
*abstract***An epidemiological study of “disability” based on WHO definition by comparing mental disability (schizophrenia) and physical disability (poliomyelitis and spinal cord injury)****Yumiko Fujishiro**

We carried out an epidemiological study to compare two disabilities: the mental disability (schizophrenia cases) and the physical (poliomyelitis and spinal cord injury cases), in accordance with the WHO definition of “disability”. A total of 171 schizophrenia, 976 spinal cord injury (SCI) and 1,181 poliomyelitis individuals were asked to fill the questionnaire based on WHO definition. Available cases for analysis were 135, 538 and 538 cases respectively. The results are, 1) as for “activity”, the limitations of basic ADL were bigger in physical disability than in those with mental disability, 2) the limitations of instrumental ADL do not significantly differ between two disabilities, 3) the limitation in “use of communication device” was bigger in mental disability, 4) as for “social participation”, restrictions do not differ between the schizophrenia and the SCI, 5) as for “health service”, “in need of the service” and “satisfaction” were both higher in mental disability. At least, we could confirm that WHO definition of disabilities can be put to for the practical use to compare different types of disabilities, which was impossible before the WHO definition appeared, and there are some advantages and limits in this method.

JPN Bull Soc Psychiat 14 : 200-212, 2005

Department of Social Medicine, Toho University School of Medicine. 5-21-16, Omori-Nishi, Ota-Ku, Tokyo, 143-8541 Japan.

■原著論文

精神障害者の社会参加に関する要因分析

平部正樹

抄録：精神障害者について ICF の障害定義に基づいて調査し、社会参加に関する要因分析を行ったので、ここに報告する。対象は、原疾患が統合失調症で、現在地域生活を送っており、なんらかの社会復帰サービスを受けている者である。調査参加の同意が得られた者は 171 人、うち 135 人が実際に調査に参加した。調査票は、対象者による自記式質問紙と、施設スタッフによる評価シートの 2 部から構成した。前者では、「対象者の特性」「生活状況」「生活習慣」「活動」「社会参加」「健康サービス」「生活満足度」についてたずねた。後者では施設スタッフに「精神症状」の客観評価を求めた。社会参加との相関が有意な項目は、生活習慣、活動性、精神症状などであった。重回帰分析の結果、活動性と適正体重維持の生活習慣が重要な項目であることが示された。

日社精医誌 14:188-199, 2005

索引用語：統合失調症, 国際生活機能分類, 社会参加, 生活習慣, BPRS
schizophrenia, ICF, social participation, health practice, BPRS

はじめに

医療・福祉・保健の対象者を生活者として包括的に捉え、実際の生活の場において生活の質 (Quality of Life; QOL) の向上と自己実現に向けて支援することは、国際的な動向となっている。障害者の自立と社会参加は、これと軌を一にしたものである。これに応じて WHO は、従来の国際疾病分類に加えて 1980 年に国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICDH) を発表した¹⁵⁾。以来、いくつかの改変を経て、生活概念に基づいた国際生活機能分類 (International

Classification of Functioning, Disability and Health; ICF) が 2001 年に採択された¹⁷⁾。これは障害の分類であると同時に、新たな障害の定義に即して、当事者の生活の場における活動性や社会参加を測定するツールの開発でもあった。日本では 1993 年に障害者基本法が成立し、「精神障害」が医学的な疾病概念であるにとどまらず、生活概念でもあることが明確にされた。精神障害者の社会参加を考えるにあたり、当事者の生活を反映した実証的な研究が急務となった。

精神医療の実践においては、生活習慣や活動性などの生活情報は、臨床症状などの医学情報と平行して従来より重要視されてきたが、精神障害者の社会参加支援との関連においても、具体的に測定し、評価すべき重要な情報となった。

本研究では、地域に住む精神障害者を対象として疫学的調査を行い、精神障害者の社会参加に関連する生活要因について検討したので、ここに報告する。

2005 年 9 月 17 日受理

An analysis of factors enabling the social participation of mentally disabled persons.

東邦大学医学部医学科社会医学講座

(〒143-8541 東京都大田区大森西 5-21-16)

Masaki Hirabe: Department of Social Medicine, Toho University School of Medicine. 5-21-16, Omori-Nishi, Ota-ku, Tokyo, 143-8541 Japan.

対象と方法

対象と方法

本研究の調査対象は精神障害者である。具体的には、① 原疾患が統合失調症であること、② 現地域生活を送っていること、③ 社会復帰サービスを受けていること、の3条件がそろった者とした。調査実施時期は2004年4月から2005年3月であった。調査開始にあたっては、3医療機関のケア部門・外来、11小規模作業所の施設責任者に調査依頼をした。つぎに、施設スタッフの協力を得て、対象者の検討を行った。病状や生活状況、治療関係等を考慮して、調査への参加が不適切な者は対象から除外するよう施設スタッフに依頼した。実際に除外されたのは、メンバー登録しているが来所していない者が主であった。説明を受けた者は349人であり、うち調査対象者の条件を満たさない者、その他、同意の得られない者を除いた171人を調査対象者とした。

調査票は対象者による自記式質問紙と、施設スタッフによる客観評価シートの2部から構成した。対象者には、通院・通所機関にて質問紙を配布・回収した。調査時には原則として、調査者と施設スタッフが同席し、必要に応じて回答を補助した。対象者からの調査票の回収数は135票、回収率は78.9%であり、これを分析対象者数とした。そのうち、施設スタッフからは115票の客観評価が回収された。

2. 調査票の構成

調査票はICFの構造に従い、対象者の「心身機能と身体構造」「活動」「参加」の3要素を把握するよう作成した。さらに、生活状況や生活習慣等を把握する項目を加えた。その結果、8つの大項目が設けられた。すなわち、「対象者の特性」「生活状況」「生活習慣」「精神症状」「活動性」「社会参加」「健康サービス」「生活満足度」である。このうち「精神症状」については、本人の自己評価だけでなく、施設スタッフによる客観評価も求めた。なお、以下に述べるごとく、本調査票

の主要部分は既成の評価尺度を組み合わせた一種のテスト・バッテリーである。

「対象者の特性」の下位項目は、性別、現年齢、初回診断時年齢である。「生活状況」の下位項目は、就業、居住形態、介助者、障害年金、精神障害者保健福祉手帳である。「生活習慣」の下位項目にはBreslowの「7つの健康習慣」を用いた¹⁵⁾。これは、定期的な運動、適正体重の維持、規則的な睡眠、朝食の摂取、喫煙、過度の飲酒、間食の7項目からなり、それぞれについて現在の自分に当てはまるかどうかを「はい・いいえ」で回答するものである。前半4項目については当てはまるほうが、後半3項目については当てはまらないほうが望ましい生活習慣であるとされる。

「活動性」および「社会参加」は、WHOによるICIDH-2のβ2案¹⁶⁾を参考としつつ、ICFの「活動」と「参加」の領域・カテゴリー名、および評価基準をもとに作成した。なお、ICFの「活動」は制限度、「参加」は制約度から評価され、高値であるほど制限・制約が大きいことを示す。よって、本研究でもこれに則った。「活動性」の下位項目は、注意、学習、思考、課題、理解、表現、連絡手段の利用、運搬、歩行、移動(交通機関の利用)、移動(運転)、入浴、トイレ、更衣、食事、健康管理、衣食住、家事、家族役割、人間関係、交流、教育、課題遂行、金銭管理、レクリエーションの25項目である。各項目は「制限なくできる：0点」から「できない：4点」の5段階評価である。「社会参加状況」の下位項目は、健康管理、移動、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、教育の10項目である。各項目は、「制約なくできる：0点」から「できない：4点」の5段階評価である。

「精神症状」は、ICFの「心身機能と身体構造」に相当する項目である。これには、BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)^{14,20)}を用いて、本人と施設スタッフが同一項目を評価した。心氣的訴え、不安、思考解体、罪業感、誇大性、抑うつ気分、敵意、疑惑、幻覚様行動、思考内容の異常、感情鈍麻、失見当識、感情的ひきこもり、緊

