

精神病院における長期入院患者の生活の満足感とその理由

寿喜田 恵 子

要 約

本研究は、精神病院に3年以上入院している患者の生活の満足感について面接調査を行い、その結果を分析・検討したものである。調査対象は、精神病院の社会復帰病棟に入院している精神分裂病患者20名とした。1週間の参加観察後、現在の生活の満足感について5段階評定で回答を得た。また、その理由については、ポジティブな反応およびネガティブな反応で分類し検討した。

その結果、長期入院患者は、健康状態、生活環境、日常生活行動、対人関係・対人交流、自己評価について、カテゴリ平均値3.0と高い傾向にあった。また、サブカテゴリ項目では、生活環境の安全性と医師や看護者との関係の満足感が高かった。一方、満足感が低かったのは、家族関係や自分の性格に対するものであった。さらに、生活の満足感の高い群と低い群に分類し、その理由を分析したところ、生活に対する満足感、患者が入院生活に対して肯定的にとらえているか、否定的にとらえているかによって異なっていることが明らかになった。

キーワード：精神病院、長期入院患者、生活の満足感、ポジティブな反応、ネガティブな反応

I. はじめに

我が国の精神医療は、入院中心の医療からコミュニティ・ケアへと方向転換し、患者の人権擁護とともに社会復帰の促進が主要な柱となっている。しかし、現在、入院治療を受けている精神障害者は、約30万人と推定されている。精神障害者の受療率は他の疾患と比べてはるかに高くなってきているが、外来患者の傷病分類別の構成割合は1.9%と低い¹⁾。これは、入院治療を受けている患者が多いことを意味する。また、平均在院日数は約420日であり、他の病床よりも極端に長く、5年以上の長期入院患者は全体の4割を越えている²⁾。入院中の精神障害者のうち約10万人は、適切な社会支援さえあれば退院できる社会的入院患者であると言われている³⁾。入院生活が長期化するほど、患者の地域生活への意欲は喪失し退院することを拒否することもまれではない。

精神病院での社会復帰活動の目的は、患者一人ひとりが自己の生活を主体的に取り組み、自らが生活の質を高めていくことをめざすものである。具体的には、患者がその人なりの生活の過ごし方を見いだすこと、自己決定と責任の取り方を学ぶこと、生活を支える基盤を再獲得

すること⁴⁾である。精神病院での生活体験が、退院後の日常生活を方向づけていくため、精神病院での援助活動においては、患者の個性や自律性を尊重し、入院生活の中で満足感を提供することが重要である。換言すれば、精神病院における生活の満足度を把握することは、入院生活の現状だけでなく、患者の自尊心が満たされる援助活動がおこなわれているかどうかを知る手がかりになる。

これまで、入院患者を対象にした生活の満足感の調査には、Neugartenにより作られた生活満足度スケール(Life Satisfaction Index: LSI)⁵⁾がある。Neugartenは、生活の満足感を、①興味・関心—無気力、②決断—不屈さ、③目標と達成の一致、④自己概念、⑤自己評価の5つを要素として想定し、高得点をめざす指標としている。このスケールでは、生活満足度の高い人は、日々熱意と喜びをもって生活し、生きることの意味を見だし、人生の目標を達成したと感じており、自分に対して肯定的感情を持っている人である。また、この指標に基づいてAdams および松本は、生活に対する意識評価として、それぞれLSI-A⁶⁾とQOLのための生活評価⁷⁾を示している。しかし、これらのスケールは、生活の質を評価する手が

かりとしては有用であるが、気分が状態が変化する、生活そのものに興味や関心がもてない、自分のことが決められないなどの状況にある場合は、生活の質だけで生活の満足度を把握することは困難である。

精神病患者に対する生活の満足度調査は、地域で生活する精神障害者を対象に、QOLに関する調査研究はいくつかある⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾が、入院患者を対象にした生活の満足感や幸福感など主観的評価をした研究はほとんどない¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾。これは精神障害、特に思考や認知機能に障害があると正確な判断が下しにくく、生活の満足度の評価を困難にしているためと言われている¹⁵⁾。記述式調査研究においても、精神障害者の生活の満足度は現実をかけ離れていたりと、信憑性に欠けるなど、調査方法を危惧する指摘があり十分な検討が必要とされている¹⁶⁾¹⁷⁾。また、多くの精神障害者には理解力や集中力に問題があり、自己記述式の質問紙のみでは不十分であるという指摘がある¹⁸⁾。

しかし、患者が語る主観的な生活の満足度は、少なくとも同意能力があり、病状が安定し地域生活が可能と判断される人については十分信頼できるという報告がある¹⁹⁾。したがって、入院患者を対象とする場合は、心理的勾配のない関係を保ちながら、患者が答えやすい質問内容で調査することが重要である。生活の満足度を調査することは、単に患者の生活状況や生活に対する認識を把握するだけでなく、患者自身が日常生活に対する質への理解を促す機会となるといえる。

本研究は、精神病院に長期入院している患者を対象に、入院生活が患者にどのような影響を与えているのか明らかにし、社会復帰に向けての援助計画や具体的なケアを行うための基礎資料を得ることである。具体的には、入院生活に対する満足感とその理由から、生活状況とそれに対する患者の反応を検討し、治療プログラムの方向性を得ようとするものである。

Ⅱ. 研究方法

1. 対 象

対象は、任意に選んだA県内にある民間の単科精神病院の社会復帰病棟の入院患者である。この病院の社会復帰病棟の入院患者を対象とした理由は、筆者が勤務する職場の実習施設であり、約13年間のかかわりがあるため調査内容に対して患者から忌憚のない意見が聴けること、入院患者や病院スタッフと面識があるため調査結果を実践の場面に反映することができると考えたからである。また、社会復帰病棟の患者を対象としたのは、病状が安定しており日常生活行動が自立できているにもかかわらず入院期間が長期になっている患者であるため、入院生活の状況が把握しやすいと考えた。対象数は、3年以上の長期入院患者で、面接に同意が得られた男女20名

