

博士後期課程

(保健学) 学位論文

長期入院を経験した統合失調症患者の
リカバリーの検討
—デイケアを長期利用する
中高年男性患者のエスノグラフィ—

平成29年度

(2017)

新潟大学大学院保健学研究科保健学専攻

分野名 看護学分野

氏名 成田 太一

(主指導教員 小林 恵子 教授)

要 旨

I. 研究背景

日本の精神病床数の人口比は OECD 諸国で最も高く、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」が政策として実施されているにも関わらず、長期入院患者の地域移行は進みにくい現状がみられている。精神障害者の地域移行に向けた支援において、当事者の人生の希望や目標を重視するリカバリー概念が注目されている (Deegan, 1988)。地域移行において、長期入院を経験した統合失調症患者の意向や生活実態が反映されにくい現状の中で、リカバリーを支援していくためには、当事者のものの見方や考え方、生活実態を踏まえながら検討していく必要がある。

II. 研究目的

長期入院を経験しデイケアを長期利用する中高年期の男性統合失調症患者の病状管理も含めた生活実態を当事者の視点から記述し、リカバリー概念を用いて検討することにより、支援への示唆を得ることを目的とした。

なお、多様化しているリカバリー概念を明確にするため、国内外の先行研究による概念分析により「地域で生活する統合失調症患者のリカバリー概念」として、【自分自身を客観視し肯定的なセルフイメージをもつ】【主体的に支援を活用し病状が安定する】【新たな目標や願望を見つけ主体的に生活する】【地域社会で相互関係を築き承認される】を設定した。

III. 研究方法

当事者の立場から、彼らの生活や文化を真に理解するため、エスノグラフィーの手法を用いた。長期入院を経験しデイケアに3年以上通所する40歳以上の男性統合失調症患者9人を対象とした。研究者は9か月の予備的フィールドワークを経た後、1年1か月のフィールドワークを行い、デイケアや家庭訪問による参加観察やインタビューを実施した。フィールドノートや逐語録等から、参加者一人ひとりの病状管理も含めた生活の実態を記述し、特徴的な場面を抽出しテーマを設定した。本研究は、新潟大学大学院保健学研究科研究倫理審査委員会の承認を得た(承認番号: 第122号)。

IV. 結果

参加者の入院期間は平均20.8年、デイケア利用期間は平均8.8年、利用頻度は週4回が6人(66.7%)、家族構成は独居が6人(66.7%)であった。

参加者の地域における生活の特徴として「地域での生活を継続する条件としての病状安定」、「支援の主体的な活用による日常生活の維持」、「長期入院による社会的なつながりの喪失と孤独」、「デイケアメンバーとのつながりの継続」、「地域住民とのゆるやかな交流の希求」が抽出された。

参加者は、地域における生活を継続するためには病状の安定が必要であると理解し、デイケアや訪問看護といった多様なサポートを主体的に利用していた。発病をきっかけに、それまでに培った友人や仕事を通じた仲間等とのつながりも途絶え、入院中に両親が他界するなど、長期入院により多くの関係性を喪失し孤独を感じていたが、デイケアメンバーを中心としたつながりを構築

していた。地域で暮らしながらも地域住民との交流がほとんどないなかで、地域コミュニティの中で社会的な役割を果たす一員として位置づけられることは期待せず、地域住民とはゆるやかな交流を求めている。

V. 考察

参加者は、専門職等から多様なサポートを得ることで病状を安定させ日常生活を維持するとともに、長期入院により多くの関係性を喪失し地域における生活に孤独を感じるなかで、デイケアにおいて帰属感を得てつながりを構築し、何とか孤立せずに生活を送っていた。これらの生活の実態と先行研究を用いて生成したリカバリーの概念を比較検討した結果、【自分自身を客観視し肯定的なセルフイメージをもつ】、【主体的に支援を活用し病状が安定する】、【新たな目標や願望を見つけ主体的に生活する】ことは、当事者の実態とも合致していた。一方、【地域社会で相互関係を築き承認される】ことは、参加者の生活の実態からは実現が難しいという課題がみられた。地域住民との社会的なつながりを構築するためには、長期入院により多くの関係性を喪失した当事者が地域コミュニティの一員として受け入れられるよう、海外ですでに行われている入院早期からの就労支援や、専門職による地域住民と当事者の話合いの機会の設定が重要であることが示唆された。

Abstract

1. Backgrounds

Long-term hospitalized patients in Japan require support when being discharged and for living in local communities. The concept of “recovery” was originated and became popular internationally. It emphasizes the process of finding new meaning and a purpose in life for people with mental illness while living with their symptoms. It would be useful to consider the recovery based on the social conditions in Japan, where the number of long-term hospitalized elderly patients is increasing.

2. Purposes

Conditions of community life of long-term hospitalized schizophrenia patients were investigated using ethnographic methods. Moreover, the recovery was examined from patients’ perspectives. Furthermore, effective methods for supporting patients are discussed. The recovery was defined through concept analysis as “objectively perceiving the self and having a positive self-image,” “proactively utilizing support and stabilizing the circumstances,” “finding new aims and hopes, and living an independent life,” “develop mutual relationships and get approved by community members.”

3. Methods

A Qualitative and an inductive study was conducted using ethnographic methods. Participants were male schizophrenia patients aged over 40 years (N=9). They had experienced over three years of hospitalization and were using daycare centers for a long time period. Fieldwork, participant observations, and semi-structured interviews were conducted during 13 months. Based on the data, each participant’s life history and conditions of community life were described as stories. Moreover, characteristic scenes portraying the management of the illness and life were extracted, and themes were developed.

4. Results

On average, the length of hospitalization was 20.8 years and the period of daycare use was 8.8 years. As for resident status, 6 people were living alone (66.7%) and as for services, 6 people were using daycare 4 times in a week (66.7%). Themes of their community life included, “stabilizing the illness,” “living their everyday life by utilizing different types of support,” “social isolation and loneliness caused by long-term hospitalization,” “maintaining relationships with daycare members,” and “seeking to moderate interactions with residents.” Participants had lost the relationships they had with people around them after they developed schizophrenia. Moreover, they could not work or play certain roles in the community after leaving the hospital, and as a result, their social network became highly limited.

5. Discussion

The recovery extracted by concept analysis indicated the following. The following were deemed applicable to improve the community life of participants: “objectively perceiving the self and having a positive self-image,” “proactively utilizing support and stabilizing the circumstances,” “finding new aims

and hopes, and living an independent life.” However, it was difficult for middle and old aged participants to “develop mutual relationships and get approved by community members.” Therefore, support is required for developing relationships between patients and community members. Furthermore, support for employment from an early period of hospitalization is necessary.

目 次

I. 序論

1. 研究の背景

1) 精神障害者の地域移行の促進と孤立 1

2) 長期入院患者の受け皿としての精神科デイケアの機能と役割 2

3) 諸外国におけるリカバリー概念の広がり と 課題 4

2. 研究目的 6

3. 研究の意義 6

II. 文献検討

地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの概念分析 6

III. 研究方法

1. 研究デザイン 15

2. データ収集期間 15

3. 研究参加者 15

4. データ収集方法 15

5. 調査内容 16

6. 分析方法 16

7. 倫理的配慮 17

8. 用語の定義 17

9. 調査地の概要 17

IV. 結果

1. 研究参加者の地域における生活の実態

1) 研究参加者の背景 18

2) 研究参加者の生活歴と現在の生活状況 18

2. 研究参加者の地域における生活の様相

1) 地域での生活を継続する条件としての病状の安定 29

(1) 専門職からのサポートを受けながら行う服薬の自己管理

(2) 地域での暮らしを継続する条件としての病状の安定

(3) 自律性の尊重によるセルフケアの継続

2) 支援の主体的な活用による日常生活の維持 31

(1) 専門職から生活上の対処能力を高める支援を得る

(2) きょうだいや親族から家計管理に対するサポートを得る

3)	長期入院による社会的なつながりの喪失と孤独	32
4)	デイケアメンバーとのつながりによる生活の継続	33
	(1) 日常生活におけるデイケアメンバーとの協力	
	(2) デイケアメンバーとのつながりの継続	
5)	地域住民とのゆるやかな交流の希求	34
V. 考察		
1.	長期入院を経験した中高年期の男性統合失調症患者の生活と孤独	
	1) 長期入院による社会的なつながりの喪失とメンバーとのつながり	35
	2) 地域における生活を維持するためのサポートの獲得	36
	3) 地域住民とのゆるやかな交流の希求	37
2.	長期入院を経験した男性統合失調症患者のリカバリー	38
3.	実践への示唆	40
4.	本研究の限界と課題	41
VI. 結論		
		42
謝辞		
		43
文献		
		44
図 1 地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの概念モデル		
表 1 地域で暮らす統合失調症患者のリカバリー概念の属性とその内容		
表 2 研究参加者の背景		
表 3 研究参加者のサービス利用を含めた生活状況		
表 4 テーマと登場する参加者の背景		
資料 1 施設長への依頼文および承諾書		
資料 2 仲介者への依頼文および同意書		
資料 3 研究参加者への依頼文および同意書		
資料 4 研究の説明書		
資料 5 インタビューガイド		

I. 序論

1. 研究の背景

1) 精神障害者の地域移行の促進と孤立

日本の精神障害者に対する支援は、社会情勢のなかで長い間、入院医療中心の政策のもと行われてきた。宇野木（2011）は日本の精神障害者への処遇と法制度の変遷を3つの転換期に分類している。第1の転換期は、治安対策から病院への隔離・収容政策の時期であり、1900年公布の精神病者監護法により私宅監置を公認することで入院医療を補い、精神病者の社会隔離による社会治安対策が行われていた。第2の転換期は、1950年公布の精神衛生法により病院への隔離・収容政策が行われた期間であり、その期間は36年間に及ぶ。精神衛生法改正により、精神病院の設置と運営に要する経費を補助金としたため、民間病院が急増することとなった。第3の転換期は、精神保健法（1987年改正）から精神保健福祉法（1995年改正）の期間である。この期間は障害者基本法の改正による精神障害者としての承認と、それに伴う地域福祉政策および脱施設化政策の導入期であり、精神保健法、精神保健福祉法による医療、保健、福祉の総合的対応への移行期と考えることができる。このように、欧米では1960年代から脱施設化政策が行われていくなかで、日本は入院医療中心の政策が長年とられてきた。

現在、日本の精神障害者は392万人であり、うち在宅で生活する者は361万人、医療機関を含む施設に入院・入所している者は31万人に及ぶ（内閣府，2017）。2004年当時、精神障害者は258万人であり、在宅で生活する者は224万人、入院・入所している者は35万人であったことを踏まえると（内閣府，2005）、精神障害者の増加とともに、とくに在宅で暮らす精神障害者数の大幅な増加が見られる。病院から地域へ医療を移行する「脱施設化」が世界的傾向のなか、日本の人口あたりの精神病床数はOECD諸国で最も多く（The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]，2014）、OECDの平均が10万人当たり68床であるなか、日本は269床となっている。入院1年未満の患者の残存率は29.1%、入院1年以上の患者の退院率は8.8%（厚生労働省，2012a）であり、日本では脱施設化が遅れている。入院患者のうち、約7万人は退院先などの受け入れ条件を整えば退院可能な社会的入院患者であると言われており（厚生労働省，2004）、特に長期入院患者の退院支援や、地域での受け入れ体制の未整備など地域定着支援が課題となっている。

そのようななか、2004年9月に厚生労働省精神保健対策本部から精神保健医療福祉の改革ビジョンが提示され、既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療と地域生活支援体制の協働のもと、段階的、計画的に地域生活への移行を促すこと、また、新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り速やかに退院できるよう、

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促すことが示された。また、2005年に障害者自立支援法が成立したことに伴い、精神障害者もほかの障害者と同様にサービス利用者となり、介護給付とともに就労支援を目的とした訓練等給付の充実など地域生活支援体制が強化された。

国は、2009年、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書において、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速させることとし、地域生活支援体制の強化を重要な柱の一つとして位置付けている。地域生活支援体制の強化の具体的方策として、精神障害者の地域生活を支える医療体制の一層の充実や相談支援・ケアマネジメント機能の充実強化、精神障害者同士・家族同士のピアサポートの普及などを推進することとしており、地域における精神障害者への生活支援の重要性は増加していると言える。

長期入院者の地域移行を促進するために、2008年から精神障害者の退院促進・地域定着に必要な体制整備を目的として「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が開始され、2012年からは障害者自立支援法に基づく「地域相談支援事業」として実施されている。地域相談支援事業では、指定相談支援事業所が精神科病院に1年以上入院中の精神障害者を対象として地域移行に向けた個別の相談支援などを実施しているが、利用者数が2015年に全国で475人と限られており（厚生労働省、2016）、精神科病院と相談支援事業所との連携上の課題がある。また、統合失調症圏の患者は入院患者の57.4%と大多数を占めるなか（厚生労働省、2012a）、幻聴や妄想などの症状から退院の際に周囲の受入れに対する不安があること（石井・藤野、2014）、近隣住民の不安からトラブルを生じやすく（堀川、2011）、精神障害者は地域で孤立し易い状況にある。

また、退院したとしても短期間で再入院に至る患者もおり、2002年に約14%であった再入院率は2008年に約17%と微増している（厚生労働省、2012b）。再入院などの地域生活中断の要因として、服薬中断や身体疾患の変化、日常生活の変化、対人関係の問題（池邊・菅原・柴田、2001）、地域における居場所のなさや当事者同士のネットワークの少なさ（福川・宇佐美・中山、2013）が挙げられており、地域で安定した生活を継続していくことは容易ではない。

2) 長期入院患者の受け皿としての精神科デイケアの機能と役割

精神科病院からの退院者の状況として、入院期間が1年未満の者ではおよそ8割が自宅やグループホームなどに退院しているのに対し、入院期間が5年以上に及ぶ長期入院患者では、自宅やグループホームなどに退院する者は約2割であり、入院期間が長くなるほど、地域移行が難しい状況がみられている（厚生労働省、2014a）。退院

後、地域で利用可能な社会資源として精神科デイケアや日中活動系の障害福祉サービスが挙げられ、精神科デイケア利用者は約 5 万 9 千人と日中活動系の障害福祉サービスの利用者約 2 万 3 千人よりも多く（厚生労働省，2009）、精神科デイケアは長期入院を経験した統合失調症患者の退院後の受け皿の機能を果たしてきたと言える。

精神科デイケアは 1940 年代にモンリオールでの Cameron、ロンドンでの Bierer の実践が先駆的であると言われており、欧米では入院医療中心主義から地域ケアへという流れのなかで位置づけられてきた（岩崎・広沢・中村，2006）。日本では、在宅の慢性精神障害者などに対し、医師の指示及び十分な指導・監督のもとに外来治療では十分提供できない医学的・心理社会的治療を、一定の医療チームによって包括的に実施する場である（精神保健福祉研究会，2004）。1953 年に浅香山病院で患者の社交的な集団をつくり、生活療法・レク療法を始めたことが発祥だといわれており、1974 年から診療報酬が認められたこともあり、精神科デイケアは地域精神科医療、リハビリテーション推進の拠点として、年々その数は増加している（岩崎ら，2006；高田ら，2010）。

現在、精神障害者を対象としたデイケアには「精神障害者社会復帰相談指導事業」をもとに発展し都道府県や政令指定都市などで実施されている保健所デイケアと、外来通院医療の一環として精神科病院などで実施され保険診療が適応される精神科デイケアがある。保健所デイケアは精神障害者の「居場所づくり」や「仲間づくり」、「生活体験の拡大」を目的とした社会資源の一つとして開始され、共同作業所などのほかの社会資源を充実させていく過程において基盤的な役割を果たしてきた。精神障害者を取り巻く法律が整備されたことや、昭和 50 年にデイケアに医療保険の診療報酬が認められたことに伴い、病院などの保健所以外のデイケア実施施設が充実してきたため保健所デイケアは終了していく傾向があり、現在デイケアを実施している保健所は約 3 割となっている（植村ら，2011）。

近年、精神科デイケアでは、発症早期、急性期などの患者を対象に、目的、利用期間などをより明確にした取組が行われるようになってきているほか、うつ病患者への復職支援を行うプログラムなど、多様な試みがなされている。退院促進や地域移行が推進されるなかで、精神科デイケア（以下、デイケア）は長期入院患者にとって入院医療と地域生活の重要な結節点であり、精神障害者の地域生活を支える拠点として今後さらに重要な役割を担っていくと言える。しかし、精神障害者のなかにはデイケアを経て就労やほかの目的志向型の障害福祉サービスの利用に結びついている者もいる一方、他者との交流を避けたり、プログラムの参加に消極的な利用者、入退院を繰り返す利用者が存在することが指摘されている（福浦，2013）。デイケアの利用期間に制限はなく、利用が数年にわたっていても、症状の改善が終了の理由となることは少なく、再入院まで利用が続く場合も多い。デイケアを長期利用する者の背景として、

利用開始時の年齢が高く、罹患期間や総入院期間が長く、入院回数が多いケースが長期利用に陥りやすいという報告はあるが（笠原ら，1995）、デイケアの長期利用者が地域でどのような生活を送っているのかについては報告されていない。国でも地域生活を継続し再入院を防ぐために、生活能力などの向上に向けた専門的かつ効果的なリハビリテーションを行う場としての機能強化を推進することとしており（厚生労働省，2014b）、デイケアは長期入院患者の退院後の地域生活を支える重要な機関として役割を果たしている一方、その役割や機能を検討していく必要が生じている。

3) 諸外国におけるリカバリー概念の広がり と 課題

欧米においては 20 世紀ごろから福祉の充実が図られるようになり、精神保健分野においても政策的な変化が見られた。ほかにも、1970 年代までに病床数が大きく減少した国としてオーストラリア、イタリア、アメリカ、ノルウェーが挙げられる（伊豫，2007）。

特にイタリアは 1978 年に公立の単科精神科病院への入院を禁止する新精神保健法（法 180 号）が成立し、精神障害者の地域移行を推進した。イタリアのトリエステ県では 1970 年頃から閉鎖病棟の解放化が始まり、病院の開放化とともに医療専門職などから構成された改革推進チームが地域住民との関係づくりを行い、地域住民と精神障害者が実際に会い、互いに話し合う機会を提供することで、外部社会とのつながりを形成している（坂本，2013）。現在では、地区ごとに精神保健センターが設置され、基本的な精神医療は精神保健センターで行い、緊急の場合だけ総合病院に開設された精神科救急で対応するという体制をとっている。また、精神保健局の予算から精神医療だけでなく住居提供や就労支援など福祉関連予算も提供されるため、行政的な取り組みとして医療と福祉が連携している（藤井，2010）。このように、イタリアの精神保健の大きな特徴として、精神障害者の人権の尊重だけでなく、社会生活の重要性を認識したことにより（Mosher & Burti 1989; 中嶋 2011）、居住場所の重視だけでなく、就労支援や余暇活動の充実にも取り組んだことが挙げられる。イタリアの精神保健の現状については、イタリア国内でも取り組みに差が大きいこと、現存する課題として多量の服薬、サービスへの依存、公的サービスによる当事者の囲い込み、情報不足などの問題も指摘されているが（坂本，2013）、閉鎖的空間での隔離や拘束を行わず地域住民との話し合いのなかで精神障害者に関わる様々な社会資源を地域のなかに設置・移行してきた意義は大きい。

アメリカでは、抗精神病薬や精神療法の登場により、統合失調症などの精神症状が、精神科病棟入院への絶対条件ではなく、病院よりも地域での支援の方がコスト的にも利点があると社会的にも認識されるようになり（福井，2013）、1960 年代にケネディ大統領が精神障害者の脱施設化などの施策を進めた。しかし、その後のニクソ

ン、レーガン大統領の時代には自助原理が強調され、精神保健の予算は大幅に削減されたことから、地域の受け皿が不十分なため多数のホームレスを生み出す結果となり、多くの精神病患者が再入院を余儀なくされる回転ドア現象が起きた（藤井，1993）。

