研究ノート

内科的疾患と精神障害のあるグループホーム利用者のセルフケアを促進する要素

――日中活動の場での支援課題と支援過程に着目して――

鈴木　孝典

要旨　本研究は、これから高齢期を迎える壮年期にあり、精神障害を有し、かつ内科的管理を要するグループホーム利用者（以下、利用者）を研究対象とした。その上で、利用者のセルフケアに関する支援課題とその課題を達成するために有効な支援過程、ならびに利用者のセルフケアを促す要素を定性的にとらえることを目的とした。その方法として、利用者とその支援者の相互による生活と支援の経過の「振り返り」の内容を逐語記録にし、その記録をライフストーリー法によって分析した。その結果、相互の支援関係を基盤に、利用者は自らの生活様式を見直し、支援者は支援課題の適正化を図ることが推察された。また、こうした支援過程が、利用者のセルフケア能力の向上を促進することを仮説的にとらえた。

Ⅰ．研究の目的と背景

我が国では、政府の精神保健福祉対策本部が2004年９月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を示して以降、精神保健福祉改革に向けた施策における生活支援策の柱として、共同生活援助（グループホーム、以下“GH”と省略）の整備を推し進めている。

GHには、2019年９月30日現在、123,118人の障害者が暮らしている[1)]。とくに、障害者自立支援法の施行以降は、GHに係る設置基準の緩和や設備費用の助成の影響から、GHの利用者数が2009年から2019年までの10年間で2.7倍増加している[2)]。

障害のあるGH利用者（以下「GH利用者」と省略）の状況について、（一社）日本グループホーム学会が2018年に実施した「グループホームを利用する障害者の生活実態に関する調査研究」では、利用者の0.5-1.0％が、インスリン注射等の内科的な医療ケアを受けていることを報告している[3)]。

一方、筆者ら（2019）は、GH利用者の居住支援に係るニーズの多様化にGHの支援者システムが対応できない可能性を指摘している[4)]。

以上のことから、内科的疾患のあるGH利用者は今後も増加する反面、現行のGHの支援体制では、その医療的ケアに係るニーズに対応できない状況が続くと推察される。そのため、利用者自らが、持病（内科的疾患、精神障害を含む）のセルフケアに係る課題と向き合い、それを遂行する能力（以下、「セルフケア能力」と省略）を向上させることが、GHでの地域生活を継続するために肝要となろう。

筆者が実施した、精神障害のある人のセルフケアに係る文献研究では、同概念について、①精神看護学の領域における、「セルフケア行動」の評価と看護介入に関する探究、②精神保健学の領域における患者の自律性、及びその決定要因となる社会的機能との関連からの評価と介入に関する探究、という、２つの探究の系統性を見出した[5)]。

ところで、筆者らが実施した調査研究では、①

SUZUKI Takanori
大正大学社会共生学部

GHにおける利用者間のセルフヘルプが病気の再発リスクを軽減すること[6]、②GH支援者の特性（経験年数、保健福祉領域に係る資格の有無など）と利用者のセルフケア機能に統計的な関連性があること[7]、③GH利用者の就労や地域活動などの社会的役割を核にした支援過程では、セルフケア能力が向上すること[8]、を報告している。くわえて、加齢に伴う社会関係及び社会的機能の変化に応じて、GH利用者自らが支援を得ながら活動と役割の選択化を図る、「サクセスフル・エイジング」の視座がセルフケアへの支援に欠かせないことを指摘している[9]。

以上のことから、内科的疾患のあるGH利用者のセルフケア能力の向上に向けた支援には、疾病管理の観点からのセルフケア行動に係る課題にとどまらず、社会的機能（social functioning）、及び「環境のなかの人」（person in environment）への注目という、ソーシャルワークの視座からのアプローチが不可欠である。他方、GH利用者の支援をマネジメントする支援者の専門性や技能が多様化する状況では、その生活支援に係るモデルを構築し、支援の均質化、標準化を図るための取り組み（例えば、研修プログラムなど）に反映させることが喫緊の課題といえる。くわえて、サクセスフル・エイジングの視座から、加齢に伴う活動と役割の変化を予測した選択の最適化を図るための準備も重要な支援課題であろう。

そこで、本研究は、これから高齢期を迎える壮年期にあり、精神障害を有し、かつ内科的管理を要するGH利用者を研究対象者とする。その上で、研究対象者と支援者の相互による支援過程の「振り返り」から、利用者の生活形成と支援者による支援の過程を再構成し、研究対象者のセルフケアに関する支援課題とその課題を達成するために有効な支援過程及び支援システムの要素を定性的にとらえることを目的とする[10]。

この研究により、高齢期、あるいはこれから高齢期を迎える年代にあり、かつ内科的管理を要するGH利用者が、セルフケアを継続しながら、住み慣れた居宅（GH）で長く暮らし続けるために必要な取り組みを利用者本人と支援者システムが協働しながら進めるモデル提示し、「地域平均生活日数」を向上させるための施策の構想に寄与する資料を提示したい。

