

原 著

精神障がい者が継続して地域で生活できるための 支援活動の現状と課題

小野田 咲¹ 長江美代子²

要 旨

本研究は、質的記述的研究方法を用いて精神障がい者のための地域生活支援の現状について把握し必要な支援を明らかにした。地域活動支援センターと訪問看護のスタッフ4名を対象に、役割・活動・今後の課題について半構成的個人インタビューを実施した。テーマ分析の結果、施設に共通の役割として、精神障がいの【再発予防】【早期介入】精神障害者の【活動の場の提供】、その具体的な活動として【生活支援】【家族支援】【連携】【啓発】【心理教育】が抽出された。今後の課題としては【人員不足】【生活支援の枠組みがない】【家族への支援体制が確立されていない】【連携のムラ】【地域住民への理解が不十分】【精神障がい者のホームヘルプサービスの介入数が少ない】【3ヶ月で早期退院という国の体制】などが報告された。国が実際の現場の声・ニーズ、現状から事業の必要性をしっかりと把握し、十分な支援体制が作れるようにする必要がある。

キーワード：精神障がい者、地域生活、継続、支援活動、現状

I. 緒言

日本では退院後も頻回の入退院や再発を繰り返す悪循環に苦しむ精神障がい者や長期入院を余儀なくされている精神障がい者が多く存在する（田中，2004）。現在、わが国の精神病床数は35万床、精神病床入院者数は32万人である。人口あたりの精神病床数は、諸外国においてはここ数十年で病床削減・地域生活支援強化等の施策を通じて減少しているのに対し、我国では横ばい状態にあり、かつ、諸外国を大幅に上回っている現状がある（厚生労働省，2009）。さらに「精神病床」の平均在院日数は363.7日と先進諸国のなかでも極端に長く（厚生労働省大臣官房統計情報部，2002）、これら入院中の精神障がい者のうち、数万人は条件が整えば退院が可能といわれている（田中，2004）。

このような現状において厚生労働省（2002）は、精神科長期入院患者7万2千人の退院を促進し、地域ケアへの移行を図るとの方針を出した。また平成17年には障害者自立支援法が成立し、障害の種別にかかわらずサービスを利用できることとなるとともに、身近な市町村が責任をもって一元的にサービスを提供する等の枠組みが規定された（厚生統計協会，2008）。このように、現在わが国の精神医療においては入院医療中心から、地域生活支援主体への方向性が打ち出されている。

先行研究において、長期入院患者や入退院を繰り返している精神障がい者が地域で暮らすためには、長期の服薬継続サービスやサポートシステム（安保ら，2007）、ケアのあり方を明確にすること（横山ら，2005）、社会との接点を持ちながら人間関係の改善と自己決定と自己実現できるような生活の場と周囲の理解（岡本，2007）が必要であることが報告されている。また心理教育については、明らかに再発防止（もしくは遅延）効果が実証されてきている（佐藤ら，2004；半澤，2005）。しかし、精神医療機関における訪問看護活動、患者本人の心理教

¹ 日本赤十字豊田看護大学卒業生、豊田市福祉保健部高齢福祉課

² 日本赤十字豊田看護大学 精神看護学

育、地域で生活する精神障害者と同居する家族の心理社会的側面、統合失調症における再発予防アプローチの効果などの分野の研究は少なく、地域における精神保健福祉医療活動の現状の把握は十分とはいえない。

単に社会経済的自立ではなく精神障がい者自身が自分の生活に対し自己決定をし、自分らしく生きることがより重視されているなかで、安心して継続的に地域で生活するための支援体制・精神障がい者と地域居住とのサポート体制を整備することは今後の精神医療の重要な課題である。

目的

本研究の目的は、地域活動支援センターと訪問看護活動において精神障がい者を支えているスタッフの実際の活動と現状を把握し、地域において精神障がい者を支援するために必要な支援を明らかにすることである。具体的には①地域活動支援センターと訪問看護で働くスタッフの役割と活動を明らかにする。②地域で生活を継続していくための今後の課題を明らかにすることである。

II. 方法

質的記述的研究方法を用いて、便宜抽出法による4名の地域精神保健医療福祉施設スタッフ〔地域活動支援センターの施設長1名、精神保健福祉士2名、病院併設の訪問看護部門の課長1名〕に反構成的インタビューを実施した。参加者の平均年齢は49.5歳(28~65)、男性1名と女性3名であった。勤務地は地域活動支援センターと病院外来に併設された訪問看護ステーションであり、勤続年数は1年から16年と幅があった。研究期間は平成21年6月~12月中旬までであった。

1. データ収集

研究の趣旨のもとに研究者が独自に作成したインタビューガイドにより、①地域活動支援センターと訪問看護の活動の現状、②地域活動支援センターと訪問看護で働くスタッフの役割について、ひとり平均30分~40分の半構成的個人インタビューを実施した。インタビューの内容は、本人の許可を得てICレコーダーに録音した。

