

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 17 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 北井暁子

平成 18 年（2006 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 北井 暁子

II 分担研究報告書

1. 精神障害者のライフサイクルに応じた生活支援、医療の
あり方に関する研究13
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39
新居 昭紀
3. 精神障害者のライフサイクルに応じた運動、休養、栄養等の
健康増進のあり方に関する研究67
菅原 道哉
4. 精神障害者のライフサイクルに応じた住居、施設のあり方
に関する研究95
山内 慶太
5. 精神障害者のライフサイクルの正しい理解と、社会復帰を
支援できる地域の育成に関する研究 111
竹島 正

III 研究班名簿 143

I . 総括研究報告書

平成 17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 北井 暁子(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】本研究は、精神障害者に対してライフステージと健康状態に応じた精神科医療と自立支援サービスを体系的に提供する地域ネットワーク、居住の場、社会復帰を支援する地域の育成等、精神障害者がライフステージに応じて利用できる地域システムを明らかにする。

【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、危機管理、健康増進、住居や施設、社会復帰を支援する地域の育成のあり方について、精神科デイケア等の利用者を対象にした質問紙調査、重度精神障害者を対象に行った訪問型支援の分析、サービスニーズ等調査の分析、退院促進支援事業実績報告の分析等を行った。

【結果および考察】(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」では、治療効果(過去と現在の変化)に関する質問項目の因子分析を行った結果、「親との関係」、「仲間がいることによる安心感」、「気さくさ」、「医療の利用」の4因子が抽出された。この4因子の得点について過去と現在の差が大きい群(高群)と小さい群(低群)に対象者を分けて半構造化面接を行った結果、信頼関係、愛着形成等に違いが見られ、特に低群において本人が安心できる環境を整え、カウンセリング、小グループ、デイケア、支援センターなどを組み合わせる機動力が必要と考えられた。

(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あり方に関する研究」では、訪問ボランティアの症例検討の結果、症例が8つに分類できた。また、モデル地区における精神障害者への訪問型支援に関するアンケートの分析結果から、必要訪問者想定数と比較すると、実際の訪問者総実数は1/10程度と少ないこと、訪問ボランティアの訪問を受ける当事者において、公費負担申請すら行っていない人の割合が高いことが分かった。地域で家庭内自立もできていず高齢病弱化した親の庇護の下にある40～50歳代の慢性化した精神障害者に対する訪問型支援は不可欠である。精神障害者の自立支援に関して、本人との関係ができた親身な助言者チームである訪問型支援グループの存在と、それと共同して地域で活動する精神科医師の必要性が示唆された。

(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」では、精神障害者の「社会参加」に関連する要因が明らかとなった。また、統合失調症による精神障害者と、ポリオ・脊髄損傷による身体障害者の「障害」をWHOの障害概念を用いて比較することで、原疾患や種別の異なる「障害」概念が、「活動性」・

「社会参加」・「健康サービス」という障害間で共通した尺度で示された。統合失調症では認知過程を強く必要とする複雑指運動負荷において、運動準備機能と覚醒水準の適切な維持が困難であることが示された。精神障害者のスポーツ参加による Q.O.L.への影響に関して、全国規模のスポーツ大会等は精神障害者の生きる目標になることが分かった。また、医学的リハビリテーションの観点からも、自分の目的にあったスポーツを選べる環境作りが必要であると思われた。さらに、スポーツ指導者、家族、精神保健福祉関係者等、スポーツ大会に参加したメンバーに対しても波及効果があることが分かった。

(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」では、昨年度に引き続き、「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」のデータセットを利用して年齢階級別に、本人の経済状況、受給している公的扶助等の状況に関するデータも併せた分析を行った結果、精神障害者福祉手帳の不所持率、障害基礎年金と障害厚生年金の非受給率が明らかとなり、いずれも年齢階級別に大きな差異は無かった。なお、患者の回答による定期的な収入源の内訳では、勤め先の給料が 4.9%にとどまる一方、親や兄弟からの援助は 16.2%であるが、年齢階級が 40 歳代以上、そして 60 歳代以上で大きく減少する傾向にあり、これらの年代を中心に広く、公的扶助の適切な申請がなされるような支援が必要であることが確認された。また、退院の可能性、退院後に適切な「暮らしの場」等についての主治医の判断の規定要因を樹形モデル解析(tree-based model analysis)を適用して分析した結果、例えば退院可能性については、在院日数、IADL(交通手段の利用等)、退院した場合に得られる家族からの支援の程度、薬物療法の必要性の認識などを基に判断していることが確認された。これらの結果は、退院可能性に関する主治医の判断が臨床的にも比較的合理性であること、今後退院を促進する上で、これらの特性に着目した支援が有用であることを示すものと考えられた。

(5)「精神障害者のライフサイクルの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究」では、厚生労働省精神保健福祉課の所有する平成 15 年度と 16 年度の事業実績報告をもとに、精神障害者退院促進支援事業を実際に行っている地方自治体の事業の実態把握を行った結果、精神障害者退院促進支援事業について、退院したと思われる者は約 3 分の 1 であった。また、自立支援協議会の活動や訓練内容からは、精神障害者本人等との交流の重要性が示唆された。本事業は、平成 17 年に成立した障害者自立支援法において地域生活支援事業の中に位置づけられ、一層の発展が期待されている。本事業の実績をより正確に把握するためには、実績報告へのコード分類の導入等を行い、本事業の成果をよりの確に把握できるようにすることが必要である。

