

地域で生活する精神障がい者の主観的健康感と健康生活習慣

—性別, 居住形態別による検討—

ツカハラ アツコ ユウキ ミチコ
塚原 厚子*1 結城 美智子*2

目的 精神障がい者が地域で生活をはじめること, 継続していくことのためには, 日常生活行動の自立を図ることや健康生活習慣を獲得することが重要であることから, 地域で生活する精神障がい者を対象とし, 主観的健康感および健康生活習慣の実態を明らかにすることを目的とした。

方法 福島県内で訪問看護ステーションによる訪問看護を利用している精神障がい者を対象に自記式質問紙調査により実施し, 対象者から調査票が177部返送され, 分析対象者とした。性別を「男性」「女性」の2群間で, 居住形態を「独居」「家族と同居」「グループホーム」の3群間で, 日常生活行動自立度, 主観的健康感, 健康生活習慣との関連について検討した。

結果 対象者は, 男性69.5%, 女性30.5%, 平均年齢は 56.1 ± 11.7 歳で, 居住形態は, 独居34.1%, 家族と同居26.3%, グループホーム39.5%であった。居住形態と性別では, 有意な差があり, 男性は「グループホーム」46.6%, 女性は「家族と同居」39.2%が最も多かった。日常生活行動自立度の性別では, 「飲む必要のある薬を飲み管理する」「趣味や楽しい時間を過ごす」は, いずれも男性が女性よりも自立の程度が有意に高かった。日常生活行動自立度と居住形態別では, 「郵便局や銀行でお金の出し入れをする」は, 「独居」が「グループホーム」よりも自立の程度が有意に高かった。主観的健康感の性別では, 男性は, 女性よりも有意に高かった。健康生活習慣の性別では, 「喫煙しない」で男性は女性より平均点が有意に低く, 気をつけていなかった。健康生活習慣の居住形態別では, 全体において「グループホーム」は「独居」より健康的であった。また, 「適正体重を維持する」「バランスのよい食生活をする」において「グループホーム」は「独居」よりも有意に得点が高かった。

結論 女性の自立の程度が低かった項目に対して, 定期的の内服ができるような働きかけや, 趣味や楽しい時間が過ごせる機会・場の提供が重要である。さらに, 日常生活行動の中で郵便局や銀行でのお金の出し入れが自分でできることは, 「独居」が可能であることの指標になるといえる。主観的健康感では, 女性は男性に比べて健康感が低く, 詳細な検討が必要である。「独居」の者に対して, 生活習慣病の発症を予防し地域での生活を継続するためには, バランスのよい食生活を維持し, 適正体重が維持できるように援助者は働きかけることが必要であることが示唆された。

キーワード 精神障がい者, 日常生活行動自立度, 主観的健康感, 健康生活習慣

I 緒 言

近年, 長期間の入院生活を過ごしてきた精神

障がい者の地域生活移行がすすめられている。地域で生活する精神障がい者, 特に統合失調症患者は, 疾患と障がい併せ持つことで生活の

* 1 福島県保健福祉部介護保険室主任保健技師 * 2 北海道大学大学院保健科学研究院教授

困難が生じやすく生きづらさを感じやすいという生活障害がある¹⁾。そのため、精神障がい者が、より良い日常生活を送れることを目標に生活訓練が行われている²⁾。精神障がい者が地域で生活をはじめること、継続していくことのためには、日常生活行動の自立を図ることや健康生活習慣を獲得することが重要である。

健康生活習慣の評価には、Breslowら³⁾や森本ら⁴⁾による指標などがあり、実践している健康生活習慣項目数が多い人ほど疾病の罹患が少なく、寿命も長い⁵⁾という報告がある。精神障がい者の健康生活習慣では、一般成人よりも喫煙率が高く⁶⁾⁷⁾、さらに喫煙者は非喫煙者に比べて野菜が不足し、食事時間が不規則であり、活動量が少ない⁸⁾ことが指摘されている。好ましくない生活習慣は生活習慣病を引き起こす。地域の精神障がい者の生活状況と生活習慣病との関連において、デイケアに通う精神障がい者の約半数に肥満が認められ⁹⁾、統合失調症患者では一般成人との比較においてメタボリックシンドローム発症率が大幅に高い¹⁰⁾ことが報告されている。しかし、地域で生活する精神障がい者を対象に健康生活習慣を把握した調査は少なく、さらに、精神障がい者自身の主観的健康感を併せて把握することで、地域で生活する精神障がい者への具体的な支援について検討できると考える。

