

第27回 志誠会 医学会誌

「地域で暮らし続けるための精神医療のあり方」

～再発予防・早期介入の必要性～

日 時： 平成 26 年 6 月 12 日
会 場： 平 和 病 院 第一講堂

第27回 志誠会医学会プログラム

「地域で暮らし続けるための精神医療のあり方」 ～再発予防・早期介入の必要性～

特別講演（14：20～16：00）

「社会機能を回復した統合失調症患者」

～再発予防と援助について～

藤田保健衛生大学 医学部 精神神経科学講座 教授 内藤 宏

【一般演題】

第1群（10：00～10：50） 座長：陽光館生活介護課課長 松田 香

- 1) 生活棟機能分化に伴う業務改善 陽光館 第2生活棟 玉本 美鈴
2) 老人性乾皮症の改善に向けて 陽光館 第3生活棟 市原 尚人
～継・ハーフビネガー療法を取り入れて～
3) 周辺症状のある認知症高齢者との関わりについて考える 陽光館 第5生活棟 徳門 竜也
～意識調査から見えてきた今後の課題～
4) グループホームの高齢化に伴う今後の外出支援 グループホームあおば邸 大嵩 賢治
～認知症高齢者の下肢筋力の低下と健康維持～
5) 独居で統合失調症のある方を地域で支えるチームアプローチ 居宅介護支援事業所陽光館 当銘 則子

第2群（11：00～11：40） 座長：平和病院看護部主任 山城 綾乃

- 6) P I C Uを長期に使用している患者に対するアプローチ 平和病院 第1病棟 儀保 桂
～個別的な関わりを通して見えてきたこと～
7) 急性期治療病棟における早期退院に関連する要因 平和病院 第3病棟 大庭 哲
～看護師の視点より～
8) 尿失禁改善を目的とした個別的関わりを通して 平和病院 第5病棟 新垣 典也
～尿失禁が続いている患者へ自己課題、対策用紙を活用して～
9) 退院後の生活を意識したリハビリテーション 平和病院 第6病棟 渡久地 猛
～小グループ活動を通して見えてきたこと～

昼食時間（11：40～13：00）

第3群（13：00～14：00） 座長：社会復帰施設部主任 新垣 静香

- 10) 当院精神科デイケアにおける心理教育を通して 平和病院 デイケア課 外當めぐみ
11) 長期入院の統合失調症患者に対するアプローチの視点 平和病院 作業療法課 比嘉 創
～精神科リハビリテーション行動評価尺度（R e h a b）を用いた検討～
12) 一般企業並みの経営を目指した就労リハビリテーションの効果
～喫茶ガーデンクレスでの実践を通して～ 社会復帰施設部 長根山由梨
13) 曖昧さへの態度尺度の臨床応用可能性（1） 平和病院 心理課 榎木 宏之
～健常群としての対人援助職の曖昧さへの態度の特徴～
14) 統合失調症急性期に対する薬物療法の実態 平和病院 医局 山口 洋介
～当院急性期病棟における処方調査からわかること～

特別講演（14：20～16：00） 座長：理事長

小渡 敬

特別表彰（16：05～16：15）

28年目に向けて

職員の皆さんへ

院長 小渡 敬

うりずんの季節を迎え、志誠会医学会の時期となりました。今年もアベノミクスの効果でデフレから脱却しつつあり、経済は比較的好調に推移しています。このような状況で4月からは消費税が8%にアップされました。しかし、診療報酬はマイナス改定で、医療をする者にとっては厳しい状況が続いております。

精神科領域では、急性期治療病棟における医師の配置加算(16:1)、P S Wの配置加算、療養病棟における指定医配置の廃止、外来患者数に対する医師の配置基準の緩和(40:1から80:1へ)等の改定が行われました。これらの改定の意味するものは、診療報酬を得ることのできる病院とそうでない病院の精神科病院間の二極化が生じてくることが予想され、今後の医療のあり方に多少危惧する面があります。また加算を取れた病院は一時的には増収になるが、長期的にはベッドが減り、結果としてダウンサイジングした事と同じとなり、診療報酬が現状のままなら、運営がたちゆかなくなる可能性も考えられます。今後の診療報酬の動向を見ながら熟慮する必要があります。

平和病院ではまずは急性期治療病棟の16:1を取得していきたいと考えています。一方、長期在院者の地域移行については昭和63年の精神保健法の改正以来、「病院から地域へ」と精神医療政策の中でスローガンばかりが叫ばれ続けてきましたが、全く実行性が伴っていませんでした。ここに来てやっと厚労省の「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」において、委員から基本的に精神科の診療報酬は低いとし「どうしても患者で病床を埋めないと、経営ができないという精神科病院の構造があります。これを何とかしないと、どうしようもない」という、やっと本音の議論が出てきたように思います。今後は国が精神医療に対して本気で財政措置をするかどうかを見極めた上で、病院の方針を決めなければならないと考えます。

次に精神保健福祉法の一部改正が行われ、保護者制度の廃止がなされました。それに伴い、書類や会議ばかりが増えたように思います。本来、これらは患者の人権を守る為の改正であり、いちいち法律で細かいことを決めなくても精神医療に携わっている者にとっては患者の人権を守ることは一丁目一番地である事をいつも心にとどめなければなりません。

陽光館については、介護の質をより高める為に、今年度は役職者を増やし人事を強化しました。さらに7月以降にも役職の増強を予定しているところです。また介護環境の整備として、より安心で安全な療養環境にする為に、建物全体をリニューアルし各生活棟を整備する予定であります。

今年の特別講演は私の後輩である藤田保健衛生大学医学部精神神経科学講座教授の内藤宏先生に「社会機能を回復した統合失調症患者」～再発予防と援助について～のテーマで講演をしてもらう事になっております。これは本学会のテーマとも関連しており、今後の我々の医療にとって有意義な講演になると思います。

平成26年6月12日

28年目に向けて

法人統括本部長 上江洲 学

今年はエルニーニョ現象のおかげで例年にはない冷夏のようで、この梅雨は、例年に比べ幾分涼しく、過ごしやすい日が続いています。いつもの初夏とは少し違うように感じます。

さて、早速ですが、陽光館刷新に関わり始め、1年が経過しようとしています。陽光館の改革もそうですが、制度的には、ここ数年で介護老人保健施設を取り巻く環境はめまぐるしく変化しています。

高齢者医療においても、リハビリテーション医療が急性期、回復期そして維持期リハビリテーションと整理され、介護保険施設である老人保健施設は、診療報酬上では、地域リハビリテーション施設として位置づけられ、医療との連携において在宅復帰施設としての役割が求められていました。さらに老健施設を含む高齢者施設サービスについては、有料老人ホームや高齢者専用住宅等、介護保険以外の施設が増えるなど高齢者へのサービス環境が目まぐるしく変化しており、それに伴い利用者や家族のニーズも多様化するなど、陽光館刷新にそう時間を割けない状況でした。

しかしながら、陽光館の入所者の現状は、要介護度の重度化や要医療者の増加により在宅復帰が困難な状況で、当初考えられた医療機関と在宅の橋渡しとしての機能は十分に果たせない状況でした。

そこで、まず生活棟機能の再編が必要であると考え、陽光館の機能と地域での役割、他の医療機関が何を必要としているかなど陽光館の目的を再考し、職員にも徹底的にその目的を共有した上で、昨年11月に生活棟機能の見直しを行いました。

2階生活棟は主に寝たきりなどで在宅復帰困難、医療的な管理が必要な方を対象とし、3生活棟は、在宅復帰を目的とし、リハビリテーションを強化することとしました。

5階生活棟は、本来の対象者である問題行動のある方を対象としました。

結果として、最近では新規入所者の受入件数も増え、稼働率の向上は達成できました。生活棟再編は在宅復帰率、ベッド稼働率の安定的な確保のためには有効に働きましたが、まだ在宅復帰の向上には至っていません。

今回の再編は、マンパワーが充足していない陽光館にとって、一部ではかなり厳しい業務を強いられる結果となっておりますが、この厳しい介護環境を乗り切るためには、断行せざるを得ない覚悟で、今後も取り組んでまいります。

来年4月に介護報酬改定が行われます。現在、特養化した老健施設が問題となっていますが、在宅復帰に重点が置かれることは間違いない、今年1年の対応がまさしく「勝ち組」と「負け組」を分ける大きな節目になると思います。

最後に今回の医学会が実りある学会となりますよう皆さんの活発な討議を期待しております。

平成26年6月12日

28年目に向けて

看護部長 比嘉久美子

沖縄県精神科病院協会(沖精協)看護部長会のことにつれたいと思います。

平成16年に発足した看護部長会は今年、10年を経過しました。日本精神科病院協会の事業の一環で、各県に設置され、看護部長間の情報交換の場を通してその連携と、民間精神科病院の看護の質の向上を目指すものです。会長を含め3役(任期は2年)のリードで、沖精協の顧問の先生を交え県内18病院の看護部長が参加し、年に4~5回の会議や研修会を開催しております。10年も経過しますとメンバーの交代もありますが、初対面でもすんなりと雰囲気に馴染んで、だれかれと発言も活発で、看護部のトップリーダーとしての責任を感じる集まりです。多くは看護管理に関連した内容ですが、ここ最近はもっぱら「ひと・ベットコントロール・法改正」のキーワードが飛び交っています。どの病院も同じ悩みを抱えながら、それでも様々な取り組みに切磋琢磨していることが伺えます。次回はきっと新聞の社説にまで取り上げられた「精神科病床削減」についての話題で賑わうことでしょう。

さて、いつもの本題であります平成25年度の看護部目標の評価と課題を展望したいと思います。

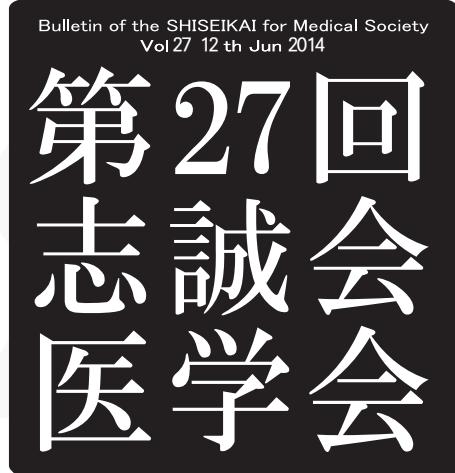
平成24年から開始されている平和病院の第6次5か年計画も3年目を迎えました。精神科救急・急性期看護の質の充実を受けての課題として、急性期病棟の看護要員の確保やセミナーの実践における看護者の役割取得、患者情報の把握や情報を共有した看護実践等は看護の質向上に効果を上げています、また、24時間いつでも入院を受け入れている現場は、基準を満たしている数とはいえ、常に教育病棟として新人を抱えながらの運用で、各個人が日々の仕事のマネジメントが欠かせません。さらに今年度の目標とされている医師配置加算の取得では、急性期のベットコントロールが重要な鍵になっています。昨年は全体の210床の病床目標を維持することはできませんでしたが、前年度に比較して新入院患者が増加していることから在院日数の短縮化と受け止めることで評価し、今年度はさらに他病棟との連携を密にした効率的な運用を目指していくことが求められています。

一方、3つの療養病棟の機能もその輪郭が明確になってきて、スタッフ個々の目標管理が解り易くなっています。長期在院者の退院支援の取り組みも確実に効果を上げており、他職種と協働する姿勢も一つの目標に向かって積み上げられた成果だと評価したいと思います。常に患者さんに関心が向けられていることが肝要で、看護の問題は常にそこから導き出され解決の糸口を得ることができます。療養病棟は看護補助者の働きも看護の質に大きく影響します。今後も患者さんに良いフィードバックができる質の高い倫理教育を続けていくことが大切だと思います。

今年度も教育企画には力を注ぎます。これまでの山城主任を中心とした主任企画のCPRシミュレーション教育は看護現場に大きな自信をもたらしました。今年は合併症患者の看護に自信を持ってもらえるように外来の銘刈主任を中心にフィジカルアセスメントの教育を導入します。また、クリニカルラダーを改編して目標管理にも活用してもらいたいと考えています。目標管理における部署長の面接機能はスタッフの仕事の捉え方を大きく左右するのは言うまでもありません。今年もスタッフがどのように成長していくか、ワクワクしながら“win-win”的な関係を大切に、部署目標の達成に向けて頑張りましょう。

さった6月1日に「社会の受け皿整備が重要だ」との見出しで精神科病床削減の記事が掲載されました。どれほどの県民が関心を寄せて目を通したのか・・・。ともあれ、2年後の診療報酬改定では確実に精神科病床の在り方に変化が起きていることと思いますが、しかし、私たちが視座するものは平和病院の設立の理念であることに変わりはないと思います。目標に向けて頑張りましょう。

平成26年6月12日



特別講演

「社会機能を回復した統合失調症患者」
～再発予防と援助について～

講 師

藤田保健衛生大学 医学部 精神神経科学講座

教授 内藤 宏

講師プロフィール

氏 名：内藤 宏（ないとう ひろし）

生年月日：昭和 34 年 7 月 23 日（54 歳）

所 属：藤田保健衛生大学医学部 精神神経科学講座 教授（コンサルテーションリエゾン・緩和ケア担当）、医療の質・安全管理部副部長（医療の質対策室室長）、健康管理室副室長

出 身 地：愛知県名古屋市

最終学歴：藤田保健衛生大学大学院 医学研究科（1990 年修了）

所属先住所：〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98 藤田保健衛生大学医学部精神神経科学講座（TEL : 0562-93-9250、E-mail : rikiasu@quartz.ocn.ne.jp）

主要経歴

1978年	東海学園東海高校卒業
1984年	藤田学園保健衛生大学医学部卒業
1990年	藤田学園保健衛生大学大学院医学研究科修了（1990 年）
1984年5月	藤田保健衛生大学病院 精神科研修医
1985年4月	大同病院 内科研修医
1986年4月 -1990年3月	藤田学園保健衛生大学大学院 医学研究科 (1986年4月 : にいはま精神病院 精神科医師、1987年4月-1990年3月 : 藤田保健衛生大学病院 精神科医師)
1990年4月	豊岡台病院 精神科医師
1992年4月	藤田保健衛生大学医学部 精神医学教室 講 師
2003年4月	藤田保健衛生大学医学部 精神医学教室 准教授
2010年4月	藤田保健衛生大学医学部 精神医学教室 教 授

資 格 等

医学博士、精神保健指定医、臨床研修指導医、日本精神神経学会専門医・指導医、一般病院連携精神医学専門医・指導医、日本臨床精神神経薬理学専門医・指導医、日本精神神経学会代議員、日本総合病院精神医学会評議員、日本臨床精神神経薬理学会評議員、名古屋市精神医療審査会委員、名古屋地方検察庁嘱託鑑定医、トヨタ自動車管理医、名城大学非常勤講師、PIPC スーパーバイザー

専 門

臨床精神医学、コンサルテーション・リエゾン精神医学、精神薬理学、職場のメンタルヘルス、精神腫瘍学（緩和ケア）、司法精神医学

所属学会：日本精神神経学会、日本臨床精神神経薬理学会、日本総合病院精神医学会、日本サイコソーシャルカウンセラーズ学会、日本生物学的精神医学会、日本神経精神薬理学会、日本老年精神医学会、日本認知療法学会など

2014.6.12. 第 27 回志誠会医学会（沖縄）

「社会機能を回復した統合失調症患者：再発予防と援助について」

藤田保健衛生大学医学部 精神神経科学講座 内藤 宏

要旨

精神障害の軽症化に関する話題を耳にすることは少なくないが、統合失調症においては未だ青年を無力にし、その生涯を通じて社会生活に影響を与える深刻な精神障害であることには変わりは無い。しかし、早期の介入に加え薬物療法と非薬物療法を組み合わせた包括的な対応が、統合失調症の予後を改善させ社会機能の回復に寄与するという証左が集積しつつある。病名告知を含む疾病教育が早くから行われる時代を迎え、コメディカルや外部組織と協働した患者や家族の不安な気持ちに寄り添う医療の提供が、継続的に行われることが求められている。こうした援助の基本は、SST、心理教育、家庭教育、社会資源の提供であるが、なかでも障害者ひとりひとりの「生活のしづらさ」という観点に注目したロールプレイによる練習の有用性を強調したい。

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol27 12 th Jun 2014

第27回 志誠医学会

一般演題

【第1群】

- | | | |
|--|----------------------|-------|
| 1) 生活棟機能分化に伴う業務改善 | ■ 陽光館第2生活棟 玉本 美鈴 | 15~17 |
| 2) 老人性乾皮症の改善に向けて
～続・ハーフビネガーランプを取り入れて～ | ■ 陽光館第3生活棟 市原 尚人 | 18~21 |
| 3) 周辺症状のある認知症高齢者との関わりについて考える
～意識調査から見えてきた今後の課題～ | ■ 陽光館第5生活棟 徳門 竜也 | 22~24 |
| 4) グループホームの高齢化に伴う今後の外出支援
～認知症高齢者の下肢筋力低下と健康維持～ | ■ グループホームあおば邸 大嵩 賢治 | 25~27 |
| 5) 独居で統合失調症のある方を地域で支えるチームアプローチ | ■ 居宅介護支援事業所陽光館 当銘 則子 | 28~31 |

【第2群】

- | | | |
|--|------------------|-------|
| 6) P I C Uを長期に使用している患者に対するアプローチ
～個別的な関わりを通して見えてきたこと～ | ■ 平和病院第1病棟 儀 保 桂 | 32~35 |
| 7) 急性期治療病棟における早期退院に関する要因
～看護師の視点より～ | ■ 平和病院第3病棟 大 庭 哲 | 36~39 |
| 8) 尿失禁改善を目的とした個別的関わりを通して
～尿失禁が続いている患者へ自己課題、対策用紙を活用して～ | ■ 平和病院第5病棟 新垣 典也 | 40~43 |
| 9) 退院後の生活を意識したリハビリテーション
～小グループ活動を通して見えてきたこと～ | ■ 平和病院第6病棟 渡久地 猛 | 44~47 |

【第3群】

- | | | |
|---|-------------------|-------|
| 10) 当院精神科デイケアにおける心理教育を通して | ■ 平和病院デイケア課 外當めぐみ | 48~51 |
| 11) 長期入院の統合失調症患者に対するアプローチの視点
～精神科リハビリテーション行動評価尺度(R e h a b)を用いた検討～ | ■ 平和病院作業療法課 比 嘉 創 | 52~55 |
| 12) 一般企業並みの経営を目指した就労リハビリテーションの効果
～喫茶ガーデンクレスでの実践を通して～ | ■ 社会復帰施設部 長根山由梨 | 56~61 |
| 13) 曖昧さ態度尺度の臨床応用可能性(1)
～健常群としての対人援助職の曖昧さへの態度の特徴～ | ■ 平和病院心理課 榎木 宏之 | 62~64 |
| 14) 統合失調症急性期に対する薬物療法の実態
～当院急性期治療病棟における処方調査からわかること～ | ■ 平和病院医局 山口洋介 | 65~68 |

生活棟機能分化に伴う業務改善

第2生活棟 ○玉本 美鈴 大嵩 賢一
栄野川太志 平田 嗣晃

I. はじめに

介護老人保健施設陽光館（以下当館と略す）では長期入所者のADL低下が要因で介護度が上昇傾向にあり、入所者個々に介護量の差が顕著に表れている状況である。そんな中、私達は在宅復帰への中間施設として、本来の役割を果たせるようなケアを日々心がけているが、2013年12月に入所者を身体面、精神面別に機能分化を行った。各生活棟が特色を持ち、ケアの統一化を図れる環境を作り、各職種が専門性を発揮して、より良いケアを提供することが目的である。

第2生活棟（以下当生活棟と略す）では介護度の高い高齢者が主に入所することとなり、入所者一人一人のケアにこれまでよりも時間が必要となつた。これまでの業務内容では入所者へ適切なケアを提供することが困難となつた為、業務を見直し、改善していった経緯を報告する。

II. 取り組み期間・内容

1. 取り組み期間

2013年12月1日～2014年4月30日

2. 内容

機能分化に伴う業務改善と職員配置の変更

III. 経過

1. 生活棟再編成の流れ

2013年12月から生活棟再編成を開始した。他生活棟から重介護者（要介護度4～5）、医療ニーズの高い入所者、経管栄養療法者が2014年4月までに当生活棟へ転床してきた。また、当生活棟からは認知度Ⅲ以上周辺症状のある入所者が認知症専門棟の第5生活棟へ転床、在宅へ向けてのリハビリが必要な入所者は第3生活棟へ転床した。

2. 当生活棟の現状

2013年12月時点では要介護度4～5の入所者が20名だったのが2014年4月時点では34名と増加した。そのことによって特に大きく変化したのが3大介護である排泄、食事、入浴の全介助者の増加である。

3大介護量の増大でこれまでよりもケアに時間を費やさなければいけなくなり、これまでの業務内容や人員では従来のケア提供が困難となつた。そこで、入所者個々に合ったケアを提供する為に、業務改善に取り組んだ。最初に介護度の高い入所者を受け入れるにあたって、これまで各階ローテーションで配置されていた看護師を固定化して、他の生活棟より1名多く配置。医療ケア面で入所者の状態を常に把握できる体制作りを行つた。そして介護職、看護職が協力し以下の3つの問題に取り組んだ。

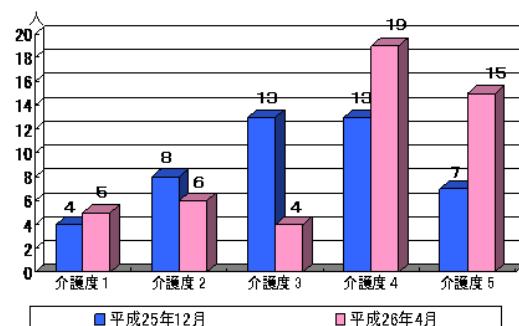


図1 要介護度の比較

1) 排泄介助

排泄に関しては介助が必要な入所者が22名から34名となり12名増加している。

排泄介助はオムツの交換の際に皮膚状況の観察、感染予防の為の陰部洗浄、他に褥瘡予防の為の体位交換やワセリンの塗布、硬縮予防のポジショニングなども行つてゐる為、介護職と看護職の協力しあえる業務改善を行つた。以前は職種間での連

携が不十分であり、協力しあえる時間帯は少なかった。今回からは各職種の業務を調整し排泄介助の時間を全職種で行うこととした。オムツ交換に携わる職員を増員することで、入所者個々の身体状況に応じた排泄ケアが可能となった。

平成25年12月 平成26年4月

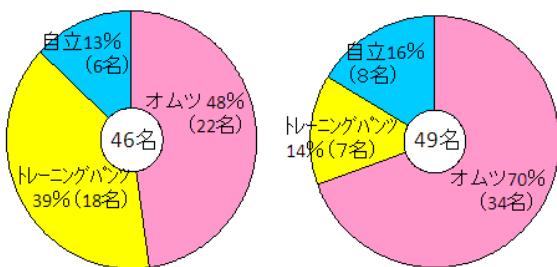


図2 排泄介助対象者の比較

2) 食事介助

食事介助では対象者8名だったのが14名となっている。これまでの食事介助対象者は意思疎通が可能で食事摂取がスムーズに出来る方が大半だったが、現在は意思疎通を取るのが難しく、介助のタイミングがずれると食事を拒否してしまう方や、嚥下難がありむせ込みや口腔内にため込む方など介助が難しく時間がかかるようになった。

そこで、食事介助がスムーズに行えるように入所者の座席配置に工夫し8グループに分けた。その内4グループが自力摂取可能者、2グループは食事全介助者、2グループは一部介助者と自力摂取可能の方。

職員は食事介助対象者のいる4グループに複数配置して、入所者の嚥下状況や介助方法など個々の特徴について情報共有を密にした。他に入所者が楽しく食事を摂取してもらえるよう同席者の相性も考慮した。

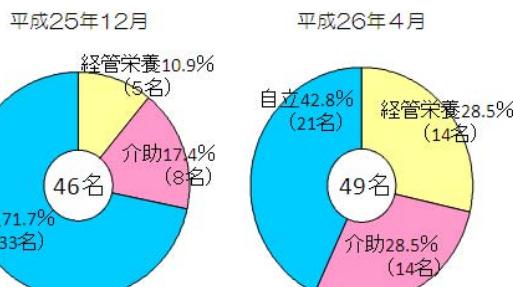


図3 食事介助者の比較

3) 入浴介助

入浴用ストレッチャーを使用する入所者は15名から27名に増加している。入浴は火、水、金、土曜日で行い、入所者一人あたり週2回の入浴を実施している。ストレッチャー入浴は1日約13名行っており、重介助者で硬縮がある、皮膚が脆弱など、更衣やケアにも時間を要する方である。

これまで、入浴は各職種の業務が重なる午前に行っており、業務を並行しておこなうことで、入浴中に職員が浴室から離れ、連携が取れないということがあった。今回、入浴を円滑に行う為の取り組みとして、看護師の人員を多くしたことで、入浴介助、処置、更衣が一連して行えるようになった。他に、ストレッチャーの台数を増し、さらに円滑に入浴介助が行えるようになった。他に当日の入浴者をフロア担当の職員にも入浴状況を把握できるよう表示し、フロアから入所者の誘導を行うなど浴室とフロアで連携が取れるようになってきた。

平成25年12月

平成26年4月

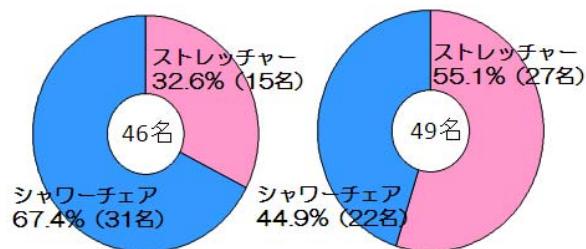


図4 入浴ストレッチャーの比率

IV. 結果及び考察

排泄介助は、介護、看護職が協力して行ったことで、入所者の皮膚状態や身体状況を職種間で共有することができ、その結果、対象者は増加したが、以前に比べ入所者の状態把握が強化され、皮膚トラブルや褥瘡の早期発見に繋がり迅速な対応が可能になった。排泄介助は毎日行われる頻度の高い業務の為、このように職員が連携を継続して行うことで皮膚状態の管理や褥瘡予防に対する職員の観察力が養われ、ケアの質が向上していくのではないかと考える。

食事介助については、入所者の座席変更、職員の配置変更、職員間で介助方法についての情報共有を行った。食事介助中に職員同士で今日の入所者の状態を共有して介助方法のアドバイスを行える環境ができ、各職員がスムーズに介助出来るようになつた。このことは、職員の食事介助のスキルアップに繋がる環境を提供できたと考える。そして、低栄養予防に繋げていきたい。

今後も食事介助対象者は増えると予測されるため、職員間で常に情報共有を行つていただき、入所者個々にあった介助が提供できるよう、さらに努力していかなければならぬと考える。今後は、食事形態の工夫や、嚥下機能向上に向け取り組んでいきたい。

入浴介助では職員とストレッチャーを増やし、入浴担当以外の職員との連携を行つた。看護職の配置については、1名を処置と更衣担当に割り当てたことで入浴後の丁寧な皮膚ケアや処置が円滑に行えた。ストレッチャーを1台増やしたことでも1台を入浴に使用、もう1台は更衣及びケアが行えた。1日約13名のストレッチャー入浴を円滑に行える環境がつくれた。また、フロアの職員も入浴状況の進行を把握をすることでスムーズに入浴へ取り組むことができた。この取り組みは一見職員側の都合が良くなつたと感じられるが、入浴は現在まで無事故で皮膚疾患者も軽快傾向にあるため、丁寧な入浴介助が提供ができるといふと考えられる。今回の取り組みの中で、最も時間のかかる入浴業務を職員の連携で実践でき、介護職、看護職が協力して良いケアの提供をして行かなければならぬという意識が高まってきていたことだと考える。

3大介護改善に取り組んだが、共通して言えるのは介護職と看護職の協力により、これまでよりも入所者に丁寧での的確なケアが迅速に提供できたと考える。各職種がお互いの立場を理解し協力していくことがこの取り組みには最も大事なことと考える。

V. 終わりに

今回、これまでになかった入所者の編成に伴い業務改善を行つたが、入所者の変化、業務の変化は職員にとって戸惑いがあった。徐々に体制が機能し始め、職員間の連携で統一した介助が提供できたことがモチベーション向上に繋がつてゐる。

