

原 著

病院に隣接する精神障害者グループホームの5年間の経過
—開設からの訪問看護記録を振り返って—

近藤浩子¹⁾, 佐藤久美子²⁾

**Five years of records of a group home near the hospital
for mentally handicapped people**

We have researched the history of a group home that was built within a hospital area five years ago. During these five years, a total of eight mentally handicapped people stayed there. Upon arrival their average age was fifty-three. Five of them had been staying in the mental hospital for more than twenty years. They can be divided into two groups. The first group kept trying to go back to the outside community. They had more information, knowledge, and guidance for surviving in the community. In contrast, the second group expected to remain in the group home semi-permanently.

Five of them had three months of concentrated training, to make simple meals and to keep their own medication schedules. Two of them moved to nursing homes after staying for one or two years. Three of them had a recurrence of psychotic symptoms ; two of them were thought to be due to their inability to compromise with each other. However, these problems were found early enough not to require admissions. Living in the group home also gave them an opportunity to expand their horizons e.g. shopping, taking pleasure trips to nearby areas, and so on. Now, we have to think how we can help them who want to get out here and lead an independent life.

Key Words :

Mentally handicapped people (精神障害者), Group home (グループホーム), Long stay patient (長期入院患者), Home nursing (訪問看護)

1) 信州大学医療技術短期大学部看護学科 ; KONDO Hiroko, Dept. of Nursing, School of Allied Medical Sciences, Shinshu Univ.

2) 愛生会松岡病院 ; SATOU Kumiko, Matsuoka Hospital

はじめに

1993年の精神保健法改正で、精神障害者グループホームが法定化された。この事業は地域において共同生活を営む精神障害者に対し、世話人を配置して食事の世話、服薬指導等の日常生活に必要な援助を行うもので、2000年度には全国で810カ所のグループホームが整備された¹⁾。長野県においても、1996年には10カ所であったグループホームが2001年には22カ所となり、5年間で2倍以上に増えている²⁾。このような情勢の中で、M病院のグループホームは、1996年10月に退院患者用住居として病院敷地内に開設され、その後「共同住居」としての認可を経て、1999年4月に「グループホーム」として認可された。

M病院は、昭和7年に開設した単科の精神病院である。この住居を開設した当時は140床のベッドのほとんどが慢性分裂病患者で占められており、平均在院年数は22年、平均年齢は64歳と、入院の長期化と患者の高齢化が進行しつつあった。その中で、退院の可能性のある人たちを何とか社会へ返したい、たとえ老人施設入所までの数年間の利用になっても、少しでも家庭的な雰囲気的生活を経験してもらいたいという希望によって、本グループホームへの取り組みが行われた。

病院敷地内にグループホームを設置することについては様々な問題の指摘があり³⁾、病院の一部として扱われてしまう、敷地内で完結してしまい地域との連携が取りにくいなどが上げられている。しかし当ホームの経験を振り返ると、病院敷地内にあったからこそ退院が可能になった患者もいるのではないかと考えられる。

開設から5年を経過し、2名の入居者が老

人施設へと退寮した。この間に病院自体も、入院患者の平均在院年数が13.0年（これは精神療養を含めた年数で、精神一般のみでは214日）、平均年齢も59.8歳と若返った。それとともに本グループホームの入居者は必ずしも長期入院患者とは限らなくなり、社会へ出るための1ステップとして利用する人もでてきた。そこで本稿では、病院に隣接したグループホームが果たしてきた5年間の役割をまとめ、今後の課題について検討する。

方法

グループホーム入居プログラムに参加した入居者5名の入院記録3ヵ月分、および入居者延べ8名の訪問看護記録5年分（2573枚）を整理し、入居準備から入居後5年間の経過を振り返った。

この約5年間で3期に分け、入居準備の3ヵ月を第1期、訪問看護中心に支援した1年半を第2期、世話人中心の支援によってグループホームが独立していった3年半を第3期とした。情報の不足部分は、グループホームの3人の世話人、入居者のA氏、および外来主治医に聞いて補った。なお本稿の主旨については、グループホームの入居者に説明し、記載についての同意を得た。

グループホームの概要

本グループホームは、1996年10月、M病院を設置・運営主体として病院敷地内に開設された。設備は、居室3室（8畳和室2部屋、10畳洋室1部屋）とダイニングキッチン、浴室である。入居費用は月額6万円で、その内訳は家賃2万円、食費3万円、水道光熱費及び雑費1万円であった。入居定員は6名で、開設と同時に、M病院を退院した男性6名が入居した。

1998年4月、女性を対象とした第2住居が隣に開設し、女性4名が入居した。これを機に、2つの住居の間で、食事会や野外レクリエーション等を行う毎月1回の交流会が始まった。世話人も2名が新たに着任し、さらに1999年11月には3人目の世話人を迎え、支援体制が充実した。

開設から5年間の入居者の移動は、老人施設へ移った者が2名と、新たな入居者が2名であった。開設時に入居した男性6名のうち5名は現在もここで生活している。

訪問看護によるグループホーム支援体制

訪問看護は、当初、週3回の頻度で実施した。このうち月・木曜日は生活指導（健康状態・服薬・清潔・余暇利用などの確認と人間関係の調整）を1時間、金曜日は夕食会として調理実習とミーティングを4時間行った。訪問スタッフ（以後スタッフと省略）は、看護師9名と作業療法士1名の計10名で、月・木曜日は1名、金曜日は2名が交代で担当した。この支援体制は開設から約1年半続いた。

