

厚生労働省科学研究助成金事業
平成 19 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

『多職種連携による心理社会教育システムを活用した
地域連携モデルの構築』



目次

	ページ
目次	1
研究報告概要	2-3
1 地域機関に対するアンケート調査	4-7
2 統合失調症患者に対する多職種連携による心理社会教育に関する研究	8-14
3 精神科の外来患者におけるメタボリックシンドローム対策に関する研究	15-19
4 統合失調症患者の家族に対する心理社会教育に関する研究	20-22

平成19年度障害者保健福祉推進事業 (障害者自立支援調査研究プロジェクト) 報告概要

事業名

『多職種連携による心理社会教育システムを活用した地域連携モデルの構築』

概要

精神保健福祉改革ビジョンでは精神障害者の退院促進及び地域生活継続のための支援についても提言されている。これに関して、治療の中断が精神疾患の重症化や入院期間の延長、地域生活の継続困難化の原因となりやすく、治療継続のための地域連携システムの構築が重要である。

今回の事業は、治療継続に必要な患者及び家族の疾患に対する正しい知識と理解を得られるように、多職種による心理社会教育が可能な地域の基幹病院と地域の受診窓口となる診療所やクリニック、更には福祉サービスに関連する行政機関等が連携するモデルを構築し、精神障害者の退院促進及び地域生活継続の支援促進を図るものである。

具体的内容

発症から比較的短い経過で慢性化していない統合失調症患者及びその家族に対して、診療所やクリニックでは困難な多職種連携による心理社会プログラム家族向け教育プログラム『家族教室』、患者向け心理社会教育『疾患教育』、患者向けメタボリックシンドローム対策心理社会教育『健康クラブ』を提供し、地域生活継続のための支援を行うための体制を構築する。

今後の活用方法と課題

今回の研究では、地域ニーズをふまえた心理社会教育システムの構築を中心に実施した。今後はこれらを利用して、精神病の重症化や社会的問題の原因となりやすい治療の中断を防止すべく、治療継続のためのシステムを充実化する予定である。また、このシステムによって病院と診療所・行政機関の連携がより密になり、精神の不調に対して早期発見・介入できるシステムにも発展が可能であると思われる。

1 精神科地域連携ミーティングの開催

今回のアンケート結果より、各関連機関の役割機能を最大限に発揮させ、効率的な患者支援システムを構築するためには、各関連機関の役割を明確にするためにスタッフ間の交流を図り、各機関の限界を知った上でどのような援助が出来るのか確認しあうことが必要であることが示唆された。このことをふまえ、地域の精神科治療における拠点病院である当センターが中心となり、研修会＋ケースカンファレンス形式の地域連携会議の実施が不可欠と考えた。そこで、平成20年6月27日に『第1回精神科地域連携ミーティング』を開催し、当センターの医師による統合失調症の回復過程に関する講演と当センターの作業療法士による統合失調症患者に対する作業療法の実践に関する講演を行った。今回は精神科単科病院・総合病院・診療所・行政機関・訪問看護ステーション・市内の中学校等から総勢60名が参加した。今後は2回/年の頻度で継続実施する予定である。

2 地域連携による患者データベースの作成

今回の研究においても、地域全体で患者・家族をフォローしていくためには地域機関との情報共有が重要なポイントであることが指摘されている。そこで情報共有ツールとして、電子化されたデータベースが有効であり、この地域におけるケアプロセスの分析や重点取り組みポイントを調査する上でも有効であると考えられる。システム管理や個人情報等、クリアすべき問題もあるが連携構築と平行して進めていきたいと考えている。

3 心理社会教育を介した新たな連携の構築

今回の研究結果より患者及び家族への情報伝達や地域のフォローを考慮すると、その地域の治療の拠点となる病院が実施する心理社会教育の場にその他の関連機関も参加することが望ましいと思われる。このような体制をとることでより『問題解決型』の心理社会教育が実施でき、早い段階から情報の共有化が図れるという利点もある。

4 精神疾患に関する早期発見・早期介入への期待

地域住民の精神疾患や精神の不調についての知識を得る場を設け、当センタースタッフからなる介入チームを結成し、学校や企業等への精神保健的介入を実施することで精神疾患の早期発見・早期介入を実施する。そこで発見されたケースについて、この連携システムを利用して地域の関連機関による介入を促すものである。

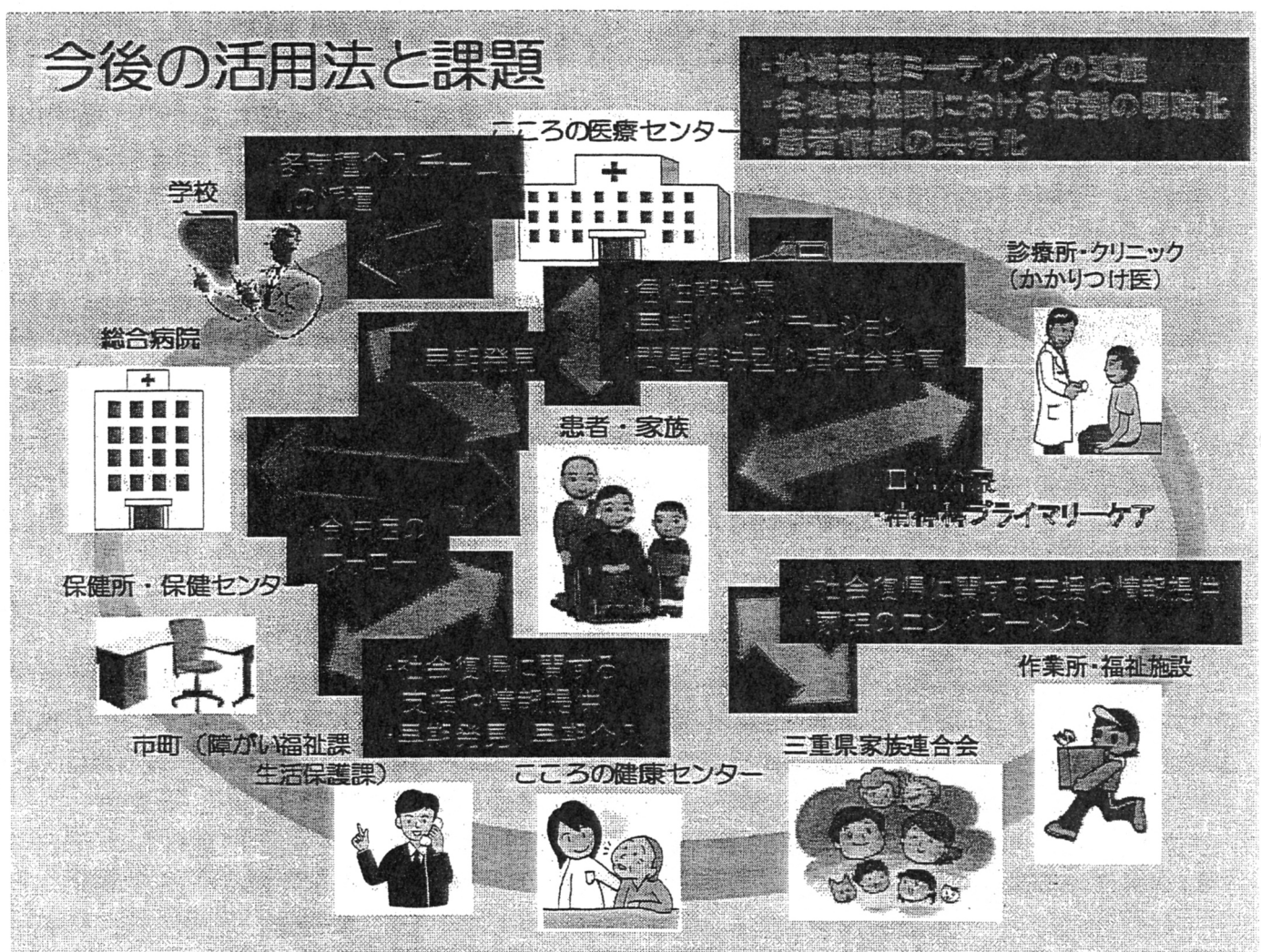


Fig.0-1 今後の連携活用イメージ図

1 地域機関に対するアンケート調査結果

I 目的

今回の心理社会教育のシステムの構築において、患者と地域で接することが多い機関に対して統合失調症の患者が社会参加を行う上でどのような内容の心理社会教育が必要と考えているのかを調べるために各機関に対してアンケート調査を実施した。

