

香川県立保健医療大学リポジトリ

精神障害者の退院促進に向けた支援体制づくり

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-06-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中添, 和代, 近藤, 静江, 藤岡, 邦子, 林, 公子, 松本, 幸子 メールアドレス: 所属:
URL	https://kagawa-puhs.repo.nii.ac.jp/records/132

精神障害者の退院促進に向けた支援体制づくり

中添 和代¹⁾*, 近藤 静江²⁾, 藤岡 邦子²⁾, 林 公子³⁾, 松本 幸子⁴⁾

¹⁾ 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科, ²⁾ 香川県精神保健福祉センター,
³⁾ 香川県健康福祉部医務国保課, ⁴⁾ 香川県川部みどり園

Establishing a Support System to Promote the Deinstitutionalization of People with Mental Illnesses

Kazuyo Nakazoe¹⁾*, Shizue Kondo²⁾, Kuniko Fujioka²⁾
Kimiko Hayashi³⁾, Sachiko Matsumoto⁴⁾

¹⁾ *Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences*

²⁾ *Kagawa Mental Health Center*

³⁾ *Kagawa Prefectural Health and Welfare Department Medical Affairs
and National Health Insurance Division*

⁴⁾ *Kagawa Prefectural Kawanabe Midori School*

要旨

精神障害者の退院を促進するための支援体制づくりに向けて、精神障害者退院促進支援事業に携わった関係者200名を対象に無記名自記式質問紙調査を行った。有効回答数(率)131(65.5%)。結論は以下の通りである。1. 支援内容では、病院、地域関係者ともに利用者の「不安の相談」が多かった。しかし、利用者だけでなく家族、支援者も含めた不安への支援が必要である。2. 支援体制は、チーム内で関係者がお互いの専門性を認識、尊重した協働やチーム力動を發揮することが重要である。3. 社会資源については、利用者や支援者の柔軟な発想に基づいた創出が望まれる。4. 住民の意識変革を図るには、精神障害者が専門家の支援を受けながら住民と交流することが重要である。

Key Words: 精神障害者 (people with mental illness), 退院促進 (deinstitutionalization), 支援体制づくり (establishing a support system)

*連絡先: 〒761-0123 香川県高松市牟礼町原281-1 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 中添和代

*Correspondence to: Kazuyo Nakazoe, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences, 281-1 Murecho-hara, Takamatsu, Kagawa 761-0123 Japan

はじめに

2004（平成16）年9月、厚生労働省精神保健福祉対策本部は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提示した。政策の柱として「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本方針として掲げ、国民各層の意識の変革や精神医療の機能分化をすすめて、早期に退院を実現できる体制を整備すること、相談や就労支援などの充実によって地域で安心して暮らせる体制を整備することを示した。「受け入れ条件が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医療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、10年後の解消を図るとした¹⁾。

A県では、2003（平成15）年度より精神障害者退院促進支援事業（以下、事業とする）に取り組み、過去3年間（平成15～17年度）で、52名の対象者のうち41名（78.8%）の退院が実現できている^{2)、3)}。しかし、関係者の事業の理解、協力体制に差²⁾があることや事業を対象者の支援に終わらせるのではなく、退院促進のシステムづくりへと発展させていくことが課題となっている³⁾。他県においても、事業が終了するとその経験が生かされず、退院支援が病院内で完結し、地域との有機的な連携が行われていないという指摘もある⁴⁾。

そこで、事業に携わった関係者（以下、支援者とする）の支援内容と地域精神保健福祉の支援体制の課題を明らかにし、今後の支援体制づくりを検討した。

用語の定義

地域精神保健福祉の支援体制：援助を必要とする人が住み慣れた地域で生活が送れるように、保健、医療、福祉などの公的な（フォーマル）サービスと住民組織や民間を含むインフォーマルなサポートが一体的に提供されるネットワークを構築し、支援するシステム⁵⁾とした。そのシステムの構成部分に、支援者の支援内容が含まれる。

