

試みはこれからの課題。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状
況（予定を含む）

1. 特許取得

 予定なし

2. 実用新案登録 予定なし

3. その他 特記事項なし

訪問ボランティアの対象の当事者、御家族の皆様方への

厚生科学研究への協力のご依頼

私たちの訪問ボランティア活動は、当事者の皆様はその必要性に応じて少しでも支援ができればと思い今まで行なってきました。当事者が生き生きと地域で自由に生きていけるのに必要なさまざまな支援をするというのが私たちの目的です。

私たちは仲間も少なくまだまだ非力で皆様の期待に応えきれていない面がたくさんあることと思いますが、当事者の気持ちを良く聞き取り、そのニーズに答えるべくこれからも粘り強く活動を続け、訪問会員も増やし、かつまた希望される対象の当事者の方々も徐々に増やしていきたいと思っております。

このたび私たちの活動が「平成 16 年度厚生科学研究」の研究課題「精神障害者の正しい理解に基づく、ライフサイクルに応じた生活支援、医療の在り方に関する研究」の中の分担研究「精神障害者のライフサイクルに応じた生活支援、医療の在り方に関する研究」（分担責任者大島正浩）と「ライフサイクルに応じた、地域生活における危機管理の在り方に関する研究」（分担責任者新居昭紀）の一部として認められ、実践のレポートを国に提出することになりました。

私たちは訪問活動が地域で生活する当事者の方々に少しでも役に立つことが立証できれば、こういったボランティア的活動が正式に認められた地域医療のチームとなり、地域医療ケアシステムの必要な機能の一部として認められることになる日が来るかもしれないと期待しております。

そのため私たちの実践レポートのまとめを国に報告することを許可していただきたくお願い申し上げます。もちろん、個人が特定できる情報は一切載せませんし、当事者および御家族の秘密保持を十分配慮した上での報告を行ないます。

またこの研究に協力しないすなわち、実践記録のまとめを報告することに同意できない方はそれがかまいません。

同意、非同意に関わらず私たちの訪問ボランティアは今関わっている当事者の方々へ今までどおり訪問活動を続けてまいります。

又当事者との同意契約が当然なされるべきではありますが、いまだ疎通性や判断能力に問題があり関係作りに専念している状況の当事者の方には御家族の仮同意をお願いします。本人の同意が可能になった段階で正式な同意をいただきます。

以上のことを理解していただいた上、別紙の同意書にサインをいただきたく思います。

2005年1月8日

カンガルーボランティア代表	新居昭紀
「精神障害者の正しい理解に基づく、ライフサイクルに応じた生活支援と退院促進に関する研究」の分担研究者	
聖隷三方原病院 医師	新居昭紀
メンタルクリニック・ダダ 医師	大島正浩

説明文書および同意書
「生活支援および医療の在り方に関する研究」への
協力（訪問ボランティア活動の報告）について

添付資料Ⅳ
ご本人用控

この同意文書に署名されることにより次の事項を御確認いただいたこととなります。

- * 「訪問ボランティアの対象の当事者、御家族の皆様方へ厚生科学研究への協力ご依頼」の文書を全て読み、理解しました。またその情報について考える時間が与えられました。
- * 疑問点に対する回答が充分になされました。また理解できなかった言葉については、代表者或いは訪問会員から説明されました。
- * この報告に同意しないすなわち報告から外れる自由があることも理解しました。
- * また同意、非同意に関わらず、今までどおり訪問ボランティアの活動が継続されることも理解しました。
- * 保管用にこの依頼文書および同意文書の写しを受け取りました。

わたしは訪問ボランティア活動を受けている立場として、この研究に参加することを承諾し、署名ならびに署名した日付を記します。

ご本人の署名

_____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人の署名が困難な場合は保護者が仮同意の署名を行なってください。
保護者

_____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意取得者の署名（分担研究者）

_____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明文書および同意書
「生活支援および医療の在り方に関する研究」への
協力（訪問ボランティア活動の報告）について

添付資料V
研究者用控

この同意文書に署名されることにより次の事項を御確認いただいたこととなります。

- * 「訪問ボランティアの対象の当事者、御家族の皆様方への厚生科学研究への協力のご依頼」の文書を全て読み、理解しました。またその情報について考える時間が与えられました。
- * 疑問点に対する回答が充分になされました。また理解できなかった言葉については、代表者或いは訪問会員から説明されました。
- * この報告に同意しないすなわち報告から外れる自由があることも理解しました。
- * また同意、非同意に関わらず、今までどおり訪問ボランティアの活動が継続されることも理解しました。
- * 保管用にこの依頼文書および同意文書の写しを受け取りました。

