

ここ数年幻覚妄想状態増強し X-2 年数ヶ月入院となった。退院後から訪問ボランティアの関わりが始まる。退院後は幻覚妄想消失し代わりに強迫的こだわりが出現、母親を巻き込む。デイケアや交流ハウスにボランティアの送迎ができて、当事者たちと過ごしていればなんとか普通に過ごせるが、母と二人になると強迫的確認にどうしても巻き込まれ母が参ってしまう。母は高齢化し自分の身体の手世を自分ですることで精一杯で、患者をゆとりもってみられず口論になってしまう。母の顔にいぼができて、それを取る処置を行うのに患者は「母が癌ではない、母は死なない」などを一日中確認して回ると言った始末であった。つまり、患者本人の強迫的不安の背後には母の死の不安と、自分が独りになった時の不安が重なっているように見受けられた。

それでも病院のデイケアとか交流ハウスという集団の中で過ごせていた時期はよかったが、正月休みに入り本人を母と分離して過ごせる時間が無くなり、結果として正月明け母が本人との生活にお手上げして再入院となった。

入院し薬が増量されたが強迫的確認は一向に減らない。「薬の時間が何時になるか、お風呂の時間が何時になるか」などの確認をして一日中過ごしているか、もしくはベッドで一日中ボウツとして寝ているかであった。ところがボランティアが連れ出し、交流ハウスに連れてくると、生き生きした表情がよみがえり他の患者と雑談し、笑い、料理の手伝いをし、後片付けも手伝い、以前のいい状態に戻ることができるのであった。(週 3 日交流ハ

ウスでボランティアと生活訓練)。母は高齢化し、デイサービスに通い始めており、自宅に帰すのは無理なので、交流ハウスでの態度を見ていた私たちは援護寮での生活訓練を経て身辺自立が出来たら自宅復帰が可能になるのではないかと考え、本人に薦め、本人もその気になった。ところが病棟担当医は本人の病棟の状態しか知らず、また病棟看護も交流ハウスでの本人の状態の変化を無視し(そこでの状態の報告書を書くことを毎回私たちに指示し当然それらを読んでいたにもかかわらず、本人の状態を交流ハウスまで観察に来たことは一度も無い)、長期療養型の単科精神病院への転院を考えていた。

私は家族も入れて担当医と話し合いをし、本人の退院意欲と自立意欲が強いから援護寮入寮を考えたらどうかと薦め、退院促進事業に乗せて貰うことにした。ところがこの退院促進自立支援事業が難航し一年たっても進まず結局援護寮入所は無理になった。原因は病院側の職員誰もが生活復帰施設への退院を可能になると考えもせず、自立支援の訓練を一切怠ったことにある。病棟看護師に服薬自己管理の訓練を依頼すると現在は到底そういう段階でないと一蹴される。病棟所属の PSW もこんなに状態の悪い患者が自立できるものですか、退院促進事業っていったいなんですかと自立支援員に言うほどであった。私達ボランティアは週 3 日交流ハウスでの集団訓練をしながら逆にこんなに状態いいのになんで退院にならないのだろうとじりじりしながら患者と一緒に待ち続け、結局他病院に転院という最悪な結果に終わってしまった。

私たちが不思議に思うのは病棟における本人の病状の悪さである。無表情でぼおとしており、時間の確認ばかりし、夢遊病者のごとく歩いている。風呂に入るための洗面器をもちながら朝から歩き回っており、話しかけても上の空であり、強迫的確認の返事が得られないとたまに軽い暴力行為などがあつたり廊下に寝転んでしまつたりするそうである。GAF スケールで言えば 20 台といえよう。

ところがこれが病棟を一步出て本人にとって親身な世界(交流ハウス)に入ると見違えるように生き生きしてくる。冗談も言うし、他の患者に話しかけたり、料理を手伝つたり、ミーティングの時間になると自分で書記を引き受けることは以前からの習慣でありきちんと役目を果たす。他の患者の名前を覚えるのも早い。たまに思い出したように「お風呂の時間 3 時だね」と確認が入る。周りが相槌を打てばそれで収まる。この状態は GAF スケールでいえば 60 台から 70 台といえるのではなかろうか。

病棟にいれば病状の悪さのため放置され、職員が相手にしない。病的世界も含めて親身になって本人の傍に居てやるのが如何して出来ないのであろう。本人の病状探しばかりする冷たいクールな眼差しは本人をいっそう病気に凍りつかせ、孤立化させていく。精神科病棟が病状を固定慢性化する機能しか果たしえないのであればそんな精神科病棟のあり方そのものが問題にされるべきであろう。と同時に病棟と院外支援グループのコミュニケーションの悪さが致命的であつた。院外ボランティアの自立支援が病棟治療に

とって位置づけられず余計なお世話的に見られるのであれば、院内ケアそのものが形骸化する。

E. 結論

地域で家庭内自立もできていず老齢病弱化した親の庇護の下にある 40~50 歳の慢性化した精神障害者が存在し、これらには訪問型支援が不可欠である。

訪問型支援によって家庭内自立ができ、限られた範囲での社会的交流が成し遂げられれば単身化しても社会生活可能になる。

特に医療拒否、ケアサービス拒否の対象者たちにはいくら時間がかかろうとまず関係作りが必要である。本人にとって親身な助言者チームが出来上がること、同時並行的に医療関係の確立が私達の一番大事な目標である。

本人との関係ができた親身な助言者チームの存在と、医療関係の確立、がなければ、どんな立派なケアプランも自立支援も空回りする。

そのためには訪問型支援グループと共同して地域で活動する精神科医師の存在が必要不可欠であると考える。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

第 13 回日本精神科救急学会(平成 17 年 10 月)シンポジウム「地域での生活支援と精神科救急」

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 予定なし
2. 実用新案登録 予定なし
3. その他 特記事項なし

I 参考・引用文献 なし

資料1

精神障害者への訪問型支援に関するアンケート調査実施について

(厚生科学研究の2年目として訪問型支援の重要性を認識し、この地域で行われている訪問型支援の実態調査をアンケート形式で実施し、その活性化を探るための基礎資料としたい旨をつげ、調査を行った。その具体的なやり方の一部のみ資料化し、アンケート集計の結果はすべてエクセルで資料にした。)

2005年8月吉日

厚生科学研究分担研究者

新居昭紀 (静岡県西部ACT研究会代表 精神科医)

研究協力者 大嶋正浩 (メンタルクリニック ダダ 精神科医)

清水健次 (ダダ第2クリニック 精神科医)

永井裕幸 (浜北病院 精神科医)

小池和憲 (小池診療所 精神科医)

佐々木敏明 (聖隷クリストファー大学社会福祉学部教授)

米澤美貴子 (聖隷クリストファー大学看護短期大学部助手)

大場義貴 (中部学院大学 専任講師)

秋山智恵子 (訪問看護ステーション有玉 看護師)

静岡西部ACT研究会「カンガルーくらぶ」会員

「精神障害者への訪問型支援に関するアンケート」実施にあたって

(1) 訪問型支援とは

私達が今回のアンケートで「訪問型支援」として位置づけているのは、精神障害を抱えながら地域生活を送っている方の住居に専門職が訪問し、支援を行なうことを意味します。

(2) 調査の方法

私達が行なう、「精神障害者への訪問型支援に関するアンケート」は全2回の郵送によるアンケート調査です。第1回を訪問型支援の現状調査、第2回を訪問型支援の有効性についてとし、今回の調査は、第1回目の調査となります。

(3) 調査対象

今回のアンケートは、浜松市、および近縁市町村の、精神科病院・精神科診療所で行なっている訪問看護または往診、訪問看護ステーションで行なっている訪問看護、訪問介護事業所で実施

されている、精神障害者に対するホームヘルプサービス、精神障害者地域生活支援センターで実施されている利用者への訪問支援、保健所で実施されている訪問支援、を調査対象としています。
※但し、認知症への訪問型支援は調査対象に含めないことにします。その点ご注意ください。