2. データ分析

録音したインタビューの逐語録を作成し内容分析した。インタビューガイドの主項目と探索項目にしたがって内容を分類・分析し、浮かび上がってくるテーマを抽出し、カテゴリー化し、テーマ間の関連について示した。

3. 倫理的配慮

研究者が研究対象施設に電話連絡した上で研究説明のための事前訪問を行った。研究対象施設の施設長や各部署の責任者に対して、文書と口頭により研究について説明した。研究対象施設としての同意と承諾書を書面で得たのち、インタビュー実施可能として紹介された参加予定者に、同様に研究の趣旨、目的、方法を説明した。研究への参加は自由意志であること、個人情報保護、研究参加への利益と不利益、得られたデータは本人の許可なしに使用しないこと、使用時には匿名性を保証すること、録音データは半構成的インタビュー後に逐語録を作成し内容の確認をした後、破棄すること、その間の半構成的インタビューで得られたデータ・情報の保管は、研究責任者の研究室の鍵付きの棚に保管することを書面で約束した。本研究は日本赤十字看護大学の倫理委員会の承認(平成21年8月7日2106号)を得て実施した。

III. 結果

インタビュー内容から、①働くスタッフの役割と活動と②今後の課題に関するテーマを抽出しカテゴリー化した(表1)。

本文中では、カテゴリー、サブカテゴリーはそれぞれ【 】、〈 〉で表し、参加者のことばの直接引用は“ ”で区別した。

また、これらのテーマ間の関連については、地域活動支援センターと訪問看護ステーションそれぞれについて関連図を作成した。(図1, 図2)

1. 地域活動支援センターの現状と課題

1) 職員体制

地域活動支援センターの職員体制は、施設長1名、精神福祉士2名、補助員(資格なし)2名の計5人であった。地域活動支援センターの利用者の登録人数は約100

表1 施設の役割と活動

施設の役割	具体的な活動	解決すべき今後の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防 <ul style="list-style-type: none"> 観察 話を聞く 励ます ・早期介入 <ul style="list-style-type: none"> 早期受診の声かけ 病識の観察 ・活動の場の提供 <ul style="list-style-type: none"> グループホームの運営 事業・協議会の運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援 <ul style="list-style-type: none"> 服薬確認 睡眠の問題 相談 指導 生活のしづらさ 環境調整 個別の心理教育 ・家族支援 <ul style="list-style-type: none"> 相談 指導 家族への心理教育 ・啓発 <ul style="list-style-type: none"> 講演 地域住民の心理教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援の枠組みがない ・人員不足 ・家族への支援体制が確立していない ・地域住民の理解が不十分 ・連携のムラ ・精神障がい者へのホームヘルプ介入が少ない ・3ヶ月で早期退院という国の体制