わたしは訪問ボランティア活動を受けている立場として、この研究に参加することを承諾し、署名ならびに署名した日付を記します。

ご本人の署名

_____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人の署名が困難な場合は保護者が仮同意の署名を行なってください。
保護者

_____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意取得者の署名（分担研究者）

_____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

カンガルークラブの理念

私たちは在宅の精神障害者が、なるべく入院をしないで地域でのびのびと自由に生活していくことを、主として訪問によって支援するボランティア活動のクラブです。私たちは訪問によって当事者やその御家族の方が少しでも安心し勇気付けられ、仲間作りの輪が広がって地域で共に豊かに生活出来るようになることを無常の喜びとする所です。

カンガルークラブの利用規定

- 1) カンガルークラブの利用は訪問活動を受ける当事者またはご家族との利用契約に基づいて行います。利用契約は利用申込書、利用契約書を取り交わすことによって成立します。
- 2) 利用者、およびそのご家族はカンガルークラブの会員の当番（現在は代表者である新居昭紀 090-2570-1624）にいつでも連絡相談することが出来ます。どんなことでもいつでも気楽に連絡ください。また当番不在の場合は必ず他の会員が代行をします。
- 3) 現在はほぼ一週間に1回の定期的な訪問活動を行っております。当事者の病状や生活状況に合わせてですが、病状悪化などにより緊急的に訪問が必要になれば訪問を即時行なう最大限の努力をいたします。しかしボランティア活動であり会員全て別の業務を持っておりますゆえ、どんな時でも呼ばればいつでも駆けつけると言うわけに行かないこともご理解ください。
- 4) カンガルークラブの支援は入院しないで社会生活をしていく最大限の支援です。訪問会員は本人の意思に逆らって入院させるような行動は致しません。
- 5) 訪問スタッフはカンガルークラブの登録会員の中から、チームを作りその中で原則として二人一組で訪問を行なってまいります。訪問時には会員登録証を身につけて訪問いたします。正式契約の前にしばらく関係作りのための予備訪問をして、会員と当事者が顔見知りになってから正式契約に臨みます。
- 6) 必要があれば他機関との連携をしていきます。それまでのかかりつけの病院の主治医、PSW、地域生活支援センタースタッフ、市町村保健師、介護保険ケアマネージャーなどに当事者への生活支援、医療支援に協力依頼をしていきます。
- 7) 当事者の秘密は厳守します。カンガルークラブでは登録スタッフ間での訪問活動の情報は共有しますが、部外者への個人情報を流すことは一切致しません。
- 8) 利用契約の解除ないし破棄。当事者およびご家族が、カンガルークラブ

の利用をしないという意思表示を明確にされればいつでも利用契約は破棄されます。またカンガルークラブの活動に重大な支障をきたすような妨害行為や特定会員への傷害行為などあれば、カンガルークラブ側から利用契約を解除する旨連絡することもあります。

- 9) ボランティア活動であるため訪問活動へのお礼は一切いたしません。全て会員の善意の無料奉仕で活動が維持されています。その点お心遣いをなさらぬようお願い申し上げます。

補) 賛助会員へのお誘い

カンガルーの訪問活動の趣旨を理解し、育成するべく、活動資金等の支援をしたいという方がいらっしゃればどなたでも賛助会員となっていていただければと願っております。

賛助会員として一口 2000 円、何口でも寄付いただければ光栄でございます。そのためには以下の銀行をご利用ください。付け加えますがこれは義務では全くありませんのでよろしくご了解ください。

賛助会員入会金受付口座として以下の銀行にお振り込みください。

静岡銀行 入野支店 口座番号 0294935

静岡県西部 ACT 研究会 代表新居昭紀

カンガルークラブ代表 新居昭紀

カンガルークラブ利用契約書 添付資料Ⅱ

わたしはカンガルークラブ利用規定に基づき、カンガルークラブのサービスを利用することに同意します。

氏名 _____

家族【保護者】 _____

私達カンガルークラブ会員は当事者の秘密を厳守し、別紙利用規定に基づいてカンガルークラブの訪問活動を行なうことを誓約します。

カンガルークラブ代表

新居昭紀
他訪問会員一同

平成 年 月 日

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(障害福祉総合研究事業)
精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた
生活支援と退院促進に関する研究
分担研究報告書

精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の
健康増進のあり方に関する研究

分担研究者 菅原 道哉 (東邦大学医学部)

