

# 精神障がいのある人々の生活の質に 影響を及ぼす要因に関する研究

——日本とイタリアのグループホーム入居者の調査から——

平 澤 恵 美

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築など、精神障がいのある人々に対する政策的な動きが強化されるなか、主観を重視した生活の質を把握することは、地域生活支援を展開するうえで重要な視点となる。本研究では、グループホームで生活する日本とイタリアの精神障がいのある人々の生活の質に焦点をあて、生活の質評価表(WHOQOL短縮版)に着目し、その高低群について、抗精神病薬の摂取量を測定するクロルプロマジン換算(CP換算)、精神症状を評価する陰性陽性症状評価尺度(PANSS)、精神的機能を評価する機能の全体的評定(GAF)の3つに照らして比較した。その結果、①イタリアの歴史の中で培われたグループホームのフレームワークが、利用している人々の生活の質を高める働きかけを実践している可能性があること、②イタリアのグループホームでは、精神症状の程度が生活の質に影響を与えない可能性があること、③心理的・社会的・職業的機能を促進することが、グループホームで生活する人々の生活の質を高める可能性を持ち合わせているということがわかった。

## 1. はじめに

精神障がいのある人々を取り巻く精神保健医療福祉は、この半世紀で大きく変化を遂げた。1960年代には、アメリカやヨーロッパで巨大精神科病院の解体がみられるようになり、各地で精神科医療のあり方を問い直す活動がおこなわ

れるようになっていった。精神保健医療福祉の先駆的实践として知られるイタリアでは、バザーリアが精神科病院の廃絶こそが治療なのだと訴え、精神科病院の閉鎖を目標に活動を開始し、1999年にはイタリア最後の精神科病院が閉鎖され、現在は総合病院の精神科と地域の精神保健センターで治療がおこなわれている (Mezzina 2010)。1970年代アメリカでは、入退院を繰り返す精神疾患のある人々に対する支援として、Program of Assertive Community Treatment (以下、PACT)が開始され、病院に勤務していた医師や看護師、作業療法士や精神保健福祉士がチームとして地域に目を向け、治療のみならず、生活支援をおこなうようになっていった (Stein and Santos 1985)。また、1980年代フィンランドでは、医療スタッフによる治療チームが患者の自宅を訪問し、入院や薬物治療に頼らず、開かれた対話を通して治療をおこなうオープンダイアログが開始された (斎藤2015)。こうして、諸外国の地域精神保健医療福祉では、精神科病院を中心とした保護的な治療体制から、医療が地域に溶け込む形で支援を展開する地域ケア体制へと大きな変革を遂げた。

一方で、日本の精神保健医療福祉は1990年代前半まで精神科病院増設の歴史をたどり、その後の地域ケアへの転換に苦戦し続けている。現在に至るまで世界で最も多くの精神科病床を保有し、平均在院日数も諸外国と比較し未だ群を抜いている。こうした現状を打破する方策として、近年では地域移行支援や地域定着支援が法制化され、グループホームの増設による長期入院者の地域生活支援も整備されつつある。さらに、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書 (厚生労働省2017)では、医療、障害福祉、介護、住まい、社会参加 (就労)、地域の助け合い、教育を基盤とした、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築が指摘され、障がいの程度にかかわらず、安心して自分らしく暮らせるシステムづくりが求められるようになってきている。本報告書を受け、都道府県のみならず、市区町村レベルにおける計画においても具体的なシステムの構築が求められるようになり、2021年3月には地域包括ケア

システムの基本的な考え方や支援体制の構築、普及啓発の推進、住まいやピアサポート等の検討を含めた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」による報告書が提示されている(厚生労働省 2021)。日本では、より多くの精神障がいのある人々に対する地域ケアの実現を目指して、試行錯誤が継続されている。

