

ない」、「お父さんは信用できない。お母さんは信用できる。それは昔から変わらず。思ったこと父親に話してみようと思ったけど、父親は信用できない」とあった。

このことから、母親の場合は治療の経過の中で、子ども自身や病気に対する受け入れをしている様子が伺えられる。一方低群の父親では、親との関係、情緒発達という、感情を伴い、受け入れることが難しい様子が伺える。

したがって、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る。

子育て分野では、父親の参加の必要性が訴えられて久しいが、精神障害者の医療、生活支援においても同様のことが言える。そのため、治療の初期段階での働きかけや父親が参加しやすいプログラムの開発などが必要と考えられる。また、積極性を促進するためには、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る。

2) サービスの利用度、必要度、及び精神科に受診する前に相談したかった専門家に関して

必要度が利用度より高いことから、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る。また、権利擁護事業やホームヘルプなど最近始まった事業に関

しては利用度が低く、適切な情報提供が必要なものと思われる。

また、年金や生活保護の金銭的な支援について、デイケアや生活支援センター、さらにスタッフの面談や電話での相談によって、地域生活・在宅生活が支えられている様子が伺える。

特に思春期・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、医療支援と生活支援の明確な区分けが難しい。思春期層への治療や支援には、適切な感情体験と共に就労体験など社会スキルを習得していく支援も有効であると思われる。

父親、母親の必要度がほぼ全ての項目で、50%を超えていることから、親亡き後の不安が伺える。さらに利用者からは、「発病当時に精神科医やカウンセラー、ソーシャルワーカーともっと早く出会いたかった」という回答や、「そもそもどこに相談に行けばいいのかすら分からなかった」という回答から、今後専門家が地域に出て行くことの必要性や地域の中で総合的な窓口が明確になっていることが必要であると考えられる。

また、医療的な支援の進展と並行して、就労支援、住居支援なども必要になる。不足している絶対数の改善はもとより、医療と生活支援の融合が望まれる。

3) 聞き取り調査の再分析

高群からは、デイケアでの経験により、

「信頼できる」、「信頼される」という「中核の感情」を概念化することができた。この「中核の感情」は、スタッフや仲間信頼されたり、受け入れられた結果として成立するものと思われる。しかし、一旦「中核の感情」自体が成立すると、他者を信頼できるという経験になり、それが親との間でも循環する。また、他者交流が深まると共に、生活支援や社会復帰施設や各種サービスを、主体的に取り組んでいくことができていくものと考えられる。この「中核の感情」は、基本的信頼感や安心感の内在化、愛着（アタッチメント）など、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る。

一方低群では、治療の動機付け、親の理解など初期段階でつまづいている。またデイケアなど集団への適応も悪く、参加したとしても、他者との感情的な交流が乏しい。また、家族との間でも、感情体験が乏しいため、信頼される、信頼できるという感情が深まらないという循環がおきるのではないか。

したがって、「中核の感情」を獲得できるように促進することが介入ポイントであると考えられる。

一方で、受診の動機付け、治療の初期、デイケアの導入・定着、他者との感情体験、生活支援サービスの利用の導入と展開をしていくという過程は同時に滞りのポイントでもある。高群はデイケアを治療の中心にしながらも、必要や状況に応じて、生活支援を上手に使っている様子

が伺える。低群においては、逆にこれらの箇所で、滞りがおきていると考えられる。また、早期治療の観点から、受診への動機づけが高まるように、子どもや親、教師、保育士への啓発活動が有効であると考えられる。

したがって、図1の①の受診前の働きかけとして、親や教師への啓発活動、②の治療の導入時、③のデイケアや集団への導入時、④の「中核の感情」の促進、⑤の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ものと考えられる。

E. 結論

20歳代前後であれば、治療への定着、不安時の対応、再発への対応などが考えられる。20歳代中盤から30歳代にかけては、就労支援が中心になるだろう。40歳代では、いわゆる親亡き後や居住支援、生活全般の支援が必要になる。このように、ライフステージに応じて、必要なときに提供できることが、有効な介入方法であると思われる。

一方、精神科利用者が多様化、低年齢化、及び重複化する状況下において、精神科医療や福祉分野を含む生活支援サービスだけで対応できるとは考えにくく、精神疾患の好発期といわれている思春期への対応が、予防的な意味を持つと考えられる。また、適切に初期対応することがその後の、予後にも影響すると考えられる。

そのため、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（表4、表5、表6）。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として、表7を作成した。

また、精神疾患の存在を知らせることや予防的に有効な休息の取り方や情緒面の発達の促進、主な症状や急性期の精神科医への受診、その後の予後についてなど、親や教師、子ども自身に啓発していくことが有効であろう。そのためにも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、早期発見、早期治療を促進できるような体制整備が必要であると考えられる。

さらに、思春期層の精神科利用者へは教育、医療、福祉の区分けが難しく、ややもすると関わった機関が抱えざるを得ない状況になることが多い。そのため、状態をアセスメントし適切な支援計画を立案、実施していく、「思春期ケアマネジメント」の体制整備などが必要であると考えられる。

以上の点から、思春期・青年期層を対応する医療機関、生活支援など福祉サービス提供機関には、マンパワーの重点的な配置を行うことで、早期治療、QOLの向上、ひいては国民の福祉の向上に結びつくものと考えられる。