研究要旨

精神障害者のライフステージに応じた運動、休養、栄養等の健康増進のあり方を検討することを目標として、地域で生活する精神障害者の健康習慣を年齢階級別に明らかにする調査を行った。調査にあたっては無記名の自記式アンケート調査票を作成し、「Breslow の 7 つの健康習慣」(1972)に基づく 7 項目を設けた。

本年度までに集計が終了し、解析可能となった回収数は 54 票であった。性別はほぼ均衡しており、年齢別では 20 代が最も多かった。健康に関連する生活習慣では、過度の飲酒がない者は全体の 9 割、朝食を摂取している者は 8 割、規則的な睡眠をとっている者は 7 割であったが、定期的に運動を行っている者は 3 割と低率であった。各生活習慣の有無と年齢階級の χ^2 -test では有意差はみられなかった。

次年度は、サンプルサイズを拡大するために、これまでの調査を続行し、さらに他要因との関連について解析を進める。支援ガイドライン作成については、菅原によるこれまでの関連研究、および、未発表の内部調査のデータを含めて、平成 18 年度に検討する。

A. 研究目的

現在地域生活を送っている精神障害者について、ライフステージの観点から、健康に関わ
る生活習慣の実態を年齢階級別に明らかにする。

B. 研究方法

対象： 現在地域で生活しており、かつ、原疾患が統合失調症である精神障害者を対象とした。原疾患の特性を考慮し、対象者の安心感と調査後のコンディションのフォローを確保するため、今年度の協力呼びかけは、分担研究者：菅原が直接関わっている医療機関のデイケア参加者に限定した。他機関での調査については、その結果を考慮した上で拡大することとした。また、調査への参加が病勢に適当でない者は、デイケア所属先のスタッフの判断により対象から除外した。参加者の調査後のフォローにもスタッフの協力を求めた。

今年度の分担研究報告は、本調査に先だつて行った1診療所での予備調査と、2005年2月末までに集計された2つのデイケアでの本調査の結果をまとめたものである。

予備調査は、都内の1医療機関にて行った。研究協力者らが主治医および心理療法を担当していて容態把握・迅速なフォローが可能であり、かつ、地域生活を送っている統合失調症の患者3人に、予備調査への協力を依頼した。

本調査(今年度報告分)は、都内および神奈川県内の2医療機関でのデイケアにて行った。いずれも、分担研究者：菅原が直接関わっている医療機関である。各デイケアの登録人数は調査実施時点で99人と67人、計166人であった。ただし、この登録者には統合失調

症以外の精神障害者も含まれているので、調査票回収時に病名を確認し、分析対象からは除外することとした。

予備調査の3人を含めて、計169人が対象として把握された。

調査期間： 2004年4月から9月にかけて、無記名自記式調査票を配布・回収した。

方法： 研究協力者らが現地に赴いて調査説明会を開き、調査への同意が確認できた者に対して、無記名自記式アンケートの調査票を配布した。調査は原則として、調査先の医療およびデイケア・スタッフと研究協力員の立ち会いの下で集団で実施、その場で回収した。ただし、本人が希望すれば自宅に持ち帰って回答し、後日提出することも可能とした。

調査票の構成： 調査事項は、「基本的属性」、「生活状況」、「心身の状態」、「活動」、「社会参加」、「健康サービス」、「生活満足度」からなる。

「心身の状態」、「活動」、「社会参加」、「健康サービス」の構造は、WHOの国際障害分類(ICIDH-2 β2版)を元に作成したものである。「活動」および「社会参加」については、その項目内容も国際障害分類に基づいて作成した。「生活満足度」は我々がオリジナルに設けた項目であり、生活のさまざまな側面をすべて総合して考えたときに、生活全体としてど

の程度満足しているかを問う項目である。また、「心身の状態」、「活動」、「社会参加」、「健康サービス」、「生活満足度」については、障害の経年変化を示すため、それぞれ経時的視覚アナログ尺度 (VAST: Visual Analogue Scale for Time Course) の記載を求めた。こ

