

精神障害者の生活実態と、 生活訓練施設における必要な援助について

齋藤 敏 靖

新潟青陵大学福祉心理学科

About the actual life of the persons disabled mentally and the necessary help for the from the living training facilities

Toshiyasu Saito

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

Abstract

In our country, since 1988 the circumstances around the persons disabled mentally have changed a lot. Also since 2002 the complementing type service like a group home and a home help have been systematized and enriched gradually.

However, the main point at the living training facilities, which should serve a living training essentially, is placed in the dwelling provision at the present time.

In the hospitalization life, the medical practitioner is doing substitute act instead of the persons disabled mentally. And in the home life, the family is always doing that. That makes the abilities decline to manage the human relationship, to take medicines and to control the money by themselves for the persons disabled mentally.

In this paper I explain through 2 cases the persons disabled mentally can get the social skill, in case the living training facilities serve an empowerment approach and case management individually.

It shows that it will become the key point at the living training facilities in the near future.

Key words

empowerment approach, case management,

要 旨

昭和63年に精神衛生法が精神保健法に変わり、さらに精神保健福祉法へと改正され、精神障害者を取り巻く状況は大きく変化してきた。また平成14年以降グループホームやホームヘルパーが制度化されるなど、補完型サービスは徐々に充実してきた。しかしながら生活訓練型のサービスを行うべき生活訓練施設の力点は、現在住居提供におかれている。精神障害者の生活実態は入院生活では医療従事者が、在宅生活では家族が生活に関する代理行為を常時行っている。そのことから精神障害者自身が本来行うべき対人関係、服薬、金銭等の管理能力を低下させている。この論文では精神障害者は生活訓練施設において、エンパワーメントアプローチやケースマネジメントを実施することで、生活技術やワーカビリティ（支援者活用能力）の獲得が可能であることなど事例を通し説明する。さらにそれが今後生活訓練施設の中心的な役割となることを提示した。

キーワード

エンパワーメントアプローチ, ケースマネジメント,

はじめに

昭和63年に精神衛生法が精神保健法に変わり、さらに精神保健福祉法へと改正され、精神障害者を取り巻く状況は大きく変化してきた。

私は精神衛生法の時代に精神科ソーシャルワーカーとして単科の精神病院に採用され、めまぐるしく変わる法律や事態に戸惑いながら、精神保健センター、保健所、援護寮（現在の生活訓練施設）と職場は移ったが、一貫して精神障害者の医療・福祉の現場で働いてきた。そこで感じたのは、たしかに法律が変わり社会復帰施設の数が増えたが、そのことで利益(?)を得たのは精神障害者でもごく少数の人々で、大多数の方々は退院のめども立たず20年前と同じように精神病院に社会的入院をされているというである。(患者調査によると5年以上の入院者が約半数)また運良く退院できた方々も長期の入院生活や療養生活で社会から隔離され、自立のための生活技術や経験の不足から、強力な援助無しでは生活できない状態に陥っている。わが国の精神障害者医療・福祉の歴史を概観すると、戦前は私宅監置、戦後から精神衛生法の改正までは病院に隔離という、場所は違っても一貫して地域社会と離しておくことに主眼が置かれた。その後わが国の精神障害者施策の問題点が国際的な非難を受け、一転精神保健法から精神保健福祉法の時代になり、地域でケアすることが良しとされる時代になった。これは大変良いことであるが、今度は通所施設や医療デイケアから「先に行けない」「将来のあてなく長期利用している」といった新しいタイプの「ホスピタリズム」が心配される。それらの人々の多くは高齢の家族と同居している方々が多く、親亡き後の地域生活の維持が心配されている。そこで近年、生活「支援」(サポート)のための施設・制度として、地域生活支援センター、ホームヘルパー派遣制度など補完型援助サービスが制度化され、少しずつ充実する気配は見えてきた。さらに地域サポートシステムの重要性に対する議論や論文もさかんに提示されている。また通所型のリハビリテーション施設であるデイ

