

# 入院精神分裂病患者の生活満足度

—作業療法的視点からの考察—

福田健一郎<sup>1)</sup>・稲富 宏之<sup>2)</sup>・田中 悟郎<sup>2)</sup>・太田 保之<sup>2)</sup>

**要旨** Bakerらの尺度を用いて入院中の女性精神分裂病患者44名を対象に生活満足度の調査を行った。その結果、最も高い陽性反応（満足傾向）を示したのは「食事」で、最も高い陰性反応（不満足傾向）を示していたのは「健康」であった。そして、延べ入院生活が長い患者ほど一日の生活に満足し、楽しいと感じていた。この所見は退院意欲が乏しくなっている可能性があることを示唆している。また、対人関係技能が低い患者ほど一日の生活に不満足だった。入院生活における病室内人員構成や所属病棟などに対する配慮が重要であることが示唆された。さらに、障害に対する理解度が高い患者ほど自己の健康に満足しており、病識に対する客観的評価と主観的評価が合致していることを支持する結果を得た。

長崎大医療技短大紀 14(1): 77-82, 2001

**Key Words** : 精神分裂病, 生活満足度, 評価尺度

## はじめに

精神科作業療法は主に非言語的活動を媒介とした治療法であり、作業療法士は作業療法を展開する際に、対象者にとって「安心できる場」となれるような治療的関わりを行う場合が多い<sup>1)</sup>。横田らは病棟内の「くつろぎの場」を調査し、変動はしやすいものの、かなりの患者は「自室をくつろぎの場」と感じていたと報告している<sup>2)</sup>。我々も同様の調査を行ったが、「安心できる、居心地の良い場」は「ない」と回答した患者が51%を占め、「作業療法室」と答えた患者は僅か7%に過ぎなかった<sup>3)</sup>。これらの調査結果は、どのようにすれば入院患者に満足感を感じてもらえるのかという重要な問題を提起している。

入院医療の環境問題が取り沙汰されて久しく、診療報酬においても食・住環境の充実が図られ、入院中であってもアメニティが重要視されるようになってきている。岩崎らの報告によると、アメニティで求められるレベルは「自宅なみの日常生活とほぼ同様のもの」としている<sup>4,5)</sup>。また、伊藤らも精神病院を退院した患者の満足度を調査し、アメニティは「医療の目的を達成するための指標の一つ」と位置づけており、さらに患者の生活満足度を他の指標と合わせて測定する必要があると指摘している<sup>6)~10)</sup>。しかし、本邦においては1990年の浜村ら<sup>11)</sup>による研究以降、入院患者の生活満足度に関する調査は殆ど行われていない<sup>12,13)</sup>。

そこで、今回は女性の精神分裂病患者の生活満足度と社会生活能力との関連性について調査したので、若干の考察を加えて報告する。

## 対象と方法

調査は単科の精神科病院で行った。長崎市の中心となる繁華街から約10km離れた所に位置する病院である。昭和42年に開設され、ベット数は195床で、全閉鎖病棟であるが、大きなグラウンドを有している。

対象者は本調査の目的と方法を十分に説明し、同意を得られた女性の精神分裂病患者44名である。対象者の平均年齢は55.6±11.4歳（年齢幅：31~76歳）、今回の入院期間は19日~44年（平均12.0±11.6年）で、延べ入院期間は96日~44.4年（平均18.3±12.8年）、であった。また、学歴は中学校卒業以上が81.8%を占めていた。

生活満足度を測る尺度には、Lawtonのmorale scale<sup>14)</sup>、角谷のLife Satisfaction Scale (LSS)<sup>15)</sup> などさまざまな尺度がある<sup>16)~21)</sup>が、これらの多くは患者への負担が大きい。本調査は、入院中の精神分裂病患者を対象としているため、Bakerらの生活満足度尺度 (Satisfaction with Life Domains Scale: SLDS)<sup>22)</sup> を使用することとした。