1998年、世話人が住居に定着したことを機に、訪問看護を減らして生活指導を週1回、夕食会を月2回とした。この背景には、入居者がスタッフのみではなく世話人と相談できる関係を作りたいという意図があった。この他スタッフ移動によって看護師の大半が入れ替わり、入居者の入院生活を知らないスタッフが増え、またケースワーカーが訪問に加わるようになり、訪問の意味が問いなおされた時期でもあった。さらに開設3年半後の2000年には、生活指導が2週に1回、夕食会が月1回に減り、他方、第2住居の開設に伴って始まった施設間交流会にスタッフが参加するようになった。

経過

1. 第1期：入居プログラム「めざせ！グループ退院」（1996年7月～1996年9月）

(1)メンバー選抜

1996年6月、約35床の開放病棟（通称社会復帰病棟）の中から、男女合わせて10名の患者が退院候補として選ばれた。一人一人に退院の意思を確認し、また家族と相談した結果、最終的に男性6名が退院候補になった。彼らは将来の希望として、「アパート生活」や「自宅に戻ることを」上げており、グループホームを永住の場と考える人は一人もいなかった。そして翌7月から、3名の病棟看護者を中心に、グループホーム入居に向けての服薬指導と食事指導が始まった。

指導開始後、数日で1名が症状悪化のため指導中止となり、対象者は5名に減った。この5名が、表1に示すB氏、C氏、D氏、E氏、F氏である。年齢は1名が70代、2名が50代後半、2名が40代半ばと中高年層であった。メンバーの総入院期間は30年以上の者が3名、20歳前後で発病して自宅での閉居と入退院を繰り返した者が2名と、いずれも社会生活の期間が短かった。

(2)服薬指導「病気に触れる」…なぜ薬を飲むの？

服薬指導は、病棟で行われていた①SST（Social Skills Training）服薬自己管理プログラムに参加することと、②メンバー5名を対象としたグループ指導の2つを実施した。SSTの内容は、薬の飲み方、副作用の見分け方と対応方法、困った時の相談の仕方などの24回プログラムで、5名全員が20回以上参加した（表2）。しかし1ヵ月半頃から疲れが出始め、自己評価用紙の記入漏れや、プログラムへの集中力の欠如がみられていた。

表1 入居者の概況

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏	G氏	H氏
入居時年齢 (平均53.4歳)	41歳	45歳	46歳	59歳	59歳	74歳	58歳	45歳
入居時の 就労状況	なし	時間就労 (園芸)	時間就労 (園芸)	院内作業 (清掃)	時間就労 (清掃・園芸)	院内作業 (洗濯)	院内作業 (洗濯)	なし
総入院期間 (平均22.4年)	1年未満	22年	5年	32年	31年	46年	31年	3年未満
入院歴	31歳頃発病、 40歳時、就 労中に再発 し、6ヵ月 入院した。	21歳頃発病、 入退院を繰 返す。32歳 で5回目の 入院をし、 14年経過。	18歳頃発病、 短期入院の 後、無為自 閉の生活。 42歳時に4 回目の入院 をし、4年 経過。	16歳頃発病、 27歳時から 26年入院。 退院後、間 もなく再発、 57歳で7回 目の入院を し、2年経過。	中卒後、就労、 間もなく発 病し、28歳 時から31年 の長期入院 をした。	28歳頃発病、 短期入院し て退院。間 もなく再発 し、46年の 長期入院を した。	中卒後、就労、 間もなく発 病し25歳で 7年入院。 退院後、再発、 34歳で2回 目の入院を し24年経過。	34歳頃発病、 42歳時が初 回入院、44 歳時の3回 目入院が約 2年になり、 この間に退 職した。
入居時期	開設時	開設時	開設時	開設時	開設時	開設時	開設2年目	開設5年目

表2 入居援助と入居後5年間の訪問看護（入居者別）

(回)

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏	G氏	H氏
第1期：3ヵ月（'96.7～'96.9） SST：服薬自己管理 参加数 入居援助：服薬指導 〃 食事指導	4 1(0) 2(2)	20 20(4) 33(28)	22 20(4) 32(28)	22 20(4) 31(28)	21 20(4) 32(28)	23 20(4) 30(28)		
第2期：18ヵ月（'96.10～'98.3） 訪問看護	回数 頻度	201(65) 11(4)	205(65) 11(4)	201(65) 11(4)	200(65) 11(4)	204(65) 11(4)	174(58) 12(4)	18(4) 9(2)
第3期：42ヵ月（'98.4～'01.9） 訪問看護 前半：'98.4～'00.3 後半：'00.4～'01.9	回数 頻度 頻度	231(80) 7(2) 4(2)	232(81) 7(2) 4(2)	231(81) 7(2) 4(2)	221(75) 6(2) 4(2)	231(80) 7(2) 4(2)	192(61) 7(2) 5(2)	32(14) 4(2)

