

継続看護における連携システムの構築に関する研究

新潟県における精神障害者ホームヘルプサービスに関する研究

研究者（研究代表者） 富川孝子

共同研究者 俊成晴奈¹⁾, 丸田明美²⁾, 清水美和子²⁾, 小林朗子²⁾, 山岸裕子²⁾

1)新潟県立看護大学（精神看護学）, 2)国立療養所犀潟病院（看護部）

A Study on Home Help Services for the Mentally Disordered in Niigata Prefecture

Takako Tomikawa, Haruna Toshinari¹⁾, Akemi Maruta²⁾, Miwako Shimizu²⁾,

Yoshiko Kobayashi²⁾, Yuko Yamagishi²⁾

1)Niigata College of Nursing, 2)National Saigata Hospital home help service

キーワード:精神障害者(the mentally disordered), ホームヘルプサービス(home help service)

目的

精神障害者に対するホームヘルプサービスは、平成 11 年 4 月から 3 年間の試行的事業を経て、平成 14 年 4 月から本実施になった。本研究の目的は、実施主体である市町村の事業報告、試行的事業に関するシンポジウム報告、およびサービス利用の事例報告の分析を通して、新潟県における精神障害者ホームヘルプサービスの現状と課題を明らかにすることである。

研究方法

1. 研究対象

対象①平成 14 年度の県内市町村における精神障害者ホームヘルプサービスの実施状況

対象②平成 15 年 3 月に開催した精神障害者ホームヘルプサービスに関するシンポジウムにおける試行的事業に関する報告

対象③退院後に精神障害者ホームヘルプサービスを利用した 1 事例について、市町村の地域保健福祉担当者と病院看護師が連携しながらサービス利用者を支援した事例報告

2. 分析方法

対象③の分析には、谷中¹⁾が社会復帰活動と生活支援活動を比較した表 3 を用いた。

研究結果

1. 対象①について

平成 14 年度に精神障害者居宅介護等（ホームヘルプ）事業を実施した新潟県内の市町村数は、111 市町村中、54 市町村であった。市部の実施率は 20 市中、16 市で 80%に達するが、

郡部は91町村中、38町村で41.8%にとどまっている。保健所（現健康福祉環境事務所）別に実施市町村数Aと事業開始届提出ホームヘルプ事業所数Bをまとめた結果を表1に示す。

表1 保健所別ホームヘルプサービス事業実施状況（平成15年5月県健康対策課調べ）

保健所名	A	B	保健所名	A	B	保健所名	A	B	保健所名	A	B
村上(7)	1	6	三条(7)	3	6	十日町(4)	3	6	佐渡(10)	1	1
新発田(12)	7	7	長岡(9)	5	14	柏崎(5)	2	4	新潟市(1)	1	1
新津(11)	8	5	小出(8)	6	6	上越(18)	6	9	全市町村数	A	B
巻(11)	6	11	六日町(4)	2	3	糸魚川(4)	3	6	(111)	54	85

* ()内の数字は保健所管内の市町村数

管内の市町村数に対する実施市町村数の比率が高い保健所は、新津、小出、十日町、糸魚川である。事業開始届提出事業所数は県全体で85カ所であった。市町村の社会福祉協議会が85カ所中、59カ所で69.4%を占めている。サービス利用者数は把握できなかった。

2. 対象②について

看護研究交流センターの研究班主催で平成15年3月8日に上越市でシンポジウム「精神障害者ホームヘルプサービス」を開催した。シンポジストは、前長岡保健所の精神保健福祉相談員の宮崎敏子氏、長岡市介護保険課の保健師の金山静子氏、長岡市社会福祉協議会のホームヘルパーの長谷川静子氏、地域生活支援センターサンスマイルのソーシャルワーカーの山田創氏、ホームヘルプサービス利用中の当事者の佐藤浩氏、当事者の山崎博氏であった。指定討論者は、国立療養所犀潟病院の看護師の丸田明美氏であった。以下の(1)～(5)は宮崎氏、(6)～(9)は金山氏、(10)～(13)は長谷川氏、(14)～(16)は佐藤氏と山崎氏、(17)は山田氏、(18)は丸田氏の、それぞれの講演と資料による。全体討論の部分は省略した。

