

論文

統合失調症の生活障害と必要とされるケア

——生活障害の先行研究と家族会大規模調査によるケア内容の分析から——

塩 満 卓

〔抄 録〕

本稿の目的は、統合失調症の生活障害と必要とされるケアを明かし、親によるケアに依存しない地域生活支援のあり方に関する示唆を得ることである。統合失調症の生活障害について、ICIDH（国際障害分類）、ICF（国際生活機能分類）、IADL（手段的日常生活動作）の先行研究をレビューした。家族会の大規模調査報告書から親によるケアの内容を分析した。統合失調症が親によるケアを必要とする根拠を生活障害の知見から演繹的に考察した。統合失調症は、医学的な治療だけでなく、具体的な世話である手段的ケア、温かい励ましといった情緒的ケア、助言や提案といった情動的ケアが、地域生活を送るうえで必要であることが示唆された。支援者には、親亡き後を見据えた本人・親双方へのミクロレベルでの関与とそれを可能とする地域サポートシステム構築に向けたメゾレベルでの関与、それら実践課題の制度化を求めるマクロ政策への働きかけが求められている。

キーワード：統合失調症、生活障害、手段的ケア、情緒的ケア、情動的ケア

1. 研究の背景と問題の所在

1-1. 精神科病院における統合失調症の入退院の動態

世界保健機構（以下、WHO）が、世界18の地域で実施した統合失調症の長期転帰に関する調査によると、統合失調症は、加齢とともに陽性症状は軽快し、残遺症状を残すのみとなっていく（Harrison G, et al. 2001）¹⁾。精神症状が軽減することから入院を必要としなくなる（Jeste D, et al. 2011）²⁾。海外の統合失調症の加齢に関する調査では、病態は安定し、能力障害を残すのみである。日本は、どうなっているのか。

「精神保健福祉資料」（以下、630調査）によると、精神病床の入院患者のうち、統合失調症

統合失調症の生活障害と必要とされるケア（塩満 卓）

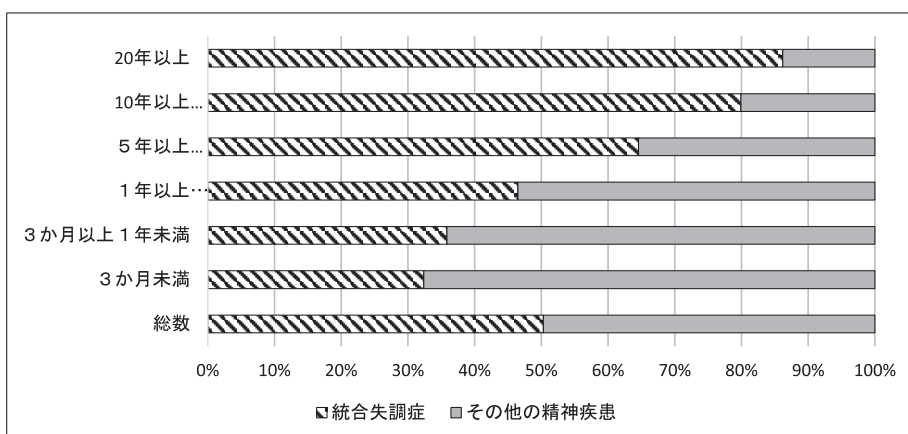


図1 入院期間別精神科病床入院患者に占める統合失調症の割合
出典) 2022年 630 調査をもとに筆者作成

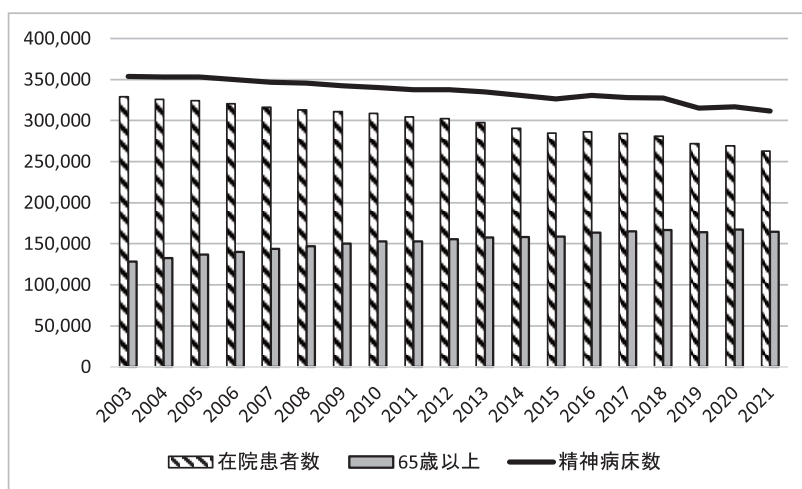


図2 精神病床数・入院患者数・65歳以上入院患者数年次推移
出典) 630 調査をもとに筆者作成

の占める割合は5割を超え、入院期間の長期化に伴い、その比率は増している。図1は、2022年の入院期間別に統合失調症の占める割合を示したものである。統合失調症は、3か月未満の入院群では32.4%であるが、1年以上5年未満で46.5%、5年以上10年未満で64.5%、10年以上20年未満で79.9%、20年以上で86.2%を占めている。末安ら(2009)³⁾の調査によると、3か月で退院出来ない入院患者の入院時平均年齢は52.5歳であり、疾患名では統合失調症が60.2%を占め、高齢で統合失調症の患者は入院が長期化する傾向がみられた。

630調査から、長期入院⁴⁾の定義「1年以上の入院患者」の退院と、新たに長期入院となる入院患者をみていくと、毎年、約5万人が新たな長期入院患者となり、一方で、その数を若干上回る長期入院患者が退院している。2011年以降、死亡退院者数が毎年2万人を超え、

2022年には約2.7万人が死亡退院している。精神病床入院患者に占める65歳以上の患者数は、図2のとおり、2011年に50.3%となり半数を超え、2021年には62.6%となっている。

2004(平成16)年、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン(以下、ビジョン)」⁵⁾を発出し、10年間で約7万人の退院と病床数を削減するとした。表1のとおり、10年後の2013年に、精神病床数は1.8万床削減し33.5万床となり、入院患者数は2.9万人減少し29.7万人となり、長期入院者数は3.4万人減少し19.2万人となった。2022年に入院患者数は6.7万人減少し、長期入院患者数も6.6万人減少した。ビジョンの目標値に18年を要してようやく近づいている。しかしながら、長期入院患者の減少に関して、地域移行の影響は大きくはない。

ではなぜ、入院患者数は減少しているのか。最も大きな理由は、入院患者の高齢化にある。図3の退院後転帰をみていくと、長期入院者の退院後転帰は、「死亡」と「精神病床以外の病床」の比率が極めて高く、「介護施設」の比率も高い。他方、退院後転帰「家族と同居」及び

表1 精神病床数・入院患者数・長期入院患者数・死亡退院者数の推移

	2004	2013	2022
精神病床数	353,319	334,975	308,667
入院患者数	326,125	297,436	258,920
長期入院患者数	225,913	191,881	160,309
死亡退院者数	15,996	21,792	26,952

出典) 630 調査をもとに筆者作成

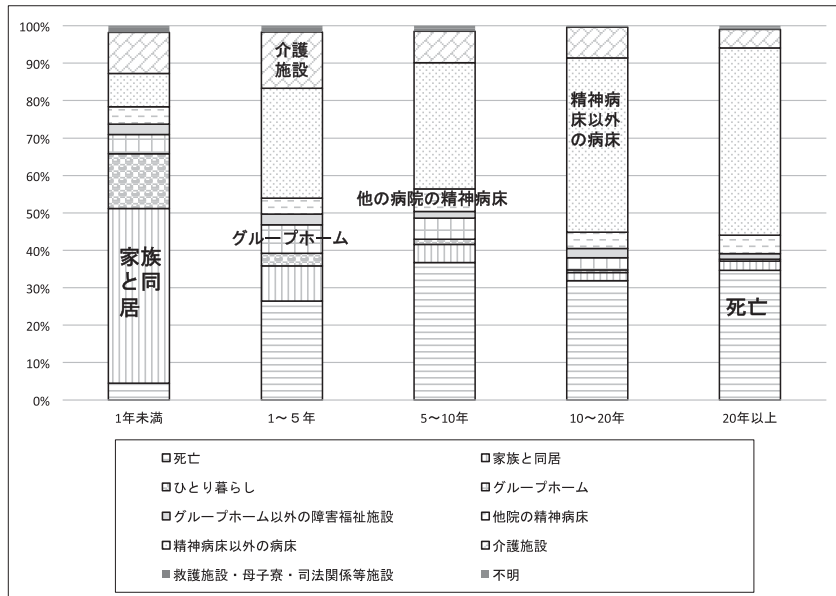


図3 入院期間別精神病床退院後転帰

出典) 2022年630調査をもとに筆者作成

「グループホーム」は、入院が長期化していくに従い、その割合が著しく減少している。

以上、630 調査の分析及び末安ら（2009）の調査結果は、以下の 3 点を明らかにしている。
 ①高齢の統合失調症の入院は、長期入院となるリスクが高いこと。②長期の入院患者群になるに伴い、統合失調症の占める割合が高くなっていくこと。③長期入院患者群では、在宅への退院ではなく、死亡や介護施設入所、他の病院への入院となる者の割合が高いこと。の 3 点である。

