

(1) 身体機能向上目的の体操 約30分

スタッフ1名が毎回交代で指導者となり、他は援助者として適切な位置について行います。体操の流れは、背臥位→腹臥位→座位→立位の順(①～⑤)で行うようにします(図2)。



図2 集団体操の風景

- ①呼吸練習(腹式での深呼吸)をします。
- ②マット上背臥位・腹臥位での頸部・体幹・下肢のストレッチ、体幹・下肢伸筋群の筋力増強、リズムカルな交互運動をします(図3参照)。
- ③坐位・立位での身体幹伸展・回旋運動をします(図3参照)。
- ④体位変換時の動作法の指導(寝返り、起き上がり、立ち上がりなど)をします(表7)。
- ⑤すくみ足に対する指導をします(表8)。

表7 パーキンソン病の起居動作の工夫(小林)

(1) 寝返り 一頸の回旋・肩の突き出し・骨盤の回旋一

- ① 目印を見ながら頸を回旋し、上側の肩を突き出し目標物に手を伸ばす。上位体幹から骨盤を回す。
 - ② 片足を上げながら反対側に回し、同側の上肢も肩を突き出しながら回し、寝返る。
 - ③ 両手を組み、両膝を立て、寝返る方向に顔を向けながら、両手、両膝を倒す。
 - ④ 両手でベッドの柵、ヒモ、布団の縁などをつかみ、寝返る。
- * マットレスの縦中央に物を挟んで寝具をわずかにかまぼこ型にする。

(2) 起き上がり 一頸の屈曲・上肢の伸展・体幹の屈曲一

- ① 一旦横向き(側臥位)になり、手で押しながら横向きのまま徐々に起きあがる。片手で押ししても、両手押ししてもよい。
 - ② 両足を一旦挙げて、反動をつけて(reverse action)、腹筋を使いながら起きあがる。そのとき両手で押す。
 - ③ ヒモを引っ張って起きる。
- * ①が体幹回旋していて望ましいが、①ができないときは②③を選択してもよい。
- * 起座しにくい場合、あらかじめギャッジベッドの頭側を上げておく。
- * かけ布団の折りたたみ方を指導する。
- * 固いマットレス(布団)、滑りやすく、しわのできにくいシーツあるいは寝ごごの利用などで工夫する。

(3) 椅子からの起立 一重心の前方移動・体幹伸展・下肢伸展一

- ① 尻を前に出して、浅く腰掛ける。
- ② 両足を開いて後方に引きつけ、軽くかがむ。
- ③ 前方に体重をかけながら、両手で座面を押し起立する。

- (4) 床からの起立 一支持面を拡げる一
- ① 四這位で足を前後、左右に開く。
 - ② 四這位から両手をついて高這い位になる。
 - ③ ゆっくり片手づつはなして起立する。
 - ④ バランスが悪い人は、手を付く台を利用する。
-

表8 すくみ足に対する工夫 (小林)

(1) 歩行前の準備として 一準備運動・リラクセーション一

臥床している姿勢で

- ① 片足を挙げて体幹をねじる (主に体幹下部)。
- ② 肩を突き出して体幹をねじる (主に体幹上部)。
- ③ 片足を大きく挙げ、反対側の手で膝に触る。

座っている姿勢で

- ④ 左右・前後に体重を移動する。
- ⑤ 頸・体幹・上肢を左右に回す。
- ⑥ 座ったまま足踏みをする(ハイステップ)。

立っている姿勢で

- ⑦ 左右・前後に体重を移動する (ウエートシフト)。
- ⑧ 頸・体幹・上肢を左右に回す。
- ⑨ 手を大きく振りながら高く足踏みをする(ハイステップ)。
- ⑩ 足を一步後ろに踏み出し、もどす。前に踏み出し、もどす。

リラクセーション

- ⑪ 気持ちを落ち着かせる。
- ⑫ 1回大きく深呼吸して、身体の力を抜く。
- ⑬ 体を揺らすなどをして、意識的に各関節の力を抜く。

(2) 歩行開始時 一体重移動・号令・踏み出し一

- ① 頭の中で号令をかけながら“はじめの一步”で踏み出す。
- ② 支持脚に体重を移し、常に同じ側の足から踏み出す。
- ③ 床面の目印(L字型杖、床の模様、杖先、反対側の足先)を決めて、その目印まで踏み出す。
- ④ 前に踏み出せないときは、膝が手に触れるよう足を上に挙げることから始める(ハイステップ)。
- ⑤ 一步後ろに引いてから踏み出す(バックステップ)。
- ⑦ 横移動ではすくみ足が出にくいので、斜め歩きするように踏み出す。
- ⑧ 膝頭を叩いたリズムで足を踏み出す。
- ⑨ つま先を挙げて、踵で足をけるような要領で踏み出す。
- ⑩ 足の外側(小趾側)で歩くようにする。

(3) 歩行中 一集中・リズム一

- ① 歩くことだけを考えている。
- ② 自分で声を出しながら、あるいはイメージしながら号令をかける。

- ③ 杖でリズムをとりながら歩く。
- ④ 足を横に拡げ、ベースを大きくする。
- ⑤ ハイステップで歩く。
- ⑥ 体幹を起し、手を大きく振る（特に後方に振るよう意識する）。
- ⑦ 前方突進になりそうな時には、一旦止まる。例えば、杖を大きく前に出したりする。坂道は前方突進になりやすいのでより注意する。
- ⑧ 両足をそろえて止まらない。

(4) 方向転換時

- ① “その場回り”は避けて、弧を描くように歩きながら回る。
- ② 足を横に拡げて、安定させてまわる。

(5) 椅子に座ろうとする時。狭い所に入る時

- ① 近づいたらすぐに座ろうとせずに、一旦止まる。
- ② 椅子より前方を目標物にして、そこまで歩くイメージをえがく。
- ③ 足や膝が椅子に触れてから座る動作にはいる。