(4) その他

アンケート用紙は、【その1】【その2】及び《別添1》の3枚となっています。記入は、各施設1部でお願いします。

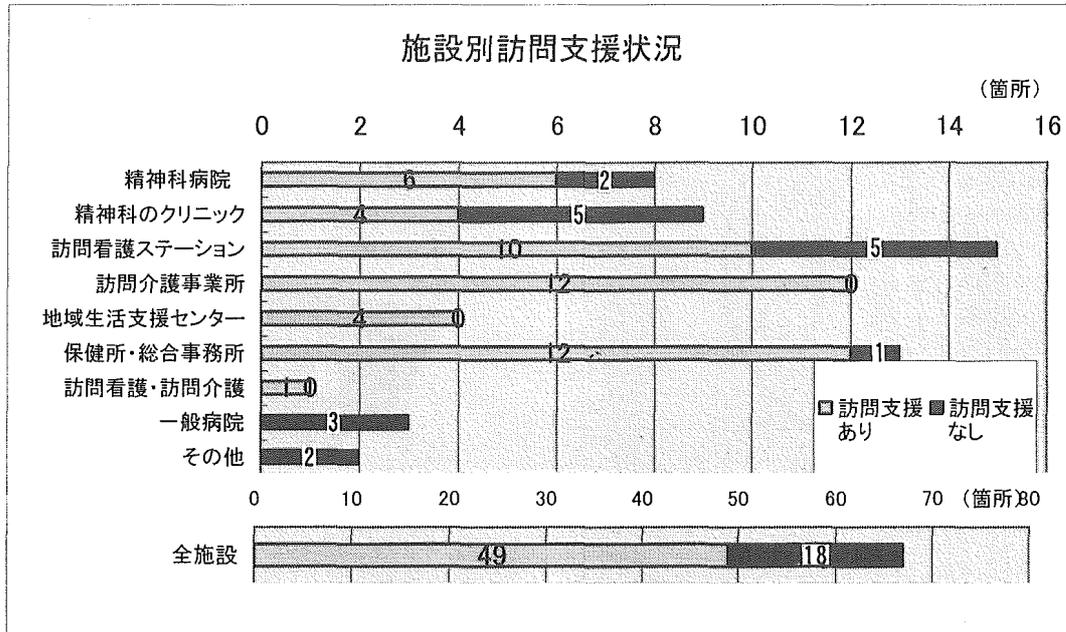
ご記入に対して不明な点は、代表者までご連絡ください。

(また平成17年10月29日、静岡県西部アクト研究会「訪問型支援を語る会」を開催し、訪問型支援を实际行っている病院、診療所、訪問看護ステーション、保健所、介護ヘルパー事業所、生活支援センターから約50名が集まり源所の問題点と相互の連携とこんごの活性化に向けて討論会を行った。その議事録はとってあるが資料としては省略する。)

資料2:単純集計結果

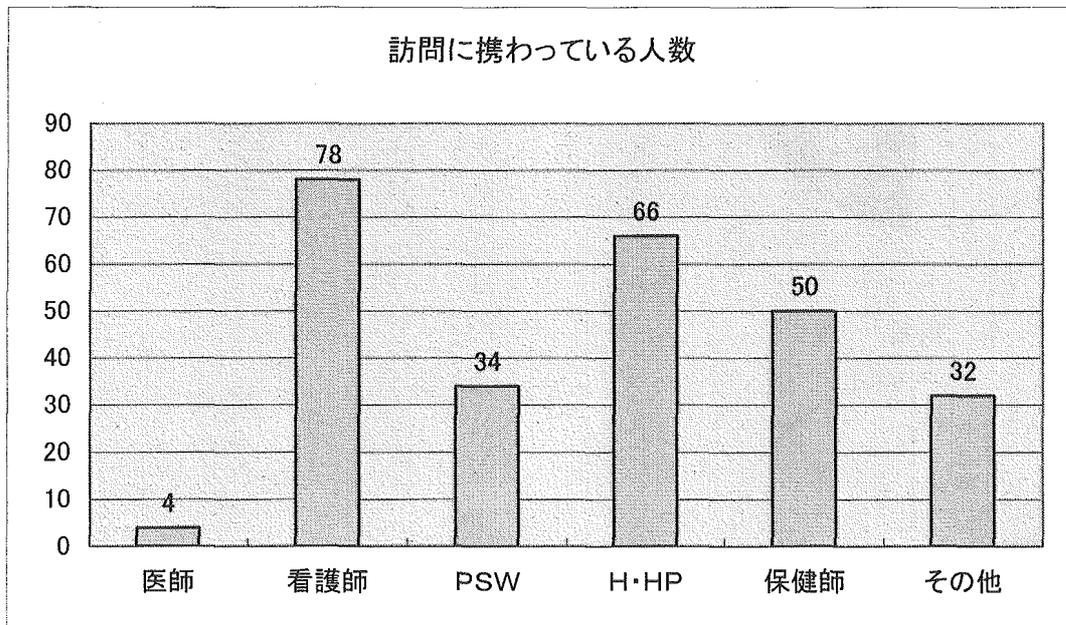
アンケート【その1】

1. 貴施設はどのような施設ですか。



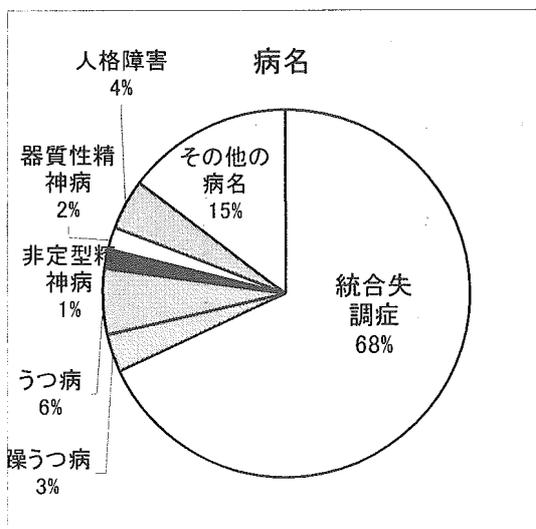
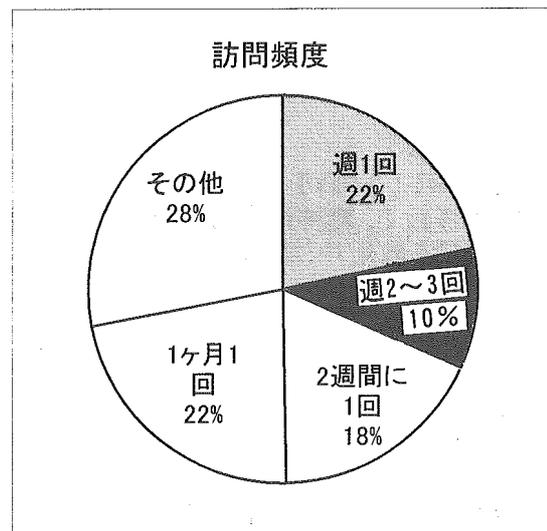
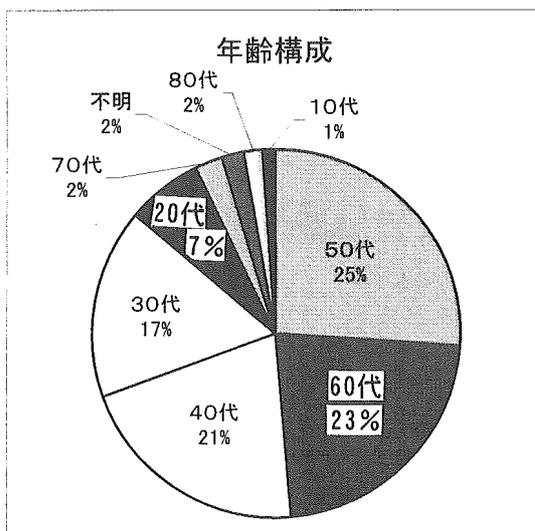
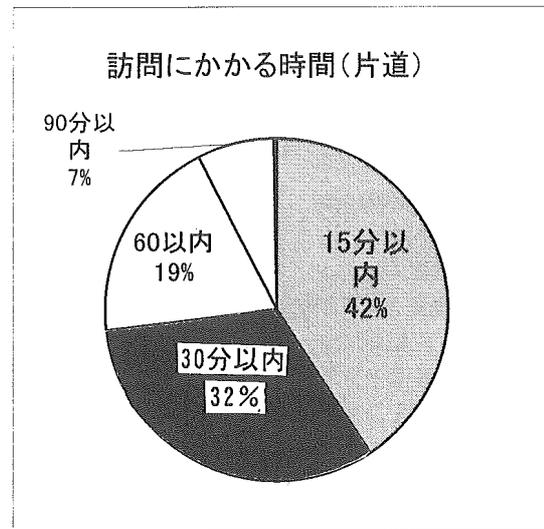
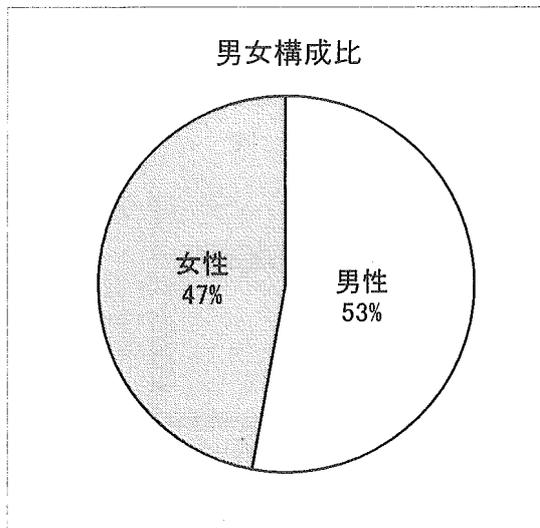
アンケート【その1】

