

精神科を長く利用している人の体力と生活習慣について －精神科作業療法の運動プログラムの今後を考える－

塩原直美¹⁾, 山川百合子²⁾

¹⁾ 茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科

²⁾ 茨城県立医療大学保健医療学部医科学センター

要旨

本研究では精神障害者の体力と生活習慣への調査によって、健康維持・増進へのリハビリテーションのプログラムの在り方について考察した。調査は3か所の地域の精神科病院及び地域在宅、施設で暮らしている精神障害者300名を対象に体力測定の手機を設けて行った。

133名について研究協力の同意が得られ、体力テストの結果と環境・生活習慣についてデータを取得した。地域で社会生活をしている障害者はバランス能力で回復傾向があり、生活習慣への問いにも容易に回答できた。入院者はその体力において低い傾向にあり、自分の状態や習慣についての問いに過大又は過小評価するか、回答ができないことがみられた。精神科病院の生活空間は体力を使う機会がない環境に変化していた。病院は日常生活の環境とは異なるので、入院者には外部評価者や社会資源の活用、当事者の意見を聴くなど多くの視点で作業療法などのプログラム内容を工夫していくことが望ましいと考えた。

キーワード：精神障害者、体力、生活習慣、医療人類学

1. はじめに

障害をもちながら病院内外で生活している中高年の精神障害者は多い。その精神障害者の体力と回復の関係については研究が進み、服薬の効果による神経生理的作用と生活習慣病予防、高齢化社会の中での健康維持・転倒予防とも関連付けられ、運動や健康維持志向のプログラムが行われることが多くなった。

精神科に入院する患者の体力については作業療法では1980年代から土澤らによる報告¹⁾があり2000年代にかけては岩井らによる精神科病院長期入院患者の身体能力の報告²⁾があり、理学療法士の武田らも精神科病院における実践報告³⁾をしている。日本

作業療法学会の発表演題でも柏崎や菊池らが体力の実際と転倒予防プログラムや回復支援プログラムの報告^{4) 5)}をしている。1990年代には運動機能における副作用が従来と比べて少ない抗精神病薬が認可されたが、それらの薬は体重増加という副作用があったので、体重減少や体重維持のための運動プログラムの開発や導入が行われている。文部科学省等の科学研究助成金対象課題にも大分県立看護大学の稲垣、大賀らの報告があり⁶⁾、体力テストと運動療法についての効果を明らかにしようとするものが行われている。

一方、精神科病院や関連施設では1988年以降の法的整備もあり、障害者の生活習慣も変化してきている。これは明治時代に、呉が病院は患者の娯楽や

連絡先：塩原直美

茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科

茨城県稲敷郡阿見町阿見4669-2

電話：029-840-2220 FAX：029-840-2320 Email：shiobaran@ipu.ac.jp

いろいろな活動が外部に干渉しないように隣家等と距離をとったところに、作業場や運動場、娯楽室を病室から離れた場所に整備していること、専任の職員を置き、患者のさまざまな適性に合わせることを可能にするように、当時の生活全般で行われる作業や仕事ができるような設備を整える試み⁷⁾をして以降、精神科病院は特別な環境を提供してきたからである。明治から昭和、平成時代にかけて、その環境と作業療法には法制度の変遷や精神科疾患への処遇への考え方の転換があった(表1)。1960年代から70年代にかけて高度成長期に建設された精神科病院に入院した35万人の精神障害者は退院もしくは入院を継続し、療養生活を送っているが、一般の人口統計推移の経過と同じく、高齢化の問題に直面化している。しかし、精神障害者の居る環境の変化と体力についてとりあげた研究報告はほとんどみない。

本研究では精神障害者の体力と環境の変化の実際を報告するとともに、体力を含めた全般的な健康を

指向したりハビリテーションプログラムを考察することを目的とした。

2. 体力と健康維持に関する習慣等の調査方法

1) 調査期間 2010年～2015年

2) 調査対象

調査協力対象者は、作業療法やデイケアの利用について医師から指示が出ているかもしくはその利用経験がある精神障害者とした。さらに北関東圏で10年以内に病棟の建て替えをした精神科病院を利用する20歳以上65才未満の方で男女問わず、1年以上の病歴と安定した病状の方である。3か所の精神科病院の施設管理者、作業療法やデイケア部門関係者、関係する自立支援事業所の職員に協力を依頼して、入院を継続している方、および退院して外来通院で社会生活をしている精神障害者300名に施

