語りのように、精神疾患を罹患したことで自身の人生が終わってしまったとの自動的な思考が生じたと考えられた。

また、ステレオタイプ化だけでなく、好ましくない特徴を持たない人は「普通(原文では Normal)」と呼ばれ、「普通」と「普通ではない」者が対比されるようになる(Goffman, 1963)。本研究の対象者は「統合失調症」とそうではない人を対比させ「普通」の人と呼んでいた。ここから、対象者は社会の人々が持つ「統合失調症」に対する好ましくない特徴、ステレオタイプを認識し、当事者である自身もそのステレオタイプを「統合失調症」の特徴であると考えていることが考えられた。また、Link と Phelan (2001)も差別の構造が生まれる特徴の一つとして、偏見の対象となる人達が「その他の人」から異なる集団として認識され、「その他の人」から切り離された存在として認識されることを挙げている。Link と Phelan はあくまで、偏見を行う側がこの「分離」を行うと仮定していたが、本研究の当事者は自らを「普通」の人から切り離しており、自らステレオタイプを自己に当てはめ、「普通」から逸脱した存在であると認識していると考えられた。本研究の対象者は、自己へのステレオタイプの当てはめと、自己と「普通」との対比を自ら行い、それによって自己の人生が終わってしまったと感じ、自己と自己の人生の価値の低下を信じていた。ここから、対象者自らの自己への偏見(Corrigan と Watson, 2002)が示されたと考えられた。ここから、サブカテゴリー〈病前の価値観や思い込みから生じた感情〉では、Link と Phelan と Corrigan と Watson が述べているステレオタイプの認識から自己に偏見を抱き、自己価値が低下する過程が示されていると考えられた。

サブカテゴリー〈主体的体験の中で他者からの視点から形成された『統合失調症』の特徴〉では、対象者自身が自己の経験の中で、他者の影響を受け、「統合失調症」の特徴を認識していく過程が語られていた。Cさんは事実と信じていた幻覚に基づく体験を医療者に話すものの、それは幻覚であると指摘された経験から、統合失調症者の話は曲解されると考えていた。GさんとJさんは幻覚や妄想によって誘発された行動は他者から見ると「おかしい」と評価されることを挙げている。ここから、対象者は統合失調症の症状に基づく行動を、他者の視点から考え、評価していると考えられた。

〈病前の価値観や思い込みから生じた感情〉と〈主体的体験の中で他者からの視点から

形成された『統合失調症』の特徴の2つのサブカテゴリーにおけるステレオタイプの形成過程は異なっていたものの、類似した特徴が示されていた。「きちがい」、「特殊」、「普通じゃない」「支離滅裂」、「おかしい」という特徴であり、これらの特徴は類似した概念を有していると考えられた。「支離滅裂」とは「話や行動などに全体としてまとまりがなく、筋道も立たない様子」(金田一, 1997)である。また「おかしい」には4つの意味があり、「違和感が有って、笑いを抑えることができない気持ちだ」、「正常の働きや常識的なやり方からはずれている様子だ。変だ」、「通念や理論上から言って認められない状態だ」、そして「怪しい」の意味が示されている。Gさんは幻覚妄想状態の時に突然踊り出し、そのことをスタッフから「おかしい」と指摘されている。Jさんは空笑や独語をしている自分が他者から「おかしい人」と思われているのではないかと思っていた。このことから、主に「正常の働きや常識的なやり方からはずれている様子だ。変だ。」の意味を指していると考えられ、ここで「支離滅裂」と「おかしい」が表す内容は、行動や思考過程が常識的な範囲から逸脱していることと考えることができた。同時に「特殊」「普通じゃない」という特徴にも結びつくと考えられた。また、自己の疾患の表現では、Hさんが「統合失調症」という名称を使用する時に「普通の人」と区別しており、対象者には「統合失調症」は常識的な範囲から逸脱しているというステレオタイプがあると考えられた。この「普通」から逸脱しているという概念こそスティグマの核(Goffman, 1963)であり、統合失調症がスティグマの対象になりやすい理由であると考えられた。

統合失調症は認知、感情、知覚、思考、行動が乱される疾患である(Sadock & Sadock, 2007)。特に幻覚や妄想状態では、実在しない音や物に反応している行動を観察し、その場に相応しいと考えられる範囲から逸脱していると判断される言動がある時に、その症状があると判断している。カテゴリー2の対象者の語りから、対象者が「統合失調症」の病状が他者の目にどのように映るのかを良く理解していることが表現されていた。一方、実際に疾患から生じる通常から逸脱する言動がステレオタイプを起因させる特徴でもあり、「統合失調症」はその病態の特徴から、ステレオタイプになりやすいとこが考えられた。

サブカテゴリー〈主体的体験の中で他者からの視点から形成された『統合失調症』の特徴〉では、「信憑性が低い」「社会的責任が低い」「迷惑」といった「統合失調症」の特徴も報告された。スティグマの対象となる人や集団は社会的信用を得られないこと(Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001)が知られており、日本国内の既存の研究でも精神障害者に対し、「何をするかわからない」のイメージが報告されており(中根ら, 2010)、行動の予測がつかないとのステレオタイプが考えられた。しかし、本研究で対象者が述べた「信憑性が低い」や「社会的責任が低い」ことは少し意味が異なっていた。Cさんは自身が体験した病的体験を医療者に信じてもらえなかったこと、入院によって本来とるべき責任を免除されていた。そのため、社会的な信用というよりも、個人としての自分を信じてもらえないとの意味合いが強かった。看護師は、特に幻覚妄想状態にある患者に対して、それが実際におこったことなのか、または誤認によって自分が考えたことなのかを注意して聞くことがある。本研究においても、インタビューを分析する際に、症状による認識かどうかを識別しながら進めた。当事者にはこのような医療者の態度から、「統合失調症」

であるがゆえに社会的に自己の信頼性が低下していると思うに至ったと考えられる。同時にCさんは入院をきっかけに自己の法的責任が免除したため、社会一般的に「統合失調症」であると責任を果たすことができないと思われていると考えており、「統合失調症」であることは個人的な関係においても、社会的な関係性においても信用を得られないと考えていることが推測された。

(3)カテゴリー《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》

《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》では、《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》で明らかにされた「統合失調症」のステレオタイプに自己を当てはめて観られることを恐れ、それを防ぐために自己の言動に注意を払い、善行の心がけや「普通」の人のように振る舞うよう努力し、ステレオタイプと自己の姿が一致しないようにもがく対象者が認められた。この対象者の言動の調整は差別や偏見を恐れることが核になっており、サブカテゴリー〈他者のステレオタイプや偏見を推測し、差別への不安を感じる〉において明らかにされていた。対象者が抱く不安は、「白い目で見られているかもしれない」「『普通じゃない』『特殊』と思われる」「『病気の人だな』って思われる」などであり、具体的な偏見や差別ではなく、漠然とした偏見や差別を受けるのではないかという不安であった。これはMさん以外の対象者全員が実際の差別や偏見に遭遇したことがないことが関連していると思われた。実際に差別や偏見を受けたことが無かったので、不安の対象が曖昧であると考えられた。既存の研究においても、精神障害者が差別や偏見を受ける前から、そのことを不安に思い、行動に移さないことが報告されている(Holmes & River, 1998)。一方、Mさんは「あいつは頭おかしいや弱い奴や、横向いてほしい」と統合失調症者がどのように扱われるのかを自分なりの言葉で表現していた。また、Mさんは「統合失調症」であることで、自分が一人の人として十分な価値がないと思われていることを「一人前の男とみてくれる人が少ないよ」と表現していた。Goffman(1963)は偏見や差別をする側の人間はその対象と成る人を「人」として観ないと述べており、Ritsher, Otilingam, と Grajales (2003)が強調するセルフスティグマの要素、「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識と考えられた。ここから、他者の持つ差別や偏見を予測することによっても自己価値の低下が生じると考えられた。

本研究の対象者はこのような不安を抱えていたため、他者から「統合失調症」のステレオタイプとして自分が観られないように自分の行動を変容し、「普通」の人であることを強調するようになったと考えられた。また、対象者は偏見や差別を恐れ、健常者との関わりを持たず、行動の範囲を狭め、統合失調症であることを隠すようにしていた。このような差別や偏見を避ける方法は先行研究で報告されており(Corrigan & Watson, 2002; Holmes & River, 1998)、差別や偏見に対する一般的な反応であると考えられた。さらに、自分が他者から「普通」または「一般」の人と見られるように努力をしており、独語や空笑をしないように気を付けたり、健全な生活や自身の善行を他者にアピールしていた。

対象者が語る健全な生活とは、朝でかけ夜に帰宅する生活であり、日中は作業所やデイケアに規則的に通所するという生活を意味していた。竹原(2005)の提示した精神障害者が感

じるスティグマの事例では、近所の人からの「今何してるの？」(p104)、「どこにお勤め？」「今日はお休み？」(ともに p105)などの質問が心苦しく感じる事が述べられている。また「{近所の人に}働けずに閉じこもりがちなんんか、うわさされるそうです」(p104)とも述べられている。一般的に、就労すると仕事に合わせて、家を出て、仕事後に帰宅する生活習慣ができる。ここから、対象者が表現する健全な生活とは家に引きこもり、何もせずにいるのではなく、仕事に行くように毎日リズムのある生活を送ることだと考えることができ、このような生活を「普通」若しくは「一般的」と考えていると推測した。また、「就労」していないことはこの「普通」の生活から外れているとの考えが背景にあると推測できた。日本では苦勞を通して成熟した人間、即ち「一人前」になることを目指し、就労や子育て等において苦勞をすることが「一人前」になる過程と考えてられており(Kondo, 1992)、就労もせず、子育てをしているわけでもないのに在宅していることは「世間体が悪い」と捉えられると考えられた。日本人の女性は実際に夫が欲しいわけでもないのに「世間体が悪い」という理由で切実に結婚したいと口にすると(Lebra, 1992)は報告している。日本人は「一般的」または「基準」(原文では Ordinary か Standard)である「世間」に一致することを好むこと(Lebra, 1992)を紹介している。「普通」「一般」という言葉は繰り返し対象者の語りの中に現われ、対象者にとって「普通」「一般」という概念が重要であることが示された。これは、対象者は「普通」を気かけ、自身が「普通」から外れることを恐れていることが強く表現されていた。

(4)カテゴリー 《普通に生きたい》

カテゴリー《普通に生きたい》は3つのサブカテゴリー〈自立して、社会の一員として必要とされたい〉、〈安定した親密な関係が欲しい〉、〈経済的余裕が欲しい〉から構成され、対象者の夢が語られていた。

サブカテゴリー〈自立して、社会の一員として必要とされたい〉では、経済的に自立して、税金の支払いなどの社会的責任を果たしたい、社会の中で役割を担い、他者に必要とされる人になりたいとの夢が語られた。サブカテゴリー〈安定した親密な関係が欲しい〉という対象者の思いが語られた。経済的に自立し、社会的役割を担い、親密な関係を気付くことは青年期から成人期にかけての発達課題であり(Hutteman, Hennecke, Orth, Reitz, & Specht, 2014)、愛や愛情、所属は基本的な人間の欲求であり、身体的欲求が満たされ、安全な環境が満たされた時、愛や愛情、所属の欲求が出現して来る(Maslow, 2012)ことは当然の欲求と考えられた。また、Kondo(1992)は日本人が「一人前」になるためには社会的役割の中で苦勞することが前提になると述べており、本研究の対象者は一人の成人として認められる存在になりたいと考えていると推察された。

しかしながら、本研究の対象者は全員30歳以上であり、就労による収入において経済的自立が出来ていないこと、社会での役割を担っていないと感じていること、親密な関係が築けていないことから、青年期から成人期にかけての発達課題を達成していないため、自立や愛情と所属の欲求が生じている一面も示している。対象者は一人の人として、達成すべき発達課題に沿って生きていきたいと願っているものの、それが出来ずに欲求という形で保持