1-2. 家族との高い同居率と法制度上の家族の位置

では、高齢になる前の統合失調症者は、どのように暮らしているのか。2016（平成 28）年に厚生労働省が実施した「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」⁶⁾では、65 歳未満の手帳所持者のうち、親と同居している精神障害者は 67.8%、知的障害者は 92.0%、身体障害者は 48.6% となっている。統合失調症の家族が多数を占める精神障害者家族会の直近の大規模調査⁷⁾⁸⁾⁹⁾によると、家族の 8 割弱が精神障害者と同居している。平均的な世帯の親との同居率はどうなっているのか。第 8 回世帯動向調査（国立社会保障・人口問題研究所：2019）¹⁰⁾では、親が 65 歳以上で 18 歳以上の子との同居率は 43.7% である。精神障害者の同居率は、一般世帯の 2 倍近い比率となっている。

法制度上、統合失調症を含む精神障害者家族は、どのように位置づけられてきたのか。表 2 は、精神病患者監護法（1900 年）から現行法に至るまでの家族に課せられている任務を整理したものである。家族は、監護義務者、保護義務者、保護者、家族等と呼称を変えながら、ポ

表 2 保護者制度の変遷

法律	名称	ポリスパワーの任務	バターナリズムの任務	権利抑制的任務	権利擁護的任務
精神病患者監護法 (1900 年)	監護義務者	①監護義務 ②監護権限			
精神衛生法 (1950 年)	保護義務者	①自傷他害防止監督義務 ②措置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①同意入院の同意権 ②精神病院に収容できない場合の保護拘束権	①財産上の利益保護義務
精神保健法改正 (1993 年)	保護者	①自傷他害防止監督義務 ②措置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①医療保護入院者の同意権	①財産上の利益保護義務 ②退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法 (1999 年)	保護者	①措置解除者引き取り義務	①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務	①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権	①財産上の利益保護義務 ②精神医療審査会等への退院請求等申立権 ③退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法 一部改正 (2013 年)	家族等 (扶養義務者)			①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権	①精神医療審査会等への退院請求等申立権

出典) 池原毅和 (2011)『精神障害法』286 頁表 4-1 を筆者修正加筆

リスパワ-的任務、パターナリズムの任務、権利抑制的任務、権利擁護的任務を課せられている。

この家族に課せられた任務について、伊勢田(2008)は、「行政責任を放棄した家族への法外な責任転嫁」¹¹⁾であると指摘している。塩満(2023)は、「家族が自身のことを相談する機関は不在のままであり、統合失調症とその家族全体(family as a whole)を支援する仕組みは制度化されていない」¹²⁾と述べ、家族を権利主体として位置づけていないことを指摘している。

成人しても統合失調症の多くは定住家族で親とともに暮らしており、法制度は、行政施策の不充足状況を補う存在として、家族を無償のケアラーとして位置づけてきたといえる。

1-3. 問題の所在

殿村ら(2009)¹³⁾は、統合失調症と躁うつ病の家族554名を対象にホームヘルプサービス(以下、HH)の利用状況調査を実施した。84.5%がHHの利用経験がなく、利用しない理由では、「世話は家族がすべき(と考える)」が最も多かった。また、1996年の家族会大規模調査¹⁴⁾では、「本人の世話をするのは自分の役目」という回答が94.0%となっている。また、家族会員は、家族会が親亡き後を見据えて設立したグループホームに子どもを入所させず、親が自宅で世話を続ける(岩田:1995)¹⁵⁾という報告もある。

他方、親自身がケアをし続けることに疲弊し、長期入院もやむを得ないと認識を変容させていくプロセスを明らかにした研究に以下のものがある。石原(1981)は、患者家族調査をもとに「家族の患者に対する見方・接し方は長期化に伴い悪化し、犠牲感が強まる。患者の身の置き所は、家族か病院かの二者択一が中心であり、経過15年で病院入院志向に転換する」¹⁶⁾と述べている。南山(1996)は、「家族の負担状況は慢性化し、病状の変化や問題行動、医療保健福祉専門職との関係、同居家族の死去や病死、家族の結婚(話)、世帯収入額の減少、イベントや変化の生起が家族の負担状況をさらに悪化させ、累積現象がみられる」¹⁷⁾と述べている。半澤(2010)は、「家族は緊密な家族関係のもとで患者を抱え込み、苦悩を抱きながら耐え続ける。医療や福祉の支援が導入された後にも再発という場面で最悪の状態が繰り返されるなら、『家族であらゆる苦悩』はいずれ『あきらめ』となり、親世代から兄弟世代に介護役割が世代交代される時期に、介護を精神科病院に託す」¹⁸⁾と述べている。

家族へ法外なケア責任を強いてきた歴史から、親はケア役割を担うことを当然視する傾向があるが、先行研究は、療養期間の長期化に伴い、親の介護負担感は累積し、在宅ケアを諦め長期入院もやむなしという認識に変容していくことを示唆している。それゆえ、統合失調症の生活の基盤は、定住家族か精神科病院、という二者択一の状況が未だに続いている。

親によるケアに依存せず、統合失調症者が地域生活を継続していくためには、どのようなケアを必要とするのか。そのことを考究していくことは、定住家族か精神科病院かという二者択

一ではない統合失調症の地域生活支援を展開していくうえで、不可欠であると考えた。

2. 研究目的及び研究方法等

本研究の目的は、統合失調症に必要とされるケアを明らかにし、親によるケアに依存しない統合失調症者の地域生活支援のあり方に関する示唆を得ることを目的とする。

研究方法は、文献研究である。疾病と障害を併せ持つ統合失調症の障害に焦点をあて、生活障害について、ICIDH、ICF、IADLの視点から先行研究をレビューする。また、家族の担っているケアの内容について、家族会のこれまでの大規模調査から分析する。そのうえで、統合失調症に必要とされるケアについて明らかにする。

なお、本研究は、文献研究であるため個人情報など倫理的配慮を要する情報を扱っていない。

3. 研究結果

本章では、統合失調症の生活障害について、第1節でICIDH（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps：国際障害分類）の視点から、第2節でICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）の視点から、第3節でIADL（Instrumental Activities of Daily Living：手段的日常生活動作）の視点から先行研究をレビューする。第4節では、家族会の大規模調査から家族の担っているケアについてレビューする。

3-1. ICIDHの視点からみた統合失調症の能力障害

1980（昭和55）年に世界保健機構（WHO）は、「国際障害分類（以下、ICIDH）」を発表した。精神障害においても、機能障害と能力障害、社会的不利の概念整理に関する研究が、生活支援の領域を中心に始まっていく。表3は、塩満（2024）¹⁹が統合失調症の生活困難に関する主要な先行研究の変遷を年代順に整理したものである。なお、表中の「精神分裂病」の表記は、2002（平成14）年に統合失調症へと病名を変更したが、発表時の呼称をそのまま用いている。

谷中（1980）²⁰らは、精神分裂病者が社会生活を持続していく困難さとして「生活のしづらさ」概念を提唱する。「生活のしづらさ」概念は、「生活技術性」、「社会性」、「経済性」、「統合性」の4つに区分されている。「生活技術性」とは、家事全般に関わる能力や公共交通機関や公共施設の利用に関するスキルの低下のことである。「社会性」とは、対人関係能力の低さや自己評価の歪みである。「経済性」とは、労働能力の低さと自己に相応しくない職場を選択し