障害者自立支援法の成立により、精神障害者の福祉サービスにも一層の普及・拡充が期待されるが、精神障害者の自立支援に経験の乏しい市町村や施設等も精神障害者の自立支援に携わることになる。18 年度は、本研究の成果等をもとに、「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自立支援と退院促進のためのガイドライン」の作成を行う予定である。

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

精神障害者の社会復帰、地域生活支援のための社会復帰施設等の整備は、法制度の改正や障害者プランの策定等を基盤に進められてきた。厚生労働省は精神保健福祉対策本部を設置し、精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年9月)をまとめ、さらに障害者自立支援法(平成17年10月)に基づいて、福祉サービス、公費負担医療等を共通の制度の下で一元的に提供することとしたが、精神障害者に関しては、自立支援の中に医療の継続を要するという精神障害者の特性を踏まえた福祉サービス等を普及する必要がある。

本研究の目的は、精神障害者がライフステージと健康状態に応じて、医療と自立支援サービスを利用できる地域システムを明らかにすることであり、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)

早期発症の統合失調症患者などを対象に、社会復帰活動(早期の治療的かかわりから生活支援や就労支援までを含む)

のモデルを検討する。具体的には、追跡可能な児童思春期発症者を対象に、ライフステージごとの関わり方に加え、対人関係及び社会性の成長に応じた介入についても検討し、両者の融合による望ましい介入のあり方を明らかにする。

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あり方に関する研究」(分担研究者 新居昭紀)

地域における精神保健福祉ネットワークによる危機介入と援助システムの実践研究をもとに、医療やケアサービスを拒否する重度の障害者に対する自立支援を行うためのケアプランとそのシステムを考案する。

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)

精神障害者の身体能力や体力を正しく評価し、適切な運動、休養、栄養の習慣を身につけていくための社会参加に関する要因分析、スポーツを通じた社会参加、社会生活技能促進の実践の成果をまとめる。

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」(分担研究者 山内慶太)

ライフステージに応じた精神障害者の住居・施設のあり方を示すことを目標としている。昨年度に引き続き、まず平成15年に実施された「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」の入院患者調査のデータセットを利用して、年齢階級別に、本人の経済状況、受給している公的扶助等の状況に関する分析を行い、ライフステージに応じた経済的支援について検討する。また、退院の可能性、退院後に適切と思われる「暮

らしの場」等に関する主治医の判断の規定要因を分析し、退院可能とされる患者の臨床像のより詳細な把握や主治医の判断の妥当性を検討する。さらに、患者自身の退院の希望の規定要因も分析し、主治医の判断と患者自身の希望の異同をより詳細に検討できるようにする。

5. 「精神障害者のライフサイクルの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究」(分担研究者 竹島正)

退院促進支援事業の実態を分析し、障害者自立支援法成立後の本事業の役割について考察する。また、退院促進支援事業の事業実績を把握しやすい実績報告を提案する。

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」

児童思春期、青年期を中心とした治療を行う精神科診療所 2 箇所の患者を対象にアンケート調査を実施した。調査対象者は 20 歳以前に受診し、平成 17 年 11 月現在で 5 年以上の受診経験が有り、かつ精神科デイケアを利用中または利用経験がある者とした。アンケートはフェイスシート、自尊感情 (4 件法・10 項目)、及び独自で設定した治療効果に関する質問 (62 項目で構成し、項目度に初診当時の過去と現在を尋ねる 4 件法) で構成した。また、治療効果に関する質問の結果から因子を抽出し、過去と現在の差の高い群 (高群) の男女、差のあまりない群 (低群) の男女、計 10 名に半構造化面接を行った。質問項目は、(1) 精神科デイケアやグループ、支援センター、援護寮、

就労支援などを通しての仲間がいることについて、(2) 気さくさ (人への働きかけ) に関して、(3) 親との関係について、(4) 「日頃から病気との付き合い方で気をつけていることや工夫していることは」とした。

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」

訪問ボランティアでの症例を検討することで、今後のケアプランとシステム構築について検討した。また、浜松地域内施設に対して、精神障害者への訪問型支援に関するアンケート調査を行い現在の実態を調査した。更に、訪問型支援の研究会を行い、訪問ボランティア活動も含めた施設間の連携を図った。

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」

(1) 「精神障害者の社会参加に関する要因分析」では、ICF の障害定義に基づいて調査し、社会参加に関する要因分析を行った。対象は、原疾患が統合失調症で、現在地域生活を送っており、なんらかの社会復帰サービスを受けている者 (135 人) である。調査項目は、「対象者の特性」、「生活状況」、「生活習慣」、「活動」、「社会参加」、「健康サービス」、「生活満足度」等を尋ねる自記式質問紙と、「精神症状」の客観評価から構成された。(2) 「WHO の「障害」定義にもとづく精神障害 (統合失調症) と身体障害 (ポリオ・脊椎損傷) との比較研究」では、WHO の「障害」定義に基づいて疫学調査を実施し、精神障害と身体障害の「障害」比較を試みた。