※表中（ ）内の数字は、夕食会・交流会などグループで援助した数を再掲したもの

※表中の頻度は、1ヵ月当たりの回数を示す

一方、メンバー5名を対象としたグループ指導は表3に示した計画に従って行い、本人に渡す薬を1日分、3日分、5日分、7日分と増やしていった。渡した薬を確実に飲んだかどうかの確認は、まず3日間を看護者が行い、以後はメンバーが当番制で全員の服薬状況をチェック表に記入し、持参してもらうようにした。病棟では、夕刻になると「飲んだか？」とメンバー同士の掛け合う声が聞かれ

た。一方で、服薬ミーティングを節目ごとに計4回行った。この場では、飲み忘れのあった人が居心地悪くならないように配慮し、「飲み忘れは誰にもあること」、「皆が確実に飲めるようになることがこのミーティングの目的」ということを繰り返し伝えた。メンバーは安心したのか、恥ずかしそうに飲み残した薬を返してくれた。また「食事の前に、薬を持ってきて食卓に置くようにするといいいね」

表3 入居プログラム（第1期）

	SST	服薬指導			食事指導
		服薬自己管理	服薬確認	服薬ミーティング	食事支度（買物+金銭管理）
7月	服薬自己管理 プログラム (週2回)	・1日分渡し×3回	・毎日：看護者	ミーティング①	昼食会：週1回 ①ご飯の炊き方 惣菜の買い方：予算 500円 ②同上 ③自己申告予算で1食 分購入 (700~1000円使用) ④同上 (400~700円使用) ⑤〃 (400~500円使用) ⑥予算500円で1食分 購入
		・3日分渡し×5回 ↓	・毎日：当番の患者 ・3日毎：看護者	ミーティング②	
		・5日分渡し×8回 ↓	・毎日：当番の患者 ・5日毎：看護者	ミーティング③ ・薬袋に日付記入 ・服薬カレンダー使用	
8月		↓			計6回
9月	計24回	・7日分渡し×4回 ↓	・当番の患者が毎日 報告	ミーティング④	朝食会：毎日 前半：買い物に看護者 同行 (2名組で買出し当番) 後半：買い物への同行 中止
		↓			計22回

といった提案も出され、薬のことを率直に話せる雰囲気が少しずつ出来てきた。

病識が定かでないメンバーと薬の話をする事は看護者側も緊張したが、徐々に睡眠や疲労度を聞くことによって間接的に病気の話に触れ、病状を把握できるようになった。3ヵ月間で、確実に服薬できたのは1名で、他は月に1~3回の飲み忘れがあった。

(3)食事指導「自分の力で食べる」…初めての共同作業

食事指導は、昼食会と朝食会の2段階に分け、それぞれ6回と22回を行った(表3)。

昼食会は、食費の感覚を身につけ、お金のやりくりができることを目的とした。まずは自分の好きなものを食べたいというメンバーの希望を尊重し、一人一人が1食分を購入して、1万円で6回の昼食をまかなう方法を

とった。買物は、看護者同伴で病院周辺のコンビニやスーパーマーケットに行き、場所も毎回変えて、その利用法を知ってもらった。初めのうちは、漬物を2種類買って食べきれないなど、食品のバランスが悪く、費用もかさんだ。しかし後半は、漬物などはメンバー同士で共同購入するようになり、6回目には1食500円で収められるようになった。個々が一通り食べたいものを食べた頃を見計らい、昼食会をやめて朝食会に切り替えた。

朝食会は、入居後の朝食を想定して行った。今後の生活費を考えると朝食は300円で収める必要があったため、食品の共同購入を看護者から勧めた。実際に始めてみると共同購入には様々な困難があった。たとえば、ハムやチーズが丁度5個でない戸惑って分けられなくなる、バナナが1本残ると翌日また

買い足して5本にするため毎朝バナナが出される、レタスを1食で消費しようと山盛りのサラダが出される等である。個々のメンバーには独特なやり方があり、なかなか考え方を譲れないため、度々不満の声が聞かれた。この準備には毎日、夜勤の看護者が立ち会ったが、今後の自立を考えて口出しは極力控えた。様子を見てみると、考え方を変えられないメンバーに他者が妥協するという形でそれなりに折り合い、話の収集がついていった。

(4)新メンバーの決定…入院期間と生活経験の違い

入居直前に、もう1名のメンバーとしてA氏が決まった。A氏は、入院期間が1年未満と短く、社会生活の経験も十分あった。入居プログラムにはほとんど参加しなかったが、生活能力は十分であった。

＝ 第1期まとめ ＝

3ヵ月という短い期間に集中して行われた入居プログラムを、5人のメンバーは見事にこなした。服薬はほぼ確実にできるようになり、朝食準備も指導の必要がなくなった。

メンバーにとっては、自分たちが選ばれた者として病棟スタッフ全員の支援を受け、他の長期入院患者からも注目されながら入居プログラムを実践し、さらに目前に設定された退院日とともに工事の進んでいく新住居が病棟の庭に見えていたことが、心の支えになっていたようであった。

2. 第2期：準病棟「不安な出発～子ども扱いしないで」(1996年10月～1998年3月)

