The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	地域で生活する精神障害者の日常生活実態についての研究
Author(s)	大橋, 敬子; 國生, 拓子
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2005, 11(1), p. 30-37
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56775
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

大阪大学看護学雑誌 Vol.11 No.1(2005)

－研究報告－

地域で生活する精神障害者の日常生活実態についての研究

大橋敬子*・國生拓子**

SURVEY ON THE ACTUAL CONDITION OF DAILY LIVING IN THE COMMUNITY OF MENTALLY HANDICAPPED PERSONS

Ohashi K, Kokusho H.

要　旨

地域で生活する精神障害者の日常生活実態に対する主観的な評価に焦点を当て、地域で安定した生活を続けていく上での必要な支援を考察することを目的として、精神障害者小規模作業所の利用者 73 名を対象に、質問紙調査を実施した。その結果、対象者は、家族と同居が６割、単身生活者は３割弱であった。日常生活に関する自己評価は、単身生活者が、家族と同居している者より高かった。支援者のいる者のうち、「両親」の占める割合は半数を超え、先行研究の結果と同様に、障害者の親世代がキーパーソンであり、ソーシャルサポートのサイズは小さいものであることが示唆された。対象者は「そうじ、片づけ」の項目について何らかの問題を抱えると自己評価していた。あればいいと思う支援は「話し相手」と、「そうじ」や「食事づくり」のような家事業務に関するものが多かった。今後ホームヘルパーなどの導入の上でもサービスの内容を考える上で重要といえる。

キーワード：精神障害者、日常生活実態、地域ケア、QOL

Keywords：Mentally handicapped persons, Condition of Daily Living, Community Care, Quality of Life.

*慶應義塾大学病院集中治療室　**大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

Ⅰ．はじめに

近年、日本の精神保健福祉の状況は「病院」から「施設」へ、そして「地域社会」へと方向転換し、地域生活の支援の重要性が考えられてきている。1993 年の障害者基本法や 1995 年の法改正により、ノーマライゼーションが定着し、精神障害者が地域で生活するためのシステム作りが志向されている[1)2)]。精神疾患は慢性的な経過をたどることが少なくない。特に統合失調症では、完全寛解となるものは全体の 1/4 とされ、残りは未治か緩解と再発を繰り返すと言われている[3)]。また、大熊ら[4)]はいったん寛解状態に達した患者の退院後 3 年以降の経過の再発率はかなり高く、病気と付き合いながら地域でいかに生活していくかが課題になるとしている。また精神障害者が地域で生活する上で、その疾患の特性から、生活障害を形成することも多い。現在、精神障害者の社会生活障害を評価する尺度として、精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker;REHAB）[5)]や精神障害者社会生活評価尺度（Life Assessment Scale for Mentally Ill;LASMI）[6)]などが開発されているが、客観的に社会生活能力・社会生活障害を評価するものが多い。地域で生活する精神障害者の現状を知るには、客観的な評価とともに、障害者の主観的な評価も必要である。これに関して、精神障害者の主観的評価は現実とかけ離れており信頼性が低いという危惧があるが、少なくとも同意能力があり、病状が安定し、地域生活の可能な者についてその主観的評価は充分に信頼できると言われている[7)]。また、精神障害者の社会参加には家族の意見と同時に本人の意見が極めて大切であり[8)]、彼らの声を真摯に受け止めてニーズを検討し[9)]利用者主導の地域生活支援が必要とされている。ここで筆者は、今後の精神保健福祉について考える上で、地域で生活している精神障害者自身が何に困っているのか、どのような支援を必要としているのかを明らかにし、基礎的な資料を得ることは意義があると考えた。そこで本研究は、地域で生活する精神障害者の日常生活実態に対する主観的な評価に焦点を当てて調査し、地域で安定した生活を続けていく上での必要な支援を考察することを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．調査対象

