

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。

A. 目的

精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月）では、「受入条件を整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る」ことが基本方針として示されている。この実現の為には、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て、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うのが、本分担研究の課題であった。

加えて、平成18年度より施行された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」に寄与するような分析を行うことももう一つの課題になった。

以下では、最終年度の報告書として、平成16～18年度の3年間の分担研究について概説する。

B. 方法

本研究は、「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た。同調査は、今後の精神保健福祉施策の基礎となることを目的として厚生労働省から委託を受けた日本精神科病院協会によって平成15年3月に実施されたものである。調査は、入院患者調査、外来患者調査、社会復帰施設入所者調査に大別され、それぞれ、主治医調査票と本人用調査票から構成される。このうち、本研究では、入院患者調査のデータセットを用いた。

第1年目に当たる平成16年度は、必要な住居、施設の類型を整理すると共に、これ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、等について分析した。

第2年目に当たる平成17年度は、第1年目に引き続き、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等を目的として、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。

第3年目に当たる平成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、第1～2年度の分析内容を中心に「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」の再検討を行った上で、本分担研究の総括を行った。

なお、前述のように本分担研究では、主として「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から、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分析をした。これは、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において今後解消を図る目標に定められたのが、「患者調査」での主治医の判断が「受入条件が整えば退院可能な者」であることに対応したものである。

但し、「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」では、主治医調査票において、退院の可能性を把握する設問として、厚生労働省の「患者調査」と同一の設問と同調査独自の設問がある。前者は、「対象者の入院の状況について、次のうちあてはまるものを1つ選択しなさい」（問15）で、「①生命の危険はないが入院を要する」「②生命の危険がある」「④検査入院」「⑤

その他」と共に「③受け入れ条件が整えば退院可能」が選択肢に用意されている。後者は、「対象者は、問27～問34まで示すような居住先・支援が整えば退院は可能ですか。あてはまるものを一つ選択して下さい」（問35）に対して、「①現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」「②状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6ヶ月以内）には退院が可能になる」「③状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来（6ヶ月以内）には可能になる」「④状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6ヶ月以内）の退院の可能性はない」から選択する設問がある。

そして既に、両設問の分析から、前者の設問に対して主治医が「受け入れ条件が整えば退院可能」と判断した入院患者には、現時点で可能な者と、将来状態の改善が見込まれることを前提としている者の両者が混在していることが確認されている。そこで本研究において、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する際には、後者の設問で主治医が①と回答した入院患者を抽出した。

ちなみに、入院調査のデータセットは12,173人のデータで構成されているが、このうち、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1,767人である。

（倫理面への配慮）

本研究で用いた精神障害者社会復帰サ

ービスニーズ等調査は、透明性と中立性の確保が当初から重視されており、日本精神科病院協会だけでなく、日本精神神経科診療所協会、国立精神療養所院長協議会、全国自治体病院協議会、全国精神障害者家族会連合会の各団体の代表、そして研究者等で組織された「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」企画委員会の協議・監督の下に実施されたものである。また、報告書の作成段階では、厚生労働省が組織した「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査検討会」において、その調査方法と調査結果の妥当性が関連諸領域の団体の代表と研究者によって公開の場での討議によって、確認されている。

調査方法の倫理性についても、これらの各段階で確認されている。また、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。

なお、本調査のデータセットは、氏名やカルテ番号をはじめ、患者を特定できる情報は含まれていないものである。

C. 結果および考察

以下は、3年間に亘る本分担研究の分析結果から主たるものを整理したものである。

まず、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」と判断した患者であっても、各年代共に、GAF、

IADL等で捉えた総合的な機能、日常生活能力等が低い患者が相当数含まれていること、そしてその構成比は、年齢が上がるにつれて増大する傾向が認められた。

例えば、GAF（機能の全体的評定尺度）は、全体での平均は 54.1 ± 18.0 で、年代別に見てもいずれも50台であったが、評点別の構成比を見ると、「現実吟味か意志伝達にいくらかの欠陥、または仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での粗大な欠陥」があると定義される40点以下の患者の割合は、20歳台の19.1%から、60-69歳で28.0%、70歳以上の35.6%まで年齢と共に増大していた。

また、IADL（手段的日常生活動作）の各項目（食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用）で「いくらか困難」または「非常に困難」であった項目数の分布は、図-1の通りであった。