表1 対象者の性別・現年齢

項目	男性	女性	全体
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
性別	88 (65.2)	47 (34.8)	135 (100.0)
現年齢			
20代	18 (20.5)	10 (21.3)	28 (20.7)
30代	26 (29.5)	14 (29.8)	40 (29.6)
40代	21 (23.9)	10 (21.3)	31 (23.0)
50代	16 (18.2)	11 (23.4)	27 (20.0)
60代	6 (6.8)	1 (2.1)	7 (5.2)
70代	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.7)
無回答	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (0.7)
計	88 (100.0)	47 (100.0)	135 (100.0)

注1) 度数は、性別のみ横100%、他の項目は縦100%である。

張、衝動的な行動や姿勢、運動減退、非協調性、精神運動興奮の、精神症状18項目からなり、「ない：0点」から「非常に強い：6点」の7段階評価である。BPRSの評価は精神症状であるよりも、精神状態像に近い。しかし、慣用に従って、「精神症状」というラベルを用いた。

なお、「精神症状」の自己評価、「健康サービス」「生活満足度」については、独自の複雑な考察が必要なため、本論文では取り上げなかった。

3. 解析方法

データ解析には、SPSS ver.13 (SPSS Japan Inc.) を用いた。有意差検定は、連続変数には t 検定を、カテゴリ変数には χ^2 検定を用いた。「社会参加状況」とその他の項目については、Spearman の順位相関係数を求めた。その際、「生活状況」の下位項目である、就業、居住形態、介助者、障害年金、精神障害者保健福祉手帳については、「就業している—していない」「単身である—ではない」「介助者がいる—いない」「障害年金を受けている—受けていない」「手帳を持っている—持っていない」の二項表記に変換した。次いで、社会参加に関連する要因を抽出するため、重回帰分析を行った。社会参加合計点と単純相関が有意であった項目を説明変数として選び、社会参加合計点を目的変数として、ステップワイズ法

による重回帰分析を行った。モデルに用いる基準は $p < 0.10$ 、有意水準は $p < 0.05$ とした。

結 果

1. 各項目の所見

1) 対象者の特性

表1に対象者の性別・年齢を示した。性別では男性の割合が65.2%と高かった。平均現年齢は40.7歳で、30代が29.6%と最も多く、次いで40代が多かった。初回診断時年齢は平均16.2歳であり、現年齢と初回診断時年齢から算出した診断後経過年数は、平均24.1年であった。

2) 生活状況に関する要因

表2には「生活状況」の実数を示した。居住形態では同居が62.2%と最も高く、次いで単身が23.0%で、グループホームは9.6%であった。また、身近に介助者が必要であると回答した者は80.0%と高率であったが、うち9.3%には介助者がいなかった。主たる介助者は、父母が50.4%と過半数を占め、次いで兄弟姉妹9.6%、介助専門職5.9%であった。就業状況については性差があり、女性で家事就労の割合が相対的に高かったが、就業していない者の割合が最も高い点では男女とも一致していた。障害年金を受けている者は66.7%、精神障害者保健福祉手帳を持っている者

表2 現在の生活状況

項目	男性		女性		全体		有意差
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
N=135							
居住形態							n.s.
単身	19	(21.6)	12	(25.5)	31	(23.0)	
同居	56	(63.6)	28	(59.6)	84	(62.2)	
グループホーム	9	(10.2)	4	(8.5)	13	(9.6)	
施設	0	(0.0)	1	(2.1)	1	(0.7)	
無回答	3	(3.4)	1	(2.1)	4	(3.0)	
介助者							n.s.
不必要：いない	15	(17.0)	8	(17.0)	23	(17.0)	
必要：いない	7	(8.0)	3	(6.4)	10	(7.4)	
必要：いる	63	(71.6)	35	(74.5)	98	(72.6)	
無回答	3	(3.4)	1	(2.1)	4	(3.0)	
主たる介助者							
父親・母親	47	(53.4)	21	(44.7)	68	(50.4)	
兄弟姉妹	6	(6.8)	7	(14.9)	13	(9.6)	
夫・妻	3	(3.4)	0	(0.0)	3	(2.2)	
子ども・その配偶者	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
隣人・知人	4	(4.5)	0	(0.0)	4	(3.0)	
ボランティア	2	(2.3)	2	(4.3)	4	(3.0)	
介助専門職	3	(3.4)	5	(10.6)	8	(5.9)	
その他	1	(1.1)	1	(2.1)	2	(1.5)	
無回答	22	(25.0)	11	(23.4)	33	(24.4)	
就業							*
就業している	21	(23.9)	12	(25.5)	33	(24.4)	
家事就労	3	(3.4)	7	(14.9)	10	(7.4)	
就業していない	64	(72.7)	27	(57.4)	91	(67.4)	
無回答	0	(0.0)	1	(2.1)	1	(0.7)	
障害年金							n.s.
1級	9	(10.2)	8	(17.0)	17	(12.6)	
2級	41	(46.6)	21	(44.7)	62	(45.9)	
3級	9	(10.2)	2	(4.3)	11	(8.1)	
受けていない	26	(29.5)	14	(29.8)	40	(29.6)	
無回答	3	(3.4)	2	(4.3)	5	(3.7)	
精神障害者保健福祉手帳							n.s.
1級	11	(12.5)	6	(12.8)	17	(12.6)	
2級	42	(47.7)	22	(46.8)	64	(47.4)	
3級	12	(13.6)	7	(14.9)	19	(14.1)	
持っていない	21	(23.9)	8	(17.0)	29	(21.5)	
無回答	2	(2.3)	4	(8.5)	6	(4.4)	

注1) 度数は、縦100%である。

注2) χ^2 -testで、* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$ を示す。

は74.1%であった。

3) 生活習慣

「生活習慣」も生活情報の1つであるが、重要

な項目であり、かつ、Breslowの7つの健康習慣を精神障害者に用いた先行研究は見あたらないため、「生活習慣」7項目の実数を表3に詳述し

表3 生活習慣

項目	男性		女性		全体		有意差
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
N=135							
基本的生活習慣因子							
定期的運動							n.s.
あり	32	(36.4)	17	(36.2)	49	(36.3)	
なし	50	(56.8)	29	(61.7)	79	(58.5)	
無回答	6	(6.8)	1	(2.1)	7	(5.2)	
適正体重維持							n.s.
あり	45	(51.1)	22	(46.8)	67	(49.6)	
なし	35	(39.8)	22	(46.8)	57	(42.2)	
無回答	8	(9.1)	3	(6.4)	11	(8.1)	
規則的睡眠							n.s.
あり	66	(75.0)	35	(74.5)	101	(74.8)	
なし	19	(21.6)	10	(21.3)	29	(21.5)	
無回答	3	(3.4)	2	(4.3)	5	(3.7)	
朝食摂取							n.s.
あり	59	(67.0)	36	(76.6)	95	(70.4)	
なし	26	(29.5)	7	(14.9)	33	(24.4)	
無回答	3	(3.4)	4	(8.5)	7	(5.2)	
付加的生活習慣因子							
喫煙							***
あり	56	(63.6)	14	(29.8)	70	(51.9)	
なし	29	(33.0)	30	(63.8)	59	(43.7)	
無回答	3	(3.4)	3	(6.4)	6	(4.4)	
過度の飲酒							n.s.
あり	6	(6.8)	0	(0.0)	6	(4.4)	
なし	73	(83.0)	44	(93.6)	117	(86.7)	
無回答	9	(10.2)	3	(6.4)	12	(8.9)	
間食							n.s.
あり	40	(45.5)	28	(59.6)	68	(50.4)	
なし	44	(50.0)	16	(34.0)	60	(44.4)	
無回答	4	(4.5)	3	(6.4)	7	(5.2)	

注1) 度数は、縦100%である。

注2) χ^2 -testで、* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$ を示す。

た。規則的な睡眠をとっている者は74.8%、朝食を摂取している者は70.4%、適正体重を維持している者は49.6%、定期的運動を行っている者は36.3%であった。一方、過度の飲酒をしていない者は86.7%、間食していない者は44.4%、喫煙していない者は43.7%であった。喫煙には性差があり、男性のほうが喫煙率が高かった。

さらに、これらの7項目の内的構造を探るた

め、バリマックス回転による因子分析を行ったところ、2因子が得られた。第1因子には、適正体重維持、規則的睡眠、朝食摂取、定期的運動の因子負荷量が高かったため、「基本的生活習慣因子」と名付けた。第2因子には、間食、過度の飲酒、喫煙の因子負荷量が高かったため、「付加的生活習慣因子」と名付けた。

