

が大きくなると共に総合的な機能、日常生活能力等が低い患者の割合が増大する傾向が見られた。これらの傾向等と対応するように、主治医が適切と考える退院後の「暮らしの場」は、20-29 歳では家族と同居が 81.9%と大半であるが、年齢と共に減少し、その分、30-39 歳では一人暮らしなどが、40-69 歳では精神障害者用の入所施設、70 歳以上では高齢者用入所施設が増加していた。また、主治医が退院後に必要と考える専門職、非専門職の援助の程度等から、家族と同居や単身生活が適切とされた患者においても、その約半数では訪問サービスが必要なことが確認された。加えて、家族と同居が適切とされた患者についても、家族に期待できる支援の程度は多岐にわたっており、本人への家族のインフォーマルなケアを適切に補完する為にも、また、家族による支援を破綻させない為にも、本人と家族の状況に柔軟に対応できるサービス体制が必要であることが示唆された。

次に、患者自身の回答については、退院の可能性、退院後の生活の場、就労の可能性などについて、主治医の判断と本人の希望には乖離があることも確認された。本人の希望を尊重しつつ、同時に破綻を来さない現実的な施策を実施する為には、両者の異同について更に詳細な分析を進める必要がある。また、例えば、主治医が退院可能と判断し本人も退院を希望する患者においても、病気の再発・悪化、就職、家族との関係など様々な不安を、年代に応じて抱えていることも確認された。

17 年度：(1)精神障害者福祉手帳を所

持していない人は、81.7%、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 64.1%、80.8%であり、いずれも年齢階級別に大きな差異は無かった。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する傾向にあった。(2)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結果、在院日数、精神症状重症度(日精協マスタープラン調査尺度)、GAF 評点、IADL(交通手段の利用)、退院した場合に見込まれる家族等の支援の程度、家族等の面会頻度が、主治医の判断を規定する要因として抽出された。

患者自身の退院の希望を規定する要因として、在院日数、年齢、入院形態、家族等の面会頻度、IADL(食事の用意)、病識が選択された。

また、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」と判断した患者を対象に、退院後適切と主治医が考える「暮らしの場」(主治医調査票問 27)を目的変数に樹形モデル解析を実施した結果、入院直前の居住先、年齢、在院日数、IADL(交通手段の利用)、IADL(買い物)、退院した場合に得られる家族等からの支援の程度等が規定要因として選択された。

(1)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する傾向にあったことから、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。また、各給付に関する設問で、未記入など不適切な回答が10%前後おり、病院・主治医が本人の経済的側面に関する情報の把握が十分でないことが窺われた。今後、入院患者個々の地域ケアへの移行を促進するためには、経済的側面についても十分な状況把握の下に、適切な支援がなされるよう、医師、病院に対する啓蒙も必要であると思われる。

(2) 今回の分析で得られた結果から、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的であることを示唆するとともに、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が確認された。また、退院に関する主治医の判断と患者の希望の分析を比較すると、両者ともに在院日数が最も関係していたが、患者本人の希望は日常の最低限の生活能力に着目していることが示唆される一方、主治医判断はより社会的な機能に着目していることが示唆された。また、家族の状況については、患者本人の希望には面会頻度が寄与しているのに対して、主治医の場合には将来のインフォーマルケアの程度をより踏まえた判断を行っていることが窺われた。また、主治医の場合には、薬物療法の継続可能性についても考慮していることが示唆された。

18年度: 第一に、主治医が退院可能と判断した患者においても、主治医が適切と考

える退院後の「暮らしの場」は、ライフステージに応じて、家族と同居、単身生活、精神障害者用入所施設、高齢者用入所施設と移行する傾向があった。また、家族との同居や単身生活が適切とされた患者においても、その多くでIADL等に低下が見られ、訪問サービスをはじめ各種サービスが必要である。したがって、退院促進と地域での自立支援のためには、ガイドラインにおいて、IADLや家族から受けられる支援の程度等を適切に把握する為のアセスメント方法の提示、それらの低下の程度に応じて、補完する各種サービスを適切に組み合わせられるような指針の提示が必要である。第二に、主治医による退院の可能性の判断は、在院日数、IADL、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に基づいていた。今後、退院を促進する上で、これらの特性に着目した支援は有用であろう。

5. 精神障害者のライフステージの正しい理解と、社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究(分担研究者:竹島正)

16年度: 当事者・当事者家族が主体となった活動に関する質問、活動への関与の回答から、学習活動の把握等の情報の入手はある程度幅広く行われていた。活動への関与は統合失調症、アルコール依存症、ひきこもり等への関与が多く、他の活動には少なかった。当事者活動で「地域参加や交流を行い、情報発信の中心となっている活動」は、精神保健福祉センター、精神保健福祉協会とも約7割が「情報がある」と答えていることと総合すると、精神分裂病(統

合失調症)やアルコール依存症、ひきこもりなどの当事者活動に関する情報は、比較的良好に集まる状況ができていると考えられ、普及啓発の企画や連絡調整の拠点として機能していると考えられた。

精神障害者に関わる専門職の再教育について、各機関で6-8割の実施率であって、しかも企画段階から共通の目的やテーマで実施するよう計画された研修は4割程度にみられたことから、研修の場を専門職の再教育と相互交流に活用することはある程度普及していると考えられたが、この場をさらに広く、積極的に活用することが期待される。精神保健ボランティア組織はほとんどの都道府県に存在しており、その育成に中心的役割を果たしているのは、保健所と精神保健福祉センターであった。「当事者とのふれあい等を通じて精神疾患等の正しい理解とそれを住民に広げる運動の事例」については精神保健ボランティア中心が最も多く、民生委員中心は少数であった。この結果は、精神保健ボランティア活動が普及し、地域での交流活動等に重要な役割を果たしつつあることを示す一方で、民生委員等、既存の組織との交流がどのような実態であるか、情報収集することの必要性を示していた。

