

博士論文 2018 年度

地域在住精神障害者の Community integration に関する研究

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

塩田 藍

目次

表 目次	iv
図 目次	v
本研究の元とした学術論文・学会発表要旨	vi
第1章 精神障害者における Community integration の研究動向	1
1. 1 背景と目的	1
1. 2 方法	3
1. 2. 1 対象論文の選定	3
1. 2. 2 対象論文の検討	5
1. 3 結果	5
1. 3. 1 出版年および国別比較	5
1. 3. 2 研究対象者の背景	6
1. 3. 3 研究方法	7
1. 3. 4 Community integration の定義と要因	8
1. 4 考察	19
1. 4. 1 研究の動向	19
1. 4. 2 Community integration の定義と要因	19
1. 5 結論	20
第2章 日本語版 Community Integration Measure の開発	22
2. 1 背景と目的	22
2. 2 方法	25
2. 2. 1 対象者	25
2. 2. 2 調査方法	25
2. 2. 3 日本語版尺度案の作成	25
2. 2. 4 調査項目	26

2. 2. 5	分析方法.....	27
2. 2. 6	倫理的配慮.....	28
2. 3	結果.....	29
2. 3. 1	対象者の概要.....	29
2. 3. 2	項目分析.....	31
2. 3. 3	妥当性と信頼性.....	32
2. 4	考察.....	36
2. 5	結論.....	36
第3章	地域在住精神障害者の生活実態に基づく支援の類型化.....	37
3. 1	背景と目的.....	37
3. 2	方法.....	38
3. 2. 1	対象者.....	38
3. 2. 2	調査方法.....	38
3. 2. 3	調査項目.....	39
3. 2. 4	分析方法.....	40
3. 2. 5	倫理的配慮.....	41
3. 3	結果.....	42
3. 3. 1	対象者の概要.....	42
3. 3. 2	クラス数と各クラスの特徴.....	45
3. 3. 3	各クラスの自己内面評価と環境評価.....	47
3. 4	考察.....	49
3. 5	結論.....	53
第4章	地域在住精神障害者における Community integration の要因の検証.....	54
4. 1	目的.....	54
4. 2	方法.....	57
4. 2. 1	対象者.....	57

4. 2. 2	調査方法.....	57
4. 2. 3	調査項目.....	57
4. 2. 4	分析方法.....	59
4. 2. 5	倫理的配慮.....	65
4. 3	結果.....	66
4. 3. 1	対象者の概要.....	66
4. 3. 2	層別.....	70
4. 3. 3	因果モデル.....	71
4. 3. 4	構造モデル.....	78
4. 4	考察.....	82
4. 4. 1	対象者の概要と Community integration の評価.....	82
4. 4. 2	因果モデル.....	82
4. 4. 3	構造モデル.....	84
4. 4. 4	まとめ.....	86
4. 5	結論.....	90
第5章	総括.....	91
	引用文献.....	94
	謝辞.....	107
	資料.....	108

表 目次

表 1	地域在住精神障害者における CI に関する研究の概要	13
表 2	地域在住精神障害者における日本での地域生活参加に関する研究の概要	18
表 3	CI 測定尺度	24
表 4	対象者の概要 (N=263)	30
表 5	日本語版 CIM の項目分析結果	31
表 6	日本語版 CIM の探索的因子分析結果	32
表 7	日本語版 CIM 得点の比較	34
表 8	日本語版 CIM	35
表 9	対象者の概要 (N=264)	43
表 10	各クラスの対象者の概要	44
表 11	各クラスの適合度指標	45
表 12	各クラスの特化係数	46
表 13	各クラスの尺度得点の比較	48
表 14	近隣環境の利便性 7 項目の主成分分析結果	60
表 15	対象者の概要 (N=194)	68
表 16	因果モデルに用いる変数間の相関	71
表 17	多母集団同時分析の適合度指標	73
表 18	CI への各要因の直接・間接・総合効果 (非標準化推定値)	75
表 19	社会的孤立傾向低群における CI の構造モデル	78
表 20	社会的孤立傾向高群における CI の構造モデル	79

図 目次

図 1	レビュー対象論文フローチャート	4
図 2	分析対象のフローチャート	29
図 3	日本語版 CIM の確証的因子分析結果	33
図 4	分析対象のフローチャート	42
図 5	地域在住精神障害者の CI の概念図	55
図 6	CI と要因間の因果関係の分析モデル	61
図 7	仮説モデル	62
図 8	層ごとの重回帰分析の分析モデル	65
図 9	分析対象のフローチャート	66
図 10	CIM 得点の決定木分析結果	70
図 11	多母集団同時分析結果（標準化推定値）	74
図 12	各群の回答傾向	81
図 13	各対象者の CI の要因構成（一部）	88
図 14	各対象者の要因の状態（一部）	89

本研究の元とした学術論文・学会発表要旨

本研究は、以下の学術論文・学会発表要旨を基に加筆・修正をしたものである。

第 1 章

[学術論文]

塩田藍, 山内慶太: 精神障害者のコミュニティインテグレーションに関する研究の動向.
日本社会精神医学会雑誌 **27(1)**: 25-37, 2018

第 2 章

[学術論文]

Shioda, A., Tadaka, E., Okochi, A: Reliability and validity of the Japanese version of the
Community Integration Measure for community-dwelling people with schizophrenia. *International
Journal of Mental Health Systems* **11**: 29, 2017

第 3 章

[国内学会発表]

塩田藍, 田高悦子, 内川一明, 山内慶太: 潜在クラスモデルによる地域在住統合失調症患者
における日常生活実態の類型化. 第 36 回日本社会精神医学会, 2017

[学術論文]

塩田藍, 田高悦子, 内川一明, 山内慶太: 安定期にある地域在住統合失調症患者における
生活実態に基づく支援の類型化: 潜在クラスモデルによる分析. 日本社会精神医学会雑誌
27(1): 13-24, 2018

第 4 章

[国内学会発表要旨]

塩田藍, 山内慶太, 高橋武則: 層別した重回帰分析によるコミュニティインテグレーション
の構造分析. JMP Discovery Summit Japan, 2018

第 1 章 精神障害者における Community integration の研究動向

1. 1 背景と目的

従来の日本の精神科医療においては、精神障害者は精神病院等での長期の入院治療により地域生活からの隔離を余儀なくされてきた。1980年代後半より、徐々に地域生活への復帰を視野に入れた施策が講じられ、1993年の障害者基本法により精神障害者が障害者として初めて定義され、地域生活を支援するための施策の重要性が論じられるようになった

(公衆衛生審議会 1994)。現在の日本の精神科医療においては、精神障害者は入院治療から地域生活への移行と定着に向けて政策の転換が推進されている(厚生労働省 2016)。厚生労働省の患者調査(2014)によれば、日本では精神疾患患者のうち約半数が入院しており、全疾患の中で入院患者数が最も多く、在院期間は最も長い。未だに長期入院患者の地域移行や地域定着は十分に実現しておらず、地域生活への移行推進は精神保健医療福祉施策における重大な課題である。しかしながら、地域在住精神障害者の QOL (Quality of Life) は一般地域住民や身体疾患を有する者よりも低いことが報告されている (Bobes et al. 2007, 國方 他 2008, Li et al. 2017, Wartelsteiner et al. 2016)。したがって精神科病院における退院促進と同時に、生活の場となる地域における QOL 向上に資するため、関連する個人要因と環境要因の双方に対する支援が課題である。そのうち個人要因である精神症状や機能等の臨床的特徴に対する治療薬の開発等の医学的アプローチは確立されつつある。一方で環境要因に対する支援は緒についたばかりである。地域生活環境においては、従来より精神障害者に対する偏見、差別 (Ando et al. 2013, Chan & Mak 2014, Oshima et al. 2007) が存在し、サービスの利用の阻害 (Clement et al. 2015)、自尊感情の低下 (Picco et al. 2016) などの地域生活上の困難が生じている。地域在住精神障害者を取り巻く環境の質の向上を目指す支援を確立するためには、実証研究に基づく検討が必要である。

「コミュニティインテグレーション (CI: community integration)」とは地域生活環境に焦点を当てた概念であり、障害者の身体的健康、精神的健康そして QOL 向上に資する

(Griffen et al. 2010, Reistetter et al. 2005)。海外では、既に CI は精神医療の目標として論じ

られている (Baumgartner & Herman 2012, Wieland et al. 2007). CIには様々な定義が存在するが、そのうち先行研究で共通する内容は、CIが多様な要素を包含することである。精神障害者を対象とするCIについては以下の海外文献によるレビューが存在する。Wong & Solomon (2002)は、CIが地域で精神障害者が支援付き住宅に居住することの効果指標として重要であることを主張し、対象者を包括型地域生活支援 (ACT: assertive community treatment) 利用者限定し、レビューを行っている。その結果、CIは3次元であり、①Physical integration (自発的な態度、活動参加、サービス利用)、②Social integration (社会的相互作用の程度、ソーシャルネットワークサイズ、社会的役割)、③Psychological integration (帰属感、近隣との感情的つながり、近隣によるサポート認識) から構成されると定義している。さらにCIの要因として①個人 (基本属性、臨床特徴、健康、機能、症状、住居の嗜好、居住期間、居住形態)、②住宅環境 (地域資源へのアクセシビリティ、サポート、安全)、③行動環境 (自立の程度、サービス利用)、④支援環境 (サポート) が影響する可能性を示唆した上で、実証研究の少なさを指摘している。他に Baumgartner & Burns (2014) は、CIと Social inclusion (社会的包摂) の2つの概念を精神障害者が地域社会の一員として包括されることを意味するとして同義に扱い、5つの測定尺度についてレビューし、尺度開発の成り立ち、尺度構成、使用目的を整理している。その結果、既存尺度の大半はCI自体を測定する内容ではなく、類似概念を組み合わせて尺度として用いていることを指摘し、今後は測定尺度の異文化への適用可能性が調査されるべきだと主張している。CIは精神障害者の生活目標であり、精神保健医療が到達すべき課題である。しかしこれまで行われた精神障害者のCIに関するレビューは、海外にて行われており、レビュー対象は特定のプログラム利用者や測定尺度に限られている。またCIの本質的な定義、その測定尺度、要因については十分に整理されていない。

そこで本研究の第1章ではCI概念の定義を整理する。第2章ではCIを測定するための尺度開発を行う。第3章では地域在住精神障害者の生活実態に基づく特徴と支援の類型化を行う。第4章ではそれらの結果を踏まえ、地域在住精神障害者におけるCIの因果モデルと構造モデルを検証することで、CIの実態を明らかにし、CI向上のための支援への示唆を

得る。この第1章では、精神障害者を対象とするCIに関する国内外の文献を整理することによってCI研究の動向、概念の定義、測定尺度、要因について明らかにし、今後のCI研究と精神障害者に対する支援の方向性について考察することを目的とする。

1. 2 方法

1. 2. 1 対象論文の選定

2017年3月時点において、国内文献は医学中央雑誌 Web を、海外文献は PubMed を用い検索した。

対象論文の判断基準は、①患者本人が地域在住者かつ精神障害者である、②本文中にCIまたは類似概念の定義がある、③CIの要因または地域生活状況の記述がある、④査読された研究論文である。そのため発症前、入院中である場合や、一事例の報告およびレビュー論文は対象外とした。

海外文献は検索キーワードを Mesh で検索し、該当する Mesh を検索式に使用した。Mesh に該当がなくフリーワードで検索結果がある際はフリーワードを用いた。検索式は対象疾患名 (Psychiatric* disorder* or severe* mental* illness* or mentally* ill*)、CI や共生社会または社会参加 (Community integration [Mesh] or Inclusive society or Social participation [Mesh]) を AND でつなぎ、英語論文を指定し、2017年3月31日までの論文を検索した。なおキーワード後の*アスタリスクは、*以前で始まる言葉を検索する。その結果287件が該当した。そのうちタイトル、アブストラクトを読み、①原著ではない、②対象が異なる、③テーマが異なる、④レビューであった234件を除外し、53件を抽出した。本文を読み込み、前述の判断基準により対象論文14件を抽出した。さらにハンドサーチとして対象論文の引用文献を確認し同様の判断基準で27件を抽出し、合計41件を海外文献の対象論文とした。国内文献はフリーワードをシソーラスで検索し、該当するシソーラスを検索式に使用した。海外文献と同様にシソーラス (TH) に該当がなくフリーワードで検索結果がある際はフリーワードを用いた。対象疾患名 (在宅精神障害者 or 精神障害者) と CI、共生社会または社会参加 (コミュニティインテグレーション or 共生社会 or 社会参加/TH)

を AND でつなぎ原著論文を指定して収録開始の 1983 年から 2017 年 3 月 31 日までの論文を検索し、その結果 17 件が該当した。海外文献と同様の判断基準にて、タイトル、アブストラクトを読み、8 件を抽出した。さらに本文を読み込み、2 件を抽出した。その後、ハンドサーチを行い、6 件を抽出し、合計 8 件を対象論文とした。

以上より海外および国内の 49 論文を対象論文とした (図 1)。

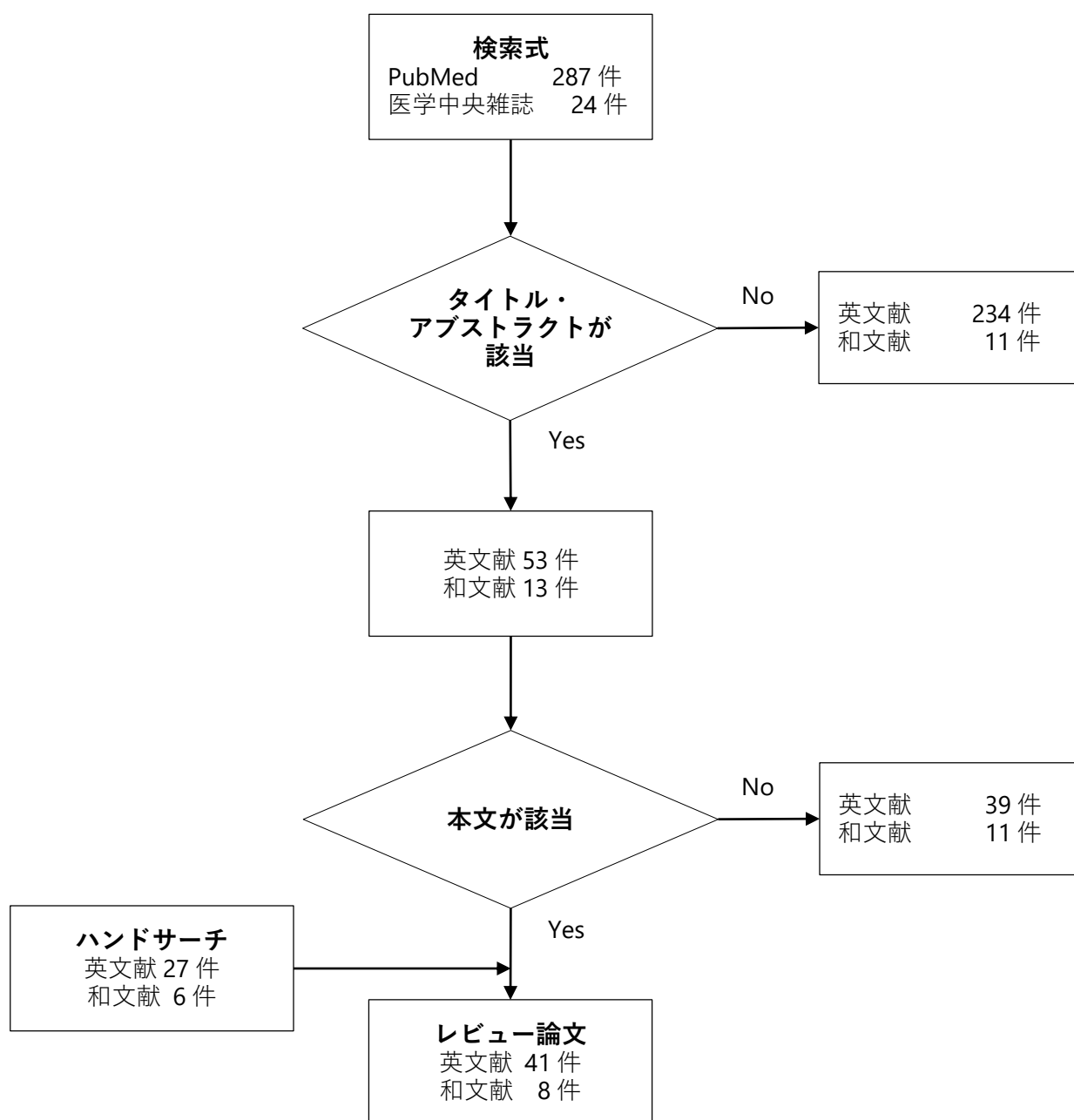


図 1 レビュー対象論文フローチャート

1. 2. 2 対象論文の検討

海外の対象論文の概要を出版年，国，対象者の背景，方法，CIまたは類似概念の定義および結果に示される要因で整理した．国名は調査実施場所または対象者の居住地から判断をした．国内の対象論文において，CI概念は用いられていなかったため，出版年，対象者の背景，方法，結果の概要とアウトカムの要因で整理した．対象者の背景は①疾患，人数，②疾患以外の包含基準，③募集経路を把握した．研究方法は①研究デザイン，②データ収集方法を把握した．

CI概念の定義を把握するため，概念の次元数と測定尺度に着目し，次元に含まれる内容を「要素」として集約した．具体的には，各論文におけるCIの”dimension”すなわち「次元」については，論文に記述されている次元数や，測定に用いられている尺度構成から把握した．先行研究において表現される次元とは，各々の研究者により定義されたものである．したがって，各次元に含まれる内容には研究者により相違があり，同じ名称の次元であっても，その内容を比較すると同義と言えない場合がある．そこで本章では，次元に含まれる内容を質的に分析し，新たに要素として示した．まず文献中の記述から文脈，測定項目に着目し各々を抽出し，コード化した．次にコードの類似性・相違性を比較・検討し，抽象度を上げてカテゴリー，コアカテゴリーを形成した．最終的にコアカテゴリーをCIの要素とした．CIの要因についても同様の手法で分析を行った．

1. 3 結果

対象論文の概要を英語論文（表1），和論文（表2）にまとめた．文献の順序はCI定義内容の類似性に基づき記載した．

1. 3. 1 出版年および国別比較

対象論文の出版年は1990年代が3論文（Aubry & Myners 1996, Beal 1999, 北島 他 1996），2000年代が18論文（Abdallah et al.2009, Beal et al. 2005, Cohen et al. 2009, 藤城 2005, Gulcur et al. 2007, 半澤 他 2007, 平部 2005, 岩脇 他 2004, Kawata & Revicki 2008, 國

方・本田 2009, Lloyd et al. 2008, Perkins et al. 2009, Prince & Prince 2002, Prince & Gerber 2005, Secker et al. 2009, Townley & Kloos 2009, Wieland et al. 2007, Yanos et al. 2004), 2010年代が28論文 (Amagai et al. 2012, Argentzell & Eklund 2013, Baumgartner & Herman 2012, Bejerholm et al. 2015, Belio et al. 2014, Bromley et al. 2013, Chan et al. 2016, Chan & Mak 2014, Cohen & Iqbal 2014, De Heer-Wunderink et al. 2012, 藤本 他 2013, Hsiao et al. 2012, Huxley et al. 2012, Huxley et al. 2016, 工藤 他 2016, Lloyd et al. 2010, Mezey et al. 2013, Min & Wong 2015, Pahwa et al. 2014, Patterson et al. 2014, Rowe et al. 2012, Subandi 2015, Suzuki et al. 2011, Townley et al. 2013, Tsai et al. 2012, Van et al. 2015, Wong et al. 2010, Yanos et al. 2012) であった。海外文献において国名は米国が17論文 (Abdallah et al. 2009, Baumgartner & Herman 2012, Bromley et al. 2013, Gulcur et al. 2007, Kawata & Revicki 2008, Pahwa et al. 2014, Perkins et al. 2009, Prince & Prince 2002, Rowe et al. 2012, Townley et al. 2013, Tsai et al. 2012, Wieland et al. 2007, Wong et al. 2010, Yanos et al. 2012, Yanos et al. 2004) であり, 英国 (Cohen et al. 2009, Huxley et al. 2012, Huxley et al. 2016, Mezey et al. 2013, Secker et al. 2009, Van et al. 2015) が6論文, カナダ (Aubry & Myners 1996, Beal 1999, Beal et al. 20015, Patterson et al. 2014, Townley & Kloos 2009) が5論文, 中国 (香港) (Chan et al. 2016, Chan & Mak 2014, Huxley et al. 2016) が3論文, スウェーデン (Argentzell & Eklund 2013, Bejerholm 2015), 日本 (Amagai et al. 2012, Suzuki et al. 2011), 台湾 (Hsiao et al. 2012, Huxley et al. 2016) (1論文英国と重複), オーストラリア (Lloyd et al. 2010, Lloyd et al. 2008), オランダ (De Heer-Wunderink et al. 2012, Van et al. 2015) が各2論文, フランス (Belio et al. 2014), 韓国 (Min & Wong 2015), インドネシア (Subandi 2015) が各1論文であった。国及び年代の双方を併せてみると, カナダと米国の論文が1990年代と2000年代前半の大半を占めており, 2010年代からヨーロッパやアジア等の論文がみられた。

1. 3. 2 研究対象者の背景

対象論文において, 研究対象者の疾患は, 統合失調症, 不安障害, 双極性障害, うつ病であった。疾患以外の包含基準は成人, 通院, 独立住居者, ホームレス経験などがみられ

た。対象者の主な募集経路は地域サービス、通所施設、医療機関を介していた。精神障害者以外が対象として含まれる場合、その対象が地域住民であるものは海外7論文

(Abdallah et al. 2009, Aubry & Myners 1996, Cohen et al. 2009, Huxley et al. 2012, Huxley et al. 2016, Perkins et al. 2009, Yanos et al. 2012), 国内2論文(半澤 他 2007, 工藤 他 2016)で、専門職のケア提供者であるものは海外3論文(De Heer-Wunderink et al. 2012, Kawata & Revicki 2008, Van et al. 2015)等であった。

1. 3. 3 研究方法

研究デザインは無作為化比較対象試験(RCT: randomized controlled trial)が海外5論文(Baumgartner & Herman 2012, Bejerholm et al. 2015, Gulcur et al. 2007, Patterson et al. 2014, Yanos et al. 2004), 前向きコホートが海外1論文(Cohen & Iqbal 2014), 国内1論文(北島 他 1996)であった。横断研究は海外20論文(Abdallah et al. 2009, Argentzell & Eklund 2013, Aubry & Myners 1996, Chan & Mak 2014, Cohen et al. 2009, De Heer-Wunderink et al. 2012, Hsiao et al. 2012, Huxley et al. 2016, Lloyd et al. 2010, Min & Wong 2015, Pahwa et al. 2014, Perkins et al. 2009, Prince & Gerber 2005, Prince & Prince 2002, Rowe et al. 2012, Suzuki et al. 2011, Townley et al. 2013, Tsai et al. 2012, Wieland et al. 2007, Yanos et al. 2012), 国内6論文(藤本 他 2013, 藤城 2005, 半澤 他 2007, 平部 2005, 岩脇 他 2004, 工藤 他 2016)であった。尺度開発を含める評価尺度の検証は海外9論文(Amagai et al. 2012, Belio et al. 2014, Chan et al. 2016, Huxley et al. 2012, Kawata & Revicki 2008, Lloyd et al. 2008, Mezey et al. 2013, Secker et al. 2009, Townley & Kloos 2009)であった。質的研究は海外6論文(Beal 1999, Beal et al. 2005, Bromley et al. 2013, Subandi 2015, Van et al. 2015, Wong et al. 2010), 国内1論文(國方・本田 2009)であった。データは主に個人面接、自記式質問紙で収集されていた。

1. 3. 4 Community integration の定義と要因

1. 3. 4. 1 概念の性質

CI の概念の性質として、多数の論文が、「次元」に言及し、定義していた。そして個々の次元は、測定尺度や観測項目と関連づけて論じられていた。一次元の概念とみなす場合、その現象は一つの直線上にて高低の強度により計測される。一方で多次元の概念とする場合には、概念は多面的であり、各次元の組み合わせによる類型化に関心がもたれ、測定尺度は観測項目を縮約した潜在因子による下位尺度を有する。CI の概念の次元数は 1-5 次元と論文により異なっていた (Abdallah et al. 2009, Aubry & Myners 1996, Baumgartner & Herman 2012, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Gulcur et al. 2007, Lloyd et al. 2010, Min & Wong 2015, Pahwa et al. 2014, Patterson et al. 2014, Prince & Gerber 2005, Prince & Prince 2002, Townley et al. 2013, Yanos et al. 2012)。また CI 自体が地域生活の目標である (Baumgartner & Herman 2012, Beal 1999, Beal et al. 2005, Min & Wong 2015, Prince & Gerber 2005, Wieland et al. 2007, Yanos et al. 2004) と複数の論文で記述されている一方で、"Recovery (リカバリー)" を地域生活の目標とする場合に CI はリカバリーの一要素であるとする論文 (Abdallah et al. 2009, Pahwa et al. 2014) がみられた。

各研究で CI 概念を構成していた全次元の内容を分析した結果、7つの要素に整理された。そのうち 4 要素は対象者である精神障害者により主観的に観測されるものであり、3 要素は量的指標を用いて客観的に観測されるものであった。前者の主観的要素は、対象者自身が地域生活環境を評価するものであり、「適合」、「サポートの認識」、「充実感」、「自立」であった。「適合」とは、周囲から受容されている認識 (Lloyd et al. 2010, Patterson et al. 2014, Townley et al. 2013)、障害を持たない人との同質性の実感 (Bejerholm et al. 2015, Bromley et al. 2013, Gulcur et al. 2007, Townley et al. 2013, Wong et al. 2010)、地域生活環境への帰属感 (Aubry & Myners 1996, Baumgartner & Herman 2012, Gulcur et al. 2007, Lloyd et al. 2010, Min & Wong 2015, Patterson et al. 2014, Prince & Gerber 2005, Prince & Prince 2002, Townley et al. 2013, Yanos et al. 2012)、地理的な理解 (Lloyd et al. 2010, Patterson et al. 2014, Townley et al. 2013)、住居満足 (Abdallah et al. 2009, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009)

からなるものであった。「サポートの認識」とは近隣との感情的つながり (Aubry & Myners 1996, Gulcur et al. 2007), 近隣との社会的接触の満足 (Abdallah et al. 2009, Baumgartner & Herman 2012, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Yanos et al. 2012), 信頼感 (Abdallah et al. 2009, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Patterson et al. 2014), 家族や近い人 (Abdallah et al. 2009, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Lloyd et al. 2010, Townley et al. 2013) さらに近隣からのサポートの認識 (Abdallah et al. 2009, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Lloyd et al. 2010, Min & Wong 2015, Patterson et al. 2014, Townley et al. 2013) からなるものであった。「充実感」とは日々の活動に意義 (Lloyd et al. 2010, Patterson et al. 2014, Townley et al. 2013) や楽しみ (Abdallah et al. 2009, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Lloyd et al. 2010, Patterson et al. 2014, Townley et al. 2013) を持つことからなるものであった。「自立」は日常生活の行動を自分で選び、決めるという自己決定 (Abdallah et al. 2009, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Lloyd et al. 2010, Patterson et al. 2014, Townley et al. 2013) を意味するものであった。後者の客観的要素は、客観的指標を用いて量的評価を行うもので、近隣住民との挨拶等の社会的接触の数を示す「社会的接触の数」(Aubry & Myners 1996, Baumgartner & Herman 2012, Gulcur et al. 2007, Prince & Gerber 2005, Prince & Prince 2002, Yanos et al. 2012), 仕事等の労働や地域活動への参加回数である「活動参加量」(Abdallah et al. 2009, Baumgartner & Herman 2012, Bejerholm et al. 2015, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009, Gulcur et al. 2007, Prince & Gerber 2005, Yanos et al. 2012), 地域資源やサービスの利用量である「サービス資源利用量」(Baumgartner & Herman 2012, Gulcur et al. 2007, Patterson et al. 2014) であった。

また類似概念の Social integration (社会的統合), Social inclusion (社会的包摂) について、CI 概念と異なる性質として、地域生活を送ることを目的とする際の「過程」という動的な性質をもつことが複数の論文に記述されていた (Chan et al. 2016, Huxley et al. 2012, Huxley et al. 2016, Rowe et al. 2012)。

国内論文では CI や類似概念についての記述はみられなかった。活動参加について、就労や地域活動への参加が地域生活の質向上に関連していること (藤本 他 2013, 岩脇 他

2004, 北島 他 1996), 生活習慣が社会参加に関連していること (平部 2005), 地域生活において交流, 情報交換や家庭生活において制限があること (藤城 2013) が報告されていた。また環境については, 地域住民は急性期の統合失調症患者よりも慢性期の患者に対し偏見, 差別や距離感を抱いていること (半澤 他 2007), 精神障害者を支援するボランティア活動への参加が, 精神障害者に対する肯定的な考え方へ関連すること (工藤 他 2016), 対象者は生活環境の影響を大きく受けること (國方・本田 2009) が示唆されていた。

1. 3. 4. 2 測定尺度

CI の評価尺度や定量化のための指標が使用されている論文は 15 論文であり, うち CI を測定する尺度として複数の論文で使用されていたものは 3 尺度で, Community Integration Measure (CIM) が 4 論文 (Lloyd et al. 2010, Lloyd et al. 2008, Pahwa et al. 2014, Townley et al. 2013), Aubry & Myner による尺度が 4 論文 (Aubry & Myners 1996, Prince & Gerber 2005, Prince & Prince 2004, Yanos et al. 2012), Community Integration Scale が 4 論文 (Abdallah et al. 2009, Cohen & Iqbal 2014, Cohen et al. 2009) となっていた。

CIM (McCull et al. 2001) は, CI が 1 次元の主観的要素のみから構成される概念として捉える際に用いられる単次元尺度である。先行研究では, 2 論文において CIM を単次元尺度として, 他 2 論文においては CI を多次元の概念としてとらえた際に, 主観的要素を測定するために使用されていた。CIM は対象者が地域生活環境への適応を主観的に評価するための 10 項目 1 因子からなる尺度であり, 信頼性妥当性が検証されている。

Aubry らによる尺度 (Aubry & Myners 1996) は CI を 3 次元構成として捉えた多次元尺度である。各次元は①Physical integration として家庭以外での活動頻度, ②Psychological integration として帰属感等, ③Social integration として社会的接触の数と表現され, 各次元に既存尺度を適応している。37 項目 3 因子であり信頼性の検証がなされている。本尺度を Yanos らは 2 次元構成に改変し使用していた (Yanos et al. 2012)。

Community Integration Scale (Abdallah et al. 2009) は CI を 4 次元構成として捉えた多次元尺度である。各次元は①社会的特徴、②機能的特徴、③社会関係、④近隣との関係と表現される。12 項目 4 因子尺度で信頼性妥当性の検証がされていた。

他に 6 論文で CI を測定するための尺度の開発が行われていた (Belio et al. 2014, Chan et al. 2016, Huxley et al. 2012, Kawata & Revicki 2008, Mezey et al. 2013, Secker et al. 2009)。これらの尺度はすべて多次元尺度であり、その構成は 22-75 項目、2-5 因子であった。うち信頼性および妥当性が検証されている尺度は 4 尺度 (Chan et al. 2016, Huxley et al. 2012, Kawata & Revicki 2008, Secker et al. 2009) であった。また CI の各々の要素に既存の他概念の尺度を使用しているもの (Baumgartner & Herman 2012, Gulcur et al. 2007, Min & Wong 2015, Pahwa et al. 2014)、または自作の質問と尺度の組み合わせ (Lloyd et al. 2008) によるもの、自作質問のみ (De Heer-Wunderink et al. 2012)、職業データ (Bejerholm et al. 2015) の利用がみられた。

1. 3. 4. 3 要因

CI の要因は 15 論文で測定され、個人要因と環境要因から構成された。研究デザインはいずれも、CI をアウトカムとし、各要因との関連をみるものであった。個人要因は、性別や収入による基本属性 (Abdallah et al. 2009)、陽性陰性症状および寛解やうつ症状等の精神症状 (Abdallah et al. 2009, Baumgartner & Herman 2012, Cohen & Iqbal 2014)、生活コントロール (Abdallah et al. 2009)、心理社会的機能 (Prince & Prince 2002)、スティグマ認識 (Prince & Prince 2002) が示され、うち精神症状については CI との因果関係が調査されていた (Cohen & Iqbal 2014, Gulcur et al. 2007)。環境要因は家族や友人のサポート (Min & Wong 2015) および地域住民との接触 (Townley et al. 2013, Wieland et al. 2007) によるインフォーマルケア、ACT (Pahwa et al. 2014) および個別就労支援プログラム (IPS: individual placement and support) (Bejerholm et al. 2015) や専門家 (Baumgartner & Herman 2012, Min & Wong 2015) によるフォーマルケア、住居形態 (Gulcur et al. 2007, Patterson et al. 2014, Yanos et al. 2004)、居住期間 (Yanos et al. 2012) が示され、うち IPS (Bejerholm et al. 2015) と薬

物療法（Gulcur et al. 2007）、住居形態（Gulcur et al. 2007, Patterson et al. 2014, Yanos et al. 2004）については CI との因果関係が調査されていた。

測定された要因と CI について、個人要因においては精神症状の寛解、薬物治療の実施、生活コントロールがよいこと、心理社会的機能が低いこと、リカバリーの程度が高いこと、エンパワメントが良好であること、環境要因においては家族や友人からのサポートがあること、地域住民との接触があること、IPS を利用していること、独立住居または自己選択した住居や支援付き住居に住まうこと、居住期間が長いことが CI を高めると報告されていた。一方で個人要因においては陽性陰性症状、うつ症状、不随意運動、アルコール問題、スティグマ認識が CI を低めると報告されていた。

