

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18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 北井 暁子

平成19（2007）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 …………… 9

菅原 道哉

2. 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 …………… 13

大嶋 正浩

3. 精神障害者のライフステージに応じた、地域生活における危機管理のあ  
り方に関する研究 …………… 27

新居 昭紀

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 …………… 37

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 …………… 47

竹島 正

III. 研究班名簿 …………… 51

# I. 総括研究報告書

平成 18 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）

「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」  
総括研究報告書

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】精神障害者がライフステージと健康状態に応じて、精神科医療と自立支援サービスを利用できるような、①「運動・栄養・休養等の健康増進」、②「生活支援・医療・住居」、③「地域の育成」を軸足にした支援のあり方について検討し、その成果を踏まえて「ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン（以下、ガイドラインと略す）を作成することを目的とした。

【研究方法】18 年度各分担研究においては、支援ガイドラインに研究成果を集約できるよう 16 年度、17 年度の 2 年間の研究成果をまとめ、必要に応じて補足的な研究を行った。ガイドライン作成についてはワーキンググループを設けて原案の作成を行い、市町村等の相談窓口担当者の持っている知識や知りたい情報をよく知る立場にある者が読み手となって原案の加筆修正を行った。その結果をもとに分担研究者が全体を見直した。また、本研究班の分担研究者等に記載内容が学術的・臨床的観点から適切であるかどうか検証を依頼し、その結果を反映した。

【結果および考察】①「運動・栄養・休養等の健康増進」：精神障害者の健康管理を考えた時、精神障害の背景をなす素因依存性の病態と、この疾患に罹患したがために二次的・三次的に生じてくる状態依存性の病態像を可能な限り区別して考える必要がある。

②「生活支援・医療・住居」：児童思春期で治療の展開している事例の共通性として「中核の感情」を概念化することができた。これは、人間が発達の初期において獲得する発達課題と類似しているものと考えられた。地域に孤立している引きこもりの重度の精神障害者に対する現行医療下で有効な訪問型支援システムを 3 年にわたる訪問ボランティアの実践を通して考察し、その構築をモデル事業化した。「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た分析の結果、主治医が退院可能と判断する入院患者についても、ライフステージに応じた特性があり、それに留意し

た施策が求められていることが確認された。しかし同時に、同じライフステージ内でも特性は多岐に亘って分布しており、それにも配慮したよりきめ細かな施策が必要であることにも留意する必要があると考えられた。

③「地域の育成」：市町村等の相談窓口担当者を利用対象者としたガイドラインを作成した。本研究によって作成されたガイドラインは暫定版として市町村や民間団体等の利用に供し、必要に応じて改訂を行うことが望ましいと考えられた。

【結論】本研究は、精神障害者がライフステージと健康状態に応じて、精神科医療と自立支援サービスを利用できるような、①「運動・栄養・休養等の健康増進」、②「生活支援・医療・住居」、③「地域の育成」を軸足にした、地域としての支援のあり方を検討することを目的とした。最終年度である18年度は、各分担研究の成果を取りまとめるとともに、その成果を反映した「ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン」を作成した。

#### <分担研究者>

菅原 道哉（東邦大学医学部）  
大嶋 正浩（メンタルクリニック・ダダ）  
新居 昭紀（聖隷三方原病院）  
山内 慶太（慶應義塾大学看護医療学部・大学院）  
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

#### <研究協力者>

大場 義貴（聖隷クリストファー大学）  
勝又陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
助川 征雄（田園調布学園大学）  
羽藤 邦俊（代々木の森診療所）

#### A. 研究目的

本研究は、精神障害者がライフステージと健康状態に応じて、精神科医療と自立支援サービスを利用できるような、①「運動・栄養・休養等の健康増進」、②「生

活支援・医療・住居」、③「地域の育成」を軸足にした、地域としての支援のあり方を検討することを目的とした。最終年度である18年度は、各分担研究の成果を反映した「ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン（以下、ガイドラインと略す）を作成することも目的とした。

1. 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、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取りまとめることを目的とした。