Ⅱ．本研究で用いる概念の定義

なお、本研究の鍵概念であるセルフケアの定義は、国際生活機能分類（ICF）におけるセルフケアの概念を援用する[11]。ICFでは、構成要素の１つである「活動と参加」の１領域として「セルフケア」を位置付け、「自分の身体をケアすること、自分の身体を洗って拭き乾かすこと、自分の全身や身体各部の手入れをすること、更衣すること、食べること、飲むことなど、自分の健康管理に注意すること」と定義している[12]。その上で、セルフケアの領域は、「自分の身体を洗うこと」や「身体各部の手入れ」など、９つのカテゴリーによって分類されている[13]。本研究では、その中の「健康に注意すること」カテゴリーの定義である、「身体的快適性や健康及び身体的・精神的な安寧を確保すること」をセルフケアの定義とする[14]。また、本「セルフケア能力」の定義については、ICFにおける「活動と参加」の構成概念である、「能力」の定義を援用する[15]。ICFでは、能力を「ある課題や行為を遂行する個人の能力を表すもの」と定義されている[16]。よって、本研究では、「セルフケア能力」を「セルフケアに係る課題や行為を遂行する個人の能力」と定義する[17]。

Ⅲ．研究の方法

本研究では、GH利用者の日中活動の場を基点に展開されている生活支援に着目し、その支援過程をGH利用者であるＡさんと支援者であるＢさんが相互の振り返る形式で、聞き取り調査を実施した。

Ａさんを調査対象者として選定した理由は、①50歳代の壮年期にあり、まもなく高齢期を迎えること、②GH利用者であり、５年ほどのGH入居経

験を有すること、③統合失調症に加えて高血圧症及び高脂血症を罹患しており、精神障害と内科的疾患のセルフケアを要すること、④福祉的就労に従事しており、社会関係と社会的機能に変化がみられること、という４点による。

また、Ｂさんを選定した理由は、①Ａさんへの支援に15年以上従事しており、支援関係が形成されていること、②就労支援に係る実務経験が20年以上あり、かつ精神保健福祉士資格も有しており、支援者としての豊富な経験と専門性を有していること、③精神障害者の地域生活支援を担う団体の連合組織で役員を務め、地域で開催される支援者向けの研修会で講師を担当するなど、地域の支援システムを構築する活動を展開していること、という３点による。

さらに、Ａさんが利用するＣ事業所（Ｂさんが管理者を務める就労支援事業所）及びＤホーム（GH）を運営する社会福祉法人Ｅ（以下、法人Ｅ）は、精神衛生法の時代に保健所や精神科病院などの機関と協働しながら小規模作業所を設立した家族会を起点とし、精神障害者の地域生活支援のネットワークとシステムを先駆的に築いてきた、わが国におけるモデル的な精神障害者の支援組織である。

以上のことから、当研究の目標であるモデル提示のための基礎資料として、質の高いデータが収集できると判断したため、Ｃ事業所におけるＡさんとＢさんの支援過程を調査対象とした。

本研究の調査は、2017年６月に筆者立会いのもと、Ａさんの日中活動の場であるＣ事業所において、１回、79分間実施した。

研究の手順として、ＡさんとＢさんに、ＡさんがＣ事業所の利用を開始する時期から現在までの暮らしと支援の過程を相互に振り返ってもらい、その内容を逐語化した。逐語記録の文字数は、29,070字であった。その逐語記録をライフストーリー法により分析し、支援過程の再構成を試みた。

Ⅳ．事例研究に至る手続きと倫理的配慮

研究に際して、ＡさんとＢさんには、研究成果の公表に際して個人の特定につながる情報は秘匿すること、調査に協力しないこと及び調査協力に同意した後でも調査協力を何時でも中止できること、またその場合に不利益を被らないことなど、研究の倫理的配慮について口頭及び書面にて説明を行い、書面にて同意を得た。調査の実施に際しては、Ａさん及びＢさんに体調を確認した上で、Ｃ事業所内にて調査対象者と筆者以外の第三者を排除して実施した。また、研究成果の文章化及びその公表に際しては、2019年５月中旬にＣ事業所にて逐語記録及び分析の中間的な結果を両者に提示して説明を行うとともに、その内容についての意見交換を行い、その結果を分析に反映させた。また、2019年８月上旬にＣ事業所において、論文として投稿する内容を両者に提示し、公表についての了承を得た。

なお、本調査研究は、高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会及び高知県立大学研究倫理審査委員会の審査及び承認を受けて実施した（承認番号：社研審631号）。

Ⅴ．支援組織の概要（メゾ・エクソシステム・レベルの状況）

法人Ｅを経営母体とするＣ事業所は、首都圏Ｆ県内のＪ市に所在する。Ｊ市は、人口約43万人を擁する東京のベッドタウンである。市内には、工場や事業所が約300事業所、所在するほか、交通網も充実していることから人口は増加傾向にある。また、県内有数の観光地を擁する。そのため、Ｊ市の財政は、財政力指標1.0以上、自主財源比率6.8という、安定したものである。