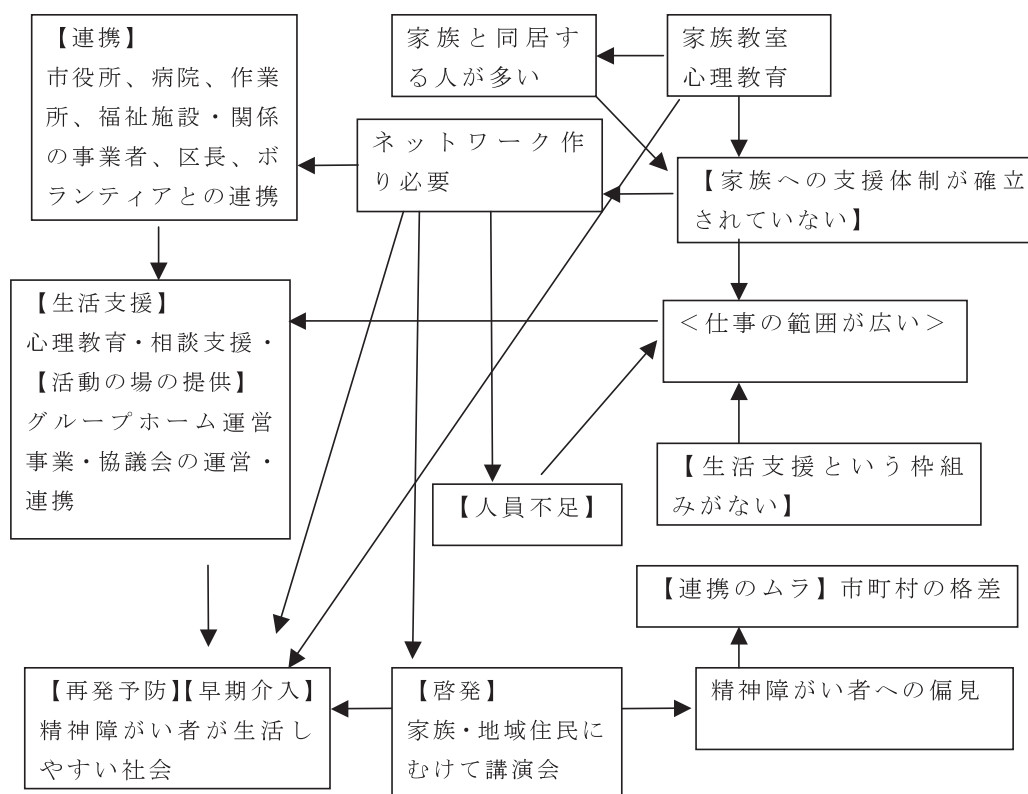


図1 地域活動支援センターの関連図

人で、一日の利用人数は約17人～20人のところで推移し、利用者の一日平均は、17.8名であった。

2) 施設としての役割と活動

地域活動支援センターは、精神障がいの【再発予防】を目的とし、問題があった場合には【早期介入】によ

り精神障がいの地域生活を支える役割があった。さらに、精神障がい者が自由に出入りし、集まり、交流できる【活動の場の提供】については高い役割認識が報告された。

【再発予防】と【早期介入】のための具体的な活動には、

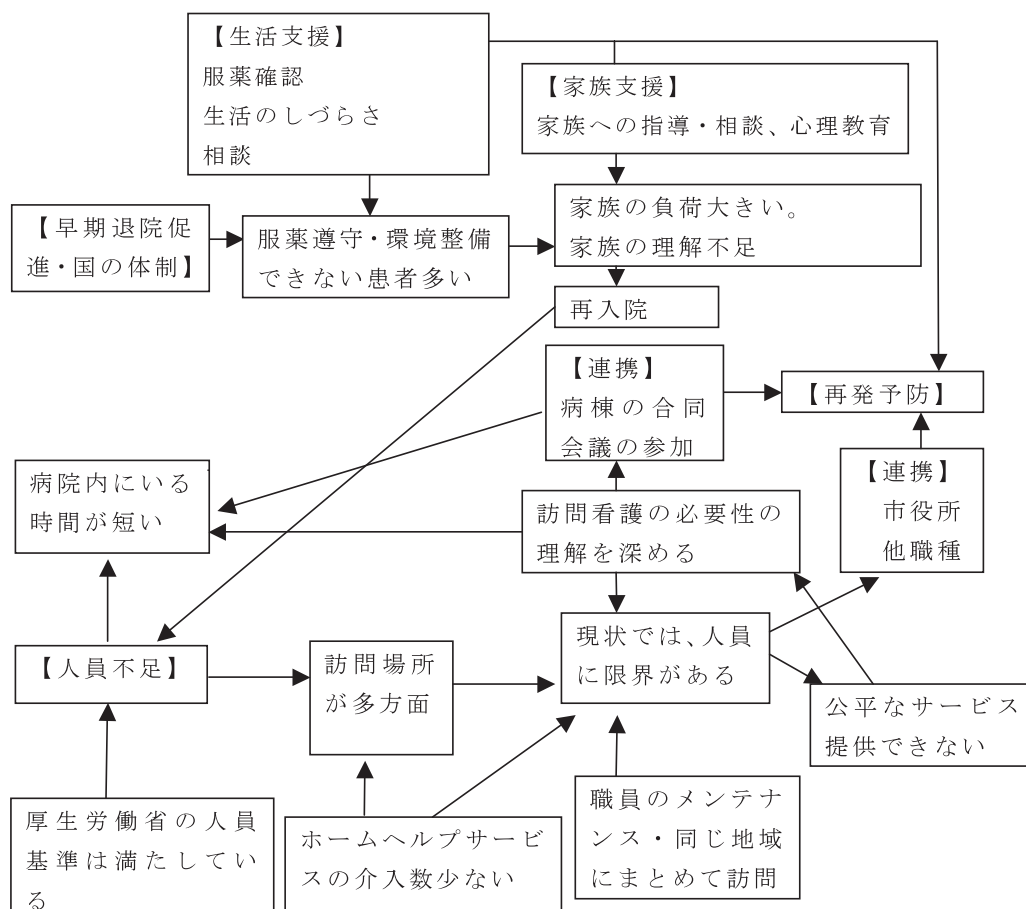


図2 訪問看護の関連図

当事者の【生活支援】とその【家族支援】としての〈相談事業〉や精神障がい者の理解を得るための【啓発】や【心理教育】活動、また、情報を共有して効果的に早期介入するための地域と行政の【連携】といった内容があげられた。【生活支援】は、〈服薬確認〉、〈生活のしづらさ〉、〈睡眠の問題〉への支援が重要であった。患者の言動や行動を観察し内容が妄想的、非現実的であった場合は、診察状況、睡眠状況、服薬状況を本人に確認し声かけしていた。状況を〈観察〉し、不安で眠れないようなら〈早期受診の声かけ〉、〈話を聞く〉、〈励ます〉ことで再発予防を実施していた。悪化の兆候がみられた場合は、素早く早期介入していた。また、当事者のみならず、家族の理解がなく居づらい環境は再発の引き金になっており、予防には家族や地域の協力と理解が不可欠であるため、【啓発】や家族対象の〈心理教育〉活動が行われていた。