ケアなどについては近年専門の学会も開催され、熱心な実践報告がされるようになっていく。さらにデイケア運営のマニュアル本も数種類出版されている。

しかしながら、利用者側からすると「地域で生活する技術」の学び方、訓練の仕方、支援者側からすると、「地域で生活する技術」獲得への支援法について研究・著作はごく少数である。特に生活訓練施設のような入所型のリハビリテーション施設が利用者に対して、どのようなサービスを提供すべきなのか、また提供できるかについてのわが国における研究・実践報告はさらに少数である。それらに対する専門の著作や出版物もほとんど出版されていない。欧米をはじめとする精神障害者福祉先進国では、入所型のリハビリテーション施設やグループホームなどの住居提供サービスが、精神障害者ケアの重要な中心となっており、数多くの論文、実践報告がなされているのとは対照的である。わが国の場合、家族同居という形で地域生活が現状主流をなしており、家族が福祉サービスの含み資産として認識されているため、重要視されてこなかったといった指摘も出来る。これらから、入所型のリハビリテーション施設や住居提供サービス軽視の傾向が、ややあるように思われてならない。

この論文では、現在の精神障害者が置かれている現状を述べ、さらに入所型のリハビリテーション施設の代表として私が経験した生活訓練施設における援助の実際について、事例を提示し、生活訓練施設で行われるべき援助について述べることで、単なる「受け皿」や「宿泊先」ではなく、「地域で生活する技術」を獲得するという積極的なリハビリテーションの場、サポートシステムの中心機関になりうることを提示したいと考える。

1 精神障害者の生活実態

(1) 入院・入所施設における生活実態

ここでは精神障害者の生活実態を理解しておくために、主に全家連の調査、精神病院の病棟生活と環境、活動状況と社会との関わり、個人的な所有物と所有の禁止など、生活の項

1) 目の調査、救護・更正施設利用の精神障害者調査、²⁾グループホーム・小規模作業所・社会復帰施設についての調査をもとに話を進めて行くが、³⁾1機関の調査を中心に論を進めるのには躊躇はあるが、日本の精神障害者の実態を細かく調査することには、様々な点で障害を伴うため、適切な先行研究や調査が少なく、比較検討が出来なかったことはご了解いただきたい。

我が国の精神保健福祉平成12年度版によると平成11年6月末現在、我が国の精神病床数は約34万8千床となり、全病院の病床数の約21.7%を占める。入院患者は約33万2千人で、その中で精神分裂病の患者は約20万7千人ある。平成8年患者調査から推計される精神障害者の全体数は約217万人で、183万8千人が地域で生活していることになり、地域で生活する精神分裂病者は、先の患者調査から外来受診者の26.7%なので、単純計算で約50万人と推計できる。

さらに、平均在院日数は300日を超えるといった、先進諸国と比較しても極めて異常な状況になっている。(米国が12.7日、デンマークが17.2日、オーストラリアが13.4日) また、入院者のうち、5年以上の人が46.5%となっている。このことから入院者の約3割(約33万人中では約10万人)は、すぐにも退院できる社会的入院と言われているが、退院先がないなどの理由で退院できずにいる。

地域生活者の内訳は、援護寮、福祉ホーム、入所授産施設、救護・更正施設などの施設に入所している人、单身生活者、家族同居者等様々なスタイルがある。

障害者白書や厚生省の資料から推計すると、救護・厚生施設に約8千人、生活訓練施設が約3千人、福祉ホームが約1千人利用していると思われる。いずれにしる入所施設を含めた「住居サービス」を利用しているのは我が国では1万2～3千人であり、他の先進諸国が病院内のケア中心から「住居サービス」中心に大きくその転換を終えた現状からは、かなり遅れているといえる。

病棟生活と環境、私物所持物品、及び金銭管理状況から見えてくるものとして、表1、2、3は、3つの全家連調査を参考に、筆者が作成したものであるが、表1を参照すれば一目瞭然だが、入院、教護・更正施設の一人部屋の少なさがわかると思う。地域生活では、アパート生活はもちろん、近年では家族同居であっても一人部屋が多いと思われるが、居室一つ取ってみても、病院や救護・更正施設と地域生活の間には大きな違いがある。