(1)入居時のスタッフの不安…「眠れる？ 食べている？ 風呂入った？ 掃除した？」

1996年10月、住居完成と同時にメンバー6名と一緒に退院し、入居した。

開設時は、世話人を置かない退院患者用住居として出発し、訪問看護によってメンバー同士の自立生活を支援する方針であった。食事は、昼・夕食を宅配弁当に契約し、配達のない休日は各自で購入することにした。朝食は、入居プログラムで練習した通りに実施し、隔日でパン食とご飯食を繰り返した。このメニューは、永年、病院給食として親しんできた朝食とそっくり同じであった。これを変更することは、メンバーが望まなかった。入浴は曜日を決め、清掃も当番表を作って、メンバー同士でできるよう指導した。

週3回の訪問看護のうち2回を生活指導に当て、電気製品の使い方、煙草の火の後始末、台所や風呂の掃除の仕方を説明しながらスタッフも一緒に行った。メンバーの反応は、せっせと働く人と、「そこまでやらなくても」と傍観する人とまちまちだった。この時期の訪問看護は、「眠れる？ 食べている？ 風呂入った？ 掃除した？ 薬飲んでいる？ 具合悪くない？」と、毎回、病棟にいた時と同じ質問を繰り返していた。管理された病棟で数十年を過ごした人たちが、自分達の方で本当に生活できるだろうかとスタッフの方が不安だった。またメンバーも、電気のブレーカーが飛ぶなどのハプニングが起こると、ホームと病棟の直通電話を使わず、直接走って病棟へ報告にきた。

(2)期待と現実「どこまでが自由？」…個々の能力差

入居後3ヵ月を過ぎると、個々のメンバーのやりたいことが表現され始めた。「背広が買いたい」「映画を見に行きたい」「娘に反物を買ってあげたい(実際は音信不通)」などである。スタッフの個別援助には限界があったため、どこまで実現できるかは個々の能力にかかってきた。意気揚々と外出するメン

バーがいる一方で、炊飯当番になっても「一度もご飯を炊いたことがないもので、出来ないもので、皆がやってくれるんです」と、自信を失くすメンバーもいた。また「もう退院したんだから自由にしている」と主張し、仕事を無断で休んで買物に出かけてしまうメンバーもいた。退院した開放感によって、自由と自分勝手な行動を取り違えてしまったようであった。

メンバーの活動範囲は徐々に広がり、好物を買いに3キロ先の町の中心部まで出かけた。電車に乗って寺参りに行ったり、文学サークルに入って執筆を始めたりと、自分の力で情報収集をして個々の念願の夢を実現し始めた。

(3)人間関係の小さな衝突…精神症状の再燃

住居内の共同生活では、消灯時間のズレ、共同購入する洗剤の銘柄の違い、見たいTV番組の違い、食品の調理方法の違いなど、些細なズレがメンバー同士の衝突の引き金になった。メンバー同士の会話を聞いていると、「これで、いい」「ダメだ、こっちだ」と互いが言葉足らずに言いたいことを主張して、伝えたいことがうまく伝わらず、対立してしまう傾向がみられた。

メンバーの病状はまだ安定したとは言いがたく、人間関係のトラブルはしばしば精神症状再燃の引き金になった。1年半の再燃回数はメンバー全体で延べ13回あり、特に、住居運営に関して心労が多かったメンバーの再燃回数が多かった。この他、風邪薬の処方箋を機にそれだけ飲んで向精神薬を中断したメンバー、骨折、熱傷、裂傷などのケガを繰り返したメンバーもあった。

訪問看護として週1回行った夕食会のミーティングでは、できる限りこれらの問題を取り上げ、話し合いで解決するように努めた。

スタッフが個々の意見を引き出そうと介入すると、必ず仲介役を買って出るメンバーが「どうする?」「どうする?」と皆に促し、話を繋いでくれた。具体的な解決策は出なかったが、程々に自分の言い分を言うと、それ以上は主張せず、どちらかが折れるという形で話が収まった。

(4)役割分担は「できる人が、やればいい」…自主ミーティングの始まり

これらの問題とは別に、唯一A氏はスタッフに向けて不満を表現した。その内容は「子ども扱いしないでほしい」「これでは退院した気がしない」「病院から離れたい、縁を切りたい」だった。

開設5ヵ月後の1997年2月、A氏の提案でメンバー独自の自主ミーティングが始まり、この場で生活上の問題を話し合うようになった。あるミーティングでは数週間入浴していないメンバーに、どう声をかけたらよいかを討議し、「熱い風呂が嫌い」「後始末も面倒」という当人の言い分を受けて、最後から2番目に入浴するという解決策を出し、この当人は入浴できるようになった。その他、入居時にスタッフが立案した食事と清掃の役割分担が再検討され、個々のメンバーの能力に応じて「できる人がやればいい」という配分が変わった。

このミーティングは、6月から毎夕食後30分の定例会になり、体調による当番交代や、旅行等のレクリエーション企画が話し合われた。そして11月には近くの山での紅葉狩りが実施された(表4)。

