

### 3) グループ・プログラムにおける多職種連携と看護師の役割

## 3)-1: 医療観察法に基づく医療における治療プログラム ～認知行動療法の理念に基づいたSSTマニュアルを作成して～

研究者名：○平野 豊和 独立行政法人国立病院機構東尾張病院  
平野 哲則 独立行政法人国立病院機構東尾張病院  
宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所

#### 研究要旨

本研究の目的は、SSTによる学習成果の日常生活への般化を促進するために、当院で作成した『SSTプログラム基準』に沿った実践の有効性を検証し、医療観察法に基づく医療におけるSSTの意義と位置づけを確認することにある。29名の統合失調症の患者を対象にSSTプログラムを実施しその効果について検討した。SSTプログラムの基準を「思考・感情・行動パターンと状況や症状との関連を自覚し、対処方法を選択することができるように働きかける。」ことと規定した上で、SSTプログラムの実施前後にアンケート調査を実施した。その結果、認知と行動の関連についての理解の向上、認知の修正による行動の改善がもたらされていることが確かめられた。こうした成果は、思考記録表の活用、曝露反応妨害法の導入、集団療法と個別ケアの併用などの要因によるものとが考えられた。

キー・ワード：医療観察法・SST・認知行動療法・統合失調症・MDT

#### A. 研究目的

##### 1. 研究の概要

2003年7月、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）が制定された。東尾張病院では2005年12月に医療観察法に基づく指定入院医療機関が開設された。

当病棟では、看護師が主体となり多職種チーム（Multi Disciplinary Team：以下、MDT）の協力を得ながら、治療プログラムの一環として、認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy：以下、CBT）の考え方を取り入れた社会生活技能訓練（Social Skills Training：以下、SST）を実施し、

一定の成果を挙げてきた。

そこで、本研究では、当病棟のSSTプログラムの概要を紹介しながら、同プログラムが対象者にどのような影響を及ぼし、それにはどのような要因が関与しているかについて明確化を図りたい。

##### 2. 研究の前提となる治療的な枠組み

本研究の前提となる実践の枠組みを明らかにするため、医療観察法処遇ガイドラインにおけるCBTとSSTの位置づけを確認した上で、当病棟の方式とその裏づけとなる考え方について明らかにしたい。

医療観察法による入院処遇においては、急性期（3ヵ月）、回復期（9ヵ月）、社会

復帰期（6ヵ月）のステージごとに到達目標と各職種の業務が規定されており、その中にCBTとSSTも位置づけられている。

#### ①処遇ガイドラインにおける認知行動療法の位置づけについて

ガイドラインでは、「認知行動療法：物事の捉え方に変化を与えて好ましい行動を主体的に引き出していくことを期待する精神療法」と定義している。また、回復期の到達目標として「疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る」という項目を掲げ、そのための方法として認知行動療法が例示されている。

また、各職種の業務規定の中には、臨床心理技術者の業務として、以下のように記されている。

##### ○急性期：

- ・認知行動療法への導入のための心理教育

##### ○回復期：

- ・認知行動療法（怒りのマネジメント等）を通じた感情の制御と対処法の獲得支援
- ・認知行動療法（疾患教育）を通じた病識の深化と疾病の自己管理能力の獲得支援

##### ○社会復帰期：

- ・病識の深化や疾病の自己管理能力の増進を促すための認知行動療法（疾患教育）

#### ②ガイドラインにおけるSSTの位置づけについて

一方、ガイドラインでは、SSTの定義にふれていないが、回復期の到達目標の一つとして、「社会復帰の動機付けや、自己効力感ないし自己評価を高めることによって、現実的な生活を思い描くことができる。」という項目を掲げ、そのための主な方法として社会生活技能訓練を挙げている。

ただし、各職種の業務規定の中には社会

生活技能訓練の言葉が見当たらないことから、SSTは多職種による共同業務として位置づけられていると考えられる。

#### ③当病棟におけるSSTの枠組み

SSTでは一般に、精神病患者が社会復帰するに当たっては、基本的な社会生活の技能を学習する必要があるという観点から、「服薬自己管理」「症状自己管理」「地域生活参加」「基本会話」「余暇の過ごし方」といったテーマごとに、一連の課題からなるモジュールを使用して学習を進める。