(6) 環境整備

- ① 家具を整理し、空間を広くする。
- ② 床にテープなどで目印を付ける。
- ③ 手すりを付ける。

注) 1.これらの内容は文献からの引用や患者さんが実際に行っている工夫である。

指導のポイントとして次のような点が挙げられます。

ア. 全員が楽しく行うために

- ① 楽しくできるように、冗談を言ったり、誉めるようにします。
- ② 随時個別に介助や指導を行い、全員が実現できるようにします。特に自発性の低い人には、積極的に関わるようにします。
- ③ ゆっくりとしたペースで行います。
- ④ 脊柱・四肢の変形が強い人には、マットや枕を用いて、出来るだけ条件を一緒にします。
- ⑤ 体操の時は動ける人を真ん中に、動けない人を端にします。

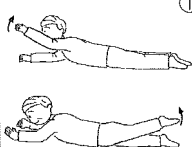
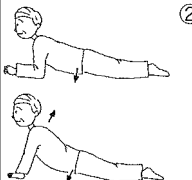


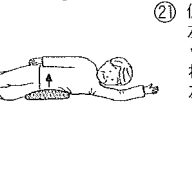
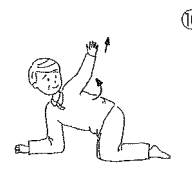
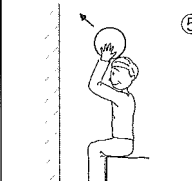
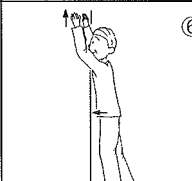
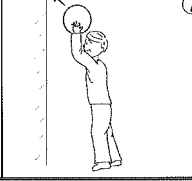

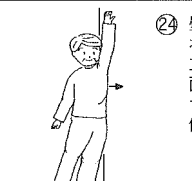
イ. 患者とスタッフ、参加者同士のコミュニケーションを促すために

- ① 孤独にならないよう1人に1回は話しかけるようにします。特に表情の悪い人には、必ず話しかけるようにします。
- ② 小声のため些細なつぶやきも聞き逃さないように、訴えに耳を傾けます。1人の意見・感想を全員が共感できるように代弁して伝えます。
- ③ 言葉だけでなく肌と肌の触れ合い、目と目が合うことでのコミュニケーションを促します。

ウ. ホームプログラムとして位置づけるために

- ① 自分の良いところ、悪いところを再認識できるようにアドバイスします(姿勢の特徴、左右差等)。
- ② 姿勢変換時は、できる限り動作指導を入れるようにします。

図3 パーキンソン病患者の家で行う運動—体幹の伸展・回旋・側屈—

	体幹伸展	体幹伸展・回旋	体幹回旋	体幹側屈
臥位	<p>① うつ伏せで片手を挙げながら、上部体幹を反らす。片足を挙げながら、下部体幹を反らす。</p>  <p>② うつ伏せで両肘を着いて腹部を床面に着ける。大きく体幹を反らせる人は、肘を伸ばす。</p> 	<p>⑧ ②に左手を挙げて、上部体幹の回旋を加える。</p>  <p>⑨ ②に左足を右側に寄せることで、下部体幹の回旋を加える。</p> 	<p>⑮ 寝返りを打つ。絵のように目標物があるとやりやすい。</p>  <p>⑯ 両膝を曲げ、両膝を左側に倒し、頭は右側に回すことで、下部体幹を回す。</p> 	<p>⑳ 背臥位で左肘を引っぱりながら、体幹を左に曲げる。</p>  <p>㉑ 側臥位となり、左腰の下にクッションを入れる(体幹が左凸の人)。</p> 
四這位	<p>③ 四這位を保持しながら片手を挙げる。四つ這位を保持しながら片足を挙げる。</p>  <p>④ 四這位で体幹を馬の背のように反らす。</p> 	<p>⑩ ③に左手を右側に寄せることで、上部体幹の回旋を加える。</p>  <p>⑪ ③に左足を右側に寄せることで、下部体幹の回旋を加える。</p> 	<p>⑰ 四つ這位の姿勢から、腰・臀部を左側に降ろす。</p> 	<p>㉒ 四這位で体幹を右に曲げる。</p> 
腰かけ座位	<p>⑤ 壁に向かってボールを両手で投げ、両手で受けとる。</p> 	<p>⑫ 腰かけ座位から、右肘で支えながら左手を右後方にのばすことで、体幹を回旋する。</p> 	<p>⑱ 横の壁に両手を合わせるようにして、体幹を回旋する。</p> 	<p>㉓ 座位で左肘を引っぱりながら、左脇を伸ばすようにして体幹を右に曲げる(左凸)。</p> 
立位	<p>⑥ 壁に両手を付けたまま、腰を前に出し、体幹を反らせる。</p>  <p>⑦ 壁に向かってボールを両手で投げ、両手で受けとる。</p> 	<p>⑬ ⑥の位置から、左手を離して、上部体幹を反らしながら回旋する。</p>  <p>⑭ ⑥の位置から、左足を後方右側に挙げ、下部体幹を回旋する。</p> 	<p>⑲ 後方の壁に両手を付けるようにして、体幹を回旋する。</p> 	<p>㉔ 壁から少し離れて横向きに立ち、体幹側面を壁に押しつけて左凸の側屈を行う。</p>  <p>㉕ 左肘を引っぱりながら、左脇を伸ばすようにして、体幹を右に曲げる(左凸)。</p> 

注) 1.回旋の入った動作は、基本的に左右行う。
 2.目標物を決めて、目で追い、手をとどかせるようにすると、運動がしやすい。
 3.ボールはビーチボールのように柔らかいものを使う。
 4.文献：小林量作、近藤隆春：パーキンソン病患者が家庭で行う運動。
 難病と在宅ケア 8,56-59,2002

(2) レクリエーション 約15分

2~3チームでのゲーム(主に体幹の伸展・回旋が入るようなもの)を中心に、大脳への刺激として「しりとり」や呼吸練習を兼ねた「歌」なども取り入れています(図4)。最後に敗者チームは罰ゲームとして普段行っている体操の発表、歌などを披露することで満足してもらえるようにしています。

指導のポイントとして次のような点が挙げられます。

ア. 全員が楽しく行うために

- ①動けない人、参加できない人から始まるようにします。
- ②上手な人、下手な人それぞれの個性が輝くように配慮し、声かけをします。
- ③チーム分けや配置に配慮します。動ける人と動けない人を均等に混ぜるようにしたり、動けない人を前に、動ける人を後ろにします。

