

表3 特に象徴的な対象者の語りの内容

	象徴的な語りの内容
患者とその生活を知るための関わり	「本人さんがどうしたいか、その意図を汲めるようにというのが一番ですね。そういう時間、場を提供するという事ですね。そういうことに自分が気を付けながら、汲んであげる時間と場所を提供、・・・希望を發表できる場を提供するという事ですね、一番は、・・・それにまたそれができるとは思っていっしょにやらないんですね。今の自分に何ができるかわからないとおっしゃる方が多いんです、何ができるんですかと。例えば何がしたいですかって、こっちはなるんですけど。手工芸がしたければ手工芸、お料理がしたければお料理を作ってみてもいいし、パソコンとかって言うと、ああそういうこと一つて、一体何がしたいかって聞かれても、こんなんできるわけじゃないっていうような、そんな言い方はしないんですけど。制限されることが多いので。何かちょっときっかけがあると、実はこれこれってすごく患者さん側から出てくることあるんですけど、その一歩を引き出すまでがやっぱり時間がかかって、どうしても初回に行って初回には絶対出てこない、そういうの、お互い初対面なので。だから・・・患者さんに触れること、タッチすることが多いので、触れながら話をしながら、2、3日で早ければ話を聞ければいいんですけど。それこそ1ヵ月くらいかかってようやく家族の本音が聞けることもあります」
自己イメージ向上の支援	「選択肢の提示ができる。自己コントロール感、そういう言葉で言ってしまうでもいいんですけど・・・こういうこともできますよって言ったところで、こっちを選ぶとは限らないんですけど、これもできるけどこっちだったっていう感覚、知らなくてこっちだったというよりも、これもあれもありますよっていう中でこれを選ぶということが、大きいのかなという気がします、選択肢、自己決定となるのかな、わかりませんけど」 「対象者の方ご自身が、自分自身取り組むことがまだある、ということを実感していただけるので、それはやっぱり一番大きかったでしょうかね。自分がだんだん機能低下していく中で、でもなんとか今できているこの動作を継続するためにリハに取り組んでいるという、その場面を家族も見ていて、共有していて、介護してもらっている立場ではあるけれども、自分ができることっていうのは、その中で見出してもらっていたような気がします」 「受身じゃないですか、どうしても治療って。だけどリハは自分を出してもいいし、多分我慢しないでいい場所だったから、主体的に自分が出せる場所だったんだらうなというのが。例えば、喋れないとか、患者さんでも、じゃあ、ECS使おうとかか、受身じゃなくて自分でやってる、自分で操作している、自分で表現している。最後までそういう何かを持っておくというのは重要なんだらうなと、・・・希望に対しての具体的な提案ができる。学校にどうしても帰りたい。じゃあ、帰るためにどういう手があるか、どういうリハが必要で、どういう環境調整をして、どういうことを学校側と伝えようとかか、学校側に言って環境整備してもらおうとかか、その希望に向かったの準備を共にできる」
安全で安心な生活の支援	「自分で車椅子に乗りたいわということになって。それなら絶対にこれは守ってね、と言いながら時間を決めたり、その方立つことはできないくらい筋力だったんです、支えないと。それだったら、床を這ってでも移動したら良いわということになって、部屋中這い放題で、どこでも移動できるようになったんです。それでやっぱり、やってる間に筋力とかも改善してきて、歩いたりできたんですけど、だけど立つと転んだときのダメージが大きいし、この方絶対に悪くなっていくのは目に見えていたんで、いざってくださいと。立てると思うけど、いざってくださいと。それは転んだときに危ないから。それで、そういう筋力を必ず守ってくださいと、起き上がり方とか、ベッドに上がるときも、これだったらどんなにしんどいときでもお父さんがちょっとお尻を押してあげるだけで上がれるから、お父さんのためにも楽だし、この方法が自信があったとしても忘れられないでねと。ベッドから降りて、ベッドで戻れるということができるようになりました。これは本当に亡くなる前日でも移動できてましたね。この人にとって、これはすごく大きな手段」
余暇・役割・社会的活動の遂行支援	「その人の頭の中って、いつもがんのことを考えてると思うんですよ。いつも死ぬのはイヤだなとか、いつも怖いとか、本当に寝てる間くらいしかそういうことを考えてない時間はないんじゃないかなと思うんですよ。・・・自分の病気のことを忘れて、大笑いして、1日の一瞬のことかもしれないけど、そういうことから全く解放する時間をあげられないかなって・・・こういう風に最後のほうは考えるようになって。少しでも、そういう不安とかから、私と一緒に居ることで、開放できることが、それがたとえ瞬間であっても、たくさんあげたら良いかと。特にがんの方とか、いろんな方にお会いしてきましたけど、皆さん本当に豊かな人生を送られていて、私は何かをしてあげることなんて何にもなくて、勝手にその人たちが良くなっていく、良くなるというか、亡くなるまでの間落ち着いた生活を送っていく、これができた、すごいな、みたいな夢をあげられた、夢をあげましょうみたいなじゃなくて、普通の生活をどれだけ楽しく過ごせるか、そこに私は価値を置いてやっています。だから私がやるっていうよりは、振っててもらって、一緒に探す、あえて言えば、真っ白な気持ちでその人に生活に入って行って、その人と一緒にその習慣を作り上げていく、そんな感じでしたね」
人生の肯定的振り返りの支援	「毛糸の暖かさとか手触りとか、紙のばさばさいう音とか、そういうものがすごく今までの自分の人生を振り返るきっかけになるのかなと。何か思い出すものがある・・・かつて自分が持っていた経験とか能力とか、そういうものを確認できるんですよ。やっぱり、自分の存在というものに対してすごく危機感とかいうか、私の人生っていったいなんだらうなという何も意味がなかったんじゃないかという気持ちで、でも私は今、こういうことをずっとやってきて、人からは尊敬されるじゃないけど、他の人ができない力を持っていたんだとか、そういうことが確認できるんじゃないかと思う。・・・自分の価値とか、自分の経験が揺らいでいるような気がするんですよ、病気になっている失って。でも作業を通して、確実な手ごたえというか、かつてあった自分の姿を確認できる。過去を振り返ると・・・、自分の人生を統括するというのはとても必要な事ですね、それを評価したときに、決して悪いことばかりではなかったという、そのときにね。今の状況が非常に、自分にとってはつらくて、どんどん無くなっていくという風に思っているけれども、ここに至るまでの自分の習熟した力とか、自分がちゃんと蓄積してきた経験というものも確認できるように、それが大切なんじゃないかと」

8) 安定した家族介護の支援

刻々と状態変化する患者を前に、患者が今どのような状況にあるのか、これからどうなっていくのかと家族は戸惑い不安を感じているので、これらの疑問や心配事を気軽に聞ける相手がいることは家族の不安軽減につながる、と OTR は考え、〈家族に患者の状態に関する情報提供〉を積極的に行っていた。更に、家族による介護を継続するためには、家族が自信を持って介護に取り組めなくてはならないと考え、〈家族への介護方法の指導と保障〉を行っていた。介護する家族は、身体的、心理的負担が大きいと考え、〈家族の介護負担の軽減を図る〉ために様々な関わりを行っていた。例えば、福祉用具や利用できるサービスについて情報を提供し、家族が直面している問題に具体的な解決方法を示すことで家族の身体的介護負担を軽減するよう努めていた。一方で、ゆっくりと家族の話を傾聴する時間を持つ、家族同士の交流が持てるよう場面設定を行うなど、家族が苦しい心情を表出できる場を提供したり、家族が介護から離れ自分の時間を持てるように環境調整を行うことで、家族の心理的負担も軽減しようと努めていた。苦しむ患者を前にして、何もできないと無力感を感じている家族が、「自分も患者のためにできることがある」という自信を持つことができるように、リンパドレナージや持続伸張などの症状緩和方法を指導したり、家族が果たしている役割を言語化して伝えることで、〈家族に自己役割への理解を促す〉よう関わっていた。これらを『安定した家族介護の支援』と名付けた。

9) グリーフケア

患者の死後、OTR は患者のエピソードを家族と共に語り合い、患者が残した作品を家族と見直すことで、家族が〈患者との思い出を振り返る支援〉を行っていた。「家族にとって自分の家族が安らかに穏やかに死んでいったというのはとても誇りであり…ご家族の本当に良かったなっていう気持ちをきちんと完結」することが重要だと考え、家族が行った介護に肯定的フィードバックを与えるなど〈家族が介護者としての自己を認める援助〉を行うことで、家族

が最善を尽くしたという満足感を感じられるよう努めていた。これらの関わりを『グリーフケア』と名付けた。

考 察

本研究により末期がん患者に関わる OTR がどのように患者の生活を捉え、どのような意図でどのような介入を行っているのか、その全体像が見出せた。本研究から得られた結果より、以下の2点について考察する。

1. 関わりのプロセス

本研究から、OTR は末期がん患者に対する OT 実践の中で、多岐にわたる関わりを常に併用していることが明らかになった。こうした関わりのプロセスは、多様な問題を同時に抱え、関わりが短期間な上に状態変動が激しい末期がん患者を支援するためには、評価に基づいた迅速で的確かつ多面的な関わりを行う必要があるためと考えられる。末期がん患者にとって身体的な苦痛の軽減は最も重要であるが、同時に心理社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛の緩和と家族へのケアも、QOL を維持、向上する上で必要不可欠といわれる⁷⁾。悲嘆感情の表出、小さな達成感の積み重ねやコントロール感の回復はがん患者の心理社会的苦痛の緩和に有効⁸⁾とされ、家族と過ごす時間、ライフレビュー、芸術や自然との触れ合いはスピリチュアルな苦痛を緩和するとされる⁹⁾。また、終末期における QOL 構成要素として、身体的・心理的苦痛がない、家族との良い関係、医療者との良い関係、コントロール感を持つ、などが報告されている¹⁰⁾。これらは、本研究で明らかになった OTR の関わりが、患者の心理社会的苦痛やスピリチュアルな苦痛の緩和と、QOL 向上を目指していたことを支持するものである。以上より、OTR が末期がん患者の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題に取り組み、家族や医療職との関係に関与することで、患者と家族の QOL 向上に努めていると考えられた。今後この領域において OT が更に発展するためには、患者が抱える問題を短時間で包括的に捉えるた

