

# 高齢精神障害者の地域生活支援の現状と課題

—ソーシャルワーカーへのインタビュー調査の結果から—

松浦 智和\*

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科

**【要旨】**本研究では、高齢精神障害者の地域生活支援について、その現状や課題を調査すべくソーシャルワーカーへのインタビュー調査を実施したところ、多くのソーシャルワーカーが高齢精神障害者の地域生活支援を実際に経験し、支援に課題を感じていることが明らかとなった。その内容としては、「身体合併症とそれともなう支援の難しさ」や障害者総合支援法と介護保険法の接続などを中心とした「制度の問題」、当事者自身のモチベーションや意識の問題などが確認された。先行研究でも指摘されるように「長期に渡る入院」の影響も含めて「本人の強い地域生活への不安」「表明されない(地域生活支援への)ニーズ」「根強い入院継続希望」が実際に当事者から語られる現状があることは明白であったが、一方で当事者が介護保険制度のサービス利用に拒否的であることが示唆されるなど、高齢精神障害者の地域生活支援における新たな現状や課題が明らかとなった。

**キーワード：**高齢精神障害者, 統合失調症, 地域生活支援, ソーシャルワーカー

## I. 緒言

本研究の目的と関心は、メンタルヘルス・ソーシャルワーク領域においてもっともニーズが多様化・複雑化しているもののひとつである高齢精神障害者の地域生活支援について、ソーシャルワーカー(精神保健福祉士もしくは社会福祉士のいずれかの資格を有する者)へのインタビュー調査により現況を調査し、課題を明らかにすることにある。もとより、諸家が障害者の高齢化による諸課題(表1)<sup>1)</sup>や高齢精神障害者の地域生活支援における困難を指摘しているが、その論点は以下の3点に約言される。

まず第1に、身体合併症の問題である。いうまでもなく、高齢期にはロコモティブ症候群や様々な生活習慣病の発症が顕著となる<sup>2)</sup>。殊に、前者では、加齢による身体機能の衰えとして、筋力低下、持久力低下、反応時間の延長、巧緻性低下、バランス能力の低下をきたし、歩行などに重大な影響を与えることから、当事者の活動性の低下、活動範囲の縮小等が支援を困難にすることは容易に想像できる<sup>2)</sup>。

第2に、制度の問題である。筆者の私心であるが、もっとも典型的なものは、精神障害者も含めて障害者も65歳を超えると、障害者総合支援法による介護サービスよりも介護保険制度を優先して利用することになることであるが、介護保険が優先されることにより、サービスの種類の制限や自己負担の増加等、スムーズなサービス利用を阻害する因子が存在するようになる。また、サービス提供側が精神症状に対応できないなどの理由で、実際の生活能力に見合ったサービスを受けられていないこともある。これに加えて、所得等の経済面の問題も考慮せねばならない。

第3に、本人の地域生活へのモチベーションの問題である。筆者の経験で考えても、これまでにあげた身体疾患や制度利用の課題に加えて、家族関係の変化や、実際に利用できるサービスや資源の少なさにより支援者側も高齢精神障害者への支援に消極的になることなどを理由とした支援者との関係性の変化なども本人の地域生活へのモチベーションの低下に影響を与えることは容易に想像できる。たとえば、家族関係では、本人の高齢化とともに家族も高齢化し、キーパーソンは親世代からきょうだい世代へ、きょうだい世代から子・甥・姪世代へ移り変わっていく。この世代交代の過程では、家族・親族間の行き来も減り、むしろ、本人にはずっと入院・入所してほしいとの声が聞かれることも少なくない。入院や施設入所、利用に関わる同意などはするが、あとは特に関

2016年12月5日受付：2017年1月6日受理

\*責任著者

住所 〒096-8641 北海道名寄市西4条北8丁目1

E-mail : matsuura@nayoro.ac.jp

わりを持ちたくない」と表明する家族・親族は確実に存在する。無論、家族の力がなければ地域生活支援が成立しないというのではなく、このような意思が表明されることでの、当事者の地域生活へのモチベーションの低下・消失には配慮すべきとの視点である。