こうした取り組みは、精神障がいのある人々の地域生活を実現させることだけをゴールとしているのではなく、地域で生活している人々が安心して、より豊かな生活を送ることができるような支援体制を作っていくことも含まれている。リハビリテーション医学の第一人者である上田(1998)は、現代のリハビリテーションの考え方として、患者主体で「自分の新しい人生を創る」という目標のもとで、自己決定能力や問題解決能力を高めていくこと。すなわち、地域で生活する一人ひとりが自らの人生の主人公としての生活を送ることができるように、専門職が生活の質を高めていく働きかけをおこなうことを推奨している。専門職が当事者の生活を評価するのではなく、当事者が自らの生活を主観的に捉え、生活の質を高めていくような支援をおこなうことが主流となっている。

したがって、本研究ではこの主観的な評価に着目し、グループホームに入居している人々の生活の質が入居者の基本属性、治療期間、投薬量や病状から受ける影響について考察をおこない、グループホームにおける支援に求められている視点について検討した。その方法として、生活の質を主観的に測定するWHOQOL短縮版(以下 WHOQOL-BREF)、抗精神病薬の内服量を測定するクロルプロマジン換算(以下CP換算)、統合失調症の重症度を測定する陽性陰性症状評価尺度(Positive and Negative Syndrome Scale : 以下 PANSS)、精神障がいのある人々の心理的・社会的・職業的機能を評価する機能の全体的評定尺度(Global Assessment of Functioning : 以下 GAF)に着目した。さらに、日本のグループホーム入居者だけではなく、イタリアのグループホーム入居者にも同様の調査を実施し、地域精神保健医療福祉の先駆的実践として認知されている地

域における精神障がいのある人々との生活の質の違いについても明らかにした。

## 2. 評価尺度

### (1) WHOQOL-BREF

世界保健機関(World Health Organization：以下 WHO)は、自分の健康状況についての認識に関する評価として、WHOQOLを開発した。この評価表は、15の異なる国々が協力して開発し、37のフィールドでフィールドテストがおこなわれた。その結果、100問のQOL(Quality of Life)<sup>(1)</sup>を問う評価表が29カ国語で出版され、異なる文化的環境の中でQOLを把握するために用いられている。さらに、WHOQOLを簡易的に実施することを可能にするため、更なる評価表の検証がおこなわれ、その結果として、WHOQOL-BREFが開発された(WHOQOL Group 1994)。

このWHOQOLを用いた日本における調査として、中根ら(1999)は一般住民1,410名を対象に調査をおこなった。その結果、QOL平均値は3.29であり、地域、性別に有意差はみられなかった。また、國方ら(2008)による124名の統合失調症患者を対象としたQOL値の調査によると、QOL平均値は3.11であり、この結果は比較対象として測定された172名の一般住民のQOL平均値3.18と比較して低い結果であった。さらに、同じ精神疾患のある患者を対象としたQOL調査の結果によると、統合失調症者のQOL平均値はうつ病者のQOL平均値と比較して低いことが明らかにされており(國方ら 2003, 中根 2006)、その中でも特に症状が顕著な患者ほどQOL平均値が低いことがわかっている(中根 2006)。

### (2) CP換算

CP換算は、抗精神病薬の投薬量を把握するために用いられる指標である。複数の薬を服用している場合も、クロルプロマジンに置き換えてその量を算出

することにより、抗精神病薬の投薬量を知ることができる。1日平均の投与量としては、1,000mg以上が大量処方を目安として定義されており(Royal College of Psychiatrist, 2014)、日本における複数の調査で平均投与量が示されている。その一例として、吉尾(2015)による6,544名の統合失調症患者を対象とした調査では、日本の1日平均の抗精神病薬投与量は、800mg程度と報告されている。