2. 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）

児童思春期発症の精神障害者への望ましい介入のあり方を明らかにすることを目的とした。また、ライフステージに応じた生活支援、医療のあり方を示すことを目的とした。

### 3. 精神障害者のライフステージに応じた、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）

医療拒否、ケアサービス拒否で地域に沈殿している重度の障害者群を自立支援するケアプランとそのシステムを考案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）

精神障害者のライフステージに応じた生活支援が不可欠であり、その1つに住居・施設の整備がある。そこで、ライフステージに応じた精神障害者の住居・施設のあり方の検討に資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（分担研究者：竹島正）

精神障害者がライフステージと健康状態に応じて、精神科医療と自立支援サービス等を利用できるよう、市町村等の相談窓口担当者を利用対象者とした「ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン」（以下、ガイドラインと略す）を作成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）

分担研究者の臨床事例をもとにした事例研究を補足した上で、3年間の研究成果を総括的に考察した。

### 2. 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）

平成16年度研究では、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い、各ライフステージにおける統計的資料を作成した。また、ライフサイクルにおける精神科診療所及び社会復帰施設での医療支援、生活支援に関する基礎資料を作成し、児童思春期精神科医療におけるデイケアの役割のモデルを提示した。

平成17年度研究では、精神科デイケアの治療的効果に関連する要因を分析した。また、児童思春期精神障害者に対して、ライフステージを考慮した情緒的発達と社会スキルの発達の関係についてモデル図を提示し、介入モデルとして、受容的・共感的な対応と社会経験を組み合わせた、ハイブリット・アプローチを提案した。加えて、児童思春期精神障害者に対する、精神科デイケアの特徴及び、成人精神科との相違点について提示した。

平成18年度は、平成16年度、平成17

年度の調査で得られたデータを再分析し、さらに保護者へのアンケート調査を実施した。

保護者への調査は2種類行った。

アンケート1は、平成17年度利用者調査を父親用、母親用に修正し、加えて「情緒発達」、「社会スキル」、「親の成長」の7因子に対し、各因子3項目、合計21項目について変化を調査した。

アンケート2は、平成16年度利用者調査にて行った、デイケアなどの医療支援や、就労支援などの生活支援の21項目に、親の死後の財産管理、24時間電話相談、グループホーム、援護寮の項目を加え、25項目の必要度について調査した。

また、平成16年度利用者調査をもとに、精神科に受診する前に相談しなかった専門家について回答を求めた。

平成17年度調査の対象者の中で、追跡可能な者の62名の父親、母親を対象として、アンケートの回収率は64.5%であった。

### 3. 精神障害者のライフステージに応じた、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）

訪問型支援に注目し、上記対象者に訪問ボランティアとして研究的に関わりながら、あるべき訪問型支援システムの在り方を考察してきた。18年度は2004年4月より2007年2月まで訪問ボランティアとして関わった精神障害者39名のうち35名の分析と総括を行った。加えて、18年度に設立した精神科専門の訪問看護ス

テーション不働平と在宅支援型の精神科診療所ぴあクリニックへの上記対象者の移行の実態とあるべき連携のシステムについて考察した。

### 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）

平成16年度は、必要な住居、施設を生活支援並びに医療のニーズとの関連からも検討する為の基礎資料とすべく、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患者を抽出して、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、患者本人の希望と不安等について分析した。

平成17年度は、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分析を行った。また、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ことと等を目的として、主治医の判断の規定要因の分析を樹形モデル解析（tree-based model analysis）を適用して行った。

今年度は、障害者自立支援法の下での「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」に寄与するように、それまでの分析の再検討を行った上で、本分担研究を総括した。

### 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（分担研究者：竹

島正)

ガイドライン作成のためのワーキンググループを設けて原案の作成を行い、市町村等の相談窓口担当者の持っている知識や知りたい情報をよく知る立場にある者が読み手となって原案の加筆修正を行った。その結果をもとに分担研究者が全体を見直した。また、本研究班の分担研究者等に記載内容が学術的・臨床的観点から適切であるかどうか検証を依頼し、その結果を反映してガイドラインを完成させた。

