

● ● ● ● ● 25周年記念 志誠会 医学会誌
● ● ● ● ● 「平和病院の精神医療のあゆみ」
～社会復帰をめざして～

期日： 平成24年6月 28日
会場： 平和病院第一講堂

25周年記念志誠会医学会プログラム

「平和病院の精神医療のあゆみ」

～社会復帰をめざして～

シンポジウム（14：10～16：00）

「平和病院のめざす医療とは？」

～未来に向けての展望～

シンポジスト：医師 宮城則孝、看護師 比嘉和枝、診療相談課 精神保健福祉士 嘉陽須賀子
作業療法士 比嘉創、社会復帰施設部 精神保健福祉士 栄野比千秋
陽光館事務副部長 伊藝正、介護福祉士 古謝雅子、平和病院統括本部副部長 伊芸幸政

【一般演題】

第1群（10：00～10：50） 座長： 平和病院看護課長 国吉 薫

- 1) 慢性期の統合失調症患者に対する多飲水改善を目指した取り組み
～能力を信じアプローチする～ 平和病院 第1病棟 高江洲徳一
- 2) 危機的状況時の患者対応について考える 平和病院 第3病棟 掛福 誠志
～急性期治療病棟における看護実践データより～
- 3) 統合失調症患者への認知行動療法的関わりを通して 平和病院 第5病棟 松本 安子
～生活改善グループでの患者の変化～
- 4) 認知症・高齢者の退院支援 平和病院 第6病棟 玉城 千明
～計画的な看護介入を目指して～
- 5) 家族支援について考える 平和病院 診療相談課 親川菜見子
～16年間の家族会活動の動向調査から～

第2群（11：05～11：35） 座長： 陽光館生活看護課主任 花城 江理

- 6) 入所者へ傾聴を試みて 陽光館 第2生活棟 榎野川太志
～認知症ケアのありかたを考える～
- 7) 在宅復帰に向けて 陽光館 第3生活棟 宮城 麻乃
～アンケート調査を通して～
- 8) 尿路感染防止対策の取り組み 陽光館 第5生活棟 金城 照隆
～再発性尿路感染症への対応～

昼食時間（11：35～13：00）

第3群（13：00～13：50） 座長： 社会復帰施設部主任 新垣 静香

- 9) 当院デイケアの動向 平和病院デイ・ナイトケア課 吉浜 清政
～調査結果から見えてきたもの～
- 10) 曖昧さへの態度と抑うつ状態の関係について 平和病院 心理課 榎木 宏之
～当院外来患者を対象としたパイロットスタディ～
- 11) A D L の向上を目指した統合失調症患者へのアプローチ 平和病院 作業療法課 飯塚 菜穂
～C B T 的介入と行動療法を併用して見えてきたもの～
- 12) 認知行動療法を活かした就労訓練の改革と効果 社会復帰施設部 新地 均
～農場リハビリテーションの強化と展望～
- 13) 精神障害者に対する職業リハビリテーションの再考 社会復帰施設部 真榮田 郁
～製パン訓練10年間の変遷を基に～

シンポジウム（14：10～16：00） 座長： 理事長 小渡 敬

特別表彰（16：00～16：20）

26年目に向けて

職員のみなさんへ

院長 小渡 敬

うりづんの季節となり、志誠会医学会の時期になった。今年は平和病院の創立25周年にあたり、25回目の記念医学会である。本学会では第5次5ヶ年計画に基づいてこれまで行ってきた業績を検証するために、特別講演は行わず各部署の代表による「平和病院の目指す医療とは?~未来に向けての展望~」というテーマでシンポジウムを行うことになり、活発な意見がされることを期待している。

これまでの5年間を少し振り返ると、以下の様なことがあった。まず第5次5ヶ年計画に基づいて、病院を増改築し新たな急性期病棟やストレスケア病棟、リハビリテーション棟の整備等を行った。病棟は個室に、デイルームはユニット型にし、精神科看護やリハビリ等の専門性を高めるようにした。また患者の状態像に応じて病棟の機能分化をこれまで以上に展開した。さらに精神保健福祉士や作業療法士等を各病棟に配置し、心理士を含めチーム医療を行うために回診後にカンファレンスを導入した。また陽光館も含め電子カルテを導入し、病院は敷地内禁煙とした。

治療では、まず薬物療法は薬物の特性を活かし処方の洗練化を図った。急性期治療病棟では、主治医を複数配置し木目細かな精神療法を実施した。そして疾病・薬物・家族の教育セミナーを小人数で実施した。精神科専門看護は、療養病棟では依存を作らない看護を展開し自立に向けた指導やカウンセリングを実施した。急性期治療病棟ではトイレのない保護室あるいは拘束や隔離時の特殊な状況下でのカウンセリング、副作用のチェックと身体管理等の看護の質を高めた。

リハビリは作業療法士による急性期からのリハビリの展開と、認知行動療法的な技法を活用した慢性期のリハビリおよび自立に必要な精神科リハビリのあり方を検討した。入退院時の病床管理や病診連携は、診療相談課を中心に精神保健福祉士による病床管理体制を確立しつつあり、今後は退院後の訪問看護、ホームヘルパー、デイケア、作業所等の社会資源の活用を推進する予定である。

社会復帰施設は、全て自立支援法にもとづく施設に移行し、自立に向けての生活訓練のあり方を模索している。さらに就労支援でパミス水耕栽培等の新規事業を展開し就労継続支援A型を目指してきた。

陽光館では介護リーダーの人材育成を図り、介護の専門性を高めるために介護福祉士の資格取得をめざし、施設全体で取り組んで来た。さらに各種委員会を設置し施設機能の向上を図ったが、今年の介護報酬改定により、今後は職員全員が意識を変え、在宅復帰への中間施設へ転換できるように強力に推し進めないといけない。

ここで次の5年に向けての第6次5ヶ年計画を策定したので掲載する。
職員のみなさん、一緒に頑張りましょう。

平成24年6月28日

平和病院第6次5ヶ年計画（2012.5～2017.4）

1. 精神科救急・急性期治療の充実
2. 精神科救急・急性期の精神科専門看護の充実
3. 精神科急性期および慢性期におけるチーム医療の充実
4. 長期在院患者の社会復帰に必要な精神科リハビリの研究
5. デイケア・訪問看護・ホームヘルプサービス等の充実と再発予防の研究
6. 施設における自立のための就労支援・生活支援の研究

陽光館5ヶ年計画（2012.5～2017.4）

1. 在宅復帰率30%を3年以内に確立する
2. 陽光館居宅系サービス施設が連携し在宅復帰を促進する
3. 介護職のリーダー育成と高齢者介護の専門性を充実する
4. あたたかみのある介護を実践する
5. 認知症介護のあり方について研究する

26年目に向けて

法人統括本部長 上江洲 学

今年も例年通り梅雨空の下、学会準備が進められてきました。しかし、今年は、じめじめした様相ではなく、比較的カラッとした梅雨の時期を過ごし、発表者の論文作成の筆の運びもよく、すでに書き終えた部署が多いように思います。それは、例年になく過ごしやすかった梅雨空のおかげではなく、25年の成果、人材育成の賜物なのかもしれません。

その梅雨の真っ直中、沖縄県では、全国的に注目を集めた沖縄県議会選挙が行われました。結果は、与党が過半数に届かず、県民は仲井真知事に厳しい評価を突きつけました。今後、一括交付金や新たな地域振興策の実現に向け、厳しい舵取りが予想されますが、沖縄県の医療・介護・福祉においては、追い風になることを期待したいと思います。

さて、医療の分野では、今年4月に診療報酬改定が行われました。精神科においては、診療報酬上は大きな影響はなく、今回は救急医療の連携や在宅医療が評価されており、精神科に限らず他の医療機関や訪問看護等との連携が非常に重要になってきています。

当院では、既に精神科クリニックとの病診連携を実施しており、一定の評価は得ていると考えています。病病連携については構築中ではありますが、今後さらに精神科以外の医療機関との連携も強化していきたいと考えております。

さて、今後の精神科の関心事といえば、2013年度に『4疾病5事業』に、精神科が追加され『5疾病5事業』になることです。政策医療としての重要性が改めて明確化されることになります。来年度、医療計画を策定するに当たっては、医療連携を軸に、地域生活支援・在宅医療への取り組み、精神科急性期医療の評価について検討していくことと思います。また次回の診療報酬改定では、それを前提とした改定が行われると思います。

障害者自立支援法については、施行後6年が経過し今年は、障害福祉サービス事業所移行暫定期間の最後の年にも当たり、当法人では「桜邸」「瑞穂邸」が生活訓練及び宿泊型自立訓練に移行しました。これまで培ってきたノウハウをもとに、スムーズに運営がなされています。しかし、この自立支援法は先の見えない不透明な要素が多く、平成25年8月に「障害者総合福祉法」に移行する予定になっております。来年の法改正の動向を注意深く見守り、柔軟かつ利用者のサービスの提供に最大限支障のない運営を維持していきたいと考えております。

最後に平和病院は、今年5月に創立25周年を迎えました。その事業の一環として創立25周年記念誌を発行いたしました。記念誌は志誠会の実践してきた医療・介護・福祉をまとめることを目的に5年ごとに発行しています。今回も第5次5カ年計画の取り組みについて各部署別で検証しておりますので、是非ご一読頂きたいと思います。

今年、第6次5カ年計画が策定され、当院が進むべき方向が明確に示されました。その目標達成に向か、職員一丸となって取り組んでいきましょう。

平成24年6月28日

26年目に向けて

看護部長 比嘉久美子

今年は創立から25年を経過した節目の年で、早速本題に入りたいところですが、いつものように少しばかり勝手な道草をさせてもらいたいと思います。

「モン・シャン・ミッシェル」。行かれた方や、映像でご存じの方も多いと思いますが、フランス西部の小島に築かれた歴史ある偉大な修道院の事です。パリから約389kmの道のりでようやく車窓から小粒ほどの姿が見えたかと思うと、次第にその姿は迫力を増しその全景を目の当たりにしたときには、表現仕様のない美しさに圧倒される思いでした。1300年にも及ぶ長い歴史の中で、聖堂として建立された建物は、その時々に城塞や、監獄として利用され、今では巡礼地というよりも観光のメッカとしてユネスコの世界遺産にも登録され、その美しい姿を存分に堂々と見せています。外観ばかりか修道院内部も、特に「ラ・メルヴェイユ」驚嘆との意味だそうですが、言葉通り修道院の居住空間に位置する回廊の美しさは格別でした。あのように長い歴史の始まりにも一年一年或いは25年という年月の刻みは確実に経てきたに違いはありませんが、蓄積してきた人々の叡智に誰もが驚嘆！させられます。悠久の空間に居座っていたひとときは、煩惱も取るに足らないことのように思えて安らぎの境地でした。

さて、職責に戻り、毎年看護部の年間の検証をさせて貰っておりますが、今回は第5次5ヶ年計画の検証を各部署長が記念誌にまとめておりますので、ここでは看護部総括と今後の課題に焦点を絞って述べたいと思います。病棟部門は2007年～2009年にかけてハードの改築に合わせて機能面も大きな変革を2度行い、昨年、6病棟の療養病棟移行後、現在の病棟機能分化の形(急性期治療病棟1棟・精神療養病棟3棟)になり、各病棟それぞれが特徴ある看護システムで運営されております。急性期では治療に携わる医師を中心としたマンパワーの充実は確実に治療効果をあげ、看護も入院病棟としての機能を充分とは言えないまでもその専門性を発揮しつつあります。今後はさらに患者及び家族への疾病教育等の取り組みを強化するために、看護者誰もがそのスキルを十分に発揮できる為の看護部教育を企画しております。

3つの療養病棟は慢性期の患者を対象としますが、各病棟の機能が分化され目的に添った看護が展開され、特に、認知行動療法的な関わりの技法は功を奏しております。課題となるのは、1病棟の治療困難な患者に対する看護の機能で、基準のマンパワーのみではクリアできず、また、構造上の改善だけでも解決できない課題を抱えております。今後、精神科のあるべき治療構造がどのように変化していくのかに伴って人員構成や人員配置の動向も見極め、看護の機能を整備して行かねばならないかと思います。

総じて、これまでの看護のキーワードは、依存の問題・自己決定を支える取組等に終始し、精神科看護の専門性を追求し、詰まるところは看護の質にこだわり続けてきましたが一朝一夕に築けるものではありません。今後も更に看護者個々の質の向上を目指して、昨年から芽出しをしている個々の目標管理に力を注ぎ、誰が関わっても一定以上の看護の質が提供でき、ハード(環境)とソフト(看護の機能)が両輪のように機能できる体制にしていくことが必要でしょう。

精神科の医療は5疾病5事業への導入や関連法の整備により、これから先めまぐるしく変化することは予測できます。特に地域医療を担う訪問看護の分野はその中核になっていくでしょう。平和病院が、患者さんやその家族または地域に必要とされる精神科医療を担うエキスパートとして発展するには、各職種が更なる質の向上と連携を深めていくことが肝要かと思います。第6次5ヶ年計画の達成に向けて各個人が目標管理に努めていきましょう。

平成24年6月28日

26年目に向けて

陽光館副部長 伊藝 正

沖縄県内は、只今「梅雨」真っ直中です。今年の梅雨入りは、例年より 11 日早い梅雨入りとなりました。4 月中の梅雨入りは、昨年に引き続き 2 年連続で、暫くうつとうしい時期が続きますが、これから本格的な夏本番を迎える沖縄県にとっては、恵みの雨となるでしょう。また沖縄県は今年、本土復帰 40 周年を迎えました。復帰で変わったものといえば、「通貨」と「車の通行区分」、変わらないものといえば、「低い県民所得」と「失業率」と「全国一広大な基地」等と言われています。復帰の年である昭和 47 年当時、私は小学校低学年でしたが、近くに米軍基地があり、県道を戦車や大砲を牽引している軍事車両をよく見かけた記憶があります。今、思うと異様な光景だったかもしれません。特に基地問題については、米軍統治下で不平等な扱いを受け、県民の不満が一斉に爆発し祖国復帰を成し遂げた経緯があります。普天間基地の県外移設を含めた在沖米軍基地の整理縮小、広大な基地を抱えるがゆえの事件、事故の早急な対応、地位協定の抜本的見直し等、復帰しても何も変わらない現状と二転三転する政府の方針に苛立ちがあると思います。早急な解決が急がれます。

さて平成 24 年度は、介護報酬と診療報酬との同時改正が行われました。介護保険法改定の基本方針として①地域包括ケアシステムの基盤強化 ②医療と介護の役割分担・連携強化 ③認知症に相応しいサービスの提供が掲げられています。介護報酬の改正率は全体でプラス 1.2%（内訳：在宅系サービス+1.0%、入所系サービス+0.2%）となりました。しかし入所系サービスのプラス改定は名ばかりで、「介護職員処遇改善交付金」の取り扱いを考慮すると実質 1.8% のマイナス改定となり、陽光館の場合、介護保険施設の機能別報酬体系を考慮すると更にマイナス幅が拡大した改定となりました。ただ老健施設以外の改定内容を見ると入所系サービスを中心に多くのサービスが厳しい内容となっています。

介護保険法改定を受けて、先ず運営面では、老健施設の理念である在宅復帰を促進するために、入所相談の段階からの家族への在宅復帰の意識付け、理学療法士による集中的なリハビリテーションと介護職員による生活リハビリテーションの提供が必要であると考えます。また施設退所後の在宅生活の継続については、陽光館在宅系サービスやその他介護サービス事業所との連携が必要であると考えます。職員教育については、介護福祉士や介護支援専門員の資格取得によるキャリアアップを図り、各研修会への参加を積極的に行い職員個々の質の向上を目指す必要があると思う。その他の職種についても同様に考えます。機能面では、新規介護保険ソフト導入に伴い、各職種間の情報の共有と施設ケアマネジャー、管理栄養士、理学療法士、レセプト担当者等の業務の負担軽減、短縮を図ります。

最後に、今回、陽光館では設立以来、初となる陽光館の 5 ヶ年計画（2012. 5～2017. 4）が策定されました。職員全体が 5 ヶ年計画を理解し、単年度ごとに評価しながら達成できるように頑張りましょう。

平成 24 年 6 月 28 日



シンポジウム

「平和病院のめざす医療とは？」 ～未来に向けての展望～

25th anniversary

Bulletin of the SHISEIKAI
for Medical Society

医局の取り組みと今後の展望

医療法人社団志誠会 平和病院 医師 宮城 則孝

① 急性期の治療：病識の獲得、新規向精神薬による副作用の軽減、精神療法及び心理教育

急性期の治療では、薬物療法により、興奮や幻覚妄想等の早急な改善が優先される。しかし、初発のケースの場合は、退院後の通院治療に繋げていくことも重要であると考えられる。そのために、病気や治療の必要性の理解、並びに副作用の軽減がポイントとなる。副作用の予防・軽減のため、薬物の減量・単剤化や非定型精神薬への切り替えを検討し、進めてきた。急性期治療として、薬物療法だけでなく、精神療法や心理教育にも力を入れてきた。急性期病棟は病棟主治医制ではなく、複数の医師が分担して患者を受け持つこととした。その結果、個別に密な関わりを行えるようになり、病状の変化に対して、迅速な対応ができたと考える。医師や心理士が中心となって、病気の理解や病識の獲得を目的とした療養者セミナーを継続して行った。グループ内で、患者同士の交流や意見交換が活発にできるようになっていった。疾病の理解に留まらず、退院後の治療継続や再入院の減少に結び付けていくことが課題である。

② 慢性期のリハビリ：長期入院患者のホスピタリズム、認知行動療法的な関わり

急性期病棟では、比較的短期間で退院に繋げられたケースが多い半面、慢性期の病棟では、長期入院者のリハビリが課題であった。入院が長期化すると、患者自身がホスピタリズムに陥ってしまうだけでなく、治療者側も指示的に接したり、代理行為に加担してしまうため、自主性を制限てしまっているという問題もあった。患者だけでなく、スタッフの意識改革も必要であると思われた。

交流障害や陰性症状が顕著なケースを中心に選定し、認知行動療法の手法を用いたグループ活動を行った。メンバー間のコミュニケーションが活発となった結果、個々の所属意識やグループとしての凝集性も向上した。全体としての作業能力の改善も認められた。病棟内でも、各スタッフは、患者の主体性を引き出せるような関わりを心掛けている。施設入所や退院に至ったケースがいる反面、入院の長期化による退院への不安が強いケースも多かった。長期入院患者は、グループ活動を中心とした介入だけでは、退院に結びつけることは難しい状況であり、慢性期のリハビリの中で個別性を高めていく必要がある。療養者の特性に合わせた治療の方向性やリハビリのあり方を設定し、次のステップへ繋がるようなアプローチを検討することが課題と思われた。

③ クリニックとの連携：うつ病、神経症圏の入院治療

精神疾患やその病態が多様化し、精神医療のニーズが高まっている昨今、神経症圏やうつ病の入院治療を積極的に行うため、精神科クリニックとの病診連携を図ってきた。日常生活や職場の環境から離れ、十分な休養や治療を終えて退院するケースが多かった半面、治療ベースに乗れないまま退院に至るケースや診断に苦慮するようなケースもあり、対応方法や治療の方向性も個別性を重視して考えていく必要があった。

精神科看護の専門性について ～5年間を振り返って～

医療法人社団志誠会 平和病院 看護師 比嘉 和枝

平成19年第5次5ヶ年計画がスタートしてはや5年。ストレスケア病棟やリハビリテーション棟の開設を皮切りに、平成21年には急性期治療病棟や療養病棟の移動で病棟の再編成が完了した。また、その年の秋には電子カルテが導入され、看護部にとっても看護記録を始めとして多大な好影響を受けている。翌年には敷地内全面禁煙が施行され、職員の予想を覆すほどスムーズな進展を果たした。昨年はあの未曾有の東日本大震災の支援活動を通して、災害時の医療救援活動のあり方や心のケアの役割などについて深く考えさせられる一年であった。瞬く間であったが、この5年間の看護部の歩みを振り返り、精神科看護の専門性について臨床看護師の視点から報告したい。

◆急性期の看護の専門性とは

急性期を担う病棟としては新入院患者の情報をいかにスピーディに正しく把握し、患者個々に細やかな対応ができるかが重要になるが、そのためには急性期治療の中心となる薬物療法を正しく理解する必要がある。薬剤の主作用は言うまでもないが、重要なのは副作用を正しく迅速に見つける事である。24時間患者の傍にいる看護者の大きな役割であり、専門技術と言えるであろう。また、心理リハビリテーションの中核として定着してきた病識獲得を目的とした療養者セミナーであるが、その運営だけでなく、セミナー参加者の病棟でのフォローも非常に重要になる。退院後も継続したセミナー運営が今後の課題である。

平成21年、急性期治療病棟は新病棟へ移動となった。病棟構造の最大の変化は「トイレのない保護室」の実現であった。運用するに当たりP I C Uにおける新たな対応技術が求められた。リスクを踏まえた観察技術や誘導方法など、ハード面の変化に伴い柔軟に変化してきた看護実践を通して急性期看護の専門性も明確になってきたと思われる。どのような場面でも適切に対応できる看護カウンセリング技術の習得が今後の課題である。

◆慢性期の看護の専門性とは

療養病棟においてはこれまで慢性期の患者の「依存をなくす」事を目標に取り組んできた。社会的評価が得られるADLの援助については、「認知行動療法的な関わり」という新たな技法を取り入れた。まずは看護者側の意識改革が必要だと感じ、OTとの協働により職員教育に力を入れた。徐々に、看護者の意識に変化が生じ患者との関わり方が変わってきた。その結果、患者にも行動変容がみられるようになった。

この技法により統合失調症の慢性期の患者に新たな可能性が見出せるようになった。今後は更にこれらの技法を駆使して、種々の問題行動に活用できるのではと期待している。しかし、退院に結びつけるのが困難なケースも多々存在し、このようなケースに対して個別性に合わせた看護の関わり方は今後の大変な課題である。

地域生活支援・病診連携について ～診療相談課の取り組みから～

医療法人社団志誠会 平和病院 診療相談課 精神保健福祉士 嘉陽須賀子

《はじめに》

診療相談課は地域生活支援部に属し、患者さんやご家族、地域の方からの生活に関する相談や医療に関する相談を担っている部署である。診療相談課（通称、相談室）は平成17年に現場所へ移転して7年目を迎える。以前より床面積は数倍広くなり、面談室が設置されたことによりプライバシーの確保と共に電話や来院相談者への気配りができるようになった。今回は、第5次5ヶ年計画を踏まえ、訪問看護による地域生活支援の整備と病診連携を通しての受診援助について、診療相談課の取り組みから報告する。

《取り組みと評価》

診療相談課からの訪問看護の開始は平成20年4月から始った。外来看護師と精神保健福祉士による複数訪問で行われ、訪問看護ステーションからの引き継ぎ当初は、3824件（看護師単数による施設訪問含む）であったが、平成21年度以降は1632件とほぼ横ばい状態で推移している。訪問看護は、本人・家族との信頼関係を築きながら生活の質（QOL）を高めるための援助、病状の安定維持、家族の心理的葛藤の安定など、支援も様々である。また、今年4月には診療報酬の改定があり、これまでの複数、単数の区分のほかに訪問時間も重視されるようになった。それにより、現在は訪問のニーズやケースに合わせて取り組みの見直しを行っているところである。

次に、クリニックとの病診連携については、平成18年2月に初開催して以来、今回で5シーズン目を迎える。この会は平成19年にオープンしたストレスケア病棟を紹介すると共に精神科医療への啓発も含めて行われる。新規外来患者の受診経路を年次別に比較した調査では、連携前の平成17年は一般科病院からが34%、クリニックからは29%であった。連携後の平成19年は一般科病院17%、クリニック58%とクリニックからの紹介受診者が大幅な増加を示した。平成22年には一般科の総合病院と第1回病病連携が行われた。しかし紹介患者の中には、合併症を伴い治療環境も含めた受け皿調整があつたりと相互連携を図るまでには課題もある。精神科専門治療病院の機能を有効活用するには、効率的で質の高い精神科専門医療を提供していく必要があると思われる。

《おわりに》

平成18年から相談課のみならず組織で取り組んできた病診連携は、交換会の開催や病院広報・挨拶まわり等を継続した結果、クリニックとの機能分担が行われ相互連携による医療サービスが提供されていると思われる。

訪問看護による地域生活支援は、毎月1回地域生活支援連絡会を開催し、サービス利用調整、症例検討等、意見交換・情報の共有化を図り業務連携の強化に努めている。精神障害のある人が安心して地域生活を維持していくには、生活の中の医療資源である訪問看護や福祉サービスのヘルパー派遣等、病院から地域へ出向く訪問支援のニーズは高まるものと思われる。さらに今年は、第6次5ヶ年計画の中に「デイケア・訪問看護・ホームヘルプサービス等の充実と再発予防の研究」が提示された。

今後は、多職種及び関係機関と連携協働し、地域ネットワーク作りを構築しながら地域生活支援の充実をはかっていきたいと考える。

真に求められるリハビリテーションを目指して ～5年間の振り返りと今後の展望～

医療法人社団志誠会 平和病院 作業療法士 比嘉 創

【はじめに】

今からちょうど5年前の平成19年6月に、リハビリテーションの専用施設としてリハビリテーション棟が開棟した。充実した設備を備え、今後は更に実施されるリハビリテーションの質の向上が求められている。この5年間の作業療法課の取り組みを振り返り、課題と進むべき方向性について考えたい。

【集団作業療法】

平和病院の作業療法は、『活動療法』と呼ばれる集団作業療法が母体となっている。現在では11グループが実施されており、生活リズム及び身体機能の維持・改善という目的はある程度達成されている。今後は、社会生活技能の回復や長期入院患者のQOL向上、高齢者への専門的なプログラムの展開など、各々のニーズに沿った治療的なレクリエーションを目指す。

【認知行動療法的アプローチ】

患者自身の“気づき”や主体性を引き出す事を目的とし、認知行動療法（CBT）的アプローチがスタートしたのは2009年。調理活動としてスタートしたCBT的アプローチは、その後集団作業療法やキビ作業、各病棟での小集団プログラムでも活用され、看護講座や補助者研修を経て、平和病院全体にその広がりを見せた。現在でも主に社会復帰病棟のリハビリテーションの核として位置づけられており、より効果的な企画・運営が期待される。

【病棟機能別のプログラム】

病棟の機能分化が進み、求められるリハビリテーションの目的はより明確になった。急性期病棟では現在行われているオリエンテーリングや疾病教育の運営に加え、早期のリハビリテーションの提供が重要と考える。療養病棟においては、前述したCBT的アプローチだけでなく、各々の障害の程度によって効果的なアプローチ方法や手技の確立が課題となる。また、社会復帰を目前に控えた患者に対しては、心理的な面も含めより具体的な退院支援を実践していきたい。

各病棟での作業療法士やリハビリテーションの役割をしっかりと把握し、充実したチーム医療に貢献出来るよう研鑽を続けたい。

社会復帰施設部における専門性とは ～さらなる地域移行を目指して～

医療法人社団志誠会 社会復帰施設部 精神保健福祉士 栄野比 千秋

平成 24 年 4 月 1 日、全施設が障害者自立支援法へ完全移行を果たした。より、地域生活への移行が求められる施設体系へと転換し、社会復帰施設部でのリハビリテーションのあり方も転換期を迎えたと言える。