表 1 地域在住精神障害者における CI に関する研究の概要

著者 (出版年) 国名	対象	方法	CI 概念定義 (CI 以外の場合, 概念名も記載)	結果 要因
Beal (1999), カナダ	①疾患, 人数 ②疾患以外の包含基準 ③募集経路	①研究デザイン ②データ収集方法	①次元数 ②CI 測定尺度 (記載がある場合)	友人との関係性
Yanos, et al. (2004), 米国	①SMI 80 名 ②ホームレス経験 ③精神科病院	①RCT 1) 介入群: 独立住居, 2) コントロール群: 支援付き住居 ②個人面接	SMI を持つ人のためのサービスのデザインにおいて重要なゴール	独立住居, 支援付き住居
Beal, et al. (2005), カ ナダ	①Sz 7 名 ②退院後 12 か月以上経過 ③通院患者	①グラウンデッド・セオリー ②個人面接	地域生活のゴール. 男性, 孤独感, 高齢, 信頼できる社会的接触, 生活困難の認識が低いことが高い CI を予測する	なし
Wieland, et al. (2007), 米国	①Sz 58 名 ②成人, 継続治療 ③クリニック, 医師の紹介	①横断研究 ②個人面接	政治機関, 社会ポリシー, 脱施設化後に精神疾患に苦しむ個人のゴール	地域住民との日常生活上の接触の数
Wong, et al. (2010), 米国	①精神障害者 (疾患名記載無) 62 名 ②記載なし ③ケア提供者の紹介	①グラウンデッド・セオリー ②フォーカスグループインタビュー	精神障害者と障害をもたない近所の人の同一性の達成. 社会相互作用に精神疾患を持つ人が従事すること. 社会, 法律, 政治, 経済に公平なアクセスを持つこと	なし
Bromley, et al. (2013), 米 国	①精神障害者 30 名 (BD, D4, 他) ②治療継続者 ③通院患者	①グラウンデッド・セオリー ②面接	患者役割から成人としての役割へ移行すること	なし
Bejerholm, et al. (2015), ス ウェーデン	①SMI (感情障害除く): IPS 群 41 名, 通常リハビリテーション群 (TVR) 46 名 ②成人, 前年仕事なし, 働く希望あり ③精神保健チーム	①RCT 1) IPS 群, 2) TVR 群 ②面接, 日誌 (介入後 6 か月, 18 か月)	患者役割と保護された環境から仕事役割に変わること 1) 雇用, 2) インターンシップ, 3) 教育, 4) 職業前訓練, 5) デイセンター参加, 6) リハビリテーション参加	IPS
Chan, et al. (2014), 香 港	①Sz 400 名 ②広東語を話す ③地域サービスセンター	①横断研究 ②面接	リカバリー過程の核となる特徴および well-being の指標	なし
Subandi (2015), イ ンドネシ ア	①Sz 7 名 ②記載なし ③精神病院	①エスノグラフィー ②面接, フィールドワーク	リカバリーのために重要	なし
Townley, et al. (2009), カ ナダ	①SMI 424 名 ②支援付き住居 ③精神保健センター	①尺度開発 (Sense of community) ②個別面接	Sense of community は近隣, 地域住民との関係性を増加し SMI を持つ人の CI を促進する	なし
Townley, et al. (2013), 米 国	①精神障害者 300 名 (Sz, D, BD, 他 7%) ②一戸建住居 ③退院患者精神保健サービス利用者	①横断研究 ②個人面接	障害を持たない人と同様に生活する, 働く, 他者に従事する, 活動を楽しむ機会を持つ ①次元: 受容されている認識, 帰属感, 場所がわかる, 意義の認識, 楽しみを持つ, 親等近しい関係者からのサポート, 近隣者からのサポート, 自分で決める ②CIM (McColl 2001)	地域住民との日常生活上の接触

著者 (出版年) 国名	対象	方法	CI 概念定義 (CI 以外の場合、概念名も記載)	結果 要因
Lloyd, et al. (2010), オーストラリア	①疾患, 人数 ②疾患以外の包含基準 ③募集経路	①研究デザイン ②データ収集方法	①次元数 ②CI 測定尺度 (記載がある場合)	エンパワメント
Aubry et al. (1996), カナダ	①精神障害者群 51 名 (Sz, 感情障害) /地域住民群 51 名: 様々な居住形態, 既婚者 57% ②精神科受療, 1 年以上地域居住 ③精神障害者群: 住居プログラム参加者, 地域住民群: 電話帳	①横断研究 ②自記式質問紙	①3 次元 : 1) 活動頻度, 2) 近隣との社会的接触の数, 3) 近隣への帰属感, 近隣におけるサポートの利用可能性, 近隣との感情的つながり ②Segal ら (1978) による尺度 12 項目, Aubry ら (1995) による尺度 13 項目, Perkins ら (1990) による尺度 12 項目	なし
Yanos, et al. (2012), 米国	①SMI 群 60 名, 地域住民群 64 名 ②地域住民群: 精神疾患を持たない者 ③地域住民: 無作為抽出, SMI 群: 住居プログラム参加者	①横断研究 ②個人面接	リカバリーと関連 ①2 次元: 1) 帰属感, 社会的相互作用の認識, 2) 地元活動への参加状況, 近隣との社会的接触の数, 市民活動参加状況 ②Aubry & Myner (1996) による尺度	居住期間
Prince et al. (2002), 米国	①精神障害者 385 名 (Sz, 薬物依存等) ②18-65 歳 ③ACT	①横断研究 ②個人面接 (心理社会機能はスタッフに面接)	①3 次元: 1) 家庭以外での活動の頻度, 2) 近隣との社会的接触の数, 3) 帰属感 ②Aubry & Myner (1996) による尺度	心理社会的機能, ソーシャルサポート, ステイグマ認識
Prince, et al. (2005), 米国	①精神障害者 92 名 (Sz, 薬物依存等) ②18-65 歳 ③ACT	①横断研究 ②個人面接	精神障害者の地域プログラムの主たるゴール, CI を阻害するものは近隣や居住特徴, 個人特性である. 高齢者, 障害レベルが高い, 女性はコミュニティの活動量が少ないこと, 不十分な経済や雇用や教育資源, サポート量, ステイグマ ①3 次元: 1) 家庭以外での活動の頻度, 2) 近隣との社会的接触の数, 3) 帰属感 ②Aubry and Myner (1996) による尺度	自尊感情, 症状重症度, サポートを調整した結果, 主観的 well-being と CI に有意な関連がなかった
Patterson, et al. (2014), カナダ	①精神障害者 430 名: ニーズ高群 (286 名) と中度群 (185 名) ②ホームレス, 19 歳以上 ③保護施設, 病院, 地域機関	①RCT: 高群を独立住居, 集合住宅, 通常治療に割り付け, 中度群を独立住居, 通常治療に割り付け ②個別面接	かつてはコミュニティにおいて存在すること, 地域資源の活用頻度であったが, 最近は多次元構成とされている ①3 次元: 1) 定義なし, 2) 社会関係, 3) 帰属感, 安心感, 信頼 ②Aubry & Myner (1996) による尺度	独立住居
Gulcur, et al. (2007), 米国	①SMI 225 名 ②過去 6 か月にホームレスであった ③精神科病院	①RCT 1) 介入群: 独立住居 2) 対照群: 通常のケア ②個人面接 (6 か月毎 48 か月間)	コミュニティにおける一般的な生活, 参加, 社会化, 有形, 無形の側面をもつ ①3 次元: 1) 活動参加の程度, 家庭外での資源利用程度, 2) 近隣との社会的接触の数, 3) 帰属感, 近隣との感情的つながり ②Segal ら(1978)の尺度, Aubry ら(1995)の尺度, Unger ら(1985) の尺度, McMillan & Chavis (1986) と Perkins ら(1990) の尺度	自己選択した住居, 薬物治療

著者 (出版年) 国名	対象	方法	CI 概念定義 (CI 以外の場合, 概念名も記載)	結果 要因
Min, et al. (2015), 韓国	①疾患, 人数 ②疾患以外の包含基準 ③募集経路	①研究デザイン ②データ収集方法	①次元数 ②CI 測定尺度 (記載がある場合)	家族・友人・専門家のサポート, 治療環境の質
Baumgartner, et al. (2012), 米国	①SMI 150 名(うち Sz90 名) ②ホームレス ③退院患者	①RCT 1) CTI 群 2) 通常サービス群 ②面接	SMI を持ちプログラムを受ける人にとって価値のあるゴールである. 定義は多様 ①3 次元: 1) 活動参加の程度, 地域資源とサービス利用量, 2) 近隣との社会的接触の数と満足, 3) コミュニティへの帰属感 ②Lehman Quality of Life Interview (Lehman, 1988)	症状
Abdallah, et al. (2009), 米国	①Sz 群 198 名, 地域住民群 113 名 ②患者群: 55 歳以上, 地域在住 ③患者群: 退院患者またはデイプログラム等, 地域住民群: 無作為抽出	①横断研究 ②個別面接 (訪問)	リカバリーの結果要素. 経験的に評価される. 患者が自分のゴールに気づくことを助ける. ①4 次元: 1) 自分で買い物に行く, 出かける, 2) 近隣者への満足, 住居への満足, 家族以外からの感情サポート, 家族からの感情サポート, 3) 活動を楽しむ, 他者を避けない, 4) 信頼できる他者, 教会参加回数, 患者グループ参加回数 ②Community Integration Scale (Abdallah, et al., 2009)	性別, 収入, うつ症状, 陽性症状, 不随意運動, アルコール問題, 生活コントロール
Cohen, et al.(2009), 英国	①Sz 群 198 名, 地域住民群 113 名 ②患者群: 55 歳以上, 地域在住 ③患者群: 退院患者またはデイプログラム等, 地域住民群: 無作為抽出	①横断研究 ②面接	心理社会に焦点を当てたアウトカム, 個人の生活, 参加, コミュニティにおける社会化の程度 ①4 次元: 1) 自分で買い物に行く, 出かける, 2) 近隣者への満足, 住居への満足, 家族以外からの感情サポート, 家族からの感情サポート, 3) 活動を楽しむ, 他者を避けない, 4) 信頼できる他者, 教会参加回数, 患者グループ参加回数 ②Community Integration Scale (Abdallah, et al., 2009)	なし
Cohen, et al. (2014), 米国	①Sz 104 名 ②55 歳以上, 地域在住 ③退院患者	①前向きコホート ②面接	①4 次元: 1) 自分で買い物に行く, 出かける, 2) 近隣者への満足, 住居への満足, 家族以外からの感情サポート, 家族からの感情サポート, 3) 活動を楽しむ, 他者を避けない, 4) 信頼できる他者, 教会参加回数, 患者グループ参加回数 ②Community Integration Scale (Abdallah, et al., 2009)	症状
Pahwa, et al. (2014), 米国	①SMI 33 名(Sz, 気分障害, 他) ②記載なし ③通院患者	①横断研究: 2 群比較 サービス高強度群: ACT に基づくサービス サービス低強度群: 月 1-4 回の面談 ②個人面接 (対面)	リカバリーの欠かせない要素, 多次元, 主観的 ①5 次元: 1) 活動参加の程度, サービス利用量, 2) 受容されている認識, 帰属感, 場所がわかる, 意義や楽しみの認識, 自立生活, 3) 使用可能なソーシャルサポートの認識, 4) 精神障害者に関連しないグループへの帰属, 5) 精神障害者グループへの帰属 ②Independent Living, Social capital resource generator, CIM, Social network interview, Short version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey	ACT
Lloyd, et al. (2008), オーストラリア	①精神障害者 26 名 (Sz, BD, 他) ②18 歳以上, 急性期ではない, 再インタビュー可能 ③リハビリテーションプログラム	①尺度信頼性検証 ②個人面接	多次元に概念化される (Social inclusion) ①5 次元: 1) 社会的に価値づけられた役割機能, 2) ソーシャルサポート, 3) ステイグマ経験が少ない, 4) リハビリテーションコミュニティでの統合, 5) 近隣との統合 ②Socially Valued Role functioning, 自作尺度, CIM 改変	なし

著者 (出版年) 国名	対象	方法	CI 概念定義 (CI 以外の場合, 概念名も記載)	結果 要因
	①疾患, 人数 ②疾患以外の包含基準 ③募集経路	①研究デザイン ②データ収集方法	①次元数 ②CI 測定尺度 (記載がある場合)	
Tsai, et al. (2012), 米国	①精神障害者 531 名 (Sz, BD, D) ②男性, 退院患者 ③精神保健センター	①横断研究 ②個人面接 (対面)	仕事, 社会化, 住宅, 市民活動への参加, 専門家によらないサポート, リカバリー, リハビリテーションにより高まる (Social integration)	なし
Suzuki, et al. (2011), 日本	①SMI 127 名 ②記載なし ③心理社会的リハビリテーション	①横断研究 ②自記式質問紙	自信の欠如は Social integration を阻害し, 看護師の実践は Sz の integration を促進する (Social integration)	なし
Amagai, et al. (2012), 日本	①精神障害者 56 名 (Sz, 気分障害) ②通院またはリハビリ継続 ③心理社会的リハビリテーション	①尺度開発 (Self-efficacy for Social participation) ②自記式質問紙	精神障害者のリカバリー哲学と合致. 自尊感情, 自信の欠如は Social integration を阻害する (Social integration)	なし
Rowe, et al. (2012), 米国	①精神障害者群 (疾患名記載無) 14 名, 精神疾患以外の疾患群 6 名, 保護観察中 4 名, 他 51 名 ②公的精神保健サービスに登録 ③新聞広告等	①横断研究 ②フォーカスグループインタビュー	精神疾患を持つ人がつながりと市民権のために可能性を発展する過程 (Social integration)	なし
Argentzell, et al. (2013), スウェーデン	①デイセンター参加群 93 名, デイセンター非参加群 82 名. Sz または AD ②1 か月週 4 時間以上デイセンターに出席, 成人 ③デイセンターまたは退院患者ユニット	①横断研究 ②面接	②社会的接触の数, 社会的接触への満足 (Social integration) ③Interview Schedule for Social Interaction-Self Rating version (ISSI-SR)	なし
Perkins, et al. (2009), 米国	①地域住民 404 名 ②該当せず ③無作為の電話	①横断研究 ②個人面接 (電話)	スティグマは精神障害者の Social integration を阻害している (Social integration)	なし
Hsiao, et al. (2012), 台湾	①Sz148 名 ②成人, 症状安定 ③退院患者	①横断研究 ②自記式質問紙	仕事は経済的な報酬と Social integration を促進する. スティグマは雇用の機会と Social integration を阻害する (Social integration)	なし
Belio, et al. (2014), フランス	①Sz15 名, 脳外傷者 16 名 ②16-65 歳, 症状安定, 治療継続 ③精神科病院	①尺度開発 ②個人面接	Social integration は身体障害者よりも精神障害者で困難. 見えないハンディキャップ, 社会の障害観が阻害をしている (Social integration)	なし
Kawata, et al. (2008), 米国	①Sz とケア提供者 (専門職, 家族, 友人) の対 25 組 ②18 歳以上, 他の併存疾患がない ③病院	①尺度開発 ②自記式質問紙, カルテ	社会活動 (Social integration)	なし
Huxley et al. (2012), 英国	①地域住民 252 名, 精神障害者 43 名 (D, AD, Sz, BD), 大学生 119 名 ②記載無 ③精神障害者: 地域サービス, 地域住民: 無作為抽出	①尺度開発 ②面接	貧困と社会的排除にある人が, 普通と思われる経済活動, 社会活動, 文化活動に参加するために必要な機会と資源を得ることを確かにする過程 (Social inclusion)	なし
Chan, et al. (2016), 香港	①精神障害者 (疾患名記載無) 168 名 ②治療継続, 症状安定 ③精神保健サービス機関	①尺度開発 ②個人面接 (対面)	極度の貧困を終わらせ, 社会において個人と集団双方のため繁栄を進める過程 (Social inclusion)	なし

著者 (出版年) 国名	対象	方法	CI 概念定義 (CI 以外の場合, 概念名も記載)	結果 要因
	①疾患, 人数 ②疾患以外の包含基準 ③募集経路	①研究デザイン ②データ収集方法	①次元数 ②CI 測定尺度 (記載がある場合)	
Huxley, et al. (2016), 香港, 英国	①SMI 群 (香港 168 名, 英国 43 名), 地域住民群 (英国 212 名) ②SMI 群: 精神科受診 ③SMI 群: NGO の患者会, 地域住民群: 無作為	①横断研究 ②面接	多次元・多層であること, 動的な過程である (Social inclusion)	なし
van Hoof F, et al. (2015), デンマーク, 英国, オランダ	①専門家, 精神障害者 (疾患間記載無), マネージャー等 計 75 名 ②精神保健ケア, 住居, 教育, 職業サービス, 組織に関連している ③コミュニティサポート施設	①質的 ②個人面接 (電話)	SMI を持つ人々が, 市民としての普段の活動中, 参加のための権利を行使できる程度 (Social inclusion)	なし
Mezey, et al. (2013), 英国	①Sz ②退院後 3 か月以上経過 ③地域サービス	①尺度開発 ②個人面接	精神保健サービス利用者にとって重要な治療ゴールである (Social inclusion)	なし
Secker, et al. (2009), 英国	①精神障害者 (パイロットテスト 15 名, フィールドテスト 88 名) 計 103 名 ②記載無 ③精神障害者の芸術活動	①尺度開発 ②自記式質問紙	芸術活動の参加が social inclusion の促進に必須である (Social inclusion) ①3 次元 ②自作, 労働調査	なし
De Heer-Wunderink, et al. (2012), オランダ	①精神障害者 (Sz, AD, D 他) 計 255 名, ケア提供者 (ワーカー) 75 名 ②ワーカー: 1 年以上従事 ③地域機関	①横断研究 ②患者の日記, ワーカーより聴取	定義なし (Social inclusion) ①3 次元 ②自作: 患者の日記から項目設定し聴取	支援付き住居, 支援付き独立住居

ACT: Assertive Community Treatment, AD: Anxiety Disorder (不安障害), BD: Bipolar Disorder (双極性障害), CI: Community integration, CIM: Community Integration Measure, CTI: Critical Time Intervention, D: Depression (うつ病), IPS: Individual placement and support, SMI: Severe Mental Illness, Sz: Schizophrenia (統合失調症), TVR: Traditional vocational rehabilitation

表 2 地域在住精神障害者における日本での地域生活参加に関する研究の概要

著者 (出版年)	対象	方法	結果
	①疾患, 人数 ②疾患以外の包含基準 ③募集経路	①研究デザイン ②データ収集方法	①概要 ②アウトカム要因
藤本ら (2013)	①精神障害者 346 名 ②九州 4 県(佐賀県, 福岡県, 長崎県, 熊本県)在住, 20 歳以上 ③就労継続支援事業所・デイケア・グループホーム利用者	①横断調査 ②自己式質問紙, 聞き取り	①既婚者は未婚離死別者に比べてリカバリーレベルが有意に高かった. 地区行事参加者群は非参加者群に比べてリカバリーレベルが有意に高かった ②リカバリーレベル
岩脇ら (2004)	①Sz120 名 ②年齢 18 歳以上, 過去 2 年間に精神科入院歴がない, 質問文を自力で読んで回答できる ③外来患者	①横断調査 ②面接, 診察録, 自記式質問紙	①男性は女性と比べて精神症状, 主観的 QOL が有意に悪かった. 社会参加群は非社会参加群と比べて精神症状, 主観的 QOL が有意によかった ②精神症状, 主観的 QOL
平部 (2005)	①Sz171 人 ②記載無 ③社会復帰サービス	①横断調査 ②自記式質問紙 (介助有)	①活動状況の活動性合計点と生活習慣の適正体重維持が社会参加に有意に関連していた ②生活習慣
北島ら (1996)	①精神障害者 66 名 ②記載無 ③大阪府北摂地区の 3 保健所・1 支所によるグループワーク	①前向きコホート (1 年間) ②初回: 自記式調査, 追跡時: 聞き取り	①就労群では非就労群に比べて「人との会話」, 「悪化時の相談」の自己管理レベルが有意に高かった. 非就労群では就労群に比べて「休息」の自己管理レベルが有意に高かった. ②会話, 性別, 退院後経過年数, 調理, 同居家族, 医師への服薬相談
國方ら (2009)	①精神障害者 16 名 ②記載無 ③当事者グループ活動	①グラウンデッド・セオリー ②フォーカスグループインタビュー	①精神障害者の自己概念は《獲得したものをもち自分》と, 《環境の影響を非常に大きく受ける自分》により構成された. 「地域社会において普通に暮らしたい」, 「役に立ちたい」, 「偏見に苦しむ」, 「活動の場を失った」などの内容が抽出された
半澤ら (2007)	①地域住民 1000 人 ②該当無 ③エリアサンプリング全国 5 地域 (首都圏, 近畿, 東海, 東北・北関東, 北九州・長崎) から無作為抽出	①横断調査 ②個別面接 (訪問)	①早期統合失調症事例に比べて慢性期事例であることは個人的スティグマ, 知覚的スティグマ, 社会的距離が有意に大きかった. 家族や友人に精神保健問題を持つ人がいること, 自らが精神保健問題を持った経験がある「親密さ」がある場合, スティグマと社会的距離が有意に低かった ②親密さ・スティグマ, 社会的距離
工藤ら (2016)	①A 県内の自治体で精神保健ボランティアとして登録をしている 445 名 ②該当無 ③ボランティアグループ	①横断調査 ②自記式質問紙	①活動前後を比較すると活動後に精神障がい者観は肯定的な方向に有意に変化していた ②精神障がい者観
藤城 (2005)	①Sz 171 人, ポリオ患者 976 人, 脊椎損傷者 1,181 人 ②記載無 ③デイケア, 作業所, 医療機関	①横断調査 ②自記式質問紙 (介助有)	①Sz は他障害者と比べ活動性においては大きく制限された項目は少なかった. Sz の社会参加においては交流, 情報交換, 家族役割, 夫婦・異性関係, 仕事, 金銭管理, 地域活動, 教育で制約があり, 移動で制約が小さかった. Sz は健康サービスにおいて必要度が高かった

Sz: Schizophrenia (統合失調症)

1. 4 考察

1. 4. 1 研究の動向

精神障害者の CI に関する論文は近年増加していた。国別では米国が 17 論文と多く、うち 4 論文は対象の疾患以外の包含基準にホームレスが設定されている特徴がみられた。欧米諸国では 1960 年代から脱施設化が開始され、1990 年代初頭から地域生活におけるケアを重点的に取り組んでいること、米国では 2009 年を “Year of Community Living” と宣言し、障害者の地域生活へのインクルージョンを宣言していることが背景にあると考えられる。論文の多くが 2010 年以降であることから、CI 研究は国際的な広がりがみられ、重要性を増している課題であると考えられる。

国内論文では CI の概念は言及されていないが、地域生活における活動参加や、地域生活環境の重要性について報告されていた。

1. 4. 2 Community integration の定義と要因

精神障害者における CI の定義を分類整理し共通する要素を抽出したところ、主観的要素と客観的要素に区分された。主観的要素とは対象者自身が認識する地域生活環境および環境への適応であった。一方で、客観的要素とは客観的な量により計測が可能である対象者の活動回数やサービス利用の量であり、「近隣との社会的接触の数」と「サービス資源利用量」は、CI の要因のうちの環境要因に対応していた。よって CI を主観的および客観的の両要素を含む概念として定義して用いる場合には、CI 概念自体の中に既に要因を包含していることに留意する必要がある。

CI 測定尺度は数種類存在するが、異なる研究者により複数の実証研究にて使用されていた尺度は CIM (McCull et al. 2001) と Aubry & Myner による尺度 (Aubry & Myners 1996) の 2 尺度のみであった。多くの論文において必ずしも尺度の選定が十分にされていなかった。CI が主観的要素のみで構成されとする場合には単次元尺度である CIM、主観的および客観的の両要素から構成されとする場合には CIM 以外の多次元尺度が対応すると考えられる。しかしながら、CI を多次元尺度で測定する場合、前述した通り「近隣との社会

的接触の数」と「サービス資源利用量」のように、CIの要因も含んで評価されることになる。そのため、対象者本人の主観的認識と要因との関連を分析し、検討することが困難になることが懸念される。また項目数が多い場合には、回答に時間を要するため対象者の負担が高じる等の臨床的有用性に限界が生じる可能性がある。これに対して単次元尺度であるCIMは、前述の通り対象者が主観的に自分の生活する地域環境と生活適応について評価を行うものである。原版のCIMは地域在住脳外傷者を対象に開発されたが、尺度内容の汎用性、文化適応性、および臨床有用性から、カナダ、米国、オーストラリアにおいて地域在住精神障害者のCI測定に使用されている（Griffen et al. 2010, Millis et al. 2014, Townley et al. 2013, Wieland et al. 2007）。

CIの要因として、個人要因は精神症状、治療や機能などの臨床的特徴、環境要因ではACT、IPS、住居付与等の介入プログラム等のフォーマルケアに焦点が当たっていた。これらの介入プログラムは現在、日本で広くは行われていない。研究デザインにおいては、CIの要因間の因果、相関等の関係は検討されていなかった。

以上より今後、CIにおける実証研究の発展を目指すためには、CIの実態把握については信頼性妥当性を有する尺度を使用すること、要因については従来の観点に加えて、サービスの実態、日常生活の実態を反映することが重要である。次いで研究枠組みにおいては、要因間の因果や相関を考慮することが求められる。

1. 5 結論

本章では、精神障害者におけるCIについて国内外の文献レビューを通し、CI概念の要素、要因を整理し、研究動向を示した。CI研究は国際的な広がりがみられ、重要性を増しているテーマであることが明らかになった。

先行研究の限界は以下の3点である。1点目にCIをテーマとする研究は海外においてのみ行われていることである。よって日本の精神障害者のCIの実態は不明である。2点目にCI概念の定義とその要因の整理が十分になされないまま用いられていることである。CIの概念は研究者により異なり、CIの構成要素が主観的要素のみで構成される場合には単次

元、または主観的要素と客観的要素の双方から構成される場合には多次元とされるが、客観的要素は要因と重複していた。測定に際して信頼性と妥当性を有する尺度の利用は少なかった。また国内論文ではCI概念自体への言及はないが、精神障害者を取り巻く環境の重要性が提示されていた。3点目はCIの要因の観点が限定的であることである。既存の研究ではCIの要因は個人・環境要因に分類され、個人要因は臨床的特徴に、環境要因は介入プログラムに焦点が当たっていた。要因間の因果関係を検討している研究は見当たらなかった。

今後は、日本においてCIの実証研究に基づく知見を得ることで、精神保健医療および福祉等の活動の立案、実施、評価に活用し、共生社会実現に向けた施策の充実へと発展することが期待される。

第2章 日本語版 Community Integration Measure の開発

2.1 背景と目的

CI は精神障害者の身体的健康、精神的健康や QOL を高める (Griffen et al. 2010, Reistetter et al. 2005) 重要な概念である。しかし日本においては CI に関する研究は行われておらず、測定のための尺度は存在しない。

精神障害者の CI を定量化するために用いられている測定尺度には、前章で述べた CIM (McColl et al. 2001)、Community Integration Scale (Abdallah et al. 2009)、Aubry & Myner による尺度 (Aubry & Myner 1996) の他に SInQUE (Social Inclusion Questionnaire User Experience) (Mezey et al. 2013)、Social and Community Opportunities Profile (Huxley et al. 2012)、Social Inclusion Scale (Secker et al. 2009)、Social Integration Survey (Kawata & Revicki 2008) が存在する。そのうち Community Integration Scale 以下の尺度については日本の精神障害者の CI 測定に使用するにおいて以下の限界を有する。1 点目は尺度項目の一般化についてである。各国の特異的な背景が基盤となっているため、尺度項目の一般化が困難である。例えば SInQUE はイギリスの貧困調査を基に開発されている。2 点目は臨床的有用性についてである。項目数が多い (22-121 項目) ため、回答に要する時間の拘束など対象者の負荷が大きい。3 点目は測定する CI 概念の定義についてである。多次元尺度では CI 概念が包含する要素と CI の要因とされる内容が重複しているため、CI と要因の関係性の検証が困難となる (表 3)。

本研究では、CI を「適合」、「サポートの認識」、「充実感」、「自立」という主観的要素が融合して構成する 1 次元の主観的概念と定義し、測定する尺度として CIM の日本語版開発を試みる。CIM 原版は McColl らにより開発された尺度である。項目数が 10 項目と少ないこと、項目内容の汎用性が高いことから、障害の種類に関わらず、地域生活をする障害者の CI を定量化することが可能である。海外では統合失調症や双極性障害を含む地域在住精神障害者に利用されており (Lloyd et al. 2010)、文化や民族を問わず適用可能であること (Baumgartner & Burns 2014) が報告されている。本章の目的は、地域在住精神障害者の CI

を測定する尺度である日本語版 CIM を開発し，その信頼性と妥当性を検証することである。

表 3 CI 測定尺度

尺度名	尺度名なし (Aubry & Myner による尺度)	Community Integration Measure	Social Integration Survey	Community integration scale	Social Inclusion Scale	Social and Community Opportunities Profile	Social Inclusion Questionnaire User Experience
公表年	1996	2001	2008	2009	2009	2012	2013
目的	障害をもたない 者との関係性と 相互作用など心理・社会的側面 を評価する	脳外傷を持つ人 の Community integration を測定する	統合失調症患者 における過去 4 週間における患者の社会機能活動 と行動を測定する	社会的・機能的 インテグレーションの認識された 特徴と実際の特徴を測定する	精神障害者の芸術参加の影響を 評価する	機会や選択のド メインの関連を みる	客観的, 主観的 social inclusion から活動不参加の 理由を把握する
国	カナダ	カナダ	イギリス	アメリカ	イギリス	イギリス	イギリス
方法	各次元に既存尺度を適用し作成	インタビュー結果から CI を定義し作成	医療系文献をベースとして, 専門家と患者のフィードバックから作成	Wong & Solomon による CI 概念モデルを基盤に作成	文献レビューから作成	概念マッピングから作成	Poverty and Social Exclusion Survey から作成
構成	37 項目 3 次元	10 項目 1 次元	62 項目 5 次元	12 項目 4 次元	22 項目 3 次元	121 項目 3 次元	75 項目 5 次元
信頼性	クロンバック $\alpha=0.71-0.87$	クロンバック $\alpha=0.87$	クロンバック $\alpha=0.81$ 再テスト信頼性	クロンバック $\alpha=0.68$	クロンバック $\alpha=0.85$	クロンバック $\alpha=0.60-0.75$	検証無
妥当性	検証無	基準関連妥当性 構成概念妥当性	基準関連妥当性	検証無	検証無	弁別妥当性 構成概念妥当性	収束的妥当性 弁別妥当性

2. 2 方法

2. 2. 1 対象者

対象は状態が安定期にあり、地域活動支援センター等の通所施設を日中の活動場所としている精神障害者で、1) 統合失調症患者、2) 在宅居住者（自宅ならびにグループホームに居住する）、3) 退院後1年半を経過し状態が安定している、4) 年齢が18-64歳、5) 本人の自由意思により調査に協力する、以上5条件を満たす者とした。1) の条件に関しては地域在住精神障害者の多数を占めるため、2) の条件に関しては APA Practice Guidelines (Lehman et al. 2006) において、統合失調症患者の安定期は、急性期と回復期を経た時期が18か月後とされることにより設定した。

2. 2. 2 調査方法

調査方法は、郵送による無記名自記式質問紙調査である。川崎市、横浜市の地域活動支援センター（計137施設）、就労継続支援B型事業所（計73施設）のうち協力の得られた56施設に公募ポスターを郵送し、調査期間中の掲示を依頼した。各施設から回答された対象者の人数に応じた調査票を郵送し、調査期間中に施設に留め置き、対象者により個別に返送する方法により回収した。施設選定の理由は、地域活動支援センターおよび就労継続支援B型事業所は活動期間に限定がなく、長期的な日中の活動場所および居場所となっている（厚生労働省 2013）と考えたためである。調査期間は2014年8月1日から10月31日である。

2. 2. 3 日本語版尺度案の作成

CIMの原版作成者に日本語版開発の許可を得て、日本語版CIM案の作成を行った。まず研究者らが原版の意味が変わらないように留意し、日本語への翻訳をした。その結果について、日英のバイリンガル2名に逆翻訳を依頼し、原版との等価性を検討し、翻訳の修正を行った。次に包含基準を満たす地域在住精神障害者17名と精神保健、公衆衛生等の専門家5名が表面的妥当性の検証を行い、その結果を受けて翻訳の修正を行った。そして原版

作成者による原版と翻訳結果の等価性の確認を行い、質問紙調査への記載許可を得たものを日本語版 CIM 案とした。なお表面的妥当性の検証に参加した地域在住精神障害者は以降に行った妥当性検証の調査対象者には含まれていない。

2. 2. 4 調査項目

調査項目は以下の日本語版 CIM 案、基本属性、ソーシャルネットワーク、自尊感情、孤独感である。

日本語版 CIM 案

日本語版 CIM は 10 項目で構成され、各項目に対して「いつもそうである」、「時々そうである」、「どちらともいえない」、「時々そうではない」、「そうではない」の 5 件法で回答する。合計点の範囲は 10–50 点であり、点数が高いほど CI が高い。原版の内的整合性はクロンバック α 係数により確認されており、妥当性は Interpersonal Support Evaluation List との相関により検証されている (McColl et al. 2001)。なお先行研究では地域在住精神障害者の CIM 得点は 38.4 (SD: standard deviation 8.4) であったことが報告されている (Lloyd et al. 2010)。

基本属性

基本属性として対象者の年齢、性別、世帯、婚姻、最終学歴等を尋ね、疾患特性として診断時年齢、累積総入院期間、通院状況等を把握した。

ソーシャルネットワーク

ソーシャルネットワークは家族と友人とのつながりの量であり、測定に日本語版 Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6) を用いた。LSNS-6 はソーシャルネットワークとその機能であるソーシャルサポートを測定する。LSNS-6 は 6 項目 6 件法で得点範囲は 0–30 点であり、高得点であるほどソーシャルネットワークのサイズが大きい。内的整合性はクロンバック α 係数により確認されており、妥当性は Zung Self-Rating うつ尺度との相関により検証されている (栗本 他 2010)。原版 CIM の基準関連妥当性の検証にソーシャルサポートが用いられたことから、LSNS-6 を基準関連妥当性の外的基準とした。

