

# 統合失調症患者の退院後にも肥満が持続する プロセスと看護介入

斎藤まさ子・内藤 守  
新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

## Process of Obese Continuation Even After Discharge in Patients with Schizophrenia and Nursing Intervention for Them

Masako Saito, Mamoru Naito  
NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### 要旨

本研究は、入院体験を契機に肥満となり退院後も肥満が持続している統合失調症当事者の、肥満になったきっかけと肥満が持続するプロセスを明らかにし、援助的視点を得ることを目的とした。N市内の地域活動支援センターに通う3名の当事者に対して半構造的インタビューを行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。

その結果、3点の援助の必要性が明らかとなった。第一に、肥満を予防するために、入院中と退院後の活動性拡大の機会を見逃さない。急性期を脱し回復期初期の段階で、「暇」や「退屈」と感じる時を見定め、慎重に活動性拡大のアプローチを勧めて行く。第二に、抗精神病薬の副作用について正確な知識を普及し、主体的な肥満対策ができるように援助する。第三に、効果的な減量のための家族を含めた積極的な相談体制を確立する。

### キーワード

統合失調症、肥満、活動性、抗精神病薬、相談体制

### Abstract

The purpose of this study is to clarify why schizophrenics who become obese while in hospital remain obese even after they leave hospital, along with the process through which their obesity continues, and to obtain a perspective for aid and support. Three out-patients at the Regional Activity Support Center in N City, were interviewed in a semi-structured way and analysis was carried out using the revised version of the Grounded Theory Approach.

As a result, the need for three items of aid was identified. Firstly, in order to prevent obesity, not to miss any opportunity for broadening patients' sphere of activities while they are in hospital and afterwards. At the stage where patients are over the acute phase and have started the recovery phase, to seize on moments when they feel "bored" or that they have "time on their hands" and cautiously recommend an activity-broadening approach. Secondly, to disseminate accurate knowledge about the side effects of anti-psychotic drugs and give patients help so that they can take independent measures against obesity. Thirdly, to establish a positive consultation system including the family to bring about an effective reduction in the quantity of food.

### Key words

Schizophrenia, obesity, sphere of activities, anti-psychotic drugs, consultation system

## I はじめに

統合失調症と肥満との関連については、症状の影響による活動性低下や食生活など患者自身の特性とともに、抗精神病薬の影響によるものと考えられてきた。さらに、1990年代の第二世代抗精神病薬の登場により、抗精神病薬の副作用の主軸がそれまでの錐体外路症状から肥満を含めたメタボリック・シンドロームのリスクへと移行していることが明らかとなっている<sup>1) 2)</sup>。小渡らの研究では、単科精神科病院を対象として、入院患者と外来患者のBMI (Body mass index) 指数を検討したところ、男性の約1/3が、女性の約1/2が肥満者であった。さらに、肥満者数の入院群と通院群との比較では、通院群が入院群の倍近くに及んでおり、通院群の場合は食事管理や栄養指導などの管理がないことが大きいのではないかと指摘している<sup>3)</sup>。これについては長嶺も同様な問題を挙げている<sup>4)</sup>。

この状況は、やがて心血管系イベントや糖尿病など様々な身体合併症の根源的リスクとなるばかりでなく、動くのが億劫になる、人目を気にして外出を控えひきこもりぎみになるという、身体面や心理面からくる活動性の低下も併存し、いずれもQOL (Quality of Life) に大きな影響を与えている<sup>6)</sup>。

身体合併症やQOL低下のリスク対策として、入院患者やデイケアに通うメンバーを対象とした、食事や運動などの行動変容目的の健康管理プログラムを実施する施設が増えており、これに関する研究も、医師や薬剤師、看護と領域を超えて発表されている<sup>7) 8)</sup>。しかし、精神科病院を退院し外来に通う患者が、