### (3) PANSS

PANSSは、Kayら(1987)によって統合失調症を類型的及び多軸的に評価するために開発された世界的な症状評価尺度であり、日本でも1991年に山田らによって翻訳されている。評価尺度の内容は、陽性尺度7項目(最低点7点、最高点49点)、陰性尺度7項目(最低点7点、最高点49点)、総合精神病理尺度16項目(最低点16点、最高点112点)で構成されており、合計の最低点は30点、最高点は210点となる。それぞれが7段階で評価され、得点が高いほど症状が重度であることを示す。PANSSの平均値に関する調査では、陽性尺度の平均は18.20、陰性尺度の平均は21.01、総合精神病理尺度の平均は37.74、PANSS合計の平均は、76.95となっている(Kayら 1987)。

### (4) GAF

心理的・社会的・職業的機能を評価するGAFは、アメリカ精神医学会の精神疾患診断マニュアル第4版(Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition: 以下 DMS-IV)の第5軸として用いられている。0点から100点で全体的な心理機能を評価するGAFはLuborskyによる健康-疾病評価スケールを基盤として作成されており(Luborsky 1962)、得点が高いほど機能が良好であることを示す。GAFの日本語版については、高橋ら(2003)によって『DSM-IV-TR 精神疾患の診断統計マニュアル』に含められ、日本でも幅広く用いられている。さらに、地域で生活する精神障がい者を対象とした調査

のGAF平均値は56.5であり、中等度の症状として評価されている(小高 2007)。

### 3. 研究の方法

#### (1) 調査内容と調査期間

本研究は日本とイタリアの精神障がいのある人々のグループホーム入居者を対象に、生活の質を主軸として、抗精神病薬の投与量、精神症状の状態像、精神的機能の状態像という3つの視点から調査をおこない、2ヵ国におけるグループホーム入居者の実態を把握した。また、これらの指標に加え、調査協力者の属性として年齢、性別、治療期間、障害支援区分(日本のみ)についても聞き取りをおこなった。

調査期間として、2015年4月にイタリアで最初の調査を開始し、2019年12月に日本での全ての調査を完了した。

#### (2) 対象と方法

本研究では、比較対象とするトリエステ精神保健福祉システムの理解を深め、調査対象者の厳選な選定をおこなうために、2012年9月と2015年11月に予備調査をおこなった。その際、トリエステ精神保健福祉局が管轄する、地域精神保健システムに属する複数の共同住居からの聞き取り調査をおこない、そのなかでも日本の障害者総合支援法が規定する共同生活援助(以下グループホーム)と同等の支援体制を提供する地域の共同住居として、①リハビリテーション住居(Therapeutic-rehabilitation housings)、②サポート住居(Supported housings in community)の2つの住居を選定した。

また、本研究を実施するにあたり、トリエステ精神保健局の医師・看護師・グループホーム世話人への調査協力を依頼し、日本のデータを共有することを条件として現地調査の承諾を得た。全ての調査用紙と評価尺度は、日本語・英語・

イタリア語の3ヵ国語で作成し、調査協力者のニーズに応じて対応した。イタリアで取得した全てのデータは、トリエステ精神保健局の医師によるスーパービジョンのもと、完成後に日本へ送られ、日本で取得した全てのデータは、臨床心理士によるスーパービジョンのもと、完成後にイタリアへ送付した。

日本では2ヵ所の地域にある12ヵ所のグループホームから合計73名を対象として調査を実施し、有効回答として67名のデータを分析対象として用いた。一方、イタリアからは、トリエステにある3ヵ所のグループホームから合計28名を対象として調査を実施し、有効回答として28名のデータを分析対象として用いた。これら2つを用いることにより、合計95名のデータを対象として考察をおこなった。

また、調査協力者の属性や服薬内容など、本人が不確かな情報については、本人の了解を得て、グループホームの世話人から記録されている情報の提供を依頼した。

### (3) 倫理的配慮

調査協力者に対し、同意書を用いながら口頭で調査の目的と方法を説明し、署名によって参加の同意を得た。また、調査結果に関するプライバシーの厳守、データの秘密保持、途中辞退の権利についても説明をおこない、記述式の調査については、対象者に直接配布し、プライバシーが確保されているスペースでの記入をおこなった。さらに、調査協力者の基本情報については、番号で整理して記載し、個人が特定できないようにした。なお、本調査については、同朋大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## 4. 調査結果

