

を増やして行って、2年間かけて作ってきた。それをフォーマルな時間にいかにできるかというところだと思っている』

6) 介護サービス等との関係

- ・『「こういうときにはどうすればいいでしょうか」というような相談をヘルパーから受けることもある。ヘルパー個人からもありますし、事業所の方から、ヘルパーさんの共通した悩みとか心配についてご相談を受けたりする』
- ・『「ヘルパーさんに入ってほしいんだけど」という第一報が、ここに入ることが多い』
- ・『「どういうヘルパーさんとウマがあうかとか、何をしてもらおうのがいちばんいいか、本人の意向を掘り下げていくことや、どういうヘルパーが来るのがいちばんうまくいく状態なのかとか、そういう調整が必要』

7) 訪問活動の違い

- ・『保健師さんに訪問をお願いするケースは、相談を受けたケースが生活支援というよりも治療優先する急性症状だというケース。そういった運用は保健所の役割と思っている』
- ・保健所には『医療に対してとか、制度サービスに対しての苦情があるときに、第三者に入ってもらって話をしたほうがいい場合や、状況を知ってもらった上で私たちも関わっていきたいと思うケースについては、訪問をお願いする』
- ・『定期的に関わらなくてはいけないケースには、病院の訪問看護室が行く。支援センターはクリニック関係の方で、家族調整がとても必要だったり、精神に今まであまり関わったことのないステーションの人たちではしんどいだろうなというケース』
- ・『社会復帰して作業所を利用したいという方については、訪問看護というスタイルではで

きにくいところがあった』

- ・『何とかしたいというモチベーションがすごく高い利用者とか、ほんとうに病状が不安定とか、命に関わるような生活をしているような人は、必要な時期だけ訪問看護で集中的に介入するというようなことでもいい』
- ・『医療機関の訪問看護は治療が生活に反映されているか、基本的には薬物療法の効果が生活に反映されているかどうかを見るから、お薬に対するもの、治療効果、療養環境を整えるための家族調整というあたりが、病院からの訪問看護の主な役割と考えている』
- ・『支援センターでは、よろず相談。「これはちょっと、どうにかならないか」という、話しの中で受け取った部分をお手伝いする。だから、あまり指導するというような話題は少ない。生活面の工夫、生活でちょっと一ひねりの工夫が支援センターの役割』
- ・『医療が訪問看護をするほどでもない状態で安定している人。そういう人でも、すごく孤独感を感じている。月に1回だが、それをすごく心待ちにしている』
- ・『病院や訪問看護ステーションの訪問は、治療がらみ。服薬の管理がこの人はなかなかできないのでとか、いろいろなことを定期的に見る必要があるようなケース。しかし、その必要がない人もけっこういる』
- ・『予定があつたり、誰かが来ることを心待ちにするというのは、生活の質を高めるというか、生活の彩りになる。やはり、人間は人づきあいの中で生きる動物なので、いくらひとりが好きといっても寂しいときはある。それを「医療」とは言わない』
- ・『家族が困ったときに何にでも対応するというのは、ステーションや訪問看護室がそういう訪問の仕方をするのは難しい。ある程度、契約が必要。今、必要だからというので動け

るのは支援センターの特徴』

- ・『相談があって、すぐ動けるのが理想的だと思う。今、困っているのだから。』
- ・『今、困っているときに即応できるのが、支援センター』

8) 支援センターにおける訪問活動の困難性

- ・『この人は医療でやっていきたいと病院側から示されたとき「医療の部分なので、病院とデイケアとでやっていきます」といって線を引かれたときに入って行きようがないというやりにくさはある』
- ・『今いる職員数でできる仕事に留めているという部分がある。もうちょっと丁寧な連携調整をしたい。見守り的な訪問とかの部分は、まだまだ積み残している部分』
- ・『生活支援という看板をわれわれはいただいているわけだから、窓口的な相談だけでなく、やはり、実働的な役割も担っていく。時間かけて丁寧にとということではなくて、見守り訪問的な、声かけ訪問。そういったのはまだ(たくさん)あっていいのではないかと思っている』
- ・『外に出られるマンパワーが少ない。訪問はけっこう時間がかかるから、そこらへんがいちばん問題かなと思う』
- ・『直接援助もそうだけれど、関係機関の援助能力の向上という機能があっていいのではないかと思う。あるいはコンサルティング。直接支援機関だけれど、だからといって全部やってしまうと、直接支援機関の能力をオーバーしていくから、他に本来やるべき機関があれば、その機関に対して働きかけて、その機関に適正な能力発揮をしてもらって調整をする。それを意識的にやらないとダメかもしれない。そうしないと、数がどんどん増えるだけ。でも、スタッフの数は増えない。』