服薬を継続しながら日常生活のなかで肥満をどのように捉え、どう対応しているかについて、患者の思いに焦点を当てた研究は見当たらない。筆者らは、外来通院する統合失調症当事者6名に面接調査し、体重管理を主体的に実践していくプロセスを明らかにし、援助的視点について考察した<sup>9)</sup>。そこでは、退院後の主体的な体重管理に焦点を当てているため、入院中や退院直後の体重増加の状況や肥満の持続に関しては分析の対象外であった。

本研究は、前述の6名のうち自らを「肥満」と表現し、入院体験を契機に体重が増加したまま改善されずに持続している3名について、肥満になったきっかけと、その持続に関するプロセスを明らかにし、看護の援助的視点を明らかにすることを目的とする。

## II 方法

### 1. 対象者

N市の地域活動支援センターに通う、精神科病院に入院歴のある統合失調症患者で、入院体験により体重増加をきたし、それが持続している3名である(表1)。3名とも女性で、年齢は20代1名、30代2名である。入院経験は1-2回で、最後に入院した時期は1-10年前であり、入院期間は1.5-5カ月である。入院中もしくは退院後に5kgから20kgという顕著な体重増加を体験しており、体重増加の時期は、入院中から退院後にかけてが1名、退院後からが2名であった。内服する抗精神病薬は、第一世代抗精神病薬が1名、第二世代抗精神病薬が2名であった。

表1 分析対象者の情報

対象者	性別	年代	最終入院時期	入院期間	入院回数	体重増加の状況と時期
A	女	20代	1年前	2か月	2回	退院後に10kg以上増加
B	女	30代	10年前	1.5か月	1回	入院中に20kgと退院後
C	女	30代	7年前	5か月	1回	退院後に徐々に増加

## 2. 調査期間

調査期間は、2008年5月から12月である。

て文書を提示しながら説明し、同意書に署名を求め承諾を得た。

## 3. データ収集

事前に施設代表者に承諾を得た上で、地域活動支援センター（以降センターとする）を訪問し、通所者に直接研究の主旨を説明した。施設代表者の調整日にセンターに出向き、協力の得られた対象者に半構造的インタビューを行った。許可を得た上で内容を録音し、逐語録にしたデータを分析対象とした。主要な質問は、体重増加についての考えと対策、内服薬と体重との関係の捉え方、入院中や外来での体重管理ケアに関する医師や看護師との関わりについてである。時間は疲労に考慮し、40分を上限とした。

## 4. 倫理的配慮

研究協力者へ本研究の目的や方法、および、中途での研究中止の保障、プライバシー保護（ICレコーダーの厳重な管理と消去、個人が特定できないための万全な配慮）につい

## 5. 分析方法

本研究では、帰納的な質的調査の方法論の1つであるグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以降GT法）を用いて分析した。研究方法としてGT法を用いたのは、データに密着した分析から独自の説明概念をつくるGT法が、研究目的に適していると判断したからである。さらに、本研究のように限定的な研究領域において、説明力のある理論を構築するには優れた方法であるからである。本論文の分析は、より活用しやすいように開発された、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以降M-GTA）を用いた。M-GTAでは、収集したデータの全体を見て、分析テーマを設定する<sup>11)</sup>。本論では、「肥満となるプロセス」、「肥満持続のプロセス」、「減量を阻むもの」とした。分析ワークシート（表2）を作成し、概念の定義、具体例を記入し、理論的メモを作成した。生成した概念の有効性を