### (1) 調査対象者の属性

日本のグループホームに入居している調査協力者の年齢は、31歳から73歳で

その差は42歳であり、30代は11名、40代は22名、50代は23名、60代は8名、70代は3名、平均年齢は49.79歳であった。自認している性別は女性が22名、男性が45名で男性の入居者は女性の約2倍であった。入居者の治療期間については、最も短い治療歴は9年、最も長い治療歴は58年であり、平均は26.27年であった。障害支援区分は非該当から区分5までとなっており、最も多かったのが区分3の25名、次に多かったのが区分2の21名、区分4が8名、区分1が7名、非該当が4名、区分5が2名で、障害支援区分の平均は2.48であった(表1)。

トリエステのグループホームに入居している調査協力者の年齢は31歳から79歳でその差は48歳であり、30代は2名、40代は4名、50代は8名、60代は7名、70代は3名、平均年齢は56.86歳であった。自認している性別は女性が11名、男性が17名で女性の入居者は39%男性の入居者は61%であった。入居者の治療期間については、最も短い治療歴は9年、最も長い治療歴は53年であり、平均は32.33年であった。イタリアでは障害支援区分のような支援の内容を決定するための指標は存在せず、個人のニーズに応じたサービスの提供がおこなわれていた(表1)。

表1 グループホーム入居者の基本属性

	平均年齢	性別	平均治療期間	平均障害支援区分
日本	49.79	男性67% 女性33%	26.27	2.48
イタリア	56.86	男性61% 女性39%	32.33	N/A

## (2) 評価尺度の平均値

CP換算は、日本のグループホーム入居者の最大値は1,884mg、最小値は150mgで平均値は638.09mgであった。一方で、イタリアのグループホーム入居者の最大値は1,800mg、最小値は0mgで平均値は462.04mgであった(図1)。この結果から、日本のグループホーム入居者はイタリアのグループホーム入居



者よりも抗精神病薬の摂取量が平均値で176.5mg多いことがわかった。

日本のグループホーム入居者のGAFは、最大値81点、最小値21点、平均値48.64点であった。一方で、イタリアのグループホーム入居者のGAFは、最大値72点、最小値40点、平均値54.71点であり、その差は6.07点であった(図2)。GAFは得点が高いほど心理的・社会的・職業的機能が良好であることを示すため、イタリアのグループホーム入居者のほうが良好であることがわかった。

