

地域ケア(個別的・継続的ケア)が果たしている機能を考察する —精神障害者とのかかわりの過程を振り返って—

伊藤ひろ子¹⁾

キーワード：精神障害者、個別的・継続的ケア、社会復帰施設、看護師、連結

要 旨

本報告は、地域ケアとして精神障害者を対象に展開していた看護師の個別的・継続的ケアの機能について考察したものである。2つの事例について、生活上の困りごとを解決、あるいは軽減する方向で社会復帰施設を活用し、その活用中に調子を崩し、その再発状態をも自分らしい生活づくりとする約10年間のかかわりの過程を振り返った。そして、精神障害者の相談を受ける、困っていることを明らかにする、必要に応じて医療機関や社会復帰施設を紹介する、さらにその活用を見届ける看護師の存在が重要であることが明らかになった。この看護師が展開している個別的・継続的ケアが果たしている機能を“連結”という概念で説明しているところに、本報告の特徴がある。

Examining Roles of Community Care (Individual-based Continuing Care) Revisiting the Care-based Relationships with People with Psychiatric Disabilities

Hiroko Ito¹⁾

Key words : people with psychiatric disabilities, individual-based continuing care, rehabilitation facilities, nurses, connection

Abstract :

This report examines functions of individual-based continuing community care provided by nurses for persons with psychiatric disabilities. Two cases of approximately 10-year care-based relationships with people with psychiatric disabilities were reviewed — over the 10 years, the people with psychiatric disabilities were utilizing rehabilitation (reintegration) facilities for solving or relieving their daily live issues/problems, going through ups and downs with their conditions, and making the most of relapses for establishing their own way of living their lives. Furthermore, it was disclosed that presence of nurses is important for people with disabilities to confide with / to clarify issues /problems together and to refer them to rehabilitation facilities depending on their needs. The distinguishing feature of this report is utilizing a concept of “connection” to explain the function of individual-based continuing care that the nurses provide.

1) 宮城大学看護学部 (Miyagi University School of Nursing)

I. はじめに

地域精神衛生活動の1つとして保健師が地域ケアを展開していたのは1970年代と1980年代であろうか。その当時の精神障害者は、保健師のかかわりに支えられ、地域での生活づくりを行なっていた¹⁾。そして、精神障害者が地域で活用できる保健所デイケア、共同作業所等の施設が必要という世論の高まりの中で精神保健法が成立した（1987年）。その後、精神障害者が活用できる福祉施設が整備され始めたことや、障害者基本法において精神障害者も福祉の対象になると明文化されたことは、精神障害者の生活づくりを勇気づけたと筆者は理解している。中でも1997年に実施された精神障害者地域生活支援事業は評価できると考えている。何故なら、日夜精神障害者にかかわっている精神障害者社会復帰施設のスタッフが果たしている、すなわち、具体的なサービスとしては捉えにくいかわりの意義を認め、スタッフの存在そのもの、“人が人にかかわる”という側面を評価したと考えられたからである。

一方、身体障害、知的障害、精神障害の一元化をめざした障害者自立支援法が施行（2006年）され、それまでに活動を展開して来た精神障害者社会復帰施設では、ケアやサービスの質を保つ方向でいろいろ苦慮している²⁾だけに、“人が人にかかわる”地域ケア（個別的・継続的ケア）が、どんな機能を果たしているのか明確にすることが求められていると言えよう。

そこで、精神障害者が個別的・継続的ケアを活用し、自分らしい生活づくりを継続していると考えられる事例のケアの展開過程を振り返り、個別的・継続的ケアが果たした機能を明確にしたこれまでの研究成果を踏まえ、精神障害者が一人の生活者として生活するために必要な支援について考察することにした。さらに、実施したケアが果たした機能を“連結”という概念で説明し、精神障害者のケアネットワークづくりで個別的・継続的ケアが担える役割への問題提起とした。

II. 個別的・継続的ケアの展開過程の実際

1. 本報告の事例の背景

筆者は1981年から東京都精神医学総合研究所と小平保健所、地域ケア福祉センター等を拠点として地域ケアを看護師として展開してきている。その展開過程は、精神障害者が自分らしい価値づくりと生活づくりを行う過程であると同時に、精神障害のある自分と折り合いを見出す過程でもあった³⁾⁴⁾⁵⁾。本稿においては、10代から30代前半と、30代後半から50代までにかかわった2人の精神障害者とのかわりを事例とした。

本人の了承を得ることが原則であるが、薄氷を踏むような不安定さを否めない状態で生活していることから、本人に確認することは避けた。そして、彼等の現在の生活の安定を保持することを優先し個人が特定されない表現の工夫を行なった。

2. 事例1 表現された困りごとに対応しつづける

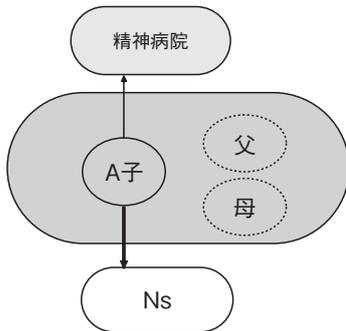
A子さんは、現在40代前半の女性で、障害年金と生活保護で家計を賄い、グループホームで夫と2人暮らしをしている。知的障害者を対象とした共同作業で役割を見出し働いている。

