弘前医療福祉大学紀要　2(1), 55 − 62, 2011

〔研究報告〕

デイケアにおける統合失調症者のための健康教育プログラムに関する研究

高　田　絵理子[1)]、叶　谷　由　佳[2)]

要　　旨

目的：本研究の目的はデイケアに通っている統合失調症者の健康教育プログラム（以下、プログラム）の効果を検討することである。

方法：精神科デイケアにおいてプログラムを３ヶ月間実施し、参加した統合失調症者 11 名とデイケアスタッフ８名を対象にアンケート調査を行い、分析は統計的に行った。

結果：１）統合失調症者の１日平均歩行数は介入直後で有意に増加、介入３ヶ月後で有意に減少、２）統合失調症者のプログラム満足度は介入３ヶ月後で有意に低下、３）全スタッフが社会復帰に必要なサービス提供を以前より考えるようになった。

結論：本プログラムは統合失調症者の運動量を増加させる可能性はあるが、実施期間については検討する必要性が示された。

キーワード：プログラム、精神科デイケア、教育、統合失調症

1．研究背景

近年我が国では統合失調症者の退院促進と地域生活への移行が大きな課題となっている。その実現のためには地域支援体制の整備とともに患者の自己管理能力を高めることが必要である。

統合失調症者は、自己の病気への気づきが十分できない場合があることや認知・学習の障害を伴うことにより、健康全般にわたる自己管理の知識や技能を身につけるのに困難を伴うことが多い。統合失調症の薬物治療に使用される抗精神病薬は、食欲亢進作用と鎮静作用を有し、体重増加、高脂血症、２型糖尿病などの生活習慣病を併発する可能性が高い[1)、2)]。さらに、統合失調症の生活習慣では、一般成人と比べ、脂肪の摂取量が多く食物繊維の摂取量が少ない、余暇の運動量が少ない、就業割合が低いとの報告[3)]があり、日常生活全般にわったて運動量が少ない状況にある。抗精神病薬を投与する際には、体重増加に関する何らかの介入プログラムが検討されるべきであると考えられている[4)]。また、統合失調症患者の服薬を中断する理由として、病識の欠如が指摘されている[5)]ことから、体重管理と同時に服薬管理についてのプログラムも同時に行う必要がある。

そこで本研究の目的は、デイケアに通う統合失調症者に対し、３ヶ月の食事・運動・服薬に関する健康教育プログラムを提供し、その効果について統合失調症者の運動量、体格、意識と参加したデイケアスタッフの意識をもとに検討することである。

2．研究方法

１）調査対象

①精神科デイケアを利用している統合失調症者

対象選択基準：20 歳以上　調査概要の説明を理解し、本人から同意が得られた者

対象除外基準：BMI が 18 以下の者　主治医から対象外と判断された者

②プログラムの開発・実施に関わったデイケアスタッフ

２）調査期間

2008 年 4 月～ 2008 年 10 月

３）調査方法

山形県内の精神科デイケア１施設（大規模デイケア）の利用者で同意が得られた者、デイケアスタッフを対象として健康教育プログラム（以下、プログラム）を実施した。プログラムは食事・運動・服薬に関する内容とし、週に１回 90 分、合計 12 回実施した。プログラム終了後、通常ケアを実施し、プログラム終了３ヶ月後に追跡調査を行った。通常ケアとは、従来デイケアで実施されてい

