

Ⅵ 多様な人々への支援と生活行為向上 【精神障害がある人と生活行為向上】

精神障害がある人と生活行為向上

1. はじめに

我が国における精神科医療の歴史は長らく、大型の精神科病院への収容という側面を保ち続けました。詳しくは他稿に譲りますが、その間に積み上がった課題が今なお解決されずに山積しています。病棟の建て替え、機能分化、病院名の変更等で、暗いイメージが一掃され地域に開かれたように見えますが、閉鎖病棟や保護室での虐待ニュースは後を絶ちません。精神保健福祉法改定を前にした今、作業療法士は治療だけでなくケアマネジメントやアドボカシーの視点を持つ事が求められています。本稿では精神科医療の現状を概観した後、精神障害者が地域生活を送る上でよく利用する資源についてまとめ、その後ケースを元に具体的な支援内容を共有し、最後は今後のあり方や、精神科作業療法士に求められることをまとめます。

2. 現在の精神科医療

2021年の日医総研リサーチによると、我が国の精神科病床数は329,692床で約33万床となっています。この数は世界的に見ても多く、日本を除く先進7カ国において人口1,000人あたりの精神科病床数は0.55床であるのに対して日本は2.6床です。

また、強制入院率も年々増加しており医療保護入院のあり方が議論され、2022年10月現在、精神保健福祉法の改正案が国会に提出されたタイミングとなっており、今後はより開かれた入院環境をつくる事が病院には求められそうです。

日本作業療法士協会の会員統計資料によると、全会員の約1割にあたる9.1%が精神科領域に従事しています。また2021年度精神科における作業療法実態調査によると、精神科病院において実施している作業療法の主な対象は60歳代であり徐々に高齢化しているといえます。一方で認知機能リハを中心とした治療的アプローチや、各種疾患に対する認知行動療法等エビデンスに基づく介入も多くなっています。

3. 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムと作業療法

厚生労働省のホームページによると、精神疾患を有

する患者の数は増加傾向にあり、平成29年には約420万人となっており、傷病別の患者数をみると脳血管疾患や糖尿病を上回る結果となっています。こうした中、平成29年2月には「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念が打ち出されました。

そういった背景の中で、日本作業療法士協会は、2017年度に第三次作業療法5ヵ年戦略(2018-2022)を策定し、重点事項として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方を学術的観点からも検討し提示する」ことを具体的行動目標としました。また文中には、対象者の望む退院後の生活をイメージし評価、計画を立て、個別の取り組みを行う事が推奨されています。今後は入院中から対象者の地域生活をイメージして具体的な生活のしづらさに寄り添う姿勢が重要になるといえます。また、就労や教育、ピアサポーターとの協働等、幅広い領域で作業療法士が力を発揮できるよう人材の育成も急務といえます。

4. 地域で精神障害者を支える視点

1) 関係性を築く

当然のことではありますが、対象者本人との関係性なく支援は始まりません。特に地域では、自宅等本人のパーソナルスペースに立ち入る場面が多くなるため、本人が安心して接していただける関係性が必要になります。強制入院等、支援行為自体が本人にとって辛い体験となっている方もおり、信頼関係を築くのに時間がかかる場合も多いです。焦らずに安定した距離感で接し、信頼に足る関係をつくり維持することは初期だけでなく常に意識が必要なところです。

2) 困りごとに触れる

「症状は生活の歪み」という言葉がある程、生活の困りごとや、うまくいかない事がある場合に状態は悪

化するという面もあります。裏を返せば、スムーズな生活を送ることは状態を安定させることにつながります。ADL、IADLについて生活の場で遂行度や満足度を把握する事は重要です。本人の中で困り感が顕在化していない場合もありますが、実際に生活支援を行う中でどちらが生活しやすいかを経験し選択してもらう事もいいでしょう。共に生活を再構築しようとするプロセスにも大きな意味があり、「自分の生活を良くしてくれようとしている人」という認識がされると支援の深度が深まります。

3) 周りの困りごとに触れる

本人の状態次第では、近隣住民が困っている場合もあります。訪問をすると支援者に地域からの苦情が寄せられることもあります。周囲を困らせている行動にも本人なりの意味と目的は確実に存在するために、その事をしっかりと聞き取る事から始めます。本人の言い分を聞き「それならこの行動をとるのもしょうがないか」と支援者が思えるまで聞くことが重要です。そこまで聞かないで、行動を正そうとしたり、間を取り持とうとすると関係性を崩し、拒絶につながることも多いです。

