

博士学位論文

精神障害者が地域で生活し続けるために  
住民との近隣交流を促進する地域ケア

平成 28 年 2 月

磯村 聡子

山口大学大学院 医学系研究科保健学専攻



## 目次

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| 序論 研究背景                                | 1  |
| 第1節 研究背景                               | 1  |
| 1. 精神障害の現状                             |    |
| 2. 精神障害者の生活障害と治療の困難さ                   |    |
| 3. 精神医療の歴史と地域ケアの課題                     |    |
| 第2節 研究の着眼点                             | 12 |
| 1. 精神障害と社会                             |    |
| 2. 精神障害者の危機と生活支援                       |    |
| 3. 母子・高齢者保健と近隣との関係                     |    |
| 4. 精神障害者と近隣との関係                        |    |
| 第3節 研究目的及び論文構成                         | 24 |
| 1. 研究目的及び研究の意義                         |    |
| 2. 論文構成と研究の概要                          |    |
| 序章 文献                                  | 27 |
| 第1章 精神障害者の地域ケアに関する文献検討                 | 31 |
| 第1節 背景及び目的                             |    |
| 第2節 方法                                 |    |
| 第3節 結果                                 |    |
| 第4節 考察                                 |    |
| 第5節 結論                                 |    |
| 第1章 文献                                 | 44 |
| 第2章 近隣苦情事例における精神障害者と地域住民との関係性の変容       | 49 |
| 第1節 背景及び目的                             |    |
| 第2節 方法                                 |    |
| 第3節 結果                                 |    |
| 第4節 考察                                 |    |
| 第5節 結論                                 |    |
| 第2章 文献                                 | 58 |
| 第3章 精神障害者の地域生活支援からみたソーシャルキャピタルに関する文献検討 | 59 |
| 第1節 背景及び目的                             |    |
| 第2節 方法                                 |    |
| 第3節 結果                                 |    |

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| 第4節 考察                                  |     |
| 第5節 まとめ                                 |     |
| 第3章 文献                                  | 71  |
| 第4章 精神障害者の近隣交流項目の開発                     | 73  |
| 第1節 背景及び目的                              |     |
| 第2節 方法                                  |     |
| 第3節 結果                                  |     |
| 第4節 考察                                  |     |
| 第5節 結論                                  |     |
| 第4章 文献                                  | 88  |
| 第5章 精神障害者の近隣交流の特徴—地域組織との関係から—           | 90  |
| 第1節 背景及び目的                              |     |
| 第2節 方法                                  |     |
| 第3節 結果                                  |     |
| 第4節 考察                                  |     |
| 第5節 結論                                  |     |
| 第5章 文献                                  | 101 |
| 第6章 精神障害者が地域で生活し続けるために住民との近隣交流を促進する地域ケア | 103 |
| 第1節 本研究の総括                              |     |
| 第2節 精神障害者の近隣とのつながりへの提言と地域ケアのあり方         |     |
| 第6章 文献                                  | 110 |
| 資料                                      |     |
| 第4・5章：質問紙                               | 111 |

## 序章

# 序 章 研 究 背 景

## 第 1 節 研 究 背 景

### 1. 精 神 障 害 の 現 状

精神疾患の患者数は近年急増しており、平成23年患者調査<sup>1)</sup>によると、精神及び行動の障害による入院患者は約280万人、外来患者は、約220万人と公表されている。我が国では国民の25%が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験している<sup>2)</sup>。また、WHO（世界保健機関）によると、世界での0.7%が統合失調症に罹患している<sup>3)</sup>。また、平成10年以降約3万人で推移している自殺の背景には、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が多く認められるなど、精神疾患は、国民に広く関わる疾患として認知されるようになってきている。厚生労働省は2011（平成23）年に、医療計画に盛り込むべき疾患として指定してきたがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四大疾病に新たに精神疾患を加え「五大疾病」とした<sup>4)</sup>。

2013（平成25）年のWHO総会において採択された包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020<sup>5)</sup>によると、メンタルヘルスと精神障害の決定要因には、思考、情緒、行動、人間関係の管理能力などの個人の特性だけでなく、社会的、文化的、経済的、政治的そして環境的要因、例えば、国の政策、社会的信頼、生活水準、労働条件そして地域における社会的支援も含まれる。地域の背景によってメンタルヘルスに関する問題を経験する危険が非常に高い状況に置かれることがある。多くは、多くの社会において、疎外化と貧困化、ドメスティック・バイオレンスと虐待、そして過剰労働とストレスに関連する精神障害は、大きな懸念となっている。

そのような状況を踏まえ、精神障害者が安

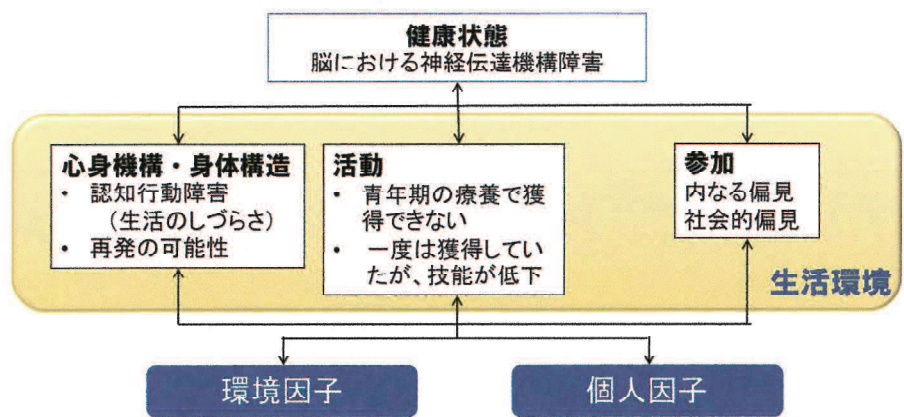


定した生活を営むための継続的な支援方法の開発は公衆衛生の今日的課題とされている<sup>6)</sup>。近年、精神保健福祉法第26条による通報が増加している。この事は、精神保健指定医による診察には該当しないものの、発達障害や人格障害、認知症を含め、精神疾患や精神保健上の問題を抱えている人が多い事、そしてその人々が地域生活を維持していく上で困難が多い事を示唆している<sup>7)</sup>。

精神保健福祉法では「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者と定義されている。(第五条)用語としての「精神疾患」とは、包括的な表現であり、精神上、心理および行動上の異常や機能障害によって、生活を送る上での能力が相当程度影響を受けている状態を示し、個々の精神疾患は国際疾病分類であるICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems<sup>8)</sup>によって分類されている。精神疾患には、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症や発達障害等も含まれる。このように精神疾患は生活障害とも解釈できる事から「精神疾患」と「精神障害」はほぼ同一の概念として捉えられている。

また、「精神保健」とは人々の健康のうち主として精神面の健康を対象とし、精神障害を予防・治療し、また精神的健康を保持・向上させるための諸活動をいう。つまり、精神障害をもつ事が健康を阻害するのではなく、障害を持ちながら健康な社会生活を送るために生活環境を選択したり、より良い環境づくりにはたらきかける事も含めている。ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (国際生活機能分類)<sup>9)</sup>(図1)は精神障害を持つ対象者の健康状態が心身機構・身体構造、活動、参加と、個人因子、環境因子の相互関係からなる考え方であり、対象者の健康増進、リハビリテーションをすすめるうえで基盤となるモデルである。守田<sup>10)</sup>は、地域の環境因子としての精神障害

者の生活しやすい地域環境の質を明らかにした。



障害者福祉研究会編:ICF国際生活機能分類、中央法規出版、2002に加筆

図 1 ICF の概念枠組みによる精神障害の構造

| 精神障害者の生活しやすい地域環境の質                                                                                                                 |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 相談できる人や場所がある<br>住居が確保できる<br>仲間との交流ができる<br>社会復帰施設・サービスが利用しやすい<br>健康的な食生活が確保される<br>生活管理の援助がある<br>生活技術の学習の場がある<br>就労支援がある<br>医療が受けやすい | 病状の自己管理を学ぶ機会がある<br>保健医療福祉について学べる機会がある<br>当事者の施策への関与がある<br>家族の学習・相談の場がある<br>住民への啓発がある<br>地域住民と障害者の交流がある<br>住民のサポートがある<br>関係者の活動の連携・検討が積極的である |

図 2 精神障害者の生活しやすい地域環境の質

精神疾患は近年、早期に適切な治療をすすめる  
 事により望める「リカバリー」に関心が高ま  
 っている。リカバリーとは、精神疾患の影響生  
 活から心理的に回復し、社会の一員として人生  
 を送る事である。安定して「寛解」が維持さ  
 れ、社会的、職業的機能が回復した状態が 2  
 年以上維持される事でリカバリーと評価する  
 報告もある。また、「寛解」とは、診断基準と  
 なった症状がほぼ消失し、他の症状もはや 6  
 か月以上影響を与えない状態であり、それが  
 また現在、ストレスにうまく対処できな  
 い時、人の持つ発病しやすい（脆弱性）か  
 ら統合失調症エピソードが発症するという病態



モデルである「脆弱性—ストレス—コピーン  
グモデル」が採用されている。精神疾患の中  
心的な治療である薬物療法に加えて、対処法  
(コピーング)を改善する事により、再発や  
慢性化の予防に有効である。

## 2. 精神障害者の生活障害と治療の困難さ

### 1) 精神疾患モデルと生活障害

精神疾患の代表とされる不安障害，気分障  
害には，症状寛解/リカバリーの2相モデルが  
適用されるが，統合失調症には適用できない  
11)。統合失調症では，症状が寛解しても，そ  
れが直ちに日常生活における活動，社会的な  
関係，雇用やQOL (Quality of Life) 向上に  
必要な機能の回復には結びつかないという課  
題がある。しかし，症状が残っていたとしても  
コピーング能力が高まる事により，機能を  
発揮する事ができるためである。それは，社  
会的機能の低下に陰性症状が関与している事  
に起因する。

精神障害者は，注意持続，実行機能の障害等  
の認知機能障害や幻覚，妄想等の陽性症状と  
いう疾患の特性があるため，自立して安定し  
た日常生活を送る事が難しい。また，人生の重  
要な時期である青年期に精神疾患を発症する  
場合が多く，在学中の発病のためにその時期  
に病気を抱えて過ごす事により就労経験を持  
たず社会生活への適応に困難を有する<sup>12)</sup>と  
される。

精神障害は，障害と疾患が共存するという  
特徴を持つ。それ故に，精神障害者は，生活  
上で様々な困難を体験する。精神科医である  
臺<sup>13)</sup>はその困難を「生活のしづらさ」として表  
現した。臺は論文の中で，「生活のしづらさ」  
を「生活障害」と表現し，「食事，金銭，服  
装などの問題を含めた生活技術の不得手」「  
人付き合い，挨拶，他人に対する配慮，気配  
りなどの対人関係の問題」「仕事場では，生  
まじめと要領の悪さが共存し，のみ込みが  
悪く，習得が遅く，手順への無関心，能率，  
技術の低さが，協力を

必要とする仕事に困難をもたらす」「安定性に欠け、持続性に乏しい」「現実離れ、生きがい、動機づけの乏しさ」の5点を示した。

その後、「生活のしづらさ」を「困りごと・苦手な事」と表現している報告<sup>14)</sup>もあるが、「生活のしづらさ」という概念は、研究毎に異なるという課題が指摘され、当事者の体験に基づく現代の生活のしづらさを明らかにする必要性が論じられている<sup>15)</sup>。

精神障害は、ストレスに対する脆弱性を持つ。精神障害のうち、統合失調症患者の再発原因として、ストレス脆弱性や自我障害ゆえの日常生活における生きにくさやライフイベントによるストレスが指摘されている。精神障害者の再発予防のためには、薬物療法に加えて、患者の日常生活上の体験、障害認識、ライフイベントや回復過程に応じた心理社会的アプローチ<sup>16-19)</sup>が有効である。

また、当事者や家族成員の健康状態の悪化により、家族は生活上の困難感を抱く。また、親は自身の加齢に伴い、当事者の将来の不安を有する<sup>20)</sup>など、家族の有する困難感についても論じられている。

## 2) 精神障害における治療継続の困難さ

池淵<sup>21)</sup>は精神障害リハビリテーション学の立場から、精神障害に伴う「日常生活の障害」を解明し、改善を進化させる必要があると言及している。そして、障害を持ちつつも有用な人生が送れるようにしていく事を目標とし、社会における「障害を持つ個人」の生き方や、精神障害を持つ人を、社会全体で支えるノーマライゼーションに関する研究の蓄積が必要と述べている。

わが国の統合失調症をはじめとする精神疾患の治療は、発症機序としての「ストレス脆弱性モデル」に基づく病態に対する薬物療法を中心とし、症状の回復や過程に応じて精神・心理療法、リハビリテーションが行われてきた事は先述した。精神症状の再燃、再発





ホーランド、レスであるなど、社会経済的因子も脱  
落属性として障害があると言われ、精神障害が重篤であ  
る事柄が、挙げられている。また、支援者と当事者の良好な関係がない  
事も脱落と関連すると言われている。野口<sup>30)</sup>は述べており、  
支援開始の間もないう頃が治療からの脱落が起  
こりやすいと指摘する。また、精神保健医療  
サービスにつながりにくい当事者は、それ以  
前に、社会から孤立していると言われている。  
したがって、精神障害者の生活支援において、  
受診勧奨や治療継続支援をする際には、対象  
者の信頼関係の構築が不可欠であり、サー  
ビスの脱落要因を含め、個別性に配慮した支  
援の提供が重要である。

### 3. 精神医療の歴史と地域ケアの課題

#### 1) 近代精神医療

精神障害者は古代より多くの国において宗教  
的畏れを受けてきたという歴史的背景があ  
る。例えば、イギリスのベツヘレム癲狂院やス  
ペインのヴァレンシア狂人の家、フランスの  
ペシャラントンなどにみられるように収容施設  
(asylum)の対象として遇されてきた。さら  
に、キリスト教圏では、13世紀頃から18世紀  
までに及ぶ中世ヨーロッパの異端審問によ  
る魔女裁判のもと、多くの精神障害者が魔  
女として拷問され処刑された。また同じ時代  
にベルギーの温泉地、ゲールの里の様に精  
神障害者に対し民間伝来による信仰を背景  
として教会や民家が里親制度に近い受け入  
れを行っていた。そのような精神障害者にと  
っては過酷な状況下、1793年、フランス革  
命期の象徴的出来事として、第一次精神医  
療革命と呼ばれたパリのピセートル精神  
病院長であったPhilippe Pinelによる「病  
者の鎖からの解放」は、近代精神医療にお  
ける大きな転機となった。1950年代から  
1960年代にかけて、施設に長期間収容す  
る事が患者に及ぼす負の影響、



いわゆる施設症 ( Institutionalism ) が注目されるようになった。これを受け、精神障害者の治療を病院施設から地域へ移行する「脱施設化」は世界的な潮流となった<sup>32)</sup>。

## 2) 私宅監置から病院収容型の精神科医療

日本の精神障害者に対する処遇の歴史を紐解くと、精神障害者を直接的に迫害するというよりは、宗教的施設への救護、近隣による相互扶助などにより、地域社会の中で受け入れる寛容さもみられている。例えば、律令時代においては、精神疾患が病と認識されており、精神障害者の罪の軽減や税の免除規定がすでにあつたとされる。また、11世紀の京都の岩倉大雲寺の滝信仰に集まる精神障害者を、近隣の民家が預かるといった民間療法の存在、全国の寺社による救済などがそれを象徴している。室町時代初期頃から漢方薬、灸法による治療が始まり、江戸時代には、心理療法や呼吸法、坐法、簡単な体操を組み合わせた治療法が行われていた。これらは憑物に対する加持、祈禱なども含めて治療を目指した行為であつた。

精神保健福祉対策は経済活動の困難として  
の貧困対策の中から分離して生じてきた。例えば 1874 ( 明治 7 ) 年に、恤救規則の中に、精神疾患を理由とする生活救済の規定がみられる。同年、東京衛戍病院に精神科病室が設置された。翌年には、わが国最初の公立精神病院として京都癲狂院が、南禅境内に設置された。それまで各地方に裁量が任されていた精神障害者に関する規制がようやく全国的な規制となる流れとなり、その後起こった相馬藩のお家騒動である相馬事件をきっかけとして、1900 ( 明治 33 ) 年に「精神病者監護法」が公布された ( 図 3 )。この法律の第 1 条において、精神病者は、その後見人、配偶者、四親等内の親族または戸主が監護する義務を負う事が明記されており、精神病者が自宅の小屋や座敷牢で主に家族によって監置されていた。精神病者の監護の状況は、呉秀三の『精神病者私宅監



置ノ実況及び其ノ統計的觀察』で報告された。1919（大正8）年には呉秀三らの働きかけで「精神病院法」が成立した。「精神病院法」では、精神病に対する公共の責任として都道府県レベルでの公的精神病院を設置する事となった。しかし、予算不足のため病院建設は遅々として進まなかった。さらに、精神病院の直接の監督官庁は警察署のままであり、都道府県段階における縦割り行政の中で「精神病患者監護法」と「精神病院法」の管轄課が異なるなど、精神保健行政の現場での混乱も推測される。昭和元年には日本精神衛生会、13年には厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにも関わらず、精神保健対策は十分な効果を挙げる事ができなかった。殊に戦時中においては精神病の保護は顧みられず、戦火による消失や経営難により病床の閉鎖もあり、終戦時には4,000床まで減少した。

1950（昭和25）年の「精神衛生法」は、戦後の新憲法（日本国憲法）のもと、精神障害者に対して適切な医療・保護の機会を提供する事を目的として制定された。保健所の役割および通院医療費公費負担制度が法定化され、精神病院の設置を都道府県に義務付けた。精神病院開設には、1948（昭和23）年制定の医療法第21条ただし書きのいわゆる「精神科特例」が温床となり、昭和30年代から昭和40年代前半にかけて精神病院の大増設という現象が起こった。また治療についても従来の療法に加えて薬物療法、精神療法や作業療法の治療方法の進歩によって寛解率は著しく向上し、在院期間が短縮された。これに伴い、予防対策や在宅障害者対策が注目されるようになった。折しも、1964（昭和39）年、ライシャワー事件が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。翌年には一般人からの通報や入院制度の強化など保安的色彩の強い改正が行われた。これ以後、精神保健行政は、社会復帰施設・施設が進展をとげ、その他、作業療法、精神科デイ・ケア、ナイト・

ケア、集団精神療法、精神科訪問指導料の点数化が実現するなど、「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」という大きな流れとなった。このような中、宇都宮病院事件などの不祥事件を契機に、患者の人権擁護や適正医療確保への声が一気に高まり、1987（昭和62）年に「精神衛生法」は改正されて「精神保健法」と改称された。

### 3）人権擁護と地域移行への方向転換

1994（平成6）年、「保健所法」が「地域保健法」に改正された。同法では、社会復帰施設・精神医療審査会・精神保健指定医制度、5年ごとの見直し規定などが盛り込まれた。また、関連法規においては、1993（平成5）年「障害者基本法」制定により、精神病患者が、身体障害者、知的障害者とともに福祉施策対象者として法的根拠を得た。1995（平成7）年には、精神障害者の自立と社会参加促進のための援助をうたった「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」が公布され、社会復帰施策の強化が期待されるようになった。

「精神保健福祉法」では、精神保健福祉手帳、公費負担制度（保険からの拠出、承認期間の延長）、社会復帰施設の4類型、社会適応訓練事業制度、市町村の役割が法定化された。1999（平成11）年と2002（平成14）年の改正では、精神障害者地域生活支援センター、居宅介護等事業（ホームヘルプ事業）、短期入所事業（ショートステイ事業）が追加された。在宅福祉事業については区市町村が主体的に実施する事が定められ、社会復帰施設などの利用に関する相談、助言、手帳の申請窓口業務などについても保健所から市町村へ委譲された。2014（平成26）年の改正では、精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定、医療保護入院の同意要件の変更、精神医療審査会に請求できる者に家族を規定する等が示されている。特に、保護者制度については、精神



障害者の保護者になる家族に精神障害者を支える義務を負わせる仕組みから、より地域全体で支える仕組みへの転換に向け、保護者のみに課せられた責務が廃止された。

このように日本の精神保健福祉施策は、障害者のノーマライゼーションや自己決定の理念の実現を図り、障害者の地域生活を支援するため展開されてきたが、支援費制度が抱える財源不足や地域格差、障害種別による不平等という課題があった。その他、国民の精神疾患の予防や精神的健康の保持、増進を基軸にした精神保健福祉の改革が求められるようになった。そして2004（平成16）年、厚生労働省は概ね10年間の精神保健医療福祉改革の方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」をとりまとめた。「入院医療の中心から地域生活中心へ」という基本理念との方針を打ち出した。さらに2006（平成18）年に「障害者自立支援法」が施行された。これにより障害者施策の実施主体は市町村が担い、サービスを利用する人びとも利用料と所得に応じた費用を負担するしくみとした。また国と地方自治体が責任をもって費用を負担する一事をルール化して財源を確保し、必要なサービスを一元的に計画的に充実させるとともに、支給決定のしくみを透明化、明確化した。障害者自立支援法の成立に伴い、精神保健福祉法の一部が改正され、通院医療に関わる規定が削除された。さらに、2013（平成25）年、難病患者を支援対象として追加した「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律『障害者総合支援法』」に改正施行された。

精神科平均在院日数の短縮、福祉サービスの整備の進展、社会の精神疾患に対する認知も広まった一方で、社会的入院患者の存在、入院医療体制の充実、地域生活支援体制の整備などの課題も残っている。これらの課題に対し、「メンタルヘルスの保持、増進」「精神疾患の早期発見、早期治療」「アウトリーチ（訪問支援）の充実」、「夜間・休日の精神科救急医



療体制の構築」,「医療機関の機能分化・連携」,「退院や地域での定着をサポートする地域移行支援,地域定着支援」もすすめられているところである。精神障害者の地域移行支援については,精神障害者退院促進支援事業,精神障害者地域移行特別対策事業などの実施を通じて,課題整理が行われ,自立移行推進員や自立支援協議会の役割等を含めて,今後の方向性が論じられている<sup>33) 34)</sup>。

|      |      |   |                                               |
|------|------|---|-----------------------------------------------|
| 1900 | 明治33 | 年 | 精神病患者監護法公布                                    |
| 1918 | 大正7  |   | 呉秀三「精神病患者私宅監置/実況及び其/統計的観察」発表                  |
| 1919 | 8    |   | 精神病院法公布                                       |
| 1938 | 昭和13 |   | 厚生省設置                                         |
| 1946 | 21   |   | 日本国憲法公布、国際連合発足                                |
| 1948 | 23   |   | 医療法公布、世界保健機関発足、国際連合「世界人権宣言」採択                 |
| 1950 | 25   |   | 精神衛生法公布、生活保護法公布                               |
| 1964 | 39   |   | ライシヤワ一駐日米大使刺傷事件発生                             |
| 1965 | 40   |   | 精神衛生法改正、精神障害者家族会(全国精神障害者家族会連合会)発足             |
| 1966 | 41   |   | 精神病院実態調査実施                                    |
| 1970 | 45   |   | 心身障害者対策基本法公布                                  |
| 1975 | 50   |   | 国連総会「障害者の権利に関する宣言」を採択                         |
| 1981 | 56   |   | 国際障害者年障害者インターナショナル(DPI)結成                     |
| 1984 | 59   |   | 宇都宮病院事件発生、精神病院に対する指導監督等の強化徹底を通知               |
| 1987 | 62   |   | 精神保健法公布、障害者の雇用促進に関する法律公布                      |
| 1989 | 平成1  |   | ゴールドプラン策定                                     |
| 1993 | 5    |   | 大和川病院事件、全国障害者団体連合会結成、障害者基本法公布                 |
| 1994 | 6    |   | 地域保健法公布、新ゴールドプラン策定、全家連を精神障害者社会復帰促進センターに指定     |
| 1995 | 7    |   | 精神保健福祉法公布、障害者プラン策定(平成8~14年度)                  |
| 2005 | 17   |   | 心神喪失者医療観察法、精神保健福祉法の一部改正、「精神分裂病」が「統合失調症」に名称変更  |
| 2006 | 18   |   | 障害者自立支援法・自殺対策基本法施行、障害者雇用促進法において精神障害者も対象となる    |
| 2011 | 23   |   | 障害者基本法の一部を改正する法律(発達障害を含む)                     |
| 2012 | 24   |   | 障害者虐待防止法施行                                    |
| 2013 | 25   |   | 障害者総合支援法施行                                    |
| 2014 | 26   |   | 国会で障害者権利条約批准が承認、精神保健福祉法の一部改正、保護者制度・医療保護入院の見直し |

図3 精神障害に係る法律の変遷

## 第2節 研究の着眼点

### 1. 精神障害と社会

#### 1) 精神科医療と地域ケアの現状

我が国においては,第1節で述べたように一種の隔離収容対策として精神医療がすすめられてきた歴史的背景がある<sup>35)</sup>。その影響を受け,精神科病床には,多くの長期在院者が存在する<sup>36)</sup>。2004(平成16)年,厚生労働省は概ね10年間の精神保健医療福祉改革の方向

性を示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神障害者のうち「受け入れ条件が整えば退院可能な者」は約7万人、1年以上の入院期間の者は約5万人と報告された<sup>37)</sup>。しかし、長期入院患者においては、退院可能と判断される人たちも多いとされている<sup>38)</sup>。長期入院の弊害としては、限られた空間で生活と経験領域が狭小化し、孤独に対する不安、居場所のない不安、自分の能力に対する不安、症状に対する不安などを感じる<sup>39)</sup>とされる。

これに対し、近年の我が国の精神保健医療福祉施策において、「入院医療から地域生活へ」という基本的方策から、精神科医療病床の削減や安定した地域生活を継続するための訪問支援システム整備等の地域精神医療システムの改革が進められている。具体的なサービスとしては、訪問看護やホームヘルプサービス、ACT(Assertive Community Treatment)等のアウトリーチサービス（訪問支援）<sup>40)</sup>等が挙げられる。しかし、地域には、精神科医療・支援の必要性がありながらそれに結びつかない人々が存在し、これらの人々への支援が昨今のメンタルヘルス支援において重大な課題となっている<sup>41)</sup>。

さらに、近年の精神科入院治療においては、認知症患者の増加、患者の高齢化、長期在院と短期在院の二極化等の特徴が顕著<sup>42)</sup>であり、特定の影響を及ぼしている事が推測される<sup>43)</sup>。

精神障害者が地域で生活していくためには、病状悪化に伴う処遇困難時の早期把握と的確な対応、病状等が落ち着いていく事が不可欠である。さらに、生活支援等、病状悪化を招かないケアや環境整備を含む危機管理体制が重要である<sup>44)</sup>。つまり、地域住民を含め、関係機関・団体が有する機能を相互に理解し、連携し地域ぐるみで取り組んでいく必要があり、その際、暴力行為やたむけ行為、近隣迷惑行為、その他、患者や家族への配慮と、疾患の早期把握・相談・



支援といった平時の対応，危機脱却後の地域移行支援や地域での生活支援，治療中断の予防対策などの地域定着促進等，危機的事象への回帰を防止する事後対応といった継続的，包括的対応（図4）が重要となる。

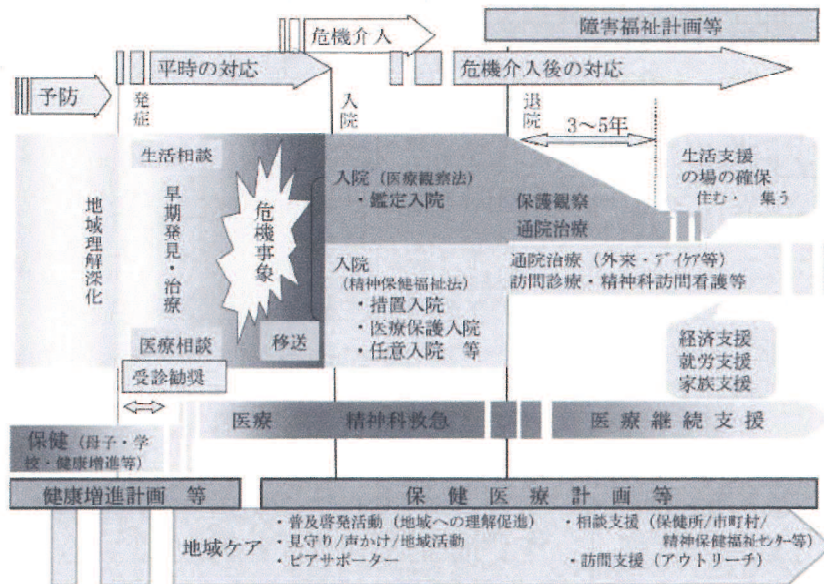


図4 継続的包括的精神保健福祉医療のイメージ<sup>44)</sup>

## 2) 精神障害とステイグマ

精神障害に関わるステイグマは，精神障害者の生活に多くの不利益を与える<sup>45)</sup>。例えばステイグマは社会的ネットワークの減少，社会活動の制限，住宅問題，勤労問題そして精神障害者を取り巻く制度の予算配分などにも関係していると言われる<sup>46)</sup>。よって，地域社会における精神障害者に対するステイグマの是正は精神障害者支援の一環として位置付けられる<sup>47)</sup>。

ステイグマの語源は，奴隷，犯罪者，謀叛人である事を知らしめる刻印あるいは肉体上の徴である<sup>48)</sup>。精神障害に関するステイグマ（mental health related stigma）は，精神科ステイグマ（psychiatric stigma），精神保健のステイグマ（mental health stigma）とも呼ばれる。中心となるステイグマについての考え方は，属性モデルで表現されている。属性モデルでは，精神障害者に対す



15















な況専守的状況は長るし者連者引緩神健康素  
どか門りに況く、年日ての<sup>76)</sup>がっ和以保領で  
のら職と近を事地の常い近も引越す上健域あ  
問、がしい知に域関のく隣明越しるを医のる  
題近でて事つなにおりき能のかしよにま福康が  
が隣き期はてるおりの合性関にたる言え祉課示  
深刻民いさ接る小て中に係さ後環及る領題さ  
化に近れ触事林直でに言やれの境しと域をれ  
しよ接て機に<sup>74)</sup>接認よ及交て近のて、に解て  
てる性い会よりはの識つし流お隣変い近と決い  
い高とるがり述付さてのり関化する隣どする  
る齢日・多対べきれ、見る度工のストのつなが様重  
・者常なく象て合、見る度工のストのつなが様重  
この性げな者いい町守・と藤<sup>77)</sup>構築レスなが様重  
の見をなり、変・な会がた康はにスなが様重  
よ守有ら、変・な会がた康はにスなが様重  
うりす、普化野くに重、の、よなり々要な  
なはる物段に崎<sup>75)</sup>もけ化齡関齡、を  
状、見理の気<sup>75)</sup>

#### 4. 精神障害者と近隣との関係

##### 1) 精神障害者と地域の相互交流の意義

2004(平成16)年に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を受けて組織化され、関係する検討会」は2009(平成21)年、ビジョン後期5年間には、「適正な精神病床の配置」「入院医療中心から地域生活支援へという基本理念に」を加えて、「地域を拠点とした共生社会の実現」を新たなテーマとして掲げた<sup>78)</sup>。  
今井ら<sup>79)</sup>は、共生社会を実現するためには、施策の推進に、加え、精神障害を持つ人々が地域の構成員として一人ひとりが、精神的な交流や相互支援の場をつくり、地域生活の質を向上させることが必要である。