(3)「統合失調症における運動関連電位の研究—指運動負荷—」では、統合失調症患者に単純な指運動と複雑な指運動を負荷して運動発現前に生じる運動準備電位(BP)を調べた。また、運動負荷時の覚醒水準の変化も調べた。さらに運動遂行能力を検査する目的で指タッピング、ペグボード課題を用いた。(4)「精神障害者のスポーツ参加による Q.O.L.への影響に関する研究」では、社団法人日本精神保健福祉連盟が行う精神障害者のスポーツ振興の歴史や活動内容の検討を通して、精神障害・精神障害当事者への偏見・誤解を除去する啓発効果を促進させる方法論を検討した。

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」

平成 15 年に実施された「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」の入院患者調査のデータセットを利用して分析を行った。(1)昨年度は、主治医が現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能と判断した入院患者について、年齢階級別に臨床特性、退院後に求められるサービス、就労の可能性、患者本人の希望と不安等を分析し、住居支援を進める上でライフステージ毎に考慮すべき特性を明らかにした。本年度は、昨年度に引き続き、年齢階級別に、本人の経済状況、受給している公的扶助等の状況に関するデータも併せた分析を行った。(2)主治医が退院可能と判断する患者、主治医が判断した適切な「暮らしの場」に対応する患者の臨床像をより明らかにするとともに、主治医の判断の妥当性を吟味することを目的として、主治医調査票の間 35「対象者は間 27～34 までで示すような居住先・支援が整えば退

院は可能ですか、あてはまるものを 1 つ選択して下さい」を目的変数に設定し、退院の可能性、退院後に適切な「暮らしの場」等についての主治医の判断の規定要因を樹形モデル解析 (tree-based model analysis) を適用して分析した。また、主治医調査票の間 35 で「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」と判断された患者を対象に、主治医調査票の間 27「退院後、対象者は、どのような「暮らしの場」での生活が適当でしょうか。対象者が退院するのが適当だと考えるものを 1 つ選択して下さい」を目的変数に樹形モデル解析を実施した。

5.「精神障害者のライフサイクルの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究」

厚生労働省精神保健福祉課にある退院促進支援事業の実績報告(15 年度、16 年度の 2 年分)をもとに事業の実態を分析した。「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」の各項目について、各都道府県等から実際に提出されている事業実績報告の記載状況を勘案のうえ、全国でみた事業実績を分析した。また、事業の実態分析の概要が明らかになった段階で、退院促進支援事業を実施する都道府県数カ所の関係者による意見交換を行い、事業の実態、障害者自立支援法成立後の本事業の役割、事業実績報告のあり方について検討した。

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」

被験者は 90 人(男性 51 人、女性 39

人)、有効回答数は計 75 人 (男性 46 人、女性 29 人) であった。調査対象者の調査時平均年齢は 25.2 歳であり、初診時平均年齢は 15.8 歳、平均受診期間は 9 年 5 ヶ月であった。自尊感情は平均値が 24.3 点であり、男女差はなかった。25 点以上の高群は計 44 人、23 点以下の低群は計 42 人であった。治療効果 (現在と過去の変化) の比較では、因子分析の結果、第 1 因子「親との関係」、第 2 因子「仲間がいることによる安心感」、第 3 因子「気さくさ」、第 4 因子「医療の利用」が抽出された。半構造化面接の結果、因子得点高群では、信頼関係、愛着関係の再形成をスタッフ、そして仲間関係へと発展させていった様子が語られている。また、その後の就学支援、就労支援、居住支援などの社会復帰プログラムの効果が、本人の実感として語られている。一方、低群では、信頼関係、愛着関係について語られるものの、相手を信用し相互交流するために試行錯誤を重ねていると考えられ、本人が安心できる環境を整え、カウンセリング、小グループ、デイケア、支援センターなどを自在に組み合わせていく、機動力が必要であると思われた。

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」

訪問ボランティアでの症例を検討した結果、以下の 8 つに分類することができた。【1】医療サービスもケアサービスも拒否するケース、【2】医療拒否しているがケアサービスを望んでいるケース、【3】家族が薬だけ取りに来ているが本人は家の中で放任されているケース、

【4】単身者で服薬サービス、ケアサービス拒否になったケース、【5】医療との関係は切れていないが、家庭内自立が全く出来ていず家族依存が強くなおかつ自閉的なケース、【6】身体疾患ゆえに強力に介入しなければならないケース、もしくは身体疾患によって初めて精神医療が介入できたケース、【7】関係作りが成功し、社会的交流の範囲の拡大、何らかの社会的集団への参加への導入が必要なケース、【8】頻回入院を繰り返す双極性障害のケース。

また、静岡県浜松市における精神障害者への訪問型支援に関するアンケートの分析結果から、必要訪問者想定数と比較すると、実際の訪問者総実数 (253 名) は 1/10 程度と少ないことが分かった。また、訪問ボランティアの訪問を受ける当事者において、公費負担申請すら行っていない人の割合が高いことが分かった。また、個人情報保護の立場から、保健所や医療機関からの情報が入手困難になり、各訪問型支援は施設ごとに訪問を担っており、医療機関と地域の自立支援施設、諸グループの情報共有や相互交流が殆どなされていないことが分かった。これに関しては、ケア会議等によって施設を超えてケアプランの作成を行う必要があり、各主治医の関与も積極的に行われる必要があると思われた。

