

ている」と表記した。

「社会参加」の大項目は、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、教育の10項目からなり、それぞれ「社会参加制約度」と「社会参加不満足度」から評価される。「社会参加制約度」は「制約なくできる：0点」から「できない：4点」の5段階、「社会参加不満足度」は「十分満足している：0点」から「全く満足していない：4点」の5段階である。

「健康サービス」の大項目は、保健、医療、福祉、コーディネイトの4項目からなり、それぞれ「健康サービス必要度」と「健康サービス不満足度」から評価される。「健康サービス必要度」は「全く必要ない：0点」から「非常に必要としている：4点」の5段階評価、「健康サービス不満足度」は「十分満足している：0点」から「全く満足していない：4点」の5段階評価である。

「心身の状態」は、原疾患に大きく依存し、共通の下位項目を設けることが実際的でなかったため、本論文の対象外とした。なお、ここで使用した障害固有項目は、精神障害者の調査では、BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) を元に作成した精神症状の自己把握尺度、身体障害者の調査では障害の二次的悪化や合併症にかかわる項目であった。

### 3. 解析方法

データ解析にはSPSS ver. 13 (SPSS Japan Inc.) を用いた。精神障害 (統合失調症) と身体障害 (ポリオ、脊髄損傷) を比較する検定手法として、カテゴリー変数には $\chi^2$ 検定、連続変数にはt検定を用いた。障害の程度 (活動性、社会参加、健康サービス) の性・年齢調整には一般線形モデル (generalized linear model: GLM) を使用した。

## 結果

### 1. 回答者の基本情報 (表1)

回答者の特性を表1に示す。平均現年齢はポリオ53.5歳に対して統合失調症40.1歳と低く、平均発症・受傷年齢はポリオ2.4歳に対して統合失調症24.0歳と高かった。また、現年齢と発症・受傷時年齢の値を用いて発症・受傷後経過年数を算出すると、平均発症・受傷後経過年数はポリオ51.1年に対して統合失調症16.0年と短期であった。

平均現年齢は脊髄損傷45.1歳、平均発症・受傷年齢は脊髄損傷30.0歳で、ともに統合失調症の方が低かった。また、現年齢と発症・受傷時年齢の値を用いて発症・受傷後経過年数を算出すると、平均発症・受傷後経過年数は脊髄損傷15.2年で、統合失調症との差は有意でなかった。

### 2. 「活動性」

「活動性」の活動制限度と活動アシスト度を表2に示す。さらに、性・年齢で調整した値を表3に示す。また、図1-1、図1-2は、活動度と活動自立度の平均値をレーダーチャートで示したものである。活動度は表2の活動制限度の尺度を、活動自立度は活動アシスト度の尺度を逆転させた値である。国際障害分類では障害が大きいほど評価点が高くなるが、本図では、生活機能の欠損部分を分かり易くするためレーダーチャートの外側が障害のない状態となるよう再計算して図示した。以下、社会参加、健康サービスのレーダーチャートについても同様である。

#### ①活動制限度の比較

図1-1、図1-2は、活動度、活動自立度の平均値をレーダーチャートで示した。活動性14項目について統合失調症とポリオを比較したところ、統合失調症で制限が大きいのは、連絡手段の1項目であった。制限が小さいのは、運搬、歩行、移動 (乗客)、移動 (運転)、入浴、トイレ、更衣、レクリエーションの8項目であった。両疾患では性・年齢の構成が有意に異なったため、性・年齢で調整を行ったところ、統合失調症で制限が大きいのは、

連絡手段に、課題遂行、食事、家事、家族役割を加えた5項目となった。制限が小さいのは、運搬、歩行、移動(乗客)、レクリエーションの4項目となり、移動(運転)、入浴、トイレ、更衣の有意差はなくなった。

次に、統合失調症と脊髄損傷を比較したところ、統合失調症で制限が大きい項目はなく、小さいのは、課題遂行、運搬、歩行、移動(乗客)、移動(運転)、入浴、トイレ、更衣、食事、家事、金銭管理、レクリエーションの12項目であった。性・年齢で調整すると、課題遂行の有意差はなくなり、連絡手段の項目では統合失調症の制限の方が大きくなった。

#### ②活動アシスト度の比較

「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段階評価であるが、精神障害では補助具の利用がないため、とりうる値は0点と2点のみとなる。活動性14項目について統合失調症とポリオを比較したところ、統合失調症でアシスト度が高いのは、課題遂行、連絡手段の2項目であった。アシスト度が低いのは、運搬、歩行、移動(乗客)、移動(運転)、入浴、トイレ、更衣、レクリエーションの8項目であった。性・年齢で調整すると、統合失調症でアシスト度が高いのは、調整前の2項目に家事、家族役割、金銭管理を加えた計5項目となった。アシスト度が低いのは、運搬、歩行、移動(乗客)、移動(運転)、トイレの5項目となり、入浴、更衣、レクリエーションの有意差はなくなった。

次に、統合失調症と脊髄損傷を比較したところ、課題遂行と連絡手段以外の全ての項目で、統合失調症のアシスト度が低かった。性・年齢で調整しても同様の結果であった。

### 3. 「社会参加」

図2-1、図2-2は、社会参加度と社会参加満足度の平均値をレーダーチャートで示した

ものである。

#### ①社会参加制約度の比較

社会参加10項目について統合失調症とポリオを比較したところ、統合失調症で制約が大きいのは、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、教育の8項目であった。制約が小さいのは、移動の1項目であった。性・年齢で調整すると、統合失調症で制約が大きいのは、調整前の8項目に健康管理を加えた計9項目となった。移動の有意差はなくなった。次に、統合失調症と脊髄損傷を比較したところ、統合失調症で制約が大きい項目はなく、制約が小さいのは移動の1項目で、それ以外の項目では有意差がなかった。性・年齢で調整しても、同様の結果であった。

#### ②社会参加満足度の比較

社会参加10項目について統合失調症とポリオを比較したところ、統合失調症で満足度が高いのは、移動の1項目であった。満足度が低いのは、交流、情報交換、家族役割、夫婦・異性関係、仕事、教育の6項目であった。性・年齢で調整すると、移動の有意差はなくなり、また、調整前の6項目に金銭管理、地域活動を加えた8項目で、統合失調症の満足度が低くなった。次に、統合失調症と脊髄損傷を比較したところ、統合失調症で満足度が高いのは、健康管理、移動、教育の3項目で、それ以外の項目では有意差がなかった。性・年齢で調整を行っても、同様の結果であった。

### 4. 「健康サービス」

#### ①健康サービス必要度の比較

図3-1、図3-2は、健康サービス度と健康サービス満足度の平均値をレーダーチャートで示したものである。健康サービス4項目について統合失調症とポリオを比較したところ、保健、医療、福祉、コーディネイトの4項目全てで、統合失調症はポリオよりも必要度が高かった。性・年齢で調整を行っても、同様