- ・『病院がやらないなら、せめてセンターがきちんと訪問すればいいんじゃないかと思う。訪問加算。訪問機能を強化する。たとえば、このセンターの機能でいえば、今後、訪問とか地域展開を評価していくということであれば、何らかの経済的バックアップみたいなものがあつたほうがいい』

5. 今年度のインタビュー結果についての考察

上記 8 項目についてのインタビューを行なった結果、支援センターにおける訪問に関するいくつかの特徴が明らかになった。

1) 運営理念及び活動状況

いずれの支援センターも関連施設の精神障害者だけが利用するのではなく、公共の社会資源として利用しやすいように意識し、工夫していた。今回調査した支援センターは開設前には、関連法人の授産施設や訪問看護といった部門で地域生活支援を行っていたが、作業をこなすことに忙殺されたり、地域生活の中で起こる問題を病院の中からの支援で解決することに限界を感じた等の経緯があつて、独立型施設の開設に踏み切っていた。公共性を意識した結果、精神障害だけでなく、他障害や老人や子供等のメンタルな問題にも対応しており、行政からも公共の社会資源として認知されていることがわかる。この公共性を意識していることが、障害の種類や通院している医療機関や受療の有無に関係なく、また具体的な問題が顕在化していない段階の相談など、幅広いニーズへの対応を可能にしていると考えられる。

2) 訪問の対象者・紹介ルート

訪問の対象者は、他の訪問看護と同様に統合失調症が多いという結果が出ている。このことは、統合失調症の生活障害が他の疾患よりも大

きいことを示していると考えられる。訪問が行なわれる経緯については、依頼によるものが多い。本人からの依頼の場合は、他の利用者から訪問という形の生活支援サービスがあることを聞いて自ら希望するケースや、対象者の生活のしづらさを知る医療機関のスタッフからの紹介を受けたケース等があると考えられる。支援センターの訪問は原則として無料であり、主治医を通した手続きも不要であるため、訪問というサービスをよく知らない場合や、限定的な支援を求める場合等に比較的に利用しやすいと考えられる。

本人以外からの依頼の場合は、いくつかパターンがある。例えば、特に問題があるというわけではないが、一緒に生活していない家族が心配して生活ぶりを時々見てほしいという「見守り」の訪問希望である。家族以外の依頼の場合は、例えば「大声を出している」とか「ドアの開閉の音がうるさい」等の近隣住民や家主の病状に対する不安や生活行動に対する苦情に対応するための訪問である。ほんの少しのアドバイスで迷惑行動がなくなり、周囲と良好な関係性を保ちながら生活できるようになることも多い。

このように、周囲が困っているのに本人に自覚がない場合に、本人の契約をとらなくても訪問ができるのは支援センターの訪問の特徴である。この場合、全く面識のない対象者に対して強引に訪問するというのではなく、支援センターの利用者であるという必要最低限の契約は行なっていることが条件となる。何か問題が起きているときに迅速に対応することは周囲の人に安心感を与え、大きなトラブルになるのを未然に防ぐことにもつながる。このことは、利用者の地域生活を安定させるためには、非常に重要な介入であると考えられる。それ以外に、依頼がなくても支援センターは訪問を実施す

ることができる。これは、支援センターの中心的事業である相談の延長線上で、必要に応じて実施される。自宅からなかなか出ることのできない対象者の個別ケアの必要性を判断し、自宅に訪問して相談を受けるといった形をとることができる。また、最近来所が途絶えた利用者がいた場合にも、臨機応変に様子を見るために訪問を行なう。このように、支援センターの訪問の対象者は、定期的な訪問を実施しているケースは少なく、必要に応じて不定期に訪問を実施することが多い。

