

地域で生活する精神障害者のニーズと 生活の質に関する研究

小高真美*

抄録

本研究の目的は、地域で生活する精神障害者のニーズと生活の質(QOL)の因果関係と、その関係性への精神症状、全体的機能、過去の入院期間の影響を検討することである。調査対象は、精神障害者の入所、通所施設等の利用者320人である。構造方程式モデリング分析を実施した結果、主観的評価のニーズが少ないと主観的QOLは有意に高かった。過去の入院期間が長いほど主観的ニーズは少なく、QOLは高かった。精神症状や全体的機能はQOLに有意に影響していなかった。これらの結果の補足として、ニーズ、QOL評価と各精神症状の関係や主観的、客観的ニーズ評価の差も検討した。以上から、地域で生活する精神障害者のQOL向上には、本人の主観的評価によるニーズの重視が肝要である、特に心理社会的なニーズは、当事者と専門家による包括的評価が重要である、長期在院経験者の主観的ニーズやQOL評価の解釈には留意が必要であることが示唆された。

Key words : 精神障害者 地域生活 ニーズ QOL 因果関係

はじめに

1. 背景と目的

わが国の精神病院数は、平成15年6月末で1664ヶ所(厚生労働省大臣官房統計情報部 2006:76)、病床数は約35万床で(厚生労働省大臣官房統計情報部 2006:80)、人口1万人あたりの病床数は先進諸外国と比べ依然として群を抜いて多い(OECD 2002)。一方で、近年、わが国における精神保健福祉施策も、これまでの「病院」における入院中心から「地域」での生活中心へと転換するための抜本的な改革が展開されつつある。今では、社会的

入院と言われる患者の退院促進だけでなく、精神障害者が安心して継続的に地域で生活するための支援体制も徐々に整備されてきた。

このような流れのなか、障害を持つ人々が安定した地域生活を継続できるよう支援する方法論の一つ、ケアマネジメントが制度化されることとなった。平成18年4月に「障害者自立支援法」が施行され、それまで三障害(知的障害、身体障害、精神障害)が別々に取り組みを行ってきたケアマネジメントの手法が制度として一元化されることとなった。

障害者ケアマネジメントは、「障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健医療のほか、教育・就労などの幅広いニーズと、様々な

* Manami, Kodaka

国立精神・神経センター 精神保健研究所 外来研究員

地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけ調整を図るとともに総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である」と定義づけられている(高橋・大島 2001:15)。また、その大きな目的は、ケアマネジメント利用者の生活の質(以下、QOLとする)の向上である(高橋・大島 2001:13)。以上を整理すると、精神障害者のケアマネジメントとは、地域で生活する精神障害者のニーズを、障害者自身の声を反映させつつ専門家による客観的判断も織り交ぜて包括的にアセスメントし、そのニーズを社会資源と結びつけ調整し満たすことで、利用者のQOLの向上をねらう支援方法と言える。

さて、ケアマネジメントを通して、利用者のニーズを満たすことで彼らのQOLの向上を目指すという目標を、より実現可能なものとするためには、ニーズが満たされることでQOLが向上する、あるいはニーズが満たされないとQOLが低下する、というようなニーズとQOLの関係が実証されることが望ましい(Bengtsson-Tops and Hansson 1999; Slade, et al. 1999; Slade, et al. 2004)。しかしながらわが国においては、個人の臨床特性等の影響も考慮しつつ、ニーズとQOLの関係性を明らかにする定量的な実証研究は行われていない。

そこで本研究において、地域で生活する精神障害者のニーズとQOLの因果関係を検証するとともに、その関係性への、個人の臨床特性である精神症状や機能レベル、過去の精神科在院期間などの影響因子も視野に入れて検討することとした。この研究は、今後、精神保健福祉の領域でも積極的な展開が期待されるケアマネジメントが、エビデンスにもとづいた介入方法として実施されるためにも非常に重要である。また、個人のニーズの充足とQOLの向上は、ケアマネジメントだけでなく、対人援助の基本であることから、本研究の意義は大きい。さらに、個人の臨床特性等も加味することで、臨床実践上の留意点等についても示唆が得られるものと思われる。

2. ニーズとQOLに関する先行研究

わが国における、精神障害者のニーズ調査の多くは、その実態調査である。その例として、都道府県の取り組み(例えば、大阪府環境保健部健康増進課 1998; 神奈川県社会復帰援護会社会福祉ニード調査委員会 1994; 東京都衛生局 1997; 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課 2005)や精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査(日本精神科病院協会 2003)、全国精神障害者家族連合会による調査(全家連保健福祉研究所 1993; 全家連保健福祉研究所 1994a; 全家連保健福祉研究所 1994b; 全家連保健福祉研究所 1995; 全家連保健福祉研究所 1997a; 全家連保健福祉研究所 1997b; 全家連保健福祉研究所 2000; 全家連保健福祉研究所 2001; 全国精神障害者家族連合会 1986)、が挙げられる。

欧米の精神障害者のニーズ調査では、Camberwell Assessment of Need (Slade et al. 1999)などの標準化された尺度が使用されており、属性や臨床特性、サービス満足度、QOLなどの様々な因子との関係性だけでなく、当事者と専門家との評価差についても研究が実施されてきた(Joska and Flisher 2005)。

QOL研究では、国内外ともに、介入研究のアウトカム指標としてQOL評価が使用されたり(例えば、非定型抗精神病薬の効果(圓口・ほか 2006; 藤井・ほか 2000; Naber 1995; Voruganti, et al. 2002)), 属性(例えば、Browne, et al. 1996; 岩脇・ほか 2004; Lehman, et al. 1995; 塚原 1999;)や疾患関連(例えば、Browne, et al. 2000; 岩脇・ほか 2004; 松下・ほか 2004; Ritsner, et al. 2003)、心理的要因(例えば、Hansson, et al. 1999; 國方・ほか 2006)、環境的要因(例えば、Caron, et al. 2005; 片山・ほか 2003)との関連性についての研究が行われてきた。その中で、欧米でのQOL研究結果とわが国のものと、類似している点も見受けられる。例えば、抑うつ症状や不安症状とQOLとの関係(Huppert and Smith 2001; Ritsner 2003; 鈴木・ほか 2001; 友竹・ほか 2004)や非定型抗精神病薬の効果(圓口・ほか 2006; 藤井・ほか 2000;

Naber 1995 ; Voruganti, et al. 2002), ソーシャルサポートのQOL への影響 (Caron, et al. 2005 ; 片山・ほか 2003) が挙げられる。また, 入院の長期化は, QOL を低下させないという見解もある (Barry, et al. 1993 ; 多喜田 2001 ; 塚原 1999)。

精神障害者の主観的および客観的評価によるニーズとQOLの関係性を検証した研究は, これまでヨーロッパ諸国を中心に実施されてきた (Beker, et al. 2005; Bengtsson-Tops and Hansson 1999; Bengtsson-Tops and Hansson 2003 ; Bj_rkman and Hansson 2002; Hansson, et al. 2003; Lasalvia, et al. 2005; Slade, et al. 2004; Slade, et al. 1999; UK700 Group 1999; Wiersma and Busschvach 2001)。これらの研究の多くで, 主観的評価によるニーズ (特に対応されていないニーズ: unmet needs) が多いと主観的QOLが低いという結果が得られている。また, 精神症状評価や機能評価のQOL への影響も合わせて検証している研究もある。BjörkmanとHansson(2002)の研究では, 症状の改善とニーズの減少は, 主観的QOLの健康と余暇活動の領域で改善が認められた。Bekerら(2005)は, 機能レベルが高いグループほど, QOLが強く, ニーズが少なかったと結論付けている。UK700 Group(1999)の研究では, 主観的QOLを予測する因子は, 対応されていないニーズと抑うつおよび陽性症状であると同定された。

このように, ニーズとQOLの関係, またそれへの精神症状や機能レベルの影響について, 海外で研究が進められてきたが, この領域の研究はわが国において未着手である。更に, これらに過去の入院期間の影響を加味した研究は海外でも実施されていない。わが国では, 今後, いわゆる脱施設化が促進され, これまで長期に入院していた人々の多くが, 徐々に地域生活を始めることが予測される。そのため, 過去の入院経験の影響を視野に入れた研究を実施することも非常に重要である。

3. ニーズとQOLの評価

本研究における, ニーズとは, 前述のケアマネジメントの定義でも提唱されているように, 精神

疾患を持つ当事者と彼らを日ごろから知る精神保健福祉の専門家の双方によって包括的に評価されるニーズとする。つまり, 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価を総合したものである。Slade (1994)は, 専門家は患者の生活を完全に知りうることは不可能であり, 個人がある特定の介入からどの程度の利益を得られるか事前に把握することは困難であると述べている。また, たとえ患者に病識がなく, 例えば薬物療法のメリットについて適切な評価ができなくとも, 住居に関するニーズの正当な理由は述べるができるかもしれない等, 良いアセスメントとは, 可能な限り多くの分野における患者の視点を考慮すべきであるとしている。そして, ニーズ評価は, 患者と専門家の交渉によるべきものであると提言している。