表2 分析ワークシート

概念名	頼れる薬という信頼
定義	服薬は面倒ではあるが、飲まないと症状や体調が悪化するため、症状安定のためには必需品だと思っていること。
ヴァリエーション (具体例)	A1「正直面倒くさいとは思いますが、飲まないとやっぱり症状が悪化しちゃいますし、眠れません。わたしの寝る前に飲んでるんですけど、朝と昼は飲まないで。なんで飲まないと眠れないんですね。必須ですね。暗示みたいなところがありますね」 B13「薬を飲み続けるために、家族の協力は特にありません。自分で飲むように心がけています。・・体重増加の薬はリスベリドンだと思います。できれば肥りにくい薬があればそちらの方に変えてもらえたらいいなと思いますけど」 C2「薬飲まないと体調がわるいんですよ、なんか頭がいたくなったり、だから頭痛薬ももらってきましたけど・・肥ったのでやめたいと思うときはあるけれど、やっぱり飲んでた方が楽なんで」
理論的メモ	薬への信頼は、症状が悪化して眠れなくなる、体調が悪くなり頭痛がするという、症状が表れることで実感しているようだ。Bは、10年間主体的に飲み続けていることが、薬に対する信頼に他ならないと判断する。 対極例：なし Bは、できれば太りくい薬があればそちらの方に変えてもらえたらいいと考えている。Cは肥ったことからやめたいと思うときがあるという。これらは、現在の薬に対する信頼とは別次元の問題なので、肥満と関連した薬への思いについては、別に概念名をあげる。

チェックするためにその都度対極例を探し、その概念がデータから生成可能かどうかを意識しながら、恣意的に解釈が偏らないようにした。次いで概念間の関係を図にしながら進めた。複数の最小単位概念からなるカテゴリーを生成し、結果をまとめて文章化を行った。

概念間の関係を図式化する段階で、専門家によるスーパービジョンを受けた。

### Ⅲ 結果と考察

#### 1. 肥満のきっかけと持続するプロセスの結果図

分析の結果は図1のとおりである。まず、結果図の全体的な流れを概念名およびカテゴリー名を用いて説明する。文中に、【 】で示したのが最小単位概念、< >がカテゴリーを意味する。肥満のきっかけと肥満が持続するプロセスは、6つのカテゴリーと、それを構成する14の概念、それに含まれない2つの概念で構成された。

対象者は、入院中に<間食でまぎらわす暇な時間>を過ごすことにより肥満となった。急性期を脱し【暇とを感じる時期から間食開始】となり、【したくてもすることがない日々】を間食することで紛らわしていた。この日々が肥満のきっかけとなった。看護師に対しては、忙しそうで【悩み相談に手が回らない看護師】像を抱いていた。退院後は<休んで食べて・引きこもり生活>を体験し、日中何もすることがないため、【食べて寝て引きこもり生活】を送った。それには、【家族が勧めるただただ休息】が大きく影響していた。この日々も大幅な体重増加を来した。やがて、肥満対策として<減量のための計画と実践>を開始した。方法は、主治医や看護師ではない【信頼できる専門職の活用】であり、【食べ物でカロリー制限】や、通所手段を【自転車と歩きの活用】に変えるなどの方法が取られた。一方、ダイエットに逆行するものとして<太るけどやめられない習慣>があり、気分が沈む時の【元気づけの高カロリーおやつ】や【断れない家族の食の勧め】などがあり、肥