イ. 患者主体の会として位置づけるために

- ①チーム名、チームリーダーを決めます。
- ②作戦を考えたりすることで、個人ではなく、グループとしての意識をさせます。

(3) 自由時間 約15分

特に内容は定めず、患者さんのニーズに合わせて臨機応変に使用できる時間を設けます。実際に行った内容を(表9)に示します。

- ①患者のニーズにあった効率よい時間帯の過ごし方：休憩時間、談話、自主トレーニングなど。
- ②患者同士・患者とスタッフの話し合い(図5)。
- ③患者のニーズによるミニレクチャー。
- ④その他。

表9 平成13年度 集団理学療法の実施内容

体操	レクリエーション	自由時間
	<ul style="list-style-type: none">・風船バレー(図4を参照)・座位又は立位での風船・棒・ボール送り(上・左右から渡す)しりとりを混ぜる・バスケットボール・ゲーム・歌・歌と体操・顔面体操と歌(言語聴覚士)	<ul style="list-style-type: none">・スタッフ間・スタッフと患者での内容の再検討・一年の反省や感想、目標を発表・最近の病気に関する知見・薬についての説明・介護保険についての情報提供(SW)・日常生活での注意事項・パーキンソン友の会の紹介・報告(スタッフ・患者)



図4 レクリエーション



図5 自由時間での談話

4) 実践から得たこと、感じたこと、課題

初期の段階ではなかなか変化を感じ取ることはできませんでしたが、3年間実施してきた結果非常に大きな変化が見られました。理学療法士としては、身体機能に対する効果を中心にとらえがちですが、この集団理学療法・心理サポートから得られたものは、患者自身の活性化であり、身体的にも精神的にも病気に対して前向きな姿勢が見られるようになりました。

実践から得られた集団理学療法による効果について、患者との話し合いの中で出た意見を中心に、以下の3つに分類してまとめました。

(1) 個別の効果

- ①現在の自分の障害度の把握を促すことができ、疾病受容につながります。
- ②全員が、重症度に変化がなく、ADLの自立度も維持されてました。
- ③楽しく運動し、満足感を得ることで、ドーパミンの放出が促進されます。
- ④20名中12名が、在宅での自主トレーニングのきっかけとなりました。
- ⑤外出のきっかけや社交の場となっています。
- ⑥仲間として悩みを共有したり、ストレスを発散することができます。
- ⑦他人の可能性を共有することで、自分が前向きになれる。
- ⑧心から笑える機会になります。

(2) 集団による効果

- ①一人では挫折してしまうことも、集団で乗り越えることができます。
- ②場面に応じて目立つ人が変わり、個人を輝かせることができます。
- ③開始当初は与えられたものを行うだけであったのが、一人ひとりの意見が生きる場となり、またそれを生かすようなまとめ役も現れました。
- ④連絡網ができたり、来ない人を気にするような変化が見られました。
- ⑤機能の良い人が、動けない人を助けるような場面も見られ、全員で楽しもうという取り組みが見られるようになってきました。

(3) 集団全体の活性化

- ①全員に参加しようという気持ちが見られるようになりました。
- ②参加者全員のリラックスした雰囲気が、新しい人も同化しやすい環境を作り出しています。

5) まとめ

今回紹介した集団理学療法は、当院理学療法室で行っていますが、参加人数が多い時には、十分な空間をとることができなくなってきました。その一方で、在宅にいる方で希望される方、障害が重度な方、その他の難病の方々にも同じような場を提供することが必要とも考えています。集団で運動できる余裕を持った広い場所の確保と、集団理学療法を必要とする人が増えているという2つの問題を抱えています。このような問題を踏まえながらも、日時を限定せず、誰もが、いつでも、安心して運動療法や談話・楽しめる空間として利用できるような場を作ることが望まれます。

3. 保健所における実践例—脊髄小脳変性症患者への集団理学療法の試み—

上越保健所では、平成12年度より、脊髄小脳変性症患者に対し心理的サポートグループおよび集団理学療法の開催を行ってきました。ここでは、集団理学療法の実践内容を紹介します。

1) 動機と概要

上越保健所では日頃の活動から、在宅難病患者に対し心理的な援助の必要性、そのための「場」の不足、スタッフの力量不足の問題意識を持っていました。このような問題意識の視点から、国立療養所犀潟病院で行われていたパーキンソン病のサポートグループを参考に、保健所でも行えるよう工夫して、平成12年度より脊髄小脳変性症患者に対し心理的サポートグループの開催に至りました（詳しくは「第4章 地域における実践例」を参照）。

当保健所に勤務する理学療法士はグループ前の20分程度の時間を受け持ち、身体運動による心（気持ち）のウォーミングアップ及びリラックスした雰囲気をつくり、個々の機能維持とフォローアップを目的に集団理学療法を行います。

2) 対象者と手続き

対象者は、在宅脊髄小脳変性症患者が常時9～13名が参加しています。障害の程度は、歩行自立者（杖使用含む）7名、歩行器使用者2名、車椅子使用者4名です。

(1) スタッフ

理学療法士1名、保健婦2名、精神保健福祉相談員1名で構成されています。保健婦1名と精神保健福祉相談員は、集団理学療法の後の心理的サポートグループを行います。

(2) 日時

月に2回、計6回を1コースとした日程で、春秋と年2コース行います。時間は、10時から10時20分まで行い、この後11時30分まで心理的サポートグループを行います。

(3) 会場

会場は、保健所2階のデイルーム室（約20m²の部屋）で椅子を円卓上に配置します。

(4) 参加状況

送迎はNPOの送迎ボランティア、社会福祉協議会のリフトバスを保健所職員が配車して行い保健所に集合していただきます。おおよそ、1回6～8名程度の参加です。

3) 実施内容

(1) 集団体操

ア. 疾患の特徴

脊髄小脳変性症は身体のバランスを保つことが困難となるのが主な症状です。運動の大きさ・方向、スピードのコントロールができず運動が稚拙となります。また、まれに痙性によりはさみ足、尖足等を引き起こすこともあります。