以上の問題意識の下、本研究では北海道内で高齡精神障害者の地域生活支援に関わっている医療機関や障害福祉サービス事業所、行政機関のソーシャルワーカーに対し、支援の課題等についてインタビューを行うことで、超高齡社会となったわが国における高齡精神障害者の生活支援システム検討の基礎資料を作成することを試みた。なお、本研究が取り上げる「高齡精神障害者」には主病名が認知症(ICD-10, F00-F09)の者は想定していない。また、当事者の年齢については概ね 65 歳以上としたが、一部満たない者も含めることで、ソーシャルワーカーがインタビューに回答する際に想定する事例を幅広く設定できるよう配慮した。

## II. 先行研究の動向

### 1. 身体合併症を有する精神障害者

精神疾患を副病名に有する疾患のうち、いわゆる 4 疾病(がん, 糖尿病, 急性心筋梗塞, 脳卒中)の推計患者数について、河原は 2008 年厚生労働省患者調査における推計患者数と国立社会保障・人口問題研究所の人口統計および将来人口推計を用いて算定している(表 2)<sup>3)</sup>。この報告によると、4 疾病のうち、脳卒中(脳血管疾患)で精神疾患を副病名に有する患者がもっとも多く、次いで、がん, 糖尿病, 虚血性心疾患の順であるが、これからはいずれも将来的に増加の一途を辿るとしている。特に 2035 年の脳血管疾患, 虚血性心疾患で精神疾患を有する推計患者数は現在の 2 倍に達するとしている<sup>3)</sup>。この報告は、認知症患者も含めたものであるが、新村によれば、統合失調症患者も加齢により、エピソード記憶, 精神運動速度, 作業記憶などの認知機能の低下をきたし、さらには認知症の合併に至る場合があるとされることから認知症を除く高齡精神障害者について概観する際にも大いに参考になる<sup>2)</sup>。なお、荊山によれば、厚生労働省の「精神病床の利用状況に関する調査報告」の結果から、精神病床入院患者の 14%が他科での入院治療が適切とされたとしており、さらに、統合失調症患者についてみれば、10.5%となっているが、それは高齡になると割

合が高まり、65 歳以上では 16%に至ることを指摘している<sup>4)</sup>。

### 2. 高齡精神障害者の地域生活支援における制度に関わる諸課題

まず 1 つには、障害者も 65 歳を超えると、障害者総合支援法による介護サービスよりも介護保険制度を優先して利用することになることである。介護保険サービスは低所得者に配慮されているとはいうものの、高齡精神障害者にとっての費用面の負担の大きさは明白である<sup>5)</sup>。殊に、精神科医療が通院, 精神科デイケア, 訪問看護等の利用に際し費用負担が抑えられていることに比較すると、余計に介護保険の費用の高さが目立つ。相当数の当事者が年金を中心とした収入で生活していることを考えれば、医療と介護の制度の枠組みを超えた財政的措置が喫緊の課題といえる。そもそも、地域生活を送る当事者は、医療機関への通院や精神科デイケア, 訪問看護だけでは生活を継続することができない場合は多い。その場合に、たとえば費用負担の面で介護保険サービスの通所介護や訪問介護を利用できないとなれば、施設入所や入院という選択肢が台頭してしまう現実があると思われる。なお、サービス利用に際しては、特に食事代の負担の大きさが懸念されることから何らかの助成なども必要であろう<sup>5)</sup>。

