

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神 障害分野））
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」

分担研究報告書

分担研究：地域における精神障害者の人権確保に関する研究
—精神障害者に対する地域のまなざしと専門職の構えを中心に—

研究分担者 古屋龍太（日本社会事業大学大学院、教授）

研究協力者 矢野 香（東砂長寿サポートセンター、主任介護支援専門員）

研究協力者 松川 靖（東十条・神谷高齢者あんしんセンター、主任介護支援専門員）

研究協力者 中越章乃（神奈川県立保健福祉大学、助教）

研究要旨：

【目的】精神障害者の支援に不慣れな地域の支援者の力量を上げ、地域のリソースとストレングスを活かした地域生活支援のノウハウを伝えていくために、実際に精神障害者支援に携わる地域支援者らの暗黙知・経験知を言語化する事例検討会の方法を明らかにする。

【方法】居宅介護支援事業所等に従事する介護支援専門員等 16 名を対象としたアクションリサーチを実施した。①事例検討を中心とした全 4 回のグループ・スーパービジョン（以下 GSV）、②参加者に対するアンケート調査、③振り返りシートによる評価、④フォーカス・グループインタビューによる GSV の振り返り評価、⑤アンケート調査票の集計と録音データの質的分析。

【結果および考察】介護支援専門員（以下 CM）は、介護保険の主契約対象者ではない家族で精神疾患を有する方との出会いが多いことが知られている。本来は、家族支援も環境支援業務として位置づけてかかわることが求められているが、不慣れな精神障害者に対する構えもあり、かかわりの困難さを実感している CM が多い。今回、事例検討に基づく GSV を試行的に実施することにより、精神障害者に対しても普通に話せばいいと納得できることで、困難の多くが支援者側の構えの問題にあることが示唆された。「精神障害」に問題を還元するのではなく、本人たちの生き方や選択を認め、多様性を尊重し、まず人として接することが大切であり、在宅精神障害者へのかかわりにおいては、本人のヒストリー（生活歴、生き方、背景）やストレングス（力と強み、大切にしているもの、地域とのつながり）を理解した上でのアプローチが重要との気づきが、当事者へのかかわりを良好なものに転換し、権利を擁護することに繋がる。一方、居宅支援現場における事例検討会が、CM 同士で日常的に実施されることは少なく、「統合失調症が怖い」という気持ちや戸惑いを率直に表明しても受容され、批判されること無く安心して話せる事例検討の場が必要である。CM を対象とする実務者研修では、認知症は取り上げられても精神疾患は扱われず、精神障害にかかわる基礎知識も乏しい。CM に対する精神障害者支援にかかわる研修の実施が必要であり、ストレングス視点での効果的な事例検討に基づく GSV の実施が有効である。

【結論】地域で居住する精神障害者に対する住民及び専門職種への構えは、接触体験の乏しさによる基本的知識不足と、未治療例や治療中断者の妄想的言動・攻撃的態度に対する対応苦慮などから形成される。一方で、精神障害者支援に不慣れな専門職でも、事例検討会等において適切なスーパービジョンやコンサルテーションの機会が得られれば、意思疎通と信頼関係の構築が図られる。精神障害者に関わる支援者が乏しい地域においても、適切な地域生活支援テキストに基づく研修会と事例検討に基づく GSV を展開することにより、CM 等の既存の人的リソースとストレングスを活かした支援チーム形成が可能であり、地域包括ケアシステムの中で在宅精神障害者の人権確保を図ることができる。

A. 研究目的

精神障害者の支援に不慣れな地域の支援者の力量を上げ、地域のリソースとストレングスを活かした地域生活支援のノウハウを伝えていくために、実際に精神障害者支援に携わる地域支援者らの暗黙知・経験知を言語化する事例検討会の方法を明らかにする。

精神障害者支援に従事していない他領域の専門職・機関等が、支援方法等の知識を習得し対応力量を高めることにより、既存の人的リソースとストレングスを活かして支援チームを形成した地域包括ケアシステム構築に貢献するとともに、在宅精神障害者の人権確保を図る取り組み方法の構築に寄与する。

B. 研究方法

1. 先行研究レビュー

精神障害者に対する偏見とスティグマ、地域生活支援にかかわる先行研究に関して、CiNii、医学中央雑誌 Web の文献検索データベースを用いて文献検索を行った。基本検索用語を「精神障害」「スティグマ」「偏見」とし、他に「専門職」等の数語を加えながら検索を行った。また、専門職団体等が刊行する調査報告書を通覧した。

2. プレ調査

東京都内某区で、主に高齢者介護に従事する介護支援専門員（ケアマネジャー、以下 CM と略す）31 名を対象に、電話聴き取りによるプレ調査を行った。「精神障害を有する人のケアマネジメントにおいて困っていることは何ですか？」との質問項目に対して、語られた言葉を分類し検討した。