在宅生活では転倒が多く見られ、外傷や骨折による著しい機能低下をきたすこともあり、日常生活への指導、家屋改修、転倒防止の対策が必要になってきます。

若年から高年に発症するため、病気に対する不安だけでなく、仕事のことや家族のことなど様々な悩みを抱えています。

イ. 上述の障害特性を考慮し、次の4点にポイントを置き、椅座位と立位での自力での運動を基本とした集団理学療法を行いました。

- ①リラックス、準備運動としてのストレッチ体操（図6）
首の前後屈、回旋、上肢の挙上、肩甲帯の回旋等を行います。
ハムストリングス・アキレス腱のストレッチを行います。
- ②廃用症候群の予防、四肢体幹の揺れを軽減させるための筋力増強運動
大腿四頭筋のセッティング、頸部筋群への等尺性収縮^注を行います。
両手を胸の前で合わせ、手掌を押しつける、反対にひっぱる等の自己抵抗運動を行います。
注)等尺性収縮とは、関節は動かさずに力を入れる運動のこと、壁を押し動作などが含まれます。
- ③各姿勢においてバランスを保持する姿勢保持・動作の練習
中腰立位になり左右に重心移動を行います。
座位で左右にお尻を持ち上げる（身体の側屈をともなった体重移動）ことを行います。
片足立ち、つま先立ち、踵立ちで姿勢の保持をします。
足踏み、倒れないようにしゃがみ姿勢まで腰を落とし再度立ち上がります。
- ④四肢のコントロール・巧緻性の練習
足部を内回し、外回し、足で字を書く、指を回す等などを行います。



図6 集団体操の風景

(2) レクリエーション

体操だけの内容に偏らないように参加者同士のスキンシップ向上のためペアになり椅座位にてレクリエーションを行いました。

- ①隣人との指リングでの力比べをします。
- ②指相撲をします。
- ③二人の立てた指の合計が指示した数になるようにします。
- ④向かい合った相手と違う動作をこちらの合図にあわせて行います。

(3) 配慮した点

ア. 身体機能面に対して

- ①毎回決まった基本体操の他に、少しずつ違った体操を盛り込んで新鮮味をあたえるようにしました。
- ②重度な方が立位をとる時は適時介助に入りました。人数が多く全員で立位をとることが危険な時は半分に分けて行いました。
- ③肩の挙上でも隣の人の肩をたたくなど1人だけの体操に偏らないようにしました。
- ④集団体操の会場がエレベーターのない2階のため、ボランティア等に介助方法の指導を行いました。車椅子利用者にも歩いて階段昇降が可能かどうか判断し、大変でもできるだけ自力であがるように促し達成感をもってもらうようにしました。

イ. 雰囲気作り

- ①数を数えることでも順番に声を出してもらうよう心がけました。
- ②疾患特性として、発音が不明瞭で聞き取りにくい（音の強弱がそろわない、呂律が回らない）ので注意してゆっくりと話してもらい、こちらでもゆったりとした気分で対応しました。
- ③各人に声かけをします。また、場を盛り上げてくれる中心的人物を生かすように、声かけ、音頭などをお願いしました。
- ④気にかかる人、自発性の低い人等に意識して何回も声かけするようにしました。
- ⑤グループが進むと小さな仲良しグループができてしまい、いつもおおよそ座る席が決まってしまう。それに対して、レクリエーション等で同じ組の相手を決めるくじ引きなどを行い、席順が変わるように工夫しました。身体機能が低下している場合は、移動が難しいので臨機応変に行います。

ウ. 教育的効果を狙って

- ①運動の効果、ストレッチしている心地よさ、普段行わない（行えない）ような苦手な運動・動作であることを感じてもらえるよう説明しました。
- ②できたことを確認し、できなかったことをどんな風になぜできなかったかを伝え再認識してもらうようにしました。
- ③日頃、どんなことが大変なのか、どんな運動を心がけているかを聞くようにし、それを他の対象者にも伝えました。
- ④リハビリや歩行、杖、車椅子等の話題を持ち出してその後のグループワークにつなげるようにしました。

4) 実践から得たこと、感じたこと、課題

(1) グループの特徴・雰囲気

- ①若年層が多く、ケースによってはかなり大変と思われる体操（転倒の危険性があるようなつま先立ちなど）でも注意しながらできることが多いです。
- ②同じ疾患を集めたグループでは、障害特性があるのでほぼ同様のポイントでプログラムが立てられます。疾患・障害が多岐にわたる対象者の場合よりもまとまりがありグループを動かしやすいといえます。
- ③レクリエーションでペアを組むことにより他者との身体の接触が生まれ、初めは戸惑っていたもののしだいに打ち解けるようになりました。

(2) グループが成り立つための背景

- ①個別の評価やその方の生活の援助・コーディネートまでを行うことは、このグループ訓練だけのつながりでは難しいのではないのでしょうか。グループが成り立つためにはそのバックボーン（家庭訪問等の日頃の活動で生活状況やその人の個性をつかむ）の把握が必要と考えます。
- ②他の職種（保健婦等）、機関（病院等）との情報・意見交換が必要です。
- ③PT 1人で行っているのではなく、他の職種（保健婦等）からの声かけも雰囲気作りには欠かせません。
- ④送迎の確保は第1条件です。

(3) 評価

- ①個別の時間で個々を評価するだけではなく、集団の中でも個々の評価（身体の動かし方から表情までも含む）ができるようになることが必要です。
- ②また、地域で行う利点を活用し、参加者のリハビリニーズ（個別の療養相談、家庭訪問への発展、医療機関への連絡等）に柔軟に対応することが望まれます。

(4) 個別対応との差

- ①集団体操では自分自身の運動機能の確認を行い、他者との比較により自分がどの程度の病状であるかを実感として理解することができます。
- ②PT等の専門家が評価した結果を教えてもらうのではなく、自分自身の価値観、評価基準（長靴だと歩けるが普通の靴では歩けない、畑で歩くのが一番大変だ等、歩行障害をどの様にとらえているかは人によって異なる）を同病者と共でき、自分を客観的に見ることができます。
- ③支援者側から見ると個別では見えてこない、患者の様々な想いを感じとる機会になります。
- ④自分自身の運動機能、能力を確認することで体操やホームプログラムへの必要性を自覚し、運動の継続につながることを期待できます。
- ⑤楽しい雰囲気での運動を継続でき、他者との身体接触（スキンシップ）が生まれ、つながりが深まります。

