

第28回 志誠会 医学会誌

「今、次代の精神科急性期治療を問う」

～早期介入と再発予防～

日 時： 平成27年6月25日

会 場： 平和病院 第一講堂

第28回 志誠会医学会プログラム

「今、次代の精神科急性期治療を問う」

～早期介入と再発予防～

特別講演(14:15~15:30)

“うつ状態”で外来を訪れる
成人自閉症スペクトラム障害の臨床的特徴

講師：琉球大学大学院 精神病態医学講座 教授 近藤 毅

【一般演題】

第1群 (10:00~10:40) 座長：陽光館生活介護課主任 榎野川太志

- 1) 排泄ケアの無駄を無くす取り組み～意識改革を試みて～ 陽光館 第2生活棟 大嵩 賢一
- 2) 口腔内の清潔保持を目指して～口腔ケアの改善～ 陽光館 第3生活棟 大城 綾乃
- 3) 新たな技法ユマニチュードを実践して～認知症高齢者の変化からわかること～ 陽光館 第5生活棟 仲村 敬
- 4) 生活棟の機能分化についての現状報告 陽光館 生活看護課 松田 一也

【一般演題】

第2群 (11:00~11:50) 座長：平和病院看護部課長 國吉 薫

- 5) 申し送りの改善が看護の質に与える影響 平和病院 第1病棟 上間 香
- 6) 急性期治療病棟における身体拘束の取り組み～病棟独自の拘束チェックリストを活用して～ 平和病院 第3病棟 大庭 哲
- 7) 滑舌改善を目的としたグループ活動の試み 平和病院 第5病棟 掛福 誠志
- 8) 服薬自己管理の継続を目指して～実践を通して見えてきたこと～ 平和病院 第6病棟 渡久地 猛
- 9) 健常成人における自閉症スペクトラム特性が曖昧さへの態度に与える影響について 平和病院 心理課 榎木 宏之

昼 食 (11:50~13:00)

【一般演題】

第3群 (13:00~13:50) 座長：平和病院医局(副院長) 宮城 則孝

- 10) デイケアに求められるリハビリテーションの役割について
～Rehabを用いたデイケア利用者に関する総合的評価～ 平和病院 デイケア課 大城 大志
- 11) 慢性期統合失調症患者への姿勢改善アプローチ 平和病院 作業療法課 久保田 翔
- 12) 宿泊型自立訓練施設における主体的な他者交流への取り組み
～認知行動療法を用いた役割グループを通して～ 社会復帰施設部 上原 拓未
- 13) 就労訓練工場「しせいかい」が地域活性化事業に参加した実践報告と外部評価
～一般就労以外の社会参加のあり方と就労支援事業所の今後のビジョン～ 社会復帰施設部 長根山由梨
- 14) 志誠会における肥満の現状 陽光館施設長(産業医) 小渡 隼月

特別講演 (14:15~15:30) 座長：平和病院 院長 小渡 敬

特別表彰 (15:40~16:00)

29年目に向けて

職員の皆さんへ

院長 小渡 敬

院内学会は毎年雨期に開催しているが、今年の梅雨入りは平年より 11 日遅く 5 月 20 日であった。一方、梅雨明けは、平年慰靈の日の 6 月 23 日頃であるが、今年は昨年より 15 日も早く、梅雨の期間が 22 日間という近年観測史上 3 番目の短さのようである。夏場の水不足が懸念されるところである。

安倍政権になりアベノミクスの効果もあり、経済は徐々に回復してきているが、まだまだデフレから脱却しインフレの状況にはないようである。この政権は当初、経済政策に重点を置いていたと思っていたが、国会では連日経済の話ではなく安全保障関連法案の審議で白熱している。現憲法下で集団的自衛権を容認できるかどうかの問題である。これについて言及すると長くなるので、医療問題について少し述べたい。

今、医療界で注目されているのは医療介護総合確保促進法が施行されたことである。これは 10 年後の 2025 年に「団塊の世代」が 75 歳以上となり、高齢者人口が急激に増加することを見据え、国民が医療難民や介護難民にならないようにするための施策である。同時にこのままでは医療費が高騰し続け、医療財源が破綻する恐れがあるため、医療費を抑制する施策もある。これを地域医療構想(ビジョン)と称している。その中に一般病床を 15 ~ 20 万床削減し、さらに患者 30 万人を在宅医療に誘導するとされている。次には精神科病床の削減がより具体化することが考えられる。今後、国の医療施策を注視していきたいと考えている。

陽光館は 20 年を過ぎ老朽化したので、利用者のアメニティを良くするために、外壁や内装を一新し清潔で明るい施設にリニューアルした。それにより利用者が安心で安全、さらに誇りをもって生活できるよう施設整備を図った。月並みだが、さらに施設に魂を入れるのは職員の心意気である。

今回は特別講演に近藤教授をお招きし、発達障害について『“うつ状態”で外来を訪れる成人自閉症スペクトラム障害の臨床的特徴』と題し、話を頂く。今回も皆さんにとって、有意義な学会となることを期待する。

平成 27 年 6 月 25 日

29年目に向けて

法人統括本部長 上江洲 学

医学会のあいさつ文は毎年、梅雨のうとうしいなか、パソコンのキーをたたいている記憶がありますが、今年は夏本番を思わせる青空が広がり、空梅雨気味。(観光立県)沖縄を訪れる観光客にとっては、きっと幸運の天気が続いているのでしょうか、沖縄県民にとっては、予想される断水生活が、頭をよぎり、不安という文字を思い浮かべながら、あいさつ文を仕上げています。

さて、まずは、介護老人保健施設の指針からお話ししたいと思います。今年4月に介護報酬改定が行われました。今回の改定は、サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築を柱に、ほぼすべてのサービスで基本報酬が大きく減額され、リハビリの強化や看取りなどの取り組みに対して評価する内容となりました。介護老人保健施設においても同様に基本報酬が3%減額されました。一方で、在宅復帰率の高い在宅強化型老健施設については1.5%程度の減額となっており大きく差をつけました。今回の改定で在宅復帰支援機能の強化がより一層明確に示されました。

在宅復帰の取り組みについては、昨年の診療報酬改定では、総合病院等の一般病棟や精神科においても急性期治療病棟の加算に自宅退院率が強化されました。老健施設では、在宅強化型を算定している施設のみが「自宅等」に含まれ、急性期病院にとって退院先としての老健施設の位置づけは大きくなっていくものと考えられます。また、昨年に成立した医療介護総合確保推進法においても、在宅へという流れで医療と介護の連携が強調される中、病院にとっての連携先である老健施設がどのような影響を与えるか、これから国が医療と介護の連携を進めていくほど、診療報酬・介護報酬双方の理解が必要になるのは間違いないありません。

そのような中、陽光館では、長期入所による重介護者や要医療の療養者増加の問題、新規入所者の獲得、人材育成など取り組むべき課題が山積しておりますが、在宅復帰率アップを目指すべき時期に来ていると考え、今年度は、在宅復帰支援強化に向けた新しいケアシステムの構築やそれに伴う業務改善を行っていきたいと思います。

陽光館は、平成3年5月に開設し、今年25周年を迎えました。その間、建物や設備等の老朽化が徐々に進んだことから、施設の外壁塗装や生活棟の床の張り替え、内壁塗装など大規模な改修工事を行い、6月にリニューアルオープンいたしました。工事期間中は大変ご迷惑をおかけしましたが、これからも、快適で安心、安全に配慮した環境作りに一層取り組んでいきたいと思います。

平成27年6月25日

29年目に向けて

看護部長 比嘉久美子

今年は梅雨の入りが少し遅れたようですが、梅雨の晴れ間も多くしのぎやすい日々となっております。

しかし、このまま梅雨明けとなるとダムの貯水量の心配をしなければなりませんが。この時期、車を走らせると目につくのが清楚な花を咲かせるイジュの木立です。最近では群生を見るができるのも次第に遠出をしなければならなくなっています。今年は優しかった嘉陽館長が逝去なさって寂しい思いがしておりますが、創立以来、いつも含蓄のあるお話ををしていただき、温かいお人柄であったことが偲ばれます(合掌)。

さて、現実にもどって、あと2年足らずで平和病院の第6次5か年計画(H24年5月～H29年4月)も終了となります、看護部目標も常にそのビジョンに照準を合わせ課題を追及しております。精神科救急・急性期の看護の充実は3病棟をフィールドにして取り組んでおりますが、最も力を入れている分野です。まず、安心で安全な看護の提供は当然ですが、特に新規患者の入院日数は毎年短縮化しており、入院時の病状の不安定さも早期に改善していく傾向が著明ですので、専門的な急性期の看護をタイムリーに提供していかねばならないかと思います。加えて、昨年来の経営目標でもあります210床の病床目標を維持しながら医師配置加算の条件をクリアするというマネジメントも急性期病棟の課題とされており、まさに看護面ばかりでなく病院の経営にも大きく関わる病棟運用です。これらは現在、統括の伊芸副部長を中心に医局、病棟、相談課、等がこまめに舵取りをしながら進めており、今後はさらに地域医療との連携を密にしていく必要があると思います。当院が培ってきたチーム医療の推進力が求められ、さらに個々の職種の役割を遂行するための職種の専門性や、質の向上が求められます。

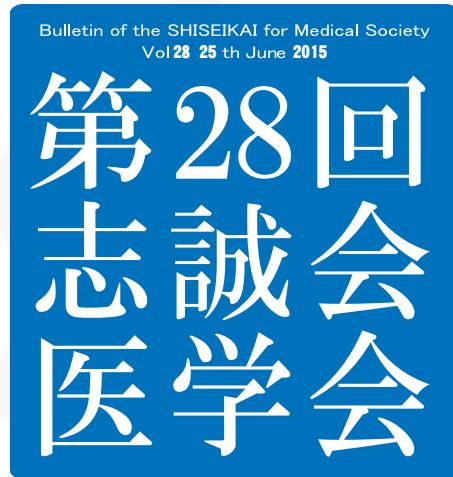
一方、療養病棟の長期入院患者の方向性は、H16年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に端を発した入院医療から地域生活支援へと確実にシフトしていることは疑う余地のないことです。

「病院は治療の場であって生活の場ではない」と、創立時から院長が言い続け、その方向で当院の医療は実践し結果を残していると思います。しかし、治療の成果が見えない残された患者さんの看護を続ける現実もまた、厳しいものを感じます。昨年9月、「難治性精神疾患患者地域への見出しで新聞にも紹介された治療薬「クロザリル」の効果も待ち望むところですが、看護者ができる自立へ向けての細やかな温かい支援はいつの時期にも変わらない看護の使命です。昨年にも増して倫理観を培う看護部の教育に力を籠めたいと思います。

昨年は、各病棟の看護役職者の大幅な人事を行いました。どの部署も新たな部署長が指揮を執ることになったことでその力量を發揮するまでには時の経過も必要になります。信念をもって部署で作り上げた部署ビジョンの課題を、焦らずに成し遂げていくことが肝要です。その手法に関しては、スタッフ一人一人が目標管理に参加できるように部署長が心を砕くことです。そのための面接の技法も学習して参りました。実践することで結果は必ずついてくるものだと思います。第6次5か年計画の結果をだすことも部署長にかかっている大切な課題です。成長し続ける部署長の姿に共感し、共有するスタッフの姿勢が困難を乗り越える土台になることでしょう。昨年も記しましたが、Win-Winの関係を大切にしましょう。

今、医療界はさまざまな改革が矢継ぎ早に進められております。一般科の医療改革と同様に精神科病院も病床削減の方向や、運用によっては存続を危ぶむ報告も見られます。また、来年は診療報酬改定の年でもあり、どのような政策誘導がなされるのかを注目しなければならないでしょう。一方では、昨年、改正医療法に組み込まれた医療の質向上を目的とした「医療事故調査制度」等も今年10月より施行されます。どのような施策が講じられようとも対応していく姿勢が大切でしょう。尽きることのないマンパワーの問題も深刻ですが、平和病院の強みとする「チーム医療」を活かした医療を行うことに邁進しましょう。

平成27年6月25日



特別講演

“うつ状態”で外来を訪れる
成人自閉症スペクトラム障害の臨床的特徴

講 師

琉球大学大学院 精神病態医学講座

教授 近藤 肇

講師プロフィール

氏名 近藤毅 (こんどう つよし)

生年月日 昭和34年2月19日

学歴

昭和58年3月：弘前大学医学部専門課程卒業
昭和59年4月：弘前大学大学院医学研究科入学
昭和63年3月：同上修了、医学博士（弘前大学）（医博709号）

職歴

昭和58年4月：津軽保健生活協同組合健生病院内科医師（昭和59年3月まで）
昭和63年4月：浪岡町立病院精神科科長（平成1年3月まで）
平成1年4月：弘前大学医学部・神経精神医学講座・助手
平成3年3月：文部省在外研究員
（英国、ウェールズ大学医学部臨床薬理治療学教室：平成4年1月まで）
平成9年9月：弘前大学医学部附属病院・神経精神科・講師
平成11年4月：弘前大学医学部・神経精神医学講座・助教授
平成15年4月：琉球大学医学部・精神病態医学分野・教授（現職）
平成20年4月：琉球大学・保健管理センター・所長（平成22年3月まで）
平成26年1月：琉球大学医学部附属病院副院長（平成27年3月まで）

資格

医師免許証（第277130号）	昭和58年取得
精神保健指定医（第6989号）	昭和63年取得
日本医師会認定産業医（第0501992号）	平成17年取得
臨床精神神経薬理学会 専門医（第4号）・指導医（第38号）	平成17年取得
心療内科学会 登録医（第47004号）	平成18年取得
日本精神神経学会 専門医・指導医（00241）	平成18年取得

所属学会

日本精神神経学会、日本臨床精神神経薬理学会（副理事長）、日本自殺予防学会（理事）、日本精神科診断学会（理事）、日本心療内科学会（評議員）、日本心身医学会（代議員）、日本神経精神薬理学会、日本生物学的精神医学会、日本てんかん学会、日本児童青年精神医学会

研究専攻分野

臨床精神医学、臨床神経精神薬理学、社会精神医学

その他

第12回日本臨床精神神経薬理学会 ポール・ヤンセン賞受賞（2002年）
Editorial Board Member of “Therapeutic Drug Monitoring”（2005年～）
Editor-in-Chief of “Clinical Neuropsychopharmacology and Therapeutics”（2010年～）

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol28 25 th June 2015

第28回 会議 志誠医学会

一般演題

【一般演題 目次】

第1群 (10:00~10:40) 座長 : 陽光館生活介護課主任 榎野川太志

- 1) 排泄ケアの無駄を無くす取り組み ~意識改革を試みて~
陽光館 第2生活棟 大嵩 賢一 … 15~17
- 2) 口腔内の清潔保持を目指して ~口腔ケアの改善~
陽光館 第3生活棟 大城 紗乃 … 18~20
- 3) 新たな技法ユマニチュードを実践して ~認知症高齢者の変化からわかること~
陽光館 第5生活棟 仲村 敬 … 21~26
- 4) 生活棟の機能分化についての現状報告
陽光館 生活看護課 松田 一也 … 27~29

第2群 (11:00~11:50) 座長 : 平和病院看護部課長 國吉 薫

- 5) 申し送りの改善が看護の質に与える影響
平和病院 第1病棟 上間 香 … 30~34
- 6) 急性期治療病棟における身体拘束の取り組み ~病棟独自の拘束チェックリスト活用して~
平和病院 第3病棟 大庭 哲 … 35~38
- 7) 滑舌改善を目的としたグループ活動の試み
平和病院 第5病棟 掛福 誠志 … 39~42
- 8) 服薬自己管理の継続を目指して ~実践を通して見えてきたこと~
平和病院 第6病棟 渡久地 猛 … 43~45
- 9) 健常成人における自閉症スペクトラム特性が曖昧さへの態度に与える影響について
平和病院 心理課 榎木 宏之 … 46~48

第3群 (13:00~13:50) 座長 : 平和病院医局(副院長) 宮城 則孝

- 10) デイケアに求められるリハビリテーションの役割について
～Rehabを用いたデイケア利用者に関する縦断的評価～
平和病院 デイケア課 大城 大志 … 49~52
- 11) 慢性期統合失調症患者への姿勢改善アプローチ
平和病院 作業療法課 久保田 翔 … 53~57
- 12) 宿泊型自立訓練型施設における主体的な他者交流への取り組み
～認知行動療法を用いた役割グループを通して～
社会復帰施設部 上原 拓未 … 58~62
- 13) 就労訓練工場「しせいかい」が地域活性化事業に参加した実践報告と外部評価
～一般就労以外の社会参加のあり方と就労支援事業所の今後のビジョン～
社会復帰施設部 長根山由梨 … 63~66
- 14) 志誠会における肥満の現状
陽光館施設長(産業医) 小渡 阜月 … 67~70

排泄ケアの無駄をなくす取り組み ～意識改革を試みて～

陽光館 第2生活棟 大嵩 賢一 喜屋武あづき 大城 光樹
栄野川太志 池 原 亮 新垣 勲

.はじめに

排泄ケアにおいて、オムツは尿取りパット（以下パットと略す）と併用で使用されている。併用すれば、尿を吸収したパットを交換するだけで済み、オムツよりも低価格であるため経済的で、同時に交換するよりも簡単で1日5回、5時間間隔でオムツ交換が行われている。

第24回の医学会において報告した論文で、オムツやパットの機能を活用した當て方に、重点を置く方法で使用量の削減が出来たと報告され、現在も継続して行なっている。

しかし、當て方に対して基準はあるが、汚染したオムツの交換基準についての取り決めはなく、無駄と思えるオムツ・パットの使用がみられた。

そこで今回、第2生活棟で試験的に吸収量や汚染状況に応じた交換基準を設定する取り組みと、排泄ケアの無駄をなくす取り組みを行ったので若干の考察を加え報告する。

.研究方法

1. 取り組み期間

2015年2月～2015年5月31日迄

2. 対象者

オムツを使用している入所者37名

3. オムツ・パットの講習会の開催

1) オムツ・パットの基本的機能の習得

2) パットの吸収状態を目安にした交換基準の設定

.経過

前回のオムツ講習会時はオムツの吸収量の目安とパットの吸収量の目安量を知り、パットの重ね使いはなくなったが、吸収量に応じたオムツ・パットの交換は着手できなかった。吸収状態を目

安にした交換ができないか、又、職員の入れ替わりもあり、オムツの基本的機能である、尿を肌に広げずに「吸收」「固める」性能についての実証講習会を開催した。

講習会では、偽尿（絵の具を薄めた液体）を使用しパットの吸収力と浸透性能、吸収後の肌に与える感触等を体験するために、偽尿量を50mlから徐々に上げ、吸収力と浸透性能を確認した。高齢者1回の平均尿量は120ml～200mlであることから、パット汚染の交換目安は200mlと設定し、素手で圧力を加え吸収された偽尿の後戻りが無いか、肌に与える感触はどのような状態であるか検証した。



図1 パットの吸収についての講習会

オムツ・パットの無駄の検証では、以下の3点に着目することにした。

週2回、入浴前のオムツ交換時にオムツ、パットの全交換が行われたにも関わらず、汚れが無いのに新しいオムツへ必ず交換をしていた。

排便処理時、トイレットペーパーでの拭き取りが困難な場合や、オムツ交換時に使用する布が無い場合に安易にパットで拭き取りがみられた。

定時のオムツ交換時、パットの汚染状況に関係なく交換していた。

表1 オムツ・パットの無駄の原因と対策

①入浴時、汚染の有無に関わらず破棄していた 対策=入浴時、オムツが汚染していないければ継続して使用 また、直前に交換した等の申し送りの徹底
②排便時の処理を行う際、トイレットペーパーでのふき取りが困難な時に安易にパットでのふき取り使用がみられた 対策=布の使用を徹底して陰部洗浄を行う 拭き取りが困難場合は下半身浴で対応する事に統一
③定時のオムツ交換、パットの汚染状況(量)に関係なく少量でも汚染があれば交換していた 対策=講習会を行い、交換の目安を決め周知徹底した

改善策として、入浴時にオムツ・パットの汚染がなければ継続使用し、排泄臭や便付着等の場合は交換とした。また、継続使用時は使用者の間違いを防ぐ為、オムツに氏名記入、又は着替えと同じ場所に置くと定めた。

排便処理時に使用している布が各生活棟の使用量の増加で慢性的に不足が生じていたこともあり、職員が業務の空き時間を利用し古着を裁断し不足が無いようにした。

また、拭き取りが困難な場合は下半身浴で対応する事に統一した。

定時のオムツ交換時は交換目安である、200ml程度でのパットの交換がされるように伝達を行い、交換時には清潔保持のための洗浄を義務づけた。

取り組みのスローガンは“無駄なオムツ・パットの使用をなくそう”と掲げ、オムツ・パット1枚の単価を張り出すことで、取り組みに対して意識が持続出来るようにした。

.結果および考察

講習会を行い、新職員もオムツ、パットのギャザーも有効に活用する事を理解し、更に機能的にも、一度吸収した水分は、外から多少の圧力がかかっても、ほとんど放出しないなど、高い保水性があり、肌触りも、サラサラしている事で、オムツの機能は予想以上に向上していることを知ることができた。更に600mlでは吸収後の状態に変わりはなく、900mlまでは限界吸収量であることが分かり、パットがある程度尿汚染されていても、オムツへの尿漏れは防止する事が出来、また尿に

よる逆流感染を起こす可能性は無いことも判った。

入浴後のオムツ・パットを再利用するにあたり、スタッフは入所者の尊厳を無視しているのではないかという思いと、無駄に使用しているという思いとの現実の間で大きなジレンマを抱えながらの取り組みであった。

オムツの使用目的は、パットからの放出した尿や便をガードし衣類汚染を防ぐ役割で、直接、陰部や肛門部に触れていない事でパットからの放出がなければ再利用でも清潔保持は維持できると考える。またほとんどのオムツ使用者は排便や尿の放出でおよそ24時間以内に交換がなされていることもあり、「不潔」という思いを払拭し再利用が出来るようになった。パットの場合は汚染の程度にもよるが、臭気がなく交換直後であれば再利用を促したが、十数年も行われてきた入浴後だから清潔なものに交換するという固定観念を変えるのは非常に困難であった。現在に於いても再利用をするか、しないかを職員間で確認しながらの取り組みではあるが、多少なりとも無駄があるかを意識してオムツ交換を行うことで技術の向上に繋がっていると思われる。

布の不足分を生活棟で補う取り組みでは、職員間でもコスト意識が生まれ、どのような排泄処理を行えば適正にコスト削減ができ、さらに清潔を保つことができるか考えるようになった。

試験的に行った、パット交換目安の取り決めでは、偽尿と尿では吸収後の浸透状況が違い、汚染状況を目測での判断が困難を極めるため、完全に統一した目安の設定は出来ないでいる。オムツ交換の時間設定は排泄間隔とオムツの吸収力を考え施設が設定しつこなっている事で、本来は装着時間での交換ではなく、吸収量や汚染状況に応じた交換がされなければならない。今回の取り組みを行ったことで、微量の汚染であるにも関わらず、オムツを開けたので交換するといった行為は無くなり、パットの汚染に状況に応じた交換が出来るよう個々で意識し取り組んでいる。

また、単価を職員に掲示したこと、もっと大事に使用しないといけない、値段を見てドキッと

したという意見もあり、今回の取り組みが排泄ケアに対しての意識を変え、無駄な使用に歯止めをかけたのではないかと考える。

図2は経管栄養者17名に実施した取り組み前と取り組み後、1ヶ月間のオムツ・パットの使用量を比較したものである。

パットの削減枚数195枚、オムツの削減数262枚であった。汚れる要因の少ない外側のオムツに無駄使いが多くあったと考える。

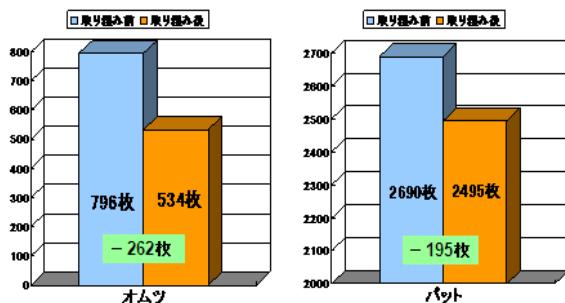


図2 オムツ・パットの使用量の変化

.終わりに

介護三大業務の一つである排泄ケアを新たな気持ちで見直す為、研修会等を積極的に開催し、更なる排泄ケア技術の向上と無駄を削減して行きたい。

口腔内の清潔保持を目指して ～口腔ケアの改善～

第3生活棟 大城 紗乃 久保田逸美 北嶋 真也
市原 尚人 松田 香 浜端 愛
宮城 麻乃

.はじめに

高齢者は、口腔内を清潔に保つセルフケア能力の低下と合わせて、唾液の分泌が減り乾燥することで自浄作用の低下もある。また、残存歯の減少によって食物残渣が停滞しやすいため、口臭を防ぎ感染症を予防するケアが必要である。

当生活棟でも機能低下により、職員による口腔ケアの援助を必要とする入所者が多く、職員管理のもと義歎洗浄剤を用いる入所者が10名おり口腔内の清潔と口臭予防に努めている。さらに口臭を防ぐことができない今まで舌苔の汚れも目立つ入所者もいる。

今回、当施設往診歯科協力のもと口腔チェックを行った40名中、舌苔が目立ち口臭がある入所者3名を対象に、口腔ケア用のジェル(以下「ジェル」と略す)を取り入れた口腔ケアを実践し、口臭と舌苔の軽減がみられたので経過と結果に考察を加え報告する。

.研究方法(表1・表2・表3)

表1. 研究方法

- 1.期間
平成27年3月23日～現在継続中
- 2.対象者
第3生活棟入所者3名
- 3.取り組み内容
・口腔ケア方法の改善
・職員に口腔ケア用ジェルを使用した口腔ケア実践勉強会を3月16日・3月27日の2回実施

表2. 対象者

- A氏 100代 女性 残存歯1本
(介助=舌苔清拭・義歎ケア 自力=うがい)
- B氏 80代 女性 総義歎
(介助=声掛け 自力=義歎ケア・うがい)
- C氏 80代 女性 総義歎
(介助=セッティング・義歎ケア 自力=うがい)

表3. ~口腔ケア舌苔除去の流れ~

- 毎食後、うがいをして口腔内を湿らす。
- 口腔ケア用ジェルを舌に少量塗る。
(舌苔をふやかし、落としやすくする効果がある)
- 歯ブラシ・スponジブラシを用いて奥から前の方に搔き出すように動かす
- うがい後、舌にジェルを少量塗って終了
- ジェルの塗布やブラッシングは職員が行う

倫理的配慮として、口腔内の撮影を行うにあたり、対象者と家族に説明を行い同意を得た。また入所者が特定されないように記述に配慮した。

.経過と結果

1. ケースA氏 100代 女性(図1)

A氏は義歎の洗浄を職員が代行し本人はうがいをする程度の口腔ケアを実践していた。口腔内の舌苔は少ないものの乾燥と口臭が強く、職員から「口臭が気になる」との話があった。取り組み開始1週目は口臭の軽減はみられたが舌の乾燥に変化はなく、舌苔のつき具合も日によって違いがあった。4週目に入り舌の保湿がみられ口臭のない

日が多くなった。7週目には舌の保湿も常にみられ口臭が消失し舌苔が残る日も少なくなり、家族からも「口臭がなくなってビックリした」と話があった。また、食事摂取量の少なかったA氏が取り組み開始前に比べ食事を摂るようになった。

図1. 舌苔の変化 A氏



2. ケースB氏 80代 女性(図2)

B氏の場合、口腔ケアは自力で行なっていたが、口臭が強く、口腔内の乾燥はないが黄色く厚い舌苔があり口腔ケアが不十分であった。1週目は舌苔の軽減がみられ始めたが、口臭に変化はなかった。3週目には口臭も軽減し、5週目には黄色く厚い舌苔も薄くなってきた。7週目には口臭もなく舌苔が消失しピンク色の舌になった。

図2. 舌苔の変化 B氏



3. ケースC氏 80代 女性(図3)

C氏もA氏同様、義歯の洗浄を職員が代行し本人はうがいをする程度の口腔ケアを実施していた。ただ、C氏の場合は取り組み開始以前から、義歯が合わず歯科往診を週1回受けており、歯科医師からも口腔内の乾燥が強く、舌苔についての指