3. 本調査

平成 29 年度は、高齢者領域に従事する CM を対象としたアクションリサーチを行った。東京都内の介護支援事業所に勤務する 16 名を対象に、①事例検討を中心とした全 4 回のグループ・スーパービジョン（以下 GSV と略す）、②参加者を対象にアンケート調査、③10 点満点の振り返りシートによる評価、④フォーカス・グループインタビューによる GSV の

振り返り評価、を実施する。アンケート調査票の集計と録音データの KJ 法を援用した質的分析を通して、地域の既存リソースを活かした人的資源開発と具体的支援方策を検討し、地域在住の精神障害者の人権擁護を促進する方途を検討した。

（倫理面への配慮）

対象者に、研究の目的と方法、個人情報とデータの取り扱い、研究協力者の権利について、十分な説明を行い、参加同意書を得た。取得したデータや個人情報は、研究目的外には使用しないこと、データは匿名化し、研究発表する際も個人情報は守秘されること、データの保管には万全を期し外部へは漏洩しないこと、録音テープ等は調査結果がまとまった時点で消去・破棄することを、文書を用いて伝えた。また、研究に参加するか否かは自由意思に委ねられており、一度同意した後でいつでも同意を取り消すことができ、それによる不利益はないこと、参加しなくても不利益を受けることは全くないことを保障した。CM に対して心理的侵襲性・社会的不利益を生じる可能性のあることから、日本社会事業大学社会事業研究所に倫理審査を申請し承認を得た（2017 年 7 月 7 日、受付番号 17-0203）。

C. 研究結果

1. 先行研究レビュー

「精神障害」「偏見」の 2 語で検索すると 128 件の文献がヒットする。これに「スティグマ」を加え 3 語で検索すると 25 件の文献がヒットする。この 3 語に「地域」を加えると 9 件、「意識」を加えると 5 件、「啓発」を加えると 4 件、「住民」を加えると 3 件、「専門職」を加えると 0 件となった。

これまでも精神障害者に対する偏見に関する調査研究は多数行われており、一般市民や地域住民の精神障害者に対する意識を問うものが多い。

住民を対象とした調査では、古くは関西精神障害問題研究会による「精神障害者に対する偏見の研究」（N=2202）が知られている。

都市・農村部の6つの自治体において「精神病患者が隣に住むのもいやだ」の意見に対して、41.1%~50.5%の住民が賛成し、「精神病患者を親類に持つものとは結婚しない」の意見に対しては53.5%~59.0%が賛成している（関西精神障害者問題研究会 1973）。これらから、一般市民の否定的な精神障害者観が、入院患者の退院を阻む一つの大きな心理社会的な障壁となっていると白石は指摘している（白石 1994）。

精神障害に対する拒否感は、接触経験の有無により軽減されることが知られているが、一方でその経験の内容が重要であり、自ら積極的な関わりをしていたことによって影響が生じるとの報告もある（大島ら 1989）。日常的な接触がある精神科病院周辺の住民は、接触体験を積む中で意識が徐々に変化してくることから、精神障害に対して否定的イメージを持つことが支配的な住民に対して、具体的な取り組みを通して当事者らが努力している姿を見せることが重要と指摘されている（竹島ら 1992）。

調査対象に短い想定事例の文章を読ませるビニエツト方式を用いて、精神障害者に対する意識や考え方を尋ねた国際比較研究はこれまでも行われている（中根ら 2006、半澤ら 2007）が、山崎らの日本のデータ（N=994）によれば、公共の場で精神障害を「よく見かける」群は他群よりも「とてもこわいと感じた」人と「全くこわいと感じなかった」人が両方とも多い傾向が示されたという。また、他害に及ぶ可能性があると考える人ほど抵抗感が強く、「女性」で、「公共の場で見かける頻度」が高く、「知人の精神健康問題から受けたストレス」が大きく、「日常生活上の意思決定に関与した程度」が小さいほど、怖いと感じる傾向が見られたという（山崎ら 2012）。

専門職を対象とした調査は存外少ないが、CMが「困難事例」と感じるケースとして「精神障害」が挙げられており、看護師を基礎資格にもつCMの方が困難を感じた割合が有意に低いという（吉江ら 2006）。また、メンタ

ルヘルス面の課題を抱えた高齢者・家族とかわる際に、CMが困難を感じる事が多く、利用者を理解する知識や技術を十分にもっていないことが一因とされている（福富 2014）。

原田らのホームヘルパーを対象とした調査（N=20）によれば、ヘルパーの抱くケア困難感には、①ヘルパー自身の精神障害に対する理解不足の課題、②多職種チームの課題、③利用者を取り巻く環境の三つが影響しているという。ヘルパーは「自己の価値観と利用者の生活状況の乖離による迷いや利用者の拒否や興奮に対する恐れから、ケア提供に対する不安を持ち、自己のケアに自信が持てていない」（原田ら 2013）ことが示された。

