

地域精神保健福祉における民生委員の役割について —統合失調症者の精神科リハビリテーション・生活支援をめぐる—

A Report of the Role of a Welfare Commissioner in the Community Mental Health Welfare

上 平 忠 一*

Uwadaira Chuichi

I はじめに

近年、大きな変貌を生じている精神科医療は入院中心の精神科病院医療から社会復帰施設のリハビリテーションを経て、ノーマライゼーションおよびエンパワーメントの理念のもとに、地域の中で精神障害者の社会的な自立の促進と全人間的な復権が求められる方向に変化してきている^{1, 3, 5-7, 10, 13-15, 17, 22, 24-30}。

精神科リハビリテーションはリハビリテーションの展開する場によって、病院リハビリテーション、社会復帰施設リハビリテーションおよび地域リハビリテーションに大きく3つに分類される^{18, 19}。

アンソニー (Anthony, W)¹⁹らによる精神科リハビリテーションの定義は、「長期にわたり精神障害を抱える人が専門家による最小限の介入で、その機能を回復するのを助け、自分で選んだ環境で落ち着き、自分の生活に満足するようにすることである」といい、機能回復、自己決定、QOL等の理念が含まれ、さらに本人の技能開発および環境面の支援の開発が示唆されている。ここでいう専門家とは、精神科医療・保健・福祉のかかわる専門家を指している。精神科医療・保健の領域では精神科医、看護師、准看護師、作業療法士、保健師などの職種が主に関わり、精神科福祉の領域では精神保健福祉士、福祉事務所ケースワーカー

が主に関わりを有している。それ以外にも精神科リハビリテーションを支えるフォーマルな社会資源やインフォーマルな社会資源がある。前者には臨床心理技術者、薬剤師、栄養士、精神科ホームヘルパー、ボランティア、セルフヘルプグループ、民生委員などが該当し、後者には家族、友人、親族、隣組などをあげることができる。

さて、民生委員は、民生委員法²¹に基づき、社会福祉を増進することを任務として、厚生労働大臣より委嘱を受けた民間の奉仕者とされる²¹。民生委員は児童委員を兼ねている。民生委員の職務は住民の生活状態の把握、要保護者の自立への相談・助言・援助、社会福祉事業者または社会福祉活動者との密接な連携・活動支援、福祉事務所などの行政機関の業務への協力とされ、それ以外に地域住民の福祉の増進を図るための活動などに関わっている。しかし、これまでの民生委員の活動の主な場は、生活保護法に基づく生活保護の援助活動に重点がおかれていたように思われ、精神保健福祉分野における活動報告は少ないのが実情である。私たちは、これまで地域精神保健福祉活動と地域精神保健福祉ネットワークとの課題について発表してきた²⁷。今回の発表の目的は、私たちが精神科リハビリテーションにおいて、とくに病院リハビリテーションおよび地域リハビリテーションの現場における、ある民生委員の活動を詳細に報告し、民生委員の精神保健福祉活動に検討を

*社会福祉学部教授

加えることである。その結果、精神科リハビリテーションにおいて、民生委員の地域における精神保健福祉に対する活動が社会福祉の増進に寄与すると考えた。

II 症例の提示

[症例] N.M.、50歳、男性、無職

[診断] 統合失調症(緊張型)²⁾、アルコール依存症

[生活史] N県U市に4人同胞の第3子として出生した。本人の家柄は、地元では有力者で、名士の家系であった。地元の小・中学校を中程度の成績で卒業し、県立高等学校農業科に進学した。高校卒業後、約15年間S農協に勤務した。30歳頃に、両親が相次いで消化器系のがんで死亡し、本人は一家の跡継ぎの立場となり、本人ひとりが本家を守っていた。その後、U市森林組合に転職し、10年間勤務した。図1はライフサイクルからみた医療・就労・社会生活を示している。

病前性格は真面目、内向的、非社交的、杓子定規、思いつめる性格(分裂気質)である。

[家族歴] 地域の長や役職を歴任し、名士であった父親は62歳、母親は58歳のときにともに消化器系の癌にて死亡する。姉(6歳年上)は、結婚後実家のすぐ近くに土地を分けてもらい自宅を建築している。彼女は性格異常者で、多額の借金を抱え込み、自宅を抵当に取られ追い出しを迫られ、債権者から身を隠すために、X+3年春に離婚し母子支援センターに親子で入所している。兄(3歳年上)は、高校を出て、上京し、某地方銀行に勤務し、S県S市にマンションを購入し、その地で結婚生活を送っている。しかし、兄はマンション購入費の一部を本人から借金しているものの、返済を滞っている。

放浪癖を有し独身の弟(2歳年下)は、20歳代に統合失調症、覚醒剤中毒に罹患し、フェティシズムを呈し、29歳頃にS病院に、数ヶ月間入院し、46歳のときから別の精神科病院に入院中である。

[既往歴] 生来健康で、著患を認めなかった。

[現病歴]

