

精神障害者地域生活支援センター利用者のセルフケアと看護ニーズ

安藤幸子

神戸市看護大学

キーワード：精神障害者，地域生活支援センター，セルフケア，看護ニーズ

Self-care and Nursing needs of Community Life Support Center for People With Psychiatric Disabilities

Sachiko ANDO

Kobe City College of Nursing

Key words : people with psychiatric disabilities, community life support center, self care, nursing needs

I. 緒言

平成17年の患者調査によると、精神障害者数は前回調査（平成14年）に比べて43万人増の302万人であり、そのうち在宅者は267万人と推計されている。また2004年に厚生労働省が策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で、条件が整えば退院可能とされる入院患者の10年後の解消が掲げられたことから、長期入院患者の退院・社会復帰が促進されている。これらの背景から今後も地域で生活する精神障害者は増加することが予想され、精神障害者の地域ケア体制を質量共に充実させていくことが急務となっている。

一般に精神障害者は疾患と障害を併せ持ち、生活のしづらさを抱える人達であるといわれる。また彼らは精神疾患という破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創り出すリカバリーへのプロセスをたどっている人でもある（Anthony, 1993）。これらの困難性や課題を抱えた精神障害者が、地域でその人なりに満足していく生活を送るためには、周囲からの支援と多様なサービスが不可欠となる。

精神障害者地域生活支援センター（以下地域生活支援センター）は、在宅の精神障害者の日常生活の支援、居場所の提供、相談、ケアマネジメントなどの役割を担うことが期待され1999年に創設された社会復帰施設である。地域生活支援センターには看護職の配置が義務づけられていないため、職員の多くは精神保健福

祉士が占める。地域生活支援センターの中心的な機能の一つである相談活動では、日常生活に関する相談に加え、医療や健康に関する相談の割合が高いという報告が散見されている（上野, 2001, 2002; 窪田, 2001）。しかし利用者の健康状態や健康上のニーズについて明らかにした研究はほとんどみられない。

日本精神科病院協会（2003）が実施した精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告によると、精神疾患をもち外来受診をしている対象者のうち、現在地域で生活していく上で困ると思われることとして、「具合が悪くなったときの相談対応」が24.7%、「健康の管理」が23.3%という結果が出ている。この結果からも地域生活を営んでいく上で健康上のニーズが高いことがうかがわれるが、その詳細は明らかにされていない。

障害者自立支援法の成立により、地域生活支援センターの多くは、精神障害、身体障害、知的障害の3障害を対象にした地域活動支援センター、就労移行支援施設などに移行しており、それに伴って利用者側も新制度のサービスを選び直している。利用する福祉サービスは異なるにせよ、彼らが地域でその人なりに満足していく生活を送るためには、生活上のニーズに加え、健康上のニーズに関しても気軽に相談でき、支援が得られるようなサービスの開発が望まれる。本研究は障害者自立支援法施行以前に地域生活支援センター利用者を対象に実施した調査であるが、今後主に福祉施

設を利用しながら地域で生活する精神障害者に、どのような看護サービスを提供したらよいか検討する上で意義ある示唆を与えるものと思われる。

II. 研究目的

本研究の目的は、精神障害者地域生活支援センター利用者のセルフケアの実態、および看護ニーズを利用者の視点から明らかにし、主に福祉施設を利用しながら地域生活を送る精神障害者を対象にした、新たな看護サービスを検討する上での示唆を得ることである。

III. 調査方法

1. **研究デザイン**：本研究は量的な実態調査型の研究デザインである。

2. 対象者

対象者は近畿圏にある15箇所の地域生活支援センター利用者のうち同意の得られた者とした。ただし①病状が不安定で調査への協力が対象者に悪影響を及ぼすと思われる人、②認知症、重度の精神発達遅滞などで質問紙調査への協力が難しいと思われる人は、施設の職員と相談の上除外した。

3. **調査期間**：データ収集期間は平成17年12月～平成18年4月である。

4. 質問紙の内容

1) 基本的属性：性別、年齢、婚姻状態、同居家族、経済状態、現在の仕事、仕事の経験、最終学歴から構成されている。

2) 健康状態：心身の健康状態、こころの状態については4段階で尋ね、その他身体疾患(15項目)の有無、精神疾患名、初診年齢、入院歴、入院期間、退院から現在までの期間について質問した。なお精神疾患名は、学問的な診断名ではなく、対象者が普段使っている名称を用いた(例えば、気分障害ではなく、躁うつ病・うつ病とするなど)。

3) 今後の生活上の目標：6項目の生活上の目標から、最も優先するものを選んでもらった。

4) セルフケア：普遍的セルフケア(23項目)、健康逸脱時のセルフケア(20項目)は、オレムのセルフケア理論を枠組みとし、先行研究(Barns, 1987; 野中, 1988; 川口, 1990; 宇佐美, 1997, 1998; 大島ら, 2000; 北島, 2000)も参考にしながら地域で生活する精神障害