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

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

表1 治療効果の比較

	区分		平均値	p値
親との関係	父親	高	10.18	0.036 *
		低	7.41	
仲間との安心感	父親	高	8.65	0.839
		低	7.50	
気さくさ	父親	高	7.94	0.414
		低	6.86	
医療の利用	父親	高	10.24	0.197
		低	8.50	
情緒発達	父親	高	7.94	0.033 *
		低	6.18	
社会スキル	父親	高	8.88	0.098
		低	7.09	
親の成長	父親	高	8.06	0.243
		低	6.32	
合計	父親	高	61.88	0.123
		低	49.86	
親との関係	母親	高	10.28	0.632
		低	8.78	
仲間との安心感	母親	高	8.94	0.400
		低	9.09	
気さくさ	母親	高	8.33	0.314
		低	8.70	
医療の利用	母親	高	10.39	0.750
		低	10.04	
情緒発達	母親	高	8.67	0.964
		低	7.78	
社会スキル	母親	高	8.83	0.373
		低	9.04	
親の成長	母親	高	8.33	0.760
		低	8.52	
合計	母親	高	63.78	0.847
		低	61.96	

* $p < .05$

父親 高 n=17
 母親 高 n=18
 父親 低 n=22
 母親 高 n=23

表2 支援内容と利用度・必要度(%)

支援内容	利用者*		父親、母親
	利用度	必要度	必要度
精神科デイケア	89	82	99
年金、生活保護	63	88	95
気軽に行けるお店	59	71	81
不安時のスタッフとの面接	54	83	96
仲間同士の交流	44	72	96
食事提供	37	64	65
体づくりプログラム	33	62	83
不安時のスタッフとの電話相談	33	74	91
就労体験	32	68	94
料理プログラム	27	58	66
近所の相談できる人	25	73	50
就労紹介	19	79	94
気軽に行ける趣味の会	14	66	86
病気の勉強会	14	47	81
保健師の訪問や相談	9	47	48
アパート探しの手伝い	7	51	51
権利擁護事業	6	47	50
ショートステイ	5	36	64
ホームヘルプ(相談)	5	51	60
訪問看護	3	55	43
ホームヘルプ(家事援助)	2	43	49
財産管理			45
24時間体制の電話相談			73
グループホーム			73
援護寮など、生活訓練の場			79

* 平成16年度調査では、単身者が含まれているため「利用者」と表記した

表3 受診前に相談したかった専門家(%)

	利用者(自由記述から)	保護者(選択肢から)
精神科医	23	48
スクールカウンセラー カウンセラー	16	38
ソーシャルワーカー	15	5
何でも相談にのってく れる窓口	12	49

表4 10歳(小学校高学年年少)～15歳(中学3年生)における課題

課題	場所・機関	家庭	児童相談所、 適応指導教 室など	小学校、 中学校
大人に甘えたり、信じたりすることができる		◎	◎	○
自らを信じることができる		◎	◎	◎
友だちや仲間を信じられる		◎	◎	◎
友だちや仲間と一緒にいることができる		○	◎	◎
安心して生きていける		◎	○	○
話をきいてもらい、丁寧にかかわってもらう		◎	○	○
失敗しても一時ゆっくり守ってもらう体験		◎	◎	◎
過去のつらさを共感してもらう		◎	◎	◎

表5 16歳(高校生、専門学校、社会人)～18歳までにおける課題

課題	場所・機関	家庭	児童相談所、 精神科医療 機関など	高校、 専門学校
大人に甘えたり、信じたりすることができる		○	◎	○
自らを信じることができる		◎	◎	◎
友だちや仲間を信じられる		◎	◎	◎
友だちや仲間と一緒にいることができる		○	○	◎
安心して生きていける		◎	◎	○
話をきいてもらい、丁寧にかかわってもらう		◎	◎	○
失敗しても一時ゆっくり守ってもらう体験		◎	◎	◎
過去のつらさを共感してもらう		◎	◎	◎

表6 19歳～25歳までにおける課題

課題	場所・機関	家庭	精神科医療 機関など	大学、 会社など
周りに頼ったり、信じたりすることができる		○	◎	○
自らを信じることができる		◎	◎	◎
友だちや仲間を信じられる		◎	◎	◎
友だちや仲間と一緒にいることができる		○	○	◎
安心して生きていける		◎	◎	○
過去のつらさを共感してもらう		◎	◎	◎

◎極めて重要

○かなり重要

表7 問題の表れと行動、感情の特徴

	周囲からの疎外感	周囲に対して敏感	強いトラウマ	自尊心の低下	社会からの退却	家族への依存	行動化	感情の方向性
不登校	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	内側
摂食障害	◎	◎	○	○	○	○	◎	内側
自傷行動	◎	◎	○	◎	△	△	◎	内側
家庭内暴力	◎	◎	△	○	○	◎	◎	外側
神経症習癖	○	○	○	○	○	△	○	内側
社会的ひきこもり	◎	◎	△	◎	◎	△	△	内側