4) 情報を集め繋ぐ

対象者本人との関係性を築き、同意を得た上で医療や福祉、家族と情報交換をしていく事で支援に深みが出てきます。精神科病院は、地域連携室、相談課の外来担当等の部署が対応する事が多いです。福祉事業は、相談支援事業所が情報を集約してるので外すことはできません。本人が「この人にだったら話してもいい」と思える人を増やしていくことが重要で、そのために本人の切実な思いに触れた場合には丁寧に関連機関に伝えていきます。

5) 選択を委ねる

支援者からすると勧められない選択をする場合もありますが、見込みを提示した上で、本人を追い越さずにその経過を見守りサポートするスタンスが関係性を維持するうえで重要です。支援をしていると、勧めてもうまくいかないだろうし、止めたら関係性がうまくいかないだろうという葛藤に苦しむ場合は多いです。こういった葛藤やモヤモヤを抱えながら関係を維持することにも意味があるので、結論を急がないでよいです。

5. 対象者の地域生活を支える医療資源とその利用

1) 外来受診

多くの対象者が医療資源を定期的に利用しながら地域生活を継続しています。その中でも外来受診は主治医との関係構築と維持、処方薬の調整という意味で重要です。受診時に主治医と満足な意思疎通がはかっているかの評価、そうでない場合は事前に言いたい事を紙に書いてまとめたり、ロールプレイを用いて練習したり、場合によっては同席し心理的サポートをする場合もあります。

2) 訪問看護

病院から来る病院訪問看護と、地域にある訪問看護ステーションの2通りあります。病院から来る訪問看護は、主治医との連携がとりやすいという面や、入院や外来時に馴染みのなるスタッフが訪問する場合もあり退院初期に導入される事が多いです。主に看護師による病状の把握や服薬に関する相談が多いです。一方訪問看護ステーションは、生活における幅広い相談にのってくれる事が多いです。いずれも作業療法士が訪問する場合があります。本人の望む地域生活についてアセスメントとマネジメントが重要になります。

3) デイケア・デイナイトケア

比較的長期療養後の利用者が多いですが、最近では機能や対象特化型のデイケアも多くなっています。若年者に対象を絞ったデイケア、就労支援に特化したデイケア、発達障害に特化したデイケア等です。プログラムもその施設によって特徴的なので、利用を検討する場合には内容や対象を詳しく把握することはもちろんですが、実際に見学や体験をしながら選択することが重要です。

6. 対象者の地域生活を支える福祉制度と資源

1) 相談支援事業

相談支援事業所はその役割によって分類されています。まず一番身近なのは福祉サービスを利用する際に必要となる計画を作成する特定相談支援事業（通称：計画相談）です。介護保険制度におけるケアマネジャーに当たる相談支援専門員が生活の様子や今後の希望を聞き取り、制度利用についてケアマネジメントを行う役割です。他にも退院支援を行う地域移行、地域定着支援をおこなっている一般相談支援事業もあります。また、利用契約まで至らないひきこもりがちな方や、利用中断している方に対応する市町村から委託を受け

た委託相談支援事業などもあります。いずれも制度や人と資源を繋いだり、その間をうめる役割を果たし、重要な役割です。

2) 就労支援事業

近年作業療法士が福祉専門職配置加算に職名明記された事により、作業療法士の配置が増えている領域です。一般就労を目指したトレーニング事業である就労移行、その定着を支援する定着支援事業、福祉的就労の場として就労継続支援 A 型・B 型とあります。いずれの事業も、その業務(作業)内容が幅広いため、サービスの種類だけで選ぶのではなく、実際に見学や体験を経て選択していく事が重要です。また利用期限がある事業もあるので就労支援の章を参照ください。

3) その他通所

上記事業以外にも、精神障がい者が地域生活を送るためによく利用している事業はあります。自立訓練(生活訓練) 退院後の地域生活を円滑に送るための支援を受けることができます。生活介護も近年増えており、入浴サービスが受けられる、軽作業により工賃が発生する事業所もある等、その幅は広いです。