研究方法

1. 調査対象および方法

対象者は、A県事業（H15～17年度）の利用者を支援した関係者200名である。

調査方法は、無記名の自記式質問紙調査法を用いて行った。各機関の本事業担当者を経由して、対象者に調査票を配布し、返信用封筒にて回収した。

調査期間は、平成18年8月1日～8月25日までとした。有効回答数（率）は、131（65.5%）であった。

2. 調査項目

対象者の属性（性別、年齢、職種、経験年数、所属先）、支援内容、地域精神保健福祉の支援体制の課題の3項目である。

支援内容は、先行研究^{6)~9)}を基に、事業のプロセス¹⁰⁾（導入、アセスメント、計画、モニタリング）で実施された内容から研究者が作成した。その内容の妥当性を確認するために、継続的に事業に携わった支援者26名を対象にプレテストを行い、修正をして16項目とした。地域精神保健福祉の支援体制の課題は、自由記述とした。

3. 分析方法

支援内容は、病院関係者と地域関係者（病院以外の機関）に分類し、比較した。

記述内容は、1内容1項目としてコード化した。1コードの内容の類似するものをまとめてサブカテゴリーとし、さらにカテゴリーへと抽象化した。この抽象化の各段階において、研修者間で合意が得られるまで協議し、妥当性を確認した。

4. 倫理的配慮

所属管理者および対象者に、調査目的と内容を説明し、調査票を配布した。この研究で得られたデータは統計的に処理し、所属先や個人が特定できないものとする旨を伝え、回答を持って同意とした。

結果

1. 対象者の属性

性別は、男性が21.4%、女性が77.9%であった。年齢は、50歳代が最も多く35.1%、次に40歳代の26.7%であった。職種は、看護師が最も多く31.3%、次に保健師の22.1%であった。経験年数は、1～39年（平均13.2±9.3）、所属先は、病院関係者が64.9%、地域関係者が35.1%であった（Table 1）。

2. 支援内容

支援内容は、病院関係者では「不安の相談」が64件（75.3%）と最も多く、次いで「退院の動機付け」が48件（56.5%）、「服薬の自己管理」が42件（49.4%）であった。

Table 1 Characteristics of the Study

調査項目	人数(%)		
	病院群 n=85	地域群 n=46	全体 n=131
性別 男性	24(28.2)	4(8.7)	28(21.4)
女性	61(71.8)	41(89.1)	102(77.9)
無回答	0	1(2.2)	1(0.8)
年齢 20歳代	10(11.8)	8(17.4)	18(13.7)
30歳代	21(24.7)	7(15.2)	28(21.4)
40歳代	25(29.4)	10(21.7)	35(26.7)
50歳代	25(29.4)	21(45.7)	46(35.1)
60歳以上	3(3.5)	0	3(2.3)
無回答	1(1.2)	0	1(0.8)
職種 PSW	15(17.6)	11(23.9)	26(19.8)
医師	17(20.0)	0	17(13.0)
看護師	41(48.2)	0	41(31.3)
保健師	0	29(63.0)	29(22.1)
指導員	0	2(4.3)	2(1.5)
その他	11(12.9)	2(4.3)	13(9.9)
無回答	1(1.2)	2(2.2)	2(1.5)
所属 医療機関	85(100.0)		
地域の機関	46(35.1)		
市町	18(39.1)		
保健所	17(37.0)		
地域生活C	3(6.5)		
作業所	1(2.2)		
授産施設	2(4.3)		
援護寮	1(2.2)		
福祉ホーム	1(2.2)		
GH	2(4.3)		
その他	1(2.2)		
経験年数	1~39年	1~32年	1~39年
(平均±SD)	(14.3±9.5)	(10.8±8.8)	(13.2±9.3)

地域生活C:地域生活支援センター, GH:グループホーム

地域関係者では、「不安の相談」、「社会資源の情報提供」および「関係機関連絡調整」が各32件(69.6%)と多く、次いで「関係者への助言」が26件(56.5%)であった(Table 2)。

3. 地域精神保健福祉の支援体制の課題

地域精神保健福祉の支援体制の課題は、対象者のうち質問項目に回答した病院関係者の50名(58.8%),地域関係者の29名(63.0%)の内容を分析の対象とした。

1) 抽出されたカテゴリー

記述内容からは134のコードが抽出され、【不安】【チーム内の調整と理解】【長期的支援】【社会資源】【住民の意識】の5カテゴリーに分類された(Table 3)。

なお、【 】内にはカテゴリーを、《 》内にはサブカテゴリーを、「 」内には具体的な内容例を記した。

Table 2 Content of Projects to Support the Deinstitutionalization of People 人 (%)