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」

(1) 「精神障害者の社会参加に関する要因分析」では、社会参加との相関が有意な項目は、生活習慣、活動性、精神症

状等であった。重回帰分析の結果、活動性と適正体重維持の生活習慣が重要な項目であることが示された。(2)「WHOの「障害」定義にもとづく精神障害(統合失調症)と身体障害(ポリオ・脊椎損傷)との比較研究」では、「活動性」については、基本的日常生活動作の制限は身体障害者の方が大きかったが、手段的日常生活動作では両障害の差があまりなく、通信機器の使用では精神障害の制限が大きかった。また、精神障害者の「社会参加」は、脊髄損傷とは殆どの項目で差がなく、「健康サービス」では、サービスの必要度も満足度も精神障害で高かった。(3)「統合失調症における運動関連電位の研究—指運動負荷—」では、複雑な指運動負荷において陰性症状中心の統合失調症患者では基線とBPとの間に生じる面積すなわちBP積分値は健常対象群に比し有意に小さく、陽性症状の強い人では大きいことがわかった。また陰性症状の強い人では覚醒水準の変化は乏しく、陽性症状を示す人では変化の程度は有意に大であった。指タッピング、ペグボード課題に対しては両統合失調症群で不良であった。単純な指運動遂行中には陰性症状主体の統合失調者では有意にBP小さかった。

(4)「精神障害者のスポーツ参加によるQ.O.L.への影響に関する研究」では、選手個人、コーチ、監督、その他の関係者などの意見をまとめた。その結果、多くの人に参加できる裾野の広い交流やレクリエーションとして楽しめるスポーツと同時に、高い競技性のある都道府県を超えたブロック大会、全国規模のスポーツ大会は精神障害者の生きる目標にもなる

ことが分かった。また、医学的リハビリテーションの観点からも、自分の目的にあったスポーツを選べる環境作りが必要であると思われた。また、スポーツ指導者、コーチ、家族、精神保健福祉関係者、ボランティア、その他の人々のスポーツ大会に参加したメンバーに対しても波及効果があることが分かった。

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」

(1)精神障害者福祉手帳を所持していない人は、81.7%、障害基礎年金と障害厚生年金を受給していない人はそれぞれ64.1%、80.8%であり、いずれも年齢階級別に大きな差異は無かった。なお、患者の回答による定期的な収入源の内訳では、勤め先の給料が4.9%にとどまる一方、親や兄弟からの援助は16.2%であるが、年齢階級が40歳代以上、そして60歳代以上で大きく減少する傾向にあった。(2)退院の可能性、退院後に適切な「暮らしの場」等についての主治医の判断の規定要因を樹形モデル解析(tree-based model analysis)を適用して分析した結果、在院日数、精神症状重症度(日精協マスタープラン調査尺度)、GAF評点、IADL(交通手段の利用)、退院した場合に見込まれる家族等の支援の程度、家族等の面会頻度が、主治医の判断を規定する要因として抽出された。

患者自身の退院の希望を規定する要因として、在院日数、年齢、入院形態、家族等の面会頻度、IADL(食事の用意)、病識が選択された。

また、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

患者を対象に、退院後適切と主治医が考える「暮らしの場」(主治医調査票問 27)を目的変数に樹形モデル解析を実施した結果、入院直前の居住先、年齢、在院日数、IADL(交通手段の利用)、IADL(買い物)、退院した場合に得られる家族等からの支援の程度等が規定要因として選択された。

5. 「精神障害者のライフサイクルの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究」

退院促進支援事業の実施状況では、自立支援員 1~5 人が 16 県の半数を占め、事業対象者数も 10 人以下である県が 4 割以上を占めていた。事業対象者の年齢別構成では、50 歳以上が約 6 割を占め、60 歳以上でも 2 割以上を占め、入院期間は 5 年以上が約 6 割を占めていた。また、病名別割合は統合失調症圏が約 9 割であり、本事業の対象者の中核は「中高年で入院期間の長い統合失調症圏の患者」であることがわかった。ただし、年齢が 40 歳未満も 2 割近くおり、入院期間が 5 年未満である者が 4 割近くを占めることから、比較的若年の患者も本事業の対象として登録されていることに留意する必要があると考えられた。事業対象者 247 名のうち、退院したと思われる者は 89 名(36.0%)であった。

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」

アンケートの結果から、思春期・青年期層のニーズは多様で、これらに応じるための多面的な対応や支援が必要であると考えられた。また、聞き取り調査の結

果から、スタッフとの密な関係性を利用する「育ちなおし」を意識したデイケアのあり方や、対人関係及び社会性の成長に応じて情緒発達と社会スキルを獲得してもらうことを目的としたリハビリテーションプログラムの必要性が明らかとなった。

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」

地域で家庭内自立もできていず老齢病弱化した親の庇護の下にある 40~50 歳代の慢性化した精神障害者が存在し、これらには訪問型支援が不可欠である。

訪問型支援によって家庭内自立ができ、限られた範囲での社会的交流が成し遂げられれば、単身化しても社会生活が可能となる。

特に医療拒否、ケアサービス拒否の対象者たちには、いくら時間がかかろうとまず関係作りが必要である。本人にとって親身な助言者チームが出来上がることで、同時並行的に医療関係の確立が私達の一番大事な目標である。