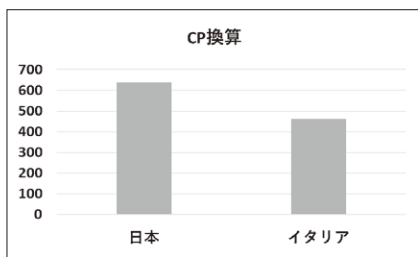


図1 日本とイタリアのCP換算の平均値

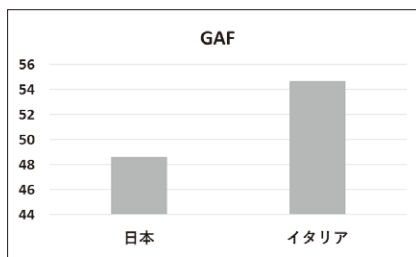


図2 日本とイタリアのGAFの平均値

さらに、PANSSによる日本のグループホーム入居者の陽性尺度は最大値44点、最小値15点、平均値23.42点であった。陰性尺度は最大値36点、最小値14点、平均値21.01点であった。総合精神病理尺度は最大値79点、最小値32点、平均値47点であった。PANSS合計は最大値154点、最小値62点で平均値91.43点であった。イタリアのグループホーム入居者のPANSSでは、陽性尺度は最大値34点、最小値13点、平均値21.38点であった。陰性尺度は最大値36点、最小値13点、平均値25.21点であった。総合精神病理尺度は最大値67点、最小値28点、平均値44.08点であった。PANSS合計は最大値128点、最小値61点で平均値90.67点であった(図3)。陽性症状については、日本のグループホーム入居者のほうが高く、陰性症状については、イタリアのグループホーム入居者のほうが高いことがわかった。一方で、総合精神病理については、日本のグループホーム入居者のほうが高く、合計としては、ほぼ同じ得点であることがわかった。

WHOQOL-BREFの測定結果は、日本のグループホーム入居者の身体的QOL

は最大値4.29点, 最小値1.86点, 平均値3.02点であった。心理的QOLは最大値4.83点, 最小値1.5点, 平均値3.00点であった。社会的QOLは最大値5点, 最小値1.67点, 平均値3.24点であった。環境QOLは最大値4.75点, 最小値2点, 平均値3.17点であった。全体QOLは最大値5点, 最小値1.5点, 平均値3.02点であった。合計QOLは最大値4.49点, 最小値2.15点, 平均値3.10点であった。イタリアのグループホーム入居者の身体的QOLは最大値5点, 最小値2.14点, 平均値4.05点であった。心理的QOLは最大値5点, 最小値2.33点, 平均値3.79点であった。社会的QOLは最大値4.67点, 最小値1.67点, 平均値3.40点であった。環境QOLは最大値5点, 最小値2.25点, 平均値3.66点であった。全体QOLは最大値5点, 最小値2点, 平均値3.77点であった。合計QOLは最大値4.69点, 最小値2.62点, 平均値3.73点であった(図4)。QOLの全ての項目において, イタリアのグループホーム入居者のほうが得点は高く, QOL値が高いことがわかった。特に, 身体的QOLについては, 1点以上の差があり, 日本のグループホーム入居者のほうが身体面における自身に対する満足度が低いことがわかった。

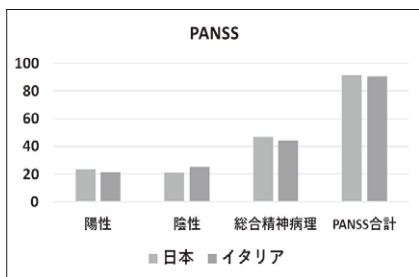


図3 日本とイタリアのPANSS平均値

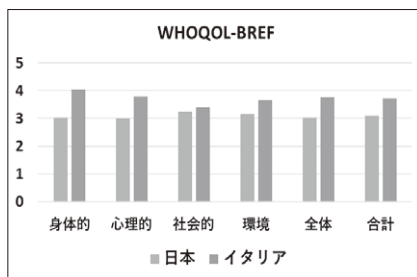


図4 日本とイタリアのWHOQOL-BREF平均値

### (3) 高群と低群による比較

日本とイタリアで測定されたWHOQOL-BREFの平均値から $\pm 1$ SDを基準に高群と低群に分けた結果, 日本のデータから上位8名, 下位9名, イタリアのデータから上位4名, 下位4名を得ることができた。この結果から, それぞれ

の要素の平均値を算出した(表2)。

なお、日本調査の結果におけるWHOQOL-BREFについてのQOL高群とQOLの低群の得点に差があるかについて、両者の得点の平均値をt検定で比較した結果、1%水準で有意差が認められ( $t(15)=4.17, p<.01$ )、QOL高群の平均値が有意に高いことが確かめられた。同じく、イタリア調査の結果におけるQOL高群とQOLの低群の得点差に差があるかについて、両者の得点の平均値をt検定で比較した結果、1%水準で有意差が認められ( $t(6)=18.19, p<.01$ )、QOL高群の平均値が有意に高いことが確かめられた。

