

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol 26 13th Jun 2013

第26回 志誠会 医学会誌

「地域精神保健医療の再考」

～取り組むべき課題を見据えて～

日 時：平成25年6月13日

会 場：平和病院 第一講堂

第26回志誠会医学会プログラム

「地域精神保健医療の再考」 ～取り組むべき課題を見据えて～

※※※※ 特別講演（14：10～16：00） ※※※※

演 題：「地域精神医療を再考する」

講 師：医療法人社団志誠会 平和病院 理事長 小渡 敬

-----【一般演題】-----

◆第1群（10：00～10：40）◆ 座長：陽光館生活介護課課長 古謝 雅子

- 1) 「入所者の皮膚外傷事故防止への取り組み」～安全な2人での移乗介助を実践して～
陽光館第2生活棟 栄野川 太志
- 2) 「老人性乾皮症の改善に向けて」～ハーフビネガー療法を取り入れて～
陽光館第3生活棟 渡具知 沙織
- 3) よりよい介護サービスの提供を目指して～入浴時間変更の試み～
陽光館第5生活棟 金城 照隆

- 4) 「足底感覚刺激が立位バランスに及ぼす影響」～タオルギャザー運動を試みて～
陽光館リハビリテーション課 親川 智史

◆第2群（10：50～11：40）◆ 座長：平和病院看護部課長 徳盛 ゆきえ

- 5) 「精神科における認知症看護」～老健施設への退院アセスメントシートを導入して～
平和病院第6病棟 山城 綾乃
- 6) 「慢性期の統合失調症患者の暴力について考える」
～暴力行為を調査することでみてきたこと～
平和病院第1病棟 比嘉 愛子
- 7) QOLの向上を目指して～尿失禁の改善を目的とした認知行動療法的関わり～
平和病院第5病棟 掛福 誠志
- 8) 「精神科デイケアにおける支持的アプローチを用いたセルフケア向上への取り組み」
平和病院デイ・ナイトケア課 真栄城 兼吾
- 9) 「真に求められる作業療法を目指して」～アンケート調査から見えてきた今後の展望～
平和病院作業療法課 與 由衣

-----昼食時間（11：40～13：00）-----

◆第3群（13：00～13：50）◆ 座長：社会復帰施設部主任 池田 弘子

- 10) 「急性期治療病棟における心理教育の影響について」～過去5年間の実践データより～
平和病院第3病棟 比嘉 千奈美
- 11) 「宿泊型自立訓練施設における薬の自己管理を目指した取り組み」
～双方向的コミュニケーションを通して得られた課題と今後の展望～
社会復帰施設部 渡慶次 よしの
- 12) 当院外来抑うつ患者の曖昧さへの態度の特徴
～抑うつ症状軽快患者と健常者との比較研究～
平和病院心理課 榎木 宏之
- 13) 「医療観察法の指定通院医療機関として通院処遇となった1例目の患者を受け入れて」
平和病院外来 銘苅 加代子
- 14) 当院における病診連携についての考察～精神保健福祉士としての関わりを通して～
平和病院診療相談課 高屋 幸佑

◆特別講演（14：10～16：00）◆

◆特別表彰・閉会の挨拶（16：05～16：20）◆

職員の皆さんへ

院長 小渡 敬

歳を取ると時間が経つのが早く、一年が瞬く間に過ぎ、今年も院内学会の時期となりました。昨年もしろんな事がありましたが、大きな変化としては 12 月の衆議院選挙で政権が変わり、安倍政権が誕生した事です。これまで不況が長続きし、閉塞的な状況にありましたが、安倍政権誕生と同時にデフレからの脱却を図るべく、大きく舵を切りました（アベノミクス）。その甲斐あって、短期間の間に円安と株価の上昇が起こり、国民に希望の火を灯したように思われます。

また医療界でも医療政策（医療計画）に大きな変更がありました。これまで我が国の国民的な病気は、がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病の 4 疾病でありましたが、それに今年から精神疾患が加えられることになりました。5 疾病時代になりました。

精神疾患が加えられた背景には、2008 年の厚労省調査で患者数が 323 万人と、癌の 152 万人の 2 倍に達し、4 疾病で最も多い糖尿病の 237 万人をも上回りました。特に近年は、職場におけるうつ病、高齢化による認知症の増加など、国民に広く関わる疾患となっています。さらに毎年 3 万人以上の自殺者があり、その 9 割が何らかの精神疾患を患っているといわれており、精神疾患による死亡率も年間 1 万 1 千人であると言われていいます。このように医療計画の中に精神疾患が加えられた事は国民の精神科（病）に対する理解が深まり、偏見や差別がなくなることに繋がると思います。

私たち、精神科医療に関わる者は国民の期待に応えられるように精神疾患のしっかりとした治療及び治療システムを築いていかないといけないと考えます。

この医療政策の改正を受けて、今回の学会はメインテーマを『地域精神保健医療の再考～取り組むべき課題を見据えて』としました。

また今年、精神保健福祉法の一部改正がなされ、保護者の義務が廃止されることとなり、医療保護入院のあり方が変更されることとなります。本法案の実施は来年に施行されるようです。このように精神医療を取り巻く環境は、これまで以上に大きく変わっていきますが、状況をしっかり見据えて今年も地に足のついたしっかりした精神医療を展開していきたいと思えます。

平成 25 年 6 月 13 日

長雨続きの沖縄は、プロ野球のキャンプ終了後そのまま梅雨入りし、そのためか、例年になくうっとうしい毎日が続いていました。ここ数日の梅雨の晴れ間は、沖縄らしさをやっと感じさせてくれます。

昨年、安倍内閣が誕生し、景気回復に大きな期待が寄せられています。現段階では、良い方向に向かっていると感じている人も少なくありません。しかし、これまでの過去の例から見ると良いことばかりは続かず、短期的には成功したとしても長期的な観点からの評価は難しいでしょう。経済は一つの政策だけで成功させられるほど単純ではありません。アベノミクスの効果については、いろんな意見があり、長い目で見ると必要があると考えている人もいますが、私もその一人です。しかし、その中で医療や福祉、障害者施策については足踏みすることがないように早期対応を期待したいと思います。

さて、精神科医療については、平成 24 年 3 月に従来の 4 疾病 5 事業に精神疾患が追加され、5 疾病 5 事業とすることが決定しました。それに伴い、今年度からスタートする医療計画においては、地域連携の推進が求められていくことは確実であり、精神科病院だけではなく、地域の総合病院においても精神科医療への取組みが重要視されることが予想されます。

さらに今年 4 月、精神保健福祉法改正が決定されました。内容としては、精神障害者に必要な医療を受けさせることなどを障害者の家族らに義務づける「保護者制度」の廃止、及び保護者の同意を要件としている「医療保護入院」について見直し、さらに、病院側に対しては、退院後の生活指導などを行う専門家を置くことや、退院後のケアに当たる地域の精神保健福祉士らと連携することを義務づけることなどが含まれています。

今後、精神科医療のあり方としては、外来・地域ケアを基本とした医療へ方向性が加速していくと思われます。

また、今後はますます高齢化や認知症疾患の増加、身体合併症への対応が求められるようになると思います。当院でも、併設の介護老人保健施設や在宅サービス、障害者福祉サービス事業所をはじめ、地域の医療機関や施設と連携しながら、地域に根ざした病院を目指し、出来ることから着実に取り組んでいきたいと考えています。

障害者自立支援法については、問題が多かったため同法を廃止し、今年 4 月に障害者総合支援法が新たに導入されましたが、名称の変更のみで、問題点がそのまま引き継がれ、3 年をめどに見直すとした先送りされただけのものでした。今後の動向を注意深く見ていきたいと思います。

最後になりますが、他科でみられない特殊な法・制度が存在する精神科では、めまぐるしく変わる医療・福祉情報を把握し、即運営に展開するのは困難になってきています。

今回の小渡院長の「地域精神医療を再考する」の特別講演を機に原点に戻り、平和病院の今後の精神科医療の展開を考える機会にしたいと考えております。

今回の医学会が全職員に実りの多い有意義な学会になれば幸いです。

平成 25 年 6 月 13 日

通勤路の小さな変化にお気づきの方もおられるかと思いますが、そこは、一本の木の下で何の変わり映えもしない空き地の^{くさむら}叢でした。

と、ある日、何人かの(女の子や男の子、そしてその両親らしい)人たちが鍬やへらといった道具で、思い思いに石ころを取り除いたり、地均しをしている姿を見かけるようになり、どれ程経った頃かそのうち雑草に変わってポツリ、ポツリと花の苗が芽を出している光景が目に残るようになりました。今、見事に開花した花園(決して花屋の店先で見かけるような高価な花ではないが)からは、暖かさや優しさが漂ってくるようなそんな雰囲気^{かも}を醸し、通勤路の楽しみな一角になっております。きっと花好きでアットホームな家族のさりげない行動であったかもしれませんが、ふと「ささやかな地域貢献」といった言葉が浮かんできました。

27 年目を迎えた平和病院は、設立の理念に基づきながら、地域の医療ニーズに応え、地域の病院としての役割をどれほどこなしてきただろうかと、ふと思いつつ……。

飛躍した考えはさておき、過日、創立時から継続している恒例の新職員オリエンテーションが行われ、今年度も 32 名の受講者がいました。今後の人財への期待で、主催する役職者も真剣なまなざしで運営していましたが、特に看護部はここ数年来(7 対 1 入院基本料)、人の動きに一喜一憂しておりますので、今後の新職員の育成を重点課題として捉えております。前年と比較するに退職者の数におおきな変動はありませんが、それでも僅少化している看護要員の問題は尽きない看護部の悩みです。

昨年、看護部はスタートした平和病院の第 6 次 5 か年計画(2012 年～2017 年)に向けて、部署の目標をいくつか掲げ実践してまいりました。①精神科救急・および急性期の看護の専門性を充実する②目標管理を機能させる③看護記録について再検討する④定床管理目標(ベットコントロール)を維持する⑤ワークライフバランスを実践する。等々。すべての項目において 1 年間で達成を見ることはできませんので、継続した取り組みになりますが、個々の部署の目標と相俟って、目標管理に繋げていくことができればと思います。看護の質の向上については毎年、謳い文句のように述べてきましたが、「スタッフ個々が組織の基本方針を理解し、各部署(外来・病棟)の目標に沿った個別の目標を掲げ、実践後の成果を評価できる」との目標管理の目的を熟知し実践できれば、おのずと看護の質の向上も図られると思っています。目標管理を機能させるには、個々の目標をぶれないように設定し実践、評価することが大切ですが、そこに部署長がどのように面接機能を発揮させるかが肝要です。スタッフの個性を知り、その歩調を支え、個人の達成感を部署長も共に喜び合える部署風土を築きたいものです。今年度はこの目標管理の確かな手応えが得られるように、週 2 回の看護部ミーティングの場を活用し研鑽できればと思っています。

精神科医療の場の要であるチーム医療を進める中で、躊躇^{ためら}うことなく、エビデンスに基づいた意見を発言できる看護者を育成することは看護の質そのものですが、看護部教育や研修がその一助となれるように力を注いでいかねばならないかと思っています。また、毎月の CPR シミュレーション教育を継続的に行うことで、危機意識を共有しながらも、一人一人が自信を持って夜勤業務がこなせるよう、今年も教育体制にひと工夫したいと思っています。

最後に、精神疾患が加えられた 5 疾病 5 事業の医療計画や、精神保健法の改正(平成 26 年 4 月 1 日施行)、障害者総合支援法、看護協会や日精看が発信する情報の数々、さらには 来年の診療報酬の改正等、医療界の動きに タイムリーに対応していかねばならないかと思っています。ワーク・ライフ・バランスも意図しながら頑張らしましょう。

平成 25 年 6 月 13 日

陽光館副部長 伊藝 正

私は、自宅から陽光館まで、車で出勤していますが、今年の梅雨は、バケツをひっくりかしたような勢いで、ワイパーをフル回転させても、先が見えにくい状況があります。新聞でも、中南部に豪雨が集中し、土砂崩れ、ビニールハウスが水没する等、大きな被害をもたらしたようです。この時期の雨は、夏場の生活用水と密接に関係しているため、大きな被害が出ない程度に降って欲しいと思います。

昨年、衆議院議員の総選挙が行われ自民党が圧勝し、安部内閣が発足しました。大胆な金融緩和政策で、ちょっとしたプチバブルの状態が続いています。また県内に目を向けると移設先の定まらない普天間基地、オスプレイの配備等、終わる様相のない沖縄の基地問題、また尖閣諸島周辺水域での中国海洋監視船の理不尽な航行等、今後、どのようにして妥協点を見出していくのか、問題が山積です。その中で、三浦雄一郎さんが世界最高峰エベレストの登頂に成功し、80 歳の記録を樹立した報道は、高齢者のみならず日本国民に夢と希望を与えた報道ではなかったでしょうか

さて、陽光館に目を向けると、運営面では平成 24 年度、介護保険法の改正が行われ、介護機能面が評価された内容となりました。これを受けて陽光館も中長期的な入所継続施設から在宅復帰施設への転換を図っていくことを目標に掲げました。しかし、入所継続を希望する家族と在宅復帰を促す施設との間で大きなギャップが生じ、結局のところ家族の意向にそった形に軌道修正しています。また、今後増え続ける高齢者の施策で国が掲げた中に、サービス付き高齢者賃貸住宅があります。県内でもこのような施設が年々増加し、入所待機者の減少と定床を維持できない等の報告が県内老健施設からありました。この種の施設は、更に増加していくと考えます。老健施設は、医師を中心に看護・介護、管理栄養士、リハビリ等の多職種で構成され、1 人の利用者にそれぞれの専門的見地から関わることができ、「安心・安全」、「医療・看護・介護」を提供できる施設であるということを理解して頂き、関係医療機関と密に連携を取ることが、定数維持をする上で必要であると思います。

昨年 4 月から導入した介護保険ソフトの電子化は、ケアプランの作成、各種マネジメント、レセプト等の業務の簡素化と時間の短縮が図られました。今後は各委員会の入力システムと相談員入力業務を同ソフトに 1 本化し、職員全体が利用者の情報を共有できるような、より充実したシステムの構築が必要であると思います。

職員教育の面では、介護福祉士の資格所得者が少なかったことから資格取得の意義を改めて職員個々に喚起するとともに、新職員の離職防止のための職員教育のあり方を再考する必要があると思います。

今週は、梅雨明けを思わせるような快晴が続き、県内各地軒並み最高気温を更新しているようです。降るも晴れるも両極端で、施設を取り巻く環境に似ているような感じがします。私たち職員 1 人 1 人が老健施設 陽光館の現状を理解し、「何ができるのか」、「何をすべきか」、原点に戻り、考えて実行できるような年にしていきましょう。

平成 25 年 6 月 13 日

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.26 13th Jun 2013

第26回 志誠会 医学会

特別講演

「地域精神医療を再考する」

講 師

医療法人 社団 志誠会 平和病院
理事長 小渡 敬

講師プロフィール

小 渡 敬 （おど さとし）

昭和 5 3 年	4 月	藤田保健衛生大学病院精神神経科学教室入局
昭和 5 4 年	1 0 月	東京都府中病院神経内科医員
昭和 5 7 年	4 月	国立武蔵療養所神経センター研究員
昭和 5 9 年	3 月	藤田保健衛生大学院医学研究科修了（医学博士）
昭和 5 9 年	7 月	藤田保健衛生大学院精神神経科研修医教育講師
昭和 6 2 年	5 月	平和病院 開設
平成 元年	4 月	医療法人社団志誠会平和病院 理事長、院長
平成 1 6 年	4 月	沖縄県精神科病院協会会長（現職）

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.26 13th Jun 2013

第26回 志誠学会 医学会

一般演題

26

【第1群】

- | | | |
|---|-----------------------|-------|
| 1) 入所者の皮膚外傷事故防止への取り組み
～安全な2人での移乗介助を実践して～ | ■ 陽光館第2生活棟 榮野川 太志 | 15～17 |
| 2) 老人性乾皮症の改善に向けて
～ハーブビネガー療法を取り入れて～ | ■ 陽光館第3生活棟 渡具知 沙織 | 18～21 |
| 3) より良い介護サービスの提供を目指して
～入浴時間変更の試み～ | ■ 陽光館第5生活棟 金城 照隆 | 22～24 |
| 4) 足底感覚刺激が立位バランスに及ぼす影響
～タオルギャザー運動を試みて～ | ■ 陽光館リハビリテーション課 親川 智史 | 25～27 |

【第2群】

- | | | |
|--|-----------------------|-------|
| 5) 精神科における認知症看護
～老健施設への退院アセスメントシートを導入して～ | ■ 平和病院第6病棟 山城 綾乃 | 28～31 |
| 6) 慢性期の統合失調症患者の暴力について考える
～暴力行為を調査することでみてきたこと～ | ■ 平和病院第1病棟 比嘉 愛子 | 32～36 |
| 7) QOLの向上を目指して
～尿失禁の改善を目的とした認知行動療法的関わり～ | ■ 平和病院第5病棟 掛福 誠志 | 37～40 |
| 8) 精神科デイケアにおける支持的アプローチを
用いたセルフケア向上への取り組み | ■ 平和病院デイナイトケア課 真栄城 兼吾 | 41～44 |
| 9) 真に求められる作業療法を目指して
～アンケート調査から見てきた今後の展望～ | ■ 平和病院作業療法課 與 由衣 | 45～48 |

【第3群】

- | | | |
|---|-------------------|-------|
| 10) 急性期治療病棟における心理教育の影響について
～過去5年間の実践データより～ | ■ 平和病院第3病棟 比嘉 千奈美 | 49～53 |
| 11) 宿泊型自立訓練施設における薬の自己管理を目指した取り組み
～双方向的コミュニケーションを通して得られた課題と今後の展望～ | ■ 社会復帰施設部 渡慶次よしの | 54～59 |
| 12) 当院外来抑うつ患者の曖昧さへの態度の特徴
～抑うつ症状軽快患者と健常者との比較研究～ | ■ 平和病院心理課 榎木 宏之 | 60～62 |
| 13) 医療観察法の指定通院医療機関として
通院処遇となった1例目の患者を受け入れて | ■ 平和病院外来 銘苅 加代子 | 63～69 |
| 14) 当院における病診連携についての考察
～精神保健福祉士としての関わりを通して～ | ■ 平和病院診療相談課 高屋 幸佑 | 70～73 |

入所者の皮膚外傷事故防止への取り組み ～ 安全な移乗介助を実践して ～

第2生活棟 ○栄野川 太志 玉本 美鈴 大嵩 賢一
松井 綾子 饒波 保 平田 嗣晃

I. はじめに

第2生活棟（以下、当生活棟と略す）の入所者52人中、31人が車椅子使用者で、うち28人が移乗介助を必要としている。

2012年4月～6月にかけて、移乗介助に関連する皮膚外傷事故が続いた。そのため、事故分析を行い、再発防止目的で安全対策委員会を中心に介助方法の改善と勉強会を行ったことが、職員の意識改革に繋がり、事故の減少に結びついたので若干の考察を加え報告する。

II. 取り組み期間・内容

表1 取り組み期間・内容

1. 期間

2012年 6月～2013年 5月

2. 内容

- 1) 移乗介助の改善・導入
- 2) 勉強会の開催

III. 経過

2012年4月1件、5月2件、6月1件と移乗介助に関連する事故が4件続いたことで、事故原因の特徴と共通点を基に分析を行った。（表2）

表2. 事故の特徴と共通点

	A氏 (4月)	B氏 (5月)	C氏 (5月)	D氏 (6月)
身体状況	皮膚が脆弱	皮膚が脆弱	皮膚が脆弱	皮膚が脆弱 膝関節拘縮
外傷の原因	福祉用具に接触	福祉用具に接触	福祉用具に接触	福祉用具に接触
皮膚外傷部位	右手背	左ふくらはぎ	左ふくらはぎ	右腰(すね)
外傷部位の確認	できていない	できていない	できていない	できていない

入所者の身体状況として、皮膚が脆弱、膝関節に拘縮がある皮膚外傷高リスクの入所者（以下、高リスク者と略す）が事故に関連している。外傷の原因は福祉用具に接触したこと、接触箇所は車椅子のフットレストと入浴用ストレッチャーの柵、皮膚外傷部位は下肢。そして、介助者は移乗中に入所者の下肢を確認できていなかったということが明確になり、介助体制、方法、環境の改善をこれまでの経験や、意見を出し合って考案した結果、高リスク者の移乗介助は介助者2人体制で行い、主介助者と副介助者に担当を分けて行うこととした。

手順は、ベッドから車椅子への介助として、主介助者は要介助者が端座位から通常の移乗介助を行う。次に要介助者の腰が上がった時点で、主介助者が確認できていない下肢部分を副介助者が安全確保し、車椅子に着座するまでサポートを行う方法とした。（図1）



図1. 改善した2人介助方法

また、入所中の高リスク者8名をピックアップして職員間で共通認識を持ち、8名の Chest に「2人介助」と表示して介助方法を確認しやすい環境にした。（図2）



高リスク者8人のチェストに表示した

図2.「2人介助」を表示

この方法を実践して、1週間後に職員へ実施したモニタリングでは「不安なく移乗介助ができる」「2人介助対象者を把握できた」という意見があり、職員の介助動作はスムーズで安全確保もしっかりできていたため、7月から導入することにした。

他に、接触箇所への保護目的で高リスク者の腕やふくらはぎにアームウォーマーとレッグウォーマーを着用してもらい、車椅子のフットレストとアームレスト、入浴用のストレッチャーの柵には保護カバーを装着した。(図3)

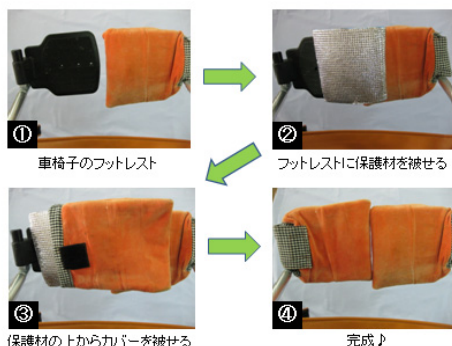


図3. 接触箇所の保護

次に、入所者個々の移乗介助方法とリスクを再確認して介助を統一する目的で、技術指導と意見交換も含めた勉強会を安全対策委員が中心になって6月から8月にかけて週1回、計12回開催した。

入所者の環境改善として個々に合った車椅子、歩行器、ストレッチャー、電動ベッドなどの福祉用具の変更を適宜行った。職員の環境改善として、ヒヤリハット報告書とリスクマネジメント表を職員が目につきやすい場所に変更して事例や対応策を確認しやすくした。

他に以前から行っていた事故防止対策として、

入所者個々の介助方法・リスク周知は院内LANのメールを活用しており、新規・再入所時や、3ヶ月毎のケアカンファレンスで、身体・皮膚状況・ADLをチェックして参加した各職種で介助方法を検討後に結果を周知、また、月1回開催されている安全対策委員会での詳細報告に皮膚外傷高リスク者の注意事項や介助方法の指示を加えて周知、役職者が介助のばらつきが出た際に修正目的で正しい方法を周知して統一を図っている。

安全対策委員の取り組みとしては、個人リスク表の作成と見直し、勉強会の企画・実施、生活棟ミーティングで介助について注意事項とリスクの再確認、移乗時の身体位置確認や移乗介助前後の身体確認の徹底を呼びかけ、アームウォーマーとレッグウォーマー着用の周知、介助方法の模範となり指導・助言、センサーコールの作成とメンテナンス、福祉用具の点検と整備を主に行い事故防止に努めている。

その他の情報共有手段として月1回の生活棟ミーティングと17時10分から毎日行っている介護職員による日勤業務チェックミーティングを行っている。

IV. 結果

4件の事故分析を行い、その特徴から2人介助対象者8名のチェストに「2人介助」と表示したことで2人体制が徹底でき、外傷を負う原因となった福祉用具の部位を保護することで移乗介助の介助体制、環境は整った。介助方法は、実践を重ねていくごとに職員間で連携が取れるようになり、安全な移乗介助が確立された。それで、2012年7月以降は2人介助での皮膚外傷事故は0件となっている。(図4)

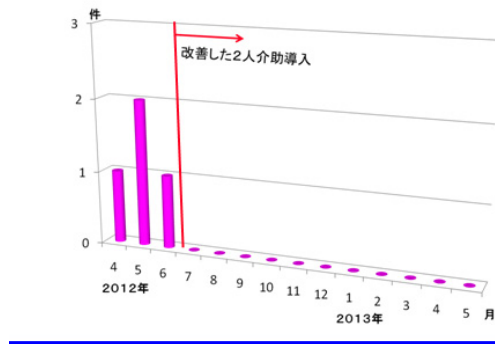


図4. 2人介助での事故件数

6月～8月に週1回行った勉強会では移乗介助時の注意すべき点を再確認でき、統一した介助を行えるようになった。

その頃から日勤終了前のミーティングでは入所者の細かな変化に対する気付きからの注意点を挙げ意見交換が活発になり情報共有ができ、ミーティング時だけではなく介助方法や福祉用具が適正であるか疑問に感じた時は他職員や他専門職へ意見を求める姿も見られるようになり、迅速な対応につながられた。

新職員への指導の際も過去の事故事例を挙げて注意点を細かく指導する様子が頻繁に見られるようになり、介助する重大さを職員間で伝えられているなど、これまで行ってきたことがさらに充実してきた。

V. 考察

皮膚外傷事故の原因を分析して介助方法の改善を行い、安全な移乗介助が確立できたが、「介助者2人が自分の役割をしっかりと守ることがポイント」¹⁾とあるように役割を分けて介助者の視認できていない部分を解消できたことが、皮膚外傷防止につながっている大きな要因と考える。

他に、今回の取り組みは職員の意識改革のきっかけとなり、介助する責任の重大さを自覚できた。そのことから、入所者の小さな変化に気付き、迅速で的確な対応に結びついたことも職員個々のモチベーション維持につながっていると思われる。

新しく取り組んだことだけではなく、これまで行ってきた事も充実させ、実践していることが現在まで2人介助の事故が起きていない要因だと考える。

VI. 終わりに

2人介助は未だに試行錯誤の段階である。入所者が事故なく過ごせるよう介助を提供するために、今後も入所者の変化を見落とさない観察力と技術をさらに向上できるよう努力していきたい。

