

## 研究報告

# 在宅精神障害者の生活上の気かりと QOLに関する研究

Quality of life and worry for people with mental disorders in the community

木村 洋子<sup>1)</sup>, 長谷川 雅美<sup>2)</sup>

Yoko Kimura<sup>1)</sup>, Masami Hasegawa<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>大阪府立大学看護学部, <sup>2)</sup>金沢医科大学看護学部

<sup>1)</sup>School of Nursing, Osaka Prefecture University, <sup>2)</sup>School of Nursing, Kanazawa Medical University

### キーワード

精神障害者, 地域, QOL, 気かり

### Key words

mental disorders, community, QOL, worry

### 要 旨

在宅精神障害者の「生活上の気かり」とQOLを把握し、その関連を明らかにすることを目的に、地域で暮らす精神障害者29名を対象に、WHOQOL-26と小高の「生活における不安と心配ごと」、「地域生活におけるニーズ」の質問項目を「生活上の気かり」として活用し質問紙調査を行った。対象者のQOL値は一般住民のQOL値に比べて低く、「経済的なこと」などの経済基盤に関すること、「仕事を見つけること」、「仕事の復職」などの就労に関すること、「病気悪化時の対応」「病気の再発・悪化」などの病気に関することを「生活上の気かり」として捉えていた。「生活上の気かり」とQOL値との関連で、日常生活や対人関係、社会生活に関する項目で有意な負の相関を認めた。在宅精神障害者を支援する上で、日常生活・対人関係・社会生活における技能改善・向上を中心としたケアの必要性が示唆された。

### はじめに

平成16年厚生労働省は【精神保健医療福祉の改革ビジョン】として精神保健医療福祉の基本方針を「入院医療中心から地域生活中心へ」と定め、「受け入れ条件が整えば退院可能な者(約7万人)」について、精神科病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等を全体に進めることにより、併せて10年後の解消を図る<sup>1)</sup>としている。精神保健医療福祉の基本方針の改革に伴い、保健医療分野で

は症状の緩和だけではなく社会生活における患者自身の満足度を改善する<sup>2)</sup>ことに治療目的が拡大し、アウトカム評価としてQOL (Quality of Life) が定着しつつある<sup>3)</sup>。

精神障害者のQOLについて疾患別、入院・外来別に比較した報告では、統合失調症患者のQOLはうつ病やそのケア提供者に比べると低く、入院治療中の患者は外来治療中の患者に比べて低いことを明らかにしている<sup>4)</sup>。精神症状とQOL

の関係では、不安や抑うつ<sup>2)</sup>、意欲の減退などの陰性症状<sup>4)</sup>や認められる精神症状の多さ<sup>4)</sup>がQOLに関連していると報告されている。一方、精神症状とQOLの関連は認められなかったとされる報告もある<sup>5)</sup>。個人や個人を取り巻く環境とQOLの関係では社会生活技能<sup>6)</sup>や自尊感情<sup>7)</sup>、居場所感<sup>8)</sup>や自己効力感<sup>9)</sup>、主観的ニーズ<sup>5)</sup>と就労形態<sup>3)</sup>がQOLと関連していると報告されている。いずれにしても、症状の緩和だけではなく社会生活における患者自身の満足を改善することに治療の目的が拡大されていた現在、精神障害者の精神症状の有無や重篤性だけではなく、その人なりの生活全般を標的として可能な限り生活しやすく、人生を楽しむ素地が失われることなく、生き生きと送れるよう援助することが求められる<sup>10)</sup>。

本研究は、特に精神障害者の主観的ニーズとQOLの関係を検討した小高<sup>5)</sup>の研究を手がかりに、在宅精神障害者の「生活上の気がり」およびQOLを把握し、双方の関連を明らかにして地域生活を支援するための基礎的資料とすることを目的とした。

## 研究方法

### 1. 用語の定義

1) QOL: WHOの定義に準じ、QOLを「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心にかかわる自分自身の人生についての認識」とした。

2) 生活上の気がり: 本研究における「気がり」とは、地域で生活する上で気にかかること、心配、懸念と定義した。

### 2. 調査方法

在宅精神障害者の「生活上の気がり」とQOLについて把握し、その関連を明らかにするために質問紙調査を行った。

1) 調査対象者: 精神科病院に入院経験があり、現在、精神科外来治療を継続している精神障害者で、本調査に同意が得られた方とした。なお、本調査は調査用紙の返信・回答をもって同意を得たものとした。

