

[原著論文]

「精神障害者における QOL 評価の試み」
—精神障害者のスポーツ活動の有用性の検討—

濱野強¹⁾、藤澤由和²⁾、Eun Woo Nam³⁾

キーワード：精神障害者 生活の質 社会参加 スポーツ活動

Evaluation of Quality of Life of the mental disabled
— Study of the effectiveness of sports activities —

Tsuyoshi Hamano, M.A. , Yoshikazu Fujisawa, M.A. G.Dip. , Eun Woo Nam, Ph.D. ,

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between quality of life and quantity of sports activities. The survey was conducted from March 2003 to April 2003, using anonymous self-reporting. 102 participants responded to our questionnaire (52.3%). Two groups were categorized and analyzed according to their history of the quantity of their sports activities in the past. The average overall WHOQOL26 score produced no significant differences between the high practice group and the low practice group. In the high practice group, the average of social relation domain scores were significantly higher than in the lower practice group. In the high practice group, we can consider that the interaction between members was promoted by an emotional exchange through soft volleyball. The degree of satisfaction in social relations might have been raised because reliability, self-esteem and confidence or self reliance were strengthened through the experience of being accepted by others or the experience of helping each other as a collective member.

Key words : Mental disabled, Quality of Life, Social participation, Sports activities,

要旨

わが国の精神保健医療福祉施策が、「入院医療主体から地域精神保健医療福祉」への転換が図られている中で、精神障害者に対する支援目標は大きく変わりつつある。すなわち、単に症状の改善のみを目指すのではなく、当事者の自立を助長し、生活の質（以

下、QOL）向上のための支援および環境整備が求められている。そこで、本論においては精神障害者の QOL と社会参加の方策の一つとして近年注目されているスポーツ活動との関係性について検討を行った。その結果、スポーツ活動の練習頻度が高い集団は練習頻度が低い集団に比べて社会的関係

1) 新潟医療福祉大学 社会福祉学部

2) 新潟医療福祉大学 研究推進機構 地域包括ケア研究センター

3) Department of Health Administration, College of Health Sciences, Yonsei University, Wonju, Korea

濱野強 新潟医療福祉大学 社会福祉学部

[連絡先] 〒950-3198 新潟市島見町 1398 番地

TEL・FAX : 025-257-4796

E-mail : hamano@nuhw.ac.jp

に関する QOL 評価が高いことが示された。これは、他者から受け入れられる経験や集団の一員として共に助け合う経験を通して信頼感、自尊感情や自信の強化につながり、その結果として QOL の下位領域の中でも社会的関係において満足度を高めた可能性が考えられた。

I はじめに

わが国の精神保健医療福祉施策が、「入院医療中心から地域精神保健医療福祉」へと転換しているなかで^{1) 2)}、精神障害者に対する支援目標は大きく変わりつつある。すなわち、単に症状の改善のみを目指すのではなく、当事者の自立を助長し、生活の質 (Quality of Life、以下 QOL と略す) の向上のための支援及びそのための環境整備が求められている。

近年、精神障害者のスポーツ活動は、QOL の向上に寄与することが報告され³⁾、精神障害者のスポーツ振興は全国的な取り組みへと発展しつつある⁴⁾。しかし、精神障害者のスポーツ活動は、これまで医療やリハビリテーションを主たる目的としてなされてきたことから、他の障害に比べて社会参加の促進や余暇充実の観点におけるスポーツ活動の意義や役割に関する知見は非常に限られている。その結果、精神障害者のスポーツ振興は基盤整備の面で大きく立ち遅れた現状にある⁵⁾。この背景には、入院治療を必要とする精神障害の中で現在進行形の疾患による障害の場合は服薬による運動への影響について配慮が必要なこと、同様に慢性的に経過するような精神疾患である病態では増悪と軽快を繰り返す経過をとることがあるためコンディションが予測しにくいなどの点が指摘されている⁶⁾。