引用文献

- 1) 福辺節子：早引き介護の基本技法ハンドブック、ナツメ社、P：157、遠見書房、2012

倫理的配慮

移乗介助の撮影を行うにあたり、入所者と家族から了承を得た。論文をまとめるにあたり、入所者個人が特定されないよう記述に配慮した。

老人性乾皮症の改善に向けて
～ ハーフビネガー療法を取り入れて ～

第3生活棟 ○渡具知 沙織 浜 端 愛
我如古 貴之 大 山 始
久保田 逸美 市原 尚人
比嘉 節子

I. はじめに

高齢者は、老化による生理的変化で、目立った皮膚の炎症などがなくても掻痒感を訴えることがあり、その原因の一つに老人性乾皮症(表1)が挙げられる。

当生活棟では、掻痒感や皮膚乾燥に対し鎮痒剤軟膏または保湿クリームを使用し入浴回数を増やすことで一時的に改善はみられたが再発を繰り返していた。

そこで平成 25 年2月に開催された老人保健研究会で「高齢者のスキンケア」について勉強会があり、その中でリンゴ酢を用いたローションが保湿に効果があるという事が分かった。日頃、皮膚乾燥者へのケアに苦慮していることから「ハーフビネガー療法」を取り入れ、若干の変化が見られた為、現在の経過に考察を加え報告する。

表1 老人性乾皮症とは

- ・ 皮膚が乾燥した状態で、高齢者に多いことから老人性乾皮症と呼ばれている。
- ・ 皮膚が白い粉をふいたようになり、進行すると魚の鱗のような状態(鱗屑)になる。
- ・ 鱗屑が剥がれ落ちる(落屑)症状がでる。
- ・ 痒みに敏感になり掻破を繰り返す。

II. 研究方法

1. 期間

平成 25 年 4 月 1 日～5 月継続中

2. 対象者

当生活棟入所者の 9 割が乾皮症で、なかでも乾燥が著しく掻痒感のある 4 名を主治医の許可を得て選出した。

3. 取り組み内容 (表2)

表2 取り組み内容

1. 老人性乾皮症・皮膚の構造と機能について勉強会 (3月22日)
2. ハーフビネガー療法及び入浴介助方法の手順説明 (3月30日)
3. 入浴介助方法の変更 ※対象者4名
4. ハーフビネガー使用方法
5. 職員にアンケート (ハーフビネガーの臭い・刺激について)

- 1) 老人性乾皮症・皮膚の構造と機能について
3月22日に勉強会を開催した。
- 2) ハーフビネガー療法及び入浴介助方法について
3月30日に手順説明を行なった。

図1 入浴介助方法



3) 入浴介助方法の変更 (図1)

- ① 手袋を着用し水を含ませたタオルに石鹼を適量付け泡立てる。
- ② 洗身タオルを使用せず、泡だけを取り、肌に転がすようなイメージで臭いが気になる部位の手・足・腋下・陰部のみを洗身する。
- ③ 皮膚に石鹼を残さないように十分に洗い流す。
- ④ バスタオルで擦らず軽くパッティングし

水滴を取る。

表3 ハーフビネガー療法

方法

- ・リンゴ酢を同量の水で薄めたものを患部に吹き付けパッティングを行なう。
- ・皮膚表面の酸性を維持させる為、パッティング後にワセリン軟膏を塗布する。

効果

- ・薬物を用いないため穏やかな効き目が現れる
- ・リンゴ酢に含まれるリンゴ酢酸が皮膚の再生を促す
- ・アンモニア臭を抑える効果があり、尿臭予防にもなる。

4) ハーフビネガーの使用法（表3）（図2）

割合 リンゴ酢 1：水 1

保管方法：直射日光を避けて常温保管

品質保持の為 1週間毎に交換

- ① 乾燥している部位にハーフビネガーを噴霧する。
- ② 浸透するまで5分ほど手袋を着用しパッティングを行う。
- ③ 十分に浸透したらワセリン軟膏を適量取りだす。
- ④ 薄く均等に塗布する。

※ 皮膚発疹部位には噴霧しない。

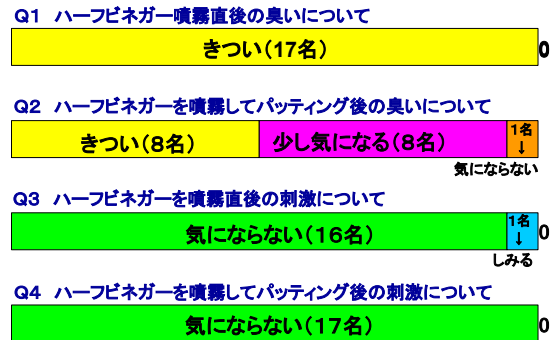
図2 ハーフビネガー使用方法



5) 職員へのアンケート（図3）

ハーフビネガー療法の取り組み前に、酢を使用することでの臭いや皮膚への刺激が懸念され、まず職員に試行し、臭い・刺激に対しての噴霧直後とパッティング後でのアンケートを集計した。

図3 介護職員のアンケート集計(N=17)



4. 倫理的配慮

ハーフビネガー療法の使用・皮膚撮影・洗身部位の制限を行うにあたり対象者と家族から了承を得た。論文をまとめるにあたり、入所者個人が特定されないよう記述に配慮した。

Ⅲ. 経過と結果

ケースA氏（図4）

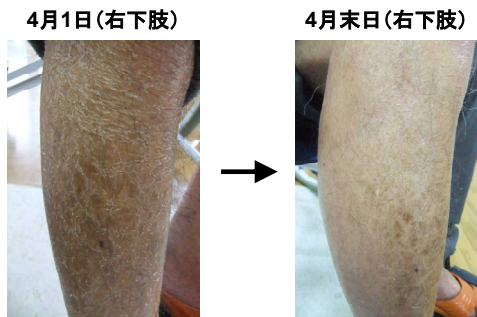
80代 男性 介護度4 自立度C1 認知度IV

皮膚の乾燥部位：全身

取り組み前は、全身に乾燥が著しく、落屑が多く見られ全身掻痒感があり、背部など手の届かない範囲に関しては壁に擦りつけていた。2週目に掻痒感の訴えはなくなり、3週目には掻きむしる行為が減少した。4週目に入ると両下肢の乾燥軽減・亀裂は消失したが、体幹・両上肢への効果はまだみられていない。

取り組み後に皮膚乾燥と掻く行為が改善されたので、本人に感想を聞いたところ「酢のキツイ臭いもなく、痒みもなくなってきた。痒みで夜中に起きることがなくなってよかった」と話されている。日常生活にも変化が表れ、取り組み前には自発的会話が少なかったが、徐々に笑顔が多くなり、日課活動にも自主的に参加するようになった。

図4 皮膚の変化 A氏



ケースB氏 (図5)

80代 男性 介護度4 自立度B2 認知度Ⅲa
皮膚乾燥部位：両下肢

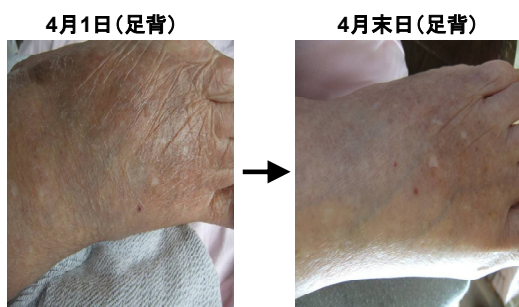
取り組み前は、両下肢に乾燥が見られ着脱時には落屑が著しかった。また、背部は外観的な乾燥は確認できないが車椅子の背もたれに擦りつける行為があった。

1週目から、両下肢の乾燥と落屑が軽減し始め、2週目には背部を擦りつける行為が減少した。

4週目に入ると両下肢の乾燥が改善された。

取り組み後に背部の掻痒感が改善され、車椅子の背もたれに擦りつける行為がなくなった。家族からは「面会時にはよく掻いていたので気になっていたが、掻くことがなくなって良かった」と変化についての声も聞かれた。

図5 皮膚の変化 B氏



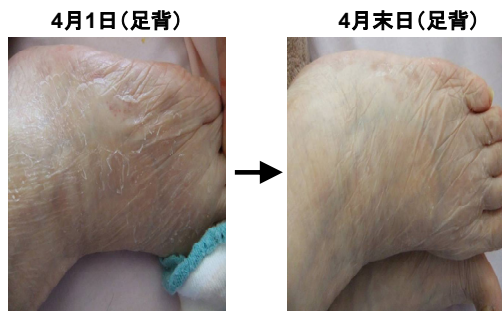
ケースC氏 (図6)

90代 女性 介護度4 自立度C2 認知度Ⅲa
皮膚乾燥部位：両上肢、両下肢、背部

取り組み前は、掻痒感の訴えや掻く行為はないが、落屑が著しかった。2週目は乾燥の改善がみられなかったが、3週目には、両下肢の乾燥が軽減された。4週目は、落屑が減少し両足背部の乾

燥が改善された。しかし両上肢、背部への効果はまだみられていない。家族からは「肌が綺麗になってきている」と聞かれるようになった。

図6 皮膚の変化 C氏



ケースD氏 (図7)

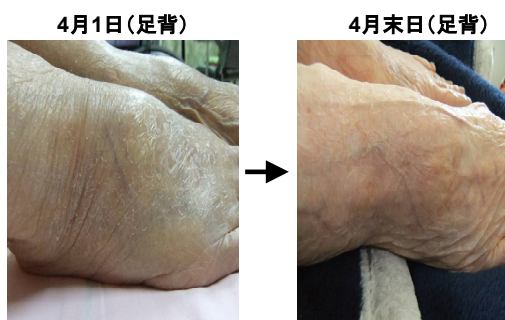
90代 女性 介護度3 自立度B2 認知度Ⅱa
皮膚乾燥部位：両上肢、両下肢、背部

取り組み前は、掻痒感を訴えて両下肢を掻きむしる行為があり、衣服の着脱時には落屑が著しかった。1週目に両下肢の掻痒感と掻きむしる行為が消失した。2週目から、両下肢の乾燥が軽減され、

3～4週目にかけて全乾燥部位に改善がみられた。

ケアの臭いに対しての不快感と膝の痛みが重なりあい、拒否がみられ毎日継続して行うことが難しかった。

図7 皮膚の変化 D氏



VI. 考察と課題

今回、ハーフビネガー療法を毎日行い3週間目から全対象者に皮膚乾燥の改善が見られた。これは継続的にケアを行なう事で皮膚表面の弱酸性を保持し、ワセリンで覆うことで保湿効果を持続する事が出来たと考えられる。

また、通気性が良く肌に刺激が少ない衣類の着用に心がけた事も改善要因の一つとして考える。

さらに室内の湿度を 40%以上に保つことで乾燥予防ができるといわれていることから、取り組み期間中の室外の平均湿度は 70%と高く空気が乾燥する時期ではなかった事で比較的早く効果が表れたと考える。

副次的効果として対象者から「またお願いね」「いつもありがとう」等の声が聞かれ、笑顔が多くみられるようになった。これはケア時の接触(パッティング)や会話を通して対象者の情緒の安定や痒みから生じたと思われる精神的苦痛の予防に繋がったと考えられる。

また当初は乾皮症への効果があまりみられず職員から半信半疑の声が聞かれていたが、取り組みを続けていく中で徐々に積極性が出てきた。これは皮膚乾燥への効果が目に見えてきたことや対象者や家族の声が職員の意欲向上に繋がったと考える。

課題として臭いについての問題が残されており緩和策として酢にハーブを漬け込んだもの(ハーブビネガー)も検討している。

V. おわりに

今回、薬剤を用いることなく介護ケアの一環として行う事ができ対象者4名に対し有効であるという結果が得られた。

ハーブビネガー療法は、褥瘡に対しての効果や尿臭予防の研究成果があることから今後も継続して取り組んでいきたい。

より良い介護サービスの提供を目指して
～ 入浴時間変更の試み ～

第5生活棟 ○金城 照隆 新垣 勲
饒波 保 池原 亮

I. はじめに

認知症専門棟は平成6年に増設され、今年で19年を迎えた。その間、入所者の高齢化と介護の重度化が進み、日々多忙な業務に追われ、入所者に関わる時間が十分に取れずにいた。

入浴も入所者に喜んでいただけるよう試行錯誤を繰り返しながら取り組んできたが、現状は時間に追われておこない、朝は脱衣所や浴室内室温が低い日もあることから入所者にとって満足のいくような入浴環境ではなかった。

そこで今回、入所者にとってより良い介護サービスの提供を目標に業務を見直し、入浴時間を午前から午後へと変更を行った。その結果、職員、入所者双方に良い結果が得られたので報告する。

II. 取り組み期間及び内容 (表1)

表1 取り組み期間及び内容

- 1. 期間
1) 平成24年11月1日～平成25年4月30日
- 2. 取り組み内容
1) 入浴時間を変更
2) 午後から午前へ業務変更
3) 集団活動から個別訓練への変更

III. 経過

入浴時間を午前から午後へ変更するにあたり、午後浴の時間を確保するためには日課の調整や業務の見直しが必要となった。午後の時間帯に行われていた集団活動は、入所者の平均要介護度や認知症の重度化により昼寝する入所者が増加、年々参加者の減少もあり個々に適正なレク等を提供できていないため、個別訓練へと変更。その他、午後行われている一部業務を午前に移動し午後浴の時間を確保した。

表2 午後から午前への業務変更内容

- ①洗濯物の仕分け・物品補充
- ②書類整理
- ③薬の準備
- ④ケアマネ業務

午後から午前に移動した業務では、介護士は洗濯物の仕分けや翌日の入浴に必要な衣類の準備、物品の補充。看護師は翌日の薬の準備、介護兼任ケアマネジャーは書類整理を移動した。

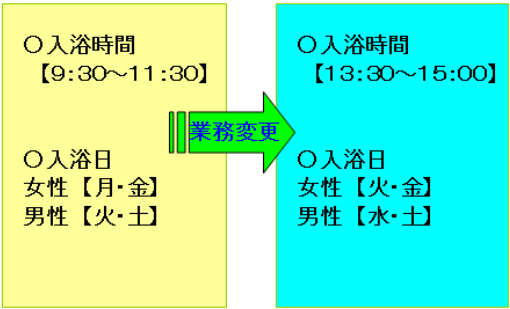


図1 入浴業務の変更内容

入浴業務変更は入浴開始時間を9時30分から13時30分に変更し、入浴日は休日の関係で微調整を行った。

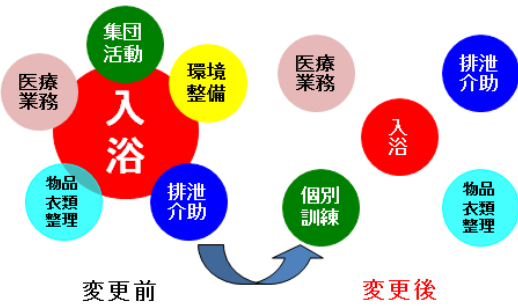


図2 業務変更前後の比較

業務内容を比較すると変更前、介護士は「排泄介助・環境整備・体操・水分補給」と様々な業務をこなした後に入浴介助に入る職員がいることで、個々の職員の入浴開始時間は常に同じ時刻からの開始は出来ず、看護師も「経管栄養注入」等その他の医療処置等で途中から不在になることもしばしば発生していた。変更後、介護士は主な時間を浴室内介助、看護師は脱衣室介助を行っている。

表3 入浴介助職員の役割分担

○浴室内介助(中介助)
「洗身・洗髪ケア」
●脱衣室介助(外介助)
「誘導・更衣・拭きとり」
「整容・医療処置」

入浴介助職員は分業制で、浴室内介助は主に介護士が洗身や洗髪を担当し、脱衣室での外介助は、更衣、拭き取り、軟膏塗布、褥創処置などで看護師と介護士が合同で担当して行っている。

取り組みから約1ヶ月後、モニタリングを行い、午後の活動が中止になった事で職員から「個々の身体機能低下が心配」、「午後浴導入によって昼寝の時間を奪われ可哀想」、「入所者数名の午前浴が行われている事で午前に移動した業務が円滑に遂行できない」などの意見が報告された。

IV. 結果

業務が整理された事で、入所者の日課にもゆとりの時間ができ、朝はゆったりとした時間が流れ認知症の入所者は精神的に安定され、周辺症状である徘徊が少なくなっている。

午後浴では、入浴担当職員は同じ時刻から入浴介助が開始でき、常時看護師1名を配置でき、個々の役割を確実に遂行で出来ることで、約20名の入所者の入浴時間が30分短縮された。時間短縮後は、個々のペースを尊重し、せかす事なく、出来ることは自分で、気持ち良く入浴される事を

心掛け対応した事で、入所者の浴室内滞在時間¹⁾が延び安心して入浴できる環境が提供されている。

又、職員は入浴介助に専念できることで時間に追われる介助はなくなった。

更に、入浴担当職員数は約2倍に増え、一人の職員が担当する介助者数は8名から5名と少なくなり、職員一人に掛かる業務負担は確実に軽減され職員自身、心にゆとりを持ち介助ができるようになり自然と入所者との会話も増え良い環境が生まれている。

高齢者に適した浴室・脱衣室の室温は24～25℃と言われている²⁾。取り組み前の浴室平均室温は20～21℃で誘導を行うと認知症高齢者は敏感に反応し、寒いことを理由に入浴を拒否する事が多く見られたが、変更後は入浴拒否がなくなり、「家ではいつも午後にお風呂に入っていたので気持ちがいい」と満足した表情で話し掛けてくる入所者もあり、環境改善の効果が表れている。

その後、昼寝が必要な入所者は入浴順番を早め、入浴後に昼寝をしてもらい、集団活動廃止後は、理学療法士の指示のもと、殆どが個別の歩行訓練メニューを介護士、看護師で提供出来ている。

又、入所者が主な時間を過ごすDルームにおいては、業務を見直し整理したことで、認知症の入所者が活発に行動する時間帯には、職員を多く配置できるようになっている。

V. 考察

午後浴が定着するまでの変更・改善の過程から長年続けて行なっていた業務を変える事は非常に難しいと痛感させられた。午後浴に変更するも午後の業務に支障をきたすのではないかと不安の強い職員が午前浴を行う事が何度も繰り返され、職員も当初の目的を見失う状況となるが、入所者にとっては良いケアと根気よく説明し取り組む中で、業務負担の軽減、入所者がスムーズに誘導に応じる等、入浴環境が良い方向に改善していることを肌で感じた事で、少しずつ不安が解消され意識が変化していき、取り組みに対して職員

間の意識統一が図られたと推測する。

入所者の生活も、私達と同じように1日の汗を流すために午後からの入浴を行えたことは、わずかではあるが在宅に近い環境を提供できたと考える。今後も施設の生活では見落としがちな在宅との違いを業務が忙しいことを理由にそのままにせず、入所者の立場に立った考えでケアを見直していきたい。

VI. おわりに

近年では個別ケアが重要視されるようになっており、なかには「選択浴」のような形で、入所者の希望に合わせて、入浴日や時間を決めているところもある。私達も入所者のニーズに合わせたケアに今後とも取り組んでいきたい。

引用文献

- 1) 瀬川敦子・日経メディカル
- 2) 時事通信社（2002）入浴に関する世論調査

足底感覚刺激が立位バランスに及ぼす影響 ～ タオルギャザー運動を試みて ～

陽光館リハビリテーション課 ○親川 智史 古謝 裕加子
松元 勝利

I. はじめに

「老化は足元から」と言われるように、加齢とともに体重を支えてきた足は、筋力低下や足部のトラブルを抱え、足趾（足指）が十分に機能しなくなる。このことが、バランス能力低下や歩行時の転倒誘発の可能性を増加させるといわれている。そこで今回、当館通所リハビリテーション利用者の足部に着目したところ、足部の可動域制限、足趾変形、扁平足など足部に何らかの問題を抱えていることが分かった。

先行研究において、足趾把持力が動的バランスに関与していることやトレーニングによって強化可能で効果があるといわれている。足趾把持力トレーニングの中でも簡便で、自宅でも実施可能なタオルギャザー運動を行い立位バランスに与える影響、効果について検証したので報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成 25 年 4 月 1 日～4 月 20 日（3 週間）
週 2 回、計 6 回実施。

2. 対象者

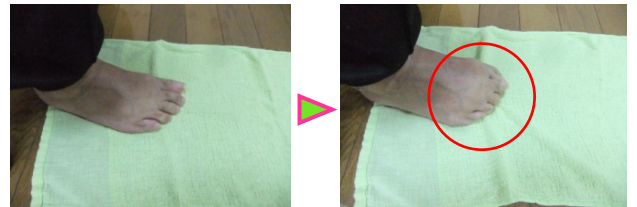
当館通所リハビリ利用者で、移動レベルが杖歩行見守り～自立レベルにある整形疾患を有する 9 名とした。【男性 1 名、女性 8 名、平均年齢は 85.7 ± 13.7 歳】なお、対象者には本研究の目的・方法を説明し同意を得た。

3. 方法

1) タオルギャザー（タオル指よせ）

- ①まず対象者を股・膝・足関節 90° 屈曲位で椅子に座らせた。
- ②足の指を使い、足裏に敷いたタオルをたぐり寄せる。

③対象者には両足趾ともに 2 分間行った。



4. 測定項目

1) 機能的リーチテスト（以下 FR と称す）



立位姿勢から片手を前へ伸ばし、どこまで前方に動くかを測定する。

2) 10m 最大歩行テスト

10m を全力で速く歩いた時の秒数を測定する。

以上の 2 項目を用い、それぞれタオルギャザー運動の前後に測定した。その他、運動による機能変化が予測される項目として足関節・足趾の可動域を測定した。

※統計処理は介入前後の比較を t 検定にて行った。なおいずれも有意水準 5 % とした。

III. 結果

1. 【FR】

- 1) タオルギャザー介入前後において有意な差がみられた。
- 2) 9 名全員が向上した。最も向上した距離は 12cm（G 氏）で、伸び率が低かった距離は 0.5 cm（I 氏）であった。
- 3) 臨床的な転倒発生の境界値とされる 15 cm 未満が開始時 3 名であった。介入後 0 名

と全員が境界値をクリアした。

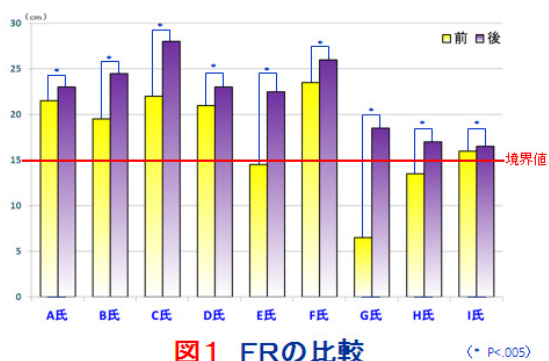


図1 FRの比較

(* P<.005)

2. 【10m 最大歩行】

- 1) 介入前後において9名中8名に有意な差がみられ、最も向上した時間は9.25秒 (B氏) であった。
- 2) 低下が1名 (G氏) であった。

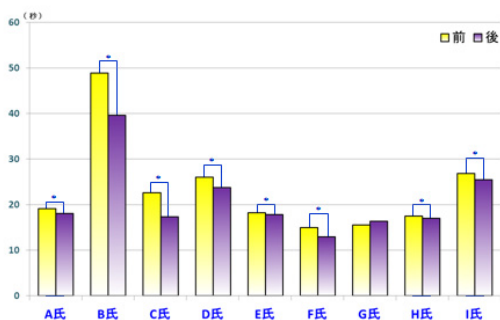


図2 10m最大歩行の比較

(* P<.005)

IV. 考察

今回、当館通所利用者の足部に着目しタオルギャザー運動が立位バランスに与える効果について検証した結果、有意な改善が認められた。介入前は、足関節や足趾の可動域低下、足趾の変形、足趾圧力の減少により重心移動範囲が狭く、側方への逸脱など立位時の動作が不安定であった。しかし、介入後は、バランス能力、歩行能力に向上がみられた。

加辺ら¹⁾によると、「姿勢制御において足趾は地面を「握る」把持力より、地面を「押す」把持力が重要である」と述べている。このことから足趾に多いとされている固有感覚受容器 (筋、腱、

関節) を刺激し賦活されたこと。また、足趾への直接的効果により足趾の圧迫、足趾屈曲筋 (抗重力筋) の緊張が誘発され支持作用が向上し把持力が優位になったことも推察される。加えて歩行時に足趾屈曲筋が作用し、前方への推進力が必要とされる最大歩行の速度にて作用しやすくなったことの相乗効果が考えられる。その結果、FRのバランス、歩行スピードの向上に繋がったと考える。また、FRのバランス検査における転倒発生の境界値についても今回の結果において転倒の危険性が高い3名全員が改善された。このことよりタオルギャザー運動は、バランス能力向上に対し、有用性の一端を示していると考える。FRで伸び率の低かった1名は、腰椎圧迫骨折の既往や円背による体幹の柔軟性低下や疼痛など疾患による影響が関与し前方への重心移動が阻害されたと考える。また、歩行において介入後の速度が低下した1名は、足趾の可動性が最も低く、把持運動が困難であったこと。また、不得手な動きを持続することで疲労によるモチベーション低下を招いたことが、歩行能力の改善に繋がらなかった要因と考えられる。

V. 終わりに

今回、タオルギャザー運動 (足趾把持力トレーニング) がバランス能力、歩行能力を向上させる効果があることが示唆された。足趾を含む足部は床反力を直接受け、身体のバランスをとるためには、重要な部分である。今後は、更なる効果に向けて足趾や足関節へのストレッチなど柔軟性を高めた上でタオルギャザーを実施すること。加えて単純なトレーニングのみでなく、荷重下における様々なバランス能力向上に向けた課題の設定など、工夫が必要と考える。また、介護予防の一環としての取り組みやレクリエーションを通してゲーム感覚での取り組みなど、楽しくトレーニングができることから集団での取り組みも実践していきたい。

引用文献

- 1) 加辺憲人：足趾が動的姿勢制御に果たす役割に関する研究、理学療法学、2002.