していると考えられた。また、サブカテゴリー〈就労は当たり前で、働けないことは恥という価値観〉において語られている D さんの父親のように、親密な関係を継続する「結婚」や自立の基盤になる「就職」が達成できていない、つまり「普通」のことができていないと考えることも可能である。対象者は「普通」でいることを重視しており、自立した生活や社会的役割を遂行し、親密な関係を築く、「普通」の生活を願っているとも考えられた。

サブカテゴリー〈経済的余裕が欲しい〉では、受給している生活保護や障害者年金からの収入では、日々の生活を賄うのも難しく、旅行やリホームなどに使えるお金が無いと語られた。また、経済的に自立した生活のためには、ある程度の金額が必要だと考えていることが認められた。内閣府の調査(平成 26 年度、2014)における報告では、日本全体における収入と雇用体系が婚姻に与える影響が示唆されている。男性では無収入、年収 400 万円以下の人と無職、若しくは非正規雇用の人では「すぐにでも結婚したい」人の割合が半数以下であった。また、男性、女性ともに半数以上の人結婚後の経済的収入を心配していた本研究の対象者も男性が 11 名で女性が 3 名と男性が多く、カテゴリー「自立して、社会の一員として必要とされたい」とカテゴリー「自分が病気であることを気にせず、自分自身を受け止めてくれる、安定した親密な関係が欲しい」という願望を考慮すると、収入により経済的自立を得て、自身の生活の安定があつてこそ、初めて他者との親密な関係を構築できるという考えがあると推測された。しかし、研究期間中に研究者が他の利用者と雑談をしていたところ、ある利用者は月末になると金銭的に苦しくなると話していたが、クリスマスには家族にプレゼントを贈り、精神社会福祉士の指導の下に行った貯金で海外旅行に行ったとも話していた。この利用者は貯金などのお金を差し引いた金額を毎月デイケアで受け取っていた。このことから、生活保護費や障害年金が足りないだけでなく、日々の金銭管理が上手くできず、計画的に余暇に使うお金を算出できない可能性も考えられた。

また、生活保護費では貯金をすることができないことも関係している可能性が考えられた。竹原(2005)も 20 万円の貯金があつた統合失調症者が生活保護を受給しようとしたときに、担当者から貯金を使い切ってから申請するようと言われた経験を述べている。生活保護を受給している対象者は月々の保護費の遣り繰りの範囲であれば、自分の楽しみに使うことも可能であるが、少しまとまった金額が必要な余暇は行うことができない現状がある。また、このような制度の縛りによって、対象者は貯金を必要とする金銭管理をする機会を失っているとも考えられた。

2) テーマ II 【自己を現実的に理解し、障害を認識する】

対象者の語りを分析する過程で、対象者が自己の特性について認識していく過程や、他者や社会の中で自己について洞察を深めていく過程が認められた。

カテゴリー《自己の特性を自覚する》では、2つのサブカテゴリー〈統合失調症により生じる症状や認知の変化を知る〉と〈ストレス耐性が低い〉で構成された。〈統合失調症により生じる症状や認知の変化を知る〉では、忘れっぽいこと、症状悪化時の記憶の欠落、認知機能の低下、注察妄想、幻聴、幻触などの統合失調症の症状を対象者が自覚していたことが

示された。〈ストレス耐性が低い〉では、批判や指摘、ストレスに弱い自己の特徴を語っていた。統合失調症の症状には幻覚妄想の他にも、遂行機能、注意の保持、ワーキングメモリー、エピソード記憶における領域で認知機能の障害が認められる(Sodock&Sodock, 2007)ことが知られている。対象者が語っていた症状は、統合失調症の症状として医学的にも妥当であり、対象者が自身の病気の症状に対して自覚を持っていたことが示された。テーマIのカテゴリー《「統合失調症」の理解》で示されたGさんやJさんのように、統合失調症の症状を医学的に正しく理解している対象者もいれば、HさんやAさんのように独自の感覚や理論で統合失調症の症状を理解している対象者もあり、各個人の認識の程度に差はあったものの、本研究の対象者は自己が精神疾患に罹患しているという認識の他に、自己の精神疾患の症状を認識していることが示された。統合失調症者の病気に関する認識が高いと認知機能が高いこと(Cooke, Peters, Kuipers, & Kumari, 2005)が報告されていること、対象者の半数以上が地域生活をし、デイケアに通所していることから、本研究の対象者は認知機能や一般的な社会的機能が比較的良好であることと考えられ、統合失調症の病状による障害が比較的軽いことが考えられた。

カテゴリー《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》は3つのサブカテゴリー〈デイケアは出来る範囲で参加する〉、〈発症後の就労経験から認識する他者からの評価と自己の欠点〉、〈発症前の就労経験を通し認識した他者からの評価と自己の欠点〉から構成された。

〈デイケアは出来る範囲で参加する〉では、デイケアであっても規則的に通所するのが自身にとって負担であることが語られた。〈発症後の就労経験から認識する他者からの評価と自己の欠点〉と〈発症前の就労経験を通し認識した他者からの評価と自己の欠点〉では、就労経験を通し、自身の就労における能力の不足を自覚する経験が語られた。対象者はこのような経験を通し、デイケアに規則的に通うことができない、努力をしても上司が求める基準の作業ができないこと、自身に就労を継続させる実力がないことを理解し、自己の限界を感じていた。

カテゴリー《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》は〈障害者としての配慮が欲しい時もある〉、〈障害者として福祉を受け取れるので、生活できる〉、〈障害者手帳は障害者としての自己を再認識させる〉の3つのサブカテゴリーから構成された。《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》では、《自己の特性を自覚する》と《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》によってもたらされた自己の病気による症状や就労における困難さの理解から、社会福祉や統合失調症という病気に対する配慮が重要であるとの認識が生じていると考えられた。

《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》のサブカテゴリー〈障害者としての配慮が欲しい時もある〉では、Gさんが障害者枠での雇用であったのにも関わらず、自己の障害に対して十分に配慮されなかったとの思いが語られた。Gさんは〈発症後の就労経験から認識する他者からの評価と自己の欠点〉において、仕事がなかなか覚えられないことや対人関係が円滑ではなかったことを報告している。Gさんが雇用されていた時は障害者差別解消法の施行前であったが、仕事がなかなか覚えられないこと、コミュニケーションの方法、体調と仕事量の配分は精神障害者への合理的配慮であると示されており(厚生労働

省, 2015, 11; 内閣府障害施策担当, 2017, 4)、Gさんの訴えは統合失調症者の雇用を促進する上で重要な視点である。また、認知障害やコミュニケーションを含む社会的機能は個人ごとに程度が異なる上に、これらの障害の程度を正確に把握することは簡単ではない。特に、雇用する側に精神疾患に詳しい人材がいるとは限らず、Gさんのように現場で統合失調症による障害に対し、十分な理解と配慮が得られず、困難さを感じる可能性が示された。

対象者は、カテゴリー《自己の特性を自覚する》やカテゴリー《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》を通し、自分自身の特性や能力を認識し、経済的自立ができるような就労が困難であると認識しており、サブカテゴリー〈障害者として福祉を受け取れるので、生活できる〉では、生活保護や障害者年金による収入が自分の生活を支えていることが語られていた。

日常生活における対象者の語りでは「統合失調症」ではなく、「障害者」という言葉が多く使用された。特に、「障害者手帳」と「障害者年金」は現在の生活を維持していくために重要なものとして語られた。しかしながら、対象者にとって「障害者」であることは「統合失調症」であることとは異なることが、サブカテゴリー〈障害者手帳は障害者としての自己を再認識させる〉のCさんとMさんによって語られた。Cさんは、障害者年金は必要だと考えていたが、障害者手帳の取得に関してはやや消極的であり、将来の就労に関係するのではないかと気にしていた。Cさんは統合失調症発症後も障害者手帳を取得せず就労をしていた。そして、障害者手帳を取得した際には寂しさを覚え、手帳に「精神障害者」と記載されていることを恥ずかしく思っていた。障害者手帳には「精神障害者」であること、自分の名前と顔写真が掲載されることから、自分が「精神障害者」であることを必然的に示され、サービスを受ける時には手帳を第三者に閲覧させないといけないことから、自身が「精神障害者」であることを証明する役割があることが語られていた。対象者は障害者手帳を他者に見せることに恥ずかしさを感じ、消極的であった。ここから、対象者には「統合失調症」に罹患しているという認識だけでなく、自己が「障害者」若しくは「精神障害者」という認識があることが示されたと考えられた。また、この「障害者」という認識は「精神障害者手帳」の取得や使用によって強く意識され、同時に恥ずかしさを感じることを示された。対象者の多くが「統合失調症」であること、「精神障害者」であることの2重の属性を認識していること、「精神障害者」であることを人に知られることに羞恥心を感じていることが示された。ここから、サブカテゴリー〈障害者手帳は障害者としての自己を再認識させる〉では、「精神障害者」であることを他者に提示することを快く思わない対象者のたじろぎが表現されていると考えた。

サブカテゴリー〈障害者として福祉を受け取れるので、生活できる〉においては、生活保護や障害年金を取得することの必要性を語っていた。生活保護、障害年金、障害者手帳はそれぞれ別の制度であり、障害者手帳を取得しなくても、生活保護や障害年金を取得することは制度上可能である。また、自立支援医療による医療費助成や障害者自立支援法による障害福祉サービスも手帳の有無に関わらず取得することが可能である(厚生労働省, 2010)。障害者手帳の取得により得られる、住民税の控除や障害者職場適応訓練、公営住宅の優先入居、心身障害者医療費助成、携帯電話や公共交通機関での運賃割引など、限られた収入の中で生

活する対象者にとっては必要な控除であると考えられ、障害者手帳を持つことへの不快感よりも必要性の方が高いと考えられた。また、Cさんは「障害者年金」を受給することと「障害者手帳」の取得を別の制度であると認識していたが、制度間の違いが曖昧な対象者も多く、Mさんのように、「障害者だから障害年金」と制度名に「障害」の文字が含まれることで、障害者手帳の有無に関わらず、「障害者」と認識している人も多いと推測された。

3) テーマ III 【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】

対象者は「障害者」として社会福祉制度に支えられて生活するのと、「健常者」として社会で生活していくことが異なることを認識していた。サブカテゴリー〈「一般的な」社会で求められる基準はデイケアよりずっと厳しい〉では、「健常者」として社会で生活していくにはある程度の能力や結果、求められる態度の基準が高いことを認識し、「厳しい」「難しい」「厳格」などの言葉でこのような基準を表現しており、自身が「健常者」として社会で生きていくことに対して消極的な態度が示されていると考えられた。

しかし、サブカテゴリー〈今の生活は易しいがこれでいいのか、努力していないのではありませんか〉では、対象者は、現在の生活に居心地の良さを感じているものの、現在の状況に留まることは、自分の可能性を十分に活用しておらず、居心地の良さに甘んじて、責任を果たしていないのではないかと、後ろめたさを語っていた。対象者は現在の状況に対し、「易しい」「甘い」「気楽」「ずるい」「努力が足りない」などの表現を用いており、暗に自身が十分に努力をしていないとの思いが示されていると考えた。「健常者」と同等の就労や社会的役割を果たしておらず、「一人前」になるための苦勞(Kondo, 1992)を十分にしていないとの思いが対象者にあるのではないかと考えられた。同時に、努力や苦勞をすれば、「健常者」として生活していけるとの望みも抱いていると考えられた。

サブカテゴリー〈障害者手帳は障害者としての自己を再認識させる〉では、対象者が「統合失調症」であるという認識の他に「障害者」若しくは「精神障害者」であるとの二重の属性の認識が示された。対象者は、《自己の特性を自覚する》と《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》を通して、《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》ことが推測され、自己が統合失調症によって就労が困難であることを認識していた。対象者は〈「一般的な」社会で求められる基準はデイケアよりずっと厳しい〉においても、「健常者」として生活していくことに難しさを感じており、消極的な態度が示された。その一方で、《普通に生きたい》では経済的自立、役割の遂行、親密な関係の構築を囑望する対象者の気持ちが語られ、〈今の生活は易しいがこれでいいのか、努力していないのではありませんか〉でも、自己の努力不足を疑い、努力や苦勞をすれば「健常者」としての「一般的な」生活を実現できる可能性を感じているとも推測できた。また、自己を「障害者」として捉え、「健常者」とは切り離し認識していることが示された。自己を「普通」若しくは「基準」から切り離すことは、セルフスティグマの特徴の一つであり(Link and Phelan, 2002; Goffman, 1963)、対象者が「障害者」としても自己が「普通」の枠組みから逸脱していると感じていると考えられた。

