

つまり、精神障害リハビリテーションの対象として考える際に、精神科医療のみを必要としている人から精神科医療、精神科リハビリテーション、さらに教育・職業・福祉分野の支援を必要としている人までを精神障害者として位置づけていることになる。

3

ICFによる精神障害の捉え方

先に述べた法律の定義による精神障害者の位置づけを基にして、ICFの枠組みを用いて精神障害のある人の具体的な生活上の困難を整理する、次のように考えることができる。

統合失調症（疾患）を患い、急性期には幻覚や妄想（心身機能の障害）といった症状があったが、治療によりそれらは改善される。しかし、意欲や活動性の低下（心身機能の障害）は改善されず、生活の自己管理などの状態は以前に比べると低下している（活動制限）。具体的には、買い物、調理、掃除や洗濯といった行為が思うようにはかどらなくなる（活動制限）。これを、ADL (activities of daily living: 日常生活動作) 評価との関連でみると、日常生活動作を細分化した場合はそれぞれ実行可能であるが、それらを統合化し、継続して適切に行なうことが困難な場合がみられる。たとえば、食材を包丁で切る、フライパンで炒める、調味料をかける、皿に盛りつける、箸やスプーンなどを用いて食べる、食器を洗う、片づける、といったそれぞれの行為そのものは実行可能であっても、全体を段取りよくやり通すことが困難（活動制限）となり、結果的に調理をして食べることができないというものである。また、社会生活では、他者との関係の維持や社会的役割の遂行が難しくなり、働き続けることや就職することが難しくなる（参加制約）。そのほかにも、過度の緊張やこだわり、力を入れるところと抜くところのバランスが保てないことなどにより、日常生活場面（活動）や社会生活場面（参加）での行為や役割の遂行が難しくなるといったものもある。

また、治療に必要な服薬による副作用が直接活動を制限してしまう場合（活動制限）も少なくない。さらに、精神科病院への入院や通院そのものが、職場や近隣からの偏見にさらされることになり、社会的活動が困難になる（参加制約）こともある。加えて、これらのような困難を抱えていても、利用できるサービスの整備状況や所属している組織や集団の理解度といった環境因子が、その者の生活機能に大きく影響すること

はいうまでもない。もちろん、それらの困難を抱える本人の個人因子についても同様である。

4

精神障害の特性

Active Learning

身体障害や知的障害と精神障害を比較し、生活するうえで共通する困難と精神障害者に多くみられる困難について調べてみましょう。

①理解されにくい

精神障害の特性については、まず視覚的把握が難しく、結果として理解されにくい点が挙げられる。疾患の症状であっても、本人の言葉からの解釈が基本となり、外見から把握することは困難となる。また、検査などによって数値でそれらを測定することも難しい。これらは生活機能においても同様であり、心身機能、活動や参加の状況を理解するにも、一見して把握可能なものは少なく、時間的経過が伴う観察を通じて把握できことが多い。さらに、これらの理解には、その前提として本人との関係が形成されている必要があり、そうでなければ自らの体験などを語ってもらはず、それらの状況を正しく把握することが難しくなる。

これらのことにより、精神障害が理解されにくい要因となっていることも考えられる。

②疾患と障害を併せもつ

次に、疾患と障害を併せもつという点がある。精神疾患や社会的障壁がもとで、日常生活や社会生活に困難を有する者を障害者とする障害者基本法などの定義からも、そのベースに精神疾患を有しているという点がある。疾患の症状そのものは解消されている場合であっても、再発を予防するために治療を続けていたり、生活上の配慮や努力が必要となる。

また、症状がなかなか安定せず、それが直接生活機能に影響し、暮らしに重大な影響を及ぼすことにもなる。逆に、日常生活や社会生活上の乱れが再発や症状の悪化を招くことは、多くの人たちにみられることである。いわゆる、障害の部分だけに焦点を当てた支援、疾患の治療のみに終止するのではなく、両方の側面に対する配慮が求められることになる。

③障害の状態が固定されていない

さらに、障害の状態が固定しないといわれる点が、特性としてある。精神障害を有する人たちへの支援を展開していく場合、疾患や障害だけでなく、他の要因も含めて、生活機能に着目することが重要である。ほかの障害のある人たちにおいても、生活機能が固定せず、変化するこ

は十分考えられる。しかし、精神障害の場合は、先に示したように、疾患の症状そのものが不安定である場合や、活動制限や参加制約の状態固定しないことがめずらしくないといわれる。たとえば、精神障害者保健福祉手帳の等級が変更される、あるいは手帳が交付されなくなるほ、それらの状態が改善されるといったことである。支援者には変化にじたアセスメントの再実施が求められることになる。