A子さんが看護師と知り合ったのは、頭痛などの不定愁訴を訴え不登校となり思春期病棟に入院した中学2年の頃である。その当時のA子さんは、起床時に不定愁訴を訴える覇気のない清楚な少女という印象で、診断名は登校拒否であった。両親との3人家族で感情表現の乏しいA子さんが気になり退院後のかわりを看護師は動機づけられたのである。A子さんが統合失調症と診断されたのは20代前半の頃である。

A子さんの10代半ばから30代まで10年余りの間、A子さんが表現した困りごとに看護師は対応し続けた。そのかわりは、手紙、電話、面接等と手段はさまざま、特に頻回の電話での相談が特徴的だった。この10年間は、I期：“自分探し”を支援する、II期：援助関係の仕切りなおし、III期：結婚生活を見守る、に分類できる。その時期毎のA子さんにかかわる人や機関を図示したのが図1-1、図1-2、図1-3である。これらの時期に特徴的なA子さんの状態、看護師のかわりについて述べると次のようになる。

図1-1

I期：“自分探し”を支援する（8年間）



I期：“自分探し”を支援する

（A子さん10代半ば～20代前半）

退院した後のA子さんに、看護師は季節の折々に手紙を出し続けた。A子さんから「会いたい」と連絡が入るのは退院から5年後のことである。かわり再開後の最初の面談で、A子さんは中学校を無事卒業し高校に入学したが退学、その後は入退院を繰り返したとこれまでの経過を淡々と話した。

この頃のA子さんは、両親が職場に出かけ一人になると、看護師に電話をかけ両親への不満を訴えたり、暴力行為をしそうとか、不安を訴えてはどうしたらよいかと助けを求めた。その訴えは、これまで両親に迷惑を掛けまいと行ってきた努力が難しくなっているA子さんの状態を示していると、看護師には思えた。そこで看護師は、両親との付き合い方を具体的に提案した。さらに、A子さんが表現した“高校の通信教育を受けたい”とか、“英会話を学びたい”等の“～したい”という気持ちを行動に移し、その取り組みをA子さんが自分の体調に合わせたペースを見い出し継続できるようにとかわった。

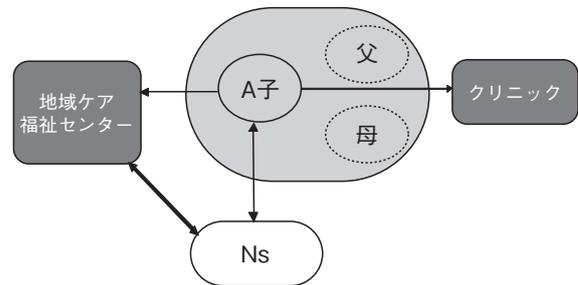
II期：援助関係の仕切りなおし

（A子さん20代前半～20代半ば）

この時期は、A子さんにとっては病気である自分を認める、看護師にとってはかわりを継続する上での難しさに直面させられた時期である。また、看護師がA子さんの訴えに対応し続け、結果としてA子さんに振り回されつつA子さんとうき合いつづけた時期とも言える。この期間は4年余りとI期と比べると短い、そのかわりは①A

図1-2

II期：援助関係の仕切りなおし（4年間）



子さんが活用できる治療者と社会福祉施設探し、
②自殺企図後の現実検討の二つに分けられる。

①A子さんが活用できる治療者と社会福祉施設探しを余儀なくされて

A子さんは、図1-1に示した精神病院に2～3日から1週間の入院を繰り返しながら、病院デイケアに通っていた。そして、デイケアスタッフやメンバーの言うことが気になり疲れるとか、「もっと厳しいところなら“普通に”仕事ができるようになる」と担当医に無断でデイケア通所を辞め、通院先を代えては戻ったりし、デイケアの利用を止められてしまった。

A子さんが仲間との交流を強く求めていたのと、A子さんには定期的に通う場が必要と看護師は考え、看護師が信頼している地域ケア福祉センターの共同作業所を紹介した。A子さんは数日通った後に、家に近い通院先のデイケアを利用したい気持ちを強め、看護師に受診同行を依頼した。看護師は同席した話し合いで、デイケアスタッフに興奮し反動的に挑発的かつ攻撃的なA子さんに驚きつつ、冷静にお願いするようかわったが、効果はなかった。

その後A子さんは、不安を募らせて予定の診察日を待たずに担当医に再三電話をかけて診察を求め断られ、担当医との治療関係も切れてしまったのである。するとA子さんは、これまで以上に看護師に頻りに電話をかけ、声を荒らげ担当医を非難した。看護師もまた担当医の対応を理解できず、A子さんの不安を軽減するために地域ケア福祉センターのK看護師に相談し、青年期の患者を治療しているクリニックの医師を紹介してもらった（図1-2）。

A子さんは、その医師の外来に通い地域ケア福祉センターの共同作業所に再び通いはじめた。担当医の要請で、A子さん、活動の場で接するK看護師、かかわりを継続している看護師が同席する合同面接がもたれた。担当医は母娘間の関係にも注目し、A子さんの受診に母親の同行を求めた。A子さんは、一人生活の準備として、地域ケア福祉センターの共同作業所に通い、同施設に併設している共同住居への一時宿泊を希望した。一時宿泊を活用するのを契機に、両親の理解と協力を得るため、A子さんと父親、K看護婦、看護師との合同面接をもった。