めの評価技術と、問題を即座に解決するための幅広い知識と確かな技術が求められる。

2. OTの専門性～作業を通じた関わり～

本研究において、OTRが行っていた関わりには以下の特性があることが見出せた。

①作業という具体的活動を通して、体験的に能力を確認する機会を与える。

②段階付けされた作業を提供することで、小さな成功体験やコントロール感を積み重ね、自己イメージの変化を引き起こす。

③作業への参加を通して、他者との言語的、非言語的コミュニケーションを促進し、自然な形で時間や場、感情を共有することを可能にする。

④作業はその人の生活文脈において何らかの意味を有しており、意味ある作業への参加は患者にとって、それ自体が希望や目標となり得る。

⑤ADL、余暇的・役割・社会的活動など多様な種目を用い、それらの場面設定や段階付け、方法を調節することにより、患者の状態変動に柔軟に対応する。

⑥作業への参加によって、患者の感情表出を促し心理的变化をもたらす。

⑦生活の中で作業に参加する時間を設けることで、患者の役割や生活リズムに変化を与える。

⑧作品作りを自己表現、自分らしさ表出の手段として用い、でき上がった作品を患者が生き証として家族に残す。

⑨患者が抱える問題を医学用語から「作業への影響」に変換することで、患者や家族の理解を促すと同時に、病名や症状への直視を回避する。

⑩患者の希望や思いを、作業という具体的行動や作品という形あるものに具現化する。

これらの特性は、OTRが作業を通して関わる中で見出したものであり、作業の特性であるといえる。OTRはこれらの特性を意図的に用いることで、末期がんとその家族の生活を包括的に支援していた。様々な専門職がチームとなって患者と家族を支える末期がん医療の中で、患者の生活を作業という切り口で評価し、作業

を目的または媒体とした関わりを実践することがOTの独自性であり専門性であると考えられた。OTRは、作業を用いた関わりについて十分に認識し、患者にとっての作業の意味への理解を深め、関わりの中で適用することが必要である。

本研究の限界と課題

本研究の限界として、OTRが語った内容のみを分析した結果であること、患者のがんの種類、OTRの勤務場所による差異を検討していないこと、分析過程にOTRのみが参加したことが挙げられる。今後、この領域でのOTを発展させるためには更に、患者、家族を対象とした研究を行うこと、対象を拡大し量的な分析を行うことが課題である。

ま と め

末期がん患者に対するOTRの関わり全体の像を体系的に分類するために、半構成的面接を行い、その内容を質的に分析した。その結果、9つの3次カテゴリが得られ、OTRが多岐にわたる関わりを併用することで患者の激しい状態変動に迅速に対応しており、患者の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題への多面的な関わりによりQOLの維持向上に努めていることが明らかになった。また作業を通じた関わりが特性が見出され、これらを意図的に用いて患者の生活を支援することが、末期がん患者に関わるOTの専門性であると考えられた。

謝辞：本研究の趣旨にご賛同くださりご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター：複数部位の集計【部位別5年相対生存率】。(オンライン), 入手先 (<http://ganjo.jp/pro/statistics/gdb_survive.html?1#Graph>), (参照 2010-05-28).
- 2) 辻 哲也, 里宇明元：がんのリハビリテーションの歴史と基本的概念. がんのリハビリテー

- ション, 金原出版, 東京, 2006, pp.53-59.
- 3) 田尻寿子, 市川るみ子, 辻 哲也: 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実際. がんのリハビリテーション, 金原出版, 東京, 2006, pp.548-555.
 - 4) Bray J. Cooper J: The contribution of occupational therapy to palliative medicine. Oxford textbook of Palliative Medicine, 3rd ed, Oxford University Press, New York, 2005, pp.1035-1041.
 - 5) 三木恵美, 清水 一: わが国における終末期作業療法の関わりとその効果の文献による研究. 作業療法 26: 144-154, 2007.
 - 6) Krippendorff K (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明・訳): メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待—. 勁草書房, 東京, 2005, pp.21-39.
 - 7) 世界保健機構・編 (武田文和・訳): がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 金原出版, 東京, 1993, pp.38-49.
 - 8) 栗原幸恵: 精神心理的問題に対する注意のポイント. 地域リハビリテーション 4: 933-936, 2009.
 - 9) 石川邦嗣: スピリチュアル・ペイン. Technical Term 緩和医療, 先端医学社, 東京, 2002, pp.132-133.
 - 10) 平井 啓, 宮下光令, 三條真紀子, 森田達也, 内富庸介: わが国における終末期のQOL (1) 終末期のQOLの構成要素. 第11回日本緩和医療学会総会プログラム講演抄録集: 196, 2006.

Occupational therapy intervention for clients with terminal cancer:
The qualitative analysis of occupational therapists' narratives

By

Emi Miki* Hajime Shimizu* Hitoshi Okamura*

From

* Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

We carried out semi-structured interviews to clarify the intervention of occupational therapists for clients with terminal cancer. Nine categories were extracted: forming a relationship with patients to help them understand their lives, supporting improving the patients' self-image, supporting a safe and secure life, supporting leisure and social activities as well as their roles in society, supporting an affirmative retrospective of their personal life, supporting collaboration with medical professionals, supporting re-identification with family ties, supporting the family caring for sick relatives, and grief care. Results indicate that occupational therapists carried out some of these interventions concurrently in order to keep up with continuous changes in clients' conditions, and to intervene in various problems. We discovered characteristics of interventions using occupations, and the identity of occupational therapists to support clients' lives by being intentionally implicated in their own occupations.

Key words: Terminal cancer, Occupational therapy, Rehabilitation, Qualitative analysis

統合失調症患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*

林 麗奈¹⁾ 金子 史子¹⁾ 岡村 仁¹⁾

要 旨：〔目的〕統合失調症患者のセルフスティグマとセルフエフィカシー, QOL との関連を明らかにすることを目的に, セルフスティグマ, セルフエフィカシー, QOL および被差別体験において各々の関連性について検討を行った。〔対象・方法〕精神科病院に入院する統合失調症患者 37 名を対象に, Link スティグマ尺度, 一般性セルフエフィカシー尺度, 統合失調症患者のための QOL 尺度, 差別体験尺度による評価を行い, それぞれの尺度間の関連を評価した。〔結果〕セルフエフィカシーは QOL およびセルフスティグマと有意な関連を示した。また, 差別体験における「肩身の狭い思い」は「社会の偏見」と「生活への影響」に, 「社会の偏見」はセルフスティグマに, 「生活への影響」はセルフエフィカシーと QOL に関連していた。〔結語〕本結果より, セルフスティグマの高まりがセルフエフィカシーや QOL を低下させると考えられた。また, 「肩身の狭い思い」は「社会の偏見」の認知につながり, その結果, セルフスティグマ上昇につながることで, 「肩身の狭い思い」が生活に悪影響を及ぼし, セルフエフィカシーと QOL 低下を引き起こすことが示唆された。

Key Words：差別, セルフエフィカシー, セルフスティグマ, QOL, 統合失調症

はじめに

スティグマという言葉の語源は, ギリシャ語で「貫通する, 穴を開ける」という意味であり, 中世後期には公然の中傷や犯罪者への烙印という意味で用いられた。Farina ら¹⁾はスティグマを, その人の信用を失墜させたり, 社会的地位を貶めるような属性であるとし, Goffman²⁾は人の信頼/面目を失わせる望ましくない種類の属性であると述べている。

Corrigan ら³⁾は「精神疾患患者は二重の苦難を強いられる。一つは疾患から生じる症状と障害によるものであり, もう一つは精神疾患に対するス

ティグマによるものである」と述べている。精神疾患につきまとうスティグマには長い歴史があり, 広範にわたるために克服することが困難なものである⁴⁾。

一般に, 日本は欧米よりもスティグマの強い国であると言われている。日本の精神科医療において, 入院期間は他国に比べて依然として長い⁵⁾。長すぎる入院生活は患者を地域から遠ざけ, 社会との距離を大きくする一因となり, その結果, スティグマや偏見が強くなると考えられている。Corrigan ら³⁾は, 精神疾患に対してスティグマをもつ人は精神疾患患者と関わろうとしない, と述べており, 日本における調査^{6,7)}では精神疾患に対す

* Study on the self-stigma of patients with schizophrenia : associations between self-stigma, self-efficacy, QOL, and experience of discrimination.