そこで、本論においては、1) スポーツ活動が精神障害者の QOL の向上にどの程度寄与するのか、2) スポーツ活動の取り組

み状況により、精神障害者の QOL は変化するのかという仮説を設定し、スポーツ活動の程度と精神障害者の QOL の関係について検討を行ったので報告する。

II 研究方法

1. 対象と方法

調査対象は、平成 16 年 3 月に茨城県において開催した「精神障害者スポーツ交流会」⁷⁾ (以下、交流会) の参加者である。交流会は、ソフトバレーボール (6 人制) を競技種目として開催し、参加資格は精神障害者保健福祉手帳を所持する者もしくは同等レベルの障害を有する者とした。

調査票の配布は、交流会の当日に会場で行い、回収は後日郵送などにより実施した。なお、調査協力への同意は、調査票配布の際に調査目的、方法および調査同意書を同封し、同意の得られた参加者については調査同意書に氏名を記入のうえ調査票の返送を依頼することにより得た。

回収数は、102 名 (回収率 52.3%) であった。なお、本研究では、スポーツ活動の程度と QOL の関係について検討することが目的であることから、練習頻度について有効回答がある 93 名を分析対象者とした。

2. 調査項目

調査は、「参加者調査票 (以下、参加者票)」と「職員調査票 (以下、職員票)」の 2 種類の調査票を用いて実施した。参加者票は参加者本人、職員票は参加者が属している施設職員に記入を依頼した。参加者票は、練習頻度、QOL などから構成されている。職員票は、性別、年齢、診断名、入院歴、病識の有無、服薬の必要性の認識、精神障害者保健福祉手帳の有無、日常生活の自立度などから構成されている。

QOL は、1997 年に世界保健機関・精神保健部 (Division of Mental Health, World

Health Organization) により開発された WHOQOL-26 を用いて測定した。日本語版の本邦での適用については、中根らにより信頼性・妥当性の検討がなされている⁸⁾。

WHOQOL-26 は、対象者自身の精神・身体状況や心理社会的要因、および医療福祉状況など様々な因子を加味した包括的な尺度である。具体的には、身体的領域の7項目(「日常生活動作」、「医薬品と医療への依存」、「活力と疲労」、「移動能力」、「痛みと不快」、「睡眠と休養」、「仕事の能力」)、心理的領域の6項目(「ボディ・イメージ」、「否定的感情」、「肯定的感情」、「自己評価」、「精神性/宗教/信条」、「思考、学習、記憶、集中」)、社会的関係の3項目(「人間関係」、「社会的支援」、「性的活動」)、環境の8項目(「金銭関係」、「自由、安全と治安」、「健康と社会的ケア:利用のしやすさと質」、「居住環境」、「新しい情報と技術の獲得の機会」、「余暇活動の参加と機会」、「生活圏の環境」、「交通手段」)の4分野24項目に全体的としてのQOLを問う2項目を加えた26項目から構成されている。なお、各項目は反応尺度として5段階の順序尺度(1~5)が与えられている。本研究における各分野の信頼性について Cronbach の α 係数を算出したところ、おおむね良好な内的一貫性を示した(表1)。

表1 WHOQOL-26 の信頼性係数

	項目数	Cronbach's alpha
身体的領域	7	.650
心理的領域	6	.705
社会的関係	3	.704
環境	8	.754

3. 分析方法

対象者は、練習の頻度により「練習頻度高群(1週間に1回以上)」、「練習頻度低群(1週間に1回未満)」の2群に分類して比

較を行った。これは、当県の作業所やデイケアなどにおけるスポーツ活動の現況について、担当保健師、施設職員、精神保健福祉センター職員との議論の結果、「1週間に1回」を基準として練習頻度を定義することが現段階においては妥当であるとの結論が得られたためである。

練習頻度別の性別、診断名、入院歴、病識の有無、精神障害者保健福祉手帳の有無、日常生活の自立度の比較は χ^2 検定もしくは Fisher's exact test を行った。年齢、WHOQOL-26 の比較については t 検定を行った。なお、有意水準は5%とし、統計解析は SPSS 11.5J for Windows を用いた。