この頃のA子さんは、共同作業所に通ってはいるが活動に参加できず、K看護師のそばで過ごす日々であった。そんなA子さんの様子から「できる」と言うが行動が伴わないのではという疑問を看護師はもった。そして、共同作業所で活動を共にする中で、A子さんの作業能力の無さや対人関係上の問題を改めて把握することができた。しばらくしてA子さんは、将来の見通しを持てなくなったかのように、K看護師や看護師に「死にたい」と毎日のように電話をかけて訴えるようになった。看護師は、自信をなくしているように見えるA子さんの話に耳を傾け、心細さややりきれなさを受け止めつつ、確実に変化してきている事実をその都度伝えた。しかし、K看護師にも看護師にも連絡がつかないある日、A子さんは自殺企図に踏み切った。

②自殺企図後の現実検討の支援

A子さんは、救命救急センターから図1-3に示したC精神病院に転院した。そして回復し退院に至った。その退院後に看護師は、A子さんに自殺企図を自立・成長の力としてほしいと考え、地域ケア福祉センターの利用方法等について、A子さんとK看護師と三人で話し合った。A子さんの地域ケア福祉センターに通いたいとの気持ちを受けて、K看護師から共同作業所の活動に参加しながら自分のできることを見つけしてほしいと提案された。看護師は、A子さんの言い分を信じて対応してきたが、A子さんとの間にどんな関係が成立しているのか不安があることを伝え、居心地の悪い所からの逃げ場とし

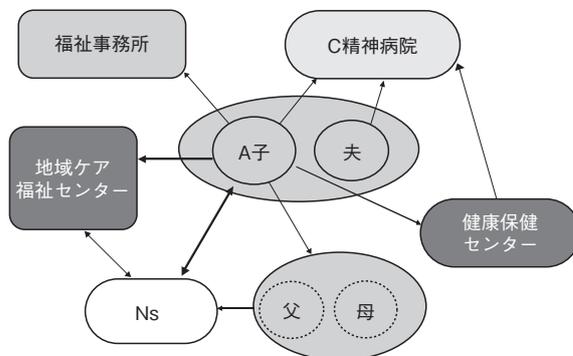
て一時宿泊を利用してほしくないと希望した。

この話し合いはA子さんにとって厳しい現実検討となり、A子さんの態度は一変し、思うようにならない憤りや不満をぶつけるかのように、K看護師と看護師を攻撃、非難、拒否、試しを執拗に繰り返した。看護師は、時には感情をさかなでされる思いを抱きつつ、その気持ちを立て直し、A子さんが自立・成長に向けて自己対処能力を発揮できるようにと祈る思いで、攻撃的な口調のA子さんにこれまで同様手伝うことを伝え続けた。1年以上続いた険悪な緊迫した関係を持ちこたえられたのは、図1-3から分かるように看護師が地域ケア福祉センターのK看護師との協力関係に支えられていたからと理解できる。

この互いに苦しい期間を経て、A子さんは両親との関係や担当医、K看護師や看護師との関係を修復し、自分の課題に少しずつ取り組みはじめた。そして、「最近、お母さんに気兼ねしないでポンポン言いたいことが言えるようになった。言うとすっきりするね」と、A子さんは自分の気持ちが言える母娘関係になったことを看護師に表現した。さらに、A子さんは医師の指示どおりに薬を飲むことの大切さに気づき、病気である自分を受け入れはじめたのである。

Ⅲ期：結婚生活を見守る
(A子さん20代後半から30代)

図1-3 Ⅲ期：結婚生活を見守る（5年間）



この時期のA子さんは、相変わらず地域ケア福祉センターのK看護師と看護師に頻回に電話をかけ、ある一定の安定を保っていた。結婚前の相談の内容は、今夜も眠れないのではとか、日中の過ごし方についてが主なものだった。

A子さんは、担当医や看護師に反対されたが、両親の同意を得て療養仲間に紹介された同じ病気の男性と結婚した。結婚後の相談は、早寝早起きの夫と睡眠のサイクルが異なり、夫が眠ったあと一人で過ごせないと言う、基本的にはA子さんの一人で過ごせないことから生じる困りごとだった。食事や掃除などの家事を担っている夫の睡眠のサイクルを保証すること、A子さんが一人で過ごす工夫をしてお互いの生活リズムを大切にすることを提案した。ある時期は、A子さんが掛けてきた電話で、夫も受話器を取り胃痛や頭痛を訴えることもあった。A子さんが結婚して生活のメリハリをつける努力をするよりは、一人の時間を持て余して、あるいは夫が傍に居るにもかかわらず話し相手を求めて頻回に電話する状態だった。そこで、看護師は、夫と会話することや電話する曜日を決めることを提案したが、電話をかけずにすむのはずっと後のことである。そして、A子さんは怒りや不満を手紙にして看護師に送り抵抗した。

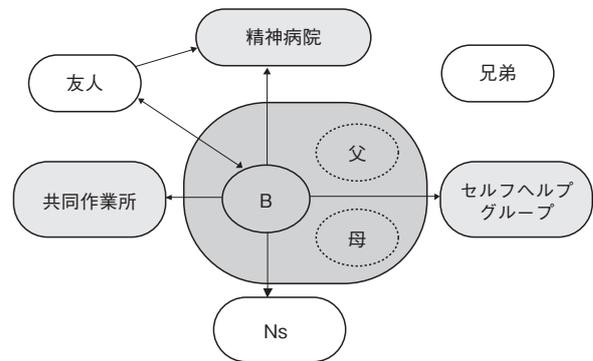
一方、看護師の提案を受け入れなかったA子さんが、図1-3に示した地域の健康保健センターの保健師や通院先の病院の看護師とは、週1回という約束を守り電話をかけていたのである。

