

地域で生活している精神障害者の居場所感と 主観的Quality of Lifeとの関連

オオバ レイコ ヨネヤマ ナナコ
大場 禮子*1 米山 奈奈子*2

目的 本研究は、地域で生活している精神障害者の居場所感と主観的QOLの関連を明らかにすることを目的とした。

方法 A県内の病院デイケアや作業所などの通所施設31カ所の利用者を対象に自記式質問紙調査を実施した。調査内容は対象者の属性、居場所感尺度、主観的QOL (WHO/QOL26)、ソーシャルサポート、偏見・差別を感じたこと(認知)の有無とした。まず、QOL26全体の得点の四分位値から4群にカテゴリー化し、各群間で基本属性、居場所感尺度得点、心理・社会的要因に関連する項目の比較を行った。カテゴリー変数は χ^2 検定、数量変数は一元配置分散分析および多重比較を用いた。次に、居場所感の主観的QOLに対する効果を明らかにするために、QOL26の全体得点および下位尺度別の得点それぞれを従属変数、居場所感尺度得点を独立変数、主観的QOLとの間に有意な関連がみとめられたソーシャルサポート、偏見・差別の認知を統制変数とし、重回帰分析を行った。

結果 居場所感尺度得点とQOL26全体得点の間には有意な正の相関がみとめられた ($r = 0.38$, $p < 0.01$)。また、居場所感尺度得点とQOL26下位尺度との相関係数は、身体的領域 ($r = 0.19$, $p < 0.01$)、心理的領域 ($r = 0.39$, $p < 0.01$)、社会的関係 ($r = 0.31$, $p < 0.01$)、環境領域 ($r = 0.31$, $p < 0.01$)と、いずれも有意な正の相関がみとめられた。重回帰分析を行った結果、QOL26の全体得点および下位尺度別の得点を従属変数としたモデルすべてにおいて、居場所感尺度得点は有意な正の関連を示したことから、ソーシャルサポートの有無や偏見の認知といった変数の影響を除去しても、居場所感が高いほど主観的QOLが高い正の相関関係が明らかとなった。「自分の病気について偏見を感じたことがある」は、QOL26の全体得点および下位尺度別のいずれにおいても有意な負の相関が示されたことから、障害者が偏見や差別を感じることは主観的QOLを低下させる要因である。

結論 精神障害があっても居場所感が高ければ、地域においてQOLが高く、いきいきとした生活を送ることができることが明らかとなった。また、精神障害者の地域生活移行の推進には、地域住民の理解を得るための普及啓発や偏見・差別のない社会・地域づくりが重要である。

キーワード 精神障害、居場所感、QOL、偏見、差別

I はじめに

近年、わが国における精神保健医療福祉施策

は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推進するために、国民各層の意識の改革や、精神病床の機能分化・地域生活支

*1 秋田大学大学院医学系研究科臨床看護学講座(現、秋田県精神保健福祉ボランティア連絡協議会長)

*2 秋田大学大学院医学系研究科臨床看護学講座教授

援体制の強化等の精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を基本方針としている¹⁾。平成18年10月に完全施行された障害者自立支援法では、障害者が地域で安心して自立して暮らせる社会を実現するという理念の下、精神障害を含め、障害福祉サービスの提供責任を市町村に一元化し、地域生活を支える福祉サービスの整備を図ることが示されている。精神障害者が地域でいきいきと質の高い生活を送るためには「居場所」が必要であるといわれているが、これは単に物理的場所だけを意味するものではなく、心のよりどころとしての心理的居場所（以下、居場所感）が重要と考えられている²⁾³⁾。居場所・居場所感に関する研究は1990年代に不登校児童生徒を中心として行われており、2000年以降は、教育分野や臨床心理学の分野において研究が行われている。これらの先行研究において、高齢者の居場所感尺度⁴⁾や青年期の居場所感尺度⁵⁾⁶⁾が開発された。しかし、精神障害者の居場所感についての調査報告や研究は少ない。國方ら²⁾は2009年に「精神障害者居場所感尺度」を開発し、初めて精神障害者の居場所感とQuality of Life（以下、QOL）との関連を明らかにした。茅原ら³⁾は、精神障害者が地域社会における居場所としてデイケアを利用している実態を踏まえ、デイケアに通所する統合失調患者がより良好なQOLを獲得するためには、居場所感を高める支援が有効であると報告している。また、精神障害者のQOLに関しては、障害者自身による主観的評価の信頼性・妥当性の研究⁷⁾⁻¹²⁾が行われており、在宅精神障害者の主観的QOLと社会的要因との関連¹³⁾、精神障害者のQOL向上に対するソーシャルサポートの重要性に関する研究¹⁴⁾¹⁵⁾や、偏見・差別の影響¹⁶⁾¹⁷⁾が報告されている。國方ら¹⁸⁾は、縦断的研究によって、自尊感情が統合失調症患者のQOLに大きく影響していることを報告している。しかし、先行研究ではサンプルサイズが小さいことや、対象が病院デイケアに通所している男性の統合失調症者に偏りがちであり、地域で生活している精神障害者のQOLに居場所感がどれくらい寄与するものなのかは明らかではない。