自尊感情

自尊感情は自身の能力や強みに対する態度であり、測定に日本語版 Rosenberg 自尊感情尺度 (RSE) を用いた。RSE は 10 項目 5 件法で得点範囲は 10–50 点であり、高得点であるほど自尊感情が高い (山本 他 2012)。精神障害者を含め多様な集団において信頼性と妥当性が検証されている。

孤独感

孤独感とは個人の社会的関係に重大な欠損が生じたときに生起する不快な経験であり、測定に日本語版孤独感尺度第 3 版 (UCLALS) を用いた。UCLALS は 20 項目 4 件法で得点範囲は 20–80 点であり、高得点であるほど孤独感が高い。内的整合性はクロンバック α 係数により確認されており、妥当性は日本語版 Geriatric Depression Scale 15 との相関により検証されている (舩田 他 2012)。

2. 2. 5 分析方法

日本語版 CIM の項目分析、探索的因子分析、確証的因子分析、外的基準との相関の確認を行い、妥当性と信頼性を検証した。

2. 2. 5. 1 項目分析

分布の確認

日本語版 CIM の全 10 項目の回答分布を算出し、欠損率、尖度、歪度について確認した。

G-P 分析 (Good-Poor 分析)

各項目の弁別力を検証するため、日本語版 CIM の得点を四分位法により上位 1/4 群と下位 1/4 群に分け、2 群における全 10 項目の平均値を t 検定により比較した。

IT 相関 (Item-Total 相関分析)

各項目と尺度全体の内的整合性を検証するため、日本語版 CIM の各項目得点と当該項目を除く合計得点における Pearson の相関係数を確認した。

2. 2. 5. 2 妥当性と信頼性

探索的因子分析

日本語版 CIM が測定する CI 概念の因子構造を確認するために、最尤法による探索的因子分析 (EFA: exploratory factor analysis) をおこなった。因子負荷量が 0.4 以上であることを基準とした。

確証的因子分析

構成概念妥当性の検証として、日本語版 CIM の 10 項目が EFA により想定された因子構造であるかを確認するために、確証的因子分析 (CFA: confirmatory factor analysis) を行った。適合度指標である GFI (goodness of fit index), AGFI (adjusted GFI), CFI (comparative fit index), RMSEA (root mean square error of approximation) を基準として検討した。GFI は当該モデルがデータの分散共分散行列をどの程度再現できているかを示し、AGFI は GFI に自由度による補正を加えた指標であり、1.0 に近いほどよいとされる。CFI は観測変数間に相関がないという独立モデルに比べ当該モデルがどの程度良いものかを示し、1.0 に近いほどよいとされる。RMSEA はモデルがデータとどの程度乖離しているかを示し、0.05 より小さければあてはまりがよく、0.1 以上であればあてはまりが悪いとされる (Kline 2015)。

外的基準との相関・信頼性

基準関連妥当性の検証として、日本語版 CIM 得点と外的基準とした LSNS-6 との相関を検討した。内的整合性はクロンバック α 係数の算出により確認した。クロンバック α 係数は 0.70 より大きい値であれば許容される (Bonomi et al. 2000)。

使用分析ソフトは SPSS Ver.22.0, Amos Ver.20.0 を用い、有意水準は 0.05 に設定した。

2. 2. 6 倫理的配慮

施設管理者ならびに研究対象者に対し、研究目的、方法、途中撤回もしくは拒否をしても、対象者に何ら不利益がないことを書面にて説明し、対象者の自由意思により調査に回答し返送した者を同意者とみなした。横浜市立大学大学院医学研究科倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た (承認番号: A140724017)。

2. 3 結果

2. 3. 1 対象者の概要

調査票配布数 560 票のうち、回収数は 402 人（回収率 71.8%）であった。このうち日本語版 CIM 全 10 項目に回答した 263 票を有効回答とした（有効回答率 65.4%）（図 2）。

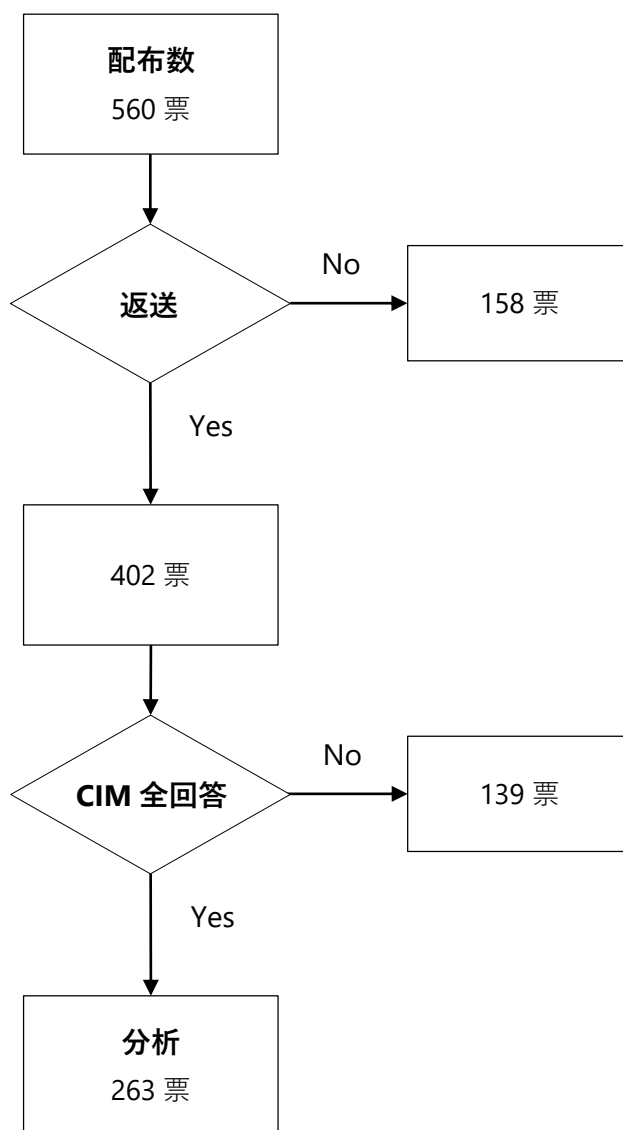


図 2 分析対象のフローチャート

対象者の平均年齢は 46.2 歳，男性が 182 名（69.2%），世帯状況は親と同居している者が 67 名（63.5%），多くの者が結婚していなかった（94.7%）．最終学歴は高等学校である者が 116 名（44.1%），経済状況が苦しいと感じている者は 153 名（58.1%）であった（表 4）．

表 4 対象者の概要（N=263）

	項目	平均	SD	n	(%)
年齢		46.2	9.6	—	—
性別	男性			182	(69.2)
	女性			81	(30.8)
世帯	家族と同居			167	(63.5)
	単身者			67	(25.5)
婚姻	現在婚姻			14	(5.3)
最終学歴	中学校			43	(16.3)
	高等学校			116	(44.1)
	大学			56	(21.3)
経済状況認識	ゆとりがある			110	(41.9)
	苦しい			153	(58.1)
累積入院期間	3 か月未満			36	(13.7)
	3 か月以上－半年未満			35	(13.3)
	半年以上－1 年未満			45	(17.1)
	1 年以上－5 年未満			57	(21.7)
	5 年以上			42	(15.9)
尺度得点	CIM 合計	35.6	7.7	—	—
	LSNS-6 合計	10.2	5.8	—	—
	RSE 合計	30.6	7.8	—	—
	UCLALS 合計	45.5	11.2	—	—

SD：標準偏差，n：人数

CIM：Community Integration Measure，LSNS-6：Lubben Social Network Scale-6，

RSE：Rosenberg 自尊感情尺度，UCLALS：孤独感尺度

2. 3. 2 項目分析

日本語版 CIM の平均値は 35.6 (SD 7.7) であった。欠損率は 0.7–1.7% であった。全項目の尖度と歪度はパラメトリックな分析手法の適用が許容される値であった。G-P 分析では、全項目で有意に上位群の得点が高かった。I-T 相関では、各項目の得点とその他の 9 項目の合計得点における Pearson の相関係数は 0.50 から 0.71 を示した (表 5)。

表 5 日本語版 CIM の項目分析結果

項目	平均	SD	中央値	最頻値	歪度	尖度	欠損		I-T相関
							n	%	
1	3.6	1.1	4.0	4.0	-0.58	-0.03	2	0.7	0.58
2	3.2	1.0	3.0	3.0	-0.37	-0.05	3	1.0	0.53
3	4.1	1.1	4.0	5.0	-1.10	0.87	5	1.7	0.56
4	3.3	1.1	3.0	3.0	-0.51	-0.12	3	1.0	0.71
5	3.4	1.2	4.0	4.0	-0.53	-0.54	4	1.4	0.54
6	3.9	1.2	4.0	5.0	-0.99	0.22	3	1.0	0.50
7	3.4	1.3	4.0	4.0	-0.59	-0.60	3	1.0	0.55
8	3.7	1.2	4.0	4.0	-0.82	0.05	3	1.0	0.55
9	3.4	1.2	4.0	4.0	-0.67	-0.21	3	1.0	0.65
10	3.6	1.1	4.0	4.0	-0.77	0.03	4	1.4	0.67
合計	35.6	7.7	36.0	39.0	-0.65	0.46	5	1.7	—

SD：標準偏差，n：人数

I-T相関：Item-Total相関分析

2. 3. 3 妥当性と信頼性

EFA の結果, 1 因子 10 項目で最適解を得て, 寄与率は 46.2%であった (表 6).

表 6 日本語版 CIM の探索的因子分析結果

	項目	因子負荷量	共通性
4	私は, この地域の人たちに受け入れられているように感じる	0.77	0.59
10	私は, この地域で充実した日課を送っている	0.71	0.51
9	私には, この地域で楽しんでしていることがある	0.69	0.47
1	私は, この地域の一員であると感じる	0.66	0.43
3	私は, 住んでいるところの生活ルールを守りながら暮らしている	0.61	0.37
5	私は, この地域で自立した生活ができる	0.60	0.36
7	この地域には, 私にとって親しい人がいる	0.60	0.35
8	この地域の人たちと私は, よくあいさつを交わす	0.60	0.35
2	私は, この地域をよくわかっている	0.57	0.32
6	私は, 今, 住んでいるところが気に入っている	0.53	0.29

最尤推定

CFA の結果, 適合度指標は $GFI = 0.924$, $AGFI = 0.881$, $CFI = 0.925$, $RMSEA = 0.085$ となり, 統計学的な許容水準をほぼ満たす値を示し, 構成概念の妥当性が確認された (図 3). これらの結果から日本語版 CIM は原版同様に 1 因子構造であることが示された.

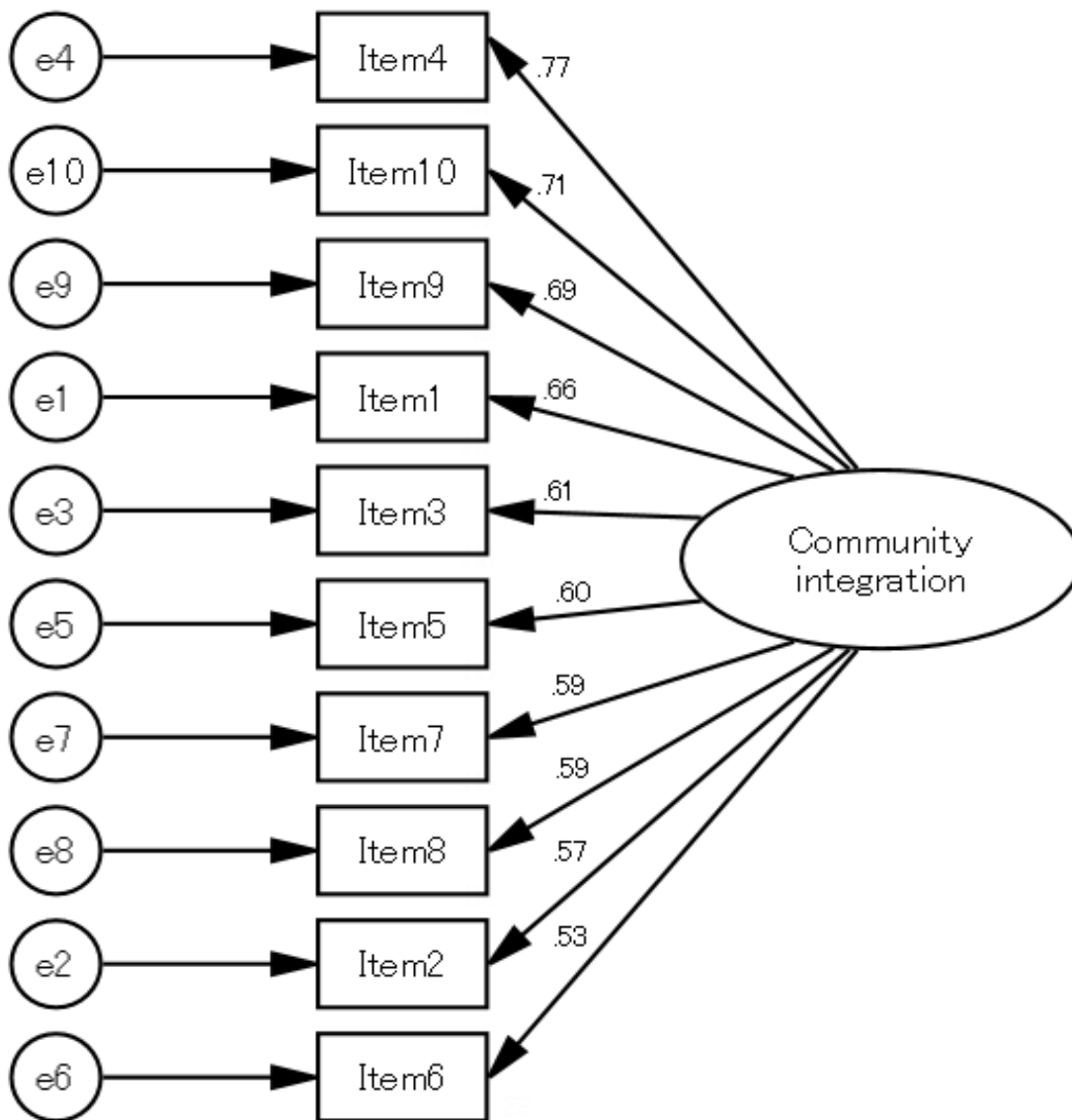


図 3 日本語版 CIM の確証的因子分析結果

基準関連妥当性の外的基準である LSNS-6 得点との相関は $r = 0.43$ ($p < 0.001$) であった。また RSE 得点と有意な正の相関 ($r = 0.42, p < 0.001$) を示し、UCLALS 得点と有意な負の相関 ($r = -0.57, p < 0.001$) を示した。さらに日本語版 CIM 得点は経済状況の主観的評価 ($p < 0.05$) により有意に差があり、経済状況にゆとりがあると認識している者が日本語版 CIM の得点が有意に高いことが示された (表 7)。

日本語版 CIM のクロンバック α 係数は 0.87 であり、十分な内的整合性を示した。

表 7 日本語版 CIM 得点の比較

	項目	平均	SD	p 値
性別	男性	35.9	8.0	ns
	女性	35.0	7.1	
世帯	家族	35.6	7.1	ns
	単身	35.6	8.2	
婚姻	現在婚姻	35.4	7.8	0.097
	婚姻していない	38.9	5.7	
経済状況	ゆとりがある	39.0	8.4	0.013
	ややゆとりがある	35.7	7.6	
	やや苦しい	35.6	6.8	
	苦しい	33.5	8.7	

SD：標準偏差

確定した日本語版 CIM を表 8 に示す.

表 8 日本語版 CIM

以下について, 「いつもそうである」から「いつもそうではない」の中で, もっともあてはまるもの 1 つに○をつけてください.

-
- 1 私は, この地域の一員であると感じる
 - 2 私は, この地域をよくわかっている
 - 3 私は, 住んでいるところの生活ルールを守りながら暮らしている
 - 4 私は, この地域の人たちに受け入れられているように感じる
 - 5 私は, この地域で自立した生活ができる
 - 6 私は, 今, 住んでいるところが気に入っている
 - 7 この地域には, 私にとって親しい人がいる
 - 8 この地域の人たちと私は, よくあいさつを交わす
 - 9 私には, この地域で楽しんでしていることがある
 - 10 私は, この地域で充実した日課を送っている
-

回答肢

- 1 点 いつもそうではない, 2 点 時々そうではない, 3 点 どちらともいえない,
4 点 時々そうである, 5 点 いつもそうである

2. 4 考察

日本における精神障害者の CI を評価するための指標として、日本語版 CIM は信頼性と妥当性を有する尺度であることを検証した。

EFA と CFA を行った結果、原版と同様に一因子構造であることが示された。

CI はソーシャルネットワークと有意に相関があることが示され、基準関連妥当性が確認された。ソーシャルネットワークはソーシャルサポートを得るための資源という機能をもつ (Heaney & Isral 2008)。原版ではソーシャルサポートの増加と、CI の向上に相関があることが示されており (McColl et al. 2001)、一致する見解が得られた。また CI は自尊感情、孤独感と有意に関連していた。以上より精神障害者のスキルや能力のみならず、周囲の環境へも働きかけ、地域生活の質を高める支援が必要であることが示唆された。

2. 5 結論

CI は精神障害者の地域生活における重要な目標である。しかし、日本では精神障害者の CI を測定する尺度は存在しなかった。日本語版 CIM の開発により、今後は精神障害者の CI を評価することが可能となり、CI の要因を見出し、地域生活の質を向上するための介入プログラムや精神保健システムの開発への活用が期待される。

第3章 地域在住精神障害者の生活実態に基づく支援の類型化

3.1 背景と目的

精神障害者の地域生活においては、内面に関しては低い自尊感情 (Skodlar et al. 2008)、高い孤独感 (Shioda et al. 2016) が生じ、環境に関しては社会的孤立にあり (Lindstorm et al. 2007)、周囲からの偏見や差別 (半澤 他 2007) により生活上の困難を生じている。精神障害者の経過と転帰については従来、症候学や社会機能に焦点が当てられてきたが、先行研究では症状と社会機能の程度は一致しないこと (Oorschot et al. 2012, Robinson et al. 2004)、発症 15 年後の社会適応能力は様々な段階にあること (中根 2005) 等の指摘がある。したがって、症状、機能や活動参加状況が一見類似しているように見える集団であっても、生活実態とそれに基づく支援の必要性が異なる者の集合体であることが考えられることから、生活実態と特徴を明らかにし、より適切な地域でのケア実践に向けた示唆を得る必要がある。多様性に応じた生活実態の把握については類型化による定量化、可視化が有用であるが、先行研究の多くは集団全体の集計や要因の把握にとどまっている。

そのため本章では、潜在クラスモデルを用いて地域在住精神障害者の類型化を行い、各類型の特徴把握を試みる。潜在クラスモデルは母集団が異質集団の混合であることを仮定した上で、標本集団を変数間が独立となる最適なモデルを構築しクラス分類するものである。社会調査で主に使用するカテゴリ変数によるモデル化をするため 1950 年代に開発され (Lazarsfeld 1987)、統計ソフトの発展に伴い、現在は社会学、心理学、経営学をはじめ多分野でその有用性が認識され活用されている。潜在クラスモデルは従来のクラスター分析と比べ、以下の点で優れている。第 1 に理論や恣意によりクラス数を決定するのではなく、データの分布を記述する確率的なモデルの構築を行う (Fraley & Raftery 2002, McCutcheon 2002)。第 2 に対象者がどのクラスに所属する可能性があるかを帰属確率として扱うことである。精神障害者を対象とした潜在クラスモデルを用いた類型化は主に臨床的な観点、すなわち診断 (Holliday et al. 2009, Vaidyanathan et al. 2012)、併存精神疾患 (Bora et al. 2016, Rocchi et al. 2008, Tsai & Rosenheck 2013, Ungvari et al. 2009)、服薬状況

(Ahn et al. 2008, Jaeger et al. 2012, Johnson et al. 2015) において実施されているのみであり生活実態には着目をしていない。さらに国内では精神障害者を対象に本手法を用い類型化した研究はみられない。

以上より本章の目的は、潜在クラスモデルにより安定期にある地域在住精神障害者の生活実態に基づく支援について探索的に類型化を行い、地域在住精神障害者や家族の地域生活の質向上のため支援策定に有用な一次資料を得ることである。

3. 2 方法

3. 2. 1 対象者

対象は状態が安定期にあり、地域活動支援センター等の通所施設を日中活動場所としている精神障害者で、1) 統合失調症患者、2) 在宅居住者（自宅ならびにグループホームに居住する）、3) 退院後1年半を経過し状態が安定している、4) 年齢が18-64歳、5) 本人の自由意思により調査に協力する、以上5条件を満たす者とした。1) の条件に関しては地域在住精神障害者の多数を占めるため、2) の条件に関しては APA Practice Guidelines

(Lehman et al. 2006) において、統合失調症患者の安定期は急性期と回復期を経た18か月後であることにより設定した。なお1) -4) の条件については、対象者の自己申告による。

3. 2. 2 調査方法

研究方法は疫学調査（無記名自記式質問紙調査）である。関東圏大都市2市の地域活動支援センター（計137施設）、就労継続支援B型事業所（計73施設）のうち協力の得られた56施設に公募ポスターを郵送し、調査期間中の掲示を依頼した。各施設から回答された対象者の人数に応じた調査票を郵送し、調査期間中に施設に留め置き、対象者により個別に返送する方法により回収した。施設選定の理由は、地域活動支援センターおよび就労継続支援B型事業所は活動期間に限定がないことから、長期的な日中の活動場所および居場

所となっている（厚生労働省, 2013）と考えたためである。調査期間は 2014 年 8 月 1 日から 10 月 31 日である。

3. 2. 3 調査項目

調査項目は基本属性、サービス利用、地域生活における自己内面評価および環境評価である。

基本属性

基本属性として年齢、性別、住居形態、同居者、婚姻、最終学歴を尋ね、疾患特性として精神疾患の病名と有無、診断時年齢、入院歴の有無と総入院期間、通院状況を把握した。

サービス利用

対象者が調査時点で利用しているサービスについて、障がい者総合支援法や精神保健福祉法に基づくものとして、精神保健福祉手帳、自立支援医療、訪問看護、デイケア、ヘルパー、ショートステイ、自立訓練、就労移行、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、地域活動支援センター、公的機関の利用の有無を尋ねた。

自己内面評価

自己内面評価として、地域生活を営む力を高める要因となる地域生活自己効力感と自尊感情、QOL 等を低下する一因である孤独感を把握した。

地域生活自己効力感は地域生活自己効力感尺度（SECL: Self-Efficacy for Community Life Scale）を用いた（大川 他 2001）。SECL は 18 項目 11 件法で得点範囲は 0–180 点であり、高得点であるほど地域生活に対する自信が高い。内的整合性はクロンバック α 係数により確認されており、一般的自己効力感尺度、PANSS、GAS との間に有意な相関が確認されている。

自尊感情は RSE を用いた（山本 他 2012）。RSE は 10 項目 5 件法で得点範囲は 10–50 点であり、高得点であるほど自尊感情が高い。精神障害者を含む多様な集団において信頼性、妥当性が検証されている。

孤独感は UCLALS を用いた (舛田 他 2012). UCLALS は 20 項目 4 件法で得点範囲は 20-80 点であり, 高得点であるほど孤独感が高い. 内的整合性はクロンバック α 係数により確認されており, Geriatric Depression Scale 15 との有意な相関が確認されている.

環境評価

環境評価として生活環境の質に関する要因に着目し, 地域生活環境の質への主観的評価を示す CI, 家族や友人とのつながりであるソーシャルネットワークを把握した.

CI の測定には日本語版 CIM を用いた (Shioda et al. 2017). 10 項目 5 件法で得点範囲は 10-50 点であり, 高得点であるほど地域生活環境の質への評価が高い. 内的整合性はクロンバック α 係数により確認されており, ソーシャルネットワークとの有意な相関が確認されている.

ソーシャルネットワークについては LSNS-6 を用いた (栗本 他 2010). LSNS-6 は全 6 項目 6 件法で得点範囲は 0-30 点であり, 高得点であるほどソーシャルネットワークのサイズが大きい. 内的整合性はクロンバック α により確認されており, ソーシャルサポートとの有意な相関が確認されている.

3. 2. 4 分析方法

潜在クラスモデルを用い, 対象者の類型化を行った.

調査項目の性別, 住居形態 (自宅, グループホーム等, 自立訓練施設, 福祉ホーム, 会社寮, その他), 同居者 (単身, 家族と同居, 精神疾患を持つ他メンバー), 最終学歴 (中学校, 高等学校, 専門学校, 短期大学, 大学, その他), 経済状態 (よい, ややよい, やや苦しい, 苦しい), 累積入院期間 (無, 3 か月未満, 3 か月-半年, 半年-1 年, 1-5 年, 5-10 年, 10 年以上) については各設問の選択肢に基づきカテゴリ化し投入した. 年齢, 診断時年齢は 10 歳階級で, 婚姻, 通院, 併存精神疾患, 利用サービスと制度は有無で区分した. 尺度得点は中央値で 2 値化した.

潜在クラスモデルにおけるクラス数の決定は適合度指標である AIC (Akaike's Information Criterion) (甘利 2007) により判断を行った. AIC は数値が小さいほど適合度が

よいことを意味する。次いでクラス数の決定後、応答確率から特化係数を算出し各クラスの特徴を確認した。特化係数とは各項目の構成比を全体の構成比で割ることで算出することから全体平均は1となり、絶対的に特化している場合および他のクラスと比較して相対的に特化していることが示される（吉岡・千歳 2006）。本章では各クラスの構成比となる応答確率を全体構成比で割り特化係数を算出した。さらに帰属確率にて対象を各クラスへ分類し、各クラスの尺度得点を一元配置分散分析、多重比較検定を用い比較した。

使用分析ソフトは JMP®12.0.1 (SAS Institute Inc. Cary, NC, USA)、および Excel アドイン 潜在クラスモデル Ver.1.07 を用い、有意水準は 0.05 に設定した。

3. 2. 5 倫理的配慮

施設管理者ならびに研究対象者に対し、研究目的、方法、途中撤回もしくは拒否をしても、対象者に何ら不利益がないことを書面にて説明し、対象者の自由意思により調査に回答し返送した者を同意者とみなした。なお横浜市立大学医学研究倫理審査委員会の承認を得た。（承認番号:A140724017）

3. 3 結果

3. 3. 1 対象者の概要

調査票配布数 560 票のうち、回収数は 402 人（回収率 71.8%）であった。このうち全ての尺度において、全項目数の半数よりも多くの項目が無回答であった 138 人を除く 264 人を有効回答（Fairclough 2007）とした（有効回答率 65.7%）（図 4）。なお対象者が、設定した選定基準に合致していることを基本属性等の項目から確認した。対象者の平均年齢は 46.13 歳、性別は男性が 69.32%、世帯状況は家族と同居している者が 50.76%、婚姻している者は 5.30%、精神疾患治療のための入院は 82.2%が経験していた（表 9・表 10）。

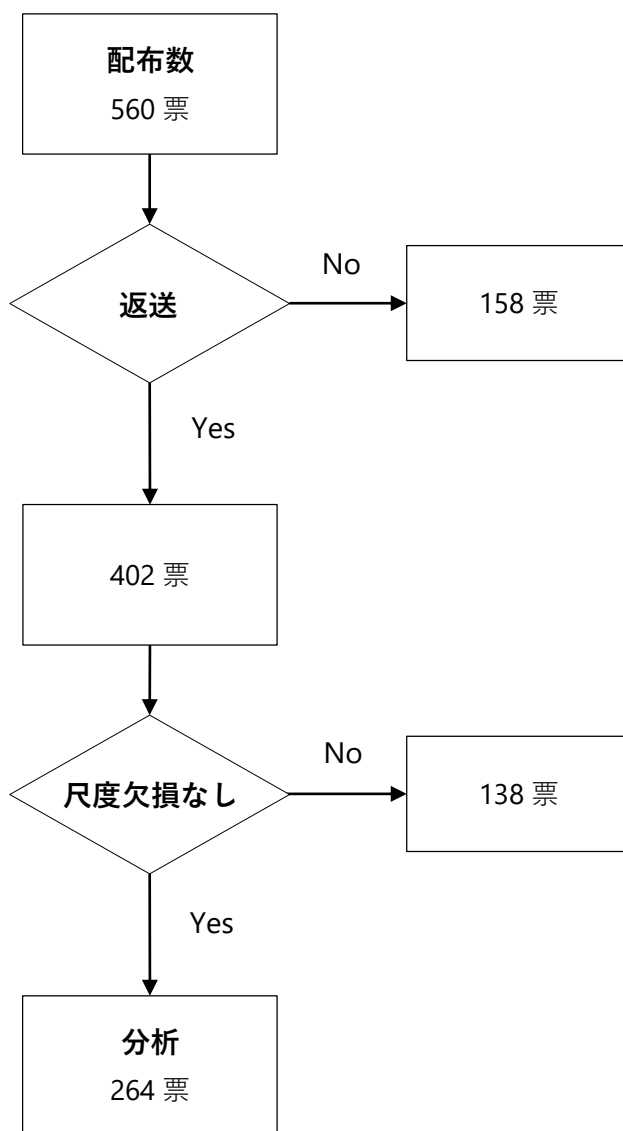


図 4 分析対象のフローチャート

表 9 対象者の概要 (N=264)

項目			n	(%)
基本属性	年齢 (歳)	平均 SD	46.1	9.6
	性別	男性	183	(69.3)
	住居形態	自宅	193	(73.1)
		グループホーム	56	(21.2)
	世帯	家族と同居	134	(50.8)
		単身	67	(25.4)
		メンバー	63	(23.9)
	婚姻	有	14	(5.3)
	最終学歴	高等学校	117	(44.3)
		大学	56	(21.2)
	経済状態認識	ゆとりがある	27	(10.2)
		ややゆとりがある	83	(31.4)
		やや苦しい	100	(37.9)
		苦しい	54	(20.5)
	疾患特性	通院	無	1
併存精神疾患数		2	4	(1.5)
		1	19	(7.2)
診断時年齢		10代	73	(27.7)
		20代	126	(47.7)
		30代	40	(15.2)
		40代	20	(7.6)
		50代	4	(1.5)
		60代	1	(0.4)
累積入院期間		無	47	(17.8)
		3か月未満	36	(13.6)
		3か月－半年	35	(13.3)
		半年－1年	46	(17.4)
		1－5年	57	(21.6)
		5－10年	24	(9.1)
10年以上	18	(6.8)		
サービス制度	精神保健福祉手帳	利用有	235	(89.0)
	自立支援医療	利用有	239	(90.53)
	精神科訪問看護	利用有	17	(6.4)
	デイケア	利用有	36	(13.6)
	ホームヘルプ	利用有	17	(6.4)
	ショートステイ	利用有	13	(4.9)
	自立訓練	利用有	21	(8.0)
	就労移行	利用有	12	(4.5)
	就労継続支援 A 型	利用有	6	(2.3)
	就労継続支援 B 型	利用有	69	(26.1)
	地域活動支援センター	利用有	206	(78.0)
	公的機関	利用有	120	(45.5)

SD：標準偏差，n：人数

表 10 各クラスの対象者の概要

項目	クラス	包括的 CM 支援		グループホーム生活適応支援		社会的役割獲得支援		家族同居社会復帰支援		高齢単身生活支援	
	n	77		62		62		45		18	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
年齢 (歳)	平均 SD	43.6	8.9	49.3	8.6	44.4	8.9	43.7	9.8	58.1	5.2
性別	男性	54	(70.1)	38	(61.3)	43	(69.4)	33	(73.3)	15	(83.3)
住居形態	自宅	74	(96.1)	0	(0.0)	61	(98.4)	43	(95.6)	15	(83.3)
	GH	0	(0.0)	55	(88.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(5.6)
世帯	家族	52	(67.5)	0	(0.0)	44	(71.0)	37	(82.2)	1	(5.6)
	単身	25	(32.5)	0	(0.0)	18	(29.0)	8	(17.8)	16	(88.9)
婚姻	有	3	(3.9)	2	(3.2)	3	(4.8)	5	(11.1)	1	(5.6)
最終学歴	中学校	6	(7.8)	17	(27.4)	8	(12.9)	7	(15.6)	5	(27.8)
	高等学校	44	(57.1)	27	(43.5)	22	(35.5)	18	(40.0)	6	(33.3)
	大学	9	(11.7)	11	(17.7)	19	(30.6)	15	(33.3)	2	(11.1)
経済状態	よい	5	(6.5)	8	(12.9)	5	(8.1)	6	(13.3)	3	(16.7)
	苦しい	23	(29.9)	8	(12.9)	7	(11.3)	14	(31.1)	2	(11.1)
診断時年代	10代	17	(22.08)	13	(21.0)	22	(35.5)	19	(42.2)	2	(11.1)
	20代	36	(46.75)	33	(53.2)	30	(48.4)	19	(42.2)	8	(44.4)
	30代	15	(19.48)	10	(16.1)	7	(11.3)	4	(8.9)	4	(22.2)
	40代	8	(10.39)	5	(8.1)	3	(4.8)	3	(6.7)	1	(5.6)
	50代	1	(1.30)	1	(1.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(11.1)
	60代	0	(0.00)	1	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(5.6)
入院期間	5-10年	4	(5.26)	10	(16.1)	3	(4.8)	3	(6.7)	4	(22.2)
	10年以上	1	(1.32)	12	(19.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(27.8)
手帳	利用有	58	(75.32)	57	(91.9)	62	(100.0)	41	(91.1)	17	(94.4)
自立支援	利用有	64	(83.12)	53	(85.5)	61	(98.4)	43	(95.6)	18	(100.0)
訪問看護	利用有	3	(3.90)	6	(9.7)	0	(0.0)	3	(6.7)	5	(27.8)
デイケア	利用有	11	(14.29)	11	(17.7)	7	(11.3)	6	(13.3)	1	(5.6)
ヘルパー	利用有	2	(2.60)	1	(1.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	14	(77.8)
ショート	利用有	6	(7.79)	2	(3.2)	3	(4.8)	0	(0.0)	2	(11.1)
自立訓練	利用有	3	(3.90)	12	(19.4)	4	(6.5)	2	(4.4)	0	(0.0)
就労移行	利用有	5	(6.49)	1	(1.6)	4	(6.5)	2	(4.4)	0	(0.0)
A型	利用有	0	(0.00)	1	(1.6)	5	(8.1)	0	(0.0)	0	(0.0)
B型	利用有	3	(3.90)	19	(30.6)	0	(0.0)	45	(100.0)	2	(11.1)
地活	利用有	77	(100.00)	46	(74.2)	61	(98.4)	5	(11.1)	17	(94.4)
公的機関	利用有	24	(31.17)	32	(51.6)	36	(58.1)	12	(26.7)	16	(88.9)

n：人数，CM：ケアマネジメント，GH：グループホーム，手帳：精神保健福祉手帳，自立支援：自立支援医療，ショート：ショートステイ，A型：就労継続支援A型，B型：就労継続支援B型，地活：地域活動支援センター