次に, QOLは, 精神障害をもつ本人の主観的な評価によるものとした。

医療におけるQOL評価は, これまで患者の主観的な評価に焦点を当てきたが, 精神医学の分野では, 患者の主観のみに頼る評価には, 問題が生じるという議論がある (Katschnig =2002:7)。その理由として, うつ病とQOLに関する研究等の結果から, 主観的な安寧は単に精神症状の変化を反映するという問題や, 精神疾患により, QOLの知覚とその知覚の伝達に問題が発生する恐れが挙げられている。さらに, 障害が長期である患者は, 自分の価値基準を低める, すなわち目標達成が困難であると感じると, その目標を低く変化させる可能性もあると言われている (Katschnig=2002 : 12)。このような問題から, 精神障害者自身による主観的QOL評価は現実的ではないとされ, これまで客観的評価が重視されてきた経緯がある (塚原 1999)。

一方, Lehman(1983 ; 1988)は, 慢性精神科患者の主観的QOLを評価した結果, 彼らの主観的QOLの回答は統計的に信頼性があると言っている。またBrowneら(1996)は, 精神科患者自身による主観的QOLの評価の価値が, これまでに複数の研究者によって実証されていることを強調している。神経認知的障害と主観的QOLの関係性を

検討した Heslegrave ら (1997) の研究では、患者のQOLの知覚に神経認知障害はほとんど影響しないと結論づけており、Kuehner (2002) の研究では、うつ病患者は自らのQOLに関して、全生活領域についてネガティブに評価しているわけではないことを明らかにした。Voruganti ら (1998) も、安定した統合失調症患者が評価する主観的QOLは信頼性と同時的妥当性があり、臨床試験やアウトカム研究において有益な手段であると述べている。Skantze ら (1992) も、統合失調症患者が自らの社会的な欠損を感じ取り、経験し、報告することができることを結論づけ、主観的にQOLが評価できることを支持している。更に国内でも、國方・三野 (2003) は文献的考察で、統合失調症患者と健常者とを対象としたQOL評価の研究や、生活満足度スケールとGAFとの相関を検討した研究、また外来統合失調症患者と入院中統合失調症患者とのQOLの比較等の結果を考察し、統合失調症患者の主観的評価は信頼できると推察している。

このように、精神疾患を持つ患者の主観的QOLは、その信頼性・妥当性をめぐって様々な論議があるが、先行研究によりその一定の価値が示されてきた。また、精神科領域において、単に症状や再発防止だけに着目するのではなく、QOLの向上を目的として患者支援にあたることで、患者と支援者間の信頼関係も強まり、互いに協働の意識が高まる (Katschnig=2002:5-6)。さらに、患者が治療やリハビリテーションを受ける過程で、本人が自らのQOLの高まりを感じることができれば、それらへの動機付けが高まり、目標設定やその達成への意欲が向上し、更なるQOLの改善が見込めると考える。ソーシャルワーク実践における、クライアントの自己決定の原則やクライアントを中心とした考え方のように、専門職の価値観や倫理観の側面からも、障害者自身の主観的QOLの重視は臨床実践において欠かすことができない。以上のような理由から、本研究では、QOL評価に障害者自身の主観的判断を用いて研究を実施することとした。

4. 仮 説

本研究では次のような仮説を立てた。

地域で生活する精神障害者のニーズとQOLには、因果関係が成立する(ニーズが多いほどQOLは低く、ニーズが少ないほどQOLは高い)。

精神症状および機能レベル、過去の入院期間がニーズを介して、QOLに影響している(精神症状が良好で機能レベルが高い方がニーズは少なくQOLは高い。また、過去の入院期間が長いほど、ニーズは少なくQOLが高い)。

・研究方法

本調査研究は、平成16年度厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況の適切な反映手法の開発に関する研究」の分担研究である「精神及び知的障害者の介護ニーズの評価手法の開発に関する研究」(安西・ほか 2005)の大規模調査の一部として実施した。研究は、国立精神・神経センター倫理委員会に申請し承認を得て実施した。

1. 調査対象

対象は、全国で、厚生労働省が推薦した精神障害者の生活訓練施設、福祉ホームA/B、グループホーム等の居住施設、および通所授産施設や地域生活支援センター⁽¹⁾を利用する精神障害者である。対象者数は、実際の障害者数を考慮し、施設類型別に目標数を設定した。調査対象者は、調査対象施設から調査への協力同意が得られ、かつ文書により調査対象者本人の同意が得られた320人である。

2. 調査内容

本研究で使用した調査票は、本人調査票、医師調査票、ケア担当者調査票、の3種類である。本人調査票は、調査対象者本人による自記式の質問紙である。医師調査票は、対象者の主治医

あるいは対象者を日ごろからよく知る医師に記入を依頼した。ケア担当者調査票は、対象者を日ごろからよく知る施設等の職員に記入を依頼した。

基本属性である対象者の年齢と性別は、医師調査票からデータを得た。また、過去の総入院期間と、精神障害者社会復帰施設およびグループホーム、各種訪問サービス等の利用状況については、対象者を日頃からよく知る施設等の職員にたずねた。

対象者の診断を問う設問は、医師調査票に掲載し、診断名を記載するように依頼した。

機能および精神症状の評価には、GAF (Global Assessment of Functioning : 機能の全体的評定) (American Psychiatric Association=2004 : 44・48) と BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale : 簡易精神症状評価表) オックスフォード大学版(北村・ほか 1985)を使用した。GAFならびにBPRSオックスフォード版も医師調査票に含み、医師に評価を依頼した。

対象者本人の主観的QOLの評価は、本人調査票で質問した。QOL評価は、WHO/QOL(田崎・中根 1997)の尺度から、個人の全般的なQOLを評価する項目と健康満足度に関する項目の2項目を使用した。全般的なQOLに関する質問は、「あなたは、自分の生活の質をどのように評価しますか。(いずれか1つに)」とし、「1非常に悪い」「2悪い」「3ふつう」「4良い」「5非常に良い⁽²⁾」の5件法のリッカートスケールで回答してもらった。健康への満足度の設問は、「あなたは、自分の健康状態に満足していますか。(いずれか1つに)」とし、「1非常に不満」「2不満」「3どちらでもない」「4満足」「5非常に満足⁽³⁾」の5件法のリッカートスケールで評価してもらった。

主観的QOLの評価に、上記の2項目のみを採用した理由は、対象者に、自らのQOLや健康を総合的に評価してもらうため、調査項目を多くしすぎると回答率が低下するため、である。

まず、ひとつ目の理由だが、使用した2項目は、対象者自らの総合的なQOL評価を可能にする。この点について、Heslegraveら(1997)は、次のよ

うに述べている。「このような全体的評価は、(健康領域は除き)QOLに関連する多面的な領域を正確に同定することはできない。しかし、この評価方法を採用することで、対象者は、自らの健康やQOLに関連するさまざまな影響因子を検討し、総合的な評価としてそれらを集約することができる。また、このような全体的評価は、通常、他のより多面的な評価と非常に良く相関するものである。その一方、この評価方法を用いることにより、対象者は、独自の方法で、自分の健康やQOLに影響する因子を自由に検討することができる」(Heslegrave, et al. 1997 : 238)。

二つ目の理由は、回答率の向上のためである。QOL評価にあたっては、従来、多面的な評価方法が採られる。しかし、本研究では、対象者のニーズ評価も同時に実施することになっており、調査票の質問項目の増大は、回答率の低下につながると危惧された。また、質問項目を絞ることで、精神障害者の回答作業への負担を軽減することができると考えた。

対象者が地域で生活するための包括的なニーズを把握することを目的として、主観的ならびに客観的なニーズ評価を実施した。

主観的ニーズに関する評価には、「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査(日本精神科病院協会 2003)で使用された「外来/ご本人調査票」の一部を抜粋し、本研究で新たな追加の項目を入れて使用した。設問は本人調査票に盛り込んだ。具体的な内容は、現在の生活における不安や心配ごとを評価するもの(具体的な項目は 結果の表2を参照)と、地域生活をする上での困りごとを評価するもの(具体的な項目は 結果の表2を参照)である。

現在の生活での不安や心配ごとの評価は、「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査(日本精神科病院協会 2003)の「外来/ご本人調査票」で採用された10項目に、新たに2項目を追加した。追加の2項目は、「友人や異性との関係が不安」と「仕事を続けられるか不安」である。調査対象者本人には、該当項目全てに をつけてもらった。

地域生活をする上での困りごとの評価は、「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査（日本精神科病院協会 2003）の「外来/ご本人調査票」で使用された17項目に、本調査の実施にあたり新たに5項目を追加した。追加の5項目は、「友人との会話やつきあい」、「異性とのつきあいや性に関すること」、「余暇時間の過ごし方」、「勉強をしり学校に通うこと」、「仕事のこと」である。調査対象者本人には、該当項目全てにをつけてもらった。

なお、これらの項目追加は、先行研究（精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査（日本精神科病院協会 2003）や全国精神障害者家族連合会による調査（全家連保健福祉研究所 1993；全家連保健福祉研究所 1994a；全家連保健福祉研究所 1994b；全家連保健福祉研究所 1995；全家連保健福祉研究所 1997a；全家連保健福祉研究所 1997b；全家連保健福祉研究所 2000；全家連保健福祉研究所 2001；全国精神障害者家族連合会 1986）等）において、ニーズが高いという結果が得られた項目の補足を主な目的として実施した。