次に、これらの傾向とも対応するように、主治医が適当と考える退院後の「暮らしの場」は、29歳以下では家族と同居が大半を占めているが、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。

即ち、「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」という設問に対する主治医の回答は、「家族と同居」が29歳以下では83.3%（注：複数回答・無回答等分類できない

回答の患者を除外した上での割合)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38.0%、70歳以上では24.8%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」「賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし」を合わせていけば単身での生活は、30-39歳で17.8%と一番多くを占め、60-69歳で9.9%、70歳以上で3.5%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、33.8%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58.7%を占めていた(図-2)。

これらの適切な「暮らしの場」毎に、患者の特性の分布を見ると、家族との同居、単身生活と主治医が判断した患者においても、機能の水準、日常生活能力が低い患者が相当数含まれている。

即ち、GAFでは40点以下がそれぞれ22.4%、11.5%を占めていた(図-3)。また、IADLの各項目についても図-4の通り、「いくらか困難」または「非常に困難」の割合が、家族との同居では41.5~80.2%、単身生活では20.4~71.2%を占めていた(図-4)。

従って、これらの状態を補う為に、それぞれの「暮らしの場」に対して、看護師やソーシャルワーカー等の専門職、へ

ルパー等の非専門職による援助が不可欠であり、それは家族との同居や単身生活が適当とされた患者においても同様である。

例えば、これらの「暮らしの場」に退院した場合に、週1回以上の訪問サービスによる「専門職(看護師・ケースワーカー等)による援助・支援」が必要と主治医が考える患者の割合は、家族と同居が適当とされた患者で46.3%、単身生活が適当とされた患者で56.0%、精神障害者用入所施設が適当とされた患者で74.1%、高齢者用入所施設が適当とされた患者では65.2%であった(図-5)。

精神障害者の退院促進の為に、ライフステージに応じた住居、施設の整備だけでなく、併せて就労支援と経済的支援の整備が肝要である。

しかし、「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%に留まっており、「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%であったのが、年齢の上昇と共に減少し50-59歳では19.8%であった(図-6)。

このような状況とも対応して、患者の回答による定期的な収入源の内訳を見ると全体では、勤め先の給料が4.9%にとどまっていた。親や兄弟からの援助は30-39歳では33.3%であるが年齢階級が40歳代以上、更に60歳代以上で大きく減少し、60-69歳では9.1%、70歳以上

では3.4%であった。

このような状況からは、本人の経済状態に応じた適切な給付が受けられるよう、きめ細やかな支援が求められているといえることができる。しかし、現状では、精神障害者福祉手帳については、これを持っていない人全体で81.7%、障害基礎年金については、この給付を受けていない人の割合は、全体で64.0%であり、既存の制度についても十分に活用できていない可能性があることが示唆された。加えて、各給付に関する設問で、未記入など不適当な回答が10%前後あり、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示唆された。

退院可能性に関する主治医の判断を目的変数として得られた樹形モデル解析からは、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）、退院した場合には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。この結果は、主治医の判断の論理構造が、臨床的にも合理性があることを示唆していると共に、今後退院を促進する上で、これらの特性に着目した患者のアセスメントとそれに基づく支援が有用であることを示唆していると言えよう。

D. 結論

以上で示したように、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。即ち、個々の日常生活能力、家族のインフォーマルケアの水準等に応じた専門職、非専門職に支援と共に、居住支援、就労支援、経済的支援などが、ライフステージに応じて求められている。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だろう。

なお、最後に、結果を用いる際の留意点を以下にまとめておきたい。

第一に、同調査は、病院等団体によって抽出率、回収率に相違がある為、全国の全入院施設を母集団とした団体種別の割合を完全には反映していない。したがって、精緻な推計に本結果を用いる際には注意が必要である。

第二に、同調査は、対象者中に本人の同意を得られなかった患者が相当数いた為、分析結果となった患者の重症度は、母集団と比べて軽度に偏っている可能性があることに留意が必要である。

第三に、分析対象から「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6ヶ月以内）には退院が可能」または「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来（6ヶ月以内）には退院が可能」な患者を除外してあることである。これらの患者には、若年で在院期間も短いいわゆる急性期の患者と、年代が高く在院期間も長期に及んでいるいわゆる慢性期の患者が含まれている。本研究では、

現実的で具体的な施策の基礎資料となりうるように、調査時点の「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能」な患者に絞って分析したが、異なるタイプの「近い将来には退院が可能」と見込まれる患者についても今後検討する必要がある。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

山内慶太. 精神障害者のライフステージに応じた退院支援に関する研究－『精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査』による基礎的分析－. 第43回日本病院管理学会学術総会, 平成17年10月.