第 2 に、制度利用に際しては、殊に統合失調症患者を想定した場合にいくつか考慮すべき点があることである。たとえば、一般に、高齡の統合失調症患者は、陽性症状が目立たなくなり、精神症状は安定してくる。それにともない、障害年金の等級が下がり、受給額が減るなどの例が散見される<sup>2)</sup>。また、地域で暮らす統合失調症患者は、比較的 ADL が保たれている場合もあり、障害者総合支援法でも介護保険法でも制度の利用にあたっては、支援を要する程度が低く出て、わずかなサービスしか利用できず、真の「生活のしづらさ」を反映していない場合もあることを忘れてはならない<sup>2)</sup>。一方で、疾患や精神症状を理由にサービス利用を拒否されるようなケースもある。これもまた、医療と社会福祉領域の垣根を超えた対応、制度を考えていかねばならない事項である。この点について、松尾は、地域で生活をする高齡精神障害者の介護サービスの利用状況について、介護支援専門員の役割や制度の課題を考察するなかで精神科病院の精神保健福祉士へ聞き取り調査を行い、①介護サ

表1 地域の障害者の高齢化にともない新たに発生する課題

項目	新たに発生する課題
①所得保障	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加齢により増大する様々な経済的負担に耐えうる所得保障制度の創設</li> <li>・利用サービスの移行の際の費用負担免除などの特例措置</li> </ul>
②住まい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住宅改修補助と相談支援制度等の拡充</li> <li>・多様な住まいの場の整備・確保</li> </ul>
③社会参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動支援やコミュニケーション支援などの拡充</li> <li>・災害時対応にかかる相談支援体制の構築</li> </ul>
④福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意向に沿ったサービス利用と選択ができる仕組みづくり</li> <li>・介護保険サービスへの移行に際してのサービスの内容と量の接続性の保障</li> <li>・高齢障害者の特性や状態に配慮した情報提供体制の整備</li> <li>・利用サービスの拡充</li> <li>・日常的な支援体制の整備と支援者の確保、養成</li> </ul>
⑤家族状況の変化への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的支援やサービスを要する状態の発生時に身近で必要な相談が可能な体制づくり</li> <li>・加齢によるリスクを考慮した早期からのサービス利用</li> </ul>
⑥その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時対応</li> <li>・安心・安全で生きがいの持てる生活を継続できる社会環境整備に向けた普及・啓発</li> <li>・高齢の障害者の包括的相談支援のネットワーク体制の確立</li> </ul>

文献1)より引用

表2 精神疾患を副病名に有する4疾病の推計患者数の推移

(単位：百人)

副病名	年						
	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
精神疾患を副病名に有する脳血管疾患	439	533	627	713	787	854	907
精神疾患を副病名に有するがん(悪性新生物)	112	129	144	158	168	177	181
精神疾患を副病名に有する糖尿病	99	115	130	142	152	160	166
精神疾患を副病名に有する虚血性心疾患	38	46	54	61	67	73	75

文献3)より引用

サービスを調整する介護支援専門員の役割が大きいこと②介護保険サービスと自立支援医療との費用負担に差があるため、必要な介護サービスの利用につながっていないことを明らかにしていることは重要な知見である<sup>5)</sup>。

### 3. 当事者の地域生活へのモチベーションに関する諸課題

一般に高齢期は「喪失の時期」といわれる。たとえば心身の健康の喪失や、家族や社会とのつながりの喪失、経済的基盤の喪失、生きる目的の喪失などがあげられる。したがって、高齢精神障害者が様々な喪失に遭遇するのは特異なことではないと見る向きもある。それでも、高齢精神障害者の地域生活支援においてこのことを議論する必要があると筆者が思うのは、それら当事者たちが発症から今日に至るまでの長きに渡り、様々な精神症状に苦しみ、翻弄され、偏見・差別に苦しみ、また、社会関係や役割を失い、人

よっては入院に際し、支持的ではなく指示的な専門職の関わり方の経験などによって、自ら「主体性のない人生」を選び、強固な「あきらめ」に満たされて生きているかもしれないと考えるからである。北海道十勝地方で精神障害者の地域生活支援に古くから取り組んでいる門屋は「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、夢を持っていない人たちと出会う。このようにパワーレスな状態になぜ至った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、最悪の人生と決め付け、仕方がないと諦めていて、我慢の人生を、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、違った生活が歩めること、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、精神疾患を持つ者の「あきらめ」の重さとそれに対するソーシャルワーカーのアプローチの

