

精神障がい者が地域で生活していくための 支援活動に関する課題と展望

林谷 啓美¹・田中 諭²

¹ 園田学園女子大学 人間健康学部 人間看護学科

² 医療法人達磨会 東加古川病院

はじめに

近年、うつ病等の気分障害、不安障害、統合失調症、認知症、発達障害など、精神疾患で医療機関に受診する患者数は大幅に増加しており、平成14年には204万人であったが、平成17年には302万人となり、平成23年には320万人となった。内訳としては、多いものから、うつ病、統合失調症、不安障害、認知症などとなっており、近年においては、うつ病や認知症などの著しい増加がみられる。

精神疾患は、疾患による負担が大きく、生活の質の低下をもたらす。さらに、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患は、自殺の背景にもなっている¹⁾。しかし、我が国の精神保健医療福祉は、今日まで、長期入院を中心に進められてきており、救急・急性期・在宅などを含む医療体制や、地域における生活を支えるための支援体制の整備が十分なされてこなかった¹⁾。さらに、国民における精神疾患に関する理解が進んでいない状況からスティグマ（偏見）が生まれやすく、精神障がい者が地域で生活することをよりいっそう困難にしている¹⁾。以上のような背景から精神疾患を理由に入院している患者の数は増えており、入院が長期間に渡っている人々もいるが、その中には、住まいの場や地域での支援体制等が整えば退院できる方々もおり、地域の体制整備が課題となっている¹⁾。

まずは、精神障がい者を取り巻く現状と政策について概観し、障害者自立支援法が制定された2005年以降に発表された研究論文をもとに、精神障がい者が地域で生活していくための支援活動に関する課題と展望について述べる。

I 精神障がい者を取り巻く現状と政策

ここでは、1. 精神病床数および入院患者の変化、2. 精神病床の平均在院日数の推移について、3. 精神障がい者に関する政策、4. 現代社会が目指すもの（ソーシャルインクルージョン）という、今日の精神障がい者を取り巻く現状と政策について述べる。

1. 精神病床数および入院患者の変化

精神病床数は、図1のように、近年は約35万床前後で推移しており、やや減少傾向にはあるものの、著明な変化はみられていない。また、図2のように、精神病床の入院患者数は徐々に減少しており、平成23年には約30万人となっている。

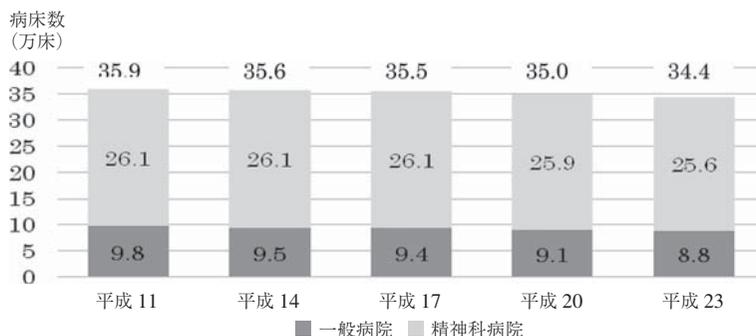


図1 精神病床数の変化

厚生労働省 メンタルヘルス 精神疾患のデータより作成

(<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>)

(注) 平成23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

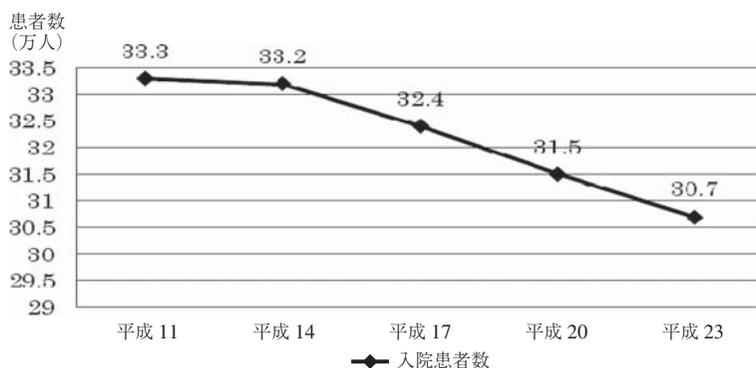


図2 精神病床の入院患者数変化

厚生労働省 メンタルヘルス 精神疾患のデータより作成

(<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>)