本人との関係ができた親身な助言者チームの存在と、医療関係の確立がなければ、どんな立派なケアプランも自立支援も空回りする。

そのためには訪問型支援グループと共同して地域で活動する精神科医師の存在が必要不可欠であると考えられる。

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」

(1) 「精神障害者の社会参加に関する要因分析」の対象者は、夫婦・異性関係、

仕事、地域活動、教育の項目で社会参加に大きな制約が認められ、異性との親密な関係の困難や、就業機会の少なさ、地域社会への関わりに困難があることがうかがわれた。また、仕事や教育での制約の大きさは、初回診断時年齢とも負の相関があり、早期の発症によって学業が中断されることや、生涯を通じた学習の機会が制限されていることが関連していると考えられる。精神障害者の雇用機会増大や、教育機会増大の必要性については、既に繰り返し指摘されていることであるが、本研究においてもその必要性が裏付けられた。社会参加合計点と他の項目との相関では、適正体重維持のみが重要であるというよりも基本的な生活習慣因子の項目全体の重要性から、それらを代表して適正体重の維持が選択されたと解するのが妥当と思われた。また、重回帰分析の結果から、生活支援とケアマネジメントにおいて、精神症状以上に「活動性」が無視し得ない重要な項目であることが示唆された。(2)「WHOの「障害」定義にもとづく精神障害(統合失調症)と身体障害(ポリオ・脊椎損傷)との比較研究」では、統合失調症を原疾患とする精神障害では、コミュニケーション能力の問題だけでなく、情報伝達を媒介する通信機器の使用自体に困難がある可能性が示唆された。また、「活動性」については、精神障害者の「社会参加」は、ポリオによる身体障害とは多くの項目で差が見られたものの、脊髄損傷による身体障害とは移動以外の項目で差がなかった。このことから、障害者の社会参加支援には障害種別以外に考慮すべき事項があること

が示唆された。「健康サービス」については、精神障害者で全体にサービスの必要度が高かったが、満足度もまた高いとの結果が得られた。精神障害者の支援では、保健医療福祉の各サービスを充実させるだけでなく、具体的なサービスの利用方法を相談できることが重要であることが示された。各サービスへの満足度の高さについては、精神障害の対象者がデイケアや作業所などなんらかの健康サービスに現在つながっており、ある程度そのニーズが満たされていることが理由の1つとして考えられる。別の理由として、精神障害者の満足度の要求水準が低く、そのために満足度が高く評価された可能性が考え得る。(3)「統合失調症における運動関連電位の研究—指運動負荷—」では、統合失調症患者は運動準備にあたって適切な覚醒水準を維持できず、また認知機能を動員しなければならない複雑な指運動時の覚醒水準維持が困難であることがわかった。(4)「精神障害者のスポーツ参加によるQ.O.L.への影響に関する研究」では、精神障害者のスポーツへの参加は、当事者のQ.O.L.を向上させるとともに、精神障害・精神障害当事者への偏見・誤解を除去する啓発効果がある。しかし、精神障害者スポーツの当面の目標をどのレベルに設定すべきか、参加者のプライバシー確保や権利擁護の問題、公式大会の参加資格の整備など、今後、検討すべき課題も多い。また、効果の科学的検証も不十分である。各地の精神障害者を対象としたスポーツ大会の開催時には、両組織が積極的に連携をはかり、運動効果など科学的な検証を深めていく

ことが重要である。

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」:

(1) 患者の回答による定期的な収入源の内訳では、勤め先の給料が 4.9%にとどまる一方、親や兄弟からの援助は 16.2%であるが、年齢階級が 40 歳代以上、そして 60 歳代以上で大きく減少する傾向にあったことから、これらの年代を中心に広く、公的扶助の適切な申請がなされるような支援が必要であることが確認された。また、各給付に関する設問で、未記入など不適切な回答が 10% 前後おり、病院・主治医が本人の経済的側面に関する情報の把握が十分でないことが窺われた。今後、入院患者個々の地域ケアへの移行を促進するためには、経済的側面についても十分な状況把握の下に、適切な支援がなされるよう、医師、病院に対する啓蒙も必要であると思われる。

(2) 今回の分析で得られた結果から、退院可能性に関する主治医の判断が臨床的にも比較的合理的であることを示唆するとともに、今後退院を促進する上で、これらの特性に着目した支援が有用であることが確認された。また、退院に関する主治医の判断と患者の希望の分析を比較すると、両者ともに在院日数が最も関係していたが、患者本人の希望は日常の最低限の生活能力に着目していることが示唆される一方、主治医判断はより社会的な機能に着目していることが示唆された。また、家族の状況については、患者本人の希望には面会頻度が寄与しているのに対して、主治医の場合には将来のインフォーマルケアの程度をより踏まえた判断を行っていることが窺われた。また、主治医の場合には、薬物療法の継続可能性

についても考慮していることが示唆された。

5. 「精神障害者のライフサイクルの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究」:

精神障害者退院促進支援事業は、多くの県で、一部の地域あるいは特定の地域生活支援センターでの試行的段階にあると考えられる。本事業は、平成 17 年に成立した障害者自立支援法において地域生活支援事業の中に位置づけられ、一層の発展が期待されていることから、本事業の実績をより正確に把握するためには、各県において、どのような将来計画をもって本事業を導入したか、現状をどのようにとらえているか等、事業のデザインがわかるようにすること、実際に事業を行っている県の手応えを感じていることを含めて、実績報告の記載要領と事業実績へのコード分類の導入等を行い、本事業の成果を的確に把握できるようにすることが必要と考えられた。

E. 結論

精神障害者がライフステージに応じて利用できる地域システムを明らかにすることを目的として、「精神障害者本人の態勢」、「生活支援・医療・住居」、「地域の育成」という観点から検討を行った。