## C. 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）

一連の研究成果は、健康管理を考えた時、この疾患の背景をなす素因依存性の病態と、この疾患に罹患したがために二次的・三次的に生じてくる状態依存性の病態像を可能な限り区別して考える必要があることを示している。グループホーム、ケアホームに入居している精神障害者は多職種の見守り、「監視」、介護、「管理」のもとにある。本来であれば健康状態は良好であっても良いはずであるが、著しく健康度の損なわれている人達がいることも事実である。72000 人の入院者を地域で介護していこうとするのならば、“人権擁護”、“社会参加促進”のみの精神福祉の議論、自立支援を隠れ蓑にした“経済効率追求”の議論ではなく、精神

科原疾患の行動特徴、合併疾患、さらには医原性疾患の現状を踏まえた精神医療を精神福祉以上に考察していく必要がある。

### 2. 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）

「親との関係」、「仲間との安心感」、「気さくさ」、「医療の利用」、「情緒発達」、「社会スキル」、「親の成長」の7因子について、治療効果の高群と低群を比較した。母親においては、高群と低群に有意差が認められなかったが、父親では、親との関係、情緒発達の因子で有意差があった。

デイケアの利用度 89%、必要度 82%であり、利用度の方が高かったが、その他の20項目は全て、必要度が利用度より高かった。また、父親、母親の回答は、近所の相談できる人、訪問看護を除いて、利用者よりも必要度が高かった。

子どもが精神科に受診した後の親の意識を調べたところ、低群の父親は、高群の父親と比較して、親との関係の改善、情緒発達の促進で差があった。このことから、介入ポイントとしては、母親への継続的な支援はもとより、父親への治療参加をいかに促すかが重要であると考えられた。また、治療場面ばかりではなく、社会復帰活動や家族会、精神保健福祉領域のNPO活動などへの参加を促すことも有効であると考えられた。

聞き取り調査から、治療の展開している事例の共通性として「中核の感情」を概念化することができた。受診前、受診、



デイケアや集団経験、その後の生活支援などの経過を検討することによって、受診前の働きかけとして、親や教師への啓発活動、治療の導入時、デイケアや集団への導入時、「中核の感情」の促進、生活支援の利用時など、それぞれの時点で、介入ポイントが存在することが明確になった。

これらをふまえ、10歳から25歳を主な所属集団で区切り、治療上有効な「中核の感情」をかぎ概念に考えた場合、各ライフステージ上で獲得可能なテーマと支援のポイントについてまとめることができた。

### 3. 精神障害者のライフステージに応じた、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）

年齢は29歳から76歳までにわたるが平均50歳であった。罹病期間は平均24年間と長く、85%が統合失調症であった。家族構成は単身者20%、片親同居29%、複数親族同居51%であったが、同居親族の60%は深刻な身体合併症があり病弱であった。そういった病弱で危なっかしい親族に、GAF指数20くらいの当事者がなぜか多く、強く依存していた。

訪問期間は最長35ヶ月から最近の4ヶ月にわたった。入院による中断が5名（その内の1人は退院直後突然死）と精神障害の母子より拒絶され訪問16ヶ月で中断した2人以外の29名は訪問が継続した。ボランティア訪問を続けた効果か、入院中も可能な限り病棟訪問を続けたせ

いか、入院4名内の3名（死亡したケースも含め）は退院後我々の訪問型支援を継続希望した。1名は訪問期間中に身体疾患に罹患しそのため他科入院、入院中精神医療につなげられ、他精神病院で治療関係が成立していった。

訪問距離は片道75kmが4名、20km以上が合計11名あって効率的ではまったくなかった。遠隔地であればあるほど、緊急訪問や連日訪問などの危機介入は不可能になる。これは僻地医療の問題でもある。保険医療下の訪問や往診を考えれば最大30kmまでであろう。

訪問ボランティアの効果であるがGAF指数平均が開始時33から現在46で、かなり有効であったといたい。特に入院回避できた4名は特筆に価する。1名は家族への暴力が酷く措置入院すれすれのケースであった。いずれも頻回・集中的に訪問できたケースである。また就労までいった2名も医療拒否していた引きこもり状態から考えれば飛躍的な変化である。