表1 病院施設作業環境の変化

	明治～大正～昭和戦前	昭和 高度成長期	平成～
建物構造	木造 居室畳 広い敷地に別棟を廊下でつなぐ	鉄筋コンクリート 木造居室も併用 個人スペースなく共用して集団生活	医療指導適合規格で建て替え、機能別病棟、病床設置、バリアフリー
作業療法関連設備・場所	男女別の作業場、手工芸、工芸専用の作業場 園芸畑、畜産、運動場、園庭、娯楽室	精神科作業療法室 作業療法士1人に対し75㎡以上(患者一人当たり3㎡) 病棟内共用部分 病院外の提携企業	作業療法室(OT室)、病棟内共用部分 作業療法士1人に対し50㎡以上(患者一人当たり2㎡)
主な作業内容	患者の意欲や適性に合わせて用意する。 軽作業から趣味工作、生産労働作業、娯楽運動に至る	病院内の仕事補助 内職作業(請負作業) 外勤作業(工場派遣) レクリエーション 畑、手工芸、芸術、文芸、野球、コーラス	ADL、IADL、 退院や回復にむけた計画的リハビリテーション、手工芸、身体活動、音楽、職業関連活動
関連法	精神病患者監護法 精神病院法	精神衛生法	精神保健福祉法 障害者総合支援法
中心となる思想療法	保護収容 道徳療法	保護収容 薬物療法 生活療法	共生社会、権利擁護 薬物療法 リハビリテーション活動 地域保健福祉連携

明治期から終戦後、昭和高度成長期、平成期で法制度が変わり環境も変化している

設内掲示ポスターや直接訪問し説明の機会を設け参加を呼びかけた。

3) 調査方法

調査はこの研究の筆頭著者が行った。入院者については、最長3年の期間を設けて半年ごとに訪問しながら、多目的共用スペースや作業療法室で対象者に説明をして、病院の作業療法士や施設関係者の協力も得ながら実施の同意を得た。測定機会は作業療法のオープン参加プログラムの時間内に並行して行った。通院外来者、事業所利用者はデイケアプログラムの場所や自立支援事業所の作業事務所と昼休みや

既存のプログラムと並行する時間を借用し行った。

体力検査時には最初に個々に紙面を媒介として体調の自己申告と観察チェックや身長、体重、年齢などの基本情報と生活状況の聴取と体力測定を行った。体力測定の方法は文部科学省の新体力測定項目に準じて精神障害者向けの方法の体力測定の検査と動的バランスを見る指標として歩行の検査(TUG)を行った(表2-1, 表2-2)。

体力測定の検査項目は日本スポーツ精神医学会が特に精神障害者向けに監修して日本イーライリリー社の協力で作成頒布された「ウエルネス運動プログ

表2-1 質問項目 (自己記入もしくは聞き取り代筆記入)

○検査測定前のチェック項目 (自己記入後 必要に応じて詳細を聴く)
今日の体調 (よい 普通 悪い)
普段の血圧 (高い 普通 低い わからない)
痛むところなどの有無 (ある ない)
生活習慣病の有無 (ある ない わからない)
○生活習慣や健康維持のための行動についての質問項目
部屋やトイレは 洋式か和式か ベッドの使用の有無
500M続けて歩けるかどうか (できる、できない)
散歩・外出の頻度 (毎日、週に1~2回、月に1~2回、年に1~2回)
交通機関の利用 (できる、する機会がない、しない)
体操の習慣 頻度 (毎日、週に3~4回、週に1~2回、しない)
OT室(デイケア等)へ行く頻度
体力の相談希望 有 無

表2-2 質問項目 ADL問診票 (自己記入もしくは聞き取り代筆記入)

問1	休まないでどれくらい歩けますか
問2	休まないでどれくらいは走れますか
問3	どのくらいの溝だったら、飛び越えられますか
問4	階段をどのようにして昇りますか
問5	正座の姿勢からどのようにして立ち上がれますか
問6	目を開けて片足で、何秒くらいたっていますか
問7	バスや電車に乗ったときに、立っていますか
問8	立ったままで、ズボンやスカートがはけますか
問9	シャツの前ボタンを掛けたり外したりできますか
問10	布団の上げ下ろしができますか
問11	どれくらいの重さの荷物なら、10m運べますか
問12	仰向けに寝た状態から、手を使わないで体だけを起こせますか