＝ 第2期まとめ ＝

入居から1年半経って、A氏の自主ミーティングによるサポートもあってか、ようやくメンバー同士で支え合う関係ができ始め

た。またA氏に刺激され、「通帳を持たせて欲しい」「アパートに出て暮らそうかな」等の要求や希望が他のメンバーからも出されるようになった。この時期は、全員が何らかの形で短時間の仕事をしており、たとえば近隣の事業所での清掃や園芸、あるいは病院内のゴミ収集や洗濯（以後、院内作業と省略）を行って3千円から1万円程度の月収を得ていたため、働いて収入を得るという生活の実感があった。

当初、病院側はメンバーにとってここでの生活維持が精一杯であろうと考え、この先の生活を想定せずにこの住居をスタートさせた。しかしメンバーはすでに「この先」の生活を考え始めていた。スタッフも病状や日常生活を管理する入院時同様の対応を改め、どう関わるかを見直す時期に来ていた。

3. 第3期：グループホーム独立に向けて (1998年4月～2001年9月)

(1)住居を自主運営したい…食事支度の主導権めぐって

1998年5月、第2住居開設と同時に世話人2名が着任した。メンバーは、「第2住居と同様に、こちらの食事（世話人が）作って欲しい」と要望した。それに対し自主運営の努力をしてきたA氏は、「これまでの調理実習が無駄になる」と、自分と他のメンバーの意見の食い違いに落胆した。

8月の夕食会でA氏は、「本当は皆で（調理を）やりたい」と投げかけた。ところが他のメンバーからは「ひとりで早く食べたくて、皆がやると遅くなるから、勝手にやっているんだ」「いつも自分でやっていたいんだ」と反発が出た。スタッフの介入で、この場合は「皆で」調理することに話がまとまった。しかし実際の日々の食事支度は、当番の

3日目になると「皆で」という意識が薄れ、当番制は崩れていった。結局A氏が、年末年始の食事作りを1人でこなして体調を崩し、これを契機として世話人が食事支度を手伝うようになった。

以後も、食事支度を誰が担当するかについては二転三転した（表4）。A氏の提案で、朝食のおかずをメンバーが作るようになり、再度世話人に1日3食を作ってもらようようになり、また再び「朝食くらい自分たちで作ろう」と当番制を復活させるなど、変更が繰り返された。その理由となったことも、食費を浮かせて旅行に行きたい、世話人が用意する目新しいメニューが口に合わないなど毎回様々であった。

2001年1月、生活経験のある新メンバーH氏が入居して状況が変わった。A氏は「食事支度を一緒にやってくれる人ができた」「話ができる」と非常に喜んだ。7月からは、この2人組と他のメンバーが2手に分かれて、交代で第2・4日曜日の夕食作りをするようになった。個々のメンバーが力を発揮するには、この組合せが適切であろうと世話人が判断した。これ以後、住居を自主運営したいという提案はもう聞かれなくなった。

(2)依存と自立

訪問看護は、担当スタッフ10名の半分が入れ変わり、入院中のメンバーを知る人は少なくなった（表5）。1998年の世話人の定着に合わせ、訪問頻度を週3回から月6回に減らした。この時には、メンバーから「困っている事が話せない」「見捨てられていく感じがする」「どこに行っても話したら、話しが通るのか分からない」と不安や責任所在の不明確さに対する不満の声が出た。しかし2000年に、訪問頻度をさらに月4回と減らした時には、もはや不満はほとんど出なかった。個別

表4 住居運営と入居メンバーの動き(第2期・第3期)

期	年月	住居運営	入居メンバーの動き	第2住居との交流会 (実施月)	食事支度			訪問看護による		
					朝食	昼夕食	休日の食事	夕食会		
第2期	1996 10 12	第1住居開設 管理人着任	6名入居 C・D氏：院内作業開始		自分達で 一括購入 (当番制)	配達弁当	個人購入 ↓	調理実習 (週1回)		
	1997 2 3 5 6 10 11 12		自主ミーティング開始 A氏：院内作業開始 A氏：時間就労を開始 C氏：時間就労を中断 紅葉狩り F氏：退寮				自分達で 共同調理 ↓	↓	調理実習 (月3回) 外食会 (月1回)	
	1998 2 3	引越し	G氏：入居					調理実習 (月1回)		
	1999 4 5 8 12	第2住居開設 管理人退職 世話人①②着任	泊旅行(伊勢) ※共同調理についての話し合い	食事会(6・7), 夕涼み(8) ぶどう狩(9), 焼肉(10) 紅葉狩(11), クリスマス(12)						
	1999 1 2 3 4 5 9 11	院内作業(清掃)廃止 第1住居認可 世話人③着任	自主企画でコンサートへ C・D氏：デイケア参加 泊旅行(柏崎)	諏訪泊旅行(2) 飯盒炊爨(5), 昼食会(6) 七夕(7), 花火大会(8) 紅葉狩(10) 温泉(11), クリスマス(12)		自分達で 共同調理		世話人に 調理補助 を依頼 し、買物 も自分達 で当番制 に	中止	
	2000 1 3			温泉(1), 毒狩(2) コンサート(3), 花見(4) 伊豆泊旅行(5)		自分達で 共同調理	昼夕食の弁当中止 1日3食の調理を 世話人に依頼			
第3期後半	2001 4 7 8 11 12	第2住居認可	B氏：時間就労を中断 B氏：デイケア開始 G氏：退寮	飯盒炊爨(6), 空港見学(7) 花火大会(8), 見学(9) 温泉(10), 紅葉狩(11) 忘年会(12)						
	2001 1 2 6 7 9	院内作業(洗濯)廃止	H氏：入居 H氏：時間就労を開始	温泉(1), 映画(2) 精神保健セミナー(3) 花見(4), 富山泊旅行(5) ハイキング(6), 飯盒炊爨(7) 花火(8), ぶどう狩(9)				調理再開 調理を2 班に分か れて実施		