3. 3. 2 クラス数と各クラスの特徴

適合度指標である AIC が最少となる 5 クラスモデルを採択した (表 11)。

各クラスの構成割合はクラス 1 が 29.24%, クラス 2 が 23.47%, クラス 3 が 23.36%, クラス 4 が 16.97%, クラス 5 が 6.96%であった。また対象者の帰属確率による分類の精度は、帰属確率 60%の場合に 99.24%であることが示された。

表 11 各クラスの適合度指標

クラス数	2	3	4	5	6
AIC	8147.68	8029.84	7952.56	7922.66	7956.69

AIC : Akaike's Information Criterion

各クラスの特徴について特化係数 1.5 以上となる項目において、各クラスにおける有効な支援策の提案という観点から命名した。表 12 に示すごとくクラス 1 は「30 歳代」, 「最終学歴が専門学校」, 「精神保健福祉手帳利用無」, 「自立支援医療利用無」, 「ショートステイ利用」, 「地域生活自己効力感および CI が低い」, 「孤独感が高い」という項目より、包括的ケアマネジメント支援型とした。クラス 2 は「住居形態がグループホーム」, 「メンバーと同居」, 「最終学歴が中学校」, 「入院期間が 5 年以上」, 「自立訓練利用」という項目よりグループホーム生活適応支援型とした。クラス 3 は「最終学歴が短期大学」, 「就労継続支援 A 型利用」, 「CI, 自尊感情およびソーシャルネットワークが高い」, 「孤独感が低い」という項目より社会的役割獲得支援型とした。クラス 4 は「20 歳代」, 「家族と同居」, 「最終学歴が短期大学および大学」, 「併存精神疾患有」, 「診断時年齢 10 代」, 「就労継続支援 B 型利用有」, 「地域活動支援センター利用無」という項目より家族同居社会復帰支援型とした。クラス 5 は「50 歳代および 60 歳代」, 「単身」, 「最終学歴が中学校および専門学校」, 「入院期間が 5 年以上」, 「訪問看護利用」, 「ヘルパー利用」, 「ショートステイ利用」, 「公的機関利用」という項目より高齢単身生活支援型とした。なお人数が 5 人未満の項目においてはクラスの特徴と難しい可能性があるため、命名時の特徴把握に含めていない。

表 12 各クラスの特化係数

項目	クラス n	包括的 CM 支援	GH 生活適応 支援	社会的役割獲 得支援	家族同居 社会復帰 支援	高齢 単身生活 支援
		77	62	62	45	18
年齢	20代	0.7	0.0	1.4	2.6	0.0
	30代	1.5	0.4	1.0	1.3	0.0
	50代	0.9	1.2	0.8	0.9	1.5
	60代	0.5	1.4	0.3	0.6	5.2
住居形態	GH	0.0	4.2	0.0	0.0	0.3
同居形態	単身	1.3	0.0	1.1	0.7	3.5
	家族 メンバー	1.3	0.0	1.4	1.6	0.1
婚姻	有	0.7	0.6	1.0	2.1	1.0
最終学歴	中学校	0.5	1.7	0.8	1.0	1.7
	専門学校	1.5	0.9	0.7	0.2	2.2
	短期大学	0.7	0.0	2.0	1.8	0.0
	大学	0.6	0.8	1.4	1.5	0.5
経済状態	よい	0.6	1.3	0.8	1.3	1.7
併存精神疾患	有	1.3	0.6	0.6	1.8	0.6
診断時年齢	10代	0.8	0.8	1.3	1.6	0.4
入院期間	5-10年	0.6	1.8	0.5	0.7	2.5
	10年以上	0.2	2.8	0.0	0.0	3.9
手帳	利用無	2.2	0.7	0.0	0.8	0.5
自立支援医療	利用無	1.8	1.5	0.2	0.5	0.0
訪問看護	利用有	0.6	1.5	0.0	1.0	4.2
ヘルパー	利用有	0.4	0.3	0.0	0.0	11.8
ショート	利用有	1.7	0.6	0.9	0.0	2.3
自立訓練	利用有	0.5	2.4	0.8	0.6	0.0
A型	利用有	0.0	0.7	3.6	0.0	0.0
B型	利用有	0.1	1.2	0.0	3.8	0.5
地活	利用無	0.0	1.2	0.1	4.0	0.3
公的機関	利用有	0.7	1.1	1.2	0.6	1.9
CIM	低	1.8	1.0	0.3	0.8	0.6
	高	0.2	1.0	1.8	1.2	1.4
LSNS-6	高	0.7	0.9	1.5	1.0	0.9
SECL	低	1.6	0.9	0.5	0.8	1.0
UCLALS	低	0.4	1.2	1.6	0.9	0.9
	高	1.6	0.8	0.3	1.1	1.1
RSE	高	0.6	1.2	1.6	0.7	0.7

n：人数，CM：ケアマネジメント，GH：グループホーム，手帳：精神保健福祉手帳，ショート：ショートステイ，A型：就労継続支援 A 型，B型：就労継続支援 B 型，地活：地域活動支援センター，CIM：Community Integration Measure，LSNS-6：Lubben Social Network Scale-6，SECL：地域生活自己効力感尺度，LSNS-6：UCLALS：孤独感尺度，RSE：Rosenberg 自尊感情尺度

3. 3. 3 各クラスの自己内面評価と環境評価

各クラスの尺度得点を算出し比較を行い、特化係数にて示された状態像の詳細を把握した（表 13）。「包括的ケアマネジメント支援型」は地域生活自己効力感および CI が他の全クラスと比べて有意に低く、自尊感情は「社会的役割獲得支援型」および「グループホーム生活適応支援型」と比べ有意に低く、孤独感は「社会的役割獲得支援型」、「グループホーム生活適応支援型」、「家族同居社会復帰支援型」より有意に高かった。よって他のクラスよりも地域生活における自己内面および環境について困難が高い状態が示された。

「グループホーム生活適応支援型」は「包括的ケアマネジメント支援型」よりも孤独感是有意に低く、CI は有意に高いが、「社会的役割獲得支援型」よりも孤独感が高く、CI が低く、ソーシャルネットワークは小さい状態であった。

「社会的役割獲得支援型」は孤独感が他の全クラスよりも有意に低く、CI は「包括的ケアマネジメント支援型」「グループホーム生活適応支援型」、「家族同居社会復帰支援型」よりも有意に高く、ソーシャルネットワークは他の全クラスよりも有意に大きいことが示された。

「家族同居社会復帰支援型」は自尊感情が「社会的役割獲得支援型」よりも有意に低いことが示されたが、同居形態が対となる特徴を持つ「高齢単身生活支援型」との間においてはいずれの評価においても有意な差はみられなかった。

「高齢単身生活支援型」は孤独感が「社会的役割獲得支援型」よりも有意に高く、CI は「包括的ケアマネジメント支援型」よりも有意に高いことが示された。

表 13 各クラスの尺度得点の比較

項目	クラス		包括的 CM 支援		GH 生活適応支援		社会的役割獲得支援		家族同居社会復帰支援		高齢単身生活支援		F 値	p 値	※多重比較
	n		77	SD	62	SD	62	SD	45	SD	18	SD			
CIM			平均 30.0	SD 6.5	平均 35.8	SD 8.3	平均 40.7	SD 4.7	平均 36.5	SD 7.1	平均 38.7	SD 5.5	31.8	<0.01	3>2,4>1 5>1
LSNS-6			7.5	5.2	9.8	5.6	14.0	4.7	10.2	5.6	10.0	5.4	14.7	<0.01	3>1,2,4,5
SECL			109.3	26.8	131.9	29.6	139.2	18.7	133.4	24.3	131.8	26.0	15.2	<0.01	2,3,4,5>1
UCLALS			52.7	9.6	43.7	11.3	38.2	8.6	45.8	9.9	46.5	10.1	21.9	<0.01	1>2,4>3 5>3
RSE			27.4	8.6	31.6	7.9	34.2	5.5	29.4	7.3	30.8	6.5	9.0	<0.01	2,3>1 3>4

一元配置分散分析, Tukey-Kramer 法

n: 人数, CM: ケアマネジメント, GH: グループホーム

CIM: Community Integration Measure, RSE: Rosenberg 自尊感情尺度, LSNS-6: Lubben Social Network Scale-6, UCLALS: 孤独感尺度

※1: 包括的 CM 支援, 2: GH 生活適応支援, 3: 社会的役割獲得支援, 4: 家族同居社会復帰支援, 5: 高齢単身生活支援

3. 4 考察

本章は地域在住統合失調症患者の生活実態から支援の類型について明らかにしたものである。属性、サービス利用、自己内面評価および環境評価から5クラスに類型化され、各々の特徴が示された。

「包括的ケアマネジメント支援型」は人数が最も多いクラスであった。特化係数とクラス内の構成割合から、他のクラスと比べ、30代が多く、一般就労に向けたサービスの利用はしておらず、ショートステイ利用も多い傾向にあった。しかしながら、精神保健福祉手帳や自立支援医療の利用をしていない場合があり、その際には公的機関に実態が把握されにくいことや、受診の際に経済的な負担が軽減されていないことが考えられる。また地域生活に対する自己効力感と環境の質への評価が低く、孤独感が高いことが示された。「グループホーム生活適応支援型」はグループホームにて居住している人が大半を占めるクラスであった。他のクラスよりも教育歴が短く、入院期間が1年以上の者が多いことから、地域生活の経験が少ない場合が考えられる。このクラスでは、グループホームにおいて生活に即した支援を受けやすい環境にあり、また、自立訓練を利用する人も多い傾向にあるように、日常生活に適応するために取り組んでいる特徴が示された。なお、本クラスにおいても「包括的ケアマネジメント支援型」と同様に自立支援医療の利用をしていない場合がある。「社会的役割獲得支援型」は内面と生活環境に肯定的評価を持つ特徴が示され、就労継続支援A型に参加している者がいた。「家族同居社会復帰支援型」は家族と同居をしている者が多く、教育歴が長く、就労継続支援B型の利用をしており、地域活動支援センターとの併用者はいなかった。「高齢単身生活支援型」は最も人数が少ないクラスであった。高齢の単身者で、入院期間が5年以上の者が多いことから生活支援の必要性が高く、利用サービスはヘルパーや公的機関等による日常生活の支援、相談が主となっていた。

自己内面評価については、特化係数からも、上記のように「包括的ケアマネジメント支援型」と「社会的役割獲得支援型」において尺度得点による特徴が確認されたが、帰属確率により対象者を各クラスに分類して、5クラス各々の尺度得点を見ると、特徴がより詳細に明らかになった。「包括的ケアマネジメント支援型」においては自己効力感、自尊心

情, CI が低く, 孤独感は高いという地域生活における困難が高い状態が示された. 全員が地域活動支援センターの利用はしているが, 生活実態に適するサービスが十分には利用されていない可能性がある. 精神障害者や家族が精神障害に対して偏見を抱いていること (蔭山 2012, Mosanya et al. 2014), 障害受容への葛藤がサービス利用を阻害する一要因であること (青木 2012, Chan & Mak 2014) が指摘されているが, このクラスにおいても潜在的な課題となっていることが考えられる. 一方で「社会的役割獲得支援型」は地域生活に対する評価が全般的に高かった. なかでもソーシャルネットワーク, 孤独感の尺度得点は他の全クラスと比べ有意な差があり, 孤独感においては先行研究で報告されている地域在住統合失調症患者の得点より低く (Schwartz & Gronemann 2009, Stein et al. 2013), 一般地域住民とほぼ同様の点であった (佐藤 他 2014). ソーシャルネットワークの量と質が充足し, 環境に適応し地域生活を過ごしていると考えられる. 地域活動支援センターを利用する統合失調症患者のうち約 6 割が「包括的ケアマネジメント支援型」と「社会的役割獲得支援型」に属している. 潜在クラスモデルの変数に評価尺度を用いたことにより, 両クラスの地域生活における評価の対称的な実態が明らかとなり, それぞれに対応したケアの重要性が示された. 他のクラスでは, 「グループホーム生活適応支援型」のソーシャルネットワークの尺度得点からは, 専門家によるサービス提供がある支援付き住居者は精神保健サービスに関連しない者とのネットワークが狭い (Pahwa et al. 2014) という知見と一致し, グループホーム外での人との接触や関係性が少ない状態にあると考えられる. 「家族同居社会復帰支援型」の孤独感とソーシャルネットワークの評価からは, 家族によるサポートはあるが, 家族以外との接触が乏しく, ネットワークの量および質が充足されていない (Peplau & Perlman 1982) ことが考えられる. 「高齢単身生活サービス利用型」では, 尺度得点より孤独感が高く, ソーシャルネットワークが小さいことが示され, 単身者であることによるネットワークの量および質の状態が反映されていると考えられた. また CI については, 公的機関やヘルパーの利用, 精神科訪問看護による医療を中心とするケアやホームヘルプによる生活技術に対するサービスが精神障害者の地域生活の継続に効果をもたらす

ている（萱間 他 2005）ことから、「包括的ケアマネジメント支援型」よりも高い結果を示したと考えられた。

本章の結果による実践への示唆を述べる。「包括的ケアマネジメント支援型」においては、前述のように公的制度の活用が不十分である特徴から、地域生活におけるニーズが満たされていないことが考えられる。よってサービス利用状況の把握と検討が有効であると考えられる。各サービスの利用状況の把握においては、利用有無のみを把握するのではなく、その背景にある理由をとらえ、実態に基づく潜在的なニーズを見出すことが重要である。したがって、支援者は、精神障害者と家族各々のサービスや障害に対する認識、家族全体の状況等についてもアセスメントすることで、潜在的な課題を抽出し、医療、福祉、保健サービスにより補完できる点を見出し、包括的なケアマネジメントによりサポートを構築する必要がある。「グループホーム生活適応支援型」では住居における支援者のサポートの状況、長期入院による影響のアセスメントを行い、精神障害者が自らの意思でネットワークを拡大し、生活を営む力を涵養することが重要である。その際には他職種との連携が重要となるが、グループホームの職員のみでは支援体制の構築は困難な側面がある（奥山 2013）。特化係数から示されるように、行政機関、訪問看護、自立訓練等の職員が支援に携わっている。このうち保健所等の行政機関は、制度やサービス利用に際しての窓口になることから、多くの精神障害者に接する機会を有する。よって精神障害者が利用している他のサービス機関の支援者とともにサービスの利用状況を把握し、ケアマネジメントに際しては関連機関間の調整の役割を担う（厚生労働省 2016）ことも必要となろう。「社会的役割獲得支援型」は現在の精神的健康状態および環境の質の維持が必要となる。さらに就労はQOLの向上に関連していること（藤本 他 2013）から、今後は一般就労に向けた支援と就労に伴い生じる身体、精神的負荷への対処、スキルの取得等の課題への支援が重要になる。「家族同居社会復帰支援型」では就労継続支援 A 型等の利用により更に社会復帰に向けた支援を要する。また統合失調症患者と同居する家族員の well-being は低い状態にあること（Martens & Addington 2001）が考えられ、家族の健康状態の把握も含めて、家族全体をアセスメントする視点に立ち、ケアマネジメントを行うことが必要である。「高齢単身生

活支援型」については単身であることおよび長期入院の影響による地域生活における困難を有し、加齢による精神や身体機能の変化が生じていることから、二次障害の予防を行うことが重要である。利用サービスに関わる職種が多様であるため関係機関が連携をとり、精神障害者の健康状態をモニタリングし、単身生活の質の向上を目指すことが求められる。

以上より本章において一定の地域活動に参加している地域在住統合失調症患者の多様性と特徴が示された。精神障害者は従来、病期や精神症状に基づく状態像に焦点が当てられてきた。本章では地域在住統合失調症患者を基本属性、利用サービス、内面的、環境的評価という新たな観点から定量的な類型化を行うことで、それに基づく潜在的なニーズの把握や適切な支援の示唆を得ることが可能となった。地域生活においては、入院時における医療職に加え、多様な職種がフォーマルケアを提供し、家族や友人、地域住民がインフォーマルケアの担い手になる。地域在住統合失調症患者のアセスメントを行う機会として、精神保健福祉手帳やサービスの申請、更新時が有用であるが、使用しない者の把握は公的機関には困難である。支援をする専門職が各々の専門性を発揮しつつ、精神障害者本人や家族および地域住民と連携をとることが求められる。地域在住統合失調症患者の地域生活の質向上においては、周囲の環境の整備とともに、特徴をとらえた個人レベルの取り組みが必要になろう。

本結果は対象者が地域活動支援センターおよび就労継続支援 B 型事業所利用者であったこと、関東圏大都市 2 市における調査であることにより一般化には慎重を要する。今後、都市部以外の地域に対象を拡大する場合には、精神保健に関するサービスへの物理的アクセスやサービスの規模等の違いを考慮して、対象者の募集で協力を得るサービス機関の選択をすること、調査票に地域特性を反映する項目を加えること、さらには分析結果を地域間で比較することが肝要である。また対象者の分布に偏りがあり人数の少ない項目については特徴を反映することに限界を有する。しかしながら本章は、地域在住統合失調症患者の生活実態および QOL に関連する自己内面評価について、統計学的に有用な手法である潜

在クラスモデルを用いた類型化により定量化，可視化し，その特徴を見出した点で一定の意義を有すると考える。

3. 5 結論

安定期にある地域在住統合失調症患者の生活実態に基づく支援について基本属性，サービス利用，地域生活における自己内面評価，環境評価をもとに潜在クラスモデルを用いて類型化を行った結果，「包括的ケアマネジメント支援型」「グループホーム生活適応支援型」「社会的役割獲得支援型」「家族同居社会復帰支援型」「高齢単身生活支援型」の5クラスとなり，対象の特徴に応じた支援取り組みが重要であることが示唆された。今後は対象地域および対象者数の拡大により，類型化の精緻を図るとともに，各クラスにおける特徴となる変数間の関連を検討することでQOL向上に向けた介入可能な要因を見出すことへ発展させる必要がある。

第4章 地域在住精神障害者における Community integration の要因の検証

4.1 目的

第1章では、精神障害者の CI に関する先行研究から、概念や要因、研究動向が整理され、研究の課題が示された。第2章では、CI を測定するための尺度である日本語 CIM を開発した。第3章では、地域在住精神障害者は一様の集団ではなく特徴により支援の必要性が異なることを確認した。

CI に関する先行研究には以下の限界がある。1点目は対象者の代表性に関する点であり、海外で行われた研究であることに加え、特定の介入プログラム参加者である場合が多い。2点目は CI の概念、定義に関する点であり、本質的な定義がなされていない場合が多く、したがって妥当性が十分に検討された尺度を用いている研究が少ない。3点目は要因の焦点に関する点であり、個人要因は臨床的な特徴、環境要因は介入プログラムの効果に焦点が当たっており、精神障害者の生活実態を反映した要因が考慮されていない。4点目は研究デザインに関する点であり、CI の要因間の関連を検証している研究は見当たらないことである。

本章の目的は地域在住精神障害者の CI を信頼性と妥当性を有する尺度により定量化して評価するとともに、対象集団を属性で層別した上で、CI の因果モデルと構造モデルを検証することである。

本章における研究の概念図を以下に示す（図5）。CI の低下は地域在住精神障害者の症状の悪化を招き（Abdallah et al. 2009, Baumgartner & Herman 2012, Cohen & Iqbal 2014）、入退院の繰り返しや長期入院につながる。CI の向上は身体的健康や精神的健康、QOL の向上（Griffen et al. 2010, Reistetter et al. 2005）、質の高い地域生活の維持につながる。また CI には個人要因と環境要因が影響し、一部の要因間には関連があると想定される。

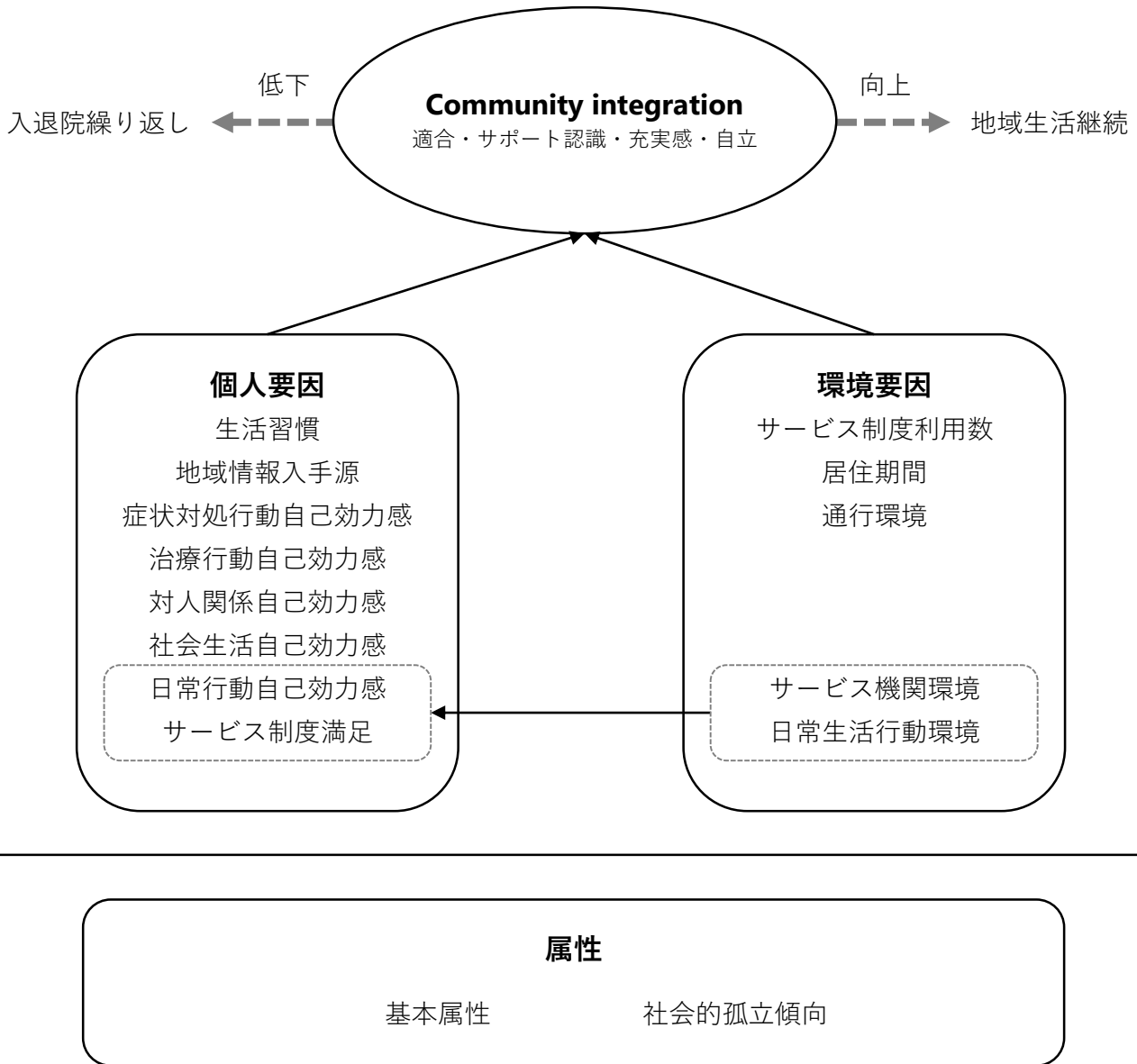


図 5 地域在住精神障害者の CI の概念図

本章における仮説は以下である。

1. 対象者は社会的孤立傾向（ソーシャルネットワークのサイズ）により層別される。
2. CI には個人要因と環境要因の双方が影響し、環境要因は直接的にまたは個人要因を介して間接的に CI に影響し、その因果関係は層により異なる。
3. CI には個人要因と環境要因の双方が影響し、層で共通する要因、固有の要因がある。

仮説1については、対象集団の傾向がすべて同じとは考え難く、特徴すなわち属性による層が形成されている可能性があり、層別により属性を明確化することでより有用な知見を得ることが可能となる。社会的孤立はソーシャルネットワークのサイズが小さいことを示す客観的な概念として確立されている (Townsend 1963)。また、社会的孤立は精神障害者の重要な課題とされてきた (Koenders et al. 2017, Pjescic et al. 2014, Siriwardhana et al. 2015)。さらに本研究の第2章でCIとソーシャルネットワークのサイズに有意な相関があることが示され、第3章でCIの評価が最も高い類型と他の類型でソーシャルネットワークのサイズが有意に異なることが示された。以上より地域在住精神障害者は社会的孤立傾向によって層別されると考えた。

仮説2については、地域在住精神障害者のCIを概括的な観点から捉え、CIと要因間の関連を見出すためには、因果モデルを検証することが必要である。第1章より先行研究において要因間の関連をみた研究は見当たらないことが確認された。また先行研究ではCIの要因として個人要因は臨床的な特徴、環境要因は介入プログラムの効果に焦点が当たっており、精神障害者の生活実態が反映されていなかった。本章では精神障害者の生活実態に着目し、個人因子として生活習慣や自己効力感等を、環境因子としてサービスや制度の利用状況、居住環境等を選択した。さらに対象者が層別される場合、層によりCIの因果モデルは異なると考えた。

仮説3については、地域在住精神障害者のCIを個別的な観点から捉え、CIに影響する要因を見出すためには、構造モデルを検証することが必要である。さらに対象者が層別される場合、層によりCIの構造モデルは異なると考えた。

4. 2 方法

4. 2. 1 対象者

対象は状態が安定期にあり、地域活動支援センター等の通所施設を日中の活動場所としている精神障害者で、1) 精神疾患罹患患者、2) 在宅居住者（自宅ならびにグループホームに居住する）、3) 状態が安定している、4) 成人（年齢20歳以上）、5) 本人の自由意思により調査に協力する、の5条件を満たす者とした。

4. 2. 2 調査方法

調査方法は、郵送による無記名自記式質問紙調査である。川崎市、横浜市、鎌倉市の地域活動・相談支援センター、就労継続支援B型事業所、グループホームのうち協力の得られた29施設では利用者に調査への協力を依頼するポスターを掲示した。そのポスターには、趣旨、参加は自由意思によること、匿名性が担保されること、断っても不利益を被らないこと等が記載されている。各施設では協力の意思のある利用者に利用者用調査票を配布した。配布には利用者整理番号識別表を用い、利用者用調査票と当該対象者の状況をよく知る担当職員が対象者について回答する利用者アセスメント票の利用者整理番号を一致させた。利用者整理番号識別表は調査期間中に施設で管理され、調査期間終了後には裁断処理にて破棄されている。利用者調査票は対象者により個別に研究者へ直接返送する方法により回収し、利用者アセスメント票は回答済みの調査票を各サービス提供機関にてとりまとめ返送することで回収した。調査期間は2017年9月1日から2018年1月31日である。

4. 2. 3 調査項目

利用者用調査票ではCI、ソーシャルネットワーク、基本属性、個人要因である地域生活自己効力感、サービス制度満足、生活習慣、地域情報入手源、環境要因であるサービス制度利用数、近隣環境の利便性、居住期間を尋ねた。利用者アセスメント票では、対象者の年齢、性別、施設利用期間、障害支援区分、IADL (Instrumental Activities of Daily Living),

地域生活環境への認識等について尋ねた。調査項目の詳細を以下に示す。なお利用者アセスメント票の項目は別途、支援者によるアセスメントシートを開発するために用いる項目であるため、本研究では分析に用いていない。

CI

精神障害者の主観的なCIの測定は日本語版CIMを用いた。日本語版CIMは10項目で構成され、各項目に対して「いつもそうである」、「時々そうである」、「どちらともいえない」、「時々そうではない」、「そうではない」の5件法で回答する。合計点の範囲は10-50点であり、点数が高いほどCIが高い。職員にはCIMに対応するCIアセスメント10項目を尋ねた。なお他に地域生活環境の質を対象者がどのように感じているかを表す6項目を尋ねたが、これらは将来、支援者によるCIアセスメントシートを開発するために用いる項目であるため、本研究の分析では扱っていない。

ソーシャルネットワーク

ソーシャルネットワークの測定はLSNS-6を用いた(栗本 他 2011)。LSNS-6は2つの下位尺度で構成されており、家族や親族および友人のソーシャルネットワークのサイズについて「少なくとも月に1回、会ったり話をする」等の全6項目に「いない」、「1人」、「2人」、「3-4人」、「5-8人」、「9人以上」の6件法で回答する。合計点の範囲は0-30点であり、点数が高いほどソーシャルネットワークが大きい。

基本属性

基本属性は対象者の年齢、性別、世帯、居住期間、婚姻、最終学歴、経済状況、就労状況について尋ねた。疾患特性としては罹患している精神疾患、身体疾患、精神疾患の診断時年齢、累積入院期間について尋ねた。職員には当該対象者の障害支援区分、IADL (Morris et al. 2011) について尋ねた。

個人要因

地域生活自己効力感の測定は、SECLを用いた(大川 他 2001)。SECLは5つの下位尺度で構成されており、日常行動(5項目)、症状対処行動(4項目)、治療行動(4項目)、

対人関係（2項目）、社会生活（3項目）について「まったく自信がない」から「非常に自信がある」の0-10点の11段階で回答し、点数が高いほど自己効力感が高い。

サービス制度満足は、利用しているフォーマルケア（サービスおよび制度）の満足度について尋ねた。

生活習慣として好ましい生活習慣数と外出日数を尋ねた。好ましい生活習慣数は、Breslowの7つの健康習慣（Belloc & Breslow 1972）および、それを基にして地域住民に健康習慣を調査した項目（吉田 他 2013）を参考にして、1週間の運動頻度・飲酒頻度・1日の睡眠時間等の9つの生活習慣を尋ねた。外出日数は、平均的な1週間の外出日数を尋ねた。

地域情報入手源は、地域のサービス・イベント・ニュースなどの地域の情報を知るために利用している手段について尋ね、以下の4区分とした。①地域の掲示や広報など「地域情報入手源地域系」、②通院先の掲示、公的機関の掲示など「地域情報入手源サービス機関」、③インターネット、テレビなど「地域情報入手源メディア」、④家族や友人との会話である「地域情報入手源家族・友人」である。

環境要因

サービス制度利用数は、精神保健福祉手帳、障害年金、地域活動支援センター等の利用しているフォーマルケアの有無について尋ねた。

近隣環境の利便性は、近隣環境の利便性への認識を測定するために用いられている項目（Cerin et al. 2006, 井上 他 2009）や先行研究を参考に抽出し「買い物をする店」、「日中活動場所」、「交通機関」等7項目を尋ねた。各項目は「とてもよくあてはまる」、「ややあてはまる」、「ややあてはまらない」、「全くあてはまらない」の4件法で回答する。

居住期間は、現在の住居に住んでいる期間を尋ねた。

4. 2. 4 分析方法

分析方法を以下に示す。まず変数の作成として、近隣環境の利便性への認識について主成分分析により新たな評価軸を設定した。次いで仮説1の検証のために、決定木分析を行

った。層を確認し、仮説2の検証のために、多母集団同時分析を行った。そして仮説3の検証のために、層ごとの重回帰分析を行った。

4. 2. 4. 1 変数の作成

近隣環境の利便性を尋ねた7項目の主成分分析を行い、主成分を回転し意味解釈を行った(表14)。その結果、3主成分①「サービス機関環境の利便性」、②「日常生活行動環境の利便性」、③「通行環境の利便性」が抽出され、これらの主成分を因果モデル、構造モデルの分析に用いた。

表 14 近隣環境の利便性7項目の主成分分析結果

項目	サービス機関 環境の利便性	日常生活行動 環境の利便性	通行 環境の利便性
買い物をするお店がある	0.08	0.40	0.17
精神疾患の治療のために通院している病院がある	0.72	-0.03	-0.16
日中の活動場所がある	0.71	0.10	0.04
公的機関(役所, 保健所など)がある	0.63	0.16	0.04
駅, バス停など交通機関を使用する場所がある	0.09	0.99	-0.07
道が平坦で歩くのが楽である	0.11	0.05	0.56
通り道は交通量が少なく, 歩くのが楽である	-0.16	0.05	0.47

Varimax 回転

4. 2. 4. 2 層別

本章の対象者集団は仮説1に示すとおり、社会的孤立傾向で異なる属性を有する集団が存在することを想定した。実際にLSNS-6の得点で測定するソーシャルネットワークのサイズで示される社会的孤立傾向が層別に最も適しているかを確認するために、他に層別の候補として想定される変数も投入し決定木分析を行った。決定木分析とはCHAID(Chi-square Automatic Interaction Detection)、CART(Classification and Regression Trees)などとも称される、樹形モデルに基づく解析により目的変数を最も良く予測する説明変数に基づく分岐を見出す手法である(山内, 1996)。

層別に用いた説明変数は LSNS-6 得点, 年代, 性別, 単身世帯, グループホーム居住, 婚姻, 最終学歴, 経済状況, 就労状況, 精神疾患数および各疾患の有無, 身体疾患数および各疾患の有無, 診断時年齢, 入院期間である. 解析には JMP®13.2.0 (SAS Institute Inc. Cary, NC, USA) を使用した.

4. 2. 4. 3 因果モデル

CI の因果モデルを検討するにあたり SEM (structural equation modeling) を使用した. SEM は潜在変数間や潜在変数と観測変数間の関係を捉えた解析を行うことができるため, 概観的な知見を見出すために有効な手法である. SEM では数値で測定できない構成概念を潜在変数として表し, 潜在変数は測定が可能な観測変数 (指標) を用いて推定することが可能である.