老健職員としてより良いケアの提供を実践して、入所者が安心して暮らせる環境を作り、また家族からも認められる生活棟を目指していきたい。

老人性乾皮症の改善に向けて ～統・ハーブビネガー療法を取り入れて～

3階生活棟 ○市原 尚人 渡具知 沙織
大山 始 久保田 逸美
我如古 貴之 城間 豊大
宮城 麻乃
陽光館看護 比嘉 節子

I. はじめに

第26回医学会では、老人性乾皮症の改善に向けての取り組みを報告した。

課題として「ハーブビネガー療法」の臭い緩和と実施する対象者の増加が残された。

そこで今回、ハーブを使用した「ハーブビネガー」で臭い緩和と対象者の増加へ取り組み、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25年4月～現在継続中

2. 対象者

3階生活棟入所者 48名

※ショートステイ（短期入所）者・皮膚トラブル者は除く

3. 取り組み内容

1) [臭い緩和に向けての試み] (表1 図1)

1. ハーブの抽出方法として「太陽浸出法」を行う。
2. 「ハーブビネガー」を職員に試行しアンケート集計を行う。
3. 臭いについての対象者への聞き取りアンケートの実施を行う。

[評価方法]

- ①取り組み前に布に含ませた「ハーブビネガー」の臭いについて感想を聞き評価を行う
- ②聞き取り時の内容で臭いが緩和されている

か確認

表1 ハーブビネガー作成方法

【ハーブビネガー材料】

・リンゴ酢 600ml	・グリセリン液 60ml
・カモミール 15g	・水 600ml
・ラベンダー 15g	

【使用時の割合】

- ・ハーブビネガー原液(1):水(1)+グリセリン液適量
※グリセリン液は「ハーブビネガー」100mlに対し5ml混入する
- ・保存料を使用していない為、「ハーブビネガー」は2週間を目安に使い切ること



図1 ハーブビネガー作成方法

- 2) 対象者に「ハーブビネガー」のパッチテストを行った

- 3) 対象者4名に対し「ハーブビネガー」を毎日実施し約1ヶ月間評価した

4) [対象者の増加への試み]

1. ワセリン塗布からグリセリン液混入への変更
2. 毎日から入浴後の実施に変更

[評価方法]

- ①写真撮影による確認
- ②毎週水曜日に担当職員にて四肢の乾燥落屑・亀裂・搔傷を確認

III. 経過及び結果

以前からの課題であった酢の臭いに対しハーブの効能で緩和する効果があることがわかった。

まず取り組み前に「ハーブビネガー」を職員に試行しアンケート集計を行ったところ、酢の臭いの緩和がみられる結果となった。(表2)

対象者への「ハーブビネガー」の臭いに対しての聞き取りアンケートから、「酢の臭いは気にならない」「酢の臭いが少し気になる」「慣れたら大丈夫」と賛否両論であったが拒否はなかった。(表3)

表2 介護職員のアンケート集計(N=17)

「ハーブビネガー」を職員に施行し記述式でアンケートをまとめ集計した
Q1 ハーブビネガーの臭いについて

↓きつい(3名)

少し気になる(6名)	気にならない(11名)
------------	-------------

Q2 ハーブビネガーの臭いについて

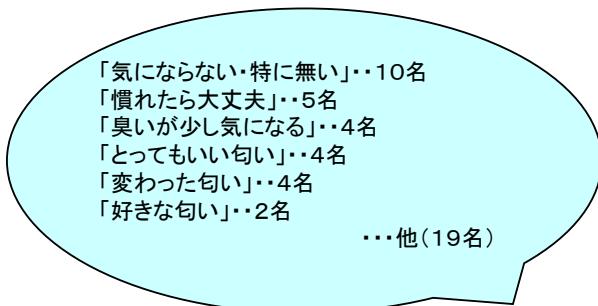
気にならない(17名)

Q3 ハーブビネガーを1週間使用してみての感想

- ・ベタツキ感はないが違和感はある。
- ・噴霧した際には臭いが少しきになるがしつつ感があった。
- ・ワックス洗剤で一時的に乾燥していた手の治りが早かった。
- ・ハーブの良い匂いがする。

表3 対象者へのアンケート集計(N=48)

「ハーブビネガー」の臭いについて入所者へ口答によるアンケートをまとめ集計した



またグリセリン液を混入することで対象者の増加を図れる方法があることがわかり、対象者4名に対して「ハーブビネガー」を毎日実施し約1ヶ月間評価した。

1人に要する実施時間はワセリン塗布で7分～10分程、グリセリン液混入に変更後は3分～5分と約半分の短縮がみられた。

また保湿効果について1カ月半は要するが皮膚乾燥の改善はみられた。(図2)



図2 効果の違い

得られた結果を元に対象者の増加に向けてミーティングを開催した。

そこで「ハーブビネガー療法」の方法から毎日実施を入浴日に、ワセリン塗布をグリセリン液混入へと変更し平成26年3月より「ハーブビネガー」での「対象者の増加への試み」を開始した。

4週目から徐々に対象者約半数の落屑や搔傷の減少と搔痒感の消失がみられた。

12週目はオムツ使用4名に、陰部や臀部の搔痒感は未だみられているが、四肢や体幹の皮膚乾燥改善者は対象者全員となった。

以下、著しい皮膚乾燥があった2名の対象者を選出し、その経過を報告する。

実施者経過

ケースA氏 90代 女性 (図3)

A氏は全身の皮膚乾燥と両手掌の亀裂、四肢に落屑や搔傷など皮膚乾燥がみられた。

「ハーブビネガー」についての拒否はなかった。

5週目より両下肢の落屑と両手掌の亀裂が消失した。両手掌は搔く頻度が減っていき落屑のない状態もみられた。

10週目に入り両手掌と臀部以外の搔傷が消失した。

12週目、四肢と体幹の皮膚乾燥は改善されている。

搔痒感については両手掌と臀部の搔く行為があつた。

面会に来た家族から「以前より搔かなくなっている。」そして「親戚からも久しぶりに見て手の乾燥がなくなり綺麗になっていることに驚いていたよ。」と話されていた。



図3 実施者経過(A氏)

実施者経過

ケースB氏 80代 男性 (図4)

B氏は全身の皮膚乾燥落屑が著しく、搔痒感もあり手の届く範囲での搔傷が観察された。

「ハーブビネガー」については「慣れたら大丈夫」と拒否はなかった。

4週目で、両上肢の乾燥が改善し落屑が減少。

7週目より四肢の落屑、搔傷が消失した。

12週目、四肢と体幹の皮膚乾燥は改善されている。搔痒感は頭部のみとなつた。

本人からは、「ハーブビネガーを使ってから痒いところが減ってきた。ありがとうね。」また「気になっていた乾燥がなくなってうれしい。」と話されていた。



図4 実施者経過(B氏)

IV. 考察

今回、課題である酢の臭い緩和に至ったのはハーブの効能で防臭効果が生まれたと考えられる。

一部の入所者によっては「ハーブビネガー」の臭いに慣れたと考える。

また実施時間の短縮に繋がったのは、実施日を入浴日に変更したこと、ワセリン塗布やケア時に行っていた衣服の着脱介助が省けたからである。そこで、1日の実施者が半数になり対象者の増加へ繋がったと考えられる。

12週目、対象者全員に皮膚乾燥の改善がみられた。落屑や搔傷の減少されるまでに約4週間の期間を要した。

要因として実施回数が減り皮膚表面の弱酸性を保持することが毎日の実施と比べ難しかったと思われる。

皮膚乾燥の改善後も搔痒感のある対象者がいた。その中でケースA氏の場合は(図3)のように両手掌にある黒斑を摘み取ろうとしている行為があり、表皮が刺激される為、搔痒感に繋がったと考えられる。

ケースB氏(図4)や対象者から皮膚乾燥の改善等の声も聞かれ、笑顔が多く見られるようになった。

これは外見的な皮膚乾燥と、痒みから生じたと思われる精神的苦痛の緩和になったと考えられる。

V. 終わりに

実施時間が短縮され対象者の増加に繋げることができた。今後、持ち運びが便利な容器を検討し、

入浴日以外でも実施する機会を増やすことで皮膚乾燥者の早期改善に取り組んでいきたい。

添付資料1

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。

添付資料2

ハーフビネガー使用方法

添付資料3

ハーブの効能 ※1

ラベンダー	カモミール
・消炎作用を持ち、皮膚の炎症を鎮めて組織の回復を助ける	・ニキビなどの肌の炎症を抑える
・鎮静効果があり心身をリラックスさせ不安やイライラを解消	・アトピー性皮膚炎やアレルギー性皮膚炎の症状緩和
・緊張からくる偏頭痛や高血圧への効果	・メラニン色素の生成を抑制する美白効果
・抗菌と殺菌作用があり、防虫効果がある	

※1 「アロマセラピー外来が教えるメディカルアロマ&ハーブのセルフケア事典」より

周辺症状のある認知症高齢者との関わりについて考える ～意識調査から見えてきた今後の課題～

第5生活棟 ○徳門 竜也 吉謝 雅子
當間 紗恵 宜野座正也
松田 一也

I. はじめに

当施設では昨年の12月より、入所者の状態に応じた細やかなケアの提供が出来るよう機能分化が行われた。認知症専門棟である当生活棟も昨年までは周辺症状の著しい入所者と、長期入所に伴い身体機能のレベルが低下し、胃瘻からの栄養管理が必要な入所者とが混在していた。

生活棟の編成が行われ、認知症の周辺症状が減退し、健康または栄養管理が中心となつた入所者は、他の生活棟へ転床し、代わりに認知症の周辺症状の著しい入所者を受け入れたことで、認知症専門棟としての役割がさらに強まった。だが一方で、経験を積んだ職員であっても、入所者個々の周辺症状に対して苦慮する場面も増えてきた。

今回、自分たちが、間違った対応をしていないかを確認するために意識調査を行つた。その結果から、職員が認知症高齢者に対する理解を深め、さらなる知識や技術を得ることで、入所者個々の周辺症状を和らげる対応が可能になると考へた。そこで、今後の取り組むべき課題が見えてきたので報告する。

II. 取り組み内容

1. 当生活棟職員への意識調査

1) 調査期間

平成26年4月21日～4月30日

2) 対象者

当生活棟介護職員17名及び担当看護師4名の計21名

3) 調査項目

二木の「介護職員自身の感情を管理し、利用者を理解する、…中略…利用者の立場になって考える、ニーズを察知する」¹⁾の視点

から、幅広く情報を得るために質的側面を重視し、テーマを設定した自由回答形式を用いた。

当生活棟職員への意識調査

入所者の立場になって考えてください

質問1 介護される際の嬉しいこと

質問2 介護される際の嫌なこと

(複数回答可)

2. 意識調査の開示と振り返り

意識調査の結果を共有することで、職員個々に普段実践しているケア内容について、入所者本位の対応が出来ているかを見直すためにグループワークを行つた。

III. 結果

表1 嬉しいことへの意識調査結果

①声をかけてくれる・気にかけてくれる	12名
②訴えを聞いてくれる・認めてくれる 気持ちを理解してくれる	9名
③衣類が汚れている事に気付き取り替えてくれる	5名
④優しい言葉使い	4名
⑤身の周りのことを手伝ってくれる	4名

※少數の回答

- 笑顔で接してもらえる
- 役割がある
- 一人で居たいときにそつとしておいてくれる

当生活棟職員への意識調査の結果、類似する回答を統合したうえで見ると、嬉しいことの質問に対し、声をかけてくれる・気にかけてくれるが12名と多く、次に、訴えを聞いてくれる・認めてく

れる・気持ちを理解してくれるが9名、衣類が汚れていることに気づき取り替えてくれる5名、優しい言葉使いと身の周りのことを手伝ってくれるが4名ずつの回答であった。また、少数の回答として笑顔で接してもらえる、役割がある、一人で居たいときにそっとしておいてくれるなどがあつた。

**表2 嬉しいことへの意識調査結果
グループワークでの意見**

- 普通に出来てあたりまえ
- 出来ていないかもしれない
- 声をかけることは大切
- 良いことはもっと意識する
- そっとしておくことも必要

嬉しいことの回答についてグループワークを実施したところ、「普通に出来てあたりまえ」「やはり声をかけることは大切」「良いことはもっと意識して行っていきたい」「そっとしておくこと見守るだけでもいい、ケースによっては対応を考える必要もある」といった意見が出た。

表3 嫌なことへの意識調査結果

①行動を抑制される(身体拘束や言葉での抑制)	11名
②暴言	6名
③無視される	6名
④傷つけられるデリカシーのない言葉を言われる	6名
⑤暴力	5名

※少数の回答

- プライバシーが保たれていない
- 否定される
- 「ちょっと待って」と言われそのままにされる

嫌なことの質問に対し、行動を抑制される(身体拘束や言葉での抑制)が11名で多く、次に、暴言・無視をされる・傷つけられるデリカシーのない言葉を言われるが6名ずつで、暴力が5名の回答であった。少数の回答ではプライバシーが保たれていない、否定される、ちょっと待ってと言われそのままにされる、などがあった。

**表4 嫌なことへの意識調査結果
グループワークでの意見**

- 身体拘束は危険回避のためであり安易に行わない
- 職員のやり易い方法で仕事を行っている
- 機械的になっている
- 転倒リスクのある入所者が数名いて、余裕がない

嫌なことの回答については、「身体拘束は危険回避のためであり安易に行わない」「職員のやり易い方法で仕事を行っている、入所者に対して配慮が不足している」さらに、「機械的ではいけない、手伝っているという気持ちが必要」の他、「転倒リスクがある入所者数名が一度に歩行しようとすると、余裕がなくなり、『待って座って下さい』と言ってしまう」などの意見が出た。

IV. 考察

質問1の嬉しいことに関しては、入所者のことを尊重し気持ちの良い対応が求められる内容の回答が多く、グループワークでも肯定的な意見が出たが、実際には「出来ていないかも」「わかるんだけど」と口数が減る場面もあった。しかし、「もっと声をかけたり話を聞くようにしたい」「身だしなみについてもっと気にかけていきたい」「良いことはさらに意識して行っていきたい」の意見も聞かれたことから、前向きな意欲を引き出すことが出来たと考える。

質問2の嫌なことについては、行動の抑制や自尊心を傷つけられるような内容の回答であった。実際、当生活棟でも危険回避・事故防止を理由にやむを得ず身体拘束を実施することがある。しかし、日々業務の中で周辺症状からくる徘徊と、それに伴う転倒を防ぐための言葉による行動の抑制があることに対し、「何とかしないといけない」「機械的ではいけない」の意見から、認知症高齢者の逸脱した行為に対し、その言動の意味や精神状態を理解し向き合うことが大切であると、再確認す

ることが出来たと考える。

これまで、職員は入所者を落ち着かせるために、または、自らをも落ち着けるために心安らぐオルゴールのBGMを流したり、生活棟内の散歩を行ったりと試行錯誤しながら対応に当たってきたが、認知症高齢者を一つの枠組みで捉えてしまい、周辺症状に上手く対応出来ず苛立つこともあった。今回の意識調査から、入所者の立場になって、嬉しいことや嫌なことについて考えグループワークを実施して、認知症高齢者に対する理解をさらに深める必要があると考えた。そのために認知症の種類、疾患別のケア、コミュニケーションの取り方など勉強会を計画し実践する過程で定期的に自己評価する機会を設け、継続した運営を行っていくことが今後の課題である。

V. 終わりに

日本介護福祉士会の倫理基準に、「利用者本位・自立支援・専門的サービスの提供・プライバシーの保護・利用者のニーズの代弁」²⁾などが記されている。認知症専門棟で入所者と関わる者として、さらに、専門職として誇れるものを持てるようにな後自己研鑽出来る環境を整えていきたい。

引用文献

- 1) 二木 泉：認知症介護は困難か～介護職員の行う感情労働に焦点をあてて～ 『社会科学ジャーナル』69号 pp89-118.
- 2) 公益社団法人 日本介護福祉士会倫理綱領
1995年11月17日宣言文

グループホームの高齢化に伴う今後の外出支援 ～認知症高齢者の下肢筋力低下と健康維持～

あおば邸 ○大 嵩 賢 治 森根 ひとみ
仲 村 敬 渡具知 さおり
伊保 絵里加 友利 美由紀

I. はじめに

認知症高齢者の老化のスピードは一般高齢者と比べても数倍早いと言われており、グループホームあおば邸（以下あおば邸と略す）においても入居者の加齢に伴い認知症の進行、ADLの低下などにより身体機能が低下している。それに伴い歩行困難な入居者が増え、事故防止のため屋内外での活動性が低下し、開設当初に比べ外出の機会が少なくなっている。

そのような中で今年度のあおば邸の目標に「四季を味わえるよう外出の機会を増やす」を掲げ、高齢化に伴い健康維持を考え安全な外出支援を増やすためにどう取り組んでいくべきかを若干の考察を加え報告する。

II. 入居者の推移

図1, 2のグラフは開設当初から現在までの入居者の介護度・年齢の分布と平均である。開設時の平成20年度から平成25年度を比較すると平均要介護は2.5から3.4と0.9の増となり、平均年齢は80.5歳から86.6歳と6.1歳増となっている。

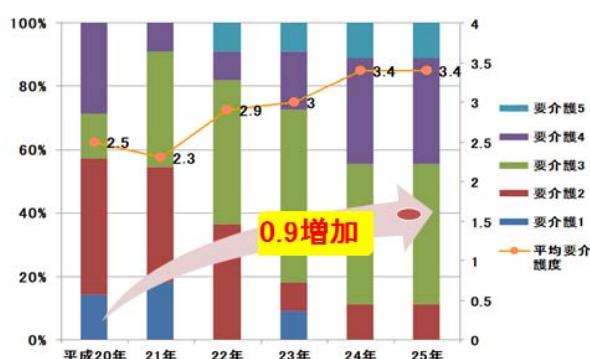


図1 介護度の推移

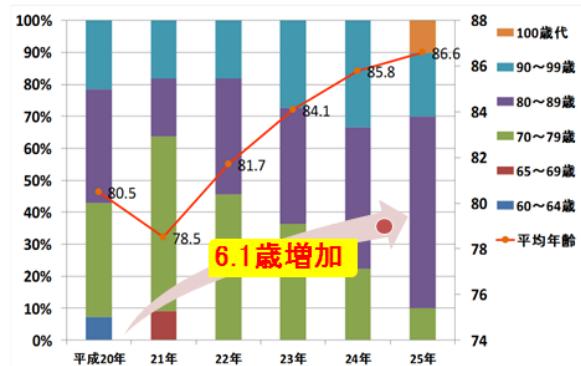


図2 年齢の推移

表1に平成26年5月現在のあおば邸入居者の背景を示した。

表1 入居者背景(N=9)

平成26年5月現在

- 性 別： 男性1名 女性8名
- 平均年齢： 87.4歳
- 平均要介護度： 3.4
- 障害自立度： 【A1】6人【A2】1人【B2】2人
- 認知症自立度： 【Ⅱb】2人【Ⅲa】4人【Ⅳ】3人

高齢化、身体機能の低下が進むなか、外出機会を増やすにはどうすればいいかミーティングで話し合い、3つのポイントに重点をおき取り組む事とした。

表2 3つのポイント

- ① 入居者の下肢筋力の維持向上
- ② 日課活動の改善
- ③ イベント時の外出形態変更

III. 経過及び結果

1. 入居者の下肢筋力の維持向上

あおば邸では、これまで下肢筋力の維持向上を目的にラジオ体操・リズム体操を午前10時のプログラムとして毎日行っていた。しかし入居者の中には認知症が進み声掛けだけでは身体を動かすことを理解出来ない方が増え、職員一人での全体活動の継続が困難になってきた。そこで9時から行っていた入浴開始時間を変更し、体操が見学になりがちな入居者3人と、歩行が不安定な方2名を中心に個別で起立訓練や近隣の散歩を行った。また10時には入居者を3つのグループに分けラジオ体操・リズム体操を行い活動に参加できる場とした。

日課の活動が変更された事により、入居者の様子にも次第に変化が見られた。傾眠傾向の方が減り、職員との会話や笑顔が増えた。トイレや車椅子への立位も徐々にではあるが以前よりもスムーズに行えるようになってきた。高齢で活動には消極的に思えた入居者が意欲的に歩行器で歩く姿や、自ら動く事をしなかった入居者が椅子から立ち上がる自発的な行動が見られるようになった。

2. 日課の活動改善

日課として毎週金曜日を外出すると定め買い物やドライブの機会にあてた。その中で入居者、職員合わせて4名での浜下りを企画しドライブを行った。個別訓練の成果で車両への乗降もスムーズに行えた。また外出時には常に尿意を訴えて落ち着かなくなる方の訴えも減った。他入居者の移動を待てずに不安になる方にも

笑顔が見られるようになった。「猫は嫌いさ～」「いちごが好き」等の発言から新たな一面を発見できた。無口な方がドライブ後は昔のことを持ち出してくれるようにになった。また普段足の痛みを訴えてなかなか動こうとしない他の入居者からも「どこにいくの?」など興味を示し外出に対する意欲が向上していることが感じられた。マンツーマンで行動するため転倒リスクが減り、入居者の車両への乗降がスムーズに行えるようになったため職員の介護負担が軽減できた。

3. イベント時の外出形態変更

これまで初詣や浜下りなど季節に合わせた外出、地域の行事など積極的に参加し全入居者で外出してきた。

しかしながら高齢化やADLの低下・転倒のリスクが増えている現在、職員一人で数人をカバーするのは難しくなっていた。そこで今年の初詣に入居者を2グループに分け二日間で行う事にした。入居者一人一人に職員が付き添い安心した外出が実現した。

IV. 考察

今回3つのポイントに重点を置いて取り組んだことで入居者、職員に変化が現れた。個々に合わせた個別訓練を行い、一人ひとりに密に関わったことで職員との会話量が増え傾眠が減少した。これは昼夜逆転になりがちな入居者の睡眠リズムが整う事に繋がると考える。散歩を行う事で入居者の体力が付き若干ではあるが下肢筋力向上がみられ立位が以前より安定し自発的に立ち上がるようになった。また入浴中に体位交換が必要だった方がベッド上で活動に動く効果も現れ、褥瘡リスクの軽減にも繋がった。自発的な動きが出てきたことは転倒や転落のリスクも増える。だが職員同士が連携し情報を共有する事で解決できると考える。

日課の改善で取り組んだ金曜日外出では、職員が傍に付き添い声かけを行うことによって

外出を楽しむことができ、頻回な尿意の訴えや不安感の軽減に繋がった。景色を見ながら会話をする余裕が生まれ入居前のなじみの場所、記憶や出来事を思い出し職員へ昔のことを話し始めたと考える。また市内のスーパーに入居者と出かけた際に、見知らぬ婦人が入居者に「元気ね～久しぶりさ～」と声を掛けてくることがあった。入居者本人は覚えていなくても疎遠になっていた友達との再会でまた新しいつながりが出来るきっかけ作りになると考える。

入居者が外出に意欲的な発言が聞かれるようになったこと、外出時の職員の介護負担が減ったことから金曜日以外の活動時も外出支援を増やすことを検討していきたい。

外出形態の変更において、イベント時の外出は全員でしなければならないという職員の固定観念をくずし、外出しやすい環境を整えることにつながった。しかし今後入居者の下肢筋力の向上、または他部署との連携、地域の協力を活用する事で全入居者での外出にも取り組めればと考える。

これまで外出先での転倒や車両の乗降時の表皮剥離のリスクが高く、事故への不安が職員のストレスになり、室内での活動が中心になりがちとなっていた。しかし外出支援に取り組んだことで入居者の下肢筋力維持向上や気持ちの変化、それに伴って介護負担軽減に繋がったことを職員全員が実感することが出来た。また会話から入居者の昔を知ることの喜びと楽しさを再実感できたことが大きな収穫である。

V. おわりに

今回の取り組みで今年度の目標は大きく前進した。だが高齢化、身体機能の低下、認知症の進行は日々進み入居者の状況はますます変化する。外出支援をより安全にするため下肢筋力維持・向上の手段を専門職から学び活かしていきたいと考える。今後は入居者本人の希望に添った外出支援や地域交流に発展していくよう積極的に取り組んでいきたい。

◇倫理的配慮

今回発表で用いた写真については、口頭にて説明し同意を得た。

独居で統合失調症のある方を地域で支えるチームアプローチ

居宅介護支援事業所陽光館 ○当銘 則子
精神科訪問看護・訪問介護

I. はじめに

介護保険制度では、介護支援専門員を要に多職種協働チームアプローチによるケアマネジメントが行われている。本研究では、精神科病院退院後、幻聴・妄想の症状を持ちながら、自宅での生活を継続している統合失調症の一人暮らしの事例について、支援経過からチームアプローチの支援内容を分析しケアマネジメントの実践報告をする。

II. 研究方法

1. 研究期間

20XX年X月～20YY年Y月（41ヶ月）

2. 研究方法

介護支援専門員の支援経過をもとにチームアプローチの支援内容を研究する。

1) エピソード別の背景要因と支援内容

2) 社会資源と役割

3. 倫理的配慮

事例は成年後見制度利用のため、後見人へ研究趣旨、研究方法、研究目的、倫理的配慮について口頭説明し了解を得た。次に事例本人、家族へ同様に口頭説明を行い了解を得た。また、共同研究者を匿名とし、個人が特定されないよう配慮した。

III. 研究方法

1. 基本情報

事例をA氏とし、背景を表1に示す

表1 事例紹介

性別・年齢	男性・70代
要介護度	要介護1
診断名	統合失調症、糖尿病
発症年齢	20代
家族構成	独居
日常生活自立度	A2
認知症自立度	Ⅲa

2. サービス内容（20YY年Y月現在）

ケアプランに位置付けられたサービス内容を示す。

○介護保険：訪問介護 週6日(昼6回・夕4回)

○医療保険：精神科訪問看護 週2回

○福祉：成年後見制度（後見人）

3. 生育歴

卒業後、大工の職に就き 20代で結婚、1子授かるも妻他界。20代で統合失調症発症し入院歴3回。19XX年精神科訪問看護開始。その後、息子からの暴力を受け3回目の入院、医療機関併設の生活訓練施設、共同住宅での生活訓練を経て自宅へ戻り親子の生活を再開。しかし、重度貧血で輸血をする等健康管理の課題が大きく障害福祉サービス自立支援ヘルパーの利用開始。日常生活は、家に閉じこもり、幻聴に左右される言動が多く会話は殆どなかった。

20XX年、A氏の権利擁護のため成年後見人を選任。同年「要介護1」へ認定更新され、地域包括支援センターから当居宅介護支援事業所へ介護支援専門員（略：ケアマネ）変更。数日後、息子が他界し一人暮らしとなる。

IV. 支援経過

1. エピソードと要因及び支援内容

A氏の支援経過を要介護認定期間毎に4期に分け、エピソードとその行動に起因する背景要因(環境変化) および支援内容についてまとめた。

エピソードの赤色は病状に左右された行動、青色は自発的な行動に分類した。但し、A氏は常に幻聴・妄想を有しているため、日常生活に影響を及ぼさないエピソードは省いた。

1) 第1期（6カ月）

A氏は息子他界後、**単独外出し嗜好品購入が増加**。背景要因として、息子からの金銭要求の問題が解決し、ひと月の小遣いは週1,000円→月5,000円に増額された。支援チームとしては、栄養バランスや血糖コントロールに影響するのではないか? と不安があったものの行動変化と活動範囲が広がったことを評価し見守る方針をとった。

ケアプランの評価時期には、**内服や起床時間のズレ、生活リズムの乱れ**がみられ、家族からサービスを増やしてほしいと要望された。背景要因として、6か月間の生活環境変化（息子他界、住宅改修、ケアマネ変更）が大きく、ストレス過多の状況。支援チームとしては、ケアプランは変更せず見守る方針をとった。また、家族からA氏が**閉じこもり安否確認が取れない**ことに対して、スペアキーをどこかに保管したいと相談があった。要因としては、妄想に左右され閉じこもる症状があった。支援チームは、「本人が知らない場所に隠すことは、信頼関係を失う」との訪問看護の助言を尊重し、自宅周囲に隠すことをせず後見人保管へ決定。緊急時はドアを壊すことを共有事項とした。

2) 第2期（12カ月）

A氏は1~4カ月頃**幻聴に左右され、リュックを背負って道路で立っていることや薬の飲み忘れ、訪問時に所在不明**のエピソードが起きた。それは、「空港へ行くから家族を待っている」「声が聞こえて向かいの畑で待っている」と幻聴に左右された行動だった。背景要因として、生活リズムの乱