表5 訪問スタッフ別の訪問回数および1ヵ月あたりの訪問頻度 (回)

時期	訪問スタッフ	訪問回数														OT		PSW		
		NS ①	NS ②	NS ③	NS ④	NS ⑤	NS ⑥	NS ⑦	NS ⑧	NS ⑨	NS ⑩	NS ⑪	NS ⑫	NS ⑬	NS ⑭	OT ①	OT ②	PSW ①	PSW ②	
第2期：18ヵ月 ('96.10~'98.3)	回数 頻度	54 3.0	34 1.9	22 1.2	42 2.3	32 1.8	8 0.4	3 0.2	36 2.0	4 0.2									35 1.9	
第3期：42ヵ月 (前半：'98.4~'00.3) (後半：'00.4~'01.9)	回数				41	35		1	39		4	27	7	9	8	52	1	59	24	
	頻度				1.1	1.0		1.6		0.2	0.5	0.3	0.1	0.1	1.4		1.8			
	頻度				0.8	0.6		0.1		0.9		0.4	0.3	1.0	0.1	0.9	1.9			

※訪問頻度は、各期の訪問回数を月数で割って1月あたりに換算した

援助は、服薬管理と生活指導を継続し、また夕食会は外食が中心になった。夕食会を続けることは、「スタッフとゆっくり話す機会を持ちたい」といふメンバーの要望であった。

(3)一人一人のメンバーがしたいこと…病状の安定とともに

入居生活が落ち着いて、メンバーは「好きな物を買って、好きな時に食べ」「切手収集や音楽鑑賞の趣味に没頭し」「仕事をやめデイケアにも行かず、気ままな1日を過ごす」といったマイペースな暮らし方ができるようになった。それぞれが周囲には「我関せず」に居ることで安定していた。結局のところ「社会復帰したい」といふ話は出るものの、具体的に「この先」の生活を考えるには至らず、また住居運営に関してもどちらかといえば受身的で、中には自主ミーティングにさえ関心を示さない者もいた。

唯一A氏は、「いずれは公営住宅を借りて、そこから病院と仕事に通いたい」と言い続けていた。そのために自分の生活保護や障害年金の金額と受給のシステムを理解し、給与を貯金し、積極的に通帳管理をしていた。しかしながら「(ここを出て)働いてダメになった時、今の年金がもらえるかどうか分からない、そう思うとなかなか一歩踏み出せない」「病院にずっと通い続けなければならないハンディや、精神障害について理解する人がまだ少ない地域で生活することを考えるとなかなか動き出せない」と、ここを離れて生活したいという気持ちと、社会で失敗したらどうしようという不安の狭間で揺れていた。またこれまでこのような話のできるメンバーは居なかったけれど、新メンバーH氏が来て、ようやく生活の具体的な話をする相手ができたと語った。

この時期の病状をみると、精神症状の再燃が3年半の間で延べ10回と、第2期の半分以下に減っていた。再燃があったのは、住居運営を担ったメンバーと、気ままに生活をするメンバーにデイケアを勧めようと気をもんだメンバーの2人と、薬はもうのまなくていいと勘違いして中断した1名の計3名であった。病状悪化を予測して自分から受診する機会が増え、再燃は短期で治まった。一方「我関せず」に過ごした他のメンバーは再燃がなかった。

＝ 第3期まとめ ＝

世話人を迎えたことで訪問看護の回数が減り、メンバーにとっての拠り所がスタッフから世話人へと移行していった。それまで、日々負担だった食事作りに世話人が入ってくれたことで、メンバーには心理的余裕ができ、自分達の負担にならない範囲でできることをやっていこうという姿勢が出てきた。病院の院内作業が廃止になったこと、また作業能率の問題で職場を退職せざるおえなくなったことで、就労しているメンバーも6名中の3名に減った。

グループホームでの生活自体は安定してきており、世話人やスタッフの役割としては生活指導よりもメンバー同士のトラブル調整のほうが必要になってきた。またメンバーのやりたいことがそれぞれ違うため、それぞれの目標に応じた、将来に向けての個別援助が必要となってきた。

考 察

1. 本グループホームの特徴

(1)入居者の特徴

本グループホームの入居者は、入居時年齢

が平均53.3歳、総入院期間が平均22.4年であり、全体的にみると中高年齢層の長期在院者という特徴がある。しかしながら個別にみると、入居者の特徴は以下の2群に分けられた。

まず1群は、総入院期間が5年以上かつ発病年齢が20歳前後の6名で、この群は社会生活を体験した期間も極めて短かった。入居後も、入院中と同様の朝食を望み、問題が起こると必ず看護者詰所に行くなど入院中の行動パターンがなかなか変わらなかった。また風邪薬を処方されると抗精神薬を飲まなくなる、退院した開放感によって無断欠勤して買物に行ってしまうなど、状況変化への適応力が弱く、混乱や行動の拡散を生じやすいという分裂病者の行動特性⁴⁾を強く持っていた。