労働衛生への系統的な関与、雇用に向けての系統的な関与、教職員や児童・生徒の心の健康に関する系統的な関与の事例については「ある」という回答が少なく、労働や教育との連携や、活動を展開する技術基盤の整備の問題が潜在している可能性がある。

メディアが実施主体となって主体的に普及啓発に取り組んだ事例は2-3割が報告しているが、「メディアが実施主体になって、マスコミ関係者の理解や共感を醸成することにより、普及啓発効果を高めることを目的とした取り組み」は少ない。このことは、メディアに積極的に働きかけるだけの情報や技術が備わっていないことを示している可能性があり、メディア側へのヒアリング調査等の必要性を示唆するものである。「精神疾患の理解と国民意識の変革の大きな機会となっている普及啓発の大きな機会となっている取組で、圏域をこえた発展をしている事例」については精神保健福祉センター、精神保健福祉協会それぞれ約6-7分の1から紹介があった。これらのうち数例については、17年度研究において聞き取り調査を行うことが望ましいと考えられた。共通の目標や教育資材の開発に関しては、テキストに記載された内容からも高い関心が示されており、テーマや課題を決めた実際の取り組みが望まれた。

国民意識の変革すなわち普及啓発の取り組みは、現在でも国、都道府県、精神保健福祉センター、保健所、市町村、日本精神保健福祉連盟、日本精神衛生会、精神保健福祉協会、日本精神科病院協会、全国精神障害者家族会連合会等、さまざまな組織・団体等が取り組んでいるが、その目標や戦略は必ずしも共有されていない。個別の取り組みがばらばらに行われ、教育資材作成も個別の努力に依存しており、ライフステージに応じたわかりやすい教材の整備も遅れている。国民各層の意識の変革に

においては、マスメディアなどに当事者が自発的かつ積極的に登場し、その意見を述べる事が期待される。

17年度:退院促進支援事業の実施状況では、自立支援員1～5人が16県の半数を占め、事業対象者数も10人以下である県が4割以上を占めていた。事業対象者の年齢別構成では、50歳以上が約6割を占め、60歳以上でも2割以上を占め、入院期間は5年以上が約6割を占めていた。また、病名別割合は統合失調症圏が約9割であり、本事業の対象者の中核は「中高年で入院期間の長い統合失調症圏の患者」であることがわかった。ただし、年齢が40歳未満も2割近くおり、入院期間が5年未満である者が4割近くを占めることから、比較的若年の患者も本事業の対象として登録されていることに留意する必要があると考えられた。事業対象者247名のうち、退院したと思われる者は89名(36.0%)であった。

精神障害者退院促進支援事業は、多くの県で、一部の地域あるいは特定の地域生活支援センターでの試行的段階にあると考えられる。本事業は、平成17年に成立した障害者自立支援法において地域生活支援事業の中に位置づけられ、一層の発展が期待されていることから、本事業の実績をより正確に把握するためには、各県において、どのような将来計画をもって本事業を導入したか、現状をどのようにとらえているか等、事業のデザインがわかるようにすること、実際に事業を行っている県の手応えを感じていることを含めて、実績報告の記載要領と事業実績へのコード分類の導入等を行い、

本事業の成果を的確に把握できるようにすることが必要と考えられた。

18年度:ガイドラインは2部構成で、第I部は「ライフステージ別の相談・支援」、第II部では「基礎知識」とした。第I部のライフステージの区分は、窓口業務での実用性を考慮して「学齢期まで(0～15歳)」「成人まで(15～20歳)」「成人前期(20～40歳)」「成人後期(40～65歳)」「老年期(65歳以上)」の5区分とした。第II部は「精神障害とは」「精神保健の考え方」「精神保健福祉制度の改革と障害者福祉サービス」「こころの危機への対応」「相談を受ける能力をみがく」「本人以外からの相談」「自殺の危険への対応」の7項目とした。本研究で作成されたガイドラインは、一定の科学的根拠を満たした実践的なガイドラインと考えられる。しかし、ガイドラインは実際に利用される中で、改訂すべき箇所が明らかになってくるものである。このガイドラインは暫定版として利用に供し、必要に応じて改訂を行うことが望ましいと考えられた。

D. 結論

本研究は、精神障害者がライフステージと健康状態に応じて、精神科医療と自立支援サービスを利用できるよう、①「運動・栄養・休養等の健康増進」、②「生活支援・医療・住居」、③「地域の育成」を軸に、地域としての支援のあり方を検討した。最終年度である18年度は、3年間の研究成果をもとに「ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン」を作成した。

E. 健康危険情報 なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
羽藤 邦利	精神科医療におけるカルテ開示のあり方について～精神科診療所の立場から	日本精神科病院協会雑誌	23(3)	53-59	2004
羽藤 邦利	精神科医療における危機介入と精神科診療所の役割	精神医学	46(6)	585-590	2004
藤城 有美子	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	日本社会精神医学会雑誌	14(2)	200-212	2005
平部 正樹	精神障害者の社会参加に関する要因分析	日本社会精神医学会雑誌	14(2)	188-199	2005
羽藤邦利	精神科診療所における就労支援の現状と課題	心と社会	36(2)	30-44	2005
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
竹島 正	自立支援と居住施設	日本精神科病院協会雑誌	26(3)	203-207	2007

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
菅原 道哉	居住福祉に向けて一住まいとは何か、住まうとは何か	(財)全国精神障害者家族連合会編	精神障害者グループホーム設置・運営・ハンドブック	中央法規	東京	2005	

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

■原著論文

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

藤城有美子

抄録：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」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髄損傷である。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、脊髄損傷1,181人で、回収数は、統合失調症135人、ポリオ538人、脊髄損傷538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ほうが大きかったが、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、脊髄損傷とはほとん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、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。

日社精医誌 14:200-212, 2005

索引用語：障害, 国際生活機能分類, 統合失調症, ポリオ, 脊髄損傷
disability, ICF, schizophrenia, poliomyelitis, spinal cord injury

はじめに

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、障害者一般に適用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

2005年9月17日受理

An epidemiological study of "disability" based on WHO definition by comparing mental disability (schizophrenia) and physical disability (poliomyelitis and spinal cord injury)

東邦大学医学部医学科社会医学講座

[〒143-8541 東京都大田区大森西5-21-16]

Yumiko Fujishiro: Department of Social Medicine, Toho University School of Medicine. 5-21-16, Omori-Nishi, Ota-Ku, Tokyo, 143-8541 Japan.