そこで、本研究では、地域で生活する精神障がい者を対象とし、主観的健康感および健康生活習慣の実態を明らかにすることを目的とした。

II 方 法

(1) 調査期間

平成23年11月から平成24年1月までとした。

(2) 対象および調査方法

福島県内で訪問看護ステーションによる訪問看護を利用している精神障がい者を対象とした。福島県内のすべての訪問看護ステーション106カ所に協力依頼文書を郵送し、52カ所の訪問看護ステーションより回答を得た。10カ所の訪問

看護ステーションから承諾を得られ、41カ所からは、該当なし(利用者に精神障がい者はいない)であった。承諾が得られた訪問看護ステーション10カ所に対して、自記式質問紙調査票(以下、調査票)を対象予定者数の257部郵送した。対象者には、訪問看護ステーションの訪問看護師が訪問時に調査の依頼文書、調査票を渡し、その後に対象者から返送された調査票177部(回収率68.9%)を分析対象者(以下、対象者)とした。

(3) 調査内容

対象者の属性は、性別、年齢、居住形態(「独居」「家族と同居」「グループホーム」)、職業、精神科通院の診断名とした。

日常生活行動の自立度は、精神障がい者が地域で安定した生活を送るために行う、手段的・社会的な生活行動における自立の程度とした。日常生活行動の調査内容は、精神障がい者、特に統合失調症患者の「生活のしづらさ」に着目し作成されたLife Assessment Scale for Mentally Ill(精神障害者社会生活評価尺度、以下、LASMI)¹¹⁾¹²⁾の日常生活項目のうち、10項目(①洗面や洗髪、入浴をする、②服を選んで着る、③自分の部屋の掃除や片付けをする、④交通機関を利用する、⑤郵便局や銀行でお金の出し入れをする、⑥買い物をする、⑦財布や通帳などの大切な物を管理する、⑧お金を計画的に使う、⑨飲む必要のある薬を飲み管理する、⑩趣味や楽しい時間を過ごす)である。回答肢は、項目ごとに「自分でできる」「ほとんど自分でできる」「手伝ってもらえばできる」「手伝ってもらってもできない」「当てはまらない」とし、それぞれ4点、3点、2点、1点、0点を配点した。得点が高いほど自立度が高いことを示している。

主観的健康感は、最近1週間の健康状態の主観的評価とした。回答肢は、「とても健康」「まあまあ健康」「あまり健康でない」「全く健康でない」とし、それぞれ4点、3点、2点、1点を配点した。

健康生活習慣は、Breslowらが提唱した7つ

の健康習慣³⁾および松本ら¹³⁾、幸村ら¹⁴⁾の健康習慣の項目を参考にし、9項目を作成した。具体的には、①定期的な運動をする、②適正な飲酒量にする、③適正体重を維持する、④ストレスをためないようにする、⑤適度な睡眠時間を確保する、⑥適度に休養する、⑦毎日の生活リズムを整える、⑧バランスのよい食生活をする、⑨喫煙しない、である。①から⑧は項目ごとに「とても気をつけている」「まあまあ気をつけている」「あまり気をつけていない」「全く気をつけていない」とし、それぞれ4点、3点、2点、1点を配点した。なお、⑨喫煙しないは、現在の非喫煙者を、回答肢の「とても気をつけている」4点と「まあまあ気をつけている」3点から便宜的に算出した平均3.5点を配点し、現在の喫煙者を、回答肢「あまり気をつけていない」2点と「全く気をつけていない」1点から便宜的に算出した平均1.5点を配点した。得点が高いほど、健康的な生活習慣であることを示す。

(4) 分析方法

性別を「男性」「女性」の2群間で、居住形態を「独居」「家族と同居」「グループホーム」の3群間で、日常生活行動自立度、主観的健康

感、健康生活習慣との関連について検討した。連続変数ではt検定、一元配置分散分析、さらに多重比較 (Tukey)、カテゴリー変数では χ^2 検定を用いた。統計解析にはSPSS19 for Windowsを使用し、統計的検討の有意水準は5%を採用した。