◎極めて顕在化

○かなり顕在化

△まれに顕在化

×めったに顕在化しない

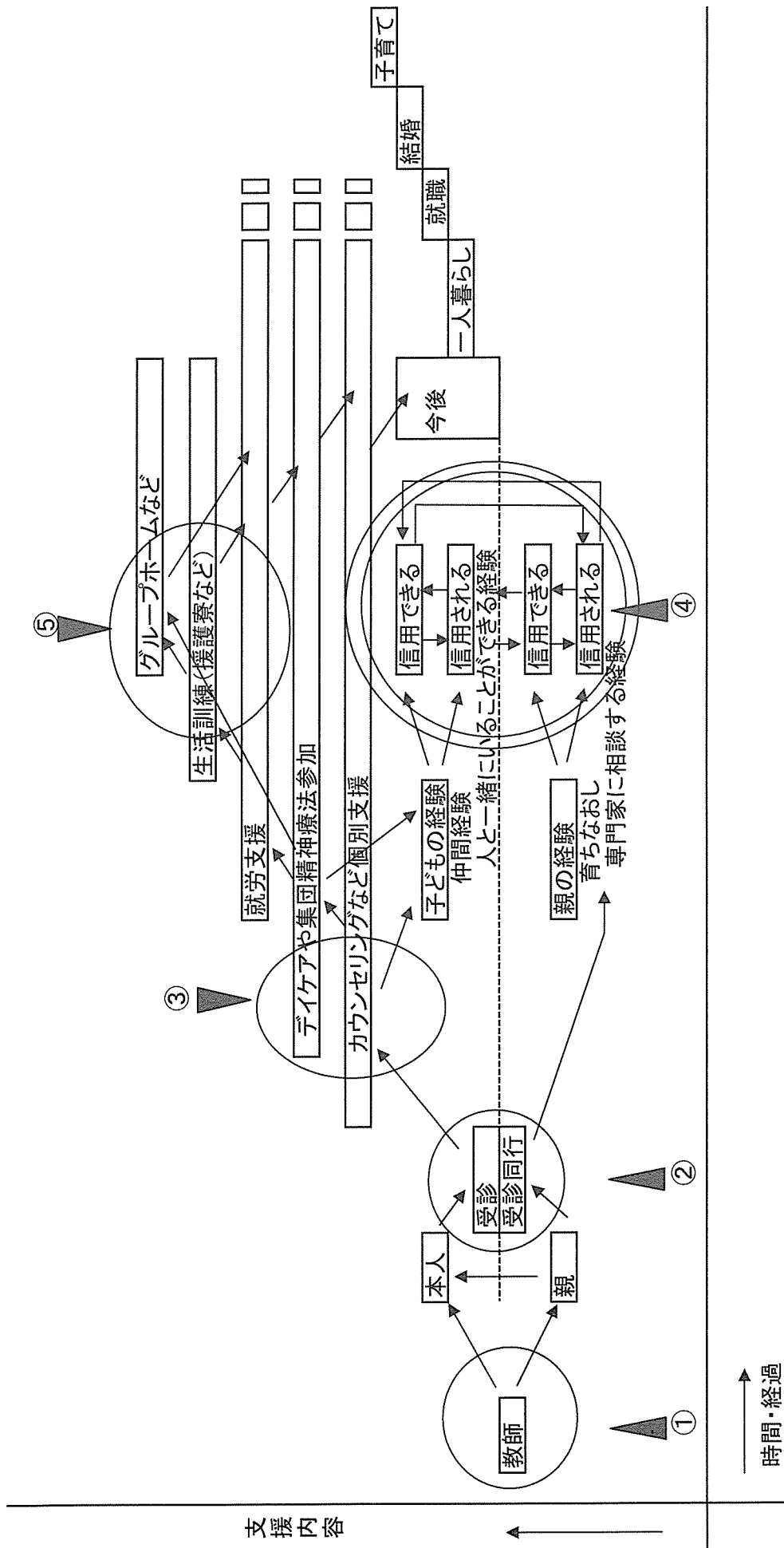


図1 治療、支援の経過と介入ポイント

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サイクルに応じた、地域生活における危機管理に関する研究

分担研究者 新居 昭紀（社会福祉法人聖隷三方原病院、医療法人互啓会びあクリニック）

研究要旨

既存の医療システムから零れ落ちて孤立している、或は孤立していきそうな精神障害者を生活支援と危機管理するシステムを作り上げるのが我々の目標であった。そのために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。今年度は 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 名の内、外した 4 名を除く 35 名の分析と総括をする。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動平と在宅支援型の精神科診療所び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を考察する。

A. 研究目的

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が目的となる。

B. 研究方法

訪問ボランティアとしてあらゆる関わり方を実践しながら、おのずと出来上がってくる結論としてのケアプランとシステム作りを志向する。障害者とのやり取り、かかわりを通じてしか実際に役立つケアプランやケアシステムは出来上がってこないと感じる。それ以外は全て机上

の空論となろう。であるから、医療もしくはケアサービス拒否でまとめられる多種多様な障害者との体験が多ければ多いほどいい。30 数例の経験でどの程度のもので言えるかという限界性を意識しなければならない。他方、ボランティアとして関わる自由性と限界性があり、他方で主治医をなるべく引き受けるという責任のバランスの上で私達の実践が続けられているが、それも研究の限界性を規定することになるだろう。

しかし、現行医療下でどんな医療サービスにもケアサービスにももらえない障害者に対してはこの方法しかないとは私は考

える。

(倫理面への配慮)