2. 貴施設で、精神障害者に対する訪問型支援に、実際に携わっているスタッフの人数と、職種を教えてください。

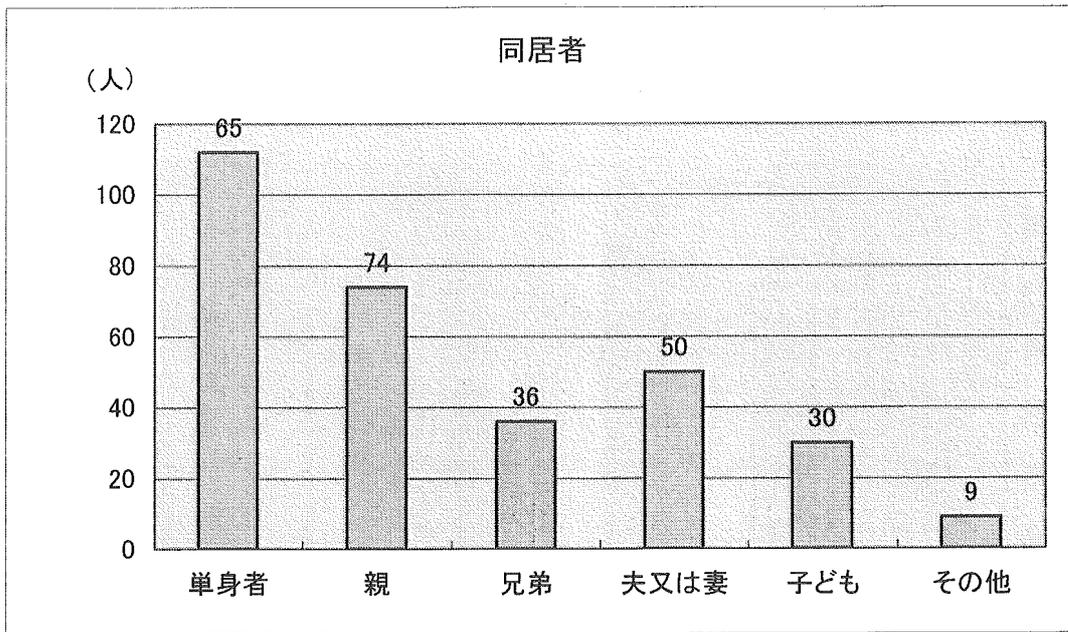


精神障害者への訪問型支援に関するアンケート【その2】

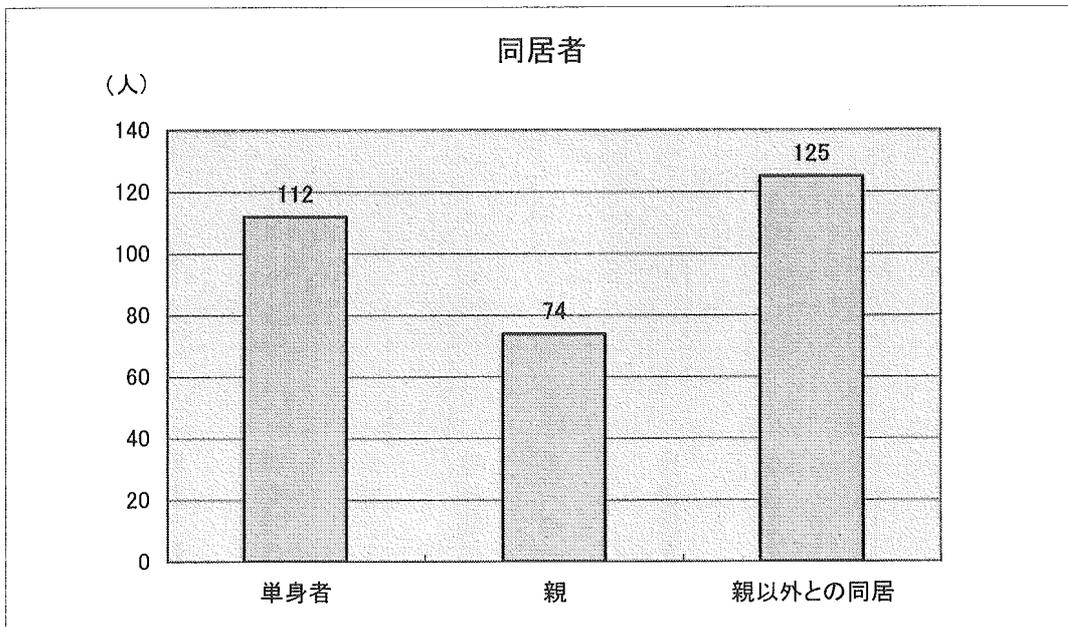
4. 貴施設で行っている、精神障害者に対する訪問支援の状況について教えてください