(5) 倫理的配慮

対象者自身から記入後の調査票が返送された時に、調査の承諾があったものとみなし、調査票は無記名で返送してもらうこととした。調査依頼文書には、調査の内容は統計的な資料としてとりまとめ、個人を特定して公表しないこと、本調査の目的以外に使用しないこと、終了時点でデータは破棄されること、また、対象者の調査への協力は任意であり、協力しなくても不利益を被らないことを記載した。

なお、本研究の実施にあたり、福島県立医科大学倫理委員会の承認を得た (受付番号1342)。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の基本属性 (表1)

対象者177人の内訳は、男性121人 (69.5%)、女性53人 (30.5%)、不明3人であった。年齢は18歳から87歳の範囲にあり、平均年齢は56.1±11.7歳であった。年齢別構成は、39歳以下16人 (9.3%)、40～49歳30人 (17.4%)、50～59歳52人 (30.2%)、60～69歳55人 (32.0%)、70歳以上19人 (11.0%)であった。

居住形態は、独居57人 (34.1%)、家族と同居44人 (26.3%)、グループホーム66人 (39.5%)であった。居住形態である「独

表1 対象者の基本属性

(単位 人, () 内%)

		合計	男	女	χ^2 値	p値
合 計		174(100.0)	121(69.5)	53(30.5)		
平均年齢(歳)±標準偏差 範囲(歳)(最小～最大)		56.1±11.7 18～87	56.3±10.4 26～87	55.8±14.3 18～84	-	-
年齢別構成 (n = 172)	39歳以下	16(9.3)	10(8.3)	6(11.8)	4.473	0.346
	40～49歳	30(17.4)	21(17.4)	9(17.6)		
	50～59	52(30.2)	38(31.4)	14(27.5)		
	60～69	55(32.0)	42(34.7)	13(25.5)		
	70歳以上	19(11.0)	10(8.3)	9(17.6)		
居住形態 (n = 167)	独居	57(34.1)	38(32.8)	19(37.3)	9.575	0.008*
	家族と同居	44(26.3)	24(20.7)	20(39.2)		
	グループホーム	66(39.5)	54(46.6)	12(23.5)		
職業 (n = 171)	無職	157(91.8)	107(90.7)	50(94.3)	-	-
	アルバイト	6(3.5)	5(4.2)	1(1.9)		
	その他	8(4.7)	6(5.1)	2(3.8)		
精神科診断名 (重複回答) (その他非掲載)	統合失調症のみ	105	80	25	-	-
	うつ病のみ	11	5	6		
	統合失調症とうつ病	8	5	3		

注 χ^2 検定, *p < 0.05

居」「家族と同居」「グループホーム」の3群で性別との関連を検討した結果、有意な差がみられ ($\chi^2=9.575$, $p=0.008$), 男性は「グループホーム」54人 (46.6%), 女性は「家族と同居」20人 (39.2%) が最も多かった。職業は、無職が157人 (91.8%), アルバイト6人 (3.5%) であった。精神科診断名 (重複回答) は、統合失調症のみが105人, うつ病のみ11人, 統合失調症とうつ病8人, その他であった。

(2) 性別, 居住形態別における日常生活行動自立度, 主観的健康感, 健康生活習慣 (表2)

日常生活行動自立度の全体の平均点は3.6±0.5点であった。日常生活行動自立度の性別では, 2項目において有意差が認められた。「飲む必要のある薬を飲み管理する」は男性3.7±0.6点, 女性3.4±0.8点 ($t=2.371$, $p=0.020$), 「趣味や楽しい時間を過ごす」は男性3.5±0.7点, 女性3.2±0.9点 ($t=2.192$, $p=0.032$) であり, いずれも男性が女性よりも自立の程度が有意に高かった。日常生活行動自立度の居住形態別では, 全体の平均点は, 「独居」3.7±

表2 性別, 居住形態別における日常生活行動自立度, 主観的健康感, 健康生活習慣の比較 (N=177)