SLDSは住環境・食環境・対人環境や生活・経済面などの15項目から成り、各項目は7段階評価となっている。評価は角谷<sup>14)</sup>の処理方法に従い、「どちらでもない：0点」を中間点とし、「非常に不満：-3点」~「大変満足：+3点」として処理した（表1）。但し、今回は項目15の「州立病院との比較」は該当しないため削除した。施行は作業療法士が検者となり、質問用紙を被検者に手渡し、読み上げながら実施した。各項目の得点はBakerらの基準に合わせ、+3点~+1点の範囲を「陽性反応」、-1点~-3点の範囲を「陰性反応」とした。SLDSを選択した理由は、角谷<sup>15)</sup>も触れているように、多くの精神障害者には理解力や集中力に問題があるため、①比較

1) 医療法人 栄寿会 真珠園療養所

2) 長崎大学医療技術短期大学部作業療法学科

的短時間で施行でき、②質問が簡易で被検者が理解しやすく、③視覚的に理解が得やすい「フェイススケール(表1)」を採用しているなどの利点を有するからである。

また、社会生活能力は精神障害者社会生活評価尺度(Life Assessment Scale for the Mentally Ill : LASMI)<sup>23)</sup>を用いて評価した(表2)。LASMIは生活能力、対人関係、労働または課題遂行能力、持続性・安定性、自己認識の5つの大項目から成る評価尺度である。評価は0点～4点の5段階評価で処理し、過去1カ月間の行動に

表1 SLDSの項目とフェイススケール

評価項目

1. 住んでいる場所についてどう思いますか?
2. 住んでいるこの辺りについてどう思いますか?
3. 食事についてどう思いますか?
4. 自分の洋服についてどう思いますか?
5. 自分の健康についてどう思いますか?
6. 一緒に住んでいる人達についてどう思いますか?
7. 友人についてどう思いますか?
8. 家族との関係についてどう思いますか?
9. 他の人と仲良く暮らしていますか?
10. 一日の生活についてどう思いますか?
11. 余暇の過ごし方についてどう思いますか?
12. 生活に喜びや楽しみを感じることがありますか?
13. この辺の交通の便や利便さについてどう思いますか?
14. 自分のお金の状況についてどう思いますか?
- (15. 州立病院と比べてどう思いますか?)

各項目の評価方法

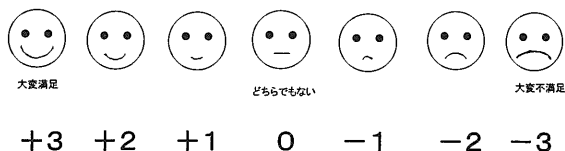


表2 LASMIの項目

大項目	評価項目
1. 生活能力	①身辺処理(生活リズムの確立・身だしなみへの配慮・整容や服装・居室の掃除や片づけ・バランスの良い食生活)②社会資源の利用(交通機関・金融機関・買い物)③自己管理(大切な物の管理・金銭管理・服薬管理・自由時間の過ごし方)
2. 対人関係	①会話(発語の明瞭さ・自発性・状況判断・理解力・主張・断る・応答)②集団活動(協調性・マナー)③人付き合い(自主的な付き合い・援助者との付き合い・友人との付き合い・異性との付き合い)
3. 労働または課題の遂行	役割の自覚・課題への挑戦・課題達成の見通し・手順の理解・手順の変更・課題遂行の自主性・持続性・安定性・ペースの変更・あいまいさに対する対処・ストレス耐性
4. 持続性・安定性	現在の社会適応度・持続性・安定性の傾向
5. 自己認識	障害の理解・過大(小)な自己評価・現実離れ

各項目の評価方法

4. 問題なし。
3. 若干問題があるが、助言や援助を受けるほどではない。
2. 時々問題がでる。助言(言葉による促しや情報の提供)を必要とする。
1. たびたび問題がでる。強い助言(説得・指示)や援助(一緒に行う等)を必要とする。
0. たいへん問題がある。助言や援助を受けず、改善が困難である。