## 2) 民生委員と精神障害者

地域組織の代表である民生委員との関わりは、精神障害者が安定した生活を送る上で重要である。民生委員の精神障害者に対する地域ケアに関する文献を概観すると、民生委員の精神保健に関する相談の経験については、住民から心の悩みや精神的な病気について相談を受けた事がある人は57.4%であり、経験が増すほど高率<sup>80)</sup>という報告が見受けられた。また、精神障害者からの相談がある者が46%<sup>81)</sup>、精神障害者と関わった経験がある者が32%<sup>82)</sup>、49%が精神障害者の援助をした経験をもつ<sup>83)</sup>など、民生委員の約半数が精神障害者への援助の経験を持つ事が明らかとなっている。相談者は、近隣、家族、本人<sup>81) 84)</sup>である。自殺事例では、本人よりも家族や友人など間接的に関わる事、特に家族から情報を得て関わりを始める事も多い<sup>85)</sup>と述べられていた。相談の対応としては、「話を聞いた」9割、他、「家族に対応を教えた」「役場への相談を勧めた」。経験が増すほど「話を聞く」以外の方法がとられていた<sup>80)</sup>。また、近隣苦情事例では、精神障害者のみならず家族や周辺の近隣住民への援助もあわせて行う<sup>84)</sup>という援助の特徴があった。

民生委員が行う援助内容は、精神障害者の話し相手になる、日常生活行動の支援に加え、「社会との付き合い方」「通院・受療」「家族への支援、家族調整」「食生活・健康管理」「役割の遂行や日中の過ごし方」「公的援助サービス申請」<sup>86)</sup>といった身近な生活支援に加え、近隣トラブルに関する苦情への対応や、精神障害者の様子観察や服薬確認の中で、幻覚・妄想等の症状に付き合い、訴えを聞き受診を勧めるといふ関わり<sup>84)</sup>もあった。

民生委員は、住民の話を聞く身近な存在である一方、精神障害者との近隣トラブルの仲裁、自殺事例の見守り強化など、精神保健に関する専門知識・関係機関との連携が必

要である複雑な事例にも関わっている事が示  
 されいる。年代別・経験に問わず「誰  
 民生委員は、年可能性がある程など心の病  
 でも病気に約5割の人間が害者か相談を  
 に関した<sup>80)</sup>。また、精神障害者のりた  
 いた場合、民生委員の65%がのりた  
 いた。その後「専門機関に全てまかせ  
 25人(26%)」、「専門機関にまかせ  
 な事だけ手助けしたい」64人(67%)、  
 機関に相談しながら面倒をみたい」が2  
 人(2%)<sup>82)</sup>であった。民生委員は何かあ  
 ったらどこに相談するか知っているが、  
 困ったときは民生委員に相談してく  
 る<sup>87)</sup>と捉えられている。  
 さらに精神障害者に対する援助の経験  
 と民生委員は、精神障害者について大  
 い<sup>89)</sup>な積極的な態度を示唆し、社会的  
 影響のあろうかという性別と一般社  
 会との関係が、民生委員の役割として  
 重要なものと認識されている。また、  
 民生委員は、保健所が活用した業務を  
 行う関係機関との調整・連携に、年  
 齢による差は、民生委員の経験も

### 3) 民生委員の連携機関と職務上の困難感

民生委員が行う関係機関との調整・連  
 携に、民生委員の経験も



23

### 第 3 節 研究目的及び論文構成

## 1. 研究目的及び研究の意義

[illegible]

## 2. 論文構成と研究の概要

[illegible]



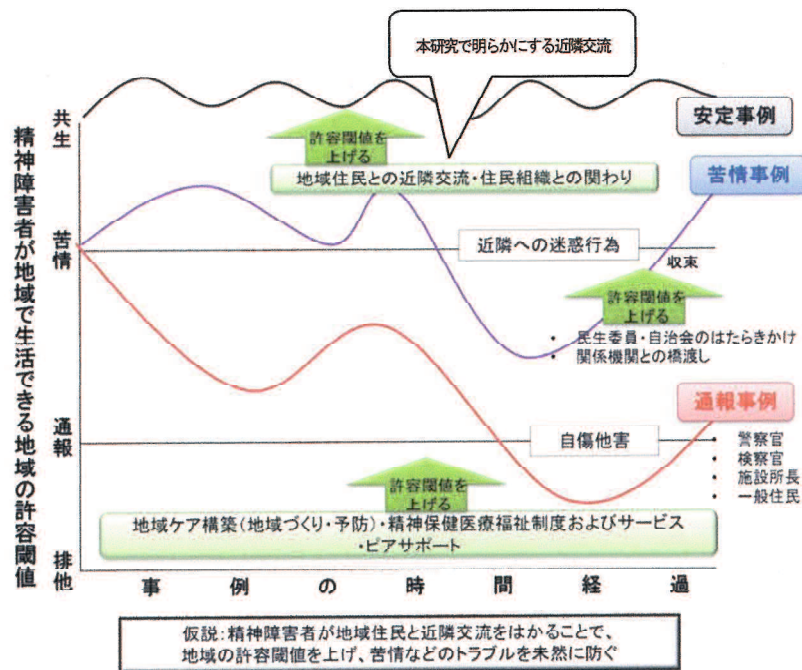


図 6 研究概念図

本論文における構成と各研究の概要を図 7 に示した。次に、本論文を構成する各章ごとの内容と各研究間の関連を述べる。

本章では研究背景，研究の着眼点を踏まえた研究目的と意義を述べてきた。これに論文構成と研究概要を含め，序論とした。

第 1 章（研究 1）では，精神障害者の地域移行の実態を把握するために精神障害者の退院支援に関する文献検討により，精神科病院の長期入院患者支援に関する研究の概要と，研究の論点からみた長期的な動向を明らかにする。

第 2 章（研究 2）では，精神障害者と地域住民との日常的なつながりに関する概念を用いる事とし，精神障害者の地域生活支援の実践が記述された文献からソーシャルキャピタルの概念枠組みとどのように整合するかを検討する事で，精神障害者の地域生活を支えるためのソーシャルキャピタルを明確化する。

第 3 章（研究 3）では，精神障害者の行為に対して近隣住民が苦情を申し立てた事例から，地域住民との関係性の変容を明確化する事を目的とし，「精神障害者」「住民」のキーワードで，検索された文献から，「問題の起因

となった精神障害者の行為」「近隣住民の反応」「保健師・看護師の介入」「地域における相互交流」の枠組みに沿った記述の整理から、地域住民の譲歩や妥協等のプロセスをたどり、地域住民との関係性の変容を捉える。

第4章（研究4）では、精神障害者が地域で生活をし続けるための支援的関わりを検討するため、精神障害者の近隣交流項目を構造化し、信頼性・妥当性を検証する。

第5章（研究5）では、精神障害者の近隣交流の特徴を住民の近隣交流との比較により明らかにし、民生委員や自治会の地域組織との関係を検討する。

第6章では、研究1から5を総括し、精神障害者が地域で生活し続けるための住民との近隣交流への地域ケアの知見を述べ、精神障害者の近隣とのつながりへの提言および地域ケアのあり方の展望について言及する。

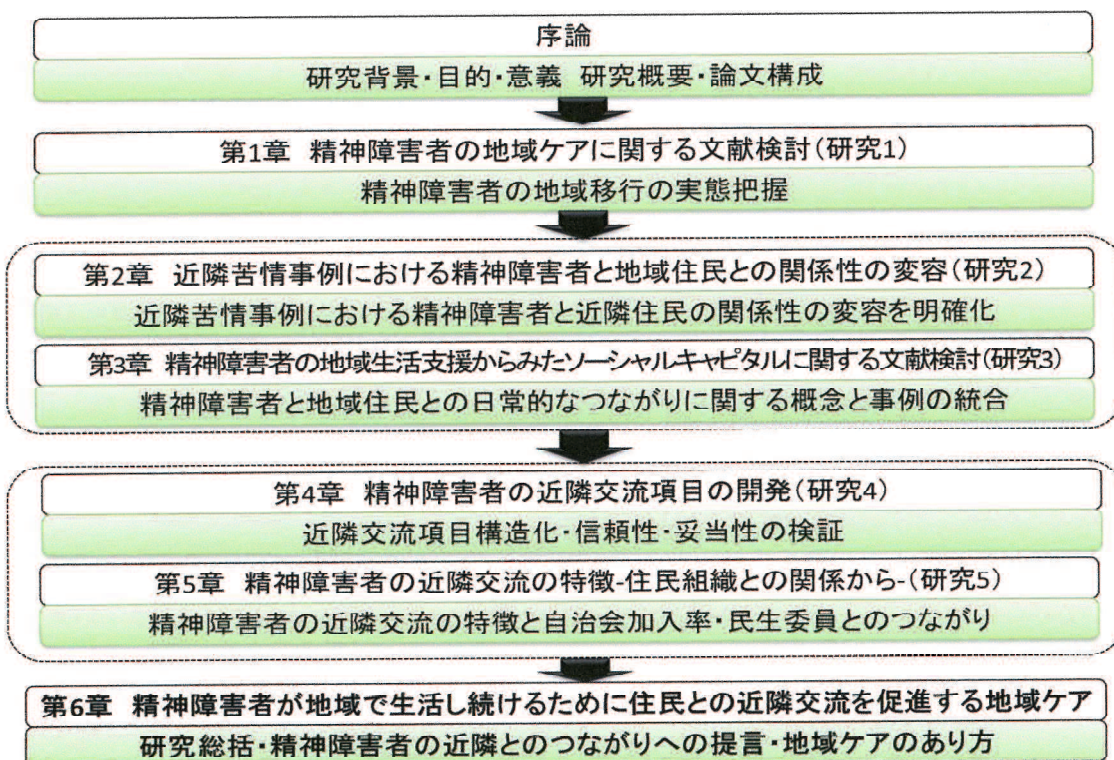


図 7 本論文の構成と各研究の位置づけ



## 序章 文献

- 1) 平成 26 年 患者調査 . 厚生労働省大臣官房統計情報部 .  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/01.pdf>. (参照 2016-01-20)
- 2) 立森久照. 数字から見たわが国の精神障害の現状と課題. 日本社会精神医学会雑誌 2012;21(4):523-525.
- 3) Schizophrenia and public health. World Health Organization .Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse 1998:6-9.
- 4) 第 19 回 社会 保 障 審 議 会 医 療 部 会 資 料 . 厚 生 労 働 省  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hx9n-att/2r9852000001hxcp.pdf> . ( 参 照 2015-12-06)
- 5) 世界保健機関. メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020. 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター 2014 : 7-10.
- 6) Machado V, Leonidas C, Santos MA, et al. Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. Int Nurs Rev 2012; 59(4): 447-457.
- 7) 多田羅浩三, 佐々木隆一郎, 石丸泰隆, 他. 精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン. 健康危機管理発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究. 2010:6.
- 8) 疾病, 傷害及び死因の統計分類. 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/>. (参照 2015-12-06)
- 9) 障害者福祉研究会編. ICF 国際生活機能分類. 中央法規出版. 東京, 2002 ; 16-18.
- 10) 守田孝恵. 精神障害者の地域リハビリテーションの展望. 保健医療科学 2004 ; 53 (1) : 31-35.
- 11) 佐藤光源. 統合失調症の治療—症状寛解とリカバリーをめぐって—. 統合失調症 2013;5:10-17.
- 12) 内閣府. 平成 24 年度障害者白書. 佐伯印刷. 東京, 2012 : 19-25.
- 13) 臺弘. 生活療法の復権. 精神医学 1984;26(8):803-814.
- 14) 影山隆之, 大賀淳子, 河島美枝子, 他. 在宅精神障害者の日常生活における困りごと・苦手な事～当事者と家族との意識のずれ. 大分看護科学研究 2002;3(2) :33-39.
- 15) 山本智津子, 眞野祥子, 古村公一. 精神障害者の生活のしづらさに関する文献レビュー. 摂南大学看護学研究 2014;2(1):33-40.
- 16) 臺弘. 分裂病の生活臨床 精神医学名著の系譜. 創造出版. 東京, 2004:23-43.
- 17) 中根允文. 発病・再発および経過に関わるライフイベント. 精神神経学雑誌 2007;109 (8) :751-758.
- 18) 辻野尚久, 龍庸之助, 佐久間啓. 統合失調症再発脆弱性とレジリエンスに基づく再発予防の試み. 臨床精神医学 2008;37 (4) :387-394.
- 19) 池淵恵美. 初期治療における心理社会的治療の役割. Schizophrenia Frontier 2008;9 (1) :25-31.
- 20) 栄セツコ, 岡田進一. 精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究. 大阪市立大学生活科学部紀要 1998;16:1-11.
- 21) 池淵恵美. 精神障害リハビリテーション学の将来展望. 学術の動向 2011;16 (7):38-41.
- 22) 上島国利. 精神医学用語解説 アドヒアランスとコンプライアンス. 臨床精神医学 2007;36(2):222 - 223.
- 23) 渡邊衡一郎, 水野雅文, 山下千代, 他. 精神分裂病者の薬物コンプライアンスに関する長期経過研究. 日本病院・地域精神医学会誌 2001;44:320-320.
- 24) 澤田法英, 渡邊衡一郎. 統合失調症のアドヒアランス. 臨床精神薬理 2008;11:1633-1644.
- 25) 澤田法英, 渡邊衡一郎. 服薬アドヒアランス/Shared Decision Making (意思決定の共有). 精神科臨床サービス 2013;13:224-225.
- 26) 澤田法英, 渡邊衡一郎. うつ病薬物療法のエクセレンス. 上島国利編. アルタ出版. 東京,



- 2010;56-62.
- 27) 堀口寿広, 安西信雄. 統合失調症の未治療期間(DUP)の発見とその後の研究. 臨床精神医学 2007;36(4):359-368.
  - 28) Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami N, et al. Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ;60(2):240-248.
  - 29) O'Brien A, Fahmy R, Singh SP. Disengagement from mental health service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009 ;44(7):558-68.
  - 30) Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon, LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2009 ;35(4): 696-703.
  - 31) 野口正行. 精神保健サービスにうまくアクセスできないのはどのような事情によるのですか? 公衆衛生 2011;75(5):408-411.
  - 32) Stubnya G, Nagy Z, Lammers CH, et al. Deinstitutionalization in Europe: two recent examples from Germany and Hungary. *Psychiatr Danub* 2010; 22(3): 406-412.
  - 33) 厚生労働省障害保健福祉部精神保健課. 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会. 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会最終まとめ. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/08/dl/s0806-4a.pdf>. (参照 2016-01-22)
  - 34) 全国保健所長会. 精神障害者の地域移行推進のための保健所の役割に関する研究報告書. [http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/jiritsushien\\_project/seika/research\\_09/dl/result/06-09a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/06-09a.pdf). (参照 2016-01-22)
  - 35) 石川信義. 乱立する精神病院. 心病める人々. 東京: 岩波書店, 1990 ; 19-36.
  - 36) 古谷龍太. 退院・地域移行支援の現在・過去・未来. 精神医療 2010 ; 57 : 8-22.
  - 37) 精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 東京: 厚生労働省障害保健福祉部精神保健課, 2004 ; 1.
  - 38) 大島巖. 精神病院における長期入院患者の現状と課題. *Schizophrenia Frontier* 5(1): 13-18, 2004.
  - 39) 高野美喜子, 多々納みゆき, こう美穂. 社会復帰に対し意欲を引き出す心理教育の試み. 日本精神科看護学会誌 2001;44(2):411-414.
  - 40) 吉田光爾, 伊藤順一郎. 日本における精神保健福祉領域におけるアウトリーチサービスの現在. 精神保健研究 2011;24: 33-39.
  - 41) 廣川聖子, 大山早紀子, 大島巖, 他. 生活保護受給者自立支援事業における行政と民間との連携—今後の地域精神保健アウトリーチ支援に必要な技術に関する検討—. 医療と社会. 2012 ; 22 (4) ; 343-357.
  - 42) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. これまでの議論の整理と今後の方向性 (論点整理) 「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-5a.pdf> (参照 2016-01-15)
  - 43) 小山明日香, 立森久照, 河野稔明, 他. 精神病床長期在院患者の転院・死亡を考慮した退院状況の指標の検討. 日本公衆衛生雑誌 2011;58(1):40-46.
  - 44) 7) 再掲: 12.
  - 45) Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007 ;370:878-889.
  - 46) 山口創生, 米倉裕希子, 周防美智子, 他. 精神障害者に対するスティグマの是正への根拠—スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見—精神障害とリハビリテーション 2011;15(1):75-85.
  - 47) 山口創生, 木曾陽子, 米倉裕希子, 他. 精神障害に関するスティグマの定義と構成概念: スティグマに関する研究の今後の課題. 社会問題研究 2013;62:53-66.
  - 48) E, Goffman. スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ. 石黒毅訳. せりか書房.



- 東京, 2012;13-14.
- 49) Corrigan, P. F.E. Markowitz, Watson, A, et al. An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior* 2003 ; 44(2) : 162-179.
  - 50) Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry* 2007;190(3):192-193.
  - 51) Jorm A, F. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2000 ; 177 (5) : 396-401.
  - 52) 中根允文, 古岡久美子, 中根秀之. 日本人のメンタルヘルスリテラシー 心のバリアフリーを目指して. 勁草書房. 東京, 2010 ; 15-43.
  - 53) Sato, M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006 ; 5(1): 53-55.
  - 54) 大久保豪, 宮田裕章. 都市部における精神障害者向けグループホーム開設の困難さ—東京都, 神奈川県, 川県のグループホーム運営団体へのインタビューから—*医療と社会* 2009;19 (3):235-247.
  - 55) 野村 恭代. 施設コンフリクト研究の課題. *関西福祉科学大学紀要* 2012;16:61-72.
  - 56) 野村恭代. 施設と地域との「共生」への課題—沖縄県精神障害者施設における調査から—*関西福祉科学大学紀要* 2010;14:87-92.
  - 57) 大島巖. 新しいコミュニティづくりと精神障害者施設. 星和書店. 東京, 1992 ; 122-135.
  - 58) 50) 再掲
  - 59) Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research* 2010;10:80.
  - 60) 46) 再掲
  - 61) 高橋清久, 中西英一. 総論: 我が国におけるアンチスティグマ活動を中心に. *精神医学* 2013;55 (10) :929-940.
  - 62) G. Caplan. 地域ぐるみの精神衛生. 近藤喬一訳. 東京: 星和書店 ; 1979. 203-219.
  - 63) 中久喜雅文. 再発と急性危機介入・精神科救急医療. *日本精神病院協会雑誌* 1996;15(7):16-20.
  - 64) 伊藤恵美子, 相澤和美, 風間真理, 他. 地域支援における精神障害者の危機に対する看護者の判断・実施過程の構造と特徴—入院に至る過程に焦点をあてて—. *山梨県立看護大学紀要* 2004;6:33-46.
  - 65) 相澤和美, 廣川聖子, 片平伸子, 他. 地域に生活する精神障害者の危機介入に関する研究の動向と今後の課題—看護職の支援機能を中心に—. *神奈川県立保健福祉大学誌* 2007;4(1):121-129.
  - 66) 多田羅浩三, 佐々木隆一郎, 石丸泰隆, 他. 精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン. 健康危機管理発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究 2010. 5-13.
  - 67) 地域のつながりの変化と現状. 平成 19 年版国民生活白書 つながりが築く豊かな国民生活. [http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/01\\_honpen/html/07sh020101.html](http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/01_honpen/html/07sh020101.html). (参照 2015-12-10)
  - 68) 寺谷隆子. 危機予防と危機介入—地域生活支援の立場から—. *精神科臨床サービス* 2004;4(4):432-438.
  - 69) 第 5 章 社会全体の意識改革. 平成 18 年度版少子化白書 少子化社会白書. <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2006/18webgaiyoh/html/i1510000.html>. (参照 2015-12-14)
  - 70) 坂間 伊津美, 山崎 喜比古, 川田 智恵子. 育児ストレーンの規定要因に関する研究. *日本公衆衛生雑誌* 1999;46(4):250-262.
  - 71) 野口眞弓, 新川治子, 多賀谷昭. 育児をする母親のソーシャルサポートネットワークの実態. *日本赤十字広島看護大学紀要* 2000;1:49-58.
  - 72) 草野恵美子, 奥野ゆかり, 佐藤文了, 他. 乳幼児を育てる母親の「近所づきあいの程度」がその



- 地域における「子育てのしやすさ感」に及ぼす影響.大阪医科大学看護研究雑誌 2013;3:10-17.
- 73) 秋葉理江, 田口理恵, 河原智江, 他.孤独感を抱えていた初産婦が近隣住民とつながりを築いていく過程.日本地域看護学会誌 2013;15(3): 23-31.
- 74) 小林良二.第14章 虚弱な高齢者に対する地域住民の「見守り」について. 地域におけるつながり・見守りのかたち: 福祉社会の形成に向けて. 東洋大学福祉社会開発研究センター編, 2011; 300-325.
- 75) 野崎瑞樹. 地域住民による高齢者の見守りへの支援—都内 S 町事例から見た資源と課題—東洋大学福祉社会開発研究 2014; 6: 89-98.
- 76) Glass TA, Balfour JL. Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations, Neighborhoods and Health. Oxford Scholarship Online 2009:303-334.
- 77) 工藤禎子, 佐伯和子. 引越した高齢者における新たな近隣関係の構築に関する意識と行動. 老年看護学 2012;17 (1) :37-45.
- 78) 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書. 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> (参照 2015-12-15)
- 79) 今井博康, 三品斉, 橋本菊次郎. 栗田克実精神保健ボランティア養成講座プログラム開発に関する研究. 北翔大学北方圏学術情報センター年報 2009; 2: 91-100.
- 80) 西崎水泉, 橋倉英津子, 柳本美保, 他. 地域における精神障害者のサポートシステム作りの一考察: 民生委員へのアンケート調査から, 全国地域保健婦学術研究会講演集, 1996, 18, 186-187.
- 81) 白木きよみ. 精神保健ガイドブック作成とその活用のための民生委員の意識調査. 東京都衛生局学会誌 1996;97:160-161.
- 82) 影山隆之, 浮田徹嗣, 金有淑. 東京都田無保健所管内の民生委員を対象とした地域保健衛生に関する調査. 公衆衛生 1987;51 (7) :485-489.
- 83) 白石弘巳, 中谷陽二. 民生委員の精神障害者援助の現状と今後の可能性. 日本社会精神医学会雑誌 1999;7(1):82.
- 84) 松本弘子, 山口忍. 医療拒否の強い在宅精神障害者への早期介入に関する研究—民生委員が在宅精神障害者に関して受ける相談の実態とその援助方法について—. 日本社会精神医学会雑誌 2004;12(1):121.
- 85) 小嶋秀幹. 民生委員が関わった自殺事例のプロセス—インタビュー調査内容の質的分析—. 日本社会精神医学会雑誌 2013;22 (2) :92-105.
- 86) 堂下陽子, 山崎不二子, 大坪 京子. 地域で生活している精神障害者が認識している支援者と支援内容に対する満足度: 民生委員と精神保健福祉ボランティアを中心として. 長崎県看護学会誌 2007;4 (1) :7-14.
- 87) 清水洋子. グループ・インタビュー法による集合住宅居住者のニーズと課題に関する質的研究. 日本保健福祉学会誌 2001;7(2):43-52.
- 88) 北岡和代. 精神障害者への態度に及ぼす接触体験の効果. 精神障害とリハビリテーション 2002;5(2):142-147.
- 89) 森征子. 民生委員の職務ストレスに関する質的研究: 地域援助における臨床心理士の介入の可能性を探る. 武蔵野大学心理臨床センター紀要 2012; 12:31-40.



## 第 1 章

## 第 1 章

# 精神障害者の地域ケアに関する文献検討

## 第 1 節 背景及び目的

精神障害者の社会復帰は、1995（平成 7）年の障害者プランの策定、精神保健法の改定、1999（平成 11）年の精神保健福祉法の改定において行政施策として積極的に推進される事になった。2002（平成 14）年 12 月、厚生労働省は、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健福祉施策について」を公表した。その中で、1999（平成 11）年患者調査をもとに算出したデータによると「受け入れ条件が整えば退院可能」いわゆる「社会的入院患者」は 72,000 人と推計された。また、これらの患者を今後 10 年以内に退院させるという方針を明らかにし、必要とされる社会復帰施設等の整備を図る事を明言した。2006（平成 18）年 4 月からは障害者自立支援法が施行され、精神障害者の福祉サービスの充実強化を図り、社会復帰を推進していく事としている。同法では、従来の障害福祉サービスにおける障害者別や在宅と施設といった区分から個々のサービスの機能や目的に着目した体系に再編され現在移行しつつある。

日本における精神障害者は 3,028,000 人とされ、このうち 320,308 人が精神病院において入院治療を受けている<sup>1)</sup>。これまで、日本における長期入院の精神障害者の課題として、長期入院患者の現状・転帰、能力・行動、ニーズ・主観、ケア・介入、退院支援、長期入院患者の家族、精神障害者の地域ケア・社会資源、退院・社会復帰に関する要因、長期入院患者に関わる病院職員という種々な視点から論じられてきた。

しかし、これまで長期入院の精神障害者支援に関する研究の動向を体系的に整理した報告は見当たらない。わが国の精神障害者の社会復帰を効果的、効率的に促進させるために



は、これまで報告された研究を体系的に検討し、今後の研究における課題を抽出する事が必要である。

そこで本研究では、精神科病院の長期入院患者支援に関する研究の概要と、研究の論点からみた長期的な動向を明らかにし、地域ケアの観点からの考察をする事を目的とした。

## 第2節 方法

「医学中央雑誌刊行会（医中誌 Web）Ver.4」「Medical Online」を用い「長期入院」「社会的入院」の Key words で研究を検索した（範囲は検索可能な最大の範囲である 1983 年～2008 年とした）。検索された研究から、精神保健福祉領域の研究を抽出した。本研究では、論文、研究、実践報告にヒットした研究を対象とした。各々の研究の主題、収載年、研究方法、研究内容に焦点を当て、内容を検討した。なお、本研究では、長期入院は、原則として 1 年以上の入院と定義した。

## 第3節 結果

### 1. 精神科長期入院患者に関する研究の概要

該当する研究は 226 件であった。各研究の論点を検討し、類似した内容を合わせると「長期入院患者の能力・行動（11 件）」「長期入院患者のニーズ・主観（25 件）」「長期入院患者へのケア・介入（55 件）」「長期入院患者の家族（22 件）」「長期入院患者への退院支援（49 件）」「精神障害者の地域ケア・社会資源（11 件）」「退院・社会復帰に関する要因（12 件）」「長期入院患者に関わる病院職員（13 件）」「長期入院患者・精神障害者の現状・転帰（28 件）」の 9 つにカテゴリー化された。

次に、研究の筆頭著者を職種別にみると、精神保健福祉士（PSW）は、1982（昭和 57）年以前、1998（平成 10）年、2006（平成 18）年、2007（平成 19）年にそれぞれ 1 件であった。1990 年前半までは医師と看護師による研究が中心

であったが，後半からは臨床心理士や作業療法士など，コメディカルスタッフからの報告も増え始めた．また，看護職による報告も同時期から増加している（図1）．

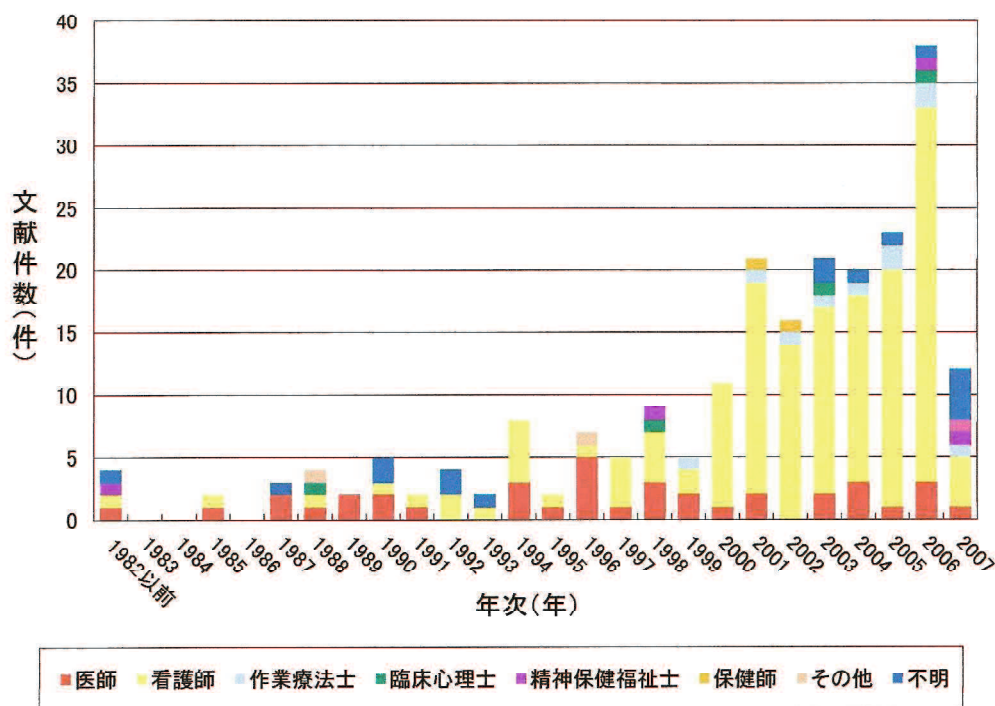


図1 職種内訳の年次推移

次に，研究のテーマに関しては，1980年代から長期入院患者の満足感や苦悩，社会生活・身体能力，認知機能，家族の思いについて研究されていた．1990年前半では「長期入院患者の能力・行動」「長期入院患者・精神障害者の現状・転帰」が全体に占める割合の多くを占めていたが，後半から「長期入院患者へのケア・介入」「長期入院患者への退院支援」「退院・社会復帰に関する要因」が増加傾向を呈していた．特に，2005（平成17）年以降「長期入院患者への退院支援」は急増していた．逆に「精神障害者の地域ケア・社会資源」は横ばいであった（図2）．



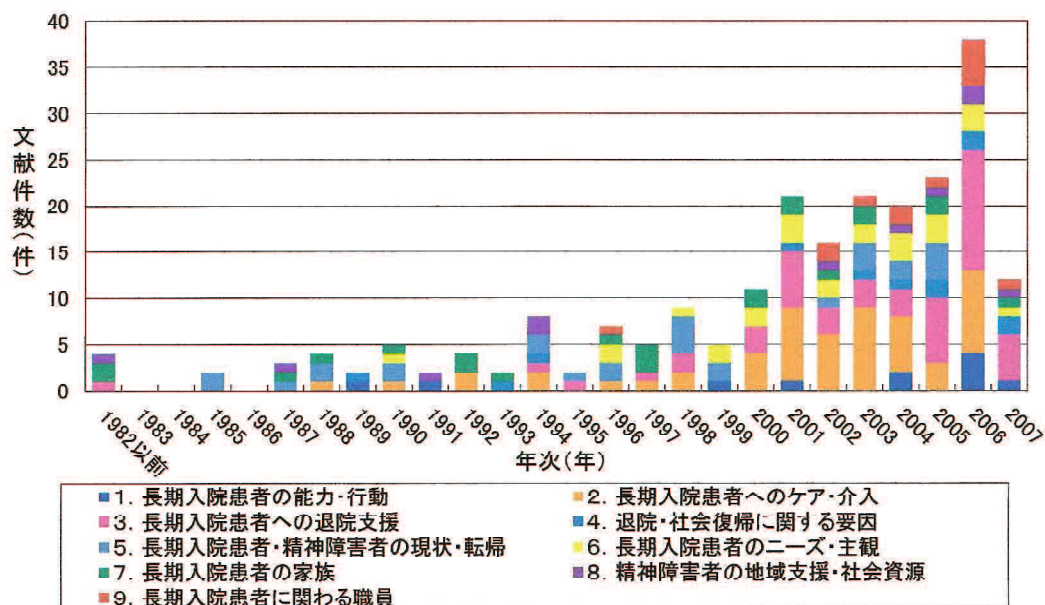


図2 文献件数の年次推移

## 2. 精神障害者の能力・行動・ニーズ・主観

精神科長期入院患者の機能に着目した研究として、身体機能<sup>2)</sup>、バランス機能、歩行速度の低下<sup>3)</sup>、認知機能<sup>4)</sup>に関する論文が報告されている。また、入院期間に着目した報告として、前田ら<sup>5)</sup>は、3年以上の長期入院患者は、3年未満の患者に比べて①日常生活全般において依存的傾向となり、自発性の欠如や生産性の低下②生活場面での常識的配慮の欠落、および社会的責任感、倫理感などの鈍化③身体的、精神的活動水準の低下④社会的協調性の乏しさ、対人関係の障害や知的水準の低下⑤情緒的統制が悪く、一般的社会と情緒的関わりを持つ事の困難さを指摘している。特に、柏谷ら<sup>6)</sup>の報告では、交通機関、金融機関など社会的行動能力は、利用する機会の不足から障害が大きいとしている。