１）弘前医療福祉大学保健学部看護学科（〒 036-8102 弘前市小比内 3-18-1）
２）山形大学医学部看護学科

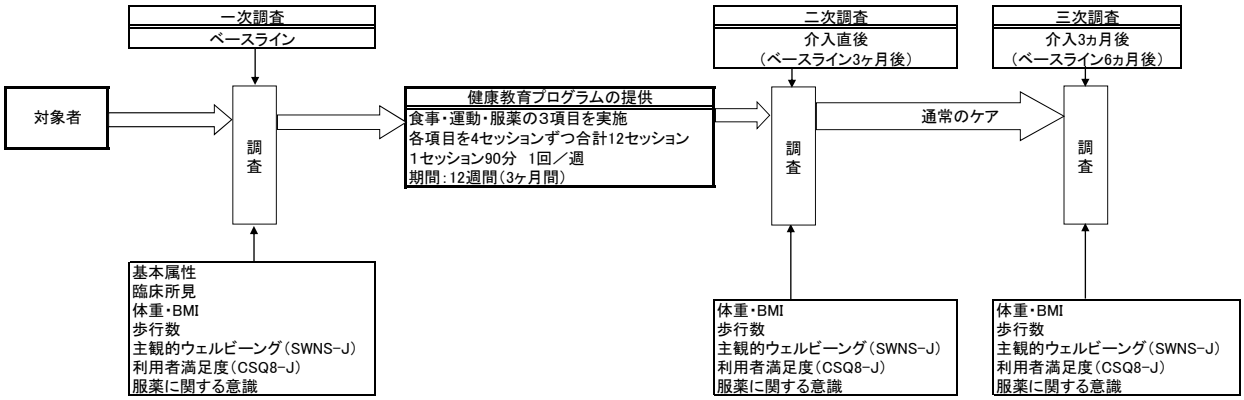

図１　研究の全体像

たプログラムであり、食事及び服薬指導に関するプログラムは不定期に実施されており、運動に関するプログラムは１ヶ月につき３～４回程度で実施されていた。実施者はデイケアの常勤スタッフの看護師、非常勤の栄養士及びスポーツインストラクターであった（図１）。

４）調査内容

（１）属性

年齢、性別、主たる精神科疾患名、クロルプロマジン換算値（以下、CP換算値）、精神科入院歴の有無、同居家族の有無については、本人、デイケアスタッフ（以下、スタッフ）、カルテから情報を収集した。

（２）評価指標

①運動量（歩行数）

運動量に関しては、タニタ歩数計FB720（以下、歩数計）にて測定を行った。対象者は歩数計を就寝時や入浴時以外終日着用し、７日間連続して着用することを依頼した。歩数計には１日毎の歩数が７日分記録されるようになっている。解析には、１日の平均歩行数を用いた。歩数計のつけ忘れがあった日および１日の歩行数が100歩未満の日は除外し、平均歩行数を算出した。

②体格：体重・Body Mass Index（BMI）

体格における体重はデイケアにて測定し、BMIは、体重（kg）÷身長（m）^{2}にて求めた。体重計測はタニタ社製ヘルスメーターBF702を使用した。

③利用者満足度８項目版の日本語版（Client Satisfaction Questionnaire 8：以下、CSQ8-J）

1979年にAttkissonら[6]により医療サービスの満足度を問う評価尺度として米国で開発され、日本語版が作成されており、精神科領域においても信頼性と妥当性が確認されている[7]。８項目の質問に対して、それぞれ１～４の４段階評価で回答を求め、合計得点範囲は８－32点であり、合計得点が高いほど満足度が高いと判断する。

④抗精神病薬治療下主観的ウェルビーイング評価尺度短縮版の日本語版（Subjective Well-being under Neuroleptic drug treatment Short form、Japanese version：以下、SWNS-J）

SWNS-Jは1995年にNaber D.により抗精神病薬治療を受けている統合失調症患者の主観的ウェルビーイングを測定する尺度として開発され[8]、日本語版が作成されており、信頼性と妥当性が確認されている[9]。尺度は、20項目中10項目が逆転項目に構成され、回答は20項目６段階で回答を求め、合計得点範囲は20－120点であり、合計点が高いほど主観的ウェルビーイングが高いと判断する。

⑤服薬に関する意識

新藤ら[10]によって慢性の内科疾患患者を対象に開発され、久保ら[11]が一部変更して作成した服用薬に関する意識調査を使用した。評価項目は服用方法、服用状況、薬剤の効果、副作用、服用理由、満足度の６項目からなり、各項目について５段階評価による評価基準が設けられ、その有用性が確認されている[12]。各項目の最高評価ランクを５とし、最低評価ランクを１として評価する。

