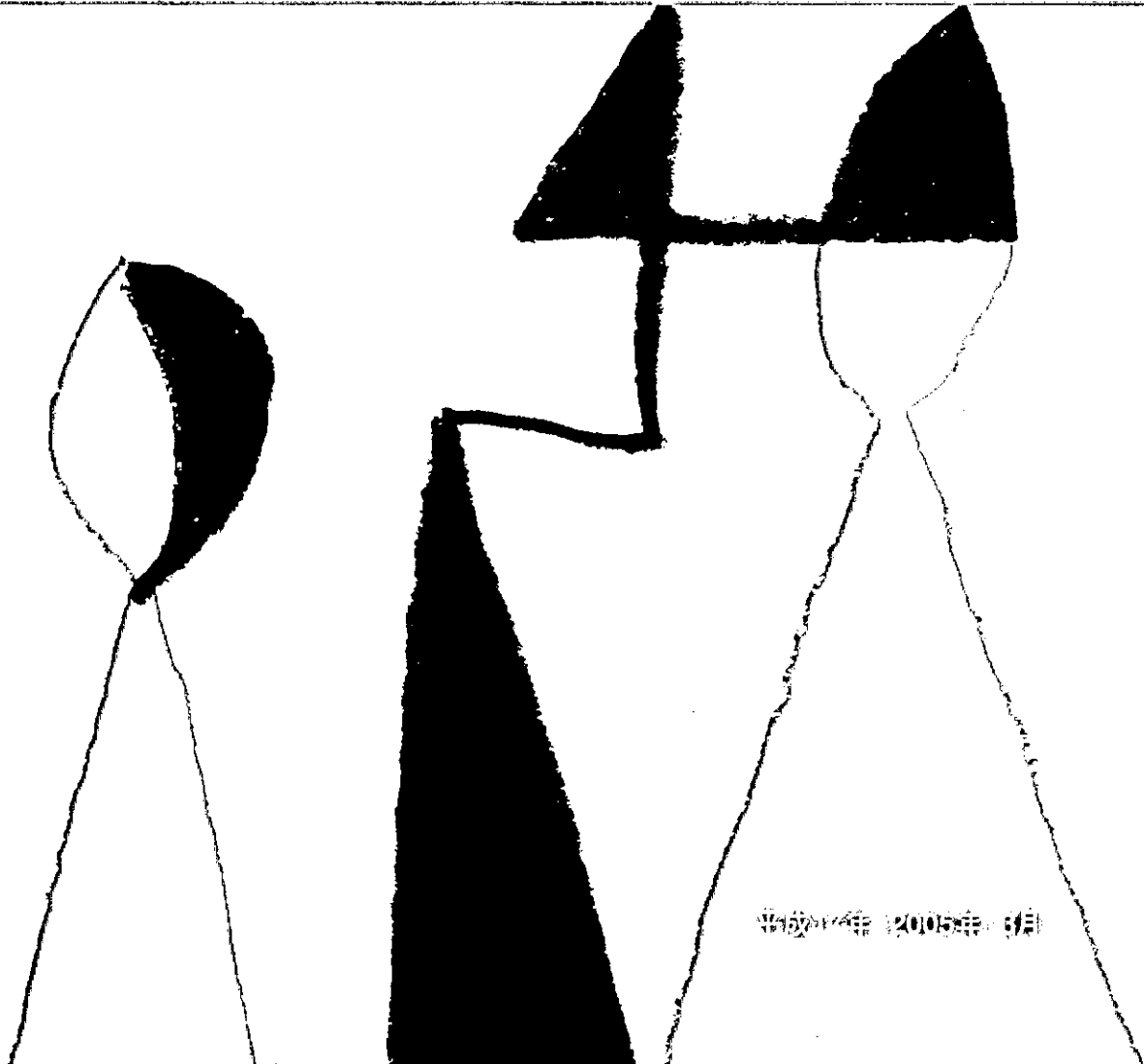


厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業

精神障害者の正しい理解に基づき、
ライフサイクルに応じた生活支援と
退院促進に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 上田 茂



厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業

精神障害者の正しい理解に基づく、
ライフステージに応じた生活支援と
退院促進に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 上田 茂

平成17年（2005年）3月

目 次

I. 総括研究報告書

- 精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と
退院促進に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
主任研究者 上田 茂

II. 分担研究報告書

1. 精神障害者のライフステージに応じた生活支援、医療のあり方に関する研究・21
大嶋 正浩
2. 精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理のあり方に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・73
新居 昭紀
3. 精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進のあり方に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・105
菅原 道哉
4. 精神障害者のライフステージに応じた住居、施設のあり方に関する研究・・・・119
山内 慶太
5. 精神障害者のライフステージの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究－精神疾患の理解と国民意識の変革の取組に関する基礎調査－・137
竹島 正

III. 研究協力報告書

1. 各地の「障害者支援モデル」革新の試み ～現場からの情報発信～・・・・・・293
羽藤 邦利
2. 「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き」作成について・・・・・・335
～手引き作成検討会の活動 第1報～
福島 昇

IV. 研究班名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・345

I . 総括研究報告書

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
総括研究報告書

精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた
生活支援と退院促進に関する研究

主任研究者 上田 茂 (国立精神・神経センター精神保健研究所所長)

研究要旨：

目的：精神保健医療福祉の改革ビジョンに示された、国民意識の変革と精神保健医療福祉体系の再編に関する達成目標の実現に不可欠な、精神障害者のライフステージに応じた、精神科医療と地域生活支援の提供、サービスを体系的に提供する地域ネットワーク、住居と施設のあり方、地域への普及啓発のあり方を明らかにすることを目的とした。