5 年間を振り返ると①就労リハビリテーションの確立、②生活リハビリテーションの確立、③精神科特有の依存との闘い、がキーワードとして挙げられるのではないだろうか。

製パン工場「スターべーカリー」で成果を上げた就労リハビリテーションが各就労現場へ浸透し、利用者主体の工場運営を追求した。特に、製麺工場「めんくい」では利用者がリーダーとなり、工場運営が可能となっている。昨年からは農場「グリーンファーム」での就労リハビリテーションの改革が行われ、その成果が著しい。障害の程度に応じた福祉的就労と、一般就労への移行を見据えた就労支援の導入と展開が次段階の課題であるといえる。

一方で、生活障害に対するリハビリテーションについては、認知行動療法を取り入れながら一定の効果も得られたが、新たな課題も浮上し、施設全体で模索する時期が訪れた。生活訓練施設「桜邸」の入所率が 30% 代に落ち込み、利用者の定着に困難を極めた。また、集り・貸し借りの習慣化、薬の管理や日々の生活で起こる小さな問題への対処についてもスタッフの介入が事欠かない。生活障害に併せて見え隠れする「精神科特有の依存」であった。

そこで、昨年の医学会において、ストレスへの脆弱性の高い入所者の特徴を明らかにし、臨床へ活かす試みを実践している。成果は現れ、入所者の生活への定着が可能となってきた。それに加え、入所者の中から中間管理的な役割を果たすメンバーを育成し、スタッフと共に施設運営に貢献している。同時に、「依存させない関わり」についても試行錯誤してきた。今後は再発防止と生活への定着についての支援をより洗練させ、利用者のニーズに応じた社会復帰の促進に力を入れたい。

今回は、大きくこの 3 点について振り返り、社会復帰施設における我々スタッフの専門性と、地域移行に向けた今後の展開について考えてみたい。

陽光館サービス事業所の5年間の振り返りと今後の展望

陽光館事務副部長 伊藝 正

介護老人保健施設陽光館は認知症専門棟40床を含む入所定員が140床の施設である。在宅系サービスでは、通所リハビリテーション、訪問介護、居宅介護支援事業所等の事業所がある。また地域密着型サービスとしては、うるま市の公募を経て平成20年3月に認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームあおば邸を開設した。その他の高齢者に関する事業としては、うるま市から委託を受けて地域包括支援センターの総合相談窓口業務を行っている。これまでの各サービス事業所の取り組みを振り返り、今後の陽光館の各事業所の展望について報告する。

入所系サービスでは、満床維持、空床ベッドを利用した短期入所の有効的な活用等を行ってきた。また入所期間の長期化、要介護度状態の重度化で他医療機関での治療後に再入所するケースが増加している。老健施設の理念である在宅復帰については、過去5年間で47名であった。

職員教育については、高齢者ケアに直接携わる介護職のより良い介護サービスを提供するために、資格取得に向けた勉強会の開催や身体拘束廃止、安全対策等の委員に役職以外の職員を起用した。また、平成22年4月から介護課長が誕生し、陽光館以外の事業所、通所リハ、認知症高齢者グループホームの人事を行っている。

機能面については、介護保険ソフトの導入で業務の簡素化、情報の共有が図られ質の高い介護サービスを提供できると考える。

在宅系サービスでは、居宅介護支援事業所、訪問介護、通所リハビリテーションの利用者が減少している。新規利用者を獲得するために各居宅介護事業所への広報活動を実施したが、利用者拡大には至っていない。訪問介護については、障害者自立支援法に基づく居宅介護を平成24年3月から実施し、利用者の増加を図っていく。通所リハビリテーションについては、利用者の拡大が今後の課題である。

平成18年度の介護保険法改定に伴い、保険者による地域密着型サービス事業が開始され、グループホームあおば邸を開設した。利用者の地域行事への参加や運営推進会議（保険者・民生委員・区長等で構成）の開催等、認知症高齢者の啓発に取り組んでいる。

その他の高齢者サービスとして、地域包括支援センターの総合相談窓口業務を行っている。市内に在住する二次予防事業対象者の把握、公民館や関係機関と連携し支援を必要とする高齢者の実態把握、総合相談窓口業務を主となっている。

平成24年度に介護保険法が改正され、施設別の機能が評価される結果となった。陽光館は、老健施設の理念である在宅復帰を行うためにこれまでの長期入所型老健施設から在宅復帰型老健施設への変換が必要であると考える。在宅復帰を促進することで、陽光館の在宅系サービスの拡大に繋がると考える。しかし、入所者の身体的状況、家族の条件等を考えると非常に厳しい状況であることに変わりない。陽光館の将来像を見据えて一人一人の入所者に対し各専門職がどのように関わっていくかが今後、重要であると考える。

陽光館介護課の確立を目指して

医療法人社団志誠会 介護老人保健施設陽光館 介護福祉士 古謝 雅子

はじめに

陽光館では、平成22年4月に「介護課長」という役職が出来、「介護部」の確立を目指してきた。現在はまだ確立にまでは至っていないが、その取り組みを振り返ってみる。

介護の専門性とは

介護の専門性とは何か?一般的に介護は誰でも出来るものである。しかし介護老人保健施設の介護が提供するケアは、残存機能を活かし更には、その人なりの自立支援に向けて行われるものでなくてはならない。

そのため、専門的知識に裏付けされた介護技術やチームケアが重要であると考える。

上記の専門性を活かし、この5年間は主に傾聴・尿路感染症予防・オムツの使用適正化の取り組みを行ってきた。

人材育成

質の高い介護を提供するため職員に対して「介護福祉士」の資格取得を支援してきた。平成21年度から介護役職が中心となり、資格取得へ向けて講習会を開催した。

また実務経験だけで受験資格を得られる期限がある事を職員に周知し、モチベーションを上げるよう努めてきた。その結果受験する職員と合格者も増えて成果が現れてきている。

職員個々の質の向上のため、委員会の担当や、プロジェクトリーダー、施設外研修への参加等、知識や経験を積み技術を高め「自分は介護のプロである」という自覚が「質を上げる」事には必要不可欠であると考えるが、「介護のプロ」という自覚を持って仕事をしている職員は少ないと感じている。これは私たち役職の責任であり大きな課題でもある。

介護リーダーの育成も重要な課題であり、平成22年4月より毎月第3土曜日に介護役職会議を開催し、年間目標を統一したり、各生活棟の問題点を挙げたり役職間で情報を共有することに努めているが、まだまだ役職間で意識に差があり課題が残っている現状がある。

展望

今年度の法改正で、介護老人保健施設本来の役割である「在宅復帰」をさらに進めていくことが求められている。これは介護職だけで出来ることではなく、チームケアを行い、入所者を支援していくかなければならない。

チームケアの中で介護福祉士の専門的知識と技術が必要とされている。その人に何が必要かを介護士の視点から意見を述べ、専門性を發揮し目配り、気配り、思いやりのある「仕事」の出来る職員が育つよう努力し「介護部」の確立を目指したい。

法人統括本部 I T部門の取り組みについて ～電子カルテ導入を通して～

医療法人社団志誠会 平和病院 法人統括本部副部長 伊芸 幸政

法人統括本部の運営は、志誠会のそれぞれのセクションが、それぞれの専門性を存分に發揮出来るような潤滑油的な部署であり、法人組織運営を統括する役割を担っています。

法人統括本部は平成 16 年に部署の充実を図るため職員が増員され、陣容を厚くしました。そして、さらに平成 20 年 4 月には、主に危機管理体制の強化を図るため、人事を大幅に刷新し、I T 部門を加え、統括本部としての機能を強化しました。

法人統括本部の業務は、人事、官公庁への届出、電子カルテやカルテに付隨する情報の管理、公文書管理、施設や環境の整備、各種の行事運営等と法人の運営に関する中枢的、かつ多角的な観点から多岐にわたります。しかしながら、これまででは、これらの業務の一部が他部署に分散して管理されていたため、問題が発生した際に迅速に対応出来ないことが課題でした。その課題を解決するために平成 20 年 4 月より、新体制下において主に 4 項目について取り組みを行ってきました。

- ①医療や施設に関する幅広い法律を統括本部全員が習熟する。
- ②有事の際、担当者不在においてもスムーズな運営が行えるような体制づくりを行う。
- ③防災・防火管理、安全管理、危機管理意識を高める。
- ④電子カルテの導入において、「情報の共有化」「業務の省略化（ペーパーレス）」「医療の質の向上」を目指す。

この 5 年間は法人の中核としての業務を確立させた 5 年間と言えます。

その中で今回は、統括本部に加わった I T 部門のこれまでの取り組みと、この 5 年間で志誠会にとってもつとも影響のあった電子カルテの導入までの取り組み経過について報告します。

【I T 部門の沿革と取り組み】

- ・昭和 62 年 10 月 オーダーリングシステムの導入
- ・平成 15 年 4 月 I T 推進プロジェクト発足
グループウェア・サイボウズ導入
(機能：電子メール・電子掲示板・電子決済・設備予約等)
- ・平成 15 年 9 月 ファイルメーカー（データベースソフト）による
院内 LAN システムのプログラム開発開始
- ・平成 15 年 11 月 申し送り簿、文書管理システム稼働
- ・平成 16 年 2 月 社会復帰施設入所記録稼働
- ・平成 17 年 9 月 デイケア等活動記録稼働
- ・平成 17 年 10 月 陽光館 LAN システム稼働
- ・平成 17 年 12 月 陽光館デイケア活動記録稼働
- ・平成 21 年 4 月 オーダーリングシステム、医事会計システム移行
- ・平成 21 年 7 月 平和病院電子カルテ導入
- ・平成 21 年 9 月 陽光館電子カルテ導入



一般演題

25th anniversary

Bulletin of the SHISEIKAI
for Medical Society

【第1群】

- 1) 慢性期の統合失調症患者に対する多飲水改善を目指した取り組み
～能力を信じアプローチする～ ◆ 平和病院第1病棟 高江洲徳一・・22～26
- 2) 危機的状況時の患者対応について考える
～急性期治療病棟における看護実践データより～ ◆ 平和病院第3病棟 掛福誠志・・27～30
- 3) 統合失調症患者への認知行動療法的関わりを通して
～生活改善グループでの患者の変化～ ◆ 平和病院第5病棟 松本安子・・31～35
- 4) 認知症・高齢者の退院支援
～計画的な看護介入を目指して～ ◆ 平和病院第6病棟 玉城千明・・36～40
- 5) 家族支援について考える
～16年間の家族会活動の動向調査から～ ◆ 平和病院 診療相談課 親川菜見子・・41～45

【第2群】

- 6) 入所者へ傾聴を試みて
～認知症ケアのありかたを考える～ ◆ 陽光館第2生活棟 榎野川太志・・46～48
- 7) 在宅復帰に向けて
～アンケート調査を通して～ ◆ 陽光館第3生活棟 宮城麻乃・・49～52
- 8) 尿路感染防止対策の取り組み
～再発性尿路感染症への対応～ ◆ 陽光館第5生活棟 金城照隆・・53～55

【第3群】

- 9) 当院デイケアの動向
～調査結果から見えてきたもの～ ◆ 平和病院デイナイトケア課 吉浜清政・・56～59
- 10) 曖昧さへの態度と抑うつ状態の関係について
～当院外来患者を対象としたパイロットスタディ～ ◆ 平和病院 心理課 榎木宏之・・60～63
- 11) A D L の向上を目指した統合失調症患者へのアプローチ
～C B T的介入と行動療法を併用して見えてきたもの～ ◆ 平和病院 作業療法課 飯塚菜穂・・64～67
- 12) 認知行動療法を活かした就労訓練の改革と効果
～農場リハビリテーションの強化と展望～ ◆ 社会復帰施設部 新地均・・68～72
- 13) 精神障害者に対する職業リハビリテーションの再考
～製パン訓練10年間の変遷を基に～ ◆ 社会復帰施設部 眞榮田郁・・73～76

慢性期の統合失調症患者に対する多飲水改善を目指した取り組み ～能力を信じアプローチする～

第1病棟 ○高江洲徳一 比嘉愛子 山城美佐枝
伊藝秀光 田場輔 新垣愛子
兼次優智

I. はじめに

第1病棟は統合失調症の慢性期で、難治性の患者が多いことが特徴である。

第24回医学会において尿失禁を繰り返す統合失調症患者への取り組みについて報告した。その際、根本的な原因である多飲水改善に向けて取り組むべきではないかとの指摘があった。当病棟には多飲水による影響で、意識レベルに異常をきたしたことがある患者が数名入院している。多飲水はややもすると生命に危機を及ぼすこともあるため、早期の対処が重要である。しかし、精神科看護において多飲水の改善は、困難なケアの一つだと考えられている。当病棟では認知行動療法（以下CBTと略す）的関わりを中心に、個別性を重視したアプローチを行うことで、患者自身が飲水コントロール出来ることを期待しプロジェクトを立ち上げた。その取り組みの経過に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2012年1月～2012年4月（4ヶ月間）

2. 対象者

表1に対象者の背景を示した。

表1. 対象者の背景

対象者	性別	年齢	罹病期間	体重の日内変動の平均値 * 2011年11月～12月
A氏	女性	30代後半	15年	+1.6kg
B氏	男性	40代前半	19年	+1.1kg
C氏	男性	20代後半	10年	+2.4kg
D氏	男性	40代後半	30年	+1.7kg
E氏	男性	40代前半	11年	+2.0kg

統合失調症と診断され多飲水による体重の日内変動があり、観察を要する患者5名。

3. 方法

- 1) 構成スタッフ：看護師3名（うちCBT的な関わりの講義を行っているベテランスタッフ2名）、看護補助者2名。
- 2) 勉強会：対象者向けの勉強会を期間中に5回実施。
- 3) 情報共有：勉強会での様子は院内LANで情報共有を行い、日々の関わりの中で必要な情報を専用ノートに記した。
- 4) ナースステーション内に対象者5名の折れ線グラフの体重表を掲示。1日3回の体重測定の値を各自で記入してもらった。記入できない患者は代筆した。
- 5) プロジェクトメンバーミーティングを、期間中5回実施。計画立案と評価はその都度行い、方向性を明確にしていった。その内容も院内LANで情報共有を行った。

6) 関わりのポイント

- ①ソクラテス式質問法の活用。
- ②指示的・指導的にならない。
- ③患者の発言に対しては肯定的に評価する。
- ④計画に関してはできる限り患者の意思を尊重する。
- ⑤プロジェクトメンバーが中心であるが、全スタッフが意識して関わる。
- ⑥個別性を重視したアプローチを行う。

4. 評価方法

- 1) 取り組み前後2ヶ月の体重の日内変動の平均値の比較。
- 2) 「多飲症・水中毒ケアと治療の新機軸」¹⁾を参考とし、リミット体重を設定。設定にあた

り起床時の体重を1週間測定。平均値を出し、ベース体重とした。1日3回（6時・16時・20時）体重測定を実施し、取り組み前後のリミット体重をオーバーした回数をもとに検討。

3) 看護記録及び個別の専用ノート、院内LAより情報を収集した。収集した情報より、取り組み前後の行動の変化を抽出し比較した。

5. 倫理的配慮

研究主旨を説明し、同意を得た。また、個人が特定できないように配慮した。

III. 経過及び結果

2011年12月17日、勉強会を開始する前に対象者が多飲水に対してどのような認識を持っているのかを把握するためアンケートを実施した。

アンケート内容を表2に示す。

表2. 多飲水に関するアンケート

1. 水分は1日どの位、飲んでいますか？
2. 水を飲み過ぎたと思うことはありますか？
3. 2ではいと答えた方に聞きます。
そのときの気分はどのような感じでしたか？
4. 水が欲しくなる時は、どのような時が多いですか？
5. 水を飲み過ぎると、どのようなことが起こると思しますか？
6. 飲み過ぎないようにするには、何かいい方法はありますか？
7. 活動時間などに水を我慢できるのはなぜですか？

アンケート結果では、「水が欲しくなる時は、どのような時が多いですか？」との問い合わせに対して、「飲みたいから飲む」「喉が渴くから」「暇だから」という回答が見られた。「飲み過ぎないようにするには、何かいい方法はありますか？」との問い合わせに対しては、全員から多飲水行為を全く意識していない回答が返ってきた。そのことからまず対象者へ多飲水が身体に及ぼす影響についての勉強会を実施することにした。

第1回目の勉強会を2012年1月17日に実施。

1. 多飲水が身体に及ぼす影響、1日に必要な水分量について。

2. 対象者全員のベース体重・リミット体重について。

*スタッフより、今後ストレスを感じず上手く飲水と付き合えるようサポートしていくことを伝えると、対象者全員が手を挙げ賛成してくれた。

第2回目の勉強会を1月30日に実施。

1. 前回の勉強会の振り返り。
2. 1日3回体重測定を実施する目的を説明。
3回の体重測定については全員から同意を得た。測定した体重は折れ線グラフで表示し、ナースステーション内に掲示した。
3. グループの意識を高めるために全員のコップ（300ml入る）を統一した。

*対象者全員から、多飲水が身体に及ぼす悪影響について、過去の体験と勉強会の内容をもとにした発言が聞かれた。その発言に対して、気づかせるような設問を投げかけ、考えさせるようにした。またグループ名をメンバーで考えてもらうよう依頼した。

第3回目の勉強会を2月10日に実施。

1. 体重の日内変動の経過を評価。
 2. 個々のベース体重とリミット体重の再確認。
- *E氏からの提案でグループ名を「セミナークラブ」と名づけた。

依然として全体的に多飲水に対する意識が低い印象を受けた。そのためスタッフ勉強会において関わりの内容を振り返った。そこで対象者との信頼関係構築と意識を高めるためCBT的関わりを強化するよう努め、スタッフ間で情報共有した。結果、関わりの中で多飲水を意識した発言が増えてきた。

第4回目の勉強会を3月15日に実施。

1. 体重の日内変動値をグラフでチェック。
 2. 対象者全員にグラフ用紙を配布し、結果を見ながら各自の意見を聞いた。
- 学習した内容の質問に対しては褒めるとともに、さらに深めてもらうよう掘り下げた設問を行った。互いに用紙を見せ合い確認する光景が見受けられ、全体的に意識が高まっている印象を受けた。

第5回目の勉強会を4月22日に実施。

1. これまでの多飲水による体重の日内変動値の評価。
2. 今後の課題について。

次に評価とした取り組み前後の体重の日内変動の平均値の比較を表3に示す。

表3. 取り組み前後の体重の日内変動の平均値の比較

対象者	取り組み前の体重の日内変動の平均値	取り組み後の体重の日内変動の平均値
A氏	+1.6kg	+1.3kg
B氏	+1.1kg	+1.7kg
C氏	+2.4kg	+2.9kg
D氏	+1.7kg	+1.6kg
E氏	+2.0kg	+2.0kg

取り組み前後のリミット体重をオーバーした回数を表4に示す。

表4. 取り組み前後のリミット体重をオーバーした回数(オーバーした回数／体重測定回数)

	取り組み前	取り組み後
A氏	12／91回(13.2%)	17／131回(13.0%)
B氏	17／47回(36.2%)	20／103回(19.4%)
C氏	18／116回(15.5%)	65／144回(45.0%)
D氏	4／67回(6.0%)	1／116回(0.9%)
E氏	1／112回(0.9%)	1／132回(0.8%)

今回、取り組み前後で何らかの変化があった3名の症例を報告する。

A氏は著しい多飲水傾向にあり、密な観察が必要な患者である。勉強会を開始する前月には他の病棟で、多飲水による意識レベル悪化のため救急搬送されている。常にコップを持ち歩き、常時飲水をしている様子がみられた。リミット体重を超えることもあったが気にすることなく、スタッフの助言に対しては不機嫌になることが多かった。そのため勉強会を一度欠席した。しかし日々の関わりにおいて『褒める』事を意識し『共に考え』『フィードバック』する機会を大切にした。徐々

に、日に何度も体重測定に来る等、意識した行動が見られるようになった。グラフ記入時にリミット体重を超えている時には、自ら「トイレに行つてくるね。少し飲みすぎている」等と不機嫌になることなく話した。また、担当スタッフを探し「次はいつ勉強会するの?」と尋ねる様子もみられた。

体重の日内変動の平均値が取り組み前は+1.6kg、取り組み後は+1.3kgであった。リミット体重のオーバー回数が取り組み前91回中、12回。取り組み後は131回中、17回であった。

B氏も病棟内で常にコップを持ち歩いて経過する患者であった。連日多飲水による体重の増加がみられていた。冷水機での飲水行為のみならず、洗面台の蛇口からの直接飲水や、入浴中のシャワーからの飲水、トイレに隠れての飲水等、自制が不可能な状態であった。多飲水による影響で意識レベルの異常をきたしたこともあり、予防のためP-I C Uに保護することが多かった。しかし勉強会では静かに過ごし、時に意見を述べる姿もみられた。なぜ多飲水行動に及ぶのか問うと「幻聴が聞こえてじゃないよ。暇だから飲んでしまっていた」という発言が聞かれた。病的体験によるものではなく「暇だから水を飲む」というこの発言を重視し、それは健康的ではない対処の仕方であるということを、気づかせるような関わりをした。その後、コップを持ち歩かない日もみられるようになった。

体重の日内変動の平均値が取り組み前は+1.1kg、取り組み後は+1.7kgであった。リミット体重のオーバー回数が取り組み前47回中、17回。取り組み後は103回中、20回であった。

C氏はあまりのない発言が多く聞かれ、多飲水に対しても意識の低さがみられた。常にコップを持ち歩き、洗面所でも直接飲水し、体重増加が連日見られた。多飲水が影響した意識レベルの悪化もあり、一度は痙攣発作があった。P-I C Uに保護する日も多く常に観察が必要な状態であった。「リミット体重を超えると危険とわかっているけど、朝になったら下がっているからいいさ」等と話し、意識の変化はみられなかった。しかし勉強

会には常に参加していた。妄想的な訴えに対しても、自尊心を傷つけないように受容するよう努めた。日を重ねるうちに自ら体重測定を希望する姿もみられた。「自分で水を飲みすぎていないか、気をつけているよ」等と体重の変動を意識した発言も聞かれるようになった。また、勉強会において「体のバランスはナトリウム・カリウム・クロールでできているんだよね」等と学習した内容について話すこともある。「今まで小遣い全部をジュースに使っていたけど、貯めて他の物を買いたい」等の、飲水以外にも目を向ける発言もあった。しかし飲水コントロールはできなかった。

体重の日内変動の平均値が取り組み前は+2.4kg、取り組み後は+2.9kgであった。リミット体重のオーバー回数が取り組み前116回中、18回。取り組み後は144回中、65回であった。

取り組み前後の行動の変化を表5に示す。

表5. 取り組み前後の行動の変化

対象者	取り組み前	取り組み後
A氏	<ul style="list-style-type: none"> スタッフの助言に対して不機嫌になることがあつた。 常にカップを持ち歩いて経過。 リミット体重を超えても気にすることはない。 	<ul style="list-style-type: none"> 自ら体重測定に来る。 体重の増加を気にする言動がある。 スタッフの助言に対して不機嫌にならない。
B氏	<ul style="list-style-type: none"> 常にカップを持ち歩いて経過。 不適切な飲水行為が多々みられる。 意識レベルの異常をきたしたことがある。 P-ICUに保護する事も多かった。 	<ul style="list-style-type: none"> カップを持ち歩いて過ごすことが減った。 不適切な飲水行為が減少した。 P-ICUに保護することは殆どなかった。
C氏	<ul style="list-style-type: none"> 多飲水に対して認識がない。 常にカップを持ち歩いて経過。 不適切な飲水行為がみられる。 痙攣発作も一度みられた。 P-ICUに保護する日も多かった。 	<ul style="list-style-type: none"> 自ら体重測定を希望することがある。

IV. 考察

A氏は取り組み前後の体重の日内変動の平均値及び、リミット体重をオーバーした割合はわずかながらも減少している。自ら体重測定に来るという行動から、少なからず意識の変容があったのではないかと考える。

B氏は取り組み前後の体重の日内変動の平均値は増加している。しかし、リミット体重をオーバーした割合は減少している。

図1. にB氏の体重変動の経過を示す。

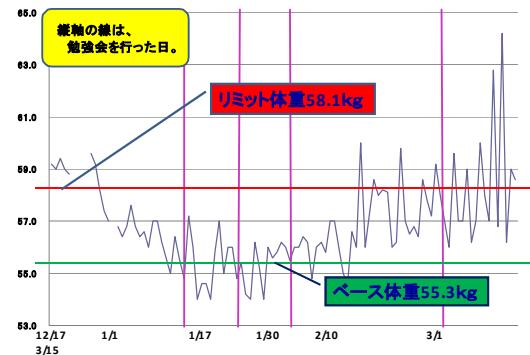


図1. B氏の体重変動の経過

多飲水に関するアンケート後（12月17日）、体重の増え方が改善している。勉強会開始当初はリミット体重を超えることはなかった。これはB氏が取り組みを意識しての行動だと考える。しかし2月末より体重変動が目立ち始め、3月は増加が著しい。それが体重の日内変動の平均値を増加させている。同時期に精神症状の悪化はみられなかったことから、病状に左右されての影響ではなく、意識を持続させることができなかつたことが原因ではないかと考える。

C氏は取り組み前後の体重の日内変動の平均値及び、リミット体重をオーバーした割合が増加している。それは今回の取り組みがストレスとなっていたのではないかと思われる。C氏は思考障害が著明であるため、グループでの教育よりも個別での教育とアプローチが適切だったのではないかと考える。

A氏・B氏の両氏が一部行動に変化がみられた要因として、両氏とも以前は体重増加時にスタッフより指導を受けていた。取り組みにおいては体重が増加している時でも指導するのではなく共に考え、フィードバックし、自信をもたせるような声かけを行った。竹田²⁾は「人から褒められる体験は行動を強化するもっともよい好子となります」と述べている。成功した時に『褒める』ことで多飲水改善へ向けたモチベーションを多少なりとも高めることになったのではないかと考える。また体重の日内変動の経過が一目瞭然に分かる折れ線グラフを活用したこと、対象者自身に気づ

き考えさせる要因のひとつになったのではないかと考える。

私達は些細なことでも望ましい変化は取り上げ褒めた。そして以前の状態も含めて行動をフィードバックし、課題に対しては共に考えた。それは必要な援助行為だったと考える。また対象者の能力に対し限界を決めつけるのではなく、改善することができると信じ実践していった。私達の取り組みは伊藤³⁾が述べる「協同的問題解決（当事者が抱える悩みや苦労や問題に対し、援助者と当事者が問題解決チームを組んで取り組んでいくこと）」と一致しているのではないかと思われる。

しかし結果を得る事ができなかったのは、個々の能力に合わせて、より個別性を重視したアプローチが弱かったのではないかと考える。また、少なからず意識をさせることはできても、行動を変容させるまでの継続性も弱かったのではないかと考える。慢性期の統合失調症患者に対して行動変容を得るために、CBT的関わりとともに個別性を重視したアプローチと全体での力動を継続して行うことが重要になってくるのではないかだろうか。

ただ研究期間中に拒否して中断する対象者はいなかつた。勉強会では、訴えを否定せずに傾聴することができるスタッフを講師として固定した。その際、指導ではなく『褒める』ことを意識したことが、普段から指導されることが多かつた対象者にとっては居心地の良さを感じるグループだつたのではないかと考える。

V. 終わりに

今回の取組みはまだ試行錯誤している段階である。今後も患者と共に課題が解決できるよう取り組み、個別性を重視したアプローチを実践していく。患者の能力を信じ新たな可能性を引き出し、その患者にとって健康でQOL向上が図れるような看護を展開していきたい。