ここから、対象者は社会福祉制度から自身を「障害者」として認識しつつ、このような社

会福祉制度の必要性も認識しているものの、努力が足りないために「健常者」になれないとの思いがある可能性が示唆された。そして、「障害者」としての自己を「健常者」から切り離すことで、自己が「一般的な基準」から逸脱しているとの思いが示唆された。〈厳しい『健常者』か、楽な『障害者』か、揺らぐアイデンティティ〉では、「障害者」と「健常者」の2つの枠組みの中で葛藤する対象者の思いが語られていた。このサブカテゴリー〈厳しい『健常者』か、楽な『障害者』か、揺らぐアイデンティティ〉では、「障害者」として福祉制度に守られて生きていくことの方が、より容易に実現できると思うが、「障害者」としてではなく、「一般」枠として就職したいという対象者の気持ちが語られた。しかし、対象者は、一般枠での仕事では要求されるレベルを満たす能力も必要であるため、自分にそれができるのか確信が持てないことも語っており、「障害者」と「健常者」の社会が2分されているように感じており、自分がどちらの「枠」に属して生きていけるのかと悩んでいた。「普通」に働きたいが、難しいのではないかと、でも、何か方法が見つかれば「普通」に「一般」の社会で就労ができるのではないかと揺らぐ気持ちが表現された。

ここから、対象者は自分の状況を現実的に受け止め、社会福祉制度の必要性を理解し、現状に一定の肯定感を抱きながら、努力をすれば社会福祉制度の枠組みの外で生きていくこともできるのではないかと考えていた。しかし、社会福祉制度の枠組みを出て就労するためには実際に仕事を遂行する能力が必要なことも理解しており、希望と現実と努力の可能性との狭間で、自分自身をどのように捉えたらいいのか悩んでいることが示唆された。

《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》と《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》では「統合失調症」と「普通」の対比が語られており、対象者が働いている人のように、朝家を出て夕方に帰ってくる規則的な生活を「普通」と考えていることが示された。カテゴリー《普通に生きたい》では対象者は就労について語っており、《就労が出来ず、経済的自立が出来ない自分は劣っている》とまとめられた。対象者は自己を経済的に自立した人と対比させ、就労をしておらず経済的にも自立できていない自分を劣っていると感じると同時に、社会福祉に頼っている自分を「社会のお荷物」だと感じていた。Dさんが語った父親の言葉は辛らつに「仕事をしていないこと」と「社会福祉に頼っていること」を批判し、「人として恥ずかしく」「すたれた状態」であると表現しており、このような価値観において、対象者の状況は、就労や子育てなどの社会的役割において苦勞を通し「一人前」になる過程(Kondao, 1992)から外れた状態とも考えられた。

日本人の自己は、自己による言動と観衆から承認の連続した相互反映性で構築されるが、この観衆はいわゆる「世間」と呼ばれ、その場に観衆(もしくは世間の目)がない場合でも効力を持つ(Takei, 1992)と言われている。本研究の対象者は就労できないことや自立できない自分を劣っていると思うだけでなく、社会的に価値がないと考えており、自身が自分の状態をどう思うかだけでなく、他者若しくは世間から自分がどのように判断されるのか無意識に認識し、それにより自己の評価をしている可能性が考えられた。

ここから、対象者は「就労」できない自己を他者と比較し、かつ社会の中での役割を担っていないと感じており、自己価値観が低下していた。また、このような価値観の背景には「就労」していることが「普通」であり、社会的役割を遂行するために苦勞を通して「一人前」

になることが「普通」であるとの価値観が背景にあると考えられた。

4) 統合失調症者のセルフスティグマの再考

先行研究(Link & Phelan, 2001; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003)で提示されていたセルフスティグマのモデルと定義が、本研究においても認められたが、先行研究が示したモデルと定義に当てはまらない条件も本研究にて示された。

テーマI【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】のカテゴリー《「統合失調症」の理解》では、具体的な病気の認識に個人差はあったものの、対象者全員が統合失調症に罹患していると認識しており、セルフスティグマの前提条件である特定の集団への帰属の自覚(Corrigan & Watson, 2002)が示された。また、2つのカテゴリー、《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》と《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》では、セルフスティグマの定義に沿った、「ステレオタイプの自覚」、「ステレオタイプへの同意」、「ステレオタイプと自己の一致」、「自尊感情の低下」が示されたと考えられ(Link & Phelan, 2001; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Watson, & Barr, 2006)、先行研究のモデルに沿ったセルフスティグマの構成要素が示された。

カテゴリー《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》のサブカテゴリー〈病前の価値観や思い込みから生じた感情〉では、「気持ちが悪い」、「人から嫌われる」、「普通じゃない」などの統合失調症のステレオタイプが語られた。もう一つのサブカテゴリー〈主体的体験の中で他者からの視点から形成された『統合失調症』の特徴〉では、ステレオタイプとして、統合失調症者は信用が無く、社会的責任が低く、迷惑であり、幻覚妄想に捉われた行動は他者から「支離滅裂」に見えることが語られている。このことから、カテゴリー《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》では、統合失調症に対するステレオタイプとステレオタイプの基になる統合失調症の特徴が対象者によって語られ、「ステレオタイプの自覚」が示されていると考えられた。また、対象者はここで示されたステレオタイプは他者が統合失調症に対して抱くものであるとの前提で語っていること、このステレオタイプに対しての反発を示していないことから「ステレオタイプへの同意」をしていると考えられた。また、このカテゴリー《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》では、対象者自ら「普通」という言葉を用いて、「統合失調症」でない人を「普通」の人、「統合失調症」の人を「普通」ではない人として対比をさせていた。Link & Phelan(2001)は、スティグマの形成過程には、スティグマの対象をその他の人から感情的に分離する過程があると述べているが、ここではスティグマの対象自ら、自分たちを「普通」から切り離して認識していることが示されたと考えられた。

カテゴリー《「統合失調症」の特徴とそれに対する思い》のサブカテゴリー〈主体的体験の中で他者からの視点から形成された『統合失調症』の特徴〉では、独語や空笑、幻覚妄想に捉われた自らの行動に対し、他者から「おかしい」との指摘を受けていることが語られており、自己がステレオタイプに一致していることを認識していると考えられた。《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》のサブカテゴリー〈他者のステレオタイプや偏

見を推測し、差別への不安を感じる〉では、対象者は自己が他者からステレオタイプを押し付けられるのではないかと不安な気持ちを語っていたが、対象者は、自己がステレオタイプに一致するとは語っていなかった。ここから、対象者は他者の視点で、自己がステレオタイプと一致させられることを危惧していると考えられた。そして、カテゴリー《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》のもう一つのサブカテゴリー〈自分の行動を変容させ、「普通」の人であることを強調する〉では、自己がステレオタイプと一致しないために自己の行動を変容させていることが示されていると考えた。

ここから、対象者は独語や空笑、幻覚妄想に捉われた自らの体験から、その時の自己の言動がステレオタイプに一致していることを認識しているが、他者が自己をステレオタイプとして観ることを恐れ、現在の自己がステレオタイプに一致しないように言動を変容させていると考えられた。そのため、対象者は自己がステレオタイプに完全に一致すると認識していないが、部分的にステレオタイプに一致する自己を認識していると考えられた。ここから、本研究の対象者は、Corrigan と Watson(2002)が定義する「ステレオタイプと自己の一致」とは異なり、自己が部分的にステレオタイプに一致することを知りながらも、自己がステレオタイプにあてはまることに反発していると考えられた。Ritsher, Otilingam, と Grajales(2003)は、セルフスティグマは「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識であり、直接的に自尊感情に影響し、心理的ストレスを与えると述べている。本研究の対象者は〈他者のステレオタイプや偏見を推測し、差別への不安を感じる〉ため、他者から自己の価値が低く、軽んじられているのではと推測し、他者からそのように思われないうようにするため〈自分の行動を変容させ、「普通」の人であることを強調する〉と考えられた。ここから、本研究の対象者は、「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識を避けるために、ステレオタイプと自己の一致が起きないように、ステレオタイプに反発し、言動を調整しているとも考えられた。ここから、ステレオタイプと自己の一致が起きないように、ステレオタイプに反発し、言動を調整することもセルフスティグマであると考えられた。

テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】では対象者が統合失調症の症状による変化や自己の特性を認識し、自己と社会の相互関係から自己の欠点や限界を認識していく過程が示された。テーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】では、「障害者」と「健常者」を比較し、自分自身をどちらの枠組みで捉えたら良いのか迷い、就職ができない自己を「一般的」な「健常者」と比較し、自己の価値が低いとの認識が示されていた。どちらのテーマにおいても、対象者は自分自身を見つめ、自己への評価を行っていると考えられた。セルフスティグマによる自己価値や自尊感情の低下は、自己がステレオタイプにあてはまると認識すること(Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Watson, & Barr, 2006)と示されてきたが、本研究の対象者においては「ステレオタイプと自己の一致」を意識しているものの、完全に納得している認識は示されなかった。一方、テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】とテーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】において、社会的な相互関係の中で自己の状況を評価し、それにより自己価値の低下が示されており、統合失調症者の自己価値の低下はステレオタイプと自己の一致を

意識することだけでなく、社会的な相互関係の中で自己をより反映的に評価することによっても自己価値の低下が起こると考えられた。

本研究を始めるにあたり、セルフスティグマを操作上、ラベリング、ステレオタイプ、ステレオタイプと自己一致、自己価値の低下の4過程を含む現象と捉え、「スティグマの対象となる個人が、自己の特徴または自己が属する集団の特徴を好ましくないものとみなし、自己またはその集団の価値が低く、差別的に扱われることが当然であると容認し、自己の自己価値の低下を信じる状態」と定義したが、本研究の結果から①必ずしも「自己またはその集団の価値が低く、差別的に扱われることが当然であると容認」する必要はなく、②「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識を避けるために、ステレオタイプに反発し、ステレオタイプと自己の一致が起きないように自己の行動の変容をさせることもセルフスティグマの要素であると考えられた。また、③スティグマの対象者自らが、自分たちを「普通」から切り離して認識していることや、④「普通」と「統合失調症」、「健常者」と「障害者」のように自らの状況を反映的に認識し、現実的な自己評価によって自己価値が低下するなどの新たなセルフスティグマの要素が本研究から示唆された。

5) 自己評価と自己概念

テーマ I【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】では統合失調症のセルフスティグマや将来の生活への願望が示されていたが、テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】とテーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】では、主に統合失調症の症状、就職技能、他者とのコミュニケーションについての自己に対する評価を社会的相互関係の中で捉えていると考えられた。特に、テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】では就労などの体験を通じ、自己の限界や障害の程度についての自己評価が語られていた。また、テーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】では、自己の現状を他者、特に「健常者」と比較し、劣等感を抱いていた。ここから、対象者は社会的相互関係の中で自己の障害の程度、就職技能、自己の社会における価値についての評価を判断していたと考えられた。

自己に対する評価は自己概念において重要な要素であると考えられており (Shavelson, 1976; Gecas, 1982)、自己価値に対する評価は自尊感情に置き換えられて測定されることが多く (Corrigan, Watson, & Barr, 2006)、自尊感情は自己概念と同等の意味で使用される傾向がある (Shavelson, 1976; Gecas, 1982)。自己概念を形成し、自尊感情に関連する自己評価は、「理想」や一般的な友達や同僚と自己の比較や、重要他者からの評価から形成される (Shavelson, 1976)。そのため、自己概念をその人の自分自身についての認識と広義の意味で捉える時、自己概念は重要他者を含む周囲の環境におけるその個人の経験によって形作られ、その個人の言動や周囲への反応によって反映される (Shavelson, 1976)。自己概念の定義は研究により多様である (Shavelson, 1976) が、個人と周囲の環境との社会的相互作用の影響や、その影響を受けた自分自身との対話、即ち自分自身を反映的に観ることに影響され、自己概念が形成されると考えられている (Shavelson, 1976; Gecas, 1982; Gergen, 1971; Mead, 1943; Cooley, 1902 as cited in Gecas, 1982; see also Scheff, 2005; Sinigaglia & Rizzolatti,