であった。

2. 方 法

調査期間は1998年8月上旬から下旬にかけての約3週間である。事前に対象病院の患者自治会、家族会の代表者、病院・病棟管理者と面談し、研究の目的・方法およびプライバシー保護について説明し許可を得た。面接調査を行うにあたっては、入院患者が筆者と馴染みあい、忌憚のない意見を言えるようになるために必要な期間として、1週間の接触期間を設定した。具体的には、午前8時から午後7時まで病棟の娯楽室やリハビリテーション室を訪室したり、病棟の日課やクラブ活動を患者とともに体験したり、時には病室で世間話をするなど、できるだけ自然に患者に接するようにした。2週目に患者一人ひとりに面接調査の主旨を説明し同意を得た。面接調査は、病室および病棟ホールやリハビリテーション室、娯楽室などの患者がくつろげる場所で行った。まず筆者が対象に質問票を用いて問いかけ、対象が○印を付け、その理由を語ってもらった。対象者が語る内容は、筆者がそのまま聞き取り、適宜箇条書き程度の記録を行った。面接の所要時間は1人あたり30分から40分程度であった。面接後、記録した内容を対象者に見てもらい、研究資料として活用することについて了承を得た。

3. 調 査 内 容

1) 面 接 内 容

面接内容は、角谷によって開発された地域で生活する精神障害者の生活満足度スケール²⁰⁾を参考に作成した。この生活満足度スケールは、身体的機能、環境、社会生活技能、対人交流と心理的機能の6領域からなる31項目の主観的満足度を問いかけ、-3点から+3点の7段階でその評価を行うものである。この生活満足度スケールは、精神科デイケアでのリハビリテーションプログラムの治療効果を利用者の主観的満足度の観点から評価するものであり、生活状況に応じた治療的機能の検討に活用されている。しかし、今回は入院患者が精神病院での生活をどのように感じているかを探る手がかりとして生活の満足度の把握を目的としたため、角谷の助言をもとに入院生活に関する内容について一部改変した。健康状態、生活環境、日常生活行動、対人関係・対人交流、自分自身の5つのカテゴリーについて、それぞれ4～7のサブカテゴリー項目を設定し、合計28項目とした。満足度の尺度は、①不満、②やや不満、③どちらともいえない、④だいたい満足、⑤満足の5段階で回答してもらい、回答の際に、なぜそう思うのかその理由を語ってもらうこととした。

本研究では、満足度5段階の選択肢をそれぞれ1～5

点と点数化し、カテゴリー毎の合計点および下位項目毎の得点を満足感として用いた。満足度の理由は、細井²¹⁾および下仲・村瀬の分析方法を参考にし、入院生活に対する積極的・肯定的感情による反応（以下、ポジティブな反応とする）と消極的・否定的感情による反応（以下、ネガティブな反応とする）に分類した。この2つの反応については、満足度の5段階の選択肢を、①不満および②やや不満を「不満足群」、③どちらともいえないを「中立群」、④だいたい満足および⑤満足を「満足群」の3群に再分類し、群毎に入院生活の満足感に影響する要因として検討した。

2) 医師など関連職種による情報

対象者の病状把握は、PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) を用いて精神症状の程度を評価した。PANSSは、精神症状の陽性症状および陰性症状を、①ほとんどない、②軽度、③中等度、④高度の4段階で評価するものであるが、社会復帰病棟には④高度は該当しないため除外した。なお、PANSSの評価は主治医の確認を得た。また、満足度の理由を反応別に分類する際には、対象病院の臨床心理士1名と臨床心理学の研究者1名の意見を参考にし、筆者の誤操作を防止した。

3) 資料等による情報

対象者のプロフィールを知る手がかりとして、性別、年齢、入院回数、入院期間、婚姻の有無、保護者の有無と続柄などについて情報を得た。入院中の生活状況の把握については、社会復帰活動への参加状況、生活収入、所持金額、金銭および服薬の管理の状況、面会・外泊の状況、障害手帳の所持の有無を入院カルテから収集した。また、対象者の状況が病棟の入院患者全体のそれと同じであるかを知るため、病棟の入院患者カルテから入院患者全体の性別、年齢、入院回数、入院年数、初発年齢、罹患期間、保護者および入院中の生活状況に関する情報を別途に収集した。入院カルテから情報を収集するにあたっては、患者自治会、患者家族会、病院および病棟管理者に目的を説明し許可を得て行った。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象の属性

調査を行った対象者の属性は表1に示すとおり、平均年齢は55.7歳であり、大半が壮年期の患者であった。初回入院の患者は5名で、その他は3～4回の入退院を繰り返していた。中には10回以上も入退院を繰り返している患者もいた。入院期間は平均15.6年で、ほとんどの患者が長期の入院生活を過ごしていた。20名のうち19名が未婚であり、患者の保護者はほとんどが兄弟姉妹であった。対象者の病状を左右する精神症状は、ほとんどないか軽度であり、中等度以上の症状のある患者はいなかつ

た。

対象者の入院生活状況は表2に示すとおり、約8割の患者が社会復帰活動に参加しており、院外の活動に参加している患者も少数いた。生活収入源は、半数以上が家族からの援助であり、次いで生活保護を受けていた。日用品や嗜好品の購入に必要な現金の所持は週1回あるいは月1回、患者が病院の事務窓口で受け取っているが、およその所持金額は月約1万円程度であった。日常生活行動面はほとんど自立しており、金銭や内服薬などを自己管理している患者が多かった。地域社会とのつながりをもつ面会や外泊は、月1回や半年に1回程度で、ほとんど病院で過ごしていた。また、患者の3分の2が精神障害者保健福祉手帳を申請しておらず、入院患者に活用

