

200626010B

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～18年度

総合研究報告書

主任研究者

上田 茂

(平成16年度)

北井暁子

(平成17年度～18年度)

平成19年(2007年)3月

目 次

I. 総合研究報告

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
北井 暁子	

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

23

III. 研究成果の刊行物・別刷

25

IV. 研究班名簿

55

I . 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)

総合研究報告書

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)

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、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」を軸に、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。また、「ライフステージに応じたところの相談・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】16～17年度は、精神科デイケア等の利用者を対象にした質問紙調査、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。18年度は、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をよく知る立場にある者が加筆修正を行い、ガイドライン作成担当の分担研究者が全体を見直し、本研究班の分担研究者等が記載内容を学術的・臨床的観点から適切であるかどうか検証した。【結果および考察】①「運動・栄養・休養等の健康増進」：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おり、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ことがわかった。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。精神障害者の健康管理では、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」：児童思春期の生活支援・医療について、治療効果が大きい群（高群）と小さい群（低群）に対象者を分けて検討した結果、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。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の訪問調査活動の結果、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、家族の崩壊度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。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。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。このことは、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があること、また、今後退院を促進する上でこれらの特性に着目した支援が有用であることを示すものと考えられた。

③「地域の育成」：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。精神障害者退院促進支援事業の実績報告の分析の結果、平成15～16年度に退院したと思われる者は約3分の1であった。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。

研究班全体の成果をもとに、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。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】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、地域としての支援のあり方を検討した。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)

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、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」を軸に、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。また、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)を作成することを目的とした。

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)

16年度: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。

17年度: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取りまと

めることを目的とした。

18年度:2年間の研究成果を「運動・栄養・休養等の健康増進」の観点から取りまとめ、また補足的な研究を行い、研究班全体で作成するガイドラインに役立て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)

16年度: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た。

17年度:早期発症の統合失調症患者などを対象に、社会復帰活動(早期の治療的に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ことを目的とした。

18年度:2年間の研究成果を「生活支援・医療・住居」の観点から取りまとめ、また補足的な研究を行い、研究班全体で作成するガイドラインに役立てることを目的とした。特に、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。

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)

16年度: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を軸に退院後の支援体制と危機介入の在り方を検討することを目的と

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ことを目的とした。

17年度: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ことを目的とした。

18年度:2年間の研究成果を「生活支援・医療・住居」の観点から取りまとめ、また補足的な研究を行い、研究班全体で作成するガイドラインに役立てることを目的とした。特に、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)

16年度:「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。

17年度:「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、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ことを目的とした。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ことを目的とした。さらに、患者自身の退院の希望の規定要因も分析することを目的とした。

18年度:2年間の研究成果を「生活支援・医療・住居」の観点から取りまとめ、また補足的な研究を行い、研究班全体で作成するガイドラインに役立てることを目的とした。特に、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)

16年度: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。

17年度:退院促進支援事業の発展に資するため、本事業の実態を分析すること、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ことを目的とした。

18年度:研究班全体の研究成果を踏まえて、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ガイドライン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)

16 年度: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。

17 年度:(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)であった。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。

18 年度: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)

16 年度: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。

17 年度: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。

18年度: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たかった専門家について回答を求めた。そのうえで3年間の研究成果を総括的に考察した。

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)

16年度: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。

17年度: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。

18年度: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動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)

16年度: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。

17年度: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、主治医調査票の問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、主治医調査票の問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。

18年度: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)

16年度: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%)を対象に郵送法で質問紙調査を実施した。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。

17年度: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。

18年度: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。その結果を踏まえて、分担研究者が全体を見直し、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。

(倫理面への配慮)

本研究は「疫学研究における倫理指針」に則って行うものである。各研究者においては、必要に応じてその所属する機関で倫理審査を受けるものとしたが、所属機関で倫理審査を受けられずかつ倫理審査を受けることが必要な場合は、主任研究者の所属機関で倫理審査を受けることとした。

「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、分担研究者がキーパーソンを軸に類型化し、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おり、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。個人情報の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は含まれていない。

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)

16年度: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。

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た。

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とは、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と考えられた。

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。

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。

17年度:(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が小さかった。(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わかった。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わかった。

18年度: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た。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。72,000人の入院者を地域で介護しているとするのならば、“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)

16年度:回答者の男女比は男性144人(59.8%)、女性97人(40.2%)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。

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であることがわかった。

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見えられた。

17年度: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た。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た。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。

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。

18年度:「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」を鍵概念に考えた場合、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)

16年度: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と、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。親の生きていう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キーパーソン的役割が必要となるといえよう。

1. 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。
2. 家族の崩壊とキーパーソンの脆弱度によって、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、キーパーソンである親が老齢化、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ろう。
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いう安心感。

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、家族に代わるキーパーソン作りである。
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おらず、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、関係ができてい分だけ安定している。逆にしっかりした治療関係のできてい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。

17 年度:訪問ボランティアでの症例を検討した結果、【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の 8 つに分類することができた。

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わかった。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わかった。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わかった。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。

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、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る。

18 年度: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、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だくなかった。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。

地域で引きこもり、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)

16 年度: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」での生活が適当でしょうか」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」「養護老人ホーム」、「(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、家族と同居が適当とされ

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、単身生活が適当とされた患者では、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当とされた患者では順に 74.3%、46.6%、27.8%、高齢者用施設が適当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。「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、年齢が上がるとつれて、長期在院している患者の構成比