2011)。テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】とテーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】では、社会的相互関係の中で自己を反動的に捉え、自己についての評価を判断しており、就労技能や自己の社会での存在価値についての限定的な、自己に関する認識であり、自己概念の一部であると考えられた。また、自己概念を講義の「その人の自分自身についての認識」として捉える時、テーマ I【「普通」でないことを恐れ、「普通」であろうとする】で示されたセルフスティグマは、自己の疾患についてのステレオタイプやそれに対する自分の思いと捉えることもでき、広義の自己概念に含むことができると考えられた。

自己概念は多面的であり、階層的構造を持ち、統合されたものであり、多面的な自己に関する認識が統合され、全般的な自己概念になる(Shavelson, 1976)。この統合された自己概念は通常安定しているものの、細分化された自己概念の領域は特殊な状況下でフィードバックを受け、それを基にその領域についての自己評価が影響される(Shavelson, 1976)。Shavelson(1976)は Ludwig と Maehr(1967)の研究を引用し、運動機能動作の失敗は身体的機能に特化した自己概念に影響するが、統合された全体的な自己概念には影響しないことを述べている。しかし、このような小さなフィードバックが何度も繰り返されると統合された全体的な自己概念にも影響を与える(Shavelson, 1976)と考えている。テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】とテーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】における語りの内容は主に統合失調症の症状、就職技能、他者とのコミュニケーションについての内容が多く、全体的な自己概念というよりは社会的な側面と疾患に関連した自己についての評価であり、自己概念の一部であると考えることができた。

特に、テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】の 카테고리《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》におけるサブカテゴリ〈発症後の就労経験から認識する他者からの評価と自己の欠点〉と〈発症前の就労経験を通し認識した他者からの評価と自己の欠点〉では、対象者の具体的な体験が語られており、就労時の困難な体験や他者からの低い評価により、テーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】の 카테고리《就労が出来ず、経済的自立が出来ない自分は劣っている》という認識が生じると考えられた。ここから、就労においてネガティブな経験を繰り返すことにおいて、就労に関する自己の能力を低く評価していると考えられた。ここから、対象者は過去の経験を通し、反動的に自己を捉える中で自己に対する評価が生じていると考えられた。テーマ II【自己を現実的に理解し、障害を認識する】においても統合失調症発症前からの体験が 카테고리《社会との繋がりの中で自己の限界を知る》において語られており、対象者は繰り返し、自己価値の低下に繋がるような経験を繰り返してきたことが推測された。

6) なりたい自分と現実の自分

テーマ I【「普通」でないことを恐れ、「普通」であろうとする】の 카테고리 4《普通に生きたい》において、対象者が今の生活に加わると良いなと思っているものについて語っていた。特に、サブカテゴリ〈自立して、社会の一員として必要とされたい〉との思いが語られた。Markus & Nurius (1986)は「Possible Selves」とは自分の可能性や将来についてど

う思っているかという自分自身についての知識であり、「将来もしかするとなれるかもしれない、将来なりたい」と思う理想の自分、もしくは、将来なりたくない自分について「Possible Selves」と定義した。「Possible Selves」とは希望でもあり、お金持ちになりたい、痩せたい、人から愛されるようになりたい、孤独な人になりたくない、うつ病になりたくない、無職になりたくないといったことでもある(Markus & Nurius, 1986)。将来なりたいと思う自分と現在の現実的な自分の状況がかけ離れていると、負の感情が生じるため、「なりたい自分」像は自己の中で修正される(Cross & Markus, 1991)。また、「なりたい自分」が現実的に可能であるか判断するのは最終的に自分自身であり、理想の自分と現実の自分がかげ離れているのか、実現可能な理想なのか自身の判断に委ねられる(Cross & Markus, 1991)。テーマ III 【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】において、本研究の対象者は理想的な「健常者」として生きるべきか現実可能な「障害者」として生きるべきなのか迷い、就労や経済的自立が出来ない自分に対して負の感情を抱いていることがカテゴリー《就労が出来ず、経済的自立が出来ない自分は劣っている》からも認められた。一方で、努力をすれば「健常者」として生きることが実現可能なのではないかとの希望もカテゴリー《現実と目標の間で、自己が「障害者」なのか「健常者」なのか迷う》から認められた。このことから、対象者は「健常者」という理想の自分と「障害者」という現実の自分の矛盾の中で、理想自己の修正が上手くできず、「もしかしたら現実可能」なのではという自己の評価をしていると考えられた。

Markus & Nurius (1986)は「なりたくない自分」も「Possible Self」に含まれると考えている。テーマ I 【「普通」でないことを恐れ、「普通」であろうとする】のカテゴリー《「普通」から逸脱したステレオタイプを恐れ、もがく》において、対象者は「普通」から逸脱した統合失調症のステレオタイプを「なりたくはない自分」と捉えている。そして、「なりたくない」という思いが動機となり(Cross & Markus, 1991)、「普通」の人であることを強調するような行動変容を促したと考えられた。

7) 自己概念とセルフスティグマの認識

対象者は、他者の視点から反映された自己や他者と自己との相互関係の中で得られた自分に関する認識によって、自己を評価していた。自分の病気、統合失調症であること、統合失調症の症状や症状により変化した自分の認知の特徴、統合失調症に対するステレオタイプも広義の意味では自分に関する認識と捉えることができた。また、対象者は「なりたい」と思う理想自己と現実の自己の齟齬の中で、理想自己像の修正が出来ず、「もしかしたら現実可能」なのではという希望的評価を見出していた。「普通」から逸脱した統合失調症のステレオタイプは「なりたくない自分」であり、「なりたくない」という動機が、対象者の行動変容を促したとも考えられた。「Possible Selves」は自己に関する認識の一部とされ、自己概念を構成する(Markus & Nurius, 1986)。自己概念をその人の自分自身についての認識と広義の意味で捉える時、自己概念は重要他者を含む周囲の環境におけるその個人の経験によって形作られ、その個人の言動や周囲への反応によって反映される(Shavelson, 1976)。自己概念の定義は研究により多様である(Shavelson, 1976)が、個人と周囲の環境との社会的相

相互作用の影響や、その影響を受けた自分自身との対話、即ち自分自身を反映的に観ることに影響され、自己概念が形成されると考えられている(Shavelson, 1976; Gecas, 1982 Gergen, 1971; Mead, 1943; Cooley, 1902 as cited in Gecas, 1982; see also Scheff, 2005; Sinigaglia & Rizzolatti, 2011)。ここから、統合失調症者のセルフスティグマの認識では、統合失調症であること、統合失調症の症状や症状により変化した自分の認知の特徴、統合失調症に対するステレオタイプ、即ちセルフスティグマによって影響された自己概念も同時に認識していると考えられた。

8)対照例

分析の際に、他のデータと合致しないケース、状況、出来事や背景が特定されることがあるが、そのようなデータは結果により良い理解や説明をもたらす(Miles & Huberman, 1994, p.269)。本研究の対象者は発症年齢、罹患期間、症状と全体的機能、就労経験の程度にばらつきもあったが L さん以外全員から統合失調症もしくは「精神障害者であること」に消極的な発言が得られた。L さんからは統合失調症と「精神障害者であること」に対する消極的な姿勢は見られなかった。また、L さんのみが、平成 25 年 6 月に制定され、平成 28 年 4 月 1 日から施行された「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」(いわゆる「障害者差別解消法」)(内閣府, 2014)について語っており、このような法律が世の中に浸透すれば良いと語っていた。

L さん：嫌なことも良いこともいっぱいあった (なるほど) (間) (わかりました) これからもなんか、死ぬまで生きていたいです (死ぬまで、そうですね) はは (なんか、あの、あれですかね、こういったことがなくなったら、こういったことがなくなったらもっとその、病気を抱えている人でも生き易くなるな) あーだから、今施行されてる障害者 (うん、うん) あのーそのー今年から始まった新しい障害者の法律の (うん) あーもっと世の中に広まれば良いと思う (あーなるほど) 今年の 4 月から施工されてる (なるほど) 法律、何だったけかな

L さんは「障害者差別解消法」や障害者手帳の特典などは具体的に述べることができおり、元々制度などに関心があることも示されていた。しかし、L さんの陽性症状は強く、インタビューの中でも病的体験に基づくエピソードを多く語っていた。インタビュー時以外でも、笑顔で研究者や他の患者さんに対しても、自ら話しかけることが多く、気分の高揚も見られていた。大川, 大島, 長, 楨野, 岡, 池淵ら(2001)は精神症状の悪化と自己効力感の過度の高さの関連を報告しており、精神症状が悪化している時は現実的な検討が行えず、自己ができることとできないこととの判断が上手くつかず、過度に自己効力感が高くなる可能性を指摘している。このことから、L さんは症状としての多幸感や病的体験から、現実的検討が障害されている可能性が考えられ、状況を過度に良い様に解釈している可能性が考えられた。精神症状が改善するとスティグマの認識がより現実的に認識できることが報告されており(Jenkins & Carpenter-Song, 2009)、精神症状が悪いとセルフスティグマの認識も

低下すると考えられた。

3. 日本人統合失調症者におけるセルフスティグマの認識

1) 家族との関係

竹原(2005)は、日本人は「他人(公衆)の評価」を基準にする他律的な文化を持つため、絶対的な善悪の基準を持つ欧米人とは異なる意味合いで「恥」を感じると述べている。日本人における「恥」は強い心理的反応を伴うと考えられている(竹原, 2005)。特に、日本を含むアジア圏では「家族」という集団の一部として個人を見るため、家族構成員の一人が好ましくない特徴を持ち、それが公衆に知られることは家族全体の「恥」であり、家族全体の価値が下がると言われている(Benedict, 1946; Guo, & Uhm, 2014; 竹原, 2005)。そのため、日本人のセルフスティグマでは、精神疾患を持つ自身を恥じる(Goffman, 1963)のみならず、自身が家族全体の価値を低める存在であると認識する可能性があると考えられた。

研究計画当初の予想等は異なり、本研究の対象者と家族の関係は多様であり、特定のパターンを見出すことはできなかった。2人の対象者と家族の関係において、家族の価値観が対象者のセルフスティグマに影響している可能性が示唆された。

Dさんの父親は、就職していないDさんに対し、厳しい言葉を投げかけていた。また、Eさんの父親も同様にEさんに社会の厳しさについて語り、Eさんの考えと対立していることがEさんによって語られていた。しかし、Benedict(1946)、GuoとUhm(2014)と竹原(2005)が述べたように家族の「恥」とを責めているようには見えなかった。DさんとEさんの発言からは、二人の父親が「家族」の一部として二人の将来について向き合っているものの、対象者二人を排除するような意図は全く感じられなかった。むしろ、この二人の将来を案じての発言と捉えることができた。特に、この二人の語りからは「統合失調症」への批判より、就職していないことや生活態度についての批判であると考えられた。しかし、Dさんの父親の発言からは、統合失調症の病状を抱えながら、一般求人での就労をすることは大変なことを十分に理解しているとは言えず、疾患への理解の無さが挙げられた。

また、DさんとEさんは統合失調症という病気になってしまったことで家族に心配や迷惑をかけてしまったと感じており、家族に対し詫言の気持ちや感謝の気持ちを述べていた。DさんとEさんの語りの中からは二人の家族がこの二人を家族の「恥」のように扱っているようには取れなかったが、DさんとEさんの中にはBenedict(1946)、GuoとUhm(2014)と竹原(2005)が示したように、自己が統合失調症に罹患したことにより、家族に「恥」をもたらしたと考えているとも推測できた。また、MarkusとKitayama(1991)の述べるように、自己を社会的関係性から切り離さず、反対に他者とより関係性と築こうとし、両者の相違を減らそうと、家族の思いを推測し、このような気持ちを抱いたとことが考えられた。