摘があり舌ケアを進められる状況にあった。1週目から口腔ケア用のスponジを使用したケアを行っていたが舌苔の軽減はなく「スponジより柔らかめの歯ブラシの方が舌苔は落ちる」と歯科医師からの助言をもらい舌ブラシへ変更した。4週目には舌苔の軽減がみられ始めたが口腔内の乾燥は続き、7週目も4週目と比べて変化がないままであった。

図3. 舌苔の変化 C氏



.考察と課題

今回、ジェルを用いた舌ケアを行ったことで対象者3名に舌苔の軽減がみられた。

A氏はもともと舌苔は少ないが口腔内の乾燥と、職員から「口臭が気になる」という話があったことから取り組みを行った。従来の口腔ケア方法に加えジェルを用いて職員がブラッシングを行うことで口臭の改善につながったのは、舌苔を落としやすく舌の保湿を維持するジェルの効果が発揮できたと考える。また、A氏の場合取り組み前後で食事摂取量の増加もみられたのは、舌苔の軽減から味覚機能にも変化が表れたのではと推測される。

B氏は口腔ケアを自力で行っていた分、職員の介入も声かけや誘導程度であったため、口腔内の状況について把握できていなかった。そのため、舌苔が黄色く厚い状態にあり口臭も強く発していたが、舌ケアを実施して口臭が消失し舌がピンク色になるほど舌苔を除去できたのは、B氏の協力もあり習慣化しつつあると考えられる。

C氏は舌苔の軽減はみられたが、常に口腔内の乾燥は続いたために、歯科医師に助言を受けたところ水分摂取量と口腔内の乾燥は関係するとのこ

とで、他の対象者に比べ水分摂取量は多いが尿量も多く、皮膚が常に湿潤しており発汗も多い、さらに口呼吸をしていることも多々あるため、口腔内の乾燥が改善されない理由と考えられる。

取り組んだことで職員も意識付き、口腔内の清潔保持に舌ケアは重要であり、施設入所者で要介護状態の高齢者は自力で十分に口腔ケアを行うことが困難な状態にあることが多いが、これまでの業務の口腔ケアは義歯の洗浄とうがいの援助のみであったため、歯磨きを自力で行っている入所者も含め、定期的に口腔内の観察を行う必要もあると学んだ。

V.おわりに

口腔内をきれいに保つことは、細菌の繁殖を抑え肺炎予防になることは知られている。舌苔と口臭を防ぎ、おいしく食事を摂り続けるためにも、入所者の口腔内のケアに努めていきたい。

引用文献

- 1) 小川雄一：根拠と効果がわかる介護のための口腔ケア&体操&レク、誠文堂新光社、2015
- 2) 矢部敬一：口腔ケア らくらく実践法、創元社、2014

新たな技法ユマニチュードを実践して ～認知症高齢者の変化からわかること～

陽光館第5生活棟 ○仲 村 敬 古謝 雅子 伊波 聰
嘉数 智枝 村吉 大悟 松田 一也

I. はじめに

当生活棟は「認知症高齢者」の日常生活自立度判定基準で認知度Ⅲ以上の高齢者が入所する認知症専門棟である。

施設全体での機能分化がされる中、認知症による周辺症状が著しい入所者が増え、その対応に苦慮している。第27回医学会では、認知症高齢者との関わりについて職員への意識調査を行った結果、認知症の種類と周辺症状について理解を深めることと、職員個々のケアの方法やコミュニケーションの取り方などについて課題が残った。

今回、認知症ケアの新しい技法として注目を集める「ユマニチュード」をマスメディアを介して知り、講演会にも当生活棟職員3名を含む5名の職員が参加した。その内容から、当生活棟の課題である認知症高齢者に対するケアの方法やコミュニケーションの取り方について、改善につながるのではないかと考え取り組みを行った。その一事例を紹介しての経過と結果に考察を加え報告する。

II. 取り組み内容

1. 勉強会の実施

平成26年10月～継続中

ユマニチュードの概要やDVDの観賞から具体的な技法について勉強会を重ねた。ユマニチュードには「見る」「話す」「触れる」「立つ」の4つの柱があり、その目的と内容について理解を深めるために、院内LANを活用し当生活棟職員への説明も行った。

(ユマニチュードの概要 添付資料1・2)

2. 事例紹介

表1 事例紹介

A氏 98歳 女性

要介護度3 認知度Ⅲb 自立度B2

主な傷病名

- ・アルツハイマー型認知症
- ・脊椎間狭窄症
- ・高血圧症

日頃のケアで大声や暴言、さらには暴力とつばを吐きかけるなど著しく抵抗を示すA氏を対象者とした(表1)。

3. 評価方法

A氏が特に抵抗を示す、移乗介助と入浴介助、オムツ交換のケアの際に、どのくらいの割合で抵抗を示すのか、また、A氏本人が満足のいくケアであると感じたか否かを評価する目的で、「ありがとう」などA氏から聞かれた労いの言葉の有無も調べるため、独自のチェック表を作成し、ユマニチュードを実践する前後の2週間ずつで期間を設け、担当職員が記入をすることにした(表2)。

表2 チェック表

月	日	日勤	夜勤	担当者	(実務経験 年 ケ月)
時 間	ケア内容	拒絶反応	ケア後の反応		
:	移乗 オムツ交換 脱衣 着衣 入浴	暴力 つば吐き 暴言 大声	労いの言葉 ありなし		
:	移乗 オムツ交換 脱衣 着衣 入浴	暴力 つば吐き 暴言 大声	労いの言葉 ありなし		
:	移乗 オムツ交換 脱衣 着衣 入浴	暴力 つば吐き 暴言 大声	労いの言葉 ありなし		

合わせて、職員の男女別（女性6名：男性5名）と勤務年数（6ヶ月～10年3ヶ月：平均5年1ヶ月）でA氏の抵抗に差異はあるのか調査を行うことにした。

4. 倫理的配慮

対象者であるA氏は認知症から記憶障害や見当識障害があるため、保護者である家族に取り組みについての説明を行い同意を得た。

III. 経過及び結果

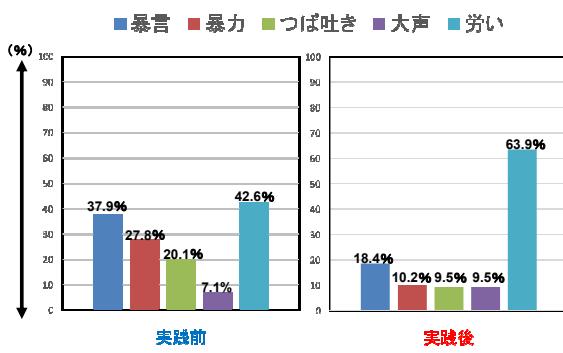


図1 移乗介助での比較

各ケアでユマニチュードを実践する前後のA氏が示した抵抗の割合は、移乗介助ではユマニチュードの実践前で暴言が37.9%、暴力27.8%、つば吐き20.1%、大声7.1%であった。ケアを受けたA氏の満足度としてチェックをした労いの言葉の有無については42.6%であった。実践後では暴言が18.4%、暴力10.2%、つば吐き9.5%、大声9.5%で、大声以外で抵抗する割合は減少していた。一方でA氏からの労いの言葉は63.9%で増加している（図1）。

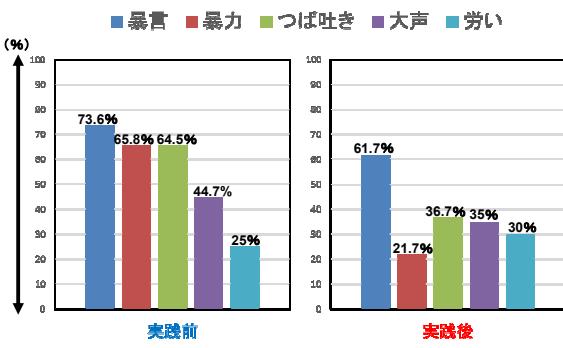


図2 オムツ交換での比較

オムツ交換での実践前は暴言が73.6%、暴力65.8%、つば吐き64.5%、大声44.7%、労いの言葉25.0%であった。実践後では暴言が61.7%、暴力21.7%、つば吐き36.7%、大声35.0%となり、全てで抵抗する割合は減少し、労いの言葉は30.0%で増加している（図2）。

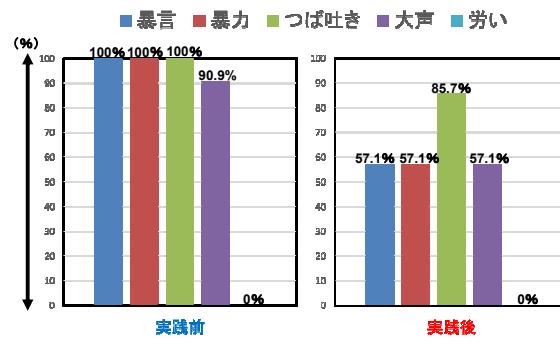


図3 衣類の着脱介助

衣服の着脱介助と入浴介助は、2週間ずつのチェック期間では移乗介助とオムツ交換に比べケアの回数は少ない。ユマニチュードの実践前の衣服の着脱介助は暴言が100%、暴力100%、つば吐き100%、大声90.9%、労いの言葉は0%となり抵抗を示す割合が高い。実践後では暴言57.1%、暴力57.1%、つば吐き85.7%、大声57.1%、労いの言葉は0%で抵抗する割合は減少したが労いの言葉はないままであった（図3）。

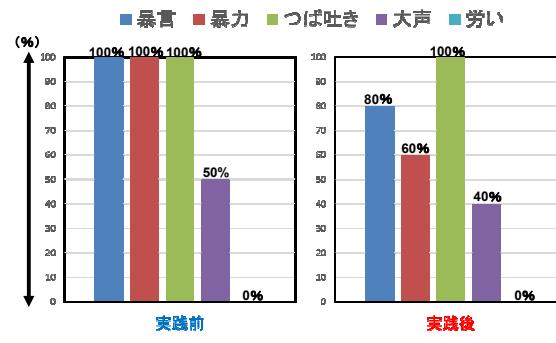


図4 入浴介助

入浴介助のユマニチュード実践前は、暴言が100%、暴力100%、つば吐き100%、大声50.0%、労いの言葉0%で、実践後は暴言が80.0%、暴力60.0%、つば吐き100%、大声40.0%労いの言葉0%で抵抗を示す割合が高い（図4）。

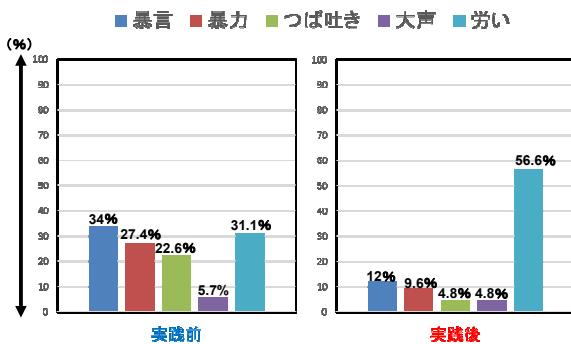


図5 移乗介助・男女別(男性)

A氏への関わりで最も多い移乗介助での抵抗の割合を職員の男女別で見ると、男性職員のユマニチュードの実践前は、暴言が34.0%、暴力27.4%、つば吐き22.6%、大声5.7%、労いの言葉31.1%、実践後の暴言は12.0%、暴力9.6%、つば吐き4.8%、大声4.8%、労いの言葉は56.6%であった(図5)。

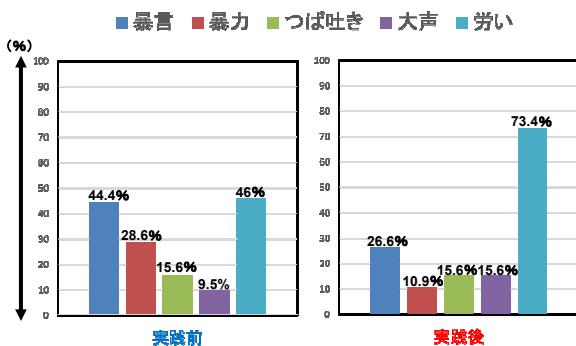


図6 移乗介助・男女別(女性)

女性職員の実践前では暴言が44.4%、暴力28.6%、つば吐き15.6%、大声9.5%、労いの言葉46.0%で、実践後は暴言が26.6%、暴力10.9%、つば吐き15.6%、大声15.6%、労いの言葉73.4%となり、職員の男女別によるA氏の抵抗を示す割合は、ほぼ同等の数値で減少しており、明らかな差はなかった(図6)。

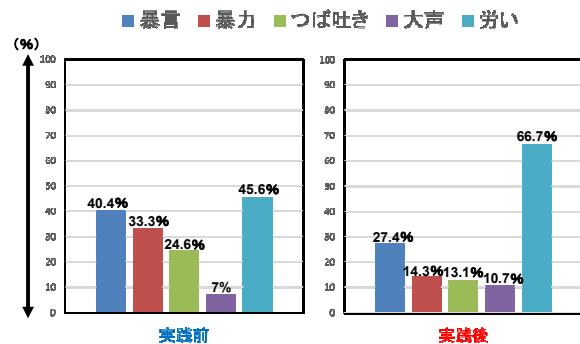


図7 移乗介助・勤務年数別(5年未満)

職員の勤務年数(平均年数5年を基準に5年未満の6名と5年以上の5名で大別)でA氏の移乗介助に関する抵抗の割合を比較すると、勤務年数5年未満のユマニチュードの実践前では、暴言が40.4%、暴力33.3%、つば吐き24.6%、大声7.0%、労いの言葉45.6%で、実践後の暴言は27.4%、暴力14.3%、つば吐き13.1%、大声10.7%、労いの言葉66.7%であった(図7)。

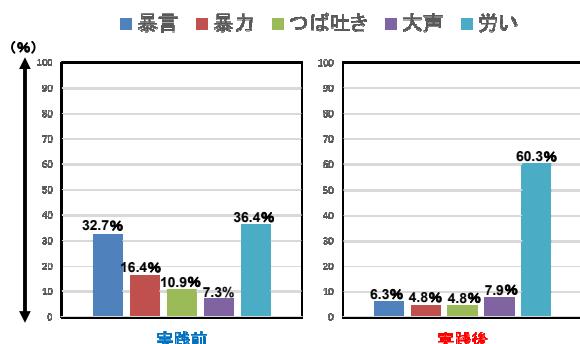


図8 移乗介助・勤務年数別(5年以上)

勤務年数が5年以上のユマニチュードの実践前では、暴言が32.7%、暴力16.4%、つば吐き10.9%、大声7.3%、労いの言葉36.4%で、実践後での暴言は6.3%、暴力4.8%、つば吐き4.8%、大声7.9%、労いの言葉60.3%となり、勤務年数で比較すると、ユマニチュードの実践前後の両方で5年以上の勤務経験者が抵抗を受ける割合が低く、特にユマニチュードを実践した場合に、暴言・暴力・つば吐きでの抵抗を抑えることができている(図8)。

IV. 考察

日頃からケアへの抵抗を強く示すA氏に、対応に当たる職員は顔につばを吐きかけられ、時には

引っ掻き傷を作るなど、常にジレンマを感じていた。今回、認知症の種類と周辺症状の理解、ケアの方法、コミュニケーションの取り方が当生活棟の課題であったため、認知症ケアの新しい技法として注目されるユマニチュードの試みで、A氏の変化から解決策を見出せるのではないかと考えた。

A氏へのユマニチュードの実践前後で、移乗介助やオムツ交換でそれぞれ抵抗を示す割合が減少していた。これは対応に当たる職員がユマニチュードの4つの柱のうちの「見る」「話す」「触れる」を意識してケアを行った結果に他ならない。穏やかな大きなアクションでA氏の視線を捉え、A氏の目を見て優しく話しかけながらケアの内容を伝え、それとなく触れるタッチングで距離を縮めたのちにケアを行ったからである。

ユマニチュードを実践する前は、A氏の目の前に急に現れ驚かしていたのでは、また、A氏と視線を合わせることもなく、淡々とケアの内容だけを伝え、A氏の反応を確認しないまま業務として関わってきた結果ではないかと考えさせられる。A氏本人が満足のいくケアであると感じたか否かを評価する目的で、労いの言葉の有無をチェックしたが、これもユマニチュードの実践後の方が多く聞かれ良い結果になり、十分に満足しなくとも不快な思いをさせなかつたのではと評価できる。しかし、衣服の着脱や入浴介助でのケアでは、暴言・暴力・つば吐き・大声の全てで抵抗が続いた。これは、事前に「見る」「話す」「触れる」を実践してケアを行っても、移乗介助やオムツ交換に比べ、長い時間身体に触れられ、裸にされるという羞恥心も相まってA氏が攻撃的になっていった結果であり、そのような状況に陥った場合、職員の誰が対応しても治まりがつかない状態に変わりはなかった。そのため衣服の着脱や入浴介助の時には、暴れて怪我を負わせないように事故回避を第一にケアをしなければならないと改めて気づいた。

A氏の様々な反応から、男性が嫌いではないかとの情報もあり、職員の男女別で評価をしてみたが有意差はなく、今のA氏の状況では男性女性に関係なく機嫌を損ねる対応には即行動化しま

うのがうかがえる。

また、対応に当たる職員の勤務年数で評価した結果について、勤務年数に関係なくA氏が示す抵抗の割合は減少している。特に勤務年数5年以上でユマニチュードの実践後に暴言や暴力、つば吐きを抑えることが出来ている。これは勤務年数5年以上の職員の方が、自身の経験と技術に早くユマニチュードの技法を織り交ぜることができたと考える。

以上のことから、ユマニチュードの技法を意識して行うことで、職員の言葉使いも穏やかになり、接する姿も入所者の本意に近づく姿勢が自然とみられていった。このことが職員個々のケアの方法とコミュニケーションの取り方が当生活棟の課題であった事柄について、改善または解決の糸口になると考えられる。

V.おわりに

今後はA氏のみならず全ての入所者に実践し、継続しながら技法を熟知していくよう定期的に勉強会や自己評価を行っていくことが必要で、職員個々が普段から周辺症状の著しい状態にある認知症高齢者を対応できる術を習得して、落ち着いた環境を作り出せるようにしていきたい。

引用文献

- 1) 本田美和子、イヴ・ジネスト、ロゼッタ・マレスコッティ：ユマニチュード入門、医学書院出版、2014. 6月

添付資料 1)

ユマニチュードの概要、4つの柱「見る」「話す」「触れる」「立つ」

「ユマニチュード入門」からの要約

● 「見る」

「見る」という行為が相手に与えるメッセージは、ポジティブなメッセージとネガティブなメッセージの2つに大別される。

- ・ポジティブな見方は、水平な高さは平等を、正面の位置からは正直・信頼を、近い距離は優しさ・親密さを、時間的に長くは友情・愛情を相手に伝える。
- ・ネガティブな見方は、垂直な視線は支配・見下しを、横からの視線は攻撃を、遠くからの視線は関係性の薄さや拒否的の意味を、ちらっと短い視線は恐れ・自信のなさを相手に伝える。
- ・最悪な状態は「相手を見ない」ということです。「相手を見ない」ということは、すなわち「あなたは存在しない」というメッセージを発していることにはかなりません。
- ・ケアをする人は、ケアを受ける人の正面から近づき視線をつかみに行くことが重要です。

● 「話す」

人は、赤ちゃんや愛する人にはどのように話しかけるでしょうか？

- ・ポジティブな関係は、「声」のトーンはあくまでも優しく、歌うように、穏やかです。口から出る「言葉」は、愛情深く、優しさを込めた、相手の尊厳を認めた表現になるでしょう。
- ・ネガティブな関係は、声のトーンは高くなり、叫びに近づき、攻撃的な調子を帶びて、優しい言葉は激しい言葉に取って代わられるでしょう。声も言葉も、相手にとっては傲慢と感じられるものばかりになるかもしれません。
- ・最悪な状態は、相手を無視して話しかけないことです。これは「見る」と同様に、「あなたは存在していない」というメッセージを発することにはなりません。
- ・反応のない人へのアプローチテクニックは、自分が行っているケアの様子を実況中継のように話し、「あなたはここにいますよ！」というメッセージを送らなければなりません。

添付資料 2)

ユマニチュードの概要、4つの柱「見る」「話す」「触れる」「立つ」

「ユマニチュード入門」からの要約

● 「触れる」

- ・ポジティブな触れ方には、「優しさ」「喜び」「慈愛」、そして「信頼」が込められています。動作としては「広く」「柔らかく」「ゆっくり」「なでるように」「包み込むように」という触れ方です。これはみな、ケアを受ける人に優しさを伝える技術です。
- ・ネガティブな触れ方には、「粗暴」で「拙速」になり、接触面積は「小さく」なり、かける圧力は「強く」なって、「急激」な動作で「つかんだり」「引っかいたり」「つねったり」することになるかもしれません。
- ・赤ちゃんに触れるとき、触れ方を意識したことはあるでしょうか、広い面積で、ゆっくりと、優しく触れます。これこそが、ユマニチュードの用いる触れ方でもあるのです。

● 「立つ」

- ・寝たきりの高齢者の方は、いつも見下ろされています。垂直の視線しか受けられないその状態は、そのまま放っておかれれば認知機能は低下して、外側の世界にも関心を向けることも少なくなり、自分の内側の世界に生きるようになります。
- ・寝たきりの高齢者は、視線を受けることも、話しかけられることも、触れられることも自然にすくなくなっていき、認知機能はますます悪化します。これはある意味自然なことではありますが、唯一無二の人間として存在する可能性を奪うことでもあります。
- ・一日に行うケアには、着替え、歯磨き、洗面、清拭などがありますが、それぞれの時間を合計すれば、リハビリテーションとして独立した時間をとらなくても一日に20分間程度立位を含めた時間を確保することができます。このように立位を保持する時間をとることができれば、その人が寝たきりになることを防げるのです。

生活棟の機能分化についての現状報告

生活看護課 ○松田 一也 新垣 勲
宮城 妙子

I. はじめに

介護老人保健施設陽光館(以下当施設と略す)は、入所者の高齢化による介護量の増加と身体面での基礎疾患の管理、認知症の進行に伴う多様な周辺症状(以下BPSDと略す)への対応が求められている。そのため、各生活棟で看護師の役割を明確にするため2013年12月より生活棟編成と業務の改善を実施している。

結果、現状の報告と生活棟における看護師の課題について報告する。

II. 取り組み期間

1. 取り組み期間

2013年12月1日～継続中

III. 経過

当施設は第2生活棟と第3生活棟を一般棟、第5生活棟は認知症専門棟として編成している。

これまでの業務体制は、第3生活棟や第2生活棟で新規入所者を受け入れ、認知症に伴うBPSDが著明になった場合は第5生活棟の認知症専門棟に転床していたが、そのほかの入所者に関しては身体機能低下や経管栄養になってしまっても積極的な機能分化や転床はせず、入所時に受け入れた生活棟で対応していた。

そのため各生活棟にそれぞれ経管栄養者が数名いる上に、認知症の対応も行う状況で、看護師も各生活棟に同等に配置されていた。また看護師は各生活棟に固定せず、ローテーション形式で全ての入所者の対応をしていた。例えば月曜日は第2生活棟、翌日の火曜日は第3生活棟というように、看護師全体の勤務から各生活棟に割り振りを行っていた。夜勤も1名で勤務し各生活棟の対応をしていた。

しかし、入所者の加齢に伴う身体機能レベルの

変化や認知症の進行によるBPSDの頻度が多くなり、病状の把握や情報の共有が充分にできず、連携の不備が発生し業務に支障をきたしていた。そのため、入所者の医療的処置の量と重度認知症に伴うBPSDの量を評価して分類し、集中的な看護をすることでの確かな観察と判断が可能となることを目的に、今回の生活棟編成を実施した。また短期的な治療や検査、医療的処置の多い入所者の居る生活棟に対しては看護師の人数を増やして配置した。

各生活棟の基本的な看護業務は、主に症状が不安定で観察を要する入所者を中心にバイタルサインの測定を行っている。また随時、医師や家族へ病状の経過を報告し、医師の指示のもと様々な医療行為を実施している。処置業務として浣腸や摘便、膀胱洗浄、褥瘡や軟膏処置を実施し、管理業務として薬剤受領と確認・整理、消耗品の受領と返納をしている。また検査業務として検査のサポートや検体提出、その他救急搬送時の同行やケアマネジャー主催のケアカンファレンスへの参加等、多岐にわたっている。

表1 各生活棟の基本的看護業務

- ①バイタルサイン測定・体重測定
- ②医師への病状報告と指示受付
- ③処方薬の薬局からの受け取りと確認、翌日の内服の準備
- ④家族への病状経過報告と医師との面談調整
- ⑤ケース・カンファレンスの参加
- ⑥救急搬送時の同行
- ⑦適時点滴処置
- ⑧適時検査採血・採尿処置・平和病院での検査時の援助
- ⑨血糖測定(1～4検)
- ⑩褥創処置
- ⑪浣腸・摘便処置
- ⑫膀胱洗浄処置
- ⑬適時酸素投与者の管理
- ⑭手浴・足浴・入浴後の教育処置
- ⑮ネブライザー吸入と吸引の実施
- ⑯吸引器の消毒と補充
- ⑰管理部へ医療物品の請求

具体的な生活棟編成として、第2生活棟は入所者の身体機能や意欲の低下が著しく、日常生活の介護量や医療的処置の多い入所者を対象としており、平均要介護度は3.7である。特徴は入所者45

名中、胃瘻造設者 10 名、経鼻経管栄養者 9 名で経管栄養管理者が合計 19 名である(2015 年 5 月現在)。そのため看護は胃瘻部からの感染症と経鼻経管栄養者の誤嚥性肺炎の予防に細心の注意を払っている。

表2 各生活棟入所者の身体状況

第2生活棟 (平均要介護度3.7)

意欲の低下や身体機能レベルの低下が著しいため、介護量や医療的処置の多い入所者を対象としている。

第3生活棟 (平均要介護度2.7)

新規入所者(ショートステイを含む)を受け入れる棟で、在宅復帰に向けて環境を整え、生活リハビリテーションを促進する。

第5生活棟 (平均要介護度3.0)

重度の認知症とそれに伴う周辺症状の著しい対象者である。

※要介護度は平成27年4月1日時点(全119名)

第3生活棟は、在宅復帰に向けてリハビリテーションが必要な入所者を対象としており、平均要介護度は 2.7 である。特徴は、ショートステイを含む新規入所者の受け入れ業務が主体で、入所時のバイタルサインと体重測定・入所後のトラブル防止目的なども含め身体チェックを実施している。その後、生活棟内の案内と日課の説明を行い、家族に老健施設の役割を理解してもらうように働きかけている。生活場面でのリハビリテーションを重視し、日常生活での自立を目指し入所者個々にあった目標設定を掲げ、入所者が安全で快適な生活が送れるように、医師からの指示を確認し、他職種からの情報収集を行い、院内 LAN を活用して情報の発信を行っている。

第5生活棟は認知症専門棟であり、認知度Ⅲ以上でそれに伴う BPSD の著しい入所者を対象としており、平均要介護度は 3.0 である。特徴は重度の認知症のため、危険回避が困難な入所者が多く、そのため予測できない行動による転倒や転落事故の発生リスクが高い。その対応として、事故防止対策用具の工夫が必要不可欠で、座位時の籠椅子センサー、ベッド臥床時に使用するハサミ式センサー・フット式センサー等を活用している。また入所者同士のトラブル防止のため座席配置や居室配置等も常に考慮しケアを行っている。精神症状

の変動が著しい入所者は薬物治療の必要性が高く、平和病院と連携し治療を行っているが、最近はそのようなケースが増加傾向にある。

生活棟編成の結果、各生活棟が特色を持ち専門性を高めながら機能、運営されるようになった。

V. 課題と考察

当施設での看護師の役割は、治療を主体とした病院の看護師の役割と異なり、介護士の業務と重複している業務が多く範囲も幅広い。そのため、看護師、介護士がお互いの業務を尊重し合い、もてる力を十分に發揮し一人一人が多く範囲をカバーすることが出来る環境を作りだすことが円滑な業務を遂行する上で必要であると考える。

今回、生活棟の編成を実施した事で、身体機能レベルや認知症に伴う BPSD を呈する入所者がそれぞれ各棟に統一され、求められる看護業務が明確になり、医療的処置においても集中的な対応が可能となった。

高齢者は多疾患のため感染症に罹りやすく、容易に「容態の急変」や「重症化」に至る。そのため看護師の高い観察能力と判断能力が求められるが、看護師のみで全体を把握することは困難なため介護士との協力が必要不可欠である。

また従来通り夜勤は 1 名で各生活棟の対応・処置を行っているため、看護師だけでなく介護士と充分にコミュニケーションを取りながら、チームとしてケアを行うことが必要と考える。

