

2006年度 博士論文

主査教授 前田 大作

副査教授 増野 肇

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

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

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科
社会福祉学専攻博士後期課程

04G-D003

小高 真美

目次

テーマ：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

はじめに	1
序章 精神保健福祉の動向に見る精神障害者のニーズとQOLの課題	
第1節 精神障害者の実態	3
第2節 近年の精神保健福祉施策の動向	4
第1項 病院中心から地域中心への施策	
第2項 地域精神保健福祉対策の充実	
第3項 障害者自立支援法における ケアマネジメントと本研究課題との関連	
第1章 精神障害者のニーズ	
第1節 ニーズ概念・定義・評価	10
第2節 精神障害者を対象としたニーズ評価尺度	13
第1項 Medical Research Council(MRC) Needs for Care Assessment	
第2項 Cardinal Needs Schedule	
第3項 Bangor Assessment of Need Profile	
第4項 Camberwell Assessment of Need	
第5項 ケアアセスメント票	
第3節 精神障害者のニーズに関する国内の先行研究	18
第1項 都道府県の取り組み	
第2項 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査	
第3項 全国精神障害者家族会連合会による調査	
第4項 精神障害者ケアガイドライン検討会による調査	
第5項 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	
第4節 精神障害者のニーズに関する海外の先行研究	24
第2章 精神障害者のQOL	
第1節 QOL概念の歴史と定義	32
第1項 QOL概念の歴史	
第2項 QOL概念および定義	
第2節 精神科領域におけるQOL評価	34
第3節 QOL評価尺度	36
第1項 WHO/QOL	
第2項 Medical Outcome Study Short Form 36 Health Survey	
第3項 生活満足度尺度	
第4項 Quality of Life Scale	

第 5 項	Japanese-language version of Schizophrenia Quality of Life Scale	
第 4 節	精神障害者の QOL に関する国内の先行研究	40
第 1 項	介入研究のアウトカム指標としての QOL 評価	
第 2 項	疾患関連の影響因子	
第 3 項	属性と QOL	
第 4 項	心理的因子および環境要因	
第 5 節	精神障害者の QOL に関する海外の先行研究	44
第 1 項	治療のアウトカム指標としての QOL	
第 2 項	疾患関連要因	
第 3 項	属性と QOL	
第 4 項	心理的・社会的要因	
第 3 章	精神障害者のニーズと QOL との関係性 — 欧米の先行研究	53
第 4 章	地域で生活する精神障害者のニーズと QOL に関する調査	
第 1 節	方法	58
第 1 項	仮説	
第 2 項	調査対象	
第 3 項	評価方法	
①	基本属性	
②	主診断、精神症状および全体的機能の評価	
③	主観的 QOL の評価	
④	対象者のニーズの把握法	
第 2 節	主要変数の単純集計の概要	68
第 1 項	基本属性	
第 2 項	客観的ニーズ評価（ケア必要度）	
第 3 項	主観的 QOL	
第 4 項	主観的ニーズ	
第 3 節	仮説検証のための主要変数の相関と予備検証としての 重回帰分析	73
第 1 項	主要変数の相関	
第 2 項	仮説の予備検証としての重回帰分析	
①	生活の質への影響因子の検証	
②	健康満足度への影響因子の検証	
第 4 節	構造方程式モデリングによる仮説の検証	76
第 1 項	解析対象グループの主要変数に関する単純集計	
第 2 項	モデルの構築から最終モデル構築へのプロセス	
第 5 節	仮説検証に関する考察	91
第 1 項	構造方程式モデリング分析対象群の基本属性 および臨床的特性	
①	年齢	
②	性別	
③	入院回数	

④ 入院期間	
⑤ 全体的機能の評定（GAF）	
⑥ 主観的 QOL	
⑦ 主観的ニーズ評価	
⑧ 客観的ニーズ評価（ケア必要度）	
第 2 項 ニーズと QOL の関係性および臨床的特性の影響	
第 5 章 仮説検証結果を補足するための分析と考察	
第 1 節 居住場所の違いによる属性、ニーズ、QOL の差	……………105
第 1 項 居住場所の違いによる差の検定	
第 2 項 居住場所の違いによる差の考察	
第 2 節 ニーズ評価および主観的 QOL と各精神症状との関係	……………107
第 1 項 ニーズ評価および主観的 QOL と各精神症状との 関係性の分析	
第 2 項 ニーズ評価および主観的 QOL と各精神症状との 関係性の考察	
第 3 節 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差	……………110
第 1 項 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差の検定	
第 2 項 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の 相違に関する考察	
終章	
第 1 節 本研究成果の要約	……………118
第 2 節 本研究の限界と今後の課題	……………121
参考資料	……………122
謝辞	

はじめに

わが国における精神病院数や精神科平均在院日数は、先進諸外国と比べ依然として群を抜いて多いものの、近年、精神保健福祉に関する施策を、これまでの病院における治療中心から地域での生活中心へと転換するために、抜本的改革が進められつつある。そこでは、社会的入院と言われる患者の退院が促進されるだけでなく、精神障害者が安心して継続的に地域で再定住するための地域支援体制も徐々に展開されてきた。1993年の障害者基本法の制定では、精神障害が身体障害や知的障害と同じように障害者施策の対象とされ、2006年には3障害を対象とした障害者自立支援法が施行されるなど、精神障害者施策に関する今後の展開が期待される。

さて、障害者自立支援法では、障害者が地域で自立した日常生活を営めることを目的として、相談支援事業にケアマネジメントの手法を導入し制度化されることとなった。同法の施行以前は、身体障害者および知的障害者を対象とした支援費制度のなかで、ケアマネジメントが取り入れられていたが、精神障害者をも対象としたケアマネジメントの制度化は今回が初めてである。ケアマネジメントは、利用者のニーズを幅広くアセスメントし、それらのニーズに対応するために適切な複数の社会資源を結びつけ調整していく援助方法である。そしてこのケアマネジメントの最大の目的は、その利用者の生活の質(以下、QOLとする)の向上であるとされている。

そこで本研究では、このケアマネジメントによる援助過程とその目的の達成、すなわち地域生活を営む障害者が抱えるニーズへの対応による彼らのQOLの向上を定量的に実証するため、ニーズが満たされればQOLが向上するというような、ニーズとQOL間の因果関係の検証を試みることにした。また、ニーズやQOLへの影響因子の検討も同時に実施することとした。そのために、先行研究等を踏まえて研究仮説を立て、全国規模で実施した精神障害者のケアニーズに関する調査で得たデータを分析し、その結果を考察した。

本研究の構成は次の通りである。序章では、課題設定の背景として、わが国の精神障害者の実態および近年の精神保健福祉施策の動向を整理する。次に第1章では、本研究の主題である精神障害者のニーズとQOLのうち、まずはニーズに

ついて、その概念や評価尺度、および国内外の先行研究をレビューする。それに引き続き第 2 章では、精神障害者の QOL に関して、第 1 章と同様にその概念、評価尺度、国内外の先行研究を検討する。第 3 章では、本研究の主仮説である精神障害者のニーズと QOL の関係性に関する海外の先行研究のレビューを実施する。第 4 章では、本研究の仮説を検証するための調査とその結果、考察を述べる。第 5 章では、仮説検証を補足する分析と結果、その考察を論述する。そして終章では、本研究成果の要約と本研究の限界および今後の課題を整理する。

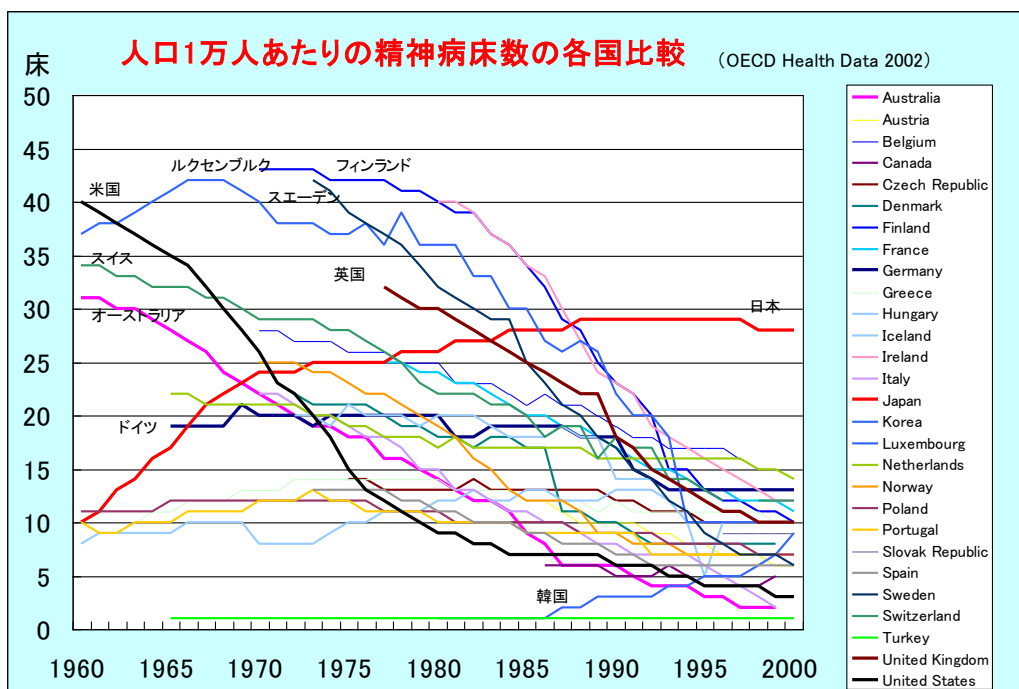
序章 精神保健福祉の動向に見る精神障害者のニーズと QOL の課題

本章では、わが国の精神障害者の実態および近年の精神保健福祉施策の動向を概観することで、本研究の課題設定に至った経緯を整理する。

1 節 精神障害者の実態

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、全病院の病床数の約 2 割を占める(厚生労働省大臣官房統計情報部 2006:80)。OECD Health Data による先進諸外国の精神病床数の推移図(図 I-1-1)を参照しても、わが国の病床数は群を抜いて多いことがわかる(OECD 2002)。また、平成 14 年の厚生労働省患者調査によると、精神および行動の障害の入院患者平均在院日数は 296.5 日であった(厚生労働省大臣官房統計情報部 2004:64)。これは、傷病別に分類された平均在院日数の中で最も長く、二番目に長い神経系の疾患 58.9 日やそれに続く循環器系の疾患の 58.3 日と比較しても、在院日数の長さが顕著である。

図 I-1-1 先進諸外国の精神病床数の推移図



平成 14 年の厚生労働省患者調査時点で、精神及び行動の障害で受療した推計患者数(調査日に受療した患者の推計数)は、入院患者が約 33 万人、外来患者が約 20 万人であった(厚生労働省大臣官房統計情報部 2004:98-99)。疾患種別で見ると、入院患者で一番多かったのは、統合失調症等が約 20 万人で、気分障害が約 2 万 6 千人、神経症等が約 6 千人であった。外来患者で一番多かったのは、気分障害の約 6 万 4 千人、統合失調症等が約 5 万 7 千人、神経症等が約 4 万 7 千人であった。平成 8 年から平成 14 年までの推計外来患者数の推移では、平成 8 年は約 15 万人で、平成 14 年の約 20 万人と単純比較すると、6 年間で約 5 万人の伸びである。特に気分障害圏の推計外来患者数が、平成 8 年の約 3 万 8 千人から平成 14 年の約 6 万 5 人と、大幅な増加傾向を示している。これは単に疾病罹患患者数の増加ではなく、精神疾患(特にうつ病など)に対する国民意識の高まりや受療への積極性の増大とも関連していると考えられる。また外来受診者数の増加傾向は、近年の精神障害者(特に慢性統合失調症患者)の退院と地域再定住の促進の成果とも捉えられるだろう。そこで次に、この退院促進および地域生活支援に関する近年の精神保健福祉施策の流れを整理したい。

2 節 近年の精神保健福祉施策の動向

1 項 病院中心から地域中心への施策

わが国では、近年、精神保健福祉に関する施策を、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に抜本的な改革が展開されている。2002 年 12 月に発表された厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」では、病院中心から地域中心への転換のための具体的な施策を推進する方向性の一つとして、今後 10 年間で「受入れ条件が整えば退院可能」な約 7 万 2 千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を目指すとする数値目標が明示された。さらに 2002 年 12 月の動きで注目すべきものとして、「新障害者基本計画」とその「重点施策実施 5 か年計画」(新障害者プラン)が障害者施策推進本部により策定されたことがある。新障害者基本計画の中では、精神障害者施策への総合的な取り組みとして、「入院医療中心から、退院・社会復帰を可能とするための地域サービス基盤の整備」が重要な

課題としてあげられた。また新障害者プランでは、精神障害者施策の充実として、「条件が整えば退院可能とされる約 72,000 人の入院患者について、10 年のうちに退院・社会復帰を目指す」ための総合的な推進方法の検討が明記されている。

さらに、2002 年 12 月に厚生労働大臣を本部長として発足した「精神保健福祉対策本部」が 2003 年 5 月に中間報告を発表し、「入院医療中心から地域生活へ」とする精神障害者施策の方向性を実現させるための重点施策を示した。それらは、① 精神障害に対する国民の正しい理解を深める「普及啓発」、② 精神病床の機能強化や地域ケア体制整備、精神病床数の減少といった「精神医療改革」、③ 住居の確保、雇用支援および雇用機会の増加、相談支援の充実などの「地域生活の支援」、④ 「受け入れ条件が整えば退院可能」な 7 万 2 千人の対策、である。この報告を受け、2003 年 9 月には、精神病床等に関する検討会、精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会、心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会の三検討会が設けられた。そしてこれらの検討会の報告書の取りまとめを踏まえて、2004 年 9 月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が精神保健福祉対策本部によって発表された。そこでは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針をとり、「精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を進める」としている。その後、2004 年 10 月に、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が「今後の障害保健福祉施策について～改革のグランドデザイン案」を公表した。

ところで、精神病床入院患者の退院促進のためには、単に患者を地域へ押し戻すだけでなく、これまでの国の方針にも打ち出されているように、障害者を地域で支えるシステムの構築が必須である。そこで次に、近年における精神障害者のための地域生活支援体制の展開を検討したい。

2 項 地域精神保健福祉対策の充実

精神障害者の地域生活支援体制が本格的に整い始めたのは、精神衛生法の大幅な改正が実施された 1987 年と言えるのではないだろうか。法律名称を精神保健法とし、人権擁護の観点から、入院に関わる制度の改正が行われるとともに、同法の目的に「精神障害者の社会復帰の促進・福祉の増進」が盛り込まれた。ここで初めて社会復帰施設に関する規定も導入され、生活訓練施設(援護寮)と授産施設

が精神障害者社会復帰施設として法定化された。

その後、精神保健法施行から5年目の法改正では、グループホーム(精神障害者地域生活援助事業)が法定化され、社会復帰促進のための啓発広報や訓練・指導等に関する研究開発を行う民法法人を精神障害者社会復帰促進センターとして指定できるとする規定が盛り込まれた。

1995年には、精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)」に改正され、法律の目的に「精神障害者等の自立と社会経済活動への参加の促進」が追加された。同改正では、精神障害者保健福祉手帳制度が創設され、社会復帰施設として新たに福祉ホームと福祉工場が加わり、精神障害者社会適応訓練事業(通院患者リハビリテーション事業)が法定化された。さらに市町村に対し、精神障害に関する正しい知識の普及や精神障害者やその家族への相談・指導等、地域精神保健対策の充実にする義務規定がなされた。

1999年の精神保健福祉法改正では、障害者生活訓練施設に、新たに精神障害者地域生活支援センターが追加された。また、1993年の改正時に精神障害者地域生活援助事業としてグループホームが法定化されたが、それに加えて新たに居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)ならびに短期入所事業(ショートステイ)が導入され、これらをあわせて精神障害者居宅生活支援事業とした。同改正は2002年から完全施行にあたって、それまで都道府県で行っていた事務および事業の一部(精神障害者保健福祉手帳、通院医療費公費負担制度の申請等に関わる事務、社会復帰施設等の利用や社会適応訓練事業に関する相談、精神障害者居宅生活支援事業の実施など)を市町村に移管することとなった。

以上のまとめとして、精神障害者社会復帰施設数の推移を表 I-2-1 に示した。相次ぐ社会復帰施設の法定化に伴い、1998年から2003年までの6年間だけでも、多くの施設種別でその数が2倍以上あるいはそれに近い増加を見せている。

表 I-2-1 精神障害者社会復帰施設数の推移

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
地域生活支援センター	115	145	195	235	317	397	430
通所授産施設	121	143	172	190	216	254	261
入所授産施設	26	26	29	29	29	30	29
小規模通所授産施設	…	…	…	46	86	213	306
福祉工場	9	12	13	13	14	16	18
生活訓練施設	155	176	206	231	253	272	274
福祉ホーム	101	114	129	144	171	209	212
グループホーム	576	662	795	858	950	1105	1356

厚生労働省(2004)「第6回社会保障審議会障害者部会 資料5 主な機能別に見た障害保健福祉」
内閣府(2006)「平成18年度版障害者白書」p.91およびp.201 [図表2-2-7精神保健福祉施策の

3 項 障害者自立支援法におけるケアマネジメントと本研究課題との関連

以上に整理した精神保健福祉施策の流れ受け、現在最も注目されている施策は「障害者自立支援法」であろう。2005年2月、改革のグランドデザイン(2004年10月)を具体化した「障害者自立支援法案」が通常国会に上程され、同年9月の特別国会において前国会衆議院での修正内容を盛り込んだ法案が再提出され可決に至った。同法は、「障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関係法律について所要の改正を行う」としている。そしてこの障害者自立支援法では、これまで三障害(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。障害者のケアマネジメントの普及、発展の検討は、1995年に発足した「障害者に係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」から始まった。身体障害者および知的障害者のケアマネジメントは2003年度から支援費制度のもとで実施が開始されてきたが、障害者自立支援法においては精神障害をも含む三障害を対象とするに至った。

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)。在宅の障害者の幅広いニーズをアセスメントする過程では、利用者自身による希望を活かしつつ、援助の必要性を客観的、相対的に検討し、妥当な方向性を見いだしていく必要がある。そしてそのニーズを満たすために適切な社会資源を結びつけることで障害者の主体的な自立生活を支援するのである。

ケアマネジメントの大きな目的は、その利用者の QOL の向上である(高橋・大島 2001:13)。この目的を前記のケアマネジメントの定義と合わせて整理すると、ケアマネジメントとは、地域で生活する精神障害者(利用者)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 の向上をねらいとしていると言える。

このような、精神障害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、ニーズが満たされれば QOL が向上する、あるいは逆にニーズが満たされていないと QOL が低い、といったニーズと QOL の関係が実証されることが望ましいと提唱されている(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、障害者自身と専門家の双方により包括的にアセスメントされたニーズと QOL との因果関係、またその関係性に個人の臨床的特性等の影響も加味して定量的に検証した研究は実施されていない。そこで、本研究では主に欧米での先行研究を参考にしてこれらの関係性について仮説を立て、それを検証していくこととした。

引用文献

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.

厚生労働省(2004)「第6回 社会保障審議会障害者部会 資料5 主な機能別に見た
障害保健福祉サービスの体系」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0317-3e.html>, 2006.3.14).

厚生労働省大臣官房統計情報部 (2004) 『患者調査 平成 14 年：上巻 全国編』
厚生労働省大臣官房統計情報部.

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.

内閣府 (2006) 『平成 18 年版 障害者白書』社会福祉法人東京コロニー.

OECD (2002) OECD Health Data 2002: a Comparative Analysis of 30
Countries. OECD.

Slade, M., Leese, M. and Ruggeri, M., et al. (2004) Does meeting needs
improve quality of life? Psychotherapy 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.

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
トの進め方ー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.

第 1 章 精神障害者のニーズ

本章では、本研究の主題となる精神障害者のニーズ(注)と QOL のうち、ニーズに焦点を当てて、その概念や評価尺度、関連する先行研究を整理する。

(注) 本章では、「ニード」と「ニーズ」の 2 つの表記を用いる。原則として、概念について述べる際は「ニード」を使用し、個々人の「ニード」については「ニーズ」とする。ただし引用文献については、この限りではない。

1 節 ニーズ概念・定義・評価

これまでさまざまな方法でニードは定義づけられてきたが、その概念や定義方法にはコンセンサスが得られていないと言われている (Brewin, et al 1987; Carter, et al. 1996; Hansson, et al. 2003; Lasalvia, et al. 2000; Marshall 1994; Slade 1994; Stevens and Gabbay 1991)。また、ニードに関するこれまでの哲学的考察や理論は、一般的枠組みを示すものの、実践の場ではあまり有益ではない (Marshall 1994) とか、ニードの定義や評価には直接的には役立たない (Carter, et al. 1996) という批判もある。

心理学領域の代表的なニード理論として、マズロー (Maslow 1970) のニード階層論がある。マズローは、人間のニードを低次から高次の 4 つのニード階層—「生理的ニード」、「安全のニード」、「所属と愛情」、「自尊心と自己実現」—に分類し、より高次のニードは、まずそれよりも低次のニードが満たされないと発生しないとしている。ここでのニードは、生存や社会活動における欠乏状態と理解されると大島 (2000:122) は述べている。

わが国の社会福祉政策領域を代表するニードの定義には三浦 (2000:60) のものがある。三浦 (2000:60) は、政策的なニードを抽象化するため、それぞれのニードに共通する「社会的な要援護性」という捉え方を考えた。そのなかで三浦は、社会的ニードを、『ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善等を行う必要があると社会的に認められたもの』と定義している (三浦 2000:60)。「『ある種の状態が、ある種の目標や一定の基準からみて乖離の状態にある』ものを…依存的状態 (dependency) あるいは広義のニ

ード」とし、「依存的状態の『回復、改善等を行う必要があると社会的に認められたもの』を要介護性あるいは狭義のニード」と呼んでいる(三浦 2000:60-61)。ただし、依存的状態というものは個人や集団、地域社会などの状態に規定されるものの、それを測るための基準のあり方次第で、乖離の状態は相対的なものになるとし、依存的状態が前提ではあるが、そこにその解決が必要かどうかという社会的判断や認識があってこそ、それが社会的ニードとなると述べている(三浦 2000:61)。

Bradshaw(1972:72-74)は、4つの異なるニードの定義を提唱している。① **normative need** は、専門家によって、「望ましい」標準をもとに判断されるものであり、個人やグループが、望ましい基準を満たしていなければ、ニードありと同定される。これは絶対的なものではなく、専門家の価値基準や知識、社会の価値変化で変動すると言われている。② **felt need** は **want** と同じであり、それ自体は、「真のニード」を測定するには不十分であるとされている。「本当に必要でない」にもかかわらず、人々が求めることによってインフレ状態を起こすとも考えられる。③ **expressed need** あるいは **demand** は、**felt need** が行動化されたものとされている。この定義下では、総合的なニードは、サービスを要求した人々によって定義づけられる。④ **comparative need** の定義では、ニードの測定は、サービスを受ける人口の特性を調査することで得られると言っている。似たような特性を持つ人々の中で、あるサービスを受けていなければ、受けていない人はニードがあるといえるのである。

精神保健領域において Brewin らは、ニードは以下の際に存在すると定義している。「①患者の機能(社会的障害)が、ある最低レベルを下回っている、あるいは下回る危険性がある、②そしてそれは治療が可能、あるいは治療できる可能性がある原因による」(Brewin, et al. 1987:973)。このように定義づけられたニードを更に **met needs** と **unmet needs** に分類しており、ニードが「対応されている(**met**)」と言えるのは、少なくとも部分的に効果的なケアを受けており、それ以外にはより効果的な可能性のあるケアが存在しない時であると言っている。また、ニードが「対応されていない(**unmet**)」と言うのは、効果的なケアを一部しか受けていないあるいは全く受けておらず、かつより効果的な可能性のあるケアが存在する場合としている。そしてこの定義を基盤に、患者のニーズを専門家が評価

する MRC Needs for Care Assessment(13-14 頁を参照)が開発された。

Stevens ら(1991)は、ヘルスケアにおけるニーズは、ニーズとデマンドを区別すべきであり、ニーズとはヘルスケアから何かしらの利益を得られるものと言及し、デマンドは個人が要求するものと提言している。これに対し、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、精神医学の世界では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ことから、ニーズを評価する際は、Stevens らの言うニーズだけでなくデマンドも考慮すべきであるとしている。このことに対して Slade(1994)は、2つの懸念事項として、① 限られた資源以上の要求の発生、② 洞察力の欠如によるゆがんだアセスメント、を自ら列挙している。これについて Slade(1994)は、ニーズ評価の過程は患者が合理的判断を下せる分野を同定するのに役立ち、たとえば患者に洞察力がなく薬物療法の利点に関しての適切な評価はできなくとも、住居に関する正当な理由は述べること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関する患者の視点を考慮すべきであるとしている。さらに Slade(1994)は、ニーズ評価は客観的ではなく、患者と専門家の交渉によるべきものであり、患者の文化的背景や認識を考慮すべきであると述べている。

以上を整理すると、精神保健領域におけるニーズとは、障害者の状態がある標準または基準から乖離している状態(欠乏状態)において、限りある資源を有効利用するため、支援の必要性や有効性が社会的に認められ、かつその同定過程においては、専門家による判断のみならず、支援を受ける障害者本人の要求も十分考慮した上で導き出されるものと言えるだろう。さらに、社会的な標準や基準、あるいは支援必要性や有効性などの判断には、その障害者が生活する時代や文化的背景、障害者本人の価値観、専門家の価値観や知識度等が影響する相対的なものであると理解できる。

それでは、このような概念や定義のもと、これまでに開発されてきた精神障害者を対象としたニーズ評価尺度にはどのようなものがあるか検討したい。

2 節 精神障害者を対象としたニーズ評価尺度

ここでは、精神障害者のニーズ評価を標準化した主要な尺度として、「MRC Needs for Care Assessment」、「Cardinal Needs Schedule」、「Bangor Assessment of Need Profile」、「Camberwell Assessment of Need」、「ケアアセスメント票」を取り上げその特徴を整理する。前者 3 尺度は、イギリスにおける精神障害者の地域ケア改革の流れを受けて開発されたものであり、「ケアアセスメント票」はわが国における精神障害者ケアガイドラインにより開発された用具の一つである。

1 項 Medical Research Council (MRC) Needs for Care Assessment

MRC Needs for Care Assessment は、精神科患者のニーズ評価を標準化した最初のものである (Marshall, et al. 1995)。精神症状や問題行動といった臨床的側面の機能と個人的・社会的機能の、全 20 項目について専門家が患者のニーズを評価する (Brewin 2001:282)。ここでのケアニードの定義は以下の通りである。

- ・ ニードは以下の条件で存在する : (a)患者の機能(社会的障害)がある最低レベル以下あるいは以下になる危険性がある、そして (b)それは治療できるあるいは治療できる可能性がある原因による。
- ・ ニード(上記の定義による)が対応されている (met) とするのは、少なくとも部分的には効果的なケアを受けている、そして他にはより効果が見込まれるケアが存在しない時である。
- ・ ニード(上記の定義による)が対応されていない (unmet) とするのは、より効果が見込まれるケアが存在するにもかかわらず、部分的にしか効果のないケアしか受けていない、あるいは全くケアを受けていない場合である。(Brewin 2001:282)

MRC Needs for Care Assessment 第 2 版で評価する機能領域は、症状と行動問題として、陽性症状、遅滞、副作用、神経症状、器質性障害、身体疾患・障害、自己および他者への暴力・威嚇、社会的問題行動、社会環境への負担、であり、個人的・社会的技能の評価領域は、清潔、買い物、料理・食事の調達、家事、公共交通

機関利用、公共施設の利用、識字・基礎計算能力、活動技能、社会的交流技能、金銭管理、家事管理、である(Brewin 2001:284)。

MRC Needs for Care Assessment は、複雑で、評価に多大なる時間を要するほか(Marshall, et al. 1995; Pryce, et al. 1993)、長期在院患者に対してや(Pryce, et al. 1993)、ホステルで生活するホームレスの人々に対して(Marshall 1994)の使用に難しい面があると言われている。

2 項 Cardinal Needs Schedule

この尺度は、MRC Needs for Care Assessment の限界を踏まえて、同尺度に改良を加えたものである(Marshall 1994; Marshall, et al. 1995)。患者やケア提供者の意見も取り入れながら、患者のニーズを専門家が評価するための尺度である。評価のプロセスは、次の通りである。① 評価する機能の領域を選択し、その領域に問題があるか決定する(対象者の機能が指定された基準より低ければ問題が存在すると判断する)、② その問題に対しての介入が適切か決定する、③ 各領域における適切な介入方法のリストが添付されており、過去 1 年間に提供されていない適切な支援方法が一つあるいはそれ以上あれば、その問題に対して need があると同定する(Marshall, et al. 1995)。段階 2 が Cardinal Needs Schedule の特長とされており、次の 3 つの基準を満たすかどうか(すべての領域で 3 つの基準が必要であるとは限らない)で、段階 1 で同定された問題への介入が適切か決定する。その 3 つとは、① co-operation criterion (患者が問題解決のための支援を受け入れる)、② carer stress criterion (患者のケア提供者が、患者の問題によりかなりの不安や焦り、不自由を感じている)、③ severity criterion (問題が健康や患者あるいは他者の安全を危険にさらしている)である。この尺度の信頼性・妥当性は全般的にほぼ良好な結果が得られているが、更なる改善の余地もあると指摘されている(Marshall, et al. 1995)。

3 項 Bangor Assessment of Need Profile

Bangor Assessment of Need Profile は、長期精神障害者の expressed need を簡潔に評価するもの(Bangor Assessment of Need-Client Profile)と、その患者の主情報提供者による perceived need を評価する尺度(Bangor Assessment of

Need-Staff Profile)で成り立っている(Carter, et al. 1996)。どちらも 32 項目で構成されており、回答者が各項目に関して、標準的機能よりも低いと認識した場合にニーズがあるとし、標準あるいは自立していると感じた場合はニーズがないと評価する。尺度は主に研究で使用されることを目的としている。尺度の再テスト信頼性では、比較的良好な結果が得られている。

4 項 Camberwell Assessment of Need

Camberwell Assessment of Need は、the National Health Service and Community Care Act 1990 の下で、自治体が、地域サービスのためのニーズを評価するという制度的な義務を遂行するための一助となるようにデザインされており、次の 4 つの原理により開発された(Phelan, et al. 1995; Slade et al. 1999:5)。

- 1) 誰にでもニーズというものはある。精神障害者はその他の人と比べると、特別なニーズがあるかもしれない。ただし、精神障害者のニーズも、障害を持たない人のニーズも、その多くは共通している。たとえば、住居や活動、収入などニーズである。
- 2) 精神障害者には複数のニーズがあり、ケア提供者はそれら全てを把握すべきである。
- 3) ニーズ評価は、臨床実践において不可欠であり、サービス評価の一構成要素であるため、尺度の使用方法は簡単に習得でき、さまざまな臨床スタッフが使える実用的なものであるべきである。
- 4) ニーズは主観的な概念である。ある特定のニーズが存在するかは、本人とスタッフが別々に評価すべきである。(Phelan, et al. 1995:589-590; Slade et al. 1999:5)

Camberwell Assessment of Need は、重度精神障害者のニーズ評価尺度であり、その信頼性と妥当性が確認されている(Phelan, et al. 1995)。Camberwell Assessment of Need には、ニーズの概略版の Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule(CANSAS) (Slade et al. 1999:7-11)、臨床版の Camberwell Assessment of Need – Clinical version(CAN-C)(Slade et al.