2) 「一人前」

日本では苦勞を通して成熟した人間、即ち「一人前」になることを目指し、就勞や子育て等において苦勞をすることが「一人前」になる過程と考えてられており(Kondo, 1992)、就勞もせず、子育てをしているわけでもないのに在宅していることは「世間体が悪い」ことと

捉えられると考えられた。日本人の女性は実際に夫が欲しいわけでもないのに「世間体が悪い」という理由で切実に結婚したいと口にすると(Lebra, 1992)は報告している。日本人は「一般的」または「基準」(原文では Ordinary か Standard)である「世間」に一致することを好むこと(Lebra, 1992)を紹介している。「普通」「一般」という言葉は繰り返し対象者の語りの中に現われ、対象者にとって「普通」「一般」という概念が重要であることが示された。これは、対象者は「普通」を気に向け、自身が「普通」から外れることを恐れていることが強く表現されていた。

また、対象者が語る健全な生活とは、朝でかけ夜に帰宅する生活であり、日中は作業所やデイケアに規則的に通所するという生活を意味しており、毎日仕事に行くようにリズムのある生活を送ることだと思えることができた。そして、対象者は、このような生活を「普通」若しくは「一般的」と考えていると推測できた。また、「就労」していないことはこの「普通」の生活から外れているとの考えが背景にあると推測できた。

3)社会福祉制度と「精神障害者」

テーマⅡ【自己を現実的に理解し、障害を認識する】の 카테고리 《自己の限界を知り、自己に必要な制度や援助を認識する》におけるサブカテゴリにおいて、〈障害者として福祉を受け取れるので、生活できる〉との思いを持つと同時に〈障害者手帳は障害者としての自己を再認識させる〉ことが示された。本研究の対象者は、社会福祉制度を利用することで、最低限の収入を維持し、医療サービスを使用することができるため、このような社会福祉制度を自己の生活に必要なものであると認識していた。しかしながら、統合失調症という診断から得られる社会福祉の制度名には「障害者」や「精神障害者」との呼称がついており、社会福祉制度を使用することにより、自己が「障害者」になってしまった事実と直面すると考えられた。

4. まとめ

本研究の分析対象者 13 名の内 4 名は、統合失調症によるスティグマを認識した経験があり、そのうち 1 名は自己のセルフスティグマを認識していた。その他の対象者はスティグマやセルフスティグマの認識を否定していたが、インタビュー内容の分析から、自己の中にある統合失調症に対するステレオタイプや、そのステレタイプに自己があてはめられることを恐れていること、自己がステレオタイプにあてはまらないように「普通」の人でいようと行動を変容させていることが抽出された。また、対象者は自ら、統合失調症者である自己を「普通」の人から区別し、「普通じゃない」と自己を「普通」の人から分離していた。これらから、本研究の対象者は先行研究で示されたセルフスティグマを抱いていると考えられた。また、対象者は青年期から成人期における成長発達課題を遂行して「普通」に生きたいと願っていることが示唆された。そして、対象者は自己と他者の相互関係から、自分自身の特徴や限界、社会福祉の必要性の理解や「健常者」として生きる難しさを認識しており、自己と他者の相互関係から自己を再認識し、自己概念を形成していると考えられた。また、対象者は就労を通して経済的に自立することを「普通」のことと捉えており、それができな

い自分自身に劣等感を感じていることが示唆された。また、本研究では先行研究では示されなかったセルフスティグマの要素が示された。統合失調症者のセルフスティグマは、①必ずしも「自己またはその集団の価値が低く、差別的に扱われることが当然であると容認」する必要はなく、②「自己の価値が低く、軽んじられている」という主観的な認識を避けるために、ステレオタイプに反発し、ステレオタイプと自己の一致が起きないように自己の行動の変容をさせることが考えられた。また、③スティグマの対象者自らが、自分たちを「普通」から切り離して認識していることや、④「普通」と「統合失調症」、「健常者」と「障害者」のように自らの状況を反映的に認識し、現実的な自己評価によって自己価値が低下することが示唆された。

自己概念をその人の自分自身についての認識と広義の意味で捉える時、自己概念は重要他者を含む周囲の環境におけるその個人の経験によって形作られ、その個人の言動や周囲への反応によって反映される。広義の意味で自己概念を捉える時、セルフスティグマも自己の疾患に関した自己概念と考えることができた。また、対象者は社会的相互作用の中で自己の障害や就労技能の限界、社会における自己の価値に対する評価を行っており、自己の障害や就労、社会的な存在についての自己概念を認識していると考えられた。「なりたい自分」と「なりたくない自分」の自己像も自己概念の一部と考えられており、対象者は「なりたい自分」として「健常者」を描いており、「なりたくない自分」として統合失調症のステレオタイプに一致した自分を描いていると考えられた。

また、対象者は経済的に自立できない自己に対して劣等感を抱いていたが、これは就労や子育て等において苦勞をすることが「一人前」になることが「普通」であるという日本人の価値観に反映されていると考えられた。ここから日本人の統合失調症者のセルフスティグマの認識とは、他者の視点から反映された自己や他者と自己との相互関係の中で得られた自己に関する認識、即ち自己概念の一部であり、統合失調症に関する自己概念と、統合失調症によって影響された自己概念であり、社会的役割を通じて「一人前」になることが「普通」という日本人特有の価値観に影響されていると考えられた。

5. 看護への示唆

統合失調症や精神障害に対するスティグマやセルフスティグマの解消を目指し、世界的にも様々な取り組みが行われている。精神保健全般についての啓発活動(中根ら, 2010)や当事者における心理教育や認知の再構築と心理教育を組み合わせたプログラムが多い(Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee, & Corrigan, 2012)ことが報告されている。本研究結果から、対象者が統合失調症のステレオタイプを認識する際には、他者からの現実的なフィードバックがあることが示されている。この認識は統合失調症の症状を認識する際に医療者が使用する考え方と同様であり、「正しい」医学的知識の啓発だけでは解消できないと考えられた。また、本研究から統合失調症のセルフスティグマの認識は自己概念に影響していることが示唆された。ここから、自己概念の認知の再構築により、セルフスティグマが解消できる可能性が考えられた。

6. 本研究の限界と課題

本研究の対象者は13名と少なく、本研究の結果を汎用するには更なる研究が必要である。また、対象者の内、10名が男性であり、男性に偏った研究結果である可能性が考えられた。また、統合失調症者に特徴的な自己の疾患への認識が低い当事者やセルフスティグマが強く、自己が統合失調症であることに直面することから避けている当事者が本研究には含まれておらず、統合失調症者のセルフスティグマの全体像を表現することには限界がある。

VI. 結論

本研究は、日本人の自己認識、価値観、対人関係を考慮し、統合失調症者のセルフスティグマの認識を明確することを目的に 18 名を対象に調査を行い、13 名の参加観察とインタビューから 22 のサブカテゴリー、9 カテゴリー、3 テーマが抽出され、以下のことが示された。

1. 本研究の分析対象者 13 名の内 9 名は、統合失調症によるスティグマやセルフスティグマの経験を否定していたが、インタビュー内容の分析から、自己の中にある統合失調症に対するステレオタイプや、そのステレオタイプに自己があてはめられることを恐れていること、自己がステレオタイプにあてはまらないように「普通」の人でいようと行動を変容させていることが抽出された。また、対象者は自ら、統合失調症者である自己を「普通」の人から区別し、「普通じゃない」と自己を「普通」の人から分離していた。また、デイケアや病棟内でスティグマやセルフスティグマに関連した出来事は観察されなかったが、インタビューの分析から他者からのスティグマを恐れていることが示された。ここから、統合失調症者はセルフスティグマを抱きつつも、デイケアや病院といった安心できる場所ではセルフスティグマをあまり意識しないが、自己の疾患を受け容れてもらえるかわからない状況においてはセルフスティグマをより意識する傾向があると考えられた。
2. 対象者と家族の関係性は多様であり、一定のパターンは見いだせなかったが、家族の考えや価値観に影響を受けている対象者もいた。また、統合失調症という疾患に対する理解が不十分なために、結果的に差別的な発言をする家族についての語りがあったが、対象者を家族の一員として大切に思う気持ちから生じたものだと考えられた。これに対し、対象者は家族に対し抵抗感とともに詫げる気持ちを語っており、アンビバレントな気持ちを語っていた。
3. テーマ I 【「普通」ではないことを恐れ、「普通」であろうとする】では、対象者は統合失調症に対するステレオタイプを他者の視点を用い認識していた。特に、幻覚妄想状態の病状は、他者から観ると通常の状態から逸脱している状態であると考え「普通」から逸脱していると考えていた。同時に経済的に自立をし、親密な関係を築くなどの青年期から成人期における成長発達課題を遂行したいと思っていると考えられ、「普通」に生きたいとの思いが語られた。そして、「普通」から逸脱しないように、自分の言動に注意を払って生活していることが語られた。
4. テーマ II 【自己を現実的に理解し、障害を認識する】では、対象者は自己と他者の関係性から、自己を再認識していた。対象者は統合失調症により生じた自己の認知の変

化やストレス耐性の低さを自覚していた。また、対象者は自己と他者の関係性の中で、自分にできることの限界を認識し、自分には社会福祉による援助が必要であると認識していた。

5. テーマ III【努力すれば一人前の人として自立できるかもしれない】では、対象者は「健常者」として生きるのは厳しいと認識している一方で、努力をすれば「健常者」として就労し、経済的に自立できるのではなかとこの思いも抱いていた。そして、経済的に自立できない自分を他者と比較し、劣っていると感じていた。
6. 対象者は自己と他者の関係性の中で、自己を再認識し、「なりたい自分」と「現実の自分」が一致しないことで劣等感を抱き、「なりたくない自分」と「現実の自分」が一致しないよう、言動に注意し生活をしていることから、統合失調症者のセルフスティグマの認識は自己概念に影響していると考えられた。
7. 対象者は経済的に自立できない自己に対して劣等感を抱いていたが、これは就労や子育て等において苦勞をすることが「一人前」になることが「普通」であるという日本人の価値観に反映されていると考えられた。

謝辞

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様には、深く御礼申し上げます。

また、本研究をご快諾頂き、ご協力頂きました対象2施設の理事長、総括部長、看護部長をはじめ看護部の皆様、対象病棟およびデイケアの医療者および医師の皆様には深く感謝いたします。

参考文献

- Abdullah, T. & Brown, L. T. (2011). Mental stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, 934-948.
- Accordino, M. P., Porter, F. D., Morse, T. (2001). Deinstitutionalization of person with severe mental illness: context and consequences. *Journal of Rehabilitation*, 67(2), 16-67.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C., Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51(10), 826-836.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J. & Gorman, M. J. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 319-329.
- American Psychiatric Association. (2000). Introduction. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fourth edition text revision*, p.xxxiv, p.897-898.
- Benedict, R. (1946). The dilemma of virtue. *The chrysanthemum and the sword*. NY. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.
- Bhugra, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 17-23.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry*, 55(1), 221-231. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.005
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & the GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122, 232-238.
- Carspecken, F. P. (1996). *Critical Ethnography in Education Research A Theoretical and Practical Guide*. NY, Routledge.
- Cheng, H. Z. (2015). Asian American and European Americans' stigma levels in response to biological and social explanations of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50, 767-776.
- COMHBO. (2017). 薬の量を計算しましょう(CP換算値) . Retrieved from https://www.comhbo.net/?page_id=4370
- Cooke, M., Peters, E., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 4-17.
- Corrigan, W. P., Michaels, J. P., Vega, E., Gause, M., Watson, C. A., & Rusch, N. (2012).