項目	病院 n=85	地域 n=46	全体 n=131
不安の相談	64(75.3)	32(69.6)	96(73.3)
退院の動機付け	48(56.5)	13(28.3)	61(46.6)
病気の理解	35(41.2)	12(26.1)	47(35.9)
疾病の管理	26(30.6)	6(13.0)	32(24.4)
服薬の自己管理	42(49.4)	15(32.6)	57(43.5)
金銭自己管理	35(41.2)	12(26.1)	47(35.9)
対人関係援助	38(44.7)	18(39.1)	56(42.7)
家族援助	36(42.3)	16(34.8)	52(39.7)
自立支援計画作成	10(11.8)	13(28.3)	23(17.6)
環境整備(住居探し等)	22(25.9)	7(15.2)	29(22.1)
社会資源の情報提供	34(40.0)	32(69.6)	66(50.4)
組織内体制作り	29(34.1)	13(28.2)	42(32.1)
関係者への助言	39(45.9)	26(56.5)	65(49.6)
関係機関連絡調整	31(36.5)	32(69.6)	63(48.1)
広報啓発活動	6(7.1)	7(15.2)	13(9.9)
その他	5(5.9)	2(4.3)	7(5.3)

(1) 不安

【不安】は、《利用者の不安》《家族の反対》《支援者の不安》の3サブカテゴリーに分類された。

《利用者の不安》には、「病院内では安定状態であるが、事業の利用方法や地域への移行に不安がある」「利用者が、家族と看護師との退院後の責任問題のやり取りを見て、退院意欲が失われてしまった」などがあった。

《家族の反対》には、「家族の受け入れや理解がないことが退院への妨げになっている」「長期入院患者の多くは、家族の支援がない人が多い」「世代交代で、すでに、家族の一員ではないという認識がある」などがあった。

《支援者の不安》には、「家族が拒否的であれば退院できる状態であっても本人の意欲も減退し挫折する可能性がある」「せっかく地域へ帰っても一人での生活なので不安が残る」などがあった。

Table 3 Issues in Establishing a Support System and Their Categorization

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
不安	利用者の不安	退院後の生活が見えないことによる不安がある 本事業についての情報が少なく不安である 家族の協力がないと利用者は退院をあきらめる
	家族の反対	家族の受け入れがないと退院は難しい 家族の理解・協力が難しい 問題時には家族に責任を負わせる現状がある
	支援者の不安	退院後の家族の協力がいないので地域生活に不安を感じる 長期入院による生活能力の低下がある
チーム内の調整と理解	支援者の認識の差	病院職員は事業の理解が不十分である 利用者や病気の理解を共通認識していない 一般職員の障害の理解が浅い 病院職員が病気のみをみて生活者としてみていない 病院職員が過去にとらわれ退院への課題が検討できない 自立支援員が利用者を理解していない 関係者にサービスを利用していただいている意識がない 地域関係者個々が問題を解決しようとする意識を持っていない 所属長の理解がない 病院の社会復帰への意欲に差がある
	チーム内の協働の難しさ	支援者間の目標の共有が難しい 退院後、いつまで、どのような形で支援を行うのかわからない 支援者の動きがわからない 役割が不明確である リーダーが不明確である 利用者が主体でなく支援者の考えで判断している 利用者に対する過保護的なかわりがある 利用者の代弁者である自立支援員の声が届かない 会議内容の報告ができていない 各機関内での支援体制が未整備である 利用者・家族を支える支援体制ができていない
	支援者に対するサポート不足	退院支援経験の少ない支援者が多い 支援者の精神面への支援がない
長期的支援	長期的な支援がない	グループホームや援護寮退所後の支援体制がない 長期的な視野での支援がない 事業終了後の自立支援員の支援継続がない 環境づくりや支援体制作りは6か月の期間では難しい 事業終了後の支援体制が不十分である
	連携が不十分	行政だけで支援することは難しい 病院と地域機関の連携が不十分である
社会資源	社会資源の不足	地域の社会資源が少ない 施設を自由に選択できない 保証人がいないため、住居の確保が難しい 夜間サポートの資源が少ない 日中の活動場所がない 障害年金だけでは生活ができない ボランティア等支援者が少ない 能力に合わせた仕事がない 公共交通機関を利用しづらい
住民の意識	住民の偏見	精神障害者に対する住民の偏見がある 家族や近隣住民から排除された入院がある 個人の事件が精神障害者全体の問題と捉えられる
	地域で孤立	地域との繋がりが少ない 地域での居場所がない 精神障害者や家族が孤立しない仕組みがない
	普及啓発が不十分	住民への啓発活動が不十分である 早期介入への取り組みが不十分である 相談窓口や制度等知られていない