再発を予防するためには、地域の人の理解促進をすべきと考え、地域住民への理解促進のための【啓発】活動も実施していた。【早期介入】にあたっては、病院、行政、福祉施設・関係の事業者、作業所、地区の区長さん等さまざまな職種・関係機関と【連携】していた。心理教育については、本来は精神科医、臨床心理士が担当することが多いため、現在教育的プログラムとして実施はされていないが、相談室での個人や家族への心理教育のフォローや、“日々の相談のなかでスキルのあるワーカーがひとつの心理教育のような役割を果たしている”、とその日々の利用者に対する普段の生活相談業務が〈心理教育〉につながっているという認識ももっていた。

【活動の場の提供】については参加者全員が、自由に出入りでき、集まれる場所になっていて“ここは問題ない”と、その役割が果たせていることが報告された。“集

える場所は、精神の方じゃなくても、誰でも求める、支えになる。人と関わり困難な特質をもっている精神障がい者の方は集える場は本当に大事。”と、地域活動支援センターの役割意識は高かった。

3) 現状と今後の問題

生活支援や家族支援活動は、一律なものではなく個々の現状にあわせた対応が必要となる。しかし行政的な制度が確立されておらず【生活支援という枠組みがない】ためにやるべきことが多くなり、仕事の範囲が広がっていくが、それに見合った人員が配置されていないことから【人員不足】の現状が報告された。“相談事業者だからといって、多くの責任を担うことはできない”、“システムとして枠組みが整っていないため、業務は多い”、“どこまでが生活支援なのか”“これが生活支援という形がない”、“どこまで支援していいか。”という声が多く聞かれた。“地方自治体のみでなく、国として、もうちょっと整えて力を入れてほしい”と、行政的な制度が確立されていないことが指摘された。

【家族への支援体制が確立されていない】という問題も報告された。長期入院患者の退院に対して家族が積極的になれないことが多いこと理由として、患者が途中でどこかに行ってしまうたり、精神症状が悪化した時に、探しに行ったり、入院させたりする役割が家族に課せられていることがあった。家族はそれに対する不安や心配があるために、長期入院患者の退院に積極的に喜べない現実がある。地域活動支援センターが家族に代わって全部請け負うのは難しい現実がある。“家族の現実的な問題をどうサポートしていったらいいのか”と困惑している現状が報告された。また、家族の支援体制として“地域で取り組むACT（多職種チームによる訪問を中心としたアウトリーチ活動）がないと、入院せずに地域で暮らしていくサポートが難しい。”という意見もあった。

地域と行政の連携がとれているところと、そうでないところがあるという【連携のムラ】が問題として報告された。参加者全員が“市町村の格差がある”と感じていた。地域活動支援センターでは、病院、行政、福祉施設・関係の事業者、作業所、地区の区長さん等さまざまな職種・関係機関と連携していた。しかし“精神だけに関わらない、老人保健関係、老人関係のヘルパー、学校関係の方とも、ネットワークづくりが今後は必要。”という意見も聞かれた。連携していくためには“地域の人たちの理解の啓発が必須”という意見が強く聞かれ、【地域

住民の理解が不十分】という問題が浮かび上がった。

2. 訪問看護ステーションの現状と課題

1) 職員体制

訪問看護ステーションの職員配置は、看護師3名、精神保健福祉士1名の計4名で週5日の勤務態勢であった。2009年8月中の訪問看護対象者は67名、月の訪問件数は123件であった。訪問看護の対象者数は上昇傾向であると報告された。

2) 施設としての役割と活動

訪問看護ステーションも同様に、精神障がいの【再発予防】をし【早期介入】により地域生活を支える役割があった。【再発予防】と【早期介入】のための具体的な活動には、日々の自宅訪問によって精神障がい者がその人らしい生活を送るための【生活支援】として〈服薬確認〉〈環境調整〉〈相談〉、【家族支援】として〈相談〉〈指導〉〈家族の心理教育〉があげられた。精神障がい者の理解を得るための【啓発】としての〈地域住民の心理教育〉活動、また、病棟の合同会議に出席して情報を共有し、効果的に早期介入するための病院や関係機関および多職種間の【連携】を行っていた。