視座を示している<sup>6)</sup>。また1つはサクセスフル・エイジングの視点である<sup>2)</sup>。サクセスフル・エイジングは1960年代から社会学の分野で登場し、現代では様々な領域で取り上げられる概念である。歳を重ねても、中年期に行っていた仕事をできる限り長く続けるのがよいとする「活動理論」、歳を重ねたら、活動的な生活から離れることを受容するのがよいとする「離脱理論」、これまでの習慣や趣味をできるだけ続けるのがよいとする「継続性理論」がある。「補償を伴う選択的最適化(selective optimization with compensation : SOC) モデル」では、サクセスフル・エイジングとは、加齢に伴う身体的、心理学的、社会的な機能の低下や喪失がみられても、それも統御して目標を達成していく過程であると考えられている<sup>2)</sup>。わが国で高齢精神障害者のサクセスフル・エイジングについての報告はみられないが、たとえば、Cohenらは、地域で生活している統合失調症患者198人について、疾患の状況やサクセスフル・エイジングの達成状況を調べている。そのなかでは、サクセスフル・エイジングを主観的サクセスフル・エイジングと客観的サクセスフル・エイジングに分けて定義した。内容は以下の通りである<sup>2,7)</sup>。

#### (1)主観的サクセスフル・エイジング

- ①病気や障害がない(自分で健康と感じている、活動を阻害していないと感じている)
- ②認知機能・身体機能を保つ(物忘れがない、セルフケアが自立している)
- ③社会参加(家族や友人からの感情的支援に満足、他人の役に立っていることに満足している)

#### (2)客観的サクセスフル・エイジング

- ①循環器・呼吸器疾患、発作、高血圧、糖尿病、喫煙がない、BMI>30でない、基本的ADLの障害がない
- ②Dementia Rating Scaleが144点満点で130点以上、IADLが28点満点で25点以上である
- ③親友が3人以上いる、他人を援助する、仕事・家事をするなどの人とのつながりが3つ以上ある

調査の結果、精神症状は49%が寛解、17%は回復に至っていたが、同年代の統合失調症のない者に比較すると、それぞれのサクセスフル・エイジングの達成は低く、大きな乖離を認めたと報告している。このことは高齢精神障害者が主体的に地域生活を望み、実

践していくことの難しさを示すほか他者の積極的な介入が求められる事由となろう。殊に、社会参加や人とのつながり、社会関係の領域におけるソーシャルワーカーの役割は大きい。

さて、高齢精神障害者の概況ということについては、入院患者の状況についてはあるが、日本精神保健福祉士協会が2012年に「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」を実施し、63機関から558票の有効回答を得ている<sup>8)</sup>。そのなかでは、「退院希望あり」が42.0%、「同なし」が36.7%、「ソーシャルワーカーが把握できていない」が21.3%となっており、退院希望の有無はそれぞれ同水準で、加えて2割は希望の有無が確認できていないことが明らかとなった。「退院希望なし」の理由は、「病院にいたい」「このままでよい」などの「現状維持の希望」が31.5%、「怖い」「自信がない」などの「退院後の生活が不安」が17.5%、「病状によるもの」11.6%、「退院先がない」6.2%であった。さらに入院年数が長くなると「退院希望あり」の割合が低下していくことも示されている。同調査の結果について、栄は、「保護的・管理的・受動的な環境下において長期に『患者』役割を担うと、少なくとも2点の課題が生じる。第一に、社会生活への接点の減少により、その適応力の低下が生じる。第二に、自己決定の機会の減少により、自己決定の機会の減少のなかで構築されていく自分らしい生活感覚が喪失する。いずれの経験も、入院者に地域生活のイメージを貧困にさせ、それに伴い、『退院に対する不安とあきらめ』の感情が生まれ、結果として『退院の希望がない』という言葉が表出されると考えられる」と分析している<sup>8)</sup>。本研究では、入院患者の地域移行支援を想定しているわけではなく、栄の指摘がそのまま妥当するとは必ずしもいえないが、たとえ退院したとしても、継続して長期に「患者」役割を担っている高齢精神障害者が、同様の不安やあきらめの下に地域生活を送っている可能性は否定できないものと思われる。