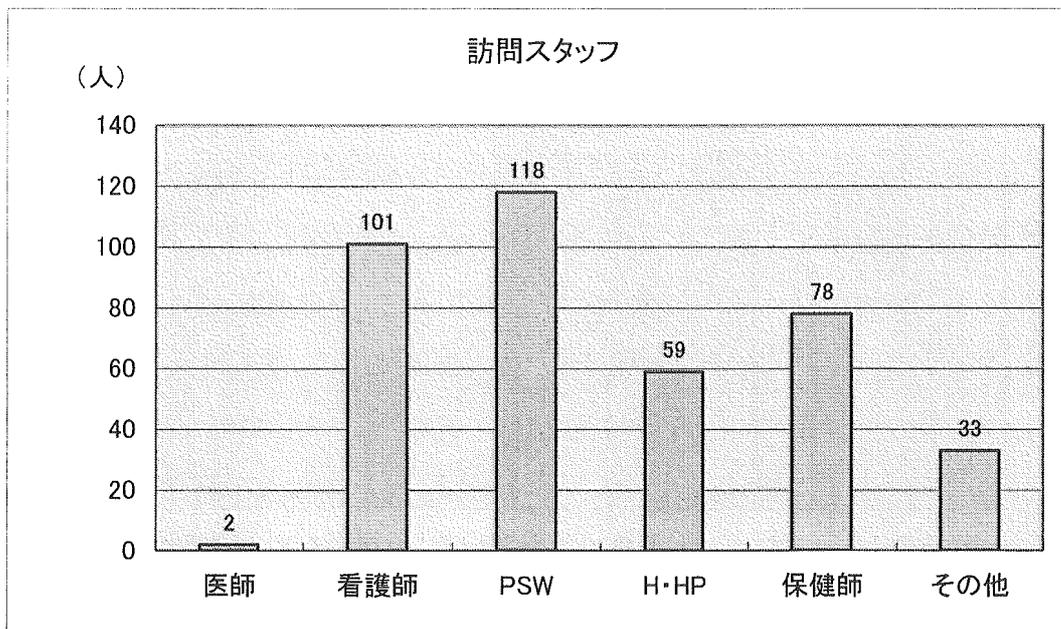
イ) 同居家族については、あてはまるもの全て



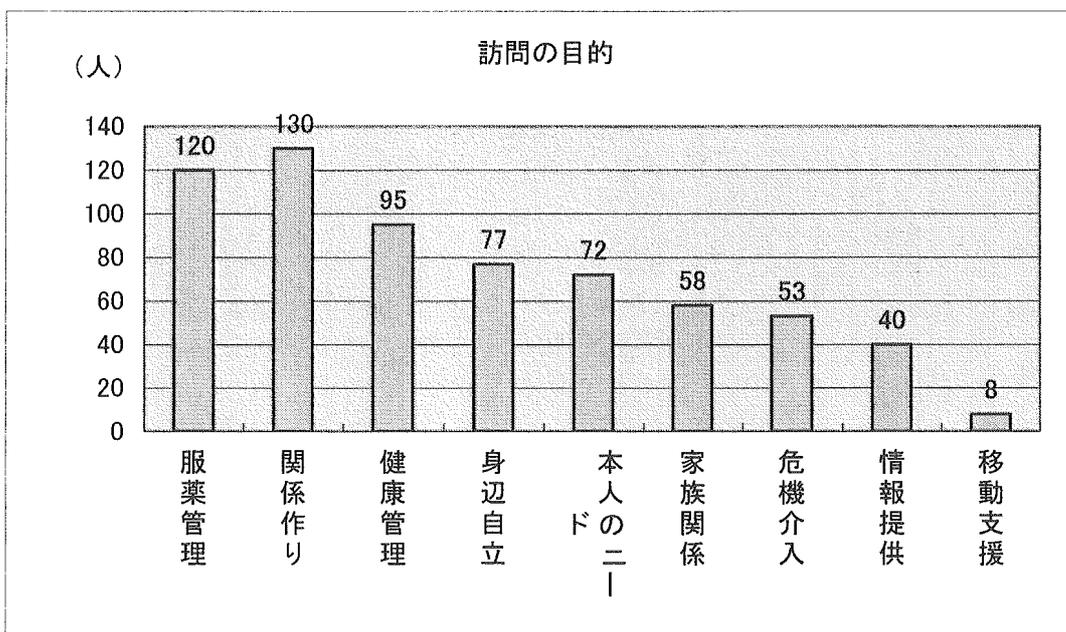
イ) 同居家族については、あてはまるもの全て



オ) 訪問スタッフについてはあてはまるもの全て
 注意: このグラフは【その2】のオ) 訪問スタッフについて尋ねた結果です。



カ) 訪問の目的はあてはまるもの3つまでを選んでください。



平成17年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた
生活支援と退院促進に関する研究
分担研究報告書

精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進
のあり方に関する研究

分担研究者 菅原 道哉（東邦大学医学部 精神神経科教室）

研究要旨

4種の研究をおこなった。

「精神障害者の社会参加に関わる要因分析」では、地域生活を送り、何らかの社会復帰サービスをうけている統合失調症の患者さんについて調査した。ICF に従い、調査票を作成した。社会参加と各変数の相関をもとに相関が有意な項目を説明関数とし、社会参加合計点を目的変数として重回帰分析をおこなった。その結果、活動性合計点と生活習慣の適正体重維持の2項目が重要な説明変数として選択された。地域で生活する統合失調患者さんにとっては、活動性、基本的な生活習慣の指標としての適正体重維持が社会参加に関連する要因であることが判った。

「WHO の「障害」定義にもとづく精神障害（統合失調症）と身体障害（ポリオ・脊髄損傷）との比較研究」では、精神障害と身体障害とに共通の尺度を用いて比較可能な障害の基礎資料を作る目的で本研究がおこなわれた。精神障害者の「社会参加」は脊髄損傷による身体障害とは移動制限のみに差が認められた。しかし精神障害の基本的な日常生活動作の障害が比較的軽度であるにもかかわらず、より重度の脊髄損傷と同程度の社会参加の制限を認める。精神障害者の支援では、保健・医療・福祉の核サービスを充実させるだけでなく、サービス全体について相談できることが特に重要であることが示された。

「Comparison of Bereitschaftspotentials (BP) in finger tasks among three schizophrenia patient groups」では、統合失調症患者では発症の初期段階から「協調運動」「連続運動」などですでに健常者と比し有意な障害が認められる。そこで生理学的指標として運動関連電位を、また実際の運動パフォーマンスの評価としてタッピング課題やペグボード課題などを用いて統合失調症における運動機能の評価を行った。その結果統複雑な運動負荷では統合失調症は、注意水準の安定維持に障害があり、適切な運動準備、遂行に困難を示すことがわかった。

「精神障害者のスポーツ参加による Q.O.L. への影響に関する研究」では、精神障害者のスポーツ振興を通して、精神障害・精神障害当事者への偏見・誤解を除去する啓発効果を促進させる方法論を検討した。

精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等
の健康増進のあり方に関する研究 報告 1

精神障害者の社会参加に関する要因分析

分担研究者 菅原 道哉 (東邦大学医学部 精神神経医学講座)
研究協力者 平部正樹 (東邦大学医学部医学科社会医学講座)

研究要旨

精神障害者について ICF の障害定義に基づいて調査し、社会参加に関する要因分析を行った。対象は、原疾患が統合失調症で、現在地域生活を送っており、なんらかの社会復帰サービスを受けている者である。調査参加の同意が得られた者は 171 人、うち 135 人が実際に調査に参加した。調査票は、対象者による自記式質問紙と、施設スタッフによる評価シートの 2 部から構成した。前者では、「対象者の特性」、「生活状況」、「生活習慣」、「活動」、「社会参加」、「健康サービス」、「生活満足度」について尋ねた。後者では施設スタッフに「精神症状」の客観評価を求めた。社会参加との相関が有意な項目は、生活習慣、活動性、精神症状等であった。重回帰分析の結果、活動性と適正体重維持の生活習慣が重要な項目であることが示された。

目的

医療・福祉・保健の対象者を生活者として包括的に捉え、実際の生活の場において生活の質 (Quality of Life: QOL) の向上と自己実現に向けて支援することは、国際的な動向となっている。障害者の自立と社会参加は、これと軌を一にしたものである。これに応じて WHO は、従来の国際疾病分類に加えて 1980 年に国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: ICIDH) を発表した。以来、いくつかの改変を経て、生活概念に基づいた国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) が 2001 年に

採択された。これは障害の分類であると同時に、新たな障害の定義に即して、当事者の生活の場における活動性や社会参加を測定するツールの開発でもあった。日本では 1993 年に障害者基本法が成立し、「精神障害」が医学的な疾病概念であるにとどまらず、生活概念でもあることが明確にされた。精神障害者の社会参加を考えるにあたり、当事者の生活を反映した実証的な研究が急務となった。

精神医療の実践においては、生活習慣や活動性などの生活情報は、臨床症状などの医学情報と平行して従来より重要視されてきたが、精神障害者の社会参加支援との関連においても、具体的に測定し、評価すべき重要な情報となった。