④誤解、偏見、差別が解消されていない

最後に、精神障害の特性として掲げておかなければならぬ点は、誤解やそれに基づく偏見、差別が解消されるには至っていないことである。

これは、生活機能における環境因子とそれからの影響を受けた個人因子にあたるものであるが、精神障害のある人たちの社会復帰や社会経済活動への参加を促進していく際には、大きな障壁となっている。個人レベルでは、疾患の状態、心身機能の障害、活動といったものに困難がなても、参加に大きな制約がなされてしまう場合が、まだまだ多いのが実情であり、この点も精神障害の特性として認識しておく必要がある。

◇引用文献

- 1) 厚生省保健医療局精神保健課監『精神保健福祉法——新旧対照条文・関係資料』中央法規出版, pp.72-73, 1995.
- 2) 精神保健福祉研究会監『三訂 精神保健福祉法詳解』中央法規出版, p.73, 2007.

◇参考文献

- ・精神保健福祉研究会監『四訂 精神保健福祉法詳解』中央法規出版, 2016.

チームアプローチ

学習のポイント

- チームアプローチと多職種連携の概要を把握する
- 各専門職の役割を理解する
- ・チームアプローチの方法や課題を学ぶ



チームアプローチとは

「チーム」はもともと、荷車を引くためにつなげられた動物の集団を指す言葉として生まれた。したがって、チームワークとは、同じ目標に向かって異なる能力をもつ者たちが、知恵と力を合わせて協働することをいう。協働することで相乗効果を生み、個々人の努力の総和よりも高い業績水準を生み出す。しかし、チームワークに関する用語や概念は統一されておらず、それぞれが混同されて用いられている。

類似した用語に「連携」があるが、連携とは、異なる背景をもつ複数の専門職が質の高いケアを提供するために、当事者、家族、介護者、地域とともに働くことを指す。ただ、「linkage（連結）」「cooperation（協力）」「collaboration（協働）」のいずれもが「連携」と訳される場合もあり、明確に区別されているとは言い難い。「連携」という用語に、連結、協力、協働などが含意される場合もある。

このように、「チームワーク」「連携」「協働」の定義は明確に区別できない。「連携」は、専門職間、専門機関間における協働を指すことが多いが、近年は当事者参加が謳われるようになっており、その差異はますますあいまいになっている。そこで本節では、多領域の関係者との協働・連携をチームアプローチとして論じる。

チームアプローチとは、専門の異なる職能集団と、当事者や家族が、継続的に協働して、共通の目標を達成するために協力することである。その目標のもとに、複数の人の知識と技術、知恵と力を結集する、問題解決の手法である。異なる学問からの専門職の集団、共通の目的、決定における多様な視点の統合、相互依存と調整、相互作用、チームの決定プロセスに当事者と家族を統合すること、活発なコミュニケーション、

専門知識に基づく役割分担、協力の風土などを示唆する。チームワークは、協力、相互依存、柔軟性、ゴールの集団責任、プロセスの省察という要素で説明できる。

チームには、同一機関、施設、組織内におけるチームと、多機関、多施設、多組織でのチームがある。また、ソーシャルワーカーの集まりといった同一専門職種のチーム、精神科病院で展開されるような同一分野の異なる専門職種のチーム、弁護士や学校教職員、後見人等を含むような、複数分野の複数の専門職のチーム、ボランティアや近隣住民も一緒に展開するような、専門職と非専門職が混在するチームとに分類できる。そうしたチームの構成員も、チームの規模も、目標によって規定され、柔軟に変化する。

本節では、精神保健福祉領域でチームアプローチの概観と、チームにおける各専門職の役割、チームアプローチを機能させるための方法と課題について説明する。



チームアプローチの概観

① チームアプローチが必要とされる背景

疾病構造の変化、医療の専門化と合理化、コスト削減、組織再編による細分化といったサービス提供側の理由と、ニーズの多様化・複雑化、家族やコミュニティの機能の低下、専門職の専門分化といった社会的背景をうけて、チームアプローチは登場した。一方で、当事者やその家族の多様なニーズに対し、一つの専門職、一つの機関のサービスでは十分に対応できなくなった。他方、在宅福祉が推進されるなかで、有効なサービスを効率的に提供できるシステムの必要性も高まった。

費用抑制が強調されるようになり、サービスの重複を避けて効果的、効率的、経済的なサービス提供への要請が強まっている。2010年には、世界保健機関（World Health Organization : WHO）も多職種連携教育・実践に対する行動のための枠組み（Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice）を発表し、最適なヘルスサービス提供には、連携実践が不可欠で、そのための教育が必要だと示している。個人の社会生活を想定した多角的な人間理解と、それに基づく全人的アプローチを可能にするために、またそうした支援が効率的、効果的に遂行されるために、チームアプローチが必