3) 現状と今後の課題

訪問看護では、スタッフが活動の限界を感じており、【人員不足】が深刻な問題になっていた。“訪問看護の件数と実日数をみると、4人のメンバーで通常の数倍の回転率で実施している。”〈訪問範囲が広いため移動時間がかかり必要〉であり、同じ地域性にまとめてスケジュールを組むといった工夫をしても“今の人数、メンバー構成では、限界だ。”という訴えが聞かれた。患者が入院中の退院計画時に、退院前の訪問指導を含めた訪問看護の必要性を理解してもらえよう工夫・調整を図りたくても、〈訪問看護のスタッフが病院にいる時間は限られる〉ため、申し送りやカンファレンスに出る時間の確保が難しい現状があった。“そこら辺を打破するのは、難しい”と人員不足からくる悪循環に、行き詰った心境が語られた。【精神障がい者のホームヘルプサービスの介入数が少ない現状】が訪問看護の業務範囲を広げ、人員不足の問題を大きくしていた。“精神障がい者のホームヘルプサービスでは実際に料理や手伝いはできない。介護保険の方のヘルパーさんのように、そういう部分でもう少し入っていただけるようになると、もっと患者様は、生活しやすくなるし、いろいろな工夫が可能になってくる。”

と、〈サービス内容が患者のニーズに寄り添っていない〉現状が報告された。

【3ヶ月で早期退院という国の体制】も改善すべき課題として抽出された。病識がなく服薬遵守できない患者を早期退院させることで家族の負担が増し、結果として再発のための再入院率が増加するという悪循環の可能性が指摘された。スタッフは患者の病状がよくなっていないのに、「家族が居るから出られるでしょ？」と押し出しされるケースがあり“国の体制が再入院率をあげているのではないか”と問題や葛藤を感じていた。家族や地域の理解不足は訪問看護においても同様で、【家族への支援体制が確立されていない】や【地域住民への理解が不十分】課題としてあがった。

V. 考察

精神障がい者のための地域生活支援の現状について、地域活動支援センターと訪問看護ステーションのスタッフ4名を対象に実施したインタビュー内容のテーマ分析からは、施設に共通の役割として、精神障がいの【再発予防】【早期介入】精神障がい者の【活動の場の提供】、その具体的な活動として【生活支援】【家族支援】【連携】【啓発】が抽出された。今後の課題としては【人員不足】【生活支援の枠組みがない】【家族への支援体制が確立されていない】【連携のムラ】【地域住民の理解が不十分】【精神障がい者のホームヘルプサービスの介入数が少ない】【3ヶ月で早期退院という国の体制】が報告された。基本的に生活支援は個別の状況にあわせる必要があるため、枠そのものはあいまいになりがちである。しかし、結果として広がった業務内容に見合った人員は配置されていない。地域におけるサービスは、精神障がい者のニーズに寄り添っているとはいえない現状があった。

1. 確立されていない支援体制

研究結果で報告された【人員不足】、【生活支援という枠組みがない】【家族への支援体制が確立されていない】という課題からは、精神障がい者を地域で支えるための支援体制が確立されていないことが示唆された。利用者のニーズに応じて仕事の範囲が拡大していた地域活動支援センターの現在の職員数5人で、1日の利用人数は17人から20人である。地域活動支援センターの人員基準は、障害者自立支援法の規定を満たしている（栄、

2008）。訪問看護のスタッフは4人で、月の訪問件数は123件であった。訪問看護ステーションの人員基準は厚生省令によって規定を満たしている（厚生省令第37号、1999）が、地域活動支援センターでも訪問看護ステーションでも、スタッフは仕事の範囲が広すぎてやっていけないと感じていた。人員不足への対処は深刻な課題であり、職員のメンタル面のサポートに力を入れていた。

【家族への支援体制が確立されていない】については、家族支援についての現場レベルで示されている書籍や文献が少なく、家族への支援については、はっきりと示されていない（片柳、2009）。しかし、精神障がい者の症状再燃時に医療へつないだり、保護の機会へと結び付ける役割は当然の様に家族に期待され、実際にその中心的役割を担わざるを得ないのが現状である（半澤、2005）。地域で暮らす精神障がい者の家族の介護の精神的な負担は大きい。このような家族の介護負担感の軽減には、入院期間の短縮といった脱施設化の推進と同時に、精神障がい患者の施設外の受け皿としての地域生活支援サービスの拡充と家族への支援体制の確立の発展が急務といえる（半澤、2005）。報告されたように、【生活支援という枠組みがない】地域活動支援センターでの業務は多岐に渡っており、現状のままでは、重要な課題であることを認識しながらも【人員不足】の現状では、適切な家族支援を行うには限界があった。利用人員数の規定、記録管理や市町村への提出書類の作成などの業務量の多さを考慮すると、地域活動支援センターの人員配置基準が実情に即しておらず、職員の身体的心理的負担は非常に大きいことが推測できる（栄、2008）。このため、多岐にわたる業務を限られた職員が担当するには、大きな負担となると考える。このような職員配置の低い基準のなか多くの業務を要求される職員の負担は大きく、地域活動支援センターのサービスの質の低下を招くことが予測され（栄、2008）大きな問題となると考えられる。今後は、個々の活動に依存するのではなく、社会全体で支えさまざまな職種の【連携】を基本とした包括的な制度として支援体制を整備していくことが必要であると考える。