大阪府下の 2 都市にある 17 の精神障害者小規模作業所（以下作業所とする）のうち、研究への参加に同意の得られた 9 ヶ所の作業所の利用者。精神障害者小規模作業所は統合失調症、うつ病、アルコール依存症などの精神障害者が利用している施設である。作業所の責任者が、同意能力があり、病状が安定し、地域生活をしていると判断した利用者のうち研究の目的を説明し同意の得られたもの。

2．調査期間

平成 15 年 12 月 13 日～平成 15 年 12 月 25 日

3．調査方法

作業所を利用している精神障害者に、筆者らが独自に作成した質問紙を用いて調査を行った。作業所を運営している団体の責任者に研究方法を伝え、対象者向けの研究協力の依頼文と質問紙を渡した。研究協力依頼文を読んで同意を得られた者のみを対象とした。記入後は封筒に入れて封をして約一週間後に回収した。

4．調査内容

調査内容は、対象者の背景については、年齢、性別、居住形態、入院歴、期間、入院回数、結婚の有無、子どもの有無、現在の福祉サービスの利用状況について調査した。インフォームドコンセントの問題や病名の受け止め方の違い、病名を問うことによる本人負担の増加の可能性などを考慮して病名は調査しなかった。

日常生活の実態について、ＲＥＨＡＢ[5)]は主に施設で生活している精神障害者に使うように作成され、評価者がトレーニングを受けて評価するものであり、角谷ら[7)]が作成した生活満足度スケールは 7 段階のフェイススケールにより評価者が直接面接の上問うものだが、主観的満足度に焦点を当てたスケールである。今回は、障害者が何をどの程度自分で出来、何がどの程度助けが必要かと感じているかに焦点を当てるため、岩崎[10)]らの精神障害者社会生活評価尺度（LASMI）をもとに、日常生活についての１２の分類項目を参考に筆者独自に障害者自身が記入する方式の調査用紙を作成した。内容は、毎日の生活リズム、洗面や洗髪・入浴などの身だしなみ、その日に着る服を選んで着ること、自分の部屋のそうじや片付け、バランスのよい食生活、食事作り、バス・電車などの交通機関を利用すること、郵便局や銀行のＡＴＭなどを利用すること、必要なものを買うこと、財布や印鑑などの大切な物を管理すること、お金を計画的に使うよう管理すること、飲む必要のある薬を飲み管理すること、自由な時間（余暇）を過ごすことの 13 項目について調査した。これらの設問に対応する

選択肢のアンカーポイントは、LASMI では(0)問題なし(1)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。助言を必要とする(3)たびたび問題がでる。強い助言を必要とする(4)たいへん問題がある、の 5 段階評価とされ、(2)と(3)の評価で迷う時は問題の頻度を重視して評価することとされている。今回は精神障害者自身が評価しやすいことを考え、(3)を除いて(0)問題なし(1)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。助言を必要とする (4)たいへん問題がある、4 段階で自己評価を問うた。また、困った時に支援してくれる支援者の種類についても調査した。

生活に対する満足度、あればいいと思うサービスについては、話し相手、食事作りの手伝い、食生活への助言、買物、身だしなみ、洗濯、そうじ、お金の管理、片付け、薬の管理、通院の手助け、銀行などの利用の手助け、特になし、その他の 14 項目のうちあてはまるもの全てを問うた。この項目は、中瀬ら [11]の精神障害者が現在必要としている支援を参考にした。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮については、作業所に研究への参加の同意を得た。また作業所と作業所利用者には研究者の身分、研究の概要、プライバシーと匿名性の確保、協力しなくても不利益は全く被らないこと、得られたデータは研究目的以外には使用しないことを内容とした、研究協力の依頼文を研究依頼者全員に渡し、同意が得られた方のみに調査を実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