精神保健福祉に関連した機関・施設は、市が設置する保健所のほか、２ヶ所の精神科病院と複数の精神科診療所が置かれている。精神障害者を対象とした障害福祉サービスは、就労移行支援事業所10ヶ所、就労継続支援Ａ型事業所３ヶ所、就労

継続支援Ｂ型事業所11ヶ所、共同生活援助21ヶ所、などである。また、同市内の障害者相談支援体制は、基幹相談支援センター、４か所の委託相談支援事業所、13か所の特定相談支援事業所などで構成されている。

そのなかで、現在、法人Ｅは、Ｃ事業所を含む３ヶ所の就労支援拠点において就労継続支援Ｂ型事業を実施している。加えて、Ｃ事業所では、就労移行支援事業と就労定着支援事業を展開し、利用者の一般就労に向けた支援システムを構築している。さらに、GHを４ヶ所運営するほか、地域活動支援センターⅠ型及びⅢ型、J市委託相談、地域相談支援、計画相談支援などを実施し、総合的な生活支援サービスを提供している。

法人Ｅの源流は、1970年代後半に発足したJ市精神障害者家族会（以下、Ｅ会）による小規模作業所及び共同住居の設立と運営にある。Ｅ会は、小規模作業所及び共同住居の活動を基点に、Ｆ県の精神衛生センター（現、精神保健福祉センター）及び保健所、J市、精神科病院、地域住民などと協働して、新たな小規模作業所や共同住居の設立、精神保健福祉ボランティアの育成、専門職向けの学習会の開催、精神保健福祉に係る組織のネットワーク化などの地域支援活動を長きに渡り展開し、J市における精神障害者の生活支援システムの基盤を形成してきた。また、2000年の社会福祉法改正を契機に、Ｅ会は社会福祉法人格を取得し、現在の法人Ｅに至る。なお、法人Ｅが構築してきた就労支援や居住支援、相談支援に係る取り組みや仕組みは、Ｆ県や国において好事例として取り上げられている。

Ⅵ. 利用者Ａさんと支援者Ｂさんのプロフィール（ミクロレベルの概要）

Ａさん（男性、50歳代）は現在、Ｄホームで暮らしている。朝の身支度を整えて、行きつけのコーヒーショップでお茶を飲むのが日課である。その後、９時頃にＣ事業所へ出勤し、昼まで事業所での作業に従事し、その後再び、行きつけのコーヒーショップにてティータイムを楽しみ、夕方にＤホームへ帰宅。帰宅後は、就寝の身支度を整えて、好きなテレビドラマを観賞し、23時頃に就寝するというのが、標準的な１日のスケジュールである。

また、曜日によって精神科や内科への通院があるほか、「月曜日は週の初めなのでちょっとだるい」と、自分の体調にあわせて一日のスケジュールを柔軟に調整している。

ＡさんのＣ事業所利用開始時期から現在までの生活歴、既往歴は、次のとおりである。

200x年：法人Ｅの前身である家族会が運営していた小規模作業所の利用を開始
このころ、同会が運営していた共同住居（後のＤホーム）にてＢさんと出会う
200x+２年：県外の入所授産施設に入所。サービス業務に従事
200x+５年：Ｃ事業所の利用を開始。J市内で１人暮らしを開始
200x+10年：実家での両親との同居に移行
腹膜炎にて入院
200x+12年：Ｄホームに入居
200x+15年頃：高血圧症、高脂血症を発症
200x+16年：チャレンジスリーマンス、就労移行支援の利用を開始
200x+17年：就労継続支援Ｂ型に移行

一方、支援者であるＢさん（男性、40歳代、精神保健福祉士の資格を所持）は、Ｄホームの前身である共同住居の常勤職員として採用された。その後、Ｃ事業所に異動となり、現在はサービス管理責任者と施設管理者の役割を担う。また、Ｆ県やJ市の精神保健福祉に係る関係機関の連合組織の役員や地域の支援者向けの研修会の企画、講師を担うなど、地域支援のリーダーとして活躍しており、多忙な日々を送っている。

Ⅶ. 結果－利用者Ａさんと支援者Ｂさんによる「振り返り」の分析

(1) 一般就労を目指して、スキルを上げてキャリアを積む

Ａさんは、200x+２年にそれまで通所していた小規模作業所から、県外の入所授産施設（以下、Ｇ施設）に移り、そこで接客サービスに係る業務のスキルを磨いた。その経験をＡさんとＢさんは、次のように振り返った。

> Ｂ：このままいけばなんとか就職いけそうかなというリズムだったね。
> Ａ：Ｇ施設でかなりスキルあげてきたんで。僕にとっては集大成みたいなことだったんですよ。サービスのね。

Ａさんにとってｇ施設での経験は、サービス業に従事するためのスキルを高める機会であったと同時に、一般就労に向けた自信につながるキャリアとなっていた。また、Ｂさんは、その頃のＡさんについて、次のように語った。