3) 訪問活動の目標

支援センターの訪問活動は、他の訪問看護と同様に「利用者の安定した地域生活を支援する」ことが目標とされている。しかし、その支援はQOLの向上といった高い目標ではなく「利用者が望む生活の維持」であり、地域で暮らす精神障害者の様々なニーズに対応するものとなっていることも、支援センターの訪問活動の特徴であると考えられる。

4) 訪問で行なっているケア内容

対象者・紹介ルートの項で述べたように、支援センターは利用者の生活行動に不安を感じての要請にも迅速に対応する。このように、何かあったときにはすぐに対応してくれる支援センターの存在は、精神障害者に住居を提供してくれる家主に大きな安心感を与えることにつながる。利用者自身へのケアは訪問看護で提供できるが、利用者を支える周囲の人たちへのケアは訪問看護の枠組みの中では十分にできないのが現状である。本人からの依頼の場合は、誰も訪ねてくる人がいない孤独な生活に潤いがほしいといういわゆる「話し相手」や、電気製品の修理や使い方の指導等という短時間で終わる生活支援も多い。このような訪問は、契

約を結んで受ける「医療的」あるいは「訓練的」なサービスとは異なる。短時間であっても、利用者のニーズを満たす支援センター独自の訪問活動であると考えられる。このように、支援センターの訪問活動は利用者自身のモチベーションがなくても周囲の人(利用者にとって支援者的立場の人)の要請で実施することができ、それによって利用者の「生活のしづらさ」を解消していくという特徴をもっている。また、対人交流が苦手な精神障害者が1対1の心の交流を求めている場合には、話し相手として訪問することで利用者のニーズを満たすことになる。そして、様々なアクシデントが起こる日常生活の中で、「今、困っていること」に即応してくれる支援センターの機動力は、地域で暮らす精神障害者に大きな安心感を与えていると考えられる。

5) 関係機関との連携

地域ネットワーク構築のために、いずれの支援センターも関係機関との連携強化に力を入れていた。病院も含めた地域の社会資源を定期的に訪問するなどして、支援センターの存在をアピールしたり、職員とのつながりをもつように努めている。また、勉強会やミーティング等を企画して声をかけることで、お互いの状況報告や情報交換を行っていた。そのような活動は、公共性をもつ社会資源であるからこそ可能であると考えられる。このような顔つなぎをすることで、支援センター利用者の小さな変化や困りごとに関する情報が寄せられる。また、関係機関が行なうサービスに適應しない対象者についての相談も行なわれることになる。このようなつながりの中で他のサービス提供者からの相談が持ち込まれ、それを支援することで、更にネットワークの強化が図られていると考えられる。

6) 介護サービス等との関係

関係機関との連携の項で述べたように、公共の施設である支援センターは精神障害者を対象としたサービス提供者にとっては相談しやすい窓口であると考えられる。特に最近、精神障害者の地域生活支援として導入されることの多くなったホームヘルプについては、サービス利用に不慣れな精神障害者とヘルパーの調整を行なうという重要な役割を担うことが増えていると考えられる。

7) 訪問活動の違い

支援センターが行う訪問活動の内容は、これまで述べてきたように多岐にわたる。本人からの依頼のあるケースや、本人は訪問の必要性を感じていないが周囲が不安に思っているような場合、また、関係機関で対応に困ったケースや、制度や社会資源利用を目的とした対象者、更には、支援センターの判断で訪問する場合等さまざまである。しかし、それらの訪問で共通していることは、不定期にあるいは一定の短期間にのみ実施されることが多いということである。医療機関からの訪問看護や訪問看護ステーションの利用については、主治医の指示が必要であり、利用者が生活上の問題を自覚していて具体的な援助を求めている事例がほとんどである。このような訪問については、一定期間集中的なケアを必要としているのであるから、契約をして利用料を支払うのである。それに比べて、「契約をするほどではない」あるいは「契約をしている時間的余裕がない」等の事例については、支援センターの訪問が適していると考えられる。このような支援センターの訪問は、保健師が行なう訪問指導に似ているところもあるが、電気製品の修理や引越しの相談や援助等の日常生活上の困りごとについては、保健師は対応できないのが現状である。