れは、縦軸を主観的体験の強度、横軸を時間経過として、体験の経時的変化をグラフで示すものである。

国際障害分類の概念構造と調査票の項目の構造の対応を図 1 に示す。

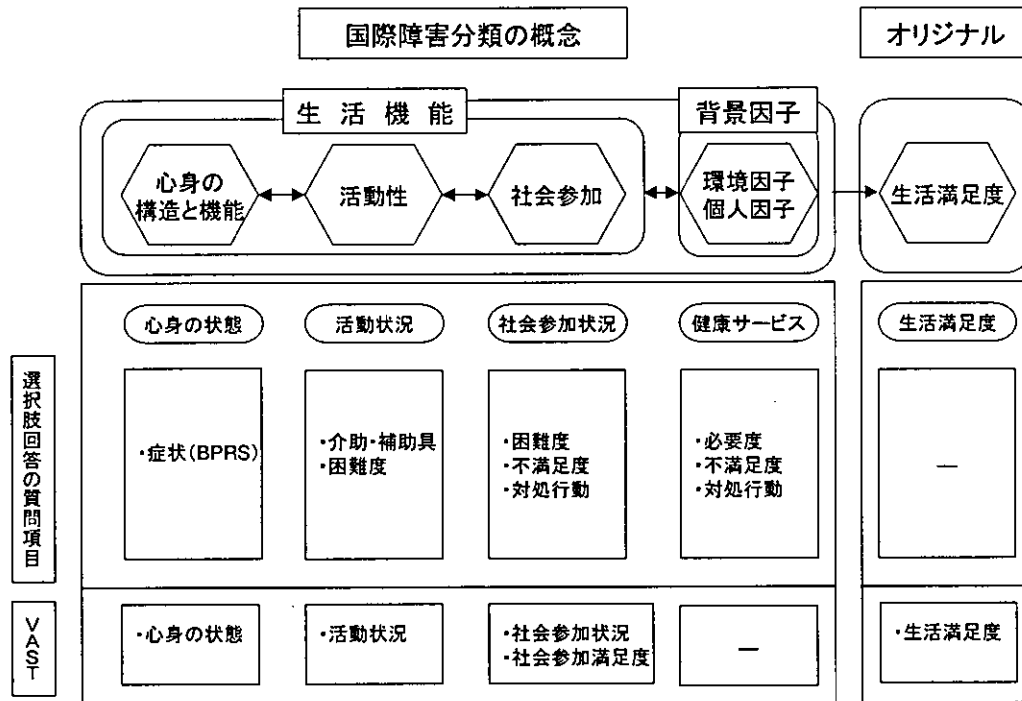


図 1 国際障害分類の概念構造と調査票の項目の対応

「心身の状態」の把握には、精神病患者の症状把握のために Overall JE と Gorham DR (1962) が開発した、Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) の項目を用いた。BPRS は、医療スタッフが患者の精神症状についてそれぞれ 7 段階で評価する尺度である。作成された当初は 16 項目であったが、1972 年に 2 項目が追加され、18 項目となっている。

この 18 項目は、医療スタッフの観察所見に基づく評価 6 項目と、患者の言語報告に基づく評価 12 項目に分かれている。本調査では 18 項目すべてを、本人による症状の自己評価を訊く項目として応用し、各項目について 7 段階で評価を求めた。さらに、同項目を従来通りに用いて、デイケア・スタッフによる評価も求め、両者を比較することとした。「心身の状態」の項

目を表 1 に示す。

表 1 「心身の状態」の項目

1. 身体の病気が気になって仕方ない
2. 身体的緊張が強い
3. 不自然な表情・姿勢・仕草を繰り返す
4. 身体の動きが鈍くなったり、動かしくかたったりする
5. 診察室に敵意や反感を持つ
6. 気分が高揚したり、強い苛立ちを感じたり、反応が過剰になったりする
7. 身体の病気が気になって仕方ない
8. 不安や恐怖感がある
9. 考えがまとまらずバラバラになる
10. 自分がしたことに罪悪感を感じている
11. 自分には並はずれた能力や富や使命があると感じる
12. 落ち込んだり憂うつな気分になる
13. 人に怒りや敵意を持つ
14. 他人が自分に悪意を持っていると感じる
15. いるはずのない人の声が聞こえたり姿が見えたりする
16. 奇妙でおかしな考えが浮かぶ
17. 感情が鈍っていたり感情が表に出なくなったりしている
18. 時や場所や人が分からなくなったり、混乱したりする

0: ない 1: ごく弱い 2: 弱い 3: 中等度
4: やや強い 5: 強い 6: 非常に強い の 7
段階で評定

「生活状況」には、就業、居住形態、介助、診断時年齢、障害年金、精神障害者保健福祉手帳などの項目の他に、健康に関連する生活習慣について問う項目：「生活習慣」を設けた。「生活習慣」では、「Breslow の 7 つの健康習慣」(Belloc & Breslow, 1972)に該当する「運動」、「喫煙」、「飲酒」、「肥満」、「睡眠