(2) チーム内の調整と理解

【チーム内の調整と理解】は、《支援者の認識の差》《チーム内の協働の難しさ》《支援者に対するサポート不足》の3サブカテゴリーに分類された。

《支援者の認識の差》には、「利用者の退院の可能性、能力に一番否定的だったのは、医師、看護師の医療職であった」「利用者の病気や過去にとらわれすぎて、管理することが重要だと考えている職員が多く、利用者を生活者として見ていない」などがあつた。

《チーム内の協働の難しさ》には、「会議で決まったことを、全スタッフに申し送れておらず、チームアプローチが実質上難しい」「職種により対応が異なり、調整が難しい」などがあつた。

《支援者に対するサポート不足》には、「担当者が経験不足である」「関係者の前向きな気持ちを高め、不安を取り除くサポートがない」などがあつた。

(3) 長期的支援

【長期的支援】は、《長期的な支援がない》《連携が不十分》の2サブカテゴリーに分類された。

《長期的な支援がない》には、「事業終了後の利用者のサポートをどこで、誰が中心に行うか、その都度、話し合っただけで決めることが大切」「事業期間中は自立支援員等が関わっているが、退院後の支援体制の継続が不十分なため再入院する利用者がある」などがあつた。

《連携が不十分》には、「精神保健領域は、他の領域以上に病院や関係機関との連携が重要である」「精神障害者が地域で生活するには、行政だけの対応では難しい」などがあつた。

(4) 社会資源

【社会資源】には、「自宅へ帰ることが難しい場合、受け皿が少ないので行き場のない人ができる」「社会復帰施設やヘルパー事業所などが少なく、利用者は業者を選べない」など、《社会資源の不足》をあげていた。

(5) 住民の意識

【住民の意識】は、《住民の偏見》《地域で孤立》《普及啓発が不十分》の3サブカテゴリーに分類された。

《住民の偏見》には、「精神障害者を受け入れないという社会の偏見の目がある」「退院の希望があり、病状が落ち着いていても家族や世間の偏見などにより退院ができない患者が多い」などがあつた。

《地域で孤立》には、「利用者や家族が孤立しな

い地域の仕組みがない」「住民が少し手を差しのべれば、利用者の生活が広がる」などがあつた。

《普及啓発が不十分》には、「一般住民に対する普及啓発を事業と同時進行で実施しなければ、地域にもどることは難しい。たとえ、退院しても地域で住みづらく感じると思う」「偏見をなくすためには、精神障害者も広く一般の人と交流すべきだ」などがあつた。

考 察

1 精神障害者の退院支援の実際

支援内容として、病院・地域関係者ともに、最も多かった項目は、「不安の相談」であつた。事業の各段階で関わった支援者が、利用者の不安な気持ちに寄り添いながら不安を和らげ、安心して退院ができるよう支援していることがうかがえる。

また、利用者や家族はもちろん、支援者自身も不安を抱えていることが明らかになった。

利用者は、退院後の生活イメージの具体化や、新しい体験にチャレンジすることで不安を抱える^{2-9, 11)}ことが多い。特に入院が長期になればなるほど、退院に向けてのプロセスは刺激が大きく、病状にも影響してくる。支援者は、利用者の退院に向けた不安がどのように変化しているかを見極めながら、支援していくことが求められる。