方法：精神障害者のライフステージに応じた、生活支援、医療のあり方、危機管理、健康増進、住居、施設のあり方、及び地域への普及啓発のあり方について、アンケート調査を行うとともに、実際の事例について検討した。

結果と考察：生活支援、医療のあり方については年齢の上昇に伴い、グループホームの利用率は上がり、ある年齢までは、親と同居できても、世代交代で、同胞が家庭を継ぎ、居場所がなくなる場合が多いのではないかと推測された。地域生活における危機管理では、家族の中のキーパーソンのあり方と治療側とのコミュニケーションが重要であり、家族の崩壊とキーパーソンの脆弱度によって、また医療機関との関係の希薄度に応じて訪問型支援が重要になることが示唆された。健康増進のあり方では、定期的な運動習慣のない者の割合は、年齢が上がるにつれて上昇していた。中高年の精神障害者の運動習慣を確立していくことが課題である。若年時のライフスタイルが後年に影響する体重の問題は 40 代で顕著であり、早くからの指導が必要であろう。喫煙習慣者は 40 代で 6 割と高率であり、精神障害者の喫煙率が高いことが明らかとなった。住居、施設のあり方では、「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」な患者であっても、年齢が上がるにつれて、長期在院している患者の構成比が大きくなり、総合的な機能、日常生活能力等が低い患者の割合が増大していることが明らかとなった。また主治医が適切と考える退院後の「暮らしの場」は、20 代では家族と同居が大半であるが、30 代では一人暮らしなどが、40 歳以上では入所施設が増加していた。精神保健福祉センターなどでは、統合失調症などの当事者活動に関する情報は、よく集まる状況ができており、普及啓発の企画や連絡調整の拠点として機能していた。

結論：本研究では、精神障害者のライフステージと健康状態に応じた、精神科医療と地域生活支援の提供、サービスを体系的に提供する地域ネットワーク、住居と施設のあり方、地域への普及啓発のあり方について検討した。その結果、ライフステージが異なればそれぞれ抱えているニーズや問題は異なり、それに応じたサービスが必要であることが示唆された。また、地域への普及啓発に関しては、精神保健福祉センターや精神保健福祉協会では、精神分裂病（統合失調症）やアルコール依存症、ひきこもりなどの当事者活動に関する情報は、比較的よく集まる状況ができており、普及啓発の企画や連絡調整の拠点として機能していると考えられた。精神障害者が、その正しい理解をもとに、ライフステージと健康状態に応じた、日中活動の場、介護等生活支援、住居、医療を、個々の支援必要性和本人の意向に応じて選択し、利用できるシステムおよびシステムマネジメントのあり方を、地域システムとしてさらに研究する必要がある。

分担研究者（50音順）

新居 昭紀（社会福祉法人

聖隷三方原病院）

大嶋 正浩（医療法人社団 至空会）

菅原 道哉（東邦大学医学部）

竹島 正（国立精神・神経センター

精神保健研究所）

山内 慶太（慶應義塾大学

看護医療学部）

A. 研究目的

精神保健福祉行政は、社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」以降、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の成立、精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」に基づく、普及啓発、精神病床等、在宅福祉・地域ケア等についての3つの

検討会の検討結果を踏まえて、厚生労働省精神保健福祉対策本部の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示されるなど、その施策のあり方を再構築する改革が始まった段階にある。この改革においては、精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院促進を進め、既存の精神保健福祉システムを改革し、活用していく体系的が必要とされている。

本研究では、精神障害者のライフステージと健康状態に応じた、精神科医療と地域生活支援の提供、サービスを体系的に提供する地域ネットワーク、住居と施設のあり方、地域への普及啓発のあり方を明らかにすることを目的とし、本年度は以下の研究を行った。

1. 「精神障害者のライフステージに応じた生活支援、医療のあり方に関する研究」（分担研究者 大嶋正浩）：地域で様々な精神的な疾患や障害を抱

えた未成年者層、成人層、高齢者層の各ライフステージに応じた、有効な地域生活支援、地域精神医療のありかたを明らかにすることを目的として、探索的な研究を行った。

2. 「精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理の在り方に関する研究」（分担研究者 新居昭紀）：この1年間に思いがけない入院と各主治医が感じたケースを挙げ、各症例のキーパーソン（以下 K.P と略）を軸に退院後の支援体制と危機介入の在り方を検討した。また医療的にも、地域生活の面でも危機的状況にある精神障害者を戸別訪問調査し、生活支援と危機介入の要点を把握し、既存の体制の不備を補うシステムを検討する。

3. 「精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進のあり方に関する研究」（分担研究者 菅原道哉）：現在地域生活を送っている精神障害者について、ライフステージの観点から、健康に関わる生活習慣の実態を年齢階級別に明らかにすることを目的とした。

4. 「精神障害者のライフステージに応じた住居、施設のあり方に関する研究」（分担研究者 山内慶太）：「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」のデータセットを用いて、特に「受け入れ条件が整えば退院可能な者」について、その特性と必要なサービスの内容を

ライフステージに応じて検討することを目的とした。

5. 「精神障害者のライフステージの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究—精神疾患の理解と国民意識の変革の取組に関する基礎調査—」（分担研究者 竹島正）：精神障害者の社会復帰・社会参加を支援する普及啓発・地域づくりの方法を明らかにするための質問紙調査を実施し、結果を市民活動支援のガイドライン等にまとめる際の資料とすることを目的とした。

6. 「各地の「障害者支援モデル」革新の試み～現場からの情報発信～」（研究協力者 羽藤邦利）：障害者支援として既に地域で先進的に実践されていて、評価を受けつつある試みについての情報を収集し、内容をまとめることにより、精神保健医療福祉の各地の現場において、「具体的な改革」を進める上で、参考資料となる資料を提供することを目的とした。