表3 ICIDHによる統合失調症の能力障害に関する主な先行研究の整理

著者	論文名及び図書名	概要
谷中輝雄 佐藤三四郎 荒田稔ほか	「わが国におけるシステム化の動向－生活支持の観点から」『臨床精神医学』9(6) 647-655, 1980年	精神分裂病者の社会生活を持続し難くしている要因として「生活のしづらさ」概念を提唱。「生活のしづらさ」を4つに区分する。 ①生活技術性：衣食住をめぐる諸技術、買い物、炊事、掃除、洗濯、交通機関や公共施設の利用等。 ②社会性：職場、近所付き合いにおける人間関係や社会的常識・習慣、自己に対する現実的評価・判断等。 ③経済性：稼働能力の乏しさ（疾病による能力低下、就労経験が無いこと、自己の能力に適さない職場を望むこと）。 ④統合性：生活の主体者として、社会生活の維持、拡大のために、個人の能力を統合し、諸々の社会資源の活用を図る能力の乏しさ。
見浦康文	「精神障害者のリハビリテーション－ソーシャルワーカーの経験から」『ソーシャルワーク研究』7(4), 32-36, 1981年	病気と障害が併存し、「生活障害」概念を提唱する。 ①「対人関係技術の障害」：過敏、自信のなさ、協調性の不足、傷つき易さ、疲れ易さ ②「自己決定能力の障害」：身の自己管理、服薬管理、金銭の自己管理、余暇の使い方、社会生活を主体的に生きてゆくための状況判断
蜂矢英彦	「精神障害試験－精神科リハビリテーションの現場からの一提言」『臨床精神医学』10(12), 1653-1661, 1981年	①精神分裂病の障害は、急性（亜急性）症状の安定のあとに残された情意減退や思考障害のこと、再発については、その都度、再発時の急性症状のあとに残された障害と考える。 ②疾患と共存する障害：疾患と障害の両面を併せ持ち、障害は疾患の経過に左右され、固定しない。
臺弘	「慢性分裂病と障害概念」『臨床精神医学』14(5), 1653-1661, 1985年	精神分裂病の生活障害を5つに類型化 ①日常生活の仕方の障害：臺の造語 WDL (Way of Dayily Living) の低さ。 ②対人関係の障害：人付き合い、挨拶、他人に対する配慮、気くばり、しばしば尊大と卑下のからんだ孤立。 ③仕事場面の障害：生真面目さと要領の悪さの共存、のみこみが悪く、習得が遅く、手順への無関心、能率・技術の低さ。 ④生活経過の不安定さと持続性の乏しさ：再発準備性と易傷性との関連。 ⑤現実離れた空想：生き甲斐の喪失、動機づけの乏しさ、共感性の乏しさ。
昼田源四郎	『分裂病者の行動特性』金剛出版, 1989年	精神分裂病の行動特性の4つの類型及び下位項目としての具体例 ①認知障害と過覚醒：一時にたくさんの課題に直面すると混乱する、受け身で注意や関心の幅がせまい、全体の把握が苦手で自分で段取りをつけられない、話しや行動に接ぎ穂が無く唐突である、あいまいな状況が苦手、場に相応しい態度をとれない、融通がきかず杓子定規、指示はその都度ひとつひとつ具体的に、形式にこだわる、状況の変化にもろく不意打ちに弱い、慣れるのに時間がかかる、容易にくつろがず常に緊張している、冗談が通じにくく堅く生真面目。 ②常識と共感覚：現実吟味力が弱く高望みしがち、世間的常識的な思考・行動を取りにくい、他人の自分に対する評価には敏感だが他人の気持ちには比較的鈍感、自分を中心に物事を考えがち、視点の変更ができない。 ③自我境界：話しに主語が抜ける、あいまいな自己像、秘密を持ってない ④時間性：あせり先走る、同じ失敗を繰り返す、リズムにのれない
中澤正夫	「『生活障害』の構造化の試み」『第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書－日本精神障害者リハビリテーション学会誌 準備号』139-153, 1996年	精神分裂病の生活障害を3つに類型化。 ①臨機応変さのないこと：1) 生活の仕方が下手なこと、2) 人づきあいが下手なこと、3) 就労能力不足。 ②生活経過の不安定さ (Life events に対する特異的な反応) ③生き甲斐のないこと (受容と非現実さ)。 *生活障害の基本的な要因は、認知－反応系の歪みに求められる。

出典) 塩満卓 (2024) 「第4章精神障害者の生活実態」『現代社会と精神保健福祉』ミネルヴァ書房表4-9を転載

易いというものだ。「統合性」とは、自らが生活全体をコントロールしていく力の弱さを意味する。

見浦 (1981)²¹⁾は、精神分裂病を「病気と障害が併存」しているとし、後者を「生活障害」という概念で説明する。「生活障害」には、過敏、自信のなさ、疲れ易さといった「対人関係技術の障害」及び主体的に生きていく「自己決定能力の障害」があるとした。

蜂矢 (1981)²²⁾は、「精神障害試論」と題した論文で、急性症状が沈静化した後に情意減退や思考障害が現れると説明する。つまり、時間軸で症状消退後に障害が顕在化するということである。見浦と同じように疾患と障害が共存しているとした。蜂矢のいう能力障害概念は、疾患の経過に左右されるということを特徴とする。

臺 (1985)²³⁾は、見浦と同様に、能力障害を「生活障害」と呼ぶ。臺の「生活障害」概念の特徴は、発病間もない精神分裂病から慢性の経過を辿っている精神分裂病までも射程とし、「生活障害」を5つに類型化していることである。それらは、①日常生活の仕方の障害、②対人関係の障害、③仕事場面の障害、④生活経過の不安定さと持続性の乏しさ、⑤現実離れした空想、である。5つの類型それぞれの障害に関する具体例も提示している。

昼田 (1989)²⁴⁾は、臨床事例を帰納的に分析し、精神分裂病の行動特性を4つに類型化している。その4類型とは、①認知障害と過覚醒、②常識と共感覚、③自我境界、④時間性、の4つである。表中に記しているように4類型それぞれの行動パターンを、具体的に解説している。

中澤 (1996)²⁵⁾は、精神分裂病の「生活障害」を①臨機応変さのないこと、②生活経過の不安定さ、③生き甲斐のないこと、の3類型に区分している。①臨機応変さのないことの下位項目には、「生活の仕方が下手なこと」、「人づきあいが下手なこと」、「就労能力不足」の3点を挙げている。②生活経過の不安定さは、ライフイベントに対する特異的な反応を挙げている。③生き甲斐のないことには、疾病受容の問題と現実検討能力の欠如を挙げている。中澤の論は、生活障害の原因を認知から反応系の歪みに求めていることを特徴とする。つまり「生活障害」の主な要因は、脳の機能障害にあるとしている。

これまで述べてきた統合失調症の能力障害における具体例は、大なり小なり一般の人も失敗体験を有するものである。しかしながら、遠山 (2005)²⁶⁾は、統合失調症と一般の人々の違いについて、「その気になったらできるか、その気になってもできないかの違いにあるわけです。つまり、統合失調症の患者さんの場合は、誰かがそばについて、いちいち教えてあげないと、日常生活の技術や手順を学習できないのです。このことは、おそらく『応用力がない』とか『想像したり工夫したりできない』といった能力の障害と関係が深い」(傍点筆者)、と説明する。

以上、WHOのICIDHの発表を契機とする統合失調症の能力障害に関する国内の研究を整理した。そこでの知見は、大きく3点に整理することが出来る。1点目は、統合失調症は疾患

と障害が共存しているということだ。2点目は、生活を主体的に営むことに障害があり、福祉的な援助を必要とすることである。3点目は、障害は脳の生物学的機能不全を要因とし、克服すべきものではなく、障害を持ちながらのケア提供を含む環境を整えていくことが求められるということである。

3-2. ICF の視点からみた統合失調症の生活機能

2001(平成13)年5月、世界保健機構(WHO)は、ICIDHの改訂版として「国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:以下、ICF)」を総会で採択した。ICIDHで用いられていた「機能障害(impairment)」は「心身機能・構造(body functions and structure)」へ、「能力障害(disability)」は「活動(activities)」へ、「社会的不利(handicap)」は「参加(participation)」へと肯定的・中立的用語に変更した。これらが障害された状態は、「機能・構造障害(functional and structural impairment)」、「活動制限(activity limitations)」、「参加制約(participation restrictions)」である。

ICIDHが、「機能障害(impairment)」により生じる因果モデルでの障害分類であったのに対し、ICFの「心身機能・構造(body functions and structure)」、「活動(activities)」、「参加(participation)」は、構成要素同士が相互に作用し合い、「生きることの全体像を示す『生活機能』の分類となっている」(大川:2006)²⁷。「生活機能」の3つのレベルは、それぞれに「健康状態」や背景因子である「環境因子」「個人因子」からも影響を受ける。図4のように、ICFは、全ての構成要素が双方向の矢印で結ばれ、全てが全てに影響を与える相互作用モデルとなっている。