について評価するようになっている。LASMIは作成した岩崎らによって既に信頼性の検討を終えている<sup>23)</sup>。

LASMIとSLDSは時期を同じくして実施された。但し、入院患者が対象であるため「持続性・安定性」の項目は割愛した。

SLDSと患者の今回の入院期間、延べ入院期間及びLASMIに関する統計学的処理はPearsonの相関を用いて解析した。統計処理上、今回の入院期間は①6カ月未満、②1年未満、③5年未満、④5年以上の4群に、延べ入院期間は①1年未満、②3年未満、③5年未満、④5年以上の4群に区分した。なお、LASMIについては大項目ごとでの相関をみた。

結果

SLDSの総得点は-24点～+39点に分布しており、平均得点は+12.0点であった。図1にSLDS各項目の陽性反応(満足傾向)割合、陰性反応(不満足傾向)割合を示す。項目5の「健康」以外は全て陽性反応の割合が大きかった。

SLDSを項目別にみると、「食事」に関する項目は45.5%が「大変満足」としており、陽性反応が75.0%を占め、最も高値を示した。また、「健康」に関する項目の平均得点だけが「0点」を下回っており、45.5%が陰性反応を示し、最も低値となっていた。衣類、友人、家族関係、経済状況においても30%前後の陰性反応がみられた。それ以外の項目については大きな違いはなかった。

LASMIの得点は大項目ごとに生活能力1～31点、対人関係3～43点、労働または課題遂行能力3～40点、自己認識0～12点の幅にあった。

次にSLDSと延べ入院期間との関連をみると、「食事」、「一日の生活」、「余暇時間」、「楽しみ」の4項目(全て

表3 SLDSの項目と入院期間との関連

	今回の入院期間	延べ入院期間
SLDSの項目		
1. 住居		
2. 地域		
3. 食事		.382*
4. 衣類		.411**
5. 健康		
6. 同居者		
7. 友人		
8. 家族関係		
9. 対人関係		
10. 一日の生活		.353*
11. 余暇の過ごし方		.368*
12. 楽しみ		.339*
13. サービスと利便さ		
14. 経済状況		
総得点		.342*

(\* P<0.05 \*\* P<0.01)