者用に研究者が新たに作成したものである。各項目は4段階(そう思わない1, あまりそう思わない2, まあそう思う3, そう思う4)で回答するよう作られている。質問項目については、事前に精神障害者の看護およびセルフケアに精通している専門家19名に意見を求め洗練した。

5) 周囲の人からのサポート：家族、親戚、友人・仲間、近所の人の各々からどの程度サポートが得られているか、4段階(まったく受けていない1, あまり受けていない2, 受けている3, とても受けている4)で尋ねた。

6) 専門家からのサポート：医師、看護職、地域生活支援センターの職員、作業所・デイケアの職員、役所や保健センターの職員、ヘルパーの各々から得られていると感じるサポートを同様に4段階で尋ねた。

7) 期待する看護サービス：期待する看護サービスの提供形態6項目と、現在看護職(看護師、保健師)から受けたいと思う支援内容25項目から構成されている。提供形態は、看護職が地域で生活する精神障害者を対象に提供しているサービスで、まだ制度化されていないものおよび今後提供可能と思われるサービスを選定した。具体的な支援内容に関する項目は、研究者が地域生活支援センターで実践していた看護相談や文献などを参考に、セルフケアの枠組みを考慮して抽出した。なお、支援内容は他の職種が行う支援と重なるものもあるが、看護者が提供できるものは列挙した。

5. データ収集方法

まず、事前に同意が得られた地域生活支援センターに、調査協力を呼びかけるポスターを掲示してもらった。施設毎に定めた調査日に研究者が出向き、調査協力候補者に口頭と依頼書にて調査目的や方法、倫理的配慮について十分説明し同意を得た。本調査では対象者の状況や希望により3通りの記入方法を用いた。すなわち1) 対象者が質問紙を持ち帰り自分で記入する方法(自記式)、2) 研究者が質問を読み上げてその場で対象者が自分で記入する方法(読み上げ式)、3) 研究者が対象者から質問の答えを聞き取る方法(聞き取り式)である。質問紙はいずれの記入方法においても所定の封筒に入れポストに投函するか、その場で回収箱に入れてもらった。なお設定した調査日に来所できない人で、調査に協力する意思のある人には、施設の職員から依頼書を添付した質問紙と返信用封筒を

手渡してもらった。

6. 倫理的配慮

施設および調査協力者には、研究の目的、方法、自由意思での参加、途中辞退の可能性、辞退時に不利益を被らないこと等を口頭と書面で十分説明した。特に調査日に参加できなかった人に、施設の職員から質問紙を配布してもらう際には、圧力がかからないような配慮を依頼した。また調査は無記名式で、いずれの記入方式においても調査用紙は所定の封筒に入れ回収箱か直接ポストに投函してもらい個人が特定できないようにした。聞き取り式での調査はプライバシーが保てる場所で行ない、研究者が知り得た個人情報に関しては、一切口外することはないことを保証した。なお本研究は、兵庫県立大学看護学部研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。

IV. 結果

1. 調査協力者の基本的属性

調査に同意し協力が得られた対象者は、自記式78名（回収率96.3%）、読み上げ式126名、聞き取り式14名の合計219名（男性160名、女性59名）であり、平均年

齢は42.4歳（男性42.7歳、女性41.5歳）であった。その他の属性を表1に示す。

2. 健康状態について

1) 身体疾患

医師から診断されている身体疾患のうち最も多かった疾患は歯科疾患（むし歯、歯周病）で73名（33.3%）、次いで肥満61名（27.9%）、高脂血症59名（26.9%）と続いた（表2）。なお医師から何らかの身体疾患を指摘されている人は約8割を占めた（78.1%）。また生活習慣病に着目してみると、高血圧、肥満、高脂血症、糖尿病の4疾患のうち、1つ以上診断されている人が約半数（45.7%）にのぼった（図1）。

2) 心の病気、初診、入院歴、退院からの期間

次に医師から説明されている心の病気について、最も多かったものは統合失調症で111名（49.8%）、次いで躁うつ病・うつ病が33（11.5%）名、神経症が16名（7.4%）と続いた（表3）。なお病名の説明を受けていない人は19名（8.8%）と少なく、対象者の大半が自分の疾患名を認識していた。また中にはうつ病と神経症、うつ病と人格障害、てんかんと統合失調症など複数の疾患名を告げられている人もいた。また入院歴のある人は160人（73.4%）で、そのうち総入院期間が12ヶ月以下