そこで本研究では、対象集団を地域の通所施設（病院デイケア以外も含む）を利用する精神障害者（統合失調症以外も含む）とし、ソーシャルサポートや偏見・差別の認知といった社会的・環境的要因の影響も考慮した上で、居場所感と主観的QOLの関連を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 研究方法

(1) 調査対象および方法

A県内に居住しており、外来治療を継続しながら通所施設を利用している精神障害者を調査対象とした。平成23年4～6月に、A県内の36施設に研究協力依頼を口頭と文書にて行い、自記式質問紙調査をした。協力が得られた病院デイケア14カ所、小規模作業所11カ所、通所授産施設2カ所、地域サロン3カ所、その他（地域支援サービス）1カ所の計31施設（団体）、333名から回答を得た。

(2) 調査内容

調査内容は対象者の属性、居場所感尺度、主観的QOL（WHO/QOL26）、ソーシャルサポート、偏見・差別を感じたこと（認知）の有無とした。

1) 対象者の属性

年齢、性別、世帯状況、婚姻状況、精神科治療歴、精神科入院歴、病名、主な収入、社会資源の利用、利用期間、利用回数、学歴について設問した。

2) 居場所感（居場所感尺度）

居場所感とは、「自分がそこにもいい場であり、自分らしくいられる場であり、自分があるのままでいいという感覚である」との定義²⁾³⁾を用い、「精神障害者居場所感尺度」²⁾³⁾を用いて測定した。この尺度は國方らが開発したもので、「他者との深い関わりを感じる場」「自己をつくる場」「ありのままにいらる場」の3領域（8つの下位項目）からなっている。「他者との深い関わりを感じる場」には4つの下位項目として、『お互いに成長しあえる

人がいる』『お互いに影響しあえる人がいる』『一緒になって物事に打ち込める人がいる』『同じ目標を持つ人がいる』とし、「自己をつくる場」の2つの下位項目として『自分はなものか考える場がある』『自分がどんな人間か考える場がある』とした。「ありのままでいられる場」の2つの下位項目として『すべてを受け入れてもらえる場がある』『ありのままの自分が認められる場がある』となっている。8つの質問項目に対し、「あてはまらない：1点」「あまりあてはまらない：2点」「ややあてはまる：3点」「あてはまる：4点」の4件法で評定を求め、すべて加算することによって居場所感得点を算出（得点範囲8～32点）した。得点が高いほど居場所感があると感じていると評価される。

3) 主観的QOL (WHO/QOL26)

WHOはQOLを「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識」と定義している¹⁹⁾。本研究では、精神障害者に対しても使用可能であることが確認されているWHO/QOL26日本語版²⁰⁾によって測定した。WHO/QOL26（以下、QOL26）は身体的領域（7項目）、心理的領域（6項目）、社会的関係（3項目）、環境領域（8項目）の4領域および全体的項目（2項目）の合計26項目で構成され、それぞれ「過去2週間にどのように感じたか」を、「全くない（全く悪い、全く不満）：1点」「少しだけ（悪い、少し不満）：2点」「多少は（普通、どちらでもない）：3点」「かなり（良い、満足、かなり頻繁に）：4点」「非常に（非常によい、非常に満足、常に）：5点」の5件法にて回答を求め、合計得点が高いほど主観的QOLが高いと評価される。

4) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートは、「気軽に電話できる人」「気軽にメールできる人」「話をきいてくれる人」「自分のことをわかってくれる人」の質問に対し4件法（「いない」～「いる」）で回答を求め、「たまにいる」「いる」をそれぞれ「あり」とした。

5) 偏見・差別の認知

偏見・差別の認知については、「いままでで自分の病気について偏見を感じたこと」「いままでで自分の病気について差別を感じたこと」の質問に対し4件法（「ない」～「ある」）で回答を求め、「たまにある」「ある」をそれぞれ「あり」とした。

(3) 分析方法

まず、QOL26全体の得点の四分位値から4群にカテゴリー化し、各群間で基本属性、居場所感尺度得点、心理・社会的要因に関連する項目の比較を行った。カテゴリー変数は χ^2 検定、数量変数は一元配置分散分析および多重比較（Scheffe法）を用いた。次に、居場所感の主観的QOLに対する効果を明らかにするために、QOL26の全体得点および下位尺度別の得点それぞれを従属変数、居場所感尺度得点を独立変数、主観的QOLとの間に有意な関連がみとめられたソーシャルサポート、偏見・差別の認知を統制変数とし、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。解析はすべて、統計パッケージSPSS 11.03J for Windowsを用いて行った。

(4) 倫理的配慮

本研究は秋田大学大学院医学系研究科倫理委員会審査を受け承認を得た（医総第2175号平成23年2月17日）。対象者は調査対象施設から協力同意が得られ、かつ本人の同意を得られた者とした。対象者には調査の趣旨を説明し、調査は無記名であり個人を特定される事はないこと、調査の参加は自由であることを、参加しなくても不利益な事はないということを口頭と書面にて説明を行い同意を得た。

Ⅲ 結 果

回答の得られた333名のうち、回答に不備のあった55名および20歳未満の4名を除いた274名を解析対象者とした（有効回答率82.3%）。

(1) 属性とQOL26, 居場所感の分布

1) 解析対象者の属性

解析対象者の属性を表1に示した。性別は男性が67.2%と多く、精神科治療期間は10年以上が55.4%、精神科入院歴ありは83.2%、病名は統合失調症が最も多く51.7%となっている。

2) QOL26の得点分布

解析対象者におけるQOL26合計得点のクロ

表1 解析対象者の属性 (n=274)

	人 (%)
性別: 男性	184(67.2)
女性	90(32.8)
年齢階級: 20~29歳	39(14.2)
30~39	65(23.7)
40~49	58(21.2)
50~59	66(24.1)
60歳以上	46(16.8)
独居・同居: ひとり暮らし	68(25.0)
家族と同居	158(58.1)
家族以外と同居	35(12.9)
その他	11(4.0)
婚姻状況: 非婚	212(77.7)
既婚同居	12(4.4)
既婚別居	8(2.9)
既婚死別	8(2.9)
離婚	33(12.1)
精神科治療期間: 1年未満	8(3.0)
1~5年未満	38(14.0)
5~10年未満	75(27.7)
10年以上	150(55.4)
精神科入院: あり	227(83.2)
なし	46(16.8)
病名: 統合失調症	140(51.7)
うつ病	36(13.3)
知的障害	6(2.2)
その他	53(19.6)
不明	36(13.3)
主な収入: 労働収入	26(9.6)
家族からの収入	50(18.4)
障害年金	145(53.3)
生活保護	38(14.0)
その他	13(4.8)
社会資源利用: デイケア	142(51.8)
作業所	78(28.5)
通所授産所	30(10.9)
地域サロン	12(4.4)
その他	12(4.4)
利用期間: 1年未満	29(11.2)
1~5年未満	123(47.7)
5~10年未満	56(21.7)
10年以上	50(19.4)
利用回数: 週2回以上	214(82.9)
週1回	22(8.5)
月2回	2(0.8)
月1回	4(1.6)
その他	16(6.2)
学歴: 小学校	5(1.9)
中学校	47(17.4)
高校	129(47.8)
専門学校	29(10.7)
短大	14(5.2)
大学	38(14.1)
大学院	2(0.7)
その他	6(2.2)