本来、老健施設は利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上を目指し、総合的に援助し、家族や地域の人々や関係機関と協力して安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援する役割を担っている。しかし現状は、入所者の高齢化が進み、経管栄養管理の入所者も増加している。また同時に介護者の高齢化や共働き世帯で、親を在宅で介護するには困難な状況が発生し、それによる長期入所者も少なくない。

今や老健施設の役割は多様化し、家族は長期入所や看取りを希望しているのが大半で、在宅復帰と看取りという対極の目標を同一施設内で達成す

ることが求められている。

当施設は、年々在宅への復帰率が減少し、本来の老健施設としての機能を果たしていないのが現状である。今後、要介護者を抱える家族の生活を支えるため、長期入所から看取りまで家族の要望がさらに増えることが予想される。予防から終末期、廃用症候群をどう予防していくかが今後の課題である。

申し送りの改善が看護の質に与える影響

第1病棟 ○上間 香 高江洲徳一
新垣 愛子 比嘉 和枝

I. はじめに

当病棟は閉鎖機能を有した男女混合の 60 床の療養病棟である。病棟内は 3 フロアに機能分化されており、P I C U 8 床・新館 34 床（比較的自立している患者）・本館 18 床（全面的に介助を要する患者）に分かれている。朝の申し送りは本館の D ルームに面したナースステーションに集まり、D ルームで過ごす患者の状態を観察しながら、夜勤リーダーが送り手となり、受け手である日勤者全員に口頭で伝達する方法をとっている。申し送りの意義は「情報の伝達」「ケアの継続」「教育の場」「チームワーク」と言われているが、現行の申し送りは、患者把握に曖昧な点や、内容にも個人差があり業務の優先度にも影響すると感じていた。

そこで、今回申し送りの改善に着目し、申し送りに専用用紙を用いる方法を導入してみた。その経過と導入前後での職員の意識調査の結果とを分析し、申し送りが看護の質に与える影響について、考えてみたので、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

2015 年 3 月～2015 年 5 月

2015 年 3 月～2015 年 5 月（3 ヶ月間）

対象者の内訳（表1）

資格者	: 11 名	看護補助者	: 7 名
男性	: 11 名	女性	: 7 名
精神科経験年数	5 年未満	資格者	補助者
	0 名	1 名	
6 年～10 年	2 名	4 名	
11 年～20 年	6 名	2 名	
20 年以上	3 名	0 名	

2. 対象者

- 1) 期間中にアンケート調査可能な職員 18 名
対象者の内訳を表 1 に示した。

3. 方法

- 1) 申し送りに対するアンケート調査の実施
- 2) 現行の申し送りの問題点を抽出した。
 - ①基本情報の把握が不十分
 - ②ケアを継続するための指示が不十分
 - ③情報伝達に漏れがある
 - ④申し送り内容に個人差がある
 - ⑤アセスメントが不十分
- 3) 問題点を改善する方法として、申し送り専用用紙（資料）を作成した。用紙の半頁に患者の基本情報を記載。もう半頁に申し送る内容の必須項目を組み込んだ。
- 4) 導入する前に、使用目的と方法を全職員へ説明した。
- 5) 入院や転入があった場合は、翌日までには基本情報を入力した。部屋移動の際も早急に情報を移動させた。
- 6) 中間と後半に意見を聴取し、用紙の修正や追加項目などもタイムリーに変更した。
- 7) 3 ヶ月後、再度アンケート調査の実施

4. 評価方法

- 1) 導入前後でアンケートによる職員の意識調査実施
- 2) 個別に意見を聴取
- 3) 臨床において特に変化のあった事象を抽出

5. 倫理的配慮

調査に当たり、個人が特定されないよう配慮した。

III. 経過及び結果

1. 経過

専用用紙の左半頁に基本情報として「既往歴・合併症」・「バイタル」「便秘」「多飲」「処置」は（+）「洗濯委託」「金銭管理」は（○）「誤嚥・窒息」「転倒・転落」は危険度Ⅱ度の（Ⅱ）を表記した。「特記」には過去の重要エピソードなどを記入した。右半頁には「睡眠」「排泄」「食事」「体重」「処方変更」「精神症状」の欄を設け、申し送り必須項目とした。申し送りのたびに、左側の基本情報に目を通し、右側の必須項目を必ず申し送るよう周知した。その結果、特に変化がみられたのは排便に関する伝達であった。導入前までは、排便状況についての申し送りは腹部チェック日の週2回程度であったが、導入後は毎日排便状況を細かく申し送るようになった。

多飲水に関しても、体重差を明確な値で申し送るようになり、その後の対応がしやすくなった。

また、処置のある患者は患部の変化を確実に伝達する事により、適切な処置の判断や終了の時期を検討するようになった。

処方変更と症状の変化についてのアセスメントは個人差があるが意識して送るようになった。聞き手からの質問や確認の発言も多了くなった。

2. アンケート結果

図1 「申し送りは苦手ですか？」に対して導入後も「苦手」と答えた人が3人いた。

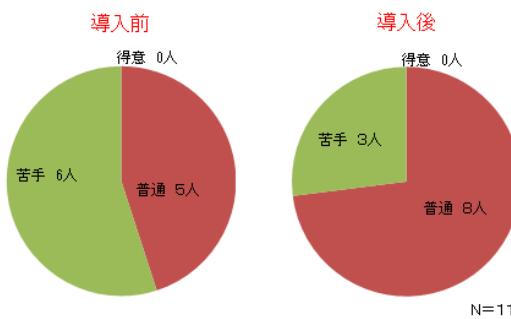


図1 申し送りは苦手ですか？

図2 「申し送り後に不安がありますか？」は全員が導入後も不安があると答えていた。

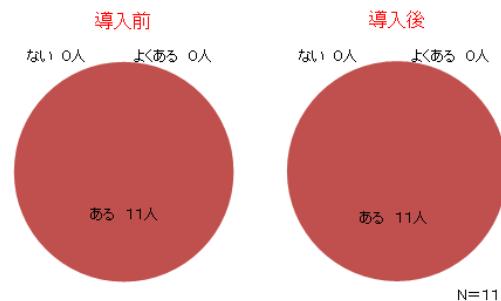


図2 申し送りを終えた後不安になりますか？(伝達漏れはないか等々)

図3 「申し送りの内容は整理できていますか？」では導入前後とも大半が普通と答えておりさほど変化はなかった。

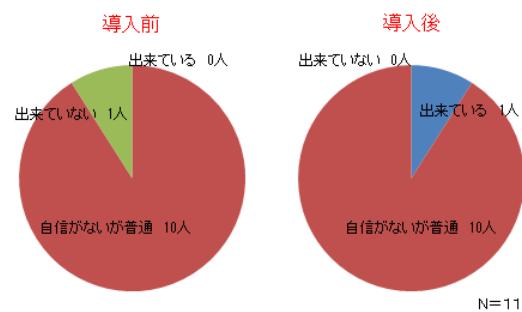


図3 申し送りする時に内容は整理できますか？

図4 「業務の優先度は明確になっていますか？」では導入前は「はい」は1人もいなかつたが、導入後には14人が「はい」と答えていた。

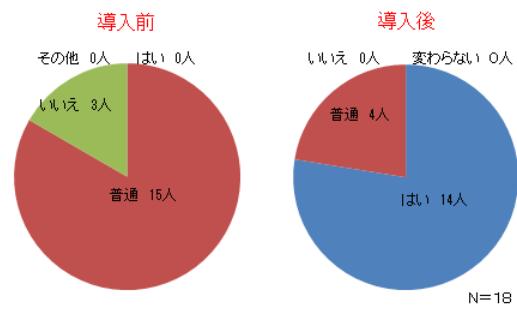


図4 業務の優先度は明確になっていますか？

図5 「申し送り内容に個人差がありますか？」では導入前は「よくある」が9人いたが導入後には0になった。「ある」は13人にいた。

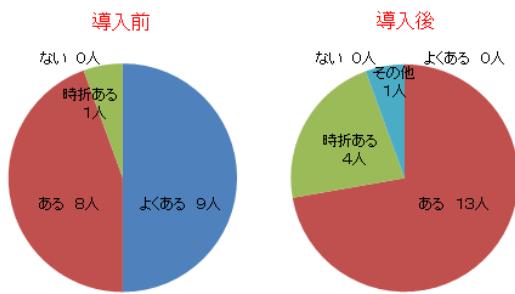


図5 申し送りの内容に個人差があると思いますか？

図6「申し送りの方法次第で患者情報を的確に把握できると思いますか？」では導入前後ともに「とても思う」が6人であり、導入前に「それほどでもない」は0になった。

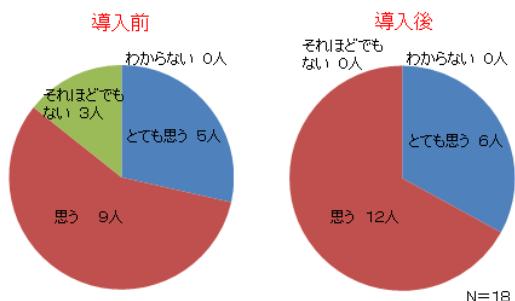


図6 申し送りの方法次第で患者の情報を的確に把握できると思いますか？

図7 申し送りの内容はその後の看護に影響すると思いますか？については「とても思う」が7人から11人へと増えた。

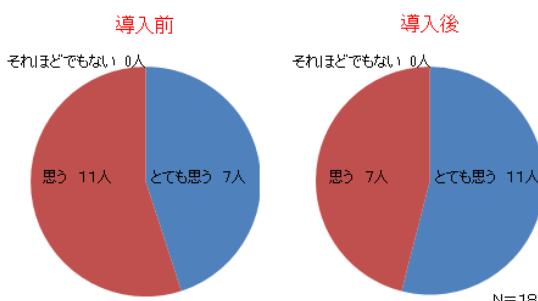


図7 申し送りの内容はその後の看護ケアに影響すると思いますか？

表2 中間と後半に職員から意見を聴取した内容を4つのカテゴリーで分類した（表2）。

表2 聽取した意見の分類

情報の伝達	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の基本情報が一目瞭然(資) ・項目があるので漏らさずに申し送りができる(資) ・リスクの高い患者を把握しやすい(補)
ケアの継続	<ul style="list-style-type: none"> ・身体管理面の意識が高まった(資) ・その後の処置や対応がスムーズになった(資) ・観察のポイントが明確になった(補) ・睡眠時間や排泄の有無を意識して対応(補)
教育の場	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩の患者対応への助言が勉強になる(資)
チームワーク	<ul style="list-style-type: none"> ・適切なケアを検討していく場となった(資) ・患者の管理能力をあげたい気持ちにかられた(補)

「情報の伝達」と「ケアの継続」の部分では資格者の意見が多く、基本情報を一覧にした事と申し送り必須項目を決めた事で「情報を漏らさず申し送りできる」や「その後の処置や対応がスムーズになった」などの意見が多かった。「教育の場」「チームワーク」の部分では「先輩の患者対応への助言が勉強になる」や「チームで患者の管理能力を上げる取り組みをしたい」などの積極的な意見もあがった。経験年数の長い資格者から、今後の活用方法についての建設的な意見もあった。

IV. 考察

アンケートの質問1～3は送り手となる資格者のみに調査した。導入後も送り手の申し送りに対する苦手意識や不安は残っており、内容の整理についても殆ど変化がない事から考えると、送り手にとって専用用紙は、電子カルテと照合しながら情報を整理するツールとしては十分活用できていない可能性が考えられる。

最も変化のあった質問4「業務の優先度が明確になった」要因として、専用用紙の必須項目を伝達する事により、ケアの継続指示が具体的になったためだと考える。特に排便状況については、申し送りにより処置の指示、実施後のアセスメント、報告といったケア継続の流れが定着してきた。

質問5の「個人差がある」については必須項目を統一したことで、内容に一定の基準ができ、個人差が縮まった感はあるが、経験年数や力量の差は否めない。均質にするためにも、申し送りを「教育の場」として充実させる必要があり、今後の課題である。

質問6の「患者把握」については導入前より認識として肯定的に感じているため、変化はないが「それほどでもない」と感じていた3人が0になった事や聴取した意見にもあるように、左半頁に表示した基本情報を毎日視覚で確認する事により、曖昧だった情報が的確な把握へと改善されたと思われる。また、必須項目に処方の変更と精神症状を組み込み、意識して申し送る事で、観察ポイントが明確になり、処方と臨床所見を関連付ける力が付いてきたと思われる。痙攣などの対応についても、これまで処置と結果に重点を置いた申し送りであったが、原因について処方との関連などをアセスメントする場面からもうかがわれた。

補助者の中には一覧表で洗濯委託や金銭病院管理者が一目瞭然になった事により「多すぎる。なんとかしなければ」と意欲と関心が高まり、具体的に取り組みを始めており、想定外の効果も生んでいる。しかし、一方デメリットとして、専用用紙の基本情報に依存すると、転記間違いや記入漏れによりリスクにつながる恐れもある。

川島¹⁾は「申し送りは集団アセスメントの場で、朝チームメンバーがチームのために集まったところで、瞬時に情報を交換してケアに活かすという事は大切、自分で考えつかなかつたことを他人が考える事もあり、自分が見えてなかつたことを見ている人もいるのです」と述べているように、申し送りの意義は「情報の伝達」だけでなく「ケアの継続」や「教育の場」でもあり、仲間との共感や意志統一の場でもある。また、これらのコミュニケーションが「チームワーク」の基盤となる事が再認識できた。申し送り廃止や短縮が主流の中で、あえて導入した今回の試みは、申し送りの意義を考えるよい機会となった。更にアセスメント能力が向上すれば、申し送りの短縮は実現できると思われる。

これまで述べてきたように、職員の意識に変化がみられ、業務の優先度が明確になりポイントを押さえた看護ケアが提供できるようになっている事から、申し送りの改善は看護の質へ良い影響を与えている。と考える。

V. 終わりに

今後も、常に患者にとってより質の高い看護ケアを提供できるよう、更なる業務改善に取り組んでいきたい。

引用文献

- 1) 川島みどり：申し送り 17年前の問題提起と現在、看護実践の科学,26(1) 12–17 2001

(資料 1)

(資料 2)

1病棟 E棟・A棟申し送り表 平成27年 月 日() 総数 男女 開閉 隔離 拘束														
	既往歴・合併症	ハイアル	便秘	多飲	処置	洗濯委託	金銭管理	誤嚥窒息	転倒転落	特記	睡眠	排泄	食事体重	精神症状・処方変更
		(+)		(+)	○	○								
	HT 貧血		(+)	(+)	○	○		II						
		1検	(+)	(+)										
	HT	1検	(+)	(+)	○	○	II	II						
			(+)	(+)	(+)		○							
	DM・痛風 貧血	2検	(+)	(+)		○	II	II		アレルギー				
	DM 不整脈		(+)		○	○	II							
			(+)					II						
			(+)	(+)		○	○	II		アレルギー				
	虫垂炎		(+)	(+)	○	○								
	肺気腫			(+)	○	○	II	II						
					(+)	○	○			アレルギー				
		1検	(+)	(+)	○			II						

急性期治療病棟における身体拘束の取り組み ～病棟独自の拘束チェックリストを活用して～

第3病棟 ○大庭 哲 平良 寛
垣花 宏樹 比嘉千奈美

I. はじめに

当病棟は、急性期治療病棟として24時間入院を受け入れており、急性期の陽性症状が活発なため、入院時より拘束を余儀なくされることも多い。精神症状の激しい患者の拘束は、専門的技術を要し、ここ数年、精神症状に加え身体合併症を有した患者も増加しており、より高度な拘束技術が求められてきている。また、トイレのない保護室の看護を実践しているため、室外へのトイレ誘導時は一時拘束帯を外し、再拘束する回数も当然多くなる。これまで病棟独自の拘束チェックリスト（以下リストAと略す）を使用して事故防止に努めてきたが、インシデントが発生した。

そこで、平成22年から5年間のインシデントを分析し事故防止策として拘束チェックリストを見直し新たな拘束チェックリスト（以下リストCと略す）を実践していくなかで職員の意識にも変化がみられたので、その途中経過に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2015年3月～2015年5月

2. 方法

- 1) 過去の5年間の拘束に関するインシデントを抽出し原因を分析した
- 2) リストAを基に、リストB、リストCを作成した

3. 拘束に携わる職員の内訳（表1）

表1 拘束に携わる職員の内訳

資格者: 15名

看護補助者: 5名

性別: 男性13名 女性7名

計20名

4. 倫理的配慮

研究にあたり個人が特定されないよう配慮した。

III. 経過及び結果

当病棟では患者を拘束する際にマグネットを着脱するタイプのピネルの拘束帯を使用している。拘束を実施する際に職員の拘束技術は経験年数によって異なる。そのため拘束を実施する際の手順に加え、注意点を統一することで事故防止にもつながるのではないかとリストA（表2）を作成し取り組んだ。

表2 拘束チェックリストA

氏名 : ●● ●●●	時間	時間	時間	時間
磁石の固定	斜めになっていないか？			
	ピンの長さは適切か？			
拘束帯の固定	循環障害はないか？			
	緩みはないか？			
	位置は適切か？			
拘束帯のベッド側への固定確認				
拘束部位は3箇所以上されているか？				
室内環境の確認（毛布・換気・照明）				
ベッドのストップバーの確認				
居室ドアの施錠確認				

導入後、事故・インシデントのない年もあり徐々に職員の緊張感が薄れ始めたように思われた。また、項目が多くて実践しにくい等の意見もあ

り、次第に活用されなくなっていた。

精神症状が活発な患者も多いため、拘束の対象者は日々変化し、症例によっては高度な拘束技術を必要とする難しいケースも多かった。拘束勉強会を実施し技術向上に取り組んだが、均質な技術を維持することが困難であった。新たな取り組みを模索している矢先、激しい精神症状の拘束中の患者に点滴を施行したが、四肢の可動域が緩く、点滴を自己抜針するという重要インシデントが発生した。インシデント発生直後、振り返りミーティングを行い、職員ひとり1人の拘束に対する考え方や今後の対策を確認していく中で、「患者の状態に応じて拘束を1人で実施しても問題はないと思っていた」など、ひとり1人の拘束のリスクに対する意識に大きな差があることがわかった。ある職員は「最近拘束に対して緊張感がない。今回の経験をきっかけに対策を講じないと事故が起こる」と、誰もが二度と起こしてはならない重要インシデントだと感じていた。

ミーティングで①拘束の実施は2名以上で行う
②ナースステーションから観察しやすい居室の選択
③職員間の情報共有を密に行う、以上3点の対策があがり周知し実践した。

その経過中、身体管理を目的とした患者が転入し、副作用で抗精神薬が中止され精神症状がいつも激しい状態となった。激しい精神症状に加え点滴や経管栄養、処置を要し、その際は、拘束を一時外すため再拘束の頻度も増え、リスクが高い状態となっていた。拘束時のチェックがより重要なとなるが、上記3点の対策だけでは不十分であった。

そこで、以前作成したリストAの観察ポイントを重点化するため10項目から6項目にしぼり、安心安全で、継続し活用できるリストB（表3）を作成した。ベッドサイドでチェックできるよう工夫したが、使用しづらい、項目が多いとの意見があがり継続して活用できなかった。

表3 拘束チェックリストB

氏名		時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
拘束の部位	磁石の固定	斜めになっていないか？							
		緩みはないか？							
		位置は適切か？							
拘束帯のベッドへの固定確認									
拘束部は3箇所以上されているか？									
ベッドのストッパーの確認									
拘束施行者ダブルチェックサイン									

さらに、リストA作成から5年間の拘束に関する事故・インシデントの原因をチームで分析した結果、共通する部分がみえてきた。ミーティングで共有し、活発に議論され主な原因は下記の4点にしぼられた。

- ①拘束帯のマジックテープの緩み
- ②磁石が外れていた
- ③拘束帯がベッドに固定されていない
- ④可動域の判断が不適切な拘束帯の緩み

(上下肢の可動域)

激しい精神症状に加え身体管理を要した患者の点滴や経管栄養時の拘束は、より高度な拘束技術が必要とされ「チューブを抜いてしまわないか、ベッドをギャッジアップした時とフラットの場合ではどれだけの緩みを持たせればよいか」など、リストA・Bにはあげていない「可動域」の問題が浮上した。これらの原因を基に、チェックリストの項目を検討し、リストC（表4）を作成した。リストCの特徴は、④の四肢の可動域は適切かどうかの項目を追加したことである。

表4 拘束チェックリストC

氏名 : ●● ●●●	時間	時間	時間
マジックテープの固定(緩み・循環障害)			
磁石の固定(上下させる・回転させる)			
ベッドに拘束帯が固定されているか			
拘束帯の緩み(手足の可動域)			
拘束実施者ダブルチェックサイン	/	/	/

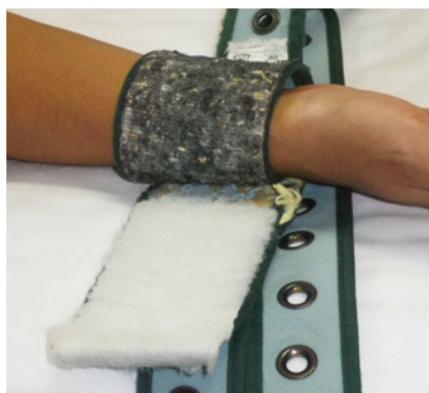


図1 マジックテープの固定



図2 磁石の固定と確認



図3 ベッドへの固定



図4 拘束帯の緩み(上下肢の可動域)

リストCの項目は以下の4項目である。

マジックテープの固定（図1）は、緩みがないか、循環障害がないか確認する。

磁石の固定（図2）は、磁石を上下に動かす、回転させ確實に磁石が止まっているか確認する。

ベッドへの固定（図3）は、拘束帯がベッドに固定されているか確認する。

拘束帯の緩み（図4）は、患者の精神状態や身体管理の把握を行い、リスクを予測した上下肢の可動域に応じた緩みを判断する。

さらに、拘束の知識、技術、経験により差があり観察ポイントを統一するため、必ず2名以上で拘束を実施し、責任の所在を明確にするようリストへサインし、看護記録へも実施者の氏名を記載する。

リストCを活用することで、何が予見されるのか、この拘束の方法は妥当かなど、症例によってはショートミーティングで検討する機会が増えたことで、拘束に対する理解が深まった。

そこで、拘束に携わる職員を対象にリストC導入後の意見を聴取した。リストA、BからCに変更後の感想として、「どのポイントを確認した方がよいのか明確で分かりやすい」「チェックリストを活用することで確実なダブルチェックができる」などの意見があがった。また拘束チェックリストの必要性について「拘束の経験も浅く、確認しながら行えるから必要だと感じる」「スタッフひとり1人の安全な拘束を意識するためにもチェックリストが必要だと思う」という意見が聞かれた。また、拘束の技術が不慣れな職員より「拘束勉強会より実践的で直接、指導されるから理解しやすい、この取り組みを実施することで拘束の可動域を考えるようになった」との意見も聞かれた。

3ヶ月経過し、実際拘束は拘束チェックリストを活用しながら、確実に2名以上で実施し、看護記録にも実施者2名の氏名を記載している。

IV. 考察

当院の急性期治療病棟の特性として保護室にトイレがないことを特徴としているが、そのため排泄のニーズに応じて拘束を一時外し、室外のトイレへ誘導している。人員が少ない夜勤帯でも同様に対応している。拘束技術の向上は不可欠であるが、臨床での経験により力量の差があるのは否めない。

平成22年、リストAを作成、使用したが、インシデントが発生しなかったこと、職員の慣れが生じ危機感が薄れていたこと、煩雑な業務で実用的でなかったこと等が継続的に活用できなかつた要因であったと思われる。

拘束のリスクに対する考え方がひとり1人異なるとインシデントへつながるリスクも高くなる。今回、ミーティングで意識に大きな差があると確認できたが、常に全職員が意志統一を図り関わっていくことも必要だと認識できた。

拘束帯は使用方法を誤れば、非常にリスクも高く十分な知識、技術、経験を要する。拘束チェックリストを活用し相勤者とダブルチェックを行うことで、より安全性の高い確実な医療行為を実施することができるのではないかと考える。職員からも「どの部分を確認した方が良いのか明確で分かりやすい」と意見があったように職員の不安も軽減したのではないかと考える。

ピネルの拘束帯は、正しく使用すれば患者の状態に応じて可動域を変化させやすい特徴がある。しかし、その拘束方法や観察不足などにより事故に及ぶ可能性もある。そのため、拘束中は四肢の可動域についても十分注意を払わなければならぬ。激しい精神症状に加え身体管理を要する患者の拘束は可動域を適切に変化させて対応しなければならない。

リストCの追加項目である可動域については、ラインの抜去等のリスクを回避できる重要なポイントである。しかし、可動域を判断するには非常に技術を必要とするため、一人の判断ではなく確実に2名以上で可動域の判断をする必要がある。

ダブルチェックの徹底により、経験の浅い職員

にとっては、「勉強会より実践的で指導されるから理解しやすい」との発言により安心感とともに学びの場にもなったと思われる。

当病棟で勤務する職員個々の力量に差はあるが、リストCのチェックポイントを4項目にしぶり、観察ポイントを明確にしたことで、ある程度は均質な技術を提供できるのではないかと考える。また、看護記録に実施者2名の氏名を残すことで責任の所在が明確になり、拘束に対する責任と重要な医療行為であることが再認識できた。

拘束のインシデントが発生したことは非常に残念であったが、これをきっかけにより安心、安全な拘束を提供するという看護の質の向上につながったことは何よりの収穫だったと思う。

VI. おわりに

今回の試みにより当病棟において、安全な拘束の技術が向上してきた。今後も定期的にモニタリングを継続し、患者にとってさらに、安心・安全な拘束ができるよう努力を積み重ねたい。

滑舌改善を目的としたグループ活動の試み

5 病棟 ○掛福 誠志 大田 晃平 山城 綾乃
作業療法課 新里 将悟 島 洋一

I. はじめに

当病棟は、慢性期の療養病棟で長期入院患者が大半を占め、生活障害が顕在化している患者が多い。慢性期の陰性症状によるものであるが、さらにホスピタリズムという環境因子も大きい。滑舌の悪さにより、普段のコミュニケーションも困難な状況となり、自分の思いをうまく伝えられず、患者間で衝突する場面が見られ、対人交流に支障をきたしている。このような中で日々、生活障害の改善に向けて作業療法士と連携を図り、リハビリテーションを実践してきた。当病棟の患者の滑舌の悪さに着目し、滑舌改善を目的にグループを立ち上げた。今回の取り組みにおいて、精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下、Rehab と略す）での改善結果は得られなかつたが、今後の課題や示唆されたことを中心にまとめたので報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間: 2014 年 10 月～12 月（3 ヶ月）

2. 対象者

滑舌が悪く日常の言葉が聞き取りにくい患者 6 名（Rehab の『ことばのわかりやすさ』の中の「明瞭さ」評定項目が 5 点以上）

表1 対象者の背景

対象者	: 6名(男性4名、女性2名)
平均年齢	: 56.0歳
診断名	: 統合失調症
平均入院期間	: 9.8年
平均罹患期間	: 32年

3. グループ活動の内容

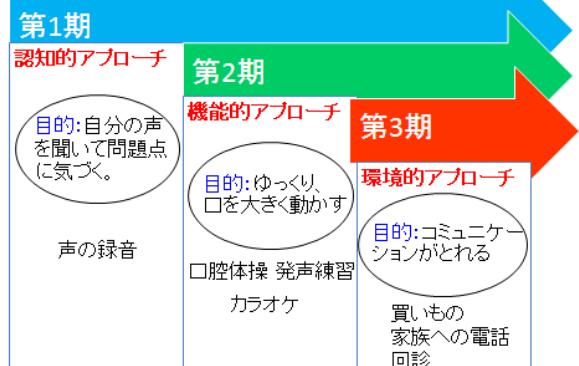
1) 活動内容

週 2 回（火・水曜日、各 2 時間）の活動を 1 クールとし、合計 12 クール（24 回）を実施。
2) プログラム内容

- ① 第 1 期 : 認知面へのアプローチ
- ② 第 2 期 : 認知面・機能面へのアプローチ
- ③ 第 3 期 : 認知面・機能面・環境面を含めたアプローチを同時に行う

アプローチ方法を表 2 に示す。

表2 段階的アプローチ方法



4. 評価方法

- 1) ミーティング記録よりグループ活動前後の言動の変化を抽出し、検証する。
- 2) Rehab の『ことばのわかりやすさ』『ことばの技能』を取り組み前後で比較し評価する。
- 3) グループ活動後、対象者へのアンケート調査の結果を検証する。