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。筆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、すでに疫学調査を行っている^{5-8,15,18}。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。ポリオと脊髄損傷の両疾患は、いずれも脊髄障害に基づく麻痺を示す点で共通しており、代表的な身体障害である。

精神障害の調査対象者は、社会復帰施設への通所者、もしくは医療機関の外来患者から選択した。まず、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、筆者らが 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。

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)²⁰⁾ 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)²¹⁾ 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。ただし、今回の報告では比較する身体障害の調査と共通する項目についてのみ取り上げた。調査票本体は 3 つの原疾患につきそれぞれが 20 頁以上のボリュームであるため、本論文には転載しなかった。関心のある方はご一報いただきたい。

「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

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: χ^2 検定, b: t 検定) で, ns: 有意差なし, ***: $p < .001$ を示す。

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)¹⁶⁾ 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、カテゴリ変数には χ^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

回答者の特性を表1に示す。原疾患が統合失調症である精神障害を、原疾患がポリオである身体障害と比較したところ、男性の割合はポリオ35.3%に対して統合失調症65.2%と高かった。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・受傷時年齢はポリオ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。

次に、原疾患が統合失調症である精神障害を、原疾患が脊髄損傷である身体障害と比較した。男

性の割合は脊髄損傷 85.1%で統合失調症のほうが低かった。平均現年齢は脊髄損傷 45.1歳、平均発症・受傷時年齢は脊髄損傷 30.0歳で、ともに統合失調症のほうが低かった。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わかりやす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

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ほうが大きくなった。

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。よって、厳密には障害間での尺度構成が異なるが、参考として t 検定を行い、表2、3に結果を示した。

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すべての項目で、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」

「社会参加」の社会参加制約度と社会参加不満足度を表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

表2 精神障害（統合失調症）と身体障害（ポリオ、脊髄損傷）の障害比較

活 動 性	活動制限度									活動アシスト度								
	精神障害 (統合失調症)			身体障害 (ポリオ)			身体障害 (脊髄損傷)			精神障害 (統合失調症)			身体障害 (ポリオ)			身体障害 (脊髄損傷)		
	平均	SD		平均	SD	p	平均	SD	p	平均	SD		平均	SD	p	平均	SD	p
課 題 遂 行	1.1	1.1		1.1	1.1	ns	1.4	1.4	*	0.8	1.0		0.6	0.8	*	1.0	1.0	ns
連 絡 手 段	0.7	0.9		0.3	0.7	***	0.6	1.1	ns	0.4	0.8		0.1	0.5	***	0.4	0.9	ns
運 搬	0.7	1.0		1.8	1.2	***	2.0	1.3	***	0.4	0.8		1.0	1.1	***	1.5	1.1	***
歩 行	0.4	0.9		1.7	1.2	***	3.2	1.3	***	0.1	0.3		0.9	0.9	***	2.1	1.2	***
移 動 (乗 客)	0.6	1.0		1.6	1.3	***	2.5	1.3	***	0.1	0.5		1.0	1.1	***	2.1	1.0	***
移 動 (運 転)	0.7	1.2		1.2	1.4	**	1.4	1.5	***	0.1	0.4		0.8	1.0	***	1.2	1.0	***
入 浴	0.3	0.8		0.7	1.0	***	1.3	1.4	***	0.0	0.2		0.3	0.7	***	1.1	1.1	***
ト イ レ	0.2	0.7		0.6	1.0	***	1.3	1.4	***	0.1	0.3		0.4	0.6	***	1.1	1.0	***
更 衣	0.2	0.5		0.4	0.8	***	1.0	1.3	***	0.0	0.3		0.2	0.6	**	0.7	1.0	***
食 事	0.3	0.7		0.2	0.7	ns	0.6	1.1	**	0.1	0.5		0.1	0.4	ns	0.5	0.9	***
家 事	1.0	1.1		1.1	1.2	ns	1.6	1.5	***	0.7	1.0		0.6	0.9	ns	1.1	1.1	**
家 族 役 割	0.9	1.1		0.8	1.1	ns	1.2	1.4	ns	0.5	0.9		0.4	0.8	ns	0.7	1.0	*
金 銭 管 理	0.9	1.1		1.0	1.1	ns	1.3	1.4	**	0.6	0.9		0.7	0.9	ns	1.0	1.0	***
レクリエーション	0.6	0.9		1.5	1.2	***	1.5	1.3	***	0.5	0.9		0.9	0.9	***	1.2	1.0	***
社 会 参 加	社会参加制約度									社会参加不満足度								
	精神障害 (統合失調症)			身体障害 (ポリオ)			身体障害 (脊髄損傷)			精神障害 (統合失調症)			身体障害 (ポリオ)			身体障害 (脊髄損傷)		
	平均	SD		平均	SD	p	平均	SD	p	平均	SD		平均	SD	p	平均	SD	p
健 康 管 理	1.1	1.1		1.0	1.0	ns	1.2	1.2	ns	1.6	1.1		1.8	1.1	ns	1.9	1.2	*
移 動	0.7	1.0		1.1	1.1	***	1.6	1.2	***	1.1	1.2		1.6	1.2	***	2.0	1.2	***
交 流	1.2	1.1		0.8	1.1	**	1.1	1.3	ns	1.8	1.4		1.4	1.2	**	1.7	1.3	ns
情 報 交 換	0.7	1.0		0.3	0.7	***	0.6	1.1	ns	1.2	1.2		0.8	1.1	***	1.1	1.2	ns
家 族 役 割	1.2	1.2		0.7	1.0	***	1.1	1.3	ns	1.6	1.3		1.1	1.2	***	1.5	1.3	ns
夫 婦・異 性 関 係	1.5	1.5		0.6	1.1	***	1.3	1.5	ns	2.0	1.4		1.2	1.2	***	1.8	1.4	ns
仕 事	1.4	1.3		0.9	1.1	***	1.4	1.4	ns	1.7	1.3		1.5	1.2	*	1.9	1.3	ns
金 銭 管 理	1.1	1.3		0.7	1.0	**	1.1	1.3	ns	1.5	1.4		1.3	1.2	ns	1.7	1.2	ns
地 域 活 動	1.3	1.2		0.8	1.1	***	1.2	1.4	ns	1.6	1.2		1.4	1.2	ns	1.9	1.2	ns
教 育	1.2	1.3		0.7	1.1	***	1.1	1.2	ns	1.6	1.3		1.3	1.2	*	2.0	1.2	**
健 康 サ ー ビ ス	健康サービス必要度									健康サービス不満足度								
	精神障害 (統合失調症)			身体障害 (ポリオ)			身体障害 (脊髄損傷)			精神障害 (統合失調症)			身体障害 (ポリオ)			身体障害 (脊髄損傷)		
	平均	SD		平均	SD	p	平均	SD	p	平均	SD		平均	SD	p	平均	SD	p
保 健	2.1	1.5		1.7	1.2	***	2.0	1.2	ns	1.3	1.0		1.8	1.1	***	1.9	1.0	***
医 療	2.5	1.5		1.7	1.3	***	2.4	1.2	ns	1.3	1.3		1.8	1.1	***	1.8	1.0	***
福 祉	1.8	1.7		1.0	1.3	***	1.4	1.4	**	1.1	1.1		1.5	1.1	***	1.8	1.1	***
コーディネイト	2.3	1.6		1.8	1.3	***	1.8	1.3	**	1.2	1.2		2.0	1.2	***	2.1	1.0	***