(1) 長岡市の試行的事業実施体制（平成11年4月～平成14年3月）

県が長岡市にホームヘルプサービスの提供を委託し、長岡市はそれを市社会福祉協議会に委託した。長岡保健所が中心となり、精神障害者訪問介護評価検討委員会を設置した。委員会メンバーは、長岡市、長岡市社会福祉協議会、長岡保養園、田宮病院、県立療養所悠久荘、越路ハイム地域生活支援センター、地域生活支援センターサンスマイル、精神保健福祉センター、長岡保健所であった。サービス利用者には本実施まで3年間継続してホームヘルパー（以下、ヘルパーと略）を派遣することとした。ヘルパー支援は、精神病院または地域生活支援センターのケースワーカー等と市保健師または保健所精神保健福祉相談員の2人チームで担当した。

(2) 試行的事業のサービス利用者（平成11年度から13年度まで利用した10人）の概要

性別：男性6人、女性4人。年齢：30歳代1人、50歳代7人、60歳代2人。生活状況：単身生活7人、共同住居3人、家族と同居1人。疾病（障害）：統合失調症7人、躁鬱病2人、てんかん1人。精神障害者保健福祉手帳：1級4人、2級4人、3級2人。日中の活動状況：作業所1人、デイケア1人、昼食会2人、なし6人。利用中のサービス：訪問看護8人、配食サービス2人、ボランティア1人。

(3) 試行的事業におけるヘルパー派遣とヘルパー支援の概況

ヘルパー派遣回数は一律に週1回、1.5時間とし、提供サービスは家事援助とした。利用者に関係づくりのできている精神病院または地域生活支援センターのケースワーカー等がケアマネジメントを行い、ヘルパーはケアプランに基づいて援助計画を作成し、サービスを提供した。新たに精神障害者の地域生活支援に参入するヘルパーの支援は、3つの方法（①精神障害者ヘルパー講習会の開催②精神障害者訪問介護評価検討委員会における検討③精神障害者ケアマネジメントの実施とケア会議の開催）で行った。

(4) 試行的事業におけるサービス利用者の変化（表2）

(5) 試行的事業のまとめ

①精神障害者の日常生活支援の重要性を確認できた。②長岡市は精神障害者訪問介護評価検討委員会を構成する関係機関と連携した体制づくりができた。③他サービスとホームヘルプサービスの併用により、生活の安定、在宅生活の維持、再入院の防止、退院の促進が期待できる。

(6) 本実施後の長岡市の基礎データ（平成15年1月現在）

人口は192,234人、推定精神障害者数は2,500人、精神科医療機関は13施設、精神科病床数は1,030床、精神障害者保健福祉手帳取得者は335人、通院医療費公費負担制度利用者数は1,523人である。ホームヘルプサービスの需要は、平成13年12月の県推計では89人（全家連調査等）または117人（新潟県精神障害者ニーズ調査）、平成14年3月の長岡市精神障害者ニーズ調査（3病院の受診者が対象）では381人中、67人と病院専門職が推計し、平成14年7月の長岡市障害者生活実態調査（精神障害者保健福祉手帳所持者が対象）では237人中、11人が利用中、31人が利用したいと回答している。

(7) 本実施後の長岡市ホームヘルプサービスのフロー（図1）

(8) 本実施後の長岡市ホームヘルプサービス利用者23人の状況（平成15年1月現在）

性別：男性15人、女性8人。疾病（障害）：統合失調症17人、躁鬱病4人、てんかん1人、アルコール依存症1人（23人中、5人が糖尿病を合併）。家族構成：単身者19人、夫婦1人、共同生活2人、同棲1人。所得：生活保護14人、非課税世帯9人。利用者負担金：全員なし。精神障害者保健福祉手帳または年金の障害級：1級5人、2級15人、3級2人、なし1人。サービスの内容：家事援助22人（身体介護併用2人を含む）、身体介護1人。サービス回数：週1回17人、週2回5人、月2回1人。1回のサービス時間：1時間6人、1.5時間17人。

(9) ホームヘルプサービスの今後の課題（市保健師の立場から）

利用者にとっては、退院して地域生活をする前にウォーミングアップが必要であるが、外泊時のサービス利用が認められていないのが問題である。ヘルパーにとっては、利用者がキャンセルしたときは収入にならないので、事業者が精神障害者ホームヘルプサービスを多く受けたがらないという問題がある。