4) 居住系事業

地域での生活を安定して送るためには、落ち着け安心できる個人的空間が必要です。そのベースとなる居住スペースは言うまでもなく生活の中心を占める重要な要素です。グループホームは一戸建てで4・5人が共同生活を行うタイプや、アパート個室タイプ、また世話人も常時滞在する施設もあれば朝と夕のみ等決まった時間にしかいない場合もあります。最近は制度外でシェアハウス形式で共同の場を提供している事業者もあります。より多くの関わりが必要な方には、宿泊型生活訓練という事業もあります。

7. 対象者の権利を擁護する制度と資源

1) 成年後見制度

知的障害、精神障害、認知症等によって財産の管理や契約時の判断において支援が必要な方に、本人に代わって財産を管理したり、一度本人がした契約を取り消すことができる制度です。本人の判断能力によって、後見人も、補助、補佐、後見と責任範囲に段階があります。家庭裁判所に申し立てて慎重に判断される制度ですが、一度利用するとその後解除することが難しくなるので導入には丁寧な評価が必要です。

2) 地域福祉権利擁護事業

成年後見制度を利用するまでではありませんが、日常的な金銭管理や書類の管理に困難を抱えている方には、市町村社協がこの制度を用いて支援をおこなってくれます。利用には利用料が発生します。

8. 事例

実践1：「家族と幸せに暮らしたい」Aさんへの子育て&介護支援

<ケース概要>

A (39歳) と夫 B (会社員 45歳) と長男 C (5歳) と次男 D (6ヶ月) で、夫 B の実家で生活しています。実家には認知症の疑いがある姑 E (71歳) がいます。

A が 30歳の時に結婚。長男出産後、抑うつ気分により情動が不安定となり、母子保健担当課の保健師の勧めによりメンタルクリニックの受診歴があります。

E は 3年前に脳梗塞となりました。身体的介護は必要でないものの、認知症の症状(見当識障害と失行)があり、介護には苦勞が絶えず地域包括支援センターが実施する認知症カフェにて相談をしていた夫 B の協力のもと、市担当保健師からの助言をうけ、E をデイサービスに通わせることで、介護の不安が軽減しました。その後妊娠、次男 D 出産後から頭痛、動悸、気分不安定で生活を悲観することが多くなり、次男の夜泣きも重なり眠れない日が増えました。夫に「介護も子育ても出来ない私は、嫁として母親として失格」など自暴自棄に話すことが増えてきました。D の 6ヶ月健診当日の朝、幼稚園から「C が怪我した」と連絡がありました。A は、姑とタクシーで幼稚園に到着するも、落ち着かず右往左往し過呼吸となりました。夫の迎えによって帰宅しました。健診に来なかったため、母子担当課の保健師が自宅を訪問しました。母子保健担当課の保健師が介護と育児に生活課題があると見立て、地域包括ケア支援センターに相談しました。

【作業療法士の視点と提言】

- ・ A と B の「強み」に着目するよう提言
- ・ A と B の本人が望んでいる生活像、A と B が望んでいる支援内容を確認する必要があると提言
- ・ A が過去の不調時の対処方法を確認し、可能な限り自分でも対処できるように提言
- ・ 関係機関が多くあり、A や家族が使い分けできるよう支援する必要性を提言
- ・ これを機に地域でメンタルヘルスの理解を促す事業や地域の精神科クリニックとの連携構築を提言

【経過】

- ・ A と夫 B、E の同意のもと、早期に関係者間で支援者会議を実施
- ・ 支援のプランニングと連携方法を確認した
参加者：幼稚園、子育てコーディネーター、民生・児童委員、メンタルクリニック（精神保健福祉士）、ケアマネジャー、子育て担当保健師、地域包括支援センター保健師
- ・ 「A と B が望む生活」のイメージを共有、「どのように寄り添い、伴走していくのか」支援プランを確認した
- ・ A と E 及び支援チーム担当者の役割を確認。支援効果を定期的に確認した

実践2：精神疾患を抱える息子が心配で介護サービスを利用しない A さんへの支援

<ケース概要>

80代男性 A。妻は5年前に他界。工事のためにアパートを管理する不動産会社が訪問したところ、家に大量のごみがありました。不動産会社は地域包括支援センターに連絡しました。

地域包括支援センターが介入したところ、同居するひきこもりがちな生活をする長男 B（50歳）の存在が明らかとなりました。父は要支援の認定となりデイサービス利用開始となりますが、Bのことが心配でサービス利用に合意がなかなかできないでいました。