引用・参考文献

- 1) 川上宏人、松浦好徳：「多飲症・水中毒 ケアと治療の新機軸」医学書院 2010
- 1) 竹田伸也：「認知行動療法による対人援助スキルアップ・マニュアル」遠見書房 2010
- 2) 伊藤絵美他：認知行動療法、べてる式 第1版 医学書院、2007
- 3) 比嘉愛子他：尿失禁を繰り返す統合失調症患者への関わりを通して一個別のアプローチを強化したことによる変化— 第24回志誠会医学会誌 2011
- 4) 吉浜文洋：「水中毒・多飲水症患者へのケアの展開～取り締まりから患者参加のケアへ～」精神看護出版 2010

注釈

1) リミット体重

超過しないようにするための「目標」体重を意味します。リミット体重設定の根拠は血清ナトリウム値の変動です。水中毒の高リスク状態を示唆するといいます。リミット体重は「ベース体重+5%増加分」を目安に設定されます。

2) 好子

その人にとって良いこと。

危機的状況時の患者対応について考える ～急性期治療病棟における看護実践データより～

第3病棟 ○掛 福 誠 志 森 山 誠
比 嘉 和 枝

I. はじめに

近年、精神科看護の専門技術として危機的状況時の危険防止を目的とした研修が盛んに行われている。ここでいう危機的状況とは暴力・暴言・威嚇・興奮等の攻撃行動を指している。当院でもこれらの研修に参加した看護者より、対応技術の伝達講習を定期的に行っている。無論、これらの技術習得は研修だけではなく先輩から後輩へと伝授されてきた経験知に寄るところが大きいのは言うまでもない。しかしこれまでそれらを言語化したものはなかった。また、最後の手段である身体的介入技術にのみ関心が高い傾向にあり、本来の危機を予知する技術がどこまで実践できているのか疑問に感じていた。

そこで、今回これらの疑問や課題を明確にするために当病棟における過去1年間の危機的状況の実態とその対応について、看護記録の抽出と看護者に聞き取り調査を実施し分析を試みた。その結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成23年4月1日～平成24年3月31日
(12ヶ月間)

2. 対象者

- 1) 研究期間中に危機的状況に至った患者 32名

表1に対象患者の背景を示した。

表1 対象患者の背景

研究期間中に危機的状況に至った患者 32名 (男性 26名 女性 6名)		
疾患名	統合失調症	21名
	器質性精神病	5名
	認知症	3名
	統合失調感情障害	2名
	躁病	1名

- 2) 研究期間中に危機的状況に対応した看護者 9名。表2に対象看護者の背景を示した。

表2 対象看護者の背景 N=9

	性別	年齢	経験年数	(急性期)	研修の有無
A	男	39	16年	6年	CVPPP
B	男	40	22年	18年	CVPPP
C	男	41	14年	6年	CVPPP
D	男	37	15年	5年	無
E	男	29	9年	7年	CVPPP
F	男	27	11年	1年	無
G	女	37	11年	10年	無
H	女	34	5年	2年	無
I	男	43	13年	2年	無

3. 方法

研究期間中、看護記録より明らかに危機的状況（暴力・暴言・威嚇・興奮等の攻撃行動）と判断される状況のみ抽出した。

また、それらの状況に対応した看護者へ①対応で工夫している点②特に気をつけている点③介入後の患者との治療関係等について聞き取り調査を実施した。

4. 評価方法

今回の実態調査の結果、当病棟での対応内容をCVPPP（包括的暴力防止プログラム）（注1）での危機段階を基に分類し分析・検討した。

5. 倫理的配慮

研究にあたり個人が特定されないよう配慮した。

III. 結果

期間中の危機的状況の総件数は98件であった。その内訳として暴力7件・暴言10件・威嚇36件・興奮45件であった。図1に示す。

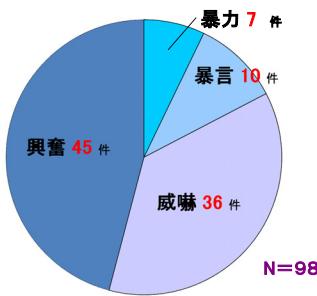


図1 危機的状況の分類

図2に疾患別による分類を示した。統合失調症が74件で76%を占めていた。



図2 疾患別件数

図3は入院回数別により分類した。初回入院が37件。2～4回が28件。5回以上が33件と平均していた。



図3 入院回数別件数

図4は入院形態別により分類した。医療保護入院が71件で72%を占め、任意入院は27件。措置入院の患者はいなかった。



図4 入院形態別件数

図5は対応の時期をC V P P Pの危機段階を基に3段階に分類した。誘因期（A）は危機的兆しが見え始める時期、エスカレート期（B）はその兆しが増強する時期、危機相攻撃期（C）は攻撃性が増し自他への危険が大きくなる時期とした。

それらの結果、A36件、Bは53件と総件数の90%が（A）（B）の段階に対応している事がわかった。

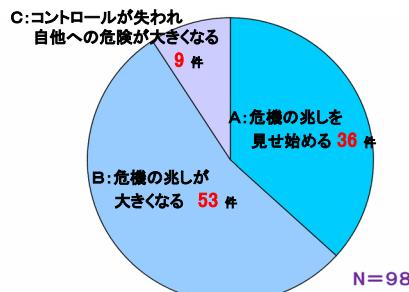


図5 危機段階の分類

次に、聞き取り調査での内容と対応後の結果を危機段階別に示した。表3には（A）段階の対応内容を示した。急性期の経験が少ない看護者（F）は自分が受け止めた兆しを他の看護者へ確認してもらう方法を取っていた。また、経験年数10年以上の看護者は方言を使い、人となりを褒めたり「落ち着かせる」ための工夫が主流だった。

表3 誘因期（A）の対応内容 N=36

一般的兆し
・視線が合わない・表情が硬い・大声になる・一方的に話す
・まとまりのない会話・無理な要求をする・落ち着かない様子・いつもの言動と違う

一般的対応	当病棟の対応	対応の結果
<ul style="list-style-type: none"> ・患者の訴えを傾聴する ・批判しない ・患者の思いに共感する ・軽いユーモアで和ませる ・曖昧な言い方をしない ・交渉する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベテランの看護者に危機のサイン確認してもらう（看護者F） ・軽い冗談を言ってみて相手の反応をみる（D） ・話題を変えて相手の気持をそらす（I） ・方言で話す相手には方言を使い距離を縮める（B） ・本来の人となりを褒める（E） ・PICUへの部屋移動を勧める（G）（H） 	<ul style="list-style-type: none"> ・鎮服及び注射 19件 ・拘束開始 1件 ・隔離中 12件

表4に（B）の段階の結果を示した。あえて（A）の段階では観察のみで（B）の段階早期に対応したケースが17件あった。（B）の段階での与薬や注射を施行する件数は30件で57%をしめていた。また、隔離や拘束が開始になる件数は6件であった。看護者（F）は「先輩や関係の良い看護者に交代してもらう」看護者（E）は「調子の悪さを自

覚してもらう」ために「看護者自身の率直な気持ちを伝える」等も試みていた。

表4 エスカレート期(B)の対応内容

一般的兆し N=53		
一般的的対応	当病棟の対応	対応の結果
<ul style="list-style-type: none"> ・危機が収束するかエスカレートするのか判断する ・話しは短くする ・支援したい気持ちを伝える ・患者の要望を聞く ・以前効果のあった方法を勧める ・複数で対応する ・普段のその人らしさと違う事を強調する 	<ul style="list-style-type: none"> ・複数で対応する（全員） ・与薬や注射の必要性を説明する（全員） ・医師へ報告 タイムリーに指示を受ける（全員） ・先輩や関係の良い看護者に交代して対応してもらう（F） ・調子の悪さを自覚してもらう（E） 	<ul style="list-style-type: none"> ・頼服及び注射 30件 ・隔離拘束開始 6件 ・隔離拘束中 14件 ◆A段階を経て移行 17件

表5には(C)の段階を示した。

表5 危機相攻撃期(C)の対応内容

一般的兆し N=9		
一般的的対応	当病棟の対応	対応の結果
<ul style="list-style-type: none"> ・暴力行為がある ・物を用いた威嚇行為 ・器物破損行為 ・激しい興奮 	<ul style="list-style-type: none"> ・最低3人以上、抵抗が激しい場合は5人以上の看護者で対応する ・他の患者の安全を確保 ・身体介入技術を用いる ・これ以上の暴力は許す事は出来ないとメッセージを伝える 	<ul style="list-style-type: none"> ・3人以上で対応する場合は患者の反応を見ながら役割分担する（全員） ・周囲の危険物を除去し、他の安全確保（全員） ・看護者が実施している事を説明し協力を求める（全員） ・このまま観察する事は困難だと伝える（A）

器質性精神病患者の衝動的な行動による暴力が2件。兆しは受け止めているが対応が遅れたために暴力に至ったケースが2件。他は入院時の興奮によるものであった。暴力であっても複数で対応する程エスカレートしていない場合もあった。この段階で、全員が共通して認識している対応としては「複数で対応する」「他患の安全を守る」「看護者の行為に対して分かりやすく説明する」等であった。

IV. 考察

図2・3・4の結果から、危機的状況に至る患者は統合失調症が多く医療保護入院が多い。入院当日の件数が16件ある事から、強制入院への不満が危機的状況を誘因しているとも考えられる。

図5の結果よりわかるようにA、Bの段階での対応が全体の90%を占めている。Cの攻撃性が増し自他への危険が大きくなり身体的介入技術を要する前に対応している。そのためには危機の兆しを見逃さないような観察技術が求められる。

看護者(E)は特に医療保護入院の新患の場合はリスクが高いため、診療情報提供書や外来からの情報をなるべく多く集めるようしていると話しているように情報把握がポイントになる。入院回数の多い患者は過去のエピソードや危機的兆しを看護者全員が周知しておく事が非常に重要となる。表3においてAの段階から拘束に至っている1名の患者のように病状の進展が早く急激な興奮状態を呈するために(A)の段階で迷わず拘束している。患者の病状パターンを医師と看護者が共通理解しておく事は危険防止の基本であり危機を予知する技術に繋がると思われる。一般的にはこの段階の対応の主流は「落ち着かせる」試みが多い。方言を使い地元の話しをする方法は看護者に対して親近感を感じる為か気分をそらす方法としては有効な感触を得ている。

次に(B)段階の対応であるが(A)では観察のみで(B)へ移行させたケースが17件あった。今回の調査で見えてきた事の一つであるが、当病棟の対応の一つに、危機の兆しを見せ始めてもしばらくは経過観察を継続し、兆しが大きくなったり早期に対応している方法がある。この段階だと患者も自身の病状悪化の兆しを認めやすく、服薬や注射を施行しやすくなるためである。また経験年数の少ない看護者は先輩や患者と関係の良い看護者に対応を交代してもらう方法を取っており、この方法も有効な場合が多い。なじみの看護者は自分を理解してくれる人としての安心感を与える存在だと思われる。他の看護者では対応不能な時でもなじみの看護者だとすんなり了解してくれる事などは往々にあることだ。しかしこのような関係を作るには日頃からの看護の延長線上にある事は言うまでもない。危機的状況時こそ信頼関係が左右する事を知っておく必要がある。

次に(C)の段階での対応であるが全員が「複数での対応を心がけている」これらの効果としては患者側に与える影響だけでなく、看護者側の心理的な影響も大きい。自分自身がぎりぎりの心境では危機的状況にある患者を落ち着かせ、辛抱強

く説得するという行為を続ける事は困難である。複数で対応する事により余裕ができ、緊迫した状況を乗り切る事が出来る。当院では夜勤帯でもスムーズに応援が要請できる体制が作られている。よって早めの段階での複数対応は暴力を防止できる有効な手段と考える。また「看護者が実施している行為について丁寧に説明する」も全員が努力している。介入後の患者と看護者の信頼関係がこじれないようにするために非常に重要であり必要不可欠である。実際、危機介入後の患者との関係がきまずくなったというケースは「ほとんどない」と答えている。以上述べてきた事から当病棟の対応はC V P P P の「身体的介入技術を駆使するのではなく暴力を発生させないための技術を身につける」という主旨から逸れていないと思われる。

V. まとめ

危機的状況時の対応ポイントをまとめた。

1. 危機の兆しが分からぬ新患入院の場合はカルテや他の看護者からなるべく多くの情報を集めて情報を共有しておく。
2. 先輩の看護者はリスクの高い患者のエピソードを後輩の看護者へ伝える努力をする。
3. 決して無理をせず早い段階で応援要請し複数で対応する。出来れば、リーダー役は患者となじみの深い看護者が行う。
4. (A) 段階で危険予知した場合にタイムリーに報告や指示受けができるよう日頃より医師との連携を深めておく。
5. 身体的介入技術を活用する場合は極力丁寧な説明に努める。

V. 終わりに

今回の研究は急性期治療病棟における一部のデータによる報告である。慢性期の病棟では違った対応が必要になるであろうことは容易に推測出来る。しかし、看護実践に埋もれている技術群を言語化する作業のきっかけになった事は意義深い。今後もこれまで培ってきた倫理観をさらに高めつつ、より有効な対応技術を模索していきたい。

引用・参考文献

- 1) 松尾康志：精神科看護、第33巻、P31精神看護出版、2006
- 2) 鈴木啓子：精神科看護、第31巻 P24精神看護出版 2004
- 3) 鈴木啓子：暴力事故防止ケア 第1版 精神看護出版

注釈

- 1) C V P P P : 包括的暴力防止プログラムとは2004年に我が国ではじめて医療者のために開発された暴力対処のためのプログラム。日本精神科看護技術協会において4日間の研修プログラムが実施されている。

統合失調症患者への認知行動療法的関わりを通して ～生活改善グループでの患者の変化～

第5病棟 ○松本安子 上門美幸
渡嘉敷直樹 宮城妙子
作業療法課 新里将悟 山本大輔

I. はじめに

当病棟は5年以上の長期入院者が3分の1を占めている。これまで長期入院の療養者に対して認知行動療法（以下CBTと略す）的技法を用いて調理活動やセルフケア改善グループを立ち上げリハビリテーションを展開した結果「セルフケア」「交流面」において有意な改善がみられた。CBT的な技法が療養者理解に有効であり、健康的な二者関係を築く基礎となる事から今回病状が安定し思考障害が少なくコミュニケーションが持て退院可能な療養者を対象に「生活改善グループ」と称しCBT的な技法を用いてグループ運営を行った。精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下Rehabと略す）に有意な改善がみられた事や、アンケート調査や座談会の結果から療養者の行動に変化がみられたので、その結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 対象者の背景

病状の安定した退院可能な療養者7名を選定表1に対象者の背景を紹介する。

表1 対象者の背景

対象者	男性7名
診断名	統合失調症
平均年齢	44歳
平均罹病期間	16年
平均入院期間	3年

2. 研究方法

1) 運営概要

表2に運営概要を示す。

表2 運営概要

■研究期間：平成24年2月～5月

■実施頻度：毎週(火・水) 全27回

■時間帯：10時～11時(1時間)

■対象者：病状が落ち着いていて意思の疎通が可能

■担当職員：看護師1名・看護補助者1名・作業療法士2名

2) CBT的関わりのポイント

①すぐに答えを出さずに自問や気づきを促し、療養者自身に考えてもらうようソクラテス質問法を用いた。

②職員からは指示的な声かけを避け、療養者と横並びの関係を構築し、協同で問題を解決していくプロセスを重視した。

③療養者の意見は否定せず、可能な限り実践に取り入れた。

3) 情報共有

具体的な活動内容と療養者の変化について院内LANを用いて関係職種間で情報共有した。

3. 評価方法

1) 対象者6名（7名中1名は活動中施設入所のため評価より削除）Rehabを研究開始前後に実施した。

2) CBT前後のアンケートを通して変化を比較する。

4. 倫理的配慮

本論文をまとめるにあたり、患者個人が特定されないよう記述に配慮した。

III. グループ運営と経過

1. プログラムの運営

表3に生活改善グループ運営の流れを示す。

表3 生活改善グループ運営の流れ

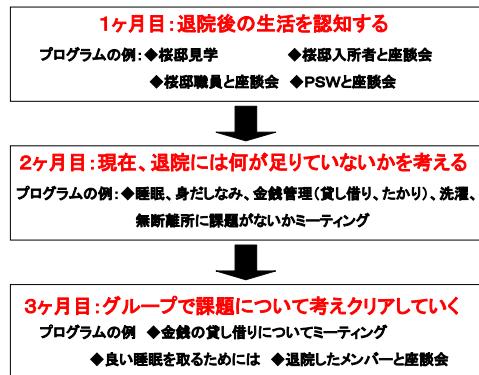


図1に認知しやすくするための工夫
(施設見学例) を示す。

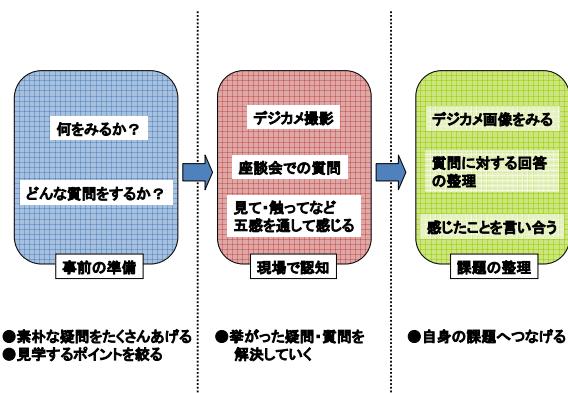


図1 認知しやすくするための工夫(桜邸見学例)

2. 経過

1ヶ月目：グループ開始時、療養者・職員の自己紹介の際に好きな芸能人をスマートフォンを活用し視覚に訴えた事で和やかな雰囲気の中でグループが発足した。

【退院後の生活を認知する】をテーマに退院先のパターンについて①施設入所。②自宅退院。③単身生活。等があげられたが、退院後の生活にイメージが持てないのが現状であった。療養者の中から「いつまでも入院していられないよ。」と本音の発言に全員が相槌を打ち共感した。そこで、当院

の社会復帰施設・桜邸見学をプログラムした。見学中、施設設備や入所生活の様子をデジタルカメラで撮影し、見学後に撮影した映像(図2)を見ながらアメニティの再確認と「当病棟から退院した入所者が多く頑張っていた。」と感想を述べていた。更に実際の入所生活を知るために入所者と施設職員との座談会をプログラムした。座談会において施設職員より施設入所の最低条件が提示された。

- ①夜は寝る。
- ②金銭自己管理、貸し借り・たかりはしない。
- ③身だしなみを整える。
- ④洗濯は自分でする。
- ⑤無断離所しない。

職員の話に関心を持って耳を傾け、グループの一体感から個別の質問も多く前向きな様子が伺えた。座談会から桜邸がリハビリ施設である事を認知しポジティブな意識へ変化した発言が聞かれた。次に、精神保健福祉士との座談会をプログラムした。座談会では、退院に必要な事項について説明を受け、退院後の生活についてイメージ化する事が出来たと感想を述べていた。



図2 桜邸見学の様子

2ヶ月目：【退院には何が足りないか】をテーマに施設座談会・精神保健福祉士との座談会を振り返り、退院・施設入所するための最低条件①睡眠をとる。②身だしなみを整える。③金銭自己管理、貸し借り・たかりをしない。④洗濯は自分でする。⑤無断離所しない。の条件を療養者個々がクリアしているかミーティングを繰り返し行った。④洗濯は自分でする。は、全員がクリアしており、⑤無断離所しない。については、過去施設入所中に

無断離所し再入院した療養者から、当時の状況を職員に語り始めた事で過去を振り返る事が出来た。更に、療養者全員の面前でも「もう逃げない、職員と相談する。」「入所は目標を持つ。」等発言するようになり、グループ活動に積極的に参加し、発言が増える等の変化が見られるようになった。①②③については、療養者全員が大なり小なり問題があり退院に向けて足りない条件だと課題を認知した。

3ヶ月目:【グループで課題について考えクリアしていく】をテーマに退院・施設入所のための条件から①②③の3条件について進行した。

【①睡眠をとる】は、睡眠について職員がレクチャーした後、療養者の実際の睡眠状況のデータを基に個々の睡眠状況を認識し、課題及び対策をあげ実施する事により概ね改善した。

【②金銭自己管理、貸し借り・たかりをしない】は、金銭の貸し借り・たかりをすると、『人間関係が悪くなる。』『トラブルが起きる。』『病状が悪化する。』等の意見があり、金銭の使い方について、時間表をツールとして活用した事により、個々のパターンを認識し、グループ内で対策を考え課題を実施した。改善した療養者がいた中、一部はホスピタリズムにより課題は残ったが、全員の激励を受けた事で意識が高まり、改善傾向にある。

【③身だしなみを整える】については、日常生活動作（以下ADLと略す）についての学習と職員がロールプレイする事で活発に進行できた。ADLの整容においては、療養者が全員男性だった事で、髪剃りについて関心が強く課題として取り上げた。自己評価と実際に職員・療養者がお互いに顔に手を当て他者評価を行った事により意識が高まり概ね改善した。後半では、グループの卒業生で早期に退院・施設入所したA氏を迎えて座談会をプログラムした。A氏は、事前調整では、座談会の参加を快諾し、療養者もA氏を歓迎し和やかな雰囲気の中、質疑も活発に行われ、A氏から「目標を持って頑張ればできる。」の説得力ある言葉で激励を受け、全員が3ヶ月前同グループのA氏と思えない程生き生きしていたと称え羨望となり、

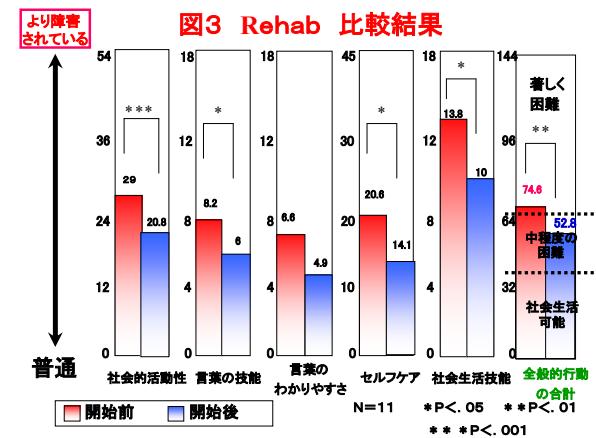
今後の目標に対してポジティブな発言が聞かれた。

V. 評価及び結果

1. Rehab評価について

図3に開始前後のRehab評価比較結果を示す。

・全般的に改善がみられた。



2. アンケートについて

表4にグループ開始前後のアンケートの変化を示す。

表4 グループ開始前後のアンケートの変化(抜粋)

	グループ開始前	グループ終了後
Q1 退院生活についてどう考えて いますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・姉がさせてくれない(A氏) ・自宅に退院したい、家族と折り合いが付かない(B氏) ・施設へ行けと言われれば行く(E氏) 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院して良かった。(A氏) ・以前は将来に不安があったが今は目途がたち安心(B氏) ・かなり退院したい気持ちが強くなっている(E氏)
Q2 今の生活に満足していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・このままではいけないと思うが不満はない(A氏) ・不満はないが慣れたら行けないと思っている(B氏) ・不満はない(E氏) 	<ul style="list-style-type: none"> ・満足している(A氏) ・退院に向かっているので満足している(B氏) ・特に不満はないが依存している(E氏)
Q4グループの感想は？	<ul style="list-style-type: none"> ・桜部見学して職員や入所者と話せて安心した(A氏) ・入院生活に目処がない人達に今後もやった方が良い(B、D氏) ・自分の課題が分かった(C、D、E、F、G氏) ・楽しくできた(多数) 	

グループ開始前後のアンケートからの変化においては、A氏は、「開始前姉が退院させてくれない。」に対して、「退院して施設入所ができる良かった。」と変化した。B氏は開始前自宅退院したいが家族と折り合いがつかないことに対して将来に不安があったが、今は目処が立ち安心と変化し、更にグループについては「退院の目処がない人達に今後もフォローして欲しい」と感想を記述する等変化した。E氏は、入院生活に不満はなく施設に行けと言われば行くに対して、入院生活に依

存している。自分の課題が分かり退院したい気持ちが強くなっていると変化した。C氏・D氏・F氏・G氏においても「自分の課題が分かった。」と感想を記述している。全員がグループに楽しく参加でき、退院したい気持ちが強くなったと感想を記述している。

VII. 考察

1. 結果1に対して

R e h a b 開始前後で「社会的活動性」、「セルフケア」、「全般的行動の合計」に有意差がみられ、併せて他項目についても有意差がみられた。「全般的行動の合計」においては、当院、社会復帰施設入所可能な目安をクリアしている。R e h a b において有意に改善した因子として、グループ活動を通して①退院を目標として課題を明確にした事や、②交流や発言を引き出す事を重視した運営方法によるものと考えられる。その事により C B T が問題思考を重視するように、療養者個々が問題点に焦点を当て課題を短期的に集中して取り組むという行動がよい影響をもたらしたと考えられる。

2. 結果2に対して

アンケートによる変化は、グループ活動の経過からみるよう、A氏・B氏は、自宅退院を希望しながらも家族の受け入れが悪いとネガティブであったが、社会復帰施設職員の協力を得て施設見学や座談会を重ね、グループ活動を通してフィードバックした事で、退院・施設入所に対してより具体的なイメージが持て、自信に繋がったと考えられる。A氏は開始より1ヶ月で施設入所し、B氏は終了後施設入所に至った。A氏・B氏の退院支援は従来と異なり、グループ活動を通じ目標を持った事で、退院に向けて自己決定がスムーズであった事や、看護師が、グループでの状況を他専門職種へタイムリーに情報提供し、他職種それぞれが専門性を活かして関わった事により早期に退院・施設入所に至る事ができたと考えられる。更に、B氏のアンケートでは、自己の体験から「目のない人達にも今後もグループ活動を継続して

欲しい」と他者に配慮する変化もみられている。E氏においては、開始前は無為・自閉傾向にあり、グループ開始当初は、参加意欲もみられなかつたが、施設入所したA氏との座談会で説得力ある言葉で激励を受けた事を機に、意欲が向上し自己の課題を取り組んでいる。E氏のアンケートでは、「入院生活に不満はない。」に対して、「依存している、退院したい気持ちがかなり強くなっている。」と変化している。他療養者のアンケートにおいても、全員が「楽しく参加でき、皆と話し合う事で、退院したい気持ちが強くなっている。」と感想を記述している。

高村は「お互いの共通点が認識され、お互いに仲間であると感じ、その仲間意識からお互いを理解し、支援しようとする気持ちが自然に生じるのである」³⁾とピア効果について述べている。普段会話の少ない療養者同士が、グループ活動の場を設定した事で不安や気になる事を話し合い、思いを共有し、お互いがピアである事を認識し、お互いの問題にも関心を寄せ助言しあう等のピア効果により、意識と行動に変化をもたらしたと考えられる。

VIII. まとめ

1. 今回、「生活改善グループ」のR e h a b においては全般的に有意な改善がみられた
2. 退院可能な療養者の選定によりトーケンエコノミー効果がみられた
3. C B T 技法の双方的コミュニケーションによりピア効果がみられた
4. 他専門職種の連携により早期退院・施設入所や方向性の決定はチーム医療の実践によるものである。