¹⁾ 広島大学大学院保健学研究科：〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3

Reina Hayashi, OT (現・神戸医療福祉専門学校三田校作業療法士科：〒669-1313 三田市福島 501-85), Fumiko Kaneko, OT, Hitoshi Okamura, MD : Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

(受稿：2010年8月23日)

る偏見は以前に比べて減少したものの、未だに根強く残っていることが示されている。

また、先行研究で Link⁸⁾は、精神疾患患者は精神疾患罹患後に、これまでもっていたスティグマを自分自身にラベリングすると述べている。すなわち、精神疾患患者自身がもっていた精神疾患へのスティグマにより、患者は罹患後に自分自身をスティグマを受ける存在であるとみなすことを指摘している。このような患者自身がもつスティグマはセルフスティグマと呼ばれている^{3,9,10)}。

スティグマは精神疾患を有する人々の生活の質を著しく損ねるものであり⁸⁾、医療機関への受診の遅れ⁹⁾、仕事上の差別^{3,11)}、激しい反施設・政策¹²⁾、住居獲得の困難³⁾やコミュニティ・社会活動参加の制限、QOL (quality of life) に影響を与える¹³⁾とされている。特に統合失調症患者の場合、スティグマが精神疾患からの回復の重大な妨害要因となる^{3,13-16)}。すなわち、自尊感情を損ない⁸⁾、セルフエフィカシーを減少させ^{3,9,17)}、社会への参加をためらわせることが予測されている^{17,18)}。

わが国においては、セルフスティグマが幻覚・妄想の改善と関連することを示した山本ら¹⁹⁾の報告や、セルフスティグマが全般健康度と関連していることを示した田中ら¹³⁾の報告などあり、統合失調症患者のセルフスティグマがセルフエフィカシーや社会参加に影響を及ぼすことが示唆されている。しかし、セルフスティグマが精神症状や心理的問題とどのように関連するのかについての研究は十分に進んでいない¹⁹⁾。

一方、セルフエフィカシーは Bandura²⁰⁾によって提唱された概念であり、ある目的を達成するために行動を選択するその人の行動の実施への自信や、その行動を実行した時の期待に対する能力に焦点を当てたものである²¹⁾。したがって、人が行動するうえで第一に大切とされるセルフエフィカシーを評価することは、セルフスティグマの生活への影響を明らかにするために有用であると考えられる。海外の文献ではセルフスティグマとセルフエフィカシーの関連を示すもの^{3,9,17)}がみられるが、わが国では田中ら¹³⁾が、セルフスティグマが日常生活行動に対する自信と関連することを指摘

しているものの、十分な知見は得られていない。

以上の背景をもとに、本研究では、統合失調症患者におけるセルフスティグマとセルフエフィカシー、QOL および差別体験を評価し、その関連性を検討することを試み、今後のリハビリテーション介入への示唆を得ることを目的とした。

対象・方法

1. 対象

対象者は、ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 第10版) または DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 第4版テキスト改訂版) に基づき、精神科医により「統合失調症」と診断された、広島県内のある精神科病院の入院患者 37 名である。平均年齢は 56.5 (SD=13.6) 歳で、男性が 11 名、教育期間が 9 年以下の者が 19 名であり、就業経験を有する者は 29 名、就業期間の平均年数は 8.7 (SD=11.2) 年であった。また、今回の入院における入院期間の平均年数は 7.3 (SD=8.3) 年であった。

2. 調査手順

筆頭著者が研究に関する説明を行い、文書にて同意が得られた対象者に対し評価を実施した。患者 1 人で記入困難である場合や理解が難しい質問項目がある場合は、筆頭著者が援助を行った。

3. 調査項目

1) セルフスティグマ

セルフスティグマは、Link ら¹⁸⁾が作成した 12 項目の自己記入式尺度である Link スティグマ尺度 (Devaluation-Discrimination Scale) の日本語版を用いて評価した。本尺度は、精神疾患を有する者、治療歴のある者に対する被差別の認識の程度を評価するものである。4 段階版 (1~48 点) と 6 段階版 (1~72 点) があり、今回は 4 段階版を用いた。

日本語版は蓮井ら²²⁾が作成し、下津ら²³⁾によって信頼性・妥当性が報告されている。合計得点が高いほど精神障害 (者) は差別を受けるという認識を有すると評価される。

2) セルフエフィカシー

セルフエフィカシーは、坂野ら²⁴⁾が作成した一

一般性セルフエフィカシー尺度 (General Self-efficacy Scale ; GSES) を用いて評価した。本尺度は、「ある結果に至るために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという一般傾向」を測定する尺度であり、「行動の積極性」, 「失敗に対する不安」, 「能力の社会的位置づけ」の3つの下位尺度からなる, 全16項目の自己記入式評価尺度である。1項目は0または1点で評価し, 合計得点は0~16点で, 得点が高いほどセルフエフィカシーが高いと評価される。

尺度の信頼性および内容的妥当性, 並存的妥当性, 因子的妥当性が確認されており²⁵⁾, 健常群から臨床群まで幅広い弁別力をもつ可能性があると言われている。

3) QOL

QOL は, Wilkinson ら²⁶⁾が作成し, 日本語版を兼田ら^{27,28)}が作成した統合失調症患者のための QOL 尺度 (The Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版 ; JSQLS) を用いて評価した。本尺度は30項目あり, 動機/活力 (ME), 心理社会関係 (PS), 症状/副作用 (SS) の3つの領域を評価する。1項目は0~4点で評価され, 合計得点は0~120点で, 得点が高いほど QOL が高いと評価される。日本語版の信頼性・妥当性は兼田ら^{27,28)}によって示されている。

4) 差別体験

差別体験は, 白石²⁹⁾が1992年に関西地方で行った精神障害者への偏見とスティグマの調査で用いた「肩身の狭い思い」, 「社会の偏見」に関する項目を選択し, 「生活への影響」と「生活への影響の内容」の項目を加えた差別体験尺度を用いて評価した。

「肩身の狭い思い」と「社会の偏見」は6段階で評価し, 「よくある」, 「時々ある」を「1 (ある)」, その他を「2 (ない)」とグループ化し, 集計した。「生活への影響」は「ある」, 「ない」の2段階で評価し, 「生活への影響の内容」は前項目で「ある」と回答した参加者が自由に記述する形式とした。

4. 統計学的解析

正規性の検定を行った結果, 各評価項目とも得点分布に正規性は認められなかったため, セルフ

スティグマとセルフエフィカシー, QOL との関連, QOL とセルフエフィカシーとの関連については Spearman's rank correlation coefficient により評価した。また, 差別体験とセルフスティグマ, QOL, セルフエフィカシーとの関連および学歴とセルフエフィカシーとの関連については Mann-Whitney U-test により評価し, 差別体験の項目間の関連については χ^2 検定を行った。

すべての検定における p 値は両側であり, $p < 0.05$ を有意とした。また, すべての統計解析には Statistical Package for the Social Science (SPSS) ver. 16.0J for Windows を用いて行った。

5. 倫理的配慮

本研究は, 研究実施施設の倫理審査委員会で承認を受けた後に実施された。調査の際には, 全対象者に調査目的や個人情報保護, および拒否した場合も治療には支障がないことを文書で説明し, 患者本人から文書にて同意を得た。

結 果

1. 各尺度得点

表1にスティグマ尺度, GSES, JSQLS の結果を示した。Link スティグマ尺度日本語版の平均得点は30.8点, GSES 総合得点の平均値は5.3点であった。また, JSQLS の総合得点の平均値は66.5点であり, JSQLS の下位尺度である「動機/活力」の平均得点は12.0点, 「心理社会関係」の平均得点は33.0点, 「症状/副作用」の平均得点は22.0点であった。

差別体験尺度の結果では, 対象者の28名 (75.6%) が肩身の狭い思いをしたことがあると回答し, 31名 (83.7%) が「社会は偏見をもっている」と答えた。また, 肩身の狭い思いを経験した者の82.1%が生活に影響が生じたと回答し, その内容は「感情・気分の変化」が14名 (37.8%) と最も多かった。

2. 尺度間得点の関連

1) スティグマと各要因との関連

表2にスティグマ尺度と GSES, JSQLS との相関を示した。スティグマ尺度の得点は GSES 総合得点 ($r = -0.410$) と GSES 下位尺度の「行動の積極性」 ($r = -0.381$), 「失敗に対する不安」 ($r =$

表 1 スティグマ尺度, GSES, JSQLS の各得点 (n=37)

	範囲	平均	中央値	4 分位	
				25%	75%
スティグマ ^{a)}	21~43	30.8	31	27	33
GSES ^{b)}					
総合得点	0~15	5.3	5	2	8
行動の積極性	0~7	2.5	2	1	4
失敗への不安	0~5	2.1	2	1	3
能力の社会的 位置づけ	0~4	0.7	0	0	1
JSQLS ^{c)}					
総合得点	37~95	66.5	67	59	76
動機/活力	4~21	12.0	12	10	16
心理社会関係	14~48	33.0	33	29	37
症状/副作用	14~30	22.0	22	18	25

^{a)}Devaluation-discrimination Scale 日本語版 (1~48 点, 高得点ほどセルフスティグマが高いことを示す.)

^{b)}General Self-efficacy Scale (0~16 点, 高得点ほどセルフエフィカシーが高いことを示す.)

^{c)}The Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版 (0~120 点, 高得点ほど QOL が高いことを示す.) (略語は表 2, 3 も同様)

-0.336) と有意な負の相関を示した。またスティグマ尺度の得点は, JSQLS 総合得点 ($r = -0.372$) および下位尺度の「動機/活力」($r = -0.333$), 「心理社会関係」($r = -0.475$) と有意な負の相関を示した。

スティグマ尺度と差別体験尺度との関連では, 「肩身の狭い思い」($p = 0.005$), 「社会の偏見」($p = 0.018$), 「生活への影響」($p = 0.008$) の各項目で, 「あり」と答えた者が「ない」と答えた者より有意に高得点を示した。

2) JSQLS 得点と GSES 得点との関連

JSQLS 得点と GSES 得点について, それぞれの総合得点間の関連をみたところ, JSQLS 総合得点と GSES 総合得点との間に有意な正の相関が認められた ($r = 0.623$, $p < 0.001$)。

3) 差別体験尺度と JSQLS ならびに GSES の各得点との関連

JSQLS の総合得点および下位尺度と差別体験尺度との関連を検討したところ, JSQLS の総合得点は差別体験尺度の「生活への影響」があると答えた者で有意に低得点を示していた。また, JSQLS の下位尺度である「動機/活力」, 「心理社会関係」も同様に, 「生活の影響」があると答えた

表 2 スティグマと GSES, JSQLS との関連

	相関係数	p 値
GSES		
総合得点	-0.410	0.012
行動の積極性	-0.381	0.020
失敗への不安	-0.336	0.042
能力の社会的 位置づけ	-0.259	0.112
JSQLS		
総合得点	-0.372	0.024
動機/活力	-0.333	0.044
心理社会関係	-0.475	0.003
症状/副作用	-0.098	0.562

者が低得点を示した。

GSES の総合得点および下位尺度と差別体験尺度との関連については, GSES の総合得点と下位尺度である「行動の積極性」が, 「生活への影響」があると答えた者で有意に低得点を示していた (表 3)。