### III. 研究の概要

#### 1. 目的・構成

本研究では、メンタルヘルス・ソーシャルワーク領域においてもっともニーズが多様化・複雑化しているもののひとつである高齢精神障害者の地域生活支援について、ソーシャルワーカーへのインタビュー調査により現況を調査し、課題を明らかにすること

が目的・関心である。それを達成すべく、北海道内で高齢精神障害者の地域生活支援に関わるソーシャルワーカー(精神保健福祉士もしくは社会福祉士のいずれかの資格を有する者)に対し、「高齢精神障害者の地域生活支援の課題に関するインタビュー調査」を実施した。研究期間は2015年9月～2016年3月であった。

## 2. 対象・調査内容

対象人数は10名とし、調査内容は、①基本属性、②高齢精神障害者の地域生活支援に関わる取り組みの状況、③高齢精神障害者の地域生活支援における課題の有無と内容、④他職種との連携の状況、⑤支援に関する地域的課題の5点である。

## 3. 実施方法

実施に当たっては、研究目的について説明し、自発的な参加を確認した上で、1人あたり45分程度の半構造化インタビューを行った。また、インタビューは本人の許可を得てICレコーダにて録音した。

## 4. 分析方法

データの分析は、先に述べた5点について、①～③は単純集計を行い、さらに③～⑤は回答を設問ごとにキーワードを抽出し、カテゴリー化した。

## 5. 倫理的配慮

本研究では、調査対象者に対し研究の概要やプライバシー保護について書面で説明を行い参加の同意を得た。また、参加の自発性について口頭にて確認した。さらに、本研究の結果について、名寄市立大学内で行われる報告会での報告のほか、紀要や年報等への投稿、筆者が所属する学会においても同様に発表・論文投稿をすることの承諾を得た。

# IV. 結果

## 1. 基本属性

基本属性は表3の通りであった。性別では女性が70.0%と多く、年齢では20代の者が半数を占め、年齢の最小値は24歳、最大値は42歳であった。ソーシャルワーカーの経験年数(それまでのものをすべて含む)では、5年未満の者と5～10年の者が半数であり、全員が10年以内であった。なお、全員が4年制大学において社会福祉士もしくは精神保健福祉士の養成

課程を修了していた。所属機関は、医療機関が40.0%、相談支援事業所や地域活動支援センター、就労継続支援事業などの障害福祉サービス事業所が50.0%、行政機関が10.0%であり、大きな偏りはなかった。高齢精神障害者の地域生活支援への取り組み状況では、すべての対象者が取り組みの経験があると回答した。高齢精神障害者の地域生活支援に取り組む上での課題の有無については、1名が「支援課題はあるが高齢精神障害者特有のものではない」と回答したため「なし」に分類した。

## 2. 高齢精神障害者の地域生活支援における課題 (表4)

本項では以下の4点の中カテゴリーとそれぞれについての小カテゴリーを抽出した。

中カテゴリー①「加齢、身体合併症とその周辺」では、小カテゴリーとして「合併症・身体疾患の管理の難しさ」「ADLの低下」「服薬管理」の3点を抽出した。

中カテゴリー②「制度に関わるもの」では、小カテゴリーとして「経済的基盤の弱さ」「介護保険の費用負担」の2点を抽出した。

中カテゴリー③「当事者の地域生活への意識に関わるもの」では、小カテゴリーとして「長期に渡る入院」「就労や活動への意識の低さ」「本人の生活のこだわりの強さ」「生活経験の不足」「本人の強い地域生活への不安」「表明されないニーズ」「根強い入院継続希望」の7点を抽出した。