（３）スタッフの意識

対象施設のスタッフに対して、プログラム終了後、プログラムを計画・実施する際、利用者の社会復帰や個々の必要性などについて、本プログラムを実施する以前と比べてどのように変化したか回答するように依頼した。

５）介入内容

SOLUTION for WELLNESS　食事＆運動ガイド[13]および福島医大版服薬自己管理モジュール[14]を参考に研究者が作成し、この構成概念に基づいて食事、運動、服薬の３項目を各４セッション、合計12セッション行った。

６）分析方法

分析には、Wilcoxonの符号順位検定を用い、有意水準は0.05とした。統計解析ソフトはSPSS.ver16.0を使用した。

７）倫理的配慮

実施にあたって、山形大学医学部倫理審査委員会にて承認を得た。対象者には、文書および口頭にて研究の概要、研究への参加および中断における個人の自由意志を尊重すること、研究の参加の有無が治療等の不利益を受けないこと、無作為化比較対照試験における割付について説明した。また、入手した個人に関わる全ての情報は、研究目的のみに使用し厳重に管理する旨を説明した上で、同意を得られた者から同意書への証明を得た。

結　果

１．対象の参加状況

対象者の参加状況は図２に示した。プログラム参加者43名のうち、調査の参加について同意が得られなかった20名を除き、23名が調査に参加した。脱落は、一次調査までに６名、二次調査までに２名、三次調査までに４名、計11名であり、解析の対象は11名であった。

プログラムの各セッションにおける参加人数と参加割合は、平均10.3(SD=0.5)人、93.2(SD=4.1)％であった。

２．対象の属性

表１に対象者の属性を示した。対象者の年齢は平均52.6（SD=12.8）歳、男性５名（45.5％）、疾患は統合失調症11名（100.0%）、CP換算値は平均467.5（SD=251.5）mg/日、精神科入院歴が有りは11名（100.0%）、同居家族が有りは６名（54.5%）であった。

３．評価指標の変化

プログラムの実施前（以下、ベースライン）・実施直後（以下、介入直後）・実施３ヵ月後（以下、介入３ヵ月後）の比較を表２に示した。

１日平均歩数は、介入直後はベースライに比して有意に高く（$p<0.05$）、介入３ヶ月後はベースラインに比して有意に低かった（$p<0.05$）。CSQ8-Jは、介入直後はベースラインに比して有意差は認められなかったが、介入３ヶ月後はベースラインに比して有意に低かった（$p<0.05$）。その他の評価指標では有意差は認められなかった。

４．対象施設スタッフの意識

対象施設スタッフの意識については表３に示した。利用者の社会復帰を「以前より意識するようになった」と回答した人が５名、個々の社会復帰に必要なサービス提供を「以前より考えるようになった」と回答した人が８名、プログラム実施を主体的に取り組みたいと思うかに「以前より思うようになった」と回答した人が４名であった。新しいプログラムの取り組みの有無については、「あり」と回答した人が４名であり、その内訳は「禁煙プログラム」２名、「疾患理解に役立つプログラム」１名、「デイケア利用初期の人のためのプログラム」１名であった。