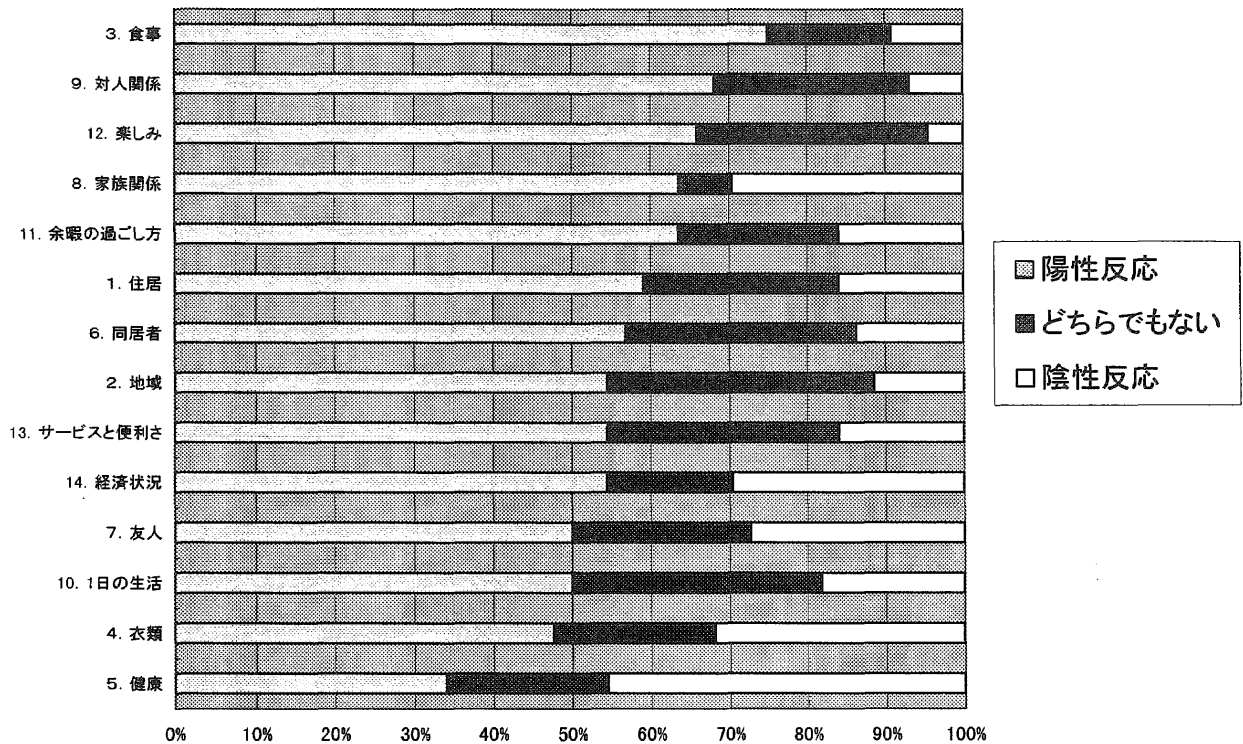


図1 SLDSの結果

P<0.05), 「衣類」(P<0.01), 及びSLDS総得点(P<0.05)などとの間に正の相関を認めた(表3)。しかし、SLDSと今回の入院期間との間にはいかなる関連性も認めなかった。

SLDSとLASMIの大項目との関連をみると、「自己認識」と「健康」に負の相関があった(P<0.05)。また、「対人関係」と「一日の生活」、「余暇時間」にも負の相関を認めた(共にP<0.05)(表4)。

表4 SLDSの項目とLASMIの項目との関連

SLDSの項目	LASMIの大項目			
	日常生活	対人関係	労働・課題の遂行	自己認識
1. 住居				
2. 地域				
3. 食事				
4. 衣類				
5. 健康				-.309*
6. 同居者				
7. 友人				
8. 家族関係				
9. 対人関係				
10. 一日の生活		-.336*		
11. 余暇の過ごし方		-.329*		
12. 楽しみ				
13. サービスと便利さ				
14. 経済状況				

(\* P<0.05)

考 察

生活満足度の評価は「主観的要素が強い」という批判が多い<sup>24)~26)</sup>。角谷は主観的生活満足感に最も寄与しているのは心理的機能であるが、心理的機能に関するSLDS

の項目は「楽しみ」しかない指摘している<sup>19)</sup>。しかし、SLDSには住環境・食環境・対人環境・サービスなどの入院環境に関する項目が9項目(60%)含まれており、生活満足度は「当事者が自ら置かれている状況をどのようにとらえ、どう感じているかという点が重要<sup>24)</sup>」であるとする、SLDSは適切な評価尺度であると考えられる。

浜村らはDouglasらのQOL尺度を用い、入院精神分裂病患者は人間関係が希薄で、多くの時間を無為に過ごしており、人間関係の親密度や拡がりなどのQOL向上を図る必要があると述べている<sup>11)</sup>。浜村らが示した余暇時間に対する満足度は我々の調査結果と異なり、低くなっていたが、人間関係への不満足感という点では一致していた。

Bakerらの調査結果を図2に示した。我々の調査では「食事」に関する項目が最も陽性反応が高かったのに対して、Bakerらの結果は全項目で陽性反応が高く、最高値を示したのは「友人」や「対人関係」であった。我々の調査においても患者は対人関係に68.2%という高値で満足していた。我々の調査結果と異なり、Bakerらの結果が全てに陽性反応していたのは、Bakerらの対象者の半数が一般社会に近い状態で生活を営んでいるという「生活環境」の違いが大きく現れたものと考えられる。