なお、「活動状況」と「精神症状」の詳細につ

表4 社会参加

N = 135

項 目	制約なし	軽度制約	中等度制約	重度制約	できない	無回答
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
康 管 理	43 (31.9)	48 (35.6)	24 (17.8)	9 (6.7)	6 (4.4)	5 (3.7)
移 動	79 (58.5)	24 (17.8)	20 (14.8)	7 (5.2)	1 (0.7)	4 (3.0)
交 流	48 (35.6)	32 (23.7)	38 (28.1)	9 (6.7)	4 (3.0)	4 (3.0)
情 報 交 換	77 (57.0)	24 (17.8)	20 (14.8)	8 (5.9)	1 (0.7)	5 (3.7)
家 族 役 割	50 (37.0)	34 (25.2)	26 (19.3)	12 (8.9)	8 (5.9)	5 (3.7)
夫 婦 ・ 異 性 関 係	51 (37.8)	14 (10.4)	23 (17.0)	12 (8.9)	20 (14.8)	15 (11.1)
仕 事	39 (28.9)	33 (24.4)	29 (21.5)	14 (10.4)	12 (8.9)	8 (5.9)
金 銭 管 理	61 (45.2)	26 (19.3)	24 (17.8)	10 (7.4)	9 (6.7)	5 (3.7)
地 域 活 動	46 (34.1)	34 (25.2)	29 (21.5)	12 (8.9)	9 (6.7)	5 (3.7)
教 育	58 (43.0)	20 (14.8)	28 (20.7)	11 (8.1)	11 (8.1)	7 (5.2)

注1) 度数は、横100%である。

てはデータが膨大であるため、この論文では実数値の提示は控え、「社会参加状況」との相関のみを後述の表5に示した。

4) 社会参加の各項目と社会参加合計点

ICFの基準に従って精神障害者の社会参加の集数を示したデータは現在のところ見あたらないため、本研究における「社会参加」10項目の実数を表4に示した。社会参加に制約がないか軽度と回答した者は、移動の項目で76.3%と最も高く、次いで情報交換74.8%、金銭管理64.4%であった。逆に、できないか重度の制約があると回答した者は、夫婦・異性関係の項目で23.7%と最も高く、次いで仕事19.3%、教育16.3%、地域活動15.6%であった。

また、社会参加10項目の内的構造を探るため、因子分析を行ったところ、主成分解により抽出された成分が1個に集約した。これを参考にして、10項目の単純加算値である社会参加合計点を社会参加の代表値として採用した。数理的には因子得点を算出するほうが正確であるが、実践上の利便性を考え、以下の分析では合計点を用いることにした。

2. 社会参加と各変数の関連

社会参加10項目を代表する値として社会参加合計点に注目し、表5に、その合計点と各変数との単純相関を示した。社会参加合計点と性別・

年齢とは有意な相関がなかったが、初回診断時年齢が若年であるほど社会参加の制約が大きかった。生活状況では、就業していない者で社会参加の制約が大きかった。生活習慣については、適正体重が維持されていない者、規則的な睡眠をとっていない者で、社会参加の制約が大きかった。

活動状況では運転以外の全項目で社会参加合計点と高い正の相関があり、活動が制限されている者ほど社会参加の制約が大きかった。精神症状では不安、感情的ひきこもり、罪業感、緊張、抑うつ気分、疑惑、幻覚様行動、運動減退、思考内容の異常、感情鈍麻、精神運動興奮、失見当識の12項目で社会参加合計点と正の相関があった。また、精神症状18項目の合計点とも正の相関が示され、精神症状が重度であるほど社会参加の制約が大きかった。

3. 社会参加に関する要因分析

最後に、単純相関が有意であった上記項目から、特に、社会参加合計点と関連性の高い要因を同定するよう試みた。すなわち、相関が有意な項目を説明変数とし、社会参加合計点を目的変数として重回帰分析を行った。この際、生活状況における就業の項目は、社会参加と概念が重複するため、投入する変数から除いた。また、活動状況については、活動性合計点が社会参加状況の10項目すべてと有意な相関があったため、活動性合計