そのようななか、アメリカでは、次第に精神疾患をもつ者が症状や障害が続いていたとしても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセスが重視されるようになり（Deegan, 1988; Mead & Copeland, 2000）、地域における障害者の生活支援の重要性が認識され、リカバリーの概念が着目されるようになった。リカバリーとは、精神疾患をもつ当事者の手記を発端としてアメリカを中心に広がった概念であり、精神障害者の地域生活を支援するうえで重要な概念となっている（Anthony, 1993; 千葉・宮本，2009）。

リカバリーという言葉は一般に二つの意味で用いられている。一つは伝統的な使い方、精神症状や社会的機能などの客観的な指標によって、病気の徴候がなくなることである。二つ目は近年の考え方で、病気や健康状態の如何に関わらず、希望を抱き自分の能力を発揮して、自ら選択できるという主観的な構えや試行を意味する（野中，2005）。リカバリーの定義として、Anthonyは「障害を抱えながらも希望や満足に満ちた人生を送るための新しい目的と意味を創り出すプロセス」とし（Coodin & Chisholm, 2001）、米国薬物乱用・精神衛生サービス局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]）や米国保健福祉省（The U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS]）は、「主体的な生活を送り潜在能力を最大限に発揮することを通じた変化のプロセス」（SAMHSA, 2012）や、「住み、働き、学び、地域社会に完全に参加できるようになるプロセス」（USDHHS, 2003）として定義している。近年の研究では、リカバリーは、生活分野における活動の進展や、社会的役割を伴う地域での意味ある生活を含むとされ（Torrey, Rapp, Van Tosh, McNabb, & Ralph, 2005 ; Whitley, Palmer, & Gunn, 2015）、専門家主導で症状の軽減や社会的機能の改善を目指す臨床的な回復（Clinical recovery）と、満足した人生を送るためのセルフマネジメントとしての個人的リカバリー（Personal recovery）とが区別され、臨床的な回復と個人的リカバリーは相補的な関係であるとされている（David, Michal, & Paul, 2011）。

このように、リカバリーは精神障害者支援における中核概念として波及しているが、これまでのリカバリーの定義は主に個人的リカバリーの観点から検討され、精神障害をもつ当事者（Coodin & Chisholm, 2001）や専門機関（SAMHSA, 2012; USDHHS, 2003）から多様な定義が示されていることから当事者と専門職が共通理解し実践で活用することが難しい。また、リカバリーはアメリカで提唱されたものであり、社会構造とも密接に関連する概念であることから、導入にあたってはそれぞれの

国の文化的社会的背景を踏まえて検討する必要がある。

そして、統合失調症患者は安定期であったとしても再発を防ぐため病状のコントロールが重要であることから、個人的リカバリーだけでなく病状の安定といった臨床的な回復も含めてリカバリーの特徴を明らかにしていく必要がある。リカバリーは希望や目標の実現に向けた主体的な過程であることから、リカバリーを支援していくためには、当事者のものの見方や考え方、地域における生活の実態を踏まえながら検討していく必要がある。

2. 研究目的

1) 研究の問い：長期入院を経験し、デイケアを長期利用する中高年期の男性統合失調症患者は地域でどのような生活を送り、彼らにリカバリー概念は適用できるのか。

2) 研究目的：長期入院を経験しデイケアを長期利用する中高年期の男性統合失調症患者の病状管理を含めた地域における生活の実態や彼らの考え方をエスノグラフィーの手法を用いて当事者の視点から明らかにし、リカバリーの概念を用いて検討することで、リカバリーを支援するうえでの示唆を得ることを目的とする。

3. 研究の意義

1) 病状管理や日常生活の維持、社会とのつながりなど、これまで報告がほとんどみられない、長期入院を経験し、退院後も長期にデイケアを利用する中高年期の男性統合失調症患者の生活の実態やものの見方、考え方を当事者の視点から明らかにすることができる。

2) 明らかにした長期入院を経験した中高年期の男性統合失調症患者の生活の実態について、リカバリーの概念を用いて検討することができる。

3) 上記から、長期入院を経験した中高年期の男性統合失調症患者のリカバリーを支援していくうえで実践的な示唆を得ることができる。

II. 文献検討

地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの概念分析

1. 目的

リカバリーは急性期症状の回復や安定を主たる目的とすることの多い入院生活よりも、当事者の視点を第一にして地域における生活のなかで希望や他者とのつながりを

実現していける可能性が高い。これまで、地域で生活する統合失調症患者がどのようなプロセスや要素により人生の新たな希望を見出ししていくと考えられてきたのか、先行研究におけるリカバリーの概念を整理し明確にしていくことは、長期入院を経験した中高年期の男性統合失調症患者のものの見方や考え方、生活実態をリカバリーの概念を用いて検討するうえでも極めて重要である。

そこで、地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの概念を文献検討から明らかにするとともに、地域において統合失調症患者を支援するうえでの概念の活用可能性と課題を検討することを目的とした。

2. 方法

1) 概念分析の方法

本研究では、概念を整理する手法としてRodgersの概念分析の方法(Rodgers, 2000)を用いた。Rodgersの方法は、革新的分析方法とも呼ばれ、時間や状況に伴う概念の変化に着目し、概念の特性を明らかにするものである。そして概念の特性は、①関心をもつ概念を構成する属性、②概念に先立って生じる先行要因、③概念に後続して生じる帰結により示される。リカバリーの概念は多様で定まっておらずその解釈も社会背景とともに年々変化してきていることから、Rodgersの概念分析の方法が適切であると考えた。

2) 文献の選定方法

国内外の、地域で生活する統合失調症患者のリカバリーに関する研究論文を対象とした。国外文献はPubMedを用い、「Recovery」および「Schizophrenia」、「Community」を含む文献を検索し抽出された287件の文献のうちRodgersの概念分析の方法で最低必要数とされる全体の20%にあたる57件を乱数を用いて無作為に抽出した。国内文献は医学中央雑誌WEB版を用い、「リカバリー」および「統合失調症」、「地域」を含む文献を検索したところ該当件数が23件と少なかったため「リカバリー」および「地域」を含む文献を検索し40件を抽出した。検索年は限定せず1970年から2016年とした。

タイトルおよび抄録を読み、地域で生活する統合失調症患者を対象とし、当事者のリカバリーの内容や状況について具体的な記述がされている文献を選定した結果、分析対象とする文献は30件（国内文献14件、国外文献16件）であり、発行年は1997年から2016年であった。国外文献は国内で入手可能な英語で記述された研究に限定した。

3) 分析方法

対象とした各文献において地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの内容や状況について具体的な記述のある部分をコードとして抽出し、①地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの概念を構成するもの（属性）、②リカバリーに先立って生じるもの（先行要件）、③リカバリーに後続して生じるもの（帰結）に分けて整理した。コードの共通性と相違性に基づいて分類し、サブカテゴリ、カテゴリを生成し構成概念を整理するとともに、モデルケースにより分析結果の適合性を確認した。そして、カテゴリの関連性を構造化し概念モデルを作成した。地域看護学の研究者および概念分析の研究実績をもつ研究者からスーパーバイズを受け、検討を重ねることで分析結果の妥当性の確保に努めた。

3. 結果

1) 地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの構成概念

国内外の文献を分析した結果、地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの構成概念として抽出された属性、その先行要件、概念に後続して生じる帰結を以下に述べ、概念モデルを図1に示す。各文献において、地域で生活する統合失調症患者のリカバリーについて定義したものは見当たらなかった。本文中は、カテゴリは【 】で、サブカテゴリは〈 〉で示す。

(1) リカバリーの概念を構成する属性

地域で生活する統合失調症患者のリカバリーに関する概念の属性として、【新たな目標や願望をみつけ、主体的に生活する】、【自分自身を客観視し、肯定的なセルフイメージをもつ】、【主体的に支援を活用し、病状が安定する】、【地域社会で相互関係を築き承認される】の4つのカテゴリが抽出された（表1）。

【新たな目標や願望をみつけ、主体的に生活する】は、〈新たな目標を見つける〉、〈希望を持ち主体的に生活する〉、〈自身の思考や行動を変える〉の3つのサブカテゴリから構成された。〈新たな目標を見つける〉にはピアサポーターになること(木村,2016)、目標を見つけて行動する(Kukla, Whitesel, & Lysaker, 2016 ; Mizuno, Iwasaki, Sakai, & Kamizawa, 2015)など、〈希望を持ち主体的に生活する〉には自主的にプログラムに参加すること(Cullen & McCann, 2015 ; 大崎・大西・大井, 2014; 大内・白川, 2014)や日課をもつこと(Cullen & McCann, 2015 ; 岩崎ら, 2008)など、〈自身の思考や行動を変える〉には体調(大井,2013)や状態(Kaewprom, Curtis, & Deane, 2011)に合わせて思考や行動を変えることが含まれた。

【自分自身を客観視し、肯定的なセルフイメージをもつ】は、〈自分自身を客観的

に見つめ思いを表出する)、〈価値観が変化し肯定的なセルフイメージをもつ〉の2つのサブカテゴリから構成された。〈自分自身を客観的に見つめ思いを表出する〉には自分らしさを取り戻すこと(木村, 2016)、自分自身を客観的に見つめること(橋本, 2010)、〈価値観が変化し肯定的なセルフイメージをもつ〉には、自己認識を再構築すること(橋本, 2010)や、肯定的なセルフイメージを持つこと(Cullen & McCann, 2015; Jenkins, 2005; Tavormina, Tavormina, & Nemoianni, 2014)などが含まれた。

【主体的に支援を活用し、病状が安定する】は、〈治療への理解と自律性が向上する〉、〈病状を安定させることができる〉、〈他者からの支援を主体的に活用する〉の3つのサブカテゴリから構成された。〈治療への理解と自律性が向上する〉には診断や治療の選択肢を理解すること(岩崎・野崎・松岡・水信, 2008; Kaewprom et al., 2011; Williams & Tufford, 2012)、病気の管理と改善(岩崎ら, 2008; Jenkins, 2005)など、〈病状を安定させることができる〉には症状が安定し服薬の回数が減る(岩崎ら, 2008; Kukla et al., 2016; 加藤・加藤・中村・木下・向, 2005)、パニック状態になっても落ち着く(加藤ら, 2005; Tse, Davidson, Chung, Ng, & Yu, 2014; 植竹, 2014)など、〈他者からの支援を主体的に活用する〉には必要時に手助けを得る(江藤, 2014; 藤本・藤野・松浦・楠葉, 2017)、自分の目的に合わせて社会資源を利用する(岩崎ら, 2008)などが含まれた。

【地域社会で相互関係を築き承認される】は、〈仲間や家族とのつながりを実感し維持する〉、〈地域社会での相互関係を築き帰属感を得る〉、〈責任ある存在と認識され役割を持つ〉の3つのサブカテゴリから構成された。〈仲間や家族とのつながりを実感し維持する〉にはWRAPによる当事者活動の活発化(山口・山口, 2012)、つながりの維持や実感(橋本, 2010; Mizuno et al., 2015; Salokangas, 1997; Williams & Tufford, 2012)など、〈地域社会での相互関係を築き帰属感を得る〉には健常者との社会相互関係の構築(Rambarran, 2013; Salokangas, 1997)、他者との関係性の改善や強化(Jenkins, 2005; Piat et al., 2015; Saavedra, 2009; Wieland, Rosenstock, Kelsey, Ganguli, & Wisniewski, 2007)など、〈責任ある存在と認識され役割を持つ〉には責任ある存在(Buckland, Schepp, & Crusoe, 2013; 江藤, 2014; 大崎ら, 2014)、一人の人間として認識される(Tse et al., 2014)などが含まれた。

(2) リカバリーの概念に先立って生じる先行要件

地域で生活する統合失調症患者のリカバリーに関する概念の先行要件として【統合失調症の症状や薬の副作用による困難や意欲の低下】、【治療や服薬に対する理解や自律性の低下】、【地域生活で感じる困難と孤独】、【希望や期待の欠如】といった生活や療養の現状と、【周囲の人的・物的環境が整う】、【家族や仲間からのサポートや専門的支援】といった促進要因、【周囲の偏見やスティグマ】、【支援体制の不

足】といった阻害要因からなる8つのカテゴリが抽出された。

【地域生活で感じる困難と孤独】は、〈生活上の不安や困難〉、〈他者との関係性の少なさと孤独〉の2つのサブカテゴリで構成された。〈生活上の不安や困難〉には、不安や恐怖(Buckland et al., 2013; Cullen & McCann, 2015)、協調性の問題(大内・白川, 2014)など、〈他者との関係性の少なさと孤独〉には関係性の少なさによる孤独の経験(Buckland et al., 2013; Rambarran, 2013)、同病の人々との関わりしかない(Mizuno et al., 2015)などが含まれた。

【希望や期待の欠如】は、〈希望や期待の欠如〉の1つのサブカテゴリで構成された。〈希望や期待の欠如〉には、疾患による希望の諦め(大崎ら, 2014; Williams & Tufford, 2012)や、生活の向上への期待がもてない(Jenkins, 2005)ことが含まれた。

【統合失調症の症状や薬の副作用による困難や意欲の低下】は、〈精神疾患による体調悪化や生活への影響〉、〈意欲の低下や無為・自閉〉、〈薬物療法の副作用による生活上への影響〉の3つのサブカテゴリで構成された。〈精神疾患による体調悪化や生活への影響〉には精神症状による苦しみ(加藤ら, 2005; 大井, 2013; 内山・塚田・阿部・片岡・永瀬, 2016)、体調悪化による生活への影響(江藤, 2014; 橋本, 2010; 岩崎ら, 2008; 木村, 2016)など、〈意欲の低下や無為・自閉〉にはプログラムに対する意欲の低下(Cullen & McCann, 2015; 大内・白川, 2014; 大井, 2013; 内山ら, 2016)、ソーシャルサポートの不足に伴うもの(大井, 2013)など、〈薬物療法の副作用による生活上への影響〉には生活能力の低下(Buckland et al., 2013; 岡本・松本, 2014)、眠気やモチベーション不足(大崎ら, 2014)などが含まれた。

【治療や服薬に対する理解や自律性の低下】は、〈疾患を受け入れることの困難さ〉、〈服薬の理解や自律性の低下〉の2つのサブカテゴリで構成された。〈疾患を受け入れることの困難さ〉には精神疾患を理解できないこと(Mizuno et al., 2015)、受療行動が遅れること(岡本・松本, 2014)、〈服薬の理解や自律性の低下〉には家族からの支援がなく服薬管理ができないこと(大内・白川, 2014)、服薬管理に対する認識の低さ(江藤, 2014; Kaewprom et al., 2011; Kukla et al., 2016)が含まれた。

【周囲の人的・物的環境が整う】は〈個人的な性格や趣味〉、〈地域住民との出会いと周囲の理解〉、〈物的・経済的環境の整備〉の3つのサブカテゴリで構成された。〈個人的な性格や趣味〉は楽観主義(藤本・藤野・楠葉, 2013)や趣味や楽しみ(藤本ら, 2013)があること、〈地域住民との出会いと周囲の理解〉は他者との日常的な出会い(Wieland et al., 2007)、受け入れられること(橋本, 2010; Kaewprom et al., 2011)など、〈物的・経済的環境の整備〉は住居や環境の調整(Browne, Hemsley, St John, 2008; 大崎ら, 2014; 大井, 2013)、経済的な安定(岩崎ら, 2008; Tse et al., 2014)が含まれた。

【家族や仲間からのサポートや専門的支援】は〈仲間やピアサポートの存在〉、

〈家族やパートナーの存在〉、〈専門職からの本人の関心に基づいた支援〉、〈専門的プログラム〉の4つのサブカテゴリで構成された。〈仲間やピアサポートの存在〉には自助グループやピアサポートの存在(加藤ら, 2005; 木村, 2016; 内山ら, 2016)、仲間や友人の存在(大崎ら, 2014; Tavormina et al., 2014)、〈家族やパートナーの存在〉は家族からのサポート(大崎ら, 2014; 大内・白川, 2014)、パートナーや配偶者の存在(藤本ら, 2017; Salokangas, 1997)、〈専門職からの本人の関心に基づいた支援〉は関心に基づいた支援(Browne et al., 2008; 江藤, 2014; 植竹, 2014)、傾聴や見守り(大崎ら, 2014; Williams & Tufford, 2012)、〈専門的プログラム〉はデイケアなどへの通所(岩崎ら, 2008)、WRAPや統合療法などのリカバリー志向型プログラム(Cook et al., 2012; Kukla et al., 2016; Tavormina et al., 2014)などが含まれた。

【周囲の偏見やスティグマ】は〈周囲の偏見〉と〈セルフスティグマ〉の2つのサブカテゴリで構成され、〈周囲の偏見〉は社会の差別的な感覚(橋本, 2010)や偏見(Kaewprom et al., 2011; Jenkins, 2005)など、〈セルフスティグマ〉は精神疾患を持つことへの嫌悪感(Browne et al., 2008)やセルフスティグマ(Buckland et al., 2013; 大崎ら, 2014)が含まれた。

【支援体制の不足】は、〈希望する十分な支援が受けられない〉、〈専門家主導の支援を受ける〉の2つのサブカテゴリで構成された。〈希望する十分な支援が受けられない〉には質の低いサービスの経験(加藤ら, 2005)、サービスにアクセスするためのシステムの不足(Kaewprom et al., 2011; Piat et al., 2015)など、〈専門家主導の支援を受ける〉には、専門家主導の指導に従うこと(Wieland et al., 2007; Williams & Tufford, 2012)や、受動的に管理されること(岩崎ら, 2008)などが含まれた。

(3) リカバリーに後続して生じる帰結

地域で生活する統合失調症患者のリカバリーに関する概念の帰結として、【新たな自己を創造し、人生の希望に向かって行動する】、【新たな役割や就職により社会で責任をもつ】、【地域社会の一員として認識される】、【生活を楽しみ、QOLが向上する】の4つのカテゴリが抽出された。

【新たな自己を創造し、人生の希望に向かって行動する】は、〈精神疾患を自分の一部として認識し新たな自己を創造する〉、〈人生の希望に向け行動する〉の2つのサブカテゴリから構成された。〈精神疾患を自分の一部として認識し新たな自己を創造する〉には精神疾患を自分の一部として受け止める(Mizuno et al., 2015; 岡本・松本, 2014)、自己効力感や価値観を見出す(岩崎ら, 2008; Williams & Tufford, 2012)など、〈人生の希望に向け行動する〉には、ピアサポートの意識の芽生え(大井, 2013)や新たな目標に向けた行動(大崎ら, 2014; Rambarran, 2013; 内山ら,

2016)などが含まれた。

【新たな役割や就職により社会で責任をもつ】は、〈ピアスタッフなどとして雇用される〉、〈役割が再構築され責任を持つ〉の2つのサブカテゴリから構成された。〈ピアスタッフなどとして雇用される〉にはクリニックへの採用(木村, 2016)、障害者支援センターでの勤務(大内・白川, 2014)など、〈役割が再構築され責任を持つ〉には友人や高齢者の世話を担う(Jenkins, 2005 ; 加藤ら, 2005)、期待に責任を持って応える(Kukla et al., 2016 ; 岡本・松本, 2014)などが含まれた。

【地域社会の一員として認識される】は、〈地域社会の一員として認識される〉の1つのサブカテゴリから構成され、大勢のグループや地域への統合(Jenkins, 2005)や地域社会への一員としての認知(岩崎ら, 2008 ; Kaewprom et al., 2011 ; Tavormina et al., 2014)が含まれた。

【生活を楽しみ、QOLが向上する】は、〈生活を楽しみ幸せを実感する〉、〈よりよい状態を保ち生活の質が向上する〉の2つのサブカテゴリから構成された。〈生活を楽しみ幸せを実感する〉には生きる活力をもつ(植竹, 2014)、関係性や幸福を実感する(Buckland et al., 2013; Kukla et al., 2016)など、〈よりよい状態を保ち生活の質が向上する〉には身体的・精神的によりよい状態の維持(Cullen & McCann, 2015 ; 江藤, 2014 ; Salokangas, 1997)、ピアサポートやセルフヘルプ活動の発展(山口・山口, 2012)などが含まれた。