3. 事例2 一人暮らしの準備を契機に明らかになった“課題克服”を支援する

Bさんは現在50代半ばの男性で、障害年金と生活保護を受給し地域ケア福祉センターを活用しながら、単身アパート生活を維持している。精神科の治療を受ける前の20代半ばは会社員として仕事をしていたと言う。

Bさんが看護師と知り合ったのは、30代後半で参加していたセルフヘルプ・グループ活動を共にする“仲間”としてであった。本稿はそれ以降の10年余りのBさんと看護師のかかわりをまとめたものである。

図2-1
I期 “仲間関係” から “援助関係” (3年間)



I期：“仲間関係” から “援助関係” へ (Bさん30代後半)

Bさんと看護師の関係が“仲間関係”から“援助関係”へと変化したのは、Bさんが「障害者のリハビリテーション」というテーマのシンポジストになったことによる。

Bさんはシンポジストの原稿作成の過程で再発しかねない状況になりながら、その困難を克服する充実感を体験した。看護師は、Bさんの報告原稿づくりを手伝う過程でBさんの病気や家族のことや、仕事を通じた自己実現を強く望んでいることを知りかわりを動機づけられた。その頃のBさんの家族関係とBさんがつながりをもっていた人や施設を表わしているのが図2-1である。Bさんは共同作業所に通ってはいるが、この頃は利用者としての意識は弱かった。

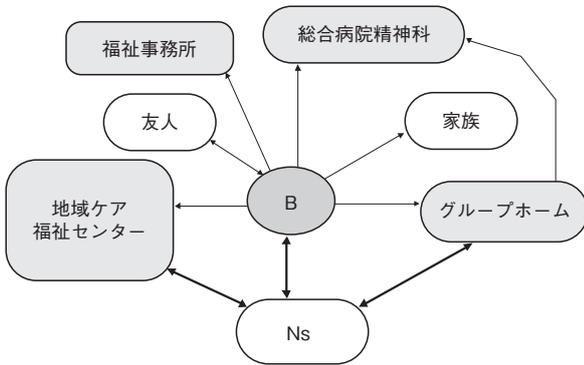
II期：グループホームの利用を紹介しそこでの生活を見届ける (Bさん40代前半から半ば)

シンポジスト終了後のBさんは、気持ちの整理がつかなくなったり判断に迷ったりすると看護師に相談するようになった。看護師は、その都度Bさんが感じていることや気掛かりを確かめ、気持ちを整理し自己決定できるよう手伝った。

ある日、Bさんは年老いた親だけを残して家を出ることに葛藤を抱きながら、「両親の年を考えると、今が一人暮らしをはじめめるチャンスのように思う」と一人暮らしを決意し、看護師を訪ねた。収入が障害年金だけなので、生活保護を受給してのアパート生活を考えているが、生活保護の受給が可能かどうかわからず途方に暮れての相談で

図2-2

Ⅱ期：グループホームでの生活を見届ける（3年間）



あった。相談を受けた看護師は、これまでのBさんの様子から、経済的な保障があれば一人暮らしができると判断し、知り合いの看護仲間が運営するグループホームを紹介した。

Bさんは、看護師と一緒にグループホームを見学し直ぐに入居を決め、担当医の同意を得、両親や兄弟の協力をとりつけ、グループホームに入居した。グループホームの世話人とも徐々に相談できる関係になり、生活保護の受給が確定し、一人生活も少し落ち着いた入居後3週間頃に状態が変化したのである。薄い壁を隔てた両隣の住人の生活雑音や話し声と自分とを関係づけた訴えをするようになった。そのこだわりは日増しに強まり不眠となり、隣人との神経戦争（Bさんの弁）に苦しむ等、日常生活がとどこおるようになったのである。グループホームの世話人とBさん、看護師の3人で今の状況を克服するための方法を話し合い、当面の過ごし方を確かめ合い、世話人同行の臨時の受診を行なった。しかし、改善は見られなかった。何とかもちこたえたいと努力するBさんの行動は、かえってチグハグさが目立ち、自分の部屋すら落ち着ける場所ではなくなった。

看護師はBさんの状態に戸惑いつつ、グループホームを利用できなくなるのを防ぎたい思いと、いつも父親に無理やり入院させられたとのBさんの言葉を思い出し、自分の病気について認める契機となる〈入院〉も必要と考えた。話し合いの場でBさんは大丈夫と言いつつも、今後もグループホームを生活づくりの場にしてほしいという看護師の気持ちを受けとめ、入院にシブシブ同意した。