「長期入院患者のニーズ・主観」に関する研究の研究方法による分類を表1、表2に示した。長期入院患者のニーズ・主観として、質的研究(表1)からは自己評価や意欲の低下、孤独感など負の感情を抱く傾向がある事が伺え、量的研究(表2)では、長期入院患者のQOLの低さ、退院願望について報告されている。

表 1 長期入院患者のニーズ・主観に関する質的研究

| 筆者・年次                  | 研究目的                              | 研究対象                          | 分析方法                                              | 研究結果                                                                                                               |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 奥村・2005 <sup>7)</sup>  | 統合失調症の長期入院の現状や自己認識の特徴を明らかにする      | 精神病院の開放病棟に長期入院中の統合失調症患者 6 名   | 生活史や現在、今後の状況への捉えを半構成的面接により聴取。内容を整理分類し考察。          | 長期入院や失敗経験の繰り返し等から自己評価や意欲の低下につながる。退院できない理由は、「周囲の問題」と「自分の問題」があり、現実には矛盾があるところは、理由付けをしていた。                             |
| 小出水・2006 <sup>8)</sup> | 精神病院に入院している患者が捉える入院生活を明らかにする      | 精神病院に 1 年以上入院患者 9 名           | 半構成的面接から得られた内容を抽出し、内容別に分類し、カテゴリーを作成。              | 入院生活を落ち着いた生活の再開、退院後に向けて取り組んでいる入院生活、先の見えない入院生活と捉えていた。また、慣れた病棟生活としながらも、退院後の生活と入院生活の隔たりと捉えていた。                        |
| 夢喜田・2001 <sup>9)</sup> | 精神科入院生活が患者にどのような影響を与えているのかを明らかにする | 精神病院社会復帰病棟 3 年以上の入院患者 男女 20 名 | 生活満足度に関する項目を聞き取る面接。医師や資料からの情報をもとに検討。              | 健康状態、生活環境、日常生活、対人関係、自分自身について概ね満足で、不満足な理由には、自分への直面、入院生活に馴染めない事があった。満足な理由では、入院生活に納得し、適応している、自分自身を容認し、良い対人関係を持つ、があった。 |
| 藤野・2007 <sup>10)</sup> | 精神科長期入院患者の苦悩の本質の要素を明らかにする。        | 精神病院に 5 年以上入院している患者 男女 34 名   | 苦悩について半構成的面接により聴取した内容を、質的に分析。                     | 孤独感への脅威、精神疾患を抱えて生活する苦悩、社会適応能力の低下から生じる生活の困難性、実存性が脅かされる事への不安、自己受容性の低下に伴う苦悩が抽出された。                                    |
| 松岡・2004 <sup>11)</sup> | 長期入院患者の QOL に関する要因とその構造を明らかにする    | 精神科病院に 5 年以上入院している男性患者 16 名   | 半構成的面接を行い、KJ 法でコード化した。カテゴリーの内容を比べて浮かぶ関係性を書き記して分析。 | 110 から 12 のサブカテゴリーに統合された。さらに「生活の楽しみ」「安定と安心を求める気持ち」「地域社会に復帰する事への希望」「病気の症状の影響」「加齢による不安」の 5 つのカテゴリーに表せた。              |
| 奥村・2002 <sup>12)</sup> | 長期入院に至っている現状や退院に対する意識の特徴を明らかにする   | 10 年以上の入院患者 2 名               | 半構成的面接を週 1 回、1 時間聴取し内容を文脈ごとに分類し項目立て、全体像を表現し、分析。   | 社会資源情報の不足、家族の受け入れが難しいと認識しており、社会復帰が不可能という自己評価の低下が意欲低下・長期入院につながっていた。入院した理由を自分の対応のまずさと考えていた。                          |



表 2 長期入院患者のニーズ・主観に関する量的研究

| 筆者・年次                  | 研究目的                                    | 研究対象                                                     | 分析方法                                                             | 研究結果                                                                                                                                                            |
|------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 松下・2004 <sup>13)</sup> | 精神科入院患者の QOL の実態, 関連要因を明らかにする.          | 精神病院に 3 か月以上入院する統合失調症圏の患者 45 名                           | 日本語版 EuroQol 調査, SCID 構造化面接から QOL と臨床・環境・生活要因の関連を検定.             | QOL の得点は一般人口の同年齢と比較して低かった. 精神症状と QOL が関連し, 精神症状の強いほうが, 低かった. また, 喫煙者の方が非喫煙者よりも QOL が高い傾向にあった.                                                                   |
| 茂田・1990 <sup>14)</sup> | 精神障害者に必要な社会資源を明らかにする.                   | 入院者 581 名                                                | 社会資源に関するニーズについて調査を実施.                                            | 必要な生活の場では, 憩いの場, ソーシャルクラブ, 小規模作業所, デイケア, 職親などがあつた. 退院に対し, 家族のもとに退院したいという思いがあつた.                                                                                 |
| 掛川・2005 <sup>15)</sup> | 社会資源が生活の質の向上にどのように影響すると捉えられているかを明らかにする. | 福岡県内精神科病院の入院患者, 外来, 保健所, デイケア, 作業所, 社会復帰施設利用者, 合計 3018 名 | 専門職に対し, 社会資源についてアンケート調査を実施. 社会資源, 属性と生活の質の関連を多変量ロジスティック回帰分析を行った. | 現在の社会資源は男性, 薬物依存症, 統合失調症や気分障害の対象者に有効であり, 外来, 社会復帰施設, 保健所利用者に効果的だが, 長期の対象者には有効でないと考えられていた. 生活の質の向上に関連する社会資源には, 手帳・ホームヘルプ・ショートステイ・給食サービス・訪問看護・保健所訪問・公営住宅優先入居があつた. |
| 大島・1996 <sup>16)</sup> | 長期入院本人の地域生活に対する意識形成にかかわる要因を分析する.        | 全国の精神病院に 1 年以上入院する 20 歳以上の統合失調症患者 6417 名                 | 調査から退院の意識の構造と積極度尺度を作成. 退院積極度関連変数の相関分析, 退院積極度に関する重回帰分析を実施.        | 退院考慮, 退院希望, 退院可能性評価の各レベルの意識はいずれも退院に対して前向きで, 移管した傾向が認められた. 退院積極度は, 家族条件変数の寄与が大きかった. 一方, 入院生活条件の寄与は比較的大きいが社会資源の寄与は小さい事が明らかになった.                                   |
| 菊池・1998 <sup>17)</sup> | 長期入院の退院に対する意識とその特徴を明らかにする.              | 東京都内の精神科病院に 10 年以上入院患者 97 名                              | 退院の意向についての調査から退院の意向あり群となし群, 各々を自尊感情尺度の点数との関連を検討.                 | 2人に1人が何らかの退院の意向を示しており, 退院意向がある群では自尊感情の得点が比較的高かった. 退院意向がなくても自尊感情は低くなかった.                                                                                         |

谷村ら<sup>18)</sup>は、1994（平成6）～2005（平成17）年の専門誌を対象にした文献レビューから、精神障害者の精神保健福祉および生活上のニーズとして「障害を理解してくれる」「社会に受け入れてほしい」「良い対人関係が持てる」「家族と良い関係を保ちたい」を抽出している。また、地域住民を調査対象にした研究として、岡本<sup>19)</sup>の社会復帰施設を利用する精神障害者と地域住民を対象とした調査では、社会参加、地域の活動の参加について、地域社会とのつながりの希薄さとの関連を指摘している。

### 3. 長期入院患者への退院支援

赤沼<sup>20)</sup>は、退院促進支援を受けた精神障害者の個別事例に対して、退院に至った事例、至らなかった事例に対して質的に分析を行い、退院に至るには一定の訓練期間が必要であると述べている。一方、精神障害者の退院支援における看護者の役割として、個別性のあるケアの提供、根気強さや信頼関係の樹立の必要性など、生活技能やセルフケアレベルの維持向上、自立へ向けての援助について実践報告がなされている<sup>21-31)</sup>。さらに、精神障害者への退院・自立支援に論及した文献として、宇佐美ら<sup>32)</sup>は、長期入院予備軍に焦点を当て、インテンプ・ケアマネジメントの予備的な取り組みから、医療チームと精神看護専門看護師の役割について述べている。また、病院単位の退院支援として、服薬管理評価基準の作成・活用<sup>33)</sup>、生活技能訓練（SST：Social Skills Training）の効果<sup>34)</sup>、音楽療法の効果<sup>35)</sup>、レクリエーション活動の効果や患者の変化<sup>36) 37)</sup>が報告されている。

### 4. 精神障害者に対する地域移行支援

平均在院日数の長さの要因に対する判断として、精神科病院の看護職員は、家族や社会の受け入れ体制がある事を明らかにし<sup>38)</sup>、退院支援の必要性は理解しているものの、実際の援助や、家族との連携については消極的



であると報告している<sup>39)</sup>。また、患者に関わる医療、保健、福祉従事者間の情報共有や協力の不備も指摘している<sup>40)</sup>。

「精神科長期入院患者の家族」における退院の受け入れについて、布川ら<sup>41)</sup>は消極的な理由として「家族が高齢で病弱」「過去への不安」「住居の問題」「精神的負担」「世話ができない」等が挙げられている。大島<sup>42)</sup>は、入院患者を家族に持つ家族会会員 5944 例を対象にした調査の結果、5 年以上の長期入院群は退院に否定的で、親が高齢、年収が低い、無職、健康状態が悪い、相談相手がいない、世代交代などの問題を明らかにしている。林ら<sup>43)</sup>は長期入院患者の家族関係において、心情的結びつきの弱さに関連した扶養能力の減少のため患者に対して拒否的な態度をとる傾向を指摘している。

また、「精神障害者の地域ケア・社会資源」について、大島ら<sup>44)</sup>は全国、眞崎ら<sup>45)</sup>は、福岡県の病院や社会復帰施設の利用者を対象にした調査により社会資源の必要量を論及している。また、精神障害者に対する訪問看護、家庭訪問における実践報告<sup>46-48)</sup>では精神障害者の家族支援や家庭内の関係調整の必要性を検討している。

## 5. 社会復帰の要因・長期入院患者の実態

精神障害者の退院・社会復帰に関する研究は主に、表 3 に示したように、樋掛ら<sup>49)</sup>、先畑ら<sup>50)</sup>をはじめ、年齢、発症年齢、精神症状、社会生活スキル等の「個人的要因」、家族の受け入れ、経済問題等の「社会的な要因」、自治体におけるサービスの不十分さ等「地域の受け入れ側の要因」を提示している。

表 3 退院・社会復帰に関する研究

| 筆者・年次                         | ① 対象<br>② 分析方法                                                                                                                          | 研究結果                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 池 淵<br>ら. 2006 <sup>51)</sup> | ① 入院中の患者 61 名<br>② BPRS, GAF, 属 性, REHAB, DAI-10, SECL で 調<br>査. 11 ヶ月後フォローアップ調査. 退院群,<br>入院継続群に分け, 分散分析. 退院の有無を<br>目的変数としたロジスティック回帰分析. | 退院を決定する要因の中で, 大きく影響を与えるのが<br>「罹患年数」「地域生活の技能」「地域生活の意欲」「精<br>神症状に関連する関わりにくさ」「服薬行動のとりにく<br>さ」という 5 因子が抽出された.                                                                                        |
| 樋 掛<br>ら. 1989 <sup>49)</sup> | ① 統合失調症入院患者 160 名<br>② 基礎, 医学的, 家族関係, 社会心理的, 経済的<br>負担, 逸脱行動, 身体合併症および退院のた<br>めの項目からなる調査票をもとに, 可能群,<br>共同群, 施設群, 困難群に分類.                | 可能群では年齢は若く, 施設群では高かった. 在院期間<br>は, 可能群では短く施設群では長かった. 可能群では親<br>の受け入れがあり, 施設群, 困難群では, 無いか悪かつ<br>た. 金銭管理は施設群で不良, 交友関係は可能群, 共同<br>群で広く, 施設群, 困難群で狭かった. 不足事態対処は<br>可能群は良く, 困難群では不良であった.               |
| 長 浜<br>ら. 2006 <sup>52)</sup> | ① 長期入院患者 36 名<br>② REHAB-J を使用し, 社会復帰可能群, 中程度<br>困難群, 著しく困難群に分類. 各群を<br>LASMI, PANSS で評価.                                               | 社会復帰可能群…社会復帰のためのサポート体制の不<br>備, 中程度困難群…単身で暮らすためのスキルがない,<br>著しく困難群…日常生活や対人関係に著しい障害を抱<br>えている.                                                                                                      |
| 黒 田<br>ら. 2001 <sup>53)</sup> | ① 社会的理由で入院中の患者 10 名<br>② 聞き取り調査 (属性, 過去の入院歴, 住居, 退<br>院の希望, 治療, 自己管理能力).                                                                | 地方市町村ではサービスが十分ではない, 退院の意思<br>がない, 地域での生活の QOL の保証がない, という問<br>題点が明らかになった.                                                                                                                        |
| 先 畑<br>ら. 1994 <sup>50)</sup> | ① 1 年以上の統合失調症入院患者 77 名<br>② 患者を退院群, 院内寛解群, 不安定群に分<br>類, 入院予後に関連する 34 各因子の影響を<br>検定し 3 群間の比較.                                            | 性別, 発症年齢, 入院中の精神状態, 抗精神病薬の維持<br>量, 家族の受け入れ状態, 入院期間の 6 因子に有意さが<br>認められた.                                                                                                                          |
| 神 崎<br>ら. 1993 <sup>54)</sup> | ① 入院中の統合失調症患者 152 例のうち通算<br>在院年数約 30 年以上の 20 例<br>② 発病前の生活史および家族背景, 発病時の<br>状況, 入院後の病状, 退院への試み, 身体的<br>変化および家族関係の変化について調査か<br>ら検討.      | 1. 家族の世代交代により両親の発言力の弱体化, 他界<br>2. 核家族化による経済的許容力の低下と患者の日常生<br>活者の不在 3. 住宅事情による空間的狭さと, それによ<br>る対人的距離の近さに起因する精神的圧迫感の増大 4.<br>患者の家庭内での単純な軽労働の役割が減少し, 家庭<br>内での位置づけが否定的になりやすい 5. 社会的偏見に<br>よる負担があった. |



一方、看護者の要因として、島田ら<sup>55)</sup>は、患者に対する消極的な関わりがある事を指摘し、松枝<sup>56)</sup>は、患者への退院への動機づけや社会的スキルを学ぶ等の直接的支援、地域生活を見通した仲間、環境づくり等の間接的な支援、それらを効果的に機能させるためのシステムの必要性を述べている。

精神科長期入院患者の現状に関する研究では、平均在院日数、患者の予後、患者の病識や精神症状、機能障害、婚姻状況に焦点を当てた報告がある<sup>57-66)</sup>。その他、全国の公立精神病院を対象に入院患者数や平均在院日数、通院患者の就業率や再入院の状況を明らかにした調査<sup>67)</sup>、全国の精神科病院入院中の患者と地域で生活する精神障害者を対象に、生活の自立度を判定した実態調査<sup>68)</sup>がある。また、山下ら<sup>69)</sup>は、精神保健福祉法制定前後の退院者数の調査から制定後は、精神障害者の年間退院者数は増えているが、入院期間10年以上の患者のうち、いわゆる社会的入院患者は39.8%という問題点を指摘している。また、近藤<sup>70)</sup>は精神保健センターにおける社会復帰活動15年の追跡調査から、対象者が退所後、一般就労が困難である事、5年以上の長期入院患者では社会適応が困難であると述べている。中根<sup>71)</sup>は、長崎市近郊の精神科病院・診療所・保健所計30施設の1378の症例の転帰と発展途上国3か国と先進国6か国、計9か国の症例1,202の転帰を比較した結果、長期的にみると統合失調症の約半数は良好な社会適応状態に至るが、寛解率は研究センター別に異なり、先進国より発展途上国の方が寛解率は高かったと述べている。

#### 第4節 考察

1990年代後半から長期入院患者の退院支援、社会復帰に関する研究が増えた背景には、1993(平成5)年に障害者基本法、1994(平成6)年に地域保健法、1995(平成7)年には

精神障害者に対する施設での処遇中心から地域へ移行する施策として、精神保健福祉法の成立、障害者プランの策定により、精神障害者もノーマライゼーションの理念のもとに、社会復帰施設・精神障害者居宅生活支援事業など、精神障害者を支える社会資源やサービスが増加した。また、精神障害者手帳交付制度や精神障害者社会適応訓練事業などが実施され、このように精神障害者の社会参加を促進するための事業が実施されるようになった事が関連していると考ええる。

研究のテーマは、1980（昭和55）年から90年代前半は長期入院の精神障害者に関する現状の把握が割合の多くを占めていたが、それ以降は退院支援に向けた介入へと変化していった。また、「長期入院患者への退院支援」に関する研究は2004（平成16）年までが0～6件であるのに比較して、2005年以降、5～13件と増えている。さらに、2005年以降は、ACT(Assertive Community Treatment)<sup>72)</sup>や、ICM(Intensive Care Management)<sup>32)</sup>など長期入院患者の社会復帰や地域ケアなどの介入が報告されている。この背景には2002（平成14）年以降精神障害者のケアマネジメントの導入の検討、精神障害者退院促進支援事業（現在、精神障害者地域移行支援特別対策事業に名称変更）の開始、2005（平成17）年障害者自立支援法の成立があると考ええる。

また、布川ら<sup>41)</sup>は退院への受け入れに消極的な背景として、家族が高齢で病弱なため患者の世話が精神的負担となると述べている。精神科病院在院患者の年齢別では、40歳～65歳群の壮年期の世代が最も多い状況にある<sup>1)</sup>事を考慮すると、その親の世代は、60代～80代と考えられ、今後は、さらに精神障害者の高齢化も進み、自身の身体的介護、認知症といった問題が生じてくる事も予測できる。したがって今後は、社会資源や地域との連携、調整などにより家族を支える事に着目した研究が必要であると考ええる。

文献著者の職種について 1990年代後半か



ら多様化した事については、2004（平成16）年の地域における退院促進支援事業という地域からの退院支援活動実施の影響が考えられる。この事業により院内で行われる退院促進の活動でも、一貫した支援の必要性が重視されるようになった。精神障害者の社会復帰の上で課題となる経済状況や生活障害などの課題を解決し、退院に向けての環境調整のため支援を行う専門職を病院が雇用した事が考えられる。また、この流れの中で、精神障害を取り巻く専門職がそれぞれの機能を発揮し、チームでアプローチするという意識の高まりが伺える。1974（昭和49）年に精神科作業療法が社会保険診療報酬で点数化された事、1988（昭和63）年に臨床心理士の認定、1997年に精神保健福祉士が法制化された事等も影響し、今後多職種からの報告が増えていく事が考えられる。

看護職の文献件数も1990年代後半より増加している事の背景として、看護職の研究を発表する場が増えてきた事が挙げられる。日本精神科看護学会は、1958（昭和33）年に設立され、1992（平成4）年より論文として収められるようになった。1994（平成6）年には「思春期・青年期精神科看護」「老年精神科看護」の専門学会が設立されている。その翌年には「精神科リハビリテーション看護」「精神科救急・急性期看護」の専門学会が設立され、その中で看護職が学会発表した研究が論文として収められているため、看護職の研究発表が増加したと考えられる。

長期入院患者の機能に着目した研究では、身体能力の低下の他、人との付き合いや、社会資源の利用において自立度が著しく低い事が明らかになっている。特に、3年以上の長期入院患者における生活障害が大きいという指摘<sup>79)</sup>がある。このように、他者や社会との関わりが必要な社会生活機能は、長期入院患者では困難があるため、今後、精神障害者が社会生活を送るうえで、社会生活技能向上に関する実

践に基づく研究の蓄積が求められると考える。  
今回、日本における長期入院の精神障害者に関する研究の動向を検討した結果、精神障害者に面接調査を行った質的研究が多く報告された。精神障害者が地域で生活していくためには、病状悪化に伴う処遇困難時の早期把握と的確に対応していく事が不可欠であり、病状等が落ち着いている時の相談支援、生活支援等、病状悪化を招かないケアや環境整備を含む体制づくりが重要<sup>74)</sup>とされる。精神医療における退院支援に関する知見を踏まえた地域生活支援に関する研究として、今後は、家族支援や、精神障害者の社会生活技能向上などの課題を追求し、研究を積み重ねる事で、精神障害者への社会復帰に関する研究として普遍性を追求する事が課題としてあげられる。

## 第 5 節 結 論

日本における精神障害者の地域ケアの観点から、長期入院の精神障害者に関する研究の動向と実態を分析した結果、以下の事が明らかになった。

1. 1990 年後半から「長期入院患者へのケア・介入」「長期入院患者への退院支援」「退院・社会復帰に関する要因」に関する研究が増加傾向を呈していた。
2. 精神保健福祉士の法制化された翌年から、精神保健福祉士や臨床心理士、作業療法士など、コメディカルスタッフからの報告も増え始め、背景に多職種によるアプローチの実践に基づく研究が報告されていた。
3. 精神医療における退院支援に関する知見を踏まえた地域生活支援に関する研究として、家族支援、精神障害者の社会生活技能の向上に貢献できる研究の蓄積が必要である。



## 第1章 文献

- 1) 精神保健福祉研究会監修.我が国の精神保健福祉平成 21 年度版.東京 2009.
- 2) 小林正義, 春原るみ, 磯部美和子, 他.精神科長期入院患者の身体機能と「身体性プログラム」の意義について.作業療法 2006;25 (2) : 135-144.
- 3) 岩井和子, 山田和政, 梶野しず江, 他.精神科病院長期入院患者の身体能力およびその関連要因.精神障害とリハビリテーション 2007;11 (2) : 164-169.
- 4) 岡本幸, 井上桂子.長期入院の統合失調症患者における知的機能と社会生活障害の関連—WAIS-R と Rehab を用いた検討—.川崎医療福祉学会誌 2006;16 (2) : 305-313.
- 5) 前田徳子.長期入院慢性分裂病者の心理特性 ロールシャッハ反応による検討 .九州神経精神医学 1989;35 (3~4) : 256-263.
- 6) 柏谷真喜子, 佐藤公子, 須藤朝美.A 公立病院における社会的入院患者の日常生活技能の実態.日本看護学会論文集 : 精神看護 2006;37:45-47.
- 7) 奥村太志, 渋谷菜穂子.統合失調症者の「長期入院に関する」認識—統合失調症患者の語りを通して,長期入院への姿勢の構成要素を明確にする—.日本看護医療学会雑誌 2005;7 (1) :34-43.
- 8) 小出水寿英, 美王真紀.精神病院に入院している統合失調症患者の捉える入院生活.日本赤十字広島看護大学紀要 2006;6 : 39-47.
- 9) 多喜田恵子.精神病院における入院患者の生活の満足度とその理由.名古屋市立大学看護学部紀要 2001;1 : 15-26.
- 10) 藤野成美.精神科における長期入院患者の苦悩.日本看護研究学会雑誌 2007;30 (2) : 87-95.
- 11) 松岡純子.精神科長期入院患者の QOL に関係する要因とその構造.精神科看護 2004;31 (6) : 49-54.
- 12) 奥村太志.社会復帰の意向を持つ長期入院精神分裂病の現状および退院についての認識.名古屋市立看護学部紀要 2002;2 : 47-55.
- 13) 松下年子, 松島英介, 木野村睦, 他.慢性期精神科病棟入院患者の QOL に関する研究.精神医学 2004;46 (6) : 621-627.
- 14) 茂田優.長期入院患者の社会資源に関するニーズ調査 本院の場合.精神医学研究所業績集 1990;26 : 149-154.
- 15) 掛川秋美, 真崎直子, 清原千香子, 他.精神障害者の生活の質の向上と社会資源との関連性.精神医学 2005;47 (3) : 253-259.
- 16) 大島巖, 吉住昭, 稲沢公一, 他.精神病院長期入院者の退院に対する意識とその形成要因.精神医学 1996;38 (12) : 1248-1256.
- 17) 菊池謙一郎.長期入院精神分裂病患者の退院の意向と自尊感情について.精神科看護 1998;67 : 84-91.
- 18) 谷村厚子, 山田孝, 京極真. 我が国の精神障害をもつ当事者の精神保健福祉および生活上のニーズ—1994 年~2005 年の文献レビューより—. 日本保健科学学会誌 2007;10 (2) : 89-100.



- 19) 岡本隆寛.精神障害者の地域生活における現状と課題(第一報)―暮らしやすさに焦点を当てた質問紙調査より―.順天堂大学医療看護学部医療看護研究 2007;3 (1): 15-21.
- 20) 赤沼麻矢.精神障害者退院促進支援事業における対象者個別事例の質的比較.社会福祉学 2007;48 (3): 42-54.
- 21) 松井路子,森田厚子,白石弘巳,他.ある長期入院患者の社会復帰への関わり(その1)―病棟における実践―.病院・地域精神医学 1992;35 (3): 28-30.
- 22) 朝比奈昌子,倉橋憲一,海老沢豊,他.社会的長期入院患者への取り組み―自発性・自主性を喚起するために―.病院・地域精神医学 2002;45 (3): 299-300.
- 23) 石井幸枝,伊藤ひろ子,長谷川博亮.精神科病棟における看護の機能について(その2)―生活観に折り合いをつけられないまま入院が長期化している患者とのかかわりから考える― 病院・地域精神医学 2003;46 (2): 66-70.
- 24) 石原恵子,遠藤容子.パターンリズムの影響から考えられる長期入院患者の自立に必要な看護者の役割 退院に対する意識調査からの一考察 日本精神科看護学会誌 2003;46 (1): 125-127.
- 25) 篠澤岳映,小林かおる,石井悦子.病識がなく退院希望の強い長期入院患者の看護 対応の難しい患者とその家族の関わりを通して学んだ事.日本精神科看護学会誌 2004;47 (1): 324-327.
- 26) 内窪美由紀.長期入院患者へ関わり続ける事の必要性 グループワークに参加しない理由から探る.日本精神科看護学会誌 2004;47 (1): 508-511.
- 27) 荒木康博,岡田久美子,山本浩子.長期入院患者の対応を考える 男子・女子開放病棟の実態調査より.日本精神科看護学会誌 2005;48 (1): 326-327.
- 28) 玉越久美子,村上康幸,小瀬恵,他.長期入院患者のニーズに応える看護.病院・地域精神医学 2005;48 (1): 26-27.
- 29) 春山和彦,宜志富紹真,石川伸枝,他.長期入院者の居場所づくりを考える 生活空間の拡大が困難なケースから学んだ事.日本精神科看護学会誌 2006;49 (1): 280-281.
- 30) 三木満里子,伏見みどり,桜井直美,他.長期入院者の看護目標設定に関する一考察 昭和 30 年代から入院生活を継続している統合失調症患者の生活過程の分析から. 日本精神科看護学会誌 2006;49 (1): 284-285.
- 31) 小清水広志,高橋弘美.長期入院者の社会性向上へのアプローチ.日本精神科看護学会誌 2006;49 (2): 357-360.
- 32) 宇佐美しおり.長期入院予備群の精神障害者へのインテンシブ・ケアマネジメントモデル開発に関する予備的調査 医療チームの役割と精神専門看護師の役割.熊本大学医学部保健学科紀要 2005;2: 65-72.
- 33) 渡邊宜慶.長期入院患者の社会復帰に向けての取り組み.日本精神科看護



- 学会誌 2005;48 (1) : 56-57.
- 34) 中島公博, 田中稜一, 高沢加代子, 他. 長期入院精神分裂病患者に対する生活技能訓練 (SST) の実践と社会復帰. 臨床精神医学 1996;25 (4) : 459-464.
- 35) 出口禎子. 長期入院患者を対象とした音楽療法と看護の関わり. 病院・地域精神医学 1998;41 (2) : 181-183.
- 36) 赤塚大樹, 大道かおり, 松本晴美, 他. 長期入院の精神病患者に対する Recreation 療法的接近に関する研究. 愛知県立看護短期大学雑誌 1988;20 : 163-173.
- 37) 山田彩子, 小森安希子, 柴崎勉. 社会復帰が長期入院患者に及ぼす影響とその看護を考える. 日本精神科看護学会誌 2004;47 (1) : 592-595.
- 38) 富田美加, 篠崎勇介, 島正之. 精神障害者の社会復帰に関する精神科病院看護職員の意識. 日本健康医学会雑誌 2002;11 (1) : 19-25.
- 39) 原田かおり. 退院促進に対する精神科スタッフの思い 精神科看護師へのアンケート調査より. 日本精神科看護学会誌 2006;49 (2) : 284-288.
- 40) 郡司活大, 高島真澄, 弘末明良, 他. 精神科長期在院者の社会復帰・社会参加に関する調査. 病院・地域精神医学 1996;38 (3) : 363-364.
- 41) 布川征一郎, 真野ゆり子, 田村博之. 長期在院患者の家族及び患者の退院を阻む要因 日本精神看護学会誌 2001;44 (1) : 493-496.
- 42) 大島巖, 岡上和雄. 家族の社会・心理的条件が精神障害者の長期入院に及ぼす影響とその社会的機序. 精神医学 1992;34 (5) : 479-488.
- 43) 林信人, 関口吉弘. 在宅慢性分裂病の家庭適応状況に関する家族調査—長期入院分裂病者との比較研究—. 栃木精神医学 1982;5 : 47-52.
- 44) 大島巖. 長期入院精神障害者の退院可能性と, 退院に必要な社会資源およびその数の推計—全国の精神科医療施設 4 万床を対象とした調査から—. 精神神経学雑誌 1991;93 (7) : 582-602.
- 45) 眞崎直子. 精神障害者が地域で生活するための社会資源の必要量についての検討. 久留米医学会雑誌 2007;70 (8) : 240-248.
- 46) 紙屋克子. 長期入院患者の家庭訪問活動に学ぶ. 看護実践の科学 1982;7 (7) : 45-58.
- 47) 久山とも子. 長期入院を経て退院する精神障害者への訪問看護. 千葉県立衛生短期大学紀要 1994;12 (2) : 87-96.
- 48) 佐竹道子. 精神科訪問看護の果たす役割 長期入院から地域生活が可能になった一症例を振り返って. 日本精神科看護学会誌 2006;49 (1) : 156-157.
- 49) 樋掛忠彦, 野沢征一郎, 塩原順子. 当院における精神分裂病入院患者の長期入院の諸要因に関する研究. 病院・地域精神医学 1989;93 : 20-29.
- 50) 先畑広昭, 絹川尚子, 玉井光, 他. 中・長期入院精神分裂病の入院予後退院に関与する因子の統計学的考察. 九州神経精神医学 1994;40 (1) : 98-107.
- 51) 池淵恵美, 佐藤さやか, 大島巖, 他. 退院を阻む要因の解析. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止の



- ための技術開発と普及に関する研究総括研究報告書；平成 15－17 年度 2006:13－24.
- 52) 長浜利幸,小林大祐,杉谷美佳,他. 統合失調症による長期入院患者の退院阻害因子について 各評価尺度からみた退院阻害因子.日本精神科看護学会誌 2006;49 (2) : 279－283.
- 53) 黒田真代,岡田富美,岸本静子,他. 精神障害者のいわゆる「社会的入院」の背景に関する調査研究.保健婦雑誌 2001;57 (11) : 870-874.
- 54) 神崎洋, 清藤克彦,田中隆志.長期入院精神分裂病の退院を阻害する要因について.函館医学誌 1993;17 (1) : 28－33.
- 55) 島田真弓, 桜井政照, 岡崎厚子.長期入院の統合失調症患者の退院できた要因 退院できない群との比較検討から.日本精神看護学会誌 2004;47 (1) : 360－363.
- 56) 松枝美智子.精神科超長期入院患者の社会復帰援助が成功するシステム上の要因：日本語版治療共同体の実践の分析から.福岡県立大学看護学部紀要 2005;2 : 80－91.
- 57) 藤田康文,蟻塚亮二,中津謙二,他.当院における長期入院実態調査－長期在院分裂病の類別分類の試み－.病院・地域精神医学 1988;92 : 21－29.
- 58) 福田賢司,豊田富喜美, 桐田恵美子, 他.長期入院患者さんの退院できない理由 日本精神看護学会誌 1994;37 : 496－498.
- 59) 西村勉,菅沼直樹,木原和子.長期在院患者の社会復帰に必要なもの－公立単科精神病院の長期在院者退院状況調査－.病院・地域精神医学 1995;37 (3) : 360－364.
- 60) 岡田和史,井上新平,須藤浩一郎,他.いわゆる社会的入院患者の症状分析.臨床精神医学 1996;25 (9) : 1059－1066.
- 61) 新垣米子,新垣元, 山村博,他.県立清和病院における入院患者の 37 年間の推移 沖縄県の精神科医療との関わりから.九州神経精神医学 1999;45 (1) : 20－34.
- 62) 和田一丸,斉藤佳奈子,坂本香織,他.長期入院精神疾患における結婚状況.臨床精神医学 2003;32 (1) : 75－80.
- 63) 樋口雅朗, 林直樹.長期入院後の精神分裂病患者の再入院についての検討.精神医学 1996;38 (3) : 245-251.
- 64) 樋上富美子, 黒川順子, 上西桐子.長期入院の統合失調症患者の病識を考える 日本精神科看護学会誌 2004;47 (1) : 584－587.
- 65) 駒橋徹.患者調査・マスタープランの概要と鹿沼病院における長期入院患者の転帰 72000 人の退院は可能なのか？.栃木精神医学 2005;25 : 24－38.
- 66) 荒木孝治.精神科長期入院患者の人的成長と看護師の役割－言語的確認行為の激しい患者への関わりを分析して－.大阪府立看護大学紀要 2004;10 (1) : 15－22.
- 67) 道下忠蔵.公立精神病院における長期在院者への取り組み.精神神経学雑誌 1985;87 (12) : 868－874.
- 68) 横山恵子, 金井一薫, 山崎京子. 精神障害者の生活上の課題と支援のあり方－KOMI チャートを用いた当事者の実態調査を通して－.日本看護学



会論文集：精神看護 2005;36：172－174.