表1 対象者の基本的属性

項目	n		男性	女性	N (%)
人数			160 (73.1)	59 (26.9)	219 (100)
平均年齢	217		42.7 (SD=10.46)	41.5 (SD=11.39)	42.4 (SD=10.7)
年齢階層	217	29歳以下	15 (9.4)	9 (15.5)	24 (11.1)
		30～39歳	45 (28.3)	19 (32.8)	64 (29.5)
		40～49歳	62 (39.0)	12 (20.7)	74 (34.1)
		50～59歳	27 (17.0)	15 (25.9)	42 (19.4)
		60歳以上	10 (6.3)	3 (5.2)	13 (6.0)
婚姻状況	218	1度も結婚したことがない	134 (83.8)	40 (69.0)	174 (79.8)
		現在結婚している	8 (5.0)	9 (15.5)	17 (7.8)
		過去に結婚したことがある	18 (11.3)	9 (15.5)	27 (12.4)
同居家族	217	単身	70 (44.3)	22 (37.3)	92 (42.4)
		同居者あり	88 (55.7)	37 (62.7)	125 (57.6)
経済状態	213	安定している	28 (18.1)	13 (22.4)	41 (19.2)
		何とかやりくりしている	85 (54.8)	34 (58.6)	119 (55.9)
		苦しい	42 (27.1)	11 (19.0)	53 (24.9)
現在の仕事	219	一般の企業・事業所	14 (8.8)	5 (8.5)	19 (8.7)
		作業所	73 (45.6)	26 (44.1)	99 (45.2)
		働いていない	73 (45.6)	28 (47.5)	101 (46.1)
仕事の経験	218	経験あり	143 (89.9)	52 (88.1)	195 (89.4)
		経験なし	16 (10.1)	7 (11.9)	23 (10.6)
最終学歴	215	中学校卒	29 (18.6)	12 (20.3)	41 (19.1)
		高等学校卒	85 (54.5)	36 (61.0)	121 (56.3)
		短期大学卒	7 (4.5)	6 (10.2)	13 (6.0)
		大学卒	35 (22.4)	5 (8.5)	40 (18.6)

表2 医師から診断されている身体疾患（複数回答）

n=219			
順位	身体疾患名	人数	%
1	歯科疾患	73	33.3
2	肥満	61	27.9
3	高脂血症	59	26.9
4	皮膚科疾患	50	22.8
5	眼疾患	37	16.9
6	耳鼻科疾患	32	14.6
7	整形外科疾患	30	13.7
8	肝疾患	25	11.4
9	高血圧	24	11.0
10	糖尿病	23	10.5
11	胃腸の疾患	21	9.6
12	呼吸器疾患	14	6.4
13	心臓病	8	3.7
14	腎疾患	5	2.3
14	脳卒中	5	2.3
	その他	22	10.0

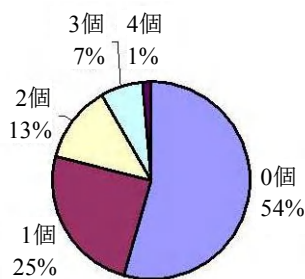


図1 生活習慣病の数

表3 医師から説明されている心の病気

精神疾患名	人数	%
統合失調症	111	51.4
躁うつ病・うつ病	33	15.3
神経症	16	7.4
てんかん	11	5.1
非定型精神病	9	4.2
病名の説明なし	19	8.8
説明を覚えていない	6	2.8
その他の精神疾患	11	5.1
合計	216	100.0

表4 最も優先度の高い生活上の目標（男女別）

順位	項目	男性	女性	合計
1	仕事につく	48(32.2)	7(12.1)	55(26.6)
2	症状安定・健康回復	31(20.8)	22(37.9)	53(25.6)
3	現在の生活の維持	34(22.8)	14(24.1)	48(23.2)
4	結婚相手を見つける	19(12.8)	6(10.3)	25(12.1)
5	日常生活の自立	12(8.1)	6(10.3)	18(8.7)
6	その他	5(3.4)	3(5.2)	8(3.9)
	合計	149(100)	58(100)	207(100)

$\chi^2=12.0$ $p=0.03$

の人が74.1%を占め、5年を越える入院歴を持つ人は5.7%と少数であった。また最終の退院日から調査日までの期間は、12ヶ月以下の人が20.9%であり、残りの約8割は1年以上入院せずに地域生活を維持していた。

3) 主観的健康状態

心身の健康状態については、良いと答えた人が42名(19.2%)、まあまあ良いが109名(49.8%)、あまり良くないが51名(23.3%)、良くないが16名(7.3%)であった。ここ1週間の心の状態については、安定していると答えた人は51名(23.3%)、まあまあ安定していると答えた人は98名(44.7%)、あまり安定していないが47名(21.5%)、不安定が22名(10%)であり約3割の人が不安定さを感じていた。

