

〔研究ノート〕

精神科デイケア通所者に対する生活改善プログラムを用いた健康への意識変容

川 乗 賀 也

鎌 原 雅 彦

宮 本 靖 子

相 良 陽一郎

今日の精神科医療は、従来長らく行われてきた入院中心の医療から、地域医療へとシフトしている。現状として問題となっている社会的入院患者の地域移行はそれほど進んでいると言いがたい。しかし新規入院患者の退院については比較的長期化することなく短期入院でさまざまな社会資源を利用しながら地域での生活を送っているといえる。このような地域精神科医療を効果的に利用するためには患者個々の日常生活技能の向上は不可欠な要素である。

ところで入院患者の現状について検討してみると、安静が必要な観点から病室で過ごすことが多い。作業療法やSST (Social Skills Training) などのリハビリテーションに参加することもあるが、これらは集団に対して実施されるもので、実際に退院後の患者が直面する日常生活についての訓練が行われることは、設備や人員等の制約のため、比較的少ないと考えられる。訪問看護において退院後の患者の自宅へ訪問すると、大量の惣菜パックや弁当等のゴミが台所やコタツの上に無造作に放置され食生活の不安を感じる場面が見受けられることも多い。つまり、患者の日常生活に関わる問題は、本来の精神科医療には含まれないため見落とされがちであるが、地域医療・予防医療の観点からすれば忘れてはならないものであると言えよう。

こうした問題のひとつとして、患者の体重管理の問題が挙げられる。特に外来治療中の患者の体重増加については、多くの医療関係者が現場で目にするものである。患者からは「薬を飲み始めてから体重が増えた」「この薬を飲むと体重が増える」などの訴えを聞くことがある。調査によると統合失調症患者における肥満率は58%で一般成人の30.7%を大きく上まわっている⁽¹⁾。他の先行研究でも、統合失調症などの精神疾患をもつ人は活動性の低下や薬剤の副作用により体重が増加しやすく⁽²⁾、認知機能の低下により、体重管理や生活リズムの確立が困難になりやすい⁽³⁾とされている。つまり治療のために服用する薬の副作用や、精神疾患の症状に起因する日常生活習慣の乱れが体重増加の原因になることが指摘されている。

実際、精神科デイケアの担当スタッフが患者と面接してみると、体重増加の不安について相談を受けることがしばしばあり、患者の側も減量の必要性は理解できているものの、どうすればよいか分からなかったり、ひとりでは行動に移せなかったりするようである。そしてこれは精神科における医学的対処（治療）とは異なった日常生活に関わる問題（例えば食生活や運動など、体重管理を自ら行うスキルに関わる問題）のように思われる。

一般的な問題として、肥満は糖尿病等、他の疾患のリスクが増すことから改善の必要があるとされている。中年期以降は加齢とともに基礎代謝量が減少するため、それまでの生活を維持していても体重が増加する可能性が高く、健康維持のためにも肥満は望ましくない。今後ますます長期入院患者の地域への移行が進むと予想されるなか、日常生活における服薬、食事、それに伴う体重増加などの健康管理を当事者自身が生活スキルとして身につけておくことは、再入院を防ぐ意味でも重要な要素であり、患者のQOL（Quality of Life）の向上にもつながると考えられる。

そこで本研究は、精神科デイケア通所者を対象に、生活習慣の改善と体重の減少を目的とした生活改善プログラム（以下、プログラム）を新たに作成し、実施することにした。調査対象者の体重増加の原因を調べると共に、日常生活の見直しをおこない、健康を意識した生活を目指すことを目的としたプログラムを実施し、その前後の体重変化と健康への意識変化を調査することにより、患者の日常的な健康面についてもサポートできるような体制作りのための手がかりが得られるはずである。

方法

1) 生活改善プログラムとは

プログラムは、「SOLUTIONS for WELLNESS 患者さんのための健康生活 食事&運動ガイド」⁽⁴⁾を参考にして作成した。SOLUTIONS for WELLNESSは、米国において精神障害者のために開発された体重管理プログラムである。健康的な食生活や運動の知識を習得し、自分の食生活や運動の問題点に気づき改善策を検討・実践することを目的としている。