※倫理的配慮

今回「得られたデータおよび写真を院内学会等で発表すること」「個人情報漏洩しないように配慮すること」を説明し同意を得た。

精神科における認知症看護
～ 老健施設への退院アセスメントシートを導入して ～

第6病棟 ○山城 綾乃 辺土名 律子
福原 兼一郎 徳盛 ゆきえ

I. はじめに

厚生労働省の発表によると2010年、認知症高齢者数は約280万人にも及ぶと言われる。2025年には約470万人と推定され、精神科医療においても、認知症患者の入院が増加すると推測される。当病棟は急性期を脱した認知症患者の退院支援を行っている。前年度の学会で、入院が長期化する原因の一つとして周辺症状（以下BPSDと略す）の改善や行動制限などに時間を要している問題を報告した。介護老人保健施設（以下、老健施設と略す）への入所は、法的要件も鑑み拘束解除が必須条件とされる。これまで拘束外しに向けて独自の退院支援計画表に沿って看護を展開してきたが、期待した効果が得られないことや、個別的な対応技術などの情報が退院先へ提供できていないという課題があった。

そこで今回、老健施設との連携を効果的に行う目的も含め、認知症看護の従来の退院支援計画書を改良した退院アセスメントシート（以下アセスメントシートと略す）を作成し、一事例に導入した。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

2012年4月～2013年3月（1年間）

2. 対象者

1) データ調査対象者

従来の退院支援計画書（資料1）を用いて、過去1年間（2012年4月～2013年3月）に当院併設の老健施設へ退院した認知症患者5名（表1）

表1 患者データ

対象者:	5名（男性4名 女性1名）
平均年齢:	82.2歳（74～91歳）
再入院の理由:	暴力・不眠・迷惑行為・身体管理
平均在院日数:	約185日 （急性期治療病棟平均在院日数 約64日） （6病棟平均在院日数 約121日）
拘束者:	4名
1日平均拘束時間:	約9.8時間 （平均拘束日数約149日）

2) 老健施設に退院した一事例

3. 方法

1) 過去1年間に当院併設の老健施設へ退院した患者のデータを分析し、アセスメントシートを作成した。（資料2）

2) アセスメントシートを一事例に導入した。

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. 経過及び結果

1. 退院支援計画書の問題点の抽出

当院併設の老健施設へ退院した認知症患者が、入院治療を行ううえで、BPSDがどのくらい改善し退院につなげることができたかを把握するために、入院時と退院時のBPSDを調査した。

（図1）入院時はとくに睡眠障害が4名で最も多かったが、退院時には1名に減少し、介護抵抗・摂食障害いずれも減少している。また、暴力・大声に関しても殆ど改善されているが、徘徊と迷惑行為は、改善されていなかった。

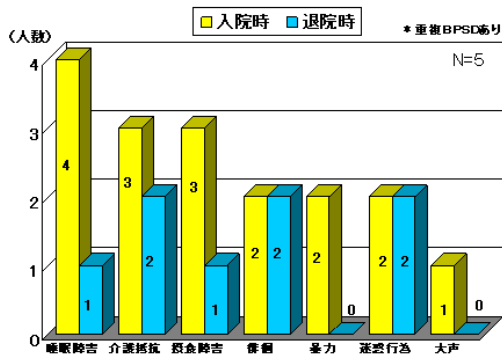


図1 入院時・退院時のBPSDの変化

2. 退院アセスメントシートの作成

老健施設へ退院した患者のBPSDを調べた結果から、BPSDが残った状態で退院しているケースもいることがわかった。従来の退院支援計画書は、BPSD・睡眠状況・援助ポイントなどチェック項目は設けていたが、拘束外しについての開始時期・解除時期の評価の記載内容が不明瞭であった。

バリアンスの発生時は、適切に評価・修正ができず、拘束外しが中断されたままになっていた。そこでBPSDの項目について課題・退院目標を明確にすることや、拘束外しについては開始時期の記載や、評価の時期を明確にした。加えて、治療課題や生活支援課題の評価として、解決できない問題をカンファレンスで話し合い、対応のポイントを明記した。受け持ち看護師は実践した看護内容を、退院先へメールで情報提供ができるようにした。

表2 退院計画書に沿った看護の問題点と改善点

- ①バリアンスの発生時は適切に評価・修正できていない
- ②老健施設側と病棟側で退院目標設定に若干の違い
- ③評価内容や進行状況が記録されていない
- ④退院先へBPSDに対する、個別的対応について情報の提供がされていない

改善点

- バリアンスの発生時は、目標修正を行い、評価の時期を明確にする。
- 「治療的課題及び生活支援課題」をカンファレンスで評価し、対応のポイントを明記する。
- 家族の意向や社会資源を確認し、必要な手続きを早めに行えるようにする。
- 受け持ち担当を中心に退院先へ情報提供を行う。

3. 症例

老健施設に退院した一事例（A氏）にアセスメントシートを導入した。

表3 A氏の背景

年齢:	70代
診断名:	アルツハイマー型認知症
既往歴:	高血圧・てんかん・貧血
在院日数:	249日
(急性期治療病棟在院日数: 64日)	
(6病棟在院日数: 185日)	
周辺症状:	徘徊・迷惑行為・介護抵抗・摂食障害
1日平均拘束時間:	10.8時間
	(平均拘束日数: 147日)

A氏は入院前、自宅外で徘徊し帰宅できないことや疎通も困難なため、クリニックを受診しアルツハイマー型認知症と診断された。その後も通院治療を続けていたが、易怒性が出現し、夜間徘徊・迷惑行為が改善しないため自宅介護困難となり入院となった。

＜急性期病棟での経過＞

急性期病棟では3ヶ月以内で内服調整を行うことで陽性症状が軽減し、食事でも介助にて摂取できるようになった。しかし、行動を制止すると易怒性が出現する状況は続いていた。

＜転入後の経過＞

アセスメントシートに沿って転入時のBPSDや睡眠・拘束・食事・ADL状況、治療的課題及び生活支援課題について確認した。

転入当初から、徘徊や迷惑行為は見られたが、事前に急性期病棟より申し送りを受けていたため、職員は徘徊に付き添い、他患者の部屋へ入る気配がある場合は、その都度対応し、本人が納得するよう働きかけた。しかし、同じ対応であっても日によってうまくいかないこともあり、職員を変えて介入したり、時間を置いて対応するなど試行錯誤を繰り返した。

食事に関しては自分のものと認識できず、他患者へあげようとする行為があった。介護実調の際、老健施設側の要望を確認すると、食事を自力で摂取できるようになってほしいと希望があったため、目標設定を改め、アセスメントシートに沿って看護実践した。自分の名前は認識できていることや目の前にある一品のみを摂取することに着目し、食札の名前を確認してもらい、一品を食べ終えた

後、次の皿を本人の目の前にセッティングするなど工夫することで自力摂取することができた。

カンファレンスでは、日中の眠気やふらつきが著明であったため、過鎮静と判断され内服調整がなされた。過鎮静や発熱などのバリエーションが生じた為、拘束外しは一時中断し、安全面を優先、拘束外し開始の時期についてチームで評価・検討した。拘束解除後も、特に問題行動もなく安定することができたため、老健施設の入所となった。

表4 A氏の退院アセスメントシートに沿った看護

主なBPSDの内容	シートに沿った看護実践	結果
①徘徊	<ul style="list-style-type: none"> 職員は付き添い、日中できるだけ動かし、徘徊を制止しない。 離椅子を使用する。(転倒予防) 	<ul style="list-style-type: none"> 徘徊する時間が短くなる。 夜間拘束なしで入眠。
②迷惑行為	<ul style="list-style-type: none"> 本人が他へ関心が向けられるよう働きかけ誘導する。(一緒に歌い、踊る) 	<ul style="list-style-type: none"> 迷惑行為はあるが、誘導を拒否することはない。
③摂食障害	<ul style="list-style-type: none"> 食札の名前を確認してもらう。 食事をセッティングし自己摂取を繰り返し促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 自己にて食札を取り確認。 一皿ずつセッティングすると、自己にて全量摂取する。

IV. 考察

退院支援計画書を使用し老健施設へ退院した5名の入院時・退院時の調査から、睡眠・介護抵抗・暴力・大声は薬物治療を行うことで、改善されていることがわかった。また、徘徊や迷惑行為は残存したまま、老健施設へ退院していることも明らかになった。徘徊や迷惑行為は、退院後、老健施設での環境の変化により一時的に増強されている可能性も予測されるため、個別的な対応方法についても追記する必要があると感じた。

摂食障害に関しては、老健施設の職員が病棟に足を運び、意見を交換することで病棟側と老健施設側の目標設定に若干のずれがあることがわかった。そこで、新たな目標を修正し看護を展開するなかで、患者の健康な部分について気付くことができた。老健施設の職員が足を運ぶことがなければ、そのままの状態での退院していた可能性があったと思われる。このことから、病院と施設は必要時、細やかな情報を得るためにも顔の見える連携を図る必要がある。アセスメントシートでは、新たな目標を明記し情報を共有することができ、継続した看護展開ができたのではないかとと思われる。

バリエーションとは、予想されたプロセスと異なる

経過や結果である。退院支援計画書では、身体管理を要する場面に直面した時に、適切に計画修正することが行われていないため、どのようにして対処してよいかなど運用面が統一されていない問題があった。アセスメントシートでは、バリエーションが発生しても、現在の問題点へ計画修正ができるよう記載し、到達目標を明記できるようにすることで適切に対応し評価ができたと思われる。また、カンファレンスにて治療に必要な情報を主治医へ提供してきたことで、内服調整や拘束外しのタイミングが図られ、タイムリーな拘束外しにつながったと思われる。

老健施設との連携に対しては、退院後、患者に関する問い合わせがあった場合、情報が明確にまとめられていないため、職員は自信をもって答えることができていなかった。また、退院後の患者に関する情報が少ないため、関心が薄くなっていると感じていた。そこで、チームで実践してきた対応のポイントについてまとめ、受け持ち看護師を中心に、退院日までに老健施設へ情報メールをすることで継続したケアにつなげることができたと思われる。また、老健施設へ必要な情報を提供することで、退院後の問い合わせに対応することが可能となり、患者に対し関心が高まったと思われる。

退院後も患者中心とした連携が重要であり、なかでも症状が悪化した場合には老健施設からの受け入れ体制や、問題が生じた場合の連絡体制をタイムリーに継続していくことが再入院を防ぐ手立てであると思われる。

V. 終わりに

当院は老健施設とメールを共有できる環境が整っている。アセスメントシートや情報メールは認知症患者のBPSD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。しかし、今回は、一事例の試みであったので、老健施設側へ情報の有効性について評価できず、連携パスとして報告には至っていない。今後はこのシートを発展させ老健施設との連携を密にしたパスの活用に取り組んでいきたい。

資料1

6病棟 退院支援計画書										
ID	名前	歳	入院日	H	年	月	日			
評価	4ヶ月目()			5ヶ月目()			6ヶ月目()			(退院時)
	食事量(~)水分(ML) 清潔() 排泄(回) (時間) 日中の精神症状 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 大声、奇声 <input type="checkbox"/> 不穏、易怒性 <input type="checkbox"/> 立ち上がり行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 放尿、放便 夜間睡眠状況 <input type="checkbox"/> 臥床1時間以内に入眠できる <input type="checkbox"/> 夜間、中途覚醒がある。 <input type="checkbox"/> 夜間排尿(21時~0時 回)(時間お <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間(~)			食事量(~)水分(ML) 清潔() 排泄(回) (時間) 日中の精神症状 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 大声、奇声 <input type="checkbox"/> 不穏、易怒性 <input type="checkbox"/> 立ち上がり行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 放尿、放便 夜間睡眠状況 <input type="checkbox"/> 臥床1時間以内に入眠できる <input type="checkbox"/> 夜間、中途覚醒がある。 <input type="checkbox"/> 夜間排尿(21時~0時 回)(時間お <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間(~)			食事量(~)水分(ML) 清潔() 排泄(回) (時間) 日中の精神症状 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 大声、奇声 <input type="checkbox"/> 不穏、易怒性 <input type="checkbox"/> 立ち上がり行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 放尿、放便 夜間睡眠状況 <input type="checkbox"/> 臥床1時間以内に入眠できる <input type="checkbox"/> 夜間、中途覚醒がある。 <input type="checkbox"/> 夜間排尿(21時~0時 回)(時間お <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間(~)			<input type="checkbox"/> 毎食1/2~全量摂取ができる <input type="checkbox"/> せん妄行動がない <input type="checkbox"/> 大声、奇声がない <input type="checkbox"/> 不穏、易怒性がない <input type="checkbox"/> 夜間5~6時間は入眠ができる
	拘束状況									
	治療方針						陽光館入所2W前に陽光 スタッフと病状、対応会議			陽光館スタッフへの申し送り事項
援助項目 (1日の流れ)			9:00 検温 トイレ誘導	9:30 入浴者は入 浴する。 ロームにて 民謡流す	10:00 水分補給 身体リハ	11:00 トイレ誘導	13:00 トイレ誘導 散歩、昼寝	15:00 水分補給	17:00 トイレ誘導	19:00 トイレ誘導 19:30VDS 20:00就寝 夜間時間中モニタリング
個別援助 ポイント										
評価 コメント										

資料2

(資料1) 認知症患者の退院アセスメントシート(様) 退院予定日(月 日 曜日) 作成日: 年 月 日

NO.	病院	病棟	性別	年齢	主治医	担当看護師	PSW	OT
入院日: 年 月 日(回目)	病名:	退院日: 年 月 日						
時間軸	1~2W目(転入時: 月 日)		3~4W目		2~3ヶ月目			
今後の方向性	<div>1 入院の動機</div> <div>2 家族への働きかけ・確認事項</div> <div>3 チームカンファレンス(回目) 4 チームカンファレンス(回目) (実施日: 年 月 日) (実施日: 年 月 日)</div> <div>5 家族面談(実施日: 年 月 日 曜日) 参加者: []</div>							
治療的課題及び 生活支援課題	<div>確認項目</div> <div>実施項目(プラン)</div> <div>2-1 キーパーソン (続柄:)</div> <div>2-2 家族が希望する退院先の 確認</div> <div>□在宅 □陽光館□他施設</div> <div>□有料 □特養 □その他</div> <div>2-3 退院目標</div>		<div>確認項目</div> <div>□治療方針の確認</div> <div>□治療的課題(現在の問題点)</div> <div>□対策実施後の課題</div> <div>□家族への働きかけ</div> <div>□家族の意向の明確化</div>		<div>確認項目</div> <div>□病状の説明</div> <div>□治療的課題の評価</div>			
	<div>周辺症状</div> <div>□睡眠障害 □徘徊 □暴力 □摂食障害 □大声</div> <div>□迷惑行為 □その他()</div>		<div>周辺症状</div> <div>□睡眠障害 □徘徊 □暴力 □摂食障害 □大声</div> <div>□迷惑行為 □その他()</div>		<div>周辺症状</div> <div>□睡眠障害 □徘徊 □暴力 □摂食障害 □大声</div> <div>□迷惑行為 □その他()</div>			
睡眠状況	<div>□臥床1時間以内に入眠できる</div> <div>□夜間中途覚醒有(□以後不眠・□再入眠できる)</div> <div>□夜間排尿回数(回)</div> <div>□平均睡眠時間(時間)</div>		<div>□臥床1時間以内に入眠できる</div> <div>□夜間中途覚醒有(□以後不眠・□再入眠できる)</div> <div>□夜間排尿回数(回)</div> <div>□平均睡眠時間(時間)</div>		<div>□臥床1時間以内に入眠できる</div> <div>□夜間中途覚醒有(□以後不眠・□再入眠できる)</div> <div>□夜間排尿回数(回)</div> <div>□平均睡眠時間(時間)</div>			
拘束状況	<div>拘束(要・不要)</div> <div>□拘束開始(月 日~)</div>		<div>□拘束中 □拘束外し(月 日~)</div> <div>□拘束解除(月 日)</div>		<div>□拘束外し(月 日~)</div> <div>□拘束解除(月 日)</div>			
食事状況	<div>□食事形態()</div> <div>□食事介助(全介助・部分介助・見守り・自己にて可)</div> <div>□誤嚥・窒息リスク(度) □過去窒息事故有</div>		<div>□食事形態() □食事介助(□全介助 □部分介助 □見守り)</div> <div>□変化したこと()</div>		<div>□食事形態() □食事介助(□全介助 □部分介助 □見守り)</div> <div>□変化したこと()</div>			
ADL状況	<div>□転倒・転落リスク(度) □過去転倒事故有</div> <div>□歩行(できる・杖歩行・見守り)</div> <div>□車椅子(移乗可・不可)</div> <div>□入浴等(全介助・部分介助・見守り・自己にて可)</div> <div>□介護抵抗 □オムツ使用(常時・夜間のみ)</div>		<div>□転倒・転落事故有() □歩行(できる・杖歩行・見守り)</div> <div>□車椅子(移乗可・不可) □入浴等(全介助・部分介助・見守り・自己にて可)</div> <div>□介護抵抗 □変化したこと() □オムツ使用(常時・夜間のみ)</div>		<div>□転倒・転落事故有() □歩行(できる・杖歩行・見守り)</div> <div>□車椅子(移乗可・不可) □入浴等(全介助・部分介助・見守り・自己にて可)</div> <div>□介護抵抗 □変化したこと()</div>			
受け持ち担当役割	□周辺症状に対する対応をまとめ院内LANで送信する。		□退院サマリー入力					

慢性期の統合失調症患者の暴力について考える ～ 暴力行為を調査することでみてきたこと ～

第1病棟 ○比嘉 愛子 高江洲 徳一 儀保 桂
新垣 愛子 兼次 優智

I. はじめに

当病棟は慢性期の難治性を呈している統合失調症の患者が多く入院しており、精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下R e h a bと略す）においても、社会生活が著しく困難な患者が82.4%を占めている。

多くの課題を抱えている病棟であるが、課題のひとつに患者の暴力行為が挙げられる。暴力を起こす要因を大別すると、病状に左右された行動化と、短絡的な行動化に至っている場合がある。後者は予見が困難なケースで一部には、長期に渡り隔離を余儀なくされ看護も困難を極め、対策に苦慮している。

今回、当病棟において今後の看護の方向性を見出すため、暴力行為として報告された事例を調査・分析し又、職員の暴力に対する意識調査を行った。一事例を含めその結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 調査期間

平成22年4月1日～平成25年3月31日

2. 調査対象者

1) 調査期間内に暴力行為がみられた

統合失調症患者 29名

調査対象者の背景を表1に示す。

表1 調査対象者の背景

□対象者:男性23名、女性6名の計29名

□平均年齢:44.5歳

□平均罹病期間:24.1年

□当院への平均入院期間:約12年1ヶ月

2) 意識調査対象者は、1病棟の職員21名

3. 調査方法・評価方法

1) 調査期間内の暴力行為を、事故報告書より抽出(66件)。診療録と看護記録から暴力行為前後の薬剤の調整の有無、暴力行為前後の状態を調査し、暴力に至った要因を分類した。その結果を分析・検討した。

2) 病棟職員へアンケート形式で、暴力行為に対する意識調査を実施。その結果を分析・検討した。

4. 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。職員に関しては研究主旨を説明し同意を得た。

III. 経過及び結果

1. 暴力行為の要因

暴力に至った要因を図1に示す。

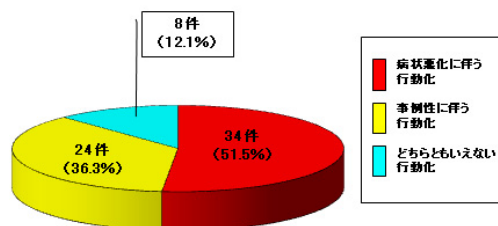


図1 暴力に至った要因

暴力行為66件の内訳は、病状悪化に伴う行動化が34件(51.5%)、何らかの事例性に伴う行動化が24件(36.3%)、どちらともいえない行動化が8件(12.1%)あった。

事例性に伴う行動化を起こした患者は15名であった。

この患者15名の背景を表2に示す。

**表2 事例性に伴う行動化を
起こした患者15名の背景**

□対象者: 男性12名、女性3名の計15名

□平均年齢: 40.9歳

□平均罹病期間: 23.2年

□当院への平均入院期間: 約14年1ヶ月

□Rehabの平均点数: 94.1点

平均罹病期間 23.2年であり、当院への平均入院期間は約14年1ヶ月であった。Rehabの平均点数は94.1点であった。

次に、24件中の暴力行為に至った事例の内容を大別すると『自己の要求が通らない』が5件、相手が『自分にとって不愉快に感じる行動をとった』が19件であった。

事例性に伴う行動化の内容を表3にまとめた。

表3 事例性に伴う行動化の内容

自己の要求が通らない (5件)	自分にとって不愉快に 感じる行動をとった(19件)
□要求時にタバコが吸えなかった(2件)。	□眠っているところを起された(1件)。
□要求時に飲み物が飲めなかった(2件)。	□他の患者が騒々しかった(6件)。
□患者同士のトイレトベーパーの取り合いから(1件)。	□他の患者が目の前にいて邪魔だった(1件)。
	□話中に他の患者より横やりをいれられた(2件)。
	□他の患者に馬鹿にされた、ちょっかいを出された、いたずらされた(6件)。
	□自室のドアをあげられたから(1件)。
	□職員より指導を受けたため(2件)。

2. 暴力行為の回数について

2回以上暴力行為を繰り返した患者は15名(暴力行為をおこした患者の51.7%)で、そのなかで3回以上、暴力行為がみられた患者は9名(暴力行為をおこした患者の31.0%)であった。

患者9名の背景を表4に示す。

表4 3回以上暴力行為がみられた患者の背景

	罹病期間	当院での 入院期間	暴力の回数	病状悪化に 伴う行動化	事例性に伴う行動化	どちらとも いえない行動化
A	15年	14年5ヶ月	4回	1回	3回	0回
B	23年	22年8ヶ月	4回	1回	3回	0回
C	36年	23年11ヶ月	3回	3回	0回	0回
D	19年	15年2ヶ月	8回	5回	0回	3回
E	25年	17年4ヶ月	7回	4回	3回	0回
F	24年	14年11ヶ月	4回	3回	1回	0回
G	9年	4ヶ月	3回	2回	1回	0回
H	34年	22年3ヶ月	3回	0回	3回	0回
I	29年	20年8ヶ月	4回	0回	1回	3回

平均罹病期間が23.7年であり、当院への平均入院期間が約16.8年であった。

3回以上暴力行為がみられた患者の暴力に至った要因を図2に示す。

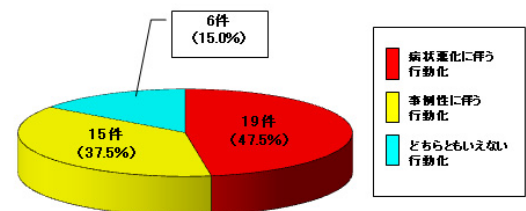


図2 3回以上暴力行為があった患者の要因

3回以上、暴力行為がみられた患者の暴力の合計件数は全暴力件数66件中40件(60.6%)を占めた。また、事例性に伴う行動化が15件(37.5%)、どちらともいえない行動化が6件(15.0%)であった。

3. 暴力行為に対する職員の意識調査の結果

病棟職員21名へアンケート形式で下記のカテゴリーに分け、意識調査を実施した。

- ・①職員の背景
- ・②暴力行為の内容
- ・③暴力行為を受けた後の対応と感情
- ・④暴力行為が起きる要因

(意識調査の設問内容は参考資料参照)。

1) カテゴリー①について

職員の背景を表5に示す。

表5 調査対象職員の背景

- 対象者: 資格者11名(男性5名、女性6名)
看護補助者10名(男性10名)
計21名。
- 精神科病院での勤務年数の平均: 11.4年
- 1病棟での勤務年数の平均: 4.2年

2) カテゴリー②について

全員が何らかの暴力（身体的暴力・言語的暴力・性的暴力）を受けた経験があるという意見が得られた。

3) カテゴリー③について

『暴力を受けた後の対応と感情』についてはアンケートQ6～Q8から「とても苛々し、怒りがこみ上げた」等の意見が上がった。

4) カテゴリー④について

暴力が起こる要因についてはアンケートQ9から殆どの職員が事例性に伴う行動化による要因を上げ、その他として様々な意見が得られた。

※ カテゴリー③・④については、記述式で得られた調査内容を表6にまとめた。

表6 意識調査の一部結果

暴力を受けた後のあなたの感情を教えてください。	暴力を受けた後、その患者さんへの対応は変わりましたか、変わったという方はどのように変わりましたか。	なぜ暴力が起こると思いますか、あなたの考えを教えてください。
・とても苛々し、怒りがこみ上げ興奮した。 ・自分自身の不用意さに情けなくなった。 ・自分自身の気持ちを押し込め、気丈に振る舞った。 ・恐怖感や不安感があった。 ・仕事を辞めたくなくなった。 ・怒り。 ・落ち込み。	・警戒し身構えるようになった。 ・距離を置くようになった。 ・訴えをしっかりと聴き、行動を振り返ってもらった。 ・必要な時のみ声をかけるようになった。 ・関係性を築くことができるようになった。 ・妄想による罵声を浴びせられ続けたが我慢した。	※事例性に伴う行動化による暴力の要因 ・要求が通らない、思い通りにいかないから。 ・感情のコントロールができない、ストレス発散の方法がわからない。 ・短絡的な行動、社会性の欠如 ・同僚関係のストレス。 ・病棟環境。 ・信頼関係が構築されていないから。 ・家族の面会・外出・外泊が遠のいている、家族が疎遠になっているから。

アンケートに先行して聴取した職員の意見の中に「暴力を受けた職員に対してフォローは必要だと感じているが、どのように関われば良いのか迷ってしまう」という意見もみられた。

IV. 考察

1. 暴力行為の要因の考察

患者背景からも言えるように、当病棟のR e h a bの平均点数92.5点よりも、暴力行為を繰り返している患者のR e h a bの点数が更に高値を示し、社会生活への困難さが伺える。暴力に至る要因の半数以上は病状悪化によるものであるが、悪化の兆候を見逃さないために予見できる観察を充分に行うことが大切である。そのためにはアセスメント能力が必要となるので、職員個々の質の向上が求められてくる。当然全体で情報を共有し、医師との連携を密に図る必要がある。