3. 最も優先度の高い生活上の目標について

対象者が最も優先している今後の生活上の目標では、1位が仕事につくこと(26.6%)、2位は症状の安定・健康回復(25.6%)であった。なお生活上の目標には男性と女性で差があり($\chi^2=12.0$ $p=0.03$)、男性の特徴は、仕事につくという目標を選ぶ人が多く、症状の安定・健康回復が少ないことであった(表4)。

4. 周囲の人からのサポート

周囲の人からの助言や手助けで、平均点が最も高かったのは家族(2.88 SD=1.1)、2位は友人や仲間(2.71 SD=1.0)であり、両者とも平均得点はほとんど変わらなかった。なお3位は親戚(1.85 SD=1.0)、4位は近所の人(1.78 SD=1.0)であった(表5-1)。

5. 専門家からのサポートについて

専門家からの助言や手助けで最も平均点が高かったのは医師(3.33 SD=0.8)、次いで地域生活支援センターの職員(3.23 SD=0.9)であり、両者はあまり変わらなかった。3位はやや離れて看護職(2.51 SD=1.1)、次いで作業所・デイケアの職員(2.44 SD=1.1)、役所や保健センターの職員(2.31 SD=1.1)であった(表5-2)。

6. セルフケアについて(表6)

1) 普遍的セルフケアについて

普遍的セルフケアの平均値をみると、「火の始末をきちんとしている」が最も高く(3.66 SD=0.63)、入浴洗面などの身づくろい(3.44 SD=0.84)、清潔な衣類の

表5-1 周囲の人からの助言や手助け

順位	項目	人数	平均値	SD
1	家族からの助言や手助け	219	2.88	1.1
2	友人や仲間からの助言や手助け	215	2.71	1.0
3	親戚からの助言や手助け	215	1.85	1.0
4	近所の人からの助言や手助け	216	1.78	1.0

表5-2 専門家からの助言や手助け

順位	項目	人数	平均値	SD
1	医師からの助言や手助け	217	3.33	0.8
2	地域生活支援センターの職員からの助言や手助け	218	3.23	0.9
3	看護職（看護師、保健師）からの助言や手助け	217	2.51	1.1
4	作業所・デイケアの職員からの助言や手助け	217	2.44	1.2
5	役所や保健センターの職員からの助言や手助け	219	2.31	1.1
6	ヘルパーからの助言や手助け	218	1.61	1.0

表6 普遍的セルフケアの主観的実施度

順位	項目	人数	平均値	SD
1	ガスやタバコなど火の始末をきちんとしている	219	3.66	0.63
2	入浴、洗面、歯みがきなどを自主的に行なっている	216	3.44	0.84
3	清潔で季節に合った衣類を身につけている	217	3.41	0.77
4	定期的、あるいは汚れたときに衣類の洗濯をしている	217	3.36	0.97
5	困ったことが起きたときには人に相談している	218	3.31	0.89
6	適度な睡眠と休息をとっている	218	3.23	0.91
7	必要時、銀行、郵便局、役所などに出かけて用事をしている	219	3.21	1.03
8	自分の趣味や関心に応じて自由時間を過ごしている	218	3.13	0.97
9	毎日の排便、排尿の状態に注意している	213	3.12	0.99
10	仲間や友人と良い関係を保っている	219	3.09	0.86
11	無理な依頼などをうまくことわっている	215	2.97	0.94
12	便秘あるいは下痢の時に薬（下剤・整腸剤）や食べ物、水分などを調整している	215	2.94	1.13
13	家族と良い関係を保っている	211	2.93	1.03
14	お金の使いすぎ、紛失などなく、金銭管理をきちんとしている	218	2.89	1.08
15	アルコール、カフェイン（コーヒー、紅茶）、タバコなどの嗜好品のとりすぎに注意している	217	2.88	1.11
16	自分に合った活動や仕事を行っている	218	2.86	1.04
17	規則正しい生活をしている	219	2.85	1.00
18	水分（清涼飲料水を含む）のとりすぎや不足がないようバランス良く飲んでいる	215	2.84	1.01
19	必要に応じて部屋の片付けや掃除をしている	218	2.71	1.06
20	となり近所とうまく付き合っている	218	2.71	1.02
21	食事を作ったり買ったりして食事の準備をしている	216	2.63	1.14
22	食べ過ぎ、少食、栄養の偏りなどなく、バランス良く食事を食べている	219	2.55	1.13
23	生活の中に適度な運動を取り入れている	215	2.35	1.08

着用（3.41 SD=0.77）、洗濯（3.36 SD=0.97）など個人衛生に関する項目が上位を占めている。逆に実施度が低かった項目は適度な運動（2.35 SD=1.08）、バランスの良い食事の摂取（2.55 SD=1.13）、食事の準備（2.63 SD=1.14）など運動と食事に関する項目であった。