時間」、「朝食摂取」、「間食」について、現在の自分が該当するかどうかを、「はい」・「いいえ」で回答を求めた。「生活習慣」の項目を表 2 に示す。

表 2 「生活習慣」の項目

- a. 定期的に運動を行っている
- b. 喫煙している
- c. 過度の飲酒をしている
- d. 適正体重を維持している
- e. 規則的な睡眠(7~8 時間)をとっている
- f. 朝食を摂取している
- g. 間食をしている

「はい」・「いいえ」の 2 択で回答

倫理面への配慮： 調査への参加にあたっては、対象者に調査の主旨を説明し、同意を得た上で実施した。その際、本調査に参加しなくても、今後の治療関係には影響がないことについても説明した。個人情報管理には十分留意し、データの紛失・漏洩等がないよう管理している。データの保管場所は東邦大学医学部内とし、データの閲覧が可能なのは、本研究の分担研究者と研究協力者のみとした。データベース作成においては、氏名を秘匿している。研究成果を発表する際は個々の対象者を特定できないように留意した。また、対象者の健康状態に悪影響のないよう留意した。

C. 結果

本年度は、3医療機関から計61の回答を得た。このうち、原疾患が統合失調症でない

明した7人を除外し、有効回答は54票とした。上記7人を調査対象者から除外した162人からの回収率は33.3%であった。回答者属性：表3に回答者属性を示す。

表3 回答者属性 人数(%)

項目		N=54		
		男性	女性	全体
性別	別	29 (53.7)	25 (46.3)	54 (100)
現年齢				
	20代	12 (41.4)	8 (32.0)	20 (37.0)
	30代	6 (20.7)	9 (36.0)	15 (27.8)
	40代	7 (24.1)	4 (16.0)	11 (20.4)
	50代	4 (13.8)	4 (16.0)	8 (14.8)
診断時年齢				
	10代	9 (31.0)	13 (52.0)	22 (40.7)
	20代	13 (44.8)	6 (24.0)	19 (35.2)
	30代	6 (20.7)	4 (16.0)	10 (18.5)
	40代	1 (3.4)	1 (4.0)	2 (3.7)
	50代	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (1.9)
診断後経過年数				
	10年未満	13 (44.8)	10 (40.0)	23 (42.6)
	10~19年	11 (37.9)	12 (48.0)	23 (42.6)
	20~29年	3 (10.3)	2 (8.0)	5 (9.3)
	30~39年	2 (6.9)	1 (4.0)	3 (5.6)

注1：度数は、性別のみ横100%、他の項目は縦100%である。

注2：性別による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差は見られなかった。

「性別」は、男性が53.7%で、男女比はほぼ半々であった。「現年齢」は20歳から59歳に分布し、20代が37.0%と最も高率であった。「診断時年齢」は11歳から56歳に分布し、10代が40.7%と最も高率であった。「診断後経過年数」は、1年から38年に分布し、10年未

満と10年以上19年以下が同数で、両階級を合計すると85.2%となった。なお、診断後1年の者は5.6%であった。

性別による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差はみられなかった。

点未満と25点以上で低群・高群に分けて、回

答者属性をBPRS得点別に示した。BPRS無回答の者が1人だったので、BPRS得点低群は25人、高群は28人となった。結果を表4に示す。

BPRS得点の群別比較で χ^2 -testを行った

ところ、診断後経過年数については5%水準で有意差がみられた。BPRS得点が25点未満の低群では診断後経過年数10年未満の者が相対的に多く、高群では10年から19年、20年から29年の者が多かった。

表4 BPRSの得点別にみた回答者属性 人数(%)

項目	BPRS得点		無回答
	25点未満	25点以上	
N=54			
性別			
男性	14 (56.0)	14 (50.0)	1 (100)
女性	11 (44.0)	14 (50.0)	0 (0.0)
現年齢			
20代	9 (36.0)	11 (39.3)	0 (0.0)
30代	6 (24.0)	9 (32.1)	0 (0.0)
40代	5 (20.0)	5 (17.9)	1 (100)
50代	5 (20.0)	3 (10.7)	0 (0.0)
診断時年齢			
10代	5 (20.0)	16 (57.1)	1 (100)
20代	12 (48.0)	7 (25.0)	0 (0.0)
30代	5 (20.0)	5 (17.9)	0 (0.0)
40代	2 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
50代	1 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
診断後経過年**			
10年未満	15 (60.0)	8 (28.6)	0 (0.0)
10~19年	8 (32.0)	15 (53.6)	0 (0.0)
20~29年	0 (0.0)	4 (14.3)	1 (100)
30~39年	2 (8.0)	1 (3.6)	0 (0.0)