> Ｂ：うちに移るときね。いわゆるケア会議みたいなのをやって、うちに移られてきて、働きたいという目的があったので。
> （中略）
> 一人暮らしをＧ施設でちゃんとやれていたから、１人暮らししながら（中略）うち（Ｃ事業所）に移ってきた。

以上のような経過から、Ａさんは一般就労を目指し、Ｂさんはその実現を期待して、支援が開始されたことがうかがえる。しかし、その後、１人暮らしのなかで様々な出来事を経験し、その暮らしを続けることが困難となった。そのため、Ａさんは、実家に転居して両親と共に暮らすこととなった。

(2) 生活環境と生活様式の変化によるセルフケアの課題

Ａさんは、実家での両親との生活に移行し、父親との関係にストレスを抱くようになった。また、この生活環境の変化は、一般就労に向けて利用を開始したＣ事業所での活動を困難にした。その頃のことをＡさんとＢさんは、次のように振り返った。

> Ｂ：（前略）一人暮らしをしている中でいろいろあって、一人暮らしちょっと難しいよねって話になって実家に戻られたのね。実家に戻られてから駄目だったな。
> Ａ：駄目でしたね。親父にこき使われるばっかしで。
> Ｂ：毎日来るんだけどちょっと顔見せ、「ちょっと来ました」みたいな、「Ａです」みたいなね。笑顔で笑って帰られちゃうからなんとも言いようがなくてね。
> Ａ：Ｂさんは、「来たんだから作業していけば」って言うんですよ。僕の方はちょっと（予定が）キツキツで来てたんで、「そのまま帰らせていただきます」って。

また、生活環境の変化に呼応するように、Ａさんの体調に危機的な変化が生じた。

> Ｂ：そんなんやってたら、盲腸腐りかけて。
> Ａ：腹膜炎ですよね。
> Ｂ：その時期。とかね、よく頭痛いとか腹痛いとか言っていたよね、あの頃もね。よく病院行っていた。

こうした生活環境や体調の変化を経験し、Ａさんは支援者の勧めもあり、親元からＤホームへと移り住むこととなった。しかし、Ｂさんは、Ａさんの体調の変化や父親との関係に関連した要支援ニーズを考慮し、Ａさんに再考をうながした。この時のことをＢさんは、次のように振り返った。

B： ホーム（Dホーム）に行ったよね。ホーム入るときに、うちのホームのことよく分かっていたからいろんな忠告した、Aさんに。「ホームってこういうところだから、それでも大丈夫？」。大変だったね。
（Dホームは）夜間人を配置してないから、そういう意味でのAさんのニーズには応えられてないかもしれない。

元々Dホームの支援者であったBさんは、Aさんの有する要支援ニーズとDホームの支援システムが適合しないことを予測していた。その後、Dホームに入居したAさんは、他の入居者との関係や頻繁にDホームの職員に苦情を申し入れる父親との関係にストレスを覚えた。また、それに呼応するように、食生活の乱れなどセルフケアにも課題が生じた。その結果、Aさんの社会的機能は、一般就労を目標に据えたC事業所の利用者としての役割が限局し、体調の変化に伴う患者の役割が拡大した。このことを両者は、次のように振り返った。

B： 一時すごく色んな病院行ったよね。
A： 行ってきましたね。目だの。
B： 目でしょ。整形も行っていたでしょ。
A： 整形。
B：内科も行ってたでしょう。
A： 内科も。
B：（中略）しょっちゅう病院なんだもの。
A： 来て失礼します。
（別の場面）
B： Aさんもなかなか気遣うから、職員に言わないときもあって、お父さんにちょっとこぼすじゃない。お父さんが猛烈な勢いでホームに怒りの電話をいれちゃうわけですよ。

以上のような、Aさんの生活環境、社会的機能、セルフケアの課題に変化が生じた状況においても、BさんはAさんの就労に係るスキルを見込み、Aさんも一般就労をあきらめなかった。

(3) 支援者が抱く期待とその変化―本人に寄り添って

C事業所では、就労移行支援の利用に際して、利用希望者の利用に係る準備性などを評価するプログラムを実施しており、Bさんもこのプログラムを利用した。Aさんにとっては、再び就労を目指すモチベーションの向上につながり、BさんもAさんの就労スキルに期待した。この時のことを、両者は次のように振り返った。

A： ３ヵ月、スリーマンスのときはやりましたよね。
B： だいぶやったね。あの時はね。うちは（就労継続支援）B型から（就労）移行支援に移るときに、チャレンジスリーマンスというのがあって。（中略）移行支援に行く前にハードルを設けている。それがチャレンジスリーマンスっていって、３ヵ月間、無遅刻、無欠勤、無早退を目指し、（中略）その３ヵ月間の苦しい道のりを乗り越えた者だけが移行に移れる。
それをAさんはチャレンジしてたね。あの３ヶ月はすごかった本当に。この人は就職できるかも知れんと思って、俺もモチベーション上がってさ。Aさんがこれかみたいな。
I： 無遅刻、無欠席で
B： ほぼね。作業やってんじゃんみたいな。（中略）作業できるんだよ。この人器用な人だから。いろんなことが出来るのに、すぐ「たばこ吸ってきます」とかさ。すぐ行っていたから、ちょっと難しいなと思ったんだけど。あの頃は違っていたの。それを乗り越えて移行支援に移って、就職できちゃうのかもと思って。