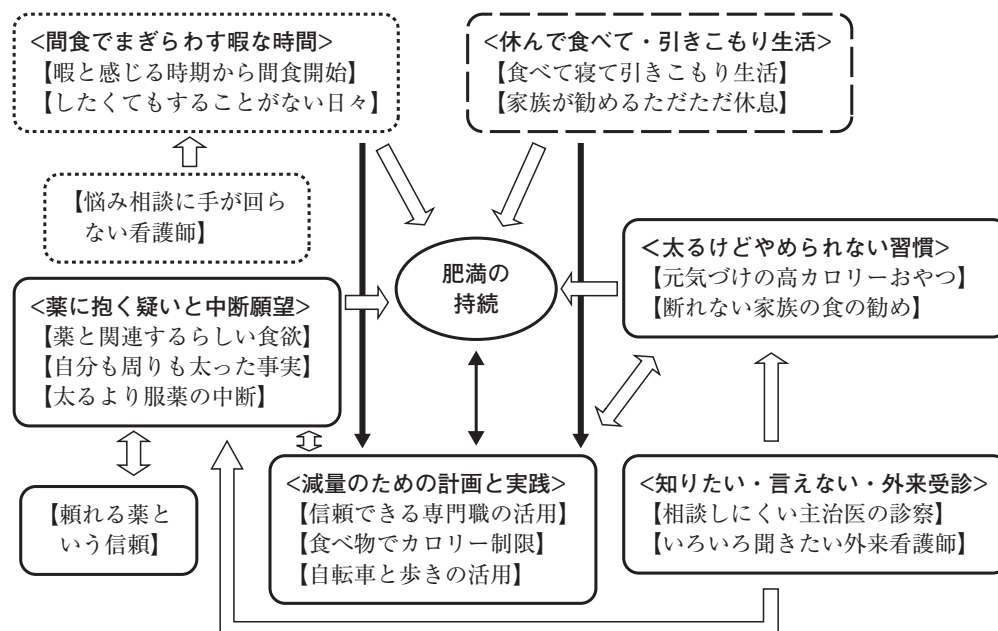


図1 肥満化と肥満の持続のプロセス

○ 入院中 □ 退院直後 □ 現在 < > カテゴリー名 【 】 概念名  
 → 変化の方向 ⇔ 影響の方向



満の持続を後押しするものであった。外来受診では、<知りたい・言えない・外来受診>であった。主治医との会話は症状に関連することのみで【相談しにくい主治医の診察】であり、看護師には【いろいろ聞きたい外来看護師】であった。処方薬に対しては<薬への疑いと中断願望>を抱き、それは【薬と関連するらしい食欲】と【自分も周りも太った事実】からという、正確な知識がないまま自らの体験から発生した疑いであり、ときには【太るより服薬の中断】を考慮することがあった。それらは、【頼れる薬という信頼】を脅かすものとなっていた。

## 2. カテゴリーごとの説明

### 1) <間食でまぎらわす暇な時間>

<間食でまぎらわす暇な時間>は、【暇と感じる時期から間食開始】、【したくてもすることがない日々】で構成された。急性期を脱し、徐々に症状が安定しても安静を勧められ、退屈を紛らわすために間食を繰り返すことにより、体重が増加した状況を示している。

【暇とを感じる時期から間食開始】とは、症状が落ち着いてくると「暇」と感じるようになり、間食を繰り返したことを表す概念である。「暇なので売店に行ってお菓子を食べてました」、「退屈でつい食べてました」と暇を売店通いや間食をすることで紛らわしていた。

【したくてもすることがない日々】とは、活動欲求が出てきたが、何もすることがなかったことを表す概念である。「最初は何もしたくなかった・・・だんだん病状が落ち着いてくるとなんかしたいと・・・」と、病状の安定とともに活動意欲が出てきたことを表していた。

### 2) 【悩み相談に手が回らない看護師】

【悩み相談に手が回らない看護師】とは、看護師に抱えていたことを相談したかったが、実際は忙しそうに密接にかかわってもらえなかったことを表す概念である。「相談に

乗って欲しい・・・看護師さんが一番近くにいるはずなんですけど、手が回らないようで」と、忙しそうに相談に乗ってもらえなかった看護師に対しての不満が、遠慮がちに表現された。

### 3) <休んで食べて・引きこもり生活>

<休んで食べて・引きこもり生活>は、【食べて寝て引きこもり生活】、【家族が勧めるただただ休息】で構成され、退院後は家族が勧めるまま休息を優先し、家に引きこもって食べては寝る生活をしていたため、体重が増加した状況を示している。

【食べて寝て引きこもり生活】とは、退院後は家に引きこもっており、空腹のときはカロリーに考慮しないものを食べていた状況を指す。「ゲームだけやって布団にもぐって・・・お腹すいたら自分で冷凍食品買いに行つて。そういうのって高カロリーなんですよ、それで太ったんです」と、体重の急激な増加がそのころの生活に起因しているものと自らアセスメントしている。

【家族が勧めるただただ休息】とは、家族がとにかく休息を促した状況を示している。「休め休めと、やっぱり親もわからないんで、どういう風にしたらいいかとか」と退院後の生活について、家族もよくわからないまま休息を促した状況を示している。