4) 学歴とセルフエフィカシーとの関連

今回の対象者 37 名中 19 名が中学校卒業であったため, 学歴とセルフエフィカシーとの関連をみたところ, セルフエフィカシーの総合得点 ($p = 0.988$) および下位尺度 (行動の積極性 $p = 0.940$, 失敗への不安 $p = 0.988$, 能力の社会的
位置づけ $p = 0.753$) とともに有意な関連はみられなかった。

5) 差別体験尺度の項目間の関連

差別体験尺度における各項目間の関連をみたところ, 「肩身の狭い思い」が「社会の偏見」($p = 0.008$) および「生活への影響」($p < 0.001$) と有意な関連を示した。

考 察

調査の結果, Link スティグマ尺度の得点は, 山本ら¹⁹⁾の通院治療中の統合失調症患者での調査結果に類似した高い得点であったことから, 本研究参加者は差別を受けるという認識を強く有していることが示された。セルフエフィカシーについては, GSES 総合得点の平均値が 5.3 点であり, 坂野ら²⁴⁾の調査結果と比較すると, 健常群よりも著しく低いことが明らかとなった。

山本ら¹⁹⁾は, セルフスティグマは罹病期間, 年齢, 居住形態, 就職状況, 投薬量とは関連の少ない認知であると述べており, 本研究でも対象者の

表 3 差別体験尺度得点と JSQLS 得点ならびに GSES 得点との関連

	差別体験尺度					
	肩身の狭い思い		社会の偏見		生活への影響	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし
JSQLS						
総合得点	17.36	24.11	17.97	24.33	15.07	25.46
	0.103		0.187		0.005	
動機/活力	17.11	24.89	18.85	19.75	15.00	25.57
	0.060		0.852		0.004	
心理社会関係	17.29	24.33	17.52	26.67	15.15	25.32
	0.089		0.058		0.005	
症状/副作用	18.91	19.28	18.60	21.08	17.89	20.82
	0.929		0.605		0.423	
GSES						
総合得点	17.91	22.39	18.13	23.50	15.80	24.25
	0.278		0.264		0.021	
行動の積極性	17.66	23.17	18.74	20.33	15.17	25.29
	0.177		0.737		0.005	
失敗への不安	18.96	19.11	18.13	23.50	17.07	22.18
	0.971		0.257		0.155	
能力の社会的位置づけ	17.09	24.94	17.58	26.33	17.46	21.54
	0.026		0.033		0.270	

各項目の上段の数値は平均ランク、下段数値は p 値 (Mann-Whitney-U-test)

基礎属性とスティグマ尺度の間に有意な関連はみられなかった。一方、スティグマ尺度と他の尺度との関連をみると、Link スティグマ尺度得点と GSES の総合得点および下位尺度の「行動の積極性」、「失敗への不安」が負の相関を示していた。これは先行研究^{3,9,17)}同様、セルフスティグマの強い精神疾患患者は低いセルフエフィカシーを有することを示したものであり、今回の研究では特に「行動の積極性」や「失敗への不安」といった要素に関連していることが示唆された。Watson ら³⁰⁾も、精神疾患患者におけるセルフスティグマと自尊心やセルフエフィカシーとの関連を指摘しており、本研究結果からも、高いセルフスティグマがより低い自己概念の形成、すなわちセルフエフィカシーの低下をもたらすのではないかと考えられた。

JSQLS との関連をみると、Link のスティグマ尺度が JSQLS の「心理社会関係」と非常に高い負の相関を示した。セルフスティグマの高い患者は、社会から引きこもる傾向にあると言われていることや、今回の調査で GSES と JSQLS の間でも非常に高い相関がみられたことから、セルフスティグマの高まりとセルフエフィカシー・QOL の低下

の間に関連性があることが示唆された。

差別体験では、「肩身の狭い思い」が「社会の偏見」と高い相関を示したことから、「肩身の狭い思い」を体験することが「社会の偏見」の認知につながると考えられた。また、この「社会の偏見」の認知はセルフスティグマと関連がみられ、「肩身の狭い思い」による「社会の偏見」の認知がセルフスティグマを高めることが示された。これらのことより、「社会の偏見」を認識することが、自分は差別を受けても仕方のない人間である³⁾というスティグマの受け入れにつながり¹⁾、その結果、セルフスティグマを高めるのではないかと考えられた。一方、「肩身の狭い思い」をした対象者の 82.1% が生活に何らかの影響があると述べ、このような体験が高い割合で生活への影響を生じさせていることが明らかとなった。Sokratis ら³¹⁾の研究では、スティグマに対して生じた感情として悲しみ、怒り、うつ、恐れ、不安、孤立感情、罪悪感、困惑、回復の妨害が挙げられている。本調査でも、「生活への影響」の回答で恐怖、不安、悲しみ、怒り、孤立といった感情の変化が挙げられており、文化を超えて共通する反応が生じることが示された。

を防ぐことができるのではないかと思われた。

文献

- 1) Farina A, et al : Role of stigma and set in interpersonal interaction. *J Abnorm Soc Psychol* **71** : 421-428, 1966
- 2) Goffman E (著), 石黒 毅 (訳) : スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ, pp15-16, せりか書房, 2003
- 3) Corrigan PW, et al : The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Psychother* **9** : 35-53, 2002
- 4) 日本精神神経学会 (監訳) : ところの扉を開く—統合失調症の正しい知識と偏見克服プログラム—, p103, 医学書院, 2002
- 5) 山浦 匠・他 : 日本の精神科医療の現在—諸外国と比較して—, 福島医誌 **53** : 183-188, 2003
- 6) 蜂矢英彦 (編) : 精神科 MOOK 26, 精神科における医療と福祉, p17, 金原出版, 1990
- 7) 深谷 裕 : 精神障害 (者) に対する社会的態度と関連要因 : 調査研究の歴史の変遷を踏まえて. *精神障害リハ* **8** : 166-172, 2004
- 8) Link BG : Understanding labeling effects in the area of mental disorders : an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* **52** : 96-112, 1987
- 9) Holmes EP, et al : Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cogn Behav Pract* **5** : 231-239, 1998
- 10) 下津咲絵・他 : 統合失調症におけるセルフスティグマとその対応. *精神科治療学* **20** : 471-475, 2005
- 11) Corrigan PW, et al : Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* **54** : 765-776, 1999
- 12) 山岡功一 : 病院改築を契機とした地域コンフリクト. *日本精神科協会雑誌* **21** : 55-62, 2002
- 13) 田中悟郎・他 : 精神障害者のセルフスティグマの実態及びその関連要因の分析. *作業療法* **24** : 338, 2005
- 14) Link BG, et al : The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatr Serv* **52** : 1621-1626, 2001
- 15) Perlick DA, et al : Adverse effects of diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv* **52** : 1627-1632, 2001
- 16) Sirey JA, et al : Stigma as a barrier to recovery : perceived stigma and patient-related severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv* **52** : 1615-1620, 2001
- 17) Link BG, et al : The social rejection of former mental patients : understanding why labels matter. *Am J Sociol* **92** : 141-150, 1987
- 18) Link BG, et al : A modified labeling theory approach to mental disorders : an empirical assessment. *Am Sociol Rev* **54** : 400-423, 1989
- 19) 山本貢司・他 : 統合失調症患者とその家族におけるスティグマ認知—精神症状および主観的ウェルビーイングとの関連. *精神医学* **48** : 1071-1076, 2006
- 20) Bandura A : Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* **84** : 191-215, 1977
- 21) 江川隆子 : 自己効力感. *透析ケア (冬季増刊号)* : 144-150, 2005
- 22) 蓮井千恵子・他 : 精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する基礎的研究—. *精神科診断* **10** : 319-328, 1999
- 23) 下津咲絵・他 : Link スティグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学* **21** : 521-528, 2006
- 24) 坂野雄二・他 : 一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み. *行動療研* **12** : 73-82, 1986
- 25) 坂野雄二 : 一般性セルフエフィカシー尺度作成の妥当性の検討. *早稲田大学人間科学研究* **2** : 91-98, 1989
- 26) Wilkinson G, et al : Self-report quality of life measure for people with schizophrenia : the SQLS. *Br J Psychiatry* **177** : 42-46, 2000
- 27) Kaneda Y : The Schizophrenia Quality of Life Scale : validation of the Japanese version. *Psychiatry Res* **113** : 107-113, 2002
- 28) 兼田康宏・他 : The Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版 (JSQLS). *精神医学* **46** : 737-739, 2004
- 29) 白石大介 : 精神障害者への偏見とスティグマ, pp115-133, 中央法規出版, 2000
- 30) Watson AC, et al : Self-stigma in people with mental health. *Schizophr Bull* **33** : 1312-1318, 2007
- 31) Sokratis D, et al : Stigma : the feeling and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiatry* **184** : 176-181, 2004
- 32) Marcowits FE : The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* **39** : 335-347, 1998

長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の作成と その信頼性・妥当性の検討

Construction of Assessment Criteria for Suffering of Long-Term Inpatients with
Schizophrenia and its Reliability and Validity

藤野 成美¹⁾
Narumi Fujino

岡村 仁²⁾
Hitoshi Okamura

キーワード：苦悩, 精神科, 統合失調症, 尺度
Key Words: suffering, psychiatric, schizophrenia, scale

I. 緒 言

わが国は世界的にみても人口対精神病床数が多く、精神科における長期入院患者が多い。これに対して、多くの先行研究^{1)~6)}により、入院医療を中心とした治療体制から通院医療や在宅支援を含めた包括的なケア体制の重要性が示唆されている。厚生労働省の平成20年患者調査⁷⁾によると、本邦の精神科入院患者数は30.7万人、通院患者は290.0万人である。このうち統合失調症患者は入院が18.5万人、通院が60.8万人とそれぞれおよそ6割と2割を占めており、統合失調症が精神医療の主たる対象として、今後さらに支援体制を充実すべき重要な疾患といえる。