2006年10月精神専門の訪問看護ステーションAが訪問ボランティアの会員を軸にできた。これに伴って訪問当事者は可能な限り訪問看護ステーションの訪問看護へと移行するよう依頼し19名が移行した。訪問看護ステーション拒否の理由は自己負担の発生であり、経済的理由である。

地域でひき籠り孤立している精神障害者の支援にはまず家族の協力が不可欠である。家族の協力と理解が得られなけれ

ば訪問型支援は断念すべきである。家族ともども精神障害の場合は、訪問型支援が必須であるが、とりわけ困難度が増す。他の親族、近隣の人々、保健師、民生委員、行政などを含めたより包括的チームをつくり根気よくボランティア的に関わり続けるしかない。身体疾患に罹患した時、経済的困窮で行きづまった時が治療的介入のチャンスになる。

地域に孤立している引きこもりの重度の精神障害者に対する現行医療下で有効な訪問型支援システムは、精神科専門の訪問看護ステーションの設立、在宅支援型診療所（医師、PSW の訪問を定常化した）の設立、およびピアボランティアを含む訪問ボランティア組織の継続発展、これら3者の情報の共有と密接な連携を中心にして、行政や他地域医療機関（診療所、精神病院）、自立支援施設、介護支援施設などとの連携をとまなう機構と考えられた。

#### 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 （分担研究者：山内慶太）

第一に、主治医が退院可能と判断した患者においても、主治医が適切と考える退院後の「暮らしの場」は、ライフステージに応じて、家族と同居、単身生活、精神障害者用入所施設、高齢者用入所施設と移行する傾向があった。また、家族との同居や単身生活が適切とされた患者においても、その多くで IADL 等に低下が見られ、訪問サービスをはじめ各種サービスが必要である。したがって、退院

促進と地域での自立支援のためには、ガイドラインにおいて、IADL や家族から受けられる支援の程度等を適切に把握する為のアセスメント方法の提示、それらの低下の程度に応じて、補完する各種サービスを適切に組み合わせられるような指針の提示が必要である。第二に、主治医による退院の可能性の判断は、在院日数、IADL、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に基づいていた。今後、退院を促進する上で、これらの特性に着目した支援は有用であろう。

#### 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（分担研究者：竹島正）

ガイドラインは2部構成で、第I部は「ライフステージ別の相談・支援」、第II部では「基礎知識」とした。第I部のライフステージの区分は、窓口業務での実用性を考慮して「学齢期まで（0～15歳）」「成人まで（15～20歳）」「成人前期（20～40歳）」「成人後期（40～65歳）」「老年期（65歳以上）」の5区分とした。第II部は「精神障害とは」「精神保健の考え方」「精神保健福祉制度の改革と障害者福祉サービス」「こころの危機への対応」「相談を受ける能力をみがく」「本人以外からの相談」「自殺の危険への対応」の7項目とした。本研究で作成されたガイドラインは、一定の科学的根拠を満たした実践的なガイドラインと考えられる。しかし、ガイドラインは実際に利用される中で、

改訂すべき箇所が明らかになってくるものである。このガイドラインは暫定版として利用に供し、必要に応じて改訂を行うことが望ましいと考えられた。

#### D. 結論

本研究は、精神障害者がライフステージと健康状態に応じて、精神科医療と自立支援サービスを利用できるような、①「運動・栄養・休養等の健康増進」、②「生活支援・医療・住居」、③「地域の育成」を軸足にした、地域としての支援のあり方を検討することを目的とした。最終年度である18年度は、各分担研究の成果を取りまとめるとともに、その成果を反映した「ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン」を作成した。

E. 健康危険情報 なし

#### F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

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 18 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）

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（東邦大学医学部精神神経科教室）

#### 研究要旨

本研究は、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、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取りまとめることを目的としている。本年度研究では、分担研究者の臨床事例をもとにした事例研究を補足した上で、3年間の研究成果を総括的に考察した。