我々の調査で最も陰性反応が高かったのは「健康」であった。「入院生活を送っている」という現実がこの反応を生んだと考えられる。なお、Bakerらの結果も同様に「健康」は相対的に陰性反応を高く示していた。しかし、これら両調査の結果にはバイアスがかかっている可能性がある。Bakerらの調査における検者は対象者の援

助者である施設職員であり、我々の調査も常勤の作業療法士が行った。そのため、項目によっては、回答が医療施設側に配慮され、本意で表されていない可能性もある。我々の調査で最も高い陽性反応を示したのは「食事」であったが、これも施設側への配慮とも考えられる。このため、検者の選定には十分な考慮が必要で、直接的な関わりのない第三者が施行するのが望ましいと考える。

延べ入院期間と SLDS の「一日の生活」、「余暇時間」、「楽しみ」の間に正の相関があり、対象者は「入院が長くなるにつれて、一日の生活に満足し、楽しい」と感じていた。健康ではないと感じながらも入院生活に居心地の良さを見だしており、これは退院意欲が乏しくなっている可能性を示唆していると考えられる。各対象者の精神状態や生活能力によって社会参加の方向性に違いはあるが、社会的入院も退院意欲減退の背景に存在することはおおそ間違いないと思われる。医療スタッフは患者・家族—治療者関係の信頼度をさらに向上させ、地域社会や社会復帰施設を意識した対応や退院を視野に入れた関係作りをする必要がある。しかし、この点に関しては医療スタッフ側の課題も大きい。まず第一の問題点として院外体験が少ないこと、第二に Pre-vocational な活動がないことである。これらのことは作業療法と大きく関連しており、早期の解決に向けた対応が必要と考える。

しかし、長期入院患者の生活満足度は重要視されなければならない。木太は長期入院者の問題はさまざまな要因が複雑に絡み合っており、そのからんだ糸を一本一本解きほぐしていく作業の難しさを説きながら、入院中心主義であった精神医療の歴史にも退院意欲減退の要因が

あることを指摘している<sup>26)</sup>。それに加えて精神障害者（特に長期入院患者）の医療的処遇においては、「自己決定権」を最大限尊重する必要性を訴えている<sup>27)</sup>。

また、LASMI との関連では「対人関係」と「一日の生活」、「余暇時間」に負の相関があった。これは対人関係技能が高い患者ほど一日の生活に満足していることを示している。この所見は入院生活における人間関係すなわち病室内人員構成や所属病棟などに対する配慮が重要であることを示唆している。また、「自己認識」と「健康」にも負の相関を認めた。「自己認識」の項目は障害の理解度などにより構成されるものであり、障害に対する理解度が高い患者ほど、自己の健康に満足していると言える。この結果は病識に対する客観的評価と主観的評価が合致していることを支持した結果となった。

生活満足度の測定に際して生活の質（Quality of life : QOL）に関する評価尺度が用いられることが多い。藤原らは「QOL の評価は生きがいを抱えているか否かの評価でなければならない」としている<sup>27)</sup>。また、Siegriest は慢性疾患患者の QOL は社会的承認・社会的寄与をしていることが重要な位置を占めているとしている<sup>28)</sup>。慢性疾患という点では同様な慢性精神障害者に対する作業療法的接近も「生きがい・やりがい」の持てるような治療計画が重要である。それぞれの対象者に対し、それぞれの QOL を描くことが治療者・援助者のなすべきことと考える<sup>29)</sup>。土澤らは QOL の測定を日常業務に組み込むことは可能で有益としている<sup>30)</sup>。

