

デイケア通所精神障害者の社会参加の促進要因に関する研究

FACTORS PROMOTING SOCIAL PARTICIPATION IN PERSONS WITH MENTAL ILLNESS IN DAY CARE PROGRAMS

北島 謙吾

【要約】 The purpose of this study was to identify the factors promoting social participation, as reflected by “finding occupation”, in persons with mental illness in Day Care programs.

The conceptual framework of this study was modified from WHO: International Classification of Functioning and Disability, and consisted of the effects of daily activities, demographic factors, needs for social participation, and stability of symptoms on “finding occupation” in persons with mental illness.

This research used a self-administered questionnaire to 130 persons with mental illness in Day Care programs in the community.

The major findings were as follows:

- 1) The research participants who were finding occupation showed significantly higher positive responses to questions concerning such items as “keeping appointments”, “frequency of conversations with others”, and “seeking help when their symptoms intensified” than the participants not finding occupation.
- 2) The best demographic factors in “finding occupation” were “work experience” even if it is not so long, and “less than two years after hospital discharge”.
- 3) Stepwise multiple logistic regression analysis showed that predictor factors for “finding occupation” include “frequency of conversation with others”, “seeking help when their symptoms intensified”, and “less than two years after hospital discharge”.

Nursing in helping persons with mental illness to find an occupation includes:

- 1) Assistance in keeping appointments with others in daily life, and promotion of communication skills by training programs are needed.
- 2) Assistance in coping, such as in seeking help when their symptoms intensified and promoting consultation with the support network are necessary.
- 3) Work experience and less than two years after hospital discharge are key factors to assist them.

【キーワード】 Mental illness(精神障害), Social participation (社会参加), Day Care programs(デイケア)

I. 緒言

わが国では、精神障害者に対する社会参加と自立に向けた方策が近年まで十分なされてこなかった¹⁾。そのため、病状が回復しても地域社会に帰る場が少なく、いわゆる社会的入院として病院に留まったり、入退院を繰り返す患者が多いとされてきた²⁾。これらの要因としては、地域での精神障害者に対する機能回復訓練、住居やホームヘルプサービス、雇用等を促進する法制度の遅れが指摘されている³⁾。また、精神障害者や家族も差別や偏見のため社会から閉じこもってきた結果、彼らの生活実態やニーズが把握されず、地域ケア体制の遅れに繋がったと報告されている⁴⁾。

このような状況のなか、障害者も健常者と同等に地域での生活を営むノーマライゼーションの理念により「すべての障害者は社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする」として、1993年に障害者基本法が定められた⁵⁾。

さらに1995年には、「精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進・援助」が、精神保健福祉法（精神保健および精神障害者の福祉に関する法律）に主要な柱として新たに位置付けられるに至った⁶⁾。

そして、社会参加を支援する場としては、医療機関、保健所等でのデイケア、小規模作業所などがよく知られ、利用者も比較的多い⁷⁾。全国精神障害者家族連合会（全家連）の調査（1993）によると⁸⁾、在宅の精神障害者が利用している施設（制度）としては、病院・保健所などのデイケア（24.9%）が最も多く、訪問指導（17.9%）小規模作業所（16.7%）の順で、授産施設（2.1%）、職親制度（通院患者リハビリテーション事業）（2.8%）は僅かである。このことから、在宅精神障害者の社会参加を促進するためには、利用率の高いデイケア通所者を対象として支援方法を研究することが必要と考えられる。支援方法の研究では、デイケアにおける通所者の特徴を把握し社会参加について論じることが重要である。

デイケアでは社会参加支援の各種プログラムが展開されているが⁹⁾、それらのプログラムは主に精神障害者の生活障害や対人関係の改善を目的とし、近年では生活技能訓練（Social Skills Training）が注目されてきている¹⁰⁾。生活技能訓練は精神分裂病患者の社会

適応を改善し、再発の危険を減らすことを目的とした訓練で、日本でもその成果が報告されている^{11) 12)}。

また、デイケアでも大半を占める精神分裂病圏の障害者は、機能形態障害（Impairment）、生活能力障害（Disability）、社会的不利益（Handicap）を有するといわれ、機能形態障害に対しては主に医学的治療が、また社会的不利益に関しては、社会の支持組織を強化することが必要であると報告されている¹³⁾。生活能力障害に対しては、生活のリズム、身だしなみ、生活環境の整理整頓、金銭管理、社会資源の利用、対人関係のとりかたなどの援助が必要であるとされている¹⁴⁾。

さらに、保健所デイケアでは生活能力障害および社会的不利益に対し、日常生活の再建や範囲の拡大、仲間づくりによる地域社会での孤立化防止、より安定した就労に近づくことを主な活動目標として取り組みがなされている¹⁵⁾。

つまり、わが国のデイケアは精神障害者にとって日常生活能力の回復を促し、労働への足がかりとしての役割を果たしている。

精神障害者の日常生活能力については、デイケア、保健所、共同作業所、入院施設、外来、など種々の場で調査・報告されているが^{16)~18)}、日常生活能力の捉え方は研究者によって異なっている^{19) 20)}。また、精神障害者の日常生活能力と社会参加との関連を論じた論文は先行研究を概観するかぎり殆どない²¹⁾。

一方、労働支援に繋がる調査報告として、在宅の精神障害者や家族が役立つとする社会資源は、身近に相談できる専門家（65.8%）、毎日通えるデイケアや作業所（53.5%）、家族教室（50.8%）、何とか勤められる職場（49.0%）等の順にニーズが高い²²⁾。この報告から、精神障害者の労働を支援するためには、身近な相談者、デイケアや作業所、職場等が精神障害者にとって有用な社会参加資源として応えていくことが必要といえる。

村田によると²³⁾、労働は社会人として周囲から認められ、評価され、自ら実感することに治療的意義があるという。また、精神保健福祉法においても、精神障害者の社会参加として、経済活動への参加が定められている。

以上のことから、デイケアは日常生活能力の改善に加え、精神障害者の種々の社会参加形態の中でも重視されている労働を支援する一つの場となっている。換

言すれば、精神障害者の社会参加を促進するためには、各地域に普及し利用率の最も高いデイケア通所者の日常生活能力、社会参加状況を調査分析し、日常生活能力を高め、労働の促進に繋がる研究が重要といえる。

本研究では、労働を1つの社会参加指標と位置づけ、デイケア通所精神障害者の背景、社会参加への要望、日常生活活動等から社会参加促進のための看護援助・支援について考察する。

II. 研究目的

本研究ではデイケア通所精神障害者を対象に、日常生活活動、対象特性、社会参加への要望、病状の安定および新たな労働等の相互の関連性を分析し、精神障害者の日常生活活動、対象特性、社会参加への要望および、病状の安定が労働に及ぼす影響を明らかにし、社会参加促進への看護援助を導き出すことである。

III. 研究の概念枠組み及び用語の定義

1. 研究の概念枠組み

WHOのInternational Classification of Functioning and Disabilityにおける障害の概念図²⁴⁾ (図1)を本研究の参考とした。WHOによる²⁵⁾と、参加とは健康状態、心身機能、活動、および背景因子等と相互に関

係を及ぼし合っている生活状況へ、個人が関与することと定義されている。心身機能と構造とは、身体諸器官の生理的または心理的機能および身体を構成する解剖学的な各部位を表し、また、活動とは、個人の課題遂行または行動を表している。さらに環境因子は、人々が暮らしている物質的、社会的、態度的な環境から形成され、参加、個人の活動の遂行、心身の機能や構造に対して外界から影響を及ぼす。一方、個人因子は性別、年齢、人種、生活習慣、職業、過去および現在の経験などの個人の生活背景を表す。

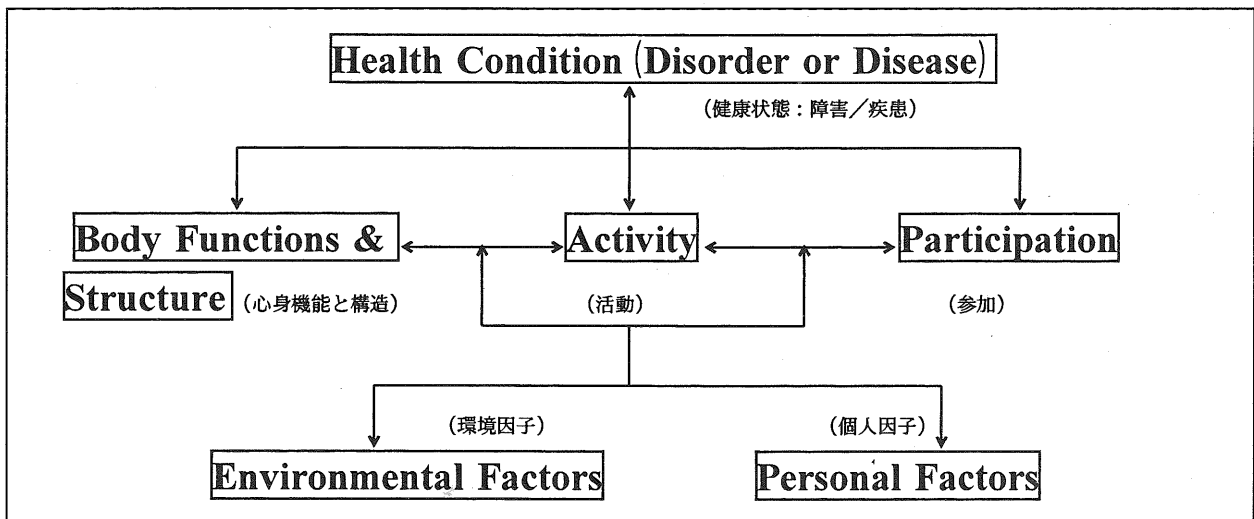
換言すれば、機能障害や能力障害を抱えた個人と、その個人の生活と活動が生起する背景との相互作用の諸帰結によって、生活状況への関与、すなわち参加の種類と程度が特徴づけられるといえる。

本研究ではこのモデルを参考に、調査可能な項目変数として、個人・環境因子を「対象特性」、心身機能・活動を「日常生活活動」、参加を「新たな労働」、健康状態を「病状の安定」、と置き換えて概念枠組に位置づけた。さらに、「社会参加への要望」を労働に影響を及ぼす²⁶⁾変数として組み入れ、本研究の概念枠組みとして再構成した(図2)。

2. 用語の定義

1) 日常生活活動

「日常生活活動」とは、精神障害者が地域で日



WHO: Model of Functioning and Disability, International Classification of Functioning and Disability Beta-2 Draft Short Version ,24-25,1999

