

報 告

地域で生活する統合失調症者の社会との関係と QOL, 自己効力感との関連

後藤 満津子¹ 岡村 仁²

抄 録

統合失調症者は、長期入院や再入院が多く、その背景として、病状の不安定さ、日常生活機能の低下とともに、社会との関係を築く能力の低下が指摘されている。本研究では、地域で生活する統合失調症者の社会との関係と QOL および自己効力感との関連を検討した。結果、社会との関係と自己効力感との間に有意な相関がみられた。また、社会との関係を強化していくことは、自己効力感を高めることにも繋がると考えられる。社会との関係と主観的 QOL には関連がみられなかったものの、自己効力感と QOL には関連がみられたことから、社会との関係を向上させ、自己効力感を高めることにより、QOL の向上に繋がっていくと思われた。精神障害者の地域支援では、一人一人に応じた社会生活の支援、生活行動の改善により、ソーシャルネットワークを広げていく必要があると言える。地域に仲間や支援者がいることの必要性を認識しながら支援体制を整えていくことが重要であると思われる。

Key words: 統合失調症, 地域生活, 社会との関係, QOL, 自己効力感

1. 背 景

2012 (平成 24) 年現在, わが国の精神科病床数は 337,579 床, 精神科入院患者数は 302,156 人であり, 先進諸国の中で突出して多い¹⁾。また平均在院日数は 291.9 日と群を抜いて長い。厚生労働省は, わが国における精神保健福祉施策において, 「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本施策を推進するために, 精神保健医療体系の再編と基盤強化, 自立支援制度の構築等を進めている¹⁻³⁾。2003 年に

は精神障害をもつ人々が安定した地域生活を継続できるのを支援するため, ケアマネジメントが制度化された。その大きな目的は, ケアマネジメント利用者の生活の質 (Quality of Life 以下 QOL とする) の向上である⁴⁾。2010 年度からは, 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」での提言, すなわち改革の基本方針である「精神保健医療の再構築」「精神医療の質の向上」「地域支援体制の強化」「普及啓発 (国民の理解の深化) の重点的实施」を踏まえた, より一層の支援が進められている。特に精神障害者に対する良質かつ適切な医療の提供を確保するために, 精神障害者が地域の一員として安心して生活できるよう精神障害に対する理解の促進を図る, すなわち精神障害者同士の交流の相互支援事業等のピアサポートを促進するとともに, 精神障害

受稿 : 2017 年 12 月 7 日 受理 : 2018 年 4 月 24 日

¹ 広島都市学園大学健康科学部看護学科
広島県広島市南区宇品五丁目 13-18

² 広島大学大学院医歯薬保健学研究科
広島県広島市南区霞一丁目 2-3

者を身近で支える家族を支援することにより、精神障害者及びその家族の自立した関係を促し、社会からの孤立を防止するための取り組みを促進するとしている^{2, 3)}。

精神障害者の主要な疾患の一つである統合失調症は、平成23年患者調査（宮城県の石巻医療圏および気仙沼医療圏、ならびに福島県は含まれていない）では、精神科入院患者29.3万人のうちの17.2万人（58.5%）、外来患者290万人のうちの53.9万人（18.6%）を占める慢性疾患である。統合失調症は、人と人との関係性の病であり、周囲との適切な人間関係の構築に著しく困難を来す⁵⁾。また、その疾患の特徴から様々な生活上の困難さを抱えているため、入院の長期化、再入院も多い。こうした統合失調症者の再入院や長期入院の背景として、病状の不安定さ、日常生活機能の低下とともに、地域のなかでの患者の居場所のなさ、ソーシャルサポートの乏しさ、患者同士のネットワーク不足など社会との関係性を築く能力の低下が指摘されている⁶⁾。したがって、統合失調症者が、地域のなかでその人らしく生活するためには、他者との関わりに代表される社会との関係が重要であるといえる。

一方、統合失調症の社会復帰を妨げる要因として、地域生活に対する自信の不足があるといわれている⁷⁾。そのため、地域生活支援において、自己効力感に働きかけることが重要と考えられ、治療やSST（Social Skill Training 社会生活技能訓練）、心理教育にも取り入れられている。自己効力感とは、Bandura⁸⁾によって社会的学習理論の提唱された概念である。自己効力感が高いとその行動に関して肯定的なイメージをもち、現実の場面での適切な行動に結びつく。自己効力感が低いと、その行動は自分には無理だと実際以上に思うため、現実場面でもうまく行動できない⁹⁾。また、自己効力感とは、QOLを高める要因の一つともいわれている¹⁰⁾。