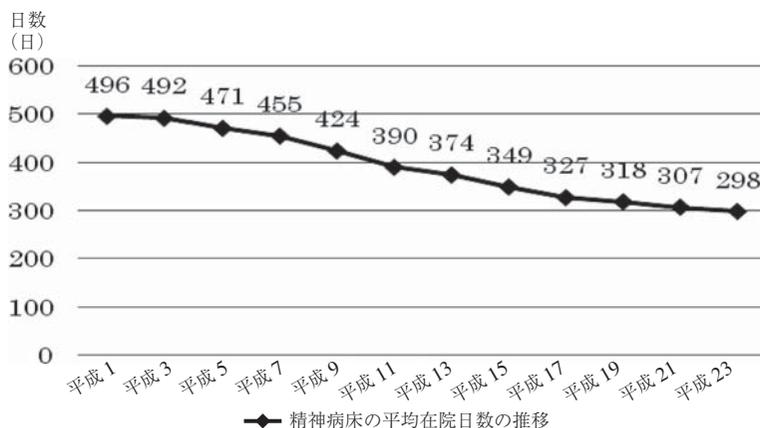
(注) ○精神科病院とは、ここでは精神病床のみを有する病院を意味する。

○一般病院とは、ここでは精神病床のほか、一般病床や療養病床を有する病院を意味する。

○平成23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

2. 精神病床の平均在院日数の推移について

精神病床の平均在院日数は、図3にあるように短縮傾向にあり、平成元年には約500日だったが、平成23年までの間に約200日短縮して、300日をきった。



◆ 精神病床の平均在院日数の推移

厚生労働省 メンタルヘルス 精神疾患のデータより作成
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>

3. 精神障がい者にまつわる政策

平成 16 年 9 月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という 4 つの柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示された。

その取り組みとして、平成 17 年、障害者自立支援法が施行された。それは、三障害（身体障害・知的障害・精神障害）の制度の一元化、利用者本位のサービス体系への再編、就労支援の強化、支給決定への客観的基準の導入、国の費用負担の義務的経費化などを行うことにより、障がい者の地域における自立した生活を支援することを目的としており、サービスが大きく変更になった。そして、障害者自立支援法施行後、精神障がい者の障がい福祉サービス利用数は増加している。また、都道府県及び市町村は、障がい福祉計画を策定し、「受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者」の減少数やそれに伴って必要となる障がい福祉サービスの見込み量等についても、目標値を設定することとなっている。平成 20 年度からは、精神障がい者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担う地域体制整備コーディネーターと、退院・地域生活への移行に関する個別支援を担う地域移行推進員の配置を柱とした、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を実施している。

事業の概要としては、受け入れ条件が整えば、退院可能な精神障がい者の退院支援ならびに地域生活支援を行う地域移行推進員を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障がい者の地域生活への移行を着実に遂行するという内容のものである。そして、入院する精神障がい者の地域移行を進めるに当たっては、地域での福祉サービスの拡充等の支援に加え、入院する病院において、早期の退院に向けた取組みや、退院後の地域生活を支える医療的支援の取組みが行われることが不可欠であり、平

成 20 年の診療報酬改定では、病院による取組みを促進する観点から、様々な項目にわたって充実を図っている。

今後、改革ビジョンの成果の検証を行うとともに、入院患者の地域生活への移行の支援のための方策、病床機能をはじめとする精神医療の機能分化の一層の推進のための方策などを検討するため、平成 20 年 4 月より「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が開催されている²⁾。同年 11 月には、障害者自立支援法の見直しに向けて「中間まとめ」が取りまとめられ、精神障害者の方の地域生活への移行及び地域生活の支援という観点から、相談支援体制の更なる強化、住まいの場の充実などの方向性が示された²⁾。