れから内服時間がズレ、不眠が生じていた。家族から入院治療の相談が入るも、支援チームは、A氏は幻聴に左右されているが落ち着いており、緊急入院の必要性がないとアセスメント。内服をきちんとすることで、在宅継続できると判断し見守り支援を行った。数カ月後、**外来通院中断**のエピソードが起きた。背景要因は、「訪問看護の人が、受診したら薬局を閉めると言った。自分は内地に行ってお金貯めて薬を買う」また、通院準備の途中で「病院へ行ったら殺す、殺される。怖い」と幻聴が聞こえ外出することができなくなっていた。支援チームは、その状況を共有し無理に通院に繋げることなく通院の約束を繰り返し、1カ月間生活を見守った。緊急受診を要する事態にはならず、通院再開に導いた。主治医は注射薬を勧めたが、飲み薬増量の意向を尊重し内服調整。訪問看護の頻度を週1回→週2回へ変更した。

ケアプラン評価時期には、更新認定結果が要介護1→「要支援1」へ認定変更の結果が届いた。

支援チームは、要支援1ではサービス量が足りず、認定区分変更申請することを決定。暫定ケアプランでは、障害ヘルパーサービスを併用し生活を支える連携を図った。

3) 第3期（12カ月）

暫定ケアプラン実施の1か月間、A氏は**幻聴に左右されリュックを背負って外へ出る行動**が再度みられるようになった。背景要因としては、暫定ケアプランでサービス量が半分に減り、環境変化のストレスから生活リズムが乱れていた。支援チームは、区分変更認定結果「要介護1」確定後、速やかに従来のサービス量へ戻し生活を見守った。

A氏は訪問看護へ「服を買いたい、タクシー呼びたいが電話故障」の相談をした数日後、**外来通院から帰宅せず所在不明**となった。支援チームは、かかりつけ薬局、タクシーカンパニーへ連携を図り約1時間で所在確認ができた。背景要因は「毎日家族を待っているのに来ない。一緒に買い物行ったかった。町は変わってわからなかった、疲れて帰った」と妄想に左右された行動だった。しかし、買

い物要望は現実のため、「妄想の訂正は困難、家族協力を得ること、次にサービス対応が望ましい」と訪問看護の助言を受け、調整を図った。

ケアプラン評価時期、A氏は「みんなの前では話しにくい、ケアマネから伝えてほしい。デイサービスは絶対行きたくない。疲れて眠くなり生活リズムが狂う。ヘルパーの手伝いはできるよ」と自分の気持ちを話した。背景要因としては、ケアマネの役割を理解し信頼関係が構築され始めたと思われた。支援チームは、A氏の意向を尊重しデイサービスを削除、ヘルパーの手伝いをケアプランに立案した。

4) 第4期（11カ月）

A氏は、自発的に排水路の清掃やゴミだしの役割が定着。ヘルパーが掃除をしていると手伝うようになった。また、「電子手帳がほしい」「ラジオがほしい」「小遣い金額上げてほしい」など具体的に要望を発言、ヘルパーとの会話も増えた。背景要因としては、手伝いたい、役に立ちたいという意識の変化や、「自らの希望を相談し実現できたことが、A氏の自信に繋がっている」と訪問看護の評価があった。支援チームは、本人の行動や自ら思いを表出したことを讃めた。一方、外出頻度が増えたことで嗜好品増や健康への影響など懸念事項はあるが、見守る支援を行った。また、週2回ヘルパーをキャンセルした背景要因も幻聴ではなく「自分で何とかできる」との意思が確認されたため、A氏のエンパワメントとやる気を尊重。サービス量は減ったが支援チームで見守る支援をとった。

2. 社会資源と役割

介護保険制度移行後、A氏の生活を支える社会資源を医療・介護・福祉・インフォーマルの4つに分類しその役割についてまとめた。図1にその関係を示す。

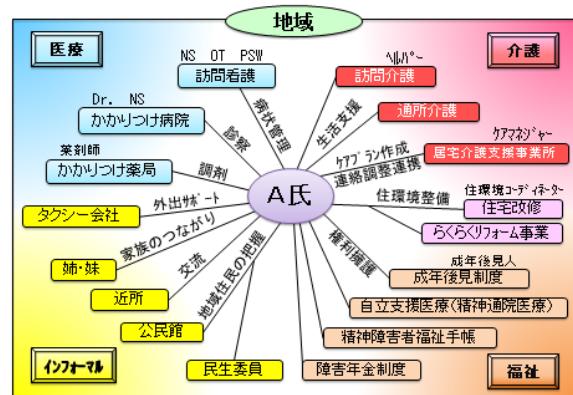


図1 A氏の生活を支える社会資源と役割

医療では、かかりつけ病院（診療）、かかりつけ調剤薬局（薬の調剤、帰りのタクシ一手配）、精神科訪問看護（病状管理、服薬指導、主治医連携、助言指導）。

介護では、訪問介護（生活支援）、居宅介護支援（ケアプラン作成、連絡調整連携）、住宅改修（環境整備・トイレの移設）、通所介護（社会参加交流・途中中断）。

福祉では、社会福祉協議会リフォーム事業（住宅改修費自己負担額の負担軽減）。障害年金制度（経済的収入）、精神障害者福祉手帳（福祉サービス）、成年後見制度（権利擁護）。

インフォーマルでは、姉妹（家族のつながり）、近所（交流）、公民館・民生委員（地域住民の把握）、タクシー会社（外出サポート）。

ケアマネは、毎月モニタリング訪問日に後見人、姉、訪問介護、（必要時訪問看護）と面接し情報交換を行うほか、随時、A氏を含むチームと社会資源間の連携調整等の役割を担っていた。

V. 考察

A氏はストレス耐性が低く、環境が変わると幻聴・妄想に左右された行動の変化（病状のサイン）を起こしていた。

第1期、A氏の支援チームに新たにケアマネが加わったこともストレス要因の一つとして分析された。支援チームはA氏のストレスと背景要因を常に共有し、信頼関係が取れている訪問看護の助言を得ながら病状悪化を予防することができた。

第2期には、再入院の危機が起きた。家族からの入院相談と外来通院中断である。支援チームは訪問看護を中心に、A氏の幻聴に左右された行動を否定せず受け止め、焦らずA氏を尊重し再入院を防いだ。中断の間、訪問看護から家族を含めた支援チームへ適切な病状説明と相談体制、見守る助言は支援者間の安心にも繋がった。

第3期、外来通院から帰宅せず所在不明になつたエピソードでは、支援チームのネットワークが有効に機能し事故予防に繋がった。更に、行動の背景にあるA氏の思いを理解した対策がとれた。

その後、A氏は自らの気持ちや要望を発言する回数が増え、行動に変化が現れた。生活行動の変化は、A氏に自信をつけ、誉めることを増やすという支援チームの言動も変化させた。野中¹⁾は「ケースマネジメント期間で大切なことは利用者が自分で出来ることをさせることである（中略）利用者自身に内在する資質を発見させ、問題対処法や解決能力を高めることで自分に自信を付けさせること、つまりエンパワメントの手伝いをすること」と述べている。このことからも、A氏は幻聴・妄想の症状を持ちながらも自身の出来る行動を広げ、エンパワメントを高めたと推測される。

次に、A氏のチームアプローチを振り返り、ポイントとなる支援を次に示す。

- ①信頼関係・エンパワメント
- ②病状変化の早期発見・介入（情報共有と介入タイミング）
- ③常に本人の思いを尊重し支援の判断軸とする（自己尊重の原則）
- ④家族も含めた多職種協働の支援ネットワーク連携（お互いの役割を理解尊重）
- ⑤寛容な気持ちで見守る（多少の失敗を許容、連携し見守る）

A氏の支援における今後の課題は、支援チームが変わっても、上記事項を維持し病状悪化を最小限に止め、自宅での生活を続けることである。

ケアマネは、ケアマネジメントのプロセスに沿ってケアプランを作成し給付管理を行うのが主な役割である。A氏のチームアプローチが多々行わ

れたプロセスは、「ケアプラン実行」の過程であつた。通常そのプロセスは、サービス事業所が支援主体となる。だが、生活に影響するエピソードが発生すると、ケアマネは相談援助や調整の技術を活用し、利用者と向き合いチームをまとめるファシリテーターの役割を担うことを再確認した。

VI. 終わりに

A氏は、精神科医療及び福祉等、地域の社会資源を活用しながら生活し、加齢に伴い介護保険サービスへ移行した。精神科疾患は長期的治療経過をたどり支援者はその人生に関わる。これからも目の前のエピソードだけに捉われず、生活全体を把握し理解を深めていきたい。そして、効果的な多職種協働チームアプローチによるケアマネジメントを実施し、利用者の自立と尊厳を保てる暮らししが実現できるよう支援していきたい。

引用文献

- 1) 野中猛・加瀬裕子：「ケースマネジメント入門」、中央法規出版、1996

**P-ICUを長期に使用している患者に対するアプローチ
～個別的な関わりを通して見えてきたこと～**

第1病棟	○儀保桂	高江洲徳一
	新垣愛子	
	久保田翔	山本大輔

I. はじめに

当病棟は統合失調症の慢性期で難治性を呈している患者が多く入院している。

病棟の課題の一つとして数名の患者が病状悪化によるものだけではなく精神科集中治療室（以下P-ICUと略す）の環境に依存し、長期に渡り断続的に使用していることがあげられる。患者の特徴として病状の不安定さのみならず、社会性の低下・ストレス耐性が脆弱であり短絡的に行動化するため対策に苦慮している。

今回、課題を解決することで患者の生活の質（以下QOLと略す）向上を図ることができることを期待し、作業療法士（以下OTRと略す）と協同したプログラムを開始した。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7月～2014年3月（9ヶ月）

2. 対象者

1) 統合失調症と診断され、長期に渡り断続的にP-ICUを使用している患者4名。

表1に対象者の背景を示す。

表1. 対象者背景

	性別	年代	診断名	罹病期間	入院回数
A氏	男性	40代	統合失調症	25年	10回
B氏	男性	40代	統合失調症	20年	6回
C氏	女性	50代	統合失調症	40年	4回
D氏	男性	30代	統合失調症	26年	3回

3. 方法

1) 構成スタッフ

プログラム実施日のP-ICU担当看護者1名、病棟担当OTR1名。

2) プログラム実施回数

2013年7月～12月の期間は週1回実施。
2014年1月～3月の期間は週3回実施。

3) プログラムの内容

プログラムの内容を表2に示す。

表2. プログラム内容

- 1. 担当職員、対象者間でのミーティング
- 2. 日時、プログラムの目的、参加の有無を確認
- 3. 散歩に行く場所は写真をみながら、各自で決めてもらう
- 4. 個別的に関わる（一人15～30分）
- 5. 帰棟後、対象者より感想を聴取

4) 情報共有

具体的なプログラム内容と患者の反応を、院内LANにて関係職種間で情報共有した。

4. 評価方法

- 1) プログラム開始前後の精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下Rehabと略す）の結果を比較検討。
- 2) プログラム開始前の、開放観察中に一般居室で過ごすことができた平均時間の比較検討。
- 3) プログラム開始後にP-ICUから一般居室

- へ移ることができた患者の数と要因の分析。
- 4) プログラム開始前後の患者の変化を、比較検討。

III. 経過及び結果

プログラム開始当初、参加を強く拒否する患者もいたが、無理には促さずに本人の意思を尊重したこと、少しづつではあるが参加する頻度が増えた。また、実施中は対象者の個別性を重視し、個々が抱いている感情を自由に表現できるように関わった。

週1回の予定で開始したプログラムであったが、継続していくなかで良い変化が見られる患者もいた。そのことから、個別的に関わる頻度を増やす事で更に良い変化が得られるのではないかと考え、2014年1月より回数を週3回へと変更した。

1. Rehab の比較結果

プログラム開始前後の、Rehab の一部を比較した結果を表3に示す。

表3. Rehabの比較結果

	開始前			開始後		
	逸脱行動	社会的活動性	全般的行動の合計	逸脱行動	社会的活動性	全般的行動の合計
A 氏	3	44	118.5	3	37.5	98
B 氏	4	36.5	111	5	29	105.5
C 氏	3	33.5	95.5	5	24.5	71.5
D 氏	7	39	110.5	4	37.5	104.5

A・B両氏共に『逸脱行動』に関しては改善していない。『全般的行動の合計』においては点数が若干はあるが改善している。

C氏は『逸脱行動』の点数は悪化しているが、『全般的行動の合計』は20点以上改善している。

D氏は『逸脱行動』・『全般的行動の合計』の点数が、若干はあるが改善している。

2. 開放観察中に一般居室で過ごせた平均時間の比較

プログラム開始前後の、開放観察中に一般居室で過ごすことができた平均時間を表4に示す。

表4. 開放観察中に一般居室で過ごせた平均時間

	開始前	開始後
A氏	7.5分	390分
B氏	18分	60分
C氏	9分	57分
D氏	2分	3分

A氏は一般居室で過ごせた時間が75分から390分へ増えた。

B氏は18分から60分へ若干増えた。

C氏は9分から57分へ若干増えた。

D氏はほぼ変化がなかった。

3. P-ICU から一般居室へ移ることができた患者の数

A氏とB氏の2名が、P-ICU から一般居室へ移ることができた。

C氏とD氏は一般居室へと移る状況には至らなかった。

4. 個人の経過

1) A氏

プログラム開始前の状況として、周囲の環境に過度に反応し、自分の要求が通らないと怒声をあげ、時には粗暴行為等に至ることもあった。そのため一般居室での対応が困難であった。

1回目のプログラムには他者との関わりを拒み、参加を拒否した為面談を行った。その際今後どうしていきたいかを本人へ確認すると、「売店で買い物をしたい。外に出たい。」と要望が聞かれた。プログラムを行っていく中で、対応すると約束したことで、2回目のプログラムから自主的に参加するようになった。約束を果した後「次も行ってみたい」

という言葉が聞かれた。

4回目のプログラムでは「人がいっぱいいるところは圧迫感を感じる。だから活動は苦手。これに参加している時はとてもリラックスしている」と話した。また、他の患者が大声を上げる姿を見て「自分もあんな風に大声を出すことがあった」と、自己を振り返る事も出来た。A氏へ期待する行動を伝え、そのためにはどうすれば良いかも一緒に考えるようにした。

7回目のプログラム終了後、面談を行い一般居室へ移ることとなつたが、本人からこのプログラムへの参加希望があった為、継続して参加することとなつた。その際に自ら一般居室で過ごすことの不安や、ストレス等を話すこともあり、どのように対処していくかを共に考え実践していった。その結果、短絡的に行動化することはなくなった。

2) B氏

思考障害が著明で、気分変動も激しく、突発的に暴力行為へ至る患者であった為、不機嫌さが著しいときはプログラムへの参加は困難であった。B氏に対しては気分転換的な側面が大きく、興味関心のある事柄を中心に関わっていった。

8回目のプログラムでは、不機嫌ながらも自ら散歩を希望する場面があつた。担当スタッフは「怒らないで散歩を行う」ことを約束し、できるだけ希望に応じるよう対応したことで、参加中落ち着いて過ごすことができていた。

10回目のプログラムを経過した頃より、開放観察中に一般居室で過ごす時間が増えていった。プログラム参加中は不機嫌であつても、暴力行為に至ったことはなく、全体的に不機嫌な状態でもプログラム後は、機嫌が良くなることが多かつた。

12回目のプログラム後、不機嫌な状態でいることが少なくなり、開放観察中も暴力行為がなく、一般居室へ移ることができた。

3) C氏

周りの環境に大きく左右されやすく自己コントロールが出来ない為、プログラム参加後に、自傷行為や粗暴行為を繰り返すことがあった。

1回目のプログラムではデイケア利用者に声をかけられると「私も早く治って頑張りたい」と前向きな発言が聞かれた。

4回目のプログラムでは落ち着いて参加していたが、帰棟後他患者の独語に反応し、椅子を投げる行為が見られ行動制限に至つた。

10回目のプログラム参加では「昔よりも人が怖くなっている。睨まれたり悪口を言われているような気がする」と話す。全体的に「一般居室に移りたい。早く退院したい」などの発言があるなか、「この部屋が落ち着く。安心する」という発言も多く聞かれP-ICUへ戻る事が多かった。

一般居室に移動になるためにも少人数や一般居室で馴れるよう助言しながら関わりを持ち、19回プログラムに参加したが一般居室へ移動する状況には至らなかつた。

4) D氏

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短絡的に行動化しやすい患者である。

初回からミーティングには参加するが散歩には行かない状況が続いた。

3回目のプログラムで初めて拒否がなく「カラオケに行きたい」と話すが、希望通りにレク棟でカラオケをしても表情にゆとりはみられなかつた。

5回目のプログラムでは「退院するにはどうしたらいいですか」と発言が聞かれた為、「まずは一般居室で過ごせるようになりましょう」と助言すると「わかった」とうなずく場面もあつた。しかし、開放観察中に一般居室で過ごすよう促すが応じることはなかつた。

8回目のプログラムでは「本当は一般居室で過ごしたいが、人を殴らないか心配、自信がない」と話す場面が見られた。

全体的に拒否が強く断続的にしかプログラ

ムへ参加する事ができなかった。後半になるとミーティング中に大声を上げ、他患者に手を振り上げるようなアピールをして拒否する場面や、「職員が少ないから暴れそう、参加しない。いつもの部屋がいい」という発言が聞かれ、一般居室へ移動できる状況には至らなかった。

IV. 考察

1. A氏

一般居室へ移ることができた要因として、気分転換を通じ個別的に関わったことで、職員患者間の信頼関係が構築された結果、支持されているという思いと安心感を得ることができ、ストレス耐性の強化につながったのではないかと考える。また期待する行動を伝えていたことで、A氏なりに『期待に応えたい』という思いが芽生えたのではないだろうか。それは開放観察中に一般居室で過ごす時間が増えたことからもうかがえる。過ごす時間が長くなつたことで環境にも慣れ自信に繋がったのではないだろうか。Rehab の結果では、他者と交流が増えた事から『社会的活動性』の項目に若干の改善がみられた。他の項目に改善がみられなかつたのは、A氏にとってまずは『一般居室で過ごす』ということが目標であったからではないだろうか。

2. B氏

思考障害が著明なB氏に対しては、本人が快いと感じる関わりを重視したことで、気分の安定につながり職員との約束事も守れ、不穏行動が減つたのではないだろうか。

Rehab の結果では、他者と交流が増えた事から『社会的活動性』の項目にのみ若干の改善がみられた。気分の安定が見られ他患者との関わりが持てたからだと考える。

3. C氏

周りの環境に大きく左右されやすく自己コントロールが出来ないC氏に対し、少人数や一般居室で馴れるよう助言しながら関わりを持ったがRehab の結果でプログラムに対するストレスから『逸脱行動』の点数が悪化している。

本人なりに「一般居室へ出たい、退院したい」という気持ちはあるが「この部屋が落ち着く。安心する」という発言からP-ICUに対する依存が強い事がわかる。C氏の場合、小グループでの活動を通じ集団に慣れ、ストレスの回避方法などと共に考え実践し自信を付けることが必要と考える。

4. D氏

D氏はRehab の点数は若干改善しているが一般居室で過ごせた平均時間も殆ど変わらなかつた。

一般居室へ移動できる状況に至らなかつた原因として、社会性の低下とともに一層ストレス耐性が脆弱であるためプログラムへ拒否も強かつた。病状が安定しても関係性が築けず一般居室へ出る事の必要性やメリットを説明しても感じてもらう事が難しかつた。D氏に対しては違うアプローチを模索する必要がある。

当病棟はより良い治療的環境とはどうあるべきかを日々模索しながら、看護を展開している。患者の健康を増進する治療的環境の一部の特徴として金子ら¹⁾は「患者と職員、あるいは患者間の相互作用の持ち方が影響する」、「患者が他の人々との協調性を高めていくことのできるように活動が計画されていなければならない」と述べている。

今回、課題に対して個別性を重視し継続したアプローチを実践したことと、全体での力動をかけたことが治療的環境の質を上げ、その結果2名の患者が一般居室で過ごすことができるようになったのではないかと考える。

V. 終わりに

今回新たなプログラムを実践したことで得られた結果から、課題解決に向けて一定の方向性を見出すことができたのではないかと考える。

様々な課題を抱える当病棟であるが、患者のQOL向上が図れるよう、今後もアプローチの手段を検討し実践していきたい。

引用文献

- 1) 編集代表 金子光：成人看護学VI精神科看護 医学書院、1968.

急性期治療病棟における早期退院に関する要因 ～看護師の視点より～

第3病棟 ○大庭 哲 比嘉 千奈美
比嘉 和枝

I. はじめに

精神科医療の流れが入院治療から地域医療へ移行する中、新規入院患者においても入院期間の短縮化が求められてきている。当病棟も「新規入院患者の4割以上が3ヶ月以内に在宅へ移行する」との急性期治療病棟としての施設基準は維持しているが、本年度の診療報酬の改定において精神科急性期医師配置加算（16対1）が新設され、その算定要件は前述の4割以上からさらに6割以上の退院を求められることとなった。しかしながら、現状では算定要件を満たせていないのが実際のことである。

そこで今回、当病棟における過去1年間の患者実態データから現状を把握し早期退院（本研究では入院期間が3ヶ月以内の場合を早期退院と称した）に関する要因を抽出した。その結果から今後の取り組みについて考察したので報告する。

II. 当病棟の概況

1. 年間患者動態（図1）

月平均入院患者数は25.3名、退院者数は13.8名であった。

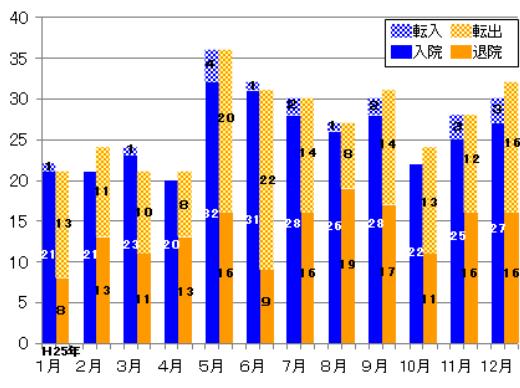


図1 患者動態

2. 平均在院日数の推移（図2）

最も短い月は5月で35.2日、長い月は1月で58.7日であった。

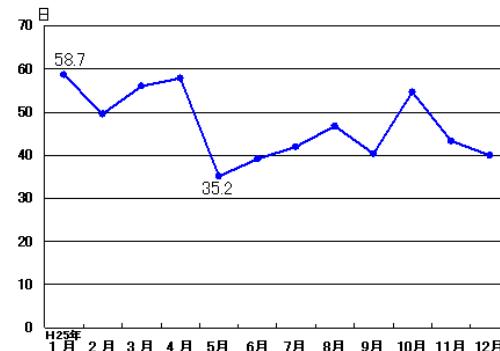
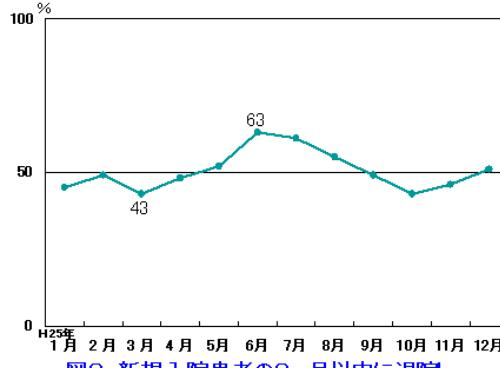


図2 平均在院日数の推移

3. 新規入院患者の3ヶ月以内の退院者の割合推移（図3）

6月が6.3割、3月は4.3割で、月平均は5.0割であった。



III. 研究方法

1. 調査期間

2013年1月1日～12月31日（1年間）

2. 対象者の背景（表1）

調査期間中に当病棟に入院した患者302名

表1 対象者の背景 (N=302)

性 別: 男 157名 女 145名

平均年齢: 51.01歳 (± 18.09)

入院形態: 措置入院 2名

医療保護入院 94名

任意入院 206名

3. 調査方法

「入院時の入院形態」「疾患」「入院時の年齢」「入院歴の有無」「退院時の病棟」「退院後の居住地」について早期退院との関連を調査した。集計データは平成26年3月31日時点のものである。

4. 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。

III. 結果

1. 入院期間別分類（図4）

対象者302名のうち退院者は251名であった。そのうち早期退院者は187名。3ヶ月以上の退院者は64名。入院継続中の患者は51名いた。

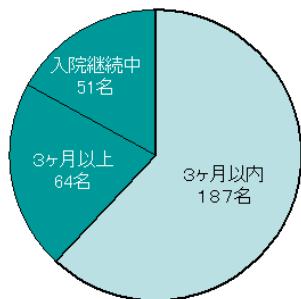


図4 入院期間別分類(N=302)

2. 入院形態別分類（図5）

任意入院の患者は206名。医療保護入院は94名。措置入院が2名だった。

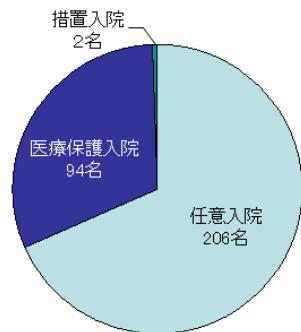


図5 入院形態別分類(N=302)

3. 入院形態別入院期間（図6）

任意入院患者206名中、早期退院者は136名(66%)。医療保護入院では94名のうち51名(54%)であった。措置入院の2名は両者ともに3ヶ月以上だった。

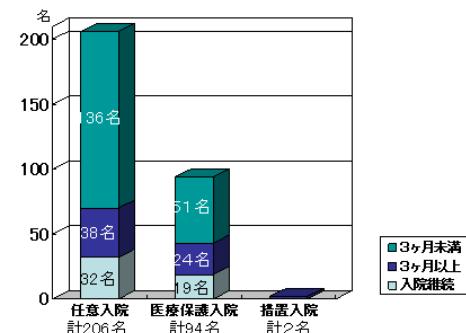


図6 入院形態別入院期間(N=302)

4. 入院形態別平均入院日数（図7）

任意入院は62.2日、医療保護入院は79.6日、措置入院は160.5日であった。

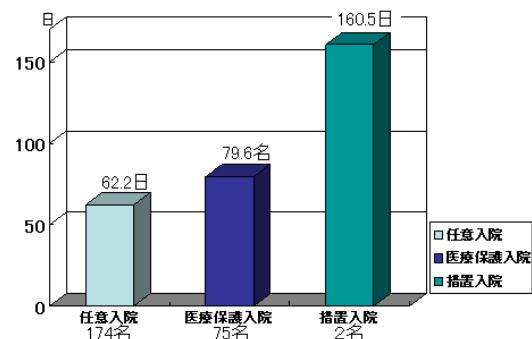


図7 入院形態別平均入院日数(N=251)

5. 疾患別分類（図8）

統合失調症圏が184名で最も多く60.9%を示していた。次に感情障害圏が37名で12.3%、認知症及び老人精神障害圏28名で9.2%の順であった。

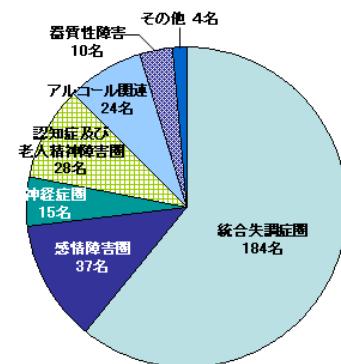


図8 疾患(N=302)

6. 疾患別早期退院の割合（図9）

統合失調症圏は184名中55%が早期退院していた。感情障害圏では37名中84%、神経症圏では15名全員の100%。認知症及び老人精神障害は28名中46%、アルコール関連は24名中67%、器質性精神障害は90%、その他は100%早期退院していた。

一般演題 平和病院第3病棟

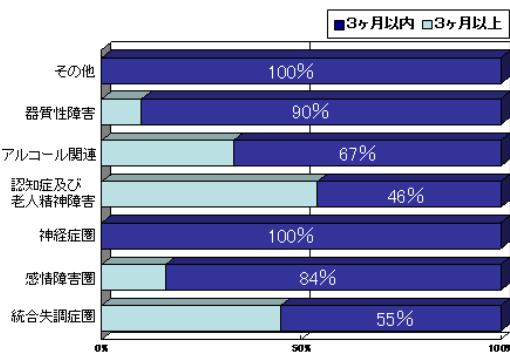


図9 疾患別早期退院の割合(N=302)

7. 年代別早期退院の割合 (図 10)