何らかの事例性に伴う行動化が24件(36.3%)を占めているが、暴力行為に至った要因は社会において通用しない理由である(表3)。事例性に伴う行動化の内容も非常に単純な理由によるものであり、どの様に理解してもらうか困難な課題である。しかし一昨年、尿失禁への取り組みで認知行動療法的(以下C B Tと略す)手法を継続している期間、効果が得られた経験から同様の手法を取り入れる工夫も検討していきたい。

平均入院期間も長期に及び、社会性の低下・ホスピタリズムによる病棟環境への馴れが、短絡的な暴力行為へと発展しているのではないかと考える。どちらともいえない行動化が12.1%を占めていることに関しては、病状悪化の兆候がみられる時は些細な要因でも、暴力行為へ発展するリスクがあることを加味して検討し、速やかに医師との連携を図る必要がある。

2. 暴力行為の回数について

2回以上暴力行為がみられた患者が全体の51.7%を占めていることは、暴力行為が一部の患者によって繰り返されている事がわかる。

特に3回以上暴力行為を繰り返している患者の暴力に至った要因として、『事例性に伴う行動化及び、どちらともいえない行動化』の合計が52.5%を占めていることは、社会性の低下とともに、より一層ストレス耐性が脆弱であるため、暴力行為へと発展するのではないだろうか。

それに加えて、職員の暴力に対する認識度に問題があったと考える。

昨年、当病棟では暴力・威嚇行為を繰り返すため長期に渡って隔離を要していたA氏に対し、積極的な看護の展開を試みたケースがあった。その内容は、①職員が付添っての作業療法の参加や、個別で農場への散歩等の環境療法的な取り組みの実践。②暴力や威嚇行為が社会において許される行為ではないことを継続して教育の徹底を図った。

以上のことを実践した結果、暴力行為がみられなくなり、隔離解除に至った。

この一事例から、A氏に対して暴力や威嚇行為が社会で許される行為でないことを継続し教育の徹底を行ったように、患者自身に自己の暴力について意識し、社会性が身につくためのC B T的な関わりと、患者と共に「暴力防止対策」を実践していく必要性を強く感じる。

一般的に物理的環境も暴力が発生する要因のひとつとして上げられるが、当病棟は状態別に3フロアーによる病棟内機能分化を図っており、環境要因としては、一定の効果は得ていると考える。しかし、夜勤等の限られた体制での運用は、十分な観察が行き届かないリスクも含んでいる。患者層の変化から、改めて3フロアーの活用法や病棟の運用方法を検討していく時期であると考ええる。

3. 暴力に対する意識調査の結果の考察

職員への意識調査の結果からも全員が何らかの暴力を受けている経験があると答えているが、精神科で勤務する看護者は、誰でも暴力的な場面に遭遇する可能性があることがわかる。

職員間においても暴力行為は、病状悪化に伴う行動化だけではないと認識していたが、個別的な対策が充実していたとは言い難い。それは「慢性期の統合失調症で、社会生活が困難な患者が多く占める当病棟においては仕方がない」というマイナスの先入観や、重大な事故に発展していないことから一種の馴れも生じていた。職員一人一人が暴力を発生させない、暴力の連鎖を断ち切るという意識を今以上に高める看護が求められる。

職員自身が暴力を受けた後の感情として「恐怖感や不安感がある」、「自分自身の不用意さに情けなくなった」等の意見があがった。そのことから暴力が発生した際には、タイムリーなメンタルヘルスサポートが重要だと思われる。またカンファレンスを開催することで要因を明確にし、対策を立案しなければならないと考える。

暴力を受けた後の患者への対応として「距離を置くようにした」等の意見があったように暴力を受けると患者・看護者間の関係性を修復することに時間を要し、自然と積極的な関わりができなくなってしまう状況がある。平常心を取り戻すには時間を要する事もあるため、暴力を受けた職員に対して病棟全体ですぐにフォローができる細やかな環境作りをすることが求められる。

患者と職員との関係に馴れが生じやすい環境にある当病棟だからこそ、職員の不誠実な対応が暴力の要因にならないよう、真摯な対応を心掛けなければならない。

V. 終わりに

今回の研究は当病棟での、暴力行為に焦点を当てた意識調査を含めたデータ報告と、事例の報告である。当病棟における一定の看護の方向性を見出すことができたのではないかと考える。事例性に伴う行動化は予見が困難であるが、今後も個別性に重点をおいた暴力防止対策を検討し、C V P P P（包括的暴力防止プログラム）等も習得していきたい。

参考文献

- 1) 加納佳代子：暴力の連鎖を患者と共同で断ち切ろう，精神科看護，P12，2006
- 2) 安永薫梨：精神科病院における患者から看護師への暴力の実態と看護のあり方～看護師に暴力を振るった患者を対象とした質問紙調査より～，福岡県立大学看護学研究紀要，P79，2010
- 3) 特例社団法人日本精神科看護技術協会：群説精神科看護ガイドライン，株式会社精神看護出版，2011
- 4) 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～個別的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

【参考資料】

職員への暴力に対する意識調査の設問内容

- Q1 あなたの病院での勤務年数を教えてください。
() 年)
- Q2 精神科での勤務年数を教えてください。
() 年)
- Q3 1病棟での勤務年数を教えてください。
() 年)
- Q4 あなたは患者さんより暴力（言語的・身体的）を受けたことがありますか？
(記述式：)
- Q5 Q4の質問で「ある」と答えた方は、どのような暴力でしたか。
(記述式：)
- Q6 暴力を受けた後・受けた際はどのような対応をしましたか。
(記述式：)
- Q7 暴力を受けた後のあなたの感情を教えてください。
(記述式：)
- Q8 暴力を受けた後、その患者さんへの対応は変わりましたか。変わったという方はどのように変わりましたか。
(記述式：)
- Q9 なぜ暴力が起こると思いますか。あなたの考えを教えてください。
(記述式：)

QOLの向上を目指して ～ 尿失禁の改善を目的とした認知行動療法的関わり ～

第5病棟 ○掛福 誠志 松本 安子 新垣 典也
上門 美幸 宮城 妙子

I. はじめに

精神科における多飲水の問題は古くより論議を繰り返されているが、その多飲水から引き起こされる尿失禁はQOL向上を阻む大きな因子である。当病棟でも療養者の40%以上が多飲水傾向にあり連日尿失禁の対応に苦慮している。当病棟ではこれまでに認知行動療法的技法（以下、CBTと略す）を用いてリハビリテーションを展開した結果、セルフケアにおいて改善がみられた。

そこで、今回CBT的関わりを用いて動機付けのミーティングや尿失禁を改善する看護実践を試みたところ、対象者の発言に変化がみられ尿失禁改善の兆しが見られたので、その途中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：2013年3月15日から2013年5月10日まで（約2ヶ月間）
2. 対象者：統合失調症と診断され多飲水による尿失禁を繰り返す療養者男女8名を対象とした。表1に対象者の背景を示す。

表1 対象者の背景

氏名	性別	年齢	診断名	罹患期間
A氏	男性	70代	S・C	24年
B氏	男性	40代	S・C	22年
C氏	男性	40代	S・C	16年
D氏	男性	40代	S・C	28年
E氏	男性	50代	S・C	43年
F氏	男性	70代	S・C	35年
G氏	女性	40代	S・C	27年
H氏	男性	40代	S・C	33年

3. 方法

1) 動機付けのためのミーティング

尿失禁に対するアンケート調査実施

実施回数：1クール4～5回を3クール

実施時間：毎週月・水・金 16:30～17:00

場所：病棟娛樂室

担当：病棟看護者2～4名

テーマ：1クール 尿失禁に関心を向ける

2クール 多飲水の問題に気づく

3クール 尿失禁対策を考える

関わり方のポイント：対象者が「気づく」「考える」「行動する」事が出来るようなコミュニケーションを図る。

2) 工夫した看護実践

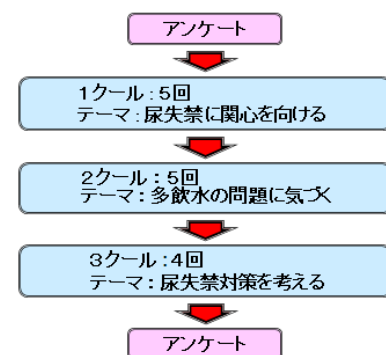


図1 ミーティングの流れ

① 重測定を実施し多飲水を自覚してもらう

1日3回：起床時・16:30・20:30

② 多飲水の有無を電解質検査で確認

③ 行動観察による水分摂取状況の把握

④ 夜間のトイレ誘導

23:00・1:00・3:00 の3回は声掛け誘導

⑤ 個別チェック表の作成

体重・飲水状況・トイレ誘導時の状況および失禁状況を記載する。導入前後で尿失禁回数を比較してみた。

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配慮した。

Ⅲ. 経過及び結果

1. 動機付けミーティングの実際

ミーティングを導入する前に、対象者へ尿失禁に対する関心度を調べるために独自のアンケートを作成し面接式で実施した。実際には全員が多飲水による尿失禁を繰り返している対象者であるがアンケートでは①失禁はありますか？について5名は「はい」と答えていたが3名は「いいえ」と答えていた。また、⑤水をたくさん飲みますか？については4名が「多い」と答えていたが、残り4名は「少ない」と答えていた。これらの結果を踏まえ尿失禁や多飲水に関心を向け、問題として認識できるように各クールでテーマを絞りミーティングを導入した。

1クール（5回）：3/25～4/3

テーマ：尿失禁に関心を向ける

1・2回目は対象者が緊張せずに参加出来るようにコーヒーなどを提供し、発言しやすい雰囲気作りを行った。対象者の隣に職員が座り、近い距離で話しかけるようにしたが、C氏・E氏は興味も示さず的外れな発言や離席も目立った。しかし、それらの発言を決して否定せず、身近な話題から徐々にテーマに結びつけて関心を高めるように努めた。また、すぐに答えを出さずに、対象者自身が返答するのを待つように努めた。返答がない場合は違う視点から質問をするなど発言しやすいように試みた。しかし、このクールでは対象者に特に変化はみられなかった。

2クール（5回）：4/8～4/17

テーマ：多飲水の問題に気づく

アンケートの中で半数が尿失禁の原因は「薬の副作用」と答え、多飲水によるものだと気付いていなかった。そこで、多飲水が尿失禁を引き起こすことを分かりやすく説明するがD氏は「水、飲んでないのに・・・」となかなか認めようとしなかった。また、多飲水が嘔吐や痙攣や意識障害を起し死亡に至る事もあるとオーバーに説明すると、A氏は奇異な動作をしながら驚いたが、B氏

は全く動じなかった。回が進む毎に「体重、増てるけど・・・どうして？」と対象者自身に考えてもらうような発問を行った。8回目当たりからB氏は「水が多い。冷水機から直接飲んでいる」などと多飲水を認める発言が聞かれるようになった。また、G氏は「コップ1杯までにする。水を控える」など多飲水を問題視している発言が聞かれた。

3クール（4回）：4/19～4/26

テーマ：尿失禁対策について考える

最後のクールでは、「今の状態で社会復帰できるだろうか？」と投げかけてみるとミーティング開始時、全く関心を示さなかったC氏から「治すしかないよ」と発言があった。この発言にはスタッフ全員が驚き「では、治すためにはどうすればいい？」と重ねて質問するとE氏から「夜、起こして欲しい」と要望があった。B氏からは「二度寝すると、2度失禁してしまうから起こさないでほしい」と否定的であったが、それに対し数名の対象者が「やっぱり夜起こしてもらったほうがいいよ」と言い聞かせる場面もみられ、ミーティング内での発言が活発になっていた。終了後のアンケートでは③尿失禁したときの気持ちは？の質問に全員が「恥ずかしい、気持ち悪い」と答えていた。

表2 アンケートの結果

内容	開始前	開始後
1. 尿失禁はありますか？	はい 5名 いいえ 3名	はい 3名 いいえ 5名
2. 尿失禁の原因は薬の副作用ですか？水の飲みすぎですか？	副作用 3名 水の飲みすぎ 5名	副作用 1名 水の飲みすぎ 7名
3. 尿失禁した時の気持ちはどうですか？	恥ずかしい 2名 気持ち悪い 5名 何も思わない 1名	恥ずかしい 4名 気持ち悪い 3名 何も思わない 1名
4. 週に何回の失禁がありますか？	毎日 3名 週3回 3名 ない 2名	毎日 2名 週3回 2名 ない 2名
5. 水をたくさん飲みますか？	多い 4名 少ない 4名	多い 7名 少ない 4名
6. 寝る前にトイレに行きますか？	はい 8名 いいえ 0名	はい 8名 いいえ 0名
7. 尿失禁を治したいですか？	はい 8名 いいえ 0名	はい 8名 いいえ 0名
8. 尿失禁が続いたままで社会復帰できますか？	はい 1名 いいえ 6名 分からない 1名	はい 1名 いいえ 7名 分からない 0名

2. 工夫した看護実践

1) 体重測定を実施し多飲水を認識させる

毎日（起床時・16:30・20:30）の3回、体重測定を実施した。体重増加が見られる場合は適宜「飲水が多くないですか？」と助言する程度で厳しい制限はあえてしなかった。3キロをめぐりに越えそうな場合は注意喚起する程度にとど

めた。

- 2) ミーティング2クール前に、多飲水の有無を電解質検査にて確認した。早朝の採血なので日中での飲水量を反映した結果は検出されにくくなるが、8名中5名は血清Na値が標準値より低値を示していた。

表3 対象者の電解質の検査値

	ナトリウム値 標準値 (138~146)	カルシウム値 標準値 (99~109)	カリウム値 標準値 (3.6~4.9)
A氏	136(L)	91(L)	4.2
B氏	127(L)	90(L)	3.9
C氏	140	101	3.5(L)
D氏	136(L)	101	4.3
E氏	136(L)	98(L)	4.3
F氏	141	106	3.8
G氏	136(L)	100	4.1
H氏	139	100	4.2

- 3) 行動観察による水分摂取状況の把握

助言だけではどうしてもコントロールができない対象者には、冷水器の側に行き、直接口を付けて飲まないように助言した。また、本人のコップに目盛りを記入し飲水量をチェックした。飲水量を自己申告するよう依頼したが実践出来た対象者はいなかった。

- 4) 夜間トイレへの誘導

ミーティングでの対象者からの要望もあり23:00・1:00・3:00の3回はトイレへの誘導を実施するように看護者間で決定した。対象者の排泄状況により柔軟に誘導時間を修正した。誘導がタイムリーに出来た場合は尿失禁がなかったが、誘導時間のずれで尿失禁をしてしまう場合もあった。排泄後に飲水しようとする対象者にはコップ1杯にとどめるよう指導した。この助言に対しては予想外に応じてくれた。また、ほとんどの対象者がスムーズに再入眠できていた。

- 5) 個別チェック表の作成

個々の状況を「体重」「水分摂取量」「失禁回数」などの項目別に把握出来る個別チェック表を作成し、記載はその日の看護者で行い、個別面接は受け持ちナースが実施した。チェック表に書かれた○×や体重の数値や体重の増減をグラフにて

示し指導した。次に、導入前後での尿失禁回数の変化では、導入前(3/14~3/23)10日間では1日平均4.6件だった、導入後(5/1~5/10)の10日間では3.2件に減少していた。

IV. 考察

動機付けの為のミーティングを開始する前に実施したアンケートで①尿失禁はありますか?の問いに「いいえ」と答えた3名は(D氏・F氏・G氏)実際には尿失禁を繰り返しているが否認する事により自尊心を保とうとしていたと思われ、ミーティングでは否定的な発言はせずに受容する事で最終回までミーティングに参加出来たと思われる。また、各クールでテーマをしぼった事により、看護者側は個々の状態にあわせた質問がしやすくなり、対象者側は返答しやすくなったように思われる。身近な話題からテーマに結びつけた事で、対象者間の発言が増え双方向的コミュニケーションに発展した事やグループ間の仲間意識が芽生えたのか、全体がまとまり始めた。グループダイナミクスにより問題解決へのベクトルが同じ方向へ向かったと考えられる。

武田¹⁾は「相手の望ましい変化を捉え、相手の取り組みを関連づけてフィードバックする事は、問題解決に向けた意欲を高める為に大切な援助である」と述べているように、ミーティングと同時進行で体重測定や電解質検査など視覚的見地から「気づき」を与えた事でフィードバックできたと考える。

多飲水に対する指導では、体重測定直前に「体重を減らしてこようね」とトイレに駆け込む対象者がいた。体重の増減のみにこだわるような厳しい制限はかえって逆効果だと考え、助言程度にとどめた結果、著明に体重が増えた対象者はいなかった。不必要なストレスをかけずに飲水状況を把握することが重要だと考える。

夜間のトイレ誘導を決定する前には看護者によっては不眠を懸念し反対の意見もあった。しかし、対象者自身からの要望でもあったため

導入してみたところ、予想外に覚醒時の飲水指導や再入眠がスムーズに進展し、現在も継続している。対象者自身から要望した事でモチベーションが高まっている事も影響しているであろうが、看護者側が一旦覚醒したら再入眠が困難だろうと懸念し誘導を試みなかった事が対象者の意欲を阻んでいたのではないだろうか考える。ミーティング終了後のアンケートでは導入前には尿失禁に対して関心がなかったE氏が導入後のアンケートでは、尿失禁に対して「恥ずかしい」と思うようになり「夜トイレに起こして欲しい」と要望し自ら就寝前にはトイレに行くようになった。その結果、尿失禁回数の減少に繋がったと思われる。動機付けミーティングで**気づき**を引き出し、体重測定や個別チェック表によりフィードバックしたことを**考え**、夜間のトイレ誘導という**行動化**につながったと思われる。このような一連のC B T的関わりが、問題意識の低い対象者にとっても理解しやすく、さらにグループダイナミクスとの相乗効果で尿失禁改善に、よい影響を与えたと考える。

V. 終わりに

今回の試みはあくまで導入の段階でありデータも短期間の結果なので、論ずることはできないが、C B T的関わりを効果的に導くには、看護者側の姿勢に左右されることを再認識できた。

引用・参考文献

- 1) 武田伸也：認知行動療法による対人援助スキルアップ・マニュアル」P：32 遠見書房
- 2) 岡田桂詠：看護のための認知行動療法、第1版、2011年発行 医学書院
- 3) 伊藤絵美、他：認知行動療法、べてる式。第一版、25～36、医学書院

精神科デイケアにおける支持的アプローチを用いた セルフケア向上への取り組み

デイ・ナイトケア課 ○真栄城兼吾 比嘉阿耶乃 柏田 省一
崎原 直人 山城 勝貴

I. はじめに

当院精神科デイケア（以下デイケアと略す）では、再発防止と地域社会における生活の維持・向上を目的に狭義の治療プログラム（心理教育セミナー等）、社会生活訓練（ADL等）、就労プログラム、QOL向上プログラムを4本柱としてリハビリテーションを展開している。

デイケアでは、これまでも「ADL向上の取り組み」（第19回医学会報告）などのセルフケア向上プログラムを実施してきた。プログラム期間中の参加者は、一時的にADLは向上するがプログラム終了後、関心が薄れ以前と変わらない状態に戻るなど継続性に乏しかった。

そこで今回、自身の容姿や関心の低い利用者を対象に、爽快さを体験し、生活関連動作への工程が多く多面への関心も期待できる「入浴」を手段として用いて、日常生活で継続したセルフケアが実践できることを目標に、グループワークの中で支持的アプローチを試みた。

3ヶ月の関わりの中で、参加者の行動や意欲面に若干の変化が見られたため、これまでの経過に考察を加えて報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2013年2月～2013年4月（3ヶ月）

2. 対象者

精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下Rehabと略す）全般的行動の合計（以下TGBと略す）63点以上（2013年2月）、19名の中からデイケアスタッフが協議し特に整容や保清面に関心が低く、セルフケアの改善が必要とされる男性4名を選定した。

3. 倫理的配慮として開始前に対象者へセルフ

ケア向上プログラムの趣旨を説明し、本人からの同意を得た。

4. プログラム開始前に事前面接（アセスメント）を実施した。（表1）

表1 対象者の背景

氏名	性別	年齢	診断名	罹患期間	アセスメントの状況
A氏	男性	50代前半	統合失調症	34年	・洋服に生かいないかのチェックに時間が かかり、入浴は難儀と感じている。 ・入浴は週に3回、図形石鹸で洗髪を行う。 ・2、3日同じ服を着用している。
B氏	男性	40代後半	統合失調症	31年	・入浴はめんどくさい。好きではない。 ・入浴は気分次第で週に2、3回。 ・図形石鹸で洗髪を行う。 ・2、3日同じ服を着用。寒さに敏感で重ね着 をしている事が多く、TPOに合わない服装。
C氏	男性	40代後半	統合失調症	26年	・入浴は大切と思っているが難儀。 ・入浴は週に2、3回。自宅のボイラーが故障中 など環境が整っていない。 ・2、3日同じ服を着用。洗濯は自分で行う。
D氏	男性	50代後半	脳器質性 精神障害	20年	・入浴は好きではない。 ・汚れていないので毎日では入らない。 ・入浴は10日に1回で湯を洗い。 ・2、3日同じ服を着用している。 ・活動内での入浴は断固に拒否。

5. 実施方法

- 1) 時 間：週1回 12:30～15:00
- 2) 場 所：浴室及び大きな鏡のある部屋。
多角的に自分の身だしなみを意識出来る
ような環境設定を行った。
- 3) 担当者：精神保健福祉士が担当し、異性
からの視点も加え、男性2名、女性1名
とした。
- 4) プログラム目的及び目標（表2）

3ヶ月を1クールとし、1ヶ月毎に目標
設定を行い評価した。

表2 プログラムの目的及び目標

プログラムの目的	
■セルフケアに於いて、意識の変化とスキルの向上を図る ■実生活でのセルフケアの継続を目指す ■自身への興味・関心を高め、セルフケア向上を目指す	
	目 標
1ヶ月目 （導入段階）	①グループへの参加を支援 ②入浴行為が行えるよう行動面の支援 ③グループの成長 ④意識・動機付けの強化
2ヶ月目	①整容への関心の向上 ②グループへの積極意識の向上 ③課題や問題点の明確化 ④活動へのモチベーションの維持
3ヶ月目 （最終段階）	①意識の変化を気付かせる ②生活関連動作まで関心を拡げる ③グループの更なる成長を図る

プログラムの流れと接し方（図1）

プログラムの流れは、入浴の実践から開始し、入浴後は洗濯を行う。入浴前後を視覚的に把握するため写真撮影を経て全員でグループワークを行う。入浴の感想や意見交換を行いセルフケアに関する知識や方法について モニタリングし、課題を挙げ学習する。さらに、学んだことを実践（行動）で試し、結果について再度モニタリングを行う。

参加者への接し方は支持的アプローチを基本とし、参加者のペースに合わせる。また、言動に注意し関わるタイミングを見逃さないようにした。

表2 プログラムの目的及び目標

プログラムの目的	
■セルフケアに対して、意識の変化とスキルの向上を図る ■実生活でのセルフケアの継続を目指す ■自身への興味・関心を高め、セルフケア向上を目指す	
	目 標
1ヶ月目 (導入段階)	①グループへの参加を支援 ②入浴行為が行えるよう行動面の支援 ③グループの成長 ④意識・動機付けの強化
2ヶ月目	①整容への関心の向上 ②グループへの帰属意識の向上 ③課題や問題点の明確化 ④活動へのモチベーションの維持
3ヶ月目 (最終段階)	①意識の変化を気付かせる ②生活関連動作まで関心を広げる ③グループの更なる成長を図る

6. 評価方法

1) Rehab を研究開始前後に実施した。

Ⅲ. 経過及び結果

1. 1ヶ月目（表3）

開始当初の参加者は、プログラム参加に対し受動的であった。入浴についても促しを要したが、特にD氏については「汚れてない」と話し入浴を拒否していた。

また、A氏、C氏は、着替えの準備はしておらず、入浴後も同じ服装をしており、着替えたものを洗濯する等の動作については意識出来ていなかった。一方でB氏は、何枚も重ね着をする習慣があるため、大量に衣類を持参していた。

そのため、参加者へプログラムの趣旨や必要性を何度も説明し、主体性に配慮して指導的な立場を取らず、必要最小限の声かけにとど

めることで、参加意欲や関連動作への関心の向上を目指した。

グループワークでは、互いの関心は低く積極的な意見交換は出来なかった。そのため、参加者の個々の理解力やペースに合わせることを基本姿勢とし、消極的な意見があっても受容した。また、参加者同士の関係性を築くため、話題の提供を行い、参加者が自由に発言できる機会と交流の場を設定した。

結果、プログラム導入段階での参加意識の変化は見られなかったが、行動面ではD氏以外に着替えや道具の準備、着替えた衣服の洗濯を行うなどの変化が見られるようになった。また、入浴の順番を話し合い、D氏に対しても入浴を促すなどの参加者同士のコミュニケーションが見られるようになった。

表3 利用者の変化 ～1ヶ月目～

	経 過	関わり	結 果
意 識	・参加に促して促しが必要 (関心低く、受動的) ・入浴に付随する動作まで意識が向いていない	・プログラムの主旨や必要性を何度も説明する	・参加意識の変化はほとんど見られなかった
入浴 行動面	・1名は入浴に対して拒否を示すようになる ・着替えや入浴に必要な道具の準備が出来ていない	・指導的な立場をとらず主体性に配慮する	・垢すりや着替えを用意するようになった ・着替えた着衣の洗濯を行うようになった
グループ ワーク	・相互の関心が低い ・積極的な意見交換は出来ない ・入浴は「難儀」と消極的な発言が多く聞かれる	・個々の理解力やペースに合わせて否定的な意見も受容する ・話題の提供や必要最小限の介入を行う	・参加者同士で入浴の順番を話し合うようになった ・入浴を拒否する参加者を促すようになった

2. 2ヶ月目（表4）

2ヶ月目に入ると、A氏、B氏、C氏の3名は「今日は何時から入浴できるのか」等、活動への関心を示す発言も聞かれ、着替えの準備や入浴後の整髪などを行う様子も徐々に見られるようになった。しかし、独自の入浴方法に変化は見られなかった。そこで、グループワークでは、参加者独自の入浴方法を課題とし、カメラ等のツールを用いて視覚的にアプローチをすることで学習意欲や問題意識の向上を図った。D氏においては、関心が低く引き続き入浴への声かけを要したが、参加できたことを評価し目標を見直すことで動機の強化を図った。