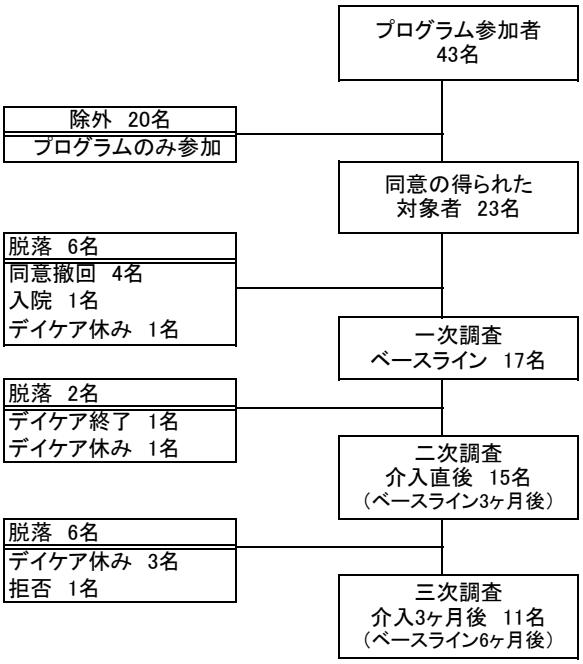

図２　対象者の参加状況

表１　対象者の属性

項目		N=11
年齢（歳）[1]		52.6 ±12.8
性別[2]	男	5（45.5）
	女	6（54.5）
精神科疾患[2]	統合失調症	11（100.0）
CP換算値（mg/日）[1]		467.5 ±251.5
精神科入院歴[2]	有	11（100.0）
	無	0（0.0）
同居家族[2]	有	6（54.5）
	無	5（45.5）

1）平均値±SD
2）n(%)

考　察

１．運動量と体格の変化について

本調査では、介入直後に１日平均歩行数は増加したが、介入３ヶ月後には減少した。また、体重・BMIの変化は認められなかった。

対象者はプログラムを受けた直後は、運動に関する動機づけが高まり、手軽に取り組める運動として散歩などを日常生活に取り入れた結果、歩行数が増加したものと推測される。一方で、介入３ヶ月後に歩行数が減少したのは、プログラムが終了し、運動に関する動機づけを維持することが難しくなり、日常生活で運動量を継続して増やす、あるいは増えた状態を維持することが困難になったものと考えられる。

健康教育実施後に体重やBMIが低下したと報告した藤田ら[15]の先行研究では、対象者は平均年齢29.7歳と

表２　評価指標の変化

項目	中央値	(	最小	-	最大	)	Wilcoxonの符号順位検
1日平均歩数(歩)							
ベースライン	6004.1	(	1954.0	-	13717.0	)	*
介入直後	7262.6	(	2385.0	-	11740.0	)	*
介入3ヶ月後	4521.0	(	1826.0	-	9658.0	)	
体重(kg)							
ベースライン	66.1	(	52.0	-	85.5	)	NS
介入直後	65.5	(	50.3	-	87.8	)	NS
介入3ヶ月後	67.0	(	51.4	-	88.6	)	
BMI							
ベースライン	28.6	(	21.9	-	32.2	)	NS
介入直後	27.4	(	21.2	-	33.5	)	NS
介入3ヶ月後	28.0	(	21.6	-	33.9	)	
CSQ8-J(点)							
ベースライン	27.0	(	22.0	-	32.0	)	NS
介入直後	28.0	(	23.0	-	32.0	)	*
介入3ヶ月後	20.0	(	15.0	-	31.0	)	
SWNS-J(点)							
ベースライン	72.0	(	57.0	-	99.0	)	NS
介入直後	76.0	(	56.0	-	96.0	)	NS
介入3ヶ月後	75.0	(	56.0	-	105.0	)	
服用方法(点)							
ベースライン	4.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入直後	5.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入3ヶ月後	5.0	(	1.0	-	5.0	)	
服用状況(点)							
ベースライン	4.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入直後	4.5	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入3ヶ月後	5.0	(	1.0	-	5.0	)	
薬剤の効果(点)							
ベースライン	4.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入直後	4.0	(	2.0	-	5.0	)	NS
介入3ヶ月後	4.0	(	2.0	-	5.0	)	
副作用(点)							
ベースライン	4.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入直後	4.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入3ヶ月後	4.0	(	1.0	-	4.0	)	
服用理由(点)							
ベースライン	4.0	(	2.0	-	5.0	)	NS
介入直後	4.0	(	2.0	-	5.0	)	NS
介入3ヶ月後	4.0	(	2.0	-	5.0	)	
服薬満足度(点)							
ベースライン	5.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入直後	4.0	(	1.0	-	5.0	)	NS
介入3ヶ月後	4.0	(	1.0	-	4.0	)	