そして、精神医療に関する議論を中心に、この検討会の議論を踏まえて、改革ビジョンの後期 5 年間（平成 21 年から平成 26 年）の重点施策群が取りまとめられる予定となっており、厚生労働省は、これらを踏まえて、引き続き、ノーマライゼーションの理念に基づき、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援施策の一層の推進に全力を挙げていく方針である²⁾。また、地域生活への移行を促進するためには、地域における精神障害に対する理解を更に高めていくことが重要であることを踏まえ、地域住民と精神障害者の交流事業をはじめ、精神障害に関する普及啓発の取組を推進していきたいと考えている²⁾。

4. 現代社会が目指すもの（ソーシャル・インクルージョン）

現代は、急激な経済社会の変化に伴って、社会不安やストレス、ひきこもりや虐待など社会関係上の障害、あるいは虚無感などが増大している。また、貧困や低所得などをめぐる問題が、リストラによる失業、倒産、多重債務などかかわりながら出現している。そして、いくつかの問題を抱えた人々が社会から孤立し、自殺や孤独死に至るケースもある。また、低所得の単身世帯、ひとり親世帯、障がい者世帯、若年層が孤立することもある。これらは社会的孤立や排除のなかで問題の把握を一層困難にしているため、これらの問題を明確にするための取り組みが必要である。そこで、平成 12 年、厚生労働省から「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書が出された。新たな福祉課題への対応の理念として、今日的な「つながり」の再構築として、すべての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげることができるよう、社会の構成員として包み支えあうための社会福祉を模索する必要がある³⁾。すべての人々の中には当然、精神障がい者も含まれており、社会の一員として、地域社会で生活できるような支援が必要である。

II 精神障がい者が地域で生活していくための支援活動における課題と展望

精神障がい者が地域で生活していくためにはリカバリーが重要である。そのリカバリーとは、精神障害をもつ人々が、症状や障害が続いたとしても人生の新しい意味や目的を創り出し、希望をもって人生を生きていくプロセスのことである⁴⁾。それは、精神障がい者が地域で生活してい

くための重要な概念である。そのために必要な支援活動としては、精神障がい者の居場所の確保、当事者ととともにその人を取り巻く家族に対する支援、地域住民の理解とネットワークづくり、精神障がい者のサポート体制、看護職役割、精神障がい者の就労支援があり、その課題と展望についてもあわせて述べる。

1. 精神障がい者の居場所

精神障害者が地域で暮らし続けていくためには、「居場所」があること、その人にとっての居場所の選択が最も重要である⁵⁾。そして、精神障がい者が認識する居場所は、自宅、職場、社会復帰施設、病院、地域活動の場であり、これらの居場所は自分のペースを保てるところであり、他者から尊重され自分を発揮できる場所であるという⁶⁾。このことから「場」そのものも重要である。しかし、自分らしく貢献できているという思いや社会的役割を果たしているという思いなどが心の拠り所となっている⁶⁾ことから、その「場」にいる時の精神障がい者自身の気持ちの有り様が重要である。

また、地域で生活する統合失調症患者の生活満足度については、住環境、睡眠や休養が十分とれていること、社会資源利用、自分で物事を判断することへの満足度が高いが、仕事場やケアの雰囲気・内容・量、一定の課題をやり遂げたり、覚えたりする能力に対する満足度が低い⁷⁾。このことから、個人の日常生活には満足していても人間関係や作業や仕事がストレスになっている可能性も高い。しかし、地域で生活している統合失調症者は、主体的にサポートを活用し、自然な対人関係を築こうとしながら、QOL（Quality of life の略）を維持・向上させていること、病者である前に地域社会の一員として QOL を維持・向上を求めていること、居場所が QOL を支えている⁸⁾という報告もある。そのため、支援としては、自然な付き合いのできる環境作り、地域社会の一員として存在しようとしている気持を支えること、安心できる居場所探しを支援することが重要である⁸⁾。

2. 精神障がい者を取り巻く人々への支援

精神障がい者を支える家族介護者の思いを支えることも重要である。長期入院を経験した統合失調症患者の家族介護者が抱える苦悩について、「親亡き後の子どもの将来」と「介護者としての自分自身の苦悩」があり、子どもの将来を案じるがゆえに自らの苦悩が連鎖的に生じている⁹⁾。このことから、家族介護者に対する直接的な介護負担の軽減ということよりも、精神障害者自身が自立して地域で生活できるように、人的、物的、経済的な体制を整えることが、ひいては家族介護者の負担の軽減につながる⁹⁾。