今回は研究総括であり個人情報は一切入っていないため、倫理面への配慮に関してはクリアできていると判断する。

C. 研究結果

訪問ボランティアを通じて関わった当事者全員 35 名の分析と総括をする。これらは別表にグラフとしてまとめてある。

- ①まず年齢は 29 歳から 76 歳までにわたるが平均 50 歳である。
- ②罹病期間は平均 24 年間と長い。
- ③85%が統合失調症である。
- ④家族構成は単身者 20%、片親同居 29%、複数親族同居 51%であるが、同居親族の 60%は深刻な身体合併症があり病弱で、死亡可能性が高い。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、強く依存している。
- ④訪問期間は最長 35 ヶ月から最近の 4 ヶ月にわたる。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 名は訪問が継続している。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ている。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。

- ⑤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い。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。
- ⑥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。しかし 5 名が無効ないし無効に近い中断に終わっている。これは後で考察する。
- ⑦依頼経路であるが最初の年は筆者の担当ケースが主、次年度は保健師からの依頼が 6 名あり（2 名は外す）病院訪問看護から 7 名、他医師から 3 名、最終年度は加えて家族からの依頼の 7 名や本人希望 6 名が増えてきている。しかし訪問対象者はあくまで医療にかかろうとしない閉じこもりの精神病患者を対象に限定すべきであろう。
- ⑧2006 年 10 月精神専門の訪問看護ステーション不動平（会社名ぽっけ）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 F の訪問看護へ

と移行するよう依頼し 19 名が移行した。

⑨また分担研究責任者の新居はそれまでの聖隷三方原病院精神科の非常勤を 2006 年 12 月いっぱいまで辞め、2007 年 2 月 1 日より在宅支援型の精神科診療所を開設した。これに伴い 35 名の訪問当事者の主治医に若干の異動があった。

⑩訪問ボランティア活動だけではどうしてもうまく行かず、筆者は最初から訪問当事者全員の主治医になろうとした。主治医になれなかったケースは、母子とも統合失調症で拒絶が強く中断せざるを得なかった 2 名 (④で前出)、主治医としての関係作りを果せないうちに入院になった 2 名、その内の 1 人は別病院の医師が主治医となり退院し通院とその病院の訪問看護を受けている (④で前出)。また長年主治医で急性増悪時に危機介入的訪問をして入院回避できていたにもかかわらず、ボランティアに代わる定期的な看護師訪問を断り、筆者のクリニックにも移動せず、結果的に主治医が代わってしまったケース 1 名がある。

⑪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。ボランティアとしてなら来てほしいといわれたケースで、我々側が必要と思われるケース 6 名はボランティアを続けている。また訪問看護ステーションと訪問ボランティアで重複訪問しているケースが 16 ある。それが我々のねらっていたあるべき連携である。

⑫無効例 5 例について。a. 当事者・家族とも拒絶の場合は継続しがたい。家族が当事者と同じレベルの精神障害であったため、放置できないとして関わったが 1 年 6 ヶ月で挫折した。b. 退院直後から受診せず服薬せずの単身の当事者に訪問を始め、関係作りは進展したが、服薬通院までもっていけないうちに即ち主治医になれないうちに近隣とのトラブルで再入院。c. 主治医として訪問を重ねる事で世界観的妄想体系を共有していったが、主治医の異動などで治療的空白が出来た期間に服薬なくなり、事件を起し医療観察法下の入院になった。d. 主治医として関わり、ボランティアとしての関係作りも出来つつあったが、不慮ともいえる事故で急死。無効例の考察を通して言えることは結局主治医としての医療関係の確立の可否である。

補 1 : 考察の対象から除外した 4 名について。2 名は保健所からの依頼の統合失調症の単身者 69 歳と 80 歳であったが長年多少近隣に迷惑かけているが生活してきており本人側のニードは全くなく 1 回訪問で終わったため外した。もう 1 例は筆者の長年の受け持ちであったが病勢増悪が防げず数回入院となり、訪問も中途半端に終わり入院し、退院時筆者に妄想的になり拒絶的なため主治医を代わり再入院している。もう 1 人はアルコールによるウェルニッケ脳炎、下半身麻痺、膀胱直腸障害、記憶力記憶障害を持つ障害者で他の医療機

関や訪問看護ステーション（リハビリも含め）ヘルパー事業所が関わっており、1度訪問に行った後数回相談に乗っているが、我々の訪問ボランティアの対象になっていないということで外した。

補2：訪問看護ステーションFの訪問対象者数は2月末現在（開所5ヶ月）で42名（内19名が筆者のケース）訪問総数ほぼ100件である。訪問型診療所Pの開設が4ヶ月遅れて始まった事で、新たな訪問対象者の増加がこれからとなっている。

補3：訪問型診療所Pの開設は平成19年2月1日であり、訪問は2月中旬から始めた。PSWの訪問は3月まではボランティア訪問とし、主として今迄の訪問ケースを訪問している。4月からはPSWの訪問も保険医療として有料化する。筆者の訪問は全て往診とし、現在まで9名、いずれも通院拒否、通院不能のケースばかりを対象としている。当面週半日を訪問日に当てているが、往診必要者がどの程度増えていくかは不明である。

D. 考察

ア. 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。

イ. 治療関係の樹立が軸になるから、医師の定期的訪問が必須になる。同時に様々な訪問スタッフ（医療保険適用可能）がボランティアを含めて関わりながら関係作りをしていく。

ウ. 投薬できなくても、医師は往診の形を取るべきである。こうして保険医療が始まり治療関係の萌芽になる。および医師は保険医療下の様々な訪問指示を出す事が可能になる。