精神医療および精神保健福祉の諸領域において、地域で生活する精神障害者のQOLや自己効力感に関する研究は多くなされているが、それらが社会との関係とどのように関連しているかについての研究はほとんどみられない¹¹⁾。そこで本研究は、地域で生活する統合失調症者の社会との関係とQOLお

よび自己効力感との関連を検討することとした。

2. 目的および意義

地域で生活する統合失調症者の社会との関係とQOLおよび自己効力感との関連を明らかにすることを目的とした。本研究において、対人交流や支援体制などの社会との関係が、統合失調症者のQOLおよび自己効力感の向上と関連していることが示されれば、今後の精神障害者の地域生活支援体制の取り組みのあり方に示唆を与えることができると考える。

3. 対象

精神科医により「統合失調症」と診断され、地域の障害者施設へ通所し、症状が安定しており、施設職員より研究参加が可能であるとされた者とした。

4. 方法

4.1 研究デザイン：横断的調査研究

4.2 研究期間：2014年6月～12月

4.3 調査場所

A市にある多様な福祉サービス事業（就労移行支援、就労支援B型、グループホーム、ケアホーム、生活訓練、ショートステイ）と相談支援事業・地域活動センターを運営している障害者通所施設で調査を行った。

4.4 調査項目

1) 患者特性に関する質問紙（基本情報）

性別、年齢、発症年齢、住居、同居の有無、入院歴および入院期間、生活上の不安、他者との交流、おもな支援者、社会資源の活用の有無を質問票により調査した。

2) Life Skills Profile (LSP)¹²⁾

LSPは、日常生活機能をスタッフが評価する尺度である。セルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーションと責任感の5つのカテゴリ、39項目から構成されている。この5つのカテゴリからなる質問紙の内部一貫性は高いことが

報告されている ($\alpha = 0.77 \sim 0.88$)。LSP は、地域で生活する統合失調症者の人々の機能と障害を評価するための質問紙として発達してきている。

3) 統合失調症患者のための QOL 尺度 (Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版: JSQLS)^{13, 14)}

Wilkinson らによって開発された統合失調症の認知と関心を測定する自己記入式質問票である Schizophrenia Quality of Life scale (SQLS)¹⁵⁾ を、兼田らが日本語訳と信頼性や妥当性の確認を行ったものである。30 項目の質問を「一度もない」= 0 点から「いつもある (いつもできる, いつも思う)」= 4 点までの 5 段階で自己評価することで、統合失調症者の QOL を評価する。下位項目として動機/活力 (ME), 心理社会関係 (PS), 症状/副作用 (SS) の 3 つの領域からも評価できる。スコアが低いほど QOL が良好であることを示し、得点上昇とともに心理社会関係の障害、動機・活力の低下、症状・副作用において強度が増すことを意味する。

4) 自己効力感尺度 (Self-Efficacy for Community Life scale: SECL^{8, 16, 17)})

大川¹⁶⁾ らの開発した行動特異的自己効力感尺度である。統合失調症者の地域生活に対する主観的内容を測定する。地域生活で必要とされる 18 の行動についてどの程度自信があるかを、「0 (まったく自信がない)」から「10 (非常に自信がある)」の 11 段階で問う自記式質問紙である。尺度計算はリッカート法を用い (0 ~ 18 点)、得点が高いほど自己効力感が高いことを示す。18 項目は日常生活 (5 項目)、治療に関する項目 (4 項目)、症状対処行動 (4 項目)、社会生活 (3 項目)、対人関係 (2 項目) の 5 つの下位尺度からなる。

5) The Global Assessment of Functioning (GAF)

GAF は、DSM-IV の 5 軸である社会機能の全体的評定であり、一定期間連続して心理的に病んでいる状態から、健康になるまでの全体的な心理社会機能を表している。0 ~ 100 点でスタッフが評価し、得点が高くなると社会機能が低いことを意味する。GAF の再テスト法による信頼性は、 $r = 0.62 \sim 0.82$ の範囲であることが報告されている¹⁸⁾。

4.5 質問紙および調査票の配布・回収方法

施設職員の協力を得て、研究の趣旨説明を記載した説明文 (施設用・対象者用) と対象者の基本属性を記入する調査票、自己記入式質問紙、同意書および同意撤回書の配布を依頼するとともに、施設職員が実施する評価票を配布した。回答後、記入された質問紙および調査票、同意書を研究者がまとめて回収した。