2) 健康逸脱時のセルフケアについて（表7）

健康逸脱時のセルフケア項目で、平均得点が最も高かったのは「定期的に通院している（3.80 SD=0.57）」、

2位「処方された薬をきちんと飲んで（3.67 SD=0.73）」、3位「薬の必要性を納得して飲んで（3.52 SD=0.84）」であった。また下位の項目は「病気や薬について勉強している（2.59 SD=1.09）」、「医療者に言われている養生法を実践している（2.76 SD=1.04）」、「自分では気がつかない精神状態や行動の変化を周囲の人から教えてもらっている（2.80 SD=1.11）」であった。

表7 健康逸脱時セルフケアの主観的実施度

順位	項目	人数	平均値	SD
1	定期的に通院している	219	3.80	0.57
2	処方された薬をきちんと飲んでいる	219	3.67	0.73
3	薬の必要性を納得して飲んでいる	216	3.52	0.84
4	主治医に自分の状態を伝えたり、聞きたい質問をしている	219	3.48	0.84
5	薬が合わない時には主治医に伝えている	217	3.39	0.90
6	再発のきざしに注意している	214	3.37	0.86
7	調子が悪い時には休養をとったり、疲れる場所をさけている	218	3.35	0.82
8	具合が悪くなった時には、早めに受診している	218	3.34	0.88
9	症状の変化、心身の変調に注意している	217	3.30	0.91
10	自分の病気や状態について、必要だと思う人に説明して理解や協力を得ている	215	3.25	0.96
11	病気があっても、なるべく自分のことは自分でしている	218	3.24	0.91
12	再発のきざしに気づいたら自分なりの対処をしている	215	3.19	0.86
13	病気のことを考え、無理のないように一日の過ごし方を調整している	215	3.15	0.91
14	自分でできないことは断ったり、人にやってもらっている	215	3.11	0.95
15	必要に応じて活用できる社会資源（制度、福祉サービスなど）を人に聞いたり探したりしている	216	3.07	1.01
16	調子を崩さないようストレスを感じたら早めに対処している	215	3.02	0.93
17	自分の状態や症状とのかね合いで仕事の選択をしたり役割を引き受けている	215	2.98	1.02
18	自分では気がつかない精神状態や行動の変化を周囲の人から教えてもらっている	218	2.80	1.11
19	医療者に言われている養生法（食事療法、運動療法、その他生活上の注意事項）を実践している	217	2.76	1.04
20	自分の病気や飲んでいる薬について勉強している	217	2.59	1.09

表8 期待する看護サービスの提供形態

n=219

順位	項目	人数	%
1	クリニックや病院の外に看護相談室があり、医師の診察とは別に相談できるようなサービス	139	63.5
2	地域生活支援センターの職員として看護職が勤務し、いつでも相談や支援が得られるような体制	132	60.3
3	地域生活支援センターで定期的に健康相談ができた、健康に関する勉強会に参加できるようなサービス	122	55.7
4	まちの中に保健室のような場所があり、気軽に相談ができるようなサービス	122	55.7
5	具合が悪い時の訪問や、受診の付き添いをしてくれるような看護職によるサービス	106	48.4
6	看護職による電話相談	98	44.7

7. 期待する看護サービス

1) 期待する看護サービスの提供形態

あったらよいと思う看護職によるサービス形態で、最も多かったのはクリニックや外来の看護相談室（63.5%）、2位は地域生活支援センターに看護職が勤務しいつでも相談や支援が得られる体制（60.3%）、3位は地域生活支援センターでの定期的な健康相談や勉強会（55.7%）、および同数でまちの保健室（55.7%）であった。また具合が悪いときの訪問や受診の付き添い（48.4%）、および看護職による電話相談（44.7%）についても50%弱の人達が希望しており、看護サービス全体に対するニーズの高さがうかがわれた（表8）。

2) 受けたい支援内容

現在利用したい、あるいは受けたいと思う看護職による支援内容で圧倒的に多かったのは「ストレスがたまっている時、不安な時に話を聴いてもらうこと（71.2%）」であり、2位は「自分では気がつかない精

神症状の変化についての助言（59.8%）」、3位は「ストレスをうまく処理する方法についての相談・勉強会（58.4%）」で約6割の人が希望していた（表9）。

V. 考察

ここでは研究結果を踏まえ、まず地域生活支援センター利用者の健康状態やセルフケア、利用者の希望から見た看護ニーズについて考察し、次に今後の精神保健福祉体制への提言、研究限界について述べる。