研究依頼者 115 名のうち回収できたのは 73 名で調査票の回収率は 63.5%であった。

居住形態は、家族と同居 48 人 (65.8%)、一人暮らし 20 人 (27.4%)、グループホームなどの施設 3 人 (4.1%)、その他 2 人 (2.7%) であった。精神科への入院歴は、入院歴ありが 60 人 (82.2%)、入院歴なしが 10 人 (13.7%)、無記入が 3 人 (4.1%) であった。入院歴があるものでは最近の入院の時期については、無回答が 38 人 (63.3%)、回答あり 22 人 (36.7%) で、そのうち入院期間は 3 日間～約 2 年で、時期は昭和 48 年～平成 15 年と様々であった。精神科入院回数は 0～18 回で、平均 3.0 回であった。結婚の有無については、未婚 56 人 (76.6%)、既婚 14 人 (19.2%)、離婚 2 人 (2.7%)、無記入 1 人 (1.4%) であった。子どもの有無は 62 人 (84.9%) がなしで、ありは 10 人 (13.7%)、無記入 1 人 (1.4%) であった。

対象者は 22 歳～64 歳で、平均年齢 42.8 歳、20 代 5 人 (6.8%)、30 代 22 人(30.1%)、40 代 28 人(38.4%)、50 代 12 人(16.4%)、60 代 6 人(8.2%)で、男性 47 人(64.4%)、女性 26 人(35.6%)であった。利用しているサービスの利用状況に関しては図 1 に示した。

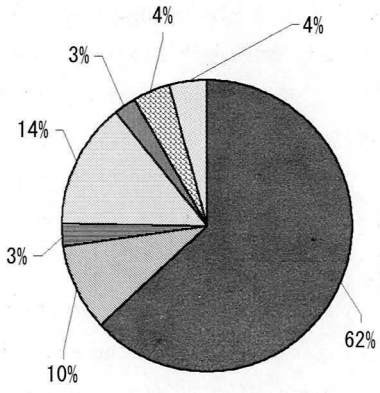

図 1 サービスの利用状況

2. 日常生活の実際

1) 日常生活項目について

(1)日常生活のリズムから余暇をすごすことについて：

各項目につき表現が異なるため「自分で出来る」を「問題なし」、「だいたい自分で出来る」を「若干問題を感じる」、「手伝ってもらえば何とか出来る」を「たびたび問題を感じる」、「手伝ってもらっても出来ない」を「大変問題を感じる」とした。

日常生活のリズムから余暇をすごすことについてまでの結果を、図 2 に示した。食事作りについては家族が作るなどの状況が加わる項目のため、図 2 のデータからのぞいた。

(2)食事作りについて： 「自分では作らないが家族が作る」34 人(46.6%)で、「ときどき自分で作る」22 人(30.1%)、「いつも自分で作る」8 人(11.0%)、「自分では作らないが、買ったり、外食したりする」 8 人(11.0%)、「無記入」が 1 人(1.4%)であった。

(3)その他、１３の日常生活項目に関する選択肢のアン

カーポイントを（0）問題なし；0 点（1）若干問題を感じる；1 点（2）たびたび問題を感じる；2 点（3）大変問題を感じる；4 点の 4 つに設定し自己評価を問い、その値を単純に足して平均値を比較した。結果、居住形態別平均値：「一人暮らし」の者が 0.64 点、「家族と同居」の者が 0.79 点、「グループホームなどの施設利用者」が 0.95 点であった。サービスの利用数別の平均値は、「作業所のみの利用」の者が 0.74 点、「作業所以外の複数利用」の者は 0.77 点でほぼ変わらなかった。（図 2）