X-2年3月(43歳)に、特別の理由もなく、

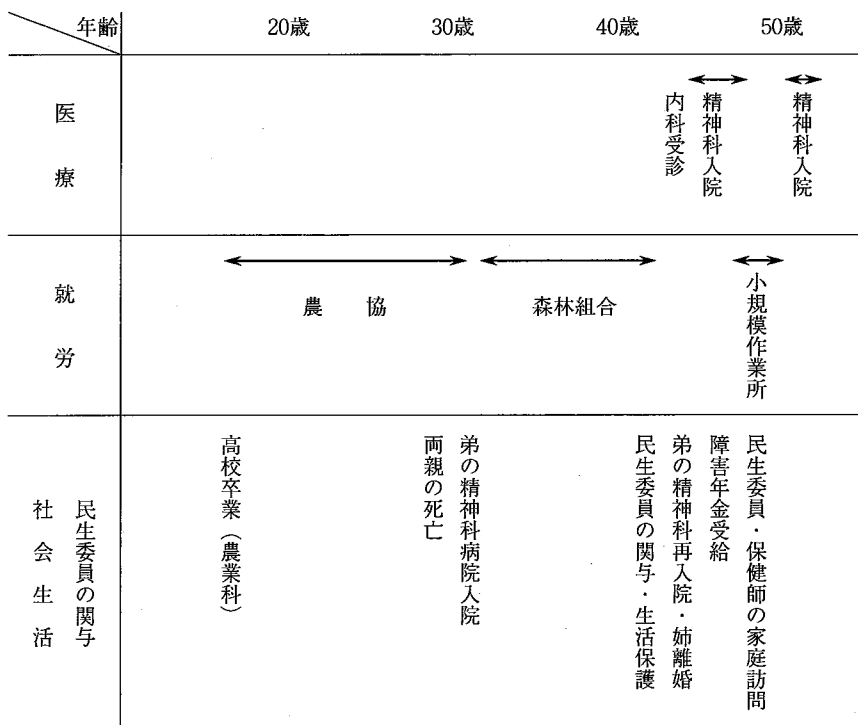


図1 ライフサイクルからみた医療・就労・社会生活(民生委員の関与)

U市森林組合を退職する。その後、自宅に引きこもり、無為自閉の生活が始まる。この頃から、飲酒量が増えた（日本酒1日2-3合）。

X-1年秋頃（44歳）、一過性に身体的な不調を訴え、N病院内科を受診するものの、異常は指摘されなかった（前駆期）。その後も、自宅に引きこもりの状態が続いた。

X年3月（45歳）に、不眠、食欲不振が出現し、次のような幻覚妄想を認めた（急性期）。

「暴力団が自分の家を見張っている」「暴走族が自分を見張っている」「何十人も人を殺した」という。

さらに、これらの言動に左右され、警察に自首しようとする行為が重なり、このときから地区の民生委員のKが積極的に関与する。

同年4月に、姉と地区のK民生委員に伴われて、精神科を初診し、同日精神科病院閉鎖治療病棟に医療保護入院（兄が保護者）となった。

第1回目入院時所見：

無精髯を伸ばし、痩せが目立ち、机にうつ伏せながら診察に臨んでいる。不眠、食欲不振を訴えるが、自ら訴えることは少ない。滅裂思考が認められ、「働けないから、警察の世話になろうと思った」「暴力団が自分の家を見張っている」と幻覚妄想症状を呈し、亜昏迷状態である。臨床検査では、血液一般検査、生化学検査、尿検査にて異常を認めず、ワ氏検査も異常を認めなかった。第1回目入院後の経過（在院期間=X年4月～X+4年8月の4年半）

入院したその夜に、突然に衝動行為を伴う不穏・興奮状態となり、「落ち着かない、人に見られている。助けてほしい」と訴える。保護室に隔離収容し、ハロペリドールの注射が連日1週間実施され、鎮静化が行なわれる。入院と同時に民生委員の関与により生活保護が受給される。

10日後、保護室から開放され、一般病棟に転室する。この頃の処方（1日量）は、リスペリドン6mg、モサプラミン100mg、トリヘキシフェニジル4mgが朝夕服薬され、就寝前にベグタミンA2錠、ニトラゼパム10mgが投与された。

1ヵ月後、落ち着きを示し、K民生委員と面接し、「家に行ってみよう」という本人の希望に添って、職員（PSW）と同民生委員と一緒に自

宅まで外出し、自宅での様子を観察する。

2ヵ月後、消耗期（心的エネルギーが低下した状態）を呈し、倦怠感、引きこもり、無力感が出現する。

3ヵ月後、開放治療病棟への転棟の準備のために、時間開放を開始する。

5ヵ月後、治療病棟A号室に転棟する。病棟のSST（生活技能訓練）に参加する。

7ヵ月後、療養病棟B号室に転棟する。回復期に相当する。

M眼科（霰粒腫+亜急性結膜炎）、皮膚科（脂漏性皮膚炎）を看護職員に随伴され受診する。この頃の処方（1日量）は、リスペリドンが4mgに減量され、朝夕1日2回、就寝前にベグタミンA1錠、ニトラゼパム5mgが投与されている。