統合失調症の脱施設化を完了し、地域ケアを発展させている国外の先行研究の報告^{8)~10)}では、わが国の現状からは推し測ることが困難なほど、精神医療改革は発展している。米国精神医学会の統合失調症ガイドライン第2版¹¹⁾では、病理の治癒を目標とするのではなく、症状の軽減・消失と生活機能の向上が治療目標であり、生活目標とアスピレーション(切望, 抱負, 大志などと訳される)の実現を支援する治療同盟を築くことが基本であることが強調されてきている。つまり、患者個人のアセスメント・評価をする際に、病気の治療・障害の機能回復を第一優先で取り組むのではなく、一人の人間として地域社会でその人なりの生活ができるようにすることを重視し、人間中心のサービスを提供するという価値意識ベースの実践を尊重する医療サービスが尊重されつつある¹²⁾。したがって、統合失調症の症状鎮圧を第一目標とするのではなく、患者自身が抱えているさまざまな思いや不安、実存的苦悩にも十分耳を傾け、その人なりの生活全般を標的として、可能な限り生活しやすく、人生を楽しむ素地が失われることのないよう

に支援することが重要である。

しかし、わが国においては、長期入院統合失調症患者が抱えているさまざまな思いや不安、苦悩について検討された報告は少ない。心理的側面に対するアセスメントや看護介入は、それぞれの看護者の経験知や臨床判断に頼ることが多いため、精神科看護の専門性としては十分に確立されているとは言えない。さらに、苦悩を測定可能にするような観察指標や測定用具に関する研究は行われていない。苦悩は、生きる過程におけるその人の信念や価値態度、患者の認知的な要素と強く関連している⁵⁾。長期入院統合失調症患者においても、一人の人間としてとらえ、人として評価することを第一優先にし、人として地域で普通の生活ができるようにする人間中心の医療、人間中心のケアを目指すために、苦悩を抱える患者の心理を明らかにし、苦悩を緩和するケアが今後さらに重要であると考えられる。

そこで、本研究では長期入院統合失調症患者が経験している苦悩を明らかにし、苦悩を緩和することができれば、患者のQOL向上の一端を担う重要な精神的ケアにつながるという視点に立ち、長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的として研究を行った。

II. 本研究の目的

本研究の目的は、長期入院統合失調症患者の苦悩を評価する質問紙「長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度」を開発し、その信頼性と妥当性を検討することである。長期入院統合失調症患者の苦悩を評価することに有効で、かつ簡便であるスケールを開発することによって、苦悩を抱える患者の心理を理解し、患者のQOL向上の一端を担う重

1) 九州大学大学院医学系学府保健学専攻 Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

2) 広島大学大学院保健学研究科 Hiroshima University, Graduate School of Health Sciences

要な看護援助への示唆を得ることができる。と考える。

Ⅲ. 長期入院統合失調症患者の 苦悩評価尺度原案の項目作成

1. 本研究における苦悩の概念

Travelbee¹³⁾は、苦悩は一般的に身体的ないし心理的な痛みの人間体験を記述するのに用いられる、と述べており、英語ではsufferingが同様の意味をもつ。不快な情動を表す用語には、ほかに怒り、不安、恐れなどがあるが、苦悩はそのなかでも高次の精神的苦みによって起こるものであり、刺激に対する不快や苦痛の上位概念として位置づけられている¹⁴⁾。Rhodesら¹⁵⁾は、苦悩の関連用語として苦痛(distress)、痛み(pain)をあげ、これらの相違点について、苦痛はある特定のものから経験する知覚的な負の動揺として用いることが多く、痛みは患者側の認知的要素がその患者の知覚や感覚とより強く複合されたものである、と述べている。よって本研究では、苦悩を、不快感情であり人としての統合性やそれらを維持することを妨げられたり、個人の実存性や存在性に脅威が迫っていることによって引き起こされる心理的・身体的苦痛ととらえた¹⁶⁾。

2. 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案における内容的妥当性と表面的妥当性の検討

まず、長期入院統合失調症患者の苦悩に関する文献検討を行った。しかし、国内においては先行研究が見当たらなかった。国外における苦悩の研究についても長期入院統合失調症患者を対象とした先行研究はみられず、また文化的背景の相違から具体的な質問項目は抽出されなかった。そこで、まず先行研究として筆者らは面接調査を行い、長期入院統合失調症患者の苦悩を患者の語りから明らかにし、質問項目を作成する方法を選択した¹⁷⁾。その結果、長期入院統合失調症患者の苦悩の下位概念として明らかになったのは、孤独への脅威、精神疾患を抱えて生活する苦悩、社会適応能力の低下から生じる生活の困難性、実存性が脅かされることへの不安、自己受容性の低下に伴う苦悩の5つであった。そこで、長期入院統合失調症患者の苦悩の下位概念の内容を吟味し、精神看護学を専門とする大学教員3名による専門的な見地から、内容・表現の適切さに関する意見を参考に、合計30項目を抽出した。さらに、30項目の内容を洗練するため、死に関する直接的な表現の項目、患者にわかりにくい内容であると思われる項目、質問内容があいまいかつ似たような内容である項目をこれらの専門家による検討を交えて修正、削除を行った。さらに、表現の適切さや質問票としての回答のしやすさ、対象者の回答困難の有無を確認するために、協力施設の精神科デイケア

に参加しているメンバー15名(男性9名、女性6名)に、回答を依頼した。このメンバー15名については、本研究協力に対して同意が得られており、地域社会において自立した生活が可能なセルフケアレベルであることを外来主治医に確認し、対象者として選定した。依頼に際しては、事前に研究の趣旨とプライバシーの保護、調査は自由参加であり途中辞退に対して不利益はこうむらないこと、匿名であることについて、文書と口頭で説明を行った。これらの結果をもとに2回目の項目の修正を行い、自己記入式質問紙を作成した。

修正、変更を行った項目として、「希死念慮を抱くことがある」という項目について、精神看護学を専門とする研究者から、死に関して直接的な表現ではないかとの指摘を受けた。そこで、「死にたいと思ったことがある」と表現を変更し検討を重ねたところ、「自分はこのまま死んだほうがましだ」と切実な危機感を表現したほうがよいとの対象者からの意見があり修正を行った。「過去の妄想体験のフラッシュバックがづらい」という項目は、精神看護学を専門とする研究者と過半数の対象者から、多くの意味内容を含んでいる項目であり回答しづらいのではないかという意見から、削除することとした。「完治することがない疾患を一生背負うことに苦悩を感じる」という項目は、対象者から表現がわかりにくく回答しにくいという意見が得られたため、「病気を一生背負っていかなければならないのがづらい」という表現に修正した。「服薬に伴う倦怠感や頭重感がづらい」「薬の副作用である便秘がづらい」という2項目は、副作用の具体的な内容を表現しているため「薬の副作用がづらい」という端的な表現に変更した。同様に「退院後、年金生活に対して不安だ」「退院後、金銭面で援助がないことに対して不安だ」という2項目は、「退院後、経済的に不安である」と1つの項目にまとめて修正を行った。また、「退院後、仕事で生計を立てることが不安である」「退院後、自分にあう仕事が見つからないことがづらい」「退院後、就職先が見つからないことが不安である」という3項目は、「退院しても就職先がなかなか見つからないことがづらい」という1つの項目として修正を行った。「精神科病院に入院していることを周囲に知られることを家族が嫌がるのがづらい」という項目については、意味の多重性があると考えられ、より明確な意味を表現する質問項目に修正すべきであるという意見があった。そこで家族サポートに関しては「家族とうまくコミュニケーションがとれないのがづらい」「過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがづらい」という2項目によって内容が具体的に表現されているため、ここでは「精神科病院に入院していることを周囲に知られるのがづらい」と表現の一部を変更し、回答しやすい文言に修正した。

最終的に、内容的・表面的妥当性の検討によって作成された長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案は、5下位概念25項目構成であり、「かなりそう思う」5点、「そう思う」4点、「どちらともいえない」3点、「あまりそうではない」2点、「そうは思わない」を1点として、得点が大きいほどより苦悩を抱えていることを示す5段階リッカートスケールとした。

IV. 研究方法

長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案25項目を使用して、尺度の信頼性については内的整合性、基準関連妥当性、因子分析による構成概念妥当性の検討を目的に、横断的質問紙調査を実施した。

1. 調査対象および期間

本研究の対象者は、以下の適格要件を満たし、研究協力に対する同意が得られた精神科病院に長期入院中の統合失調症患者とした。また、統合失調症患者における自己記入式研調査に対する回答の信憑性を検討した瀬戸屋ら¹⁸⁾の研究によると、急性症状がおさまり、質問紙に回答できると主治医が判断した患者において、抽象的な表現を避け、具体的内容を示した項目を特徴とする調査内容であれば、おおむね信憑性のあるデータが得られると示されている。そこで、対象者の適格要件として、①国民衛生の動向(2010)¹⁸⁾によると精神科における平均在院日数は312.9日(2008)とされる。さらに先行研究を考慮して、本研究における長期入院は5年以上とする、②研究協力病院の主治医がInternational Classification of Diseases (ICD-10)により統合失調症と診断し、さらに服薬は継続しているが、陰性症状や陽性症状が日常生活に影響を及ぼさない程度に状態が安定しており、言語的コミュニケーションに問題がないと判断した患者、③質問紙への記入に際して、日常生活において現実検討能力、判断力、理解力に支障がないと主治医が判断した患者、④20歳以上とし、精神遅滞、認知障害、アルコール依存、薬物依存、その他の器質的要因がない患者、⑤文書と口頭による説明で研究参加に同意した患者とした。調査期間は、2006年6月5日から同年7月28日であった。

2. データ収集内容と調査方法

データ収集内容として、対象者の背景(性別、年齢、発症年齢、罹病期間、入院期間)、苦悩評価尺度、基準関連妥当性を検討するため、理論的に関連があると予測されたThe Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版(JSQSL)¹⁹⁾の30項目、うつ性自己評価尺度(Self-rating Depression