運営体制の整備や病院と地域との【連携】が、精神障がい者の地域支援には必要不可欠であることが報告されていたが、多くの研究報告が同様に、医療、多機関、多職種、病院と地域の連携について、退院後のシステムが必要条件であり自立支援の基本であること（吉田、2008）、利用者宅における支援（アウトリーチサービス）

や医療・保健機関等の連携（柴，2008）が必要であることなど、その必要性について述べている。しかし、国や自治体が当事者や支援者による退院促進、生活支援、偏見克服などの活動を財政的に支援する仕組みがいまだに創られていない現状にある（伊藤，2009）。しかし、日本では地域ケアに対する予算が、十分に保障されていない。例えば、ACTは地域で暮らす重い精神障がい者の有効な生活支援として期待されながらも、ACTへの生活支援サービスの予算は皆無である（三品，2008）。何らかの方法で予算を作り出すことが切実な課題となっている。

早期退院を推進する【国の体制】が家族の負担を増加させ、逆に再入院率が上がるという悪循環の現状があった。同様に、入院期間が短縮されたことで、とりあえず精神症状は落ち着いたけれども、服薬の必要性や病識がもてないまま退院しているのではないかと懸念する声がある（田所，2009）。本人を地域で支える仕組み、入院直後からの退院に向けた支援があれば、地域生活は十分に可能であることが指摘されている（横山ら，2005；萱間，2009）。精神障がい者の地域生活に必要な具体的システムは、精神科救急医療システム、社会復帰促進システム、生活支援システムである（厚生省，1999）。精神障がい者を地域で支える仕組みを作るには、退院促進と同時に、入院早期からの退院支援や、地域での生活支援・救急体制・社会復帰施設の充実が必要であると考えられる。また、国の現状にあった法の整備が必要である。

2. 地域における活動の場の提供への高い役割意識

再発サインに早く気づき、引き続いて適時の適切な対応をすることで、長期的な予後が改善するだけでなく、再発による影響を減らし、時には再発を予防するという効果が早期介入プログラムにあることがわかってきている（エマ・ウィリアムズ，2008）。地域活動支援センターでの日ごろの観察による【早期介入】は【再発予防】や症状の重症化の予防に有効だと考える。とはいえ【再発予防】【早期介入】については役割を自覚しながらも人員不足によりその役割を果たせないスタッフのジレンマが強かった。訪問看護のスタッフは4人で、月の訪問件数は123件である。訪問看護ステーションの人員基準は厚生省令によって規定を満たしている。（厚生省令第37号，1999）しかし、課題として【人員不足】があった。人員不足のため、職員のメンタル面のサポートに力を入

れていた。他の研究でも休暇を保障しなければACTのような激務に従事する職員は燃え尽きる。（三品，2008）とあるように、職員のメンタル面の問題を考えると、適切な人員配置が必要である。

一方で、精神障がい者に対する【活動の場の提供】についてはその役割を果たすことができているという手ごたえが感じられた。身近な地域において安心して病気を語り、相談と支持を受けられる場、話し相手、見守りなど、地域生活支援におけるサポートの重要性について多くの研究報告がある（岡本，2007；横山，2005）。社会生活で直面している生活のしづらさに対して身近でいつでも相談できる体制を整えている地域活動支援センターは、精神障がい者が地域で継続して暮らすために、大きな役割を果たしている。【地域住民への理解の啓発】は、精神障がい者が地域で生活していくために、不可欠である。自立の促進は、周囲の理解と安心できる場があってこそ、初めて可能になる（吉田，2008）。マスメディアの過剰な精神障がい者に関する事件の取り上げ方は、精神障がい者への誤解を生じる。精神障がい者への偏見が現在も根深くあるなかで、精神障がい者の正しい情報を与え、偏見を少しでもなくすように理解の啓発を行う必要がある。啓発活動により、精神障がい者を社会全体で支えていこうという社会的意識が高まれば、精神障がい者が生活しやすく、生きやすい社会となると考える。

3. 再発予防への働きかけ

【心理教育】とは、単に情報や対処法を伝達するのではなく、患者本人やその家族の主観的側面を重視するものであり、また、患者の対処能力の獲得を目指して自律性を最大限に生かすことにより、患者が自分らしく生き生きとした生活を送る力量を身に付けるというエンパワーメント効果をねらう医療者の姿勢である（松田，2008）。心理教育の目的は患者の【再発予防】で、統合失調症患者本人に対する心理教育は、再発率の低下を期待できる（松田，2008）。心理教育的家族支援プログラムは、明らかに再発防止（もしくは遅延）効果が実証されている（佐藤，2004）。心理教育により精神障がい者と家族が精神疾病の特性を理解し、病識をもち、適切な対処技能を学ぶ必要も指摘されている（半澤，2005）。地域活動支援や訪問看護活動では、日々のケアのなかで、患者への対処法や話を聞くことで、心理教育の役割を果たしているという認識をもっていたが、心理教育を