客観的ニーズの評価には、「ケア必要度」尺度（精神障害者ケアガイドライン検討委員会 2001）を使用し、対象者を日ごろからよく知る施設等の職員に評価を依頼した。この尺度は、ケアマネジメントに基づくケア提供の在り方を示した「精神障害者ケアガイドライン」で開発された、ケアアセスメント票に含まれている（大島・ほか 2000）。「ケア必要度」は、自立生活能力（身のまわりのこと、安全の管理、健康の管理、社会資源の利用、対人関係、社会的役割・時間の活用）、緊急時の対応、配慮が必要な社会行動、に関して各8領域、全24項目で構成されている（高橋・大島 2001:270-281）。評価の方法は、5件法のリッカートスケールで、各項目において3点以上が援助の必要な状態で、領域ごとでは、各領域の平均点が各2.5点以上であれば、その領域に対する援助サービスの必要性があると判断基準となっている（高橋・大島 2001:282）。

3. 分析方法

仮説に基づき、ニーズとQOLおよび精神症状や機能レベル、過去の入院期間の因果モデルを作成し、構造方程式モデリング分析を実施した。データ分析には、SPSS Ver.11.5とAmos5.0を使用した。構造方程式モデリング分析を行う際は、欠損値があるケースを除く、161ケースを解析の対象とした。

結果

1. 解析対象グループの主要変数に関する単純集計

解析に使用した161ケースの基本属性、主要変数の概要は表1、主観的ニーズ評価は表2の通り

表1 構造方程式モデリング分析対象者の基本属性、主要変数記述統計表

| | 有効回答 | 平均 | SD |
|--------------|------|------|-------|
| 年齢 | 136 | 47.9 | 12.19 |
| GAF | 161 | 56.5 | 11.82 |
| BPRS | 161 | 18.1 | 13.94 |
| 主観的QOL（生活の質） | 161 | 3.0 | 0.79 |
| 主観的QOL（健康満足） | 161 | 2.8 | 1.05 |
| ケア必要度総得点 | 161 | 1.9 | 0.48 |
| 過去の入院回数 | 157 | 3.6 | 3.18 |
| | 有効回答 | N | % |
| 過去の総入院期間 | 161 | | |
| 入院なし | | 14 | 8.7 |
| 半年未満 | | 15 | 9.3 |
| 半年以上1年未満 | | 18 | 11.2 |
| 1年以上2年未満 | | 24 | 14.9 |
| 1年以上5年未満 | | 31 | 19.3 |
| 5年以上10年未満 | | 22 | 13.7 |
| 10年以上15年未満 | | 10 | 6.2 |
| 15年以上20年未満 | | 6 | 3.7 |
| 20年以上25年未満 | | 6 | 3.7 |
| 25年以上30年未満 | | 8 | 5.0 |
| 30年以上35年未満 | | 3 | 1.9 |
| 35年以上 | | 4 | 2.5 |
| 主診断（ICD-10） | 154 | | |
| F0 | | 3 | 1.9 |
| F1 | | 2 | 1.3 |
| F2 | | 128 | 83.1 |
| F3 | | 11 | 7.1 |
| F4 | | 2 | 1.3 |
| F6 | | 1 | 0.6 |
| F7 | | 1 | 0.6 |
| その他 | | 6 | 3.9 |
| 性別（男性） | 149 | 101 | 62.7 |
| 入所施設利用者 | 160 | 88 | 54.7 |

注 分析で使用した変数以外の有効回答数は、分析対象者数と異なる場合がある。

ICD-10診断名：F0症状性を含む器質性精神障害、F1精神作用物質使用による精神および行動の障害、F2統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害、F3気分感情障害、F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、F6成人の人格および行動の障害、F7精神遅滞

表2 構造方程式モデリング分析対象者の主観的ニーズ評価記述統計表

| | 有効回答 | N | % |
|--------------------|------|------|------|
| 生活における不安や心配ごと(あり) | | | |
| 病気の再発・悪化 | 161 | 73 | 45.3 |
| 家族関係 | 161 | 51 | 31.7 |
| 友人・異性関係 | 161 | 39 | 24.2 |
| 単身生活 | 161 | 58 | 36.0 |
| 仕事の復職 | 161 | 23 | 14.3 |
| 仕事を見つけること | 161 | 61 | 37.9 |
| 仕事の継続 | 161 | 45 | 28.0 |
| 年金受給 | 161 | 33 | 20.5 |
| 経済的なこと | 161 | 72 | 44.7 |
| 住居 | 161 | 37 | 23.0 |
| | 有効回答 | 平均 | SD |
| 主観的ニーズ評価 I | 161 | 1.70 | 1.33 |
| | 有効回答 | N | % |
| 地域生活をする上での困りごと(あり) | | | |
| 食事 | 161 | 56 | 34.8 |
| 掃除・整理整頓 | 161 | 46 | 28.6 |
| 洗濯 | 161 | 16 | 9.9 |
| 買い物 | 161 | 19 | 11.8 |
| 金銭管理 | 161 | 46 | 28.6 |
| 規則正しい生活 | 161 | 54 | 33.5 |
| 交通機関の利用 | 161 | 26 | 16.1 |
| 近隣との付き合い | 161 | 41 | 25.5 |
| 友人との付き合い | 161 | 31 | 19.3 |
| 異性との付き合い | 161 | 27 | 16.8 |
| 家族との付き合い | 161 | 33 | 20.5 |
| 余暇時間 | 161 | 33 | 20.5 |
| 勉強・学校 | 161 | 11 | 6.8 |
| 仕事のこと | 161 | 55 | 34.2 |
| 服薬管理 | 161 | 22 | 13.7 |
| 健康管理 | 161 | 51 | 31.7 |
| 病気悪化時の対処 | 161 | 61 | 37.9 |
| 戸締まり・火の始末 | 161 | 30 | 18.6 |
| 銀行・役所等の利用 | 161 | 35 | 21.7 |
| 電話の利用 | 161 | 14 | 8.7 |
| | 有効回答 | 平均 | SD |
| 主観的ニーズ評価 II | 161 | 4.39 | 4.10 |

である。構造方程式モデリング分析で使用する変数には、天井効果、床効果はみられなかった。

また、解析に使用した161ケースと除外した159ケースでは、年齢、性別、GAF、BPRS、主観的QOL(生活の質、健康満足度)、客観的ニーズ評価(ケア必要度総合点)、主観的ニーズ評価IおよびIIに有意な差は見られなかったが、過去の総入院期間は解析対象者の方が除外者に比べて有意に長かった。

2. モデル作成のプロセスと結果

構造方程式モデリング分析では、初期に作成し

たモデルに段階的に改良を加え、最終モデルを作成した。最終モデルは、このプロセスの中で、最も適合度が良く、因果係数およびパス係数が最大限有意となったモデルである。ここでは、最終モデルだけでなく、修正段階(モデル1および2)を示すことで、最終モデルに至った経過を提示する。なお、どのモデルにおいても、最尤法を用いて解を求めた。

【モデル1】

モデル1(図1)で観測変数に使用した変数は、「客観的ニーズ評価(ケア必要度総合)」、「主観的ニーズ評価I」、「主観的ニーズ評価II」、「生活の質」、「健康満足度」、「GAF」、「BPRS」、「過去の総入院期間」、の8変数である。潜在変数は「症状・障害レベル」、「包括的ニーズ評価」、「主観的QOL」の3つである。潜在変数である「症状・障害レベル」は「GAF」、「BPRS」の2つの観測変数で構成し、「包括的ニーズ評価」は「客観的ニーズ評価(ケア必要度総合)」、「主観的ニーズ評価I」、「主観的ニーズ評価II」の3つの観測変数、「主観的QOL」は「生活の質」と「健康満足度」の2つの観測変数で構成した。

「客観的ニーズ評価(ケア必要度総合)」は、「ケア必要度」の総合評価得点とした。

「主観的ニーズ評価I」は、調査対象者の、現在の生活での不安や心配ごとを評価する10項目中、地域生活での困りごとに関する設問(下記の「主観的ニーズI」を参照)と重複する5項目(家族関係に関する1項目、友人・異性関係に関する1項目、仕事に関する3項目)を除外した5項目のうち、不安・心配があると本人が評価した項目の合計数とした。

「主観的ニーズ評価II」は、地域生活をする上での困りごとを評価する20項目中、困っている・困ると本人が評価した項目の合計数とした。

モデル分析の結果、適合度は $\chi^2=34.064$ (df=16, p=0.005) GFI=0.950, AGFI=0.888, RMSEA=0.084であり、適合度が良好ではなかった。そのため、モデルの再構築を試みることにした。