その結果、視覚的にアプローチをしたことで具体的な課題が明確となり、A氏からは「正しい洗髪の知識や方法を学びたい」との発言が聞かれた。しかし、セルフケア全般までには関心を広げることが出来なかった。D氏においては、行動を評価し目標を見直した事でプログラムに対する参加を継続することが出来た。また、強い拒否を示した入浴についてもスタッフや参加者の声かけに応じ、入浴するようになるなど意欲の向上が見られるようになった。

一方で、B氏へ大量の着替えを持参した事を指摘した。その後より体調不良や様々な理由で入浴に対して拒否的態度を表すようになった。

表4 利用者の変化 ～2ヶ月目～

	経 過	関わり	結 果
意 識	・1名は変わらぬ関心が低い ・3名は関心示し、自主的に参加するようになる ・問題意識が低い	・参加出来る事を評価し再度、目標設定を行う ・プログラムの目的を再確認する	・参加意欲を維持し、継続する事が出来た ・学習意欲の向上が見られた 「正しい洗髪方法を学びたい」
入浴行動面	・入浴後の整容動作（整髪）を主体的に行うようになる ・自身の行動を振り返る事が出来ない	・視覚的にアプローチし課題を明確化する ・正しい知識及び方法をグループワークにて提供	・グループワークで学習した事を実践するようになった ・グループワークで学習した事を日常生活で実践するようになる
グループワーク	・自発的な発言が増える ・積極的な意見交換は出来ない ・入浴は「爽やか」などと肯定的な表現に変化し始める	・双方向のコミュニケーションが図れるよう介入する （参加者全員に発言を求め、発言した内容を他の参加者へ投げかける）	・他参加者の行動に対する発言が見られるようになった ・積極的な意見交換までは至らなかった

3. 3ヶ月目（表5）

3ヶ月目には、A氏、D氏は参加意欲の維持や向上が見られるようになり、学習したことを日常生活で実践し、洗濯や髭剃りなどの生活関連動作にも関心が向き始めた。また、D氏は何度も鏡を覗き込み「白髪を黒く染めたい」と発言するなど自身の容姿に関心が向き始めた。

一方で、B氏は指摘されたストレスから体調不良を訴えプログラムを辞退したいという発言も聞かれるようになった。また、C氏については注意が散漫になり、他の参加者の意見を集中して聞くことができず、的はずれな発言が目立つようになり、意欲や関心の低下が見られた。そのため、個別面談を行い、再度これまでの経過を客観的に評価することで適

応能力の向上やモチベーションの維持に努めた。

グループワークでは意欲や関心が低下したB氏、C氏に対してA氏から「うまく洗髪が出来ている」などの賞賛や励ましの声かけが聞かれるようになった。また、「洗濯の仕方を学びたい」「電気カミソリを体験したい」などの発言があり容姿への関心や学習意欲への向上が見られた。

表5 利用者の変化 ～3ヶ月目～

	経 過	関わり	結 果
意 識	・モチベーションを維持出来た参加者がいる一方 2名は参加意欲の低下が見られた	・グループの目的を再確認する ・これまでの行動や意識の変化を評価する	・自身の容姿や他者への関心が高まった ・洗濯や髭剃りなどの関連動作にも関心が向き始めた
入浴行動面	・鏡を繰り返し確認する行為が見られる ・1名は参加に難色を示すようになる	・行動の変化を見逃さず行動の意味を確認し、本人の希望を引き出した ・本人達の意見を尊重し目標設定を見直した	・グループワークで学習した事を日常生活で実践するようになる ・全員がプログラムの最後まで参加出来た
グループワーク	・お互いを意識した発言が聞かれるようになる ・注意が散漫となり、的はずれな発言が目立つ参加者もいた	・課題を整理し次の段階への目標設定を示す	・お互いに褒め、賞賛したり問題提起をする様になる（グループの成熟度の向上）

4. Rehabの結果（図2）

開始前と開始後の平均値について比較を行った。

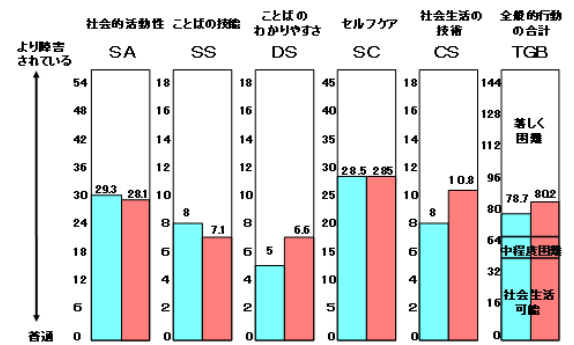


図2 開始前後対象者のRehab平均値比較

社会的活動性は開始前 29.3 点、開始後 28.1 点、言葉の技能は開始前 8 点、開始後 7.1 点で若干の改善傾向が見られた。

言葉のわかりやすさは、開始前 5 点、開始後 6.6 点。セルフケアは開始前 28.5 点、開始後 28.5 点と変わらなかった。また、社会生活技能では開始前 8 点、開始後 10.8 点と若干の点数増加が見られた。全般的行動の合計（以下 TGB と略す）は開始前 78.7 点、開始後 80.2 と大きな変化が見られなかった。

IV. 考察

3ヶ月の関わりの中で、A氏、D氏は参加意欲を維持した事で、学習意欲の向上が見られ自身の容姿に関心が向き始めた。グループワークでは、賞賛や励ましの声が聞かれるようになり、全員が活動への参加を継続することができた。

また、B氏、C氏については感心や意欲の低下は見られたが、プログラムへの参加は継続することが出来た。

このことから、プログラムの目的と必要性を幾度も説明し参加者の行動過程を評価したうえで適宜目標設定を行ったことが参加意欲の維持に繋がったと考えられる。また、グループワークや個別面談のなかでも自身の言動が受容、支持され、認められたことで一定の安心感や居場所を見出すことが出来たのではないかと考えられる。

これらは、A・ウィンストンらが「支持的精神療法では、強制するのではなく、意欲的かつ共感的な場を作り出し、参加者自身が定めた目標を強化するのである」¹⁾と述べている支持的技法に基づきグループを運営し、課題の明確化や実践、モニタリングというマネジメントの手法でスキルの向上を目指したことでモチベーションの維持に繋がったと推察された。

しかし、B氏の入浴に対するモチベーション低下は、生活習慣を指摘したことで否定的にとられ、ストレスとなったことが原因と考えられた。このことから、B氏がこちらの期待した行動を取れなかった事に視点を置くのではなく、不十分な結果であっても「着替えを準備した」行動自体を評価するべきであったと反省した。また、C氏の集中力の低下は、入浴した事自体に満足し行動の過程を振り返る事ができなかったことで学習意欲や目的意識が維持できなかったことが要因と考えられる。このことから、個別性を重視し具体的に達成可能な目標を細かく設定し、評価することで目的意識の強化を図るべきであったと振り返った。

Rehab での結果は、セルフケア項目においての改善は見られず、全般的評価においても変化は見られなかった。社会的活動性や言葉の技能

についてのわずかな改善には、グループワークでの自発的な発言が増えたことや余暇時間に自宅で洗濯をするなどの活動性が向上したことが窺えた。言葉のわかりやすさや社会生活の技能において改善は見られない。このことから、単に発言が増えた事だけでは明瞭さに関する機能的な改善には至らず、機能向上に沿った訓練を要することが必要であると感じられた。また、金銭管理面や公共施設の利用などについてもグループのみの関わりでは普段の生活習慣を改善するまでには至らなかった。

今回のグループでは、継続したセルフケアを実践することを目的としていたが、罹病期間の長さから長期にわたり積み重ねられた生活習慣や行動を短期間で変化させることの難しさを改めて痛感させられた。長期的にグループを実施し、わずかな変化を積み重ねて習慣化することで、初めて行動の変容が見られるのではないかと考えられたため、今後もグループの運営を継続していきたい。

特定のグループ運営についても、A・ウィンストンらによる「支持的技法が参加者の自尊感情や自我機能、適応能力の向上につながる」¹⁾という可能性を示唆することが出来たのではないかと考えられる。

V. 終わりに

今回、セルフケア向上に取り組み、支持的に関わることで、参加者の気持ちの変化を感じることは出来たが、客観的な指標では表すことができなかった。

しかし、支持的に関わることで、利用者の潜在する力を引き出す可能性を見出すことが出来たのではないだろうか。

今後も支持的なかかわりを取り入れながら、利用者が主体的に行動する事を期待したい。

引用文献

- 1) A・ウィンストン／R・N・ローゼンタール／H・ピンスカー:支持的精神療法入門、初版、128、4、星和書店、2009

真に求められる作業療法を目指して ～ アンケート調査から見てきた今後の展望 ～

作業療法課〇與 由衣 新里 愛理 大城 大志
久保田 翔 新里 将悟 比嘉 創

I. はじめに

リハビリテーションの目的は、対象者の Quality Of Life (以下QOLと略す) を高める事に集約される。この言葉は様々な文献において『生活の質』『人生の質』と略されているが、QOLを高めるためには対象者の“主体性”を引き出す事が重要であり、例えば、「独り暮らしをしたい」「好きな趣味を存分に楽しめる人生を送りたい」といった希望を抱いてもらう事が基本である。

現在当院で行われている作業療法は、20名程の大集団プログラムであるために個々のニーズに充分には応えられていない現状がある。療養者のQOLを高める為には、希望するリハビリを踏まえた上でそのニーズを正確に捉え、療養者自身が主体性を持って参加できるプログラムが理想だと考える。

そこで今回、療養者の希望を知るためにリハビリテーションに対する意識調査を行った。その結果から療養者のニーズを考察し、今後当院で行うべき作業療法やリハビリに対するプログラムについてまとめたので報告する。

II. 研究方法

1. 研究方法

調査を行った項目のうち『あなたにとってどんなリハビリが必要だと思いますか?』との質問に対する回答をまとめた。

調査は基本的に聞き取りで行ったが、上手く答えられない療養者に対しては、幾つかの選択肢の中から複数回答を得た。

質問に関しての回答を病棟別に分け、回答者の背景を加えて報告する。

2. 倫理的配慮

研究発表を行うにあたって個人が特定されないよう配慮し、療養者への聞き取り調査は任意で行った。

表1 研究方法

調査目的: 作業療法・リハビリテーションに対する意識調査
対象者: 入院中の療養者 (拒否や病状の為に回答が得られなかった方を除く117名)
調査期間: 平成25年3月27日～4月22日
調査方法: 全16項目について、作業療法士が療養者個々に聞き取り調査を実施。 上手く答えられない療養者には、幾つかの選択肢を提示して、その中から複数回答を得た。
研究方法: 調査項目のうち 『あなたにとってどんなリハビリが必要だと思いますか?』の質問への回答をまとめた

表2 調査項目の選択肢

あなたにとってどんなリハビリが必要だと思いますか?

※複数回答可

()

※答えられない方には下記の選択肢から選択してもらう

- ①対人交流の練習 ②家事の練習 ③金銭管理の練習
- ④服薬管理の練習 ⑤病気の勉強 ⑥薬の勉強
- ⑦一人暮らしの練習 ⑧施設へ行く準備 ⑨就労の練習
- ⑩家族との関係を良くする

III. 結果

1. 1病棟

表3 回答が得られた1病棟療養者の背景

回答者	: 49名中29名
平均年齢	: 53.9歳
平均罹病期間	: 約22年3ヶ月
平均入院期間	: 約3年1ヶ月

- 罹病期間・入院期間共に長い。
- 閉鎖処遇の方が大半を占め、症状が活発な方や、障害が重度の方が多い。

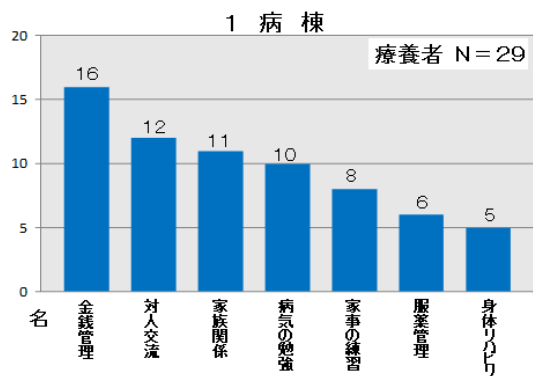


図1 どんなりハビリが必要だと思いますか(複数回答可)

『金銭管理の練習』が必要と回答した療養者が16名、『対人交流の練習』が必要と回答した療養者が12名、『家族との関係を良くしたい』と回答した療養者は11名であった。

2. 3病棟

表4 回答が得られた3病棟療養者の背景

回答者 : 23名中16名
 平均年齢 : 48.0歳
 平均罹病期間: 約11年6ヶ月
 平均入院期間: 約1.3ヶ月

○急性期病棟のため、入院して間もない方が多い。
 ○症状が活発な方から落ち着いた方まで、様々な病態の方が混在する。

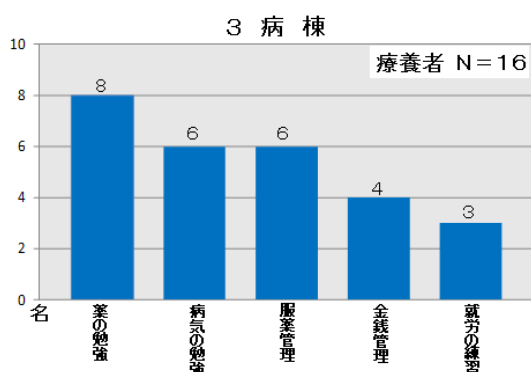


図2 どんなりハビリが必要だと思いますか(複数回答可)

『薬の勉強』が必要と回答した療養者は8名、『病気について詳しく知りたい』と回答した療養者は6名と自身の疾病や薬に対して関心の高さが示される結果となった。

3. 5病棟

表5 回答が得られた5病棟療養者の背景

回答者 : 56名中25名
 平均年齢 : 53.4歳
 平均罹病期間: 約24年9ヶ月
 平均入院期間: 約3年10ヶ月

○罹病期間・入院期間共に長い、症状は比較的落ち着いた方が多い。

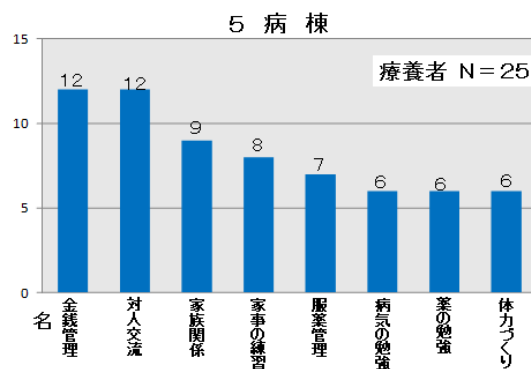


図3 どんなりハビリが必要だと思いますか(複数回答可)

『対人交流の練習』、『金銭管理の練習』が必要と回答した療養者はどちらも12名であり、『家族関係を良くしたい』と回答した療養者は9名であった。

4. 6病棟

表6 回答が得られた6病棟療養者の背景

回答者 : 49名中29名
 平均年齢 : 53.0歳
 平均罹病期間: 約20年11ヶ月
 平均入院期間: 約2年7ヶ月

○症状は、ほぼ落ち着いた方が多い。
 ○様々な疾患を呈する方が混在している。

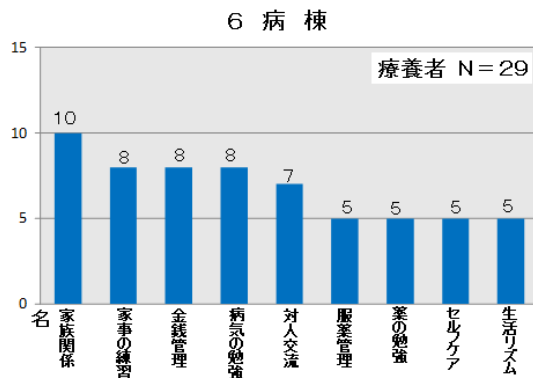


図4 どんなりハビリが必要だと思いますか(複数回答可)

『家族関係を良くしたい』と回答した療養者が10名、『家事の練習』が必要と回答した療養者8名であった。買い物や、調理、退院後のサービスを知りたいなど、具体的な意見が多く挙げられた事も特徴である。

IV. 考察

各病棟から挙げた回答のうち上位に上がった意見に着目し、回答した療養者のニーズを考察した上で今後求められるアプローチについてまとめる。

1病棟では、『金銭管理』を挙げた療養者が16名と最も多かった。しかし別の質問では、その内半数が“退院後の生活は考えていない”と答えており、金銭管理について、この先の生活に向けてというよりは、「お金が足りない。」といった現状の訴えも含んだ意見だと言える。1病棟の療養者は、症状や障害度が重いために自身の今後の生活を現実的にイメージできる方は多くない。今現在の生活にしか関心が向けられず、目の前の困ったことをどうにかして欲しいという意見が挙がってきたのだろう。

作業療法士ができる事は、まず生活の中で金銭以外に関心や楽しみを持てる機会を提供して療養者のQOLを高める事ではないかと考える。

現在のプログラムも2～3グループに分かれて運営はされているものの、こちら側が用意したプログラムに参加を促しており、必ずしも療養者が希望して参加をしているとは言い難

い。作業療法場面で少しでも主体性を持てる場の提供が行えるよう今後は“提供される”プログラムから“自身が望んで参加する”プログラムを目指し、療養者自身が選択して参加できる企画をしたり、希望や意見を引き出すような関わりが求められる。

3病棟の療養者からは、薬や病気の勉強に対するニーズが高かった。3病棟では、ある程度症状が落ち着くと自身の状態を現実的に捉える事ができる方が多い。したがって、毎日口にする薬への疑問や入院の原因となった病気への不安や知識を得たいという思いが湧くのは、ごく自然なことだと考える。知識を得るための疾病教育については、様々な病態を呈する療養者が混在するためにケース・バイ・ケースの対応が基本になるが、服薬や病気に関する不安感に対しては、現在行っているオリエンテーションの場を利用し回復過程の説明や意見交換の場を設け「一人ではない」と感じる機会をすることで、安心して療養生活をおくる土台作りを行う事もリハビリテーションの担う役割ではないだろうか。また、3病棟ではリハビリプログラムとして主に軽作業(草細工・ぬり絵など)を行っているが、こういった軽作業によって療養者がちょうど良い疲れを感じその後の休息を促進できたり、作業療法場の場が回復初期に見られる漠然とした不安焦燥感を発散できる場となる事が大切だろう。入退院が多く、めまぐるしく患者層が変化する3病棟にあたっては、その時々患者層に見合った作業種目を選択する判断力が、これまで以上に重要になると考える。

5病棟は、罹病期間・入院期間共に長いが、症状は比較的落ち着いている方が多い病棟である。5病棟からも同じ療養病棟である1病棟と似た項目が上位3位に挙がっていた。1病棟と同じく『金銭管理』を挙げた療養者を検証すると、そのうち退院後の生活について「考える」と回答した療養者は67%であった。このように回答した療養者に、自己管理をしている方が多

い事などからも「上手くお金をやりくりしたい。」など金銭管理を今後の生活を見据えた上で、自身の課題として捉えられているのではないかと考える。

このような自身の課題と直面するようなストレスのかかるプログラムでは、共に取り組む仲間の存在やその集団の凝集性が高い事がポイントになる。山根¹⁾は「目標を理解して参加したメンバーからなる集団は所属感とモチベーションを高め、集団療法の治療因子がより効果的に機能する。」と述べており、共通の目的を持った小集団でのアプローチが適当だと考える。

また、現在行っている小グループでも、必要に応じた運営方法をとっているが、今後も金銭管理や、セルフケア、施設見学等、ニーズに応じて小集団の目的や内容をタイムリーに変更して行く柔軟な運営が求められる。

最後に、6病棟では、退院後の生活に関して調理活動、買い物や退院後のサービスを知りたいなど具体的なプログラムを希望する意見が多く挙がった事が特徴である。そのことから、退院後の生活をより具体的にイメージできていると感じた。個々に挙がってくるこれらのニーズにグループで対応する事は難しく、加えて様々な疾患が混在している事でアプローチ方法も多種多様になるため、療養者が希望する社会資源や公共機関の利用といった^{※1)}生活関連動作に関しては、個別プログラムが有効だと感じる。課題をより明確に具体的にイメージ出来る分、その不安も大きいことも予想される。何に対して不安を感じるのか詳細なモニタリングを行い、徐々に順応していけるようにサポートする能力がOTRには求められる。

また、6病棟では家族関係を良くしたいという意見を挙げた療養者が最も多かったが、その回答者を検証すると他の療養者と比べて比較的外泊をされている方が多く、単純に家族と会いたいといった要望ではなく、家族との関係を良くしたいという意見だと考えられる。抱えている問題点はそれぞれの家族で違うが療養者

の持っている能力を適切に評価し、家族へ伝えていく事もOTRの役割だと考える。

V. まとめ

1. 1病棟では、生活の中で金銭以外に関心や楽しみを持てる機会を提供して療養者のQOLを高めるプログラムが重要。
2. 3病棟では、安心して療養生活をおくる土台作りと療養者の状態に合った作業種目を提供する事がOTRの役割。
3. 5病棟では、自身の課題と直面する様なプログラムになるため、小集団でのアプローチが適当。
4. 6病棟では生活関連動作など生活に密着した個別のアプローチを行い、同時に療養者が感じる不安を取り除いていく事が今後の課題。

VI. おわりに

先だって行った調査では、職員に協力していただいたアンケートや、療養者に対する別の質問からも多くの貴重な意見をいただいた。今回の報告ではその一部しかまとめる事はできなかったが、別の機会を設け、ぜひ報告したいと考えている。

今後もリハビリテーションに対する意見に真摯に耳を傾け、対象者のニーズにこたえる事が出来る質の高い関わりを目指していきたい。

引用文献

- 1) 山根 寛:精神障害と作業療法 第2版、P36、P85 三輪書店 2006.

注釈

- ※1) 生活関連動作：買い物、炊事、掃除、洗濯など

急性期治療病棟における心理教育の影響について ～ 過去5年間の実践データより ～

第3病棟 ○比嘉 千奈美 比嘉 和枝

I. はじめに

当病棟では平成9年より統合失調症の患者を対象に病識獲得及び服薬遵守の目的で心理教育を導入してきた。平成12年には「療養者セミナー」（以下セミナーと略す）と名称を変更、平成20年よりアドヒアランスを重視したパネルを用いた新たな方法で実施している。これまでの当院の医学会でセミナーについては数題報告されている。

現在の方法でも質的な効果は感じているが、ケースによっては退院後の治療継続や服薬管理等の課題もあり検討を要する時期にきていた。

そこで今回、今後の展開に活かすため過去5年間の実践データを基に、セミナーが患者に与えた影響について分析してみた。その結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 調査期間

2008年1月～2012年12月（5年間）
（転帰のみ最終セミナー実施3ヶ月後の2013年2月まで）

2. 調査対象者

調査期間中にセミナー全3回に参加した134名中、セミナー開始前と終了後に実施した疾病・薬物知識度調査（以下KIDIと略す）の評定が可能だった108名。

表1 対象者の背景(N=108)

性別:	男性67名	女性41名
平均年齢:	40.32歳	(±10.16)
平均罹病期間:	11.43年	(±9.09)
平均入院回数:	2.74回	(±2.79)

3. 倫理的配慮

調査にあたり個人が特定されないよう配慮した。

4. KIDIについて

久留米大学で開発された精神科の症状や治療に関する知識度を測定するための尺度である。精神症状と精神科薬物に関する質問20項目からなり、三者択一形式で正解を1点、不正解を0点とし合計得点を算出する。（参考資料参照）

5. 療養者セミナー運営方法

1) 対象者：当病棟入院中の統合失調症と診断を受け病名を告知されている患者。セミナーを理解できると判断した者。1グループ4～5名。

2) 回数：全3回を1クール
毎週火曜日 14:30～15:30

3) 担当：臨床心理士を中心に作業療法士、看護師がそれぞれの役割を担い、プログラムに応じ医師が参加した。

4) 療養者セミナーの流れ（図1）

- ・毎月始めに院内メールで対象者を募る。
- ・最終的に回診カンファレンスで参加者と実施日を決定する。
- ・その回の担当ナースは実施前のKIDIを実施し点数や内容について院内メールで情報を流す。
- ・当日開始前に参加スタッフにてプレミーティングを実施し患者個々の情報を共有しセミナーでの関わり方等を吟味した。

*セミナー実施

- ・終了後にレビューミーティングを実施し、反省点や対象者個々の問題点などについて振り返り、次回の方針に役立てた。

- ・セミナーの様子を院内メールで流す。
- ・回診カンファレンスにて経過及び結果を報告し意見を聴取した。
- ・全3回終了後、担当ナースはK I D Iを実施し点数や内容について院内メールで情報を流す。

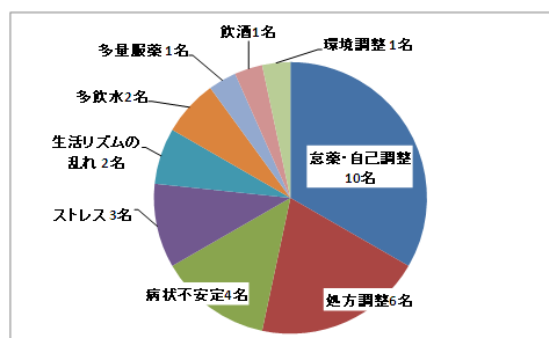


図2 再入院に至った理由 (N=30)

6. 調査方法

- 1) 退院後の転帰
- 2) 再入院に至った理由
- 3) セミナー前後のK I D I平均点 (総得点)
- 4) K I D I項目別正解率の変化

III. 結果

1. 表2へ対象者108名の退院後の転帰を示した。退院者102名のうち外来継続中 (外来継続群) 56名、再入院 (再入院群) 30名、転院12名、外来中断2名、死亡2名であった。

表2 対象者の転帰 (N=108)

H25・2・28現在	
入院中 6名	退院者 102名
外来継続:	56名
再入院:	30名
転院:	12名
外来中断:	2名
死亡:	2名

2. 次に再入院に至った理由を図2に示した。怠薬や自己調整によるもの10名、処方調整目的6名、病状不安定4名、ストレス3名、生活リズムの乱れ2名、多飲水2名、多量服薬1名、飲酒1名、生活環境の調整1名であった。