図1. 本研究の参考とした概念枠組み

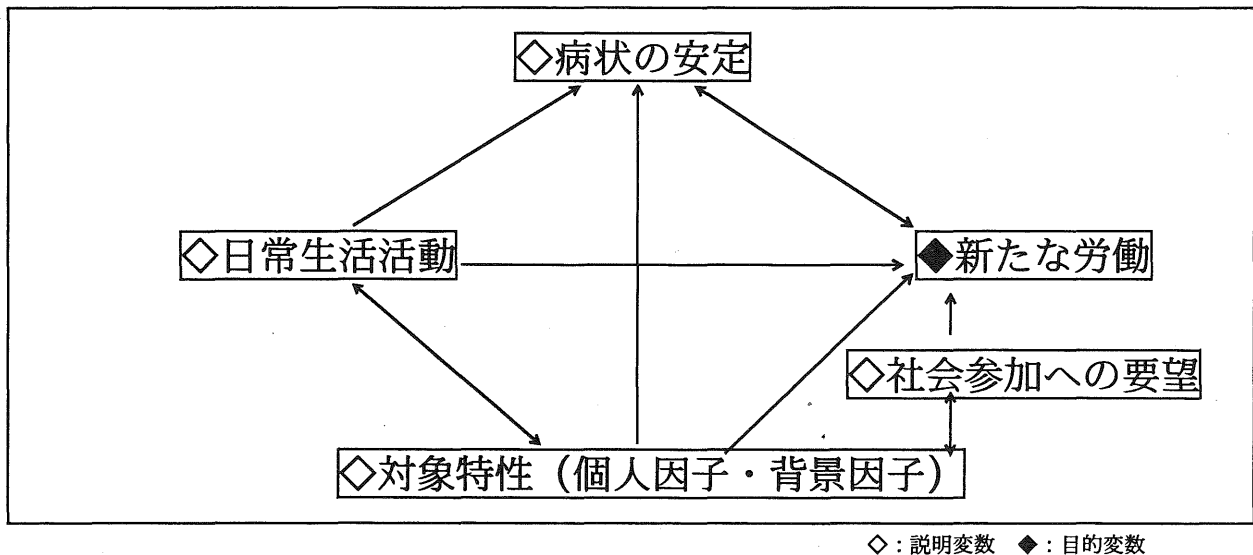


図2. 本研究の概念枠組み

常生活および社会生活を送るために必要な種々の活動とした。

2) 新たな労働

「新たな労働」とは、この1年間に新たに獲得した職親、家事・手伝い等を含む常勤および非常勤の労働とし、調査以前からの継続的な労働は除外した。

本研究では種々の社会参加形態のうち、「新たな労働」を社会参加の指標とした。

3) 病状の安定

「病状の安定」とは、悪化および入院がなく、1年間病状がほぼ安定している状態とした。

4) 社会参加への要望

「社会参加への要望」とは、精神障害者が社会活動に参加する助けとなる社会資源および活動の場等への要望とした。

IV. 対象および方法

1. 対象

近畿A地区の4保健所デイケアおよび東海B地区の3保健所デイケアと1精神病院付設デイケアの計8カ所に通所している精神障害者を対象とした。

これらの対象者は第1回目に調査協力が得られた人で、かつ、第2回目（第1回目調査の1年後）に本人から直接またはデイケア担当者から間接的に再調査で

きた人130人である。

2. 方法

1) 第1回目調査方法

第1回目調査では、各保健所デイケアおよび病院デイケアにおいて、通所者に調査の趣旨説明と協力依頼を事前に行った。さらに、調査当日にも同様の説明と協力の意思確認をした後、集団面接による自己記入方式により調査を実施した。

2) 第2回目調査方法

第2回目調査は第1回目に調査した1年後に実施した。第1回目調査以降1年間の病状、労働状況、対象特性の変化および生活上の出来事などについて尋ねた。近畿A地区では、各保健所の担当者が個別面接調査を実施した。東海B地区では、各保健所およびデイケアにおいて集団面接調査を行った。調査当日に不在であった者は後日個別面接し、転出者は当該保健所および病院デイケアの担当者から聞き取りによって調査した。

対象者130人のうち、集団面接または個別面接により本人から直接追跡調査できた人数は109人で、デイケア転出等のためデイケア担当者から聞き取り調査をした人数は21人であった。

3) 質問項目の内容と分類方法

本研究の分析に用いた質問項目は、表1に示した通りである。本研究では、「日常生活活動」と

表1 分析に用いた質問項目と分類方法

対 象 特 性	
1) 性別	: 男, 女
2) 年齢	: 37歳未満, 37歳以上
3) 婚姻	: 未婚, その他
4) 診断名	: 精神分裂病, その他
5) 初発年齢	: 21歳未満, 21歳以上
6) 入院歴	: 有, 無
7) 入院期間	: 2年未満, 2年以上
8) 退院後期間	: 2年未満, 2年以上
9) 居住形態	: 独居, 同居
10) 支援者数	: 5人未満, 5人以上
11) デイケア通所期間	: 30カ月未満 30カ月以上
12) 職歴	: 有, 無
13) 障害年金受給	: 有, 無
14) 生活保護受給	: 有, 無
15) 訪問看護・指導	: 有, 無
16) 作業所利用	: 有, 無
17) 授産施設利用	: 有, 無
18) 病院デイケア利用	: 有, 無
19) 職業訓練所利用	: 有, 無
<u>社 会 参 加 へ の 要 望</u>	
20) 保健所デイケア拡充	: 有, 無
21) 作業所の数・内容の拡充	: 有, 無
22) 職親の開拓・拡充	: 有, 無
23) 職業訓練所での技術習得	: 有, 無
24) 短時間労働可能な職場	: 有, 無
25) 専門家への相談拡充	: 有, 無
26) 共同住居などの拡充	: 有, 無
27) 援護寮への入寮	: 有, 無
28) 憩いの家の様な居場所	: 有, 無
29) 年金・生活保護の拡充	: 有, 無
<u>日 常 生 活 活 動</u>	
30) 飲食への注意	: する, しない
31) 調理	: する, しない
32) 整理整頓	: する, しない
33) 自主的起床	: する, しない
34) 定刻の就寝	: する, しない
35) 身繕	: する, しない
36) 交通機関利用	: する, しない
37) 時間を守る	: する, しない
38) 公共機関利用	: する, しない
39) 金銭管理	: する, しない
40) 自主的挨拶	: する, しない
41) 会話	: する, しない
42) 援助依頼	: する, しない
43) 断ること	: する, しない
44) 感情調整	: する, しない
45) 服薬管理	: する, しない
46) 休息	: する, しない
47) 悪化時相談	: する, しない
48) 服薬相談	: する, しない
49) 症状受け止め	: する, しない
50) 病状の安定	: 有, 無
<u>目 的 変 数</u>	
51) 新たな労働	: 有, 無

して20項目から構成された質問紙を用いた。この質問紙は羽山、川口等の質問紙を参考に開発したものである。

羽山²⁷⁾は個人の身の回りの自己管理や生活行動評価を中心とした①食事、②睡眠、③清潔と身だしなみ、④服薬管理、⑤健康管理、⑥家事、⑦お金の管理、⑧余暇の過ごし方、⑨サービス期間の利用、⑩交通機関の利用といった10項目からなる評価尺度を開発したが、家族関係や友人関係は除かれているのが特徴である。

川口は²⁸⁾①食事、②個人衛生、③休息、④付き合い、⑤安全といったセルフケアの要素から20項目の自記式質問紙を用い、精神科デイケアでの調査結果を報告している。

本研究では、質問項目の妥当性・信頼性の検討に基づき精神科デイケアおよび保健所デイケアで担当者と修正を加えて調査を重ねた結果^{29)~31)}、①自主的起床、②定刻の就寝、③身繕い、④整理整頓、⑤飲食への注意、⑥調理、⑦金銭管理、⑧交通機関利用、⑨時間を守る、⑩公共機関利用、⑪自主的挨拶、⑫会話、⑬援助依頼、⑭断り、⑮感情調整、⑯服薬、⑰休息、⑱悪化時の相談、⑲服薬相談、⑳症状の受け止め等20項目がデイケア通所者の日常生活活動をほぼ反映することが確認された。

「日常生活活動」20項目に関しては、する、時々する、殆どしない、しない、の4段階で回答を求め、「する」群、「しない」群に2分類した。さら

表2. 日常生活活動20項目の因子抽出 (バリマックス法)

日常生活活動		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
日課	服薬管理	.808	.267	.133	.079	-.024
	自主的起床	.713	.171	.089	.160	.087
	時間を守る	.712	.207	.376	.160	.040
	金銭管理	.553	.203	.105	.185	.128
	休息	.548	.269	.277	.085	.050
自律	身繕い	.492	.279	.434	-.076	.209
	感情調整	.230	.589	.159	.241	.115
	会話	.204	.514	.117	.237	.222
	定刻の就寝	.413	.510	.050	.044	.127
	自主的挨拶	.389	.490	.180	.157	.168
	断るこゝと	.239	.443	.338	.213	-.199
病気管理	飲食への注意	.156	.385	.172	.010	.054
	援助依頼	-.009	.373	.615	.058	-.109
	服薬相談	.291	-.085	.509	.415	.052
	悪化時相談	.267	.207	.494	.112	.151
遂行課題	症状受け止め	.344	.124	.472	.077	.096
	公共機関利用	.091	.094	.111	.554	.120
生活技能	交通機関利用	.110	.259	.027	.442	-.036
	調理	.022	.099	-.028	.093	.589
寄与率 (%)	整理整頓	.114	.065	.095	-.000	.574
	累積寄与率 (%)	16.610	10.428	8.938	4.980	4.804
		16.610	27.038	35.976	40.957	45.761

に主因子法による因子抽出を行った結果、表2に示した通り①日課、②自律、③病気管理、④課題遂行、⑤生活技能の5因子が抽出された。また、20項目の α 信頼性係数は0.8829であった。

社会参加への要望は、①デイケア、②作業所、③職親事業所、④職業訓練所、⑤短時間労働、⑥専門家への相談の機会、⑦共同住居、⑧援護寮、⑨憩いの家、⑩年金・生活保護等計10の質問に対し、それぞれの拡充、開拓および修得などの要望の有無を聞いた。支援者に関しては、大切な人、あるいは必要とする人に関して、人数とその関係を尋ねた。

対象特性のうち、項目番号2)の年齢、5)の初発年齢、7)の入院期間、8)の退院後期間、10)の支援者数、11)のデイケア通所期間等の数量データは、中央値を基準に対象数をほぼ均等に2分類した。

カテゴリーデータは、有無別または特性、形態別に2分類した。カテゴリーが3分類以上のデー

タについては、項目番号3)の婚姻は「未婚」と「その他」(既婚・離別・死別)に、4)診断名は「精神分裂病」と「その他」(精神分裂病以外)に分類した。

項目番号50)の病状の安定では、病状がほぼ安定していたを「有」、悪化したもしくは入院したを「無」に分類した。項目番号51)の新たな労働は、調査以前から働いていた人を除き、「有」と「無」に分類した。

4) 解析方法

- (1) 「日常生活活動」20項目および「社会参加への要望」10項目を、「対象特性」19項目とそれぞれクロス集計し、関連性を検討した。
- (2) 「日常生活活動」および「対象特性」を、「病状の安定」とクロス集計し、それぞれの関連性を検討した。
- (3) 「新たな労働」と「対象特性」、「日常生活活動」、「社会参加への要望」、「病状の安定」との関連を検討し、さらにロジスティック回帰分析

によってそれらの概念変数が「新たな労働」に及ぼす影響を予測した。分析にはSPSS 10.0J for Windowsを用いた。

V. 倫理的配慮

本研究では、研究に関する倫理的配慮として以下の手続きを踏んだ。

調査に先立ち、調査依頼書および研究計画書を各保健所長またはデイケア責任者に提出し、説明の下同意を得て実施した。

精神障害者の調査研究では対象者と調査者の人間関係が最も優先されるべき事柄と考え、本研究では調査に先だって対象者個々との関係形成に一定期間費やした(約1ヶ月間、4～5回の参加・支援)。

筆者が一定期間デイケアにて参加・支援した後、調査1週間前に書面及び口頭での調査趣旨説明と協力依頼を行った。対象者のプライバシーの保護、回答中断の権利保障への説明を同時に行った。