5. 倫理的配慮

研究にあたり個人が特定されないよう配慮し、対象者に承諾を得た。

III. 経過及び結果

表3 第1期の経過

<p>◆自分の声を聞いてみる 1クール</p> <p><方法> ・ICレコーダーを使用し声を録音する。</p> <p><内容> ・インタビュー方式(氏名・年齢・好きな食べ物)で一人一人録音する。</p> <p><状況> ・開始時間になんでも居座りで座っており、参加しても集中力がなく居眠りする。 ・関心がなく、質問にも真剣に返答しない。</p> <p><職員の関わり> ・役割を決めメンバー同士がやりとりで意見を交換する。</p>	<p>2クール</p> <p><方法> ・録音したものをフィードバックする。</p> <p><内容> ・誰の録音内容か説明せず聞いてもらう ・滑舌の良い他者を招待し同じ内容で録音。自分との違いを比較する。</p> <p><状況> 「『言っているかわからん』」「『言が小ささ』」 ⇒・メンバーの指摘で自分の発音の悪さに気付く。</p> <p><職員の関わり> ・居眠りしないようストレッチを加える ・集中させるために早めに機能面へのプログラムへ変更。</p>
---	--

第1期の経過を表3に示す。

グループの目的を説明し滑舌の悪さを各自が認識する為に、ICレコーダーを使い録音したものを見せてもらった。全体的に関心が低く、開始時間に遅れ、参加しても集中力が無く居眠りが見られた。時折場所を変えストレッチを交えて実施し、声かけなどは職員が行わず、役割を決めてメンバー同士でやりとりできるよう関わった。自分自身で滑舌の悪さは気づいていなかったが、メンバーの指摘で自分の発音の悪さに気付くことができた。担当職員はグループ活動前後にミーティングを実施し振り返りや課題などを確認した。また、他職員へも内容を情報共有する為、メールで周知した。

表4 第2期の経過

<p>◆カラオケで歌える 3クール</p> <p><方法> ・カラオケで歌い口の動きを観察する。</p> <p><内容> ・自分で選曲し、歌詞を見ながら歌う。</p> <p><状況> ・遅れて参加する人がいた。 ・普段小さな声だが、歌うとはっきり聞き取れた。 ・普段口や舌を動かして話をしていないことに職員が気づく。</p> <p><職員の関わり> ・自己評価だけではなく、メンバー同士で評価(褒める)できるよう関わる。</p>	<p>◆口・舌を大きく動かす 4クール</p> <p><方法> ・発声練習(バタカラ・早口言葉)を実施</p> <p><内容> ・バ行: 口閉鎖 ・タ行: 舌の先の強化 ・カ行: 嘴唇の強化 ・ラ行: 舌先挙上と舌背の保持に効果</p> <p><状況> ・遅刻もなく全員参加 ・訓練直後のミッテンドロを動かせる。</p> <p><職員の関わり> ・グループ全体の目標を決め、「ゆっくり口を大きく動かして歌る」、毎回声かけする。</p>
--	---

第2期の経過を表4に示す。

機能面へのアプローチでは、カラオケや発声の練習としてパタカラ・早口言葉など全員で読み合せを行った。殆どのメンバーが、カラオケで曲名も上手く言えないが歌い始めると歌詞が聞き取れた。普段会話の中で口や舌が動いていないメンバーも動いており、歯の損傷や義歯の有無は、特に発音に影響がないことがわかった。第2期に入ってしまっても殆どのメンバーがグループ活動に積極的ではなかった為、良かった所をメンバー同士で褒めあうよう関わった。すると徐々にではあるが普段より練習に取り組む姿勢や活動への参加態度が変

化してきた。以前に比べ関心が高まってきたが、滑舌の悪さをあまり自覚できていなかった。グループ間で評価することができるよう関わり、全体の課題を見つけることができた。また、課題としていた「ゆっくり、口を大きく動かして喋る」ことを毎回意識させ発言することで聞き取り易くなってきた。実際に、機能的アプローチを行った直後は発音が良くなっていた。

表5 第3期の経過

<p>◆売店で買い物をする 6クール</p> <p><方法> ・売店で商品を注文する(買い物) ・動画撮影</p> <p><内容> ・はっきりした言葉で「注文」できる ・「自分の発音が店員に伝わるか」実験</p> <p><状況> ・早口で聞き取りにくい ・言葉で伝えようとするが伝わらず指差し(ジェスチャー)している。 ⇒店員は言いたいことを組みとりコミュニケーションが成立。</p> <p><職員の関わり> 次は「言葉」のみで買い物するよう説明</p>	<p>7クール</p> <p><方法> ・買い物場面をフィードバックする。</p> <p><内容> ・画像を見ないで聴覚(聞く)だけで自分の声を聞いてもらおう。 ⇒画像を見て比較する。</p> <p><状況> ・「口が動いていなかつた」「早口になつて聞き取れない」と発言。 ・店員は聞き取っていると思っていた ⇒店員だけでは聞き取れず、視覚で確認すると非常にコミュニケーションが成立していることを自覚。</p> <p><職員の関わり> ・メンバーから問題点をそれぞれあげてもらう。</p>
---	--

表6 第3期の経過

<p>◆家族へ用件を伝えてみよう 8クール</p> <p><方法> ・メンバー間で電話のロールプレイ ・相手が見えない状況を作る。 ・動画撮影</p> <p><内容> ・内線電話を使用し、見えない相手に言葉だけで伝える練習する。</p> <p><状況> ・ロールプレイの意義を理解せず、「家族じゃない」と電話を切る。 ・発音が悪く、単語のみで話し相手に伝わらず、奇声で会話を諦める</p> <p><職員の関わり> ・失敗体験からどうすれば相手へ伝わるのか?を確認する。</p>	<p>9クール</p> <p><方法> ・家族へ電話で用件を伝える ・動画撮影</p> <p><内容> ・自分の言葉で家族へ電話をし用件を伝えることができるか実験 ・動画撮影で口や舌の動きを確認する</p> <p><状況> ・やはり意識するが早口になる。 ・「早口になっている」「口が動いていなかつた」と振り返る。 ⇒家族へ確認すると「何言っているかわからなかつた」と。</p> <p><職員の関わり> ・伝わらず何に困ったか?を引き出す。</p>
--	--

表7 第3期の経過

<p>◆回診で医師へ用件を伝える 10クール</p> <p><方法> ・回診のロールプレイを実施</p> <p><内容> ・職員が医師役を行い、回診で医師へ伝えたい内容を話す。</p> <p><状況> ・単語で会話し、早口で聞き取りにくい ・クローズの質問は問題なし。 ・オープンな質問は聞き取りにくい ⇒動画で気づくことはできた。</p> <p><職員の関わり> ・ゆっくり話することで、聞き取りが良くなることを評価する。</p>	<p>11クール</p> <p><方法> ・医師に要件を伝える ・動画撮影</p> <p><内容> ・はっきりした言葉で医師へ伝え、医師も理解することができる</p> <p><状況> ・ロールプレイでは、はっきり話せたが、誤解して話せないメンバーもいた。 ・医師に聞き返される数が少なくなったメンバーもいた。 ⇒医師が言いたいことを組みとりコミュニケーションが成立。</p> <p><職員の関わり> ・グループ全体の目標「ゆっくり口を大きく動かして喋る」を実現できるよう声かけする。</p>
--	---

第3期の経過を表5、表6、表7に示す。

環境面へのアプローチでは、売店で言葉だけで買い物するよう説明し、ビデオ撮影した(表5)。相手が聞き取れないと会話を途中で諦め、指差し(ジェスチャー)で注文をして会話ををしていなかった。また、店員は滑舌が悪いメンバーでも言いたいことを解釈し、問題なく買い物を終えてしまっていた。後で店員とのやりとりを動画で確認すると、メンバーの中から「店員は聞き取っていると思っていた」という声が聞かれた。メンバー同士の会話でもジェスチャーは多く、滑舌が悪くて

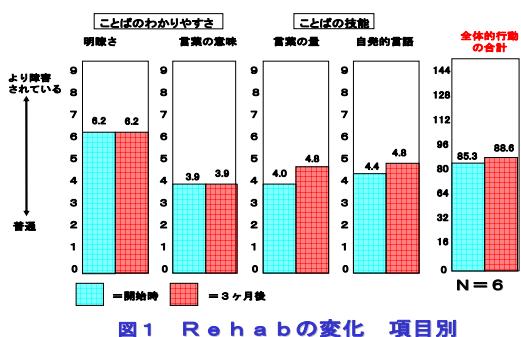
も交流が成り立っていることがわかった。

電話でのアプローチ方法（表6）では、家族へ伝えたい内容を事前に考え、内線電話を使いメンバー同士で電話のやり取りを行った。しかし、相手に伝わらず何度も聞き返されて諦め、電話を切ってしまう事もあった。失敗体験から次に繋がることもあると励ますが、このアプローチは継続できなかった。

実際に家族へ電話する様子を撮影した。相手が見えない状態（電話口）だと、うまく伝わらないことで苛々することがあった。動画で「口が動いていない」ことに気づき、一時的ではあるが口を意識して動かすようになったメンバーもいた。

回診で医師に要件を伝えるアプローチ（表7）では、ロールプレイを実施した。「普段回診で言いたい事が伝えられているか」を認識させる為、職員が医師役となった。クローズクエスチョンでは会話は成立しやすいが、オープンクエスチョンになると聞き取りが困難であった。動画では殆どのメンバーは早口になっていることに気付き、回診本番では、ゆっくり話をすること目標にした。

実際の回診を撮影すると、ロールプレイ時より滑舌が良くなっていたわけではなく、聞き手側（医師）が言いたいことを解釈し、会話は成立していた。以前、医師に何度も聞き返されていたが、聞き返される数が少なくなったメンバーもいた。普段の回診でも医師が聞き取れない状況でも病棟職員はそれを解釈することもあるので、殆どのメンバーは特に困った状況にはならなかった。



対象者6名のRehabの結果を図1に示す。

Rehabの結果は、「言葉のわかりやすさ」のスコア点数に変化は見られなかった。

表8 対象者へのアンケート（活動後）

設問	回答
①活動後、滑舌は良くなりましたか。	はい:3名 いいえ:2名 変化なし:1名
②グループ活動後の意識の変化について。	変化あり:1名 変化なし:5名
③どのような変化がありましたか。	「唾液も出るようになり、発音も良くなった。」
④会話する上で困った事はありませんか。	あり:0名 なし:6名

対象者へのグループ活動後のアンケートの結果を表8に示す。メンバーは特に意識の変化を感じておらず、「会話をする上でも困っていない」との発言が聞かれた。

職員より「グループ活動をしている時は滑舌が良くなっていたが、終了してからまた元に戻っている」との発言も聞かれた。

IV. 考察

今回、グループ活動を通して「ゆっくり、口を大きく動かして喋る」ことをポイントに繰り返し展開した。認知させることが難しいメンバーであっても、視覚、聴覚両方からの刺激により自己の課題を認識することはできた。しかし、認知的アプローチだけでは展開することが難しく、どのようなプログラムに関心や意欲を示すのか、交流、集中力、持続力はあるかなどを観察し、その都度、柔軟にプログラムを見直したことで対象者全員が最後までプログラムに参加できたと思われる。特に今回の対象者において、機能面へのアプローチは効果が高いと感じられた。集中力の低いメンバーでも他者と同じ行動を楽しく行うことで、課題の認知や理解が促進され、モチベーションの維持、向上に繋がると考える。また、機能面だけではなく、他のアプローチ方法を交互に展開することで相乗効果も期待できると思われる。滑舌が悪いことだけに着目せず、お互いを褒め合うアプローチにより仲間意識や参加意欲も高まり、モチベーションを維持することができたのではないかと考える。

今回の取り組みでメンバーが自ら言葉を視覚的に気づくことはできたが、普段から会話の中で相手側が解釈し、患者同士でもジェスチャーや単語

で伝わる環境は、入院生活のなかでさほど支障がない為、滑舌の悪さを改善したいというモチベーションを持続させることは難しいと痛感した。グループ活動が終了すると、メンバーは滑舌を意識することがなくなり、また職員も日常生活の中で聞き取れない状況にあっても時間をかけて関わることが出来ず、メンバーに「ゆっくり、口を大きく動かして喋る」場面を作ることができていない。職員は日常生活場面で患者の言いたい事を理解していくても、滑舌が悪く聞き取れない時は、言葉として会話できるように意識して関わることが必要ではないかと思われる。

この取り組みで Rehab 評定の良い結果が得られることを期待したが、実際は取り組み前後の変化はなかった。長期入院で滑舌の悪いメンバーを対象に週 2 回の短時間での実践だけでは滑舌改善への意識付けが困難であった。そこで反復練習やグループ活動以外の日常生活の中でも意識し、継続的な関わりが必要であったのではないかと考える。

アンケートの結果から、自己評価ではあるが、若干良くなったと答えるメンバーもいた中、「特に困っていない」と病棟生活の中で会話もなく過ごしているメンバーがいることがわかり、関心が持てるようなプログラムを検討・展開していく必要があると考える。また職員が患者自身の滑舌を改善したいという気持ちを持っていても、患者自身が気付き、なりたい自分をイメージし自ら変わりたいという気持ちがなければ変化に結びつけるのは難しい。結果だけではなく、最初の動機付け、行動、肯定的評価のフィードバック、次の行動の動機付けといったプロセスに視点をおき援助することで、メンバーの自発性を刺激し、現実感や目標を高めていくことができると考える。

V. 終わりに

今回の取り組みでは期待した結果は得られなかったが、看護者側がホスピタリズムを作らない環境を提供する事の重要性が示唆された事を踏まえて、今後は継続できるアプローチ方法を検討していきたい。

服薬自己管理の継続を目指して ～実践を通して見えてきたこと～

6 病棟 ○渡久地 猛 徳盛ゆきえ
玉城 千明 大城 大志 (OTR)

I. はじめに

当病棟は、慢性期の統合失調症や認知症・高齢者の早期退院と再入院防止を目標に退院支援に取り組んでいる療養病棟である。当院では、急性期治療病棟において早期より病識獲得セミナー（以下セミナーと略す）を実施しており、参加した患者が当病棟に転入し、退院する流れがある。継続看護の一環としてセミナー参加者をはじめ自宅や施設に退院の方向性が決定した患者に対し、退院後も安定した生活を送り、再入院を防止するために、入院中より服薬の必要性を理解し、服薬自己管理を実践する必要があると感じた。

そこで今回、従来の標準的な服薬指導ではなく個別性を重視した服薬自己管理の実践を試みた。今回、その取り組みの経過と結果を分析し、若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究目的

表1 研究目的

服薬自己管理を継続して行うために、患者が基本的知識を習得、実践を通して個々にあった服薬管理方法を獲得するため。

2. 研究期間

20XX年10月～20XX年3月（5ヶ月）

3. 対象者

- 1) 退院後服薬自己管理の必要がある患者。
- 2) 病状が安定し、認知障がいのない患者
- 3) 病識獲得セミナー参加者

表2 グループ対象者背景

対象者：10名（男性5名・女性5名）
診断名：統合失調症：9名
全般性不安障害：1名
平均年齢：44.3歳
平均入院回数：1.8回

4. 運営方法

1グループ5名で2グループを結成。第1回から4回までは服薬の必要性を理解するための知識と個々にあった服薬管理方法を習得するために講義を中心に週2回の合計8回実施した。作業療法士と共に「講義、ミーティング、実践」というスタイルで運営した。第5回以降は、服薬自己管理を導入した。（表3）

表3 【プログラム内容】

*週2回の合計8回。 *第1～4回までは講義形式。 *第5～8回はミーティング形式で行い、第5回目より服薬自己管理を実施。		
実施日	メニュー	内容
第1回	オリエンテーション	自己紹介・服薬管理の目的
第2回	講義	薬の作用・副作用について(薬剤情報の提供)
第3回	講義	病気と症状について
第4回	講義・アンケート	服薬を続ける必要性について 過去の飲み忘れエピソードトーク
第5回	ミーティング・ 服薬自己管理開始	自分に適した管理方法とは？
第6回	ディスカッション	自己管理を実践しての感想・ 飲み忘れた時の対処方法について
第7回	ディスカッション	自己管理中のトラブル解決談
第8回	ミーティング	振り返り

2) 服薬自己管理の流れ

- ①服薬管理方法について説明。
- ②個々の課題を明確にしたうえで実践する。
- ③薬剤の準備は看護師が行い本人へ手渡す。
- ④1日管理より開始し問題なれば3日、5日
7日管理へと増やしていく（能力に応じて管
理日数を査定する）

5. 評価方法

- 1) 4症例を通して、正しく服薬できた患者と

できなかった患者の要因を分析し、個別の対策を実践後、継続できているか評価。

2) グループ活動前後で疾病薬物知識度調査（以下、K I D Iと略す）を実施した。

6. 倫理的配慮

対象患者に研究の趣旨、拒否の権利、拒否による不利益を被らない保障、ならびにプライバシーの保護について口頭で説明し同意を得た。

III. 経過及び結果

服薬自己管理を導入した 10 名の対象者のうち、7名が自宅や施設に退院となり、1名が中止、2名が現在も継続中である。服薬自己管理を導入した対象者のうち自宅で家族のサポートが得られる患者は1名のみで、他9名は退院後、自己管理を必要とする患者であった。

これまでの標準的な服薬指導ではなくミーティングを通して自宅で正しく服薬できなかった理由を抽出した結果、「副作用がきつく起きられない」「生活リズムの乱れ」「飲み忘れ」「症状が改善したから飲まなかった」などが聞かれた。グループ活動の中で過去の失敗談やエピソードから管理可能な方法について意見交換し、個々の対処法を実践するように働きかけた。研究期間中に正しく服薬できた7名と服薬できなかった3名の中から、特に個別介入した4症例を表4に示す。

表4 服薬できた症例と正しく服薬できなかった症例

	内容	原因	間わり(助言)	現在
A氏	服薬管理に消極的。	内服したくないと否定的。	主治医面談・個別面談し服薬管理の必要性を説明。	専門通りの服薬が継続できている。
B氏	内服を自己調整し服薬管理中止。	副作用で太るから抜いた。	主治医面談後再開。	日付け間違い1回のみ。管理継続中。
C氏	数日管理中に重複服薬。	眠気がある状態で確認した。	眠気対策と確認方法を変更。(声出し指差し呼称)	間違えることなく管理継続中。
D氏	朝薬時に睡前薬を服用し服薬管理中止。	病状不安定。	主治医面談・病状不安定にて内服調整。	病状不安定にて保管中。

* 服薬自己管理中に間違いが発覚した場合、個別に分析し改善策を考えた。

1. 服薬自己管理が正しくできた症例

A氏：K I D Iの結果は前後で変化なく 13点であった。服薬管理に関しても「できるだけやりたくないし飲みたくない」と消極的であった。しかし、実践開始後は正しく服薬が

継続できており本人からも「1日1回だから飲めているだけです」という発言が聞かれた。できていることを認め、服薬を継続する事で安定した生活が送れていることを繰り返し伝えた。

2. 服薬自己管理が正しくできなかった症例

B氏：服薬継続は必要と答えていたが服薬開始約1ヶ月後、副作用で太るからと薬を抜いていた事が発覚し自己管理は中止になった。主治医より薬の副作用ではないと説明をうけ、自己判断せず必ず相談することを約束し自己管理を再開した。その後、日付間違いの服薬が1回あったが現在は正しく自己管理ができている。

C氏：服薬1日管理に関しては問題なかったが、3日管理になり朝薬を重複して服用した。昼夜逆転のために眠気が強い状態で確認したことが原因であった。不眠の原因が生活リズムの乱れにあつたため、朝の服薬までに洗顔や体を動かし、壁に服薬時の確認のポイントを表示し、声を出し指差し呼称しながら確認する方法に変更し、自信が持てるようにした。その後、服薬継続できている。

D氏：朝薬時に誤って就寝前薬を服薬してしまったが、病状による影響であると判断し主治医指示のもと一時中止となった。

対応の工夫として服薬自己管理中に間違いが発覚した場合、失敗を責めるのではなく教訓にするようにと励まし、個別の改善策を考えた。C氏の失敗を機に袋の管理から一日分を箱にセットして管理する方法へと変更した。

活動前後のK I D Iの結果、1グループ（5名）では総合得点の合計は75点から72点となり、2グループ（5名）は74点から70点と悪くなっていた。また、最高得点20点が1名、最低得点が9点と個人差があった。10名中7名がセミナーの受講者であったが「時間が経つと忘れてしまう」との発言も聞かれた。

K I D Iの点数と実践の結果は比例しなかった。そこで点数ではなく項目に着目しK I D I 20項目の中から精神科薬物に関する質問、9項目の正答率を分析した。

表5 KIDIの質問内容

20項目の中から服薬に関連するであろうと思われる9項目を選定
問12. 薬を飲んで、眠気や手足のふるえ、喉の渇きがおこることについて
問13. 精神安定剤を飲んだとき、現れやすい副作用はどれですか
問14. 精神安定剤について、正しいものはどれですか
問15. 睡眠導入剤について、正しいものはどれですか
問16. 薬を飲み忘れた時、どうしたら良いか
問17. 精神科の注射について、正しいものはどれですか
問18. 症状が治ったように感じられるとき、薬はどうしますか
問19. 精神科の病気について、正しいものはどれか
問20. 痘氣の再発の主な原因はどれですか

プログラムの中で強調してきた問 20 の服薬継続に関する項目では正答率 100% であった。薬物に関する問 12 から 20 までの 9 項目の平均正解率は 69% で、病識が乏しくても服薬できている A 氏は 77% で 10 名の平均正答率より高く服薬に関連する項目については理解している事が分かった。服薬できている 7 名の 9 項目の平均は 66% で服薬できていない 3 名の平均よりも低い結果であった。

IV. 考察

今回のグループ活動での話しやすい雰囲気作りは過去の失敗談やエピソードから薬に対する思いを引き出し、それらに応じた対策を講じるうえで有効であったと考える。退院後の生活環境や個々の能力に応じた対策を検討し実践することで自己管理が継続できたと考える。

一方、正しく自己管理できなかつた要因として、単純ミスと意図的な行為によるものがある。日付間違いや重複などの単純ミスは、C 氏のように管理日数や飲む回数が増えると正しく服薬ができなくなる傾向がある。意図的な行為で服薬できなかつた要因としては、何らかのこだわりや副作用を理由に処方内容に納得していないことや、必要性を感じていないことで自己調整していることが分かった。薬に対する不満や副作用を十分に把握したうえで、医師と共に副作用などについて納得のいく説明をすることが必要である。

A 氏は、K I D I の点数が低く病識が乏しいが、服薬回数が少ないことにより、正しく服薬が継続できたと考える。これらのことから、医師と連携し、①服薬の回数が少なく②副作用が少ないことを考慮したうえで③納得のいく処方内容に近づけ

ることが服薬自己管理を継続するうえで重要なポイントであると考える。しかし、入院中に服薬自己管理が継続できてもすぐには退院に繋がらないケースもある。長期に服薬管理をする中でモチベーションが低下しミスに繋がることもあるため、自信を失わせないように励ましながら関わることも大切であると思われる。また、セミナー受講直後には理解していても時が経つと忘れてしまう事が考えられ、実践を通して個別の課題を明確にしたうえで服薬のポイントを繰り返し教育する必要がある。

一方、K I D I の 9 項目の結果からもわかるように、今回の対象者からは、K I D I の知識度は高くても服薬行為や対処法などの行動には必ずしも結び付かないと思われる。そのため、服薬の知識と技術を習得し、行動できるように両面からアプローチしていく必要がある。

小西¹⁾はアドヒアラランスを高めるためには「①患者が治療の必要性を理解出来るような援助を明確にすること②自宅での生活を考慮した実行可能な方法を共に考えること③患者が自信を持ち、成長を促すかわりを行うことが必要である」と述べている。看護者は、患者個々の問題を明確にし、これらに応じたアプローチと実践を繰り返すことにより、患者が実践から学び、薬の必要性を実感することで主体性を高め、生活の中で習慣化することで服薬継続つながると考える。

V. 終わりに

今回の服薬指導を継続するうえで形骸的となるないように患者の知識や理解度に応じた個別介入を行い、退院後も地域で生活できるように家族や外来・訪問看護、デイケアなどと連携し、主体的な服薬の継続を支えて行きたい。

引用文献

1) 小西郁美：服薬行動に対する意識の変化

日本精神科看護学会誌 2010

健常成人における自閉スペクトラム特性が 曖昧さへの態度に与える影響について

心理課 ○榎木 宏之[#]

甲田 宗良[#] 近藤 肇[#]

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

自閉症スペクトラム障害 (ASD) とは、いわゆる「3つ組の障害」(①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害) によって特徴づけられる社会的場面における対人行動の障害を中核とする発達障害である。3つ組の障害があることで困難をきたす日常場面の一つは、漠然とした正解のはつきりしない曖昧な状況である。曖昧さは、ASD 患者にとって不快な状況であっても、日常生活では避けては通れない場面であるため、曖昧さに対する反応パターンである個人の態度を理解することは、ASD 患者の適応度を測る重要な指標になると考える。

ところで、自閉症的特性は生来の性質である一方で、個人の曖昧さに対する態度は後天的に獲得されたものであるため、自閉症的特性は曖昧さへの態度に何らかの影響を与えることが予想される。同じ ASD 患者であっても、自閉症的特性のバリエーションの違いが、個々の曖昧さへの態度の違いを際立たせるのではと考える。そこで、我々は次の仮説を考えた。すなわち、「①自閉症的特性は曖昧さへの態度に影響を与える。」ということと、「②適応的な曖昧さへの態度と不適応的なものに影響を与える自閉症的特性がある。」の二点を本研究の仮説とした。

以上のように、曖昧さへの適応的・不適応的態度に影響を与える自閉症特性が解明されると、特性に応じたオーダーメイドの個別的支援への応用が期待できる。そこで我々は、ASD 疾患群への予備的研究として、健常者を対象に上記の仮説を検証するため、調査研究を行ったので考察を加えて報告する。

II. 研究方法及び対象

1. 対象者

一般成人に質問紙調査を実施し、1019名を分析の対象とした（男性513名、女性506名；年齢[歳] M=34.09, SD=12.68, range=18-78）。

2. 調査実施方法

関東、中国、四国、九州、沖縄の5地域の一般成人へ縁故法による質問票調査を行い、回答は任意とした。総回収数1338名より欠損サンプルを除外した。

3. 測定内容

対象者へ「曖昧さへの態度尺度」(Attitudes towards Ambiguity Scale: ATAS; 西村, 2007) 及び「日本語版自閉症スペクトラム指指数」(Autism-Spectrum Quotient: AQ; 若林, 2004) を含む質問票を配布した。

ATASについては、我々が一般成人 (N=1019) を対象に因子分析を改めて行った結果、因子構造は4因子 (enjoyment: “享受”、 anxiety: “不安”、 exclusion: “排除”、 noninterference: “不干渉”) で構成されることを確認した (Enoki et al., in preparation)。本研究では、この4因子を用いて解析を行った。AQは、下位5因子 (“社会的スキル”、“注意の切り替え”、“細部への注意”、“コミュニケーション”、“想像力”) 及び合計得点である“AS指指数”から構成される。得点が高いほど困難度が高いと理解する自閉症スペクトラムの特性傾向を測定する尺度である。

4. 分析方法

AQの5因子及びAS指指数と、ATASの4因子の間で相関分析と重回帰分析を行った。

5. 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。

III. 結果

表1. 対象者の属性

性別	女性 506 男性 513
年齢(mean) ± SD (range)	34.1±12.68 (18-78 歳)
就労状況	就労者 687 非就労者 332

対象者の属性を表1に示した。対象者の約3割が学生・主婦などの非就労者であった。

表2. AQとATAS各因子間の相関係数

AQ	ATAS	enjoyment (享受)	anxiety (不安)	exclusion (排除)	noninterference (不干渉)
社会的スキル		-.24**	.29**	.02	.03
注意の切り替え		-.11**	.51**	.19**	.02
細部への注意		.13**	-.02	.12**	-.07*
コミュニケーション		-.19**	.39**	.13**	-.01
想像力		-.22**	.19**	.04	-.04
[AS指數]		-.20**	.43**	.15**	-.02

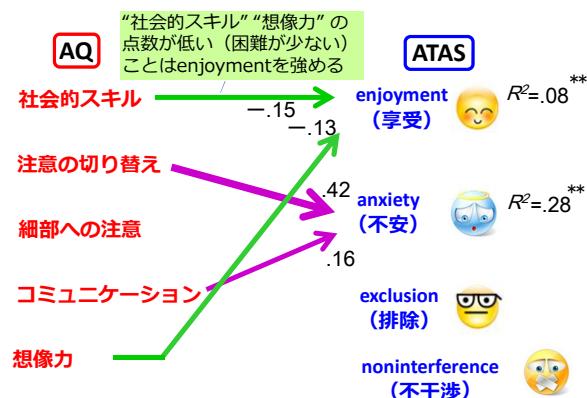
*: p<.05 **: p<.0001

表2にAQとATASの各因子の相関関係を示した。赤字は、AQの5因子とAS指數というAQの合計得点を示している。AQは高い得点ほど、各因子で示す特性で困難があると理解する指標である。弱い相関とされる。2以上の値を枠で囲んだ。青で示したATASにおいて“享受”は、“AS指數”および“社会的スキル”と“想像力”との間で負の相関であり、自閉的特性が低く、社会的スキルがあり、想像力に困難が無い人ほど、曖昧さを楽しめることが示された。

反対にATASの“不安”では、AQの3因子と“AS指數”で正の相関がみられ、“社会的スキル” “コミュニケーション”に加えて、特に“注意の切り替え”において強い相関が認められた。AS指數が高いという自閉的特性が高い傾向があるほど曖昧さに不安となり、また注意の切り替えが困難なほど不安になる傾向が示された。

次に、自閉症スペクトラム傾向が曖昧さへの態度に与える影響力を解析するため、重回帰分析という統計処理を行い、その結果を図1に示した。

図1. 自閉症スペクトラム傾向が曖昧さへの態度に与える影響



AQの影響を受けるATASの因子は、“享受”であることが示された。“享受”に有意に影響を及ぼすAQの因子は、“社会的スキル”と“想像力”であり、図1に各々の因子の影響力（標準化係数）が数値で示されている。数値が負の値を示しているのは、“社会的スキル”と“想像力”に困難が少ないほど曖昧さへの態度の“享受”を強めることを表している。つまり、社会的スキルや想像力があるほど、曖昧さをより楽しめるようになるという結果が認められた。

AQの影響を受けるもう一つのATASの因子は、“不安”であった。“不安”に対しては、“注意の切り替え”と“コミュニケーション”が影響を与えており、特に“注意の切り替え”は曖昧さに対する不安になる態度に強い影響力があることが認められた。

IV. 考察

以上の結果より二つの仮説はいずれも支持された。全般的に自閉症的特性が低いことは、“享受”という曖昧さに好奇心をもって関与する適応的態度を強

め、反対に全般的に自閉症的特性が高いほど、曖昧さに対して“不安”になるという不適応的態度が強化されることが示唆された。

曖昧さへの適応的な態度である“享受”に影響を与える自閉症特性としては“想像力”と“社会的スキル”的2つの因子であったことより、不明瞭さを具体的なイメージに置き換えると対処できると自覚していることが、曖昧さに対する適応的な態度に結びつくと考えられる。

この理解を臨床に置き換えると、ASD患者の中でも、社会的スキルと想像力の能力が高い患者は、曖昧な状況に積極的に楽しめるという適応的な態度を示す可能性があると考えられる。更に、ASDの障害を持っている場合でも、社会的スキルと想像力の能力の高さは、不適応状態に陥ることから本人を保護する働きがある可能性が推察される。

一方、不適応的な態度として抽出された“不安”的態度に対して影響を与える自閉症的特性としては、“注意の切り替え”と“コミュニケーション”であった。手掛りが無い状況になると、臨機応変に視点や思考を替えられないという柔軟性の低さと、硬直した状態を他人に伝えられないという対人コミュニケーション能力の乏しさが見られる人は、曖昧さに対して不安になるという不適応状態に陥る可能性が示唆された。

臨床においては、自閉症的特性傾向を示す患者の中でも特に、注意の切り替えとコミュニケーションに困難のある患者は、不適応の程度がより深刻と考え、注意の切り替えが円滑になるような介入が求められる。

今後の展望として、注意の切り替えを円滑にするには、目に見えない事柄を想起するという想像力を求められると思われる。そのため、注意の切り替えと想像力の関係や相互作用のメカニズムの解明等が、これからの課題になると思われる。

引用文献

- 1) 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.