他方、Aさんの父親もまた、息子の一般就労への期待を抱き、父親の抱く禁煙や整理・整頓など、

「社会人の心構え」をＡさんに求めるようになる。その親心ゆえの干渉が、Ａさんのストレスとなった。結果として、Ａさんは、一般就労に向けた準備に対するモチベーションを低下させてしまう。この出来事について、両者は次のように思い返した。

Ｂ：なんかな。がっくり来ちゃったな。
Ａ：そうですね。何か病院で手術だとか禁煙だとか
（中略）
Ｉ：　そのときに禁煙の話になったんだ、なるほど。そういうことだったんですね。
Ａ：もうスキルが上がったんだと思って。
Ｂ：もうあとはこれだけだみたいな感じで。「やっぱり順番ありますよから」って言ったよ、お父さんに。
Ａ：僕のリズムでやらせてもらうとよかったんですけど、（中略）（父は）社会に出たら、もう禁煙と確認が必要だって

さらに、父親による禁煙の要求は、長期に渡った。他方、Ａさんには禁煙の意志はなく、その要求はストレスでしかなかった。そのＡさんの様相を両者で次のように振り返った。

Ｂ：もう満身創痍だよ。お父さんは心配して、禁煙にも挑戦させられてね。
Ａ：そうそう、
Ｂ：きつかったな。
Ａ：やりたくもなかった。
Ｂ：それだけストレス溜めてさ。イライラしてるんだ毎日。それ見るのも嫌でね。
Ａ：大変だった。

Ｂさんは、上記のような、Ａさんの一般就労へのチャレンジやその挫折、その背景にある父親の思いと干渉、Ａさんと父親との関係などを見守り続け、時にＡさんを厳しく指導し、時にＡさんの盾となってきた。

こうした支援過程を経験し、ＢさんはＡさんの志向や個性、強みなどＡさんの実存に対する理解を深めていった。そして、Ａさんは、就労継続支援Ｂ型を利用しながら、Ａさんなりの生活スタイルを支えることが、一般就労を目指すことよりも重要な支援であるとの認識に至った。

Ｂ：そう。ストレスフリーだよね。俺はそう思ってる、絶対に。だから、Ｂ（就労継続支援Ｂ型）に今の段階で移ってよかったなって思ってる。好きなように動いてるから。やっぱり移行支援にいるときは、もうこの残りの期間でこの人をどうにかせねばならんっていうのがあるから。
Ａ：やっぱり９時から何時までいなきゃいけないとか。
Ｂ：そうだね。まずその（時間的な）拘束に慣れるとかさ。
Ｉ：　いろんな環境の縛り。
Ｂ：環境の縛りに慣れてもらおうとか。働いてお金もらうってやっぱりこういうことだから、何回も言ってたんだけど、分かってるんだけど、できなかったな。
Ａ：できなかった。用事があったら終わらしてから行くっていうのができなかった。
Ｂ：そうそう。できなかった。用事が気になっちゃって、そっちのほうを先に優先させちゃう感じ。気持ちも分かるからね。今それができているからね。
Ａ：そうですね。

こうしたＡさんに対するＢさんの理解の深化は、日常的に展開される支援過程によるところが大きい。これまでＡさんは、父親との関係やお金のことなどで不安やストレスを抱えきれなくなると、留守番電話やＦＡＸを用いてＢさんに訴えかけてきた。Ｂさんは、Ａさんの訴えを受け止めつつも、このやりとりのなかでＡさんが自身の不安やストレス、混乱や怒りなどを整理したり、軽減したりするという。このことについて、両者は次のように語った。

A： 留守電とかファックスとか、それでしゃべるから。
B： 同じことだからね、全部。留守電、ファックス、次の日来たときの訴え、全部一緒だから。
I： 一貫しているわけですね。
B： うん、全部一貫してる。時系列でちょっとずつ情報が増えていくけれどね。結構毎日どん詰まり感があるから大変だよね。
A： なんかどん詰まるんですよね。親のこととか。
B： 金のことなんかも大変だしな、実際。
A： それも大変ですよね。
I： 話したり整理する中で、Aさんの中でも整理されることとかがあるということなんですかね。
A： それは本当にありがたいと思っている。助かっている。

(4) 折り合いをつけて最適を探る

以上のような支援過程のなかで、AさんとBさんは互いの立場や状況、志向や特性などを理解しながら、支援関係を深化させてきた。この関係は、互いの共感性を高め、さらなる相互理解へとつながっていた。