VIII. おわりに

今回、長期入院療養者に対して、退院を目標に持つ療養者の選定により、C B T 技法を用いたグループ活動を通して、退院促進や方向性の決定に有効的であった事から、今後も C B T 技法のスキルアップを図り実践継続していきたいと思う。

引用・参考文献

- 1) 伊藤絵美：認知療法・認知行動療法カウンセング初級ワークショップ 医学書院、2007
- 2) 伊藤絵美・向谷生良：認知行動療法べてる式 医学書院 2007
- 3) 高村寿子編著：思春期の性の健康を支えるピアカウンセリング・マニュアル ピアカウンセラー（学生）版、小学館 2007

**認知症・高齢者の退院支援
～計画的な看護介入を目指して～**

第6病棟 ○玉城千明 安里貴行
山城綾乃 德盛ゆきえ

I. はじめに

当病棟は、急性期を脱した認知症・高齢者の看護と慢性期の統合失調症患者のリハビリ病棟として退院支援を展開している。特に認知症・高齢者においては薬物調整にて精神症状は安定しても、改善しなければならないいくつかの問題がある。なかでも睡眠障害が多く、夜間徘徊に伴う転倒リスクの高い患者に対し拘束しているのが現状である。これまでにも、病棟独自の退院計画表を活用し退院支援をしてきたが、個別的な周辺症状の改善には時間を要し、拘束時間の短縮につなげることができなかった。今回、実態調査を行い、睡眠モニタリング表を活用し、統一した看護介入を実践した結果、周辺症状に改善が見られたため、症例を通して、その経過と結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成23年4月～平成23年8月

2. 対象者

過去1年（平成23年4月～平成24年3月）に退院した60歳以上の認知症・高齢者11名。
表1に対象者背景を示す。

表1 対象者背景

対象者	11名（男性5名 女性6名）
平均年齢	77.4歳(61～94歳)
平均在院日数	約171日
拘束者	3名

3. 方法

- 1) 電子カルテより、対象者の①周辺症状、②拘束時間、③転帰について実態調査を行った。
- 2) 対象者の中から睡眠障害や行動障害により拘束解除が困難であったA氏についてまとめた。

4. A氏への退院支援の取り組み内容

- 1) 睡眠モニタリング表の活用：（資料1）
24時間の睡眠状況・VDS与薬時間・頓服使用・歩行状態を観察し記録する。
- 2) 睡眠アセスメントミーティングの実施（以下ミーティングと略す）
担当：医師・看護師・作業療法士
毎週火曜日、夜間の睡眠時間・睡眠の質・行動障害の有無・歩行状態・転倒リスク・拘束解除についてアセスメントを実施。決定した計画内容をチームで情報共有し統一した看護介入を実践。

3) 拘束外しをする条件

- ①夜間4～5時間の睡眠が取れている。
- ②歩行が安定している。

4) 評価方法

- ①看護介入前後の周辺症状の変化
 - ②拘束外し前後の平均睡眠時間、拘束実施時間の比較
- *拘束外しとは、拘束解除に向けて適宜拘束帯を外し観察すること（以下、拘束外しと称す）。

5. 倫理的配慮

本論文をまとめるにあたり、患者個人が特定されないよう記述に配慮した。

III. 経過及び結果

1. 実態調査

1) 周辺症状について図1に示す。

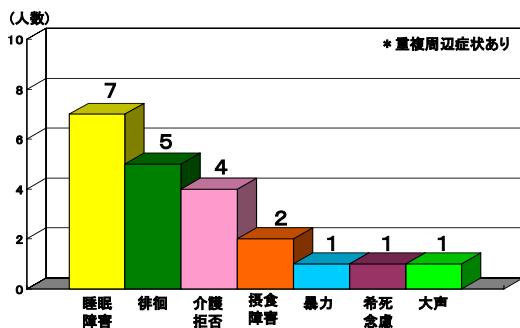


図1 周辺症状

最も多いのは昼夜逆転を含む睡眠障害7名、徘徊5名であった。

2) 拘束時間・拘束期間について表2へ示す。

表2 拘束時間・拘束期間

A氏:3924時間(423日)

B氏:563時間(108日)

C氏:1時間(1日)

(※転倒転落防止のため拘束対応)

対象者11名中、転倒転落防止のために拘束に至った患者は3名であった。A氏は拘束時間・拘束期間が最も長かった。

3) 転帰について図2へ示す。

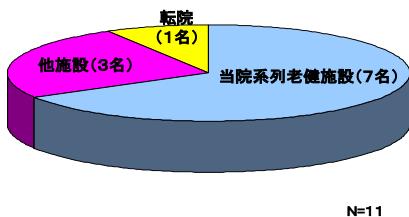


図2 転帰

拘束解除者2名を含む患者7名が当院系列の介護老人保健施設へ入所し、他施設への入所は3名、身体合併症により1名は一般科へ転院となる。

2. 症例

A氏の背景を表3に示す。

表3 A氏の背景

年齢:80代
診断名:統合失調症・認知症
既往歴:急性硬膜下血腫・頭蓋骨骨折
身体状態:右上下肢麻痺あり
在院日数:424日
問題点:睡眠障害・徘徊・頻尿・歩行のフラツキ ・拘束解除困難(転倒のリスクが高い)
* 入院2日目より夜間拘束開始

A氏は頭部打撲による脳挫傷、急性硬膜下血腫、頭蓋骨骨折し、右上肢中等度麻痺、右下肢軽度の麻痺がみられた。介護老人保健施設入所中、昼夜逆転し夜間徘徊による転倒が多く、拘束せざるを得ない状態となり入院となった。

看護介入前後の行動の変化について表4に示す。

表4 A氏の看護介入前後の変化

問題点	看護介入の実施内容	介入後の変化
①頻尿への執着	<ul style="list-style-type: none"> * 時間を決めトイレ導導し排泄の有無を確認 * 日中は好きな歌や歩きを準備しスタッフと視聴 * 夜間も時間を決め導導し再入眠ができるようにポータブルトイレを設置 	<ul style="list-style-type: none"> * トイレ要求が減少 * 排尿に関する訴えが減少 * 夜間トイレ要求が減少し再入眠される
②周辺症状(睡眠障害・徘徊)	<ul style="list-style-type: none"> * 日課(ADL・身体リハビリ)へ参加 * 日中の徘徊時には制止せず付き添う * 睡眠モニタリング表を活用し睡眠ポイントを決め、睡眠状況を記録し医師へ報告、必要時睡眠剤調整をした * VDS内服時間を変更(20時→21時→22時) * 中途覚醒し寝ようとしている時には時間を確認してもらい再入眠を促す * 不眠時には早めに服を服用し翌日身体に負担が残らないようにする 	<ul style="list-style-type: none"> * 日中の午睡なし * 運動時間に変化はないが夜間徘徊減少 * 睡眠アセスメントミーティングを繰り返し評価 * 睡眠約5~6時間確保 * 再入眠することもあった
③歩行のフラツキ	<ul style="list-style-type: none"> * フラツキの時間帯・どのような動作時に起こるのか、観察し具体的に医師へ報告、必要時内服調整をした 	<ul style="list-style-type: none"> * 歩行姿勢が良くなりフラツキも改善した

1) 第1段階: 睡眠モニタリング表の活用

A氏は睡眠障害・徘徊・頻尿・歩行のフラツキがあり、危険が回避できないため入院2日目より夜間拘束開始となった。本人から「眠れない、起こして」との訴えが多く薬物を増量すると日中の眠気がみられ過鎮静となり、昼夜の転倒リスクが高くなった。そこで、カンファレンスを行い、周辺症状の改善・拘束時間の短縮を目標に睡眠モニタリング表を活用し、24時間の睡眠状況を観察記録した。ミーティングでは、周辺症状の対策や看護介入・薬物調整・拘束の時間短縮について吟味し、決定した計画内容を院内LANにて情報共有し統一した看護介入を実践した。

2) 第2段階：看護介入の実践と経過

排尿に対する執着が強く5分ごとにトイレ要求が聞かれたため、時間を決めトイレ誘導をした。また、好きな歌や俳句を提供しスタッフと視聴することで、トイレ要求の回数が減少した。昼夜逆転・徘徊を改善するため、日中は身体リハビリへの参加を継続し、徘徊時には制止せずスタッフが見守り付き添うことで、日中の午睡がなくなった。夜間はトイレ覚醒が多く睡眠の妨げとなっていたため、ベットサイドにポータブルトイレを設置し、排尿後はすぐに再入眠ができるようにした。さらに中途覚醒し寝ようとしている時には時間を確認させることで、再入眠することもあった。ミーティングにて周辺症状や看護介入後の変化について繰り返し評価し、慎重に薬物調整を行った。また、VDSを20時に内服すると夜間0時～1時に覚醒が見られ、朝まで起きている日もあった。内服時間を21時へと変更したが変化が見られず、さらに22時へと内服時間を変更し、不眠時は頓服を使用した。結果、中途覚醒は改善され夜間5～6時間の睡眠がとれ、歩行姿勢も良くなりフラツキは軽減した。

3) 第3段階：拘束外し

拘束外しを実施するにあたりスタッフの中には、転倒・転落の恐れから防衛的となり、不安や否定的な意見が聞かれた。

ミーティングにて拘束外しについて吟味し、①観察しやすい部屋へ移動。②拘束外しは患者一人ずつ行う。③転倒リスクが高い時は必要に応じて拘束し、事故防止に努める。以上、3つのポイントを取り決めた。

A氏の睡眠時間・拘束時間について拘束外し前後の比較を図3へ示す。

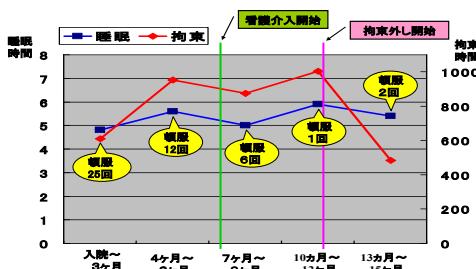


図3 平均睡眠時間／拘束実施時間の変化

入院時から3ヶ月は精神症状も悪く平均睡眠4.8時間であり、不眠時頓服使用は25回であった。7ヶ月目より看護介入を実践し、12ヶ月目には平均睡眠5.9時間とることができ不眠時頓服使用1回となった。ミーティングで拘束外しを決定し、本人、家族へ説明後、同意を得て開始した。転倒・転落防止のためにベット柵を設置し、体動時に音がなるように鈴を取り付け、起床時には合図をするよう助言した。

拘束外し当初、中途覚醒時には患者の訴えに耳を傾け、ニーズに対応し就寝を促した。日によつては安心して入眠することもあったが、フラツキながら徘徊し眠ろうとせず、対応が困難なときには再拘束する日もあった。

拘束外し開始3週間後より、毎日短時間ではあるが入眠することができ頓服使用がなくなり、中途覚醒時も徘徊はみられなかった。拘束外し前後の平均睡眠時間は約5.3時間から約5.4時間と変化はなかった。しかし、本人からは笑顔で「眠れた」との反応が得られた。A氏の周辺症状は軽快し、連日8日間は拘束することなく経過され、拘束解除となり介護老人保健施設へ退院となった。

IV. 考察

急性期を脱した認知症・高齢者の看護として、当病棟では睡眠障害や行動障害の改善が求められている。今回の調査の結果、睡眠障害及び夜間徘徊が多いことから、夜間の睡眠が確保できれば徘徊等の行動障害の改善に結びつくのではないかと考え、今回の研究に至った。

睡眠モニタリング表は、色分け区分し、状態が自由に記述できるよう空欄を設ける等、記入法を工夫したこと、視覚的にも状態把握が容易にできたと思われる。さらに、ミーティングにて睡眠障害・行動障害のある患者の目標とプランを明確にしたことで、統一した看護介入を実践することができ、治療に必要な情報を医師に提供し薬物調整につなげることができたと思われる。

A氏の周辺症状に対しては、何故このような行動を取っているのか原因を探求し、俳句や音楽を

楽しみ余暇を過ごすことで排尿への執着から意識をそらすことができた。日中は徘徊に付き添い、夜間覚醒時には時間等を確認させ夜であることを認識してもらうことで、夜間徘徊が減少したと考える。また、介入後の変化について繰り返し評価し、一貫した看護介入を実践することで周辺症状の改善につながったと思われる。

A氏の身体拘束外しを実施するにあたり、ミーティングで安全を考慮したルールを決め、定期的に治療やケアの妥当性を評価しながら進めたことで、スタッフの不安は軽減され、拘束外しへの自信へとつなげることができたと考える。また、拘束外し前後の睡眠時間に変化はなかったが「眠れた」と言うA氏の言葉から、睡眠の質は確保できたと思われる。

稻見らは「睡眠障害には睡眠薬といった簡単な図式では、かえって重症化させてしまう場合がある」¹⁾と述べている。今回のA氏のように、眠れないからと薬物だけを增量しては転倒リスクが高くなり、夜間徘徊し自己にて危険を回避できないからと拘束するだけでは、根本的な問題解決にはつながらず拘束解除に至ることは難しかったといえる。拘束外しへのスタッフの意識が変わり、チームで取り組み看護介入することで、拘束時間の短縮・解除へと導くことができたと考えられる。

V. 終わりに

睡眠モニタリング表は患者の問題把握や評価を視覚的に把握し、チームで情報共有する手段として有効であった。今後も必要な患者にはミーティングを行い、変化を見逃さず評価・実践する事を基本的姿勢とし、計画的な退院支援に取り組んでいきたい。

引用・参考文献

- 1) 執筆：稻見康司、堀口淳、編著者：川原隆造、前田久雄、吉岡伸一、現代病としての睡眠障害、第1版、P144～145、株式会社二本評論社、2000.
- 2) 内山真、睡眠障害の対応と治療ガイドライン、第5刷、株式会社じほう、2002
- 3) 坂田三允、高齢者の精神看護、第2刷、株式会社中山書店、2007
- 4) 本間昭・木之下徹、認知症 BPSD～新しい理解と対応の考え方～、第1版、日本医事新報社 2010

添付資料

様

睡眠(24h)モニタリング表

入眠

or

就眠

6/1

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

コメント: 22° 入眠困難 1-2 遽即目覚め持続

6/2

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

コメント: 日中午睡 24時まで (3時間). 中夜覚醒時歩行フラフヨウ

6/3

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

コメント: VDF 20° → 21°へ変更 (中夜覚醒・早朝覚醒 24時-3時)

6/4

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

コメント: 0° 覚醒 オムツ交換レバ 21時 入眠.

6/5

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

コメント: 3° 覚醒 トイレ要求頻回.

6/6

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

コメント: 日中、離床便の徘徊1-2回を増加.

6/7

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

コメント: VDF 21° → 22°へ変更.

検討事項

- 毎回、中夜覚醒・早朝覚醒あり。VDFへ午睡時間変更して軽度覚醒とする。
- 睡眠 5~6時間とします。1-2回、拘束外し検討。
- トイレ覚醒時歩行フラフヨウ追加薬を午前した日よりか、観察し眼剤調整検討。

家族支援について考える ～16年間の家族会活動の動向調査から～

診療相談課 ○親川菜見子 高屋幸佑
今吉勝子 崎山さつき
嘉陽須賀子

I. はじめに

平和病院家族会（以下、家族会と略す）は、平成7年に当法人グループホーム建設の際に発生した地域問題をきっかけに発足し、今まで活動を行っている。

家族会活動は、家族同士の交流や病気の理解を深めるための学習会等が主で、開設当初は家族のニーズ・関心も高く、活気溢れる活動が展開されてきたが、昨今は参加者の減少により活動が衰退している現状にある。

今回は、厚生労働省が打ち出している「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の中で保護者制度の見直しが取り沙汰されている中、これまでの家族会活動の動向調査の結果を踏まえ、家族会のニーズの変化や家族支援のあり方について若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

平成7年度から平成23年度までの家族会事業計画に基づき、活動内容、開催回数、開催形式、参加人数を調査した。各調査結果は、表計算エクセルで集計及び分析を行った（表1）。

また、家族会議事録から家族の感想についても調査し、双方より得られた結果について参加人数の年次推移を基に活動内容を4つの区分に分類した。①創設期（平成7年度～平成9年度）、②活動期（平成10年度～平成14年度）、③停滞期（平成15年度～平成20年度）、④低迷期（平成21年度～平成23年度）とした。

表1 研究方法

1. 家族会事業計画を基に動向調査を行った。

調査項目 ①活動内容 ②開催回数
③開催形式 ④参加人数

2. 家族会議事録より家族の感想を調査した。

※上記1、2より得られた結果について以下の4つに分類

①創設期（平成7～9年度）	②活動期（平成10～14年度）
③停滞期（平成15～20年度）	④低迷期（平成21～23年度）

III. 経過及び結果

1. 家族会発足の経過

平成7年に当法人グループホーム一葉・二葉邸を建設時、地域からの反対に遭い当院周辺にたくさんの苦情の立て看板が立てられた。当時、精神障害者への理解や関心が薄く、社会復帰についての啓発も十分でなく、地域も患者も不安な状況に追い込まれた。この状況を知った家族も不安になり、病院の姿勢や治療方針について正確な情報を丁寧に説明するため、家族懇談会を数回実施した。そのような状況の中で、病院の姿勢に賛同し、平成7年10月20日に家族会が発足した。

2. 結果

1) 年度別参加者数（表2）

平成7年度の家族会結成大会には256名の参加があり、年度別参加者数でも545名と最も高い数値を示した。平成8年度は379名、平成9年度は384名と横ばいの数値であった。平成10年からは増減しながら平成13年度を除き、200名台で経過。平成15年度からは100名台で推移し、平成21年度からは下降し、2桁台の数値となり、平成23年度には37名と最も低い数値を示した。

表2 年度別参加者数

年度	参加人数(総数)	年度	参加人数(総数)
平成7年	545	平成16年	123
平成8年	379	平成17年	156
平成9年	384	平成18年	142
平成10年	247	平成19年	120
平成11年	218	平成20年	102
平成12年	245	平成21年	85
平成13年	185	平成22年	43
平成14年	218	平成23年	37
平成15年	126		

2) 開催回数と開催形式 (表3)

開催回数は、4～5回が大半を占め、平成22年度からは2回となっている。

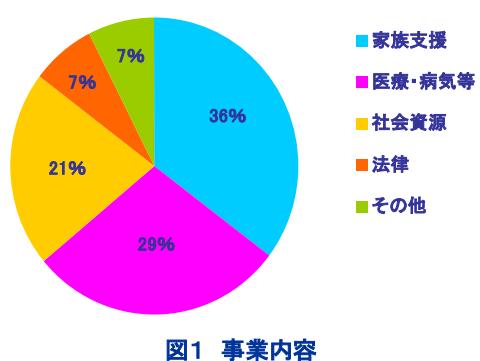
開催内容の詳細は資料1を参照されたい。

表3 開催回数と開催形式

年度	回数	定例活動	開催形式	年度	回数	定例活動	開催形式
平成7年	4	懇談、定例会	全体	平成16年	3	総会、教室	部門別
平成8年	4	総会、定例会	全体	平成17年	4	総会、教室	全体
平成9年	5	総会、定例会	全体 部門別	平成18年	4	総会、教室	全体
平成10年	4	総会、教室	全体	平成19年	4	総会、教室	全体
平成11年	3	総会、教室	部門別	平成20年	4	総会、教室	全体
平成12年	4	総会、教室	部門別	平成21年	4	総会、教室	全体
平成13年	4	総会、教室	部門別	平成22年	2	総会、教室	全体
平成14年	5	総会、教室	部門別	平成23年	2	総会、教室	全体
平成15年	3	総会、教室	部門別				

3) 事業内容 (図1)

事業内容では、家族支援が36%と最も多く、次いで医療・病気関連が29%の順で多く、3番目には社会資源紹介の順であった。



4) 家族会の変遷 (図2)



①創設期 (平成7年度～平成9年度)

創設期は、盛夏祭やメディカルフェア等の病院行事への参加型が導入され、家族の盆踊り練習も数回実施する等、病院・家族が一体となり行事に取り組んでいる。平成9年度から部門別学習・交流会、地域作業所の見学が導入される。家族会議事録から、「病気に関する講演を頻繁にやって欲しい」、「どうやったら病気が良くなり退院できるか」、「地域問題に対しては家族も一緒に立ち向かう姿勢が必要」等の質問・感想が見られる。

②活動期 (平成10年度～平成14年度)

活動期は、病棟・デイケア・社会復帰施設に分かれての部門別学習・交流会が定着し、医師、看護師を始め各職種の参画により、全体で家族会に取り組んでいる。平成11年より、病院行事の他に家族会ミニ運動会が開始され、行事参加者が多く見られる。部門別交流会では小グループでの話合いが行われ、職員・家族同士が身近な交流を行っている。また、創設期と同様勉強会や「自立させたい」と病院へ要望する声が多く見られる。

病院側からは、「家族もチームの一員である」と家族に対し治療への協力を求める意見が散見される。

③停滞期 (平成15年度～平成20年度)

停滞期は、病院行事への参加者が減少し、平成17年度より部門別学習・交流会も廃止された。

平成18年度からは家族の高齢化に伴い、参加型の家族会ミニ運動会が廃止され、見学のみの参加に変更となった。この時期から参加者は徐々に減少の一途を辿っている。議事録からは、「親亡

き後の将来が不安」、「家族自身が変わる事、対応を工夫する事が必要」、「家族自身のリフレッシュ法について」等の感想が聞かれ、家族自身の葛藤・悩みが多くクローズアップされている。また、「周囲に病気を理解してもらえないため同じ悩みをもつ仲間同士、家族教室で分かち合い明日から頑張ろうと前向きになれる」との意見があり、家族同士の交流会を多く求める声が多数聞かれている。

④低迷期（平成 21 年度～平成 23 年度）

平成 21 年度より参加者数が 2 衍台となる。平成 22 年度に、参加者減少に伴い家族会存続が危ぶまれ、家族会役員・事務局とで話し合いが行われた。休会の意見も出るが、「家族として唯一悩みを話し合える場なので存続させて欲しい」と役員からの強い希望があり、活動回数を見直し、存続させていく運びとなった。会費の消化に苦慮した事もあり、病院負担での運営を提案するが、「会費を納めている事で大きな顔で病院にくる事ができるし、相談もしやすい」との意見があり会費制は続行となった。平成 22 年度からは家族会総会 1 回、家族教室 1 回～活動縮小となった。

議事録からは、停滞期と同じく「本人・家族も年老い、この先どうなるのか不安」、「精神科病床削減に関連し、退院を迫られる事があるのか」、

「地域移行が理想として謳われているが、実際理想通りの地域生活を送る事ができるのか」等の質問・感想が聞かれ、地域移行に対する長期入院者の家族の動搖、不安が散見された。また、家族同士の交流の場を設けて欲しいという強い希望も多く聞かれた。

IV. 考察

地域問題で発足した家族会は、創設期から活動期にかけては参加者も多く、事業内容に関しても法関連の割合が多く、医療・社会資源の割合も増えている事から家族の治療・社会復帰に関する興味・関心が高い事が伺える。議事録からも「病気に関する講演を頻繁にやってほしい、自立をさせたい」等の意見も多い事から家族の要望として医

療ニーズの高い事が推察される。また開催形式では、病院全体で懇談会や交流会を頻回に重ねる等、家族と病院側が一体となって部門別学習会や行事への取り組みが多く行われ、病院側も家族も治療意欲に満ち溢れもっとも躍起になって家族会活動を盛り上げていたと思われる。そして、この時期までに当院の家族会活動の主旨である知識の獲得を目的とした学習の場、家族同士の支え合いの場が確立してきたと考える。

停滞期から低迷期にかけては、創設期と比較しても取り上げた内容に大きな偏りはないが、医療・病気関連と社会資源紹介の割合よりも家族支援を占める割合が多く見られ、家族のニーズが変化してきた事が伺えた。この事からも、治療に関する事よりも親亡き後の将来を心配する親の姿が浮き彫りになった。また、行事開催の減少や部門別学習会の廃止等あり、関心度も低くなり、家族会加入者の伸び悩みと共に参加者の減少につながっていったと推察される。そのほか、地域の情勢では、精神保健福祉法が改定され福祉手帳の創設や作業所の法定化、ホームヘルプサービスの開始や平成 14 年には精神保健相談窓口が市町村へ移行される等、福祉政策の整備がすすみ地域で利用できる資源が拡充していった事も参加者減少の要因として考えられる。

開催回数は、各区分とも 4 ～ 5 回が大半を占め、大幅な変動は見られなかった。

平成 21 年度厚生労働省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)「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援のあり方に関する調査研究」によると、約 8 割の家族が同居しており、本人の支援全般を担っていることが示されている。この事から、これまでの家族支援のあり方については、「治療の一員」として家族を治療の協力者と捉えがちであったが、家族は情報からの孤立、情緒的孤立、社会的サービスからの孤立等があり、勉強会等教育的側面はもちろんの事だが、家族自身が疲れを癒し、悩みや労をねぎらうような家族同士の懇談の場を設け、

家族の健康を支援しながら家族会の企画・運営を行っていくべきだと考える。また、親の高齢化が進み、保護者が兄弟の代にシフトしつつあり家族協力が希薄化してくる事は否めない。

自立支援法へ移行し本格的に地域移行へ変革を遂げている現状では、家族の心的葛藤も高まっており、精神障害者を地域で支えるためには厚生労働省が打ち出している精神障害者アウトリーチ推進事業等、今後更なる地域支援の整備が求められる。昨今では、疾患の多様化・急性期医療が発達した事など時代的変遷、家族状況の変化により家族会のニーズも多様化しており、長期療養者・新規患者双方の家族のニーズを満たす合同開催が難しくなっている。それぞれのニーズに添った形の開催方法を駆使して、関心度の高まる内容を指示する必要性を痛感する。

V. 終わりに

現在の家族会は、長期入院者あるいは病歴の長い患者の家族が半数を占めており、親亡き後の不安や、病院・他の家族とつながってみたいという強い希望が聞かれ、参加者は減少しているが、家族の心の拠り所となるような場を継続していくたいと考える。

家族は日々悩みを抱え身近な人へなかなか相談できないというのが常であり、家族会へ足を運ぶ事で元気になり、毎日頑張るとの喜びの声でこちらが励まされている。当事者支援の成功が最良の家族支援となる事を念頭に置き、日々の支援や家族会活動にあたっていきたい。

参考文献

- 1) 藤本豊・高橋一・林一好：【三訂】コメディカルスタッフのための精神障害 Q&A 生活支援ハンドブック、中央法規出版、2007
- 2) 社団法人日本精神保健福祉士協会：日本精神保健福祉士協会誌 精神保健福祉第 43 卷第 1 号（通巻 89 号）へるす出版事業部、2007
- 3) 全国精神保健福祉会連合会：月間みんなねつと、通巻第 22 号（2009 年 2 月号）・通巻第 38 号（2010 年 6 月号）・通巻第 39 号（2010 年 7 月号）・通巻第 40 号（2010 年 8 月号）・通巻第 42 号（2010 年 10 月号）
- 4) 白石弘巳：精神保健福祉における家族支援の方向性、精リハ誌 Vol15, No. 2、2011
- 5) 全国精神保健福祉会連合会：精神障がい者の生活と治療に関するアンケート～より良い生活と治療への提言～、2011
- 6) 岡上和雄・大島巖・荒井元傳：日本の精神障害者、ミネルヴァ書房、1988

(添付資料)