注1) 統合失調症とポリオ、統合失調症と脊髄損傷との比較 (t検定) で、ns:有意差なし、*: $p < .05$ 、**: $p < .01$ 、***: $p < .001$ を示す。
 注2) 活動制限度は、0点:制限なくできる~4点:できない、活動アシスト度は、0点:介助・補助具なし~3点:介助・補助具あり (精神障害では「介助・補助具なし:0点」と「介助あり:2点」のみ)。
 注3) 社会参加制約度は、0点:制約なくできる~4点:できない、社会参加満足度は、0点:十分満足~4点:全く満足していない。
 注4) 健康サービス必要度は、0点:全く必要ない~4点:非常に必要、健康サービス不満足度は、0点:十分満足~4点:全く満足していない。

表3 精神障害(統合失調症)と身体障害(ポリオ, 脊髄損傷)の性・年齢で調整した障害比較

活 動 性	活動制限度						活動アシスト度													
	精神障害 (統合失調症)		身体障害 (ポリオ)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (ポリオ)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (脊髄損傷)									
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD								
課題遂行	1.3	0.1	1.0	0.0	*	1.2	0.1	1.4	0.1	ns	0.9	0.1	0.6	0.0	**	0.8	0.1	1.0	0.0	ns
連絡手段	0.9	0.1	0.2	0.0	***	0.8	0.1	0.6	0.0	*	0.4	0.1	0.1	0.0	***	0.3	0.1	0.4	0.0	ns
運搬	1.1	0.1	1.8	0.1	***	0.8	0.1	2.0	0.1	***	0.7	0.1	1.0	0.0	*	0.4	0.1	1.5	0.0	***
歩行	0.8	0.1	1.6	0.0	***	0.5	0.1	3.2	0.1	***	0.3	0.1	0.9	0.0	***	0.0	0.1	2.1	0.1	***
移動(乗客)	1.0	0.1	1.5	0.0	***	0.6	0.1	2.5	0.1	***	0.4	0.1	1.0	0.0	***	0.1	0.1	2.1	0.0	***
移動(運転)	1.3	0.1	1.1	0.1	ns	0.8	0.1	1.4	0.1	***	0.3	0.1	0.7	0.0	**	0.1	0.1	1.2	0.0	***
入浴	0.6	0.1	0.7	0.0	ns	0.4	0.1	1.3	0.1	***	0.2	0.1	0.3	0.0	ns	0.0	0.1	1.1	0.0	***
トイレ	0.5	0.1	0.6	0.0	ns	0.3	0.1	1.3	0.1	***	0.2	0.1	0.4	0.0	*	0.1	0.1	1.0	0.0	***
更衣	0.3	0.1	0.4	0.0	ns	0.2	0.1	1.0	0.1	***	0.1	0.1	0.2	0.0	ns	0.1	0.1	0.6	0.0	***
食事	0.4	0.1	0.2	0.0	**	0.3	0.1	0.6	0.0	*	0.2	0.0	0.1	0.0	ns	0.2	0.1	0.5	0.0	**
家事	1.3	0.1	1.0	0.1	*	1.0	0.1	1.6	0.1	***	0.9	0.1	0.6	0.0	**	0.8	0.1	1.1	0.1	**
家族役割	1.1	0.1	0.8	0.1	*	0.9	0.1	1.2	0.1	ns	0.6	0.1	0.4	0.0	**	0.5	0.1	0.7	0.0	*
金銭管理	1.2	0.1	1.0	0.1	ns	0.9	0.1	1.3	0.1	**	0.9	0.1	0.7	0.0	*	0.6	0.1	1.0	0.0	***
レクリエーション	0.9	0.1	1.4	0.1	***	0.6	0.1	1.5	0.1	***	0.7	0.1	0.8	0.0	ns	0.5	0.1	1.2	0.0	***
社 会 参 加	社会参加制約度						社会参加不満足度													
	精神障害 (統合失調症)		身体障害 (ポリオ)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (脊髄損傷)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (ポリオ)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (脊髄損傷)					
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD				
健康管理	1.4	1.0	1.0	0.0	**	1.2	0.1	1.2	0.1	ns	1.8	0.1	1.8	0.0	ns	1.6	0.1	1.9	0.1	*
移動	1.0	0.1	1.0	0.0	ns	0.7	0.1	1.6	0.1	***	1.3	0.1	1.5	0.1	ns	1.1	0.1	2.0	0.1	***
交流	1.4	0.1	0.7	0.0	***	1.2	0.1	1.1	0.1	ns	2.0	0.1	1.3	0.1	***	1.8	0.1	1.7	0.1	ns
情報交換	0.8	0.1	0.2	0.0	***	0.8	0.1	0.6	0.0	ns	1.4	0.1	0.7	0.0	***	1.2	0.1	1.1	0.1	ns
家族役割	1.3	0.1	0.6	0.0	***	1.2	0.1	1.1	0.1	ns	1.7	0.1	1.1	0.1	***	1.6	0.1	1.5	1.6	ns
夫婦・異性関係	1.6	0.1	0.6	0.1	***	1.6	0.1	1.3	0.1	ns	2.0	0.1	1.2	0.1	***	2.1	0.1	1.8	0.1	ns
仕事	1.5	0.1	0.9	0.1	***	1.5	0.1	1.5	0.1	ns	1.8	0.1	1.4	0.1	**	1.8	0.1	1.9	0.1	ns
金銭管理	1.3	0.1	0.7	0.0	***	1.1	0.1	1.1	0.1	ns	1.6	0.1	1.3	0.1	*	1.5	0.1	1.6	0.1	ns
地域活動	1.5	0.1	0.7	0.1	***	1.3	0.1	1.2	0.1	ns	1.8	0.1	1.4	0.1	*	1.7	0.1	1.9	0.1	ns
教育	1.4	0.1	0.6	0.0	***	1.3	0.1	1.1	0.1	ns	1.7	0.1	1.3	0.1	**	1.6	0.1	1.9	0.1	*
健 康 サ ー ビ ス	健康サービス必要度						健康サービス不満足度													
	精神障害 (統合失調症)		身体障害 (ポリオ)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (脊髄損傷)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (ポリオ)		精神障害 (統合失調症)		身体障害 (脊髄損傷)					
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD				
保健	2.4	0.1	1.6	0.1	***	2.1	0.1	2.0	0.1	ns	1.3	0.1	1.8	0.1	**	1.3	0.1	1.9	0.0	***
医療	2.8	0.1	1.7	0.1	***	2.5	0.1	2.4	0.1	ns	1.2	0.1	1.8	0.1	***	1.3	0.1	1.8	0.1	***
福祉	2.2	0.1	0.9	0.1	***	1.8	0.1	1.4	0.1	**	1.2	0.1	1.5	0.1	**	1.1	0.1	1.8	0.1	***
コーディネイト	2.5	0.1	1.8	0.1	***	2.3	0.1	1.9	0.1	**	1.2	0.1	2.0	0.1	***	1.2	0.1	2.1	0.1	***

注1) 統合失調症とポリオ, 統合失調症と脊髄損傷との比較 (t検定) で, ns:有意差なし, *:p<.05, **:p<.01, ***:p<.001を示す。

注2) 活動制限度は, 0点:制限なくできる~4点:できない, 活動アシスト度は, 0点:介助・補助具なし~3点:介助・補助具あり(精神障害では「0点:介助・補助具なし」と「2点:介助あり」のみであるため, SDとt検定の有意差は参考値)。