NS:not significant　*p＜0.05

表３　スタッフの意識（プログラム終了後）

N=8

利用者の社会復帰を意識したプログラム作成について			
以前より意識するようになった	変わらない	以前より意識しなくなった	その他
5名	2名	0名	1名(すべての人が社会復帰できるわけではない)
個々の社会復帰に必要なサービス提供について考えるか			
以前より考えるようになった	変わらない	以前より考えなくなった	その他
8名	0名	0名	0名
プログラム実施を主体的に取り組みたいと思うか			
以前より思うようになった	変わらない	以前より思わなくなった	その他
4名	3名	0名	1名(補佐的な立場のため)
新しいプログラムの取り組みの有無		「あり」と回答した人の自由記載	
あり	なし	禁煙プログラム:2名　疾患理解に役立つプログラム:1名	
4名	4名	デイケア利用初期の人のためのプログラム:1名	

若年者であった。本調査で体重やBMIの変化がなかったのは、対象者は平均年齢52.6歳と年齢が高く、年齢が高くなるほど基礎代謝が低くなるため、体重やBMIの改善にまで至らなかったと考えられる。奥沢ら[16]が入院中の精神科患者に食事・運動管理プログラムを実施した調査では、入院中は体重・BMIは有意に減少したが、退院した患者では体重が増加したと報告している。奥沢らの調査は、間食に焦点をあてた指導を行っており、

病院食以外に摂取していた間食のカロリーを制限することで、体重・BMIの減少に至ったが、退院後は患者自身がカロリー制限を主体的に行うことができず、結果として体重増加に繋がった。従って、統合失調症者が地域で生活する際、健康的な生活を送る上で、自己の健康管理能力を高めるような支援が必要であると考えられる。本調査では、3ヶ月間のプログラムで終了したが、さらに期間を延ばして継続的に健康教育を実施し、統合失調症者の自己管理能力を高める支援を実施する必要がある。

2．統合失調症者の意識の変化について

本調査において、プログラム満足度を示すCSQ8-J得点は、介入3ヶ月後にベースラインに比して有意に得点の低下が認められた。CSQ8-J得点の総得点は32点であり、ベースライン27点、終了直後には28点であり、全体的に高い点数であった。本プログラムの構成内容は、岩崎ら[17]の報告にあるような利用者に人気の高いスポーツや料理の要素が入っていたことから、満足度が高かったと考える。一方で、介入3ヶ月後にCSQ-8J得点が低下したのは、プログラムが3ヶ月で終了し、通常のケアに戻ったため、身近な生活習慣の改善につながる目標を見失ったことにより、満足度が低下したものと思われる。プログラムの内容を簡便にしながら、さらに期間を長くし、利用者の意向を組みながら実施することが必要であると思われる。

服薬に関する意識においては、プログラム実施前後の変化はみられなかった。統合失調症患者では、継続的な抗精神病薬の維持療法が再発防止や長期転帰改善の上で重要であり[18]、さらに病識が不十分であるなどの理由によって服薬中断がおこりやすい[19]とされている。また、服薬非遵守は抗精神病薬を投与された患者の半数に起こりうる[20]とされている。本調査の服薬に関する意識については、服用方法、服用状況、薬剤の効果、副作用、服用理由、服薬満足度のいずれの項目でも、5段階評価のうち4ランク以上を示していることから、もともと服薬管理が十分できている対象であった可能性がある。加えて、対象者はデイケア利用者であること、健康教育に関するプログラムを自主的に受講していることから、本来健康に関する意識が高い対象者であったと言えるかもしれない。デイケアの特徴として、日々行われているプログラムに参加するか否かは、利用者の意思にまかされているため、本調査の対象者は健康意識の高い人のみが集まってしまい、健康教育や指導が必要と思われる利用者の実態を反映していない可能性がある。