表5 社会参加と他要因との相関

社会参加	健康管理	移動	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	社会参加合計点
属性											
性別	0.02	0.17 *	0.03	-0.05	0.05	0.00	-0.08	-0.01	0.00	-0.01	-0.04
年齢	0.08	0.05	-0.01	-0.03	0.01	0.01	-0.16	-0.03	-0.02	0.00	-0.05
診断時年齢	-0.11	-0.15	-0.08	-0.11	-0.17	-0.12	-0.30 **	-0.09	-0.12	-0.22 *	-0.21 *
診断後経過年数	0.13	0.17 *	0.01	0.00	0.13	0.11	0.03	0.07	0.03	0.16	0.09
生活状況											
就業：有無	-0.08	-0.11	-0.16	-0.16	-0.18 *	-0.06	-0.28 **	0.00	-0.19 *	-0.13	-0.19 *
居住形態：有無	0.07	0.08	0.07	0.09	0.10	-0.06	0.02	0.10	0.10	0.13	0.06
介助者：有無	0.21 *	-0.02	-0.03	0.01	-0.03	0.09	0.04	0.04	-0.04	-0.07	0.00
障害年金：有無	0.13	0.26 **	0.15	0.12	0.14	-0.02	0.10	0.07	0.15	0.16	0.13
障害手帳：有無	0.21 *	0.19 *	0.10	0.06	0.16	-0.01	0.00	0.10	0.09	-0.01	0.05
生活習慣 (Breslow)											
定期的運動	-0.09	0.04	0.02	-0.02	0.11	-0.01	0.02	-0.08	-0.05	-0.02	-0.02
適正体重維持	-0.20 *	-0.06	-0.13	-0.18 *	-0.16	-0.22 *	-0.16	-0.19 *	-0.21 *	-0.09	-0.26 **
規則的睡眠	-0.06	-0.07	-0.16	-0.11	-0.20 *	-0.14	-0.23 *	-0.04	-0.18 *	-0.29 *	-0.22 *
朝食摂取	0.05	0.02	-0.01	-0.15	0.02	0.07	-0.01	-0.11	-0.06	0.07	-0.01
喫煙	-0.04	0.10	0.08	0.03	-0.03	-0.18 *	-0.08	-0.04	0.06	-0.01	-0.06
過度の飲酒	-0.05	-0.04	-0.04	0.00	-0.09	-0.10	0.00	0.02	-0.09	-0.02	-0.03
間食	0.11	0.00	0.16	0.09	0.05	0.22 *	0.09	0.03	0.09	-0.06	0.15
生活習慣合計点	0.09	0.05	0.16	0.16	0.06	0.10	0.11	0.13	0.21 *	0.09	0.16
活動性											
注意	0.35 ***	0.48 ***	0.32 ***	0.36 ***	0.40 ***	0.21 *	0.30 **	0.28 **	0.28 **	0.38 ***	0.42 ***
学習	0.39 ***	0.29 **	0.33 ***	0.22 *	0.50 ***	0.31 **	0.43 ***	0.28 **	0.30 **	0.50 ***	0.45 ***
思考	0.50 ***	0.42 ***	0.51 ***	0.30 **	0.49 ***	0.36 ***	0.40 ***	0.31 **	0.30 **	0.41 ***	0.51 ***
課題	0.36 ***	0.38 ***	0.39 ***	0.30 **	0.43 ***	0.38 ***	0.47 ***	0.30 **	0.35 ***	0.49 ***	0.52 ***
理解	0.32 ***	0.36 ***	0.49 ***	0.41 ***	0.49 ***	0.40 ***	0.47 ***	0.36 ***	0.44 ***	0.53 ***	0.57 ***
表現	0.50 ***	0.46 ***	0.61 ***	0.42 ***	0.47 ***	0.39 ***	0.41 ***	0.35 ***	0.44 ***	0.42 ***	0.60 ***
連絡手段の利用	0.24 *	0.32 **	0.44 ***	0.56 ***	0.40 ***	0.49 ***	0.37 ***	0.28 **	0.37 ***	0.44 ***	0.54 ***
運搬	0.37 ***	0.36 ***	0.34 ***	0.21 *	0.32 ***	0.15	0.25 **	0.21 *	0.25 **	0.34 ***	0.33 **
歩行	0.51 ***	0.52 ***	0.42 ***	0.42 ***	0.40 ***	0.22 *	0.24 *	0.28 **	0.31 **	0.35 ***	0.46 ***
移動(交通機関の利用)	0.41 ***	0.44 ***	0.33 ***	0.35 ***	0.38 ***	0.21 *	0.39 ***	0.31 **	0.36 ***	0.42 ***	0.46 ***
移動(運転)	0.21 *	0.23 *	0.10	0.04	0.19	0.07	0.09	0.02	0.13	0.19	0.12
入浴	0.49 ***	0.44 ***	0.29 **	0.30 **	0.31 **	0.21 *	0.27 **	0.19 *	0.30 **	0.30 **	0.40 ***
トイレ	0.33 ***	0.39 ***	0.31 **	0.29 **	0.33 ***	0.19 *	0.30 **	0.26 **	0.37 ***	0.38 ***	0.39 ***
更衣	0.27 **	0.26 **	0.34 ***	0.25 **	0.24 *	0.06	0.13	0.15	0.24 **	0.20 *	0.27 **
食事	0.34 ***	0.38 ***	0.35 ***	0.34 ***	0.25 **	0.09	0.17	0.22 *	0.35 ***	0.26 **	0.34 ***
健康管理	0.62 ***	0.43 ***	0.33 ***	0.28 **	0.42 ***	0.35 ***	0.30 **	0.35 ***	0.34 ***	0.38 ***	0.53 ***
衣食住	0.55 ***	0.39 ***	0.29 **	0.28 **	0.36 ***	0.38 ***	0.34 ***	0.35 ***	0.26 **	0.37 ***	0.50 ***
家事	0.57 ***	0.36 ***	0.24 **	0.14	0.39 ***	0.30 **	0.36 ***	0.43 ***	0.19 *	0.26 **	0.44 ***
家族役割	0.47 ***	0.34 ***	0.34 ***	0.36 ***	0.59 ***	0.42 ***	0.47 ***	0.47 ***	0.24 *	0.37 ***	0.55 ***
人間関係	0.42 ***	0.25 **	0.49 ***	0.41 ***	0.42 ***	0.50 ***	0.45 ***	0.29 **	0.37 ***	0.34 ***	0.56 ***
交流	0.42 ***	0.25 **	0.57 ***	0.50 ***	0.34 ***	0.39 ***	0.40 ***	0.39 ***	0.39 ***	0.29 **	0.52 ***
教育	0.31 **	0.36 ***	0.41 ***	0.31 **	0.45 ***	0.47 ***	0.55 ***	0.42 ***	0.43 ***	0.68 ***	0.60 ***
課題遂行	0.32 ***	0.21 *	0.36 ***	0.27 **	0.35 ***	0.44 ***	0.45 ***	0.35 ***	0.34 ***	0.48 ***	0.51 ***
金銭管理	0.41 ***	0.30 **	0.30 **	0.28 **	0.37 ***	0.35 ***	0.39 ***	0.74 ***	0.37 ***	0.31 **	0.51 ***
レクリエーション	0.40 ***	0.40 ***	0.43 ***	0.32 ***	0.40 ***	0.33 ***	0.44 ***	0.36 ***	0.40 ***	0.37 ***	0.49 ***
活動性合計点	0.60 ***	0.54 ***	0.56 ***	0.46 ***	0.62 ***	0.52 ***	0.62 ***	0.54 ***	0.52 ***	0.66 ***	0.76 ***
精神症状 (BPRS)											
心氣的訴え	0.26 ***	0.24 *	0.02	0.07	0.20 *	0.05	0.15	0.28 **	0.18	0.27 **	0.19
不安	0.38 ***	0.37 ***	0.23 *	0.24 *	0.37 ***	0.23 *	0.32 **	0.31 **	0.35 ***	0.41 ***	0.39 ***
感情的ひきこもり	0.12	0.16	0.20 *	0.25 **	0.21 *	0.11	0.25 **	0.18	0.19 *	0.25 **	0.25 *
思考解体	0.07	0.23 *	0.07	0.10	0.23 *	-0.06	0.15	0.19 *	0.10	0.22 *	0.17
罪業感	0.24 *	0.36 ***	0.15	0.25 **	0.30 **	0.14	0.16	0.16	0.24 *	0.13	0.25 *
緊張	0.15	0.24 *	0.13	0.16	0.21 *	0.08	0.14	0.16	0.17	0.22 *	0.22 *
衝動的行動・姿勢	0.02	0.08	0.00	0.07	0.08	-0.06	-0.03	0.06	0.01	0.08	0.02
誇大性	0.08	0.04	-0.16	0.02	0.05	0.03	0.01	0.08	-0.11	0.04	0.05
抑うつ気分	0.29 **	0.18	0.09	0.15	0.31 **	0.20 *	0.30 **	0.24 *	0.21 *	0.23 *	0.27 **
敵意	0.06	0.13	0.07	0.12	0.28 **	0.04	0.06	0.10	0.07	0.06	0.13
疑惑	0.14	0.22 *	0.09	0.18	0.25 *	0.09	0.16	0.16	0.15	0.21 *	0.21 *
幻覚様行動	0.13	0.32 **	0.30 **	0.33 ***	0.23 *	0.11	0.15	0.17	0.19 *	0.29 **	0.26 **
運動減退	0.11	0.22 *	0.13	0.14	0.21 *	0.05	0.13	0.29 **	0.15	0.30 **	0.24 *
非協調性	0.00	0.21 *	0.08	0.18	0.20 *	0.03	0.11	0.14	0.10	0.19	0.17
思考内容の異常	0.11	0.27 **	0.11	0.23 *	0.25 *	0.13	0.21 *	0.19	0.17	0.24 *	0.27 **
感情鈍麻	0.07	0.15	0.14	0.08	0.18	0.08	0.15	0.19	0.21 *	0.22 *	0.22 *
精神運動興奮	0.14	0.25 **	0.03	0.12	0.33 **	0.06	0.18	0.09	0.13	0.13	0.22 *
失見当識	0.09	0.27 **	0.05	0.17	0.30 **	0.06	0.18	0.29 **	0.16	0.27 **	0.24 *
BPRS 合計点	0.15	0.27 **	0.08	0.18	0.31 **	0.09	0.21 *	0.27 **	0.17	0.25 *	0.27 **

注1) Spearman の順位相関で、* : p<0.05, ** : p<0.01, *** : p<0.001 を示す。

のみを活動状況を代表する値として投入した。その結果、活動状況の活動性合計点 ($\beta = 0.819, p < 0.001$) と生活習慣の適正体重維持 ($\beta = -0.167, p < 0.01$) の2項目が、重要な説明変数として選択された ($R^2_{\text{adjusted}} = 0.734$)。つまり、活動性合計点と適正体重の維持が社会参加と関連する要因であった。

考 察

1. 精神障害者の社会参加

日本の精神障害者は2002年の患者調査で258万人、そのうち地域で生活する者は224万人と推計されている²¹⁾。統合失調症による精神障害者への援助は、入院治療中心から地域生活支援へと、その方向性が転換されてきた^{22,23)}。わが国の障害者対策でも「自立と社会参加」がその中心概念として謳われており、精神障害をもちながらいかに社会参加を果たしていくかが、精神障害者対策の重要な要素となっている。

精神障害は疾患概念であり、かつ、生活概念である。疾患面については、ICD-10による分類や、精神症状の評価法が多数存在する。それに対して、社会参加を含めた生活機能面の把握は、これまで、就業状況や婚姻状況などの個別の社会状況⁴⁾の報告や、個別的に開発されたQOL尺度や社会機能尺度^{2,3,8,9,10,11,13)}を用いた研究が主であった。社会機能の評価法の標準化については従来より、その困難性が指摘されており、池淵はその理由として、評価すべき能力が多岐にわたり、網羅的な評価が難しいこと、文化や立場を越えた普遍的な評価方法には困難があること、行動レベルでは把握できない評価内容も含まれるために妥当な方法論を構築しにくいこと、十分に客観性が保証されたアセスメントツールが少ない、などの原因を挙げている¹⁸⁾。