表2 日本とイタリアのQOL高群とQOL低群

国	WHOQOL-BREF (QOL)	人数	年齢 (歳)	治療期間 (年)	支援区分	CP換算 (mg)	GAF	PANSS				
								P	N	精神病理	合計	
日本	高群	4.18	8	51.1	29.0	2.63	502.5	58.13	19.63	19.13	38.25	77.00
イタリア		4.58	4	62.5	36.5	—	375.0	64.25	19.50	30.75	42.00	92.25
日本	低群	2.81	9	54.3	29.4	27.8	405.6	47.89	25.56	19.89	47.78	93.22
イタリア		2.82	4	46.0	23.5	—	325.0	57.50	24.25	20.00	48.75	93.00

値は平均値：(人数を除く)

生活の質と年齢の関係については、日本のグループホーム入居者は、年齢が低いほうがQOL値は高かったが、高群と低群の差は3.2歳とほとんどみられなかった。一方で、イタリアのグループホーム入居者については、年齢が高いほどQOL値が高いという傾向がみられ、高群と低群の差は16.5歳であった。治療期間については、年齢と比例するため、日本のグループホーム入居者は高群も低群もほぼ同期間であり、差はみられなかったが、イタリアのグループホーム入居者については、治療期間が長いほどQOL値は高く、高群と低群の差は13年間であった。また、日本のグループホーム入居者のみ該当する障害支援区分については、高群2.63と低群2.78でほぼ差はみられなかった。

CP換算については、日本のグループホーム入居者は、高群のほうが低群よ

り96.9mg高かった。この結果はイタリアのグループホーム入居者も同じであり、高群と低群を比較すると、高群のほうがCP換算は50mg高いことがわかった。

GAFについては、日本のグループホーム入居者もイタリアのグループホーム入居者も高群のほうが得点は高く、その差は日本10.24点、イタリア6.75点であった。

PANSSについては、日本のグループホーム入居者もイタリアのグループホーム入居者も高群のほうが陽性尺度は低く、その差は日本5.93点、イタリア4.75点であった。また、陰性尺度については、日本のグループホーム入居者は高群と低群に差はみられなかったが、イタリアのグループホーム入居者は、陰性尺度の得点が高いほどQOL値も高い結果となり、その差は10.75点であった。総合精神病理については、日本のグループホーム入居者もイタリアのグループホーム入居者も高群のほうが得点は低く、低群のほうが得点は高かった。最後に、PANSS合計をみてみると、日本のグループホーム入居者は得点が低いほどQOL値は高く、高群と低群の差は16.22点であった。一方で、イタリアのグループホーム入居者は高群も低群も得点に差はみられなかった。

## 5. 考察

調査の結果から得られたデータから、以下の3点を考察した。

(1)グループホームという一定の制限を受けた空間における生活であるにもかかわらず、イタリアのグループホーム入居者の生活の質は保たれていることがわかった。日本のグループホーム入居者のQOL平均値は3.10点であるのに対し、イタリアのグループホーム入居者のQOL平均値は3.73点でイタリアが高く、2ヵ国間には大きな差がみられた。日本のQOL水準については、一般住民のQOL平均値が3.29点(中根ら1999)と3.18点(國方ら2008)であったことが報告さ

れている。加えて、地域で生活する統合失調症者の平均値は3.11点であることも國方(2008)は示している。これらの報告と本調査の結果を比較すると、本調査による日本のグループホーム入居者の平均値と、國方(2008)の報告にある平均値はほぼ同じである。日本の一般住民と統合失調症者のQOL平均値を比較すると、一般住民の平均値より、統合失調症者のQOL平均値は低かった。しかし、イタリアのグループホーム入居者の平均値については、日本の一般住民のQOL平均値よりも高いことが明らかになった。