	平均値±標準偏差			t 値	p 値	平均値±標準偏差			F 値	p 値
	合計	性別				居住形態				
		男 (n=121)	女 (n=53)			独居 (n=57)	家族と同居 (n=44)	グループ ホーム (n=66)		
日常生活行動自立度										
合計	3.6±0.5	3.6±0.4	3.5±0.5	1.389	0.167	3.7±0.4	3.4±0.5	3.6±0.4	3.480	0.034*
洗面や洗髪, 入浴をする	3.8±0.6	3.8±0.5	3.8±0.6	0.599	0.550	3.8±0.6	3.6±0.7	3.9±0.4	2.815	0.063
服を選んで着る	3.8±0.5	3.8±0.5	3.7±0.5	0.753	0.453	3.8±0.5	3.7±0.6	3.8±0.4	1.295	0.277
自分の部屋の掃除や片付けをする	3.2±0.9	3.2±0.9	3.2±1.0	-0.531	0.596	3.4±0.8	3.0±1.0	3.2±0.9	2.202	0.114
交通機関を利用する	3.5±0.8	3.6±0.8	3.4±0.9	1.470	0.146	3.8±0.6	3.2±1.0	3.6±0.8	6.371	0.002**
郵便局や銀行でお金の出し入れをする	3.3±1.0	3.4±1.0	3.1±1.1	1.701	0.091	3.7±0.8	3.2±1.1	3.2±1.1	4.852	0.009**
買い物をする	3.8±0.7	3.8±0.6	3.6±0.8	1.500	0.138	3.8±0.6	3.6±0.8	3.9±0.5	2.720	0.069
財布や通帳などの大切な物を管理する	3.6±0.8	3.5±0.8	3.7±0.8	-1.117	0.266	3.4±0.8	3.6±0.9	3.7±0.7	1.145	0.321
お金を計画的に使う	3.2±0.9	3.2±0.9	3.3±1.0	-0.752	0.453	3.4±0.8	3.2±1.1	3.2±0.8	1.299	0.276
飲む必要のある薬を飲み管理する	3.7±0.7	3.7±0.6	3.4±0.8	2.371	0.020*	3.7±0.7	3.6±0.8	3.8±0.6	1.085	0.340
趣味や楽しい時間を過ごす	3.5±0.8	3.5±0.7	3.2±0.9	2.192	0.032*	3.6±0.6	3.4±0.8	3.4±0.8	1.989	0.140
主観的健康感	2.9±0.7	3.0±0.7	2.8±0.8	2.065	0.040*	2.8±0.7	2.9±0.7	3.0±0.7	1.206	0.302
健康生活習慣										
合計	3.1±0.5	3.1±0.5	3.1±0.5	-0.229	0.819	3.0±0.6	3.0±0.5	3.2±0.4	5.139	0.007**
定期的な運動をする	2.7±0.9	2.7±0.9	2.6±0.8	0.566	0.572	2.6±1.0	2.6±0.8	2.7±0.8	0.510	0.602
適正な飲酒量にする	3.3±1.1	3.3±1.1	3.4±1.1	-0.142	0.887	3.5±1.0	2.9±1.3	3.5±1.1	3.421	0.035*
適正体重を維持する	2.9±0.9	2.9±1.0	2.9±0.8	0.353	0.725	2.6±1.0	2.7±0.8	3.2±0.9	7.738	0.001**
ストレスをためないようにする	3.1±0.9	3.1±0.8	3.1±0.9	0.354	0.724	3.1±0.9	3.0±0.9	3.1±0.8	0.072	0.931
適度な睡眠時間を確保する	3.4±0.7	3.4±0.7	3.3±0.8	1.211	0.228	3.2±0.8	3.4±0.8	3.5±0.6	1.984	0.141
適度に休養する	3.3±0.8	3.3±0.7	3.2±0.9	1.208	0.229	3.2±0.8	3.2±0.9	3.4±0.6	2.066	0.130
毎日の生活リズムを整える	3.1±0.8	3.1±0.8	3.2±0.9	-0.171	0.864	3.2±0.8	2.7±0.9	3.4±0.6	9.606	0.000**
バランスのよい食生活をする	3.2±0.8	3.1±0.8	3.1±0.8	0.024	0.981	2.9±0.9	3.1±0.8	3.4±0.7	6.822	0.001**
喫煙しない	2.7±1.0	2.5±1.0	3.2±0.7	-5.484	0.000**	2.5±1.0	2.8±1.0	2.7±1.0	1.332	0.267

注 * $p<0.05$, ** $p<0.01$

0.4点,「家族と同居」 3.4 ± 0.5 点,「グループホーム」 3.6 ± 0.4 点 ($F = 3.480, p = 0.034$)であった。「郵便局や銀行でお金の出し入れをする」では,「独居」 3.7 ± 0.8 点は,「グループホーム」 3.2 ± 1.1 点よりも自立の程度が有意に高かった ($p = 0.011$)。