しかし、1980年のICIDH発表以降、生活機能を身体、個人、社会の3つの視点から捉えた包括的な生活機能分類の開発が進み、2001年にはICFが採択された。ICFでは生活機能を、心身機能と身体構造、活動、参加の3構成要素から捉

え、その欠損である機能障害 (impairment)、活動性の制限 (activity limitation)、社会参加の制約 (participation restriction) から障害を定義した。環境因子や個人因子など背景因子の影響を受けながら、この3要素が互いに関連し合うモデルが提示された。そこでは社会参加とは、障害を持った個人が社会にかかわる程度と質を指す²⁴⁾。また、ICFでは社会参加の制約は、「個人が何らかの生活・人生場面にかかわるときに経験する難しさ」と定義されている¹⁷⁾。統合失調症では認知、意志、行動などに疾患特有の機能障害を残す者がおり、そのために社会参加にもさまざまな制約が生じる。ICIDHからICFへと経過するWHOの障害分類は、精神障害者の社会参加についても、心身機能や活動性の要素との関連の中で包括的に論じることを可能にした。社会機能と機能障害や生活に関連する要因との関連について、ICFを用いた実証的な研究が望まれているが、現在、精神障害者に関して公表されたものは見当たらない。

2. 精神障害者の社会参加に関連する要因

本研究では、ICFの構造に則って、社会参加に関連する要因を検討した。健康に関する生活情報において、「生活習慣」は健康維持に重要な要因である。Breslowらは地域における長期の追跡調査によって、7つの健康習慣と社会的ネットワークが健康に寄与する重要な因子であることを明らかにした。これが近代的な健康科学の基礎を築いたことは周知の事実である^{1,5,6)}。現在この7項目は、生活の質を向上させる実用的指標の1つとなっている。また、精神科臨床の実践においても、生活習慣に注目することは常識的に行われている。よって、本研究においても、生活習慣を重要な生活情報と捉え、調査項目に加えた。

本研究における対象者は、夫婦・異性関係、仕事、地域活動、教育の項目で社会参加に大きな制約が認められ、異性との親密な関係の困難や、就業機会の少なさ、地域社会へのかかわりに困難があることがうかがわれた。また、仕事や教育での制約の大きさは、初回診断時年齢とも負の相関が

あり、早期の発症によって学業が中断されることや、生涯を通じた学習の機会が制限されていることが関連していると考えられる。精神障害者の雇用機会増大や、教育機会増大の必要性については、すでに繰り返し指摘されていることであるが、本研究においてもその必要性が裏付けられた。

社会参加合計点と他の項目との相関では、診断時年齢、適正体重維持や規則的睡眠の生活習慣、活動性、精神症状などが有意であった。このなかで、重回帰分析によって選択された要因は、活動性合計点と適正体重維持の2要因であった。

まずは、生活習慣との関連について考察する。Breslowらは疾病予防には生活習慣改善の手法が有効であることを指摘している。Idoらによる研究でも、入院群に比べてデイケア群に体重の異常値が多く見られたことが報告されている¹²⁾。体重は生活の自己管理の帰結であり、精神障害者は自らの健康管理に困難があることがうかがわれる。本研究での因子分析では、生活習慣については既述のとおり、適正体重維持、規則的睡眠、朝食摂取、定期的運動が基本的な生活習慣因子として1つの項目群を形成していた。つまり、適正体重維持のみが重要であるというよりも基本的な生活習慣因子の項目全体の重要性から、それらを代表して適正体重の維持が選択されたと解するのが妥当であろう。なお、Breslowらを中心とした米国立衛生研究所(National Human Population Laboratory; HPL)の調査では、日常的な行動のほうがリスク要因に曝露する機会が高いために、より高リスクとなりやすいことが指摘されているが、これは本研究の結果とも合致している。

重回帰分析の結果で、活動性の項目が選ばれ、精神症状の項目が選ばれなかった点については、精神症状が社会参加と関連していることが先行研究で示されている^{2,11,19)}。また、東保らによる当事者の意識調査では、社会参加を進めるうえでの問題点は、病状の重さ・不安定さが最大の要因として挙げられている²⁰⁾。本調査でも、単相関では、精神症状は社会参加と有意な相関を示していた。精神症状は、実際にはICFの機能障害に該

当することが多いといわれており、ICFの障害モデルでは、機能障害、活動性の制限、社会参加の制約の3要素は互いが関連しあうとされている。重回帰分析の結果、精神症状よりも活動性のほうが社会参加に関連が強いこと、および、精神症状と活動性との相関が高いことにより、精神症状は変数として抽出されなかったものと考えられる。つまり、重回帰分析の結果は精神症状そのものの意義を否定するものではない。むしろ、生活支援とケアマネジメントにおいて、精神症状以上にその活動性が無視し得ない重要な項目であることを示唆していると言えよう。

3. 本論文の意義と限界

本研究の第1の意義は、精神障害者の社会参加の状況を、生活に関する諸情報から把握し得た点にある。第2には、その過程でICFを用いて心身の障害を統一的な視点から捉えた点にある。日本における障害者対策は、1993年の障害者基本法により身体、知的、精神の3障害が同じ「障害」の範疇に位置づけられた。2004年には、厚生労働省から今後の障害保健福祉施策について改革のグランドデザイン案が出され、施策の総合化として、年齢や障害種別、疾病を超えた一元的な支援体制が謳われた。国際障害分類については、日本国内では調査に関して具体的活用が十分でないという指摘もあり²⁵⁾、本研究は精神障害を他の障害に開かれた存在とする試みでもある。

本研究の限界については、対象機関を任意に選択したため、代表性という点で一定の限界が認められる。また、自記式質問紙調査であるため、地域生活を送る統合失調症者のなかでも障害の程度が軽度な者が、より多く回答した可能性がある。この点では調査者と施設スタッフの協力、つまり同席、援助等に特別の配慮を行ったので、その結果、精神障害者に対する自記式質問紙法としては質の高い回答が得られたと考えている。

なお、ICFは生活機能のポジティブな側面を重視しているが、実際の測定項目はその制限や制約を調べるものとなっている。このため、忠実に論文に表記すると、読者が解読するのに煩雑さを

るものとなっている。これはICFもまた、
渡的な基準であることを示唆するものであ

本研究で得られた所見は、社会復帰に関与して
る者の常識に近いものであったと思われる。し
し、そのような結果が実際に数量化して得られ
ることにより、精神障害者の生活支援とケアマネ
メントにおいて、これらの尺度を積極的に導入
する手がかりを提供できたものと考ええる。ただ
し、本研究が精神障害者の自立と社会参加、並び
に生活支援側の方法論の確立への一助となるため
には、現場で働く者が、本研究で取り上げた各項
目を実践で試用していく必要があるだろう。ま
た、本研究で得た所見が、精神障害以外の知的障
害や身体障害にも共通なものか、あるいは統合失
調症という原疾患に固有なものか等、重大な課題
が多く残された。筆者は「障害」として共通な所
見があるとの印象を受けているが、これは今後の
研究に残された課題である。

結 論

本研究では統合失調症による精神障害者の社会
参加と、これに関連する生活要因について検討し
た。調査項目として、ICF、Breslowの7つの健
康習慣、BPRSを用いたところ、ICFの障害概
念の3構成要素である機能、活動、社会参加から
精神障害者の生活を包括的に捉えることが可能で
あった。精神障害者の社会参加に関連する要因と
して選ばれたのは、活動性、および、適正体重維
持に見られるような基本的な生活習慣であった。