2. プレ調査

地域で高齢者介護に従事するCMを対象に、プレ調査を行った。「被害妄想などの妄想的言動への対応に困っている。」「プランを立ててもサービス拒否にあたりすると、ケアプランが成立しにくい」「本人と家族の意向が異なることが多く、家族の支援が得にくい」「一日に何度も苦情の電話があり対応に困る」「サービス事業所からの訴えにも対応が求められ、利用者との板挟み状態になる」などの意見が寄せられた（矢野 2017）。

計120件に及ぶ「困っていること」を整理し4つに大別すると、「妄想的言動への対応」が42件と最も多く、続いて「サービスの拒否」28件、「家族との調整」27件、「サービス事業所の訴え」23件となった（矢野 2017）。なお「サービス事業所の訴え」とは、実際に家庭に入ってホームヘルプサービス等を提供する介護支援事業所からの訴えを指している。

3. 本調査

GSVは都内某区の地域包括支援センターにおいて、終業後に2017年8月から毎月計4回実施し、12月に、まとめのグループインタビューを実施した。参加メンバーは計16名であり、第1回~3回は13名が出席し、第4回は12名が出席した。対象は、センター圏域内の居宅介護支援事業所に所属するCMや、要支援のケアマネジメントの一部委託契約をし

ている事業所等にファックスを利用し声掛けをした。加えて、精神疾患を抱える利用者等と日頃から関わりのある相談支援専門員（障害福祉サービスにおけるケアマネジャー）と、診療所で精神科医を配置し、訪問診療を実施している精神保健福祉士にも参加依頼を行った。しかし、相談支援専門員は、本人の都合がつかず全回欠席であった。

参加を募る際に、事例の提供の有無を確認したが、提供者は1名であり、毎回終了時に次回の事例提供者を募る形をとった。事例検討会の進行手順は表1に示す通りである。

出席者16名の年齢は40代が3名（19%）、50代が9名（56%）、60代が4名（25%）であり、経験年数1年未満が2名（12%）、1年以上～3年未満が2名（12%）、3年以上5年未満が1名（6%）、5年以上10年未満が5名（31%）、10年以上が6名（38%）であった。経験年数の多いベテラン層のCMが多いことが分かる。

保有資格（複数回答）としては、CMが15名、主任CMが6名、介護福祉士が9名、精神保健福祉士が2名、社会福祉士・看護師・その他（ヘルパー2級）が各1名であった。所属勤務先としては、居宅介護支援事業所が13名（81%）、地域包括支援センターが2名（13%）、その他1名（6%）であった。

精神障害者への関与経験としては、69%が現在関与しており、25%が過去に関与したことがあり、関与経験が無い者は1名（6%）であった。

GSVへの参加理由（複数回答）を問うと、12名が支援に興味があるためと答え、支援に悩みがある、知人の誘いによる、その他が各3名あった（図1）。GSVへの参加回数は全4回中1回のみは0名、2回が31%、3回が19%、4回が50%であった。

精神障害者支援で困難を感じていること（複数回答）では、「サービス受け入れまでに時間がかかる」ことを挙げている者が7名と最も多く、「受診中断」が4名、「意味不明の妄想や攻撃的言動」と「その他」が各3名あ

表1 事例検討会の進行手順

参加者：検討メンバー10～15名（うち事例提供者1名、板書記録係を兼ねたファシリテーター（以下ファシリと略す）1名、PSW1名）
時間：平日18：30～20：00（90分）
回数：全4回
◆事前準備
事例提供者から「生活分類シート」（野中猛2011）に事例の概要を個人が特定されないよう記入してもらい、ファシリが受け取る。
◆当日18：00
・事例提供者が記入した「生活分類シート」をホワイトボードへファシリが転記。
・お互いの顔が見えるような会場設営。
◆18：30～18：40
・初回時、研究目的の説明文を配付し、実施協力承諾書に署名をもらう。録音することの了承を得る。
・参加メンバーの自己紹介
・ファシリより秘密保持の原則等GSVのルール説明。
◆18：40～19：00
・事例提供者の紹介、事例提供者から事例紹介
・事例提供者が考える課題の説明（困っていることや見つけなおしたいこと、検討してもらいたいこと）
・課題の明確化（事例提出者が一般的課題を述べた場合などなるべく課題の焦点化を図る）
◆19：00～19：40
・ファシリよりメンバーへ質問を促し、質疑応答を行う。コメントやアドバイスは控える。
・ファシリは必要に応じて、質問を明確化し要約をしながら進める。
・ホワイトボードを見ながら、現時点で何が明らかになり、何が明らかになっていないかを明確にする。
◆19：40～19：45
・ここまでの検討で得られた事例提供者の気づきを語ってもらう。（事例提供者が再構成したクライアントやクライアントを取り巻く環境・関係性など）
◆19：45～19：55
・参加者からのコメントとさらに深めたいことの質問、ルールに則っていれば、感想も可。
◆19：55～20：00
・次回の事例提供者の募集と日程調整。
・閉会