11ヶ月後、退院に向けて準備をするように主治医から指示が出る。

1年1ヵ月後、K民生委員の面会があり、その後もときどき面会に見える。軽度欠陥状態が継続する。

1年4ヵ月後、兄と姉の面会がある。

1年5ヵ月後、OT（作業療法）、レクリエーションを勧められるが、本人はとくに理由もなく嫌がる。

1年6ヵ月後（X+1年12月）、病棟生活では若い女性患者の胸を触るなどの性的逸脱行為が認められる。この頃に、障害年金を申請し、障害基礎年金の2級16号（年間804,200円）が裁定される。

2年後（X+2年2月）、入院形態を変更した結果、任意入院となり、第C病棟に転棟する。

この頃に、社会復帰施設への退院に向けて精神科リハビリテーション・生活支援を開始し、PSW（精神科ソーシャルワーカー）と一緒に外出の訓練や服薬自己管理を実施する。

しかし、外泊については姉の協力が得られず、実施できなかった。同時に、社会復帰施設への入所中に、実家を姉が占領してしまう恐れがあるために、本人は社会復帰センターへの入所を嫌がった。その結果、社会復帰施設への退院は頓挫してしまった。

2年半後、本人の自宅への退院希望を受け入れて、退院の方向でリハビリテーション計画を立て

る。具体的には、①退院前の訪問看護、②服薬・症状・金銭・社会資源の活用、③余暇の過ごし方、④日常生活の過ごし方、⑤民生委員と家族との調整、⑥デイケアの利用の仕方、⑦試験外泊などの優先順位に従った計画である。

本人はPSWや姉、叔父(N.M.)に依存し、自らは消極的受動的な行動をとり、外出や自宅のライフラインの復旧も試みない。このような状況の中で医療者側と姉とで退院の相談をしたが、決定した退院の予定日がきても、姉は出現せず、退院は延期になった。姉が退院に消極的な理由は①精神科に入院した弟が退院してくるにより、自分の身内に精神病患者がいることを近所に知られることを懼れた、②弟が退院してくると、自分たちが弟の家を自由に使用することができなくなることを心配した、さらに③弟が長期入院している間に、その家を貸して家賃収入を得ようとしていた目論見が外れるためなどである。

その後、別の療養病棟に転棟し、1年半を経過するものの、施設病と思われる症状が前景出て、軽度欠陥状態が継続し、退院は困難であった。

ここで、退院困難な理由について検討する。

- (1) 陰性症状が継続し残遺状態を呈し、退院に向けての意欲が低下している。
- (2) 施設症の兆候が認められ、自立の意欲が低下し、病院の生活に依存し安定している。
- (3) 親の死亡により、同胞間では、それぞれの家庭の事情があり、受け入れ態勢が減弱化し、退院後の受け皿が見つからない。
- (4) 社会生活を行なっていく上での、日常生活のスキルが不足し、日常生活の自立が困難である。

X+3年10月 女性入院患者(H氏)との問題行動により、第B病棟D号から第A病棟E号に抵抗なく転棟する。

X+3年12月 K民生委員の面会があり、そのときに、「姉が離婚し子どもを連れて母子寮に入所した。また、弟がA病院精神科に入院した」などの情報を提供する。

X+4年1月 他患(Y)とトラブルがあり、ほかの病棟に転棟する。

X+4年2月 兄(当時某地方銀行勤務)、K民生委員、PSWの面談が行われた。

そのときに話されたことは、①生活保護適応の件は現状では困難である。②退院後は、実家近くにある通所授産施設への通所案が提案される。③翌月に入ったら、自宅にPSWと一緒に外出を希望するなどであった。

X+4年3月 単独にて、自宅に外出する。

病棟生活では、SST、OTに参加する。あるいはオセロゲームをしたり、卓球をしたりして過ごしている。PSWの援助により、高額医療費や入院費支払いのために、外出をする。

X+4年4月 右眼麦粒腫の治療(A眼科)。

X+4年5月(入院4年1ヵ月後) K民生委員が本人と面会をする。K民生委員が手紙、はがきなどの郵便物を病棟に届ける。

同年同月に、本人を含めて、主治医とK民生委員との面接。

このときの話題はK民生委員に退院に向けての準備の手伝いをお願いすることであった。具体的には、次のようである。

- ・地域での受け入れ状況の把握
- ・月に1度の外出の際に、同民生委員が同伴援助
- ・自宅のライフラインの復旧の手伝い
- ・しかし、外出の際に、S市の叔父(N.M.)が同席するならば、その人に面倒を見てもらいたいとK民生委員の気持ちが伝えられる。
- ・公共交通機関の利用のこと
- ・生活費の自己管理の話
- ・税金の支払いのこと(国保税、固定資産税、自動車税など)

この頃の処方(1日量)は、オランザピン20mg/日である。

X+4年6月(入院4年2ヵ月後) 退院に向けて指導援助をする。

- ・自宅への外出の訓練
- ・料理教室への参加
- ・退院に向けての援助のために、兄に連絡を取って、主治医に面会に来てもらうこと

しかし、本人は消極的で、自主性にかげ、言われたことも十分にできず、欠陥状態が継続する。結局、兄への連絡は看護師から行うことになる。また、退院に向けての話し合いを持つと、本人は肝心なところで、沈黙を保ち、何も言わないパターンが目立った。