表1 対象の属性

(n=20)

		人
性別	男性	10
	女性	10
年齢	～29歳まで	1
	30～39歳	0
	40～49歳	6
	50～59歳	6
	60～69歳	6
	70歳以上	1
入院回数	初回	5
	2～5回	9
	6～9回	5
	10回以上	1
入院期間	3～5年未満	6
	5～10年未満	3
	10～15年未満	1
	15～20年未満	2
	20年以上	8
婚姻	未婚	19
	既婚	1
保護者	親	4
	兄弟姉妹	11
	配偶者	1
	子ども	1
	親戚	2
	知人	1
精神症状の程度	ほとんどない	10
	軽度	10

表2 対象の生活状況

(n=20)

		人
社会復帰活動	1) 院内活動参加	14
	2) 院外活動参加	2
	3) 不参加	4
生活収入源	1) 家族援助	13
	2) 生活保護	6
	3) 年金	1
	4) 預貯金	0
所持金額	1) 週1500円程度	3
	2) 週3000円程度	9
	3) 週4000円程度	1
	4) 月1万円程度	7
金銭管理	1) 自己管理	17
	2) 病院管理	3
服薬管理	1) 自己管理	19
	2) 病院管理	1
面会・外泊の回数	1) 週1回程度	2
	2) 月1回程度	6
	3) 半年1回程度	6
	4) 年1回程度	1
	5) なし	5
障害手帳の有無	1) 有	6
	2) 無	14

表3 カテゴリーおよび項目別満足度の平均値

(n=20)

カテゴリー	平均値±標準偏差	サブカテゴリー項目	平均値±標準偏差
健康状態	3.58±1.1	ここ1カ月の調子	3.60±1.2
		身体の調子	3.55±1.1
		体力・エネルギー	3.15±1.4
		睡眠・休息	3.90±0.9
		食生活	3.70±1.0
生活環境	3.75±0.9	安全性	4.45±0.5
		プライバシー保護	3.65±1.1
		環境設備	3.70±1.3
		日課の内容	3.70±1.1
		金銭・所持品	3.15±1.5
		治療体制	3.90±1.0
日常生活行動	3.50±1.2	整容・装い	2.90±1.1
		自由時間	3.90±1.2
		金銭・服薬自己管理	3.55±1.3
		人と話しをすること	3.65±1.1
		作業活動への参加	3.55±1.2
		地域機関の利用	3.50±1.5
対人関係・対人交流	3.31±1.1	家族関係	2.70±1.4
		友人関係	3.80±1.1
		異性交流	3.10±1.4
		地域交流	3.65±0.9
自分自身	3.21±1.3	人に大切にされる	3.35±1.3
		自分の役割	3.25±1.3
		生き甲斐	3.10±1.5
		喜びや楽しみ	3.70±1.8
		自分の性格	2.80±1.4
		自己決定	3.25±1.3
		患者・病人扱い	3.05±1.3

されていないことが伺えた。これらの状況を精神科入院患者の全国調査²⁴⁾における3年以上の入院患者と比較すると、ほぼ同じ状況であり、社会的入院の様相を示していた。

2. 入院生活に対する満足度

各項目の満足度の平均値を表3に示した。入院生活に対する満足度は、健康状態 3.58 ± 1.1 、生活環境 3.75 ± 0.9 、日常生活行動 3.50 ± 1.2 、対人関係・対人交流 3.31 ± 1.1 、自分自身 3.21 ± 1.3 のすべてのカテゴリーにおいて、「満足」と答える傾向があった。カテゴリー全体をみると、満足度が高かったのは、生活環境であり、次いで健康状態であった。他に比べ平均値が低かったのは、自分自身や対人関係・対人交流であった。

各カテゴリー別に満足感をみると、健康状態では〈睡眠・休息〉〈食生活〉〈ここ1カ月の調子〉であり、体調の良さを表していた。生活環境では、〈安全性〉 $4.45 \pm$

0.5 が最も高く、次いで〈治療体制〉であり、病棟環境や治療スタッフなどの人的・物的に安定した環境が患者に満足感を与えていた。日常生活行動の中では、〈自由時間〉が高く、次いで〈人と話しをすること〉であった。反面、〈整容・装い〉が低く、おしゃれや身だしなみには満足していなかった。対人関係・対人交流では、〈友人関係〉の満足度は高かったが、〈家族関係〉や〈異性交流〉は低く、限られた対人関係での交流であることを伺い知ることができた。自分自身への満足感には、〈喜びや楽しみ〉〈自分の役割〉〈自己決定〉は概ねカテゴリー平均値以上であったが、〈自分の性格〉に対する満足度は低く不満傾向であった。