- 2) 若林昭雄 (2004). 自閉症スペクトラム指數(AQ) 日本語版の標準化-高機能臨床群と健常群成人による検討, 心理学研究, 75(1), 78-84.

デイケアに求められるリハビリテーションの役割について ～Rehab を用いたデイケア利用者に関する縦断的評価～

デイケア課 ○大城 大志 比嘉 創
吉浜 清政 真栄城兼吾

I. はじめに

地域におけるリハビリテーションが推奨されて久しく、うるま市内でも作業所やデイサービスの数は年々増加している。地域で生活する精神疾患を患有方が様々な医療・福祉サービスを利用できるようになる一方で、我々病院側の職員には、明確な治療目標や他の施設との差別化が求められる時代になってきた。

筆者は作業療法士として、入院患者を対象に7年程リハビリテーションを実践した後、デイケア課へ異動になった。しかし半年が経過した今、デイケア利用者（以下、利用者と略す）と入院患者に対するリハビリプログラムにさほど変わりがないことに疑問を感じている。そこで、今後デイケアではどのようなアプローチをすべきなのか、改めて利用者の障害とニーズをまとめる必要があると考えた。

本調査では、利用者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）の値などを縦断的にまとめ、リハビリプログラムだけでなく今後当院デイケアに求められるサービスとは何かを考え、必要となるアプローチを提供することで利用者の満足度を高め、地域の中で選ばれるデイケアとなる事を目的とした。

II. 調査方法

1. 対象者と調査期間

当院デイケアでは、半年毎に、週3回以上通所されている利用者の Rehab 評定を行っている。今回の研究では、2009年3月～2014年9月（6年間計12回）の間に評定した、延べ569名の利用者を対象とした。

2. 調査方法

1) 対象者の Rehab スコア

- ①全般的行動の合計の平均値、及び、各項目を縦断的にまとめた。
- ②直近である2014年9月のRehabスコアについて項目別にまとめた。

2) 対象者の年齢、主病名

調査期間内の変化をまとめた。

表1 調査方法

1 対象者

週3回以上デイケアに通所している患者を対象として、半年毎にRehab評定を行った。
延べ人数は、569名だった。

2 調査期間

2009年3月～2014年9月（6年間：計12回の評定）

3 調査方法

- 調査期間中のRehabスコアの比較
- 直近のRehabスコアのデータ
- 年齢、主病名の比較

III. 結果

1. Rehab スコアの変化

1) 全般的行動の合計の経時的变化



図1 全般的行動の合計の平均値の推移

全般的行動の合計の平均値は、2009年3月が51.75点、2014年9月のスコアは63.66点で、その差は11.91点だった。スコアは年々悪くなっている。

2) 各項目の比較

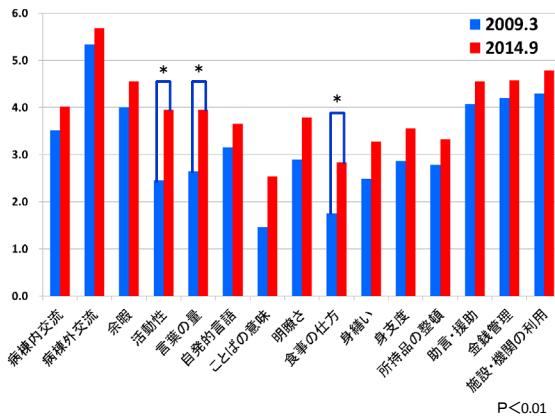


図2 各項目の平均値

2009年3月と2014年9月の平均値を比較した。どの値も悪化しており、有意差が認められた項目は、順に『活動性』『言葉の量』『食事の仕方』であった。『活動性』と『言葉の量』の2項目は社会的活動性の因子であり、『食事の仕方』はセルフケアの因子に含まれる項目だった。

3) 2014年9月のRehabスコア

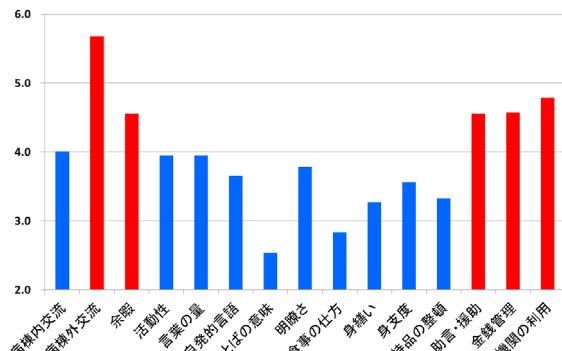


図3 2014年9月の項目別のRehabスコア

次に、直近である2014年9月のRehabの各項目の値を示す。点数の悪かった項目は、順に『病棟外交流(5.68)』『施設・機関の利用(4.79点)』『金銭管理(4.57点)』であった。

上記の3項目は、いずれの項目も2009年3月と比較すると差が少ない項目だった。

2. 年齢・主病名の変化

年々20~40歳代が減り、50~60歳代の利用者の割合が増してきている事で、平均年齢が上昇して

いる。

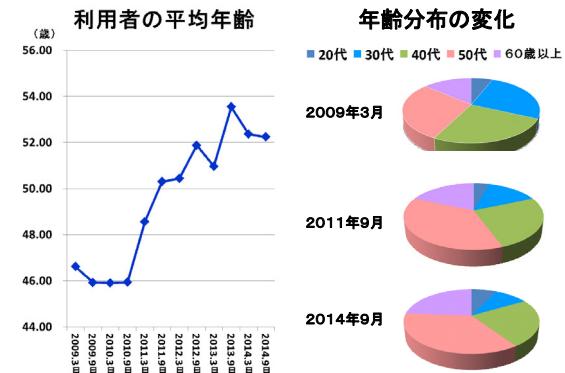


図4 利用者の平均年齢と年齢分布の変化

主病名に関しては、統合失調症が約8割を占め、その値は調査期間内で大きな変化は見られなかつた。

IV. 考察

まず、Rehabスコアを「全般的行動の合計の経時的变化」と「項目別の経時的变化」に分けて考察する。次に、直近である2014年9月のRehabスコアを項目別に分けて考察する。

特に値が悪化した項目や、現在値の悪い項目に着目し、その原因や対策などを検討していきたい。

1. Rehabスコアの縦断的評価

全般的行動の合計の値が年々悪くなっている事は、利用者の生活障害が徐々に重篤化している現状を示している。

また、2009年3月と2014年9月を比較すると、『活動性』『言葉の量』『食事の仕方』といった項目が大きく悪化していた。

『活動性』に関して、利用者の平均年齢の上昇により運動能力が低下したため、活動性も同様に低下したことは容易に想像できるが、デイケアでの『活動性』の評価は、プログラムへの参加の有無や参加態度も大きく影響している。利用者の中にはプログラムに参加せず、デイケアホール内の円卓を囲んでお喋りなどをしながら過ごす方が多い。これは、我々が提供している集団プログラムが、利用者の変化に対応できていないのではないかと考える。利用者が主体的に“参加したい”と

感じるプログラムを提供するには、まず利用者の希望や意見を吸い上げる場が必要となる。これまで職員側が一方的に提供してきた集団プログラムを、職員と利用者が共に考え決定していく工夫が大切ではないだろうか。勿論、プログラムは治療的である事が前提になる。単に楽しむプログラムとならないように、定期的な評価から個々のニーズを明確にする事も重要と考える。

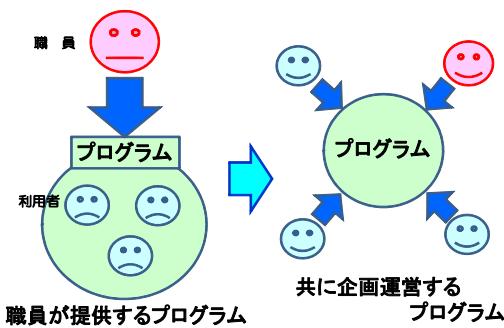


図5 今後のデイケア集団プログラム

『言葉の量』に関して、馴染みのメンバーと過ごす内に言葉数が少なくなり、相手の仕草や表情といったノンバーバルなサインを察する能力が高くなった結果とも言える。しかし、必ずしも利用者全員が必要な量で自分の意見を相手に伝えている訳ではない。そういう利用者に対しては、職員がテーマを設定し、交流の場を増やす工夫が必要になると考える。

『食事の仕方』に関して、利用者の食事方法を観察してみると、とにかくその食事の速さに驚かされる。かき込みや詰め込みなども多く姿勢も悪いため、当然食べこぼしなどもあり、それが Rehab スコアにも影響していると考える。その姿を見ていると、“食す”という行為に“味わう”という楽しみが欠けているように感じる。しかし、現状として食事のマナーや食べ方に対してのアプローチは未実施であり、安全管理のための業務的な視点で管理している程度である。

マナーや食器の使い方などの技術的なアプローチも必要であろうが、ゆったりと食事ができる時間配分や環境の設定、また職員の雰囲気作りなど職員側が工夫する余地が多分に残されていると感

じる。

2. 2014年9月（直近）のRehabスコア

値の悪かった項目は上位から『病棟外交流』『施設・機関の利用』『金銭管理』『余暇』『助言・援助』であった。

『病棟外交流』に関して、利用者の多くが同じ顔ぶれで過ごす事や、屋内活動中心のプログラムである事が要因と考える。

デイケア外でのプログラムを提供することが必要だが、外出した際にそこで役割を与えることや、職員が行っている他部署との調整・確認といった作業を利用者に代行してもらうことなど、ユニット外の方と関わる場面を積極的に設定していく。

次に、『施設・機関の利用』『金銭管理』『余暇』に関して、これらの項目に共通しているのはコミュニケーションの範囲が狭いという点である。

利用者の多くはデイケア終了後に出かけることなく自宅に帰る。また、日用品だけでなく自分の洋服まで家族に購入してもらう方もおり、休日でさえ「家に居たよ。」と答える事も多い。生活範囲は狭く限られており、特に外出や買い物をせずとも生活に不自由を感じない生活パターンが続いたため、前述した項目が悪い値になったと考える。また、利用者は統合失調症を呈する方が多く疾患的にも元々外界に対する興味・関心が乏しい。そのため、何かのきっかけでデイケアに通所しなくなると自宅に引きこもりがちになってしまう可能性が高い。我々に必要となるのは、“生活範囲の拡大”と“興味・関心の拡大”両方の視点を持つことを感じた。

現在もデイケアで定期的な外出プログラムを行っているが、それは“楽しむ事”を目的としたイベント的な意味合いが強い。無論、興味・関心を高めるための外出も必要だが、今後は自立に向けて、買い物や役所の手続きなど家族に依存していた部分へのアプローチも大切だと感じる。始めは、デイケアを通しての外出で構わないが、将来的には自分自身で外出して充実した時間を送って欲し

いと考える。

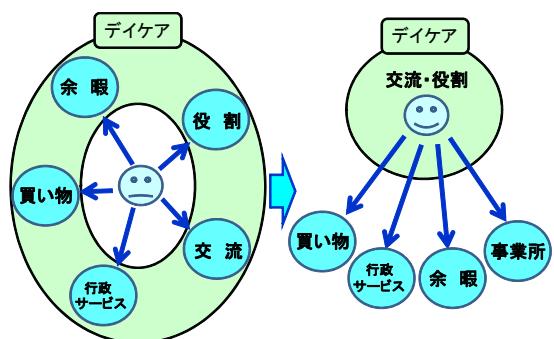


図6 理想とする生活空間の拡大

『助言・援助』に関して、利用者の能力ばかりでなく、職員側の関わり方にも起因しているのではないか。

最低限のリスク管理は必要だが、できるだけ利用者自身に“任せる”“待つ”“見届ける”といった視点が、これからアプローチに必要と考える。

V. まとめ

表2 まとめ

- 『活動性』を高めるために、職員と利用者が共に企画・運営する集団プログラムを実施する。
- 交流の場を増やす。ゆとりを持って食事をしてもらうなど、デイケアの運営面で工夫できる面も多い。
- 外出プログラムに関しては、楽しむだけでなく生活能力を高める関わりが重要。
- 指示的にならず、できるだけ“任せる”“待つ”“見届ける”といった支持的な関わりが必要。

VI. 終わりに

今回の調査から、デイケアにおいても入院患者と同じく、交流障害と活動性の低下が問題となる事が示された。これは、これまで筆者が取り組んできた長期入院患者が抱える障害と似通ったものであり、退院後も同じ課題を抱えているという事が、デイケア課へ配属になってから感じていた違和感の原因だった。

幸いにもデイケアには、“他職種でアプローチしやすい”ことや“プログラムの自由度が高い”

という強みがある。こういったデイケアの特性を活かして、利用者に価値のあるリハビリテーションを提供していきたいと感じた。

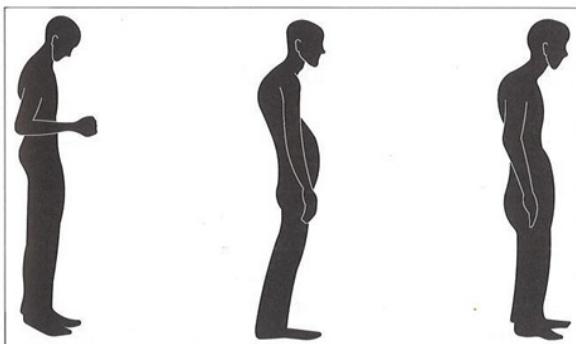
慢性期統合失調症患者への姿勢改善アプローチ

作業療法課 ○久保田 翔 山本 大輔

比嘉 創 作業療法課職員

第1病棟 比嘉 和枝 新垣 愛子 1病棟職員

I. はじめに



(山田孝・荻原嘉茂：精神分裂病に対する感覚統合療法に関する一研究。日本感覚統合障害研究会編：感覚統合研究第2集、115～130、1985。より)

図1 慢性期統合失調症患者にみられる特徴的な姿勢

当院の第1病棟に入院されている療養者の一部には図1の様な特徴的な姿勢をとる方が見られる。

このような姿勢をとる療養者は様々な不利益を被る。まずは、体幹が前傾姿勢になり、視野も狭くなることで障害物への認知が遅れ、接触し、怪我しやすい。また、歩幅が小さくバランスが悪くなり、転倒のリスクが高くなる。

社会的な視点からみると、見た目の印象が悪い事から、社会で生活していく時の大きなハンディキャップとなる。

そのため、今回これらの療養者に対し、姿勢が改善出来るようなアプローチはないかと探したところ、『精神科領域の作業療法』¹⁾という文献にて同様の姿勢を持つ療養者の方々に対し、Kingが米国で感覚統合的アプローチ^{注1}を行っているという紹介があった。しかし、文献には姿勢が改善したという明確な記載がなかった。さらに、日本での先行研究は探すことができず、検証の意義があると思い、取り組む事にした。

これまでの取り組みの過程と結果を検証し若干の考察を加え、報告する。

II. 研究方法

1. 実施期間

平成26年12月1日～平成27年4月4日
(全69回実施)

2. 対象者 (表1、表2)

表1 対象者の背景

	性別	年齢	診断名	罹患期間	入院期間
A氏	男性	70歳代	統合失調症	51年	1年11ヶ月
B氏	男性	30歳代	統合失調症	15年	6ヶ月
C氏	男性	60歳代	統合失調症	44年	18年5ヶ月
D氏	男性	50歳代	統合失調症	38年	10年6ヶ月
E氏	女性	60歳代	統合失調症	47年	9ヶ月
F氏	男性	50歳代	統合失調症	28年	6年1ヶ月
G氏	男性	40歳代	統合失調症	31年	5年6ヶ月

表2 対象者の背景

対象者	: 7名(男性6名、女性1名)
診断名	: 統合失調症
平均年齢	: 54.9歳 (32～72歳)
平均在院日数	: 6年3ヶ月 (6ヶ月～18年7ヶ月)
平均罹患期間	: 36年3ヶ月 (15年～51年)

3. プログラム (図2)

感覚統合理論に基づき、前庭感覚、固有受容覚、触覚を用い、適応的な刺激と反応を引き出しやすいアクティビティを選び、週2～3回の約1時間実施した。

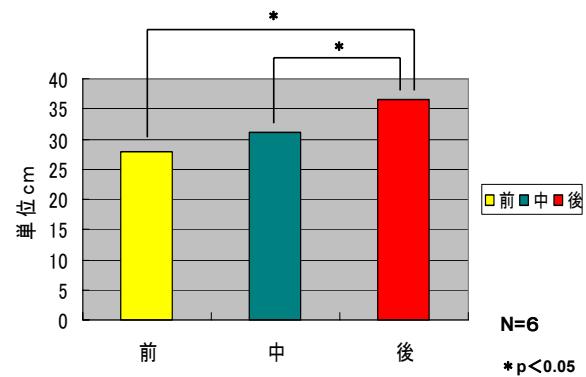


図3 ファンクションリーチテスト平均の推移

1) 乗馬マシン (Panasonic JOBA EU7800 使用)

1回5分

- 2) ワニワニパニック
- 3) ストレッチ (棒体操)
- 4) 玉入れ
- 5) パラシュート
- 6) 片足立ちバランス保持

乗馬マシンとワニワニパニック、ストレッチ、玉入れ、は運営時には必ず実施した。

4. 評価方法

- 1) ファンクショナルリーチテスト
- 2) 10m最大歩行
- 3) ワニワニパニック得点
- 4) 関節可動域測定
- 5) 姿勢写真 (正面、横)

以上5項目の評価結果をグループ開始前、終了後にて比較した。

5. 倫理的配慮

姿勢やプログラムの様子を撮影するにあたり対象者と家族に説明を行い同意を得た。また、対象者が特定されないように記述に配慮した。

III. 結果

1. ファンクショナルリーチテスト^{注2}

(図3、図4)

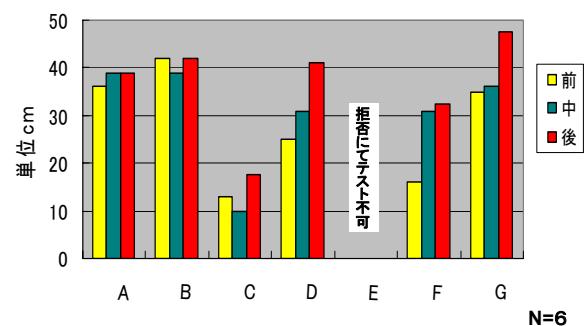


図4 ファンクションリーチテスト前中後(対象者別)

開始前平均で 27.8 cm だったのに対し、中間テストで 31 cm、終了後には 36.6 cm と記録が伸びた。開始前と終了後、中間と終了後において有意差がみられた。

2. 10m最大歩行 (図5、図6)

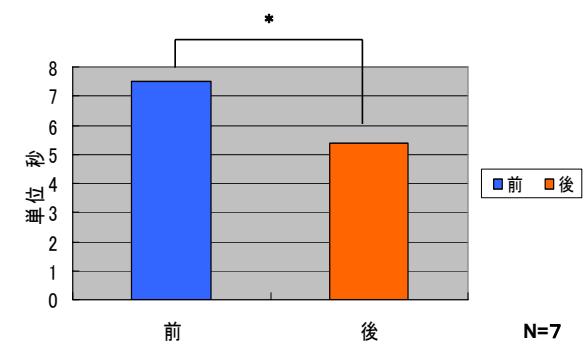


図5 10m歩行平均タイム 前後比較

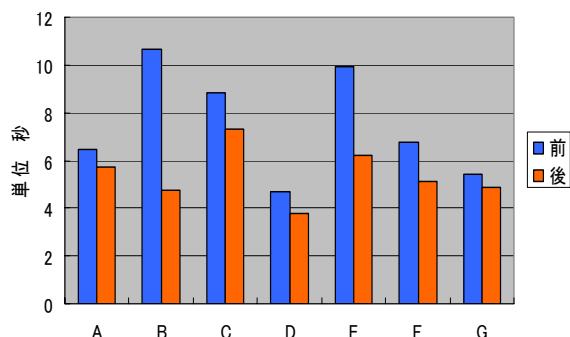


図6 10m歩行タイム 前後(対象者別)

平均タイムは開始前で7.5秒だったのに対し終了後は5.4秒とタイムが短縮し、有意差がみられた。

3. ワニワニパニック得点 (図7、図8)

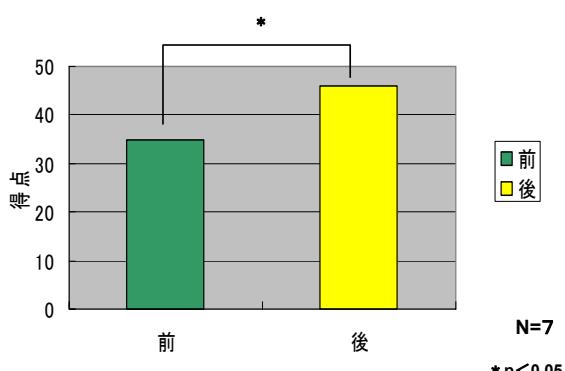


図7 ワニワニパニック平均得点の比較

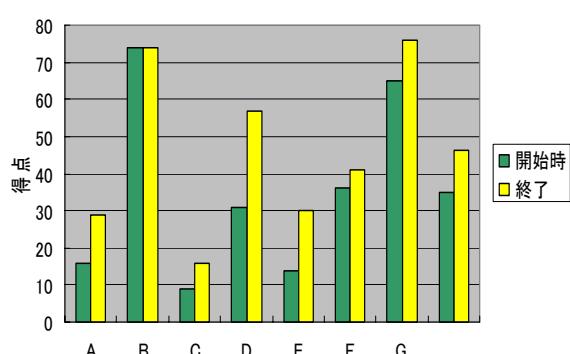


図8 ワニワニパニック得点前後比較(対象者別)

開始前平均で35点であったのに対し、終了後には46.1点と得点が向上し、有意差もみられた。

4. 関節可動域測定

関節可動域測定においては、特に大きな変化はみられなかった。

5. 姿勢写真 (図9-1、2、3)



図9-1 姿勢の変化 前後比較



図9-2 姿勢の変化 前後比較



図9-3 姿勢の変化 前後比較

左右方向へ体幹の傾きがみられたメンバーが開始前に比べ傾きが減少した。

IV. 考察

今回、姿勢改善を目的に感覚統合的アプローチを試みたが、安静時姿勢においては職員が目に見えて実感できる程の明確な改善には至らなかつた。

これは、特徴的な姿勢で長年生活してきたがゆえの「慣れた姿勢」が影響しており、そこから脱却するまでには至らなかつたと考える。

例えば、職員の声かけや介入により姿勢を正しても、無意識に戻る事があり、正された姿勢を維持することは大変な努力を要すこと。さらに、日々の暮らしの中での絶え間ない姿勢への高い意識が求められるのではないかと感じた。長年形成された姿勢を改善する事の難しさを感じた。

一方、身体能力面の評価にて点数の改善が見られたのは、今回のプログラムが相互的にメンバーの能力に作用した事により、能力の改善が図られたのではないかと考える。

「乗馬マシン」によるプログラムについてパナソニックのフィットネス機器 J O B A のホームページ²⁾によると、効果として「無意識に馬の動きに合わせ、前後左右上下に揺れ、背筋を伸ばしバランスを取り、落ちないように努める事でバランス能力の向上や歩行能力の向上と共に動作が機敏になる。」と記載されている。

このような効果が取り組んだ療養者の筋力の強化、足腰のトレーニング、正しい姿勢の保持の効果につながつたのではないかと考える。

また、「ワニワニパニック」のプログラムにおいては、高杉³⁾によると、「高齢者デイサービスメンバーに8ヶ月間、ワニワニパニックを取り組ませた結果、『反応速度』『ファンクショナルリーチテスト』の部分で他のリハビリを行つている患者さんよりも数値的に有意な改善が見られた。」と述べている。

この事からもワニワニパニックのプログラムはファンクショナルリーチテストの有意な改善つまり、バランス能力の向上につながつたのではないかと考える。これによって、転倒や物

にぶつかって怪我をすることのリスクの減少につながつたと考える。

また、高杉³⁾によると「ゲーム機を用い、身体を動かし、楽しい時間を過ごす事が結果として、身体能力の維持や向上につながる。」と述べている。このことから、単純に楽しむという体験が身体能力の向上に影響を与えた点も示唆できる。