8) 支援センターにおける訪問活動の困難性

今年度の調査でも、マンパワー不足があげられている。個別ケアを中心に事業を展開しているが、支援センターの認知度があがれば相談件数は増えて、実施する個別ケアも増えてくる。何かあった時に即応できる体制を整えておくには、現在の基準では難しい状況にある。個別ケアやアウトリーチサービスは、時間もエネルギーもかかる。これらの実績については、何らかの経済的な支援が必要ではないかと考えられた。

マンパワーの問題以外に、利用者のかかりつけ医療機関との連携の困難性もあげられていた。その病院にある社会資源のみを利用する治療計画をたてられることもあり、医療機関の支援センターへの期待はまだ低いと思われる。

D. 総合考察

今回の調査で明らかになった支援センターの訪問活動と他の精神障害者を対象とした訪問活動の違いが明らかになった。精神科病院の訪問看護室と訪問看護ステーションの訪問看護を比較した平成 15 年度の「精神科訪問看護のあり方についての検討」によると、ふたつの訪問看護の機能や役割は重なるものも多数あるが、利用者や利用期間、ケア内容等に違いが見られる。訪問看護室の利用者はデイケア等の通所サービスを利用しているものの順調でないことが多く、訪問看護で通所や通院を継続させるという事例や、病状の変化が激しく早期介入で医療につなげる必要があることが多い。ケア内容も、病状の観察や服薬指導に重点が置かれ、家族介入も病状安定のための対応方法の指導や家族関係の調整が多い。利用期間は、病状の安定やデイケア通所や通院の継続の状況に応じて、比較的短期間に訪問回数を減らして様

子を見て終了に至る場合が多い。それに対して、訪問看護ステーションの利用者は病気とつきあいながら安定した地域生活を送るための直接的な生活支援を必要としている場合が多く、複数のサービス利用がそれほど必要でない対象者が多い。ケア内容も利用者の希望にあわせた契約内容で、長期間サービスが提供される場合が多い。このような利用状況の違いから、以下のような考察が述べられている。短期入院で病状の不安定さを抱えた患者や長期入院で地域生活への適応が困難な対象者に対しては、主治医のいる病院からの訪問看護が「医療に近い」という意味で利用者に安心感を与えて効果的であり、それらの利用者が病状・生活ともに少し安定した時には、具体的な生活支援が長期的に受けられる訪問看護ステーションの利用が適していると考えられる。これに対して、保健師の訪問指導はどのような役割で行なわれているのだろうか。保健師の場合、担当する対象者の人数が膨大でその年齢層も幅広い。また、疾患や障害を抱えた後のケアだけでなく、その予防や健康増進という目的で活動を展開することも多い。そのため、訪問指導の目的もさまざま、行政の活動ということで利用料も発生せず、そこには「契約」は必要ない。そのため、個別ケアとして対象者ひとりひとりにかかわるというよりも、住民という集団の中に発生した必要性に応じて訪問指導を行なっていると考えられる。

それでは、支援センターの訪問活動の特徴は何か。支援センターに関する調査は平成 14 年から続けており、平成 14 年度の調査結果を見ると 90% 近くの支援センターで訪問活動が実施されており、実施状況は「定期的に訪問するケースがいる」が約 34% で、「必要に応じて実施」が約 54% であった。また、訪問内容については「病状観察」が約 39%、「話し相手」が

約 37%、「住居」が約 21%で比較的多く、「薬」「身体」「食事」「金銭」「就学・就労」「対人関係」「家族関係」「制度利用」がそれぞれ 10% 台という結果が出ている。これについては今回も同様の結果が出ており、定期的に訪問するケースよりも不定期訪問が多く、紹介ルートやケア内容は多岐に渡っていた。今回の調査で特に目立ったのは、地域で暮らす精神障害者のニーズが非常に多様で、既存のサービスではそのニーズが満たせないことが多いという事実である。そのような人が支援センターを利用し、個別ケアを受けていることが明らかになった。支援センターが行なう特徴的な訪問活動としては、利用者自身の依頼によるもので、生活用品の使用に関する簡単な相談や援助等短時間で対応可能な訪問があげられる。または、1対1の心の交流を望む「話し相手」や、対象者の周囲の人の不安を解消するための訪問等、「具体的に何かを解決する」というよりも「見守り」あるいは「様子見」といったものがあげられる。支援センターはさまざまなケースの「入り口」となり、それぞれのニーズにあわせて振り分ける機能をもっている。公共の社会資源ということで、精神障害だけでなくさまざまな生活のしづらさをもっている人が支援センターを訪