障害者自立支援法の成立により、精神障害者の福祉サービスにも一層の普及・拡充が期待されるが、精神障害者の自立支援に経験の乏しい市町村や施設等も精神障害者の自立支援に携わることになる。また、精神障害者に関しては、自立支援の中に医療の継続を要するという精神障害者の特性を踏まえた福祉サービス等を

普及する必要がある。18年度は3年間の研究の成果として地方自治体等にとって利用可能な、「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自立支援と退院促進のためのガイドライン」の作成を行う。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

Ⅱ 分担研究報告書

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(障害福祉総合研究事業) 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
分担研究報告書

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

分担研究者 大嶋 正浩 (医療法人社団 至空会)
研究協力者 大場 義貴 (中部学院大学)
大場いずみ (ダダ・第2クリニック)
香川 妙子 (メンタルクリニック・ダダ)
清水 健次 (ダダ・第2クリニック)
新居 昭紀 (聖隷三方原病院)
永井 裕幸 (浜北病院)
小池 和憲 (小池診療所)
佐々木敏明 (聖隷クリストファー大学)

研究要旨

平成16年度では、静岡県浜松市及び浜北市をモデル地区とし、精神科デイケアや援護寮、精神障害者地域生活支援センターなどの利用者を対象にアンケート調査を行ない、回答のあった241人の結果を分析した。加えて、筆者らの経験をもとに、精神科クリニックで外来治療、精神科デイケアを経験した一群が、援護寮や就労支援、住居支援を受けて自立している事例を整理し、今後の精神科デイケアや社会復帰施設のあり方について検討し、ライフステージに応じたような生活支援や医療支援が適切であるかを考察し検討した。

その結果、以下の項目について平成17年度以降に検証していくことが必要であると思われた。①当事者を対象としたピアカウンセリング講座や生活サポーターの導入と効果について、②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、③教育機関と精神科医療機関、行政(教育事務所、児童相談所、精神保健福祉担当セクション)の連携を図るためのシステム作り、④トレーニングセンターを想定した支援スタッフの人材養成、⑤思春期、青年期層のうち恋愛観や結婚観に着目した調査、⑥ライフステージの課題に対応するために必要な知識の整理と必要な人材の検討、⑦援護寮を多機能ユニットと捉えた場合の機能の検討、⑧共感的対応と社会体験を組み合わせた、ハイブリット・アプローチ(医療的支援、生活支援)を定義し、効果の検証などを行っていく、であった。

これらを踏まえ、平成17年度では早期発症の統合失調症をはじめ、早期の治療的にかかわりから生活支援や就労支援を含んだ社会復帰活動に結びつくまでのモデルについて検討する。具体的には、追跡可能な児童思春期発症の方を対象に、援助方法と対人関係を含む社会性の成長等について半構造化面接等を行い、ライフステージごとの関わり方に加え、対人関係及び社会性の成長に応じた介入という視点についても検討し、両者の融合による望ましい介入のあり方を明らかにする。児童思春期障害者に対して、医療と福祉というわけ方ではなくライフステージ、対人関係や社会性で介入内容を決める基準を作るための資料を蓄積する。

A. 研究目的

平成17年度は早期発症の統合失調症をはじめ、早期の治療的かわりから生活支援や就労支援を含んだ社会復帰活動に結びつくまでのモデルについて検討する。具体的には、追跡可能な児童思春期発症の方を対象に、援助方法と対人関係を含む社会性の成長等について半構造化面接等を行い、ライフステージごとの関わり方に加え、対人関係及び社会性の成長に応じた介入という視点についても検討し、両者の融合による望ましい介入のあり方を明らかにする。児童思春期の障害者に対して、医療と福祉というわけ方ではなくライフステージや対人関係や社会性で介入内容を決める基準を作るための資料を蓄積する。

B. 研究方法

児童思春期、青年期を中心とした治療を行う精神科診療所2箇所の患者を対象にアンケート調査を実施した。調査対象者は20歳以前に受診し、平成17年11月現在で5年以上の受診経験が有り、かつ精神科デイケアを利用中または利用経験がある方とした。

アンケートはフェイスシート、自尊感情(4件法・10項目)、及び独自で設定した治療効果に関する質問(62項目で構成し、項目度に初診当時の過去と現在を尋ねる・4件法)で構成した。

また、治療効果に関する質問の結果から有効な因子を抽出し、過去と現在の差の高い群(高群)の男女、差のあまりない群(低群)の男女、計10名に半構造化面接を行った。質問項目は、治療効果に関する有効な因子と関連させて、(1)精神科デイケアやグループ、支援センター、援護寮、就労支援などを通しての仲間がいることについて (2)気さくさ(人への働きかけ)に関して (3)親との関係について (4)日頃から、病気との付き合い方で気をつけていること

や、工夫していることは とした。

(倫理面への配慮)

別紙資料1-1、1-2「説明書および同意書」(ご本人用、アンケート実施者用)を作成し、同意を取ることができた方のみ用紙を渡した。また、聞き取り調査に関しては、別紙資料2「生活支援、医療支援のありかたに関する聞き取り調査について(説明)」を作成し、該当者に依頼した。依頼した中で同意が得られた方に対してのみ聞き取り調査を行った。聞き取り調査を行う際は、別紙3-1、3-2「説明書および同意書」(ご本人用、アンケート実施者用)を作成し確認を行った。