X+4年8月（入院4年4ヶ月後）主治医と本人、兄、K民生委員とPSWとネットワークカンファレンスを開き、退院を決定し、退院時訪問看護を実施する。

X+4年8月に退院に至る。

第1回目退院後の経過について

退院後、当院外来に定期的に通院していた。退院1ヶ月までは1週間に1度、その後2ヶ月間は2週間に1度、その後は月に1度の割合で通院していた。

第2回目の入院時に判明したことであるが、外来通院中の全期間を通じて服薬をしなかったという。

主治医は外来1週間目で既に患者がやせた印象を持つ。退院時体重が60kgである。

「兄からお金を一部返却してもらった。その200万円の中なら軽自動車の中古を購入した。自由になるから、社会のほうがいい」、「食事を作るのが大変だから、外食をしている」という。1ヶ月の生活費は7-8万円で、その内訳は食事代が4-5万円、家の維持費が1-2万円である。X+4年10月に民生委員が本人宅を訪問する。「昼間はドライブをして過ごしている。服薬をしている」と答えていた。

同年11月に、ハローワークの障害者相談窓口を訪問し、そこでU地域療育等支援センター（S）を紹介される。同月中旬から共同作業所（S）の作業に参加する。そこに、週5日間（月から金）通勤する。月に5000~7000円の工賃になるという。X+5年1月に、小規模作業所への通所の意見を記入した主治医意見書をハローワークに提出する。そこに、支援体制として民生委員、市保健師などが記入される。

X+5年3月に、体重が49.5kgとなり、退院時に比べて、約半年で10.5kg減少する。このときの血液一般検査や肝機能検査で異常なし。

X+5年4月 毎日、小規模作業所に参加する。しかし、作業所の始業時間よりも2-3時間も早く家を出て、帰宅もかなり遅い。

兄から手紙を受け取る。「ちゃんとしたところに勤めたほうがいい」と忠告される。

X+5年6月 「通帳が盗まれる」、「家も土地も

他人のものになっている」と被害関係妄想を訴える。また、小規模作業所において、物事にこだわりを示すなどの問題行動が出現する。同時に、K民生委員から前回入院前の状態と似ているとの連絡が入る。

このときの対応は、地区担当の保健師に電話連絡をして、服薬状況の確認を依頼する。

X+5年7月 本人はT市保健師と、K民生委員に連れられて外来を再診する。

このときの状態は、硬い表情で、話しかけても喋らない、拒否的・常同的で、接触が不良である。亜昏迷の状態である。T市保健師によれば、拒薬していて、前回に出された薬に手がつけられていないという。このときに、「先生との約束を守らなかった。全然薬を飲んでいなかった」と小さい声でつぶやく。

点滴の処置、兄に連絡などの対応をとる。いったん自宅に戻る。

その日の夕方に、K民生委員が食欲の無かった本人を心配して、おにぎりを持参し本人宅を訪問した。

同日午後8時過ぎに、救急車でK民生委員と一緒に来院する。

「もうだめです」と大きなため息をつき、行動にまとまりを欠き、診察室を飛び出そうとする行為が顕著である。興奮を伴った昏迷状態のために、第2回目の医療保護入院（兄が保護者）となる。

第2回入院後の経過（入院期間=X+5年~現在まで2ヶ月間）

入院時処方

- 1) オランザピン20mg（1日朝・夕 2回）
- 2) エチゾラム1mg、ベゲタミンA1錠（就寝前）

同時に、点滴 ソリタT3号500ml+ビタミン剤を7日間施行し、さらに、筋肉注射ハロペリドール10mg+ピペルデン10mgを1週間併用した。

入院後2日間、保護室に収容し、身体拘束を実施する。

入院4日目頃から昏迷が溶け、1週間後に昏迷から脱し、活動的になる。

この頃に、K民生委員の3回の面会がある。

臨床検査では、血液一般検査、生化学検査、尿検査にて異常を認めず、脳波、心電図検査は正常であった。

入院1ヵ月後に、関係妄想が出現し、行動に纏わりを欠き、再び昏迷状態となる。

この頃に、①退院後どうしたらいいか?②服薬のこと(薬を飲んでいて大丈夫か?)③医療保護入院とは何か?④喫煙をしていて肺気腫にならないか?という心配を看護者に質問をし、一過性になり過敏の状態となる。

その後、衝動行為・暴力行為の出現ために身体拘束を行い、保護室に収容する。この頃、急性気管支肺炎に罹患し、抗生剤の投与をする。

治療は抗精神病薬・睡眠薬を中止し、点滴1日1500mlを投与する。兄および民生委員の面接がある。

10日後に昏迷から脱する。

その後、抗精神病薬の再開(リスペリドン3mg/日)し、大部屋に移動し、開放病棟に転棟し、落ち着いた状態で経過している。

心理検査

WAIS検査(X年5月の入院1ヵ月半後)で、総合IQ94(言語性IQ98、動作性IQ90)。

ロールシャッハ検査(X年7月の入院3ヶ月後)では、心的エネルギーが非常に乏しい状態にあり、生産性、自発性、活動性が減退している。興味の範囲も狭く、意欲を欠いた状態で、現実検討能力が低下している。また、抑制のとれた状態下では、情緒の安定性を欠き、衝動的な行動に走りやすい傾向を示した。