資料1 家族会開催内容の詳細

年度 (平成)	回数	参加 人数	定例 活動	開催 形式	備考
7	4	545	懇談会2回 定例会	全体	結成大会が第8回メイカルフェアと同時開催。
8	4	379	総会 定例会2回	全体	1周年記念式典、盛夏祭(練習2回共に14名) メイカルフェア(27名)スポーツフェスティバル2回(30家族37名) ダンスパーティー(審査員として5名参加)。
9	5	384	総会 定例会3回	全体 部門別	定例活動と別に部門別交流会開始(4回)、地域作業所見学(1回) PRF家族の集い、盛夏祭、平和病院10周年記念式典、メイカルフェアと 第6回定例会同時開催、ダンスパーティー、スポーツフェスティバル
10	4	247	総会 教室3回	全体	部門別学習交流会なし、PRF家族の集い 盛夏祭盆踊り練習1回(8名)、メイカルパネル作成(2回・3名と1名) メイカルフェアと第2回家族教室同時開催、ダンスパーティー(11名)
11	3	218	総会 教室	部門別	部門別学習交流会1回、盛夏祭盆踊り練習計6回 メイカルパネル展示 第1回家族会ミニ運動会(療養者・家族104名) ダンスパーティー(8名)
12	4	245	総会 教室3回	部門別	部門別学習交流会3回。2月に工場落成式。ミニ運動会 メイカルフェア ダンスパーティー(審査員・プレゼンター) あすなろ創刊号発行
13	4	185	総会 教室2回	部門別	部門別学習交流会2回、地域の施設見学、ミニ運動会(52名) メイカルフェア、ダンスパーティー
14	5	218	総会 教室3回	部門別	3回のうち2回は部門別実施、地域の施設見学、盛夏祭 メイカルフェア ダンスパーティー、ミニ運動会(50名)
15	3	126	総会 教室2回	部門別	2回全て部門別実施、盛夏祭、メイカルフェア、ミニ運動会(40名)
16	3	123	総会 教室2回	部門別	2回全て部門別実施、盛夏祭、ミニ運動会(63名)、メイカルフェア
17	4	156	総会 教室2回	全体	盛夏祭、メイカルフェア、家族会10周年記念事業、ミニ運動会(40名) 部門別学習交流会廃止
18	4	142	総会 教室3回	全体	家族会ミニ運動会廃止、盛夏祭、スポーツ、メイカルフェア 家族会アンケート調査実施、あすなろ2回・家族便り2回へ
19	4	129	総会 教室3回	全体	盛夏祭、スポーツフェスティバル、メイカルフェア、あすなろ2回、号外3回
20	4	102	総会 教室3回	全体	盛夏祭、メイカルフェア、あすなろ2回、号外2回
21	4	85	総会 教室3回	全体	参加者が2ヶタ台へ、メイカルフェア廃止、盛夏祭、あすなろ2回 号外2回
22	2	43	総会 教室1回ずつ	全体	家族会の存続について話し合い、あすなろ2回、号外1回
23	2	37	総会 教室1回ずつ	全体	あすなろ3回

入所者へ傾聴を試みて ～認知症ケアのありかたを考える～

第2生活棟 ○榮野川太志 伊波 聰
新里智美 前泊由莉
平田嗣晃

I. はじめに

2階生活棟（以下当生活棟と略す）で一昨年から取り組んでいる傾聴が職員間で恒常化しつつある中、他施設のショートステイ利用を試みたが、対応困難で利用できなかったという経験のあるアルツハイマー型認知症の方が入所となつた。入所時からBPSDは著明で職員は対応に戸惑つたが傾聴に重点をおきケアを提供したこともある。入所生活をおくれるようになつた経過と、A氏へのケアの提供をとおして、当生活棟での認知症ケアのありかたについて若干の考察を加え報告する。

II. 取り組み期間

201X年2月～201X年4月

III. 取り組み内容

傾聴

IV. 対象者

A 氏 女性 90歳代

認知度：Ⅲb 自立度：B1 介護度：3

長谷川式簡易知能評価スケール：14点

ADL：食事（見守り） 移動（杖歩行付き添い）
排泄（一部介助）

既往歴：アルツハイマー型認知症、高血圧症
神経因性膀胱、高脂血症、
右大腿部骨折

V. 経過と結果

入所当日のA氏の状態は、職員の対応には全く応じず表情が険しく、帰宅要求、企図発言もあり、出口を探し徘徊するため職員1名が付き

添つた。私達はまず、A氏の持参していた、なじみの深い写真や装飾品を活用して、コミュニケーションを図ることにした。しかし、3日目までは入所時と同じ状態が続き、夜間は企図発言と睡眠障害があるため観察室で対応していた。

入所4日目から1週間目までは、写真や装飾品にまつわる話題で根気強くアプローチを継続したことで、A氏は表情が和らぎ、写真を1枚1枚見せながら「これは結婚前の写真よ」と話しをしてくれるようになった。装飾品についても「これは孫から貰ったの」と話をしてくれた。入所時よりは職員と話す時間が多くなり、トイレ・居室・Dルームの場所も把握でき、徐々に環境にも慣れてきてきた。BPSDとしては、徘徊は少なくなってきたが、帰宅要求、企図発言、介助への拒否はあった。夜間は睡眠状況が改善傾向にあるため居室で対応できる状態になっていた（図1）。

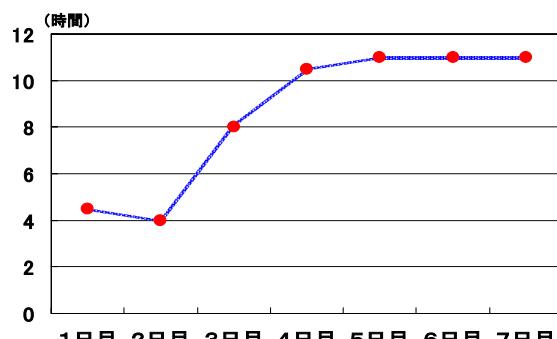


図1 入所初日から1週間の睡眠状況

1ヶ月経過する頃には生活歴、家族構成、趣味等をキーワードにして傾聴を行うと故郷の話、若い頃の話、家族の話を笑顔で話してくれるようになった。特に息子さんの自慢話は多く出て

きた。趣味の話題になると、折り紙や塗り絵が好きであることも話し、活動に積極的に参加して作品をいくつも作成した。しかし、認知症ケアに関して経験の浅い職員が傾聴を行っている最中にB P S Dの出現があるため傾聴中の対応を改めることとなった。

2ヶ月目には傾聴中の対応を見直し、A氏と何かわりを持った。朝の活動後には、好物の掲載されたちら紙を見ながら「私は果物や海産物がとても好きなのよ。」と笑顔で話し、「いつもお世話になっているから飲食店で、てんぷら定食おごるね。今度行きましょうね。」と職員へ労いの声をかけてくれたり、活動で作成した作品が展示している前を通ると立ち止まり「これが作ったの。作り方はね…」と昔のことだけではなくA氏の気持ちや最近の出来事まで話すようになってきた。その頃のA氏は、生活リズムが整いはじめてきて、傾聴時のB P S D出現も少なくなった。

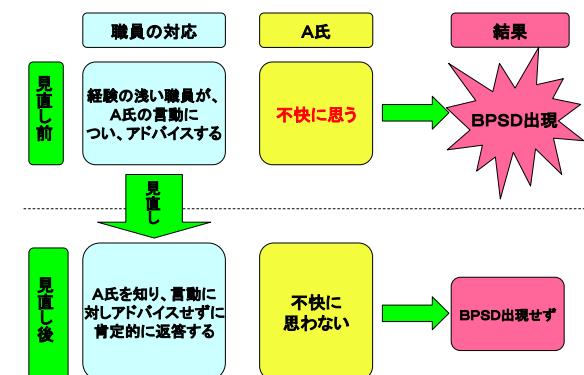
VI. 考察

入所時から1週間のA氏は傾聴できる状態ではなく、自宅からの入所で、環境が変化したこと、初日から3日目までの間、職員がA氏の性格や行動パターンの情報不足で対応を行ったため不安や混乱が大きくなりB P S Dが強く出現したと推察する。しかし、3日目以降は入所記録等の情報量も濃くなり、その情報をもとにケアを提供でき、なじみの写真と装飾品にまつわる話に重点を置いて根気強くアプローチを続けたことで職員と環境に慣れ、リロケーションダメージの軽減に繋がり、夜間の睡眠状況も改善したと考えられる。入所記録を活用して全職員が内容の把握ができたのは良かったが、担当職員を決めてかかわりを多く持ち、なじみの関係が構築できればリロケーションダメージの早期軽減に繋がった可能性もある。

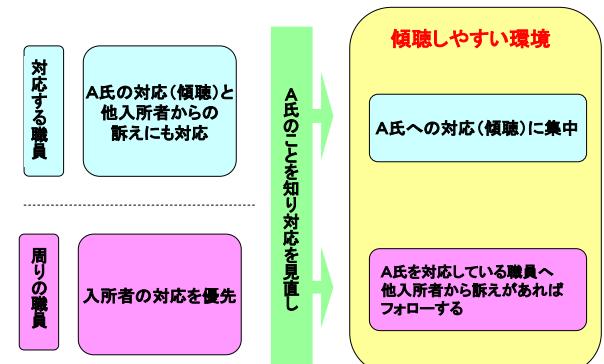
1ヶ月経過した頃のA氏は傾聴する職員に対して入所時の険しい表情とは違い、いろいろな表情を見てくれた。特に笑顔で話すというこ

とは精神的にリラックスしていると考えられ、長い時間かけて傾聴しながらかかわりを持ったことで、あるがままのA氏を見せてくれたと感じた。

また、認知症ケアに関して経験の浅い職員の対応にB P S Dの症状が出現していたのは、A氏の性格や状態把握不足からA氏が不快に感じる対応をした故に至った事と考える。A氏をもっと知り、傾聴を進めなければいけないことに気付き、職員間でA氏への対応を見直し、統一するきっかけになった（図2）。



さらに、職員個人がA氏を理解することも大切だが、周りの職員の理解と協力で連携することも大切ということを実践の中から学び、ケアしやすい環境が作れたのは当生活棟が認知症ケアに対し一步前進したと感じた（図3）。



2ヶ月目からは職員が対応を見直したことでの傾聴できる環境も整い、より時間をかけてかかわれた。そしてA氏は職員を認識でき、さらに、

他の人を思いやる発言があった。そのことは、心にゆとりが出てきたと考えられ、この状態を維持できれば、もっとA氏の想いを引き出せる可能性がある。そして、その想いを還元することで生活の質を上げる糸口になると考える。

VII. まとめ

これまで、入所者の身体的介助に時間を費やしこミュニケーションといえば介助を行ながら声を掛ける程度で、精神面へのケア不足を感じ、一昨年から取り組んできたのが傾聴である。そして、今回A氏へ傾聴を行う上で、表情、話す速さ、声のトーン、アイコンタクト、うなづき、相槌等に注意を払い、状態によって傾聴のアプローチ方法を工夫できていた。そして、ケアを行う上での職員の姿勢や、連携のありかたを深く考えさせられ、見直し実践できたのは今後に活かせる経験になった。

VIII. 終わりに

ケアを提供する際、職員1名が付き添う時間が多く取られていた。しかし、昼夜問わず他入所者のケアは疎かにはできない。入所者52名のいる当生活棟ではケアよりも業務優先と感じる時間帯は実際にある。如何に職員間で連携して適切なケアを入所者に提供できるかという問題が浮き彫りになった。今後、職員間の連携も含め認知症ケア、傾聴の技術を日々研鑽して介護専門職の質の向上を目指していきたい。

参考文献

- 1) 十束支朗：認知症のすべて　あなたはわかっていますか、初版発行、株式会社医学出版社 2010.4.26
- 2) 鈴木絹英、他：聴くことでできる社会貢献 新 傾聴ボランティアのすすめ、第1刷、株式会社三省堂、2009.8.20

在宅復帰に向けて ～アンケート調査を通して～

第3生活棟 ○宮城麻乃 島袋勝江
仲宗根由香 大城允
浜端愛 比嘉節子

I. はじめに

第3階生活棟では、開設当初より在宅復帰を念頭におき支援してきたが、在宅復帰へ繋げることが思うように出来なかつた。

平成24年介護報酬の改定に伴い以前から行っていた在宅復帰をより一層推進していくことになつた。

そこで、家族の在宅復帰への考え方を理解しておく必要性があると考えアンケート調査と、入所者へ今後どこで過ごしたいか聞き取り調査を実施し、今後再復帰へ向け生活棟職員がどう取り組んで行くべきかの課題を若干の考察を加え報告する。

II. 対象者及び調査方法

1. 対象者

- 1) 家族 44世帯
- 2) 平成24年4月27日時点での入所者 44名

2. 調査方法

- 1) 在宅復帰に向けてのアンケート調査
 - ・アンケート調査（添付資料参照）
 - ・選択方法での複数回答及び自由記述
- 2) 入所者へ「今後、どこで過ごしたいのか」
介護士による聞き取り調査

3. 回収期間 平成24年4月27日～5月10日

III. アンケートの結果

1. 家族へのアンケート調査結果

アンケート調査を回収できたのは44世帯中35世帯であった。

質問1の「介護老人保健施設の役割をご存知ですか？」では「はい」と答えた家族が32名、「いいえ」が2名、未回答が1名であった（図1）。

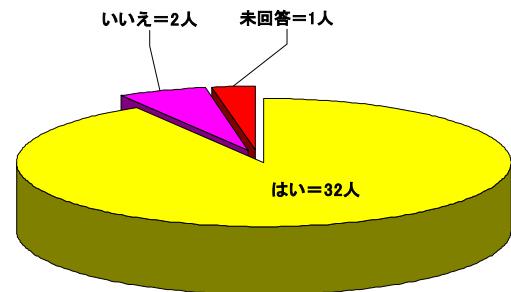


図1 質問1:介護老人保健施設の役割をご存知ですか

質問2の「在宅で介護困難となった理由はなんですか？」では「介護者不在」が26名、「身体介護の負担」が22名、「住宅環境が問題」が18名、「認知症による行動障害の対応困難」が17名、「生活リハビリ困難」が12名であった（図2）。

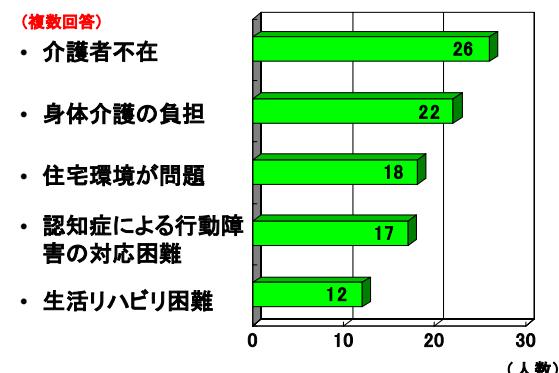


図2 質問2:在宅で介護困難となった理由

質問3の「身体介護の負担が大きいのはどれですか？」では「排泄に関する介護」20名、「基本動作介護」17名、「食事に関する介護」16名、「医療・健康面」15名で「未回答」が1名であった。（図3）

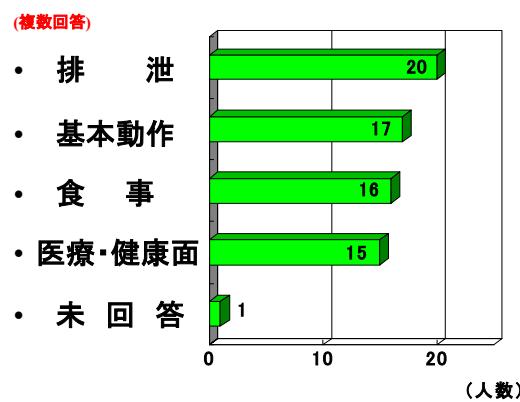


図3 質問3:身体介護の負担が大きいのは

質問4の「認知症による行動障害で対応が困難なことはどれですか?」では、「夜間不眠」15名、「介護拒否」が9名、「徘徊」が8名、「未回答」が3名であった(図4)。

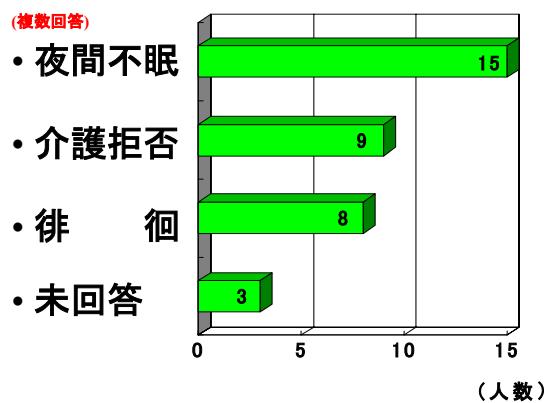


図4 質問4:行動障害で対応が困難なことは

質問5の「介護保険での在宅サービスについてご存知ですか?」では、「はい」が30名で「いいえ」が5名であった(図5)。

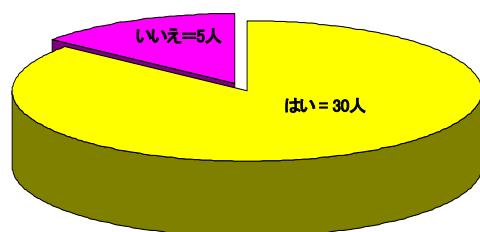


図5 質問5:介護保険での
在宅サービスについてご存知ですか

質問6の「在宅サービスを利用しながら在宅復帰を考えていますか?」では、「いいえ」が30名、「はい」が2名、「検討中」が1名であった。「未

回答」が2名であった(図6)。

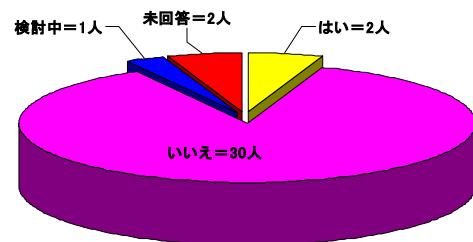


図6 質問6:在宅サービスを利用しながら
在宅復帰を考えていますか

質問7の「在宅ではどなたが介護を行いますか?」では、「配偶者」が8名、「息子嫁」が4名、「息子」「娘」が各3名ずつで「兄弟・姉妹」「孫」「姪」が各1名ずつであった(図7)。

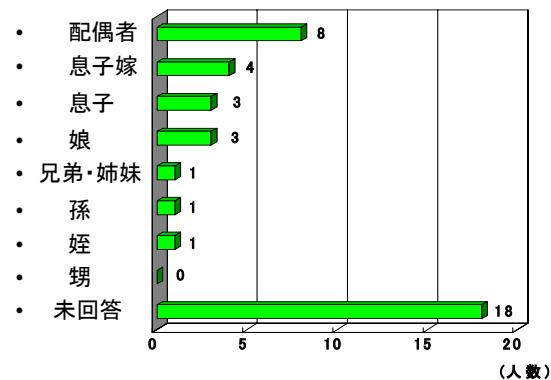


図7 質問7:在宅では、どなたが介護を行いますか

質問8の「主な介護する方の年齢」では60代の介護者が10名、80代以上が6名、50代が3名、70代が2名、30代・40代が各1名ずつであった(図8)。

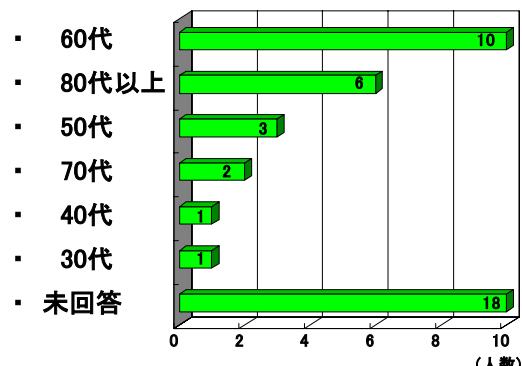


図8 質問8:主介護者の年齢は

図7・図8では「未回答」が各18名と多く、8名は回答せずに「介護する人がいない」「入所者が帰る家がない」という記載があり、残り10名は未回答であった。

2. 入所者への聞き取り調査結果

入所者44名への質問「今後、どこで過ごしたいですか」の聞き取り調査で半数の22名が「自分が住み慣れた家・地域で過ごしたい」と答えた。「施設で過ごしたい」と答えたのが6名。「意思疎通困難」が12名、「わからない」が4名であった(表2)。

表2 入所者への聞き取り調査

*今後、どこで過ごしたいのか

- ①自分が住み慣れた家・地域で過ごしたい=22名
- ②施設で過ごしたい=6名
- ③意思疎通困難=12名
- ④わからない=4名

IV. 考察

アンケートの回答から、介護老人保健施設の役割や介護保険適用での在宅サービスは理解しているが在宅介護への積極的な回答が得られていないのは入所者の日常生活動作(以下ADLと略す)の低下、認知症の進行により重介護化による在宅介護負担から前向きな姿勢がみられないと考えられる。

次に介護者の抱えている問題として、高齢者世帯、同居家族が共働き、別の要介護者を抱えている、また主介護者も健康面に問題があり病院へ通院、老老介護や仕事上の都合といった理由があり在宅復帰を難しくしていることが示された。そのことに対し、他の近親者で新たに協力が得られる人は居ないか等、介護力の向上を図っていく必要があり、支援相談員と協働していかなければならぬ部分であると考える。介護保険利用サービスとインフォーマルなサービスの情報提供することも必要と考える。

最も負担に感じている排泄面に関しては、昼夜のオムツ交換、汚物の処理、失禁した際の衣類交換を行うことによって手間と身体的負担がかかるからだと考えられる。そのため施設入所中に排泄動作に関する機能訓練と介助方法を確立しておくことが大切である。

さらに行動障害について夜間の不眠や介護拒否は在宅介護における介護負担が増し、継続した介護が困難となることを想起しての回答であると捉えることが出来る。よって、家族に認知症について理解を深めてもらい、問題行動に対する対応のあり方を伝えていくことが在宅復帰への第一歩であると考える。

入所者への聞き取り調査では半数の22名が住み慣れた家・住み慣れた地域で過ごしたいと答えている。

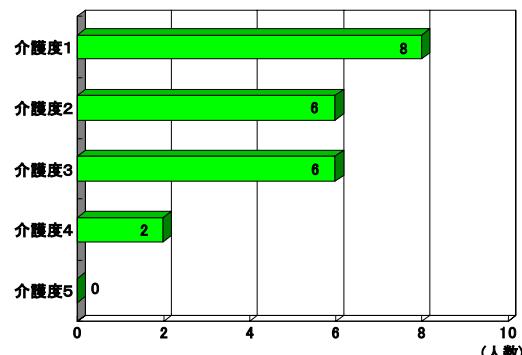


図9 在宅希望者(22名)の要介護度

生活棟職員の視点では社会資源を活用すれば在宅復帰が可能と思われる入所者もあり、生活意欲を維持するため、在宅復帰への意思を持ち続けることへのサポート、家族との外出・外泊の機会も積極的に働きかけることも必要だと思われる。

また、施設入所時に家族の在宅復帰ニーズでは身体機能の向上があげられるが、入所者の現状とかけ離なれていが多くの在宅復帰ではなく特別養護老人ホームや高齢者専用賃貸住宅へという希望も多いことから、職員もADLを維持することに力を入れてしまい、在宅復帰へ向けての生活訓練に働きかけることができていなかったと考える。今後、入所者が在宅を望むのであれば、その意思を尊重し、他職種と在宅復帰へ向けて取り

組んでいきたいと考える。

以上のことから、在宅復帰を実現するためには、家族に在宅での介護を受け入れる意志と介護負担軽減ができるような支援が必要と考える。そのため家族と共に在宅復帰への不安や問題を聞きケアカンファレンスの中で本人や家族のニーズに対し医師・看護師・理学療法士・管理栄養士の各職種から必要な指導や説明を行い、希望時に実演を交えた個別の介護教室を開催することで、在宅での介護で生じる負担や不安の解消に繋がり、新たな情報交換の場となるため、施設と家族との信頼関係を構築していくと考える。今後、中間施設の機能を強化し在宅に戻ることを視点に施設サービス計画書の作成を行い、家族の理解と協力を得ながら在宅での生活を送ってもらえるように必要な情報・知識・技術を提供し、家族を支える体勢を整えていくことが必要であると考える。それにそった介護ケアの実施と並行して住宅の環境整備にも携っていき一人でも多くの方が在宅復帰できるように取り組んでいきたい。

V. 終わりに

在宅復帰を推進していくにあたり、在宅介護への不安、抱えている問題を知ることができた。本人の意思を尊重し出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の維持を目指し今後も家族との信頼関係を築き家族へのアプローチ、本人の最善の方法を模索しつつ多職種との連携を図り一人でも多くの方を在宅復帰に繋げていきたい。

参考文献

- 1) 機関誌「老健」平成14年3月号
- 2) 機関誌「老健」平成15年9月号

(添付資料)

在宅復帰に向けて御家族へのアンケート調査

1. 介護老人保健施設の役割をご存じですか。

- ・はい
・いいえ

2. 在宅介護困難となった理由はなんですか。

- ・1 身体介護の負担が大きい
・2 認知行動があり対応が困難である
・3 面倒を見る人がいない
・4 生活リハビリが必要である
・5 住宅環境が整っていない

3. 2-1を選択、身体介護の負担が大きいのはどれですか。

- ・排泄に関する介護
・食事に関する介護
・基本動作介護
・医療・健康面

4. 2-2を選択、行動障害で対応が困難なことはどれですか。

- ・徘徊
・夜間不眠
・介護拒否

5. 介護保険での在宅サービスについてご存じですか。

- ・はい
・いいえ

6. 在宅サービスを利用しながら在宅復帰を考えていますか。

- ・はい
・いいえ

7. 在宅では、どなたが介護を行いますか。

- ・配偶者
・息子嫁
・息子
・娘
・兄弟・姉妹
・孫
・姪
・甥

8. 主介護者の年齢は。

- ・30代
・40代
・50代
・60代
・70代
・80代以上

9. どのような事が在宅復帰の障害となっていますか。

尿路感染防止対策の取り組み ～再発性尿路感染症への対応～

第5生活棟 ○金城照隆 花城江理
喜屋武あづき 新垣勲
饒波保

I. はじめに

尿路感染症は加齢とともに、割合は上昇するところから、老人保健施設における主な疾患の一つである。陽光館においても第15回、22回の院内学会で尿路感染症について報告を行い、全生活棟（2階・3階・5階）で個々の対策を講じていた。

しかし、その後高年齢化、要介護度の重度化、自立度の悪化、認知症、オムツ使用者の増加もあり、尿路感染症が減少しない現状がある。

そこで今回、尿路感染症を施設内感染症予防対策の重要な疾患と位置づけ、外部講師を招いての施設全体の勉強会を開催し、その後尿路感染症予防対策委員会を立ち上げ、様々な取り組みを行ったので、その結果を報告する。

II. 研究期間と対象者

1. 研究期間

平成23年7月20日～平成23年10月31日迄の104日間

2. 対象者

平成23年7月1日の時点の全生活棟（2階・3階・5階）の入所者で、尿路感染症を繰り返し発症し、経口より水分摂取が可能な入所者を各階3名・計9名を抽出した。

3. 対象者の背景（表1）。

表1 対象者の背景

性別	男性1名、女性8名
年齢	73～102歳
要介護度	3～5度
自立度	B1～C2
認知度	IIIa～IV
主な疾患名	アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 老年精神病 老年期うつ病 廃用症候群