本研究では、地域に住む精神障害者を対象として疫学的調査を行い、精神障害者の

対象と方法

1. 対象と方法

本研究の調査対象は精神障害者である。具体的には、①原疾患が統合失調症であること、②現在地域生活を送っていること、③社会復帰サービスを受けていること、の3条件が揃う者とした。調査実施時期は2004年4月から2005年3月であった。調査開始にあたっては、3医療機関のデイケア部門・外来、11小規模作業所の施設責任者に調査を依頼した。説明を受けた者は349人であり、うち調査対象者の条件を満たさない者、その他、同意の得られない者を除いた171人を調査対象者とした。

調査票は対象者による自記式質問紙と、施設スタッフによる客観評価シートの2部から構成した。調査時には原則として、調査者と施設スタッフが同席し、必要に応じて回答を補助した。対象者からの調査票の回収数は135票、回収率は78.9%であり、これを分析対象者数とした。その内、施設スタッフからは115票の客観評価が回収された。本研究は東邦大学医学部倫理委員会の許可の下におこなわれた。

2. 調査票の構成

調査票はICFの構造に従い、対象者の「心身機能と身体構造」、「活動」、「参加」の3要素を把握するよう作成した。さらに、生活状況や生活習慣等を把握する8つの大項目が設けられた。このうち「精神症状」については、本人の自己評価だけでなく、施設スタッフによる客観評価も求めた。

「対象者の特性」の下位項目は、性別、現年齢、初回診断時年齢である。「生活状況」の下位項目は、就業、居住形態、介助者、障害年金、精神障害者保健福祉手帳である。「生活習慣」の下位項目にはBreslowの「7つの

社会参加に関連する生活要因について検討したので、ここに報告する。

健康習慣」を用いた。これは、定期的な運動、適正体重の維持、規則的な睡眠、朝食の摂取、喫煙、過度の飲酒、間食の7項目からなる。

「活動性」および「社会参加」は、WHOによるICIDH-2のβ2案を参考としつつ、ICFの「活動」と「参加」の領域・カテゴリー名、および評価基準をもとに作成した。「活動性」の下位項目は、注意、学習、思考、課題、理解、表現、連絡手段の利用、運搬、歩行、移動（交通機関の利用）、移動（運転）、入浴、トイレ、更衣、食事、健康管理、衣食住、家事、家族役割、人間関係、交流、教育、課題遂行、金銭管理、レクリエーションの25項目である。

「精神症状」は、ICFの「心身機能と身体構造」に相当する項目である。これには、BPRS（Brief Psychiatric Rating Scale）を用いて、本人と施設スタッフが同一項目を評価した。

3. 解析方法

データ解析には、SPSS ver. 13（SPSS Japan Inc.）を用いた。有意差検定は、連続変数にはt検定を、カテゴリ変数には χ^2 検定を用いた。「社会参加状況」とその他の項目については、Spearmanの順位相関係数を求めた。次いで、社会参加に関連する要因を抽出するため、重回帰分析を行った。社会参加合計点と単純相関が有意であった項目を説明変数として選び、社会参加合計点を目的変数として、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。モデルに用いる基準は $p < 0.10$ 、有意水準は $p < 0.05$ とした。

結果

1. 各項目の所見

1) 対象者の特性

表1に対象者の性別・年齢を示した。性別では男性の割合が65.2%と高かった。平均現

年齢は40.7歳で、30代が29.6%と最も多く、次いで40代が多かった。初回診断時年齢は平均16.2歳であり、現年齢と初回診断時年齢から算出した診断後経過年数は、平均24.1年であった。

2) 生活状況に関する要因

表2には「生活状況」の実数を示した。居住形態では同居が62.2%と最も高く、次いで単身が23.0%で、グループホームは9.6%であった。また、身近に介助者が必要であると回答した者は80.0%と高率であったが、うち9.3%には介助者がいなかった。主たる介助者は、父母が50.4%と過半数を占め、次いで同胞9.6%、介助専門職5.9%であった。就業状況については性差があり、女性で家事就労の割合が相対的に高かったが、就業していない者の割合が最も高い点では男女とも一致していた。障害年金を受けている者は66.7%、精神障害者保健福祉手帳を持っている者は74.1%であった。

3) 生活習慣

「生活習慣」7項目の実数を(表1)に詳述した。規則的な睡眠をとっている者は74.8%、朝食を摂取している者は70.4%、適正体重を維持している者は49.6%、定期的運動を行っている者は36.3%であった。7項目の内的構造を探るため、バリマックス回転による因子分析を行ったところ、2因子が得られた。第1因子には、適正体重維持、規則的睡眠、朝食摂取、定期的運動の因子負荷量が高かったため、「基本的な生活習慣因子」と名付けた。第2因子には、間食、過度の飲酒、喫煙の因子負荷量が高かったため、「付加的な生活習慣因子」と名付けた。

4) 社会参加の各項目と社会参加合計点

本研究における「社会参加」10項目の実数を表2に示した。社会参加に制約がないか軽度と回答した者は、移動の項目で76.3%と最も高く、次いで情報交換74.8%、金銭管理

64.4%であった。逆に、できないか重度の制約があると回答した者は、夫婦・異性関係の項目で23.7%と最も高く、次いで仕事19.3%、教育16.3%、地域活動15.6%であった。

社会参加10項目の内的構造を探るため、因子分析を行ったところ、主成分解により抽出された成分が1個に集約した。これを参考にして、10項目の単純加算値である社会参加合計点を社会参加の代表値として採用した。

2. 社会参加と各変数の関連

社会参加10項目を代表する値として社会参加合計点に注目し、表5に、その合計点と各変数との単純相関を示した。社会参加合計点と性別・年齢とは有意な相関がなかったが、初回診断時年齢が若年であるほど社会参加の制約が大きかった。生活状況では、就業していない者で社会参加の制約が大きかった。生活習慣については、適正体重が維持されていない者、規則的な睡眠をとっていない者で、社会参加の制約が大きかった。

活動状況では運転以外の全項目で社会参加合計点と高い正の相関があり、活動が制限されている者ほど社会参加の制約が大きかった。

3. 社会参加に関する要因分析 (表3)

単純相関が有意であった上記項目から、特に、社会参加合計点と関連性の高い要因を同定するよう試みた。その結果、活動状況の活動性合計点($\beta=0.819, p<0.001$)と生活習慣の適正体重維持($\beta=-0.167, p<0.01$)の2項目が、重要な説明変数として選択された($R^2_{adjusted}=0.734$)。つまり、活動性合計点と適正体重の維持が社会参加と関連する要因であった。

考察

1. 精神障害者の社会参加に関連する要因

本研究では、ICFの構造に則って、社会参加に関連する要因を検討した。健康に関する生活情報において、「生活習慣」は健康維持

に重要な要因である。本研究における対象者は、夫婦・異性関係、仕事、地域活動、教育の項目で社会参加に大きな制約が認められ、異性との親密な関係の困難や、就業機会の少なさ、地域社会への関わりに困難があることがうかがわれた。また、仕事や教育での制約の大きさは、初回診断時年齢とも負の相関があり、早期の発症によって学業が中断されることや、生涯を通じた学習の機会が制限されていることが関連していると考えられる。精神障害者の雇用機会増大や、教育機会増大の必要性については、既に繰り返し指摘されていることであるが、本研究においてもその必要性が裏付けられた。

社会参加合計点と他の項目との相関では、診断時年齢、適正体重維持や規則的睡眠の生活習慣、活動性、精神症状などが有意であった。このなかで、重回帰分析によって選択された要因は、活動性合計点と適正体重維持の2要因であった。

体重は生活の自己管理の帰結であり、精神障害者は自らの健康管理に困難があることがうかがわれる。本研究での因子分析では、生活習慣については、適正体重維持、規則的睡眠、朝食摂取、定期的運動が基本的な生活習慣因子として1つの項目群を形成していた。つまり、適正体重維持のみが重要であるというよりも基本的な生活習慣因子の項目全体の重要性から、それらを代表して適正体重の維持が選択されたと解するのが妥当であろう。なお、Breslowらを中心とした米国立衛生研究所