今回、様々なプログラムを行い、対象者の姿勢改善へ向けてアプローチした。これらのプログラムに共通するのは感覚統合理論に示された感覚を刺激する点である。つまり、乗馬マシンでは前庭感覚を刺激し、ワニワニパニックでは触覚、固有受容感覚を刺激した。これらの要素を意識し、ほぼ毎日、1時間アプローチしたことが身体能力改善の大きな一助となつた。しかし、身体能力の向上は必ずしも、姿勢改善にはつながらないことがわかつた。姿勢改善には日頃から姿勢を意識し生活することや、高いモチベーションが必要なのではないかと感じた。

V. まとめ

1. 感覚統合理論を元に、固有受容覚、触覚、前庭感覚を刺激したプログラムを実施した。
2. 感覚統合理論を意識し、乗馬運動やワニワニパニックなど様々なメニューを行つた結果、身体能力向上につながつた。
3. 身体能力の向上は必ずしも、姿勢改善にはつながらないことがわかつた。

VI. おわりに

姿勢改善には「今の姿勢は美しくない」ということに気づくこと。さらに、「よりよい姿勢になりたい」という高いモチベーションが必要不可欠なのではないかと感じた。

しかし、慢性期統合失調症である、今回のメンバーに対してはそのような動機付け自体に困難さを感じた。

今後効果をあげるためにには、分かりやすく、自分自身の姿勢を認知するようなプログラム、

例えば鏡の前でのトレーニングなど、プログラムにさらなる工夫が必要なのではないかと考える。

るテスト。測定距離 15 cm未満が転倒の可能性が大きくなるとされている。

引用文献

- 1) 石井良和・京極真・長雄眞一郎：精神障害領域の作業療法 152~158
中央法規 2010
- 2) J O B A
<http://Panasonic.jp/fitness/joba/tokucho/special/sp04.html>
- 3) 高杉紳一郎：テレビゲームへの正しい理解
<http://research.cesa.or.jp/interview/takasugi02.html>
- 4) 中村隆一・齋藤宏・長崎浩著：基礎運動学 331~336 医歯薬出版株式会社

注釈

※ 1 …感覚統合療法はアメリカのエアーズという作業療法士が学習障害児のために開発した治療法。人間の感覚には味覚・視覚・聴覚・固有受容覚・前庭感覚などがあるが、ほとんどの人は無意識のうちに効率的に感覚調整し、周りの状況を理解し、適切な行動に移す。この感覚の連係プレイを「感覚統合」という。

感覚統合療法では、子どもの学習、行動、情緒、あるいは社会的発達を脳における感覚間の統合という視点で分析し、治療的介入を行う。治療例としては「揺れや回転を楽しむ（前庭感覚）」「身体の筋肉や関節からの情報を感じる（固有受容覚）」「情緒的な安定、身体のイメージをつくる（触覚）」などの感覚を効率よく得るために、ハンモック、空中ブランコ、バランスボールなどの遊具を用いて治療を行っている。

※ 2 …ファンクショナルリーチテストとはバランス能力を測定することが目的のテスト。立位姿勢においてそのまま片手を伸ばし、どこまで前方に重心を崩さずに手を伸ばせるかをみ

宿泊型自立訓練施設における主体的な他者交流への取り組み ～認知行動療法を用いた役割グループを通して～

社会復帰施設部 ○上原 拓未 宮城 智美
長浜 鈴香 栄野比千秋
上江洲多恵子

I. はじめに

宿泊型自立訓練施設「桜邸」（以下「桜邸」と略す）の施設運営の方針として“主体性や協調性を重視した”リハビリテーションを基本とし、意図的に他者との交流場面が多い環境を設定している。しかし、そのような環境の中でも自発的な言動が少ない利用者や受動的な姿勢の利用者が見られる現状を受けて、更なるアプローチの必要性を感じていた。

一方、桜邸には認知行動療法（以下 CBT と略す）的関わりを用いた“中間管理者グループ”という独自のシステムがある。グループでは毎週ミーティングが行われ、主体的なコミュニケーションが必要とされる。そこで、本研究では他者交流面で課題の見られる利用者を中間管理者メンバーに選出し、グループでの関わりが他者交流面に及ぼす効果を検証したので若干の考察を加え報告する。

II. 中間管理者グループの役割

中間管理者グループは、比較的安定した生活を送っている利用者 5~7 名を「中間管理者メンバー」として任命し、ともに同じ屋根の下に暮らす仲間としての視点から、他利用者の状態や施設の状況を把握する職員と他利用者のパイプ役として出発した。特に休日や夜間帯など職員不在の状況下ではこの連携が非常に有効で、緊急時対応などタイムリーな支援を可能にしていった。

このシステムが発展し、現在では桜邸運営において「自分たちのことは自分たちで決める」といった「桜邸の自治会」としての機能を有するまでになった。グループでは毎週ミーティングを開き、桜邸の重要事項を協議・決定・実践をしている。

話し合われる議題は当番活動の見直しや割り振り、といった施設運営に関するテーマから、新しく入所した利用者にどのように施設に慣れてもらうか、といった個別のケースまで多岐に渡る。その他、緊急時対応では要のリーダーとして必要な連絡や連携を取ったり、桜邸の運営上重要な役割や問題提起、次の中間管理者メンバーの育成まで担っており、桜邸においてなくてはならないポジションを確立している。

このように中間管理者メンバーは様々な役割を担っており、その性質上、周囲への高い関心や問題点への気づき、主体的な発信など高いコミュニケーション能力が必要とされる。

表1 中間管理者グループの役割

	発足時(2010年)	現在(2015年)
役割	<ul style="list-style-type: none"> ・職員と他利用者のパイプ役。 他利用者の状態を把握、連携。 「〇〇さん、夜寝てないみたいだよ」 「休日に知らない人が来ていた」 	<ul style="list-style-type: none"> ・桜邸の重要事項の検討・決定・実践や問題提起。 「人が少ないから清掃担当の計画振りの仕方を変えた方がいい」 ・緊急対応時のリーダー。 ・桜邸運営や休日ごかかる業務、朝礼の司会や夜間の戸締り。 ・新入所者の状態把握、役割参加への個別調整。 ・次の中間管理者メンバーの人才培养。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・職員不在時(夜間・休日)の利用者の状態や施設の状況を把握。 ・タイムリーな支援 ・利用者視点での気づきの把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分たちで考え自分たちで決める環境の設定。 ・桜邸の環境・生活・ルールに対して納得して組める。
機能	桜邸の管理人	桜邸の代表・自治会

III. 研究方法

表2 研究方法

期 間: 2015年3月～2015年5月

対象者:中間管理者メンバー7名のうち新メンバー3名

方 法:中間管理者メンバー選出

→CBT的関わりのグループワークの運営

→他者交流の変化を観察

評価方法

①精神科リハビリテーション行動評価尺度(Rehab)の比較

②個人記録および観察記録の検証

1) グループ運営の方法

①場面設定

個室にて安心して思いを表現しやすい環境を設定する。

②グループ運営の流れ

中間管理者メンバーと職員1～2名で毎週1回ミーティングを行い、議題を協議・検討し、決定する。決定事項は実際に桜邸内で実践し、次のミーティングにてその結果を評価する。必要であれば見直しを行う、というサイクルの形式をとる。

2) 職員の介入のポイント

- ①協同的問題解決の姿勢、ソクラテス式質問法を多用し双方向的コミュニケーションを促すなど、CBT的関わりを基本とする。
- ②議題解決の方法は中間管理者メンバーにすべて任せるものから、職員からいくつか案を提示する、など協議事項の内容や難易度に応じて議題設定を工夫する。また毎回メンバーからも議題（話し合いたいテーマ）を募る。

3) 個別アプローチ

- ①居室訪問や個別面談を通して中間管理者メンバーである意義を再確認し、加入後の本人の変化をフィードバックする。
- ②定期的にベテラン管理者メンバーと連携し、新加入メンバーの様子や現状を共有。各人のペースや達成度にあわせた役割を設定し、任命を依頼する。

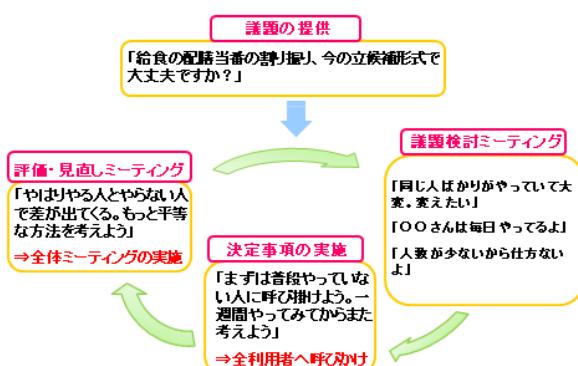


図1 グループ運営の流れ

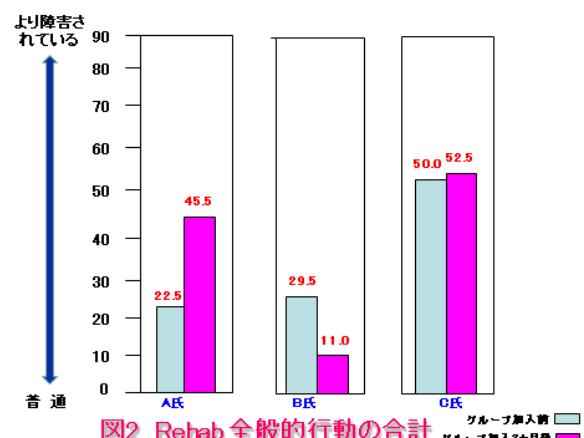
III. 経過及び結果

診断名は統合失調症患者であり、入所後半年～11ヶ月が経過している。桜邸の生活やシステムにも適応している状態であり、基本的な意思疎通や交流に問題はないものの、自信や積極性、主体性の乏しさなどの特徴が多く見られた。

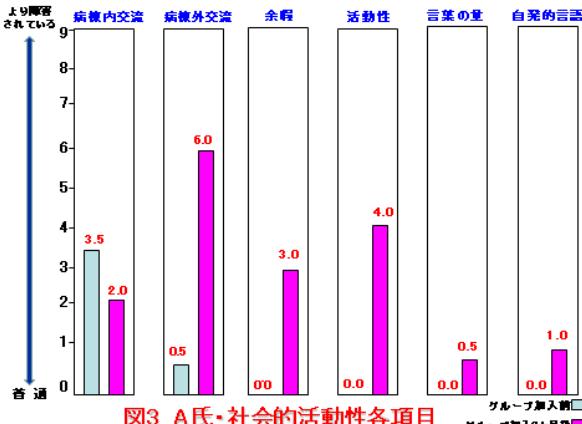
表3 対象者のプロフィール

対象者	性別	年齢	診断名	入所期間	エピソード
A氏	男性	40代	統合失調症	7ヶ月	・日中活動には熱心に参加。 ・役割や決められた集団活動に対して「最後までできないかもしれない不安」のため消極的。
B氏	女性	50代	統合失調症	6ヶ月	・活動はすべて参加しており協力的だが受動的で自主的な言動や声かけはない。
C氏	女性	20代	統合失調症	11ヶ月	・理解力、周囲への関心はある。 ・自発語あまりなく、意思表示苦手で必要最低限の会話の発信も難しい。

1. Rehab 結果



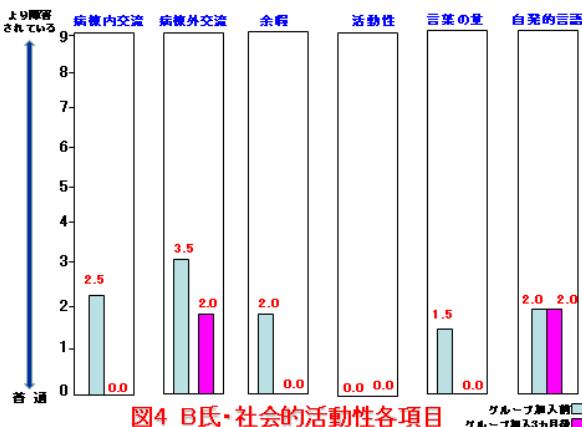
中間管理者グループ加入前後のRehabの結果を比較した。全般的行動の合計では、B氏は大幅な改善が見られたが、C氏はほぼ変化なく、A氏については悪化した結果となった。次に、Rehab項目の中でも他者交流に関連する社会的活動性因子の各項目の結果を図3～5に示す。



1. 観察記録

表4 中間管理者ミーティングでの言動の変化

	A氏	B氏	C氏
1期 (1ヶ月)	<ul style="list-style-type: none"> 個室の中心から離れた位置に座っている。 発言ほとんどなし。 熱心に周囲の話を聞いていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 発言ほとんどなし。 笑顔で話を聞いている。 メンバーの様子をよく観察している。 	<ul style="list-style-type: none"> 落ち着かず、緊張した様子。質問にも無言。 集合時間には集まっている。 終始反応薄いが、内容は把握している。
2期 (4ヶ月)	<ul style="list-style-type: none"> 発言あまりなし。 一度頼まれたことは、次回からは指示がなくとも自発的に行う。(ミーティング時の書記など) 	<ul style="list-style-type: none"> 発言増えず。「みんなの意見の方でいい」 与えられた役割に対して「できるかな」「まずはやってみよう」 	<ul style="list-style-type: none"> 発言増えず。 時折笑顔見られる。 特定のメンバーには自分から質問する。
3期 (5ヶ月)	<ul style="list-style-type: none"> 議題に対して「~した方がいいんじゃないかな?」と提案する。 周囲に話してどうする?など自分から静かに相談する。 	<ul style="list-style-type: none"> 発言量少し増える。隣のメンバーに対して「大丈夫だよね?」など確認をする。 他のメンバーの仕事ごも忘れたらかしいそだから」と声をかける。 	<ul style="list-style-type: none"> 自発的な発言はない。 質問されると自分の意見を答える。



1) 中間管理者ミーティングでの言動の変化

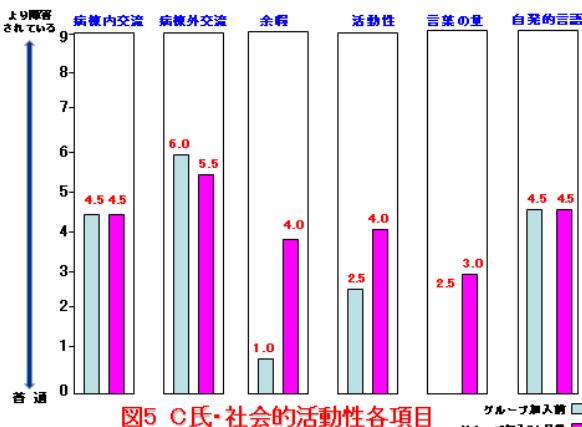
1期では、新メンバーは中心から離れた位置から全体の流れを見ていた。周囲の話に深くうなづいたり、ベテランメンバーがどのようにミーティングを進めているか注意深く観察していた。しかし、ミーティング時に新メンバーからの発言はほとんど聞かれず。

2期に入るとメンバーそれぞれの適性を考慮し、実際にベテランメンバーから役割を与えられている。決定事項には従い、自分の役割を真剣にこなしている。必要な質問や詳細の確認も行っており、苦手なことに挑戦している言動も見られた。一方でミーティング時には周囲や議題についての自発的な発言は増えず、自分の役割に関する発言にとどまっている。

3期では議題に対して自分の意見を伝えたり、他メンバーと相談するなど協力的にミーティングを進めていく様子がうかがえた。発言量はそれほど増えていないものの、ベテランメンバーの声かけに対して自分なりの考えを話すなどの変化が見られるようになった。

2) 生活場面における個人の変化

A氏は、グループ加入前は身体疾患を持っていることを気にして集団活動や役割を担うことに対する自信が持てない様子が伺えた。真面目で向上心があり、体力作りや日中活動には積極的だが中間管理者グループへの加入に関しては「周りに迷惑をかけてしまうかもしれない」と不安が強く、



A氏は病棟内交流のみ若干の改善が見られた。B氏については活動性、自発的言語を除いたすべての項目で改善が見られた。C氏はすべての項目においてほぼ変化は見られなかった。

躊躇していた。一方で「自分が成長するチャンス」という自覚もあり、職員との面談を重ね、全て完璧にしなくてもいいことを繰り返し確認して「全部には参加できないかもしれない。体がもつならやります」と加入を決めた。

書記や朝礼の司会進行、夜間の戸締まり当番など多くの役割を引き受け、ミーティングでも発言を必要とされる中で、現在は「中間管理者じゃなかつたら気にしないことも気にするようになった。共用場所の汚れとか配膳当番が誰か、とか」と周囲に関心を持つようになっている。またインフルエンザの注意喚起や、桜邸のルール遵守を促すなど、率先してスピーチで全体に周知するなど行動にも変化があった。

表5 A氏の生活面での変化

<グループ加入前>	<グループ加入後3ヶ月経過>
<ul style="list-style-type: none"> ◆身体疾患を気にして、集団や役割を担うことに対して自信が持てない様子。 ◆真面目で向上心があり、体力作りや日中活動には積極的。 ◆「周りに迷惑をかけてしまうかもしれない」が「自分が成長するチャンス」 	<ul style="list-style-type: none"> ◆「中間管理者じゃなかつたら気にしないことも気にするようになった」 一朝礼にて自発的にインフルエンザの注意喚起や施設内のルール遵守の促しを行った。 ◆夜間の戸締りの際には睡眠時間をずらして行うなど自分の生活と役割を両立させている。

B 氏は生活全般的に自立しており、日中活動にも毎回必ず参加していた。職員や他利用者の協力依頼は断らず、関心もあるが自分から活動を進めたり、周囲に声をかけることはなく誰か他の人が始めるのを待っているなど、受動的な姿勢だった。中間管理者グループについては「外はもっと大変だから今のうちにいろいろやった方がいい」と承諾するが「自分にできるかな」と不安な様子だった。

中間管理者グループ加入当初から「やるからには責任がある。時間も守らないとね」と担当した役割は正確にこなしていた。一方で「時間がなくて1日があつというま。誰か他にできる人がいたら代わってほしい」と弱気な発言も聞かれた。そのつどベテランメンバーや職員からフィードバックを重ね、現在は「やることが多いから自分の時

間が少ない。大変だけど、自分と戦ってるんだよ。前はできないことが多かったけど、今はできることが多くて嬉しい」と振り返っている。

表6 B氏の生活面での変化

<グループ加入前>	<グループ加入直後>
<ul style="list-style-type: none"> ◆生活全般自立しており、日中活動にも欠かさず参加している。 ◆周囲に声かけすることではなく、受動的な姿勢。 ◆「外はもっと大変だから今のうちにいろいろやった方がいい」。 ◆「自分にできるかな」と不安げ。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆「やるからには責任がある」 一担当した役割は正確にこなす ◆「誰か他にできる人がいたら代わってほしい」 ◆「大変だけど自分と戦ってる。前はできないことが多かったけど、今はできることが多くて楽しい」 ◆ベテランメンバーに戸締りの報告をしながら雑談も増える。

C 氏は日中活動や ADL は自立しているが自発語が少なく、意思表示が苦手だった。清掃当番や配膳当番などを行う際の必要最低限の会話も自分から発信することが難しく、相手が気づくまで待っている状態だった。周囲と交流したいという気持ちはあるが「話が合わない」と対人交流がほとんど見られず、余暇時間には一人で過ごしていることが多かった。「共通の話題をもつ」「話しやすい人を作る」という目標を掲げ、中間管理者グループの加入を決めている。自発語には大きな変化はみられないが、他の中間管理者メンバーが食堂で談笑している中に自分から入っていく、などの行動がみられるようになった。現在は「中間管理者メンバーになってからBさんと話すことが増えた。優しいから話しやすい」と話し、幻聴があり話し相手が欲しい際に B 氏の居室を訪れるなど、徐々にではあるが自分から発信し交流しようとする姿勢が見られるようになった。

表7 C氏の生活面での変化

<グループ加入前>	<グループ加入後3ヶ月経過>
<ul style="list-style-type: none"> ◆自発的な発言少なく、意思表示が苦手。 ◆当番活動などの必要な声かけもできず、相手からくるのを待っている状態。 ◆周囲とかかわりたい気持ちはあるが、単独での時間多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆自発的な発言量は変わらず。 ◆中間管理者メンバーが食堂で談笑している中に自分から入っていく。(発言なし) ◆「Bさんと話すことが増えた。優しいから話しやすい」 —話し相手が欲しい時にはB氏の居室に訪れる

IV. 考察

観察記録の結果からは、若干ながら変化の兆しが伺えた。

CBT的なグループワークを通して、グループに参加するだけでなく常に自分で考え、発言を求められる機会を経験する。さらに、ミーティングでの決定事項は現場で反映され、職員やベテランメンバーからこまめにフィードバックを受けることを繰り返す。自分のみならず、他利用者の生活にも直結する重要事項を扱う責任と、その過程を通して、段階的な成功体験を積み重ねた結果、自信に繋がり、徐々に主体的な態度に変化したと考えられる。

このように、明確な責任の下でのグループ運営と、自ら考え、気づきを促す CBT的な関わりが中間管理者グループ独自の特性であるといえる。

更に、生活場面では、余暇時間に中間管理者メンバーが食堂に集まり交流が見られるようになるなど、ミーティング以外での自然な交流に結び付いている。毎週顔を合わせ話し合う中で、メンバ一間の相互理解が深まり、仲間意識や所属意識が高まったと考えられる。

一方で Rehab の結果からは、著明な改善は得られなかった。1週間の客観的な行動を観察する Rehab の特性上、交流に対する姿勢や細やかな変化までは抽出し難いことが考えられる。今回の研究段階では、3ヶ月という短期間での経過と評価に留まるため、追跡研究にて交流面も含めた障害の改善に繋がる可能性が考えられる。また今後は質的な交流を評価する客観的な尺度も併せて使用し、量・質の両面から変化を検証したい。

就労訓練工場「しせいかい」が、地域活性化事業に参加した実践報告と外部評価 ～一般就労以外の社会参加のあり方と就労支援事業所の今後のビジョン～

社会復帰施設部 ○長根山由梨 栄野比千秋
上江洲多恵子

I. はじめに

沖縄県うるま市の就労訓練工場「しせいかい」（以下、「しせいかい」と略す）は、1993年から就労リハビリテーションに取り組み、精神障害の改善と雇用創出を目標にしてきた。

当事業所のリハビリテーションにより地域生活可能な状態まで障害が改善された方々のうち、一般就労に至ったケースもあるが、多くは事業所内で訓練を継続しており、ネットワークや障害者理解の不足などにより一般就労は厳しい現状にある。しかし、昨年の第27回医学会において、外部出店によって当事業所の利用者にこれまでにない意識や行動の変化が見られたことを報告した。その成果に基づき、外に出る取り組みを継続して社会参加の機会を増やすことで、利用者が本来の力を発揮し新たな可能性が開けるのではないかと考えた。

今回はうるま市地域活性化事業に参加した実践報告と外部評価をもとに、障害者にとって一般就労以外の社会参加のあり方を検討し、就労支援事業所の今後のビジョンについて言及したい。

II. うるま市地域活性化事業の説明（表2）

表2 うるま市地域活性化事業の説明



1. 目的

市の委託事業で、うるま市の「食」をテーマに特産品の開発・販路開拓などをプロデュースする。市内の中小企業が身の丈にあった事業展開を行えるよう支援し、その成果によりうるま市の新たな魅力の発信や消費拡大、地域活性化を目指す。

2. 構成員

参加者は、市内約20社の食品関係事業者で、喫茶、漁業、農業、食品加工など多岐に渡る。また事業提供者には、うるま市商工観光課、商品開発のコンサルタント会社、マーケティング会社など知識・経験・技術を兼ね備えたスーパーバイザーが参加者をリードし、実践指導に当たった。

III. 方法

表1 方法

・期間：2014年5月～2015年4月まで(11ヶ月間)

・方法

- 1)「しせいかい」のビジョンの策定と変遷
- 2)ビジョンの変遷と実践の流れ

・評価方法

- 1)外部評価
- 2)利用者の変化

1. 取り組み期間

2014年5月～2015年4月（11ヶ月間）

2. 方法

今回の取り組みを以下の項目に分けてまとめた。

- 1) ビジョンの策定と変遷
- 2) ビジョンの変遷に伴う実践の流れ

3. 評価方法

- 1) 外部評価
- 2) 利用者の変化

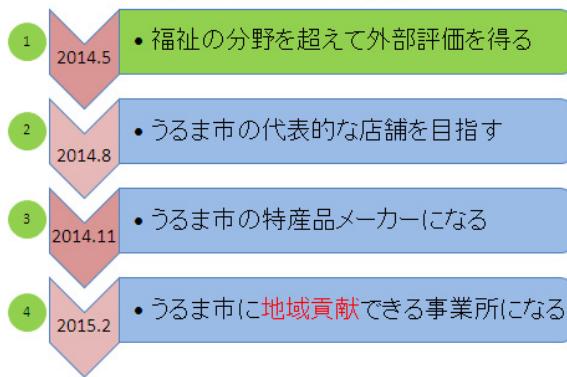
IV. 経過及び結果

1. ビジョンの策定と変遷

企業として外部評価を得るために、一貫性と長期的な視点が欠かせないと考えた。そこで取り組み開始当初から事業所独自のビジョンを作り、以下のように変化させていった（表3）。

- 1) 「福祉の分野を超えて外部評価を得る」
- 2) 「うるま市の代表的な店舗を目指す」
- 3) 「うるま市の特産品メーカーになる」
- 4) 「うるま市に地域貢献できる事業所になる」

表3 ビジョンの変遷



2. 実践内容

- 1) 「福祉の分野を超えて外部評価を得る」
地域活性化事業の関係者に、外部の目線で各工場について評価してもらい以下にまとめた（表4）。

表4 外部評価のポイント

外部評価	商品（サービス）の質・管理面・マンパワー（赤字は課題）
製麺工場	<ul style="list-style-type: none"> ・麺のおいしさ ・利用者のみで製造 ・新商品の質も◎ ・できるだけ機械に頼らない職人的技術 ・学校給食に採用される優良企業 ・機械や品質の管理
農場	<ul style="list-style-type: none"> ・うるま市内の学校給食で採用 ・安定した供給量の維持 ・豊富な種類を作る技術
食品加工工場	<ul style="list-style-type: none"> ・粉末唐辛子のおいしさ ・他企業と協同でソーセージ開発 ・機械や品質の管理
パン工場	<ul style="list-style-type: none"> ・製品の質が安定しない
喫茶	<ul style="list-style-type: none"> ・イベント出店、通算77日 ・マスコミやイベントを呼び込む広報力

・製麺工場

麺のおいしさが初めから評価された。利用者

のみで製造にあたり、次々と新商品開発を成功させ、特に色合いやコシを出すために配合や茹で時間を微調整する職人的技術が評価された。学校給食の厳しい検査に通る優良企業とも評されたが、品質や機械管理の強化が課題とされた。

・農場

2015年から市内学校給食に採用され、子どもたちにも食べてもらえる野菜となった。豊富な種類を作り、安定供給するにはマンパワーが足りず、課題が残る。

・食品加工工場

粉末唐辛子のおいしさと、パウダーの製造技術が評価され、他企業とソーセージを共同開発するに至った。課題としてより高度な品質管理、多数の機械をメンテナンスする技術が上がった。

・パン工場

製品の質が一定しないため、関係者の意見や要望を取り入れて、製造工程の見直しなど改革のきっかけが得られた。

・喫茶

「しせいかい」全体の広報部隊としての役割を担うが、複数のマスコミやイベントを呼び込む広報力が評価された。

2) 「うるま市の代表的な店舗になる」

喫茶ガーデンクレスを中心に、地域活性化事業で習ったPR方法を実践し、うるま市に向けた広報活動に継続して取り組んだ（資料1）。

2 資料1 うるま市に対する広報活動



「FM うるま」や「琉球新報」など、地元メディアの活用、あるいは地元高校生との協同イベント、県外企業との商談会におけるPR、うるま市の広報テーマ「うるまはうまい」のポスター参加など、多岐に渡った。マスコミを呼び寄せるためのテーマ選びや書類作りは利用者が中心に行った（資料2）。

資料2 利用者が作成したPR資料

報道関係者各位

2014年9月19日

障がい者が手作り生産、コレーヴース一年間出荷数3万本到達！

就労訓練工場しせいかい(沖縄県うるま市大田7-1 代表:上江洲多恵子)は、2014年9月8日、全工程手作り生産のコレーヴースー(150gと25g)の2013年ににおける出荷数が3万本に到達いたしました。