本研究は、文部科学省科学研究費(15590560)、
厚生科学研究費(H16-障害-016)、文部科学省科
学研究費(17590558)の助成を得た。

謝辞：富士温泉病院名誉院長矢野英雄先生と本
調査にご協力いただいた対象者の方々、および医
療機関、小規模作業所のスタッフの皆さまに心よ
り感謝申し上げます。

文 献

- 1) Belloc N. B., Breslow L.: Relationship of physical health status and health practice. *Prev Med* 1 (3): 409-421, 1972
- 2) Bengtsson-Tops A., Hansson L.: Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community: relationship to clinical and social characteristics. *Eur Psychiatry* 14: 256-263, 1999
- 3) Bengtsson-Tops A., Hansson L.: Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community: relationship to socio demographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int J Soc Psychiatry* 47 (3): 67-77, 2001
- 4) Borga P., Widerlov B., Stefansson CG., et al.: Social conditions in a total population with long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand* 85 (6): 465-473, 1992
- 5) Breslow L., Endstrom J.E.: Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 9 (4): 469-483, 1980
- 6) Breslow L., Breslow N.: Health practice and disability: some evidence from Alameda County. *Prev Med* 22 (1): 86-95, 1993
- 7) de Girolamo G., Picardi A., Santone I.: The severity mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 35 (3): 421-431, 2005
- 8) Dickerson F. B., Ringel N., Parente F.: Predictors of residential independence among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 50 (4): 515-519, 1999
- 9) Ganey K.: Long-term trends of symptoms and disability in schizophrenia and related disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35 (9): 389-395, 2000
- 10) Harvey C. R., Curson D.A., Pantelis C., et al.: Four behavioural syndromes of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 168 (5): 562-570, 1996
- 11) Huppert J. D., Weiss K. A., Lim R., et al.: Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res* 51: 171-180, 2001
- 12) Ido Y., Makino J., Okushima R., et al.: Factors on life-style-related disorders found in day-care schizophrenics. *Aino Journal* 1: 29-33, 2002
- 13) Lehmen A. F., Ward N. C., Linn L. S.: Chronic

- mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 139(10): 1271-1275, 1982
- 14) Overall J. E., Gorham D. R.: The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 10: 799-812, 1962
- 15) World Health Organization: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequence of disease. World Health Organization. Geneva, 1980
- 16) World Health Organization: International classification of functioning and disability: ICDH-2 Beta-2 Draft. World Health Organization. Geneva, 1999
- 17) World Health Organization: International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. Geneva, 2001
- 18) 池淵恵美: 社会機能のアセスメントツール. *精神科治療学* 18(9): 1005-1013, 2003
- 19) 岩脇 淳, 能重和正, 森 東, ほか: 統合失調症外来患者の主観的QOL. *日社精医誌* 13: 53-60, 2004
- 20) 北村俊則, 町澤静夫, 丸山 晋, ほか: オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) の再試験信頼度—国立精神衛生研究所と権多施設共同研究の予備調査. *精神衛生研究* 32: 1-15, 1998
- 21) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 平成14年患者調査, 2003
- 22) 熊倉伸宏: 現代精神保健論・試論. *食料・栄養・健康* 137-149, 医歯薬出版, 1990
- 23) 熊倉伸宏: 精神保健の役割. *東邦医学会雑誌* 44(2): 4-8, 1997
- 24) 熊倉伸宏編著: 改訂五版社会医学がわかる公衆衛生テキスト. 新興医学出版社, 東京, 2004
- 25) 中根允文, 田崎美弥子: ICFと精神医学—精神疾患における障害評価の歴史的経過. *精神医学* 45(11): 1149-1158, 2003
- 26) 東保みづ枝, 森長静江, 松尾佳子, ほか: 精神障害者の社会参加ニーズ調査—特に本人, 家族, スタッフの三者の異同について. *日社精医誌* 8: 113-129, 1999

Abstract**Analysis of factors enabling the social participation of mentally disabled persons****Masaki Hirabe**

We investigated the factors enabling the social participation of the mentally disabled persons in terms of the ICF definition of "disability". Subjects were the people with schizophrenia in community, who received some social rehabilitation services. Out of 171 persons who were identified as the candidates to the study, 135 persons actually participated to the study. By self-recording questionnaire, we inquired the subjective evaluation of the variables, including "social participation", "living situation", "health practice" (Breslow), "activity", "health service" and "life satisfaction". By objective evaluation, we examined the mental states (BPRS). As a result, "health practice", "activity" and "mental states" were identified as the main factors that strongly related to the social participation. By multiple linear analysis, we confirmed that "maintaining proper weight" strongly related to the social participation, because it represented the "basic pattern" of health practice. "Limitations of activity" were found to be another important factor.

JPN Soc Psychiat 14 : 188-199, 2005

Department of Social Medicine, Toho University School of Medicine. 5-21-16, Omori-Nishi, Ota-ku, Tokyo, 143-8541 Japan.

自立支援と居住施設

竹島 正

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部長

Key Words 改革ビジョン, 退院率, 退院促進, 住居確保

はじめに

厚生労働省においては、平成16年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、改革ビジョンという）を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進め、10年間で7万床の病床の減少をうながすこととした。さらに、平成17年10月には、障害者自立支援法を成立させ、精神保健福祉法、障害者雇用促進法を改正するなど、障害者が地域で普通に暮すための持続可能な制度の整備を進めた。これらの制度改革がどのような成果を挙げていくかは、制度の運用実態をモニタリングすることによって明らかにしていく必要がある。

本稿においては、精神科医療の現状と、改革ビジョンに示された精神保健医療福祉体系の再編に示された達成目標をもとに、精神障害者の退院促進において、精神科医療に求められている役割について述べる。次に、精神障害者の退院促進に欠くことのできない住居確保について、筆者らの研究成果を紹介する。

精神科医療の現状

「精神保健福祉資料—平成16年6月30日調査の概要—」（以下、16年度630調査という）¹⁾によると、平成16年6月30日現在の在院患者総数は326,125(329,096)人（カッコ内は15年度630調査結果。以下同様）であった。年齢別では、65歳以上の在院患者数は132,687(128,364)人と全

体の40.7(39.0)%を占めていた。在院期間別で見ると、全在院患者の30.7(30.3)%が1年未満の在院である一方、41.5(43.8)%は5年以上の在院であった。在院患者数は徐々に減少し、高齢化が進んでいる。

平成15年6月1カ月間に新たに入院した患者は29,644(27,692)人であった。年齢別では、65歳以上は8,935(8,245)人と全体の30.1(29.8)%を占めていた。図1に平成10～15年の6年間の6月1カ月間に新たに入院した患者の1年間の退院動態を示した。入院後約1年後（平成16年5月末）の状況は、25,587(23,694)人(86.3(85.6)%)がすでに退院し、4,057(3,998)人(13.7(14.4)%)が約1年後も入院したままであった。本調査から算出された改革ビジョンの指標である平均残存率の16年度全国値は30.1%であった。平均残存率の全国値は、平成12～15年度の各年度において、31.6%, 30.9%, 31.2%, 31.1%であって、16年度はやや低下傾向にある。

平成16年6月1カ月間の退院患者数は29,972(28,780)人であった。年齢別では、65歳以上は9,280(8,897)人と全体の31.0(30.9)%を占めていた。在院期間別では、在院期間が1年未満は86.9(85.6)%, 1年以上5年未満は8.7(9.4)%, 5年以上10年未満は2.0(2.1)%, 10年以上20年未満は1.3(1.4)%, 20年以上は1.1(1.4)%であった。本調査から算出された改革ビジョンの指標である退院率の平成16年度全国値は20.9%であった。退院率の全国値は、平成12～15年度の各年度において、22.3%, 21.0%, 20.6%, 21.6%であって、とくに増加傾向は見られない。