中カテゴリー④「家族・支援者等の関わりに関するもの」では、小カテゴリーとして「帰ってきてほしくないと言う家族」「家族が反対していると言う当事者」「高齢であることに起因する周囲のあきらめ」の3点を抽出した。

以上の結果から、本研究でも先行研究に知見と同様の高齢精神障害者の地域生活支援における課題が明らかとなった。

## 3. 他職種との連携の状況(表4)

本項では以下の4点の中カテゴリーとそれぞれについての小カテゴリーを抽出した。

中カテゴリー①「地域生活支援の価値・意義に関わるもの」では、小カテゴリーとして「地域移行・退院支援の価値の共有の難しさ」「多職種で対応しなければそもそも不成立」の2点を抽出した。

表3 調査対象者の基本属性等(N=10)

設問		N	%	備考
性別	男	3	30.0%	
	女	7	70.0%	
年齢	20代	5	50.0%	最小値24歳、最大値42歳
	30代	3	30.0%	
	40代	2	20.0%	
経験年数	5年未満	5	50.0%	調査対象者全員が4年制大学において社会福祉士もしくは精神保健福祉士養成課程を修了。
	5～10年	5	50.0%	
所属機関	医療機関(公立)	2	20.0%	医療機関(公立)には国立大学法人を含む。医療機関は公立、民間ともにすべて有床。
	医療機関(民間)	2	20.0%	
	相談支援事業所	2	20.0%	
	地域活動支援センター	2	20.0%	
	就労継続支援事業所	1	10.0%	
	行政機関	1	10.0%	
取り組みの状況	あり	10	100.0%	全員が高齢精神障害者の地域生活支援への取り組みの経験があると回答した。
	なし	0	0.0%	
支援課題の有無	あり	9	90.0%	1名が「支援課題はあるが高齢精神障害者特有のものではない」と回答したため「なし」に分類した。
	なし	1	10.0%	

中カテゴリー②「ソーシャルワーカーの知識・技術に関するもの」では、小カテゴリーとして「アセスメントの難しさ」「目標設定の難しさ」「支援者が同じ顔ぶれで取り組みが正しいのか不安」の3点を抽出した。

中カテゴリー③「他職種の知識・技術に関するもの」では、小カテゴリーとして「医療機関からの一方的な提案」「独り歩きする理念」「介護支援専門員の精神疾患に関する理解の不足」の3点を抽出した。中カテゴリー④「体制づくりに関するもの」では、小カテゴリーとして「行政の支援の弱さ」「誰が声を出すか」の2点を抽出した。

以上の結果から、先述の通り、精神障害者のなかでも特にパワーレスな状態に陥りやすい高齢精神障害者に対する支援について、ソーシャルワーカーが支援目標の設定や価値づけの難しさを感じながら、多職種での対応を不可欠と感じていることが示された。同時に、医療機関や介護支援専門員、行政との連携においては、各職種間で高齢精神障害者の支援のあり方に関する合意形成が十分に取れていない現状も窺えた。

#### 4. 支援に関する地域的課題(表4)

本項では以下の3点の中カテゴリーとそれぞれについて的小カテゴリーを抽出した。

中カテゴリー①「社会資源に関するもの」では、小カテゴリーとして「社会資源の少なさ」「選択肢のなさ」の2点を抽出した。

中カテゴリー②「支援展開の難しさに関するもの」では、小カテゴリーとして「決められたルートから外れた患者は自宅しかなくなる」「高齢者福祉施設の精神疾患への理解のなさ」「ヘルパーの精神疾患への理解のなさ」「要件を満たしていると思われるが制度利用につながらない」の4点を抽出した。

中カテゴリー③「偏見・差別に関するもの」では、小カテゴリーとして「地域住民の病気への偏見・差別」「当事者の他の疾患(認知症)への偏見・差別」の2点を抽出した。

以上の結果から、社会資源の不足や地域住民の偏見・差別といった、精神障害者の地域生活支援における一般的な課題のほかに、先行研究でも指摘されていた福祉サービス利用における精神障害の適切な理解の不足が地域生活支援システムの構築を難しくしていること、そのなかで、現状の支援体制は「決められたルート」として硬直化していることが示唆された。また、そこには精神障害者の支援を他領域と区別しがちな支援者側の意識のみならず、当事者自身の意識も働いていることが明らかとなった。