5. 分析方法

対象の基本属性について単純集計した。LSP 総得点および下位尺度得点と、JSQLS 総得点および下位尺度得点、SECL 総得点および下位尺度得点の相関を、データの正規性を確認した後、Pearson 積率相関係数を用いて求めた。また、LSP 総得点および下位尺度得点と基本属性との関連を、t 検定および一元配置分散分析を用いて検討した。さらに、JSQLS と SECL との相関、GAF と JSQLS との相関は Pearson 積率相関係数を用いて求め、SECL と居住環境との関連を一元配置分散分析により検討した。

統計解析には、IBM SPSS Statics Ver.22 for Windows を使用し、全ての検定における P 値は両側であり、 $P < 0.05$ を有意とした。

6. 倫理的配慮

本研究の実施に当たっては、広島大学大学院医歯薬保健学研究科の倫理審査委員会にて承認を得た。対象には、本研究の目的、方法、内容、本研究の参加をいつでも拒否できること、プライバシーは厳重に保護されること等を説明書の内容に従って対象者本人に説明を行った。同意は文書で本人より得、文書として保存した。得られたデータは個人が特定されないよう記号等を用いて厳重に保管した。また、論文発表は本人が特定されることがないように十分な配慮を行うことを説明した。その後、同意を得られた対象者へ自己記入式質問紙への記入を依頼した。

7. 結果

7.1 参加状況

研究の同意を得た 25 名を研究対象者とした。

7.2 対象者の基本データ (Table 1)

対象者の平均年齢は 44.8 (SD ± 10.2) 歳, 性別は男性 14 名, 女性 11 名。平均発症年齢は 24.7 (SD ± 8.6) 歳であった。入院経験なしは 7 名 (28%), 入院経験ありは 18 名 (72%) で, 平均入院回数は 1.8 回, 平均入院期間は 2 年であった。家族と同居していた者は 9 名, 独居 4 名, 施設又はグループホームに入所していた者は 12 名であった。GAF 平均得点は 59.5 (SD ± 11.07) であった (Table 1)。

生活上の不安の項目は平均 2.7 であり, 内容としては経済的なことが 15 名 (60%), 病気の再発や悪化が 11 名 (44%), 就職先の不安が 11 名 (44%) でみられた。交流では, 複数の関係者と交流してい

る名が 10 名 (40%) であり, 最も多いのは家族 20 名 (うち家族のみと交流 3 名), 次いで施設職員 19 名, 施設の仲間 17 名であった。支援者については, 家族 19 名, 施設職員 16 名, 主治医 15 名の順であった。利用している社会資源については, 障害年金 21 名, 精神障害者手帳 15 名, 生活保護 3 名, ピアサポート 2 名, 障害年金以外の年金・訪問看護・ホームヘルプサービス・自助グループ各 1 名であった。

7.3 LSP と JSQSL, SECL, GAF, 個人特性との関連 (Table 2)

7.3.1 LSP と JSQSL の総得点および各下位項目との関連

LSP と JSQSL の総得点および各下位項目との相関をみた結果を Table 2 に示す。結果, LSP の総得点および各下位項目得点のすべてにおいて, JSQSL の総得点および各下位項目得点との間に有意な相関はみられなかった。

Table 1 対象者の基本属性 (N=25)

		N	最小値	最大値	平均 ± SD
年齢			27.0	62.0	44.8 ± 10.23
性別	男性	14			
	女性	11			
発病年齢			15.0	48.0	24.7 ± 8.57
就労経験	あり	24			
	なし	1			
就労期間 (年)			0.5	29.0	8.8 ± 8.55
居住形態	家族と同居	9			
	独居	4			
	その他	12			
入院経験	あり	18			
	なし	7			
GAF			42	85	59.5 ± 11.07

Table 2 LSP と JSQSL の総得点および各下位項目との相関

JSQSL	LSP					
	総得点	身辺整理	規則遵守	交際	会話	責任
総得点	-0.219	-0.019	-0.263	-0.224	-0.356	-0.136
ME (動機/活力)	-0.093	-0.110	-0.102	-0.129	0.175	-0.138
PS (心理社会関係)	-0.175	-0.034	-0.149	-0.174	-0.278	-0.147
SS (症状/作用)	-0.176	0.046	-0.366	0.211	-0.268	-0.057