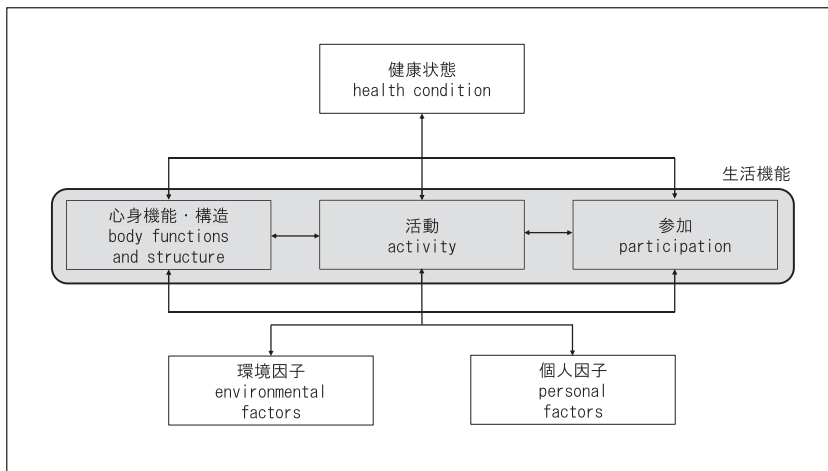


図4 ICFの構成要素間の相互作用
出典) 大川(2006)の「ICFの生活機能モデル」を参考に筆者作成

表 4 昼田及び山本・丹羽の論考より抽出した統合失調症の機能障害・活動制限・参加制約

	論文名及び図書名	概要
機能障害	昼田源四郎 (2007) 『改訂増補 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF』 金剛出版	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全般的機能障害として過覚醒状態のため、注意の幅が狭く、認知機能に影響を与えている。 ・ 見当識障害として、自我境界の病理や現実吟味力の弱さ。 ・ 注意の配分及び注意の持続の障害。選択的注意機能（カクテルパーティ効果）の障害。 ・ 記憶機能に重篤な障害を持つ。短時間だけ情報を保存するワーキングメモリ（作業記憶）の障害により、「指示を理解せず、同じ失敗を繰り返す」「脈絡から外れた言動をとる」等がある。 ・ 意味内容に基づきカテゴリーごとにコード化し記憶の意味ネットワークに格納、あるいは抽出する一連の記憶の入出力のプロセスの障害。 ・ 情緒機能の障害：不適切な情緒の発現・感情の平板化、相手の感情認知テスト不良。 ・ 知覚機能の障害：幻覚や錯覚、幻聴は、統合失調症でもっとも高頻度出現。 ・ 思考機能の障害：思考途絶・思考逸脱（連合の弛緩）・思考伝播・思考挿入・妄想等。 ・ 高次脳機能障害：抽象化・組織化と計画・時間管理・認知の柔軟性・洞察・判断・問題解決等、抽象的な言葉や概念の把握が苦手、部分を全体に構築し体系化することが苦手。時間軸にそって物事を順序づけ、各活動に時間を割り当てる時間管理も苦手、何かを意図し、その手順を考え実施し、その結果がうまくなければ違う方法を考えてやりなおす認知の柔軟性・洞察・判断・問題解決といった日常的に求められる生活の実行機能の障害。
	山本佳子・丹羽真一 (2003) 『ICF と統合失調症』『精神医学』45 (11)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期の症状後に残る再発のし易さ。 ・ 知覚から判断に至る情報処理過程の認知障害。選択的フィルター機能障害、注意配分障害。 ・ 手続記憶は保たれているが、言語を介する意味記憶、一次記憶、エピソード記憶の障害。 ・ 想起において文脈が組織化されない、無関係な刺激で攪乱する、時間の順序が混乱する。 ・ 結果を監視しつつ目的行動を維持するための作業記憶の障害。 ・ 内的及び外的情報源の区別が困難となる陽性症状としての幻聴や、連合弛緩。
活動制限	昼田源四郎 (2007) 『改訂増補 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF』 金剛出版	<ul style="list-style-type: none"> ・ 注意の集中や持続が困難であるため、頻回に短い休憩を挟むことが求められる。 ・ 対人場面では緊張し、慣れるまで時間がかり、容易にくつろげない。 ・ 注意や認知の障害により、学校での学習や職場での仕事において活動の制限がある。 ・ 自分が知っていることは相手も知っているはずだと思うような脱中心化の困難さ。 ・ メッセージを生み出す活動では、話しに接ぎ穂がなく唐突。 ・ コミュニケーションの障害。非言語的メッセージの解釈が困難であり、比喩が通じにくい。何気ない他者のことばを自分に向けられた悪意と被害的に受け取り、ストレスを抱え込む。 ・ 対面状況で顔がつくほど接近したり、離れすぎたりと、適切な間合いをとれない。 ・ 表情から相手の感情を読み取る相貌認知テストは不良であり、相手の感情に鈍感。 ・ 選択的注意の障害のため、いっぺんに複数の課題を出さないようにすることが求められる。 ・ 作業手順をスモールステップに分解して、逐次、具体的に教えることが求められる。 ・ 本質的な事柄を抽出する障害により、あいまいな状況が苦手で、迷いやすく、決められない。 ・ 整理整頓が苦手であり、定期的なヘルパー派遣を必要とする者も少なくない。 ・ 負荷がかかる状況では、問題解決や意思決定活動の制限が顕在化しやすい。 ・ 「状況の変化、とくに不意打ちに弱い」という行動特性と自分から相談に行かない。 ・ 身だしなみや自己の清潔や入浴や着替え、洗面、歯磨き等のセルフケア能力の障害。 ・ 現実検討能力が低く、無計画さもあり、金銭管理に関する援助が必要なものが多い。 ・ 家庭生活における必需品の入手、調理その他の家事、家庭用品の管理に関する障害。 ・ 掃除や洗濯、ゴミ捨てなど、雑多な作業を同時並行的に要領よく処理することが苦手。 ・ 生活リズムが確立されにくい。抗精神病薬の量の多さと服薬期間の長さは、睡眠やサーカディアンリズム（概日リズムと訳される）の障害と相関関係がある。
	山本佳子・丹羽真一 (2003) 『ICF と統合失調症』『精神医学』45 (11)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新たに技能を学習することを阻む認知行動障害や道具的日常生活活動（IADL）の失敗。 ・ 食事・金銭、服装などの問題を含めた生活技能の不得手。 ・ 人づきあい、あいさつ、気配りなどの対人関係の問題。 ・ 生真面目と要領の悪さが共存し、飲み込みが悪く、習得が遅く、手順への無関心、低い能力。 ・ 安定性に欠け、持続性が乏しい。 ・ 現実離れ、生きがいが、動機付けの乏しさ。
参加制約	昼田源四郎 (2007) 『改訂増補 統合失調症患者の行動特性—その支援とICF』 金剛出版	<ul style="list-style-type: none"> ・ カルチャーセンターなどで開催する手芸や英会話教室などに通い始める者も居るが、そこで仲間に入うまく入れないためか、あまり長続きしない。 ・ 地域に居住している精神障害者の多くは、社会から隔離された存在であり、ノーマライゼーションが進んでいない「環境因子」のためだと思われる。
	山本佳子・丹羽真一 (2003) 『ICF と統合失調症』『精神医学』45 (11)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 統合失調症に関する社会的偏見と本人・家族・専門家の持つ「内なる偏見」。 ・ 統合失調症への病名変更や抗精神病薬の進歩により、本人の持つ可能性が大きくなっているものの経済的不況により障害者雇用が進まず就労リハビリテーションに難しさがある。 ・ 専門家の偏見により、本人の可能性が放置されないような専門家の努力。

出典）昼田（2007）及び山本・丹羽（2003）の著書から抜粋

また、ICFは、「医学モデル」と「社会モデル」を統合したモデル(WHO:2001,山本ら:2003)²⁸⁾²⁹⁾とされている。「医学モデルでの障害への対処は、治癒あるいは個人のよりよい適応と行動変容を目標になされる。社会モデルでは、障害のある人に社会生活の全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする」(WHO:2001)。茂木(2003)³⁰⁾は、「社会モデルに終始する考えは、病理それ自体の発生原因や機序を解明する基礎医学とりハビリテーション医学の有用性を不明瞭にし、問題解決の実効性にマイナスの影響を与えかねない」と、社会モデルを偏重する志向性の課題を指摘する。ICFが「医学モデル」と「社会モデル」の統合モデルとされているのは、「医学モデル」から「社会モデル」への移行を意味するものではなく、「『医学モデル』と『社会モデル』との概念的対立を超えた両モデルの対話の道を拓いた」(小澤:2004)³¹⁾と考えることが重要である。