本研究のために作成したプログラムの内容を表1に示す。全13回のセッションを毎週1時間程度実施することが想定されている。具体的な内容としては、普段、我々が口にしていないもののカロリーや糖分についての学習、管理栄養士による指導、調理実習そして運動などを取り入れたものとなっている。また、最終セッションのさらに3ヶ月後、プログラム終了後の経過を見るためのフォローアップを行うこととした。

なお、本プログラムにおいては、参加者の意識づけのため、毎回のセッション開始前に各自の体重を測定し記録する。特に第1回（初回）セッション時の測定はその後の体重変化の基準となるため重要である。参加者は初回計測結果もとに、自らのBMIと標準体重を算出し、目標とする体重を設定する。また第2回以降の計測では、初回体重との比較で体重の増減を算出している。

またプログラム参加者は、第2セッション以降は基本的に毎日、11週間にわたり「食生活記録シート」への記入が求められた。これは1週間分の食事・間食・運動・体重の記録をとることにより、自分の食生活上の問題点を把握し、目標設定を行うとともに、その成果を記入するためのシートである。したがって各参加者は、11週間で11枚の食生活記録シートを作成・提出することになる。そして第3回以降のセッションでは、参加者が作成してきた食生活記録シートをもとに、自らの1週間の食生活について振り返りを行う。

第4～6回と第10～12回は管理栄養士が参加するセッションとなっている。第4・第10セッションでは管理栄養士が各参加者の食生活記録シートに基づいたアドバイスをし、栄養学的にバランスのよい食事について学ぶ。それを参考に、第5・第11セッションでは具体的な献立を検討し、第6・第12セッションで実際に調理して食べるというものである。

食後には使用材料から食費を計算し、安くてもバランスに優れた食事が容易に作れることを実体験できるようにした。

そして第13回（最終回）では振り返りのセッションを受けた後、プログラムを経験したことによって日常生活を送る上での意識に何か変化が生じたか、アンケート調査を行う。さらにその3ヶ月後にはフォローアップセッションとして、体重測定のほか、日常生活全般についての聞き取り調査を行うものとした。

表1 生活改善プログラム

各セッションの内容	主な目標
1. 健康的な目標体重 2. 健康的な食生活と運動のバランス 3. 自分の食生活チェック 4. 栄養士さんのお話① 5. 料理教室の準備① 6. 料理教室① 7. 糖分・水分について 8. 間食について 9. 脂肪・塩分について 10. 栄養士さんのお話② 11. 料理教室の準備② 12. 料理教室② 13. まとめ・振り返り	<ul style="list-style-type: none"> ・自分のBMIを計算し、標準体重を知った後、目標体重を設定する（第1回）。 ・生活改善、目標体重のために毎週目標設定をし、毎日体重・食事・間食・運動・目標達成について、食生活記録シートを記入する（第2回以降）。 ・カロリーや糖分についての学習、栄養士による指導、調理実習、運動をプログラムに取り入れる。
14. フォローアップ（3ヶ月後）	

2) 対象者

プログラム参加群は、日常的に健康や体重について悩みを抱えているデイケア通所中の女性4名、男性4名の計8名（平均年齢43歳）である。

またコントロール群として、デイケア通所中のメンバー8名をエクセルのサンプリングによって無作為に抽出した。

なおプログラムの実施期間中、対象者の薬の処方に変更はなかった。

3) 手続き

プログラムは2012年1月から7月にかけて実施された。

プログラム参加群については、プログラムに基づき、1週間に1回約1時間のセッションを計13回、実施した。基本的にプログラムのセッションは午前中に行い、同日の午後には通常のデイケアとして室内スポーツ活動を約1時間実施した。一方、コントロール群は午前中のセッションには参加せず、午後の室内スポーツ活動のみの参加であった。なおコントロール群についても、プログラム参加群と同じタイミングで体重測定を行い、体重の変化を記録した。