平均残存率 / 退院率

改革ビジョンに示された達成目標の1つである平均残存率は、630調査データでは、その年の6

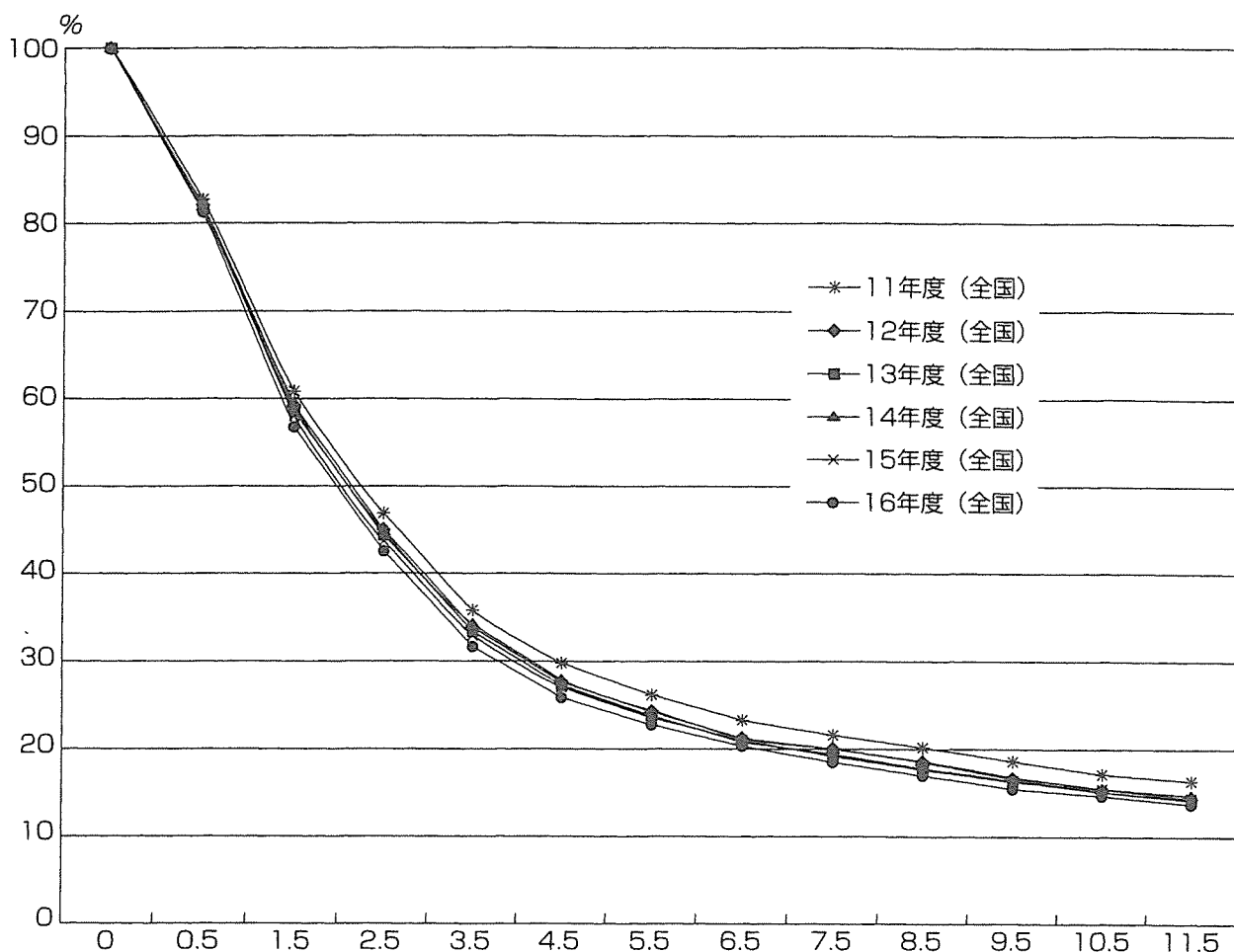


図1 新規入院患者の残存曲線

月末から翌年5月末までの、各月末の残存患者の割合の相加平均として算出される。平均残存率は、診療報酬の改定等の影響を直接受けやすい。また、精神科病院等の退院促進の努力も反映されやすい。このため、10年後の各都道府県の平均残存率を24%以下にすることは実現可能性が高いと考えられる。

ところで、もうひとつの達成目標である退院率は、1年以上の在院患者の退院促進を図るものであり、10年後の各都道府県の退院率を29%以上にするためには、地域サポート体制の充実が前提となる。しかしながら、1年以上の在院患者の流動性を高めることによって、退院率は高くなる点に留意する必要がある。住居と一定のフォローアップ体制があれば、まずは退院させて、必要があれば再入院させるという方法を積極的に選択す

るならば退院率は高くなる。

改革ビジョンの達成目標は、新たな入院患者の短期入院化と、1年以上の在院患者の流動性を高めることに大きな意味がある。長期在院の退院患者は、おそらく精神科デイケアや訪問看護等によるフォローアップの必要な者の割合が高く、必要に応じて再入院も必要とする。精神科病院は、これら長期在院患者を地域の顧客層に加え、地域医療の対象としてケアマネジメントを進めることになる(図2)。

退院促進と住居確保

長期在院患者の退院促進は、地域生活の経験を繰り返す中から適切な居住の場を見出していく作業であり、仮に再入院が必要となるにしても、地域における住居確保は必須である。筆者らは、平

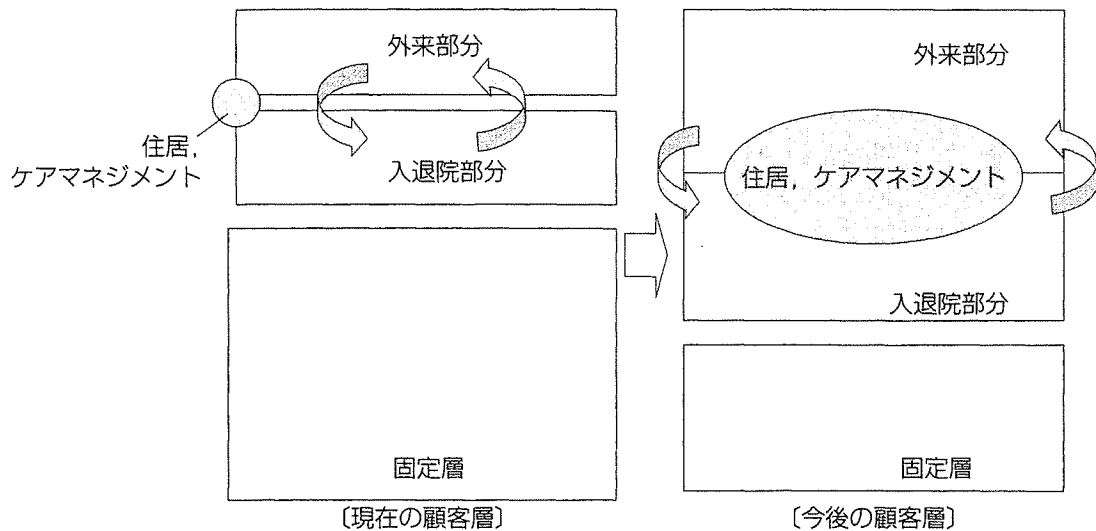


図2 精神科病院の顧客層の変化

成15年度に、一般賃貸住居の確保や、居住生活における生活の安定・安心に必要な環境基盤の整備等について、精神科病院、社会復帰施設、住宅会社、不動産業、行政機関等に聞き取り調査を行った^{2,3)}。住居確保対策として実施されていたことは、精神科病院と不動産会社等の賃貸契約のもとに精神障害者が入居する方法（グループホーム、共同住居）、病床を転換して住居として活用すること、病院敷地内外の職員寮を住居として活用すること、住居確保のための有限会社の設立などであった。住居管理、居住者の健康管理等については、精神科病院の精神科ソーシャルワーカー等が蓄積してきたノウハウが随所に見られ、それを手引きとしてまとめることで、不動産会社の賃貸に向けての動きを加速できる可能性があると考えられた。また、日常生活の質の確保のために、精神科デイケア、訪問看護などが利用されており、多くの訪問先で、週2回、本人の状況を確認することができると支援しやすいとの声が聞かれた。精神障害者が一般賃貸住宅を利用する場合、家賃の支払い能力、問題が発生した場合の対応、賃貸物件の確保、地域住民の理解等、さまざまな課題があった。しかし、賃貸物件の空室数は増加傾向にあると思われ、家賃がきちんと支払われ、問題が発生したときに誰かが駆けつける体制を整えることができれば、市場の原理に従って、一般賃貸住

居の確保は十分可能と考えられた。

15年度の聞き取り調査をふまえ、16年度は精神障害者の住居確保の現場での取り組みから有効な支援策を明らかにすることを目的に質問紙調査を行った⁴⁾。調査は日本精神科病院協会に加盟する病院、全国精神障害者社会復帰施設協会に加盟する法人等のうち、グループホーム・共同住居を運営する組織・法人等の協力を得て実施した。各調査票の回収数は組織・法人アンケートが210（有効回収率48.6%）、グループホームアンケートが329（有効回収率51.2%）、共同住居アンケートが128（有効回収率57.9%）であった。組織・法人アンケートの結果、グループホームを運営している組織・法人は89.0%、共同住居を運営している組織・法人は32.9%であった。15年度の聞き取り調査の結果、有効かつ重要な住居確保の方法であると考えて例示した「一戸建て住宅（あるいはアパート一棟）を確保し、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する」または「当該法人の周辺地域に、4～6部屋程度を有する一戸建て住宅（あるいはアパート一棟）を不動産業者から一括して借り上げ、当該地域の生活保護の住宅扶助相当の賃料で各部屋を精神障害者に提供する」については、それぞれ32.4%、18.1%の組織・法人からすでに実施しているとの報告があり、また4割以上の組織・法