3. 生活の満足度群別にみた回答理由

各カテゴリー別の満足度を「不満足群」「中立群」「満足群」の3つに群分けし、回答理由をポジティブな反応あるいはネガティブな反応に分類したものを表4-①、

表4-① 満足度群別のポジティブ・ネガティブ反応（人数）

（n=20）

カテゴリー	サブカテゴリー項目	満足度	計	ポジティブな反応	ネガティブな反応
健康状態	ここ1カ月間の調子	不満足群	5	0	5
		中立群	1	0	1
		満足群	14	1	13
	身体の調子	不満足群	4	0	4
		中立群	3	2	1
		満足群	13	10	0
	体力・エネルギー	不満足群	6	0	6
		中立群	4	0	4
		満足群	10	8	2
	睡眠・休息	不満足群	2	0	2
		中立群	2	1	1
		満足群	16	15	1
	食生活	不満足群	3	0	3
		中立群	2	0	2
		満足群	15	13	2
生活環境	安全性	不満足群	0	0	0
		中立群	0	0	0
		満足群	20	7	13
	プライバシー保護	不満足群	4	0	4
		中立群	2	1	1
		満足群	14	12	2
	環境設備	不満足群	5	0	5
		中立群	1	0	1
		満足群	14	6	8
	日課の内容	不満足群	5	0	6
		中立群	3	2	1
		満足群	12	11	1
	金銭・所持品	不満足群	9	0	9
		中立群	1	0	1
		満足群	10	8	2
	治療体制	不満足群	3	0	3
		中立群	2	0	2
		満足群	15	15	0
日常生活行動	整容・装い	不満足群	9	0	9
		中立群	5	1	4
		満足群	6	5	1
	自由時間	不満足群	2	0	2
		中立群	3	0	3
		満足群	15	14	1
	金銭・服薬自己管理	不満足群	5	0	5
		中立群	2	0	2
		満足群	13	12	1
	人と話しをすること	不満足群	3	0	3
		中立群	5	0	5
		満足群	12	11	1
	作業活動への参加	不満足群	4	0	4
		中立群	3	1	2
		満足群	13	11	2
	地域機関の利用	不満足群	4	0	4
		中立群	4	1	3
		満足群	12	2	10

ポジティブな反応：積極的・肯定的反応

ネガティブな反応：消極的・否定的反応

表4-② 満足度群別のポジティブ・ネガティブ反応（人数）

(n=20)

カテゴリー	サブカテゴリー項目	満足度	計	ポジティブな反応	ネガティブな反応
対人関係・ 対人交流	家族関係	不満足群	9	0	9
		中立群	4	1	3
		満足群	7	0	7
	友人関係	不満足群	2	0	2
		中立群	4	0	4
		満足群	14	4	10
	異性交流	不満足群	5	0	5
		中立群	6	1	5
		満足群	9	3	6
	地域交流	不満足群	1	0	1
		中立群	7	0	7
		満足群	12	6	6
自分自身	人に大切にされる	不満足群	6	0	6
		中立群	2	2	0
		満足群	12	12	0
	自分の役割	不満足群	5	0	5
		中立群	5	1	4
		満足群	10	7	3
	生き甲斐	不満足群	10	0	10
		中立群	1	0	1
		満足群	9	5	4
	喜びや楽しみ	不満足群	4	1	3
		中立群	1	0	1
		満足群	15	10	5
	自分の性格	不満足群	9	0	9
		中立群	2	2	0
		満足群	9	6	3
	自己決定	不満足群	6	0	6
		中立群	1	0	1
		満足群	13	12	1
	患者・病人扱い	不満足群	6	0	6
		中立群	3	0	3
		満足群	11	3	8

ポジティブな反応：積極的・肯定的反応

ネガティブな反応：消極的・否定的反応

表4-②に示した。

健康状態の満足感は、各項目において「満足群」が多い傾向にあったが、ポジティブな反応からの理由は、「若い頃より体力は落ちてきたけど、今もまあまあだと思う」「良く眠れる」「食欲があり何でもおいしく食べれる」などであった。しかし、満足していると答えているが、「病状が変わらない」「入院前より動けなくなったが生活には支障はない」「いろいろ食べたいが病院だから仕方がない」「歯が悪くなって病院の食事しか食べれなくなった」など、病状が変わらないことや体調の衰えは仕方がないとネガティブにとらえた理由で答えた患者もいた。一方「不満足群」では、「気分がすぐれない」「何もすることがないから身体が鈍る」「ここで年をとってしまい体力もな

くなった」など、気分の不良や体力の衰退など、現在の健康状態をネガティブにとらえた理由であった。

生活環境の満足感は、〈安全性〉〈プライバシー保護〉〈環境設備〉〈日課の内容〉〈治療体制〉のカテゴリー5項目すべてに「満足群」が多かった。その理由は、「個人の秘密はスタッフが守ってくれている」「日課がきちんとしている」「お金を十分もらっている」「看護婦さん達がいろいろとやってくれる」「困ったときは看護婦さんに聴くから」など、治療スタッフに対するポジティブな反応で受けとめる満足と、「ここには調子の悪い人がいないから安心」「病気のひどい人がいないから」「他の病棟より静かだから」「この部屋に慣れてきたから」など、病状の悪い人がいないことや慣れてきたことを理由とするネガ

ティブな反応の満足であった。「不満足群」は、「開放病棟なのに閉鎖と変わらない」「小遣いが少なく買いたいものが買えない」「月1万円では足りない」など、病棟環境や金銭の不足が理由であった。

日常生活行動の満足感では、〈自由時間〉〈金銭・服薬管理〉〈会話〉〈作業活動の参加〉〈地域機関の利用〉のサブカテゴリー項目に「満足群」が多かった。ポジティブな反応では、「看護婦さんの仕事を手伝っている」「薬やお金を自分で持っている」「リハビリ・センターに毎日行っている」「部屋の人と良く話す」「掃除当番をしている」など、入院生活行動にうまく溶け込んでいると感じる満足感であった。反面、「自動改札がこわいから地下鉄に乗りたくない」「銀行に行っても自動機がわからない」など、地域の交通・金融機関の自動化に抵抗感があり、利用しないことで満足するというネガティブな反応があった。「不満足群」と答えた理由は、「身なりを良くしたりおしゃれができない」「行くところがない」などであった。