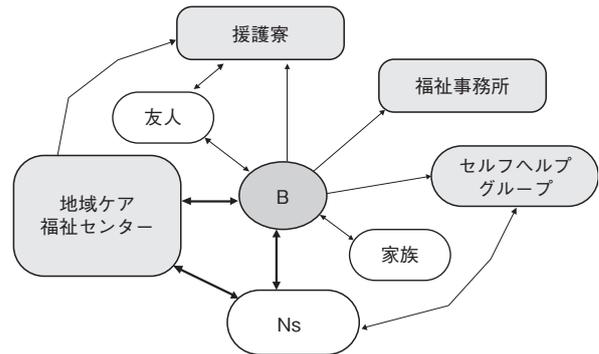
看護師は、入院しているBさんにグループホーム利用の第一目的である経済面の保障を得たこと、再発の初期に入院したのでグループホームに安心して退院できること、転居して一人暮らしという大仕事後の疲れを回復するためにゆっくり休養すること等を伝える手紙を送り、Bさんの気持ちの立て直しを祈った。Bさんは入院中の初回の合同面接（Bさん、担当医、病棟看護師、ケースワーカー、心理、グループホーム世話人、福祉事務所ケースワーカー、看護師）で今回の入院が今後病気と付き合いながら生活する上でプラスになるとの担当医の言葉に助けられたかのように、迷わないで薬を飲むようになったと発言した。

Ⅲ期：一人暮らしを支援する

（Bさん40代半ば～40代後半）

図2-3

Ⅲ期：一人暮らしを支援する（2年間）



この時期は、Bさんが図2-3に示したつながりに支えられアパートでの一人生活を実現するまでの期間である。そして、Bさんがグループホームでの生活を通して明確になった課題の克服に向けて取り組んだ時期でもあり、この時期は、①日常生活技術を身につけるのを見守る、②アパートでの一人暮らしを支援する、に分けられる。

①日常生活技術を身につけるのを見守る

グループホームでの生活から明らかになったBさんの課題は、食事づくり、金銭の計画的な使用、買物、一人で過ごす等であった。こうした課題があることをBさんと看護師が共有したのは、再入院という事態に直面してのことであった。そのため、担当医も同席した合同面接で、退院後に出掛ける場として、Bさんがこれ

まで利用を拒否していた地域ケア福祉センターの共同作業所の利用が提案され、Bさんは受け入れた。また、Bさんが誰にも気兼ねせずゆっくり過ごす練習として、Bさんのペースで入院中から通うことになった。

一方、退院の準備としてグループホームへの外泊を実施することになった。しかし、Bさんは、予定通りに外泊ができずに一人暮らしのためのさらなる課題が明らかになり、一人生活の準備として援護寮への入所を担当医に勧められた。Bさんは、援護寮の利用という提案に戸惑い、看護師に相談した。看護師は、その相談の中でBさんがグループホームでの生活で具体的にどんなことに困ったかを把握することが出来たのである。具体的には、さまざまな食材を使つての料理、計画的なお金の使い方、部屋で一人で過ごすこと等が難しかったとBさんは語った。そして、Bさんはそれらの困りごとを解決するためという目的を明確にして援護寮に入り、入寮中から地域ケア福祉センターの共同作業所を利用したいと担当医に頼んだ。

看護師はタイミングを見て今回の再発の過程を振り返り、Bさんと病気について話し合った。今回の入院時のグループホームの世話人に対する反応が父親への反応と似ていたのではないだろうか、入院が必要な状態の時は、Bさんはまだ大丈夫と思ひ、身近で生活する人はもう限界と思う等、両者の判断にズレが生じやすいのではと、看護師の意見を伝えた。するとBさんは、援護寮で生活している中で寮友が急激に状態が悪化し再入院する過程を目の当たりにしていたこともあって、病気と父親とを関係づけていた自分に気づいたようである。これを契機に父親との関係を修復してきている。

②アパートでの一人暮らしを支援する

援護寮の利用期間が終了する間際のBさんは、地域ケア福祉センターのスタッフにも、気がかりや困りごとの相談をできる関係になっていた。Bさんにとってのアパート探しは厳しい現実検討を迫ることになった。不動産屋に病気のため生活保護であると伝えての部屋探しの過程で、生活保護で入居できるアパートの物理的

環境の劣悪さを目の当たりにし、Bさんは自尊心を傷つけられたのである。そして、地域ケア福祉センターのスタッフや看護師に相談し、“こんなところにしかに住めない自分”に苛立ちや情けなさを訴えた。今度入居するアパートは一生住む場ではなく、今後の生活の足場を決めるまでのとりあえずの住む場であることや、健康維持を優先させて決める等の助言を受けてアパートを決めた。

引っ越し後しばらくしてBさんは、お金に対する不安、生活必需品を買う店がわからないと、苦悶状態と思える表情で看護師をたずねて来たのである。経済面については、看護師が援護寮からアパートに移るに当たつての福祉事務所の人の話の内容を確かめ、お金の出入りを明らかにする過程でBさんは安心したようである。買い物については、とりあえずBさんが慣れている街で買い物することを提案し、今必要な物の買物に同行した。

やがてBさんは、アパートの一人暮らしも軌道に乗り、地域ケア福祉センターの共同作業所に弁当を持参する程になった。また、どう見られるかが心配で弱音を吐けなかったと言うBさんが、援護寮からアパートに移る頃には、何がどう困っているのかを第3者が理解できる言葉で具体的に示し、心細さや不安を表現できるようになった。それに伴い不安で落ち着かないとか、具合が悪くなりそうと訴え、地域ケア福祉センターを駆け込み寺的に利用し一人生活を維持している。状態が改善すると、就労したいと新たな動きをとろうとするBさんは、背伸びしないで今出来ていることを続けるようにと提案するブレーキ役の看護師を鬱陶しく思うこともあると言う。地域ケア福祉センターを自尊の気持ちを持って主体的に活用している精神障害者との交流に支えられ、生活づくりに取り組んでいる。