しかし、QOL の調査を実施する際には、回答能力についても検討する必要があるとされている<sup>31)</sup>が、その点は今後の課題といえる。

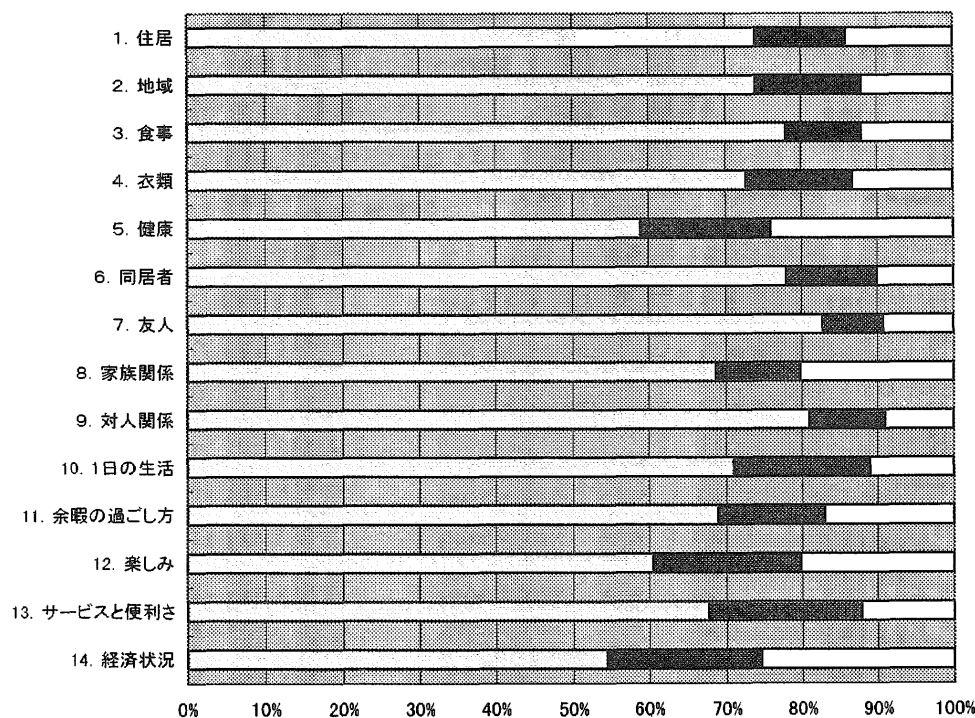


図2 Bakerらの結果

参考文献

- 1) 石谷直子：臨床精神医学叢書 8 精神科作業療法，星和書店，東京，1993.
- 2) 横田正夫，依田しなえ，町山幸輝：慢性精神分裂病患者における病棟内のくつろぎ場所．精神医学，31 (8)：815-821，1989.
- 3) 福田健一郎，内野淳，米永隆之，田中悟郎：OTを開設して一年後 ～OTへの意識調査を実施して～．第41回九州精神保健学会抄録集：147，1995.
- 4) 岩崎榮：入院療養環境とアメニティー—一般病院および精神病院を対象としたアンケート調査から—．病院，54 (10)：934-938，1995.
- 5) 岩崎榮，今中雄一，清水幸登：病院におけるアメニティーに関する調査研究—主として精神病院へのアンケート調査を中心として—．精神経誌，97 (7)：502-516，1995.
- 6) 伊藤弘人，新貝憲利，山角駿，澤温，岩崎榮：精神科病院退院患者の入院治療の認識と満足度の測定を試み．精神経誌，101 (2)：138-147，1999.
- 7) Clearly PD, McNeil BJ：Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. Inquiry, 25 (Spring)：25-36，1988.
- 8) Kalman TP：An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. Hosp Community Psychiatry, 34 (1)：48-54，1983.
- 9) Lebow JL：Consumer satisfaction with mental health treatment. Psychol Bull, 91：244-259，1982.
- 10) Ruggri M：Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services：the state of the art of it's measurement. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 29：212-227，1994.
- 11) 浜村智子，津田彰：外来精神分裂病患者と入院精神分裂病患者のQuality Of Life (QOL) の比較．日本心理学会50回発表論文集：723，1986.
- 12) 立山万里，宮田量治：精神分裂病患者のQOL．4 (9)：1013-1020，1993.
- 13) 丸山晋，角谷慶子：精神疾患とQOL．萬代隆・日野原重明編，Quality of Life 医療新次元の創造，メディカルビュー社，東京，1996，pp.158-167.
- 14) Lawton MP：The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale：A revision. Journal of Gerontology 30 (1)：85-89，1975.
- 15) 角谷慶子：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)：1413-1424，1995.
- 16) WHOQOL Group：Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research, 2：153-159，1993.
- 17) Malm U, May PRA, Denker SJ：Evaluation of the Quality of Life of the Schizophrenic Outpatient：A checklist. Schizophr Bull, 7 (3)：477-487，1981.
- 18) Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT：The Quality of Life Scale：An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome. Schizophr Bull, 10 (3)：388-396，1984.
- 19) Lehman AF：A Quality of Life interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning, 11：51-62，1988.