** p < 0.01, * p < 0.05 (Pearson 積率相関係数)

7.3.2 LSP と SECL の総得点および各下位項目との関連

LSP と SECL との総得点および各下位項目との相関をみた結果を Table 3 に示す。結果、LSP の総得点は、SECL の総得点、日常生活、治療行動、社会生活との間に有意な相関を示した。下位項目について、身辺整理は SECL の総得点、日常生活、治療行動との間に、交際は SECL の総得点、治療行動、症状対処、社会生活との間に、会話は SECL の総得点と社会生活との間に、責任は下位項目の社会生活との間にそれぞれ有意な相関を示した。

7.3.3 LSP の総得点および各下位項目と GAF 得点との関連

LSP の総得点および各下位項目と GAF の得点との相関をみた結果を Table 4 に示す。結果、LSP の総得点および各下位項目の身辺整理、規則遵守、交際、会話、責任のすべてにおいて、GAF との間に有意な相関が認められた。

7.4 その他の項目間の関連

7.4.1 JSQSL と SECL の総得点および各下位項目との関連

JSQSL と SECL 総得点および各下位項目との相関をみた結果を Table 5 に示す。結果、JSQSL の総得点は、SECL の総得点、社会生活、対人関係との間に有意な相関を示した。JSQSL の下位項目 ME (動機/活力) は、SECL の対人関係との間に、PS (心理社会関係) は SECL の総得点、下位項目の社会生活、対人関係との間に、SS (症状/副作用) は SECL の社会生活との間にそれぞれ有意な相関を示した。

7.4.2 GAF と JSQSL, SECL との関連

GAF は JSQSL の総得点およびすべての下位項目得点との間に有意な相関を示さなかった (Table 6)。また、SECL との間には、総得点および下位項目の日常生活、治療行動、社会関係において有意な相関を示した (Table 7)。

Table 3 LSPとSECLの総得点および各下位項目との相関

SECL	LSP					
	総得点	身辺整理	規則遵守	交際	会話	責任
総得点	0.458 *	0.418 *	0.031	0.494 *	0.401 *	0.296
日常生活	0.520 **	0.526 **	0.320	0.304	0.384	0.301
治療行動	0.488 *	0.523 **	-0.002	0.439 *	0.363	0.352
症状対処	0.262	0.203	-0.124	0.459 *	0.292	0.115
社会生活	0.477 **	0.363	0.067	0.521 **	0.450 *	0.407 *
対人関係	0.109	0.093	-0.232	0.326	0.110	0.070

** p < 0.01, * p < 0.05 (Pearson 積率相関係数)

Table 4 LSPとGAFとの相関

	LSP					
	総得点	身辺整理	規則遵守	交際	会話	責任
GAF	0.707 **	0.564 **	0.438 *	0.451 *	0.674 **	0.566 **

** p < 0.01, * p < 0.05 (Pearson 積率相関係数)

Table 5 JSQSLとSECLの総得点および各下位項目との相関

JSQSL	SECL					
	総得点	日常生活	治療行動	症状対処	社会生活	対人関係
総得点	-0.451 *	-0.255	-0.172	-0.308	-0.572 **	-0.604 **
ME (動機/活力)	-0.189	-0.166	-0.103	0.068	-0.291	-0.397 *
PS (心理社会関係)	-0.522 **	-0.316	-0.242	-0.376	-0.565 **	-0.695 **
SS (症状/副作用)	-0.202	-0.155	0.069	-0.102	-0.419 *	-0.268

** p < 0.01, * p < 0.05 (Pearson 積率相関係数)

Table 6 GAFとJSQSLとの相関

	総得点	JSQSL		
		ME 動機/活力	PS 心理社会関係	ME 症状/副作用
GAF 相関係数	-0.288	0.079	-0.177	-0.299
P 値*	0.163	0.707	0.397	0.147

* : Pearson 積率相関係数

Table 7 GAFとSECLの関連

	総得点	SECL				
		日常生活	治療行動	症状対処	社会生活	対人関係
GAF 相関係数	0.525	0.540	0.465	0.360	0.543	0.195
P 値*	0.007	0.005	0.019	0.077	0.005	0.349