(10) ホームヘルプサービス提供の前にヘルパーとして留意したこと

提供前に、医療機関等のケースワーカー、市保健師または保健所精神保健福祉相談員、ヘルパーの3人で実態調査訪問を行った。訪問看護が実施されている場合は、訪問看護師と情報や役割分担を確認した。利用者との話し合いでは、「お酒を飲んでいたら、ヘルパーは帰ら

せていただきます」等の約束事を取り決めた。これらはヘルパーの不安解消に有効であった。

(11) ホームヘルプサービス提供の実際

①ヘルパーにも精神障害者に対する偏見があり、「怖い」と言うヘルパーもいた。②高齢者や身体障害者へのサービス提供と基本的には変わらないが、対人関係を苦手とする人が多いため、関係づくりがサービス提供の土台となると実感した。③サービス開始時に、利用者がヘルパーに気を遣って疲れてしまい、訪問を断るケースが多かった。④利用者の精神状態や気分の変化が激しく、個々の状況に応じた判断と対応が求められるので、精神障害者へのサービスはキャリアのあるヘルパーが担当するのが望ましいと思われる。⑤サービス提供上で問題が生じたときは、ヘルパーだけで問題を抱え込まず、ケースワーカーに同行訪問を依頼したり、ケア会議でヘルパーの交代やヘルパー2人派遣について検討した。

(12) ホームヘルプサービスの効果（表2とほぼ同じ結果であったので、省略した。）

長岡市の利用者ではないが、「退院し、自由な社会なんだと実感したのはヘルパーさんが来るようになってからです。ワーカーさんは福祉を背負って、保健師さんは医療を背負って来る。でも、ヘルパーさんは社会の風ってというか、空気を持って来てくれるので有り難い。」と述べた利用者の言葉が、ヘルパーによる援助効果を的確に表現していると思われる。

(13) ホームヘルプサービスの今後の課題（ヘルパーの立場から）

①試行的事業では医療機関と連絡が取れるケースばかりだったが、本実施でも医療機関と密に連絡を取れるかどうかの不安がある。②サービス利用者のイメージを持てるだけの情報が得られるように、十分なケアマネジメントを行ってほしい。③派遣前の9時間のヘルパー研修のほかに、派遣後も現任研修や検討会等によりヘルパーを支援してもらいたい。

(14) 当事者にとって障害を抱えての生活のしづらさとは何か？

①働けなくて収入がないので、生活が制限される。②障害者ということを知られないように気を使う。③ゴミ出しや町内会費集金の当番を代わってもらう時に、病院やデイケアに通っているとは言えず、嘘をつかざるを得ない。④時々、不眠のために疲れやすい。⑤薬の副作用のために歩行困難があった。

(15) 当事者がホームヘルプサービスを受けて感じたこと

①他人（ヘルパー）が家に入るということで、部屋を掃除しなくてはいけないと思ったり、気を使って疲れてしまう。自分の生活を覗かれるようで、少し抵抗感があった。②地域生活支援センターのスタッフとヘルパーが一緒に来てくれたり、ヘルパーが交代する時は事前に顔合わせがあったので、ヘルパーとの人間関係はスムーズにつくれた。③当初は自分の知っているメニューを料理してもらっていたが、今はメニューを提示してもらって、自分には作れないと思っていた料理と一緒に作れるので、助かる。ただし、調理にお金がかかりすぎると、経済的に苦しくなる。④ヘルパーの訪問が1～2時間遅れる時があり、連絡はあるが、ずっと待つのは大変である。⑤ヘルパーを断ると、ケアマネジメント従事者に連絡が行き、「サービスを受けなきゃいけない」と言われ、結局、ヘルパーを断れないのが困る。

(16) ヘルパーやホームヘルプサービス全般に対する当事者の要望

①障害者であることを知られてしまうので、ヘルパーがリュックを背負い、ジャージー姿で来るのは止めてほしい。②ホームヘルプサービスを知らない人が多いので、もっと周知徹底に努めてもらいたい。病院にも掲示してほしい。

(17) ケースワーカーがケアマネジメントを実施して感じたこと

①ホームヘルプサービスを選択し活用するのは、あくまでも当事者自身である。保健医療福祉担当者がサービスを押しつけてはいけない。②ホームヘルプサービスの利用を勧める時は、どうして利用した方がよいと考えるのか、当事者にきちんと説明する必要がある。③ホームヘルプサービスを受けたくない当事者の気持ちも尊重しなければならない。