注3) 社会参加制約度は, 0点:制約なくできる~4点:できない, 社会参加満足度は, 0点:十分満足~4点:全く満足していない。

注4) 健康サービス必要度は, 0点:全く必要ない~4点:非常に必要, 健康サービス不満足度は, 0点:十分満足~4点:全く満足していない。

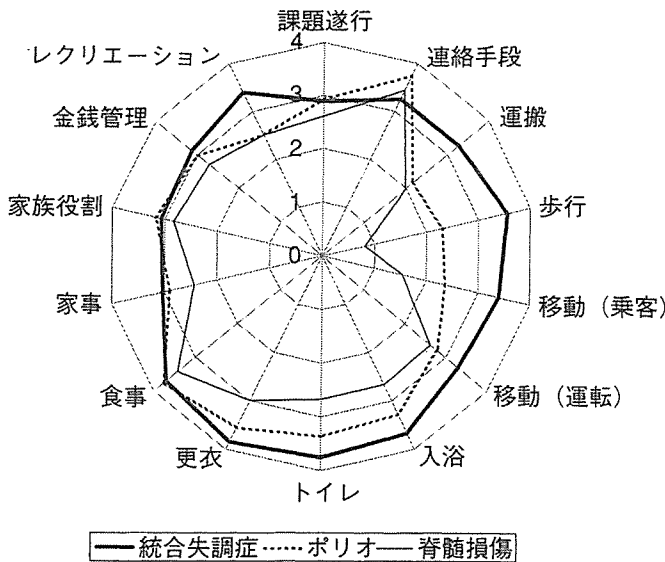


図 1-1 活動度

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

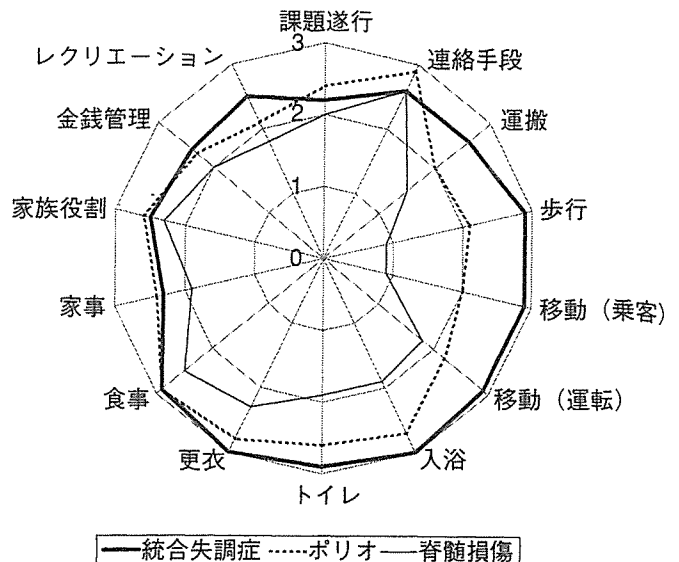


図 1-2 活動自立度

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）

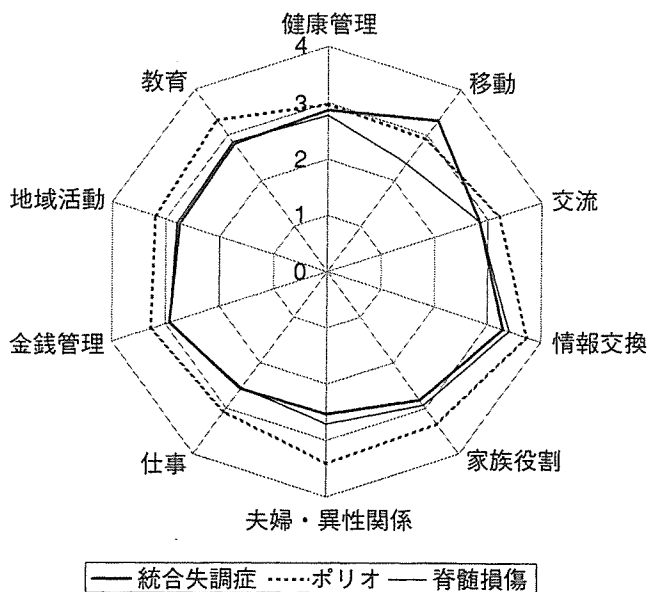


図 2-1 社会参加度

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

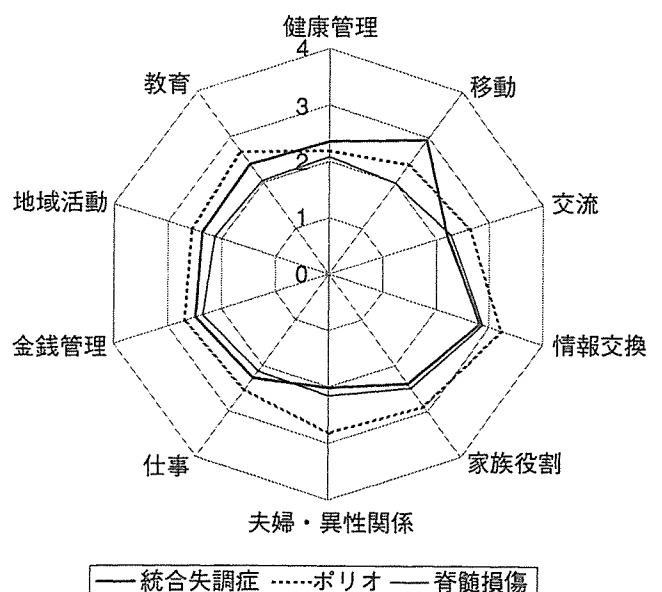