の結果であった。次に、統合失調症と脊髄損傷を比較したところ、福祉とコーディネイトの2項目では統合失調症の方が必要度が高く、残りの2項目では有意差がなかった。性・年齢で調整を行っても、同様の結果であった。

## ②健康サービス満足度の比較

健康サービス4項目について統合失調症とポリオを比較したところ、保健、医療、福祉、コーディネイトの4項目全てで、統合失調症はポリオよりも満足度が高かった。性・年齢で調整を行っても、同様の結果であった。次に、統合失調症と脊髄損傷を比較したところ、4項目全てで統合失調症は脊髄損傷よりも満足度が大きかった。性・年齢で調整を行っても、同様の結果であった。

## 考察

### 1. 障害比較

#### 1) 活動性

「活動性」の14項目について、基本的日常生活動作（basic activity of daily living: BADL）と手段的日常生活動作（instrumental ADL: IADL）という観点から見ると、運搬、歩行、入浴、トイレ、更衣、食事の6項目はBADLに、それ以外の8項目はIADLに相当する。BADLに相当する項目では、精神障害者の活動度は比較的高値で、身体障害者と比較しても差が見られる項目が多かった。身体障害者のBADLの方が低いのは予想された結果であったが、日常で認識されている事象が統計的に確かめられた点に意義があろう。一方、IADLに相当するような活動の多くでは、身体障害者との差がみられず、むしろ、電話やファックスのような連絡手段の使用においては、精神障害者の方がより困難との結果であった。障害者の「情報・コミュニケーション」は新障害者基本計画でも8つの分野別施策の1つとして重視されているが、統合失調症を原疾患とする精神障害では、コミュニケーション能力の問題だけでなく、情報伝達を媒介する

通信機器の使用自体に困難がある可能性が示唆された。この点については特に重点的な支援が必要であろう。

#### 2) 社会参加

「活動性」の結果では、BADL的な活動については、原疾患にかかわらず身体障害の方が制限されていた。しかし、精神障害者の「社会参加」は、ポリオによる身体障害とは多くの項目で差が見られたものの、脊髄損傷による身体障害とは移動以外の項目で差がなかった。これは性・年齢で調整を行っても同様であり、障害の種別を越えて存在する共通の困難が示された。ここから、障害者の社会参加支援には障害種別以外に考慮すべき事項があることが示唆された。

#### 3) 健康サービス

「健康サービス」については、精神障害者で全体にサービスの必要度が高かったが、満足度もまた高いとの結果が得られた。精神障害は、生活障害であると同時に疾患でもあり、継続的な治療が必要である。そのため医療サービスの必要度が特に高かったと考えられる。精神障害ではコーディネイトの必要度が高かった。精神障害者の支援では、保健医療福祉の各サービスを充実させるだけでなく、どのようなサービスをどう受ければよいかを相談できることが重要であることが示された。これには、精神障害者の支援では、疾患の治療と生活支援が二本立てになっていて複雑であるという環境要因と、疾患の特性として物事の選択や判断に相談相手を要するという個人要因の両方が影響していると考えられる。

各サービスへの満足度の高さについては、精神障害の対象者がデイケアや作業所などなんらかの健康サービスに現在つながっており、ある程度そのニーズが満たされていることが理由の1つとして考えられる。別の理由として、精神障害者の満足度の要求水準が低く、そのために満足度が高く評価された可能性が考え得る。言い換えれば、社会に向けて自分

の不満足な状態を訴え、要求する能力が障害されている可能性がある。

京の試み、第63回日本公衆衛生学会、平成16年10月、松江

## 結論

本研究では、統合失調症による精神障害者と、ポリオ・脊髄損傷による身体障害者の「障害」を比較した。これまでの障害者支援には、障害の種別による壁が存在していた。本研究では、WHOの障害概念を用いることで、原疾患や種別の異なる「障害」について共通評価を試みた。結果は臨床的な常識を裏付けるものであったが、それが障害間で共通した尺度で示された点に意義がある。また、障害概念を用いた共通評価には、利点と限界があることが明らかになった。得られた結果の集積は、生活支援を緻密に行い、その生活を他の障害と平等な程度に保証する責務を社会が負うことにつながるであろう。精神障害者の支援において、障害施策の一本化が持つポジティブな意味があるとすれば、この点であると考えられる。

なお、現在、障害程度の量的把握だけではなく、生活満足度や障害受容など当事者の主観的な障害認知を把握する質的研究が進行中である。これにより、各障害の類似点・相違点を検討し、より包括的な生活支援の道を探っていく予定である。

## 学会発表

1. 藤代有美子：心理面接におけるリアリティと身体性—安全なスペースから一歩踏み出すこと、第12回日本語臨床研究会、平成17年4月23、24、甲南大学
2. 藤代有美子、平部正樹、城川美樹、熊倉伸宏、菅原道哉、矢野英雄：国際障害分類に基づいた心身障害者の障害把握藤代有美子：地域で生活する精神障害と3. 身体障害者の障害及び生活満足度の経過、第24回日本心理臨床学会、平成17年9月、東

表1 回答者の特性

障害種別 (原疾患)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (ポリオ)		p	身体障害 (脊髄損傷)		p
		平均	SD	平均	SD		平均	SD	
性別 (男性 : %)	a	65.2		35.3		***	85.1		***
現年齢	b	40.1	11.9	53.5	10.0	***	45.1	14.3	***
発症・受傷時年齢	b	24.0	8.1	2.4	3.3	***	30.0	15.3	***
発症・受傷後経過年数	b	16.0	10.2	51.1	9.5	***	15.2	9.5	ns

注) 統合失調症とポリオ, 統合失調症と脊髄損傷との比較(a:  $\chi^2$ 検定, b: t検定)で, ns: 有意差なし, \*\*\*:  $p < .001$ を示す。

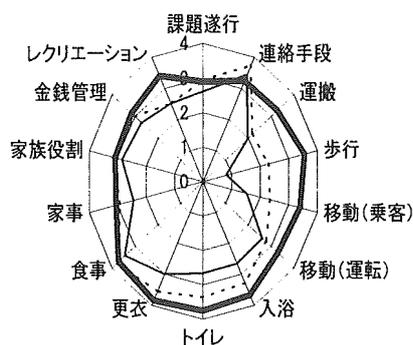


図1-1 活動度

0点: できない, 1点: 軽度制限, 2点: 中等度制限, 3点: 重度制限, 4点: できる

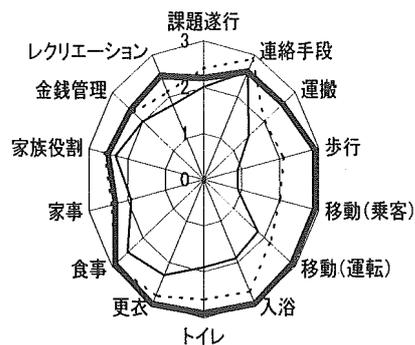
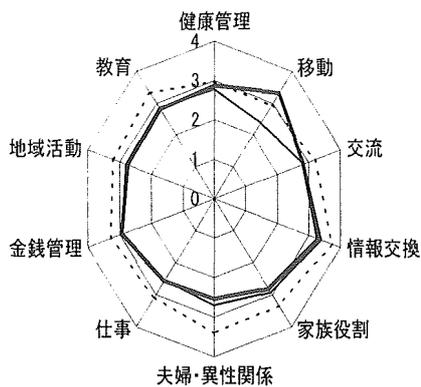