II 方法

アンケートの対象は三重県内にある次の機関、計 216 施設とした。

- ① 精神科を標榜する病院(精神科単科:13 病院・総合病院:14 病院)
- ② 診療所:39 施設
- ③ 家族会:19 ヶ所
- ④ 社会復帰施設(作業所等):25 施設
- ⑤ 訪問看護ステーション:40 ヶ所
- ⑥ 行政機関:66 ヶ所

内容は添付資料に示す。

統計調査には microsoft 社の EXCEL を使用した。

III 結果及び考察

III-1 アンケートの回答施設と回答職種

アンケートの回答施設および回答職種等の内訳を Fig.1-1 に示す。アンケートの回収数は 108 通であり、回収率は 50%、有効回答数 105 (有効回答率 97.2%) であった。男女比は男性:女性=37:63 で回答施設としては行政機関が最も多かったこともあり、回答職種では保健師の占める割合が最も多かった。

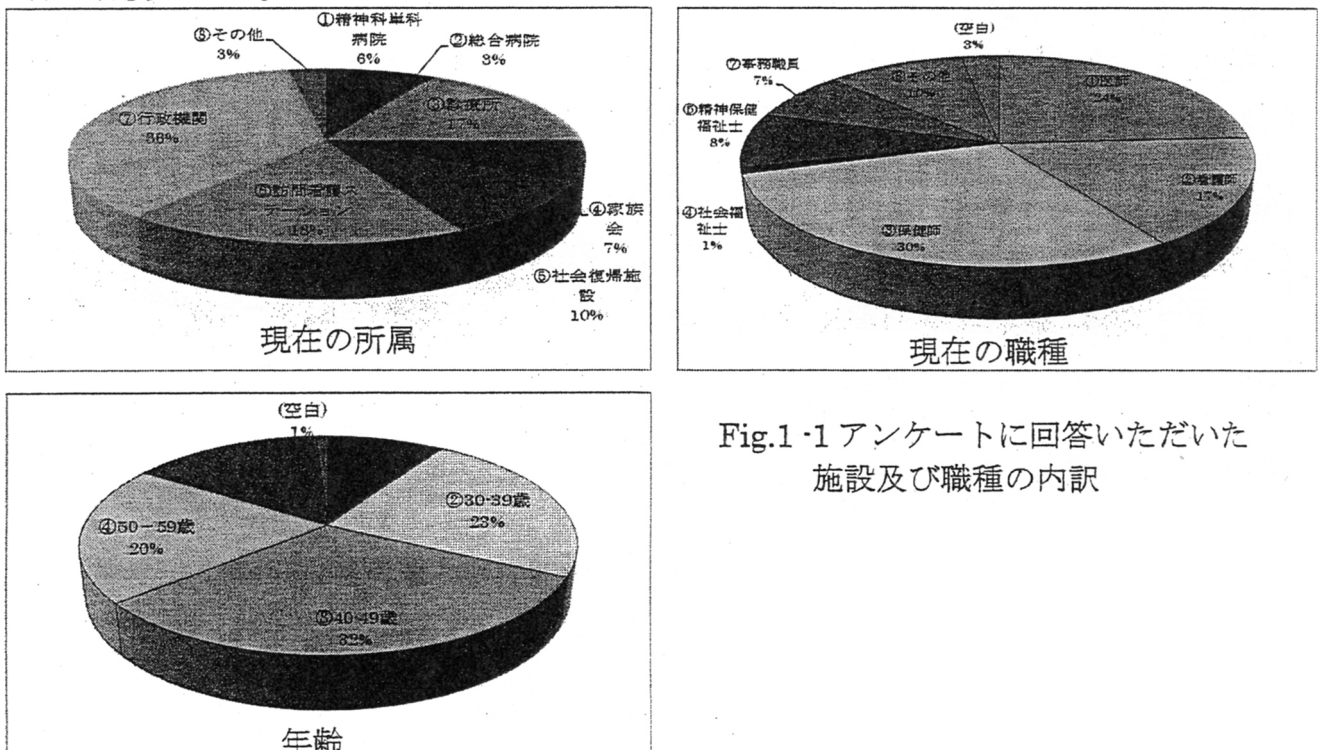


Fig.1-1 アンケートに回答いただいた施設及び職種の内訳

Ⅲ-2 心理社会教育に関する認識度

現在患者または家族に心理社会教育を実施していると回答した施設は17施設で全体の16%であった。また、今後実施する予定はないと回答した施設は全体の81%であり、病院・診療所においては65%が実施の予定はないと回答した。診療所や総合病院においては精神科担当医が少なく、心理社会教育をおこなう看護師やコメディカルスタッフも少ないことが原因と思われる。

今後当センターの心理社会教育システムを利用したいと回答した施設は全体の40%であり、システムの必要性を示唆するものであった。特に、過去に当センターに患者を紹介したことがある施設では、紹介したことがない施設よりも心理社会教育のシステムを利用したいとの回答が χ^2 検定において5%水準で有意に多かった。また、わからない・空欄の理由として①患者心理社会教育そのものがわからない②実際に行う内容がわからない③地理的な問題で利用しにくい等が挙げられた。

Ⅲ-3 患者様が聞きたいことと関係者が伝えたいこと

アンケート項目のうち、『患者様からよく聞かれること』、『患者様が困っていると思うこと』『退院後に必要と思われること』、『家族に知っておいて欲しいこと』についての比較を Fig.1-2 に示す。いずれの項目においても、病態や薬物療法、精神保健福祉に関するものに対する回答率が高かった。また、『病気の症状』や『薬の作用・副作用』、『社会資源の利用』については『患者様からよく聞かれる』と回答した割合が高かったのに対し、これらは『退院後に必要と思われる』との回答率は低く、『再発・再燃』や『薬の飲み忘れ』、『セルフケア』については『退院後に必要と思われる』と回答した割合が高かった。特に『薬の飲み忘れ』と『セルフケア』においては『患者様からよく聞かれる』と回答した割合よりも『退院後に必要である』と回答した割合が有意に高く、患者と地域機関関係者との間において重点をおいていることは若干異なっており、患者が知りたいと思うことと治療関係者が患者に知っておいて欲しいこととは必ずしも一致しないことがわかった。このことより、当事者に対する心理社会教育を行う場合、治療者側が知っておいてほしいことをきちんと理解していただくための工夫が必要であると考えられる。

また、ほとんどの内容において『家族に知って欲しい』と回答した割合が『退院後に必要と思われる』と回答した割合よりも高かった。このうち、『病気の症状』、『再発・再燃』、『薬の作用・副作用』については『家族に知って欲しい』と回答した方が『退院後に必要と思われる』との回答率よりも有意に高かった。このことより、家族については病態と再発・再燃、薬の作用・副作用等に関して、正しい知識をもって患者をサポートして欲しいと考えていることが示された。