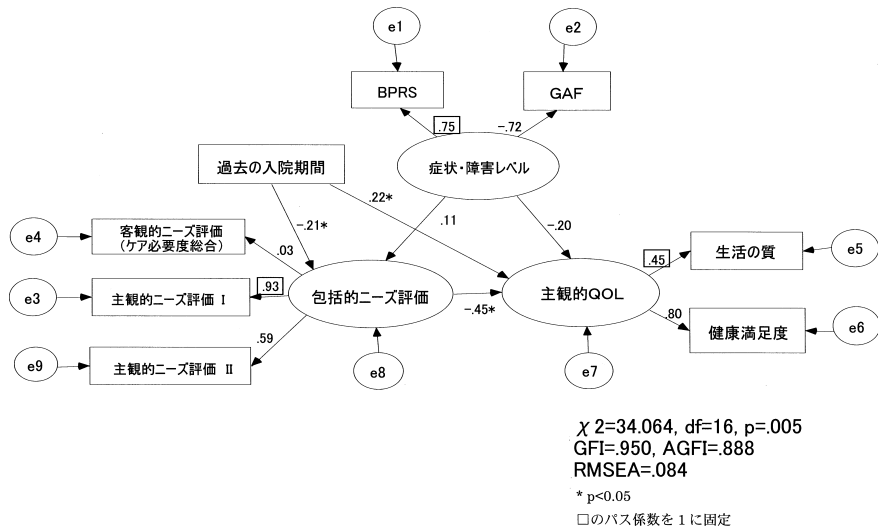


図1 モデル1

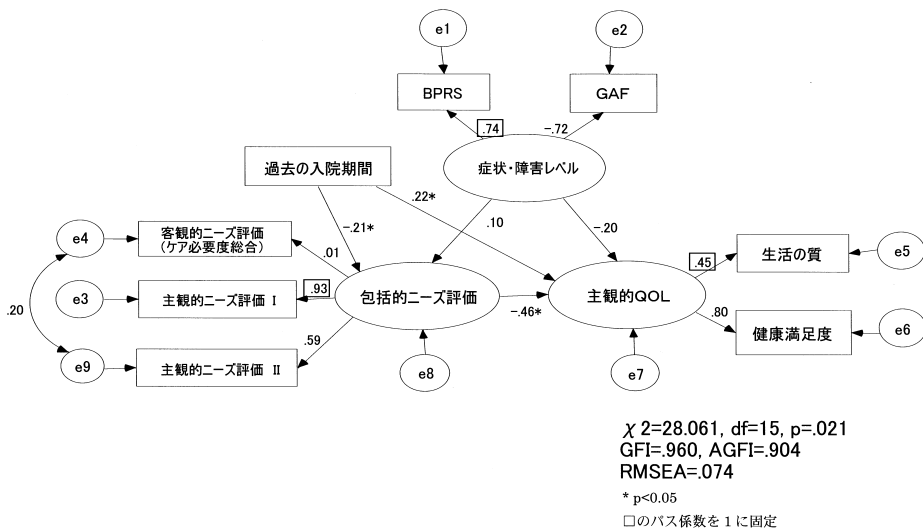


図2 モデル2

【モデル2】

モデル2 (図2) では、モデル1の適合度の改善を目的として、モデル1の修正指標で示された、誤差のe4とe9との共分散を追加して、分析を試みた。分析の結果、適合度は $\chi^2=28.061$ (df=15, p=0.021) GFI=0.960, AGFI=0.904, RMSEA=0.074であり、適

合度の大きな改善は認められなかったことから、更なるモデルの再構築が必要であると示唆された。

【モデル3】(最終モデル)

モデル3 (図3) は、モデル2の分析結果を参考にして構築した。モデル2では、モデルの適合度は不十分であったが、「包括的ニーズ評価」から

「主観的QOL」へのパス係数(・0.461)は有意であった($p<0.05$)。しかしながら、「包括的ニーズ評価」を構成する、「客観的ニーズ評価」、「主観的ニーズ評価I」、「主観的ニーズ評価II」の観測変数を検討してみると、「主観的ニーズ評価I」へ向かうパス係数は有意($p<0.001$)であったが、「客観的ニーズ評価」へのパス係数は有意ではなかった($p=0.867$)。「主観的ニーズ評価II」へのパス係数は、初期設定において1と設定したため、有意確率は表示されない。そこで、モデル3では、「客観的ニーズ評価」を「包括的ニーズ評価」から独立させ、観測変数として直接的に「主観的QOL」へパスを引くこととした。また、これまでの「包括的ニーズ評価」に代わり、2つの「主観的ニーズ評価I」「主観的ニーズ評価II」で構成される潜在変数を「主観的ニーズ評価」として、この潜在変数から「主観的QOL」にパスを引くこととした。

モデル2では、「症状・障害レベル」から「包括的ニーズ評価」および「主観的QOL」へのパス係数は有意でなかった。そのため、モデル2では、「症状・障害レベル」を構成する観測変数、すなわち「BPRS」と「GAF」が、それぞれ独立した観測変数として、「客観的ニーズ評価」、「主観的ニーズ

評価」、「主観的QOL」に影響しているかどうかを検討することとした。

モデル3の分析の結果、適合度は $\chi^2=12.131$ ($df=12, p=0.435$)、 $GFI=0.981$ 、 $AGFI=0.944$ 、 $RMSEA=0.008$ と良好であった。

モデルの潜在変数である「主観的ニーズ評価」から「主観的QOL」へのパス係数は、標準化係数の推定値が-0.458で有意であり($p<0.01$)、負の関係が認められた。しかし、「客観的ニーズ評価」から「主観的QOL」へのパス係数(0.104)は有意でなかった。「BPRS」および「GAF」から「主観的QOL」へのパス係数も有意でなかった。「過去の入院期間」から「主観的QOL」へのパス係数(0.201)は、10%水準で有意だった($p=0.052$)。

「主観的ニーズ評価」については、「過去の入院期間」からのパス係数が-0.206で有意($p<0.05$)であった。「BPRS」および「GAF」から「主観的ニーズ評価」へのパス係数は有意でなかった。

「GAF」から「客観的ニーズ評価」へのはパス係数は、-0.231で有意だった($p<0.01$)が、「BPRS」からのパス係数は有意でなかった。「過去の入院期間」から「客観的ニーズ評価」へのパス係数(0.159)は有意だった($p<0.05$)。

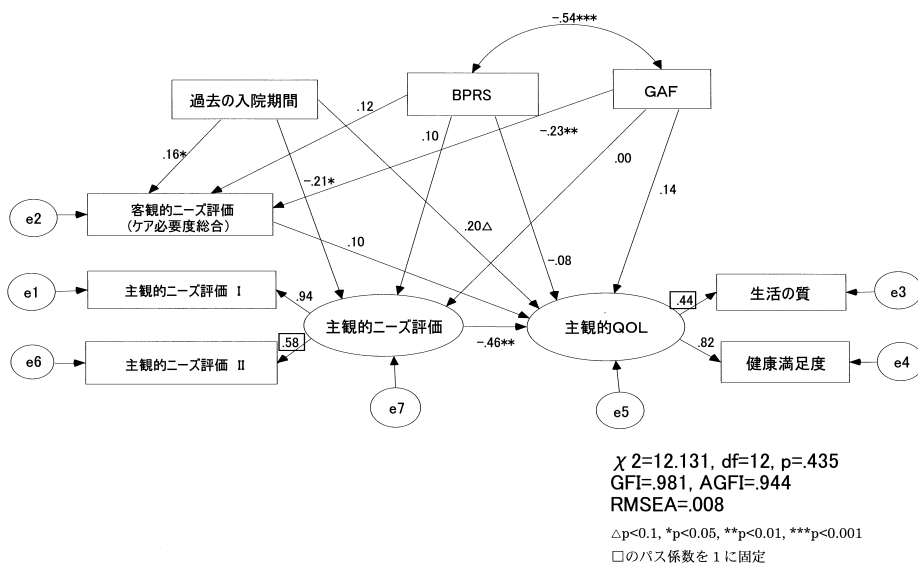


図3 モデル3

以上の結果を整理すると、下記の通りである。

- * 主観的ニーズ評価は主観的 QOL と有意な負の関係にある。つまり、主観的に評価するニーズが多いと QOL は低く、ニーズが少ないと QOL が高い。
- * 過去の入院期間が長いほど、主観的 QOL は高い。
- * 客観的ニーズ評価による援助性や、BPRS による精神症状、および GAF による全体的機能評価は、主観的 QOL に有意には影響しない。
- * 過去の入院期間は主観的ニーズ評価に有意な負の関係が認められた。つまり、過去の入院期間が長いほど、主観的に評価するニーズは少ない。
- * 精神症状 (BPRS) や全体的機能 (GAF) のレベルは、主観的ニーズの評価に有意に影響しない。
- * 過去の入院期間は客観的ニーズ評価に有意な正の関係が認められた。すなわち、過去の入院期間が長いほど、生活における客観的支援性が高い。
- * GAF による全体的機能評価は、客観的ニーズ評価と有意な負の関係にある。つまり、全体的機能が長いほど、客観的に評価されたニーズが少ない。
- * BPRS は客観的ニーズ評価に有意に影響しない。

・考 察

本研究は、横断的な調査により、地域で生活する精神障害者の QOL とニーズの因果関係を検証するとともに、その関係性への過去の入院期間や症状・機能レベルの影響を検討することが主たる目的であった。そして仮説に沿い、構造方程式モデリング分析を実施した。

その結果、「主観的ニーズ」から「主観的 QOL」へのパス係数が有意で、負の関係が認められた。すなわち、主観的ニーズと主観的 QOL との間には因果関係が成立し、ニーズが多いほど QOL が低く、あるいはニーズが少ないほど QOL は高いこと

が実証された。その一方、客観的ニーズは主観的 QOL に有意に影響していなかった。

海外で実施された先行研究においても、本人が主観的に評価したニーズの方が、スタッフ等が評価した客観的ニーズよりも、主観的 QOL への影響が強いという結果が得られている (Lasalvia, et al. 2005; Slade, et al. 2004; Slade, et al. 1999)。また、スタッフによる客観的ニーズの評価は主観的 QOL との有意な相関はない、あるいは非常に相関が弱いという結果が報告されている (Slade, et al. 1999)。