表4 インタビュー結果から得られたカテゴリー

設問	中カテゴリー	小カテゴリー
支援課題の内容	加齢、身体合併症とその周辺	合併症・身体疾患の管理の難しさ
		ADLの低下
		服薬管理
	制度に関わるもの	経済的基盤の弱さ
		介護保険の費用負担
	当事者の地域生活への意識に関わるもの	長期に渡る入院
		就労や活動への意識の低さ
		本人の生活のこだわりの強さ
		生活経験の不足
		本人の強い地域生活への不安
		表明されないニーズ
		根強い入院継続希望
	家族・支援者等の関わりに関するもの	帰ってきてほしくないという家族
家族が反対していると言う当事者		
高齢であることに起因する周囲のあきらめ		
他職種との連携の状況	地域生活支援の価値・意義に関わるもの	地域移行・退院支援の価値の共有の難しさ
		多職種で対応しなければそもそも不成立
	ソーシャルワーカーの知識・技術に関するもの	アセスメントの難しさ
		目標設定の難しさ
		支援者が同じ顔ぶれで取り組みが正しいのか不安
	他職種の知識・技術に関するもの	医療機関からの一方的な提案
		独り歩きする理念
		介護支援専門員の精神疾患に関する理解の不足
	体制づくりに関するもの	行政の支援の弱さ
		誰が声を出すか
支援に関する地域的課題	社会資源に関するもの	社会資源の少なさ
		選択肢のなさ
	支援展開の難しさに関するもの	決められたルートから外れた患者は自宅しかなくなる
		高齢者福祉施設の精神疾患への理解のなさ
		ヘルパーの精神疾患への理解のなさ
	偏見・差別に関するもの	要件を満たしていると思われるが制度利用につながらない
		地域住民の病気への偏見・差別
		当事者の他の疾患(認知症)への偏見・差別

## V. 考察

本研究では、高齢精神障害者の地域生活支援について現況を調査し、課題を明らかにすべく、ソーシャルワーカーへのインタビュー調査を行ったところ、3つのインタビュー項目への回答から11中カテゴリーと33小カテゴリーを得た。それぞれの内容については、先に述べた諸家の先行研究の大きく離れた結果とはならなかったが、以下の点については改めて本

研究の結果も踏まえて述べておくこととする。なお、本研究で得られたカテゴリーやそれに近い語には「」を記している。

まず第1に、身体合併症とそれにとまなう支援の難しさであるが、先行研究が示す通り、「疾患管理の難しさ」や「ADLの低下」「服薬管理」の難しさという語に集約されており、多くの対象者が課題としてあげていた。殊に、「服薬管理」においては、これまでの精神疾患に加えて身体疾患の治療薬を服用することから、種類の増加や変更により本人の「服薬管理」

はもとより、支援者側の情報管理の難しさにもつながることが示唆された。第2に、制度の問題であるが、これも先行研究が指摘する通り、「介護保険制度の費用負担」「経済的基盤の弱さ」などに集約された。また、介護保険制度との接続については、介護支援専門員への情報提供の難しさや「介護支援専門員の精神疾患への理解不足」があるとの回答もあり、高齢精神障害者の地域生活支援においては、介護サービスを調整する立場の介護支援専門員との協働の必要性や情報の共有が喫緊の課題であることが示唆された。さらに、高齢精神障害者の地域生活支援に関わる地域的課題においては、「社会資源の不足」や「選択肢のなさ」が支援を難しくすると見る向きがある一方で、限られた資源だからこそ、地域全体として協力し合い、連帯感をもって支援に取り組んでいるなどの視点も見られた。ただし、このことは、場合によっては当事者の思いや地域生活支援についての本質的な議論を避けて、専門職側の「あきらめ」につながる要因ともなり得ることも考慮する必要がある。第3に、本人のモチベーションや意識の問題であるが、これも先行研究が指摘するように「長期に渡る入院」の影響や「本人の強い地域生活への不安」「表明されない(地域生活支援への)ニーズ」「根強い入院継続希望」が述べられており、そもそも、当事者自身がなかなか地域生活に希望を持ってない、もしくははじめない現状が示唆された。また、家庭における生活以外の活動場所を提案しても、「就労(活動)への意識の低さ」があることでなかなか外に出ることができず、ほとんど自宅から出ない生活を送っているような当事者もいることが推測された。さらには、「本人の生活のこだわりの強さ」や「生活経験の不足」により、地域生活支援の範疇は多岐に渡ることやきわめて初歩的な次元からのスタートとなっていることも示唆された。