精神障害者の今回の一連の研究は、健康管理を考えた時この疾患の背景をなす素因依存性の病態とこの疾患に罹患したがために二次的、三次的に生じてくる状態依存性の病態像を可能な限り区別して考える必要があることを示している。グループホーム、ケアホームに入居している精神障害者は多職種の見守り、介護、「監視」、「管理」のもとにある。本来であれば健康状態は良好であっても良いはずであるが、著しく健康度の損なわれている人達がいることも事実である。72000 人の入院者を地域で介護していこうとするのならば、“人権擁護”、“社会参加促進”のみの精神福祉の議論、自立支援を隠れ蓑にした“経済効率追求”の議論ではなく、精神科原疾患の行動特徴、合併疾患、さらには医原性疾患の現状を踏まえた精神医療を精神福祉以上に考察していく必要がある。

#### A. 研究目的

本研究は、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、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

成果を取りまとめることを目的としている。

#### B. 研究方法

本年度研究では、分担研究者の臨床事例をもとにした事例研究を補足した上で、

3年間の研究成果を総括的に考察した。  
(倫理面への配慮)

平部、藤城の研究については東邦大学医学部倫理委員会で承認された。五十嵐の各研究については東邦大学大森医療センター倫理委員会で承認されている。

### C. 結果と考察

72000人のいわゆる社会的入院者を地域でケアするための種々の地域ケアユニットの拡充が進行中である。ところで本研究の分担責任者の一人である私は、平成18年4月から横浜市にある社会福祉法人の理事長としてこの1年を経過した。本法人は6ヶ所のグループホーム、ケアホーム、その他の地域ケアユニットを運営している。6ヶ所のグループホーム、ケアホームには計38人の入居者がおり、これらのホームの嘱託医も引き受けた。

この1年間の地域精神福祉の経験で驚いた事は数々ある。まず、向精神薬の種類、クロールプロマジン力価換算量の多さである。さらに多くの入居者は、他診療科も同時に受診しており、降圧剤、抗脂血症治療剤、鎮痛剤、抗潰瘍剤、下剤などを併用している。ある61歳の男性は向精神薬計11種、その中で抗精神病薬のクロールプロマジン換算量は1986mgである。その他整形外科、耳鼻科、皮膚科、内科からの処方薬があり、抗菌剤、抗生物質、鎮痛薬、下剤は重複処方され薬種にして、31種を服用していた。

一方この一年間に3人の入居者が、夜間救急外来を受診した。一人はQT延長

症候群、他の一人は肺塞栓、もう一人は肺癌の大腸転移による腸閉塞であった。

このような現実からも推測できるように、地域で精神障害者が生活するには医療上多くの問題がある。精神福祉に携わる人は、精神疾患を有する人の訴えの乏しさを十分認識し、日常の世話をとおして気づいたことを、主治医、嘱託医に伝え連携を密にする必要がある。

行政の担当ワーカー、ケアマネージャー、ホームの職員、ホームヘルパー、ボランティアの人々、いずれも熱心なのはよくわかる。頭が下がる思いがする。しかし人権擁護、自立援助、個人情報保護が先行し、精神疾患を有する人の精神・身体の特異状態を見逃しがちである。嘱託医は各ユニットに配置されてはいても、主治医との連携は医療法上、また個人情報保護法などがからみ医療情報は非対称的であり決して円滑には流れていない。

例を挙げてみる。QT延長症候群の1例である。67歳の女性で某精神科開業医のもとを受診しながら、ケアホームに8年居住している。ケアホームの日記を繰ってみると過去に失神発作を数回経験している。数種の抗うつ剤、数種のベンゾチアゼピン系抗不安薬が数年間変わらず処方されていた。心電図のチェックは一度もない。診断は不安障害、アルコール依存とある。

嘱託医を引き受けた私に、午前1時に携帯電話で職員から緊急連絡が入った。たまたま以前からの知人の医者が院長を

している総合病院に救急入院することができた。しかし、主治医でない私には医療情報提供書を書く権利が与えられていない。翌日行政の担当ワーカーに連絡してもらったが、主治医からの紹介状が欲しいという。私はこの主治医を知らない。精神福祉の現場では各人が熱心にそれぞれの役割を遂行しているが、医療情報の流れは滞りがちで一貫したサービスには程遠いのが現実である。