主観的健康感の性別では,男性 3.0 ± 0.7 は,女性 2.8 ± 0.8 よりも有意に高かった ($t = 2.065, p = 0.040$) が,居住形態別では,有意な差はなかった。

健康生活習慣の9項目における全体の平均は, 3.1 ± 0.5 点であった。性別では,男性で最も平均点が高かったのは,「適度な睡眠時間を確保する」 3.4 ± 0.7 点,次いで「適度に休養する」 3.3 ± 0.7 点,男性で平均点が最も低かったのは,「喫煙しない」 2.5 ± 1.0 点,次いで「定期的な運動をする」 2.7 ± 0.9 点であった。女性は,「適正な飲酒量にする」 3.4 ± 1.1 点が最も平均点が高く,「定期的な運動をする」 2.6 ± 0.8 点が最も平均点が低かった。「喫煙しない」の性別では男性 2.5 ± 1.0 点,女性 3.2 ± 0.7 点で有意な差があり,男性は女性より平均点が低く,「喫煙しない」ように気をつけていなかった ($t = -5.484, p = 0.000$)。健康生活習慣について居住形態別では,全体において「独居」 3.0 ± 0.6 点,「家族と同居」 3.0 ± 0.5 点,「グループホーム」 3.2 ± 0.4 点と3群間で有意差が認められ ($F = 5.139, p = 0.007$),「グループホーム」は「独居」より健康的であった ($p = 0.016$)。また,「適正体重を維持する」において「グループホーム」 3.2 ± 0.9 点は「独居」 2.6 ± 1.0 点よりも有意に得点が高く ($p = 0.001$),さらに,「バランスのよい食生活をする」では「グループホーム」 3.4 ± 0.7 点が「独居」 2.9 ± 0.9 点よりも有意に高かった ($p = 0.000$)。

V 考 察

まず,対象者の特徴について述べる。本研究の対象者は,約6割が50~60歳代であり,約7割が男性で,男性の居住形態は「グループホー

ム」が多く,ほとんどが無職であった。居住形態別では,全体で「独居」が約3割で,男女の差は大きくはなく,大橋ら¹⁵⁾の地域で暮らす精神障がい者の居住形態の調査結果と同様であった。精神障がい者グループホームは,地域において共同生活を営む精神障がい者に対して食事の世話など,日常生活における援助などを行うことにより,精神障がい者の自立生活を支援することを目的としている¹⁶⁾。また,退院可能な精神科入院患者の地域での受け皿として,グループホームの整備が進められており¹⁷⁾,精神障がい者の地域での生活支援策としてグループホームは重要な役割を担っている。本研究の対象者は,地域生活を始めること,また,継続するためにすべての対象者が訪問看護を利用していると同時に,男性のグループホーム利用者が多いことが特徴である。

精神障がい者では,服薬の中断は病状の悪化につながるため,「飲む必要のある薬を飲み管理すること」が自分でできることは,病状が安定するために必須である。本調査の対象者は,日常生活行動において,「洗面や洗髪,入浴をする」「服を選んで着る」「買い物をする」「飲む必要のある薬を飲み管理する」が自分でできており,病状が比較的安定していると考えられた。一方で,「自分の部屋の掃除や片付けをする」「お金を計画的に使う」の項目において自立度が低かった。

健康生活習慣では,適度な睡眠や休養を確保するように気をつけていた。Breslowら³⁾は疾病予防には生活習慣改善の手法が有効であることを指摘している。基本的な生活習慣因子の項目全体の重要性を代表する項目として“適性体重の維持”¹⁸⁾が選択されている。しかし,本研究の対象者は,「定期的な運動をする」「適正体重を維持する」に気をつけている程度が低かった。食事と関連する健康生活習慣の適正体重を維持することを関連づけた生活意識には至っていないことが推察された。