注 無回答は除く

ンバックの α 係数は0.89で、内的整合性による信頼性の確認ができた。QOL26の平均得点±標準偏差は76.9±13.9点(得点範囲26~130点)で、尖度0.70, 歪度-0.08の得点分布を示した。下位尺度別の平均得点±標準偏差は、身体的領域20.9±4.1点(7~35点), 心理的領域17.2±4.1点(6~30点), 社会的関係9.0±2.4点(3~15点), 環境領域24.3±5.0点(8~40点)であった。

3) 居場所感尺度の得点分布

解析対象者における居場所感尺度得点のクロンバックの α 係数は0.86で、内的整合性による信頼性の確認ができた。居場所感尺度得点の平均値±標準偏差は22.7±6.6点(得点範囲8~32点)となっており、尖度-0.68, 歪度-0.35の分布を示した。分布を性別にみると、平均値±標準偏差(中央値)は、男性22.3±6.8(22.6), 女性23.3±6.2(23.7)となっており、有意な差はみられなかった(マン・ホイットニーのU検定, $p=0.32$)。

(2) 主観的QOL(QOL26)の関連要因

相関分析を行った結果、居場所感尺度得点とQOL26全体得点の間には有意な正の相関がみとめられた($r=0.38, p<0.01$)。また、居場所感尺度得点とQOL26下位尺度との相関係数は、身体的領域($r=0.19, p<0.01$), 心理的領域($r=0.39, p<0.01$), 社会的関係($r=0.31, p<0.01$), 環境領域($r=0.31, p<0.01$)となっており、いずれも有意な正の相関がみとめられた。

次に、主観的QOLと基本属性、居場所感得点、ソーシャルサポートの有無等の心理・社会的要因との関連をみるために、QOL26全体の得点の四分位値から、「高い(85点以上)」「やや高い(77~84点)」「やや低い(70~76点)」「低い(70点未満)」と4群にカテゴリー化し、各群間の比較を行った(表2)。主観的QOLとの間に有意な関連がみとめられた心理・社会的変数は、居場所感尺度得点、「気軽に電話できる人」「話をきいてくれる人」「わかってくれる人」「病気について偏見を感じたこと」であっ

た。

居場所感の主観的QOLに対する効果を明らかにするために、QOL26の全体得点および下位尺度別の得点それぞれを従属変数、居場所感尺度得点を独立変数、主観的QOL（4群）との間に有意な関連がみとめられた「気軽に電話できる人」「話をきいてくれる人」「わかってくれる人」「病気について偏見を感じたこと」を統制変数とし、重回帰分析（ステップワイズ

法）を行った（表3）。その結果、居場所感尺度得点は、いずれの場合も有意な正の関連を示した。まず、QOL26の全体得点を従属変数にした場合、居場所感尺度得点（ $\beta = 0.30$ ）、「気軽に電話にできる人がいる」（ $\beta = 0.13$ ）、「話をきいてくれる人がいる」（ $\beta = 0.16$ ）が有意な正の関連を示し、「自分の病気について偏見を感じたことがある」（ $\beta = -0.23$ ）が有意な負の関連を示した（自由度調整済 $R^2 = 0.23$ ）。