では、統合失調症をICFから考えるとどうなるのか。表4は、昼田(2007)³²⁾及び山本ら(2003)²⁹⁾の論考から統合失調症の機能障害、活動制限、参加制約を抽出し整理したものである。表4の機能障害、活動制限、参加制約の記述内容の概要を確認し、三者の関連性を考察する。そのうえで、ICIDHからみた表3と表4の比較検討を行い、ICIDHからICFへと分析枠組みを変更することにより、統合失調症者の捉え方がどのように変化してきたのかを確認してみたい。

最初に表4の機能障害、活動制限、参加制約の記述内容の概要である。機能障害については、統合失調症の脳の機能障害に焦点化されていることに気づく。昼田(2007)の分析からは、過覚醒状態であり注意の幅が狭く、自我境界の病理や現実検討能力の弱さがある。認知障害、記憶の保管・記憶の再生・ワーキングメモリの障害といった重篤な記憶障害を基礎としていること。選択的注意の障害、情緒機能の障害、知覚機能の障害、思考機能の障害、抽象化・概念化の障害、時間軸での思考の障害があると述べている。

山本ら(2003)の分析からは、昼田の記述にないものとして、統合失調症罹患後に再発準備性を併せ持つこと、外界の刺激による知覚から反応に至るまでの脳内情報処理過程に障害があること、意味記憶に障害を持つこと、陽性症状としての幻聴や連合弛緩が生じることを指摘している。

これまで、統合失調症に関しては、精神医学、精神保健、精神保健福祉等、様々な視角から分析がなされ、多様な言説がある。機能障害は、ICFの視点から分析することにより、脳機能に焦点化されている。

活動制限については、先述した脳の機能障害により惹起される活動場面での行動特性として考えることができる。過覚醒状態と関連するものとして、「緊張し、くつろげない」、「学習や仕事における活動制限」、「安定性に欠け、持続性が乏しい」があり「頻回に短い休憩」を要する。自我境界の病理として、自分自身を客体化出来ない「脱中心化の困難さ」や「話しの唐突さ」、「気配りなどの対人関係の問題」がある。認知障害により惹起される「非言語的メッセー

「読みの解読困難」や「相手の感情に鈍感」がみられる。ワーキングメモリの障害や記憶の障害から「IADLの失敗」、「いっぺんに複数の課題が苦手」であり「逐次具体的な教え」を必要とする。抽象化・概念化の障害は、「あいまいな状況を苦手」とし、「自分から相談に行かない」、「整理整頓が苦手」となって表れる。時間軸での思考の障害として、「雑多な作業を同時並行的に処理出来ない」や「必需品の入手、調理が苦手」、「手順への無関心・低い能率」がある。生活リズムの確立の困難さについては、機能障害とも関連し、機能障害と活動制限双方に跨ると考えられる。

参加制約については、統合失調症に関する社会的偏見と本人・家族・専門家の持つ内なる偏見により、「社会から隔離された存在」となってしまうことや、専門家の偏見により「本人の可能性が放置」されてしまうことがあげられている。併せて、リハビリテーションの制度整備が進んでいないこともある。このように参加制約には、背景因子として環境因子と個人因子が大きく影響していると考えられる。

以上、表4の記述から、機能障害、活動制限、参加制約の概要について述べてきた。それぞれの三者の関連性について、考察してみたい。活動制限の多くは、統合失調症の機能障害により行動特性として表れていると考えられる。そして参加制約は、活動制限の解消や緩和につながる制度整備が進んでいない環境因子や、統合失調症に関する偏見が環境因子及び個人因子にも影響を与えていることが考えられる。勿論、機能障害及び活動制限に関しても、環境因子及び個人因子が影響している。

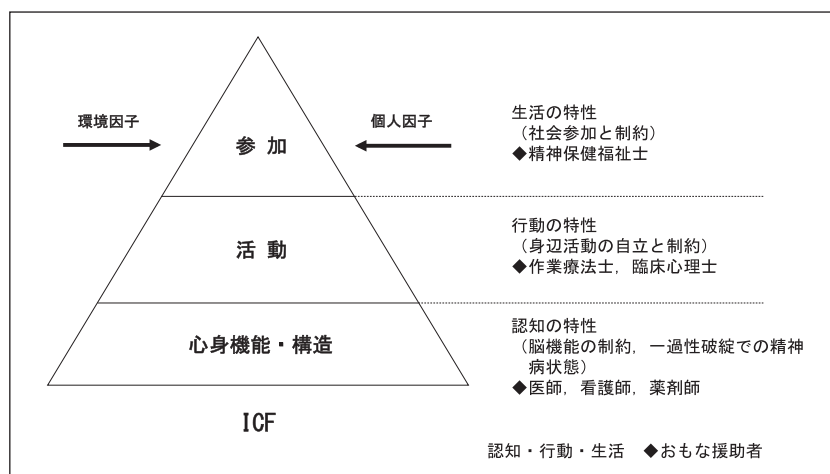


図5 ICFに基づく支援目標とおもな援助職

出典) 昼田源四郎 (2007) 『改訂増補統合失調症患者の行動特性－その支援と ICF』より転載

ICIDH から ICF へ分析枠組みを変更したことにより、統合失調症の捉え方がどのように変化してきたのか。表3と表4を比較検討し、考察してみたい。表3の概要欄の「生活のしづらさ」や「生活障害」等の ICIDH による能力障害は、表4の ICF の活動制限と同種の記述

である。ICFによる分析の試みは、先述したように、行動制限と機能障害の関連を明らかにし、参加制約の状況を記述することにより行動制限との関連を明確にしている。つまりICFは、統合失調症者が生きることの全体像として「生活機能」を表すことを可能にしたといえる。

昼田(2007)は、ICFが現場に導入されることのメリットとして、治療段階ごとの専門職の役割分担を明確にし、チームケアの促進につながると述べている。図5は、生活機能の3つの構成要素に関する専門職種イメージ図である。精神保健福祉士の主たる働きかけは、統合失調症者本人の社会参加をめぐる環境への働きかけと本人への働きかけというソーシャルワークそのものであるといえる。

3-3. IADLの視点からみた統合失調症の生活機能

生活の困難度を図る尺度に日常生活動作(Activities of Daily Living: 以下、ADL)がある。ADLは、「毎日繰り返される一連の身体的動作群」(今田:1976)³³⁾のことである。隆島(2019)³⁴⁾は、ADLの構造を図6のように整理した。ADLは、寝返りや起き上がり、座位や立ち上がりといった基本動作と、生活場面での行為にあたる食事動作、整容動作、更衣動作、トイレ動作、入浴動作といったセルフケア、そしてその生活場面への移動動作により構成されている。このADLの基本動作、セルフケア、移動動作は、統合失調症を始め、認知機能に障害を持つ精神障害者には、生活の困難度を測る尺度として適さない。細川(1994)³⁵⁾は、「食事を自分でとることができても、食事の用意ができなければ介助を頼むことになる」と指摘し、ADLの上位の活動として、交通機関の利用、食事の用意、掃除や洗濯等の家事等、複数の動作の組み合わせである手段的ADL(Instrumental ADL, 以下IADL)を評価することで、対象者の日常生活の機能的状態を測ることができると指摘した。高畑(2016)³⁶⁾は、IADLを「乗り物利用、電話使用、家屋維持、家計管理、服薬管理、食事準備、買い物、育児、洗濯」と一定の整理を試みている。

生活困難度を測る新たな尺度であるIADLは、身体的動作にほとんど支障のない統合失調症者の日常生活上のどのような場面に困難を抱えるのかを明らかにしていく重要な指標になると考えられる。