本研究の結果から、本邦におけるケアガイドライン (高橋・大島 2001) や、イギリスを中心とした先行研究や制度において提言されていること (Slade, et al. 1999; Slade, et al. 2004)、すなわち、地域で生活する精神障害者の QOL 向上のためには、本人のニーズをベースとした介入が重要であることが確認できた。Slade ら (2004) が提唱するように、精神保健サービスの提供の目的が、QOL の向上であるのならば、患者の視点から評価するニーズにより重きを置き、ケア計画やケア提供がなされるべきだということが、本研究における定量的な研究により実証された。

一方で、ニーズは、主観的な評価だけでなく、客観的な評価と合わせて包括的にアセスメントすることが重要であると言われている (Lasalvia, et al. 2000; Slade, et al. 1996)。しかし、本研究では、主観的 QOL の向上に関係する潜在変数の構成因子として、主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価を同時に加えることは難しかった。また、主観的ニーズは過去の入院期間が長いほど少ないが、客観的評価では、過去の入院期間が長いほど要援助性が高かった。更に、客観的ニーズは GAF と有意な相関が認められたが、主観的ニーズと GAF には有意な関係は見られなかった。これらは、Lasalvia ら (2000) や Slade ら (1996; 1999; 2004) が指摘しているように、精神障害者本人による主観的なニーズ評価と、スタッフ等による客観的なニーズ評価には違いがあるということを示していると考えられる。その差の詳細については、本論後半の補足分析で別途検討することとした。

対象者を日頃からよく知る医師による精神症状の評価（BPRS）や全体的機能の評価（GAF）も、主観的QOLに有意には影響していなかった。Lasalviaら（2002）は、過去の先行研究をレビューし、多くの研究で、患者の生活に対する満足度と臨床的に評価された精神症状は弱い関係しかない、あるいは全く有意な関係はないという結果が得られていると述べている。その一方、数々の先行研究において、精神症状とQOLとの関係性も報告されている（例えば、Browne, et al. 2000；Huppert and Smith 2001；岩脇・ほか 2004；松下・ほか 2004；Ritsner, et al. 2003；鈴木・ほか 2001；友竹・ほか 2004；塚原 1999）。そこで、精神症状とQOLとの関係についても、仮説検証結果の補足分析としてより詳しく検討することとした。

最後に、過去の総入院期間と主観的QOLおよび主観的ニーズの関係について考察する。本研究では、過去の入院期間がより長いほど、主観的ニーズの表出は少なく、QOLが高いことが明らかになった。Hoferら（2005）は、罹病期間が長い、すなわち高齢であるほど自立生活をしており、ニーズが少なく、また病気を受容しており、健康状態や使える資源に適合しているのではないかと述べている。

このような前向きな考察の一方で、Barryら（1993）は、表出された満足度に与える施設症の影響を考慮する必要があると注意を喚起している。高いQOLは、対象者の順応や依存的で制限のある生活スタイルへの諦めを反映している可能性がある」と述べている。またBarryら（1993）は、精神的問題に長年対処してきた結果、期待や願望が薄くなり、それが高QOLにつながるのではないかと述べている。これに類似した考察として、Katschnig（=2002：12）は、障害が長期である患者は、目標達成が困難であると感じると、その目標を低く変化させると言っている。さらに、Franzら（2000）は、長期在院患者は自分自身の生活状況を同胞のそれと比較するが、短期在院患者は自分の生活環境を同じ病気を持たない人々と比較すると述べている。

わが国の研究においても、塚原（1999）が、入院の長期化は主観的QOLを著しく低下させていなかったという自らの研究結果に対し、このことは現状に適応していくための心理的機制であろうと言っている。多喜田（2001）が長期在院患者の生活満足度について調査したところ、患者の生活環境に対する満足度が最も高かった。それに対して多喜田（2001）は、集団生活では、それに適応するための新しい生活様式や価値観を身につけ、また、他患のために自分の欲求を制御し現状に妥協することで適応していく、すなわち長期入院は妥協や諦めをもたらしていると考察している。

更に筆者は、長期在院経験者の低ニーズと高QOLの傾向は、彼らの「社会生活」の経験不足による生活イメージの欠乏が要因の一つではないかと推察する。ここで言う「社会生活」とは、「健常」といわれる成人が経験する日常生活体験のことである。そこには、就労や結婚というようなライフイベントだけでなく、家事一般や食事調達などの日常生活活動や、余暇活動のような趣味・娯楽なども含まれる。このような経験の機会が、入院により阻害されていれば、生活に対するイメージが乏しくなることは当然である。ノーマライゼーションの中では、「当たり前」の生活の保障が提唱されているが、彼らにとっては、「当たり前の生活」へのイメージを持つことが困難なのではないか。そのため、現実の生活に対する要求（主観的ニーズの表出）が少なく、その結果、現状に満足している、あるいは入院でなく地域で生活しているという事実そのものに満足しているという結果となっているのではないかと考える。

いずれにせよ、長期在院の経験と低いニーズ評価、そして高いQOL評価を媒介する因子を、本調査結果から読み取ることは難しい。しかし、精神障害者、特に過去の在院期間が長期におよぶ者のQOLやニーズの表出を解釈する際に、このような見解は非常に有益であろう。

・仮説検証結果を補足するための 分析の結果と考察

ここでは、前記の仮説検証結果を補足するためのデータ分析を実施し、その結果と考察を述べることにする。

1. ニーズ評価およびQOLと各精神症状との関係

BPRS オックスフォード版の下位尺度として、北村(1990)が命名した4つの因子(「陽性症状」「陰性症状」「気分変調」「躁状態」)を用いて、症状種別の合計得点を算出し、それらと客観的ニーズ評価、主観的ニーズ評価、および主観的QOLとの相関を検討した。表3はピアソンの積率相関係数およびスピアマンの順位相関係数を示したものである。

主観的評価では、主観的QOL評価である生活の質、健康満足度は、いずれも気分変調と負の有意な相関が認められた。また、客観的ニーズ評価であるケア必要度の得点は、陰性症状、陽性症状、躁状態と正の有意な相関が認められた。

仮説検証のモデルでは、主観的QOLとBPRS総合得点の間には有意な関係は認められなかったが、本節の分析では、BPRSの下位尺度である「気分変調」(不安や抑うつ症状等を含む)と有意な負の相関が認められた。つまり、「気分変調」が重篤なほど、主観的QOLは低いということである。

この結果は、国内外のさまざまな先行研究の結果と一致する(Fitzgerald, et al. 2003; Fitzgerald, et al. 2001; Hofer, et al. 2005; Lasalvia, et al. 2002;

Packer, et al. 1997; 塚原 1999; Thornicroft, et al. 2004; 友竹・ほか 2004; UK700 Group 1999)。Lasalviaら(2002)は、主観的QOLは感情的バイアスに影響されるため、その妥当性に疑問を持つ研究者もいると述べている。しかし、Lasalviaら(2002)の自らの研究結果によると、抑うつ症状の影響力は分散全体のごく一部しか説明しておらず、主観的QOLは情緒レベルと一致するとは言えないと結論づけている。

また、Fakhouryら(2002)は、精神障害者が主観的に評価する主な領域として、主観的QOL、症状自己評価、ニーズの自己評価を挙げ、それぞれ異なる領域は異なる理論的基礎があり、それが評価尺度の構成に反映されるという前提がある一方、それらはお互いに相関し、一つの因子にまとまるという研究があると述べている。つまり、どの評価領域においても、主観的評価は、肯定的に評価する傾向、あるいは否定的に評価する傾向という、評価傾向の因子にしかすぎないという議論である。

確かに、本研究の結果、主観的QOLと主観的ニーズ評価には、中程度の有意な正の関係があり、QOLは不安・抑うつといった「気分変調」と有意な負の相関、すなわち否定的評価傾向がみられた。しかし、主観的ニーズ評価には、「気分変調」との有意な関係は認められなかったことから、主観的評価が、必ずしも否定的な評価傾向にのみ影響を受けるとは断定できない。

「気分変調」との相関関係に、主観的QOLと主観的ニーズ評価とで違いが認められた理由の一つとして、QOLとニーズの設問方法の相違が考えら

表3 ニーズ評価およびQOLと各精神症状との相関

| | | BPRS | | | | | | | |
|---------|------------|------|----------|------|----------|------|-----------|-----|---------|
| | | 陽性症状 | | 陰性症状 | | 気分変調 | | 躁状態 | |
| | | N | rs | N | r | N | r | N | rs |
| 客観的ニーズ | ケア必要度 | 161 | 0.310 ** | 161 | 0.250 ** | 161 | 0.082 | 161 | 0.202 * |
| 主観的ニーズI | 本人生活不安・心配 | 161 | 0.125 | 161 | 0.016 | 161 | 0.149 | 161 | 0.146 |
| | 本人地域生活困りごと | 161 | 0.135 | 161 | -0.034 | 161 | 0.073 | 161 | 0.133 |
| 主観的QOL | 生活の質 | 161 | -0.107 | 161 | -0.152 | 161 | -0.241 ** | 161 | -0.076 |
| | 健康満足度 | 161 | -0.089 | 161 | -0.009 | 161 | -0.259 ** | 161 | -0.087 |

*<0.05, **<0.001

rはピアソンの積率相関係数、rsはスピアマンの順位相関係数

れる。主観的QOLは全体的な生活の質や健康満足度を問う設問であった一方、主観的ニーズは具体的な日常生活上のニーズを問うものであった。自らの生活や健康に対して、どの程度満足しているかを漠然と問われると、不安や抑うつといった、情緒的な反応に影響を受けやすい可能性も考えられる。その一方、ニーズについては、日常生活に関連する具体的な項目への心配や困り具合を問われたため、実際の生活場面と照合して、より現実的に回答することができたのかもしれない。