精神障がい者には、精神科デイケアの通所者における社会生活に必要な支援ニーズとして、『介護の役割遂行ができる』ための支援があげられていた¹⁰⁾。また、疾患を持ちながら地域で生活する対象が QOL を維持して生活するためには、家族以外の重要他者が心の支えになっている¹¹⁾場合もあるため、それを考慮した看護介入が必要である。

3. 地域住民の理解とネットワークづくり

精神障がい者については、国民の精神障がいに関連した理解が薄く、スティグマが根強くあるため、地域で生活することを困難にしてきた。事実、地域住民が精神疾患や精神障がいを持つ人々に対しての誤解やネガティブなイメージを持っている傾向にあるという¹²⁾。しかし、地域で生活しながら病の体験を語っている精神障害者当事者グループは、その研究会に参加することにより自分と積極的なかかわりを持てるようになっており、その参加メンバーも増加している¹³⁾。また、当事者が一般の人へ闘病体験を話す活動を通じて、地域社会・当事者両者の精神疾患に関するスティグマが解消されているという研究結果もある¹⁴⁾。今後、当事者が自らの体験を積極的に語ることも含めて、精神障害についての知識を深めるための地域住民のニーズに合うような教育の機会や、精神障害をもつ人々との交流の機会の提供、広い意味での住民の交流・連帯への介入によってスティグマにどのような影響があるかを明らかにすることが、精神障害をもつ人々のソーシャル・インクルージョンを促進していくうえで重要である¹⁵⁾。

さらに、住民同士の交流やネットワークづくりが重要である。近年、ソーシャルキャピタルの重要性が言われているが、これは、調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴と定義されている¹⁶⁾。ソーシャルキャピタルが豊かな地域では、障害をもつ人々や高齢者をケアする体制ができやすく、生活の安心感を得られやすいという¹⁷⁾。つまり、住民の精神障がいや精神障がい者に対する理解を深めることだけにとどまらず、住民同士の交流やネットワークづくりを活発にする必要がある。

4. 精神障がい者のサポート体制

地域においては、地域住民をはじめ、さまざまな職種がそれぞれの役割を果たしながら連携して、精神障がい者に関わることが重要である。

入院から退院後まで関わる精神保健福祉相談員は、本人の状況を多角的に捉えながら、退院意欲を引き出し、本人の生活をマネジメントすると同時に家族へのサポートを行っており、その場合、本人のペースにあった退院支援を入院前から退院後まで、関係職種との細やかな連絡や情報共有を大事にしながら行うことが必要であることを認識している¹⁸⁾。

また、地域において、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、精神障がい者の地域生活を支えるという役割を担い、さらに、精神障がい者の活動の場の提供について高い役割意識があった¹⁹⁾。

そして、訪問看護ステーションにおいても、精神障がいの再発予防にかかわりながら、早期介入により地域生活を支える役割があり、具体的な支援としては、生活支援、家族支援、地域住民に対する啓発活動、効果的に早期介入するための他職種間の連携をとっていた¹⁹⁾。しかし、地域活動支援センター、訪問看護ステーションにおいても人員不足の現状が報告されており⁶⁾、人材確保については早急の対応が望まれる。

5. 看護職としての役割

精神障がい者は、社会の偏見や家族関係、疾病受容ができない等の原因により自尊心が低下する可能性が高い状況にある。そこで、地域で生活する精神障がい者に対して「自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム」を実施することにより、自分と向き合う苦しみを体験しながらも、グループ活動の有用性にささえられながら、自分の関する理解の促進を得て、こだわりや緊張や症状を手放すとともに、肯定的な認識を取り入れる体験をしている²⁰⁾。このことから積極的なプログラムの実施が重要であると考えられる。

精神科救急入院病棟を退院した患者が地域生活を継続できる要因は、医療者への信頼、病状や日常生活の安定、適切な家族関係、居場所の確保、社会復帰への強い思いであった²¹⁾。