10~30歳代の若年層では早期退院者は70%以上を占めていた。40歳代以降では50%前後であった。

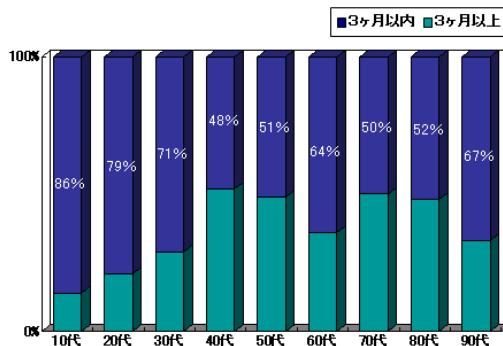


図10 年代別早期退院の割合(N=302)

8. 入院歴の有無

早期退院者 187 名中 89 名が入院歴「無」の患者であり、そのうち統合失調症以外の疾患が 53 名を占めていた。3ヶ月以上では 110 名中「無」が 33 名で、不明が 5 名だった。

9. 入院期間別退院時の病棟 (図 11)

入院期間別の退院時病棟を示した。早期退院者 187 名中当病棟よりの退院者は 163 名で全体の 87% を占めていた。転棟先の病棟からの早期退院者は 24 名で 13% に過ぎなかった。

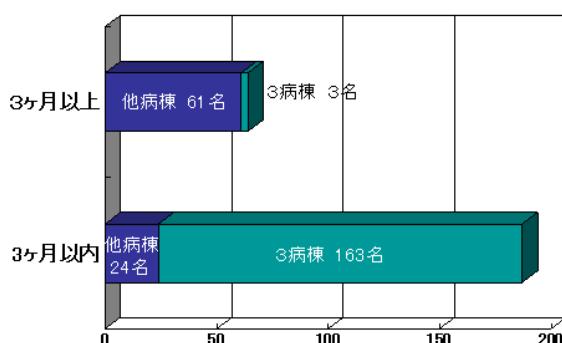


図11 入院期間別の退院時病棟(N=251)

10. 入院期間別退院後の居住地 (図 12)

早期退院者 187 名中、自宅退院が 161 名（うち 29 名は単身）で 86% を占めており、転院 16 名、施設入所が 10 名であった。3ヶ月以上の退院者 64 名中、自宅退院が 48 名（うち 1 名のみ単身）転院 3 名、施設入所 13 名であった。

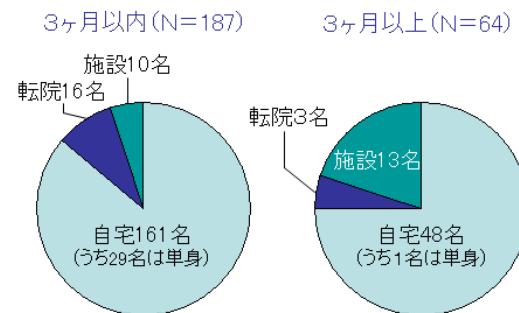


図12 退院後の居住先

IV. 考察

入院時には入院患者の殆どが 3ヶ月以内の入院期間を目処にしているが、長期化する患者がいるのは否めない。しかし、3ヶ月を僅かに超過する患者の中には、長期外泊からの帰院日の調整不備や家人の都合により退院日が延期になったケースもある。このように病状が改善している場合には計画通りに退院へ導けるよう精神保健福祉士と連携し、家族調整はもとより早めに退院計画を立案する必要があると思われる。

次に、「入院形態」との関連については、早期退院者の 67% が任意入院である。本人の意思が尊重される入院形態だけに退院しやすいのも一つの要因だと思われるが、処遇の改善が図りやすいためリハビリテーションメニューも広がり生活能力が回復しやすく早期退院へ導きやすいと考える。

次に入院形態別の平均入院日数に関しては、医療保護入院の平均日数が 79.6 日と 3ヶ月以内であったことからも、入院時医療保護入院であっても、病状の改善に応じて入院形態の変更を適切に行えば早期退院は可能であると考える。

「疾患別」では、神経症圏や感情障害圏では早期退院の割合が高く、病状の改善が早いことを唆している。それに反し、3ヶ月以上（入院継続中も含む）のほぼ 7 割は統合失調症圏であり、長期入院に至る可能性の高い疾患であることが予測

できる。早期退院に導く為には、疾患別の特性を踏まえた上で病状の観察に努め、病状改善に向ける医師との連携を深める必要がある。また、病状が鎮静したら早目にグループミーティング（病棟独自に実施しているグループでのオリエンテーション）において経時的入院診療計画書の説明を実施し、患者自身に主体的に参画してもらう参画型看護計画の実践を強化する事も必要だと思われる。

「年代別」では10～30歳代の若年層で70%以上が早期退院している。病歴の短いことやキーパーソンの年齢が若いことが早期の社会復帰に繋がっている可能性が考えられ、これらの患者では社会復帰意欲も高く、加えて退院後の受け入れ体制も協力的な環境であることが早期退院へ導いていくと思われる。

「入院歴の有無」では早期退院者の約半数が初回入院であり、神経症圏や感情障害圏や人格障害などのその他の疾患が半数以上を占めており、近隣のクリニックや病院からの紹介患者であることが分かった。今後も病診連携や病病連携を継続し、初回入院の患者が安心して治療が受けられる環境を保持する必要があると考える。

「転棟」との関連については、年間患者動態からも分かるように、当病棟から入院患者数の約半数が転出している。しかし、転出先の病棟からの早期退院の割合は少ない。環境の変化が病状へ影響を与えることも早期退院に繋げなかつた要因の一つと考えられる。それらを軽減するためにも、十分な情報を正確に伝達し、継続看護を実践する必要がある。また、適切な病棟への転棟がタイムリーにできるよう関連部署間で情報を共有しておくことも重要になる。

「退院後の居住先」に関しては、早期退院の場合、単身の割合が高いことから生活能力が高く自立した患者が多いことと住居の確保に期限があるため治療意欲が高いことも考えられる。3ヶ月以上の施設入所の殆どが認知症関連の施設であった。病状改善に時間要し、退院後の方針が決まらないなどのケースが散見されたことより、入院時より他職種と連携を取り、退院後の受け入れ先の方

針を明確にしておくことが必要になると思われる。

今回の調査から見えてきた早期退院に関連する要因を踏まえ、今後の取り組みのポイントを以下にまとめた。

- ① 疾患別の特性を踏まえた上で、個別性を重視した参画型看護計画の実践を強化する
- ② 年齢に応じたリハビリメニューの提供や病状に応じた処遇改善を図る
- ③ 回診カンファレンスの際、多職種との情報交換を綿密に行い具体的な退院予定を組む
- ④ 入院時より退院後の方向性を確認し、施設入所などの場合は迅速に手続きを進める
- ⑤ 確実に継続看護が実践できるよう、転出先の病棟へ情報提供を強化する
- ⑥ 有効なベッドコントロールを常に検討する
- ⑦ 病診連携や病病連携を継続し、新患を受け入れやすい環境を保持する

V. 終わりに

今回の研究は当病棟が今取り組んでいる早期退院への足がかりになればと調査を始めた。情報収集の不十分さから妥当な結果は得られなかつたが、みえてきた取り組みを確実に実践し、精神科看護の質の向上に繋げたい。

参考文献

- 1) 河野稔明他：精神神経学雑誌 第114巻第7号 P764-781、2012.
- 2) 尾崎美弥子他：保健師ジャーナル 第70巻第4号 医学書院、2014.
- 3) 宮平永教 他：急性期における患者と家族の関わりを考える～面会・外出・外泊を通して～ 第17回志誠会医学会誌 2004
- 4) 高屋幸佑 他：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～ 第26回志誠会医学会誌 2013

**尿失禁改善を目的とした個別的関りを通して
～尿失禁が続いている患者へ自己課題、対策用紙を活用して～**

第5病棟 ○新垣典也 宮里美幸
櫛下町良乃 掛福誠志
宮城妙子

I. はじめに

当病棟は慢性期で統合失調症の療養者が大半を占めている。第26回医学会において生活の質(QOL)の向上を目指し尿失禁の改善を目的とし認知行動療法的な関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。しかし理解力の差があり、グループ活動では期待した効果が得られなかった。そこで今回、個々の理解度を念頭におき集団から個別のアプローチにシフトした。個別チェック表を導入して実践した結果、尿失禁回数の減少や対象者自身の行動に変化が見られ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

1) 2013年6月1日～2014年3月31日

2. 対象者

1) 前回対象となった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8名中、退院・転出者を除く6名を対象とした。

表1 対象者の背景

対象者	6名(男性:5名 女性:1名)
平均年齢	54.3歳(47歳～70歳)
疾患名	統合失調症
罹患期間	22年～43年

3. 方法 看護実践

- 1) 個別チェック表を活用した取り組み。
①対象者自身が、自己目標・目標プランを立案。

②深夜勤務者が毎日、起床後に対象者に声をかけ前日の目標プランが実行できたか、失禁状況など二択で評価した。

③評価を元に前日の振り返りを行う。

④1日3回の体重測定。

⑤夜間のトイレ誘導

2) 茶話会での認知行動療法的技法を用いた関り。

4. 評価

- 1) 研究前後の5ヶ月間での尿失禁回数で比較。
2) 研究前後の行動の変化で比較。

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配慮した。

III. 経過及び結果

前回の個別チェック表に関しては、その日の勤務看護者で体重の増減、尿失禁の回数などの記載を行っていたが、対象者の一部では、「覚えてない」など記憶に曖昧さがあった。

そこで今回の個別チェック表では、意識付けを行う為に尿失禁を改善する目標・プランを各自に立案してもらい記入しやすいようにした。また対象者の評価を、起床後に個別チェック表を元に深夜勤務者に記載してもらい確認した。その際、対象者自身が考え行動できるように意識しながら関わる事を統一した。

A氏・B氏・F氏に関しては、現実的なプランを立てる事が出来たが、開始当初、就寝前のトイレ誘導や体重測定時間は常に職員から声をかけないと行動できなかった。また、大きなコップを常

に持ち歩き、直接冷水機に口をつけて飲み続いている行動も見られたが、「どうして体重が増えるのかな?」と強く指導しないように心がけ、職員が答えを出さず、対象者自身が考えることができる場面を作るようとした。その結果、コップのサイズを大きいものから小さいものへ変更し、直接冷水機からではなくコップを利用して飲むようになった。また、夕食後の水分を控え、就寝前には確実に排尿を行なうなどの行動の変化が見られた。A氏において尿失禁回数が52回から26回へ、B氏においても67回から27回へと減少が見られた。F氏においては元々尿失禁回数が少なく、13回から3回への減少が見られた。

D氏に関しては、問題意識が低く現状を理解出来ず的に外れな記載をし、修正を試みても良くなる事はなかった。また、トイレ誘導時に尿失禁状態があり、尿失禁の回数でも104回から99回と大幅な減少が見られなかつた。

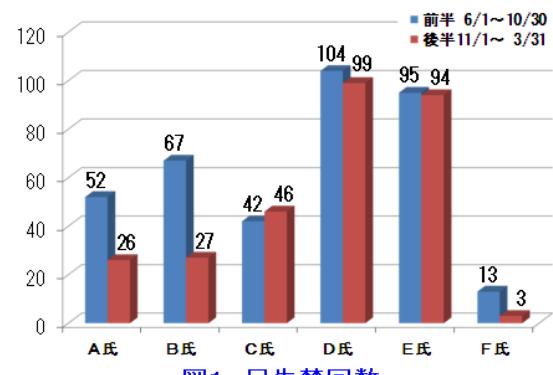
E氏は理解力に関しては問題ないが外出・外泊が出来ない事例から病状悪化に繋がり、多飲水傾向が見られ、尿失禁の回数でも95回から94回と改善がみられなかつた。C氏においては簡単な事であれば理解は出来るが、数名の療養者とお茶会をする行動が見られ、尿失禁回数でも42回から46回と若干の増加が見られた。

夜間のトイレ誘導時には、開始当初は誘導前にすでに失禁状態が多く見られ、失禁した状態でも眠っていることがあった。取り組みを継続していくことで、失禁回数の減少した対象者からは「夜中のトイレは誘導しなくてもいいよ」という発言が聞かれた。23時・1時・3時と夜間3回行っていたトイレ誘導を、23時・1時と2回へ変更したが、自ら覚醒しトイレに行く行動が見られ、失禁した時でも自分で片付けができるようになっており、少しずつではあるが行動の変化が見られた。対象者自身から尿失禁があった時には「昨日は飲み過ぎた」などの発言が聞かれ、その際は何故飲み過ぎたかなど、振り返りができるように前日の個別チェック表を見ながら職員と共に、自ら対策を立てその項目に沿って再確認を行なうなど個別

対応を行なった。その結果、尿失禁がない日には、ジェスチャーでアピールする姿が見られ、「失禁しない日が続いているね。」など職員全体で誉める事を徹底し、家族面会時には出来た事を伝え、本人のモチベーションが高まるよう心がけた。

表2 行動の変化

	前半	後半
体重	常に声掛けが必要であった。 測定時間以外は測っていないかった。	自ら測定するようになった。 測定時間外にも測定するようになった。
飲水	直接、冷水機に口を付けて飲んでいた。 大きなコップを持ち歩いていた。	コップ利用者が増えた。 コップのサイズが大から小に変わった。
尿失禁の状況	トイレ誘導前に失禁状態がみられた。 失禁した状態でも寝ていた。	自ら覚醒しトイレに行く行動がみられるようになった。 失禁すると自分で片付けるようになった。



茶話会では自尊心を傷つけない為に、関連する身近な話題（夜間の転倒を防ぐ）を結びつけ話し合いを行つた。療養者自身から「夜は寝ているから必要ないのでは？」と意見があがり、①22時からの冷水機の使用禁止、②販売機の使用禁止などの対策を療養者と考え、10月17日からの使用制限を実施した。

IV. 考察

多飲水に対する指導では体重の増減にこだわらず「増えているね」と軽く助言する程度に留めた結果、ストレスをかけなかつたことで自ら意識するようになつた。また頻回に体重測定を行う事で、著明な体重増加がなかつたことはセルフコントロールに繋がつたと思われる。

夜間のトイレ誘導に関しては、対象者からの意

見て誘導する回数を減らして欲しいということです
3回から2回へ減らしたが全体的に尿失禁が大幅に増えることはなかった。問題意識の低い対象者は誘導前にすでに尿失禁をしている状態が見られたが、理解力のある対象者は、尿失禁に対して「恥ずかしい」との思いから就寝前にトイレに行くなどの行動が見られた。その結果、尿失禁の減少が見られ対象者自身が自己の排尿パターンを意識し始めたのではないかと思われる。行動に変化が見られたのは、対象者の発言を尊重し認める事で自尊心を傷つけることなく、前向きな姿勢へと変化していった為と考えられる。

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付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、個別チェックの記載では、一緒に考え誉める事で意欲の向上が見られた。また、尊重し合うことで自ら目標を立て、行動につながったのではないかと考えられる。伊藤²⁾は「援助者が的を得た質問をすることによって当事者はその質問を内在化し、問われたことを今度は自らに問いかける」と述べている。その為、スタッフの問い合わせが療養者の自問自答を促しその結果、自ら考えて行動するようになったと思われる。

茶話会では、対象者以外の療養者にも病状悪化時に尿失禁がみられることから、気づき・考え・行動が出来る様に意識し、身近な話題にテーマを絞った事で療養者からの発言が増えたのではないかと思われる。発言が増えていくことで問題解決に向けた対策など、尿失禁の減少にもつながっていったのではないだろうかと考える。

V. 終わりに

理解力のある対象者においては、認知行動療法的関わり方で効果を見いだすことが出来た。また理解力の乏しい対象者に対しては限界を感じたが、これからもあきらめずに療養者自身が問題点に気づき・考え・行動できるように支援していきたい。

引用文献

- 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) 伊藤絵美、他：認知行動療法、べてる式第一版、P:25～36 医学書院

添付資料

尿失禁対策個別目標

名前：

月 日～ 月 日まで

目標()

目標プラン

尿失禁しない為には、どうしたらよいか？

- 夕食後水分は、コップ（ ）はいまでにする。
- 夜は（ ）時あとは飲まない。
- 夜は（ ）回、（ ）時にトイレに行く。

実行できたか

日付	実行出来たかどうか	失禁状況	備考
/ ()	出来た・出来なかった	あり・なし	
/ ()	出来た・出来なかった	あり・なし	
/ ()	出来た・出来なかった	あり・なし	
/ ()	出来た・出来なかった	あり・なし	
/ ()	出来た・出来なかった	あり・なし	
/ ()	出来た・出来なかった	あり・なし	
/ ()	出来た・出来なかった	あり・なし	

退院後の生活を意識したリハビリテーション ～小グループ活動を通して見えてきたこと～

6病棟 ○渡久地猛 根神寿人
玉城千明 山城綾乃
徳盛ゆきえ 大城大志

I. はじめに

精神医療は入院中心から地域生活への移行支援が推進されている。当療養病棟は退院促進病棟として位置づけられており、社会復帰に向けて個別的なリハビリテーションが求められている。

しかし、慢性期の患者の中には、退院に向けての課題を意識することなく漫然と入院生活を送つており、職員の個別介入で課題は一時的に改善するが継続には至らない現状があった。

今回、退院に向けての課題を継続して取り組むために、作業療法士と連携を図り、共通の課題を持つ患者を含めた女性グループを立ち上げ、「実際に見て、考え、行動する」という手法を導入した。小グループの中で患者はより具体的に自己の課題と向き合えるようになり、退院後の生活を意識したリハビリテーションへと発展し、患者の行動変容につながるのではないかと考えた。一事例を含めその取り組み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. 研究期間と実施内容

2013年11月～2014年3月

実施回数：2回/週（1クール）合計12クール

実施時間：毎週、金・土の2時間

2. 対象者

表1 対象者背景

対象者	: 5名(女性)
診断名	: 統合失調症
平均年齢	: 45.6歳
平均在院日数	: 約734日

慢性期の統合失調症で精神症状は安定しているが生活障害のある女性患者5名とした。

3. 症例紹介

対象者の中から社会性が乏しく、整容やセルフケアの自立が継続困難であったA氏についてまとめた。

4. 評価方法

- 1) 精神科リハビリテーション行動評価尺度
(以下、Rehabと略す) を前後に評定し比較した。
- 2) 看護記録及びミーティング記録
小グループ活動前後の言動・行動の変化

5. 小グループ活動の内容

1) プログラムの紹介

表2 プログラム内容

実施日	メニュー	内 容	目的	関わり
1～2 クール	自己紹介 ミーティング	退院に向けての不安要素抽出	個々の問題を明確にする	双方向的コミュニケーション
3～6 クール	日常生活技能	身辺処理へのアプローチ	知識・技能の習得	認知行動療法的アプローチ
7～9 クール	外出 ミーティング	買い物のロールプレイと実践	社会性を養う	
10～12 クール	退院後のイメージ	院外活動・医師による講義(セミナー形式)	再入院予防	支持的に見守る

このプログラムに関わる職員は、2～3名で構成し、進行役は作業療法士が行い、看護職員はサポート役として、対象者に寄り添い、反応を見ながら、個別に介入できるように関わった。

1～2クール目は、退院に対する考え方を意見交換し、不安要素である課題を抽出する。3～6

クール目は生活に適した身辺処理能力を把握したうえで日常生活技能（整容について）をディスカッションし実践前後の評価を行った。7～9クール目は外出を計画し実践した。10クール目からは退院後のイメージについて公共施設及び、福祉サービスについて学習した。12クール目は医師による薬の必要性について説明の場を設けた。対象者5名の平均参加率は95.5%であった。

2) 運営方法

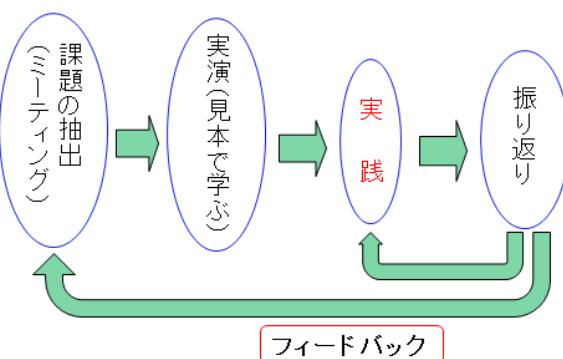


図1 運営方法（実際に見て・考え・実行する）

運営方法は患者が挙げた課題に対し意見交換を行い、対象者の中で見本となる人が実演した。さらに日常生活場面で実践し、自己評価・他者評価を行いフィードバックした。

3) 職員の関わりのポイント

職員の関わりのポイントとして以下の3点を意識して関わった。

- ①職員から課題の提示は控える。
 - ②安心して話し合える雰囲気作りをする。
 - ③気づきや考えを言語化できるよう働きかける。

6. 倫理的配慮

研究対象者へ趣旨を説明し同意を得、個人が特定できないように記述に配慮した。

III. 経過及び結果

1) 退院に向けての課題の抽出

ミーティングでは「退院しても困らないために」をテーマに課題抽出を行った。①人前では緊張して話せない、②一人で買い物が出来ない、③お風呂は週1回でいい、等の発言が聞かれた。

対象者主体の意見交換を中心におこなった結果、沈黙が続き発言量が減るという状況になった。そこで、課題の抽出に職員が助言をし、対象者自身の考えを表出できるような方法へ変更した。

2) 実演・実践

抽出した課題に対してディスカッションし、各課題得意とする対象者が助言及び、実演を行った。その後で、できていない対象者に実践してもらった。買い物を目的とした外出の前には職員が店員役を担い買い物応対のロールプレイを行った。その結果「ひとりでも大丈夫。また外出したい」と小声ではあるが、自信のある発言があった。

3) 振り返り

実践前後の変化に対して、個々の感想や意見を引き出し、できたことを賞賛することで自信につながるように働きかけた。実践できなかつた事は『なぜできなかつたか?』をフィードバックし、その理由を尊重しながら、解決できるように関わった。

4) Rehabの比較

小グループ活動開始前後の対象者5名のRehabの平均値を図2に示す。

全ての因子でスコア点数が下がり、全般的行動の合計は91.8点から78.8点と13点の変化がみられた。参加者全てのセルフケアの平均は27.9点から19.8点と改善されている。

しかし、小グループでコミュニケーションを図る機会は多かったが、ことばの技能は10.4点から9.7点、ことばのわかりやすさは8.9点から7.8点と大きな変化は見られなかった。

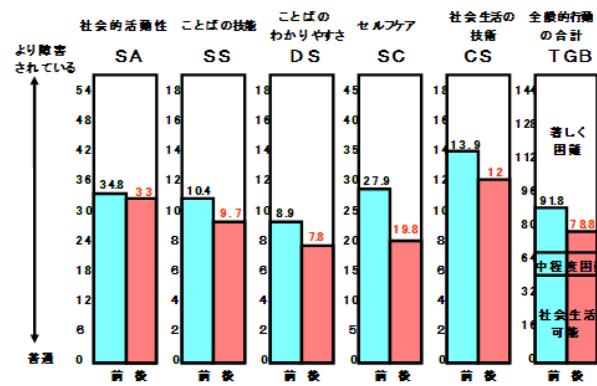


図2 開始前後のRehab平均値比較

5) 症例 (A氏)

表3 A氏の背景

年齢:	50代
診断名:	統合失調症
入院期間:	315日
職業歴:	クリーニング店勤務
<セルフケアのアセスメント>	
寝癖がひどく洗面等も行わない。	
身の回りのことに関しては無関心である	
が羞恥心は強い。	

グループ活動開始当初は自己の課題について「料理・買い物」と話され、セルフケアに関しては問題視していなかった。入浴も4日間に1回で着替えを行わず、常に髪の毛は寝癖があった。その理由として「めんどくさい」「天然パーマだから」と話し、職員が整髪の仕方をみて、メンバーへ実践してもらう場面でも拒否が強く実行するまでに時間を要した。日常生活場面では、毎回職員の促して入浴や整髪をしている状況が多くあり、その時の気持ちを確認すると「嫌」と正直に言うことができた。そこで、促されない為には、A氏自身がどのようにしていけばよいかをその都度問い合わせ考えてもらうようにした。回を重ねるごとに拒否は除々になくなるが、実施後メンバーから褒められても「前の方が良かった」「40代からこの髪型だから」と寝癖のままが良いと押し通すこともあった。メンバーより「寝癖がある人とは一緒に歩きたくない」と発言があり、A氏自身も少しずつではあるが、髪を耳にかけるなど行動に変化が見られるようになった。入浴をしない理由として初めは「めんどくさい」と話していたが、詳しく確認すると気に入った洋服だけを何回も使いまわししており、こだわりが強いことがわかった。介入することで入浴回数も3日に1回入ることができるようにになり、グループ後半にはA氏と話し合い、自ら考えた予定表を作成し、自室に表示することで週3回入浴することができるようになった。

コミュニケーションでは自発的発語はなく、

問い合わせに対しても返答するまでに時間がかかり表情も乏しく小声で返答していた。メンバーから「前よりも綺麗になったね」「女性らしくなったね」と褒められると照れ笑いして喜ぶ表情の変化も見られ、問い合わせに対して返答に時間を要さず、自分の考えを明確に伝えることができるようになった。

A氏は「退院をして困ったときに誰に相談すれば良いかわからない」と話し、退院したい気持ちと不安感を表出できた。退院後に利用できるサービスについて紹介すると関心を示した。地域生活支援センターを訪問した際は、慣れない環境で表情も強張り自ら質問することはできなかつたが、職員が声かけすると「〇〇にも同じような施設ありますか?」と自宅近辺の状況について質問することができ、福祉サービスの利用に目を向けることができた。A氏の小グループ活動の参加率は100%であった。

A氏の開始前後のRehabを図3に示す。全般的行動の合計で114点から98点、セルフケアは36.5点から26点と10.5の変化が見られた。ことばの技能は14点から14.5点、ことばのわかりやすさは11点から10点と殆ど変化はなかった。

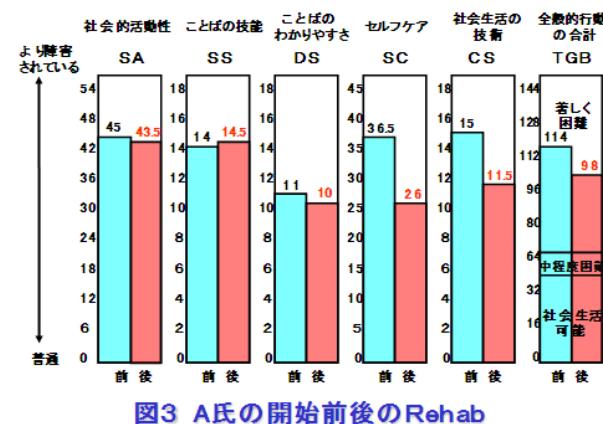


図3 A氏の開始前後のRehab

IV. 考察

グループ活動を行った5名はほぼすべての因子でスコア点数が改善され、このグループ活動は効果的であったと考える。特に対象者を女性にしほったこと、司会進行者が常に同じ人で補助のスタッフもできるだけ代えないようにしたことが対象者には安心と話しやすい環境を生んだのではない

かと考える。その中でも特にA氏の行動変容には効果的なアプローチであったと評価できる。

A氏の行動できない理由としては「面倒くさい、直し方がわからない」「寝癖の方が自分に合っている」などの諦めや、知識や認知の歪みと自尊心の低さが根底にあった。岡田¹⁾は認知行動療法の著書の中で「普段、考えたり行動してきたことが自分を苦しめる要因になってしまっても、それを変えたほうがよいと気づいてはいるもののなかなか変えることができない」と述べている。そのためには不安を取り除き後押しする必要があり、認知の歪みを修正する為にミーティングや実践を繰り返し行うことで、認知の歪みを修正できたと考える。

セルフケアは、変化が目に見えやすく実施後に「前よりも綺麗になったね」と賞賛されることで意欲の向上につながりやすい。また、常に他者に見られていることを意識できたことでグループ終了後も継続して実施することができていると考えられる。

A氏のRehabの対人交流技能の変化は殆ど見られなかつたが、普段から他者と交流をもつことが少なく、小グループ活動中は、質問に対しても返答に時間を要し、実演・実施の際には「やりたくない」と意思表示する場面が見られ、より個別性の高いアプローチが必要であった。岡田¹⁾は「コミュニケーションに関しては、リハーサルを含めて、練習の機会を多くつくって臨むと効果的」と述べている。外出することを計画した場合、「どのようにして物を買う事ができるのか」を職員が店員役になり、ロールプレイすることで、メンバーの対応をみて別の伝え方があることに気づき、A氏は、効果的な伝え方について学習し実践することができたと思われる。