Scale: SDS)の20項目を同様に調査した。がん患者を対象としたSuffering調査票²⁰⁾において、SDSおよび栗原班QOL調査票²¹⁾との関連性が明らかにされている。統合失調症は、慢性疾患としてその経過が生涯にわたることが特徴的であり、治療のみならずQOLが注目されている²²⁾。また、精神疾患は必ずしも身体的苦痛を伴うものではなく、がんのように死に直結するという生命の危機に脅かされるわけではないが、病と向き合う過程でおこるQOLを脅かす環境要因、社会的問題、対人関係の問題など苦痛が複合、集積し、それらがコントロールの範疇を超えるときに経験する苦悩は計り知れないと考える。従来、統合失調症患者のQOL評価には、Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey questionnaire (SF-36)²³⁾やHeinrichsらのQuality of Life Scale (QLS)²⁴⁾などが用いられてきたが、これらは他者評価式であるため、本研究においては自己評価式であるJSQSLを選定した。また、筆者が行った先行研究¹⁷⁾では、長期入院統合失調症患者の苦悩のカテゴリとして「自己受容性の低下に伴う苦悩」「実存性が脅かされることへの不安」があげられ、苦悩と抑うつ的な心理状態の関連性が示唆されたことからSDSを選定した。

a. The Japanese version of the Schizophrenia Quality of Life Scale (JSQSL)

本研究では統合失調症患者のQOLを評価するために、Wilkinsonら²⁵⁾により作成されたSchizophrenia of Life Scale (SQSL)の日本語版を用いた(以下JSQSLと略す)。JSQSLは統合失調症患者の認知と関心を測定する自己記入式質問紙である。「心理社会関係Psychosocial」「動機と活力Motivation/energy」「症状と副作用Symptoms/side effects」の3つの領域にわたる30項目で構成されており、各項目は0点から4点で測定される(「一度もない」0点、「ほとんどない」1点、「ときどきある」2点、「よくある(たいていできる、よく思う)」3点、「いつもある(いつもできる、いつも思う)」4点)。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示す。JSQSL日本語版の信頼性・妥当性については検証されている²⁴⁾。

b. Self rating Depression Scale (SDS)

抑うつ判定には、Zungら²⁶⁾により開発され福田ら²⁷⁾により邦訳されたSelf rating Depression Scale(以下SDSと略す)日本語版を用いた。この尺度は「感情」「生理的随伴症状」「心理的随伴症状」から構成される自己記入式質問紙である。「感情」は抑うつ気分・啼泣、「生理的随伴症状」は朝方抑うつ気分・睡眠障害・食欲減退・性的関心低下・体重減少・便秘・動悸・疲労感、「心理的随伴症状」は不快気分・精神運動性減退・精神運動性興奮・希望のな

さ・焦燥・不決断・自己過小評価・空虚・自殺念慮・不満足の抑うつ状態因子から構成される。各項目は1点から4点で測定される（「ないかたまたま」1点、「ときどき」2点、「しばしば」3点、「いつも」4点）。得点が高いものほど抑うつ症状が強いことを示す。日本語版の信頼性・妥当性は検証されている。区分点を39/40点とし、40～49は軽度、50～59は中等度、60以上は重度とされる。

3. 倫理的配慮

本調査は、研究実施施設の倫理審査委員会で承認が得られた後に実施した。また、協力病院の病院長、看護部長、主治医に対して調査目的と趣旨を説明し、文書にて承諾を得た。対象者選定にあたっては、質問紙への記入に際して、日常生活において現実検討能力、判断力、理解力に支障がないと主治医が判断し、自由意思で同意の署名が可能である患者を対象とした。対象者に対しては、研究の趣旨ならびに倫理上の配慮について記載した文書をもとに説明を行い、口頭および書面で同意を得た。対象者が研究参加に同意した後も随時参加中止の申し出を受け入れ、それにより患者が受ける治療・看護に不利益はないこと、調査に関する質問には常時応じる体勢であることをわかりやすい言葉で説明した。また、研究の目的でデータを使用することは施設責任者の承諾を得ており、個人の対象者が特定されないようプライバシーと匿名性を厳守すること、データは本研究以外には使用しないことを遵守した。また、調査前後の精神・身体症状の変化を注意深く観察し、変化がみられた場合は、直ちに調査を中断し、診察が即可能である万全な体勢で調査を実施した。

4. 分析方法

本研究は、長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案の調査結果に基づき、以下の内容で検討を行った。①信頼性は、Cronbachの α 係数.7以上を基準に内的整合性を検討した。Cronbachの α 係数については、一般的に.7以上であれば許容しうる範囲であり、理想的には.8以上とされている²⁸⁾。②基準関連妥当性については、苦悩評価尺度と類似した概念をもつ他の外的基準とのPearsonの積率相関係数を算出し、.4以上を基準として妥当性を検討した。本研究では、抑うつ症状の自己評価尺度であるSDSと統合失調症患者の認知と関心を測定するために作成されたQOL評価尺度であるJSQLSを選定した。③構成概念妥当性については、25項目で因子分析（主因子法、プロマックス回転）を施行した。プロマックス回転を使用した理由は、苦悩評価尺度の構成概念間には相関があると予測されるためである。1つの因子に因子負荷量が.4以上となることを確認し、因子の解釈を行い、苦悩評価尺度の因子妥当性

を検討した。因子分析の基準はKMO値.6以上とした。なお、これらの統計的解析にはSPSS 17.0J for Windowsを使用した。

V. 結果

1. 対象者の基本属性

対象者の適格条件を満たし、研究協力に対する同意が得られた50名に対して、質問紙を用いた聞き取り面接調査を行った。対象者は男性32名（64%）、女性18名（36%）であり、平均年齢 59.7 ± 11.3 歳であった。平均罹病期間は 28.86 ± 10.6 年、平均発症年齢は 30.9 ± 11.9 歳であった。平均入院期間は 10.7 ± 10.23 年であった。対象者の基本属性を表1に示した。

表1. 対象者の基本属性

項 目		n = 50	
性別	男性	32名 (64%)	
	女性	18名 (36%)	
平均年齢	59.7歳		(SD11.31)
平均罹病期間	28.9年		(SD10.60)
平均発症年齢	30.9歳		(SD11.91)
平均入院期間	18.7年		(SD10.23)

2. 質問項目の選定

長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度原案は25項目で構成され、全体の α 係数は.80であった。まず、各項目において、記述統計の結果から平均値と標準偏差に回答分布の偏りと考えられるシーリング効果、フロア効果による影響を及ぼすと考えられる項目である「病気を一生背負っていかなければならないのがつらい」「精神科病院に入院していることを知られたくないと思う」「医療者になかなか自分の気持ちを伝えられないのがつらい」という3項目を除外した。次に、残った22項目に対して主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。苦悩評価尺度原案の因子負荷量、共通性、因子寄与率および因子相関係数を表2に示す。初期の固有値と筆者らの先行研究¹⁷⁾による長期入院統合失調症患者の苦悩が5つのカテゴリーで示されたという仮説をもとに、暫定的に因子数を設定し分析を行った。その結果、4および5因子設定の両分析において23項目を選定したところ、4因子構造において、全23項目がいずれか1つの因子に.34以上の因子負荷量を示した。しかし、この時点での累積寄与率は43.50%と低く因子負荷量の低い項目が認められたため、再度因子分析により項目の検討を行うこととした。その際、因子負荷量が.40未満の項目、第1因子「退院したいけど退院できないのがつらい」、第2因子「薬の副作用がつらい」「薬を今後も飲み

表 2. 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の因子負荷量とCronbachのα係数の結果

n = 50

No	項目内容	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
I 自尊感情の低下に伴う苦悩 (α = .85)						
19	自分はこのまま死んだほうがましだと思う	.85	-.42	.04	.09	.47
25	人生は無意味な感じがする	.79	-.09	.16	.01	.72
24	自分は価値のある人間だとは思わない	.75	.06	-.01	-.16	.75
18	生きていくことに自信がない	.67	.23	-.21	.03	.52
17	人生の楽しみが見出せない	.46	.23	.12	-.13	.46
5	独り取り残された感じがする	.43	.31	.01	-.06	.73
II 社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安 (α = .78)						
14	退院しても経済的な不安がある	-.02	.66	.25	-.12	.69
16	今後の自分の将来を考えると不安になる	-.05	.65	-.13	.17	.5
22	ストレスにどう対処していいのかわからない	.07	.64	-.17	.12	.40
13	退院しても就職先がなかなかみつからないのがつらい	.18	.55	.25	-.07	.73
23	他人が自分のことを信頼してくれないことがつらい	.16	.45	.03	.25	.72
21	今後、病気とうまく付き合っているかどうか不安になる	.25	.44	-.11	.04	.7
III 家族サポートの欠如 (α = .70)						
2	退院しても家族は自分の面倒をみてくれないことがつらい	.17	-.39	.79	.2	.74
3	過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがつらい	-.18	.43	.57	.01	.53
1	家族とうまくコミュニケーションがとれないのがつらい	-.16	.11	.56	-.16	.38
4	自分を理解してくれる人が周囲にいないのがつらい	.17	.06	.47	.08	.54
IV 精神障害を抱えて生活する苦悩 (α = .88)						
8	幻聴や妄想が今後も続くと思うとつらい	.32	-.02	.03	.93	.73
9	幻聴や妄想があると日常生活に支障をきたすのがつらい	-.15	.28	.59	.83	.75
factor correlation		I	II	III	IV	
I		1				
II		.39	1			
III		.11	.22	1		
IV		.09	-.1	-.12	1	