文科省新体力テスト(65~79歳)のADL(日常生活活動テスト)を参考にした解答は4件の解答選択肢から選択する。

例 問1 1. 5~10分程度 2. 20分~40分程度 3. 1時間以上
0. わからない

ラム」があり、その評価項目は文部科学省の新体力テストが参考にされている。実際に作業療法プログラムのなかにその運動プログラムを取り入れていた病院があったので、その項目の中から握力・座り立ち・長座体前屈・開眼片足立ちを採用した。

4) 倫理的配慮

本研究は研究開始に先立ち、研究計画、方法と手続きについて茨城県立医療大学の倫理委員会の審査と承認を受けている（承認番号 543）。また、病院施設管理者と書面で研究協力事項の同意を取り交わし、研究倫理委員会がある施設ではあらためて承認を得て行った。

入院者の協力者募集は病棟ポスター掲示をして、担当の作業療法士からも事前に研究者が来ることや協力は任意であること、断っても支障がないことや通常の日課プログラムには参加ができることなども説明した。体力測定日当日も対象者集団全体への説明を行い、個々への呼びかけは施設担当者が必要に応じて、研究者は場を訪ねてきた人に趣旨と内容の説明と問診票を兼ねたフェイスシートの記入をお願いしてから、調査実施を行った。実施後にも、結果の扱いについてと守秘義務遵守を説明し、研究使用の同意の有無について書面で記入するという手続きをとった。入院者で医療保護入院の方が研究協力意志やデータ提供を希望する場合は、病院職員にも意見を聴き、同意をとりデータを取得するようにした。

地域生活を送っている外来通院患者に対しては、ポスター掲示や、デイケア、事業所担当職員を通して研究開催を協力者に伝達したあと、施設を訪問し入院患者と同様の手続きを経て実施した。

検査場面での緊張、転倒事故、結果認識直面による心理ストレス、心理的葛藤の発生の可能性があったので、開始前の観察と十分な説明、中止の申し出が双方出来るよう測定時間にゆとりをもった。ま

た、作業療法担当者や職員が補助として患者の参加を誘導したり、この種の測定が初めてで緊張等がある対象者には問診を先に行ったりした。希望があれば測定後のフォローアップ、フィードバックの面談時間を設置して必要ならば作業療法プログラム、身近な目標設定に至る話し合いへの動機づけを図るようにした。体力測定の結果を基に、今後の健康管理を相談していきたいという希望がある人には関係施設の担当者への情報提供、引き継ぎを行った。

3. 結果

1) 実施の結果概要

病院と施設への訪問期間中に、のべ300名の体力測定への参加があり、そのなかで体力の測定機会を複数回利用して参加した人や高齢者、同意能力を欠く病状の人を除いた実数は213人となった。本研究の説明と結果データや調査聴取内容について個人が特定されないような配慮をする説明を重ね、体力測定値と健康調査の回答結果の使用の許可を書面で尋ね許諾すると回答した133名のデータを研究として使用した（表3）。また、個人が体力測定に参加し取得した結果を書面に自ら回答していただき、生活状況の設問に答えたり聴取して聞き取ったりした範囲で個人が識別されないように整理した結果を報告する。

2) 体力の測定値と生活習慣について（表4）

本研究で得られたデータは、個人的なばらつきや偏移が多く、統計的手法を用いた比較検討は困難となった。特に地域で生活する障害者は、個人差が大きい。入院者よりも体力測定値が高い傾向にあり、握力は入院、外来にかかわらず低い傾向にある（表4-2）。外来者では計測時にふらつきなどが見られ

表3 研究協力者の年代と人数

年代	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	計
入院中男性	7	5	12	20	18	62
入院中女性	7	7	11	10	15	50
外来男性	0	3	3	3	4	13
外来女性	1	3	1	2	1	8
計	15	18	27	35	38	133

(人)

表4-1 体力測定項目の結果 入院者と外来通院者男女

	人数 (人)	年齢	身長	体重	BMI 平均	ADL 問診票
		平均値 (歳)	平均値 (cm)	平均値 (kg)		得点平均値 (0-36)
入院中男性	62	50.5	167.8	64.1	22.8	21.1
入院中女性	50	48.7	156.4	58.3	23.8	21.6
外来男性	13	51.9	167.4	59.3	21.1	23.4
外来女性	8	44.1	155.7	57.1	24.4	21.1