地域で一貫した適切なサービスを提供するには情報の共有化が必要である。しかし、福祉と医療の間には専門性の違い、個人情報保護が足枷となり、円滑な連携が困難である。

以上のような前置きの下で、大学在籍中に関与した本研究の成果をふりかえてみたい。

### 本研究のこれまでの成果と考察

最初に言えることは、いずれの研究も対象は20歳代後半から50歳代前半の人である。しかも相当程度の社会参加、活動をしている人達であった。またいずれの研究も薬物歴、併存疾患の有無・病歴・地域生活での多職種への関与の状況などの詳細情報は検討されていない。一言でいえば、比較的若い、したがって社会的退縮の乏しい一群であったといえる。

平部論文「精神障害者の社会参加に関わる要因分析」の結論は「ICF (International Classification of Function) を基にした調査票からは活動性の合計点と生活習慣の適正体重維持の2項目が社会

参加の度合の説明要素として抽出された」というものであった。社会的予後、身体的予後を考える時、適正な体重維持を遵守できるという生活習慣は重要なことであろう。しかし地域社会の中でこの生活習慣を継続していくには地域の多種職種間の連携、特に医療者の関与が重要であろう。その視点からすれば、藤城論文「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」の結論は重要である。すなわち「精神障害者は基本的日常生活動作の障害が比較的軽度であるにもかかわらず、より軽度の脊椎損傷と同程度の社会参加の制限を認める。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サービス全体について相談できることが特に重要である」との結論を得ている。

五十嵐論文「Comparison of Bereitschafts-potentials (BP) in finger tasks among three schizophrenia patients groups」および大西論文「精神障害者のスポーツ参加によるQOLへの影響に関する研究」はいずれも運動機能を中心に据え、広い意味での認知機能を視野に置いた研究である。

大西論文は競技性を重視したスポーツによって本人のやる気、動作の向上、ひいてはスポーツに参加することによる社会参加（統合）を促進できると結論している。一方、五十嵐論文は統合失調症には発症の初期の段階から「協調運動」「連続運動」などに健常者と比較して有意な

障害が認められる。上記の二つの運動は複雑な運動負荷を課す。その際統合失調症は筋肉運動系の調節統合に要する注意機能の分散、焦点化に障害を認め、その結果運動の準備遂行に支障をきたす。

#### D. 結論

精神障害者の今回の一連の研究は（統合失調症に限定しているが）、健康管理を考えた時この疾患の背景をなす素因依存性の病態とこの疾患に罹患したがために二次的、三次的に生じてくる状態依存性の病態像を可能な限り区別して考える必要がある。平部、藤城、大西論文は、むしろ、状態依存性の病態の改善への方向性を示していよう。

一方五十嵐論文は素因依存性の病態像を明らかにしている。さらにまえがきで長々と述べたごとく、グループホーム、ケアホームに入居している精神障害者は多職種の見守り、介護、「監視」、「管理」のもとにある。本来であれば健康状態は良好であっても良いはずである。しかし実際にはその数は多くなくとも著しく健康度の損なわれている人達がいることも事実である。72000 人の入院者を地域で介護していこうとするのならば、“人権擁護”、“社会参加促進”のみの精神福祉の議論、自立支援を隠れ蓑にした“経済効率追求”の議論ではなく、精神科原疾患の行動特徴、合併疾患、さらには医原性疾患の現状を踏まえた精神医療が精神福祉以上に考察していく必要がある。

E. 健康危険情報 なし

#### F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 予定なし
2. 実用新案登録 予定なし
3. その他 特記事項なし



平成 18 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）

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（医療法人社団至空会）

研究協力者 大場 義貴（聖隷クリストファー大学）

#### 研究要旨

平成 16 年度研究では、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、各ライフステージにおける統計的資料を作成した。また、ライフサイクルにおける精神科診療所及び社会復帰施設での医療支援、生活支援に関する基礎資料を作成し、児童思春期精神科医療におけるデイケアの役割のモデルを提示した。