対人関係・対人交流の満足感では、〈友人関係〉〈異性交流〉〈地域交流〉のサブカテゴリー項目に「満足群」の多い傾向が見られた。その理由は、「辛いときは同室の人が話を聴いてくれる」「異性の患者と時々話す」「出かけるときに声をかけあう」など、他の患者と話す機会があることをポジティブにとらえた満足感であった。ネガティブな反応では「話す人がいない」「話すことが苦手だから話をしない」「部屋の人としか話さないが困らない」「異性と話したことがないし話したくない」「外出しても話す機会がない」など、話す相手がいないことや人と話をしない現状に満足するものであった。「不満足群」の理由は、「家族の面会がない」「家族に迷惑をかけたので面会がなくても止む得ない」など、家族の面会がないことや家族と疎遠になっても仕方がないという理由で答えていた。また、「中立群」が他のカテゴリーより多かったが、「看護者以外の異性と話したことがない」「看護婦さん以外と話さない」「地域の人と話したことがない」など、医療スタッフ以外に対人交流がないために満足とも不満足ともいえないという理由であった。

自分自身に対する満足感では、〈人に大切にされている〉〈自分の役割〉〈生き甲斐〉〈喜びや楽しみ〉〈自己決定〉に「満足群」の傾向が見られた。その理由は、「人に嫌われていない」「リハビリ・センターや病棟の当番をしている」「生き甲斐や楽しみなんて考えたことはないけどまあまあだと思う」「自分のことは自分で決めていく」など、人に嫌われていないことや自分で決め行動することをポジティブにとらえた満足であった。それに対し、ネガティブな反応では、「自分の役割は当番をすることで他にない」「ここでうまく過ごせればよい」「他に何もできない」「ここにいるしかない」など、当番以外にすること

とがないからという現状に満足するという理由であった。また、〈患者・病人扱い〉では、全体の半数が満足群であったが、その大半は「病院にいるから仕方がないが自分では患者と思っていない」「病院にいるから仕方がないが、障害者手帳の話しがあったとき障害者ではないと思った」など、患者や障害者と扱われることをネガティブにとらえながらも仕方がないという理由で満足していた。

〈自分の性格〉では、「満足群」と「不満足群」が同数であった。「満足群」は、「自分が嫌だと思ったことはない」という、自分自身をポジティブに受けとめた満足であるに対し、ネガティブは反応は「今さら性格を変えようとしても無理だから」という理由であった。一方、「不満足群」は、「治せるものなら性格をなおしたい」「もっと朗らかになりたい」など、自分の性格を変えたいという理由で答えていた。また、自分自身に対する「不満足群」は、「人に大切にされていない」「食事当番や掃除以外やれていない」「今の自分は何もできない」など、人とのかわりや自己の行動をネガティブにとらえていた。

察

1. 長期入院患者の生活に対する満足感

精神病院に長期入院している患者が、入院生活をどのようにとらえているのかを知るために、入院生活の満足度調査を行った。その結果、生活の満足度カテゴリーの中で、満足度が高かったのは生活環境であり、その中でも安全性が最も高かった。逆に低かったのは自分自身についてであり、特に〈自分の性格〉に対する満足度が最も低かった。精神病院の生活環境については、病室の広さ、明るさ、清潔さなどのアメニティの面で、一般病院より快適とはえない状態におかれているといわれている²⁾。本研究の対象者においても、全員が6人部屋の畳の病室であり、個人の持ち物は小ロッカーと半間の押入だけであった。それにもかかわらず、生活環境の満足度が高いのは、平均入院期間15.6年という長期にわたる入院生活の中で、精神病院の生活環境に適応してきたためと思われる。

また、生活環境の〈安全性〉の満足度が最も高いことに関しては、狭い生活環境で精神障害者特有のテリトリーが確保²⁶⁾され、変化のない生活空間が自我機能の弱い精神状態に安心感を与えていったと考える。精神障害者は、精神症状が安定していても自己対処能力が低くなっているため、日常生活の中のちょっとした変化があると、うまく対応できず不安定になりやすい²⁷⁾。今回の対象者においても、病棟の入院患者全体の精神症状がほとんどないか「軽度」で、周りに病状の不安定な人がいないことが、かえって精神状態を安定させ満足感に影

響をおよぼしていると考える。

2. 生活の満足感に影響する要因

生活環境に対する満足感は、入院生活が長期化するほどその影響を受けやすくなる。精神病院の生活環境が、精神障害者の精神機能に及ぼす影響については、入院生活の長期化に伴う問題として施設症²⁸⁾が説明されている。これは精神病院の生活環境が患者の意欲の減退や感情表出の乏しさなど、精神の不健康をもたらすものであり、入院生活の過剰適応²⁹⁾として問題が提起されている。精神病にかかり入院になった場合、そのほとんどの人は激しい陽性症状を経験し、現実を認識できず混乱状態に陥る。薬物や医療スタッフの働きかけによって精神症状が落ち着いてくると、徐々に周囲に関心を持つようになり、日常生活行動に参加しながら疲れ傷ついた自我機能を修復していく³⁰⁾。健康状態に関する満足感や日常生活行動の満足感は、混乱状態から現実感覚を取り戻す中で、入院環境を受け入れるという患者の努力の結果である。

入院中の日常生活行動は、集団生活を中心に医療スタッフが決定した規則によって運用されている。起床時間から日中の過ごし方、参加するべき作業活動、就寝時間など、生活の細部にわたり、病棟の規則や慣習によって営まれているため、患者自らが入院生活を設計していく範囲は限られている。病院外の施設を利用するにも、所持金額が月平均1万円程度だと、日用品を購入するのが精一杯で、趣味や特技などの物品の購入や映画や劇場など病院外の余暇活動ができないと思われる。その結果、病院外で活動することの機会を少なくしているといえる。