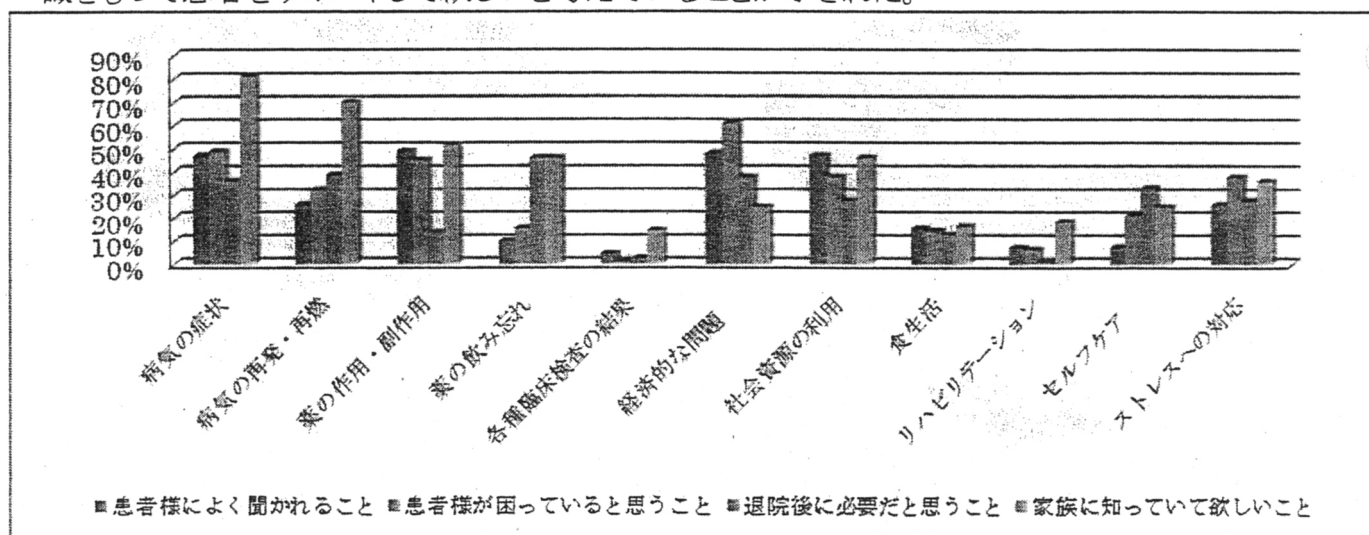


Fig.1-2

『患者様からよく聞かれること』、『患者様が困っていると思うこと』『退院後に必要と思われること』、『家族に知っておいて欲しいこと』についての比較

III-4 体重コントロール

患者様からの体重増加についての訴えの頻度についての回答結果を Fig.1-3 に、体重増加への対策についての回答結果を Fig.1-4 に示す。『よくある』、『たまにある』と回答した施設は全体の 64% であった。また、体重増加に関して援助が必要であると回答した施設は全体の 95% に及んだ。しかし、何らかの対応はされている施設は全体の 72% であり、16% の施設では『何もしていない』『対応したいが方法がわからない』との回答であった。

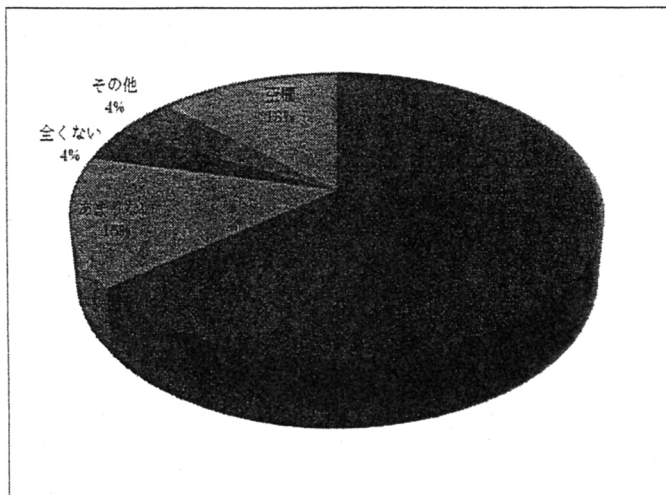


Fig.1-3 患者様からの体重増加訴えの頻度

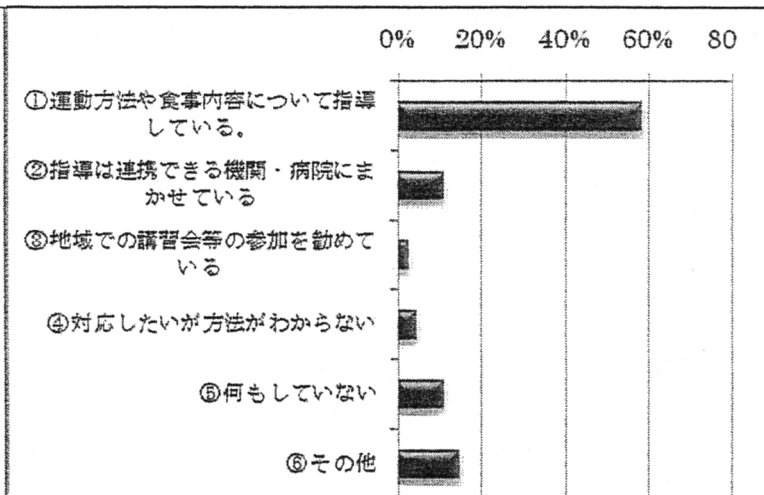


Fig.4 体重増加への対策

III-5 精神科各関係機関との地域連携

『精神科における各関連機関との地域連携』に関する自由記載で 29 施設からの回答が得られた。それらから次のような課題が考えられた。

- ① 各関連機関の役割を明確にするためにケースごとの連携会議や研修等でスタッフ間の交流を図る必要がある
- ② 各機関の限界を知った上で、どのような援助が出来るのか確認しあうことが必要である。
- ③ クリニックでは対応しづらい心理社会教育の継続については、関係機関のスタッフが参加出来るように考慮することが望ましい。
- ④ 社会資源の情報について、知らない、わからないという回答から広報の方法について検討を要する。
- ⑤ 入院するまでの連携をどうするか、退院後の生活を支えるための連携構築をどうするのか分けて考える必要がある。

III-6 各地域機関から自治体病院への期待

『当センターや病院スタッフに期待されること』に関する自由記載を評価した結果、自治体精神科病院としての役割(精神医療のモデル)に関するものと各種連携に関するものが多かった。自治体精神科病院の役割については、困難事例への受け入れ・対応や教育・啓蒙・指導、先取的な治療プログラムの開発を期待する意見が多かった。各種連携については退院後の情報伝達や退院後の地域のフォローに関する意見が多かった。

また、地域関連機関によって期待する内容が異なることが示された。病院や診療所では精神医療のモデルとしての役割への期待が高い。一方、訪問看護ステーションのように患者様の生活に直接関わる場所では具体的情報発信を期待していることが推察された。

IV まとめ

今回のアンケートでは、心理社会教育に対する必要性・重要性や地域関連機関からの意見について示された。また、精神科地域連携システムの構築において、地域機関が精神科自治体病院である当センターに期待することも明確になった。今後はこの結果を取り入れた治療プログラムの更なる検討・実施に繋がりたいと考えている。

2 統合失調症患者に対する多職種連携による心理社会教育に関する研究

I 序論

統合失調症の治療において、生物学的治療と心理社会的治療の統合の重要性が多くの研究によって明らかになっている。厚生労働省は、2003年に「10年間で社会的入院の7万2千人を地域へ」という目標を立て、この実現に向け、2004年「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成と実証的研究班」を立ち上げた。その成果として、統合失調症に対しての「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン」を作成している。それによると、心理教育は「精神障害やエイズなど受容しにくい問題を持った人たちに、正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え（方法1）、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処方法を習得してもらうことによって（方法2）、主体的な療養生活を営めるよう援助する（目的）技法」とされている。

統合失調症を代表とする精神疾患の治療において教育的部分が重要視されてきたのは最近のことであるが、1980年代後半の時点でAndersonは、脱入院化による早期の退院、ストレス脆弱性モデルなどの生物学的基礎の明確化、インフォームドコンセントの流れ、当事者活動の発展、EE研究の進歩、などが心理教育の必要性にとって大きい要因であると指摘している（後藤、2006）。

日本では、心理教育が欧米から紹介される以前に、1965年には全国精神障害者家族連合会が成立しており、家族会活動の中での勉強会という形で病院や地域で家族教室が行われていた。そのような家族会の伝統や、保健所など医療機関外での家族の援助としての伝統があり、病院内での心理教育は普及途上の段階にある。しかし、公私問わず精神病床をもつ病院の35.9%が家族心理教室を実施しており（川室、2005）、その効果と必要性は認められつつある。三重県立こころの医療センターにおいても、2006年急性期病棟における統合失調症患者を対象とした集団心理社会教育を実施し、対象者において簡易精神症状評価尺度（BPRS）、機能の全体的評価尺度（GAF）が有意に改善することが明らかになっている。また対象者自身が病気に対する知識を得たことにより、病気に向き合い安心感と主体性をもって治療に向き合うことの基盤ができ、当院の急性期病棟入院患者における心理教育の有効性が明らかになった。