当病棟におけるSSTでも、症状自己管理、服薬自己管理のモジュールを取り入れている。ただし、医療観察法による治療の目標や対象者の特性、そして司法病棟開設前からSSTを実践してきた当病院の経験から、一般に用いられている上記の代表的なモジュールだけでは、知識や技術の伝授に傾き、対象者の行動変容を起こすには限界があると考えた。

そこで当病棟ではCBTを取り入れた15セッション〈表1〉から構成されるSSTプログラムを設定し、これに沿った実践を行ってきた。具体的には、導入セッションでエリスEllis,H.の提唱したABCモデルに沿った学習を行い、プログラムの全体を通して、自分自身の思考・感情・行動のパターンについて理解できるようにした。

ABCはそれぞれ、Activating event（刺激となる出来事）、Belief（信念ないし認知スタイル）、Consequence（結果）を意味する。一般的には、出来事Aが結果Cを直接に引き起こすと考えられがちだが、実際は信念Bが結果に大きく影響している。そこで、当病棟では、思考記録表を用いながら、状況Aに対して的確な判断Bを下すことに

より、効果的な対処Cができるようになることを目標としたトレーニングをSSTに組み込んだ。

その他にも、対象者の抱えている問題に応じて曝露反応妨害法、思考中断法、自己教示法などを取り入れている。これらの方法を実施してみた結果、不安や恐怖が軽減したかどうかを評価するために、自覚的障害単位 (Subjective Units of Distress ; 以下、SUD) を用いている。

このような観点からSSTプログラムを実施するに当たって、実施方法の統一を図るために、以下の『SSTプログラム基準』を作成した。

- ①状況に対する思考・感情・行動パターンを理解できるように働きかける
- ②症状が関連する、思考・感情・行動パターンを理解できるように働きかける
- ③自己の思考・感情・行動パターンのモニタリングができ、それに対しての対処方法を選択することができるように働きかける。

また、一般にSSTは集団精神療法として実施されることが多いが、集団精神療法のみでは日常生活への般化が十分に期待できないという判断から、個別性を重視し個人SSTも実施している。

当病棟のSSTプログラムは、対象者が今後地域で生活していく上で必要不可欠と考えられる内容を取り入れて構成されたものである。また、集団によるSSTだけでなく、対象者と生活場面で接している看護師による個人SSTも実施する事により、患者の個別性を尊重すると共に生活レベルでの般化の促進を目指している。そういう意味で、当病棟では治療プログラムが、SSTを軸に

して展開されているといっても過言ではない。

プログラムの一部として、『ビューティフル・マインド』という統合失調症の主人公の人生を描いた映画を取り上げる。ただし、単なる映画鑑賞に終わらせるのではなく、ワークシートを使用し、場面ごとに振り返りを行って、主人公の体験と参加者自身の過去ないし現在の症状とを突き合わせてみるように促している。つまり、映像体験を通じて統合失調症についての理解や、自分自身についての理解を深めることを目的としているわけである。

なお、当院では司法病棟の開設以前から、看護師が中心となってSSTを運営してきた経緯があり、司法病棟でも看護師が主体となってSSTマニュアルを作成した。各セッションは、リーダー1名、コリーダー2名の計3名で運営されており、リーダーはSST教育プログラムを受けた者に限っている。ただし、対象者の選定と実施評価は、多職種チームで行っている。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象者

当院司法精神科病棟の入院患者で、H18.5～H19.12にSSTを実施・終了した20～60代の統合失調症患者29名。対象行為は傷害・殺人未遂・殺人・放火・性犯である。

なお、SSTへの導入には、医師1名・看護師2名・臨床心理技術者1名・作業療法士1名・精神保健福祉士1名によって構成されるMDTの検討を経た上で、治療プログラム調整委員会で承認を得る。