表4-2 体力測定項目の計測結果 入院者と外来通院者男女

	握力右	握力左	座り立ち 10 回	開眼 片足立ち	長座体前屈	TUG
	(kg)	(kg)	(秒)	(秒)	(cm)	(秒)
入院中男性	29.5	28.6	21.4	28.1	32.1	10.0
入院中女性	21.7	21.0	20.2	40.7	33.9	7.9
外来男性	34.8	34.8	18.5	52.5	27.9	7.4
外来女性	20.4	20.2	25.8	58.8	32.2	7.4
参考 男性 統計平均*	45.68**	—	—	87.88***	39.39**	—
参考 女性 統計平均*	28.17**	—	—	89.05***	42.38**	—

*文部科学省 新体力測定結果 参照

www.estat.go.jp/statsearch/files?page=1&layout=datalist&toukei=00402102&tstat=000001088875&cycle=0&tclass1=000001088876&second2=1 (参照日 2018.12.24.16:30)

2015 年度 ** 50-54 歳

*** 65-69 歳

ず、開眼片足立ちでは、120秒まで行える人も多く、一般の同年齢平均値に近づいている。入院者では特に開眼片足立ちにみられるバランス能力で著しく低い結果を出す人がいて、座位体前屈を行うために床に敷いたマット上や、腰を下ろす動作と立ち上がりにより介助を要するほどの人がいた。

生活習慣では自己申告であるが地域生活者は外出や運動習慣の頻度も多く自主的に時間を使っていることがうかがえた。入院者は作業療法室の利用頻度の申告と体力の有無は相関ばらつきが大きく、むしろ自主的に散歩や体操をしているか、していないかによって体力測定値が関連する可能性がうかがえた。

3) 居住環境と生活習慣について

法制度の整備に伴う改築の結果として、本研究に協力していただいた病院の環境には大きな変化が

あった。入院者では病棟（居住空間）が2階以上にあった。入院の生活環境の変化は表5にまとめた。以前は和室に布団を敷き、寝起きしていた居室であるが、洋式のベッド椅子テーブルを使用した生活となっていた。布団の上げ下ろし収納をすることがなくなっていた。

病棟内は車椅子がすれ違える廊下幅と手すりの設置がありバリアフリー化が進められ階段や段差を超える歩行動作はしなくても生活ができるようになっていた。

建て替え前の病院では、リネンシーツの運搬や病院内清掃について、病状が比較的回復している患者の中で当番を決めたり、自主的に職員を手伝う患者がいたりしていた。しかし、調査時には患者と職員で行うような仕事の作業はなく、患者は自室の

表5 協力病院の環境変化

	リニューアル前（調査前の訪問）	リニューアル後（調査時）
全体的な構造	一部木造またはエレベーターなしの鉄筋コンクリート棟 階上へは階段で移動 窓に格子あり 病院内に売店スペースの設置は各病棟で異なる	食事配膳車が乗ることが可能なエレベーター付きの階層建築構造 格子はないが空調完備で窓の開閉は少ないフロアでバリアフリーの引き戸で出入りする 病棟はすべて階上へ移動、作業療法室が棟内にある 敷地内か棟内に売店の設置在り
生活環境	和式、木造の建物がある病院では、民宿や合宿所のような間仕切りや個人スペースのない共同生活空間畳上の和式生活。布団の収納、移動を自ら行う トイレの扉が開放的で和式 掃除や、食事配膳、寝具交換の運搬当番がある 病棟外へは職員の開錠を要する	車いすが通れる廊下、居室の出入りもバリアフリー、ベッドで仕切りカーテンもあり床頭台や個人スペースがある。手洗いは自動水栓蛇口か、レバー式、トイレも洋式になり、プライバシーがある程度確保される 生活関係の当番がない 施錠エリアと開放エリアがある。
作業療法環境	病棟とは別棟に設置、一度戸外に出る。患者の誘導や移動付き添いの職員がいる。	病棟と同じ棟に作業療法室があり、患者や職員はエレベーターで垂直・水平移動する。 外出時や屋外運動プログラム以外には外の景色はみられない。 人や物が患者の居場所や生活範囲に近づいて物事が行われる傾向