プログラムとして効果的に行っていないのが現状であった。心理教育を実施するためには、人員不足を解消し、さまざまな職種と連携したシステムづくりが必要である。

再発を繰り返すごとに患者の精神症状の回復が悪くなり、社会適応性が低下する、再発しやすくなるといわれている（佐藤ら，2004）。再発が患者、家族に与える心理的影響は大きく、再発を繰り返すごとに病状が重症化するため、再発予防することが、継続して地域で長く生活するために大切だと考える。再発の重要な寄与因子として EE（Expressed Emotion）があげられる。家族の関わり自体が統合失調症を引き起こすわけではないが、かなり影響は大きく（松田，2008）、家族の感情的反発は入院予後を悪化させる（樋口ら，1996）との報告もあり、家族の協力は、再発予防のために大切であると考えられる。家族が協力できるようにするために家族への援助が必要だという認識は、働くスタッフの中にあるが、実際は訪問看護の限界、家族への支援体制不足が根底にあり、なかなかできない現状がある。長期に入院していた患者を地域に返すためには、継続的な、非常にきめ細かい援助が必要であり、今後訪問看護が長期入院患者の社会復帰を促し、再入院を予防するひとつの力となるためには、当然マンパワーが必要であり、制度面での大幅な改善が必要である（久山，1993）。地域で生活するためには、さまざまな社会資源や専門職の援助なしではできない。家族や精神障がい者の視点のからの援助、心理教育、社会資源をどう活用し連携するかということが今後の重要な課題である。

VI. 結論

今回の研究で、今後、より豊富かつ全人的で個別ニーズに応えられる地域中心型の精神医療福祉システムの構築が必要であることがわかった。柔軟な地域生活支援をするためには、国だけでなく、医療職や精神障がい者に関わるスタッフひとり、ひとりが、常に情報交換し、連携がとれるように、受け皿となる地域の体制の現状を把握する必要がある。そして、地域で生活している精神障がい者が、地域で継続して自分らしい暮らしができるように、患者とその家族の視点に立った援助をしていく必要がある。

結論として、次の5項目が明確になった。

- ① 地域のきめ細かな生活支援があれば、地域での生活は可能である。
- ② 家族への支援は、必要性を感じているものの、家族の支援体制が確立されていないため実施できない現状がある。そのため、制度や支援体制のあり方を考える必要がある。
- ③ 国の退院促進の体制が逆に患者の再発率を上げていることがある。精神障がい者を地域で支える仕組み（地域での生活支援・救急体制・社会復帰施設の充実）・入院早期からの退院支援・法の整備のあり方が今後の課題となる。
- ④ 人員不足による業務の多様化の問題は、スタッフだけの問題ではなく、サービスの質の低下につながる。改善するためには、個々の活動に依存するのではなく社会全体で支える、地域全体で取り組む ACT のような活動や、ヘルパー、ボランティアを巻き込んだ、ネットワークづくりが課題である。
- ⑤ 再発をせず、地域で暮らすためには、医療と福祉や地域との連携、多職種・多機関との連携、社会資源を包括したシステムづくりが求められる。

VII. 研究の限界

本研究は、対象機関に限られており、対象者も少なかったことから、収集したデータに偏りがあつたところもあると考えられる。しかし、包括的な支援制度の必要性、提供されている支援が精神障がい者の地域生活ニーズに合っていないこと、国の制度が明確でないことが人員不足と関連していることなど、現状を反映した価値ある情報資料を提供できると考える。

VIII. 今後の研究課題

今後の研究課題として、現場の声と国の施策がかみ合わないため、より多くの人と機関を対象に現場の声を聴く必要がある。今後、精神障がい者の地域移行が進むと、今よりも細かな地域生活の継続した支援が求められ、患者への心理教育のアプローチ、期待されながら十分な事業展開・普及がされていないアウトリーチ（訪問）による柔軟な地域生活支援、救急時の体制・危機管理体制のフォローアップの体制のあり方の明確化が必要となってくる。しかし、そのためには、国が実際の現場