図1-2 活動自立度

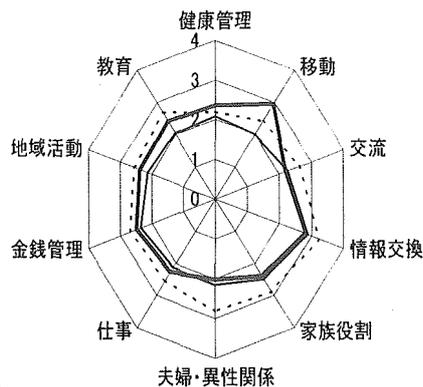
0点: 介助・補助具とも利用して活動, 1点: 介助のみ, 2点: 補助具のみ, 3点: 介助・補助具とも利用せず活動(精神障害では1点と3点のみ評定)



—— 統合失調症 ..... ポリオ —— 脊髄損傷

図2-1 社会参加度

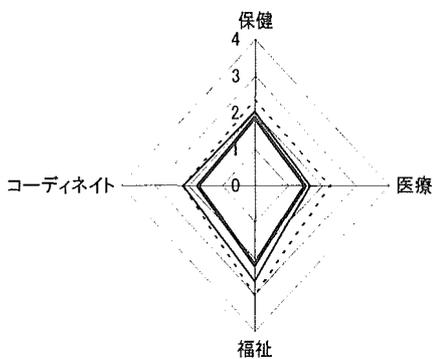
0点:できない, 1点:重度制約, 2点:中等度制約, 3点:軽度制約, 4点:できる



—— 統合失調症 ..... ポリオ —— 脊髄損傷

図2-2 社会参加満足度

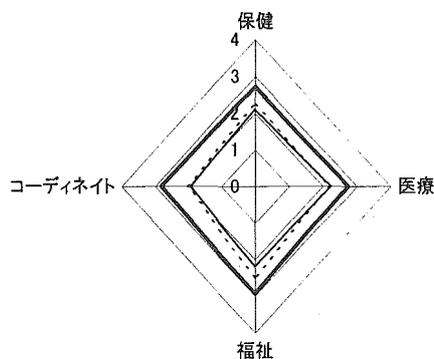
0点:全く満足していない, 1点:あまり満足していない, 2点:どちらともいえない, 3点:かなり満足している, 4点:十分満足している



—— 統合失調症 ..... ポリオ —— 脊髄損傷

図3-1 健康サービス度

0点:非常に必要としている, 1点:かなり必要としている, 2点:どちらともいえない, 3点:あまり必要としていない, 4点:全く必要でない



—— 統合失調症 ..... ポリオ —— 脊髄損傷

図3-2 健康サービス満足度

0点:全く満足していない, 1点:あまり満足していない, 2点:どちらともいえない, 3点:かなり満足している, 4点:十分満足している

# 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 3

## 統合失調症における運動関連電位の研究—指運動負荷—

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 五十嵐正文 (東邦大学医学部精神神経医学教室)

### 研究要旨

統合失調には随意運動に障害が認められるという先行研究がある。そこで統合失調症患者に単純な指運動と複雑な指運動を負荷して運動発現前に生じる運動準備電位(BP)を調べた。同時に運動負荷時の覚醒水準の変化も調べた。さらに運動遂行能力を検査する目的で指タッピング、ペグボード課題を用いた。複雑な指運動負荷において陰性症状中心の統合失調症患者では基線とBPとの間に生じる面積すなわちBP積分値は健常対象群に比し有意に小さく、陽性症状の強い人では大きいことがわかった。また陰性症状の強い人では覚醒水準の変化は乏しく、陽性症状を示す人では変化の程度は有意に大であった。指タッピング、ペグボード課題に対しては両統合失調症群で不良であった。単純な指運動遂行中には陰性症状主体の統合失調者では有意にBP小さかった。これらの結果から統合失調症患者は、運動準備にあたって適切な覚醒水準を維持できず、また認知機能を動員しなければならない複雑な指運動時の覚醒水準維持が困難であることがわかった。

### 目的

運動関連電位の異常が統合失調症患者で指摘されてきたがその成分構成については必ずしも一致していない。すなわち初期成分、後期成分共に抑制されているという結果や陽性症状優位の患者では初期成分のみ抑制されているという結果、さらには陽性症状を有する患者と健常対象群との間には差を認めないという結果などである。統合失調症の下位分類の方法、負荷条件の差などがこれらの結果の差となっていると仮定した。そこでわれわれは、統合失調症の下位分類をAndreasenに従い三型に分け、運動負荷条件もすでに結果報告が安定しているRoland et alの指運動を採用した。複雑な指運動には単純指運動に比べ高度の認知機能を必要とすると仮定した。

### 対象

本研究は東邦大学医学部倫理委員会の承認のもとにおこなわれた。DSM-IVによる統合失調症患者21人から協力を得た。次にPANSS評価を用いAndreasen分類に従い、陽性症状中心の7人、陰性症状中心の7人、中間型7人に分けた。3群間の抗精神病薬使用量CP換算値、罹病期間には有意差を認めなかった。健常コントロール群7人の協力を得た。

### 方法

被験者には電氣的に遮蔽された部屋で脳波記録用電極を国際10/20法に従い、9領域同時に眼球運動記録電極、筋電図記録用電極を装着した。脳波はコンピューターに保存され、解析はoff-lineでEvoked Potential Softwareを用いた。

実験は Roland 考案の単純、複雑指運動負荷の変法を用いた。さらにペグボード課題、指タッピングを施行した。

データ解析は運動準備成分（早期成分、後期成分）を解析した。早期成分は後期成分の 300 msec 前を、後期成分は筋電活動出現の 300msec 前を測定した (fig 1, 2)。病型ごとに上記成分とタッピング成績、ペグボード課題成績を ANOVA で比較した。