CI と要因間の因果関係を表す分析モデル (図 6) と仮説モデルを示す (図 7). 仮説モデルでは, 潜在変数は楕円, 観測変数は四角で示され, 変数間の関係にはパス (矢印) が引かれる. 図中の (e) は誤差変数である.

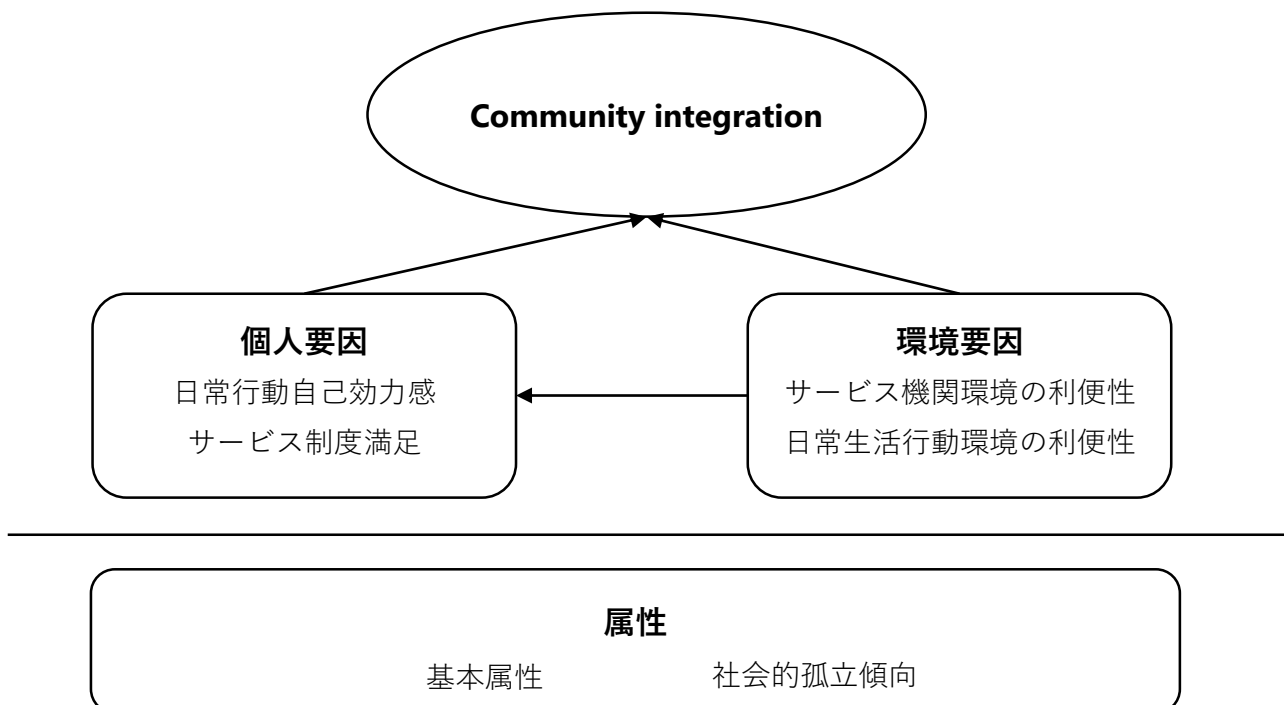


図 6 CI と要因間の因果関係の分析モデル

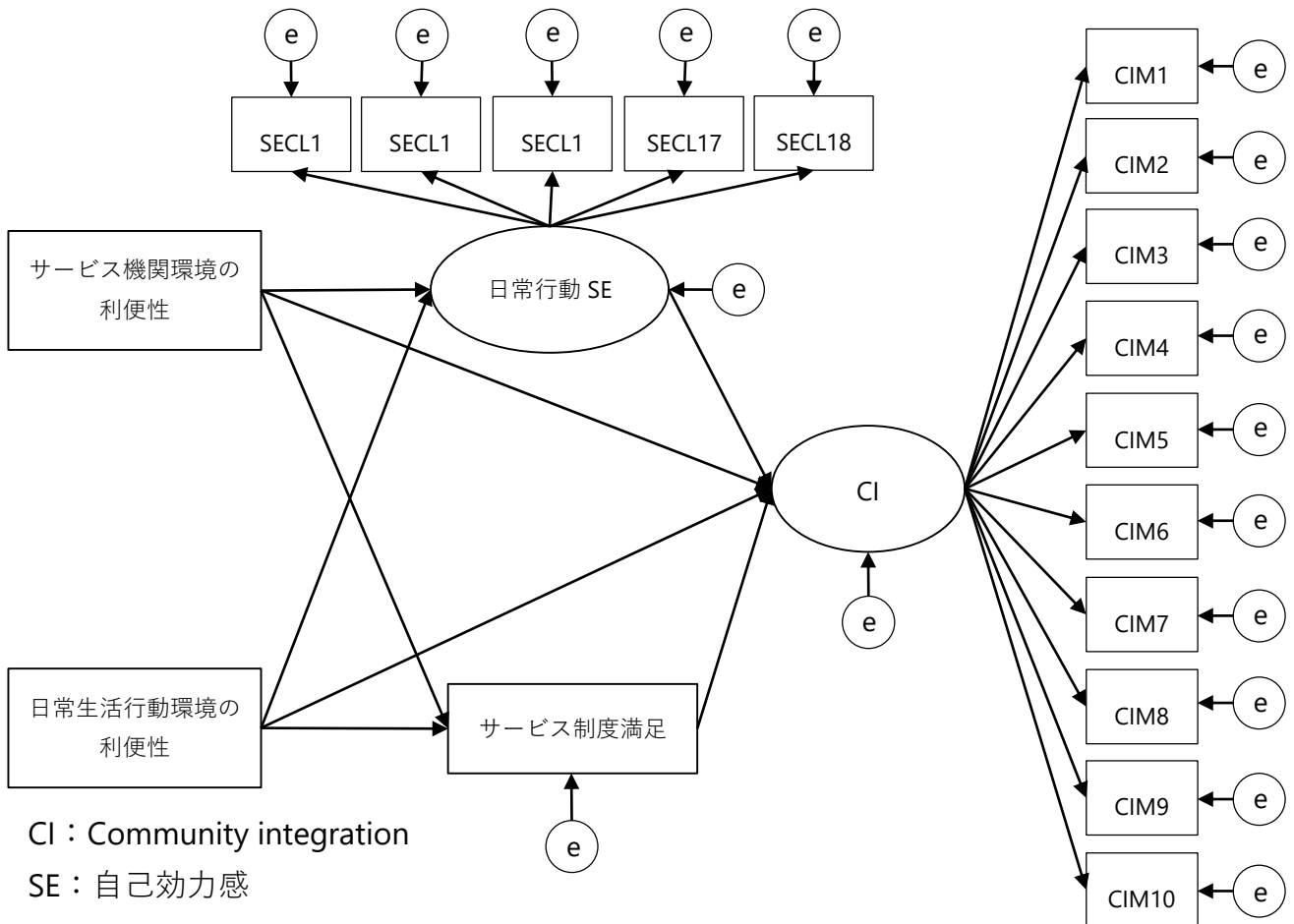


図 7 仮説モデル

本章における地域在住精神障害者の CI の因果モデルの変数は第 1・2・3 章から得た知見から得た本章の概念図，分析手法の特徴を踏まえ，精神障害者の地域生活において重要性が高いと考えられる以下の変数を選択した。

個人要因

個人要因では日常行動自己効力感，サービス制度満足を選択した。

自己効力感とは実際の行動をとる前提として必須の概念である (Bandura 1982)。日常行動自己効力感とは地域生活の基礎である食事摂取，睡眠等の行動への自己効力感であり，CI に直接影響すると考えた。

サービス制度満足については、サービスと制度の利用継続に関連していることから (Rossi et al. 2008)、精神障害者の地域生活にとって欠かせないものであり、CIに直接影響すると考えた。

環境要因

環境要因として居住環境のサービス機関環境の利便性、日常生活行動環境の利便性を選択した。居住環境については、地域生活を送る精神障害者に重要な要因の一つであるが見過されがちであることが指摘されている (Kloos & Shah 2009)。さらに居住環境として、社会的つながりを促進するための場所があること、日常生活に要する場所への移動しやすさ、アクセスのしやすさが重要であることが報告されている (Piat et al. 2017)。

サービス機関環境の利便性は通院先の病院、日中活動場所、役所や保健所等の公的機関の利便性を意味する。精神障害者は地域生活の一部として、定期的な通院だけでなく、生産活動や友人との触れ合いのためにサービス機関へ通所をしていることが想定される。よってサービス機関環境の利便性は直接的にCIに影響する、または日常行動自己効力感やサービス制度満足を介して間接的にCIに影響すると考えた。

日常生活行動環境の利便性は、買い物や公共交通機関の利便性を意味する。日常生活に必要な行動をとるために便利な環境であることは、インフォーマルケア提供者にとっても精神障害者を訪ねやすく支援しやすい環境であると考えられる。よって日常生活行動環境の利便性は直接的にCIに影響する、または日常行動自己効力感やサービス制度満足を介して間接的にCIに影響すると考えた。

本モデルにおいてCI (観測指標 10)、日常行動自己効力感 (観測指標 5) という構成概念を潜在変数とし、サービス制度満足、サービス機関環境及び日常生活行動の利便性を観測変数として、CIの因果モデルを検討した。なおSEMは連続変数を前提とした分析手法であるため、選択した変数はいずれも連続変数として扱った。

社会的孤立傾向による因果モデルの相違を検討するために多母集団同時分析を行った。多母集団同時分析では、複数の母集団から抽出された標本を個別にではなく同時分析することで、モデル全体における母集団間での差異の検討を行うことができる。手順は各母集

団へのモデルの適合度を検証し、次いで集団間で同一モデル構造を仮定しモデル1として配置不変性を検討した。配置不変性が成立することを確認し、等値制約を置いたモデルを検討した。等値制約はモデル2が潜在変数から指標、モデル3は潜在変数から指標に加え指標間の誤差、モデル4-7は潜在変数から指標に加え指標間の誤差および各変数からCIへのパス、モデル8は全パラメータに仮定した。間接効果はブートストラップ法（リサンプリング5,000回）により検定した。

用いた適合度指標はRMSEA, CFI, SRMR (standardized root mean square residual) である。RMSEA, CFIについては既に第2章で説明している。SRMRは標準化された残差平方平均平方根を表し、モデルで説明できなかったデータ分散の大きさを示すため0に近ければあてはまりの良いことを表す。解析はロバスト最尤法で推定し、Mplus Version8 (Muthen & Muthen. Los Angeles, CA, USA) を使用した。

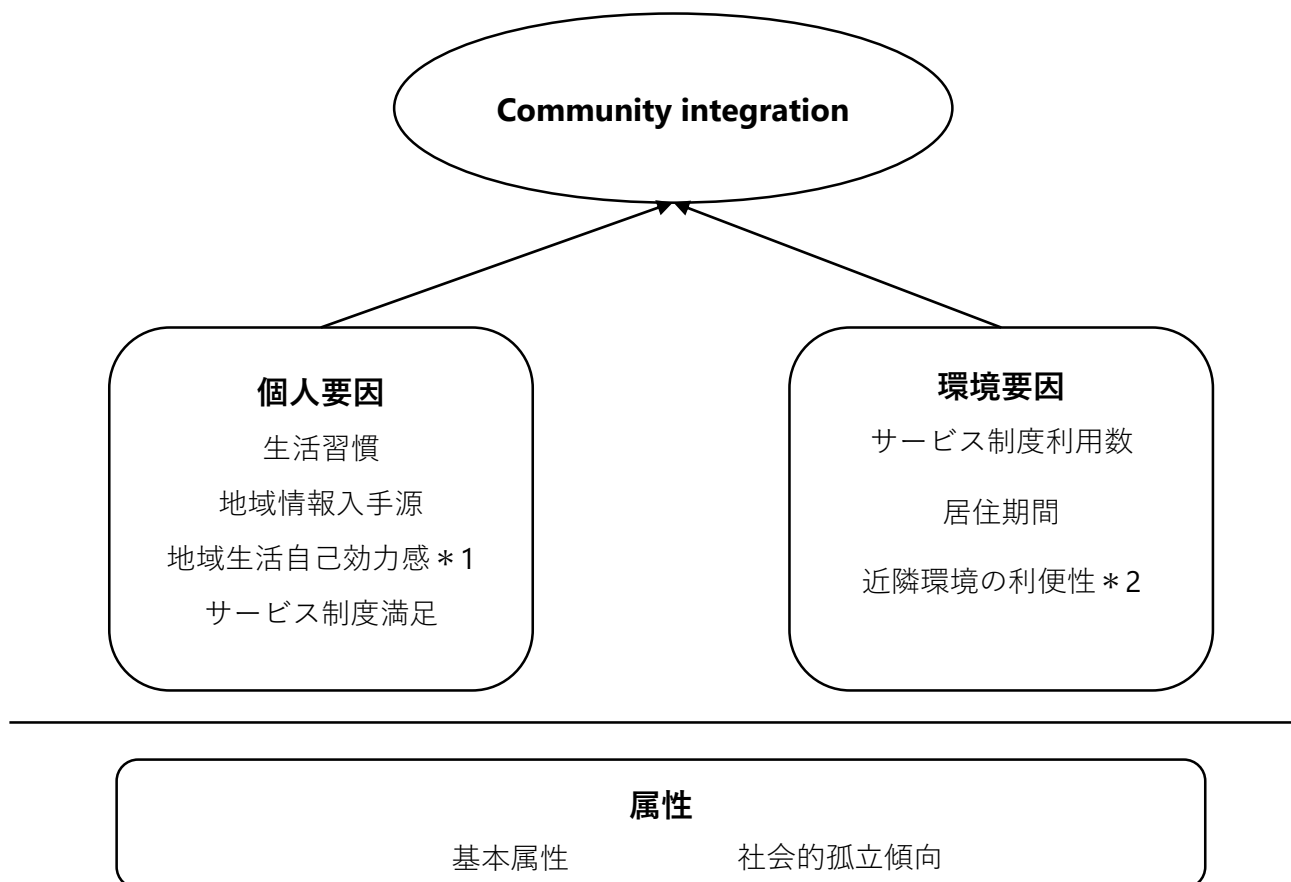
4. 2. 4. 4 構造モデル

CIの構造モデルを検討するにあたり層ごとの重回帰分析を行った。重回帰分析は1つの目的変数を複数の説明変数で予測する多変量解析の基本的な手法であり、個別的な施策を導き出すために有用である。

構造モデルの目的変数はCI (CIM得点) であり、説明変数はSECLの5下位尺度得点 (日常生活行動自己効力感, 症状対処行動自己効力感, 治療行動自己効力感, 対人関係自己効力感, 社会生活自己効力感), サービス制度利用数, サービス制度満足, 居住期間, 好ましい生活習慣数, 地域情報入手源数 (4区分「地域情報入手源地域系」, 「地域情報入手源サービス機関」, 「地域情報入手源メディア」, 「地域情報入手源家族・友人」), 外出日数, 近隣環境の利便性 (3主成分「サービス機関環境の利便性」, 「日常生活行動環境の利便性」, 「通行環境の利便性」) である。分析モデルを図8に示す。

分析においては説明変数をステップワイズ法の変数増減法 (閾値p値25%) にて選択し、選択された変数で重回帰分析を行い、有意水準5%未満の変数で構造モデルを検討した。なお、偏回帰係数を解釈するにあたり、多重共線性の指標であるVIF (variance inflation

factor) は 2.0 未満を基準とした。欠損値は多重代入法により補完した。解析には R Version3.0 および JMP®13.2.0 (SAS Institute Inc. Cary, NC, USA) を使用した。



*1 症状対処行動自己効力感, 治療行動自己効力感, 対人関係自己効力感, 社会生活自己効力感, 日常行動自己効力感

*2 サービス機関環境の利便性, 日常生活行動環境の利便性, 通行環境の利便性

図 8 層ごとの重回帰分析の分析モデル

4. 2. 5 倫理的配慮

本調査は慶應義塾大学健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会の承認を得て実施している (受理番号 2017-19)。

4. 3 結果

4. 3. 1 対象者の概要

調査票配布数 331 票（ペア）のうち，回収数は対象者 219 人（回答率 66.2%），職員 243 人（回収率 73.4%）であった．そのうち利用者用調査票と利用者アセスメント票にある利用者整理番号のマッチングが可能であり年齢と性別に欠損がない，かつ各尺度の半数以上に欠損がない 194 票を有効回答とした（有効回答率 88.6%）．（図 9）

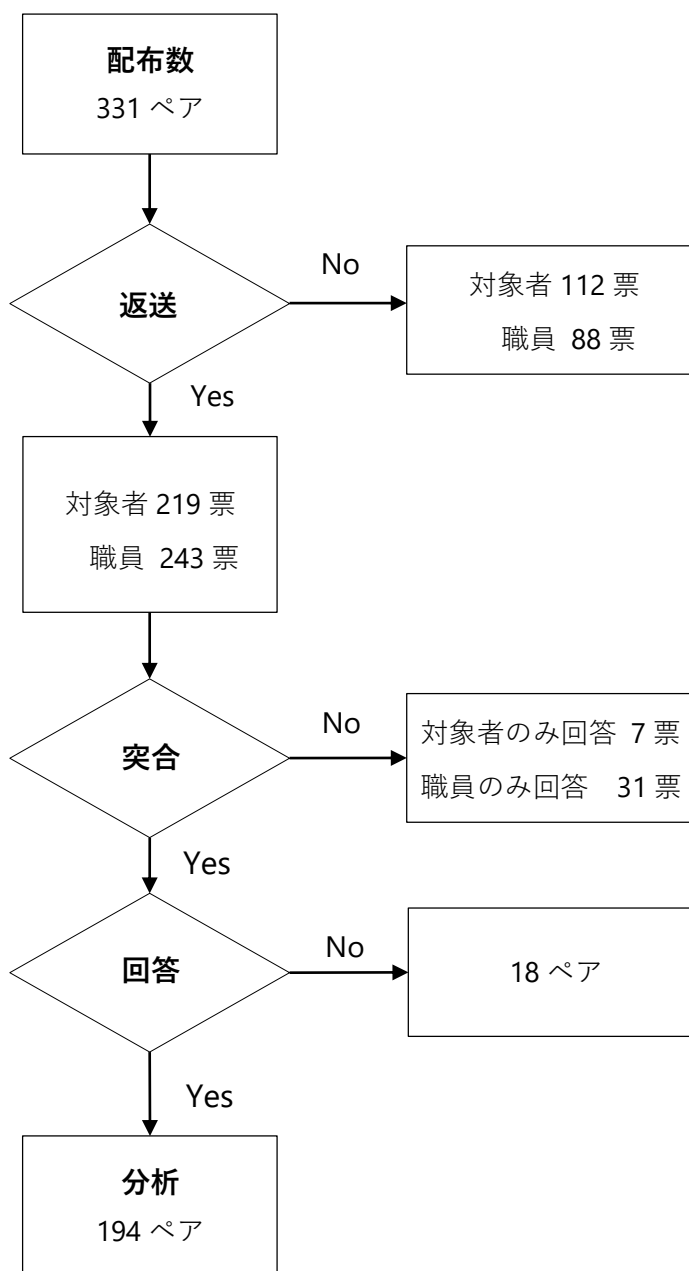


図 9 分析対象のフローチャート

対象者の平均年齢は 47.6 歳 (SD12.0), 男性が 120 名 (61.9%), 単身者が 49 名 (25.3%) で, 多くの者が結婚していなかった (93.7%). 最終学歴は高等学校以下である者が 112 名 (59.0%), 就労者は 34 名 (18.0%), 経済状況が苦しいと感じている者は 118 名 (66.1%) であった. 罹患している精神疾患は統合失調症がもっとも多く 119 名 (61.3%), 次いでうつ病 39 名 (20.1%) であった. 障害支援区分は非該当者が 105 名 (54.1%) と最も多かった.

CIM 平均得点は 32.8 点 (SD8.2) であった.

ソーシャルネットワークは家族のソーシャルネットワークが平均 5.1 (SD3.2), 友人のネットワーク 4.6 (SD3.6) であった.

SECL は日常生活行動自己効力感が平均 33.0 (SD9.6), 症状対処行動自己効力感 27.6 (SD8.0), 治療行動自己効力感 31.1 (SD6.4), 対人関係自己効力感 11.4 (SD5.5), 社会生活自己効力感 22.6 (SD5.9) であった. サービス制度満足は 3.2 (SD0.6) であった. 好ましい生活習慣数は 5.7 (SD1.5), 1 週間の外出日数は 5.1 日 (SD1.7) であった.

サービス制度利用数は 6.0 (SD2.2), 自立支援医療 (精神通院) の利用者が最も多く 181 名 (93.3%), 次いで精神保健福祉手帳 173 名 (89.2%), 市区町村の役所 156 名 (80.4%) であった. (表 15)

表 15 対象者の概要 (N=194)

項目		平均	SD	n	(%)
基本属性	年齢 (歳)	47.6	12.0	—	—
	性別				
	男			120	(61.9)
	女			74	(38.1)
	世帯				
	親と同居			76	(39.2)
	単身			49	(25.3)
	婚姻				
	現在婚姻			12	(6.2)
	最終学歴				
	中学校			26	(13.4)
	高等学校			86	(44.3)
	大学			38	(19.6)
	就労状況				
	仕事なし			152	(78.4)
	経済状況認識				
	ゆとりがある			11	(5.7)
	ややゆとりがある			64	(33.0)
	やや苦しい			78	(40.2)
	苦しい			40	(20.6)
	診断時年齢				
	10-19 歳			56	(28.9)
	20-29 歳			67	(34.5)
	30-39 歳			41	(21.1)
	40-49 歳			16	(8.2)
	50-59 歳			9	(4.6)
	60 歳以上			3	(1.5)
	累積入院期間				
	入院無			57	(29.4)
	3 か月未満			22	(11.3)
	3 か月以上-半年未満			20	(10.3)
	半年以上-1 年未満			16	(8.2)
	1-5 年未満			24	(12.4)
	5-10 年未満			15	(7.7)
	10 年以上			30	(15.5)
	精神疾患数 (複数回答)	1.3	0.6	—	—
	統合失調症			119	(61.3)
	うつ病			39	(20.1)
	双極性障害			20	(10.3)
	不安障害			19	(9.8)
	発達障害			18	(9.3)
	身体疾患数 (複数回答)	1.1	1.0	—	—
	高血圧			31	(16.0)
	糖尿病			24	(12.4)
	脂質異常症			30	(15.5)
	肥満			51	(26.3)
	実行 IADL 合計 (s)	3.8	4.8	—	—
	障害支援区分 (s)				
	非該当			105	(54.1)
	1			4	(2.1)
	2			33	(17.0)
	3			14	(7.2)
	5			2	(1.0)

項目		平均	SD	n	(%)
不明				33	(17.0)
CI	CIM 合計	32.8	8.2	—	—
	CI 支援者評価合計	37.3	7.4	—	—
SN	家族 SN	5.1	3.2	—	—
	友人 SN	4.6	3.6	—	—
	LSNS-6 合計	9.7	5.7	—	—
個人要因	日常行動 SE	33.0	9.6	—	—
	症状対処行動 SE	27.6	8.0	—	—
	治療行動 SE	31.1	6.4	—	—
	対人関係 SE	11.4	5.5	—	—
	社会生活 SE	22.6	5.9	—	—
	SECL 合計	126.8	27.1	—	—
	好ましい生活習慣数	5.7	1.5	—	—
	1 週間の外出日数	5.1	1.7	—	—
	地域情報入手源地域系	0.6	0.8	—	—
	地域情報入手源サービス機関	1.0	1.1	—	—
	地域情報入手源メディア	1.1	0.9	—	—
	地域情報入手源家族・友人	0.7	0.8	—	—
環境要因	サービス利用数	6.0	2.2	—	—
	(複数回答)				
	精神保健福祉手帳			173	(89.2)
	障害年金			113	(58.2)
	自立支援医療			181	(93.3)
	精神科訪問看護			30	(15.5)
	デイケア			31	(16.0)
	ホームヘルプ			21	(10.8)
	ショートステイ・自立訓練			16	(8.2)
	地域活動支援センター			122	(62.9)
	就労継続支援 A 型			7	(3.6)
	就労継続支援 B 型			54	(27.8)
	就労移行			30	(15.5)
	ハローワーク			25	(12.9)
	居住サポート事業			17	(8.8)
	グループホーム			50	(25.8)
	市区町村の役所			156	(80.4)
	保健所			41	(21.1)
	精神保健福祉センター			61	(31.4)
	サービス制度満足	3.2	0.6	—	—
	居住期間(年)	17.6	16.3	—	—

SD：標準偏差, n：人数

IADL: Instrumental Activities of Daily Living,

CI：Community integration, CIM：Community Integration Measure,

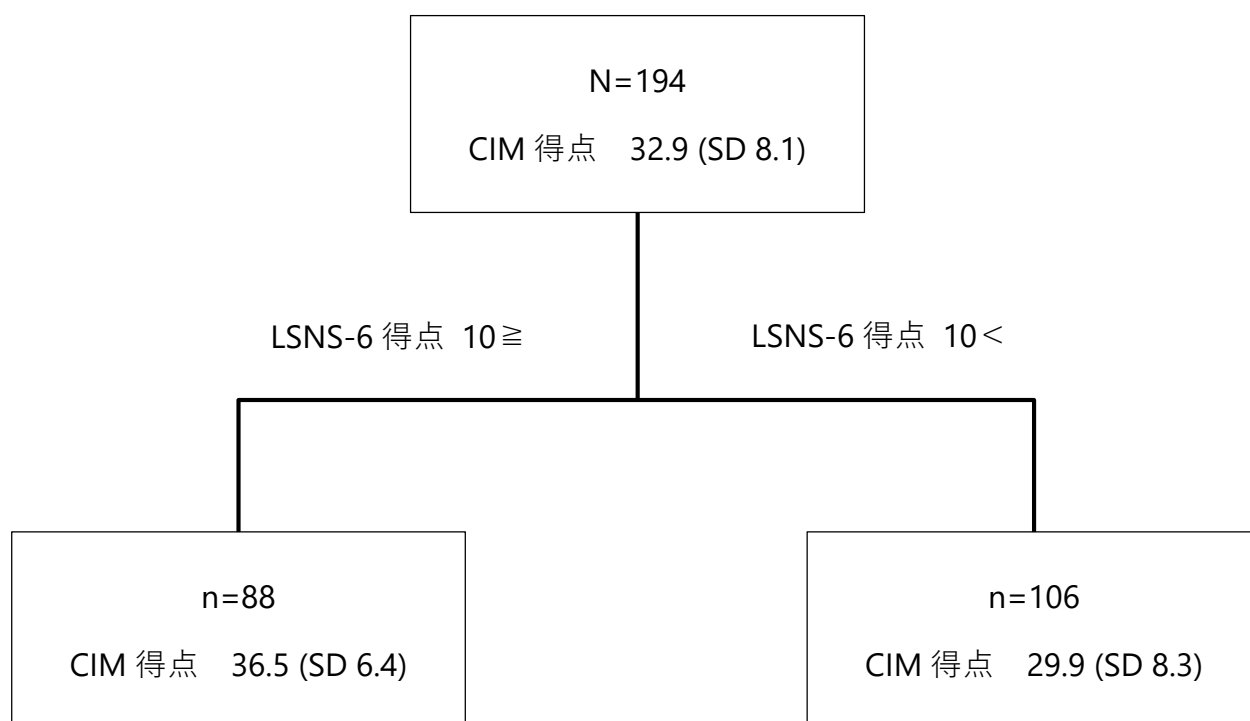
SN：ソーシャルネットワーク, LSNS-6：Lubben Social Network Scale-6, SE：自己効力感,

SECL：地域生活自己効力感尺度

※(s)：職員回答

4. 3. 2 層別

社会的孤立傾向が対象者の層別に適しているかを確認するために目的変数を CIM 得点とする決定木分析を行った。その結果、最も弁別力ある層として、ソーシャルネットワークのサイズを測定する尺度 LSNS-6 得点が 10 点未満と 10 点以上である社会的孤立傾向の高低が見出された (図 10)。



N : 人数, SD : 標準偏差

CIM : Community Integration Measure

LSNS-6 : Lubben Social Network Scale-6

図 10 CIM 得点の決定木分析結果

4. 3. 3 因果モデル

4. 3. 3. 1 モデル選択

仮説モデルを用いて多母集団同時分析を行った。分析に使用した変数の相関行列を表 16 に示す。

表 16 因果モデルに用いる変数間の相関

観測変数	項目 No	1	2	3	4	5
CI	1	1.00	—	—	—	—
日常行動自己効力感	2	0.58	1.00	—	—	—
サービス制度満足	3	0.31	0.24	1.00	—	—
サービス機関環境の利便性	4	0.32	0.14	0.14	1.00	—
日常生活行動環境の利便性	5	0.10	0.27	0.20	0.00	1.00

CI : Community integration

各群のモデルの適合を確認すると、社会的孤立傾向低群の適合度指標は RMSEA = 0.051, CFI = 0.928, SRMR = 0.074, 社会的孤立傾向低群では RMSEA = 0.062, CFI = 0.906, SRMR = 0.073 であり、概ねモデルの適合が良好であった。次に多母集団同時分析を実行し、配置不変性を検討した結果、RMSEA = 0.060, CFI = 0.901, SRMR = 0.083 であり、採択可能な指標であったことから、仮説モデルは母集団に共通して適合し、配置不変性が成立すると解釈した。

次いで測定不変性を仮定し、等値制約を課したモデルの適合度指標を比較した。その結果、潜在変数から指標へのパス、指標間の誤差相関および日常行動自己効力感から CI へのパスに等値制約を置いたモデル 4 を採用した。本モデルの適合度指標は RMSEA = 0.058, CFI = 0.901, SRMR = 0.088 であり、概ね良好な指標が得られた (表 17)。したがって、本モデルにおいて日常行動自己効力感から CI への影響 (非標準化推定値) は等値であるが、他の要因から CI へ影響に関しては集団間の異質性を考慮することが妥当であると考えられ

た。CI の決定係数は社会的孤立傾向低群が 0.64 (SE: standard error 0.13), 社会的孤立傾向高群が 0.55 (SE0.16) でいずれも 1%水準で有意であり, 本モデルにおいて「日常行動自己効力感」, 「サービス制度満足」, 「サービス機関環境の利便性」, 「日常生活行動環境の利便性」が社会的孤立傾向低群の CI の 64%, 社会的孤立傾向高群の CI の 55%を説明することが示された。

表 17 多母集団同時分析の適合度指標

モデル	制約	AIC	BIC	χ^2 二乗	自由度	p 値	RMSEA	CFI	SRMR	制約詳細
1	配置不変	10365.26	10743.92	344.09	257	0.000	0.060	0.901	0.083	—
2		10346.19	10682.78	352.35	270	0.001	0.057	0.907	0.085	観測指標
3		10347.74	10658.44	366.27	278	0.000	0.058	0.900	0.087	モデル 2+観測指標誤差
4		10345.86	10653.33	365.94	279	0.000	0.058	0.901	0.088	モデル 3+日常行動 SE→CI
5	等値制約	10348.97	10656.43	369.49	279	0.000	0.059	0.897	0.089	モデル 3+サービス制度満足→CI
6		10346.78	10654.24	367.09	279	0.000	0.058	0.900	0.087	モデル 3+サービス機関環境の利便性→CI
7		10355.57	10663.03	374.63	279	0.000	0.060	0.891	0.088	モデル 3+日常生活行動環境の利便性→CI
8		10355.93	10640.73	388.17	286	0.000	0.062	0.884	0.097	全パラメータ

AIC : Akaike's information criterion, BIC : Bayesian information criterion, RMSEA : Root mean square error of approximation,

CFI : Comparative fit index, SRMR : Standardized root mean square residual

CI : Community integration, SE : 自己効力感

4. 3. 3. 2 各要因の CI への影響

群内での CI への影響の大きさを図 11 に示す。上段に社会的孤立傾向低群、下段に社会的孤立傾向高群の標準化推定値を示している。

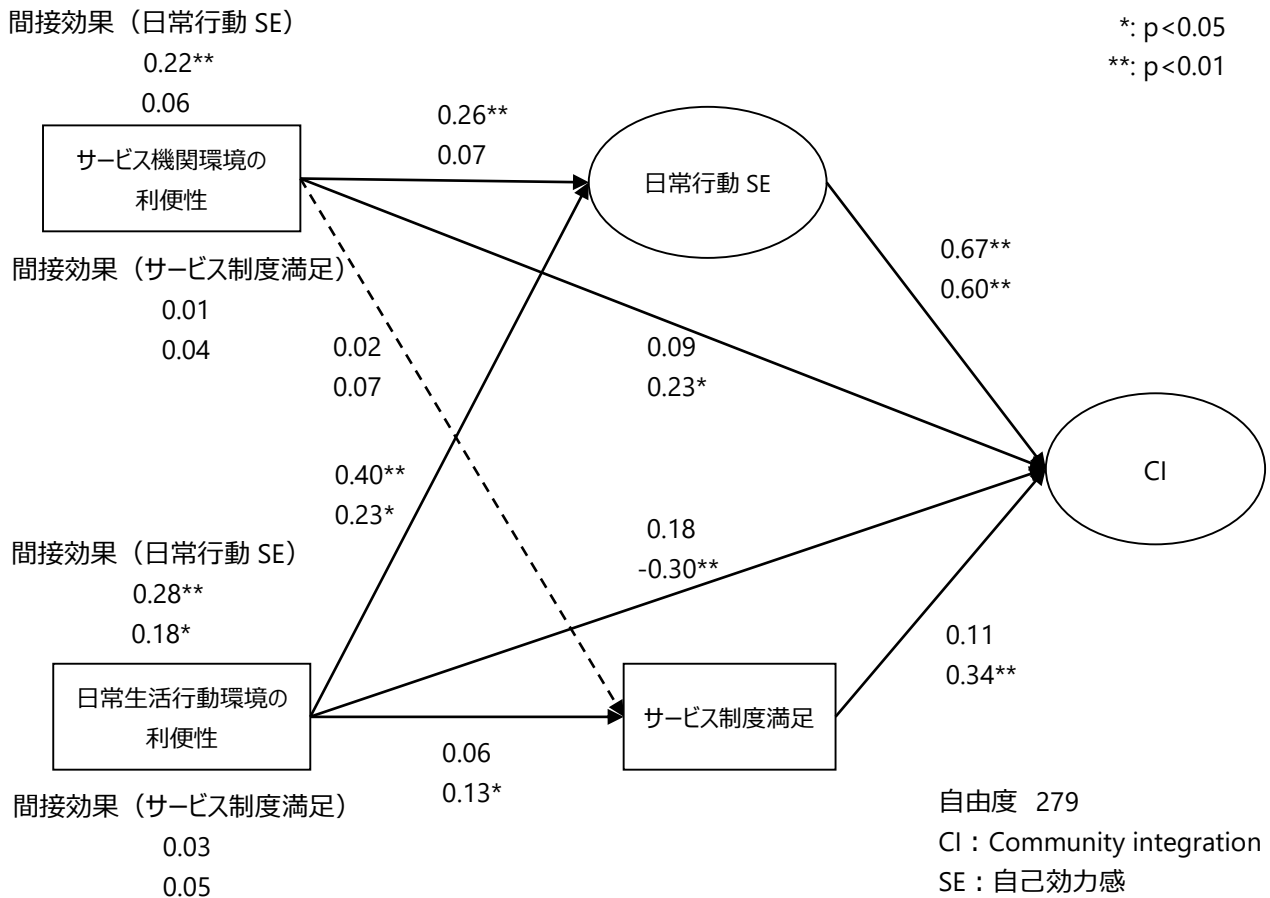


図 11 多母集団同時分析結果 (標準化推定値)