対象者の性別は女性8名、男性1名。年齢は73歳～102歳と幅広く、疾患名ではアルツハイマー型認知症3名、脳血管性認知症3名、老年精神病1名、老年期うつ病1名、廃用症候群1名。要介護度は3度～5度。認知度はIIIa～IV。排泄は全員がオムツ使用者であった。

III. 方法及び取り組み

1. 取り組み内容

勉強会開催後、医師・看護師・介護士・講師を交え当館における、尿路感染予防方法の意見交換会を行い、水分提供量が不足している。提供者の責任が曖昧である。ケア方法の再検討が必要と以上の改善点が示された（表2）。

表2 改善が必要な事項

①一日の水分提供量の検討

②水分提供者の責任の所在

③ケア方法の再検討

その後、尿路感染症予防対策委員会を立ち上げ、構成員は看護師1名、各階より介護士2名の計7名で取り組みを開始した。

表3 尿路感染症予防対策の前後

	取り組み前	取り組み後
水分量	1000ml程度	個別の量を設定
量計測	目測	計量カップ使用
水分チェック表	無し	時間、量、提供者をチェック表に記載
陰部洗浄	症状に応じて施行	就寝前に1回
排便コントロール	無し	普通便に調整
膀胱洗浄	無し	生理食塩水で膀胱洗浄

取り組み前は、個別の水分量はある程度の目安1000mlで提供していたが、最低水分量「標準体重×2.5」、最高水分量「標準体重×3」で割り出し個別の水分量を設定した。また、目測で行っていた水分量の測定は計量カップを使用し目標とした水分量が確実に提供できるようにし、水分提供後は水分チェック表に時間、飲水量と水分提供職員の記録とサインを残した。

次に陰部洗浄は便汚染時や症状に応じて数回行っていたが、洗いすぎる事で常在細菌バランスが崩れ、病原菌・真菌などの繁殖に繋がると勉強会での講義があり、便汚染がない限り就寝前に一回行う事を統一しておこなった。また、オムツ使用者の排便の場合、どうしても会陰部が便汚染されることが多く泥状便・柔らかい便は、普通便に調整する必要性があり医師に報告後、緩下剤の調整を行い、調整困難者に対しては便秘4日目にグリセリン浣腸で排便を促し会陰部が汚染しないようにした。

次に、オムツ交換時、尿の色調・臭気の異常があった場合は、水分励行と微温湯による陰部洗浄の2点の対処方法であったが、取り組み後は、肉眼的に見て明らかに尿路感染が疑われる場合は医師報告後、カテーテル挿入で終末尿の確認を行い尿路感染が疑われた場合は生理食塩水での膀胱洗浄を行った。

IV. 結果及び考察

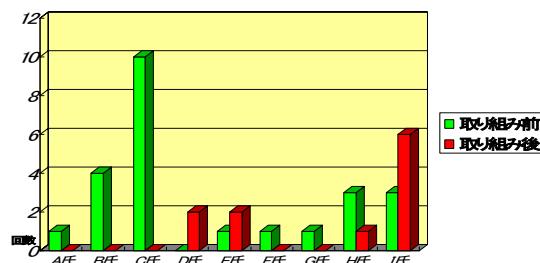


図1 尿路感染症による発熱回数の比較

尿路感染の診断を受けた発熱状況(37.0°C以上)を開始前・開始後で比較すると、A氏・B氏・C氏・F氏・G氏・H氏の6名は水分補給と陰部洗浄の2つの援助のみで発熱回数の減少となっている。それは、個別の水分量が適切で、陰部洗浄の回数と時間は有効であったと考える。D氏・E氏・I氏は神経因性膀胱による残尿もあり、持続導尿を数回行い、また、排便コントロール、一週間毎の定期膀胱洗浄の取り組みも行ったが発熱の回数は減少することは出来なかった。

林¹⁾は「尿路感染症の場合、水分制限のない場合に限り日頃より多めの水分摂取が必要」と述べている。陽光館でも全体の取り決めの中で、水分補給の時間を設定し提供しているが、高齢者の水分補給は「トイレが近くなる・水分は欲しくない」。認知症などもあり、口を開けない、口に含み嚥下をしないなどの様々な要因が重なり非常に難しく、水分摂取量が増す工夫をしているが、誰がいつ、どれくらいの量を水分補給したか曖昧で、本人に必要な水分量が提供出来ていなかつた事が考えられる。

今回の取り組みの中で毎回の水分量を計測・提供量と時間を水分チェック表に記録を残す事で、次はどれくらいの量を提供すればいいのか、また、間隔は充分であるかも考え方援助ができるようになった。そして、職員は交替制の勤務の中でも水分チェック表を見ればどの入所者に水分補給が必要なのか全ての職員が容易に把握する事で尿路感染者に対して必要な水分量を確実に提供できるよう

になった。

今回は各生活棟より3名、計9名を対象に取り組みを行ったが、第22回の医学会でも報告したように、尿路感染症は要介護度が高いオムツ使用者は非使用者に比べ2倍以上発生する。現在の入所者も要介護度は高く約8割の方がオムツ使用をしている為に発症するリスクが非常に高い事が示唆される。今後は、今回の取り組みを継続し定着させ、他入所者へと範囲を広げ援助していくことで一人でも多くの尿路感染症者を防ぐ事が出来ると確信している。

林¹⁾は「カテーテル挿入による膀胱洗浄で尿路感染細菌を減らす効果がある」とも述べている。当館の介護士は、尿の悪臭、色調が異常と判断された場合は、看護師に報告、看護師は医師へ報告後、生理食塩液で膀胱洗浄を施行している。このように迅速に対応する事で症状が改善される入所者も数多く見られ、効果は著明に現れている。今後も看護・介護間の連携を図り、お互いの専門性を發揮し取り組んで行きたいと思う。

V. おわりに

今回、勉強会開催後に取り組みを行い、尿路感染への意識の向上、予防について理解するようになった。今後も入所者に対しより良いケアを提供するために情報の共有を図り意識の向上に努めていきたい。

引用文献

- 1) 林泰史、大内尉義、上島国利、鳥羽研二：高齢者診察マニュアル、日本医師会雑誌138巻
P247 2009年

参考文献

- 2) 第15回学会誌：尿路感染罹患者の実態
- 3) 第22回学会誌：認知専門棟における感染症の実態
- 4) リブドゥコーポレーション資料：尿路感染症について考える

当院デイケアの動向 ～調査結果から見えてきたもの～

デイ・ナイトケア課 ○吉浜 清政 外當めぐみ
真栄城兼吾 崎原 直人
山城 勝貴

I. はじめに

精神科デイケア、デイ・ナイトケア（以下デイケアと略す）は再入院・再発防止を目的とし、外来治療・リハビリテーションの一環として実施されており、精神障害者の退院後の就労支援や生活支援を含め、地域移行における受け皿の機能を果たしている。当院デイケアでは第21回医学会において「利用者の再入院およびデイケア利用期間に基づく考察」（以下19年度と略す）についての報告がなされたが、今回は平成24年3月31日現在利用登録のある（以下23年度と略す）111名の利用状況を調査し、19年度との各調査項目の比較を行ったので、その結果に若干の考察を加え報告する。

II. 調査対象及び方法

1. 対象者

平成24年3月現在のデイケア利用者111名。
平成19年度デイケア利用者98名。19年度同様23年度も社会復帰施設入所者は除いた。

2. 調査方法

調査は、外来診療録及びデイケアカルテを参考に、下記の9項目について調査を行った。

表1 対象・期間・方法

■対象者■

平成24年3月31日現在、デイケア、デイ・ナイトケア利用者111名。
平成19年3月31日現在、デイケア、デイ・ナイトケア、ナイトケア利用者98名。共に社会復帰施設入所者は除いた。

■調査項目及び調査方法■

下記の9項目について診療録及びデイケアカルテを参考に調査を行った。
 ①性別 ②年齢 ③疾患別 ④罹病期間
 ⑤通所経路及び退所経路 ⑥利用回数及び利用期間
 ⑦入院回数及び入院期間 ⑧利用頻度
 ⑨家族背景

■調査内容■

平成19年度調査と平成23年度調査の各項目の比較を行った。

表2 利用者の背景

	平成19年度	平成23年度
性別	男性71名 女性27名	男性79名 女性32名
年齢	平均46歳	平均48.4歳
罹病期間	19.7年	22.2年
通所経路	退院:95名 外来:82名	退院:136名 外来:104名
利用回数	平均1.7回	平均1.5回
利用日数	1回平均1118.9日	1回平均1977.7日
入院回数	通所前:平均1.3回 通所後:平均0.6回	通所前:1.1回 通所後:1.3回
入院期間	通所前:平均469.0日 通所後:平均287.7日	通所前:平均421.4日 通所後:平均162.6日
利用者総数	177名	159名

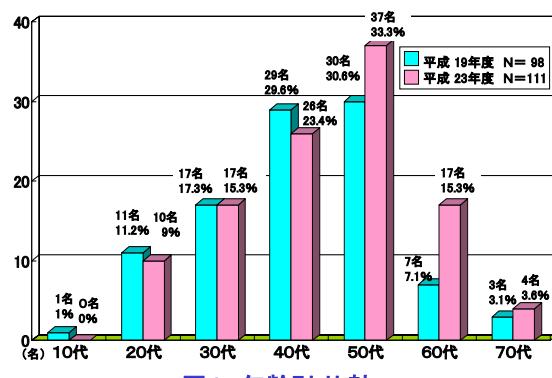
III. 結果

1. 性別の比較

利用者の男女比は、19年度、23年度共に男性72%、女性28%と、ほぼ同率の差比で変化は見られなかった。

2. 年齢の比較

19年度は50代が30.6%でもっとも多く、次いで40代が29.6%であった。23年度は50代が33.3%で最も多く、次いで40代が23.4%であった。60代は19年度に対し23年度は約2倍になっていた。



3. 疾患別の比較

統合失調症は19年度、23年度共に83%とほぼ同率で推移しており、他の疾患についても大きな差比は見られなかった。

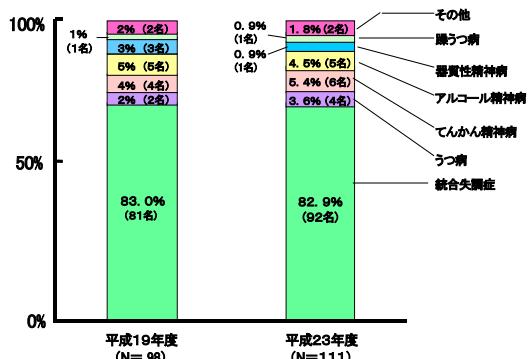


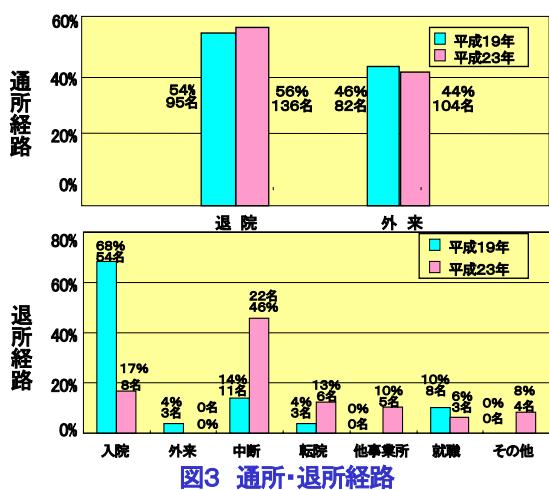
図2 疾患別割合 比較

4. 罹病期間の比較

19年度平均19.7年、23年度平均22.2年で、罹病期間の平均差比は約2.5年伸びていた。

5. 通所経路及び退所経路の比較

19年度の通所経路は退院54%、外来46%であった。23年度の通所経路は退院56%、外来44%であった。19年度の退所経路は入院が68%と最も多く、次いで中断が14%であり、23年度の退所経路は中断が46%と最も多く、次いで入院が17%であった。他の項目においては大きな差比はなかった。



6. 利用回数及び利用期間の比較

19年度の利用回数平均は1.8回で、23年度は2.2回であった。19年度利用期間は1118日で、23年度

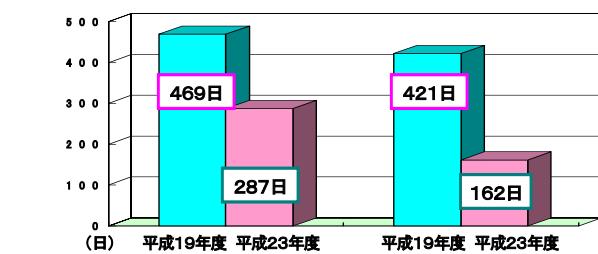
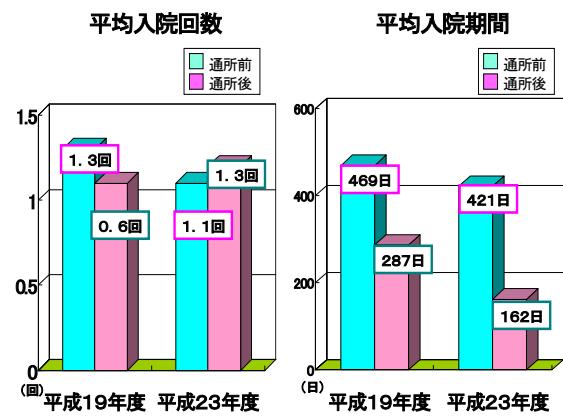
は1977日で859日(約2年4ヶ月)延びていた。

7. 入院回数及び入院期間の比較

19年度の通所前入院回数平均は1.3回で、23年度は1.1回であった。19年度通所後入院回数平均は、0.6回で、23年度は1.3回であった。19年度の通所前入院期間平均は469日で、23年度は421日であった。19年度の通所後入院期間は287日で、23年度は162日であった。

入院期間においては共に減少傾向を示していたため、デイケア有用性の検証を行った。結果、有意差はなかった。その理由として同一の利用者が長期間入院し、在院期間を引き上げていた。

図4 平均入院期間・平均入院回数 比較



平均入院期間		
年	通所前	通所後
平成19年度	469日	287日
平成23年度	421日	162日

t検定

有意差なし

図5 平均入院期間比較

8. デイケア利用頻度の比較

19年度の毎日利用は65.3%で、23年度37.8%であった。19年度の週2~4回参加は4.1%で、23年度は32.4%であった。

平成19年度(N=98) 平成23年度(N=111)

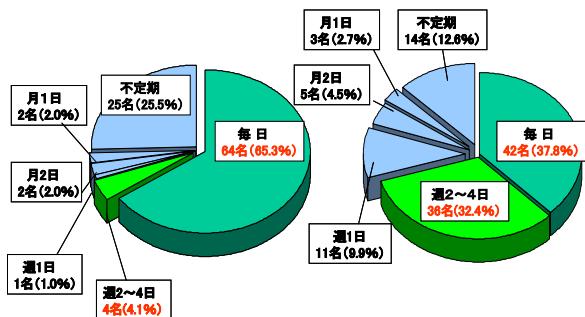
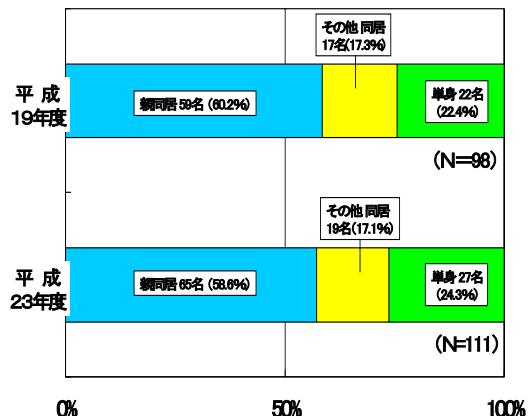


図6 利用頻度比較

9. 家族背景の比較

19年度の親同居は60.2%で、23年度58.6%であった。19年度のその他の同居は17.3%で、23年度17.1%であった。19年度の単身は22.4%で、23年度24.3%であった。



IV. 考察

今回、平成19年度調査と平成23年度調査の比較を行った。その結果以下の項目において変化が見られた。

1. 50代、60代が増加傾向にあった。
2. 利用頻度は週2~4回が増えている。
3. 利用中断者の退所経路の退所理由は「入院」が減少し「中断」「他事業所利用」が増えている。

年齢では、平成19年度に40代、50代であった利用者が利用を継続しそのまま推移していることが要因であることが伺えた。このことから、家族の高齢

化も考えられ、今後単身生活や施設利用を余儀なくされる利用者が増えてくることが予測される。

また、利用頻度で毎日利用から週2~4回利用が増加したことや利用中断者の退所経路で「入院」が減少し、「中断」「他事業所利用」が増えたことは、現行の日中活動が数年間変わらない内容でほぼ毎日実施されており、マンネリ化している状況が影響していると考えられる。「中断」の理由としては、新規利用者が自身の生活の変化に対する不安や環境になじめず利用継続に至らなかつたことも考えられるが、それを考慮した職員の関わりが不足していたことも要因の一つとして考えられる。「他事業所利用」の増加要因としては、地域での日中活動の場が増え、利用者の選択肢が増えてきていることも考えられた。

各調査項目において変化が見られなかったことは、デイケアの利用が定着し、家族の協力や他の社会資源との併用により地域生活が保たれていることも考えられるが、世代のニーズや疾患の特性に応じた個々の活動内容が展開されていないことも考えられた。

V. 課題と展望

今後の課題と展望として以下の点が示唆された。

1. 単身生活や施設入所を余儀なくされる利用者への生活能力の維持、向上のための小グループ活動や疾患別心理教育セミナーなど目的別小グループ活動の実施。世代や状態像別など個々の課題やニーズに応じた活動内容の再編を図る。

2. 地域社会資源の一つとして、治療的機能を活かし、他関係機関との連携の強化を図る。

障害者自立支援法移行により、地域の通所型サービスの活性化が行われており、当事者の選択肢も広がっている。その中で、デイケアは他事業所移行への準備施設としての位置づけとなり、障害の程度の重い利用者や就労が困難な利用者が利用継続するといった状況も予測される。

その中で、「治療」「リハビリテーション」「居場所」といったデイケアの機能を明確にし、地域の中での歯車の一つとして利用者の地域生活支援を展開していかなければならない。

引用・参考文献

- 1) 大城弘子他：デイケア利用者の再入院率及びデイケア利用期間に基づく考察、第 21 回志誠会医学会誌、p 56～59、2008
- 2) 窪田 彰：精神科デイケアの始め方・進め方 金剛出版、2004
- 3) 城間 愛他：アンケート調査から見えてきたデイケア運営の今後の展望、第 23 回志誠会医学会誌、p 69 ～71、2010

曖昧さへの態度と抑うつ状態の関係について ～当院外来患者を対象としたパイロットスタディ～

心理課 ○榎木 宏之

I. はじめに

抑うつ状態を呈する患者へ現場で関わっていると、「復職すべきか辞めるべきか?」とか、「カウンセリングすぐに答え（アドバイス）を下さい！」などという訴えを耳にする機会が少なからずある。これらの患者には、『AかBかのどちらか』という二者択一の構えをとる傾向があるため、『AもあるしBもある』あるいは、『AでもBでもない』といった、判断の保留ないし、曖昧な状態に居続けることが難しい印象を受ける。

このような曖昧な状況への反応と抑うつパターンが分かると、抑うつ傾向のある患者を見分ける手立てが得られると考える。

そこで今回は、以上の臨床経験から生じた疑問を踏まえて、外来患者の『曖昧な状況に対する態度』と『抑うつの傾向』の関係を検討する。そこから得られる結果から、抑うつ的になりやすい患者の曖昧な状況への態度の特徴を明らかにすることを本研究の目的とする。

II. 研究方法及び対象

方法と対象者について表1と表2に示した。

表1 研究方法1

対象者

臨床群：外来患者33名

- ・45名に実施し、欠損値のある12名を除外
- ・診断名：うつ病、抑うつ神経症、統合失調感情障害等

健常群（コントロール群）：当法人職員29名

- ・心理課を含む医療職、事務職など13の部署に依頼（病院、社会復帰施設、介護老人保健施設）
- ・実施者30名中、欠損値のある1名を除外

表2 研究方法2

方法 臨床群（外来患者）と健常群（職員）へ質問紙調査を無記名で実施

質問紙：「曖昧さへの態度尺度」（西村、2007）＋ SDS（自己記入式抑うつ性尺度）

調査実施期間 H24年6月1日～6月9日

手続き

臨床群：期間中、外来受診した患者へ窓口で手渡し、診察を待つ間に記入を依頼。

健常群：部署長の許可を得、ランダムに部署内（各部署1～4名）の職員に記入してもらい、記入後、個人が特定されぬよう無記名の封筒に入れ密封し回収。

今回の研究では、臨床群として当院外来患者を、健常群として当法人職員の2群を対象として、無記名による質問紙調査を実施した。質問紙には、曖昧さへの態度尺度²⁾とSDSの2つの尺度を用いた。実施期間は、H24年6月1日～6月9日の期間である。

手続きとして、臨床群には期間中、外来受診をした患者が窓口に来院した際、診療事務課職員から、カルテに挟んでおいた質問紙と鉛筆を患者に渡し、診察を待つ間に記入してもらった。健常群には、プライバシーを保護するため、次のような手続きを取った。発表者が部署長の許可を得た後、部署長からランダムに部署内の数名（部署の規模によって1～4名と異なる）に依頼してもらい、記入後、個人が特定されぬよう封筒に入れ密封し、回収した。部署長はアンケートを依頼した職員は把握しているが、記入内容は見ることはできず、一方で、発表者は回収後アンケートの内容を把握できるが、どの部署のどの職員が記入したかは把握できないという工夫をして調査を実施した。

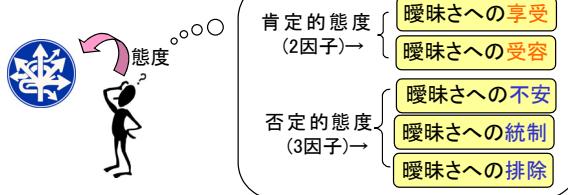
なお、個人情報として、臨床群と健常群全員に性別と年齢だけ記入してもらった。

次に、「曖昧さへの態度尺度」について説明する（表3）。

表3 「曖昧さへの態度尺度」について

曖昧さ=十分な手がかりがないために、適切な構造化・分類化ができない状態
「曖昧さへの態度尺度」²⁾=

曖昧な状況に対して、個人がどのような態度をとるのか、その態度のタイプと程度を測る尺度



・全26項目(各6段階評価)、合計5因子
・得点の高い因子が、その人の曖昧への態度の特徴と理解される。

本研究では曖昧さを、先行研究にならって、「十分な手がかりがないために、適切な構造化や分類化ができない状態」¹⁾と定義する。また、今回用いる「曖昧さへの態度尺度」²⁾は、妥当性と信頼性が検証されている尺度で、曖昧な状況に対する肯定的態度（2因子）と、否定的態度（3因子）の側面から、個人の曖昧さへの対応の仕方を捉える多次元的な尺度である。下位尺度となる因子は5因子から成り立っており、肯定的態度を表わすものとして、「曖昧さへの享受」（曖昧さを楽しむ態度）「曖昧さへの受容」の2つの因子が含まれる。また、否定的態度として、「曖昧さへの不安」「曖昧さへの統制」（曖昧な状況などをコントロールしようとする態度）、そして「曖昧さへの排除」の3因子が含まれる。各項目を6段階で評価し、得点の高い因子がその人の曖昧さへの態度の特徴と理解する。

表4 研究方法3

分析方法

臨床群と健常群の間に違いがあるのかどうかを見るため…

1. 曖昧さへの態度(5因子)とSDSの得点の群間(臨床群と健常群)の比較

5種類の曖昧さへの態度と抑うつの関係を見るため…

2. 曖昧さへの態度(5因子)とSDSの相関

アンケート結果の分析方法として2点について検討した（表4）。最初に、臨床群と健常群の間に違いがあるのかどうかを見るため、曖昧さへの態度（5因子）とSDSの得点の群間の比較を行った。次に、

5種類の曖昧さへの態度と抑うつの関係を見るため曖昧さへの態度（5因子）とSDSの相関^{注1)}を検討した。

III. 結果と考察

臨床群と健常群の属性を表5に示す。

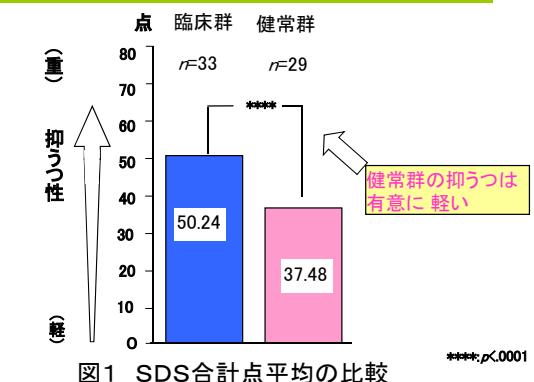
表5 年齢・性別・診断の内訳

	臨床群(患者) [33名]	健常群(職員) [29名]
年齢[歳]±SD	41.3±12.51 (19-62歳)	35.8±9.64 (22-63歳)
性別	男[名] 22 女[名] 11	15 14
診断	うつ病(F329):17名 抑うつ神経症(F341):4名 パニック障害(F410):2名	統合失調感情障害(F259):6名 適応障害(F432):2名 不安神経症(F411):1名 神経症(F489):1名

年齢、性別、診断の内訳は表に示したとおりである。年齢と性別について統計的検定を行ったが、有意な差は認められなかった。

臨床群と健常群のSDSの合計を比較した結果を図1に示した。

臨床群と健常群の抑うつの比較



統計的検定であるt検定^{注2)}を行った結果、合計点の平均において極めて有意な差が認められた。患者群である臨床群に比べて、健常群の職員の抑うつは有意に軽い結果が見られた($t=5.97, df=60, p<0.0001$)。

次に、曖昧さへの態度尺度の因子得点を群の間で比較した結果を図2に示す。

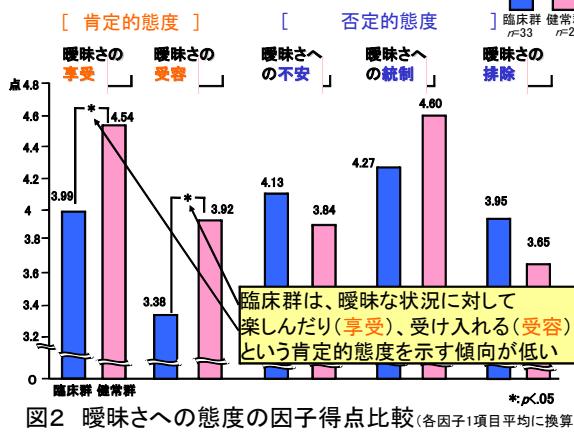


図2 曖昧さへの態度の因子得点比較(各因子1項目平均に換算)

グラフのY軸には、各因子について1項目あたりの平均に換算した点数を表示している。臨床群と健常群の間で5つの因子毎にt検定を行った結果、「曖昧さの享受」 ($t=-2.418, df=60, p<.05$) と「曖昧さの受容」 ($t=-2.327, df=60, p<.05$) の2つの因子で有意な差が認められた。2つの因子はどちらも肯定的態度を示す因子であり、臨床群は曖昧な状況に対して楽しんだり受け入れるという肯定的態度を示す傾向が低いことが考えられる。