図 2-2 社会参加満足度

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

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。

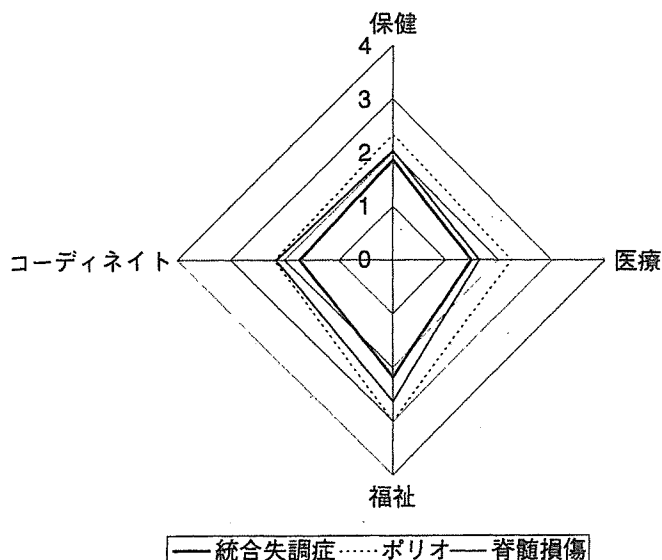


図3-1 健康サービス度

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

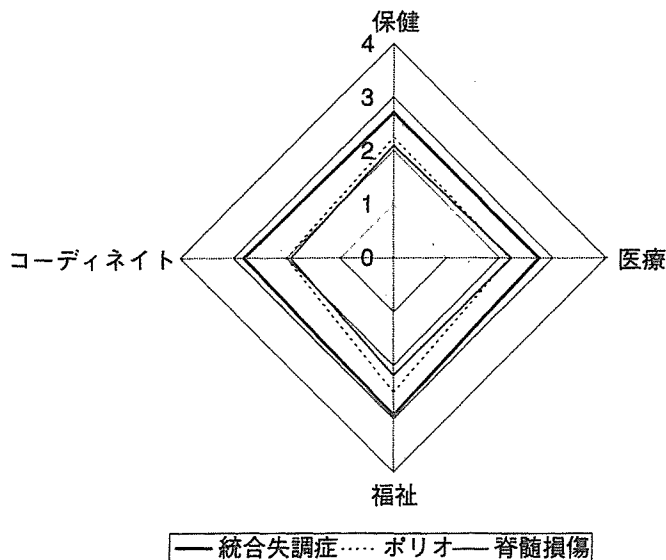


図3-2 健康サービス満足度

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

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」

「健康サービス」の健康サービス必要度と健康サービス不満足度を表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。