また、精神障がい者が地域で安定した生活を送るための課題として、1. 精神症状と身体合併症のコントロール、2. 日常生活の質を向上させるための活動、3. 人的支援、4. 経済的基盤と生活の場などが重要である²²⁾ことなどから、いずれも精神症状や身体的合併症などのコントロールに課題が残る。

疾病や障がいをもちながらも地域で日常生活をおくることができるように援助することが、看護師の役割である。そのためには、疾病や障がいに関するその人固有の症状や変化の観察とアセスメントが重要である。そして、看護師の役割は病院にとどまらず、広く地域全体に必要とされている。つまり、今後の精神保健福祉体制として地域活動支援センターや就労移行支援、就労継続支援施設における看護職の配置、精神科外来での看護サービスの強化、福祉施設に向いてのアウトリーチ型の看護サービス、精神保健福祉の研修を受けた保健師の増員、精神看護専門看護師の地域での活躍が重要である²³⁾。

6. 精神障がい者の就労支援

平成 20 年の報告によると、全国の 15 歳以上 64 歳以下の精神障がい者は、約 35 万人と推計されるが、このうち、就業していない者が約 80% を占め、年齢階級別に就業の状況を見ると、就業している者の割合は、15～24 歳層で 25% 以上と高く、その一方で、25～54 歳層においては概ね 2 割程度で推移している²⁴⁾。精神障がい者の就業状況を就業形態別にみると、常用雇用されて就業している者が約 33%、常用雇用以外の形態で就業している者が 60% となっている²⁴⁾。就業していない者について、就業を希望する者の割合が約 62% で、就業形態は、常用雇用が約 40%、次いで臨時・アルバイトが約 30% となっている²⁴⁾。また、雇用を希望する不就業者について、求職活動の有無別にみると、活動している者が約 50%、活動していない者が約 49% となっている²⁴⁾。

平成 17 年に障害者自立支援法が成立し、平成 18 年、精神障がい者も法定雇用率に算入されることになったが、精神障がい者に対する就労支援は進まない現状にある。多くの精神障がい者は働きたいという希望とその力を持っている。しかし、地域社会の精神障がい者に対する理解不足や適切な支援がなされていないこと、関係機関や企業等のネットワークと連携が不足しているこ

とが、精神障がい者の就労を困難にしていると考えられる。このような状況の中で、精神障がい者の就労支援を進めるためには、関係機関や企業とのネットワークを確立し、連携を図る必要がある。

また、就労したいと希望する精神障がい者が就労を目指すための支援が重要である。具体的には、生活習慣の確立、就労支援プログラムの実施、就労中の支援等である。精神障がい者は、退所後の生活について現実認識と自己実現に結びつける段階で戸惑いが生じることが多いため、当事者たちが現実認識し、自己決定したことを自己実現に結びつけていくことができるような援助も必要である²⁵⁾。また、人的な交流や刺激を大切に、仕事以外の時間を持つ楽しみを継続できるように励ます、仕事を通してできたことを認め、「成功感」を共有することが大切である²⁶⁾。

そして、きめ細やかな就労支援を行うためには、それぞれの精神障がい者の状況を把握し、個性を十分に理解した上で支援する人材の育成も必要である。また、医療・保健・福祉・就労が一体となったチームアプローチにより、精神障がい者個別に対応して職業生活を支援することが重要である。このような支援により精神障がい者が自ら仕事の選択ができることがのぞましい。さらに、社会に対して積極的に情報を発信し、国民の精神障がい者への理解を深めていくことが必要不可欠である。

おわりに

すべての人々が健康で文化的な生活の実現につなげることができるように、社会の構成員として包み支えあうための社会福祉の仕組みづくりが重要であり、精神障がい者においても安心して地域で生活することが最も重要なことである。そのためには、今よりもきめ細やかな地域生活の継続した支援が求められる。当事者へのアプローチ、地域社会の精神障がい者に対する理解、他職種間での連携、緊急時の体制・対応など、課題も多い。地域で、精神障がい者をふくめ、すべての人々が安心して充実した生活を送ることができるように、今後もそのための実践・教育・研究を継続していきたいと考える。