4. 個別的・継続的ケアが担えること

以上2つの事例から個別的・継続的ケアが担えたことは次のとおりである。個別的・継続的ケアは、精神障害者が“今出来ること、出来ないこと”

を認識する、すなわち自己受容、ありのままの自分を認めることを助けている。A子さんとBさんは看護師と知り合った時には精神科の治療を受け、活用方法に課題を残しながらも病院デイケアや共同作業所を利用していた。しかし、2人がそれぞれの現実を認めていたというよりは“ありたい自分”を優先させて行動していたと理解できる。そして、2人がそれぞれに等身大、自分の現実を認め始めるのは、Ⅱ期に入ってからである。これらのことから精神障害者が自立・成長に必要と考えられる社会福祉施設を主体的に活用を始めるまでの過程をも生活づくりの過程と位置づけ⁶⁾ かわる人（看護師）の存在が重要である。

さらに、精神障害者の自分らしい生活づくりに必要になる社会福祉施設を利用しはじめて調子が崩す場合が多いと筆者は認識している⁷⁾。A子さんは地域ケア福祉センターの共同作業所の利用や福祉ホームへの一時宿泊をする中で自殺企図し、Bさんはグループホームに入居して一定の落ち着きを得て、再発したりと状態が悪化している。これは、その人がかかえている精神的な“人格の成熟”にかかわる課題が具体的な作業を行う中や人との交流を通して明確になるのは、精神障害者でも健康人という私たちにも共通することではないだろうか。そのために、こうした状態悪化をどう理解するかが個別的・継続的ケアの鍵となるのである。こうした状況にある本人にかかわる看護師に求められることは、精神障害者が共同作業所に通う、一人暮らしをする等の新たな動きをする中で、現実検討を迫られ呻吟していると受けとめ見守ることである。そして、これまでと同様にかかわることと、今何をする必要があるかを具体的に伝えることが重要である。精神障害者は、その都度明確になる課題、自分の現実を認め、その課題克服に取り組むという体験を積み重ねることで、自分らしい生活をつくっていくのである。

個別的・継続的ケアを展開する過程で、精神障害者は自分の困りごとを軽減したり自立・成長の課題を克服するためにどんな取り組みが必要かを理解し、社会復帰施設を主体的に活用することが明らかになった。こうしたことから、個別的・継続的ケアが社会復帰施設を紹介し利用を動機づけ

ていると言える。また、精神障害者が社会復帰施設を利用する、すなわち新たな動きを起こす中で新たな課題が明らかになる。例えば、A子さんの場合は共同作業所活動に参加する中で作業が出来ない、共同作業所を利用しているメンバーとうまくいかない、作業能力の低さや対人関係面でのぎこちなさ等、Bさんの場合はグループホームでの一人暮らしをする中で、料理、そうじ等の日常生活行動が身につけてないこと等が明らかになっている。こうした状況を精神障害者をより深く理解する機会として、位置づける視点をもつことが重要である。そして、看護師はかかわりを通して明らかになったことを精神障害者と共有した上で、看護師が出来ることと出来ないことを伝え、これまで利用している社会復帰施設の継続利用、課題克服にふさわしい場の紹介をしたりすることが求められる。前者にはA子さんのⅡ期が、後者にはBさんのⅡ期がそれぞれ該当する。

Ⅲ. 考 察

1980年代には、こうした看護師（保健師も含む）の個別的・継続的ケア、すなわち地域ケアの重要性と、特に精神に限らず健康問題にかかわる保健師の活動の重要性が主張されている⁸⁾⁹⁾。また、精神障害者のその人らしい生活を支える支援システムの必要性について論じられはじめ、自立・成長のつなぎ手としての看護職の役割について提起された¹⁰⁾¹¹⁾。この役割を、次の側面から考察できる。

1. 信頼できる人の存在

精神障害者が日々の活動を自立・成長に向けた体験として積み重ねることは、自分らしい生活づくりに必要である。しかし、体験を積み重ねるために、精神障害者の回復する力と成長する力を信じ、一貫してかかわる人（看護師）の存在が必要不可欠なのである。その看護師のかかわりが、受け入れがたい“障害の受容”を助けると考えられる。障害の受容について上田は、『障害の受容とは、あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観（感）の転換であり、障害を持つことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得をつうじて、恥の意識や劣等

感を克服し、積極的な生活態度に転ずることである』^{注1)}と言及している。精神障害者の場合、“精神障害をもつことで人間的価値を低下させるものではない”という自尊の気持ちを保持することが困難であることは、先に述べた2つの事例からも理解できる。だからこそ、精神障害者の気持ちを理解しようとする関心を向け、「どのような状態になっても人間的な価値は変わりませんよ」とのメールを送る、看護師（精神保健関連の専門職の人）の存在は重要と考えられる。表現をかえれば、他者のまなざしに影響を受けて、自尊の気持ちが低まりやすいという関係性の障害をもつ精神障害者が、精神保健福祉施設を権利として利用し、一人の人間としての責任を果たすには、信頼できる人の存在が必要であると言えよう。