さらに、生活の質が高い人と低い人の年齢、及び治療期間についてみてみると、年齢については、QOL値の高群と低群の差は日本と比較してイタリアが大きく、イタリアの高群の年齢は62.5歳と高く、高年齢者の生活の質が高いことがわかる。治療期間についても年齢と同様にQOL値の高群と低群の差は日本と比較してイタリアが大きく、イタリアの治療期間は36.5年間と長く、治療期間が長期である人のほうが生活の質が高いことがわかる。この点については、イタリアでは、1960年代から精神科病院撤廃の動きが始まり、精神医療は地域の精神保健センターへ移行していること。入院患者もまた、多様なニーズに応じるグループホームに早い段階から移行している(Mezzina 2010)ことなどの背景があり、イタリアのグループホームの歴史は長く、入居者の平均年齢は高いという特徴のあることが推測される。すなわち、長い歴史のなかで、イタリアのグループホームでは、入居者が生活者として快適かつ安心して生活を継続することができるようなフレームワークを構築しており、利用している人々の生活の質を高める働きかけを実践していると考えられた。

(2)日本のグループホーム入居者にとって、精神症状は生活の質に影響を与えている可能性があるが、イタリアのグループホーム入居者にとって、精神症状は生活の質に影響を与えない可能性があることがわかった。まず、生活の質の低い人については、精神症状を測定するPANSSの平均値は日本が93.22点で、

イタリアは93.00点と同水準であった。次に、生活の質の高い人に着目すると、日本のグループホーム入居者のPANSSの平均値は77.0点であり、この得点はKayら(1987)の調査で平均値として示した76.96点とほぼ同水準であった。一方で、イタリアについては、92.25点であり、日本及びKayの示した値を大きく上回っていることが明らかになった。すなわち、イタリアのグループホーム入居者は、精神症状が顕著であったとしても、生活の質を保っていることがわかった。

さらに、生活の質の高い人は、低い人よりもCP換算が高く、日本のグループホーム入居者の502.5mgに対してイタリアのグループホーム入居者は375mg、生活の質が低い人は日本のグループホーム入居者の405.6mgに対してイタリアのグループホーム入居者は325mgであった。この値から精神症状をみると、生活の質の高い人と低い人でPANSSの差がみられた日本のグループホーム入居者は、抗精神病薬の分量が多い人ほどPANSSの得点が低く、症状が安定していると考えることができ、なおかつ生活の質が高いという結果を示している。本調査では、これらの因果関係については言及することはできないが、抗精神病薬とPANSSの関係が日本のグループホーム入居者の生活の質に関係している可能性について考えることができる。また、イタリアのグループホーム入居者については、精神症状以外の要素が生活の質に影響を与えている可能性があり、それらの要素がどのようなものなのかを分析する必要性があると考えられた。

(3)グループホームで生活する人々にとって、心理的・社会的・職業的機能が低いほうが、生活の質が保たれることがわかった。日本のグループホーム入居者とイタリアのグループホーム入居者の生活の質の高い人と低い人の心理的・社会的・職業的機能を測定するGAFの得点を比較すると、生活の質の低い人と比較して、高い人のGAFの得点が高く、心理的・社会的・職業的に機能していることがわかった。日本のグループホーム入居者の高群のGAF平均

値は58.13点であり、低群のGAF平均値よりも10.24点高く、小高(2007)が示した地域の精神障がい者の平均値56.5点とはほぼ同水準であった。さらに、イタリアのグループホーム入居者の生活の質の高い人のGAF平均値は64.25点であり、低群のGAF平均値よりも6.75点高かった。この得点は、日本の高群よりも6.12点高いことがわかる。このことから、グループホームで生活する人々の生活の質を高めるためには、心理的・社会的・職業的機能を促進することが重要であり、これらの機能を良好にする働きかけがグループホームの役割として求められていることが考えられた。