2）日常生活における、支援者について

日常生活でなにか困った時、相談したり、助けたりしてくれる支援者の所属について、その種類が「1 種類」36 人(49.3%)、「2 種類以上」35 人(47.9%)、「誰もいない」は 2 人(2.7%)であった。 また、支援者が 1 種類と答えた者に関して、「両親」14 人(38.9%)、「友人・仲間」7 人(19.4%)、「デイケアなどの施設の人」6 人(16.7%)、「兄弟・姉妹」5 人(13.9%)、「その他」4 人(11.1%)であり、「親族」をあげたものは 54.3%であった。 支援者がいる者のうち（1 種類・2 種類以上ふくめ)、「両親」が支援者である割合は 42 人(59.2%)であった。また、支援者が「1 種類」の者のうち、「デイケア・作業所などの施設の人」の占める割合は 6 人(16.7%)にとどまったが、「2 種類以上」では、15 人(42.9%)、支援者がいる者のうち、「デイケア・作業所などの施設の人」が含まれる割合は 21 人(28.8%)であった。

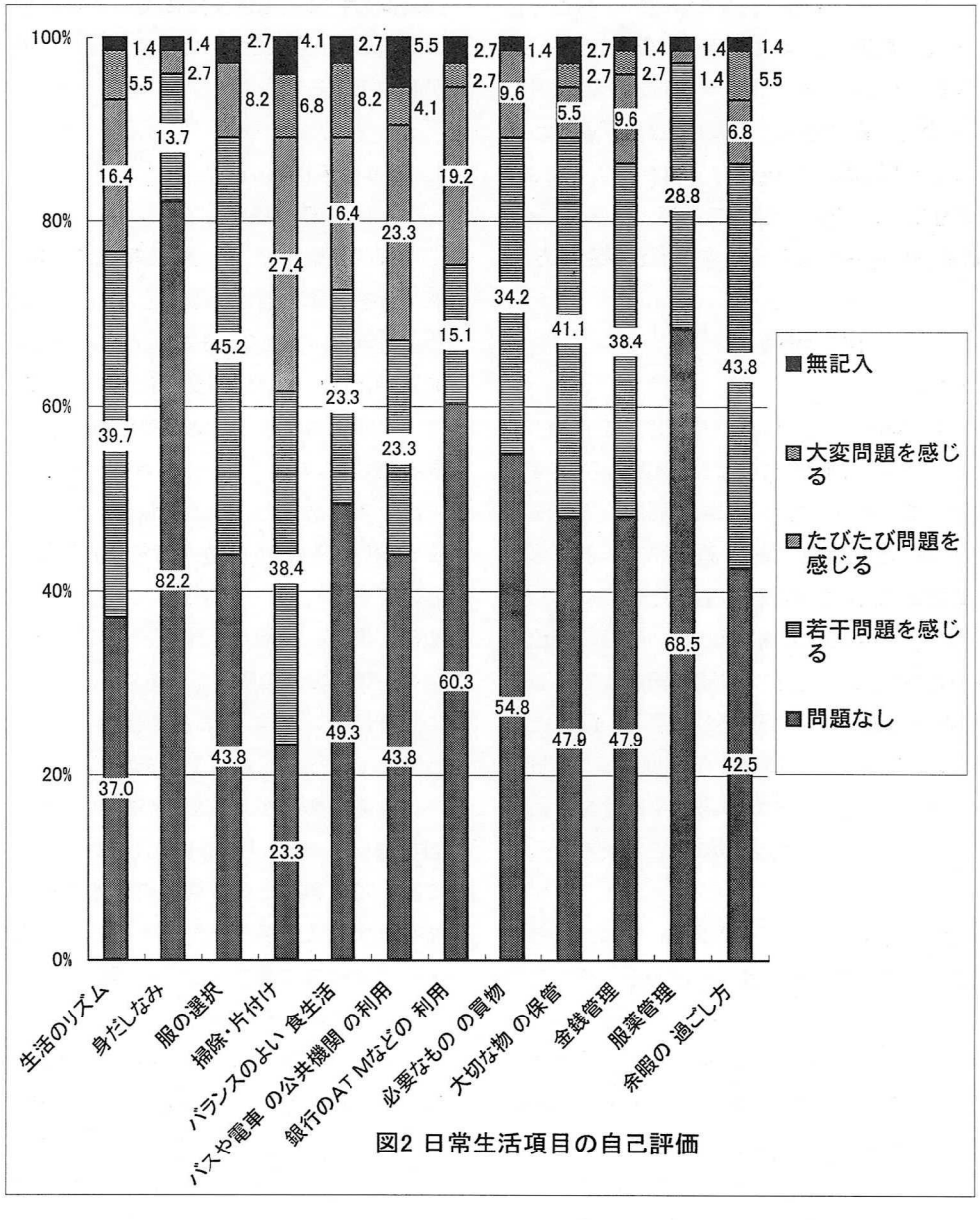

図2 日常生活項目の自己評価

3）現在の生活の満足度

「ふつう（3点）」が1番多く、27人(37.0%)、「まあ満足（2点）」が25人(34.2%)、「大変満足している（1点）」が10人(13.7%)、「あまり満足していない（4点）」が7人(9.6%)、「全く満足していない（5点）」が1人(1.4%)、「無記入」が3人(4.1%)、平均点が2.5点であった。

居住形態別の平均点では、「一人暮らし」の者の平均点が2.24点で、「家族と同居」の者は2.49点、「グループホームなどの施設利用者」は3.67点の順だった。

4）あればいいと思う支援について

「話し相手」33人(46.6%)、「食事作りの手伝い」21人(28.8%)、「そうじについて」21人(28.8%)、「食生活への助言」16人(21.9%)、「買い物」15人(20.5%)、「お金の管理」15人(20.5%)、「洗濯」11人(15.1%)、「身だしなみ」9人(12.3%)、「片付け」10人(15.1%)、「銀行などの利用の手伝い」7人(9.6%)、「薬の管理」6人(8.2%)、「通院の手伝い」6人(8.2%)、の順で多く、「特になし」は17人(23.3%)であった。その他については、「禁煙の指導」「ケッコンと仕事」「障害者年金をもらえるようにする」が挙がった。