4. 倫理的配慮

調査対象者のプライバシーについては、厳格に保障されている。得られた調査データについては、個人が特定されることは無く、研究以外には使用されていない。調査票ならびに調査結果は、鍵のかかる場所に厳重に保管し、分析終了後には個人を特定できないようにして破棄した。

III 結果および考察

1. 精神障害者の QOL 測定

わが国における精神障害者への支援は、これまで量的整備に主眼がおかれてきたため、それぞれの支援にはどのような効果があるのかという質的側面についての調査研究はごくわずかであるのが現状である⁹⁾。こうした状況においては QOL という概念に関しても、精神科医療、特に精神科リハビリテーションにおいて言葉こそ多用されているものの、実際の精神障害者を対象とした QOL の調査研究は極めて限られているといえる^{10, 11)}。その背景には、QOL の評価が幸福感や満足感という当事者の主観的観点からの評価法であることから、1) 精神障害者、特に統合失調症患者は「病識の欠如」

に伴い QOL について正確な判断が下しにくい、2) 多くの精神障害者は理解力や集中力に問題があり、自記式の質問調査のみでは不十分である、などの問題点が指摘されている¹⁰⁾。しかし、その一方で統合失調症患者は自己報告による質問票に信頼性ある形で答えることができないかどうかに関しては、未だ検証されてないにもかかわらず、QOL を用いた調査の使用が制限されていることが指摘されている¹²⁾。また、調査者による圧迫感のない自記式の QOL 評価の方が自分の感情を正直に回答することができ、面接法に比べ QOL の評価が妥当であることも示されている¹²⁾。

これらの先行研究をふまえ、本調査を行うにあたり平成 16 年 2 月に交流会参加施設の代表者及び当事者の代表との事前の意

見交換会を開催し、調査目的を説明するとともに方法論の検討を行った。その結果、QOL 評価に関しては 26 項目から構成され比較的簡便である WHOQOL-26 を用い、方法は無記名自記式質問調査で実施することとした。

2. 分析対象者の特性

分析対象者を練習頻度高群（1 週間に 1 回以上）と低群（1 週間に 1 回未満）の 2 群に分類して特性の比較を行ったところ、年齢、性別、診断名、入院歴、病識の有無、服薬の必要性の認識、精神障害者保健福祉手帳の有無において差はみられなかった（表 2）。なお、診断名に関してその内訳みると、本研究における分析対象者の約 9 割は統合失調症が主たる病名であった。そこで、本

表 2 分析対象者の特性

	練習頻度 高群		練習頻度 低群		P
	Mean	SD	Mean	SD	
年齢	38.2	(11.3)	38.6	(10.4)	0.892
	n	%	n	%	
性別					0.543 ¹⁾
男性	48	(70.6)	16	(64.0)	
女性	20	(29.4)	9	(36.0)	
診断					0.679 ²⁾
統合失調症	63	(92.6)	22	(88.0)	
気分障害	2	(2.9)	1	(4.0)	
その他	3	(4.4)	2	(8.0)	
入院歴					0.460 ²⁾
有り	61	(89.7)	19	(82.6)	
無し	7	(10.3)	4	(17.4)	
病識の有無					0.600 ¹⁾
十分にある	23	(34.3)	11	(45.8)	
不十分	38	(56.7)	11	(45.8)	
ほとんどない	6	(9.0)	2	(8.3)	
薬物療法の必要性の認識					0.068 ²⁾
十分に認識	24	(35.3)	15	(60.0)	
不十分であるが 嫌がらずに服薬	38	(55.9)	10	(40.0)	
不十分であり服薬を嫌がったり、 服薬しないことがある	6	(8.8)	0	(0.0)	
精神障害者保健福祉手帳					0.142 ¹⁾
有り	20	(34.5)	12	(52.2)	
無し	38	(65.5)	11	(47.8)	

