

研究ノート

精神保健福祉士養成教育のあり方を考える

—統合失調患者、高齢精神障害者の地域移行支援に関する考察を中心に—

松浦 智和

名寄市立大学社会福祉学科

「研究紀要」第5号 抜刷

【2016年4月】

精神保健福祉士養成教育のあり方を考える

—統合失調患者、高齢精神障害者の地域移行支援に関する考察を中心に—

松浦 智和

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科 専任講師

【要約】 本稿では、統合失調症患者や高齢精神障害者の地域移行支援について諸家が指摘する論点を整理するとともに、今後の精神保健福祉士養成教育のあり方について筆者の私心を述べることを目的とした。「地域移行」という言葉は、ノーマライゼーションに基づく「脱施設化」の政策が推し進められるなかで定着してきたものと推測される。殊に、わが国では、2003年からスタートした「精神障害者退院促進支援事業(モデル事業)」から続く一連の制度・政策の整備のなかで関係者に浸透してきた感がある。患者の地域移行支援や生活支援システムを検討する過程においては、患者自身の諦め・絶望、家族の受け入れの難しさ、地域社会の偏見・差別、支援者の偏見・差別などの諸課題がある。精神保健福祉士養成を開始したばかりの本学であるが、学生と地域と大学の協働により、名寄市という地域性も加味した上で次代を担う精神保健福祉士のあり様を考えていく必要がある。

keywords : 精神保健福祉士、ソーシャルワーク、統合失調症、高齢精神障害者、地域移行支援

I 緒言

2004年に厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本指針を示し、わが国の精神障害者に関わる施策は、「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」という柱が掲げられた¹⁾。すなわち、この潮流のなかで、精神疾患による入院患者で「退院可能な者」の退院を向後10年で進めていくことが示されたわけであるが、現況では、新入院患者の退院までの期間は短期化されつつあるも、1年以上の長期在院患者については大きな変化はないと推測される²⁾。この点について、山角は、患者への調査の結果から、長期在院者の現状について、「多くが保護的環境と密度の高い生活支援を必要としていること」「そのためにグループホームやケアホーム、高齢者対応が可能な福祉型施設が必要であること」「精神科救急を含めた急性期医療やアウトリーチ型医療の充実、疾病教育などの心理教育を含めた社会復帰リハビリテーションの充実」「デイケアなどの外来機能の充実」「相談体制や就労支援体制の整備」「作業所や授産施設など保護的環境での就労援助」の必要性など幅広い視点からの指摘をしている。さらには、予算と人員を大規模に地域投入する大胆な思考の転換が必要であるとしている²⁾。

翻って、現代の精神保健医療福祉へのニーズの多様化・複雑化は、精神保健福祉士とその養成のあり方の議論を後押しする。2008年に出版された社団法人日本精神保健福祉士協会の機関誌『精神保健福祉(39巻1号)』では、「現代社会におけるメンタルヘルスの課題—精神保健福祉士に期待される役割と可能性」と題する特集が組まれている。このなかで大塚は、「支援すべき対象者の置かれた状況を変革する視点、そうした状況をつくり出している社会構造に対する広い視野、鋭い視点、深い考察、ぶれない軸足で歩むへの変革への働きかけの重要性」³⁾を、石原は「精神障害者の治療と社会復帰の促進という既存の中心的任務にとどまらず、広くメンタルヘルスに取り組むという枠組みからは、国民、市民、住民一般が対象に入ってくることから、公衆衛生と対応することになること」⁴⁾、氏家は「家族機能・地域の支援機能・人がつながり合う関係性の3つが崩壊したといわれる現代社会において、コミュニティのメンタルヘルスを牽引していくのは、よくいえば社会環境モデル、悪くいえば何でもありの精神保健福祉士が適任であること」⁵⁾を指摘していることはそれぞれ非常にインパクトがあり、社会に求められる精神保健福祉士像を検討するのに有益である。

本稿では、統合失調症患者の地域移行支援について諸家が指摘する論点を整理するとともに、近年の精神障害者の高齢化にともなう「高齢精神障害者」の概況についても検討し、加えて、これらを踏まえ、今後の精神保健福祉士養成教育のあり方について筆者の私心を述べることにする。