4. 考察

1) 地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの構成概念

統合失調症患者が抱える【地域生活で感じる困難と孤独】や【希望や期待の欠如】といった生活や療養の現状から、【新たな目標や願望を見つけ、主体的に生活する】、【自分自身を客観視し、肯定的なセルフイメージをもつ】、【地域社会で相互関係を築き承認される】といったリカバリープロセスが進展し、それらの帰結として、【新たな自己を創造し、人生の希望に向かって行動する】こと、【地域社会の一員として認識される】ことなどを通して、【生活を楽しみ、QOLが向上する】ことにつながっていたと考えられる。属性としての目標や願望をもつことや、肯定的なセルフイメージをもつことは、リカバリーを目的や低い自己期待からの回復と表現した(Deegan, 1988)や(Anthony, 1993)の定義と共通しているものであり、主体的な生活を送ることや、地域社会での関係性の構築などは、(SAMHSA, 2012)や(USDHHS, 2003)の定義と共通しているものと言える。

また、本研究では、概念を構成する属性として【主体的に支援を活用し、病状が安定する】が挙げられた。先行要件においても、療養の現状として【統合失調症の症状や薬の副作用による困難や意欲の低下】や【治療や服薬に対する理解や自律性の低

下】が挙げられ、これらは病状や薬の副作用である錐体外路症状などによって生活や活動に影響を来しやすい統合失調症患者のリカバリーの特徴であると言える。

そのような状況のなか、リカバリープロセスの促進要因として【周囲の人的・物的環境が整う】ことや【家族や仲間からのサポートや専門的支援】を得ることでリカバリーへの準備性を高めていると考えられた。一方で、リカバリープロセスの阻害要因として【周囲の偏見やスティグマ】や【支援体制の不足】が挙げられた。

2) モデルケースによる概念の論証

分析結果である地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの概念を論証するためにモデルケース(木村, 2016)を挙げる。対象者であるAさんは大学在学中に発病したが、妄想が強く、その日を生きているのが精いっぱいな状況のなかで病に圧倒されながら生活を送っていた。しかし、Aさんは同じ病気をもつ当事者の集まりであるSA

(Schizophrenics Anonymous) や信頼できる支援者との出会いによって、自分のことを理解してもらえる場ができた。この状況をリカバリーに先立って生じる先行要件として捉え【統合失調症の症状や薬の副作用による困難や意欲の低下】のなかで【周囲の人的・物的環境が整う】ことで【家族や仲間からのサポートや専門的支援】が得られたと考えた。そして、Aさんは次第に自分らしさを取り戻していったとともに、症状が落ち着き、病気に対する考え方が変化し、ピアサポーターになるという新たな目標を見つけることができた。この状況をリカバリーの概念を構成する属性として捉え、【自分自身を客観視し、肯定的なセルフイメージをもつ】ことや【主体的に支援を活用し、病状が安定する】こと、【新たな目標や願望をみつけ、主体的に生活する】ことがAさんにとってのリカバリーとなっていると考えられた。そのようななか、新しく精神科クリニックが開設されるという話があり、支援者の勧めもあって、ピアサポーターになることを決意し訓練を開始した。その結果、クリニックにピアサポーターとして採用されることになった。この状況をリカバリーの概念に後続して生じる帰結として捉え、Aさんは仲間や支援者の存在により目標を見つけ【新たな役割や就職により社会で責任をもつ】ことに至ったと考えられた。

モデルケースから、地域で生活する統合失調症患者は幻覚や妄想または意欲の低下などの症状により生活が大きく左右されるなかで、同じ病気をもつ仲間からのサポートや苦勞と一緒に立ち向かい当事者主体を第一に考える支援者との出会いにより病状が安定し、自分らしさを取り戻し、人生の目標を見出すことや、地域社会のなかで役割を担うなどのリカバリーにつながったと考えられた。これまでのリカバリーの概念では、要素として他者とのつながりや将来についての希望や楽観性が含まれることは明らかとなっていた(Leamy et al., 2011)。一般に統合失調症患者は情動の鈍麻や意欲の減退といった精神症状の影響により自尊感情が低下しやすい(國方・豊田・八

嶋・沼本・中嶋，2006) なかで、その人のもつ強みを生かした支援の実践により自分らしさを取り戻すなどの個人的リカバリーや病状の安定といった臨床的な回復が促進され、地域で生活する統合失調症患者が新たな希望や目標に向かって具体的に行動するといったリカバリープロセスの進展につながったと考えられる。

3) リカバリー概念の実践への活用可能性と課題

概念分析により、地域で生活する統合失調症患者は、人生の希望や目標を見出すといった個人的リカバリーと、病状の安定といった臨床的な回復が相互に作用しながら、地域社会のなかで相互関係を築くといったリカバリープロセスを通してQOLの向上につながっていることが示唆された。

統合失調症患者は、健常者やうつ病患者と比較してQOL得点が低いことが報告されており(國方・三野，2003)、統合失調症患者が地域のなかでリカバリープロセスを経験していくことがより困難な状況であることが推察される。そのため、地域で生活する統合失調症患者の支援においては、当事者の希望や目標に焦点をあて、主体的な支援の活用を促進するなど、リカバリーの概念を基盤とした支援が一層重要であると考えられる。

具体的には、支援者は当事者の視点に立って地域生活におけるリカバリーの現状を把握し共有すること、当事者のもつ強みをみつけながら、共にリカバリーに向かって人生や生活上の希望や目標の達成を中心に据えた支援方法やプログラムを検討し実践していくことが有効ではないかと考えられる。リカバリーを促進する支援モデルの一つとして、対象のもつ強みに焦点をあてたストレングスモデルが提唱されている(日本精神保健福祉士養成校協会，2009；Charles & Richard, 1997/2014)。ストレングスモデルでは、希望の達成のために気質や性格などの個人因子、関心や願望、環境因子など対象の持つ強みを多角的に捉え、地域を支援の基盤として支援を行う。支援者は当事者が同じ病気をもつ仲間や家族、地域などから多様なサポートが得られるよう環境因子を含めたストレングスに焦点をあてながら、地域で生活する統合失調症患者のリカバリーを促進していくことが望まれる。

一方、リカバリーの概念を基盤とした実践への課題として、支援者は特に病状の悪化や、生活上の問題が露呈しているときに統合失調症患者との関わりの機会を持つことが多いことから、当事者のもつ希望や強みを理解することが難しく、気づきにくいことが挙げられる。また、統合失調症患者は病状による感覚や思考の鈍麻などからコミュニケーションスキルがほかの精神疾患患者と比べて低く(安喰・堀内，2015)、自身の希望や目標について表現することが難しい場合も想定される。そのため、支援者にはそのような当事者の希望や目標などリカバリーへの思いを引き出す支援技術が求められる。

リカバリーはいつも順調に進むわけではなく当事者はリカバリーの伴走者を求めており(萱間, 2016)、支援者はリカバリーの概念について当事者と共通理解したうえで、当事者の視点でリカバリープロセスに寄り添って支援していくことが重要である。長期入院を経験した中高年期の男性統合失調症患者のリカバリーを実現するためには、当事者のリカバリーへの思いを引き出し、ものの見方や考え方、生活の実態を踏まえながら支援していく必要がある。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、人々との相互作用によって文化を解釈していくエスノグラフィーの手法を用いた質的帰納的研究とした。エスノグラフィーは特定集団の文化を記述することであり、エスノグラフィーの目的は、「現地の人のももの見方、彼らの生活とのかかわりを把握し、彼らが彼らの世界をどうみているかを真に理解すること」であるとされている(Spradley, 1980/2010)。

これまで長期入院を経験した中高年期の男性統合失調症患者の現状を生活実態とともに記述した報告はみられない。長期入院を経験しデイケアを長期利用する中高年期の男性統合失調症患者を特定の文化をもつ集団とみなし、彼らのももの見方や考え方、生活の実態を当事者の視点から把握するため、エスノグラフィーの手法を採用した。

2. データ収集期間

2015年8月から2016年8月

3. 研究参加者

過去に通算3年以上の長期入院を経験し、デイケアに3年以上通所しながら地域で生活する40歳以上の男性統合失調症患者とし、A単科精神科病院のデイケア主任者からの紹介により研究への参加に同意の得られた利用者9人。

4. データ収集方法

エスノグラフィーでは、フィールドワークを通して、参加観察やインタビューなど、多様な方法の組み合わせにより必要なデータを収集する。研究者は「観察者としての参加者」として、参加観察やインタビューを行った。「観察者としての参加者」とは、研究者が研究対象である集団の一部となって参加観察を行うことを指し、研究者が研究対象者と関係を構築しやすいという利点がある。なお、研究の初

期の段階では、見知らぬ人である研究者に、人々は表向きの対応をして研究者を試すこともあるため、内面にある真実の情報を知らせているかは不確かであるが（大森, 2004）、次第に信頼関係ができると、内面の世界が研究者に開かれるようになるというエスノグラフィーの研究過程モデル(Leininger, 1985/1997)を参考に、研究者は9か月の予備的フィールドワークを経て、データ収集を開始する時期を判断した。

研究者は、1年1か月にわたりフィールドワークを行い、参加観察として、デイケア参加時の様子や、家庭訪問による生活状況の把握を行い、収集したデータをフィールドノートに記録した。インタビューでは、デイケアを含む地域における生活状況について、インタビューガイドに基づく半構造化面接を実施した。インタビュー内容は、研究参加者から許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

5. 調査内容

- 1) 基本情報：年齢、性別、家族構成、現住所での居住年数、疾患名、既往歴、生活歴、入院期間、デイケア利用経過、参加プログラム、サービス利用状況
- 2) 参加観察：家庭訪問により地域における生活の様子を観察するとともに、デイケアに定期的に参加した。地域における生活やデイケアでの様子について、フィールドノートに記録した。
- 3) インタビュー：地域やデイケアにおける生活状況や希望、他者との相互関係について、インタビューガイド（別紙）に基づく半構造化面接法により実施した。

6. 分析方法

フィールドノートや逐語録などのデータから、研究参加者一人ひとりの生活歴、現在のサービス利用状況、一日の生活、病状や生活の管理、相互関係の実態について整理し、個別にストーリーとして記述した。

次に、研究参加者のものの見方や考え方、地域における生活の実態を明らかにするため、病状管理や生活、相互関係において特徴的な場面を抽出しテーマを設定した。

データ解釈やテーマの抽出にあたっては、地域看護学や精神医学、文化人類学の専門家からスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（文部科学省・厚生労働省，2014）を遵守のうえ、新潟大学大学院保健学研究科研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：第122号）。

実施機関の長とデイケア主任者に対して、研究協力の依頼書と説明書に基づいて、研究の目的や方法、依頼内容、倫理的配慮について説明し、文書により研究協力の承諾および研究参加者の紹介について同意を得た。なお、対象者を選定する際には病状を考慮し、かつ研究協力の可否について判断能力のある者とすることを説明した。内諾の得られた研究参加者に対し、デイケアにて説明書に基づき、研究目的や方法、倫理的配慮などを伝え、いつでも研究への参加辞退が可能であること、研究者の同行場所や時間は研究参加者の意向に沿うこと、話したくないことは無理に話さなくてもよいこと、個人情報保護することなどについて、文書および口頭で説明し、研究協力について同意を得た。

8. 用語の定義

地域で生活する統合失調症患者のリカバリー：

前述した国内外の先行研究からの概念分析を踏まえ、本研究では、地域で生活する統合失調症患者のリカバリーを、「統合失調症患者がQOLを向上させるために希望や目標に向かって支援を活用し、体調や服薬の主体的な管理により病状を安定させながら、地域社会のなかで相互関係を構築するプロセス」と定義した。

9. 調査地の概要

A単科精神科病院のデイケアは、登録者数約100人、1日利用者数約50人の大規模デイケアであった。A病院では、長期入院患者のうち、施設入所した者を除くと約8割が退院後にデイケアを利用していた。デイケア利用者の内訳は、男性が約6割、40歳以上の者が約7割であった。

デイケア利用者の多くは、A病院の近くにある病院借り上げのアパートや、公営住宅に居住していた。A病院は郊外に位置し、デイケア利用者は病院が運行するバスや、デイケアの送迎バスを利用して通所していた。

IV. 結果

1. 研究参加者の地域における生活の実態

1) 研究参加者の背景

研究参加者の平均年齢は 58.8 歳であった。入院期間は平均 20.8 年、デイケア利用期間は平均 8.8 年であった。居住形態は民間アパートや公営住宅での独居生活を送っていた者が 6 人 (66.7%)、病院の借り上げアパートで一部共同生活を送っていた者が 2 人 (22.2)、親と同居していた者が 1 人 (11.1%) であった。デイケア以外の利用サービスは、訪問看護 7 人 (77.8%)、居宅介護 3 人 (33.3%) と生活訓練 1 人 (11.1%)、なし 1 人 (11.1%) であった (表 2)。

2) 研究参加者の生活歴と現在の生活状況

研究参加者のこれまでの生活歴と現在の生活状況をそれぞれ記述した。また、研究参加者の 1 週間のサービス利用を含めた生活状況を表 3 に示した。

(1) 陰性症状により限られた関係のなかで身を置く A さん

(これまでの生活歴)

A さん (50 代) は、両親と妹の 4 人家族に生まれた。父親は会社員として化学工場で働き、母親は看護師として 25 歳頃まで働いていた。10 歳までは父親の会社の社宅で生活しており、近所の子どもと草野球などをして遊んでいたが、その後、実家を新築し転居したため、つながりはなくなった。高校卒業後、大学受験に失敗し予備校に通学するが、結局、志望校には合格できず、ゴルフ練習場での仕事などをしてきた。28 歳頃、仕事に悪口を言われるような思いや家族への暴力が出現し、精神科病院に 11 か月入院した。その後も何度か入院を繰り返し、計 4 年間程入院した。退院後は、両親の暮らす実家に戻り、最近まで認知症の父親の介護を行う母親を手伝いながら生活していた。近所の人とは、たまに回覧板を受け取る時に挨拶をする程度で、昔から付き合いはほとんどない。障害年金は受給しておらず、両親の年金で生活をし、小遣いの範囲で必要なものを購入している。

(現在の病状管理やサービス利用状況)

月に 1 回外来に通院しながら、服薬治療をしている。処方されている薬は自分で管理しているが、訪問看護師から週に 1 回体調や服薬状況についての確認を受けている。デイケアには他者との交流を深め安定した生活を送ることを目標に週に 1 回通所している。

(主な一日の生活)

週に 1 回デイケアに通所する日は、朝 6 時に起床し、身支度を整えると、母親と朝食を摂り、テレビを見ながら過ごし、9 時頃になると原付バイクでデイケアに通っている。自覚症状としては疲労感が強く、意欲が出ず、なかなかデイケアに行く気にな

れないこともあったが、天候の悪い日は妹が朝電話をくれ、車でデイケアに送ってくれることもあり、何とか継続して通所できている。ゲートボールのプログラムには参加しているが、そのほかのプログラムにはほとんど参加していない。一人でパソコンで音楽動画を見たり音楽を聴くことを楽しみにしている。16 時頃帰宅すると自室でテレビを見て過ごし、18 時頃母親と夕食を摂った後も自室で一人で横になってうとうとしながら過ごし、24 時頃入浴し、翌日 3 時頃再び就寝している。洗濯や掃除などの家事は母親が行い、自室のみ自分で片づけている。

デイケアに通所しない日は、朝 7 時頃に起床し、身支度を整え朝食を摂った後は、自室で一人でテレビを見たり、横になって過ごす。天気が良いと、原付バイクで近くの公営競技場の周りをつーリングし、コンビニエンスストアで買い物をして帰ってくる。13 時頃に昼食を母親と食べ、自室でテレビを見て夕食まで過ごしている。

(Aさんの地域生活の様相)

Aさんは、実家で両親と生活を続けるなかで、同居家族や専門職のサポートを得て日常生活の維持や病状の安定を図っていた。陰性症状として疲労感が強く意欲が湧かないことから、交流機会を増やすことよりは、自宅やデイケアなど身近で安心できる場所で一人で過ごしていた。

(2) 長期入院によりひとり立ちの生活の中断を余儀なくされたBさん

(これまでの生活歴)

Bさん(60代)は、両親、姉と兄の5人家族に生まれた。幼いころは家族で公営住宅に住んでおり、近所の子ともよく遊び、近所の駄菓子屋に行ったりして遊んでいた。中学校卒業後は、隣の市にある導線を製造する工場に就職し実家から通勤し、20年ほど勤務した。仕事は、導線の太さを細かく設定して製造するなど熟練した技術が必要な作業であった。職場の先輩の勧めもあり土地と建物を購入し独居生活を始め、自宅に兄家族を招いたり、幼馴染の友人と酒を飲むなどの交流もあった。35歳頃、3交代勤務により仕事の疲れが溜まり、眠れずに酒を飲んで寝る生活となり、仕事上のミスが目立つようになった。次第に幻覚や被害関係妄想、衝動行為が出現し入院となり、計14年程入院した。購入した持ち家は入院中に家族により売却された。

退院後、援護寮を経てアパートで独居生活を送っていた。両親は他界し、実家には兄家族がいるが、意見が合わないことも多く、会うことはあまりない。

(現在の病状管理やサービス利用状況)

月に1回通院しながら、抗精神病薬と、糖尿病による経口血糖降下薬を内服しており、訪問看護師から週に1回、服薬確認を受けている。糖尿病のため食事療法の指導を受けており、デイケアでの昼食は糖尿病食、それ以外の食事では油分を多く含む揚げ物などは1日2品までと病院の栄養士から食事療法の指導を受けており、守っている。デイケアには再入院しない

ことを目標に週 4 日通所している。

生活費は、自分で引き出し、デイケアの担当スタッフと一緒に用途別に振り分け、スタッフが生活費の使い方の相談にも乗ってくれている。また、ホームヘルプを週 1 回利用し、掃除を手伝ってもらっている。

(主な一日の生活)

デイケア通所日は朝 6 時に起床し、朝食に食パンやヨーグルト、バナナなどを食べた後、テレビを見て過ごす。9 時頃に近くに住むデイケアメンバー（以下、メンバー）と共に病院の送迎バスに乗りデイケアに行き、ロビーのソファでメンバーとテレビを見たり雑談し、昼食を食べた後もロビーのソファで過ごし、15 時頃になると体操に参加する。17 時頃帰宅するとタバコを吸って一息ついた後、デイケアから夕食用に持ち帰った弁当を食べ、その後テレビを見て過ごし 21 時頃就寝している。週に一日デイケアに通所しない平日は、メンバーの D さんが家まで弁当を届けてくれる。

風呂は、光熱費を節約するため A 病院のデイケアで週に 1 度入浴している。家においても物寂しく、することがなくて退屈であるため、金曜の夜から月曜の朝までは近くに住むメンバーの D さんの家で過ごし、仲の良いメンバー数人と共に昼食と夕食を食べている。自宅にはクーラーが設置されていないため、D さんの提案で夏の暑い時期は 2 か月程 D さんのアパートに滞在させてもらった。

(B さんの地域生活の様相)

B さんは、発病により、工場での技術職や自宅の購入、独居生活といった社会生活の中断を余儀なくされた。退院後、両親が他界し、きょうだいとも日常的な付き合いはなく孤独を感じていた。就労の希望はなく、再入院しないことを目標に週のほとんどをデイケアで過ごしている。専門職や仲の良いメンバーのサポートを得ながら病状や生活を維持し、地域住民との交流はないなかで、メンバーとのつながりを中心とした新たな生活を送っていた。

(3) 地域で担えない役割をデイケアで果たす C さん

(これまでの生活歴)

C さん（70 代）は、両親と 3 人の姉と兄の 7 人家族に生まれた。父親は戦死し母親と生活していた。実家は農村部にあり、周囲は田畑に囲まれていた。中学卒業後、大型自動車運転免許を取得し、乾物屋や卸業、バスの運転手、タクシー運転手など免許を生かした職業を転々とするなか、25 歳頃に妄想などの精神症状が出現し通院を開始し、入退院を繰り返しながら計 16 年程入院した。

退院後、A 病院借り上げのアパートで独居生活を送っていた。実家に長兄家族と母親が暮らしていたが、日常的な付き合いはなく、書類の提出など困ったときに長兄に連絡している。アパートの周囲は雑木林で住宅はないため、近所の人との付き合いは

ほとんどない。祭りは春と秋の年に2回開催され、アパートに暮らすメンバーと行くことがあるが、特に地域住民としての運営上の役割が回ってきたことはない。

(現在の病状管理やサービス利用状況)