II 研究目的

本研究は、『多職種連携による心理社会教育システムを活用した地域連携モデルの構築』プロジェクトの一部として、統合失調症患者の入院期間短縮及び地域生活期間の延長を目指し、発症から比較的短い経過で慢性化していない統合失調症患者に対して、患者向け心理社会教育『疾患教育』を実施する。そのうえで、統合失調症患者が地域での困りごとに対処できる力を身につけられる、また地域生活でのフォローができるような心理社会教育の重要性を明らかにし、三重県立こころの医療センターでの心理社会教育を体系化していくことを目的とする。

III 研究方法

1. アンケート調査

1) 研究の対象

三重県立こころの医療センターを取り巻く、精神科単科病院、総合病院、診療所、家族会、社会復帰施設、訪問看護ステーション、行政機関へ、心理社会教育に関するアンケ

ート調査を行う。

2) 質問項目

- ①当センターの心理社会教育システムを利用したいと思いますか
- ②統合失調症患者からよく質問される内容は何か
- ③統合失調症患者が日常生活で困っていると感じられることは何か
- ④統合失調症患者が退院されてから最も必要だと思われることは何か

②③④の質問に関する選択項目として、以下の11項目をあげた。

選択項目：①病気の症状に関する理解、②病気の再発・再燃に関する理解、③服用中の薬についての作用・副作用、④薬の飲み忘れ対策、⑤科学的な側面から見た身体状態への理解、⑥経済的な問題の解決、⑦社会資源の利用に関する知識、⑧安定した食生活、⑨日々のリハビリテーション、⑩セルフケアの自立、⑪ストレスへの対応方法

アンケート調査の結果をもとに、以下の心理社会教育のプログラム内容を作成した。

2. 心理社会教育の実施

1) 実施場所：当院集団療法室

2) 研究対象：県内諸地域の診療所及びクリニックからの紹介された発症から比較的短い経過で慢性化していない統合失調症患者（ICD-10）。また、すでに病名告知を受けている外来及び入院患者。主治医から参加の許可があり、参加したいという意思のある患者を対象とした。

3) 心理社会教育の進め方

①方法と目的：「統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版あせらず・ゆっくり・のんびりと～病気・くすり・くらし～」や先行研究を参考に、具体的な症状やイラストを活用し、独自に作成したテキストを使用し4回1シリーズで実施した。統合失調症に関する基礎的な知識を学び、対象者が直面するさまざまな困難について適切な対処方法を身につける。また、グループ活動を通して、情緒的サポートを得る。

②形式：クローズドグループ

③期間：平成19年11月～平成20年1月

④時間及び回数：隔週の決められた曜日、1時間程度、計4回

⑤情報提供の内容：病気の経過と治療、くすりの作用・副作用、ストレスとなりやすい心理社会的要因・身体的要因について、再発・再燃の初期徴候と対応方法・再発の予防、社会資源について各回それぞれ医師、薬剤師、心理療法士、作業療法士、管理栄養士、精神保健福祉士の各1名が担当しグループの進行は看護師が行った（Table2-1）。

	担当職種	テーマ
第1回	医師	『病気の特徴と回復までの経過』
第2回	薬剤師	『薬の作用と副作用 薬との上手な付き合い方』
第3回	臨床心理士・作業療法士	『ストレスとの上手な付き合い方』
第4回	管理栄養士・精神保健福祉士	『退院後の生活について』

Table2-1 心理社会教育プログラム実施スケジュール

IV 分析方法

1. アンケート調査

アンケートの回答項目別に microsoft 社の EXCEL にて単純集計した。

2. 心理教育

- 1) 心理社会教育の各セッション時にフィールドノートを作成する。観察の視点は、心理社会教育の目的達成に関係するような対象者の言動、変化、また対象者間の相互作用とする。実施前後の対象者の病気の理解や感情表出について比較評価を行う。
- 2) 心理社会教育実施後に各対象者へインタビューを行う。インタビュー内容としては、実施後の対象者の行動パターン（病気の受容、他者との接し方や主治医との関係の改善、他の援助システムへの参加などの行動変容）について聞く。
- 3) 心理社会教育の前後で病識評価尺度日本語版(SAI-J)¹⁾, 統合失調症患者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL)²⁾ を測定した。

前者は病識を①治療と服薬の必要性②自己の疾病についての意識③精神症状についての意識の3つの次元から多面的に評価するものである。この3つの下位尺度は、2つないし3つの質問からなり、各質問への回答は0~2点の3段階で評価される。得点が高い程病識が高いと判断され最高点は16点である。今回は補足質問を省いた8項目の合計得点と各下位尺度の合計点についての変化を比較した。

後者は日本で行われている社会心理教育の効果評価をこれまでの客観的評価に加え、対象者の主観的視点から測定する目的で開発された。これは、自記式で行い①日常生活②治療に関する行動③症状対処行動④社会生活⑤対人関係の5つの場面について合計18個の質問項目からなり、各項目についてどの程度自信があるかを0（全自信がない）から10（絶対に自信がある）の11段階で評価するものである。点数が高い程、地域生活において自信が持っていると判断され最高点は180点である

V 倫理的配慮

対象者である患者の匿名性を確保し、個人が特定できないようにし、調査後の調査用紙、音声記録テープ、個人の特定の危険性があるものに関しては研究責任者が鍵のかかる場所に保管して取り扱った。また研究終了後は情報のすべてを破棄した。

対象病棟の病棟師長、また対象者の主治医に研究の目的、方法等について説明を行い研究実施への同意を得た。対象となる患者に、研究目的、方法、プライバシーの保護について説明文書を用いて口頭説明を行い、研究への参加不参加は本人の自由意志であり、研究参加の途中辞退が可能でありそれによって何ら不利益を受けないことを説明する。研究参加への同意が得られた場合は同意書にて研究者及び対象者の署名交換を行った。

調査中でも研究参加の途中辞退が可能であり不利益を受けないことを予め伝え、心理的ストレスにより特に対象者の著しい気分変動（興奮、不穏、感情失禁など）が生じた場合に即対応できるようにした。また研究者以外の病棟スタッフへも研究内容についての周知をはかり不測の事態へのサポートが得られるようにした。

VI 研究結果

アンケート集計 (Fig.2-1)

アンケート用紙の回収数は、108部で、このうち105部を分析対象とした（有効回答率97.2%）。対象者は、精神科単科病院6施設、総合病院3施設、診療所18施設、家族会8施設、社会復帰施設11施設、訪問看護ステーション20施設、訪問看護ステーション39施設、行政機関3施設だった。

「①統合失調症患者からよく尋ねられることは何か」の問いについては、「③服用中の薬についての作用・副作用」の割合が最も高く（54名、51%）、「⑥経済的な問題の解決」が52名、49%、「①病気の症状に関する理解」と「⑦社会資源の利用に関する知識」が同じ51

名、48%、「②病気の再発・再燃に関する理解」と「⑪ストレスへの対応方法」が同じ28名、26%であった。

「②統合失調症患者が日常生活で困っていると感じられることは何か」の問いについては、「⑥経済的な問題の解決」の割合が最も高く（67名、63%）、「①病気の症状に関する理解」が54名、51%、「③服用中の薬についての作用・副作用」が45名、42%、「⑪ストレスへの対応方法」が42名、40%、「⑦社会資源の利用に関する知識」が41名、39%、「②病気の再発・再燃に関する理解」が36名、34%であった。

「③統合失調症患者が退院されてから最も必要だと思うことは何か」の問いについては、「④薬の飲み忘れ対策」の割合が最も高く（50名、47%）、「②病気の再発・再燃に関する理解」が42名、40%、「⑥経済的な問題の解決」が41名、39%、「①病気の症状に関する理解」が39名、37%であった。