次に、5種類の曖昧さへの態度と抑うつの関係を見るため曖昧さへの態度（5因子）とSDSの相関を計算した。

曖昧さへの態度と抑うつの関係

表6 臨床・健常群の曖昧さへの態度因子とSDSの相関

	[肯定的態度]		[否定的態度]		
	曖昧さの享受	曖昧さへの受容	曖昧さへの不安	曖昧さへの統制	曖昧さの排除
SDS 合計	-0.356*	-0.169	0.625***	0.077	-0.116
臨床群 n=33					
健常群 n=29	-0.387*	-0.201	0.280	0.446*	0.083

*: p<.05 ***: p<.0001

注記: 曖昧な状況を不安に感じる患者ほど、抑うつになる
注記: 曖昧な状況を楽しめる人は、患者・健常者に関係なく、抑うつになりにくい

表6は、曖昧さへの態度の5因子とSDSの相関を示した表である。表の中の数値は、相関係数であり、値が1に近づくほどSDSの抑うつと曖昧さへの各々の態度は関係がある、あるいは、関係が強いという両者の関係の強さを示している。

表6を見ると、臨床群でSDSとの間に特に強い相関が見られたのは、*（アスタリスク）が4つ付いている「曖昧さへの不安」であった ($r=0.625, p<0.0001$)。この結果より、曖昧な状況を不

安に感じる患者ほど抑うつになる傾向が考えられる。

健常群では、「曖昧さへの統制」と SDSとの間で有意な相関が見られた ($r=0.446, p<.05$)。この結果から、健常者では、曖昧な状況をコントロールしようとする人ほど、抑うつになりやすい傾向があることが可能性として考えられる。

一方、臨床群と健常群の両方で有意な相関が見られた「曖昧さの享受」では、SDSとの間で値がマイナスである、負の相関を示していた

(臨床群: $r=-0.356, p<.05$; 健常群: $r=-0.387, p<.05$)。このことは、曖昧さを享受できる人ほど抑うつが軽いことを示しており、曖昧さを楽しめる態度を持つ人は、患者であっても健常者でも変わらず、抑うつ的にならずに過ごす傾向があることが推察される。

IV. まとめ

今回の結論を表7と表8に示す。

表7 まとめ1

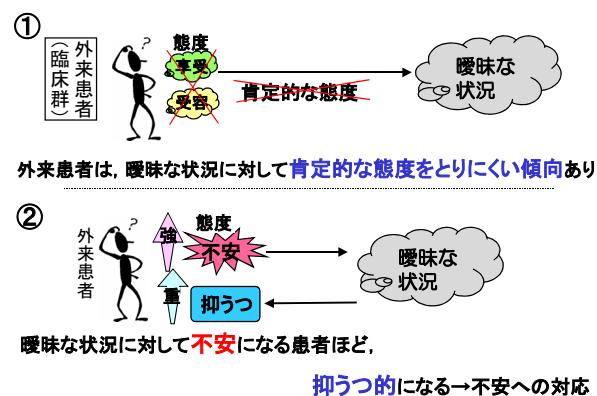
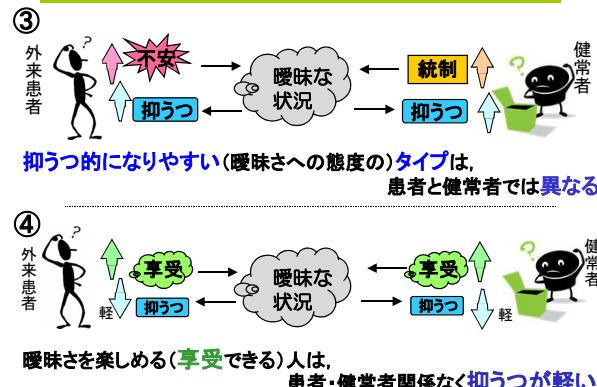


表8 まとめ2



第一に、臨床群である外来患者は、曖昧な状態に對して肯定的な態度を取りにくい傾向があることが

示唆された。

第二に、外来患者においては、曖昧な状況に対して不安になる患者ほど抑うつ的になることが示唆された。そのため、曖昧さに対する不安に焦点づけたアプローチが、抑うつの軽減に繋がる可能性があることが推察される。

第三に、抑うつになりやすい人は臨床群では、曖昧さへの不安が強い人である一方、健常群では、統制が強い人であった。抑うつ的になる人でも外来患者と健常者では、曖昧さに対する態度の傾向が異なることが考えられる。

一方、曖昧さを楽しめる（享受できる）人は、患者・健常者関係なく抑うつは軽い傾向が見られた。このことから、曖昧な状況に不安になる患者や、コントロールをしようとする健常者には、無理に受け入れようとさせるのではなく、不確かな状況に対して少しでもゆとりが持てるか楽しめるような働きかけをすることも、抑うつの改善に繋がるのではないかと考える。

本研究はサンプル数の少ないパイロットスタディという限界があるため、以上の考察については、今後更に検討を重ねる必要があると思われる。

引用文献

- 1) Budner, S. 1962 Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30, 29–50
- 2) 西村佐彩子 2007 曖昧さへの態度の多次元構造の検討—曖昧耐性との比較を通して、*パーソナリティ研究*, 15 (2)

注釈

- 1) 相関・・二つの変数の関係（関係あり/なし、強い/弱い関係）を分析する統計手法。
- 2) t 検定・・二つの群の平均値を比較して、統計的に有意（妥当な）差があるかどうかを調べる統計手法。

ADLの向上を目指した統合失調症患者へのアプローチ ～CBT的介入と行動療法を併用して見えてきたもの～

作業療法課 ○飯塚 菜穂 野原 健太
久保田 翔 比嘉 創
第1病棟 兼次 優智

I. はじめに

当院の第1病棟は、慢性の統合失調症患者が大半を占めており、セルフケアに課題を抱える方が多い。作業療法課でも、一昨年からセルフケア改善を目的に認知行動療法（以下CBTと略す）的介入を試みたが、十分な結果が得られなかった。そこで今回、CBT的介入に加え行動療法を併用した小集団プログラムを実施した。

セルフケアに改善が見られた3名の患者を中心に個々の経過を追い、CBT的介入と行動療法の有用性について考察したので以下に報告する。

II. 研究方法

1. 対象者

第1病棟職員と協議し、同病棟に入院中の統合失調症患者のうち、セルフケアに課題のあるとされた患者9名（男性7名、女性2名）を選定した（表1）。

表1 対象者の背景

	年齢／性別	入院期間	罹病期間
A氏	41歳／男性	約2年	11年
B氏	41歳／女性	約4年	22年
C氏	55歳／男性	約3年	22年
D氏	47歳／男性	約22年	29年
E氏	29歳／男性	約3年	12年
F氏	32歳／男性	約1年	16年
G氏	60歳／男性	約2年	43年
H氏	69歳／女性	約10年	42年
I氏	54歳／男性	約8年	34年

2. プログラム

平成23年12月から平成24年の4月末まで、約5ヶ月間、週に4回2時間実施した。リハビリテーション棟調理室と第1病棟面会室と洗面所を使用し、プログラム担当作業療法士（以下OTRと略す）と、病棟職員合わせて3名程度で運営した（表2）。

プログラムを実施した期間を3期に分けると、まず、I期では安心してプログラムに参加出来ることを目標とし、主に軽作業を実施した。II期では各々が持つセルフケアの課題を明確にするために、CBT的介入を用いた。III期ではセルフケアの課題の中でも特に『髭剃り』に着目して、行動療法的に褒める関わりと反復練習を行った（表3）。

表2 プログラム概要

名称	スキルアップグループ
実施期間	平成23年12月上旬～平成24年4月末 (約21週間)
頻度	月・火・金・土（週4回）
時間	9:45～11:45 の2時間
場所	作業療法棟調理室 第1病棟 新館面会室と洗面所
職員	OTR1名、病棟職員1～2名

表3 プログラム内容

実施プログラム	I期	II期	III期
	・ストレッチ・タオル清拭 ・ちぎり絵 ・お茶の準備、片づけ		→
		①ミーティング ②写真撮影	
			①髭剃りの実践 ②個別フィードバック
目的	・安心して参加できる。 ・メニューを共有することで結束性を高める。	自身のセルフケアの課題を認識する。	セルフケアの課題に対し、具体的な解決方法を実践する。

3. 評価方法及び結果

1) R e h a b

患者個々のセルフケア因子の得点を、プログラム開始前と終了後で比較した（図1）。

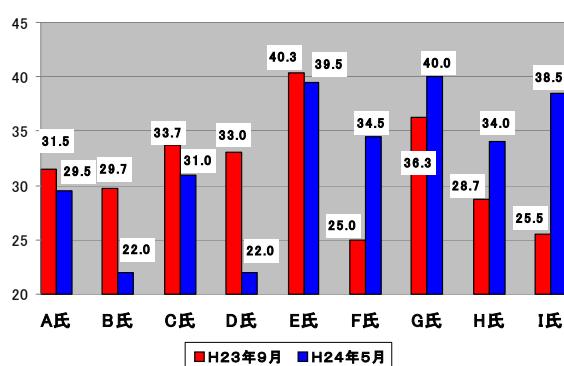


図1 Rehab(9名のセルフケア因子の比較)

2) アンケート調査

プログラム終了後アンケート調査を行った。身だしなみの意識と、髭剃り課題の自己評価を示す(図2)。

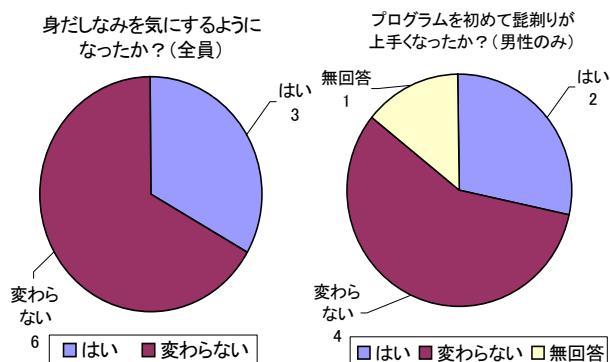
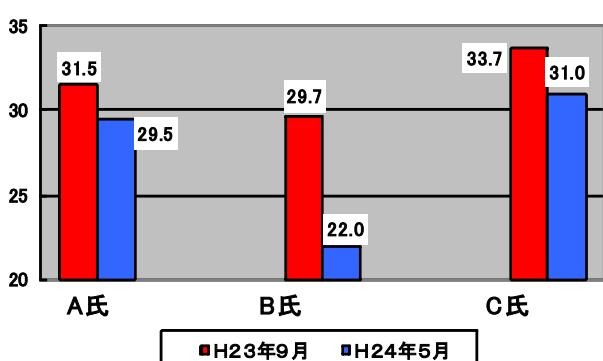


図2 アンケート調査結果

III. 経過

Rehabのセルフケア因子の得点が改善した3名の患者について、経過報告する(図3)。

図3 Rehab
(改善の見られた3名のセルフケア因子の比較)

1. A氏 (表4)

表4 A氏 経過(職員はCBT的介入を重視)

	I期	II期	III期
関わり方	・参加を強制せず、居心地良く過ごせる環境を提供した。	・ミーティングや写真を用いてセルフケア課題を認知させる。	・髭剃りをしない原因と一緒に考え、解決策を見つける。
経過	・雑談しながら、軽作業にも取り組む。	・自身のセルフケアの課題を意識し始めた。	・肌荒れを原因に毎日、髭剃りをしなかつた。 ・自ら肌荒れを抑える工夫を始めた。

グループ開始当初から発言量は多く、軽作業にも積極的に取り組んでいた。しかし、髭が伸びていたり、色あせた服を着ていても「特に直す所はないと思います。」と発言するなど、セルフケアが不十分な事に気づけていなかった。そこで、II期ではA氏の写真撮影を行い、「身だしなみで気になる所はありますか？」と自身の姿を評価してもらった。すると、A氏から「髪が伸びている。」等の発言があり、多少なりとも課題を意識し始めたようだった。III期で髭剃りを実践するプログラムが始まると、「毎日髭を剃ると肌荒れする。」と本人から意見が挙がり、髭剃り後の肌荒れを防ぐため蒸しタオルの使用するなど、一緒に解決策を考えていった。終了時まで髭剃りをする頻度こそ変わらなかつたが、肌荒れのしにくい洗顔フォームを購入し始めるなど、肌荒れを抑える工夫を主体的に始めるようになった。

2. B氏 (表5)

表5 B氏 経過(職員はCBT的介入を重視)

	I期	II期	III期
関わり方	・参加を強制せず、居心地良く過ごせる環境を提供した。	・ミーティングや写真を用いてセルフケア課題を認知させる。	・無理な足しをせず、男性メンバーの髭剃りの様子を見て過ごしてもらう。
経過	・見学が多いが、片付けは率先して行った。	・ミーティングを遠巻きに眺めている。	・自発的に洗顔を始めた。

I期では、軽作業には取り組まなかったもののその場に居て作業の様子を見ながら過ごしており、お茶の準備や片づけは率先して行っていた。しかし、寝癖をつけたまま肌着を着て参加するなど、セルフケアを整える意識はほとんど感じなかつた。

II期でもミーティングをしている様子を遠巻きに眺めていることが多く、たまに発言はあるものの、その内容は不満や的外れなものだった。しかし、この頃から普段着で参加するなど服装に変化が見られ始めた。更にIII期になると、男性メンバーが髭剃りの練習を行う横で、「自分も顔洗う。」とプログラムに参加し始めた。終了時には、病棟でも肌着を着て過ごす事はなくなつた。

3. C氏（表6）

表6 C氏 経過（職員は行動療法的介入を重視）

	I期	II期	III期
関わり方	・参加を強制せず、居心地良く過ごせる環境を提供した。	・ミーティングや写真を用いてセルフケア課題を認知させる。	・ 髭剃りの細かい技術を繰り返し練習する。 ・褒める事を徹底する。
経過	・軽作業は笑顔で取り組む。 ・寝癖や伸びきった髪のまま参加。 ・セルフケアを整える必要性を感じていない。		・細かい技術指導を行うと、職員の促しだけで髭剃りを行えるようになった。

I～II期と軽作業には笑顔で取り組んでいる。セルフケアについては、寝癖の付いた髪と伸びた髪で参加する事が多かつた。写真撮影で自身の姿を見てもらっても興味のない様子でミーティングでの発言もほとんどなかつた。III期に入り、髭剃り動作の評価をするためにカミソリを手渡すと、「できない。」と職員にカミソリを返してきた。なんとか促して実践してもらうと、剃り残しや出血が多く技術的な問題が大きい事が分かつた。そこでC氏に対しては、髭剃りの細かい技術を繰り返し練習し、職員は褒める関わりを徹底した。終了後のアンケート調査では「髭剃りが上手くなつた。」と回答し、病棟でも職員の促しだけで髭剃りを行うようになった。

IV. 考察

A氏は当初、手入れがされておらず、伸びている髪や髭なども気にする様子がなかつた。OTRはCBT的介入を念頭に置き、まず“あなたのセルフケアに問題がある”とテーマ（アジェンダ）を明確にして、更に本人が判断しやすいように写真を提示した。その結果、まずA氏自身に基本的なセルフケアに課題があると認知してもらえたと考える。また、髭剃りを実践する際に上がつた「肌荒れするから毎日は髪を剃らない。」という本人の悩みに対しては、OTRが一緒になって考え課題に取り組むパートナーという立場をとつた。元々サングラスをかけるなどお洒落に関心のあるA氏は、“他者に良く見られたい”という意志もあり、課題を明確にする事で解決に向かつた主体的な行動が取れるようになったと考える。

B氏がIII期で自ら課題に取り組み始むようになった要因として、集団力動が上手く作用したと考えられる。清水¹⁾は、『集団療法に参加して仲間ができると、さまざまな影響が現れる。仲間に刺激されて治療意欲が高まる、客観的な視点が養われるなどの効果が期待できる』と述べている。日頃から感情の起伏が激しく周りの影響を受けやすいB氏にとっては、直接指導や練習を促される事はかなりのストレスになる。集団と距離を置いて参加する事で、客観的に自己の課題を認知したり、セルフケアを整える意欲が高まつたと考える。

C氏は課題を認知してもらう事が目的だった両氏に比べ、セルフケアを整える必要性を感じておらず細かい技術指導と“褒める”関わりを徹底した。C氏に対して行った一連のアプローチは、日本障害者リハビリテーション協会²⁾による行動療法の基本的原則に当てはめて考えると理解しやすい（表7）。

表7 行動療法のステップ(C氏の場合)

ステップ①『目標行動の選択と定義』 =“上手く髪を剃る！”
ステップ②『目標行動に影響を及ぼしている環境的要因の観察と測定』 =“上手くいかない原因を細かく挙げる”
ステップ③『調整』 =“細かい技術指導”

加えて、大熊³⁾は、行動療法に含まれるオペラント条件付け技法を『好ましい行動が行われたとき報酬を与えてこれを強化していく方法』と述べている。C氏にとっては、出血や剃り残しのない“好ましい行動”で髪を剃る練習を繰り返し、褒められるという“成功報酬”を得る過程を繰り返す事が、自分で髪を剃ろうと意識するきっかけになったと考える。

一方、Rehab上のスコアで改善が見られなかったメンバーは、大きく分けて①集団プログラムに適応出来なかつた者。②病状が悪化した者。③女性であったため“髪剃り”というテーマが不適応だつた者に分けられる。

集団作業に適応出来なかつたメンバーは、I期に行っていた軽作業にも取り組めず、その後のII～III期で行われたプログラムにも拒否が強かつた。これらのメンバーは対人関係も希薄で、集団活動も上手く働かなかつた。集団に適応する事が難しいと考えられるため、課題に取り組むには個別の対応が必要だと感じた。病状の為に中断したメンバーは、II期から落ち着きがなくなつた。課題が明確になることでストレスを感じ、病状悪化に繋がつたと考える。本人が感じるストレスの度合いと病状の見極めが重要だと考える。また、本人の興味・関心をひくようなテーマである事も重要と言える。女性のメンバーに対して具体的な課題を提示する事ができなかつた点は反省点としたい。

第1病棟は、長期に渡つて入院生活を続けている患者が大半を占めている。朝田⁴⁾は長期入院の患者が『若い頃に発症して以来そのまま入院生活を送ってきたため成人として自分の事を自分で処理した

り、社会で生活したりすることのイメージが湧かない人もいたりする。』と述べており、セルフケア等の課題に取り組むに当たっては、まず自身の課題をしっかりと把握する事が重要だと考える。その上で、本人の興味・関心や持つている技術を評価して、適切なアプローチ方法を選択する事が治療者側の役割だと感じた。

V. まとめ

1. セルフケアに関心のある患者は、課題を明確にする事で解決に向けた行動が取れた。
2. 個々のストレス耐性の度合いによって、課題を認知させる方法を判断する事が重要。
3. セルフケアに関心のない患者は、行動療法的な関わりを行うことで、意識が高まった。
4. 簡易的な作業を集団で行うことで、その後の課題に取り組むことが出来るかどうかを、ある程度判断できる。

VI. 終わりに

今回研究報告をまとめる中で、効果的なプログラムを提供するには、単純な作業能力だけでなく興味・関心や課題に対するモチベーションなど、患者の意識を正確に捉える事が重要だと改めて感じた。

改善の見られなかつた患者へのアプローチ方法など残された問題はあるが、今後も研鑽に努め、より良い作業療法を展開していきたい。

引用・参考文献

- 1) 清水 栄司：認知行動療法のすべてがわかる本 講談社 P32. 2010
- 2) Ruth D.jodrell 他：行動療法の基本的概念 日本障害者リハビリテーション協会発行 「リハビリテーション研究」 1976年7月 (第22号) 2頁～8頁
- 3) 大熊 輝雄：現代臨床精神医学、改訂第10版 P522. 金原出版 2007
- 4) 朝田 隆他：精神疾患と精神科作業療法、P87. 中央法規出版株式会社、2005

認知行動療法を活かした就労訓練の改革と効果 ～農場リハビリテーションの強化と展望～

社会復帰施設部 ○新 地 均 米 須 健
高屋牧子 新垣静香
栄野比千秋 上江洲多恵子

I. はじめに

就労訓練工場「しせいかい」では、精神障害者に対する様々な就労訓練を提供しており、農場「グリーンファーム」（以下農場と略す）では約1000坪の広いフィールドで野菜生産を通して心身面のリハビリテーションを行っている。農場の課題として、訓練生の仕事への意識や野菜への関心が低く、参加態度も受動的であったことなどが挙げられ、指導員も指示的な関わりが主となっていた。

そこで、訓練生が主体性を持って取り組めるよう、認知行動療法（以下CBTと略す）を取り入れた訓練内容へと転換した。

今回、CBT導入前後の訓練生の言動の変化を検証したので、若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2011年8月～2012年5月（10ヶ月間）

2. 対象者

上記の研究期間、農場に在籍した訓練生5名

表1 研究方法

期間：2011年8月～2012年5月（10ヶ月間）

対象者：男性5名

評価方法：農場訓練生の障害特性を抽出し、個人記録からCBT導入前後の言動の変化を比較した。

3. CBTを取り入れた訓練内容

1) 集団アプローチ（図1）

①朝礼での出席確認

ローテーションで決められたリーダーが、毎日

出席確認を実施し、互いにセルフチェックを行う。訓練生個々の責任感を高め、セルフチェックを通して互いが指摘しあえる関係（横並びの関係）を構築することを目標とした。

②作業の進め方

集荷場を農場の事務所として、ミーティングができるようテーブルや白板を設置した。毎日、指導員が白板に一日の作業内容を書き出すが、段取りや優先順位は訓練生が話し合って決定する。その際、指導員は開かれた質問を多用し、作業工程の意図を明確にする。朝礼前には、訓練生が圃場の観察を行い、それぞれが報告し、作業の段取りに役立てている。

従来の指示的な流れから、訓練生が主体性をもって取り組むことで、作業の効率化や難易度の克服を促すことを目標とした。

③勉強会の実施

毎月1回、農作業に関する基本的な知識の習得を目的に、勉強会を実施した。連作・輪作障害や農薬、土作りなど、専門的な内容とした。

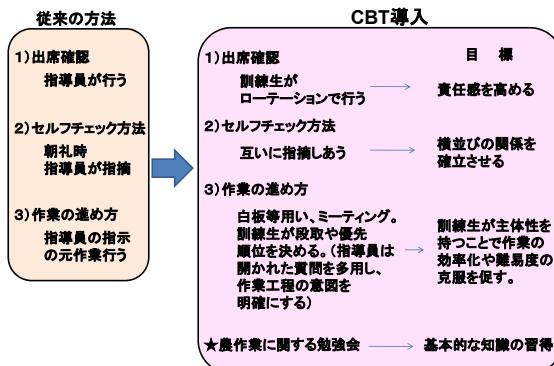


図1 集団アプローチの方法

2) 個別アプローチ（図2）

①工賃支給時の個別面談

指導員からの評価や指導だけではなく、訓練生自身に自己評価を促し、指導員は開かれた質問形

式で訓練生の課題を引き出す。個々の課題克服や意欲向上、判断力や理解力の向上を目標とした。

②個人に圃場を割り当てる

一人一人に圃場の一画を任せ、育ててみたい野菜を決定し、実践した。担当の圃場を持つことで、責任感の向上や野菜への関心を高めることを目的とした。

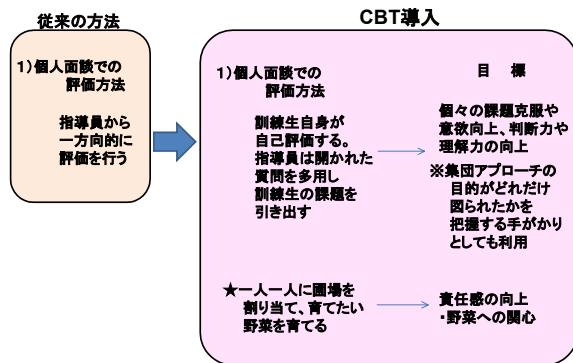


図2 個別アプローチの方法

3) 指導員の関わりのポイント

- ①訓練生と指導員の関係は一方向的ではなく常に双方向的に保つ。
- ②訓練生の意見は否定せず、作業の遂行に活かす。
- ③安心して失敗できる環境作りを心がけ、訓練生へも繰り返し伝えた。
- ④開かれた質問を多用し、出来るだけ訓練生が考えて動けるように意識した。

4. 評価方法

- 1) 個人記録からCBT導入前後の言動の変化を抽出し、3ヶ月ごとに区切り、検証した。
- 2) 特に変化の見られた訓練生について、症例報告する。

III. 結果及び考察

1. 対象者のプロフィール

発症年齢などから、慢性の統合失調症患者であり、就労訓練を3年以上継続していることがわかる。CBT導入前は、集中力に欠ける、仕事への関心が低い、早退が多い、段取りが組めない、などの特徴が多く見られた。(表2)

表2 対象者のプロフィール

	年齢	病名	発症年齢	就労訓練歴	CBT導入前の様子
A氏	50代	統合失調症	33歳	8年間（2004～） (途中3年3ヶ月の入院期間有)	イライラ感の訴えが多い 無断での遅刻や欠勤 雰囲気が読めない
B氏	50代	統合失調症	36歳	5年間（2007～） (途中約5ヶ月の入院期間有)	疲れやすく、欠席が多い 仕事への関心が低い 社会常識不十分
C氏	50代	統合失調症	38歳	7年間（2005～）	慣れない作業に適応出来ない 集中力に欠ける 段取りがくめない
D氏	40代	統合失調症	20歳	5年間（2007～） (途中1年3ヶ月の入院期間有)	不調を訴えることが多い 意欲が低い 慣れない作業に適応出来ない
E氏	40代	統合失調症	15歳	4年間（2008～）	仕事への関心が低い 疲れやすい 集中力に欠ける

2. CBT導入後の言動の変化

個人記録から抽出した言動の変化をまとめ、図3に示す。CBT導入後、第2期目頃より、気配りや仕事への関心が見られ始める。3期目に入ると、責任感や仲間意識の向上が見られ始めた。第4期には、苦手な作業を克服するなど課題をクリアする訓練生もいたが、集中力や持続力が向上しない訓練生もいた。

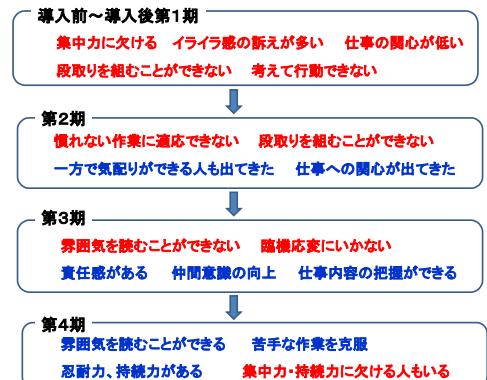


図3 個人記録から見た全体的な変化

3. 症例の紹介

- 1) A氏（場の空気を読むことができるようになり、訓練時間が大幅に伸びた事例）(図4)

CBT導入前は、週3回の参加も休みがちで、訓練時間も安定せず、参加するのがやっとだった。ネギ洗いなどの単純作業を担当していたが、些細な指導に対しても反応を示し、すぐに「訓練を辞める」などの否定的な発言が多かった。CBT導入後、第1期は、朝礼でも的外れな発言が目立ち、時折周囲を困惑させていた。また、些細なことに反応し、訓練を早退するなど、身勝手な言動が見