一方、2群の2名は、総入院期間が3年未満かつ発病年齢が30歳以降で、上述の特性はあまり目立たなかった。入院以前の就労期間も10年以上あり、仕事や金銭管理をはじめとする社会生活の感覚は現実的で、食事支度等の家事をこなすことも容易であり、また精神障害や服薬の必要性についてもよく理解していた。

(2)グループホームの利用目的

入居時の意思表示では、入居者全員が病院を離れて生活することを希望していた。しかしグループホームでの生活が5年経過した現在、地域に移り住んで生活することを入居時よりも具体的に考えるようになったかという点、それほど大きな変化はない。

この理由としては、入院と比べて行動の自由が広がったため今の生活に徐々に満足している、調理などの家事を実際に体験してその大変さを実感している、入居時と同様に誰かが何かを用意してくれれば移動するといった受身の姿勢でいるなどがあり、この傾向は特

に1群の入居者にみられた。

これとは別に2群の入居者は、精神障害者を理解する地域住民がまだ少ないことや、長期的に通院することの大変さを考え、地域生活に二の足を踏んでいた。近隣に精神障害であることを知られずに生活したいという願いは多くの障害者が持っている⁵⁾⁶⁾、いざ病院の敷地から出て生活することを考えると、様々な形でこの課題に直面せざるをえないのであろう。

以上をみると、長期入院者の多い1群は本ホームを半永久的住居とする可能性が高く、短期入院のみの2群は、地域生活の準備期間としてこのホームを利用する可能性が高いと考える。

2. 本グループホームの果たした役割

(1)再発予防と病状悪化の早期発見

本稿では、精神症状の悪化によって生活に支障をきたし、定期診察以外の外来受診によって注射等の処置を行った期間を1回の再燃⁷⁾として、主治医の判断でこの数をカウントした。本ホームでは5年間を通して精神症状の再燃による再入院が1例もなく、また再燃回数もホーム全体で、前半の1年半が延べ13回、後半の3年半が延べ10回と明らかに減少していた。この回数は5年間在住し続けた入居者の精神状態を示しており、長期入院や再入院を繰り返してきた入居者に対して、このホームが果たした再燃強いては再発による再入院防止の役割は大きいと考える。

この入居者らは未だ些細な刺激によって再燃しやすい状況にあるが、入居後1年半以降は自らが症状悪化を予測して受診する回数も増えてきた。これは退院時に行った服薬指導、および訪問看護による繰返し⁸⁾の病状確認が、入居者に病気の自覚を促した効果ではな

いかと考える。再燃時の対応が早期に、しかも確実にできるのは、容易に外来受診できるという病院敷地内ホームの長所であろう。

(2)入居者の特性に合わせたサポート

入居者の再発が少なかったもう一つの理由として、入院時の生活習慣を変更したくないという入居者の希望を受け入れて、食事内容や消灯時間を病棟と同じにしてホーム運営を行ったことが上げられる。患者が生活枠を広げようとしないうちは平穏な生活を維持しようとする工夫の一つであり⁸⁾、これは生活環境の変化による混乱を避けるための彼らの防衛策と解することができる。一部の食習慣については5年経った今も継続されているが、他方、消灯時間などは都合よいように変わっている。これをみると、新しい環境に慣れ、安心できるようになれば、少しずつ習慣を変えることが可能かもしれないと考える。

とはいえ入院期間の短かった入居者にとっては、このようなパターン化された共同生活に慣れることに大変な苦痛があったと思われる。この入居者が「話の通じる人がいない」「スタッフと話したい」と度々訴えていたことを改めて考えると、自分も将来このようなパターン化された生活をするようになるのではないかと、相当な不安や孤独を体験していたことが想像される。同じ障害とはいいいながら気持ちを分かち合う体験はほとんどなく、ただ彼らのやり方や考え方を理解するしかないとして、短期入院者はここでの生活を受け入れていったのであろう。このように背景の異なる入居者が入居した場合、そこに生じる不安や様々な感情に配慮したサポートが重要であることが実感された。

(3)日常生活の自立と生活圏の拡大

当初、食生活の自立を目指して行った調理実習は、その後も様々に形を変え、入居者に

引き継がれていった。食事支度を入居者同士の共同作業で行うことはかなり負担が大きく、これを継続できたのは自立したいという短期入院者の努力によるところが大きかったと考える。しかし紆余曲折がありながらも何らかの形で食事支度を自分達の力で継続できたことは、入居者にとってのよい現実的刺激になっており、また今後の生活への自信にもつながったと考える。

この他、長期入院者の多くが町へ買物に出る、念願の場所に旅行する、コンサートに行くなど病院の外へと出かけ、入院中に体験できなかったことを自分で計画し実行することを楽しんでた。病院敷地内に作られたホームでは、なかなか病院の敷地から外に出られない入居者が多いといわれる中で⁹⁾、このホームの入居者は病院外に出る機会がかなり増え、生活圏が拡大していった。この経過をみると、ここにも短期入院者の行動が長期入院患者にとってのよい刺激になっていたことが考えられる。