次に,性別,居住形態別における日常生活行動自立度,主観的健康感,健康生活習慣との関連について述べる。

疾患・状態をより良い状態に維持しながら精神障がい者が地域で自立した生活を送るために内服薬の管理は重要である。また、日頃の生活で趣味や楽しみがあることは、病気や疾患の症状以外の他のことに目を向けることができ、精神障がい者のリカバリーに影響している¹⁹⁾。日常生活行動全体において、女性は男性に比べて「飲む必要のある薬を飲み管理する」「趣味や楽しい時間を過ごす」の2項目は、自立度が低かった。地域で生活する精神障がい者が、多くの趣味が生きがいとなっている²⁰⁾ということから、趣味や楽しい時間の過ごし方は社会活動の範囲を拡大し、生活全体を活性化させることが期待できる。本調査結果で、女性の自立の程度が低かった上記2つの項目に対して、定期的な内服ができるような援助者による働きかけや、趣味や楽しい時間が過ごせる機会・場の提供が重要である。

さらに、日常生活行動の中で郵便局や銀行でのお金の出し入れが自分でできることは、「独居」が可能であることの指標になるといえる。長期入院している精神障がい者が退院し地域で「独居」生活をするためには金銭管理ができることが必須であり、郵便局や銀行でのお金の出し入れが1人でできるように支援をしていく必要があることが示唆された。

主観的健康感では、女性は男性に比べて健康感が低かった。地域で生活する精神障がい者の主観的健康感では、女性は男性に比べ心の疲労をより強く感じている²¹⁾という報告がある。性差の影響について、その相違が疾患特有のものか、その他要因が関連しているのか見解は得られていない。今後、主観的健康感が低い女性に対して、詳細な検討が必要である。坂井ら¹⁸⁾は、退院後に福祉ホームやグループホームに入居した者は、他者との触れ合いを通して「居住環境への満足感」を感じていたと述べている。本調査の男性の主観的健康感が高いのは、男性はグループホーム入居者が多く、他者との交流があることが関連している可能性がある。

健康生活習慣の喫煙については、精神障がい者の喫煙率は男性が女性より高い⁶⁾⁷⁾¹⁸⁾という先

行研究と同様に、本研究の対象者も、男性が女性より「喫煙」している割合が高かった。また、喫煙以外の健康生活習慣と性別との関連では有意な差がなく、これまでの研究結果¹⁸⁾と一致していた。欧米の研究では、一般成人と比較して統合失調症患者では平均寿命が約2割低く、喫煙と直接的に関連する呼吸器疾患や心疾患に罹患している割合が高いといわれている²²⁾²³⁾。地域で生活する精神障がい者の喫煙者に対して禁煙支援をする必要があることが示唆された。

健康生活習慣と住居形態との関連では、地域で生活する精神障がい者のうち「家族と同居」している者の8割は「食事は自分では作らないが家族が作る」¹⁵⁾という報告と同様に、本調査の「家族と同居」している者は、家族が調理した食事を摂取していると考えられた。さらに、「グループホーム」に居住している者も、世話人が調理した食事を摂取することが多いと考えられることから、本研究の「グループホーム」に居住している者は、食事のバランスに気をつけていると回答していると考えられる。一方で、食事と関連する健康生活習慣の「適正体重を維持する」は取り組みの意識が低かった。世話人や家族が調理し、提供された食事の量や内容を自分で選別、判断しないまま摂取している食事状況がうかがえた。このことは、食事のバランスがとれていることと、食事と関連する健康生活習慣の適正体重を維持することを関連づけた生活意識には至っていないことが推察された。精神科デイケアに通っている精神障がい者の約半数に肥満が認められ、肥満と代謝障害群発症の予防には生活習慣の改善が重要である⁹⁾ことが指摘されている。また、これまでの調査では、非定型抗精神病薬は副作用が少なく陰性症状の改善効果があり、患者の活動の向上や生活習慣の改善も期待されるが、脂質代謝異常や耐糖能異常、体重増加が認められ生活習慣病の発症リスクが高い²⁴⁾ことも報告されている。このことは、非定型抗精神病薬の副作用としての肥満、体重増加についての説明を十分に行うことはもちろんのことであるが、肥満、体重増加だけを強調することなく、服薬コンプライアンスが良

好に維持できるようにすることが重要である¹⁰⁾。また、「毎日の生活リズムを整える」ことは、「独居」の方が、「家族と同居」している者より気をつけていた。同居者がいない者は、家族や家族の生活時間に依存することなく、自身で生活管理をしていくことが必要であり、より規則的な生活リズムで過ごすことに留意している様子がうかがわれた。「独居」の者に対して、生活習慣病の発症を予防し地域での生活を継続するためには、バランスのよい食生活を維持し、適正体重が維持できるように援助者は働きかけることが必要であることが示唆された。