2. 「連結資源」・「連結化」・「連結」

精神障害者が、整備されはじめたさまざまなプログラムと特徴を有する精神保健福祉施設を、自分らしい生活づくりに活用するために必要となる支援はどんなものなのだろうか。社会福祉施設は作業や仕事を目的にしている施設もあれば、憩いや同じ療養体験をもつ他者との交流をもつというソーシャルクラブ的な雰囲気の施設とさまざまである。また、利用についての枠組みがはっきりしている施設、ゆるやかな枠組で利用する精神障害者が選べる施設等、施設運営にあたっているスタッフの考え方や活動を始めた動機などによって異なる。

そのため、特定の精神障害者にとって意味ある社会福祉施設の選択も、個別的・継続的ケアを展開する看護職業人（以下看護師と言う）には求められていると言える。さらに、精神障害者が住んでいる地域にどのような施設があるのか把握し、施設のスタッフに看護師が出来ることと出来ないことを伝え、協力できる関係づくりをすることも重要である。

ここでは、社会福祉領域の支援の1つを示すソーシャルネットワークの視点から、個別的・継続的ケアが果たしている機能について考察する。そして、ソーシャルネットワークを説明する“連結”という概念で精神障害者の個別的・継続的ケ

アの機能を説明することとした。特定の精神障害者にとって意味のある社会福祉施設（本稿では精神科病院等の治療機関も含む）を「連結資源」と呼ぶ。この「連結資源」には事例1ではクリニック、地域ケア福祉センター、精神科病院、福祉事務所、精神保健センターが該当する。事例2では、総合病院の精神科、福祉事務所、グループホーム、地域ケア福祉センターが該当する。

さらに、精神障害者と「連結資源」とのつながりを「連結」とする。これは、図1-1、図1-2、図1-3、図2-1、図2-2、図2-3に示したA子さん・Bさんが活用している施設とのつながりを示す矢印になる。そして、それぞれに自立・成長への取り組みに必要な施設とのつながり、すなわち連結を支援することを「連結化」と呼ぶことにする。「連結」は精神障害者が利用していることで把握できるが、「連結化」は視覚的にとらえることが困難で、図1と図2に示したNs（看護師）とのつながりが果たしていると言える。

3. 「連結化」としての個別的・継続的ケア

この「連結化」の機能を果たしているのが、個別的・継続的ケアであるといっても過言ではない。何故なら最初の施設利用の提案は大抵断られる。断る理由として、電車に乗れないとか、自分に合わないとかをあげられる。その場合は、アルバイトをすとか習い事をすとか、精神障害者が希望すること、事例1の通信教育を受ける等のように、具体的に行動することをすすめる見守ることが重要になる。その行動が自分に出来ることや出来ないことを知るという厳しい自分発見、現実検討の機会になるので、自分らしい生活を見つける探索行動と位置づけかわることが鍵となる。すなわち、その期間を、精神障害者がありのままの自分を認める、「連結資源」の利用を認める過程として待つことである。「連結資源」を精神障害者と協同で探しているという気持ちを持ち、援助関係を持ちこたえることが看護師には求められる。この探索行動を認めることが、精神障害者と社会福祉施設をつなぐ、すなわち「連結」を作る「連結化」に発展するのである。こうした待ち方をする看護師のかかわり、すなわち個別的・継続的ケアが精

精神障害者と社会福祉施設との連結化の機能を果たしていると考察できる。

精神障害者が社会福祉施設の利用を主体的に決めたとき、看護師は改めて社会福祉施設を「連結資源」として紹介することになる。この時に、看護師に求められることは、目前の精神障害者に今必要と思える社会福祉施設を探し、その精神障害者が自分に必要な社会福祉施設を自分で決める自己決定を体験する機会にできるようかわる必要がある。具体的には、事例2のBさんがグループホームに退院できなくなったと悩む場面があったが、看護師に相談することで、一人暮らしをするための自分の課題に気づき、担当医の提案を受けて援護寮への入寮を決めている等のように、精神障害者が利用する目的を明らかにし、利用の仕方について決定して、その決定を施設のスタッフに伝える機会を保障することが重要である。

こうした過程で、精神障害者は自分の気持ちをはっきりさせて、それを施設のスタッフに伝える、そして、話し合いのなかで施設側の希望と自分の気持ちとの折り合いを見つけないという体験をするのである。そして、この体験が社会福祉施設を自尊の気持ちを保持し活用することを勇気づけると考えられる。しかし、その話し合いに同席した看護師は、精神障害者の困りごとの相談を通してかわってきたが、その時の精神障害者の姿から何をめざしてかわってきたかを問われることにもなる。これは事例1のBさんが精神科病院のデイケアを利用したいという気持ちを伝えお願いする場面にあらわれている。精神障害者が希望や気持ちを表現するのを支援する個別的・継続的なケアが「連結化」し、精神障害者は社会福祉施設を活用し「連結」すると言える。

4. 対人関係モデルとしての看護師

看護師は、自分が手伝えることや自分が所属している施設の特徴と限界を理解し、その旨を精神障害者に伝え、新たな施設を紹介するなどの対応も求められる。こうした看護師の姿勢が、精神障害者を他者の力を借りることや、出来ないことがあるのが当たり前という気持ちを持たせ、自分に必要な連結資源の開発へと勇気づけると言える。