の声・ニーズ、現状から事業の必要性をしっかりと把握し、十分な支援体制が作れるようにする必要がある。そのため、今後も現場の状況やニーズを組みあげ反映させた研究が必要となる。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力下さいました、地域活動支援センターと訪問看護のスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 安保寛明, 伊関敏男, 菊池謙一郎, 樋口日出子, 塚田 縫子: 地域生活で服薬を忘れないための工夫に関するインタビュー調査, 精神看護, 第38回, 87-89, 2007.
- 伊藤哲寛: 精神科医療供給システムをどう変えるか—負の遺産を乗り越えるために—, 医療観察法, NET, URL: http://www.kansatuhou.net/07_genzai/03_system_doukaeruka.html, 2009年6月30日
- 上島国利, 渡辺雅幸: ナースのための精神医学 改訂2版, 中外医学者, 東京, 2006.
- エマ・ウィリアムズ: 統合失調症のための集団認知療法, 星和書店, 東京, 2008.
- 岡本隆寛: 精神障害者に地域生活における現状と課題(第1報)—暮らしやすさに焦点を当てた質問紙調査により—, 順天堂大学医療看護学部, 医療看護研究 第3巻(1), 15-21, 2007.
- 萱間真美: 精神障害者の退院支援とケアネットワーク, 保健の科学, 4, 248-252, 2009.
- 片柳光昭: 家族って、どう支援すればいいの? 前編土台づくり, 精神看護, 12(6), 64-73, 2009.
- 厚生労働省: 全国福祉事務所会議の資料について, 精神障害者の退院促進 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課, 我が国の精神病床数の状況2001, URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/z-fukushi/gyosei/gyousei04.html>, 2009年6月30日.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部: 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況, 5病院の平均在院日数2002, URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/02/kekka5.html>, 2009年6月30日.
- 厚生統計協会: 国民衛生の動向・厚生指標臨時増刊, 55(9), 2008.
- 厚生省: 日本の精神医療について 日本の精神科医療の現状, 厚生省, URL: <http://www.cmh.ne.jp/nsiryou/nsiryou.html>, 2009年6月30日.
- 厚生省令第3-1-①訪問看護(訪問看護ステーション) URL: http://www.kaigo.pref.yamaguchi.lg.jp/guide-book_2007/kijun/13.pdf#search='厚生省令第37号訪問看護'37号, 1999. 2009年6月30日.
- 佐藤光源, 井上新平: 統合失調症治療ガイドライン, 医学書院, 東京, 2004.
- 栄セツコ: 精神障害者の地域生活支援—障害者自立支援法施行に伴う精神障害者地域活動支援センターの移行に関する一考察—, 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(1), 57-71, 2008.
- 田所美智子: 保健所の役割—地域で精神障害者が安心して暮らせるために—, 病院・地域精神医学, 51(2), 14-16, 2009.
- 田中美恵子: やさしく学ぶ看護学シリーズ精神看護学, 日総研, 東京, 2004.
- 半澤節子: 精神障害者家族研究の変遷—1940年代から2004年までの先行研究—, 人間文化研究, 65-89, 2005.
- 久山とも子: 長期入院を経て退院する精神障害者への訪問看護, 千葉県立衛生短期大学紀要, 第12(2), 87-96, 1993.
- 樋口雅朗, 林直樹: 長期入院後の精神分裂患者に再入院についての検討, 精神医学, 38(3), 245-251, 1996.
- 松田光信: 看護師版[統合失調症患者]心理教育プログラムの基礎・実践・理論 看護実践研究, 質的・量的研究の成果, 金芳堂, 2008.
- 三品桂子: ACTを日本に導入するための課題—英国から学ぶ—: 花園大学社会福祉学部研究紀要, 16, 11-33, 2008.
- 吉田久美子: 地域で暮らすということ, 病院・地域精神医学, 51(1), 20-21, 2008.
- 横山恵子, 金井一薫, 山崎京子: 精神障害者の地域上の課題と支援のあり方—KOMIチャートを用いた当事者の実態調査を通して—, 第36回日本看護学会論文集 精神看護, 172-174, 2005.

The reality of current support system for mentally ill people living at home in their community

ONODA Saki, NAGAE Miyoko

Abstract

The purpose of this study is to describe the existing support for the mentally ill people who are out of hospital and living in their community. As convenience samples, four staff members from the Comprehensive Support Center and the Visiting Nurse Station were interviewed. The interview was a semi-structured interview based on a qualitative description research design and was done individually face-to-face. Data was thematically analyzed. The findings are as follows: the roles of institutes and their staff are *relapse prevention*, *early intervention*, and *place for activities and gathering*; provided services are *support for living*, *family support*, *interdisciplinary networking*, *information provision*, and *psycho-education*; and problems to solve were: *staff shortage*, *no framework of support for living*, *underdeveloped family support system*, *unequal networking*, *lack of understanding among community*, and *unavailable intervention by home helpers*. The support system in the community should meet the various needs of mentally ill people who are out of hospital. Further studies will be necessary to explore how the system can function for the better services in conformity to the governmental regulation. [Journal of Japanese Red Cross Toyota College of Nursing, vol 6(1), 21-30, 2011]