¹⁾ p value for chi-square test

²⁾ p value for Fisher's exact test

表3 日常生活の自立度

	練習頻度 高群		練習頻度 低群		P
	n	%	n	%	
食事を取る	44	(65.7)	16	(66.7)	0.930 ¹⁾
生活リズム	48	(70.6)	18	(75.0)	0.680 ¹⁾
個人衛生	58	(87.9)	20	(83.3)	0.726 ²⁾
清掃や片付け	47	(73.4)	18	(75.0)	0.882 ¹⁾
金銭管理	52	(80.0)	18	(81.8)	1.000 ²⁾
火の始末	60	(93.8)	21	(91.3)	0.653 ²⁾
大切な物の管理	58	(86.6)	23	(95.8)	0.281 ²⁾
服薬管理	58	(86.6)	21	(91.3)	0.722 ²⁾
身体健康の管理	53	(77.9)	19	(79.2)	0.900 ¹⁾
交通機関の利用	57	(89.1)	19	(95.0)	0.673 ²⁾
公共機関の利用	53	(85.5)	20	(90.9)	0.720 ²⁾
電話の利用	58	(86.6)	23	(95.8)	0.281 ²⁾
協調性	52	(76.5)	20	(83.3)	0.483 ¹⁾
自発性	42	(61.8)	18	(75.0)	0.242 ¹⁾
近所づきあい	42	(70.0)	12	(70.6)	0.963 ¹⁾
友人づきあい	44	(65.7)	13	(54.2)	0.317 ¹⁾
社会的役割	51	(76.1)	16	(69.6)	0.387 ¹⁾
趣味・空いた時間の過ごし方	36	(54.5)	16	(72.7)	0.133 ¹⁾

※自立している参加者数及び%を記載

¹⁾ p value for chi-square test

²⁾ p value for Fisher's exact test

研究においては、統合失調症患者の特性をふまえて考察を展開するものとする。また、統計上の有意差は示されなかったが、練習頻度高群においては病識に関する認識が比較的低い傾向が示された。この点に関しては、今後、精神障害者のスポーツ振興においては、競技者の体調管理に十分な注意を払う必要性を示しているといえよう。なぜならば練習頻度の増加や勝敗を意識した競技性の視点よりスポーツ活動に取り組む場合、厳しいトレーニングや練習量の増加に伴い精神的ストレスや身体的疲労感が蓄積され、その結果、病態の再燃や再入院といった悪循環を生じる可能性が考えられるからである。

これまで精神障害者のスポーツ活動と精神的ストレスに対する反応及び病態の再燃の因果関係に関する実証的研究は未だ明確な形では示されていないが、内田らはトレーニングや試合時に起こる精神的ストレスが疾患を増悪させる可能性を指摘しており、

実際、今回の交流会終了後に病態が増悪した事例が極めて少数ではあるが報告されている⁶⁾。精神疾患の中には現在進行形の疾患であり増悪と軽快を繰り返すものもあるという特徴を十分に理解し、その日の体調に応じてスポーツ活動に取り組むよう競技者に指導していく必要がある⁴⁾。

また、日常生活の自立度に関しても練習頻度高群と低群で日常生活の統計上の有意差は示されなかった(表3)。一般的に、自立度が高ければ練習頻度もそれに伴い高まることが予測される。しかし、本調査結果においては、自立度に関係なく練習頻度に差が示された点を考慮すると、自立度とは別の要因が練習頻度に影響を与えている可能性が考えられた。

3. 練習頻度別の WHOQOL-26 の比較

練習頻度別の平均 WHOQOL-26 値(以下、平均 QOL 値)及び各分野の平均値に関しては、練習頻度高群の平均 QOL 値は 3.19、練

表 4 WHOQOL-26 の平均値

	練習頻度 高群			練習頻度 低群			P
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
WHOQOL-26	64	3.19	(0.44)	23	2.96	(0.59)	0.058
身体的領域	64	3.27	(0.55)	23	3.07	(0.64)	0.164
心理的領域	63	3.11	(0.55)	23	2.92	(0.67)	0.184
社会的関係	64	3.31	(0.59)	23	2.96	(0.83)	0.032 *
環境	63	3.15	(0.51)	23	2.95	(0.67)	0.138