就労訓練工場しせいかいは、精神障がいや知的障がいを持つ人たちの技能訓練や生活支援を行っている施設です。

コレーヴースー(島唐辛子の泡盛漬け)は、就労訓練の一取り組みとして、数名のサービス利用者及び支援する職員の手によって作られています。

製品の生産におきましては、瓶の洗浄から始まり、製品の箱詰めまで、全ての工程を手作業で行っています。

農繁期である7月・8月・9月は、多い月で大・小400ケース(1ケース24本入り)の注文を受けることがあり、多くは県外に向けて出荷されるものです。

今後も就労訓練工場しせいかいは、コレーヴースーやその他商品を通じて、障がいを持ちながら就労訓練に参加する方々にとって、雇用創出の機会を育成したいと考えております。(一部省略あり)

3) 「うるま市の特産品メーカーになる」(表5)

3 表5 特産品メーカーを目指す取り組み

-  市特産品の津堅島産にんじんを練りこんだ「にんじん麺」の商品開発がスタート
-  製麺工場利用者を中心に新商品開発
「カラシナ麺」「いぐさ麺」「ラーメン」...
-  「にんじん」麺を新たな特産品として周知するため、調理師専門学校、市内の高校生と協同でメニュー開発、出店販売
-  「にんじん麺」が食育素材として市内学校給食にデビュー
うるま市の代表として「にんじん麺」でイベント出店

製麺工場の利用者が、市特産品の津堅島産にんじんを練りこんだ「にんじん麺」の開発に挑んだ。その他に地元の素材を練りこんだ「カラシナ麺」「いぐさ麺」、また県外客のニーズを意識した「にんじんラーメン」など続々と開発を行った。また「にんじん麺」が新たな特産品として地域住民に認知されるよう、地元高校生と協同でメニュー開発を行い販売出店した。

また市内学校給食の管理栄養士の方々に、食育素材として「にんじん麺」をPRし、厳しい保健所検査に合格後、給食デビューが実現した。またうるま市の代表として「にんじん麺」でイベント出店する機会も獲得し、市商工観光課からは「今後も積極的に地域活性化に貢献してほしい」と激励のコメントを受けた。事業関係者が利用者と直接、商品開発の話し合いを行うこともあり、利用者も職員抜きで自信をもって対応する場面が増えた。

4) 「うるま市に地域貢献できる事業所になる」

現在は、このビジョンを掲げ事業進行中である。これまでの取り組みを通して、就労支援事業所としても注目を受け、2015年5月には地元新聞の福祉関係のコーナーに取り上げられた。精神障害者が通う事業所は、匿名性が保てないことを理由に取材拒否が多いとされるが、当事業所にとって利用者の歩みが掲載されれば、障害者やその家族にとっても希望をもたらすのではないかと判断した結果だった。

利用者の中には、取材を断る方々もいた。しかしそういった方々も、事業所がメディアに登場すれば、記事を切り抜いて、職員よりも早く知らせに来るなど、関心と好意的な反応が見られた。

V. 考察及びまとめ

本事業は、幅広い挑戦の機会を当事業所に与えた。その実践を支えたのは、常に前向きな利用者の姿勢だったと考える。細かい要望や困難には多数出会ったが、そのたびに、職員よりも早く「やるしかない」と頭を切り替え、逃げない強さを見せつけた。今回の取り組みが、福祉の分野を超えて、地域社会から

認められ求められる経験となり、利用者にとってはそれが喜びや使命感につながり、職員以上にストレングスされたと考えられる。一般就労以外の形で、利用者本来の力を引き出す社会参加のあり方として、今回の取り組みは有効的な事例として示せるのではないか。

また、良い物作りを徹底する利用者育成を続けていれば、障害者であっても地域貢献が可能で、地域貢献を続けてネットワークを広げることが、一般就労の可能性を開くことにもつながると考える。厚生労働省の「工賃向上計画」を推進する具体的指針において、企業的経営手法の導入が謳われており、福祉と企業両面の視点をもつことが、今後の就労支援事業所にとって重要だと考える。

VI. 終わりに

今後の展望として、事業参加を継続して、関係の方々の精神障害に対する理解や意識の変化、また雇用について検討可能な程度にまで障害者理解が深まったかを追跡調査する必要がある。また利用者がこういった社会参加を継続することで、QOL や就労意欲などの面でどのように変化するか明らかにしていきたい。

志誠会における肥満の現状

陽光館施設長 小渡 露月 大城 恵
比嘉 貴代 又吉 克美

.はじめに

近年、沖縄県では肥満の増加傾向に対して危機感を持ち、メディアが率先して「イチキロヘラス」運動のスローガンを掲げ、盛んにキャンペーンを行っている。

志誠会においても例外ではなく、今回、年に1回の健康診断の結果から肥満度の基準となるB M Iを測定し男女別・各施設別に表示した。また全職員を対象に健康に対する意識調査を実施し、分析した結果を報告する。

.研究方法

1 . 研究期間

1) 健康診断

平成 26 年 4 月 1 日 ~ 平成 27 年 3 月 31 日

2) 健康に対するアンケート調査

平成 27 年 5 月 13 日 ~ 5 月 22 日

2 . 対象者

志誠会 全職員 333 名

3 . 評価方法

1) B M Iによる「肥満」判定(表1)

表1 肥満の判定基準

	日本肥満学会	WHO基準
<18.5	低体重	underweight
18.5≤～<22	標準体重(理想体重)	
18.5≤～<25	普通体重	正常
25≤～<30	肥満1度	肥満前段階
30≤～<35	肥満2度	肥満I度
35≤～<40	肥満3度	肥満II度
40≤～	肥満4度	肥満III度

引用:日本肥満学会・肥満診断基準検討委員会

脂肪組織が過剰に蓄積した状態が「肥満」である。脂肪量をよく反映する Body mass index (B M I) = 体重 (kg) ÷ [身長 (m)] ² を用いた。B M I が肥満判定の指標とされる大きな理由として、B M I の増加が冠動脈疾患や脳血管障害など

肥満合併症による死亡の危険因子として確立しているからである。

日本肥満学会によると日本人は B M I 18.5 kg / m² 以上 25 kg / m² 未満を普通体重としているが、特に B M I 18.5 kg / m² 以上 22 kg / m² を標準体重 (理想体重) とし B M I 25 kg / m² 以上の場合は肥満と定義している。

2) 健康に対する意識調査のアンケートについて
志誠会全職員へ院内 LAN で平成 27 年 5 月 13 日 ~ 5 月 22 日まで表示し集計した。回収率は 54% (表 2)

表2 志誠会職員の健康意識調査

- 問1. 過去1ヶ月間のあなたの健康状態はどうでしたか？
- 問2. 過去1ヶ月間に日常生活や仕事や家事などの普段の行動が心理的な理由でどのくらいかづられましたか？
- 問3. あなたは体重管理のためにどのようなことをしていますか？(複数回答)
- 問4. あなたが現在摂っている食事を、どのように思っていますか？
- 問5. あなたは日常生活で健康的維持・増進のために意識的に身体を動かしたり、運動をしたりしていますか？
- 問6. あなたはこの1ヶ月間に不満・悩み・苦労・ストレスなどがありましたか？
- 問7. 毎日の生活が充実していますか？
- 問8. これまで楽しんでやれていったことが、今も楽しんでできていますか？
- 問9. 以前には楽でできていたことが、今までおっくうに感じられますか？
- 問10. 自分は微々立つ人間だと考えることができますか？
- 問11. 理由もなくつぶれた感じがしますか？
- 問12. 最近ひどく困ったことや辛いと思ったことがありますか？
- 問13. あなたは毎日の睡眠で体調が十分とれていると思いますか？

2015 年 12 月から始まる職場のメンタルヘルス対策として年に一度のストレスチェックが義務化される。

.経過及び結果

1 . B M Iによる肥満判定

図1は平和病院の男女別職員の B M I 分布図である(図1-1、1-2)。

縦軸は年齢、横軸は B M I 値である。黄色枠は B M I 標準体重 (理想体重) である。青い縦線は志誠会職員の B M I の平均値である。

平和病院の男性職員の B M I 平均値は 23.8 kg / m² 、女性職員は 23.6 kg / m² と標準体重 (理想体重) を上回っている。

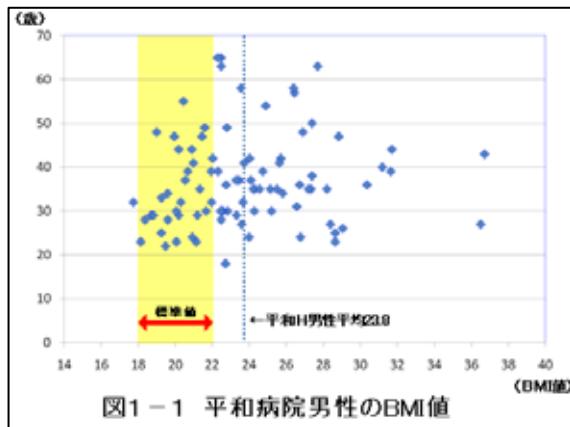


図1-1 平和病院男性のBMI値

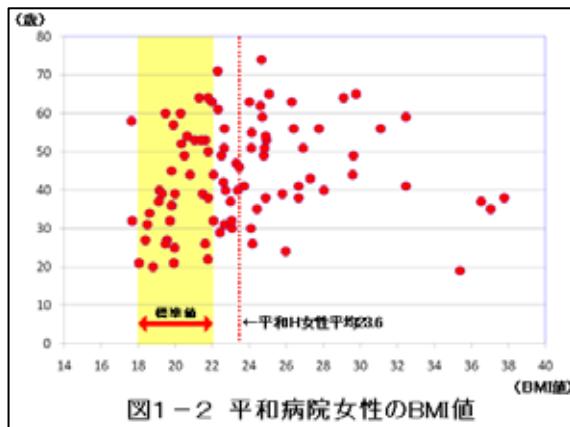


図1-2 平和病院女性のBMI値

男性職員の 89 名中 29 名は、肥満 1 度～ 2 度である。女性職員の 91 名中 21 名は、肥満 1 度～ 2 度である。

図 2 は陽光館の男女別職員の B M I 分布図である(図 2-1、2-2)。

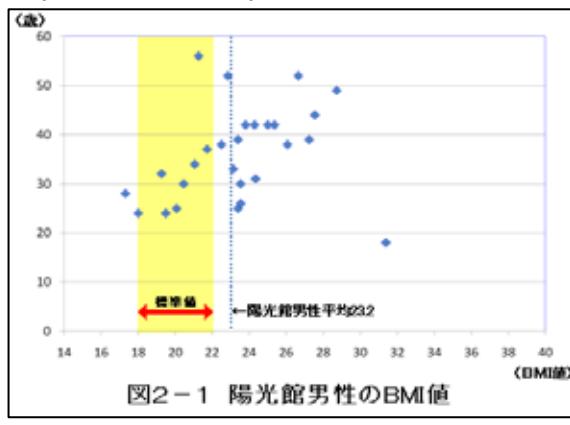


図2-1 陽光館男性のBMI値

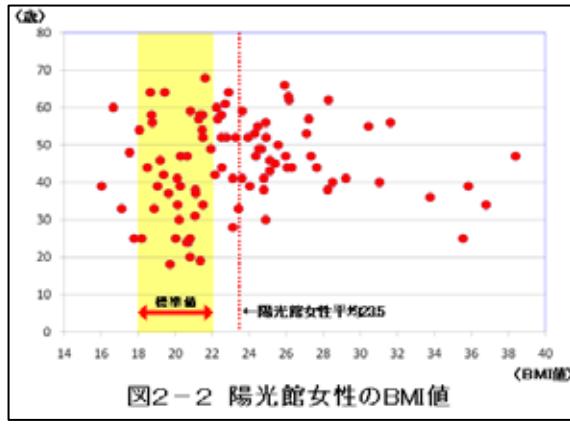


図2-2 陽光館女性のBMI値

陽光館の男性職員の B M I 平均値は 23.2 kg/m^2 、女性職員は 23.5 kg/m^2 と標準体重(理想体重)を上回っている。男性職員の 28 名中 8 名は、肥満 1 度～ 2 度である。女性職員の 96 名中 27 名は、肥満 1 度～ 2 度である。

図 3 は P R F の男女別職員の B M I 分布図である(図 3-1、3-2)。

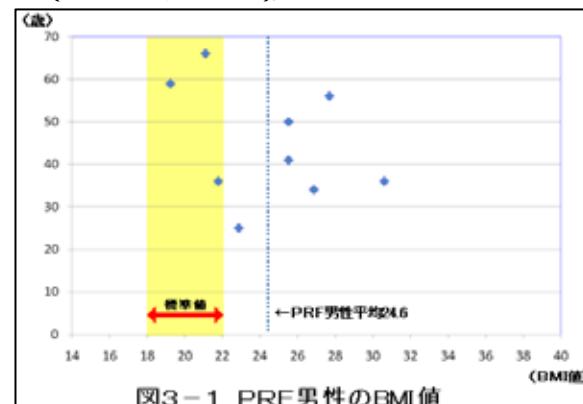


図3-1 PRF男性のBMI値

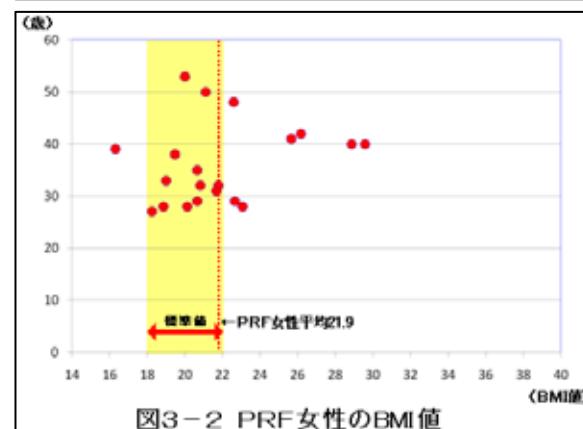


図3-2 PRF女性のBMI値

P R F の男性職員の B M I の平均値は 24.6 kg/m^2 と標準体重(理想体重)を上回っているが、女性職員は 21.9 kg/m^2 と標準体重枠内である。

男性職員の 9 名中 5 名は、肥満 1 度～ 2 度である。女性職員の 20 名中 4 名は、肥満 1 度～ 2 度である。

表 3 は志誠会全職員の男女別の B M I 比率を示している(表 3)。

志誠会の男性職員 126 名中、標準体重以上(B M I 22 kg/m^2 以上)は 81 名で 64.2% である。また B M I 25 kg/m^2 以上は 81 名中、42 名で 33.3% である。

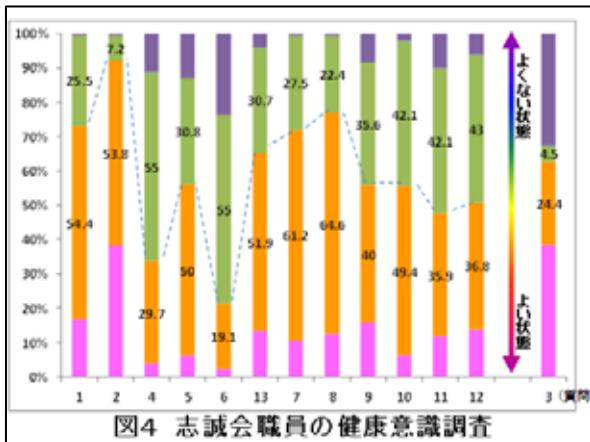
志誠会の女性職員 207 名中、標準体重以上(B M I 22 kg/m^2 以上)は 115 名で 55.5% である。また B M I 25 kg/m^2 以上は 115 名中、52 名で 25.1% である。

表3 志誠会全職員の平均年齢およびBMI値					
性別	職員数(平均年齢)	BMI平均	18.4以下	18.5~22	22.1以上(内25以上)
男性	89 (36.9才)	23.8	3	29	57 (29)
平和病院	28 (35.6才)	23.2	2	8	18 (8)
PRF	9 (44.8才)	24.6	0	3	6 (5)
合計	126 (39.1才)	23.8	5 (3.9%)	40 (31.7%)	81 (42) (64.2%)(33.3%)
女性	職員数(平均年齢)	BMI平均	18.4以下	18.5~22	22.1以上(内25以上)
女性	91 (44.3才)	23.6	4	33	54 (21)
平和病院	96 (45.2才)	23.5	7	35	54 (27)
PRF	20 (36.2才)	21.9	2	11	7 (4)
合計	207 (41.9才)	23.0	13 (6.3%)	79 (38.2%)	115 (52) (55.5%)(25.1%)

2. 健康に対する意識調査のアンケート

志誠会職員 333 名中、180 名から回答を得た。回収率は 54% であった。

アンケートの回答をグラフ化した。縦軸が心理状態で赤のラインは状態が良好で青のラインは状態が不良を示している。また、横軸を設問とした。



考察

志誠会職員の健康診断による BMI 値の総合評価として男性職員の 64.2% が標準体重を上回っている。全ての施設で男性職員は 3 名のうち 2 名は、肥満傾向にある。PRF の男性職員は 3 名のうち 2 名が肥満傾向にある。

また、女性職員の 55.5% が標準体重を上回っている。施設別で陽光館の女性職員は 2 名のうち 1 名が肥満傾向にある。

全職員 333 名中、196 名が標準体重（理想体重）を上回り、特に BMI 25 以上は 94 名と予想以上にかなり多い。

また、アンケート結果より、問 1・問 2 に関して 80% 以上の職員が最近の健康状態が良好であ

りまた、問 7・8 の日常生活の充実感も概ね良好であると回答している。しかし問 4・5・6・13 の食事・運動・日常生活のストレス・睡眠に関して多少問題があると回答している。また、問 3 の体重管理に関して 30% 以上の職員は食事量のコントロールを意識しているが 30% 前後の職員は食事量や運動に対して消極的である。

今回のアンケート調査は心理的側面の設問が多く、参考文献から一部抜粋した結果、健康診断とアンケート調査の対象者が同一ではないこともあり肥満と現在の心理状態に相関性はない。

今や世界の 6 人に 1 人は太りすぎ、30 代以上の日本男性では 3 人に 1 人が肥満である。

その数は過去 20 年で急激に増加している。肥満は生活習慣病の主な原因となり健康寿命を脅かす最大の危険因子である。

実際、沖縄県の平均寿命はかつてから男女共に日本の中でも高い位置にあったが、1980 年代をピークに、1990 年には男性の平均寿命の全国順位は次第に低下している（表 4）。

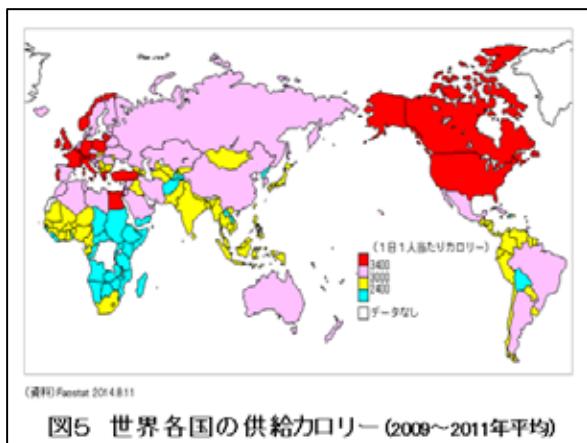
表4 都道府県別にみた平均寿命		
順位	都道府県	平成22年 平均寿命(才)
全国	全国	79.59
1	長野県	80.88
2	滋賀県	80.58
3	福井県	80.47
4	熊本県	80.29
5	神奈川県	80.25
6	京都府	80.21
7	奈良県	80.14
8	大分県	80.06
9	山形県	79.97
10	静岡県	79.95
30	沖縄県	79.40

順位	都道府県	平成22年 平均寿命(才)
全国	全国	86.35
1	長野県	87.18
2	島根県	87.07
3	沖縄県	87.02
4	熊本県	86.98
5	新潟県	86.96
6	広島県	86.94
7	福井県	86.94
8	岡山県	86.93
9	大分県	86.91
10	富山県	86.75

※参考:厚生労働省 平成22年都道府県別生命表の概況

かつて先進国に多く見られた肥満であるが、最近では所得の低い国々でも急増し肥満人口は全世界的に爆発的に増加している。

図 5 で示しているように、欧米は 1 日摂取カロリーが 3400 カロリーと高く、アジア諸国は 2600 カロリーと低いが、WHO（世界保健機関）は 70 億人余りの世界の人口のうち 15 億人以上が太りすぎであると警鐘を鳴らしている。



成26年 第143巻・第1号

3)千葉県健康福祉部健康づくり支援課 :『千葉県生活習慣に関するアンケート』平成23年

「なんくるないさ」に代表される沖縄の県民性は、もともと豚肉・豆腐・昆布・魚・野菜等をよく食べる伝統的な食生活で、自然環境に恵まれた風土や気候でストレスが少なかった。また沖縄の人は地域との交流や社会貢献に積極的に心理社会的に肥満の要因となるリスクが低かった。

しかし、沖縄が日本に返還された後の時期では日本は高度成長期であったことも重なり、米国文化の浸透、さらに日本自体の社会変化と相まって、沖縄の食生活も急激に変化した。

現在の沖縄の食生活は戦後のアメリカ文化の影響が大きく、外食やファストフードの利用等、共働きや子供が多いことも影響して食の簡便化が進んでいる。また、車社会による運動不足や、酒社会・夜社会のため生活習慣の乱れや飲酒や喫煙の多さが目立ち、こうした要因が肥満の実態に直接結びついていると思われる。

.終わりに

日本は団塊の世代が65歳以上となった現在、高齢化に伴う医療費の増大で国の財政は逼迫している。根幹の社会保障が揺らぐ現状を鑑みて様々な疾患を引き起こす肥満に正面から向き合って行かなければならない。個々に肥満を認識しその予防に取り組まなければならないと思う。

引用文献

- 1)東京農業大学国際食料情報学部 :『沖縄の食生活変化と長寿についての意識に関する分析』
- 2)日本医師会雑誌 肥満症の診療 update :平

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol 28 25 th June 2015

第28回 会議 志誠医学会

特別講演 資料

“うつ状態”で外来を訪れる 成人自閉症スペクトラム障害の臨床的特徴

ASWD

Autism Spectrum Without Disorder

(信州大学子どものこころ診療部 本田秀夫先生)

- ASD (autism spectrum disorder)と正常群の境界域にいる身近な人々
- 自閉症スペクトラムの特性は有する
- ただし、社会に適応している
- また、精神症状も呈してはいない
- 何かの契機で disorder (ASD) に陥る
- ASDで受診された方を、ASWDに戻すことが支援となる

アスペルガーの偉人たち

Isaac Newton (1642-1727)

万有引力の法則を見出した自然哲学者

「偏屈で姉妬心、猜疑心が強く、時には激しい敵意や猜疑心を他人に向け、生涯にわたり親密な友人はいなかった」



Albert Einstein (1879-1955)

相対性理論を生んだ理論物理学者

「この子は知的遅れがあり、協調性に欠け、いつもも飽きずに白昼夢にふけっている」（学校教師より）



Thomas Jefferson (1743-1826)

第3代米大統領で、独立宣言を起草

「文才力に優れていたが、話術は貧弱で、感覺過敏のためめだりがあった。客人をバーストープにスリッパで迎える奇行もあった」

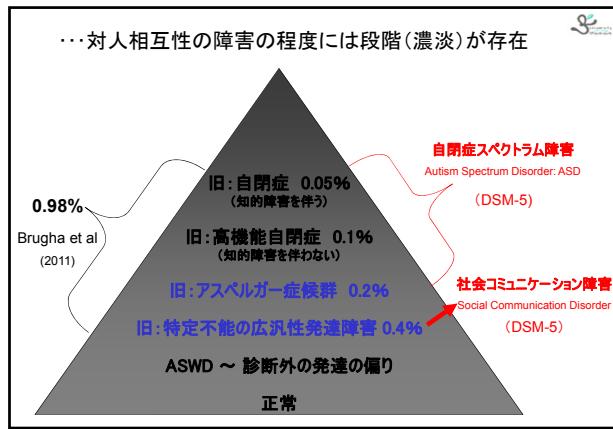


Andy Warhol (1928-1987)

画家、ポップアートの旗手

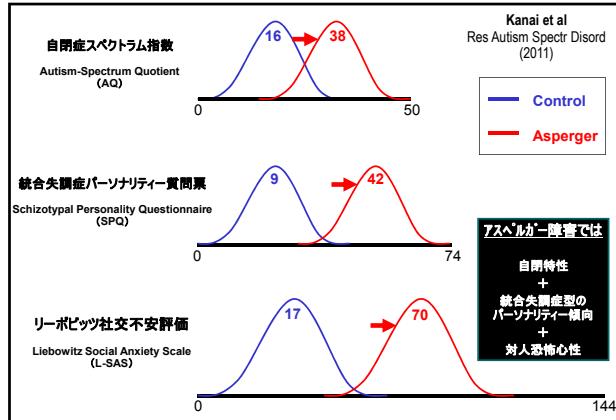
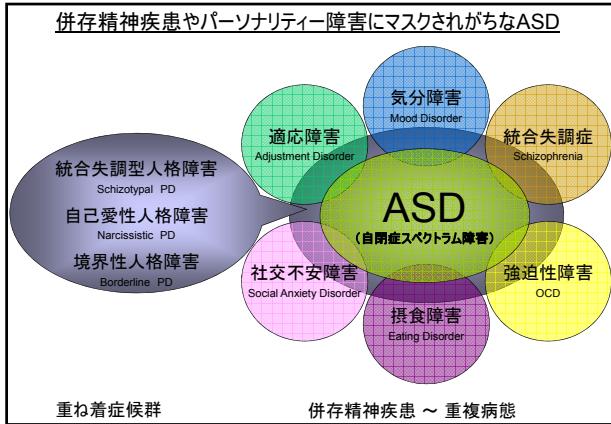
「私は誰とも親しない。除け者だと感じる。僕がするどんなことも奇妙に見えるよ。変わった歩き方・風貌…でもいたい僕のことが悪いというのだろう」（本人）

Asperger's Syndrome and High Achievement – Some Very Remarkable People
By Joan James



発達障害の程度				発見年齢	発見理由	発見者
自閉症 (知的障害を伴う)				1.5	言語発達遅延 情緒交流の乏しさ	親
高機能自閉症 (知的障害を伴わない)				3	(適応の問題) かんしゃく 極端な孤立	児童健診
アスペルガー症候群				4~6 6~9	↓ 学業不良 不登校 いじめ	保育士 教師
特定不能の 広汎性発達障害				10~12 12~15	(他精神疾患の合併) 適応障害 対人恐怖 不安障害 うつ病	スクールカウンセラー 小児科医 精神科医
				15~18 18~22		家族
				成人	“生きにくさ”を感じて	自分

	Asperger Syndrome (n=99)	No psychiatric disorders with social problems (n=63)		χ^2 (df=1)	<i>p</i>
		%	(%)		
不安・抑うつ					
Mental symptoms					
Depressive mood	48	87	15	9,864	0.002
Anxiety	28	28	6	8,170	0.004
Social anxiety	28	3	2	2,129	0.145
Panic symptom	7	7	2	1,114	0.291
Affective instability	23	23	6	5,927	0.017
Mood swing	38	38	3	23,023	<.001
Overreactivity to normal situations	27	27	6	7,277	0.006
Sensitivity to environments	25	25	4	17,719	<.001
Epileptic agitation	31	31	5	12,173	<.001
Sensory hyperactivity symptoms	12	12	3	3,060	0.048
Conversion	0	0	0	0	
Dissociation					
Dissociative idea	4	4	1	2,775	0.179
Auditory hallucination	36	36	10	23,015	<.001
Visual hallucination	4	4	2	3,001	0.081
Somatosensory	1	1	1	0	
Somatoform	13	13	2	4,543	0.033
Somatoform disorder	25	25	3	1,107	0.313
Repetitive behavior	21	21	4	6,517	0.011
Ritualism	20	20	4	5,954	0.016
Compulsion	1	0	0	0	
Behavioral symptoms					
Egotistic behavior	60	99	10	31,995	<.001
Aggressive behavior	41	41	4	23,596	<.001
Repetitive speech	10	10	3	5,147	0.223
Self-harm	23	23	2	4,249	0.111
Circumstantial interest	46	46	0	30,450	<.001
Poor life-style habits	18	18	1	10,241	0.001
Obsessive-compulsive					
Non-attachment	34	34	10	6,829	0.01
Life history	29	29	0	22,476	<.001
Neglect	0	0	0	1,163	0.172
Building at school	45	45	16	25	0.508
School absence	10	10	3	2,104	0.01
School non-attendance	18	18	3	5,479	0.019
Social withdrawal	15	15	2	3,860	0.035
Lack of social interaction	44	44	5	24,322	<.001