エ. 主治医は訪問する医師がなるべきである。主治医が他に存在すると決してうまく行かない。訪問を始める場合は必ず主治医を他から引き継いでいく。主治医変更の当初はなるべく頻回に訪問する。

オ. 訪問回数を重ね、当事者のニーズを探し続ければ、必ず関係は進展していく。症状に注目しなくて本人の興味や関心に注目し続けていく事は言うまでもない。

カ. 急性増悪期には集中的訪問、連日訪問をしなければならない。この体制を可能にするためには、医療側の24時間サポートシステムを構築しなければならない。

キ. このために、訪問スタッフを抱えた診療所、およびそれと連携する精神科

の訪問看護ステーションが必要となる。訪問ボランティアだけでは危機管理は出来ない。

ク. スタッフ間のミーティング、施設間にまたがるケースミーティングが頻回に行なわれれば行なわれるほど良い。また訪問も多様であるほどよい。

ケ. 緊急訪問や集中訪問が可能であるためには診療所や訪問看護ステーションからの距離が近ければ近いほどよい。遠くなれば成るほど不可能となる。保険診療上往診可能範囲は 16km となっているが、我々の経験から言って 30km までは可能と思っている。我々ボランティアの今までの平均訪問距離は 19km であった。人口密集した大都市と違って地方中都市にいる現状を認識しなければならない。

コ. 危機管理が有効に働くためには関わるスタッフが日常的な生活支援を続け、少なくとも安全無害な相談者くらいの存在になっていなければならない。既存のどの危機介入体制も全くこの観点を失っている。

サ. 上記の訪問体制を恒常的に確保しておくための財政的基盤を構築する必要がある。通常精神科外来診療に加えて在宅支援の活動がどの程度利益を上げるかどうかはこれからのテーマである。

シ. 重度の孤立した精神障害者に対する訪問型支援のための助成金制度などが望ましい。そうでなければ孤立している重度障害者に対する訪問型支援は広

がっていない。そういった制度化には、どのような障害者の訪問型支援に助成するかの基準がもうけられ、またそれを判断する機関が必要になる。

ス. 地域に引きこもる重度の障害者を発掘するために、この診療所は保健所、保健福祉センターなど行政の職員との連携を密にする必要がある。

セ. 医師を含めた訪問型支援をする医療機関（診療所）が存在することを地域に明確に広く伝える必要がある。困窮しているが訪問型支援を知らず諦めている家族も多い。

ソ. 他医療機関（精神病院、精神科診療所）や自立支援施設との連携が必要である。

ナ. 当事者達の自立的活動やグループを連携支援する。訪問に協力可能なピアボランティアを養成する。非恒常的であるが現在まで数名活動。

ノ. 自立支援法における 1 割の自己負担の発生や上限額の設定は治療関係の確認として必要なものとみなせる。しかし手続きが煩雑で理解できない当事者が多い。医療機関変更や訪問看護ステーションへの訪問指示が動き出すまでに手続きに掛かる期間分遅れていく。認められるのに早い人と遅い人があり 1 ヶ月以上かかるものもある。研究対象者の中で自立支援医療を利用する手続きに当事者能力がついていかず、ボランティアの協力でやっと手続きしたケースが数名いる。もっと手続きの簡略化、短期間化が望まれる。

E. 結論

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。即ち、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もなう機構を開発した。