① 健康サービス必要度の比較

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項目すべてで，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ほうが必要度が高く，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項目すべてで，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項目すべ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」としての精神障害

身体・知的・精神の3障害を一本化し，社会参

加と生活支援に向けた平等な権利を保障することは国際的な動向である。そのためには、多様な障害を記述するための共通の枠組みが必須となる。WHOは国際疾病分類(ICD)と対をなす「障害」の分類とコード化を検討し、1980年に最初の試案、国際障害分類(ICIDH)を発表した。その後の改訂作業を経て、2001年に国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)が採択された。この間に、機能などの欠損というネガティブな視点から構築されていた「障害(disability)」概念は、より中立的もしくはポジティブな「生活機能(functioning)」という用語に転換された。現在、「生活機能」を心身機能と身体構造(body functions and body structures)、活動(activity)、参加(participation)の3構成要素から評価し、「障害」を「生活機能」の欠損として機能障害、活動制限、社会参加制約から記述するという基本姿勢が確立しつつある。

わが国の障害者数は、精神障害258万人、身体障害352万人、知的障害46万人で、うち在宅者は、精神障害224万人、身体障害333万人、知的障害33万人とされる。ただし、これらの値は複数の調査から別個に集計されている^{11~14)}。さらに、ここでの精神障害者数は患者調査の疾病的な定義による数であり、生活上の障害を指すものではない。これは、長年の間3障害が別の施策の対象であったことによる。日本では1949年に身体障害者福祉法、1960年に精神薄弱者福祉法(現知的障害者福祉法)が制定された。その10年後には身体および知的障害への総合的施策を推進する心身障害者対策基本法(1970)が成立したが、精神障害は長年、精神衛生法という個別法によって位置づけられてきた。1993年の障害者基本法成立で、ようやく精神障害を含めた3障害が「障害」として一本化され、その社会参加、生活支援が再編成された。これにより、障害として共通に求められる支援と、各障害に特有の問題をともに把握することが社会的課題となった。

2. 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、身体障害と比較しても差の見られる項目が多かった。身体障害者のBADLのほう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る。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、精神障害者のほう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。

なお、本研究での精神障害者を対象とした調査票では、ここに示した14項目のほかに、注意、学習、問題解決、コミュニケーションの理解、コミュニケーションの表出、一般的な対人関係、特別な対人関係、教育、仕事の9項目についても評定を求めている。統合失調症の機能障害は認知障害が中心であり、また、さまざまな機能障害がコミュニケーションや対人関係の活動制限として現れていることが従来指摘されている²⁶⁾。よって、これらの項目で精神障害者の特徴が示されることは十分予想されるが、身体障害者を対象とした調査票にこれらの項目が含まれず比較対照ができないため、本研究では分析の対象外とした。

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ほうが制限

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。まず、ポリオと脊髄損傷はともに運動麻痺を生じる疾患であるが、対象者集団の身体機能の障害は脊髄損傷のほうが重度である⁶⁾。本研究での統合失調症による精神障害者は、重度の身体障害者と同程度の社会参加であったといえる。また、統合失調症と脊髄損傷は、いずれもその多くが成人以降の中途障害である。身体障害の先行研究では、中途障害者と、先天性障害者やごく年少期からの障害者のQOLなどを比較した報告は散見するが、一致した結果は得られていない^{2,21~23)}。社会参加に対するこのような要因の影響については、今後の検討課題である。

ただし、統合失調症者の社会参加と脊髄損傷者の社会参加が同程度の制限を受けていることは、その援助へのアプローチ方法が同一であることを意味しない。たとえば、精神障害では、BADLの障害が比較的軽度であるにもかかわらず、BADLの障害がより重度である脊髄損傷者と同程度の社会参加となっており、これは精神障害者の特徴であるとも言える。社会参加の援助においては、障害の程度だけでなく、その質に応じたサービス提供が必要であろう。

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。今回、身体障害の原疾患にはポリオと脊髄損傷を取り上げたが、継続的治療を要する内部機能障害などの慢性疾患患者では異なった結果となるかもしれない。また、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。これも今後の検討課題である。

3. 本論文の意義と限界

WHOの障害概念の成立によって「障害」全体が同一の分類基準で把握され、共通尺度で測定可能になった¹⁷⁾。しかし、いまだ障害研究はある決まった障害種に限定されているものが多い^{1,4,9)}。イギリスではGreat Britainの障害者数などを把握するため、地域住民に対して国際障害分類の試案を用いた調査³⁾が行われており、このような調査はほかにも数か国で試行され始めている¹⁹⁾。しかし、これらはいくまで社会統計であり、異種の障害を比較検討した研究は現在のところ見あたらない。

本調査で予想されていた方法論的問題は以下の3点である。第1点は調査法の違いである。身体障害者には郵送法で行ったが、統合失調症者には調査の信頼性と倫理的配慮から直接配布し、調査者や施設スタッフが同席するなどの配慮を行った。調査方法の違いは対象集団の特性の差異を必然的に反映したものであり、このような場合に生じる系統誤差を排除する解決法はなかった。第2点は、対象者数と調査範囲の違いである。一度に大量発送が可能な郵送法に比べ、直接配布や同