* : Pearson 積率相関係数

8. 考 察

8.1 社会との関係と主観的 QOL, 自己効力感, 社会機能との関連

社会との関係と主観的 QOL のすべての項目の間には、有意な相関は認められなかった。QOL は多くの領域からの要素を含み、かつその要素が相互に影響しあっており、その概念は、非常に広義であり、明確な定義がなされていない¹⁸⁾。今回の調査では、QOL の測定に主観的 QOL 尺度を用いたが、統合失調症患者では、その病理特性として情報処理機能の障害が推定されており、客観的評価と主観的評価の乖離が大きいことが特徴である。主観的 QOL は、その精神状態をはじめバイアスとなるものが多く信頼性の高い評価はできないという報告¹⁹⁾もあり、こうしたことが今回の結果に影響した可能性がある。また、高橋ら²⁰⁾は、将来に希望のある人たちは現在に不満があり、将来に希望を持っていない人は現状に満足しているという点において「満足している = QOL が高い」ではないと述べている。今回社会との関係が高いにも関わらず、主観的 QOL との相関がみられなかったのは、現状の生活を客観的に評価していて今以上よりよい状態にしたいという思いの表れとも考えられる。このように、主観的 QOL

は個人因子との関連もあるため、環境との相互作用まで考慮した評価が必要であることから、今後は客観的 QOL 評価も用いて社会との関連について検討していく必要があると考えられた。

社会との関係と自己効力感との関連では、社会との関係の身辺整理や交際、会話と自己効力感の治療行動、社会生活において有意な相関が認められた。すなわち、社会との関係がよく、特に他者との交際や会話がなされている者は、自己効力感が高いことが示唆された。精神障害者では、機能障害や能力障害だけではなく、地域生活に対する自信の欠如が社会生活を妨げることが指摘されている¹⁷⁾ ことから、地域社会に対する自己効力感を高めるためには、交際や会話などを通して対人交流を向上させる働きかけや支援が有効であると思われる。今回の調査対象者のように公的なサービスを利用している者は、社会生活に関する自己効力感が高められており、生活行動が改善されていると推測される。すなわち、精神障害者への地域支援を考えると、一人一人に応じた社会生活の支援、生活行動の改善により、ソーシャルネットワークを広げていく必要があると言える。地域交流・住みよい街づくりをしていくとともに、地域に仲間や支援者がいることの必要性を認識しながら支援体制を整えていくことが重要と考えら

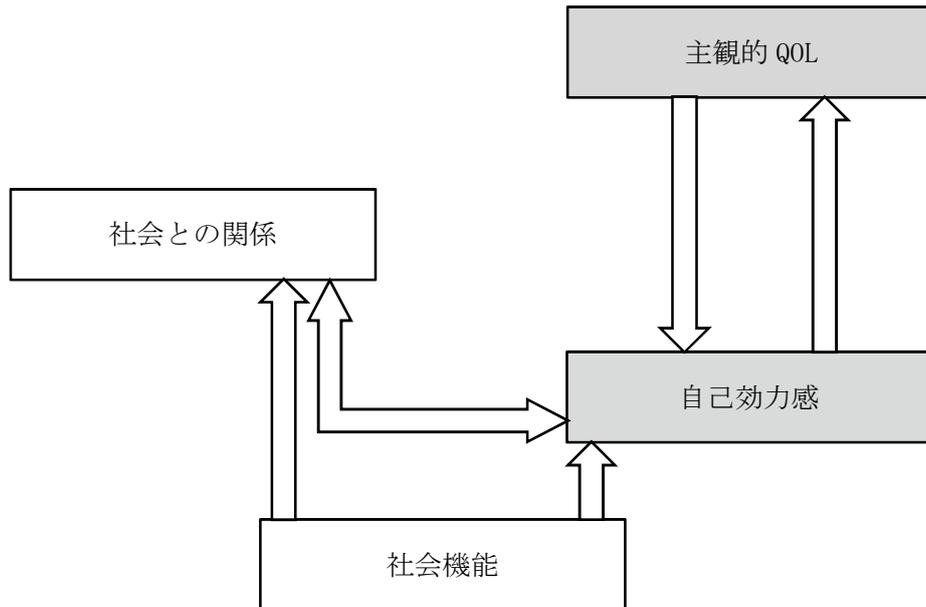


Fig. 1 地域で生活する統合失調症者の社会との関係

れた。

社会との関係と社会機能では、LSPの総得点および下位項目の全ての項目でGAFとの間に有意な相関が示された。LSPは、主として地域で生活する統合失調症者を対象とした評価法であり、地域での生き残りや適応に関する機能に焦点が当てられている。地域で生活していく基盤としては、社会機能が高いことや適応能力が要求される。本結果から、社会機能が高いと社会との関係性も良好であり、適応能力が高いことが示唆された。社会機能を維持向上させるためには、地域で生活する統合失調症者の日常生活支援において、ストレス管理や症状コントロールが重要となる。そのため、障害や病気をもたらしながらも、生活を規則正しく送ることや健康上のニーズにも対応していく支援体制が大切と思われる。