<症例の小括>

症例は、初診時45歳の緊張型統合失調症およびアルコール依存症の男性である。病者の病前性格は分裂気質である。病歴では、43歳頃に発症し、45歳のときに、幻覚妄想が顕在化し、それらに支配された行動が出現した。民生委員の支援により、45歳のときに、第1回目、入院となった。4年半の在院中の治療経過の概略を述べると¹²⁾、昏迷状態は短時日で改善し、数ヶ月の消耗期を経て、7ヵ月目に回復期に達した。その頃、家族に

退院の援助を期待したが、成功しなかった。その結果、退院困難な理由について分析を加えつつ、退院後の受け皿を含めた精神保健福祉活動が、民生委員や保健師の支援を得てネットワークカンファレンスを持ちつつ、継続的・包括的に実施された。入院中には、訪問看護・指導、精神科退院時指導、心理教育、生活技能訓練(SST)、作業療法などの精神科リハビリテーションの技法が柔軟に取り入れられ、施行された。

退院後、患者は小規模作業所に通勤しながら、外来通院を規則正しくしていた。しかし、その間服薬をせず、約1年後、関係被害妄想や昏迷が再燃し、再び民生委員および保健師の協力により、第2回目入院となった。

Ⅲ 考察

1. 本報告の特徴について

今回の報告では、ある一人の民生委員が自分の担当地区の精神障害者に対して非常に熱心に関わり、面倒を見ているという特徴が認められる。ここで、本民生委員が非常に熱心に取り組んできた背景を検討する。

まず、民生委員自身に基づく理由が挙げられる。民生委員の仕事に長年従事し、市政功労者として表彰を受けた同民生委員は地区のブロック長や県大会に参加し、地域の社会福祉および精神保健に精通し、プライドを保持していることが指摘できる。

次に、本人たちが住む地域環境的要因が挙げられる。地区の戸数は150から200戸であり、血縁や地縁を大切にする閉鎖的伝統的農村地域である。そして、隣組を中心として、地域との交流や交際にインフォーマルな関係が親密に存在する小さな共同体である。コミュニティ・モデルで言えば、地域共同体モデルに該当し、地元共同意識(身内意識)と地域ぐるみの連帯行動様式を持つ住民像が特色として指摘されている²¹⁾。このことは、PSWが実際に本人宅を何回か訪問看護をしたときに、地域の雰囲気・風土を肌で感じている。たとえば、本人が入院しているときに、隣組のOさんが庭の草取りを手伝っていたり、あるいは家の周囲の見回りを頻繁に実施していた。そのような地域状況の中で、民生委員が本人の家族関係を熟

知して、援助をしてきたといえよう。

一方、本人側の要因として、本人の家族背景が挙げられ、不遇な家庭を背負って生きてきたことを列挙できる。本人が20歳代のときに、地域の名士であった両親が死亡し、本人が一家の跡継ぎの立場を引き受け、本家の伝統を護り通していかなくてはならなかった。しかし、姉は多額の借金を背負い離婚をし、自宅を追い出され、本人の世話をする余裕は無い。むしろ、姉には実家を利用して借金を返済しようとする魂胆さえ認められた。また、放浪癖を有する弟は精神病にて、若い頃から精神科病院に入退院を繰り返す、実家に寄り付かずまったく力にならなかった。遠方に就職した兄は仕事や自分の家庭のことで手が一杯で実家に対する援助も儘ならない。このような家族状況を熟知している民生委員は、症例N.M.が精神障害に罹患した際に、親戚以上の関係で、本人を援助してきたと思われる。

また、本人の性格が関与している。民生委員は本人たちを幼少時から知っており、本人のまじめな、几帳面な性格を高く評価している。この良好な社会性格のために、民生委員の対人援助が容易となった。姉は異常性格者で、邪推深く、人を信用することが少なく、同民生委員の関与を煙たがっていた。しかし、姉と医療機関との連絡調整には、民生委員の協力により円滑に行われた。

2. 民生委員の役割について

民生委員は、1948年に定められた民生委員法に基づき、社会福祉を増進することを任務として、都道府県知事の推薦によって、厚生労働大臣より委嘱を受けた民間の奉仕者とされる。民生委員は児童福祉法に基づく児童委員を兼ねている。民生委員の職務¹¹⁾は民生委員法第14条に規定され、①地域住民の生活状態の把握、②要保護者の自立への相談・助言、③要保護者の援助への情報の提供、④社会福祉事業者または社会福祉活動者との密接な連携・活動支援、⑤福祉事務所などの行政機関の業務への協力とされ、それ以外に⑥地域住民の福祉の増進を図るための活動などに関わっている。