社会的孤立傾向低群においては「日常行動自己効力感」が直接 CI を高める影響が最も大きく (標準化係数 0.67), 次いで「日常生活行動環境の利便性」が「日常行動自己効力感」を介して CI を高める影響 (0.28), 「サービス機関環境の利便性」が「日常行動自己効力感」を介して CI を高める影響 (0.22) であった。

社会的孤立傾向高群においては「日常行動自己効力感」が直接 CI を高める影響が最も大きく (0.60), 次いで「サービス制度満足」が直接 CI を高める影響 (0.34), 「日常生活行動の利便性」が直接 CI を低める影響 (-0.30), 「日常生活行動環境の利便性」が「日常行動

自己効力感」を介して CI を高める影響 (0.18), 「サービス機関環境の利便性」が直接 CI を高める影響 (0.23) であった。

以上より, 社会的孤立傾向低群では, サービス機関環境及び日常生活行動環境の利便性でみた近隣環境の利便性は「日常行動自己効力感」を介して CI を高める影響が示された。社会的孤立傾向高群では, 「サービス機関環境の利便性」は直接 CI を高めており, 「日常生活行動環境の利便性」は直接 CI を低める一方で, 「日常行動自己効力感」を介して CI を高めるが, 直接効果の方が大きかった。

次いで各変数の CI への直接効果, 間接効果について非標準化推定値を表 18 に示す。

表 18 CI への各要因の直接・間接・総合効果 (非標準化推定値)

社会的孤立傾向低群									
要因	直接効果		間接効果 日常行動 SE		間接効果 サービス制度満足		総合効果		
	推定値	p 値	推定値	p 値	推定値	p 値	推定値	p 値	
日常行動 SE	0.36	<0.01	—	—	—	—	0.36	<0.01	
サービス制度満足	0.11	ns	—	—	—	—	0.11	ns	
サービス機関環境の 利便性	0.03	ns	0.09	<0.01	0.00	ns	0.12	<0.05	
日常生活行動環境の 利便性	0.08	ns	0.13	<0.01	0.01	ns	0.23	<0.01	

社会的孤立傾向高群									
要因	直接効果		間接効果 日常行動 SE		間接効果 サービス制度満足		総合効果		
	推定値	p 値	推定値	p 値	推定値	p 値	推定値	p 値	
日常行動 SE	0.36	<0.01	—	—	—	—	0.36	<0.01	
サービス制度満足	0.36	<0.01	—	—	—	—	0.36	<0.01	
サービス機関環境の 利便性	0.09	<0.05	0.03	ns	0.02	ns	0.15	<0.01	
日常生活行動環境の 利便性	-0.16	<0.01	0.10	<0.05	0.03	ns	-0.03	ns	

SE: 自己効力感

本モデルは「日常行動自己効力感」が直接 CI に与える影響について等値制約を課しているため両群で等しく、直接 CI を高める。

「サービス制度満足」は社会的孤立傾向低群では非有意であるが、社会的孤立傾向高群では直接 CI を高める。両群において「サービス機関環境の利便性」と「日常生活行動環境の利便性」が「サービス制度満足」を介する効果は有意ではなかった。

「サービス機関環境の利便性」は社会的孤立傾向低群では「日常行動自己効力感」を介して CI を高めるが、社会的孤立傾向高群では「サービス機関環境の利便性」は直接 CI を高めており、プロセスは異なるものの効果の大きさは両群でほぼ等しかった。

「日常生活行動環境の利便性」は社会的孤立傾向低群では「日常行動自己効力感」を介して CI を高める。社会的孤立傾向高群では総合効果は有意ではなかったが、SEM により、直接 CI を低める効果と、「日常行動自己効力感」を介して CI を高める効果に分解されることが示された。

4. 3. 3. 3 小括

構造方程式モデリングを用いた多母集団同時分析の結果、以下が確認された。

- ① 「日常行動自己効力感」は社会的孤立傾向高群と社会的孤立傾向低群の両群において CI に直接的な影響を及ぼし CI を高める。
- ② 「サービス制度満足」は社会的孤立傾向低群ではパス係数が有意ではないが、社会的孤立傾向高群では CI に直接的な影響を及ぼし CI を高める。
- ③ 「サービス機関環境の利便性」は社会的孤立傾向低群では CI への直接的なパス係数は有意ではないが、「日常行動自己効力感」を介して CI に影響を及ぼし CI を高める。社会的孤立傾向高群では CI に直接的な影響を及ぼし CI を高める。
- ④ 「日常生活行動環境の利便性」は社会的孤立傾向低群では CI への直接的なパス係数は有意ではないが、「日常行動自己効力感」を介して CI に影響を及ぼし CI を高める。社会的孤立傾向高群では総合効果は有意ではないが、効果を分解すると、CI に直接的な

影響を及ぼし CI を低め, 「日常行動自己効力感」を介して CI に影響を及ぼし CI を高める.

- ⑤ 以上の結果より, 地域在住精神障害者の社会的孤立傾向により因果モデルは異なる.

4. 3. 4 構造モデル

社会的孤立傾向高低による層ごとの重回帰分析を実施した。既存の尺度については偏回帰係数の解釈を行うが、主成分に関しては多変数の合成関数のため符号の正負および標準偏回帰係数の絶対値の大きさの議論にとどめる。

4. 3. 4. 1 社会的孤立傾向低群における CI 構造モデル

以下の回帰式が算出され自由度調整済み R2 乗は 0.51 であった (表 19)。

$$Y \text{ (CIM 得点)} = 18.23 + 0.75 \text{ (好ましい生活習慣数)} + 0.21 \text{ (症状対処行動自己効力感)} + 0.44 \text{ (対人関係自己効力感)} + 1.60 \text{ (地域情報入手源家族・友人)} + 0.81 \text{ (サービス機関環境の利便性)} + 1.35 \text{ (日常生活行動環境の利便性)}$$

表 19 社会的孤立傾向低群における CI の構造モデル

R2 乗	0.54					
自由度調整 R2 乗	0.51					
n	88					
要因	自由度	平方和	平均平方	F 値	p 値	
モデル	6	1919.76	319.96	16.00	<.0001	
誤差	81	1620.20	20.00			
全体	87	3539.95				
項	推定値	標準誤差	t 値	p 値	標準 β	VIF
切片	18.23	2.83	6.45	<.0001	0.00	
好ましい生活習慣数	0.75	0.34	2.18	0.03	0.17	1.04
症状対処行動自己効力感	0.21	0.08	2.43	0.02	0.23	1.53
対人関係自己効力感	0.44	0.13	3.32	0.00	0.31	1.55
地域情報入手源家族・友人	1.60	0.62	2.57	0.01	0.20	1.12
サービス機関環境の利便性	0.81	0.36	2.23	0.03	0.17	1.05
日常生活行動環境の利便性	1.35	0.45	2.99	0.00	0.24	1.11

R2 乗：決定係数， n：人数， VIF：Variance inflation factor

VIF には問題がなく (1.04–1.55)， 選択された説明変数同士はほぼ独立の関係にあった。 CI への影響の強さは、「対人関係自己効力感」，「日常生活行動環境の利便性」，「症状

対処行動自己効力感」,「地域情報入手源家族・友人」,「サービス機関環境の利便性」,「好ましい生活習慣数」の順であった。

好ましい生活習慣数が1つ増えると CIM 得点が 0.75 点高まり, 症状対処行動自己効力感が1点増えると CIM 得点が 0.21 点高まり, 対人関係自己効力感が1点増えると CIM 得点が 0.44 点高まり, 地域情報の入手先が家族や友人であること, サービス機関環境の利便性が良いこと, 日常生活行動環境の利便性が良いことが, CI を高めることが示された。

4. 3. 4. 2 社会的孤立傾向高群における CI 構造モデル

以下の回帰式が算出され, 自由度調整済み R2 乗は 0.39 であった (表 20)。

$$Y \text{ (CIM 得点)} = 3.06 + 0.29 \text{ (日常行動自己効力感)} + 0.27 \text{ (治療行動自己効力感)} + 3.27 \text{ (サービス制度満足)} + 1.16 \text{ (サービス機関環境の利便性)} - 1.40 \text{ (日常生活行動環境の利便性)}$$

表 20 社会的孤立傾向高群における CI の構造モデル

R2 乗	0.42					
自由度調整 R2 乗	0.39					
n	106					
要因	自由度	平方和	平均平方	F 値	p 値	
モデル	5	3028.13	605.63	14.68	<.0001	
誤差	100	4126.41	41.26			
全体	105	7154.54				
項	推定値	標準誤差	t 値	p 値	標準 β	VIF
切片	3.06	4.15	0.74	0.46	0.00	
日常行動自己効力感	0.29	0.08	3.85	0.00	0.34	1.35
治療行動自己効力感	0.27	0.11	2.54	0.01	0.22	1.25
サービス制度満足	3.27	1.03	3.16	0.00	0.26	1.20
サービス機関環境の利便性	1.16	0.42	2.73	0.01	0.21	1.05
日常生活行動環境の利便性	-1.40	0.51	-2.72	0.01	-0.22	1.12

R2 乗：決定係数, n：人数, VIF：Variance inflation factor

VIFには問題がなく(1.05-1.35)、選択された説明変数同士はほぼ独立の関係にあった。CIへの影響の強さは、「日常行動自己効力感」、「サービス制度満足」、「治療行動自己効力感」、「日常生活行動環境の利便性」、「サービス機関環境の利便性」の順であった。

日常行動自己効力感が1点増えるとCIM得点が0.29点高まり、治療行動自己効力感が1点増えるとCIM得点が0.27点高まり、サービス制度満足が1段階高まるとCIM得点が3.27点高まり、サービス機関環境の利便性が良いことがCIを高め、日常生活行動環境の利便性が良いことはCIを低めることが示された。

4. 3. 4. 3 層によるCI構造モデルの相違

両群に共通するCIの要因は「サービス機関環境の利便性」、「日常生活行動環境の利便性」であった。「サービス機関環境の利便性」は両群においてCIを高めていたが、「日常生活行動環境の利便性」は社会的孤立傾向低群ではCIを高めるが、社会的孤立傾向高群ではCIを低めることが示された。

社会的孤立傾向低群における固有の要因は「好ましい生活習慣数」、「症状対処行動自己効力感」、「対人関係自己効力感」、「地域情報入手源家族・友人」であり、CIを高めていた。

社会的孤立傾向高群の固有の要因は「日常行動自己効力感」、「治療行動自己効力感」、「サービス制度満足」であり、CIを高めていた。

また両群の自由度調整済み決定係数は12%異なり、社会的孤立傾向高群の方が低かった。層ごとの重回帰分析にて投入した変数で主成分分析を行った結果、各群の回答傾向が見出され、社会的孤立傾向高群の対象者がより多様性を呈していることが示された(図12)。

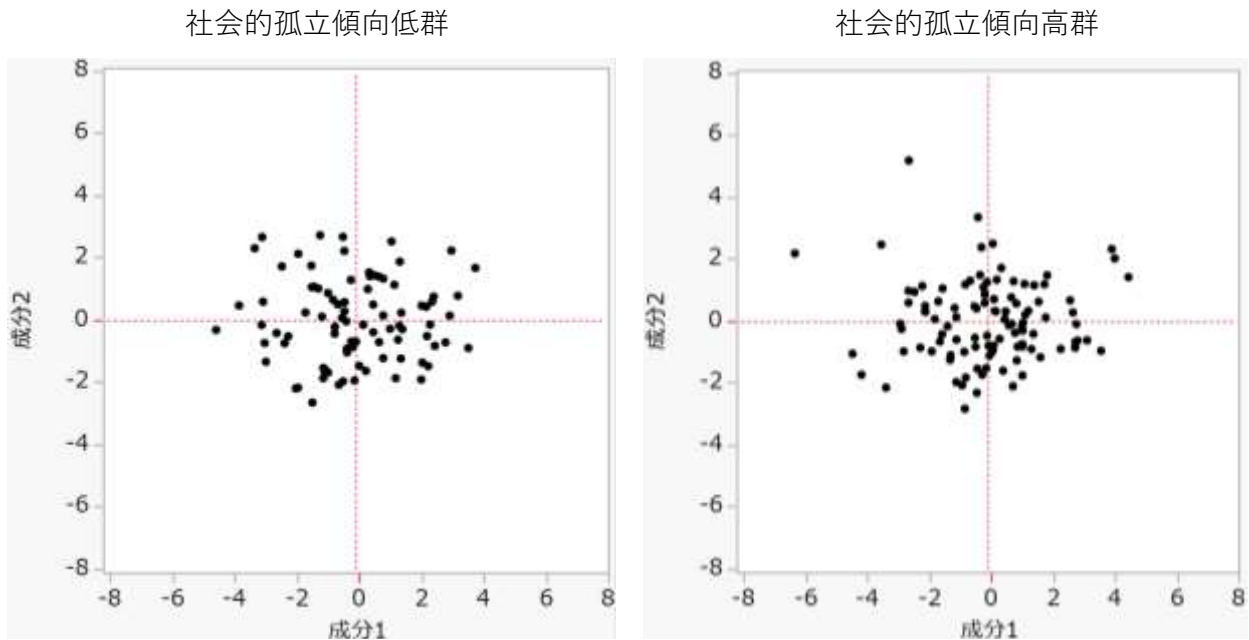


図 12 各群の回答傾向

4. 3. 4. 4 小括

層ごとの重回帰分析による CI 構造モデルの結果，以下が確認された。

- ① 両群に共通する要因は「サービス機関環境の利便性」と「日常生活行動環境の利便性」である。「サービス機関環境の利便性」がよいことは両群において CI を高める。「日常生活行動環境の利便性」がよいことは社会的孤立傾向低群では CI を高めるが，社会的孤立傾向高群では CI を低める。
- ② 社会的孤立傾向低群における固有の要因は「好ましい生活習慣数」，「症状対処行動自己効力感」，「対人関係自己効力感」，「地域情報入手源家族・友人」であり，いずれも増加することで CI を高める。
- ③ 社会的孤立傾向高群における固有の要因は「日常行動自己効力感」，「治療行動自己効力感」，「サービス制度満足」であり，いずれも増加することで CI を高める。
- ④ 自由度調整済み決定係数は社会的孤立傾向低群 0.51，社会的孤立傾向高群 0.39 で，12%異なり，社会的孤立傾向高群の回答傾向がより多様性を有する。

4. 4 考察

4. 4. 1 対象者の概要と Community integration の評価

本章の対象者は、都市部において精神保健福祉サービスを使用する地域在住精神障害者である。調査対象機関には、地域活動センター、就労継続支援 B 型事業所、グループホームなど、精神障害者の長期的な活動場所や居場所である機関、生産活動を行う機関、居住場所である機関を幅広く選定した。回収率と有効回答率の高さ、調査対象機関の機能より、対象者は都市部在住かつサービス利用をする地域在住精神障害者として一定の代表性を有すると考える。

対象集団を最も弁別する属性が、社会的孤立傾向であることを確認するために、決定木分析を実施した。その結果、統計的に最適な分岐変数ならびに分岐点として LSNS-6 得点（10 点以上、10 点未満）が選択され、仮説「1. 対象者は社会的孤立傾向（ソーシャルネットワークのサイズ）により層別される。」が支持された。社会的孤立は精神障害者の重要な課題であることが報告されているが、その状況は一様ではなく、層別することで、より適切な支援を検討することができると考えられる。

4. 4. 2 因果モデル

CI の因果モデルとして作成した仮説モデルを検証するために多母集団同時分析を行った。その結果、仮説「2. CI には個人要因と環境要因の双方が影響し、環境要因は直接的にまたは個人要因を介して間接的に CI に影響し、その因果関係は層により異なる。」は支持された。また CI の決定係数は社会的孤立傾向低群が 0.64、社会的孤立傾向高群が 0.55 であることから、各群ともに現在の因果モデルで CI が十分説明できることが確認された。

各要因が CI に与える効果を比較すると、社会的孤立傾向の低い群と高い群で影響の順序や要因に違いがあることが示された。

「日常行動自己効力感」は両群において CI に直接的にもっとも影響を与えて高めることが示された。「日常行動自己効力感」とは、規則的な生活、食事摂取、睡眠等の日常行動を「自分が行えると思う個人の確信」であり、日常行動の前提となる。地域生活では精神障

害者自身で日常行動をとる必要性が高いことから、ソーシャルネットワークのサイズに関わらず重要な要因であり、CIに与える直接的な影響が大きいと考えられる。

「サービス制度満足」は社会的孤立傾向高群においてCIに対して直接的に影響を与えて高めることが示された。社会的孤立傾向高群はソーシャルネットワークのサイズが小さく、インフォーマルケアを受けにくいことからフォーマルケアの重要性がより大きい。そこでフォーマルケアへの満足度を意味する「サービス制度満足」がCIに直接影響すると考えられる。これはインフォーマルケアが少ない場合にはフォーマルケアにより補完されること (Pahwa et al. 2014)、フォーマルケアがCIを高めること (Pahwa & Kriegel 2018) 等の知見とも一致している。

「サービス機関環境の利便性」と「日常生活行動環境の利便性」は、いずれも社会的孤立傾向低群では、直接CIに影響せず、「日常行動自己効力感」を介してCIを高める影響を与えていた。一方、社会的孤立傾向高群では「サービス機関環境の利便性」は直接CIを高める影響を与え、「日常生活行動環境の利便性」は直接CIを低める影響を与えていた。また「日常生活行動環境の利便性」のみ、「日常行動自己効力感」を介してCIを高める影響を与えていたが、その程度は社会的孤立傾向低群と比べると小さかった。

社会的孤立傾向低群はソーシャルネットワークのサイズが大きく、インフォーマルケアを得やすい。インフォーマルケアは日常行動のとりやすさを高める (Aldersey & Whitley 2015, Fan et al. 2018, Waller et al. 2018) 等の知見を踏まえると、近隣環境の利便性により、インフォーマルケアが向上し、その結果、日常行動がとりやすくなると考えられる。加えて、インフォーマルケアは慢性疾患患者の自己効力感を高めること (Fivecoat et al. 2018) が報告されている。したがって近隣環境の利便性の良さが「日常行動自己効力感」を介してCIを高めると考えられる。

社会的孤立傾向高群では、インフォーマルケアを受けにくいことから、精神障害者の居住環境では活動場所や通院先へのアクセスの容易さである「サービス機関環境の利便性」が地域生活の要件としてより重要になる。したがって「サービス機関環境の利便性」の良さが、直接的にCIを高めると考えられる。また「日常生活行動環境の利便性」は、買い物

する店舗や駅やバスなどの交通機関へのアクセスが容易であることを意味する。このような環境は日常の基本的な生活を支え、日常行動自己効力感を介することで、間接的にはCIを高めると推測される。一方で生活行動に便利な環境であっても、インフォーマルケアを受け難いため、その利便性を広く地域生活に活用することが難しい。そもそも、精神障害者は概して居住場所以外の地域の場には単独で外出しにくい（青木 2004）ことが報告されている。したがって社会的孤立傾向高群では、「日常行動環境の利便性」は直接的にはCIを低め、その程度は間接的な効果よりも大きいと推測される。

4. 4. 3 構造モデル

層ごとの重回帰分析を行った結果、仮説「3. CIには個人要因と環境要因の双方が影響し、層で共通する要因、固有の要因がある。」は支持された。

社会的孤立傾向の低い群と高い群に共通しCIを高める要因は「サービス機関環境の利便性」であった。一方で「日常生活行動環境の利便性」は両群で共通する要因ではあるが、社会的孤立傾向低群ではCIを高め、社会的孤立傾向高群ではCIを低めていた。これらは、因果モデルでの各要因による影響と同様の方向性であった。構造モデルで、さらに他の個人要因と環境要因によるCIへの影響を考慮した上でも、「サービス機関環境の利便性」の良さは両群でCIを高めること、「日常行動環境の利便性」の良さは社会的孤立傾向低群ではCIを高め、社会的孤立傾向高群ではCIを低めることが示された。

社会的孤立傾向低群においてCIに影響する固有の要因は、「好ましい生活習慣数」、「症状対処行動自己効力感」、「対人関係自己効力感」、「地域情報入手源家族・友人」であった。

「好ましい生活習慣数」とは健康的な生活習慣である禁煙、食習慣、運動等の数を意味し、「症状対処行動自己効力感」とは精神症状の変動へ対処する行動をとるための前提となる。「好ましい生活習慣数」や「症状対処行動自己効力感」が高まることで、心身の状態が安定し、健康的な生活が維持される。なお、インフォーマルケアにより健康的な生活習慣がサポートされること（Chronister et al. 2015）、症状がコントロールされること

(Munikanan et al. 2017) 等の知見はソーシャルネットワークのサイズが大きい社会的孤立傾向低群でこれらが固有の要因として抽出されたことを裏打ちするものであろう。「地域情報入手源家族・友人」とは、地域に関するイベントやサービスについての情報入手先が家族や友人であることを意味し、「対人関係自己効力感」は、ソーシャルネットワークの構築のために必要な概念である。ソーシャルネットワークを有する場合は、ネットワークのサイズを広げるための行動ができる (Chronister et al. 2015, Cullen et al. 2017) 等の知見を踏まえると、家族や友人と地域に関するコミュニケーションを持つことや、「対人関係自己効力感」が高まることで、さらに他者との接触や関係性の構築に前向きになると考えられる。以上より社会的孤立傾向低群では、インフォーマルケアを受けるための素地があり、インフォーマルケアを活用し、精神障害者本人の生活基盤の質、ケアの量を高めることで、CIが高まると考えられる。

社会的孤立傾向高群においてCIに影響する固有の要因は、「日常行動自己効力感」、「治療行動自己効力感」、「サービス制度満足」であった。

「日常行動自己効力感」は、前述の通り日常行動の前提となる概念であり、インフォーマルな支援を得られにくい場合には、地域生活に要する行動を自ら管理する重要性はより高い。加えて、生活リズムを保つことは地域生活における社会参加へつながる (平部 2005) ことが報告されている。また「治療行動自己効力感」とは、服薬治療行動を保つために必要な概念であり、服薬治療の主たる中断理由は自己判断であること (Di Michele et al. 2007, 杉山 他 2008)、服薬治療の管理は地域生活で直面する課題であること (Beebe 2010, Leisse & Kallert 2003) が報告されている。以上より「日常行動自己効力感」や「治療行動自己効力感」が高まることで、生活の基礎が維持されることが考えられる。「サービス制度満足」がCIを高めることは、因果モデルと同様の結果であり、他の個人要因や環境要因の影響を考慮した上でも、フォーマルケアの満足度の重要性が高く、CIを高めると考えられる。以上より社会的孤立傾向高群では、インフォーマルケアを受けるための素地が乏しい状態において、精神障害者自身で地域生活の管理を行い、フォーマルケアを活用することで、CIが高まると考えられる。

4. 4. 4 まとめ

4章では地域在住精神障害者のCIを信頼性と妥当性を有する尺度により評価し、対象者を層別した上で、因果モデルと構造モデルを検証し、得られた知見より以下が示された。

社会的孤立傾向低群においては、インフォーマルケアを受けられる素地が整っており、インフォーマルケアを活用し、生活の質を高め、さらにケアを拡大する要因がCIに影響することが検証された。ソーシャルネットワークを維持できるように支援すること、インフォーマルケアの提供者である家族や友人も含めたアセスメントを行い、家族や友人と専門家が協働することが重要である。

社会的孤立傾向高群では、インフォーマルケアが乏しい状況において、フォーマルケアの重要性が高く、近隣環境が直接的にCIに影響を与えることが検証された。精神障害者自身で取りまざるを得ない生活の状況と生じているニーズを把握し、フォーマルケアを活用するという観点でサービスマネジメントをすることが重要である。

本章の分析は、対象者を層別した上で、因果モデルと構造モデルを検証した。層別は、集団の傾向がすべて同じとは考え難い、地域在住精神障害者を対象とした質問紙調査において重要な手法である。本章では研究の知見から想定される属性である社会的孤立傾向を、統計手法により有効な層であることを確認した上で用いた。また因果モデルと構造モデルの両手法を用いることで、地域在住精神障害者のCIを概括的な観点と個別的な観点の双方から実証した。

本章の課題の1点目は一時点の横断調査であり、因果の方向性については確定できないことである。今後は縦断研究を行い、時系列も含めた因果について更なる検証を要する。2点目は得られた知見の適用範囲に留意することである。対象者は精神保健福祉サービスを利用する都市圏の地域在住精神障害者であった。そのため他地域およびサービス利用をしていない精神障害者への応用には慎重を要する。今後は適用の可能性を検討するために、アクセスしにくい対象への調査方法を他分野の関係者とともに取り組み、より広い範囲に広げる必要がある。

更なる課題は研究結果の実装へ向けた展開である。実践での活用方法の一案として、結果を対象者と協力機関へフィードバックした。作成した資料は、ポスター、パンフレットであり、内容は構造モデルの結果と実践への示唆の概要説明とし、提示する集計は集団単位にとどめた（資料3・4）。また個人単位の結果を可視化する例として以下の図を作成した。図13は回帰式の推定値と個人の実測値からCIM得点における各要因の構成を示すものである。図14は基準化した要因の値を用いて、各群の要因の平均と個人の状態を比較するレーダーチャートである。個人単位で結果が可視化されることは、個別的な支援策の実践に有用であると考え、今後は研究成果を個人へ還元するために、更に検討を進めていきたい。

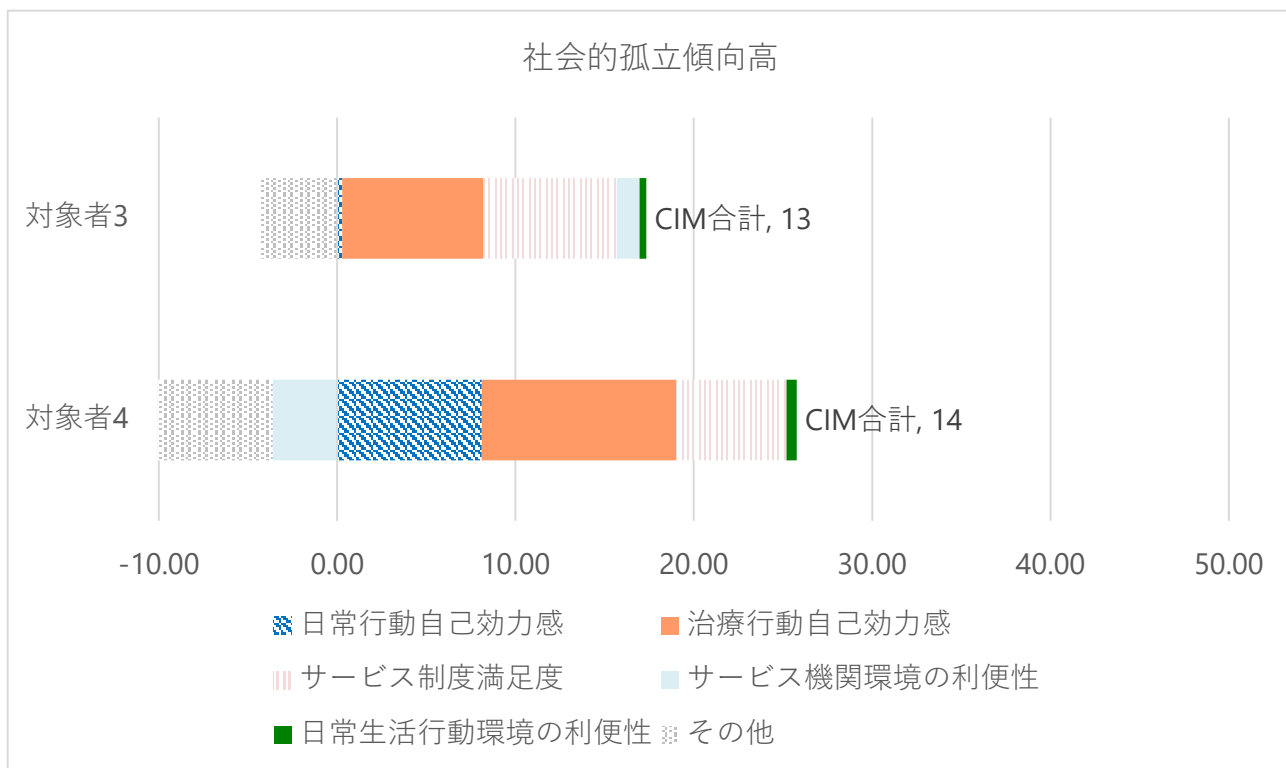
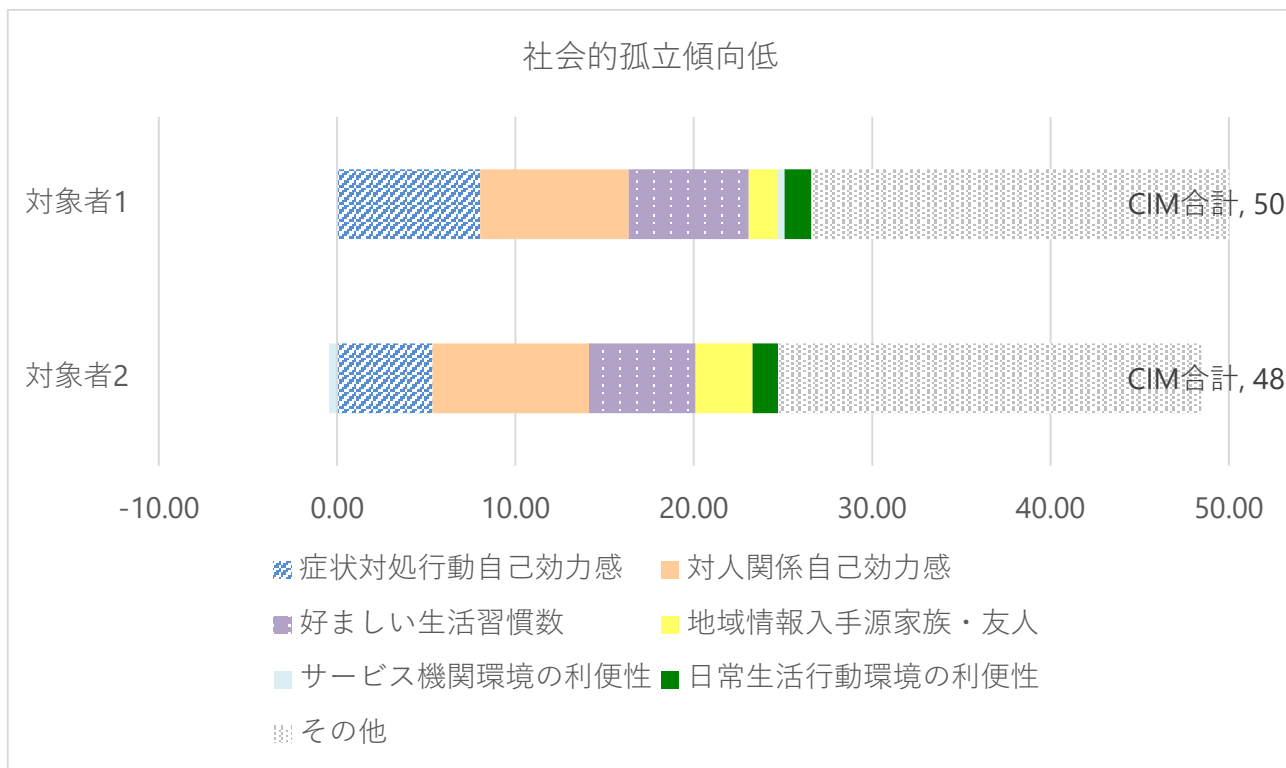
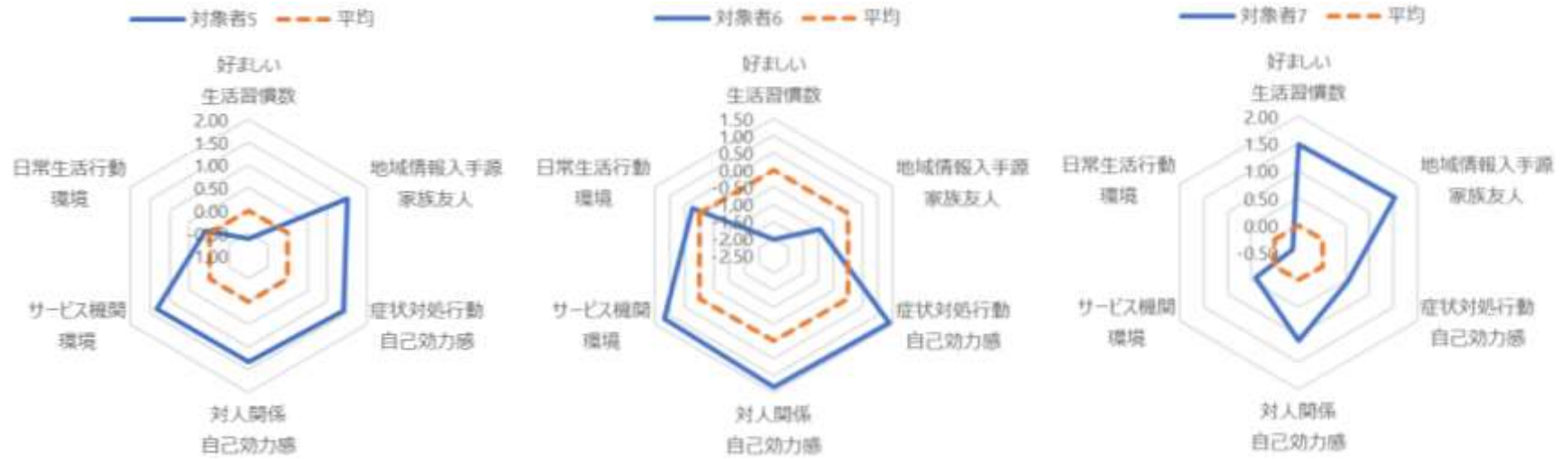