った（図2）。

GSV参加による精神障害者支援に関する支援者の意識変化（複数回答）としては、「アセスメントの深まり」を上げるものが11名で最多であり、次いで「支援方針等の視点の変化」が9名、「精神障害者に対する態度や意識の変化」5名と続いている（図3）。

GSVに参加した16名に10点満点で振り返り評価を求めた。精神障害を有する人とのかわりについては「支援に対する理解が深まった」が平均7.88ポイントと最も高く、次いで「人物像の理解が深まった」が平均7.56ポイント、「家族等における関係性の理解が深まった」が平均7.38と高い。GSVへの評価としては、「GSVのルールを守ることができた」が平均8.94ポイントと最も高く、次いで「事例提供者への心理的サポートができた」8.25ポイント、「総合的なアセスメントができた」7.75ポイントで並んだ。

本事例検討会で取り上げられた事例の概要を表3に示す。4回中2名が統合失調症の診断で入院歴のある要介護高齢者であり、家族との関係の中でケアマネが対応に苦慮した事例であった。

全4回の事例検討会終了後に、GSVの振り返りを含むフォーカス・グループ・インタビューを行った。出席した7名のCMたちが語った言葉から、KJ法を援用して精神障害者へのCMの関わりの変化を中心にカテゴリーを生成した（表4）。以下カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』、インタビュー内容を「 」で記す。

表3 事例検討会で取り上げられた事例

回	事例タイトル	事例概要
第1回	うつ病高齢者と姪との共依存関係	急な腹痛で入院。嚥下困難となり退院時の注意事項として、嚥下食の提供が望まれるが、在宅復帰すると高齢者は、姪に対し許可やコンプライアンスなどを要求。姪は、高齢者に「言われるまま食事を用意する」。
第2回	統合失調症で数回の入院歴のある要介護高齢者と、遠距離より訪問する姉との関係	高齢者は、姉が高齢者と同居する目的で購入したマンションに現在一人住まい。姉と高齢者はしばらく同居をしていたが、困難があり別居。姉は本人を心配し度々訪問し、高齢者本人も姉に頼る関係性のため、介護サービスの調整にケアマネが難しさを感じている。
第3回	ささいな出来事でパニックに陥り、地域包括支援センターを訪ねてくる要介護高齢者	便秘で下剤が欲しいとセンターに駆け込み、処方された下剤を過度に服用し下痢が止まらなると訴えに来る。買物のヘルパーを導入するが、ヘルパーの口臭がきついと利用を諦めたいなど、ちょっとした出来事が、本人の中で消化しきれず様々な訴えを起こす。
第4回	統合失調症の要介護高齢者と同居する次女夫婦との関係	精神科病院退院後は次女夫婦宅と同居。次女は同じく公務員の夫と協働しながら通院の支援等を行っている。次女に子どもが出来たことをどのように本人に伝えるか悩んでいる。年に数回便移を起こすことを気にして必要以上の下剤を服用して、下痢を繰り返している。

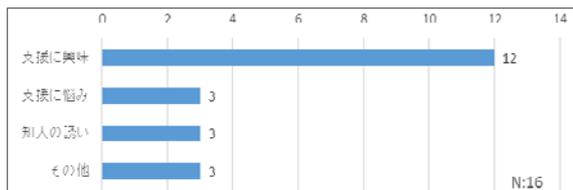


図1 GSVへの参加理由（複数回答）



図2 精神障害者支援で困難と感していること

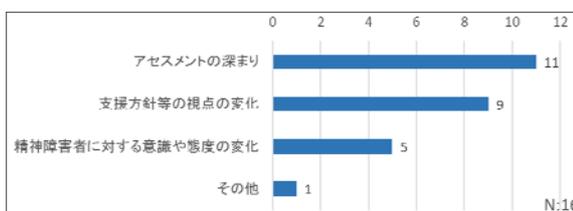


図3 GSV参加による支援者の意識変化

表2 GSVの振り返り評価

項目	得点(N:16)
精神障害を有する人の人物像の理解が深まった	7.56±0.93
精神障害を有する人が持つ力を知った	7.25±1.15
精神障害を有する人と家族等における関係性の理解が深まった	7.38±1.17
精神障害を有する人や家族のニーズ理解が深まった	6.81±1.01
精神障害を有する人や家族が期待する支援者の役割を知った	6.88±1.41
対応が困難となる問題の核心が明らかになった	7.00±1.12
総合的なアセスメントができた	7.75±1.31
精神障害を有する人の支援に対する理解が深まった	7.88±1.17
事例提供者への心理的サポートができた	8.25±1.03
GSVのルールを守ることができた	8.94±1.30
今後の支援に対するヒントを得ることができた	7.75±1.03