- Self-stigma of mental illness scale-short form: reliability and validity. *Psychiatry Research*, 199, 65-69.
- Corrigan, W. P., & Watson, C.A. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *American Psychological Association*, 9, (1), 35-53.
- Corrigan, W. P., Watson, C. A., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 875-884.
- Cross, S. & Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development*, 34, 230-255.
- David, A. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Drapalski, L. A., Lucksted, A., Perrin, B. P., Aakre, J. M., Brown, H. C., DeForge, R. B., et al. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269.
- Fung, M. K., Tsang, H. W. H., & Corrigan, W. P. (2008). Self-stigma of people with Schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.
- Fung, M. T. K., Tsang, H. W. H., Corrigan, W. P., Lam, C. S., & Cheng, W. (2011). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 408-418
- Gecas, V. (1981). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.
- Gergen, K. J. (1971). *The concept of self*. USA, Holt, Rinehart and Winston, Inc. Library of Congress Catalog Card Number: 74-133427 SBN: 03-077415-2
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Note on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- Griffiths, M. K. Nakane, Y. Christensen, H. Yoshioka, K. Jorm, F. A. & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *Bio Med Central Psychiatry*, 23. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/21>
- Guo, T. & Uhm, Y. S. (2014). Society and acculturation in Asian American communities. In Davis, J. M. & D'Amato, C. R. (Ed.), *Neuropsychology of Asians and Asian Americans* (pp.55-76). NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8075-4
- Haraguchi, K. Maeda, M., Mei, Y. X., & Uchimura, N. (2009). Stigma associated with schizophrenia: Cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 153-160.
- Henriksen, G. M. & Parnas, J. (2014). Self-disorders and schizophrenia: a phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. *Schizophrenia*

- Bulletin*, 40(3), 524-547. doi: 10.1093/schbul/sbt087
- Higginbottom, A. M. G., Pillay, J. J., & Boadu, Y. N. (2013). Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. *The Qualitative Report*, 18(17), 1-16.
- 昼田源四郎. (2007). [改訂増補]統合失調症患者の行動特性—その支援と ICF—. 東京, 金剛出版.
- Holmes, E. P., & River, P. L. (1998). Individual Strategies for Coping with the Stigma of Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- Hutteman, R., Hennecke, M., Orth, U., Reitz, A. K., & Specht, J. (2014). Developmental tasks as a framework to study personality development in adulthood and old age. *European Journal of Personality*, 28, 267-278. doi: 10.1002/per.1959
- Ihara, H. (2012). A cold of the soul: A Japanese case of disease mongering in psychiatry. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 24, 115-120. doi: 10.3233/JRS-2012-0560
- 池淵, E. (2004). 「病識」再考. *精神医学*, 46(8), 806-819.
- Jenkins, H. J. & Carpenter-Song, A. E. (2009). Awareness of stigma among persons with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(7), 520-529.
- 金, Y. (n, d,). テーマ 1:統合失調症とは何か. Retrieved from https://www.jspn.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=79
- 金田一, K. (1997). *新明解国語辞典 第四版*. 柴田, T., 山田, A., & 山田, T. (Ed.). 東京都, 三省堂.
- Kondo, D. (1992). Multiple selves: the aesthetics and politics of artisanal identities. Rosengerber, R. N. (Ed.). *Japanese sense of self*, Cambridge, University of Cambridge.
- 厚生労働省. (2011). 統合失調症. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/detail_inte.html
- 厚生省保健医療局精神保健課. (1987). 精神保健の歩み. *我が国の精神保健(精神保健ハンドブック)昭和 62 年度版*, 3-26.
- 共同通信. (2002). 「統合失調症」に一新精神分裂病の名称変更新世代の治療薬が有効. *最新医療情報 Medical News*, Retrieved from <http://www.47news.jp/feature/medical/news/625seisin.html>
- 小高, F. (2008). 国際的観点から見た本那における精神疾患へのスティグマ. *社会精神医学研究 所紀要*, 37(1), 16-20.
- Leary, R. M. (2010). *Fifth Edition Handbook of Social Psychology*. Fiske, T. S. Gilbert, T. D. Lindzey, G. (Ed.). New Jersey, John Wiley & sons, Inc.
- Lebra, T. S. (1992). Self in Japanese culture. Rosengerber, R. N. (Ed.). *Japanese sense of*

- self*, Cambridge, University of Cambridge.
- Leucht, A., Samara, M., Heres, S., Patel, M. X., Wood, S. W., and Davis J., M. (2014). Dose equivalents for second-generation antipsychotics: The minimum effective dose method. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 2, 314-326. doi: 101093/schbul/sbu01
- Link, B. G. & Phelan, C. J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Social*, 27, 363-85.
- Markova, I., & Berrios, E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159-164.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.
- Markus, R. H. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Maslow, A. H. (2012). *A theory of Human Motivation*. USA, LLC. ISBN 978-1-62793-396-4
- Masuda, A. & Boone, M. (2011). Mental health stigma, self-concealment, and help-seeking attitudes among Asian American and European American college students with no help-seeking experience. *Int Adv Counselling*, 33, 266-279.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *An expanded sourcebook: Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, W. P. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981.
- モース, M. J. & フィールド, A. P. (2012). データ収集の原則. モース&フィールドの看護研究, 東京, 日本看護協会出版社.
- 森, C. (2015). 田中, R. (Ed.). *これからの精神看護学 病態生理をふまえた看護実践のための関連図*, 東京都, 株式会社 PILAR PRESS ピラールプレス.
- 内閣府. (2014). 障害を理由とする差別の解消の推進. Retrieved from <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/sabekai.html>
- 内閣府障害施策担当. (2017, 4). 2(6)精神障害. 障害者差別解消法【合理的配慮の提供等事例集】 Retrieved from http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/jirei/pdf/gouriteki_jirei.pdf
- 中根, Y., 吉岡, K., & 中根, H. (2010). 日本人のメンタルヘルスリテラシー. *心のバリアフリーを目指して*, 東京都, 勁草書房.
- 日本精神神経学会. (n. d. a). 歩み 1 : 写真で見る「日本精神医学・医療」の歩み. Retrieved from https://www.jspn.or.jp/modules/forpublic/index.php?content_id=10
- 日本精神神経学会. (n. d. b). 歩み 9 : 戦後(昭和)の民間における精神保健運動の動向. Retrieved from https://www.jspn.or.jp/modules/forpublic/index.php?content_id=18
- 小田, H. (2000). *エスノグラフィー入門*, 東京, 春秋社.

- 大川, N. 大島, I., 長, N., 槇野, H., 岡, I., 池淵, M., et. al. (2001). 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度(SECL)の開発—信頼性・妥当性の検討. *精神医学*, 43(7), 727-735.
- Omori, Y., Mori, C., & White, A. (2014). Self-stigma in schizophrenia: A concept analysis. *Nursing Forum*, 49(4), 259-266.
- Ritsher, B.J., Otilingam, G. P., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49. doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008
- Roper, J. M. & Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Rosenberger, R. N. (1992). Tree in summer, tree in winter: Movement of self in Japan. Rosengerber, R. N. (Ed.). *Japanese sense of self*, Cambridge, University of Cambridge.
- Sadock, B. J., & Sadock, A. V. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry Behavioral science/Clinical psychiatry Tenth edition*. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business.
- 酒井, Y. & 金, Y. (1999). 精神分裂病および他の精神病性障害, 精神の症状—病識. *臨床精神医学*, 増刊号, 102-109.
- 佐々木, H. (2004). 明治時代におけるわが国の近代的精神医療の萌芽と挫折に関する歴史的考察 —精神病院設立経緯と精神障害者看護に焦点を当てて. *看護学統合研究*, 6(1), 1-15.
- Scheff, T. J. (2005). Looking-glass self: Goffman as symbolic interactionist. *Symbolic Interaction*, 28(2), 147-166.
- Schrank, B., Amering, M., Grant Hay, A., Weber, M. & Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23, 271-279. doi: 10.1017/S2045796013000322
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Streubert, J. H. & Carpenter, R. D. (2011). Ethnography in practice, education, and administration. *Qualitative Research in Nursing Advancing the humanistic imperative*, NY, Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- 鈴木, Y. & 深澤, M. (2010). 重度の精神疾患をもつ人びとをめぐる差別に関する経験: 量的分析と質的分析. *日社精医誌*, 18, 310-320.
- 竹原, T. (2005). 第5章 スティグマ・偏見・差別. *体験的精神障害者福祉論—スティグマの視点から—*(pp. 95-125). 京都: 晃洋書房.

- Tanabe, Y., Hayashi, K., & Ideno, Y. (2016). The internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC Psychiatry*, 16, 116. doi: 10.1186/s12888-016-0825-6
- 谷岡, T., 浦西, Y., 山崎, R., 松本, M., 倉橋, Y., & 多田, T. (2007). 住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ. *香川大学看護学雑誌*, 11(1), 65-74.
- Wall, S. (2015). Focused ethnography: a methodological adaptation for social research in emerging contexts. *Forum Qualitative Social Research*, 16(1), Art. 1.
- 安永, H. (1988). いわゆる病識から“姿勢”覚へ. *精神科治療学*, 3, 43-50.
- 要田, H. (1999). *障害者差別の社会学—ジェンダー・家族・国家*, 東京, 岩波書店.
- Zahavi, D. (2007). Phenomenology of self. Kircher, T. & David, A. (Ed.). *The self in neuroscience and psychiatry*, Cambridge, University of Cambridge.

表1. 対象者背景(疾患)

対象者	性別	年齢	発症		治療開始		入院回数	録音の有無	cp	陽性・陰性		陽性・陰性		合計点	通所/入院	状況	
			年齢	不明	年齢	不明				陽性	陰性	陽性	陰性				陽性
A	M	45	不明	不明	不明	不明	有り(詳細不明)	無	—	—	—	—	—	—	—	—	デイケア
B	M	34	不明	不明	不明	2回程度	無	—	—	—	—	—	—	—	—	—	デイケア
C	F	32	24	32	32	初回入院中	有	600	17	19	30	66	66	66	66	66	入院中
D	F	46	20	23	23	6	有	150	17	11	20	48	48	48	48	48	デイケア
E	M	41	22	不明	不明	6	有	300	8	18	32	58	58	58	58	58	デイケア
F	M	64	29	29	29	5	有	505	15	15	26	56	56	56	56	56	デイケア
G	M	56	42	42	42	1	有	450	8	14	24	46	46	46	46	46	デイケア
H	M	52	16	17	17	0	有	300	13	18	30	61	61	61	61	61	デイケア
I	F	64	60代	64	64	初回入院中	無	—	12	12	28	52	52	52	52	52	入院中
J	M	42	26	26	26	4	有	736	13	24	33	70	70	70	70	70	入院中
K	M	53	不明	30歳頃	30歳頃	3	有	500	20	15	25	60	60	60	60	60	入院中
L	M	34	19	19	19	4	有	1050	16	18	64	98	98	98	98	98	入院中
M	M	58	28	17歳頃	17歳頃	18回以上	有	800	12	20	32	64	64	64	64	64	入院中

表2. 対象者背景(生活状況)

対象者	婚姻状況	居住状況	家族との関係	就労経験(発症前)	就労支援のデイケア	録音の有無
A	独身	両親と同居	同居中	アルバイト	就労支援のデイケア	無
B	独身	独居	音信不通	介護職	無	無
C	独身	独居/グループホーム検討中	本人が家族との交流を拒絶	あり(詳細不明)	無	有
D	独身	独居	遠方に住む父と交流している	アルバイト	無	有
E	独身	両親と同居	同居中	無し(学会のバイト)	無	有
F	独身	母親と同居	同居中	自衛隊	無	有
G	独身	グループホーム	発症前に一家離散・家族から拒絶される	警備会社	清掃職	有
H	独身	独居	近所に住む兄弟と交流している	無し	作業所	有
I	独身	独居	不明	無し	無	無
J	独身	グループホーム	同居していた父親の死後はグループホーム	ビザ関係の会社	作業所	有
K	独身	独居	家族との交流無し	経験あり	無	有
L	独身	両親と同居	同居	無し	無	有
M	独身	独居	死別	営業	営業職	有