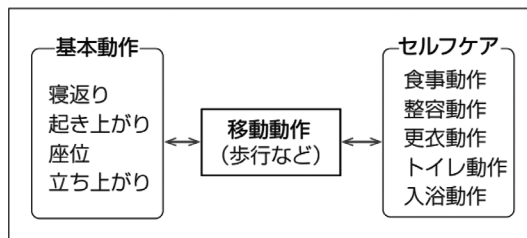


図6 ADLの構造

出典) 隆島研悟(2019)「ADL・IADLの概念と捉え方」より転載

統合失調症の生活障害と必要とされるケア（塩満 卓）

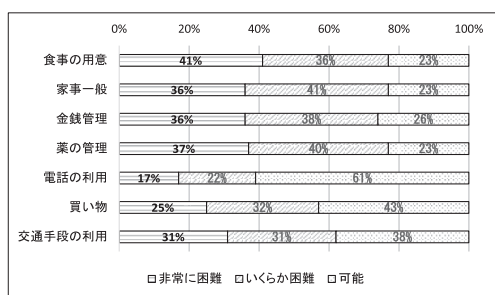


図7 入院期間1年未満の患者のIADL

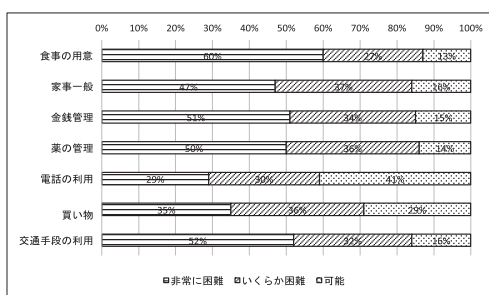


図8 入院期間5年以上の患者のIADL

出典) 松原三郎 (2008)「精神科病床利用状況から見たわが国の精神科医療の課題」『日精協雑誌』27(11)をもとに筆者作成

松原 (2008)³⁷⁾は、2008年に全国の民間精神科病院及び国公立病院を対象とした「精神科病床利用状況調査」を行っている。行われた複数の調査のひとつに、入院中の統合失調症患者を対象としたIADLの指標を活用した調査がある。IADLの調査項目は、「食事の用意」、「家事一般」、「金銭管理」、「薬の管理」、「電話の利用」、「買い物」、「交通手段の利用」の7項目とし、3件法（「非常に困難」、「いくらか困難」、「可能」）で、入院期間が1年未満群と入院期間が5年以上群に分けて、調査結果をまとめている。

図7は、松原の調査結果をもとに、入院期間1年未満の統合失調症患者のIADLの状況、図8は入院期間5年以上の統合失調症患者のIADLの状況を図解したものである。まず、図7と図8を比較検討すると、IADLの7項目全てにおいて、入院期間が長期化することにより、「非常に困難」の比率が高くなっている。また、「可能」の比率も全てにおいて低くなっている。これらのことから、入院期間の長期化は、IADLを低下させることを示している。

また、図7の入院期間1年未満の統合失調症患者のIADLの状況をみると、入院期間が短期間であっても、IADL項目のうち「電話の利用」を除く全項目において、「非常に困難」と「いくらか困難」の和は、60パーセント弱から80パーセント弱となっている。統合失調症の罹患そのものが、脳の機能障害を生じさせ、結果として、日常生活における複数の動作の組み合わせであるIADLを低下させていることを示唆している。

回答に「非常に困難」、「いくらか困難」、「可能」とバラツキがみられる理由は、発病年齢や生活歴、生活環境によるものと考えられる。概して統合失調症者は、IADLを苦手としている。

3-4. 家族会の大規模調査結果にみる同居家族が担っているケア

家族会の全国組織は、大規模調査³⁸⁾³⁹⁾¹⁴⁾⁴⁰⁾⁷⁾⁸⁾をこれまで6回実施している。筆者が調査委員長として関わった奈良県精神障害者家族会連合会が実施した調査⁹⁾を含め、7回の調査を分析対象とした。それらを表5にまとめた。以下、調査名は、調査年を付した略語を用いる。

なお、多義的な用語である「ケア」については、白澤(2007)⁴¹⁾の解説を援用し、「統合失調症者の生活困難に対して提供される手段的、情緒的、情動的な関わり」と、操作的に定義する。手段的ケアとは直接的で具体的な世話のことであり、情動的ケアとは、方法や手続に関する提案や助言のことであり、情緒的ケアとは気遣いや配慮を含む温かい励ましのことである。なお、操作的定義では、巷間言われているケアの互惠性やケアの互酬性を排除している。なぜならば、本研究は、統合失調症の生活障害による「必要 (need)」に対して求められるケア(手段的、情緒的、情動的)を明らかにしていくことを目的としているからである。

調査対象とした7回の調査のうち、本人の疾患名を尋ねているのは、表6のとおり4回である。1985調査では、精神分裂病の回答を統合失調症に置き換えている。1985調査では、本人・家族に医療機関からの情報入手の同意を得られた172例のうち、統合失調症が93.1%を占めていた。インフォームドコンセントがなされるようになった近年の3回の調査では、統合失調症の占める割合が8割前後となっている。

表7は、家族と同居・非同居の割合を整理したものであり、表8は、家族と同居している者を対象に同居の種別を整理したものである。

家族会の実施した大規模調査での本人の診断名は、統合失調症が8割前後と多数を占めており、家族と同居している者の同居の種別をみると、生殖家族の比率は低く、7割から8割強が定位家族で暮らしている。これらのことから、大規模調査の結果を分析することで、親による統合失調症本人へのケアの内容を類型化することが出来ると考えた。

表9は、7回の大規模調査のうち、本人へのケアに関する項目がない1996調査及び2010調査を除く5回の調査結果を記している。設問及び補問の内容は、調査年により、少しずつ変化している。1985調査の設問は、「障害者に対する家族の援助協力行動(在宅群)」であり、補問の「清潔・身だしなみ、規則的な生活を送るよう配慮」は、「生活リズム」と「保清」に相当する。補問「通院・服薬するように働きかける」は、「通院」と「服薬管理」に相当する。他の補問では、「病状の観察・悪化時適切な処理」と「話に耳を傾け相談にのる」が7割(グラフのため詳細不明)を超え、「友人を作るよう働きかける」46.2%、「生活のはりを見つけるよう働きかける」47.2%、「自分にあった仕事を探すよう働きかける」65.0%、「将来のためにお金や資産を貯える」50.2%、となっている。

1991調査の設問は、1985調査を踏襲したものとなっている。他の補問では、「病状の観察・悪化時適切な処理」56.7%、「話しを聞き相談にのる」60.1%、「友人づくりへの配慮」36.4%、「生活のはりを見つけるよう配慮」38.0%、「自分に合った仕事への働きかけ」51.6%、「将来のため金銭や資産を蓄える」40.9%、となっている。

2005調査の設問は、「お世話なさっている方が、本人に対してどのようなことをしているか(複数回答可)」であり、「通院・服薬に関する配慮」は、「通院」と「服薬管理」に相当する。他の補問の回答状況は、「言葉かけ」63.0%、「身体の障害・身だしなみの手助け」38.1%、

統合失調症の生活障害と必要とされるケア（塩満 卓）

表 5 精神障害者家族を対象とした大規模調査

調査名	調査年	調査対象	有効回答数	回収率
家族福祉ニーズ調査（以下、1985 調査）	1985-86 年	15,673 名	9,541 名	57.3%
全国家族福祉ニーズ調査（以下、1991 調査）	1991-92 年	18,135 名	8,322 名	45.9%
第 3 回全国家族調査（以下、1996 調査）	1996 年	6,665 名	3,362 名	50.4%
第 4 回全国家族ニーズ調査（以下、2005 調査）	2005-2006年	9,243 名	2,844 名	30.8%
平成 21 年度家族支援に関する調査研究プロジェクト（以下、2010 調査）	2009-2010年	9,320 名	4,419 名	48.3%
平成 29 年度家族支援に関する全国調査（以下、2017 調査）	2017 年	7,130 名	3,129 名	43.9%
2020 年度まほろば会精神障害者家族のニーズ調査（以下、2020 調査）	2020 年	1,097 名	468 名	42.7%

筆者作成

表 6 大規模調査における本人の疾患名

	統合失調症	気分感情障害	非定型精神病	病名分からない	その他
1985 調査	68.7%	6.0%	1.7%	7.6%	16.0%
2010 調査	82.7%	5.7%	1.9%	1.1%	8.6%
2017 調査	80.3%	7.9%	1.0%	0.6%	10.2%
2020 調査	75.3%	11.0%	0.5%	0.9%	12.3%

表 7 家族と同居・非同居比率

	家族と同居	非同居	無回答
1996 調査	79.0%	14.8%	6.2%
2010 調査	79.5%	20.5%	
2017 調査	75.6%	24.4%	
2020 調査	75.5%	24.5%	

表 8 同居の種別

	定位家族	生殖家族	その他
1991 調査	71.6%	10.5%	17.9%
2020 調査	83.6%	2.0%	14.4%

出典) 大規模調査の報告書をもとに筆者作成

表 9 家族による本人へのケア

	食事	生活リズム	保清	金銭管理	通院	服薬管理	近所付き合い
1985 調査		84.6%			89.1%		
1991 調査		65.3%			64.6%		
2005 調査		39.5%	63.1%		44.4%		
2017 調査	37.1%	35.3%	40.2%	36.8%		17.9%	55.1%
2020 調査	64.9%	58.2%	48.2%	58.5%	47.2%	45.7%	61.9%