担当スタッフは、作業療法士、精神保健福祉士、看護師、管理栄養士、臨床心理士であり、毎回これらのうちの2～3名の多職種でプログラムを運営した。

なお倫理的配慮として、事前に本調査対象者には、調査結果が学会や論文等で発表される可能性のあることを伝えた上で参加申込書に記入してもらった。

結果

本調査期間中、プログラム参加者の体重変化のうち、最も増加したケースは+2.6kg、最も減少したケースは-5.4kgであった。プログラム終了時（最終セッション時）には、開始前と比較して、プログラム参加群の8名中7名に体重減少がみられた（表2）。また、プログラム参加前とプログラム終了時の体重変化量についてt検定を行うと有意な体重減少がみられた [$t(7)=2.57, p<.05$]。さらに、プログラム実施回数と体重変化量についての回帰分析をおこなったところ8名中3名に有意な結果を得ることができた [A氏 ($b=-.10, t=-3.49, p<.01$), E氏 ($b=-.16, t=-3.12, p<.05$), H氏 ($b=-.19, t=-5.12, p<.01$); 図1～3]。またプログラム参加前と後では全員に健康や食事量についての意識面で前向きな変化があった（表3）。

一方コントロール群については、調査開始時と終了時を比較して、有意な体重変化はみられなかった [$t(7)=-1.00, n.s.$]。プログラム参加群では有意な体重減少が見られたことを考え合わせると、今回のプログラムに参加することで体重を減少させる効果が認められたと言えよう。

表2 各セッションにおける参加者の体重変化

セッション	参加者							
	A	B	C	D	E	F	G	H
3	0.0	-5.4	0.0	-1.7	-0.3	0.0	0.8	-0.7
4	-0.3	0.6	-0.3	-3.0	-1.8	×	0.6	-0.7
5	0.7	0.0	0.3	-0.5	×	0.6	1.2	-1.7
6	-0.1	-0.6	0.6	-0.3	-1.4	0.7	0.9	-1.7
7	-0.2	-3.8	-1.1	-0.5	-2.0	1.2	0.6	-1.4
8	-0.2	0.8	-1.1	1.1	-2.9	0.2	1.0	-1.4
9	-0.2	0.4	0.9	-1.0	-3.2	0.6	2.1	-1.4
10	-0.3	0.4	2.6	-0.2	-3.2	0.7	0.4	-1.4
11	-0.5	0.4	-0.9	0.7	-2.6	0.7	0.0	×
12	-0.8	-0.4	0.2	-0.1	-1.9	0.0	0.4	-3.1
13	-1.1	-0.6	-0.3	-0.5	-2.2	-0.5	0.4	-2.7
フォローアップ	-0.6	-1.6	×	-0.5	-1.1	-0.6	0.3	-5.7

表中の数値は、各セッションにおける参加者の体重 (kg) から初回体重 (kg) を引いた値であり、マイナスの数値は体重の減少を表す。また、欠損値 (×) は当該セッションに不参加であったことを示す。

表3 プログラム終了後の意識変化

参加者	プログラム終了後の意識変化
A	バランスよく食べるようになった。間食が減った。
B	食べ過ぎに注意することができた
C	ご飯の量が多いことに気付いた。
D	米の量を減らした。毎日、歩いた。
E	意識して間食をしなくて体重を減らした。
F	間食しなくても過ごせるようになった。
G	夜食が減った。体重が減らなかったのは自分のだらしなさが原因。
H	食べる量が減った。

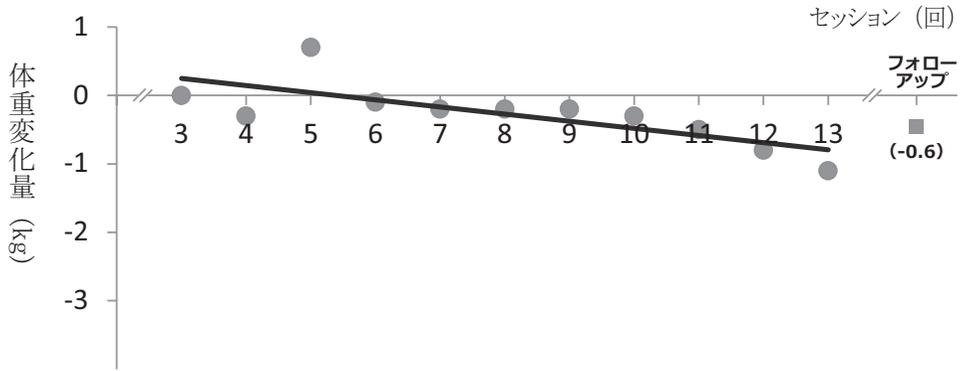


図1 初回セッションと比較した場合のA氏の体重変化
(図中の実線は第3～13セッションの体重変化量に関する線形近似曲線を示す)