糖尿病も併発していたため、月に1回A病院の外来に通いながら、抗精神病薬とともに血糖降下薬の服薬をしている。服薬は自分で管理しており、デイケアに週4日通所し日々の体調を確認してもらっている。

(主な一日の生活)

朝3時頃起床し、ラジオで音楽を聞いて過ごしている。8時頃朝食に食パンを食べ、タバコを吸った後、アパートの共有スペースであるホールでメンバーと雑談し、9時頃送迎バスでデイケアに向かう。好きなゲートボールができるプログラムには参加し、過去にもらった賞状は大切に自室の壁に飾っている。メンバーの様子を黙って見ている方が好きでそのほかのプログラムには参加しないが、月に1度、デイケアで収集しているエコキャップの数を数える役割を担っている。自宅に帰ると、洗濯を済ませ、夕食はあらかじめデイケアで注文しておいた弁当を持ち帰って食べている。アパートの近くにある商店は釣具屋のみで、よくパンなどの軽食を買いに出掛け、店主や店主の妻と地域の祭りの話などをする。

デイケアに通所しない水曜と土日は、スーパーで買ったパックご飯(包装米飯)を主食に近所の商店で買った焼き魚などをおかずにする。入浴は週に1回、アパートの共同の浴室を使っている。

(Cさんの地域生活の様相)

Cさんは、20代前半に発病し長期間に渡り入退院を繰り返したなかで、両親やきょうだいの多くが他界した。デイケアや共同生活などA病院を中心としたサービスを利用し、病状や生活を安定させながら生活していた。近所の商店でのやり取りが数少ない交流機会であり、地域行事に参加することはあっても役割を担うことはなく、デイケアのなかで得た誇りや役割を大切にしていた。

(4) 独居生活に孤独を感じメンバーと行動を共にするDさん

(これまでの生活歴)

Dさん(70代)は、両親ときょうだいの6人家族に生まれた。公務員の父親と専業主婦の母親に育てられた。比較的大人しい子どもであったが、子どもの頃は近所の友人と朝から晩まで遊び、高校入学や就職してからも付き合いが続いていた友人もいた。高校卒業後に首都圏の自動車会社に就職したが1年半ほどで退職した。別の会社に転職し寮生活を送っていたが、職員寮で生活する同僚から夜中に起こされたような感覚になり、同僚に怒鳴るなどトラブルとなり、20歳頃会社の勧めもあり退職し帰郷した。その後も恐怖感が持続し、31歳頃症状が著明となって長兄とともにA病院

を受診し入院となり、計 32 年間程入院した。

退院後は福祉ホームを経て公営住宅で独居生活を送っていた。入院・入所中は周囲に常に人がいる環境であったが、独居生活では近くに知り合いがおらず孤独を感じていた。次第に、入院中に知り合ったメンバーが退院後に近くに転居してくるようになり、メンバーとの日常的な付き合いができた。両親は他界し、実家に暮らす義姉が毎月生活費を振り込むなど、必要なサポートをしてくれている。

(現在の病状管理とサービス利用状況)

月に 1 回外来に通院しながら、服薬治療（抗精神病薬）をしている。処方されている薬は自分で管理しているが、訪問看護師から隔週に 1 回、体調や服薬状況についての確認を受けている。幻聴は残っているが、自分から訴えることは少なく、病状は安定している。アパートでの独居生活を退屈に感じ、デイケアには週 4-5 日通所している。

(主な一日の生活)

朝 4 時に起床すると朝食に食パンを摂り、身支度を整えたあと、家事をしたり、朝のニュース番組を見ながら過ごす。6 時頃、近くに住むメンバーの H さんが訪ねてくると、ジュースを出して一緒に飲み、デイケアに行くまで共に過ごした後、近くに住むメンバー 4 人と一緒に病院の送迎バスでデイケアに向かう。到着後はロビーのソファに座って仲のよいメンバーとテレビを見たり、ジュースを奢ったりして過ごす。薬剤に関する健康教育プログラムには参加していたが、それ以外のプログラムには特に参加していない。デイケアから帰った後は、夕食用に持ち帰った弁当を 16 時半頃に食べ、自宅でテレビを見たりラジオを聞いて過ごし、21 時 30 分頃就寝する。入浴は、毎週日曜日に近所に住む仲の良いメンバー 3 人で近くの銭湯に行っている。土日は、仲のよいメンバー 4 人が訪ねてきて朝 6 時頃から 19 時頃まで共に過ごす。

(D さんの地域生活の様相)

D さんは 32 年間という長期入院を経験し、その間に両親が他界し、きょうだいも高齢となり頼ることができないなかで、独居生活に孤独を感じていた。デイケアを休まないことを目標に週の大半をデイケアで過ごし、訪問看護のサポートを得ながら病状を維持していた。地域のなかで担っている役割はなく、仲の良いメンバーと行動を共にし、リーダー的存在を自覚することでメンバーを中心としたグループにおける役割を持ち、孤立せずに地域で生活を送っていた。

(5) 病状の安定を地域生活を継続する条件と捉える E さん

(これまでの生活歴)

E さん（60 代）は、祖父母を含めた 10 人家族で、6 人きょうだいの第 2 子として生まれた。家は兼業農家で、父親は工場で働き、母親は主婦で家事と農作業を行って

いた。子どもの頃、農繁期は学校を休んで家の農作業を手伝ったこともあった。中学を卒業後、自宅から通いながら大工として造作（内装）を担当していた。23歳頃、仕事中に大工仲間とトラブルになって興奮した時に幻聴や大声で怒鳴るなどの精神症状が出現しA病院に入院となり、計31年程入院した。入退院を繰り返すなかで大工に復帰したこともあったが、無断欠勤などにより解雇された。

退院後、生活訓練施設やグループホームを経て借家で独居生活を送っていた。両親は他界し、実家で暮らす末弟が生活費の管理などサポートしている。

（現在の病状管理とサービス利用状況）

隔週に1回の外来に合わせてデイケアに通所している。訪問看護師は週に1回訪れ、残薬をさりげなく確認していく。時々、泥棒が侵入し財布から現金がなくなっているような気がしたり、外で怒鳴っているような気がして不安になることがあるが、訪問看護師が自分の言動を否定せずにアドバイスをしてくれるので安心している。病院の仲介により現在の家に住むことができているため、怠薬したり、病状が悪化してトラブルが生じると今の家には住めなくなると考えている。毎日ホームヘルプを利用し、土日を含め毎日食材の準備や調理、風呂の準備をしてもらっている。

（主な一日の生活）

隔週に1回デイケアに通所する日は、朝5時頃に起床し、朝食を摂った後、洗い物やゴミ出しの準備をし、その後タバコを吸うなどして過ごす。7時30分に家を出て、ゴミを出しながらデイケアの送迎バスの停留所となっている近くの病院の借り上げアパートまで歩いて向かう。デイケアではホールの椅子に座って過ごしたり、カラオケルームで歌ったり、一人で塗り絵などをして過ごしている。デイケアに通っている近所の2人のメンバーともデイケアの通所日が重なれば話をしている。デイケアから帰ると16時30分にホームヘルパーが来て夕食を作ってくれた後、近所の酒屋にタバコを買いに出かけ店主と雑談することもある。家で夕食を食べ、テレビを見たり、ラジオを聞いて過ごし、21時頃就寝する。

デイケアに通所しない日は、朝5時頃に起床し朝食を摂った後は、テレビを見るなどして過ごしている。11時過ぎにホームヘルパーが来てくれ、昼食や夕食の調理をして冷蔵庫に入れておいてくれる。風呂は、入りたい時に水を溜めておき、ホームヘルパーが来てくれたときに、バランス釜に火をつけてくれる。訪問看護やホームヘルパーが訪れるとき以外は1人で過ごしているため、家で孤独を感じたときは誰かと会えることを期待して外で体操をしたり、庭仕事などを行っている向かいの住民に話しかけることもある。宗教関係者に誘われ、決して信仰しているわけではないが、年に何回か集まりに連れていってくれるので参加している。

（Eさんの地域生活の様相）

Eさんは、家族と同居し家事経験がないなかで長期入院に至った。そのため、訪問

看護によるサポートを得て病状を安定させながら、ホームヘルプの家事援助を活用して生活を維持していた。病院の仲介により現在の家に住むことができていたため、病状の安定が地域での生活を継続するための条件であると捉えている。日常的な交流機会が少なく孤独を感じると、地域住民との交流を期待して外に出て体操をしたり、週1回訪れる宗教関係者の誘いにより活動に参加することによって外出や交流の機会を得ていた。

(6) 過去の体調悪化の経験から服薬管理の重要性を認識するFさん

(これまでの生活歴)

Fさん(50代)は、両親ときょうだいの5人家族に次男として生まれた。父親は会社員で、母親はパート従業員であった。中学卒業後は定時制高校に進学したが、勉強が嫌いで1年で中退し、県外の職業訓練校に進んだ。25歳頃から耳鳴りを感じるようになり精神科の外来通院を開始し、27歳頃に病状が悪化しA病院に入院となり、計8年程入院した。

退院後、福祉ホームを経てA病院が借り上げたアパートで独居生活を送っている。母親は高齢で日常的なサポートは難しく、実家で暮らす兄が生活費を引き出して持参してくれるなどのサポートをしてくれている。

(現在の病状管理とサービス利用状況)

月に1回外来に通院しながら、月に1回訪問看護を利用し、病状管理や服薬状況の確認を受けている。デイケアには週に4-5回通所し、以前怠薬から病状が悪化したことがあり、昼の服薬の管理をデイケアスタッフに依頼している。電波で早朝に起こされたりする、選ばれて電波の仕事をしているといった妄想はあるものの、デイケアに通い、病状を安定させることが、現在のアパートで生活を続けていくためには必要であると捉えている。

(主な一日の生活)

朝5時30分頃起床し、朝食を食べるとテレビを見たりラジオを聞いて過ごし、8時50分位に送迎バスでデイケアに向かう。デイケアでは毎回10時頃に入浴し、食事指導などの健康づくりプログラムなどには参加するようにしていたが、それ以外のプログラムには参加していない。多くの時間はホールでメンバーと話をしながら過ごし、特定の女性メンバーと話すことを楽しみにしている。16時30頃に帰宅すると、自炊のために近所の商店に出かけたり、市の巡回バスに乗って、大型スーパーまで買い物に出かけ、納豆や魚など食べたいものを買っている。帰宅後、夕食を食べ、20時頃就寝している。近所の人からは話しかけられることがなく、挨拶する程度だが、外出時にバス停で偶然居合わせた高齢者などに話しかけることもある。同じアパートに住む仲のよいメンバーが部屋を訪ねて来て雑談したり、土日には一緒に近くの高齢者セ

ンターに入浴に出掛けることもある。

(Fさんの地域生活の様相)

Fさんは、就労経験はほとんどないが、自身が選ばれて電波の仕事をしていると考えている。過去に怠薬による体調悪化や再入院を経験したことから、服薬管理の重要性を認識し、デイケアに通い専門職のサポートを得ながら病状を安定させることが、地域で生活を継続するための条件であると捉えていた。また親やきょうだいとの交流は限られ、地域住民との交流もほとんどないなかで、同じアパートに住むメンバーと日常的な交流を持ちながら孤立せずに生活を送っていた。

(7) 地域の役割を担うことにより交流機会を拡大させたGさん

(これまでの生活歴)

Gさん(50代)は、両親ときょうだいの6人家族に長男として生まれた。両親は農業を営んでおり、麦を作ったり、蚕を育てながら生計を立てており、Gさんも子どもの頃から作業を手伝っていた。中学を卒業後、実家の農業を手伝いながら板金屋で働いたが仕事に慣れず、タイヤ会社に転職し自動車修理などを担当していた。秋には、仕事が終わった後に親戚の柿農家のさわし柿づくりを手伝うなど、長時間の掛け持ちの仕事により過労が続いたことや、会社で慣れない酒を飲まされる機会も多かったことなどから精神症状が出現するようになり、16歳頃に入院となり、以後入退院を繰り返し計31年程入院した。

退院後、生活訓練施設を経て、デイケアに通いながら公営住宅で独居生活を送っていた。退院時に両親はすでに他界しており、きょうだいも忙しく、日常的なサポートは難しい状況であった。

(現在の病状管理とサービス利用状況)

月に1回A病院の外来に通院し、眠れない日が続いたりするとA病院の外来看護師に電話で相談している。また、週に1回訪問看護を利用し病状管理や服薬状況の確認を受けていたほか、変形性膝関節炎による膝の痛みから移動に支障が生じていたため、訪問看護師から買い物のサポートをしてもらっている。自宅は交通の便があまり良くなく、膝の痛みもあり毎日デイケアに通うことが難しいため、A病院系列の生活訓練施設のショートステイも利用しながらデイケアに週3回程通所している。

(主な一日の生活)

デイケア通所日は朝6時30分に起床し、白飯や味噌汁の朝食を食べたあと、最寄り駅まで15分程かけて歩き、隣の駅で下車し病院の送迎バスでデイケアまで通う。デイケアではメンバーとビリヤードをしたり、カラオケルームで歌って過ごし、喫茶が開かれる時間には、仲の良い女性メンバーと雑談しながら珈琲を飲んだりして過ごす。デイケア終了後は送迎バスと電車を使って自宅の最寄駅まで帰り、近くのスーパ

一で買い物をして帰宅する。夕食を食べた後はテレビを見て過ごし、21時30分に服薬し22時に就寝する。入浴は、ショートステイの風呂を利用することもあるが、毎日ではないが自宅でも入浴している。

デイケアに通所しない日は、整形外科に受診したり、買い物や市役所に手続きに出かけるなど外出することが多い。月に1度、一人で近所のスナックに通い、そこで同じ公営住宅の住民と一緒にカラオケをすることもある。また、公営住宅の当番で、町内会費の集金や配布物を各戸に配布するといった役割を担ったことがあり、同じ公営住宅の住民に果物をおすそ分けして喜ばれたこともあった。宗教団体に誘われて入ったことで、いろいろな人との出会いがあって付き合いが増えた。

(Gさんの地域生活の様相)

Gさんは、10代に発病し長期入院を経験し、変形性膝関節炎による痛みがあり歩行に支障があるなかで、訪問看護の柔軟なサポートを得ながら病状や生活を維持していた。また、同じ公営住宅の当番の役割を果たしたり、近くに住む子どもや高齢者と日用品のおすそ分けをするなど地域住民との交流により機会が拡大していたとともに、宗教関係者との定期的な活動参加により交流機会を得ていた。

(8) 自信のなさから就労支援サービスの利用を躊躇するHさん

(これまでの生活歴)

Hさん(40代)は、姉と両親の4人家族に生まれた。父親は鉄工所で働き、母親は公営競技場で働いていた。地元の小学校、中学校を卒業し、高校はバスと電車で60分程のところにある私立高校に進学した。17歳の時に高校でのいじめがきっかけで精神症状が出現し入院となり、計9年程入退院を繰り返した。入院中に両親と姉は他界し、頼ることができる身内はいない。

退院後はA病院系列の生活訓練施設に入所し、その後公営住宅で独居生活を始めた。入退院を繰り返すなかで清掃の仕事を行ったり作業所に通ったこともあったが、上手くできずすぐに辞めた。近所の人とは会った時に挨拶するくらいの付き合いしかない。毎月、班長が町内会費を集金に来るので渡しているが、Hさん自身は班長など地域の役割を担ったことはない。

(現在の病状管理とサービス利用状況)

隔週で外来に通い、生活訓練施設に週2日通所し、施設で処方薬を薬整理箱に入れて管理しており、必要な薬のみ持ち帰っている。また、体調や服薬状況についての確認を受けるため訪問看護を週に1回利用している。デイケアには、健康を維持することを目標に週4日通所し、ホームヘルプサービスを利用し、デイケアに通所しない日の食事作りをしてもらっている。就労訓練などは続ける自信がなかったため、デイケア以外のサービスは利用したことがない。生活費の管理は生活訓練施設の精神保健福

社士に手伝ってもらい、銀行で引き出した生活費を必要経費ごとに細かく袋に分けて管理をしている。自分では管理できないが、いつかデートする時の費用を工面するために自分で管理できるようになりたいと思っている。

(主な一日の生活)

デイケア通所日は、朝 5 時に起床し朝食を摂り身支度を整えると、6 時頃に近所の公営住宅に住むデイケア仲間の D さんの家に行き、ジュースを飲んだりしながらデイケアに行くまで一緒にテレビを見て過ごす。デイケアでは、ロビーのソファに座って、ジュースを飲んだり、テレビを見て過ごし、特にプログラムに参加することはない。デイケアから帰った後は、夕食用に持ち帰った弁当を 16 時半頃に食べ、自宅でテレビゲームをしたり、近所に住むメンバーの D さんの家に行って過ごす。土日も D さんの家で、話をしたり、昼寝をしたり、タバコを吸ったりして一日を過ごし、夜になると帰宅し 21 時頃就寝している。

洗濯物が溜まると自分で洗濯し、部屋の中に干している。自宅に風呂はなく、毎週日曜日に近所に住む仲の良いメンバー 3 人で近くの銭湯に通っている。

(H さんの地域生活の様相)

H さんは、入院中に両親や姉を亡くし、頼ることができる身内がないなかで孤独を感じていた。専門職から家計管理などのサポート得て生活を維持しているが、自信のなさから就労に向けたサービスは利用せず週のほとんどをデイケアに通っていた。地域住民との付き合いや地域での役割はなく、仲の良いメンバーとのつながりを継続することで、孤立せずに独居生活を送っていた。

(9) 重篤な意識障害の既往からサポートにより自己管理を継続する I さん

(これまでの生活歴)

I さん(50 代)は、妹と両親の 4 人家族に生まれた。実家は農村部にあり、周囲は田畑に囲まれていた。中学卒業後は地元の工業高校に進学したが、無為・自閉といった精神症状が出現し登校しなくなり、高校を 1 年の一学期で中退した。その後、母親への暴力などから家族に同行されて入院となり、計 28 年程入院した。清掃員などの職業や親族が営む食堂で働いたこともあったが、入院生活が長く就労経験はほとんどない。

退院後、生活訓練施設に 3 年程入居し、その後公営住宅でひとり暮らしをしていた。母親は同じ市内に居住しているが膝が悪いことから訪ねてくるのが難しく、日常的な交流はない。地域住民との交流もほとんどなく、班長など地域の役割を担ったことはないが、年に数回地域の草取りがあり、それに参加しないと負担金を徴収されるため参加している。生活費は自分で管理しているが、足りなくなるとメンバーの D さんから借りることもある。

(現在の病状管理とサービス利用状況)

抗精神病薬の副作用による口渇などに関連した水中毒症状により重篤な意識障害を起こし、A病院に1か月程入院した経験があった。そのため、外来に週1回通いながら、訪問看護を週1回利用し病状管理や服薬確認を受けている。水中毒の予防のためには水分管理が重要であるが、訪問看護師は訪問時に水分摂取量を記した記録用紙を確認し、自己管理を認めてくれている。デイケアには週4回通所し、デイケアでは喫茶の就労体験プログラムに参加している。就労したいという希望も漠然とはあるが、仲のよいデイケアメンバーと別の行動を取ることは考えられず、具体的に就労に向けた準備はしていない。

(主な一日の生活)

朝3時に起床し、検温をした後、身支度を整え、朝食に食パンを食べる。その後体重を計測し、テレビを見て過ごす。7時55分頃、近所に住む仲の良いメンバーと共に病院の送迎バスでデイケアに向かい、デイケアではロビーのソファに座り、仲の良いメンバーと一緒にテレビを見たり、ジュースを買ってもらって過ごしている。毎週金曜日の喫茶の時間には、接客業務を担当し就労体験をしている。17時頃帰宅すると、デイケアから夕食用に持ち帰った弁当を食べ、薬を服用した後、体重を測定し、18時頃就寝する。木曜はデイケアに通所せず訪問看護を利用し、洗濯はこの日にまとめて自分でしている。入浴は、毎週月曜日と金曜日の夜に自宅の風呂に入っている。土日は、仲の良いメンバーのDさんの家で一日過ごし、昼食と夕食もDさんの家で摂っている。