### 4) <減量のための計画と実践>

<減量のための計画と実践>は、【信頼できる専門職の活用】、【食べ物でカロリー制限】、【自転車と歩きの活用】で構成され、それぞれの生活体験で減量の必要性を実感し、日常生活の中で工夫しながら減量の努力を重ねている状況を示している。

【信頼できる専門職の活用】とは、減量のために、信頼できるまわりの専門職に相談したりアドバイスをもらっている状況を指す概念である。「かかりつけの小児科医に相談し、歩いた方がいいと言われて」「月に1・2回体力測定があり、その栄養士に聞いてお弁当

に変えました」と、精神科の主治医や看護師ではなく、身の周りにいる専門家を上手く活用していた。

【食べ物でカロリー制限】とは、減量のためにカロリーに配慮した食材や食事量、飲料などにしている状況を指す。「お弁当に変えたんです。前はカップラーメンでした」「コーヒー牛乳は飲まないでポカリとかに」「センターで甘いお菓子が出るのが一番困ります。食べないで我慢してる」などと、カロリーの高いカップラーメンや砂糖含有量が多いコーヒー牛乳をやめ、さらに通所先でのお菓子も控えるなど、カロリー制限に努力していた。

【自転車と歩きの活用】とは、減量のためにセンターへの道程に、自転車や歩きを入れる工夫をしている状況を表す概念である。「自転車にしようかなって」「できるだけ歩くようにしています。たまに駅まで歩くこともあります」「自転車で25分かけて通ってます」と、バスで通っていた毎日の通所の方法を、歩きや自転車など、より運動量の多いものに変えるという工夫をしていた。

#### 5) <太るけどやめられない習慣>

<太るけどやめられない習慣>は、【元気づけの高カロリーおやつ】、【断れない家族の食の勧め】で構成され、減量の努力の反面、逆行する行動をしている状況が表現された。

【元気づけの高カロリーおやつ】とは、元気づけのためにカロリーの高いお菓子を食べることを指す概念である。「薬飲んでてもたまにへこむときがあり、大きなプリンアラモードのような甘いものを食べると気分がよくなることが、結構あります」「なるべくやらないようにはしていますが」と、減量に逆効果とわかっていながら、元気がない時は精神安定剤の役割を果たす甘いものを食べていた。

【断れない家族の食の勧め】とは、家族が勧める食事や間食を、断れないで食べている状況を表す概念である。「帰るとお母さんがお腹すいた？ ご飯食べなさいと・・・夕飯前のど

んぶり飯です」、「言われたら食べないわけにはいかない」と、家族の思いやりに対しては、無条件で応える姿が示された。また、「母は働きながら食事を作ってくれているので何も言えません」と、家族に作ってもらっているという感謝や申し訳なさから、ダイエット食を要求できず出されたものを食べるという気持ちを表現していた。

#### 6) <知りたい・言えない・外来受診>

<知りたい・言えない・外来受診>は、【相談しにくい主治医の診察】と【いろいろ聞きたい外来看護師】から構成される。外来受診時に主治医とは、症状や処方薬などに関する決まった会話がなされるが、それ以外の相談はしにくい状況であり、外来看護師に対しては聞きたいことがいろいろあるが聞けてない状況を示している。

【相談しにくい主治医の診察】は、主治医とは症状に関連する決まった話題が中心であり、それ以外は相談しにくい状況を表す概念である。「相談になると困るみたいで、精神科の医師は薬とかの面で詳しいだけですから」、「主治医はいつも聞くことが決まっています」と、主治医は疾病に関すること以外の会話をしたがる人という認識があった。その反面、「体重が増え気味なところを聞きたいです」と、本音は主治医に相談したいという思いを表していた。