生活環境の安全性に次いで治療体制の満足度が高かった。これは、精神病院の入院治療においては、小林ら³¹⁾によって提唱された生活療法(作業療法、レクリエーション療法、生活指導)が有効な手段として、看護者をはじめ、医師、精神医学ソーシャルワーカー(PSW)、作業療法士、臨床心理士など、多職種の専門家が生活指導的な援助を行っている。入院治療においては、まずは院内寛解をめざすことを目的としているため、ともすると集団生活を前提に、規則による行動制限や画一化された処遇が行われがちである。患者と医療スタッフは主従的な人間関係を形成しやすく、入院患者は依存心を助長しやすい状況下におかれる。ゴッフマン³²⁾は、「医療スタッフがイニシアティブをとる精神病院を全制的施設と位置づけ、多数の類似の境遇にある個々人が相当な期間にわたって社会から遮断された環境として、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る住居と仕事の場所」と定義している。全制的施設の特徴として、①日常生活のすべ

てが同じ場所、同じ価値観に基づいて送られる、②生活を構成するメンバーの日常生活行動は画一化され、集団生活の構成員の一員として同一の行動が要求される、③毎日の活動は、職員によって決められた計画が時間どおりに整然と行われる、④その場所での活動は、その施設の公式的な目的を果たせるように計画され、それへの参加はともすると強制的に行われることが多い、と述べている。

全制的施設においては、個人の要求よりもその施設の意図する集団生活に重点が置かれるため、個人の入院前の生活様式や価値観は通用しなくなる。入院患者は、院内寛解の段階で精神病院での生活に適応するために、かつての生活様式や価値観など個人的な要求を押さえ、精神病院での新しい生活様式や価値観を身につけていくのである。自分自身についての満足度が、他のカテゴリーよりも低い傾向にあったが、これは精神障害によって自我機能の低下をきたしたのではなく、精神病院での集団生活に適応していく中で培われたものと考ええる。集団生活の中で自分が何者であるかを確認したり、自分自身の個性や特徴を意識する機会がなかったために、自尊感情が低下したと考える。これは「整容・装い」に表れているように、おしゃれや身だしなみなど自分自身を表現することに満足していない。しかし、一方では「自分の役割」「喜びや楽しみ」「自己決定」など、入院生活の中で自分自身を受け入れ満足していった患者もあった。

一般社会から隔離された生活環境におかれると、入院患者の慢性化を促進する大きな起因になることは広く指摘³³⁾されており、入院生活への過剰適応は、単に自分自身のとらえ方に影響するばかりでなく、対人関係や対人交流の「家族関係」の満足度の低さにも表れている。岡堂³⁴⁾らは、「家族との面会や外泊は、入院患者にとって、患者以外の自分を自覚できる唯一の場であり、家族との関係を通して地域社会とのかかわりを持つとする」と述べている。家族との面会や外泊は、患者への関心度を表すものであり、回数が少なければ患者への関心も少ないといえる。家族関係の満足度が低い傾向にあるのは、家族との関係が希薄化している現実を反映している。

3. 生活の満足感の理由が意味するもの

入院生活の満足感の回答理由を、ポジティブな反応とネガティブな反応に分類した。その結果、満足群では、ポジティブな反応とネガティブな反応に分かれた答え方をしていたのに対し、不満足群、中立群はネガティブな反応で答える傾向にあった。

満足群の中で、回答理由をポジティブな反応で答えた人の特徴は、現在の体調は良く、生活環境にも慣れ、病棟での毎日の生活のリズムを獲得し、納得した入院生活

を送っている。また、病棟の当番や日課など社会復帰活動に参加することで自分自身を認めようとしていた。さらに、看護者に守られているという安心感をもったり、同室の患者や医療スタッフなど限られた対人交流に満足していた。入院治療においては、医療スタッフから生活の立て直しを図るためさまざまな援助をうける。少なからず患者にも良くなるための努力が期待され、患者は医療スタッフの指示を守ること、社会的責任を免じられ、他人の援助を合法的に求めることができる。そのことが「困ったときは看護婦さんにきく」というポジティブな反応になったと思われる。ポジティブな反応の満足は、集団生活の中で期待される行動をとるという患者役割行動³⁵⁾が影響していると考ええる。しかし、病棟の活動に参加しながら自分の役割を見いだすことは、新たな活動を受け入れる可能性がある。患者役割行動を入院生活での集団行動だけに限定するのではなく、地域社会との接点の拡大や多職種の人との接触をもつことによって、新たな体験にも取り組んで行けるとと思われる。

一方、満足群でもネガティブな反応では、生活の中で緊張感や刺激がないことで安心している状況にある。未経験なことのためにためらいがあるため経験しようとし、他者を気遣い自分の気持ちを押さえるなど、本来の自分を抑圧し現状に妥協することで満足しているものと考ええる。ネガティブな反応からの満足感、自分の欲求が満たされているのではなく、長い療養生活の中で作り上げられた個人のマイナスの適応姿勢である。いわば逸脱した患者役割行動であり、病気であることを中心に自分の生活範囲を限定している施設症に最も近い生活状況にある。変化や刺激のない生活や画一的な生活行動が、長期入院患者の心理・社会的側面に妥協やあきらめをもたらしたと考える。したがって、ネガティブな反応で満足する患者には、その時々感情を表出しその気持ちの根底にある欲求を明らかにすることが重要である。患者自身が自分の欲求を見いだせるよう、感情の明確化をはかりながら行動へを結びつけていく必要がある。

不満足群は、現実の自分を変化させたい、家族にわかってもらいたい、今の自分の性格を変えたいと現実の自分を否定したり入院生活になじめない状況と考える。不満足と答えた患者は、〈整容・装い〉〈生き甲斐〉〈自己の性格〉などの満足度が低く〈家族関係〉に不満を抱くなど、今の生活状況を否定的にとらえていた。これらは、入院によって自分自身の欲求が満たされないことの感情表出であり、自分が望んでいる状態でないことを意識していると考ええる。言い換えれば、現在の自分を良くしたいという自己尊重の欲求であり、家族関係を大切にしたいという愛情欲求である。これらは自己実現に向かう高次の欲求であり、その人らしさを見いだせるものと考ええるが、