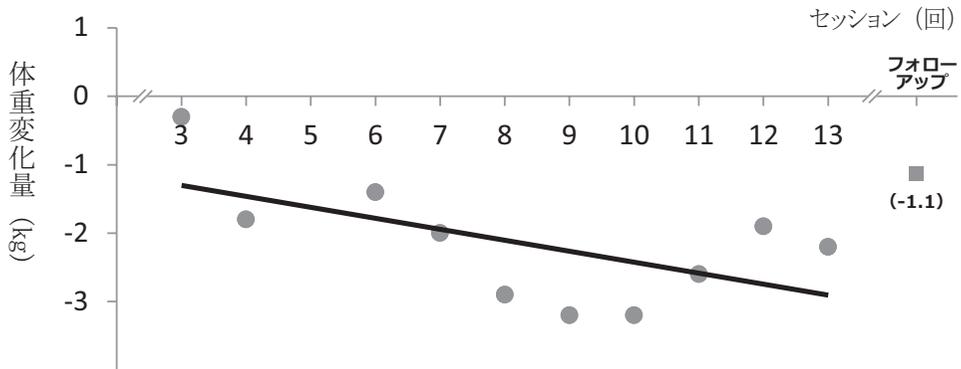


図2 初回セッションと比較した場合のE氏の体重変化
(図中の実線は第3～13セッションの体重変化量に関する線形近似曲線を示す)

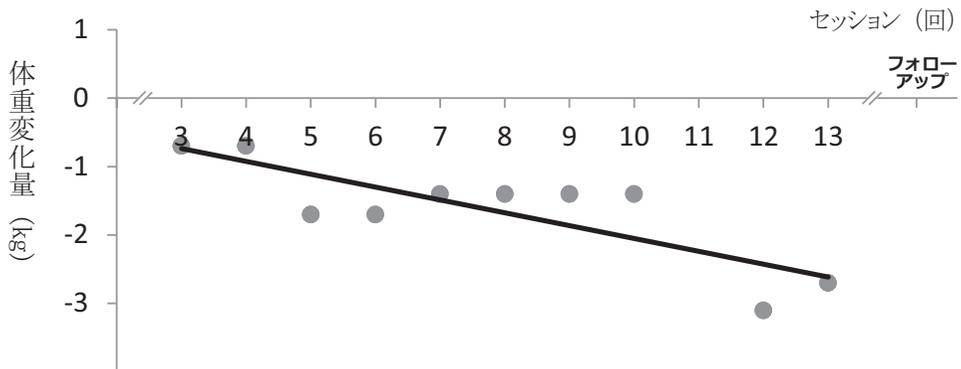


図3 初回セッションと比較した場合のH氏の体重変化
(図中の実線は第3～13セッションの体重変化量に関する線形近似曲線を示す)

考察

1) 参加者の体重について

体重が減少した参加者について、個人差はあるもののセッションの中盤である料理教室が終了した頃から、全体的に体重減少が生じている印象を受ける。これはプログラム中に実施した健康的な食生活や運動知識の習得や、食生活記録シートに自分の食事量を記載していくことで、間食や食事量などの問題点を視覚的に意識できたためと思われる。それによって自身の食事量と間食の回数について学習内容と比較し、実生活での改善に効果があったのではないだろうか。プログラム終了時のアンケートでは、食べ過ぎに注意することが出来た、バランス良く食べるようになった、間食が減った（意識して減らすように心掛けた）、夜食の回数が減った、などの声が聞かれ認知面での変化から実際の行動面に変化があらわれたことが見てとれる。