II 精神保健医療福祉領域における「地域移行支援」の論点

「地域移行」という言葉は、ノーマライゼーションに基づく「脱施設化」の政策が推し進められるなかで定着してきたものと推測される。殊に、精神保健医療福祉領域では、2003年からスタートした「精神障害者退院促進支援事業(モデル事業)」、2008年からの「精神障害者地域移行支援特別対策事業」、2010年からは同事業が「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」と制度・政策が整備されるなかで関係者に浸透してきた感がある。古屋は、これに関わり、長期在院精神障害者への入院中からのモチベーション・サポート(動機づけ)の過

程から、退院に向けた住まいの確保等の環境調整・諸手続き、退院後の地域での継続的な定着支援という一連の取り組みを「地域移行支援」と呼ぶとしている⁶⁾。

筆者の経験で恐縮であるが、統合失調症患者の地域移行支援の難しさは 3 つの論点があると思われる。まず第 1 に、根本の問題として、統合失調症は思春期から青年期の発症が多く、「生活を営む」ということについて、「失われた能力・機能の回復をめざす」ことより「新たな習得」の側面が強いことがあげられる。さらには、家族の必死の支援も相まって、本人に自ら生活を構築していく感覚が養われていないことが多々ある。

第 2 に、当事者が抱える「障害」についての理解の難しさである。昼田は、統合失調症患者の生活障害について、ICF に沿って述べている⁷⁾。それは、すなわち、「活動と参加」における「学習と知識の応用」「一般的な課題と要求」「コミュニケーション」「運動・移動」「セルフケア」「家庭生活」「対人関係」「主要な生活領域」「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」の 9 領域であり、昼田の知見の一部を以下に記す⁷⁾。

(1)学習と知識の応用

感覚的経験、基礎的学習、知識の応用が含まれる。統合失調症では、選択的注意や遂行機能に障害があり、いっぺんに複数の課題を出すと混乱する。混沌とした多義的な情報や状況のなかから、本質的で重要な事柄を抽出する選択機能に障害を持ち、不関連刺激に影響されて混乱し続けることがある⁷⁾。

(2)一般的な課題と要求

単一あるいは複数の課題の遂行やストレス・危機への対処が含まれる。ワーキングメモリーや遂行機能に障害があるため、全体の把握が苦手自分で段取りをつけられない。過覚醒状態で緊張が高く、ストレスやプレッシャーに弱いので、情動的負荷の高い環境では悪化を招きやすい⁷⁾。

(3)コミュニケーション

メッセージの送受信・会話の遂行・コミュニケーションツールの利用などが含まれる。統合失調症患者は、話の脈絡や常識、相手の反応や表情など、間接的で非言語的な手がかりをメッセージの解読に利用するのが苦手である。メッセージを生み出す活動では、「話に接ぎ穂がなく唐突である」という特性や、「自分を中心に物事を考えがち」「視点の変更ができない」といった脱中心化の困難さもみられる⁷⁾。

(4)セルフケア

しばしば、身だしなみや自己の清潔、衛生管理といった面での制限や制約がみられる。たばこの吸い過ぎや偏食、菓子類の食べ過ぎや過食による肥満、水やコーラなどの過剰摂取による水中毒、あるいは服薬中断による再発といった問題もある⁷⁾。

(5)家庭生活

意欲の低下がより顕在化しやすい。多くの患者で退院直後は生活リズムが保てていても、やがて睡眠覚醒リズムが崩れ、食事や服薬時間も不規則になり、再発入院になることが多い。統合失調症では、サーカディアンリズムの崩れがあることが報告されており、サーカディア

ンリズムの障害が目立つ患者ほど神経心理学的なテストで不良な成績を示すという研究報告もある⁷⁾。

(6)対人関係

統合失調症患者は、発症前から「消極的」「自信がない」「対人緊張が強い」「非社会的で孤立しがち」といった性格・行動の特徴を示す場合が多い。一方で、同胞など遺伝的ハイリスク群の追跡調査の結果では、発症しない人は「自己肯定的で自己評価が安定、積極的で自主性があり、対人関係が円満」という特徴があるとされている⁷⁾。