7. 「「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き」作成について～手引き作成検討会の活動 第1報～」（研究協力者 福島昇）：「相談・訪問事例の分析を行い、保健所が扱っている事例の特徴、中でも継続扱いとなっている事例の特徴、対応終結の基準、を明らかにすること」および「相談・訪問において苦慮している事柄、対応に困難をきたす事例の性質を明らかにす

ること」を目的とした。

B. 研究方法

1. 「**精神障害者のライフステージに応じた生活支援、医療のあり方に関する研究**」：静岡県浜松市及び浜北市の精神科診療所（3施設）、精神科病院（単科）（1施設）、総合病院内精神科（1施設）、援護寮（1施設）、精神障害者地域生活支援センター（1施設）の利用者にアンケート調査を行い、回答のあった241人について分析した。

また、2精神科クリニック、1援護寮、1地域生活支援センターでの実践を整理し、精神科医療や福祉サービスを受けた事例について検討した。

2. 「**精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理の在り方に関する研究**」：各担当医の判断で思いがけない入院患者を抽出し、検討した。また分担研究者が受け持つ精神障害者（約300名）を取り上げ、その中で医療的に安定しておらず、地域生活で様々な困難を抱え孤立している重度の精神障害者10数名を取り上げ、訪問調査活動を行なった。全訪問回数は平成16年4月から平成17年2月末日まで220回、一人平均約30回、最初は不定期な訪問で、平成16年11月より週1回の定期訪問化している。

3. 「**精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進のあり方に関する研究**」：分担研究者

が関わる医療機関のデイケア参加者の中から、現在地域で生活しており、原疾患が統合失調症である精神障害者169名を対象とした。この対象に、自記式調査票を配布し、集団で実施、その場で回収した。調査事項は、「基本的属性」、「生活状況」、「心身の状態」、「活動」、「社会参加」、「健康サービス」、「生活満足度」からなる。

4. 「**精神障害者のライフステージに応じた住居、施設のあり方に関する研究**」：精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査のデータセットを利用し、年齢階級別に、基本属性、臨床特性、退院後に求められるサービス、就労の可能性等について分析した。また患者本人の希望と不安並びにその背景についても、本人用調査票のデータを併用して検討した。

5. 「**精神障害者のライフステージの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究－精神疾患の理解と国民意識の変革の取組に関する基礎調査－**」：全国の精神保健福祉センター62箇所（回収率100%）、および精神保健福祉協会46箇所（回収率93.5%）を対象に郵送法で実施した。質問項目は、当事者・当事者家族の活動、保健医療福祉関係者、地域活動関係者の活動、雇用や教育の関係者の活動、行政、メディア関係者の活動それぞれについて、どのような活動があるかを把握しているか、障害別の活動か、その活動に組織として系統的に

関与しているか、などをたずねるものである。

6. 「各地の「障害者支援モデル」革新の試み～現場からの情報発信～」: 各地で、障害者支援に携わる人を通し、現在、「地域支援の先進的な試み」を展開しようとしているグループや人を推薦してもらった。次に、推薦された人に、どんな経験、ノウハウ、エビデンスを集積しているのかについて聴取した。また活動を担っている人ないしグループに、展開している試みについて一定のフォーマットに従って報告するように依頼した。

7. 「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き」作成について～手引き作成検討会の活動 第1報～」: 県型保健所 13ヶ所を対象として、平成16年度(H16.4.1～H17.3.31)に対応した全事例について調査を実施した。

(倫理面への配慮)

「精神障害者のライフステージに応じた生活支援、医療のあり方に関する研究」ではアンケート調査は無記名式とし、研究協力者が、集計及び解析を行った。また、アンケート実施依頼機関のひとつである、聖隷三方原病院の倫理委員会の承認を得た。「精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理の在り方に関する研究」では、各主治医に退院時要約を参照しながらケースを挙げてもらったものを、著者がK.Pを軸に類型

化し、合わせてその退院後の支援の方法について検討したものを要約してあり、数十例の症例の総括的な傾向や意見であり、個々の症例を特定出来る情報はない。「精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進のあり方に関する研究」では、調査への参加にあたり、対象者に調査の主旨を説明し、同意を得た上で実施した。個人情報管理には十分留意し、データの紛失・漏洩等がないよう管理した。「精神障害者のライフステージに応じた住居、施設のあり方に関する研究」では、調査終了後のデータセットの利用については、日本精神科病院協会内に設けた「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」データ管理委員会の管理下で有意義に活用することが、承認されている。また、データセットは、患者を特定できる氏名やカルテ番号などは含まれていない。加えて、分析に当たっては、如何なる状況でも個人を特定できないように、集約データの統計的な分析結果としてのみ発表するよう配慮した。「精神障害者のライフステージの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究－精神疾患の理解と国民意識の変革の取組に関する基礎調査－」では、調査内容に個人情報に含まれていない。

C. 研究結果

1. 「精神障害者のライフステージに応じた生活支援、医療のあり方に関する研究」: 回答者の男女比は男性 144

人(60%)、女性97人(40%)であり、年齢構成は17歳以下が13人(5.4%)、18-25歳が62人(25.7%)、26-35歳が86人(35.7%)、36-45歳が44人(18.3%)、46-55歳が30人(12.4%)、56歳以上が6人(2.5%)であった。また、現在の居住状況は「家族と同居」182人(75%)、「アパート・独居」23人(10%)、「グループホーム」21人(9%)、「援護寮」12人(5%)、「救護施設」1人(1%未満)であった。