陽性・陰性症状評価尺度得点票

尺度名	番号	項目名	項目内容	なし	ごく軽度	軽度	中程度	やや重度	重度	最重度
陽性尺度	1	妄想	根拠がなく、非現実的で風変わりな確信。面接中に表明された思考内容と、それが社会関係や行動におよぼす影響を評価する。							
	2	概念の統合障害	目的指向性の障害として特徴づけられるような、思考過程の統合不全。たとえば、でまかせ応答、支離滅裂、連合弛緩、不合理な推論、非論理性や思考途絶。面接中に観察された認知・言語的な処理過程を評価する。							
	3	幻覚による行動	外的刺激によらないで惹起された知覚を示すような行動や言語表出。聴覚、視覚、臭覚、体性感覚の領域に起こる。面接中にみられた言語的・身体的表出と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。							
	4	興奮	行動の増大、刺激反応性の更新過剰警戒、気分易変性の増大に示されるような活動性亢進状態。面接中にみられる言語的表出と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。							
	5	誇大性	過大な自己主張と優越性の非現実的な確信。常軌を逸した能力、富、知識、名声、権力、道徳的正当性などの妄想が認められる。面接中に表明される思考内容とそれが行動におよぼす影響について評価する。							
	6	猜疑心	迫害されるという非現実的で誇張された観念。用心深く疑い深い態度、過度の警戒心、他人が自分を傷つけるというあからさまな妄想に示される。面接中に表明される思考内容とそれが行動におよぼす影響に基づいて評価する。							
	7	敵意	怒り、憤りの言語的ないし非言語的表明、皮肉、受動・攻撃行動、言語的暴力、攻撃性に示される。面接中にみられる対人行動と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。							

陽性・陰性症状評価尺度得点票

尺度名	番号	項目名	項目内容	なし	ごく軽度	軽度	中程度	やや重度	重度	最重度
陰性尺度	1	情動の平板化	情動反応性の減少をさす。表情、仕草、適切な感情表現や乏しさに表れる。感情基調や情動反応性の身体的表現を面接時の観察に基づいて評価する。							
	2	情動的引き籠もり	周囲のできごとに対して、興味や関心を示さないこと。面接時の対人行動の観察と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。							
	3	疎通性の障害	会話の共感性と開放性に欠け、面接者への親近感や関心もないこと。言語的・非言語的コミュニケーションの減少と対人的距離によって明らかになる。面接時の対人行動に基づいて評価する。							
	4	受動性/意欲低下による社会的ひきこもり	受動性、無欲性、欲動欠如、意志欠如のため、社会交流に対して関心や自主性が減少すること。そのため対人関係は減少し、日常生活にも無関心になる。社会性について家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。							
	5	抽象的思考の困難	抽象的・象徴的形式で思考することが障害されていること。分類することや一般化することの困難さ、問題解決におけるかたくなさや自己中心的な考えが優位になっていることによって認められる。類似性とことわざ問題に対する反応および面接中の具体的・抽象的思考を評価する。							
	6	会話の自発性と流暢さの欠如	無気力、意欲低下、防衛、あるいは認知面での欠陥と関連して会話の正常な流れが滞ること。これは言語的な交流の過程における流暢さや生産性の減少として現れる。面接中に観察される認知・言語過程を評価する。							
	7	情動的思考	思考の流暢さ、自発性、柔軟さが減る。生硬で繰り返しが多く、貧弱な思考内容である。面接の際に観察される認知・言語過程を評価する。							

陽性・陰性症状評価尺度得点票

尺度名	番号	項目名	項目内容	なし	ごく軽度	軽度	中程度	やや重度	重度	最重度
総合精神病理評価尺度	1	心気症	病気であるとかあるいは調子が悪いという、身体に関する訴えや確信。これは、調子が悪いという漠然とした感覚から不治の身体疾患であるという明らかな妄想まで範囲が広い。面接で表明される思考内容を評価する。							
	2	不安	神経過敏、心配、憂慮、焦燥感という主観的経験をいう。現在あるいは将来についての過度の心配から恐慌感までの範囲がある。面接中に表明された内容とそれに相応する身体症状を評価する。							
	3	罪責感	過去に実際にあった、あるいは想像上の悪行に対する自責感や自己嫌悪、面接で表明される自責感とそれが行動や思考に及ぼしている影響を評価する。							
	4	緊張	硬直、振戦、多量の発汗、落ち着きのなさのように、恐怖感、不安感、焦燥感が明らかに身体に表されていること。不安であることを証拠だてる言語的表明と面接中に観察される緊張の身体的表現の重篤性を評価する。							
	5	衝動症と不自然な姿勢	ぎこちない、大げさ、混乱した、あるいは奇妙に外見により特徴づけられる不自然な姿勢。面接時の身体による表現の観察と看護職員ないし家族からの報告に基づいて評価する。							
	6	抑うつ	悲哀、落胆、無力、虚無などの感情。面接中に表明される抑うつ気分と態度や行動への影響を観察して評価する。							
	7	運動減退	動作や会話が遅滞したり少なくなったり、刺激に対する反応が減少したり、体の張りがなくなること示される運動活性の減退。面接中に観察される症状と看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。							
	8	8. 非協調性	面接者、病院職員、家族など重要な他者の意向に同調することを積極的に拒否すること。不信任感、防衛、頑固さ、拒絶、権威に対する反発、適意あるいは闘争性などを伴うこともある。面接中に観察される対人行動と看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。							
	9	不自然な思考内容	風変わり、夢想的あるいは奇異な考えに特徴づけられる思考。その内容は的外れや典型的でないものから、歪んだ、不合理な、そして全く突飛なものまで含まれる。面接中に表明された思考内容を評価する。							
	10	失見当識	人物、場所、そして時間を含む環境と自分との関係に対する認識の欠如。錯乱や自閉が原因として考えられる。見当識に関する質問に対する反応を評価する。							

陽性・陰性症状評価尺度得点票

尺度名	番号	項目名	項目内容	なし	ごく軽度	軽度	中程度	やや重度	重度	最重度
総合精神病理評価尺度	11	注意の障害	注意の集中困難をいう。内的・外的な刺激により注意散漫となり、新しい刺激に対して注意を移したり、保持したり、構えたりすることに困難を示す。面接中の所見に基づいて評価する。							
	12	判断力と病識の欠如	自分自身の精神状態、生活状態に対する自覚または理解の障害。この障害は過去あるいは現在の精神疾患や精神症状を理解出来ないこと。精神科への入院あるいは治療に対する拒否、結果に対する見通しのまずさが目立つ決断や、非現実的な長期ないし短期的計画などによって示される。面接中に表明される思考内容を評価する。							
	13	意志の障害	思考、動作、行動、会話における自主的な開始、持続、および維持の障害。面接中に認められる思考内容および行動を評価する。							
	14	衝動性の調節障害	突発的で抑制を欠いた気分の変動や、後先を考えない緊張や情動の爆発をもたらすような、内的な促迫に対する行動の抑制や調節の障害。面接中の行動と看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。							
	15	没入性	内的に生じた思考と感情に気を取られ、自閉的な体験に埋没して、現実的な見当識、適切な行動が失われる。面接中に認められた対人行動を評価する。							
	16	自主的な社会回避	理由のない恐怖感や敵意あるいは不信感を伴い、社会との関わりが制限されていること。看護職員ないし、家族の報告に基づいて、評価する。							

性別: 男 女

年齢: _____ 歳

発症年齢 _____ 歳 治療を開始した年齢 _____ 歳 入院回数 _____ 回

婚姻の状況 1. 独身 2. 既婚 3. 離別

就労状況 1. 正社員 2. 休職中 3. アルバイトまたはパート 4. 無職

国外での生活歴 国名 _____ 期間 _____ 年 _____ 月

両親の文化的背景

1. 両親ともに日本人である
2. 片親が外国人または外国籍を有している

現在服薬している薬剤の種類と量

薬剤名	量/日
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____

1. 成育環境について教えてください。幼少期は都市部で過ごしましたか？日本以外の地域に住んだことがありますか？どのくらいの期間住まわれていましたか？
2. 今「統合失調症」という病気についてどのように思っていますか？
3. あなたが「統合失調症」と初めて診断された時、あなたはどのように思いましたか？
4. ご家族はあなたの病気をどのように思っていると思いますか？また、あなたが、どうしてそのように考えているのか、理由も教えてください。
5. お友達や職場の方に病気のことについて話しましたか？
6. 「統合失調症」であることが原因で消極的になったり、嫌な思いをしたことがありますか？

「日本の統合失調症者のセルフスティグマに関する調査」への協力をお願い

1. 調査の背景と目的

統合失調症に対する誤解や知識の欠如による周囲の無理解は世界的に報告され、スティグマと呼ばれています。統合失調症に対する周囲の誤解や無理解から、雇用の機会を失ったり、住居の借用が困難であることが報告されています。また、統合失調症を患う当事者が、このような周囲の誤解や無理解を恐れ、自己を価値の低い存在であると思うことをセルフスティグマといいます。セルフスティグマを持つ当事者は、統合失調症であることや服薬を隠していることも報告されており、当事者は病気の症状だけでなく、誤解や無理解とも戦いながら療養しています。精神疾患からの回復を支援するためには、このような誤解や無理解を解消することも重要になります。そのため、世界各国において統合失調症に対する正しい知識を普及させ、誤解や無理解を無くするための取り組みがされています。我が国においても、統合失調症に対する取り組みが行われています。

統合失調症への誤解や無理解は世界的に報告されているものの、文化や国によりその内容が異なることが知られています。特に、日本文化においては他者との関係性において自己の認識をすること、自己を「家族」の一部として認識することが知られています。特に、家族構成員の一人が好ましくない特徴を持ち、それが公衆に知られることは家族全体の「恥」であり、「面子を失う」、つまり、家族全体の価値が下がるとみなされることもあります。しかしながら、このような日本文化に特徴とされる側面から統合失調症者がどのように誤解や無理解を認識されているのか明らかにされていません。

本調査では日本の統合失調症者がどのように誤解や無理解を認識しているのか明らかにし、統合失調症者が誤解や無理解を乗り越え、より良い生活を送るための援助に繋がりたいと考えています。

参考文献

- Benedict, R. (1946). *The dilemma of virtue. The chrysanthemum and the sword*. NY. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.
- 竹原, T. (2005). 第5章 スティグマ・偏見・差別. *体験的精神障害者福祉論—スティグマの視点から—*(pp. 95-125). 京都: 晃洋書房.
- Markus, R. H. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.