Ⅳ. 考察

1. 対象者について

対象者は、家族と同居している者が6割以上を占め、単身で生活している者は3割弱であった。鹿児島ら[12]は、地域で単身生活している者の方が、家族と同居している者より日常生活は良好で、仕事や課題の追求が高いと述べている。今回の調査では、仕事や課題の追求という項目に関しては未調査だが、日常生活に関する13の項目の自己評価では、単身生活者が0.64点と、家族と同居している者の0.79点より高値であり、先行研究の結果と一致した。これは、今回の対象者の入院期間が2年程度と短く、日常生活の経験が豊富であること、また単身で手助けを得にくい状況であるため、自分で行う機会が多いことが考えられる。

配偶者・子どもの有無に関して、西園ら[13]は、統合失調症（精神分裂病）の患者が配偶者、子どもと生活している場合が社会や家庭に対してもっともよい適応を示すと述べている。しかし、今回の調査では未婚の割合が7割で、さらに子供のいない割合は8割を越えた。統合失調症の好発年齢は20～30代であり、病気の特徴であるコミュニケーションのとりづらさが未婚者の多さと関係していると考えられるが、この集団に特徴的な傾向かどうかは明確ではなかった。

また、サービスの利用に関しては、複数のサービスを利用している者の割合が3割で、このことが対象者の要因によるものか、作業所とその他の社会資源との距離、便利さなどによるものかは明らかではない。しかし、社会援助の利用と適正さは生活領域での満足度(satisfaction with life domains)に関係すると言われ[14]、さらに、鹿児島ら[12]は、作業所以外の何らかの社会資源―デイケアや地域生活支援センターなどを併用で利用している人の方が地域生活の持続性・安定性が増すと示唆している。このことから精神障害者の社会復帰施設の利用にあたっては、複数の選択肢があり、そこから自らの意思・ニーズに合わせて選ぶことができるような取り組みが必要であると考える。社会資源の利用と家族支援に関しては、精神障害者の地域での安定した生活について考える上で今後詳しい研究調査が必要である。