「初めて、精神科または神経科などに通院(入院)する前に家族以外の誰かに相談しましたか」の問いには、100人(41.5%)が、「相談していない」、134人(55.6%)が「相談した」と回答した。相談相手としては、「教育相談」28人(17.9%)、「保健所や市町村の窓口」13人(8.3%)、「民間の相談機関」4人(2.6%)、「親戚・知人」34人(22.8%)、「友人」8人(5.1%)、「宗教関係」4人(2.6%)であった。

また、「発病当時、どのような相談機関、支援機関があったらよかったか」、「また、どのような、専門家が相談にのってくれたらよかったか」の問いでは、「精神科医を望む記述」46件、次に「話を聞いてくれるところ・相談にのってくれるところ」、「ソーシャルワーカー」、「スクールカウンセラー(含む臨床心理士)」であった。

ライフステージごとの利用サービスは以下ようになっていた。17歳以下では「デイケア」13人、「生活支援センター」1人、「就労支援」1人、「援護寮」2人であった。18-25歳で

は「デイケア」66人、「生活支援センター」12人、「就労支援」22人、「援護寮」5人、「グループホーム」8人であった。26-35歳では「デイケア」82人、「生活支援センター」32人、「就労支援」25人、「援護寮」15人、「グループホーム」12人となった。36-45歳では「デイケア」33人、「生活支援センター」19人、「就労支援」9人、「援護寮」5人、「グループホーム」2人であった。46-55歳では「デイケア」20人、「生活支援センター」15人、「就労支援」14人、「グループホーム」7人であった。56歳以上では「デイケア」2人、「生活支援センター」1人、「就労支援」2人、「援護寮」1人、「グループホーム」3人であった。

ライフステージごとの生活上の困りごとについては以下のような結果であった。17歳以下では「就職について」2.5点、「家族とのトラブルについて」2.6点、「人間関係について」3.4点、「同性とのつきあいについて」2.6点、「異性とのつきあいについて」3.2点、「恋愛や結婚について」2.2点、「余暇の過ごし方について」2.9点、「お金の使い方について」3.2点であった。18-25歳では「就職について」3.0点、「家族とのトラブルについて」2.5点、「人間関係について」3.0点、「同性とのつきあいについて」2.5点、「異性とのつきあいについて」2.6点、「恋愛や結婚について」2.7点、「余暇の過ごし方について」2.6点、「お金の使い方について」2.6点であった。26-35歳で

は「就職について」3.1点、「家族とのトラブルについて」2.3点、「人間関係について」2.7点、「同性とのつきあいについて」2.3点、「異性とのつきあいについて」2.4点、「恋愛や結婚について」2.2点、「余暇の過ごし方について」2.6点、「お金の使い方について」2.8点であった。36-45歳では「就職について」2.8点、「家族とのトラブルについて」2.3点、「人間関係について」2.6点、「同性とのつきあいについて」1.9点、「異性とのつきあいについて」2.4点、「恋愛や結婚について」2.4点、「余暇の過ごし方について」2.5点、「お金の使い方について」2.2点であった。46-55歳では「就職について」2.4点、「家族とのトラブルについて」2.4点、「人間関係について」2.6点、「同性とのつきあいについて」2.1点、「異性とのつきあいについて」1.7点、「恋愛や結婚について」点、「余暇の過ごし方について」2.2点、「お金の使い方について」2.1点であった。56歳以上では「就職について」3.0点、「家族とのトラブルについて」2.4点、「人間関係について」1.5点、「同性とのつきあいについて」1.5点、「異性とのつきあいについて」1.0点、「恋愛や結婚について」1.0点、「余暇の過ごし方について」1.8点、「お金の使い方について」1.0点であった。各項目の平均点は、年齢が低いほど高く、年齢が高いほど低くなっていた。また「親と同居上での困りごと」について、17歳以下（11人中）では、「親が亡くなった後の不安」10人、「きょうだいとのトラ

ブル」4人、「親とのトラブル」8人と答えた。18-25歳では56人中、「親が亡くなった後の不安」47人、「きょうだいとのトラブル」24人、「親とのトラブル」35人である。26-35歳では62人中、「親が亡くなった後の不安」49人、「きょうだいとのトラブル」24人、「親とのトラブル」35人である。36-45歳では34人中、「親が亡くなった後の不安」29人、「きょうだいとのトラブル」13人、「親とのトラブル」16人である。46-55歳では13人中、「親が亡くなった後の不安」10人、「きょうだいとのトラブル」5人、「親とのトラブル」4人である。56歳以上からは、回答をえていない。今後一人暮らしを望む人のうち半数以上が困りごととしてあげた項目は、「不動産屋への対応」、「住む場所の選定」、「保証人の問題」、「住民票など諸手続き」であった。

2. 「精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理の在り方に関する研究」: 医療的に安定せず、地域生活でさまざまな困難を抱え孤立している重度の精神障害者10数名を取り上げ、訪問調査活動と筆者のボランティア活動による経験の2つから出てくる考察は、患者、家族からのいかなる相談にも24時間応じられる体制を把握可能な地域ごとに確保することが危機介入に役立つのではないか、および生活支援と危機介入にとって訪問型の支援がもっとも有効ではないかという総括になる。さらに

訪問を通じて強く感じたこととして、最も危機的状況にあるのは、病弱になり死が間近になり始めた親が面倒を見ている、不安定で社会適応の悪い慢性の精神障害者達である。これらの親が死亡するか、痴呆にでもなれば、本人は病院に収容されるしかない。最低限の自立と訪問者との関係が出来れば、少なくとも社会復帰施設での生活が可能になる道が開ける。親の生きているうちに訪問型を軸にしたなんらかの在宅支援システムを導入しなければならない。ライフステージでいえば親元にいる40代後半の精神障害者といえよう。訪問型の在宅支援のどのようなシステム化が最も機能的で有効かということについてはさらに実践活動と調査検討を続けていかなければならない。重度の精神障害者については、本人との関係作りが軸で、家族を強力に支援するもしくは家族に代わるK.P的役割が必要となるといえよう。