2) 調査期間: 平成23年8月から平成24年3月であった。

3) 調査対象者の募集およびデータ収集方法: 単科精神科病院2施設、訪問看護ステーション2施設、地域活動支援センター1施設、グループホーム1施設の施設長に研究の目的、概要、倫理的配慮を記した文書をもとに、研究者が口頭で説明

を行い、研究への協力を依頼した。

研究への協力が得られた場合、研究協力者(施設スタッフ)が調査該当者に本調査の目的、概要、倫理的配慮を記した文書をもとに説明を行った。本調査への協力はあくまでも任意であること、調査該当者ご本人の意思を最優先して良いこと、さらに調査用紙ならびに返信用封筒等は無記名で回収することを強調して伝え、調査該当者に切手貼付済み封筒とともに調査用紙等を配布した。

### 4) 調査内容

(1) 対象者の背景: 年齢、性別、主たる日中の活動状況(就労の有無、就労形態、就労期間)、社会資源の活用について(内容)、精神科病棟を退院後、地域で単身生活をしている期間

(2) 「生活上の気がり」: 小高<sup>5)</sup>の「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)の質問項目を参考に作成した「現在の生活における不安や心配ごと: 10項目」と「地域生活をする上での困りごと: 20項目」の計30項目を活用し、「大いに感じる: 4点」から「全く感じない: 0点」の5段階リッカート法に修正した。

(3) WHOQOL-26: WHOQOLは、1992年国際的に共有できる評価尺度の開発を目指してプロジェクトチームが立ち上げられ、1994年WHOQOL-100が開発された。続いて1997年WHOQOL-26が開発された。WHOQOL-26は【全体: 2項目】と【身体的領域: 7項目】、【心理的領域: 6項目】、【社会的領域: 3項目】、【環境: 8項目】の4つの領域を包含し、WHOQOL-100の6領域をおよそカバーできるように修正されている。それぞれの質問項目は【まったくない(1点)】から【非常に(5点)】の5段階で配点され、4つの領域毎の合計点・平均値およびQOL平均値が算出される(但し、身体的領域の質問項目3・4、心理的領域の質問項目26は逆転項目である)。QOL平均値は最小1.00から最大5.00を示し、QOL平均値が高いほど、QOLが高いといえる。

### 3. 分析方法

対象者の背景および「生活上の気がり」、WHOQOL-26は項目毎に単純集計を行い、「生活上の気がり」とQOLの関連を把握するために相関分析を行った。

### 4. 倫理的配慮

調査該当者に対して、本研究への協力は任意であり、調査用紙の返信・回答をもって同意を得たものとする。得られたデータのすべては、鍵のかかる場所に保管し、当該研究以外に使用しない。

さらに、研究結果を公表する場合にも調査該当者が特定されることのないように配慮し、研究終了後はすべての情報・データは廃棄処分とすることを明記した文書と口頭で説明し、研究への協力を依頼した。なお、本研究は大阪府立大学看護学部研究倫理委員会から承認を得ている。

## 結 果

単科精神科病院1施設、デイケア1施設、授産施設1施設の3施設から研究協力を得て、質問紙75部を配布した。29名から返信回答があり、回収率は38.6%であった。質問項目の欠損値がなかったため、29ケースすべてを分析対象とした。

### 1. 対象者の背景

#### 1) 対象者の背景について (表1)

対象者の年代は30代4名(13.8%)、40代14名(48.3%)、50代5名(17.2%)、60代5名(17.2%)、70代1名(3.4%)で、40代が半数近くを占めていた。対象者の性別は男性24名(82.8%)、女性5名(17.2%)であった。

%)であった。

主な日中の活動状況は対象者のうち、1名(3.4%)は現在就労中で、雇用形態も正規雇用であった。同居生活者は15名(51.7%)、単身生活者は14名(48.3%)であった。単身生活者の単身生活期間は最短0ヶ月から最長108ヶ月で、平均20.57ヶ月であった。

### 2) 社会資源の活用と内訳

現在、何らかの社会資源を活用しているものは19名(65.5%)、活用していないものは10名(34.5%)であった。現在、活用している社会資源について複数回答が得られ、地域活動支援センター6名(24.0%)、授産施設6名(24.0%)、デイケア5名(20.0%)、訪問看護3名(12.0%)、訪問介護2名(8.0%)、当事者会2名(8.0%)、就労継続支援センター1名(4.0%)であった。