付記：「精神障害者」と表記している文献についてはそのまま引用した。この論文の筆者は、「精神障がい者」と表記している。

引用文献

- 1) 厚生労働省政策レポート：精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取り組み～入院医療中心から地域生活中心へ <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/07/03.html>.
- 2) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 中間まとめ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/s1120-7.html>.
- 3) 厚生労働省：社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書 http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html.
- 4) Anthony Wa: Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

- 5) 曾谷貴子、日下知子他：精神障がい者が農村地域で暮らし続けることができる要因の構造化，第43回（平成24年度）日本看護学会論文集 地域看護，47-50，2013.
- 6) 濱田恭子、堤由美子：心の病いをもつ人の地域における居場所と心の拠り所の獲得の実態，日本精神保健看護学会誌，19(2)，22-32，2010.
- 7) 下原美子：地域で生活する統合失調症患者の主観的 QOL の実態と精神科訪問看護との関連，日本精神保健看護学会誌，21(1)，1-11，2012.
- 8) 田井雅子：地域で生活している統合失調症患者の QOL の特徴，高知女子大学看護学会誌，33(1)，74-81，2008.
- 9) 藤野成美、山口扶弥他：統合失調症の家族介護者における介護経験に伴う苦悩，日本看護研究学会雑誌，32(2)，35-43，2009.
- 10) 榎本奈生、関戸好子他：精神科デイケアの通所者が語る社会生活に必要な支援ニーズ，山形保健医療研究，第12号，33-46，2009.
- 11) 宮園真美、岩瀬信夫他：地域で生活する統合失調症患者の QOL を維持・向上するソーシャルサポート，インターナショナル Nursing Care Research，11(4)，2012.
- 12) 半澤節子、中根允文他：精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究－統合失調症事例についての調査研究から（第一報）－，日本社会精神医学学会雑誌，16(2)，113-124，2007.
- 13) 國方弘子、本田圭子他：病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念，日本看護研究学会誌，32(2)，45-53，2009.
- 14) 松田陽子、船越明子他：精神障がい者が闘病体験を語ることによる自己変容のプロセスと変容に影響を与える要因，三重県立看護大学紀要，15，23-30，2012.
- 15) 千葉理恵、木戸芳史他：精神障害をもつ人々と共に地域で心地よく生活するために、地域住民が不足していると感じているもの－東京都民を対象とした調査の質的分析から－，医療と社会，22(2)，127-138，2012.
- 16) Putnam R、川田潤一訳：哲学する民主主義 伝統と改革の市民的構造，NTT 出版，200-231，2001.
- 17) 山内直人：コミュニティにおけるソーシャルキャピタルの役割，環境情報科学，39(1)，10-15，2010.
- 18) 辻直子、都筑千景：精神障害者の退院促進支援における精神保健福祉相談員の役割のあり方についての検討，大阪一律大学看護学雑誌，第7巻，23-33，2011.
- 19) 小野田咲、長江美代子：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，日本赤十字豊田看護大学紀要，6(1)，21-30，2011.
- 20) 國方弘子：地域で生活する精神障がい者に対する『自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム』実施前後の変化，日本看護研究学会誌，36(1)，93-102，2013.
- 21) 宮武郁夫、小川隼他：精神科救急入院科病棟を退院した患者が地域生活を継続できる要因，第43回（平成24年度）日本看護学会論文集 地域看護，3-6，2013.
- 22) 岡本隆寛：精神障害者の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より－，順天堂大学医療看護学部 医療看護研究，3(1)，15-21，2007.
- 23) 安藤幸子：精神障害者地域生活支援センター利用者のセルフケアと看護ニーズ，神戸市看護大学紀要，14，21-30，2010.
- 24) 厚生労働省 平成20年 身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について www.mhlw.go.jp/houdou/2008/01/dl/h0118-2 a.pdf.
- 25) 大坂直文、村下麻衣他：精神障がい者社会復帰施設利用者の退所後の生活への思い，山形保健医療研究，第12号，25-32，2009.
- 26) 中戸川早苗、出口禎子：精神障害者の働く動機を支える想いと支援のあり方－地域共同作業所での参加観察を通して－，日本精神保健看護学会誌，18(1)，70-79，2009.

〔はやしたに ひろみ 老年看護学〕
〔たなか さとる 精神看護学〕