図 13 各対象者のCIの要因構成（一部）

※紙面の都合上、各群2例ずつ記載した。

社会的孤立傾向低



社会的孤立傾向高

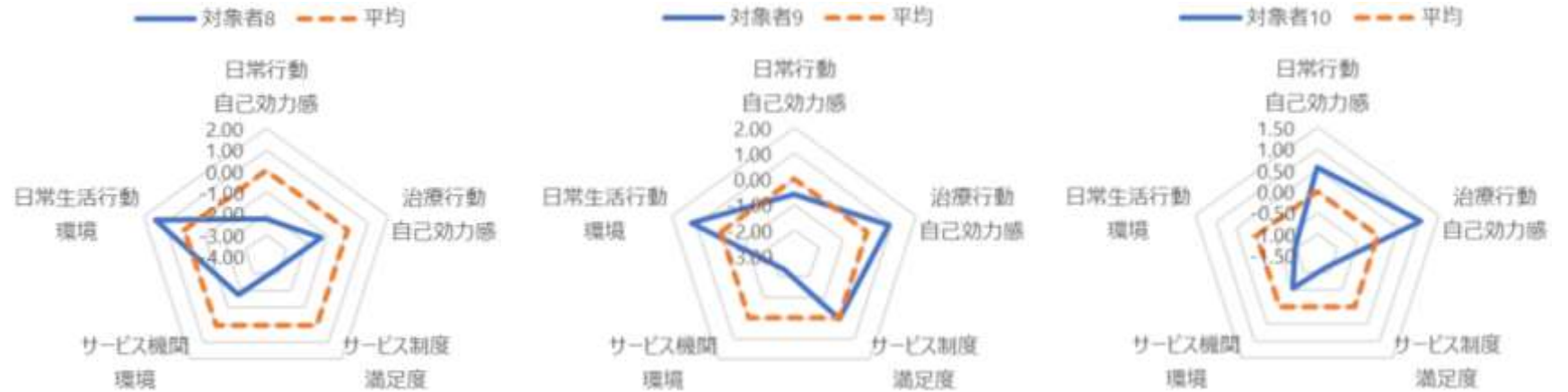


図 14 各対象者の要因の状態（一部）

※基準化により各群の平均を0とし、各対象者の要因をレーダーチャートで示している。紙面の都合上、各群3例ずつ記載した

4. 5 結論

本章では、CIの定義に基づき開発された尺度を用いて地域在住精神障害者のCIを測定し、対象者を層別した上で、CIの因果モデルと構造モデルを検証した。決定木分析の結果、地域在住精神障害者はソーシャルネットワークのサイズで示される社会的孤立傾向により層別されることが確認された。多母集団同時分析の結果、因果モデルでは群で共通するパスと固有のパスが見出された。層ごとの重回帰分析の結果、構造モデルでは層で共通する要因と固有の要因が見出された。以上より、社会的孤立傾向低群と社会的孤立傾向高群の因果モデルと構造モデルは異なることが検証された。社会的孤立傾向低群においては、家族や友人によるソーシャルネットワークを基盤とし、インフォーマルケアを活用する支援の有用性が示唆された。社会的孤立傾向高群では、精神障害者自身のみで管理せざるを得ない生活状況をアセスメントし、フォーマルケアを活用する支援の必要性が示唆された。

第5章 総括

精神障害者の生活と治療の場が病院から地域へと移行することが推進されている中で、”Community integration”は、欧米では精神障害者の地域生活における目標の一つとして掲げられている重要な概念である。しかし日本ではCI概念そのものが用いられていない。本研究の目的は、CI概念の定義を整理し、CIを測定するための尺度開発を行い、地域在住精神障害者の生活実態に基づく特徴と支援の類型化を行い、それらの結果を踏まえてCIの因果モデルと構造モデルを検証することで、CIの実態を明らかにし、CI向上のための支援への示唆を得ることであった。

第1章ではCI概念や要因、研究動向を整理し、今後の課題について明らかにすることを目的に、CIに関する国内外の先行研究をレビューした。その結果、精神障害者のCIに関する研究は国際的な広がりが見られ、重要性を増しているテーマであり、日本において実証研究に基づく知見を得ることの必要性が示唆された。また、以下の課題が明らかになった。①CI概念の定義がなされていないまま用いられている。②CI概念の構成要素は、主観的要素と客観的要素に分類される。CIを単次元概念とする場合は主観的要素のみで構成され、多次元概念とした際には主観的要素と客観的要素で構成されるが、客観的要素はCIの要因とされる内容と重複している。③CIの測定に際して信頼性と妥当性を有する尺度の利用は少ない。④CIの要因は臨床的な観点が中心で、生活実態が反映されていない。⑤要因間の関連を検討している研究は見当たらない。

本研究はこれらの課題に以下の対応を行った。①②に対する対応として、CIを主観的要素から構成される単次元概念と定義して議論を進める。③に対する対応として、信頼性と妥当性を検証した尺度でCIを測定する。④に対する対応として、地域在住精神障害者の生活実態を反映する要因に着目する。⑤に対する対応として、要因間の関連を検討することが可能な分析手法を用いる。

第2章では地域在住精神障害者のCIを測定する尺度の開発を目的に、海外の地域在住精神障害者に使用されている尺度CIMから日本語版を開発し、その信頼性と妥当性を検証し

た。尺度開発の手順に基づき、原著者の許可を得た後、原版を翻訳し、精神障害者や精神保健等の専門家による翻訳内容の確認を経て、地域在住精神障害者 263 名から回答を得た。この結果から、日本語版 CIM は原版と同様に一因子構造の信頼性と妥当性を有する尺度であり、地域在住精神障害者の CI の測定が可能であることが検証された。また CI はソーシャルネットワークのサイズと有意に相関があり、ソーシャルネットワークは地域在住精神障害者の CI を論じる際に有用な要因であることが示唆された。

第 3 章では、地域在住精神障害者の生活実態に基づく特徴と支援の必要性を明らかにすることを目的に、潜在クラスモデルを用いて探索的に類型化を行った。この結果から、地域在住精神障害者は、基本属性、サービス制度利用、CI、ソーシャルネットワーク、地域生活自己効力感等による生活実態により類型化され、類型に応じた支援の提案が重要であることが示された。さらに CI の評価がもっとも高い類型と他の類型ではソーシャルネットワークのサイズが有意に異なることから、ソーシャルネットワークは地域在住精神障害者を層別するために有用な属性であることが示唆された。

第 4 章では第 1 章から第 3 章の結果を踏まえ、CI の実態を明らかにすることを目的に、地域在住精神障害者を層別した上で、CI の因果モデルと構造モデルを検証した。決定木分析の結果、地域在住精神障害者はソーシャルネットワークのサイズで示される社会的孤立傾向で層別されることが確認された。多母集団同時分析の結果、因果モデルでは、群で共通するパスや固有のパスが見出された。層ごとの重回帰分析の結果、構造モデルでは、層で共通する要因や固有の要因が見出された。以上より、社会的孤立傾向により CI の因果モデルと構造モデルは異なることが検証された。社会的孤立傾向低群においては、家族や友人によるソーシャルネットワークを基盤とし、インフォーマルケアを活用する支援の有用性が示唆された。社会的孤立傾向高群では、精神障害者自身のみで管理せざるを得ない生活状況をアセスメントし、フォーマルケアを活用する支援の必要性が示唆された。

以上を総合すると、第 1 章では CI 研究の現状と先行研究の課題を明らかにし、第 2 章では CI を測定するための日本語版尺度を開発し、第 3 章では対象集団が異なる特徴をもつ集合体であることを示し、第 4 章では対象者を層別した上で、因果モデルから CI と要因間の

関連を見出し、層ごとの構造モデルから CI に影響する要因を見出した。本研究により、地域在住精神障害者の CI の実態を明らかにし、CI 向上のための支援への示唆が得られた。

本研究の最後に、“Community integration”の和訳語として「地域社会共生感」を充てることにした。日本で CI を広めていくにあたり、和訳語が存在しないという課題があった。英語のまま、もしくはカタカナで「コミュニティインテグレーション」という言葉を用いるのでは、想起する意味が人により異なり、本来の意味から乖離していく恐れがある。また”Community integration”を直訳し「地域統合」として用いるのでは、本来の意味を表現することができない。本研究にて取り組んだ CI 概念の定義や実証研究の結果を踏まえ、さらに”community”と”integration”の語源や、英語と日本語での定義を確認した上で、和訳語「地域社会共生感」を作成した。今後は「地域社会共生感」を用い、日本における概念の普及にも努めたい。

本研究により、地域在住精神障害者の CI の実態を明らかにし、CI 向上のための支援への示唆が得られた。今後の展開としては、地域在住精神障害者個人、専門職を含む支援者が研究成果を活用できるように、社会実装を目指すことが期待される。

引用文献

- 1) Abdallah, C., Cohen, C.I., Sanchez-Almira, M., et al.: Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv* **60**(12): 1642-1648, 2009
- 2) Ahn, J., McCombs, J.S., Jung, C., et al.: Classifying patients by antipsychotic adherence patterns using latent class analysis: characteristics of nonadherent groups in the California Medicaid (Medi-Cal) program. *Value Health* **11**(1): 48-56, 2008
- 3) Aldersey, H.M., Whitley, R.: Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Ment Health J* **51**(4): 467-476, 2015
- 4) Amagai, M., Suzuki, M., Shibata, F., et al.: Development of an instrument to measure self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Arch Psychiatr Nurs* **26**(3): 240-248, 2012
- 5) 甘利俊一：赤池情報量基準 AIC その思想と新展開. 赤池弘次, 甘利俊一, 北川源四郎, 他編；赤池情報量基準 AIC モデリング・予測・知識発見, 52-77, 共立出版, 東京, 2007
- 6) Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y. et al.: Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* **67**(7): 471-482, 2013
- 7) 青木典子：統合失調症者の居場所づくりに関する家族の関わり 病院から地域への移行期において. 家族看研 **9**(3): 88-97, 2004
- 8) 青木聖久：精神障害者の障害年金受給を拡げるための方途 家族が発信する 337 件の意見を中心に. 病・地域精医 **55**(1): 87-96, 2012
- 9) Argentzell, E., Eklund, M.: Perceptions of the worker role among people with psychiatric disabilities: Description and investigation of associated factors. *Work* **45**(3): 289-298, 2013
- 10) Aubry, T., Myners, J.: Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Can J Commun Ment Heal* **15**(1): 5-20, 1996
- 11) Bandura, A.: Self-efficacy, mechanism in human agency. *Am Psychol* **37**(2): 122-147, 1982

- 12) Baumgartner, J.N., Herman, D.B.: Community integration of formerly homeless men and women with severe mental illness after hospital discharge. *Psychiatr Serv* **63**(5): 435-437, 2012
- 13) Baumgartner, J.N., Burns, J.K.: Measuring social inclusion-a key outcome in global mental health. *Int J Epidemiol* **43**(2): 354-364, 2014
- 14) Beal, G., Veldhorst, G., McGrath, J.L., et al: Constituting community: creating a place for oneself. *Psychiatry* **68**(3): 199-211, 2005
- 15) Beal, G.: The constitution of community: how individuals diagnosed with schizophrenia and their friends achieved community. *Psychiatry* **62**(2): 173-186, 1999
- 16) Beebe, L.H.: What community living problems do persons with schizophrenia report during periods of stability? *Perspec Psychiatr Care* **46**(1): 48-55, 2010
- 17) Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., et al.: Individual Placement and Support in Sweden-A randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* **69**(1): 57-66, 2015
- 18) Belio, C., Prouteau, A., Koleck M., et al.: Participation restrictions in patients with psychiatric and/or cognitive disabilities: PRELIMINARY results for an ICF-derived assessment tool. *Ann Phys Rehabil Med* **57**(2): 114-137, 2014
- 19) Belloc, N.B., Breslow, L.: Relationship of Physical Status and Health Practices. *Prev Med* **1**(3): 409-421, 1972
- 20) Bobes, J., Garcia-Portilla, M.P., Bascaran, M.T., et al.: Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci* **9**(2): 215-226, 2007
- 21) Bonomi, A.E., Patrick, D.L., Bushnell, D.M., et al.: Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* **53**(1): 1-12, 2000
- 22) Bora, E., Veznedaroğlu, B., Vahip, S.: Theory of mind and executive functions in schizophrenia and bipolar disorder: A cross-diagnostic latent class analysis for identification of neuropsychological subtypes. *Schizophr Res* **176**(2-3): 500-505, 2016

- 23) Bromley, E., Gabrielian, S., Brekke, B., et al.: Experiencing community: Perspectives of individuals diagnosed as having serious mental illness. *Psychiatr Serv* **64**(7): 672–679, 2013
- 24) Cerin, E., Saelens, B.E., Sallis, J.F., et al.: Neighborhood Environment Walkability Scale: validity and development of a short form. *Med Sci Sports Exerc* **38**(9): 1682-1691, 2006
- 25) Chan, K., Chiu, M.Y., Evans, S., et al.: Application of SCOPE-C to Measure Social Inclusion Among Mental Health Services Users in Hong Kong. *Community Ment Health J* **52**(8): 1113-1117, 2016
- 26) Chan, K.K., Mak, W.W.: The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Qual Life Res* **23**(9): 2559–2568, 2014
- 27) Chronister, J., Chou, C.C., Kwan, K.L., et al.: The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabil Psychol* **60**(3): 232-245, 2015
- 28) Clement, S., Schauman, O., Graham, T., et al.: What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* **45**(1): 11-27, 2015
- 29) Cohen, C.I., Iqbal, M.: Longitudinal study of remission among older adults with schizophrenia spectrum disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* **22**(5): 450-458, 2014
- 30) Cohen, C.I., Pathak, R., Ramirez, P.M., et al.: Outcome among community dwelling older adults with schizophrenia: Results using five conceptual models. *Community Ment Health J* **45**(2): 151-156, 2009
- 31) Cullen, B.A.M., Mojtabai, R., Bordbar, E., et al.: Social network, recovery attitudes and internal stigma among those with serious mental illness. *Int J Soc Psychiatry* **63**(5): 448-458, 2017
- 32) De Heer-Wunderink, C., Visser, E., Sytema, S., et al.: Social inclusion of people with severe mental illness living in community housing programs. *Psychiatr Serv* **63**(11): 1102-1107, 2012
- 33) Di Michele, V., Bolino, F., Mazza, M. et al.: Relapsing versus non-relapsing course of schizophrenia: a cohort study in a community based mental health service. *Epidemiol Psychiatr Soc* **16**(1): 50-58, 2007

- 34) Fairclough, D.L.: Analyzing studies with missing data. In: Fayers P.M., Hays R.D. (EDs): *Assessing quality of life in clinical trials: Methods and practice* 2nd ed. 181. Oxford University Press, 2004
- 35) Fan, Y., Ma, N., Ma, L., et al.: A community-based peer support service for persons with severe mental illness in China. *BMC Psychiatry* **18**: 170, 2018
- 36) Fivecoat, H.C., Sayers, S.L., Riegel, B.: Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* **17**(7): 598-604, 2018
- 37) Fraley, C., Raftery, A.E.: Model-based clustering, discriminant analysis and density estimation. *JASA* **97**(458): 611-616, 2002
- 38) 藤本裕二, 藤野裕子, 楠葉洋子: 地域で暮らす精神障害者のリカバリーレベルと背景項目の関連. *医と生物* **157**(6-1): 941-946, 2013
- 39) 藤城有美子: WHOの「障害」定義に基づく精神障害(統合失調症)と身体障害(ポリオ・脊椎損傷)との比較研究. *日社精医誌* **14**(2): 200-211, 2005
- 40) Griffen, J., Hanks, R., Meachen, S.J.: The reliability and validity of the Community Integration Measure in persons with traumatic brain injury. *Rehabil Psychol* **55**(3): 292-297, 2010
- 41) Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., et al.: Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Ment Health J* **43**(3): 211-228, 2007
- 42) 半澤節子, 中根允文, 吉岡久美子 他: 精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究 統合失調症事例についての調査結果から(第一報). *日社精医誌* **16**(2): 113-124, 2007
- 43) Heaney, C.A., Israel, B.A.: Chapter 9 Social networks and social support. In: Glanz, K., Rimer, B., Viswanath, K. (Eds): *Health behavior and health education theory, research, and practice* 4th ed. 189-210, Jossey-Bass, SF, 2008
- 44) 平部正樹: 精神障害者の社会参加に関する要因分析. *日社精医誌* **14**(2): 188-199, 2005

- 45) Holliday, E.G., McLean, D.E., Nyholt, D.R., et al.: Susceptibility locus on chromosome 1q23-25 for a schizophrenia subtype resembling deficit schizophrenia identified by latent class analysis. *Arch Gen Psychiatry* **66**(10): 1058-1067, 2009
- 46) Hsiao, C.Y., Hsieh, M.H., Tseng, C.J., et al.: Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *J Clin Nurs* **21**(15-16): 2367-2376, 2012
- 47) Huxley, P. Evans, S., Madge, S., et al.: Development of a social inclusion index to capture subjective and objective life domains (Phase II): psychometric development study. *Health Technol Assess* **16**(1): 1-241, 2012
- 48) Huxley, P.J., Chan, K., Chiu, M., et al.: The social and community opportunities profile social inclusion measure: Structural equivalence and differential item functioning in community mental health residents in Hong Kong and the United Kingdom. *Int J Soc Psychiatry* **62**(2): 133-140, 2016
- 49) 井上茂, 大谷由美子, 小田切優子 他 : 近隣歩行環境簡易質問紙日本語版 (ANEWS 日本語版) の信頼性. *体力科学* **58**(4): 453-462, 2006
- 50) 岩脇淳, 能重和正, 森東 他 : 統合失調症外来患者の主観的 QOL. *日社精医誌* **13**(1): 53-60, 2004
- 51) Jaeger, S., Pfiffner, C., Weiser, P., et al.: Adherence styles of schizophrenia patients identified by a latent class analysis of the Medication Adherence Rating Scale (MARS): a six-month follow-up study. *Psychiatry Res* **200**(2-3): 83-88, 2012
- 52) Johnson, K.L., Desmarais, S.L., Swartz, M.S., et al.: Latent class analysis of discordance between results of drug use assessments in the CATIE data. *Schizophr Res* **161**(2-3): 434-438, 2015
- 53) 蔭山正子: 家族が精神障害者をケアする経験の過程 国内外の文献レビューに基づく共通段階. *日看科会誌* **32**(4): 63-70, 2012

- 54) Kawata, A.K., Revicki, D.A.: Reliability and validity of the social integration survey (SIS) in patients with schizophrenia. *Qual Life Res* **17**(1): 123-35, 2008
- 55) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子, 他: 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究. *精神医* **47**(6): 647-653. 2005
- 56) 北島謙吾, 黒田研二, 多田羅浩三: 精神障害者の社会生活機能と社会参加に関する研究 保健所のリハビリテーション・グループワーク活動参加者の1年間の追跡を通して. *日本公衛誌* **43**(2): 111-117, 1996
- 57) Kline, R.B.: *Principles and practice of structural equation modeling* 3rd ed. Guilford Press, New York, 2015
- 58) Kloos, B., Shah, S.: A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *Am J Community Psychol* **44**(3-4): 316-326, 2009
- 59) Koenders, J.F., de, Mooij, L.D., Dekker, J.M., et al.: Social inclusion and relationship satisfaction of patients with a severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry* **63**(8): 773-781, 2017
- 60) 厚生労働省: 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. 2013
http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=417AC0000000123.
Accessed 29 September 2018
- 61) 厚生労働省: 患者調査. 2014
- 62) 厚生労働省: これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会. 2016
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000118658.html>. Accessed 29 September 2018
- 63) 公衆衛生審議会: 当面の精神保健対策について. 1994
- 64) 工藤早紀, 尾澤真帆, 岡久玲子: 精神保健ボランティア活動を通じた精神障がい者観の変化. *四国公衆衛会誌* **61**(1): 115-119, 2016
- 65) 國方 弘子, 中嶋 和夫, 沼本 健二: 統合失調症者, 精神障害者家族会会員, 一般住民の Quality of life の比較. *日保健科会誌* **10**(4): 249-255, 2008

- 66) 國方 弘子, 本田 圭子: 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念. 日看研会誌 **32**(2): 45-53, 2009
- 67) 栗本鮎美, 栗田圭一, 大久保孝義, 他: 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6)の作成と信頼性および妥当性の検討. 日老医誌 **48**(2): 149-157, 2010
- 68) Lazarsfeld, P.F.: The Logical and Mathematical Foundation of Latent Structure Analysis. In: Stouffer, S.A. et al. (ED): *Measurement and Prediction*. 362-412, Princeton University Press, Princeton, 1987
- 69) Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., et al.: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia second edition. In: American Psychiatric Association (ED): *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium*. 565-746, American Psychiatric Publishing, Texas, 2006
- 70) Leisse, M., Kallert, T.W.: Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. *Psychiatry Res* **118**(3): 223-233, 2003
- 71) Li, Y., Hou, C.L., Ma, X.R., et al.: Quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Psychiatry Res* **254**: 80-84, 2017
- 72) Lindström, E., Eberhard, J., Neovius, M., et al: Costs of schizophrenia during 5 years. *Acta Psychiatr Scand* **116**(s45): 33-40, 2007
- 73) Lloyd, C., King, R., Moore, L.: Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry* **56**(3): 220-229, 2010
- 74) Lloyd, C., Waghorn, G., Best, M., et al.: Reliability of a composite measure of social inclusion for people with psychiatric disabilities. *Aust Occup Ther J* **55**(1): 47-56, 2008
- 75) Martens, L., Addington, J.: The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **36**(3): 128-133, 2001
- 76) 舛田ゆづり, 田高悦子, 臺有桂: 高齢者における日本語版 UCLA 孤独感尺度(第3版)の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日地看会誌 **15**(1): 25-32, 2012

- 77) McColl, M.A., Davies, D., Carlson, P. et al.: The community integration measure: development and preliminary validation. *Arch Phys Med Rehabil* **82**(2): 429-434, 2001
- 78) McCutcheon, A.L.: Basic Concept and Procedures in Single- and Multiple-Group Latent Class Analysis. In: Hagenaars, J.A., McCutcheon, A.L.(ED): *Applied Latent Class Analysis*. 66-60, Cambridge University Press, New York, 2002
- 79) Mezey, G., White, S., Thachil, A. et al.: Development and preliminary validation of a measure of social inclusion for use in people with mental health problems: the SInQUE. *Int J Soc Psychiatry* **59**(5): 501-507, 2013
- 80) Millis, S.R., Meachen, S.J., Griffen, J., et al.: Rasch analysis of the community integration measure in persons with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* **95**(4): 734-740, 2014
- 81) Min, S.Y., Wong, Y.L.: Sources of social support and community integration among persons with serious mental illnesses in Korea. *J Ment Heal* **24**(4): 183-188, 2015
- 82) Morris J.N. Taylor, P.B., Berg, K. et al.: *interRAI assessment system* (山田ゆかり, 石橋智昭 訳: インターライ方式ケアアセスメント) . 54, 医学書院, 東京, 2011
- 83) Mosanya, T.J., Adelufosi, A.O., Adebowale, O.T., et al.: Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* **60**(4): 377-386, 2014
- 84) Munikanan, T., Midin, M., Daud, T.I.M., et al.: Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A cross-sectional study. *Compr Psychiatry* **75**: 94-102, 2017
- 85) 中根允文: 長期転帰(WHO 共同研究). *Schizophrenia Front* **6**(4): 281-288, 2005
- 86) 奥山順美: 精神障害者の地域生活支援に関する研究: グループホームにおける職員の役割意識と役割遂行について. *リハ連携科* **14**(1): 18-29, 2013
- 87) 大川希, 大島巖, 長直子, 他: 精神分裂病の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の開発 信頼性・妥当性の検討. *精神医学* **43**(7): 727-735, 2001
- 88) Oorschot, M., Lataster, T., Thewissen, V., et al.: Symptomatic remission in psychosis and real-life functioning. *Br J Psychiatry* **201**(3): 215-220, 2012

- 89) Oshima, I., Mino, Y., Inomata, Y.: How many long-stay schizophrenia patients can be discharged in Japan? *Psychiatry Clin Neurosci* **61**(1): 71-77, 2007
- 90) Pahwa, R., Kriegel, L.: Psychological Community Integration of Individuals with Serious Mental Illness. *J Nerv Ment Dis* **206**(6): 410-416, 2018
- 91) Pahwa, R., Bromley, E., Brekke, B., et al.: Relationship of community integration of persons with severe mental illness and mental health service intensity. *Psychiatr Serv* **65**(6): 822-825, 2014
- 92) Patterson, M.L., Moniruzzaman, A., Somers, J.M.: Community participation and belonging among formerly homeless adults with mental illness after 12 months of housing first in Vancouver, British Columbia: A randomized controlled trial. *Community Ment Health J* **50**(5): 604-611, 2014
- 93) Peplau, L.A., Perlman D.: Perspective on loneliness. In: Peplau, L.A., Perlman, D. (EDs): *Loneliness: A Source-Book of Current Theory, Research and Therapy*. 1-18. Wiley- InterScience, New York. 1982
- 94) Perkins, D.V., Raines, J.A., Tschopp, M.K., et al.: Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Ment Health J* **45**(3): 158-162, 2009
- 95) Piat, M., Seida, K., Sabetti, J., et al.: (Em)placing recovery: Sites of health and wellness for individuals with serious mental illness in supported housing. *Heal Place* **47**: 71-79, 2017
- 96) Picco, L., Pang, S., Lau, Y.W., et al.: Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Res* **246**: 500-506, 2016
- 97) Pjescic, K.D., Nenadovic, M.M., Jasovic-Gasic, M., et al.: Influence of psycho-social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia. *Psychiatr Danub* **26**(3): 226-230, 2014
- 98) Prince, P.N., Gerber, G.J.: Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Qual Life Res* **14**(1): 161-169, 2005

- 99) Prince, P.N., Prince, C.R.: Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatr Rehabil J* **25**(4): 323-331, 2002
- 100) Reistetter, T.A., Spencer, J.C., Trujillo, L., et al.: Examining the Community Integration Measure (CIM): a replication study with life satisfaction. *NeuroRehabilitation* **20**(2): 139-148, 2005
- 101) Robinson, D.G., Woerner, M.G., McMeniman, M., et al.: Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* **161**(3): 473-479, 2004
- 102) Rocchi, M.B., Sisti, D., Manca, S., et al.: Latent class analysis of delusion-proneness: exploring the latent structure of the Peters et al. delusions inventory. *J Nerv Ment Dis* **196**(8): 620-629, 2008
- 103) Rossi, A., Amaddeo, F., Sandri, M., et al.: What happens to patients seen only once by psychiatric services? Findings from a follow-up study. *Psychiatry Res* **157**(1-3): 53-65, 2008
- 104) Rowe, M., Clayton, A., Benedict, P., et al.: Going to the source: creating a citizenship outcome measure by community-based participatory research methods. *Psychiatr Serv* **63**(5): 445-450, 2012
- 105) 佐藤美樹, 田高悦子, 有本梓: 都市部在住の乳幼児を持つ母親の孤独感に関連する要因 乳幼児の年齢集団別の検討. *日本公衛誌* **61**(3): 121-129, 2014
- 106) Schwartz, C., Gronemann, O.C.: The contribution of self-efficacy, social support and participation in the community to predicting loneliness among persons with schizophrenia living in supported residences. *Isr J Psychiatry Relat Sci* **46**(2): 120-129, 2009
- 107) Secker, J., Hacking, S., Kent, L., et al.: Development of a measure of social inclusion for arts and mental health project participants. *J Ment Heal* **18**(1): 65-72, 2009
- 108) Shioda, A., Tadaka, E., Okochi, A.: Loneliness and related factors among people with schizophrenia in Japan: a cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* **23**(6-7): 399-408, 2016

- 109) Shioda, A., Tadaka, E., Okochi, A.: Reliability and validity of the Japanese version of the Community Integration Measure for community-dwelling people with schizophrenia. *Int J Ment Health Syst* **11**: 29, 2017
- 110) Siriwardhana, C., Abas, M., Siribaddana, S., et al.: Dynamics of Resilience in forced migration: A 1-year follow-up study of longitudinal associations with mental health in a conflict-affected, ethnic Muslim population. *BMJ Open* **5**(2): 1-10, 2015
- 111) Skodlar, B., Tomori, M., Parnas, J.: Subjective experience and suicidal ideation in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* **49**(5): 482-488, 2008
- 112) Stein, C.H., Aguirre, R., Hunt, M.G.: Social networks and personal loss among young adults with mental illness and their parents: a family perspective. *Psychiatr Rehabil J* **36**(1): 15-21, 2013
- 113) Subandi, M.A.: Bangkit: The Processes of Recovery from First Episode Psychosis in Java. *Cult Med Psychiatry* **39**(4): 597-613, 2015
- 114) 杉山克樹, 中田信浩, 松木武敏, 他 : Olanzapine による急性期治療後の outcome に関する検討—治療継続からみた olanzapine の treatment effectiveness. *臨精病理* **11**(8): 1521-1530, 2008
- 115) Suzuki, M., Amagai, M., Shibata, F., et al.: Factors related to self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Arch Psychiatr Nurs* **25**(5): 359-365, 2011
- 116) Townley, G., Miller, H., Kloos, B.: A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *Am J Community Psychol* **52**(1-2): 84-96, 2013
- 117) Townley, G., Kloos, B.: Development of a measure of sense of community for individuals with serious mental illness residing in community settings. *J Community Psychol* **37**(3): 362-380, 2010
- 118) Townsend, P.: Isolation, loneliness and the hold on life. In: Townsend, P. (ED): *The family life of old people: an inquiry in East London*. 166-167, Penguin books, London, 1957

- 119) Tsai, J., Desai, R.A., Rosenheck, R.A.: Social integration of people with severe mental illness: Relationships between symptom severity, professional assistance, and natural support. *J Behav Heal Serv Res* **39**(2): 144-157, 2012
- 120) Tsai, J., Rosenheck, R.A.: Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: a latent class analysis. *Psychiatry Res* **210**(1): 16-20, 2013
- 121) Ungvari, G.S., Goggins, W., Leung, S.K.: Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia') III. Latent class analysis of the catatonic syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **33**(1): 81-85, 2009
- 122) Vaidyanathan, U., Patrick, C.J., Iacono, W.G.: Examining the overlap between bipolar disorder, nonaffective psychosis, and common mental disorders using latent class analysis. *Psychopathology* **45**(6): 361-365, 2012
- 123) Van Hoof, F., Knispel, A., Schneider, J., et al.: The role of national policies and mental health care systems in the development of community care and community support: an international analysis. *J Ment Health* **24**(4): 202-207, 2015
- 124) Waller, S., Reupert, A., Ward, B., et al.: Family-focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2018
- 125) Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., et al.: Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatr Scand* **134**(4): 360-367, 2016
- 126) Wieland, M.E., Rosenstock, J., Kelsey, S.F., et al.: Distal support and community living among individuals diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatry* **70**(1): 1-11, 2007
- 127) Wong, Y.L., Sands, R.G., Solomon, P.L.: Conceptualizing community: The experience of mental health consumers. *Qual Health Res* **20**(5): 654-667, 2010

- 128) Wong, Y.L., Solomon, P.L.: Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Ment Health Serv Res* **4**(1): 13-28, 2002
- 129) 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子: 自尊感情尺度. 山本真理子編; 心理測定尺度集 I 人間の内面を探る〈自己・個人内過程〉, 29-31, サイエンス社, 東京, 2001
- 130) 山内慶太: 樹形モデル解析の基本的概念とヘルスケア研究への応用について. 病院管理 **33**(3): 255-265, 1996
- 131) Yanos, P.T., Barrow, S.M., Tsemberis, S.: Community integration in the early phase of housing among homeless persons diagnosed with severe mental illness: successes and challenges. *Community Ment Health J* **40**(2): 133-150, 2004
- 132) Yanos, P.T., Stefancic, A., Tsemberis, S.: Objective community integration of mental health consumers living in supported housing and of others in the community. *Psychiatr Serv* **63**(5): 438-444, 2012
- 133) 吉田和樹, 山崎幸子, 高橋龍太郎, 他: 地域高齢者における生活機能の関連要因 Breslow の 7 つの健康習慣に焦点をあてて. 応用老年学 **7**(1): 24-32, 2013
- 134) 吉岡茂, 千歳壽一: 地域特性の分析. 吉岡茂, 千歳壽一著; 地域分析調査の基礎. 27-29, 古今書院, 東京, 2006

謝辞

本研究の実施にあたり、調査を受け入れてくださった対象者、関係者の皆様に深く御礼を申し上げます。

後期博士課程にて指導教員であった山内慶太教授からは、常に温かく見守っていただき、研究の構成、研究の意義、表現の工夫など多岐にわたるご指導をいただきました。心より御礼を申し上げます。