【いろいろ聞きたい外来看護師】は、外来受診時に看護師からのアプローチが全くないが、肥満についていろいろ聞きたいことがある状況を表す概念である。「看護師さんは何も言わないです」、「体重増加についてどういうことをしたら一番やせやすいとか、食事に関する説明とか、あとは薬の説明とか、そこら辺のことを詳しく聞きたいですね」と、看護師から何もアプローチがないが、知りたいことはいろいろあるという思いを表していた。

#### 7) <薬に抱く疑いと中断願望>

<薬に抱く疑いと中断願望>は、【薬と関連

するらしい食欲】、【自分も周りも太った事実】、【太るより服薬の中断】から構成される。内服薬について、なんとなく太るらしいという疑いを抱いており、ときには服薬を中断したいと思う気持ちが表現された。

【薬と関連するらしい食欲】は、主治医から説明はないが、食欲が出るのは内服薬と関連しているらしいという認識を示す概念である。「何だか食欲がわくみたいで、よくお腹がすくんですよ」「体重増加の薬はリスペリドンだと思います」と、自ら服用する薬剤名を出して、それが太る薬だという判断していた。

【自分も周りも太った事実】は、抗精神病薬を服用している自分も周りの人も太っている事実から、肥満と関連があるらしいという認識を指す概念である。

【太るより服薬中断】とは、太った事実から服薬をやめたいと思う気持ちが生じることを説明する概念である。「やっぱり体重が増加になるみたい。太ったしやめたいと思うときはあります」と、太るらしい薬を継続して服用することへの葛藤が表現された。

#### 8) 【頼れる薬という信頼】

【頼れる薬という信頼】とは、服薬は面倒と感じながらも、症状悪化を防ぐためには必需品だと思っている状況を示している。「眠れるという、暗示みたいなところがあります」「薬飲まないと体調が悪くなります。頭が痛くなったり」と、服用することでの安心感や、服用しなければ体調を崩す体験から、薬の重要性を認識していた。

### 3. 全体の考察とまとめ

語りを詳細に分析した結果、肥満の持続に対する援助の視点として、《肥満を予防する：入院中と退院後の活動性拡大の時期を見逃さない》、《薬の副作用の正確な知識の普及》、《効果的な減量のための積極的な相談体制の確立》の3点について考察する。

#### 1) 肥満を予防する：入院中と退院後の活動性拡大の時期を見逃さない

そもそも肥満の原因は、入院中や退院直後の体重増加にあったので、それを予防することが大前提である。入院患者の高齢化、認知症患者の増加などから、精神看護においても身体合併症看護の知識やスキルが求められるようになってきているが、幻覚・妄想などの精神症状が混在化した患者をケアするため、精神症状の安定化にケアの視点が行きがちであることを、普段から意識して援助する必要がある。

対象者は、暇であることがないから間食をしていたという語りから、休息を尊重されるあまり、身体を動かすことがないまま間食を繰り返し、それが体重増加につながったと考えられる。入院期間が1.5-5カ月という比較的短期の入院であったが、一般的には急性期を脱して回復期初期であり、精神的な混乱から再び生活を取り戻していく時期といえる。従来からこの時期は十分な休息が必要であることから、症状の悪化や再燃することを懸念して、多少なりとも刺激が伴う活動範囲の拡大は慎重であった。

では、看護のアプローチとしてどのような活動範囲の拡大が可能であろうか。この時期のリハビリテーションの意義について山根は、絶対安静が必要な急性状態を抜け出した後の、基本的な心身の機能の回復を挙げている<sup>12)</sup>。それは、基礎体力の回復や、1日の生活リズムを回復することから始まり、具体的な活動としては、自分の身の回りのこと（身辺処理）くらいはできるようにすることだと述べている。また、野中は、早期リハビリテーションについて事例をあげ、作業療法士と看護職が連携した病棟での活動について報告しており、状態に応じた包括的な関わり、職種による連携、安全で明確な運営方法などに留意することで、効果的なリハビリテーション<sup>13)</sup>が行い得ることを述べている。具体的な活