調査当日に、再度口頭での調査趣旨説明と協力依頼、および書面同意書による意志確認を行った。対象者のプライバシーの保護、回答中断の権利保障への説明も同時に行った。調査中は些細な意見・質問にも耳を傾け、尊重する姿勢で対応した。

VI. 結果

1. 対象者の概要

本研究の分析対象者130人の概要は、表3に示した通りである。

年齢階級別では、男は30歳代が、女は20歳代～40歳の占める割合が高かった。婚姻状態は、未婚者の割合が73.8%と高く、既婚者は8.5%と低かった。この傾向は男の方が女より顕著であった。離別者は女が男の2倍多かった。

診断名では、精神分裂病が76.2%を占め最も多く、次いで非定型精神病、てんかん、躁鬱病の順で、男女共ほぼ同様の傾向を示した。その他の精神疾患では、

表3 対象者の概要

		男	女	計人数(%)
		66(50.8)	64(49.2)	130(100)
年齢階級	29歳以下	16(24.2)	17(26.6)	33(25.4)
	30～39歳	29(43.9)	16(25.0)	45(34.6)
	40～49歳	11(16.7)	18(28.1)	29(22.3)
	50～59歳	7(10.6)	9(14.1)	16(12.3)
	60歳以上	3(24.5)	4(6.3)	7(5.4)
婚姻	未婚	54(81.8)	42(65.5)	96(73.8)
	既婚	4(26.1)	7(10.9)	11(8.5)
	離別	6(9.1)	12(18.8)	18(13.8)
	死別	2(3.0)	3(4.7)	5(3.8)
診断名	精神分裂病	49(74.2)	50(78.1)	99(76.2)
	躁鬱病	2(3.0)	2(3.1)	4(3.1)
	てんかん	3(4.5)	2(3.1)	5(3.8)
	非定型精神病	5(7.6)	8(12.5)	13(10.0)
	その他精神疾患	7(10.6)	2(3.1)	9(6.9)
入院歴	無	5(7.7)	8(12.5)	13(10.1)
	有	60(92.3)	56(87.5)	116(89.9)
居住形態	独居	15(23.1)	17(27.0)	32(25.0)
	家族と同居	50(76.9)	46(73.0)	96(75.0)
職歴	無	4(6.3)	9(14.5)	13(10.3)
	有	60(93.8)	53(85.5)	113(89.7)
障害年金	無	39(59.1)	42(65.6)	81(62.3)
	有	27(40.9)	22(34.4)	49(37.7)
生活保護	無	54(81.8)	46(71.9)	100(76.9)
	有	12(18.2)	18(28.1)	30(23.1)

不明者は除いて集計した

神経症4人、人格障害3人、精神遅滞、自閉症が各1人であった。入院歴は約90%の人が有していた。

居住形態では、家族と同居している人が75%と多かった。職歴のある人は89.7%であった。障害年金受給者は37.7%であった。生活保護費受給者は23.1%であった。

支援者との関係では、不明を除き調査票への最初の記載は、親族89人、友人・知人・恋人21人、専門職・恩師・同僚4人の順であった。

以上の概要から、対象者は男女ほぼ同数で、40歳未満、未婚、精神分裂病で入院歴があり、家族と同居の割合が高かった。また職歴を有し、障害年金および生活保護の受給割合は低い傾向にあった。

2. 対象者の特性

対象者の特性は、男女別、地区デイケア別に平均値±標準偏差として表4-1、4-2に示し、それぞれ男女間、各デイケア間で平均値の差の検定（t検定、F検定）を実施した。

対象者の平均年齢は38.2歳で、男女間、各デイケア間に差はみられなかった。初発年齢は22.9歳で、男女間で差はみられなかったが、各デイケア間では差がみられた。

入退院状況では、入院回数は3.8回、入院期間は延べ45月（3年9カ月）であった。退院後の期間は、45.3月（約3年9カ月）であった。入院回数、入院期間、退院後期間それぞれにおいて、男女間、各デイケア間での差は無かった。

表4-1 対象者の特性（男女別）

	全体 N=130	男 n=66	女 n=64
年齢(歳)	38.2±11.5	37.2±10.4	39.3±12.6
初発年齢(歳)	22.9±7.8	22.3±7.0	23.6±8.6
入院期間(月)	45.0±66.4	46.5±53.9	43.6±77.1
入院回数(回)*	3.8±3.6	4.4±4.1	3.1±2.9
退院後期間(月)	45.3±57.9	44.2±47.7	46.5±67.3
デイケア通所期間(月)	37.8±36.2	38.8±36.9	36.7±35.7
支援者数(人)	4.9±3.6	4.4±3.2	5.4±3.8

*: p<0.05 t検定による（平均値±標準偏差）不明者は除いて集計

表4-2 対象者の特性（地区DC別）

	全体 N=130	近畿地区 保健所DC n=66	東海地区 保健所DC n=43	地区 病院DC n=21
年齢(歳)	38.2±11.5	39.2±11.8	36.3±11.9	39.3±9.6
初発年齢(歳)***	22.9±7.8	24.3±8.2	19.4±5.4	26.0±8.6
入院期間(月)	45.0±66.4	46.7±57.5	50.3±89.2	29.1±35.3
入院回数(回)*	3.8±3.6	3.7±2.7	3.5±4.2	4.8±4.6
退院後期間(月)	45.3±57.9	47.8±57.0	49.0±63.0	30.0±48.9
デイケア通所期間(月)*	37.8±36.2	39.8±34.4	42.9±42.8	19.2±16.2
支援者数(人)***	4.9±3.6	6.2±3.8	3.9±3.0	3.1±2.2

*: p<0.05 ***: p<0.001 F検定による（平均値±標準偏差）不明者は除いて集計 DC: デイケア

デイケアへの通所期間は、37.8月（約3年2カ月）で、各デイケア間で差がみられた。支援者数は約5人で、各デイケア間で差がみられた。

以上の平均値特性から、対象者の年齢は30代後半、入院期間は4年未満、入院回数は4回未満、退院後期間は4年未満で、調査地区間に有意な差はみられなかった。一方、初発年齢では東海地区の保健所デイケアの値が、デイケア通所期間では同地区の病院デイケアの値がそれぞれ低かった。支援者数では近畿地区の保健所デイケアでの値が高い結果となった。

3. 日常生活活動と対象特性との関連

日常生活活動を日課、自律、病氣管理、課題遂行、生活技能の枠組みの順に並べ替え、「する」人の割合および関連する対象特性を表5-1、表5-2に示した。20項目中15項目で、「する」と回答した人の割合が50%を上回った。割合の高い順では、服薬管理、自

主的起床、時間を守る、金銭管理等が70%以上を占めた。一方、調理、援助依頼、整理整頓、公共機関利用、交通機関利用等は50%を下回った。婚姻状態の1項目を除き、対象特性18項目とクロス集計し関連性を検討した。婚姻状態を除いたのは、予備分析から居住形態でその特性を代表化できると判断したためである。その結果、日常生活活動は、性別、年齢層、居住形態、初発年齢、診断名、入院歴有無、デイケア通所期間、支援者数、障害年金有無、生活保護有無等33の項目間で有意な関連がみられた。

4. 社会参加への要望と対象特性との関連

社会参加への要望を、要望する人の割合の高い順に並べ替え、対象特性とクロス集計し関連した5項目を表6に示した。

要望の高い項目は、職業訓練所、デイケア、相談拡

表5-1 日常生活活動をする人の割合および対象特性との関連（以下の各変数との χ^2 検定）

日常生活活動項目		日常生活活動を「する」人の割合(%)										
		全体	性		年齢37歳		居住形態		初発年齢21歳		診断名	
			男	女	未満	以上	独居	同居	未満	以上	分裂病	その他
日課	服薬管理	89.9	92.3	87.3	87.5	92.3	90.6	90.5	93.7	88.9	89.8	90.3
	自主的起床	84.6	80.3	89.1	76.1	92.4*	90.6	83.3	79.7	90.5	84.8	83.9
	時間を守る	83.6	81.8	85.5	77.8	89.2	87.1	83.2	82.5	87.1	84.5	80.6
	金銭管理	73.6	63.6	84.1**	64.1	83.1*	87.1	69.8	67.2	80.6	73.5	74.2
	休息	71.9	66.7	77.4	64.1	79.7	74.2	71.6	73.0	71.0	71.1	74.2
	見繕い	68.0	61.5	74.6	66.7	69.2	78.1	66.0	67.7	69.8	66.3	73.3
自律	感情調整	59.7	56.1	63.5	56.3	63.1	71.9	56.8	46.0	73.0**	61.2	54.8
	会話	55.0	57.6	52.4	64.1	46.2*	51.6	56.3	59.4	53.2	56.1	51.6
	定刻の就寝	65.1	59.1	71.4	57.8	71.9	62.5	67.4	61.9	67.7	69.4	51.6
	自主的挨拶	66.7	65.2	68.3	67.2	66.2	71.9	65.3	66.7	66.7	63.3	77.4
	断ること	67.7	69.7	65.6	66.7	68.8	71.9	66.7	67.2	69.8	69.1	63.3
	飲食への注意	54.3	50.0	58.7	48.4	60.0	62.5	52.6	42.9	65.1*	55.1	51.6
病氣管理	援助依頼	44.5	45.5	43.5	46.9	42.2	38.7	46.3	47.6	40.3	44.3	45.2
	服薬相談	62.2	65.2	59.0	61.9	62.5	67.7	59.6	54.0	72.1*	62.5	61.3
	悪化時相談	56.3	54.5	58.1	62.5	50.0	45.2	58.9	55.6	58.1	59.2	46.7
	症状受け止め	65.1	60.8	69.8	56.3	73.8*	75.0	62.1	61.9	69.8	64.3	67.7
課題遂行	公共機関利用	48.1	48.5	47.6	29.7	66.2***	87.5	35.8***	34.9	60.3**	44.9	58.1
	交通機関利用	48.4	51.5	45.2	46.9	50.0	56.7	44.8	42.2	57.4	49.5	45.2
生活技能	調理	42.6	42.4	42.9	31.3	53.8*	71.9	33.7***	38.1	47.6	37.8	58.1*
	整理整頓	45.0	34.8	55.6*	35.9	53.8*	59.4	41.1	36.5	52.4	42.9	51.6
N		130	66	64	64	66	32	96	63	64	99	31(人)

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ***: $p < 0.001$ (不明者は除いて検定した)

表5-2. 日常生活活動をする人の割合および対象特性との関連 (以下の各変数との χ^2 検定)