1999:12-18)と、リサーチ版の **Camberwell Assessment of Need – Research version(CAN-R)** (Slade et al. 1999:19-25)がある。臨床版は、患者のケアプランの作成に使用するものであり、リサーチ版は、精神保健サービスの評価ツールである。

Camberwell Assessment of Need は 22 領域から成り立っている (Slade et al. 1999:7-25)。それらは、住居、食事、家事能力、セルフケア、日中活動、身体的健康、精神症状、状態や治療に関する情報、心理的負担、自己の安全、他者への安全、飲酒、薬物、仲間、親密な関係、性の問題、育児、基礎教育、電話、移動、金銭管理、公的扶助、である。評価はそれぞれの領域について、スタッフが患者に面接を実施して、その回答を記入する利用者評価と、スタッフによって評価されるスタッフ評価とがある。まずその領域において、対象患者にニーズがあるかを評価する。評価は、0=深刻な問題はない、1=介入のおかげで問題は深刻でない、あるいは中程度である (**met need** : 対応されたニーズ)、2=現在、問題は深刻である (**unmet need** : 対応されていないニーズ)、の 3 段階である。第二に、友人や親戚、その他のインフォーマルな支援者から支援を受けているかを問う。第三に、現在どのくらい支援を受けているか、また、地域にあるフォーマルなサービスがどのくらい必要かを評価する。それらは、4 件法、0=全くなし、1=低、2=中、3=高、で評価する。

Camberwell Assessment of Need は、精神障害者の深刻なニーズを同定するための尺度であり、ニーズの詳細は必要に応じて別途アセスメントするものとされている (Phelan, et al. 1995)。

Bangor Assessment of Need Profile や **Camberwell Assessment of Need** は、客観的にも主観的にも評価可能な尺度であり、双方の評価の一致および不一致ぐあいを把握することも可能である。また、**MRC Needs for Care Assessment** をはじめ、**met need** と **unmet need** を判断する評価手法を用いる尺度は、すでに支援が提供されているかどうかに関わらず、現在の深刻な問題を明確にすることができるため、「支援提供済み=問題なし」と見なされることで把握し損じるニーズが発生しないし、その一方で、支援を受けているからこそ問題が解決しているという事実も明らかにすることができるという点も重要であると考えられる。

5 項 ケアアセスメント票

ケアアセスメント票は、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ツールの一つである(大島・ほか 2000)。同ガイドラインは、「①精神保健の経験が乏しい市町村や地域関係者でも実施できるようにアセスメント課程を操作化したこと、②ニーズ状況を数量化し問題を具体的に把握できるよう配慮したこと、③アセスメントからケア計画立案への指針を示したこと」を特徴とし、ケアアセスメント票の重要性が強調されている(大島・ほか 2000:810)。ケアアセスメント票は、「本人の希望」「ケア必要度」「環境条件、個人の条件」「社会生活上の困難な問題(社会的不利尺度)」の4領域の評価内容と「ニーズのまとめ、ケア目標」で構成されている(高橋・大島 2001:91)。

ケアアセスメント票の使用方法や評価方法は以下の通りである(高橋・大島 2001:91-97, 262-288)。「本人の希望」は、利用者本人が感じるケアニーズを明らかにする記述式のツールであり、本人から直接回答を得る。「ケア必要度」、「環境条件、個人の条件」、「社会生活上の困難な問題(社会的不利尺度)」は、利用者を担当するケアマネジャーが評価する。「ケア必要度」は、① 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)、② 緊急時の対応、③ 配慮が必要な社会行動、に対して各8領域、全24項目で構成されている。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する判断基準となっている。また「社会的不利尺度」は① 生活費などの経済的な問題、② 住まいの問題、③ 日中の活動の場の問題、④ 支え手の問題、⑤ その他の問題の5領域、全13項目から成り、各2点以上で援助の必要ありと判断する。

大島ら(2000)は、「ケア必要度」と「社会的不利尺度」の信頼性および妥当性の検証を実施した。その結果、Cronbach α 係数や評定者間信頼性、再評価信頼性等、ほぼ十分な値が得られているが、一部の下位尺度に信頼性が低いものもあった。内容的妥当性については、地域ケアに精通している有識者により既存の社会機能尺度が検討され、また関係機関・団体、精神障害者である当事者からも聴き取りが実施された。基準関連妥当性についても、併存的妥当性や因子妥当性、構成概念妥当性もほぼ十分な結果が得られたと報告されている。

3 節 精神障害者のニーズに関する国内の先行研究

次に、精神障害者のニーズに関する先行研究のレビューを行う。まずは国内における精神障害者のニーズ調査を概観することとする。わが国における主なニーズ調査は、① 都道府県の取り組み、② 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査、③ 全国精神障害者家族連合会による調査、④ 精神障害者ケアガイドライン検討委員会による調査、⑤ 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、が挙げられる。ここでは、地域で生活する精神障害者の日常生活能力の評価を含んでいる調査を中心に、その調査概要と結果を整理することとした。

1 項 都道府県の取り組み

各都道府県や主要都市において、精神保健福祉推進を目的として、精神障害者のニーズ調査が実施されてきた(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)。これらの調査の回答者は、精神障害者本人や専門職、家族などである。調査票は各々独自のものを使用している。調査項目は多岐にわたるが、基本属性、疾病関連、退院可能性、生活状況、日常生活能力、今後の希望、必要な社会資源、家族の状況などが主なものである。

例えば東京都では、平成 8 年に「東京都精神保健福祉ニーズ調査」として第 1 回ニーズ調査(東京都衛生局 1997)が実施され、その後、平成 17 年には第 2 回の調査(東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課 2005)が行われた。第 1 回の調査では、都内に在住の病院および診療所の通院患者の約 2500 名を対象に、本人調査と主治医調査が行われた(東京都衛生局 1997:3)。調査内容は、基本的属性、通院の状況、住まいの状況、就労又は活動の状況、経済基盤、日常生活の自立度、相談支援体制、日常生活の困難度、医療福祉サービスの認識度、東京都への要望・自由意見、であった。その中の日常生活自立度と日常生活の困難度で、日常生活における要支援度が一番高い項目は「食事」で、日常生活上で困ることとして一番多く回答を得た項目は、「夜間休日の問題」であった(東京都衛生局 1997:63, 73)。

第2回の調査では、調査対象者が拡大され、入院患者調査、社会復帰施設実態調査、地域社会等実態把握調査が実施された(東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課 2005:1-1)。施設入所者、施設通所者、入院患者の退院後・退所後の生活の不安に関しては、どの対象者層も「病気の再発や悪化」の回答が多かった(東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課 2005:3-11)。対象者層別では、入所者は経済的不安や住まいの不安、通所者は仕事や経済的不安、入院患者は家族への負担に対する不安、日中活動の不安、経済的不安が多く、対象者のおかれている状況により特色が現れていると考察されている。

2 項 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査

精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査は、わが国の精神障害者の社会復帰施策の推進のため、厚生労働省が社団法人日本精神科病院協会に委託して実施した調査である(日本精神科病院協会 2003:序文)。精神障害者が社会復帰するにあたってのニーズを把握し、精神保健福祉施策の基礎資料とすることを目的とした調査である。

調査対象者は、精神科の外来患者、入院患者、精神障害者社会復帰施設入所者で、全国の外来患者(最終的な分析対象 7928 人)、入院患者(最終的な分析対象 12173 人)、社会復帰施設入所者(最終的な分析対象 3111 人)を代表するように抽出された(日本精神科病院協会 2003:5, 67)。調査は、本人調査と主治医調査がそれぞれの対象者に実施された。

この調査における本人調査票の中で、「現在の生活での不安」「退院後の生活で不安なこと」「退所後の生活で不安なこと」等、地域生活における不安なことに関する設問においては、外来患者は「病気が再発したり悪化したりしないか」(52.1%)、「経済的なこと」(38.2%)、「家族との関係」(23.0%)、「仕事が見つかるか」(22.6%)が上位にあがり、入院患者は「病気が再発したり悪化したりしないか」(39.1%)、「経済的なこと」(33.3%)、「家族との関係」(27.4%)、「仕事が見つかるか」(26.4%)、社会復帰施設入所者では「経済的なこと」(45.2%)、「病気が再発したり悪化したりしないか」(39.9%)、「仕事が見つかるか」(38.9%)などであった(日本精神科病院協会 2003:69, 72, 74)。

これらの結果から、外来患者、入院患者、施設入所者のいずれも、病気の再発、

経済状況、家族関係、就労に関しての不安が高いことがうかがえる。

3 項 全国精神障害者家族連合会による調査

全国精神障害者家族連合会(以下、全家連とする)は、精神障害者やその家族のニーズ調査を全国レベルで実施してきた(全国精神障害者家族連合会 1986; 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)。中でも、「日本の精神障害者と家族の生活実態白書」は、我が国で初めて精神障害者および家族の生活障害の実態と福祉ニーズを明らかにするための調査研究の報告書として 1986 年に刊行された(全国精神障害者家族連合会 1986:21-24)。同調査は、1985 年 10 月から翌年 3 月にかけて、全家連会員である精神障害者家族および、全国のデイケア、作業所、回復者クラブ、共同住居を利用する精神障害者・回復者を対象にアンケート調査ならびに事例調査を実施した。患者・回復者を対象とした福祉ニーズに関するアンケート調査では、2355 票(うち有効票は 2288 票)の調査票が回収された(回収率 70.6%)。

続いて、地域で生活している精神障害者本人の実態および意識に関する全家連調査の第 2 回に、「精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93(II)全国地域生活本人調査編」(全家連保健福祉研究所 1994a)がある。これでは、作業所の通所者を中心に、86 年の調査(全国精神障害者家族連合会 1986)を元に新たに項目追加等を行って調査を実施し、3769 人からの回答を得た(全家連保健福祉研究所 1994a:1-6)。最後に、同じく全家連による第 3 回地域生活本人調査に、「地域生活本人の社会参加等に対する意識と実態 '98」がある(全家連保健福祉研究所 2000)。全国 1042 ヶ所(1997 年 4 月現在)の作業所から 500 ヶ所を無作為抽出し、調査同意を得た 247 ヶ所に通所する 2018 名を対象に調査を実施した(全家連保健福祉研究所 2000:5)。

全家連による上記の地域生活者本人に対する 3 調査に、「精神障害者と家族の現状と福祉ニーズー第 3 回全国家族調査(II)病院家族会篇」(全家連保健福祉研究所 2001)を加えて、生活能力の評価に関する結果を表 1-3-1 に整理した。なお、表 1-3-1 は、「精神障害者と家族の現状と福祉ニーズー第 3 回全国家族調査(II)病

院家族会篇」の「日常生活の能力についての評価」（全家連保健福祉研究所 2001:13）で、本人調査の第1回（全国精神障害者家族連合会 1986）、第2回（全家連保健福祉研究所 1994a）、ならびに家族評価（全家連保健福祉研究所 2001）を比較するために作成された表に、「地域生活本人の社会参加等に対する意識と実態 '98」の結果（全家連保健福祉研究所 2000:21, 52, 55）を追加したものである。

これらの調査結果を比較すると、第1回の本人調査である「日本の精神障害者と家族の生活実態白書」の中で考察されているように（全国精神障害者家族連合会 1986:93）、病気の管理や生活リズム、お金の管理、清潔や身だしなみ、困ったときの相談など、生活活動能力は地域生活における前提要素であるため自立度は高いことがうかがえるが、人間関係や文化的活動などの生活の中味を豊かにする活動については自信が持てない者が多いことが分かる。また、食事に関しても自信が持てない者が多いと言える。しかしながら、「食事」の質問項目は、第2回と第3回の本人調査では「(自分で)食事を作ること」となっており、家族調査では「調和の取れた適切な食事」となっている。自分で作ることに自信がなくとも、総菜や弁当などを調達してバランスの取れた食事を摂取することに関して問題ない者は多いかもしれない。そのような内容の統一や設問内容の詳細化等も考慮した調査が今後必要であると考えられる。

表 1-3-1 生活能力の評価(できる・自信がある等)(%)

	家族調査 (在宅)	本人調査 第3回	本人調査 第2回	本人調査 第1回
調和のとれた適切な食事 (食事作り)	40.1	32.3	36.4	(-)
身辺の清潔・身だしなみ	67.5	74.3	56.3	81.4
金銭の管理や適切な買い物	42.5	63.9	58.8	72.3
規則的な生活	30.5		49.4	
協調的な人間関係		すすんで つきあう	すすんで つきあう	友人づくり
	26.8	44.5	36.8	46.3
規則的な通院と服薬	70.6		81.2	87.1
安全保持・危機への対応			心配時には 相談する	(#)
	46.9		53.9	65.7
公共施設の利用など	23.5		31.3	(-)
文化的社会的活動に参加	23.7		41.7	(-)
対象数	456	2,018	3,769	2,250

全家連保健福祉研究所編 (2001)『全家連保健福祉研究所モノグラフ No.30 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(II)病院家族会篇』全国精神障害者家族会連合会, 13.『表 IV-6 生活能力評価(在宅者のみ)』(本表作成のため一部文言を変更した)を元に、全家連保健福祉研究所編 (2000)『全家連保健福祉研究所モノグラフ No.27 地域生活本人の社会参加等に対する意識と実態』98』全国精神障害者家族会連合会, 21, 52, 55. に掲載されている調査結果を追加し作成した。

4 項 精神障害者ケアガイドライン検討会による調査

精神障害者のケアガイドライン検討会が開発したケアマネジメントのためのツールを使用して、全国試行調査が実施された(精神障害者ケアガイドライン検討委員会 1998:68-114)。対象者は、地域で生活している、あるいは生活する予定の精神障害者 623 名で、対象者の生活の場は、一人暮らしが 26.5%、家族と同居が 51.5%、家族以外と暮らすのが 21.0%だった。ケアマネジメントのためのアセスメント用具のひとつである「ケア必要度」を評価した結果、「友人等との付き合い」、「自由時間の過ごし方」、「自分なりの社会的役割を持つ」、「対人関係」の平均得点が 2.4-2.5 と最も高く、ついで「自室の清掃やかたづけ」、「食事をとる」が高かった。特に「自由時間の過ごし方」は 54.8%が何らかの援助を必要としていた。また本人の希望のうち、いま困っていることに関しては、「生活費などの経済的な

問題」(45.9%)、「仕事の問題」(44.3%)が高く、ついで「住まいの問題」(29.7%)、「日中の過ごし方」(29.1%)、「家族関係の問題」(27.9%)、「家族以外の人間関係」(24.6%)が多かった。

上記の4つに分類したニーズ調査では、各々、使用している調査票の項目や質問の内容に差異があり比較は困難であるものの、各調査の結果を概観し単純比較すると、日常生活能力においては、食事、対人関係、社会的活動などの領域で自信が持てない、あるいは支援が必要な精神障害者が多く、日常生活における不安では、病気の再発・悪化、経済的なこと、就労のことなどで不安が強い精神障害者が多いという傾向が見受けられる。

5 項 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

精神障害者や知的障害者の介護ニーズを、現行の要介護認定一次判定の手法によって評価可能かどうかを検討する研究が実施された(安西・ほか 2005:18-87)。現行の要介護認定で使用されている認定調査票および主治医意見書に、追加項目(GAF(Global Assessment of Functioning:機能の全体的評価)、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、障害程度区分、ケア必要度、他)も用いて、何らかの福祉的ケアを受けている精神障害者493名、知的障害者366名を対象に評価した。

その結果、知的障害者に関しては、要介護認定の一次判定結果と、追加項目である障害程度区分、GAF、HoNOS-LD(Health of the Nation Outcome Scale-LD:包括アウトカム尺度知的障害版)、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関があったが、精神障害者については、要介護認定一次判定結果とGAF、BPRS、介護支援専門員からみた要介護度との相関は低いものであった。結論として、現行の要介護認定一次判定の手法は、この研究の対象者であった精神障害者や知的障害者の、身体介護等の介護ニーズの一部を反映するものの、それ以外の要因の関与についてはさらに検討する必要があると報告されている。

4 節 精神障害者のニーズに関する海外の先行研究

本節では海外における精神障害者のニーズに関する先行研究を検討する。海外、特にヨーロッパを中心として、精神障害者のニーズに関する研究が実施されてきた。原著論文として発表されている研究では、本章 2 節で整理したような、信頼性・妥当性が検証されているニーズ評価尺度を利用して、客観的に専門家が評価したニーズだけでなく、障害者自身の判断によるニーズ評価を検討した研究も多く見受けられる。本節では、**Joska and Flisher (2005)**により実施されたニーズ関連研究のレビューを検討することとした。

Joska and Flisher(2005)は、一般人口と臨床人口におけるニーズ評価の文献研究を実施した。目的は、①一般人口における精神疾患の有病率とサービス利用および対応されていないニーズとの関係性を明確にする、②ニーズ評価尺度を使用した研究同士を比較し、「対応されていないニーズの傾向を同定する」、「ニーズ評価の使用と限界を評する」、「今後の研究領域を同定しニーズ評価尺度の使用と発展について述べる」等である。方法は、データベース検索や主要文献の参考文献のレビュー、主要学術雑誌に対する手作業の検索、この分野における主要研究者との個人的対話である。その結果、2004 年までの研究で、一般人口における 14 件と臨床研究における 19 件の文献を入手し検討したと報告されている。臨床研究の多くがイギリス(9 件)で実施されており、続いてヨーロッパ諸国(6 件)、オーストラリア(3 件)、カナダ(1 件)だった。

Joska and Flisher (2005)のレビューによると、臨床研究のニーズ評価に最も多く使用されていた尺度は **Camberwell Assessment of Need** だったが、**MRC Needs for Care Assessment** も 4 件で使用されていた。対応されていないニーズと相関する因子は、**MRC Needs for Care Assessment** では、未婚、無職、幼少期の性的虐待、症状の長期化や機能の乏しさ、神経症状の存在、主要なソーシャルネットワークの問題などであったと言う。また **Camberwell Assessment of Need** を使用した研究では、**GAF** の低さや、包括型ケースマネジメント、人格障害や神経症の存在などであったと言う。なお、**QOL** の低さや障害の重さは対応されていないニーズと関係があった(**QOL** とニーズとの関係性についての先行研究は次章で整理する)。また、ほとんどの研究で、スタッフと患者のニーズ判定は一致して

いなかったと述べている。しかしながら、どちらがより多くのニーズを評価していたかの統一見解は得られていないと報告している。(Joska and Flisher (2005) による研究の概要は表 1-4-1 を参照されたい。)

表 1-4-1 精神障害者のニーズに関する先行研究のレビュー

Joska and Flisher (2005:532-533)

研究	対象	サンプル抽出方法	N	尺度	主な結果
Bengtsston-Tops 1999	マルメー (スウェーデン)	登録者からの 階層化ランダムサン プル	120	CAN, LQoLP, BPRS, GAF	1. 表出されたニーズの中央値=7。 2. 低GAFと高BPRSなほど総合ニーズが高い。 3. 罹病期間はニーズの多さを予測しなかった。
Brewin 1987	ロンドン (イギリス)	ケース特定と 対象基準	156	NFCAS	1. ニード概念には機能と可能な介入を取り入れる。 2. ニーズはいくつかの情報源から同定される。 3. NFCASの評定者間信頼性が確立した。
Brewin 1988	サウスサザク (イギリス)	ケース特定と 対象基準	145	NFCAS	1. 対応されているニードと対応されていないニード の対比は5:1だった。 2. 臨床領域の対応されていないニーズが最も高い のは神経症。 3. コンタクトがより長い、参加率が悪い、デイセン ター利用の対象者は、より多くの臨床領域の対応さ れていないニーズが多かった。
Gallagher 2000	シドニー (オーストラリア)	ケースマネジャー ケース特定	283	CAN, HoNOS	1. 患者とスタッフのニーズ評価は異なった。 2. CANとHoNOSは高い相関があった。 3. 包括的ケースマネジメントを受けている患者ほ ど、ニーズと障害程度が高かった。
Hansson 1995	マルメーフース郡 (南スウェーデン)	入院・外来患者 (横断的アプローチ)	119	CAN	1. CANの評定者間信頼性が確立された。 2. ニーズの平均値は5.29だった。 3. 人格障害や神経症の患者は感情精神病の患者 より多くのニーズがあった。
Henderson 1999	ロンドン (イギリス), ウエローナ (イタリア)	ケース特定, 対象基準, UKグループの ランダムサンプル	130	VSSS	1. 強制入院のない患者はVSSSのいくつかの領域 で満足度が高かった。 2. 患者は病院のサービスより日常の地域サービ スをより好んでいた。
Issakidis 1999	サウスイーストシドニー (オーストラリア)	ケース特定と 対象基準	123	CAN, HoNOS	1. スタッフと患者のニーズ評価は有意に異なった。 2. CANで評価された対応されていないニーズと HoNOSで評価した障害に相関があった。
Lasalvia 2000	サウスウエローナ・ コミュニティーサービス	クリニック登録者	365	CAN, BPRS, GAF, DAS	1. 総合的なニーズの平均は3.34だった。 2. 総合的なニーズ領域におけるスタッフと患者の評 価に有意な差が認められた。 3. ニーズがより高かったのは、人格障害と精神病 の対象者だった。 4. 患者のニーズは障害によって予測される。
Leese 1998	サウスロンドン	ケース特定後 ランダムサンプル	302	CAN, VSSS, BPRS	1. 満足度は対応されていないニードと負の相関が あった。 2. サービスとの関わりが長いほど、満足度も高か った。
Lefebre 2000	モントリオール(カナダ), 対象者と地域メンバ	2グループの ランダムサンプル	82	NFCAS-C, DISSA, SCL-90, SAS-SR	1. 主なソーシャルネットワークに困難な領域にニ ーズが高かった。 2. 対応されていないニーズがある3分の2以上の患者 は、より多くのあるいは異なるサービスが必要で あると感じていた。 3. 対応されていない・対応されているニード得点 は、社会的ストレスや社会的機能においてより悪 かった。
McRone 2001	ヨーロッパ5都市の 中流階級層の住民	クリニックの 統合失調症患者 の 研究基準	404	CAN-EU, GAF, BPRS, ESMS	1. ニーズはロンドンとアムステルダムで高かった。 2. GAFが低いと対応されていないニーズが高か った。
Meadows 2000(b)	ニューサウスウェールズ州 (オーストラリア)	1.クリニックでの サンプル, 2.クリニックでの 呼びかけ	145+51 =196	PNCQ	1. PNCQ(ケアへの障壁も含む)は妥当性、信頼性 があった(不安障害クリニックで)。

Parkman 1997	サウスロンドン(イギリス)	ケース特定後 ランダムサンプル	202	VSSS	1. 黒人の方が措置や入院が多く、サービスが多かった。 2. 黒人はサービスに対する満足が低かった(生まれ)。
Phelan 1995	ロンドン(イギリス)	ケース・スタッフ 並行抽出	109	CAN	1. CANには十分な妥当性と信頼性があった。 2. ニーズの平均値は、スタッフ評価で7.55、患者評価で8.64だった。一致するとは限らない。
Simons 2002	スコットランド、 退院後患者	対象基準 (参加への誘いあり)	173	CAN	1. 退院6週間後のニーズ平均は5.8だった。 2. 精神病圏の患者よりそうでない群の方が高かった。 3. 健康領域のニーズは機能領域や社会領域のニーズよりも用意に対応される。
Slade 1998	サウスロンドン(イギリス)	ケース特定後 ランダム抽出 (オーバーサンプル)	320	CAN, GAF	1. 対応されていないニーズのスタッフ・患者一致は十分だった($\kappa=0.28$)。 2. 対応されているニーズの一致率は中程度($\kappa=0.43$)。
Slade 1999(a)	サウスロンドン 病院, 地域	ケース特定と ランダム化	320	GAF, CAN, LQoLP	1. 対応されていないニーズの増加はQOLに反映していた。 2. スタッフより患者の方がニーズを多く評価した。 3. 患者による対応されていないニーズ評価による評価より信頼性があった。
Slade 1999(b)	1.メンタルヘルス登録 2.クロイドン(イギリス)	1.ランダムサン, 2.点有病率サン	259+123	CANSAS, HoNOS	1. HoNOSはCANSASによる対応されていないニーズと強い相関があった。 2. HoNOSとCANSASは異なる構成を測定した。 3. スタッフのニーズ評価は平均7.5だった。
Wiersma 1998	オランダ北部	発生コホートから 抽出	50	NFCAS, CAN	1. 2年間で、慢性統合失調症患者の20~30%が対応されていないニーズが倍になった。 2. NFCASとCANで評価した対応されていないニーズについて21%の患者で評価が一致しなかった。 3. NFCASとCANは、項目や対応されていないニーズの概念が異なる。

CAN=Camberwell Assessment of Need
 CANSAS=Camberwell Assessment of Need Short Appr.
 CAN-EU=Camberwell Assessment of Need-European V
 LQoLP=Lancashire Quality of Life Profile
 VSSS=Verona Service Satisfaction Scale
 PNCQ=Perceived Need for Care Questionnaire
 NFCAS=MRC Needs for Care Assessment Schedule
 NFCAS-C=MRC Needs for Care Assessment-Community
 BPRS=Brief Psychiatric Rating Scale
 GAF=Global Assessment of Functioning
 DAS=Disability Assessment Schedule
 HoNOS=Health of the Nation Outcome Scale
 DISSA=Diagnostic Interview Schedule-Self-administered
 SCL-90=Symptom Checklist-90
 SAS-SR=Social Adjustment Scale-Self Report
 ESMS=European Service Mapping Schedule

Joska and Flisher (2005)によるレビューでは、オーストラリアやカナダにおける研究も数件取り上げられているものの、その多くはヨーロッパ諸国で実施された先行研究であった。それらを概観すると、ニーズ調査は、1980年代後半から活発に実施されてきたことが伺える。1980年代の調査では、精神障害者のニーズ評価のために初めて標準化された尺度、MRC Needs for Care Assessment(13-14頁を参照されたい)が使用されているが、その後、Camberwell Assessment of Need(CAN)(15-16頁を参照されたい)が開発されてからは、CANが主に使用されるようになってきたようである。いずれのニーズ評価尺度においても、ニーズを

「対応されていないニーズ(unmet needs)」と「対応されているニーズ(met needs)」に分けて評価している。また、精神障害者本人の思いを反映させる主観的ニーズ評価と、施設のスタッフ等が評価する客観的ニーズ評価の、双方の視点を取り入れた研究が進められており、それらの相違や共通点が整理されてきた。

引用文献

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.

Bradshaw, J. (1972) A taxonomy of social need, G. McLachlan ed. Problems and Progress in Medical Care-Essays on Current Research, Oxford University Press, 69-82.

Brewin, C. (2001) Measuring individual needs for care and services, G. Thornicroft ed. Measuring Mental Health Needs 2nd ed., Gaskell, 273-290.

Brewin, C.R., Sing, J.K. and Mangan, 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.

Carter, F.M., Crosby, C. and Geertshuis, S. et al. (1996) Developing reliability in client-centred mental health needs assessment, Journal of Mental Health, 5(3), 233-243.

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.

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。

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.

Marshall, M. (1994) How should we measure need? Concept and practice in the development of a standardized assessment schedule, Philosophy, Psychiatry and Psychology, 1(1), 27-36.

Marshall, M., Hogg, L.I. and Gath, D.H. et al. (1995) The Cardinal Needs Schedule-a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule, Psychological Medicine, 25, 605-617.

Maslow, A.H. (1970) Motivation and Personality, 2nd Ed., Harper & Row.
(=1987, 小口忠彦訳 『改定新版 人間性の心理学—モチベーションとパーソナリティ』 産業能率大学出版部.)

三浦文夫 (2000) 『社会福祉政策研究—福祉政策と福祉改革 増刷改訂版』 全国社会福祉協議会。

日本精神科病院協会 (2003)『精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書』日本精神科病院協会。

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 (2000) 「精神障害者の実態とニーズ」 蜂矢英彦・岡上和雄監修 『精神障害者リハビリテーション学』 金剛出版, 121-140.

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.

Phelan, M., Slade, M. and Thornicroft, G., et al. (1995) The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness, British Journal of Psychiatry, 167, 589-595.

Pryce, I.G., Griffiths, R.D. and Gentry, R.M. et al. (1993) How important is the assessment of social skills in current long-stay in-patients? British Journal

of Psychiatry, 162, 498-502.

精神障害者ケアガイドライン検討委員会（1998）『精神障害者ケアガイドライン』
厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課。

Slade, M. (1994) Needs Assessment-Involvement of staff and users will help to
meet needs, British Journal of Psychiatry, 165, 293-296.

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.

Stevens, A. and Gabbay, J. (1991) Needs assessment needs assessment,
Health Trends, 23, 20-23.

高橋清久・大島巖編著（2001）『改訂新版 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。

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。

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（I）全
国家族調査編 保健福祉研究所モノグラフ No5』全国精神障害者家族連合会。

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（II）全
国地域生活本人調査編 保健福祉研究所モノグラフ No6』全国精神障害者家
族連合会。

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（III）
全国入院・入所者調査編 保健福祉研究所モノグラフ No7』全国精神障害者家
族連合会。

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』全国精神障害者家族連合会。

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（I）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（II）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.

全国精神障害者家族連合会（1986）『日本の精神障害者と家族の生活実態白
書』全家連.