8.2 「その他の項目間」の関連

主観的QOLと社会における自己効力感、対人関係との間に有意な相関が認められた。アメリカの慢性精神病患者に関する報告²²⁾では、自己効力感が高くなるとQOLが高くなることが示されている。わが国の地域で生活する統合失調症者の自己効力感とQOLの関係についても、伊東ら²³⁾が自己効力

感とQOLに正の相関があることを明らかにしていることから、今回の結果もそれを支持しているといえる。対人交流の場や居場所づくりをしていくことにより、自己効力感が高まり、それによりQOLの向上に効果が期待されると思われる。

社会機能は、主観的QOLとの間に有意な相関を示さなかった。これは、前述したように主観的QOL評価の難しさとの関連が考えられる。これに対して社会機能は、日常生活、治療行動、社会生活における自己効力感と有意な相関を示したことから、社会機能を維持・向上させることが、社会との関係の向上に効果があることと同様に、自己効力感の向上に繋がることを示唆している。

自己効力感と居住環境においては、高橋ら²⁰⁾の研究と同様にグループホームなどで暮らす人の自己効力感は、治療行動、対人関係において、家族との同居や独居の人より高い得点傾向であった。これは、症状コントロールや対人関係で自律しているという自信からくるものと考えられ、共に暮らす仲間の存在も要因の一つに挙げられると思われる。

8.3 社会との関係、自己効力感、主観的QOL、社会機能の関連

今回の結果を踏まえた、社会との関係、自己効力

感, 主観的 QOL, 社会機能との関連を Fig.1 に示す。

社会機能は, 社会との関係や自己効力感の基盤になることが示された。また今回, 社会との関係と自己効力感との間に有意な相関がみられたことから, 社会との関係を強化していくことは, 自己効力感を高めることにも繋がると考えられる。社会との関係と主観的 QOL には関連がみられなかったものの, 自己効力感と QOL には関連がみられた。このことから, 社会との関係を向上させ, 自己効力感を高めることにより, QOL の向上に繋がっていく可能性があると思われる。

8.4 本研究の限界

本調査の対象者は, 比較的安定して地域生活を継続している限られた地域で生活する統合失調症者あることに加え, 通所授産施設というフォーマルな福祉サービスを利用している者であった。そのため, 結果の一般化には限界があると考え。今後は, 対象者の地域および施設の形態を多様化したうえでサンプル数を増やし, より一般化していく必要がある。

9. 結 論

今回の結果より, 地域で生活する統合失調症者における社会との関係と自己効力感との間に有意な関連があることが示された。すなわち, 社会との関係がよく, 特に他者との交際や会話がなされている者は, 自己効力感が高いことが示唆された。自己効力感と QOL との間に有意な関連がみられたことから, 対人交流の場や居場所づくりをしていくことにより, 社会との関係を強化し, 自己効力感を向上させることが, QOL の向上に繋がるのではないかとと思われる。

また, 社会機能は, 社会との関係, 自己効力感の基盤となるものであることが示されたことから, 社会機能を維持・向上させるために, 地域で生活する統合失調症者の日常生活支援において, ストレス管理や症状コントロールが重要となる。そのためには, 障害や病気をもちながらも, 生活を規則正しく送ることや健康上のニーズにも対応していく支援体制が大切である。

精神障害者の地域支援では, 一人一人に応じた社会生活の支援, 生活行動の改善により, ソーシャルネットワークを広げていく必要があると言える。今回の結果を踏まえ, 地域交流・住みよい街づくりを行っていくとともに, 地域に仲間や支援者がいることの必要性を認識しながら支援体制を整えていくことが重要であると思われる。