出典) 大規模調査の報告書をもとに筆者作成

「症状についての相談」49.7%、「制度利用の手続援助」49.3%、「対人関係の調節援助」28.6%となっている。

2017 調査の設問は、「ご本人の現在の日常生活の状況及び社会生活の状況」であり、補問ごとに、「問題なく行える」「ある程度行える」「時に助言」「強い助言や援助を必要」「常に援助を必要」の5件法で尋ねている。表9には、「時に助言」「強い助言や援助を必要」「常に援助を必要」の和を記している。

2020 調査の設問は、「回答いただく方(あなた自身)が、ご本人さんに対して行っている支援(ケア)についてお尋ねします」であり、「ひとりでできる」「まれに支援が必要」「ときどき支援が必要」「たいてい支援が必要」「常に支援が必要」の5件法で尋ね、表9には、「ときどき支援が必要」「たいてい支援が必要」「常に支援が必要」の和を記している。

上記のとおり、5回の調査では、設問及び補問で日常生活を送るうえで求められる IADL のレベルを問う内容となっている。統合失調症者は、IADL を苦手としていることを前節で述べた。診断名で統合失調症が多くを占めることから、いずれの補問についても40~70%の家族がケアを担っていると回答している。

同居の親は、統合失調症者が苦手とする日常生活上の IADL 項目「食事」「保清」「金銭管理」「通院」「服薬管理」、等の手段的なケアを高い比率で担っている。また、それだけでなく、「近所付き合いの相談」「友人を作るよう働きかける」「制度利用の手続援助」等の情動的なケア、「生活リズム」「話しを聞き相談にのる」等の情緒的なケアまでも担っている。こういった親による献身的なケアは、統合失調症者が在宅生活を継続する要件となっていることを示唆している。

同居の親による手段的ケアや情緒的ケアは、Maslow (1970)⁴²⁾の欲求の5段階説に即して考えると、何に相当するのか。本人にとっては、「生理的欲求」及び「安全の欲求」という原初的な欲求に相当する。現行の障害者総合支援法における通所系サービスや就労系サービスは、「所属と愛の欲求」や「承認欲求」という高次の欲求に相当する。親と同居している統合失調症の社会参加の実態は、親による無償のケアにより「生理的欲求」と「安全の欲求」が満たされていることを前提としている。

4. 考 察

ここでは、親の担っているケアの内容を ICIDH, ICF, IADL の先行研究の知見から演繹的に考察する。手段的ケア、情動的ケア、情緒的ケアに分けて考究する。手段的ケアには、「食事」「保清」「金銭管理」「通院」「服薬管理」がある。

例えば「食事」は、何を食べるかを決め、家にある食材と買う食材と分量を考え、手順に沿って調理をし、後片付けを行う。この一連の動作は、ICF の視点からの機能障害で述べた

「記憶の保管と再生・ワーキングメモリの障害」, 「時間的順序が混乱する」(山本:2003)に
投げ起こると考えられる。また, 調理は, 切る, 煮る, 焼くといった複数の動作の組み合わ
せ, 即ち IADL そのものである。それゆえ, 支援や助言が求められる場面である。

同種の理由から「金銭管理」も苦手となりやすい。金銭管理とは, 1か月の生活費を必要経
費と臨時の経費を勘案し, マネジメントすることである。いわゆる「やり繰り」である。「食
事」で述べた要因に加えて, ICF の機能障害「抽象化・概念化」「時間軸での思考の障害」も
要因として考えられる。ICIDH では, 見浦(1981)が生活障害としてあげている。

「保清」は, 入浴, 洗面, 掃除, 洗濯, 清潔の保持である。ICIDH の知見である「生活を主
体的に営むことの障害」や ICF の知見である「整理整頓が苦手」により, 活動制限として
「自己の清潔や入浴や着替え, 洗面, 歯磨き等のセルフケア能力の障害」(昼田:2007)によ
り, 表れると考えられる。

「通院」は, 主治医に自らの現状を的確に伝え, 主治医の説明を正確に理解するというコミ
ュニケーションの場面と, 公共交通機関を利用し病院まで行くというふたつの行為が求められ
る。前者のコミュニケーションにおいては, 症状等の重要なことを伝え忘れたり, 説明を正確
に理解出来なかったりという事態が起こる。ICIDH の知見としては, 臺(1985)の挨拶・他
人に対する配慮(対人関係の障害)や過敏(見浦1981), ICF の「本質的な事柄を抽出する
障害」(昼田2007), 「抽象化・概念化」の機能障害により, コミュニケーションが上手くとれ
ないと考えられる。後者は, 他者の視線が気になり「容易にくつろげない」(昼田:1989)と
いう過覚醒により表れると考えられる。

「服薬管理」は, 定期処方薬や頓服薬の服用を意味する。定期処方薬の飲み忘れにより, 症
状悪化の誘因となったり, 不眠や状態が悪化しているのに頓服薬の服用を忘れてすることが
ある。病気の受容だけでなく, なぜ服薬が必要なのか。ICF の「意味記憶」(山本ら:2003)
を苦手とすることも要因にあると考えられる。

情緒的ケアには, 「生活リズム」, 「話しを聞き相談にのる」がある。「生活リズム」は, 規則
的な生活をすることである。昼夜逆転等の生活リズムがしばしば乱れる。ICIDH の「生活経
過の不安定さ(Life events に対する特異的な反応)」(中澤:1996)が主要因であると考えら
れる。「話しを聞き相談にのる」は, ICIDH の「常識と共感覚」(昼田:1989)の現実吟味力
が弱く高望みしがち, 自分を中心に物事を考えがち, 視点の変更ができない, に投げ起きる
様々な相談への対応となる。

情動的ケアとして, 「近所付き合いの相談」, 「友人を作るよう働きかける」, 「制度利用の手
続援助」をあげている。このうち, 「近所付き合いの相談」及び「友人を作るよう働きかける」
は, 親しい仲間がでにくいという状況がある。これは, ICIDH の機能障害「人づきあい,
挨拶, 他人に対する配慮, 気配り, しばしば尊大と卑下の孤立」(臺:1985)や「慣れるのに
時間がかかる。容易にくつろがず常に緊張している。冗談が通じにくく堅く生真面目」(昼

田：1989), ICF の活動制限「自分が知っていることは相手も知っているはずだと思いう脱中心化の困難さ」, 「何気ない他者のことばを自分に向けられた悪意と被害的に受け取り, ストレスを抱え込む」(昼田：2007), ICF の活動制限で「対面状況で顔がつくほど接近したり, 離れすぎたりと, 適切な間合いをとれない」「表情から相手の感情を読み取る相貌認知テストの不良」(昼田：2007) に拠ると考えられる。友人という「私とあなた」という距離感の関係性と, 顔と名前は知っている近所の人という関係性による距離感の違いが掴めないでいる。「制度利用の手続援助」の ICIDH 及び ICF の根拠となる背景は, 「通院」で述べた主治医とのコミュニケーションと重なるものである。

以上, 家族が担っている具体的な手段的ケア, 情緒的ケア, 情動的ケアを, ICIDH, ICF, IADL の先行研究の知見と照合し, 演繹的に考察した。統合失調症は, 日常生活の様々な場面において手段的ケア, 情緒的ケア, 情動的ケアが必要であることを示唆している。

5. 結 論

第1章で, 以下のことを述べた。統合失調症の生活基盤は, 未だに定位家族か精神科病院という二者択一の状況にある。定位家族で暮らす統合失調症の HH の利用率は低く, 同居の親は, 「本人の世話をするのは自分の役目」と認識している。しかしながら, 長期間のケアは, 親自身の介護負担感を累積させ, 長期入院もやむなしという認識に変容していきやすい。

630 調査等の分析から, 精神科病院における統合失調症の入退院の動態について, ①高齢統合失調症の入院は, 長期入院のリスクが高い。②長期の入院患者群になるに伴い, 統合失調症の占める割合が高くなっていく。③長期入院患者群の退院は, 死亡や介護施設入所, 他の病院への入院となる者の割合が高い。

これらのことから見えてくるストーリーは, 親は, 統合失調症の子どものケアを担うことを自身の責務と考え, HH 等の社会資源の利用に対して抑制的である。長期間のケアは, ケアラーである親自身を疲弊させ, 精神科病院への入院もやむを得ないとの判断に至る。その結果, 中高年で入院する統合失調症者の入院は長期化する。