## 結果と考察

複雑な指運動負荷時には陰性症状中心の統合失調症では BP 積分値は小さく、陽性症状中心の統合失調症では大きい。単純な指運動負荷時にも陰性症状中心の統合失調症では BP 積分値は小さい。さらに陰性症状中心の統合失調症では単純、複雑両指運動による後期 BP 成分積分値は小さい。Roland は、健常人においては単純、複雑両指運動時には運動補足野での rCBF が高いことを報告している。柴崎らは PET による測定でも運動補足野の活動性が高いと述べている。したがってわれわれの実験結果である陰性症状中心の統合失調症、運動補足野、運動感覚野の機能不全を示している可能性がある。また Schrodin は、fMRI で陰性症状中心の統合失調症の運動補足野、運動感覚野の低活動を指摘している。以上の結果は、陰性症状中心の統合失調症の後期 BP 積分値の低下は、運動補足野、運動感覚野の機能不全と考えてよい。

陰性症状中心の統合失調症に比べ、陽性症状中心の統合失調症で複雑指運動時の後期 BP 積分値が大きいという結果も得られた。この新知見は、陽性症状中心の統合失調症では運動補足野と感覚運動野の加活動を示している。陽性症状中心の統合失調症では前頭葉の過活動（安静時）が言われており、同一線上の推論が成り立つ (fig 4)。

健康人に複雑両指運動の負荷をかけると大きな BP が生じる。Dinberger は、BP には作業記憶と注意が強く関与しているという。複雑指運

動には認知処理（記憶、注意の移動など）過程を必要とする。陰性症状中心の統合失調症ではこの BP 成分は減少していることは作業記憶、注意処理機能が低下していると考えられる。

タッピング、ペグボード課題で日常性に類似した運動評価をおこなった。陰性、陽性症状中心の統合失調症患者で共に劣っている。この課題は運動の速度、巧緻性を見る試験である。Andreasen の Cognitive dysmetria の考えは、統合失調症における精神運動の協調性、監視機能の不全を意味している。この考えを参考にして前頭皮質—小脳—視床—前頭皮質回路 (CCTC 回路) の障害が認知、運動障害を生じさせていると推論した。

覚醒水準をモニターした。陰性症状中心の統合失調症では  $\alpha$  波のパワースペクトルは、コントロールに比し小さく、陽性症状中心の統合失調症では大きい (fig 3)。Yerkes et al は、行動と覚醒水準の関係には適値が存在するといふ。いわゆる U curve である。陰性症状中心の統合失調症は低覚醒である。一方陽性症状中心の統合失調症は過覚醒状態にある。両者の覚醒水準はいずれも適切な行動遂行には適値とはなっていない。

## 結論

1. 陰性、陽性症状いずれかの症状中心の統合失調症では認知過程を強く必要とする複雑指運動負荷において、運動準備機能と覚醒水準の適切な維持が困難である。
2. Cognitive dysmetria がここには強く関与している。

## 学会発表

1. 菅原道哉：電子カルテと個人情報保護、第 20 回法と精神医療学会、東京、2005、03、26
2. 菅原道哉：患者が薬を飲まなくなるホントの理由～医師から見た副作用と患者から見た副作用、第 27 回日本生物学的精神医学会、第 35 回日本神経精神薬理学会、薬剤師研修

セミナー、大阪国際交流センター。

2005, 07. 8

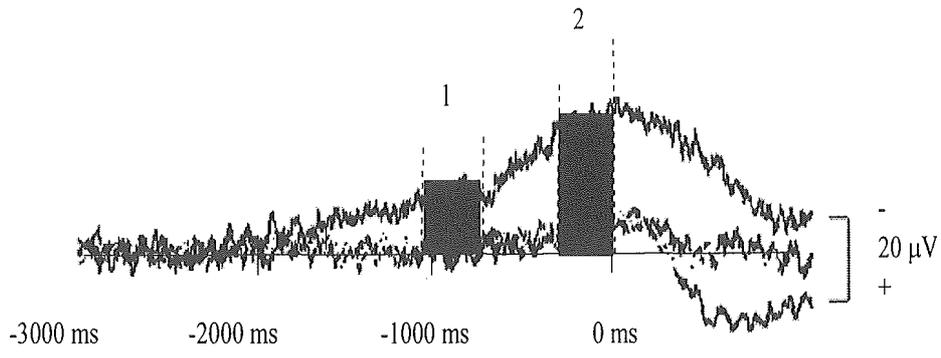
3. Sugawara M: Mental Health in Japan,  
International Congress about Psychiatric  
Rehabilitation, 2005, 10-19-21, Shanghai
4. Sugawara M. Tsujino N and Kawana A. :  
Scintigraphy is useful for the diagnosis  
of rhabdomyolysis. 8<sup>th</sup> World Congress  
of Biological Psychiatry, 28 June-3 July  
2005, Vienna, Austria

#### 論文

菅原道哉：患者が薬を飲まなくなるのか  
のホントの理由、臨床精神医学、  
35:1-10, 2006

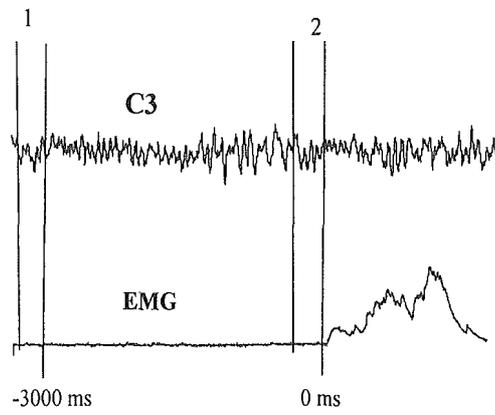
#### 著書

菅原道哉（分担：精神障害者グループホーム  
設置・運営ハンドブック、編集：財  
団法人全国精神障害者家族連合会、NPO 法  
人 全国精神障害者地域生活支援協議会  
：居住福祉に向けて一住まいとは何か、  
住まうとは何か、p33-42, 中央法規出版、  
東京、2005