また、大西は、ソーシャルワーカーなどの(介護)福祉職が当事者への対応において留意すべきこととして、“非特異的生活特徴”を示している(陽性症状＝特異的症状とみている)⁸⁾。すなわち、①名目や世間体、周囲の評価に拘泥し、過敏に反応する、②切り換えができず変化にもろい、③枝葉のこと、目先のことにとらわれ、中心的事柄を見落とす、④段階的にことが運ばず短絡的に行動する、⑤ほどほどに、という手加減ができず all or nothing(全か無か)的行動をとりやすい、⑥選択を擁する課題に直面すると自己決定ができず、選択を放棄するか行動の統制を失い混乱する。

そして、第3に、退院を困難にする多様な因子の存在である。古屋は、長期在院精神障害者における退院が難しい患者について、先行研究の動向から、「統合失調症であること」「発症以来の経過年数が長いこと」「継続在院機関が長いこと」「高齢化していること」「敵意・興奮・猜疑心が強いこと」「反社会的行動が予測されること」をあげている⁹⁾。さらに、池淵は、統合失調症患者の退院を困難にしている因子について、「病識と治療コンプライアンス」「退院への不安」「ADL」「問題行動」「自閉的行動」「身体合併症」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」の8因子を抽出している⁹⁾。

III 高齢精神障害者への支援をめぐって

厚生労働省の患者調査によれば、2011年の精神病床入院患者のうち、65歳以上の入院患者は半数を占めている¹⁰⁾。診断別で見ると、入院では統合失調症圏が最も多く、高齢の統合失調症患者は依然として精神科医療の中心的な課題の1つであり、これまで地域移行支援や退院促進として様々な策が講じられている¹¹⁾。ところが、病棟の現場では、院内の人員配置の影響などもあって、比較的若年の患者に時間や医療費、興味や関心が向けられる傾向にあることは否めないとされる¹¹⁾。また、支援の目標設定に際しても、若年者は就労や自立などがキーワードになるが、50代以降は「日々の生活をよりよくする」「自分らしく暮らす」などが中心となっている感がある。

本稿では、高齢精神障害者への支援を考える際には認知症を第一疾患としないが、統合失調症をベースに当事者を理解していく上では、感情障害、認知症、老年期精神障害などの病態が重なり合い、加えて、身体合併症も出現することを念頭に置く必要がある¹²⁾。わが国では、精神科病床における入院患者の高齢化にともない、2012年度から「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」において「高齢入院患者地域支援事業」を新設している。この流れのなか、日本精神保健福祉士協会では、2012年に高齢精神障害者支援検討委員会が設置され、「高齢入院精神障害者に対する精神保健福祉士の支援に関する調査」が実施されてい

る。同調査は、主診断が認知症ではない65歳以上の者で、1年以上継続して入院している者が対象となっており、558名から回答を得ている¹³⁾。

その結果、「半数以上が任意入院であること」「半数が30歳までに発症していること」「ADLは比較的自立していること」「退院希望を『有』とする者は42.0%であったこと」「退院希望を『無』とする者の理由は『病院にいたい』『このままでよい』のような現状維持を希望するものが多かったこと」「病院内のグループ活動、SSTや作業療法などに参加していない者は33.6%であったこと」などが示され、あらためて、支援の難しさを裏付けた¹³⁾。

一方で、筆者は、同調査の結果で「要介護認定の未申請が68.5%」「障害程度区分の未申請が85.3%」であったことに衝撃を受けている。筆者の経験では、退院を前提とした地域生活支援を考え、地域包括ケアを調整していく上では、両制度の利用は欠くことができないが、これらが未申請であることは、その試みすら行われていないと想像できるからである。