(18) 指定討論者からの問題提起

対象③の事例を通して、2つの問題提起（①地域保健福祉担当者と病院看護師とでは本人の評価が大きく異なったが、どのように共通理解を得たらよいか。②本人の参加しないケア会議に本人の情報を書類で提供したが、どのような配慮が必要だったか。）がなされた。

3. 対象③について

事例は、統合失調症のために社会復帰病棟に3年近く入院中の60歳代前半の女性である。入院前は雪深い山奥の一軒家に統合失調症の兄と二人で細々と生活していた。兄の入院中に本人が食事を取れず、寝込んでしまい、町の保健師の連絡で入院となった。入院時は、歩くのがやっとであり、食事以外はほとんど臥床していた。現在は引きこもり傾向も徐々に改善し、院内作業、畑作業、調理実習、病棟レクリエーション等に本人のペースで参加している。時に幻聴が出現するが、服薬により病状は安定している。年2回、自宅に外泊している。

(1) 退院に向けた外泊実施：入院2年後の事例検討会において、退院の可能性を追求すべきとの意見が出された。外泊を繰り返した後に退院するという方針に本人も同意し、平成14年6月に2泊の外泊2回、7月に5泊の外泊1回、8月に4泊の外泊1回を行った。最大の問題は、長期間空き家になっていた一軒家の環境整備であった。看護師は、近隣に住む従兄弟夫婦や町の保健師への支援要請、本人への相談指導、外泊中1回の訪問看護を通して、ラジオ、電話、冷蔵庫の入手、テレビアンテナ工事の依頼、精神障害者保健福祉手帳の申請等を支援した。外泊前に食品を購入していくので、交通の不便さは問題にならなかった。

(2) ケア会議1回目：平成14年8月末にA町役場で開催した。出席者は、町の保健師、ヘルパー、福祉副課長と、従兄弟の妻、病院看護師3名、本学教員の計8名であった。会議の目的は、在宅生活を希望する本人のニーズを地域保健福祉担当者に理解してもらうこと、本人が活用可能なサービス資源の検討、地域側と病院側が連携して行う支援内容の検討であった。その結果、冬期の積雪による生活困難時は病院に戻るという条件で、地域側は本人の支援を引き受けた。9月初めに保健師からケア計画が示され、9月中旬に本人は退院した。

(3) 在宅生活の経過：買物代行、食事づくり、掃除、話し相手等は平日毎日1時間のホームヘルプサービスを活用し、ヘルパーとの関係も良かった。しかし、食事づくり以外は臥床していることが多く、「芯が悪い」と入浴せず、10月より入浴介助を週2回受けることになった。地域との交流のために勧められたリハビリ教室も、新しい場への不安が強くて参加しなかった

が、10月末に1回参加した。民生委員による戸の修繕、電気コタツの使用により、寒さはしのげていた。外来受診は確実に Rowe、10月末に病院からの訪問看護が1回実施された。在宅生活は丸2ヶ月続いたが、寒さが増した11月中旬に本人は再び病院に戻った。

(4) ケア会議2回目：再入院1ヶ月後に病院で開催した。出席者は、本人、町の保健師、病院の主治医、看護師4名、ソーシャルワーカーと、本学教員の計9名であった。会議の目的は、在宅生活支援の振り返りと今後の課題の明確化であった。部分的に会議に参加した本人は、「家があるのだから、来年5月には再び自宅に退院したい。」と述べた。保健師は、臥床しがちの生活を問題にし、「引きこもりや意欲低下をこのままに置いて良いのか。身近に支援してくれる人がいる病院で生活するのが一番望ましいのではないか。何かあると心配だ。」と述べた。一方、看護師は、食事づくりやゴミ出しができるようになった、困った時に支援者に相談できるようになった、外来受診も単独で行い、郵便局や農協に用足しに行けるようになった等を挙げ、本人の生活の質は向上したと評価していた。在宅生活に対する地域側と病院側の評価や考え方の違いが明確になったが、違いを残したまま会議は終わった。

4. 対象③の分析

表3 社会復帰活動と生活支援活動 (文献1) p.264)