2. 図3へ転帰別K I D Iの平均点の変化を示した。全体では12.63 (±4.21) から14.72 (±3.51)へ増加した。外来継続群では12.59 (±4.5) から14.84 (±3.36)へ増加し、再入院群では13.17 (±4.1) から14.87 (±3.78)へ増加した。転帰別の分類では特に有意差はなかった。

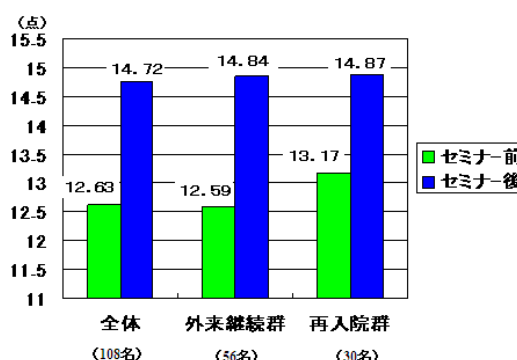


図3 転帰別セミナー前後KIDIの平均点

対象者108名を入院回数別で見るとセミナーを受けた時の入院が初回入院だった対象者 (A群) 51名、2回目以降の入院だった対象者 (B群) は57名であった。

再入院群30名のうち、A群は8名、B群は22名であった。図4にそれぞれのセミナー前後の平均点を示した。A群は13.25点から16.5点と3.25点増加している。B群は13.14点から14.27点で1.13点の増加であり、両者の間に有意差はなかった。

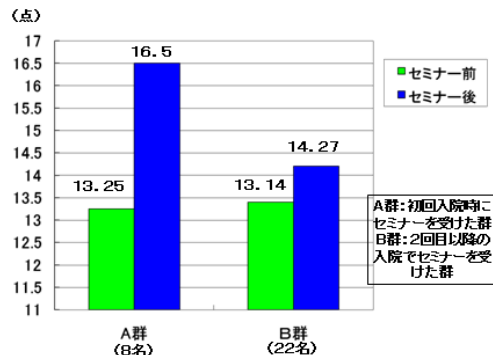


図4 再入院群入院回数別平均点 (N=30)

外来継続群 56 名のうち、A 群は 32 名、B 群は 24 名。図 5 にそれぞれのセミナー前後の平均点を示した。A 群は 12.75 点から 15.03 点で 2.28 点増加し、B 群は 12.38 点から 14.58 点で 2.2 点の増加であった。有意差はなかった。

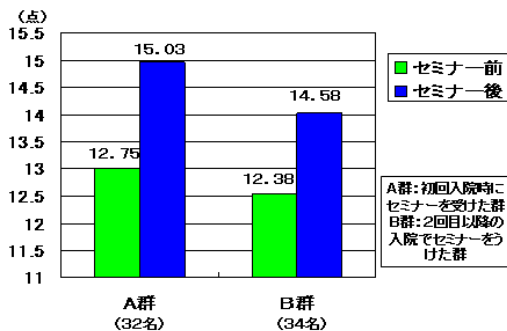


図5 外来継続群入院回数別平均点 (N=56)

3. 図 6 にセミナー前後の K I D I 項目別正解率を示した。前の平均正解率は 63.1%、後は 73.6% で 10.5% 増加していた。セミナー後では 10 項目は 80% 以上であったが、⑬抗精神病薬の副作用については 25% と、低かった。⑰デボ剤の効果についても 47.2% であった。

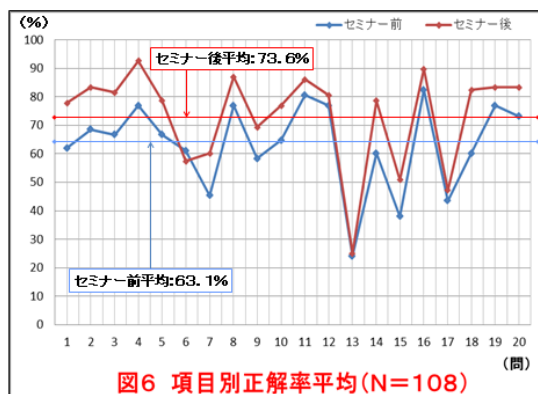


図6 項目別正解率平均 (N=108)

図 7 に再入院群の K I D I 項目別正解率の変化を示した。セミナー前の平均正解率は 65.8%、後は 74.3% で 8.5% 増加していた。前後ともに全体の平均正解率を上回っていた。

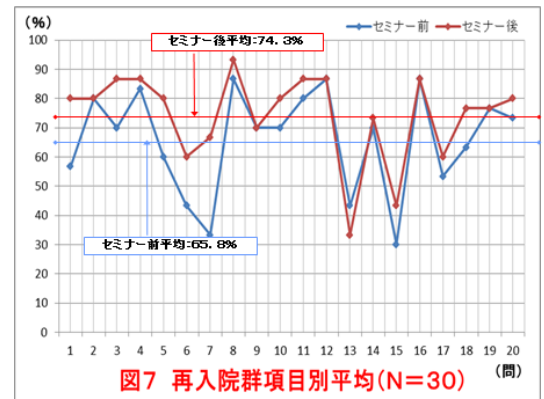


図7 再入院群項目別平均 (N=30)

図 8 には外来継続群の K I D I 項目別正解率の変化を示した。セミナー前 62.9%、後が 74.2% であり、11.3% 増加していた。

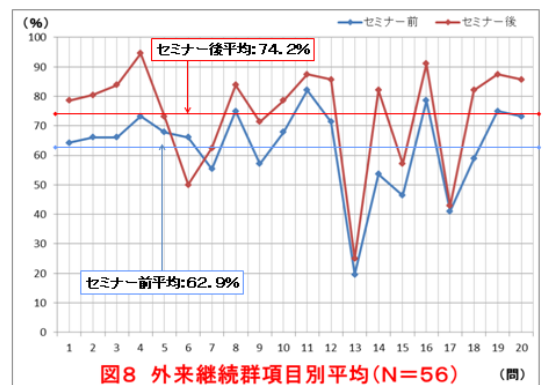


図8 外来継続群項目別平均 (N=56)

図 9 に、K I D I 20 項目のうち、これまでの経験から再発防止に直接関連すると思われる項目を抽出したところ③④⑥⑧⑨⑯の 6 項目であり、それぞれの内容を以下に示す。

- ③精神症状出現時の対処
- ④抗精神病薬の長期連用について
- ⑥薬の飲み忘れへの対処
- ⑧服薬維持の重要性
- ⑨薬物療法と社会的治癒
- ⑯治療中断と再発

6 項目の正解率の平均を再入院群と外来継続群とで比較、検討してみた。

再入院群のセミナー前が 73.3%、後は 80% であり 6.7% 増加していた。外来継続群ではセミナー

前が67.6%、後は85.4%で17.8%増加していた。両群間に著しい有意差が認められた。

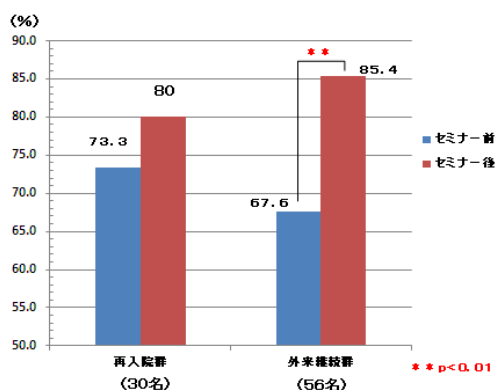


図9 転帰別抽出項目正解率の変化

IV. 考察

退院者102名のうち56名は外来を継続しており、外来中断2名以外は再入院の30名も外来を継続していた。再入院の理由として、怠薬や自己調整により再入院に至った対象者は10名で、セミナーを受けた対象者の約1割に当たる。残りの20名の再入院の理由のうち過剰なストレスや生活リズムの乱れなどによる病状悪化もあるが内服調整や環境調整目的の短期間の任意入院等は病状悪化を未然に防ぐ手立てであり、質的な効果として評価出来るのではないかと考える。質的な効果については次回の研究テーマとしたい。

セミナー前後のKIDI平均点で再入院群と外来継続群では特に差はなかったことから両者の病識度はそれほど変わらないと考える。しかし、入院回数で比較すると差が認められた。再入院A群はセミナー前後とも平均点は全体よりも高く、さらに伸び率が高い。これは、初めて病気や薬について学ぶことで関心を持ち、セミナーでの学習が病状の改善等を実感しやすい時期だけに知識の習得に強い影響を与えていると考えられる。

B群は入退院を繰り返すことで知識はついていくが、これまでの考え方を簡単に修正ができないためではないだろうかと思われる。

初回入院の患者だけでなく、数回入退院を繰り返している患者と同一グループに所属させた場合、これまでの自身の体験談から、助言する場面もみられた。意見交換することで横の繋がりができ、

セミナー参加後の感想でも、症状について「自分だけではないということが分かり安心した」との発言も多く聞かれ、病気や薬に対する今後の治療や退院後の生活も受け入れやすくなるのではないかと考える。

図6、図7、図8の結果から、全体的に正解率が低い⑬抗精神病薬の副作用についてであるが、セミナーの中ではパーキンソン症状という表現で副作用について触れていないことが影響していると思われる。セミナーでは個々で症状と副作用のイラストの書かれたパネルを選ぶ方法で学習しているが、副作用については十分な知識を提供出来ていないと思われる。その他の不正解の項目についても個別に適切な指導が必要になると思われる。

最後に、図9の結果であるが、今回の調査のなかで唯一著しく有意差が認められた。これまでの経験から抽出したこの6項目を合計した平均が再入院群と外来継続群間で有意差を示した。KIDIの総得点でも、全項目の正解率でも両群間に有意差は認められなかった。つまり、この6項目と転帰との因果関係の可能性が示唆された。

今後のセミナー展開を考える上で、これらの再発防止に重要な項目の知識度を高める事は外来継続出来る重要なポイントになり得ると思われる。

V. 終わりに

これまで長期に急性期中核的リハビリテーションとして実施してきた療養者セミナーであるが、今回の調査で明確になった点を改善し、さらに有効なセミナーへと展開していきたい。

参考文献

- 1) 連理貴司：精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果 37(10)1031-1039 精神医学、1995

参考資料

KIDI 質問項目 (久留米大学精神神経科学教室 前田らによる) (一部当院用に修正)

<<アンケート>>

氏名

各質問について、3つの答えの中から正しいと思うものを1つ選び、その記号に○をつけて下さい。

1. 症状とは何ですか。
 - A 風邪やインフルエンザにかかること
 - B 病気のサイン
 - C 生活上の問題点
2. 精神科の症状について、正しいものはどれですか。
 - A 精神科の症状は、自分で気づくことはできない。
 - B 精神科の症状は、自分の性格を表している。
 - C 精神科の症状は、どんな人にでも現れる可能性がある。
3. 精神科の症状が現れたら、どのように対処しますか。
 - A がんばって、精神力で治す。
 - B 家族に相談する。
 - C 医師に相談する。
4. 健康な生活を送るうえで、毎日の睡眠時間はどのくらい必要ですか。
 - A 4～6時間
 - B 7～9時間
 - C 11～13時間
5. 睡眠について、正しいものはどれですか。
 - A 精神科の病気では、多くの場合不眠になる。
 - B 調子が良いときには、何日か眠らなくても平気である。
 - C 夢を見るのは眠っていない証拠である。
6. うつ状態について、正しいものはどれですか。
 - A 眠りすぎる。
 - B 新聞やテレビへの興味が薄れる。
 - C 身体症状は出ない。
7. そう状態について、正しいものはどれですか。
 - A 自分のやる事がすべて正しいと思う。
 - B 仕事がどんどんはかどる。
 - C 眠りすぎる。
8. 被害妄想について正しいものはどれですか。
 - A 自分に何か悪いことが起こると思いこむ。
 - B 意欲がなくなる。
 - C 薬では治すことができない。
9. 次のうち、精神科の症状といえるのはどれですか。
 - A ひきこもり (自閉)
 - B 自己嫌悪
 - C 手がふるえる
10. 幻聴や被害妄想は、どんなことが主な原因となって起こりますか。
 - A 気の弱さ
 - B 脳の神経伝達物質の問題
 - C 因縁・たたり
11. 精神安定剤の作用として、正しいものはどれですか。
 - A けいれんを予防する。
 - B 精神科の再発を防ぐ。
 - C 性格を明るくする。
12. 薬をのんで、ねむけや手足のふるえ、のどの渇きが起こることについて
 - A 薬の効果があることを現している
 - B 薬の効果がないことを現している。
 - C 薬の副作用として起こっている。
13. 精神安定剤をのんだとき、現れやすい副作用はどれですか。
 - A 食欲減退
 - B 神経痛
 - C パーキンソン症状
14. 精神安定剤について、正しいものはどれですか。
 - A 5年以上のむと危険である。
 - B 薬に頼ると、くせになるので良くない。
 - C 薬をのみ続けても、性格や人間性が変わることはない。
15. 睡眠導入剤について、正しいものはどれですか。
 - A 長い期間のんでも、安全である。
 - B のむと、よだれが出やすくなる。
 - C 服用をやめると、禁断症状が出る。
16. 精神科の薬をのみ忘れた時、どうしたらいいでしょうか。
 - A 1週間くらいならば、のみ忘れても平気である。
 - B どのくらいのみ忘れたかを主治医に報告する。
 - C 薬局で薬を買い、代わりにそれをのむ。
17. 精神科の注射について、正しいものはどれですか。
 - A のみ薬に比べて、危険である。
 - B のみ薬に比べて、効果が弱い。
 - C 1回の注射で、1ヵ月くらい効果が続くものもある。
18. 症状がおさまらず、治ったように感じられるとき、薬はどうしますか。
 - A のんでものまなくても、たいして状態が変わらなければ、やめてもよい。
 - B 再発の予防のために、のみ続ける。
 - C 家族に相談して決める。
19. 精神科の病気について、正しいものはどれですか。
 - A 精神科のために自殺することはほとんどない。
 - B 退院するということは、病気が治ったということである。
 - C 薬をのみ続けていても、社会復帰はできる。
20. 病気の再発の主な原因はどれですか。
 - A 服薬や通院をやめること。
 - B 自然の成り行き
 - C 親のせい

宿泊型自立訓練施設における薬の自己管理を目指した取り組み ～ 双方向的コミュニケーションを通して得られた課題と今後の展望 ～

社会復帰施設部 ○渡慶次よしの 世名城 明菜 仲井間 一美
伊芸 知佳代 池田 弘子 栄野比 千秋
榎木 宏之（心理課） 安座間 剛（薬剤課）

I. はじめに

自立訓練事業所しせいかい「桜邸」では、第24回志誠会医学会において、逸脱行動を伴い再入院に至る利用者の割合が高いことが明らかとなった。そこで逸脱行動の背景を検証し、個々の病状悪化時のサインを把握しタイムリーに介入することで施設生活への定着が可能となった。しかし、依然として病状観察を含む疾病管理の対応に支援の比重が置かれている。なかでも職員による薬の管理は全利用者の7割を占めており、誤薬に繋がるリスクの高さや、一方では利用者の依存を助長させることにも繋がり、自立生活に向けた更なるプログラムを導入する必要があった。管理されることが当たり前だった利用者において、薬の自己管理は意外にもストレスとなり、日々の疲れや生活リズムの崩れから管理日数を延ばせず、完全に薬を自己管理するまでには至っていない。そこで、集団力動を利用して関わることで薬の自己管理へのストレスや不安感の軽減を図ることを目的に小グループ活動を実施した。

今回、グループの様子や利用者の発言、薬や病気に関連する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

表1 研究方法

期 間	2012年11月～2012年12月（約1カ月） 全5回を1クールとし、小グループ活動を実施
対象者	服薬遵守に失敗した過去があり、職員にて薬管理中で、小グループ活動での服薬支援にてステップアップが見込まれる者5名
評価方法	①疾病・薬物知識度評価尺度（KIDIと略す）の比較 ②個人記録及び観察記録の検証 ・小グループ活動前後3カ月間 ・小グループ活動中の言動

1. 期間と実施内容

2012年11月～2012年12月（約1ヶ月）
全5回を1クールとして、テーマ別で小グループ活動を実施した。

2. 対象者

服薬遵守に失敗した過去があり、職員にて薬を管理中で、小グループ活動での服薬支援にてステップアップが見込める者とした。

3. 評価方法

1) 疾病・薬物知識度評価尺度（以下KIDIと略す）を小グループ活動前後で比較
KIDIは、精神症状や薬物療法についての知識度を測定するための尺度である。内容は精神症状や症状の特徴に関する10項目と、薬の主作用や副作用、薬を飲み忘れた時の対処法などに関する10項目、計20項目から成り立っている。正解は各1点とし、20点満点で計算され、点数が高いほど知識度が高いことを示す。

2) 個人記録及び観察記録の検証

①小グループ活動前後3ヶ月の薬や病気に
関連する言動の変化

②小グループ活動中の言動

4. 小グループ活動の内容

1) プログラムの紹介

表2 プログラムの紹介

	テーマ	目的	
オリエンテーション	グループの目的を知る	グループの目的理解	
第1回	自分の薬の管理状況を知る	他メンバーへの関心を高め、自己分析を促す	双方向的コミュニケーション
第2回	病状悪化時のサインとその時の対応を知る	病的体験の共感と自己分析を促す	
第3回	ストレスについて ～臨床心理士による講義～	薬の内服と生活リズムの重要性についての知識の提供	セミナー形式
第4回	薬の飲み方について ～薬剤師による講義～	適切な薬の飲み方と薬の働きについての知識の提供	
第5回	自己管理の振り返りと相談の仕方について	グループの振り返りと相談についての気づきを促す	双方向的コミュニケーション

第1～2回、第5回においては、双方向的コミュニケーションを多用して自問や気づきを促し、第3～4回にセミナー形式による知識の提供を行った。第2回より、薬の管理日数を延ばして自己管理に挑戦した（表2）。

2) グループ運営の流れ

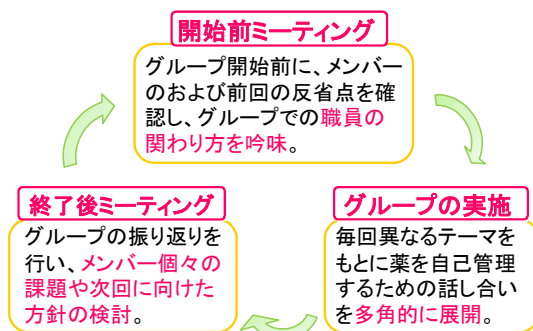


図1 グループ運営の流れ

開始前ミーティングでは、メンバーの状態及び前回の反省点を確認し、グループでの職員の関わり方を吟味した。終了後ミーティングにてグループを振り返り、メンバー個々の課題や次回に向けた方針を検討した（図1）。

3) 職員の構成と関わりのポイント

職員は、精神保健福祉士、臨床心理士、薬剤師の多職種で構成した。以下のポイントに重点を置き、意識して関わった（表3）。

表3 関わりのポイント

- ①ソクラテス式質問法を用いて気づきや自問を促す関わり方
- ②双方向的コミュニケーションの活用
- ③安心して実体験や思いを語り合える環境の設定
- ④紙芝居や職員によるロールプレイなど視覚的媒体の活用

III. 経過及び結果

1. 対象者の背景を、表4に示す。

表4 対象者の背景

対象者	年齢	診断名	罹病期間	Rehab 総合得点	薬の管理状況	エピソード
A氏	50代	統合失調症	33年	39.5	1日自己管理	拒薬 内服調整の相談できず 逃げるように放浪
B氏	50代	統合失調症	34年	100	1日自己管理	飲み忘れ頻回 用法/用量を無視した 危険な飲み方
C氏	60代	統合失調症	44年	78	1日自己管理	病感はある 症状の理解が乏しいため、 薬内服の躊躇づけが 不十分
D氏	50代	統合失調症	25年	77	職員管理 目の前で内服	何度か自己管理に挑戦 するも失敗 管理されることに依存 病感なく病感があるが認めず
E氏	30代	統合失調症	8年	42	1日自己管理	病状安定し、病気が治った と思い自己判断で 服薬中断

全員、統合失調症患者であり、罹病期間は8年～44年と幅があった。又、拒薬や怠薬のエピソードが認められる。

2. KIDIの比較

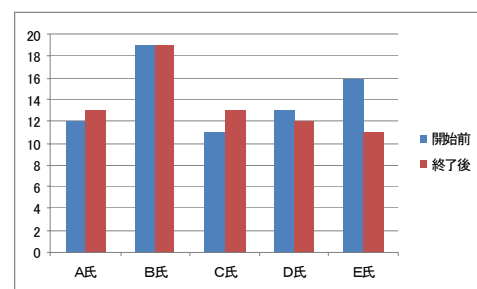


図2 KIDIの比較

A氏とC氏においては、若干点数が上昇している。D氏とE氏は、点数が減少している。B氏は、点数に変化が見られなかった（図2）。

3. 小グループ活動の経過

表5 小グループ活動の経過 ①

テーマ	職員の関わり	グループの様子	メンバーの言動
「第1回」 自分の薬の 管理状況を知 る	・滑舌の悪さや聞こえづらいため、挙がった発言を皆に投げかけ共に考える雰囲気づくりを行った。	・他メンバーへ、薬を飲み忘れた時の状況について質問あり。 ・他メンバーに対して、具体的な助言や提案があった。 ・他メンバーの発言を通して自己を振り返る。	A氏：飲み忘れない対策の提案にて「そっか、私もポケットを使えば良いんだ。」 B氏：「飲み忘れているから、(自己管理が)うまくいっているとは言えない。」
「第2回」 病状悪化時の サインとその時の 対応を知る	・グループの輪に入るのが難しいメンバーの隣に意図的に職員を配置。 ・そのメンバーの発言を繰り返し代弁することで交流の促進を図った。	・あるメンバーの発言をきっかけに症状を否定していたメンバーや自発語の乏しいメンバーが病的体験を語り始める。	D氏：「入院していた時に飲んだことがある。」と語る。

1) 第1回

「自分の薬の管理状況を知る」

始めから何気ない交流は取れているが、滑舌の悪さや耳の遠さからグループの輪に入れないメンバーもいた。そこで、グループ内で挙がった発言を他メンバーへ投げかけ、皆で考える雰囲気を作った。管理状況を語り、他メンバーの話を聞く中で自己を振り返る様子が見えがえた。「食後薬の飲み忘れが多い」との発言に、飲み忘れたときの状況を質問するなどメンバー間で関心の高さが見られ、具体的な対策が立てられた(表5)。

2) 第2回

「病状悪化時のサインとその時の対応を知る」

グループの輪に入れないメンバーの隣に意図的に職員を配置し、発言を繰り返し代弁することで交流の促進を図った。「薬が自分に合っていないと思っていた。家族から薬を飲みなさいと言われるのが嫌でホームレスをしていた。」と、A氏の発言をきっかけに、症状を否定していたメンバーや自発語の乏しいメンバーから自然に病的体験を語りだす場面が見られ、グループ全体が話しやすい雰囲気になった。「他の人にもあるんだ。」「意外!」と驚きを見せながら、病的体験を共有した(表5)。

表6 小グループ活動の経過 ②

テーマ	職員の関わり	グループの様子	メンバーの言動
「第3回」 ストレスについて ～臨床心理士による講義～	・メンバーの発言を他メンバーに代弁してもらったことで、グループ内のコミュニケーションを図る。 ・施設職員もメンバーと同じ質問をする。	・下を向いていたメンバーが、紙芝居に関心を示し顔を上げて参加。	A氏：生活リズムの説明を聞き、「デイケアにも意味があるんですね。」
「第4回」 薬の飲み方について ～薬剤師による講義～	・メンバーの情報を共有し、薬剤師より危険な飲み方をするB氏に対し、意図的に振り返りを促した。 ・職員もメンバーと同じように講義を受ける。	・施設職員もメンバーと対等な立場で意見や感想を共有。 ・相談の仕方についていくつか選択肢を伝えることで、自発語の少ないメンバーからも積極的な質問あり。	C氏：「コーヒーで2～3回飲んだことがある」「薬はどんなやつたら無くなりますか?」と質問。

3) 第3回

「ストレスについて～臨床心理士による講義～」

臨床心理士の助言もあり、滑舌の悪さや独特な言い回しをするメンバーの発言を他メンバーに代弁してもらうなど、メンバーの力を活用して、グループ内のコミュニケーションを図った。臨床心理士による紙芝居を用いた説明では、今まで下を向いていたメンバーが顔を上げて参加しており関心の高さがうかがえた。横並びの関係を意識して、臨床心理士からメンバーだけでなく施設職員にも「自分にとってのストレスは?」と同じ質問をし、個々の意見を共有したうえで人や状況によってストレスも異なることを確認した。ストレスに強くなるためにも安定した生活リズムが大切との説明に「デイケアにも意味があるんですね。」と、実生活に照らし合わせた発言が聞かれた(表6)。

4) 第4回

「薬の飲み方について～薬剤師による講義～」

統合失調症について、薬剤師の手とメンバーの手を使い、脳における神経伝達の様子を説明した。視覚的に訴えることで話に入れないメンバーの関心を引き、理解を促した。また、開始前ミーティングにて自己判断で危険な飲み方をするメンバーの情報を共有し、グループ中に薬剤師から意図的に振り返りを促した。薬剤師による説明をメンバーと対等な立場で施設職員も聞き、意見や感想を共有した。自分の意思を何でも伝えられるようにメモを取る工夫や、主治医だけでなく薬剤師や施設職員にも相談

が出来ることを伝えた（表6）。

表7 小グループ活動の経過 ③

テーマ	職員の関わり	グループの様子	メンバーの言動
「第5回」 自己管理の 振り返りと 相談の仕方 について	・グループの経過を 振り返り、急遽「相 談」について盛り 込む。 相談の仕方につ いて参加メンバー の特徴を例に挙げ 職員にてロールプ レイを行う。	・これまで、相談の必 要性を感じていなか ったメンバーから、相談 の必要性を感じてい る発言が聞かれる。	B氏：「自分で考えるこ とが問題だと思う。」 他メンバーの発言に 対し、「○○っていうこ と？」と聞きかえす。 D氏：「自分で分からな いから相談の方が良 いよ。」