3．スタッフの意識の変化

デイケアスタッフは本プログラムを実施することにより、全スタッフが個々の社会復帰に必要なサービス提供を以前より考えるようになったと回答している。また、新たなプログラムの実施として、「禁煙プログラム」、「疾患理解に役立つプログラム」、「デイケア利用初期の人のためのプログラム」を挙げていた。中岡ら[21]は、新しいプログラムを作成し、導入する際、スタッフのモチベーションの向上に関して、研修の参加、他施設スタッフとの交流、明確な役割分担を挙げている。デイケアはかつて、外来治療を行うと同時に福祉的な役割を担ってきた。しかし、障害者基本法、精神保健福祉法の成立により、統合失調症者に対する福祉施策が組み入れられるようになった現在、デイケアは医療制度の枠組みの中でのリハビリテーション機能や生活支援が要求されている。デイケアプログラムの実施状況として、スポーツ、料理教室、屋外活動のように利用者が参加しやすく、かつスタッフの準備や実施が比較的簡単なものが行われている[22]が、他方で利用者の社会復帰に向けた新たなプログラムの導入が必要であると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、精神科デイケア利用者を対象とした食事・運動・服薬プログラムの提供の効果について検討することを目的に、データを収集したが、対象者が少なく一般化には限界がある。また、プログラムの参加拒否あるいは脱落した対象者が多かった。今後、さらに検証を深めるためにも、対象者を増やすよう継続的に行っていき、集団療法に適応できない対象への個別支援のあり方についても検討していく必要性がある。

結　論

デイケアに通っている統合失調症者に対する食事・運動・服薬に関する健康教育プログラムを提供し、その効果について、統合失調症者の運動量、体格、意識とプログラムに関わったスタッフの意識をもとに検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1．プログラム実施による統合失調症者の運動量と体格の変化では、1日平均歩行数は介入直後に増加したが、介入3ヶ月後には減少した。体重・BMIの変化は認められなかった。

2．プログラム実施による統合失調症者の意識の変化では、プログラム満足度は介入3ヶ月後に低下した。主観的ウェルビーイング、服薬の意識の変化は認められなかった。

3．プログラム実施に関わったスタッフの意識では、全スタッフが個々の社会復帰に必要なサービス提供を以前より考えるようになった。

本プログラムは受講者の運動量を増加させる可能性があり、プログラムの実施においては、内容を簡便にしながらも継続的に行う必要性が示された。また、スタッフ

には、社会復帰に必要なサービスの提供を意識する動機づけとなった可能性が示された。

謝　辞

本研究を行うにあたり、ご協力くださいました対象者の皆様に心より感謝いたします。また本研究の遂行にご理解とご尽力を賜りました対象施設デイケアスタッフの皆様に、謹んでお礼申し上げます。また、本研究をまとめるにあたり、ご指導いただきました山形大学医学部看護学科地域看護学講座の皆様に深く感謝いたします。なお、本研究の一部は「山形ヘルスサポート協会」の助成を受けて行われました。