3か所の病院と作業療法室の環境の記述には本研究の調査に先立ち、研究者自身が病院の病棟建て替え前に訪問して観察した事項を反映している。

ベッド周辺の清掃、私物の管理のみを行っていた。私物と買い物袋以外に重いものを持つことはほとんどなかった。

病棟から出た移動や外出は許可が必要であるが、習慣として屋外に出て散歩を心掛けている患者よりも、自室、病棟内を歩くのみで、病院内の1階の売店へもあまり移動しない人もみられた。よって、社会生活に必要な体力を回復し補うために散歩や作業療法室への移動を促し、出かけたくなるような作業療法プログラムの環境工夫や行事などの開催、日課としての体操が設けられていた。

外来通院し生活している精神障害者で協力した人は、半年から十数年入院していたが病院のリニューアルに伴い退院した患者が多く居た。この人たち

は、入院時に研究者と面識・交流があった人たちであり、すでに先行して作業療法プログラムの中で体力測定をした経験があった。この人たちは、自宅またはグループホームの木造アパート、単身アパートの和室で生活していた。アパートや自宅からデイケアや事業所の作業場にバスや送迎車で通い、買い物外出へも行き、ベッドではなく布団を床に敷いて寝起きをしていることやトイレも洋式ではないという回答があった。この生活環境は建て替え前の病院環境に近い。

4) 体力測定と生活行動の変化について

病院には半年ごとに訪問したが、初回のみ参加の人と継続して参加する長期入院者がいた。その行動の変化を表6にまとめた。体力測定1回のみ参加

表6 複数回訪問による入院患者の行動の変化例

初回計測時にみられた特徴のある行動	半年ごとの訪問を重ねた後の様子
自主的に健康のために歩いていると述べた	10年以上入院していたが測定を機に退院準備を始め、退院していた人がいた。
普段から中庭などに出向いていて、疎通性はよいが作業療法には参加しない	初回のみ参加にとどまった。
年齢を実年齢よりも30も下に申告し、身長計測で思った通りの数値ではないことにやり直しをした	年齢について大幅な修正主張をしなくなり参加を継続した
今日の気分や、普段の血圧、生活習慣病の有無について明確に答えられず参加した、または 痛みの箇所などの相談をしてきた	次回以降の訪問で骨折や内科疾患による転院や転棟があったり、歩行や体力の低下がみられたりした。
ADL問診票の記入で 何メートル歩けるか、何キロ持てるかなどの設問に、適当な記入や戸惑いがあった	病棟内の廊下は10m、病院の外道を1周すると500メートル、米の小さい袋が2キロなど具体的に話し聞くと、自分に実力に合わせて記入するようになった。

加者では 長期入院をしていたが、この体力測定の機会を契機に退院した人と転科、転院になって人がいた。前者では、入院前の健康な学生時代に運動クラブに所属したことがあり、入院していても体操や病院周囲の散策を日課にするなどの運動習慣があった人が、体力測定を契機として、測定値を媒介に職員と話し合うことができ、退院に向けての意欲活動が変化して退院した。

一方、体力測定の機会に参加はしたものの、自身の健康状態に自覚表明がなく、体力測定の実際の数値が低い人で、作業療法等への働きかけに反応が乏しい人は、身体疾患を合併することもあり、担当の職員が苦慮している様子がうかがえた。

地域生活者では測定の機会参加に協力的であり、回答も自主的に正確に理解して行えた。以前に測定を経験した人はその数値と自分の現状を比較して話すこともよくみられた。

5) 自身の体力や習慣の認識について

長期入院者では家族の元への外出・外泊がすくなく、入院者では外出の範囲について、病棟の外に出ることなのか、病院の敷地外に出ることなのか、生活圏を確認しながら話を聴く必要のある人が少な

らざいた。

入院生活が数年にわたるなど長期に及ぶ人は地域生活者よりも、どのくらい走れるか、どのくらいの重さの物を運べるかなどの質問に回答ができなかったり、実力と違う認識の解答をしたりする人もいた。しかし、測定と質問に答える機会を続け、具体的に病院の外道1周が500メートルであるとか、大きなペットボトルを2本もつと4kg、大きい米袋が10kgであるなど具体的に示すと、相応の回答ができるようになることがあった。また、青年期に入院した長期入院者の中には学齢期以降身長や握力などを計っておらず、加齢で変わった身長値や握力について、何回も測りなおして確認しようとする人がいた。