第 2 章 精神障害者の QOL

本章では、前章のニーズと同様に精神障害者の QOL に関する概念整理、および既存の評価尺度や先行研究を検討する。

1 節 QOL 概念の歴史と定義

1 項 QOL 概念の歴史

ここではまず、QOL 概念の歴史を概観する。古くはソクラテスが、「なによりも大切にすべきは、ただ生きることではなく、よく生きることである」と言ったという(武藤 1995:3; 武藤・今中 1993)。そして、我々が今日議論する QOL 概念の起源は、19 世紀の産業革命下のイギリスにあり、当時劣悪な環境下で仕事をしてきた炭坑労働者の QOL 改善の文脈において注目され始めたと言われている(武藤 1995:4; 武藤・今中 1993; 佐藤 2005)。その後、1970 年代には、先進国における経済成長による物質的豊かさの向上にともない、生活の豊かさの量的指標による判断ではなく、質的な評価に関心が高まっていった。また同時期に、保健医療の分野においても QOL が注目されるようになっていった(國方・三野 2003; 武藤 1995:4; 武藤・今中 1993; 佐藤 2005)。それは生命倫理において、それまでの延命医療のモデルに対して、生命の質を問う新たな挑戦となった。更に臨床技術の評価の側面からも QOL が論じられるようになった。慢性疾患やがんなどに対する医療技術の評価を、生存率等の量的指標で判定するだけでなく、患者の QOL を重視するとともに、QOL 向上を目指した医療資源配分への意識が高まっていった。

以上のような QOL への関心の高まりの理由を、佐藤は、以下の 4 つにまとめている。

- ① 医療の目標が単純な延命でなくよりよい生存へと変化し、完全治癒を望めない悪性腫瘍や変性・退行性疾患などの臨床現場において意思決定を助ける評価方法が必要となったこと
- ② 保健医療政策立案に際して、医療資源の効率的利用のために機能障害など

を含めた健康評価法が重要との認識が高まったこと

- ③ 患者中心の医療の重要性が認識され、情報開示を通じた自己決定権を尊重するなかで、患者の視点に立った医療評価が望まれるようになったこと
- ④ 疾病の治療から予防へという健康パラダイムの変化が、疾病前状態を含むきめ細かい健康状態の把握を必要としたこと(佐藤 2005:113)

医学雑誌上で初めて QOL という言葉が使用されたのは、移植医療に関する「医学と QOL (“Medicine and the quality of life”）」という論説で、1966年に J. R. Elkinton が *Annals of Internal Medicine* に発表したと言われている(Katschnig 1997:12; Katschnig 2000)。また当時 QOL 評価尺度とは呼ばれていなかったが、1949年に、がん患者の自覚症状や身体的機能の状態を評価する尺度が開発され、今日の QOL 評価尺度につながるものであったとのことである(武藤 1995:4)。その後、1970年頃から、各疾患別の臨床試験のために使用される QOL 評価尺度が開発されていった言う。

なお、精神医学分野における QOL の評価も、1970年頃から実施されるようになっていったが、この分野の QOL 評価については、本章 2 節で述べることにする。

2 項 QOL 概念および定義

次に、現代における QOL の概念・定義を整理する。

QOL の概念や定義へのコンセンサスは得られておらず、それらはいまいである多くの研究者の間で議論されてきた(福原 2001:2; Kuehner 2002; Shumaker 1990; 塚原 1999)。その理由として、福原(2001:2)は、初期の QOL 研究は末期癌の患者を対象としてものが多く、末期癌の患者に対する診療や、QOL 研究とそこで重視される構成概念は特殊なもので、他の慢性疾患を持つ患者を対象とした研究に応用することが困難だったことが考えられると述べている。これまで様々な方法で QOL の概念化が試みられてきたものの、QOL の構成要素やそれへの影響因子に関して、研究者の間で一致した意見が出されていない(Shumaker, et al. 1990:93)。

WHO/QOL は、QOL の定義を「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標

や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」とし、QOLの構成領域を身体的、心理的、自立のレベル、社会関係、信念、生活環境、の6つの側面に及ぶ概念として設定している(田崎・中根 1997b:4)。

Schipper ら(1990:17)は、上記 WHO の健康定義である「単に疾患や障害がないだけでなく、身体的・精神的・社会的にまったく健全な状態」を基礎に、『QOL』は、疾患とそれにひきつづく治療の患者に対する機能的な影響を、患者が感じるものとして表現したものである。4つの主要な領域、すなわち身体的および職業上の機能、心理学的状態、社会的相互関係、および自覚症状が、全体的な影響をもたらす」と定義している。

Shumaker ら(1990:94)は、「QOL は個人の全般的な生活の満足度や一般的幸福感として定義されている」とし、QOL は、認知的、社会的、身体的、情緒的機能、個人生産性、親密さ、の6つの次元で成り立っているとしている。

QOL の定義付けに統一見解が見いだされていないなか、Schipper らは、QOL パラダイムの特性として、「QOL の指標は多因子的であること、患者自身による回答に基づくものであること、数値は時間とともに変化すること、そして主観的であること」の4つを挙げている(Schipper, et al. 1990:20)。

さて前述のように、医学分野においては患者の主観的安寧や満足度が主流となっている。しかしながら精神医学の分野では、この患者の主観的安寧は精神医学の課題であり、精神病理と密接に関係しており、身体疾患用に考案された QOL 概念や評価法を精神疾患に適用する際に微妙な問題が生じると言われている(Katschnig 1997:3)。そこで、次節では精神障害者の主観的 QOL 評価をめぐる議論を中心に検討することとしたい。

2 節 精神科領域における QOL 評価

精神医学分野における QOL は、一般医療分野と同じくして、1980 年代初頭からその理論構築が試み始められたと言う(Angermeyer and Kilian 1997:17)。医療における QOL 評価は、患者の主観的な評価に焦点を当てているが、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 1997:7)。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が挙げられている。また、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あるとも言われている。Katschnig(1997:8)は、それら「精神病理学的誤信(psychopathological fallacy)」と呼ばれるものには、「情動誤信(affective fallacy)」、「認知誤信(cognitive fallacy)」、「現実歪曲誤信(reality distortion fallacy)」の3つがあるとまとめている。その中でも「情動誤信」は最も重要とされ、生活への満足度は、その評価時点での個人の情動で判断されるため、躁状態やうつ状態は主観的QOLの誤った評価に導く危険性を示しているとしている。「現実歪曲誤信」は、妄想や幻覚によるQOLの誤った評価のことを言い、「認知誤信」は認知症や知的障害のように、自らの生活状況を知的に評価できない者による誤った評価のことを指す。このような理由から、患者自身の視点も取り入れるべきであるとされつつも、他者による評価もきわめて重要であると主張されている。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というような、「基準移動誤信」も生じる可能性があると言われている(Katschnig 1997:12)。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、構造化面接により慢性精神科患者の主観的QOLを評価した結果、慢性精神科患者本人の主観的QOLの回答は統計的に信頼性があると言っている(ただしLehmanは、同時に、精神疾患患者のQOL評価の妥当性に懸念を示し、注意を喚起している)。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ら(2002)の研究では、うつ病患者は自らのQOLに関して、全ての生活領域において常に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と結論

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かもし出されているが、先行研究等により主観的 QOL 評価の一定の価値が示されていることから、本研究では、障害者本人の主観的 QOL を重視して研究を実施することとした。また主観的 QOL に着目して研究を進めるもうひとつの大きな理由は、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と言われているところにある(Katschnig 1997:5-6)。また、筆者が、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からである。更に、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と考える。

3 節 QOL 評価尺度

本節では、これまでに開発されてきた多様な QOL 評価尺度に関して、その特徴と信頼性・妥当性等のレビューを行う。

保健医療領域におけるアウトカム研究等で主に用いられる QOL 評価尺度は、健康関連 QOL と呼ばれ、これは選好に基づく尺度とプロフィール型尺度に分類されている(福原・鈴嶋 2001:32)。またプロフィール型尺度は症状インデックス尺度、包括的尺度、疾患特異的尺度の 3 つに分類される。

選好に基づく尺度で日本語版の利用が可能な尺度として EuroQol(EQ-5D)や Health Utilities Index(HUI)などがあり、選好に基づく尺度では、効用値とよば

れる単一の数値を算出するため、質問の回答を効用値に換算する換算表が用意されている(池田・池上 2001:14)。プロフィール型尺度は、QOLに含まれる様々な領域を1つにまとめずに多次元で表現する(福原・鈴嶋 2001:32)。また、包括的尺度は、特定の疾患を有する人から一般的に健常者といわれる人までの健康関連 QOL を評価することができ、疾病特異的尺度は、特定の疾患を有する人の QOL を測定する尺度である。

ここで、包括的尺度として日本語版が作成されている代表的なものとして、WHO/QOL および Medical Outcome Study Short Form 36 Health Survey、また精神疾患一般あるいは統合失調症という疾患を有する人を対象とした疾患特異的尺度のうち、日本語の利用が可能な尺度の主たるものとして、生活満足度尺度、Quality of Life Scale、Japanese-language version of Schizophrenia Quality of Life Scale について以下に整理した。

1 項 WHO/QOL

WHO は、国際比較可能な QOL 尺度の開発を目的として、各国の専門家を招き、生活における評価領域と質問方法を議論した(田崎・中根 1997b:5)。そして、QOL は、治療や疾患ゆえの特殊な状況、あるいは個別的な状況を超え、あらゆる国や文化圏の人々に共通する普遍的なものであるという合意を得て、その定義を WHO の健康の定義にそって定義づけた(33-34 頁を参照されたい)。

尺度開発にあたり、予備試行調査の段階では調査票の質問数は 313 項目におよんでいたが、その後、信頼性・妥当性等の検討を経て 100 項目に絞り込まれた(田崎・中根 1997b:7-13)。これが基本調査票と呼ばれる WHO/QOL-100 である。更に、この WHO/QOL-100 の利用範囲の拡大を目的として、短縮版を作成する必要があるとされ、統計的な検討を加えて WHO/QOL-26 が誕生した。そして調査・分析の結果、最終的に、WHO/QOL-26 は基本調査票と 0.9 前後の相関が認められたほか、高い弁別妥当性と内的妥当性、テスト・再テスト信頼性が確立された。WHO/QOL-26 は世界各地で翻訳されフィールドトライアルが実施されている。日本語にも翻訳され、その調査票(田崎・中根 1997a)および手引書(田崎・中根 1997b)が出版されている。

2 項 Medical Outcome Study Short Form 36 Health Survey

Medical Outcome Study Short Form 36 Health Survey (SF-36)は、1980年代にアメリカで実施されたアウトカム研究(Medical Outcome Study)のなかで開発された健康関連 QOL 尺度である(福原・鈴鴨 2005)。この尺度は、①身体機能、②日常役割機能(身体)、③体の痛み、④全体的健康感、⑤活力、⑥社会生活機能、⑦日常役割機能(精神)、⑧心の健康、の下位尺度を測定する。日本語版は Fukuhara ら(1998a; 1998b)によって翻訳され、その信頼性と妥当性が確認されている。

1996年にバージョン 2 である、SF-36v2 が公開され、その日本語版マニュアルは 2004 年に出版された(福原・鈴鴨 2005)。SF-36v1 から SF-36v2 への変更点は、①説明文と項目の表現を改善、②質問と回答選択肢のレイアウトを改善、③言語表現の曖昧さや偏りを最小限に改善、④2つの日常役割機能尺度の7項目の回答選択肢を、2件法から5段階評定法に変更、の4点であり、また国民標準値に基づいたスコアリングが採用されたことで、8つの下位尺度と身体的健康・精神的健康のサマリースコアを SF-12 や SF-8(36項目は大規模疫学調査では長すぎ、もっと簡潔な調査票の要望に応じるため、SF-36の短縮版である SF-8も開発され日本語版も出版されている(福原 2005))といった他の短縮版の結果や、SF-36v1の結果との比較が可能となった(福原・鈴鴨 2005:7)。

SF-36v2の検証については、一般住民を対象に SF-36v1 と SF-36v2 のどちらかを無作為に割り振り、信頼性および妥当性の確認が実施された(福原・鈴鴨 2005:41-51)。内的整合性を示す α 係数は 0.7 以上あり、収束的妥当性は 0.40 以上の相関が認められ、また弁別的妥当性も十分であった。更に、因子構造も v1 と同じく 2 因子構造が認められ、どちらも分散の 55% 以上が説明されたという。

また、日本の精神障害者における SF-36v1 の有用性が、瀬戸屋ら(2000)により、精神科病院を退院した 190 人を対象に検討された。その結果は、信頼性は下位尺度の α 係数が 0.66~0.93(平均 0.80)の値を示し、構成概念妥当性も一定の値を得られたと報告されている。

3 項 生活満足度尺度

角谷(1995)は、精神障害者の QOL を評価するための尺度として、生活満足度スケールを開発した。この尺度は、身体的機能、環境、社会生活技能、対人交流、

心理的機能の 5 領域計 30 項目と生活全般の満足度を問う 1 項目から構成されている。評価は「非常に不満」から「大変満足」の 7 段階とし、障害者が回答しやすいように、評価者は質問紙を読み上げ、対象者には「非常に不満」から「大変満足」までの各段階に応じた顔の表情が描かれたフェイススケールをみて回答してもらう。尺度の信頼性については、再テスト法による信頼性検討において高い相関($r=0.89$)を示し、内的整合性を示す α 係数($\alpha=0.876$)も高い値を示した。また外的基準である Life Satisfaction Index との相関も $r=0.75$ と十分あり、構成概念妥当性も検討された。

4 項 Quality of Life Scale

Quality of Life Scale(QLS)は、アメリカの Heinrichs、Carter、Hanlon の 3 名により 1980 年に開発された、統合失調症の欠損症状(「持続して存在する陰性症状」)とそれがももとなる機能低下を評価する QOL 尺度である(宮田・藤井 2001:1)。評価には、トレーニングを受けた臨床家が半構造化面接を実施する。評価の対象者は統合失調症の非入院患者である。評価項目は、「対人関係と社会的ネットワーク」「仕事・学校・家事などの役割遂行」「精神内界の基礎」「一般的所持品と活動」の 4 因子からなる 21 項目である(宮田・藤井 2001:2)。QLS の開発に関与していない臨床家による評価者間信頼性は、4 因子および総得点の級内相関係数は 0.84-0.94 で良好であった(宮田・藤井 2001:8)。また構成概念の妥当性も検証されている。

日本語版の QLS は、宮田・藤井によって翻訳され、その信頼性と妥当性が確認されている(宮田・藤井 2001:v, 63-67)。信頼性の検討は、評価者間信頼性と一般評価者による信頼性が確認されており、どちらの結果も良好な前後一致率が認められた。また、因子妥当性と併存妥当性が確かめられている。因子妥当性の検討では、尺度の原作者である Heinrichs らのオリジナルデータによる因子構造とほぼ同じ結果が得られたという。併存的妥当性の確認のために、QLS と BPRS、WHO/QOL-26、生活満足度スケールの関連性が検証され、BPRS とは関連性が認められたが、主観的 QOL を評価する WHO/QOL-26 や生活満足度スケールとは、関連性がほとんど認められなかった。宮田・藤井はこれに関して、主観的 QOL は個人の価値観を反映するため、客観的 QOL 尺度である QLS と関連性に乏しい

のであろうという考察を加えている。

5 項 Japanese-language version of Schizophrenia Quality of Life Scale

統合失調症を持つ人を対象とした、簡便な自己報告式の QOL 評価尺度として Wilkinson ら(2000)が Schizophrenia Quality of Life Scale(SQLS)を開発した。SQLS は 30 項目で構成されており、3 つのスケール(心理社会的、モチベーション・エネルギー、症状・副作用)で評価される。内的整合性と構成概念妥当性も検証され、信頼性・妥当性が確立している。

日本語版の SQLS である Japanese-language version of Schizophrenia Quality of Life Scale(JSQLS)は、Kaneda ら(2002)により作成され、その信頼性および妥当性も確立している。信頼性分析のための因子分析の結果、55.8%の累積寄与率が得られた。信頼性(内部一貫性)を検証する Cronbach α 係数は、3 つのスケールで 0.93,0.73,0.80 だった。総合点と項目間の相関もほぼ有意に相関があった。また外的基準として評価した SF-36、WHOQOL26、DIEPSS との相関からも妥当性が実証されたと報告されている。

4 節 精神障害者の QOL に関する国内の先行研究

精神障害者の QOL に関する国内の先行研究のレビューを実施した。文献の検索には、医中誌(注)の検索機能を利用して、「生活の質」、「精神障害」をキーワードに 1983 年から 2006 年までの原著論文を検索し、関連する文献のうち定量的研究が実施されているものを主に検討した。またこの分野に精通する研究者と筆者との個人的な情報交換をもとに、その他の論文や研究報告書等にもあたり、文献の入手が可能な限りそれらのレビューも行った。また、必要に応じて、前記の方法で得られた論文中で引用されている論文も検討した。これらの文献のうち、介入研究のアウトカム指標として QOL 評価を使用した研究の多くが薬物療法(特に非定型抗精神病薬の薬効)に関する研究であるが、心理社会的介入プログラム等の効果検討も見受けられる。QOL への影響因子の同定に関する研究では、疾病関連因子、属性因子、心理的因子、環境要因の 4 つに大別することができた。また、精神障害者の客観的 QOL と主観的 QOL についての議論も若干ではあるが展開さ

れている。そこで以下、これらの分類をもとにした国内の文献レビュー結果をまとめると。

(注) 特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会が提供するデータベースで、国内で発行されている医学、歯学、薬学、および関連領域の文献検索が可能である。
<http://www.jamas.gr.jp/>

1 項 介入研究のアウトカム指標としての QOL 評価

統合失調症の治療目標は、①症状コントロール、②再発予防、③QOLの維持・向上、であり、その中でも薬物療法は重要である(圓口・ほか 2006)。日本では1996年に risperidone、2001年に perospirone、quetiapine、そして olanzapine の市販が開始され、治療に使用する薬剤の幅が広がっただけでなく、これまでの定型抗精神病薬から非定型抗精神病薬が中心に使われるようになってきた。しかし、統合失調症患者に対する薬物療法と QOL に関する研究において、QOL を客観的尺度を評価指標として用いた研究はわが国ではまだ数少ないと言われている。

ここで整理した先行研究は、非定型抗精神病薬の導入あるいは定型抗精神病薬から非定型への switching の効果検討に関するものである。それらの先行研究を概観すると、非定型精神病薬の導入は、客観的 QOL 評価に有意な改善が認められ(圓口・ほか 2006; 藤井・ほか 2000)、switching の効果検討においても、客観的 QOL や主観的 QOL に有意な改善が認められている(平野・ほか 2004; 兼田・ほか 2004)。

国内の介入研究では、薬物療法関連以外の先行研究に、熊谷ら(2003)の「地域生活への再参加プログラム」(注1)の有効性と安全性の検証や ACT-J(注2)のアウトカム研究(西尾・ほか 2006)や QOL 研究(堀内・ほか 2006)がある。「地域生活への再参加プログラム」による介入における QOL 評価(熊谷・ほか 2003)は、プログラムの安全性の検証が目的で、「QOL の低下がない」ことを仮説として検証した研究であった。その結果、介入前後で QOL は有意に変化がなく、プログラムの安全性が実証された。

(注1) 地域生活への再参加プログラムとは、精神障害者の再発予防と自立生活のための技能の向上を目的とし、認知行動療法の技法を使って、Lieberman らが開発したプログラム(Social and Independent Living Skills)で、その一部は日本語版も作成されている(Lieberman 1986)。

(注 2) ACTとは Assertive Community Treatment(包括型地域生活支援プログラム)の略である。精神障害者の、入院中心から地域生活中心への移行にあたって、高い評価を受けている援助方法であり、本邦では国立精神・神経センター国府台地区においてモデル実践が行われている(西尾・ほか 2006)。

ACT-Jにおけるアウトカム研究(西尾・ほか 2006)では、ベースラインと退院 1年後の比較では、生活全般満足度が若干上昇していた。今後、ACTの効果検討を更に厳密に実施するため、コントロール群を設定した比較研究など、さらなる研究の重要性が提唱されている。前記のアウトカム研究結果と同じ報告書で報告されているACT-JのQOL研究(堀内・ほか 2006)は、ACT-Jによる介入によりQOLの低下が認められないという仮説の実証が目的であった。QOLは客観的および主観的側面を評価し、介入前後でほぼ満足度は高かったが、主観的QOLの評価では家族関係の満足度のみが有意に低下していた。堀内ら(2006)は、家族関係の満足度低下について、地域生活における自立という肯定的な面として検討している一方、ACT介入による家族関係の緊張の高まりに対して慎重になるべきだと考えている。

2 項 疾患関連の影響因子

統合失調症患者の症状とQOLの関係においては、多くの先行研究がその関連性を示唆している。主観的QOLとGAS(Global Assessment Scale:全体的評定尺度)(注)との間に有意な相関が見られなかった研究(今村・ほか 2003)もあるが、岩脇ら(2004)、松下ら(2004)、鈴木ら(2001)、塚原(1999)の研究では、主観的QOLと精神症状に有意な相関が認められた。特に、不安症状や抑うつ症状の有無がQOLに有意に影響するとされている(鈴木・ほか 2001; 塚原 1999; 友竹・ほか 2004)。さらに、陰性症状より陽性症状の方が主観的QOLに影響があり、高度の陰性症状は主観的QOLを著しく低めていなかった(塚原 1999)。一方、客観的QOLは陰性症状の影響を受けていた(友竹・ほか 2004)。

(注) GASは、Luborskyにより作成された健康-病気評定尺度を、Spitzerらが改訂した尺度で、GASの改変版がGAF(61-63頁を参照)である(American Psychiatric Association 2000:48)。

慢性統合失調症患者で慢性身体合併症を有する群(27名)と身体合併症を有さな

い群(22名)の客観的 QOL の評価では、QOL は両群ともに一般と比較すると低い数値を示し、慢性身体合併症を有する群は有さない群に比べて QOL が低かった(黒沢 1998)。また長嶺(2003)は、有害事象としての麻痺性イレウスの有無と主観的 QOL、主観的有害事象(抗精神病薬に対する患者の不快感)と主観的 QOL について検討したところ、イレウス群と非イレウス群では QOL に有意差はなかったが、主観的有害事象(便が出にくい、喉が渇く、体重が増えたなど)の数と QOL スコアとは、有意な負の相関が認められた。

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(塚原 1999)。寿喜田(2001)は、長期在院患者の生活満足度として、3年以上の長期在院患者の生活満足度を検討したところ、生活環境に対する満足度が最も高く(その他、健康状態、日常生活行動、対人行動・対人交流、自己評価も高い傾向にあった)、中でも安全性の満足度が高かった。一方、罹病期間や入院期間と主観的 QOL に有意な関係が認められなかった研究(今村・ほか 2003)や、主観的 QOL と総入院期間に負の相関が見られた研究(片山・ほか 2003)もある。

3 項 属性と QOL

QOL の性差は、全般的 QOL の差よりも各評価領域の違いが強調されている。生活満足度スケールで評価した QOL は性別による差はなかったが、女性は、承認欲求、愛情欲求、対人関係で男性より満足度が高かった(塚原 1999)。片山ら(2003)の研究では、男性の方が「安全・平和」「自由・プライバシー」「社会資源の利用」において生活満足度が高かった。全般的 QOL では、統合失調症外来患者である男性の主観的 QOL が有意に悪かったが、精神症状も男性の方が重篤で、同研究では症状が重いほど QOL が悪いという結果を得ていることから、男性の QOL の低さは精神症状の悪さと関係あるのではないかと岩脇らは考察している(岩脇・ほか 2004)。今村ら(2003)の研究では、主観的 QOL は男性より女性の方が得点が高かった。生活困難感を主観的 QOL として調査した研究では、生活全般の困難感は症状や年齢をコントロールしたところ、性差は影響していなかった(鈴木・ほか 2001)。

学歴の影響に関しては、生活満足度スケールにおける「役割達成水準」「充実感、生き甲斐」「喜び・楽しみ」は、低学歴群で満足度が高く、高学歴群で不満が大き

く、就労状況も主観的 QOL に有意に影響していた(塚原 1999)。また同研究では、配偶者の有無で主観的 QOL に有意差があった。

4 項 心理的因子および環境要因

國方ら(2006)は、デイケアの通所者を対象に、自尊感情と WHO/QOL との双方向の関係、抑うつと自尊感情の双方向の関係、非協調性と自尊感情との双方向の関係性について、共分散構造分析を使用してモデルの検証を実施した。その結果、モデルの適合度は良好であり、中でも有意な効果を示したのは、自尊感情と WHO/QOL の因果関係であった。

環境面と QOL の関係を検討した研究では以下の結果が報告されている。単身以外の群で生活満足度が高かったのは、「生活全般」「住居・居住環境」で、単身群が高かったのは、「自己信頼・自己決定」だった(片山・ほか 2003)。また、親と同居している人は主観的 QOL が有意に悪かった(岩脇・ほか 2004)。療養環境では、福祉施設入居者群と入院患者群の間に QOL に差は認められなかった(今村・ほか 2003)。ソーシャルサポートと QOL の関係では、ソーシャルサポートが多いほど QOL は高かった(片山・ほか 2003)。

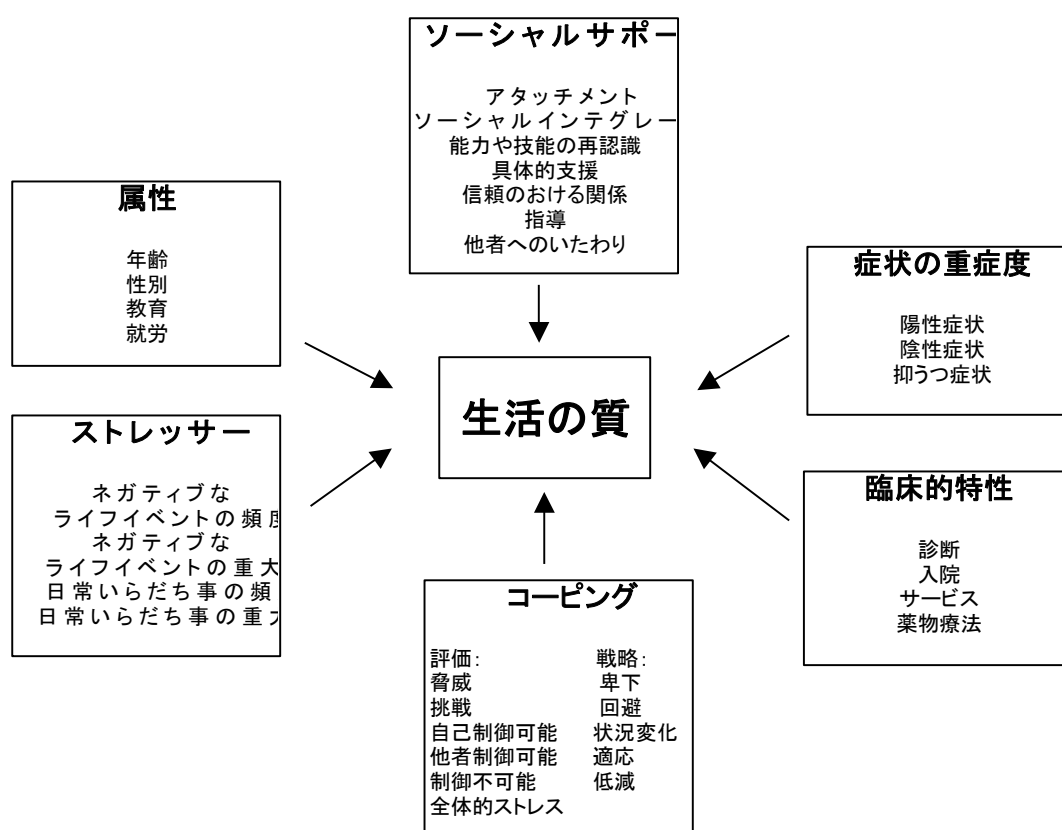
以上のように、QOL の影響因子に関する見解は必ずしも一致していない。QOL の指標として、客観的 QOL には QLS が使用されているが、主観的 QOL の評価には WHO/QOL、Japanese-language version of Schizophrenia Quality of Life Scale、生活満足度スケールが主に使われており、異なるスケールを用いた研究結果を単純に比較するのは困難である。しかし、症状や入院期間と QOL との関係性のよう、いくつかの先行研究で類似した結果を得ている QOL 影響因子も存在することから、本研究の仮説には、このよう先行研究の成果を考慮して研究を進めたいと考える。

5 節 精神障害者の QOL に関する海外の先行研究

欧米での精神障害者の QOL に関する研究は 1980 年代初めに始まった(Lambert and Naber 2004; 塚原 1999)。脱施設化で多くの精神障害者が地域に

再定住するようになり、地域ケアのサービスやプログラムのアウトカム評価として QOL が広く使われるようになり、また新薬による薬物療法の評価においても QOL が用いられてきた(Caron, et al. 2005; Lambert and Naber 2004)。しかしながら、メンタルヘルスのサービスに加え、精神障害者の QOL に影響を与える因子は、個人的、社会的なものを含め多数存在すると考えられる(Caron, et al. 2005)(図 2-5-1)。ここでは、Bobes ら(1997:141-147)、Caron ら(2005)、Lambert ら(2004)が実施した、統合失調症患者の QOL への影響因子に関する先行研究のレビューを整理することとした。

図 2-5-1 統合失調症患者の QOL に影響する予測因子(Caron 2005:404)



1 項 治療のアウトカム指標としての QOL

非定型抗精神病薬の効果を検証するための、QOL を従属変数とした治験が多く実施されており、Lambert and Naber(2004)は、それらの研究結果、一般的に、

非定型抗精神病薬は定型抗精神病薬にくらべ、患者の QOL を高めると結論付けられるようだと考察している。しかしながら、オランザピンがハロペリドールよりコンプライアンスや QOL の面で勝っているという結果を得なかった研究もあるため、Lambert and Naber(2004)は前記のような一般化には注意を喚起している。

また、地域社会支援プログラムに参加している者は、入院患者より QOL が高いという結果が出ている(Bobes, et al. 1997:141)。

2 項 疾患関連要因

統合失調症患者の QOL は、一般人口および他の精神疾患患者より低い傾向にあると言われている(Bobes, et al.1997:141)。

多くの研究結果において、QOL と精神症状の重篤度は負の相関があると結論付けられている(Bobes, et al.1997:141; Lambert and Naber 2004)。特に抑うつ症状(Caron, et al. 2005; Lambert and Naber 2004)や不安症状(Lambert and Naber 2004)、陰性症状(Bobes, et al.1997:141)が QOL とより強い負の相関があることがいくつかの研究で認められている。研究によっては、QOL と陽性症状の関係性は認められていないが、陽性症状の中でも妄想や現実歪曲などの症状は QOL と負の関係があると結論付けている研究もある(Lambert and Naber 2004)。また慢性例ほど QOL が低い(Bobes, et al.1997:141)、妄想型統合失調症は QOL が低い、若年での初回入院が長期的予後においてネガティブな適応を示すと結論づけた研究もある(Caron, et al. 2005)。

認知障害と QOL との関係については、全く関係がないあるいは相関は弱いという研究結果もあれば、実行機能障害は QOL の低下に有意に関係しているという結果を得た研究もある(Lambert and Naber 2004)。

錐体外路系症状、体重増加、鎮静、性機能障害などの副作用と QOL の低下との関連を示している研究もある(Lambert and Naber 2004)。また副作用の少ない薬物療法と精神療法を併用して受けている患者では QOL が改善するとも言われている(Bobes, et al.1997:141)。

3 項 属性と QOL

若年層、女性、既婚者、教育水準の低いほうが、QOLが高いという結果が得られている(Bobes, et al.1997:141)が、Caronら(2005)によれば、年齢が高いほどQOLが高い、性別はQOLと関係がない、若年層男性は女性よりQOLが高い、あるいは領域により男性と女性の満足度が異なるといった研究結果もあると言われている。また教育水準が高い、あるいは収入が多いほどQOLが高いという結果を得ている研究もあるという。

4 項 心理的・社会的要因

心理的苦痛はQOLを予測するのに妥当だと考えられている(Lambert and Naber 2004)。また、QOLは精神症状およびストレス要因と保護的因子(ソーシャルサポートやコーピングなど)の相互作用がQOLに影響すると結論付けている研究もある(Caron, et al. 2005; Lambert and Naber 2004)。具体的には、より高いQOLの予測因子として、肯定的な自己認識や高い自尊感情が挙げられている(Lambert and Naber 2004)。またソーシャルサポートも同じくより高いQOLの予測因子といわれている。

人格特性とQOLとの関係性を検討した研究は少ないが、危害回避の度合いが低い、新しいものへの探究心が強い、自己志向型であることがQOLの高さと関係しているとも言われている(Lambert and Naber 2004)。

ほとんどの研究で洞察力に欠けた者を対象外として研究を実施しているため、そのQOLへの影響力については不透明であるが、洞察力が弱い患者ほどQOLが低いという結果を得ている研究もある(Lambert and Naber 2004)。また、治療を受け入れる姿勢とQOLは、治療のアドヒアランスや満足度を媒介して関係していると考えられる。

欧米でのQOL研究結果とわが国のものと、類似している点があくつか見受けられる。例えば抑うつ症状や不安症状とQOLとの関係や非定型抗精神病薬の効果、ソーシャルサポートや自尊感情のQOLへの影響などがあげられる。しかし、方法論や文化的背景等の相違があることから、これらの結果を比較するには注意が必要である。

引用文献

- 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.)
- Angermeyer, M.C. and Kilian, R. (1997) 「精神疾患のための QOL の理論モデル」 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, 18-25.)
- Bobes, J. and González, M. (1997) 「精神分裂病における QOL」 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, 137-147.)
- 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.
- 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 QOL を含んだ多様な治療成果の検討」『臨床精神薬理』3, 1083-1096.
- 福原俊一 (2001) 「いまなぜ QOL かー患者立脚型アウトカムとしての位置づけ」池上直己・福原俊一・下妻晃二郎・ほか編『臨床のための QOL 評価ハンドブック』医学書院, 2-7.
- 福原俊一 (2005) 「健康関連 QOL 尺度ーSF-8 と SF36」『医学のあゆみ』213(2), 133-136.
- 福原俊一・鈴鴨よしみ (2001) 「健康プロファイル型尺度(SF-36 を中心に)」池上直己・福原俊一・下妻晃二郎・ほか編『臨床のための QOL 評価ハンドブック』医学書院, 32-42.