（受理日　2011年2月9日）

1. Allison,DB, Mentore JL,Heo,M, Chandler P, Cappelleri JC,: Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. Am J Psychiatry. 1999 Nov; 156 (11): 1686-96.
2. Newcomer, JW.:Second-generation（atypical）antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. CNS Drugs, 2005 19(Suppl.1):1-93
3. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C.: The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. 1999 Psychol Med. May; 29(3): 697-701.
4. Littrell KH, Hilligoss NM, Kirshner CD, Petty RG, Johnson CG.: The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. 2003 J Nurs Scholarsh. 35(3): 237-41.
5. 早稲田隆：精神分裂病の維持療法における薬物コンプライアンスの臨床的研究．精神神経学雑誌 1998；100 (5) 261-290.
6. Attkisson C, Zwick R: The client satisfaction questionnaire. Psychometric operties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Eval Program Plann 1982; 5(3): 233-237
7. 立森久照，伊藤弘人：日本語版Client Satisfaction Questionnaire　8項目版の信頼性及び妥当性の検討．精神医学 1999；41(7)：711-717.
8. Naber D: A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. Int Clin Psychopharmacol 1995; 10 (3): 133-138
9. 渡辺美智代，松村人志：抗精神病薬下主観的ウェルビーイング評価尺度短縮版の日本語版作成とその信頼性と妥当性の検討．　臨床精神薬理 2003；6(7) 905-912
10. 新藤正人，藤沢慶子，伊藤恵美子，石岡道子，新田スミ子，島田洋子　他：ランク付け評価方法による服薬指導の効果検討．病院薬学 1995；21(5)：409-417
11. 久保智美，加地雅人，辻　繁子，朝倉正登，樋口和子，向井栄治　他：服薬指導における評価方法の改善と標準薬剤管理指導計画の試作．薬学雑誌 2001；121：221-232
12. 樋口和子，久保智美，辻　繁子，向井栄治，塚本豊久，森田修之：臨床での有用性と経済性を考慮した薬剤管理指導業務の構築と評価．薬学雑誌 1999；119(10)：710-730
13. 大野　裕，中川敦夫：SOLUTION for WELLNESS－患者さんのための健康生活－食事＆運動ガイド．日本イーライリリー株式会社提供，神戸 2004.
14. 斎藤百枝美，佐藤充子，菅原由香，佐藤早織，山本佳子，井手基文　他：認知行動療法に基づく服薬自己管理モジュールの導入とその評価　－退院後の服薬コンプライアンスへの有用性－．医療薬学 2005；31(3)：194-202
15. 藤田英美，加藤大慈：統合失調症患者を対象とした栄養・運動管理プログラムの実践－プログラム終了後の経過の報告－．行動療法研究 2008；34(3)：325-337
16. 奥沢明代，前田優子，笹本世津子，下野陽子，佐々木哲子，川口千春　他：統合失調症患者の体重増加に対する栄養と運動支援　－Solution for Wellnessを用いた健康教育の実践－．　新薬と臨床 2007；56(11)：96-108
17. 岩崎　香，広沢正孝，中村恭子：精神科デイケアにおけるプログラムの現状と課題．順天堂大学スポーツ健康科学研究 2006；10：9-20
18. 池淵恵美：新規抗精神病薬と心理社会的治療の統合．医学のあゆみ 2005；213(7)：677-681
19. 池淵恵美："病識"再考．精神医学 2004；46：806-819
20. Aichison J著　嶋田博之, 藤井康男訳：初回エピソード精神病．東京；星和書店，2000
21. 中岡理恵，贄川信幸：精神科病棟での家族心理教育プログラム導入期におけるスタッフの意識変化．病院・地域精神医学 2009；52(2)：66-68
22. 高田絵理子，大竹まり子，赤間明子，小林淳子，細谷たき子，叶谷由佳．北日本看護学会誌 2010；12(2)：93-98

The study of health education program for the clients with schizophrenia in a psychiatric daycare facility.

Eriko Takada [1)] **Yuka Kanoya** [2)]

1) **Department of Nursing, School of Health Sciences, Hirosaki University Health and Welfare**
2) **School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine**

Abstract

Objective: The purpose of this study was to examine health education programs for daycare users with schizophrenia.

Method: We carried out a program for three months in a psychiatry daycare facility. A questionnaire was prepared and the data was analyzed. Participants included 11 daycare users and 8 daycare staff members.

Results: 1) The average number of walks per day was increased significantly after intervention. They were decreased significantly three months after intervention. 2) The satisfaction of daycare users diminished when the number of walks was reduced three months after intervention, 3) All 8 staff members tended to think that offering these additional services to daycare users would help them return to normal life.

Conclusion: This program suggests the potential benefits of increasing the amount of exercise for daycare users. On the other hand, it also suggests that to attain better results, it may be necessary to extend the duration of exercise programs.

key words: program, psychiatric daycare facility, education, schizophrenia