山内慶太. 精神科入院医療における、退院可能性に関する主治医判断の規定要因の分析. 第44回日本病院管理学会学術総会, 平成18年10月.

G. 知的財産権の出願・登録状況

H. 参考・引用文献

日本精神科病院協会. 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書. 2003.10.

山内慶太. 精神障害者社会復帰サービス等調査事業の概要. 保健医療科学 53: 54-59, 2004.

図-1 IADL困難度が「いくらか困難」または「非常に困難」の項目数

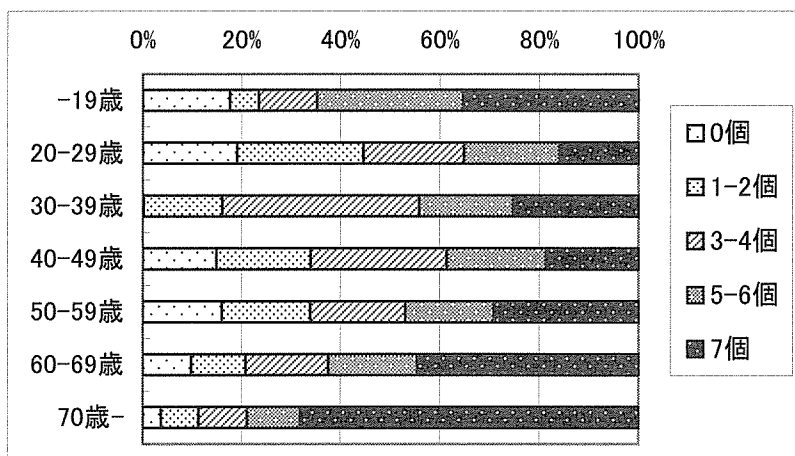


図-2 主治医が適切と判断した退院後の「暮らしの場」

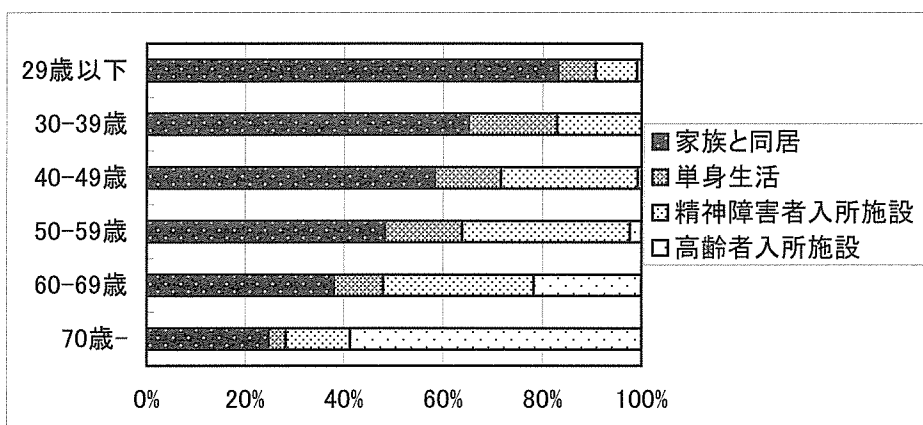


図-3 主治医が適切と判断した退院後の「暮らしの場」とGAF

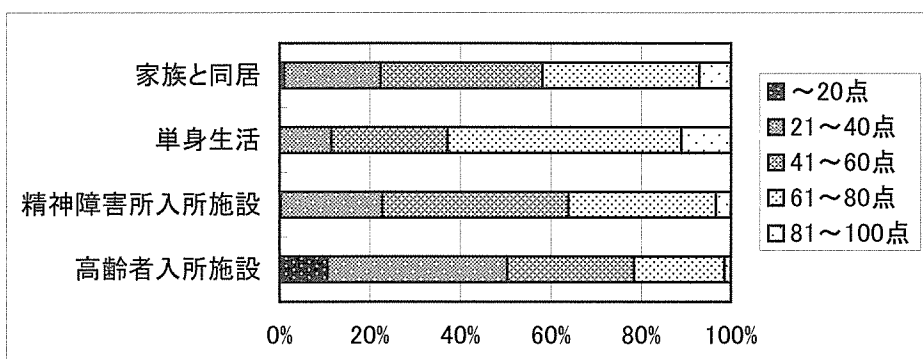


図-4 主治医が適切と判断した退院後の「暮らしの場」とIADL

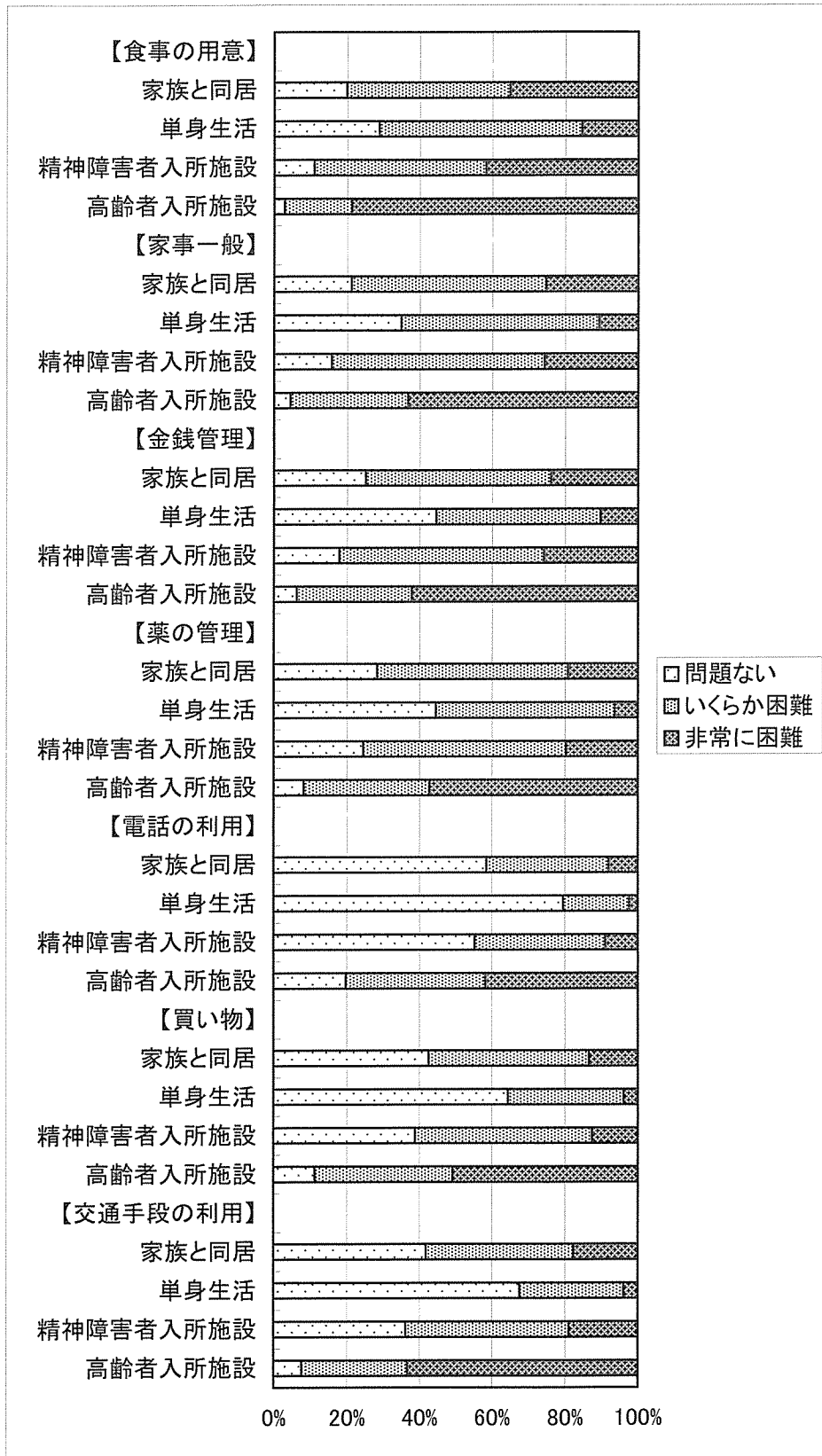


図-5 退院後の「暮らしの場」と専門職の支援の必要頻度

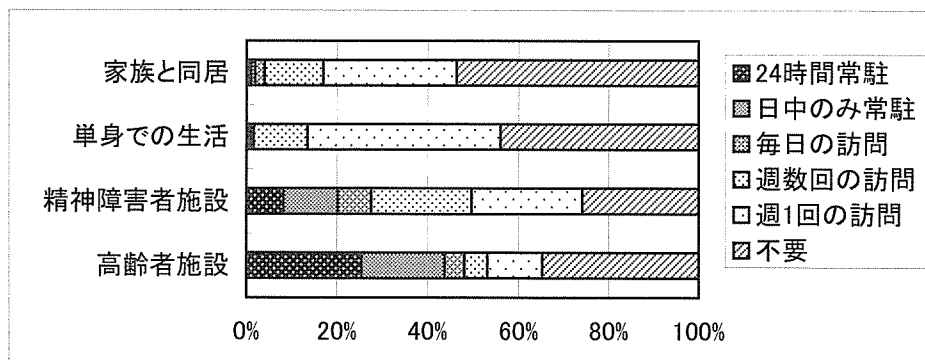
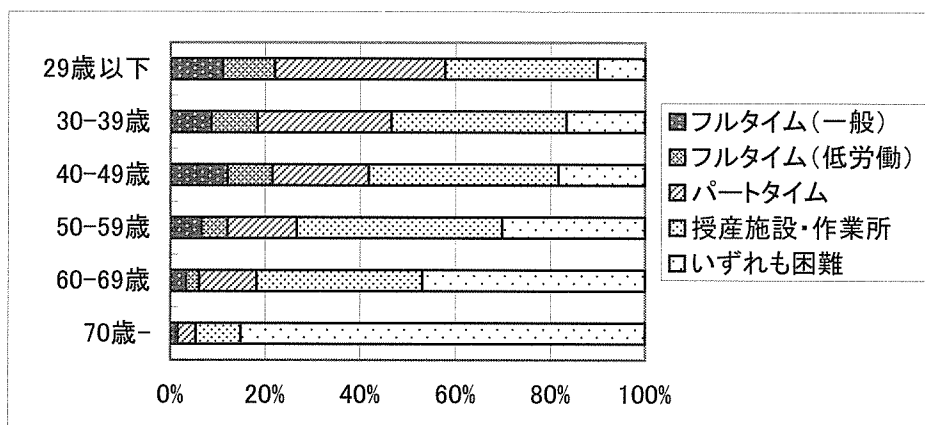


図-6 退院した場合に可能と思われる就労能力