注1：各項目の度数は縦100%である。

注2：BPRSの群別の比較で χ^2 -testを行った。

*：p<.05, **：p<.01, ***：p<.001を意味する。

生活状況：表5に生活状況を示す。

なお、「生活習慣」の集計結果については、

本表とは別に、単独で表7：「生活習慣」に記

載する。

表5 生活状況 人数(%)

		N=54		
項目		男性	女性	全体
居 住 形 態				
単身		5 (17.2)	4 (16.0)	9 (16.7)
同居		23 (79.3)	19 (76.0)	42 (77.8)
グループホーム		0 (0.0)	1 (4.0)	1 (1.9)
施設		0 (0.0)	1 (4.0)	1 (1.9)
無回答		1 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.9)
介 助 者				
不必要：いない		4 (13.8)	6 (24.0)	10 (18.5)
必要：いない		2 (6.9)	2 (8.0)	4 (7.4)
必要：いる		23 (79.3)	17 (68.0)	40 (74.1)
主たる介助者				
父親・母親		20 (69.0)	11 (44.0)	31 (57.4)
兄弟姉妹		0 (0.0)	3 (12.0)	3 (5.6)
夫・妻		1 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.9)
子ども・その配偶者		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
隣人・知人		3 (10.3)	0 (0.0)	3 (5.6)
ボランティア		0 (0.0)	1 (4.0)	1 (1.9)
介助専門職		1 (3.4)	3 (12.0)	4 (7.4)
その他		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答		4 (13.8)	7 (28.0)	11 (20.4)
就 業				
就業している		4 (13.8)	6 (24.0)	10 (18.5)
家事就労		2 (6.9)	6 (24.0)	8 (14.8)
就業していない		23 (79.3)	13 (52.0)	36 (66.7)
障 害 年 金				
1級		6 (20.7)	7 (28.0)	13 (24.1)
2級		5 (17.2)	8 (32.0)	13 (24.1)
3級		3 (10.3)	2 (8.0)	5 (9.3)
受けていない		13 (44.8)	8 (32.0)	21 (38.9)
無回答		2 (6.9)	0 (0.0)	2 (3.7)
精神障害者保健福祉手帳				
1級		5 (17.2)	5 (20.0)	10 (18.5)
2級		6 (20.7)	9 (36.0)	15 (27.8)
3級		3 (10.3)	4 (16.0)	7 (13.0)
持っていない		14 (48.3)	6 (24.0)	20 (37.0)
無回答		1 (3.4)	1 (4.0)	2 (3.7)

注1：各項目の度数は縦100%である。

注2：性別による比較で χ^2 -testを行ったが、
いずれの項目も5%水準で有意差は見られなかった。

「居住形態」は、家族との同居が 77.8%と最も高率であった。「介助者」は、いると回答した者が 74.1%と最も高率で、主たる介護者は親が高率であった。介助者が必要であるのにいない者は 7.4%みられた。「就業」は、していな

いと回答した者が 66.7%であった。「障害年金」は 57.4%が受給、「精神障害者保健福祉手帳」は 59.3%が所持していた。

性別による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も 5%水準で有意差はみられなかつ

た。 年齢階級による比較で χ^2 -test を行ったが、
 さらに、ライフステージから生活状況をみると、いずれの項目も 5%水準で有意差はみられな
 めに、年齢階級別の生活状況を表 6 に示した。 かった。

表 6 年齢階級別にみた生活状況 人数(%)