- 69) 山下恭子,組橋紀美代,加藤礼子,他.精神保健福祉法制定前後の退院患者動向調査.日本精神科看護学会誌 2003;46 (1)：227－230.
- 70) 近藤雅之.社会復帰活動における長期追跡調査.精神科 mook 1988;22：43－51.
- 71) 中根充文. 本邦からの報告 長期転帰 (WHO 共同研究) .Schizophrenia Frontier6 2005;4：37－44.
- 72) 富川順子,宇佐見しおり,深沢裕子.長期入院予備軍への ACT 実施過程における看護ケアの特徴.病院・地域精神医学 2006;48 (3)：337－338.
- 73) 下島浩,石原かおり,大谷隆次,他.長期在院患者の日常生活及び社会生活活動に関する実態調査—セルフケア能力の評価を通して—.病院・地域精神医学 1991;34 (4)：507－510.
- 74) 多田羅浩三,佐々木隆一郎,石丸泰隆,他.精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン.健康危機管理発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究.2010;12.

## 第 2 章



## 第 2 章

### 近 隣 苦 情 事 例 に お け る

### 精 神 障 害 者 と 地 域 住 民 と の 関 係 性 の 変 容

#### 第 1 節 背 景 及 び 目 的

精 神 障 害 者 が 地 域 で 生 活 し て い く た め に は , 病 状 悪 化 に 伴 う 処 遇 困 難 時 の 早 期 把 握 と 的 確 な 対 応 が 不 可 欠 で あ る . 精 神 障 害 者 の 病 状 が 落 ち 着 い て い る 時 の 相 談 支 援 , 生 活 支 援 等 , 病 状 悪 化 を 招 か な い ケ ア や 環 境 整 備 を 含 む 危 機 管 理 体 制 が 重 要 で あ る と さ れ , 精 神 障 害 者 の 地 域 移 行 が 進 む 中 , 近 隣 苦 情 と い う 問 題 が あ る . 近 隣 苦 情 と は 精 神 疾 患 に 伴 う 言 動 が 近 隣 住 民 に と っ て 耐 え 難 い 場 合 , 住 民 と 精 神 障 害 者 の 間 で ト ラ ブ ル や 軋 轢 が 生 じ る 事 で あ る <sup>1)</sup> . 具 体 的 に は , 近 隣 の 住 民 が 対 象 者 の 言 動 に つ い て 困 惑 等 を 認 識 し , そ の 解 決 を 求 め て 行 政 機 関 等 に 情 報 を 提 供 し , 苦 情 ・ 相 談 を 申 し 立 て る 事 <sup>2)</sup> で あ る . 苦 情 事 例 は 複 雑 化 す る ほ ど , 精 神 保 健 福 祉 相 談 に 対 応 す る 行 政 職 員 の 負 担 感 や 疲 弊 <sup>3-8)</sup> が 大 き く な る と い う 問 題 が あ る .

近 隣 苦 情 に 至 る 要 素 に は , 「 引 越 し の 挨 拶 が な か っ た 」 「 先 方 が 後 か ら 越 し て き た 」 等 過 去 の 事 実 に 起 因 す る 近 隣 住 民 と の 関 係 性 が あ る と さ れ る <sup>9)</sup> . 苦 情 の 背 景 に は , 個 人 の 属 性 や 地 域 特 性 な ど の 様 々 な 要 因 に 依 拠 す る . こ れ ま で , 苦 情 に 関 す る 研 究 は 事 例 報 告 を 中 心 に 積 み 重 ね ら れ て い る . そ こ で 本 研 究 で は , 精 神 障 害 者 の 行 為 に 対 し て 近 隣 住 民 が 苦 情 を 申 し 立 て た 事 例 か ら , 地 域 住 民 と の 関 係 性 の 変 容 を 具 体 化 す る 事 を 目 的 と し た .

#### 第 2 節 方 法

CiNii Articles, 医 中 誌 Web を 用 い , 「 精 神 障 害 者 」 「 住 民 」 の キ ー ワ ー ド で , 発 行 年 は 問 わ ず に 文 献 検 索 し た . ヒ ッ ト し た 文 献 か ら , 精 神 障 害 者 に 対 す る 近 隣 住 民 の 不 安 に つ い て 詳 細

な記述がある事例を抽出した。

事例の記載内容を概観し、「問題の起因となった精神障害者の行為」「近隣住民の反応」「保健師・看護師の介入」「地域における相互交流」で情報を整理した。その後、地域住民の譲歩や妥協等のプロセスをたどり、地域住民との関係性の変容を捉えた。分析過程では研究者間で検討を重ね、妥当性の確保に努めた。なお、事例を含んだ文献の典拠を明示した。

### 第 3 節 結 果

検索によりヒットした文献のうち、A～I の 9 事例<sup>10-18)</sup>を分析対象とした。該当した文献の事例を概観し、「問題の起因となった精神障害者の行為」「近隣住民の反応」「保健師・看護師の介入」「地域における相互交流」の枠組みに沿い、記述内容を整理した。苦情の生じた精神障害者の事例の概要を表 1 に示した。

各事例の苦情発生から帰結までのプロセスを概観すると、図 1 に示されたように、精神症状により住民の不安や恐怖が集積された結果、その解決を希求し住民が行政に相談、苦情を訴える、警察へ通報する行動として認められた。

対象事例のうち住民との関係性の変容を捉えられた 6 事例では、精神障害者に対する排他的な態度から地域生活への合意形成という変化を認めた。例えば、事例 C<sup>12)</sup>では、住民は苦情を言い続け本人の言動に敏感に反応し、保健所へ「どうにかしてほしい」と強く訴えた。保健所の働きかけにも最後まで姿勢は変わらず、本人が出るか住民が出るかと保健所へ迫り隣の住民は転居した。この事例に関わる民生委員は最初、行政に住民と共に苦情を訴えていたが、精神障害について理解した結果、本人を転居させようとする住民の動きとの距離をとるようになった。つまり、民生委員はこのプロセスを経て精神障害者の理解者となった。事例 H<sup>17)</sup>は、住民の不安と対照的に、民生委員



の訪問時には、普通の会話ができている。その民生委員は、以前よりHの母親から相談を受けていた。不安を募らせた住民は民生委員への何とかしてほしいという要求に対し、Hの状況を説明したが、納得せず、住民は町役場に対して訴えを繰り返した。役場、保健所等の協議を経て、入院という転帰となった。事例I<sup>18)</sup>では、症状悪化時に、近所の家の中に黙って入る、泣きながら道路を歩くという行為に対して近隣住民と民生委員、I氏の叔母の話し合いがもたれた。その場で、家事援助としてI氏と関わり「あつた協力員が「普通に接してくれて大丈夫です」と話した事により、安心感が波及した。その後、I氏に関する夜間休日緊急連絡網が作られ、協力員は住民とI氏の事を互いに共有できるよう努力し、I氏に何かあったら、住民がすぐに気付くような関係が構築された。その過程を経て、I氏も住民を頼りにするようになった。この事例では、実際に接した住民ボランティアによる「普通に接して大丈夫」という説明が近隣住民の安堵感につながった事を契機としてI氏の交流が見られるようになった。

事例E<sup>14)</sup>では、当初、対象者に対して苦情を申し立てた住民が、E氏との生活を通じた交流を重ねる事で、対象者の精神状態を判断、対象者の言動を受け入れるという変化が見られた。事例F<sup>15)</sup>G<sup>16)</sup>は、近隣住民とのトラブルを起こした精神障害者の退院支援事例であり、入院中から地域住民との接点を構築していた。一方で、関係性の変容がなく、収束に至らなかった。事例A<sup>10)</sup>については、近所付き合いがほとんどないという背景があった。苦情が発生した団地は、高齢化が進み、対象者の迷惑行為に対し直接行動できる住民はおらず、近隣住民は我慢を続け、限界に達したという状況と考えられた事から、近隣に仲裁役となる住民の存在がなく、相互交流の場がなかった事がうかがえた。



表 1 苦情の生じた精神障害者の事例の概要 (n=9)

| 事例               | 起因となる行為                                                                               | 近隣住民の反応                                                                                                | 保健師・看護師の介入                                                                                                                                          | 地域における相互交流                                                                                                                              |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A <sup>10)</sup> | 住民の一人による近隣への大声、近隣の家のドアを叩くという迷惑行為                                                      | 保健センターに「数か月前から、夜中に大きな怒鳴り声を上げたり、近隣の家のドアをドンドンと叩いてまわったりしている。顔を合わせるのが怖くて夜も眠れない」「早くあの人を追いつてくれ」              | 保健師は（住民からの相談を受けた後）早速、その住人を訪問したが会う事ができない。一方で住人の迷惑行為は激化していった                                                                                          | 対象者は近所付き合いがほとんどない。H 団地は、高齢化が進み、対象者の迷惑行為に対し直接行動できる住民はおらず、近隣住民は我慢を続け、限界に達したという状況と考えられた。                                                   |
| B <sup>11)</sup> | 「B がバットを持って向かってきた」などの不安や苦情。近隣宅へ不審電話を掛けた。早朝に大声で妄想的発言、暴言、表情も硬い。混乱した状態で、近隣住民宅や近隣の小学生宅を訪問 | 民生委員が家庭内暴力を保健所に相談。「暴力を振るわれた母親を見ていられない」住民の不安が増幅し緊張状態が続く。民生委員は昼夜問わず、住民からの苦情を受理。「退院したら同じ事になるのではないか」と不安の声。 | 保健師は医療、支援機関の説明会を開催。住民、民生委員、警察署、精神保健福祉センター、兄、保健所が参加。「地域勉強会」には住民が参加。精神科医の講義、警察、市生活保護担当、保健所、精神保健福祉センターの説明。退院直後「姿をみたけど大丈夫か」と保健所に電話。落ち着いた本人を見て、1 週間で沈静化。 | 民生委員は昼夜問わず、住民からの苦情を受理していた。民生委員は、近隣の不安をキャッチし保健所へ情報提供する事を確認した。                                                                            |
| C <sup>12)</sup> | 壁を叩いたり物を投げる                                                                           | 保健所へ苦情。本人の言動に敏感に反応。保健所へ「どうにかしてほしい」と強く訴えた。保健所の働きかけにも最後まで姿勢は変わらず、本人が出るか住民が出るかと保健所へ迫り、結果的に、隣の住民は転居した。     | 住民は苦情を言い続け本人の言動に敏感に反応し保健所へ「どうにかしてほしい」と強く訴えた。保健所の働きかけにも最後まで姿勢は変わらず、本人が出るか住民が出るかと保健所へ迫り隣の住民は転居。                                                       | 民生委員は最初住民の代表として苦情のみでどうにかしてと訴えていたが保健所関わりの中で、病気、本人、家族が理解できるようになった。民生委員は本人を転居させようとする住民の動きに同調せず中立の立場を主張し保健所に対し、本人、家族、住民の動きを連絡したり相談するようになった。 |
| D <sup>13)</sup> | 被害妄想にて近所に対し庭に毒をまいた                                                                    | 住民は本人の被害妄想に対し不安を感じ、自治会長や保健所へ直接苦情。                                                                      | （隣人と保健所の話し合い後）住民は次第に「本人を刺激しないように気を付けています」（保健師の訪問や対応に）「心強い、安心だ」と言う。                                                                                  | 自治会長は住民の相談を即、保健所へもちかけ、隣人と保健所の話し合いの場を設けた。                                                                                                |
| E <sup>14)</sup> | 「迷惑行為があった」とされるが具体的な記載はなし                                                              | 精神科病院を退院直後に隣人から「以前迷惑行為があったので怖い」と保健所へ連絡。本人と関わり状況を確認していく事で隣人は納得。                                         | 保健師が本人と関係性ができた事や「いつも気になるわけではない」という本人の言葉も伝えた。（退院 6 か月目）保健師は「本人はお宅が嫌がらせをしているとは思ってない。いつも怒っているわけではない」と伝える。                                              | 隣人は「E の電話に腹が立つ」「E も音楽の音が大きいのに」と訴えた。（保健師の対応に）隣人の口調が少し和らぎ、「こちらでも感情的になった。本人にも優しく言えばよかった。」<br>（保健師対応）隣人「「これくらいなら我慢できる。」                     |
| F <sup>15)</sup> | 近所を徘徊し畑の野菜を盗る事                                                                        | 近隣住民から保健センターへ苦情や警察へ通報される事もあった。                                                                         | 入院前に関わりのあった保健師と連絡をとり、自宅への退院に向けて地域スタッフ（保健師、PSW）をも交えたカンファレンスを開いた。                                                                                     | 近隣住民からの苦情はなかった。                                                                                                                         |
| G <sup>16)</sup> | 隣人に激しい被害妄想があり、文句や脅しがあった。草刈鎌を所持し隣家の主婦に「打ち殺すぞ」と怒号。                                      | 警察への通報                                                                                                 | 病棟看護師は、民生委員や近隣住民にも相談窓口の説明や、状態変化の対応について理解と協力を依頼した。                                                                                                   | 隣人との関係では「向こうは会釈するが自分には行わない。あの人のおかげで 2 年半も病院に入院させられた。いまも文句を言ってくる」。外泊期間中は妄想の対象の隣人や地域からの苦情はなかった。                                           |
| H <sup>17)</sup> | 夜、魚釣りをし電気を明々と照らし、その下で庖丁を研いだり、ステレオのボリュームを大きくする、大声を出す、他人の車を無断で乗り回してぶつける。                | 民生委員の訪問時には、普通の会話ができていた。民生委員に何とかしてほしいと催促。町役場に「何か起こる前に何とか手を打ってほしい」と訴え、役場、保健所、警察の協議を経て、入院。                | 町役場、住民、家族、行政が集まり、関わり方を考える学習の場を設定。保健所 S W より、入院中の H の病状の説明。町役場・保健所に対して H との関わりを継続し病状を把握してほしいという要望が出された。                                              | 住民は、不安・恐怖を強調し長期入院を希望していたが、H が地域での単身生活を納得。H との付き合い方について話し合った。たとえば挨拶をする、H の家の前でヒソヒソ話をしない、路地を今まで通りに通る事が確認された。                              |
| I <sup>18)</sup> | 近所の家の中に黙ってはいっていく泣きながら道路を歩く                                                            | （同居の母親が亡くなった後）「一人暮らしは大丈夫なのか」と民生委員に訴える。「話は通じるのだろうか」「火の管理はできるのだろうか」                                      | 協力員の存在により、I 氏の叔母は病気の事を地域に知られて困るという不安はなく、逆に病気を告げ理解を得る事に積極的であった。                                                                                      | 住民と民生委員、I 氏叔母の話し合い。協力員が「普通に接してくれて大丈夫です」と話し、夜間休日緊急連絡網が作られた。協力員は住民と I 氏の事を互いに共有できるよう努力。I 氏に何かあったら、住民がすぐに気付く。I 氏も頼りにするようになった。              |



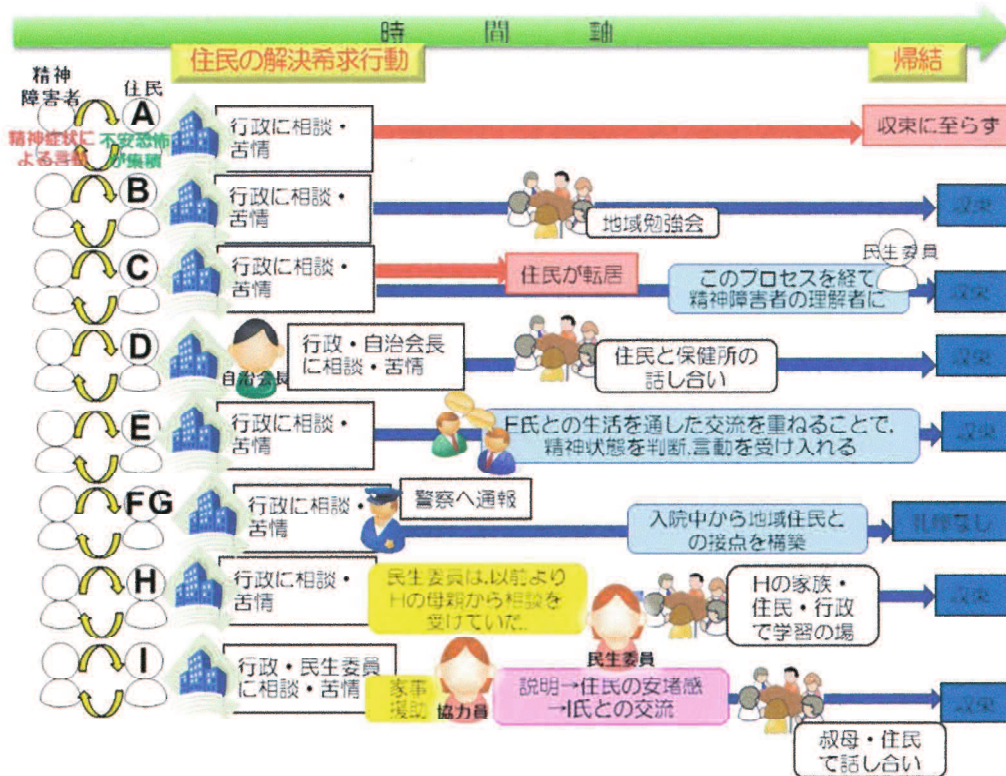


図 1 事例から抽出された精神障害者と住民の関係性の変容

#### 第 4 節 考 察

##### 1. 住民の不安と苦情への対応

近隣苦情の事例分析の結果、苦情の背景には精神症状による言動に対する住民の不安が認められた。精神障害者施設コンフリクト研究をおこなっている野村<sup>19)</sup>は、施設コンフリクトを「施設の建設に対し組織的な反対運動が起こっている」「組織的な反対運動ではない場合でも、一部の頑固な反対者がいる」「表面上は施設を受け入れているが、地域住民の精神障害者に対する差別・偏見の意識が強く、何かのきっかけに反対の思いが再燃する可能性を秘めている状態」と定義している。つまり、施設コンフリクトは起こり得るという前提である。コンフリクトの発生は地域によりばらつきがあるが、地域住民からの苦情として「何かあったとき責任が取れないはず」「(施設入居者が泥棒が入ったとパトカーを呼んだ

事に対しても)物騒だ、どう付き合ったらよいかわからない」「子どもの通学路であり不安、資産価値が下がるのではないか、放火や事件が起きるのではないか、住民が巻き込まれたらどうするのか」「何をしているか施設なのかかわからない、不安だ」「(精神医療機関が隣接しているため、治療中の患者の離院としてとらえる事による)危機感」「精神疾患を有する事で危険性があるのではないか」「(施設利用者)が起こした万引き、窃盗事件に対して)不安だ」等、精神障害者、施設に対する内容が挙げられた。本研究の苦情事例においては、精神症状による迷惑行為が存在するため、何が起こるかわからない予期不安よりも、実際に起こっている精神症状への恐怖感、危機感が身に迫っている事が特徴であると考えられた。特に、近隣への大声、近隣の家のドアを叩く行為や、物を投げる行為は住民にとって重大な迷惑である。さらに、早朝に大声で妄想的発言や暴言を吐く行為や、夜、魚釣りをし電気を明々と照らし、その下で庖丁を研いだり、ステオのボリュームを大きくする等、昼夜間問わずの行為による近隣住民への負担は計り知れない。

近隣苦情等への対応において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条(警察官通報)の適用以外では、家族との協働により官通本人への受診支援が必要となる事が多い<sup>2)</sup>。といは、対象者への受診支援に加えて、住民と関係機関の話し合いの設置や精神障害者と住民の仲介役とのつながり・仲介役となる住民への支援は、地域では主として保健所・保健センターの保健師が行っていた。入院中から地域移行の場面では看護師が担う事例もあった。

## 2. 精神障害者と住民の相互交流

精神障害者と近隣住民との日常的な関わりについて、まず精神障害に理解のある関わりやすい人から関わり始める事の順序性<sup>20)</sup>が重



るくそ人、近、にへあでにと、生害表現  
ねし、るはとめの民、民が大明が機たに、  
重、樂るあ見者たの住、住在文、説な契つ共た、  
み、じの知患るもる存大のつがでい精、  
積、く生、解の症いるええのがそに事な域て、  
を、なが理こ調てな訴抱民事、堵たつ地っす合、  
驗、はい、失て異をを住るた安しにが居り、  
経、で思がる合、当は情、安るすつ、の及流者な入折、  
る、のう困す統をと苦、不す接あ民波交象つに「  
わ、るい範及い点況、明にで住に互、対に居を「  
関、けとの波よ焦状に、説通、ジた民相、れ住性、  
、避、う者とのに、るう、況を普一え住のて入同、  
る、をろ他へ、りいよ、理、解はセ抱がで、  
い、のわる人、一わてた、状に、ッを感、活を受、  
て、る関、わい口、関、つれ、害、者、体、う、不、安、  
べ、わ、ら、関、な、ト、の、こ、ら、  
述、関、自、ら、ン、と、起、見、精、神、障、害、具、い、  
と、で、じ、結、ら、病、住、情、献、し、精、神、障、害、と、て、こ、  
だ、で、感、の、か、疾、隣、苦、文、対、精、つ、あ、よ、た、な、そ、活、  
要、事、感、の、か、疾、隣、苦、文、対、精、つ、あ、よ、た、な、そ、活、





れた。また、精神障害者との相互交流により、さらに住民の不安が軽減され、精神障害者との関係は均衡を保てるようになったという変化を認めた。

## 第2章 文献

- 1) 社団法人 日本精神保健福祉連盟. 厚生労働省平成 23 年度障害者総合福祉推進事業 地域精神保健活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書. 2012 ; 70-72.
- 2) 吉本照子, 駒澤尚代. 精神保健福祉相談で近隣苦情が出た人の支援に向け家族を支援するための課題分析の視点. 保健医療科学 2012;61(2):166-175.
- 3) 米倉睦弥, 稲葉洋恵, 岸川康子. 「精神福祉相談における近隣苦情対応のガイドライン」の作成. 日本公衆衛生学会抄録集 2009;68:536.
- 4) 石井健二, 羽原孝子, 小山恵子, 他. 近隣苦情に対する精神保健相談マニュアル. 神奈川県公衆衛生学会誌 2009;55:59.
- 5) 小山恵子, 羽原孝子, 水澤千鶴子, 他. 近隣苦情事例に関わる援助者へのスキルアップ研修の取組. 日本公衆衛生学会抄録集 2009;68:536.
- 6) 米倉睦弥, 高橋朋克, 稲葉洋恵, 他. 「精神福祉相談における近隣苦情対応のガイドライン」の作成」相模原保健所の取り組み. 保健師ジャーナル 2009;65(9):756-762.
- 7) 平松さやか, 江森静子, 波田野房枝, 他. 精神保健福祉相談における近隣苦情の現状分析と対応方法の考察. 日本公衆衛生学会抄録集 2007;66:550.
- 8) 柳澤尚代, 吉本照子. 精神保健分野における住民からの苦情・相談や情報提供に対する判断と支援. 日本公衆衛生学会抄録集 2007;66:550.
- 9) 厚木保健福祉事務所. 近隣苦情に対する精神保健相談対応マニュアル, 神奈川;2008;1-2.
- 10) 青木桂子, 半澤節子. 「相談対応」の技術 こんな相談にどう対応する? 精神保健領域で出会う相談 近隣苦情の対応. 保健師ジャーナル 2009;65(4):285-287.
- 11) 橋本雅美, 二宮博文, 荒井澄子, 他. 近隣苦情を伴った受診困難ケースへの入院までの援助(その1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 34 条による移送を実施した一事例を通して. 東京都保健医療科学学会誌 2002;106:300-301.
- 12) 沢田真里子. 近隣とトラブルをおこしている精神分裂病患者とキーパーソンへのかかわり 家族の機能と地域の役割. 神奈川県公衆衛生学会誌 1985;30:75-76.
- 13) 6) 再掲
- 14) 篠原あゆみ, 河野英明, 高橋和江, 他. 近隣トラブルからの回避から地域生活につなぐ統合失調症患者への支援の分析. 四国公衆衛生学会雑誌 2010;55(1):36-37.
- 15) 中村佳広. 12 年間未治療だった患者へのアプローチ 地域との連携でみえてきたもの. 日本精神科看護学会誌 2008;51(2):202-206.
- 16) 堤田伸一, 江口好香. 隣人に被害妄想がある単身生活者への退院の取り組み一勉強会・外泊訪問と退院後の地域支援体制を整えて. 日本精神科看護学会誌 2009;52(2):209-212.
- 17) 星野ゆう子. 家族看護学の理解 家族援助へのアプローチ 近隣住民から不安をもたらしている精神障害者家族へのアプローチ. 看護技術 1994;40(14):95-104.
- 18) 作間智鶴子. 精神障害者のリハビリテーション 地域で精神障害者の生活を見守る住民たち. 保健婦雑誌 1995;51(4):274-280.
- 19) 野村恭代. 施設と地域住民の合意形成に及ぼす社会的要因: 精神障害者施設を対象にしたアンケート調査から. 帝塚山大学心理社会福祉学部紀要 2010;6:155-164.
- 20) 時田礼子, 佐藤紀子, 宮崎美砂子. 在宅精神障害者と近隣住民が関わりを持つことにより生活の質が変化し地域での豊かな生活に向かったプロセス. 千葉看護学会会誌 2014;19(2):11-19.
- 21) 穴戸明美, 貝田富子, 小野寺琴江, 他. 共同住居に入居する精神障害者と地域住民の折り合いについて. 病院・地域精神医学 2001;44(2):212-214.
- 22) 野村恭代. 精神障害者施設における施設コンフリクトの実態. 社会福祉学 2012;53(3):70-81.