(Iさんの地域生活の様相)

Iさんは、発病により家族と長期間離れて暮らし、退院後も慕っている母親との交流機会が限られているなかで、独居生活に孤独を感じていた。水中毒による重篤な意識障害の既往がありながらも訪問看護のサポートにより自己管理を継続し病状を維持し、仲の良いメンバーと共に過ごすことで、孤立せずに生活を送っていた。メンバーを中心としたグループで行動しており、自分だけ就労訓練等ほかのサービス利用するという選択肢はない。

2. 研究参加者の地域における生活の様相

インタビューの逐語録およびフィールドノートなどを分析した結果、研究参加者の地域における生活の様相として「地域での生活を継続する条件としての病状の安定」、「支援の主体的な活用による日常生活の維持」、「長期入院による社会的なつながりの喪失と孤独」、「デイケアメンバーとのつながりの継続」、「地域住民とのゆるやかな交流の希求」の5つのテーマが抽出された。結果の記述に登場する研究参加者については、表4に示した。

1) 地域での生活を継続する条件としての病状の安定

(1) 専門職からのサポートを受けながら行う服薬の自己管理

地域における生活を継続するうえで、病状を安定させることは欠かせない前提条件であり、参加者は病院や福祉施設の専門職からのサポートを受けながら服薬の自己管理を行っていた。

怠薬から病状の悪化を経験したFさんや、服薬の自己管理に自信のないHさんは、服薬を継続することの重要性を認識し、デイケアや訪問看護、通所する生活訓練施設の専門職からサポートを受けながら、薬の保管や整理を行い、服薬を継続していた。

デイケアに通うFさん(50代)は、毎日昼になると元気な声でデイケアのスタッフルームに入り、「〇〇さん(担当職員)、くすりー」と言って薬剤を受け取って、またデイルームに戻っていった。Fさんに、日々の服薬状況について尋ねると、安心した表情で話した。

「(薬は)ここで管理してもらってるんだ。前は(薬を飲むと)血が変わると思って飲まなかった時があるんだから。自分の血が薬剤で変わってしまうんでねえかと、あぶねえなど。飲まない方がいいなと思って辞めたら、ひでえことになったんだ・・・」

Fさんは、電波で早朝に起こされたりするといった妄想があり、以前服薬による悪影響を心配して治療を中断し病状が悪化した経験がある。そのため、朝と昼の服薬はデイケアで行い、夕食後の服薬は自宅で行い空の包装を翌日にデイケアスタッフに渡すといった形で、専門職からのサポートを得ながら服薬を自己管理していた。

(2) 地域での暮らしを継続する条件としての病状の安定

長期入院を経験した参加者の多くが、病院の全面的なサポートにより地域での新たな住居を確保していたため、治療を継続し病状を安定させることが、アパートや貸家で暮らし続けるために必要な要件となっていた。

貸家で生活するEさんや、病院借り上げのアパートで生活するFさん、公営住宅で生活するIさんは、通院や服薬、デイケア通所といった治療の継続により、病状を安定させ、トラブルを起こさないことが、地域での暮らしを継続する条件と捉えていた。

訪問看護師が、「ちょっとみていい？眠剤飲んでない日もあるみたいだけど眠れてる？」と尋ねると、Eさん(60代)は、薬袋が沢山入ったレジ袋を渡しなが、泥棒が侵入し財布から現金がなくなったり、外で怒鳴って困っていることを、怪訝そうに訴えた。訪問看護師が「不安なようだったら貴重品を置く場所変えた方がいいかも

ね」とアドバイスしてくれたため安心し、今後の生活について話しはじめた。

「これからどのぐらいあと居られるか分からないけど。とりあえず 2~3 年置いてもらえるか分からないけどさ...。ほかの人は 2 年で出てくれって言われてさ。『追い出される』ってしゃべってるのを見るとかさ。大家さんは出てけとは言わんども、トラブルっていうトラブルはないどもさ、もう少し居たいなあと思ってね。置いてもらえんかなあと思ってるんだけどさ。」

長期入院を経験し、民間の借家で生活する E さんは、処方されている薬は自分で管理し、訪問看護師から週に 1 回体調や服薬状況についての確認を受けていた。病院の仲介により現在の家に住むことができているため、怠薬したり、病状が悪化してトラブルが生じると今の家には住めなくなると感じ、地域における暮らしを継続するためには病状の安定の必要性を感じていた。

(3) 自律性の尊重によるセルフケアの継続

独居で生活する参加者は、家族から日常的なサポートを得ることが難しいため、専門職から助言を得たり、主体的な自己管理の現状を肯定されながら、再発を防ぐため服薬や体調管理を継続していた。

泥棒の侵入や怒鳴り声に不安を感じている E さんや、多飲水傾向で水中毒の予防が必要な I さんは、訪問看護師から服薬や体調の自己管理について自律性を尊重されながら、セルフケアを継続していた。

訪問看護師が訪れる日、I さん（50 代）は毎日記録している水分摂取量の記録用紙をすぐに見せられるよう、綴られたファイルを手元に準備して訪問看護師を待った。訪問看護師が「ちゃんと記録できてるね。（水中毒による重篤な意識障害を起こさないよう）コーラは飲み過ぎないように注意してね」と自己管理を認めると、I さんは嬉しそうに答えた。

「前はコーラを一日何本も飲んでましたけど、（水中毒から重篤な状態にもなったので）最近は気を付けるようにしてるし、（中略）毎朝 3 時ぐらいに起きると、体重も測ってます。体重も特に変わりありません」

I さんは、抗精神病薬の副作用による口渇などから多飲水状態が続き、水中毒症状から重篤な意識障害を引き起こし入院を経験した。そのため、訪問看護師から週に 1 回体調や服薬状況についての確認を受けながら自分なりの方法で水分摂取量を調整し、

体調を判断していた。訪問看護師の支援の基盤には、自己管理の現状や自律性を尊重した関わりがあった。

2) 支援の主体的な活用による日常生活の維持

(1) 専門職から生活上の対処能力を高める支援を得る

生活を営むうえで、特に独居で生活する参加者には、家計の管理や、料理や掃除、洗濯といった家事能力が求められたが、若年期から長期の入院を経験した参加者は、家事能力を養う十分な機会や経験がない場合も多かった。そのような日常生活上の対処能力を高めるために、専門職から積極的にサポートを得ていた。

生活費のやりくりに自信がないBさんや、食事や掃除を独力で行うことが難しいEさんやHさんは、家事のうちの苦手な部分について主体的に専門職からサポートを受けることで、対処能力を高めながら日常生活を維持していた。

Hさん(40代)は、訪れた訪問看護師に「食費」「バス代」などとマジックで書かれたマチ付きの小袋を広げて見せながら残金を一緒に確認してもらった。訪問看護師は「今月の町内会費の支払いはこれからかな」と小袋の中身を確認していった。

Hさんは、サポートを得ながら自分で行っている生活費の管理について誇らしげに話した。

「(年金)いくらもらってるのか分からない。でも、(生活費を用途別に)分けてもらって、(その範囲では)やりくりできてます。デート代工面したいし、いつか全部自分で管理できるようになりたいですね」

退院後はA病院系列の生活訓練施設に入所し、その後公営住宅でひとり暮らしをして3年となるHさんは、入院中に両親と姉は他界し、生活費の管理をサポートしてくれる家族がいななかで、専門職から生活上の対処能力を高めるような支援を得ることで、家計管理ができていた。

(2) きょうだいや親族から家計管理に対するサポートを得る

参加者の多くは、生活費の口座からの引き出しや公的書類の作成、契約といった権利行使が伴う生活機能については、きょうだいや親族からサポートを得ていた。

両親の年金から必要な生活費を受け取っていたAさんや、実家で暮らす兄が毎月生活費を口座から引き出して持参してくれているFさんは、きょうだいや親から家計管理に対するサポートを得て生活を継続していた。

扉を開けて 8 畳程の和室に入ると、F さん（50 代）が「どうぞ」と招き入れた。部屋の中には、床の間に液晶テレビが置かれていたほか、ポットや炊飯器、冷蔵庫、DVD プレーヤーなど一通りの生活用品が揃っていた。

F さんに家計管理について尋ねると、きょうだいとの付き合いについて話した。

「（きょうだいは）月にいっぺん、お金持ってくるだけ。俺（年金を直接）受け取ってねえんだもん。生活費だけは持ってくるんだよ、兄貴が。あと家電とか、冷蔵庫とか大きなものは兄貴が持ってきてくれたな」

F さんは、20 歳前後という統合失調症の好発期に発病し長期入院を経験し、家事や家計の管理を経験したことがなかった。生活費の管理など、地域で生活を送るにあたり独力では難しい内容については、きょうだいからサポートを得ることで、生活を営むことができていた。

3) 長期入院による社会的なつながりの喪失と孤独

長期入院により、それまでに学校や仕事で培ったつながりを喪失し、入院中に両親が他界するなど、多くのつながりを喪失していた。入院中は常に周囲に人がいる環境のなかで過ごしていた一方で、退院後は知り合いのいない新たな地域における独居生活に孤独を感じていた。

慕っている高齢の母親との交流が叶わない I さんや、長期入院により友人などとのつながりを失った B さん、きょうだいも高齢となり頼ることのできない D さんは、退院後の新たな地域における独居生活に孤独を感じていた。

I さん（50 代）の母親は 70 代後半で膝が悪く、実家からは電車と路線バスを乗り継いで来なければならないため、I さんの住むアパートを訪れることはほとんどない。I さんは、母親が書いた「元気で。腹を出して寝ないように」という古く変色したメモを取っており、玄関にも母親が持ってきてくれた造花を大切に飾っている。I さんに母親との関係について尋ねると、母親は実家で妹家族と同居しており、気軽に帰ることができない現状を語った。

「（実家に住む姪が）受験中みたいで・・・。結果はわからないけど（実家には）行ってませんね。2 年ぐらい前は（実家）に帰ってましたね。盆と正月と。（母親から）姪 2 人が大学行ってるし、そういうのもあって来るのやめなさいなんて言われましたね・・・。今年はちょっと。」

Iさんは、10代に発病し長期入院を経験したため社会生活を経験したことがほとんどなく、社会的なつながりは家族に限定されていた。退院後、両親も高齢となり気軽に交流することは難しく疎遠となり、アパートにおいて一人で過ごす時間に孤独を感じていた。

4) デイケアメンバーとのつながりによる生活の継続

(1) 日常生活におけるデイケアメンバーとの協力

参加者は、食事の準備や調達といった実行能力はあっても負担の大きな家事や、一時的な生活費の不足など専門職や別居の家族では対応が難しい困りごとを抱えていた。そのような公的サービスなどでは対応が難しい困りごとについては、メンバーと協力し合いながら日常生活を維持していた。

料理が苦手なBさんや、家計管理を全て独力で行っているIさんは、メンバーから必要な時にサポートを得ることで、日常生活を維持していた。

15時頃、デイケアスタッフから弁当（おかずと白飯）が配られると、Bさん（60代）は、準備していた袋に丁寧に弁当を入れて、帰りの支度を整えた。

Bさんに、食事について尋ねると、料理が苦手ななかでの食生活の現状を語った。

「退院後、援護寮でいろいろ（家事を）やったけど、料理はダメだった。洗濯や掃除は何とかなるけど……。デイケアない日もDさんが（弁当）持って帰って来てくれて。（中略）土日は、Dさんの家で（食べてます）。冷凍のチャーハンとか。245円のおかず買って5人集まって食ってますね。夕食はご飯買って電子レンジで2分でチンして。おかずは惣菜を買ってきますね。スーパーで」

独居生活を送るBさんにとって、食事の準備は負担の大きな家事の一つであった。訪問看護利用日などデイケアに通所しない日であっても、近所に住む仲の良いデイケアメンバーと協力し合うことで地域における生活を維持していた。

(2) デイケアメンバーとのつながりの継続

参加者の多くが長期入院中に両親は他界し、きょうだいにもそれぞれの生活があり日常的な付き合いはなく、独居生活に孤独を感じる者もいた。そのようななかで、地域でもメンバー同士でつながり、交流を継続することで孤立せずに生活を送っていた。

親族や地域住民との日常的な交流機会のないDさんやFさんは、仲の良いメンバーで構成される当事者グループで役割を持ったり、共同生活のなかでメンバーと日常的なつながりを継続していた。

デイケアのない金曜の夜から日曜までは、近所に住む仲のよいメンバー4人がDさん（60代）の家に集まることが慣例となっていた。Dさんは、ジュースなどの飲み物やゼリーを予め用意しておき、メンバーに出した。クリスマスや年末年始はオードブルなどをメンバーに振る舞い、皆で一緒に過ごした。昔は正月、実家に行ったこともあったが、自分が留守にするとほかのメンバーが食事に困るため、最近の実家に行くことはほとんどなかった。

Dさんに、メンバーとの関係について尋ねると、謙遜するように語った。

「（退院当初）Bさんが泊まりに来ないくらいの付き合いの時が一番（孤独だった）。一人でいるとね…。アパートにいたって一人で生活するだけだから。（中略）リーダーってわけじゃないけど、私が中心ですか、やっぱりね…。できないことはやらないけど、できることは（仲のよいメンバー4人に）しようかと思ってる」

公営住宅で独居生活を送るDさんは、両親がすでに他界し、親族との日常的な付き合いはなく、地域住民との交流もほとんどないなかで孤独を感じていた。近所に住む仲の良いデイケアメンバーとのつながりを継続することにより、メンバーからなるグループで中心的な役割をもち、何とか孤立せずに地域における生活を維持していた。

5) 地域住民とのゆるやかな交流の希求

参加者は地域で生活を送っていても、地域住民との日常的な付き合いは限られており、地域のなかで当番などを担うことは少なく、地域住民との積極的な交流には遠慮や抵抗感を感じていた。地域住民の一員として地域のなかで役割を担うことは期待せず、住民とはゆるやかな交流を求めている。

近所の商店で交流機会を得ていたCさんや、自然な交流を期待して家の外で待つEさん、近所の子どもや高齢者との日用品のやりとりなどから交流機会を広げていたGさんは、地域のなかで役割や居場所がないなかで、住民とは密接な関係よりも自然でゆるやかな交流を希求していた。

Cさん（70代）は、デイケアから帰ると、サンダルを履いてふらりと近所の釣具屋に向かった。アパートの周囲にあるのは釣具屋のみで、パンなどの軽食を買いに頻繁に出かけていた。釣具屋では、パンを買いながら、店主とたわいのない雑談をしたりした。

釣具屋での会話について尋ねると、地域住民との交流についての思いを話し始めた。

「（商店では）祭りのことを話します。今年は、いつごろありますか、とか話します。祭りでご飯作ったりするんですわね、その釣具屋の人が。時期は秋と春の２回あります。お稚児さんが出たりしますよ。（中略）（地域でもっと）交流、活動してみたいっていうのは、まあ、何にもやりてねっすね・・・面倒で」

退院後、地元や実家を離れてA病院の借り上げアパートで一部共同生活を送るCさんは、メンバーを中心とした付き合いで満足しており、地域住民との交流機会が少ないなかで、住民との積極的な交流には抵抗を感じていた。地域における役割や居場所はなく、祭りなど地域での共通の話題を通じた自然でゆるやかな交流を望んでいた。

V. 考察

本研究の参加者は、統合失調症の好発年齢である青年期に発症し、長期の入院を経験し十分な生活能力を獲得する機会がないなかで、専門職などから様々なサポートを得ながら病状を安定させていた。それまでに培った、社会的なつながりを喪失し、退院後は知り合いのいない慣れない独居生活に孤独を訴える者もいた。そのようななか、デイケアに帰属し、デイケア以外でもメンバーを中心とした当事者コミュニティを構築しながら何とか孤立せずに生活を送っていた。しかし、日常的な交流は訪問看護や訪問介護など病院が包摂するサービスが中心で、地域住民とのつながりは醸成されていなかった。

以下、長期入院を経験しデイケアを長期利用する中高年期の男性統合失調症患者はどのように地域コミュニティに位置づいて暮らしているのか、また、彼らのリカバリーの実態について考察する。

1. 長期入院を経験した中高年期の男性統合失調症患者の生活と孤独

1) 長期入院による社会的なつながりの喪失とデイケアメンバーとのつながり

参加者の多くは、自分のことを気にかけてくれていた両親も入院中に他界し、きょうだいが必要時、生活上のサポートをしてくれているものの、それぞれ家庭を持ち仕事も忙しく日常的な交流はなかった。生まれ育った地域や学校、仕事を通じて培ってきたつながりも、長期入院により喪失していた。入院中は常に周囲に患者や医療スタッフがいる環境のなかで生活を送っていた一方で、退院後は土地勘や馴染みのない地域で独居生活などを送ることとなり、周囲にメンバー以外の知り合いもいないなかで孤独を訴える参加者もいた。

一般に中高年期の男性は、家族、職場、地域など重層的なコミュニティに属し、様々な役割を担い多様な関係性を築くが（Daniel, 1978/1992）、参加者が属する

コミュニティは重層をなしておらず、デイケアなど病院の包摂する範囲での関係性が中心であった。また、参加者の中には、「家にも退屈」と感じて週のほとんどをデイケアで過ごし、それ以外もメンバーと共に過ごす者もいた。社会的に孤独な人は、寂しいなどの内面的感情よりは退屈であるといった気持ちを表明するとされ（Robert, 1975）、彼らは、地域住民との交流機会が少なく社会的なつながりが極めて限定され孤独を感じていたと推察される。

社会的なつながりの一つとして就労がある。彼らは成人期への過渡期（Daniel, 1978/1992）のはじめに発病し、長期入院を送ってきた。成人期の過渡期は、就労により社会で役割や責任を担い、経済的にも自立する時期である。日本の15歳～64歳の生産年齢人口における男性の就業率は80%を超え、OECDのなかでも3番目に高い（OECD, 2016）ということからも、就労を成功させることができなかったことは社会的なつながりへの回路を断たれたことを意味する。

その一方で、日々デイケアに通所し、日常的にメンバー同士で支え合うことや、多くの時間を共に過ごすことを通じて、メンバー間のつながりや連帯を強化していたと考えられる。精神障害者にとっても生活をサポートするような人や場所、活動への連結性は、人生の意味や帰属感を醸成することにつながり（Pinfold et al., 2015）、参加者は、地域において社会的相互関係を構築することのできる機会が少ないなかで、帰属するデイケアを中心としたつながりを構築していたと考えられる。

2) 地域における生活を維持するためのサポートの獲得

20年余りの長期入院を経験した参加者が、退院後の生活場所を独力で確保することは難しく、多くが病院の仲介や全面的なサポートによりアパートや貸家などに入居しており、それは治療の継続のうえに地域での暮らしの継続が成り立つことを意味していた。多くの参加者は「病状が悪化してトラブルが生じると今の家には住めなくなる」と、治療を継続し病状を安定させることが地域における生活を維持するための条件であると捉えていた。そのようななか、参加者は生活を継続するために、きょうだいなど家族からは家計や契約に関するサポートを得ていたほか、訪問看護師やホームヘルパーなどの専門職からは病状管理や服薬など、対処能力に応じたサポートを得ていた。また、メンバーからはデイケアで弁当を買ってきてもらうなど、家族や専門職では対応が難しい生活上の困難に対して、サポートを得ていた。

生活上の困難が生じた時などに他者に支援を求めない人は危機に陥りやすく、自力で解決する人やインフォーマルな資源を利用する人は問題に上手く対処する傾向が指摘されている（Brown, 1978）。川崎・梶原・井上・的場・遠藤（2017）は、精神科急性期治療病棟を退院後6か月以内の再入院の有無による経験の違いを検討し、再入院に至らなかった者は、病状悪化の不安などを抱えながらも、支援の活用により

症状コントロールにつながり生活を継続していたことを報告している。本研究の参加者も、家族、デイケアや訪問看護などの専門職、メンバーなど状況に応じて適した相談者を見つけサポートを要請し、フォーマル、インフォーマルサポートを組み合わせながら主体的に支援を活用することで多様なサポート体制を構築し、病状を安定させながら生活を継続していた。