このアンケート結果をもとに、心理社会教育を実施した。

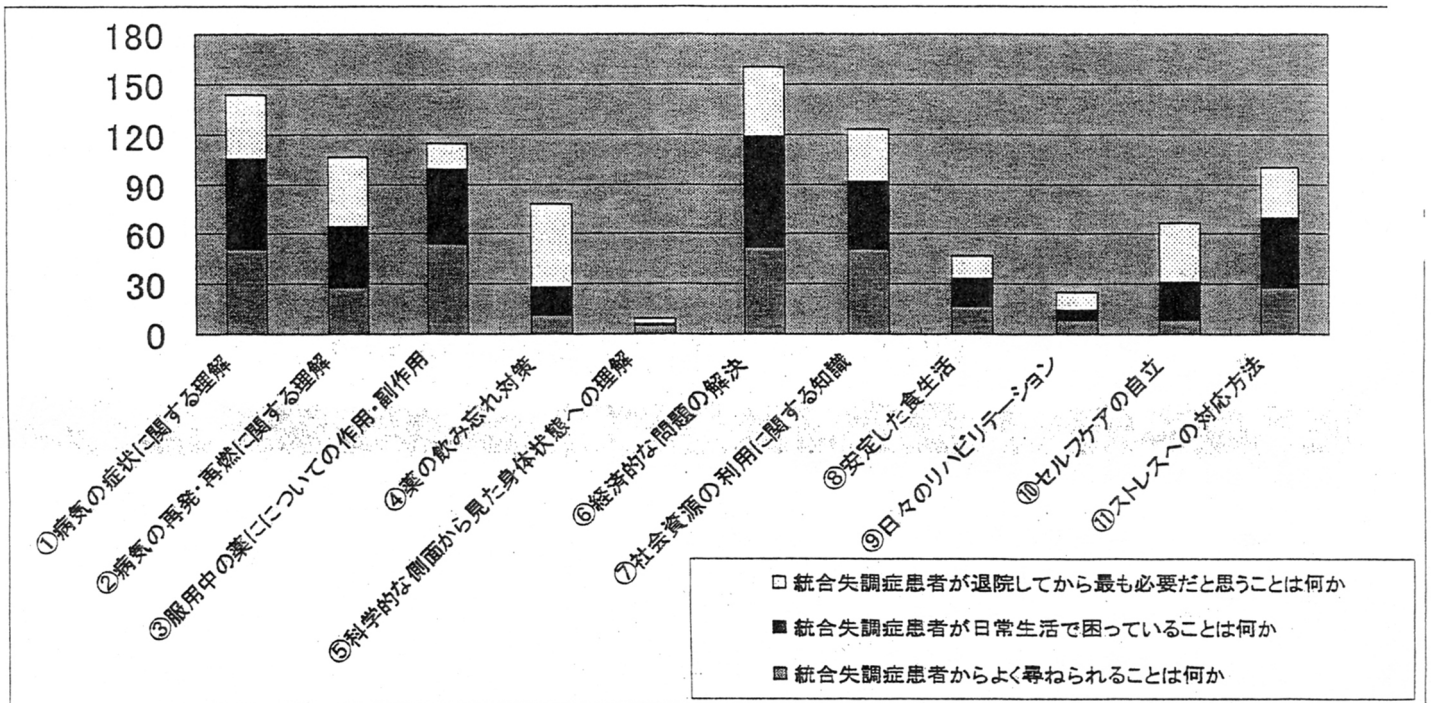


Fig.2-1 心理社会教育に関するアンケート調査

2. 心理社会教育の実施

対象者の属性を Table2-2 に示した。対象者は男性2名、女性4名の6名であった。5名とも、急性期閉鎖病棟に入院中であった。

患者	性別	年齢	罹患期間 (年)	直近入院期間 (日)	セッションの参加状況
A	男	26	4.3	93	3回参加 外泊にて1回不参加
B	女	38	18.1	124	2回参加 1回途中退席
C	女	36	3.5	330	全4回参加
D	女	55	2.3	63	3回参加 退院後不参加
E	男	36	4.2	68	3回参加 1回外泊途中参加
F	女	29	5.4	31	2回目より途中参加

平均±SD 36 6.3 118

Table2-2 プログラム参加患者と参加状況

3. 病識評価尺度日本語版(SAI-J),統合失調症患者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の変化

病識評価尺度日本語版(SAI-J),統合失調症患者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の変化についてそれぞれ Table2-3、2-4 に示す。

項目	平均値±標準偏差	最小値	最大値
①治療と服薬の必要性	プログラム前 4.3±0.8	2	6
	後 5.1±1.2	4	6
②自己の疾病についての意識	前 2.3±1.5	0	5
	後 3.9±1.3	0	6
③精神症状についての意識	前 0.7±0.6	0	2
	後 0.8±1.0	0	6
合計点	前 7.3±2.5	2	13
	後 8.4±2.1	4	14

Table 2-3 SAI-J の下位尺度平均得点と平均得点の変化 (N=4)

項目	平均値±標準偏差	最小値	最大値
① 日 ② 常生活	プログラム前 5.6±3.6	4	8
	後 6.8±4.7	5	9
②治療に関する行動	前 5.3±3.6	4	9
	後 7.3±2.1	5	10
③症状対処行動	前 7.0±2.6	6	8
	後 7.2±4.0	7	8
④社会生活	前 7.5±5.5	3	10
	後 8.0±3.1	4	8
③ 対人関係	前 6.3±2.6	4	8
	後 8.2±2.2	6	9
合計点	前 30.2±3.9	5	9
	後 37.8±3.1	6	9

Table 2-4 SECL の下位尺度平均点と平均得点の変化 (N=4)

4. 心理社会教育実施後のインタビュー結果

<良い点>

薬についての話では自分の飲んでいる薬についての知識が得られてよかった。

直接医師から話が聞けて嬉しかった。

ほかの人も薬について苦労しているのが分かった。

みんな病気のことについて勉強しているのだと感心した。

栄養の話では、ちょうどやせたいと思っていたので、自分の困っていることが話しにできて

きて良かった。

<良くない点>

ほかの人ががんばっているのに、自分だけ集中できなかった。

病気の話は難しかった。

時間が長くて疲れた。

V. 考察

1. SAI-J と病識

SAI-J の合計得点の他、全ての下位項目においても得点の増加が認められた。

①治療と服薬の必要性と②自己の疾病の意識については変化がみとめられたが、③精神症状についての意識がわずかな変化に留まった。これは対象者の属性が類似している佐伯らや佐藤らの報告と同様の結果となり、日域³⁾は「自分が病気であり治療が必要であることについては比較的理解しやすいが、自分が体験した病的体験を病気と結びつけることは困難」と述べている。今回の対象者は罹患期間も長く、病的体験が長期間に及び自分の病的体験を病気の症状として結び付けにくい要因があり今回の結果につながったと推察される。

しかし、セッションの中で「変な声が聞こえるのが症状とわかり良かった」、「今までどれが病気の症状かわからなかった」との意見もあり自己で症状に対する判断が行えれば、早期に治療者に相談できることが可能で症状出現時に正しい対処が行える。よって今回のセッションでは症状が日常化し自己での正しい対処が行える基盤となったのではないかと考えられる。

2. 心理社会教育の重要性について

アンケート結果より、病院周辺の資源で心理社会教育を実施している施設少なく、当院は県立病院であり、先駆的な役割を担っており、期待も大きい。そのため、当院で心理社会教育を実施していく重要性は高い。またアンケート結果で、統合失調症患者が地域で生活する際の困りごととして、割合の高い内容は、病気や薬に関すること、経済について等の生活に密着した内容と幅が広く、それぞれの専門性を生かした多職種連携がより必要になってくると思われる。

3. SECL と地域生活

SECL は地域生活に焦点をあて、それに対する自信を自己評価によって捉える指標であるが、今回の結果より総得点の他、全ての下位項目での得点が上昇していた。

またセッション前の平均点でも、ほぼ平均値（5点）以上を示していた。これは対象者の殆どは、比較的短期間の入院での再入院を繰り返し一定の地域生活能力は持っていることと、鈴木⁴⁾は生活技能は入院によって改善されることを示し、看護師による日常的な指導や病棟の規則を守り、集団で生活する入院生活自体が社会生活技能の改善に影響を与えていると述べている。これに加え今回のセッション前後での得点が増加した要因は、地域生活に焦点をあてたプログラムの実施と社会機能については中程度の障害があるといった、社会機能が同程度の対象者同士が複数参加することで、社会資源等の情報を共有し地域生活における問題解決能力が高まったことが挙げられる。今回のプログラムは退院が具体的になっている患者を対象としたが地域生活への準備という点からは家族への心理教育が並行して行われることが必要であろう。また、地域生活に焦点をあてた心理社会教育プログラムの一般化という観点から考えるなら、入院中のみならず、外来通院中にもある程度フォローアップしていく体制が必要である。