小グループ活動では、自分と同じ入院中であるという立場のメンバーから悩んでいることや困っていることに対して、経験にもとづく助言や意見をもらうことができた。岡田¹⁾は「どんな意見であっても患者さんたちにその方法がよいかどうかを話し合ってもらうことが大切」と述べている。職員はサポート役に徹したことや、メンバー間の

意見を指導ではなく助言として受け入れたことが自分の考えを修正することにつながったと考える。また、共に行動する事で個々に必要な経験が培われ、モチベーションを維持し、退院後の生活を意識したリハビリテーションが展開できたのではないかと思われる。

V.おわりに

今回の小グループ活動を通して、認知行動療法的な関わりは、セルフケア能力を向上する上で有効であった。また、慢性期の患者のリハビリテーションを行う上で課題を明確にし、多角的にアプローチすることが必要不可欠であり、今後、継続していくためには、家族を含めた支援が必要である。本研究が終了した後も継続し、支援していきたい。

引用・参考文献

- 1) 岡田桂詠：看護のための認知行動療法、第1版、P13、P22、P175、P218、医学書院、2011
- 2) 渡慶次よしの、他：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
第26回志誠会医学会誌

当院精神科デイケアにおける心理教育を通して

平和デイケア課 ○外當 めぐみ 山城 勝貴
崎原 直人
心理課 榎木 宏之
医局 宮城 則孝

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、過去に心理教育を実施してきたが、病識の獲得にまでは至らず、年間 30 名（平成 25 年度統計）が再入院に至っている現状がある。疾病管理も含めて自立生活に対する認識の低さから同居家族への依存が見られ、普段の利用者同士の交流も表面的で世間話をすることにとどまり、互いの病的体験や再発予防の工夫、生活課題を共有、共感するまでには至っていなかった。そこで、心理教育による病気に対する知識の習得や利用者同士が病的体験を語り合うなかで共有と共感の場とすること、自身の抱える生活課題を明確化させ、自立生活を考える機会とともに自己対処能力の向上を目指すことを目的に平成 24 年 11 月より、主に統合失調症患者を対象に心理社会教育セミナー（以下セミナーと略す）と題し小グループ活動を展開してきた。今後のグループの内容を更に洗練化するため、これまでの取り組みや過程を検証し若干の考察を加え報告する。

II. セミナーの概要

セミナーの概要、目的および実施内容については表 1、表 2、表 3 に示す。

表1 セミナーの概要

1 期 間

平成24年11月から平成26年3月

2 対 象 者

統合失調症35名（男性:29名 女性:6名）
うち、1グループ～6グループは
4名～8名程度の小グループの編成とする。

3 開 催 日 時

毎週金曜日 13:30～15:00 セミナー室

4 運 営 スタッフ

医師:1名 作業療法士:1名 臨床心理士:1名
精神保健福祉士:1名 多職種で運営する

表2 セミナーの目的

- 安定した生活を維持する為に病気や薬、自身の病状についての理解を深め、主治医やスタッフへ相談上手になる
- デイケアへ通所する目的や自身のリハビリテーションの目標を明確にする
- 自立とは何か、自立生活で大切なことは何かを考える
- グループの仲間と悩みを分かち合い、共に協力し意見交換しながら、悩みが解決できるように考える
- 充実した生活を送るための工夫を考える

表3 セミナー実施内容

【1グループ】

第1回 オリエンテーション
第2回 デイケアの通所目的～デイケアに来て良かった事～
第3回 講義: 医師による病気と薬について

【2グループ・3グループ・4グループ】

第1回 オリエンテーション
第2回 デイケアの通所目的～デイケアに来て良かった事～
第3回 講義: 医師による病気と薬について
第4回 まとめ（2グループから追加）

【5グループ・6グループ】

第1回 オリエンテーション
第2回 デイケアの通所目的～デイケアに来て良かった事～
第3回 講義: 医師による病気と薬について
第4回 グループワーク: 調子が悪くなった時のサインと対策（5グループから追加）
第5回 グループワーク: 自立とは?（5グループから追加）
第6回 グループワーク: 充実した生活を送るには?（6グループから追加）
第7回 まとめ

当デイケアでは登録数 140 名。そのうち 1 日平均約 56 名（平成 26 年 4 月現在）の参加がある。その 8 割の利用者が統合失調症患者である。その中で 4 ～ 8 名のグループを構成する際に活発な意見交換を期待し、普段から活動を共にしている班（当デイケアでは創作活動班という）ごとにグループを構成することとした。

開始当初のセミナーは当院急性期病棟で行われているセミナーを参考にし、第 1 回目をオリエンテーション、第 2 回目を生活面やデイケアへ通所する意義を振り返ることから病状についてアプローチし、ディスカッションを行った。第 3 回目を医師からの講義とした。評価指標として疾病・薬物知識度調査（以下、K I D I と略す）を使用した。

III. 経過及び結果

第1グループは全3回の内容で実施。ディスカッションのなかで、参加者から「急性期の自分の状態は悪かった。今の生活を維持していきたい。」「普段活動を共にしているが、それぞれの病状の経過や生活状況をテーマに話し合う機会が無かつた。このセミナーでそれぞれの再発予防や生活リズムの維持のための工夫、対策などを聞く事ができてよかったです。」などの意見が聞かれた。

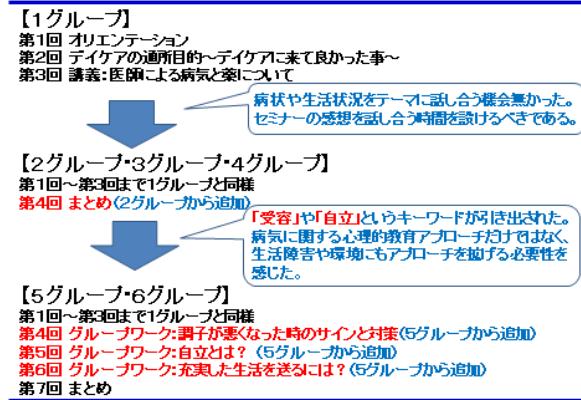
その結果を踏まえ、スタッフ間で運営について話し合い、再発予防の観点からデイケアの必要性やセミナーの感想を話し合う時間も設けるべきであるとし、第2グループからのプログラム内容をこれまでの3回から4回に増やし、まとめと振り返りの時間とした。

第2グループ、第3グループ、第4グループは全4回で実施。それぞれのグループで、思考障害があり、理解力もやや乏しい参加者もいたため運営には症状に関する図やより具体的に質問をするなどの工夫を行った。終了後には参加者から「講義や生活全般を改めて振り返ることで、デイケアに参加し、生活、服薬リズムを維持して再発防止に努めたい」との発言や「病気になったことで、仕事も財産も全部失った。何故自分が病気になってしまったのかと今でも思う。でも、今はデイケアのように参加する場所があるだけでまだ救われる」との苦しみながらも現状を受容しようとする感想も聞かれた。なかでも第4グループでは「自立」というキーワードが引き出され、病気についての知識よりもむしろ生活面の話題が多く話された。長く単身生活を維持している参加者から「生活で苦労していることは経済管理。限られた金額の中で生活をやりくりすることはとても労力を要する」と普段の生活での苦労を語っていた。これには殆どの参加者が共感していた。

これまでの過程を経て、再発予防、再入院予防のため、病状悪化時の対策をより深く掘り下げて議論する必要性に加え、参加者同士が地域生活での課題を共有することや自立生活に向けて考える機会、ディスカッションする時間が必要であると

し、これまでの全4回で実施していたセミナーを全7回とした。また、病気に関する心理教育的アプローチだけではなく、生活障害や環境にもアプローチを広げる意味で、セミナーの名称も「心理教育セミナー」から「心理社会教育セミナー」と改めた。(表4)

表4 セミナー実施内容の変遷



第5グループ、第6グループでは回を重ねる毎に自身の過去の病的体験を語り合っており、参加者からは「自分と同じような症状で苦しんでいる事が分かり気持ちが楽になった」「生活課題も共通している。今後も情報交換をしていきたい」などの共感や共有を表す発言が聞かれた。また、自立についても「身の回りの事を家族に依存している」「経済管理が苦手である」などの発言や普段殆ど自発的な交流を持たない参加者から「単身生活で、食生活の偏りがある。何か工夫はあるか」と問題提起があり、多岐に渡って生活課題についての意見交換までに発展していた。参加者のなかには「セミナーを受ける前は感情がなかった、セミナーを受けて感情が戻ってきた気がする」との興味深い発言をする者もいた。デイケアについても「デイケアの活動に参加する事で社会性の向上に繋がる」など前向きな発言が聞かれた。

第6グループが終了した時点で全受講者 35 名であり、K I D I^{※1)} の平均は開始前 13.9 点、開始後 13.4 点と殆ど変化はみられなかった。(表5)

表5 対象者の背景とKIDIの結果

セミナー参加者35名中、KIDIの評定ができた
29名(男性:24名 女性:5名)
6名は評定を拒否、もしくは内容理解出来ず返答できなかった。

平均年齢:49.3歳 (19歳~73歳)

罹病期間:19.3年 (2年~43年)

生活背景:家族と同居:19名 単身:7名 施設入居:3名

KIDIの結果 平均値

セミナー前:13.9点 セミナー後:13.4点 得点差:-0.5点

IV. 考察

K I D I の結果に殆ど変化がなかったことは、病状が一時的に不安定になることや生活障害がありながらも家族の支援である程度の地域生活が継続出来ていることや単身者であっても現状に満足しており、これ以上の知識習得の必要性を感じていないことがセミナーでの学習意欲の低さに繋がったのではないかと考えられる。

今後のセミナーにおいては習得した知識を維持し、実生活で実践可能な講義の内容や方法を検討するとともに、障害の程度によって知識習得が困難な参加者については、自己対処能力の向上が重要ではないかと推察された。

今回のセミナーを通して参加者同士が自身の病的体験や生活課題を率直に話し合う事ができていた。このことから、運営するスタッフが意図して普段から活動をともにしている利用者同士でグループを構成したことが、互いの信頼関係の構築へつながり、セミナーが「共感」の場、安心して話せる場となったのではないかと考えられた。加えて、参加者の発言を振り返り、必要に応じて実施回数を増やし変化、工夫を加えたことや関わる際に支持的アプローチや認知行動療法的アプローチなどその場面や個人に応じた関わり方を意識したこと、「自立」というキーワードが引き出され、それぞれが自立生活に向けて考える機会となつたのではないかと思われる。

特に興味深いのは、「感情が戻った」との発言であるが、当該参加者はその真意を具体的に表現することは出来なかつた。しかし、「感情が戻つた」

という発言は、セミナーで、参加者同士が同じような経験や体験を対等な立場で語り合い、他者理解を深めることで生じた「共感」や「安心感」といった感覚、感情から引き出された発言ではないかと考えられる。

加藤¹⁾は、「当事者同士が語り合い、聴き合いながら感情を取り戻し、自己理解や他者理解を深めることができより多くの人々と繋がるための条件である」と話している。このことから、セミナーに参加することで、さらに自己理解、他者理解が深まるのであればデイケアで過ごす安心感や利用者同士の相互扶助へと繋がり、地域社会においても社会的交流の拡大が期待できるのではないかと想定された。加えて、参加者の地域生活における自己対処能力の向上を目指し、参加者が抱える生活課題の傾向を先行研究（大川、2001）で報告されている自己効力感尺度^{※2)}などを利用し、把握することで具体的な目標設定へと繋げができるのではないかと考える。

大川²⁾らは自己効力感を「精神障害者では機能障害や能力障害だけではなく、地域生活に対する自信の欠如が社会復帰を妨げることが指摘されており、地域生活に対する自己効力感を把握することはとても重要な視点といえる」としている。このことから、参加者の生活課題を把握し実現可能な目標から達成していくことが、地域生活に対する「自信」へつながり、自己対処能力の向上へつながるのではないかと考えられた。また、その「自信」や自己対処能力の向上が安定した地域生活へつながり、より活発な地域での社会的活動が期待できるのではないかと考えられた。（図1）

今回、K I D I は結果に結びつかなかつたが、上記に述べるように知識の習得以上に参加者の相互の関係性から見出された課題は多いと考える。本研究では、主観的な評価での考察が主であるため今後はセミナーの効果を検証するために客観的な評価指標を模索し、妥当性を検討しながら取り入れていく必要があると考えられた。

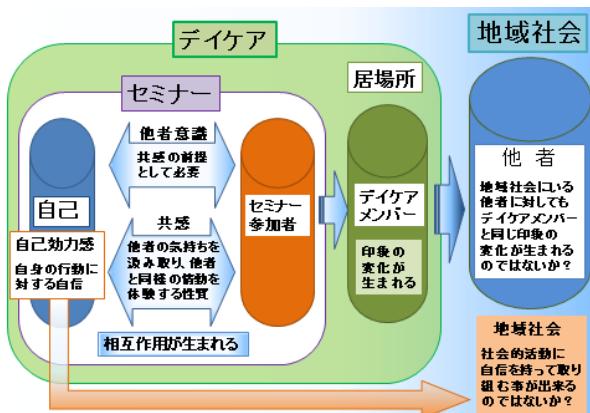


図1 デイケア 心理社会教育セミナーの評価イメージ

V. 終わりに

デイケアは通所施設である。利用者がデイケアを経由することで地域生活を維持し、より活発な社会的活動へと繋げていきたい。そのためにも、本研究を通して示された課題に取り組み、関わりの視野を広げることで、地域における当院デイケアの治療的役割を見出し、選ばれるデイケアを目指していきたい。

引用・参考文献

- 1) 加藤真規子：ピアカウンセリング
精神保健福祉白書 P64 2010
- 2) 大川希 大島巖他：精神分裂者の地域生活に対する自己効力感尺度（S E C L）の開発
精神医学・43 P 727-735 2001
- 3) 伊藤由賀 山村礎：地域で生活する統合失調者の自己効力感の研究
日保学誌 Vol. 9 No 2 2006
- 4) 沼田亮一：統合失調症当事者を含めた単一家族への心理教育の試み
日社精医誌, 15 P 175-183 2007

注釈

※1) K I D I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の程度を測定するための尺度である。項目は、症状、不眠、鬱状態、主作用、副作用、服薬維持などについて知識を問う 20 項目から成り立っている。

※2) 自己効力感尺度について

2001 年、「地域生活に対する自己効力感尺度（S E C L : Self-Efficacy for Community Life scale）」は、大川希らによって精神障害者に対する心理教育で援助目標とされている主体性をアセスメントする主観的指標として開発された。自己効力感とは「ある行動について自分が行えると思うか」という個人の確信」を表すものである。自己効力感尺度では地域生活で必要とされる 18 の行動にどの程度自信があるかを「0（全く自信がない）」から「10（非常に自信がある）」の 11 段階で問う尺度の自記式質問紙である。得点が高いほど自己効力感が高いことを示す。18 項目は「日常生活（5 項目）」「治療に関する行動（4 項目）」「症状対処行動（4 項目）」「社会生活（3 項目）」「対人関係（2 項目）」の 5 つの下位尺度からなる。

長期入院の統合失調症患者に対するアプローチの視点 ～精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehab) を用いた検討～

作業療法課 ○比嘉 創 作業療法課職員

I. はじめに

平和病院における、慢性の長期入院患者に対するリハビリテーションは、集団作業療法と呼ばれる 10~20 名程の大集団プログラムを中心である。このプログラムは、患者の生活リズム・身体機能の維持や院内QOLの向上にある程度の効果を上げているが、患者が社会生活を営む上で重要な生活障害の改善には必ずしも直結していない。そのため、生活障害の改善については、これまで様々な小集団プログラムが行われてきたが、集団作業療法のようにシステム化されていない現状がある。

厚生労働省はその指針の中で、入院期間が 5 年を越える長期入院患者の退院促進を声高に謳っている。そのため、平和病院でも長期入院患者の生活障害を改善し、退院を促進するリハビリテーションシステムを確立する必要性が今後更に高まると考える。

本調査では、入院期間が 5 年を越えた長期入院患者を、その後退院出来的群と入院を継続している群に分け、精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下 Rehab と略す）を用いてその生活障害を比較した。結果から長期入院患者が退院するために必要なアプローチを検証し、長期入院患者の生活障害に対するリハビリテーションシステムを整える一助としたい。

II. 研究方法

1. 対象

2009 年 1 月～2013 年 9 月の期間に、5 年以上入院期間を経た後に退院した患者 25 名（以下『退院群』と略す）及び 2013 年 9 月時点で、入院期間が 5 年以上の長期入院患者 31 名（以下『入院群』と略す）。

表1 対象者の背景

	退院群(N=25)	入院群(N=31)
平均年齢	51.3歳	52.9歳
入院期間	約8年8ヶ月	約10年2ヶ月
外出・外泊数 (6ヶ月間の平均)	8.6回	3.1回
薬量の平均 (CP換算値)	1308.1mg	1331.9mg

※対象者の疾患は、全員が統合失調症。

対象者は、退院群、入院群共に、全員が統合失調症を呈した患者だった。

2. 調査方法

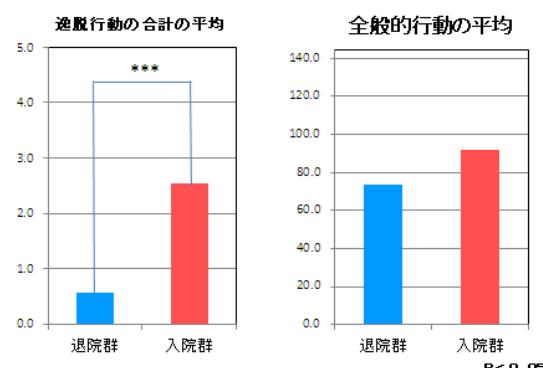
両群の Rehab スコアを比較検討する。

『退院群』は、退院日から直近の Rehab スコアの平均値を用い、『入院群』は 2013 年 9 月の Rehab スコアの平均値を用いた。

尚、統計学的有意水準は $p < 0.05$ とした。

III. 結果

1. 逸脱行動と、全般的行動の比較

**図1 Rehab 平均値の比較(逸脱行動と全般的行動)**

「逸脱行動」の合計点数の平均は、退院群と入院群で有意な差が認められた。「全般的行動の合計」の平均点では、退院群が良い値を示したが、有意差は認められなかった。

2. 因子別の平均値の比較

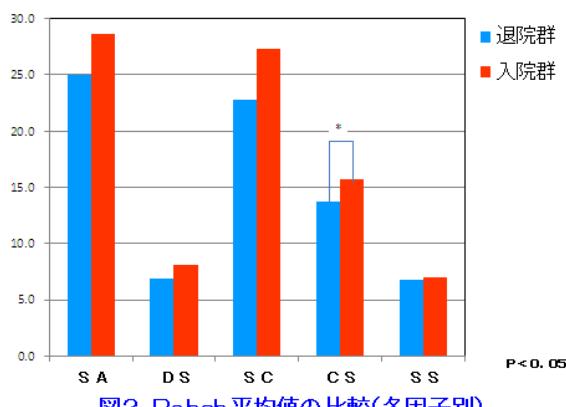


図2 Rehab平均値の比較(各因子別)

「社会的活動性(SA)」、「ことばのわかりやすさ(DS)」、「セルフケア(SC)」、「社会生活の技能(CS)」、「ことばの技能(SS)」、全ての因子で退院群が良い値を示し、「社会生活の技能」の因子のみ、有意な差が認められた。

3. 項目別の平均値の比較

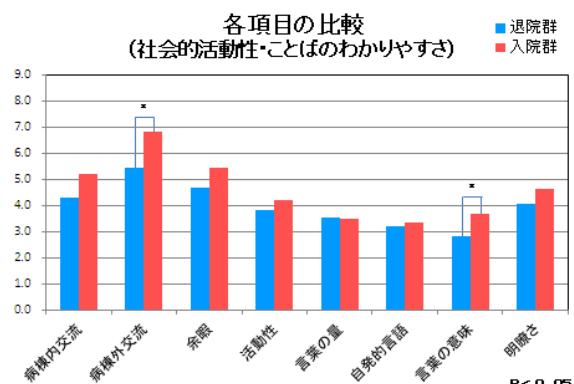


図3 Rehab平均値の比較(各項目①)

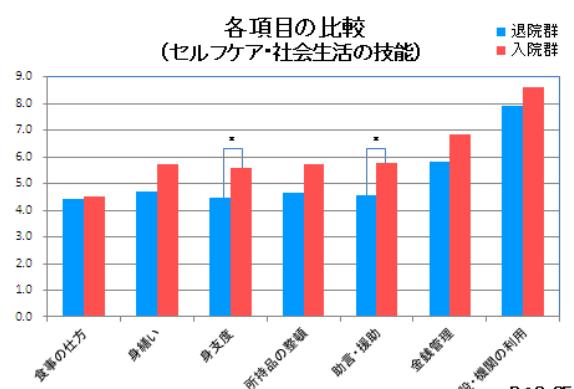


図4 Rehab平均値の比較(各項目②)

殆どの項目において、退院群が良い値を示した。その中で、有意差が認められた項目は、「病棟外交流」、「言葉の意味」、「身支度」、「助言・援助」の4項目で、全項目の中で唯一「言葉の量」だけが、退院群よりも入院群が良い値を示した。

表2 Rehabスコアの結果

- 逸脱行動の合計は、退院群が有意に良い値を示した。
- 全般的行動の合計は退院群が良い値を示したもの、有意差は認められなかった。
- Rehabの全項目のうち、「病棟外交流」、「言葉の意味」、「身支度」、「助言・援助」の4項目で、有意差が認められた。
- Rehabの全項目のうち、「言葉の量」のみにおいて、入院群が良い値を示した。

IV. 考察

今回の研究では、入院期間が5年以上の長期入院患者と、5年以上の入院期間を経て退院した患者群のRehabスコアを比較した。「逸脱行動」、「全般的行動」、「有意差の認められた項目」に分けて考察する。

1. 逸脱行動

退院群の値が有意に良い値を示した事は予想通りだった。杉尾ら¹⁾は「逸脱行動」の点数は患者の陽性症状に相当すると述べており、その頻度が多いほど、「全般的行動」の障害が重度であることを示唆している。つまり、陽性症状の度合いがそのままRehabの点数にも影響するということである。今回研究対象となった患者も、特に入院群において陽性症状が活発な患者が多く、こういった患者に対して直接的に生活障害のリハビリテーションをおこなっても、望むべく結果は得られないのではないかと考える。

山根²⁾はその著書の中で、主に亜急性期や回復前期の患者に対して、作業療法が病的状態からの離脱や安心・安全の保障を目的に行われる述べている。このことから病状が活発な長期入院患者に対しても同様のことが言えると考え

る。日々の生活の中で被害的な幻覚や妄想によって恐怖を感じ、感情障害や情動障害のために理由のない苛立ちや焦燥感に苛まれる毎日をおくっている。彼等に対してまず行うべきアプローチは、そういった病的状態からの離脱を目的とした作業療法ではないだろうか。ただし、入院生活が長い患者は、外界からの刺激に過敏になったりその反対に極端に反応が鈍くなったりと、感觉レベルで入ってきた刺激に対して極端な反応を示す。まず、安心できる人や環境を整えることが重要であり、その上で、患者個々に対して適度な賦活を促す作業を、作業療法士が責任を持って提供することが重要だと考える。

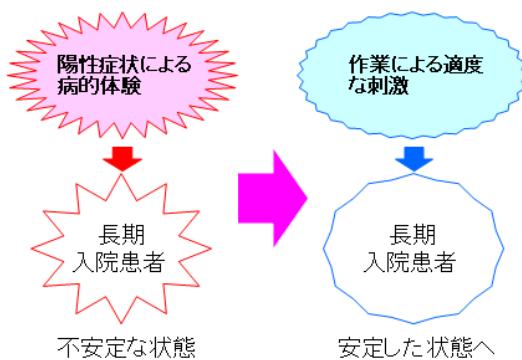


図5 長期入院患者に対するアプローチ①

2. 全般的行動の合計

退院群の最高点数は 33.5 点、最低点数は 129.5 点、同様に入院群の最高得点は 50.0 点、最低点数は 128.5 点で、両群共に点数に大きなばらつきがあった。この結果は、退院した患者の中にも重篤な生活障害を持つ者がいたことを示している。患者が持つ障害の重さは社会生活を営む上で重要な情報であるが、障害の重さそのものが退院の可否を決定する基準には成り得ないことを表している。障害の重さよりも個々の患者が持つ障害の質に目を向け、具体的な生活障害を明確にした上で、適応する施設や、支援、福祉サービスなどを選択し提供することの重要性が再確認できた。

3. 有意差の認められた項目

入院群に比べ、退院群が有意に良い値を示し

た項目は、「病棟外交流」、「言葉の意味」、「身支度」、「助言・援助」の 4 項目であり、その中で「病棟外交流」、「言葉の意味」の 2 項目は、「他者との交流」に関する項目だった。

同じ交流に関する項目においても、「病棟内交流」に比べ、「病棟外交流」の差が大きかった。入院群は退院群に比べて閉鎖処遇の患者が多く、病棟外に足を運ぶことが少ない。加えて、外出・外泊の回数も退院群の半分以下であり、生活空間が病棟内に限られている。単純にこれらの環境的な要因が病棟外での交流を乏しくしている要因であろう。長期入院患者が病棟内で生活を続け社会生活から離れる期間が長くなればなる程、自身が生活するべき社会そのもののイメージが持ちづらくなる事は容易に想像できる。

R e h a b スコアの値が悪いことよりも、病棟外で過ごす時間が乏しいことが問題である。病棟内で過ごす事の多い患者であれば屋外へ、屋外で過ごせる患者であれば病院外へ。治療者が常に外への意識を高く持ち、社会と接する時間を少しでも多く提供する事が重要になる。

交流技能に対するアプローチは、病棟の外へ連れ出すことだけでは勿論不十分である。R e h a b スコアでは、「言葉の意味」の項目でも退院群が有意な値を示した。「言葉の意味」は話す内容の意味がはっきりしているかを問う項目であり、退院群は入院群に比べてその発言内容が相手に伝わりやすいものであったことを示している。一方、同じくコミュニケーション能力を評価する「言葉の量」では、全項目中、唯一入院群の値が退院群のそれを下回った。このことから、退院するために必要なコミュニケーション能力とは、闇雲に発語量が増える事や患者が自身の訴えを発することではなく、言葉数は少なくとも相手に伝わる内容で話す能力と言える。我々治療者は発語の量よりもその内容や質に目を向けるべきだろう。患者が発する言葉の真意を読み解き、どのような言葉を用いれば相手に伝わるのかを伝えていくことが重要だと考える。集団作業療法の場面では、往々にして治療者側

から患者へ一方向的な会話に終始してしまうことが少なくない。一つのテーマや作業に対して複数の患者から意見や発言を引き出し、患者がお互いの意見を“理解する”或いは“理解してもらえるように話す”といった意識を持てるよう援助する姿勢が重要だと考える。

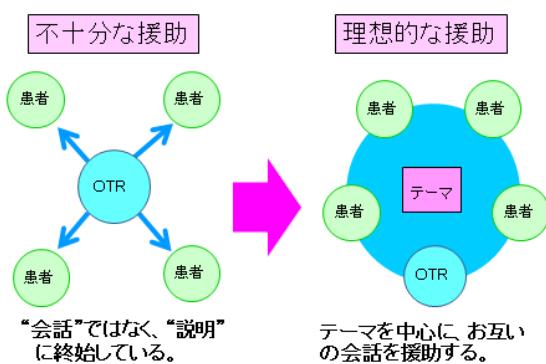


図6 長期入院患者の生活障害について②

セルフケアでは「身支度」の項目に有意差が認められた。服装を整えるという行為は、多少なりとも周りに対して“恥ずかしい”と感じたり、“良く見られたい”という気持ちから生じるものであり、退院群においてはそういった“恥”的概念や“他者の目”を気にする感覚を持っていると考える。しかし、長期入院患者の中には、日頃身に付けていたりする服装に対してあまり興味がない方が多い。写真撮影をして自身の服装をチェックしてもらうと、そこで初めて服装の乱れに気が付くといった患者も少なくない。入院期間が長い患者に対しては、まず自身の服装の乱れに気付かせるアプローチが必要だろう。