(5) 課題

- ①2年間の開催期間中、車椅子利用になったケースが2例あり、身体症状が進行した人への対応が課題として残りました。
- ②今回は、椅座位での運動を基本としましたが、マット等を利用した臥位での体操や、言葉の練習の要素を入れてゆくことも、今後、検討する必要があります。
- ③集団理学療法が20分の時間では、運動練習としての目的を遂行することが不十分であり、十分に実施するためには、休憩を入れて約1時間が必要になります。そのためには、送迎の時間や職員の時間を調整して、集団理学療法および心理サポートグループの総時間を増やすことが必要になります。
- ④保健所で環境設備、人員等が限られている中で目標を定め、きちんと系統だてで行うためには、他職種との協力関係の確立と支援者の中でのマンネリ化をどう乗り越えてゆくかが課題となります。

5) まとめ

地域においては従来、機能訓練事業、通所リハビリテーション等でも集団体操、レクリエーション、話し合い等のプログラムが組み立てられており、参加者は個々に目的を持ち参加しているといえます。当事業では、心理サポートグループでの話し合いを主な目的として参加しており、集団理学療法の特性は、なかなか出しづらい面もありました。しかし、運動練習の要素、身体機能チェック、ひいてはPT等の専門的知識を求めている方も多く、支援者側からすれば個別対応とは異なる集団という手段を用いることによって、有用な活動になるといえるのではないのでしょうか。また、今まで行われていたグループに心理的サポートの視点から再確認することで、参加者の新しい発見があるかも知れません。集団理学療法は、地域における神経難病患者のニーズに応じた受け皿として一つの可能性を秘めていると考えます。

4. 集団理学療法で考慮すべき条件と今後の課題

1) 集団理学療法で考慮すべき条件

集団理学療法を実施する場合、全ての施設において同一の条件で行えるわけではなく、現実には、限られた条件の中でどのように工夫して実施するかが求められます。ここでは、疾患による特徴、実施場所の設備、関わるスタッフ体制の3点について述べます。

(1) パーキンソン病と脊髄小脳変性症の運動障害の特徴

集団理学療法では、対象者の集団体操を中心にしているので、疾患による運動障害の特徴について把握しておくことが必要です。

パーキンソン病では、ア. 全身が固い、イ. 屈曲姿勢になる、ウ. 運動範囲が小さい、エ. 体幹回旋が低下する、オ. バランスが悪い、カ. すくみ足が出やすい、キ. 長期療養者ではon-off現象、wearing-off現象、ジスキネジアを合併する、などが挙げられます。このような運動障害に対する運動練習として、持続的な伸張運動による関節可動域の維持・増大、伸展姿勢の保持や伸展筋の強化、臥位・座位・立位の各姿勢での体幹回旋、体重を左右、前後に移動する、種々のすくみ足対策の練習、などが挙げられます。また、呼吸訓練や発声練習も大切です。

脊髄小脳変性症では、ア. 手足の振えがある、イ. 手足の協調的でスムーズな運動ができない、ウ. バランス不良で、姿勢変換動作が不安定である、エ. 歩行が不安定である、オ. 筋肉が固かったり、筋力低下があるなどが挙げられます。このような運動障害に対する運動練習として、手や足の動きをコントロールしながら動かす練習、座位・立位・中腰などの姿勢保持、起座・起立などの姿勢変換、筋力増強運動などが挙げられます。

(2) 実施場所の条件

望ましい条件としては次のようなことが挙げられます。

建物：車いすが出入りしやすいスロープやエレベーターの設置が望まれます。

集団体操と心理的サポートを合わせて実施する場合には、同じ建物内がよいでしょう。

離れていると移動に時間を要します。

部屋の広さ：少なくとも10人以上が体操できる程度の部屋が必要です。

部屋の設備：床に臥位になれるような敷物を用意します。必要な人が休息できるようにベッドを用意します。腰掛ける椅子あるいはプラットホームマットなどをおきます。また、運動に変化を加えられるように、クッションや、ボール、棒などがあるとよいでしょう。

これらは必須の条件ではありませんが、条件が整っていることが望まれます。設備が不十分でも様々な工夫を試みて実績を作ることが大切でしょう。

(3) 関係するスタッフの条件

集団体操の指導は理学療法士が望ましいですが、常に理学療法士を確保できるわけではありません。そして理学療法士が確保できないから集団理学療法の指導ができないということではありません。そのような場合には、いろいろな条件のなかで工夫を凝らして実施することが望まれます。

①. 毎回、複数の理学療法士を確保できる場合

スタッフが複数関わっている場合には、きめ細かい個人指導が可能です。また、安全面にも配慮できるので高度な運動指導が可能になります。

②. 毎回、1名の理学療法士と複数のスタッフを確保できる場合

基本的には、①に準じます。理学療法士以外のスタッフには、理学療法士などから運動練習などの指導・講習を受けていることが望まれます。

介助が必要な人には、安全な内容の運動を指導します。

③. 時々、理学療法士を確保できるが、常時は他のスタッフで行う場合

集団体操の実施は常駐スタッフで行います。非常勤理学療法士の役割としては、講習や企画の検討などで助言することが求められます。

④. 理学療法士がいない場合

できれば、スタッフは、集団理学療法を実施している施設を見学しておくとい良いでしょう。運動内容については、理学療法士の助言を受けたり、スタッフ間で学習会などを通じて学ぶことが薦められます。例えば、市町村の社会体育の指導者から一般的な体操の指導を受け、それらを参考にすることも薦められます。

2) 今後の課題

(1) 病院、地域に普及させるシステムの構築

このような取り組みを多数の病院、地域に普及させていくことが必要です。そのためには病院、保健所、市町村担当部署、患者会などとも連携をとりながら、地域でのネットワーク作りが必須となります。地域によってはすでに確立されている難病のネットワークがあるので、それらを利用しながら集団理学療法、心理的サポートの体制を組み込んでいくことが現実的でしょう。

(2) 長期的フォローアップ体制の構築

症状の進行に迅速に対応できるように、保健所、病院、市町村担当部署などが、連絡をとりながら長期的フォローアップ体制を構築します。また、専門職だけに限定せずに患者会や患者仲間といったインフォーマルな支援も患者に安心感や希望を与えます。