## 第 3 章

精神障害者の地域生活支援からみた  
ソーシャル・キャピタルに関する文献検討

健全、共障す症のし、で事り、動民てソ、まっ努き健るい  
保て、び神す神ト民が、は、<sup>2)</sup>く、活住え、<sup>3)</sup>れうなで保いて  
域、い、及精が精の住活、で制いづる師や支て、「こ合的決域用べ  
地、お、助、行、と隣生、域、体、す、域、あ、健、”を、し、で、え、織、解、地、を、述  
「に、自、移、に、民、近、の、地、る、や、地、で、保、場、活、そ、は、中、文、組、が、た、念、と  
た、」たる域う住、で、る、な、す、れ、い、要、，“生、に、の、が、題、れ、概、要、  
れ、針、しい、地、よ、隣、り、域、あ、か、ア、ら、す、重、ら、う、の、め、動、々、議、問、わ、の、必  
さ、指、用、て、ら、た、近、め、地、が、豊、ケ、得、や、が、か、合、々、い、た、活、人、討、活、培、ル、が、必  
訂、的、活、れ、か、べ、が、の、題、が、を、を、し、ル、場、え、人、て、の、護、の、の、生、で、タ、事  
改、本、を、ら、型、述、等、題、そ、問、ル、者、感、ら、タ、立、支、べ、成、看、域、々、ま、び、る  
に、基、ル、げ、容、で、情、課、が、な、タ、齡、心、暮、ピ、の、が、が、述、醸、生、地、人、康、れ、ヤ、す  
年、る、タ、挙、収、章、苦、う、者、刻、ピ、高、安、が、ヤ、師、士、ク、と、ル、衛、た、た、健、こ、キ、化  
24) す、ピ、が、院、2、隣、い、害、深、ヤ、や、の、者、キ、健、同、一、る、タ、衆、き、し、の、ル、視  
関、ヤ、進、病、第、近、と、障、の、キ、々、活、害、ル、保、民、ワ、す、ピ、公、て、と、域、し、ヤ、可、視  
成、に、キ、推、は、た、る、神、等、ル、人、生、障、ヤ、住、ト、驗、ヤ、れ、盤、地、と、シ、化、  
平、進、ル、の、活、中、し、え、精、る、ヤ、つ、神、シ、は、<sup>3)</sup>ッ、経、キ、り、さ、基、て、提、一、化、  
2012 ( 推、ヤ、援、生、る、連、抱、な、シ、も、く、精、一、<sup>3)</sup>て、ネ、を、ル、あ、開、を、つ、前、ソ、語、  
の、シ、支、の、れ、関、を、や、く、一、を、す、ソ、野、い、の、事、ヤ、で、展、り、よ、を、を、言、  
策、一、の、者、ら、に、ル、安、ら、ソ、害、や、ら、は、平、お、士、る、シ、要、も、が、に、事、動、で、  
對、ソ、助、害、め、状、ブ、不、づ、障、き、か、に、に、同、い、一、が、で、な、力、る、活、事、る、

59



ソーシャルキャピタルは、その多面的な要素から整理・分類して捉え、活用する必要がある<sup>4)</sup>と言われているため、本研究では構成要素の特徴による分類<sup>5)</sup>を活用する。この分類とは、規範的なものを代表とする「認知型ソーシャルキャピタル」、ネットワークなどに代表される「構造的ソーシャルキャピタル」で構成されている。

## 第2節 方法

医学中央雑誌 Web (Ver.5) を用い、(精神障害 or 精神障害者) and (ソーシャルキャピタル or 住民組織 or コミュニティオーガニゼーション or 市民活動 or 市民団体 or 地域) のキーワードで 2003 年～2013 年に発行された文献を検索した。ヒットした文献のうち、精神障害者の地域生活支援に言及した記載を含む文献を分析対象とした。

対象文献の発行年の推移、研究手法を確認した後、文献の研究結果については以下の項目に沿って質的に内容分析を行った。本研究ではソーシャルキャピタルの枠組みである「認知的ソーシャルキャピタル」「構造的ソーシャルキャピタル」を用い、各ソーシャルキャピタル測定に用いられる以下の構成要素を採用し「認知的ソーシャルキャピタル」では①一般的信頼感②互酬性の規範③他人への不信④地域への愛着⑤地域ストレス対処とした。「構造的ソーシャルキャピタル」では、①垂直的組織②水平的組織③友人との面会④家族との面会⑤受領サポート⑥提供サポートとした。枠組みに沿った記述から、意味内容に沿って切片化した記録単位を初期コードとした。枠組み毎に類似した内容をグループ핑し、「精神障害者の生活を支えるためのソーシャルキャピタルコード」とした。それぞれのコード数、精神障害者の生活を支えるためのソーシャルキャピタルコード名の意味内容を概観し、精神障害者の地域生活を支えるためのソーシャルキャピタルの特徴を具体化した。

分析のプロセスでは，公衆衛生看護学の専門家によるスーパーバイズを受け，妥当性の確保につとめた．

### 第 3 節 結 果

#### 1. 対 象 文 献 の 概 要

対象文献は 15 件であった．該当文献の著者，発表年，研究目的，研究対象，研究方法，主要な結果の概要を表 1 に示した．発表年は 2003 年 4 件，2004 年 1 件，2006 年 2 件，2007 年 1 件，2011 年 2 件，2012 年 2 件，2013 年 3 件，研究手法では，質的研究 10 件，量的研究 3 件，精神保健福祉活動の縦断的分析 1 件，精神保健福祉活動の横断的分析とアンケートが 1 件であった．研究対象は，精神障害者 6 件，地域精神保健医療福祉施設職員 2 件，精神障害者と精神医療保健福祉施設職員 3 件，地域住民 1 件，精神保健福祉活動と精神障害者家族 1 件，セルフヘルプグループ 1 件，地域の歴史的経緯，人口の推移に関するデータ，作業所関係者 1 件であった．研究目的については，地域生活を継続できる要因 2 件，精神障害者の暮らしやすさ 1 件，精神障害者の社会参加 1 件，災害時支援 1 件，地域生活を進展させるソーシャルキャピタルの促進要因と阻害要因 1 件であり，精神障害者の地域ケアを明らかにする事を目的にした研究が 7 件あった．また，単身生活者への多職種連携 1 件，支援者の活動と役割 1 件，精神障害者のセルフヘルプグループに対する保健師の支援活動 1 件であり，精神障害者支援に関わる職種の役割や連携を明らかにする事を目的とした研究が 3 件あった．その他，精神障害者の共生に関する住民の認識 1 件，精神保健福祉活動事例 2 件，社会復帰施設の普及啓発活動 1 件，人口過疎地域における精神障害者の社会復帰の課題が 1 件あった．



表 1 対象文献の概要 (n=15)

| 著者                       | 発表年  | 研究目的                                                                              | 研究対象                                   | 研究方法           | 主要な結果                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 宮武郁夫<br>他 <sup>6)</sup>  | 2013 | 精神科救急入院科病棟を退院した患者が地域生活を継続できる要因を明らかにする。                                            | 精神科救急入院科病棟を退院し、外来通院しながら地域で生活している患者 7 名 | 半構造的インタビュー     | 精神科入院科病棟を退院した患者が地域生活を継続できる要因は、以下の 5 つである。1. 医療者を信頼している事2. 病状や日常生活が安定している事3. 家族関係が適切である事4. 居場所が確保できている事5. 社会復帰の強い思いがある事                                                                                                                                                                     |
| 曾谷貴子 <sup>7)</sup>       | 2013 | 精神障がい者が、農村地域で健康的に安定した生活を続けている要因の構造化を行う。                                           | 統合失調症による入院歴があり、治療を継続している農村で暮らす患者5名     | インタビュー調査       | 農村地域の生活は「農作業を通じた近隣との付き合い」が得られやすく、自然にソーシャルネットワークが形成されている。農作業は自分のペースを崩さずにできる仕事で、体調が整いやすく、『就労・生活の楽しみ、人生の目標』に繋がる。精神障がい者が地域で暮らし続けていくためには、『居場所がある』事、その人にとっての居場所の選択が最も重要である。                                                                                                                      |
| 宮本奈美<br>子他 <sup>8)</sup> | 2013 | 1) A市で暮らす精神障がい者の災害時支援に関するニーズと課題を明らかにする 2) 在宅の精神障害者に必要な災害時支援について考えるための示唆を得る        | 精神医療保健福祉施設を利用する精神障がい者 104 名、スタッフ63名    | 選択式・自由記述式アンケート | ①A市で暮らす精神障がい者が災害のイメージを持ち支援への関心が高い傾向にある一方で、スタッフでは災害対策への関心が高く支援の必要性を感じているものの明確なイメージを持たず不安が高い傾向にある事が明らかになった。②地域の当事者への災害時支援では、彼らの不安の解消とともに持てる力に着目し、日常の中で災害時対処能力を高める教育的関わりを行う事が重要である。③地域内外の医療機関の連携により継続的な精神医療の提供を可能にする災害時精神医療体制・精神保健医療福祉施設と行政が連携協働できる体制の整備、施設スタッフの意識と支援力の強化が必要である。              |
| 安藤満代 <sup>9)</sup>       | 2013 | 精神障害者が、地域で生活していく事を進展させるソーシャルキャピタルとしての促進要因と阻害要因を明らかにし、支援方法の示唆を得る事。                 | 5 名の統合失調症患者                            | 半構造化インタビュー     | 「支えになっている事」は、【家族や親類の支え】【病院やデイケアの支え】【就労での仲間】【友人や地域の支え】【経済的援助】【楽しみ、希望、心の支え】であった。「上手くいっている事」として【良好な家族関係】【病氣と付き合う事】【病院スタッフとの良好な関係】【デイケアの活用】【就労への前向きさ】【地域社会での生活の工夫】【日常生活の自立】【経済的支援の需給】であり、促進要因と考えられた。一方「困っている事」は【希薄な家族関係】【医療への不信と要望】【就労への心配】【将来への心配】【地域社会の偏見】【生活環境の不便さ】【不安定な経済】など、阻害要因が明らかになった。 |
| 千葉理恵 <sup>10)</sup>      | 2012 | 精神障害をもつ人々とよりよく共生するために、地域住民が居住地域や自身にどのような事が不足しているかを質的に明らかにする。                      | 東京都内の住民 2,000 名                        | 自記式調査票         | 274 名を分析対象とした。東京都内の地域住民が、精神障害をもつ人々と共に地域で心地よく生活するために居住地域や自身に不足していると感じているものには、精神疾患についての理解を深める事や、精神障害をもつ人との交流、地域住民同士の交流などに関する回答が多くみられた。                                                                                                                                                       |
| 池上辰也<br>他 <sup>11)</sup> | 2012 | 病院スタッフや地域支援者など多職種との役割や関わりから地域住民の理解と地域生活に至るまでを振り返る。単身地域生活者の多職種の介入の実態と本人の思いを明らかにする。 | 統合失調症をもつ B 氏と B 氏に関わる保健師・ヘルパー          | 事例研究           | 1. 精神障がい者へのスティグマ、偏見、差別の是正なしで地域定着は困難である2. B 氏の単身生活には、病院・地域のチームアプローチが効果的であった3. B 氏が地域定着するために B 氏自身からの地域住民との関わりや支援者の介入は、B 師への負のイメージを減らした                                                                                                                                                      |
| 小野田咲 <sup>12)</sup>      | 2011 | ①地域活動支援センターと訪問看護で働くスタッフの役割と活動を明らかにする②地域で生活を継続していくための今後の課題を明らかにする                  | 地域精神保健医療福祉施設スタッフ 4 名                   | 半構成的インタビュー     | 施設に共通の役割として、精神障がいの【再発予防】【早期介入】精神障害者の【活動の場の提供】、その具体的な活動として【生活支援】【家族支援】【連携】【啓発】【心理教育】が抽出された。今後の課題としては【人員不足】【生活支援の枠組みがない】【家族への支援体制が確立されていない】【連携のムラ】【地域住民への理解が不十分】【精神障がいのホームヘルプサービスの介入数が少ない】【3ヶ月で早期退院という国の体制】が報告された。                                                                           |



|                        |      |                                                                                        |                                                         |                            |                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 坂井郁恵 <sup>13)</sup>    | 2011 | 地域で生活する精神障害者の生きがいの具体的な内容と特徴、生きがいに影響を与える体験を明らかにする                                       | 3年以上地域生活を続ける精神障害者 17 名                                  | 半構造的面接                     | 生きがいの内容を示す 5 つのカテゴリ【他者の存在と関わり】【現在の生活への肯定的な感情】【趣味】【信仰】【仕事】と、生きがいに影響を与える要因を示す 6 つのカテゴリ【自覚する症状と病気】【他者による肯定的な理解と助言】【現在の生活】【あえて距離をとる対人関係】【家族との関係】【生きがいの気づきにさ】が抽出された。                                                             |
| 岡本隆寛 <sup>14)</sup>    | 2007 | 地域で生活する精神障害者が「暮らしやすさ」をどのように感じているのか、現状と課題を把握する                                          | 地域で生活する精神障害者 175 名                                      | 無記名自記式調査紙                  | 暮らしやすさ尺度の地域住民との比較の結果、14 項目中 12 項目に有意差を認めた。精神障害者の暮らしやすさの現状として、1、地域社会とのつながりの希薄さや身体的状況に伴う活動上の制限 2、人間関係の困難さ 3、日常生活の充実感や生活の質に対して満足感が得られていない事が分かった。因子分析により、【日常生活を支える対人関係と心理的安定】【生活の質と地域社会参加】【暮らしを支える環境】【地域への帰属感】の因子が抽出された         |
| 新井信之他 <sup>15)</sup>   | 2006 | 三宅島における精神保健福祉活動経過及び精神障害者の家族の状況把握を通した活動の特徴と保健師活動の方向性の明示                                 | 1994～1998 年の精神保健福祉活動、三宅島在住の通院医療費公費負担制度を利用する精神障害者の 13 家族 | 精神保健福祉活動の横断的分析、家族へのアンケート調査 | 三宅島では、保健師による家庭訪問指導による精神障害者と家族のニーズ把握が端緒となり、保健所デイケア、家族教室、家族会などの充実がはかられている。家族は島外の精神専門医療機関を受診する事に経済的・身体的負担を感じ、日頃から病気の事を隠したい気持ちと仲間が集える場を確保したい希望を抱いていた。保健師活動の方向性は 1、ニーズを重視した支援、2、社会的支援の充実 3、社会資源の有効活用 4、教育を含む関係機関との連携の一層の推進が示唆された |
| 中村智子 <sup>16)</sup>    | 2006 | 社会福祉施設の地域との関わりにおいて、社会復帰施設の普及啓発活動の現状を把握する。どうすれば地域交流が促進されるのか、また社会復帰と地域との関係を阻害する因子を明らかにする | 社会復帰施設職員 8 名                                            | 半構造的面接法                    | 地域の行事や活動への参加など、日常生活を通して地域住民との交流を行っていた。間接的接触により地域住民は【ポジティブな反応】を示している。しかし、未だ精神障害者に対してネガティブなイメージが強かった。社会復帰施設と地域との関係を阻害する因子の「偏見・差別」が【地域住民側の障壁】【社会復帰施設側の障壁】【社会的障壁】であった。社会復帰施設の施設整備不足や運営体制、啓発における力量、地域交流の機会の減少、一施設・法人のみの力には限界がある。 |
| 柴田文江 <sup>17)</sup>    | 2004 | 精神に障害を持つ人の「社会参加」とは何を指すのかを明らかにし、「社会参加に関連する要因」について言及する                                   | 入院歴を持ち、最終退院後 3 年を地域で継続して暮らす 12 名                        | インタビュー調査                   | 「社会参加」は、仕事、仕事以外の活動場所、趣味、社会運動などである。障害のない人と同様であった。しかし、当たり前の「毎日の」維持そのものが大変な苦勞を伴っていた。障害を持つ人にとって「地域生活の維持」は大きな社会参加である。社会参加に関連する要因では、地域生活は仕事・活動で組み立てられており、仕事や活動環境の整備も大きな課題である。加えて、「自尊心の問題」「病気の受容・開示」は社会参加に影響する大きな要因だと思われる。         |
| 守田孝恵他 <sup>18)</sup>   | 2003 | 地域保健活動の全体を視野に入れた、精神障害者の SHG に対する保健師の支援活動の特徴を明らかにする                                     | 東京都内で発足当初から保健師が関わる 2 つの SHG                             | グループ代表に半構造化面接、保健師に半構造化面接   | 1、SHG への保健師の関わりは、代表の特性を理解した上での生活目標への支援という形で行われていた 2、保健師は、グループの代表と地域の関係機関や地域住民の双方への働きかけを行っていた 3、保健師の SHG 支援は地域全体の保健活動との関連の中で展開されていた 4、保健師は、SHG への支援をとおして、精神障害者の「生活のしやすさ」を重視した地域づくりへと発展させる機会をつくっていた                           |
| 矢島まさえ <sup>19)</sup>   | 2003 | 精神障害者の人口過疎地域における社会復帰の課題を明らかにし、精神障害者とその家族の自立を支援する地域支援体制のあり方を検討する。                       | 精神保健福祉業務に 5 年以上従事する保健師 5 名                              | 半構成質問紙を用いて面接を実施            | 精神障害者の人口過疎地域における地域支援体制の課題として、地域における専門医療サービスの強化、地域生活支援サービスの強化、経済基盤を支えるサービスの検討、ケアチーム作りの促進の必要性が明らかになった。今後の方向性として、地域の実情を踏まえたケアシステムの構築に向けた関係機関の恒常的な連携を確立していく事が急務であるとする。                                                          |
| 佐久間えりか他 <sup>20)</sup> | 2003 | 人口 1 万数千人の町で活動を続けている作業所を 1 つの事例として取り上げ、地域社会という文脈からその活動について検討を試みる                       | 地域の概要、歴史的経緯、人口の推移に関するデータ、作業所関係者                         | 基礎データを収集しまとめる、聞き取り調査       | 作業所設立からの経緯は 3 つに分けられた。作業所の運営には町行政のサポート、作業所関係者、周囲の社会資源との連携がある。                                                                                                                                                               |



ソーシャルキャピタルの枠組みに沿って分析した結果，認知的ソーシャルキャピタル 30，構造的ソーシャルキャピタル 116 の初期コードが得られた（表 2）．以下，【 】は精神障害者の生活を支えるためのソーシャルキャピタルコード名，『 』は初期コードの記述である．

## 2. 認知的ソーシャルキャピタル

精神障害者は【病院への信頼】【主治医への信頼】【看護師への信頼】【保健師への信頼】により，医療への安心感を抱き通院を続ける事ができていた．【他人への不信】では，コードを認めなかった．

仕事を通じて【社会的な役割を果たしたい】と思ひ，それを続ける事で【人の役に立つ実感】を感じていた．

【地域住民としての役割意識】を持ち，自ら【住民に挨拶】を心がけていた．また，島に居住する精神障害者の家族では『差別的な発言が間接的に聞こえてくる』ように思ひ，『近隣の冠婚葬祭などへの出席が苦痛』と感じるなど【狭い地域での生きづらさ】が表されていた．

精神障害者が『大声を出す』などの言動により『住民に不安を与えてしまった』た事で【精神障害に対する負のイメージ】を抱く事例も認められた．さらに，住民が『精神疾患について知識や症状が激しい時の接し方を知らない』事が関連する【住民とのトラブル】が認められた．また，精神障害者は【災害に対するイメージ】を持つ事ができている一方で，支援者は，『精神障がい者の持つストレス脆弱性や服薬中断による精神症状悪化，ソーシャルサポートの乏しさを口頃の関わりから実感』し，【災害支援に対する不安】を抱いていた．

## 3. 構造的ソーシャルキャピタル

【就労】し【社会的立場】を得た事で，『達成感や充実感』を感じていた．一方で，『指導

員と利用者の関係が仲間としての感じがしない』という【作業所の指導員と利用者の関係】についての記述を認めた。

【作業所・デイケア・ソーシャルクラブ】  
【フリースペース】【地域活動支援センター】  
での【人との交わり】が生活の一部となっていた。【保健師とのサロン】がデイケアに発展した事例、家族への集团的支援としての【家族教室】が『定例会として開催が定着』した事例、保健師の支援から【セルフ・ヘルプ・グループ】が発足した事例が認められた。また、  
【地域の一員】として生活する一方で、【近隣に病気を隠す】精神障害者の生活もあった。

【病気を受け入れる友人】の『存在や友人と過ごす時間を生きがいと感じ』ていた。

【家族構成】には『高齢の母と同居』『父（精神障害者）子』の世帯、『一人暮らし』というバリエーションがあった。【家族との良好な関係】を持ち【家での安らぎ】を感じる者に対し【家族と折り合いが悪い】と感じる者や【親戚に病気を隠す】者もいた。また、『ひとり暮らし、家族があっても障害者に無関心である事例、他の家族も精神疾患を持っている事例』では、【家族の支援が受けられない】という課題、精神障害者が子どもを持っている事例では【病状が子どもの養育に影響】する実態もあった。

【医療の安心感】【経済的援助】【食事支援】は生活を送る上での安心感となっていた。インフォーマルな【家族の支え】【友人の支え】  
【近所の住民による支援】に加え、フォーマルな【保健師の支援】【行政の支援】【ヘルパーの支援】【通所事業所職員の支援】もあった。  
【人の和】の他に【休める環境】【宗教の存在】が『支えになる』と感じる者もいた。一方で、『友人等の他者との交流がない生活を送っている者』は【サポートがない】と感じていた。デイケアメンバーに対して【他者をいたわる言葉】をかけるというサポートがみられた。



表 2 ソーシャルキャピタルの枠組みに沿ったコードの分類 (n=146)

| ソーシャルキャピタルの枠組み (初期コード数) | 精神障害者の生活を支えるためのソーシャルキャピタルコード名 | 初期コード数<br>(n=146) |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------|
| 認知的ソーシャル<br>キャピタル (30)  | 病院への信頼                        | 2                 |
|                         | 主治医への信頼                       | 3                 |
|                         | 看護師への信頼                       | 1                 |
|                         | 保健師への信頼                       | 1                 |
|                         | 人の役に立つ実感                      | 3                 |
|                         | 社会的な役割を果たしたい                  | 3                 |
|                         | 他人への不信 (0)                    |                   |
|                         | 地域住民としての役割意識                  | 1                 |
|                         | 狭い地域での生きづらさ                   | 1                 |
|                         | 住民に挨拶                         | 3                 |
|                         | 精神障害に対する負のイメージ                | 5                 |
|                         | 住民とのトラブル                      | 1                 |
|                         | 災害に対するイメージ                    | 2                 |
|                         | 災害支援に対する不安                    | 4                 |
|                         | 就労                            | 9                 |
|                         | 社会的立場                         | 1                 |
| 構造的ソーシャル<br>キャピタル (116) | 作業所の指導員と利用者の関係                | 1                 |
|                         | 作業所・デイケア・ソーシャルクラブ             | 10                |
|                         | セルフ・ヘルプ・グループ                  | 2                 |
|                         | フリースペース                       | 1                 |
|                         | 家族教室                          | 1                 |
|                         | 地域の一員                         | 6                 |
|                         | 人との交わり                        | 2                 |
|                         | 地域活動支援センター                    | 1                 |
|                         | 保健師とのサロン                      | 1                 |
|                         | 近隣に病気を隠す                      | 1                 |
|                         | 友人 (1)                        | 1                 |
|                         | 病気を受け入れる友人                    | 1                 |
|                         | 家族との良好な関係                     | 3                 |
|                         | 家族と折り合いが悪い                    | 8                 |
|                         | 家族構成                          | 4                 |
|                         | 家での安らぎ                        | 1                 |
|                         | 家族の支援が受けられない                  | 3                 |
|                         | 病状が子どもの養育に影響                  | 1                 |
|                         | 親戚に病気を隠す                      | 1                 |
|                         | 家族の支え                         | 9                 |
|                         | 家族からの食事支援                     | 5                 |
|                         | 友人の支え                         | 3                 |
|                         | 経済的援助                         | 4                 |
|                         | 近所の住民による支援                    | 12                |
|                         | 医療の安心感                        | 4                 |
|                         | 保健師の支援                        | 4                 |
|                         | 行政の支援                         | 5                 |
|                         | ヘルパーの支援                       | 2                 |
|                         | 通所事業所職員の支援                    | 4                 |
|                         | 宗教の存在                         | 1                 |
|                         | サポートがない                       | 2                 |
|                         | 人の和                           | 1                 |
|                         | 休める環境                         | 1                 |
|                         | 提供サポート (1)                    | 1                 |
|                         | 他者をいたわる言葉                     | 1                 |

## 第 4 節 考 察

### 1. コード数からの検討

精神障害者の地域生活支援に言及した記載を含む文献からソーシャルキャピタルの概念を枠組みに沿って記述内容を抽出した結果、認知的ソーシャルキャピタルよりも構造的ソーシャルキャピタルのコードが大きく上回った。対象文献の調査地域にばらつきがあるものの、精神障害者の地域生活を支えるためのソーシャルキャピタルは、規範よりもネットワークの要素が大きい事が示された。

「精神障害者の生活を支えるためのソーシャルキャピタルコード」数が最も多かったのは、構造的ソーシャルキャピタルの〈受領サポート〉であった。また、〈受領サポート〉の中で、【近所の住民による支援】のコードが最も多くの 21.1% を占めたことから、地域で生活する精神障害者にとって、近隣住民からの日常的な支援を受けている事が考えられた。

### 2. 受領サポートと互酬性の規範

受領サポートのカテゴリーには、【家族からの食事支援】【経済的援助】があり、道具的サポートと情緒的サポートが含まれた。また、【家族の支え】【友人の支え】【保健師の支援】【行政の支援】【ヘルパーの支援】【通所事業所職員の支援】は、家族や友人など身近なネットワークや多職種によるサポートがあった。人的なネットワークの他には、【医療の安心感】【宗教の存在】【人の和】【休める環境】なども含まれ、受領サポートの内訳を概観すると多様な要素で構成されている事が明らかとなった。

本研究における対象文献の調査対象が地域で生活を送っている精神障害者であり、医療を継続的に受けながら社会復帰施設に通所したり、相談できる場を確保できていた背景がサポートを受けている感覚に影響していると思われる。一方、『友人等の他者との交流がな



なると、活躍の場を求め、  
ト域で働く。一  
ポのタとをゴ社、会発  
サ者ピ員リテ【はた社誘  
】も踏まえるが、  
は実態的な障害の一返力やドッ、を  
でいう情緒的障キの見の】一なは動  
』といひ、シ、特定・実うか支な  
者とよは一は、特るついら労働  
いるとお事ソ、とはあ立と明就發  
いたお事ソ、とはあ立と明就發  
てい段的くのた性か事役い事者、  
って段抱めれ酬者すのたる害て、  
送じ手をたさ互他施人しす障した  
を感じ感る唆、が【た得神通れ  
を感ら感る唆、が【た得神通れ  
生活とか心え示たり分た果獲精をさ  
生【者安支がまあ自れをて、り唆

### 3. 地域ストレス対処と近隣との関係

【災害】に安るるスしく少会症をま低つもの係に重要性  
害【】不すえなと多減社核害込の持どる関活ラ必係障  
障ル対抱的るを中障り欲がをあの生トが関神  
神ブすにが定げた因がの神刷意身】でとの事の精  
精ラ対者身否妨ま要る状精と自ジ題民ててる民  
【トに害自己く害い症いさ一課住つつす住た  
はの援障分自きす阻て神はな低てメなとよにとま  
でと支神自大ぼき精りきのっイ要どにか者  
処民害精たを及ててよで価がの重な方るら害る  
対【住災】はっ復をいれはう加評た負は】双れ明障け  
ス【】たてあ回響おさンい参己しるかル民らを神続  
レジれしもの影になヨと会自すくブ住え策精し  
ト一さとマ者も設がシる社る対いら考方化  
スメモ出】グ事に施み一いら性あにてト者とぐる変  
域イイ抽ジイ当度連組テてか極で者しの害る防え  
地のるが一テは態関りりきる消因害滅と障えに考で  
負すドメスマの科取ビ起いた要障軽民神与然と的  
たる対一イるグへ伸るはらてきが神に住精を未る動  
ますにコのない療精せりかえて等精う【は響をあ流  
対害の負内テ治のさ的状态抱れ下【よ性影ルでは

要素としての家族障害の害意必要  
な家族障害の害意必要  
的家族障害の害意必要  
した家族障害の害意必要  
多しという精神家族支援  
のという精神家族支援  
なれ【】と本人し  
因えら【】と本人し  
要考づ隠し、地域性  
域ときを尊重し、地域性  
地る生気を尊重し、地域性  
やすの病事に、地域性  
因絡で病事に、地域性  
要交隣あとも、地域性  
人に地近もと、地域性  
個雑い【】と本人し  
の複狭【】と本人し  
者が【】と本人し

ルのメをしのおき又し交響支援よ域か埋  
タ者因検調性ならトとの影、支、地る  
ピ齡トての女う立ッ隣荷告生あ者がに  
ヤ高ッしでのよ「イ近負報ので害響脈  
キのイ用域以上のリスネ、神のへ見障影文  
ル域フ使地以スベおの、象な精うし  
ヤ地ネを一歳をスベおの、象な精うし  
シ疎べ目同、60の「はてへる、対要、よに  
一過と項は、借りス」れ者い、重たの体る  
ソ間クルはい、貸しル「いさ齡てのとれど主え、集、成、ヤ、団、述、の、さ、の、し、ソ、え、今、つ、い、可、能、し、精  
と山スタで多貸しル「いさ齡てのとれど主え、集、成、ヤ、団、述、の、さ、の、し、ソ、え、今、つ、い、可、能、し、精  
性、リピ報告の貸しル「いさ齡てのとれど主え、集、成、ヤ、団、述、の、さ、の、し、ソ、え、今、つ、い、可、能、し、精  
係はのヤ報人物の付き示地摘もみ得つ人と個に一・性タ要ピ必レつ対す踏まえ、今、つ、い、可、能、し、精  
関てスキの人数やメンタの事過をなか究にと本る、心ソ人重要ピ必レつ対す踏まえ、今、つ、い、可、能、し、精  
のいヘル<sup>21)</sup>の「は」は程度が性異点研人、あは<sup>22)</sup>をいをのキ討個を活、以上が少得数結果  
とつヘル<sup>21)</sup>の「は」は程度が性異点研人、あは<sup>22)</sup>をいをのキ討個を活、以上が少得数結果  
隣にルシ永、交相「は」は程度が性異点研人、あは<sup>22)</sup>をいをのキ討個を活、以上が少得数結果  
近隣にルシ永、交相「は」は程度が性異点研人、あは<sup>22)</sup>をいをのキ討個を活、以上が少得数結果  
関ンソた結い合はて流す究とつケに解  
井、点関すシ的みら地さ一論さあ



ル化害ヤが  
タ体障キ事  
ピ具精神ルく  
ヤを精チャい  
キ法、シて  
ル方に一し  
チャうらソに  
シいさのかる  
一とめられ  
ソかるた明ら  
のるあるでげ  
めすでえル挙  
た成題支べて  
る醸課をし  
えにが活域と  
支う事生地題  
をよ域を課  
活のい地ルの  
生どてのタ後  
域をし者ピ今

## 第 5 節 結 論

さ 杵 果 ソ リ シ 大 受 な を 地 ル  
述 念 結 的 回 一 が を 近 ト は タ  
記 概 た 造 上 ソ 素 援 身 一 事 ピ  
が の し 構 く の 要 支 , ポ く ヤ  
踐 ル 討 も き め の な が サ 抱 キ  
実 タ 検 リ 大 た ク 的 者 な を ル  
の ピ を よ ぐ る 一 常 害 的 感 ヤ  
援 ヤ か ル ド え ワ 日 障 緒 心 シ  
支 キ る タ 一 支 ト ら 神 情 安 一  
活 ル す ピ コ を ッ か . 精 び る ソ  
生 ヤ 合 ヤ の 活 ネ 民 た る よ よ の .  
域 シ 整 キ ル 生 , 住 れ す お に め た  
地 一 に ル タ 域 は 隣 ら 活 的 ア た れ  
の ソ う ヤ ピ 地 ル 近 え 生 段 ケ る さ  
者 ら よ シ ヤ の タ , 考 で 手 な え 峻  
害 か の 一 キ 者 ピ に と 域 ら 様 支 示  
障 献 ど ソ ル 害 ヤ 特 る 地 か 多 を と  
神 文 と 的 ヤ 障 キ , い , 者 た 活 る  
精 た み 知 シ 神 ル く て た 援 め 生 あ  
れ 組 認 一 精 ヤ き け ま 支 含 域 で

### 第3章 文献

- 1) 竹島正, 河野稔明, 立森久照, 他. 地域精神保健医療の社会サービスへの統合とその評価・リーダーとなる人材育成に関する研究. 平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金(障害対策総合研究事業) 新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握およびその活動の評価等に関する研究 分担研究報告書 2014;7-21.
- 2) 山内直人. コミュニティにおけるソーシャルキャピタルの役割. 環境情報科学 2010;39 (1) :10-15.
- 3) 半野かよ子. 行政と市民活動との協働を基盤としたソーシャル・キャピタルの醸成. 保健師ジャーナル 2013;69 (4) :260-267.
- 4) 木村美也子. ソーシャル・キャピタル—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より—. 保健医療科学 2008;57 (3) :252-265.
- 5) 埴淵知哉, 村田陽平, 市田行信, 他. 保健師によるソーシャルキャピタルの地区評価. 日本公衆衛生学会誌 2008;55(10):716-723.
- 6) 宮武郁夫, 小川隼, 高橋彬斗. 精神科救急入院料病棟を退院した患者が地域生活を継続できる要因. 日本看護学会論文集:地域看護 2013;43:3-6.
- 7) 曾谷貴子, 日下知子, 揚野裕紀子, 他. 精神障がい者が農村地域で暮らし続ける事ができる要因の構造化. 日本看護学会論文集. 地域看護 2013;43:47-50.
- 8) 宮本奈美子, 近藤美也子, 井上誠, 他. 地域で暮らす精神障がい者のための災害時支援—アンケート調査からみえてきた現状と課題—. 日本看護学会論文集:地域看護 2013;43:39-42.
- 9) 安藤満代, 川野雅資, 広瀬真也. 精神障害者が地域で生活をするためのソーシャルキャピタルと支援. インターナショナル Nursing Care Research 2013;12 (1) :33-44.
- 10) 千葉理恵, 木戸芳史, 宮本有紀, 他. 精神障害を持つ人々と共に地域で生活するために, 地域住民が不足していると感じているもの—東京都民を対象にした調査の質的分析から—. 医療と社会 2012;22 (2) :127-138.
- 11) 池上辰也, 岡浦真心子, 木下真由美. 統合失調症患者の地域定着を目指したチームアプローチ—スティグマ・偏見がある地域での生活を目指して—. 日本看護学会論文集:精神看護 2012;42:7-9.
- 12) 小野田咲, 長江美代子. 精神障がい者が継続して地域で生活するための支援活動の現状と課題. 日本赤十字豊田看護大学紀要 2011;6(1):21-30.
- 13) 坂井郁恵. 地域で生活する精神障害者の生きがいの特徴. 日本看護科学会誌 2011;31(3):32-41.
- 14) 岡本隆寛. 精神障害者に地域生活における現状と課題 (第 1 報) —暮らしやすさに焦点を当てた質問紙調査により—. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究 2007;3 (1) :15 - 21.
- 15) 新井信之, 渡部幹夫, 渡邊喜代子, 他. 離島に勤務する保健師による活動の方向性: 三宅島の精神保健福祉活動と家族の状況. 医療看護研究 2006;2(1):95-101.
- 16) 中村智子. 社会復帰施設の普及啓発活動および地域との関係を阻害する因子の実態. 看護教育 2006;47 (8) :92-695.