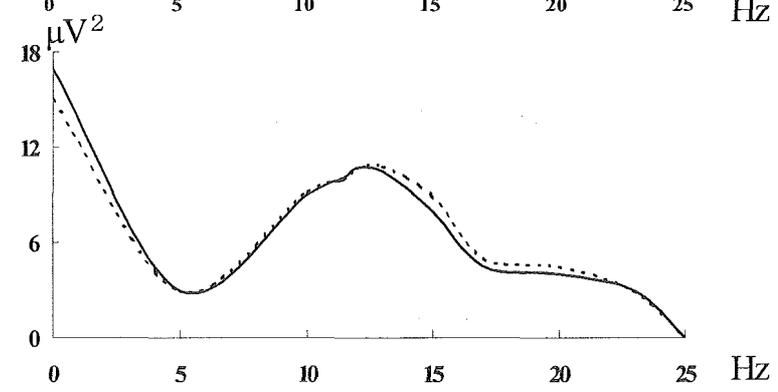
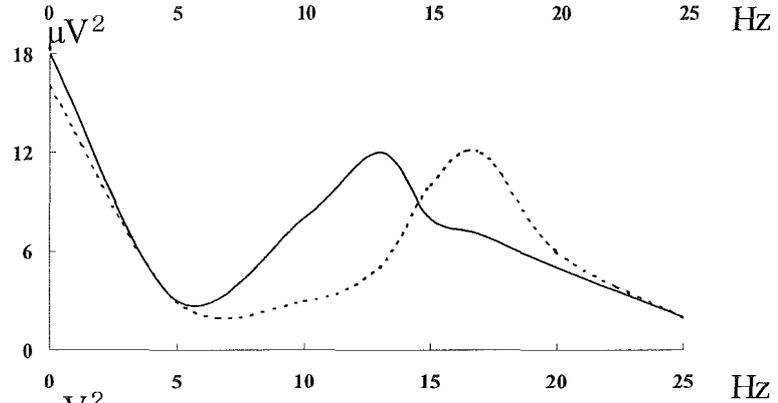
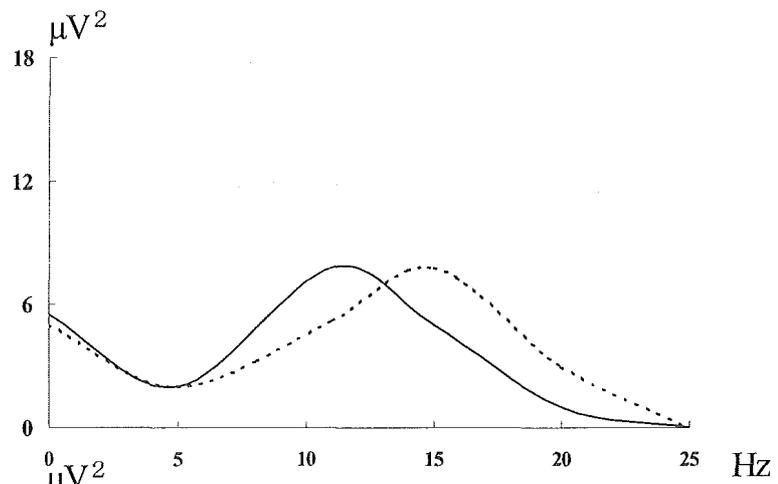
1: Early BP area  
 2: Late BP area

Fig 1



1: Base epoch  
 2: Late BP epoch

Fig 2



## 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 4

### 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

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 大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟)

#### I はじめに

研究者らが属する社団法人日本精神保健福祉連盟(以下、連盟)は、昭和28年に日本精神衛生連盟として発足し、平成7年より日本精神保健福祉連盟と改称し現在に至っている。現在、日本精神科病院協会、日本精神衛生会、全国精神障害者家族会連合会など16団体で構成され、精神保健福祉の向上を求めて活動を展開している。その一環として、平成11年度より、連盟内に設置された「障害者スポーツ推進委員会」が中心となって精神障害者スポーツ推進に関して研究・実践活動を繰り広げている。

精神障害者・家族の人生目標が自立・就労にとどまらず、そのQ. O. L. 向上の必要性が強く認識されるようになった現在、スポーツ活動や芸術活動の効用に大きな関心が集まっている。精神障害者スポーツの振興をはかつていく過程は、精神障害・精神障害者が直面しているさまざまな課題克服につながる部分が大きく、Q. O. L. 向上に大いに貢献するものと期待される。

#### II 日本での精神障害者スポーツの歴史 (主に全国レベルにおいて)

平成11年度の連盟の活動は、精神障害者スポーツの基礎的研究が中心となった。全国における精神障害者のスポーツ大会への取り組みに関するアンケート調査の結果(46の都道府県および一部政令指定市から回答)では、県レベル、保健所レベル、市町村レベル、どのレベルにおいても予想以上に盛況だった。平成11年

度の基礎データをもとに、平成12年度は精神障害者の具体的なスポーツ大会実施と組織づくりに動き出した。平成13年6月に精神保健福祉フォーラム「精神障害者のスポーツ振興を考える」を高知市において開催し、これが後の「高知県精神障害者スポーツ推進協議会」設立につながった。同年9月20日に宮城県仙台市において第1回全国精神障害者バレーボール大会が開催された。平成14年度は、全国精神障害者バレーボール大会を全国精神障害者スポーツ大会と名称変更して計画が進められた。高知県関係者の努力の結果、第2回全国障害者スポーツ大会のオープン競技として精神障害者バレーボールがオープン競技として認められ、準公式参加が果たせた。平成14年度より始まったブロック大会は、参加チーム・参加者数が増加するとともに、競技レベルも確実に上がった。平成15年11月9日に第3回全国精神障害者スポーツ大会(第3回全国障害者スポーツ大会のオープン競技)が静岡市で開催された。平成14年度より始まったブロック大会は、平成16年度も8ブロック全てで開催された。そして、平成16年11月14日に第4回全国精神障害者スポーツ大会(第4回全国障害者スポーツ大会のオープン競技)が埼玉県越谷市で開催され、引き続きバレーボールが全国障害者スポーツ大会のオープン競技として位置づけられた。平成17年には、従来通りの全国精神障害者スポーツ大会開催・ブロック大会開催、さらに事前の県大会開催などを中心に活動が推進された。こうした積み重ねは、関係者にとって精神障害

者スポーツ大会が決して特別なものではなく、ごく当たり前の大会と受け止められるようになった。

### Ⅲ 精神障害者スポーツ大会開催の波及効果

#### 1) 選手個人

「社会の偏見や無理解に苦しむ精神障害のある人にとって、スポーツは社会との貴重な接点であり、観客に迫力あるプレーを見せ、精神障害のある人も強く生きていることを示せば、偏見がなくなることにつながる」「上手になりたい、勝ちたい、レギュラーになりたい(意欲を口にする)」「顔と名前を出して出場する」「アスリートとして一人の市民として障害者スポーツを選択して楽しんでいる、胸を張ろう」「勝って大喜びする仲間の選手の顔がいい」「負けてくやしい、もっと練習すれば、いい指導者がいれば、強くなれる」「負けた原因をメンバー同士で熱く語っていた」「来年も是非全国大会に出場したい」「今までこんなすごい体験をしたことがない」「やればできるんだ、障害者としての競技スポーツを選択するのに悩み揺れた、精神障害者の孤立の解消、自信の回復や社会参加、何ができないのではなく何ができるかに目を向ける、障害者スポーツへの理解不足を痛感した。」

#### 2) コーチ(精神保健関係者)

「スポーツで勝つ喜びっていいな、真剣勝負を体験できる魅力を再発見」「精神障害のある人にスポーツのすばらしさを伝えたい、地域の中にスポーツをする場面や機会を作ることが大切」「地域型クラブチームを結成することは大勢の人が集まる」「バレーボールは楽しいのだと伝えたい」「バレーボールでの企業の人との交流がメンバーの就労にも繋がった」「バレーは地域交流活動で、身近な地域の社会資源を有効に活用することが大切」「バレーボールを通じて地域住民と精神障害のある人が自然な形で交流ができ、地域全体が無理なく自然に受け入れて、障害についての理解に繋がった」