*P<0.05

習頻度低群の平均 QOL 値は 2.96 であり、両群での差はみられなかった（表 4）。中根らが健常者を対象に行った調査結果（30 代の平均 QOL 値：3.44）と比較すると、両群とも低い値を示している¹³⁾。統合失調症患者の QOL が一般人口及び他の精神疾患患者に比べて低いことが先行研究で指摘されているが¹⁴⁾、本研究の分析対象者においても約 9 割が統合失調症であることをふまえると理解できる結果である。

各分野について比較を行ったところ、社会的関係において練習頻度高群（3.31）は低群（2.96）に比べて平均値が有意に高いことが示された。中根らが健常者を対象に行った調査結果（30 代の社会的関係の QOL 平均値：3.13）と比較しても、本調査における練習頻度低群の社会的関係の QOL 平均値はそれら健常者の値を下回るものであった¹⁵⁾。なお、WHOQOL-26 の下位尺度である社会的関係は、「生活の中で親密な間柄を通して望むような友情、愛情、援助をどのように感じているかを問う人間関係」、「家族や友人から得られる支援、実際にあてに出来る援助の有無について問う社会的支援」、「性への衝動・願望、またはそれを適切に表現できるか否かに関する性的活動」の 3 項目から構成されている。

これまで、精神障害者のスポーツ活動の効果に関しては、横山らが集団スポーツ活動を通じた仲間体験が対人緊張の緩和や対人協調能力の改善につながることを報告し

ている¹⁶⁾。また、村手らは、集団スポーツ活動の中で自分に適した役割を見つけ行動を継続するなかで課題遂行能力の向上や社会性を獲得し、自信を取り戻すことで他者との関係が改善されたことを報告している¹⁷⁾。さらに、岡田らは、ソフトバレーボールという集団体験を通して自己表現力やメンバー同士の信頼感が高まり、日常生活でのセルフヘルプ活動へと発展したことを報告している¹⁸⁾。

WHOQOL-26 の下位尺度の定義及び先行研究をふまえると、ソフトバレーボールを通じた対人交流は、メンバー間の相互作用をより促進させる可能性が考えられた。すなわち、他者から受け入れられる経験や集団の一員として共に助け合う経験を通して信頼感、自尊感情や自信の強化、人間関係における満足感の高まりなどを推察することができる。また、ソフトバレーボールは、他競技と比べ攻守の切り替えが非常に速く、そのうえ一人の選手のボールタッチが限られていることから、メンバー間の声かけや連携が強く求められる競技である。因果関係については更なる検討が必要ではあるが、このような対人交流を中心としたスポーツ活動が、両群の WHOQOL-26 の下位尺度の中でも社会的関係の満足度の差異に影響を与えたことが推察される。

IV おわりに

本研究はスポーツ活動の頻度、すなわち

量的側面に着目した結果であり、今後は具体的にどのような競技特性が精神障害者のQOLの向上において有効であるかという質的側面からの研究が必要である。また、本研究は横断的研究であることから、介入群を用いた縦断的研究を行い、精神障害者のスポーツ活動とQOLとの因果関係について詳細に検討する必要がある。さらに、本調査結果より生じた検討すべき課題として、練習頻度低群のADLにより示された自立度は練習頻度高群と差異が示されなかったのにもかかわらず、社会的関係におけるQOLの値が低いという点が挙げられる。これは、練習頻度の違いは自立度の程度という問題ではなく別の要因が関係しており、今後は精神疾患の状態、スポーツなどの社会参加活動の量と質、自立度、そしてQOLなどの諸要因の関係性について総合的に検討していく必要がある。

こうした点は、精神障害者への支援や施策において、具体的にどのような効果があるのかという根拠を提示することがより一層求められているなかで、重要な論点である。しかしながら、精神障害者のスポーツをはじめとする社会的活動とQOLの関係性に関する方法論やアウトカム指標の妥当性・信頼性などに関しては未だ検討段階にあることから、継続した研究が求められる。