「助言・援助」の項目に関する限りでも、入院群に比べて、退院群の方が自発的に行行動できている事を表している。自発性を高める為には、患者自身の“気付き”と、“意欲”が必要になるが、我々職員は患者に対してつい指示的な物言いをしてしまう。直接的な指示は、指示を受けた者側からすると考えて行動する必要がないために、患者が“気付く”機会を奪い、“意欲”を削ぐ事につながりかねない。

セルフケアである「身支度」や「助言・援助」の項目に関しては、リハビリテーションの場だ

けでなく、日頃の生活の中で、常に“気付き”と“〇〇したい”という“意欲”を高める事が、患者の自発性を高めると考える。

V. まとめ

表3 まとめ

- 生活障害に対するリハビリでも、まず病的状態からの離脱が、作業療法の目的となる。
- 退院へ向けてのアプローチでは、患者自身に社会生活をイメージしてもらうことが重要。
- 交流技能においては、相手に伝わる言葉を使っているかなどの、言葉の質が重要。
- 日常生活においても、常に気付きと意欲を高める関わりを。

VI. おわりに

今調査では、Rehabスコアを用い長期入院患者の生活障害をまとめた。今回の結果を踏まえ日々研鑽をしながら、長期入院患者へのアプローチ方法を確立していきたい。

引用文献

- 1) 杉本幸 他：
『慢性精神分裂病入院患者の社会生活障害—Rehabを用いた評価—』
川崎医療福祉学会誌 Vol. 12 No. 1
2002 125—132
- 2) 山根寛：『精神障害と作業療法』三輪書店

一般企業並みの経営を目指した就労リハビリテーションの効果 ～喫茶ガーデンクレスでの実践を通して～

社会復帰施設部 ○長根山由梨 宮城聖子
栄野比千秋 上江洲多恵子

I. はじめに

1997 年にオープンした喫茶ガーデンクレス(以下、クレスと略す)は、一般客を対象にした地域の一店舗である。同時に、就労訓練工場せいかいの訓練種目の一つとして、就労移行支援及び就労継続支援 B 型サービスを提供している。

これまでの経過から、指導員不在の下で利用者が接客・販売・調理を行う運営が可能になり、少數の固定客を獲得するまでに至った。しかし課題は多く、店員である利用者らが店の汚れに気づかない、客が来ても笑顔が少ない、食事は味も盛りつけも毎回のように違う、お互いのすることに無関心など、店の状況や客への関心が薄く、目的意識や責任感が乏しい状態にあった。

それらの課題の背景には、精神の障害が及ぼす影響以上に、福祉的就労という保護的な環境下への依存が大きな要因と考えられ、リハビリテーションの手法について再考する時期を迎えた。そこで20XX年から、福祉の枠に留まらない一般企業並みの経営とサービスの質を追求し、利用者と共に発展させ、維持・向上するための介入を開始した。本論文ではそのプロセスをまとめ、約1年半の経過において利用者に見られた変化を述べることで、クレス式リハビリテーションの効果と課題について考察したい。

II. 研究方法

1. 研究期間

20XX 年 X 月～20XX 年 X+18 月 (18 ヶ月間)

2. 対象者

上記期間クレスに在籍し、主要に参加した 3 名。

3. 評価方法

利用者の電子カルテの記録から、言動の変化を抽出した。

4. 方法

1) 企業的な取り組み内容

①マニュアルの作成と実施(20XX 年 X 月～)

業務マニュアルを作成し、統一された方法で全利用者が同程度のスキル習得を目標にした。

②収支ミーティングの実施(20XX 年 X 月～)

危機感の共有を目的に、毎月収支表を公開し、売上増加に向けた課題と戦略を話し合った。

③接客ミーティングの実施(20XX 年 X+8 月～)

接客の質の向上を目的に、多いときは毎日、少ないときは週 1 回程度行った。実践を振り返り、客の目線に立った思いやりある対応について意見を出し合った。

④外部出店(20XX 年 X+11 月～)

地元志向の強い 1 喫茶店として、参加依頼を受け、うるま市の地域活性化イベントに出店した。3 千人から 1 万人の大規模な集客予想の下、福祉以外の場で宣伝の機会を得る目的で、下記 2 つのイベントに出店した。

a) 「イチハナリ・アートプロジェクト」※1

(以下、イチハナリと略す)…計 3 回。夏 1 カ月間、秋・春それぞれ 10 日間出店した。

b) うるま市産業まつり…2 日間

⑤パン工場体験(20XX 年 X+15 月～)

最も人気商品であるパンに関して、製品知識を深め、販売促進のコツをつかむことを目的に同事業所スターベーカリーの工場指導員を講

師に招いた添加物勉強会を実施した。さらに製造工程と作り手の姿を目の当たりにする機会を通じて、製品への関心を高める目的で、各利用者が半日～1日の工場体験を行った。

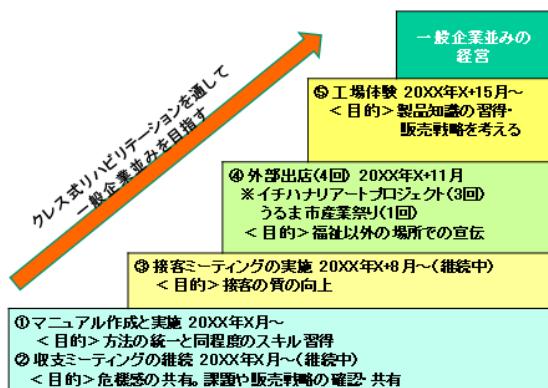


図1 企業的な取り組み内容

5. 倫理的配慮

本論文の作成にあたり、対象者に研究主旨を説明すると同時に、個人同意書により了解を得た。

III. 経過及び結果

1. 対象者のプロフィール

利用開始当初から精神科リハビリテーション行動評価尺度(以下、Rehabと略す)において全員が低得点領域であり、社会生活可能群であった。また、就労訓練の利用歴はあるが、いずれも1年未満の短期で中断していた。

表1 対象者のプロフィール

対象者	性別	利用開始時期	Rehab (介入開始当初)	就労訓練利用回数	就労訓練利用期間
Xさん	女性	20XX-2年	5.5	1回	5ヵ月
Yさん	女性	20XX年X+5月	22.8	2回 <small>(1回目)9ヵ月 (2回目)1ヵ月</small>	
Zさん	女性	20XX年X+12月	14.7	1回	3ヵ月

2. 全体に見る経時的变化

店や利用者に見られた変化を比較するため、期間を半年ごとの3期に分け報告する。

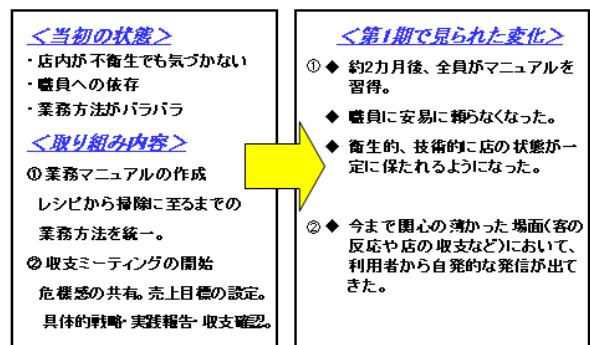
①第1期

当初は、掃除中の拭き残しに気づかない、レシピを覚えずに調理する、味や盛りつけが毎回のよう異なる、何でも職員に質問し解決しようとする等、サービス意識や技術が未熟な状態だった。

まずはシステム構築のため業務マニュアルを作成し、掃除、レシピ等の具体的な方法を統一することで、技術的に安定した状態を目指した。「時間内に終えられない、応援に来てほしい」と弱音を吐く利用者も多かったが、実践を重ねて開始2か月目頃には全員が同じ方法で実行できるようになった。職員に対する質問や応援を求める声も減り、店が一定の状態に保たれるようになった。

収支ミーティングでは、実際の数字を見ながら、赤字が続ければ工賃も支払えない状況があり得ることを説明した。「赤字の時のことは初めて知った」とXさんから驚きの反応が示された。次に売上目標を60万円と設定し、具体的な戦略に向けて、利用者から客に関する情報を募ると、「近くに住む年配の女性が多い」「野菜も売れば良いのにと言われる」等、客層やニーズ分析につながる情報を多く持っていることが分かった。その情報をもとにメニューを考案して実施したところ、客の反応に関する情報として、利用者から「ソーキそばに生野菜が乗っているのは新鮮と言われた」「減農薬野菜ですよとアピールした」等と自発的な発言が聞かれるようになった。またミーティングでは、その戦略が売り上げにどういった影響を与えたかについて振り返り、次回の課題を明らかにする仕組みをつくった。

表2 全体の変化(第1期)



②第2期

当初は、平気で客の質問に分からないと答える、混雑時や集中力の低い日は笑顔が固い、レジ対応で不明金を出しやすい、レシピの手順を抜かすなど、条件や状況に左右されやすく、店員としての意識と客への配慮が不十分な状態だった。

接客ミーティングにおいて、笑顔の固さ、飲み口に指が触れたまま客にグラスを提供する、客の前でも平気でトイレを使用するなど、実際の接客場面で見られた問題をタイムリーに取り上げた。

職員が問題提起すると「今日は調子が悪くて…」と答える利用者が多かった。自分が客だったら店員の調子が悪いという理由で納得できるかどうか考えてもらい、就労訓練であっても、一般の店と同じ質が求められることを繰り返し強調した。

次に外部出店を行うに当たって、利用者に主旨を説明し、準備から実際の接客まで参加してもらった。行く前は「できれば行きたくない。緊張する」と話したYさんが「意外と大丈夫だった。みんなに喜んでもらえるなら、またやりたい」と肯定的な姿勢に変化した。

その後、接客ミーティングの頻度をさらに増やすと、Xさんから「調子が悪かったらお互いに報告してほしい。お客様に迷惑はかけられない。フォローするから大丈夫」といった客のことを考えた発言が聞かれるようになった。テーマについても、利用者からの発信が増え、「苦手なお客様はどう接したら良いか分からぬ」「連携ミスでランチの提供に普段より時間がかかった」など、実践に沿ったより具体的な問題が提起されるようになった。

表3 全体の変化(第2期)

店の状態	第2期で見られた変化
<p>・客への配慮に欠ける ・「店員」としての意識が低い</p> <p>取り組み内容</p> <p>①接客ミーティング 実際の接客場面で見られた問題をタイムリーに取り上げ、一般的の店と同じ質を求めて話し合った。</p> <p>②外部出店 イチハナリートプロジェクトや、うるま市産業まつりへの出店。 保護的な環境を離れて一般的の店と肩を並べる。</p>	<p>①◆ 「自分が客だったら…」と客目線で考えるようになった。</p> <p>◆ 利用者発信が増加。ミーティングテーマも、実際に沿った具体的な問題意識を取り上げるようになった。</p> <p>②◆ 外部出店に苦手意識を持っていた利用者が、「またやりたい」と肯定的な姿勢に変化した。</p>

③第3期

期間当初から、職員の指示や促しがなくとも、利用者が自発的に販売促進を意識した商品ディスプレイの工夫や、新メニューの考案を実行するようになっていた。

20XX年X+13月から、接客ミーティングは利用者だけで行い、職員が入る場合でも司会進行を利用者の役目とした。自分たちで問題に気づき、解決策を話し合える形を目標にしたところ、連携ミス、不明金、クレーム等の問題が起こると、即座に職員へ報告し「ミーティングしない」と利用者側から行動に移し、様々な気づきや課題を発信するようになった。

外部出店前後は疲労やストレスを訴えた休みが見られたが、人手不足の時間帯を伝えると場合によってシフト時間を短縮してもできる限り参加する、或いは訓練を欠席しても受診するなど、具体的に対処するようになり、出店期間中は誰も欠席しなかった。

期間中に出店を3回行ったが、2回目以降は半日から1日の接客でも笑顔を絶やさず、全員が自ら客に話しかけて商品のアピールポイントを伝えられるようになった。

また外部出店終了後には、商品をもっと詳しく説明できるようになりたいと要望する利用者が出ていたため、工場体験を企画した。体験前は、形や種類に関してパン工場に期待する発言が多くなったが、クレス側にできる販売促進の工夫を考え、値段が高めで売れ残りやすいパンにチョコレートをかけて付加価値をつけるなど、自分たちのアイディアで対処するようになった。

表4 全体の変化(第3期)

店の状態	第3期で見られた変化
<p>利用者が自発的に販売促進を意識して行動を起こすようになってきた。</p> <p>取り組み内容</p> <p>①接客ミーティング 利用者が司会進行を担当。自分たちで問題に気づき、解決策を話し合う。</p> <p>②外部出店 参加時間を増やした。</p> <p>③工場体験 利用者からの要望があり、工場体験を企画した。</p>	<p>①◆ 問題が生じると職員へ報告し、利用者からミーティングを開くようになった。</p> <p>②◆ 全員が自ら客に商品をアピールできるようになった。</p> <p>◆ 出店中は皆出席。出店前後に欠席時に受診等の具体的な対応をとるようになった。</p> <p>③◆ パン工場に依存せず、販売促進のためクレス側でできる工夫を考え対処するようになった。</p>

3. 個別事例の紹介

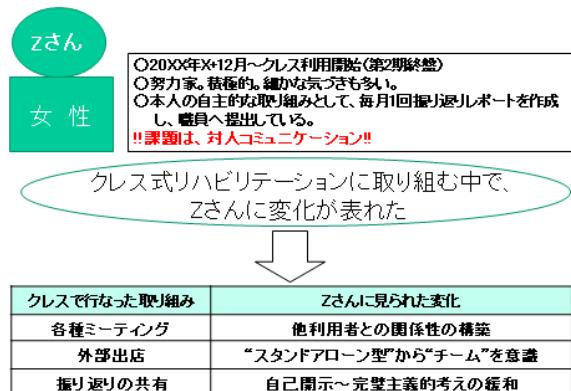


図2 個別事例の紹介

次に、特に変化が大きく見られた利用者1名について1事例として取り上げ、紹介する。

・Zさん：女性。

20XX年X+12月からクレス利用を開始した。

当初から、自助努力があらゆる面で散見された。毎月1回、自分で振り返りレポートを書き記し、訓練中の良かったこと・悪かったこと・気づきや次回の課題などをまとめて、職員への報告を行っていた。また効率のよい業務手順を考察する、他者が気づかない汚れを小まめに掃除するなど多岐に渡って積極性が見られ、本人からは「ミスがあればお客様に迷惑が掛かる」と完璧主義的な考え方も聞かれた。

一方で課題は、コミュニケーションであった。「自分は気づくのに周囲は気づかない、気づいた本人がやれば、気づかない人はやらなくていいのだろうか」と悩み、周囲との関わり方において時に極端な対処に至った。

たとえば先輩の利用者らが、自分の質問に対して答えに詰まると、業務的な話は難しいと諦めて質問は職員に行う等、柔軟性に乏しい傾向が見られた。一方で、相手の反応に合わせ自分の行動をコントロールすることで、相手に行動変容を求める姿勢が見られ、思うように変化が得られないとストレスを強め、本人が欠席する状況に陥った。

月1回の個人面談において、ミーティングの活用と、相手の変化を待つことを助言した。

20XX年X+13月の振り返りでは、接客ミーティングについて「お互いに話しやすくなる」「視点

の違いで良い刺激が受けられる」と肯定的に語った。すると、それまで職員を頼って質問していたが、緊急時やクレームなど深刻な内容以外は、利用者同士で話し合うように変化した。

また、翌月から続いた外部出店では、参加前になると、自分のこと以上に他利用者のストレスを心配する発言が多く聞かれた。しかし実際には周囲が休まず出店先で接客し続けた姿を見て「皆さんも変わりましたね」と肯定的に評価した。またイベント前後に自身も含め欠席者が見られたことで、イベントの準備からその後までを総括して「チームの総合力で乗り切った」と振り返り、本人が表現する“スタンドアローン型”から“チームを意識”した発言が聞かれるようになった。

20XX年X+16月には、自主的に行ってきました振り返りレポートを他利用者にも活用してほしいと話し、主体的に書き方指導を施し、他利用者の振り返りをチェックする試みを開始した。公平性を保つため、本人の振り返りも明かすことを提案すると、「振り返りはお客様のためになること。それで皆が振り返れるなら」と公開に同意した。すると「気分が持ち上がらない」という表現で、他利用者に対して自分から不調を伝えられるようになり、完璧であろうとする態度が和らいた。その月の振り返りにおいて「今の自分があるのは、周囲の助力が大きい」と話すようになった。

IV. 考察

1. 全体の経過

第1期では、マニュアルで統一された具体的な方法をもとに実践を重ねることで、どの利用者でも店を一定の状態に保てるようになり、それが成功体験となって、職員への依存が減少したと思われる。また収支ミーティングにおいては売上戦略、実践、収支の循環的な相互作用を伝えることで、利用者が客の反応に关心を抱き始めた。そして実際に客から好反応を引き出した経験によって、モチベーションが高まり、発信の増加へつながったのではないかと推察される。

第2期になると、接客ミーティングを通じて、

深めるポイントを、利用者自身の調子から客の気持ちへと転換した結果、サービスについて真剣に考え出した利用者の姿が窺える。また外部出店を通して、多種多様な客層を相手に、慣れきった環境から離れ、一般の店と肩を並べる経験を行ったことで、自信の獲得を示唆する発言が引き出されたと考えられる。

第3期は、すでにモチベーションの高まった状態にあり、外部出店を重ねるうちに、様々な客のニーズに直面した。その結果、工場体験を新たに提案するなど、利用者が客のニーズに関心を持つて応えようとする姿勢に変化したと考えられる。

上記のように、今回の取り組みは利用者に数々の変化をもたらした。まず未熟なサービス提供者であった当初の課題に気づかせると共に、一訓練生から一店舗スタッフとしての自覚を形成したことが窺える。したがって今回の手法は、リハビリテーションとしてある程度の効果をもたらし、利用者をステップアップさせたと考えられる。

また、今回のプロセスを改めて振り返ると、企業的な手法によって、擬似的な一般企業体験の機能が生み出されたとも捉えられる。利用者らにとつては、一般就労に向けてより準備性を高められる環境をつくり出すことにつながったと考えられる。

2. 個人の経過

能力やスキル、努力を絶やさない姿勢を見る限り、一般就労も十分可能と思われた。

しかし対人面においてはストレス耐性が非常に弱く、その耐性を強化する支援が必要であった。本人の特徴として、自分と同じレベルやスピードを相手に求める傾向があり、それが叶わないとストレスフルになる悪循環を起こしていた。

そこで、利用者同士で行う接客ミーティングを活用し、あらゆる課題を客目線でサービスとして捉え直すよう促した。一人で解決できないテーマによって、他利用者と話し合わざるを得ない状況を設定し、周囲の考え方や物の見方に触れる機会を意図的に増やした。その結果、刺激的と感じら

れる意見を相手の中に見出し、自己完結的で頑なになりやすかった捉え方が緩和したと考えられる。

また外部出店では、本人の予想に反してやり遂げた他利用者の変化と、本人自身も共に出店を乗り切ったことにより、チーム意識が芽生えたことが推察される。そして徐々に、他利用者との横並びの関係を構築したことで、振り返りの公開という形の自己開示も可能になったのではないかと考えられる。

以上のプロセスを経て、「今の自分」に対する「周囲の助力」に言及する段階へと至ったが、さらにその根底には今回の手法の影響が窺える。元来、努力家であった本人が、よりモチベーションを高めるために企業並みを目指すシビアな環境が作用し、またその目標にチームとして取り組むことが対人交流の面において柔軟さをもたらすよう働いたと考えられる。

V. まとめ

表5 まとめ

-
1. “一般企業並みを目指す”手法の効果
⇒「一訓練生」から「一店舗スタッフ」への成長
 2. クレス式リハビリテーションの可能性
⇒擬似的な一般企業体験の機能
 3. 個別事例に見る効果
⇒共通目標を軸にしたチームという意識の芽生え
対人関係の構築
-

VI. 終わりに

今回の手法を継続・維持することによって、利用者の変化を見守る必要があると思われる。そして利用者がさらに自信を深め、一般就労への準備性を高められるよう、クレス式リハビリテーションの機能を洗練させることが重要である。そのため、今回は数値化による検証が困難であったことを踏まえ、今後は就労リハビリテーションの効果を適切かつ客観的に評価できる尺度を用いて検証することを課題とした。

注釈

※ 1 うるま市地域雇用創造協議会(地域活性化プロモーションうるま)が主催する、うるま市の地域活性化イベント。旧伊計小中学校の校舎を会場に、季節ごとにアート作品を募集し、展示や販売によって集客を行う。校舎の 1~2 階をアート展示で占め、3 階でカフェコーナーが開かれた。

曖昧さ態度尺度の臨床応用可能性（1） ～健常群としての対人援助職の曖昧さへの態度の特徴～

心理課 ○榎木 宏之[#]甲田 宗良[#] 近藤 豪[#]

医局 小渡 敬

#琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座

I. はじめに

われわれの日常生活は状況によって柔軟に対応が求められる曖昧なものである。曖昧さに対して適切な処理ができないことは、精神疾患と関連していることが言わされているが、曖昧さに対する個人の態度の側面からはまだ十分に明らかにされていない。

精神疾患を有する成人の臨床群の曖昧さに対する態度の特徴を明確にして応用するためには、比較対照群としての健常者の曖昧さに対する態度の構造を明確にする必要がある。

また、健常者における曖昧さと心理的ストレスの問題との関連で見た場合、最近では、災害時などの先の見えない状況の中で、援助者が支援することの心理的負担について取り上げられている。本学会においても、対人援助職の曖昧さに関する問題を検討することは職員のメンタルヘルスの観点からも意義のあることと思われる。そこで今回は、臨床群と比較する母体となる健常群の傾向を把握することと、対人援助職の曖昧さへの態度と心理的安定性の関係を明らかにすることを目的に調査研究を行った。

II. 研究方法及び対象

1) 手続き

われわれは、縁故法による質問票調査を、関東、中国、四国、九州、沖縄の4地域の18歳以上の成人に対して行った。回答が得られた1,338名より、欠損値を除外し、最終的に残った1,019名を母集団のデータとした。母集団の中から、今回の解析条件に合致するサンプルを研究対象とし、その中を更に症例群と対照群に分ける、症例対照研究の方法を用いる。

本研究は、対人援助職が研究の対象であるが、勤務形態など対象者の属性をより均一にするため、今回の症例群は資格者と非資格者の両方を含む当法人の看護および介護に関わる職員のみとした。一方、対照群の調査は、複数の事業所でそれぞれ質問紙の配布と回収を担当する実施協力社員を通して行われた。本研究において調査協力を得ることができた事業所は、コンサルティング関連会社、外資系保険会社、プロスポーツ運営会社、自動車販売会社であった。今回は、看護・介護職という対人援助職に条件を近づけるため、一般企業の多岐にわたる職種の中でも、顧客を相手とする、職種が営業および販売と回答した者のみを対象とした。

2) 測定方法

測定には、西村（2007）が作成した、曖昧さへの態度尺度（Attitudes Towards Ambiguity Scale: ATAS）を用いた。われわれの研究グループではATASの因子構造を確認するため、対象年齢を広げ、対象者数も増やして独自に調査を行い、改めて因子分析を行った。その結果、新たに4因子が抽出された（榎木・甲田・近藤, 2014）（表1）。

表1 因子分析後のATAS因子の再構成結果
(榎木・甲田・近藤, 2014)

因子名	内容 (○:各因子の項目数)
enjoyment (曖昧さの享受)	曖昧さを魅力的なものと評価し、関与していくことに楽しみを見出す傾向(12).
anxiety (曖昧さへの不安)	曖昧さに不安などの情緒的混乱と、それに伴う対処の難しさを感じる傾向(6).
exclusion (曖昧さの排除)	曖昧さを認めず、排除して白黒つけたい傾向(4).
no-interference (曖昧さの無干渉)	曖昧さそのものに対して何も関与しない傾向(3).

・合計4因子、全25項目(各6段階評価)に再構成された。

・高得点の因子が、個人の曖昧さへの態度の特徴と理解される。

その4因子とは、enjoyment（享受：12項目）、anxiety（不安：6項目）、exclusion（排除：4項目）、そして、no-interference（無干渉：3項目）であり、全26項目中どの因子にも属さない1項目を除いた25項目で構成される尺度となった。なお、「無干渉」は、曖昧さに対して何も関与しない姿勢を表す因子である。

また、曖昧さへの態度と抑うつの側面からメンタルヘルスの関連を検討するため、抑うつ性尺度（Self-rating depression scale 日本語版 [SDS]：福田・小林, 1973）（20項目、4件法）も用いた。

3) 倫理的配慮

本調査研究は、琉球大学医学研究倫理審査委員会の承認を得ている。対象者の調査への協力は自発的なものとし、調査によって利害関係が生じないことや個人情報は守られることを、対象者へ書面を通して説明した。

4) 分析方法

曖昧さへの態度を構成する4因子とSDSについて、症例群および対照群の間で、平均点を比較し、更に、ATAS4因子とSDSの関係について群毎に統計的解析を行った。

III. 結果

症例群を看護・介護群とし、対照群を、営業・販売群とした。両群の属性を表1に示した。

表2 人数・性別・年齢の内訳

	看護・介護群 (症例群)	営業・販売群 (対照群)
人数 [名]	109	63
性別 男[名]	46	60
性別 女[名]	63	3****
年齢[歳]±SD	37.9±11.84 (18-63歳)	38.9±9.44 (22-58歳)
SDS得点[点]±SD	39.9±6.85	37.8±8.00
**** : p<.0001		

属性では、性別において、営業・販売群の女性が有意に少なかった ($\chi^2=63.489, df=1, p<.0001$)。年齢

において差は見られなかった。また、SDSにおいても抑うつの程度に差は見られなかった。

看護・介護群と営業・販売群の2群間におけるATASの4因子の平均点を比較した結果を図1に示した。今回のサンプルで、ATASおよびSDSにおいて属性の偏りを見ると、ATASの不安因子でのみ性差の偏りが検出された。そのため、2群間で比較する際に、不安因子については、性別を統制するため共分散分析を用いて検討し、残りの3因子ではt検定を行った。その結果、享受因子においてのみ営業・販売群が有意に高い結果が見られた。不安因子はグラフ上では差があるよう見えるが、性別を統制すると、有意な差は認められなかった。

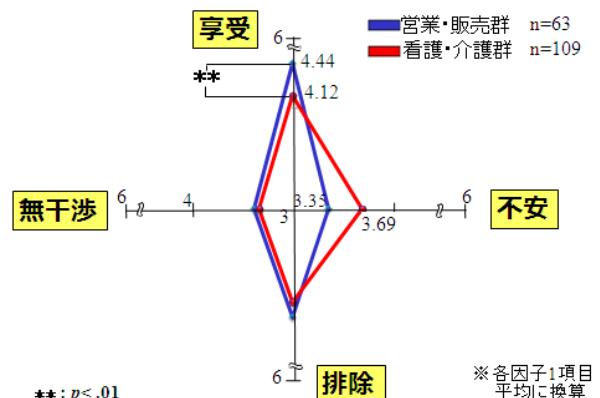


図1 ATASの4因子における2群間の比較*

両群ごとに、ATASの因子間およびSDSとの相関分析を行い、相関係数を算出し、弱い相関である0.3以上の相関係数のみを採用した。その結果を、図2および図3に示した。なお、上記の2群間の比較時と同様に不安因子のみ性別を統制するため、偏相関分析を用いて相関係数を算出した。

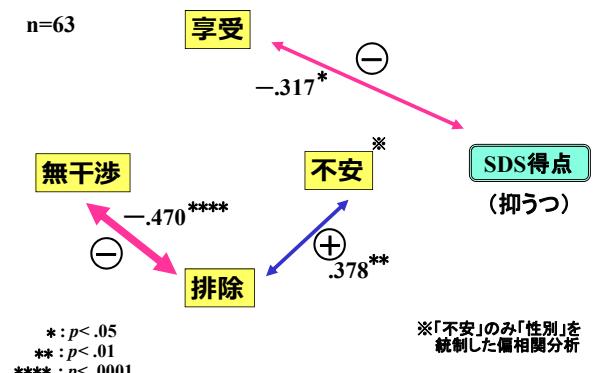


図2 営業・販売群のATAS4因子間およびSDS得点の相関

営業・販売職においては(図2)、ATASの享受因子とSDS合計得点との間で弱い相関ではあるが有意な負の相関がみられ、曖昧さに対して好奇心をもつ社員ほど抑うつが軽減される傾向がみられた。また、不安因子はSDSと有意な正の相関がみられ、排除因子は不安因子と正の相関、無干渉因子と負の相関がみられた。このことから、営業・販売従事者は、曖昧さを排除しようとすればするほど、不安は強められ、そのため抑うつも強くなるが、一方で、無干渉である、曖昧なことはそのまま放っておくという姿勢があると、排除の因子が低下する傾向がみられた。

看護・介護群では(図3)、営業・販売群と同様に、排除と不安およびSDS得点との間でそれぞれ有意な正の相関がみられた。一方、排除因子は、営業・販売群とは異なり、享受因子との間で正の相関がみられ、享受因子は抑うつとの間で相関は認められなかつた。

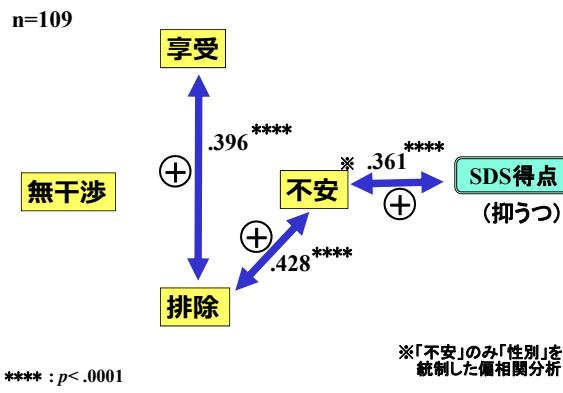


図3 看護・介護群のATAS4因子間およびSDS得点の相関

IV. 考察

今回の結果より、曖昧な状況に対しては、対人援助職は曖昧さを排除して白黒はっきりとさせようとすることが、不安を強め、臨床レベルにまでは達しない程度の抑うつを増大させる可能性があることが示唆された。

一般企業で顧客を相手にする成人では、曖昧さを楽しめることが抑うつを軽減させることに繋がり、また、白黒をはっきりとさせようとする姿勢が強くなると、それと同時に、曖昧な状況を放っておく態度にもなる傾向がみられた。このように、ネガティ

ブな状態や態度を弱めるように別の態度が働くことで心理的な安定を保っていることが伺える。

一方で、対人援助職である看護・介護職において、曖昧さに关心を抱くことは必ずしも抑うつを低下するように働いているのではないことが示唆された。曖昧さに关心を持つことが必ずしも肯定的に働いてないことから、答えのはっきりしないことは面白いから、明確にしようとするよりも、曖昧な状況に耐えられず、はっきりとさせたいが故に対象に关心を持つというメカニズムが可能性として考えられる。明確にしたい(排除)が、はっきりとしないのなら放っておく(無干渉)という、排除—無干渉という合理的な態度のパターンとは異なり、人命が最優先の医療・福祉の現場では、答えの見えない状況の中で問題を明確にして行こうとする態度が求められる。

対人援助職における曖昧さへの態度の大きな特徴として、曖昧さを無くそうとする態度(排除)は、不安から抑うつへと結びつくのと同時に、援助者として未知な対象へ关心を持ち続ける動機にもなっており、相反する側面を有していることが示唆された。

未知なる対象に关心を持つように働いている態度があるとはいえ、今回の結果からは、看護・介護スタッフには、対照群の一般企業の成人のように抑うつを弱めるというメカニズムは見られなかった。曖昧さに対して不安を軽減させるなどの工夫が、メンタルヘルスを向上させる上では求められると思われる。

引用文献

- 1) 榎木宏之・甲田宗良・近藤毅 (2014). 「曖昧さへの態度」概念の臨床応用可能性(1) —「曖昧さへの態度」尺度の因子構造の再検討— 日本心理学会第78回大会発表論文集,(印刷中).
- 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), 183-194.
- 3) 福田一彦・小林重雄 (1983). 日本版 SDS 自己評価式抑うつ性尺度使用手引き, 三京房, 9.