民生委員の活動の原則は1997年に作成された「民生委員活動強化方策」によって示されてい

る。その3原則として①住民性の原則、②継続性の原則、③包括・総合性の原則が提示され、そして7つのはたらきとして、①社会調査活動（担当区域内の住民の実態や福祉ニーズを日常的に把握する）、②相談活動（地域住民が抱える問題を相手の立場に立って、親身になって相談にのる）、③情報提供活動（社会福祉の制度やサービスについて、その内容や情報を住民に的確に提供する）、④連絡通報活動（住民が、個々の福祉ニーズの応じた福祉サービスが受けられるよう関係機関、施設・団体等に連絡し、必要な対応を促すパイプの役割を務める）、⑤調整活動（住民の福祉需要に対応し、適切なサービスが図られるように支援する）、⑥生活支援活動（住民の求める生活支援活動を自ら行い、支援体制を作る）、⑦意見具申活動（活動を通じて得た問題点や改善策についてとりまとめ、必要に応じて民生児童委員協議会（略称：民児協）を通して関係機関などに意見を提起する）がそれぞれ挙げられている。この民生委員活動強化方策は民生委員の自らの活動の指針として重要である。さらに、民生委員法の第15条¹²⁾に人格の尊重、秘密保持等が定められ、民生委員は、その職務を遂行するに当たり、個人の人格を尊重し、その身上の関する秘密を守り、人種、身上、性別、社会的身分または門地によって、差別的なまたは優先的な取り扱いをしないことなどが明記されている。

さて、精神保健福祉活動における民生委員の役割をまず、病院リハビリテーションの立場から検討する。しかし、既述したように、民生委員は決して精神保健福祉の専門家ではない点を配慮しなくてはならない。

(1) 入退院時の役割

精神科の入院には原則として任意入院が行われ、実際の運用でもその比率が最も高い。その他に、強制入院としての医療保護入院と措置入院がある。任意入院は患者本人の意思に基づく自由入院であり、医療保護入院は保護者の同意による強制入院であり、措置入院は都道府県知事の行政による強制入院である。本報告例の入院形態は2回とも保護者の同意に基づく医療保護入院である。その入院の際に、家族が同伴しているが、いずれれ

も入院の場合にも、民生委員が積極的な役割を果たしている。本来家族が行うべき役割を民生委員が代行している格好である。とくに第2回目の入院時には、民生委員が本人を病院に連れて来て、受診の補助をしている。本症例のような独居の場合に、家族の協力が得られにくく、家族の機能が弱体化した場合に、医療ルートに乗せることは非常の困難である。そのときに、ひとつの解決策として民生委員の活用がクローズアップしてくる。医療構造における受療手段のひとつとして、地域の実情を詳しく知っているという民生委員の活動方面が精神保健福祉の強力な助けとなる可能性を示唆している。しかしながら、同時に、民生委員に対する精神保健の啓発普及活動も重要と考えられる。というのも、初回入院の際に、民生委員が入院形態を含めて、精神保健福祉活動に関する知識に乏しく、治療者側から心理教育的な関わりを必要とした。

同様に、退院時にも、家族の退院受け入れ機能が不十分の場合、民生委員の連絡調整機能が非常に重要である。私たちケースでは第1回目退院において、家族と退院日を決定するものの、退院予定日に家族が現れず、退院が延期となった。その後は、民生委員の面会、退院時訪問看護に民生委員の同行が実施され、民生委員が連絡調整、生活支援の役目を担い、退院に消極的な障害者の大きな力となった。ここでも、民生委員の活動が精神科リハビリテーションにおいて重要な役割を果たしていた。

(2) 在院中の役割

現在の精神科医療は入院初期における急性期の治療が終了すれば、あるいはそれに並行して在院中から退院に向けて精神科リハビリテーション・生活支援が実施される⁹⁾。その中で、家族の役割は決して小さくない。家族は社会を構成する最小の単位であるが、家族の役割は精神的支え、経済的支援、外出・外泊の援助、社会復帰の支援など広範囲に及んでいる。そこで家族機能が減退したときのバックアップシステムのひとつとして民生委員の活動が強調される。とくに経済的支援には、民生委員の関与が大きい。本ケースの場合に、入院と同時に生活保護法により医療扶助が受

給され、民生委員の関与の重要性が再確認できた。それ以外にも、社会復帰のために、在院中に民生委員の関与している項目が多く認められた。民生委員の面会により、本人宅や地域の情報の提供が行われ、また外出の同行により、自宅のライフラインの確認・復旧に役立った。また、本ケースのように単身者の家庭の場合では、自宅に外出時、あるいは外泊時に、援助者が必要となり、家族の代行として民生委員の付き添い援助が機能していた。さらに、一時行方不明の姉との連絡調整の役割を取っていた。

しかし、民生委員に家族の代理の機能を求め過ぎると、過大な要求は民生委員の活動に抑制をかけることがあり、注意を要する。本ケースの場合、具体的には民生委員から叔父がいるならば、その人にも外出時の力になってほしいという要望が出てきた。

つぎに、地域リハビリテーションの立場から論じる。

(1) 地域精神保健福祉活動の役割

地域精神保健福祉活動は^{9),10)}、地域住民の精神保健福祉の保持と増進を目指すとともに、精神障害者に対し精神科医療と関係を保ちつつ精神保健福祉サービスを提供する活動をいい、保健所ないし市町村の保健師や福祉事務所ケースワーカーがネットワークの主翼を担い、地域のキー・パーソンと呼ばれる人たち(市民相談室職員、民生委員、住民自治会などの地域内の世話役、学校養護教諭、保育園保育士、企業の健康管理者など)によって地域において展開されている。佐野ら¹⁰⁾は地域精神保健活動の特性を活動の場の問題、事例側の問題、および援助機関側の問題との3つに大別し、次のように要約している。