榮は、これら結果を示すなかで、「院内寛解」に触れている¹³⁾。「院内寛解」とは、「病院にいるかぎりでは主観的症状はなく、病院社会に適応し、心的平衡を保つことができ、客観的にもいわゆる寛解状態を維持し続けるのに対し、ひとたび病院を離れるとただちに症状が現れて、病像は悪化し、そして病院に帰ってくるとまもなく心的平衡を取り戻して寛解状態をきたす」ものである¹⁴⁾。そして、「高齢入院精神障害者」の課題は「統合失調症を患う院内寛解者」の課題といえるかもしれないと評価していることは重要な指摘である¹³⁾。

IV 終わりに(精神保健福祉士養成のあり方を考える)

これまでのごくわずかな患者との出会いでさえ、その人生の多様性、病的体験に翻弄されながら生きる苦しさ、漠然と何かに怯えながら過ごす毎日の緊張感など多くことを患者から教えられた。精神保健福祉士として、精神障害と社会を考察せねばと焦る毎日は、同時に「病気が辛い。病院での生活は辛い。退院して家に帰るのも辛い。そもそも帰る場所がない。家族に迷惑をかける。生きていることが辛い」という患者の極限の感情の前にある種の無力感を感じるものでもあった。また、患者の自宅などを訪問する機会があると、本人のみならず家族が直面する問題の多さに胸が詰まった。精神症状が悪化していく本人を目の前に、「誰も助けてくれない。どうすればよいのかも、どこへ行けばよいのかも分からない」と訥々と語り、さらに、「病院や施設の力を借りながら家族の愛と絆で治そうと思っている」と本人の回復を切に願う家族を前に言葉を失うことも少なくなかった。

門屋は精神保健福祉士のあり様を論ずるなかで、「私たちはかなり高い頻度で、刹那的な生き方しかできず、希望、人生の目的、夢を持ってない人たちと出会う。このようなパワレスな状態になぜ至ったのかを理解できることは精神保健福祉士として大切な資質である」「どのような状況であろうと、不幸のどん底と感じ、最悪の人生と決めつけ、仕方がないと諦めていて、我慢の人生を、空虚な人生を、病者として障害者として生きることを甘受している人でも、今より必ずよい生活、違った人生を歩めること、今より満足できる暮らしになれることなどに未来への希望があることを本気で信じられる専門職でなければならない」とし、逆境にあっても「希望」を持ち続けることの大切さを述べていることには筆者は衷心より賛同する¹⁵⁾。

ただし、精神保健福祉士の熱心さは、当事者を常に「世話をしあげなければならない人

と考へ、手厚くし接するものの、そのことが、当事者の弱さに着目し偏見と差別の構造をつくりだしていることもある。そもそも、熱心さや元来ある専門職側の当事者への否定的イメージから、時に強い憐れみの対象として過干渉や過保護な対応が専門性と勘違いしたり、代理行為を当たり前として、パターナリズムを権威と結び付けて関わりの柱とするなどの現状・リスクがあることも忘れてはならない¹⁵⁾。

さて、安西らは、精神障害においては疾病と障害が共存していることから、関わる側には、精神疾患や障害特性についての知識と技法が担保されていることが望ましいとし、さらには、専門職の配置を要件としていないサービスの質をどのように高めていくかが課題であるみており、サービスのあり方として、以下の「4つのA」を示している¹⁶⁾。

①Accessibility：利便性：利用者にとってアクセスしやすく、短時間で最大の効果をもたらす方法を持ち合わせ、最適のサービスを提供できること

②Acceptability：受容性：利用者がスティグマを感じずに利用可能であり、出費に見合うかそれ以上の便益があると評価されるサービス

③Accountability：説明責任性：そのサービスを提供する内容が科学的エビデンスに基づいており、スタッフの技量も質的に常に保障されているサービスであること

④Adaptability：適応性：各障害の様々な時期やニーズに応じることができ、時代の変化や地域のニーズの変化にも適応していけるサービスであること

これらの指摘は、きわめて明快で根本を成すものであるが、これらのことが実現できていない精神科ソーシャルワーク実践の土壌は他職種との協働の視点も含めて大いに点検する必要がある。