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

ーライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン作成に関する研究ー

分担研究者 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 助川 征雄（田園調布学園大学）

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）

研究要旨

【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。

【方法】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、その結果を反映した。

【結果および考察】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である。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と考えられる。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。

【結論】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。

A. 研究目的

障害者自立支援法の施行によって、これまで精神障害者の相談・支援に経験の乏しかった市町村や民間団体等も相談・支援に携わることとなった。

本研究の目的は、本研究班の各分担研究の研究成果を集約し、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）を作成することであった。

本研究報告では、ガイドラインの作成手順を示すとともに、ガイドラインを改訂するときの課題について考察した。

B. 研究方法

分担研究者のもとに、ガイドライン作成のためのワーキンググループ（竹島、助川、大場、勝又）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なった。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。

C. 研究結果

1. ガイドラインの構成

ガイドラインは2部構成になっており、第Ⅰ部は「ライフステージ別の相談・支援」、第Ⅱ部は「基礎知識」である。

第Ⅰ部では、ライフステージを「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）」に区分した。ライフステージの区切り方については、研究班会議において「発達段階で区切る」「法律や制度の対象年齢を参考に決める」などの意見があったが、精神障害者の相談・支援に経験の乏しい人にもわかりやすいよう上記の5区分とした。

「学齢期まで（0～15歳）」「老年期（65歳以上）」を除いては、「心理・社会的特徴」、「相談の要点」、「医療的支援のポイント」、「生活支援のポイント」、「障害者自立支援法の利用について」という5項