(National Human Population Laboratory: HPL) の調査では、日常的な行動の方がリスク要因に曝露する機会が高いために、より高リスクとなりやすいことが指摘されているが、これは本研究の結果とも合致している。

重回帰分析の結果で、活動性の項目が選ばれ、精神症状の項目が選ばれなかった点については、精神症状が社会参加と関連していることが先行研究で示されている。精神症状は、

実際にはICFの機能障害に該当することが多いといわれており、ICFの障害モデルでは、機能障害、活動性の制限、社会参加の制約の3要素は互いが関連しあうとされている。重回帰分析の結果、精神症状よりも活動性のほうが社会参加に関連が強いこと、および、精神症状と活動性との相関が高いことにより、精神症状は変数として抽出されなかったものと考えられる。つまり、重回帰分析の結果は、生活支援とケアマネジメントにおいて、精神症状以上にその活動性が無視し得ない重要な項目であることを示唆していると言えよう。

本研究で得られた所見は、社会復帰に関与している者の常識に近いものであったと思われる。しかし、そのような結果が実際に数量化して得られたことにより、精神障害者の生活支援とケアマネジメントにおいて、これらの尺度を積極的に導入する手がかりを提供できたものとする。ただし、本研究が精神障害者の自立と社会参加、並びに生活支援側の方法論の確立への一助となるためには、現場で働く者が、本研究で取り上げた各項目を實踐で試用していく必要があるだろう。また、本研究で得た所見が、精神障害以外の知的障害や身体障害にも共通なものか、あるいは統合失調症という原疾患に固有なものか等、重大な課題が多く残された。筆者は「障害」として共通な所見があるとの印象を受けているが、これは今後の研究に残された課題である。

結論

本研究では統合失調症による精神障害者の社会参加と、これに関連する生活要因について検討した。調査項目として、ICF、Breslowの7つの健康習慣、BPRSを用いたところ、ICFの障害概念の3構成要素である機能、活動、社会参加から精神障害者の生活を包括的に捉えることが可能であった。精神障害者の社会参加に関連する要因として選ばれたのは、活動性、および、適正体重維持に見られるよう

な基本的な生活習慣であった

学会発表

1. 平部正樹：期間限定の構造がカウンセリングに与える影響、第11回日本語臨床研究会、平成16年4月24日、25日、上智大学
2. 平部正樹、藤代有美子、城川美樹、熊倉伸宏、菅原道哉、矢野英雄：精神障害者による精神症状の把握、第64回日本公衆衛生学会、平成17年8月、札幌

表1 生活習慣

項目	男性		女性		全体		有意差
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
基本的な生活習慣因子							
定期的運動							n. s.
あり	32	(36.4)	17	(36.2)	49	(36.3)	
なし	50	(56.8)	29	(61.7)	79	(58.5)	
無回答	6	(6.8)	1	(2.1)	7	(5.2)	
適正体重維持							n. s.
あり	45	(51.1)	22	(46.8)	67	(49.6)	
なし	35	(39.8)	22	(46.8)	57	(42.2)	
無回答	8	(9.1)	3	(6.4)	11	(8.1)	
規則的睡眠							n. s.
あり	66	(75.0)	35	(74.5)	101	(74.8)	
なし	19	(21.6)	10	(21.3)	29	(21.5)	
無回答	3	(3.4)	2	(4.3)	5	(3.7)	
朝食摂取							n. s.
あり	59	(67.0)	36	(76.6)	95	(70.4)	
なし	26	(29.5)	7	(14.9)	33	(24.4)	
無回答	3	(3.4)	4	(8.5)	7	(5.2)	
付加的生活習慣因子							
喫煙							***
あり	56	(63.6)	14	(29.8)	70	(51.9)	
なし	29	(33.0)	30	(63.8)	59	(43.7)	
無回答	3	(3.4)	3	(6.4)	6	(4.4)	
過度の飲酒							n. s.
あり	6	(6.8)	0	(0.0)	6	(4.4)	
なし	73	(83.0)	44	(93.6)	117	(86.7)	
無回答	9	(10.2)	3	(6.4)	12	(8.9)	
間食							n. s.
あり	40	(45.5)	28	(59.6)	68	(50.4)	
なし	44	(50.0)	16	(34.0)	60	(44.4)	
無回答	4	(4.5)	3	(6.4)	7	(5.2)	

注1) 度数は、性別のみ横100%、他の項目は縦100%である。

注2) χ^2 -testで、*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$ を示す。

表2 社会参加

N=135

項目	制約なし		軽度制約		中等度制約		重度制約		できない		無回答	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
健康管理	43	(31.9)	48	(35.6)	24	(17.8)	9	(6.7)	6	(4.4)	5	(3.7)
移動	79	(58.5)	24	(17.8)	20	(14.8)	7	(5.2)	1	(0.7)	4	(3.0)
交流	48	(35.6)	32	(23.7)	38	(28.1)	9	(6.7)	4	(3.0)	4	(3.0)
情報交換	77	(57.0)	24	(17.8)	20	(14.8)	8	(5.9)	1	(0.7)	5	(3.7)
家族役割	50	(37.0)	34	(25.2)	26	(19.3)	12	(8.9)	8	(5.9)	5	(3.7)
夫婦・異性関係	51	(37.8)	14	(10.4)	23	(17.0)	12	(8.9)	20	(14.8)	15	(11.1)
仕事	39	(28.9)	33	(24.4)	29	(21.5)	14	(10.4)	12	(8.9)	8	(5.9)
金銭管理	61	(45.2)	26	(19.3)	24	(17.8)	10	(7.4)	9	(6.7)	5	(3.7)
地域活動	46	(34.1)	34	(25.2)	29	(21.5)	12	(8.9)	9	(6.7)	5	(3.7)
教育	58	(43.0)	20	(14.8)	28	(20.7)	11	(8.1)	11	(8.1)	7	(5.2)