アンケート調査は無記名式とし、集計に関しては研究協力者(福祉系大学)が集計及び解析を行った。また、聞き取り調査の録音記録の扱いは研究協力者一名が一括管理し、情報の散逸に関して配慮した。以上のような方法で、倫理面への配慮を行った。

C-1. アンケート調査の結果

1. 基本データ

①被験者…計90人

(男性51人、女性39人)

②有効回答数…計75人(男性46人、女性29人)

③調査時平均年齢…25.2歳

④初診時平均年齢…15.8歳

⑤平均受診期間…9年5ヶ月

⑥現在の住居…実家(77.3%)、一人暮らし(14.7%)、グループホーム(6.7%)、援護寮(0%)、その他(1.3%)

⑦今までに一人暮らしの経験の有無…あり(24.0%)、なし(76.0%)

⑧精神科への入院経験の有無…あり(41.3%)、なし(58.7%)

⑨就職経験(正社員、パート、アルバイトに限る)について…現在あり(29.3%)、過去あり(42.7%)、なし

(28.0%)

⑩服薬、精神科デイケア利用、カウンセリングなど個人療法の利用、集団療法(デイケア以外のグループなど)の利用、訪問看護(看護師やソーシャルワーカーによる訪問支援)の利用、援護寮の利用、精神障害者地域生活支援センターの利用、グループホームの利用、ホームヘルプ(ホームヘルパーによる家事支援)の利用、ショートステイの利用、就労支援(体験就労、通りハ、集団バイトなど)の利用については、表1利用サービス一覧を示す。

2. 自尊感情

- ① 平均値 24.9点
- ② 男女差・・・男平均25.4 女平均24.1 男女差なし(36%水準)(表2)
- ③ 高群 \geq 25点計42人
- ③ 低群 \leq 23点計30人
- ④ 自尊感情の得点と人数(表3、図1)

3. 治療効果(現在と過去)の比較

① 因子名の命名

独自で設定した治療効果に関する質問紙(62項目で構成し、項目度に初診当時の過去と現在を尋ねる・4件法)を用いた。有効数75人の現在の回答について因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行った結果、10因子にて終結した。更に、因子負荷量0.4未満の設問を除き、再び因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行ったところ、4因子が抽出できた($KMO=.742$)。因子は、第1因子・親との関係、第2因子・仲間がいることによる安心感、第3因子・気さくさ、第4因子・医療の利用と命名した。なお、因子名と設問の関係については表4に示した。

② 現在と過去の差

現在と過去の因子ごとの得点の差を「変化」と規定し、平均値の差の検定を

行ったところ、全ての因子において、現在 $>$ 過去となり、正の変化が確認できた。各因子ごとの平均値を表5に示した。

③ 変化の性差

変化合計得点(現在-過去)に関しての性差であるが、男性($N=46$)は13.37、女性($N=29$)は18.93であり男女間で差があり(8%水準)、女性で得点差が大きかった。

④ 自尊感情と変化の相関

自尊感情と変化については、弱い正の相関があった($r=.32$)。

⑤ デイケア利用期間と変化の相関

デイケア利用と変化について各因子及び合計値で相関を調べたところ、全て相関がなかった。親因子では $r=.089$ 、仲間因子では $r=.164$ 、気さくさ因子では $r=.045$ 、医療因子では $r=.036$ 、因子得点合計では $r=.120$ であった。

C-2. 聞き取り調査の結果

1. 対象者の選定

有効回答者75名の中のうち、カウンセリングなど個人療法の利用、集団療法(デイケア以外のグループなど)の利用、訪問看護(看護師やソーシャルワーカーによる訪問支援)の利用、援護寮の利用、精神障害者地域生活支援センターの利用、グループホームの利用、ショートステイの利用、就労支援を現在または過去に2つ以上受けたことがある者を高群から男性3名、女性2名、低群から男性3名、女性2名を選出した。選出に際しては、主治医に対して状態の安定度を確認し、かつ本人の同意を取ることができたものとした。初期選出者のうち、低群で男女各1名から断りの申し出があり、再選出を行い最終的に10名の聞き取り対象者を選出した。また、低群に関しては、過

去が高値で現在も高値であると、変化が少なく算出されてしまう。過去の得点の性差を調べた結果、差がなかった(90%水準)ため、平均値の59点以下のものを対象者とした。

以上の手続きを経て選出された半構造化面接の対象者(以下、聞き取り対象者)については、聞き取り対象者得点プロフィール及び利用サービスとして表6の通り示した。

2. 聞き取り調査の質問事項

聞き取り調査の質問事項は、(1)精神科デイケアやグループ、支援センター、援護寮、就労支援などを通しての仲間がいることについて—①メンバーを信用できるようになったか ②経験を通して、心に残っていることは ③経験を通して、自分が成長したところはどこか。また、どうしてそうなったと思うか ④スタッフにすすめられて、気乗りしなかったサポートは ⑤当面目標としたいことと、そのためにあったらいいサポートは

(2)気さくさ(人への働きかけ)に関して—①気軽に人と雑談ができますか ②友達や仲間が、困っていたら声をかけたり助けたりしますか (3)親との関係について—①親は、あなたが精神科に通い治療を受けたり、支援を受けたりすることに対してどのように思っていると、あなたは感じていますか ②あなたは、親のことをどのように思っていますか ③受診し始めたころと、現在を比較して、親は何か変わりましたか (4)日頃から、病気との付き合い方で気をつけていることや、工夫していることはありますか とした。