### 2. 「生活上の気がかり」について (図1)

対象者が「大いに感じる」と回答が多かった項目は「経済的なこと」などの経済的基盤に関する

表1 対象者の背景

		(n = 29)	
		n	(%)
年代	30代	4	(13.8)
	40代	14	(48.3)
	50代	5	(17.2)
	60代	5	(17.2)
	70代	1	( 3.4)
性別	男性	24	(82.8)
	女性	5	(17.2)
就労の有無	あり	1	( 3.4)
	なし	28	(96.6)
社会資源の活用	活用している	19	(65.5)
	活用していない	10	(34.5)
活用している社会資源の内訳 (複数回答)	地域活動支援センター	6	(24.0)
	授産施設	6	(24.0)
	デイケア	5	(20.0)
	訪問看護	3	(12.0)
	訪問介護	2	( 8.0)
	当事者会	2	( 8.0)
	就労継続支援センター	1	( 4.0)
	グループホーム	0	( 0.0)
同居の有無	同居している	15	(51.7)
	同居していない	14	(48.3)

こと、「仕事を見つけること」「仕事の復職」などの就労に関すること、「病気悪化時の対応」「病気の再発・悪化」などの病気に関することであった。

また、対象者が「全く感じない」と回答が多かった項目は「勉強・学校」などの社会生活に関すること、「戸締まり・火の始末」、「食事」、「洗濯」

「服薬管理」などの日常生活に関すること、「近隣との付き合い」などの対人関係に関することであった。

### 3. WHOQOL-26 (表2)

QOL値は $3.03 \pm 0.39$ 、領域別QOL値ではQOL値(全体)が $2.47 \pm 0.63$ と最も低く、QOL値(環境)