協力者133名の中には回答データを研究使用に同意はしたが、自分が関係する職員とはこの問題を継続して話し合っていく意思のない人がいた。参加者は検査項目測定後の「自分の体力について職員と相談していききたいか」という問いに2/3が「いいえ」と回答した。

地域生活者では生活習慣や能力認識の問いや結果に戸惑いはなく研究にも相談にも入院者とは対照的に協力的であった。

4. 考察

1) 体力測定の全般的な結果について

入院している精神障害者の全般的な体力の低さ及び地域社会生活者の体力回復傾向が確認された。これらはすでに社会的回復度や服薬量との関連やプログラム実施効果の研究などの先行研究等で明らかになっており知見も多い。本研究もそのような傾向であった。

2) 環境の変化の影響について

今回訪問し観察や聴取した病院は、患者の安寧に配慮しながらも社会生活活動のすべてが協働で行えることを掲げた呉の作業療法を源流とする環境から、近代的で衛生的な病院環境になっていた。これは一般科の病院でみられる社会的権利や義務を一時的に医療従事者に委ね、患者は患者役割を採ることに専念させるというということに引き戻された様でもある。したがって、患者が病院に入院している限り自主的な移動には段差はないなど安全に配慮されてはいる環境ではあるが、体力を使わなくてもすむようになっている。体力を使わないことに慣れてしまうと、身体の脆弱性は高まるので身体健康の維持がしにくいという悪循環が起きていく。

また、現在の環境では、個々の入退院の事情が尊重され、個人的スペースもある程度確保されている代わりに、かえって孤立し、支援者への依存をはかろうとすることが進む状況になっている。建て替え前の環境から同じような生活環境で退院した外来通院者の体力が高い傾向にあることは、そのまま体力が保たれたとみるべきか、回復したから高いのかはこの結果からは一概に言えないが、少なくとも、入院を継続していたとしたら、一般生活に近い生活環境ではなくなり、体力が維持しにくいかもしれないということが本研究結果からは示唆される。

そして、現状の中で精神科病院の作業療法場面では一般生活に近い環境を用意して、健康的な精神作用を支持する精神療法的な役割を担い、プログラムを工夫することがますます重要となると思われる。

3) 体力測定の活用について

この研究では、体力測定が自身の可能性、能力の現実検討の治療的介入や心理的回復のきっかけになって退院した人がいた。体力測定という活動を通して、自身の体力や状況を意識できる機会となった

と考える。過去の自分との違いを認識していくというのは未来や老いにむかっていく人の課題でもある。体力測定は誰もが体験している活動であるので、過去の自分の体験を想起し関心を得やすい活動である。特に長期入院者で環境変化に乏しい方はこのような機会が少なかったのではないかとと思われる。

そのような機会が増えることが望まれる。

4) 体力維持の認識と習慣形成について

自分の体力について病院職員に相談していきたいかの質問に「いいえ」を答えた人が2/3であった。これは患者がこの健康に対する課題は自分自身で解決できるという認識か、病院職員はそういう課題を解決する人ではないという認識の可能性がある。哲学者の國分は依存症当事者との対話の中で「しゃべっている言葉が違うのよね」(p5)と彼らが言った言葉から、自己の意識と他の認識において、自分が何々するという思考ではなく、中道態の言語形態で物事を認識するということがあると述べている⁸⁾。障害当事者にとって、健康は「健康になる」、「健康にしていく」というものではなく、状態そのものである可能性もある。

また、健康維持習慣の形成は、学童や勤務者、高齢者では体力測定や検診の機会にて自覚や動機づけが行われていくと思われるが、壮年期の障害者にはそのような機会が少ない。家族と疎遠な長期入院者では市町村の検診事業の検診機会への希望参加と助言を受けられる可能性があるが、そのような可能性は低い。通院外来者にも健康維持への一般的な機会の活用が少ない状況であるように思われる。もちろん、病院では定期的な体重測定や必要な血液検査、尿検査をして健康管理がなされているが本人へのフィードバックは常にはしないようである。

体力測定や保健活動の健康指標はその数値で対話が相手と共有できる活動経験となりうる。当事者自身が目安となる指標をもち、他の人と相談共有したりする機会は心身の健康を維持するために有用に使われていくと良いと考える。現代社会では健康維持への関心が高いので、特に健康指標としての測定数値は有用な対話ツールとして使うことができるのではないだろうか。