表4 グループインタビューからのカテゴリ生成

本人の思いと制度の狭間で悩む	制度的に認められない	制度的にそれは許されるのかと…違いがある
	制度で割り切れない	制度にがんじがらめになっちゃっているような気がする 制度で割り切れるものじゃない もっと自由な感じでいろいろと考えていければいいんじゃないかなと思う
	ケアマネジャーの役割	ケアマネジャーの業務の一つとしてケアプランを作るっていう業務と、本人の思いとは違ふところもあって…サービスを入れているだけなんじゃないかと悩む
	本人の思いを尊重	最終的には本人がどうしたいかっていうところを考えていかないといいかない。 本人たちの生き方を認めてそれをベースに支援している
背景を探って本人理解へ繋げる	病気の発症や経過の背景	病気がいつ頃発症したのか、とかその背景とか知った上で接していく 34歳で結婚して退職してから、精神科の病院に11回入院を繰り返してた 依存する方がいらっちゃって、病気のこともあるけど、その背景はすごくいろんな理由がある
	ヒストリーを聞く	子どもの時の思い出から話が広がっていく 結婚のなれそめとか、だんだん気持ちをほぐさせて聞いていく どこの出身？とか兄弟は何人？とか、少しずつ話を引き出していく 一人ひとりにドラマがある
	自然と話を引き出す	全然信頼関係が取れていない中で、いきなり過去の話を聞くのも躊躇しちゃう 自然と相手から話してくれるのを待つ コミュニケーションをたくさん取っていくと自然とその中から自分の聞きたい情報が引き出せる 聞き出せていなかった新たな事実が出てきたりする
	背景を知って本人を理解する	背景をきちんと知っていくっていいところすごく大事 どうやって生きてきたから、今どうやってなっているのかとか、理解
クライアントのストレングスを発見する	思っている以上に強いクライアントの力	その人が持っている力って、私たちが思うよりずっと大きくて、すごいなあと思う。 ショートステイの利用については、心算はあったけど結構大丈夫だった
	構えがはずれ、クライアントの力を信じる	持っている力を信じるということが大事。こっちが押しに力がもたらう 自分ですごく力があっていいなあっていう。結局ですべて暮らしているから 不安症だけど人に頼ることを知っている 高齢者って私達よりも油が長いし、ほんとに持っている力がある。
	頼る力、発信する力	困った時にはちゃんと発信する力がある いろいろな人に関わったことで、たくさん依存ができた 不安になったら走っていく先が壊れた
支援の関係性の広がり	支援の幅が広がる	家族が安心することで支援の幅が広がった 家族もサービスが使えることでやっていけるという安心ができた
	本人と家族の間に入って潤滑油となる	子どもとの関わりに入って、本人の気持ちも引き出した 本人の本当の思いを子に伝えたりすることも、支援者として大事 家族もどうやって接したらいいか悩んでらっしゃる人もいる 家族との関わりが本人にとってもとても大事だから手当をすることが大事
自分を見つめ支援者としてのわきまえを知る	事例検討会で自分を見つめる	支援者のほうが褒められることがすごく多いと思うんですけど、結婚の機会があると冷静になる 違った視点で考えられるようになる 一つひとつの事例が全部違うので、アプローチも違うんだと勉強になった 今まで一人で抱えて悩んでたので、皆さんも同じように悩んでたかというのが大きいの
	支援者の安心	支援者が安心しないと本人も安心しない 支援者が楽になるっていつかが一番大事なんじゃないか 学ぶためには自分のペースが大事 問題がやっぱりいっぱいあるし、問題を捉えちゃうとのしかかってくるので、視点が変わったりすると楽になる 本音で話せる場があると安心する

D. 考察

1. 先行研究レビュー

精神障害者に対する偏見とスティグマにかかわる調査研究報告書等を探索しレビューを行った。精神障害に関する知識や接触体験が乏しい住民は、重大犯罪による事件報道のイメージ、治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度に対する不安・恐怖などから、容易に自傷他害のおそれのイメージに結びつくネガティブなラベリングやスティグマ、まなざしや構えが形成されることが示唆された。精神障害者を危険とみなす傾向を改善するために「一般住民との交流機会を促進したり、報道機関の活用も有効である」(日本学術会議精神医学研究連絡委員会 2005)とされている。

一方、専門職能団体が行った調査からは、地域移行後の高齢精神障害者への支援体制の乏しさや、障害福祉サービス提供時のサービス等利用計画作成時のケアマネジメント手法の未成熟、医療機関との地域連携に係る困難等の現状と課題が明らかになった(日本精神保健福祉士協会 2014)。

また、高齢者を対象に業務を行う CM が、地域で精神障害を有する人を支援する機会が増えるにつれ、「困難事例」として地域包括支援センターに報告されるケースが多くなっている(吉江ら 2006、原田ら 2013)。

以上のことから、地域で在宅の精神障害者を支援していく体制を構築するためには、精神障害への対応に不慣れな専門職の困難感を受け止めながら、単に医学的な知識の伝授を行うだけでなく、事例に即した適切なコンサルテーションを行うことが必要と考えられる。