1. 利用者の看護ニーズについて

1) 生活習慣病への支援ニーズ

対象者が医師から指摘されている身体疾患で、最も多かったのは全家連（2000）の調査結果と同様に歯科疾患であった。また2位以下は肥満、高脂血症が続き、生活習慣病（高血圧、肥満、高脂血症、糖尿病）のいずれかを医師から指摘されている人は45.7%に上った。

表9 看護職から受けたい支援内容

n=219

順位	項目	人数	%
1	ストレスがたまっている時、不安な時に話を聴いてもらうこと	156	71.2
2	自分では気がつかない精神症状の変化についての助言	131	59.8
3	ストレスをうまく処理する方法についての相談・勉強会	128	58.4
4	社会資源（公的制度、サービスなど）についての情報提供	120	54.8
5	病気や症状についての相談あるいは勉強会	119	54.3
6	家族、親戚、友人など、人とのつき合いに関する相談・支援	118	53.9
7	健康に良い運動についての相談あるいは勉強会	115	52.5
8	生活リズムの作り方、一日の過ごし方についての相談・支援	115	52.5
9	バランスのよい食事や水分の取り方についての相談あるいは勉強会	110	50.2
10	自分の意志をうまく伝えたり人とつき合う技術を身につけるための支援あるいは訓練	109	49.8
11	再発を予防したり症状をコントロールする方法についての相談あるいは勉強会	109	49.8
12	医師にうまく自分の状態を伝えたり、聞きたい質問をするための相談・支援	108	49.3
13	献立や料理の作り方についての相談・支援	103	47.0
14	飲んでいる薬や服薬管理に関する相談あるいは勉強会	103	47.0
15	感染症、生活習慣病（高血圧、糖尿病、高脂血症）、肥満の予防についての相談あるいは勉強会	102	46.6
16	検査結果についての相談や生活上注意すべき事のアドバイス	99	45.2
17	睡眠や休息についての相談・支援	97	44.3
18	病院やクリニック選びの相談あるいは情報提供	95	43.4
19	医師から指示された養生法（食事療法、運動療法、その他生活上の注意事項など）についてのアドバイス	90	41.1
20	掃除、部屋の片付けについての相談・支援	88	40.2
21	便秘、下痢の改善や予防についての相談・支援	74	33.8
22	血圧測定、検温	73	33.3
23	自分の身体を清潔に保つ方法についての相談・支援	55	25.1

デイケアの利用者を対象に実施された調査では（榊原、村上、並木、2006）、糖尿病、高血圧、高脂血症を合併している人は25%、BMIが25を超える肥満者は61%であり、他の調査（中野、2002；井戸2002）においても同様の結果が報告されている。統合失調症患者において肥満の発生率が高いことはすでに知られており、抗精神病薬の影響が指摘されているところである（Homel, Casey, Allison, 2002）。しかし本調査において医師から肥満であることを指摘されている人は27.9%と少なかった。これは、榊原らが実際に身長、体重を測定して肥満者を算出しているのに対し、本調査では「医師から診断されている身体の病気」という聞き方をしているため、高度肥満で改善が必要な人が医師から指摘を受け、回答していると考えられる。

一方普遍的セルフケア項目の中で実施度が低かった項目は、適度な運動とバランスの良い食事に関する項目であり、看護職から受けたい支援の内容を見ると、対象者自身からも食事、運動、生活習慣病に関する支援希望が多い。永井（2004）は統合失調症患者の糖尿病教室への参加について、血糖コントロールが良くない人はほぼ全員が参加を希望していたことを報告している、また太りすぎに対する悩みを抱える当事者の

声も多く聞かれる。よって利用者は生活習慣病に関する健康管理の必要性を強く感じているが、コントロールが難しく不安や困難感を感じ支援を求めていることが考えられる。

2) ストレス管理と症状コントロールへの支援ニーズ

看護職より受けたい支援内容として、ストレス時の傾聴やストレス管理に関する項目が多く、「病気や症状についての相談・勉強会」など症状コントロールに関する支援ニーズも高かった。作業所の利用者を対象にした調査（三木、川口、2003）において、利用者は病気について知りたいという気持ちは持っていたが、情報を集めたり、病気について相談するなどの行動までには至っていないこと、またその理由の一つとして、作業所には病気のことを話しても受け止めてくれる人がいないということが指摘されている。本研究の利用者においても知りたいというニーズを持っていても、話す機会や容易に学ぶ機会がないため実施していないことが考えられる。

3) 利用者を取り巻くサポートと看護ニーズ

対象者のサポートの状況では、家族や友人・仲間からのサポートはもとより専門家からも多くのサポートを得ながら生活していることが明らかとなった。清

水ら (2000) の単身生活をしている精神障害者の日常生活上の工夫や配慮に関する質的研究でも、彼らが必要とするときに必要とする相手を選択し「他者の力を借りて」いたことや、仲間や家族、精神保健従事者など「人とのつながりを大切に」していたことが報告されている。