「人と人のつながりを大切に、障害者スポーツ振興が地域生活支援の推進力になる」「楽しいだけでなく勝負にこだわるチームがあってもいいじゃないか」「専門的監督のできる指導者探しは人のつながりで探すのが良い」「ブロック大会から全国大会では、想像をはるかに超えた強さで、すばらしい感動にひたった」「メンバーは目をキラキラさせて大会に参加していたのが脳裏にやきついています」「高校女子バレー部との強化指導など、スポーツのすばらしさを実感した」「スポーツで生きる力を養う」「スポーツには、可能性がある」、「県代表になり障害者スポーツ普及活動への協力や精神障害者の権利回復活動で、障害者が胸を張って生きていける社会が整っていないことを改めて感じた。」

#### 3) 監督(バレーボール公認審判員など)

「全く精神障害者を知らないまま監督を引き受けてしまい、とまどった」「当初は、薬のせいで疲れやすく、十分に休憩をとらないといけなかった、1セットがやっと」「1年半を迎えて2〜3時間も練習できるまで目覚ましい体力と実力がついてきた」「指導者もコミュニケーションがとれ友達感覚での連帯感が持てるようになった」「メンバーの限られた世界にスポーツを通して喜びや、悔しさ、笑いや涙など同じ感情を共有する新たな友達ができたのでは」「1年経ってメンバーの歩き方も変わり、それまでは皆うつむき加減で歩いていたのが、まっすぐ前を向いて歩いていることに私は気がついた」「1年経って指導者も自信を持てるようになった、ボランティアって楽しい、楽しいから続けられる」「生涯スポーツの愛好者として障害者スポーツに関わっていきたい」

#### 4) チームの組織作り

「地域の人とのつながりでチームと支援者を増やしていく」「1つの施設ではなく地域型チーム作りが重要、活動やつながりが広がる」「スタッフもメンバーも関係なく自分たちの手でチームを作っていくこと」「自分たちのチ

ームが勝ち進む喜びは計り知れない」「障害者スポーツは実際に見て、一緒にやってみて理解できる」「真剣な選手の姿は応援する側にも元気と感動を生みます」

#### 5) 関係者・その他

「チーム強化合宿やユニフォーム購入の寄付募集を県内に呼びかけ」「県内の様々な関係者の応援と寄付金で1000人以上の力強い応援」「地域のつながりと支え、応援で勝てた」「皆さんの寄付でシューズやジャージ、サポータ、飲み物が購入できた」「全国大会は出場したものでないと分からない」「活動は精神保健福祉関係者の連携作りにも繋がっている」「今までのレクリエーションや交流だけでなく、目的を持てば高い競技性のスポーツに精神障害者が参加できることを目のあたりにしている」「スポーツ関係者の精神障害者スポーツへの参加の促進に繋がっていて、スポーツ関係者(教育関係者が多い)の精神障害者の理解促進に繋がっている」

ボランティアは「ボランティアをして精神障害者にスポーツ大会での真剣さをみて精神障害者は怖い人ではないと思った」「大会で生き生きと競技する選手を見て偏見がなくなった」「スポーツ競技大会は精神障害者の社会参加に役立つと思う」「一般の多くの人々がスポーツ大会を見に来ることで精神障害者への偏見がなくなるといった」

精神障害者のスポーツは今まで交流やレクリエーションだけで、高い競技性のスポーツ大会は開催されてこなかった。高い競技性のある都道府県を越えたブロック大会、全国規模のスポーツ大会は、精神障害者の生きる目標となってきた。多くの人々が参加できる裾野の広い交流やレクリエーションとしてスポーツを楽しむ事を基本に、より高い競技性のスポーツ大会を選べる道筋が、ノーマライゼーション理念として重要である。全国大会へ向けたブロック大会は、精神障害者の方にとってより高い目標

を選択できる環境作りの1つである。また、患者としての医学的リハビリテーションとしてのスポーツから、メンバーとしての交流やレクリエーション・余暇活動として生活を豊かに楽しむスポーツ、さらに障害者として市民として人生目標として高い競技性のあるスポーツを選べる環境作りが必要である。

そして、スポーツ指導者、コーチ、家族、精神保健福祉関係者、ボランティア、その他の人々のスポーツ大会に参加したメンバーの変化の波及効果についても明確にすることが望まれる。すなわち、医学的リハビリテーションとしてのスポーツ、健康増進等の地域交流やレクリエーションスポーツとは一線を画し、手帳取得を基本とする障害者領域の障害者スポーツの中で高い競技性の大会参加は、就労前の人々の社会参加へ向けた体力づくりとコミュニケーション能力の向上、スポーツ競技を通じた人生づくりとして大きな意義があり、位置づけを明確にする必要がある。

## IV 日本での精神障害者スポーツの成果と課題

### 1 精神障害者のスポーツ参加に際してのいくつかの留意点

#### 1) 精神疾患の急性期・不安定期は避ける

統合失調症において活発な幻覚妄想状態にある時、うつ病においてうつ状態がひどい時、神経症で自己洞察が不十分な時などは、スポーツなどの実施・参加は慎重にすべきである。

#### 2) 直接的な身体接触があるスポーツへの参加は慎重にしたい

精神障害者に対し最初から直接的な身体接触のある個人競技・団体競技などの導入は難しい。当面は、コートやネットで自陣が明確なもの(バレーボール、卓球など)や攻撃・守備が明確なもの(ソフトボールなど)が無難である。また、競技性追求に伴う攻撃性・衝動性の処理に懸念する声もあるが、現時点では大きな問題にはなっていない。

#### 3) 長期間・大量の精神科薬物服用者への配慮が

必要となる場合がある

精神科薬物療法を長期間受けている障害者に関しては、心肺機能やパーキンソン様症状への配慮が必要である。

4) ノーマライゼーションへの配慮と啓発普及効果を意図する

スポーツ大会開催に際しては、本格的なルールの適用・整備、専門審判員の導入、ユニフォームの着用などが考えられる。また、障害のない人との相互交流の促進させるために、ボランティアの協力など、見る参加から直接参加への機会を増やしたい。

## 2 精神障害者スポーツのこれから

### 1) スポーツの目的・意義づけ

精神障害者スポーツ振興が当事者のQ.O.L.を向上させるとともに、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があるのは間違いない。しかしながら、その方法論として娯楽性を重視する立場から、障害に見合ったルールの簡略化を求める声がある一方で、競技性を重視してルールなどの厳格運用こそが真のノーマライゼーションにつながるという意見も少なくない。他障害の例をみると、当初は娯楽性が優先され、次第に競技性が重視されるようになった経緯があるようだが、精神障害者スポーツの当面の目標をどのレベルに設定すべきか引き続いての検討が必要である。