席には労力・時間を要する。そのため、精神障害の対象者数は身体障害と比較して少なく、また、身体障害が全国調査であるのに対して、精神障害の調査範囲は関東のみとなった。これについては、両身体障害と比較して値のバラツキが大きく異なる点から、データの信頼性を保証する回答者数が得られたと理解する。回収率は直接配布のほうが高いといわれているが、本調査でも精神障害で回収率が高かった。第3点は、時間的な誤差要因として、身体障害者と精神障害者の調査年に約5年の開きがあることである。第2点と第3点は技術的には解決可能なものだが、調査者の労力・時間の限界であった。次に、選択バイアスの影響を検討する。脊髄損傷の男性割合は80%を超えていたが、Shingu²⁰⁾らの調査でもほぼ同様の値が得られている。統合失調症では男性割合が高く、ポリオで低かったのは、原疾患の罹患には性差がないことから、対象集団の特性によるものと考えられた。ポリオの年齢層が高いのは、1960年のワクチン接種導入により、1962年以降患者発生が激減したことによる¹⁰⁾。これに対しては、性・年齢調整を行うことで、性差と年齢要因を排除して考察した。

最後に、WHOの評価方法は本調査のような基礎データを蓄積する段階にあり、信頼性妥当性の系統的検討は今後の課題である。本調査は障害間比較であったため、この点はあまり問題とはならなかった。しかし、障害分類が改訂を繰り返したことで、用語や概念構成、評価法に一貫性が保てなかった点には実用上の困難を感じた。さらに、生活機能の用語の導入にはプラス面から捉えられるようにとの意図があったにもかかわらず、実際には、心身機能と身体構造、活動、社会参加は、否定的スケールによる評価しか与えられないとの矛盾点があった。例えば、活動の尺度は制限が大きいほど評価点が高くなっており、マイナス面を測定していることになる。もし、評価点が高いほど活動性が高いというプラスの評価をするのであれば、評価の命名自体にも検討が必要となるであろう。

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。

本研究は、厚生科学研究費 (H10-障害-011)、文部科学省科学研究費 (13670390)、文部科学省科学研究費 (15590560)、厚生科学研究費 (H16-障害-016)、文部科学省科学研究費 (17590558) の助成を得て行った。

謝辞：富士温泉病院名誉院長矢野英雄先生と、本調査にご協力いただいた対象者の方々、および医療機関、小規模作業所のスタッフの皆さまに心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Burger H., Marincek C.: The influence of post-polio syndrome on independence and life satisfaction. *Disabil Rehabil* 22(7): 318-322, 2000
- 2) Datta D., Selvarajah K., Davey N.,: Functional

- outcome of patients with proximal upper limb deficiency—acquired and congenital. *Clin Rehabil* 18(2):172-7, 2004
- 3) The Department of Health and Social Security. OPEC Surveys of disability in Great Britain Report. UK. National Statics, 1988
 - 4) Fuhrer M. J., Rintala D. H., Hart K. A., et al.: Relationship of life satisfaction to impairment, disability, and handicap among persons with spinal cord injury living in the community. *Arch Phys Med Rehabil* 73:552-557, 1992
 - 5) 藤城有美子, 長谷川友紀, 平部正樹, ほか: ポリオ患者および脊髄損傷者の疫学調査—身体状況について. *厚生指標* 47(7):8-14, 2000
 - 6) 藤城有美子, 長谷川友紀, 平部正樹, ほか: 外傷性脊髄損傷者の社会参加について. *総合リハビリテーション* 29(2):151-159, 2001
 - 7) 平部正樹, 長谷川友紀, 藤城有美子, ほか: ポリオ患者および脊髄損傷者の疫学調査—社会参加について. *厚生指標* 47(8):3-9, 2000
 - 8) 平部正樹, 井原一成, 藤城有美子, ほか: ポリオ患者の社会参加についての研究—二次障害との関連に注目して. *民族衛生* 67(5):219-228, 2001
 - 9) Kemp B. J., Krause. S.: Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disabil Rehabil* 21:241-249
 - 10) 厚生省大臣官房統計情報部編: 平成10年伝染病統計. 1998
 - 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 平成12年社会福祉施設等調査. 2001
 - 12) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部編: 平成12年知的障害児(者)基礎調査. 2001
 - 13) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 平成13年身体障害児・身体障害者実態調査. 2002
 - 14) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 平成14年患者調査. 2003
 - 15) Kumakura N., Takayanagi. M., Hasegawa. T., et al.: Self-assessed secondary difficulties among paralytic poliomyelitis and Spinal Cord Injury Survivors in Japan. *Arch Phys Med Rehabil* 83:1245-1251, 2002
 - 16) Overall J. E., Gorham, D. R.: The brief psychiatric rating scale. *Psychol Repts* 10:799-812, 1962
 - 17) Post M. W. M.: Quality of life and the ICDH: towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. *Clin Rehabil* 13:5-15, 1999
 - 18) 佐久間祐子, 長谷川友紀, 高柳満喜子, ほか: 慢性期脊髄損傷者の予後の実態. *日本職業・災害医学会雑誌* 50(1):25-35
 - 19) 佐藤久夫: WHO国際障害分類試案3—各国におけるWHO国際障害分類試案の活用. *リハビリテーション研究* 72, 1992
 - 20) Shingu H., Ohama M., Ikata T., et al.: A nationwide epidemiological survey of spinal cord injuries in Japan from January 1990 to December 1992. *Paraplegia* 33:183-188, 1995
 - 21) Stensman R.: Severely mobility-disabled people assess the quality of their lives. *Scand J Rehabil Med* 17:87-99, 1984
 - 22) Shindi J.: Emotional adjustment of physically handicapped children: a comparison of children with congenital and acquired orthopaedic disabilities. *Int J Soc Psychiatry* 29(4):292-8, 1983
 - 23) Varni J. W., Setoguchi. Y.: Screening for behavioral and emotional problems in children and adolescents with congenital or acquired limb deficiencies. *Am J Dis Child* 146(1):103-7, 1992
 - 24) World Health Organization: International classification of functioning and disability: ICDH-2 Beta-2 Draft. World Health Organization. Genova, 1999
 - 25) World Health Organization: International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. Genova, 2001
 - 26) 山本佳子, 丹羽真一: ICFと統合失調症. *精神医学* 45(11):1167-1174, 2003