- 福原俊一・鈴嶋よしみ (2005) 『健康関連 QOL 尺度 SF-36v2TM 日本語版マニュアル』健康医療評価研究機構.
- Fukuhara, S., Bito, S. and Green, J., et al. (1998a) Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan, Journal of Clinical Epidemiology, 51(11), 1037-1044.
- Fukuhara, S., Ware, J.E. and Kosinski, M., et al. (1998b) Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey, Journal of Clinical Epidemiology, 51(11), 1045-1053.
- 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.
- 平野羊嗣・土本利架子・鬼塚俊明・ほか (2004) 「急性期統合失調症治療における多剤大量薬物療法から olanzapine による単剤治療への切り換えについて」『臨床精神薬理』4, 643-654.
- 堀内健太郎・伊藤順一郎・西尾雅明・ほか (2006) 「ACT-J パイロット研究対象者における Quality of Life に関する研究」伊藤順一郎『重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究－平成 17 年度総括・分担研究報告書』(厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業) 国立精神・神経センター精神保健研究所, 27-36.
- 池田俊也・池上直己 (2001) 「選好に基づく尺度(EQ-5D を中心に)」池上直己・福原俊一・下妻晃二郎・ほか編『臨床のための QOL 評価ハンドブック』医学書院, 14-18.
- 今村芳博・田川安浩・福田英二・ほか(2003) 「慢性期統合失調症の陰性症状と QOL」『九州神経精神医学』49(3-4), 148-159.
- 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.
- 角谷慶子 (1995) 「精神障害者における QOL 測定の試み－生活満足度スケールの開発」『京府医大誌』104(12), 1413-1424.
- Kaneda, Y., Imakura, A. and Fujii, A., et al. (2002) Schizophrenia Quality of Life Scale: validation of the Japanese version, Psychiatry Research, 113,

107-113.

兼田康宏・河村一郎・藤井哲・ほか (2004) 「定型抗精神病薬から非定型抗精神病薬へのスイッチングが統合失調症患者の QOL 及び性腺機能に及ぼす影響」『臨床精神薬理』 7, 483-492.

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」『日本看護研究会雑誌』 26(1), 147-161.

Katschnig, H. (1997) 「精神医学における QOL 概念の有用性」 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.)

Katschnig, H. (2000) Schizophrenia and quality of life, Acta Psychiatrica Scandinavica, 102(suppl. 407), 33-37.

Kuehner, C. (2002) Subjective quality of life: validity issues with depressed patients, Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 62-70.

熊谷直樹・安西信雄・池淵恵美(2003) 「統合失調症圏在院患者に対する『地域生活への再参加プログラム』の無作為割付効果研究－疾病自己管理の知識の獲得を中心に」『精神神経学雑誌』 105, 1514-1531.

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.

黒沢美枝 (1998) 「慢性分裂病患者の QOL に対する慢性身体合併症の影響－医学哲学的観点からの考察」『Japanese Journal of General Hospital Psychiatry』 10(2), 108-117.

Lambert, M. and Naber, D. (2004) Current issues in schizophrenia: Overview of patients acceptability, functioning capacity and quality of life, CNS Drugs, 18(suppl. 2), 5-17.

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.
- Liberman, L.P. (1986) Social and Independent Living Skills, Psychiatric Rehabilitation Consultants, 5 vols. (=1994, 安西信雄・池淵恵美総監修 『自立生活技能(SILS)プログラム日本語版』丸善, 5巻.)
- 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.
- 宮田量治・藤井康男訳・解説(2001)『増補改訂 クオリティ・オブ・ライフ評価尺度—解説と利用の手引き』星和書店.
- 武藤正樹 (1995) 「QOL の概念の歴史と構造」大塚俊男・武藤正樹・萬代隆・ほか 『QOL の概念に関する研究—平成 6 年度健康・体力づくり財団健康情報研究事業報告書』(健康・体力づくり事業財団),3-7.
- 武藤正樹・今中雄一 (1993) 「QOL の概念とその評価方法について」『老年精神医学雑誌』4(9), 969-975.
- 長嶺敬彦 (2003) 「統合失調症の有害事象からみた QOL」『日本医事新報』4149, 23-26.
- 西尾雅明・伊藤順一郎・大島巖・ほか (2006) 「パイロット・アウトカム研究」伊藤順一郎 『重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究—平成 17 年度総括・分担研究報告書』(厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業) 国立精神・神経センター精神保健研究所, 15-21.
- 佐藤元 (2005) 「医療分野における生活の質(QOL)測定」『医学のあゆみ』213(2), 113-117.
- Schipper, H., Clinch, J. and Powell, V. (1990) 「定義と概念上の問題」 B. Spilker ed. Quality of Life Assessments in Clinical Trials, Raven.(=1993, 萬代隆監訳 『Quality of Life 臨床研究における評価』丸善プラネット, 12-25.)
- 瀬戸屋雄太郎・長沼洋一・立森久照・ほか(2000) 「精神科退院患者における多次元 QOL 尺度 SF-36 日本語版の有用性の検討」『臨床精神医学』29(2), 185-192.
- Shumaker, S.A., Anderson, R.T. and Czajkowski, S, M.(1990) 「心理テストと評価尺度」 B. Spilker ed. Quality of Life Assessments in Clinical Trials,

- Raven.(=1993, 萬代隆監訳『Quality of Life 臨床研究における評価』 丸善ブ
ラネット, 93-111.)
- 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.
- 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
ー困難感を指標に用いた検討」『北里医学』 31, 309-318.
- 夢喜田恵子 (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 (1997a)『日本語版 WHOQOL26』 金子書房.
- 田崎美弥子・中根允文(1997b)『WHOQOL26・手引』 金子書房.
- 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.
- 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.
- Wilkinson, G., Hesdon, B. and Wild, D., et al. (2000) Self-report quality of life
measure for people with schizophrenia: the SQLS, British Journal of
Psychiatry, 177, 42-46.

第 3 章 精神障害者のニーズと QOL との関係性 — 欧米の先行研究

精神障害者の主観的ニーズ(障害者本人の視点で評価された自分自身のニーズ)および客観的ニーズ(施設スタッフ等が評価する対象障害者のニーズ)と、主観的 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。客観的および主観的に評価されたニーズと主観的 QOL との関係性をめぐる仮説に、症状評価や機能評価、サービス満足度などの他の評価をも加味して調査した研究は、これまでにわが国では実施されていない。そのため、本研究では、これらの領域に関連した欧米の先行研究をレビューすることとした。

ここで取り上げる文献は、まず検索ガイドである PubMed を利用して、「needs」、「quality of life」、「mentally ill」をキーワードとして検索し関連する文献を選出した。次に、それらの文献中に引用されているもののうち関連するものを抽出した(必要に応じて、更にその文献における引用文献を参照した)。それらの筆頭著者、年号、調査対象(調査実施都市(国)、対象者)、対象者数、使用尺度、主な結果を整理したものが表 3-1-1 である。

表 3-1-1 欧米におけるニーズと QOL との関係性についての先行研究

first author, 年	対象	対象者数	使用尺度	主な結果
Bengtsson -Tops 1999	Malmö, Sweden 統合失調症 外来患者	120	CAN, LQOLP, BPRS, GAF	<ul style="list-style-type: none"> * 半数以上の対象者が二ードありとした項目は、精神症状、日中活動、仲間、身体的健康、状態や治療に関する情報だった。 * 対応されていないニーズで多かったのは、情報、仲間、密接な関係、身体的健康、日中活動、心理的ストレスだった。 * 症状をコントロールした上で、主観的QOLに影響していたニーズ因子は、仲間、心理的ストレス、日中活動、性的表現で、主観的QOLの低下につながっていた。
Bengtsson -Tops 2003	Malmö, Sweden 統合失調 外来患者	76	LQOL, CAN, ISSI BPRS, GAF, two interviews	<ul style="list-style-type: none"> * 精神科外来ケアチームによる介入を受けている対象者への縦断研究で、追跡期間において、精神症状やニーズが減少し、QOLが向上したが、関わっていた職種により症状やGAFの変化に違いが見られた。
Björkman 2002	Sweden ケースマネ ジメントの 利用者	113	CAN, LQOLP, Strauss-Carpenter, GAF, SCL-90, ISSI	<ul style="list-style-type: none"> * 18ヶ月におよぶ縦断研究で、心理社会的機能、精神症状、セルフエスティームの変化が主観的QOLの改善を予測することが明らかになった。 * ソーシャルネットワークの改善と症状の改善が主観的QOLの改善につながっていた。 * 症状改善とニーズ数の低下は、主観的QOLの健康と余暇活動の領域で改善が認められた。
Becker 2005	European countries 重度精神障 害者	404	CAN, LQOLP, GAF	<ul style="list-style-type: none"> * GAFにより評価された機能レベルが高いグループほど (GAF得点で機能レベルを低・中・高の3つのサブグループに分類)、QOLは高く、対応されていないニーズは少なかった。 * GAFの低グループでは、他の2つのグループに比べ、QOL評価にばらつきが大きく、低機能な患者が高いQOLを評価しているケースも見られた。 * 低GAFグループでは、疾病関連やその他のニーズがQOLに影響を与えていたが、中・高GAFグループでは、疾病関連以外のニーズがQOLに影響していた。
Hansson 2002	Nordic countries 統合失調症 地域生活者	418	CAN, LQOLP, BPRS, GAF, ISSI,	<ul style="list-style-type: none"> * スタッフは患者より若干多くニーズを評価した。 * 対応されていないニーズ(スタッフおよび患者評価)が多いと主観的QOLは低かったが、対応されているニーズについてはそのような相関は認められなかった。 * 特に社会的関係性の領域における対応されていないニーズはQOLの低下と関係していた。
Lasalvia 2005	South Verona, Italy 地域支援の 利用者	188	CAN, LQOLP, BPRS, DAS, GAF	<ul style="list-style-type: none"> * 4年間におよぶ縦断研究の結果、4年時の主観的QOLの低さは、ベースライン時の主観的評価の対応されていないニーズの数の多さによって予測された。 * 4年後の主観的QOLの改善は、主観的評価の対応されていないニーズの減少によって予測された。 * 特に社会的および基本ニーズ領域の対応されていないニーズの減少は、主観的QOLを改善した。
Slade 1999	South London 重度精神障 害者	133	CAN, LQOLP, GAF	<ul style="list-style-type: none"> * スタッフより患者の方がより多くのニーズを評価した。 * 属性や疾病関連の変数では、年齢の上昇と統合失調症以外の精神疾患が高いQOLに関係していた。 * 患者評価は、対応されていないニーズやQOLの他者評価より信頼性が高かった。 * ニーズとQOLには負の相関があるが、特に対応されていないニーズとより強い関係が認められた。
Slade 2004	South Verona, Italy 精神保健 サービス利 用者	265	CAN, BPRS, GAF, DAS, VSSS	<ul style="list-style-type: none"> * 患者評価による対応されていないニーズが少ないほど、主観的QOLは高かった。 * 縦断的研究で、フォローアップ時におけるQOLの予測因子は、患者評価による対応されていないニーズのみであった。

UK700 Group 1999	UK ケースマネジメントの利用者	708	CAN, LQOLP, OCCPI, CPRS, SANS, Life Chart instrument (Munich Centre Study of the Course and Outcome of Schizophrenia), DAS, MADRS, Patient satisfaction questionnaire	* 主観的QOLを予測する因子は、対応されていないニーズ(特に基本的ニーズ、社会的ニーズ、機能ニーズ)一つ症状および陽性症状だった。
Wiersma 2001	Netherlands 入院、地域	101	CAN, VSSS, EuroQoL	* 主観的QOLはサービス満足度に関係しているが、主観的評価による対応されていないニーズと強い関係があった(特に健康領域とリハビリ領域)。 * 対応されているニーズ・対応されていないニーズに関係なく、ニーズが多くなればQOLは低下した。 * ニーズが多い者ほど、より集中的なケアが提供されていた。

CAN: Camberwell Assessment of Needs → ニーズ評価のための尺度
 Berlin Needs Assessment Schedule → ニーズ評価のための尺度
 LQOLP: Lancashire Quality of Life Profile → QOLの評価尺度
 EuroQoL: → 主観的QOLの評価尺度
 BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale → 精神症状の評価尺度
 CPRS: Comprehensive Psychiatric Rating Scale → 精神病理学評価尺度
 SANS: Scale for the Assessment of Negative Symptoms → 陰性症状評価
 MADRS: Montgomery-Åsberg Depression → 抑うつ症状の評価尺度
 OCCPI: Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness → 診断判断
 DAS: Disability Assessment Schedule → 障害程度の評価尺度
 GAF: Global Assessment of Functioning Scale → 全般的機能の評価尺度
 Straus-Carpenter scale → 心理社会的機能の評価尺度
 SCL-90: Hopkins Symptom Check List-90 → 精神症状の評価尺度
 ISSI: Interview Schedule for Social Interaction → ソーシャルネットワークの評価尺度
 Von Zerssen Complaints checklist → 自己報告による症状の評価尺度
 VSSS: Verona Service Satisfaction Scale → サービス満足度の評価尺度
 Patient satisfaction questionnaire: → サービス満足度の評価尺度
 Life Chart instrument: → 病歴と長期的な関連障害の評価ツール

以上に示した研究のほとんどが、ニーズ評価尺度として Camberwell Assessment of Need を使用し、主観的 QOL 評価には Lancashire Quality of Life Profile を使用している。そのほか、BPRS や GAF などによる精神症状評価や全般的機能評価、Verona Service Satisfaction Scale によるサービス満足度の QOL への影響も合わせて検証している。調査方法は、縦断的研究(Björkman and Hansson 2002; Lasalvia, et al. 2005; Slade, et al. 2004)も見られるが、横断的研究がほとんどである。

表 3-1-1 に挙げた多くの研究で、主観的評価による対応されていないニーズ (unmet needs)が多いと主観的 QOL が低いという結果を得ている。QOL の予測

因子としては、社会的ニーズ領域(Bengtsson-Tops and Hansson 1999; Hansson, et al. 2003; Lasalvia, et al. 2005; UK700 Group 1999)や、基本的ニーズ領域(Lasalvia, et al. 2005; UK700 Group 1999)が主に挙げられている。

このような先行研究の結果をもとに、本研究における主仮説を設定し検証を試みた。次章は、その仮説検証のための調査について述べることとする。

引用文献

- Beker, T., Leese, M. and Krumm, S., et al. (2005) Needs and quality of life among patients with schizophrenia 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.
- Björkman, 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.
- 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.
- 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.
- Slade, M., Leese, M. and Ruggeri, M., et al. (2004) Does meeting needs improve quality of life? Psychotherapy 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.

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.

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.

第4章 地域で生活する精神障害者のニーズと QOL に関する調査

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」(主任研究者:遠藤英俊)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」(分担研究者:安西信雄)(安西・ほか 2005)(23 頁を参照)の大規模な調査の一部として実施した。この大規模調査は、高齢者や特定の疾患を有する者を対象とした、現行の介護保険制度で使用されている要介護認定の一次判定の手法を用いて、精神障害者や知的障害者の介護ニーズを評価できるか、またよりの確な評価を実施するためには、どのような修正や追加項目が必要かを検討することを目的として実施された。それと同時に、調査対象者自身が感じるニーズや QOL も、自記式の質問紙を作成し調査した。本研究は、その自記式の調査票を用い、対象者自身の主観的なニーズや QOL に焦点を当てて、仮説の検証を行った。

1 節 方法

1 項 仮説

本研究の仮説は、以下の通りである。

- ① 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)。ニーズは、精神障害者本人が自分自身のニーズを判断する主観的ニーズの評価と、その精神障害者を日ごろ支援するスタッフが評価する客観的なニーズ評価の双方の視点を取り入れた、包括的なニーズ評価とする。また、QOL は精神障害者の主観的な QOL を用いる。
- ② 地域生活を営む精神障害者の精神症状および機能レベル、過去の入院期間は包括的ニーズを媒介して、主観的 QOL に影響している。具体的には、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 は高いと予測する。また、これまでの先行研究を参考に、過去の入院期間が長い

ほど、ニーズは少なく、QOLが高いと考えた。

2 項 調査対象

対象者は、地域生活を営む精神障害者である。本研究における「地域生活」とは、精神障害者社会復帰施設やグループホームでの生活、もしくは単身生活あるいは家族同居、またはそれに準ずる自宅での生活に限定した。調査対象者は、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。

そのうち、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。調査協力への依頼にあたっては、まず、前述の方法で選定された精神障害者社会復帰施設およびグループホーム等の長に電話で協力の可否を尋ねた。調査への協力の同意が得られた場合は、後日、調査票と調査協力への同意書と共に、研究責任者から、研究の背景や目的、研究計画概要、研究の実施内容が記載された正式な依頼状を各施設の調査連絡担当者宛に送付した。

本調査は、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。具体的には、① 文書および口頭で調査対象者に研究の主旨および目的、実施内容等を説明し、同意書に同意の署名を得られた者のみを研究の対象とすること、② 調査票の管理にあたっては、施設内で ID 照会リストを作成し、調査票には個人の特定が可能な情報は含めず、データは情報が外部に漏洩しないように厳重に保管すること、③ 研究結果は、統計的手法を用いて分析し、個人が特定されない形で公表すること、などである。

3 項 評価方法

本研究で使用した調査票は 3 種類で、① 本人調査票(調査対象者による自記式)、② 医師調査票、③ ケア担当者調査票、である。

本人調査票には以下の内容を表紙に記載し、倫理面に十分な配慮をした。調査票は、原則的に対象者自身が自記式で回答することとしたが、本人による調査票

の設問の解読や回答の記入が困難な場合は、利用している施設等のスタッフに支援を依頼してもよいこととした。ただし、その場合でも対象者自身の主観的評価を調査票に反映することとし、スタッフによる支援は、調査票の設問等の読み上げや回答の記入に対してのみとした。また、答えたくない質問に対しては、答えなくともよいこと、回答を途中でやめることもできること、更に、回答しなかったり、途中で中断したりしても、いかなる不利益も受けることはないことを保障した。最後に、病院・施設のスタッフから調査の主旨について説明を受けたこと、調査では対象者の秘密が守られることを聞いたこと、この調査を断っても不利にはならないことを聞いたこと、を再度確認した。

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。

① 基本属性

調査対象者の基本属性の年齢と性別は、医師調査票からデータを得た。年齢は生年月日と調査時の年齢を記入してもらい、性別は男性か女性のどちらかに○をつけてもらった。

過去の入院回数と総入院月数は、ケア担当者調査票でデータを得た。質問方法は、「この方が精神障害をお持ちの場合のみ…質問にお答え下さい」(本研究以外では知的障害者も対象としていたため、このような記載が必要であった)とし、入院回数については、「対象者がこれまで他の医療機関を含め、精神科・神経科に入院した回数は合わせて何回になりますか(通算回数をお答え下さい。正確な回数のわからない場合にはおおよその回数でお答えください)。ない場合は“B.なし”に、わからない場合は“C.不明”に○をつけて下さい。」とし、回答方法は、“A.入院あり(約____回)” “B.無し” “C.不明” とした。

過去の総入院月数については、「精神科・神経科に入院経験がある方についてお聞きします。これまでの精神科・神経科への入院期間を全部合わせるとどれくらいになりますか(通算期間をお答え下さい。また、5年以上に及ぶ場合はその年数のみで結構です)。」と質問し、回答方法は、“A.約____年____ヵ月 ” “B.不明” とした。

また、データ解析に使用する過去の総入院期間の変数として、上記の総入院期間の設問で得られたデータを、12の入院期間区分(入院なし、半年未満、半年以上1年未満、1年以上2年未満、2年以上5年未満、5年以上10年未満、10年以上15年未満、15年以上20年未満、20年以上25年未満、25年以上30年未満、30年以上35年未満、35年以上)に分類した。

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質問した。入所施設については、精神科病院、精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホームA型、精神障害者福祉ホームB型、精神障害者入所授産施設、精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)、精神障害者短期入所事業(ショートステイ)、その他、の利用の有無を確認した。通所サービスについては、精神障害者福祉工場、精神障害者通所授産施設、精神障害者小規模通所授産施設、精神障害者小規模作業所、精神障害者地域生活支援センター、精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケア、保健所デイケア、障害者就業・生活支援センター、精神科訪問看護(精神科を標榜する保険医療機関)、精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)身体介護、精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプサービス)家事援助、社会的入院解消のための退院促進支援事業、その他、の利用を複数回答で聞いた。

② 主診断、精神症状および全体的機能の評価

対象者の診断を問う設問は、医師調査票に掲載し、診断名(最大3つまで)を記載するように依頼した。ただし、特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については、第一番に記入するよう明示した。

対象者の症状および機能の評価には、GAF(Global Assessment of Functioning: 機能の全体的評定)(American Psychiatric Association 2000:44-48)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。

GAF (American Psychiatric Association 2000:40-48)(63頁の表4-1-1)は、心理的、社会的、職業的機能について評価する尺度であり、DSM-III-R(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised)以来、DSM

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)の V 軸評価に組み入れられている。尺度には 10 の機能範囲(1 範囲 10 点)が示されており、1 範囲につき 2 つの要素(症状と機能)で構成されている。GAF 評価には、以下の方法の適用が提案されている。

第 1 段階：最高のレベルから始めて、「その人の症状の重症度または機能レベルのどちらかがその範囲の記述に示されているよりも悪くないか？」と問うことで、各範囲の評価を行いなさい。

第 2 段階：その人の症状の重症度または機能レベルのどちらか悪いほうに最もよく適合する範囲に到達するまで、尺度を下のほうへ移動し続けなさい。

第 3 段階：不十分な途中停止でないことを再確認するために、すぐ下の範囲を見なさい。その範囲は、その人の症状の重症度および機能レベルのどちらにも重すぎないようにすべきである。そのようになっていれば、適切な範囲に到達している(第 4 段階に進む)。そうでなければ、第 2 段階に戻って、尺度の下方移動を続けなさい。

第 4 段階：選択された 10 点ごとの範囲のなかで 1 つの GAF 得点を決めるために、その人がその 10 点の範囲の最も高いほうまたは最も低いほうで機能しているかを考えなさい。例えば、声は聞こえているが行動はその影響を受けていない人(例:長期間の統合失調症をもつ患者で幻聴は病気の一部だと受容している人)を考えなさい。その声が比較的頻繁でなければ(週に 1 回以下)、39 か 40 の得点が最も適切であろう。反対に、その人がほとんど持続的に声が聞こえるならば、31 か 32 の得点がより適切であろう。(American Psychiatric Association 2000:45-46)

ただし、今回の調査では、医師調査票には表 4-1-1 に示したもののみを掲載し、上記の評価方法の詳細は省略した。その理由は、調査対象者を日ごろからよく知る医師の多くは精神科医であり、GAF 評価に精通していると考えたからである。

って作成され、信頼性が確認されている。オックスフォード大学版 BPRS は 18 項目から構成されており、各項目は、半構造化面接のマニュアルに従って、与えられたアンカーポイントで、0 点(症状なし)から 6 点(非常に高度)の 7 段階で症状の重症度を評価する。項目内容は、心氣的訴え、不安、感情的引きこもり、思考解体、罪業感、緊張、衝動的な行動や姿勢、誇大性、抑うつ気分、敵意、疑惑、幻覚、運動減退、非協調性、思考内容の異常、情動鈍麻もしくは不適切な情動、高揚気分、精神運動興奮、である。

本調査の実施に際しては、医師調査票には各項目の評価得点のみを記入することとし、半構造化面接のためのマニュアルは別途、医師調査票に添付した。

③ 主観的 QOL の評価

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」の 5 件法のリッカートスケールで回答してもらった(注 1)。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」の 5 件法のリッカートスケールで評価してもらった(注 2)。(WHO/QOL の開発過程、内容、信頼性・妥当性の検証は、37 頁で述べた通りである。)

(注 1) 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。

(注 2) 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。

主観的 QOL の評価に、上記の 2 項目のみを採用した理由は、①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、②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 1 つ目の理由である総合的な QOL 評価に関して、Heslegrave(1997:238) は自らの研究で、①「あなたは、現在の自分の生活の質をどのように評価しますか」および、②「あなたは、現在の自分の健康をどのように評価しますか」の 2 つの全体的 QOL 評価の項目を使用し、その理由を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 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かと危惧された。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。

④ 対象者のニーズの把握法

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設問は、本人調査票に盛り込んだ。わが国では、地域生活を営む精神障害者自身が主観的に評価可能なニーズ評価尺度は存在しない。そのため、本人の主観的ニーズの評価には、「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)(詳細は 19-20 頁を参照されたい)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。

主観的ニーズは、現在の生活における不安や心配ごとを評価するもの(66 頁の表 4-1-3:主観的ニーズに関する質問項目①)と、地域生活をする上での困りごとを

評価するもの(67頁の表 4-1-4:主観的ニーズに関する質問項目②)で評価した。

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(表 4-1-3)。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。(ただし、仮説の検証にあたっては、“その他”と“不安はとくにない”の2項目は、分析の対象としなかった。)

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(表 4-1-4)。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”、“勉強をしたり学校に通うこと”、“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。(ただし、仮説の検証にあたっては、“その他”と“不安はとくにない”の2項目は、分析の対象としなかった。) 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(19-20頁を参照)や全国精神障害者家族連合会による調査(20-22頁を参照))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目的として実施した。

表 4-1-3 主観的ニーズに関する質問項目①

あなたの現在の生活で不安や心配なことはありますか。(あてはまるもの <u>全て</u> に○)	
1. 病気が再発したり悪化したりしないか不安	7. 仕事を続けられるか不安 追加
2. 家族との関係が不安	8. 年金がもらえるか不安
3. 友人や異性との関係が不安 追加	9. 経済的なことが不安
4. ひとり暮らしが不安	10. 住居について不安
5. 入院前の仕事に復職できるか不安	11. その他 (具体的に:)
6. 仕事が見つかるか不安	12. 不安はとくにない

表 4-1-4 主観的ニーズに関する質問項目②

あなたが現在、地域の生活で困っていること、もしくは今後、施設を退所して地域で生活をしていく上で、困ると思われることは、どのようなことですか。(あてはまるもの全てに○)

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. 食事の準備や調理など | 12. 余暇時間の過ごし方 追加 |
| 2. 部屋の掃除・整理整頓 | 13. 勉強をしたり学校に通うこと 追加 |
| 3. 衣類の洗たく | 14. 仕事のこと 追加 |
| 4. 日用品などの買い物 | 15. 服薬管理 |
| 5. 現金や預金通帳などの管理 | 16. 健康の管理 |
| 6. 規則正しい生活をする | 17. 急に病気の具合が悪くなったときの相談や対処 |
| 7. 電車・バスなど交通機関を利用すること | 18. 戸締りや火の始末などの安全を保つこと |
| 8. 近所の人との会話やつきあい | 19. 銀行や郵便局・役所を利用すること |
| 9. 友人との会話やつきあい 追加 | 20. 電話の利用 |
| 10. 異性とのつきあいや性に関すること 追加 | 21. その他(具体的に:) |
| 11. 家族との会話やつきあい | 22. とくにない |

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)を使用した(尺度の詳細は 17 頁を参照されたい)。「ケア必要度」尺度の評価は、対象者を日ごろからよく知っている施設等の職員に依頼をした。評価にあたっては、「ケア必要度」の評価方法が記されているマニュアル(障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会精神障害者部会 2001)も添付した。

なお、本調査で使用した調査項目は全て、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に適切な反映手法の開発に関する研究」(主任研究者:遠藤英俊)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」(分担研究者:安西信雄)(安西・ほか 2005)の研究班において綿密な検討を繰り返し、合意を得たものである。研究班の構成メンバーは、精神保健分野を専門とする医師や看護師、精神保健福祉士、大学教員などである。

本調査で得られたデータの分析には、SPSS Ver.11.5 と Amos5.0 を使用した。

2 節 主要変数の単純集計の概要

1 項 基本属性(表 4-2-1a～e)

対象者の平均年齢は 47.9 歳(SD=12.82)で、66.1%が男性であった。過去の総入院回数は平均 3.6 回(SD=3.25)であった。過去の総入院月数は平均 75.8 ヶ月(SD=107.79)で、過去の入院期間の区分では、2 年以上 5 年未満が全体の 18.2%で最も多く、次いで 1 年以上 2 年未満の 15.2%であった。(表 4-2-1a を参照されたい。) 値の分布は、年齢、過去の総入院回数および入院期間区分は概ね正規分布を示していた。

主診断は、表 4-2-1b の通りで、8 割以上が、ICD-10 による「統合失調症、分裂病型障害および行動の障害」であった。

対象者の半数にあたる 160 名が精神障害者社会復帰施設やグループホームの入所者であり(表 4-2-1a)、施設別の人数は表 4-2-1c の通りである。利用している通所施設ならびに訪問サービスの利用者数(施設入所の有無は問わず、通所施設あるいは訪問サービスの利用の有無を複数回答可で回答を得た)は、表 4-2-1d の通りで、最も多いのは通所授産施設(精神障害者通所授産施設と精神障害者小規模通所授産施設の利用者の合計)で 180 名(56.3%)であった。続いてデイケア・ナイトケア(22.8%)、地域生活支援センター(22.2%)、小規模作業所(12.8%)で、訪問看護やホームヘルプサービスを受けている数はそれぞれ、2.5%と 1.6%にとどまっていた。