2. プレ調査

多くの CM が、未治療例や治療中断者の意味不明の妄想的言動・攻撃的態度やサービス提供拒否について、どのように支援してよいかわからないと、対応に苦慮していることが明らかとなった。このプレ調査を踏まえて、矢野は、CM を対象とした事例検討会において、精神障害が疑われる事例の GSV を行うアクションリサーチをその後展開している。事

例検討会に出席した精神保健福祉士等による適切なコンサルテーションが受けられれば、当事者のストレングスに着目する等の意識変化により、徐々に精神障害者に対する構えが変化し、対象者理解と信頼関係構築に向けた意識変化が生じることが示唆されている(矢野 2017)。専門職の意識変化を招来する方策を探るための、地域での計画的・実践的なアクションリサーチ方法が明らかになったと考えられる。

3. 本調査

(1) 介護支援専門員たちの言葉

GSV に参加した CM たちは、戸惑いつつも精神障害を有する当事者の生きづらさを受け止め、その生き方を認めたいと思っはいるが、まずは制度の壁に阻まれる。【本人の思いと制度の狭間で悩む】当事者の生き方が「制度的に許されるのか？」と揺れつつも、『制度で割り切れない』と思うし、支援者自身が「制度でがんじがらめになっている気がする」と語る。また介護保険のケアプランがサービスを利用することが前提で立てられるため、CM としての役割を果たそうとすると、「ただサービスを入れているだけ」というように、手段が目的化してしまいやすい。サービスを導入して問題解決を図ろうとすると、当事者にとっては真の問題解決には至らないため、更なる別の問題や支援者に依存して CM が振り回されるといった状況にもなりやすい。だからこそ CM は『本人の思いを尊重しよう』『本人たちの生き方を認めてそれをベースに支援しよう』という当事者主体の支援へと戻ってくる。

CM は精神障害を有する方が抱える生きづらさの意味をともに考える際、その方の【背景を探って本人理解へ繋げる】方法を取ろうとしている。多くの場合、当事者もその家族も精神疾患のことを話したがないし、特に精神科病院に入院していた頃のことを進んで話すことはまれであろう。CM は「子どもの頃の思い出から話が広がっていく」あるいは「結婚のなれそめ」だったり、出身地や兄弟

などのことから『ライフヒストリーを紐解き』、本人支援に結びつく有用な情報を得るといふ。そして「一人ひとりにドラマがある」と語る。「全く信頼関係が取れていない中で、過去のことをあれこれ聞くのは躊躇してしまう」「自然と相手から話してくれるのを待つ」などの言葉から、無理強いせず、時間をかけて信頼関係を構築しようというパートナーとしての支援姿勢が垣間見える。「怖る怖る聞いてみる」、「思い切って一步踏み込む」等の何度も繰り返される言葉から、CM たちが当事者を尊重しつつ、その生き方の背景を探ろうとする営みであると言える。

当事者の背景を知るまでは、CM が「身構えてしまっていた」と語るように、統合失調症の〇〇さんといった診断名を当てはめてラベリングし、烙印を押していた視点から、当事者の豊かな背景に触れることによって、【その方のストレンクスを発見する】。「その方の持っている力って、私たちが思うよりずっと大きくて、すごいなあと思う」。専門職はともすれば範疇化することで、その人自身を理解した気になりやすいが、固定観念がはずれることで、当事者のことを何も理解してはいなかったのだという無知を自覚することになる。CM が驚きをもって受け入れる当事者の強さは、裏返せば、どれだけこれまで当事者の経験や人間力を価値のないものとして、無意識にはあっても貶めてきたことの反動とも言える。また CM は支援しなくては、と構えてもいたが、「逆に力をもらった」という言葉は、互いにパートナーとして、ともに考え、そして互いに変容していく過程を表している。

CM は上下的・支配的立場ではなく対等な関係で当事者と関わろうとし、現場で起きる様々な「問題」を当事者個人の病気や障害の問題とする障害の医学モデルよりは、広い生活モデルの視点を獲得していると考えられる。それは当事者との関係だけではなく、家族や他支援者との関係性にまで及んでいく。多くの場合、家族や支援者といった周囲の意向と、当事者本人の思いや願いがずれる場合がある。

「家族もどうしたらいいのか、悩んでいる」、「家族もそれから介護保険サービスの事業者も本人のことを考えてくれている、でも本人の思いと微妙に違っていたりする」と、ピピットに当事者と家族の関係性を捉えている。その時 CM は『本人と家族の間に入って潤滑油となる』『本人の本当の思いを家族に伝えたりすることも、時にはすごく大事』というように、【支援の関係性の広がり】が見られ、当事者を中心として本人を取り巻く環境へと越境していく。