最後になるが、拙稿¹⁷⁾でも指摘してきたように、精神障害者自身が、精神保健・福祉専門職が当事者に対して否定的な見解や態度を持っているとしばしば感じていることもある。この精神障害者の感情は、サービス満足度の低下を招いたり、信頼関係の形成を困難にしたりすることも考えられる。精神保健福祉専門職におけるスティグマティゼーションは、結局のところ、ケアの質の低下や排除あるいは差別に結びつく。多くの場合、精神保健福祉専門職は、患者にとって病気の再発に少しでも影響があると感じた場合、当事者の仕事の能力とは関係なしに、専門職の経験と短絡的な予測から仕事などに代表されるすべてのストレスフルなイベントを、患者個人から取り去ってしまう傾向がある。適度な仕事や精神疾患の長期的展望を持つことは、精神障害者の生活の質や疾患の良好な回復と関係しているにもかかわらず、専門職は自身の経験からくる悲観的な予測やスティグマティゼーションによって、精神障害者の回復、社会参加そして就労の機会を奪っているのかもしれないという視座も忘れることはできない¹⁸⁾。

総じて、統合失調症患者の地域移行支援や生活支援システムを検討する過程においては、患者自身の諦め・絶望、家族の受け入れの難しさ、地域社会の偏見・差別、支援者の偏見・差別などの諸課題を前に、波打ち際に砂山を築く虚しさを感じることもある。しかし、誰がどのように評しようとも、われわれが暮らす地域には、精神保健医療福祉のあらゆるサービスが必要なのである。精神保健福祉士養成を開始したばかりの本学であるが、以上の視点を踏まえ、そして、包み隠さず歴史・現状を学生に伝え、学生と地域と大学の協働により、名古屋という地域性も加味した上で次代を担う精神保健福祉士のあり様を考えていく必要がある。

文献

- 1)厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン．2004.
- 2)山角駿：長期在院者の現状と地域移行への条件．精神科臨床サービス，9(3)：334-339，2009.
- 3)大塚淳子：精神保健福祉士としてメンタルヘルズ課題をどうとらえるか．精神保健福祉，39(1)；5-10，2008.
- 4)石原邦雄：社会変動とメンタルヘルズ．精神保健福祉，39(1)；11-15，2008.
- 5)氏家靖浩：精神保健福祉士はコミュニティといかにかわるべきか．精神保健福祉，39(1)；16-20，2008.
- 6)古屋龍太：精神科病院脱施設化論．批評社，2015.
- 7)昼田源四郎：統合失調症をもつ人にとって，なぜ地域生活が困難なのか，生活障害の視点．精神科臨床サービス，9(3)；318-322，2009.
- 8)大西次郎：精神保健福祉学の構築，精神科ソーシャルワークに立脚する学際科学として．中央法規出版，2015.
- 9)池淵恵美，佐藤さやか，安西信雄：統合失調症の退院支援を阻む要因について．精神誌，110；1007-1022，2008.
- 10)厚生労働省：平成23年度患者調査の概況．厚生労働省，2012.
- 11)加藤大慈：高齢精神障害者支援の現状と課題，特集にあたって．精リハ誌，19(2)；134-135，2015.
- 12)桑原寛：高齢精神障害者の精神保健医療福祉について．精リハ誌，19(2)；136-140，2015.
- 13)栄セツコ：558名の「高齢精神障害者」が問いかけるもの，日本精神保健福祉士協会「高齢入院精神障害者に対する精神保健福祉士の支援に関する調査」をもとに．精リハ誌，19(2)；141-146，2015.
- 14)八木剛平，田辺英：日本精神病治療史．金原出版，2002.
- 15)門屋充郎：精神保健福祉士の新人に私は伝えたい．精神科臨床サービス，5(1)；62-66，2005.
- 16)安西里美，水野雅文：長期在院者の退院支援と地域生活における困難について，制度・システムの視点から．精神科臨床サービス，9(3)；323-328，2009.
- 17)松浦智和，横山薫：地域住民の精神障害者への態度に関する基礎的研究、ボランティアグループへのインタビュー調査の結果から．旭川大学地域研究所年報，35；27-42，2014.
- 18)山口創生，米倉裕希子，周防美智子，岩本華子，三野善央：精神障害者に対するスティグマ是正の根拠，スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見．精リハ誌，15(1)；75-85，2011.