家族の退院に対する反対の背景には、長期入院による家族の高齢化や世代交代、病状悪化時の記憶、何かあつた時の責任問題などがうかがえた。支援者は、家族の理解・協力を課題としてあげているように、家族支援の重要性を認識している。したがって、精神障害者の退院を支援する上で重要なことは、支援者が家族を退院の障害の根源としてではなく、精神障害者のサポート源であると認める¹²⁾ことである。すなわち家族を「支援者」という、社会資源の一つとして捉え、家族へ働きかけることが重要である。

支援者は、長期入院による利用者の生活能力の低下や家族の協力が得られないことから利用者の退院後の生活に不安を感じていた。また、経験が浅い支援者への精神的サポートがないこと、支援チームのリーダーが不明確なことによる支援者の困惑がうかがえた。支援者の不安は、利用者の退院意欲に大きく影響するため、支援者の知識や技術、精神的な支援をする体制が求められる。多くの機関や職種が関わる事業のため、病院から地域への継続したケアや

段階的な支援内容と役割分担，その連携は重要である。

2. 地域精神保健福祉の支援体制づくり

支援体制の課題では，【チーム内の調整と理解】および【社会資源】が多かった。支援者の所属や職種により病気や利用者の理解，社会復帰の認識に差があることが明らかになった。特に，病院関係者は，「利用者を生活者として見ていない」「利用者の過去にとらわれている」など，利用者の病気や障害の認識に差があった。長期入院患者の退院阻害要因は，さまざまであるが，その一つに「看護者の固定した患者の捉え方やあきらめ」¹³⁾があげられている。このように，長期入院から派生してくる問題は，支援者の意識にも影響することから，精神障害者の自立や社会参加について，支援者個々が自分を問い直す必要があるだろう。

また，支援チーム内の調整が不十分で，個別性のある支援計画の立案や支援者個々の役割分担の難しさ，各機関内の支援体制の未整備などがうかがえた。これには，チーム内の支援者が互いの専門性を認識・尊重した協働やチーム力動を發揮できるリーダーの存在，相互に話し合える場の有効活用などが重要であると思われる。

社会資源では，住居や日中の活動の場，夜間サポート，能力にあった仕事の場合，経済面の支援などの社会資源不足があげられた。また，移動手段である公共交通機関の使いづらさやボランティアなどの人的資源の少なさなど地域の特性がうかがえた。

事業で退院した精神障害者の聞き取り調査¹⁴⁾から，利用者が必要としている社会資源には「新たな人的ネットワークの形成」「移動手段や住居，生活費の確保」「心地よい居場所」「家族の退院への理解と精神的な支え」など多岐にわたり指摘されている。今後，これらの利用者や支援者の意見を反映した，そして柔軟な発想に基づいた社会資源の創出が望まれる。それには，利用者や支援者が精神障害に対する普及啓発を行い地域住民の意識変革を図ることが必要である。精神障害者が専門家の支援を受けながら生活している姿や住民との交流が精神障害に対する偏見をなくし，理解を深める一方法であると考えられる。

以上から，今後の地域精神保健福祉の支援体制づくりには，支援体制の課題について病院と行政，そして精神障害者自身が共通認識し，協働で取り組む必要がある。また，本事業には，病院や行政の職員ではなく地域住民の感覚に近い存在として，利用者

の退院を支援する自立支援員がいる。事業の支援期間は6か月以内で，退院後1か月と定められている。しかし，自立支援員は事業終了後も地域のボランティアとして，利用者の生活を支援している¹⁵⁾。精神障害者が安心して地域で暮らすには，このようなインフォーマルな支援が重要であり，地域で自立支援員のような人を育て，人と人をつなぐことが最も重要である。

最後に，2007（平成19）年度から厚生労働省社会・援護局保護課においても「生活保護精神障害者退院促進事業」¹⁶⁾が予算化された。今後，本事業を継続するとともに，新事業との連携や精神障害者に関する諸施策を有効に活用して，病院から地域へスムーズに移行できる支援体制の構築を推進したい。