医学モデルに基づく過剰な援助から脱却し、囲い込みや管理といった誘惑からも自由であることは非常に難しい。CM もまた問題解決型指向に陥り、リスクを回避するため、何かしらのサービスを導入することで、支援者側の安全、安心を得る方向へ向かいがちである。「やっぱり問題はいっぱいあって、でもそれを問題とだけ捉えると、のしかかってくる」。生きづらさを当事者とともに考え、対処できるスキルをともに探していくという姿勢が、支援者としてのわきまえであろう。【自分を見つめ支援者としてのわきまえを知る】その姿勢が、問題を固定されたものではなくプロセスと捉え、変容していくものなのだ前向きに考えること、互いに相互変容を成し遂げていくプロセスを共に生きることに繋がる。

(2) 事例検討会における GSV

CM は、日頃から事例検討に参加する機会に乏しい。参加する機会として、数年に1回の CM の資格更新等の法定研修では実施をしている。また、居宅介護支援事業所における特定事業所加算を算定している事業所（主任 CM や、CM の一定数以上の配置等を算定条件とし加算の形態はⅠ～Ⅲまでである）においては、「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。」（特定Ⅰ～Ⅲ）「地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。」（特定Ⅰのみ）を算定条件としている。

一方で、参加者の声として、「批判された」

経験から事例検討会に対し拒否感を持つものも少なくない。そこで、本 GSV においては、事例検討会の原則の確認を、初回ならびに 2 回目に実施している。その多くは、「気づきの事例検討会」(渡部律子、2007) を一部要約したものであり、この原則を活用することで、本 GSV において事例提供者に対する批判等を防ぐことができた。

一方で、居宅支援現場における事例検討会が、CM 同士で日常的に実施されることは少ない。地域包括支援センター主催で不定期に研修事業として実施されているが、アセスメント中心のリスクマネジメント視点でのアプローチが主流であり、現場スタッフが事例を出すこと、批判されること、準備時間の負担感への拒否反応が強い。ホワイトボードを活用して、過去から未来へのタイムラインを板書し、事実経過を可視化する等のファシリテーション技術も不慣れであることから、ストレングス視点での効果的な事例検討会開催には至っていない。「統合失調症が怖い」という気持ちや戸惑いを率直に表明しても受容され、批判されること無く安心して話せる事例検討の場が求められている。今回実施した事例検討に基づく GSV については、今後も継続的な実施を求める要望が強かった。

5. 介護支援専門員の研修

本調査の対象である CM は、介護保険の主たる契約対象者ではない家族の方で精神疾患を有する方との出会いが多い。本来は、家族支援も環境支援業務として位置づけてかかわることが求められているが、不慣れな精神障害者に対する構えもあり、かかわりの困難さを実感している CM が多い。今回、事例検討に基づく GSV を試行的に実施することにより、精神障害者に対しても普通に話せばいいと納得できることで、困難の多くが支援者側の構えの問題にあることが示唆された。精神障害に問題を還元するのではなく、本人たちの生き方や選択を認め、多様性を尊重し、人として接することがないと相手の権利を奪うことにもなるとの気づきが、当事者へのかか

わりを良好なものに転換している。地域で居宅する精神疾患を有する方へのかかわりにおいては、本人のヒストリー(生活歴、生き方、背景)やストレングス(力と強み、大切にしているもの、地域とのつながり)を理解した上でのアプローチが特に重要であることが示唆された。

また、CM を対象とする実務者研修では、認知症は取り上げられても精神疾患は扱われておらず、精神障害にかかわる基礎的知識も乏しいことが明らかとなった。精神障害者への理解の深化と抜本的変革(専門職バイアスへの気づき、ストレングス視点への転換、主観的世界の理解)に至る、CM に対する精神障害者支援にかかわる研修の実施が必要であり、事例検討に基づく GSV の実施が有効であると考えられた。

高齢化した長期入院患者の地域移行には介護保険事業所との連携が必要不可欠となっている(古屋 2015)。平成 28 年 7 月に厚生労働省は『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を立ち上げ、今後は従来の対象者別法制度の枠組みを超えて、地域におけるワンストップサービス提供拠点の整備による地域包括ケアシステム構築を提言している。従来は精神障害者支援に従事していない高齢者領域等の専門職・機関が、知識を習得し対応力量を高めることにより、地域における精神障害者の人権確保と支援体制構築に寄与し得ると考える。

E. 結論

地域で居住する精神障害者に対する住民及び専門職種への構えは、接触体験の乏しさによる基本的知識不足と、未治療例や治療中断者の妄想的言動・攻撃的態度に対する対応苦慮などから形成される。一方で、精神障害者支援に不慣れな専門職でも、事例検討会等において適切なスーパービジョンやコンサルテーションの機会が得られれば、意思疎通と信頼関係の構築が図られる。これらから、精神障害者に関わる支援者が乏しい地域においても、

適切な事例検討に基づく GSV を展開することにより、既存の人的リソースとストレングスを活かした支援チーム形成が可能であり、地域包括ケアシステムの中で在宅精神障害者の人権確保を図ることができる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