謝 辞

本研究を実施するに当たり, 研究にご協力いただきました施設通所者の皆様ならびにスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 精神保健福祉白書編集委員会. 精神保健福祉白書 2015 年版. 2014, 中央法規. p.215-217.
- 2) 厚生労働省・援護局障害福祉部精神保健福祉. 障害者地域移行・地域定着支援事業, 2010.3.25. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougahoken/service/chiiki.html>
- 3) 厚生労働省・援護局障害福祉部精神保健福祉. 精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて. 2009.9.24. www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課監修. 高橋清久・大島巖編集. ケアマネジメントに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方. 精神障害者社会復帰促進センター, 2001.
- 5) 向谷地生良. 生きる苦勞を取り戻す: 地域における「生きにくさ」と「生きやすさ」と. 精リハ誌 2002; 1: 29-33.
- 6) 宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 他: 長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメント (M-CBCM) の評価に関する研究. 看護研究 2011; 44(3): 318-331.
- 7) Wing JK, Morris BI (高木隆郎監訳): 精神科リハビリテーション. 岩崎学術出版社; 1989. p. 3-22.
- 8) Bandura A: Social Learning Theory. Prentice Hall, New Jersey, 1977(原野広太郎監訳. 社会的学習理論. 金子書房, 1979.
- 9) Bandura A (重久剛訳): 自己効力の探求, 祐宗省三, 原野広太郎, 柏木恵子ほか編. 社会学理論の新展開. 金子書房; 1985. p.103-141.
- 10) 宇佐美しおり: 地域で生活する精神分裂病者の自己決定にもとづくセルフケア行動の実態. 看護研究 1998; 31(3): 380-381.
- 11) 鼓美紀, 辻洋子, 西井正樹, 他: 文献研究からみる精神障害者の地域生活支援の課題に関する考察.

- Journal of Comprehensive Sciences 2012; 3:175-185
- 12) 長谷川憲一・小川一夫・近藤智恵, 他. Life Skills Profile (LPS) 日本語版作成とその信頼性妥当性. 精神医学 1997; 39: 547-555.
 - 13) Kaneda Y, Imakure A, Omori T: Schizophrenia Quality of Life Scale: validation of the Japanese version. Psychiatry Res 2002; 113: 107-113
 - 14) 兼田康弘, 今倉章. The Schizophrenia Quality of Life Scale (QOL). 精神医学 2004; 46: 737-739.
 - 15) Wilkinson G, Hesdon B. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia. The SQLS. Br J Psychiatry 2000; 177: 42-46.
 - 16) 大川希, 大島巖, 長直子, 他. 精神分裂症者の地域生活に対する自己効力感(自己効力感)の開発-信頼性妥当性の検討-. 精神医学 2001; 43: 727-735
 - 17) 瀬戸屋(大川)希, 大島巖, 長直子, 他. 統合失調者の自己記入式調査に対する回答の信憑性-統合失調者の地域生活に対する自己効力感(自己効力感)に対する回答の検討から-. 精神医学, 45, 517-524, 2003.
 - 18) 中根允文監修: 精神疾患とQOL, Heinz Katschnig 精神医学におけるQOL概念の有用. メディカル・サイエンス・インターナショナル, pp. 3-13, 2002.
 - 19) 中根允文: 精神障害におけるQOL. 長崎国際大学論集, 6, 153-159, 2006.
 - 20) 高橋聡美, 濃沼信夫, 伊藤道哉, 他: 統合失調症者のQOLに関する研究-入院群と地域滞在群のQOLの比較. 日本医療・病院管理学会誌, 17, 17-25, 2010.
 - 21) 坂井郁恵・水野恵理子: 地域で生活する精神障害者の生きがいの特徴, 日本看護科学会誌 31, 32-41, 2011.
 - 22) Chambon O, Eckman T: Social skills as a way of improving quality of life among chronic mentally ill patients: Presentation of a theoretical model. Eur J Psychiatry, 7, 213-220, 1992.
 - 23) 伊東由賀・山村礎: 地域で生活する統合失調症者の自己効力感の研究. 日本保健学会誌 9, 112-119, 2006.
- 参考文献**
- 1) 伊藤順一郎(主任研究者): 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調査研究, 総括研究報告書, 平成17-19年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業.
 - 2) 角谷慶子: QOL-その主観的および客観的評価. 精リハ誌, 5, 116-118, 2001.
 - 3) 安保寛明: 地域に暮らす精神障害者のQOLとその関連要因. 岩手県立大学看護学部紀要, 6, 135-143, 2004.
 - 4) 林麗奈, 金子史子, 岡村仁: 統合失調症者のセルフスティグマに関する研究-セルフエフィカシー, QOL, 差別体験との関連について-. 総合リハ, 39, 777-783, 2011.
 - 5) 坂井郁恵, 水野恵理子, 長坂暁恵, 他: 地域で生活する統合失調症を患う人々が生きがいを獲得する過程. 精リハ誌, 16, 49-56, 2012.
 - 6) 田中真, 小山内隆生, 加藤拓彦: 社会生活を継続している精神障害者の生活満足度及び希望の特徴と社会背景の関連. 医学と生物学, 154, 2010, 359-368.
 - 7) 磯石栄一郎, 三品斉, 杉本久子, 他: デイケア通所が日課となっている慢性期の統合失調症者における主観的なQOL評価. 北海道作業療法, 19, 2002.
 - 8) 小高真美: 地域で生活する精神障害者のニーズと生活の質に関する研究. ルーテル学院大学, 博士課程 2006, NII-Electronic Library Service.
 - 9) 茅原路代, 国方弘子, 岡本亜紀, 他: デイケアに通所する統合失調症患者の居場所感とQuality of Lifeとの関連. 日本看護研究学会誌, 32, 91-97, 2009.
 - 10) 後藤満津子, 舩元和矢, 日山誠, 他: 精神障がい者退院促進プロジェクトの地域生活支援についての考察. 日本精神科看護学会誌, 54, 28-32, 2011.
 - 11) 藤野成美, 岡村仁: 長期入院統合失調症者の苦悩評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 34, 55-63, 2011.
 - 12) Takamatsu T, Hashimoto T, Taira M, et al: Scale for measuring self-recoverability in daily life for people with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci, 63, 277-282, 2009.
 - 13) Gigantesco A, Giuliani M: Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. Ann Ist Super Sanita, 47, 363-372, 2011.
 - 14) Pitkanen A, Hatonen H, Kuosmanen L, et al: Individual quality of life of people with severe mental disorders. J Psychiatr Ment Health Nurs, 16, 3-9, 2009.
 - 15) 安藤満代, 川野雅資, 広瀬真也: 精神障害者が地域で生活をするためのソーシャルキャピタルと支援. インターナショナルNursing Care Research, 12, 33-44, 2013.
 - 16) 福川麻耶, 宇佐美しおり, 中山洋子: 再入院を繰り返す精神障害者へのM-CBCMおよびIPSモデルの開発. 熊本大学医学部保健学科紀要, 63-72, 2013.
 - 17) Rosen A, Pavlovic DH, Parker G: The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. Schizophr Bull, 15, 325-337, 1989.
 - 18) 種田綾乃, 森田展彰, 中谷陽二: 住民の精神障害者との接触状況と社会的態度-当事者活動展開地域における住民調査結果の概要-. 日社精医誌, 20, 190-200, 2011.
 - 19) 武田廣一: 「生きている」から「より良く生きていく」地域生活支援. 日本精神科病院協会医誌, 14, 306-310, 2006.