- 17) 柴田文江,天谷真奈美,大塚麻揚.精神に障害を持って地域で暮らす人々の社会参加意識や生活行動に影響を及ぼす要因.病院・地域精神医学 2004;47(2):178-180.
- 18) 守田孝恵,高橋正雄,山村礎,他.地域における精神障害者セルフ・ヘルプ・グループへの保健師による支援:都内における2グループへの関わりの特徴を中心に.精神障害とリハビリテーション 2003;7(1):69-75.
- 19) 矢島まさえ,小林亜由美,梅林壱子,他.人口過疎地域における精神障害者の社会復帰支援体制の課題.群馬パース学園短期大学紀要 2003;5(2):303-310.
- 20) 佐久間えりか,笹木弘美,内田直子.精神障害者小規模共同作業所活動と地域社会との関連性の検討-ある小規模共同作業所活動の分析から-.Quality Nursing 2003;9(1):26-33.
- 21) 須永恭子,立瀬剛志,関根道和,他.山間過疎地におけるメンタルヘルスのリスクおよびベネフィット因子-富山高齢地域スタディー第1報-.社会医学研究第54回日本社会医学会総会講演集 2013;98-99.
- 22) 井上智代,片平伸子,平澤則子,他.新潟県立看護大学紀要.日本におけるソーシャル・キャピタルと健康に関する文献研究 2013;2:10-15.

## 第 4 章



## 第 4 章 精 神 障 害 者 の 近 隣 交 流 項 目 の 開 発

### 第 1 節 背 景 及 び 目 的

わが国の精神保健医療福祉施策は、入院医療中心から地域生活中心へという基本理念をもとにすすめられている。「精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン<sup>1)</sup>」によると、精神障害者の地域生活における危機事象には、「自殺」、「虐待」、「引きこもり」、「自傷・他害」に加え、「迷惑行為」が挙げられている。近隣住民の不安材料になる迷惑行為は、昼夜逆転、大きな音を立てる、奇声をあげる、じっと見つめる、妄想、暴力等とされている<sup>2)</sup>。「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書」によると、精神疾患に伴う言動が近隣住民にとって耐え難い場合、トラブルや摩擦が保健所への「近隣苦情」として顕在化する事が最も多いとされる<sup>3)</sup>。苦情事例は複雑化するほど、対応する行政職員の負担感や疲弊<sup>4)9)</sup>が大きくなるという問題がある。

しかし、苦情となる行為の基準は存在せず、行為を受ける住民の主観的な感じ方であり、その背景に当事者と近隣との人間関係や地域の事情が多くを占めるとされる<sup>10)</sup>。

先行研究<sup>11)19)</sup>を概観すると、近隣苦情は精神障害者の精神症状に起因した言動に対する住民の不安や恐怖が集積したうえでの行動である事が示されている。住民は解決を希求し、行政や自治会長、民生委員、警察に相談している事が確認できる。一方で、住民との相互交流により信頼関係が構築される<sup>12)20)21)</sup>と述べられており、近隣交流を通して精神障害者の「見張り」から「見守り」へ変化<sup>15)</sup>するプロセス、精神障害者に対する否定的態度の変化<sup>22)</sup>が明らかとなっている。

また近隣交流により、精神症状があっても近隣交流により住民とのトラブルや摩擦を生

にない関係を構築する事ができる事が示されている。近隣交流があると地域の許容性が増し<sup>23)</sup>、交流により同じ地域に住む人として認め合うようになる」と述べられている。

苦情に対する支援的関わりについては、近隣苦情を保健師の初回訪問時に医療へつなげるきっかけと捉える<sup>24)</sup>必要性や、苦情対象者の家族支援<sup>25)</sup>について論究されている。吉岡<sup>26)</sup>は、対応に苦慮する苦情事例の特徴と関連要因を明らかにした。また、苦情を回避する工夫として、住居確保する時点から実践する必要性<sup>27)</sup>が述べられている。

以上より、精神障害者の近隣交流について論究する事は、精神障害者が地域で生活をし続けるための支援的関わりを検討する上で非常に重要である。よって、本研究では、精神障害者の近隣交流項目を開発する。そして項目の信頼性・妥当性を検証する事を目的とした。

## 第 2 節 方 法

### 1. 精神障害者の近隣交流項目作成手順

近隣交流項目の作成手順を図 1 に示した。まず、先行研究<sup>20) 21)</sup>に記述されている精神障害者の近所付き合いとして「あいさつ」「回覧板」「おすそ分け」「相談」「物の貸し借り」「行事参加」「助け合い」「会話」「ごみ当番」の 9 項目を抽出した。その後、実務経験 15 年以上の保健師 4 名のスーパーバイズを受け、研究者が作成した。作成のプロセスでは近所付き合いには相補の関係性がある事を考慮した。例えば、「おすそ分け」であれば、おすそ分けをもらう場合と、あげる場合があるため、「おすそ分けをあげる」「おすそ分けをもらう」とした。その後、精神障害者との面接、地域保健の専門家とのディスカッションから「お歳暮」「自治会の役員」「一緒に外出」「冠婚葬祭の手伝い」「清掃作業」「家族ぐるみの付き合い」等の項目を追加した。その際、近隣と双方方向の関係という視点を加えた。さらに、



それらをもとに、保健師5名、大学教員3名と項目表現の妥当性についてディスカッションを行い、その際、地域保健活動における経験を基にいた精神障害者の近隣交流という視点から、「自治会に入る」「隣家の住人の名前を知っている」「服薬の管理」「洗濯物の取り込み」等の項目が追加された。また、調査により信頼性の高い結果を得るため、具体的に理解しやすい項目の表現となるよう修正した。次に、保健師経験15年以上の地域保健専門家4名とのディスカッションにより、近隣とのかつら合いの適切な表現であるかについて検討した。最終的に、地域で暮らす精神障害者2名に調査項目に記入してもらいながら、表現の印象や、分かりづらさについて助言を受け、項目表現の修正を行った。また、ノーマライゼーションという視点について再検討を行い、設問の表現を修正し、最終的に55項目の近隣交流項目が完成した（表1）。

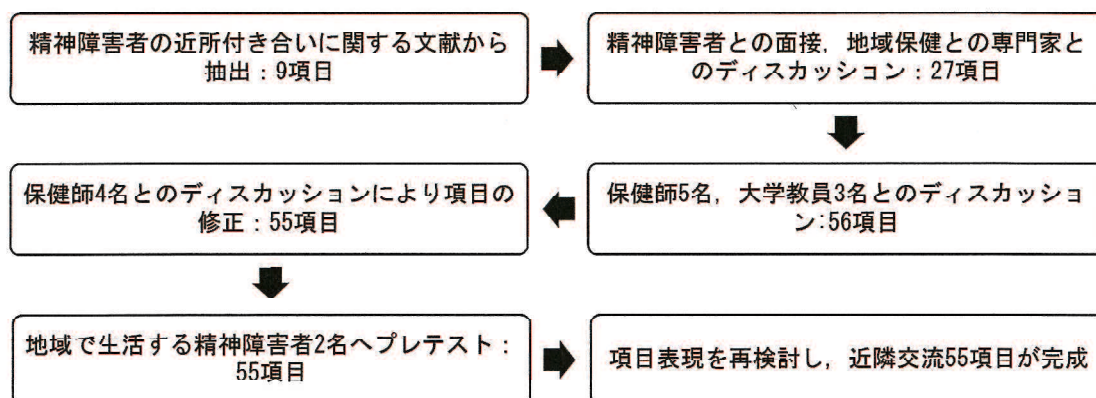


図1 近隣交流項目作成手順

表 1 近隣交流項目

|    |                              |
|----|------------------------------|
| 1  | お祭り又は盆踊りなど自治会(町内会)の行事に参加     |
| 2  | 自治会(町内会)の集会に参加               |
| 3  | 自治会(町内会)の清掃作業に参加             |
| 4  | ゴミ収集の当番を引き受ける                |
| 5  | ゴミの分別についてご近所の人に相談            |
| 6  | 旅行や外出で出かけた後、お土産を渡す           |
| 7  | ご近所の人からお土産をもらう               |
| 8  | たくさん作った食べ物をご近所の人におすそ分け       |
| 9  | 頂き物をご近所の人におすそ分け              |
| 10 | ご近所の人から食べ物のおすそ分けをもらう         |
| 11 | ご近所の人に頼まれたらペンチ/ドライバー等の工具を貸す  |
| 12 | 持っていない工具が急に必要になって近所の人に借りる    |
| 13 | 近所の人に家を借りたり働く時の保証人になってもらう    |
| 14 | ご近所の人に頼まれたら調味料を貸す            |
| 15 | 調味料が急に足りなくなった時、ご近所の人に借りる     |
| 16 | 出かけるとき、ご近所の人に留守にする事を伝える      |
| 17 | ご近所の人から留守にする事を伝えられる          |
| 18 | 雨が降ってきたら近所の家洗濯物を取り込む         |
| 19 | 雨が降ってきたら近所の人に洗濯物を取り込んでもらう    |
| 20 | 雨が降ってきた事をご近所の人に知らせる          |
| 21 | 雨が降ってきた事をご近所の人に教えてもらう        |
| 22 | 日頃、ご近所と交流があると思う              |
| 23 | ご近所の人と天気や季節などの世間話            |
| 24 | ご近所の人と自分の体調や病気などの話           |
| 25 | 回覧板を次の人に回すとき、直接会って渡す         |
| 26 | 回覧板を次の人に回すとき、ポストに入れる         |
| 27 | ご近所の人に簡単な買い物を頼む              |
| 28 | ご近所の人から簡単な買い物を頼まれる           |
| 29 | 隣の住人の顔を知っている                 |
| 30 | 隣の住人の名前を知っている                |
| 31 | 班又はアパート/マンション/団地の住人の顔を知っている  |
| 32 | 班又はアパート/マンション/団地の住人の名前を知っている |
| 33 | 困った事は民生委員に相談                 |
| 34 | 困った事は自治会長(町内会長)に相談           |
| 35 | 困った事は班長またはアパート/マンションの管理人に相談  |
| 36 | 自治会(町内会)に加入                  |
| 37 | 自治会(町内会)の班長を頼まれたら引き受ける       |
| 38 | 自治会(町内会)役員や係を頼まれたら引き受ける      |
| 39 | 自治会(町内会)の配り物を引き受ける           |
| 40 | ご近所の人に気軽に自宅に아가ってもらう          |
| 41 | ご近所の人のお家に気軽にあがる              |
| 42 | ご近所の人と出会ったら、近くまで一緒に出かける      |
| 43 | ご近所の人と一緒に散歩                  |
| 44 | ご近所の人と一緒に旅行                  |
| 45 | ご近所の葬儀または法事の手伝い              |
| 46 | ご近所の人に結婚、誕生日などにお祝いの品を贈る      |
| 47 | ご近所の人からお祝いをもらう               |
| 48 | ご近所の人が亡くなった時、お悔やみを贈る         |
| 49 | ご近所の人からお悔やみをもらう              |
| 50 | ご近所の人にお中元、またはお歳暮を贈る          |
| 51 | ご近所の人からお中元、またはお歳暮をもらう        |
| 52 | ご近所の家を修理を頼まれたら手伝う            |
| 53 | ご近所の人に引っ越しの手伝いを頼む            |
| 54 | 調子が悪くなったら、ご近所の人に手助けしてもらう     |
| 55 | ご近所の困っている人を手助け               |



## 2. 調査方法

### 1) 対象の選定

本研究は、地域で生活する精神障害者の近隣交流の特徴を明らかにする事を目的とした。そこで、就労リハビリ施設に通所する精神障害者と同じ県内の住民を対象に調査を行った。住民の選定にあたっては、居住地域の違いによるバイアスをできる限り小さくするためにA県内の東部と西部、北部と中部でサンプリングの割合を精神障害者とほぼ同一になるよう対象を選定した。

### 2) 精神障害者を対象とした調査

平成21年3月から8月に無記名自記式調査を実施した。調査対象はA県に在住し、精神科入院経験を持つ精神障害者（主に統合失調症）とした。研究対象施設は、A県ホームページに掲載されている精神障害者通所施設一覧のうち、地域活動支援センター31か所（定員総計498名）、精神障害者通所授産施設2か所（定員総計49名）、就労継続支援事業所B型35か所（定員総計860名）とした（2009年3月現在）。対象施設に研究者が出向き、各事業所で集合調査を行った。調査項目は基本属性と近隣交流項目で構成した。基本属性は①年齢②性別③居住期間④精神科入院回数⑤精神科最長入院期間⑥住宅形態⑦家族構成⑧外出頻度とした。

近隣交流項目は、1：当てはまらない、2：どちらかといえば当てはまらない、3：どちらかといえば当てはまる、4：当てはまる、という選択肢から選ぶ4件法とした。地域組織との関係は、「自治会の入会の有無」、「民生委員への相談の有無」を尋ねた。

調査手順として、各研究対象施設で利用者の作業に支障のない時間帯に訪問し、利用者が全員揃った場で、事業所長の紹介を受けた後、研究の趣旨を口頭と書面で説明した。同意の得られた後、調査紙を配布し、回収は留め置き法とした。就労がシフト制のため、利用

者が揃う場がない施設においては，調査紙の配布，留め置き回収を事業所長に一任し，後日研究者が回収した．なお，対象者の精神科診断名は事業所長に確認した．

### 3) 住民を対象とした調査

平成24年9月から平成25年1月に無記名自記式調査を実施した．市役所に来所した育児学級，健康づくり教室等の保健事業の参加者で，A県に在住する住民とした．調査紙の基本属性は①年齢②性別③居住期間④住宅形態⑤家族構成⑥外出頻度とした．調査の対象については，事業に参加する住民の年齢を保健師に確認し，研究対象の年齢構成を考慮した．近隣交流項目は，精神障害者を対象とした調査と同様の55項目とした．また，地域組織との関係も精神障害者への項目と同様とした．調査手順として，市役所に来庁した住民に個別に研究の趣旨を説明し，同意が得られた場合，調査紙を配布した．また，保健センターの実施する育児学級，ウォーキング教室，食生活推進員養成講座等の保健事業に研究者が参加し，参加者が揃った時点で保健師から紹介を受けた後，研究の趣旨を説明し，同意が得られた場合，調査紙を配布する集合調査を行った．いずれも，回収は留め置き法とした．

### 3. 分析方法

まず，近隣交流項目の4段階（1：当てはまらない，2：どちらかといえば当てはまらない，3：どちらかといえば当てはまる，4：当てはまる）で得られた回答をそれぞれ1から4に数値化し，調査項目ごとに記述統計を算出した．基本属性，自治会入会，民生委員の相談における精神障害者と住民の検定には，Fisher's 直接確率検定を用いた．

その後，住民の近隣交流55項目で因子分析（最尤法プロマックス回転）を施行した．抽出された因子の解釈は地域看護を専門とする



研究者と行い，妥当性の確保に努めた．信頼性は，Chronbach's  $\alpha$  係数，因子間相関は Pearson の相関係数を用いた．統計ソフトは SPSS ver.17.0 を用いた．

#### 4. 倫理的配慮

本研究は，ヘルシンキ宣言に基づき研究を実施し，自由意思による研究協力，不参加の場合も不利益のない事を説明した．調査は無記名であり，得られたデータの管理を徹底する事，また，研究成果を学会，論文として公表する際にも，個人が特定される事はない事を説明した．調査紙の提出を持って研究への同意を得た．なお，研究実施に際し，山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得た（精神障害者を対象とした調査：承認番号 71，住民を対象とした調査：承認番号 221）．

### 第 3 節 結果

#### 1. 対象者の概要

調査では，研究の趣旨を説明し，同意が得られた者に調査紙を配布した（回収率 100%）．なお，精神障害者通所施設で研究協力に同意の得られたのは，地域活動支援センター 31 か所中 10 か所（同意が得られた割合 32.2%），就労継続支援事業所 B 型 35 か所中 16 か所（同意が得られた割合 45.7%），憩いの場 1 か所，計 27 か所であった．

住民では，調査日に実施された保健事業参加者の協力が得られた．精神障害者を対象とした調査は，回収した調査紙 209 のうち，近隣交流項目の全てに欠損が無かった 131（有効回答率 62.7%）を有効回答とした．住民では，344 回収したうち有効回答は 312（有効回答率 90.7%）であった．研究対象者の属性を表 2 に示した．

表 2 研究対象者の属性

| 基本属性 | 項目       | 精神障害者 (n=131) | 住民 (n=312)  | 統計学検定   |
|------|----------|---------------|-------------|---------|
| 年齢   | 20～39 歳  | 60 (54.8%)    | 93 (29.9%)  | ***     |
|      | 40～59 歳  | 59 (45.0%)    | 141 (45.2%) |         |
|      | 60 歳以上   | 11 (8.4%)     | 78 (25.0%)  |         |
|      | 無回答      | 1 (0.8%)      | 0 (0.0%)    |         |
| 性別   | 男性       | 81 (61.8%)    | 134 (42.9%) | **      |
|      | 女性       | 50 (38.2%)    | 176 (56.4%) |         |
|      | 無回答      | 0 (0.0%)      | 2 (0.6%)    |         |
| 居住地域 | 東部西部     | 77 (58.7%)    | 186 (59.6%) | p=0.476 |
|      | 北部中部     | 54 (41.2%)    | 126 (40.4%) |         |
| 居住期間 | 10 年未満   | 28 (21.3%)    | 75 (24.0%)  | p=0.325 |
|      | 10 年以上   | 102 (77.9%)   | 236 (75.6%) |         |
|      | 無回答      | 1 (0.8%)      | 1 (0.3%)    |         |
| 住宅形態 | 集合住宅     | 38 (28.9%)    | 53 (17.0%)  | **      |
|      | 一戸建て     | 87 (66.4%)    | 254 (81.4%) |         |
|      | その他      | 6 (4.6%)      | 4 (1.3%)    |         |
|      | 無回答      | 0 (0.0%)      | 1 (0.3%)    |         |
| 家族構成 | 親と同居     | 84 (64.1%)    | 21 (6.7%)   | ***     |
|      | 単身       | 32 (24.4%)    | 16 (5.1%)   |         |
|      | 夫婦を含んだ世帯 | 9 (15.8%)     | 222 (71.2%) |         |
|      | 兄弟       | 3 (2.3%)      | 0 (0.0%)    |         |
|      | その他      | 3 (2.3%)      | 49 (15.7%)  |         |
|      | 無回答      | 0 (0.0%)      | 4 (1.3%)    |         |
| 外出頻度 | 週に 2 回以下 | 17 (13.0%)    | 33 (11.4%)  | ***     |
|      | 週に 3～4 回 | 42 (32.1%)    | 45 (14.4%)  |         |
|      | 週に 5 日以上 | 71 (54.2%)    | 229 (73.4%) |         |
|      | 無回答      | 1 (0.8%)      | 2 (0.6%)    |         |

Fisher's test を使用. \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001



精神障害者の61.8%が男性であり、年齢は平均42.2(±11.62)歳、20～39歳の占める割合が54.8%と最も多かった。住民は女性が56.4%、年齢は平均49.9(±14.70)歳であり、40～59歳が45.2%を占めた。つまり、精神障害者の方が男性の割合が多く、住民が壮年期に分布の山頂があり、精神障害者は成人期に分布の山頂があった。在住期間については、精神障害者、住民共に10年以上在住する者が精神障害者77.9%、住民75.6%であり、共に75%を超えた。10年未満の者は精神障害者21.3%、住民24.0%であり、在住期間の差は、Fisher's直接確率検定の結果、精神障害者、住民間で差を認めなかった。住宅形態は、精神障害者で集合住宅28.9%、一戸建て66.4%であった。住民は、集合住宅17.0%、一戸建て81.4%であった。精神障害者、住民共に一戸建てに居住する者の方が多く、住民では8割以上を占めた。家族構成においては、親と同居する精神障害者が64.1%、次いで単身生活者が24.4%であった。住民では、夫婦を含んだ世帯が71.2%と最も多く、Fisher's直接確率検定の結果、精神障害者、住民で有意差を認めた( $p < 0.001$ )。外出頻度は、精神障害者、住民共に85%以上の者が週に3～4回以上であり、週に5日以上の方が精神障害者では、54.2%、住民は73.4%を占めた。

精神障害者の精神科入院の状況を表3に示した。精神科への入院を1回経験している者が38.2%を占めていた。次いで3～4回が32.3.7%、2回が22.9%の順であった。精神科への最長入院期間は1年～3年未満が25.2%、次いで3カ月未満が24.4%であり、約半数が1年以内の入院を経験していた。

表 3 精神障害者における精神科入院の状況 (n=131)

| 項目              | カテゴリー     | n (%)     |
|-----------------|-----------|-----------|
| 精神科への入院回数       | 1 回       | 50 (38.2) |
|                 | 2 回       | 30 (22.9) |
|                 | 3~4 回     | 31 (23.7) |
|                 | 5~7 回     | 8 ( 6.1)  |
|                 | 8~10 回    | 3 ( 2.3)  |
|                 | 11 回以上    | 8 ( 6.1)  |
|                 | 無回答       | 1 ( 0.8)  |
| 精神科への最長入院<br>期間 | 3 か月未満    | 32 (24.4) |
|                 | 3 か月~半年未満 | 28 (21.4) |
|                 | 半年~1 年未満  | 23 (17.6) |
|                 | 1 年~3 年未満 | 33 (25.2) |
|                 | 3 年~5 年未満 | 5 ( 3.8)  |
|                 | 5 年以上     | 9 ( 6.9)  |
|                 | 無回答       | 1 ( 0.8)  |



## 2. 近隣交流項目の因子分析

近隣交流項目の因子分析を行う過程で、共通性の低い項目を除外した。そして、累積寄与率が60%前後に達し、かつスクリープロットにより大きな落差が生じる前の因子数を参考に設定した結果、5因子が妥当と考えられた。最終的に、各因子における因子負荷量が0.35以上に達し、所属する項目から解釈できる因子を抽出した結果、正の相関を示す5因子で構成された。最終的な累積寄与率は61.2%、Chronbach's  $\alpha$  係数は5因子全てで項目の一貫性を示す0.8以上の値が得られた(表4)。

表 4 住民の近隣との生活交流項目因子分析の結果 (n=312)

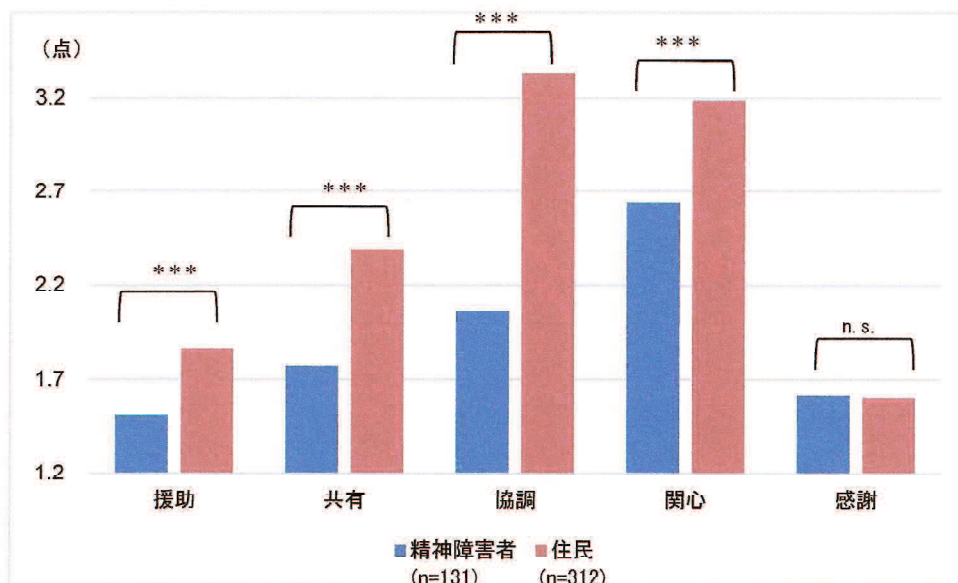
|                             | 因子負荷量 |       |       |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                             | 因子 1  | 因子 2  | 因子 3  | 因子 4  | 因子 5  |
| 援助:12 項目 ( $\alpha=0.899$ ) |       |       |       |       |       |
| 近所の人の家に気軽にあがる               | 0.85  | -0.02 | 0.00  | 0.01  | 0.01  |
| 一緒に出かける                     | 0.81  | -0.01 | 0.07  | 0.01  | -0.09 |
| 一緒に散歩                       | 0.79  | -0.06 | -0.02 | -0.04 | -0.01 |
| 自宅に아가ってもら                   | 0.75  | 0.00  | 0.03  | 0.04  | 0.04  |
| 一緒に旅行                       | 0.67  | -0.04 | -0.04 | -0.07 | 0.18  |
| 買い物頼む                       | 0.58  | -0.05 | -0.04 | -0.09 | 0.08  |
| 調子が悪い時手助けしてもら               | 0.55  | 0.12  | -0.04 | 0.00  | -0.05 |
| 体調や病気の話                     | 0.48  | 0.25  | 0.09  | 0.06  | -0.11 |
| 引越しの手伝いを頼む                  | 0.46  | -0.03 | -0.07 | -0.03 | 0.11  |
| 工具を借りる                      | 0.43  | 0.34  | -0.02 | -0.05 | -0.07 |
| お祝いを贈る                      | 0.40  | 0.08  | 0.05  | 0.06  | 0.15  |
| 調味料を借りる                     | 0.39  | 0.23  | -0.23 | 0.13  | -0.09 |
| 共有:8 項目 ( $\alpha=0.915$ )  |       |       |       |       |       |
| お土産をもらう                     | -0.16 | 0.96  | 0.00  | 0.06  | 0.07  |
| お土産を渡す                      | -0.18 | 0.93  | -0.01 | 0.05  | 0.04  |
| おすそわけをもらう                   | 0.11  | 0.76  | -0.02 | -0.10 | 0.00  |
| 頂き物をおすそ分け                   | 0.13  | 0.68  | 0.03  | -0.08 | -0.04 |
| 留守を伝えられる                    | 0.18  | 0.58  | 0.01  | -0.04 | -0.02 |
| 料理をおすそわけ                    | 0.31  | 0.50  | 0.06  | -0.03 | 0.01  |
| 留守を伝える                      | 0.24  | 0.49  | 0.03  | -0.04 | 0.05  |
| 世間話                         | 0.16  | 0.42  | 0.20  | 0.11  | -0.04 |
| 協調:8 項目 ( $\alpha=0.866$ )  |       |       |       |       |       |
| 自治会班長を引き受ける                 | -0.10 | -0.09 | 0.97  | -0.03 | -0.01 |
| 自治会役員を引き受ける                 | 0.01  | -0.14 | 0.91  | 0.00  | -0.01 |
| 自治会配りものを引き受ける               | 0.07  | -0.10 | 0.81  | 0.04  | 0.00  |
| 自治会に入会                      | -0.21 | 0.11  | 0.61  | -0.15 | 0.07  |
| 自治会清掃作業                     | 0.01  | 0.09  | 0.54  | 0.06  | -0.02 |
| ゴミ当番                        | 0.03  | 0.16  | 0.50  | -0.06 | -0.06 |
| お梅やみを贈る                     | 0.11  | 0.14  | 0.38  | 0.14  | 0.06  |
| 自治会集会                       | 0.18  | 0.19  | 0.37  | 0.06  | -0.02 |
| 関心:2 項目 ( $\alpha=0.933$ )  |       |       |       |       |       |
| 班の顔を知っている                   | -0.05 | -0.02 | -0.09 | 1.03  | 0.00  |
| 班の名前を知っている                  | -0.03 | -0.01 | 0.05  | 0.91  | 0.03  |
| 感謝:2 項目 ( $\alpha=0.937$ )  |       |       |       |       |       |
| お中元お歳暮をもらう                  | 0.07  | 0.06  | 0.01  | 0.00  | 0.91  |
| お中元お歳暮を贈る                   | 0.09  | -0.02 | 0.01  | 0.03  | 0.88  |
| 固有値                         | 11.76 | 3.34  | 1.74  | 1.43  | 1.32  |
| 因子の寄与率(%)                   | 36.74 | 10.45 | 5.43  | 4.46  | 4.11  |
| 累積寄与率(%)                    | 36.74 | 47.19 | 52.63 | 57.09 | 61.20 |
| 因子相関行列                      | 因子 1  | 因子 2  | 因子 3  | 因子 4  | 因子 5  |
| 因子 1                        | 1     |       |       |       |       |
| 因子 2                        | 0.74  | 1     |       |       |       |
| 因子 3                        | 0.46  | 0.42  | 1     |       |       |
| 因子 4                        | 0.42  | 0.45  | 0.56  | 1     |       |
| 因子 5                        | 0.40  | 0.31  | 0.16  | 0.19  | 1     |