自尊感情の向上や自己評価を高める援助的アプローチが不足しているために、起こると考える。

中立群は、「寝付きが悪いけど何とかしている」や「病院だから仕方がない」、「面会にきてほしいけど都合があるだろうから仕方がない」など、満足あるいは不満足を決めかねている状況である。現実の自分の状況から満足するには不足するものがあり、望んでみても実現は不可能というアンビバレンツな状態である。本来の自己の欲求が入院生活の中で変化し複雑化していったものである³⁶⁾。これは、自分の思いや欲求を表現し、自分の考えを確認する機会が少ないために起こり、他者からの刺激をもとに自分らしさを明確にすることで、本来めざした自分自身を取り戻せることができるとと思われる。

4. 生活の満足感とその理由による治療プログラム検討の必要性

精神障害者の入院生活の満足感とその理由は、入院生活の実状を示すものであり、生活環境や集団生活を中心とした医療スタッフの働きかけによって影響を受けていると考えられた。満足度が高いのは、患者役割行動や生活適応によるものと考えられたが、不満足度が高かったのは、精神障害者の自分らしさを求める欲求によるものであった。しかし、その欲求は入院期間が長くなるほど、入院生活の中に埋もれていきその人らしさを失っていくことが推測された。猪俣³⁷⁾らは、精神病院に1年以上入院している患者の生活の満足感、閉鎖的な生活環境、外部との接触不足、生活上のさまざまな制限、活動範囲の貧困、少ない医療スタッフなど、刺激の乏しい病院環境から影響を受けていると報告しているが、今回の調査でも同様のことがいえ、施設症の現状を示唆していた。

施設症の対策には、刺激に乏しい病院環境の改善も必要だが、患者の自己決定能力や自己開発能力などの満足感を高めていけるようなサービスの提供が必要である。Smith³⁸⁾は早期退院と再発防止のための社会再適応技能のトレーニングは、集団プログラムよりも個別プログラムの方が有効であったと述べている。現在、精神病院では患者の社会生活技能の獲得のためにさまざまな取り組みがなされているが、社会復帰活動の課題は、集団生活における個人への制約をできるだけ少なくし、一般社会と同様な自由と責任の原則のもとで活発なインターアクションを生じさせることである。集団生活での目標を達成することよりも、対人関係の中でさまざまな感情体験をすることによって、各人が社会的な学習をし、成長していくことが重要である。画一的な援助方法ではなく、個人の価値観や生活に対する思いを広げていくような具体的な取り組みが必要である。精神障害者が一人一人異

なった障害をもちながら、その人らしく行動していけるような生活の幅と活動の場の広がりを入院生活の中で持つことである。そのためには、従来の集団生活を中心とした援助プログラムではなく、個人の能力を伸ばす個別プログラムとそれを支える集団力動が必要である。これは精神科リハビリテーションの定説³⁰⁾であった「その人の健康な側面をのばし精神症状を軽減させる」という考えをさらに発展させ、自己対処能力の可能性についてエンパワーするところに力点が置かれるものとするところである。

VI. 結 論

本研究では、精神病院に長期入院している患者の生活の満足感とその理由を調査し、社会復帰に向けての援助計画や具体的なケア介入の手がかりを見いだそうとした。その結果、以下の諸点が示された。

- 1) 長期入院患者は、健康状態、生活環境、日常生活行動、対人関係・対人交流、自分自身について、概ね満足していると答えていた。
 - 2) 生活の満足感の中で、生活環境の安全性が最も高かった。反対に家族との関係や自分の性格、整容・装いの満足度が低かった。
 - 3) 入院生活の満足感により、「満足群」「中立群」「不満足群」に分類し、各群毎にその理由をポジティブ・ネガティブな反応として分析した。
 - (1) 満足群のうち、ポジティブな反応の満足群は、①入院生活を納得し生活環境に適応している、②病棟の社会復帰活動などに参加することで自分自身を容認している、③看護者や他の患者とよい対人関係を保つことで安心感を得た満足感であった。
 - (2) 満足群のネガティブな反応の満足群は、①生活に変化がないことで安心する、②地域とかかわりをもたない、③限られた対人関係である、④家族に対して遠慮があるなど、入院生活に対して仕方がないと妥協した満足感であった。
 - (3) 不満足群は、①自分のしたいことができない、②家族にわかってもらいたい、③自分の性格を変えたいなど、自分に直面したり入院生活に馴染めないことによる不満足感であった。
 - (4) 中立群は、自分が望む状態と現実とのギャップを感じ、満足か不満足かを決めかねている状態であった。
 - 4) 上記1)～3)は、精神病院における生活環境と集団生活を中心としたアプローチによって影響を受けており、援助にあたっては個別アプローチの強化が示唆された。
- 本研究にあたり、ご協力頂いた医療施設の職員並びに