3) 地域住民とのゆるやかな交流の希求

参加者は、地域住民とは出会ったときに挨拶を交わす程度の付き合いであり、近所の商店での会話や地区の清掃行事が接点となっているのみで、地域のなかで担っている役割はなかった。地域での社会的なつながりや居場所の少なさから、地域コミュニティのなかで社会的役割を果たす一員として位置づけられることは期待せず、住民とはゆるやかな交流を求めている。

横山・森元・竹田・池田（2014）は、地域で生活する20代後半から40代後半の統合失調症患者を対象に聞き取り調査を行い、支援者や当事者との信頼関係の構築から自己開示の体験をし、さらなる対人関係や社会参加の拡大につながったことを明らかにしている。しかし、本研究の参加者は40代以降の中高年期の統合失調症患者が中心であり、「地域での交流は面倒」というように、地域住民との積極的な交流機会の拡大を望んでいなかった。

広井（2009）は、「独立した個人としてのつながり」が都市型コミュニティの特質であり、つながりの原理をなすものは規範的なものであり、コミュニティの一員としてのメンバーシップは、そうした規範に対する遵守が求められると述べている。前述のとおり、参加者は就労などの一般的な成人期の男性に社会通念上期待される役割を担えておらず、地域コミュニティの一員としてのメンバーシップを得るのが難しいことが、地域での交流に対する遠慮や否定的感情につながっていると考えられる。

また、精神疾患患者は、幻聴や妄想、病識の欠如という特異な症状を持ち、症状に左右されることがあるため、周囲の理解を得ることが難しく（石井・藤野，2014）、地域住民は、精神疾患自体や精神障害を持つ人々に対して「変わっている」「こわい」などネガティブなイメージを持つ傾向がある（千葉・木戸・宮本・川上，2012；谷岡ら，2007）ことが指摘されている。一般的に、人は相手の考えや行動を理解できない対象と遭遇した時に、理解できない相手との社会的距離を遠ざけることで安定感を取り戻そうとすることが示されており（武藤・釘原，2015）、本研究の参加者も、妄想などの精神症状を持ち、メンバーで行動を共にしながら日々病院の送迎バスでデイケアに通う様子は、地域住民からは理解できない対象として社会的距離をもって捉えられている可能性がある。

Gさんのように、同じ公営住宅の当番の役割を果たしたり、近くに住む子どもや高

齢者と日用品のやり取りを行うなど地域住民との交流により社会的距離を縮めた参加者もいたが、多くの参加者は、地域コミュニティの一員としてのメンバーシップを得ることが難しく、デイケアに帰属し、地域でもメンバーを中心としたつながりを構築していた。また、日常的な交流機会が限られるなかで訪問看護師やホームヘルパーなど専門職の訪問を心待ちにしていた。

イタリアでは、精神科病院の開放化とともに、医療専門職やソーシャルワーカー、住民ボランティア、研究者などから構成された改革推進チームが地域住民との関係づくりを行い、地域住民と当事者が実際に会い、互いに話し合う機会を提供することで、外部社会とのつながりを形成している（坂本，2013）。しかし、日本では、退院患者に対する居住先確保の支援や、個別の退院支援プログラムの立案が中心で（厚生労働省，2017）、地域コミュニティの受入れに対する支援は十分に行われていないことも、参加者が地域住民との社会的距離を縮めることの困難さにつながっていると考えられる。

このように、参加者が退院後の生活において地域コミュニティの一員として位置付けられず、地域住民との社会的距離を縮められないことや、地域コミュニティの精神障害者の受入れ体制の未整備が、交流の拡大に否定的な感情の背景に存在していた。そのため、参加者は、地域における交流や役割の拡大を期待することより、地域住民との適度な距離を保ちながら、ゆるやかな交流を希求しているものと考えられる。

2. 長期入院を経験した男性統合失調症患者のリカバリー

リカバリーは、精神疾患をもちながらも人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくことに焦点を当てており、欧米の精神保健政策や制度における中心概念となっている（Davidson, et al., 2007）。日本においても利用者の視点に立ったよりよい精神保健サービスの実現のために重要な概念であると考えられている（千葉・宮本，2009）。本研究参加者のものの見方や考え方、地域における生活の実態について、先行研究の概念分析から生成されたリカバリーの概念と比較しながら検討する。

本研究では、概念分析により、地域で生活する統合失調症患者は、その人のもつ強みを生かした支援の実践により自分らしさを取り戻すとともに病状の安定といった臨床的な回復が促進され、新たな希望や目標に向かって具体的に行動するといったリカバリープロセスの進展につながると考えられた。参加者の生活の実態をリカバリーの視点から概観すると、概念の属性である【自分自身を客観視し肯定的なセルフイメージをもつ】ことや【主体的に支援を活用し病状が安定する】こと、【新たな目標や願望を見つけ主体的に生活する】ことは、参加者の実態とも合致した。

【自分自身を客観視し肯定的なセルフイメージをもつ】ことについては、Iさんの

ように、専門職から服薬や病状の自己管理を肯定されることでセルフケアに自信を持ち、自尊心を高めることにつながっていた。リカバリーの過程は、病気や障害を受容し、自尊心を高めながら新たな人生に向けて希望に向かって歩む道のりである（野中，2011）ことから、肯定的なセルフイメージをもつことは、自尊心を高めるといふ点においても重要である。

【主体的に支援を活用し病状が安定する】ことについては、Fさんが自信のない服薬の管理について、デイケアの専門職からのサポートを得ることで、服薬を継続し病状の安定を図っていたように、専門職が対象者の対処能力に働きかけながら、当事者が主体的に支援を活用することで病状の安定につながっていた。エンパワメント理論によると、当事者が本来持っている問題解決のための対処能力を引き出し高めていくことが、当事者のセルフ・エンパワメントへのサポートとして有効であるとされている（安梅，2007）。エンパワメントはリカバリーの過程であり、リカバリーを達成するための構成要素の一つともされていること（野中，2011）からも、当事者のセルフ・エンパワメントとしての主体的な支援の活用が臨床的な回復につながりリカバリーが促進されていたと考えられる。

【新たな目標や願望を見つけ主体的に生活する】ことについては、参加者は地域における社会的なつながりが限定されるなかで、「このままメンバーと共に地域で安定した生活を続けたい」と平穏を望み、専門職や家族、メンバーからのサポートを活用しながら、主体的に日常生活を維持していた。先行研究から抽出されたリカバリー概念の要素として、自主的な活動参加（大内ら，2014）、希望の増加（Browne et al., 2008）、希望に向け行動や生活スタイルを変える（Kaewprom et al., 2011）などが挙げられ、活動的な当事者像をイメージさせるものであった。リカバリーとして自律する能動的な当事者像が先行してしまうと、長期入院を経験し慢性的な経過を辿る本研究の参加者のように、安定して落ち着いた生活の継続を望み、日々デイケアのロビーで一日テレビを見て過ごしプログラムには積極的に参加しない者は、リカバリープロセスからの脱落者として捉えられてしまう恐れがある。そのため、長期入院を経験した当事者が持つ平穏という希望や彼らの持つ主体性を見逃さないよう留意しながらリカバリーを支援していく必要がある。

一方で、地域で生活する統合失調症患者のリカバリー概念では、【地域社会で相互関係を築き承認される】ことが属性として挙げられたが、参加者の地域住民との交流は限られており、地域でも役割を担うことはないなど、本研究参加者の生活の実態からは実現が難しいという課題がみられた。リカバリーには、地域社会に完全に参加できるようになるプロセス(USDHHS, 2003)や、社会的役割を伴う地域での意味ある生活(Torrey et al, 2005 ; Whitley et al., 2015)が含まれるとされるが、いずれも「コミュニティ」を「地域」と直訳していると思われるものが多く、コミュニティを

どのように捉えるべきかは十分な議論がされているとは言えない。コミュニティとは、人が何らかの帰属意識をもち、かつ、その構成メンバーの間に一定の連帯ないし相互扶助の意識が働いているような集団（広井，2009）であり、単に地理的領域を指すものではない。欧米では精神障害者の地域移行の過程で、地域住民との話し合いのなかで精神障害者に関わる様々な社会資源を地域のなかに設置・移行してきた経過があり、地域における社会相互作用が重視されている。厚生労働省（2011）も、地域移行とは「住まいを施設や病院から単に元の家庭に戻すことでなく、障害者個々人が市民として、自ら選んだ住まいで安心して、自分らしい暮らしを実現することを意味する」としている。しかし、長期入院を経験した参加者は、あくまでも病院の敷地外という一定の地理的領域における生活であり、日常的な交流は病院が包摂する範囲に留まり、地域住民との社会的相互作用は醸成されておらず、真に地域移行しているとは言えなかった。統合失調症患者は、陽性症状としての幻覚や妄想、陰性症状としての感情の平板化や意欲の欠如などを抱えており、いずれも他者とのコミュニケーションに大きな影響を及ぼすため、より一層、地域コミュニティのなかでつながりを構築するうえでの困難が推察される。

欧米では、当事者のリカバリーを具現化するため、デイケアやクラブハウスなど様々な地域保健サービスにおいてリカバリー志向型支援（recovery-oriented practice）が着目されており、SAMHSA（2009）はコミュニティを基盤としたリカバリー志向型ケアシステム構築の必要性を提唱している。長期入院を経験した当事者へのリカバリーの支援においては、彼らのものの見方や考え方、生活実態や居住する地域コミュニティの現状に合わせた支援が必要である。

3. 実践への示唆

本研究の結果から、中高年期の男性統合失調症患者の多くが長期入院により社会的なつながりを喪失し孤独を感じ、地域社会における相互関係の構築は難しいという課題がみられたことから、彼らのリカバリーを支援する上では、地域で新たなつながりを築くことができるようサポートすることが求められる。

一つは、参加者のなかには、地域における役割を果たしたり、近隣住民との日用品のやり取りから社会的距離を縮めていた者もいたように、地域コミュニティのなかで当事者の関心や能力に合わせて可能な役割を担うことができるよう、統合失調症患者と地域コミュニティとをつなげる支援が求められる。現状でも、市町村と相談支援センターが連携しながら利用サービスの調整や日常生活上の相談などに対応しているが、個別の生活支援が中心で統合失調症患者と地域コミュニティとをつなげる支援が十分に提供されているとは言えない。地域コミュニティとのつながりを育むうえで、地域住民の偏見やスティグマも大きな障壁となる。その障壁を取り除くために、イタ

リアでは専門職などからなる改革推進チームが地域住民と当事者が実際に会い、互いに話し合う機会を設けている（坂本，2013）。このような当事者と地域コミュニティとの関係づくりを日本においても支援する必要がある。

次に、経済的自立や役割の獲得のみならず、社会的なつながりの一つとして就労は重要である。日本では男性の就業率が80%を超えるなかで、精神科外来を受診する統合失調症患者の就業率は22.7%に過ぎず、就労の難しさが指摘されている（障害者職業総合センター，2010）。本研究では、発病前に就労していた参加者もいたが、長期入院を経た後は体調悪化や自信のなさ、年齢制限などの理由から再び就労した参加者はいなかった。就労は、社会的に規範化された役割であるだけでなく、仕事を通じた関係性が生まれるなど、新たな社会的なつながりの構築も期待できる。入院中の早期から、就労に向けて必要な技術を訓練したり、職業体験を行うなど、退院後の就労を念頭においた支援が重要である。精神障害者が仕事の手順やコミュニケーションの訓練を得ながら、技術の向上や社会参加の促進を行う社会適応訓練事業を6割以上の自治体の実施し大きな役割を果たしてきた。しかし、2013年の障害者雇用促進法の改正による精神障害者の雇用義務化により、事業を中止する自治体も増えている（佐藤，2016）。障害者総合支援法や障害者雇用促進法に基づく就労支援事業などにより職業訓練の機会も拡充しているが、精神障害に対する配慮や訓練技能の開発・蓄積は十分とは言えず（槌西，2016）、精神障害者の特性に応じた就労支援を充実させていく必要がある。

現在、日本では、精神障害者を対象とした地域包括ケアシステムの構築が進められている（鶴田，2017）。統合失調症患者が地域の一員として安心して暮らしていくことができるよう、身近な地域を基盤として保健所などの行政機関や精神科医療機関、福祉機関、民間企業、地域コミュニティなどが有機的に連携しながら重層的かつ多様な支援体制を構築していく必要がある。

4. 本研究の限界と課題

本研究では、長期入院を経て、退院後もデイケアを長期利用する中高年期の男性患者のエスノグラフィーにより、これまで報告がほとんどみられない彼らのものの見方や考え方、地域における生活の実態を当事者の視点で明らかにすることができた。データ源として参加者の生活状況やデイケア利用時の参加状況などについて、家庭訪問やデイケアへの定期的な参加による参加観察やインタビュー、診療録などの関連資料により情報収集を行い、参加者からのデータの確認や追加の情報収集を行うなど、可能な限り正確で忠実な情報を得るよう努めたが、倫理的側面から家庭訪問の時間や回数など地域における参加観察場面は限られており、その点が本研究における情報の質と量の限界と言える。今後は、家族や訪問看護師なども研究参加者に含めることや、

プライバシーに配慮したうえで様々な生活場面を通じて幅広い情報を得るよう努力していく必要がある。

また、本研究の参加者はデイケアを長期利用する男性患者であり、フィールドはA単科精神科病院のデイケアという限られた機関と地域において得られたデータである。そのため、地域の特性や社会資源などにより影響されることは否めず、一般化するには限界がある。今後、ほかの地域に範囲を広げ研究を実施し知見を蓄積していく必要がある。

VI. 結論

長期入院を経験し、デイケアを長期利用する中高年期の男性統合失調症患者の病状管理を含めた地域における生活の実態や考えをエスノグラフィーの手法を用いて当事者の視点から記述し、リカバリーの概念を用いて検討した結果、以下が明らかとなった。

参加者の多くは、治療を継続し病状を安定させることが地域における生活を維持するための条件であると捉え、専門職をはじめとする多様なサポートを獲得することにより生活を維持していた。長期入院により多くの社会的なつながりを喪失し孤独を感じるなかで、帰属しているデイケアを中心としたつながりを構築し、何とか孤立せずに生活を送っていた。しかし、地域における役割を果たすことはほとんどなく、地域コミュニティの一員として位置づけられることは期待せず、地域住民とはゆるやかな交流を求めている。

これを、先行研究を用いて生成したリカバリーの概念と比較すると、【自分自身を客観視し肯定的なセルフイメージをもつ】、【主体的に支援を活用し病状が安定する】、【新たな目標や願望を見つけ主体的に生活する】ことは、参加者の生活実態とも合致した。一方、【地域社会で相互関係を築き承認される】ことは、参加者の生活の実態からは実現が困難であるという課題がみられた。本研究の参加者の日常的な交流は、病院が包摂する範囲に留まり、地域住民とのコミュニケーションや交流は醸成されていないことから、生活が真に地域移行しているとは言えなかった。

地域住民との社会的なつながりを構築するためには、長期入院により多くの関係性を喪失した当事者が地域コミュニティの一員として受け入れられるよう、海外ですで行われている入院早期からの就労支援や、専門職による地域住民と当事者の話合いの機会の設定が重要であることが示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究参加者の皆様およびA病院デイケア担当職員の皆様に深く感謝申し上げます。

新潟大学大学院保健学研究科の小林恵子教授には主指導教員として、本研究を進めるにあたり終始にわたり多大なご指導をいただきましたことに心から感謝申し上げます。また、同研究科の宮坂道夫教授、ならびに、関奈緒教授には副指導教員として示唆に富む貴重なご指導をいただきましたことに深く感謝申し上げます。現代社会文化研究科の加賀谷真梨准教授には、文化人類学の視点から貴重なご助言をいただきましたことに深く感謝申し上げます。

本研究は、JSPS 科研費（JP15K21005）および新潟大学大学院保健学研究科研究奨励金 GP の助成を受けた。

文 献

- 安喰智美・堀内聡(2015). 統合失調症患者のリカバリーに関連する心理社会的要因の検討. *精神障害とリハビリテーション*, 19(2) : 203-209.
- 安梅勅江(2004). *エンパワメントのケア科学当事者主体チームワーク・ケアの技法*. 医歯薬出版, 東京.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990' s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 12-23.
- Brown B. B. (1978). Social and Psychological Correlates of Help-Seeking Behavior among Urban Adults. *American Journal of community psychology*, 6, 425-439.
- Browne G, Hemsley M, St John W (2008). Consumer perspectives on recovery; a focus on housing following discharge from hospital. *Int J Ment Health Nurs*, 17(6), 402-9.
- Buckland HT, Schepp KG, Crusoe K (2013). Defining happiness for young adults with schizophrenia: a building block for recovery. *Arch Psychiatr Nurs*, 27(5), 235-40.
- Charles AR, Richard JG (1997). /田中英樹監訳 (2014) . *ストレングスモデル ; 精神障害者のためのケースマネジメント*. 金剛出版, 東京.
- 千葉理恵・宮本有紀(2009). 精神疾患を有する人のリカバリーに関連する尺度の文献レビュー. *日本看護科学会誌*, 29(3), 85-91.
- 千葉理恵・木戸芳史・宮本有紀・川上憲人 (2012) . 精神障害をもつ人々と共に地域で心地よく生活するために、地域住民が不足していると感じているもの : 東京都民を対象とした調査の質的分析から. *医療と社会*, 22(2), 127-138.
- Coodin S, Chisholm F (2001). Teaching in a new key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *PSYCHIATR REHABIL J*, 24(3), 299-302.
- Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD, . . . Boyd S (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull*, 38(4), 881-9.
- Cullen C, McCann E (2015). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22(1), 58-64.
- Daniel J (1978) / 南博訳 (1992) . *ライフサイクルの心理学 ; 上*. 112-113, 講

談社，東京．

- David R, Michal ME, Paul H (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 13, 133-138.
- Davidson L, Tondora J, O'Connell MJ, Kirk T Jr, Rockholz P, Evans AC (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care; Moving from concept to reality. *Psychiatr Rehabil J*, (1), 23-31.
- Deegan PE (1988). Recovery; The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation*, 11(4), 11-19.
- 江藤真一(2014). 精神障がい者のリカバリーをめざしたアウトリーチサービスの展開； 地域に生活する精神障がい者の孤立を防ぐ. *日本精神科看護学術集会誌*, 57 (3) , 408-412.
- 藤井達也(1993). 先進国世界の PHC の歴史的発展, 松田正己, 島内憲夫編著：みんなのための *PHC* 入門, 垣内出版, 47-59.
- 藤井達也(2010). 地域精神保健福祉における多様なピア・サポート推進：ヴェローナの社会協同組合の事例調査と文献研究に基づく提案. *上智大学社会福祉研究*, 19-51.
- 藤本裕二・藤野裕子・楠葉洋子(2013). 地域で暮らす精神障害者のリカバリーに影響を及ぼす要因. *日本社会精神医学会雑誌*, 22 (1) , 20-31.
- 藤本裕二・藤野裕子・松浦江美・楠葉 洋子(2017). 地域で暮らす統合失調症者のリカバリーレベルと背景要因との関連. *日本健康医学会雑誌*, 25 (4) , 335-339.
- 福井貞亮(2013). 精神障害者地域生活支援の国際比較：アメリカ合衆国. *海外社会保障研究*, 41-52.
- 福川摩耶・宇佐美しおり・中山洋子 (2013) . 再入院を繰り返す精神障害者への M-CBCM および IPS モデルの開発. *熊本大学医学部保健学科紀要*, 9, 63-72.
- 福浦善友(2013). 精神科デイケアにおける長期利用者への看護に関する一考察(第一報). *宮崎県立看護大学研究紀要*, 13(1), 16-28.
- 橋本直子(2010). リカバリーにおける SA の役割；スピリチュアリティの視点から. *精神保健福祉*, 41(1), 51-57.
- 広井良典 (2009) . コミュニティを問いなおす；つながり・都市・日本社会の未来. 筑摩書房, 東京.
- 堀川公平(2011). 地域ケアの展開と精神科病院の役割—病院中心の地域ケアから地域中心の地域ケアへ—. *Schizophrenia Frontier*, 12(2), 96-100.