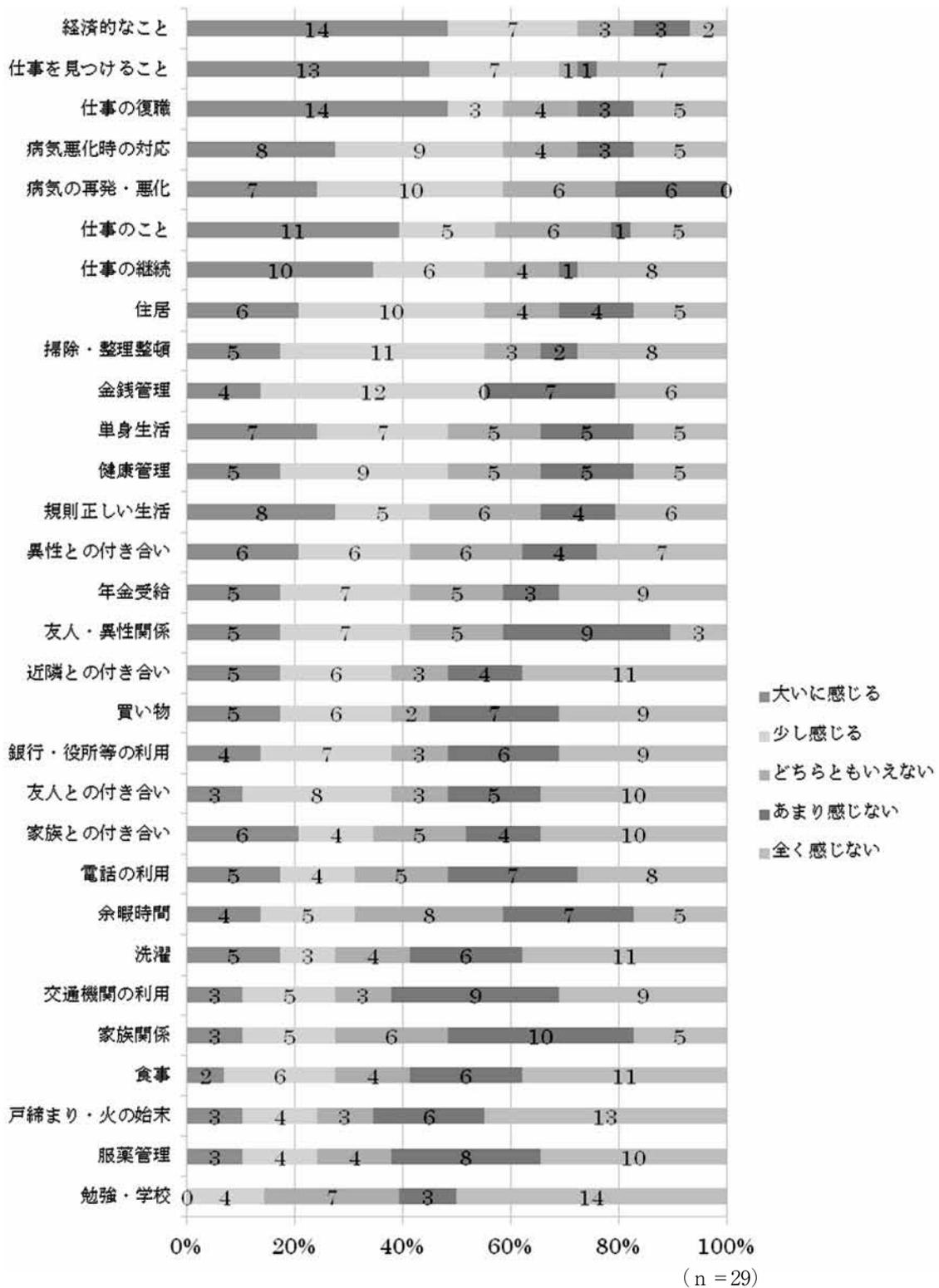


図1 生活上の気がかり

が $3.21 \pm 0.53$ でもっとも高かった。最も低かったQOL値（全体）では「自分の生活の質をどのように評価しますか」という項目に対して、「良い」と回答したものはわずか2名（6.9%）であった。「自分の健康状態に満足していますか」という項目に対して「非常に満足」、「満足」と回答したものはわずか3名（10.3%）であった。

4. 「生活上の気がかり」とQOL値の関係（表3）  
 QOL値と「食事」（ $r = -0.40$ ）、「規則正しい生活」（ $r = -0.39$ ）、「余暇時間」（ $r = -0.39$ ）などの日常生活に関すること、「近隣との付き合い」（ $r = -0.50$ ）、「友人との付き合い」（ $r = -0.56$ ）、「異性との付き合い」（ $r = -0.50$ ）、「家族との付き合い」（ $r = -0.44$ ）などの対人関係に関すること、「勉強・学校」（ $r = -0.39$ ）、「銀行・役所等の利用」（ $r = -0.41$ ）などの社会生活に関することにおいて、それぞれ中等度の負の相関が認められた。

## 考 察

在宅精神障害者の「生活上の気がかり」とQOLを把握し、その関連を明らかにすることにより地域生活を支援するための示唆を得ることを目的に、研究協力施設を通して、在宅精神障害者を対象に質問紙調査を行った。本研究の回収率が38.6%であったことは、調査対象者の研究協力への自由意志を最大限尊重した結果によるものだと考えている。

1. 在宅精神障害者の「生活上の気がかり」について

本研究の対象者のおよそ半数が、「経済的なこと」などの経済的基盤に関すること、「仕事の復職」や「仕事を見つけること」の就労に関すること、「病気悪化時の対応」「病気の再発・悪化」などの病気に関することについて「生活上の気がかり」として捉えていた。

精神障害者の経済的基盤については、厚生労働省の報告<sup>11)</sup>では、精神障害者の33.2%から40.4%が「経済的なこと」を不安や悩みとしてとらえており、所得月額10万円以下の場合、「障害にかかわる年金有り」は72%、「障害にかかわる年金など」は64%が占めると報告している。土屋<sup>12)</sup>の報告も身体障害者の収入平均額（年収）が216.18万円に対し、精神障害者は106.22万円だったと報告している。つまり、精神障害者の場合、経済的基盤が弱い。したがって、在宅精神障害者の経済的基盤の弱さが「生活上の気がかり」として反映されていると推察される。在宅精神障害者が安心して

表2 QOL値と領域別QOL値の平均と標準偏差  
 (n = 29)

	平均	標準偏差
QOL値	3.03	0.39
全体	2.47	0.63
身体的領域	2.93	0.45
心理的領域	2.87	0.53
社会的関係	2.92	0.79
環境	3.21	0.53