表2 主観的QOL 4群と基本属性および心理・社会的要因との関連（n=274）

（単位 人、（ ）内%）

	主観的QOL（QOL26）				P 値
	高い (85点以上) n=69(25.2)	やや高い (77~84点) n=71(25.9)	やや低い (70~76点) n=65(23.7)	低い (70点未満) n=69(25.2)	
性別：男性	47(68.1)	52(73.2)	40(61.5)	45(65.2)	0.519
年齢階級：20~29歳	12(17.4)	6(8.5)	6(9.2)	15(21.7)	0.411
30~39	13(18.8)	18(25.4)	20(30.8)	14(20.3)	
40~49	16(23.2)	13(18.3)	14(21.5)	15(21.7)	
50~59	19(27.5)	18(25.4)	13(20.0)	16(23.2)	
60歳以上	9(13.0)	16(22.5)	12(18.5)	9(13.0)	
独居・同居：ひとり暮らし	18(26.5)	21(29.6)	11(16.9)	18(26.5)	0.423
家族と同居	37(54.4)	36(50.7)	43(66.2)	42(61.8)	
家族以外と同居	12(17.6)	9(12.7)	8(12.3)	6(8.8)	
その他	1(1.5)	5(7.0)	3(4.6)	2(2.9)	
婚姻状況：非婚	57(83.8)	57(80.3)	45(69.2)	53(76.8)	0.020
既婚-同居	3(4.4)		6(9.2)	3(4.3)	
既婚-別居	2(2.9)	1(1.4)		5(7.2)	
既婚-死別		5(7.0)	2(3.1)	1(1.4)	
離婚	6(8.8)	8(11.3)	12(18.5)	7(10.1)	
精神科治療期間：1年未満	2(2.9)	2(2.9)	1(1.6)	3(4.3)	0.603
1~5年未満	6(8.8)	9(12.9)	12(18.8)	11(15.9)	
5~10年未満	21(30.9)	14(20.0)	19(29.7)	21(30.4)	
10年以上	39(57.4)	45(64.3)	32(50.0)	34(49.3)	
精神科入院歴：あり	59(85.5)	63(90.0)	49(75.4)	56(81.2)	0.132
認識している病名：統合失調症	37(56.1)	34(47.9)	31(47.7)	38(55.1)	0.580
うつ病	11(16.7)	6(8.5)	9(13.8)	10(14.5)	
知的障害	2(3.0)	2(2.8)	1(1.5)	1(1.4)	
その他	8(12.1)	16(22.5)	18(27.7)	11(15.9)	
わからない	8(12.1)	13(18.3)	6(9.2)	9(13.0)	
主な収入：労働収入	10(14.7)	8(11.3)	5(7.8)	3(4.3)	0.118
家族からの収入	8(11.8)	7(9.9)	15(23.4)	20(29.0)	
障害年金	40(58.8)	41(57.7)	32(50.0)	32(46.4)	
生活保護	9(13.2)	11(15.5)	9(14.1)	9(13.0)	
その他	1(1.5)	4(5.6)	3(4.7)	5(7.2)	
社会資源利用：デイケア	39(56.5)	33(46.5)	34(52.3)	36(52.2)	0.821
作業所	17(24.6)	21(29.6)	21(32.3)	19(27.5)	
通所授産施設	5(7.2)	9(12.7)	8(12.3)	8(11.6)	
地域サロン	5(7.2)	4(5.6)		3(4.3)	
その他	3(4.3)	4(5.6)	2(3.1)	3(4.3)	
心理・社会的要因					
居場所感尺度得点 ³⁾	26.0±5.8	23.3±6.7	22.2±5.3	19.1±6.6	0.000
気軽に電話できる人の有無	59(85.5)	58(81.7)	44(67.7)	37(53.6)	0.000
気軽にメールできる人の有無	30(43.5)	28(39.4)	27(41.5)	27(39.1)	0.950
話をきいてくれる人の有無	66(95.7)	62(87.3)	57(87.7)	43(62.3)	0.000
わかってくれる人の有無	65(94.2)	62(87.3)	53(81.5)	43(62.3)	0.000
病気について偏見を感じたこと	39(56.5)	35(49.3)	43(66.2)	51(73.9)	0.017
病気について差別を感じたこと	31(44.9)	33(46.5)	42(64.6)	40(58.0)	0.065
精神保健福祉ボランティアとの交流：あり	31(46.3)	25(36.2)	18(31.0)	16(24.2)	0.056

注 1) 無回答は除く
 2) P値：カテゴリー変数は χ^2 検定
 3) 連続変数については一元配置分散分析を用いた

次に、QOL26下位尺度ごとの得点を従属変数にした場合、まず身体的領域では居場所感尺度得点 ($\beta = 0.24$) のみが有意な正の相関を示し、「自分の病気について偏見を感じたことがある」($\beta = -0.28$) が有意な負の関連を示した(自由度調整済 $R^2 = 0.10$)。心理的領域では居場所感尺度得点 ($\beta = 0.36$)、「わかってくれる人がいる」($\beta = 0.15$) が有意な正の相関を示し、「自分の病気について偏見を感じたことがある」($\beta = -0.22$) が有意な負の関連を示した(自由度調整済 $R^2 = 0.20$)。また、社会的関係を従属変数にした場合では、居場所感尺度得点 ($\beta = 0.21$)、「気軽に電話できる人がいる」($\beta = 0.14$)、「話をきいてくれる人がいる」($\beta = 0.14$) が有意な正の関連を示し、「自分の病気について偏見を感じたことがある」($\beta = -0.12$) が有意な負の関連を示した(自由度調整済 $R^2 = 0.14$)。環境領域を従属変数にした場合では、居場所感尺度得点 ($\beta = 0.21$)、「話をきいてくれる人がいる」($\beta = 0.26$) が有意な正の関連を示し、「自分の病気について偏見を感じたことがある」($\beta = -0.15$) が有意な負の関連を示した(自由度調整済 $R^2 = 0.16$)。