表3 社会参加と他要因との相関

	社会参加	健康管理	移動	交流	情報交換	家族役割	夫婦・異性 関係	仕事	金銭管理	地域活動	教育	社会参加 合計点
属性												
性別	0.02	0.17 *	0.03	-0.05	0.05	0.00	0.00	-0.08	-0.01	0.00	-0.01	-0.04
年齢	0.08	0.05	-0.01	-0.03	0.01	0.01	0.01	-0.16	-0.03	-0.02	0.00	-0.05
診断時年齢	-0.11	-0.15	-0.08	-0.11	-0.17	-0.12	-0.30 **	-0.09	-0.12	-0.12	-0.22 *	-0.21 *
診断後経過年数	0.13	0.17 *	0.01	0.00	0.13	0.11	0.03	0.07	0.03	0.16	0.09	0.09
生活状況												
就業:有無	-0.08	-0.11	-0.16	-0.16	-0.18 *	-0.06	-0.28 **	0.00	-0.19 *	-0.13	-0.19 *	-0.19 *
居住形態:有無	0.07	0.08	0.07	0.09	0.10	-0.06	0.02	0.10	0.10	0.13	0.06	0.06
介助者:有無	0.21 *	-0.02	-0.03	0.01	-0.03	0.09	0.04	0.04	-0.04	-0.07	0.00	0.00
障害年金:有無	0.13	0.26 **	0.15	0.12	0.14	-0.02	0.10	0.07	0.15	0.16	0.13	0.13
障害手帳:有無	0.21 *	0.19 *	0.10	0.06	0.16	-0.01	0.00	0.10	0.09	-0.01	0.05	0.05
生活習慣(Breslow)												
定期的運動	-0.09	0.04	0.02	-0.02	0.11	-0.01	0.02	-0.08	-0.05	-0.02	-0.02	-0.02
適正体重維持	-0.20 *	-0.06	-0.13	-0.18 *	-0.16	-0.22 *	-0.16	-0.19 *	-0.21 *	-0.09	-0.26 **	-0.26 **
規則的睡眠	-0.06	-0.07	-0.16	-0.11	-0.20 *	-0.14	-0.23 *	-0.04	-0.18 *	-0.29 *	-0.22 *	-0.22 *
朝食摂取	0.05	0.02	-0.01	-0.15	0.02	0.07	-0.01	-0.11	-0.06	0.07	-0.01	-0.01
喫煙	-0.04	0.10	0.08	0.03	-0.03	-0.18 *	-0.08	-0.04	0.06	-0.01	-0.06	-0.06
過度の飲酒	-0.05	-0.04	-0.04	0.00	-0.09	-0.10	0.00	0.02	-0.09	-0.02	-0.03	-0.03
間食	0.11	0.00	0.16	0.09	0.05	0.22 *	0.09	0.03	0.09	0.09	-0.06	0.15
生活習慣合計点	0.09	0.05	0.16	0.16	0.06	0.10	0.11	0.13	0.21 *	0.09	0.16	0.16
活動性												
注意	0.35 ***	0.48 ***	0.32 ***	0.36 ***	0.40 ***	0.21 *	0.30 **	0.28 **	0.28 **	0.38 ***	0.42 ***	0.42 ***
学習	0.39 ***	0.29 **	0.33 ***	0.22 *	0.50 ***	0.31 **	0.43 ***	0.28 **	0.30 **	0.50 ***	0.45 ***	0.45 ***
思考	0.50 ***	0.42 ***	0.51 ***	0.30 **	0.49 ***	0.36 ***	0.40 ***	0.31 **	0.30 **	0.41 ***	0.51 ***	0.51 ***
課題	0.36 ***	0.38 ***	0.39 ***	0.30 **	0.43 ***	0.38 ***	0.47 ***	0.30 **	0.35 ***	0.49 ***	0.52 ***	0.52 ***
理解	0.32 ***	0.36 ***	0.49 ***	0.41 ***	0.49 ***	0.40 ***	0.47 ***	0.36 ***	0.44 ***	0.53 ***	0.57 ***	0.57 ***
表現	0.50 ***	0.46 ***	0.61 ***	0.42 ***	0.47 ***	0.39 ***	0.41 ***	0.35 ***	0.44 ***	0.42 ***	0.60 ***	0.60 ***
連絡手段の利用	0.24 *	0.32 **	0.44 ***	0.56 ***	0.40 ***	0.49 ***	0.37 ***	0.28 **	0.37 ***	0.44 ***	0.54 ***	0.54 ***
運搬	0.37 ***	0.36 ***	0.34 ***	0.21 *	0.32 ***	0.15	0.25 **	0.21 *	0.25 **	0.34 ***	0.33 **	0.33 **
歩行	0.51 ***	0.52 ***	0.42 ***	0.42 ***	0.40 ***	0.22 *	0.24 *	0.28 **	0.31 **	0.35 ***	0.46 ***	0.46 ***
移動(交通機関の利用)	0.41 ***	0.44 ***	0.33 ***	0.35 ***	0.38 ***	0.21 *	0.39 ***	0.31 **	0.36 ***	0.42 ***	0.46 ***	0.46 ***
移動(運転)	0.21 *	0.23 *	0.10	0.04	0.19	0.07	0.09	0.02	0.13	0.19	0.12	0.12
入浴	0.49 ***	0.44 ***	0.29 **	0.30 **	0.31 **	0.21 *	0.27 **	0.19 *	0.30 **	0.30 **	0.40 ***	0.40 ***
トイレ	0.33 ***	0.39 ***	0.31 **	0.29 **	0.33 ***	0.19 *	0.30 **	0.26 **	0.37 ***	0.38 ***	0.39 ***	0.39 ***
更衣	0.27 **	0.26 **	0.34 ***	0.25 **	0.24 *	0.06	0.13	0.15	0.24 **	0.20 *	0.27 **	0.27 **
食事	0.34 ***	0.38 ***	0.35 ***	0.34 ***	0.25 **	0.09	0.17	0.22 *	0.35 ***	0.26 **	0.34 ***	0.34 ***
健康管理	0.62 ***	0.43 ***	0.33 ***	0.28 **	0.42 ***	0.35 ***	0.30 **	0.35 ***	0.34 ***	0.38 ***	0.53 ***	0.53 ***
衣食住	0.55 ***	0.39 ***	0.29 **	0.28 **	0.36 ***	0.38 ***	0.34 ***	0.35 ***	0.26 **	0.37 ***	0.50 ***	0.50 ***
家事	0.57 ***	0.36 ***	0.24 **	0.14	0.39 ***	0.30 **	0.36 ***	0.43 ***	0.19 *	0.26 **	0.44 ***	0.44 ***
家族役割	0.47 ***	0.34 ***	0.34 ***	0.36 ***	0.59 ***	0.42 ***	0.47 ***	0.47 ***	0.24 *	0.37 ***	0.55 ***	0.55 ***
人間関係	0.42 ***	0.25 **	0.49 ***	0.41 ***	0.42 ***	0.50 ***	0.45 ***	0.29 **	0.37 ***	0.34 ***	0.56 ***	0.56 ***
交流	0.42 ***	0.25 **	0.57 ***	0.50 ***	0.34 ***	0.39 ***	0.40 ***	0.39 ***	0.39 ***	0.29 **	0.52 ***	0.52 ***
教育	0.31 **	0.36 ***	0.41 ***	0.31 **	0.45 ***	0.47 ***	0.55 ***	0.42 ***	0.43 ***	0.68 ***	0.60 ***	0.60 ***
課題遂行	0.32 ***	0.21 *	0.36 ***	0.27 **	0.35 ***	0.44 ***	0.45 ***	0.35 ***	0.34 ***	0.48 ***	0.51 ***	0.51 ***
金銭管理	0.41 ***	0.30 **	0.30 **	0.28 **	0.37 ***	0.35 ***	0.39 ***	0.74 ***	0.37 ***	0.31 **	0.51 ***	0.51 ***
レクリエーション	0.40 ***	0.40 ***	0.43 ***	0.32 ***	0.40 ***	0.33 ***	0.44 ***	0.36 ***	0.40 ***	0.37 ***	0.49 ***	0.49 ***
活動性合計点	0.60 ***	0.54 ***	0.56 ***	0.46 ***	0.62 ***	0.52 ***	0.62 ***	0.54 ***	0.52 ***	0.66 ***	0.76 ***	0.76 ***
精神症状(BPRS)												
心氣的訴え	0.26 ***	0.24 *	0.02	0.07	0.20 *	0.05	0.15	0.28 **	0.18	0.27 **	0.19	0.19
不安	0.38 ***	0.37 ***	0.23 *	0.24 *	0.37 ***	0.23 *	0.32 **	0.31 **	0.35 ***	0.41 ***	0.39 ***	0.39 ***
感情的ひきこもり	0.12	0.16	0.20 *	0.25 **	0.21 *	0.11	0.25 **	0.18	0.19 *	0.25 **	0.25 *	0.25 *
思考解体	0.07	0.23 *	0.07	0.10	0.23 *	-0.06	0.15	0.19 *	0.10	0.22 *	0.17	0.17
罪業感	0.24 *	0.36 ***	0.15	0.25 **	0.30 **	0.14	0.16	0.16	0.24 *	0.13	0.25 *	0.25 *
緊張	0.15	0.24 *	0.13	0.16	0.21 *	0.08	0.14	0.16	0.17	0.22 *	0.22 *	0.22 *
衝動的行動・姿勢	0.02	0.08	0.00	0.07	0.08	-0.06	-0.03	0.06	0.01	0.08	0.02	0.02
誇大性	0.08	0.04	-0.16	0.02	0.05	0.03	0.01	0.08	-0.11	0.04	0.05	0.05
抑うつ気分	0.29 **	0.18	0.09	0.15	0.31 **	0.20 *	0.30 **	0.24 *	0.21 *	0.23 *	0.27 **	0.27 **
敵意	0.06	0.13	0.07	0.12	0.28 **	0.04	0.06	0.10	0.07	0.06	0.13	0.13
疑惑	0.14	0.22 *	0.09	0.18	0.25 *	0.09	0.16	0.16	0.15	0.21 *	0.21 *	0.21 *
幻覚様行動	0.13	0.32 **	0.30 **	0.33 ***	0.23 *	0.11	0.15	0.17	0.19 *	0.29 **	0.26 **	0.26 **
運動減退	0.11	0.22 *	0.13	0.14	0.21 *	0.05	0.13	0.29 **	0.15	0.30 **	0.24 *	0.24 *
非協調性	0.00	0.21 *	0.08	0.18	0.20 *	0.03	0.11	0.14	0.10	0.19	0.17	0.17
思考内容の異常	0.11	0.27 **	0.11	0.23 *	0.25 *	0.13	0.21 *	0.19	0.17	0.24 *	0.27 **	0.27 **
感情鈍麻	0.07	0.15	0.14	0.08	0.18	0.08	0.15	0.19	0.21 *	0.22 *	0.22 *	0.22 *
精神運動興奮	0.14	0.25 **	0.03	0.12	0.33 **	0.06	0.18	0.09	0.13	0.13	0.22 *	0.22 *
失見当識	0.09	0.27 **	0.05	0.17	0.30 **	0.06	0.18	0.29 **	0.16	0.27 **	0.24 *	0.24 *
BPRS合計点	0.15	0.27 **	0.08	0.18	0.31 **	0.09	0.21 *	0.27 **	0.17	0.25 *	0.27 **	0.27 **