渡辺美智子教授からは統計解析を俯瞰的な視点で捉えることや、分析結果を実用化することの重要性についてご指導いただきました。高橋武則客員教授からは、統計解析の理論や分析方法の応用とともに分析結果の解釈について丁寧なご指導をいただきました。修士課程時に指導教員であった田高悦子教授からご指導いただいた、研究に臨む姿勢を基に本研究が行われました。深く御礼申し上げます。

本研究を進めるにあたり、ディスカッションをしていただいた皆様に深く御礼を申し上げます。

本研究は平成 28 年度「慶應義塾大学大学院若手研究者奨励奨学金」、2017 年度「ユニバーサル財団研究助成」を得て実施することができました。

資料

地域にお住まいの皆様へ

精神疾患を持ち、地域で生活している方の 住みよい生活環境をつくるための支援のあり方に関する調査

この度、精神疾患を持ち、地域で生活している方の住みよい生活環境をつくるための支援や社会の仕組みについて検討することを目的に、調査を実施させていただくこととなりました。全6ページからなり、回答に15分ほどかかります。

あまり深く考えすぎず、ご自分の印象や考えにあてはまるといったものを選択してください。返送は**2018年1月31日**までをお願いいたします。

本調査は無記名で行います。調査票用紙、封筒へお名前やご住所を記入する必要はございません。

同封のボールペンは謝品ですので、お受け取りください。

なおご協力いただく方については、別に受け持ち職員にも皆様の日常生活の状況をうかがいます。

1. 調査への協力は自由です。記入の有無により現在の通院やご利用中のサービス等に不利益が生じることは、一切ありません。
2. 調査票および返信用封筒に、氏名やご住所をご記入いただくことはなく、個人が特定されることは一切ありません。
3. 記入された内容は、研究者以外が見ることはなく厳重に保管・管理をいたします。
4. 得られた成果は、学術的な場や論文で公表をいたしますが、その際にも個人や施設が特定されることは一切ありません。
5. 調査により得られた成果の報告についてご希望される方は、下記問い合わせ先までメール・FAXにてお知らせください。

期間：2017年10月1日ー2018年1月31日

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科医療マネジメント専修

〒252-0883 藤沢市遠藤 4411 山内研究室（塩田宛）

Email: h16110as@sfc.keio.ac.jp ファックス：0466(49)6209

研究者 大学院生 塩田 藍

指導教員 教授 山内 慶太

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科倫理委員会の承認を受けて実施をしています

整理番号 00000

資料1 利用者用調査票

1. あなたの日常生活について、おたずねします。

問1 以下の生活習慣について、もっともあてはまる番号1つに○をつけてください。

生活習慣	実施状況		
1) 運動	1. 週2回以上	2. 週1回	3. 運動していない
2) お酒を飲む	1. ほぼ毎日 (週6-7日) 飲む	2. ときどき (週5日以内) 飲む	3. 飲まない
3) 睡眠時間	1. 6時間以下	2. 7-8時間	3. 9時間以上
4) 朝食を食べる	1. ほぼ毎日 (週6-7日) 食べる	2. ときどき (週5日以内) 食べる	3. ほとんど食べない
5) 食事の栄養バランス	1. 考えて食べる	2. 少しは考える	3. 考えない
6) 夕食後の間食	1. ほぼ毎日 (週6-7日) たべる	2. ときどき (週5日以内) 食べる	3. ほとんど食べない
7) たばこを吸う	1. 吸っている	2. 吸っていたが やめた	3. 吸わない
8) 健康診断	1. 定期的に 受けている	2. 不定期である	3. 受けていない
9) 歯磨き	1. 毎食後	2. 朝晩	3. あまりしない

問2 地域のサービス・イベント・ニュースなど地域での生活に関わる情報を知るために
利用しているものとして、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 地域の掲示	7. 役所等の公的機関での職員との会話
2. 地域の広報	8. インターネット
3. 回覧板	9. テレビ
4. 通院先の掲示	10. 新聞
5. 通院先や活動場所の職員との会話	11. 友人、知人との会話
6. 役所等の公的機関での掲示	12. 家族との会話

問3 あなたの平均的な1週間の外出日数について、ご記入ください。

1週間のうち () 日

II. あなたが日常生活で感じていることについて、おたずねします。

問 4

以下について、どれだけ自信がありますか。
今の気持ちに「0.まったく自信がない」から
「10.絶対に自信がある」の間で、もっとも
あてはまる番号 1 つに○をつけてください。



1) 規則的な生活を送る	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2) 食事をきちんととる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3) 十分な睡眠をとる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4) 約束どおり病院へ通う	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5) 処方されたくすりをきちんと飲む	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6) 病気や治療、くすり、症状などについて、 知りたい情報を得る	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7) くすりの副作用があらわれたとき、 自分で気づく	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8) 病気の状態が悪くなりかけたら、 病院に行く	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9) つかれたと感じたら、自分で適当に休む	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10) 自分にあった方法(おしゃべり・睡眠・ 好きなことなど)でストレスを解消する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11) 再発の注意サイン(不安・イライラ・眠れな いなど)に自分で気づき、適切に対応する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12) 銀行・郵便局・デパート・商店などを 必要に応じて利用する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13) 日中、職場・デイケア・作業所・ 仲間とのあつまりなどの場所に出かける	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14) 必要な時に公的な援助サービス (役所・保健所など)を利用する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15) 自分から人とつき合ったり、友人をつくる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16) 悩みごとや心配ごとを、家族や友人に 相談する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17) 家族とうまくつき合う	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18) 音楽・読書・ビデオ・スポーツなど、 自分の好きなことを楽しむ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

問 5

以下について「1. いつもそうではない」から
「5. いつもそうである」の中で、
もっともあてはまる番号1つに○をつけてください。

	いつも そうではない	時々 そうではない	どちらとも いえない	時々 そうである	いつも そうである
1) 私は、この地域の一員であると感じる	1	2	3	4	5
2) 私は、この地域をよくわかっている	1	2	3	4	5
3) 私は、住んでいるところの生活ルールを守りながら暮らしている	1	2	3	4	5
4) 私は、この地域の人たちに受け入れられているように感じる	1	2	3	4	5
5) 私は、この地域で自立した生活ができる	1	2	3	4	5
6) 私は、今、住んでいるところが気に入っている	1	2	3	4	5
7) この地域には、私にとって親しい人がいる	1	2	3	4	5
8) この地域の人たちと私は、よくあいさつを ^か 交わす	1	2	3	4	5
9) 私には、この地域で楽しんでしていることがある	1	2	3	4	5
10) 私は、この地域で充実した日課を送っている	1	2	3	4	5

Ⅲ. あなたと周りの人々との関わりについて、おたずねします。

問 6 普段のお付き合いの詳しい内容についておたずねします。
以下の質問について、もっともあてはまる番号1つに○を
つけてください。

	い ない	1 人	2 人	3 ～ 4 人	5 ～ 8 人	9 人 以上	
①家族・ 親族	1) 少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする 家族や親戚は何人いますか	0	1	2	3	4	5
	2) あなたが、個人的なことでも話すことができるくらい 気楽に感じられる家族や親戚は何人いますか	0	1	2	3	4	5
	3) あなたが、助けを求めることができるくらい 親しく感じられる家族や親戚は何人いますか	0	1	2	3	4	5
②友人	4) 少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする 友人は何人いますか	0	1	2	3	4	5
	5) あなたが、個人的なことでも話すことができるくらい 気楽に感じられる友人は何人いますか	0	1	2	3	4	5
	6) あなたが、助けを求めることができるくらい 親しく感じられる友人は何人いますか	0	1	2	3	4	5

IV. あなたがお住まいの地域について、おたずねします。

問 7

あなたの家の近所で歩いておよそ 15 分以内で行ける範囲についての質問です。

もっともあてはまる番号 1 つに○をつけてください。

	全くあてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	とてもよくあてはまる
1) 買い物をするお店がある	1	2	3	4
2) 精神疾患の治療のために通院している病院がある	1	2	3	4
3) 日中の活動場所がある	1	2	3	4
4) 公的機関（役所、保健所など）がある	1	2	3	4
5) 駅、バス停など交通機関を使用する場所がある	1	2	3	4
6) 坂が多く歩くのが大変である	1	2	3	4
7) 通り道は交通量が多く、歩くのが大変である	1	2	3	4

V. 治療に関わる内容について、おたずねします。

問 8 あなたの診断された精神疾患について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 統合失調症	2. うつ病	3. そううつ病（双極性障害）	4. 不安障害
5. 発達障害	6. わからない	7. その他（ ）	※主たるものをお書きください

問 9 あなたの診断された身体疾患について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 高血圧	2. 糖尿病	3. 高脂血症（高コレステロール血症）
4. 肥満	5. わからない	6. その他（ ）

問 10 あなたが初めて精神疾患の診断を受けたのは何歳でしたか。

あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

1. 10~19 歳	2. 20~29 歳	3. 30~39 歳	4. 40~49 歳	5. 50~59 歳	6. 60 歳以上
------------	------------	------------	------------	------------	-----------

問 11 精神疾患の治療のための今までのすべての入院期間を足し合わせると、どれくらいですか。

あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

1. 入院したことはない	2. 3 か月未満	3. 3 か月～半年	4. 半年～1 年
5. 1～5 年	6. 5～10 年	7. 10 年以上	8. わからない

問 12 あなたが現在、利用しているサービスや医療について、おたずねします。

① 利用の有無に○をつけてください。

② 利用「有」の場合、そのサービスや医療に対するあなたの気持ちについて

「1. 不満」から「4. 満足」の中で、もっともあてはまる番号1つに○をつけてください。

サービス・医療等	利用	不満	やや不満	やや満足	満足
1) 精神障害者保健福祉手帳	1. 有 0. 無	1	2	3	4
2) 障害年金	1. 有 0. 無	1	2	3	4
3) 自立支援医療（精神科通院）	1. 有 0. 無	1	2	3	4
4) 精神科訪問看護	1. 有 0. 無	1	2	3	4
5) デイケア	1. 有 0. 無	1	2	3	4
6) ホームヘルプ	1. 有 0. 無	1	2	3	4
7) ショートステイ・自立訓練	1. 有 0. 無	1	2	3	4
8) 地域生活支援センター	1. 有 0. 無	1	2	3	4
9) 地域活動支援センター	1. 有 0. 無	1	2	3	4
10) 就労継続支援 A 型	1. 有 0. 無	1	2	3	4
11) 就労継続支援 B 型	1. 有 0. 無	1	2	3	4
12) 就労移行支援	1. 有 0. 無	1	2	3	4
13) ハローワーク	1. 有 0. 無	1	2	3	4
14) 居住支援	1. 有 0. 無	1	2	3	4
15) グループホーム	1. 有 0. 無	1	2	3	4
16) 市区町村の役所	1. 有 0. 無	1	2	3	4
17) 保健所	1. 有 0. 無	1	2	3	4
18) 精神保健福祉センター	1. 有 0. 無	1	2	3	4

VI. 最後に、あなた自身のことについて、おたずねします。

問 13 あなたの現在、住んでいる場所の居住期間をご記入ください。

() 年 () か月

問 14 あなたは現在、だれと住んでいますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | | |
|-------------|-----------|-----------------------|
| 1. 自分の親 | 2. きょうだい | 3. 妻または夫 |
| 4. 内縁の妻または夫 | 5. 自分のこども | 6. 自分の祖父母 |
| 7. 友人 | 8. 一人暮らし | 9. その他 () |

問 15 あなたの現在の結婚状況について、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

- | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|
| 1. 配偶者がいる | 2. 離婚 | 3. 死別 | 4. 未婚 |
|-----------|-------|-------|-------|

問 16 あなたの最終学歴に、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

- | | | | | | |
|--------|---------|---------|---------|-------|-----------------------|
| 1. 中学校 | 2. 高等学校 | 3. 専門学校 | 4. 短期大学 | 5. 大学 | 6. その他 () |
|--------|---------|---------|---------|-------|-----------------------|

問 17 あなたは現在の経済状態をどのように感じていますか。

あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

- | | | | |
|-----------|-------------|----------|--------|
| 1. ゆとりがある | 2. ややゆとりがある | 3. やや苦しい | 4. 苦しい |
|-----------|-------------|----------|--------|

問 18 あなたは現在、仕事をしていますか（サービス利用は含みません）。

あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

- | | | |
|-------------------|-----------------------|----------|
| 1. フルタイム（常用雇用）の仕事 | 2. パート・アルバイト（臨時・日雇い） | 3. 自宅の家事 |
| 4. 仕事をしていない | 5. その他 () | |

問 19 あなたの年齢と性別を教えてください。

年齢 歳

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

以上でアンケートは終了となります。

最後に、もう一度、記入していない項目がないか見直しをしてください。

ご協力誠にありがとうございました。

職員の皆様へ

精神疾患を持ち、地域で生活している方の 住みよい生活環境をつくるための支援のあり方に関する調査

この度、精神疾患を持ち、地域で生活している方の住みよい地域生活環境をつくるための支援や社会の仕組みについて検討することを目的に、調査を実施させていただくこととなりました。

本調査票は、利用者様の日常の状況についておうかがいするものであり、全3ページからなり、回答に10分ほどかかります。

回答後は、お配りした部数を取りまとめ、返送を**2018年1月31日**までをお願いいたします。本調査は無記名で行います。調査票、封筒にお名前やご住所を記入する必要はございません。

1. 調査票および返信用封筒に、氏名やご住所をご記入いただくことはなく、個人が特定されることは一切ありません。
2. 調査票に記入された内容は、研究者以外が見ることはなく厳重に保管・管理をいたします。
3. 調査により得られた成果は、学術的な場や論文で公表をいたします。
4. 調査により得られた成果の報告についてご希望される方は、住所・氏名を下記問い合わせ先までメール・FAXにてお知らせください。

【調査に関するお問い合わせ】

期間：2017年10月1日～2018年1月31日

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科医療マネジメント専修

〒252-0883 藤沢市遠藤 4411 山内研究室（塩田宛）

Email: h16110as@sfc.keio.ac.jp ファックス：0466(49)6209

研究者 大学院生 塩田 藍

指導教員 教授 山内 慶太

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科倫理委員会の承認を受けて実施をしています

整理番号 00000

I. 利用者の地域生活状況についておたずねします

問1 利用者の年齢を記入し、性別に○をつけてください。

年齢	歳	1. 男性	2. 女性
----	---	-------	-------

問2 利用者が現在の施設を利用している期間をご記入ください。

約	年
---	---

問3 利用者の障害支援区分について、あてはまる項目1つに○をつけてください。

0. 非該当	1. 区分1	2. 区分2	3. 区分3
4. 区分4	5. 区分5	6. 区分6	7. 不明

問4

以下について、現在の利用者が
自分一人で実施する場合の
①実施状況と、②困難度
もっともあてはまる番号1つに○を
つけてください。

	①実施状況					②困難度		
	自立、 自分で 行った	時に 行われ た	いつも 行われ た	他者 が全 部行 った	本活 動は 一度 も 行 わ れ な か っ た	問 題 な い	援 助 が 必 要 、 疲 れ る	非 常 に 困 難
1) 食事の用意 例. 献立を考える、材料の用意、料理、配膳	0	1	2	3	4	0	1	2
2) 家事一般 例. 食事の後片付け、掃除、洗濯など	0	1	2	3	4	0	1	2
3) 金銭管理 例. 請求書の支払い、貯金管理、家計の収支勘定	0	1	2	3	4	0	1	2
4) 薬の服薬 例. 袋からの取り出し、処方通りの服用	0	1	2	3	4	0	1	2
5) 電話の利用 例. 自分で電話をかけたり、受けたりする	0	1	2	3	4	0	1	2
6) 買い物 例. 必要な物を自分で選び、支払う	0	1	2	3	4	0	1	2
7) 交通手段の利用 例. バス・電車などの乗り物による移動	0	1	2	3	4	0	1	2

問 5

利用者の地域での様子についてお尋ねします。

「1. いつもそうではない」から「5. いつもそうである」
 の中で、もっともあてはまる番号 1 つに○を
 つけてください。

	そい う も で は な い	そ 時 々 で は な い	い ど ち ら と も	そ 時 々 で あ る	そい つ も で あ る
1) 地域の一員として過ごしている	1	2	3	4	5
2) 地域の状況をわかっている	1	2	3	4	5
3) 生活マナーを守っている	1	2	3	4	5
4) 地域の人たちに受け入れられている	1	2	3	4	5
5) 自立した生活ができている	1	2	3	4	5
6) 現在の住まいが気に入っている	1	2	3	4	5
7) 近い間柄の人から支援を受けている	1	2	3	4	5
8) 地域で行き交う人たちとあいさつを交わしている	1	2	3	4	5
9) 地域で楽しんでしていることがある	1	2	3	4	5
10) 地域で充実した日課を送っている	1	2	3	4	5
11) 自分に必要なことを自分で選んで決めている	1	2	3	4	5
12) 地域の人たちとのつながりを感じている	1	2	3	4	5
13) 地域の人たちを信頼している	1	2	3	4	5
14) 地域で支援を受けられることをわかっている	1	2	3	4	5
15) 地域で特異な目を向けられることはない	1	2	3	4	5
16) 他の地域住民と変わらない生活を送っている	1	2	3	4	5

II. あなた自身についておたずねします

問 6 現在の職種について、あてはまる項目 1 つに○をつけてください。

- | | |
|------------|--------------------------------|
| 1. 看護師 | 5. 作業療法士 |
| 2. 保健師 | 6. 臨床心理士 |
| 3. 精神保健福祉士 | 7. 相談支援専門員 |
| 4. 社会福祉士 | 8. その他（ ） |

問 7 あなたの現在、勤務先の機関における勤務期間について、ご記入ください。

（ ）年 （ ）か月

以上で質問は終了となります。

最後に、記入していない項目がないか、もう一度見直しをしてください。

ご協力誠にありがとうございました。

生活の心地よさをつくるヒント

調査結果報告

家族や友人とのつながり



資料4 フィードバック資料パンフレット

精神疾患を持ち地域で生活している方の
住みよい生活環境をつくるための支援のあり方
報告書

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
大学院生 塩田藍
指導教員 山内慶太

はじめに

病院から地域へと精神障害者の生活の場が大きく変わっている最中、地域生活における生活の質向上を目指すため、本調査では精神障害者自身にとっての「**地域生活の心地よさ**※」に着目いたしました。「地域生活の心地よさ」が高いことは、心身ともに健康であること、生活の質が高いことにつながるということが既に明らかになっているためです。本報告書では調査結果の概要、そして結果から考えられる生き生きとした生活を送るためのポイントについてご報告いたします。

この場を借りまして調査にご協力をいただきました対象者の皆様ならびに職員の皆様に深くお礼申し上げます。

※地域生活の心地よさ：英語で Community integration と表現します。

調査概要

対象者

地域活動支援センター、就労継続支援 B 型事業所、グループホームなどを利用しており調査協力にご同意をいただいた精神障害者の方。計 29 施設、194 名

調査方法

郵送によるアンケート調査

調査項目

① 対象者自身のこと

地域生活の心地よさ

基本の情報：年齢、性別、同居、就労、疾患など

日常生活：生活習慣、地域情報の入手先、外出日数

気持ち：地域生活への自己効力感（自信などの肯定的な気持ち）

② 周囲の環境のこと

サービス制度：利用数・満足度

住んでいる環境：便利さ、住んでいる期間

身近なサポート：家族・友人とのつながりの大きさ

調査時期

2017 年 10 月～2018 年 1 月

結果

1. 対象者の概要

項目	平均	±	SD	人数	%	最小値 - 最大値	
年齢	47.6	±	12.0			20.0 - 79.0	
男性				120	61.9		①
単身				49	25.3		
親と同居				76	39.2		
就労なし				152	78.4		
精神疾患数	1.3	±	0.6			1.0 - 4.0	
統合失調症				119	61.3		
うつ病				39	20.1		
身体疾患数	1.1	±	1.0			0.0 - 4.0	
肥満				51	26.3		
高血圧				31	16.0		
生活習慣	5.7	±	1.5			2.0 - 9.0	
地域生活の心地よさ	32.8	±	8.2			11.0 - 50.0	②
地域生活への自己効力感	126.8	±	27.1			37.0 - 180.0	
1週間の外出日数	5.1	±	1.7			0.0 - 7.0	
地域情報入手源	3.4	±	2.1			0.0 - 12.0	
家族・友人とのつながり	9.7	±	5.7			0.0 - 27.0	
サービス制度利用数	6.0	±	2.2			1.0 - 13.0	
精神保健福祉手帳利用				173	89.2		①
自立支援医療利用				181	93.3		①
サービス制度満足度	3.2	±	0.6			1.0 - 4.0	
居住期間（年）	17.6	±	16.3			0.4 - 70.0	

※ SD：標準偏差 データのばらつきを示す

わかったこと

①より対象者の状況は、過去の調査結果と類似していることが示されました。そのことから、今回の結果は都市部在住でサービス等を利用する精神障害者の実態を反映していると考えられます。

②より地域生活の心地よさは、今まで日本や海外で行われた地域在住精神障害者の調査結果よりもやや低いことが示されました。過去の調査では対象者の疾患や受けている支援が特定のものに限られていたためだと考えられます。今後、さらに調査を蓄積し、より詳細な理由を明らかにしていきます。

2. 「地域生活の心地よさ」は対象者よりも職員による評価が高い

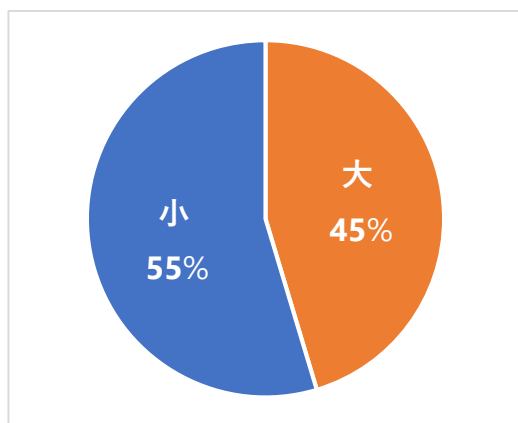
項目内容	対象者		職員評価		p 値
	平均	SD	平均	SD	
1. 地域の一員であると感じる	3.2	1.1	3.9	1.3	<0.01
2. 地域をよくわかっている	2.9	1.1	3.7	1.2	<0.01
3. 生活ルールを守る	3.9	1.1	4.5	0.9	<0.01
4. 受け入れられている	3.0	1.0	3.7	1.0	<0.01
5. 自立した生活	3.1	1.2	3.7	1.3	<0.01
6. 住んでいるところが気に入っている	3.8	1.1	3.9	1.2	ns
7. 親しい人がいる	3.2	1.4	3.7	1.3	<0.01
8. よく挨拶交わす	3.2	1.3	3.4	1.2	ns
9. 楽しんでしていることがある	3.1	1.3	3.5	1.2	<0.01
10. 充実した日課を送る	3.3	1.2	3.6	1.1	<0.05
合計点	32.8	8.2	37	7.4	<0.01

※p 値：分析をした結果が統計的に意味を持つかの目安を示す。0.05 未満であれば統計的に意味のある差と判断し、「ns」は統計的に意味を持たない差＝差がないことを示す。

わかったこと

対象者の「地域生活の心地よさ」について、対象者よりも職員の方が多くの項目（項目 6・8 以外）で高い評価をしていることがわかりました。

3. 家族・友人とのつながりの大きさが対象者を特徴づける



つながりの大きさとは

- ・少なくとも月 1 回会ったり話す
- ・個人的なことでも気楽に話せる
- ・助けを求められるくらい親しい

このような関係性の家族や友人が約 6 名以上で「大きい」とみなす。

わかったこと

「地域生活の心地よさ」の得点差がもっともあらわれる特徴を分析しました。その結果、対象者の特徴は、家族・友人とのつながりの大きさにより特徴づけられることが示され、つながりの大きい人・小さい人は約半数ずつでした。つながりの大きさを把握しグループわけすることで、より適切な支援につなげられる可能性が示されました。

4. 地域生活の心地よさを構成するものは対象者の特徴により異なる

分析に使用した調査項目と内容

①地域生活への自己効力感

日常行動：生活リズムをたもつ自信

症状対処：病気の状態に自分で気づき対応できる自信

治療行動：通院や服薬を守る自信

対人関係：家族や友人含めひとと打ちとけられる自信

社会生活：外出や必要な手続きができる自信

②生活習慣：運動・睡眠時間・食事摂取などの健康によい生活習慣の数

③地域情報の入手先

地域系：地域の掲示板や広報

サービス機関：通院先や役所などの掲示

メディア：ネットやテレビ

家族友人：会話

④サービス制度：利用数・満足度

⑤居住環境の便利さ

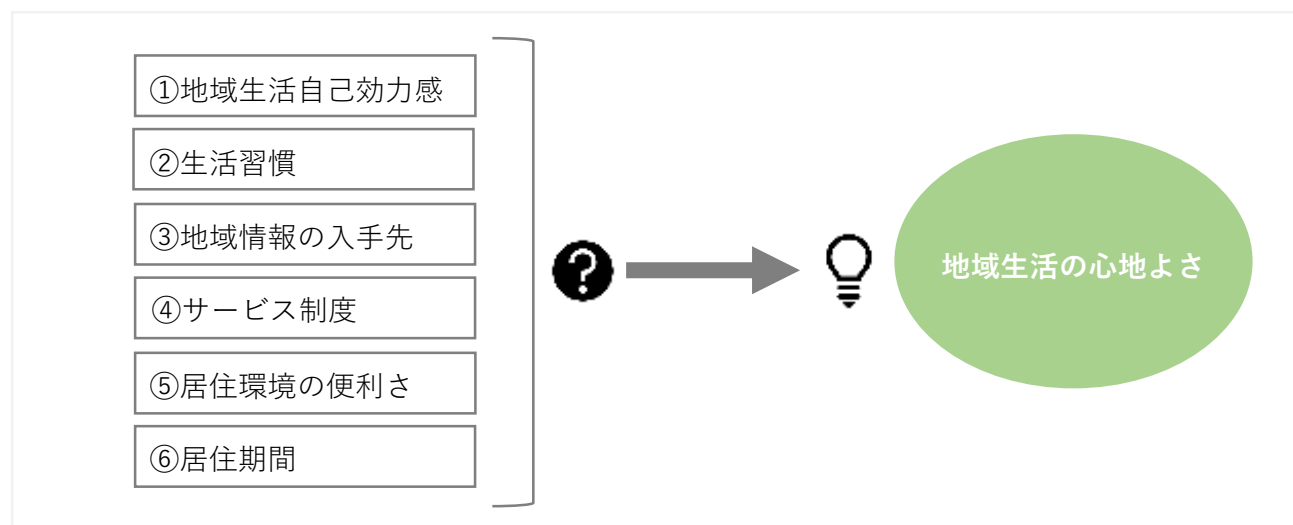
サービス機関：通院先・日中活動場所・役所などに行きやすい

日常生活行動：買い物するお店・駅やバス停などに行きやすい

通行：坂道が少ない・交通量が少なくて歩きやすい

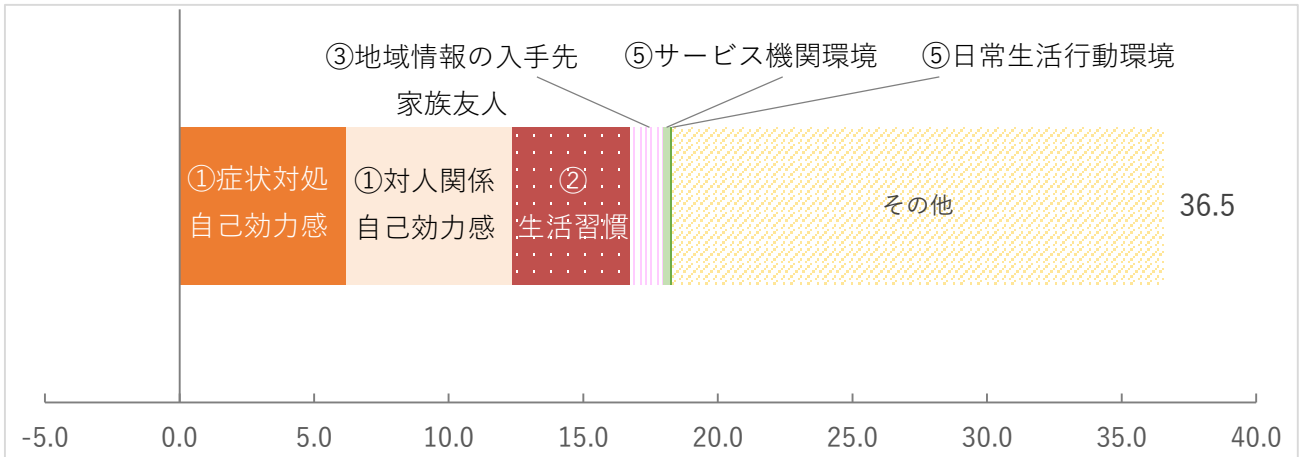
⑥居住期間：現在の住まいに住んでいる年数

分析方法：①～⑥のうち何が地域生活の心地よさを構成するかを分析する

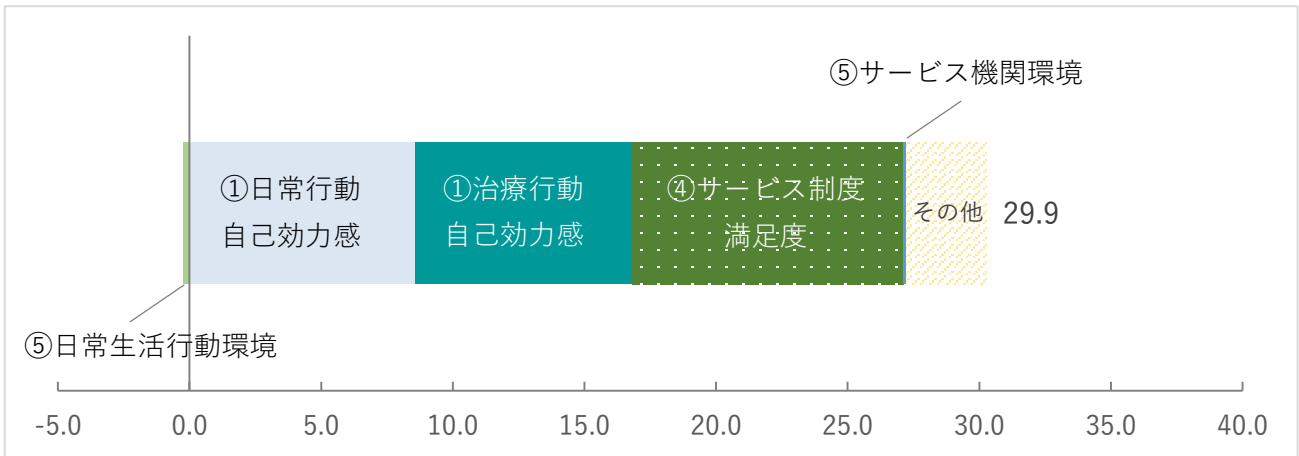


* 性別・年代・同居者・学歴・経済状況・仕事・疾患などについて考慮した上で分析をしています。

つながりの大きい人の地域の心地よさ（平均 36.5 点）を構成するもの



つながりの小さい人の地域の心地よさ（平均 29.9 点）を構成するもの



わかったこと

つながりの大きい人は「症状対処自己効力感」、「対人関係自己効力感」が高いこと、健康によい「生活習慣」が多いこと、「地域情報の入手先 家族や友人」であること、「サービス機関環境」、「日常生活行動環境」の便利さがよいことが「地域生活の心地よさ」を高めることがわかりました。家族・友人とのつながりを活用しながら、地域生活を送っていることが考えられます。

つながりの小さい人は「日常行動自己効力感」、「治療行動自己効力感」、「サービス制度満足度」が高いこと、「サービス機関環境」の便利さがよいことが「地域生活の心地よさ」を高め、「日常生活行動環境」の便利さがよいことは「地域生活の心地よさ」を低めることが示されました。身近なサポート量の少なさをサービスや制度を活用することでおぎなうて、地域生活を送っていることが考えられます。

今後の調査では心地よさを高めるための詳細な方法の検討とともに、「その他」の内容についても明らかにしていきます。

実践のヒント

得られた結果と今までわかっている事柄から、「地域生活の心地よさ」を高める方法のヒントをお示しします。

家族・友人とのつながりの大きい人向け

①周囲の人との付き合いを楽しむ

- ・気の合いそうな人にあいさつして、何気ない会話を試してみる
- ・家族や友人に相談に乗ってもらい、相手の相談に乗る

②精神症状や体調の変化に対処できていることを認める

- ・精神症状の治療で気がつかないことを書き出してみる
- ・体調が変わったときにでるサインが何か考えてまとめてみる

③健康的な生活習慣を大切にする

- ・朝食を習慣化し、外食でもバランスを考えて選んでみる
- ・夜寝る前はスマホやパソコンはやめてリラックスして早めに寝床にはいる

④家族や友人との会話を楽しむ

- ・イベントなどの情報を交換する
- ・相手がどんな方法で情報を知るのが聞いているか聞いてみる

家族・友人とのつながりの小さい人向け

①生活リズムを整えて日々の出来事を楽しむ

- ・何気なくとる行動でも、できていることを自分でほめてみる
- ・自分の好きなことをする時間を大切にする

②気になることを解決して治療とうまく付き合う

- ・薬を飲んだあとに気になることの対処方法を周りの人にきいてみる
- ・通院の帰りに自分が楽しめることをやってみる

③利用しているサービスや制度の良いところに目を向けてみる

- ・サービスや制度が役に立っている！と思うときを考えてみる
- ・困ったときは、周囲の人に相談して解決方法を一緒に考えてみる

④心地よく生活を送れる生活範囲を大事にする

- ・通所や通院の行き方を見直してみる
- ・今よりも通りやすそうな道があれば行き方を変えてみる
- ・自分の居心地の良い場所で過ごす時間をつくる

今後の課題

「地域生活の心地よさ」を向上するためには、周囲の環境を整えていく必要があります。本調査結果において、その一部が明らかになりました。環境を整えることは、個人の力では大変難しいことです。しかし、1人1人が声をあげ、周囲の人とともに取り組むことで、より良い方向へ変化することが考えられます。

皆様からあげられる声を形にするお手伝いができるよう、今後も調査や研究等を積み重ねてまいります。