なおサポートの中でも専門家からのサポートに注目すると、医師と地域生活支援センターの職員から受けているサポートの程度はあまり変わらず1位、2位を占め、看護師からのサポートは両者よりやや離れて3位であった。全家連 (2000) の作業所の通所者を対象にした調査においても、頼りにする専門家の1位は医師、2位は作業所や生活支援センターの職員であり、看護職は単独では聞いていないため詳細は不明である。本調査の対象者は、医師と地域生活支援センターの職員には、全員が定期的に接しているが、他の専門職は対象者によっては活用していないか接点がない場合がある。よって主に専門職の活用程度が結果に表れたものと考えられる。また対象者が看護職と接する場に関しては、デイケアや訪問看護を利用している人を除くと、外来やクリニックが主になる。しかし現状では外来患者の増加により現場は多忙を極めており、個々の外来患者に十分なサポートができていないと言いがたい。このような現状も今回の結果に反映しているものと思われる。また期待する看護サービスの提供形態において、外来や地域生活支援センターでの看護サービスのニーズが高かったことから、今後の充実が望まれる。

2. 今後の精神保健福祉体制への提言

本研究の結果より、地域生活支援センターの利用者は生活習慣病、ストレス管理や症状コントロールなどさまざまな健康上のニーズを持っていることが明らかとなった。精神障害を生きる人々が、その人なりに満足のいく生活を送っていくためには、福祉ニーズと医療ニーズへの支援が欠かせず、現体制ではそれらに十分応えられていないということが結果からも読み取れる。これらは医療は病院で、福祉は地域でといった医療と福祉が分断化されている日本の現状 (野田, 2006) によるところが大きいと思われる。ここでは障害者自立支援法以後の流れを踏まえ、福祉と医療が分断されないような支援体制について看護の立場から提言できることを述べたい。

まず第1に提言したいことは、地域活動支援センターや就労移行支援、就労継続支援施設における看護職の配置である。結果が示すように地域生活支援センターに看護職が勤務する体制や地域生活支援センターでの勉強会・学習会への希望が多かったことから、精神障害者の利用者が多い地域活動支援センターや就労支援施設においても、今後看護職の雇用を進めていくことを望みたい。

第2に提言したいことは、精神科外来での看護サービスの強化である。本研究の結果から、期待する看護サービス形態のうち、最も多かったのは「クリニックや外来の看護相談室 (63.5%)」であった。クリニックや外来の看護相談室の希望が多い理由の1つとして、医師による診察時間が短く、十分話を聞いてもらえないという現状が反映されているものと思われる。また「看護職による電話相談」の希望率は44.7%であった。現在病院での看護職による電話相談の実施率は84.1%と高く (野末ら2006)、不安や症状コントロール、受診、服薬管理に対する相談が多いことも明らかになっている (安藤ら, 2008)。2008年4月より、精神科継続外来支援・指導料として看護師や保健師等による相談支援が新たに診療報酬に組み込まれたが、電話相談はいまだに診療報酬の対象とはなっていない。したがって今後一定の基準を設け電話相談も診療報酬に組み入れることで、外来の看護サービスをさらに充実させていく必要があるだろう。

第3に、福祉施設に向いてのアウトリーチ型の看護サービスの提供である。すなわち障害者自立支援法上の地域活動支援センターをはじめ、精神障害者の利用が多い施設に医療機関や訪問看護ステーションから看護職が出向き、定期的に相談や健康に関する学習会などのサービスを提供し、これらのサービスを診療報酬に組み入れることである。これにより利用者は普段通所している身近な場所で看護サービスが受けられるようになる。

第4に、精神保健福祉の研修を受けた保健師の増員である。障害者自立支援法の施行後、地域生活支援センター利用者は3障害を対象にした地域活動支援センターなどに移行している。しかしこれらの施設を活用するには利用料が発生すること、今までよりも活用における自由度が低くなることから、引きこもりがちになる人も出てくる可能性がある。したがって精神保健福祉の研修を受けた保健師を増員し、訪問指導や相談

をはじめ地域での精神保健活動を強化していく必要がある。またこれらの活動の一環として保健師が担当地区の福祉施設で看護サービスを提供することもできる（三木、川口、2003）。

第5に、精神看護専門看護師の地域での活躍である。精神看護専門看護師は今までは一般病院でリエゾン精神専門看護師としてあるいは精神科病院で精神看護専門看護師として働いてきたが、今後活躍の場を地域に広げ、保健師、訪問看護師をはじめ地域で活動する看護職、福祉職のリソースになることも期待したい。