(3) 職種の確保

集団理学療法の中心となる理学療法士の確保が望ましいですが、確保できなくても保健婦、看護婦、あるいは市町村の運動指導者、レクリエーションリーダーなどの職種の協力で代行することを検討します。

(4) 関連職種間の連携の重要性

スタッフ間のカンファレンスを定期的を実施することが、対象者個々の情報の共有化や、適切な時期に必要なサービスの提供することを可能にします。さらには、異なる職種間の話し合いはお互いの学びの機会となり、スタッフのモチベーションの向上につながります。

(5) 集団のあり方

「集団」の主体は対象者です。支援スタッフが指導者として上に立つ関係ではなく、対象者と「共に」というパートナーとしての謙虚さや接し方の基本的姿勢が求められます。そのことによって、対象者は、集団を生かす力を生み出したり、集団理学療法を前向きにとらえる考え方に、つながっていきます。

第 4 章

地域における実践

1. 上越地域の実践

1) 支援の経緯

上越保健所では、昭和63年より特定疾患医療受給者を対象に家庭訪問による個別フォローを開始しました。当時は、特に重度の障害をもった神経難病の患者を中心にした取り組みでした。その後、平成元年には、全保健所において重点施策として在宅難病患者支援事業がスタートし、訪問指導、健康相談や患者・家族のつどい等の支援活動が充実強化された。事業経過の中で、医療との連携の必要性から平成2年より、管内唯一の専門病院であった国立療養所犀潟病院と月1回の定期的な患者連絡会を開催してきました。こうした取り組みの中、保健・医療・福祉の連携の必要性を実感し、地域医療推進会議に位置付けた在宅ケア部会やケース検討会等を通じて患者支援ネットワークづくりを図ってきました。その後、一般病院や開業医も含めた支援体制の整備、難病患者ボランティアの活動開始や神経難病患者の自主グループの発足と事業が拡大しました。また、平成12年より介護保険が開始となり、福祉サービスの充実が図られ、支援ネットワークは徐々に強化されてきました。現在、当保健所管内の患者数は46疾患で1052人、神経難病患者は332人でした。

2) 心理的サポート教室開催の動機

前述のような支援ネットワークが強化されてきた中で、心を閉ざし外へ目を向けることのできない患者、家族との関係が不和になり苦しんでいる患者、在宅サービスを利用せず、大きな介護負担を抱え込んでいる家族等に対しては、どう支援していったらいいか、暗中模索の状態でした。

平成11年に行った「神経難病患者の主観的QOLに関するコーホート研究」の中ではQOL得点の改善要因が療養生活の満足度及び病気の受容と相関関係があることが明らかになりました。神経難病患者・家族にとって病気や障害を受け入れ上手につきあいながら、自分自身の新たな生き方を見つけていく気持ちになれることがQOL向上の入り口です。そのような中、国立療養所犀潟病院での患者・家族の心理的サポート教室の実施を知り、地域でもできないものかと、今回の教室の開始となりました。対象疾患としては、神経難病の中でも比較的若く、障害も重度で、かつ患者数の多い脊髄小脳変性症を選び、実施しました。それに伴い、それまで犀潟病院で行われていた骨髄小脳変性症を対象とした心理サポートの集まりは、保健所の集まりへと全面的にゆだねられました。

2. 集団による心理サポートの取り組み

1) 実施目的

地域においてはじめての試みのためスタッフの技術向上や他機関への波及効果も考え以下の3点を目的としました。

- ①参加者の心の安定と療養意欲の向上を図る
- ②スタッフの心理的サポート技術の習得及び向上を図り、地域スタッフへ波及する
- ③管内の市町村及び関係機関が難病患者支援及び心理的サポートの必要性を理解する

2) 実施過程

(1) 開催前学習

- ・神経難病患者の心理的支援及びサポートグループについての講義を受ける

- ・ 脊髄小脳変性症という疾患の理解を深める

疾患や心理的支援の基礎知識を得ることはいろいろな職種がチームでかかわるための土台づくりとして有効でした。

(2) 参加者の選定及び人数

およその選定基準を決め、難病ケアに携わっている保健婦が家庭訪問を実施。リーフレットを用いて、開催主旨の説明と本人及び家族の意思確認を行いました。

<選定基準>

- ・ 精神的に不安定な者、閉じこもり傾向にある者、家族関係に問題がある者
- ・ 言語障害が他者に聞き取れる程度の者
- ・ 自宅から保健所までの通所が本人の負担にならない者

<参加人数>

1回の参加人数は10人程度が話し合いのグループとしてまとまりやすい。しかし、今回の教室では参加希望が増え実際は12人前後での実施でした。

(3) スタッフ

多職種で関わることで不足な面を補い合い偏りの少ない構成、評価ができる。そこで難病ケアに関係のある職種がスタッフとなれるように所内で話し合をもちました。

<構成スタッフとその役割>

保健婦：参加者の勧誘と決定

教室の日程決定と運営に関わる調整

グループではリーダー及びコ・リーダーを担当

教室終了後の参加者のフォロー

精神保健福祉相談員：グループではリーダー及びコ・リーダーを担当

教室終了後の参加者のフォロー

理学療法士：集団理学療法を担当

臨床心理士：スーパーバイザー

* 記録や分析、グループ評価は、全職種で実施

(4) 開催場所

<参加者の送迎について>

参加しやすいようにNPO（民間非営利団体）の移送サービス及び社会福祉協議会のリフトバスを利用しました。また、車の乗り降りの介助等は難病ボランティアの協力も得ることで参加者の安心感につながりました。

<環境について>

- ・ 身体障害者用のトイレが設置されている
- ・ バリアフリーで十分な広さがあり、騒音のないところ
- ・ 部屋は花など飾り明るい雰囲気
- ・ サポートグループへの集中のため、お茶を出さない
- ・ 参加者の自宅から平均的な時間で集合できる
- ・ できれば、マジックミラーを設置した観察ルームがある

* 観察室の意味

- ・観察者がグループの進め方について客観的立場から助言できる
- ・グループに直接参加しないスタッフと話題が共有でき、同じレベルでグループの分析・評価ができる。