- 20) Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin S：The measurement of life satisfaction. J Gerontol, 16：134-143，1961.
- 21) 飯田紀彦，小橋紀之，公文康，井上澄江：高齢脳血管障害患者におけるQuality of Life (QOL) —新しい自己評価式質問表の検討—．Geriatr. Med, 29 (7)：1053-1060，1991.
- 22) Baker F, Intagliata J：Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Program Planning, 5：69-79，1982.
- 23) 岩崎晋也，宮内勝，大島巖，村田信夫，野中猛他：精神障害者社会生活評価尺度の開発 信頼性の検討 (第1報)．精神医学，36 (11)：1139-1151，1994.
- 24) 木太直人：精神障害者のQOL．保健の科学，37 (9)：610-614，1995.
- 25) 長田香代子：作業療法とQOL—身障領域から．OTジャーナル，26 (1)：28-33，1992.
- 26) 伊藤良介，大川嗣雄：各種機能評価とQOL．総合リハ，15 (12)：1073-1077，1987.
- 27) 藤原茂，野垣宏：重度障害者の余暇活動 (QOLセラピー)．OTジャーナル，27 (1)：31-34，1993.
- 28) Siegrist J, Junge A：Measuring the Social Dimension of Subjective Health in Chronic Illness. Psychother Psychosom, 54：90-98，1990.
- 29) 蜂矢英彦：精神障害者のQOLとリハビリテーション．精神医学研究所業績集第31輯：15-19，1994.
- 30) 土澤健一，三戸香代：デイケア通院精神分裂病患者を対象とした場合のQLS (Quality of Life Scale)．作業療法，17 (4)：289-292，1998.

Life Satisfaction of Schizophrenic Inpatients  
— From the viewpoint of Occupational Therapy —

Kenichiro FUKUDA<sup>1)</sup>, Hiroyuki INADOMI<sup>2)</sup>, Goro TANAKA<sup>2)</sup> and Yasuyuki OHTA<sup>2)</sup>

1) Shinjuen Hospital

2) Department of Occupational Therapy, The School of Allied Medical Sciences, Nagasaki University

**Abstract** Life satisfaction was investigated with 44 female schizophrenic inpatients using the assessment schedule by Baker et al. The most positive response was shown on 'meals' and the most negative response was on 'health'. The longer the period of hospitalization was, the more patients felt content in their daily life. This suggests that they tend to lose the desire to leave the hospital. Patients with poor interpersonal relationship skill tended to feel discontent with their daily life. It is suggested that it is important to consider the allocation of rooms and wards. Patients with higher insight to their own diseases tended to feel content with their health, which indicates the agreement of objective and subjective pathological evaluations.

Bull. Sch. Allied Med. Sci., Nagasaki Univ. 14(1): 77-82, 2001