さらにプログラム参加者に対する初回の聞き取り調査においても、日常生活において運動を取り入れていた参加者は一人もおらず、プログラム実施後に行う室内スポーツ活動によって、食事の他にも運動を取り入れていく必要があることを参加者に実践的に学ばせる機会を提供できたと考えられる。参加者の中には「通院にはバスを利用しているが、一つ手前のバス停で降りて歩いている」と言う運動に対する肯定的な意見も聞かれるようになった。

プログラム参加者において体重が減少しなかった対象者Gについて、主観的評価ではあるが、夜食が減ったという意識変化が報告されている。さまざまな要因が考えられるが、これについては薬による作用なども含めて慎重に検討していく必要がある。

2) 意識変容について

ダイエットのために心掛けたことを聞くとおやつ等のお菓子の代わりにヨーグルトを食べた、間食を減らした、運動をした、お米の量を減らした、などの工夫をしていることが分かった。これは薬の問題だけでなく自分の生活習慣にも問題があることを理解し、体重を気にした生活へと認知が変化したためと思われる。またグループで同じ目標を共有することによって個別に行うよりも動機づけが強く、さらに比較的早期に視覚的に間食の問題点に気づくことができ体重減少も見られたことから内的動機づけも高まったものと考えられた。またグループのメンバーから、雰囲気すすきりした、顔が小さくなった、などのフィードバックが得られる事によって動機づけが強化されていったと考えられる。

さらにデイケアにおいては担当スタッフにプログラム経過を報告し各参加者が設定した目標を達成できるよう協力を依頼し面接場面でも取り上げるようにしてもらいなど、セッション実施時以外でも各自目標が意識できるように配慮したことも意識が変容する大きな要素であったと予想された。

また草野ら⁽⁵⁾によれば、体重減少は生活習慣の改善や物事に安定して取り組むことと連動しているという。健康に目が向くように意識変容していくためには、生活習慣の改善につながる安定した目標設定が必要と考えられ、小さな実現可能な目標を少しずつ積み重ねて実現していく方が安定して体重減少しているように思われた。

以下に目標設定の違いによる体重減少を比較するためE氏、H氏の目標設定を取りあげてみる(表4、表5)。この事例では両者とも回帰分析で有意であり、体重は減少してい

るものの、フォローアップ時にE氏は体重が少し戻っていたのに対し、H氏はセッションで学んだことを終了後も継続しており、大きく減量できていた（表2，図2，図3）。

E氏は第3セッション以降一貫して、間食をしないという目標を継続し、これに加え時間があれば歩く、ジュースの量を意識する、間食を防ぐためにお菓子を手の届く場所には置かないと言う、シンプルであるがやや自分に厳しい目標を設定していた。体重も当初は大きく減少することもあり、やりがいを感じていたようであったが、途中からは休日には間食をするなど自身の目標設定を守れなくなってきていた。後半には体重の増加がみられ、自身の目標設定に耐えられなくなった印象を受けた。

一方、H氏は体重減少もあり回帰分析によってもE氏と同じくセッション回数と体重に有意な減少が認められた。しかし表5を見るとセッション毎の目標設定は野菜・魚を食べる、いろいろな食品を食べると言った（食事を減らすのではなく）食事内容を見なおすという、達成可能で容易な目標を設定しており、後半から間食をしないやジュースの量を減らすとといった、セッションで学習したことを目標としていることが分かる。

この両者のフォローアップでは、E氏はセッション終了時（第13回）よりも体重が増加していたが、H氏は大きく体重が減少していた。E氏のように大きな目標を実行すると最初は目に見える結果が表れやすく動機も一見高まりそうであるが、継続することにかかなりの精神力が必要とされ、最終的に無理が出てしまうと考えられる。しかしH氏の目標設定では最初は健康的なものを食べるようにするなど、食事を減らすのではなく食生活を見直す方向で考えており、それに順応してから徐々に負荷を大きくするというもので、継続性のあるダイエットを可能にした事例であると思われる。