<グループの配置>

椅子は円形に配置し、椅子と椅子の距離は大きくあけず、親しみがもてるような雰囲気をつくる。私語を発しやすい参加者は隣同士にならないように工夫する。リーダーは窓を背に先に着席し、メンバーを迎入れるような気持ちで。コリーダーは、可能ならばリーダーから対角線の位置に着席し、リーダーと共にメンバーを見渡せることが大切。

(5) 実施時期・回数

月2回のペースで、1コース6回。

1コース目：年度前半

2コース目：年度後半

月1回では間隔があき過ぎるが週1回では頻回すぎることから、月2回が生活のペースの中に入れ、スタッフにも負担の少ない間隔と考えました。また、雪国での実施のため、冬期間を除き、足場のよい時期のみの期間としました。年間通して実施の希望もあるが業務量的には、2コースに分け年間12回程度がやりやすいものでした。

(6) プログラム（一日の流れ）

①フォアミーティング15分

参加者の状況、サポートグループでのスタッフの心構えや役割について確認。

②集団理学療法20分

リラックスしてサポートグループに入れることと参加者のつながり強化を目的に実施。

③サポートグループワーク70分

スタッフはリーダーとコ・リーダーの2名が入り、他のスタッフは隣室から観察。

④アフターミーティング30分

サポートグループでのスタッフの関わり方や参加者の言動についての振り返り。

(7) 記録・分析

参加者の了解を得てプロセスレコードをとる。観察スタッフは隣室からマジックミラーを通して参加者、スタッフの言動等を記録。また、終了後、主なテーマ、全体の深まり、影響力のあった発言、対象者の変化、スタッフの関わり方等を評価・分析。

(8) スーパービジョン

プロセスレコードを利用して、スーパーバイザーの指導を受けました。参加者の発言の意味やスタッフの関わり方について具体的場面を通しての指導を受けることでスタッフのかかわり方の傾向がみえてきて、コミュニケーション技術の向上につながりました。(参考資料参照)

3. 結果

1) 心理サポート教室終了後のアンケート結果

心理サポート教室終了後のアンケート結果は下記のとおりでした。

- ・グループへの参加について 楽しいと回答 8人／11人中
ふつうと回答 3人／11人中
- ・グループへの参加について役に立っていると回答 7人／11人中
ふつうと回答 4人／11人中
- ・グループ参加で変化したことありと回答 10人／11人中
なしと回答 1人／11人中
- ・グループ参加を継続したいと回答 10人／11人中
分からないと回答 1人／11人中
- ・心に残ったこと、感じたこと
 - 気持ちが明るくなった、気が晴れる。
 - こんな考え方もあるのだなあと参考になる。
 - 自分がダメになったとき、みんなの話を思い出して頑張ろうと言う気になる。
 - 家では話し相手がいないのでうれしい。
 - いろんな話し合いができたので楽しい。
 - みんなとの交流が楽しい。
 - 外に出る機会になる。
 - ストレス解消
 - 同じ病気の人だから納得できる。

参加者にとっては定期的に出かける楽しみの場所であるとともに、少し気持ちが軽くなる場として認識されていました。

2) 参加者の変化

(1) 教室への参加意欲の向上

参加者は受診や入院を除いて、ほぼ毎回出席しました。開催当初はスタッフに勧められたからと参加に躊躇していた者が多かったのですが、終了時点のアンケートでは全ての者が月2回程度の継続参加を希望しています。積極的な気持ちで参加できる場所としての定着がみられ、また、参加者の中から、自分たちの集まる場として名前を付けたいという声があり「こすもすの会」と名称もきまりました。

(2) 行動・社会性の変化

サポートグループへの参加の中で、社会交流の場への参加に対する抵抗感が和らぎ、家に閉じこもりがちな患者が神経難病患者の集いやデイサービスなどへつながりました。また、車椅子での参加者が会場の2階まで自分の足で時間をかけて上り下りするなど生活意欲の向上がみられるようになりました。

(3) 自己理解の深まりと病気の受容の深まり

「年々進行する」「何も出来なくて人の世話になることが心配」「このままでは生きる屍」など自分の置かれている状況や気持ちを言葉として表現できるようになってきています。病気の受容が深まったという手ごたえはまだ感じられないものの、歩行器を使うこと、車椅子を使う

こと、介護保険を使うことなど一歩進んだ自分と前向きに付き合えるようになってきています。

(4) 家族や周辺の者への関わり方の変化

少しずつ家族や周囲の手助けが必要な状況におかれる中で、自分から願ひする、感謝の気持ちを表現することは難しい。「家族が先に気づいてほしい」「頼むくらいなら自分でやりたい」という気持ちは強い。自立への気持ちは大切であるが、手助けしてもらいながら、よりQOLの高い生活をしていくという素直な気持ちになれることを参加者も望んでいる。この話題はとてもよく出る話題でした。

(5) 参加者同士の仲間意識の強化

参加者はグループ参加の中で初回から親しくなる人が多く、同じ病気の人、同じ悩みを抱える人がいるということは参加者の大きな励みとなっています。このことが、教室への参加が継続される大きな要因となっています。

カ、スタッフとのつながりの強化

いろいろな事柄や思いを話し合ったり聞いてもらえたという参加者の気持ちが信頼関係の深まりに大きくつながっていきます。その結果、困った時に連絡をくれる、種々の支援の勧めにもスムーズに受け入れてもらえるなど、より迅速で有効な支援につながれると考えています。

3) スタッフの変化

スタッフのコミュニケーション技術も段階を追うごとに変化してきた、その経過を追ってみます。

〈参加者の話を遮らずに聞く〉

参加者の語りに対し、コメント、指導、助言的な発言をしがちである。それにより参加者の語りた方向でなくスタッフの思い描いた方向へ話が誘導されてしまいます。参加者の思いを遮らず語ってもらう方向に視点が変化しました。

〈事実、考え、思いを明確に区別し、考え、思いの部分で話を展開させる〉

事実の伝達の方が話も軽くテンポもよい。話を深めたくない参加者につられてスタッフも事実でグループを展開していくと、沙龙的な話題でどんどん進み終了時に充実感が残らない。そのときの参加者の思い、気持ちの部分に着眼し、話を展開していくことで、より深いものとなっていきました。