5) 精神科作業療法と体力測定の今後について

前項では健康維持指標として、体力測定の数値を

共有し、回復の目安として生かせる可能性を述べた。しかし、精神科の入院患者に対して作業や何らかの働きかけを用いることはM・フーコーが「臨床医学の誕生」, 「精神医学の権力」⁹⁾で指摘したように権威服従関係の発生と人権侵害をする危険性ははらんでいる。また、文化人類学者アネマリー・モルは「多としての身体」¹⁰⁾の中で、近代医療のなかに身体の真理を解明する視点が多重にあることを指摘し、一つの真実の基準にあわせるのではなく、多重的な実践の必要性を示唆している。単一的なもののみかたやエビデンスに頼る実践を繰り返す危険性を、モルは「知の脊髄反射」(p 254)と称した。新たな「知の脊髄反射」として、健康志向のプログラムが使われる可能性もある。その防止として現プログラム内容の吟味は常に行う必要がある。

また、地域社会で行われている検診活動、生活習慣病予防教室など、包括的な支援は多重性が必要であるが、そのなかから精神障害をもつ当事者が漏れ出ないような緩やかな結びつきの枠で当事者が主体的に健康を維持できるようなシステム創りや医療保健福祉の協業も必要であろう。体力測定と健康行動を意識した習慣形成に向けたプログラムは障害当事者の意見や他の関係者とともに多くの視点で創り、継続する必要があると考える。

5. 謝辞

3つの病院それぞれに勤務する作業療法士S氏T氏、H氏、N氏には調査に特に配慮協力をいただいた。深く感謝申し上げます。

なおこの研究の成果の一部は日本健康福祉政策学会、茨城県作業療法学会で発表している

文献

- 1) 土澤健一, 若松健. 精神障害者の体力評価. 作業療法1989; 8: 617-623.
- 2) 岩井和子ほか. 精神科病院長期入院患者の身体能力およびその関連要因. 精神障害とリハビリテーション. 2007; 11(2).
- 3) 武田秀和, 濱田賢一. わが国の精神科医療機関における身体運動プログラムの実施状況. 精神障害とリハビリテーション. 2004; 8(1).
- 4) 柏崎孝輔. 精神科入院患者の体力の現状と転倒調査. 茨城県作業療法士会機関紙. 2015; 11-4
- 5) 菊池大典他. 精神科作業療法における身体的リハビリテーションに関する研究動向. 第50回日本作業療法学会抄録. 2017.
- 6) 大賀淳子他. 精神科入院・通院患者に対する運動プログラム実施の効果の検討. 科学研究費助成事業データベース(オンライン). 2002. <https://kaken.nii.ac.jp/grant/KAKENHI-PROJECT-11877436/> (参照2018-12-25).
- 7) 岡田靖雄編. 精神障害者問題資料集成編集復刻版戦前編第1巻. 六花出版. 2016.
- 8) 國分功一郎. 中道態の世界－意志と責任の考古学. 医学書院. 2018.
- 9) M・フーコー. 精神医学の権力. 筑摩書房. 2006: 124, 151, 211.
- 10) アネマリー・モル. 多としての身体 医療実践における存在論. 水声社. 2016, p 254.

Lifestyle and Physical Fitness of People with Mental Disorders

Naomi Shiobara¹⁾, Yuriko Yamakawa²⁾

¹⁾Department of Occupational Therapy, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

²⁾Center for Medical Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

Abstract

The purpose of this study was to clarify the lifestyles and physical fitness of individuals with mental disorders and discuss how their quality of life (QOL) can be improved. Because people with mental disorders live at hospitals or home in their community, we conducted physical fitness tests to investigate their physical fitness, lifestyle habits, and environment and investigated three facilities. From among a total of 300 individuals with mental disorders, the data of 133 individuals were analyzed. The results showed that patients with a longer medical history tended to be hospitalized for a longer period of time and their physical fitness tended to be lower than that of general adults of the same age.

Additionally, in the psychiatric hospital as well as in the general hospital, we were able to confirm that the environment had changed because of medical care. Among them, psychiatric practice should aim to ensure that an individual with mental disorder is able to return to society and not remain a patient. In our study, it was important to treat the opportunity for physical fitness testing as an external evaluator. The authors suggest that it would be appropriate to devise content considering the utilization of regional resources.

Key words: Psychiatric Rehabilitation, Mental Disorders, Physical Fitness, Medical Anthropology, QOL