IV 考 察

居場所感の主観的QOLに対する効果(影響力)を明らかにするために、QOL26の全体得点および下位尺度別の得点それぞれを従属変数、居場所感尺度得点を独立変数、およびソーシャルサポートの有無、偏見を感じたことの有無を統制変数とした重回帰分析を行った。その結果、QOL26の全体得点および下位尺度別の得点を従属変数としたモデルすべてにおいて、居場所感尺度得点は有意な正の関連を示したことから、

表3 主観的QOL(QOL26)を従属変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)の結果(n=274)

	QOL26 総合得点 (β)	QOL26下位尺度得点			
		身体的 領域 (β)	心理的 領域 (β)	社会的 関係 (β)	環境 領域 (β)
居場所感尺度得点	0.30**	0.24**	0.36**	0.21**	0.21**
気軽に電話できる人(1=いる)	0.13*			0.14*	
話をきいてくれる人(1=いる)	0.16*			0.14*	0.26**
わかってくれる人(1=いる)			0.15*		
偏見を感じたこと(1=ある)	-0.23**	-0.28**	-0.22**	-0.12*	-0.15*
R^2	0.24**	0.11**	0.21**	0.15**	0.17**
自由度調整済 R^2	0.23	0.10	0.20	0.14	0.16

注 1) β : 標準偏回帰係数
2) ** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

ソーシャルサポートの有無や偏見の認知といった変数の影響を除去しても、居場所感が高いほど主観的QOLが高い正の相関関係が明らかとなった。特に、QOL26の下位尺度別に行った重回帰分析の結果をみると、心理的領域を従属変数としたモデルにおいて、居場所感尺度得点の効果が相対的に大きいことから、居場所感は主観的QOLの心理的領域に与える影響が大きいと考えられる。つまり精神障害があっても、居場所感が高ければ、地域においてQOLが高く、いきいきとした生活を送ることができると考えられる。

また、QOL26の全体得点を従属変数とした重回帰モデルにおいて、「気軽に電話できる人がいる」「話をきいてくれる人がいる」といったソーシャルサポートの有無が有意な正の関連を示し、「自分の病気について偏見を感じたことがある」が有意な負の関連を示した。「自分の病気について偏見を感じたことがある」は、QOL26下位尺度別のいずれにおいても有意な負の相関が示されたことから、障害者が偏見や差別を感じることは、主観的QOLを低下させる要因である。

2001(平成13)年にWHO総会で採択された「国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)」²¹⁾では、障害があっても、活動や参加といった生活機能のプラス面によって健康状態(QOL)は向上することができ、反対に活動制限や参加制約によって低下するという相互作用

用モデルが示されている。活動制限や参加制約は心身機能・身体構造の機能障害も含めたお互いの影響だけではなく、環境因子や個人因子の影響も大きく影響する。環境因子とは、単に物的環境だけではなく、人的・社会的・制度的環境を包括するものであり、偏見や差別も当然含まれる。特に、精神障害者は環境からの影響を受けやすい。精神疾患に対する社会の差別や偏見は、精神障害者の自己効力感や意欲を低下させ、活動制限や参加制約をもたらす。一方、周囲のサポートがあることや、精神障害・精神疾患に対する理解は、精神障害者の活動や参加の向上につながる。精神障害者が地域でいきいきと質の高い生活を送るためには、居場所感が高いことが重要であることが本研究の結果からも明らかであるが、ここでいう居場所とは心の拠り所であり、心の安寧をもたらす存在である。偏見・差別が存在し、周囲のサポートや理解が得にくい環境では、当然ながら居場所感は低下する。従って、精神障害者が地域でいきいきと質の高い生活を送ることも困難である。精神障害者が地域で生活していくためには、様々な困難が存在し、特に精神障害者に対する根強い偏見や差別は大きな障壁となっている。精神障害者の地域生活移行の推進には、社会保障の充実や障害者福祉の社会資源の充実、基盤整備等とともに、地域住民の理解を得るための普及啓発や偏見・差別のない社会・地域づくりが重要である。