3. 「精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進のあり方に関する研究」:3医療機関から有効回答は54票を得た。男女比はほぼ半々であった。「現年齢」は20-59歳、「診断時年齢」は11-56歳に分布していた。「診断後経過年数」は、1-38年に分布し、10年未満と10年以上19年以下を合計すると85.2%となった。

生活習慣については、定期的に運動を行っている者33.3%、喫煙していない者57.4%、過度の飲酒をしていない

者92.6%、適正体重を維持している者48.1%、規則的な睡眠をとっている者70.4%、朝食を摂取している者79.6%、間食をしていない者51.9%であった。性別による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差はみられなかった。

さらに、ライフステージから生活習慣をみるために、年齢階級による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差はみられなかった。

最後に、BPRS得点別にみた回答者の生活習慣についてBPRS得点の群別比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差はみられなかった。

4. 「精神障害者のライフステージに応じた住居、施設のあり方に関する研究」:主治医が「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」と判断した患者は、15.0%の1,767人であり、年代別に見ると、19歳以下の25.4%、20-29歳の20.3%、30-39歳の17.0%、40-49歳の15.3%、50-59歳の13.9%、60-69歳の13.6%、70歳以上の14.3%であった。1年以上入院している患者の割合は、20-29歳の25.5%から、年齢が上がるにつれて増加し、50-59歳で65.4%、60-69歳で71.5%であった。ICD-10に基づく診断別の内訳は、20歳～69歳の各年代では統合失調症(F20)が57.7-62.6%を占めていたが、19歳以下では23.5%で、代わりに神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)が、70歳以上では34.4%で、代わ

りに痴呆性疾患(F00-03)が31.6%を占めていた。

GAFは、40点以下の患者が、20-29歳の19.1%から、60-69歳の28.0%、70歳以上の35.6%まで順に増加していた。

「自分の病状についての洞察(病識)」の程度は、「十分にある」が、20-29歳の39.4%から70歳以上の13.5%まで年齢が高くなるにつれて減少し、逆に「殆どない」が特に60-69歳で23.8%、70歳以上で37.1%と多くなっていた。また、薬物療法の必要性についても、「十分に認識している」は20-29歳の38.3%から70歳以上の17.8%まで、年齢が高くなるにつれて、減少していた。IADLは、たとえば、「食事の用意」では、「問題ない」が20-29歳の36.2%から、60-69歳の15.2%、70歳以上の6.7%と年齢が上がると共に減少するのに対して、「非常に困難」は20-29歳の24.5%から、60-69歳で43.0%、70歳以上の70.2%と増加していた。年齢と共に、IADL全般にわたって低下傾向が認められると共に、特に60歳以上での顕著な低下が認められた。

「退院後、対象者は、どのような「暮らしの場」での生活が適切でしょうか」の問いに対する主治医の回答は、「家族と同居」が20-29歳では81.9%を占めていたのに対して、年齢が上がると共に減少し、60-69歳では35.6%、70歳以上では23.9%であった。一方、「入院前に住んでいた自宅・アパートなどでのひとり暮らし」などいわば単身での生活は、30-39歳で17.2%と一番多くを占め、60-69歳で9.4%、70

歳以上で3.4%と減少する。一方、「生活訓練施設(援護寮)」「福祉ホーム」「入所授産施設」「グループホーム」の精神障害者用入所施設入所者は、50-59歳の構成比が一番大きく、32.5%であった。また、「老人保健施設」「特別養護老人ホーム」「用語老人ホーム」、「(これら)以外の老人福祉施設」の高齢者用入所施設は、年齢と共に増加し、70歳以上で56.7%を占めていた。

次に、「暮らしの場」に退院した場合、「専門職による援助・支援」が必要であると主治医が考えている患者の割合は、52.1%(20-29歳)から62.3%(50-59歳)の間で分布していた。一方、「非専門職による援助」が必要な患者の割合は、20-29歳の11.7%から70歳以上の54.0%まで年齢と共に増加する傾向にあった。また、給食サービスは、20-29歳の2.1%から70歳以上の23.0%まで年齢と共に増加する傾向にあった。「暮らしの場」毎に見ると、家族と同居が適切とされた患者では、専門職による援助が47.2%、非専門職による援助が20.2%、給食サービスが5.0%で必要とされた。また、単身生活が適切とされた患者では、順に56.0%、30.1%、12.4%で必要とされた。精神障害者用施設が適切とされた患者では順に74.3%、46.6%、27.8%、高齢者用施設が適切とされた患者では順に65.7%、53.0%、21.9%であった。

「退院した場合に、家族や友人などからどの程度の支援が得られるか」の問いでは、「ほぼ毎日のADL、IADLの支援」と「必要であれば24時間を通

じてのADL、IADLの支援や見守り」が20-29歳では45.8%であったのに対し、年齢と共に減少し、60-69歳では16.4%にとどまっていた。一方、「支援は得られない」「助言や精神的な支援のみ」は、20-29歳の43.6%から年代が上がると共に増加し、60-69歳で73.7%であった。

「家族と同居」が適当とした患者の家族による支援の可能性は、20-29歳では「ほぼ毎日のADL、IADLの支援」と「必要であれば24時間を通じてのADL、IADLの支援や見守り」が54.6%であり、一方、「支援は得られない」「助言や精神的な支援のみ」は36.4%であった。年代があがると共にその構成比は逆転し、60-69歳では、前者が40.0%、後者が50.4%であった。「対象者の家族・親戚や親しい友人などによる面会の頻度」は、「月に1回以上」が20-29歳で85.1%、30-39歳で75.3%と高いのに対して、40-49歳では49.6%、50-59歳では35.6%、60-69歳では30.0%と低くなり、逆に「ほとんどない」の割合が20-29歳の5.3%、30-39歳の8.6%から、50-59歳の30.2%、60-69歳の32.7%と多くなっていた。