研究活動の進展に伴い、今後、多くの都道府県や市町村においても当事者参加の場を活用した支援が展開されその評価が積極的に行なわれるようになることは間違いない。その際、評価の側面として以下の2点が考えられる。すなわち、個人のQOLがどのように変化するかという視点とともに、チームの活動がどのように広がるのか、すなわち、地域にどのような変化が示されるのかという集団（地域）レベルの視点からの検討である。茨城県ではスポーツ活動で構築された人間関係がきっかけとなり、日

常生活における当事者活動へと発展しつつある。すなわち、個人のQOLを高めるための支援が個人を取り巻く環境にどのような影響を及ぼしていくのかを明らかにすることで、より精神障害者におけるQOL評価の重要性はより高まると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただきました「精神障害者スポーツ交流会」の参加者の皆様、筑波大学体育会医学支部バレーボール部、茨城大学バレーボール部及び茨城県精神保健福祉センターの皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害者分会：今後の精神保健医療福祉施策について，2002.
- 2) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向，2004.
- 3) 大西守，高畑隆，浅井邦彦：精神障害者スポーツに関する最近の動き．臨床精神医学，31（11）：pp1411-1415，2002.
- 4) 尾崎伸郎：精神障害者スポーツ振興の現状と展望．日本社会精神医学会雑誌，12（2）：pp179-186，2003.
- 5) 大西守：精神障害者のスポーツ振興のための組織基盤確立に関する研究．平成14年度厚生労働科学研究費補助金．「精神障害者のスポーツ振興のための組織基盤確立に関する研究」（主任研究者：大西守）平成14年度総括・分担報告書，pp7-19，2003.
- 6) 内田直，高畑隆，宮崎伸一：精神障害者スポーツと競技性．精神神経学雑誌，104（12）：pp1242-1248，2002.
- 7) 濱野強，大野裕子：精神障害者スポー

- ツ振興事業の取り組み. いばらき健康・スポーツ科学 23 : 1-8, 2005.
- 8) 田崎美弥子, 中根允文監修, 世界保健機関・健康保健と薬物乱用予防部編: WHOQOL26 手引. 金子書房. 東京. 1997.
- 9) 伊藤弘人, 安保寛明, 濱野強: 精神障害者生活訓練施設等の有効性に関する研究. 平成 15 年度精神障害者社会復帰促進調査研究等事業「社会復帰関連施策の有効性に関する研究」(主任研究者: 新保祐元)平成 15 年度総括・分担報告書, pp11-35, 2004.
- 10) 角谷慶子: 精神障害者における QOL 測定を試み - 生活満足度スケールの開発 -. 京都府立医科大学雑誌, 104 (12): pp1413-1424, 1995.
- 11) 國方弘子, 三野善男: 統合失調患者の生活の質 (QOL) に関する文献的考察. 日本公衛誌, 50 (5) : pp377-387, 2003.
- 12) Marion Becker, Ronald Diamond: 精神分裂病における QOL 評価法の新たな展開. 精神疾患と QOL. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp103-112, 2002.
- 13) 中根允文, 田崎美弥子, 宮岡悦良: 一般人口における QOL スコアの分布 - WHOQOL を利用して -. 医療と社会, 9: pp123-131, 1999.
- 14) Julio Bobes ,Maria P. Gonzalez: 精神分裂病における QOL. 精神疾患と QOL. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp137-143, 2002.
- 15) 石崎裕香, 中根允文, 田崎美弥子: 日本における WHOQOL - WHOQOL-26 の一般人口における特徴 -. 精神疾患と QOL. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, pp277-291, 2002.
- 16) 横山浩之, 西村良二: 精神科デイケアにおける運動・スポーツの効用についての検討. 臨床精神医学, 31 (11) : pp1389-1396, 2002.
- 17) 村手恵子, 福智寿彦, 野々山智子, 他: デイケアにおけるスポーツプログラム導入の精神分裂病患者に対する効果. 臨床精神医学, 31 (11) : pp1397-1403, 2002.
- 18) 岡田隆志, 吉田太郎, 関口隆一, 他: デイケアにおける精神障害者スポーツ (ソフトバレーボール) の意義について. 埼玉県精神保健総合センター研究紀要, 14 : pp5-6, 2004.