以上より体重増加の原因は薬の副作用ばかりでなく、食生活や日常生活の習慣が影響していることが示唆された。

表4 各セッションにおけるE氏の目標

セッション	設定した目標
開始時	目標体重：-3 kg
3	間食をしない。
4	間食をしない。時間があれば歩く。
5	×（不参加）
6	間食をしない。
7	間食をしない。ジュースも意識する。
8	間食をしない。
9	間食をしない。
10	間食をしない。
11	間食をしない。
12	間食をしない。
13	間食をしない。

表5 各セッションにおけるH氏の目標

セッション	設定した目標
開始時	目標体重：-6kg
3	野菜か魚を1日どちらかを食べるようにする。
4	いろいろな食品を食べる。
5	間食を減らす。コーヒーを飲む回数を減らす。
6	食べるときよく噛んで食事量を減らす。
7	野菜をとる。
8	間食を減らす。
9	1日3食以外は間食。間食を減らす。
10	ジュースの量を減らす。
11	×（不参加）
12	お茶を飲むようにする。
13	食事量を減らす。

まとめ

精神科で治療中の患者の体重増加は、処方薬の影響だけではなく、日常生活習慣の乱れや加齢による基礎代謝量の低下にそぐわないカロリー摂取状況が大きく関与しているものと考えられる。また継続した健康管理をしていくためには、目標設定の工夫が必要である。患者の治療に関わるスタッフには、患者個々の特性にあわせ、継続可能な対応を行い、生活スキルを獲得させていく配慮が不可欠であり、定期的な振り返りや目標の見なおしも重要なポイントであると考えられる。一般に精神科の患者について、「退院後は体重増加し、自己管理による体重維持が難しい。本人の意識の希薄さとフォローしてくれる人が身近にいないことが原因」⁽⁶⁾とされていることから分かるように、彼らの意識の継続のためには、フォローアップによる定期的な励ましが必要であろう。

謝辞

プログラムに参加し本稿の執筆に同意していただいたデイケアメンバーの方々に心から感謝申し上げます。

<文献>

- (1) 秀野武彦, 浅井邦彦, 大久保善郎, その他: 慢性精神分裂病患者の肥満対策. 精神科治療学 12: 481-483, 2000
- (2) 秀野武彦: 向精神薬による肥満と高血糖. 臨精医 33 (増刊号): 648-656, 2004
- (3) 細川和広: 精神疾患により自己管理できない患者. プラクティス 22: 23-24, 2005
- (4) 大野裕, 中川敦夫監修: 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, 2005
- (5) 草野裕美, 中神友希, 福智寿彦: 精神科デイケアにおける統合失調症患者への食事療

法の効果 体重減少と日常生活の改善への取り組み. 精神医学 50 (10) : 951-956, 2008
(6) 奥沢明代, 前田優子, 笹本世津子, 他 : 統合失調症患者の体重増加に対する栄養と運動支援— Solutions for Wellness を用いた健康教育の実践—. 新薬と臨牀 J. New Rem. & Clin. 56 (11) : 1868-1880, 2007

(受理日 : 平成26年 7 月18日)

(校了日 : 平成26年 8 月27日)

〔抄 録〕

精神科デイケア通所者における健康管理は施設中心の医療から地域ケアへとシフトしていく最中で必要不可欠の要素であると考えられる。しかし実際は疾病による症状や認知機能の低下により健康を意識した生活を送れていない患者も多い。そこで本調査では日常生活の見直しをおこない健康を意識した生活を目指すことを目的としたプログラムを実施し、その前後の体重変化と健康への意識変化を調査した。その結果、プログラムの実施前と実施後では有意な体重の減少が認められ、通常のデイケアプログラムに参加していたコントロール群には体重の変化は見られなかった。以上より体重増加は処方薬の影響だけではなく、日常生活習慣の乱れや加齢による基礎代謝量の低下にそぐわないカロリー摂取状況が大きく関与しているものと考えられる。また継続した健康管理をしていくためには、目標設定の工夫が必要である。患者の治療に関わるスタッフには、患者個々の特性にあわせ、継続可能な対応を行い、生活スキルを獲得させていく配慮が不可欠であり、定期的な振り返りや目標の見なおしも重要なポイントであると考えられる。