日常生活活動項目		日常生活活動を「する」人の割合(%)										
		全体	入院歴		DC通所30ヵ月		支援者5人		障害年金		生活保護	
			無	有	未満	以上	未満	以上	無	有	無	有
日 課	服薬管理	89.9	69.2	92.2**	90.9	88.3	87.5	93.1	88.6	92.0	90.1	89.3
	自主的起床	84.6	92.3	83.6	83.3	86.9	83.1	86.2	83.5	86.3	84.3	85.7
	時間を守る	83.6	58.3	86.1*	82.8	83.6	71.9	96.6***	82.1	86.0	82.2	88.9
	金銭管理	73.6	84.6	73.0	67.7	78.7	73.4	77.6	70.5	78.4	71.6	81.5
	休 息	71.9	76.9	71.9	66.2	76.7	65.1	82.8*	71.8	72.0	68.3	85.2
	身 繕 い	68.0	50.0	70.4	68.2	66.1	60.3	77.6*	56.3	63.1	71.9	56.8
自 律	感情調整	59.7	61.5	59.1	60.6	56.7	65.6	56.9	69.6	44.0***	54.5	78.6*
	会 話	55.0	92.3	51.3**	60.0	47.5	56.3	55.2	57.5	51.0	57.0	48.3
	定刻の就寝	65.1	53.8	66.1	66.7	63.3	65.6	72.4	67.9	60.4	62.6	73.3
	自主的挨拶	66.7	84.6	65.2	71.2	60.0	60.9	74.1	72.2	58.0*	62.4	82.1*
	断 る こ と	67.7	58.3	68.4	78.1	55.0**	70.3	66.7	72.2	60.4	67.7	67.9
	飲食への注意	54.3	46.2	55.7	48.5	60.0	53.1	53.4	62.0	42.0	48.5	75.0**
病 気 管 理	援助依頼	44.5	38.5	45.6	50.8	35.0	44.4	43.1	47.4	40.0	43.6	48.1
	服薬相談	62.2	58.3	62.3	66.2	55.9	61.3	60.3	62.3	62.0	58.0	77.8
	悪化時相談	56.3	53.8	56.1	58.5	51.7	46.0	69.0*	57.7	54.0	55.0	60.7
	症状受け止め	65.1	53.8	67.0	68.2	63.3	59.4	72.4	68.4	60.0	61.4	78.6
課 題 遂 行	公共機関利用	48.1	38.5	49.6	47.0	48.3	50.0	44.8	45.6	52.0	38.6	82.1***
	交通機関利用	48.4	69.2	46.5	45.3	49.2	46.0	48.3	53.2	41.2	45.5	59.3
生 活 技 能	調 理	42.6	38.5	43.5	39.4	46.7	37.5	50.0	43.0	42.0	36.6	64.3**
	整 理 整 頓	45.0	46.2	45.2	36.4	55.0*	37.5	56.9*	46.8	42.0	40.6	60.7
N		130	13	116	66	61	69	58	81	49	100	30(人)

*: p < 0.05 ** : p < 0.01 *** : p < 0.001 (不明者は除いて検定した)

DC: デイケア

表6. 社会参加への要望をする人の割合および対象特性との関連 (以下の各変数との χ^2 検定)

社会参加への要望	要望する人の割合(%)											
	全体	性		診 断 名		入 院 歴		支 援 者 5 人		職 歴		
		男	女	分裂病	その他	無	有	未満	以上	無	有	
職業訓練所	55.0	55.4	54.7	52.0	64.5	69.2	53.0	61.5	48.3	38.5	56.3	
デイケア	54.3	66.2	42.2**	45.9	80.6**	84.6	50.4*	61.5	44.8	15.4	58.9**	
相談拡充	51.9	50.8	53.1	48.0	64.5	76.9	48.7	61.5	43.1*	15.4	55.4**	
職 親	51.2	47.7	54.7	46.9	64.5	76.9	48.7	60.0	43.1	30.8	53.6	
憩いの家	51.2	49.2	53.1	45.9	67.7*	61.5	49.6	58.5	39.7*	61.5	50.0	
年金生保	50.4	56.9	43.8	42.9	74.2**	69.2	48.7	60.0	39.7*	23.1	54.5*	
時間労働	48.8	49.2	48.4	46.9	54.8	61.5	47.0	56.9	36.2*	38.5	50.0	
共同住居	48.1	46.2	50.0	42.9	64.5*	46.2	47.8	55.4	43.1	30.8	50.9	
作業所	45.7	44.6	46.9	40.8	61.3*	69.2	42.6	53.8	37.9	15.4	49.1*	
援 護 寮	39.1	40.0	38.1	36.7	46.7	38.5	38.6	47.7	29.8	30.8	39.6	
N		130	66	64	99	31	13	116	69	58	13	113(人)

*: p < 0.05 ** : p < 0.01 (不明者は除いて検定した)

充、職親、憩いの家、年金・生活保護等の順で50%を上回った。一方、援護寮、作業所、共同住居、時間労働等は要望が50%を下回った。

5. 病状の安定に関連した因子

第1回目調査から第2回目調査の間、ほぼ病状が安定していた人は99人であった。一方、病状の悪化がみられた人は31人で、そのうち入院に至った人は11人であった。また、第2回目調査時点における入院者は2人であった。全項目の内、病状の安定との関連がみられた項目は表7に示した通り、居住形態、自主的挨拶、公共機関利用であった。

1) 居住形態

居住形態では、病状の安定していた群は家族との同居割合が80.4%、病状の悪化した群では同居割合が58.1%と、両群に有意な差異がみられた。

2) 自主的挨拶

自主的挨拶では、病状の安定していた群では、「する」と回答した人の割合(71.4%)が、悪化した群(51.6%)に比べて高く、両群に有意な差異があった。また、1年間に病状が悪化した割合は、自主的挨拶を「する」群では18.6%で、自主的挨拶を「しない」群(34.9%)より低かった。

3) 公共機関の利用

公共機関の利用では、病状の安定していた群では、「する」と回答した人の割合(41.8%)が低かったが、病状の悪化した群ではその割合(67.7%)が高く、両群に有意な差異がみられた。

これらの結果から、病状の安定に影響する項目

は、居住形態(同居群)、自主的挨拶(する群)であったが、一方、公共機関の利用では、する群で病状の悪化した割合が高かった。

6. 新たな労働に影響した因子

ここでは、第1回目調査時点で既に働いていた3人を除き、127人を分析対象とした。第1回目調査から第2回目調査までの1年間に新たに働いた人は28人(22.4%)であった。その内訳は、アルバイト15人、正社員8人、家事・手伝い2人、その他(不明)3人であった。

新たな労働と「対象特性」、「日常生活活動」、「社会参加への要望」、および「病状の安定」との関連については表8-1、8-2、8-3に示した通り、職歴の有無、退院後期間、時間を守る、会話、悪化時の相談等5項目であった。

1) 退院後期間

退院後期間では、新たに働いた群は、退院後2年未満の人の割合が60.9%を占めたが、一方、働かなかった群では退院後2年未満の人の割合が33.3%で、労働有無との間に有意な関連性が認められた。

2) 職歴

職歴の有無では、新たに働いた群は、全員が過去に職歴を有し、働かなかった群との割合に有意な差異がみられた。

3) 時間を守る

時間を守るでは、新たに働いた群は「する」と回答した人の割合は100%を占めたが、働かなか

表7. 病状の安定と関連した変数

関連変数	病状の安定		p値(χ^2 検定)	人数 N=130
	有 n=99	無(%) n=31		
居住形態	独居	19(19.6)	0.012	128
	同居	78(80.4)		
自主的挨拶	する	70(71.4)	0.041	129
	しない	28(28.6)		
公共機関利用	する	41(41.8)	0.012	129
	しない	57(58.2)		

(%)は各クロス表の列を表示

表 8 - 1 . 新たな労働と対象特性との関連

対 象 特 性	新 た な 労 働		p 値 (χ^2 検定または Fisher 直接確率法)	人 数 N=127	
	有 n=28	無(%) n=99			
性 別	男	12(42.9)	52(52.5)	0.366	127
	女	16(57.1)	47(47.5)		
年 齢	37歳未満	17(60.7)	46(46.9)	0.199	126
	37歳以上	11(39.3)	52(53.1)		
婚 姻	未婚	21(75.0)	73(73.7)	0.893	127
	その他	7(25.0)	26(26.3)		
診 断 名	分裂病	20(71.4)	79(79.8)	0.346	127
	その他	8(28.6)	20(20.2)		
初 発 年 齢	21歳未満	15(53.6)	48(50.5)	0.777	123
	21歳以上	13(46.4)	47(49.5)		
入 院 歴	無	3(11.1)	10(10.1)	0.878	126
	有	24(88.9)	89(89.9)		
入 院 期 間	2年未満	10(40.0)	35(40.7)	0.950	111 (入院歴無は除く)
	2年以上	15(60.0)	51(66.7)		
退 院 後 期 間	2年未満	14(60.9)	27(33.3)	0.028	104 (入院歴無は除く)
	2年以上	9(39.1)	54(66.7)		
居 住 形 態	独居	6(21.4)	25(25.8)	0.639	125
	同居	22(78.6)	72(74.2)		
支 援 者	5人未満	10(37.0)	53(57.0)	0.068	120
	5人以上	17(63.0)	40(43.0)		
D C 通 所	30ヵ月未満	19(70.4)	47(48.5)	0.051	124
	30ヵ月以上	8(29.6)	50(51.5)		
職 歴	無	0(0.0)	13(13.7)	0.038	123
	有	28(100)	82(86.3)		
障 害 年 金 受 給	無	20(71.4)	60(60.6)	0.295	127
	有	8(28.6)	39(39.4)		
生 活 保 護 受 給	無	24(85.7)	74(74.7)	0.222	127
	有	4(14.3)	25(25.3)		
訪 問 看 護 指 導	無	17(60.7)	70(72.2)	0.246	125
	有	11(39.3)	27(27.8)		
作 業 所 利 用	無	16(57.1)	55(56.7)	0.967	125
	有	12(42.9)	42(43.3)		
授 産 施 設 利 用	無	28(100)	97(99.0)	0.592	126
	有	0(0.0)	1(1.0)		
病 院 DC 利 用	無	24(85.7)	76(78.4)	0.391	125
	有	4(14.3)	21(21.6)		
職 業 訓 練 所 利 用	無	26(92.9)	95(96.9)	0.329	126
	有	2(7.1)	3(3.1)		

DC：デイケア (%) は各クロス表の列を表示

表 8 - 2. 新たな労働と日常生活活動との関連

日常生活活動	新たな労働		p 値 (χ^2 検定または Fisher 直接確率法)	人 数 N=127
	有 n=28	無(%) n=99		
服薬管理 「する」	26(92.9)	87(89.8)	0.731	126
自主的起床 「する」	23(82.1)	84(84.8)	0.729	127
時間を守る 「する」	28(100)	77(79.4)	0.007	125
金銭管理 「する」	20(71.4)	75(76.5)	0.622	126
休 息 「する」	18(64.3)	72(74.2)	0.302	125
身 繕 い 「する」	23(82.1)	62(63.9)	0.106	125
感情調整 「する」	16(57.1)	60(61.2)	0.697	126
会 話 「する」	22(78.6)	46(46.9)	0.005	126
定刻の就寝 「する」	19(67.9)	64(65.3)	0.802	126
自主的挨拶 「する」	22(78.6)	61(62.2)	0.120	126
断 る こ と 「する」	22(78.6)	63(65.6)	0.250	124
飲食への注意 「する」	17(60.7)	51(52.0)	0.417	126
援助依頼 「する」	15(53.6)	41(42.3)	0.289	125
服薬相談 「する」	21(75.0)	55(57.3)	0.123	124
悪化時相談 「する」	21(77.8)	49(50.0)	0.015	125
症状受け止め 「する」	19(67.5)	63(64.3)	0.824	126
公共機関利用 「する」	17(60.7)	42(42.9)	0.095	126
交通機関利用 「する」	16(57.1)	44(45.5)	0.272	125
調 理 「する」	12(42.9)	40(40.8)	0.847	126
整理整頓 「する」	9(32.1)	48(49.0)	0.114	126