第3章では, 統合失調症の生活障害について, ICIDH, ICF, IADL の先行研究をレビューした。家族会の大規模調査で親が担っているケアの内容を生活障害の知見から演繹的に考察した。統合失調症者は, 生活障害により暮らしのいくつかの局面において, 手段的ケア, 情緒的ケア, 情動的ケアを必要とすることを明らかにした。

研究目的としてあげた「家族ケアに依存しない地域生活支援のあり方」とは, 親亡き後を見据えた地域生活支援のことである。作業所等の就労系事業所や地域活動支援センター等の日中活動は, 「サービスに人を集める」方式である。他方, 在宅生活の基礎は, Maslow (1970) の「生理的欲求」及び「安全の欲求」という原初的な欲求である。「食事」や「保清」等の親

によるケアは、原初的な欲求に対応するものであり、公的サービスに置き換えるならば、HHや訪問看護、地域生活権利擁護事業が相当する。これは、「人にサービスを配達する」方式となる。

現行制度は、親によるケアは必ず消滅するという自明性を直視した制度設計となっていない。支援者には、親によるケアを社会的ケアへ移行し、本人の将来に亘る地域生活のイメージを親・本人とともに描いていく関わりと、そのことを可能とする地域サポートシステムの構築に向けた働きかけ、それらの実践課題の制度化を求めるマクロ政策への働きかけが求められている。

6. 本研究の意義と今後の課題

本研究の意義は、陽性症状消退後、障害が見えにくい統合失調症の生活障害に関して親によるケアの内容を先行研究の知見から考究し、明らかにしたことである。統合失調症の本人、家族だけでなく、ややもすると関わる専門職も、性格なのか、障害なのか、怠けなのか、判断に苦慮することは少なくない。「困った人」は「困っている人」であり、なぜ困っているのかを検討する素材のひとつとして示せたことが本研究の意義であると考えている。

今回の研究は、親によるケアの内容からの分析であり、統合失調症本人からの視点を反映していない。今後、単居統合失調症の生活を調査し、フェルトニーズを明らかにしていくことを今後の課題としたい。

【文献】

- (1) Harrison G, et al (2001) Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-years international follow-up study, Br J Psychiatry, 178, 506-517.
- (2) Jeste D, et al (2011) Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia, Schizophr Bull, 37, 451-455.
- (3) 末安民生ら (2009) 「ニューロングステイ患者の実態把握と退院に向けた効果的ケアの開発」『精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討 平成20年度障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書』社団法人日本精神科看護技術協会。
- (4) 厚生労働省 (2014) 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ）」(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>, 2023. 11. 10)
- (5) 厚生労働省 (2004) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>, 2023. 11. 10)
- (6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2018) 「平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果」(https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf, 2023. 11. 10)
- (7) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉社会連合会・平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェ

- クト検討委員会編(2010)『精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究』特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会。
- (8) 公益財団法人 全国精神保健福祉連合会・「精神障がい者の自立した地域生活の推進と家族が安心して生活できるための効果的な支援のあり方に関する全国調査」委員会編(2018)『平成29年度精神障がい者の自立した地域生活の推進と家族が安心して生活できるための効果的な家族支援等のあり方に関する全国調査報告書』公益財団法人 全国精神保健福祉連合会。
- (9) 2020年度まほろば会精神障害者家族のニーズ調査委員会・特定非営利活動法人奈良県精神障害者家族会連合会(まほろば会)編(2021)『2020年度まほろば会精神障害者家族のニーズ調査報告書』特定非営利活動法人奈良県精神障害者家族会連合会。
- (10) 国立社会保障・人口問題研究所(2019)「2019年社会保障・人口問題基本調査結果の概要(要旨)」(https://www.ipss.go.jp/ps-dotai/j/DOTA18/kohyo/NSHC08_gaiyo.pdf, 2023. 11. 10)
- (11) 伊勢田堯(2008)『自治体における精神保健活動の課題－今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策』萌文社。
- (12) 塩満卓(2023)「ケアの脱家族化を阻む社会」『響き合う街で』107, 27-32.
- (13) 殿村壽敏・田中千枝子(2009)「精神障害者ホームヘルプサービスを利用しない家族に関する研究」『精リハ誌』13(2), 182-189.
- (14) 全国保健福祉研究所編(1997)『精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ' 97』財団法人全国精神障害者家族会連合会。
- (15) 岩田泰夫(1995)「精神障害を持つ人とその親の『親子カプセル』の形成と回復」『桃山学院大学社会学論集』29(2), 123-139.
- (16) 石原邦雄(1981)「精神病の長期化と家族の対応」『精神衛生研究』28, 93-107.
- (17) 南山浩二(1996)「精神障害者をケアする家族の負担－2時点間パネル調査の結果から」『家計経済研究』31, 61-69.
- (18) 半澤節子(2010)「精神障害者家族の介護負担と家族支援」『最新精神医学』15(3), 245-250.
- (19) 塩満卓(2024)「精神障害者の生活実態」『現代社会と精神保健福祉』ミネルヴァ書房。
- (20) 谷中輝雄, 佐藤三四郎, 荒田稔ほか(1980)「わが国におけるシステム化の動向－生活支持の観点から」『臨床精神医学』9(6), 647-655.
- (21) 見浦康文(1981)「精神障害者のリハビリテーション－ソーシャルワーカーの経験から」『ソーシャルワーク研究』7(4), 32-36.
- (22) 蜂矢英彦(1981)「精神障害試論－精神科リハビリテーションの現場からの一提言」『臨床精神医学』10(12), 1653-1661.
- (23) 臺弘(1985)「慢性分裂病と障害概念」『臨床精神医学』14(5), 1653-1661.
- (24) 昼田源四郎(1989)『分裂病者の行動特性』金剛出版。
- (25) 中澤正夫(1996)「『生活障害』の構造化の試み」『第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書－日本精神障害者リハビリテーション学会誌 準備号』, 139-153.
- (26) 遠山照彦(2005)『統合失調症はどんな病気かどう治すのか』萌文社。
- (27) 大川弥生(2006)「参考資料3 ICF(国際生活機能分類)－『生きることの全体像』についての『共通言語』－」『第1回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会』(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0726-7e.pdf>, 2023. 11. 10)
- (28) World Health Organization(2001): ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. (=2003, 厚生労働省訳『ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－』, 中央法規.)
- (29) 山本佳子・丹羽真一(2003)「ICFと統合失調症」『精神医学』45(11), 1167-1174.

統合失調症の生活障害と必要とされるケア（塩満 卓）

- (30) 茂木俊彦（2003）『障害は個性かー新しい障害観と『特別支援教育』をめぐって』大月書店.
- (31) 小澤温（2004）「障害論ー障害の概念と支援」『精リハ誌』8(2), 28-33.
- (32) 昼田源四郎（2007）『改訂増補 統合失調症患者の行動特性ーその支援と ICF』金剛出版.
- (33) 今田拓（1976）「ADL 評価について」『リハ医』, P.315.
- (34) 隆島研悟（2019）「ADL・IADL の概念と捉え方」『PT ジャーナル』53(8), 767-774.
- (35) 細川徹（1994）「ADL 尺度の再検討ーIADL との統合」『リハビリテーション医学』31(5), 326-333.
- (36) 高畑進一（2016）「日常生活活動（ADL）の概念とその範囲」伊藤利之・鎌倉矩子監修, 水落和也ほか編『ADL とその周辺ー評価・指導・介護の実際』医学書院, 2-8.
- (37) 松原三郎（2008）「精神科病床利用状況からみたわが国の精神科医療の課題」『日精協誌』27(11), 286-298.
- (38) 財団法人 全国精神障害者家族会連合会編（1986）『日本の精神障害者と家族の生活実態白書ー「精神障害者および家族に関する調査研究」報告書』財団法人 全国精神障害者家族会連合会.
- (39) 全家連保健福祉研究所編（1993）『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ' 93』財団法人 全国精神障害者家族会連合会.
- (40) 第4回全国家族ニーズ調査委員会編（2006）『第4回全国家族ニーズ調査報告書ー精神障害者と家族の生活実態と意識調査』財団法人 全国精神障害者家族会連合会.
- (41) 白澤政和（2007）「ケアとは何か」中村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規, P.716.
- (42) A. H. Maslow（1970）Motivation And Personality, Prabhat Prakashan. (=1971, 小口忠彦訳『人間性の心理学』産能大出版部.)

〔付記〕

本研究は、令和5年度から令和7年度科研費補助「中高年精神障害者が親元からの自立を実現する相談支援専門員の実践モデルの研究」基盤（C）研究課題番号：23K01862 研究代表塩満卓による研究成果の一部であり、記して感謝申し上げます。

（しおみつ たかし 社会福祉学科）
2023年11月13日受理