本研究の限界は、第一に、精神障害者の居場所感を評価する尺度として、國方らの「精神障害者居場所感尺度」を用いたが、本尺度を用いた研究報告が少ないことである。今後、大規模調査研究における追試によって、測定尺度としての信頼性や妥当性の観点からの検証が行われる必要がある。第二に、調査対象者を地域の通所施設（病院デイケア以外も含む）を利用する精神障害者（統合失調症以外も含む）としたことから、通所施設を利用していない在宅障害者は含まれていないため、通所施設を利用していない在宅障害者を含めた検証が必要である。第三に、本研究は横断調査であるため、主観的

QOLと居場所感尺度得点との因果関係については推定することができない。今後、縦断研究によって検証する必要がある。

謝辞

本調査は東日本大震災の2日前に依頼文が施設に郵送され、大変な状況の中でご協力頂きました。調査対象者の皆様、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。またご助言頂きました秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻の佐々木久長先生に心から感謝申し上げます。

文 献

- 1) 精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 厚生労働省. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>) 2013.6.25.
- 2) 國方弘子, 茅原路代, 土岐弘美. 精神に病を持つ人の居場所感尺度の検討. 厚生指標2009; 56(13): 40-7.
- 3) 茅原路代, 國方弘子, 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. 日本看護研究学会雑誌 2009; 32(1): 91-7.
- 4) 相田めぐみ. 高齢者の「居場所感」～居場所感尺度の検討. 日本社会心理学会誌 2004; 214-5.
- 5) 石本雄真. 居場所感に関連する大学生の生活の側面. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要 2008; 2(1): 1-6.
- 6) 石本雄真. 青年期の居場所感が心理的適応, 学校適応に与える影響. 発達心理学研究 2010; 21(3): 278-86.
- 7) 田井雅子. 地域で生活している統合失調症者のQOLの特徴. 高知女子大学看護学会誌 2008; 33(1): 74-81.
- 8) 國方弘子, 中嶋和夫, 沼本健二. 統合失調症者, 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 2008; 10(4): 249-55.
- 9) 小高真美. 地域で生活する精神障害者のニーズと生活の質に関する研究. ルーテル学院研究紀行 2008; 41: 41-60.
- 10) 塚原達也. 精神分裂病のQOLに関する臨床的研究.

- 東京慈恵会医科大学雑誌 1999；114：353-70.
- 11) 長田久雄, 立山萬理, 毛塚忠由, 他. 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. 東京保健科学学会誌 1998；1(1)：107-10.
 - 12) 磯石栄一郎. 当院の精神科デイケア利用者における主観的QOLについて. 岩見沢市立総合病院医誌；27(1)：47-53.
 - 13) 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 2004；6：135-43.
 - 14) 萩野詩子. 精神障害者の自立生活に必要なソーシャルサポートに関する一考察. 近畿大学豊岡短期大学論集 2006；3：79-87.
 - 15) 長崎和則. 精神障害者がソーシャルサポート利用を拡大するプロセスの研究. 川崎医療福祉学会誌 2009；18(2)：373-82.
 - 16) 榎原文, 松田宣子. 精神障害者への偏見・差別及び啓発活動に関する先行文献からの考察. 神戸大学医学部保健学科紀要 2003；19：59-74.
 - 17) 加藤由貴子. 文献からみた精神障害者の偏見とQOLの関連に関する研究. 淑徳大学大学院総合福祉研究科研究紀要 2007；14：193-209.
 - 18) 國方弘子, 三野善央, 中嶋和夫. 在宅生活をしている統合失調症患者のWHOQOL-26尺度に影響を与える要因の検討. 日本公衆衛生学雑誌 2006；53(4)：301-9.
 - 19) World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHO-QOL measuring quality of life (WHO/MSA/MNH/PSF97.4). Geneva: WHO, 1997.
 - 20) 田崎美弥子, 中根允文. WHO/QOL-26手引 改訂版. 東京：金子書房, 2007, pp1-27.
 - 21) 上田敏. ICF (国際生活機能分類) の理解と活用. 東京：萌文社, 2010.