聞き取り時間は、40分から50分程度を想定した。

3. 聞き取り調査実施者

聞き取り調査実施者に関しては、現在直接デイケアに携わるものであると、回

答する際にバイアスがかかると考え、ある程度調査対象クリニックの治療方針やデイケアの様子を知っていることと、かつ現在直接関わっていない心理士という条件で設定した。

直接デイケアに携わっていない研究協力者男性1名(非常勤心理士)、直接デイケアに携わっていない女性1名(常勤心理士)及びかつて調査対象クリニックに勤務したことがある女性2名(心理士)の計4名で分担した。

4. 聞き取り調査の結果

聞き取り調査の結果をまとめる際に、内容を損なわない程度の改変を加えた。また、メンタルクリニック・ダダ、ダダ第2クリニックの固有名詞は使用したが、その他の固有名詞は、機械的にアルファベットで示した。

①変化が大きかった男性の特徴について聞き取り調査の録音データを文字に起こし、高群の男性3名(HM1、HM2、HM3)の結果を以下の通り示す。

精神科デイケアやグループ、支援センター、援護寮、就労支援などを通しての仲間がいることについては、「デイケアで最初は緊張していたが、相手のことも苦しかったことや困っていることも共有できるようになった。メニューはきっかけで、それからメニュー以外でもデイケア以外でも話す。一番大きいのは、メニュー以外の付き合い(HM1)や、「最初コミュニケーションは下手で苦労した。コミュニケーションが取れるのはいいことだが、逆に友達との関係はいいことばかりではなくちょっとしたトラブルもあった。今までそういう経験はなかったので、いい経験になっている。とっかかりはデイケアの活動の中で、最初は自分から行動を起こすことができなかった。グループトークの時間があったり、メンバーと少しずつコミュニケーションをとるようになっていった。だんだんデイケア

以外の時間帯でも残って話をしたり、休みの日に食事や遊びをできるようになった」(HM2)など、デイケアや支援の効果が述べられた。

また、親しくなるのには時間とともに、趣味や興味が共通することで、比較的時間が浅くても親しくなることができる(HM3)とある。

自分の成長に関しては、デイケアを経たの就労経験による成長を述べている。

「いきなり職場に出されたらできなかった。デイケアのメニューでは、農作業やグループで行う洗車など、仕事をする経験になるようなものがあった。メンキャップクラブはみんなと話し合っただけで実際に仕事やっけていく。問題が出て、その度に解決していく経験や通リハを使っていったこともあって、スタッフの力を借りて仕事の経験を積めた。困っていることがあればスタッフに相談できるという安心もあった。仕事の経験もあまりなかったが、知っている人たちと壁を乗り越え、体験できたりした(HM1)」や「デイケアとかダダの喫茶(デイケアメニューの一環)とかで仕事をやって、それを通していいことも悪いことも含めていい経験だった。今のバイトでも役に立っていて、社会に出ることで厳しい面を学ぶことも多いし耐える精神力とか養えたと思うし、状況判断とかいろいろな社会のマナーに関してとかそういうのを含めていろいろデイケアをやる中で成長できた(HM2)」などである。また、HM3は「援護寮を経て一人暮らしを始めて、パニックになることで、相手を責めたり相手に責任を押し付けたりってところがあるので、それができなくなっちゃったっていうのがありますから、それでやっぱり自分でどうにかするしかないっていうのが、自己責任感みたいなのがついてコントロールできるようになったのと、子どもの頃は感情の起伏のせいもあって友達が出来にくかった所もあって、そこをスタッフ

に指摘されたこともあり、それが行動に出せるようになってきていると思う」と援護寮での経験が自立に結びつくと発言している。

今後の目標や必要なサポートについては、就労支援や親亡き後を支えてくれる支援、仲間との交流などが挙げられた。

「将来的には正社員で働きたい。今は障害者年金もらいながら働いているけど、そういう力を借りずやっていきたい。そのためのサポートをしてほしい」(HM1)。「親も定年になる年齢なので、そういう中でいろいろ話し合えたり、生活で役に立ったりするメニューがあればいいと思っている」(HM2)。「じっくりメンバー一人一人と話したりするっていう、時間がないっていうのがあるが、もっと仲のいいメンバーを増やしていきたい」(HM3)などである。

仲間が困っていたら声を掛けたり、助けたりするといずれも述べている。

親との関係に関しては、受診当初から理解があったものと受診後、親が変わったものがあり、変化なしは無かった。受診に関しては、「すごく賛成している」(HM1)、「理解があり、一生懸命やってくれた親だと思う」(HM3)。「今は理解をしてくれている。学校へ行けなくなった頃から病気になり始めていたと思うが、学校へ行けないことで厳しくて喧嘩することもよくあった。病院を転々とするうちに親も理解してくれて、特にダダへ来てからが大きく変わったと思う」(HM2)であった。

また、親に対しては一様に感謝の気持ちや認めてくれたことへの喜びを述べている。「自分を最初の頃よりも大人になったなって感じで見えてくれる気がする。だんだん成長してきたのを親も認めてくれているみたい」(HM1)。「病気になった当時は親ともよく喧嘩をしていた。これからは恩返しをしてかなきゃいけないなと思っている」(HM2)。「ここまで育