全体的機能を評定する GAF の得点は平均 55.9(SD=11.64)、精神症状を評価する BPRS の平均総点数は 18.7(SD=14.19)だった(表 4-2-1e)。分布はどちらも概ね正規分布であった。

表 4-2-1a 基本属性単純集計表

	有効回答	平均	SD
年齢	161	47.9	12.82
過去の入院回数	304	3.6	3.25
過去の総入院月数	297	75.8	107.79
過去の総入院期間		N	%
入院なし		32	10.8
半年未満		33	11.1
半年以上1年未満		33	11.1
1年以上2年未満		45	15.2
2年以上5年未満		54	18.2
5年以上10年未満		40	13.5
10年以上15年未満		21	7.1
15年以上20年未満		10	3.4
20年以上25年未満		10	3.4
25年以上30年未満		8	2.7
30年以上35年未満		4	1.3
35年以上		7	2.4
性別(男性)	180	119	66.1
入所施設利用者	319	160	50.2

表 4-2-1b 主診断の単純集計

主診断(ICD-10)	有効回答	N	%
F0 症状性を含む器質性精神障害	185	3	1.6
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	185	2	1.1
F2 統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害	185	155	83.8
F3 気分(感情)障害	185	12	6.5
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	185	2	1.1
F6 成人の人格および行動の障害	185	1	0.5
F7 精神遅滞	185	3	1.6
その他	185	7	3.8

表 4-2-1c 入所施設利用に関する単純集計

	有効回答	N	%
生活訓練施設	160	68	42.5
グループホーム	160	60	37.5
福祉ホームA	160	18	11.3
福祉ホームB	160	11	6.9
その他	160	3	1.9

表 4-2-1d 通所施設利用に関する単純集計

	対象者数	N	%
通所授産施設	320	180	56.3
デイケア・ナイトケア	320	73	22.8
地域生活支援センター	320	71	22.2
小規模作業所	320	41	12.8
訪問看護	320	8	2.5
ホームヘルプサービス	320	5	1.6
就業・生活支援センター	320	5	1.6
福祉工場	320	1	0.3
その他	320	16	5.0

表 4-2-1e 症状・障害レベル単純集計

	有効回答	平均	SD
GAF	198	55.9	11.64
BPRS	190	18.7	14.19

2 項 客観的ニーズ評価(ケア必要度)(表 4-2-2)

客観的ニーズを評価したケア必要度では、平均して最も援助性が高かった領域は、「緊急時の対応」で、続いて「対人関係」、「身の回りのこと」、「社会的役割・時間の活用」であった(表 4-2-2)。ケア必要度総合得点は概ね正規分布であった。

表 4-2-2 客観的ニーズ評価(ケア必要度)単純集計

	有効回答	平均	SD
身の回りのこと	314	2.08	0.72
安全の管理	312	1.67	0.74
健康の管理	316	1.96	0.79
社会資源の利用	316	1.89	0.92
対人関係	314	2.11	0.76
社会的役割・時間の活用	314	2.07	0.82
緊急時の対応	316	2.40	0.90
配慮が必要な社会行動	313	1.54	0.65
ケア必要度総得点	305	1.96	0.57

3 項 主観的 QOL(表 4-2-3)

主観的 QOL を問う設問では、「あなたは、自分の生活の質をどのように評価し

ますか」(生活の質)の回答の平均は 3.01(SD=0.85)、「あなたは、自分の健康状態に満足していますか」(健康満足度)が平均 2.86(SD=1.05)であった。どちらの項目も正規分布に近かった。

表 4-2-3 主観的 QOL 平均値と標準偏差値

		平均	SD
主観的QOL	生活の質	315	3.01
	健康満足度	315	2.86

4 項 主観的ニーズ(表 4-2-4、および図 4-2-1、図 4-2-2)

主観的ニーズを評価する設問である、生活での不安・心配ごとおよび地域生活における困りごと、については表 4-2-4、および図 4-2-1、図 4-2-2 の通りである。

最も不安や心配ごとへの回答が多かったのは、「病気が再発したり悪化したりしないか不安」(48.7%)、続いて「経済的なことが不安」(47.7%)、「仕事が見つかるか不安」(41.3%)であった。地域生活で困ることへの回答が多かったのは、「急に病気の具合が悪くなったときの相談や対処」(40.5%)、続いて「仕事のこと」(34.9%)、「食事の準備や調理など」(31.2%)であった。

表 4-2-4 主観的ニーズ単純集計表

		N	%	
生活での不安・心配 (不安・心配あり)	病気の再発・悪化	310	151	48.7
	家族関係	310	96	31.0
	友人・異性関係	310	77	24.8
	単身生活	310	102	32.9
	仕事の復職	310	45	14.5
	仕事を見つけること	310	128	41.3
	仕事の継続	310	97	31.3
	年金受給	310	75	24.2
	経済的なこと	310	148	47.7
	住居	310	72	23.2
		N	%	
地域生活の困りごと	食事	301	94	31.2
	掃除・整理整頓	301	73	22.8
	洗濯	301	27	9.0
	買い物	301	42	14.0
	金銭管理	301	82	27.2
	規則正しい生活	301	93	30.9
	交通機関の利用	301	47	15.6
	近隣との付き合い	301	82	27.2
	友人との付き合い	301	68	22.6
	異性との付き合い	301	60	19.9
	家族との付き合い	301	61	20.3
	余暇時間	301	60	19.9
	勉強・学校	301	18	6.0
	仕事のこと	301	105	34.9
	服薬管理	301	39	13.0
	健康管理	301	92	30.6
	病気悪化時の対処	301	122	40.5
	戸締まり・火の始末	301	51	16.9
	銀行・役所等の利用	301	60	19.9
	電話の利用	301	32	10.6

図 4-2-1 生活での不安・心配ごと(%)

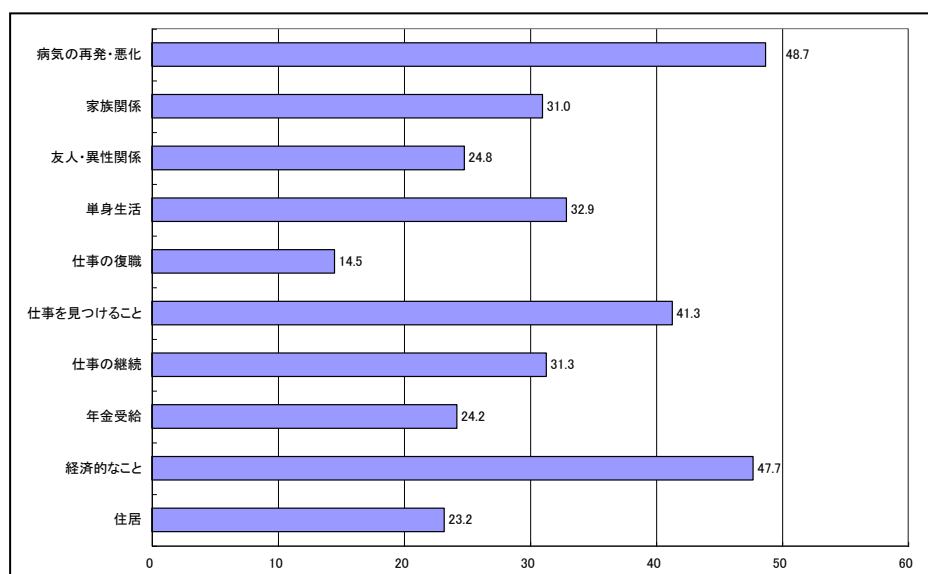
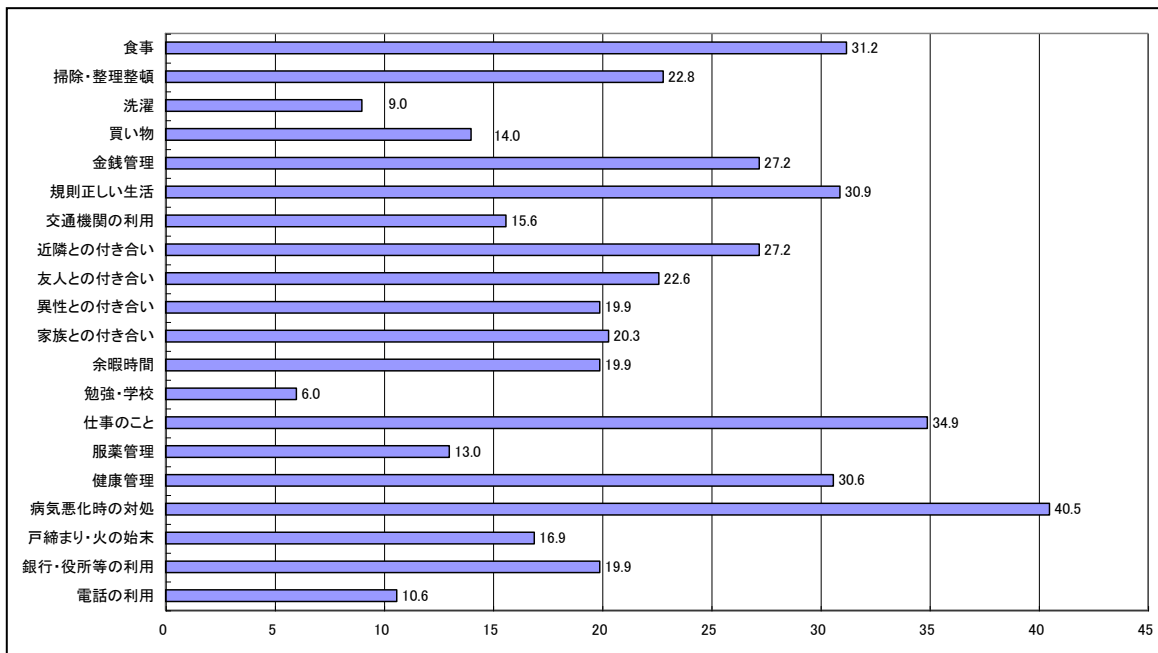


図 4-2-2 地域生活の困りごと(%)



3 節 仮説検証のための主要変数の相関と予備検証としての重回帰分析

1 項 主要変数の相関

仮説検証のための、主要変数間のピアソンの積率相関係数は表 4-3-1 の通りである。なお、ここで示した変数のうち、「客観的ニーズ評価」とはケア必要度の総合得点である。「主観的ニーズ評価 I」および「主観的ニーズ評価 II」については、85 頁に示した、変数作成のプロセスに関する説明を参照されたい。

表 4-3-1 仮説検証のための主要変数の相関

	生活の質	健康満足度	主観的ニーズ評価I	主観的ニーズ評価II	客観的ニーズ評価	GAF	BPRS
健康満足度	0.46 ***						
主観的ニーズ評価I	-0.26 ***	-0.37 ***					
主観的ニーズ評価II	-0.27 ***	-0.34 ***	0.55 ***				
客観的ニーズ評価	-0.08	-0.04	0.05	0.12 *			
GAF	0.09	0.08	-0.03	-0.07	-0.31 ***		
BPRS	-0.15 *	-0.13	0.14	0.05	0.23 **	-0.47 ***	
入院期間	0.16 **	0.25 ***	-0.10	-0.07	0.13 *	-0.02	-0.02

ピアソンの積率相関係数

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

主観的 QOL の評価である、生活の質および健康満足度は、主観的ニーズ評価や過去の総入院期間と有意な相関が認められ、生活の質については、BPRSとも有意な相関が見られた。

客観的ニーズ評価と主観的 QOL とには、有意な相関は見られなかったが、主観的ニーズ評価 II と有意な弱い相関が認められた。

客観的ニーズ評価は、GAF、BPRS、過去の総入院期間との相関が有意だった。

2 項 仮説の予備検証としての重回帰分析

次に、各説明変数の相関をコントロールした際に、主観的 QOL にはどの変数が影響を及ぼしているかをみるために重回帰分析を試みた。

① 生活の質への影響因子の検証

まず、生活の質を従属変数とし、主観的ニーズ評価 I、主観的ニーズ評価 II、客観的ニーズ評価、BPRS、GAF、過去の総入院期間区分を独立変数として、ステップワイズ法による重回帰分析を実施した。

その結果(表 4-3-2)、モデル 1 では、BPRS の標準化偏回帰係数が -0.181 で 5% レベルの危険率で有意な影響力が示された。次にモデル 2 では、BPRS の標準化偏回帰係数が -0.174、次いで主観的ニーズ評価 II が -0.163 と、どちらも 5% 水準で有意な影響力があることが認められた。しかしながら、回帰式の説明率は 0.059 と低かった。

表 4-3-2 重回帰分析によって有意な影響力が認められた変数の標準偏回帰
係数（従属変数＝生活の質）

	モデル1	モデル2
BPRS	-0.181 *	-0.174 *
主観的ニーズII		-0.163 *
R ²	0.033	0.059

* p<0.05

② 健康満足度への影響因子の検証

次に、健康満足度を従属変数とし、独立変数には前述の①と同じ変数を投入して、ステップワイズ法による重回帰分析を実施した。その結果を表 4-3-3 に示した。

モデル 1 では、主観的ニーズ評価 I の標準化偏回帰係数が -0.407 で有意な影響力が見られた(p<0.001)。モデル 2 では、主観的ニーズ評価 I の標準化偏回帰係数が -0.370(p<0.001)、過去の総入院期間区分の標準化偏回帰係数が 0.184(p<0.05)で有意に影響していることが分かった。回帰式の説明率は 0.198 だった。

表 4-3-3 重回帰分析によって有意な影響力が認められた変数の標準偏回帰
係数（従属変数＝健康満足度）

	モデル1	モデル2
主観的ニーズI	-0.407 ***	-0.37 ***
過去の入院期間		0.184 *
R ²	0.166	0.198

* p<0.05, *** p<0.001

以上の分析から、主観的 QOL には、主観的ニーズや BPRS、過去の総入院期間が影響していることが分かった。しかしながら、これらの分析からは、本研究の仮説である、「包括的ニーズ評価」（主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価による包括的なニーズアセスメント）が、主観的 QOL(生活の質と健康満足度)にどのように影響しているかが明確にならない。また、BPRS や GAF、過去の入院期間が、ニーズ評価を媒介して QOL にどのように影響するかも検証

することができない。そのため、本研究の仮説検証のために、構造方程式モデリングを使用して、データ分析を実施することとした。

4 節 構造方程式モデリングによる仮説の検証

1 項 解析対象グループの主要変数に関する単純集計

構造方程式モデリングのための、データ解析用ソフトウェアとして、Amos5.0を使用した。Amos5.0は、データに欠損があるとモデルの適合度を算出しないため、モデル上の観測変数に一つでも欠損があるケースを全て除外して解析を実施した。

欠損が最も多かったのは、医師が評価した GAF や BPRS であった(GAF の有効回答は全 320 ケース中、198 ケース、BPRS の有効回答は 190 ケースであった)。さらに、ニーズや QOL に関する変数、過去の総合入院期間のデータに欠損値があったケースを除外したところ、最終的な有効回答は N=161 となった。

解析に使用した 161 ケースの基本属性、精神症状評価(BPRS)、全体的機能の評価(GAF)、および客観的ニーズ評価は表 4-4-1a~d、主観的 QOL 評価は表 4-4-2、主観的ニーズ評価は表 4-4-3 の通りである。また、モデルの検証に使用する変数の分布は、巻末の参考資料、図 R-1-1~図 R-1-8 に示した通りで、どの変数も天井効果、床効果はなく、AMOS5.0 による構造方程式モデリング分析に使用できると判断した。

また、最終モデルの解析に使用した 161 ケースと除外された 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(表 4-4-4)。

表 4-4-1a 構造方程式モデリング分析対象群の基本属性単純集計

	有効回答	平均	SD
年齢	136	47.9	12.19
過去の入院回数	157	3.6	3.18
過去の総入院月数	161	86.6	117.32
過去の総入院期間		N	%
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
2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
性別(男性)	149	101	62.7
入所施設利用者	160	88	54.7

表 4-4-1b 構造方程式モデリング分析対象群の主診断単純集計

主診断(ICD-10)	有効回答	N	%
F0 症状性を含む器質性精神障害	154	3	1.9
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	154	2	1.3
F2 統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害	154	128	83.1
F3 気分(感情)障害	154	11	7.1
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	154	2	1.3
F6 成人の人格および行動の障害	154	1	0.6
F7 精神遅滞	154	1	0.6
その他	154	6	3.9

表 4-4-1c 構造方程式モデリング分析対象群の症状・障害レベル単純集計

	有効回答	平均	SD
GAF	161	56.5	11.82
BPRS	161	18.1	13.94

表 4-4-1d 構造方程式モデリング分析対象群の客観的ニーズ評価
(ケア必要度)単純集計

	有効回答	平均	SD
身の回りのこと	161	2.11	0.68
安全の管理	161	1.61	0.68
健康の管理	161	1.98	0.71
社会資源の利用	161	1.84	0.91
対人関係	161	2.01	0.65
社会的役割・時間の活用	161	2.03	0.77
緊急時の対応	161	2.30	0.81
配慮が必要な社会行動	161	1.45	0.53
ケア必要度総得点	161	1.92	0.48

表 4-4-2 構造方程式モデリング分析対象群の主観的 QOL 単純集計

		平均	SD
主観的QOL	生活の質	161	3.02
	健康状態満足度	161	2.78

表 4-4-3 構造方程式モデリング分析対象群の主観的ニーズ評価単純集計

		N	%	
生活での不安・心配 (不安・心配あり)	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
			平均	SD
主観的ニーズ評価 I	161	1.70	1.33	
		N	%	
地域生活の困りごと	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
		平均	SD	
主観的ニーズ評価 II	161	4.39	4.10	

表 4-4-4 構造方程式モデリング分析対象データと除外データの観測変数の
平均値の差の検定

項目	解析対象			解析除外			t	df	p
	有効回答	平均	SD	有効回答	平均	SD			
生活の質	161	3.02	0.79	154	3.01	0.90	0.13	313.00	0.899
健康満足度	161	2.78	1.05	154	2.95	1.04	-1.52	313.00	0.131
主観的ニーズ評価 I	161	1.70	1.33	149	1.85	1.38	-0.97	308.00	0.331
主観的ニーズ評価 II	161	4.39	4.10	140	4.29	3.63	0.22	299.00	0.827
客観的ニーズ評価	161	1.92	0.48	144	2.01	0.65	-1.47	259.41	0.144
過去の入院期間	161	4.06	2.70	136	3.40	2.47	2.17	295.00	0.030 *
GAF	161	56.53	11.82	37	53.03	10.50	1.66	196.00	0.099
BPRS	161	18.11	13.94	29	21.66	15.41	-1.24	188.00	0.217

*p<0.05

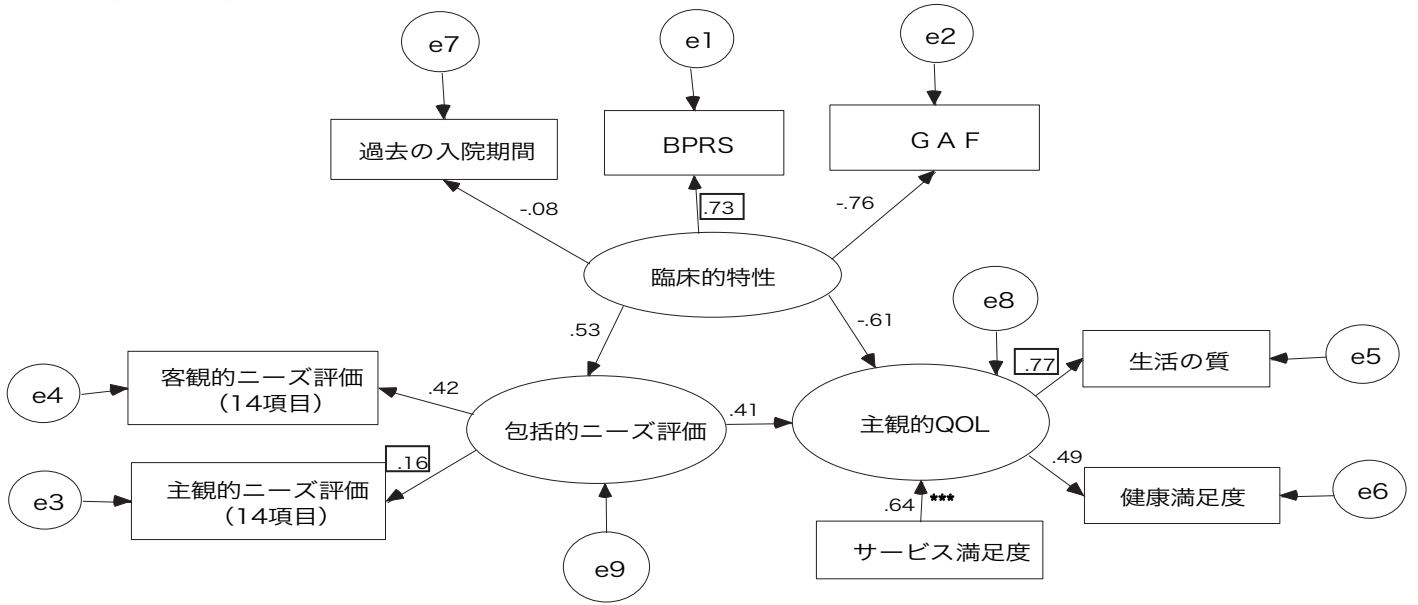
2 項 モデルの構築から最終モデル構築へのプロセス

前述の通り、本研究の仮説検証のため、統計的手法に構造方程式モデリングを使用してデータの解析を実施した。仮説検証のための最終的なモデル(モデル 5)の構築に至るまでに、初期に作成したモデルに 4 回の改良を加えた(モデル 1~モデル 4)。最終モデル(モデル 5)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、そのひとつ一つの修正段階を示すことで、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。また、各モデルの解の詳細な出力は、巻末の参考資料(モデル 1~モデル 5)に掲載した。

【モデル 1】

モデル 1 は図 4-4-1 の通りである。モデル 1 で観測変数に使用した変数は、GAF、BPRS、過去の総入院期間、客観的ニーズ評価(14 項目)(82 頁で説明)、主観的ニーズ評価(14 項目)(82 頁で説明)、生活の質、健康満足度、サービス満足度の 8 変数である。潜在変数は「臨床的特性」、「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「臨床的特性」は GAF、BPRS、過去の総入院期間の 3 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(14 項目)と主観的ニーズ評価(14 項目)の 2 つの観測変数、「主観的 QOL」は生活の質と健康満

図 4-4-1 【モデル1】



$\chi^2=18.094$, $df=17$, $p=.383$
 $GFI=.965$, $AGFI=.925$
 $RMSEA=.023$

*** $p<0.001$

□で囲ったパス係数を1に固定した

足度の 2 つの観測変数で構成した。

客観的ニーズ評価(14 項目)と主観的ニーズ評価(14 項目)は、最終的なモデルでは別の変数を投入し、サービス満足度は最終モデルには使用しなかったため、ここでこの 3 変数について説明を加えることとする。

客観的ニーズ評価(14 項目)と主観的ニーズ評価(14 項目)の変数は以下の手順で作成した。まず、ケア必要度(17 頁を参照されたい)の下位項目 24 項目と、本人調査の「あなたが現在、地域の生活で困っていること、もしくは今後、施設を退所して地域で生活をしていく上で、困ると思われることは、どのようなことですか」で回答を求めた 20 項目のうち、両評価に共通する 14 項目(食事、生活リズム、清掃・整理整頓、金銭管理、火の始末、健康管理、交通機関の利用、公共機関の利用、電話、近所とのつきあい、友人とのつきあい、余暇時間、悪化時の対処)を抽出した。

客観的ニーズ評価(14 項目)は、前述の 14 項目について、ケア必要度で、“1=自立” “2=ほぼ自立” と評価されていれば 0 点(「自立」)とし、“3=時に助言や援助” “4=強い助言や援助” “5=強力な働きかけ” と評価されていれば 1 点(「要援助」)として、値の再割り当てをし(1 つでも「不明・不詳」と評価されている項目があるケースは除外した)、各項目の合計得点を算出し、その数値を客観的ニーズ評価(14 項目)とした。

主観的ニーズ評価(14 項目)は、前述の 14 項目に対して、本人が“困っていない・困らない”とした項目には 0 点、“困っている・困る”とした項目には 1 点と数値化し、その合計得点を算出することで値を求めた。

サービス満足度の項目は、対象者本人用の調査票の中で、「この 1 年間で利用した医療、保健、または福祉制度などの全てのサービスについて、あなたはどの程度満足していますか。(いずれか 1 つに○)」という質問項目を設定し、“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” の 5 件法のリッカートスケールで回答を得た。これは、精神保健福祉サービス満足度尺度である、Verona Service Satisfaction Scale(VSSS)(Ruggeri & Dall’Agnola, 1993)の 1 項目を参考にして作成した(注)。

(注) VSSS(Verona Service Satisfaction Scale)は、その信頼性と妥当性が確立しているだけでなく、数々の言語に翻訳されている(Ruggeri, et al. 2000)。日本語版は、安

保ら(2003)が作成し、信頼性と妥当性を有することが明らかにされている。本研究で参考にした項目は、次の通りである。「この1年間で、地域精神保健サービスを利用したときの全体的な印象について、もっともよく述べている選択肢に○(まる)を付けてください。答えは、次の中から選んでください。」「1. よくない」「2. あまり満足していない」「3. どちらともいえない」「4. ほぼ満足している」「5. すばらしい」(安保 2003:199)

使用する観測変数にひとつでも欠損のある項目を除いた121ケースを分析の対象とした。各観測変数(N=121)のヒストグラムは、巻末参考資料の図 R-2-1～図 R-2-8 の通りであって、天井効果、床効果のある変数はなく、すべて構造方程式モデリング解析に使用できると判断した。

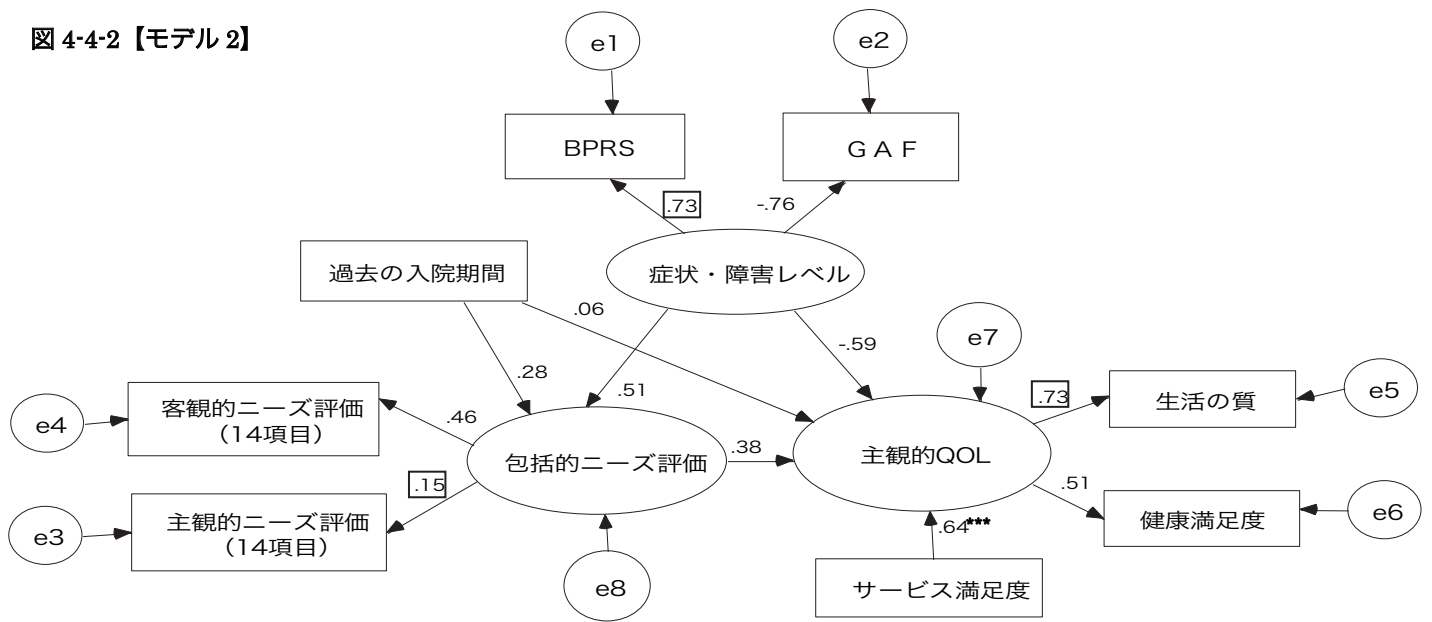
モデル分析の結果、適合度の指標は $\chi^2=18.094$ (df=17, p=0.383), GFI=0.965, AGFI=0.925, RMSEA=0.023 であり、モデル自体は一般的な基準からいえば適合度はかなりよい。だが、個々のパス係数について検討してみると、サービス満足度から「主観的 QOL」へのパス係数(0.64)は有意(p=0.000)であったが、「包括的ニーズ評価」から「主観的 QOL」へのパス(p=0.613)、「臨床的特性」から「包括的ニーズ評価」へのパス(p=0.388)、「臨床的特性」から「主観的 QOL」へのパス(p=0.237)のいずれのパス係数も有意でないことから、モデルの修正が必要であると考えた。

【モデル 2】

モデル 1 を微修正したモデル 2(図 4-4-2)は、潜在変数である「臨床的特性」を構成する観測変数を GAF と BPRS のみにし、この潜在変数を「症状・障害レベル」と名づけた。過去の入院期間は、包括的ニーズと主観的 QOL に直接的に関係を規定する観測変数として独立させた。この修正を実施した理由は、GAF や BPRS は医師が患者(調査対象者)の全体的機能や精神症状を客観的に評価する指標であり、対象者が過去にどのくらい入院していたかの事実を示す数値とは変数の性質が異なると考えたからである。

モデル分析の結果、モデル 2 の適合度は $\chi^2=14.247$ (df=16, p=0.580), GFI=0.973, AGFI=0.939, RMSEA=0.000 であり、良好であった。しかしながら、「包括的ニーズ評価」から「主観的 QOL」へのパス、「過去の入院期間」から「包括ニーズ評価」へのパスおよび「主観的 QOL」へのパス、「症状・障害レベル」から「包括的ニーズ評価」へのパスおよび「主観的 QOL」へのパス係数は有意で

図 4-4-2 【モデル 2】



$\chi^2=14.247$, $df=16$, $p=.580$
 $GFI=.973$, $AGFI=.939$
 $RMSEA=.000$

*** $p<0.001$

□ で囲ったパス係数を 1 に固定した

なかった(「サービス満足度」から「主観的 QOL」へのパス係数(0.64)のみが有意($p<0.001$)だった)ことから、再度、モデルの修正を検討することとした。

【モデル 3】

モデル 3(図 4-4-3)では、潜在変数である「包括的ニーズ評価」を構成する観測変数を、より既存のデータを生かす方向で修正し解析した。モデル 1 およびモデル 2 で設定した「包括的ニーズ評価」を構成する観測変数は、「客観的ニーズ評価(14 項目)」と「主観的ニーズ評価(14 項目)」であったが、モデル 3 では、「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 つを観測変数とした。