(%) は各クロス表の列を表示

た群は79.4%で、両群の割合に有意な差異がみられた。

4) 会話

会話では、新たに働いた群は、「する」と回答した人の割合は78.6%を占めたが、働かなかった群は46.9%と低く、両群の割合に有意な差異がみられた。

5) 悪化時の相談

悪化時の相談では、新たに働いた群は、「する」と回答した人の割合は77.8%を占めたが、働かなかった群は50.0%で、両群の割合に有意な差異が認められた。

以上の結果から、新たな労働に影響する項目は、退院後期間（2年未満）、職歴・(有)、時間を守る（する群）、会話（する群）、悪化時の相談（する群）であった。

7. ロジスティック回帰分析による労働への影響予測

「新たな労働」を目的変数に、日常生活活動から「時間を守る」、「会話」、「悪化時相談」、対象特性から「居住形態」、「職歴」、「退院後期間」、社会参加への要望から「職業訓練所」、「職親」、「時間労働」、および「病状の安定」、計10個の説明変数を投入しロジスティック回帰分析を行い、これらの変数が労働に及ぼす影響を予測した。

その結果、「会話」、「悪化時の相談」、「退院後期間」が有意な値を示し、新たな労働に影響を及ぼすことが予測された(表9)。

8. 新たな労働に影響を及ぼす変数間の関係

説明変数相互の関係および目的変数への影響を「変数間の関係」として図式化し、図3に示した。新たな労働に対しては、日常生活活動から「時間を守る」すなわち日課、「会話」すなわち自律、「悪化時相談」す

表 8 - 3 . 新たな労働と社会参加への要望、病状の安定の関連

社会参加への要望		新 た な 労 働		p 値 (χ^2 検定または Fisher 直接確率法)	人 数 N=127
		有 n=28	無(%) n=99		
職業訓練所	無	11(39.3)	45(45.9)	0.667	126
	有	17(60.7)	53(54.1)		
デイケア	無	12(42.9)	47(48.0)	0.673	126
	有	16(57.1)	51(52.0)		
相談拡充	無	18(64.3)	44(44.9)	0.088	126
	有	10(35.7)	54(55.1)		
職 親	無	14(50.0)	49(50.0)	1.000	126
	有	14(50.0)	49(50.0)		
憩いの家	無	15(53.6)	48(49.0)	0.831	126
	有	13(46.4)	50(51.0)		
年金生保	無	15(53.6)	49(50.0)	0.831	126
	有	13(46.4)	49(50.0)		
時間労働	無	12(42.9)	54(55.1)	0.288	126
	有	16(57.1)	44(44.9)		
共同住居	無	10(35.7)	56(57.1)	0.055	126
	有	18(64.3)	42(42.9)		
作業所	無	17(60.7)	52(53.1)	0.524	126
	有	11(39.3)	46(46.9)		
援護寮	無	17(60.7)	58(59.8)	0.930	125
	有	11(39.3)	39(40.2)		
病状の安定	無	6(21.4)	24(24.2)	0.752	127
	有	22(78.6)	75(75.8)		

(%) は各クロス表の列を表示

表 9 . 新たな労働へ影響した変数

目的変数	説明変数	オッズ比	p 値	95%信頼区間
新たな労働	会 話	5.573	0.007	1.590~19.534
	悪化時相談	3.886	0.037	1.086~13.912
	退院後期間	0.313	0.040	0.103~ 0.948

(ステップワイズ法によるロジスティック回帰分析)

なわち病氣管理が、対象特性からは「職歴」、「退院後期間」が影響を及ぼした変数として検出され、本研究概念間の関係が認められた。また、ロジスティック回帰分析からも「会話」、「悪化時相談」、「退院後期間」が有意な値を示した変数として選択された。

対象特性では、日常生活活動および社会参加への要望との間にそれぞれ33変数および15変数が有意な関連

を示し、研究概念相互の関係が認められた。

さらに病状の安定に対しては、対象特性のうち「居住形態」が、日常生活活動のうち「自主的挨拶」、「公共機関利用」が有意な関連を示した。

一方、病状の安定および社会参加への要望は、新たな労働に直接影響を及ぼす変数としては検出されなかった。

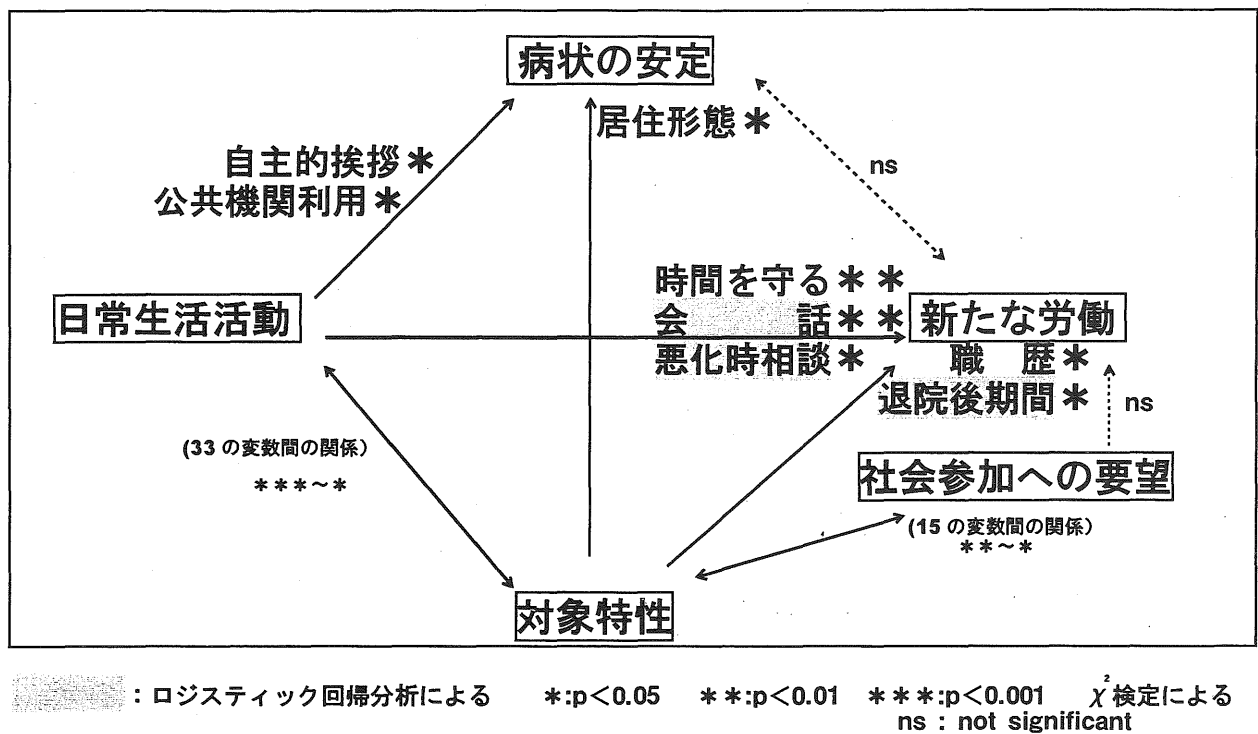


図3. 本研究の概念変数間の関係

VII. 考 察

1. デイケアに占める在宅精神障害者について

全家連調査による精神障害者8322人の実態としては、精神分裂病の占める割合が高く、20歳代前後に初発し、3回以上の入院歴を有する者の割合が高いと報告されている³²⁾。本研究においても、表3、表4-1、表4-2に示した通り、精神分裂病が76.2%と高く、初発年齢は22.9歳で、入院回数は3.8回と同様の特性を有していた。

デイケアに通う精神障害者は、在宅精神障害者の24.9%を占め、通所授産施設(2.1%)、職親事業所(2.8%)等の法定施設に比較すると利用率は非常に高く^{33), 34)}、在宅の精神障害者を対象とした調査では代表的な施設と考えられる。従って、在宅精神障害者の日常生活および社会参加を検討するには、デイケア利用者の特性を把握し、予後を見極めて支援方を構築することが重要となる。

本研究では、統計的安定を図るため8カ所のデイケア通所者を2地区から調査し、サンプル集団の規模を拡大した。この調査方法をとったことによる対象者の

特性の偏りが懸念されたため、表4-2に示した対象者特性の数量データから各デイケア間の差異を検討した。初発年齢では東海地区の保健所デイケアの値が、通所期間では同地区の病院デイケアの値が各々低く、支援者数では近畿地区の保健所デイケアでの値が高い結果となった。しかしながら、年齢、入院期間、入院回数、退院後期間等の主だった特性に関しては、調査地区の違いによる有意差はみられず、特性の偏りも比較的少なかったと考えられる。

2. 日常生活活動を促進する看護援助について

1) 精神障害者が困難とする日常生活活動

精神障害者が困難な活動として障害者から申告された日常生活活動は、食事の準備、洗濯・掃除・整理整頓、規則的な生活リズム、金銭の管理、公共機関・施設の利用、自ら人と付き合う、心配事を人に相談すること等であった³⁵⁾。

本対象においても調理、整理整頓、公共機関の利用、人への援助依頼等を「する」割合が半数を下回り、精神障害者が困難とする活動とはほぼ同様の傾向が把握されたため、これらの日常生活活動への援助を以下に検討した。

「調理」は居住形態との関連が強く、独居の群では7割が「する」と回答し、障害者が調理の家事役割を担う結果と考えられた。一方、家族との同居群では調理をする人が3割に過ぎず、「調理」を家事役割として殆ど担っていないことが示された。したがって、デイケアプログラムにおける料理教室では、現在調理を担う機会の少ない居住形態にある精神障害者に対しても、定期的に「調理」の場を提供し食生活の自立に向けた援助が必要であるといえる。

「整理整頓」は他の日常生活活動に比べて相当低い傾向にあった。このことは、精神障害者が困難とする事柄とも一致し、本研究結果からは支援者の少ない、若年の男性に対する「整理整頓」への援助の必要性が明らかとなった。特に、困難を抱えた独居者や孤立傾向の精神障害者に対しては、求めに応じたホームヘルプサービスが課題といえる。

「援助依頼」は、対象特性との関連は特にみられなかったが、病氣管理の中では「する」割合が最も低いため、援助を依頼できる人間関係とコミュニケーション技術獲得への支援が考えられる。

2) 精神障害者の特性に応じた援助

(1) 初発年齢

精神障害者は発病年齢が若い程社会適応が悪いとされているため³⁶⁾、「公共機関利用」のみならず「感情調整」、「服薬相談」、「飲食への注意」等の日常生活活動においてもこの特徴が反映し、「する」人の割合が低くなったといえる。発病時期が若い人に対しては、デイケアでの日課や課題を共に遂行する中で適宜役割モデルを示し、残存する健康面に積極的に関わることによって日常生活活動を整え、必要に応じて援助することが求められる。

(2) 居住形態

「居住形態」は障害者の家族背景、年齢およびライフサイクル、自活能力などの影響を強く受けると考えられる。独居者では必然的に日常生活活動を家族の援助なしに独力で担わねばならず、家族との同居者に比べ、「する」割合が高かった。特に「公共機関の利用」や「調理」は、同居の家族が担えば障害者がする割合は当

然低くなるといえる。

一方、個人的な日課や自律性を伴う日常生活活動は、家族が障害者に代わって担うことが困難な事柄といえる。そのため、これらの活動では「居住形態」による差がみられなかったと考えられる。