A： 作業となるとね。
B： そうね。なんとなく退屈なんだろうね。人は好きなんだよね。人が好きだからたぶんこう、お話するのもたぶん好きなんだと思うし。
A： そうですね。知らない人とも話しちゃうしね。でも誰とでも話すわけじゃなくて、掴みがあった人だけ。
B： そうだよね。波長的にこの人聞いてくれるなとか、話せるなと思った人だね。
A： 向こうも話してくれる人がときたま何人か。

また、両者の間で形成された支援関係によって、Aさんは自分の直面している問題や課題への対処の仕方を身につけていた。また、Bさんは、Aさんに対する支援の確度を高めていた。

B： この間、薬溶けちゃうって言ってたのは、あれは何なの？
A： 薬もらって、外来のときにバイクに引っ掛けてたら落っこっちゃったという話しましたよね。そしたら何かトラックか車が轢いたみたいなんですよ。
（中略）（薬が）割れちゃって・
B： 割れたってことね。踏まれて割れたって。（薬の再処方が）自己負担になったでしょ。
A： そうなんですよ。親父には言わなかったんだけど
B： やめた方がいい。それは賢明な判断。素晴らしい。いい判断だったと思う。やっぱり自分で解決していかないと。
（別の場面）
B： 基本Aさんに関して言えば、訴えの量は他の利用者さんのおそらく３倍ぐらいあるんで、とにかく聞いて整理しようと。しゃべりながら怒ってるときも多いから。興奮しちゃってるときは、やっぱり制御がきいてなくて、そこはとりあえず聞こうと。聞いて、整理して、「こういうことかな」というふうに言うと、「あっ、そういうことなんです」って分かってくれる。

(5) セルフケアの課題とその対処

現在、Aさんが直面するセルフケアの課題には、精神科に係る通院、服薬にくわえて、高脂血症、高血圧症に係る治療がある。また、身体的な不調を経験することが多いことや、治療への父親の干渉などの課題を抱えていることから、服薬や通院に困難を経験していた。

B： 薬、（色々と処方されていて）分かんなくなっちゃったりとかしない？
A： いや、しますよ。だから、血液サラサラを重視してると血圧忘れちゃうし。血圧（の薬）朝にしてもらったんですけど、それで精神薬とか飲むと精神薬飲む習慣がついてるんでいいんですけど、それで精一杯なんですよ。それプラス、サラサラと血圧っていうとかなり負担になって。
B： そうだよね。
（別の場面）
A： 2007年ぐらいからつい最近まで結構、病院通ってましたよね。
B： そうね。
A： なかなか落ち着く病院がなかったというのもあるんです。
B： ドクターショッピングというのではないけど、効果がないとね。
A： そうですね、病院大好きみたいな。
B： 精神科もいろいろ変えてるもんな。
A： そうですね。はじめは●病院で、でも遠いから●病院にして、それでJ市に住むことになって、そこでちょっと親父がトラブって、そしたら●病院に行けって。

Aさんは、上記のようなセルフケアの課題を抱えながらも、自分の体調を主治医に伝えて服薬の調整を求めたり、処方薬を紛失しないように薬の置き場所を工夫するなど、自分なりのセルフケアを実行していた。

A： 朝と夕に（薬の処方を）分けてもらったんですよ。昼飲むと眠くなるから分けてもらって、だからそれから１ヶ月か３ヶ月したら昼寝なくてもすんでいる。
B： そうなんだ。じゃあ薬の飲み方変えたところで眠らなくなったのね。よかったね。
A： というか３ヶ月ぐらいずっと眠かった。寝てばっかしいましたよね。

Ⅷ. 現在の支援関係と支援過程

これまでのAさんの生活の経過と支援経過を経て、Aさんはセルフケアや父親との関係の課題を持ちつつも、自分なりの生活様式を形成ししつある。また、BさんもAさんの一般就労への移行について淡い期待を抱きつつも、Aさんの生活様式や志向、個性を踏まえ、あまり干渉せず、見守りを中心とした支援を展開している。

B： Aさんという人は、自分のことを包み隠さず話をしてくれるんで。普通ならこれは知られたくないということも全部しゃべってくれるんですね。そういう意味で、わりと注意されるとかを怒られるなと思うことは嘘をついて隠そうとするんだけど、必ずあとでばれて「こうだよね」って言うと、「そうでした」という。
（中略）
A： 包み隠さずですか。
B： あんまり隠してないよね。
A： 隠してもいますけど、ばれちゃうしね。
B： 全部ばれるからね。「Aさん、こうじゃない？」と言うと、「そうですね」って。
A： 常識はありますからね。
B： ほぼほぼでも話してはくれてはいるよね。だから、どの利用者さんよりもたぶん内面的な部分はよく理解できているんだろうなと思う。
I： だからBさんもあまり手を出し過ぎず、口を出し過ぎず、見守っていられるということなんですかね。
B： そうだよね。当たっているかもしれない。