3. 今後の援助に求められるもの

(1)訪問看護の役割

当初、病棟看護者の大半が関わって入院と退院後の看護の一貫性を保ってきた訪問看護は、もはや勤務移動によって入居者の経過を知るスタッフが少なくなり、その意味も変わってきた。また世話人を迎えるたホームの生活が安定するにつれ、生活指導やグループ活動の援助などは世話人へと移行し、訪問看護の役割も変わってきている。

今後の訪問看護は、再発予防のための病状や服薬の確認などが中心になるであろう。再発予防において、訪問看護の果たす役割が多きいいことはこれまでに多数報告されており¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾、病院敷地内ホームという特徴を考

慮しても、重視される役割になると考える。

(2)地域社会へのステップとしての中間施設的役割

グループホームは、本来、住居としての機能を持つものであり、社会復帰施設としては位置づけられていない¹³⁾。しかし病院敷地内にあるという本ホームの立地条件を考えると、この場を地域で生活する自信をつけるために利用する入居者は、今後も増える可能性がある。このような利用者にとっては、ホームの生活に適應するための援助よりも、病気や薬の知識、障害者のための制度や地域にある精神障害者ネットワークの活用方法など、地域で生活していくための知識や技術が必要になる。

長期入院患者の受け皿としてスタートしたグループホームは、その役割が2つに分かれてきた。すなわち半永久的住居としての役割と、地域社会へのステップとしての中間施設的役割の2つである。この後者を担うには、地域生活のための支援体制作りをはじめ、これまでとは違った援助が必要になる。この援助の主体を誰が担い、どう役割分担するかといったことを含め、「この先」の生活を求める入居者への援助を計画していくことが、今後の課題である。

まとめ

- (1)病院に隣接する精神障害者グループホームの開設から5年間の経過を整理した。
- (2)5年間の入居者は延べ8人で、うち5名は20年以上の長期入院を経験していた。
- (3)入居時の平均年齢は53.4歳であった。
- (4)入居者の利用目的は、半永住の場と、社会に出る1ステップの2つに分けられた。この後者は、社会参加のために必要な知識や情報の提供を望んでいた。

(5)3ヵ月間の入居プログラムを行った5人の入居者は、簡単な食事の用意と服薬の自己管理ができるようになった。

(6)入居後1～2年の利用を経て、2名が老人施設へ移った。

(7)精神病状の再燃は主に3名の入居者にみられ、うち2名は他者との人間関係上の問題による再燃だった。いずれも早期治療に結びつき、再入院はなかった。

(8)グループホームの利用によって、入居者は自立生活の範囲を拡大し、社会参加の機会が増えた。今後さらに、地域生活に向けての援助をすることが必要となってきた。

謝 辞

本稿をまとめるにあたり、ご快諾いただきました松岡病院の松岡孝一院長、ご助言いただいた松本先生、大谷ケースワーカー、上條主任、情報提供いただいた二木さんをはじめ3人の世話人の皆様、グループホームの協甫さんと入居者の皆様に深謝いたします。

本稿の一部は、1998年の第13回信州集団精神療法研究会で報告している。

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指針。国民衛生の動向，48(9)：112，2001。
- 2) 長野県精神保健センター：精神保健福祉ハンドブック：37，2001。
- 3) 北川裕道：病院隣接型福祉ホームの実践から見えて来た住宅のありよう。病院・地域精神医学，41(4)：37-41，1998。
- 4) 昼田源四郎：分裂病者の行動特性。14-42，金剛出版，東京，1989。
- 5) 中島公博，田中稜一，中村潔他：ノーマライゼーションの観点からみた慢性分裂

- 病者の地域での住まい方. 臨床精神医学, 26(10):1337-1344, 1997.
- 6) 中島公博, 中村潔, 林裕他: 精神科病院における長期入院者の退院と地域医療への促進 (I), アンケート調査における「住まい方」からみたノーマライゼーション. 病院・地域精神医学, 41(1):39-40, 1998.
- 7) 臺弘: 分裂病圏精神障害の再発と再燃. 精神科治療学, 1(4):503-510, 1986.
- 8) 三浦弘史: 精神分裂病患者の生活安定のための生き方について. 精神医学, 39(2):139-147, 1997.
- 9) 銀島弘子, 岡元健一郎, 出口信一郎他: 病院グループホームの試み, その後. 精神保健, 41:90, 1996.
- 10) 渡辺美鈴, 河野公一, 西浦公朗他: 精神科の訪問看護を受けている精神障害者の再入院に影響を与える要因について. 厚生生の指標, 47(2):21-27, 2000.
- 11) 緒方明, 三村孝一, 今野えり子他: 精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討. 精神医学, 39(2):131-137, 1997.
- 12) 右京チヨ, 佐藤三枝子, 茶谷知代他: 精神科訪問看護を受けた精神分裂病者の予後について, 再発・再入院・在宅期間・在宅率等の変化を中心に. Quality Nursing, 2(8):700-707, 1996.
- 13) 藤本豊, 伊勢田克: 社会復帰施設(住居施設)とその利用法. 精神科治療学, 15(増):253-258, 2000.

受付日: 2001年10月2日

受理日: 2001年11月22日