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

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

I. 参考・引用文献 なし

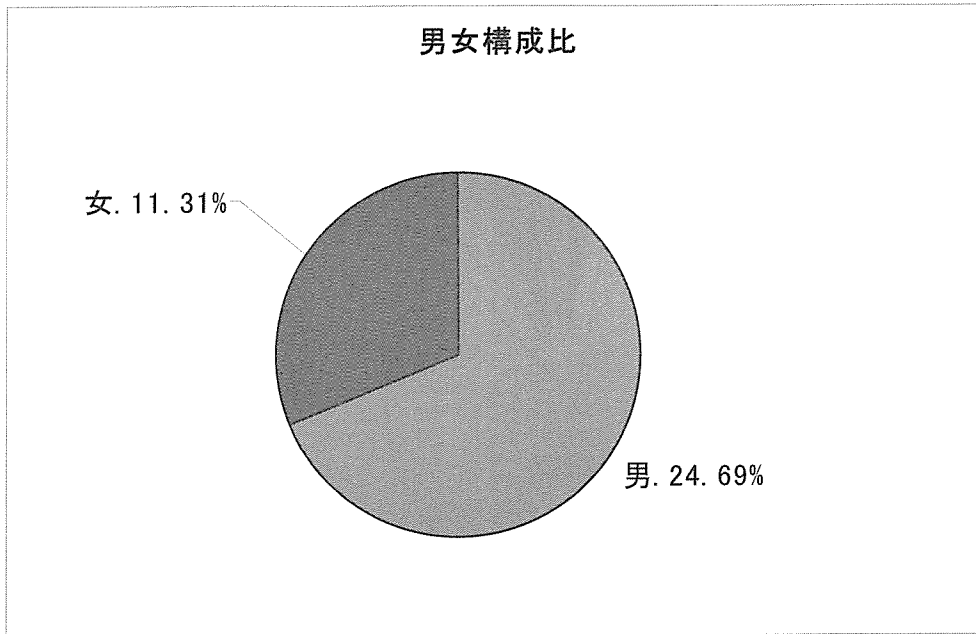


図1 男女構成比

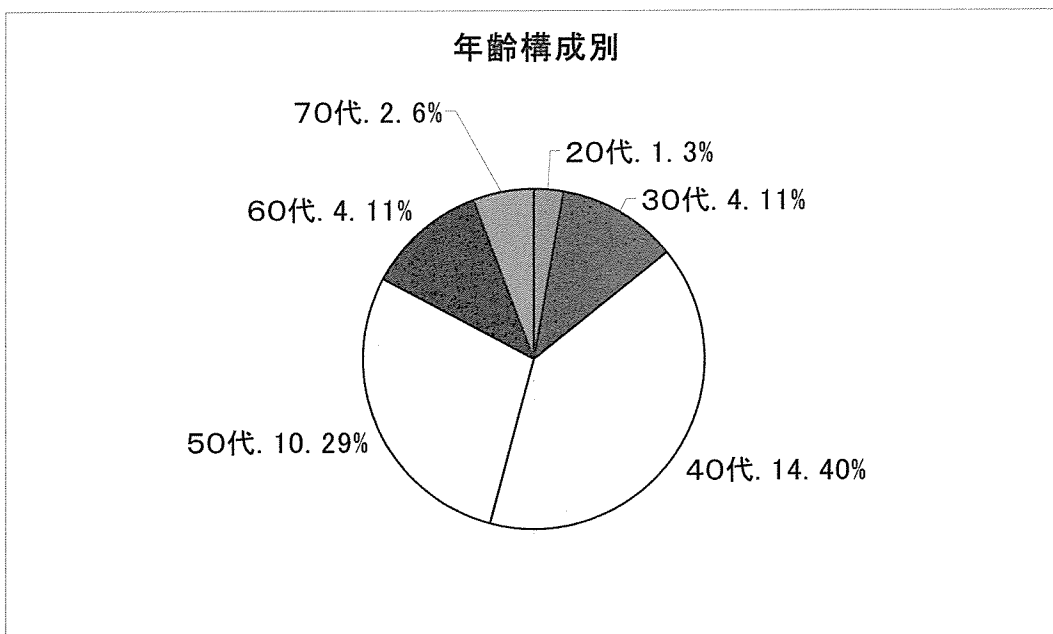


図2 年齢構成

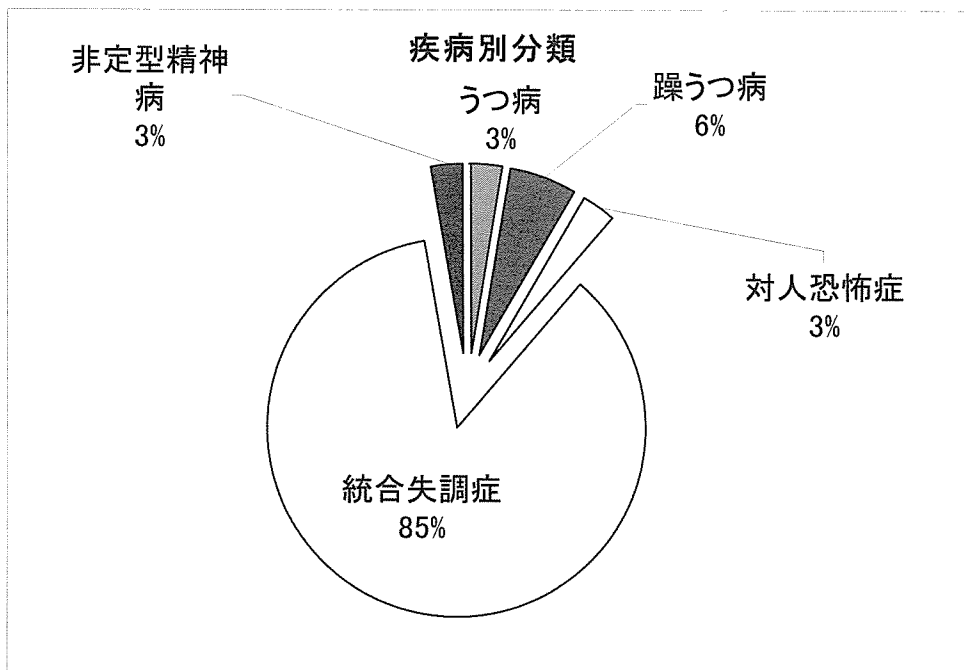


図3 疾病別分類

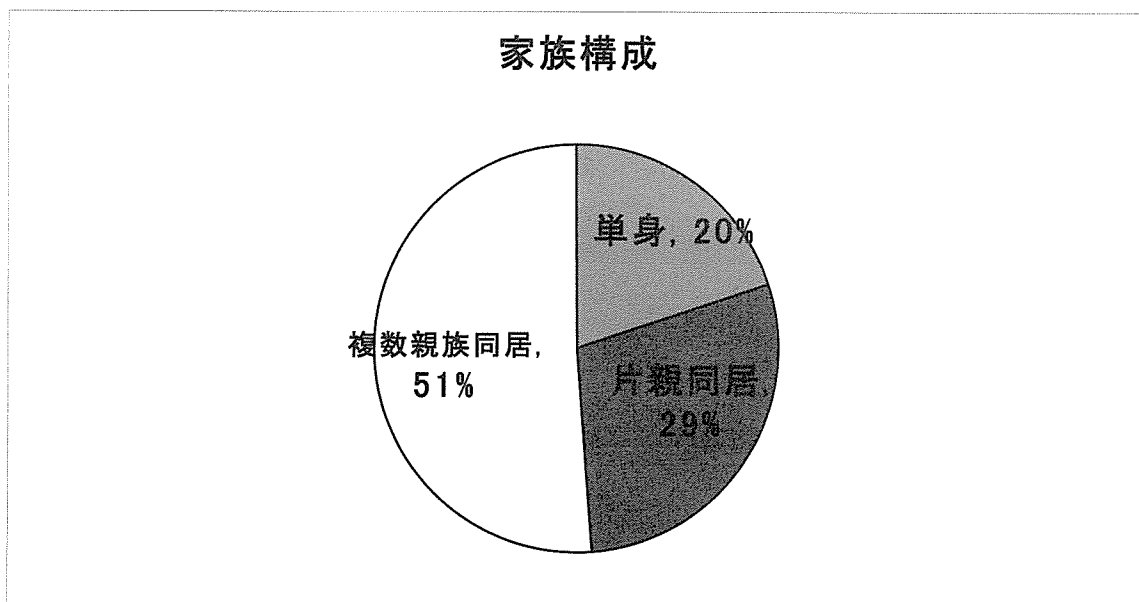


図4 家族構成

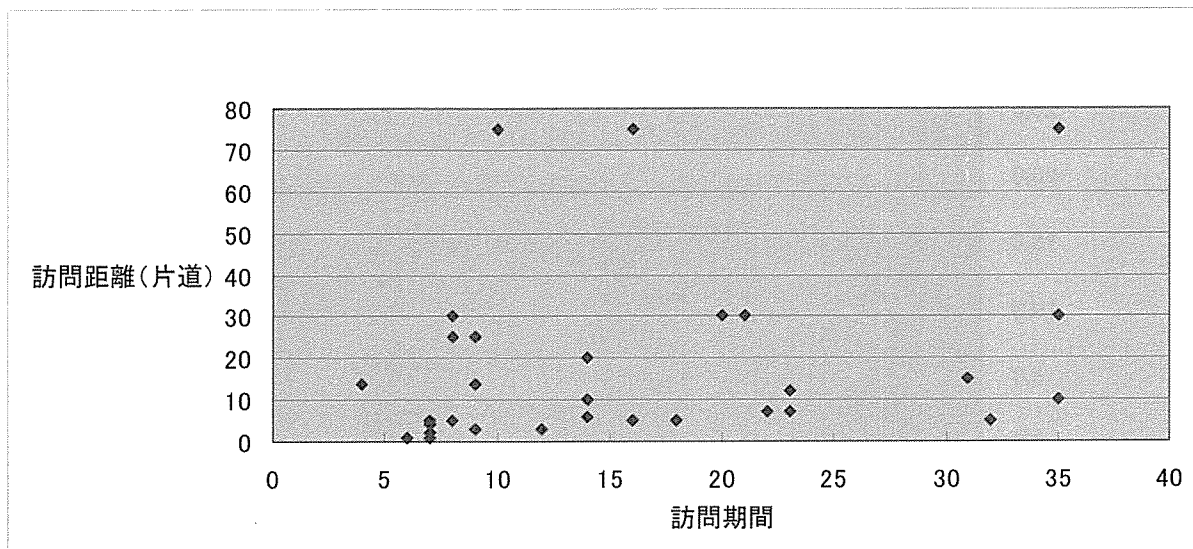


図5 訪問距離と訪問月数

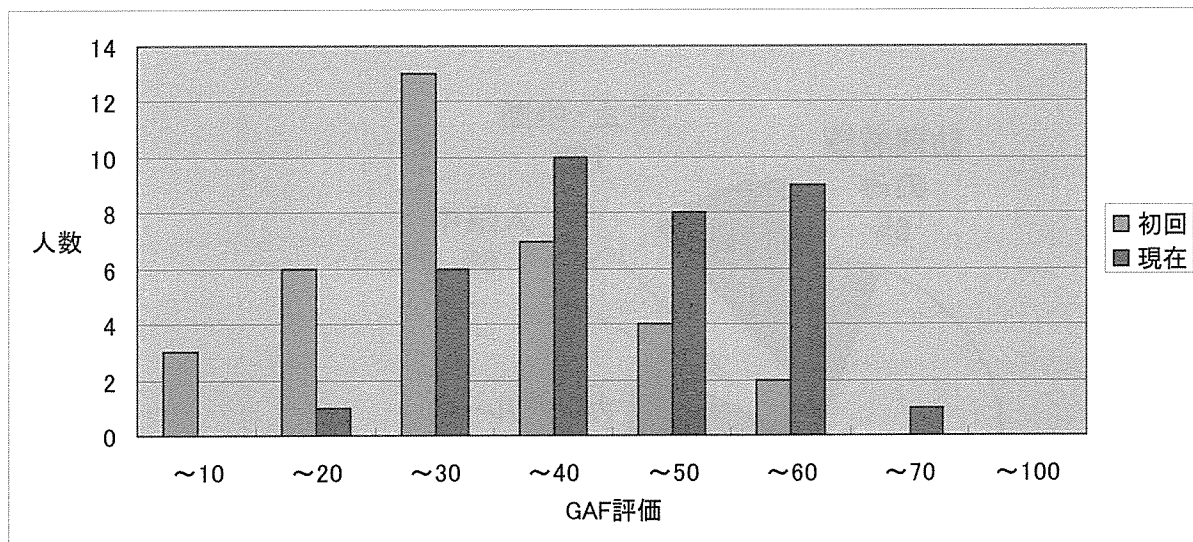