結果には示していないが、独居者の年齢は家族との同居者に比べて有意に高く、年齢が高くなるにつれ親や同胞と別れて独居する傾向が強まるといえる。そのため、現在親や同胞と同居中の人においても将来の自活に備え、「公共機関の利用」や「調理」等が定期的に担えるようデイケア活動を通して支援することが必要と考えられる。さらに、家庭内でもこれらの役割が適宜担えるよう家族に対する働きかけが求められる。

(3) 支援者数

一般に支援者数が多いほど、心身の健康や問題解決に良い影響を及ぼすとされる³⁷⁾。本研究においても支援者の多い群で、「休息」、「悪化時相談」、「身繕い」、「整理整頓」、「時間を守る」等を「する」人の割合が、支援者の少ない群に比べ有意に高く、心身の機能や問題解決等に関わるこれらの日常生活活動に影響したと考えられる。

精神障害では、健常者に比べ人付き合いの範囲が狭く、支援者の殆どが家族を中心とした数人と少ない傾向にあることが報告されている³⁸⁾。したがって、現在のネットワークと支援者を把握し、障害者が安心出来る仲間や相談相手を家族以外から獲得できるよう援助することが重要である。

3) 日常生活活動の特徴に応じた援助

(1) 日課

本研究結果から、「自主的起床」、「身繕い」、「金銭管理」、「時間を守る」、「服薬管理」等を日課として「する」割合は高く、デイケアへの通所は規則的な生活リズムおよび病状の安定に寄与していることが示唆された。さらに、デイケアへの通所を通して対人関係の幅が広がれば人に会う場や機会が増大し、身繕いも役割行動として動機付けられるため³⁹⁾、通所への支援は

デイケアにおいて必須といえる。

「時間を守る」ことをする割合は高く8割を越えたが、入院歴の無い群では入院歴のある群に比べて有意に低かった。これは、本対象者の特性からも明らかのように精神科の入院が長期に及んだため、入院生活のなかで「時間を守る」ことがある程度習慣化され、入院歴の無い群との差異に繋がったと考えられる。

「時間を守る」ことは新たな労働を促進し、5人以上の支援者を持つ人は「時間を守る」ことをする割合が有意に高いため、支援者との関係を大切にすることで時間が守れるよう援助する事が必要である。

一方、支援者数と入院歴の有無とに関連はみられなかったことから、「時間を守る」ことは支援者数、入院歴の有無と個別に関連することが示された。

「服薬管理」を「する」人の割合は9割と日常生活活動の中では最も高く、精神障害者にとっては病状の安定および再発予防に不可欠な日課と考えられる。対象者の大半は入院歴があり、「服薬管理」をする割合も入院歴のない人に比べ有意に高いため、入院によって規則的な服薬行動が習慣化してきたと考えられる。一方、入院歴の無い人では「服薬管理」をする割合が低く、外来および訪問看護等によって、服薬管理に対する援助がより重要といえる。

「休息」とは、疲れた時には早めに休むことであるが、支援者が多く対人関係の幅が広い人は、人との交流を通して対人的な緊張や疲労も高まると考えられ、疲れを自覚して早めに休むことが示唆される。したがって、対人関係の範囲や疲れ易さ等の精神障害者の特性把握が援助につながる。

(2) 自律

精神障害は、対人関係の障害を併せ持つことが多いため⁴⁰⁾、「会話」、「感情調整」、「自主的挨拶」等ができる事は、社会生活を送る上で重要と考えられる。特に「会話」は、新たな労働に対して強い影響を及ぼすことがロジスティック回帰分析でも示されたため、「会話」の苦手な傾向にある37歳以上の群には、デイケアでの

話し合いや会話技能向上に向けた訓練等のプログラムを⁴¹⁾取り入れ、支援することが新たな労働に寄与するといえる。さらに、ヘルパーとの人間関係を基盤とした精神障害者ホームヘルプサービスは、人付き合いやコミュニケーションの向上に寄与するとされ⁴²⁾、「会話」が苦手な日常生活の支援を要する人に対してのホームヘルプサービスの拡大が有効である。

「感情調整」とは文字通り自分の感情を適切にコントロールする自律性と関係し、人付き合いにも影響を及ぼすといえる。「感情調整」が苦手な人へは、自己の感情を明瞭・率直に表現できる技能の獲得や再獲得への援助が必要といわれている⁴³⁾。本調査対象では感情(気分)障害を主症状とする躁鬱病⁴⁴⁾、⁴⁵⁾は4人(3.1%)であったため、診断名が結果に影響を与えた可能性は殆ど無かったといえる。一方、精神分裂病では、むしろ感情の平板化や感情鈍麻等が慢性期にみられることがあるため⁴⁶⁾、⁴⁷⁾、自記式回答で自己の感情を評価するには一部限界があったことは否めない。したがって、実際の対人場面からも感情表出を観察評価する事が課題である。

「自主的挨拶」は人付き合いにおいて初歩的なコミュニケーションであり、また、デイケア活動の目的の一つである「仲間づくり」⁴⁸⁾の効果によって各項目の中で「する」人の割合が最も高かったと考えられる。さらに「自主的挨拶」を「する」は、病状の安定と関連することが結果から示されたため、自主的挨拶の有無を病状との関連から捉えて援助することが必要である。

(3) 病気管理

「悪化時の相談」とは、調子の悪いとき人に相談することで、5人以上の支援者を持つ人は「悪化時の相談」をする割合が有意に高く、相談できる一定のサポートネットワークが存在していることが示された。また「悪化時の相談」は、新たな労働に対して強い影響を及ぼすことがロジスティック回帰分析からも示されたため、この種の対処行動と迅速に相談に応じられるサポートネットワークの確立への支援が就労援助につながる。

「症状の受け止め」は障害者の疾患受容過程や精神分裂病の経過と深く関係するため^{49), 50)}, 再発を繰り返し、症状に悩まされる等の経験をも尊重し、症状の受容に至る過程を見守ることが大切である。

また、医師に対する「服薬相談」では、特に初発年齢の若い群で「する」割合が低いため、服薬に対するニーズを把握し個別な援助が求められる。

(4) 課題の遂行

「公共機関利用」とは、郵便局、銀行、市役所等に行って用を足すことであるが、多くの精神障害者は、公共機関や金融機関等の利用に自信が持てず、援助も必要とされている⁵¹⁾。

本研究では「公共機関の利用」に加え、電車やバス等の「交通機関の利用」による外出も「する」人の割合が半数を下回ったため、デイケアにおいて外出プログラム等の活用を通して、課題遂行への支援をすることが求められる。適宜、郵便局や銀行に出かけることで、入出金、振り込み等の利用にも慣れ親しみ、自信が持てるような援助が重要である。同様に交通機関を活用した外出は、精神障害者の生活行動の範囲を広げ、より多様な社会活動への参加を可能とする。

(5) 生活技能

既に述べた通り、日常生活活動の中で「調理」をする人の割合は最も低かったが、一方、独居者は家族との同居者に比べ「調理」をする割合が有意に高かった。このことは、独居者の多くが家族の援助なしに生活保護等によって独立した生計を維持し、「調理」を含む家事全般を担っている結果といえる。

したがって、独居者や食生活に援助が必要な人では、簡便な「調理」の技能を習得したり、調理済み食品を活用し、食事の準備が過度の負担とならずに栄養バランスのとれた食生活を維持できることが求められる。そのためには、調理済み食品の選択と簡便な調理法が容易に体得できる料理教室を、デイケアプログラムで実施することが必要である。

3. 社会参加への要望に応える看護援助について

精神障害者は、疾患の慢性経過の中で、日常生活活動および能力が低下し、本人、家族の社会的支援ネットワークは弱体化して孤立化するため、専門的な支援が必要とされている^{52), 53)}。

社会参加を支援するためには、障害者の社会参加に向けたニーズを把握し、その個人の特性に応じたきめ細かな援助が必要といえる。社会参加の形態は、居住環境、社会適応能力、地域での社会資源、サポートネットワーク等障害者の置かれた状況によって様々で、家庭生活を主体としたものから職業訓練、就労に至るものまである^{54), 55)}。

本研究では、精神障害者の社会参加に繋がるサービスや資源・法制度等への要望を調査し、要望と関連した対象者の特性および有意な関連はみられなかったが新たな労働とのクロス集計も参考に看護援助を考察する。

1) デイケア

「デイケア」への要望は、男性および職歴の有る人の約6割、分裂病以外の人、および入院歴の無い人のそれぞれ8割を占めていた。本調査対象の大半が通う保健所デイケアは週に1回の頻度であるため、週2回以上の通所要望をしばしば聞くことがあった。特にデイケアの回数増加への要望は、家庭や地域での役割や安心できる居場所が限られている場合、仲間の集うデイケアへの期待が高まったためといえる。したがって、要望を持ったこれら特性の人に対して具体的な要望内容を聞き入れ、デイケア以外での過ごし方や居場所が確保出来るよう支援すると共に、要望をデイケアのプログラム反映させることが求められる。

2) 相談の拡充

「相談の拡充」とは保健婦や相談員への相談回数や相談時間の拡大に対する要望で、支援者数の少ない人はサポートネットワークが狭いため⁵⁶⁾、「相談の拡充」への要望が有意に高かったといえる。そのため、デイケア通所者のサポートネットワークおよび支援者、過去の経歴等を十分把握して、相談を拡充することが必要といえる。

また、職歴を有する人はこの要望が有意に高かったものの、新たな労働への影響は今回みられなかったため、就労への相談も更に拡充することが重要

である。

3) 憩いの家

仲間が集える「憩いの家」のような居場所への要望は、分裂病以外の診断名や支援者が少ない等の人にニーズが高く、安心できる居場所の確保や紹介が重要な支援に繋がるといえる。近年、保健所デイケアの機能の一つとして「居場所」や「憩いの場」等が取り上げられているが^{57), 58)}、地域特性およびメンバーのニーズに応じ、多様な機能をデイケアが積極的に担うことが必要といえる。

4) 年金・生活保護

障害年金、生活保護の拡充に対する要望は、現在の受給の有無とは関係なく「分裂病以外」、「支援者5人未満」、「職歴有」の群で要望する割合が高いことが明らかになったが、現在の生活保護受給割合は独居者において特に高いため、これらの群に対しても生活の困窮程度の把握や経済面の相談が求められる。

5) 時間労働

向精神薬の内服に加え体力低下や易疲労傾向等の特徴を有する⁵⁹⁾精神障害者に必要な「時間労働」とは、週に3~4日、1日4~5時間程度の短時間労働可能な職場への要望を意味する。このような「時間労働」に対する要望は、支援者が5人未満の群ではサポートネットワークが小さいが故に、雇用や福祉サービスに対する要望割合がより高かったと考えられる。

一方、一般就労への足掛かりとなる「職業訓練所」、への要望は最も多く、デイケアプログラムに職業訓練施設への見学等を組み込み、労働ニーズを掘り起こすことが重要と考えられる。

6) 援護寮

「援護寮」は全国で176箇所(1999)⁶⁰⁾と十分普及してはいない。また、生活の自立程度が比較的高い本デイケア通所者にとって、「2年間の宿泊による日常生活の訓練」⁶¹⁾の必要性は低かったと考えられる。したがって、援護寮は当面の宿泊や食事に困窮し、生活訓練等の必要性が生じた場合に、適宜紹介する事が支援に繋がるといえる。