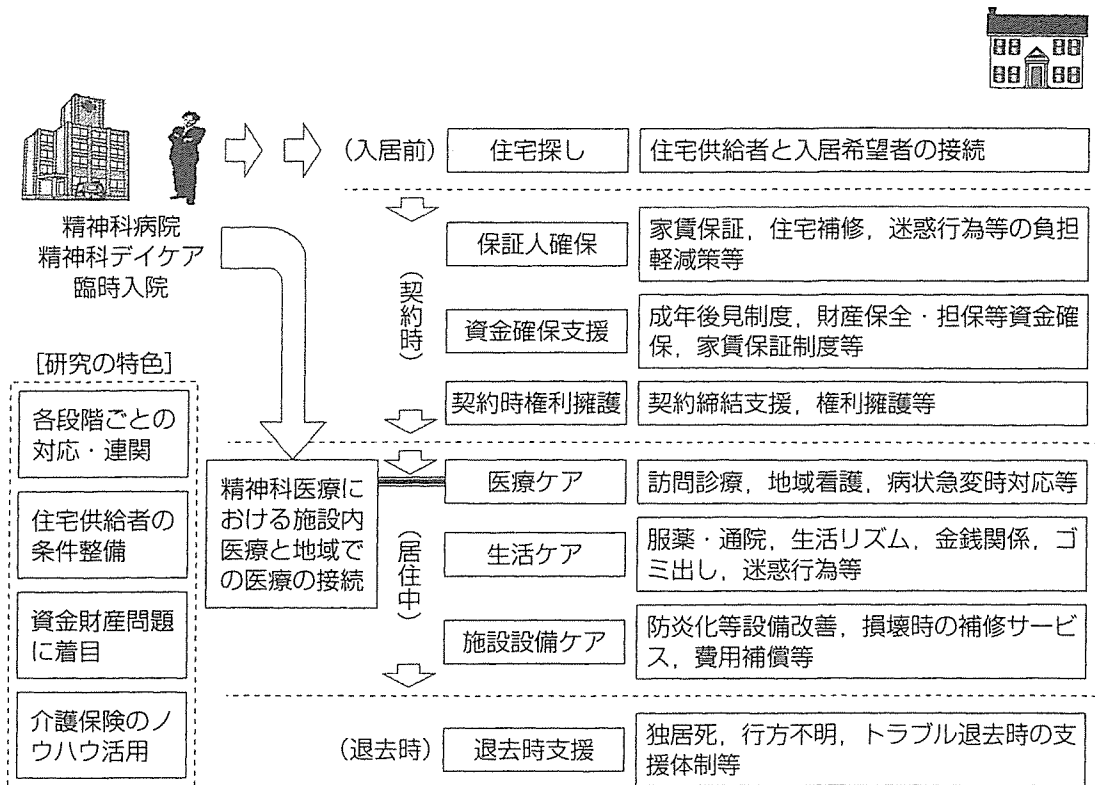


図3 精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究イメージ図

人から「なんらかの援助が得られれば実行できる」という回答があった。グループホームアンケートの結果、その多くは入居期限がない長期的な住居で、入居期限付きのグループホームは15.5%であった。共同住居アンケートの結果、128施設に916人が入居していることがわかった。また、「この1年間に賃貸物件などを新たに借りて地域生活を始めた」との報告のあった組織・法人は91で、計540人について報告があり、そのうち215人(39.9%)については「住居についての情報を提供し、部屋の契約においても関わりがあった」との報告があった。

以上の結果から、精神科病院の1/3以上は、すでに精神障害者の退院・社会復帰における住居確保の取り組みについて相当の経験があり、それらの経験をふまえた退院促進と住居確保対策の実施は、現実に長期在院患者が在院しているという事実も含め、きわめて実践的な方策と考えられる。また、共同住居は、賃貸契約の締結や解消で伸縮自在という特徴があり、これをうまく活用することで住居確保対策の大きな柱となる可能性があ

る⁵⁾。一方、精神障害者社会復帰ニーズ等調査の分析結果から、患者の年齢が上がるにつれて、日常生活能力等が低い患者の割合が増大する傾向が認められている。

以上から、住居確保対策は、その住居を利用する精神障害者のライフステージ、居住者の生活能力、介護保険制度の動向などを背景に、戦略的に組み立てていく必要がある、そのためには病院敷地内、精神科病院や社会復帰施設の近傍、さらには広く地域社会の全体を視野に、多様・多彩な住居群を確保していく考え方が必要である。障害者自立支援法には、居住支援サービスの再編として、ケアホーム(共同生活介護)、グループホーム(共同生活援助)、福祉ホーム(住居提供)、居住サポート事業(障害保健福祉圏域ごとに体制確保)が示されているが、すでに組織・法人が取り組んでいる取り組みの自立性を尊重しながらも、それを支援し、積極的に活用する視点が必要と考えられる。

自立支援と居住施設について、筆者の考えをまとめておく。

- (1)各都道府県の退院率を引き上げ、結果として退院促進を実現するには、長期入院患者の流動性を高めることが必要になる。
- (2)長期在院患者の流動性を高めるには、週2回程度の本人の状況を把握できるような仕組み（ケアマネジメント）と、住居確保は必須である。
- (3)住居確保においては、グループホーム、共同住居、個別の居室確保を含め、一般の賃貸住宅の利用が基本になる。
- (4)住居確保には、精神科病院等の培ってきた地域に対する信頼を役立てることが有意義である。
- (5)一般住宅の賃貸利用は、賃貸料が確実に支払われること、必要なときの援助が即座に行われる・行う体制が確保できれば、かなりの現実味を持つ。
- (6)既存の賃貸市場にも利用できる賃貸物件は相当数存在すると思われ、賃貸市場の活用は、精神障害者の理解促進にもつながる。

さて、厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」（主任研究者竹島正）においては、平成15～16年度の研究成果をふまえ、精神障害者の住居確保に関して、住宅の紹介システム、契約関係、損害賠償等の保険活用、生活の支援と住宅の管理、退去時の管理、当事者の財産の保全・活用など、一般住宅を活用するために必要な取り組みの全体像を明らかにして、精神障害者の住居確保のソフト面の全体像を明らかにして「住居確保の実践的ガイドブック・事例集」にまと

めるとともに、住居確保のための提言を行うべく研究を開始している（図3）。「住居確保の実践的ガイドブック・事例集」は、精神科病院等が実際に取り組んでいる住居確保やケアマネジメントの事例から生きた情報を得たいと考えている。日本精神科病院協会会員の皆様の協力をお願いしたい。

文 献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料－平成16年6月30日調査の概要－。
- 2) 竹島 正，蓑輪裕子，橋本康男，他：社会復帰施設機能の測定に関する研究－精神障害者の退院・社会復帰における住居確保のあり方について－。平成15年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究」分担研究報告書，2004。
- 3) 竹島 正，橋本康男：退院・社会復帰に向けて多様な住居群の確保を。公衆衛生情報 34(9)：30-33。2004。
- 4) 竹島 正，宮田裕章，立森久照，他：社会復帰施設機能の測定に関する研究－精神障害者の退院・社会復帰における住居確保についての調査－。平成16年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制整備に関する研究」分担研究報告書，2005。
- 5) 田中稜一：共同住居の存続の必要性を検討する。平成13年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神科病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供に関する研究」報告書，2002。

IV. 研究班名簿

平成16年度
「精神障害者の正しい理解に基づく、
ライフステージに応じた生活支援と
退院促進に関する研究」研究班名簿

主任研究者	上田 茂	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	新居 昭紀	聖隷三方原病院
	大嶋 正浩	医療法人 至空会 メンタルクリニック・ダダ
	菅原 道哉	東邦大学医学部精神神経医学教室
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部
研究協力者	羽藤 邦利	代々木の森診療所
	福島 昇	新潟県精神保健福祉センター
事務局	長沼 洋一	国立精神・神経センター精神保健研究所
	山田 治子	国立精神・神経センター精神保健研究所

(五十音順)