「退院した場合に可能と思われる就労能力」は、「フルタイム(一般)」は、一番多かった40-49歳でも11.8%に留まっていた。また「フルタイム(通常の就労に比べて負荷が軽く、低賃金での就労)」と「パートタイム」は、20-29歳では合わせて47.9%だったが、年齢の上昇と共に減少し50-59歳では19.8%であり、一方、「授産施設・作業

所での就労」と「いずれも困難」は20-29歳の30.9%、10.6%から50-59歳の42.5%、29.8%まで増加する傾向にあった。

主治医が「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院が可能」と判断した患者で本人も「退院を希望する」と回答した患者について、「あなたが退院されるとしたら、退院後の生活で不安なことはありますか」に対する回答を見ると、全体の41.7%が「病気が再発したり悪化したりしないか不安」と答えていた。次いで、「仕事が見つかるか不安」「家族との関係が不安」「ひとり暮らしが不安」「住居について不安」の順で多かった。一方、主治医が「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院が可能」と判断した患者で本人は「退院を希望しない」と回答した者について、その理由を見ると、「まだ病気が良くなっていないと考える」「自分の体力や体のことが不安」「病院に入院している方が気楽で安心」「退院しても住む場所が心配」「ひとり暮らしに自信がない」などが多かった。

5. 「精神障害者のライフステージの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究－精神疾患の理解と国民意識の変革の取組に関する基礎調査－」：精神保健福祉センターについては、精神疾患の別を基盤とした活動のうち、精神分裂病(統合失調症)圏の当事者/家族会、アルコール依存症の当事者/家族会はともに

98.4%とほとんどで把握しており、次いで痴呆性老人家族の会、アルコール以外の薬物依存の当事者/家族会、てんかんの当事者/家族会で、7割前後のセンターで把握されていた。摂食障害の当事者/家族会、広汎性発達障害の当事者/家族会、神経症性障害の当事者/家族会(生活発見の会等)で4割程度、うつ病/気分障害の当事者/家族会、多動性障害の当事者/家族会は3割未満、成人の人格及び行動の障害の当事者/家族会は少なく3.2%であった。精神保健福祉協会からの回答でも値の傾向は同じであるが、精神分裂病(統合失調症)圏の当事者/家族会81.4%、アルコール依存症の当事者/家族会はともに79.1%、次いで痴呆性老人家族の会53.5%、アルコール以外の薬物依存の当事者/家族会51.2%、てんかんの当事者/家族会62.8%、摂食障害の当事者/家族会34.9%、広汎性発達障害の当事者/家族会32.6%、神経症性障害の当事者/家族会(生活発見の会等)32.6%、うつ病/気分障害の当事者/家族会18.6%、多動性障害の当事者/家族会20.9%、成人の人格及び行動の障害の当事者/家族会4.7%であった。全般にセンターの方が、把握率が高い傾向にある。精神疾患の別を基盤にしない活動では、ひきこもりの当事者/家族会がセンター82.3%、協会60.5%と把握率が高いが、そのほかはあまり把握されていなかった。

これらの活動にセンターあるいは協会が直接関与しているかについて

は、精神分裂病(統合失調症)圏の当事者/家族会はセンター88.7%、協会51.2%が、アルコール依存症の当事者/家族会はセンター69.4%、協会34.9%がそれぞれ関与していると回答した。次いでひきこもりの当事者/家族会がセンター51.6%と高いが、協会は18.6%に過ぎなかった。比較的把握率の高かったてんかんの当事者/家族会はセンター6.5%、協会7.0%、同じく痴呆性老人家族の会は、センター9.7%、協会4.7%しか関与していない。

当事者等が主体となって、「地域参加や交流を行い、情報発信の中心となっている活動」について、平成16年度現在、対象施設または組織の圏域で行われているかどうかの情報があるのは、センター74.2%、協会67.4%であった。

平成16年度に実施または実施予定の、保健医療福祉関係者が実施主体となって、保健医療福祉関係者を対象に、精神障害者に関わる専門職の再教育や、専門職どうしが自らの資質を高め合い、連携しあうことを目的におこなっている取組(研修)については、どの実施機関においても、6-8割の実施があることを、センター、協会ともに把握していた。このうち、企画段階から共通の目的やテーマで実施するように計画された研修はあるか、に対しては、「ある」との回答が、センター45.2%、協会37.2%であった。

都道府県等に、精神保健ボランティア組織があるかをたずねた結果、セン

ター93.5%、協会 90.7%があると回答している。都道府県における、精神保健ボランティア育成に関与している中心的機関がどこかひとつ選んでもらった結果では、保健所がもっとも多く次いで精神保健福祉センターという回答が多い。また複数をあげたものについては、保健所と他の組織（精神保健福祉センター、市町村、社会福祉協議会、精神保健福祉協会）をあげたところが大部分である。都道府県等の主管課という回答はなかった。

施設または組織の圏域内で、民生委員、精神保健ボランティア、それ以外の人を中心となって、当事者とのふれあい等を通じて精神疾患等について正しく理解し、それを住民に広げていく取組を行なっている事例の有無について聞いた結果、民生委員の活動事例は少なく、あるという回答は精神保健ボランティアが多かった。

労働衛生におけるメンタルヘルスの取組の展開のために、機関または組織が系統的に関与している事例があるかについては、センター21.0%、協会 23.3%があると回答していた。精神障害者が雇用され、働く意欲が高まるような環境づくりについて、機関または組織が系統的に関与している事例があるかは、センターで 33.9%、協会では 9.3%があると回答した。教職員を対象に、教職員自身が精神疾患等を正しく理解し、児童・生徒の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応することを目的にした取組で、機関または組織が系統的に関与している事例