- 池邊敏子・菅原道哉・柴田洋子（2001）．精神障害者グループホームでの生活中断の要因分析．*日社精医誌*，10，21-31．
- 石井薫・藤野文代（2014）．長期入院中の統合失調症患者の自己決定と退院支援との関係に関する文献検討．*ヒューマンケア研究学会誌*，6（1），81-88．
- 岩崎香・広沢正孝・中村恭子(2006)．精神科デイケアにおけるプログラムの現状と課題．*順天堂大学スポーツ健康科学研究*，10，9-20．
- 岩崎弥生・野崎章子・松岡純子・水信早紀子(2008)地域で生活する精神障害をもつ当事者の視点から見たリカバリー；グループ・インタビュー調査の質的分析をとおして．*病院・地域精神医学*，50（2），171-173．
- 伊豫雅臣（2007）．精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究．平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学事業．
- Jenkins JH (2005). Carpenter-Song E. The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Cult Med Psychiatry*, 29(4), 379-413.
- Kaewprom C, Curtis J, Deane FP(2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nurs Health Sci*, 13(3), 323-327.
- Karny H (2014) . Create a Sense of Belonging; Finding ways to belong can help ease the pain of loneliness. *Psychology today*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/pieces-mind/201403/create-sense-belonging>.
- 笠原友幸，加藤元一郎，塚原敏正，高野佳也，中島節夫，三浦貞則（1995）．デイケア長期通所者の臨床的特徴の検討．*臨床精神医学*，24（5），577-583．
- 加藤欣子・加藤春樹・中村恵見・木下巖・向寛(2005)．精神障害者小規模作業所の理念に「リカバリー」を導入する意義．*精神障害とリハビリテーション*，9（1），76-87．
- 川崎絵里香・梶原友美・井上万寿江・的場圭・遠藤淑美（2017）．精神科急性期治療病棟を3か月以内に退院した患者の経験：退院後6か月以内の再入院の有無による経験の違い．*日本看護科学学会学術集会講演集*，056-5．
- 萱間真美(2016)．ストレングスモデル6つの原則．*リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術*，27-31，医学書院，東京．
- 木村貴大(2016)．精神障害当事者がピアサポーターになる過程；A氏のライフストーリーから見出せるもの．*北星学園大学大学院論集*，7号，1-17．
- 厚生労働省（2004）．精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）．
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>（2017年12月12

- 日)
- 厚生労働省 (2009). 精神科デイ・ケア等について. 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料.
- <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7b.pdf> (2017年12月12日)
- 厚生労働省 (2011). 障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言.
- <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/dl/110905.pdf> (2017年12月12日)
- 厚生労働省 (2012a). 平成24年度精神保健福祉資料 (630調査).
- 厚生労働省 (2012b). 第2回精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会参考資料.
- 厚生労働省 (2014a). 長期入院精神障害者をめぐる現状. 第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会資料.
- 厚生労働省 (2014b). 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針.
- 厚生労働省 (2016). 相談支援の現状と課題. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000116036.pdf> (2017年12月12日)
- 厚生労働省 (2017). 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて. 平成28年度第2回精神障害の地域移行担当者等会議資料.
- <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000155617.pdf> (2017年12月12日)
- Kukla M, Whitesel F, Lysaker PH (2016). An Integrative Psychotherapy Approach to Foster Community Engagement and Rehabilitation in Schizophrenia; A Case Study Illustration. *J Clin Psychol*, 72(2),152-63.
- 國方弘子・三野善央(2003). 統合失調症患者の生活の質 (QOL) に関する文献的考察. *日本公衆衛生雑誌*, 50 (5) : 377-388.
- 國方弘子・豊田志保・八嶋裕樹・沼本健二・中嶋和夫 (2006). 統合失調症患者の精神症状と自尊感情の関連性. *日本保健科学学会誌*, 9(1) : 30-37.
- Leamy M, Bird V, Boutillier CL, et al(2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health; systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199: 445-452.
- Leininger M.M. (1985)／近藤潤子・伊藤和弘(監訳) (1997). 看護における質的研究. 58-74, 医学書院, 東京.

- Mead S, Copeland ME (2000). What recovery means to us; consumers' perspectives. *Community Ment Health J*, 36(3), 315-28.
- Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I, Kamizawa N (2015). Experiences of community-dwelling persons recovering from severe mental illness. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(2), 127-31.
- 文部科学省・厚生労働省（2014）．人を対象とする医学系研究に関する倫理指針．
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000153339.pdf> （2017年12月12日）
- Mosher, L. R. , & Burti (1989). *Community Mental Health: Principles and practice*, Norton.
- 武藤麻美・釘原直樹（2015）．精神障害者に対する社会的距離に影響する要因：統合失調症患者への認知における帰属複雑性と曖昧さ耐性の効果の検討．*応用心理学研究*, 41(1), 10-17.
- 内閣府(2005)．*障害者白書*，印通出版株式会社．
- 内閣府(2017)．*障害者白書*，印通出版株式会社．
- 中嶋裕子(2011)．イタリアの地域精神保健を支える思想と制度．*精神保健福祉*, 42(4), 309-316.
- 成田太一・小林恵子（2017）．地域で生活する統合失調症患者のリカバリーの概念分析．*日本地域看護学会誌*, 20(3), 35-44.
- Narita T, Kobayashi K (2017). Community Living Conditions of People Living with Schizophrenia in Japan: Focusing on the Background of the Continuance of Community Life. *International Medical Journal*, 24(6), 442-446.
- 日本精神保健福祉士養成校協会(2009)．*精神科リハビリテーション学*．中央法規，東京．
- 野中猛(2005)．*リカバリー概念の意義*．*精神医学*, 47(9), 952-961.
- 野中猛（2011）．*図説 リカバリー：医療保健福祉のキーワード*．中央法規出版，東京．
- OECD(2014)．*Making Mental Health Count*.
- OECD(2016)．*Emploment Outlook 2016*.
- 岡本隆寛・松本浩幸(2014)．就労を継続する統合失調症者のリカバリー；働く生活ストーリー当事者の手記より．*日本看護学会論文集；地域看護*, 44号, 160-163.
- 大森純子（2004）．高齢者にとっての健康「誇りをもち続けられること」：農村地域におけるエスノグラフィーから．*日本看護学会誌*, 24（3）, 12-20.

- 大崎瑞恵・大西アリナ・大井美紀(2014). 地域で生活する精神障がい者のリカバリーに関する要因分析；就労継続支援 B 型事業所における参与観察を通して. *精神科看護*, 42 (1) , 57-66.
- 大内美穂子・白川真由美(2014). その人らしく生きていく；リカバリーへ向かう支援. *病院・地域精神医学*, 56(4), 314-316.
- 大井美紀(2013). 地域で生活する精神疾患をもつ人のリカバリー過程にそった学習支援の試み；学ぶ喜びを共有する看護. *精神科看護*, 40(12), 44-52.
- Piat M, Boyer R, Fleury MJ, Lesage A, O'Connell M, Sabetti J (2015). Resident and proprietor perspectives on a recovery orientation in community-based housing. *Psychiatr Rehabil J*, 38(1), 88-95.
- Pinfold V, Sweet D, Porter I, Quinn C, Byng R, Griffiths C, ... Huxley P (2015). Improving community health networks for people with severe mental illness: a case study investigation. *Health Services and Delivery Research*.
- Rambarran DD (2013). Relocating from out-of-area treatments: service users' perspective. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(8), 696-704.
- Robert W (1975) . *Loneliness; The Experience of Emotional and Social Isolation*. The MIT Press, Cambridge.
- Rodgers BL, Knafl KA (2000). *Concept Development in Nursing*, 106–112, Sanders, Missouri.
- Saavedra J (2009). Schizophrenia, narrative and change: Andalusian care homes as novel sociocultural context. *Cult Med Psychiatry*, 33(2), 163-84.
- 坂本沙織(2013). 精神障害者地域生活支援の国際比較：イタリア. *海外社会保障研究*, 182, 16-29.
- Salokangas RK (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia; a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 96(6),459-68.
- SAMHSA (2009) . *Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care*.
- SAMHSA, U.S (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*, 2012.
- 佐藤宏 (2016) . 平成 26 年度都道府県・政令市における精神障害者社会適応訓練事業実施状況の動向：平成 26 年 6 月調査から.
http://vfoster.org/files/pdf/investigation-h26_review.pdf (2017 年 12 月 12 日)
- 精神保健福祉研究会(2004). *我が国の精神保健福祉平成 14 年度版*. 太陽美術,

746-747.

障害者職業総合センター（2010）．精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究．www.nivr.jeed.or.jp/download/houkoku/houkoku95.pdf

（2017年12月12日）

Spradley JP(1980)／田中美恵子・麻原きよみ(監訳)(2010)．*参加観察法入門*．3-6，医学書院，東京．

高田絵理子・大竹まり子・赤間明子・小林淳子・細谷たき子・叶谷由佳（2010）．精神科病院付設デイケアの職員構成と提供されているプログラムの現状．*北日本看護学会誌*，12(2)，93-100．

谷岡哲也・浦西由美・山崎里恵・松本正子・倉橋佳英・多田敏子・他（2007）．住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ．*香川大学看護学雑誌*，11(1)，65-74．

Tavormina R, Tavormina MG, Nemoianni E (2014). The advantages of "Dance-group" for psychotic patients. *Psychiatr Danub*, 26(1),162-6.

Torrey WC, Rapp CA, Van Tosh L, McNabb CR, Ralph RO (2005). Recovery principles and evidence-based practice: essential ingredients of service improvement. *COMMUNITY MENT HEALTH J*, 41(1), 91-100.

Tse S, Davidson L, Chung KF, Ng KL, Yu CH (2014). Differences and similarities between functional and personal recovery in an Asian population; a cluster analytic approach. *Psychiatry*, 77(1), 41-56.

植西敏之（2016）．就労支援機関と制度：職業能力開発施設，*精神保健資料福祉白書 2017：地域社会での共生に向けて*．中央法規出版，東京．

鶴田真也（2017）．精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて：平成29年度事業について．平成28年度第2回精神障害者の地域移行担当者等会議資料．www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000.../0000155617.pdf

（2017年12月12日）

内山繁樹・塚田尚子・阿部榮子・片岡恵美・永瀬誠（2016）．地域に暮らす精神障害者の2年間にわたるIMRプログラム(Illness Management and Recovery；疾病管理とリハビリ)の実践．*関東学院大学看護学会誌*，3(1)，15-22．

植村直子・山田全啓・畑下博世・有埜みや子・山下典子・角野文彦・他（2011）．精神障害者に対する保健所のデイケア実施状況と今後の方向性．*日本公衛誌*，58(12)，1049-1055．

植竹幸子(2014)．地域生活中心の援助に向けて私たちができること；B氏への訪問看護介入状況から見た今後の課題．*日本精神科看護学術集会誌*，57(1)，366-367．

- 宇野木康子(2011) . 精神障害者をめぐる制度と政策（一）：日本とアメリカの就労支援の視座から. *社会福祉研究*, 16(1), 115-164.
- USDHHS, U.S. Commission on Mental Health (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, Executive Summary.*
- Whitley R, Palmer V, Gunn J (2015). Recovery from severe mental illness. *CMAJ*, 187(13), 951-952.
- Wieland ME, Rosenstock J, Kelsey SF, Ganguli M, Wisniewski SR (2007). Distal support and community living among individuals diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatry*, 70(1), 1-11.
- Williams CC, Tufford L (2012). Professional competencies for promoting recovery in mental illness. *Psychiatry*, 75(2), 190-201.
- 山口弘幸・山口弘美(2012). 当事者主体によるピアサポートの推進と発展課題；セルフヘルプ活動と WRAP. *病院・地域精神医学*, 55(2), 170-172.
- 横山和樹・森元隆文・竹田里江・池田望（2014）. 地域で生活する統合失調症をもつ人における自己開示とセルフスティグマ低減のプロセス. *精神障害とリハビリテーション*, 18(2),174-182.

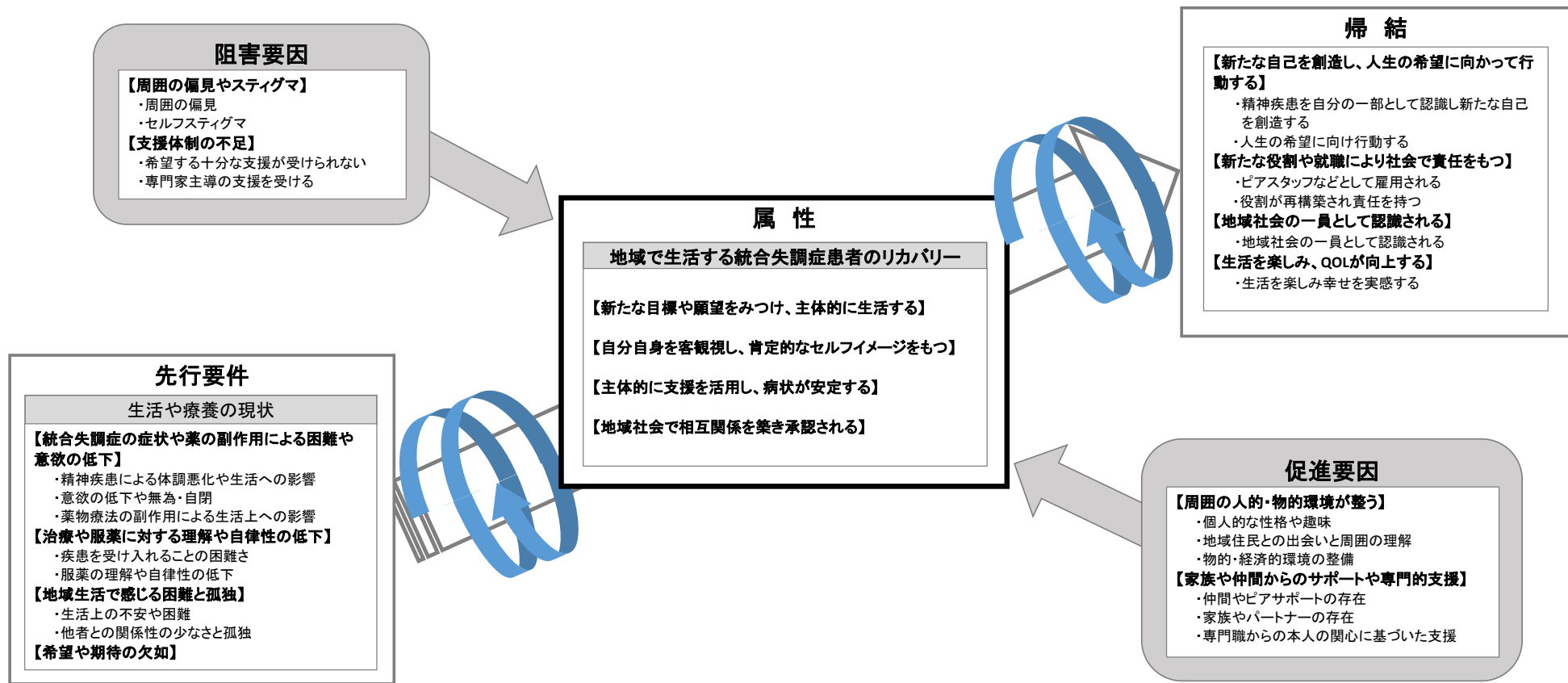


図1 地域で生活する統合失調症患者のリハビリの概念モデル

成田・小林(2017)による図表を一部改編

表1 地域で暮らす統合失調症患者のリハビリ概念の属性とその内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献番号
新たな目標や願望をみつけ、主体的に生活する	新たな目標を見つける	病気に対する考え方が変化し、新たな目標を見つける 希望や目標をもち、できることはしようとする 精神疾患に関する他者の理解の高まりから、希望が増加する	木村, 2016; Kukla M et al.,2016; Cook JA et al.,2012 Mizuno E et al.,2015 Browne G et al.,2008
	希望を持ち主体的に生活する	受身的な姿勢から、自主的に活動に参加するようになる ストレングスが強化され、夢や希望を持って主体的に生きる 自主性の高まりにより、同病者のコミュニティーを出ようと希望する 他者に従うだけではなく、主体性を取り戻す 自分の時間を見直し、日課をもつ	大内ら, 2014; 大井, 2013 植竹, 2014; 岡本ら, 2014 Mizuno E et al.,2015; Rambarran DD, 2013 Cullen C et al.,2015; 大崎ら, 2014 Cullen C et al.,2015; 岩崎ら, 2008
	自身の思考や行動を変える	自らの状態を理解し、思考や行動を変える 希望を持ち、行動や生活スタイルを変える	大井, 2013; Kaewprom C et al.,2011 Kaewprom C et al.,2011
自分自身を客観視し、肯定的なセルフイメージをもつ	自分自身を客観的に見つめ思いを表出する	素直な自分を表出し、自分自身を客観的に見つめ、自分らしさを取り戻す 障害をオープンにし、生活のしづらさを言葉にする	木村, 2016; 橋本, 2010 岡本ら, 2014
	価値観が変化し肯定的なセルフイメージをもつ	自己否定的な思考が変化し、自らの病気を受容する 自分の体験を語ることを通し、自分の存在を意味づける 他者から認められることで自尊感情が高まる 自信と安心感を取り戻す 肯定的なセルフイメージをもつ 自分が他者に、他者が自分に必要であると感じる	橋本, 2010; 木村, 2016 橋本, 2010 Tavormina R et al.,2014 Williams CC et al.,2012; Tse S et al.,2014 Cullen C et al.,2015 橋本, 2010
	主体的に支援を活用し、病状が安定する	治療への理解と自律性が向上する 診断と治療の選択肢を理解する 服薬や治療の重要性を理解し、自分でコントロールする 調子の悪いときの対応方法を身につける 支援を利用しながら、服薬を継続する 自身の身体に関心を向け、健康管理に注意を払う	Williams CC et al.,2012 岩崎ら, 2008; Kaewprom C et al.,2011; 木村, 2016 岩崎ら, 2008; Saavedra J, 2009 岩崎ら, 2008 大井, 2013
地域社会で相互関係を築き承認される	病状を安定させることができる	症状が安定し服薬の回数が減る 精神的な安定が見られ落ち着く 落ち着きが増し、作業の持続時間が長くなる 専門職や家族の支援により気持ち安定する 同じ地域の住民からのサポートを得ることで、入院頻度や救急対応の頻度が減少する	大内ら, 2014 Kukla M et al.,2016; 植竹, 2014; Tse S et al.,2014 加藤ら, 2005 大内ら, 2014; 岩崎ら, 2008 岩崎ら, 2008
	他者からの支援を主体的に活用する	目的に合わせて保健福祉サービスを活用する 必要時に支援者からの手助けを得る	岩崎ら, 2008 藤本ら, 2017; 江藤, 2014
	仲間や家族とのつながりを実感し維持する	仲間とのつながりを実感し、当事者活動が活性化する 友人や家族とのつながりや社会的な関係を維持する 支援者とのつながりを実感する	橋本, 2010; 山口ら, 2012 Mizuno E et al.,2015; Williams CC et al.,2012; Salokangas RK, 1997 Buckland HT et al.,2013
地域社会での相互関係を築き帰属感を得る	日常生活の中で他者とのつながり、相互関係を構築する	他者との関係が悪化しても対処できる 社会的な支援ネットワークにより生活機能を高める 他者との相互関係やサポートにより帰属感を得る	Rambarran DD, 2013; Saavedra J, 2009; Buckland HT et al.,2013 Rambarran DD, 2013 Jenkins JH, 2005; Williams CC et al.,2012; Salokangas RK, 1997 Rambarran DD, 2013; Wieland ME et al.,2007; Piat M et al.,2015
	責任ある存在と認識され役割を持つ	責任ある存在とみなされ、受け入れられる 家族や友人、他者との関係性が改善する 生活の中で有意義な自己の役割を再獲得する	Williams CC et al.,2012; Buckland HT et al.,2013 Jenkins JH, 2005 大崎ら, 2014; 内山ら, 2016