主因子法 プロマックス回転
KMO値 = .67, Cronbachのα係数 = .82, 累積寄与率52.64%

続けなければならないのがつらい」「他人との付き合い方がわからなくて不安である」を含む4項目を除外した。最終的に、固有値、寄与率、解釈可能性を考慮して総合的に判断した結果、4因子からなる18項目が長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度における最適解として選択され、累積寄与率は52.64%に上昇した。因子抽出後の共通性が.300以下、すなわち説明力がないとされる該当項目はなかった。しかし、第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」は2項目と項目数が少なく、他の3因子と相関もほとんど認められないことから、再度、第4因子2項目を除外し16項目で因子分析を行った。累積寄与率27.86%という結果となったため、第4因子2項目は除外しないこととして最終的に4因子18項目を選定した。

4因子は以下のように解釈し命名した。第1因子は、「自分はこのまま死んだほうがましだと思う」「人生は無意味な感じがする」などの6項目で構成されていた。この因子は、患者が自分自身に対する尊重や価値、存在意義の評価が低下することによって生じる苦悩を表現しているため「自尊感情の低下に伴う苦悩」と命名した。第2因子は、「ス

トレスにどう対処していいのかわからない」「今後の自分の将来を考えると不安になる」などの6項目で構成されていた。この因子は、ストレス対処能力、社会生活技能などの社会適応能力が低下していることにより、将来に不安を生じていることから「社会適応能力から生じる将来に対する不安」と命名した。第3因子は、「家族とうまくコミュニケーションがとれないのがつらい」「過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがつらい」などの4項目で構成されていた。この因子は、本来であれば患者自身の最も理解者となるはずの家族と信頼関係が構築されていないことに伴う苦悩であると考えられることから、「家族サポートの欠如」と命名した。第4因子は、「幻聴や妄想が今後も続くと思うとつらい」「幻聴や妄想があると日常生活に支障をきたすのがつらい」の2項目で構成されていた。幻聴や妄想などを精神症状であると認識しているがゆえに生じる苦悩であると解釈し「精神障害を抱えて生活する苦悩」と命名した。以上のように、長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度は第4因子18項目で構成された(表2)。

3. 信頼性・妥当性の検討

長期入院統合失調症患者50名における18項目からなる苦悩評価尺度の平均値と標準偏差は全体得点で44.96±14.43点であり、19点から81点の範囲にあった。各因子別の平均値と標準偏差は、第1因子「自尊感情の低下に伴う苦悩」が13.44±6.82点であった。第2因子「社会適応能力低下から生じる将来に対する不安」が16.76±6.86点であった。第3因子「家族サポートの欠如」が10.98±4.84点、第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」が3.78±2.83点であった。Kolmogorov-Smirnovの正規性検定において、合計得点は正規分布であることを示した ($z = .14, p = .20$)。

a. 苦悩評価尺度の信頼性

尺度の信頼性について、因子ごとに内的整合性の指標であるCronbachの α 係数を算出した結果、18項目全体においてCronbachの α 係数は.82であった。各因子は第1因子が.85、第2因子が.78、第3因子が.7、第4因子が.88であった。いずれも内的整合性の基準とされる.70以上を示した。各項目における相関係数については、質問1、質問2が.31、質問8が.32、項目9が.33とやや低かったことから、これらの項目の苦悩評価尺度への寄与は少ないことが考えられる。しかし、苦悩評価尺度の合計点と各項目の相関関係はすべての項目が苦悩評価尺度と有意な関連を示したことから、苦悩評価尺度の内的整合性が確認された(表3)。

表3. 苦悩評価尺度と各項目の関連

苦悩評価尺度		$n = 50$ 相関係数
項目1	家族とうまくコミュニケーションがとれないのがつらい	.31*
項目2	退院しても家族は自分の面倒をみてくれないのがつらい	.31*
項目3	過去に引き起こした過ちを家族が許してくれないことがつらい	.51**
項目4	自分を理解してくれる人が周囲にいないのがつらい	.4 **
項目5	独り取り残された感じがする	.6 **
項目8	幻聴や妄想が今後も続くと思うとつらい	.30*
項目9	幻聴や妄想があると日常生活に支障をきたすのがつらい	.33*
項目13	退院しても就職先がなかなかみつからないのがつらい	.69**
項目14	退院しても経済的な不安がある	.62**
項目16	今後の自分の将来を考えると不安になる	.49**
項目17	人生の楽しみが見出せない	.60**
項目18	生きていくことに自信がない	.60**
項目19	自分はこのまま死んだほうがましだと思う	.60**
項目21	今後、病気とうまくつきあっていけるかどうか不安になる	.55**
項目22	ストレスにどう対処していいのかわからない	.54**
項目23	他人が自分のことを信頼してくれないことがつらい	.58**
項目24	自分は価値のある人間だとは思わない	.58**
項目25	人生は無意味な感じがする	.6 **

** $p < .01$ * $p < .05$

b. 苦悩評価尺度の妥当性

まず、苦悩評価尺度とSDSとの基準関連妥当性の検討を行った。SDSの本研究におけるCronbachの α 係数は.92であった。苦悩評価尺度の合計得点とSDS合計得点とのPearson相関係数は $r = .47 (p < .001)$ であり、有意な正の相関を認めた。次に、JSQSLの本研究におけるCronbachの α 係数は.91であった。苦悩評価尺度の合計得点とJSQSL合計得点とのPearson相関係数は $r = .60 (p < .001)$ であり、有意な正の相関が示された。

c. 各下位概念の関連構造

因子分析において、各要因への影響を示す因子間相関数行列を求めた。因子間相関では、第1因子「自己尊重の低下による苦悩」と第2因子「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」における相関係数は.39であり、軽度の正の相関が認められた。第1因子と第3因子「家族サポートの欠如」は.11、第2因子と第3因子は.22とかなり低い相関であった。第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」は他の因子間とほとんど関係性がみられない結果であった(表2)。

VI. 考 察

1. 長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度の項目選定について

苦悩とは、生きる過程におけるその人の信念や価値態度、患者の認知的な要素と深く関連している。そのため、苦悩を評価することは、患者のQOL向上の一端を担う重要な精神的ケアであると考えられる。しかし、精神科における長期入院統合失調症患者が、病と向き合う過程で起こるQOLを脅かす社会環境要因、心理的要因など苦痛が複合・集積し、それらがコントロールの範疇を超えるとときに経験する苦悩は計り知れないことが予測されるにもかかわらず、それらについての研究は見当たらなかった。そこで、苦悩評価尺度を開発するにあたり、先行研究¹⁷⁾において長期入院統合失調症患者の苦悩の本質の要素を患者の語りから明らかにした。その結果、長期入院統合失調症患者が経験する苦悩として「孤独感への脅威」「精神障害を抱えて生活する苦悩」「社会適応能力の低下から生じる生活の困難性」「実存性が脅かされることへの不安」「自己受容性の低下に伴う苦悩」が抽出された。これらを苦悩評価尺度の構成要素として、苦悩の下位概念の内容を吟味し、合計30項目を抽出し苦悩評価尺度原案を作成した。予備調査、本調査を実施し、開発した尺度の検証を試み、質問項目を吟味・洗練した結果、最終的に主因子法プロマックス回転による因子分析により抽出された4因子18項目の苦悩評価尺度を考案した。4因子は「自尊感情の低下に伴う苦悩」

「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」「家族サポートの欠如」「精神障害を抱えて生活する苦悩」によって構成された。18項目は、「自尊感情の低下に伴う苦悩（6項目）」「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安（6項目）」「家族サポートの欠如（4項目）」「精神障害を抱えて生活する苦悩（2項目）」で構成されており、下位概念間の質問項目数にはばらつきがみられた。

先行研究¹⁷⁾に示された5つの下位概念と本尺度各因子の比較を行うと、「実存性が脅かされることへの不安」「自己受容性の低下に伴う苦悩」が第1因子「自尊感情の低下に伴う苦悩」に集約され、「社会適応能力の低下から生じる生活の困難性」は第2因子「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」に、「孤独感への脅威」のサブカテゴリーとして家族のサポートの欠如は示されており、そのまま第3因子「家族サポートの欠如」として命名し、第4因子においては「精神障害を抱えて生活する苦悩」として一致しており、先行研究で示されていた構成概念のカテゴリー名をそのまま命名することができた。したがって、長期入院統合失調症患者における苦悩を直接的に表現できており、内容的妥当性が確認された。また、適合度指標の値からも、これら4因子からなる苦悩評価尺度は十分な構成概念妥当性を有することが確認された。

2. 苦悩評価尺度の信頼性・妥当性

本尺度の信頼性に関しては、全体得点のCronbachの α 係数は.80、4下位概念の α 係数は.70～.88であり、いずれも内的整合性の基準とされる.70以上を示した。このことから尺度全体と4下位概念は、十分な内的整合性が確認された。

本尺度の基準関連妥当性を検討した結果、苦悩評価尺度合計得点とSDS合計得点とのPearson相関係数は $r = .47$ ($p < .001$)であり、有意な正の相関を認めた。また、苦悩評価尺度の合計得点とJSQLS合計得点とのPearson相関係数は $r = .60$ ($p < .001$)であり、有意な正の相関が示された。國方ら²⁹⁾は、統合失調症患者の抑うつ状態は、病気であるという現実の認識、社会復帰などの将来に対する苦悩、無力感、孤独感などが原因となって生じる、と述べている。また、多くの先行研究^{29)～32)}で、統合失調症患者の抑うつ状態とQOLの関連が明らかにされている。以上のことから、苦悩評価尺度の基準関連妥当性を支持する結果が示された。

因子間相関では、第1因子「自己尊重の低下による苦悩」と第2因子「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」の相関が.39と軽度の相関が認められた。しかし、第4因子「精神障害を抱えて生活する苦悩」は、他の3因子との相関関係はほとんど認められなかった。つまり、第