すなわち、看護師の人との付き合い方が対人関係モデルとなるのである。

しかし、精神障害者が「連結資源」を利用することが危機的な状況になる場合も多い。事例1の地域ケア福祉センターを活用中での自殺企図、事例2のグループホームに入居しての再発がそうであると言える。こうした場合、生じた状況は精神障害者にとっても思いがけない、あるいは不安が現実になったという落胆の気持ちを味わうことにつながる。そして、挫折体験となり「連結」が切れてしまう可能性をも含んでいる。お互いに望まない結果が生じたときに、看護師に求められることがある。看護師は、この一見、失敗に見える出来事を挫折体験として終わらせるのではなく、自立・成長に向けての学習体験となるよう支援する必要がある。具体的には、思いがけない結果となったことを精神障害者の理解を深める機会とし、それらの体験を共有した上で今までに出来たこと、これからもかわり続けることを伝えることで、看護師と精神障害者の信頼関係が深まると言える。そして、現在の状態を精神障害者も自立・成長過程に位置づけ、これまでかかわってきている精神保健福祉関連機関スタッフと、結果の善し悪しではなく、お互いの判断や気がかりを確かめ合う話し合いを持つことへと発展させ、活用していた「連結資源」との「連結」を強めたり、新たな「連結資源」を選択する力とすると言える。

この一連のかかわりは、精神障害者にとって、支援し見守ってくれる人の存在を知ること、その事を通して気持ちを立て直すこと、また、上手く行かないと引いてしまうのではなく、そこから新たな自分の課題を見出し前進すること等の貴重な体験の機会になるのである。この体験の積み重ねが、“障害の受容”の過程とも言える。そして、精神障害者は、利用している「連結資源」のスタッフや利用者との「連結化」を自らすすめて、「連結」の網の目を増やしていくのである。すなわち、精神障害者は、個別的・継続的な援助関係を軸にして、社会福祉施設を利用し「連結」を作っているとも言えよう。しかも、この「連結」は、事例で述べたように精神障害者の自己対処能力やその時の状態によって、新たな場や人へと広がったり、

太くなったり細くなったりと可塑性をもっている
のである。

精神障害者が自立・成長に向けた体験を積み重ねるには、自尊の気持ちを保持し自分のありのままを認める“障害の受容”が必要不可欠であり、“障害の受容”に大きく影響するのが地域ケア(個別的・継続的ケア)であると言えよう。

IV. おわりに

看護師が展開した精神障害者への個別的・継続的ケアが果たした機能について考察することができた。ケアは、一方向ではなくかかわる者(看護師)とケアを必要とする者(精神障害者)が相互に影響し合って生み出される、“人が人にかかわる”営みとも言えるのではないだろうか。目前の精神障害者が必要としている need for help を満たすケアを生み出し提供できた時は、精神障害者は自分らしい生活づくりに取り組み、看護師は看護の職業人として成長することを実感している。本報告の2つの事例は私が精神科の看護師として育つ機会となった事例の一部であるように思っているところである。

尚、本稿の考察で使用している精神保健福祉施設と社会福祉施設は、結果までの精神障害者社会復帰施設あるいは社会復帰施設と同じ意味である。何故なら、精神科領域に福祉の概念が導入されて20年に満たないのである。また、本稿は、東洋大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻の修士論文(1999年)の一部を再構成し、加筆修正をしたものであることをおことわりする。

引用文献

注1) 上田 敏：リハビリテーションを考える－障害者の全人間的復権－；P209, 青木書店, 東京, 1983.

参考文献

1) 外口玉子：地域ケアの展開と支援システム, 精神医学30(6)；P679-692, 1988.
2) 塩田宗光：グループホーム「Kハウス」と小規模作業所「喫茶色えんぴつ」の日々－そこで

出会った人達とのこととこれから－, 病院・地域精神医学50(1)；P68-73, 2008.

- 3) 伊藤ひろ子：“危機”に直面している青年たちとのかかわり, 昭和58年度版看護白書－健康への希い－, P131-142, 日本看護協会出版会, 東京, 1981.
- 4) 伊藤ひろ子・外口玉子：参加者の活用状況から保健所のデイケアの位置付けと機能を考える, 保健婦雑誌43(11)；P34-42, 1987.
- 5) 伊藤ひろ子：自己臭を訴える青年が新たな対人関係を通して成長をとげていった過程, 昭和61・62年度科学研究費補助金(一般研究C)研究成果報告書－地域における精神衛生上の問題の顕在化とサポートシステム確立の援助方法に関する研究－, P63-78, 1988.
- 6) 伊藤ひろ子：精神障害者のケアネットワーク－個別的・継続的ケアの展開を通して考える－こころの看護学, 1(3)；P247-252, 1997.
- 7) 伊藤ひろ子：第6章 精神障害者の介護, 新版介護福祉士養成講座14第3版 形態別介護技術, P250-277, 中央法規, 2006.
- 8) 外口玉子・伊藤ひろ子・田中重子他：小平地域における保健婦の精神衛生活動の記録, 看護事例検討会, 1985.
- 9) 外口玉子・中山洋子・伊藤ひろ子：精神衛生上の問題の顕在化とサポートシステム確立過程におけるコンサルテーション機能, 再掲 5)に同じ, P38-62, 1988.
- 10) 外口玉子：人と場をつなぐケア－こころ病みつつ生きることへ－, 医学書院, 東京, 1988.
- 11) 伊藤ひろ子：看護師と患者のほどよい関係の形成・3－看護師・患者のかかわりの実際－, 臨床看護20(6)；P772-779, 1994.