成田・小林(2017)を一部改編

表2 研究参加者の背景

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
年齢	50代	60代	70代	70代	60代	50代	50代	40代	50代
性別	男	男	男	男	男	男	男	男	男
発病年齢(歳)	19	29	23	21	25	27	16	17	15
家族構成・居住形態	両親と同居	独居	共同生活 [※]	独居	独居	共同生活 [※]	独居	独居	独居
生活費	なし(両親の年金)	障害年金	障害年金	遺族年金	生活保護	障害年金	生活保護	障害年金	障害年金
入院期間(年)	4	14	16	32	31	8	31	9	28
退院後の生活期間(年)	5	12	10	10	9	7	10	11	6
デイケア利用期間(年)	5	12	10	10	9	7	10	11	6
デイケア利用頻度	1回/週	4回/週	4回/週	4-5回/週	1回/隔週	4-5回/週	2-3回/週	4回/週	4回/週
デイケア以外の 利用サービス (利用頻度)	VN(2回/月)	VN(2回/月) HHS(1回/週)	なし	VN(2回/月)	VN(4回/月) HHS(7回/週)	VN(1回/月)	VN(4回/月) SS(3回/週)	VN(4回/月) HHS(2回/週) RS(2回/週)	VN(4回/月)

VN: 訪問看護, HHS: ホームヘルプ, SS: ショートステイ, RS: 生活訓練

※病院借り上げのアパートでの一部共同生活

表3 研究参加者のサービス利用を含めた生活状況

	居住形態	月	火	水	木	金	土	日
A	親と同居		DC			VN		
B	独居	DC	HHS	VN	DC		Peer	
C	共同生活	DC			DC			
D	独居	DC	VN (2/M)	DC				
E	独居	HHS	DC (2/M) / HHS	HHS	VN / HHS		HHS	
F	共同生活	DC		VN (1/M)	DC			
G	独居		VN	SS / DC				
H	独居	RS / DC	VN	DC		RS / DC	HHS / Peer	Peer
I	独居	DC			VN	DC		Peer

※DC: デイケア, VN: 訪問看護, HHS: ホームヘルプ, SS: ショートステイ, RS: 生活訓練, Peer: デイケア仲間の家で過ごす

※特に記載のない日は自宅で過ごしていたことを表わす

Narita, Kobayashi (2017)を一部改編

表4 テーマと登場する参加者の背景

テーマ	サブテーマ	参加者	年齢
地域での生活を継続する条件としての病状の安定	専門職からのサポートを受けながら行う服薬の自己管理	Fさん Hさん	50代 40代
	地域での暮らしを継続する条件としての病状の安定	Eさん Fさん Iさん	60代 50代 50代
	自律性の尊重によるセルフケアの継続	Eさん Iさん	60代 50代
支援の主体的な活用による日常生活の維持	専門職から生活上の対処能力を高める支援を得る	Bさん Eさん Hさん	60代 60代 40代
	きょうだいや親族から家計管理に対するサポートを得る	Aさん Fさん	50代 50代
長期入院による社会的なつながりの喪失と孤独	長期入院による社会的なつながりの喪失と孤独	Bさん Dさん Iさん	60代 70代 50代
デイケアメンバーとのつながりによる生活の継続	日常生活におけるデイケアメンバーとの協力	Bさん Iさん	60代 50代
	デイケアメンバーとのつながりの継続	Bさん Dさん Fさん	60代 70代 50代
地域住民とのゆるやかな交流の希求	地域住民とのゆるやかな交流の希求	Cさん Eさん Gさん	70代 60代 50代

(施設の長宛て)

資料1

平成 年 月 日

(施設長) 様

新潟大学大学院保健学研究科
研究科長 青木 菫子

本学大学院生の研究へのご協力について (依頼)

〇〇の候、貴職におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、本学大学院保健学研究科看護学分野の大学院生が下記のとおり研究を計画しております。つきましては、研究の詳細について別紙「研究の説明書」により説明させていただきますので、趣旨をご理解の上、貴院デイケア科利用者の方々への研究実施にご協力いただくことについてご承認くださいますようお願いいたします。ご承認される場合は、承認書にご署名くださいますようお願いいたします。

記

- 1 ご承認いただきたい内容
 - 1) 貴院デイケア科利用者を対象とした研究実施
 - 2) 貴院デイケア科主任者、担当スタッフの研究協力
 - 3) 研究者の訪問看護やデイケアスタッフの家庭訪問への同行
 - 4) 研究者の貴院デイケアへの定期的な参加
 - 5) 研究対象者に関する診療録からの情報収集
- 2 大学院生
新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野 博士後期課程
B13A303B 成田 太一
- 3 指導教員
新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野 教授 小林 恵子
- 4 研究題目
デイケアを長期利用する統合失調症患者の地域生活の実態 (仮)
- 5 調査期間 平成27年8月 ~ 平成28年8月
- 6 倫理的配慮
別紙「研究の説明書」のとおり

【お問い合わせ先】

大学院生：学籍番号 B13A303B 成田 太一
新潟大学大学院保健学研究科看護学分野 博士後期課程
電子メール：×××@×××
電話：×××-×××-××××
指導教員：小林 恵子
住所 〒×××-×××× ×××市××町××-××
新潟大学大学院保健学研究科 小林研究室
電話・ファクス ×××-×××-××××
電子メール ×××@×××

研究協力についての承認書

平成 年 月 日

新潟大学大学院保健学研究科長 様

施設責任者 所属

職名

氏名

印

下記の研究について、説明書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法、倫理的配慮、研究中および研究後の対応などについて、十分理解しました。

そこで、当院デイケアの利用者の研究参加、デイケアスタッフ・訪問担当者の研究協力、研究者の家庭訪問への同行、研究者のデイケアへの参加、診療録からの情報収集について承認いたします。

研究課題名 デイケアを長期利用する統合失調症患者の地域生活の実態（仮）

研究者氏名 成田 太一

(仲介者) 様

新潟大学大学院保健学研究科
博士後期課程 成田 太一

研究へのご協力について (依頼)

初秋の候、貴職におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は現在、新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程でデイケア長期利用者を対象とした研究に取り組んでおります。

つきましては、研究の詳細について別紙「研究の説明書」により説明させていただきますので、趣旨をご理解の上、貴院デイケア科利用者の方々の中から研究対象候補者をご紹介いただくことについてご協力くださいますようお願いいたします。ご協力いただける場合は、同意書にご署名くださいますようお願いいたします。

記

- 1 ご協力いただきたい内容
 - 1) 研究対象候補者の紹介
 - (1) 対象者：デイケア通所期間3年以上の統合失調症患者10名程度
(年齢は20歳以上75歳未満で、成年被後見人や認知症や知的障害など認知機能の低下がみられる者は除く。)
 - (2) 研究対象者のご紹介の手順と留意点
 - ・研究の対象となる方の選定と、氏名を研究者に伝えることについての同意を得ていただくようお願いします。
 - ・対象となる方に協力は自由意思に基づくものであること、断ってもデイケア利用に関して不利益は生じないことをご説明下さい。最終的な同意の確認は研究者が行います。
 - 2) 研究対象者に関する情報提供 (デイケアでの過ごし方、プログラム参加状況、支援内容)
- 2 大学院生
新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野 博士後期課程
B13A303B 成田 太一
- 3 指導教員
新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野 教授 小林 恵子
- 4 研究題目
デイケアを長期利用する統合失調患者の地域生活の実態 (仮)
- 5 調査期間 平成27年8月 ～ 平成28年8月
- 6 倫理的配慮
別紙「研究の説明書」のとおり

〔お問い合わせ先〕

大学院生：学籍番号 B13A303B 成田 太一

新潟大学大学院保健学研究科看護学分野 博士後期課程

電子メール：×××@×××

電話：×××-×××-××××

指導教員：小林 恵子

住所 〒×××-×××× ×××市××町××-××

新潟大学大学院保健学研究科 小林研究室

電話・ファクス ×××-×××-××××

電子メール ×××@×××

研究説明についての同意書

下記の研究について、説明書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法、倫理的配慮、研究中および研究後の対応などについて、十分理解しました。

そこで、研究への協力は対象者の自由意思に基づくものであることを理解した上で、病状を考慮しながら研究対象候補者の紹介を行うこと、研究対象者に関する情報を提供することについて同意いたします。

研究課題名 デイケアを長期利用する統合失調症患者の地域生活の実態（仮）

研究者氏名 成田 太一

平成 年 月 日

仲介者 _____

研究協力者との関係（ _____ ）

本研究に関する説明を行い、自由意思に基づく同意が得られたことを確認します。

研究者 _____

[お問い合わせ先]
大学院生：学籍番号 B13A303B 成田 太一
新潟大学大学院保健学研究科看護学分野 博士後期課程
電子メール：×××@×××
電話：×××-×××-××××
指導教員：小林 恵子
住所 〒×××-×××× ×××市××町××-××
新潟大学大学院保健学研究科 小林研究室
電話・ファクス ×××-×××-××××
電子メール ×××@×××

(研究参加者) 様

新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程
成田 太一

研究へのご協力をお願い

私は、現在、新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程で精神科疾患を持つ人々の地域生活とデイケア利用に関する研究に取り組んでおり、利用者の皆様にとって充実した地域生活について探究したいと考えています。

本研究へのご協力は任意です。以下、研究の内容をよくお読みになり、協力の可否についてご検討ください。ご協力をいただける場合は、研究者がデイケアに伺う際（およそ1週間後）に、その旨をお伝え下さい。

研究の趣旨をご理解の上、ご協力をよろしくお願いいたします。

1 研究へのご協力をお願いしている方
デイケア利用者 10 名程度

2 ご協力をお願いしたいこと

- 1) 地域生活やデイケア利用に関するインタビューにお答えいただくこと
- 2) 研究者がご自宅に訪問し、生活の様子を伺うこと
- 3) 診療録やスタッフの皆様から下記の情報を得ること
(診療録やスタッフの皆様から得る情報)

性別、既往歴、生活歴、治療内容、障害者手帳の有無と障害等級、入院期間、利用経過、参加プログラム、デイケア利用中の様子、利用目標、定期評価（スタッフ・本人）、訪問看護利用状況

3 研究についてのお約束

- 1) 研究への協力はあなたの意志によるものであり、協力しないことを理由にデイケア利用に関して不利益を生じることはありません。また、一度同意された後でもいつでも同意を撤回することができます。
- 2) この研究への参加によって、費用がかかることは一切ありません。
- 3) 家庭訪問は原則として訪問看護師等の家庭訪問に同行する形で行い、訪問の日時はご希望を確認した上で設定させていただきます。研究者が許可なく各居室に立ち入ることはありません。
- 4) インタビューでは、話したくない内容がありましたら、お答えいただかなくて構いません。また、ご同意いただいた上でお話の内容を録音させていただくことがあります。インタビューの時間や場所をご希望を確認した上で設定させていただきます、プライバシーの守られる個室で行います。お話の内容はこの研究以外に使用することはありません。
- 5) 得られた情報の管理を厳重に行います。入力した電子データはパスワードつき USB メモリに保存し、研究終了まで大学内の鍵付きのロッカーにて保管します。
- 6) 研究結果に関しては、学会発表や論文での報告を予定しています。あなたのお名前が公表されることや、個人が特定されることは一切ありません。ご希望の方へは、研究結果について説明させていただきます。

本研究の期間中および終了後も、本研究に関して不明な点やご質問がございましたら、下記宛てにご連絡いただければ、いつでも説明させていただきます。

〔お問い合わせ先〕

大学院生：学籍番号 B13A303B 成田 太一

新潟大学大学院保健学研究科看護学分野 博士後期課程

電子メール：×××@×××

電話：×××-×××-××××

指導教員：小林 恵子

住所 〒×××-×××× ×××市××町××-××

新潟大学大学院保健学研究科 小林研究室

電話・ファクス ×××-×××-××××

電子メール ×××@×××

研究協力についての同意書

下記の研究について、説明書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法、倫理的配慮、研究中および研究後の対応などについて、十分理解しました。

そこで、研究への協力は自由意思に基づくものであることを理解した上で、研究に協力することについて同意いたします。

平成 年 月 日

研究協力者 _____

本研究に関する説明を行い、自由意思に基づく同意が得られたことを確認します。

研究者 _____

〔お問い合わせ先〕

大学院生：学籍番号 B13A303B 成田 太一

新潟大学大学院保健学研究科看護学分野 博士後期課程

電子メール：×××@×××

電話：×××-×××-××××

指導教員：小林 恵子

住所 〒×××-×××× ×××市××町××-××

新潟大学大学院保健学研究科 小林研究室

電話・ファクス ×××-×××-××××

電子メール ×××@×××

「デイケアを長期利用する統合失調症患者の地域生活の実態（仮）」
に関する研究の説明書

新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程
B13A303B 成田 太一

本研究は下記の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。

1. 研究の目的と意義

本研究では、精神科デイケアを利用する皆様の地域生活の実態と、その中で精神科デイケアを長期間利用している背景について探究することで、精神障害者の孤立を防止し地域生活の定着を支援していくための示唆を得ることを目的としています。

2. 研究対象者

デイケア主任者様よりご紹介いただき、研究への協力が得られたデイケアを長期利用する統合失調症患者（通所期間 3 年以上）10 名程度

（年齢は 20 歳以上 75 歳未満で、成年被後見人や認知症や知的障害など認知機能の低下がみられる者は除く。）

3. 調査方法

この研究では、研究者がデイケアのプログラムなど日々の活動に定期的に参加させていただいたり対象者への家庭訪問を行いながら、利用者の地域での生活状況について観察やインタビューを実施させていただきます。また、対象者から許可をいただいた上で、利用経過や生活歴などについて診療録やスタッフの皆様から情報をいただきます。

調査期間は平成 27 年 8 月から 28 年 8 月を予定しています。

- 1) 研究対象者から聞き取る情報：年齢、家族構成、勤務歴、現住所での居住年数
- 2) 診療録から収集する情報：性別、疾患名、既往歴、生活歴、治療内容、障害者手帳の有無と障害等級、入院期間、デイケア利用経過、参加プログラム、利用目標、定期評価（スタッフ・本人）、訪問看護利用状況
- 3) デイケア担当スタッフから聞き取る情報：デイケアでの過ごし方、プログラム参加状況、支援内容
- 4) 訪問看護師等訪問担当者から聞き取る情報：生活状況、病状管理状況、地域生活に関する支援内容
- 5) 参与観察：研究対象者から許可を得て、地域での生活状況について情報を得るため、原則として訪問看護やデイケアスタッフの皆様の家庭訪問に同行し、地域生活の様子を観察する。また、デイケアに定期的に参加する。
- 6) インタビュー：地域生活やデイケア利用の実態について、インタビューガイド（資料 1）に基づく半構造化面接法により実施する。

4. 研究への参加・協力の自由意思

研究への参加・協力は自由意志によるものであり、お断りになっても貴院並びに貴院ダイケア利用者の皆様に不利益が生じることはありません。

5. 研究への参加・協力の拒否権

この研究への参加・協力を同意した場合であっても、いつでも途中で止めることができます。研究への参加・協力を取りやめることにより不利益を被ることは一切ありません。遠慮なく、お申し出ください。

6. 個人情報やプライバシーの保護

データとして得られた個人情報は匿名化し、個人が特定されることはありません。また、収集したデジタルデータはパスワードを設定し管理するとともに、データを保存する USB デバイスや記録した紙媒体は鍵のかかる棚にて管理を行います。

7. 研究結果の公表

研究結果は貴院へ報告し、新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程の博士論文として発表します。また、学術集会での発表や学術雑誌への投稿を行うことがあります。

公表の際には、貴院並びに個人が特定されないよう十分配慮いたします。

8. 研究中・終了後の対応

本研究の期間中および終了後も、本研究に関しまして不明な点やご質問などございましたら、下記宛てにご連絡していただければ、いつでも説明させていただきます。

〔お問い合わせ先〕

大学院生：学籍番号 B13A303B 成田 太一

新潟大学大学院保健学研究科看護学分野 博士後期課程

電子メール：×××@×××

電話：×××-×××-××××

指導教員：小林 恵子

住所 〒×××-×××× ×××市××町××-××

新潟大学大学院保健学研究科 小林研究室

電話・ファクス ×××-×××-××××

電子メール ×××@×××

インタビューガイド

1 面接時の留意点

1) インタビューの日時と場所の設定

インタビューの日時と場所は研究対象者に希望を聞き、負担を最小限にするとともに、不利益を被らないようにプライバシーの保護に十分配慮し設定する。

2) インタビューの進め方

- (1) インタビューガイドに沿って進めるが、研究対象者が自由に語るように配慮する。
- (2) 研究対象者が地域生活やデイケア利用への思いを表出できるよう十分な時間をとるよう配慮する。
- (3) 研究対象者が語りにくいときには、質問の表現を変えて負担を感じずに語るように配慮する。
- (4) 語られたことの内容を研究者が深めたいと思った際は、許可を得ながら研究対象者の負担のない範囲で追加質問をする。

2 インタビュー

1) 導入

本日はお時間を頂きありがとうございます。私は、精神疾患を持つ方の地域生活とデイケア利用に関する研究に取り組んでおり、精神疾患を持つ方が充実した地域生活を送るにはどのようにしたらよいかについて探究したいと考えています。

今回のインタビューでは、〇〇様の普段の生活の様子についてと、デイケアの利用の2点についてお聞きしたいと思います。

インタビューへの協力は任意です。協力を断ったり、途中で取りやめることも可能です。断ったり中断してもデイケア利用に関して不利益を生じることはありません。

時間は60分程度を予定していますが、途中で体調が悪くなることがありましたらインタビューを中断しますので、無理せずおっしゃってください。また、答えたくない質問には無理にお答えいただく必要はありません。また、今回伺った内容を正確に記録するため録音させていただきたいと思います。録音を断ることも可能です。

今回お聞きした内容については、研究成果としてまとめ学会等での報告を予定していますが個人が特定されることは一切ありませんので、ご安心ください。

(協力に関する意志の確認後) それでは、インタビューを始めさせていただきます。

2) 基本的属性

- (1) 年齢、家族構成、勤務歴、現在のお住まいでの居住年数をお聞かせください。

- ③ デイケアで、担っている役割はどんなことですか。
（追加質問）プログラムや係の仕事についてはどうですか。
他のメンバーの手助けなどについてはどうですか。
- ④ これまでデイケアを利用してきてよかったことはどのようなことですか。
（追加質問）デイケア以外のサービスを利用したことはありますか。
これまでデイケアを利用してきた理由を教えてください。
あなたにとってデイケアとはどのような場所ですか。
- ⑤ どのようなデイケアであればよいと思いますか。
（追加質問）デイケアでやってみたいことはどのようなことですか。
デイケアの内容（1日の流れやプログラム）についてはどうですか。
スタッフの関わりについてはどのようなことですか。

4) 終結

以上でインタビューを終了いたします。ご協力いただきありがとうございました。

3 面接終了時の対応

1) 研究対象者から、研究への質問や疑問がある場合には返答する。また、終了後も研究に対する問い合わせが可能であることを伝える。

(研究対象者提示用)

インタビューについて

この度は、貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。

インタビューにつきましては、以下の内容を予定しております。参考にご覧ください。

どうぞよろしくお願いいたします。

1) 基本的属性

(1) 年齢、家族構成、勤務歴、現在のお住まいでの居住年数

2) 地域生活について

- ① 先週1週間について、あなたの毎日の生活の状況を教えてください。
- ② 生活を送る上で、楽しみにしていることはどのようなことですか。
- ③ 生活を送る上で、担っている役割はどんなことですか。
- ④ 近所の人とはどのようなお付き合いがありますか。
- ⑤ 地域の中で、もっとこんな活動をしてみたいということがあれば教えてください。
- ⑥ 生活を送る上で、困っていることはどのようなことですか。
- ⑦ 生活を送る上で、困ったときに受けたサポートはどのようなことですか。
- ⑧ 今の生活続ける上で、受きたいサポートはどのようなことですか。

3) デイケア利用について

- ① 前回デイケア利用時の1日の過ごし方を教えてください。
- ② デイケアで楽しみにしていることはどのようなことですか。
- ③ デイケアで、担っている役割はどんなことですか。
- ④ これまでデイケアを利用してきてよかったことはどのようなことですか。
- ⑤ どのようなデイケアであればよいと思いますか。

※インタビューの構成 (参考)

場面		楽しみにしていること	困っていること	担っている役割	交流	受けたサポート 受きたいサポート
地域生活	自宅・家庭					
	地域					
	その他					
デイケア						