統合失調症急性期に対する薬物療法の実態 ～当院急性期病棟における処方調査からわかること～

医局 ○山口 洋介 小渡 敬

I. はじめに

精神病床における1年以上の長期入院患者は全国で20万人にのぼり、在院日数が長期化するにつれ社会復帰が困難となる傾向にある。そのため平成26年度の診療報酬改定においても、精神病床の機能分化を推進し病床の機能に応じた人員配置とするための見直しが行われている。とくに急性期病床においては、密度の高い医療を提供し平均在院日数の短縮を図る観点から、精神科急性期医師配置加算（16対1）が設けられた。これは、急性期病床に関して重点的に医師を配置した場合に対して評価するために新設されたものであるが、算定要件のひとつとして、「新規入院患者のうち『6割以上が入院日から起算して3ヶ月以内に退院』し、在宅へ移行すること」というものがある。しかしながら、平成25年1月から12月までを試算してみると、90日以内に退院した者は全体の50%で、6割に届いていないことがわかる。

一方、入院者を疾患別の割合でみると統合失調症圏が約60%と最も多く、次いで感情障害圏、認知症および老年期精神障害、アルコール関連と続いている。これらのことから考えると、前述の算定要件を満たすにはある程度戦略性をもって治療にあたる必要があり、とくに入院者の半数以上を占める統合失調症圏の患者に対する治療をいかに円滑に進めていくかが重要となってくる。このような観点から、本研究では統合失調症の薬物療法に着目し、3ヶ月以内に退院となった統合失調症圏の患者に対する処方調査を行うことで、より短期間で円滑に病状を改善に導く薬物療法の可能性について考察してみた。

II. 研究方法

平成25年1年間で、当院の急性期治療病棟（以

下第3病棟）に入院した患者のうち統合失調症圏の患者で、入院期間が90日以内であった延べ89名を対象に処方調査を行った。

1. 調査期間

平成25年1月1日～平成25年12月31日

2. 対象者

上記期間内に第3病棟に入院し、90日以内に退院した主病名が統合失調症70名、統合失調症の疑い2名、統合失調感情障害10名、妄想性障害2名、非定型精神病1名、幻覚妄想状態4名の患者。

3. 方法

1) 当院第3病棟に期間内に入院した患者を年齢、性別、カルテ番号、入院日および退院日、病名などの情報とともにリストアップし、それらの中から統合失調症圏（ICD10:F2）の患者を選別した。さらに在院日数が5日以上90日以内の患者89名を対象として処方内容を調査した。5日未満の入院患者については、十分な入院加療がなされなかつたとみなし除外した。

2) 処方調査にあたっては、診療録より入院直前の外来処方と退院時の処方を①抗精神病薬、②抗パーキンソン薬、③ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬、④気分安定薬のカテゴリーに分類して投与量を各々記録した。尚、①～③については、稻垣、稻田の等価換算表を用い、それぞれクロルプロマジン（以下CPと略す）、ビペリデン（以下BPと略す）、ジアゼパム（以下DAPと略す）に換算し投与量を算出した。また、ハロペリドールおよびビペリデンの筋肉内注射（以下HPD+BPの筋注と略す）を施行した者については、施行回数を記録した。

III. 調査結果

1. 患者背景

調査対象の男女比は男性 44 名、女性 45 名であり、平均年齢は 43.79 歳であった。カルテ番号は 700 番台（昭和 63 年初診）から 10300 番台までの患者であった。平均在院日数は 46.0 日であり、最短は 5 日であった。

2. 抗精神病薬

1) 入院前および退院時 C P 換算値

分布にはばらつきがあるため、入院前と退院時の抗精神病薬投与量の中央値を表 1 に示す。

表1 抗精神病薬投与量の中央値

	中央値	4 分位範囲	範囲
入院前	432.5mg	0 – 787.5mg	0 – 2100mg
退院時	625mg	400 – 1000mg	50 – 2050mg

未治療あるいは怠薬により、入院前に抗精神病薬が投与されていない患者は 23 名であった。このため入院前 C P 換算値の第 1 四分位は 0 mg であった。入院前および退院時 C P 換算値の最大値はそれぞれ 2100 mg、2050 mg であり、中央値はそれぞれ 432.5 mg、625 mg であった。

入院前に抗精神病薬が投与されていた 66 名の平均投与量は 671.6 mg であった。退院時は 89 名全ての患者に抗精神病薬が投与されており、平均投与量は 741.7 mg であった。

2) 抗精神病薬の内訳

退院時処方における抗精神病薬の薬剤別の割合は、リスペリドン（以下 R I S と略す）が 33% で最も多く、次いでクロルプロマジンあるいはレボメプロマジンのいわゆる低力価抗精神病薬（以下 C P / L P と略す）が 24% であった（図 1）。

各薬剤別の平均投与量は、最も多い R I S が 714.9 mg であり、次いで多い第 1 世代抗精神病薬（以下 F G A と略す）のハロペリドール（以下 H P D と略す）は 641.7 mg であった。C P / L P は 150.0 mg であった。第 2 世代抗精神病薬（以下 S G A と略す）の中でも非鎮静系といわれるアリビラゾール（以下 A R P と略す）やプロナンセリン（以下 B N S と略す）は、ともに 490.9 mg であ

った（図 2）。

H P D + B P の筋注は 19 名に施行されており、一人当たり平均 2.6 回施行された。

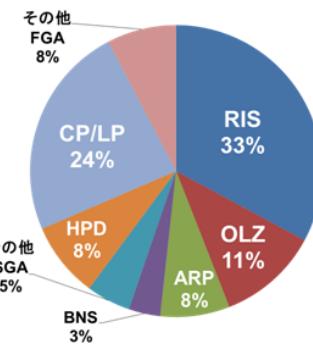


図1 退院時処方の薬剤別割合

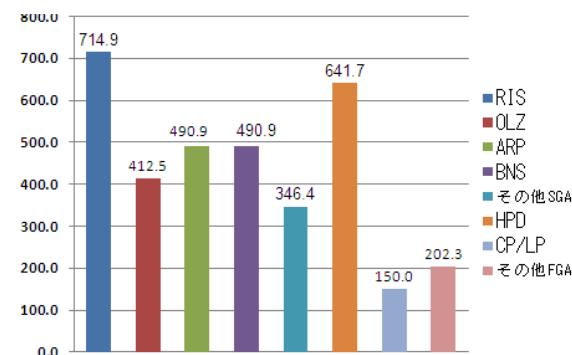


図2 薬剤別平均投与量

3) 単剤化および多剤併用について

全 89 名のうち、抗精神病薬を単剤で用いているのは 42 名で全体の 47% であった。このうち単剤での使用率が最も高いのは R I S の 21 名であり、オランザピン（以下 O L Z と略す）8 名、A R P 6 名と続く（図 3）。一方、F G A は単剤で使用される例が少なく、とくに C P / L P は F G A、S G A 問わず他の薬剤と併用されることが多い。単剤での平均投与量は R I S 614.3 mg、O L Z 362.5 mg、A R P 500.0 mg であった。

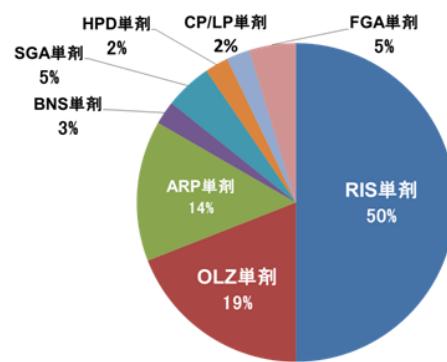


図3 単剤処方の薬剤別割合

多剤併用の状況としては、2剤併用が40名、3剤併用が7名であった。4剤以上の併用はなかった。2剤併用ではR I S+C P/L Pが15名、H P D+C P/L Pが6名、R I S+その他S G A 5名で、これら3通りの組み合わせが40名のうち3割を占める。

3. 補助薬使用状況

抗パーキンソン薬（以下抗パ薬と略す）、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬（以下B Z系薬と略す）、気分安定薬の投与者数、投与量については表2に示す。バルプロ酸ナトリウム（以下V P Aと略す）で1名、炭酸リチウム（以下L iと略す）で3名、カルバマゼピン（以下C B Zと略す）で4名が入院中に中止されている。一方、6名は入院中に新規に気分安定薬を投与されているが、このうち4名がV P Aであり、1名がL iとC B Zである。

表2 補助薬処方内容

	抗パ薬	B Z系薬	V P A	L i	C B Z
入院前	投与人数 29	59	12	7	7
	平均投与量 2.54mg	25.19mg	472.2mg	475.0mg	385.7mg
退院時	投与人数 41	71	15	5	4
	平均投与量 2.61mg	22.82mg	600.0mg	400.0mg	137.5mg

4. 抗精神病薬未投与者に対する治療

初発または怠薬により入院前に抗精神病薬が投与されていない患者が延べ23名（男性13名、女性10名）いた。初回エピソードが12名、怠薬あるいは治療中断による再燃が10名、その他（身体合併症あり）が1名であった。20名はカルテ番号9000番台（平成22年初診）以降であり、平均年齢は39.26歳であった。また、23名の平均在院日数は43.0日であった。

入院によりすべての患者に対して抗精神病薬の投与が開始されたが、多くはR I SまたはO L Zによって治療が開始されている。表3にこれら23名の退院時の抗精神病薬処方内容についてまとめてみた。

R I S、O L Z、C P/L Pそれぞれの平均投与量は700mg、400mg、89.3mgであり、最大およ

び最小投与量は1200mg、800mg、450mgおよび200mg、100mg、25mgであった。また、H P D+B P筋注を施行した者が9名おり、平均施行回数は入院中に2.2回であった。

表3 入院時抗精神病薬未投与者の退院時処方内容

抗精神病薬	人数	投与量(mg)
R I S	8	500
R I S+S G A	1	575
R I S+C P/L P	4	1181.25
R I S+C P/L P+F G A	1	925
R I S+O L Z+C P/L P	1	2050
O L Z	2	250
O L Z+A R P	1	400
O L Z+C P/L P	1	625
その他	4	387.5

※人数が複数の場合の投与量は平均値を示した。「その他」の内訳は、B N S、S G A、H P D、F G Aの単剤処方。

補助薬として、抗パ薬が9名に投与開始され、平均投与量は2.6mgであった。B Z系薬は入院前にも4名に平均して26.25mg投与されていたが、退院時には17名に対して平均16.76mgが投与された。気分安定薬は、入院前にV P A1200mg、L i 600mgを投与されている患者がそれぞれ1名いたが、前者は入院期間中にC B Z600mgに変更されている。入院期間中、新たに気分安定薬を開始した患者が2名おり、内訳はV P A600mg、L i 400mgであった。

IV. 考察

統合失調症の急性期の治療として薬物療法は第一に選択される治療であり、入院期間中に処方調整を行いながら、患者を退院可能な状態に迅速に導くことが治療者には求められる。今回の処方調査でも、抗精神病薬の処方量は入院期間中の処方調整により増加していることがわかり、退院時の平均投与量は741.7mgであった。また、抗パ薬も投与者数、投与量ともに増加しているが、これはすなわち、急性期における薬物療法においては錐体外路症状やアカシジアなどの抗精神病薬の副作用の発生を伴いやすいことが示唆される。一方でB Z系薬が減量されているが、入院治療自体が外来で処方された不必要的薬剤を整理する機会になっている可能性も考えられる。また、併用される

気分安定薬の中ではVPAが多いが、効果発現の早さや安全性などから他の気分安定薬に比べて選択されやすいように思われる。

抗精神病薬の使用状況を個別に見てみると、鎮静作用が強いとされるRISが圧倒的に繁用されており、退院時処方における平均投与量も700mg超と、比較的十分量を使用していることがうかがえる。FGAでは、低力価のCP/LP以外ではHPDを使用している患者が12名と多かったが、カルテ番号で見てみると8200番台（平成20年初診）以降の患者には使用されておらず、病歴の長い患者での使用が多いと考えられる。低力価抗精神病薬のCP/LPの平均投与量は150mgであったが、これにはベゲタミン製剤に含まれるCPも投与量に加えたことを勘案しなければならない。

抗精神病薬の単剤使用に関しては、SGAが大半を占めている。注目すべきは、非鎮静系抗精神病薬といわれるARPもOLZに次いで単剤使用されていることが挙げられる。症例は限られると思われるが、個々の患者のQOLなども考慮しながらこうした非鎮静系抗精神病薬の使用を検討していくことも、今後の課題となるかもしれない。

初回エピソードまたは怠薬・治療中断による再燃によって入院した抗精神病薬未投与の患者は23名であったが、ほとんどがRISあるいはOLZといった鎮静作用のある非定型抗精神病薬による治療が行われ、それぞれの平均処方量は700mg、400mgであった。RIS、OLZの最大許容量はCP換算で1200mg、800mgのため、半数は最大量の半分以上の量を投与していると考えられる。

また、治療の過程において4割近くがHPD+BPの筋注を施行しており、同じく4割弱に抗パーキンソン薬も処方されていた。

これらのことから、とくに未治療である患者に対する急性期治療では、速やかに病状を改善させるため、鎮静作用のある非定型抗精神病薬を十分量投与していること、場合によってはHPD+BPの筋注も使用することがわかる。

V. 終わりに

DPCやクリニカルパスなどの導入により、昨今の医療現場では、迅速かつ適正な治療の実践が求められている。精神科領域でも同様のことが言えるが、反面精神疾患は、病状や症状、治療法までもが患者個々によって異なっているのが特徴である。このような特徴をもつ精神疾患の急性期治療において、定型化、画一化した治療によって患者を迅速に回復に向かわせる方法がないかを検討するために、今回処方調査を試みた。本来であれば、90日以上入院加療を要した患者の処方調査も比較対象として検討すべきであったが、時間と労力などの問題から今回は90日以内に退院した症例のみを調査対象とした。もちろん処方調査のみでは語れない面もあるが、早期退院を目指した急性期治療の第一選択として、鎮静作用のある高力価のSGAを十分量使用する、といった治療指針が今回の調査を通じて見えたように思われる。

引用文献

- 1) 吉尾 隆：抗精神病薬の多剤併用大量処方の実態—精神科臨床薬学研究会(PCP研究会)処方実態調査から—. 精神経誌 114巻6号. 690-695, 2012.
- 2) 稲垣 中, 稲田俊也：向精神薬の等価換算, 精神神経病用薬一覧 2012年版, 168-177.

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol27 12 th Jun 2014

第27回 志誠医学会

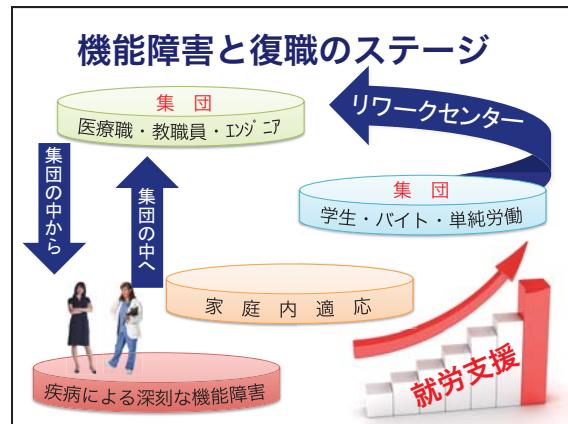
特別講演 資料

**社会機能を回復した統合失調症患者
：再発予防と援助について**



藤田保健衛生大学医学部
精神神経科学講座 内藤 宏
医療の質・安全管理部副部長
健康管理室副室長

2014.6.12. 第27回志誠会医学会



**社会機能を回復した統合失調症患者
：再発予防と援助について**

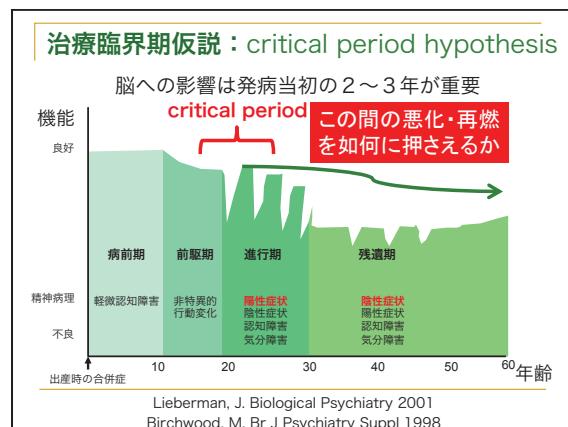
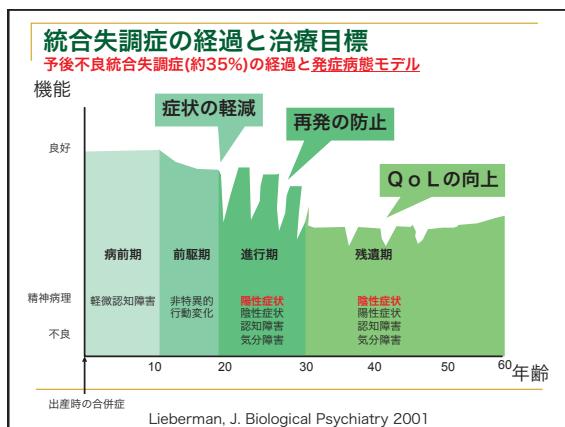
- 統合失調症の早期介入の重要性
- 薬物療法の限界と包括的な介入
- 薬物療法の工夫
- 3つめの病気という身体合併症
- 生活のしづらさと援助のヒント
- 最近の就業移行支援の紹介
- 治療ゴールの再設定

2

人類に影響を与える 10疾患

うつ病	(10.7)
鉄欠乏性貧血	(4.7)
転倒による外傷	(4.6)
アルコール性障害	(3.3)
慢性閉塞性肺疾患	(3.1)
双極性障害	(3.0)
先天性奇形	(2.9)
変形性関節症	(2.8)
統合失調症	(2.6)
強迫性障害	(2.2)

障害調整平均余命 (DALY 2000年)
DALY: Disability-adjusted Life Year

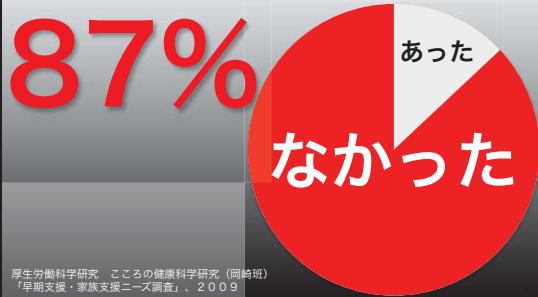
統合失調症患者を支える家族のニーズ

2009年、東京周辺の家族会の人たち1485名



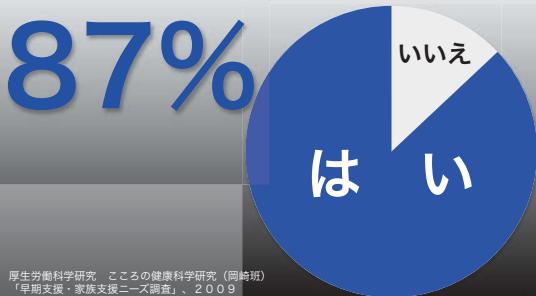
厚生労働科学研究「こころの健康科学研究(岡崎班)
『早期支援・家族支援ニーズ調査』、2009」

家族が病気になる前に精神疾患について学ぶ機会がありましたか？



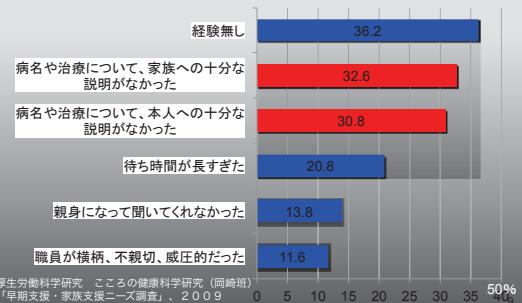
厚生労働科学研究「こころの健康科学研究(岡崎班)
『早期支援・家族支援ニーズ調査』、2009」

家族や本人が学校教育の中で精神疾患について学ぶ機会があったら、病気になったときの初期の対応が違っていたと思いますか？



厚生労働科学研究「こころの健康科学研究(岡崎班)
『早期支援・家族支援ニーズ調査』、2009」

初めて精神科医療機関を受診した際、継続して受診・相談したいと思えないような経験はありましたか？具体的には？



厚生労働科学研究「こころの健康科学研究(岡崎班)
『早期支援・家族支援ニーズ調査』、2009」

信頼できる精神医療・保健・福祉の専門家に家族が相談できるようになったのは、本人が病気になってからどれくらい経過したころでしたか？



厚生労働科学研究「こころの健康科学研究(岡崎班)
『早期支援・家族支援ニーズ調査』、2009」

統合失調症患者を支える家族のニーズ

2009年、東京周辺の家族会の人たち1485名

- (1) 学校教育の中で精神疾患についての疾病教育
- (2) 精神疾患についての正しい知識の普及
- (3) 初診時の説明と最適な治療の提供
- (4) 訪問支援体制を整備、充実
- (5) 家族自身に対しての支援体制の強化
- (6) 本人・家族（介護者）が治療の主役であって、専門家はそのパートナーであるというように、本人・家族（介護者）の参加を保障する



厚生労働科学研究「こころの健康科学研究(岡崎班)
『早期支援・家族支援ニーズ調査』、2009」

11

社会機能を回復した統合失調症患者 ：再発予防と援助について

- 統合失調症の早期介入の重要性
- 薬物療法の限界と包括的な介入
- 薬物療法の工夫
- 3つめの病気という身体合併症
- 生活のしづらさと援助のヒント
- 最近の就業移行支援の紹介
- 治療ゴールの再設定

12

統合失調患者の薬物療法の限界

- 統合失調症の治療にあたって
抗精神病薬と短期の入院のみの治療的アプローチで十分にその能力を回復することができるのは統合失調症でもおそらくその**10%**に満たないであろう。



McGlashan and Keats, 1989

2005 / PPST研究会 西園昌久¹³

統合失調患者の薬物療法の現状

- 5-25%の患者に精神病症状が残存
- 5-25%の患者が副作用などで治療量を維持できない
- 再発防止効果というより再発延長効果では?
- 隙性症状への効果が不十分
- 長期維持療法に伴う副作用
- 抗精神病薬の再発予防効果はある
 - プラセボ : 30%、薬物維持 : 70%



統合失調患者の治療に求められるもの

- 90%の患者には**心理社会的治療アプローチ**が必要である。
ことに再発を繰り返し慢性化した患者には、生活能力障害と社会的不利が一般的となっている。
- このような人たちへの治療ならびに社会復帰活動は**個々の患者の健康度と社会に応じた評価**、**多面的プログラム**が必要である。

2005 / PPST研究会 西園昌久¹⁵

統合失調症への包括的な治療アプローチの啓蒙活動

- 精神障害の社会復帰・参加を促進するための薬物・心理社会的治療研究会
 - **Pharmaco-Psychosocial Treatment for Mental Patients (PPST研究会)**