動として、リラクゼーションストレッチ、創作活動、お茶教室などを実施している。さらに、五十嵐は、症状や制限された治療環境により、自発的な活動が送りにくく単調な生活になりやすいため、回復段階に合わせてより健康的な生活を送るための場・時間・機会を提供することの必要性を説いている。動的な働きかけとして、散歩やリラクゼーション、作業療法やレクリエーション療法などを紹介している<sup>14)</sup>。活動範囲の拡大に関するこれらの記述を、その時期の対象者の語りからみると、急性症状を脱して「暇」や「退屈」と感じるまで回復していた対象者は、したくてもすることがない単調な時間を、売店通いや間食という動的で自発的な活動で紛らわしていたと考えられる。活動性拡大の働きかけは十分可能であったといえる。

これらのことから、回復期初期の動的な活動範囲の拡大時期の判断材料として、患者が「暇」や「退屈」と感じる時期が重要なポイントになると考えられる。その時期を見逃さず、心身のリスクに対する適切なケアのもとで、個別的な健康的な生活を送るための場・時間・機会を提供する。具体的には、身の整理や軽い身体運動、散歩、創作活動などのリハビリテーションなどが挙げられる。

退院後の活動性は、入院中から自宅での生活を考えた患者自身および家族が理解できるようなアプローチが求められる。また、精神医療も入院期間の短縮化が促進されており、自宅で症状の安定化を図ることも考えられ、退院後の生活については、他職種と連携してできるだけ規則正しい生活ができるように、具体的で個々の生活に見合った方法を模索していく必要がある。

## 2) 薬の副作用の正確な知識の普及

対象者は、「太ったからやめたいと思うときがある」と語っていた。精神症状に効くこと、継続して飲まなければ症状が悪くなるこ

とを理解したうえでの発言である。抗精神病薬の体重増加には、ヒスタミンH1受容体への親和性が関連しているといわれている<sup>15)</sup>。特に、第二世代抗精神病薬は、従来の第一世代抗精神病薬の副作用で患者のQOLを著しく低下させていた錐体外路症状が軽減したものの、オランザピンなど薬剤によっては従来以上に体重増加を来すものがある。長嶺は、服薬コンプライアンスに影響を与える因子として一番大きいのが、肥満や糖尿病への恐れや不安があるから飲まない、眠くなるから量を加減する、などの「抗精神病薬の認容性」の問題だと述べる<sup>16)</sup>。対象者が服薬を中断したいと考えることは、特異なことではないといえる。

薬剤に体重増加という副作用があっても、それを踏まえたうえで主体的に飲み続けるには、つまりアドヒアランスを維持し高めていくためには、抗精神病薬の知識を正しく知ることから始めなければならない<sup>17)</sup>。知ること、体重増加に対しても、それに見合った主体的な対処行動がとれるようになると考えられるため、入院中から退院後のアドヒアランスに向けた看護の実践が求められる。対象者がそうであったように、退院後はさまざまな疑問や不安を抱きながら服薬を継続している可能性があるため、外来受診時に看護師側からの積極的な働きかけが必要である。

## 3) 効果的な減量のための積極的な相談体制の確立

ICN看護師の倫理綱領によると、看護が担う基本的責任は、健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和である。入院初期から退院後も含めて、肥満へのケアはこの4点のいずれにも該当すると考えられ、看護の責任領域の問題である。しかし、臨床の看護計画は退院がゴールになっているのが現状である<sup>18)</sup>。統合失調症患者の場合、疾患の特性や抗精神病薬の影響で、肥満になりやすい特質が



あることを踏まえて、入院早期から管理栄養士と連携し、個々人の地域での生活に見合った、体重管理のセルフケア向上に向けた積極的な支援が必要である。

対象者の太るけどやめられない習慣の語りから、薬や食事あるいは肥満対策への関心がある反面、理解は不十分であることがわかった。また、通院する患者は、食事管理や栄養指導などの管理がないため、肥満者数が入院群より多いことが研究結果から出ている<sup>19)</sup>。分析結果から、対象者は自ら看護師に聞けないでいるが、実は肥満に関連することで知りたいことがあることがわかった。相談コーナーの設置や待ち時間を利用するなどして、体重管理に配慮した積極的なアプローチが必要である。さらに、家族教室や家族心理教育などで、家族に対する知識の普及も実施していく必要がある。