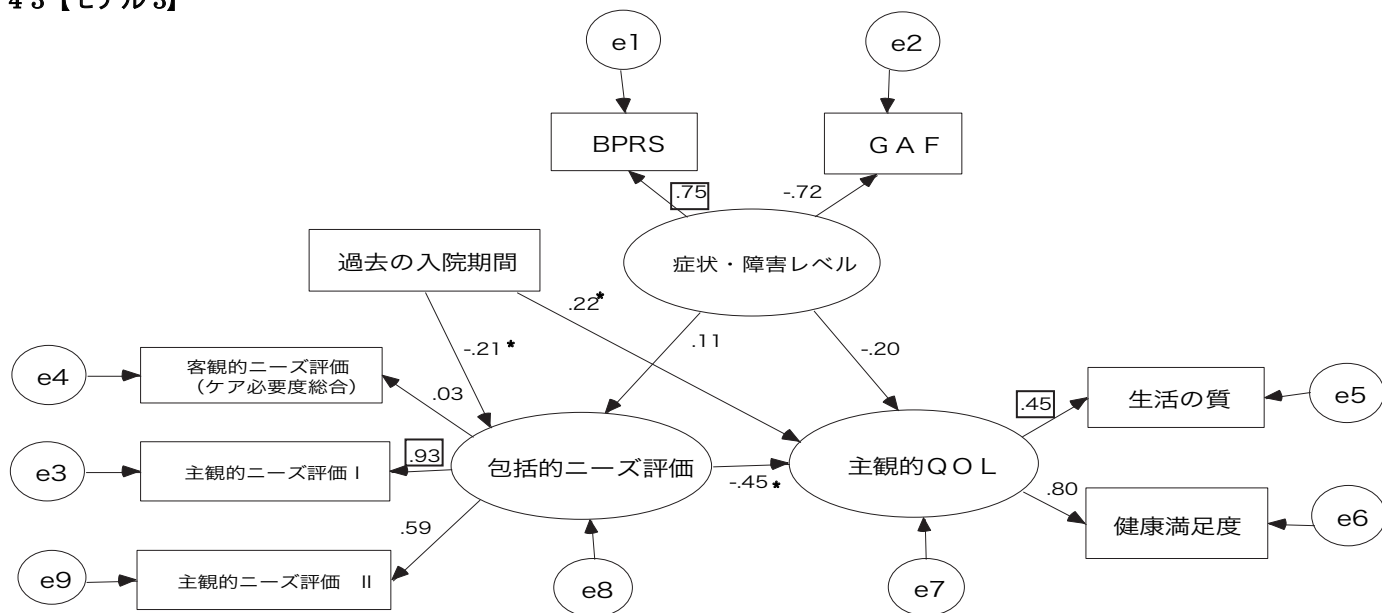
「客観的ニーズ評価(ケア必要度総合)」は、対象者を日頃からよく知る施設等の職員に評価を依頼した「ケア必要度」で得た総合評価得点とした。

「主観的ニーズ評価 I」は、調査対象者本人に「あなたの現在の生活で不安や心配なことはありますか。(あてはまるもの全てに○)」で回答を得た 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 II」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(項目に○で記しがつけられていた)項目の合計数とした。

「主観的ニーズ評価 II」は、本人調査票で「あなたが現在、地域の生活で困っていること、もしくは今後、施設を退所して地域で生活をしていく上で、困ると思われることは、どのようなことですか。(あてはまるもの全てに○)」で回答を求めた 20 項目中、困っている・困ると本人が評価した(項目に○で記しがつけられた)項目の合計数とした。

さらに、モデル 3 では、モデル 1 およびモデル 2 に観測変数として投入したサービス満足度を除外した。その理由は、①本研究は、包括的なニーズと主観的 QOL の関係性、およびその関係性への臨床的な特性の影響を検証することが主目的であること、②サービス満足度と QOL との関係性は先行研究において不確定であること(例えば、Slade ら(2004)は関係性があると結論づけているが、Wiersma ら(2001)は、関係性はなかった報告している)による。その他の観測変数はモデル 1 およびモデル 2 で使用したものと同一である。使用する観測変数にひとつでも欠

図 4-4-3 【モデル 3】



$\chi^2=34.064, df=16, p=.005$
 GFI=.950, AGFI=.888
 RMSEA=.084

* $p<0.05$

□で囲ったパス係数を 1 に固定した

損のある項目を除いた 161 ケースを分析の対象とした。

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。

【モデル 4】

モデル 4(図 4-4-4)では、モデル 3 の適合度の改善を目的として、モデル 3 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。

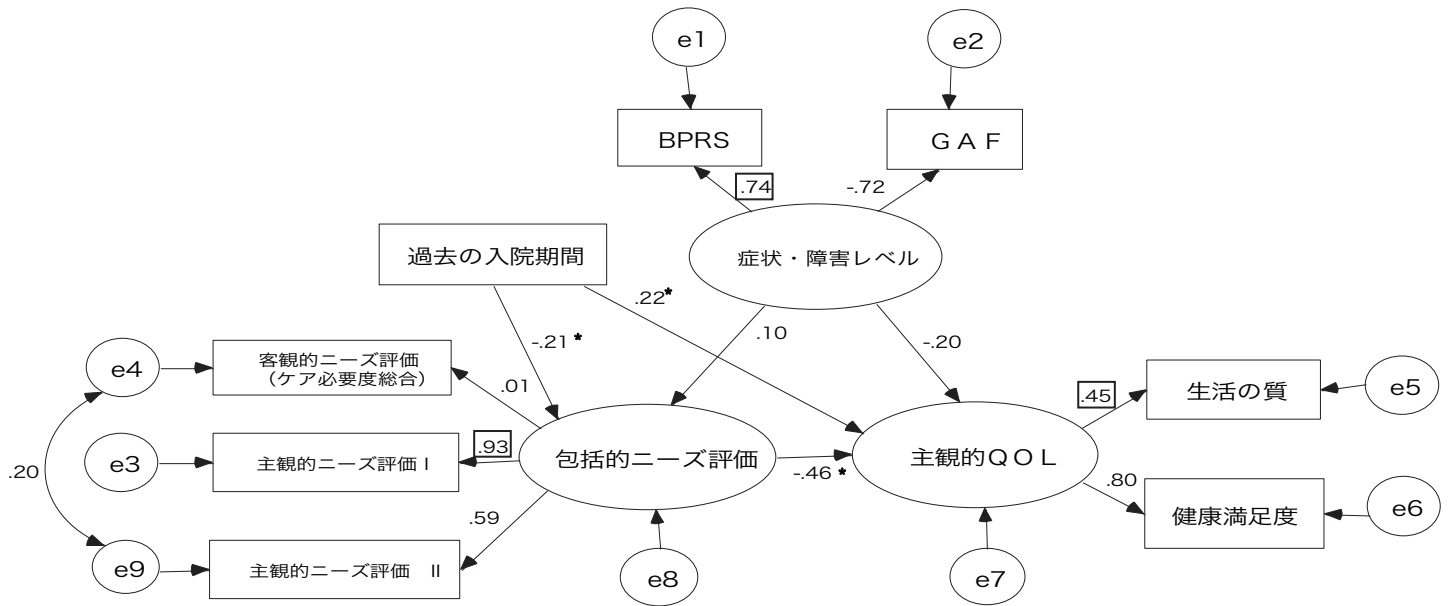
モデル 4 の分析の結果、モデル 4 の適合度は $\chi^2=28.061(df=15, p=0.021)$, $GFI=0.960$, $AGFI=0.904$, $RMSEA=0.074$ であり、適合度の大きな改善は認められなかったことから、更なるモデルの再構築が必要であると示唆された。

【モデル 5】(最終モデル)

モデル 5(図 4-4-5)は、モデル 4 の分析結果を参考にして構築した。モデル 4(図 4-4-4)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 II」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」へのパス係数の有意確率は非常に大きかった($p=0.867$)(「主観的ニーズ評価 I」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 5 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」へパスを引くことにした。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」(「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」にパスを引くことにした。

モデル 4 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 5 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

図 4-4-4 【モデル 4】

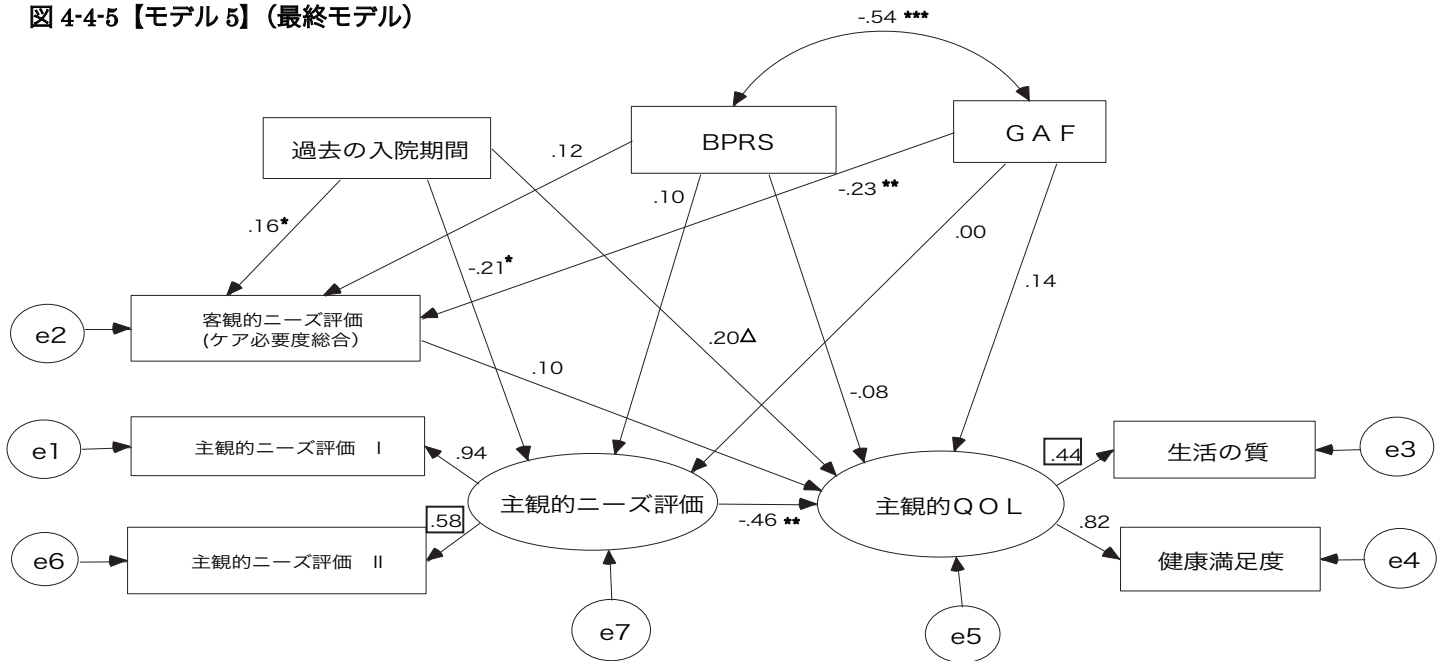


$\chi^2=28.061, df=15, p=.021$
 GFI=.960, AGFI=.904
 RMSEA=.074

* $p<0.05$

□で囲ったパス係数を1に固定した

図 4-4-5 【モデル 5】 (最終モデル)



$\chi^2=12.131, df=12, p=.435$
 GFI=.981, AGFI=.944
 RMSEA=.008

Δ $p<0.1$, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$
 □ で囲ったパス係数を 1 に固定した

しているかどうかを検討することとした。

モデル 5 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 5% 水準で有意でなかったが、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 ($p<0.05$)。

以上の結果を整理して下記に示す。

- * 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 が低下する。
- * 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要援助性が高い。
- * 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、全体的機能が高いほど、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。

5 節 仮説検証に関する考察

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・機能レベル等の臨床的データの影響を検討することが主たる目的である。

1 項 構造方程式モデリング分析対象群の基本属性および臨床的特性

本研究における、構造方程式モデリング分析対象者(以下、分析対象群とする)の基本属性や臨床的特性を、「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「精神障害者ケアガイドライン調査」(精神障害者ケアガイドライン検討委員会 1998)などの全国調査と比較した。その結果、本研究で得られたデータは、多くの点で、前述の全国平均と近似しているため、構造方程式モデリングによる分析結果は、相当程度、一般化できると言えよう。以下に、その比較の概要を示す(注)。

(注) 「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)は、調査対象者の居住場所別にデータを集計している。比較にあたっては、同調査の(入所型)社会復帰施設利用者のデータおよび外来患者(在宅生活者)のデータ集計結果を引用した。本調査のデータについては、対象者全体と仮説検証のための分析対象グループに加えて、入所型施設利用者および在宅生活者別にデータを集計して示した。

① 年齢

本研究の対象者と全国調査における平均年齢は、表 4-5-1 で示した通りである。分析対象群の平均も全国平均も、40 代後半であった。また、入所型施設利用者と在宅生活者では、本研究も全国平均も、入所型施設利用者は在宅生活者に比べて平均年齢が高かった。このことから、本研究の対象者の年齢は、全国調査の対象者と大きな違いはないと考えられる。

表 4-5-1 本研究と全国調査の比較【年齢】(歳)

本研究								精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査			
対象者全体		分析対象群		入所型施設利用者		在宅生活者		入所型社会復帰施設利用者		外来患者(在宅)	
平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
47.9	12.82	47.9	12.19	49.9	14.18	45.4	10.38	49.0	12.3	46.6	15.3

② 性別

本研究の対象者と全国調査における男性の割合を、表 4-5-2 に示した。「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」の外来患者(在宅生活者)群では、男女ほぼ同数だったが、それ以外は、本研究も全国調査も、男性が 65%前後を占めていた。このことから、本研究における対象者の男女比は、全国調査の対象者とほぼ同じであると言える。

表 4-5-2 本研究と全国調査の比較【性別】(男性%)

本研究				精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査		ケアガイドライン調査
対象者全体	分析対象群	入所型施設利用者	在宅生活者	入所型社会復帰施設	外来患者(在宅)	
66.1	62.7	67.6	64.0	65.7	51.6	62.8

③ 入院回数

過去の総入院回数に関する、本研究と全国調査のデータの集計結果は、表 4-5-3 の通りであり、両者の平均入院回数に大きな差は見られなかった。

表 4-5-3 本研究と全国調査の比較【過去の総入院回数】(回)(注)

本研究								精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査			
対象者全体		分析対象群		入所型施設利用者		在宅生活者		入所型社会復帰施設利用者		外来患者(在宅)	
平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
3.6	3.25	3.6	3.18	3.9	3.23	3.3	3.26	4.3	4.2	NA	NA

(注) 「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」の外来患者調査の過去の総入院回数の平均は報告書に掲載されていない。

④ 入院期間

過去の総入院期間の分布について、本調査と全国調査の結果を比較すると(表 4-5-4)、入院型施設等利用者については、同じような分布が見られ、入院なしを含め 5 年未満と 5 年以上が約半数ずつで、どちらの調査でも 20 年以上は約 16% である。一方、在宅生活の対象者では、「精神障害者社会復帰サービスニーズ調査」の方が本研究に比べて、1 年未満の対象者が多いものの、全体的な分布傾向は似ており、どちらも、8~9 割の対象者の総入院期間が 5 年未満で、20 年以上の超長期の入院経験がある者は約 2% と少ない傾向にあった。

表 4-5-4 本研究と全国調査の比較【過去の総入院期間】(%)

	本研究				精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査	
	対象者全体	分析対象群	入所型施設利用者	在宅生活者	入所型社会復帰施設	外来患者(在宅)
なし	10.8	8.7	5.8	16.4	0.9	24.0
半年未満	11.1	9.3	4.5	18.6	5.2	29.0
半年以上1年未満	11.1	11.2	8.3	14.3	8.1	13.9
1年以上5年未満	33.4	34.2	36.6	29.3	36.0	22.8
5年以上10年未満	13.5	13.7	16.7	10.0	15.4	5.3
10年以上20年未満	10.5	9.9	11.5	9.3	18.2	3.4
20年以上	9.8	13.1	16.7	2.1	16.3	1.6

⑤ 全体的機能の評定(GAF)

本研究と全国調査との、GAF の平均点の比較では(表 4-5-5)、本研究よりも「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」の対象者の方が若干機能レベルが高いようであるが、大幅な差はないと考えられる。

表 4-5-5 本研究と全国調査の比較【GAF】

対象者全体		本研究						精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査			
		分析対象群		入所型施設利用者		在宅生活者		入所型社会復帰施設利用者		外来患者(在宅)	
平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
55.9	11.64	56.5	11.82	54.7	11.76	57.5	11.37	59.0	14.3	63.9	16.0

⑥ 主観的 QOL

精神障害者の主観的 QOL 評価のために、WHO/QOL を使用した先行研究は、本邦において多くない。更にそれらに関する原著論文中で、WHO/QOL 尺度の全体的 QOL 評価の得点を掲載しているものは数が限られる。

堀田ら(1999)が精神科入院患者を対象とした調査では、全体的 QOL の平均得点は 3.28(SD=0.79)だった。今村ら(2003)による、施設入所者と入院患者を対象とした調査では、WHO/QOL の全構成領域の総合平均得点は 3.39 だったと報告している。在宅生活をしている統合失調症患者に対する國方ら(2006)の調査では、WHO/QOL の総合平均得点は 3.0(SD=0.5)だった。精神科入院および外来患者を対象とした Ishizaki(2004)らの研究では、総合平均得点が 3.00(SD=0.54)だった。

本研究では、生活の質の評価が 3.02(SD=0.79)、健康満足度が 2.78(SD=1.05)だった。この数値をわが国の先行研究と単純比較することは難しいが、これまでの先行研究の結果に比べて若干 QOL が低いようである。

⑦ 主観的ニーズ評価

対象者本人が評価するニーズに関しても、先行の大規模全国調査の結果とほぼ同じような傾向が見られた。

まず、生活上の不安や心配については、表 4-5-6 で示した通りである。本研究および「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」の両方で、生活上の不安として、「病気が再発したり悪化したりしないか不安」(表 4-5-6 では、「病気の再発・悪化」)、「仕事を見つかるか不安」(表 4-5-6 では、「仕事を見つけること」)、「経済的なことが不安」(表 4-5-6 では、「経済的なこと」)が上位に挙げられた。

また、地域生活において困ることについての集計結果は、表 4-5-7 で示した。本研究および「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」の両方で、「食事の準備や調理」(表 4-5-7 では、「食事」)、「規則正しい生活」、「健康管理」、「急に具合が悪くなったときの対処」(表 4-5-7 では、「病気悪化時の対処」)が上位に挙げられた。

更に、「病気の再発・悪化」については、第 2 回東京都精神保健福祉ニーズ調査(東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健福祉課 2005)においても、37.0%～47.5%の対象者が不安であると回答している。また同調査において「仕事のこと」

や「経済的なこと」も約3割～5割が不安であると回答している。また「食事」に関しては、全国精神障害者家族連合会による第2回、第3回の本人調査(全国精神障害者家族連合会 1986; 全家連保健福祉研究所 1994)の結果で、自信があると回答していたのは3割～4割程度に留まり、ニーズが高いことが伺える。

表 4-5-6 本研究と全国調査の比較【生活上の不安・心配】(%)

	本研究				精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査	
	対象者全体	分析対象群	入所型施設利用者	在宅生活者	入所型社会復帰施設	外来患者(在宅)
病気の再発・悪化	48.7	45.3	43.3	53.9	39.9	52.1
家族関係	31.0	31.7	31.2	30.9	26.5	23.0
友人・異性関係	24.8	24.2	21.0	28.3	NA	NA
单身生活	32.9	36.0	36.3	28.9	32.6	14.4
仕事の復職	14.5	14.3	14.0	15.1	10.0	4.6
仕事を見つけること	41.3	37.9	37.6	45.4	38.9	22.6
仕事の継続	31.3	28.0	30.6	32.2	NA	NA
年金受給	24.2	20.5	22.9	25.7	16.7	13.2
経済的なこと	47.7	44.7	46.5	49.3	45.2	38.2
住居	23.2	23.0	33.1	13.2	33.7	11.6

表 4-5-7 本研究と全国調査の比較【地域生活で困ること】(%)

	本研究				精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査	
	対象者全体	分析対象群	入所型施設利用者	在宅生活者	入所型社会復帰施設	外来患者(在宅)
食事	31.2	34.8	37.7	25.3	35.5	20.2
掃除・整理整頓	22.8	28.6	24.7	24.0	18.4	19.7
洗濯	9.0	9.9	7.5	10.4	9.9	9.9
買い物	14.0	11.8	11.6	16.2	13.5	9.9
金銭管理	27.2	28.6	30.8	24.0	24.0	10.7
規則正しい生活	30.9	33.5	28.1	33.1	30.4	22.0
交通機関の利用	15.6	16.1	20.5	11.0	14.9	9.8
近隣との付き合い	27.2	25.5	24.7	29.9	31.4	24.2
友人との付き合い	22.6	19.3	20.5	24.7	NA	NA
異性との付き合い	19.9	16.8	17.1	22.7	NA	NA
家族との付き合い	20.3	20.5	21.2	19.5	20.9	15.9
余暇時間	19.9	20.5	21.2	18.8	NA	NA
勉強・学校	6.0	6.8	6.2	5.8	NA	NA
仕事のこと	34.9	34.2	35.6	34.4	NA	NA
服薬管理	13.0	13.7	15.8	10.4	14.2	7.3
健康管理	30.6	31.7	32.9	28.6	29.0	23.3
病気悪化時の対処	40.5	37.9	41.8	39.6	33.3	24.7
戸締まり・火の始末	16.9	18.6	16.4	17.5	16.6	8.4
銀行・役所等の利用	19.9	21.7	25.3	14.9	17.5	8.3
電話の利用	10.6	8.7	10.3	11	11.1	6.1

⑧ 客観的ニーズ評価(ケア必要度)

ケア必要度の各 8 領域と総合評価得点の点数に関して、本研究と、精神障害者ケアガイドラインの全国調査の結果との対比が表 4-5-8 である。どちらの研究においても、平均して、より援助性が高いと評価されている項目は、「身の回りのこと」、「対人関係」、「社会的役割・時間の活用」、「緊急時の対応」であった。また、総合得点は、どちらの研究の結果も約 1.9 であった。

表 4-5-8 本研究と全国調査の比較【ケア必要度】

	本研究				精神障害者 ケアガイドライン全国調査	
	対象者全体		分析対象群		平均	SD
	平均	SD	平均	SD	平均	SD
身の回りのこと	2.08	0.72	2.11	0.68	2.12	0.78
安全の管理	1.67	0.74	1.61	0.68	1.54	0.75
健康の管理	1.96	0.79	1.98	0.71	1.98	0.81
社会資源の利用	1.89	0.92	1.84	0.91	1.88	0.82
対人関係	2.11	0.76	2.01	0.65	2.25	0.77
社会的役割・時間の活用	2.07	0.82	2.03	0.77	2.49	0.96
緊急時の対応	2.40	0.90	2.30	0.81	2.07	0.93
配慮が必要な社会行動	1.54	0.65	1.45	0.53	1.48	0.43
総合得点	1.96	0.57	1.92	0.48	1.97	0.55

2 項 ニーズと QOL の関係性および臨床的特性の影響

本研究の仮説に沿い、包括的ニーズ評価の主観的 QOL への影響を検証したところ(モデル 4)、「包括的ニーズ評価」から「主観的 QOL」へのパス係数は有意な値を示していたが、モデルの適合度が良好でなかった。そのモデルでは、潜在変数である「包括的ニーズ評価」を構成する 3 つの観測変数、つまり客観的ニーズ評価(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 のうち、「包括的ニーズ評価」から客観的ニーズ評価(ケア必要度総合)へのパス係数が有意でなかった。そこでモデル 5(最終モデル)では、「包括的ニーズ評価」から、客観的ニーズ評価と主観的ニーズ評価を独立させた。

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 が低くなる、あるいはニーズが少なければ 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(Slade, et al. 1999; Slade, et al. 2004)こと、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って実証された。

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)。ところが、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如実に示している。その差の詳細については、第 5 章で別途検討することとする。

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。しかしながら、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(42-43 頁および 46 頁を参照されたい)。そこで、精神症状と QOL との関係について、第 5 章で詳細に検討することとする。

さて、主観的に評価されたニーズが主観的 QOL に有意に影響していることが実証されたが、ここでは、どのようなニーズの領域が QOL に関係しているかを検討してみたい。主観的ニーズの評価項目である、地域生活における困りごと(67 頁の表 4-1-4)を具体的に問う 20 項目のうち、互いに有意な相関があり、かつグループ化が妥当だと考えられた項目を 3 領域に分類した。それらは、①IADL(食事の準備や調理など、部屋の掃除・整理整頓、衣類の洗たく、日用品などの買い物、現金や預金通帳などの管理、戸締まりや火の始末などの安全を保つこと、銀行や郵便局・役所を利用すること)、②対人関係(近所の人との会話やつきあい、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、家族との会話やつきあい)、③健康管理(規則正しい生活をする、服薬管理、健康の管理、急に病気の具合が悪くなったときの相談や対処)である。領域ごとに合成変数を作成(本人が困っている・困ると評価した項目の合計数を算出)し、主観的 QOL(生活の質、健康満足度)とのスピアマンの順位相関係数を求めた。その結果、IADL と生活の質の関係を除き、有意な負の相関が認められた(表 4-5-9)。このことから、主観的 QOL の向上には、IADL、対人関係、健康管理の領域のニーズに対応することが肝要であることが明らかとなった。なお、3 つの領域を同時に投入してカテゴリカル回帰分析を実施したところ、生活の質に有意に影響していたのは IADL と健康管理、健康満足度に有意に影響していたのは、健康管理であった。

表 4-5-9 領域別のニーズと主観的 QOL との関係

		主観的ニーズ評価(地域生活での困りごと)					
		IADL		対人関係		健康管理	
		N	rs	N	rs	N	rs
主観的QOL	生活の質	161	-0.138	161	-0.189 *	161	-0.159 *
	健康満足度	161	-0.235 **	161	-0.195 *	161	-0.175 *

*<0.05, **<0.01

rsはスピアマンの順位相関係数

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、表出された満足度を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して述べている。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(1997:12)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(「健常者」)と比較すると述べている。

我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)は、長期在院患者の生活満足度について調査した結果、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にそれ以前の生活様式や価値観から、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。

長期在院の経験と低いニーズ評価、そして高い QOL 評価との間に媒介している理由は、病気の受容か、使える資源への適合の表れか、依存的な生活への諦めか、自らの目標値を低めているからか、あるいは制限のある生活への妥協や適応か、これらを本調査からは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の留意点として、このような見解は非常に重要である。

上記のようなこれまでの考察に加え、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原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・娯楽などを含む。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。その結果、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と考えた。

また、生活は時代と共に便利になる。過去の入院期間が長いほど(特に長期在院し、地域に移行したばかりの者ほど)、そのような変化にも追いつきづらい。そのため、「昔」の生活と比較すると、たとえ一般的には不便と感じられるような生活であっても、当事者にとって問題が感じられない。

このような理由から、過去の入院期間が長期におよぶ精神障害者には、現実的な生活のイメージを具体化する支援が肝要であると考えられる。ただし、援助関係が成立するのは、多くの場合、本人がニーズを表明している領域に関してのみである。そして、その本人ニーズを満たすことがQOLを向上させることが実証されていることから、主観的なニーズを優先して介入することが重要である。

安西(2000:101)は、ニーズの受容は本人の「個人目標、言い換えると『願いや夢(wish and dream)』を見い出すことが基本」であるとしている。もちろんこれらのニーズが、スタッフの評価するニーズと一致しない場合も多々あるだろう。その場合、本人のニーズを優先しつつも、スタッフがより重要性を感じる領域にアプローチすることは不可能なことではない。例えば、本人にとっては、自らの余暇時間の過ごし方についてが最大の関心事であり、スタッフは、その障害者の運動不足や仲間作りがより重要な課題だと考えていたとする。その場合、運動を取り入れた娯楽や、同じ通所施設を利用する仲間を加えて、余暇を楽しむ方法を提案し、実行することが介入の一方法として考えられる。このように、本人とスタッフの見解が異なる場合に、両者の考えに折り合いをつけながら介入する方法

は、病気の症状で、現実検討能力が低下している精神障害者にも応用できるだろう。その場合でも、安西(2000:101)は、ニーズの実現に向けて、個人の目標を阻害している問題解決を目標として治療やリハビリテーションを導入することで、彼らの理解を促進することが可能であると述べている。

この章の結語として、ソーシャルワーク実践においては、利用者の自己決定の尊重や協働による問題解決が原則であることを強調したい。精神医療・保健・福祉の分野では、患者の精神症状ゆえに、患者による主観的判断の信頼性や妥当性を疑問視する議論は今後も絶えないかもしれない。しかしながら、Sladeら(1996)が述べるように、患者とスタッフが協働でアセスメントし、ケア目標を交渉することで、患者は自分が受けているケアに興味を持つことができる。そして、両者の交渉を実行することで、お互いのコミュニケーションが深まり、患者は自らが受ける支援内容をよりよく理解するようになる。そのためにも、本人のウェルビーイングやニーズに関する、主観的な認識を重視すべきであろう。

引用文献

- 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.)
- 安保寛明・伊藤弘人・服部いづみ (2003)「精神保健サービス満足度尺度 VSSS 日本語版の信頼性と妥当性の検討」『Schizophrenia Frontier』4, 192-205.
- 安西信雄 (2000)「医療からリハビリテーションへの移行」蜂矢英彦・岡上和雄監修『精神障害リハビリテーション学』金剛出版, 99-104.
- 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.

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.

Heslegrave, R.J., Awad, A.G. and Voruganti, L.NP. (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.

堀田英樹・岩崎テル子・上田綾・ほか (1999)「精神病院入院者の主観的幸福感に関する調査報告－WHO/QOL-26 を使用して」『金沢大学医学部保健学科紀要』 23, 64-70.

今村芳博・田川安浩・福田英二・ほか (2003)「慢性期統合失調症の陰性症状と QOL」『九州神経精神医学』 49(3-4), 148-159.

Ishizaki Y. and Nakane Y. (2004)「世界保健機構の Quality of Life 評価尺度を用いた精神病患者及び介護者の調査 (A Survey of Patients with Mental Disorder and Their Caregivers Using the World Health Organization Quality of Life Instrument)」『Acta Medica Nagasakiensia』 49, 143-147.

Katschnig, H. (1997)「精神医学における QOL 概念の有用性」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・町澤静夫・丸山晋・ほか (1985)「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.

Kolakowska, T. (1976) Brief Psychiatric Rating Scale: Glossaries and Rating Instructions, Oxford University.

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.