平成 17 年度研究では、精神科デイケアの治療的効果に関する因子を分析し提示した。また、児童思春期精神障害者に対して、ライフステージを考慮した情緒的発達と社会スキルの発達の関係についてモデル図を提示し、介入モデルとして、受容的・共感的な対応と社会経験を組み合わせた、ハイブリット・アプローチを提案した。加えて、児童思春期精神障害者に対する、精神科デイケアの特徴及び、成人精神科との相違点について提示した。

平成 18 年度は、平成 16 年度、平成 17 年度の調査で得られたデータを再分析し、さらに、保護者へのアンケート調査を行った。

その結果、必要度が利用度より高いため、サービスは必要とされながらも不足していると考えられた。また思春期・青年期では単一のサービスに頼りがちである一方で、多彩な困りごとや必要性を抱えているため、サービス提供機関では、多様な対応が求められることが推測された。

また、子どもが精神科に受診した後の親の意識を調べたところ、子どもの治療効果が一定の基準以下の父親（低群）は、一定の基準以上の父親（高群）と比較して、親との関係の改善、情緒発達の促進という因子で差があった。このことから、介入ポイントとしては、母親への継続的な支援はも

とより、父親への治療参加をいかに促すかが重要であると考えられた。また、治療場面ばかりではなく、社会復帰活動や家族会、精神保健福祉領域のNPO活動などへの参加を促すことも有効であると考えられた。

さらに、聞き取り調査から、治療の展開している事例の共通性として「中核の感情」を概念化することができた。これは、人間が発達の初期において獲得する発達課題と類似しているものと考えられた。また、受診前、受診、デイケアや集団経験、その後の生活支援などの経過を検討することによって、受診前の働きかけとして、親や教師への啓発活動、治療の導入時、デイケアや集団への導入時、「中核の感情」の促進、生活支援の利用時など、それぞれの時点で、介入ポイントが存在することが明確になった。

これらをふまえ、10歳から25歳を主な所属集団で区切り、治療上有効な「中核の感情」をかぎ概念に考えた場合、各ライフステージ上で獲得可能なテーマと支援のポイントについてまとめた。また、学校場面などで把握することが多い思春期の精神疾患（状態を含む）への対応を検討する上での基礎資料を作成した。

加えて、精神科医や臨床心理士、精神保健福祉士などが地域に出かけることができる体制整備の必要性や、思春期ケアマネジメントの体制整備などの必要性を提案した。

## A. 研究目的

ライフステージ上、精神疾患を発病しやすい思春期を対象に、児童思春期発症の精神障害者への調査を行うことにより、望ましい介入のあり方について考察し、精神障害者のライフステージに応じた生活支援、医療のあり方について示す。

平成18年度は、平成16年度の調査から得られたデータを再分析し、サービスの利用度とサービスの必要度を分析する。加えて、親が考える必要度について追加調査し比較する。

また、平成17年度の聞き取り調査の内容を再分析し、治療的な効果の高群、低群の特徴を明らかにし、介入のあり方を

考察する。また平成17年度調査対象のうち、追跡可能なデイケア利用者の父親、母親へのアンケート調査を行い、男性保護者（以下、父親）の高群、低群の特徴及び、女性保護者（以下、母親）高群、低群の特徴を明らかにし、介入のあり方を考察する。

## B. 研究方法

### 1. 調査内容

父親、母親への調査は、2種類行った。

アンケート1は、平成17年度利用者調査により、デイケアにおける治療効果として「親との関係」、「仲間との安心感」、「気さくさ」、「医療の利用」が考察され

た。今回、父親、母親への調査では、これらの項目を父親、母親用に修正し、加えて「情緒発達」、「社会スキル」、「親の成長」の7因子に対し、各因子3項目、合計21項目について、変化を調査した。回答は5段階尺度を用いた。

アンケート2は、平成16年度利用者調査にて行った、デイケアなどの医療支援や、就労支援などの生活支援の21項目に、親の死後の財産管理、24時間電話相談、グループホーム、援護寮の項目を加え、25項目の必要度について調査した。回答は、3段階尺度を用いた。