Ⅵ 今後の課題

地域連携として、今後外来等での心理社会教育の実施も視野に入れる。今回、心理社会教育を実施した対象者は、現在入院中の患者であり、心理社会教育の担当者がそれぞれの対象者の状況や困っている点を把握できているため、教育内容をそれぞれの対象者にあった内容にする工夫を行うことができた。そのことで、対象者から、自分の飲んでいる薬について話が聞けた、自分の困っている内容が出てきてよかった等の意見も聞け、より効果的になったと思われる。今後外来にて、実施する場合、対象者の病状や今困っていることをどのように把握し、その内容を教育内容に含んでいくのか検討する必要がある。また外来で行う場合、対象者の病状や生活状況も多様となることが考えられ、その場合、そのような形式で実施していくのか検討する必要があると考えられる。

Ⅶ 引用文献

- 酒井佳永・金吉春・秋山剛、他：病識評価尺 The Schedules for Assessment of Insight) 日本語版 (SAI-J) の信頼性と妥当性の検討、臨床精神医学、29、p177-183、2000。
- 大川希、大島巖、長直子、他：精神分裂病の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の開発、精神医学、43、p727-735、2001。
- 日城広昭・町野彰彦、澤雅世、他：統合失調症における病識や「薬に対する構え」の変化、臨床精神医学、34(8)、p1073-1078、2005。
- 鈴木美穂・浮ヶ谷幸子・酒井郁恵、他：プライマリナーシングの評価、日本精神科看護学会誌、48(1)、p324-325、2005。

Ⅷ 参考文献

- 1) 佐伯幸浩・赤城いちよ・浮ヶ谷幸子、他：統合失調症への集団心理教育の効果と影響を与える要因の研究、日本看護学会論文集、37、p148-150、2006
- 2) 精神科急性期入院患者に対する心理教育プログラム施行による病識の変化、日本看護学会論文集、38、p108-110、2007。

3 精神科の外来患者におけるメタボリックシンドローム対策に関する研究

I 研究概要

当センターにおいて、2006年から作業療法プログラムの一環として入院患者様を対象に、多職種協働で生活習慣改善プログラムを実施した。その結果、参加者において体重・腹囲がプログラム非参加群に対して有意に改善することが明らかになっている。また、参加者が栄養や運動についての知識を得て、それらに関する意識が改善されたことで「散歩をする」「体操を毎日する」「間食を半分に減らす」などの行動変容が見られ、当センターの入院患者様における生活習慣改善プログラムの有効性が明らかになった。しかし、退院後に体重が増加する参加者も見られ、継続的な支援の必要性も示唆された。

今回の取り組みではまず、外来部門での生活支援の一環として、生活習慣の予防・改善を目的に参加者の行動変容を促す健康相談室を立ち上げることにした。そして、当センター利用者の実態を調査するべく健康に関する悩みごとについてのアンケート調査を実施し、それから得られた結果を基にプログラムの作成を行った。また、地域医療機関にも並行して生活習慣病に関する対処法や実態の調査を行った。

アンケート結果を基に健康相談室を計画し、実施する中で分かったことや課題について以下に報告する。

II 結果及び考察

II-1 健康相談室に関するアンケート結果

外来患者様を対象にアンケートを実施した結果78名の回答が得られた。結果は約80%の回答者が相談したいと回答し、相談形式では女性の80%が個別対応を望む声があることが分かった。健康について相談したい内容で人気があったのは食事のとり方(24票)、睡眠について(18票)、生活習慣病について(18票)、運動の方法(17票)であった。

II-2 地域医療機関へのアンケート結果

地域医療機関でのアンケート結果は、95%の医療機関が肥満への援助は必要と考えており、74%の地域機関で体重増加で困っているという回答が得られた。運動方法や食事内容について指導しているという回答が69%と多いが、対応が分からない・指導をお願いしたいという意見も約16%見られた。

II-3 三重県津保健福祉事務所の保健師との意見交換会(9月20日)

三重県における生活習慣病対策の取り組みとして、平成20年度からの特定検診や腹囲測定導入についての説明があった。しかし、精神障害を持つ方に生活保護の方も多く特定検診の対象外になっていることや、病気の症状などから健康に対する関心の乏しさもあって、その制度で精神障害者を拾い上げるのは難しいという問題点も分かった。

そこで、当センターの役割として、入院患者・家族・病院職員への教育、病院文化祭などでの公報、地域へ出向く出張講座などの必要性があることが分かった。また、医療機関ですぐにできる取り組みとして、血液データや心電図などの身体検査を行い、持病の有無をチェックすることが重要であると指摘を受けた。

II-4 健康相談室のシステム

II-1 及び II-2 のアンケート結果から、外来患者様は入院患者様に比べ生活背景がより複雑になることと、個別対応を望む声が多いことから健康相談室での相談形式は各職種（薬剤師・臨床検査技師・作業療法士）が 2 名 1 組で、管理栄養士は単独で個別対応をとることとした。

参加には主治医の許可が必要で、生活習慣改善や知識の獲得の必要がある統合失調症の患者を対象とした。予約ノートを外来に設置し、健康相談室のスケジュールを確認してもらい、予約をとるシステムとした。健康相談は第 1・3 月曜日の 10 時から 12 時までと、第 2・4 木曜日の 15 時から 17 時までに実施した。栄養指導は第 1・3 木曜日の 15 時から 17 時までに実施した。

参加者にはほぼ毎回体重・腹囲測定を行い、体重や間食、職員のメッセージや宿題を記入できる健康日記を配布した。1 回の相談時間は 30 分と決め、相談内容が広がり過ぎないように要点を絞って伝えたり、生活習慣の把握に生活習慣尺度を用いたり工夫を行った。健康日記に毎日できる限り体重測定結果を記入してもらい、参加者に応じて必要な項目を記入してもらった。また、後半のページは職員間の連絡ノートの役割も兼ねており、異なる職員でも前回の相談や取り組み内容を把握できる仕組みを作った。

予約制のシステムやカルテの出し入れなどの業務は外来看護スタッフの協力もあり、コメディカルの活動を外来でスムーズに導入することができた。

II-5 参加者の結果

参加者の数は 4 名で、定期的に予約を取り参加できている。参加者に大きな体重の変化はみられないが、体重測定は毎日実施するなど行動が定着しつつある。しかし、参加が途絶える方も 1 名出ている。

症例 1 統合失調症 30 歳代 男性

依頼票チェック項目 間食、運動不足、生活習慣病の知識

初参加（1 月 X 日）身長 162.3cm 体重 67.3kg BMI 25.6 腹囲 89cm

作業所から自宅へ戻り、作業の疲れや両親不在で手持ちぶさたになると、甘いものを飲食する機会が増えた。そのため援護寮に入寮したときは 53 kg だったのが、自宅生活の現在 63kg 位になっている。

宿題 体重を毎日測定する。ジュースからお茶へ変更する、疲れたときはアメを食べる。

2 回目（1 月 X+14 日）

体重を測定し、記入することは順調で苦にならないと話す。薬剤師よりメタボリックシンドロームの話、作業療法士より脂肪燃焼体操を学ぶ。

宿題 寝る前に体操を行う。

3 回目（2 月 X 日）に予約を取るが、キャンセルし、それ以降の来室はない。

症例 2 統合失調感情障害 40 歳代男性

依頼票チェック項目 食事内容、間食、身体への関心

初参加（1 月 X 日）身長 168.3cm 体重 94.3kg BMI33.4 腹囲 105cm

単身生活で、自宅から病院まで自転車で通う。デイケアでは特に何もせず、ご飯を食べて帰る。T 体育館でウエイトトレーニングをしている。（週 1 回位）「頑張ってるんやけど、なかなか減らんわ」と発言する。薬剤師に薬と体重の関連について質問、正しい知識を身につけることを話す。

宿題 体重を毎日測定し、手帳に記入する。

今まで通り、自転車、ウエイトトレーニングを行い、散歩を1時間する。

2回目 (1月 X+7日)

栄養指導

「体重を夏までに70kgにしたい」という本人の希望に対し、1ヵ月に1~2kgのペースと指導する。生活リズムは9~10時起床し、昼デイケアで朝食兼昼食を食べる。夕食は自炊、夜食21~22時にサンバレーの弁当を食べる。缶コーヒーは毎日5本だったが、1月X日からブラックに変更する。