いずれの理由にせよ、今後、臨床実践に役立つ研究として、抑うつや不安など、気分変調への影響因子を追究していくことが重要であろう。池淵(2002)は、患者は、地域への生活に押し出されることに起因して不安や抑うつが起りやすくなると言及している。また、病気に伴うさまざまな障害を持ちつつも支援を受けて地域で生活するためには、その障害の受容である「喪の仕事」に直面することとなり、それが不安・抑うつと密接に関わっていることが多いと述べている。更に、Fitzgeraldら(2003)は、地域で生活する中でのスティグマや社会的不利のようなストレスが抑うつや気分に影響し、QOLの認知に影響しているのではないかと考察を加えている。地域生活における主観的ニーズやQOLの評価と気分変調との関係性、そしてその関係を媒介する影響因子については、今後の研究課題である。

つや気分に影響し、QOLの認知に影響しているのではないかと考察を加えている。地域生活における主観的ニーズやQOLの評価と気分変調との関係性、そしてその関係を媒介する影響因子については、今後の研究課題である。

2. 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差

次に、主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価にはどのような差があるのかを検討する。

地域生活における困りごとを問う項目について、精神障害者自身が「困る」と評価しているか「困らない」と評価しているかで、客観的ニーズ評価である「ケア必要度」で対応している項目の得点に差があるかどうかの検定を実施した。なお、双方の評価で、項目が対応していないものについては除外した(食事に関しては、両方で評価されているが、本人評価では「食事の準備や調理など」を問い、ケア必要度では「必要な食事をとること(偏りすぎない充分な量の食事をとる)」を検討しているため、これらも検定の実施からは除外した)。結果は表4の通りである。差の検定は、データの性質を考慮して、パラメトリック検定とノンパラ

表4 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差の検定

| 項目 | 主観的評価 | | | | | | U | t | df | p | |
|---------|----------|------|-------|-------|------|-------|---------|---------|--------|-----------|-----------|
| | 困らない | | | 困る | | | | | | | |
| | 有効回答 | 平均 | SD | 有効回答 | 平均 | SD | | | | | |
| 生活リズムa | 206 | 1.97 | 0.793 | 91 | 2.40 | 0.941 | | -3.80 | 148.78 | 0.000 *** | |
| 清掃・洗濯 | 215 | 1.98 | 0.894 | 79 | 2.33 | 0.960 | 6336.50 | | | 0.018 * | |
| 金銭管理 | 214 | 2.14 | 1.059 | 79 | 2.87 | 1.114 | 5293.50 | | | 0.000 *** | |
| 火の始末 | 246 | 1.50 | 0.675 | 49 | 1.69 | 0.871 | 5360.00 | | | 0.164 | |
| 服薬管理 | 260 | 1.74 | 0.954 | 38 | 2.21 | 0.875 | 3372.00 | | | 0.001 ** | |
| 健康管理 | 208 | 2.12 | 0.899 | 91 | 2.15 | 0.815 | 9182.50 | | | 0.666 | |
| 客観的評価 | 交通機関利用 | 243 | 1.85 | 0.974 | 46 | 2.70 | 1.364 | 3584.00 | | | 0.000 *** |
| | 公共機関利用 | 233 | 1.99 | 1.042 | 56 | 2.54 | 1.128 | 4732.00 | | | 0.001 ** |
| | 電話利用 | 267 | 1.60 | 0.859 | 31 | 2.06 | 1.237 | 3301.00 | | | 0.038 * |
| | 近所付き合いla | 192 | 1.98 | 0.844 | 75 | 1.97 | 0.900 | | 0.05 | 265.00 | 0.960 |
| | 友人付き合いla | 226 | 2.23 | 0.938 | 67 | 2.40 | 1.060 | | -1.29 | 291.00 | 0.200 |
| 余暇時間 a | 235 | 2.07 | 0.958 | 58 | 2.16 | 0.875 | | -0.63 | 291.00 | 0.529 | |
| 悪化時の対処a | 175 | 2.53 | 0.952 | 119 | 2.29 | 0.984 | | 2.14 | 247.82 | 0.033 * | |

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

a: t検定 その他はマンホイットニーU検定

トリック検定を使い分けた。

障害者自身の主観的判断である、「困らない群」と「困る群」を比較した結果、「困る群」の方が客観的ニーズ評価が有意に高かった（援助性が高かった）項目は、生活リズム、清掃・洗濯、金銭管理、服薬管理、交通機関利用、公共機関利用、電話利用に関してであった。これらは、主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価が一致する傾向にある項目と言える。

「困らない群」と「困る群」とで、スタッフ評価に有意な差が認められなかった項目は、火の始末、健康管理、近所付き合い、友人付き合い、余暇時間に関してであった。これらは、主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価が一致していなかった項目と言える。

両群の得点に有意差が見られたが、本人が「困らない」と回答した群の方が「困る」群より、スタッフ評価によるケア必要度が高かったのは、悪化時の対処に関してであった。

主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の相違について調査した海外の先行研究でも、ニーズの領域によって、両者の評価には相違があると結論づけている。その差について、Lasalviaら（2000）、Macphersonら（2003）、Sladeら（1996）は、例えば住居に関するニーズなど、具体的なサービスの提供により対応が可能なものに関しては、スタッフ評価と本人評価との一致率が高いが、そうでないもの（例えば人間関係に関すること）の評価については、一致度が低いと述べている。またMacCarthyら（1986）は、心理的あるいは社会的な問題に関する領域の多くは、客観的評価において認識されていなかったと言っている。

このような見解は、本研究の結果にも当てはまっており、日頃の具体的な行動が評価しやすい、例えば掃除や整理整頓、金銭管理などについては、主観的および客観的評価の一致は高い傾向にあるが、人間関係や余暇の過ごし方など、心理的社会的領域については、両者の評価一致度が低い傾向にあった。

次に、「悪化時の対処」に関して考察を加えた

い。この項目は、本人が困っていないと回答する者ほど、スタッフは援助が必要であると評価する傾向にあった。これには、本人の治療コンプライアンスや病識の影響が考えられる。

そこで、「悪化時の対処」における「困らない群」と「困る群」で、病識に差があるかを検討することとした。これには、医師が、対象者の病識を3件法（「十分にある」「不十分」「ほとんどない」）で評価したデータを使用した。「困らない群」と「困る群」で病識に差が認められるか、ピアソンのカイ2乗を検討したが、両群の間に病識に関する有意差はみられなかった（ $N=184$, $\chi^2=3.996$, $df=2$, $n.s.$ ）。

更に、病識の違いで、「悪化時の対処」の客観的な評価得点に平均値の差があるかを一元配置分散分析で検討したが、これにも有意な主効果はみられなかった（ $N=192$, $F=1.975$, $n.s.$ ）。

以上の結果から、「悪化時の対処」に関する主観的評価と客観的評価の差は、病識の影響で説明することができないことが明らかになった。

そのため次に、主観的評価と客観的評価の評価基準を検討してみる。客観的評価では、「悪化時の対処」として、誰かに相談したり医療機関を訪れることに対して援助が必要かどうかを評価することとなっている。一方、主観的評価では、急に病気が悪くなった時の相談や対処に対して困っているか（困るか）を評価するように求められている。客観的評価では、評価基準に本人の相談・対処能力の問題を取り上げているが、主観的評価では必ずしも能力評価だけを基準に据えていない。そのため主観的評価では、適切な、あるいは信頼できる相談相手がない場合や過去の相談経験に対するネガティブな印象等のような、より幅広い「困り感」を視野に入れて評価している可能性が考えられる。

このような評価基準の相違について、Sladeら（1998）は、評価方法そのものに患者とスタッフとの間でシステムチックな相違があるのではないかと考察している。Sladeらは、「スタッフは、精神症状が直接的に原因となっている患者の問題を

評価しているのに対し、患者は、原因が何であろうとうとも自分自身のニーズすべてを評価しているのではないかと、スタッフは患者のdisabilityを評価しているのに対し、患者は自分自身のhandicapを評価しているのではないかと述べている(Slade, et al. 1998 : 548)。すなわち、スタッフは特定の能力障害を評価するのに対し、患者は社会的な結果を元に評価している可能性があると言及している。その例としてSladeら(1998 : 548)は、スタッフが「仲間」を評価する際には、友人関係を形成し保持するソーシャルスキルを評価するのに対し、患者はもっと多くの友達が欲しいという理由で評価しているかもしれないことを挙げている。

以上のように、患者と専門職間の評価の相違について、これまでさまざまな議論が繰り広げられてきたが、臨床の場で重要なのは、その違いを吟味して、両者が折り合いをつけていくプロセスであろう。患者評価は、患者の社会的文化的文脈や教育、過去の経験により影響され(Landis and Koch 1977)、専門家の評価は、専門職としての価値観や文化的要因、倫理や個人的価値観によって影響される(Brewin 1987; Landis and Koch 1977)。Macphersonら(2003)は、スタッフの評価も患者の評価も、どちらの観点にもバイアスがかかると述べている。また、Nielsenら(1999)が指摘するように、スタッフ評価は患者の状況に関する理解不足によっても偏ってしまう。これらのことから、双方が違った視点で評価し、客観的かつ正確なアセスメントはないと仮定するならば、双方の視点を取り入れ、その相違を比較することが、患者ニーズ評価の基礎となるというSlade(1994)の提言に基づいた関わりを持つことが肝要であると考えられる。