病院では、所持禁止の物として、果物ナイフ、はさみ、剃刀、ライターなどの危険物、テレビ、通帳、キャッシュカード、現金の所持が禁止されている例が多くなっている。特に、刃物、ライター、現金、キャッシュカードなどは、日常生活を行う上で必需品であるが、その所持の禁止は社会生活とのギャップを感じざるを得ない。小遣いの自己管理は、全て自分で行っているが、病院で26.3%、救護・更正で50.8%、となっており、現金等の所持は認められていても、実質的な小遣いの自己管理を行っている人は少なく、多くの場合何らかの管理を受けていることがわかる。このことも重要な点であると思う。

病棟生活と環境

表1 居室の状況(数字は利用者の%)

	1人部屋	2人部屋	3～4人部屋	5～6人部屋	5～6人部屋
精神病院	2.4	3.9	23.0	45.8	23.3
救護・更正	8.0	5.7	51.4	31.7	
グループホーム	69.0	27.9	3.1		
生活訓練施設	49.8	37.7	12.5		
福祉ホーム	94.6	3.1	2.4		
入所授産施設	90.9	0.0	8.3		

私物所持物品、及び金銭管理状況

表2 病院における個人の持ち物状況と所有を禁止されているもの

	個人の持ち物		禁止の持ち物	
	人	%	人	%
現金	1536	55.6	618	22.4
財布またはハンドバック	1654	59.8	83	3.0
化粧品	976	35.3	26	.9
ハンカチ	1841	66.6	6	.2
ティッシュペーパー	2072	75.0	27	1.0
鏡	859	31.1	417	15.1
髪ブラシ	1813	65.6	6	.2
電気かみそり	838	30.3	564	20.4
つめきり	245	8.9	1345	48.7
アクセサリ	442	16.0	53	1.9
外出着	2043	73.9	4	.1
はきかえの靴	2131	77.1	5	.2
はきかえのスリッパ	1392	50.4	4	.2
ドライヤー	80	2.9	1144	41.4
はがき(切手・封筒)	657	23.8	24	.9
テレビ	51	1.8	1558	56.4
ラジカセ	736	26.6	69	2.5
筆記用具	1748	63.2	5	.2
メモ帳	1498	54.2	2	.1
裁縫用具	65	2.4	1923	69.6
ライターまたはマッチ	599	21.7	1548	56.0
	2764	100.0	2764	100.0

表3 病院、救護・更正施設の小遣い金管理状況

	病 院	救護・更正
全 て 自 分 で	26.3	50.8
何 日 か ま と め て	29.5	21.9
毎 日 も ら っ て い る	6.4	2.8
自 分 で は も て な い	36.4	17.2
無 回 答	1.4	7.4

(数字は%)

精神障害者が地域生活を行うのに当たって、重要な点は服薬の自己管理であるが、筆者の知る限り精神病院で、どの程度服薬の自己管理を行っているかという信頼できる調査報告はない。全家連の調査によると、援護寮で88.5%、福祉ホームで75.6%、入所授産施設で100%の服薬指導・管理を行っているこ

とを考えると、多くの利用者が、入院中に服薬の自己管理技術が修得できていないと考えざるを得ないこと、また、病棟の半数が閉鎖病棟であることを考えると、多くの人に対して病棟のスタッフが服薬の管理を行っていると思われる。単身生活となれば全て自己管理を行うことになることを考えると、退院後の

生活との、大きなギャップを感じる。長期入院中の精神障害者の問題点は、社会との接点が少なく「浦島太郎」状態になってしまうことである。そのことが、社会復帰を困難にしている大きな原因であると考えられる。その点で、日頃からどの程度社会との接点を持ち続けているかが重要である。しかし、全家連調査を見ると、社会見学などの病院外活動に参加している人は20%程度であり、院外作業に参加している人とが3.1% 作業所に通所している人が1.0%と、大変低い数値である。一方救護・更正施設では、外勤者は53.8%であり、グループホームでは、正規雇用11.5%パート就労16.7%、作業所・デイケアへの通所が合わせて57.5%、特になし8.3%となっており、病院と比べると社会との接点が大きくなっている。