れる。その相談の中で個別ケアは始まり、支援センターは自らがもつ地域ネットワークを活用して完結型でない地域生活支援を行っている。また、支援センター利用の契約さえしていれば、訪問に関する手続きや契約を必要とせず、「今、困っていることに対応する」即応性も、支援センターの有効な持ち味だと考えられる。その即応性が正しく発揮されるためには、そこで起こっていることの正しいアセスメントが必要となる。そのためには専門職の配置は必要不可欠である。平成 18 年度からは精神障害者のケアマネジメントが始められることもあり、支援センターの役割に対する期待が高まっている現在、支援センターが独自の機能を有効に発揮するために、モデルケースの提示とスタッフ教育システムの整備が今後の課題になると考えられる。

E. 結論

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 各支援センターの職員構成と訪問状況

		支援センターO	支援センターU	支援センターW
職員構成	精神保健福祉士 又は社会福祉士	4人	1人	2人
	看護師又は准看護師	0人	3人	2人
	その他	2人	1人	1人
訪問状況	利用実人数	24名	13名	13名
	訪問述べ件数	51件	13件	25件
	最小訪問回数	1回	1回	1回
	最多訪問回数	5回	1回	3回
	平均訪問時間	30分	41分	30分
利用者内訳	統合失調症	20名	6名	6名
	感情障害	1名	4名	2名
	神経症	0名	1名	1名
	人格障害	0名	0名	0名
	痴呆	0名	0名	0名
	他精神障害	3名	1名	4名
	精神疾患以外	0名	1名	0名
	単身生活	20名	4名	7名
	家族と同居	4名	9名	4名
	その他	0名	0名	2名
ケア内容	病状	2名	4名	2名
	薬	0名	0名	0名
	睡眠	0名	0名	0名
	身体	0名	1名	0名
	食事	0名	1名	0名
	住居	2名	0名	0名
	金銭	3名	2名	0名
	就学就労	0名	2名	0名
	対人関係	2名	1名	3名
	家族関係	2名	1名	2名
	制度利用	1名	1名	3名
	話し相手	4名	1名	3名
その他	8名	4名	0名	

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業

重症精神障害者に対する新たな訪問型の
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究
研究体制 (50音順)

主任研究者 : 塚田和美¹⁾
分担研究者 : 伊藤順一郎²⁾、大島 巖³⁾、西尾雅明²⁾、仲野 栄⁴⁾
研究協力者 :
ACT-J 研究チーム : 鎌田大輔、久野恵理、小泉智恵、鈴木友理子、園環樹、
高山莉理子、齋川信幸、久永文恵、平野美紀、深澤舞子、
深谷 裕、堀内健太郎、前田恵子
ACT-J 臨床チーム : 相澤みな子、足立千啓、稲益実、香田真希子、小嶋ひかる、
坂下利香、佐藤文昭、猿田忠寿、高村園子、田中幸子、
月野木睦美、土屋 徹、英 一也、梁田英麿、山下真有美、
渡邊雅文
事務担当 : 鶴城恵美子、太田理津子、徳永篤子

¹⁾国立精神・神経センター国府台病院、²⁾国立精神・神経センター精神保健研究所、
³⁾東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野、⁴⁾社団法人日本精神科看護技術協会

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業
重症精神障害者に対する新たな訪問型の
包括的地域生活支援サービス・システムの開発に関する研究

平成 16 年度 総括・分担研究報告書

発行日 : 平成 17 年 4 月
発行者 : 「重症精神障害者に対する新たな訪問型の包括的地域生活支援
サービス・システムの開発に関する研究」主任研究者 塚田和美
発行所 : 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部
〒272-8516 市川市国府台 1-7-1
国立精神・神経センター国府台病院気付
電話 : 047-375-4758 FAX:047-375-4773