- 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.
- 日本精神科病院協会 (2003)『精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書』日本精神科病院協会.
- Overall, J.E. and Gorham, D.R. (1962) The brief psychiatric rating scale, Psychological Reports, 10,799-812.
- Ruggeri, M. and Dall'Agnola, R. (1993) The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals, Psychological Medicine, 23, 511-523.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A. and Dall'Agnola, R., et al. (2000) Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European Version, British Journal of Psychiatry, 177, 541-548.
- 精神障害者ケアガイドライン検討委員会 (1998)『精神障害者ケアガイドライン』厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課.
- 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.
- 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? Psychotherapy 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., 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.

障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会精神障害者部会(2001)『精神障害者ケアガイドライン検討委員会版 ケアマネジメント用具類使用の手引き』精神障害者社会復帰促進センター.

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ー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.

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.

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.

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(1994)『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93 (II) 全国地域生活本人調査編 保健福祉研究所モノグラフ No6』 全国精神障害者家族連合会.

全国精神障害者家族連合会 (1986)『日本の精神障害者と家族の生活実態白書』 全家連.

第 5 章 仮説検証結果を補足するための分析と考察

本章では、前章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とする。

1 節 居住場所の違いによる属性、ニーズ、QOL の差(表 5-1-1)

仮説検証では、対象者を「地域生活を営む精神障害者」としたが、本節では、居住場所が社会復帰施設やグループホームなどである入所施設利用者群と、入所施設を利用しない在宅生活者群に分けて検討する。

1 項 居住場所の違いによる差の検定

入所施設利用者群と在宅生活者群には、属性やニーズ、主観的 QOL に違いがあるかを検討するため、各群の差の検定を実施した(データの性質によりパラメトリック検定とノンパラメトリック検定を使い分けた)。その結果は、表 5-1-1 の通りである。

入所施設利用者群は在宅生活者群に比べ、年齢が有意に高く、過去の総入院回数も有意に多く、過去の総入院期間も有意に長かった。また入所施設利用者群は在宅生活者群よりも客観的ニーズ評価(ケア必要度の総得点)が有意に高かった。さらに、入所施設利用者群は在宅生活者群と比較して、生活の質を有意に高く評価していた。

表 5-1-1 居住場所の違いによる属性およびニーズ、QOL の差

項目	入所			在宅			U	t	df	p	
	有効回答	平均	SD	有効回答	平均	SD					
年齢	a	91	49.87	14.18	70	45.41	10.38	2571.00		0.036 *	
総入院回数	a	157	3.90	3.23	146	3.28	3.26	6527.00		0.015 *	
総入院期間	a	156	106.59	128.22	140	41.64	64.54	9621.00		0.000 ***	
GAF		112	54.67	11.76	86	57.45	11.37		-1.68	196.00	0.095
BPRS		105	18.14	13.21	85	19.28	15.37		-0.55	188.00	0.583
客観的ニーズ評価		154	2.10	0.55	150	1.82	0.56		4.30	302.00	0.000 ***
主観的ニーズ評価I		157	1.82	1.38	152	1.71	1.34		0.72	307.00	0.473
主観的ニーズ評価II		146	4.50	3.79	154	4.22	3.97		0.62	298.00	0.534
生活の質		157	3.13	0.76	157	2.88	0.89		2.72	312.00	0.007 **
健康満足度		157	2.96	1.01	157	2.76	1.08		1.62	312.00	0.105

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0

a: マンホイットニーU検定、その他はt検定

2 項 居住場所の違いによる差の考察

入所施設利用者は在宅生活者に比べ、これまでに入退院を多く繰り返し、過去の病院生活が長く、日常生活における援助性がより高いことが分かった。入所型の社会復帰施設では、単身生活や家族同居に比べ、専門職による濃密な日常生活支援を受けられる。また、病状悪化などの緊急時にも、より迅速な対応を受けることが可能である。そして、入所者の多くは、単身生活などのより自立度の高い生活に移行するため、生活能力の向上等を目的として施設を利用している。このような施設生活のメリットや施設の利用目的から考察すると、利用者の入院歴の長さや援助性の高さといった分析結果は、当然のことと言えるだろう。

BPRS や GAF で評価された精神症状と全体的機能については、入所施設利用者群と在宅生活者群との間に、有意な差は認められなかった。両群とも、入院治療の必要がなく、地域で生活することが可能なため、精神症状は一定レベル安定していると考えられる。一方、本節での GAF に関する結果は、仮説検証のための分析結果と異なっている。構造方程式モデリングを用いた検証(モデル 5)では、GAF は客観的ニーズ評価と有意な関係が認められた。ここでは、入所施設利用者は在宅生活者より、客観的ニーズが高いにもかかわらず、GAF の点数には 5% の基準で有意な差がみられなかった。しかし、危険率を 10% の基準で検討すると、入所施設利用者は在宅生活者に比べ、GAF が低いことが分かる。よって、入所施設利用者は在宅生活者より全体的機能が低く(ただし 10% の危険率)、日常生活の援助性がより高いと言え、これも前述の通り、入所施設の利用目的に適う当然の

結果である。

主観的ニーズ評価では、両群に有意な差は認められなかった。客観的ニーズ評価は、入所施設利用者と在宅生活者で支援の必要度が異なっていたが、精神障害者自身は、居住場所の違いで、自らのニーズに差を感じてはいなかった。このようなニーズに関する両者の意識の違いについては、「ニーズの主観的評価と客観的評価の相違」で詳細に検討したい。

入所施設利用者群は在宅生活者群に比べ、生活の質の評価が有意に高かった。この結果は、過去の入院期間の長さが影響因子となっているのであろうか、あるいは入所施設における依存状態の表れなのであろうか。詳細は、第4章の考察(99-101頁)を参照されたい。

2 節 ニーズ評価および主観的 QOL と各精神症状との関係

仮説検証の結果、精神症状全般(BPRSの総合得点)とニーズおよびQOLとは、有意な関係は認められなかった。ここでは、BPRSの総合得点は使用せず、ニーズおよびQOLと、各精神症状(BPRSの各下位尺度の得点)との関係性を検討する。

1 項 ニーズ評価および主観的 QOL と各精神症状との関係性の分析

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5-2-1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。

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。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。

表 5-2-1 ニーズ評価と各症状(BPRS 下位尺度)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
主観的ニーズII	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 健康満足度	161	-0.107	161	-0.152	161	-0.241 **	161	-0.076
		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

2 項 ニーズ評価および主観的 QOL と各精神症状との関係性の考察

客観的ニーズ評価は、BPRS の下位尺度である陽性症状、陰性症状、躁状態と有意な正の相関が認められた。一方、主観的ニーズ評価はどの症状とも有意な相関はみられなかった。主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の相違については、先行研究でも報告されており、本研究では既に仮説検証の考察で指摘している(97頁を参照)。この相違については、次節で詳細に検討することとする。

さて、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. 2001; Fitzgerald 2003; 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 (2002)ら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 は情緒レベルと全く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があるのではないだろうか。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。

いずれにせよ、ここで重要なのは、主観的評価の妥当性の議論ではなく、それを左右する可能性のある、抑うつや不安など、気分変調の原因を追究することであると考える。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」(注)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。

(注) 大切な対象を喪失したことで生じる悲哀から解放されるまでのプロセスを、「喪の仕事」と言う(加藤 2004:505)。ここでは、精神疾患の発病による様々な喪失体験に対する心理的過程のことを指している。これは障害受容の過程であり、その一連の流れは、「① どうしてよいかわからない不安と無力感、心細さ、挫折感、これからどうしようという模索的心理が続き、② 失ったものへの思慕や愛着の続く時期で失ったものへの分離不安が起こり、③ 失ったものが本当に永久に戻ってこない現実を認め、④ 立ち直りや再建の努力が始まる、新しい対象の発見と心のあり方を見いだそうとする」である(今井 2004:253)。

3 節 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差

本節では、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こととする。その理由は、①仮説検証の際、主観的ニーズ評価から主観的 QOL へのパス係数は有意だったが、客観的ニーズ評価からのパス係数は有意な値でなかったため、②前節での分析結果、客観的ニーズ評価は BPRS の 3 つの下位尺度(陽性症状、陰性症状、躁状態)と有意な相関が認められたが、主観的ニーズ評価はどの症状とも有意な関係はみられなかったため、である。海外の先行研究でも、主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の相違が報告されているが、ここでは、どのような点に両者の相違が認められるかを検討することとした。

1 項 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差の検定

地域生活における困りごとを問う項目(67 頁を参照)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」に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(偏りすぎない十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 5-3-1 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メトリック検定を使い分けた。

表 5-3-1 主観的ニーズ評価「困る」群・「困らない」群と客観的ニーズ評価の平均値および中央値の差の検定

		主観的評価						U	t	df	p
項目		困らない		困る							
		有効回答	平均	SD	有効回答	平均	SD				
客観的評価	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
	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 a	192	1.98	0.844	75	1.97	0.900		0.05	265.00	0.960
	友人付き合い a	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

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)項目は下記の通りである。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。

以下、「ケア必要度の項目名<主観的ニーズ評価の項目名>」とする。

- * 生活リズム <規則正しい生活をする事>
- * 清掃やかたづけ洗濯(表 5-3-1「清掃・洗濯」)<部屋の掃除・整理整頓>
- * 金銭管理 <現金や預金通帳などの管理>
- * 服薬管理 <服薬管理>
- * 交通機関の利用(表 5-3-1「交通機関利用」)<電車・バスなど交通機関を利用すること>
- * 公共機関・金融機関の利用(表 5-3-1「公共機関利用」)<銀行や郵便局・役所を利用すること>
- * 電話の利用(表 5-3-1「電話利用」)<電話の利用>

「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つ

た項目は以下の通りである。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。

- * 火の始末 <戸締まりや火の始末など安全を保つこと>
- * 身体健康の管理(表 5-3-1「健康管理」)<健康の管理>
- * となり近所との付き合い(表 5-3-1「近所付き合い」)<近所の人との会話やつきあい>
- * 友人等との付き合い(表 5-3-1「友人付き合い」)<友人との会話やつきあい>
- * 趣味・空いた時間の過ごし方(表 5-3-1「余暇時間」)<余暇時間の過ごし方>

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、以下の 1 項目である。

- * 悪化時の対処 <急に病気の具合が悪くなったときの相談や対処>

2 項 主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の相違に関する考察

主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の相違を分析した結果、両者の評価は、全く相反する方向性を示していたわけではなく、分析した半数以上の項目で、一致する傾向が認められた。一方で、本人が困っていると感じていても、スタッフは援助の必要性が低いと考えたり、あるいは本人は困っていないくともスタッフは援助性が高いと評価していたりする項目も混在していた。

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。

上記の見解は、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)相談相手がい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マ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、①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、②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. 1987:548)。すなわち、スタッフは特定の能力障害を評価するのにに対し、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(1987:548)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。

客観的評価と主観的評価の相違については、ニーズの領域だけでなく、QOL の領域においても議論されてきた。例えば Fitzgerald ら(2001)は、先行研究で、主観的 QOL 評価と客観的 QOL 評価には明らかな相違がある、という報告が多く見られると述べており、自身の研究でもそのことを確認している。一方、Thapa and Rowland(1989)は、スタッフと患者との QOL に関する認識には、有意な差が認められたが、類似も確認されたと報告している。国内の研究においては、友竹ら(2004)は、主観的 QOL の評価領域の一部と客観的評価の総得点との有意な相関は認められたものの、相関係数は極めて低かったことから、主観的 QOL と客観的 QOL の評価には乖離があると結論付けている。安藝ら(2005)による研究でも友竹ら(2004)の研究と同じような結果を得たと報告している。また、長田ら(1998)も、主観的 QOL 評価と客観的 QOL 評価との間には、有意な相関は認められなかったと述べている。

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、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える。

引用文献

- 安藝浩史・友竹正人・兼田康宏・ほか (2005) 「統合失調症患者の主観的及び客観的 QOL と家族による生活技能評価との関連の検討」『精神薬療研究年報』 37, 169-176.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 今井楯男 (2004) 「障害受容」社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会監修『精神保健福祉用語辞典』中央法規, 253.
- 加藤洋子 (2004) 「モーニングワーク(mourning work)」社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会監修『精神保健福祉用語辞典』中央法規,

505.

北村俊則・杠岳文・森田昌宏・ほか (1990) 「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.

Landis, J. and Koch, G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data, Biometrics, 33, 159-174.

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.

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 Pscyiatric Epidemiology, 38, 662-667.

長田久雄・立山萬里・毛塚忠由・ほか (1998) 「精神分裂病患者のクオリティ・オブ・ライフ(QOL)に関する研究(続報)」『東京保健科学学会誌』 1, 107-110.

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.

Slade, M. (1994) Needs Assessment-Involvement of staff and users will help to meet needs, British Journal of Psychiatry, 165, 293-296.

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 Medicien, 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.

Thapa K. and Rowland, L.A. (1989) Quality of life perspective in long-term care: staff and patient perceptions, Acta Psychiatrica Scandinavica, 80, 267-271.

Thorncroft, G., Tansella, M. and Becker, T., et al. (2004) The personal impact of schizophrenia in Europ, Schizophrenia Research, 69, 125-132.

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.

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.

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.

終章

1 節 本研究成果の要約

本研究の主題は、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、①ニーズと QOL には因果関係が成立する、②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。

この仮説設定に至った理由は、これまでの精神保健福祉の施策動向と今後の展望にある。近年、わが国の精神保健福祉に関する施策は、これまでの入院中心から地域での生活中心へと転換してきた。その中で、現在注目を浴びているものに、障害者自立支援法がある。同法律において、これまで三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上、一元化されることとなった。ケアマネジメントにおける重要なプロセスの一つに、利用者のニーズアセスメントがある。このニーズアセスメントでは、ケアマネジャー等による客観的なニーズの評価だけでなく、利用者自身の希望も活かすことが肝要である。そしてケアマネジメントの最大の目的は、利用者の QOL 向上である。このことから、利用者のニーズを客観的にも主観的にも評価した、包括的ニーズ評価と QOL との因果関係が定量的に実証されることが望ましいと考えた。

まずは、これまで提唱されてきた、ニードの概念および定義について整理した。国内外で検討されている概念や定義によると、精神保健福祉領域におけるニードは、障害者の状態がある基準から乖離している状態で、それへの支援の必要性および有効性が社会的に認知され、かつその判断過程では、専門家だけでなく障害者本人の要求も十分考慮されるべきであるとしている。このことから、本研究では、ニードの評価には専門家からの客観的判断だけでなく、障害者本人の主観的視点も取り入れることとした。

ヨーロッパを中心に開発されてきたニーズ評価尺度には、専門家や研究者が客観的に評価する尺度だけでなく、主観的なニーズを評価する尺度も同時に作成されている。そのため、ニーズ研究を実施するにあたり、両者の比較を実施することが容易である。一方、わが国では、専門家による客観的なニーズ評価の尺度は開発されているものの、主観的ニーズを評価するための客観的指標が存在してい

ない。

わが国における精神障害者のニーズ調査は、本人の意識調査も含めて、都道府県や団体を中心に多数実施されてきた。各々、独自の調査項目を使用しているため、比較は困難であるが、本人調査では、どの調査でも概ね、食事、対人関係、社会的活動等の領域でニーズが高いことが分かった。

欧州諸国を中心に実施されてきたニーズ研究では、ニーズの評価にあたり、対応されているニーズと対応されていないニーズとが区別されてきた。またニーズ評価には、主観的および客観的の双方の視点を取り入れ、その相違点や類似点についても整理されてきたことが明らかになった。

次に精神障害者の QOL について、その概念、評価尺度、関連の先行研究について検討した。QOL 概念は、ニーズの概念と同様に曖昧であると多くの研究者の間で議論されてきた。しかし、共通することとして、特に医学分野においては、QOL 評価は、患者の主観的安寧や満足度が主流となっていることが挙げられる。一方、精神医学の分野では、精神障害者の障害特性から、この主観的 QOL 評価に対する信頼性が疑問視され、客観的評価が重視されてきた経緯がある。そのような中で、主観的に評価された QOL の信頼性および妥当性に問題はないとする先行研究も多数存在することが明らかになった。そこで、本研究における QOL 評価は、障害者本人の主観にゆだねることとした。

精神障害者の QOL とその影響因子に関する先行研究は、国内外で多数実施されてきた。各研究で使用されている評価尺度にはばらつきがあるが、国内外の先行研究を概観すると、精神症状と QOL との関係性や非定型抗精神病薬の効果、ソーシャルサポートや自尊感情への QOL への影響などに、共通した研究結果が見受けられた。

本研究の主題である、精神障害者のニーズと QOL の関係性については、これまで国内では研究が実施されていないため、海外の先行研究のレビューを行った。これらの研究は主にヨーロッパ諸国で実施されており、ほとんどの研究で、ニーズと QOL との有意な関係が認められていた。

本研究では、ニーズと QOL をめぐる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、適合度とパス係数の有意確率において最

良のモデルによると、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くても高かった。

更に、上記の分析結果を補足するための検証として、①居住場所の違いによる属性、ニーズ、QOL の差、②ニーズ評価および主観的 QOL と各精神症状との関係、③主観的ニーズ評価と客観的ニーズ評価の差、を検討した。①の主要な結果は、施設入所者ほど、過去の入院期間が長く、客観的ニーズは高い、また主観的 QOL は高い、であった。②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。最後に、③の結果では、客観的ニーズ評価と主観的ニーズ評価では、双方の評価に有意な差が見られる領域もあったが、同じ傾向に評価している領域も多く見られた。双方の評価の一致が高い傾向にあったのは、日ごろの具体的な行動が観察しやすい領域で、評価一致傾向が低いのは、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。

これらの研究成果に基づいた臨床上的意義(clinical implications)を、以下に整理する。

- ① 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(IADL、対人関係、健康管理を中心とした領域)を重視したアセスメントと介入が重要である。
- ② 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。
- ③ 長期在院経験者の主観的ニーズや QOL の評価の解釈には留意が必要である。

2 節 本研究の限界と今後の課題

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プローチ方法を模索し、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な測定が可能な客観的評価指標がわが国に存在しないことから、「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加筆して使用した。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。

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 評価に加えて、客観的 QOL 評価も測定した上で、ニーズと QOL との影響を検討することで、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。

最後に、本研究は横断的研究であるが、今後は縦断的研究を実施し、ニーズと QOL との関係(例えば、精神科病院の退院直後と追跡調査時のニーズおよび QOL の比較)を検討することも課題である。

引用文献

日本精神科病院協会 (2003)『精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書』日本精神科病院協会。

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.

参考資料

図 R-1-1 過去の入院期間(N=161)

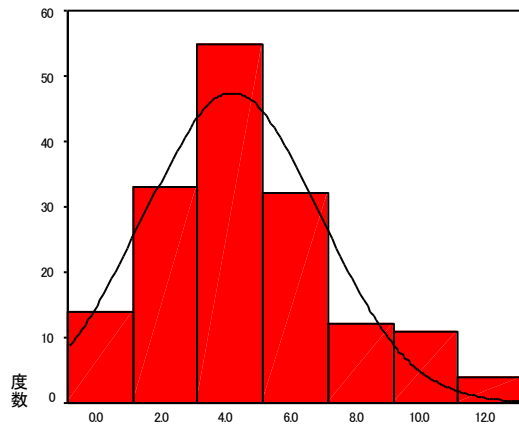


図 R-1-2 GAF (N=161)

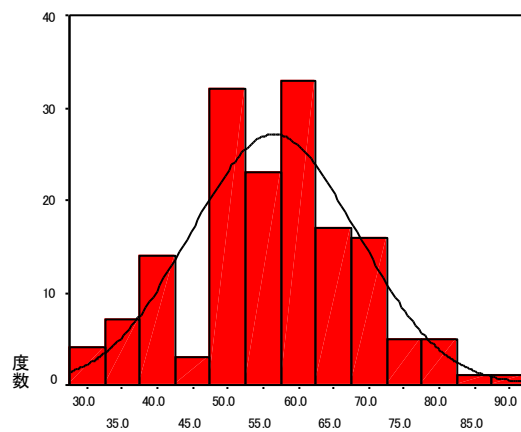


図 R-1-3 BPRS (N=161)

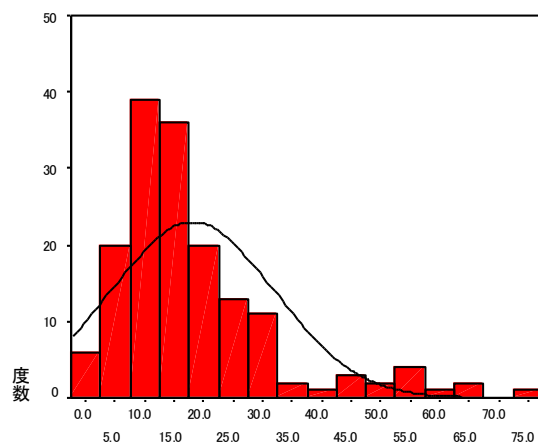


図 R-1-4 客観的ニーズ評価(ケア必要度総合) (N=161)

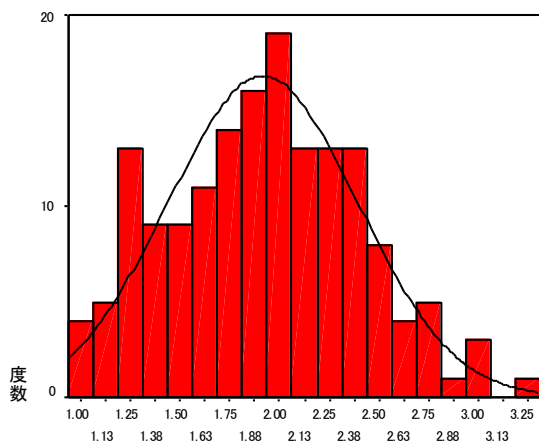


図 R-1-5 主観的 QOL(生活の質) (N=161)

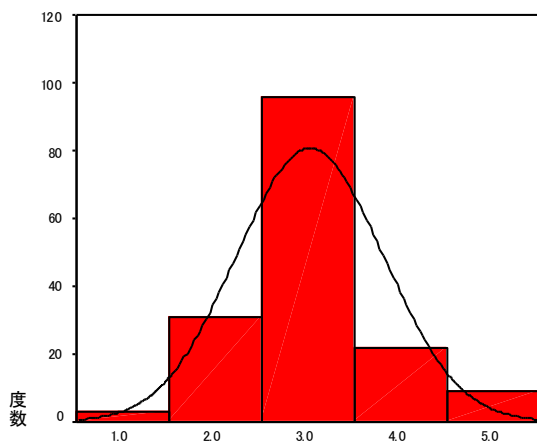


図 R-1-6 主観的 QOL(健康満足度) (N=161)

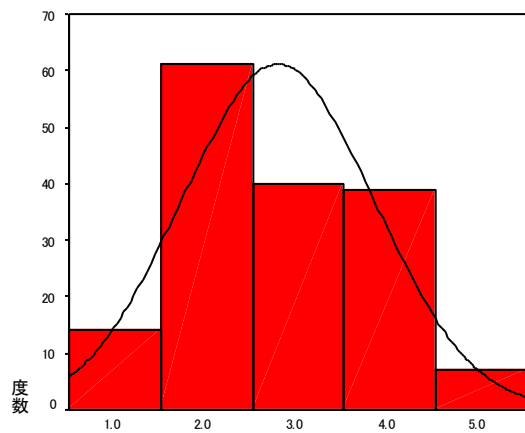


図 R-1-7 主観的ニーズ I (N=161)

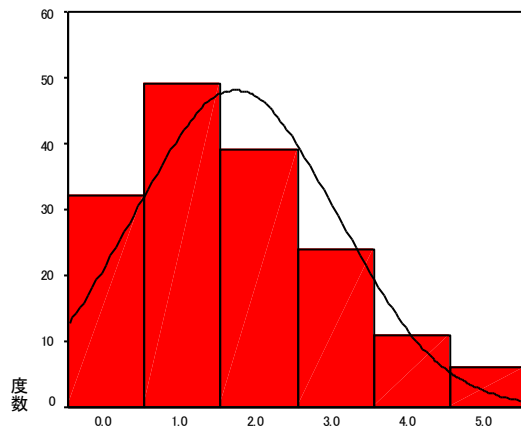


図 R-1-8 主観的ニーズ II (N=161)

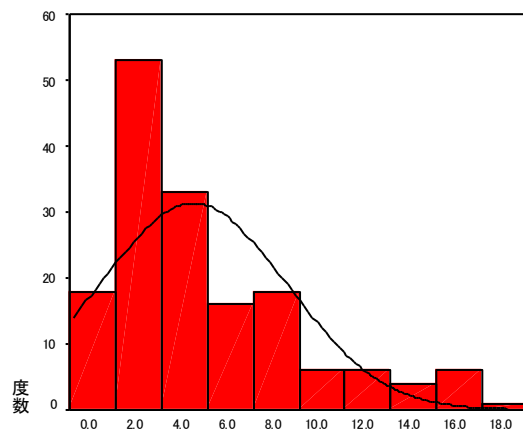


図 R-2-1 GAF (N=121)

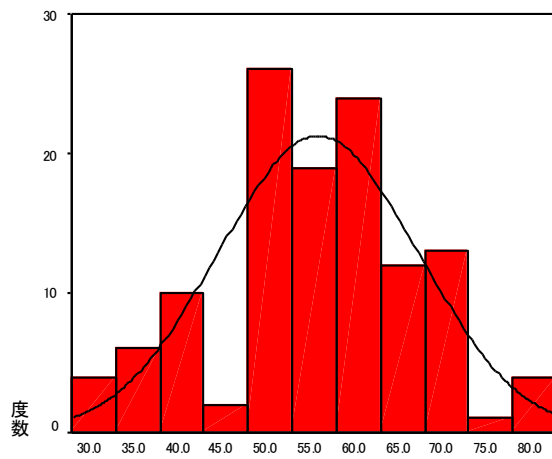


図 R-2-2 BPRS (N=121)

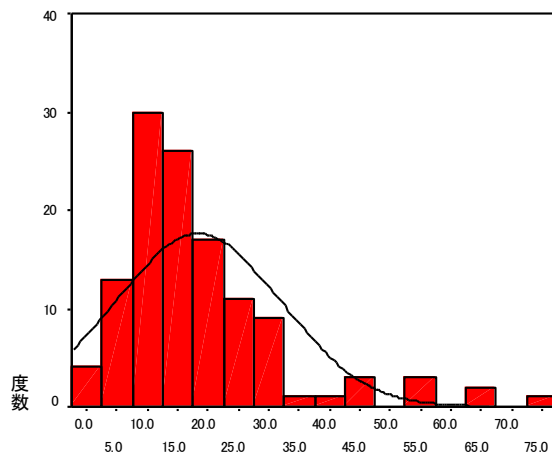


図 R-2-3 過去の入院期間 (N=121)

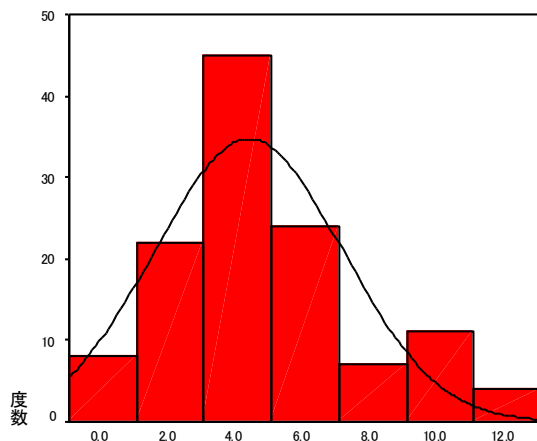


図 R-2-4 客観的ニーズ評価 (N=121)

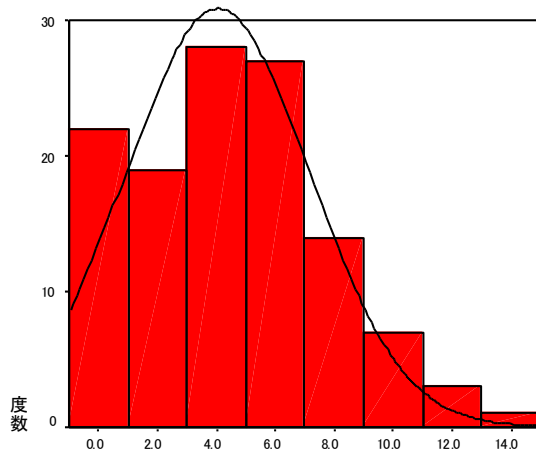


図 R-2-5 主観的ニーズ評価 (N=121)

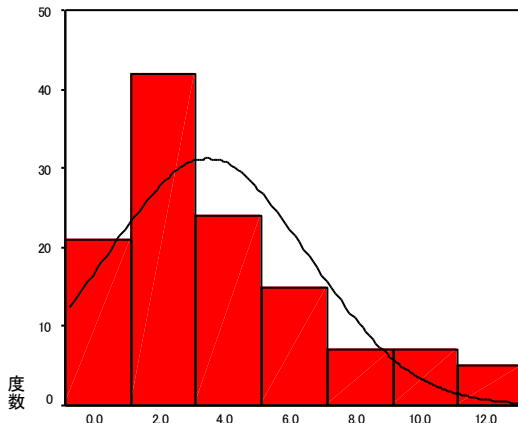


図 R-2-6 主観的 QOL(生活の質) (N=121)

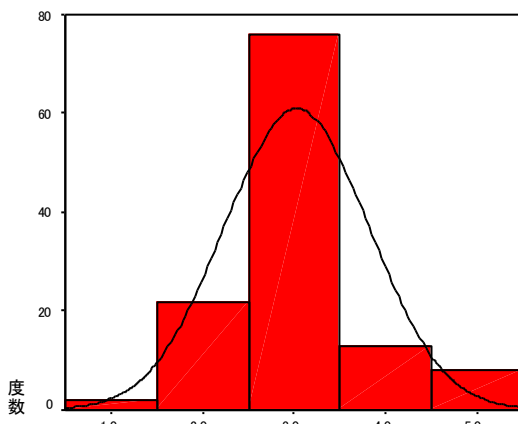


図 R-2-7 主観的 QOL(健康満足度) (N=121)

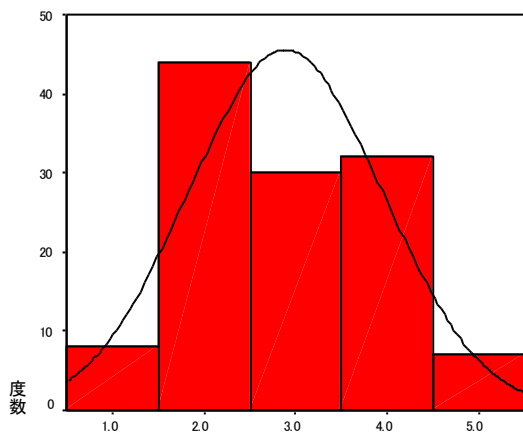
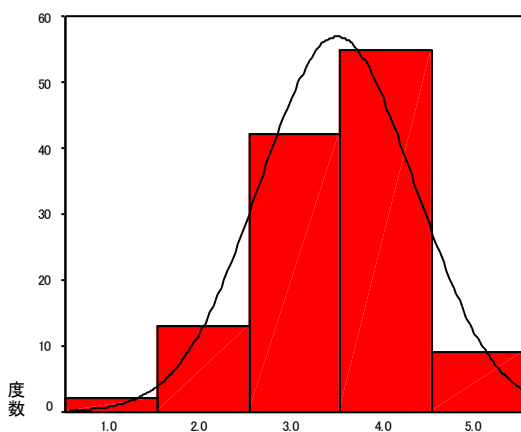