現在、バレーボール種目が先行しているが、競技性重視の関係者からはソフトバレーボール使用から皮ボール使用に戻すべきという意見や、男女別々にチーム編成すべきといった意見も出ている。とはいえ、比較的盛んなバレーボール種目においても、男性単独チームはともかく、女性単独チームを全国でどれだけ編成できるか疑問も残る。

一方、高い競技性のスポーツ大会は、精神障害者の隠さない生き方を支援する活動であり、市民の意識上のバリアを改善し、精神障害者の社会統合を促進する活動である。競技性の高い

スポーツ大会は「やりがい・生きがいづくり」、「人とつながりづくり」の活動である。そのため、参加する人々が笑顔で楽しく、やる気になることが基本である。このやる気は生きる力（パワー）を高め、社会参加を促進することになる。そこでさまざまな環境でさまざまなスポーツ種目を本人が楽しみ、スポーツが本人のための本人の人生づくりを選択できる充実したスポーツ環境を提供することが望まれる。精神障害者がスポーツをいつでも、どこでも、だれもが参加できるよう、専門職は智恵と工夫、人のつながりを働かして支援する必要性がある。支えるのは、本人のやる気、動機を踏まえてスポーツの目標を明確にし、次へとチャレンジする力、エンパワメントを支えることである。即ち、社会参加（統合）は、本人が孤立しないで多くの人とつながり、多様な社会参加を自ら選べることである。

### 2) 参加者のプライバシー保護の基本的な考え方

精神障害者のプライバシー確保や権利擁護に関しても意識改革が求められている。プライバシー保護に細心の配慮が求められるのは論を待たないが、何でも隠すという発想は通用しなくなりつつある。たとえば、全国障害者スポーツ大会のオープン競技への参加に際しては参加者名簿の提出が原則で、氏名などが明示される。啓発普及効果を考えれば、積極的にマスコミなどに取り上げてもらう必要があり、当然、テレビや新聞取材などで写真撮影などの事態が予想される。従来は、事前に了承を得た当事者だけを撮影したり遠景のみに限定するなど配慮が一般的だったが、大会規模が大きくなり参加者数が増大すると現実的には対応困難になる。また、他障害者との一緒の参加となれば、精神障害者だけ撮影しないといった方法は不可能に近く、むしろそうした対応をマスコミ関係者に要望すること自体が、権利擁護どころか逆差別につながるという意見も少なくない。当事者はもちろんのこと、家族の意識改革が求

められている。

### 3) 公式大会参加資格をめぐって

公式大会参加資格について、全国障害者スポーツ大会への参加資格は、大会規定により16歳以上の障害者手帳所持者と決まっているため、精神障害者の参加資格もこれに準じる形で、精神障害者保健福祉手帳(以下、手帳)所持者となる可能性が高い。しかしながら、他障害者と比較して手帳所持率が低い現状を考慮すると、手帳所持者と限定すべきか検討の余地がある。

### 4) 精神障害者スポーツの広がり

現在、全国障害者スポーツ大会関連では精神障害者が参加するスポーツ種目はバレーボール1種目である。しかし、より多くの種目、例えば個人競技のフライングディスク、陸上競技等への参加も望まれる。各種スポーツ競技大会の推進には、まず精神保健福祉関係者の障害者スポーツに関する理解促進が望まれ、障害者スポーツ指導員資格の取得などが望まれる。また、各都道府県で開催される都道府県障害者スポーツ大会への参加も望まれる。

### 5) 運動効果に関する医学的検証

精神障害者のスポーツ活動は適応能力向上、日常生活の規則化、対人関係の改善、精神症状の改善などさまざまな効果が期待される。また、スポーツ導入・参加のモチベーション評価をはじめ、短期的効果、長期的効果など、科学的・客観的効果測定方法の開発が待たれる。

このようにスポーツ活動がさまざまな形で障害者にメリットをもたらすことは間違いないが、その効果の科学的検証は不十分である。そうしたなか、平成15年9月に日本スポーツ精神医学会が設立され、わが国においても精神障害者スポーツに関して本格的な精神医学的研究も始まったのは非常に意義深い。

各地の精神障害者スポーツ大会開催時においても、両組織が積極的に連携をはかり、運動効果など科学的な検証を深めていくことが重要である。

こうした専門学会と当連盟との積極的な連

携は、医学的な検証を深めるだけでなく、障害の有無にかかわらずスポーツ精神医学に関心が向けられるなど啓発普及効果の点からも重要である。

平成 17 年度厚生労働科学研究（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、ライフサイクルに応じた  
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住居、施設のあり方に関する研究—

分担研究者 山内 慶太(慶應義塾大学看護医療学部・  
大学院健康マネジメント研究科教授)

研究要旨

ライフステージに応じた精神障害者の住居・施設のあり方を示すことを目標とする本分担研究では、平成 15 年に実施された「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」の入院患者調査のデータセットを利用した分析を行っている。

昨年度は、主治医が現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能と判断した入院患者について、年齢階級別に臨床特性、退院後に求められるサービス、就労の可能性、患者本人の希望と不安等を分析し、住居支援を進める上でライフステージ毎に考慮すべき特性を明らかにした。

本年度は、第一に、昨年度に引き続き、年齢階級別に、本人の経済状況、受給している公的扶助等の状況に関するデータも併せた分析を行った。その結果、精神障害者福祉手帳を所持していない人は 81.7%で、年齢階級別に見ても大きな差異は無かった。障害基礎年金と障害厚生年金を受給していない人はそれぞれ 64.0%、80.8%であり、やはり年齢階級別に大きな差異は認められなかった。なお、患者の回答による定期的な収入源の内訳では、勤め先の給料が 4.9%にとどまる一方、親や兄弟からの援助は 16.2%であるが、年齢階級が 40 歳代以上、そして 60 歳代以上で大きく減少しており、これらの年代を中心に広く、公的扶助の適切な申請がなされるような支援が必要であることが確認された。

第二に、退院の可能性、退院後に適切な「暮らしの場」等についての主治医の判断の規定要因を樹形モデル解析(tree-based model analysis)を適用して分析した。これは、主治医が退院可能と判断する患者、主治医が判断した適切な「暮らしの場」に対応する患者の臨床像をより明らかにすると共に、主治医の判断の妥当性を吟味することを目的としている。その結果、例えば退院可能性については、在院日数、IADL(交通手段の利用等)、退院した場合に得られる家族からの支援の程度、薬物療法の必要性の認識などを基に判断していることが確認された。これらの結果は、退院可能性に関する主治医の判断が臨床的にも比較的合理性があることを示唆すると共に、今後退院を促進する上で、これらの特性に着目した支援が有用であることを示唆していると言えよう。

## A 目的

精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)では、「受入条件を整えば退院可能な者(約7万人)」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る」ことが基本方針として示されている。この実現の為には、精神障害者のライフステージに応じた生活支援が不可欠であり、その1つに住居・施設の整備がある。