「精神科医」による
社会復帰への支援

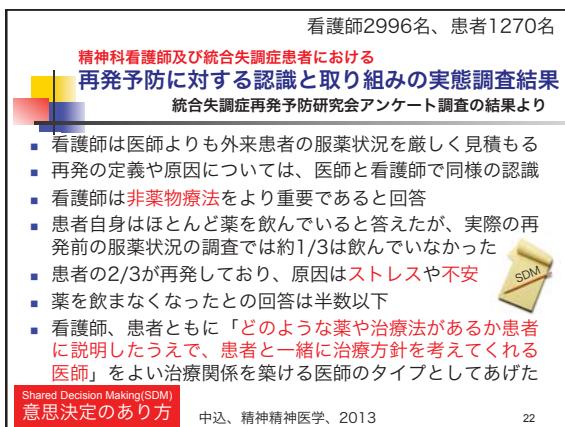
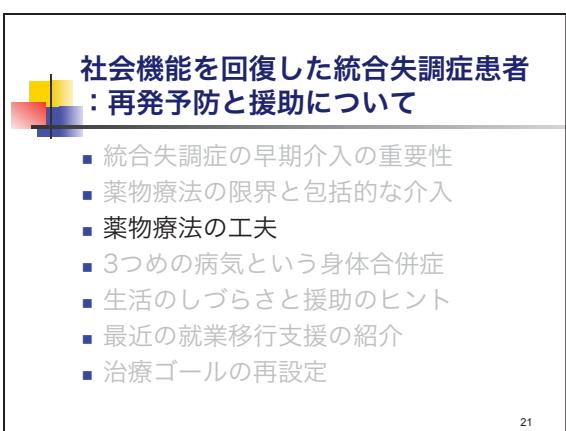
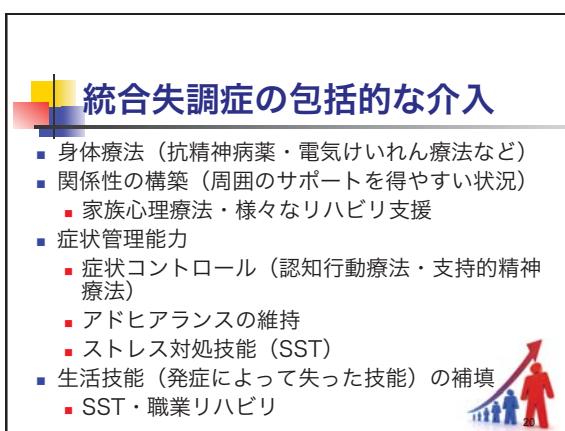
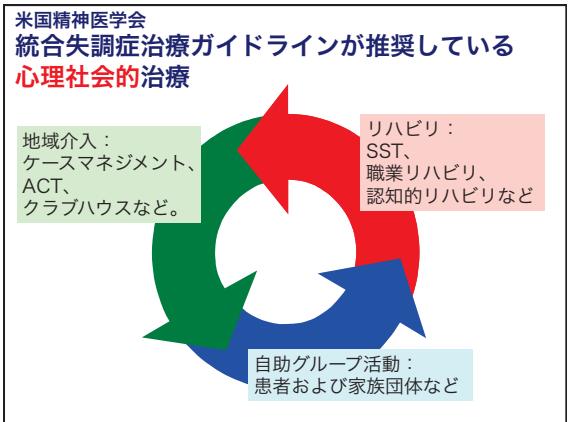
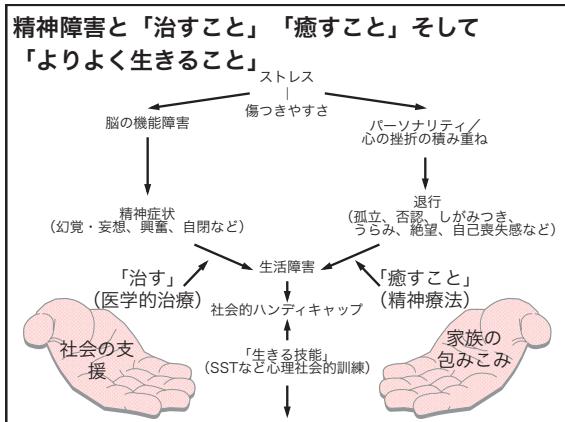
1. 研究会の開催
2. ブロック研究会：各地区年1回
3. ブロック研究会資材の開発
4. 調査研究
5. その他

2005 / PPST研究会 西園昌久¹⁶

統合失調症治療の目標 自己像の回復と家庭・社会生活への復帰

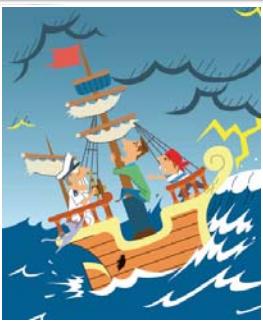
- そのための4つの閂門
- 1) 陽性症状など精神症状の改善
幻覚、妄想、興奮、不安、抑うつ、自殺念慮、など
 - 2) 隙性症状の改善
無感情、意欲低下、楽しむ能力の消失、退行反応
(否認、拒否、引きこもり、しがみつき)
 - 3) 認知機能障害の改善
空間・時間の認知、手順の認知などの障害、コミュニケーション技能の障害、自己認知の障害
 - 4) “病”的受容
癒しとQOL、そして社会参加・社会復帰へ

2005 / PPST研究会 西園昌久¹⁷



COMPASS

第1章 急性期(病・人・治療との出会い)



- 病名告知
- さまざまな症状
- 今までの内服治療
- 新しい治療の特徴

医師
看護師

薬剤師
その他₃₀

COMPASS

第2章 回復期(症状・体調への気づき)



- 体の調子に気づく(副作用を学ぶ)
- 心の調子に気づく(うつ状態の評価)
- ストレス対処法

医師
看護師

心理士
その他₃₁

COMPASS

第3章 退院準備期(いつもの暮らしへ)



- 社会資源を知る
- 社会参加について具体的に考える
- 夢や希望について自分の言葉で述べる

医師
看護師

PSW
その他₃₂

COMPASS
で伝えたいこと…

治療の目的

- 統合失調症は回復可能な疾患ですが、再発を繰り返すことがあります。
- 新規持続性注射剤と心理教育をパッケージにした新しい治療の目的は再発防止です。

治療の目標

- 社会参加や就労を実現するための「いつもの暮らし」をめざします。

以上です。みんなの
いつもの暮らしが穏やかで
ありますように！

₃₃

社会機能を回復した統合失調症患者：再発予防と援助について

- 統合失調症の早期介入の重要性
- 薬物療法の限界と包括的な介入
- 薬物療法の工夫
- 3つめの病気という身体合併症
- 生活のしづらさと援助のヒント
- 最近の就業移行支援の紹介
- 治療ゴールの再設定

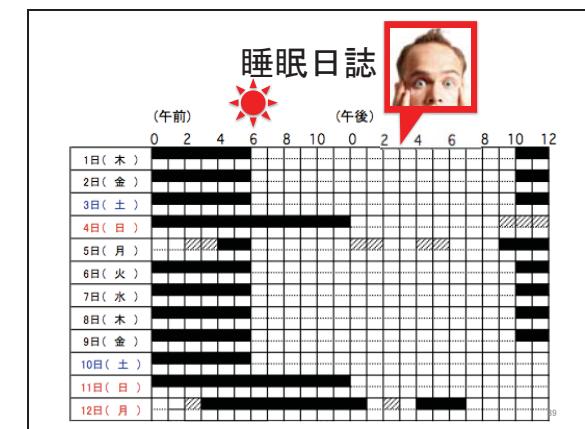
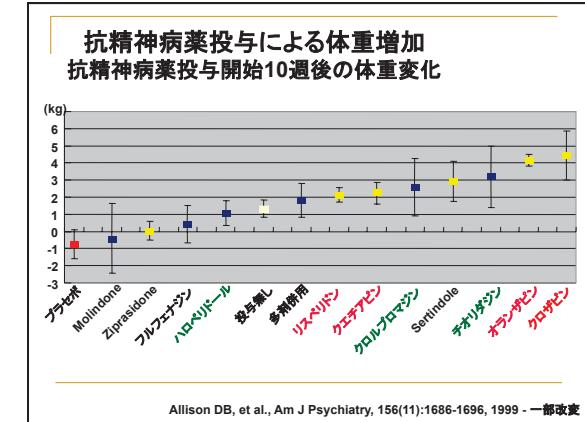
₃₄

統合失調症患者の3つの病気

- First Illness : 統合失調症
 - 患者の主観的苦痛体験としての“病気”
- Second Sickness : スティグマ（偏見）
 - 病気の社会的側面に着目したときの“病気”
- Third Disease : 身体合併症
 - 生物学的な側面に着目したときの“病気”

糖尿病や心疾患による死亡率は一般人の約5倍
呼吸器疾患で亡くなる割合は約7倍
平均寿命は一般人に比べて約10年短い

₃₅



社会行動リズム表（カラーリズム表）

「社会行動リズム表」の書き方

この表は、毎日の行動と気分を記入するためのものです。毎日、午前と午後の行動と気分を記入します。行動は、行動名と行動頻度（0回～10回）で記入します。気分は、気分名と気分頻度（0回～10回）で記入します。行動と気分が同じ時間帯に記入される場合は、行動を記入する順序で記入します。

記入例：

行動	午前	午後
歩く	1回	2回
食事	3回	4回
就寝	5回	6回
気分	午前	午後
元気	1回	2回
うつ	3回	4回
うれしい	5回	6回

奥山真司先生 提供

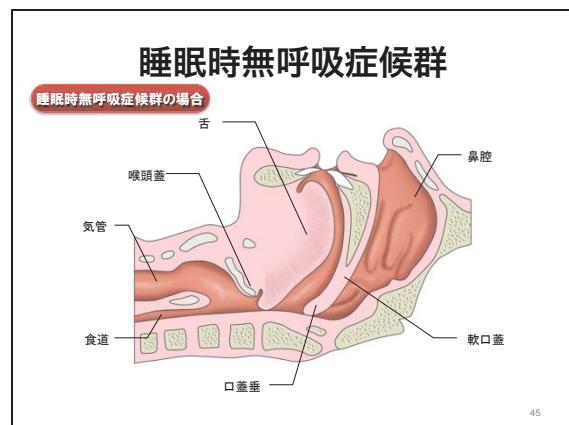
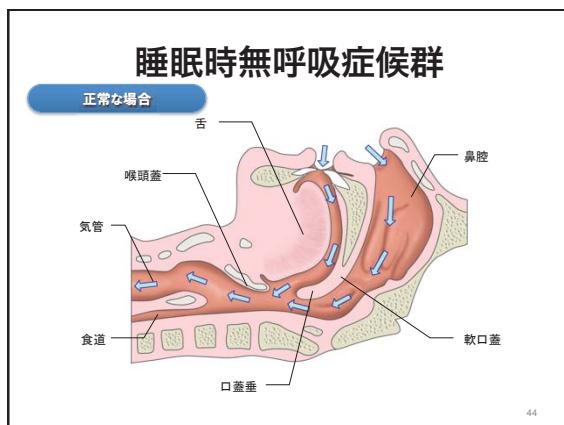
「生活リズム・行動・気分」認知表

(For all patients/citizens; version MEXATA-OKUYAMA)

年 月 名

月 目 (午前) (午後) 行動 気分

1日()	2日()	3日()	4日()	5日()	6日()	7日()	8日()	9日()	10日()	11日()	12日()	13日()	14日()	15日()	16日()	17日()	18日()	19日()	20日()	21日()	22日()	23日()	24日()	25日()	26日()	27日()	28日()	29日()	30日()	31日()	32日()	33日()	34日()	35日()	36日()	37日()	38日()	39日()	40日()	41日()	42日()	43日()	44日()	45日()	46日()	47日()	48日()	49日()	50日()	51日()	52日()	53日()	54日()	55日()	56日()	57日()	58日()	59日()	60日()	61日()	62日()	63日()	64日()	65日()	66日()	67日()	68日()	69日()	70日()	71日()	72日()	73日()	74日()	75日()	76日()	77日()	78日()	79日()	80日()	81日()	82日()	83日()	84日()	85日()	86日()	87日()	88日()	89日()	90日()	91日()	92日()	93日()	94日()	95日()	96日()	97日()	98日()	99日()	100日()	101日()	102日()	103日()	104日()	105日()	106日()	107日()	108日()	109日()	110日()	111日()	112日()	113日()	114日()	115日()	116日()	117日()	118日()	119日()	120日()	121日()	122日()	123日()	124日()	125日()	126日()	127日()	128日()	129日()	130日()	131日()	132日()	133日()	134日()	135日()	136日()	137日()	138日()	139日()	140日()	141日()	142日()	143日()	144日()	145日()	146日()	147日()	148日()	149日()	150日()	151日()	152日()	153日()	154日()	155日()	156日()	157日()	158日()	159日()	160日()	161日()	162日()	163日()	164日()	165日()	166日()	167日()	168日()	169日()	170日()	171日()	172日()	173日()	174日()	175日()	176日()	177日()	178日()	179日()	180日()	181日()	182日()	183日()	184日()	185日()	186日()	187日()	188日()	189日()	190日()	191日()	192日()	193日()	194日()	195日()	196日()	197日()	198日()	199日()	200日()	201日()	202日()	203日()	204日()	205日()	206日()	207日()	208日()	209日()	210日()	211日()	212日()	213日()	214日()	215日()	216日()	217日()	218日()	219日()	220日()	221日()	222日()	223日()	224日()	225日()	226日()	227日()	228日()	229日()	230日()	231日()	232日()	233日()	234日()	235日()	236日()	237日()	238日()	239日()	240日()	241日()	242日()	243日()	244日()	245日()	246日()	247日()	248日()	249日()	250日()	251日()	252日()	253日()	254日()	255日()	256日()	257日()	258日()	259日()	260日()	261日()	262日()	263日()	264日()	265日()	266日()	267日()	268日()	269日()	270日()	271日()	272日()	273日()	274日()	275日()	276日()	277日()	278日()	279日()	280日()	281日()	282日()	283日()	284日()	285日()	286日()	287日()	288日()	289日()	290日()	291日()	292日()	293日()	294日()	295日()	296日()	297日()	298日()	299日()	300日()	301日()	302日()	303日()	304日()	305日()	306日()	307日()	308日()	309日()	310日()	311日()	312日()	313日()	314日()	315日()	316日()	317日()	318日()	319日()	320日()	321日()	322日()	323日()	324日()	325日()	326日()	327日()	328日()	329日()	330日()	331日()	332日()	333日()	334日()	335日()	336日()	337日()	338日()	339日()	340日()	341日()	342日()	343日()	344日()	345日()	346日()	347日()	348日()	349日()	350日()	351日()	352日()	353日()	354日()	355日()	356日()	357日()	358日()	359日()	360日()	361日()	362日()	363日()	364日()	365日()	366日()	367日()	368日()	369日()	370日()	371日()	372日()	373日()	374日()	375日()	376日()	377日()	378日()	379日()	380日()	381日()	382日()	383日()	384日()	385日()	386日()	387日()	388日()	389日()	390日()	391日()	392日()	393日()	394日()	395日()	396日()	397日()	398日()	399日()	400日()	401日()	402日()	403日()	404日()	405日()	406日()	407日()	408日()	409日()	410日()	411日()	412日()	413日()	414日()	415日()	416日()	417日()	418日()	419日()	420日()	421日()	422日()	423日()	424日()	425日()	426日()	427日()	428日()	429日()	430日()	431日()	432日()	433日()	434日()	435日()	436日()	437日()	438日()	439日()	440日()	441日()	442日()	443日()	444日()	445日()	446日()	447日()	448日()	449日()	450日()	451日()	452日()	453日()	454日()	455日()	456日()	457日()	458日()	459日()	460日()	461日()	462日()	463日()	464日()	465日()	466日()	467日()	468日()	469日()	470日()	471日()	472日()	473日()	474日()	475日()	476日()	477日()	478日()	479日()	480日()	481日()	482日()	483日()	484日()	485日()	486日()	487日()	488日()	489日()	490日()	491日()	492日()	493日()	494日()	495日()	496日()	497日()	498日()	499日()	500日()	501日()	502日()	503日()	504日()	505日()	506日()	507日()	508日()	509日()	510日()	511日()	512日()	513日()	514日()	515日()	516日()	517日()	518日()	519日()	520日()	521日()	522日()	523日()	524日()	525日()	526日()	527日()	528日()	529日()	530日()	531日()	532日()	533日()	534日()	535日()	536日()	537日()	538日()	539日()	540日()	541日()	542日()	543日()	544日()	545日()	546日()	547日()	548日()	549日()	550日()	551日()	552日()	553日()	554日()	555日()	556日()	557日()	558日()	559日()	560日()	561日()	562日()	563日()	564日()	565日()	566日()	567日()	568日()	569日()	570日()	571日()	572日()	573日()	574日()	575日()	576日()	577日()	578日()	579日()	580日()	581日()	582日()	583日()	584日()	585日()	586日()	587日()	588日()	589日()	590日()	591日()	592日()	593日()	594日()	595日()	596日()	597日()	598日()	599日()	600日()	601日()	602日()	603日()	604日()	605日()	606日()	607日()	608日()	609日()	610日()	611日()	612日()	613日()	614日()	615日()	616日()	617日()	618日()	619日()	620日()	621日()	622日()	623日()	624日()	625日()	626日()	627日()	628日()	629日()	630日()	631日()	632日()	633日()	634日()	635日()	636日()	637日()	638日()	639日()	640日()	641日()	642日()	643日()	644日()	645日()	646日()	647日()	648日()	649日()	650日()	651日()	652日()	653日()	654日()	655日()	656日()	657日()	658日()	659日()	660日()	661日()	662日()	663日()	664日()	665日()	666日()	667日()	668日()	669日()	670日()	671日()	672日()	673日()	674日()	675日()	676日()	677日()	678日()	679日()	680日()	681日()	682日()	683日()	684日()	685日()	686日()	687日()	688日()	689日()	690日()	691日()	692日()	693日()	694日()	695日()	696日()	697日()	698日()	699日()	700日()	701日()	702日()	703日()	704日()	705日()	706日()	707日()	708日()	709日()	710日()	711日()	712日()	713日()	714日()	715日()	716日()	717日()	718日()	719日()	720日()	721日()	722日()	723日()	724日()	725日()	726日()	727日()	728日()	729日()	730日()	731日()	732日()	733日()	734日()	735日()	736日()	737日()	738日()	739日()	740日()	741日()	742日()	743日()	744日()	745日()	746日()	747日()	748日()	749日()	750日()	751日()	752日()	753日()	754日()	755日()	756日()	757日()	758日()	759日()	760日()	761日()	762日()	763日()	764日()	765日()	766日()	767日()	768日()	769日()	770日()	771日()	772日()	773日()	774日()	775日()	776日()	777日()	778日()	779日()	780日()	781日()	782日()	783日()	784日()	785日()	786日()	787日()	788日()	789日()	790日()	791日()	792日()	793日()	794日()	795日()	796日()	797日()	798日()	799日()	800日()	801日()	802日()	803日()	804日()	805日()	806日()	807日()	808日()	809日()	810日()	811日()	812日()	813日()	814日()	815日()	816日()	817日()	818日()	819日()	820日()	821日()	822日()	823日()	824日()	825日()	826日()	827日()	828日()	829日()	830日()	831日()	832日()	833日()	834日()	835日()	836日()	837日()	838日()	839日()	840日()	841日()	842日()	843日()	844日()	845日()	846日()	847日()	848日()	849日()	850日()	851日()	852日()	853日()	854日()	855日()	856日()	857日()	858日()	859日()	860日()	861日()	862日()	863日()	864日()	865日()	866日()	867日()	868日()	869日()	870日()	871日()	872日()	873日()	874日()	875日()	876日()	877日()	878日()	879日()	880日()	881日()	882日()	883日()	884日()	885日()	886日()	887日()	888日()	889日()	890日()	891日()	892日()	893日()	894日()	895日()	896日()	89
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----



社会機能を回復した統合失調症患者 ：再発予防と援助について

- 統合失調症の早期介入の重要性
- 薬物療法の限界と包括的な介入
- 薬物療法の工夫
- 3つめの病気という身体合併症
- 生活のしづらさと援助のヒント
- 最近の就業移行支援の紹介
- 治療ゴールの再設定

48

統合失調症患者さんが抱える 生活のしづらさ



- 生活技術の不得手
食事の仕方、金銭のあつかい、服装の整え方、服薬の管理、社会資源の利用の仕方
- 対人関係
人づきあい、あいさつ、他人に対する配慮・気配り、尊大と卑下のからんだ孤立
- 就労能力の不足
きまじめと要領の悪さ、持続力に乏しい、習得が遅い、手順への無関心、能率・技術の低さ、協力が下手
- 安定性に欠け、持続力に乏しい
- 現実離れした空想にふけることが多い。動機付けに乏しく、生きがいの喪失

49

ストレス脆弱モデル



ストレス予防 本人ができること

- 薬をきちんと飲むこと
- 自分の苦手なこと、自分にとって落とし穴になることが分かる
- 再発の前触れ（注意サイン：気分が暗くなる、いろいろする、眠りが浅くなる、高揚した気分になる、など）に気づく



ストレス予防 家族ができること

- 再発のサインに気をつける
 - 本人は調子の変化に気づけないことも
- 家族自身が自分の生活を楽しむ
 - 心配ごとを気楽に話せる友人や仲間が必要
 - 母親任せではなく、家族の団結が大切



52

Social Skills Training: SST

- ストレス一脆弱性一対処技能モデルに立ち、生活を環境との好ましい平衡状態に導き、生活の質の向上と再発予防を目的とする。
- 日常生活のさまざまな困難をスキルの視点からとらえ、認知・学習障害に対応した練習を行う。



生活技能訓練

さて、そこで問題です

- Aさんは、学生時代からずっと柔道をやってきた。
- Aさんは、息子のBさんに厳しく柔道を教えている。
- AさんはBさんの父親ではない。

→AさんとBさんの関係は?

54

認知の歪みに気づく

認知行動療法 (CBT)

- ある事柄に対する感情と行動は、その状況をどうとらえるか（認知の仕方）によって影響を受ける

野畠綾子、2006 56

認知へのアプローチ

思考記録表：5つのコラム

①状況	②気分	③自動思考	④適応的思考	⑤気分
いつ、どこで、誰が、何を	不快な気分のレベル (%)	思い浮かんだ考え、イメージ	バランスのとれた考え方、視野を広げた考え方	改めて気分を評価
3月1日 同僚と三人で残業したあと、帰りに食事に誘った。二人から「あ、ごめん」と断られた	憂うつ (40%) 不安 (20%) 悲しみ (20%)	「私と食事に行くのがイヤなのかな」「何か嫌われるようなことをしたかもしれません」 「せっかく誘ったのに・・・」「一人で食事をするのはみじめな感じ」	「嫌われているとまで考えるのは行き過ぎだな」「先約があるのかもしれないし、疲れていて、家で食事をしたいのかも」「一人で食事をするのは寂しいけど、気楽だ」	憂うつ (20%) 不安 (10%) 悲しみ (10%)

トヨタ記念病院 野畠綾子心理士 57

自動思考をふり返る方法

でも、まよ

- 根拠について考えてみよう
 - 自動思考が正しいとすればその根拠は
 - 自動思考が誤っているとすればその根拠は
- 反証してみよう
 - 見逃していることはないか？
 - 元気なときだったらもっと違った考え方をしないか？

自動思考と矛盾する事実を探す

58

適応的思考を探る方法

でも、まよ

- 自分の見方だけがすべてなのだろうかと考える
- 親しい人を思い浮かべ、その人が自分と同じ状況にいたら何と言うだろうかイメージする
- 「いつも」、「絶対」と極端に判断していないかふり返る

59

統合失調症の認知行動療法で扱うテーマ

- 妄想・作為体験・思考伝播・吹入
- 幻覚
- 思考過程障害
- 自我障害（離人感、非現実感）
- 陰性症状
- コミュニケーション
- 抑うつ・不安
- 脱破局視（発狂恐怖）
- 服薬アドヒアランス



Social Skills Training: SST

- **練習**は参加者の関心・ニーズから出発し、肯定的、受容的雰囲気で実施する。
- 実生活への般化を重視し、その実行を促す。

練習あるのみ



社会機能を回復した統合失調症患者：再発予防と援助について

- 統合失調症の早期介入の重要性
- 薬物療法の限界と包括的な介入
- 薬物療法の工夫
- 3つめの病気という身体合併症
- 生活のしづらさと援助のヒント
- 最近の就業移行支援の紹介
- 治療ゴールの再設定

62

統合失調症患者の就業

デイケア・授産施設・福祉工場
・生活リズムの調整
・体力作り
・保護的環境での就業
↓
就労移行支援事業所
障害者職業センター
障害者就労・生活支援センター



社会適応

職業リハビリ

- ・職業前訓練
- ・ジョブガイダンス
- ・ジョブコーチ

準備ステージ



センター内の訓練で
強みや適性を確認します
準備ステージ

実際の職場実習など
センター外訓練を行います
実習ステージ

就職活動を通して、
ジョブマッチングを行います
就活ステージ

定着支援によるサポートと
職場環境の調整をします
継続ステージ

Wingleという新しい環境慣れ、就職へ向けて準備を始めるステージです。

自己管理を意識し
体調の安定に努める
安定した場所ができるようになる
社会人の基本
スキルを身につける

<http://www.wingle.jp>

実習ステージ



センター内の訓練で
強みや適性を確認します
実習ステージ

実際の職場実習など
センター外訓練を行います
実習ステージ

就職活動を通して、
ジョブマッチングを行います
就活ステージ

定着支援によるサポートと
職場環境の調整をします
継続ステージ

自己管理方法を
身につける
Wingle内の経験(企業文化等)に
必要なスキルを
身につける
Wingle外での
経験(企業文化等)を
通じ、自身の適性を
把握する

<http://www.wingle.jp>



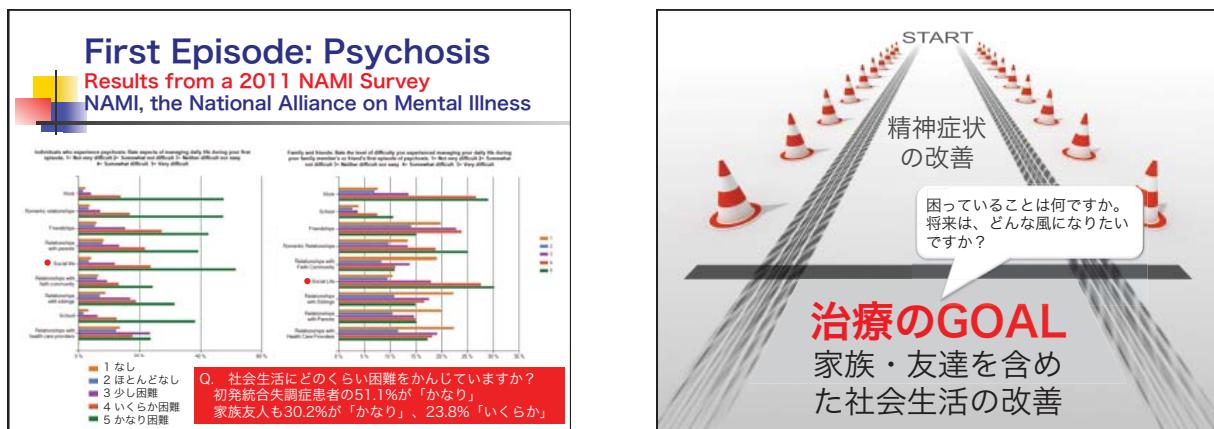
社会機能を回復した統合失調症患者 ：再発予防と援助について

- 統合失調症の早期介入の重要性
- 薬物療法の限界と包括的な介入
- 薬物療法の工夫
- 3つめの病気という身体合併症
- 生活のしづらさと援助のヒント
- 最近の就業移行支援の紹介
- 治療ゴールの再設定

68

First Episode: Psychosis Results from a 2011 NAMI Survey NAMI, National Alliance on Mental Illness

2011年7月にオンラインで公募
1,215人の初発統合失調症患者本人
2,882人の統合失調症患者に関わりのある家族・友人
ただし、いずれの回答者も大卒・白人・女性が多い
69



編集後記

質の高い論文を目指して、今回は全発表部署に論文アドバイザーを配置しました。それによって、論文作成においていろいろ苦労をされたと思います。部署長にあれこれ言われ、アドバイザーにあれこれ言われ、最後にはプロジェクトメンバーにもあれこれ言われで、大変な労力と時間を費やされたと思います。プロジェクトメンバーの事を嫌いになった人もいらっしゃるかもしれませんですね。ただただ各部署の取り組みを良く知つてもらうには、論文の質が重要になるので、今回はチェック体制を増やさせて頂きました。

もちろんプロジェクトも発表部署が大変になるだろうと予測はしていたので、論文の締め切りを延ばしに延ばして対応しました。そしたら、今度はプロジェクトが学会誌を作成する時間がなく、バタバタで、印刷をかける日まで論文をチェックしていました。発表部署の苦労に比べれば負担は楽ですが、少しは一緒にがんばれたかなと思います。

今回は発表予定では無かった部署に発表を依頼し、無理に論文を書いていただいた部署もあります。他の部署よりも準備期間がなくとても苦労されたと思います。その中で論文を仕上げていただき大変ありがとうございました。

発表者並びに協力者の皆様、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。

今回は論文のアドバイザーや特別表彰委員等で発表していない部署もなんだかんだで、論文に携わっています。医学会当日の活発な質疑を期待しています。

最後に、プロジェクトメンバーへ、期間中色々な事がありました、その度にプロジェクトメンバー同士で支えあい、乗り越えてきました。自分のわがままにも付き合ってくれて、大変助かりました。本当にお疲れ様でした。そしてありがとうございます。

～ご協力していただいた全ての皆様に、心より感謝申し上げます。～

【2014年6月12日 池原 康裕】

2014年6月12日（木）発行（非売品）

編 集：第27回志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：池原 康裕 高橋 明菜 山城 綾乃
比嘉 穂 城間 賢一 山本 久美子

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

T E L (098) 973-2000

U R L <http://www5.ocn.ne.jp/~heiawahsp/>



医療法人社団志誠会

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol. 27 12th Jun 2014

Bulletin of
the SHISEIKAI FOR MEDICAL SOCIETY