#### IV おわりに

今回、入院体験を契機に肥満となり、改善されないまま持続している統合失調症患者に、肥満の持続に関連する思いについて面接調査した。地域活動支援センターに通い、経済面に厳しい状況で、できるだけ費用をかけない方法で減量に努力する姿が伝わってきた。また、食事を作ってくれる家族に、遠慮しながら実施している姿も見えた。求められる看護援助として、《肥満を予防する：入院中と退院後の活動性拡大の時期を見逃さない》、《薬の副作用の正確な知識の普及》、《効果的な減量のための積極的な相談体制の確立》などが明らかとなった。

本研究の限界は、分析焦点者の入院期間が比較的短かったことにより、作業療法やレクリエーション療法などの、精神科リハビリテーションについて語られなかったことがある。

今後は長期入院経験のある統合失調症患者も視野に入れた面接調査を行っていきたい。

#### 謝辞

本研究に快くご協力くださいました対象者の皆さまに心より感謝いたします。

本研究は、平成20年度新潟青陵学会共同研究の助成により実施したものである。

#### 注・参考文献

- 1) 中川敦夫. 統合失調症に対するメタボリック・シンドロームの心理教育. 臨床精神薬理. 2007;10(3):415-420.
- 2) 松田幸彦, 梅原滋美, 渡邊彩美等. 統合失調症入院患者におけるメタボリックシンドローム有病率の検討. 臨床精神薬理. 2008;11(5):911-920.
- 3) 小渡敬, 中里恵, 比嘉貴代等. 精神科病院の食を考える 平和病院における肥満調査とダイエット・プログラム. 日精協誌. 2006;25(5):46-53.
- 4) 長嶺敬彦. 精神病院入院患者における高脂血症の頻度. 精神医学. 2001;43(11):1263-1268.
- 5) 長嶺敬彦. 抗精神病薬の「身体副作用」がわかる. 61. 東京:医学書院;2006.
- 6) 斎藤まさ子. 薬物療法のインフォームド・コンセントと看護-当事者の体験を基にした法的・倫理的側面からの考察-. 新潟大学法制理論. 2007;39(3):159-189.
- 7) 加藤大慈, 藤田英美, 杉山直也等. 統合失調症の栄養・運動管理プログラムに関する効果と問題点の検討-身体指標の評価と症例から-. 精神科治療学. 2006;21(9):999-1004.
- 8) 中川敦夫. 統合失調症に対するメタボリック・シンドロームの心理教育. 臨床精神薬理. 2007;10(3):415-420.
- 9) 斎藤まさ子・内藤守. 通院する統合失調症当事者の主体的な体重管理-グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて-. 新潟青陵学会第2回学術集會集録. 2009;30.
- 10) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプ

ローチの実践－質的研究への誘い－. 25-30. 東京:弘文堂;2003.

- 11) 前掲10). 131-137.
- 12) 山根寛・総編集坂田三允. 精神看護エクスペール5 精神科リハビリテーション看護. 33. 東京:中山書店;2004.
- 13) 野中高浩、江藤真一. 急性期における早期リハビリテーション導入の効果－妄想による対人関係障害が改善された例－. 日本精神科看護学会誌. 2008;51(3):658-662.
- 14) 五十嵐透子・総編集坂田三允. 精神看護エクスペール13 精神看護と関連技法. 21. 東京:中山書店;2005.
- 15) 前掲5). 152-159.
- 16) 前掲15).
- 17) 前掲15).
- 18) 長山亜紀子、國井良彦、鹿野哲夫. 退院後の生活を意識してかかわる－あたりまえにしていることや病棟ルールを見つめ直す－. 精神科看護. 2008;35(185):12-19.
- 19) 前掲3).