		N=54			
項目		20代	30代	40代	50代
居 住 形 態					
単身		3 (15.0)	1 (6.7)	1 (9.1)	4 (50.0)
同居		15 (75.0)	14 (93.3)	10 (90.9)	3 (37.5)
グループホーム		1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
施設		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)
無回答		1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
介 助 者					
不必要：いない		4 (20.0)	2 (13.3)	2 (18.2)	2 (25.0)
必要：いない		1 (5.0)	1 (6.7)	1 (9.1)	1 (12.5)
必要：いる		15 (75.0)	12 (80.0)	8 (72.7)	5 (62.5)
就 業					
就業している		4 (20.0)	2 (13.3)	2 (18.2)	2 (25.0)
家事就労		3 (15.0)	4 (26.7)	1 (9.1)	0 (0.0)
就業していない		13 (65.0)	9 (60.0)	8 (72.7)	6 (75.0)
障 害 年 金					
1級		2 (10.0)	3 (20.0)	5 (45.5)	3 (37.5)
2級		4 (20.0)	4 (26.7)	2 (18.2)	3 (37.5)
3級		2 (10.0)	1 (6.7)	2 (18.2)	0 (0.0)
受けていない		12 (60.0)	7 (46.7)	1 (9.1)	1 (12.5)
無回答		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (12.5)
精神障害者保健福祉手帳					
1級		1 (5.0)	3 (20.0)	3 (27.3)	3 (37.5)
2級		4 (20.0)	6 (40.0)	3 (27.3)	2 (25.0)
3級		2 (10.0)	2 (13.3)	2 (18.2)	1 (12.5)
持っていない		13 (65.0)	4 (26.7)	1 (9.1)	2 (25.0)
無回答		0 (0.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	0 (0.0)

注1：各項目の度数は縦100%である。

注2：年齢群別による比較で χ^2 -testを行ったが、
 いずれの項目も5%水準で有意差は見られなかった。

表7に健康に関連する「生活習慣」を示す。

表7 生活習慣 人数(%)

N=54			
項目	男性	女性	全体
定期的な運動			
あり	11 (37.9)	7 (28.0)	18 (33.3)
なし	18 (62.1)	18 (72.0)	36 (66.7)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
喫煙			
あり	15 (51.7)	8 (32.0)	23 (42.6)
なし	14 (48.3)	17 (68.0)	31 (57.4)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
過度の飲酒			
あり	3 (10.3)	0 (0.0)	3 (5.6)
なし	25 (86.2)	25 (100)	50 (92.6)
無回答	1 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.9)
適正体重の維持			
あり	14 (48.3)	12 (48.0)	26 (48.1)
なし	13 (44.8)	13 (52.0)	26 (48.1)
無回答	2 (6.9)	0 (0.0)	2 (3.7)
規則的な睡眠			
あり	21 (72.4)	17 (68.0)	38 (70.4)
なし	8 (27.6)	8 (32.0)	16 (29.6)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
朝食摂取			
あり	21 (72.4)	22 (88.0)	43 (79.6)
なし	8 (27.6)	3 (12.0)	11 (20.4)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
間食			
あり	12 (41.4)	14 (56.0)	26 (48.1)
なし	17 (58.6)	11 (44.0)	28 (51.9)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

注1：各項目の度数は縦100%である。

注2：性別による比較で χ^2 -testを行ったが、
いずれの項目も5%水準で有意差は見られなかった。

定期的な運動を行っている者 33.3%、喫煙 %、規則的な睡眠をとっている者 70.4%、朝食を摂取している者 79.6%、間食をしていない者 57.4%、過度の飲酒をしていない者 92.6%、適正体重を維持している者 48.1 %、間食をしていない者 51.9%であった。定期的運動や適性体

重の維持、間食、喫煙の習慣には問題があった。性別による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差はみられなかった。

さらに、ライフステージから生活習慣をみると、

年齢階級別の生活習慣を表8に示した。年齢階級による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差はみられなかった。

表8 年齢階級別にみた生活習慣 人数(%)

N=54				
項目	20代	30代	40代	50代
定期的な運動				
あり	8 (40.0)	5 (33.3)	3 (27.3)	2 (25.0)
なし	12 (60.0)	10 (66.7)	8 (72.7)	6 (75.0)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
喫煙				
あり	9 (45.0)	4 (26.7)	7 (63.6)	3 (37.5)
なし	11 (55.0)	11 (73.3)	4 (36.4)	5 (62.5)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
過度の飲酒				
あり	2 (10.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
なし	18 (90.0)	13 (86.7)	11 (100)	8 (100)
無回答	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
適正体重の維持				
あり	12 (60.0)	7 (46.7)	3 (27.3)	4 (50.0)
なし	8 (40.0)	7 (46.7)	8 (72.7)	3 (37.5)
無回答	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	1 (12.5)
規則的な睡眠				
あり	13 (65.0)	13 (86.7)	7 (63.6)	5 (62.5)
なし	7 (35.0)	2 (13.3)	4 (36.4)	3 (37.5)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
朝食摂取				
あり	14 (70.0)	13 (86.7)	8 (72.7)	8 (100)
なし	6 (30.0)	2 (13.3)	3 (27.3)	0 (0.0)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
間食				
あり	12 (60.0)	6 (40.0)	4 (36.4)	4 (50.0)
なし	8 (40.0)	9 (60.0)	7 (63.6)	4 (50.0)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