5) 第5回

「自己管理の振り返りと相談の仕方について」

開始前ミーティングにて、グループの経過や生活場面での様子を振り返り“相談”がうまく出来ていないことを確認。急遽、グループに「相談」についての内容を盛り込むことにした。グループ中、飲み忘れた時の対処について「自分で判断できるよ。」と、全員が相談の必要性を感じていなかった。相談の必要性や仕方を考えてもらう為に、メンバーの特徴を例に挙げて、どのような相談の仕方が伝わりやすいかロールプレイを行った。その結果、今までの自分の様子を振り返り「問題だと思う。」「相談した方が良いよ。」等と、発言内容に変化が見られた。最終回になると、メンバー同士で考えを汲み取り代弁するなど、お互いの意見に関心持っている様子が見られた（表7）。

4. 個人の経過

メンバー5名の個人記録及び観察記録から、大きく変化のあったメンバー2名を抽出した（表8）。

表8 個人の経過

	グループでの様子	グループ終了後の様子	グループ終了後薬の管理状況
B氏	・臨床心理士や薬剤師の説明に関心を示す。 ・自身の薬の飲み方を振り返り、適切な飲み方についての発言あり。	・自己判断での危険な飲み方をしなくなった。 ・飲み忘れ時に自主的に報告。	・1週間管理
D氏	・他者の発言をきっかけに病的体験を認める言動が出てきた。 ・幻聴は否定するも、幻聴の説明に深く傾く場面あり。	・幻聴を認める。 ・薬の必要性の理解がうかがわれる発言。	・3～4日管理 ・持効性抗精神病剤（デボ剤）の開始

1) B氏

グループ開始前は、生活リズムの崩れから薬を飲み忘れ、効能を理由に自己判断で内服時間を変更することもあった。本人から飲み忘れの報告はなく、会話の中で発覚することもあり指導にも改善見られなかった。グループ中は、臨床心理士や薬剤師の説明に関心を示し、「自分で考えてやるのが危険な飲み方になる。」と自分の飲み方を振り返り、更には「飲み忘れた次の日に不安感が出るんだよ。」と頓服の内服パターンまで分析していた。グループ終了後、飲み忘れの頻度は変わらないが、自己判断で危険な飲み方をすることがなくなった。タイムリーさには欠けるが、飲み忘れたときの報告が除々に出来るようになってきた。

2) D氏

グループ開始前は、職員の声掛けで内服することもあった。グループ中、職員管理について「時間通りに飲む。」と話し、依存の強さが見られる。幻聴を否定するが、他メンバーの発言をきっかけに悪化時の様子を語り、症状の説明に頷くなど、病的な状態が自分自身にあることを感じているような言動がうかがえた。グループ終了後、「これは普通の状態ではなく、頭が不思議なことになっているってこと。」「だから薬を飲み続けたいといけなわけね。」との発言が聞かれた。又、「これは何の薬?」「注射は痛い?」と、自分の薬に関心示していた。退所後の薬の自己管理について「自信がないよ。」と話し、退所後の生活も視野に管理のし易さを共に考え、持効性抗精神病剤（以下デボ剤と略す）が開始となった。

IV. 考察

1. K I D I の比較

先行研究（連理、1995）によると、患者群の平均総得点は12.1点（±4.5）であり、今回のメンバーは平均的な知識を有していることが分かる。個々の点数に明らかな改善が見られなかったのは、小グループ活動が単に疾病教育や

服薬遵守ではなく、薬の自己管理へのストレスや不安感の軽減に重点を置いた、実生活に即した取り組みであったからではないかと考える。

2. 小グループ活動の経過

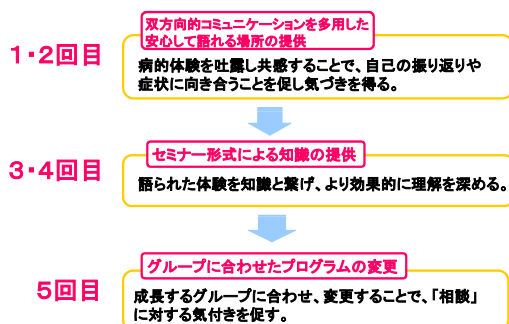


図3 グループの経過の考察

始めからある程度の交流は取れているが、グループの輪に入れないメンバーもいた。グループ内の交流を促進し、双方向的コミュニケーションを円滑に行える土台を作ったことで、自発語の乏しいメンバーや症状を否定しているメンバーから自主的な発言を引き出すことが出来た。回を重ねるごとに自然と交流も見られ、双方向的コミュニケーションにより語り出された体験談が専門職員の知識の提供により症状と結びつき発言内容にも変化が見られたのではないかと考える。グループの経過を振り返り、また実生活に即した視点から、プログラムに相談についても盛り込んだ。「自分で考えてやるのが問題だと思う。」と、B氏の発言を引き出したのは、グループ開始前と終了後にミーティングを行い、成長するグループの状態に合わせてプログラムの内容を柔軟にしたからではないかと考える（図3）。

3. 個人の経過

B氏においては、K I D Iの結果からも分かるように知識度は高い。しかし一方では、自己判断で危険な飲み方をしており、別角度からのアプローチが必要なことがうかがえる。グループ中は、臨床心理士や薬剤師による説明に関心を示し、グループ終了後の内服方法に改善が見られた。同じ知識でも、双方向的コミュニケーションにより引き出された実生活における課

題に対して、専門職員より直接アプローチしたことが要因ではないかと考える。

当初、症状を否定していたD氏から病的体験を引き出したのは、職員の意図的な関わりによりグループの輪に入り、他メンバーの病的体験に共感したことで、安心して語ることが出来たためではないかと考える。グループ終了後の言動に変化が見られたのは、終了後においてもグループ中に得られた気づきや知識を個別で振り返ることで、さらに深めることが出来たのではないかと考える。こうしたきめ細やかな対応が、症状であるという認識に結びつけることが出来たのではないかと考える。

V. まとめ

表9 まとめ

- ①双方向的コミュニケーションとセミナー形式を取り入れた手法や多職種で関わることで薬に関して深くアセスメントできた。
- ②今後は疾病教育やDAIを活用しさらに洗練されたグループ活動の展開していく。
- ③病院職員と連携し、地域生活を見据えた支援の展開について検討していきたい。

今回、双方向的コミュニケーションにセミナー形式を組み込んだこと、多職種が関わることで多角的なアプローチが可能となり、メンバー個々の病気や薬に対する考え方をより深くアセスメントできたと考える。また、拒薬に至るまでのエピソードが明らかになったことで、背景にある本人の考え方や失敗の原因、対策の工夫等、支援のあり方を考える機会になった。

本研究の課題として、対象者の人数も少なく、改善の途中でもあるためグループの効果を言及するにあたり限界があることは否めない。今後、服薬に対する構えを評価する尺度（DAI-30）の活用や疾病教育の要素を組み込むなど、より洗練されたグループの展開が課題である。

法律の改正後、桜邸においても地域生活への移行が更に求められるようになった。実生活に

即した小グループ活動を展開していくためにも、紹介先の病院職員と連携し地域生活を見据えた支援を共に考えていきたい。

引用・参考文献

- 1) 連理貴司：精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果 精神医学 37：1031-1039、1995
- 2) 前田正治：なぜ精神分裂病患者に対して心理教育を行う必要があるのか 臨床精神医学 26(4)：433-440、1997
- 3) 榎木宏之、他：病気の知識と薬に対する構えの関係について－K I D I と D A I－30の比較－ 第 18 回志誠会医学会誌、2005
- 4) 川端智、他：生活訓練施設における認知行動療法的調理活動の検証 第 22 回志誠会医学会誌、2009
- 5) 世名城明菜、他：生活訓練施設利用者の転帰から長期入院者の支援のあり方を考える－17 年間の統計分析をとおして－ 第 24 回志誠会医学会誌、2011

当院外来抑うつ患者の曖昧さへの態度の特徴 ～ 抑うつ症状軽快患者と健常者との比較研究 ～

心理課 ○榎木 宏之

I. はじめに

昨年の医学会では、抑うつ患者の曖昧さに対する態度の特徴を明らかにすることを目的に、健常者とうつ病患者の比較を実施した¹⁾。しかし、臨床群である外来患者の中の抑うつ症状には軽度から重度まで同じ患者でも症状にばらつきがあった。結果からは、患者群に特有の曖昧さへの態度の特徴はみられたものの、病状の影響によって生じた態度である可能性が拭えないことが課題として残された。

病状を除外した状態で、患者の曖昧さへの態度を評価しない限り、抑うつになりやすい影響を与える特徴を抜き出したとは言えないと思われる。また、抑うつ状態を除外し、更に健常者と比較することで始めて、外来患者の特徴は浮き彫りになると考える。以上の視点に立ち、本研究では、外来の抑うつ患者の曖昧さへの態度の特徴を検証する。

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(対象者・方法)

対象者

臨床群(研究対象): A精神科病院(A病院)
抑うつを呈した外来患者33名

健常群(コントロール群): A病院職員30名

方法

・臨床群と健常群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

2012年6月1日～6月9日

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を実施した。質問紙には、曖昧さへの態度尺度²⁾(西村, 2007)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。

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2)。

表2 「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」(西村, 2007)

= 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



曖昧な状況を、本研究では、自分の納得のいく判断をすることが難しい状況とする。また、今回用いる「曖昧さへの態度尺度」²⁾(西村, 2007)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、「曖昧さの享受」(曖昧さを楽しむ態度)「曖昧さの受容」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への態度の特徴と理解する。

表3 研究方法(分析方法)

- 1) 抑うつ状態の対象者を除外するため・・・
・臨床群・健常群でSDS得点48点以上(抑うつ有)の者を除外し、47点以下(抑うつ正常範囲)の者を研究対象とする。
- 2) 臨床群・健常群の間で、曖昧さへの態度尺度の下位5因子間の比較を行う。
- 3) 曖昧さへの態度尺度の下位5因子間の相関。
・抑うつ状態の影響を除外するため、偏相関分析(制御変数=SDS得点)を行う。

データの分析方法について表3に示した。

回収したデータの分析方法としては、本論文の冒頭で述べたように、抑うつ症状が残存していると思われる患者を除外するため、SDS上で抑うつが認められないものを抽出した。抑うつが認められるとされる合計点は48点であり、47点以下は、正常範囲とされる³⁾ので、臨床群・健常群の中でSDS得点48点以上(抑うつ有)の者を除外し、最終的な研究対象は、SDS得点47点以下(抑うつ正常範囲)の者とした。

次に、対象となる臨床群・健常群の間で、曖昧さに対する態度の比較を行うため、曖昧さへの態度尺度の下位5因子間の比較を行う。

最後に、各群の中で、複数にわたる曖昧さへの態度同士の関係の強さを見るため、下位5因子間の相関^{注1)}を検討する。その際、抑うつ状態の影響を除外するため、偏相関分析^{注2)}(制御変数=SDS得点)を行う。

なお、今回の研究は当院倫理委員会の承認の元に行った。

III. 結果と考察

今回の研究対象は、図2に示したように、アンケート調査実施者の中から、SDS得点が正常範囲である47点以下の者とした。

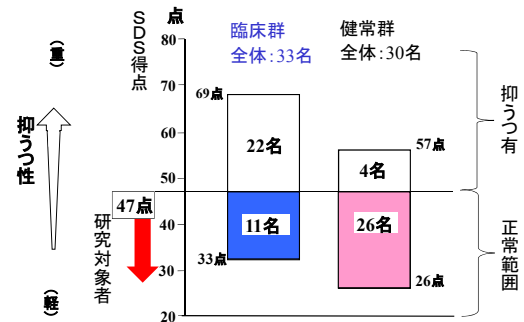


図2 調査実施者全員のSDS得点の範囲と研究対象者数の内訳

臨床群と健常群の研究対象者の年齢、性別、診断の内訳は表4のとおりである。

表4 年齢・性別・診断の内訳

	臨床群	健常群
抑うつ程度	SDS得点 ≤ 47点(正常範囲)	
年齢[歳] ± SD	43.2 ± 11.7 (25-60歳)	36.4 ± 9.1 (25-63歳)
人数[名]	11	26
性別 男[名]	8	13
女[名]	3	13

うつ病(F329):9名
抑うつ神経症(F341):1名
パニック障害(F410):1名(うつ症状あり)

曖昧さへの態度5因子毎に臨床群と健常群の平均点を比較した結果を図3に示した。

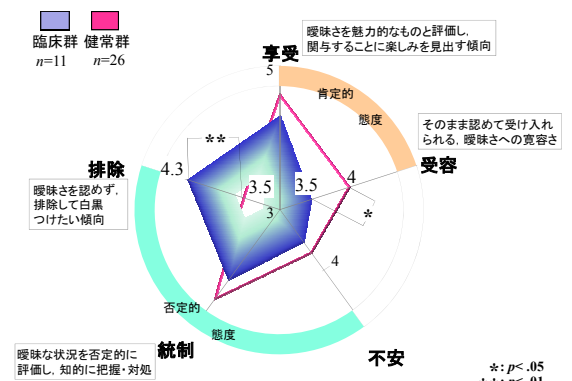


図3 曖昧さへの態度の因子得点比較(各因子1項目平均に換算)

因子毎に統計的検定である t 検定^{注3)}を行った結果、各因子の平均点は、曖昧さの受容の因子で有意に健常群よりも低く ($t = -2.25$, $df=35$, $p < .05$)、曖昧さの排除の因子で、有意に高い結果 ($t = 2.94$, $df=35$, $p < .01$) が認められた。

このことより、臨床群は、曖昧な状況を受け入れる肯定的態度が弱く、曖昧さを認めない否定的態度が強いことが考えられる。

次に、曖昧さへの態度 5 因子同士の関係の強さを見るため、両群で相関^{注1)}を検討した。特に、今回は、抑うつの影響を除外するため、SDS 得点を制御変数として、偏相関分析^{注2)}を行った。結果を表 5 に示した。

表5 曖昧さへの態度因子の偏相関分析結果

臨床群 n=26		[肯定的態度]					[否定的態度]				
健常群 n=11	[肯定的態度]	享受	受容	不安	統制	排除	[否定的態度]	享受	受容	不安	統制
		享受	受容	不安	統制	排除		享受	受容	不安	統制
	享受		-.42	-.03	.21	.00		享受			
	受容	.35		.29	-.11	-.18		受容			
	不安	.53*	.45*		.39	.71*		不安			
	統制	.49	.62**	.56**		.37		統制			
	排除	.04	-.44*	-.08	-.04			排除			

制御変数: SDS合計得点

*: $p < .05$
**: $p < .01$

健常群では、曖昧さへの不安の態度はと享受 ($r = .53, p < .05$)、受容 ($r = .45, p < .05$) との間で有意な相関が認められた。また、統制は受容 ($r = .62, p < .01$) と不安 ($r = .56, p < .01$) との間で有意な強い相関が認められた。更に、排除は受容 ($r = -.44, p < .05$) と負の有意な相関が認められた。

臨床群においては、不安と排除の間でのみ有意な相関 ($r = .53, p < .05$) が認められた。

健常群で、不安などの否定的態度と享受や受容といった肯定的態度との間での相関が多くみられた。相反する態度の間で関係があるということは、健常者は曖昧な状況に対して肯定と否定的な面から同時にアンビバレントな捉え方を行っている可能性として考えられる。また、統制という否定的態度は、受容と不安という相反する因子と同時に相関がある点より、これらの因子間に、今回は扱っていない性格や気質といった個人の特性が影響を与えている可能性も推察される。

臨床群の不安と排除の間に有意な相関が認められたことより、抑うつ患者は、症状が軽快した状態であっても、白黒をはっきりとさせようとしようとするほど、不安も強くなることが考えられる。

今回の研究では、抑うつ患者は、曖昧さに対する態度の特徴が、健常者とは異なる可能性があることが示唆された。しかし、この特徴そのものが、抑うつをもたらす、あるいは、強める要因という症状と

の因果関係については明らかにはできおらず、この点が本研究の限界である。

今後は、気質や性格傾向などの他の特性を取り入れて因子間の関連を検討することに加えて、症状との因果関係を検討することが課題である。

IV. まとめ

結論として、以下の4点が明らかとなった。

- 1) 抑うつ患者は、症状が軽快した状態でも、曖昧な状況に対する態度は健常者とは異なる傾向があることが認められた。
- 2) 抑うつ患者は曖昧な状況に対してそのまま認めて受け入れられる、曖昧さへの寛容さが低く、白か黒かをはっきりとさせようとする傾向が強いことが分かった。
- 3) 曖昧さを認めず、白黒をはっきりとさせようとする抑うつ患者の傾向は、曖昧な状況を不安に捉えることの表れでもあることが分かった。
- 4) 臨床場面における介入としては、抑うつ患者の中でも、曖昧な状況をはっきりとさせたがる患者ほど不安が強くなる可能性があると考えられる。

引用文献

- 1) 榎本宏之：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～、第25回志誠会医学会、2012。
- 2) 西村佐彩子：曖昧さへの態度の多次元構造の検討ー曖昧耐性との比較を通して、パーソナリティ研究, 15 (2), 2007。
- 3) 福田一彦, 小林重雄：日本版 SDS 自己評価式抑うつ性尺度使用手引き, 三京房, 9, 1983。

注釈

- 1) 相関・統計的計算の結果表わされる2つの変数の関係 (関係あり/なし, 強い/弱い関係) の強さ。
- 2) 偏相関分析・関係の強さ (相関) を調べる際、特定の変数 (例: 抑うつ状態等) の影響を統制 (影響を無いものと) して、目的の関係のみを抽出するための統計的手法。
- 3) 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的手法。

医療観察法の指定通院医療機関として 通院処遇となった1例目の患者を受け入れて

外来 ○銘莉加代子 国吉 薫

I. はじめに

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、「医療観察法」とする）の指定通院医療機関として当院は、平成20年9月に厚生労働大臣の指定を受けている。平成24年12月現在、県内の指定入院医療機関は1施設、指定通院医療機関は公立病院4施設と民間病院3施設の計7施設である。

当院も指定通院医療機関として通院処遇となった患者を1例目として受け入れた。初めての受け入れで戸惑いも多くあったが、社会復帰調整官の指導や研修への参加により情報を得て、大きな問題もなく法定満期の3年間を終了した。

医療観察法では対象者を主体としたケアマネジメントが重要視され、全国統一した評価方法として「共通評価項目」というツールがある。今回、その関わりの中で看護の視点で関心をもった共通評価項目に添ってまとめたので報告する。そして、全職員へ当院が指定通院医療機関であることを伝達し、今後の体制作りへ進展することを期待し発表する。

II. 医療観察法について

1. 医療観察法の概要（図1）

医療観察法は、平成13年大阪の小学校児童殺傷事件を契機にして、平成17年に施行された法律で7年が経過している。殺人・放火・強盗・強姦・強制わいせつ・傷害の重大な罪を犯しながら、心神喪失などを理由に無罪や不起訴とされ、刑事責任を問えなかった人に対する処遇である。このような状態で重大な他害行為が行われることは、被害者、加害者も不幸な事態である。病状の改善を図り、再び不幸な事態が繰り返されないよう国の責任において手厚く専門的な医療を統一的に行う

と共に、継続的に適切な医療を確保すること、そして社会復帰促進することを目的としている。これら指定医療機関が提供する医療については、いずれも全額国費により賄われることとされている。

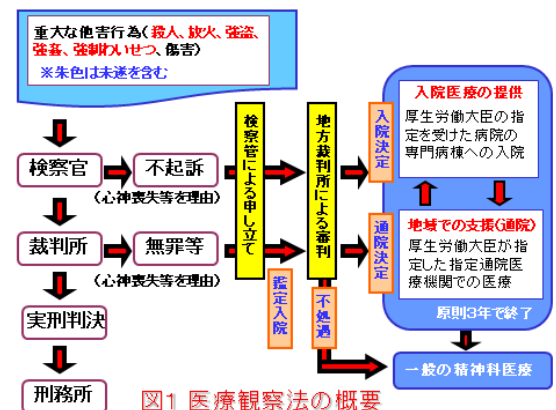


図1 医療観察法の概要

2. 共通評価項目について（評価シート資料添付）

共通評価項目は、リスクアセスメントするためのツールであり、全国統一に多職種・多機関で鑑定入院時から処遇終了まで使用されている。

共通評価項目は5要素17項目あり治療評価シートの一部である。点数化することでリスクにつながる要因を把握し、マネジメントプランを立てることを目的とする。評価方法は、0点（問題なし）・1点（軽度の問題あり）・2点（明らかな問題あり）の3段階評価である。さらに17項目から掘下げた詳細部分の「下位項目」が70項目あり全て検討することが重要である。その中で2点がひとつでもあれば全体の評価は2点となる。初回ケア会議評価は、3年間の基準となることから1項目ごと点数とその理由を共通理解することが重要となる（表1）（図2）。

表1 共通評価項目とは

- ①共通評価項目は、リスクアセスメントするためのツール(道具)。
- ②共通評価項目を使用する目的は、リスクにつながる要因を知り、マネジメントプランを立てること。
- ③医療観察法鑑定入院時から医療観察法処遇終了時まで、多職種・多機関で使用する。
- ④共通評価項目は5要素に区分され、具体的項目17、下位項目70項目あり、点数で評価する。

評価：0＝問題なし 1＝軽度の問題
2＝明らかな問題点あり

※那覇保護観察所主催「共通評価」研修会資料より抜粋

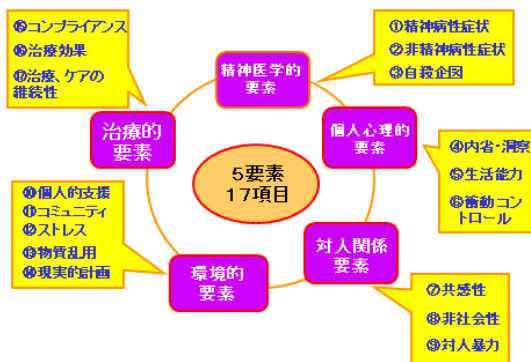


図2 共通評価項目構成

III. 事例紹介

1. 対象者

対象者をA氏とする。A氏の背景及び現病歴について表2へ示す。

表2 対象者の背景

患者：男性 50代
家族構成：単身（母親数年前に他界、父親は詳細不明）
学歴：中学校卒業
職業：農業（親戚の家業の手伝い）
診断名：統合失調症
病歴：10代の頃、シンナー吸引歴あり。
2009年X月幻聴がきつく、死のうと思い、他車に追突。翌日に当院を初診。2ヵ月の任意入院。
初診から2ヵ年後、治療中断となる。

幻覚妄想状態から不安焦燥、不眠が出現し自殺企図を繰り返した。

2. 医療観察法処遇までの経過（図3）。

幻覚妄想状態から気持ちを紛らわそうと飲酒し、自宅を放火、自宅を全焼させた。

3. 倫理的配慮として

本論文をまとめる前に、A氏と直接面談し、研

究目的と方法、プライバシー保護について書面をもって説明し了解のもと同意書に署名を得た。同意書は診療録へ綴ることを了解された。

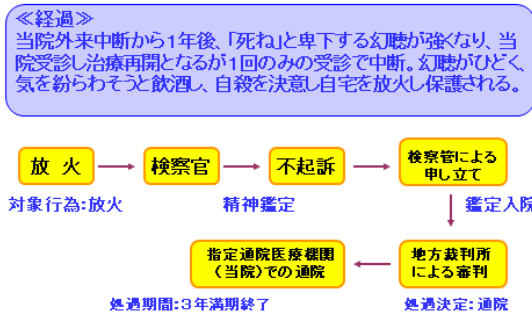


図3 医療観察法処遇までの経過

IV. 経過

1. 受け入れ時期

A氏及びキーパーソンを交えた多職種チームでの初回ケア会議は、社会復帰調整官を中心に自己紹介からスタートした。その中で今後の方向性等について話し合われた。A氏はやや緊張した様子であった。

A氏の処遇期間3年のアプローチを表3に示す。

表3 A氏の処遇期間3年のアプローチ

- ◆通院医療 1～2回/週 →1回/月
- ◆訪問看護 2～3回/週 →2回/月
- ◆評価会議 毎月1回
《出席者》 社会復帰調整官(保護観察所) 1名
主治医1名、精神保健福祉士1名、看護師1名
- ◆チーム医療会議 3ヶ月～6ヶ月毎、又は症状に応じて
《出席者》 社会復帰調整官(保護観察所) 1名
主治医1名、精神保健福祉士1名、看護師1名
保健所2名(保健師・相談員)
役所2名(障害福祉課 保健師・相談員)
※必要に応じてA氏、キーパーソン

チーム医療会議の中で通院医療の目標を3点掲げた。

- 1) 通院医療従事者との信頼関係の構築を図りながら、病気についての理解を深める。
- 2) 定期的な通院医療及び服薬を継続しながら、病状及び生活リズムの安定に努める。
- 3) 訪問看護において、服薬の確認及び病状の観察を行いながら、引きこもりや生活環境の

観察を行う。

月1回の評価会議の中で情報を共有しながら「治療評価シート」を用いて総合評価を行い、今後の治療目標及び治療方針等を吟味した。

2. 共通評価項目に添った経過

受け入れ時期の共通評価項目の点数を表4-

①、表4-②へ、共通評価項目の点数の推移（処遇期間）を図4へ示す。

受け入れ時期の共通評価項目の合計点は12点であった。ここでは「個人心理的要素」の④内省・洞察、⑤生活能力についての評価を中心に述べる。

表4-① 受け入れ時期の共通評価項目の点数

観測	具体的要素	点	備考
1 精神医学的	①精神病症状	0	幻聴や妄想に基づく行為や発言はない。
	②非精神病症状	1	やや活気よく、表情の変化も乏しい。感情の平板化が伺われる。
	③自殺企図	0	特になし。
2 個人心理的	④内省・洞察	1	反省や後悔の弁は聞かれる。どの程度認識しているか不明。病感はある様子。
	⑤生活能力	2	衣服が無く、キーパーソンの方が古着の提供。掃除や調理は殆どせず、食事は常に購入している。
	⑥衝動コントロール	1	やや表面的でその場、その場の状況に合わせている様に捉えられる。
3 対人関係	⑦共感性	1	関わりがまだ希薄であるため、対応が表面的であり、評価しがたい。
	⑧非社会性	1	キーパーソンと、1人の友人以外との交流は殆ど見られない。
	⑨対人暴力	0	特になし。