宿題 夜食の弁当は小さめのものにするか、又はバナナにする。

缶コーヒーのブラック継続

3回目 (1月 X+14日)

飲み物をお茶に変更した。作業療法士よりストレッチのプリントを配り、運動を学ぶ。

宿題 空いた時間にストレッチを行う。

4回目 (2月 X日)

原付を友達に借りてウエイトトレーニングへ行く。

宿題 ウエイトトレーニング (週2回を目標に)、散歩を行う。

5回目 (3月 X日)

診察で血糖値や中性脂肪が高かった。血糖233で再検査によっては入院するかもしれないと話す。体重測定、手帳への記入は苦にならないと話す。体重は90kgを維持している。「なかなか体重が減らない。」と発言がある。

当人は生活保護のことが引っかけり、目標や楽しみが見出せない様子だが、その中で体重が3ヶ月で3kg減っていることはすごいことと伝える。

症例3 統合失調症 20歳代 男性

依頼票チェック項目 間食、運動不足、身体への関心

初参加 (1月 X日) 身長175.2cm 体重90.3kg BMI29.5 腹囲100cm

援護寮では間食は殆どしないが、週末自宅に置いてあるお菓子、コーラ、牛乳などを飲食してしまう。

宿題 体重を毎日測定し、手帳の記入を行う。自宅での間食内容を記入する。

2回目 (2月 X日)

栄養指導

入院前97kg、入院中は85kg、将来的には75kgにしたい。

宿題 体重・間食の記録をつける。次回も栄養指導に参加すること。

3回目 (2月 X+14日)

栄養指導

健康手帳より、自宅で体重が増えている。体重測定と記録は負担ではなく、楽しくできている。しかし、一日おきの記録である。食べる量と運動が見合っていない。

宿題 毎日体重を測定し、記録する。

4回目 (3月X日)

栄養指導

体を動かすことについては、散歩が楽になり、体が軽くなった。体重・間食の記録をつけるようになった。体重は横ばいになり、遠くのスーパーへ買い物へ行くようになった。援護寮から自宅へ戻るが、自宅から通院することで運動不足になることを心配している。間食は200~300kcalを目安にと話す。牛乳とスナック菓子で700kcalになると知り、少し間食を減らす気になる。

症例4 統合失調症 20歳代 女性

依頼票チェック項目 食事内容、間食、運動不足、身体への関心、生活習慣病の知識

特記事項 自己臭恐怖、過敏

初参加 (1月X日) 身長 152.6cm 体重 63.3kg BMI27.4 腹囲 86.5cm

単身生活で食事は友人と外食やコンビニ弁当であり、食べない時もある。週3~4回を目標にデイケアに参加しており、徒歩で病院に通っている。腹囲を知ってとても驚いている。

宿題 体重を毎日測定し、手帳に記入する。

2回目 (1月X+7日)

栄養指導 55kgを目標にする。

3回目 (2月X日)

体重はほぼ毎日測定できているが、開始時より体重増えている。便通記録はつけることができている。間食は21時までの分のみを記入し、21時以降の間食は記入できない。また、間食をやめられないと話す。デイケアは不定期の参加である。相談内容はストーカー（注察妄想か？）の話であり、大半の時間をあてる。

宿題 ながら運動を行う。21時以降の間食を手帳に記入する。

4回目 (2月X+4日)

運動に関してはできない話し、臨床検査技師と一緒にやろうと勧めるが拒否的である。病院に徒歩で通うのは苦にならないと話す。

宿題 21時以降の間食をやめる。体重測定の継続。

5回目 (3月X日)

体重測定は習慣づいたが、体重増えると嫌になる。間食は記録が途切れ、夜食べてしまおうと話す。生活リズムは、朝起きられない、眠剤を変えたが昼まで寝てしまい夜も不規則であると話す。

作業療法士より、お菓子のカロリーとウォーキングのカロリー消費について学ぶ。

宿題 21時以降の間食の記録。体重測定の継続。

6回目 (3月X+4日)

予約していたが参加できず。

個別相談から参加者の思考パターンや生活において、「高い理想を掲げやすい」や、「食べ物が身近に溢れている」、「休養の習慣が確立されていない」「病的な思考と結びついて行動を断念してしまう。」ということが存在することが分かった。

Ⅲ 今後の課題

Ⅲ-1 健康相談室の広報

今回の取り組みにおける参加者数は4名であった。この原因として、実施日時が午前中に多いことや、主治医の許可がないと参加できないといった時間の制約やルール、対象疾患を設けたことと、主治医・外来患者様への広報不足が考えられた。

参加者を増やす為に、対象を統合失調症のみではなく、一部の非定型抗精神病薬のように副作用として体重増加をきたしやすい薬剤を服用する患者様や、生活習慣改善が必要だと主治医が判断する患者様に対象を広げることが必要であると考えられる。

今後の取り組みとして、①目立つポスターを外来に展示すること、②外来患者様の身体データをスクリーニングにかけ、相談が必要な参加者を健康相談室スタッフから選出し、主治医に生活習慣改善の必要性を訴えていくことを現在調整中である。また、実施時間を参加しやすい午後に組みかえることも調整中である。継続して取り組むことで、医師や病院スタッフに健康相談室の存在をアピールでき、当センターのシステムとして定着するのではと考えており、当センターの患者様のみならず、食事習慣や運動習慣に関する知識や解決方法を持たずに悩んで地域で生活している精神障害を持つ方々に一人でも知識を得る機会が持てるよう幅広い視点での援助が重要になってくると考えている。

Ⅲ-2 職員間、参加者との目標の共有

担当職員の声として①相談後の接し方が難しい、②外来故に生活が不明、関わり方が分からない、③どこまで参加者のフォローをしたらいいのか分からないなど、職員間での目標が共有できていないことや、目標の内容や生活の聞き取り方法などで職員間での差が生じた。定期的に利用者についてのカンファレンスやシステムについての会議を実施し、目標や提供技術のすり合わせを行うことが必要である。

また、担当職員間で統一出来たこととしては、①参加者と目標体重を決定する、②参加者に生活でやってみる課題を決定してもらうなど参加者を中心に関わることが挙げられる。

Ⅲ-3 実施方法の更なる検討

健康相談を実施するにあたって参加者にも最低限の知識は必要である。知識の伝達は集団を利用しないと効率が悪いことから、デイケアでの栄養教室や外来患者様対象の肥満や生活習慣病の学習会を行うことが必要になると考えている。

Ⅲ-4 効果の判定

健康相談室では参加回数や終了時期などゴールや方向性が不明確である。今後は簡易の評価尺度やアンケートの導入が必要になってくる。尺度は効果の根拠として、重要なのは満足度と成果（取り組む姿勢、行動変容、減量など）であることを忘れずに取り組む必要があると考えている。

Ⅳ さらなる展望

我々は参加者の一側面しか評価ができておらず、生活の実態を知るために、より参加者の身近な地域へ進出し、学習会の開催や公民館への出張講座なども行わなければいけないと考えている。さらには早期教育としての入院患者への健康指導の必要性等、精神科病院における患者の健康に関する課題は山積みであるが、これらを改善すべく今後も取り組みを継続させたいと考えている。

4 統合失調症患者の家族に対する心理社会教育に関する研究

I 研究目的

当センターでは平成 16 年度より、統合失調症の患者家族に対する心理社会教育の場として多職種協働による『統合失調症・家族教室』（以下、家族教室と略）を実施してきた。その実施形態については家族教室実施後の参加家族に対するアンケート調査をふまえ、平成 19 年より現在の 3 回/クールとしている。家族教室に参加できる対象はこれまでは当センターに入院または外来にて治療中の患者の家族が対象であったが、『多職種連携による心理社会教育システムを活用した地域連携モデルの構築』プロジェクトの一部として、他の医療機関にて治療中の患者家族も参加できるものとし、当センターにおける心理社会教育の資源を統合失調症患者の地域連携システムに提供することとした。そのうえで、統合失調症患者を支える家族が正しい知識を理解・修得し、家族のエンパワーメントを目指して、三重県立こころの医療センターでの心理社会教育の体系化を目指すものとした。

II 研究方法

前述の通り、家族教室に参加できる対象は統合失調症の患者をもつ家族とし、原則として患者本人の参加は認めないこととした。院外への広報としては平成 19 年 8 月 20 日発行の当センター広報誌『こころ ころころ vol.11』及び当センターホームページにてこのことを公開した。さらに、近隣の精神科を標榜する診療所や保健福祉事務所にも家族教室の実施に関するポスターを掲示していただいた。