なお、本研究の限界は、地域で生活する精神障害者のなかで福島県内の訪問看護ステーションの利用者に限定していることや分析対象者数が少ないことである。今後は対象地域を拡大することおよび訪問看護利用以外の対象人数を増やすことが必要である。

文 献

- 瀧澤直子, 後藤雪絵. 地域で生活する統合失調症者の回復の支援に関する研究—生活障害に関与する肯定的側面の探求. 日本看護福祉学会誌 2012; 17(2): 159-76.
- 柳田正明. 障害者自立支援法「自立訓練(生活訓練)」と社会生活力向上支援. リハビリテーション連携科学 2013; 14(2): 253-6.
- Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine 1972; 1: 409-21.
- 森本兼襄. ライフスタイルと健康. 日本衛生学雑誌 2000; 54(4): 572-91.
- 加瀬澤信彦. 7つの健康習慣が個人内変動に及ぼす影響. 日本未病システム学会雑誌 2005; 11(1): 81-3.
- 川合厚子, 阿部ひろみ. 単科精神科病院における患者と職員の喫煙状況 neglected problem とされてきた精神科の喫煙問題に取り組むために. 日本公衆衛生雑誌 2007; 54(9): 626-31.
- 多田和代, 大西和子, 西岡和子, 他. 精神障害者における喫煙状況のアンケート調査について. 四国公衆衛生学会雑誌 2007; 52(1): 71-2.
- 中嶋貴子, 三徳和子. 小規模作業所通所中の精神障害者の生活習慣と喫煙の関連. 日本禁煙学会雑誌 2014; 9(4): 73-9.
- Saiga Michiko, Ikeda Tadasu, Yoshioka Shinichi. Physical and Mental Factors Associated with Obesity in Individuals with Mental Disorders Attending Psychiatric Day-Care Facilities. Yonago Acta Medica 2013; 56: 1-6.
- 清水恵子. 統合失調症患者のメタボリックシンドロームに関連する研究の概観と今後の課題. 山梨県立大学看護学部紀要 2009; 11: 39-47.
- 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 他. 精神障害者社会生活評価尺度の開発—信頼性の検討(第1報). 精神医学 1994; 36(11): 1139-51.
- 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖, 他. 精神障害者社会生活評価尺度の開発とその意義. 精神科診断学 1994; 5(2): 221-31.
- 松本泉美, 久井志保, 高橋裕子. 職域における喫煙者のニコチン依存と保健行動. 禁煙科学 2010; 3(3): 1-13.
- 幸村有花, 榊原まゆみ. 再入院した精神障害者における服薬中断の要因分析. 日本精神科看護学会誌 2002; 45(2): 147-51.
- 大橋敬子, 國生拓子. 地域で生活する精神障害者の日常生活実態についての研究. 大阪大学看護学雑誌 2005; 11(1): 30-7.
- 石神文子, 遠塚谷富美子, 眞野元四郎. 精神障害者福祉法の実践—当事者主体の視点から. 京都: ミネルヴァ書房, 2007: 125.
- 北川裕道, 鈴木孝典, 藤直子, 他. 事例研究(18) 精神障害がある人の地域生活支援—グループホームを拠点とした支援の展開—. ソーシャルワーク研修 2010; 36(1): 58-65.
- 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 2005; 14(2): 188-99.
- 藤本裕二, 藤野裕子, 楠葉洋子. 地域で暮らす精神障害者のリカバリーに影響を及ぼす要因. 日本社会精神医学会雑誌 2013; 22(1): 20-31.
- 坂井郁恵, 水野恵理子. 地域で生活する精神障害者の生きがいの特徴. 日本看護科学学会誌 2011; 31(3): 32-41.
- 木村緑, 伊藤治幸. 地域で生活する精神障害者の主観的健康感の実態. 日本看護学会論文集精神看護 2008; 39: 143-5.
- Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophreni. Br J Psychiatry 2000; 177: 212-7.
- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, et al. Mental disorders and cause-specific mortality. Br J Psychiatry 2001; 179: 498-502.
- 濱元泰子, 河瀬雅紀, 國澤正寛, 他. 統合失調症慢性期における生活習慣病とその対応. 精神科治療学 2005; 20(6): 569-74.