矢野香「地域で暮らす精神障害を有する人へのケアマネジメントの課題解決のプロセス～介護支援専門員へのアクションリサーチを通して」『実践研究報告集：福祉マネジメント実践研究 2017』日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科、2017年6月

2. 学会発表

矢野香「介護支援専門員における精神障害者ケアマネジメントの課題」日本ケアマネジメント学会第15回研究大会 in 北九州、2016年6月19日、抄録集 97頁

矢野香「介護支援専門員における精神障害を有する人へのケアマネジメントの課題解決に向けて～アクションリサーチによる取り組み」日本ケアマネジメント学会第16回研究大会、名古屋国際会議場、2017年6月15日、抄録集 121頁

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I. 引用文献・参考文献

1) 福富昌城 (2014) 「介護支援専門員の立場から—メンタルヘルス面の課題をもった高齢者・家族を支援する介護支援専門員の課題—」『老年精神医学雑誌』 25;288-293

2) 古屋龍太 (2015) 『精神科病院脱施設化論～長期在院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題～』 批評社

3) 半澤節子・中根允文・吉岡久美子ら (2007)

「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結果から (第一報)」『日本社会精神医学会雑誌』 16;113-124

4) 原田小夜・山根寛 (2013) 「高齢精神障害者の在宅生活支援におけるホームヘルパーのケア困難感と多職種連携の課題」『精神障害とリハビリテーション』 17(1);50-59

5) 蓮井千恵子・坂本真士・杉浦朋子ら (1999) 「精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する基礎的研究」『精神科診断学』 10;319-328

6) 関西精神障害問題研究会第二部会 (1973) 『精神障害者に対する偏見と差別の実態』

7) 公益社団法人日本精神保健福祉士協会高齢精神障害者支援検討委員会 (2014) 「高齢入院精神障害者の地域移行支援に関する現状と課題—第一版」

8) 公益社団法人日本精神保健福祉士協会『精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン (Ver.1) 相談支援ハンドブック (Ver.1.3)』

9) 中根允文・吉岡久美子・中根秀之 (2006) 「精神疾患に対する日本人のイメージ—Mental health literacy に関する日豪比較調査から」『日本社会精神医学会雑誌』 15(1);25-38

10) 中村真・堀内美穂子 (201) 「精神障害者への地域支援に影響する要因の検討—相談機関の認知および偏見が、こころの問題を抱えた人への働きかけに及ぼす影響」江戸川大学紀要、24 ; 1-12

11) 日本学術会議精神医学研究連絡委員会 (2005) 「こころのバリアフリーを目指して—精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のために」日本学術会議ホームページ

12) 野中猛 (2011) 『ケア会議で学ぶ精神保健ケアマネジメント』 中央法規

13) 岡上和雄・大島巖・荒井元傳編 (1989) 『日本の精神障害者』 ミネルヴァ書房

14) 大島巖・山崎喜比古・中村佐織ら (1989) 「日常的な接触体験を有する一般住民の精

神障害者観-開放的な処遇をする一精神病院の周辺住民調査から」『社会精神医学』12(3);286-297

15) 大島巖 (1992)「精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離尺度-東京都民に対する意識調査から」『精神保健研究』38;25-36

16) 斎藤知之・勝瀬大海・平安良雄 (2008)「医学的側面からみた精神障害者の高齢化」『精神科臨床サービス』14(1);11-16

17) 白石大介 (1994)『精神障害者への偏見とスティグマ: ソーシャルワークリサーチからの報告』中央法規

18) 高木俊介 (2011)「統合失調症の人々の生き方を許容する地域社会は可能か?-永田・水嶋論文「東京下町の慢性分裂病者について-地域住民の分裂病者に対する許容性とその社会的背景」(1978)によせて」『精神科治療学』26(4);467-473

19) 竹島正 (1992)「地域住民の精神障害者に対する見方について」『社会精神医学』15(3);230-236

20) 竹島正・小山明日香・小山智典ら (2007)「こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査」国立精神・神経センター精神保健研究所ホームページ

21) 渡部律子 (2007)『気づきの事例検討会』中央法規

22) 山口創生・米倉祐希子・周防美智子ら (2011)「精神障害者に対するスティグマの是正への根拠-スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見」『精神障害とリハビリテーション』15(1);75-85

23) 八巻知香子・山崎喜比古 (2008)「障害者への社会のまなざし-その内容と特徴」『日本保健医療社会学論集』19(1);13-25

24) 矢野香 (2017)「地域で暮らす精神障害を有する人へのケアマネジメントの課題解決のプロセス-介護支援専門員へのアクションリサーチを通して」『福祉マネジメント実践研究2017』日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科

25) 山崎喜比古・的場智子・菊澤佐枝子ら

(2012)『心の病へのまなざしとスティグマ全国意識調査』明石書店

26) 吉江悟・齋藤民・高橋都ら (2006)「介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因-12種類のケース類型を用いて」『日本公衛誌』53(1);30-31