	社会復帰活動 (医療モデル)	生活支援活動 (生活モデル)
主体	援助者	生活者
責任性	健康管理をする側	本人の自己決定による
かかわり	規則正しい生活へと援助	本人の主体性へのうながし
とらえ方	疾患・症状を中心に	生活のしづらさとして
関係性	治療・援助関係	共に歩む・支え手として
問題性	個人の病理・問題性に重点	環境・生活をとのえることに重点
取り組み	教育的・訓練的	相互援助・補完的

谷中リは、統合失調症の生活支援活動を自ら振り返り、医療におけるかかわりを地域の中に引きずり、医療モデルから抜け出すのに長い年月を要したと述べている。対象②の全体討論の意見にもあったが、対象③の事例はホームヘルプサービス利用についての本人の意思、自己決定、同意がないまま、病院と地域の間をピンポン球のように行き来させられたと言える。病院側の依頼により地域側は本人の生活支援を受け入れ、冬期は病院に戻るという条件も本人のいない場で決められている。医療モデルに立っているのは地域側だけではなく、表3の主体、責任性、かかわり、関係性に関しては病院側も医療モデルに立っていると考えられる。病院側には、本人が主体的にホームヘルプサービスの申請に行けるように共に歩む姿勢が求められる。それが、地域側に医療モデルに立った考え方を自問する機会を与えることにもなると思われる。