4因子は他の下位概念とほとんど関係性のない独立した因子ということが考えられる。しかし、少ない項目数であるにもかかわらず、安定して抽出されるという結果を考慮すると、削除すべきではない苦悩に関する特別な意味を含むことも大いに考えられる。精神障害を抱えて生活することが、自尊感情の低下や社会適応能力の低下に伴う将来への不安、家族のサポートの欠如における苦悩に大きく関係するわけではないことを示唆していると考ええる。本調査の対象者の平均年齢は 59.7 ± 11.3 歳であったことから、世代間交代に伴う両親によるサポートの期待は薄いことが大きい。予測されるなかで、幻聴や妄想が今後もずっと続くのではないかという苦悩は計り知れないと考えられる。つまり、家族関係の複雑さに伴う個々の背景の相違が法則性の少なさやばらつきに大きく寄与していることも否めない。このような状況から因子間相関の低さや第4因子の項目数の少なさについては、多くのことを示唆している可能性が高く、項目内容を再検討することも必要となる可能性があり、今後の研究課題といえる。

3. 尺度の有用性について

本尺度は、長期入院統合失調症患者の苦悩の特徴を把握でき、患者が一人の人間として現状をどのように認知しているのかを理解するための客観的な基礎資料になりうると考える。看護者の経験を問わず、患者の苦悩を全人的な側面からの状態像として早期にアセスメントするためにも有用である。また、質問項目が18項目という比較的少ない項目によって、患者にとって負担が少なく、短時間で回答できる実行可能性が高い尺度であるといえる。しかし、18項目で人間の苦悩を網羅しているとは言い難いことも視野に入れて検討することが必要である。本尺度の活用については、単に苦悩をあまり抱えていない、多く抱えていると評価するだけではなく、下位概念の得点が平均よりはるかに高い場合、その具体的な内容についてアセスメントし、具体的な支援方法を検討していくことが重要である。しかし、先行研究により長期入院統合失調症患者が抱えている複雑に集積した苦悩は心身ともに苦しい状況をもたらしていることも明確に示されたことから、質問項目だけでは測定し得ない苦悩の本質があることを念頭において、患者との信頼関係を構築するための支援を継続しつつ、患者の苦悩の全体像を把握しながらケアにつなげることが必要不可欠であると思われる。

慢性化した患者へのかかわりは、医療者さえも無力感に陥りやすく、慢性患者というレッテルを貼ることで治療努力を回避し、家族も社会も徐々に拒否的、無関心になっていくと指摘されている現状がある³³⁾。個々の患者が抱くさまざまな思いを十分に把握するためにも、患者と医療者の

意思疎通は常に重要である。その際、医療者側の一方通行的なケアにならないよう、個々の苦悩の内容に応じた支援プログラムを構築することが、苦悩緩和につながると思われる。苦悩評価尺度を作成したことで、患者が直面している苦悩を明らかにし、そのニーズに対応するべく個別的な支援策を講じることの重要性が示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究において、最終的に4下位概念18項目からなる長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度が考案され、信頼性と妥当性があることが示された。しかし、一般的にデータ

数は質問項目の5倍～10倍程度必要と示唆する文献³⁵⁾があり、面接を用いたアンケート調査ということも考慮しても、本研究の調査においてデータ数が十分であるとはいえない。また、因子分析の結果、第4因子の項目数が2であり、他の3下位概念とのアンバランスさが明らかとなった。したがって、今後の課題として、さらに対象者の範囲を拡張して尺度の適用性を検証し、精神科医療施設だけでなく地域で生活する統合失調症患者に適用できるような尺度の有用性向上をはかっていく必要があると考えている。

要 旨

本研究の目的は、長期入院統合失調症患者の苦悩評価尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討することである。統合失調症患者50名を対象として、個人面接による質問紙調査を行った。苦悩評価尺度試作案は、25項目5段階のリッカートスケールとした。その結果、18項目が抽出され、「自尊心の低下に伴う苦悩」「社会適応能力の低下から生じる将来に対する不安」「家族サポートの欠如」、「精神障害を抱えて生活する苦悩」4下位因子が抽出された。18項目全体のCronbachの α 係数は.82で、4下位因子は.7～.88であり、内的整合性が確認できた。今後は本尺度を活用することで、患者の苦悩の内容に応じた個別支援プログラムを構築することができ、苦悩緩和ケアに有用であると考えられる。

Abstract

The purpose of this study was to construct assessment criteria for suffering of long-term inpatients with schizophrenia and examine its reliability and validity. Then, we conducted a questionnaire survey through individual interview. Fifty inpatients with schizophrenia were used as the subjects. The questionnaire in its trial version had 25 items with a fine-point Likert-Scale. After analyzing the items, 18 items were selected and 4 areas were named: (1) suffering due to reduced self-respect, (2) anxiety about their own future due to decreased social applicability, (3) lack of familial support, and (4) suffering due to living with a mental disorder. Cronbach's α of 18 items was .82 and that of the 4 areas was .7-.88. These results showed an internal consistency of the subscale. Therefore, it was thought that the assessment criteria will be useful for planning individual support programs for inpatients to deal with various suffering and also for their palliative care.

文 献

- 朝比奈昌子, 倉橋憲一, ほか: 社会的長期入院患者への取り組み 自発性・自主性を喚起するために. 病院・地域精神医学, 45(3), 299-300, 2002.
- 清水美津子, 小野崎孝, ほか: 長期入院患者の退院にむけての援助. 病院・地域精神医学, 45(2), 224-225, 2002.
- 松枝美智子: 精神科長期入院患者の社会復帰援助が成功するシステム上の要因 - 日本版治療共同体の実践の分析から. 福岡県立大学看護学部紀要, 2(2), 80-91, 2005.
- 猪俣好正: 精神障害者の社会復帰と福祉の現状. 臨床精神医学, 31(2), 125-132, 2002.
- 奥村太志: 社会復帰の意向を持つ長期入院精神分裂病者の現状及び退院についての認識. 名古屋市立大学看護学部紀要, 2, 47-55, 2002.
- 菊池謙一郎: 在院10年以上の精神分裂病患者の退院意向調査. 看護展望, 23(10), 98-106, 1998.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 患者調査. 厚生統計協会平成22年全国編, 東京, 2010.
- 伊勢田堯, 長谷川憲一, ほか: 統合失調症治療における家族支援. こころのりんしょう, 29(2), 257-262, 2010.
- 伊勢田堯, 西田淳志, ほか: 英国における精神保健福祉改革の動向 - 更なる進化のプロセス -. 精神保健政策研究, 18, 79-88, 2009.
- 伊勢田堯, 岡崎祐士, ほか: 英国の精神保健改革における人材開発への挑戦 - 新しい仕事の仕方 -. 臨床精神医学, 39, 181-186, 2010.
- 佐藤光源, 樋口輝彦, ほか監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン - コンパニオン. 医学書院, 2006.
- 安部川智浩: 治療ガイドラインと寛解過程論. こころのりんしょう, 29(2), 257, 2010.
- 長谷川浩: トラベルビー人間対人間の看護. 医学書院, 東京, 1995.
- 金子真理子: 「がん患者苦悩尺度」の開発 - 信頼性と妥当性の検討. 聖路加看護学会誌, 3(1), 25-31, 1999.
- Rodgers, B, Cowles, K: A Conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. journal of Advanced Nursing, 25(5), 1048-1053, 1997.
- Case. E: The nature of suffering and the goals of medicine. New England Journal of Medicine, 306, 639-645, 1982.
- 藤野成美, 脇崎裕子, ほか: 精神科における長期入院患者の

- 苦悩. 日本看護研究学会誌, 30(2), 87-95, 2007.
- 18) 瀬戸屋希, 大島 巖, ほか: 統合失調症者の自己記入式調査に対する回答信憑性. 精神医学, 45(5), 517-524, 2003.
 - 19) 財団法人厚生統計協会 編: 国民衛生の動向2010/2011. 厚生省の指標・臨時増刊, 57(9), 114, 186, 2010.
 - 20) 兼田康宏, 今倉 章, ほか: The Schizophrenia Quality of Life Scale日本語版(JSQLS). 精神医学, 46(7), 737-739, 2004.
 - 21) 金子真理子, 真嶋朋子, ほか: Suffering調査票の開発. 日本看護科学学会誌, 26(3), 3-12, 2006.
 - 22) 栗原 稔: がん薬物療法の合理的評価法に関する研究. 厚生省がん研究助成金による研究報告集, 245-250, 1989.
 - 23) 中根允文: 精神障害におけるQOL. 長崎国際大学論叢, 6, 153-159, 2006.
 - 24) 福原俊一: SF-36日本語版マニュアル(Ver12). パブリックリサーチヘルスセンター, 東京, 2001.
 - 25) Herschbach, P, et al: Development and psychometric properties of a disease-specific quality of life questionnaire for adult patients with growth hormone deficiency. Eur J Endocrinol, 145: 255-265, 2001.
 - 26) Wilkinson, G, Hesdon, B, Wild, D, et al: Self-report quality of life measure for people with schizophrenia. The SQLS Br J Psychiatry, 17742-46, 2000.
 - 27) Zung, W W K: Factors influencing the Self-Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry, 16, 543-547, 1967.
 - 28) Zung, W W K, 福田一彦, 小林重雄 構成: 日本版SDS (Self-rating Depression Scale) 使用手引き, 5-14, 三京房, 京都, 1983.
 - 29) Nunnally, J C: Psychometric Theory (2nd ed). NewYork, McGraw-Hill. 1978.
 - 30) 國方弘子, 三野善央: 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(3), 377-387, 2003.
 - 31) 安藝浩史: 統合失調症の主観的および客観的QOLと家族による生活技能評価と関連の検討. 精神薬療研究年報, 37, 169-176, 2005.
 - 32) 鈴木勇一: 精神分裂病のクオリティ・オブ・ライフ困難感を指標に用いた検討-. 北里医学, 31, 309-318, 2001.
 - 33) 酒井佳永, 金 吉晴, ほか: 精神分裂病患者の家族負担に関する研究. 精神医学, 44(10), 1087-1094, 2002.
 - 34) 樋口康子, 稲岡文昭 監修: 精神看護. 文光堂, 東京, 77, 1998.
 - 35) 松尾太加志, 中村知靖: 誰も教えてくれなかった因子分析. 北大路書房, 京都, 38, 2003.

[平成22年10月14日受 付]
[平成23年5月2日採用決定]