注) Spearmanの順位相関で、*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001を示す。

精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等
の健康増進のあり方に関する研究 報告2

WHOの「障害」定義にもとづく精神障害（統合失調症）と身体障害（ポリオ・
脊椎損傷）との比較研究

分担研究者 菅原 道哉（東邦大学医学部 精神神経医学講座）
研究協力者 藤城 有美子（東邦大学医学部医学科社会医学講座）

研究要旨

本研究ではWHOの「障害」定義に基づいて疫学調査を実施し、精神障害と身体障害の「障害」比較を試みた。精神障害の原疾患は統合失調症、身体障害の原疾患はポリオと脊椎損傷である。調査への参加に同意が得られた者は、統合失調症171人、ポリオ976人、脊椎損傷で1,181人、回収数は、統合失調症135人、ポリオ538人、脊椎損傷で519人であった。「活動性」については、基本的日常生活動作の制限は身体障害者の方が大きかったが、手段的日常生活動作では両障害の差があまりなく、通信機器の使用では精神障害の制限が大きかった。精神障害者の「社会参加」は、脊椎損傷とは殆どの項目で差がなかった。「健康サービス」では、サービスの必要度も満足度も精神障害で高かった。WHOの障害概念を用いた「障害」の共通評価には、利点と限界があることが明らかになった。

目的

WHOの「障害」概念の定義は、心身機能と身体構造(body functions and body structures)、活動(activity)、社会参加(participation)の3つの構成要素と、その背景要因として環境因子と個人因子を想定する^{24, 25)}。このような障害の定義は、身体・知的・精神の障害種別にかかわらず障害全体を包括することで、各障害間に平等な社会参加と生活支援を保障する。「障害」を一本化する動向は、現在グローバルなものとなっている。

精神障害は精神の疾病(disease)であり、かつ精神疾患による生活機能の障害(disability)である。後者における「障害」は、障害者一般に適応される生活概念である。生活機能の障害として各種障害を一本化する試みは、社会参加と生活支援に向け

て各種障害者が平等な権利を行使する基盤を形成する。長年疾病治療の対象であった精神障害についても、生活機能の観点から他の障害と同一の基準を用いて測定し、各種障害間で比較可能な基礎資料を作成する必要がある。より緻密な支援には、各種障害に共通の問題と精神障害特有の問題点を明らかにする基礎資料の蓄積が必須である。WHOの「障害」定義はこのような試みを可能にしたが、各種障害間の比較研究はまだ報告されていない。

本論文ではWHOの「障害」概念の定義に基づいて疫学調査を実施し、精神障害と身体障害の「障害」の測定、比較を試みた。著者らは障害福祉研究に関する長期的プロジェクトを組織しており、身体障害については、既に疫学調査を行っている^{5, 6, 7, 8, 15, 18)}。同プロジェクトの一環に、精神障害を対象とした調査を

組み込むことにより、精神障害と身体障害の比較が可能になったので、その成果をここに報告する。

方法

1. 対象

本研究における精神障害者の原疾患は統合失調症 (ICD-10: F20) である。一方、これと比較する身体障害者の原疾患は、急性灰白髄炎 (以下、ポリオ) および外傷性脊髄損傷 (以下、脊髄損傷) である。ともに、現在、地域生活を営んでおり、かつ、いずれかの時点でなんらかの社会復帰サービスを要した者とした。

精神障害の調査対象者は、3 医療機関のデイケア部門・外来、11 小規模作業所の施設責任者に依頼し、施設スタッフの協力を得て対象者の選択を行った。病状や生活状況、治療関係等を考慮して、調査への参加が不適切であると判断した者は対象の候補から除外した。条件に合致した者には調査についての説明を行った。説明を受けた者は統合失調症患者 349 人であり、うち 171 人から参加への同意が得られた。2004 年 4 月から 2005 年 3 月に、対象者の通院・通所機関にて自記式調査票を直接配布・回収した。調査時には原則として、調査者と施設スタッフが同席し、必要に応じて回答の介助を行った。

身体障害の調査対象者は、1999 年 1 月から継続して実施している長期プロジェクトへの参加者であり、前回参加時にその後の参加にも同意を表明している。本調査は 1999 年 10 月から 2000 年 3 月に、自記式調査票を郵送法により配布・回収した。ポリオでは 16 の医療機関・障害者施設・団体に所属する 976 人、脊髄損傷では 9 医療機関・障害者団体に所属する 1,181 人を対象とした。

回収数は、統合失調症を原疾患とする精神障害者では 135 票 (回収率 78.9%)、ポリオを原疾患とする身体障害者では 583 票 (回収

率 59.7%)、脊髄損傷を原疾患とする身体障害者では 519 票 (回収率 43.9%) であった。本研究は東邦大学医学部倫理委員会の許可の下におこなわれた。

2. 調査票の構成

調査票は各障害群に共通な部分と障害固有の部分からなる。本研究は障害間比較が目的であるため、障害固有の項目は分析対象外とした。共通項目は、対象者の特性に関する項目と「障害」を評定する項目からなる。対象者の特性の項目は、性別、現年齢、発症・受傷時年齢 (精神障害では初回診断時年齢) である。「障害」の評定には、WHO の障害概念の構成要素に従い、4 つの大項目、すなわち、「心身の状態」、「活動性」、「社会参加」と、障害の背景要因として「健康サービス」を設定した。「活動性」と「社会参加」の項目は、ICIDH-2 (国際障害分類) の $\beta 2$ 案 (1999) の領域・カテゴリー名、評価基準をもとに作成した。2001 年に ICF (国際生活機能分類) ¹⁾ が採択されたため、精神障害者用の調査票を作成するにあたっては新旧の障害分類を照合し、調査項目を調整した。

「活動性」の大項目には、障害間に共通の下位項目として、課題遂行、連絡手段、運搬、歩行、移動 (乗客)、移動 (運転)、入浴、トイレ、更衣、食事、家事、家族役割、金銭管理、レクリエーションの 14 項目がある。その 14 項目はそれぞれ「活動制限度」と「活動アシスト度」から評価される。「活動制限度」は「制限なくできる : 0 点」から「できない : 4 点」の 5 段階評価、「活動アシスト度」は「介助・補助具ともに利用せず : 0 点」、「補助具のみ利用 : 1 点」、「介助のみ利用 : 2 点」、「介助・補助具ともに利用 : 3 点」の 4 段階評価である。ただし、精神障害者については補助具の使用がないことから、活動アシスト度は 0 点と 2 点のみとし、さらに、回答者の混乱を避けるために、調査票上はそれぞれ「介助を受けていない」と「介助を受け