表4-② 受け入れ時期の共通評価項目の点数

観測	具体的要素	点	備考
1 精神医学的	①精神病症状	0	幻聴や妄想に基づく行為や発言はない。
	②非精神病症状	1	やや活気よく、表情の変化も乏しい。感情の平板化が伺われる。
	③自殺企図	0	特になし。
2 個人心理的	④内省・洞察	1	反省や後悔の弁は聞かれる。どの程度認識しているか不明。病感はある様子。
	⑤生活能力	2	衣服が無く、キーパーソンの方が古着の提供。掃除や調理は殆どせず、食事は常に購入している。
	⑥衝動コントロール	1	やや表面的でその場、その場の状況に合わせている様に捉えられる。
3 対人関係	⑦共感性	1	関わりがまだ希薄であるため、対応が表面的であり、評価しがたい。
	⑧非社会性	1	キーパーソンと、1人の友人以外との交流は殆ど見られない。
	⑨対人暴力	0	特になし。

2週間に1回の通院は行え、内服の飲み忘れもない。週2～3回の訪問看護は受け入れているが自発的な発言は少なく若干の緊張があった。評価点数が2点と悪かった「個人心理的要素」の⑤生活能力は、火事で衣服や生活に必要な家具、電化製品が揃ってない状況で親戚から古着や古い家具などの提供があった。掃除や調理はしておらず弁当などを買い、髭のそり残しなど

あり、入浴は週に1回、洗顔は3日に1回、訪問時の身なりも肌着の様な格好が多いという理由であった。「個人心理的要素」の④内省・洞察については1点の評価で、理由として反省や後悔の言葉は聞かれるが、どの程度認識しているか不明である、病感はあるが病識についてははっきりしない状況という理由であった。週2～3回の訪問看護では、信頼関係の構築、定期通院、内服自己管理の継続の3点を意識しながら関わり、ADL面についての指導を開始した。

受け入れから1年後の合計点は7点であった。受け入れの時2点であった⑤生活能力は、清潔保持ができてきたこと、友人や訪問看護職員との関係性も保ててきたことにより1点に改善した。

3年後の処遇終了時は、合計点4点まで改善した。④内省・洞察は2年目途中から0点へ改善し、⑤生活能力は1点のままで経過した。その理由として規則正しい生活ができ、仕事も継続し、親戚や友人とも良好な関係を保ち、服薬遵守し病状も安定している。しかし、余暇の使い方が不十分で無為に過ごしている状況から要観察が必要であるとの評価であった。

処遇終了後も、月1回の定期通院と月2回の訪問看護、仕事を継続し、親戚や友人関係も良く自宅での単身生活を維持している。

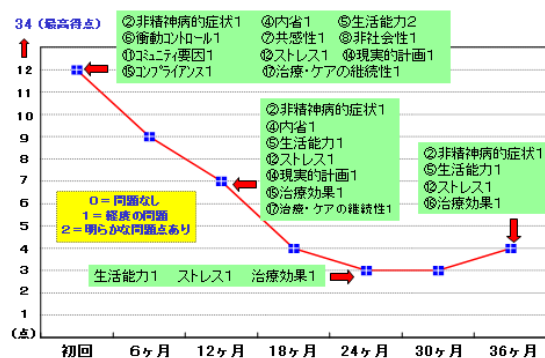


図4 共通評価項目の点数の推移(処遇期間)

V. 考察

今回、当院で初めての医療観察法の通院医療処遇事例に関わることで多くのことを学んだ。全国統一の「共通評価項目」を使用し経過観察するこ

とは、一貫性が維持され、シームレス（切れ目のない）なアプローチを展開できたと考える。また多職種間で使用する際、判断の信憑性があり、共通言語は議論の焦点がまとまりやすく透明性の維持につながっているとの目的が理解できた。

医師は、治療評価の全体的な責任者であり、社会復帰調整官は、全体的なコーディネーターを担い、生活環境の調査調整、処遇に一貫して関与する立場にあり、県内では3人体制である。院内でのコーディネーター役は、精神保健福祉士が担い、受け入れ決定と同時に社会復帰調整官や他の指定通院医療機関からの情報収集、書類の準備などを行い窓口となった。看護師は外来通院時に直接A氏に関わり、精神保健福祉士と同伴し訪問看護を実施した。A氏の服薬状況の把握と教育、病状、生活状況の把握や助言などを目標に添って具体的にアプローチした。チーム医療として、各専門職がその専門性を生かしながら本人、親族、地域住民を巻き込んだチームを形成し、A氏に対して手厚く専門的な医療を統一的に行うことができた。これらの結果、本人の居場所ができ病状安定へつながったと考える。

この制度に対し、一般精神科医療を受診する精神障害者に比べ、対象事件を起こした対象者に対してのみ手厚い医療と福祉を提供することは矛盾であると否定的な意見もあるようであるが、平成24年7月、法務省及び厚生労働省による施行状況の調査報告では、指定通院医療機関による医療は、社会復帰調整官とその関連機関による援助が、処遇実施計画に基づいて的確かつ円滑に実施されてきている。その結果、対象者の大部分は病状が改善され、期間満了又は処遇終了決定により、社会復帰に向けて生活地域にて支援体制が整った状態で処遇を終了することができているとの報告がある。このように賛否両論の意見があることも事実であり、精神科医療に携わる私達が出来ることは、今後も精神障害者への偏見をなくす啓蒙活動を地道に続けていくことである。

3年間の処遇終了が近づいた頃、A氏が「やっときれる、釈放される」とホッとした表情で発言

した。現実には不起訴であったが、この制度により、本人へ精神的抑圧を与えていたことを実感した。

通院処遇となった患者は、処遇期間中に病状悪化し入院が必要となった場合には、精神保健福祉法に基づく入院が必要である。その期間中も医療観察法の処遇は停止することなく続くことから全職員がこの制度について認識を深め、今後さらに教育と体制作りが必要である。

引用・参考文献

- 1) 法務省保護局：心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック、同上局出版、2006.
- 2) (株) 精神看護：精神科看護、2013/2月号.
- 3) 那覇保護観察所：左記主催の共通評価研修会資料、2011/2/26
- 4) 小西吉呂、外間淳也（沖縄大学）における通院医療について：論文
- 5) 法務省及び厚生労働省：医療観察法の施行の状況についての検討結果：平成24年7月実施。

添付資料 1

指定通院医療機関 治療評価シート(1ヶ月毎)					
患者番号 () シート番号 ()		性別		作成日	
フリガナ				生年月日	現在年齢
本人氏名					
治療期	左記治療期の開始(年月日)				
保護観察所	社会復帰調整官				
指定入院医療機関	通院開始年月日	施設名	管理者		
	多職種チームの担当者				
	医師	精神保健福祉士	看護師		
	臨床心理技術者	作業療法士	その他		
主診断(ICD)	(F)				
副診断(ICD)	(F)				
身体疾患(ICD)	()				
1ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点					
医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す				効果と問題点	
1ヶ月間の地域における生活状況等(日常生活、就労状況、対人関係など)					
共通評価項目	要素	具体的要素	点	備 考	
	精神医学的要素	精神病症状			
		非精神病症状			
	個人心理的要素	自殺企図			
		内省・洞察			
	対人関係的要素	生活能力			
		衝動コントロール			
	環境的要素	共感性			
		非社会性			
	治療的要素	対人暴力			
		個人的支援			
	環境的要素	コミュニティ要因			
		ストレス			
	治療的要素	物質乱用			
		現実的計画			
治療的要素	コンプライアンス				
	治療効果				
合計得点	治療・ケアの継続性				
1ヶ月間の総合評価					
本人のニーズ および 今後の治療目標と治療方針		本人のニーズ			
		治療目標			
		治療方針			
会議参加者	(職種:)	(職種:)	(職種:)		
	(職種:)	(職種:)	(職種:)		
	(職種:)	(職種:)	(職種:)		
	(職種:)	(職種:)	(職種:)		
シート作成責任者	(職種:)	(職種:)	会議開催年月日	シート作成年月日	

添付資料2

指定通院医療機関 治療評価シート(3ヶ月毎)

患者番号() シート番号()

作成日

本人氏名				
3ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点				
介入の内容: 医療機関(訪問看護・指導も含む)、保護観察所、地域などに分けて記載		効果と問題点		
1) 医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す				
2) 保護観察所				
3) 地域(保健所、社会復帰施設など)				
総合的な生活機能(GAF)				
生活機能を全体的にとらえて0~100点で評価する。		説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)		
生活機能	セルフケア	身体快適性の確保	評価点	
		食事や体調の管理		
		健康の維持		
	社会的な適性	調理		
		調理以外の家事		
		敬意と思いやり		
		感謝		
		寛容さ		
	対人関係	批判		
		合図		
		身体的接触		
		対人関係の形成		
		対人関係の終結		
	日課の遂行	対人関係における行動の制限		
		社会的ルールに従った対人関係		
		社会的距離の維持		
ストレスとその他の心理的要求への対処	日課の管理			
	日課の達成			
	自分の活動レベルの管理			
経済生活	責任への対処			
	ストレスへの対処			
	危機への対処			
現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。				
評価点: 0: 完全にできる(障害は0~4%、自立している) 4: まったくできない(障害は96~100%、常に介助が必要)				
1: 概ねできる(障害は5~24%、見まもりを要する程度) 8: 詳細不明				
2: 多少はできる(障害は25~49%、時に指示・介助・介入を要する) 9: 非該当				
3: ほとんどできない(障害は50~95%、指示・介助・介入を要することが多い)				
機能に影響する環境要因	生產品と用具	処方薬、自家用車、家、資産など	評価点	説明(介入の要点や手がかりを明確にする)
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など		
	支援と関係(量的な側面)	家族・知人・医療福祉関係者、法律関係者などの人的支援の量的な評価		
	態度(感情や質的な側面)	家族・知人の態度、治療者の逆転移、地域の感情などの人的環境の質的な評価		
	サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など		
環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。				
評価点: 0:「促進的」 1:「どちらかという促進的」 2:「どちらでもない」 3:「どちらかという阻害的」 4:「阻害的」の5段階。				
現在の通院治療期における課題と援助方針	課題: 現在の通院治療期における課題について具体的にまとめる。			
	援助方針: 上記の課題を解決するための方針を記載する。			
通院処遇全体を通した援助の方針	通院処遇終了を目標として具体的に記す。			
会議参加者	(職種:)	(職種:)	(職種:)	
	(職種:)	(職種:)	(職種:)	
	(職種:)	(職種:)	(職種:)	
	(職種:)	(職種:)	(職種:)	
シート作成責任者	(職種:)		会議開催年月日	シート作成年月日

共通評価項目 5 要素17項目の「下位項目」の一例

5. 生活能力

この項目は患者の生活機能、対人技術などのうち、不適応行動の能力的な面を評価する。

- 1) 生活のリズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題あり

- 2) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいはめったに洗わない。衣服が汚い・ぼろぼろ。外見が汚い。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題あり

- ### 3) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。金銭の貸し借りをする。不要なものを安易に買ってしまう。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

- 4) 家事や料理をしない：寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする、片づけない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題あり

- 5) 安全管理：火の始末、貴重品や持ち物管理などできない。戸締まりが出来ない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題あり

- 6) 社会資源の利用：交通機関などの公共機関を適切に利用できない。必要な物品の入手が出来ない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題あり

- 7) コミュニケーション技能：電話や手紙が利用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題あり

- 8) 社会的引きこもり：故意に他人との接触を避ける。グループ活動に入らない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

- 9) 孤立：ほとんど友達がない。集団の中においても他者との交流が乏しい。

評価：0＝問題なし 1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

- 10) 活動性の低さ：まったく活動をしない。多くの時間を寝ているか横たわってすぐす。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

- 11) 生産的活動・役割がない：就労、学生、ボランティア、デイケアや作業所の通所、地域活動への参加がない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題とあり

- 12) 過度の依存性：すがり付いて離れない、他者の時間を独占する。簡単なことでさえ言わなければならない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題とあり

- 13) 余暇を有効に過ごせない：時間の使い方が分からず、苦痛を感じる。何も楽しみがない。

評価値・0＝問題ない
1＝軽微の問題
2＝明らかに問題あり

- 14) 施設に過剰適応する：病院に居続けたがっている。退院や社会にかかわるのを心配している。

評価: 0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

[illegible]

当院における病診連携についての考察 ～ 精神保健福祉士としての関わりを通して ～

診療相談課 ○高屋 幸佑 金城 頼子 親川 菜見子
今吉 勝子 嘉陽 須賀子

I. はじめに

平成 25 年度より、県において策定される医療計画が「5 疾病・5 事業」を軸に策定されることとなり、新たに「精神疾患」が追加された。平成 20 年の厚生労働省の調査では、精神疾患の患者数は約 323 万人となり、その数は、他の 4 大疾病で最も患者数が多い糖尿病の 237 万人を大きく上回っている状況である。また自殺者数においても、平成 10 年から 3 万人を超えている状況が平成 23 年まで続き、現在も依然として多くの方が自殺で亡くなっているのが現状である。自殺の背景には、精神疾患があるとされており、早急に対応すべきであるが、増加する患者さんの多様なニーズに対応していくには、単一医療機関だけでは限界があり、医療機関同士の連携や行政等も巻き込んだ地域医療という概念が必須となってきている。今回は当院における精神科クリニックとの連携、いわゆる病診連携について焦点を絞り、その動向についての調査を行い、精神保健福祉士として関わっている側面からの考察を行い、報告する。

II. 調査方法

1. 調査期間

平成 20 年 1 月 1 日～平成 24 年 12 月 31 日

2. 対象者

精神科クリニックより紹介のあった患者 264 名

3. 方法

外来診療録より紹介目的、疾患名（ICD-10）、入院の有無、入院回数、入院形態、入院期間（複数回の入院は平均入院期間）、受診後の動向、支援内容（延べ件数）について調査をし、表計算 excel で集計を行った。なお、集計データは平成

25 年 5 月 1 日時点のものである。

4. 倫理的配慮

個人が特定されないよう倫理的配慮を行った。

III. 結果

1. 紹介目的

紹介目的の内訳としては、自殺企図や希死念慮、幻覚妄想状態など緊急の入院治療を要する紹介が全体の半数近くを占め、次いで不眠、抑うつ、生活リズムの改善目的など、緊急性はないが在宅での治療が困難な方の紹介が約 3 割であった。外来転院希望者が 14%で、対応困難ということでの紹介が 4%、デイケア等の利用目的での紹介が 3%であった（図 1）。

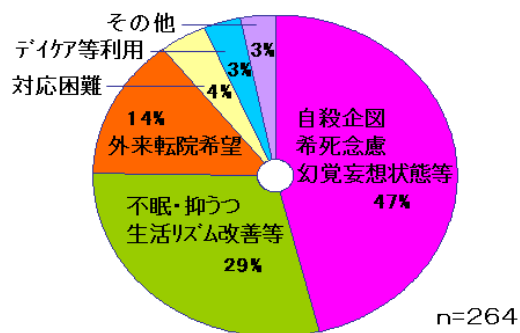


図1 紹介目的

2. 疾患名（ICD-10）

疾患名は、うつ病等の F 3 に分類される方が全体の 44%を占め、次いで統合失調症等の F 2 に分類される方が 37%であり、両群を合わせると、全体の 8 割を占めていた（図 2）。

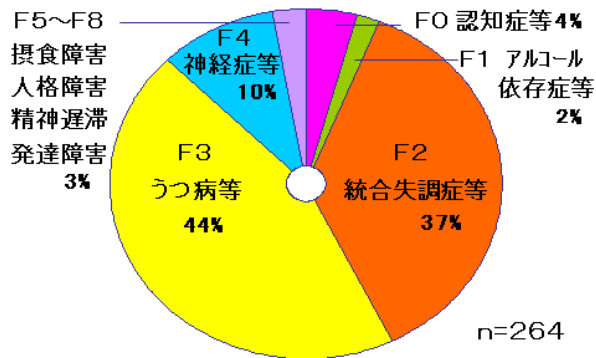


図2 疾患名 (ICD-10)

3. 入院の有無

入院の有無に関しては、紹介者の7割が入院治療をされており、外来転院希望やデイケア等の利用目的での紹介を除くと、ほとんどの方が入院治療に繋がっていた (図3)。

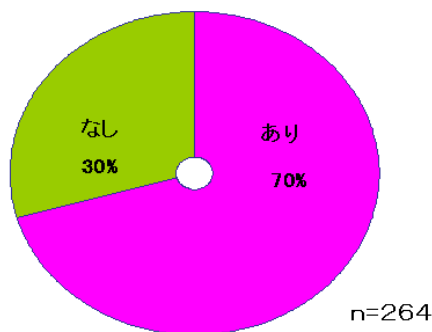


図3 入院の有無

4. 入院回数

次に入院治療を行った方の入院回数の内訳をみると、1回のみの方が約7割で、複数回の入院歴がある方が全体の約3割であった (図4)。

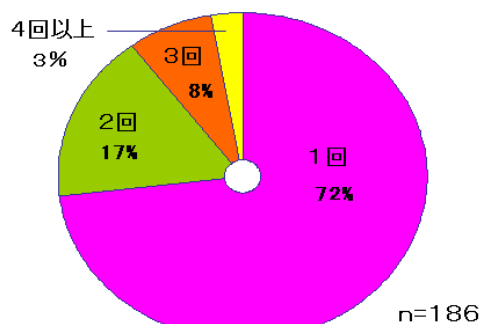


図4 入院回数

5. 入院形態

入院形態については、任意入院が約9割で医療保護入院が約1割であった (図5)。

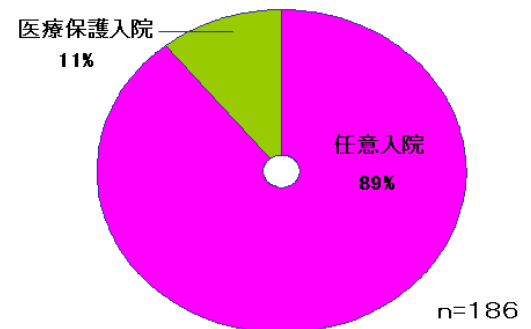


図5 入院形態

6. 入院期間 (平均入院期間)

入院期間は、3ヶ月以上となるのは、全体の2割にも満たず、約8割の方は3ヶ月未満で退院されていた (図6)。

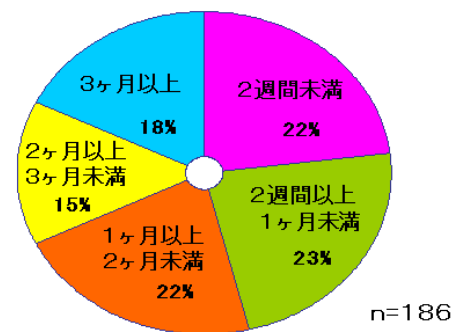


図6 入院期間 (平均入院期間)

7. 受診後の動向

受診後の動向としては、紹介元に戻られる方が41%、当院で治療継続される方が38%で、ほぼ同じ割合であった。中断者と他院へ転院された方が、それぞれ1割程度であった (図7)。

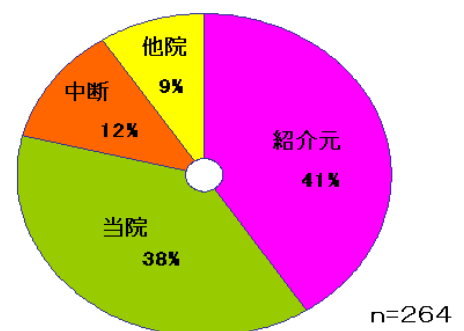


図7 受診後の動向

8. 支援内容

支援が行われた方の内容の内訳であるが、自立支援サービスや介護保険サービス、デイケアなどサービス利用に関するものが全体の28%であった。障害年金や生活保護、傷病手当など経済的な支援に関するものと、受診相談や生活上の相談がそれぞれ21%で同じ割合であった。病棟見学の対応と入院後からの他機関との連携支援はそれぞれ全体の1割程度であった（図8）。

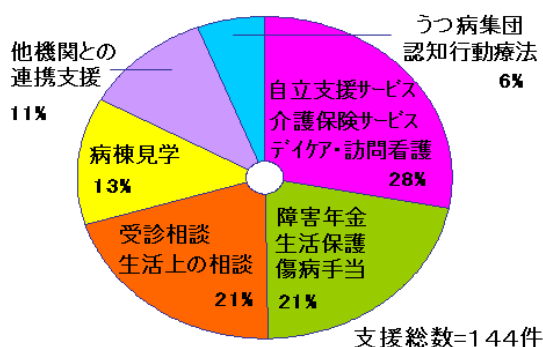


図8 支援内容

IV. 考察

診療相談課では、初診の患者さんの受診援助や医療相談の窓口を担当している。精神科クリニックから受診依頼があった場合も同様に対応しているが、図1からもわかるように、入院依頼が7割を超えていることから、病床の調整とともに、ご本人の状態とその緊急性の確認を行う。またキーパーソンや保険の確認をしていく中で、必要に応じて調整を行い、治療の協力体制の構築を図っている。その後予診聴取にて、治療目的を明確にし、医師の診察を経て入院治療が開始される。その際、予診時に聴取された生育歴や生活状況からは、必要な支援が推察されることもあり、関わる中で図8に示された支援が行われる。また退院時には、地域生活支援にむけて、デイケアや訪問看護、自立支援医療等の資源提供を行う。ケースによっては入院中から関係者会議を行い、退院前訪問を実施する中で自宅の環境調整等を図る場合もある（図9）。

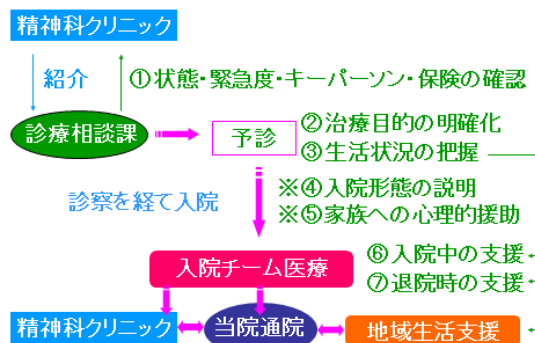


図9 当院の病診連携の流れ

今回の調査結果から、精神科クリニックからの紹介者の半数近くが緊急の入院治療を必要とする方であったが、複数回の入院治療を要した方は全体の3割にも満たなかった。また8割の方が3ヶ月以内に退院されることが示された。このことから平成18年から開始された病診連携が有効に機能し、スムーズに入院治療に繋がっていることが示唆された。そんな中、はじめて入院設備のある病院を訪れ、不安を抱かれる方もおり、病棟見学を通して不安軽減を図っている。また図5に示されたように、医療保護入院となることもあり、スムーズに入院治療に繋げるために、診察の前にご家族に入院形態や保護者選任に係る手続きについて説明を行う場合もある。そのような状況下で、強制的に入院させることへの葛藤が生じる場合には、ご家族への心理的援助を行っている。

治療後の動向としては、図7に示されたように当院での治療を継続される方と紹介元に戻られる方が、ほぼ同じ割合を示している。資源提供に関しては同様に行っているが、これまでの精神科クリニックで治療を継続する方と、入院設備やデイケアなども含めた当院での治療環境を希望される方とで二極化していると考えられる。このことから、多職種による支援を求めるニーズが高く、そうした支援を調整することで、地域生活を継続できる一助になっていると考えられる。

V. 終わりに

精神科クリニックの増加に伴い、精神疾患の治療の敷居は下がってきており、その中で入院治療や精神科病院での治療が必要な方は紹介を受け、

当院受診に至っている。日頃対応している中で、病気により、これまでの人間関係や仕事などを失ってしまっている方も多いと感じている。今後は、医療だけでなく、そうした方の社会的復権にむけた支援のニーズもますます求められていると考える。

参考文献

- 1) 山城勝貴：病診連携の実践と当院における今後の課題、第22回医学会誌、P46、2009.

編集後記

例年、発表部署は各々の研究成果を論文にするために大変な労力と時間を費やす“産みの苦しみ”を経っていますが、今年プロジェクトはテレビの昼ドラにあるような“出産を控えた嫁”に、あれやこれやといって出産直前まで色々家事をお願いする“愛ある厳しい姑”の印象がピタリと当てはまっていたのではないのでしょうか（- - ; ）。思い返せば、プロジェクトがお邪魔した各部署の発表者・部署長の顔が引きつっていたような・・・。

しかし、×切期限を延長し焦りが出てきたプロジェクトとは裏腹に、見事に「質の高い論文」（のはずです・・・）を作成して頂いた発表者並びに協力者の皆様に、プロジェクト一同尊敬と感謝の気持ちでいっぱいです。本当にお疲れ様でした。

医学会当日が発表者皆様の労が報われる「研鑽の場」になる様、志誠会職員皆さんの活発な質疑を期待しています。

また、発表者皆様の頑張りを今回で終わらせず、次回に繋げ、更なる質の向上を図る為に、今年新たな取り組みとして各論文の論評を発表者皆様にフィードバック致します。（皆さんも自分の論文がどういう評価だったか気になりますよね（^^））

評価を聴くことで、今後の論文作成に必ず活かすことができ、職員個人の更なるレベルアップにつながりますので、来年のプロジェクトでも是非継続して取り組んで頂きたいです。

最後に、困難な日々（?）を支え合い、乗り越えてきたプロジェクトの皆さん、本当にお疲れ様でした。あっという間でしたが、このメンバーだから乗り越えられました。本当にありがとう。

～ご協力していただいた全ての皆様に、心から感謝申し上げます。～

【2013年6月13日 金城 憲和】

2013年6月13日（木）発行（非売品）

編集 集：第26回志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：金城 憲和 崎原 直人 平田 嗣晃
垣花 宏樹 親川 菜見子 長根山 由梨

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・社会復帰施設

住所 うるま市上江洲665番地

TEL (098) 973-2000

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



医療法人社団志誠会

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.26 13th Jun 2013

Bulletin of
the SHISEIKAI
FOR
MEDICAL
SOCIETY