図 R-2-8 サービス満足度 (N=121)



モデル1

パラメータ推定値

***<0.001

係数

			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	0.506	1.001	0.505	0.613
主観的QOL	<---	サービス満足度	0.458	0.07	6.522	***
主観的QOL	<---	臨床的特性	-0.038	0.032	-1.181	0.237
包括的ニーズ評価	<---	臨床的特性	0.026	0.031	0.864	0.388
生活の質	<---	主観的QOL	1			
健康満足度	<---	主観的QOL	0.85	0.211	4.037	***
GAF	<---	臨床的特性	-0.859	0.225	-3.817	***
BPRS	<---	臨床的特性	1			
過去の総入院期間	<---	臨床的特性	-0.022	0.03	-0.745	0.456
主観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	1			
客観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	2.631	3.122	0.843	0.399

標準化係数

			推定値
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	0.409
主観的QOL	<---	サービス満足度	0.635
主観的QOL	<---	臨床的特性	-0.613
包括的ニーズ評価	<---	臨床的特性	0.534
生活の質	<---	主観的QOL	0.769
健康満足度	<---	主観的QOL	0.489
GAF	<---	臨床的特性	-0.756
BPRS	<---	臨床的特性	0.729
過去の総入院期間	<---	臨床的特性	-0.08
主観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	0.16
客観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	0.416

分散

	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
臨床的特性	98.756	32.237	3.063	0.002
サービス満足度	0.711	0.092	7.746	***
e1	86.958	26.767	3.249	0.001
e2	54.688	19.259	2.84	0.005
e3	9.208	1.25	7.365	***
e4	7.995	2.873	2.783	0.005
e5	0.256	0.087	2.939	0.003
e6	0.848	0.124	6.84	***
e7	7.594	0.983	7.728	***
e9	0.173	0.381	0.454	0.65
e8	0.119	0.135	0.879	0.38

重相関係数の平方

	推定値
包括的ニーズ評価	0.285
主観的QOL	0.679
生活の質	0.591
健康満足度	0.239
BPRS	0.532
GAF	0.571
過去の総入院期間	0.006
主観的ニーズ評価	0.026
客観的ニーズ評価	0.173

標準化総合効果

	サービス 満足度	臨床的特 性	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0	0.534	0	0
主観的QOL	0.635	-0.395	0.409	0
生活の質	0.488	-0.304	0.314	0.769
健康満足度	0.311	-0.193	0.2	0.489
BPRS	0	0.729	0	0
GAF	0	-0.756	0	0
過去の総入院期間	0	-0.08	0	0
主観的ニーズ評価	0	0.085	0.16	0
客観的ニーズ評価	0	0.222	0.416	0

標準化直接効果

	サービス 満足度	臨床的特 性	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0	0.534	0	0
主観的QOL	0.635	-0.613	0.409	0
生活の質	0	0	0	0.769
健康満足度	0	0	0	0.489
BPRS	0	0.729	0	0
GAF	0	-0.756	0	0
過去の総入院期間	0	-0.08	0	0
主観的ニーズ評価	0	0	0.16	0
客観的ニーズ評価	0	0	0.416	0

標準化間接効果

	サービス 満足度	臨床的特 性	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0	0	0	0
主観的QOL	0	0.218	0	0
生活の質	0.488	-0.304	0.314	0
健康満足度	0.311	-0.193	0.2	0
BPRS	0	0	0	0
GAF	0	0	0	0
過去の総入院期間	0	0	0	0
主観的ニーズ評価	0	0.085	0	0
客観的ニーズ評価	0	0.222	0	0

モデル適合の要約

CMIN

モデル	NPAR	CMIN	自由度	確率	CMIN/DF
モデル1	19	18.094	17	0.383	1.064
飽和モデル	36	0	0		
独立モデル	8	132.768	28	0	4.742

RMR, GFI

モデル	RMR	GFI	AGFI	PGFI
モデル1	0.524	0.965	0.925	0.455
飽和モデル	0	1		
独立モデル	14.268	0.776	0.712	0.603

基準モデルとの比較

モデル	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
モデル1	0.864	0.776	0.991	0.983	0.99
飽和モデル	1		1		1
独立モデル	0	0	0	0	0

パーシモニ(節約) - 調整測度

モデル	PRATIO	PNFI	PCFI
モデル1	0.607	0.524	0.601
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	1	0	0

NCP

モデル	NCP	LO 90	HI 90
モデル1	1.094	0	15.597
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	104.768	72.614	144.459

FMIN

モデル	FMIN	F0	LO 90	HI 90
モデル1	0.151	0.009	0	0.13
飽和モデル	0	0	0	0
独立モデル	1.106	0.873	0.605	1.204

RMSEA

モデル	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
モデル1	0.023	0	0.087	0.68
独立モデル	0.177	0.147	0.207	0

AIC

モデル	AIC	BCC	BIC	CAIC
モデル1	56.094	59.175	109.214	128.214
飽和モデル	72	77.838	172.648	208.648
独立モデル	148.768	150.065	171.134	179.134

ECVI

モデル	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
モデル1	0.467	0.458	0.588	0.493
飽和モデル	0.6	0.6	0.6	0.649
独立モデル	1.24	0.972	1.57	1.251

HOELTER

モデル	HOELTE	HOELTER
モデル1	183	222
独立モデル	38	44

モデル2

パラメータ推定値

***<0.001

係数

			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
包括的ニーズ評価	<---	症状・障害レベル	0.023	0.028	0.849	0.396
包括的ニーズ評価	<---	HOSPLEV	0.045	0.058	0.783	0.434
主観的QOL	<---	P3	0.436	0.07	6.261	***
主観的QOL	<---	HOSPLEV	0.013	0.057	0.23	0.818
主観的QOL	<---	症状・障害レベル	-0.034	0.029	-1.182	0.237
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	0.479	1.014	0.473	0.636
主観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	1			
客観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	3.179	3.735	0.851	0.395
生活の質	<---	主観的QOL	1			
健康満足度	<---	主観的QOL	0.937	0.221	4.24	***
BPRS	<---	症状・障害レベル	1			
GAF	<---	症状・障害レベル	-0.866	0.232	-3.728	***

標準化係数

			推定値
包括的ニーズ評価	<---	症状・障害レベル	0.513
包括的ニーズ評価	<---	過去の総入院期間	0.278
主観的QOL	<---	サービス満足度	0.645
主観的QOL	<---	過去の総入院期間	0.063
主観的QOL	<---	症状・障害レベル	-0.586
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	0.378
主観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	0.147
客観的ニーズ評価	<---	包括的ニーズ評価	0.46
生活の質	<---	主観的QOL	0.728
健康満足度	<---	主観的QOL	0.509
BPRS	<---	症状・障害レベル	0.727
GAF	<---	症状・障害レベル	-0.759

分散

	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
症状・障害レベル	98.037	32.566	3.01	0.003
サービス満足度	0.711	0.092	7.746	***
過去の総入院期間	7.643	0.987	7.746	***
e1	87.677	27.239	3.219	0.001
e2	54.031	19.839	2.724	0.006
e3	9.25	1.235	7.492	***
e4	7.646	3.318	2.304	0.021
e5	0.29	0.079	3.667	***
e6	0.821	0.122	6.708	***
e7	0.101	0.107	0.936	0.349
e8	0.134	0.305	0.439	0.661

重相関係数の平方

	推定値
包括的ニーズ評価	0.341
主観的QOL	0.692
BPRS	0.528
GAF	0.576
生活の質	0.529
健康満足度	0.259
主観的ニーズ評価	0.021
客観的ニーズ評価	0.212

標準化総合効果

	過去の総 入院期間	サービス 満足度	症状障害 レベル	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0.278	0	0.513	0	0
主観的QOL	0.168	0.645	-0.392	0.378	0
BPRS	0	0	0.727	0	0
GAF	0	0	-0.759	0	0
生活の質	0.122	0.469	-0.286	0.275	0.728
健康満足度	0.086	0.328	-0.2	0.192	0.509
主観的ニーズ評価	0.041	0	0.075	0.147	0
客観的ニーズ評価	0.128	0	0.236	0.46	0

標準化直接効果

	過去の総 入院期間	サービス 満足度	症状障害 レベル	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0.278	0	0.513	0	0
主観的QOL	0.063	0.645	-0.586	0.378	0
BPRS	0	0	0.727	0	0
GAF	0	0	-0.759	0	0
生活の質	0	0	0	0	0.728
健康満足度	0	0	0	0	0.509
主観的ニーズ評価	0	0	0	0.147	0
客観的ニーズ評価	0	0	0	0.46	0

標準化間接効果

	過去の総 入院期間	サービス 満足度	症状障害 レベル	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0	0	0	0	0
主観的QOL	0.105	0	0.194	0	0
BPRS	0	0	0	0	0
GAF	0	0	0	0	0
生活の質	0.122	0.469	-0.286	0.275	0
健康満足度	0.086	0.328	-0.2	0.192	0
主観的ニーズ評価	0.041	0	0.075	0	0
客観的ニーズ評価	0.128	0	0.236	0	0

モデル適合の要約

CMIN

モデル	NPAR	CMIN	自由度	確率	CMIN/DF
モデル2	20	14.247	16	0.58	0.89
飽和モデル	36	0	0		
独立モデル	8	132.768	28	0	4.742

RMR, GFI

モデル	RMR	GFI	AGFI	PGFI
モデル2	0.709	0.973	0.939	0.432
飽和モデル	0	1		
独立モデル	14.268	0.776	0.712	0.603

基準モデルとの比較

モデル	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
モデル2	0.893	0.812	1.015	1.029	1
飽和モデル	1		1		1
独立モデル	0	0	0	0	0

パーシモニ(節約) - 調整測度

モデル	PRATIO	PNFI	PCFI
モデル2	0.571	0.51	0.571
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	1	0	0

NCP

モデル	NCP	LO 90	HI 90
モデル2	0	0	10.954
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	104.768	72.614	144.459

FMIN

モデル	FMIN	F0	LO 90	HI 90
モデル2	0.119	0	0	0.091
飽和モデル	0	0	0	0
独立モデル	1.106	0.873	0.605	1.204

RMSEA

モデル	RMSEA	LO 90	HI 90	PGLOSE
モデル2	0	0	0.076	0.82
独立モデル	0.177	0.147	0.207	0

AIC

モデル	AIC	BCC	BIC	CAIC
モデル2	54.247	57.49	110.163	130.163
飽和モデル	72	77.838	172.648	208.648
独立モデル	148.768	150.065	171.134	179.134

ECVI

モデル	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
モデル2	0.452	0.467	0.558	0.479
飽和モデル	0.6	0.6	0.6	0.649
独立モデル	1.24	0.972	1.57	1.251

HOELTER

モデル	HOELTE	HOELTER
モデル	0.05	0.01
モデル2	222	270
独立モデル	38	44

モデル3

パラメータ推定値

***<0.001

係数

			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	-0.132	0.053	-2.5	0.012
主観的QOL	<---	症状・障害レベル	-0.007	0.004	-1.566	0.117
主観的QOL	<---	過去の総入院期間	0.03	0.014	2.102	0.036
包括的ニーズ評価	<---	過去の総入院期間	-0.095	0.038	-2.512	0.012
包括的ニーズ評価	<---	症状・障害レベル	0.013	0.012	1.057	0.291
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	包括的ニーズ評価	0.013	0.032	0.41	0.682
主観的ニーズI	<---	包括的ニーズ評価	1			
主観的ニーズII	<---	包括的ニーズ評価	1.943	0.493	3.944	***
生活の質	<---	主観的QOL	1			
健康満足度	<---	主観的QOL	2.344	0.687	3.411	***
BPRS	<---	症状・障害レベル	1			
GAF	<---	症状・障害レベル	-0.816	0.397	-2.055	0.04

標準化係数

			推定値
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	-0.455
主観的QOL	<---	症状・障害レベル	-0.199
主観的QOL	<---	過去の総入院期間	0.224
包括的ニーズ評価	<---	過去の総入院期間	-0.207
包括的ニーズ評価	<---	症状・障害レベル	0.109
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	包括的ニーズ評価	0.035
主観的ニーズI	<---	包括的ニーズ評価	0.934
主観的ニーズII	<---	包括的ニーズ評価	0.59
生活の質	<---	主観的QOL	0.453
健康満足度	<---	主観的QOL	0.805
BPRS	<---	症状・障害レベル	0.747
GAF	<---	症状・障害レベル	-0.719

分散

	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
過去の総入院期間	7.27	0.813	8.944	***
症状・障害レベル	107.834	55.297	1.95	0.051
e1	85.37	52.663	1.621	0.105
e2	67.15	35.278	1.903	0.057
e3	0.226	0.356	0.633	0.527
e4	0.226	0.025	8.943	***
e5	0.498	0.065	7.609	***
e6	0.384	0.194	1.984	0.047
e7	0.083	0.035	2.392	0.017
e8	1.454	0.399	3.643	***
e9	10.864	1.81	6.004	***

重相関係数の平方

	推定値
包括的ニーズ評価	0.055
主観的QOL	0.358
主観的ニーズI	0.872
主観的ニーズII	0.348
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.001
生活の質	0.205
健康満足度	0.648
BPRS	0.558
GAF	0.517

標準化総合効果

	症状障害 レベル	過去の総 入院期間	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0.109	-0.207	0	0
主観的QOL	-0.248	0.318	-0.455	0
主観的ニーズI	0.101	-0.193	0.934	0
主観的ニーズII	0.064	-0.122	0.59	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.004	-0.007	0.035	0
生活の質	-0.113	0.144	-0.206	0.453
健康満足度	-0.2	0.256	-0.366	0.805
BPRS	0.747	0	0	0
GAF	-0.719	0	0	0

標準化直接効果

	症状障害 レベル	過去の総 入院期間	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0.109	-0.207	0	0
主観的QOL	-0.199	0.224	-0.455	0
主観的ニーズI	0	0	0.934	0
主観的ニーズII	0	0	0.59	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0	0	0.035	0
生活の質	0	0	0	0.453
健康満足度	0	0	0	0.805
BPRS	0.747	0	0	0
GAF	-0.719	0	0	0

標準化間接効果

	症状障害 レベル	過去の総 入院期間	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0	0	0	0
主観的QOL	-0.049	0.094	0	0
主観的ニーズI	0.101	-0.193	0	0
主観的ニーズII	0.064	-0.122	0	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.004	-0.007	0	0
生活の質	-0.113	0.144	-0.206	0
健康満足度	-0.2	0.256	-0.366	0
BPRS	0	0	0	0
GAF	0	0	0	0

モデル適合の要約

CMIN

モデル	NPAR	CMIN	自由度	確率	CMIN/DF
モデル3	20	34.064	16	0.005	2.129
飽和モデル	36	0	0		
独立モデル	8	216.524	28	0	7.733

RMR, GFI

モデル	RMR	GFI	AGFI	PGFI
モデル3	0.603	0.95	0.888	0.422
飽和モデル	0	1		
独立モデル	14.721	0.732	0.656	0.57

基準モデルとの比較

モデル	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
モデル3	0.843	0.725	0.91	0.832	0.904
飽和モデル	1		1		1
独立モデル	0	0	0	0	0

パーシモニ(節約) - 調整測度

モデル	PRATIO	PNFI	PCFI
モデル3	0.571	0.482	0.517
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	1	0	0

NCP

モデル	NCP	LO 90	HI 90
モデル3	18.064	5.001	38.862
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	188.524	145.393	239.139

FMIN

モデル	FMIN	F0	LO 90	HI 90
モデル3	0.213	0.113	0.031	0.243
飽和モデル	0	0	0	0
独立モデル	1.353	1.178	0.909	1.495

RMSEA

モデル	RMSEA	LO 90	HI 90	PGLOSE
モデル3	0.084	0.044	0.123	0.075
独立モデル	0.205	0.18	0.231	0

AIC

モデル	AIC	BCC	BIC	CAIC
モデル3	74.064	76.448	135.692	155.692
飽和モデル	72	76.291	182.931	218.931
独立モデル	232.524	233.477	257.175	265.175

ECVI

モデル	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
モデル3	0.463	0.381	0.593	0.478
飽和モデル	0.45	0.45	0.45	0.477
独立モデル	1.453	1.184	1.77	1.459

HOELTER

モデル	HOELTE	HOELTER
モデル	0.05	0.01
モデル3	124	151
独立モデル	31	36

修正指数

共分散

			修正 指数	改善度
e4	<-->	症状・障害レベル	13.425	1.705
e4	<-->	過去の総入院期間	4.193	0.208
e4	<-->	e2	6.508	-0.951
e4	<-->	e9	5.832	0.309

係数

			修正 指数	改善度
GAF	<---	客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	6.427	-4.173
主観的ニーズII	<---	客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	5.824	1.365
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	症状・障害レベル	13.425	0.016
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	過去の総入院期間	4.193	0.029
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	BPRS	8.636	0.008
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	GAF	13.516	-0.012

モデル4

パラメータ推定値

***<0.001

係数

			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	-0.134	0.053	-2.54	0.011
主観的QOL	<---	症状・障害レベル	-0.007	0.004	-1.592	0.111
主観的QOL	<---	過去の総入院期間	0.029	0.014	2.078	0.038
包括的ニーズ評価	<---	過去の総入院期間	-0.097	0.038	-2.559	0.011
包括的ニーズ評価	<---	症状・障害レベル	0.012	0.012	0.975	0.329
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	包括的ニーズ評価	0.005	0.033	0.167	0.867
主観的ニーズI	<---	包括的ニーズ評価	1			
主観的ニーズII	<---	包括的ニーズ評価	1.971	0.488	4.04	***
生活の質	<---	主観的QOL	1			
健康満足度	<---	主観的QOL	2.343	0.685	3.421	***
BPRS	<---	症状・障害レベル	1			
GAF	<---	症状・障害レベル	-0.826	0.403	-2.048	0.041

標準化係数

			推定値
主観的QOL	<---	包括的ニーズ評価	-0.461
主観的QOL	<---	症状・障害レベル	-0.202
主観的QOL	<---	過去の総入院期間	0.22
包括的ニーズ評価	<---	過去の総入院期間	-0.212
包括的ニーズ評価	<---	症状・障害レベル	0.1
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	包括的ニーズ評価	0.014
主観的ニーズI	<---	包括的ニーズ評価	0.926
主観的ニーズII	<---	包括的ニーズ評価	0.594
生活の質	<---	主観的QOL	0.453
健康満足度	<---	主観的QOL	0.805
BPRS	<---	症状・障害レベル	0.743
GAF	<---	症状・障害レベル	-0.723

共分散

	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
e4<-->e9	0.313	0.131	2.385	0.017

相関係数

	推定値
e4<-->e9	0.2

分散

	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
過去の総入院期間	7.27	0.813	8.944	***
症状・障害レベル	106.534	54.861	1.942	0.052
e1	86.671	52.258	1.659	0.097
e2	66.274	35.792	1.852	0.064
e3	0.251	0.341	0.734	0.463
e4	0.226	0.025	8.944	***
e5	0.498	0.065	7.616	***
e6	0.384	0.193	1.991	0.047
e7	0.082	0.034	2.392	0.017
e8	1.429	0.385	3.712	***
e9	10.794	1.791	6.026	***

重相関係数の平方

	推定値
包括的ニーズ評価	0.055
主観的QOL	0.364
主観的ニーズI	0.858
主観的ニーズII	0.352
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0
生活の質	0.205
健康満足度	0.648
BPRS	0.551
GAF	0.523

標準化総合効果

	症状障害 レベル	過去の 総入院期 間	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0.1	-0.212	0	0
主観的QOL	-0.249	0.318	-0.461	0
主観的ニーズI	0.093	-0.197	0.926	0
主観的ニーズII	0.059	-0.126	0.594	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.001	-0.003	0.014	0
生活の質	-0.113	0.144	-0.209	0.453
健康満足度	-0.2	0.256	-0.371	0.805
BPRS	0.743	0	0	0
GAF	-0.723	0	0	0

標準化直接効果

	症状障害 レベル	過去の 総入院期 間	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0.1	-0.212	0	0
主観的QOL	-0.202	0.22	-0.461	0
主観的ニーズI	0	0	0.926	0
主観的ニーズII	0	0	0.594	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0	0	0.014	0
生活の質	0	0	0	0.453
健康満足度	0	0	0	0.805
BPRS	0.743	0	0	0
GAF	-0.723	0	0	0

標準化間接効果

	症状障害 レベル	過去の 総入院期 間	包括的 ニーズ 評価	主観的 QOL
包括的ニーズ評価	0	0	0	0
主観的QOL	-0.046	0.098	0	0
主観的ニーズI	0.093	-0.197	0	0
主観的ニーズII	0.059	-0.126	0	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.001	-0.003	0	0
生活の質	-0.113	0.144	-0.209	0
健康満足度	-0.2	0.256	-0.371	0
BPRS	0	0	0	0
GAF	0	0	0	0

モデル適合の要約

CMIN

モデル	NPAR	CMIN	自由度	確率	CMIN/DF
モデル4	21	28.061	15	0.021	1.871
飽和モデル	36	0	0		
独立モデル	8	216.524	28	0	7.733

RMR, GFI

モデル	RMR	GFI	AGFI	PGFI
モデル4	0.619	0.96	0.904	0.4
飽和モデル	0	1		
独立モデル	14.721	0.732	0.656	0.57

基準モデルとの比較

モデル	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
モデル4	0.87	0.758	0.935	0.871	0.931
飽和モデル	1		1		1
独立モデル	0	0	0	0	0

パーシモニ(節約) - 調整測度

モデル	PRATIO	PNFI	PCFI
モデル4	0.536	0.466	0.499
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	1	0	0

NCP

モデル	NCP	LO 90	HI 90
モデル4	13.061	1.889	32.022
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	188.524	145.393	239.139

FMIN

モデル	FMIN	F0	LO 90	HI 90
モデル4	0.175	0.082	0.012	0.2
飽和モデル	0	0	0	0
独立モデル	1.353	1.178	0.909	1.495

RMSEA

モデル	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
モデル4	0.074	0.028	0.116	0.163
独立モデル	0.205	0.18	0.231	0

AIC

モデル	AIC	BCC	BIC	CAIC
モデル4	70.061	72.565	134.771	155.771
飽和モデル	72	76.291	182.931	218.931
独立モデル	232.524	233.477	257.175	265.175

ECVI

モデル	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
モデル4	0.438	0.368	0.556	0.454
飽和モデル	0.45	0.45	0.45	0.477
独立モデル	1.453	1.184	1.77	1.459

HOELTER

モデル	HOELTE	HOELTER
モデル4	143	175
独立モデル	31	36

モデル5

パラメータ推定値

***<0.001

係数			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
主観的QOL	<---	主観的ニーズ評価	-0.068	0.024	-2.862	0.004
主観的QOL	<---	客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.077	0.069	1.117	0.264
主観的QOL	<---	過去の総入院期間	0.026	0.014	1.946	0.052
主観的QOL	<---	BPRS	-0.002	0.003	-0.81	0.418
主観的QOL	<---	GAF	0.004	0.003	1.279	0.201
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	過去の総入院期間	0.028	0.013	2.151	0.031
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	BPRS	0.004	0.003	1.321	0.187
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	GAF	-0.009	0.004	-2.631	0.009
主観的ニーズ評価	<---	過去の総入院期間	-0.182	0.084	-2.158	0.031
主観的ニーズ評価	<---	BPRS	0.016	0.017	0.967	0.333
主観的ニーズ評価	<---	GAF	-0.001	0.02	-0.029	0.977
生活の質	<---	主観的QOL	1			
健康満足度	<---	主観的QOL	2.442	0.723	3.379	***
主観的ニーズI	<---	症状・障害レベル	0.525	0.134	3.931	***
主観的ニーズII	<---	症状・障害レベル	1			

標準化係数

			推定値
主観的QOL	<---	主観的ニーズ評価	-0.458
主観的QOL	<---	客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.104
主観的QOL	<---	過去の総入院期間	0.201
主観的QOL	<---	BPRS	-0.083
主観的QOL	<---	GAF	0.137
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	過去の総入院期間	0.159
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	BPRS	0.116
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	<---	GAF	-0.231
主観的ニーズ	<---	過去の総入院期間	-0.206
主観的ニーズ	<---	BPRS	0.096
主観的ニーズ	<---	GAF	-0.003
生活の質	<---	主観的QOL	0.445
健康満足度	<---	主観的QOL	0.822
主観的ニーズI	<---	主観的ニーズ評価	0.943
主観的ニーズII	<---	主観的ニーズ評価	0.584

共分散

	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
BPRS<-->GAF	-87.973	0.131	2.385	0.017

相関係数

	推定値
BPRS<-->GAF	-0.537

分散

	推定値	標準誤差	検定統計量	確率
過去の総入院期間	7.27	0.813	8.944	***
BPRS	193.205	21.601	8.944	***
GAF	138.92	15.532	8.944	***
e1	0.195	0.363	0.536	0.592
e2	0.199	0.022	8.944	***
e3	0.503	0.065	7.708	***
e4	0.355	0.201	1.761	0.078
e5	0.081	0.034	2.397	0.017
e6	10.984	1.797	6.111	***
e7	5.388	1.784	3.02	0.003

重相関係数の平方

	推定値
主観的ニーズ評価	0.052
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0.121
主観的QOL	0.346
主観的ニーズI	0.89
主観的ニーズII	0.341
生活の質	0.198
健康満足度	0.676

標準化総合効果

	GAF	BPRS	過去の総入院期間	主観的ニーズ評価	客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	主観的QOL
主観的ニーズ評価	-0.003	0.096	-0.206	0	0	0
主観的QOL	0.114	-0.115	0.312	-0.458	0.104	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	-0.231	0.116	0.159	0	0	0
主観的ニーズI	-0.003	0.091	-0.194	0.943	0	0
主観的ニーズII	-0.002	0.056	-0.12	0.584	0	0
生活の質	0.051	-0.051	0.139	-0.203	0.046	0.445
健康満足度	0.094	-0.094	0.257	-0.376	0.085	0.822

標準化直接効果

	GAF	BPRS	過去の総入院期間	主観的ニーズ評価	客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	主観的QOL
主観的ニーズ評価	-0.003	0.096	-0.206	0	0	0
主観的QOL	0.137	-0.083	0.201	-0.458	0.104	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	-0.231	0.116	0.159	0	0	0
主観的ニーズI	0	0	0	0.943	0	0
主観的ニーズII	0	0	0	0.584	0	0
生活の質	0	0	0	0	0	0.445
健康満足度	0	0	0	0	0	0.822

標準化間接効果

	GAF	BPRS	過去の総入院期間	主観的ニーズ評価	客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	主観的QOL
主観的ニーズ評価	0	0	0	0	0	0
主観的QOL	-0.023	-0.032	0.111	0	0	0
客観的ニーズ評価 (ケア必要度総合)	0	0	0	0	0	0
主観的ニーズI	-0.003	0.091	-0.194	0	0	0
主観的ニーズII	-0.002	0.056	-0.12	0	0	0
生活の質	0.051	-0.051	0.139	-0.203	0.046	0
健康満足度	0.094	-0.094	0.257	-0.376	0.085	0

モデル適合の要約

CMIN

モデル	NPAR	CMIN	自由度	確率	CMIN/DF
モデル5	24	12.131	12	0.435	1.011
飽和モデル	36	0	0		
独立モデル	8	216.524	28	0	7.733

RMR, GFI

モデル	RMR	GFI	AGFI	PGFI
モデル5	0.566	0.981	0.944	0.327
飽和モデル	0	1		
独立モデル	14.721	0.732	0.656	0.57

基準モデルとの比較

モデル	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
モデル5	0.944	0.869	0.999	0.998	0.999
飽和モデル	1		1		1
独立モデル	0	0	0	0	0

パーシモニ(節約) - 調整測度

モデル	PRATIO	PNFI	PCFI
モデル5	0.429	0.405	0.428
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	1	0	0

NCP

モデル	NCP	LO 90	HI 90
モデル5	0.131	0	12.65
飽和モデル	0	0	0
独立モデル	188.524	145.393	239.139

FMIN

モデル	FMIN	F0	LO 90	HI 90
モデル5	0.076	0.001	0	0.079
飽和モデル	0	0	0	0
独立モデル	1.353	1.178	0.909	1.495

RMSEA

モデル	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
モデル5	0.008	0	0.081	0.744
独立モデル	0.205	0.18	0.231	0

AIC

モデル	AIC	BCC	BIC	CAIC
モデル5	60.131	62.992	134.085	158.085
飽和モデル	72	76.291	182.931	218.931
独立モデル	232.524	233.477	257.175	265.175

ECVI

モデル	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
モデル5	0.376	0.375	0.454	0.394
飽和モデル	0.45	0.45	0.45	0.477
独立モデル	1.453	1.184	1.77	1.459

HOELTER

モデル	HOELTER 0.05	HOELTER 0.01
モデル5	278	346
独立モデル	31	36

謝辞

本論文を作成するにあたり、多くの方々からお力添えを頂きました。全ての方のお名前を挙げることはできませんが、この場でお礼を申し上げたいと思います。

主査の前田大作先生は、私のどんな質問やつまずきにも、いつも熱心かつ丁寧にご指導下さりました。副査の増野肇先生からは、様々な角度から適切なアドバイスを、学内審査委員の石川久展先生からは、今後の研究課題にまで及ぶご指導を頂きました。前田ケイ先生には入学を決意する前から相談にのって頂いたり、前田大作先生をご紹介頂くなど、大変お世話になりました。そして、ルーテル学院大学大学院の諸先生方からも貴重なご指導と温かい励ましを頂きました。

国立精神・神経センター武蔵病院の安西信雄先生には、先生が精神保健研究所に所属されていた時から、研究だけでなく臨床家のお立場からも様々なご指導を賜りました。またご多忙にも関わらず、外部審査委員もお引き受け頂きました。

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」に関わる諸先生方からも多大なるお力添えをいただきました。また、厚生労働省の杉江拓也先生には執筆にあたりご相談にのっていただきました。

岡山県立大学の中嶋和夫先生には、初対面にもかかわらずご尽力いただき、岡山大学大学院の矢嶋裕樹さんにも、懇切丁寧にアドバイスを頂きました。

調査では、全国の精神障害をお持ちの皆様、医師の皆様、精神障害者社会復帰施設等の職員の皆様、調査員の皆様にご協力いただきました。

国立精神・神経センター精神保健研究所、同センター武蔵病院、前職場である愛知みずほ大学、様々な方々の支えもありました。また共に勉学に励んだルーテル学院大学大学院博士後期課程の仲間、私を見守ってくれた多くの友人の存在も得がたいものでした。

皆様には重ね重ねお礼を申し上げたいと思います。本当に有難うございました。

最後に、陰ながら応援してくれた父、母、祖父母、そして、いつも優しく支えてくれた私の夫、高橋学に感謝の意を表し、本論文を結ぶことといたします。

2007年3月

小高真美