(2) 在宅での精神障害者の生活実態

在宅の精神障害者の実態については、全家連が「精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ」で調査を行っています。特徴的なのは、単身者は、アンケート回答者4,180人中、単身者は、5.1%にとどまり、父母との同居が56.9% 母との同居が18.1%であること。さらに、家族が60歳以上の場合が63%を越え、「夜眠れない」「食欲不振」「理由もなく疲れる」などの精神的不健康を訴え、身体的にも高血圧、心臓病などの治療を受けています。老人クラブとの比較を見ても、精神障害者を持つ家族の心的ストレス指数が高くなっています。また、家族ケア・直接援助行動（複数回答）を見ると、「清潔・身だしなみ・規則的生活への配慮」が65.3%、「通院服薬の働きかけ」が64.6%、病状の観察・悪化時の適切な働きかけが56.7%、「話を聞き相談に乗る」が60.1%と、生活や健康管理への広範な援助を行っています。逆に言えば家族同居の精神障害者の地域生活は、実質的に家族に支えられてようやく維持できていると言える。

日中の生活状況は、正規の社員・従業員が6.7% パート・アルバイトが11.1% 作業所・デイケアが36.7% 家事・家業が19.5% 役割無し24.4%となっている。このことから考えられるのは、就労していたり、デイケア・作業所

に通所していても日常生活維持は家族に依存しているという点である。

(3) 精神障害者の生活実態から見えてくるもの

精神障害者が生活訓練施設やグループホームなどを利用するのは、筆者の経験を基に考察すると、家族の高齢、死亡、折り合いの悪さから同居が不可能になり、単身生活を余儀なくされているが、単身生活を行うために必要な生活技術（服薬管理、健康管理、金銭管理、対人関係維持能力、社会資源の利用技術、相談者利用技術）が不足している場合である。現在病院では、他の重症患者保護の必要から、前述のように様々な制約がある。しかし、本来制限の必要ない人の行動まで制約しているように思える。今回の調査を分析してみると、精神病院では医療関係者が、在宅では家族が、その生活維持のための様々な活動を、良い意味でも悪い意味でも「代理」し、「保護」しているということが分かった。

しかし、少ないとはいえ、約5%の人が単身生活を行っており、さらにグループホームなどの援助付き住居利用者を加えれば、さらに多くの人が自立した生活を送っていることになる。このことは、条件を整えば長期入院中の精神障害者であっても、地域で自立した生活を送る可能性があるという証拠であり、今後の精神障害者の生活を考える上で参考になると思われる。

2 生活訓練施設で行うべき援助とは

精神障害者の現在おかれている状況については、1で述べた。そこから見えてくる精神障害者は、家族の高齢、死亡、折り合いの悪さから同居が不可能になり、単身生活を余儀なくされているが、単身生活を行うために必要な生活技術（服薬管理、健康管理、金銭管理、対人関係維持能力、社会資源の利用技術、相談者利用技術）が不足している場合である。そこで行う必要のある援助はまず、退所後の生活を予測したりハビリテーション計画である。アンソニーは計画を行うべき原則として、①精神障害を抱えた人の能力を改善すること

②技能開発、環境的支援開発の2大介入 ③必要とする環境における自らの行動が改善されること ④臨機応変 ⑤職業的予後の改善 ⑥希望 ⑦程よい依存関係の重要性（当事者参加）薬物療法は必要条件だが十分条件ではないこと等を提示している⁵⁾。

生活訓練施設にとって注目すべきは、①②③の生活能力改善へのアプローチである。近年生活支援センターやホームヘルプサービスなど、地域における「代償型サービス」が増加しているが、生活訓練施設は「訓練型」のサービスができる数少ない施設であることから、これを中心とした援助を行うべきと考える。そのような支援の基礎には以下2点が強調点である。

(1) エンパワーメント・アプローチ

エンパワーメントとは、ソロモン（Solomonn, B, 米国）が、「Black Empowerment」として提唱した理論であり、当初は黒人や有色人種などのマイノリティーに対する支援理論でしたが、障害者の自立理論として再編されイギリス、日本に紹介された。利用者が生活主体者として自己決定力を高め、自己を主張し、生きて行く力を発揮することであり、援助者にとっては利用者の力の発揮を促進するあらゆる支援が含まれる。