結 論

精神障害者退院促進支援事業に携わった支援者が感じている地域精神保健福祉の支援体制の課題を分析した結果，以下のことが明らかになった。

1. 支援内容では，病院，地域関係者ともに利用者の不安の相談が多かったが，利用者だけでなく家族，支援者も含めた不安への支援が必要である。
2. 支援体制の課題では，【チーム内の調整と理解】および【社会資源】が多かった。チーム内で関係者がお互いの専門性を認識，尊重した協働やチーム力動を發揮することが重要である
3. 社会資源では，利用者や支援者の柔軟な発想に基づいた社会資源の創出が望まれる。
4. 精神障害者が専門家の支援を受けながら生活し，住民との交流を図ることが住民の意識変革につながる。

謝 辞

本研究にあたりご協力をいただきました関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は，香川県精神保健福祉センター，香川県健康福祉部障害福祉課「精神障害者退院促進支援事業における関係者評価報告書」の一部を加筆修正したものである。

文 献

- 1) 精神保健福祉研究会（2007）“我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）”平成18

- 年度版, 太陽美術, 東京, p501-505.
- 2) 社団法人日本精神保健福祉士協会 (2007) 精神障害者の退院促進支援事業の手引き. p120-123.
 - 3) 起弘美, 山田智子 (2006) ネットワークが進む! 退院促進支援事業. 精神科看護33(8):40-44.
 - 4) 原るみ子, 鹿野勉, 小原理恵, 吉田輝義, 吉原明美, 辻美子, 米田正代ほか (2002) 自立支援促進会議の果たす役割. 大阪府こころの健康総合センター研究紀要 8: 1-9.
 - 5) 中村裕美子 (2005) “標準保健師講座2 地域看護技術”, 第1版, 医学書院, 東京, p227.
 - 6) 大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課 (2002) 社会的入院解消 (研究) 事業・自立支援促進 (会議) 事業報告書. p1-25.
 - 7) 大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課 (2004) 平成15年度大阪府精神障害者退院促進支援事業報告書. p1-29.
 - 8) 香川県・退院促進支援事業自立促進支援協議会 (2005) 平成16年度香川県退院促進支援事業報告書. p17-18.
 - 9) 香川県・退院促進支援事業自立促進支援協議会 (2006) 平成17年度香川県退院促進支援事業報告書. p16-18.
 - 10) 高橋清久, 大島巖 (2003) “ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方”, 改訂新版, 精神障害者社会復帰促進センター, 東京, p73-134.
 - 11) 福田和恵 (2007) 「本人の不安」と「家族の反対」二大阻害要因への集中的なアプローチ. 精神看護 10(5):27-34.
 - 12) パトリシア・アンダーウッド (1999) 地域生活への準備. 精神科看護 26(2): 8-13.
 - 13) 片岡三佳, 高橋香織, グレック美鈴, 池西悦子, 池邊敏子, 長瀬義勝, 家田重博ほか (2005) 精神疾患をもつ長期在院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題 (第一報). 岐阜県立看護大学紀要 5(1):11-18.
 - 14) 香川県中讃保健福祉事務所 (2006) 香川県における精神障害者退院促進支援事業の利用者評価に関する調査結果報告書. p8-9.
 - 15) 中添和代, 白石裕子 (2006) 精神障害者の退院促進と人材育成. 香川県立保健医療大学紀要 3: 33-38.
 - 16) 生活保護精神障害者退院促進事業
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20070331-2/4.pdf>

Abstract

The aim of this anonymous questionnaire survey is to establish a support system to promote deinstitutionalization. It was conducted on 200 subjects involved in projects to support the deinstitutionalization of people with mental illnesses. 131 valid responses (65.5%) were collected. The conclusions are as follows:

1. Concerning the content of support, many respondents from hospitals and the community noted the need to provide counselling to help users deal with their concerns and anxiety. Support also needs to be provided to family and support workers to address their concerns.
 2. It is important to encourage all team members to respect each other's expertise and to foster cooperation and team dynamics.
 3. The development of social resources should be based on flexible ideas from the users and support workers.
 4. Promoting interaction between community residents and people with mental illnesses who are supported by experts will remove prejudice against them among residents.
-

受付日 2007年10月31日

受理日 2008年1月21日