まず、その援助活動の場の特性として、①関与体制を構造化しにくい。②生活の場を直視せざるを得ない。③対象者との生の現実を共有する。④医療のみならず、経済、教育、法律などの多局面の及ぶ総合的な援助のために、複数の施設・機関の連携が不可欠になるにもかかわらず、連携時の指揮命令系統が明確でなく、関与方針決定の標準化された手続きがないことなどが挙げられている。さらに、このため、援助者は顕著な症状を呈

する精神障害者の入院処遇や生活保護受給に関する問題などといったハードな課題に対応することに精一杯であり、その陰に隠れた家族のアフターケアや心理的フォローなどのソフトな問題については手がつけられていないという実態を指摘している。それ以外に、複合的な問題を抱える家族という事例側の問題や援助活動は複数機関の協調による問題などを列挙している。

また、精神科訪問看護は、地域精神保健福祉のネットワークにおける精神科リハビリテーションの重要な技法のひとつである^{18,19)}。精神科訪問看護とは²³⁾、「精神障害者を直接的・間接的に支援するために、障害者本人や家族が生活している場へ出向き、その人にあつた主体的で安定した社会生活ができるように援助すること」を言う。このような精神科訪問看護の特徴は、①障害がありながら地域で生活をしている生活者への支援であり、②障害者の生活の場に直接出向いていき、ありのままの生活を観察し、その人にあつた現実的な援助を提供し、③その主体は障害者本人、家族である。生活の場に出向く以上、本人や家族の生活背景や性格などに配慮して人間関係を形成することが重要な条件となる^{23,27)}。診療報酬における訪問看護は、精神科医の指示のもとで保健師・看護師・精神保健福祉士が従事できると規定されている。しかしながら、本例に示されたように単身者の場合や家族構造に破綻が見られるケースへの援助に際して、民生委員が専門職に随伴し、人格の尊重や守秘義務を保ちながら単身者や家族への精神科訪問看護への支援の可能性が示唆された。

精神障害者の地域リハビリテーションを担う機関および主な社会資源は行政機関（精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター、福祉事務所）、精神障害者地域生活支援センター、精神障害者小規模作業所、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業（グループホーム、ホームヘルプサービス、ショートステイ）、医療機関（デイケアを含む）、セルフヘルプグループ（自助グループ）、精神保健福祉ボランティアなどが列挙できる。さらに、それ以外の社会資源および協力機関、支援団体には、社会福祉協議会、特定非営利活動（NPO）法人、福祉公社・社会福祉事業団、民生委員・児童委員、全国精神障害者

家族会連合会（全家連）、全国精神障害者団体連合会（全精連）、全国精神障害者地域生活支援協議会（全精協）、全国精神障害者社会復帰施設協会（全精社協）が挙げられる。このように、その他の社会資源の中に民生委員・児童委員、ならびに民生委員協議会の地域団体が含まれている。

民生委員協議会の任務は民生委員法第24条に規定され¹¹⁾、次のとおりである。①民生委員が担当する区域または事項を定めること、②民生委員の職務に関する連絡および調整をすること、③民生委員の職務に関して福祉事務所その他の関係行政機関との連絡に当たること、④必要な資料および情報を集めること、⑤民生委員に、その職務に関して必要な知識および技術を習得させること、⑥その他民生委員が職務を遂行するに必要な事項を処理することとされた。

(2) 地域生活支援の役割

地域生活支援とは、精神障害者が外来通院し、デイケアほかの社会復帰施設および各種の支援制度を利用しながら地域で暮らすことを支援する活動である²⁷⁾。

さて、ここで具体的な民生委員の活動について検討してみよう。

・外来通院および地域における役割

精神障害における障害は疾患と障害を併存することが特徴であり^{8,18,19)}、精神科リハビリテーションにおける対象は「病気」と「障害」を併せ持ち、医療・保健・福祉が一緒になって包括的・多面的に取り組むべき領域である。また、精神障害は長期にわたり罹患し、同時に再発しやすく、生活のしづらさを持つという特徴が示されている。統合失調者の外来通院継続の要件を検討した報告⁴⁾によれば、通院継続の三要件として、(1)基本となる対人関係、(2)病識、(3)対処空間がとりあげられている。そのなかの(3)対処空間とは、価値観的余裕や精神的経済的余裕のある空間であり、一定の安定を得て生活していくために必要な空間である。地域社会の実情に精通した民生委員の活動が、住民の安定した対処空間作りになきな力を発揮しやすいことが示唆される。さらに、精神障害者の医療機関（デイケアを含む）に通院の際に、民生委員の何らかの関与・援助が考えられる。具

体的に述べれば、情報の提供として、通院の確認があり、連絡通報として、家族への連絡、病院への連絡、救急車の手配などがあり、また生活支援として、病院への付き添いの援助、生活保護申請の補助援助、医療扶助への援助などがある。

・生活支援の役割

生活支援には、①日常生活面の支援、②経済面の支援、③居住面の支援、④社会資源や社会制度の利用などの面の支援がある^{28,29)}。この中で、民生委員が関与すると考えられる②経済面の支援および④社会資源や社会制度の利用などの面の支援について検討する。