ライフステージに応じた精神障害者の住居・施設のあり方を示すことを目標に、本分担研究では、平成15年に実施された「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」の入院患者調査のデータセットを利用した分析を行っている。第1年目の平成16年度は、主治医が現在の状態でも居住先・支援を整えば退院可能と判断した入院患者について、年齢階級別に臨床特性、退院後に求められるサービス、就労の可能性、患者本人の希望と不安等を分析し、住居支援を進める上でライフステージ毎に考慮すべき特性を明らかにした。

第2年目の本17年度は、以下の二つの分析を課題とした。

### (1) ライフステージ毎の公的扶助受給状況の分析

昨年度に引き続き、年齢階級別に、本人の経済状況、受給している公的扶助等の状況に関する分析を行い、ライフステージに応じた経済的支援の検

討に資することにした。

### (2) 退院をめぐる主治医の判断並びに患者自身の希望の規定要因に関する分析

「患者調査」等での主治医の退院可能性に関する評価が、「退院可能な数」の基礎になっていることから、退院の可能性、退院後に適切と思われる「暮らしの場」等に関する主治医の判断の規定要因を分析し、退院可能とされる患者の臨床像のより詳細な把握や主治医の判断の妥当性の検討に資することにした。また、患者自身の退院の希望の規定要因も分析し、主治医の判断と患者自身の希望の異同をより詳細に検討できるようにした。

## B 方法

本研究は、精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査のデータセットを利用した。同調査は、今後の精神保健福祉施策の基礎となることを目的として厚生労働省から委託を受けた日本精神科病院協会によって平成15年3月に実施されたものである。調査は、入院患者調査、外来患者調査、社会復帰施設入所者調査に大別され、それぞれ、主治医調査票と本人用調査票から構成される。このうち、本研究では、入院患者調査のデータセットを用いた。

### (1) ライフステージ毎の公的扶助受給状況の分析

主治医調査票の問35は、「対象者は、問27～問34まで示すような居住先・支援を整えば退院は可能ですか。あて

はまるものを一つ選択して下さい」が設問であり、回答は「①現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」、「②状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる」、「③状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる」、「④状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない」からの選択を求めている。

この設問で主治医が①と回答した入院患者を抽出して、主治医調査票のデータを用いて、公的扶助の需給状況等を年齢階級別に分析した。

(2) 退院をめぐる主治医の判断並びに患者自身の希望の規定要因に関する分析

目的変数は、主治医調査票の問 35 「対象者は問 27～34 までで示すような居住先・支援が整えば退院は可能ですか、あてはまるものを1つ選択して下さい」を、説明変数は主治医調査票で把握した後述の項目として、全患者を対象に、樹形モデル解析 (tree-based model analysis) を実施した。説明変数の内訳は、年齢、性別、医療費費目、精神障害者福祉手帳所持・等級、障害基礎年金受給・等級、障害厚生年金受給・等級、介護保険受給・要介護度、入院形態、入院病棟種類、入院期間、精神科入院回数、病棟処遇、GAF 評点、精神科ケースミック

ス分類項目評点、精神症状重症度(日精協マスタープラン調査尺度)、能力障害程度(日精協マスタープラン調査尺度)、病識、薬物療法の必要性の認識、CPS 項目と CPS 得点、ADL 項目(ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用)、IADL 項目(食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用)、身体合併症、入院直前の居住先、面会頻度、主な面会者、結婚歴、退院した場合に見込まれる家族等の支援の程度である。

分析に用いた樹形モデル解析は、目的変数について、異なる群の間ではより異なる値が取られる一方で、同一の群の中では、値のばらつきが少ないより均質なグループが形成されるように、順次、説明変数を選択して(これを分岐変数と称する)樹形状に分類を進めるというものである。本手法によって形成される樹形状の構造は、第一に、交互作用や非線形構造等にも対応しやすいこと、第二に、decision tree 等にモデル化される人間の判断過程と類似した構造であり、臨床場面で患者の臨床像を把握する際のプロセスと対応づけやすいこと、等の点で優れている。統計パッケージは S-Plus を用い、自動的な方法によって統計的に最適な樹形モデルを抽出した。

また、患者調査票の問 4 「あなたは今後半年以内に退院を希望しますか」を目的変数に同様に樹形モデル解析を実施した。また、主治医調査票の問 35 で「現在の状態でも、居住先・支援

が整えば退院は可能」と判断された患者を対象に、主治医調査票の問 27「退院後、対象者は、どのような「暮らしの場」での生活が適当でしょうか。対象者が退院するのが適当だと考えるものを1つ選択して下さい」を目的変数に樹形モデル解析を実施した。なお、この際には、目的変数のカテゴリーを、家族と同居、1人暮らし、精神障害者用入所施設、高齢者用入所施設、その他に集約した。

#### （倫理面への配慮）

本研究で用いた精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査は、透明性と中立性の確保が当初から重視されており、日本精神科病院協会だけでなく、日本精神神経科診療所協会、国立精神療養所院長協議会、全国自治体病院協議会、全国精神障害者家族会連合会の各団体の代表、そして研究者等で組織された「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」企画委員会の協議・監督の下に実施されたものである。また、報告書の作成段階では、厚生労働省が組織した「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査検討会」において、その調査方法と調査結果の妥当性が関連諸領域の団体の代表と研究者によって公開の場での討議によって、確認されている。

調査方法の倫理性についても、これらの各段階で確認されている。また、調査終了後のデータセットの利用については、日本精神科病院協会内に設けた「精神障害者社会復帰サービスニ

ーズ等調査」データ管理委員会の管理下で有意義に活用することが、承認されている。

なお、本調査のデータセットは、患者を特定できる氏名やカルテ番号などは含まれていない。加えて、分析に当たっては、如何なる状況でも個人を特定できないように、集約データの統計的な分析結果としてのみ発表するよう配慮した。

## C 結果および考察

### (1) ライフステージ毎の公的扶助受給状況の分析

入院調査のデータセットは、調査票が回収された患者数は総計で 17,364 人であり、そのうち同意の得られなかった患者等を除く 12,173 人のデータで構成されている。なお、この中には、本人調査票のみ提出された患者と主治医調査票のみ提出された患者も含まれている。このうち、分析の対象となった、主治医が「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」と判断した患者は 1,767 人である。

年齢階級並びに主治医が適当と考える「暮らしの場」別の精神障害者福祉手帳の受給の如何と受給している場合の等級は表-1 の通りであった。全体では、手帳を持っていない人が 81.7%、1 級が 3.6%、2 級が 6.6%、3 級が 1.0%であり、回答なし・複数回答が 7.1%であった。1~3 級の所持者の割合は、一番多い 30~39 歳でも 16.1%にとどまり、40~49 歳で 14.9%、50~59 歳で 12.9%、60~69 歳で 12.3%、70