一方、地域での生活者の視点からは、宿泊訓練施設よりも在宅での支援、すなわちホームヘルプサービス等の充実が望まれる。東京都では1997年度からモデル

事業として精神障害者ホームヘルプサービスが数カ所の自治体(区)で指定され、食事、清潔、買い物等の日常生活活動および生活の広がりなどの社会的機能が向上し⁶²⁾、精神障害者の生活の質およびノーマライゼーションに寄与している。

7) 作業所

作業所への要望は、分裂病以外の診断名や職歴を有する人に要望が高かったが、新たな労働への関連は特にみられなかった。作業所は、日中働く場、生活リズムの確立や再発・再入院の予防、仲間づくり、就労への準備等の多様な機能や役割を有するが⁶³⁾、法定外施設であるため地域格差も大きいとされる⁶⁴⁾。

作業所の普及率、補助金共に本対象者の在住地域では、東京など大都市圏に比べ低い傾向にあるため、全体での要望割合も半数を下回ったと考えられる。

しかしながら、作業や生産活動を通しての労働はデイケアでは担えない機能であるため、作業所との連携を密接にとりながら紹介や開拓等の支援を行うことが必要である。

4. 新たな労働に影響する概念変数間の関係について

本研究の結果から、「対象特性」は日常生活活動、病状の安定、社会参加への要望、新たな労働との間に、「日常生活活動」は病状の安定、対象特性、新たな労働との間に、「病状の安定」は日常生活活動、対象特性との間に、「新たな労働」は日常生活活動、対象特性との間に各々有意な関連・影響因子が抽出され、概念変数は一部を除き各関係が認められた。

特に、精神障害の特徴を反映した「対象特性」は、精神障害者特有の「日常生活活動」との間において多数の関連性が検出されたため、これらの概念は相互に関係が強かったと考えられる。

一方、「病状の安定」と「新たな労働」との関連はみられなかったが、慢性期精神障害者においては、精神症状、診断分類と将来の就労の関連は殆どなく、むしろ個人の就労能力の影響の方が大きいと報告されている⁶⁵⁾。また、精神科退院患者の追跡調査では、心理社会的なサポートと社会生活技能については、就労群が非就労群よりも有意に高いとされているが、病歴、職歴、個人の特性については両群に差がないとされる⁶⁶⁾。

本研究においても、病状の安定では両群に差はみられなかったが、社会生活技能の一部と考えられる「時間を守る」、「会話をする」割合が新たに働いた群では有意に高く、支援者も新たに働いた群では多い傾向にあった。また、支援者数は「悪化時相談」、「時間を守る」と関連して「新たな労働」に影響を及ぼしていたため、図4に示したパス解析⁶⁷⁾によって、背景要因である支援者数が「公共機関利用」、「自主的挨拶」、「会話」、「悪化時相談」、「時間を守る」等の日常生活活動に及ぼす影響を検討した。そしてそれら日常生活活動が「病状の安定」と「新たな労働」に及ぼす影響、さらに「病状の安定」から「新たな労働」へ及ぼす影響を検討した。

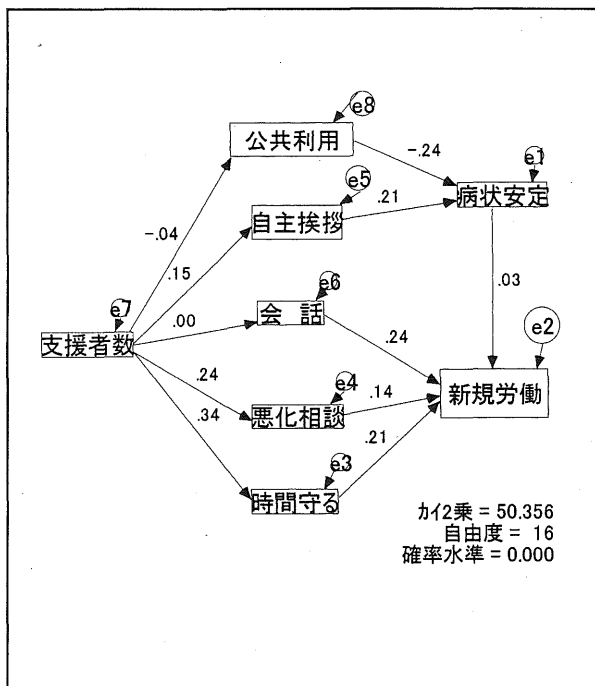


図4. 新たな労働および病状の安定に影響を及ぼす変数のパス解析 (N=130)

「公共機関の利用」は、日常生活活動を構成する「課題の遂行」因子に含まれる変数であるが、支援者数の影響を受けずに「病状の安定」に影響していた。また、「自主的挨拶」、「会話」はそれぞれ日常生活活動を構成する「自律」因子に含まれる変数であるが、支援者数の影響を受けずに「病状の安定」および「新たな労働」に影響していた。

一方、支援者数の影響を受けて新たな労働に影響を及ぼす変数は、それぞれ日常生活活動を構成する「病

気管理」因子および「日課」因子に含まれる変数で、「悪化時の相談」、「時間を守る」であることがパス解析から改めて示された。

さらに、パス解析においても、病状の安定から新たな労働に対しての影響はみられなかった。WHOの障害概念モデルは本研究結果とは異なり、病状と労働の関連がみられる。WHOのモデルは身体障害の概念に漸次精神障害の概念を加え心身障害全般の概念として拡大発展しつつあり⁶⁸⁾、精神障害の概念を十分表しているとは言い難い。また、社会参加、健康状態、心身機能、活動、および個人・背景因子等の相互関連は現在検証途中⁶⁹⁾で、今後精神障害での検証が進めばWHOのモデルは修正される可能性が示された。

本研究において、「社会参加への要望」が「新たな労働」への関連・影響因子として検出されなかったことは、労働に直結する要望項目が僅かで、新たな労働に至った割合も全体の1/5と少なかったことに加え、労働を社会参加の一指標として代表させたことも一因と考えられた。したがって、社会参加の概念および障害者の社会参加ニーズを更に吟味・洗練していく必要があると考える。

5. デイケアにおける社会参加促進への看護援助

保健所デイケアは1975年に精神障害者の「社会復帰相談指導事業」として位置づけられ、個別援助である精神保健相談と密接に連動して展開されてきたが、限られたマンパワーと資源の下で社会参加への多様なニーズにどう応えるかが課題とされている⁷⁰⁾。

同様に、地方都市の保健所デイケアでは特に、病院デイケアや大都市の保健所デイケアと違い、制約された人員と資源の中で社会参加ニーズに応じていく必要がある。

社会参加の一つである労働に対しては、本研究結果から精神障害者の日常生活活動や対象特性に応じた変数を絞り込むことができた。日常生活活動を構成する因子である日課、自律、病気管理を維持増進する事によって、デイケア通所者の社会参加の促進に繋がると考えられる。そこで、表10に日課、自律、病気管理各因子それぞれから、「時間を守る」、「会話」、「悪化時の相談」と、する人の背景としての支援者数を、新たな労働に至った人の支援者数と併せて示し、看護援助を検討した。

表10. 「時間を守る」「会話」「悪化時相談」各回答群別の支援者数

	時間を守る	会 話	悪化時相談	新 た な 労 働	
す る 群	5.82人	5.29人	5.70人	有 群	6.52人
し ない 群	4.25人	5.04人	4.54人	無 群	4.82人
p 値	0.013	0.685	0.064	p 値	0.065

各項目の回答群別の支援者数の平均値 t 検定

「時間を守る」ことや「会話」への援助は、既存のデイケアプログラムを活用して組み込むことが可能であると考えられる。支援者数は「時間を守る」ことをする群では有意に多く、「悪化時相談」でも多い傾向にあり、改めてこれらの日常生活活動の背景としてサポートネットワークの重要性が示された。さらに、新たな労働に至った群では7人近いサポートネットワークを抱え、「時間を守る」、「悪化時相談」をする群の中でも、特に支援者数の多い一部の人が労働を獲得したと考えられる。したがって、支援者が少ない傾向の人に対しては、「大切な人、必要とする人」が一人でも多く獲得でき、安定したサポートネットワークが確立できる援助が重要である。

さらに、「会話」、「悪化時の相談」は既に示した結果からも「する」人の割合が約半数と低い傾向にあるが、これらの活動は新たな労働への予測因子として有意であるため、コミュニケーション能力に繋がる自律性を高める援助、および、自ら相談が持ち込めるような病気管理能力が身につけられる援助を行うことがデイケアにおいて重要である。

慢性期の精神障害者において、将来の労働予測因子としては職歴が対象特性のうち最も有意で、臨床的には就労または保護就労の場で実際に獲得した、同僚や上司との協調性、仕事をやり遂げる力、信頼される、といった3種類の基礎的的就労適応能力が最も有意とされるため⁷¹⁾、過去の「職歴」を把握することによって、現在不足している能力を高め、保持している能力を活かし「新たな労働」に繋げる援助が有効であるといえる。

また、精神科リハビリテーションを終了し働いている精神障害者の調査からは、仕事の中断期間が2年の範囲で短いほど、退院後早期に再就労可能であることが報告されている⁷²⁾。このことから、特に入院によって働いていた仕事を中断した人の再就労を促進するに

は、退院後2年よりも早期に支援を開始することが効果的である。

結果には示していないが、新たな労働に就いた群の労働期間は半数の人からの回答では、2ヵ月から最長12ヵ月の範囲で、その平均は7.36ヵ月と短期であった。労働の内訳は既に述べた通り、非常勤の労働が過半数を占めてはいたが、短期の就労をも尊重し労働を積み重ねていくことが重要といえる。また、退院後デイケア通所を経て、労働までに要した期間は1ヵ月から最長84ヵ月で、その平均は25.48ヵ月であった。ロジスティック回帰分析では「退院後期間」2年未満が労働予測因子として有意な値を示し選択されたため、退院後デイケアにおいて個人の日常生活活動や背景を十分把握し、時期を逃さずに就労支援をすることが必要である。

今回の調査では、99人(76.2%)の人は労働という形態の社会参加に至らなかったが、殆どの人(89.7%)は過去に職歴を有していたことから、今後条件が整えば働く可能性を残しているといえる。また、地域でのボランティア、自助グループ、作業所などの活動を通して精神障害者が自尊心を回復し、徐々に経済活動を伴った社会参加も視野に入れることが出来ると考えられるため、これらの活動への支援も重要である。

VIII. 結 語

精神障害者の社会参加促進要因を明らかにし、支援に向けた看護援助を見出すため、デイケアへの通所者130人を対象に、「日常生活活動」、「社会参加への要望」および1年間の「病状の安定」を調査し、「新たな労働」を目的変数とし、クロス集計およびロジスティック回帰分析を実施した。

分析結果を考察した結果、デイケアにおける精神障害者の社会参加を促進するための看護援助が以下のよ

うに明らかになった。

1. 新たな労働を促進する日常生活活動への看護援助

1) 「時間を守る」ことへの援助

「時間を守る」ことは新たな労働を促進し、5人以上の支援者を持つ人は「時間を守る」人の割合が有意に高いため、支援者数の広がりを通して時間が守れるよう援助する事が必要である。

2) 「会話」への援助

「会話」は新たな労働を促進および予測するため、デイケアでの話し合いや会話技能向上に向けたプログラムを取り入れ、自律性を高める支援をすることが重要である。

3) 「悪化時の相談」への援助

「悪化時の相談」は新たな労働を促進および予測し、5人以上の支援者を持つ人は「悪化時の相談」をする割合が有意に高く、支援者数の拡大を通して相談が持ち込めるような病気管理能力が身に付くように援助することが必要である。