まず、経済面の支援では、生活保護や障害年金の受給および通院医療費公費負担制度や精神障害者保健福祉手帳の利用などに関し、必要に応じて申請手続きの援助を行う。民生委員が関係するものでは、本報告例で提示したように、生活保護の申請手続きの援助あるいは生活福祉資金貸付制度の申し込み手続きへの相談および生活援助がある²⁰⁾。

IV まとめ

(1) 私たちは、43歳頃に発症し、昏迷状態を呈し、2回の入院歴をもつ統合失調症ならびにアルコール依存症の50歳の男性症例を報告した。

(2) 本症例の入退院ならびに在院中および地域において、大きな関わりを持ったある民生委員の活動を詳細に報告し、病院リハビリテーションおよび地域リハビリテーションにおける民生委員の精神保健福祉活動に検討を加えた。

(3) 地域精神保健福祉活動のなかで、民生委員が訪問看護への支援の可能性を指摘し、地域生活支援において民生委員の活動が重要な役割を担えることを強調した。

文献

1. 秋元波留夫、調一興、藤井克徳編『精神障害者のリハビリテーションと福祉』中央法規出版、東京、1999
2. American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き』医学書院、東京、1995)
3. 江畑敬介『脱入院化時代の地域リハビリテーション』星和書店、東京、2003
4. 藤井洋一郎『精神分裂病者の外来通院継続の要件。一対処空間 (coping zone) について』吉松和哉編『分裂病の精神病理と治療 1』星和書店、東京、pp.209-228, 1988
5. 蜂谷英彦、岡上和雄監修『精神障害リハビリテーション学』金剛出版、東京、2000
6. 伊勢田 暁、小川一夫、百溪陽三編『みんなで進める精神障害リハビリテーション ―日本の5つのベスト・プラクティス―』星和書店、東京、2002
7. 伊藤哲寛『精神分裂病と地域リハビリテーション』中根允文、小山 司、丹羽真一他編『臨床精神医学講座第3巻 精神分裂病 II』中山書店、東京、pp.275-299, 1997
8. 笠原 嘉『精神病』岩波書店、東京、1998
9. 吉川武彦、竹島 正編『地域精神保健実践マニュアル』金剛出版、東京、1996
10. 久保絃章、長山恵一、岩崎晋也編著『精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド』日本評論社、東京、2002
11. ミネルヴァ書房編集部編『民生委員法。改定版社会福祉小六法 2001 (平成13年度版)』ミネルヴァ書房、京都、pp.90-92, 2001
12. McEvoy, J.P., Scheifler, P.L., Frances, A (大野 裕 訳)『エキスパート コンセンサス ガイドライン シリーズ 精神分裂病の治療 1999』ライフ・サイエンス、東京、2000
13. 村田信夫、川関和俊、伊勢田 暁編『精神障害リハビリテーション 21世紀における課題と展望』医学書院、東京、2000
14. 岡上和雄編集企画『分裂病のリハビリテーション 精神科 MOOK No. 22』金原出版、東京、1988
15. 砂原茂一『リハビリテーション』東京、1980
16. 佐野信也、中山道規、宮本ふみほか『家族療法としての地域精神保健ネットワークミーティング。一養育担当者すべてが保護能力を失い孤立した兄妹への援助一』精神医学 43; 367-375, 2001
17. 精神保健福祉研究会監修『我が国の精神保健福祉』平成15年度版、厚健出版、東京、2003
18. 精神保健福祉士養成講座編集委員会編『精神保健福祉士養成講座3 精神科リハビリテーション学』中央法規出版、東京、2002
19. 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『改定精神保健福祉士養成セミナー/第3巻 精神科リハビ

- リテーション学』へるす出版、東京、2001
20. 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『改定精神保健福祉士養成セミナー／第11巻 公的扶助論』へるす出版、東京、2001
21. 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『改定精神保健福祉士養成セミナー／第12巻 地域福祉論』へるす出版、東京、2001
22. 田中英樹『精神障害者の地域生活支援。—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーカー—』中央法規出版、東京、2001
23. 外口玉子『人と場をつなぐケア。—こころ病みつづき生きることへ—』医学書院、東京、1988
24. 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—。青木書店、東京、1983
25. 上平忠一、神津直子、西沢明子「精神科病院に20年以上継続して入院中の患者の実態」日精協雑誌 4 ; 53-56, 1985
26. 上平忠一「自殺に至った慢性分裂病の症例—その治療経過をめぐって—」精神経誌 93 ; 115, 1991
27. 上平忠一、小林充枝「地域精神保健福祉ネットワークの形成に関する研究。—感応精神病（フォリア・ドゥ）への支援—」長野大学紀要 23 ; 303-312, 2001
28. 谷中輝雄『生活支援 精神障害者生活支援の理念と方法』やどかり出版、埼玉、1996
29. 谷中輝雄、三石麻友美、仁木美和子ほか『生活支援 II 生活支援活動を創り上げていく過程』やどかり出版、埼玉、1999
30. Wing, J.K., Morris, B. (高木隆郎監訳)『精神科リハビリテーション。—イギリスの経験—』岩崎学術出版、東京、1989