エンパワーメントは、北米で始まった身体・知的障害者の「自立生活運動 independent living act」（以下IL）の基礎を成す考え方の一つであり、権利擁護（アドボカシー）、当事者カウンセリング（ピアカウンセリング）などがある。障害者の自己実現への欲求の充足を支えることがIL運動の目標になっている。また、最初は身体障害者などの「自己主張が出来る強い障害者」のみの運動との批判もあったが、最近では重度の知的障害者などの障害者運動にも影響を与えている。身体障害者などの積極的な意思表示が出来るような「強い障害者」だけでなく、積極的な意思表示が困難とされてきた、知的障害者や精神障害者などの「強くない障害者」も含めたすべての障害者にとって、有効な理論とされている。しかし、我が国の現状では、精神障害者の場合、長年の入院・治療生活で、社会生活

を送る上で「パワーlessness」（力がない）状態になっている。そのような人々に急に「自己決定」を求めても無理であろう。そこで、情報の提供、理解のための支援・解説を行い自己決定を行いやすくする。また、権利意識に目覚め自己の権利を主張することや、自立する力、技術の獲得のための支援を行う必要がある。そこには従来の「精神障害者は、本来理解する力や判断能力が無いのだから、家族や医師、関係者が代わって判断する。」という考え方から、「精神障害者の多くは、自己決定できる。また、現在は出来なくとも一定の教育的関わりや第三者の援助で出来るようになる。」といった価値観の変化を伴うものである。これが「リカバリー」（回復）の考え方であり、主体的生き方の基礎となる。生活訓練施設におけるエンパワーメントアプローチの強調点は、

①生活情報・知識の提供、②健康面生活面の自己管理技術の修得・向上、③自立の意思や権利意識の獲得、④利用者相互の教育的関係、この4点は重要である。

(2) ケアマネジメント

この考え方は、1960年代のアメリカにおける脱施設化政策のもと、精神障害者が退院して地域で暮らすようになったとき、その生活を支援する方法として考えられたものである。その後1970年代のイギリスでも従来行われていた技法などを総称して呼ぶようになった。ケアマネジメントは個別の利用者中心主義（消費者主義）、問題重視よりも能力開発主義、専門家よりも身近な人々の支援を重視するインフォーマルケアの視点など、精神障害者が地域で自立した生活を行うために今後大切な点が多く含まれている。生活訓練施設には複数の職員がいる。また、施設によっては教育的基礎が社会福祉、看護、心理など様々です。さらにはベテランも初心者もいる。それらのスタッフは、共通の理念・方針で利用者に関わる必要があり、その時に有効なのがケアマネジメントの考え方である。

生活訓練施設における、マネジメントの対象者は、地域に生活する精神障害者で、生活を送る上で困難さを持っている人々である。

生活訓練施設でいえば、利用者の地域生活維持能力、セルフケア能力を向上させ、さらに生活するのに足りない点をインフォーマルサービス（家族、親戚、地域住民、ボランティア等）フォーマルサービス（行政や施設・機関などの誰でもが使えるような公共的サービス）を組み合わせ、調整して生活できるようにするものである。これをケアマネジメントでは「ストレングス・タイプ」（強化型）と呼び、高齢者の場合など、社会資源を組み合わせることに主眼をおいたものを「ブローカリング・タイプ」とすることで区別される。ケアマネジメントは精神障害者が住んでいる、また住むであろう地域社会に目を向けている。このために生活訓練を行って地域生活をする利用者の具体的な「生活」を支援するための、専門家、家族、近隣の人々のネットワーク形成を促す。さらに一人の人を支援する体制が整い「地域の問題解決能力」が向上すれば、別の人の支援体制を組むことは容易になるのである。