確定診断には…家族+本人…の両者の情報が必要

0~3歳：**発達段階別**

- 重大な発達への影響
 - 妊娠・出産期の母体・児の問題
 - 妊娠・出産期の状況・環境の問題
 - 昼寝の愛着形成
 - 母の後追いをしなかった
 - 人見知りがまんからなかった
 - 言葉が出てこなかった
 - 頭をかむらなかった
 - 食欲・食事への興味で引ひかかった
- 全体的な発達
 - 歩き始めたのが遅かった
 - 食事が出るのが遅かった
 - おでかけやおもちゃで遊ぶのが遅かった
 - 決まった行動が多くかった
 - オウム返しの言葉が目立った

4~6歳：**幼児期児童（教育園・幼稚園）**

- 集団になじめなかった
- はつらつとしていた
- 他の子と遊ぶのがまんからなかった
- 総の運動（運動）が苦手
- 一人遊びが多かった

6~9歳：**学童期児童（小学校1～3年）**

- 各学年科目で学習の遅れがあった
- おもてなしやお手伝いが遅れた
- 実験がおもしろく、あまり時間がかかった
- 時々、よその子とトラブルになった
- 特殊的な大声や飛び出ししがあった

10~12歳：**学童期後半（小学校4～6年）**

- 密接な人間関係
 - 新友ができなかった（水平関係）
 - 部活に溶け込めなかた（上下関係）
 - 異性と親しくできなかつた（逆行的関係）
- 家族との関係
 - 家族にあたふたさせられた
 - 反抗や暴行の問題がみられた

12~15歳：**青少年期**

- 就労
 - 不登校・転職・失職が多かった
 - 人間関係の問題（孤立・衝突）
 - 仕事をうまくできなかつた（複数就時・臨機応変）
 - 不注意・軽率なミスが多かつた
- 生活
 - 自由な生活中には不安がある
 - 自身以外の人付合いかない
 - 別性と交際できない
 - 結婚への抵抗感がある
 - 配偶者や子どもとまどいかない
 - 社会生活における楽しみがない

16歳～：**青年期**

- 就労
 - 不登校・転職・失職が多かつた
 - 人間関係の問題（孤立・衝突）
 - 仕事をうまくできなかつた（複数就時・臨機応変）
 - 不注意・軽率なミスが多かつた
- 生活
 - 自由な生活中には不安がある
 - 自身以外の人付合いかない
 - 別性と交際できない
 - 結婚への抵抗感がある
 - 配偶者や子どもとまどいかない
 - 社会生活における楽しみがない

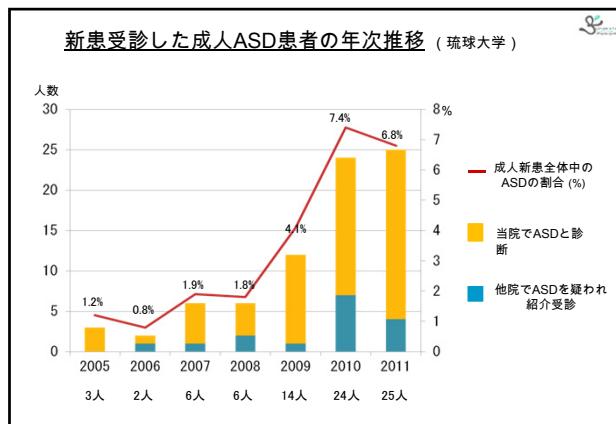
● AO（自閉症スペクトラム指數）
→ 本人
+ PARS（広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度）

自記式ゆえにAQは絶対指標とはならない（主観一客觀の不一致）

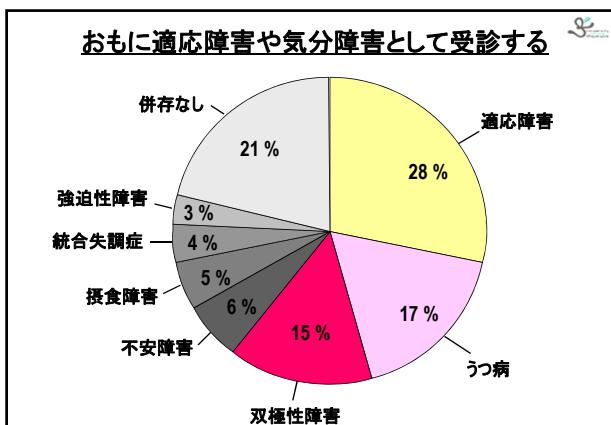
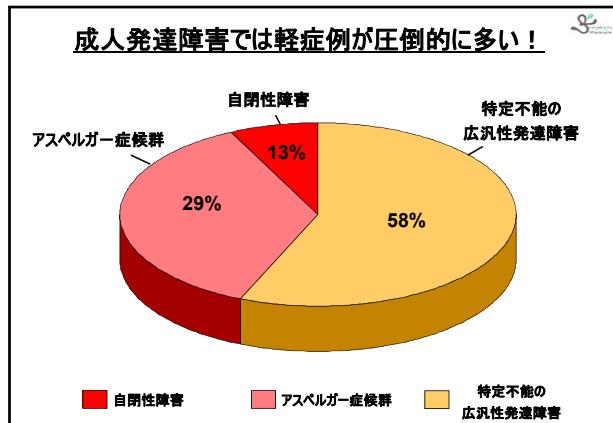
AQ (患者の主観評価)	ASD特性 (医師の他覚評価)	可能性のある診断	病識・対応
10-20点台	- ~ ±	他疾患の可能性	ASDは除外
10-20点台	++	AS	病識(-) 疾患受容(-) 特性告知 病名告知 ???
30点台	+ ~ ++	PDD-NOS ~ AS	特徴告知 病名告知 ???
30-40点台	- ~ ±	ASDは否定的	思い込み～偽装
40点台	+	PDD-NOS	病識(+++) 劣等・不全感に配慮 病識(+)
40点台	++	AS ~ HFA	告知(制度・資源活用)

臨床現場を訪れる

成人発達障害のプロフィールは？



発達障害の成人受診者の臨床特徴および社会機能	
【期間】	・2005年1月～2012年8月
【対象】	<ul style="list-style-type: none"> 当院初診時18歳以上のASD患者：114名 ASD分類—DSM-IV <ul style="list-style-type: none"> 高機能自閉症（HFA） アスペルガー症候群（AS） 特定不能の広汎性発達障害（PDD-NOS） 性別：男性59名、女性55名 年齢：30.0 ± 10.3歳（18歳～62歳） 自閉症スペクトラム指数（AQ）≥ 26 知的障害（-）



抑うつ状態で受診した自閉症スペクトラム障害（ASD）の背景			
	ASD (n=70)	Non-ASD (n=360)	P value
初診時年齢	30.2 ± 10.1	42.4 ± 14.6	<.001
男性	50 %	47 %	.059
高学歴	50 %	41 %	.156
結婚歴	36 %	71 %	<.001
独居	21 %	18 %	.507
身体疾患	4 %	18 %	.006
気分障害の家族負担	16 %	15 %	.831
不登校の既往	23 %	4 %	<.001
被いじめ体験	37 %	6 %	<.001
精神病様体験	24 %	3 %	<.001
行動上の問題	3 %	2 %	.622
自殺閑連行動	24 %	13 %	.016
対人トラブル	37 %	8 %	<.001

Takara & Kondo, Gen Hosp Psychiatry, 2014

**成人抑うつ患者において
自閉症スペクトラム障害の診断に有用な判別因子**

ステップワイズ法にて 有意に判別因子として有用であった項目	正準判別分析における 標準化相関係数
対人トラブル（学校/職場）	0.578
被いじめ体験	0.471
精神病様体験	0.465
初診時年齢	-0.353
不登校の既往	0.253
高学歴（大学以上）	0.201

Takara & Kondo, Gen Hosp Psychiatry, 2014

**6つの各判別因子またはそれらの組み合わせによる
自閉症スペクトラム障害（ASD）のスクリーニングの可能性**

	感受性	特異度	陽性の 命中率	陰性の 命中率	Youden index	陽性 尤度比	陰性 尤度比
① 対人トラブル（学校/職場）	0.37	0.92	0.48	0.88	0.29	4.78	0.68
② 被いじめ体験	0.37	0.94	0.55	0.89	0.31	6.37	0.67
③ 精神病様体験	0.24	0.97	0.63	0.89	0.21	8.74	0.78
④ 初診時年齢（31歳以下）	0.66	0.73	0.32	0.92	0.39	2.41	0.47
⑤ 不登校の既往	0.23	0.96	0.53	0.87	0.19	5.89	0.80
⑥ 高学歴（大学以上）	0.50	0.59	0.19	0.86	0.09	1.22	0.85
①+②	0.66	0.87	0.49	0.93	0.53	5.03	0.39
①+②+③	0.74	0.84	0.48	0.94	0.58	4.78	0.30
①+②+③+④	0.93	0.62	0.32	0.98	0.55	2.46	0.11
①+②+③+④+⑤	0.63	0.92	0.61	0.93	0.55	8.08	0.40
①+②+③+④+⑤+⑥	0.80	0.79	0.43	0.95	0.59	3.89	0.25

Takara & Kondo, Gen Hosp Psychiatry, 2014

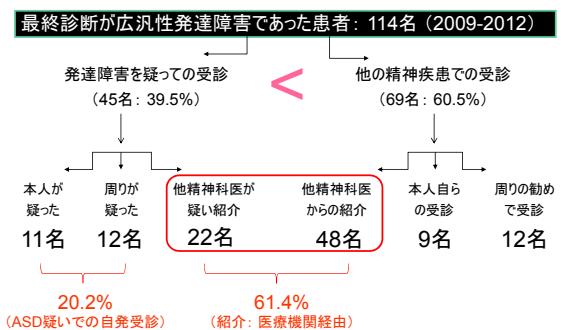
【受診例の現状】

- ① 成人ASDは、特定不能が58%、アスペルガー症候群が 29%と、軽症例が大部分を占める。
- ② 併存精神疾患として、適応障害と気分障害を高率(60%)に合併する。
- ③ 高学歴で受診年齢が若く、対人トラブル、精神病様体験、被いじめ体験および不登校の既往を特徴とする。
- ④ ASD患者の93%は、対人トラブル、被いじめ体験、精神病様体験、若年受診(32歳未満)、の4つの因子のうち1つ以上を満たす。一方、いずれも陰性であれば98%の確率でASDの可能性は乏しいと想定される。

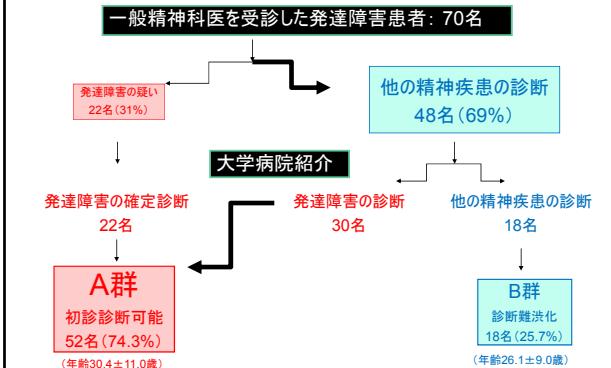
ただし、臨床現場においても

成人の発達障害は過小診断されている

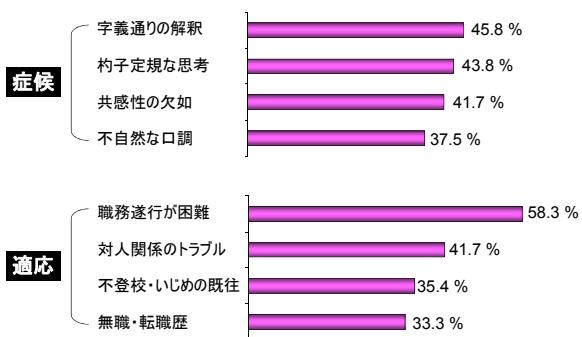
【全体の受診動向フローチャート】



【医療機関をフィルターとした受診動向】



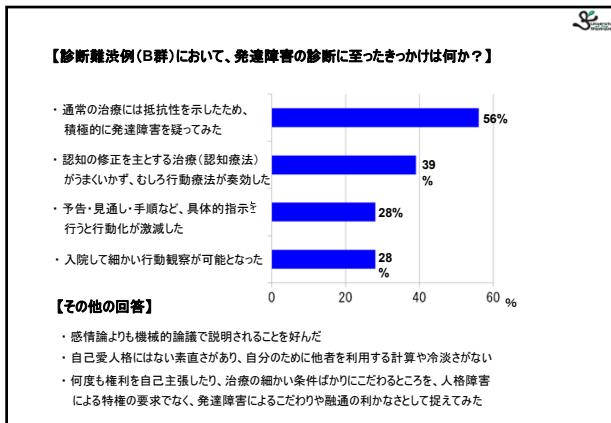
初診診断例(A群)で頻度の高い特徴



【A - B 群の生活歴・症候・併存疾患の違い】

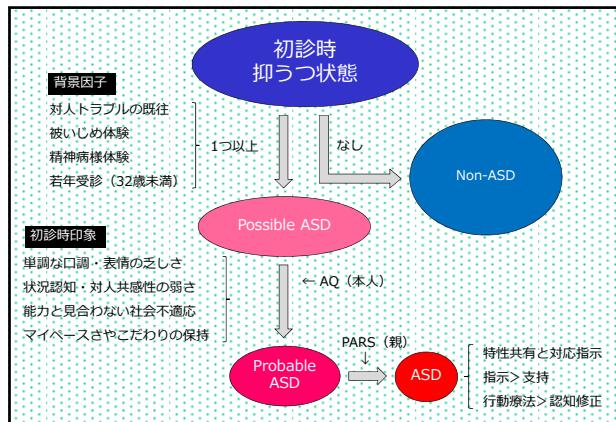
A群：初診診断群(52名) vs. B群：診断難渋化群(18名)

<有意差を認めた項目>		A群 (%)	B群 (%)
適応障害		39.6	0
初診で生育歴の聴取が困難		10.4	83.3
希死念慮/自殺企図の既往		22.9	55.6
重症度の高い併存病態(初診時入院要など)		4.2	55.6
・ 双極性障害		8.3	33.3
・ 摂食障害		0	33.3
・ パーソナリティ障害		6.3	50.0



- ### 【ASD診断の現状】
- 自らASDを疑って受診される場合（39.5%）より、他の精神疾患として受診する場合（60.5%）の方が多い
 - 初診でのASD検出率は、一般精神科で31%、大学病院精神科で74.3%程度である
 - 初診の印象（不自然な口調、柔軟性を欠く思考、共感性欠如）や不適応の既往（職務遂行困難、対人関係トラブル）が参考になる
 - 双極性障害、摂食障害、人格障害の併存疾患（特に入院例）に目を奪われると発達障害は見逃されやすい
 - 経過中、1) 通常の薬物療法や認知修正に反応せず、2) 情緒交流も深まらないが、3) 具体的指示や行動療法が奏功する症例では、積極的に発達障害を疑い、見通しのよい治療への構造化を図る

	発達障害のうつ	通常のうつ病
病前性格	マイペース・非社交的	協調的・社交的
不登校・いじめの既往	しばしば認める	少ない
職歴	転職・失職・職場トラブル	定職・適応的
発症前の先行状況	不適応	過刺激応
心理的特徴	社会適応への不安 (劣等感・疎外感・被害感)	周囲への負い目 (無価値感・自責感)
コミュニケーション	貧困・表面的・不自然	自然な感情表出
対人共感性	低い	高い
治療反応性	しばしば治療抵抗性（+）	通常良好
精神療法への反応	行動変容→認知修正 理で動き、指示を要望	○：心理教育・認知修正 情で動き、支持に反応



成人例にどう対応していくか

- ### 大学生における自閉症スペクトラム障害
- ～類型別の特性と問題の現れ方～
- 積極奇異型 active but odd type
 - 対人希求が強いが、自己本位で対人スキルを伴わない
 - 唐突な接近や強引な押し付けを認める
 - 相手の不快を察知できない（問題行動が繰り返される傾向）
 - ストーカー行為・クレーマー的要求・ハラスメント加害者
 - 受動型 passive type
 - 内面に過敏さ・不全感・劣等感を抱える
 - 対人恐怖心性（周囲の読みなさと被害的認知に由来）
 - 周囲に援助を求められない（気付かれないと放置される傾向）
 - 不適応（学業不振・欠席・留年）・脱社会化（ひきこもり）

発達障害の特性を知ったうえで…	
○：特性からくる得意パターン	×：苦手な状況・ほころぶ場面
他人との付き合い方が分からず	
1対1の保護・受容的関係（上下関係）	枠組みのない対等な集団（水平関係）
マイペースが許容される状況	対人的な共感・配慮を要する場面
プレゼンテーション（自分 ⇒ 相手）	相互的な会話（自分 ⇒ 相手）
積極・奇異 vs 受動・回避（両極化）	協調的かつ能動的な交流
コミュニケーション質の障害	
難解で形式的な言葉・表現	自然な情緒の表出
事実・正義・正確さを要求	冗談・比喩・皮肉の受け取り（被害の解釈）
額面通りの言葉の受け取り	言外のニュアンスの理解
言語情報でのみ反応	非言語サイン（表情・口調・行動）の把握
特定の活動・興味へのこだわり	
物や部分への狭い固執	ヒトや全体への興味の拡がり
お決まりの行動	臨機応変を求められる場面
独自の世界観・ファンタジーへの没頭	分かち合える趣味・豊かな想像力

よく聞かれる悩み（Q&A集）	
● 対人関係の悩み	<p>「友達ができない」 「仲間に入れてもらえない」 「恋人がない」 「性体験に踏み込むのが怖い」 「結婚したくない」</p> <p>「会う人の笑顔と挨拶から始めましょう」 「最初は、聴き役となるべきが大切ですね」 「異性と付き合うマナーから覚えましょうか」 「怖いと素直に相手に言えるように」 「それも人生の選択の一つ」</p>
● 就労・職場適応の悩み	<p>「どんな仕事に就けばいいのか」 「なかなか採用されない」 「仕事を覚えれない」 「ミスが多くて叱られる」</p> <p>「希望と適性の両方から考えましょう」 「就職面接の練習をしてみませんか」 「覚えられる範囲まで分割しましょう」 「やり方を変えたらうまくいくかもしれません」</p>
● 自分に関する悩み	<p>「自分は普通違うのではないか」 「自分はヒトの気持ちが分からない」</p> <p>「皆と同じでなくてもいいんです。でも、自分の特性は知っておいた方がよいですよ」 「よくあるパターンを集めて覚えていましょう」</p>

働くASD症例への基本的対応	
① 患者本人の病識と受容能力に配慮する	→ 「私は正常です」「診断に納得できません」（まずは、ASDへのstigmaの是正から）
② 特性告知（治療上不可欠）と病名告知（制度・資源活用時）は区別	→ いずれも信頼関係の下で行う（告知と対応はセットで）
③ 環境調整には、本人の同意と職場の受容度の吟味を要する	→ 本人が不利にならないよう配慮を（カミングアウトへの心構え+職場の柔軟な対応力）
④ 本人の考え方のズレを、一般的な解釈で修正	→ 「たぶん…上司や同僚の意図は…だったんですよ」
⑤ 認知の変更を図るより、適応行動を指示	→ 「その場合、…するとうまいくりますね」
⑥ シミュレーション・トレーニングを取り入れる	→ 「私を上司に見立てて…の場面で…のやり方でやってみましょう」

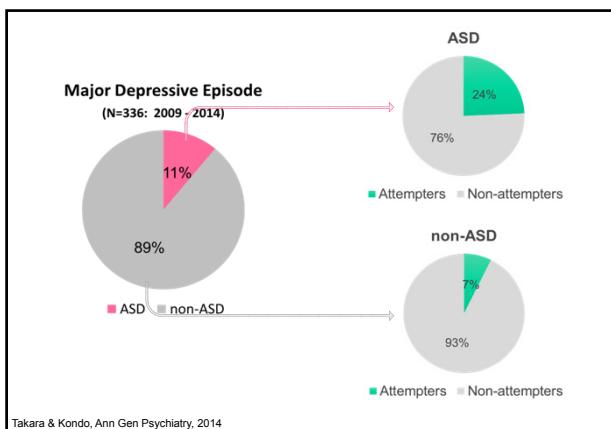
ASDに伴ったうつ病の治療上の留意点	
● Comorbid depression の積極的治療は適応の向上につながる	
● 発症前不適応の状況分析は再発予防対策を立てるうえで重要	
● Mixed depression の表現型を取る場合がある	→ dysphoria, irritation, impulsivity
● 具体的な見通しを持った治療指針（5W1H）を提示する	
● 達成すべき行動目標をシェアする	
● ASDに合った精神療法モードを選ぶ	×：力動的精神療法・認知療法、など洞察を志向するもの ○：行動療法・解決指向アプローチなど適応改善を志向するもの
● 環境調整（周囲への心理教育+対応指示）は必須である	

成人の広汎性発達障害に適用される支援の現状	
1. 通院医療公費負担制度	→ ○：発達障害の項目が明記され、対象として申請可能
2. 精神障害者保健福祉手帳の交付	→ ○：ハローワークの障害者雇用枠での雇用支援が可能
3. ソーシャル・スキルズ・トレーニング（SST）	→ △：実績を伴うSSTを行える通所施設の質・量のさらなる整備
4. 発達障害支援センター/障害者生活支援センター	→ △：前者は小児、後者は他精神障害、が中心であるのが現状
5. ジョブ・トレーニング（障害者職業センター）	→ △：発達障害に特化した支援体制や雇用枠の整備は不十分
6. 精神障害者年金	→ ○：発達障害の項目が明記され、対象として申請可能となった

自閉症スペクトラム特性保持者として社会で生きていくために	
(当事者自身も周囲を変えていく力を持つことが重要)	
● カミングアウトできた方がよい	（以下の条件が不可欠）
1) セルフステigmaから自由であること 2) 周囲からの誤解・偏見にめげないこと 3) 自分を知つてもらう希望と勇気を持っていること	
● 自身の仕様書・取扱説明書を作る	（以下の条件が不可欠）
1) 自身の特性をよく知つてること 2) 十分な説明能力・文章力があること 3) 長所を自己アピールできること（貢献できることを明確に）	



- ### ASD では自殺リスクが高い？
- 社会的な不適応によるストレスが多い
 - しかし、現実的な解決能力は低い
 - 周囲から誤解・批判および低評価を受けがち
 - 対人スキルが乏しく、周囲からサポートを得にくい
 - 慢性的に希望のなさや救いのなさを抱いている
 - 不安・ストレス耐性が低く、衝動制御に難がある

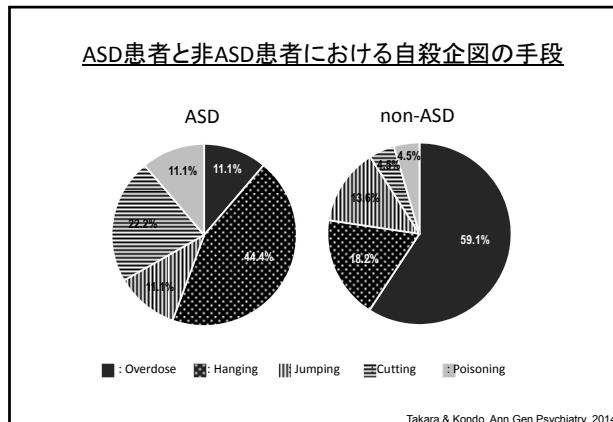


	企図者 (n=31)	非企図者 (n=305)	P
若年(29歳未満)	48 %	19 %	<.001
女性	65 %	62 %	.847
最高水準 大学以上 高校以下	29 % 71 %	45 % 55 %	.127
婚姻	48 %	56 %	.450
未婚・離婚・死別	52 %	44 %	
就労	65 %	67 %	.841
就労の学生/勤労者 無職または引退	35 %	33 %	.057
独居	6 %	21 %	.748
被いじめ体験	10 %	9 %	
過去の自殺未遂歴	52 %	13 %	<.001
精神疾患の既往	29 %	25 %	.667
家族内の自殺の既往	20 %	7 %	.023
双極性	42 %	38 %	.702
気爆感	58 %	12 %	<.001
精神病像	13 %	6 %	.119
身体疾患	10 %	16 %	.443
過量飲酒	23 %	12 %	.156
B群パーソナリティー障害	13 %	2 %	.012
広汎性発達障害	29 %	9 %	.003
(そのうち特定不能の広汎性発達障害)	29 %	5 %	<.001

自殺企図の予測に向けた各種判別因子のオッズ比

	Adjusted OR	95% CI	p
焦燥感	7.15	2.88-17.74	<.001
過去の自殺未遂行動	4.32	1.70-10.98	.002
特定不能の広汎性発達障害	4.04	1.20-13.54	.024
家族内の自殺の既往	3.22	0.95-10.95	.061
若年(29歳未満)	2.11	0.81-5.50	.125
B群パーソナリティー障害	2.49	0.46-13.58	.292

OR = odds ratio; CI = confidence interval.



【まとめ～ASDと自殺リスク】

- ① 抑うつ状態で初診する患者の 11% にASDが見出される
- ② ASD群は非ASD群よりもうつ時の自殺企図者が多い(24.3% vs. 7.2%)
- ③ 自殺企図者は非企図者と比べて、年齢が若く、自殺に関する家族歴や企図の既往を有し、B群人格障害やASDの併存が多く、受診時に焦燥感が目立つ
- ④ 上記の6つの危険因子のうち、焦燥感(7.15倍)、過去の自殺企図の既往(4.32倍)、軽度のASD(4.04倍)の3つが、高いオッズ比で自殺企図と有意に関連する
- ⑤ 企図の手段として、ASD患者においては縊頸(44.4%)、非ASD患者では過量服薬(59.1%)が最も多く、ASD患者の方がより致死的な手段を取る可能性が示唆される

ご清聴いただきありがとうございました



編 集 後 記

人生の中で24時間以上睡眠をとらなかった日は二度あります。その一つが第1回医学会の製本作業に携わった時です。院長を先頭に医学会当日の朝6時頃まで輪転機(当時は黒インクをドラムの中にいれる骨董品のような?)を回転…。無事、医学会誌を完成させ、その後、医学会に参加した事を思い出しました。その時の医学会誌(表題は「平和病院一周年記念会講演要旨集」)に目を通すと懐かしい職員の名前が面々とあり、また内容も現在の平和病院の設立理念である精神科医療の基礎を構築・継承させている事に、感慨深く思いました。

さて、医学会誌作成・製本においては、その当時を知る者として「アナログ時代からデジタル時代」への進化にただただ驚くばかりです。当時は「ワープロ」たるもののが、でたばかりで自由に使いこなせず、スライド作成にあたっては、一つのスライドを完成させるのに、スライド作成会社を往復し、さらにスライド原本をコピー機で何度も縮小を繰り返し、やっと論文に「糊で貼り付ける」という工程が、今では「文書ソフト」や「プレゼンテーション(スライド作成)用ソフト」の充実で自由自在に編集・製本までしてくれるという時代に感心せんにはいられません。

そのような時代背景もあって、毎年、発表部署は研究成果を論文にするに当たり「質のある論文」を追求し徹夜も辞さずその成果をだしています。今回のプロジェクトでは、あえて論文アドバイザーを設けず、発表者、共同演者、部署長の責任の元で論文を作成していただきました。論文の評価は、志誠会職員、そして、論文評価委員の方が行います。その評価に対してプロジェクトも含め謙虚に耳を傾けたいと思います。医学会当日が発表者の労が報われる「研鑽の場」になる様、志誠会職員皆様の活発な質疑を期待しています。

医学会は発表者も含め各役割を担当してくれる職員によって支えられています。プロジェクト一同感謝します。ありがとうございました。

また、毎年、医学会に参加していただいている社会医療法人北斗会さわ病院院長、澤温先生。お忙しい中、志誠会医学会特別講演を快く引き受けさせていただきました琉球大学大学院精神病態医学講座教授、近藤毅先生、ありがとうございました。

そして、医学会誌作成及び医学会においては役割を十二分に發揮していただいたプロジェクトメンバーへ感謝します。ありがとうございました。

最後に、今でも心の支えとなっている座右の銘を記し筆を置きたいと思います。

— 繼続は力なり —

2015年6月25日[木] 島袋 悟

編 集：第28回志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：島袋 悟 銘苅加代子 高屋 幸佑
上原 拓未 島袋 清隆 中村 海由

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. 沖縄県うるま市上江洲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.28 25 th June 2015