目を設けた。「学齢期まで(0～15歳)」「老年期(65歳以上)」に5項目すべてを揃えていないのは、母子保健や介護保険の対象となる年齢層と重なること、こころの健康問題による障害者自立支援法の利用対象者が少ないことなどによる。

第Ⅱ部では、「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項目として、精神障害者の相談・支援に関する基本的な知識を提示した。

2. ガイドラインの作成

1) ガイドラインの枠組み

ガイドラインの枠組み作成にあたっては、ワーキンググループで次の方向性を決めて作業に入った。

- ①市町村や現場に役立つこと
- ②障害者自立支援法との関連性が理解できること
- ③コミュニティケアの視点に立つこと

以上の方向性に照らして、ワーキンググループでガイドラインに含める内容を検討し、ガイドラインの枠組み案を作成した。

その後、この枠組み案を「市町村や現場に役立つこと」という視点から見直しを行い、障害者自立支援法の施行によって、これまで精神障害者の相談・支援に経験の乏しかった市町村や民間団体も相談・支援に携わること、また、市町村の相談窓口では人事異動が定期的に行われ、

窓口対応する者は必ずしも精神保健医療福祉の専門家ではないことを踏まえ、できる限り平易な内容と表現でガイドラインを作成することとした。

2) 編集作業

上記ガイドラインの枠組みをもとに、ワーキンググループにおいて原稿執筆者の選定を行った。執筆者への原稿依頼の際には、編集段階で文章の編集を行うことを説明したうえで協力を依頼した。

依頼原稿の収集後には、ワーキンググループのもとで、原稿の確認を行い、微調整を行った上で、ガイドラインの一次案を完成させた。その後、班会議における意見をもとに、市町村等の現場に近い精神保健福祉業務従事者に加筆・修正を依頼し、二次案を完成させた。

できあがった二次案について、全国精神保健福祉相談委員会、A市の精神保健福祉センター、B県の精神保健福祉主管課等10名、書籍編集経験者等の読み手に目を通してもらい、修正意見を得た。その意見にしたがって、分担研究者が文章の短縮化を行い、ワーキンググループ、本研究班の分担研究者、厚生労働省精神・障害保健課の意見を得つつ、ガイドラインを作成した。また、ガイドラインの要約版としてワンポイントアドバイスを作成した。

D. 考察

本研究で作成された「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」は、一定の科学的根拠を満たした実践的なガイドラインであり、これまで精神障害者の相談・支援に経験の乏しかった市町村や民間団体等に役立つようまとめている。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。このガイドライン作成時に出された意見のうち、重要と思われることを収録し、今後の改訂の参考とする。

- 1) 本ガイドラインは「学齢期まで」をライフステージの最初の段階としているが、母子保健の対象である乳幼児に関する情報を含めることができなかった。改訂時には、こころの健康問題をもつ親の子育て支援等についての記載を設けることについて検討する必要がある。
- 2) コミュニティケアの視点からは、相談・支援に限らず、訪問型支援やアウトリーチが重要になる。今回のガイドラインでは、コラム原稿として訪問型支援について述べたものの、本文中では述べるができなかった。改訂時には、市町村等の相談窓口担当者にわかりやすい記述を設ける必要がある。
- 3) 地域での支援においては、地域に存在している医療機関や関係施設との連携が必要である。市町村がこれらの機関や施設と連携するためには、精神保健福祉士などの専門職の役割の理解が重要になる。改訂時には、精神保健福祉士などの専門職の仕事や必要性等の説明を設けることについて検討する

必要がある。

これらの理由から、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。

E. 結論

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」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。

F. 健康危険情報

該当しない

G. 研究発表

1. 論文発表

該当しない

2. 学会発表

該当しない

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当しない

I. 引用文献

なし

Ⅲ. 研究班名簿

平成 18 年度
「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」
研究班名簿

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
分担研究者	新居 昭紀	聖隷三方原病院
	大嶋 正浩	医療法人 至空会 メンタルクリニック・ダダ
	菅原 道哉	社会福祉法人恵友会
	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
研究協力者	大場 義貴	聖隷クリストファー大学 社会福祉学部
	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 人間福祉学部
	羽藤 邦俊	代々木の森診療所

(五十音順)

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」研究報告書

総括・分担研究報告書

発行日 平成 19（2007）年 3 月
発行者 「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
発行所 国立精神・神経センター精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL : 042-341-2711 FAX : 042-346-1944