文献

1) 谷中輝雄. 共同住居における生活支援. 分裂病者の社会生活支援. 東京: 金剛出版, 1995: 249-270

図1 長岡市ホームヘルプサービスフロー（補助の場合）

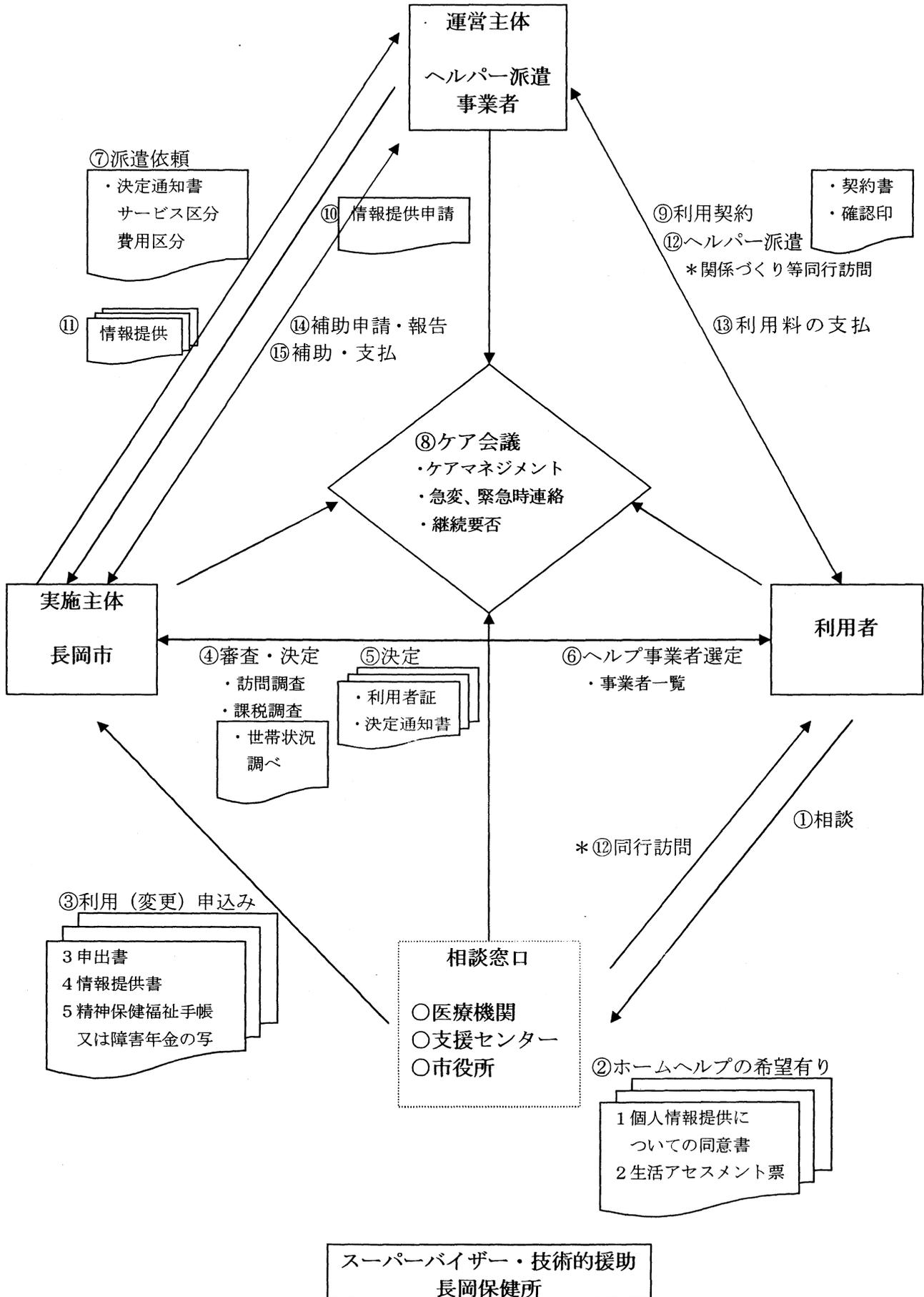


表2 ホームヘルプサービス利用者の変化（精神障害者訪問介護評価検討委員会による評価）

	派遣前生活能力障害	11年度	12年度	13年度
A	無為自閉的。家事ができない。 入浴・更衣が少ない。 毎食同じ食事。	コンビニの弁当、パン、ラーメンの食事が改善された。	訪問日に炊飯。掃除を手伝う。 布団をたたむ。	共同生活者と当番で掃除、洗米。室内がきれいになった。声かけで外出。笑顔が増えた。
B	家事をしない。 外出、来訪は少ない。	不調の時に用を頼むようになった。 食生活が改善された。	部屋に暖房を入れ、掃除をし、訪問を心待ちにしている。	訪問前に買い物、掃除をしておくことが多くなった。 一人暮らしの自信がついてきた。
C	妻が体調不調・入院すると、家事ができず調子を崩し再入院となる。	妻の入院に備え、妻通院の留守に食事作り慣れた。	妻の入院時に調子を崩さず乗り切れた。妻への対応が訪問により支えられ、動揺が少なかった。	妻が重体で入院した時に付き添うことができ、生活の変化に対応できた。
D	金銭管理、家事ができない。	定期的なヘルパー訪問により、食生活に安定がみられた。	食生活に関心を持つようになったが、不規則な生活は変わらない。	少しずつ生活が落ち着いてきたが、睡眠のリズムが狂い、生活リズムの立て直しのため再入院した。
E	安否確認。 歩行困難による孤立。	身内と疎遠であり、ヘルパーは少ない来訪者の一人となった。	大雪でも、不安となり病院や身内に電話をかけまくることがなかった。	糖尿病の血糖値が下がり、安定している。 訪問を楽しみにしている。
F	食事の支度ができない。掃除、洗濯は何とかできる。 外出、交流はほとんどない。	定期的な訪問により、病状変化に素早く対応できるようになった。	少しずつ調理をするようになった。些細なことでもつになり入院するが、ヘルパーの訪問があることで短期の入院ですんでいる。 例年の年末の入院はなかった。	複数のヘルパーの訪問を楽しみにしている。 訪問前に買い物をしている。
G	食事作り、掃除ができない。 金銭管理ができない。	コンビニの弁当やラーメンだけの食事が改善された。	当初家事への意欲が高まったが、次第に拒否的になり、元に戻った。話し相手として訪問を待っている。 ヘルパーのために湯沸かし器を修理した。	ヘルパーの食事援助にもかかわらず、偏った食生活は変わらない。
H	食事作り、掃除ができない。	食生活が改善され、室内がきれいになった。	生活の負担感があると入院していたが、訪問介護とヘルパーに支えられ入院しなかった。	
I	食事作り、掃除ができない。 ゴミの分別ができない。	時に部屋の片付けをするようになった。	体調の良い時は、ヘルパーを手伝うようになった。	生活の負担が軽減されたのか、趣味の油絵や書道を再び始めた。冬期間は体調を崩して入院するが、今冬の入院はなかった。
J	食事作り、家事ができない。 毎食同じ食事。 入浴、更衣は促しが必要。	同居人との会話がなないので、訪問を楽しみにしている。	笑顔が見られ、自分からヘルパーを手伝うようになった。	共同生活者と当番で掃除、洗米ができるようになった。本人とヘルパーの関係から、人の交流が広がってきた。