図6 初回時及び現在の機能レベル

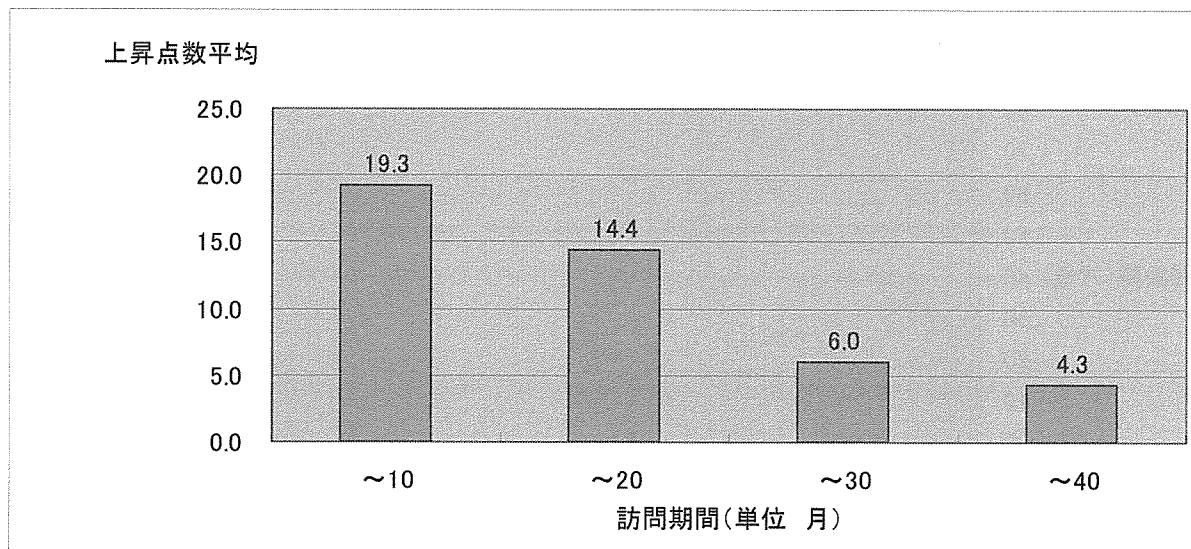


図7 機能上昇と訪問期間

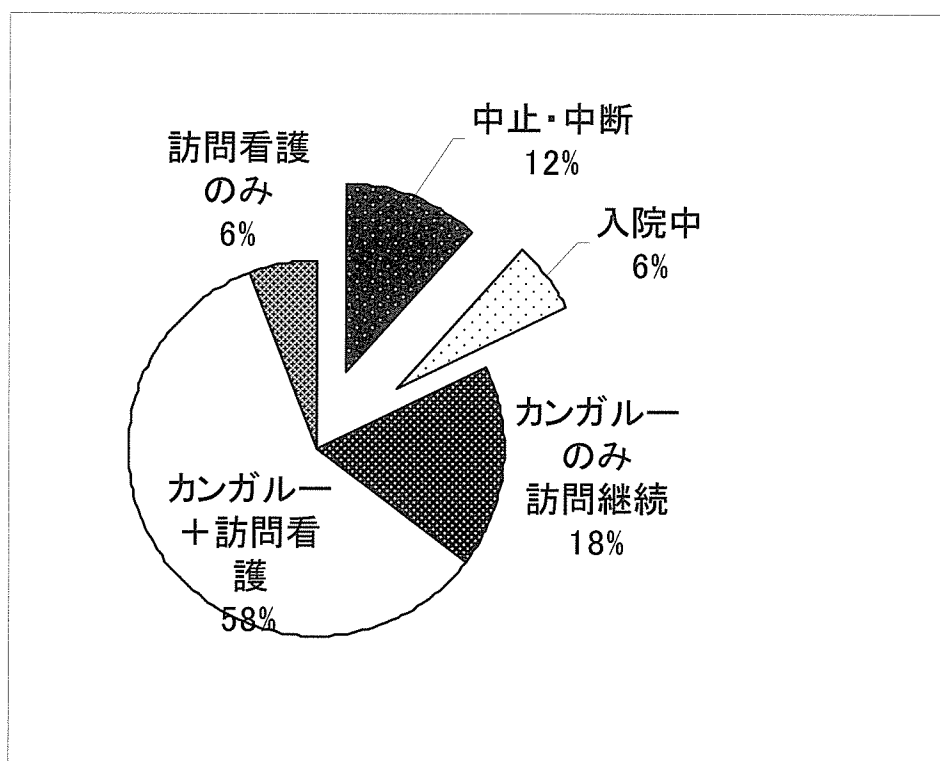


図8 支援経過

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、
ライフサイクル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住居、施設のあり方に関する研究—

分担研究者 山内 慶太(慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科教授)

研究要旨

本分担研究では、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為に、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た分析を行ってきた。

第 1 年目（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。第 2 年目（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。第 3 年目（平成 18 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。

以上の研究から、以下の諸点が明らかになった。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る。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。従って、退院促進と地域での自立支援の為には、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