2. 日常生活について

1）12の項目に関して

今回の結果では、1～12の項目で「自分でできない」が過半数を越す項目はなかった。「自分で問題なくできる」と「だいたいできる」をあわせると全ての項目で6割を越す結果となった（5の食事作りについては除く）。その中で「問題があるが、手助けがあればなんとかできる」が2割を越したのは、「そうじ・片付け」と「交通機関の利用」に関してであった。この項目は、中瀬ら[12]が通院医療公費負担制度利用中の精神障害者を対象に行なった調査においても、「自分でできる」のが6割以下であった項目である。また、中瀬ら[11]は、手助けがあってもできない項目として「お金の管理」をあげている。しかしながら今回の調査においては、「お金の管理」に対して「手助けがあってもできない」のは1割未満(2.7%)であった。

「問題があるが、手助けがあればなんとかできる」が2割を越したのは、「そうじ・片付け」と「交通機関の利用」に関してであったが、病気の特性や生活経験の不足から、苦手とする人が多かったと考える。しかしながら「不得手」というレベルであるのか、その質については他者の客観的な評価を含めて今後明らかにしていく必要がある。

「お金の管理」の項目に関して、今回の結果は中瀬らの結果と大きく違った。精神症状の不安定さは社会生活障害に影響を与えるとされ[6]、またデイケアや作業所へ通所している安定した外来患者群は、入院中の群より、生活全般に多くの指導や援助を必要としないと言われている[15]。

今回、中瀬らの結果と異なったのは、本研究の対象者が作業所を利用している精神障害者で、病状が比較的安定していると考えられるのに対し、中瀬らの調査は、通院医療公費負担制度利用中の精神障害者で、病状の幅が広いことが推測されることが関連していると考える。「統合失調症(精神分裂病)患者は個人衛生、食事の計画や準備、金銭管理、公共交通機関の利用、余暇時間の使用、対人関係に障害がある」と言われるが[16]、今回の結果からも、病状がある程度安定し地域生活をおくる中で生活経験が増すと、ある程度評価が上がると考えられる。また杉尾ら[15]の Rehab を用いた精神科病棟入院患者を対象にして行った調査によると、「施設・機関の利用」の項目に関して、障害が重度であるという報告がある。今回の調査では「バスや電車などの交通機関を利用すること」と「郵便局や銀行の ATM を利用すること」があてはまるが、これらに関して、「問題ない」「若干問題を感じる」と答えた者が6割を超え、杉尾らの結果に反することとなった。これについても、入院患者と、地域で生活している精神障害者の対象の違い、病状の違い、生活歴の違いが影響していると考えられる。

2）支援者の所属について

精神障害者のソーシャル・ネットワークのサイズは小さく、その構成に占める親族の割合は高く、非常に特徴的であると言われている[17][18]。実際に今回の調査でも、日常生活で困った時助けてくれ、相談できるような支援者の種類を「1種類」と答えた者は49.3%であった。また、支援者のいる者のうち、「両親」の占める割合は59.2%と半数を超え、これは先行研究の結果と同様であり、障害者のキーパーソンが親世代であり、ソーシャルサポートのサイズは小さいものであることが示唆された。このことから障害者とその家族を支援していく必要性が示唆された。

支援者が「2種類以上」の者に限っては42.9%が「デイケア・作業所などの施設の人」を支援者として認めていた。精神疾患の病気の特徴として、コミュニケーションのとりづらさがあり、精神障害者は身近にいる人により情緒的サポートを受けており、満足度は自分の気持ちを察してくれ、仕事が認められ、信頼され、成功を喜ばれ、気持ちの通じ合う人がいることによって、高められると言われている[19]。つまり、精神障害者にとって、安心できる「仲間」「場」「心の拠り所」を確保し提供することが、地域での安定した生活につながると考える。また実際に訪問した作業所では、少し調子をくずした利用者に、他の利用者が声をかけるなどのピア・サポートの力を実感することがあった。精神障害者は対人関係に問題を抱える場合が多く、環境の変化などに柔軟に対応するのが苦手で、退院しても、調子をくずして再入院になることも少なくない。障害者の生活の安定には施設の人に支えられるだけでなく、仲間や友人をもち、「障害をもつ人同士の相互受容」の場で、「障害をもつ人があるがままで受容してもらえる場」を持つことが重要であり、作業所やデイケアが再発の予防と早期発見の場という意味で重要であるといえよう。