因子抽出法: 最尤法 回転: プロマックス法



第 1 因子は、「近所の人の家に気軽にあがる」「買い物を頼む」「調子が悪い時手助けしてもらおう」「体調や病気の話」等の 12 項目で構成され、近隣住民との気軽な付き合いや頼みごと、手助けしてもらおう項目を含み、生活上の援助を受ける事を表しているため「援助」因子と命名した。第 2 因子は、「お土産をもらう」「おすそわけをもらう」「留守を伝える」「世間話」等の 8 項目で構成され、近隣住民と食べ物、情報を分かち合い、生活の娯楽、見聞を共有する事を表しているため「共有」因子と命名した。第 3 因子は、「自治会班長を引き受ける」「自治会清掃作業」「ゴミ当番」「お悔やみを贈る」等の 8 項目で構成され、自治会活動への参加、ゴミ当番を含んだ。この因子に含まれた「お悔やみを贈る」習慣は、自治会や班の文化に依存した地域の協調的な行動であると解釈し、「協調」因子と命名した。第 4 因子は、「班の顔を知っている」「班の名前を知っている」の 2 項目で構成され、近隣住民に対する関心を表しているため「関心」因子と命名した。第 5 因子は、「お中元お歳暮をもらう」「お中元お歳暮を贈る」の 2 項目で構成され、大切に思う相手に感謝を伝える習慣を表しているため「感謝」因子と命名した。

次に、各因子を構成する項目の平均値を精神障害者、住民ごとに算出した（図 2）。精神障害者の近隣交流得点の平均値は、「援助」 $1.51 \pm 0.66$ 、「共有」 $1.77 \pm 0.80$ 、「協調」 $2.06 \pm 0.86$ 、「関心」 $2.64 \pm 1.20$ 、「感謝」 $1.61 \pm 1.03$ であった。住民の近隣交流得点の平均値は、「援助」 $1.87 \pm 0.73$ 、「共有」 $2.39 \pm 0.95$ 、「協調」 $3.32 \pm 0.74$ 、「関心」 $3.19 \pm 1.06$ 、「感謝」 $1.60 \pm 1.01$ であった。5 因子のうち、「感謝」を除く、「援助」「共有」「協調」「関心」の 4 因子で住民の方が有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。



Mann-Whitney の U 検定を使用. \*\*\*  $p < 0.001$

図 2 近隣交流得点の平均値の概要

#### 第 4 節 考 察

精神障害者の近隣交流項目は因子分析により、「援助」「共有」「協調」「関心」「感謝」の 5 因子が抽出された。Chronbach's  $\alpha$  係数は、5 因子全てで項目の一貫性を示す 0.8 以上の値が得られたことから、指標としての信頼性が確保されている事が確認された。

精神障害者の近隣交流得点の平均値は「感謝」を除く「援助」「共有」「協調」「関心」の 4 因子で住民に比べて有意に低いことから、精神障害者は住民に比べて近隣との交流の頻度が少ない事が示唆された。本研究の対象となった精神障害者と住民では、家族構成や生活背景の違いがあるため、交流の頻度の違いについては慎重な解釈が求められるが、精神障害者は日常生活において、対人関係への援助が必要とされる<sup>28)</sup>事を裏付ける結果となった。ただし、近隣交流項目には、個人レベルと家族同士の付き合いが含まれているため、回答者の解釈にばらつきがある事は否めない。

さらに住民の近隣交流得点の平均値で最も



高いのは「協調」因子，精神障害者では「関心」因子であったことから，住民が近隣交流で重視されているのが自治会活動への参加であるのに対して，精神障害者は，近隣住民の顔や名前への関心である実態が明らかとなった．精神障害者が地域で住み続けていくため，精神保健医療従事者は，精神障害者の近隣への「関心」を，協調性のある「行動」まで引き出していくために自治会活動への参加を促すはたらきかけを精神障害者との関わりの中で強化していく必要があると考える．

「感謝」因子においては，有意差は認めなかったものの，精神障害者の近隣交流得点が高かった．本研究対象者の居住する限られた地域において，近隣住民に感謝の気持ちを持ち慣れ行動として，お中元やお歳暮を贈る習慣を持つ精神障害者がいる事が示された．精神障害者は社会的な障害であるといえるが，精神障害者が近隣住民と折り合うための社会性を有していると考えられ，相互交流を發展させる可能性があると考えられた．

## 第 5 節 結 論

1. 精神障害者の近隣交流項目因子分析の結果，第 1 因子より，「援助」「共有」「協調」「関心」「感謝」の 5 因子が抽出された．
2. 住民と精神障害者の家族構成や生活背景などの違いはあるが，精神障害者は住民に比べて近隣との交流が少なく，対人関係への援助が必要である事が明らかとなった．
3. 精神障害者の近隣交流は，近隣住民の顔や名前への関心という認知レベルにとどまっている実態が明らかとなった．精神障害者の近隣への「関心」を，協調性のある「行動」まで引き上げるために自治会活動への加入を促すはたらきかけが必要である．

#### 第4章 文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 健康安全・危機管理対策総合研究 “精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン” 健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究 2010:213-220.
- 2) 蓑輪裕子,竹島正,長沼洋一.住居の供給促進条件に関する研究—提供者側の立場から—,精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究分担研究報告 2009:17.
- 3) 社団法人 日本精神保健福祉連盟.地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書 2012:70.
- 4) 米倉睦弥,稲葉洋恵,岸川康子.「精神福祉相談における近隣苦情対応のガイドライン」の作成.日本公衆衛生学会抄録集.2009:68:536.
- 5) 石井健二,羽原孝子,小山恵子,他.近隣苦情に対する精神保健相談マニュアル,神奈川県公衆衛生学会誌 2009:55:59.
- 6) 小山恵子,羽原孝子,水澤千鶴子,他.近隣苦情事例に関わる援助者へのスキルアップ研修の取組.日本公衆衛生学会抄録集 2009:68:536.
- 7) 米倉睦弥,高橋朋克,稲葉洋恵,他.「精神福祉相談における近隣苦情対応のガイドライン」の作成」相模原保健所の取り組み.保健師ジャーナル 2009:65(9):756-762.
- 8) 平松さやか,江森静子,波田野房枝,他.精神保健福祉相談における近隣苦情の現状分析と対応方法の考察.日本公衆衛生学会抄録集 2007:66:550.
- 9) 柳澤尚代,吉本照子.精神保健分野における住民からの苦情・相談や情報提供に対する判断と支援.日本公衆衛生学会抄録集 2007:66:550.
- 10) 神奈川県厚木保健福祉事務所.近隣苦情に対する精神保健相談対応マニュアル 2008:2.
- 11) 石川久美.地域で問題を起こした単身生活者の退院支援を通して.日本精神科看護学会誌 2006:49(1):144-145.
- 12) 星野ゆう子.家族看護学の理解 家族援助へのアプローチ 近隣住民から不安をもたれている精神障害者家族へのアプローチ.看護技術 1994:40(14):95-104.
- 13) 堤田仲一,江口好香.隣人に被害妄想がある単身生活者への退院の取り組み 勉強会・外出訪問と退院後の地域支援体制を整えて.日本精神科看護学会誌 2009:52(2):209-212.
- 14) 中村佳広.12年間未治療だった患者へのアプローチ 地域との連携でみえてきたもの.日本精神科看護学会誌 2008:51(2):202-206.
- 15) 篠原あゆみ,河野英明,高橋和江,他.近隣トラブルからの回避から地域生活につなぐ統合失調症患者への支援の分析.四国公衆衛生学会雑誌 2010:55(1):36-37.
- 16) 沢田真里子.近隣とトラブルをおこしている精神分裂病患者とキーパーソンへのかかわり 家族の機能と地域の役割.神奈川県公衆衛生学会誌 1985:30:75-76.
- 17) 佐藤智子.精神障害者と近隣トラブル.埼玉県医学会雑誌 1988:23(4):587.
- 18) 橋本雅美,二宮博文,荒井澄子,他.近隣苦情を伴った受診困難ケースへの入院までの援助 (その1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条による移送を実施した一事例を通して.東京都保健医療科学学会誌 2002:106:300-301.
- 19) 二宮博文,橋本雅美,荒井澄子,他.近隣苦情を伴った受診困難ケースへの入院までの援助 (その2) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条による移送を実施した一事



- 例を通して.東京都保健医療科学学会誌 2002;106:90-91.
- 20) 宍戸明美, 貝田富子, 小野寺琴江,他.共同住居に入居する精神障害者と地域住民の折り合いについて. 病院・地域精神医学 2001;44(2):212-214.
- 21) 嶋澤順子.在宅精神障害者と近隣住民の相互の交流に関する看護援助方法.千葉看護学会会誌 2000;6(2):62-68.
- 22) 田中悟郎.精神障害者に対する住民意識 : 自由回答の分析.人間科学共生社会学 2004;4:31-41.
- 23) 永田俊彦,水嶋節雄.東京下町の慢性分裂病者について—地域住民の分裂病者に対する許容性とその社会的背景—.精神医学 1978;20(5):511-518.
- 24) 山本智津子.保健師による精神障害者への初回訪問時の看護援助に関する研究.科学研究費助成事業(科学研究費補助金)研究成果報告書 2012;1-6.
- 25) 古本照子,柳澤尚代.精神保健福祉相談で近隣苦情が出た人の支援に向け家族を支援するための課題分析の視点.保健医療科学 2012;61(2):166-175.
- 26) 吉岡京子,黒田真理子.保健福祉専門職による支援を拒否する住民の特徴とその関連要因の解明.日本公衆衛生雑誌 2015;62(1):20-27.
- 27) 竹島正, 袁輪裕子,宮田裕章.精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究.厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害保健福祉総合研究 2009;7-36.
- 28) 内田恵美子,細谷たき子.精神障害者への生活支援の必要性.日本看護科学会誌 1997;17(3):384-385.

## 第 5 章



## 第 5 章

### 精 神 障 害 者 の 近 隣 交 流 の 特 徴

#### — 地 域 組 織 と の 関 係 か ら —

#### 第 1 節 背 景 及 び 目 的

わが国の精神保健医療福祉施策は、入院医療中心から地域生活中心へという基本理念をもとにすすめられている。「精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン<sup>1)</sup>」によると、精神障害者の地域生活における危機事象には、「自殺」、「虐待」、「引きこもり」、「自傷・他害」に加え、「迷惑行為」が挙げられている。近隣住民の不安材料になる迷惑行為は、昼夜逆転、大きな音を立てる、奇声をあげる、じつと見つめる、妄想、暴力等とされている<sup>2)</sup>。「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書」によると、精神疾患に伴う言動が近隣住民にとって耐え難い場合、トラブルや摩擦が保健所への「近隣苦情」として顕在化する事が最も多いとされる<sup>3)</sup>。苦情事例は複雑化するほど、対応する行政職員の負担感や疲弊<sup>4)9)</sup>が大きくなるという問題がある。

しかし、苦情となる行為の基準は存在せず、行為を受ける住民の主観的な感じ方であり、その背景に当事者と近隣との人間関係や地域の事情が多くを占めるとされる<sup>10)</sup>。

先行研究<sup>11)19)</sup>を概観すると、近隣苦情は精神障害者の精神症状に起因した言動に対する住民の不安や恐怖が集積したうえでの行動である事が示されている。住民は解決を希求し、行政や自治会長、民生委員、警察に相談している事が確認できる。一方で、住民との相互交流により信頼関係が構築される<sup>12)20)21)</sup>と述べられており、近隣交流を通して精神障害者の「見張り」から「見守り」へ変化<sup>15)</sup>するプロセス、精神障害者に対する否定的態度の変化<sup>22)</sup>が明らかとなっている。

また近隣交流により、精神症状があっても

近隣交流により住民とのトラブルや摩擦を生じない関係を構築することができる事が示されている。近隣交流があると地域の許容性が増し<sup>23)</sup>、交流により同じ地域に住む人として認め合うようになる<sup>24)</sup>と述べられている。

苦情に対する支援的関わりについては、近隣苦情を保健師の初回訪問時に医療へつなげるきっかけと捉える<sup>24)</sup>必要性や、苦情対象者の家族支援<sup>25)</sup>について論究されている。吉岡<sup>26)</sup>は、対応に苦慮する苦情事例の特徴と関連要因を明らかにした。また、苦情を回避する工夫として、住居確保する時点から実践する必要性<sup>27)</sup>が述べられている。

住民との日常的な近隣交流をはかり、苦情が生じた際には解決のために、精神障害者がインフォーマルな地域組織との交流を持つ事は重要である。精神障害者の地域生活に身近なインフォーマルな地域組織として民生委員と自治会が挙げられる。民生委員は、精神障害者の理解者となり、援助を必要とする人に対し、専門機関と連携する役割を持つ。また、自治会は地域の自主運営組織である。自治会と民生委員は住民の立場で住民と精神障害者にはたらきかける機能を有し、苦情の際には住民との仲介役となる<sup>12) 16)</sup>。

以上より、精神障害者の近隣交流の特徴を、地域組織の関係性から論究する事は、精神障害者が地域で生活をし続けるための支援的関わりを検討する上で非常に重要である。よって、本研究では、精神障害者の近隣交流の特徴を明らかにし、民生委員や自治会の地域組織との関係を検討する事を目的とした。なお、近隣交流を「日常生活の中における自然発生的な付き合いと相互扶助の関わり（隣家から自治会の範囲まで）」と定義した。

## 第2節 方法

### 2. 調査方法

#### 1) 対象の選定



本研究は、地域で生活する精神障害者の近隣交流の特徴を明らかにする事を目的とした。そこで、就労リハビリ施設に通所する精神障害者と同じ県内の住民を対象に調査を行った。住民の選定にあたっては、居住地域の違いによるバイアスをできる限り小さくするため、A県内の東部と西部、北部と中部でサンプリングの割合を精神障害者とほぼ同一にするよう対象を選定した。

## 2) 精神障害者を対象とした調査

平成21年3月から8月に無記名自記式調査を実施した。調査対象はA県に在住し、精神科入院経験を1回以上持つ精神障害者（主に統合失調症）とした。診断名は事業所長に確認した。研究協力に同意の得られた地域活動支援センター10か所、就労継続支援事業所B型16か所、憩いの場1か所、計27か所の対象施設に研究者が出向き、各事業所で集合調査を行った。調査項目は基本属性と近隣交流項目で構成した。基本属性は①年齢②性別③居住期間④精神科入院回数⑤精神科最長入院期間⑥住宅形態⑦家族構成⑧外出頻度とした。近隣交流項目は、1：当てはまらない、2：どちらかといえば当てはまらない、3：どちらかといえば当てはまる、4：当てはまる、という選択肢から選ぶ4件法とした。地域組織との関係は、「自治会の入会の有無」、「民生委員への相談の有無」を尋ねた。研究対象者には研究の主旨を口頭と書面で説明し、同意の得られた後調査紙を配布し、回収は留め置き法とした。

## 3) 住民を対象とした調査

平成24年9月から平成25年1月に無記名自記式調査を実施した。市役所に来所した育児学級、健康づくり教室等の保健事業の参加者で、A県に在住する住民とした。調査紙の基本属性は①年齢②性別③居住期間④住宅形態⑤家族構成⑥外出頻度とした。調査の対象に

については、事業に参加する住民の年齢を保健師に確認し、研究対象の年齢構成を考慮した。近隣交流項目は、精神障害者を対象とした調査と同様の55項目とした。また、地域組織との関係も精神障害者への項目と同様とした。調査手順として、住民に個別に研究の趣旨を説明し、同意が得られた後に、調査紙を配布した。回収は留め置き法とした。

### 3. 分析方法

まず、近隣交流項目の4段階（1：当てはまらない、2：どちらかといえば当てはまらない、3：どちらかといえば当てはまる、4：当てはまる）で得られた回答をそれぞれ1から4に数値化し、調査項目ごとに記述統計を算出した。基本属性、自治会入会、民生委員の相談における精神障害者と住民の検定には、Fisher's 直接確率検定を用いた。

近隣交流55項目の因子分析（最尤法プロマックス回転）で得られた5因子毎に、因子を構成する下位項目の平均値を精神障害者、住民ごとに算出して「近隣交流得点の平均値」とした。地域組織との関係については、「自治会への入会の有無」「民生委員への相談の有無」による因子毎の近隣交流得点の平均値の差をみるため精神障害者、住民それぞれで Mann-Whitney の U 検定を行った。統計ソフトは SPSS ver.17.0 を用いた。

### 4. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づき研究を実施し、自由意思による研究協力、不参加の場合も不利益のない事を説明した。調査は無記名であり、得られたデータの管理を徹底する事、また、研究成果を学会、論文として公表する際にも、個人が特定される事はない事を説明した。調査紙の提出を持って研究への同意を得た。なお、研究実施に際し、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会承認を得た（精神障害者を対象



とした調査の承認番号 71, 住民を対象とした調査の承認番号 221)。

### 第 3 節 結 果

#### 1. 対 象 者 の 概 要

調査では、研究の趣旨を説明し、同意が得られた者に調査紙を配布したため、回収率は100%であった。なお、精神障害者通所施設では、全利用者の半数が調査当日に来所した全員が調査へ協力の意思を示した。住民では、調査日に実施された保健事業参加者全員からの協力が得られた。精神障害者を対象とした調査は、回収した調査紙 209 のうち、近隣交流項目の全てに欠損が無かった 131 (有効回答率 62.7%) を有効回答とした。住民では、344 回収したうち有効回答は 312 (有効回答率 90.7%) であった。

#### 2. 地 域 組 織 と の 関 係 と 近 隣 交 流

住民の自治会への入会率は 92.9% であった。精神障害者の入会率は 58.8% であり、住民の入会率と比べて有意に低かった (図 1)。

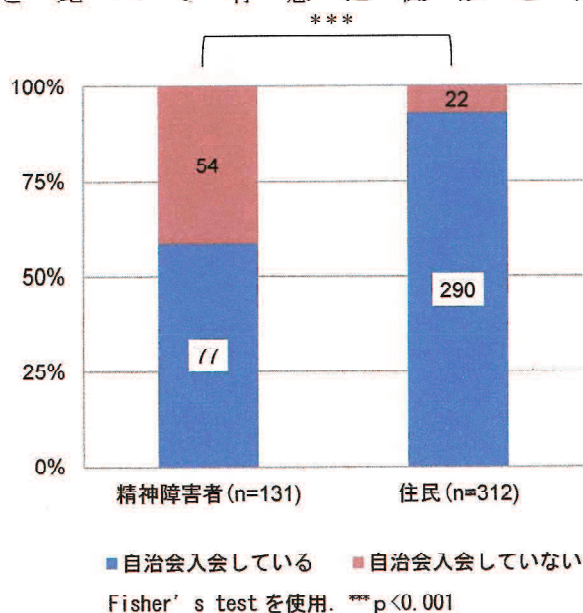
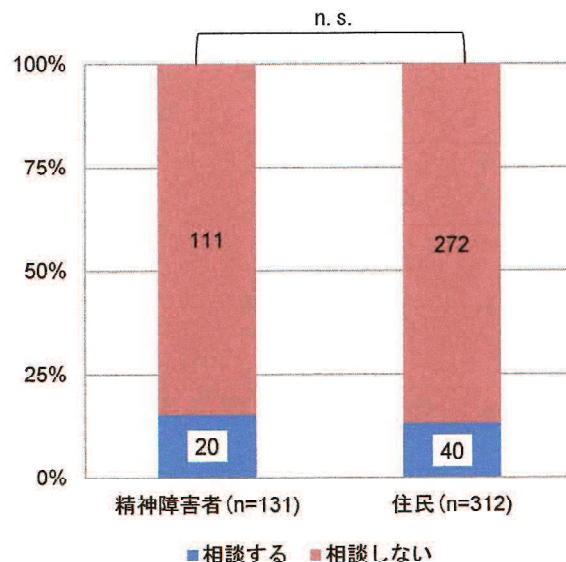


図1 自治会への入会

また、民生委員への相談状況は住民 12.8%、

精神障害者15.3%であり，民生委員に相談する割合は精神障害者の方が住民よりも上回ったが，有意差は認めなかった（図2）。

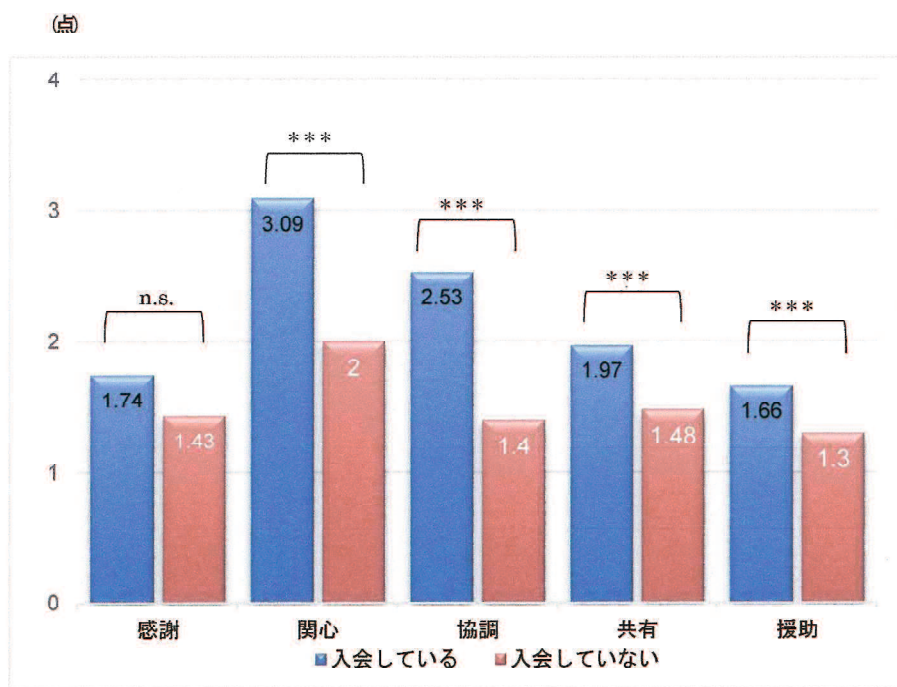


Fisher's testを使用.

図2 民生委員への相談

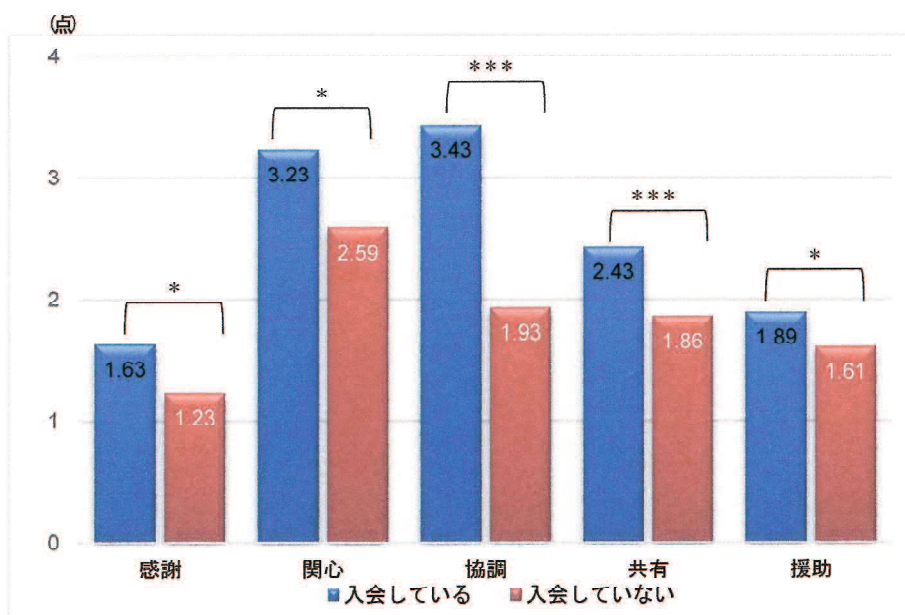
精神障害者の自治会への入会状況と近隣交流得点の平均値は，5因子全てで，自治会に入会している精神障害者の近隣交流因子平均値が入会していない者に比べて高く，「感謝」を除く「援助」「共有」「協調」「関心」で有意差を認めた（ $p < 0.001$ ）（図3）。住民でも同様の傾向が見られた（図4）。得点の平均値が最も高かったのは，自治会へ入会している精神障害者（ $n = 77$ ）の「関心」因子であった（ $3.09 \pm 1.02$ ）。この得点は，自治会へ入会していない精神障害者（ $n = 54$ ）の  $2.0 \pm 1.15$  と比較して有意に高かった。なお，自治会へ入会していない住民の  $2.59 \pm 1.26$  を上回った。精神障害者で近隣交流得点の平均値が最も低かったのは，自治会へ入会していない精神障害者の「援助」因子（ $1.30 \pm 0.46$ ）であり，入会している精神障害者（ $1.66 \pm 0.74$ ）と比較して有意に低かった。





Mann-Whitney の U 検定を使用. \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

図 3 自治会と近隣交流得点（精神障害者 n=131）

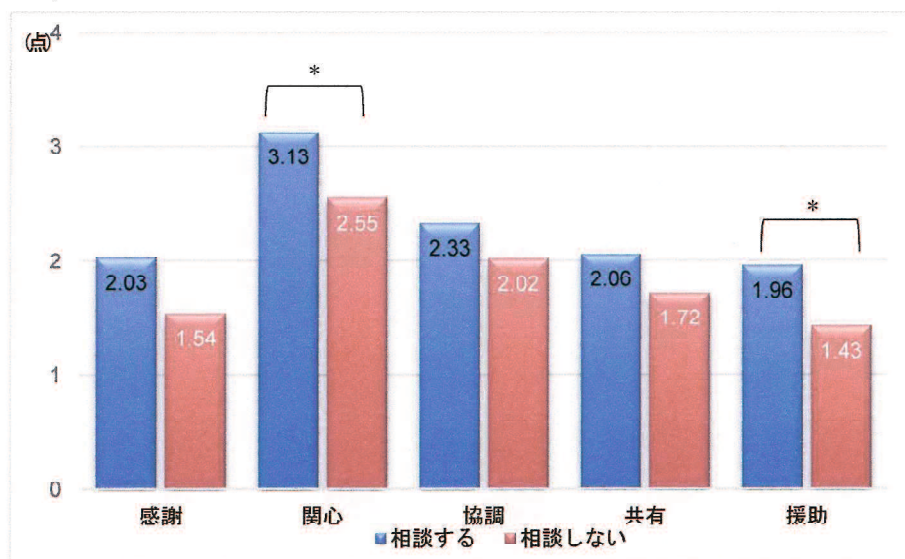


Mann-Whitney の U 検定を使用. \* $p < 0.05$  \*\*\* $p < 0.001$

図 4 自治会と近隣交流得点（住民 n=312）

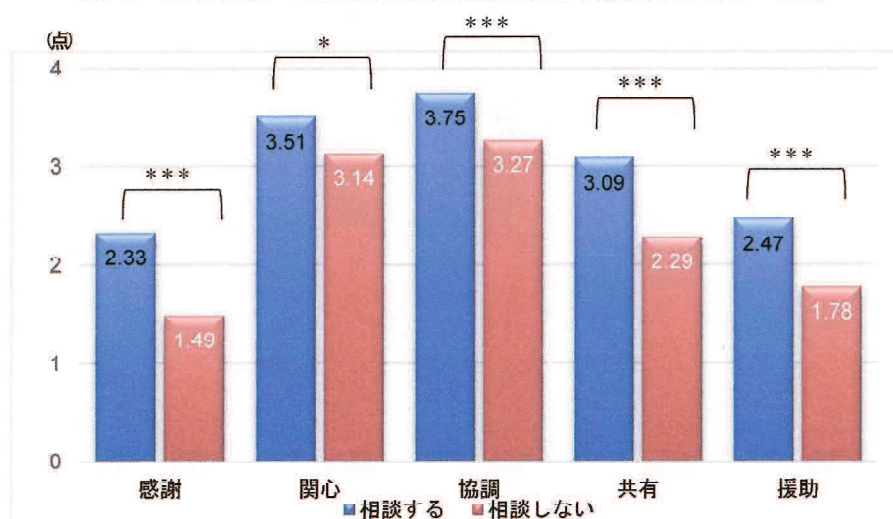
さらに、精神障害者の民生委員への相談状

況と近隣交流因子平均値の関係（図5）では精神障害者の場合は5因子全てにおいて、民生委員に相談する者の近隣交流得点の平均値が高く、「援助」「関心」因子で有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。住民においても、同様の傾向が見られ（図6）、民生委員に相談する群（ $n = 40$ ）の「協調」因子が最も高かった（ $3.75 \pm 0.29$ ）。



Mann-Whitney の U 検定を使用. \* $p < 0.05$

図5 民生委員への相談と近隣交流得点（精神障害者  $n = 131$ ）



Mann-Whitney の U 検定を使用. \* $p < 0.05$  \*\*\* $p < 0.001$

図6 民生委員への相談と近隣交流得点（住民  $n = 312$ ）

精神障害者の最も高い近隣交流得点は民生



委員へ相談する者 ( $n=20$ ) の「関心」因子 ( $3.13 \pm 1.16$ ) であり、民生委員に相談しない精神障害者群 ( $n=111$ ) の「関心」因子 ( $2.55 \pm 1.19$ ) と比べて有意に高かった。一方、最も低値を示したのは、民生委員に相談しない精神障害者群の「援助」因子 ( $1.43 \pm 0.58$ ) であり、相談する者に比べて有意に低かった ( $p < 0.05$ )。

#### 第 4 節 考 察

##### 1. 民生委員と精神障害者の関係

民生委員に相談する割合は精神障害者の方が住民よりも上回ったが、有意差は認めなかった。本研究の対象となった精神障害者の 85% 以上が週に 3 日以上通所していたため、日常生活管理能力や社会性を獲得している可能性を踏まえると、地域で社会資源とのつながりが少ない精神障害者と比較して、民生委員の援助を受けられる機会が少ないと考えられた。

民生委員に相談する精神障害者は、しない者よりも近隣交流得点の平均値は高かった事を考えると、民生委員との接点は近隣交流を広げる可能性がある。

住民は生活や健康上困った場合、直接または隣人を通してまず民生委員に相談・援助を求める傾向があり<sup>28)</sup>、民生委員は住民の身近な相談に乗り、精神障害者の理解者として関係を調整する役割をもつ。白石<sup>29)</sup>は、343名の民生委員のうち約半数が精神障害者の援助をした経験がある事を報告している。さらに松本の報告<sup>30)</sup>によると、民生委員は日常的に、近隣や本人およびその家族から日常生活の困り事や近隣トラブルに関する相談を聞いていた。また、積極的に役所や保健所、警察等と連携をとり、行政と住民をつなぐ役目を果たしていた。本研究では、民生委員への相談に限定して、精神障害者の主観を尋ねたため、障害者と民生委員の関わりの全体を捉えたとは言いがたい。しかし、精神障害者と近隣住民の摩擦が生じた際に、民生委員が不安を抱える住民に、対

象者と直接関わった印象を伝え、安心を保証する<sup>12)</sup>事により事態が収束した事例や、住民苦情事例に民生委員が介入する事により、初回相談で終結する事なく継続的な対応を実現していたという調査報告<sup>8)</sup>があり、精神障害者と住民の良好な関係へと導く民生委員の役割の重要性が浮き彫りとなったと考える。

## 2. 自治会と精神障害者の関係

住民が9割以上自治会に入会していたのに比較して精神障害者は6割に満たなかった。研究対象者は、住民が夫婦を含んだ構成が7割以上を占めたのに比較して、精神障害者は親と同居する者が6割を超えていた。親と同居する者は自治会活動を親に一任している事が考えられるため、精神障害者の自治会への入会率が低い事も考えられた。ただし、本研究は地方における単一県で行った調査である。地域特性によっては、自治会組織のあり方や加入への考え方が異なると考えられる。また、住民の8割以上が一戸建てに居住していたのに比較して、精神障害者は7割に満たず、集合住宅の割合が住民よりも高い事が自治会加入に影響している可能性は否定できない。