注1: 各項目の度数は縦100%である。

注2: 年齢群別による比較で χ^2 -testを行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差は見られなかった。

最後に、BPRS 得点別にみた回答者の生活習慣を表 9 に示した。BPRS 得点の群別比較で χ^2 -test を行ったが、いずれの項目も 5% 水準で有意差はみられなかった。

表 9 BPRS の得点別にみた生活習慣 人数(%) N=54

項目	BPRS得点		無回答
	25点未満	25点以上	
定期的な運動			
あり	8 (32.0)	10 (35.7)	0 (0.0)
なし	17 (68.0)	18 (64.3)	1 (100)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
喫煙			
あり	10 (40.0)	12 (42.9)	1 (100)
なし	15 (60.0)	16 (57.1)	0 (0.0)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
過度の飲酒			
あり	1 (4.0)	2 (7.1)	0 (0.0)
なし	24 (96.0)	25 (89.3)	1 (100)
無回答	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)
適正体重の維持			
あり	13 (52.0)	13 (46.4)	0 (0.0)
なし	11 (44.0)	14 (50.0)	1 (100)
無回答	1 (4.0)	1 (3.6)	0 (0.0)
規則的な睡眠			
あり	19 (76.0)	19 (67.9)	0 (0.0)
なし	6 (24.0)	9 (32.1)	1 (100)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
朝食摂取			
あり	21 (84.0)	22 (78.6)	0 (0.0)
なし	4 (16.0)	6 (21.4)	1 (100)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
間食			
あり	11 (44.0)	15 (53.6)	0 (0.0)
なし	14 (56.0)	13 (46.4)	1 (100)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

注1: 度数は、性別のみ横100%、他の項目は縦100%である。

注2: BPRSの群別の比較で χ^2 -test を行ったが、いずれの項目も5%水準で有意差は見られなかった。

D. 考察

今回解析の対象とした精神障害者は、主に医療機関のデイケアに通所している統合失調症患者であった。年齢分布は若年に偏っていた。

7つの生活習慣の有無をみると、健康に悪影響を及ぼす可能性のある生活習慣として該当者の比率が高かった項目には、定期的な運動、適性体重が維持できていないこと、間食、喫煙などが挙げられる。

年齢階級別にみると、定期的な運動習慣のない者の割合は、どの年代においても運動習慣のある者の割合を上回っており、その割合は年齢が上がるにつれて上昇していた。50代では定期的な運動習慣がある者は4分の1にまで減少していた。平成14年国民栄養調査結果での運動習慣者割合が、20代の17.0%から60代の40.8%まで年齢が上がるにつれて上昇していたのとは、逆の傾向であった。中高年の精神障害者の運動習慣を確立していくことが課題である。

間食の習慣は40代では少なく、20代で最も高率であったが、体重の問題は40代で顕著であった。体重の問題は若年時のライフスタイルが後年に影響するので、早くからの指導が必要であろう。ただし、適正体重であるかどうかは自己評価なので、必ずしも客観的データとは一致しない。平成14年国民栄養調査結果では、自分の体型に対する自己評価をみる

と、男性では自分の体型を適正に把握している者が多いが、女性では現実の体型が「普通」であるにもかかわらず「太っている」と自己評価している者が多くみられることが報告されている。また、適正体重のオーバーには、症状としての不活発さや服薬の影響などもあると考えられる。

喫煙習慣者は40代で6割と高率であり、30代で最も低かった。平成14年国民栄養調査結果では、喫煙率は男性43.3%、女性10.2%、総数24.0%であり、本調査結果の男性51.7%、女性32.0%、総数42.6%と比較すると、精神障害者の喫煙率が高いことがうかがえる。年齢階級別にみると、平成14年国民栄養調査結果では20代が32.4%で最も高く、年齢が上がるにつれて減少していたが、本調査では20代以上に40代での喫煙率が高く、6割以上が喫煙していた。

過度の飲酒の習慣がある者の割合は、最も高率であった20代においても1割で、飲酒習慣者の全国平均25.4%(平成14年国民栄養調査)と比較しても低率であった。ただし、本調査と国民栄養調査では飲酒習慣についての訊き方が異なるので、一概に比較はできない。

睡眠・休養を十分とっている者の割合は、平成14年国民栄養調査結果では男女とも約7割で、本調査でも同様の結果がみられた。

生活習慣の有無と年齢階級の χ^2 -testでは、いずれの項目においても5%水準で有意差が