〈参加者の語りの中にあるキーワードに着眼し、話を展開させる〉

参加者の語っている言葉を表面的にとれえるのではなく、どんな思いでそれを語っているのか言葉の奥にあるキーワードで話を展開させていく。そうすることで参加者の思いによりフィットした部分で話が深いものへと展開していくことを理解しました。

〈コミュニケーションネットワークを活用する〉

参加者の思いの部分で深めようと努力すると、1対1のコミュニケーションの展開になりがち、早急に今出ている語りを深めようと焦らず、コミュニケーションネットワークを活用する。キーワードが押えられていると相互のやりとりの中で結果的にはより深まった語りへと展開していく。これは実感としての体験がまだ少ないと思います。

〈参加者の個性をとらえグループ展開に生かしていく〉

参加者の中でも話の方向を軽く流したい人に対しては、話題の提供者としてとりあげ、話を深く見つめられる傾向にある人を展開部分で活用します。また話がフィットしなかったりつまらなかったりすると私語を話す人もおり、各人の個性をつかんでおくことでグループの雰囲気理解できます。

〈参加者自身とその人の思いに距離をおく〉

参加者の思いを引き出す時に単刀直入な聞き方をしません。語られていることとその人の間に距離をおくような引き出し方で、参加者は自分の思いを考えやすくなったり、語りやすくなったりします。単刀直入な聞き方は相手にその思いからの拒否感や避難感を引き起こさせ、結果的に思いにふたをし、軽い話の展開へと進ませることとなります。

〈その他〉－全般にわたるスタッフの気づき－

- ① 聞き取りにくい言葉についてはもう一度聞かせてという形で聞き返します。遠慮は信頼関係を失うことにつながります。聞きにくい言葉は素直に聞き返すこと、また他の参加者にも分かるように伝えていくことが必要です。その積み重ねでだんだんと参加者の言葉がスムーズに聞き取れるようになります。
- ② 五感をフル活用してグループの雰囲気、参加者の言動をつかむ
スタッフは今、語っている人に気をとられその人に集中しますが、他の参加者の語りそうにしている雰囲気やつまらなそうな様子、私語などをよく観察し、それに応じた話の展開をしていく必要があります。それにより効果的なグループネットワークが展開できます。
- ③ スタッフ自身の技術や傾向をつかんでおく
スタッフ自身にもその人のパーソナリティからくる傾向があり、たとえば病気の進行に伴う症状の話題になると「しかたないよね」と展開したり「ひたすら励ましたり」と、投げかけることばにはスタッフのカラーがでます。それがグループ展開にマイナスに働く場合もあり、自分自身をよく知ることは大切であり、これはプロセスレコードの分析やスーパービジョンによって顕著となります。
- ④ リーダー、コ・リーダーの理解
リーダーは全体のグループ展開、コ・リーダーは参加者全体の動きをよくとらえ、コミュニケーションネットワークにつなげていくことです。しかし、コンビネーションがうまくとれた体験は少なく、同じ役割をとってしまったり、リーダー、コ・リーダーの思う方向がかけ離れて焦ったり、遠慮したりとなかなか難しい内容です。これについては体験の積み重ねの中で慣れていくしかないと思われまます。

4. 地域の変化

1) 市町村行政及び関係機関の難病患者支援における理解の深まり

心理サポート教室を実施することの有効性をスタッフ自身が実感として認識できたことで、管内の地域ケアスタッフや県内の保健婦等にアピールすることが出来ました。

研修会の開催、研究としてのまとめの発表、会議やシンポジウムを利用しての報告などにより、地域の関係者に少しずつ理解を得られるようになってきました。その結果、地域ケアスタッフが心理的支援を重視した関わりをもつようになってきたり、教室対象者を紹介してきたりと

成果が得られています。また、管内で神経内科外来をもつ病院が院内でもサポート教室を実施したいという方向での動きが見られることは、とても喜ばしいことです。

2) 地域資源の拡大、強化

心理的サポート教室を実施するにあたり、参加者が安全に気持ちよく参加するためには難病ボランティアや移送サービスの利用が必須です。幸い当保健所管内にはこれらの社会資源が整っていましたが、この教室実施を通じて、ボランティアの理解の深まりと資質の向上につながっています。また、移送サービスの必要性については参加者自身からの声も多く市町村行政や社会福祉協議会へもさらに働きかけていきたいと考えます。

3) ネットワークづくりの強化

当保健所では地域医療推進会議の中の在宅ケア部会に位置付け、保健医療福祉の関係者間での検討会議を開催しています。その中で難病患者の支援ネットワークの充実を図ってきたところです。この教室の反響や個々の参加者を通じての連携が難病患者支援の理解を深めネットワーク強化につながっています。

5. 実施における留意点と今後の課題

1) サポートグループ実施にあたっての留意点

(1) 多職種によるチームアプローチ

職種により得意な分野があり、大切と感じる視点にも違いがあるということが教室を通して実感できます。同一職種ではなく多職種で関わることにより、不足な面を補い合うことができ、偏りの少ない構成及び評価ができます。

また、精神保健福祉相談員は心の相談を通常の仕事としているため、参加者の心理的状況の把握が適切であり、チームとして関わることに大きな効果を期待できます。

(2) 専門家からの助言、指導

当保健所のスタッフだけでは参加者の思いを引き出し、障害受容へと支援していくのは困難です。専門家から指導、助言を受けることでスタッフの技術の向上もはかられます。スーパーバイザーとしては、臨床心理士もしくは、集団心理療法を実施している人または理解している人が望ましいといえます。

(3) 集団理学療法の実施

サポートグループ直前の集団理学療法は、スキンシップを伴う体操やゲーム、レクリエーション的な要素を取り入れることで笑顔が生まれリラックス効果は十分に果たせます。また、その中で参加者同士の連帯感が深まりサポートグループの導入としては大きな効果があります。当保健所では、理学療法士がおり、期待どおりの役割を果たしていましたが、集団での運動療法やレクリエーションのできる体育指導員、レクリエーション指導員などの職種でも、指導を受けることによって代行できると思います。

(4) 教室終了後の参加者フォロー

サポートグループでみられた健康上の問題や生活に支障を来す問題について、家庭訪問や電