表3 「生活上の気がかり」とQOL値の相関関係

	相関係数
病気の再発・悪化	0.07
家族関係	-0.01
友人・異性関係	0.02
单身生活	-0.14
仕事の復職	-0.14
仕事を見つけること	-0.17
仕事の継続	0.10
年金受給	-0.17
経済的なこと	-0.29
住居	-0.33
食事	-0.40*
掃除・整理整頓	-0.36
洗濯	-0.26
買い物	-0.24
金銭管理	-0.37
規則正しい生活	-0.39*
交通機関の利用	-0.30
近隣との付き合い	-0.50**
友人との付き合い	-0.56**
異性との付き合い	-0.50**
家族との付き合い	-0.40*
余暇時間	-0.39*
勉強・学校	-0.39*
仕事のこと	-0.16
服薬管理	-0.25
健康管理	-0.30
病気悪化時の対応	-0.28
戸締まり・火の始末	-0.29
銀行・役所等の利用	-0.41*
電話の利用	-0.32

\*p < 0.05 \*\*p < 0.001

暮らすための経済的基盤を強固にする経済的支援が求められる。

精神障害者の就労について、厚生労働省によると障害者の就業率は40.3%、知的障害者の就業率が最も高く、精神障害者の就業率は17.4%と最も低い<sup>11)</sup>と報告している。本研究の対象者のうち、96.6%が就労していないという結果は精神障害者の就労の困難性という事実を再確認するものであった。さらに、厚生労働省<sup>11)</sup>は未就労者のうち就職を希望する者の割合は62.3%と非常に高く、求職行動を行っている者は50.7%、求職活動内容も「広告、ちらし等」による情報収集が約半数を占めていると報告している。つまり、精神障害者の場合、就労に対する希望はあるが、実際の求職行動・就労にはなかなかつながらないことが推察される。また、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センターは、精神障害者の就労について、短期間で離職する傾向にあり、1ヶ月未満の離職では就労への動機や構え、労働に必要な社会常識が不足していたと報告している<sup>13)</sup>。「保護就労」場面でも、約半数が半年以内に離職し、3/4が2年以内に離職していると報告している<sup>14)</sup>。つまり、精神障害者の場合、仕事に就く困難性に加え、就労継続の困難性も抱えていると推察される。精神障害者の一般就労の困難性について、青木<sup>15)</sup>は「精神障害の特性（コミュニケーションのとりにくさ・対人関係の構築のしづらさ等）を考えると、精神障害者は一般就労によって経済的基盤を満たすことが容易ではなく、所得保証が不可欠といえる。」と述べている。精神障害者の就労に向けて、個人の希望に寄り添いつつ求職活動を支援することと、就労に必要な生活リズムの確立や対人関係技能の習得を支援することが重要であると考えられる。

「病気の悪化時の対応」について、精神障害者の42.2%から52.3%と約半数近くが「病気の再発」を不安や悩みとして捉えていると報告している<sup>11)</sup>。羽藤<sup>16)</sup>は調査時点の1ヶ月以内に精神障害者の6割は「不安やイライラ」「後悔や不満」を経験し、3割弱は「幻聴や妄想の強まり」を経験していたと報告している。在宅精神障害者は病気の再発・悪化につながらないまでも、不安やイライラなど経験しながら日常生活を送っていることが推察される。緊急時における精神障害者の適切な医療を確保するために精神科救急医療体制の整備が進められているが、普段から「不安やイライラ」にはどのような対応が可能か、「幻聴や妄想の強まり」

にはどのように対応するかなど、症状毎に対応を検討し、在宅精神障害者の気がかりを解消できるような支援が重要であると考えられた。

## 2. 在宅精神障害者の「生活上の気がかり」とQOLについて

本研究で得られたQOL値は $3.03 \pm 0.39$ で、中根<sup>4)</sup>が行った大規模調査による一般人口の平均QOL値3.29や國方<sup>17)</sup>の報告にある一般住民の平均QOL値3.18に比べて低い値をしめしていた。

相関関係にあった項目は9項目で、いずれも負の相関関係が認められ、相関の強さは0.39から0.56を示していた。

「食事」や「規則正しい生活」、「余暇時間」は日常生活上の気がかり、「近隣との付き合い」、「異性との付き合い」、「家族とのつきあい」は対人関係上の気がかり、「勉強・学校」、「銀行・役所等の利用」は社会生活上の気がかりとして分けることができる。これらは対人関係を中心とした技能と日常生活上・社会生活上の技能を含んだ「社会生活技能」として捉えることができる。國方<sup>18)</sup>は「社会生活技能」を「社会資源の利用」「身だしなみへの配慮」「コミュニケーションスキル」「生活環境の整備」と位置づけ、「社会生活技能」が精神障害者のQOLに影響することを報告している<sup>6)</sup>。