・まとめと今後の課題

本研究の目的は、地域で生活する精神障害者のニーズとQOLの関係性の検証であった。仮説は、ニーズとQOLには因果関係が成立する、精神症状や機能レベル、過去の入院期間はニーズを

媒介してQOLに影響がある、とした。

この仮説の検証を実施するため、地域生活を営む精神障害者を対象として、定量的な調査を実施し、データの分析には構造方程式モデリングを使用した。その結果、主観的ニーズ評価と主観的QOLには、有意な負の関係が認められたが、客観的ニーズ評価と主観的QOLには、有意な関係は認められなかった。主観的ニーズは、過去の入院期間が長いほど少なく、主観的QOLは過去の入院期間が長いほど高かった。精神症状や全体的機能は主観的QOLに有意に影響していなかった。客観的ニーズである客観的要援助性は、過去の入院期間が長いほど高く、また全体的機能が低いと高かった。

更に、上記の分析結果を補足するための検証として、ニーズ評価およびQOLと各精神症状との関係、主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差を検討した。では、客観的ニーズは陽性症状、陰性症状、躁状態と有意な関係にあったが、主観的ニーズは精神症状と有意に関係しておらず、主観的QOLは気分変調と有意な相関が認められた。また、の分析結果として、客観的ニーズ評価と主観的ニーズ評価では、双方の評価に一致傾向が見られる領域もあったが、一致傾向にない領域も見られた。双方の評価が一致傾向にあったのは、日ごろの具体的な行動が観察しやすい領域で、一致傾向になかったのは、対人関係や余暇の過ごし方など、心理的社会的な領域であった。

まとめとして、本研究の実証に基づいた臨床上の意義(clinical implications)を、以下に整理した。

- * 地域で生活する精神障害者のQOL向上には、障害者本人の視点から評価したニーズを重視したアセスメントと介入が重要である。
- * 心理社会的領域のニーズについては、障害者自身と専門家の双方のニーズ評価の基準を明確にして互いの理解を深化させる、包括的なニーズアセスメントが特に肝要である。
- * 長期在院経験者の主観的ニーズやQOLの評価の解釈、またそれに基づく介入には留意が必要である。

最後に本研究の限界と今後の課題を整理する。

本研究の限界の一つにサンプリングの問題がある。調査対象者は、フォーマルな福祉的サービスを利用しており、かつ文書による同意が得られた障害者に限定された。すなわち、比較的安定して地域生活を継続している障害者が対象となったと考えられる。そのため、地域で生活している精神障害者でも、フォーマルな福祉的サービスにつながっていない、あるいは同意が得られない障害者に対して、本研究で得られた結果を一般化することはできない。今後はそのような障害者に対してのアウトリーチ方法を模索し、彼らのニーズとQOLに関する研究を実施していくことも重要であろう。

本研究の客観的ニーズ評価には、尺度の信頼性と妥当性が確認されている「ケア必要度」(大島・ほか 2000)を使用した。主観的ニーズ評価は、地域生活ニーズの主観的評価が可能な標準化された尺度がわが国で開発されていないことから、「精神障害者サービスニーズ等調査」(日本精神科病院協会 2003)で採用された設問項目を一部追加して使用した。今後は、研究ベースで使用可能な主観的ニーズ評価の尺度を開発し、QOLとの関係性を検証する必要があると考える。

また、主観的QOLの評価には、全体的なQOLを評価する2項目のみを使用した。今後の研究では、多面的に評価した主観的QOLとさまざまな領域におけるニーズ評価との関係性について追究することも重要であろう。また、主観的QOL評価だけでなく、客観的QOL評価も加味することで、主観的評価と客観的評価の関係性がより明確になることであろう。いずれも今後の課題として、研究を継続していきたい。

なお、本論文は、ルーテル学院大学大学院博士後期課程における筆者の博士学位授与に係る論文を、本研究紀要の執筆要領に従って、加筆・修正を含み調整したものである。

謝辞 本研究を進めるにあたりご指導いただいた、ルーテル学院大学大学院前田大作先生、増野肇先生、石川久展先生、国立精神・神経センター武蔵病院安西信雄先生、そして研究・調査にご協力いただいた多くの方々に深く感謝致します。

注

- (1) 施設種別は、障害者自立支援法施行前の旧施設体系で記述する。
- (2) WHO/QOLの設問は、「自分の生活の質をどのように評価しますか」に対して、「1まったく悪い」「2悪い」「3ふつう」「4良い」「5非常に良い」のいずれかを回答するようになっている。本研究では、この設問の冒頭に、「あなたは、」という文言を追加した。また、「1まったく悪い」を「1非常に悪い」とした。これらの微修正は、対象者がより回答しやすく配慮するためであり、研究班メンバーとの検討を踏まえて修正を加えた。
- (3) WHO/QOLの設問は、「自分の健康状態に満足していますか」に対して、「1まったく不満」「2不満」「3どちらでもない」「4満足」「5非常に満足」のいずれかを回答するようになっている。本研究では、この設問の冒頭に、「あなたは、」という文言を追加した。また、「1まったく不満」を「1非常に不満」とした。これらの微修正の理由は、上記の注(2)と同様である。

文献

- American Psychiatric Association(2000)Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed., text version; DSM-IV-TR, American Psychiatric Association.(=2004, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版』医学書院。)
- 安西信雄・西村秋生・山内慶太・ほか(2005)「精神及び知的障害者の介護ニーズの評価手法の開発に関する研究」遠藤英俊『要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況の適切な反映手法の開発に関する研究 - 平成16年度総括・分担研究報告書』平成16年度厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業, 国立長寿医療センター。
- Barry, M., Crosby, C. and Bogg, J. (1993) Methodological issues in evaluating the quality of life of long-stay psychiatric patients, *Journal of Mental Health*, 2, 43-56.
- Beker, T., Leese, M. and Krumm, S., et al. (2005) Needs and quality of life among patients with schizo-

- phrenia in five European centres, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 628-634.
- Bengtsson-Tops, A. and Hansson, L. (1999) Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community : the relationship between needs and subjective quality of life, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 513-518.
- Bengtsson-Tops, A. and Hansson, L. (2003) Clinical and social changes in severely mentally ill individuals admitted to an outpatient psychosis team : an 18-follow-up study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 3-11.
- Bj_rkman, T. and Hansson, L. (2002) Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management, *European Psychiatry*, 17, 33-40.
- Brewin, C.R., Sing, J.K. and Mangen, S.P., et al. (1987) Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill : the MRC Needs for Care Assessment, *Psychological Medicine*, 17, 971-981.
- Browne, S., Clarke, M. and Gervin, M., et al. (2000) Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Browne, S., Roe, M., and Lane, A., et al. (1996) Quality of life in schizophrenia : relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- Caron, J., Lecomte, Y. and Stip, E., et al. (2005) Predictor of quality of life in schizophrenia, *Community Mental Health Journal*, 41(4), 399-417.
- 圓口博史・菅野圭樹・堀越立・ほか(2006) 外来統合失調症患者のQOLに対するolanzapineの効果 『臨床精神薬理』9, 659-668.
- Fakhoury, W.K.H., Kaiser, W. and Roeder-Wanner, U-U., et al. (2002) Subjective evaluation: Is there more than one criterion? *Schizophrenia Bulletin*, 28, 319-327.
- Fitzgerand, P.B., de Castella, A.R.A. and Filia, K., et al. (2003) A longitudinal study of patient- and observer-rated quality of life in schizophrenia, *Psychiatry Research*, 119, 55-62.
- Fitzgerald, P.B., Williams C.L. and Corteling, N., et al. (2001) Subjective and observer-rated quality of life in schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 387-392.
- Franz, M., Meyer, T. and Reber, T., et al. (2000) The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients, *Quality of Life Research*, 9, 481-489.
- 藤井康男・宮田量治・村崎光邦・ほか(2000) 精神分裂病通院患者へのolanzapine長期投与とQOLを含んだ多様な治療成果の検討 『臨床精神薬理』3, 1083-1096.
- Hansson, L., Middelboe, T., and Merinder, L., et al. (1999) Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community: A Nordic multicentre study, *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 247-258.
- Hansson, L., Sandlund, M. and Bengtsson-Tops, A., et al. (2003) The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multi-center study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 5-11.
- Heslegrave, R.J., Awad, A.G. and Voruganti, L.N.P. (1997) The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22(4), 235-243.
- Hofer, A., Baumgartner, S. and Edlinger, M., et al. (2005) Patient outcome in schizophrenia I : correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects, *European Psychiatry*, 20, 386-394.
- Huppert, D. and Smith, E. (2001) Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia : anxiety as the best symptom predictor, *Journal of nervous and mental disease*, 189, 669-675.
- 池淵恵美(2002) 精神分裂病における不安・抑うつと社会生活 『臨床精神薬理』5, 295-303.
- 岩脇淳・能重和正・森東・ほか(2004) 統合失調症外来患者の主観的QOL 『日本社会精神医学会雑誌』13, 53-60.
- Joska, J. and Flisher, A. (2005) The assessment of need for mental health services, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 529-539.
- 神奈川県社会復帰援護会社会復帰ニード調査委員会(1994) 『川崎市社会復帰ニード調査報告書 川崎市に在住する精神障害者の社会復帰・社会福祉の現状と必要な援助施策』川崎市リハビリテーション医療センター。
- 片山聡子・叶谷由佳・日下和代・ほか(2003) 精神障害者小規模作業所通所者のQuality of Life に関する研究 - 生活満足度に焦点をあてて 『日本看護研究学会雑誌』22(1), 147-161.
- Katschnig, H. (1997) 精神医学におけるQOL概念の有有用性 『H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius eds. Quality of life in Mental Disorders, 1st Ed., John Wiley & Sons. (=2002, 中根允文監修『精神疾患とQOL』メディカル・サイエンス・インターナショナル, 3-13.)