- 20) 藤田秀美, 加藤大慈, 内山繁樹, 他; 統合失調症における疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery; IMR) の有効性. 精神医学 55, 21-28, 2013.
- 21) 吉井初美: 精神障害に関するスティグマ要因-先行研究をひもといて-. 日本精神保健看護学会誌, 18, 140-146, 2009.
- 22) 下原美子: 地域で生活する統合失調症患者の主観的QOLの実態と精神科訪問看護との関連. 日本精神保健看護学会誌, 21, 1-11, 2012.
- 23) 片山聡子, 叶谷由佳, 日下和代, 他: 精神障害者小規模作業所通所者の Quality of Life に関する研究-生活満足度に焦点をあてて-. 日本看護研究学会雑誌, 26, 147-161, 2003.

Relationship between schizophrenic people living in the community and society, their quality of life, and self-efficacy

Mitsuko GOTOH ¹⁾ Hitoshi OKAMURA ²⁾

Abstract

Schizophrenic patients are often hospitalized for a long time and rehospitalized many times. This is due to a lack of ability in building relationships with society as well as the instability of the disease and a deterioration of daily living functions. In this study, we examined the relationship between schizophrenic people living in the community and society, the relationships between QOL and self-efficacy. There was a significant correlation between social relationships and self - efficacy. It is thought that strengthening relationships within society will lead to a raise in the sense of self-efficacy. Although there was no relationship between social relationships and subjective quality of life, relationships between self-efficacy and QOL were observed, so by improving relationships within society and raising the sense of self-efficacy, it seems that there will be an improvement of QOL. Regional support for mentally disabled people can be said to be necessary to expand social networks by supporting the social life of each person and improve social skills. It seems important to recognize the necessity of having fellows and supporters in the area patients live while preparing a support system.

Key words: schizophrenia, community life, relationship with society, quality of life, self-efficacy

¹ Department of Nursing, Faculty of Health Science, Hiroshima Cosmopolitan University
5-13-18 Ujisanishi, Minami-ku, Hiroshima 734-0014, Japan

² Health Sciences Major, Graduate School of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University