3. 研究の限界と課題

本研究は近畿圏の主要な都市部にある設置主体や特徴の異なる15箇所の地域生活支援センター利用者219名を対象としている。障害者自立支援法の施行以降、これらの施設の多くは3障害を対象にした地域活動支援センターや就労移行支援施設等に移行しているため、これらの施設を利用する精神障害者の実態と看護ニーズを捉える上では参考になると思われる。しかし非都市部や近畿圏以外の福祉施設を利用する精神障害者にまで一般化するには限界がある。今後は自立支援法上の福祉施設を利用する精神障害者を対象に、全国的な規模で看護ニーズについての調査を行うことが課題であろう。

なお本研究は兵庫県立看護大学大学院博士論文の一部に加筆、修正したものである。

最後に、この研究にご協力いただきました、精神障害者地域生活支援センターの利用者ならびに職員の皆様、また本研究をまとめるに当たりご指導をいただきました近大姫路大学の南裕子先生、兵庫県立大学の近澤範子先生、東邦大学の高木廣文先生、大正大学の野田文隆先生に深く感謝いたします。

<引用文献>

安藤幸子、野末聖香、宇佐美しおり、他（2008）：地域で暮らす精神障害者のための看護師による電話相談、第28回日本看護科学学会学術集会講演集、432。
安藤幸子（2007）：精神障害者地域生活支援センター利用者のセルフケアの実態と看護ニーズに関する研究、2006年度兵庫県立看護大学大学院博士論文。
Anthony, W（1993）. Recovery From Mental Illness : The

Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4), p11-23.

Barnes D., Benjamin S. (1987). The self care assessment schedule (SCAS) —The purpose and construction of a new assessment of self care behaviours—, Journal of Psychosomatic Research, 31 (2), 191-202.

Hommel, P., Casey, D., Allison, D.B. (2002) : Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987-1996. Schizophrenia research, 55, 277-284.

川口優子（1990）, 精神障害者のソーシャルサポートとセルフケアとの関連, 第10回日本看護科学学会講演集, 10 (3), 156-157.

北島謙吾（2002）, デイケア通所精神障害者の社会参加の促進要因に関する研究, 三重県立看護大学紀要 6, 49-73.

窪田彰, 今井牧子（2001）: 医療も福祉も地域の拠点として活用しよう, Review, 10 (1), 46-49.

三木智津子, 川口優子（2003）, 地域に住む精神障害者の生活とその支援, 日本精神保健看護学会誌, 12 (1), 105-112.

永井優子（2004）: 正確な知識を得て自分の生活を振りかえる, 精神科看護, 31 (2), 16-21.

中野美子, 今村満子, 辻貴司, 他（2002）: 精神科デイケアにおける生活習慣病の予防プログラム導入の試み, 病院・地域精神医学, 45 (3), 34-36.

日本精神科病院協会（2003）: 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書.

野田文隆（2006）: 医療の見方, 福祉の見方, 精神神経学雑誌, 108 (8).

野中郁子, 野村千種, 野嶋佐由美（1988）, 精神病者のセルフケアの測定, 第14回高知女子大学看護学会集録, August, 35-41.

野末聖香, 田中美恵子, 宇佐美しおり, 他（2006）: 精神看護の看護技術評価—介入効果とコスト評価の視点から—, 第26回日本看護科学学会学術集会講演集, 305.

オレム, D, E. (1991) / 小野寺杜紀訳 (1995) : オレム看護論 第3版, 医学書院, 東京.

大島巖, 長直子, 安西信雄, 高橋清久（2000）, 精神障害者ケアガイドライン検討委員会板ケアアセスメント票の開発と評価, 精神医学, 42 (8), 809-817.

- 榊原育子, 村上真由美, 並木弘実, 他 (2006) : 統合失調症の食生活を考える, 第6回日本外来精神医療学会抄録集, 45.
- 上野容子 (2002) : 精神障害者地域生活支援センターの現状と将来, 臨床精神医学, 31 (2), 149-155.
- 上野容子 (2001) : 東京都での実践からみた区市町村とセンターの役割と連携, Review, no37, 10 (1), 12-15.
- 宇佐美しおり (1997), 精神分裂病者の「セルフケア」の概念分析—ハイブリッドモデルを用いて—, 日本精神保健看護学会誌, 6 (1), 26-33.
- 宇佐美しおり (1998), 地域で生活をする精神分裂病患者の自己決定に基づくセルフケア行動の実態, 看護研究, 31 (3), 25-38.
- 山田大豪, 田端幸枝, 池尻尚代, 他 (2003) : 広島県における精神障害者地域生活支援センターの現状調査, 保健の科学, 45 (1).
- 全国精神障害者家族会連合会 (2000), 地域生活本人の社会参加に対する意識と実態' 98, ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ, 27.

(受付 : 2009.12.1 ; 受理 : 2010.1.19)