## 6. まとめ

本研究は、精神障がいのある人々の生活の質に影響を及ぼす可能性がある要素について、日本とイタリアのグループホーム入居者の調査から考察をおこなった。その結果、以下の3点を明らかにすることができた。①イタリアの歴史の中で培われたグループホームのフレームワークが、利用している人々の生活の質を高める働きかけを実践している可能性があること、②イタリアのグループホームでは、精神症状の程度が生活の質に影響を与えない可能性があること、③心理的・社会的・職業的機能を促進することが、グループホームで生活する人々の生活の質を高めると考えられることがわかった。本調査を通して、同じ精神障がいのある人々を対象とするグループホームであっても、生活の質に影響を及ぼすと考えられる要因には日本とイタリアで相違点と類似点がみられ、それぞれの国における特徴をみることができた。

しかしながら、今回の調査では、精神疾患を中心とした評価尺度を用いて調査を実施したため、精神疾患以外の要因として、生活の質に影響を与える可能性のある要素を分析することはできなかった。生活の質は、身体的・心理的・社会的・環境的な側面から評価されるため、一人ひとりの生活の全体像を把握

しながら、分析をおこなう必要があると考えている。また、日本とイタリアのグループホーム入居者のQOL値とその他の評価尺度との因果関係を分析するに至らなかったことから、今後の課題として、本調査の結果を細かく分析し、生活の質を高めるための条件について再度検討をおこないたい。

## 註

(1) WHOQOL及びWHOQOL-BREFで測定した生活の質については、QOLとする。

## 文献

- Kay, S. R., Opler, L. A., and Fiszbein A (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia, *The British Journal of Psychiatry*, Nov; (7): 59-67 (=1991, 山田寛, 増井寛治, 菊本弘次訳)『陽性・陰性病状評価尺度(PANSS)マニュアル』星和書店)
- 小高真美(2007)「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」『ルーテル大学研究紀要』41, 41-60.
- 厚生労働省(2017)『これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書』<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html>, (2021.9.20).
- 厚生労働省(2021)『精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について』<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiihoukatsu.html>.(2020.9.20).
- 國方弘子・三野善央(2003)「統合失調症患者の生活の質(QOL)に関する文献的考察」『日本公衆衛生雑誌』50(5), 377-388.
- 國方弘子・中嶋和夫・沼本健二(2008)「統合失調症患者, 精神障害者家族会会員・一般住民のQuality of Lifeの比較」『日本保健科学学会誌』10(4), 249-255.
- Luborsky L. (1962) Clinicians' Judgements of mental health a proposed scale. *Arch Gen Psychiatry*, 407-417.
- Mezzina, R. (2010) New Hopes: The experience in Trieste and the critical innovations in mental health worldwide, *IMHCN=IAN Conference (Belgrade)*.
- 中根允文(2006)「精神障害におけるQOL」『長崎国際大学論叢』6, 153-159.
- 中根允文・田崎美弥子・宮岡悦良(1999)「一般人口におけるQOLスコアの分布—WHOQOLを利用して」『医療と社会』9(1), 123-131.
- Royal College of Psychiatrist (2014) Consensus Statement of High-dose Antipsychotic Medication., *College Report*.
- 斎藤環(2015)『オープンダイアログとは何か』医学書院.



精神障がいのある人々の生活の質に影響を及ぼす要因に関する研究

Stein, L. I. and Santos, B. A. (1985) *Assertive Community Treatment of Person with Severe Mental Illness*, New York: W.W. Norton.

高橋三郎・染矢俊幸・大野裕訳(2003)『DSM-IV-TR 精神疾患の診断統計マニュアル』医学書院.

高橋結花(2013)「統合失調症患者の薬物療法に関する処方実態調査(2013年)～全国調査から～その1」日本精神神経学会<http://pcp-rg.org/relateddoc/pdf/2014-1.pdf>, (2021.9.20)

上田敏(1998)『リハビリテーション』講談社.

WHOQOL Group (1994) Development of the WHOQOL: Rational and Current Status, *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

吉尾隆(2015)「抗精神薬減量法のガイドラインに向けて」日本病院薬剤師会.