があるかは、センターの 38.7%、協会の 18.6%があると回答した。児童・生徒を対象に、心の健康に関する適切な情報提供を目的に、児童・生徒の発達段階を考慮して行なう取組で、機関または組織が系統的に関与している事例があるかについては、センターの 9.7%があると回答した。協会からの「あり」の回答は皆無であった。

メディアが実施主体となって、マスコミ関係者の理解や共感を醸成することにより、普及活動効果を高めることを目的とした取組に該当する事例があるかについては、センターの 4.8%、協会の 4.7%があると回答していた。メディアが実施主体となって、都道府県民を対象に主体的に普及啓発をした取組に該当する事例があるかについては、センターの 29.0%、協会の 20.9%があると回答していた。精神疾患の理解と国民意識の変革の大きな機会となっている普及啓発の大きな機会となっている取組で、圏域をこえた発展をしている事例または可能性のある事例があるかについては、センターの 16.1%、協会の 14.0%があると回答していた。

6. 「各地の「障害者支援モデル」革新の試み～現場からの情報発信～」: 平成17年3月初めに、それぞれに「情報発信」を依頼した。平成17年3月20日現在、6箇所より報告書(情報発信)を作成していただいた。残りの3箇所のうち2箇所は、3月20日時点では報告書が作成途中であり、報

告書の取りまとめに間に合わなかったので別途に報告することにする。

7. 「保健所における精神保健福祉相談・訪問手引き」作成について～手引き作成検討会の活動 第1報～：現在、調査中であり、その結果を基盤として、手引き作成検討会の議論を深めていく。その過程の中で、措置入院、34条による医療保護入院の実態調査や、対応に困難した事例についての検討会を開催することを検討中である。以上の経過を経て、平成18年3月31日には、手引きを部分的には形にすることとしたい。

D. 考察

1. 「精神障害者のライフステージに応じた生活支援、医療のあり方に関する研究」：居住状況の結果よりアパートの開拓、独居者への生活支援、グループホームや援護寮の運営を行ない、家族と離れて生活できる環境が整ってきていることを示している。受診前に相談した人や機関から受診前の相談場所としては、まず、身近にいる家族や親戚、知人に相談をしていることがわかる。好発年齢の中学生や高校生を持つ親への、啓発活動や相談窓口の明確化などが望まれる。「発病当時、どのような相談機関、支援機関があったらよかったか」、「またどのような、専門家が相談にのってくれたらよかったか」に対しての自由記述で、精神科医、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）、スクールカウンセラー（含

む臨床心理士）などの外部からの支援を望む意見が多かった。その点において、スクールソーシャルワーカーの育成やスクールカウンセラーへの精神病理、ケアマネジメント教育なども検討課題であろう。一方で、精神科に初めて訪れた時の印象は「人生が終わった」、「一生出られない」など、総じて良くない。

ライフステージと利用サービスの比較より、デイケアの利用は、年齢が上がるごとに下がっていつている。一方、生活支援センター利用は、デイケアに代わって増加している。しかし、36-45歳を境に減少している。また、就労支援は17歳以下を除いて、各ライフステージで利用されている。援護寮も各ライフステージ利用されている。また、年齢が上がっていくに伴って、総じてグループホームの利用率も上がっていく。ある年齢までは、親と同居ができて、世代交代で、同胞が家庭を継ぎ、居場所がなくなってしまう場合が多いのではないかと推測される。

ライフステージと困りごとありと回答した人の困り度数の比較より各年代にお金の使い方、余暇の過ごし方、同性との付き合い、人間関係、家族とのトラブル、就職の問題が存在することがわかった。また、恋愛や結婚、異性との付き合いについては、56歳以上以外の年代で存在した。また、各ライ

フステージで、困りごとを抱えている利用者と、どちらかという困っていない利用者が、およそ1対1であることが分かる。

また、各ライフステージで、就職に関して、家族とのトラブルについて、人間関係について、同性との付き合いについて、異性との付き合いについて、恋愛や結婚について、余暇の過ごし方について、お金の使い方についてなどが、困っていることとしてあがっている。家族との同居をしている者が75%を占める点からも、親や兄弟、姉妹などの家族との軋轢回避は課題であろう。また、医者との関係やスタッフとの関係、食事や外出に関する困りごと度合いは高くない。精神科医療や生活支援の恩恵を受けることができる者は、恋愛や結婚、余暇について目が向き始めるために、困りごととして高位になってきていることが推測できる。

ライフステージと現在親と同居している人の困りごとの高位の人数比較の結果より、居住や生活費を親に頼らざるをえない現在の福祉政策では、当然「親亡き後」の不安の軽減や一人暮らし支援や居宅の共同住居化、グループホーム化など検討が必要である。現在、行われている地域生活権利擁護事業やそれを補填する制度によって、「親亡き後」も適正に支援が行われていく体制づくりが望まれる。

今後一人暮らしを望んでいる人への間では、全ての項目で、「困っている」または、「どちらかといえば困っ

ている」に回答している。一方、「現在、一人暮らしをしている人」への設問では、全ての項目で、半数以上が「どちらかといえば困ってない」または「困ってない」に回答していた。地域で生活をしている精神障害者は想像以上にたくましく、生活者として暮らしている様子がうかがえる。

2. 「精神障害者のライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理の在り方に関する研究」:

1. 家族の中のK.P.のあり方と治療側とのコミュニケーションが重要。
2. 家族の崩壊とK.P.の脆弱度によって、他方医療機関との関係の希薄度に応じて訪問型支援が重要になる。
3. 最も訪問型支援が必要なのは、崩壊した家族における(単身化した)不安定な精神障害者か、K.P.である親が高齢化、病弱化したもとにある不安定な慢性の重度精神障害者。
4. 訪問型支援が必要度に応じて、制度化されるためには、精神障害者の重症度とか家庭環境とか治療関係の不安定性などの指標が必要となる。
5. 危機管理には常時の在宅支援システムが前提。
6. 対象者からの24時間連絡可能な体制(24時間サポート体制)が最低限必要。対象者にとってはいつでも相談に乗ってくれると言う安心感。

7. この体制は把握可能な範囲内でよい。担当医ごと、診療所ごと（交代制）、地域ごとなど。
 8. この体制を形骸化させないためには、必要に応じて訪問型支援と組み合わせる。
 9. 訪問型支援は関係作りであり、家族に代わる K.P 作りである。
 10. 関係作りができれば、本人のペースに合わせて、家庭内での自立訓練と社会参加へ誘導。
 11. 初めは憩いの家的くつろぎの場所が必要、それから生活支援センター、デイケア、作業所などに訪問型支援者が誘導していく。当事者一人では不可能。
 12. したがって訪問型支援者が在宅の障害者にとって要になる。
 13. 訪問型支援は恒常的でなければならず、期間限定できない。
 14. 訪問型支援は現医療保険下では一般化していない。
 15. 重度の精神障害者ほど訪問型支援は受けていず、医療との関係も希薄でかえって放任されているのが現状。
 16. それぞれの医療機関の在宅支援の対象者は、関係ができていて安定している。逆にしっかりした治療関係のできている精神障害者は我々の重症型の訪問型支援の対象にしなくてよい。
 17. 精神科の訪問看護ステーションも当地では展開不十分。
 18. 重度の精神障害者を訪問看護ステーションとの連携のもとに支援する試みはこれからの課題。
 19. 主治医と訪問ボランティアだけの在宅支援では限界がある。
 20. 重度の障害者用の訪問型支援の組織は危機介入がいつでも可能な常勤スタッフ複数名が必要。
 21. 現行下の医療保険や介護保険でそういう組織が可能かどうかは未知数。
 22. 保健所保健師が地域で抱えていて、医療と関係できていない障害者を訪問支援で支える試みはこれからの課題。
- 3. 「精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進のあり方に関する研究」:**7つの生活習慣の有無をみると、健康に悪影響を及ぼす可能性のある生活習慣として該当者の比率が高かった項目には、定期的な運動、適性体重が維持できていないこと、間食、喫煙などが挙げられる。
- 年齢階級別にみると、定期的な運動習慣のない者の割合は、どの年代においても運動習慣のある者の割合を上回っており、その割合は年齢が上がるにつれて上昇していた。50代では定期的な運動習慣がある者は4分の1にまで減少していた。平成14年国民栄養調査結果での運動習慣者割合が、20代の17.0%から60代の40.8%まで年齢が上がるにつれて上昇していたのは、逆の傾向であった。中高年の精神障害者の運動習慣を確立していくことが課題である。
- 間食の習慣は40代では少なく、20

代で最も高率であったが、体重の問題は40代で顕著であった。体重の問題は若年時のライフスタイルが後年に影響するので、早くからの指導が必要であろう。

喫煙習慣者は40代で6割と高率であり、30代で最も低かった。平成14年国民栄養調査結果では、喫煙率は男性43.3%、女性10.2%、総数24.0%であり、本調査結果と比較すると、精神障害者の喫煙率が高いことがうかがえる。年齢階級別にみると、平成14年国民栄養調査結果では20代が32.4%で最も高く、年齢が上がるにつれて減少していたが、本調査では20代以上に40代での喫煙率が高く、6割以上が喫煙していた。

過度の飲酒の習慣がある者の割合は、最も高率であった20代においても1割で、飲酒習慣者の全国平均25.4%（平成14年国民栄養調査）と比較しても低率であった。

生活習慣の有無と年齢階級の χ^2 -testでは、いずれの項目においても5%水準で有意差がみられなかったが、これには、自記式の調査票であること、サンプルサイズが小さいことが影響している可能性がある。サンプルサイズについては、今後、さらに対象数を増やして解析する予定である。

BPRS 得点別に各生活習慣の有無をみると、いずれの項目においても χ^2 -testの結果は有意でなかった。望ましい生活習慣を維持できるかどうかは、症状の重症度と関連しないことが示唆された。

4. 「精神障害者のライフステージに応じた住居、施設のあり方に関する研究」:「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」な患者であっても、年齢が上がるにつれて、長期在院している患者の構成比が大きくなると共に総合的な機能、日常生活能力等が低い患者の割合が増大する傾向が見られた。これらの傾向等と対応するように、主治医が適切と考える退院後の「暮らしの場」は、20-29歳では家族と同居が81.9%と大半であるが、年齢と共に減少し、その分、30-39歳では一人暮らしなどが、40-69歳では精神障害者用の入所施設、70歳以上では高齢者用入所施設が増加していた。また、主治医が退院後に必要と考える専門職、非専門職の援助の程度等から、家族と同居や単身生活が適当とされた患者においても、その約半数では訪問サービスが必要なことが確認された。加えて、家族と同居が適当とされた患者についても、家族に期待できる支援の程度は多岐にわたっており、本人への家族のインフォーマルなケアを適切に補完する為にも、また、家族による支援を破綻させない為にも、本人と家族の状況に柔軟に対応できるサービス体制が必要であることが示唆された。

次に、患者自身の回答については、退院の可能性、退院後の生活の場、就労の可能性などについて、主治医の判断と本人の希望には乖離があることも確認された。本人の希望を尊重しつ