また、平成16年度利用者調査をもとに、精神科に受診する前に相談したかった専門家について、回答を求めた。

## 2. 配布時期、配布・回収方法

父親、母親への調査は、平成19年2月13日に郵送し、同意書にて同意を得られた方から、郵送にて回収した。締め切りは、平成19年2月26日とした。回答は、無記名とした。

## 3. 調査対象者

平成17年度調査では、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。そのため、今回の父親、母親への調査では、平成17年度調査の対象者の中で、追跡可能な者の62名の父親、母親を対象とした。父母の中には、死別や離別により回答ができない場合があったが、父親、

母親または、それに代わる方に配布した。

回答は無記名であったが、平成17年度調査の高群と低群は分類できるよう、書式を工夫した。

(倫理面への配慮)

平成16年度、17年度に関しては説明書を提示し、同意書を取り実施した。平成18年度に関しても説明書を提示し、同意書をとったうえで実施した。

## C. 研究結果

### 1) 回収率

アンケートの回収率は64.5% (父親39名、母親41名)であった。回答者の中に、祖父1名、祖母1名あったが、当調査の性格上、集計上は父親、母親として処理した。

### 2) 平均年齢\*

父親(祖父1名は除く)の平均年齢は54.4歳、母親(祖母1名は除く)の平均年齢は54.8歳であった。また、子どもの平均年齢は25.6歳であった。

\*平成18年11月30日現在

### 3) 治療効果に関して

「親との関係」、「仲間との安心感」、「気さくさ」、「医療の利用」、「情緒発達」、「社会スキル」、「親の成長」の7因子について、高群と低群平均を比較した(表1)。母親においては、高群と低群に有意差が認められなかったが、父親では、親との関係、情緒発達の因子で有意差があった。

4) サービスの利用度、必要度に関して平成 16 年度に利用者から得られたデータを再集計し、平成 18 年度調査にて得た父親、母親の調査結果を加えたものを表 2 に示した。但し、平成 16 年度調査の結果は、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) (以下、生活支援センター) の利用者、計 241 名、平均年齢 32.2 歳からの回答である。

利用者の回答は、デイケアの利用度 89%、必要度 82% であり、利用度の方が高かったが、その他の 20 項目は全て、必要度が利用度より高かった。また、父親、母親の回答は、近所の相談できる人、訪問看護を除いて、利用者よりも必要度が高かった。

#### 5) 精神科に受診する前に相談したかった専門家に関して

平成 16 年度の本人調査では、「発病当時のような相談機関、支援機関があればよかったか」を自由記述で回答を得た。項目わけすると、精神科医、スクールカウンセラー及びカウンセラー、ソーシャルワーカー、何でも相談にのってくれる人や窓口となった。平成 18 年度の父親、母親への調査では、これらを選択肢 (複数回答可) とし回答を求めた。その結果を表 3 に示した。

#### 6) 聞き取り調査の再分析

平成 17 年度調査において、「親との関

係」、「仲間との安心感」、「気さくさ」、「医療の利用」の因子が有意に変化した群の内、主治医が可として、本人の同意を得ることができた 10 名 (高群男性 3 名、高群女性 2 名、低群男性 3 名、低群女性 2 名) に聞き取り調査を行った。

その逐語記録をもとに、精神科受診までの経過、デイケア参加後の経験、その後の生活支援への展開、親との関係、今後の生活について、聞き取った内容について、治療、支援の展開点という側面を時間の経過から追った結果をパス図 (図 1) で示した。

### D. 考察

#### 1) 治療効果に関して

表 1 に示した通り、母親は合計でも因子別でも高群と低群では差が無かった。父親は、合計では差が無いものの、親との関係、情緒発達で差があった。親との関係の質問項目は、「子どものことを大切に思えるようになった」、「子どもの話を聞くようになった」を含む 3 項目、情緒発達は、「親といると安心している」、「甘えてきたり、一緒に過ごす時間が増えた」を含む 3 項目である。このことから、低群の父親は、子どもとの感情の面での交流が不足していることが考えられる。

平成 17 年度の聞き取り調査でも、「母は良くも悪くも素直に感情を出せる間柄。父は気をつかったり、素直に接することができない。表面上は接することができるのだが、心の底からってわけにはいか