また、各地域関連機関において統合失調症の患者及び家族に対する心理社会教育の要望についてアンケート調査を行い、現在実施中の家族教室が各地域関連機関の要望に応えることが出来るものであるかについての評価を行った。アンケートの詳細については『統合失調症患者に対する多職種連携による心理社会教育に関する研究 ～1 各地域機関に対するアンケート調査～』の項目を参照されたい。

家族教室は『治療編』、『リハビリ編』、『家族編』の 1 クール 3 回で毎月第 4 水曜日の 13 時 30 分から実施し、これにかかわる職員は固定メンバーとした。メンバーの職種は医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士、管理栄養士であり、講義の資料はそれぞれが事前に作成したものを使用した。ただし、『家族編』については家族のエンパワーメントをはかることも目的の 1 つであるため具体的な資料は使用せず、多職種の職員が参加することで家族から出る質問や意見に対応することとした。内容及びプログラムについては別紙 1 の通りであり、家族教室の開始前及び終了後 15 分間で職員に対するミーティングを行った。また、評価尺度としては福井らの『心理教育プログラム実施要素の家族による認知尺度 (FPPIE)』^{1), 2)}を使用した。

III 結果及び考察

III-1 地域関連機関に対するアンケート結果について

今回地域機関に対して実施したアンケート調査では、知っておいて欲しい知識において、ほとんどの項目で家族が知っておいて欲しいと回答した割合は患者本人よりも高かった。特に知っていて欲しいと回答したこととしては、『病気の症状』や『再発・再燃』、『薬の作用・

副作用』、『薬の飲み忘れ』、『社会資源の利用』、『ストレスへの対応』であり、患者の最も身近にいる家族には統合失調症を理解することや、客観的な対応を期待するものであると思われた。また、『各種臨床検査の結果』や『食生活』等に関する項目については知っておいてほしいと回答した割合は比較的低かったが、体重増加の訴えが『ある』と回答した関連機関は全体の約 2/3 であり、肥満への援助が必要であると回答した関連機関は 88%にのぼることからも家族にも食生活やメタボリックシンドロームに関する理解を求める必要はあるものと考えられた。また自由記載の中には家族の患者への過干渉により患者の自立を妨げることを批判するものも一部にみられた。

当センターで実施している家族教室は主に統合失調症の疾患の説明や治療方法について説明する『治療編』と社会資源の利用やストレス管理についての説明を行う『リハビリ編』、これらのまとめと整理によって家族間の情報共有や家族のエンパワーメントを狙いとした『家族編』の3部構成となっている。内容及び講義の力点においてもアンケート調査の結果とほぼ一致しており、地域機関の要望にほぼ応えることが出来るものであると考えられた。

III-2 他の医療機関で治療中である患者家族の参加

平成 19 年度における家族教室への参加家族はのべ 29 家族、のべ参加者数は 39 名であり、参加者のうち 69%が母親であった。このうち、他医療機関にて治療中の患者家族は 7 家族・10 名であり、ほとんどが平成 20 年 1 月以降の参加であった。また、各回における平均参加家族は 2.6 家族で平均参加人数は 3.5 人であった。

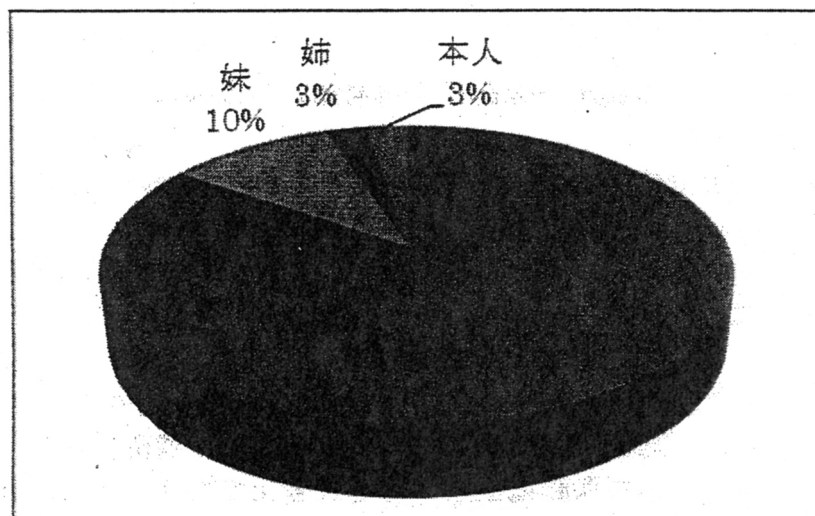


Fig.4-1 平成 19 年度における家族教室参加者の続柄

III-3 FPPIE による家族教室の効果

FPPIE について回答を得られた家族の総得点の平均値は 29.4 (s.d.=4.5、n=5) で、この値は福井らの報告と同じ値を示した。福井らは家族心理教育プログラムを、『正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処法を修得できるよう援助する技法』とし、単なる知識や情報の提供ではなく、家族が自分らしく生き生きとした生活が営める力量を身につける『エンパワーメントの援助』と定義している¹⁾。これは当センターの家族教室が目指すところでもあることから、今回得られた FPPIE の平均値から判断すると、当センターの家族教室は心理社会教育のツールとして有効性が高いものであると考えられる。また、当センターで治療中の患者家族と他の医療機関で治療中の患者家族を比較すると、FPPIE 総得点及び各下位尺度得点において当センターで治療中の患者家族の方がやや高値を示しているが、ほとんど差はなかった。このことから、当センターの家族教室は他の医療機関で治療中の患者家族に対しても当センター

で治療中の患者家族と同等の効果が得られるものと考えられるが、今回の調査では母数が少なかつたため、今後はさらに多くの評価をより効果の検証を行いたいと考えている。

また、各下位尺度得点率においては、『サポート体験』や『適切な情報提供』において高値を示したが、『対処技能の向上』や『解決志向性』はそれほど上がらなかった。この点については家族教室に関わる職員の中で『正しい知識や情報を提示する』ことに注目が集まり、『対処法修得やエンパワーメントに対する援助』という視点にあまり重点が置かれなかったことが影響していることが考えられ、今後改善の余地があると思われる。

家族	A	B	C	D	E
続柄	母	母	母	母	姉
患者の状態	入院中	外来	外来	外来	外来
治療されている医療機関	当院	当院	他院	他院	他院
サポート体験	11	15	10	11	14
FPPIE 対処技能の向上	4	10	0	8	11
下位尺度分類 適切な情報提供	12	8	12	10	6
解決志向性	0	2	0	3	0
FPPIE 総合評価	27	35	22	32	31

Table4-1 参加家族における FPPIE の得点値

Ⅲ-4 家族教室への当事者の参加

今回の家族教室参加者の中には、他の医療機関で外来治療中の当事者が1名含まれていた。当センターの家族教室には原則家族のみが参加出来るとしており、申し込み時に『家族のみが対象となる』ことを説明している。当事者が参加することで他の家族が話をしにくくなる場面も想定され、参加した他の家族のエンパワーメントが阻害されることも考えられるため、今後は『対象者は家族に限る』としていく必要があると思われる。

Ⅳ 今後の課題

地域連携を考慮する上で、家族教室を実施する中で我々職員が得られた家族の情報や興味をもたれた内容について、治療中の医療機関に対して情報をフィードバックする必要があると思われる。その方法については様々な方法が考えられるが、最も有効な手段を考慮し、実施していきたいと考えている。また、家族教室の内容においても FPPIE の各下位尺度である『対処技能の向上』や『解決志向性』に注目した手法を考えていく必要があると考えられる。

Ⅴ 文献

- 1) 福井里江ら：統合失調症に関する家族心理教育プログラムの家族の視点からみたプロセス評価（第1報）心理教育プログラム実施要素の家族による認知尺度（FPPIE）の開発．精神医学 46(4)：355-363, 2004
- 2) 福井里江ら：統合失調症に関する家族心理教育プログラムの家族の視点からみたプロセス評価（第2報）プログラム実施要素の家族による認知度と介入効果の関連．精神医学 46(5)：487-492, 2004