られた。第2期頃より、野菜の単価に興味を示したり、腰痛持ちの訓練生を気遣い、作業を代わる等の言動がみられるようになった。第3期になると、リーダー的な存在となり、作業の段取りを組めるようになり、訓練時間も延長して作業に励むなど意欲の向上も見られた。朝礼では、的外れな発言が未だ見られた。それに対し、個人面談において、自身の発言を客観的に振り返る機会を持った。第4期になると、朝礼での発言も的確となり、ほとんどの外れな発言は見られなくなった。「農場をもっと良くしたい」と他訓練生へ話したり、外部企業への納品に対しても前向きな発言が多く聞かれるようになった。

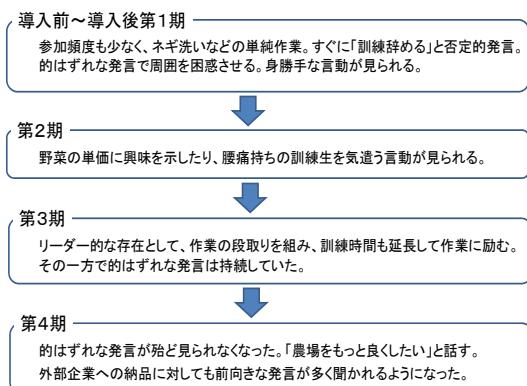


図4 症例紹介(A氏)

2) B氏（責任感がついた事例）（図5）

C B T導入前は、多少の体調不良で安易に訓練を欠席し、現場へ迷惑をかけることが多かった。そのことに関して、「大丈夫でしょ」と責任感に欠ける発言が目立った。自身の出欠に関して、他訓練生に伝言を頼むなどルーズな面があった。

C B T導入後、2期目頃より、他訓練生の作業負担を気遣うようになり、人数が必要な作業の日は欠席することがなくなった。観葉植物の担当に配置すると、植物の名前や性質、水の量などをメモするようになり、意欲の向上が見られた。第3期になると、景観を意識して観葉植物の配置を提案するなど、考えて作業を進めることができるようになった。病状の動きもあり、意欲低下も見られたが、訓練を継続することは出来た。第4期に入ると、作業の段取りが効率的で、リーダー的な

存在となっている。他の農家の野菜にも興味を示すなど、外部への関心も広がっている。

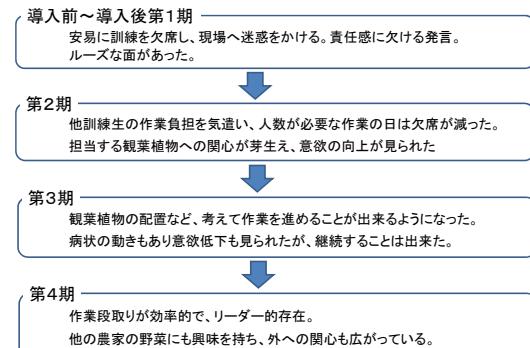


図5 症例紹介(B氏)

3) C氏（苦手な課題を克服した事例）（図6）

C B T導入前は、相談が苦手で、作業を中断することがあった。細かい作業や、いつもと違う作業に反応を示し、「落ち着かない」と焦燥感を訴え、月に1回、多い時では2～3回早退することがあった。指示に対し、違う段取りで作業を進めたり、上手く理解できていないことも度々見られた。また、意見を主張することが苦手で、作業に関して意思表示をすることが少なかった。

C B T導入後、2期目になると、自主的に野菜の観察を行うようになった。他訓練生から圃場に関するアドバイスを受けた際も、徐々に自分の意見を主張することができるようになった。第3期に入ると、苦手な作業に不穏となるが、早退には至らず、拒否なく作業を続けることができるようになった。他訓練生も、本人の苦手な作業を把握しており、気遣ったり、アドバイスをするなど、横の繋がりが見られた。また、他訓練生より野菜の評価を受け、満足気な表情も見られた。第4期では、苦手な細かい作業に対しても落ち着いて取り組めるようになり、現在では、ほとんど早退も見られない。

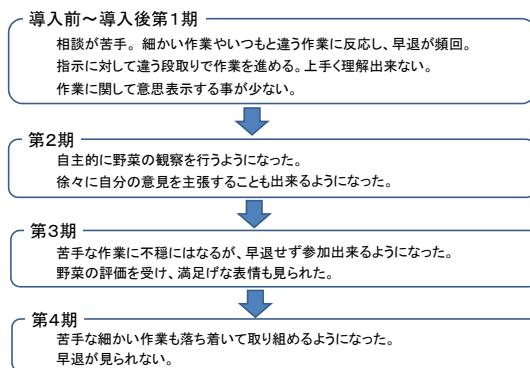


図6 症例紹介(C氏)

4. 集団アプローチと個別アプローチの結果および考察。

1) 集団アプローチ

勉強会を実施した直後、自主的に専門書を購入した訓練生がおり、それを話題に朝礼での発言が徐々に出始めた。さらに、圃場の状態について朝礼でお互いに情報交換をする場面が見られるようになった。出席確認の際、参加していない訓練生について「調子が悪いみたいだよ」「元気がなかつたよ」と仲間の様子について報告したり、相手を気づかって重労働を代わったりするなど、同じ農場の訓練生として仲間意識が高まっている言動が聞かれた。また、作業中も訓練生同士意見を出し合うなど、活気が出てきた。現在では、指導員が全く指示することなく、決められた作業をある程度遂行出来るようになった。圃場にワイヤーやネットを張るなど、多少手の込んだ作業も、訓練生のみで取り組めるようになっている。

集団アプローチを通して、仲間への関心が芽生え、横並びの関係が強化されたと考える。作業の段取りについても、指示的な関わりではなく、訓練生自身が考え、協力して実行することで、1日の作業を効率よく進める意識付けど、自分が抜けると他の訓練生に影響が出る、という役割意識が芽生えたのではないかと考える。

2) 個別アプローチ

個別面談を通じて、訓練生一人一人の考え方や意見、農場に対する希望を引き出すことが出来た。

中には、外の農家と農場の野菜を比較する発言も聞かれ、モチベーションの高さを感じさせられた。面談を基に、訓練生自身や農場全体の課題に結びつけ、実際の作業に活かすなど、意見を採用することもあり、意欲の向上につながったと思われる。

担当の圃場を持ち、収穫した作物を家族や納品先から評価される機会もあり、自信につながり、責任感と自負心が芽生え、野菜への関心も生まれたのではないかと考える。一方で、手間暇かけて育て、収穫した野菜の単価が低いことが分かると、収益にまで話題が発展した。他の訓練生と比較し、自分の圃場の費用対効果について言及する訓練生も出てきた。その意見を基に現在は担当制を見直し、農場全体で出来るだけ収益の得られる野菜に品目を絞り、実践している。

以前は指示された作業をこなすのみに留まっていた訓練生が、原価意識まで考えが及ぶようになったことは、野菜のみならず、農場全体の運営にまで関心が広がっていることが分かる。

CBT導入によって、当初の目的である主体性を持って訓練に取り組むことや、横並びの関係の強化については一定の効果が得られたと感じている。一方で、変化が乏しい訓練生もあり、さらに個々の障害特性に応じた関わりが要求されるなど課題も残る。

今後の展開として、消費者のニーズに応え得る商品作りに視点を向け、「仕事・職場」として、意識を高める関わりも必要だと考える。その足がかりとして、病院内ではなく、一般市場への参入が今年の4月からスタートした。訓練生も市場へ出向き納品作業を行っている。自分たちが作った野菜が売れていくのを目の前で見ることが出来るため、一般的な評価を目の当たりにすると共に、訓練ではなく社会経済活動の一端を担っているという達成感につながるのではないかと期待している。

IV. おわりに

平成23年4月より、パミス栽培をスタートさせ、一般市場に提供できる生産体制が整ってきた。パミス栽培の利点として、単純作業が多く、障害

が重い訓練生にも適している作業である。実際に、今まで農場で継続できなかった訓練生が適応しており、今後の展開が期待できる。

今後、農場では、野菜生産を通してリハビリテーションを行うとともに、品質、売上にもこだわり、販路拡大を視野に“グリーンファーム”の野菜を県内に限らず県外への出荷も目標としたい。そこで得た収入で、訓練生の工賃に反映させ、最低賃金の支給に結びつけたい。更なる高見としては訓練生の一般就労へ結びつく取り組みも行いたいと考える。

精神障害者に対する職業リハビリテーションの再考 ～製パン訓練10年間の変遷を基に～

社会復帰施設部 ○眞榮田 郁 宮城 聖子
栄野比千秋 上江洲多恵子

I. はじめに

平成13年9月、多種目複合型の就労訓練工場が開設され、平成5年から就労訓練を提供してきた製パン工場「スターべーカリー」（以下パン工場と略す）も、環境整備がなされ、新たなスタートを切った。これまで、ケースワーカー等が指導に当たっていたが、職業指導員として製パン職人が配置されることになった。しかし、当時、精神科の専門スタッフから引き継いだパン工場は、普通の工場と言うにはほど遠い工場だった。

利用者は順応性に乏しく、職員や機械へ頼りすぎる。作業自体が淡々と組み立てられており、働く意欲が感じられない。納品・作業工程に至っては平気で「分からぬ」と答える利用者が多く見られた。他にも当たり前でない現状がいくつも見受けられ、「普通の工場」ではないことを上司に報告した。上司から、当たり前の普通の工場に変革するよう依頼され、指導方法を一変した。

その結果、「普通の工場」にするための取り組みとその変遷が、精神科リハビリテーションにつながっていると精神科の専門スタッフから評価を受けた。

本論文では、平成13年から現在までの利用者との関わりについての経過をまとめ、精神障害者に対する職業リハビリテーションについて再考したので報告する。

II. 経過

平成13年9月から現在までの製パン訓練の経過を初期・中期・現在の3期に分け、当時の現状と関わり方、利用者の言動の変化をまとめる。

1. 初期の現状（平成13年～平成14年）

パン工場利用者の特徴を表1に示す。

1) あいさつ

顔を合わせるが、視線は合わせず、会釈程度であった。表情も優れない利用者が多かった。

2) 身だしなみ

一部利用者は洗顔・髭剃りもせずに参加するなど、見繕いが不十分であった。制服についても毎日洗わない等、管理が不十分な利用者が多かった。

3) 作業工程

納品先を把握していない利用者が多く、終了時間になると、たとえ作業が途中であっても帰ってしまうなど、無関心・無責任な言動が見られた。また、機械に頼りすぎる、注文にない仕込みをするなど効率が悪い作業工程であった。あんが残っているにもかかわらず、平気で捨ててしまうなど、原価意識にも乏しかった。さらに、作業工程の変更を試みるが、目的を理解できずに頑なに従来の工程にこだわるなど、修正が難しく、拒否的で新しいことへの順応性に乏しかった。道具の扱いについても、衛生管理が不十分なまま次の工程に使用するなど、不適切であった。

4) 参加態度

短時間で帰る、気がついたらなくなる、厳しくするとトイレに隠れるなど参加状況の把握が難しかった。

表1 初期の利用者の特徴

項目	現状
あいさつ	<ul style="list-style-type: none"> 声をかけないと何も言わない 目を合わせない うなづくのみ
身だしなみ	<ul style="list-style-type: none"> 入浴していない(臭う) 洗顔しないまま参加 制服の管理が不十分(毎日洗わない・ロッカーに放置)
作業工程	<ul style="list-style-type: none"> 終了時間になると帰る 時間の使い方が自分勝手 注文にない仕込みをする 納品先がわからない 原価意識がない 機械に頼りすぎる 道具の扱いが不適切
参加態度	<ul style="list-style-type: none"> 短時間で帰る いなくなる 厳しくするとトイレに隠れる

以上のように、初期のパン工場には当たり前でない出来事が随所に見られた。

そこで、「プログラムとして参加する」ことから、「労働者としての意義」へ、「利用者」から「納品先に合わせた仕事」へと導くために、これまでの指導方法を一変した。

2. 初期の関わり

初期の関わりを表2に示す。

表2 初期の関わり

項目	現状	関わり
あいさつ	<ul style="list-style-type: none"> ・声をかけないと何も言わない ・目を合わせない ・うなづくのみ 	<ul style="list-style-type: none"> ①顔を見てもうまで名前を呼ぶ ②声を出してもらう
身だしなみ	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴していない(臭う) ・洗顔しないまま参加 ・制服の管理が叶わない(毎日洗えないロッカーに放置) 	<ul style="list-style-type: none"> ①身だしなみに聞かれては、周りの利用者にも聞こえるように伝える (互いに指摘しあるよう) ②制服の管理を徹底した
作業工程	<ul style="list-style-type: none"> ・終了時間になると帰る ・時間の使い方を自分勝手 ・注文に迷って込みをする ・納品先にかけられない ・今までのやり方を修正出来ない ・原価意識がない ・機械に慣れすぎる ・道具の扱いが不適切 	<ul style="list-style-type: none"> ①今日は何をするのか、なぜそうするのか? と質問を繰り返し、工程の理解を促す ②どこまで、何をするのか役割を明確化 ③納品先を一覧して確認しやすくなった ④始業時間を変更(時間30分早め) ⑤納品終了した時点で訓練終了 ⑥材料の発注を任せた(業者とのやり取り) ⑦分割機を撤廃し、手で生地を丸める ⑧道具の取り扱いについて再教育した
参加態度	<ul style="list-style-type: none"> ・短時間で帰る ・小さな声 ・懶懶とするヒタレに離れる 	<ul style="list-style-type: none"> ①タイムカードを導入

1) あいさつ

顔を見て挨拶するまで名前を呼ぶ、声を出してもらうなど基本的なマナーを徹底した。

2) 身だしなみ

見繕いについての指摘は他の利用者にも聞こえるように指導し、互いに指摘し合える環境作りを意図した。制服は毎日持ち帰り洗濯するなど、管理を徹底指導した。

3) 作業工程

今日は何をどこまで取り組むのか、訓練時間ではなく、パンの発酵具合、工程、納品の進み具合について理解を促すなど、考えさせる質問を繰り返し、意識を高めた。1日の納品が終わった時点で訓練終了とし、役割を明確にすることで勝手にその場を離れる時間をなくした。

機械を撤廃し、自分の手でパン生地に触れるなど指先の感覚を訓練し、一人一人の技術向上を試みた。訓練のスタート時間を1時間30分早め、それに伴い、納品時間も早めた。

材料の発注など、今まで職員が行ってきたこと

を利用者に任せた。

納品先は一覧表を活用し、把握できるように工夫した。

道具については適切な取扱いを再教育した。

4) 参加態度

勤務の把握と、利用者自身にも「仕事をした」という意識をつけるため、タイムカードを導入した。

5) 利用者の変化(初期)

初期の利用者の行動の変化を表3に示す。徐々に指導員へ自主的に挨拶をするようになり、コミュニケーションが取りやすくなった。

身だしなみについては、制服を毎日洗うまでには至らない利用者もいたが、休み前に洗ってもいいか等、制服に関する相談が増えた。工場の洗濯機を利用するなど、まずは習慣付けることを試みた。

訓練開始時間の変更についてはスムーズに了承が得られたが、納品終了までをこなす、という点については抵抗する利用者もいた。しかしながら、他の利用者へ「一緒に残ろう」と声をかけ、相手の都合を察して「自分が残る」など、利用者同士配慮する場面が徐々に見られるようになった。機械を撤廃することにより、作業時間は要したが、直接パン生地に触ることで、「商品」として取り扱うという意識が徐々についてきた。

表3 利用者の行動の変化(初期)

【あいさつ】

・自主的にあいさつするようになった

【身だしなみ】

・毎日洗濯するまでには至らないが、制服に関する相談が増えた

【作業工程】

・作業時間はかかるが、手の感覚で生地を扱うことで、商品であるという意識が徐々についてきた

【参加態度】

・相手の都合を察して配慮する場面が見られるようになった
・徐々に終了まで参加できるようになった

3. 中期の関わり(平成15年～平成19年)

中期の関わりを表4に示す。

1) 身だしなみ

始業に合わせ、身だしなみの善し悪しを互いに

指摘することにした。この頃より、工場の洗濯機で制服を洗濯することを止め、個人で持ち帰り管理するよう指導した。濡れたままの制服で参加すると欠席扱いとした。

2) 作業工程

それぞれの得意分野を見出し、ポジションを固定した。例えば、仕込みは「慎重さ」、分割・成型は「行動力」、オープンは「判断力・決断力」のある利用者が適していた。生産数が増加していくに伴い、「ただ生産する」ではなく、生産量に合わせた作業スピードを意識するよう指導した。清掃や整理整頓など、環境整備も仕事のひとつとして教育した。

3) 参加態度

ただ参加するのではなく、「何かする」ということを明確にした。また、協調性のない利用者は帰ってもらった。

表4 中期の関わり

項目	関わり
身だしなみ	<ul style="list-style-type: none"> 身だしなみの善し悪しを利用者同士で指摘し合う 工場の洗濯機を利用して、毎日の洗濯を習慣化 濡れたままの制服を着用した場合は欠席扱い
作業工程	<ul style="list-style-type: none"> 工程を見直す。 得意分野を見いだし、そのポジションに付ける。 作業スピードを上げる (パン生地の特性・納品数に合わせる) 環境整備も仕事のひとつ、と教育した。 (清掃・整理整頓)
参加態度	<ul style="list-style-type: none"> ただ参加するのではなく、とにかく「何か」に取り組む 協調性のない利用者は帰ってもらう

4) 利用者の変化（中期）

中期の利用者の変化を表5に示す。

あいさつは自ら行うことが定着していた。毎日洗濯することが習慣化したことと、制服を数着持つ利用者が増えてきたため、工場での洗濯を廃止した。

作業工程においては、事前に道具や材料の準備が出来るようになった。また、メモを活用する利用者が増えてきた。作業効率も改善され、生産量が初期の2倍を超え、行事の際は4倍の生産をこなせるようになった。

生産量が増加するに伴い、意思表示が多くなった。「気分が悪い」「お腹が痛い」「眠っていない」など、体調に関する訴えであった。あえて深く追

求せずに、少々のことでは欠席・早退を認めなかった。結局のところ、深刻な訴えではなく、体調が思わしくない時も、「やってみます。」という発言に変わった。また、何時まで参加してよいか？など、交渉や相談をする利用者も増えてきた。途中で帰る利用者に対して、「今日は数が多いから残って！」「やらないと上達しないよ！」「自分がここまでやるから、これはやって。」など、他利用者が引き止める場面も見られるようになった。

中期の大きな出来事として、利用者全員で訓練をボイコットすることが起きた。理由は、「作業が終わらないと帰れない。」「厳しい割に工賃が安い。」などであった。ケースワーカーの仲介により話し合いを持ち、「社会では当たり前。やらなければならない。」「指導方法は変更しない。」ことを告げた。その結果、翌日には利用者全員が参加していた。

表5 利用者の行動の変化(中期)

【身だしなみ】

- ・指摘することが少なくなった
- ・制服を数着購入する利用者が増えた
- ・毎日洗濯することが習慣化した

【作業工程】

- ・作業前に道具や材料を準備出来るようになった
- ・作業効率が改善され、生産量が増えた
- ・メモを活用するようになった。

【参加態度】

- ・体調不良の訴えが増えるが、「やってみます」発言へと変わった
- ・訓練への不満を訴え、ボイコットが起きた

4. 現在の関わり（平成20年～現在）

現在の関わりを表6に示す。

1) 朝礼の導入

利用者が司会を進行し、本日の納品予定について一覧を見ながら他利用者へ報告する。

2) 終了ミーティングの導入

納品から除外された商品の確認をするだけでなく、「なぜ除外されたのか」、それぞれに分析を行い、発表する。

3) 作業のローテーション

自分が成型したパンがどのように焼きあがるか、他の工程への関心をさらに高め、互いの知識を持ち寄ること等を目的に、ポジションのローテーシ

ヨンを組んだ。

4) 報告・連絡・相談の指導

利用者同士の連携を高めることを目的に、作業中の細やかな連絡が行えているかどうかを確認する。

表6 現在の関わり

①朝礼の導入

- ・司会は利用者が担当する
 - ・本日の納品予定を一覧を見ながら声を出して報告する
- ##### ②終了ミーティングの導入
- ・納品から省かれた商品の確認と分析(なぜか?)
- ##### ③作業のローテーション化
- ・他工程への関心をさらに高め、互いの知識を持ち寄る
- ##### ④報告・連絡・相談
- ・利用者同士の連携を高める

III. 考察

製パン指導員として、パン工場へ配置され、指導的な関わりが始まった当初、パン工場は当たり前でない出来事が多かった。後に、精神科専門スタッフから、利用者の状態が「精神の障害」にあてはまるということを知らされた。しかし、工場自体が職場として成り立っておらず、利用者に合わせた内容に留まっていた。そのため当初は、「職場」としての雰囲気作りからスタートした。

話しやすい雰囲気を作るために互いに声をかけ合うなど、「あいさつ」に重点を置き、「食品を扱う者」として衛生管理に力を入れた。

職員や機械に頼ることを止め、あたり前のことをおたり前に何でも任せることで、無関心・無責任でいられない雰囲気となったと思われる。同時に、利用者の適正を見出すことも出来た。成功や失敗を繰り返し体験してもらう中で、「失敗することはあたり前」であること、しかし、失敗のみで終わるのではなく、「修正が出来る」「やらなくてはいけないこと」に自ら気づき、仲間と協力し合いながら実践し、築き上げていく過程を重視した。その結果、利用者自身が考えて動くようになり、さらに利用者同士の関心が深まり、協力し合う姿勢が見られるようになったと思われる。それに伴い、技術は修得でき、自信に繋がったと思われる。

参加する「プログラム」から労働の対価として賃金を得る「労働者」としての意義に導くこと、自らの行動に責任を持ち、依存をなくすことなどの関わりが、結果として職業リハビリテーションにつながったのではないかと考える。

IV. まとめ

1. 「参加するプログラム」から「労働者」としての意義へ導く
2. 仕事を任せ、無関心・無責任でいられない雰囲気を作る
3. 成功と失敗を繰り返し、失敗については修正ができる経験を経験させる
4. 出来ることを見出し、自信につなげる
5. 仲間意識を高め、互いに労を労う

V. 終わりに

10年間の変遷を経てもなお、一般就労へ結びつけるためには、課題が残る。そのひとつとして、ポジションの枠を超えて利用者全員が全行程をこなす技術を獲得し、指導が出来る段階に工場全体を引き上げることが必要だと感じる。

その結果として、利用者で工場を稼働することが可能となり、雇用に繋がるのではないかと考える。

さらには、獲得した技術を生活へも応用することで現状に留まらず、「自立した社会人」として利用者が工場を飛び立つことを期待したい。

編集後記

はじめに、今年の医学会は25周年記念医学会であり、節目の年になります。その節目の年にふさわしい医学会を開催しようと思い、医学会に参加していただいた職員・来場者にとって一つでも多くの糧を持ち帰ることができるような『研鑽の場』を作る事を目指しました。プロジェクトとして、まずはこの5ヶ年を振り返る事とさらなる質の向上を目指しました。

5ヶ年を振り返る事に関しては、シンポジウムを開催する事にあたり、シンポジストを各専門職の実力のある方にお願いをし、この5ヶ年を振り返る事になりました。この過去を振り返る事が、未来への展望を明確にし、職員全体が一体となってこれから志誠会をより質の高い医療・介護・リハビリテーションを目指していくける気づきになると信じています。

そしてさらなる質の向上に対しても、まず1つはプロジェクトメンバーを論文のアドバイザーとして各部署へ配置して常に発表者との距離を短くし、相談しやすい環境作りを目指しました。2つめは論文を裏付けるデータを有効かつわかりやすく伝えていく様に、新しく統計アドバイザーを配置し、論文の質の向上へ取り組んでいきました。

発表者への負担を減らそうと、論文を部署の全員で協力してやりましょうと全体へ依頼していたのですが、やはり！発表者が頑張る！この現状を変える事ができませんでした。論文を発表者が作りあげる事によって発表者自身への研鑽にはなるのですが、論文内容は部署全体で取り組んでいる事です。もっともっとみんなで協力する雰囲気を作り、論文を書き上げる事が部署全体の研鑽へつながるような機会にしていきたいです。

終わりに、医学会に関わった多くの方々にご協力いただき、この場をかりてお礼申し上げます。また、発表者・共同研究者・シンポジストの皆さん、日々の業務をこなしながらの中、本当に疲れ様でした。そしてありがとうございました。

（6月28日 池原 康裕）

2012年6月28日（木）発行（非売品）

編 集：25周年記念志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：池原 康裕 世名城 明菜 島袋 悟 兼次 優智

平田 嗣晃 友利 美由紀 高屋 幸佑

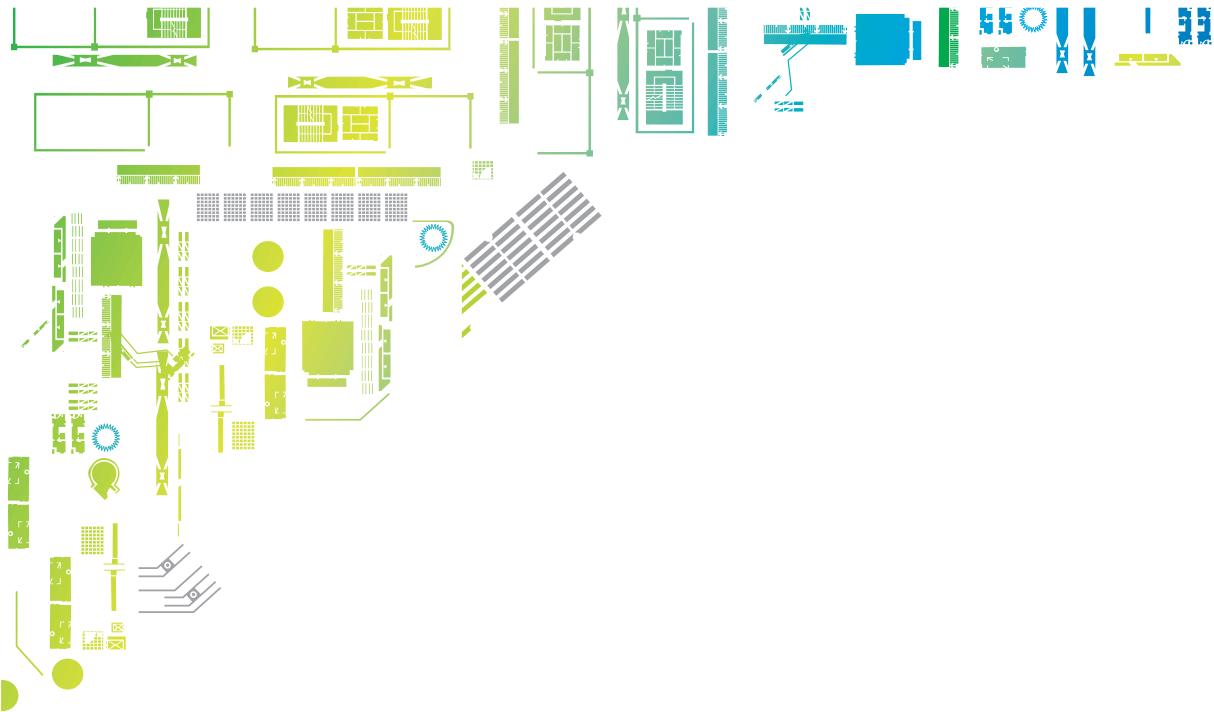
発 行 者：小渡 敬

発 行 所：医療法人社団志誠会 平和病院・陽光館

住 所 うるま市上江洲665番地

TEL (098) 973-2000

URL <http://www5.ocn.ne.jp/~heiawahsp/>



医療法人社団志誠会