3）現在の生活の満足度

精神障害者の主観的満足度は全般的に低く、その中でも特に自己信頼や充実感などの心理的機能が低いことが確認されている[3]。今回は、実態調査ということで漠然と現在の生活に対する満足度を問うた。その結果、「ふつう」が一番多く、「あまり満足していない」と「全く満足していない」を合わせて 11.0%であった。これに関しては、今回の対象者は、地域での生活を続けることが自分の満足感、充実感となり、それが精神的な安定感となっていると考える。

4）必要としている支援

中瀬ら[11]の研究では、現在、将来ともに必要な支援として「話し相手」が挙がり、現在必要な支援として、家事業務に関してよりも、社会生活に関する支援を望む割合が高かった。今回の研究においても「話し相手」に関しては46.6%が必要であると答えており、先行研究に一致した。

その他、「薬の管理」「通院の手助け」「銀行利用の手助け」など、先の日常生活での自己評価が比較的高く、ストレス度が低い項目について必要とする人は少なく、あればいいと思う支援について「食事作りの手伝い」「そうじ」「食生活への助言」「買い物」「お金の管理」等があげられ、「そうじ」や「食事づくり」のような家事業務に関して必要とする人が多かった。これは先行研究に一致せず、先述と同様に対象者の違いからくるものと考えられる。またこの結果は、今後ホームヘルパーなどの導入の上でもサービスの内容を考える上で重要といえる。

一概に地域で生活する精神障害者と言っても、病状、家族のサポート、周囲の環境など背景は様々で、形成される生活障害も状況により様々である。今後、脱施設化が進む中で、個人のニーズに合ったサービスを提供し、利用者が選択できるように、社会資源を開発し、精神障害者と家族に情報提供できるような体制を整えていく必要があるのではないだろうか。

V. まとめ

大阪府下の2都市にある17の精神障害者小規模作業所のうち、研究への参加に同意の得られた9ヶ所の作業所の利用者73名を対象に、日常生活の実態について精神障害者社会生活評価尺度（LASMI）をもとに筆者らが独自に作成した質問紙を用いて調査を行なった。その結果以下のことが明らかになった。

①対象者は、家族と同居の者が6割で、単身生活者は3割弱であったが、日常生活に関する自己評価では、単身生活者が、家族と同居している者より高く自己評価しており、先行研究と一致した。これは、今回の単身生活者が、入院生活も比較的短く日常生活の経験が豊富であること、また手助けを得にくい状況のため、自ら行う機会が多いためと考えられた。

②地域で生活している精神障害者小規模作業所の利用者73名は「そうじ、片づけ」の項目を他の項目に比べ、何らかの問題を抱えると自己評価する傾向があった。

③支援者のいる者のうち、「両親」の占める割合は半数を超え、これは先行研究の結果と同様であり、障害者の親世代がキーパーソンであり、ソーシャルサポートのサイズは小さいものであることが示唆された。また支援者が1種類と答えた者では、「両親」に次いで「友人・仲間」があがっていた。このことから精神障害者には親族を含めた支援と共に、障害者が友人や仲間などのソーシャルサポートを持つことも重要であるといえる。