1. 調査の方法と手順

- 1).統合失調症の患者さんが受けている誤解や無理解をより理解するため、インタビューと観察調査を行います。
- 2).インタビュー時間は一回 40 分程度とし、2~3 回の面接回数を予定しています。観察調査では参加観察を行います。研究者が対象者と共に活動に参加し、その様子を観察します。
- 3).インタビューに際し、下記の条件に合う方を紹介して頂きたいと思っております。

DSM-V または ICD-10 を基準とした診断において、統合失調症の診断を受けた者で以下の基準を満たす者 20~人を募集しています。

- ① 病状が安定していると主治医から判断されている者。
- ② 他の精神疾患を合併していないこと。
- ③ 研究についての主旨や目的を理解できる能力を有する者。
- ④ 偏見や差別体験を語っても病状に支障がないと主治医が判断する者
- ⑤ 20 歳以上 65 歳以下の年齢の者。

4).ご紹介して頂いた患者さんには、研究者から研究の主旨、目的、手順、個人情報管理の方法、参加者の権利、安全上の配慮の説明をさせていただきます。そこで、同意を得られた患者さんには同意書に署名をして頂き、初回の面接日を決めます。

5).初回の面接時に、研究の主旨、目的、手順、個人情報管理の方法、参加者の権利、安全上の配慮を説明し、再度同意が頂けた場合に、インタビューを開始します。

6).一回のインタビュー時間は 30 分程度し、2~3 回を予定しています。1 回目は質問紙への回答、2 回目からインタビューをさせていただきます。インタビューが終了していない時は次回の面接日を設定し、インタビューを終了します。

7).インタビューの内容として、周囲から受ける誤解や無理解の体験をお聞きします。そのため、不快な体験を思い出し、気分が不快になる可能性があります。気分が不快になった場合、また病状への影響が懸念された場合には、研究者よりインタビューを中断します。**その際、安全の確保のため、研究者から主治医に連絡をし、対応を仰ぐ場合があります。研究者は対象者の安全のため、対象者の紹介と面接による対象者の病状変化についてのみ主治医と相互的な連絡を取ります。**

8).後日、研究への参加撤回、研究に対する質問がある場合のために、研究者の連絡先を渡します。

3. プライバシーの保護について

1).対象者氏名と対象者番号の連結について

面接を複数回行うこと、インタビュー終了後に内容確認のため研究者が対象者へ連絡を行うことから、対象者氏名と対象者番号(匿名化のために使用する番号)を一致させる必要があります。研究者が対象者氏名と対象者番号を連結させる表を作成します。この表は一部のみ作成し、写しの作成は行いません。個人情報の流出を避けるため、総看護師長室内の施錠可能な保管庫で管理したいと考えております。研究者はこの連結表を保管庫内に保管し、総看護師長室から持ち出しません。また、鍵は総看護師長に管理して頂き、研究者は必要時に鍵を総看護師長から借ります。

2).個人情報の管理について

調査用紙には対象者番号のみを記載し、個人が特定できる氏名や生年月日等の記載は一切行いません。また、インタビューテープは病院内の総看護師長室内保管庫にて、調査用紙は研究者が所属する研究室の施錠された場所で保管され、研究者と連携研究者のみが閲覧できます。そのため、第三者に渡ったり、インターネット等で流出する可能性はありません。また、調査内容の秘密を厳守し、特定の個人の回答のみを問題にしたり、公表したりすることはありません。インタビュー開始前に個人名や固有名を使用しないことを対象者の方にお願ひします。万が一、イン

インタビュー内容に個人が特定できる内容が入っていた場合は、インタビュー内容を文章化する際にその部分を削除または特定不可能な言葉に置き換えます。

3).分析について

質的分析方法を用いて、インタビューを分析します。インタビュー内容のテーマを分析するため、個人を特定することはありません。学会発表等で、インタビュー内容を一部引用することはありますが、個人を特定できるような情報は一切使用しません。

4).破棄について

対象者氏名と対象者番号を記載した紙とインタビュー内容を録音したテープはデータ収集終了後に、その他の調査用紙は看護系学会にて発表後にシュレッダー処理をします。

4. 結果の報告について

ご希望の対象者の方には後日調査結果をお知らせします。貴施設にも分析結果を報告いたします。また、協力同意後・調査中いつでも研究について研究者に質問・意見を行うことができます。何かありましたら、下記の連絡先にご連絡ください。

5. 実施協力に同意しないことによる不利益について

本研究に協力することに同意しても、それはいつでも撤回できます。同意を撤回しても、治療上いかなる不利益を受けることはありません。対象者の方で同意の撤回を希望されている方、心配されていらっしゃる方がいましたら、ご連絡ください。

研究責任者：森 千鶴（精神看護学教授）

連携研究者：大森圭美

連絡先：筑波大学 医学医療系 保健医療学域

〒305-8575 つくば市天王台1-1-1

連絡先(Tel&Fax) : 029-853-8062, E-mail : mori@md.tsukuba.ac.jp

「統合失調症者が感じる無理解や誤解に関する調査」 についてのお知らせ

皆様が利用されていますクリニック/病棟におきまして、研究者が既に調査に参加されている方の観察を行っております。皆様が、既に本調査に参加されている方と交流される時に、研究者が交流場面を観察し、その記録の作成する可能性があります。記録させて頂く内容は、性別、服装、会話の内容、表情や態度等であり、氏名の様に個人を特定するような内容は記録されません。

また、調査における観察と記録への辞退を希望される方は、研究者までお知らせ下さい。観察と記録の辞退を希望される方の観察と記録は行いません。また、研究者が観察をした場合は、その都度口頭で確認を行い、辞退をされた方の記録は取りません。辞退の申し出が無い場合は観察と記録の許可を頂いたとみなします。

調査の背景

我が国において精神疾患で苦しんでいる人が、周囲の人々から精神疾患について理解してもらえなかったり、誤解をされたりすることによって、さらに苦しめられていることが報告されています。このことは我が国のみならず、世界の各国で同様の状況ですが、誤解の内容は国や文化によって異なっていることも明らかにされています。このため、我が国をはじめ、世界各国で精神疾患に対する正しい知識を普及させ、誤解や無理解を無くすための取り組みがされています。

この調査の目的

日本に住んでいる統合失調症と診断を受けた人が周囲からどのような誤解をうけているのかを明らかにし、必要な看護を考えることを目的にしています。

皆様の権利

- ① この調査への参加は自由意思に基づくものです。研究への参加を辞退されても、治療や就労をする際の不利益になることはありません。
- ② 既に本調査に参加されている方と皆様の交流場面では、性別、服装、会話の内容、表情や態度を観察させて頂きます。名前や固有名詞などの個人を特定する内容は含みません。また、記録されたくない内容は記録から削除します。
- ③ 交流場面の記録用紙には氏名、生年月日を含む個人を特定できる情報は一切記載しません。また、記録用紙は、研究責任者と連携研究者以外の方が閲覧できないようにします。
- ④ 調査内容は全てコード化され、電子媒体に記録されます。電子媒体化された調査内容は、分析のために筑波大学に移動します。分析のために筑波大学に移動したデータは、研究終了

後 10 年間（2030 年 3 月 31 日）施錠可能な保管庫で保管されます。調査内容は全てコード化した状態で分析されるため、個人が特定される情報は含みません。

- ⑤ 本研究を行う目的の一つに、統合失調症の患者さんへの支援を充実させることがあります。そのため、インタビュー結果を看護の学会等で発表することがあります。インタビュー結果は分析をするため、個人を特定するような内容は含みません。また、発表する際は個人が特定されない情報のみを使用します。
- ⑥ ご希望の方には調査結果をご報告しますので、お申し出ください。

ご意見や質問等がございましたら、いつでも下記の連絡先までご連絡下さい。

研究責任者：森 千鶴（精神看護学教授）

連携研究者：大森圭美

連絡先：筑波大学 医学医療系 保健医療学域

〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1

連絡先(Tel&Fax)：029-853-8062, E-mail：mori@md.tsukuba.ac.jp

☆調査への参加撤回をご希望の方は上記の連絡先または病棟スタッフにお知らせください☆

「統合失調症者が感じる無理解や誤解に関する調査」への協力をお願い

はじめに

我が国において精神疾患で苦しんでいる人が、周囲の人々から精神疾患について理解してもらえなかったり、誤解をされたりすることによって、さらに苦しめられていることが報告されています。このことは我が国のみならず、世界の各国で同様の状況ですが、誤解の内容は国や文化によって異なっていることも明らかにされています。このため、我が国をはじめ、世界各国で精神疾患に対する正しい知識を普及させ、誤解や無理解を無くすための取り組みがされています。

この調査の目的

日本に住んでいる統合失調症と診断を受けた人が周囲からどのような誤解をうけているのかを明らかにし、必要な看護を考えることを目的にしています。

調査の内容

ご都合の良い日にインタビューをさせていただきます。皆様がこれまでに体験した誤解や理解されなかった体験や状況についてお尋ねしますので、思っていることを自由にお応え下さい。皆様のお話をよく理解するために、質問をさせていただくことがあります。インタビューの時間は皆様のご負担にならないように1回40分程度、2～3回を予定しております。また、調査者が皆様の活動に参加し、他患者さんとの交流の状況について観察させていただきます。

調査への参加に関して

- ⑦ この調査への参加は自由意思に基づくものです。研究への参加を辞退されても、治療を受ける上での不利益になることはありません。また、一度研究に参加して頂いても、いつでも、参加をやめることができます。途中で参加を中断されても不利益を受けることは一切ありません。
- ⑧ インタビューでは、話された内容を分析するため、録音させていただきます。録音されたくない内容の時には、録音を止めることもできます。また回答を取り消したい場合には、録音箇所を消去します。
- ⑨ 皆様の状況をより理解するために、入院回数や治療薬の種類と量を診療録から書き写させていただきます。
- ⑩ インタビューテープと調査用紙には氏名、生年月日を含む個人を特定できる情報は一切記載しません。録音と調査用紙を一致させるために個別の番号を利用します。面接日の設定等に番号と氏名を一致させますが、この書類は一部のみ作成し、コピーを取らないこと、病院内にある総看護師長室内の施錠できる保管庫で管理し、外部へ持ち出しません。また、研究のデータは、研究責任者と連携研究者以外の方が閲覧できないようにします。

- ⑪ 調査内容は全てコード化され、電子媒体に記録されます。インタビュー内容も全て文章化され電子媒体に記録されますが、文章化する過程において万が一個人が特定される内容がある場合は対象箇所を削除します。電子媒体化された調査内容は、分析のために筑波大学に移動します。分析のために筑波大学に移動したデータは、研究終了後 10 年間（2030 年 3 月 31 日）施錠可能な保管庫で保管されます。調査内容は全てコード化した状態で分析されるため、個人が特定される情報は含みません。
- ⑫ インタビュー内容を録音したテープと調査用紙を一致させるための表は、音声データを文章化し、再度間違いがないか確認し、研究終了後 10 年間（2030 年 3 月 31 日）は、病院の看護部長室内の施錠可能な保管庫で保管し、その後、データを破碎します。
- ⑬ このような聞き取り調査では面接者が皆さんのお話を丁寧に聞くため、精神療法に類似したエンパワーの効果があると言われていています。今回は精神科看護の専門的な知識を持ち、病院の十分な勤務経験をもった看護師が面接を行います。しかしながら、誤解や無理解についてお話しいただくため、過去の体験を思い出し、不快な気分になることがあるかもしれません。そのような場合は途中で面接を中断します。また、思い出したくないこと、話したくないことはお話しして頂く必要はありません。インタビュー途中で気分が悪くなった場合は調査者にお伝えください。そのような時には、主治医に連絡をさせていただき、診察をうけられるようにしたいと思います。
- ⑭ 本研究を行う目的の一つに、統合失調症の患者さんへの支援を充実させることがあります。そのため、インタビュー結果を看護の学会等で発表することがあります。インタビュー結果は分析をするため、個人を特定するような内容は含みません。また、発表する際は個人が特定されない情報のみを使用します。結果発表後の参加の撤回は受け付けることが出来ません。
- ⑮ ご希望の方には調査結果をご報告しますので、お申し出ください。

ご意見や質問等がございましたら、いつでも下記の連絡先までご連絡下さい。

研究責任者：森 千鶴（精神看護学教授）

連携研究者：大森圭美

連絡先：筑波大学 医学医療系 保健医療学域

〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1

連絡先(Tel&Fax) : 029-853-8062, E-mail : mori@md.tsukuba.ac.jp

☆調査への参加撤回をご希望の方は上記の連絡先または病棟スタッフにお知らせください☆

同意書

筑波大学医学医療系長 殿

私は、「統合失調症者が感じる無理解や誤解に関する調査」の研究について、その目的、方法、その成果並びに危険性について十分な説明を受けました。また、本研究を受けることに同意しなくても何ら不利益を受けないことも確認した上で、本研究の協力者になることに同意します。

ただし、この同意は、あくまでも私自身の自由意思によるものであり、随時撤回できるものであることを確認します。

平成 年 月 日

氏名

「統合失調症者が感じる無理解や誤解に関する調査」の研究について、書面及び口頭により平成 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

説明者 所属・職名

氏名

同意撤回書

筑波大学医学医療系長 殿

私は、「統合失調症者が感じる無理解や誤解に関する調査」の研究に協力することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏名 _____

「統合失調症者が感じる無理解や誤解に関する調査」の研究に協力することの同意撤回を確認いたしました。

平成 年 月 日

確認者 所属・職名 _____

氏名 _____

	対象者名	対象者番号
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		