患者の皆様に深謝いたします。

文 献

- 1) 厚生統計協会監修：厚生指標－国民衛生の動向、47(9)、120－121、2000。
- 2) 精神保健福祉研究会編：新しい精神保健福祉法、266、中央法規、東京、1999。
- 3) 精神保健福祉研究会編：新しい精神保健福祉法、80、中央法規、東京、1999。
- 4) 吉川武彦：精神障害をめぐって、196－202、中央法規、東京、1992。
- 5) Neugarten B.L. Havighurst R. J., Tobin S.S.: The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143, 1961.
- 6) Adams D. L: Analysis of a Life Satisfaction Index. *Journal of Gerontology*, 24, 465-469, 1969.
- 7) 松本洸：クオリティ・オブ・ライフの指標化と分析法、98－103、福村出版、東京、1986。
- 8) 亀井啓輔、高柳功：精神障害者のQOL－予備的調査の集計結果、精神医療におけるQOLの評価に関する研究、平成5年度厚生科学研究分担報告書。
- 9) 丸山晋、角谷慶子他：精神医療におけるQOLの評価に関する研究、平成6年度厚生科学研究分担報告書。
- 10) 宮田量治、山岸由幸他：長期入院医療を経験した慢性精神分裂病患者のQOLについて、日本社会精神医学会雑誌、2(1)、73－78、1993。
- 11) 宮田量治、藤井康男他：精神障害者グループホームに入居した慢性精神分裂病患者のQOLについて、山梨医学会誌、22、84－88、1994。
- 12) 川野雅資：患者の満足度を評価する意義と理念、精神科診断学、35、317－321、1998。
- 13) 川野雅資、鈴木早苗、後藤洋子他：患者の満足度を高めるケアの方策、こころの看護、3(4)、296－299、1999。
- 14) 星越活彦、市川正浩：単科精神病院における患者満足度調査、精神科看護、60、101－109、1996。
- 15) 岩崎淳：精神分裂病の主観体験と障害の構造、精神障害とリハビリテーション、1(2)、1997。
- 16) Sullivan G., Wells K.B., Leake B.: Clinical Factors Associated with Better Quality of Life in Population Hospital Community psychiatry, 43, 794-798, 1992.
- 17) Lehman A. F.: The Effects of Life Assessments among the Chronically Mentally Ill. *Evaluation and Program planning*, 6, 143-151, 1983.
- 18) Simpson C. J., Hyde C. E., Faragher E. B.: The Chronically Mentally Ill in Community Facilities : A study of quality of life., *J. Psychiatry*, 154, 77-82, 1989.
- 19) ジュディ・チェンバレン (中田知恵海監訳)：精神病

- 者自らの手で—今までの保健・医療・福祉に変わる試み, 25—37, 解放出版社, 東京, 1996.
- 20) 角谷慶子: 精神障害者におけるQOL測定の試み—生活満足度スケールの開発—, 京都府立医科大学雑誌, 104 (12), 1413—1424, 1995.
- 21) 細井啓子: 文章完成テストによる成人女性の特徴, 母性衛生, 24 (3・4), 1983.
- 22) 下仲順子, 村瀬孝雄: SCTによる老人の自己概念の研究, 教育心理学研究, 23, 104—113, 1975.
- 23) Kay, S. R. & Opler, L. A., (山田實訳): 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル, 25—30, 星和書店, 東京, 1991.
- 24) 全国精神障害者家族会連合会編: 精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93, 16—24, 全国精神障害者家族会連合会, 東京, 1993.
- 25) 岩崎栄: 入院療養環境とアメニティ—一般病院および精神病院を対象としたアンケート調査から, 病院, 54 (10), 32—35, 1995.
- 26) 西丸四方: 精神医学入門, 253—277, 南山堂, 東京, 1988.
- 27) 臺 弘: 慢性分裂病と障害概念, 臨床精神医学, 14, 737—742, 1985.
- 28) 計見一雄: インスティテューショナルリズムを越えて, 星和書店, 東京, 1979.
- 29) 新福尚隆: 精神医学におけるINSTITUTIONALISMの概念, 臨床精神医学, 8 (1), 91—102, 1979.
- 30) 昼田源四郎: 分裂病者の行動特性, 217—220, 金剛出版, 東京, 1994.
- 31) 小林八郎: 生活療法, 最新医学, 20 (9), 32—33, 1965.
- 32) ゴッフマン (石黒毅訳): アサイラム, 55—76, 誠信書房, 東京, 1984.
- 33) 稲永和豊, 融道男: 統合分裂病とは何か—慢性化の機構, 30—35, 東京大学出版会, 東京, 1987.
- 34) 岡堂哲雄, 大島 巖, 荒井元傳編: 日本の精神障害者—その生活と家族, 96—100, ミネルヴァ書房, 東京, 1989.
- 35) R・ウー (岡堂哲雄訳): 病気と患者の行動, 191—198, 医歯薬出版, 東京1975.
- 36) 岡堂哲雄: 患者ケアの臨床心理—人間発達学的アプローチ, 219—221, 医学書院, 1978.
- 37) 猪俣好正, 大島巖他: 「施設症」の実態把握と対策に関する全国調査(1), 精神神経雑誌, 98(12), 110—115, 1996.
- 38) Smith T. E., Hull J. W., Mackain S.J. et al.: Traing Hospitalized Patients with Schizophrenia in Community Reintegration Skills, Psychiatric Services, 47(10), 1099—1103, 1996.
- 39) 臺 弘: 精神障害者リハビリテーションと障害の概念, 精神科MOOK, 26, 111—118, 1990.

(平成12年11月30日受稿)

(平成13年1月16日受理)

Life Satisfaction and Its Reasons in Long-Stay Patients in A Mental Hospital

TAKITA Keiko

Nagoya City University School of Nursing (Psychiatric Mental Health Nursing)

Abstract

The present study examined life satisfaction and its reasons in patients who have been in hospital for longer than three years. The author interviewed 20 patients with schizophrenia who were hospitalized in a rehabilitation ward. After one-week participant observation, the author interviewed them on various aspects of their present life satisfaction with five-point rating scale and the reasons for each rating. The reasons were analyzed by classifying into “affirmative attitude” or “negative attitude”.

Main results were as follows:

- a) Mean rating scores were higher than 3.0 and the subjects seemed to be satisfied with the next items: health condition, living environment, activities of daily living, personal relation and personal interchange, and self-evaluation.
- b) As for subcategories, they showed high satisfaction in safety of their living environment and relations between doctors or nurses and them.
- c) On the other hand, they were not satisfied with relations to their family members and their own personality.
- d) While subjects with high life-satisfaction had affirmative attitude toward hospital-life, low-satisfaction subjects showed negative attitude toward it.

Key words: mental hospital, long-stay patients, life satisfaction, affirmative attitude, negative attitude