また、こうした支援関係と支援過程は、これまでの長きに渡るAさんとBさんの関係性が下支えている。長い両者のかかわりの過程で形成された信頼関係は、Aさんの自己尊厳、自己評価及び対処能力を高め、Bさんの支援を紡いできた。

B： 私に「人としてこれはどうかと思う」と言われたときは、やばいって思うもんね。
A： ありますね。（中略）自分のことを相談しているわけだから自分の責任を負わなきゃというのがあるし。
B： そういう意味では、私もＡさんのことを信頼している。
A： そうですか。
B： 本当に、本当に。
A： ありがとうございます。
B： 何回も裏切られているけどね、当然のごとく。こうなってくれるだろうみたいな期待は裏切られる。でも、信頼は裏切ってない。期待はしちゃいけないんだけど、やっぱちょっとしちゃうんだよな。
A： 頑張りそうなんですよね。
B： 頑張りそうなる瞬間がある。なんかね、助走がいいときがあるのよ、たまに。このままいってくれりゃなという淡い期待が１週間ぐらい続くとしちゃうんだよね。
持っている能力高いから。
A： そうですか。ありがとうございます。

Ⅸ．考察

（1） 相互的な支援関係による危機への対応と支援の形成

これまでＡさんとＢさんにより語られてきたストーリーは、セルフケアに係る支援過程が直接的に語られたものではない。しかしながら、両者がこれまで築き上げてきた信頼関係に基づく支援関係が、Ａさんの生活情報をＢさんを含む支援システムに提供し、高EE傾向にある父親とＡさんとの間で生じる葛藤状況を収束させ、Ａさんらしい生活様式の形成を促してきた。

筆者ら（2019）は、内科的疾患を有する高齢精神障害者のセルフケアの促進要因を探索する質的研究において、当事者と支援者が援助関係を通して互いに自らのゲシュタルトを見直すことで、当事者は自らの生活課題を自覚してセルフケア能力を高めることを仮説的にとらえた。他方、支援者は、自らの支援を見直し、支援課題を再構成しながら、当事者の生活課題と生活様式の変化をとらえ、セルフケア能力の向上を支えるために支援を発展させていた。この支援過程が、当事者のセルフケア能力の向上を促すことを仮説的にとらえた[18]。

今回の調査対象者である、ＡさんとＢさんの支援関係においても、同様の支援過程が見てとれる。ＡさんはＢさんとの支援関係において、自らのセルフケアや父親とのよりよい関係を模索し、自己尊厳や問題対処能力を高めつつ、自分らしい生活様式を探索していた。また、Ｂさんは、自らのＡさんに対する期待や支援を見直しつつ、実存としてのＡさんをとらえ、支援課題の適正化を図りながら支援を紡いでいた。その結果、Ａさんの健康上の危機は回避され、服薬や通院場面におけるセルフケア能力を徐々に蓄えてきたといえよう。

（2） サクセスフル・エイジングに向けた支援関係と支援過程

Ｃ事業所は、Ａさんにとって日中活動の場面であり、Ｂさんにとっては就労支援の実践の場である。そのため、日常的なセルフケアに係る支援は、居住の場であるGHにその比重が置かれよう。ただし、終の棲家であるGHの支援だけでは、ＡさんもＡさんを支えるGHの支援者も閉塞状況に陥ることが予測される。

筆者の実施した統計的研究では、GHの支援者による入居者のセルフケア能力の評価は、入居者の日常生活能力と支援者の経験知に影響されることをとらえた[19]。

終の棲家であるGHにおける入居者の生活状況や健康状態の変化は、緩やかである。そのため、緩やかな入居者の変化をとらえるためには、入居者との援助関係の成熟度や居住支援の経験年数などの要素が、セルフケアの能力に影響を与えるものと推察する。くわえて、GHの居室は、プライバシーの一定確保された空間である。そのため、

支援者による入居者の支援課題に係る評価は、どうしても日常生活上の「できないこと」と「顕在化する問題」に焦点化される傾向があるものと推察する。しかし、こうした評価による支援は、必要な場合もあれば、C.ラップ（2008）らが指摘するように、時として生活の抑圧やリカバリーの阻害へとつながり、閉塞状況を生み出してしまう[20]。

この閉塞状況に「風穴」を空けるためには、社会とのつながりのなかで鮮明化する当人の個性や強み、及びその人なりの生き方への理解が不可欠である。また、その理解のためには、当人と環境との交互作用とその社会的機能の課題及び変化を見極める支援関係と支援過程が不可欠である。

先述した筆者らによるセルフケアの促進要因に係る質的研究では、加齢によってGH入居者が経験する社会関係及び社会的機能の変化に対して、当人が選択的最適化を図り、最適な発達を成し得るよう補償（支援）することが、セルフケアを促進する原動力となることを仮説的にとらえた。