- 北村俊則・杠岳文・森田昌宏・ほか(1990)Jオックスフォード大学版BPRSの下位尺度の作成とその妥当性『精神科診断学』1, 101-107.
- 北村俊則・町澤静夫・丸山晋・ほか(1985)Jオックスフォード大学版Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)の再試験信頼度『精神衛生研究』32, 1-15.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2006)『医療施設調査病院報告 平成16年: 上巻 全国編』厚生労働省大臣官房統計情報部.
- Kuehner, C. (2002) Subjective quality of life: validity issues with depressed patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-70.
- 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『日本公衆衛生誌』50(5) 377-387.
- 國方弘子・三野善央・中嶋和夫(2006)在宅生活をしている統合失調症者のWHOQOL-26尺度に影響を与える要因の検討『日本公衆衛生雑誌』53(4) 301-308.
- Landis, J. and Koch, G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data, *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lasalvia, A., Bonetto, C. and Malchiodi, F., et al. (2005) Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life, *Psychological Medicine*, 35, 1-11.
- Lasalvia, A., Ruggeri, M. and Mazzi, M.A., et al. (2000) The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services: The South-Verona Outcome Project 3, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 366-375.
- Lasalvia, A., Ruggeri, M. and Satolini N. (2002) Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 275-284.
- Lehman, A.F. (1983) The well-being of chronic mental patients, *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lehman, A.F. (1988) A quality of life interview for the chronically mentally ill, *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.
- Lehman, A., Rachuba, T. and Postrado, L. (1995) Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illness, *Evaluation and Program Planning*, 18, 155-164.
- MacCarthy, B., Benson, J. and Brewin, C. (1986) Task motivation and problem appraisal in long-term psychiatric patient, *Psychological Medicine*, 16, 431-438.
- Macpherson, R., Varah, M. and Summerfield, L., et al. (2003) Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis-staff and patient assessments of need, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 662-667.
- 松下年子・松島英介・木野村睦・ほか(2004)慢性期精神科病棟入院患者のQOL(Quality of Life)に関する研究『精神医学』46(6) 621-627.
- Naber, D.A. (1995) A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables, *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 133-138.
- Nielsen, F.L., Midelboe, T. and Werdelin, G., et al. (1999) Need assessment in long-term psychiatric patients: Inter-rater reliability and test-retest reliability of the Danish version of the Camberwell Assessment of Need, *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 371-376.
- 日本精神科病院協会(2003)『精神障害者社会復帰サーブスニーズ等調査事業報告書』日本精神科病院協会.
- OECD(2002)『OECD Health Data 2002: a Comparative Analysis of 30 Countries』OECD.
- 大阪府環境保健部健康増進課(1998)『大阪府精神障害者生活ニーズ調査報告書』大阪府.
- 大島巖・長直子・安西信雄・ほか(2000)精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の開発と評価『精神医学』42(8) 809-817.
- Packer, S., Husted, J. and Cohen, S., et al. (1997) Psychopathology and quality of life in schizophrenia, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22(4) 231-234.
- Ritsner, M. (2003) Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients, *Journal of nervous and mental disease*, 191, 287-294.
- Ritsner, M., Kurs, R. and Gibel, A., et al. (2003) Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study, *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 308-315.
- 精神障害者ケアガイドライン検討委員会(2001)『ケアアセスメント票 第4版』精神障害者社会復帰促進センター.
- Skantze, K., Malm, U. and Dencker, S.J., et al. (1992) Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients, *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801.
- Slade, M. (1994) Needs assessment: involvement of staff and users will help to meet needs, *British Journal of Psychiatry*, 165, 293-296.
- Slade, M., Leese, M. and Ruggeri, M., et al. (2004) Does meeting needs improve quality of life? Psycho-

- therapy and Psychosomatics, 73, 183-189.
- Slade, M., Leese, M. and Taylor, R., et al. (1999) The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 1149-157.
- Slade, M., Phelan, M. and Thornicroft, G. (1998) A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis, *Psychological Medicine*, 28, 543-550.
- Slade, M., Phelan, M. and Thornicroft, G., et al. (1996) The Camberwell Assessment of Need (CAN) comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113.
- Slade, M., Thornicroft, G. and Loftus, L. et al. (1999) CAN: Camberwell Assessment of Need: A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness, Gaskell.
- 鈴木勇一・吉邨善孝・久村正樹・ほか(2001)『精神分裂病のクオリティ・オブ・ライフ 困難感を指標に用いた検討』『北里医学』31, 309-318.
- 高橋清久・大島巖編(2001)『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方 ケアマネジメント従事者養成テキスト』『精神障害者社会復帰促進センター』
- 多喜田恵子(2001)『精神病院における長期入院患者の生活の満足度とその理由』『名古屋市立大学看護学部紀要』1, 15-26.
- 田崎美弥子・中根允文(1997)『日本語版WHOQOL26』金子書房.
- Thornicroft, G., Tansella, M. and Becker, T., et al. (2004) The personal impact of schizophrenia in Europe, *Schizophrenia Research*, 69, 125-132.
- 東京都衛生局(1997)『東京都精神保健福祉ニーズ調査報告書』東京都立中部総合精神保健福祉センター.
- 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課(2005)『東京都精神保健福祉ニーズ調査報告書』東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課.
- 友竹正人・伊賀淳一・木内佐和子・ほか(2004)『統合失調症外来患者のQOLに影響を及ぼす諸要因に関する検討』『精神薬療研究年報』36, 145-152.
- 塚原達也(1999)『精神分裂病のQuality of Lifeに関する臨床的研究』『東京慈恵会医科大学雑誌』114, 353-370.
- UK700 Group(1999)『Predictors of quality of life in people with severe mental illness: Study methodology with baseline analysis in the UK700 trial』, *British Journal of Psychiatry*, 175, 426-432.
- Voruganti, L., Cortese, L. and Osyeumi, L., et al. (2002) Switching from conventional to novel antipsychotic drugs: results of a prospective naturalistic study, *Schizophrenia Research*, 57, 201-208.
- Voruganti, L., Heslegrave, R. and Awad, A.G., et al. (1998) Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability, *Psychological Medicine*, 28, 165-172.
- Wiersma, D. and van Busschvach, J. (2001) Are needs and satisfaction of care associated with quality of life?: An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands, *European Archives of Psychiatry and Neuroscience*, 251, 239-246.
- 全家連保健福祉研究所(1993)『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93 () 全国家族調査編 保健福祉研究所モノグラフNo5』全国家族調査会.
- 全家連保健福祉研究所(1994a)『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93 () 全国地域生活本人調査編 保健福祉研究所モノグラフNo6』全国家族調査会.
- 全家連保健福祉研究所(1994b)『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93 () 全国入院・入所者調査編 保健福祉研究所モノグラフNo7』全国家族調査会.
- 全家連保健福祉研究所(1995)『救護・更生施設の精神障害者 その生活と福祉ニーズ 全家連保健福祉研究所モノグラフNo13』全国家族調査会.
- 全家連保健福祉研究所(1997a)『長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究 全国精神病院の実情把握と「施設ケアサービス指標」の試み 全家連保健福祉研究所モノグラフNo.15』全家連.
- 全家連保健福祉研究所(1997b)『精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ'97 第3回全国家族調査() 地域家族会編 全家連保健福祉研究所モノグラフNo.18』全家連.
- 全家連保健福祉研究所(2000)『地域生活本人の社会参加等に対する意識と実態'98 全家連保健福祉研究所モノグラフNo.27』全家連.
- 全家連保健福祉研究所(2001)『精神障害者と家族の現状と福祉ニーズ 第3回全国家族調査() 病院家族会篇 全家連保健福祉研究所モノグラフNo.30』全家連.
- 全国家族調査会(1986)『日本の精神障害者と家族の生活実態白書』全家連.

Needs and quality of life in persons with mental illness living in the community

Manami, Kodaka

The purpose of this study was to examine causal relationships between needs and quality of life (QOL) in people with mental illness living in the community and their associations with psychiatric symptoms, global functions, and length of past psychiatric hospitalization. Subjects were 320 individuals using social rehabilitation facilities for people with mental illness. Structural Equation Modeling analyses showed negative causal relationships between subjective needs and subjective QOL. The longer the subjects had been hospitalized in the past, the fewer their subjective needs were and the higher their QOL was. Neither psychiatric symptoms nor global functions were significantly related to QOL. Secondary analyses were also conducted to examine relationships between needs, QOL, and psychiatric symptom dimensions, and differences and similarities between subjective and objective needs. The implications of this study were 1) subjective needs of people with mental illness should be actively taken into consideration in order to improve their QOL; 2) psychosocial needs in particular should be assessed comprehensively by both mentally ill individuals and professionals; 3) extra attention needs to be paid to understanding about subjective needs and QOL evaluated by those who have experienced prolonged psychiatric hospitalization in the past.

Key words: people with mental illness, community living, needs, QOL, causal relationships