先行研究では、自治会長が苦情のあった対象者への関わり方を住民が学ぶ機会を設け、きっかけを作った<sup>16)</sup>という報告から、住民との摩擦が生じた際には、収束するために自治会のはたらきかけが重要である事が示されている。また、町内会役員が他の地域住民に精神障害者本人の特性を説明してくれるなど、本人、家族のよき理解者になる<sup>31)</sup>という報告もあり、不安をもつ住民との仲裁役を果たす機会を持つ。つまり、住民自治組織である自治会へ加入する事により、精神障害者と住民が交流を図り、摩擦を未然に防ぐため重要である。そこで今後、精神障害者の自治会への入会率を住民と同じ程度まで上げていく事が必要と考える。本研究では自治会に入会している精神障害者の方がしていない者よりも近隣交流



因子平均値は高く、自治会へ入会している精神障害者は近隣交流を発展させる可能性を持つ事が示唆された。

本研究の対象は、就労リハビリ施設に通所する精神障害者であり、精神科へ長期入院する社会資源とのつながりが無い精神障害者よめ、入院期間や回数は少ない対象であったため、今後は、長期入院等の要因により、地域の社会資源とのつながりを持ちにくい精神障害者が地域に住み続けるための近隣交流のあり方を追究していく事が課題である。

## 第 5 節 結 論

本研究では、地方の単一県において地域で生活する精神障害者の近隣交流の特徴を地域組織との関係の側面から検討した結果、以下の 2 つが明らかとなった。

1. 民生委員に相談する割合は精神障害者の方が住民よりも上回ったが、有意差は認めななかった。相談する者の方がしない者に比べて近隣交流が多く、民生委員との接点は近隣交流を広げる可能性がある事が示唆された。
2. 住民の 9 割以上が自治会に入会していたのに比較して精神障害者は 6 割に満たなかった。住民と精神障害者の家族構成、地域特性、住宅の形態の違いも関連しているため、慎重な解釈が求められるが、自治会へ入会している精神障害者は近隣交流を発展させる可能性を持つ事が示唆された。

## 第5章 文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 健康安全・危機管理対策総合研究.  
“精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン” 健康危機発生時  
における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究 2010:213-220.
- 2) 蓑輪裕子,竹島正,長沼洋一.住居の供給促進条件に関する研究—提供者側の立場から—精神  
障害者の自立支援のための住居確保に関する研究分担研究報告 2009:17.
- 3) 社団法人 日本精神保健福祉連盟.地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイド  
ラインの作成報告書 2012:70.
- 4) 米倉睦弥,稲葉洋恵,岸川康子.「精神福祉相談における近隣苦情対応のガイドライン」の作  
成.日本公衆衛生学会抄録集 2009:68:536.
- 5) 石井健二,羽原孝子,小山恵子,他.近隣苦情に対する精神保健相談マニュアル.神奈川県公衆  
衛生学会誌 2009:55:59.
- 6) 小山恵子,羽原孝子,水澤千鶴子,他.近隣苦情事例に関わる援助者へのスキルアップ研修の  
取組.日本公衆衛生学会抄録集 2009:68:536.
- 7) 米倉睦弥,高橋朋克,稲葉洋恵,他.「精神福祉相談における近隣苦情対応のガイドライン」の  
作成」相模原保健所の取り組み.保健師ジャーナル 2009:65(9):756-762.
- 8) 平松さやか,江森静子,波田野房枝,他.精神保健福祉相談における近隣苦情の現状分析と対  
応方法の考察.日本公衆衛生学会抄録集 2007:66:550.
- 9) 柳澤尚代,吉本照子.精神保健分野における住民からの苦情・相談や情報提供に対する判断  
と支援.日本公衆衛生学会抄録集 2007:66:550.
- 10) 神奈川県厚木保健福祉事務所.近隣苦情に対する精神保健相談対応マニュアル 2008:2.
- 11) 石川久美.地域で問題を起こした単身生活者の退院支援を通して.日本精神科看護学会誌  
2006:49(1):144-145.
- 12) 星野ゆう子.家族看護学の理解 家族援助へのアプローチ 近隣住民から不安をもたれて  
いる精神障害者家族へのアプローチ.看護技術 1994:40 (14):95-104.
- 13) 堤田伸一,江口好香.隣人に被害妄想がある単身生活者への退院の取り組み—勉強会・外泊  
訪問と退院後の地域支援体制を整えて.日本精神科看護学会誌 2009:52(2):209-212.
- 14) 中村佳広.12 年間未治療だった患者へのアプローチ 地域との連携でみえてきたもの.日  
本精神科看護学会誌 2008:51(2):202-206.
- 15) 篠原あゆみ,河野英明,高橋和江,他.近隣トラブルからの回避から地域生活につなぐ統合失  
調症患者への支援の分析.四国公衆衛生学会雑誌 2010:55(1):36-37.
- 16) 沢田真里子.近隣とトラブルをおこしている精神分裂病患者とキーパーソンへのかかわり  
家族の機能と地域の役割.神奈川県公衆衛生学会誌 1985:30:75-76.
- 17) 佐藤智子.精神障害者と近隣トラブル.埼玉県医学会雑誌 1988:23(4):587.
- 18) 橋本雅美,二宮博文,荒井澄子,他.近隣苦情を伴った受診困難ケースへの入院までの援助  
(その1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条による移送を実施した一事  
例を通して.東京都保健医療科学学会誌 2002:106:300-301.
- 19) 二宮博文,橋本雅美,荒井澄子,他.近隣苦情を伴った受診困難ケースへの入院までの援助  
(その2) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条による移送を実施した一事



- 例を通して.東京都保健医療科学学会誌 2002;106:90-91.
- 20) 宍戸明美, 貝田富子, 小野寺琴江, 他. 共同住居に入居する精神障害者と地域住民の折り合いについて. 病院・地域精神医学 2001;44(2):212-214.
- 21) 嶋澤順了. 在宅精神障害者と近隣住民の相互の交流に関する看護援助方法. 千葉看護学会誌 2000;6(2):62-68.
- 22) 田中悟郎. 精神障害者に対する住民意識 : 自由回答の分析. 人間科学共生社会学 2004;4:31-41.
- 23) 永田俊彦, 水嶋節雄. 東京下町の慢性分裂病者について—地域住民の分裂病者に対する許容性とその社会的背景—. 精神医学 1978;20(5):511-518.
- 24) 山本智津子. 保健師による精神障害者への初回訪問時の看護援助に関する研究. 科学研究費助成事業 (科学研究費補助金) 研究成果報告書 2012:1-6.
- 25) 古本照子, 柳澤尚代. 精神保健福祉相談で近隣苦情が出た人の支援に向け家族を支援するための課題分析の視点. 保健医療科学 2012;61(2):166-175.
- 26) 吉岡 京子, 黒田 真理子. 保健福祉専門職による支援を拒否する住民の特徴とその関連要因の解明. 日本公衆衛生雑誌 2015;62(1):20-27.
- 27) 竹島正, 蓑輪裕子, 宮田裕章. 精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害保健福祉総合研究 2009;7:36.
- 28) 清水洋子. グループ・インタビュー法による集合住宅居住者のニーズと課題に関する質的研究. 日本保健福祉学会誌 2001;7(2):43-52.
- 29) 白石弘巳, 中谷陽二. 民生委員の精神障害者援助の現状と今後の方向性. 日本社会精神医学会雑誌 1998;7(1):82.
- 30) 松本弘子, 山口忍. 医療拒否の強い在宅精神障害者への早期介入に関する研究—民生委員が在宅精神障害者に関して受ける相談の実態とその援助方法について—日本社会精神医学会雑誌 2003;12(1):121.
- 31) 山野井尚美. 精神保健領域における危機介入の事例 通報, 情報提供事例から考える. 保健師ジャーナル 2011;67(11):956-964.

## 第 6 章



## 第 6 章

### 精神障害者が地域で生活し続けるために 住民との近隣交流を促進する地域ケア

#### 第 1 節 本研究の総括

第 1 章（研究 1）では，精神障害者の地域ケアの概要を把握するために精神障害者の退院支援に関する文献検討を行った結果，1990 年後半から「長期入院患者へのケア・介入」「長期入院患者への退院支援」「退院・社会復帰に関する要因」に関する研究が増加傾向を呈していた事が明らかになった．また，精神保健福祉士の法制化された翌年から，精神保健福祉士や臨床心理士，作業療法士など，コメディカルスタッフからの報告も増え始め，背景に多職種によるアプローチの実践に基づく研究が報告されていた．今後の研究課題として，家族支援，精神障害者の社会生活技能の向上に貢献できる研究の蓄積が必要である事が示唆された．

第 2 章（研究 2）では，精神障害者の行為に対して近隣住民が苦情を申し立てた事例から，地域住民との関係性の変容を明確化する事を目的とした文献レビューを行った結果，苦情の背景には精神症状による言動に対する住民の不安が認められた．これに対し，精神障害を理解し，不安を抱える住民へ精神障害者の状況を説明する住民の存在が明らかになった．また，相互交流により精神障害者の行為に対する不安が緩和され，当初は苦情という軋轢の状態から均衡が維持されるという変容を認めた．対象事例において，住民と関係機関の話し合いの設定・精神障害者と住民の仲介役とのつながり・後方支援は，地域では保健所・保健センター保健師，入院中は看護師が担っていた事が明らかとなった．

第 3 章（研究 3）では，精神障害者と地域住民との日常的なつながりに関する概念のうち，ソーシャルキャピタルを用い，精神障害

果、相、談、す、る、精、神、障、害、者、の、方、が、し、な、い、者、に、比、  
べ、て、近、隣、交、流、が、多、く、精、神、障、害、者、が、民、生、に、委、員、  
と、接、点、を、持、つ、た、事、で、近、隣、交、流、を、広、げ、る、可、能、性、  
が、単、位、で、の、加、入、状、況、が、曖、昧、な、研、究、対、象、が、一、般、的、に、世、  
帯、あ、る、が、住、民、の、9、割、以、上、が、自、治、会、に、入、り、満、  
ち、た、い、な、い、者、と、比、較、し、て、近、隣、交、流、が、多、い、事、が、  
示、さ、れ、た、事、も、踏、ま、え、り、精、神、障、害、者、の、加、入、率、を、  
引、上、げ、る、事、に、よ、り、近、隣、と、の、交、流、が、多、く、な、  
考、え、た、精、神、障、害、者、に、対、す、る、地、域、の、許、容、が、増、す、と

## 第 2 節 精 神 障 害 者 の 近 隣 と の つ な が り へ の 提 言 と 地 域 ケ ア の あ り 方

### 1. 近 隣 交 流 を 支 援 す る 意 義

こ、れ、ま、で、の、一、連、の、研、究、に、よ、っ、て、精、神、障、害、  
者、が、地、域、で、生、活、し、続、け、る、た、め、の、住、民、と、の、近、隣、  
交、流、を、明、確、に、す、る、事、が、で、き、た、。、  
本、節、で、は、精、神、障、害、者、の、近、隣、と、の、つ、な、が、り、  
に、関、し、て、提、言、及、び、お、す、る、。、  
第 1 章 で は、我 が 国 の 精 神 障 害 者 の 退 院 促 進  
及 び 地 域 移 行 支 援 に 係 る 施 策 や 事 業 の 推 進  
の 流 れ を 受 け、精 神 障 害 者 の 退 院 支 援、地 域  
生 活 支 援 の 取 り 組 み の 報 告 が 増 加 傾 向 を 呈 し  
て、保 健 福 祉 士、臨 床 心 理 士、作 業 療 法 士 等 が 精  
神 障 害 者 の 地 域 ケ ア の 担 い 手 と し、多 職 種  
に よ る 協 働 の 実 態 が 示 さ れ た、。、  
ま た、第 2 章 及 び 第 3 章 で は、精 神 障 害 者 地  
が 近 隣 と 交 流 を 持 つ 事 で、精 神 障 害 者 は 地 高  
域 生 活 と 支 援 を 意 義 を 持 つ、。、  
相 互 性 を 発 展 さ せ、防 ぐ、。、



, 神 苦 に い つ も の 支 ン る  
 た 精 . 流 と と に 者 る メ あ  
 ま と た 交 る に 況 害 わ ス が  
 . 民 し の す 者 状 障 携 セ 要  
 る 仕 在 互 持 害 的 神 に ア 必  
 き る 存 相 維 障 機 精 援 を る  
 で え が 民 を 神 危 , 支 性 け  
 釈 訴 民 住 衡 精 も り 活 係 か  
 解 を 住 と 均 , に お 生 関 き  
 と 情 の 者 ら り 的 て , の ら  
 る 苦 割 害 か ま 常 れ と と た  
 い も 役 障 態 つ 日 さ る 隣 は  
 て 際 る 神 状 . , 示 す 近 へ  
 え た す 精 の た は が 慮 に 築  
 備 し 介 , 幞 め 流 事 考 的 構  
 も 生 仲 は 軋 認 交 る を 識 係 .  
 き 発 を に , を 隣 あ 着 意 関 る ,  
 ら が 者 際 て 容 近 で 定 が , え た へ が <sup>1)</sup>  
 た 情 害 の つ 変 の 効 域 者 し 考 ま 流 者 る 者 め 状 立 策 加 え 千 あ 足 を  
 は 苦 障 情 よ う て 有 地 援 ト と 交 害 す 他 た 症 孤 応 に 備 に 不 会 る .

隣 障 面 , な , 対 者 の る る が 機 い  
 近 神 直 に 手 く め . 援 時 い す ン の て  
 も 精 に 的 苦 し た る 支 害 て 生 ヲ 流 れ  
 ら ら 難 般 が 難 い あ , 災 れ 共 シ 交 さ  
 か な 困 一 ン が く が 族 , さ と 一 , と  
 点 ぜ り は ヲ 力 に 性 家 ち と 者 ケ べ 題  
 観 な よ 者 シ 協 れ 能 が 持 要 害 ニ 述 課  
 う . に 害 一 互 さ 可 人 を 必 障 ュ と が  
 い る 化 障 ケ 相 解 る 本 流 が 神 ミ る か  
 と あ 変 神 ニ や 理 陥 ら 交 事 精 コ い る  
 護 が の 精 ュ 換 に に か と う は や て す  
 援 義 境 . ミ 交 困 況 時 民 合 民 流 じ 供  
 要 意 環 る コ 報 周 状 常 住 し 住 交 感 提  
 時 の に あ や 情 を い 平 隣 話 , 互 と に  
 害 援 時 で 流 な 事 辛 , 近 て は 相 る う  
 災 支 害 め 交 要 る 居 て , い <sup>2)</sup> , い よ  
 の 災 た の 必 あ , し て つ ら り て の

## 2. 近 隣 交 流 支 援 の 提 言

研 究 4 お よ び 5 で 述 べ た よ う に , 精 い 神 う 障 害 知 の し 実 用 害  
 者 レ 近 隣 に 上 障 精 知 隣 き 活 動 促 け し は ,  
 9 て 態 で 者 ま 自  
 研 究 4 お よ び 5 で 述 べ た よ う に , 精 い 神 う 障 害 知 の し 実 用 害  
 者 レ 近 隣 に 上 障 精 知 隣 き 活 動 促 け し は ,  
 9 て 態 で 者 ま 自











## 第6章 文献

- 1) 伊東亜希子. 災害時要援護精神障害者の支援体制. 精神科臨床サービス 2013;13 (2) : 252-253.
- 2) 千葉理恵, 木戸芳史, 宮本有紀, 他. 精神障害をもつ人々と共に地域で心地よく生活するために, 地域住民が不足していると感じているもの. 医療と社会 2012;22 (2) : 127-138.
- 3) 東美奈子, 安保寛明, 石川桂美, 他. 精神科看護の展開. 日本精神科看護技術協会監修. 東京, 2011; 30-31.
- 4) 近藤克則. 公衆衛生における地域の力(ソーシャル・キャピタル)の醸成支援. 保健師ジャーナル 2013;69 (4) : 252-259.
- 5) ソーシャル・キャピタルと健康. イチロー・カワチ, S.V.スブラマニアン, ダニエル・キム, 他. 日本評論社. 東京, 2008;15-19.
- 6) 大賀英史, 稲葉陽二, 藤原住典. 「ソーシャル・キャピタル」の可能性—絆・信頼・ネットワークがニッポンを救う. 公衆衛生情報 2007;37 (9) : 6-20.
- 7) 濱田由紀. 精神障害をもつ人のリカバリーにおけるピアサポートの意味. 日本看護科学会誌 2015;35 : 215-224.
- 8) 千葉理恵, 宮本有紀. 精神疾患を有する人のリカバリーに関連する尺度の文献レビュー. 日本看護科学会誌 2009;29 (3) : 85-91.
- 9) 池淵恵美. リカバリーにはたす希望の役割. 臨床精神医学 2014;43 (4) : 535-543.
- 10) 田中英樹. リカバリー/エンパワメント. 精神科臨床サービス 2013;13 (2) : 146-147.
- 11) Deegan, P.E. Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal 1988;11(4) : 15.

資料



平成21年3月 日

代表者 各位

「近隣交流の指標の開発」アンケートへ御協力をお願い

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、私は精神科病院の看護師として勤務後、現在は山口大学大学院に在籍し、精神保健に関する研究を行っております。近年、精神障害者の社会復帰がすすめられていますが、日本では約33万人が精神病院において入院治療を受けています。本研究では、社会復帰を考えるにあたって、精神障害者の近隣交流の指標を当事者の目線から作成することを目的としております。研究結果は、精神障害者の地域における暮らしやすさを追及し、支援する上で重要な基礎的資料になると考えます。そこで、山口県在住の入院経験がある統合失調症を中心とした精神障害者を対象に平成21年3～7月の期間において、アンケート調査へのご協力をお願いしております。つきましては、貴施設の利用者にご協力頂きたく存じます。

ご協力への同意が頂ける場合、事前に利用者の人数をお聞きしたうえ、調査紙を持参致します。アンケート調査は、説明から回収まで30分程度の予定です。お忙しいところ申し訳ありませんが、研究者の簡単な紹介をして頂きますようお願いいたします。調査日に通所された利用者には、調査について説明致します。ご協力の可否については、説明した後に確認させて頂きます。ご協力いただける場合は、「同意書」にご署名をお願いする予定です。調査紙に記入して頂く間、利用者の体調が悪くなった場合には、直ちに調査を中止致します。同意書と調査紙はそれぞれ別に封筒に入れて頂き、職員の方には取りまとめをお願いいたします。なお、研究へのご協力は、個人の自由であり、ご協力いただけない場合でも何の不利益もありません。

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会において研究実施の適否に関して審査を受け、承認を得ております。個人情報情報は厳重に守り、本研究の目的以外に使用されることはありません。

この研究について知りたいことや、ご不明なことがありましたら、遠慮なく研究実施責任者におたずねください。

研究実施責任者： 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻  
磯村聡子

〒755-8505 山口県宇部市南小串1丁目1番1号

電話/FAX 0836-22-2859

E-mail: satok013@yamaguchi-u.ac.jp

平成21年3月 日

利用者各位

「近隣交流の指標の開発」アンケートへご協力をお願い

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、私は精神科病院の看護師として勤務後、現在は山口大学大学院に在籍し精神保健に関する研究を行っています。近年、退院された方の社会復帰がすすめられています。全ての人が暮らしやすい地域づくりを検討するため、本研究では近隣交流の指標の作成を目的としています。そこで、山口県在住で入院を経て退院された方を対象に平成21年3～7月の期間で、調査をお願いしています。つきましては、お手数ですがアンケートにご協力頂きたく存じます。

調査の内容について説明した後、ご協力について確認致します。十分にご検討された後、ご協力いただける場合は、「同意書」にご署名をお願いします。アンケートは30分程度で終わり、記名は不要です。職員の方にも同席して頂きますので、何かありましたら遠慮なくお申し出ください。アンケートでは、近隣交流の現状をお聞きしますので、ありのままをお答えください。記入が完了しましたら、同意書とアンケート用紙はそれぞれ別の封筒に入れ、職員の方にお渡しください。なお、研究へのご協力は、個人の自由であり、ご協力いただけない場合でも何の不利益もありません。研究開始後でも、途中で協力をやめたい場合には、いつでも取り消すことができます。

本研究は、ヘルシンキ宣言及び疫学研究に関する倫理指針を遵守して行い、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会から研究実施の承認を得ています。研究で得た情報は研究の目的以外には使用いたしません。適切な研究実施のため、研究関係者がデータを見る際も、個人を特定されません。最終的な研究成果は学会等で発表する予定です。その場合も個人を特定できるような個人情報の秘密は厳重に守ります。

この研究について知りたいことや、ご心配なことがありましたら、遠慮なく磯村におたずねください。ご協力の程、お願い申し上げます。

研究実施責任者： 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

磯村聡子

〒755-8505

山口県宇部市南小串1丁目1番1号

電話/ FAX：0836-22-2859

E-mail: satok013@yamaguchi-u.ac.jp



(研究協力者用・研究者用)

## 同 意 書

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻長 殿

研究課題名：近隣交流の指標の開発

私は、上記の研究に関して十分な説明を受け、研究の目的、意義、方法、期待される利益および起こるかもしれない不利益等について理解しました。また、いつでも研究協力を拒否・辞退でき、それによる不利益がないことや匿名性、個人情報を守られることについての具体的な説明も受けました。そこで、私の自由意思に基づいてこの研究に協力することに同意します。

同意日：西暦 年 月 日

研究協力者氏名： \_\_\_\_\_

私は、上記研究協力者に、この研究について十分に説明いたしました。

説明日：西暦 2009 年 月 日

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

氏名： \_\_\_\_\_

1.あなた自身についてお聞きます。以下の問いについて（ ）に記入、あるいは当てはまる項目に○をご記入ください。

①年齢 （ ）歳

②性別 男性 ・ 女性

③どこにお住まいですか？（ ）市 ・ 町

④今お住まいの市・町にはどれ位住んでいますか？

6か月未満 ・ 6か月～2年未満 ・ 2年～5年未満 ・

5年～10年未満 ・ 10年～20年未満 ・ 20年以上

⑤これまで精神科に何回入院されましたか？

1回 ・ 2回 ・ 3～5回 ・ 5～7回 ・ 8～10回 ・ 11回以上

⑥これまで最も長い入院はどれくらいの期間でしたか？

3か月未満 ・ 3か月～半年未満 ・ 半年～1年未満 ・

1年～3年未満 ・ 3年～5年未満 ・ 5年以上

⑦その入院は、何歳ごろですか？（ ）歳頃

⑧お住まいの家は次のうちどれですか？

持ち家一戸建て ・ 持ち家アパートまたはマンション ・ 賃貸一戸建て ・

賃貸アパートまたはマンション ・ 公営住宅 ・ グループホーム ・

その他（ ）

⑨世帯形態は次のうちどれですか？

単身 ・ 夫婦のみ ・ 夫婦と未婚の子ども ・ 夫婦と既婚した子ども ・

夫婦と親 ・ 親と同居 ・ その他（ ）

⑩こちらの施設にはおよそどれくらいのペースで来られていますか？

月に1～2日 ・ 週に1日 ・ 週に2日 ・ 週3～4日 ・ 週5日以上

ありがとうございました。では、質問2にお進みください。



2.あなたの日頃のご近所付き合いについて、当てはまるところに丸をつけてください。

ご近所⇒隣の家から自治会（町内会）の範囲までと致します。

|     |                                     | 当てはまる<br>4 | どちらかといえば<br>当てる<br>3 | どちらかといえば<br>当てはまらない<br>2 | 当てはまらない<br>1 |
|-----|-------------------------------------|------------|----------------------|--------------------------|--------------|
| 1.  | お祭り又は盆踊りなど自治会（町内会）の行事に参加していますか？     |            |                      |                          |              |
| 2.  | 自治会（町内会）の集会に参加していますか？               |            |                      |                          |              |
| 3.  | 自治会（町内会）の清掃作業に参加していますか？             |            |                      |                          |              |
| 4.  | ゴミ収集の当番を頼まれたら、引き受けますか、または引き受けていますか？ |            |                      |                          |              |
| 5.  | ゴミの分別についてご近所の人に相談していますか？            |            |                      |                          |              |
| 6.  | 旅行や外出で出かけた後、お土産を渡していますか？            |            |                      |                          |              |
| 7.  | ご近所の人からお土産をもらっていますか？                |            |                      |                          |              |
| 8.  | たくさん作った食べ物をご近所の人におすそ分けしていますか？       |            |                      |                          |              |
| 9.  | 頂き物が食べきれないとき、ご近所の人におすそ分けしていますか？     |            |                      |                          |              |
| 10. | ご近所の人から食べ物のおすそ分けをもらっていますか？          |            |                      |                          |              |
| 11. | ご近所の人に頼まれたらペンチ/ドライバー等の工具を貸しますか？     |            |                      |                          |              |
| 12. | 持っていない工具が急に必要になって近所の人に借りることがありますか？  |            |                      |                          |              |
| 13. | 近所の人に家を借りたり働く時の保証人になってもらうことがありますか？  |            |                      |                          |              |
| 14. | ご近所の人に頼まれたら調味料を貸しますか？               |            |                      |                          |              |
| 15. | 調味料が急に足りなくなった時、ご近所の人に借りることがありますか？   |            |                      |                          |              |
| 16. | 出かけるとき、ご近所の人に留守にすることを伝えることがありますか？   |            |                      |                          |              |
| 17. | ご近所の人から留守にすることを伝えられることがありますか？       |            |                      |                          |              |
| 18. | 雨が降ってきたら近所の子の洗濯物を取り込んでいますか？         |            |                      |                          |              |
| 19. | 雨が降ってきたら近所の人に洗濯物を取り込んでもらうことがありますか？  |            |                      |                          |              |
| 20. | 雨が降ってきたことをご近所の人に知らせていますか？           |            |                      |                          |              |
| 21. | 雨が降ってきたことをご近所の人に教えてもらっていますか？        |            |                      |                          |              |
| 22. | 日頃、ご近所と交流があると思いますか？                 |            |                      |                          |              |
| 23. | ご近所の人と天気や、季節などの世間話をしていますか？          |            |                      |                          |              |
| 24. | ご近所の人と自分の体調や病気などの話をしていますか？          |            |                      |                          |              |
| 25. | 回覧板を次の人に回すとき、直接会って渡していますか？          |            |                      |                          |              |
| 26. | 回覧板を次の人に回すとき、ポストに入れてありますか？          |            |                      |                          |              |
| 27. | ご近所の人に簡単な買い物を頼むことがありますか？            |            |                      |                          |              |
| 28. | ご近所の人から簡単な買い物を頼まれたら、しますか？           |            |                      |                          |              |



精神障害者を対象とした調査

|    |                                     | 当てはまる<br>4 | どちらかといえば<br>当てはまる<br>3 | 当てはまらない<br>どちらかといえば<br>2 | 当てはまらない<br>1 |
|----|-------------------------------------|------------|------------------------|--------------------------|--------------|
| 29 | 隣の住人の顔を知っていますか？                     |            |                        |                          |              |
| 30 | 隣の住人の名前を知っていますか？                    |            |                        |                          |              |
| 31 | 班又はアパート/マンション/団地の住人の顔を知っていますか？      |            |                        |                          |              |
| 32 | 班又はアパート/マンション/団地の住人の名前を知っていますか？     |            |                        |                          |              |
| 33 | 困ったことは民生委員に相談していますか？                |            |                        |                          |              |
| 34 | 困ったことは自治会長（町内会長）に相談していますか？          |            |                        |                          |              |
| 35 | 困った事は班長またはアパート/マンションの管理人に相談していますか？  |            |                        |                          |              |
| 36 | 自治会（町内会）に入っていますか？                   |            |                        |                          |              |
| 37 | 自治会（町内会）の班長を頼まれたら引き受けますか？またはしていますか？ |            |                        |                          |              |
| 38 | 自治会（町内会）役員や係を頼まれたら引き受けますか？又はしていますか？ |            |                        |                          |              |
| 39 | 自治会（町内会）の配り物を頼まれたら、しますか？またはしていますか？  |            |                        |                          |              |
| 40 | ご近所の人に気軽に自宅にあがってもらうことがありますか？        |            |                        |                          |              |
| 41 | ご近所の人のお家に気軽にあがることがありますか？            |            |                        |                          |              |
| 42 | ご近所の人と出会ったら、近くまで一緒に出かけることがありますか？    |            |                        |                          |              |
| 43 | ご近所の人と一緒に散歩することがありますか？              |            |                        |                          |              |
| 44 | ご近所の人と一緒に旅行することがありますか？              |            |                        |                          |              |
| 45 | ご近所の葬儀または法事の手伝いを頼まれたら、しますか？         |            |                        |                          |              |
| 46 | ご近所の人に結婚、誕生日などにお祝いの品を贈ることがありますか？    |            |                        |                          |              |
| 47 | ご近所の人からお祝いをもらうことがありますか？             |            |                        |                          |              |
| 48 | ご近所の人が亡くなった時、お悔やみを贈ることがありますか？       |            |                        |                          |              |
| 49 | ご近所の人からお悔やみをもらうことがありますか？            |            |                        |                          |              |
| 50 | ご近所の人にお中元、またはお歳暮を贈ることがありますか？        |            |                        |                          |              |
| 51 | ご近所の人からお中元、またはお歳暮をもらうことがありますか？      |            |                        |                          |              |
| 52 | ご近所のお家の修理を頼まれたら手伝いますか？              |            |                        |                          |              |
| 53 | ご近所の人に引っ越しの手伝いを頼むと思いますか？            |            |                        |                          |              |
| 54 | 調子が悪くなったら、ご近所の人に手助けしてもらうことがありますか？   |            |                        |                          |              |
| 55 | ご近所の困っている人を手助けすることがありますか？           |            |                        |                          |              |

質問はこれで終わりです。

※ ご近所とのお付き合いについて、何かありましたら、裏面にご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。



## 謝 辞

本研究は、精神科看護師として精神障害者に対する退院支援に携わった臨床経験を踏まえて、公衆衛生における精神保健の研究者として歩み始めた研究を総括した成果です。精神障害者の暮らしやすい地域づくりは、住民との関係性の中で育まれる知見を研究成果として公表することができましたこと、心から感謝申し上げます。

研究を遂行するにあたり、論文の副査をして頂きました山口大学大学院医学系研究科保健学系学域地域老年看護学講座教授、守田孝恵先生には、博士前期課程入学時から後期課程への進学、現在に至るまで指導教員として熱心なご指導と温かいご支援を賜りました。保健所実習での精神障害者の家庭訪問、近隣交流項目作成のための保健師の方とのディスカッション、文献レビューによる現状の把握、住民の調査へ協力して下さった保健師さんの紹介、精神障害者通所施設の視察などを含めて全ての体験が、研究を深める機会となりました。博士論文は、指導教員である守田孝恵先生との関係性の中で発展してきました。研究者としての成長を促して下さったことにお礼申し上げます。

母性看護学講座教授、田中満由美先生におかれましては、主査として親身にご指導を頂きました。地域・老年看護学講座教授、堤雅恵先生には、副査として本研究に対する丁寧なご助言を賜りました。深く感謝いたします。

また、山口大学大学院医学系研究科地域看護学講座の先生方には、いつも具体的なお指導と有益なご助言を賜りました。博士前期課程及び後期課程の学生の皆様には、研究に対する温かい励ましを頂き、研究を作り上げる面白さを共有することができました。

本研究は、地域で生活する精神障害者の皆様、保健師の皆様、住民の皆様のご協力のお蔭で完成することができました。これまでお世話になった全ての方に深く謝意を表します。

平成 28 年 2 月 22 日

磯村 聡子