④あればいいと思う支援は「薬の管理」「通院の手助け」「銀行利用の手助け」など、先の日常生活での自己評価が比較的高く、ストレス度が低い項目について必要とする人は少なかった。「話し相手」「食事作りの手伝い」「そうじ」「食生活への助言」「買い物」「お金の管理」が多くあがり、「話し相手」に関しては先行研究に一致したが、「そうじ」や「食事づくり」のような家事業務に関して必要とする人が多くこれは先行研究に一致しなかった。今後ホームヘルパーなどの導入の上でもサービスの内容を考える上で重要といえる。

VI. おわりに

今回の研究では、精神障害者自身の日常生活に関する主観的評価のみを調査し、作業所への勤務の程度、疾患名、病識、通院・服薬状況などについての情報が不足しているためこの内容を普遍化するのは限界がある。精神障害は「日常生活や対人関係の障害である」ともいわれている。実際に精神に障害を抱える人が地域で生活をしていくのは簡単なことではない。今後の地域精神保健福祉を考える上で保健・福祉関係者と精神障害者との関係や、それにかかわるどのようなソーシャルサポートがあるのかを調査研究し、支援体制を明確にしていくことが社会資源の開発・調整に結びつくと考える。そのためには精神障害者の自己評価・他者評価を含めた多角的な分析と現在行われている支援についてのさらなる研究が必要である。本研究の一部は第35回日本看護学会精神看護で発表した。

引用文献

1) 増田安代(2001)、精神障害者小規模作業所の現状と課題、1-8、和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要(4)
2) 日本精神科看護技術協会（2002)、精神科看護白書2002-2003、71-83、東京、中央法規出版 3)山崎智子監修　野嶋佐由美編著(2002)、精神看護学（第2版)、181、東京、金芳堂
3) 大熊輝雄他(1970)、精神分裂病の「再発」に関する一実態調査、精神医学、12、949-958
4) Baker R,Hall JN(1998)、REHAB A New Assessment Instrument for Chronic Psychiatric Patient. Schizophr Bull(14),97-110
5) 池渕恵美他（1995)、生活障害（disability）と精神症状との関連について、精神医学、37(10)、1041-1048
6) 角谷慶子(1995)、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－、京都府立医科大学誌、104（12)、1413－1424
7) 全国精神障害者団体連合会準備会、(財）全国精神障害者家族会連合会編（1996)、こころの病－私たち100人の体験－、あとがき、東京、中央法規出版
8) 東雄司他監修、伊勢田堯他編(2002)、みんなで進める精神障害リハビリテーション－日本の５つのベストプラクティス－、182、東京、星和書店
9) 岩崎晋也他(1994)、精神障害者社会生活評価尺度の開発、精神医学、36(11)、1139-1151
10) 中瀬明代他(2001)、精神障害者の生活実態とホームヘルプサービスの必要性、四国公衆衛生学会雑誌、46(1)、21-22
11) 鹿児島史子、山田光子(2001)、小規模作業所に通所している精神障害者の生活障害、第32回日本看護学会論文集、地域看護、88-90
12) 西園昌久(1967)、精神科特殊療法の諸問題、薬物療法、精神神経医誌(66)、978
13) Baker F、Jordrey D、Intagliata J(1992)、Social

Support and Quality of Life of Community support Clients、Community Ment Health J、28,397-411
14) 杉尾幸(2002)、慢性精神分裂病入院患者の社会生活障害～精神科リハビリテーション行動尺度（Rehab）を用いた評価、川崎医療福祉学会誌、12（1)、125-132
15) 小林夏子(1992)、包括理論による精神分裂病への接近と作業療法実践、ＯＴジャーナル 26、312-322
16) 藤井達也(1987)、「精神障害者」のソーシャル・サポートネットワーク、早稲田大学大学院文学研究科紀要、13、59-71
17) 野嶋佐由美(1987)、精神病者のソーシャルサポート・ネットワークに関する研究の概観、看護研究 20(3)、10-17
18) 角谷慶子(1995)、精神障害者の QOL の特徴とリハビリテーションプログラムによる治療介入後の変化、京都府立医科大学誌、104（12)、1425－1434