Bは、日中自室で寝たり、パソコンをしたりして過ごしていますが、夜になると居間に出てきてテレビを見るなどしております。食事はAがコンビニで買って帰ることが多く、家の中は容器やペットボトルで床が見えない状態でした。

Bは、過去に精神科医療機関の受診歴がありましたが、支援の滞りが続いていました。

【作業療法士の視点と提言】

- ・ まずは、A との 関係作り 及び B の 関係作り のために、今の状況を動かすより、いつでも相談に乗ることができるスタンスで 苦勞を傾聴と共感 することを提案
- ・ B は、A による干渉または支援の拒否や放任のため、生活に必要なスキル を学んでいない可能性や 意思決定の機会 が少なかったとも考えられる。B ができることを確認し、B に支援できることをわかりやすく伝えることを提言。
- ・ A は「自分がやらねば」と責任を感じていることが多いので、A の意見も重要視していくことが必要と

提言

- ・ 住居の確保が重要であるために、これを機に不動産会社や住民への メンタルヘルスの啓発 も提案

【経過】

- ・ 地域包括支援センターの職員が訪問して、A に「まずは自分を大切に」ということを繰り返し伝えていったことで、サービス利用と A の訪問看護に同意できました。
- ・ 職員が B にも事情を説明しますが、ほとんどやりとりはできない状況でした。
- ・ 地域包括支援センターの職員と散歩したり、一緒に簡単な掃除を行い関係を構築しました。
その後 B に、今後の家での生活について具体的な提案（訪問看護、清掃ボランティアの利用や配食サービスについての使い方）を書面にして伝えたところ、本人は首を縦に振り契約へと進むことができました。
- ・ 現在は訪問看護が週1回程度の訪問をして、健康と生活の状況をチェックしています。

<その他、地域ケア会議であがる精神障害者の事例と対応>

平穏に見える事例

- 地域で平穏な生活しているが、家族の転機で本人の生活が崩れるタイプ
 - ・ 本人なりの一貫した生活習慣（生活リズム、食事習慣、家事）があり、変更を嫌がる
 - ・ 自ら自立するほどの収入はなく、家族に金銭的に依存
→ 現状で困っていることが多く、支援につながりにくい
→ もしもに備えて、セーフティネットの構築のために、今後の話をしていく必要がある

ご近所さんが心配・不安になる事例

- 上記に加え、ゴミ問題や災害時の避難で、地域の人々が心配・不安になるタイプ
 - ・ 地域からの注意があっても改善されることはない
 - ・ 健康上の問題についても配慮が必要
→ 関係構築に時間を費やすことがある
→ 本人のできることと支援者のできることを明確にする
→ 一度改善しても、再度起こることが多いので継続的な対応が必要

金銭的に困窮する事例

- 収入がない、または浪費や管理の難しさから生活を維持できないタイプ
- ・就労への意欲、またはスキルがなく就業することが難しい
- ・収入があっても、本人の興味・関心・嗜好への浪費で収支が合わない
- ・収入から計画的なお金の支出を検討することが難しい
- ・お金について他者の介入を拒否することもある
- 生活保護を活用し、後見人制度などで支出の制限ができないかも検討
- 就労支援へつながるように、具体的な提案をしていく

相談は積極的だが、支援の動き出しに時間を要する事例

- さまざまな相談機関に家族や本人が相談に行くが具体的な動きにはつながりにくいタイプ
- ・実質的な動きの話題になると消極的になる
- ・他罰的な対応をとることがある
- 各事業所が支援会議を通して、それぞれの役割を明確にしておく
- 家族、本人の自己決定を尊重して支援を開始していく
- 不安が強いために、傾聴的態度が必要

【文献】

- 1) 前田由美子、日本医師会総合政策研究所、リサーチエッセイ vol.102、2021年3月22日、<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE102.pdf>
- 2) 一般社団法人 日本作業療法士協会、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方 検討委員会報告書、2019年、P10
- 3) 一般社団法人 日本作業療法士協会、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方 検討委員会報告書、2019年、P12
- 4) 厚生労働省、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について、1、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にむけた取り組み、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>
- 5) 日本作業療法士協会、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方（検討会報告書）、I 地域包括ケアシステムと作業療法3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に寄与するための精神科作業療法の課題 6P