(3) 生活訓練施設におけるエンパワーメントアプローチと、ケースマネジメントの関係

1のエンパワーメントの稿で述べた通り、精神障害者の生活訓練は地域生活を送る上で重要です。ケースマネジメントの考え方の基礎には「契約原則」が貫かれており、援助計画を作成したケースマネージャー（生活訓練施設では個別の担当者）と、利用者が合意し援助計画を作成することになる。入院治療では治療者がその主導権を持つことになりがちだが、生活訓練施設では、主体は利用者であると考えられる。どのような生活を送りたいかによってそのゴールは大きく違って来るし、当然援助方法も変わってくるからである。ケースマネジメントを有効にするためには、自分の希望をはっきり援助者に伝える能力、その援助が満足行くものであるか評価する能力、地域生活を送る上で自分に足りないものは何か、何が必要か、など判断する能力の向上が不可欠となる。エンパワーメントアプローチは、そのような能力を失ってしまったり、獲得の機会がなかった人々に様々な機会を提供

することと言える。つまり、この両者は車の両輪である。

3 生活訓練施設における援助の実態

事例1 「金銭管理能力の不足から、年金・仕送りを使い果たし、生活破綻から再入院を繰り返している単身ケース」35歳男性 統合失調症

(1) 生活歴・受診歴

A県で出生、高卒後会社員として勤務、19歳の時職場の上司が自分をいじめる等の被害念慮が出現、職場に行けなくなり退職、その後母の交通事故などが重なり不眠や関係妄想など異常体験から精神科入院となる。その後すぐ退院したが、職場復帰できず、短期アルバイトを繰り返す。母の交通事故の賠償金を使い豪遊するなど金銭管理の問題はこの頃からあった。数回の入退院は金銭管理ができないことから所持金を使い果たし、カードローンやサラ金で借金をする。その後単身アパート生活をするが食事・服薬が不規則で生活破綻から再入院となっている。生活訓練施設入所前は3年間入院していた。

(2) 家族の状況

父・長兄が援助の中心である。本人の借金を返済するのに数百万円をかけており、退院も生活訓練施設だから同意している。兄はできるだけ協力したいと考えているが、今後借金をするようなら援助をしないという。

(3) 入所生活の状況と生活技能判定

対人接触は良く愛想のよさから評判は良い。知り合った他の入所者に食事やお菓子をおごっているところが目に付く。掃除、洗濯、炊事など平均以上の能力を示す。

しかし、入所後すぐに自炊の食費を使い果たす。それも数百円になって初めて「足りない」事に気が付いたこと、買い物など計算がほとんどできないことなど、認知障害等の機能障害による生活障害が見られる。

(4) 援助の経過

施設生活での様子から、金銭管理ができ

ないのは本人の性格的なものではなく、機能障害であることは容易に判断がついた。そのため、金銭管理能力の向上を想定した援助計画をスタッフから提示した。しかしながら本人は「少しうっかりしただけだ」と認めない。そこで、次回同じことが起ったらスタッフの提案を受け入れることを説明、合意された。

(その失敗は自己責任を取る形で、おかずの無いご飯のみの食事を1週間ほど続けることになった。)案の定、再破綻し、スタッフの提案通り受け入れた。具体的には、1日で使える額を封筒に入れ、1週間分を自己管理する。1週間ごとにスタッフとその振り返りを行うという援助パッケージを使った。そのことで金銭管理の感覚が身についたようで、3ヶ月ほどではほぼ自己管理できるようになった。

(5) 退所後の生活

単身アパート生活を選択する。金銭管理パッケージを継続、援助を兄が1ヶ月に1回行う。時々破綻はあるが、1週間分の範囲内での破綻なので大きな問題は無い。本人も「自分は金銭管理ができないだめなやつ」といった自己評価であったのが、「一定の援助があればできる」に変化し、自信を持ち始めている。

事例2 「副作用による不満で拒薬し、再入院を繰り返す男性」24歳 統合失調症

(1) 生活歴・受診歴

幼少から喘息があり病弱な子だった。A県内でも優秀な進学高校卒業後1浪してA県の新設私立大に進学、浪人中から不眠や不安焦燥があったらしく勉強が手につかなかったという。