選択的最適化について、P.バルテスら（1990）は、サクセスフル・エイジング（幸福な老い）に関する論考のなかで、当人が補償（支援）を受けながら、自らの体力や賃金、ソーシャルサポートなどの資源を自分の状況にあわせて選択し、最適化を図ることと説明している[21]。

この選択的最適化に係る論考をＡさんとＢさんの支援関係及び支援過程に重ねると、Ａさんの一般就労に対する意識やＢさんの期待の変化、及びその変化に伴うＡさんの生活様式や父親との関係の変化は、相互的な支援関係の発展により、Ｂさんの補償（支援）によって支えられてきたといえよう。他方、Ｂさんは相互的な支援関係を基盤に、自らのゲシュタルトを省察しながら、最適な補償（支援）を展開してきたといえよう。こうした支援関係に基づく支援過程が、Ａさんの生活様式の形成を支え、セルフケアを促進したと推察する。

以上のことから、就労支援のフィールドをはじめ、社会との接点を紡ぐ日中活動の場での支援は、セルフケアに課題を抱える人の生活様式の形成に寄与することが期待される。つまり、生活様式のなかに、セルフケアを織り込むことで、セルフケアをより確かなものにするという生活構造の形成である。服薬や健康な食事などセルフケアを目的に生きている人はいない。生活様式の形成があり、価値ある役割があり、本人なりの楽しい生活があり、それを謳歌するためにセルフケアが必要なのである。このことをＡさんとＢさんの支援関係が物語っていると、両者の振り返りを分析し、筆者は解釈した。

Ｘ．おわりに

今回の個別事例に立脚した研究は、普遍的な支援モデルを論ずるものではなく、その形成に向けた基礎的研究の一環である。そのため、本稿で導き出した推論に加え、更なる支援過程のライフストーリー分析を重ねて、新たな知見を得ることで仮説的理論へと発展させること、さらには仮説的理論を統計的なアプローチにより検証することが今後の研究課題となる。くわえて、今回の調査フィールドであるＣ事業所は、先述したとおり、長きに渡る実践の積み重ねとそのモデル化により、より確かな支援体制を構築してきた支援組織である。したがって、今回の論考が日中活動の場を得ることができていない人や支援体制が十分ではない事業所などに適合するかは疑問である。そのため、多様な支援システムとそれを利用する人を対象とした調査研究を展開することも今後の課題である。

＊本研究は、平成29年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）（基盤研究（C））を受けて実施したものである。

【注・引用文献】

1) 厚生労働省政策統括官付参事官付社会統計室「平成29年社会福祉施設等調査の概況」，2020年，５頁
なお，利用者数には，精神障害者以外の利用者を含む.

2) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成21年社会福祉施設等調査結果の概況」，2010年，及び前掲資料１）との比較による.
なお，利用者数には，精神障害者以外の利用者及び共同生活介護の利用者数（2010年調査に限る）を含む.

3) 前掲資料３）116頁
なお，当資料116頁に示された，「医療ケア等」の件数のうち，「インスリン注射」，「人工透析」，「導尿」の３項目を抽出し，最大値を示す「インスリン注射」（118件）を下限値，先述の２項目の合計値（233件）を上限値とし，その割合を記した.

4) 鈴木孝典，北川裕道「内科的疾患と精神障害のある高齢者のセルフケアを促進する支援過程―グループホームを拠点とした生活支援からの考察」，『精神保健福祉学』６（1），2019年，30-31頁

5) 前掲書４），31頁

6) 鈴木孝典「精神障害者地域生活支援サービスにおける専門職員のリスクへの認識と対応に関する一考察」，『鴨台社会福祉学論集』（15），2005年，63-69頁

7) 鈴木孝典「精神障害者グループホームにおける評価支援ツールの開発的研究」，『大正大学大学院研究論集』（36），2021年，165-174頁

8) 北川裕道，鈴木孝典，藤直子，他「精神障害がある人の地域生活支援　―グループホームを拠点とした支援の展開」，『ソーシャルワーク研究』36（1），2021年，58-65頁

9) 前掲書４），42頁

10) 前掲書４），31-32頁
なお，本稿に係る調査研究は，前掲書４）の継続研究に位置づく.

11) 障害者福祉研究会編「ICF国際生活機能分類―国際障害分類改定版」中央法規出版，2002年，３頁

12) 前掲書11），146頁

13) 前掲書11），146-149頁

14) 前掲書11），149頁

15) 前掲書11），９-10頁

16) 前掲書11），14頁

17) 前掲書４），32頁

18) 前掲書４），42頁

19) 前掲書７），168-169.

20) ラップ，C.A.，ゴスチャ，R.J.，（田中英樹　監訳）：ストレングスモデル―精神障害者のためのケースマネジメント．中央法規出版，2008.（原著：2006），25-36頁

21) Baltes, P.B., Baltes, M.M.: Psychological perspectives on successful aging —The model of elective optimization with compensation. In Baltes, P.B. Baltes, M.M.,（Eds）, Successful aging ;Perspectives from the behavior sciences. Cambridge University Press, 1990, pp.1-34