2. 新たな労働を促進する対象の特性に応じた看護援助

1) 過去の「職歴」把握

過去の「職歴」が新たな労働を促進するため、職歴を把握し、現在不足している労働への適応能力を高め、保持している適応能力を活かし、新たな労働に繋げ、短期の労働をも支援することが重要である。

2) 退院後期間「2年未満」での就労支援

退院後期間が新たな労働の促進と予測に寄与するため、退院後「2年未満」の期間で就労支援を開始することが重要である。

本研究の限界と今後の課題

精神障害者の調査研究では対象者と調査者の人間関係が最も優先されるべき事柄と考え、本研究では調査に先だって対象者個々との関係形成や調査の説明と同意に一定期間費やし、延べ調査期間が非常に長期に及んだ。また、調査施設および対象の特徴によって一部調査方法が異なったため、一斉調査と比較した場合データの均一性に限界があることは否めない。

新たな労働へは「退院後期間」2年未満が寄与して

いたが、本研究では入院等に伴った労働の中断期間は調査していないため、さらに入院による労働の中断期間と再就労に至る時期を検討することで、より適時に就労支援が可能と考える。

また、社会参加の形態および精神障害者の社会参加ニーズを更に吟味し、調査を行っていく必要があると考える。今後はこれらの点を視野に入れて研究を積み重ね、デイケア通所者のみならず在宅精神障害者に対しても研究成果を一般化する事が課題である。

謝 辞

本研究調査にご協力いただきました保健所デイケアおよび病院デイケアの皆様へ感謝いたします。

また、丁寧なご指導をいただきました千葉大学看護学部岩崎弥生教授、野尻雅美教授、野口美和子教授に感謝いたします。尚、本稿は2001年度千葉大学に提出した学位論文博士（看護学）の一部である。

文 献

- 1) 藤井克徳：現行規定下では難しい社会復帰施設の飛躍的拡充，臨床精神医学，21（7），1171-1177，1992
- 2) 江畑敬介：病院リハビリテーションと地域リハビリテーション，こころの科学67，1417，1996
- 3) 吉野隆之：障害者プランのめざすもの，保健婦雑誌，53（1），12-45，1997
- 4) 大島巖：精神保健福祉法—意欲を事業に反映するために—統計資料の活用法，公衆衛生，61（5），369-372，1997
- 5) 斎藤明子：ノーマライゼーションとアメリカ障害者法—とくに日本の障害者施策と比較して—，公衆衛生，61(6)，397-401，1997
- 6) 松下正明編集：臨床精神医学講座22，精神医学と法，49-59，中山書店，1997
- 7) 全家連保健福祉研究所編：精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ'97，全国精神障害者家族連合会，52-54，1997
- 8) 全国精神障害者家族連合会：精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93，ぜんかれん増刊，70-135，1993

- 9) 村田信男他編：精神科デイケア，医学書院，2-9，110-121,1996
- 10) Liberman, R. P. & Mueser, K.T., 福田正人他訳：精神分裂病の認知行動療法，患者および家族に対する問題解決方式生活技能訓練，臨床精神医学，14（6），913-924，1985
- 11) 西園昌久，皿田洋子：分裂病治療における生活技能の訓練の意義と役割，臨床精神医学，19（9），1331-1335，1990
- 12) 石黒太一：慢性患者へのSSTの実際，SSTニューズレター，10（3），6-10，1999
- 13) 皿田洋子他：Social Skills Training の実際と評価，集団精神療法，6（2），103-108，1990.
- 14) 皿田洋子他：生活技能訓練の評価を巡って，OTジャーナル，25，331-335，1991
- 15) 荒賀文子他：保健所における精神障害者のリハビリテーションの試み—グループ活動を通して—，日本公衛誌，29（8），364-370，1982
- 16) 横山淳二他：慢性分裂病患者の「生活障害」評価，信頼性と臨床的妥当性の検討，理・作・療法，18（6），415-423，1984
- 17) 山下俊幸他：精神科リハビリテーションにおける行動評価尺度『REHAB』の有用性，精神医学，199-205，1995
- 18) 荒賀文子他：精神障害者の社会生活に関する調査，共同作業所利用者の調査から，大阪府立公衛研所報，28，169-181，1990
- 19) Baker, R., et al: A review of the applications of the REHAB assessment system, Behavioural & Congnitive Psychotherapy, 22, 211-231, 1994
- 20) 羽山由美子：精神科領域における社会適応測定尺度，精神科MOOK, No.22, 分裂病のリハビリテーション，金原出版，208) 220，1988
- 21) 大島巖他：精神分裂病に用いられる社会機能評価尺度，OTジャーナル，26，456-465，1992
- 22) 全国精神障害者家族連合会：精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93，ぜんかれん増刊，70-135，1993
- 23) 村田信夫：精神障害者の「働くこと」の治療的意味，精神科看護，26（5），8-12，1999
- 24) World Health Organization: International Classification of Functioning and Disability, IC DH-2, Beta-2 Draft Short Version, 24-26, 1999
- 25) World Health Organization: International Classification of Functioning and Disability, ICDH-2, Beta-2 Draft Short Version, 14-15, 1999
- 26) 北島謙吾他：保健所通所精神障害者の就労に関する追跡調査，日本公衆衛生学会第52回学術集会抄録集，40(10)，1041，1993
- 27) 羽山由美子：精神障害者の社会適応モデル，看護研究，25（2），43-56，1992
- 28) 川口優子：精神障害者のソーシャルサポートとセルフケアの関連，日本看護科学学会誌，第10回講演集，156-157，1990
- 29) 北島謙吾：精神科デイケア通所者のセルフケア能力とその関連因子，日本精神保健看護学会誌，2（1），83-90，1993
- 30) 北島謙吾他：保健所グループワーク通所者のセルフケアとその関連因子，日本公衆衛生学会第51回総会抄録集，39（10），888，1992
- 31) 北島謙吾他：精神障害者の社会生活機能と社会参加に関する研究，日本公衆衛生学雑誌，43（2），111-117，1996
- 32) 全国精神障害者家族連合会：精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93，ぜんかれん増刊，70-135，1993
- 33) 全家連保健福祉研究所編：精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ'97，全国精神障害者家族連合会，52-54，1997
- 34) 全国精神障害者家族連合会：精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93，ぜんかれん増刊，70-135，1993
- 35) 高橋清久，大島巖編：精神障害者ケアマネジメントの進め方，精神障害者社会復帰促進センター，43-52，1999
- 36) 岡部祥平：思春期に発病した精神分裂病の経過と予後，精神医学，817-826，22（8），1980
- 37) Norbeck, J., 聖路加看護大学編訳：看護におけるソーシャル・サポート，看護研究，19（1），4-24，1986
- 38) 野嶋佐由美：精神病者のソーシャルサポートネットワークに関する文献の概観，看護研究，20（3），

- 258-267, 1987
- 39) 北島謙吾他：「更衣・整容更衣のセルフケア不足」に関する臨床的検討，看護診断1994，日本看護診断研究会，59-62，1994
- 40) 高橋三郎他訳：DSM—Ⅳ精神疾患の分類と診断の手引き，医学書院，119-128，1998
- 41) Liberman, R. P. et al, 池淵恵美監訳：精神障害者の生活技能訓練ガイドブック，医学書院，168-199，1997
- 42) 萱間真美：精神障害者ホームヘルプサービスの効果S区によるモデル事業の全数調査，日本公衛誌，47（9），773-782，2000
- 43) Liberman, R. P. et al, 池淵恵美監訳：精神障害者の生活技能訓練ガイドブック，医学書院，20-32，1997
- 44) 中根充文他：ICD-10「精神・行動の障害」マニュアル，医学書院，91-101，1994
- 45) Fotinash, K. M. et al, 北島謙吾他監訳：精神科看護ケアプラン，医学書院，58-91，1999
- 46) 中根充文他：ICD-10「精神・行動の障害」マニュアル，医学書院，80-90，1994
- 47) Fotinash, K. M. et al, 北島謙吾他監訳：精神科看護ケアプラン，医学書院，93-120，1999
- 48) 荒賀文子他：保健所における精神障害者のリハビリテーションの試み—グループ・ワーク活動を通じて—日本公衛誌，29（8），364-370，1982.
- 49) 葛西康子他：地域に住む精神障害者の障害認識と対処努力，看護研究，32（2），143-152，1999
- 50) 田中恵美子：ある精神障害・当事者にとっての病の意味，地域生活を送るNさんのライフストーリーとその解釈，看護研究，33（1），37-59，2000
- 51) 高橋清久，大島巖編：精神障害者ケアマネジメントの進め方，精神障害者社会復帰促進センター，43-52，1999
- 52) Norbeck, J. S. et al: Social Support Needs of Family Caregivers of Psychiatric Patients From Three age groups, Nursing Research, 40（4），208-213，1991
- 53) Melzer, D. et al: Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge, British, M. J, 303(26), 1023-1026, 1991
- 54) 寺谷隆子：地域支援システムの現状と課題；多様で新たな地域支援サービスの創設，こころの科学，No.67，50-54，1996
- 55) 八重田淳：北海道における精神分裂病患者の就労可能性に関連する要因の検討，北海道医療大学看護福祉学部紀要，No. 1，81-88，1994
- 56) Stewart, M. J: Social Support Instruments Created by Nurse Investigators, Nursin Research, 38（5），268-275，1989
- 57) 村田信男他編：精神科デイケア，医学書院，145-151，1996
- 58) 西山詮編：これからの精神医療と福祉，星和書店，169-179，1998
- 59) 金子鮎子：就労に対する雇用主の声，精神障害者を職場に受け入れた経験より，精神科看護，26（5），23-27，1999
- 60) 厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生指標臨時増刊，47（9），120-125，2000
- 61) 江畑敬介：病院リハビリテーションと地域リハビリテーション，こころの科学67，14-17，1996
- 62) 萱間真美：精神障害者ホームヘルプサービスの効果S区によるモデル事業の全数調査，日本公衛誌，47（9），773-782，2000
- 63) 野津真：精神障害者の社会参加 作業所を巡ってこころの科学67，61-65，1996
- 64) 藤井克徳：共同作業所の現状と課題，精神科MOOK 26，精神科における医療と福祉，金原出版，217-227，1990
- 65) Anthony, W. A. et al: Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications, American Psychological Assn. 39（5），537-544，1984
- 66) Hector, T. et al: Predictors of post-hospital employment status for psychiatric patients in Hong Kong, International J. of Social-Psychiatry, 46（4），306-312，2000
- 67) Arbuckle, J. L.: AMOS 4.0 User's Guide, Smallwaters. Corp, 1999
- 68) 佐藤久夫：WHO国際障害分類の改正動向，障害者問題研究，26（1），67-76，1998
- 69) World Health Organization: International Classification of Functioning and Disability,

- ICDH-2, Beta-2 Draft Short Version,
2-14, 1999
- 70) 村田信男他編：精神科デイケア，医学書院，2-
9, 145-151, 1996
- 71) Anthony, W. A. et al : Predicting the vocational
capacity of the chronically mentally ill : Research
and policy implications , American Psychological
Assn. 39 (5), 537-544 ,1984
- 72) Watts, F. N. et al : Previous occupational
stability as a predictor of employment after
psychiatric rehabilitation, Psychological-Medicine
, 7(4), 709-712, 1977