入学後は夜間のアルバイトをしていたという。2年生になった頃、幻覚妄想状態で精神科入院、退院後復学するが夜間のアルバイトをはじめ、拒薬から再入院になる。その後2回の再入院歴あり。退院後すぐにアルバイトをはじめめるが、服薬が不規則になり悪化というパターンである。

(2) 家族の状況

父は中企業の創業社長、2人の兄は取締役をしている。母は主婦、精神的に不安定

で精神科通院している。父は本人に対して厳しく「自立しろ」と促す。経済的には裕福なはずだが、本人が退院後すぐにアルバイトするのは父の影響がある様子、典型的な「強い父親」である。本人は嫌っている。しかし父は本人のことはすごく心配しており、こっそり会社の株を本人名義で買っている。

(2) 入所生活の状況と生活技能判定

対人関係、金銭管理、作業能力ともに入所者中一番である。本人の希望で入所中からアルバイトを始める。数ヶ月経過したところ、どことなく表情が陰しくなり、他の利用者との喧嘩が多くなる。夜も不眠らしくベッドで寝返りをうっていることが多い。「大丈夫か?」とスタッフが心配しても、「若いから1日や2日眠れなくても大丈夫」と頓着しない。

入所半年して幻覚妄想で大声を出す。本人に確認するとここ3ヶ月(アルバイト開始後すぐ)服薬していないということがわかった。服薬管理やセルフケア能力の低さが判明する。

(4) 援助の経過

拒薬が判明した後も、本人は「大丈夫様子を見て欲しい」という。スタッフは「再発の可能性が高いこと」を説明しながらも、嘱託医・主治医の了解を得ながらそのまま拒薬状態で経過させた。本人には「もしイライラがひどくなったり、喧嘩が我慢できなかったときは服薬を再開する」との契約を取った。2週間ほど経過後本人から「つらいので服薬を再開したい」との申し出があった。その後主治医の指示で、安静確保と集中的な薬物療法を施設内で行うことを条件に援助を行った。本人はこのことから自身の再発のパターンが、

①焦って無理なアルバイトを行うこと②服薬を軽視したこと③睡眠を始めとする休養を取らなかったこと などであることを認めた。そこで、①ストレスを集中させない②対処技能の獲得③環境整備 以上を中心とした退所計画を作ることで合意した。

(5) 退所後の生活

退所後の生活はストレス軽減のため、父

の影響を排除するため障害基礎年金を中心とした経済保証、単身アパートを想定した。さらに病院デイケアへの通所、服薬の維持を確認するために、定期的に病院P S Wと面接することなどを計画、本人・家族と合意された。

半年ほどデイケアに通所し、単身生活になれたところでアルバイトを開始、その後短期の休息入院をしたが単身生活は維持できている。

4 ま と め

2つの事例から言えるのは、精神障害者自身のワーカビリティ（援助者管理能力）の重要性である。そのためには「何故自分は援助を受ける必要があるのか」といった疑問を解消しておく必要がある。従来型の援助は「医師や専門家の言う通り」にしていれば良いとの傾向が強く、せつかく必要な援助であっても当事者の同意が無いままに提供され、結局十分な効果が得られなかった。2事例はその典型的なケースである。

生活訓練施設では、入所施設という特徴があるゆえに、その必要性理解のために、あえて失敗を体験することで、それを共有することができる。事例のように援助をパッケージ化し、提供することで効果的かつ必要な援助が提供できる。それを通じて精神障害者が自信を回復し「リカバリー」へと進むことができる。

このような一連の援助は、まさにエンパワーメントアプローチと、ケースマネジメント技法の具体化であり、生活訓練型サービスの代表たる生活訓練施設で中心となるべき機能であると考えられる。

〈引用文献〉

- 1) 全家連「長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究」(1998年 全家連出版)
- 2) 全家連「救護・更正施設の精神障害者」(1995年 全家連出版)
- 3) 全家連「精神保健地域活動の現状と課題」(1997年 全家連出版)
- 4) 全家連「精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ93」(1994年全家連出版)
- 5) Anthony, W. (濱田龍之介訳・解説)：精神疾患からの回復：1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点. 日本精神障害者リハビリテーション学会誌, 2 ; 145-154, 1998