最後になるが、本研究でも、多くの対象者が「地域住民の病気への偏見・差別」「当事者の他の疾患(認知症)への偏見・差別」など偏見・差別に関することを述べている。殊に、「当事者の他の疾患(認知症)への偏見・差別」という回答は重要な視座であり、「自分は認知症とは違う」「介護サービスは認知症の人が使うもので自分は違う」などの感情がサービス利用拒否につながるような事例も示されていた。これまで述べた諸課題に加えて、当事者のこのような感情にも寄り添わねば、“リカバリー”の道程は困難を極めることが想定される。

## 附記・謝辞

本研究は平成27年度名寄市立大学教育研究費「特別枠支援による研究・事業」の助成を受けて実施した。また、本研究の実施に際しては、調査対象者の方にはもとより多くのソーシャルワーカーの協力を得た。ご厚情に深謝申し上げる次第である。

## 文 献

- 1) 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.
- 2) 新村秀人：統合失調症のライフスタイル, 高齢者の問題, サクセスフル・エイジングをめざして。統合失調症, 6：78-85, 2013.
- 3) 河原和夫：超高齢社会と精神医療対策。精神科臨床サービス, 14(1)：6-10, 2014.
- 4) 荏山和生：統合失調症のライフスタイル, 中高年の身体的健康自己管理。統合失調症, 6：68-77, 2013.
- 5) 松尾祐子：高齢精神障害者の地域生活支援, 介護支援専門員の役割と制度上の課題。共創福祉, 9(2)：45-53, 2014.
- 6) 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.
- 7) Cohen CI, Pathak R, Ramirez PM, Vahia I：Outcome among community dwelling older adults with schizophrenia: results using five conceptual models. Community Ment Health J, 45(2)：151-156, 2009.
- 8) 栄セツコ：558名の「高齢入院精神障害者」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」とともに。精リハ誌, 19(2)：141-146, 2015.



*Original paper*

## **Reality and problems of community life support for elderly mentally handicapped people: social worker interview survey results.**

Tomokazu MATSUURA \*

Department of Social Welfare, Faculty of Health and Welfare Science, Nayoro City University

**Abstract:** For this study, an interview survey of social workers was conducted to elucidate the reality and difficulties of community life support for elderly mentally handicapped people. Results showed that many social workers actually experienced community life support for them and felt some difficulties related to the support. The contents include “physical complications and the difficulties in support associated with them,” “system problems” mainly related to Services and Supports for Persons with Disabilities Act and Long-Term Care Insurance Act, and “difficulties of motivation or consciousness of the handicapped people themselves.” As previous reports have described, it has been readily apparent that a present state prevails in which handicapped people talk about “their intensive anxiety about community life,” “their needs (for community life support) left unsaid,” and “their deep-rooted hope to be hospitalized,” attributable to effects of “their long-term hospitalization.” Results of this study have shed new light on the state and issues of community life support for elderly handicapped people, including the suggestion that they themselves are unwilling to receive the Nursing Care Insurance services.

**Key words:** elderly mentally handicapped people, schizophrenia, community life support, social workers