「生活上の気がかり」として多くの対象者が「大いに感じる」と回答していた「経済的なこと」や「仕事を見つけること」はQOLとの関連が認められなかった。つまり、在宅精神障害者にとって経済的基盤に関することや就労に関することは大きな「生活上の気がかり」ではあるが、むしろ、在宅精神障害者にとって身近な日常生活や対人関係、社会生活に関する気がかりを改善することがQOLの向上につながると推察される。

精神障害者が地域で暮らすためには精神症状が安定しているだけでは、地域で安心して暮らすことにつながらない。精神障害者は人生を楽しむ素地が失われることなく、生き生きと送れるように支援するには、個人が捉える「生活上の気がかり」に対応・対処できるような支援が重要であると考えられる。

本研究は研究協力が得られた施設で無記名質問紙調査を実施したため、調査対象者には偏りが存在する可能性があり、分析対象者数は29ケースと少ない。したがって、在宅精神障害者の「生活上の気がかり」やQOLとして一般化することは難しい。今後、本研究により得た回収率を参考に必

要サンプル数を備えた標本調査を実施するなど、在宅精神障害者の「生活上の気がかり」やQOLの一般化に努めたいと考えている。

## 結 論

在宅精神障害者のQOL値は一般住民の平均QOL値に比べて低く、「経済的なこと」、「仕事の復職」、「仕事を見つけること」など就労に関すること、「病気悪化時の対応」を「生活上の気がかり」として捉えていた。QOL値と各項目との間で、「食事」や「規則正しい生活」、「余暇の時間」、「近隣との付き合い」や「異性との付き合い」、「家族との付き合い」、「勉強・学校」や「銀行・役所等の利用」と有意な負の相関を認めた。個人が捉える「生活上の気がかり」を中心とした支援の必要性が示唆された。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月），[www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf)，厚生労働省，1. 6. 2014
- 2) 富田顕旨，高橋秀長，斉藤真一，他：慢性期統合失調症患者の主観的QOLに対する精神症状と認知機能の影響，精神神経学雑誌，113(2)，135-143，2011
- 3) 鄭敏基：就労と精神障害者のQOLに関する一考察，社会事業研究，50，160-164，2011
- 4) 中根允文：精神障害におけるQOL，長崎国際大学論叢，6，153-159，2006
- 5) 小高真美：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，ルーテル学院研究紀要，41，41-60，2007
- 6) 西園昌久，皿田洋子：分裂病治療における生活技能訓練の意義と役割，臨床精神医学，19(9)，1331-1335，1990
- 7) 國方弘子，中嶋和夫：統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係，日本看護研究学会雑誌，29(1)，67-71，2006
- 8) 芽原路代，國方弘子，岡本亜紀：ディケアに通所する統合失調症患者の居場所感とQuality of Life との関連，日本看護研究学会雑誌，32(1)，67-71，2009
- 9) 伊東由賀，山村礎：地域で生活する統合失調症患者の自己効力感の研究，日本保健科学学会誌，9(2)，112-119，2006
- 10) 藤野成美，岡村仁：長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討，日本看護研究学会雑誌，34(4)，55-63，2009
- 11) 厚生労働省：障害者の生活状況に関する調査の結果，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/08/h0829-6e.html>，厚生労働省，1. 6. 2014
- 12) 土屋葉：障害者の自立支援に向けた生活実態把握の重要性，「障害者生活実態調査」の結果から，季刊・社会保障研究，44(2)，196-211，2008
- 13) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター：医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究，2012
- 14) 尾崎幸恵，伊藤真人，中川正俊：精神障害者の中間的就労場面の役割—川崎リハの「保護就労」での離職者の調査から—，職業リハビリテーション，10，9-16，1997
- 15) 青木聖久：障害年金に着眼した精神障害者生活支援についての1考察，我が国における1980年代後半以降の研究および実践動向を通して，日本福祉大学社会福祉論集，121，15-27，2009
- 16) 羽藤邦利，稲垣中，梅田麻紀：「地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズに関する研究」（速報），<http://www.npo-jam.org/works/research/data/090614/090614-1-1.pdf>，1. 6. 2014
- 17) 國方弘子，中嶋和夫，沼本健二：統合失調症，精神障害者家族会会員，一般住民のQuality of lifeの比較，日本保健科学学会誌，10(4)，249-255，2008
- 18) 國方弘子，豊田志保，沼本健二：社会生活技能評価尺度—12の交差妥当性の検討—，日本保健科学学会誌，9(4)，250-255，2007