### 2. 研究期間

2005年12月～2007年12月

### 3. SSTの実施状況

当病棟のSSTは、5名程度の小グループを対象に、週に1回1時間、1クール15セッションで構成されており、研究期間中に5クール実施した。実施内容は、表1（SSTセッション内容）に示した通り、認知行動療法への導入・症状自己管理モジュール・服薬自己管理モジュール・ストレス対処モジュールの4つに分かれている。

認知行動療法の導入は、ABC理論モデルの学習に基づいて、自己の認知パターンについての理解を促した上で、思考記録表を活用できるようなトレーニングを行った。

「人前で発言するのが苦手」という対象者には、本人の同意を得た上で、あえて人前で話す機会を提供する暴露反応妨害法的なアプローチを試みた。

なお、一般にSSTでは、課題を実施した結果への肯定的評価をフィードバックするための手段として、みんなで拍手するという方法を用いることが多い。拍手には快の強化による適切な行動の促進効果が期待できるとされているからである。一方、当病棟では、認知の修正を介した望ましい行動の促進と般化を重視しているため、拍手ではなく言葉による評価を採用している。

また、全てのセッションにおいて、最初から社会的に望ましい方法をモデルとして提示する完全モデル（マスタリーモデル）ではなく、多くの試行錯誤を繰り返す中から結果的に望ましい方法を見出す対処モデル（コーピングモデル）を用いた。

### 4. データの収集方法

①対象者の理解度チェックとアンケート調査

SST実施の前後に、症状自己管理・服薬自己管理・ストレス対処などに関する理解度と活用状況をチェックすると共に、SSTに参加した体験に関して自記式アンケートを実施した。〈資料1〉

### ②SUD得点の調査

曝露反応妨害法的アプローチの適応と考えられた対象者には、本人の同意を得た上で、実施前後のSUD得点を測定した。

### ③診療記録の利用

思考記録表及びSST実施・評価記録、並びに対象者別の診療録を参照した。

### ④スタッフからの聞き取り

対象者の変化とSSTプログラムへの参加との関連性、とりわけ認知行動療法の効果について、担当看護師を始めとするMDTメンバーに意見を求めた。

### 5. データの分析方法

上記①～④のデータを基に、研究グループ、並びにSST担当者による討論を通じて、SST及び認知行動療法が対象者にどのような影響を及ぼしたかについて、分析・検討を行った。

### 6. 倫理的配慮

調査対象者個人が特定されないように、アンケートは匿名とした。対象者には、SST導入時に研究の主旨と倫理的配慮について説明し、研究協力の同意を得た。また、当院の倫理審査会議にて承認を得た。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の理解度

SST実施前後で、症状自己管理、薬物自己管理、ストレス対処に関する適切な回答の比率を比較したところ、実施前の平均は73.0%、実施後の平均は90.6%であった。

## 2. SUD 得点の変化

「人前で話すことが苦手」と言う対象者に対し曝露反応妨害法的なアプローチを試みた結果、「人前で話す」の SUD 得点が 90 点から 30 点に低下した

また、「人前で発言することが苦手」という不適切な反応を軽減あるいは消去することができた。

## 3. 対象者のアンケートへの記載内容

「今まで失敗していた事が、考え方・見方を変えた事によって失敗しなくなった。」  
「自分に言い聞かせる事によってパニックにならなくなった。」  
「自分の考え方（物事を被害的にとる思考パターン）がわかり、気をつけている」などの工夫・努力と、それによる変化が見られた。

## 4. スタッフのへの聞き取りの結果

対象者の日常生活行動の変化としては、「人前で話すのが苦手な患者が、人前で話すのに慣れた。」「特定の対象との関係に問題のあった患者が、その人についての捉え方を変える事によって、上手く関わりをもてるようになった。」など、認知行動療法の効果を裏づける発言が得られた。

## D. 考察

### 1. SST プログラムによる認知と行動の変容

アンケートの結果によると、SST プログラム実施の前後で、症状自己管理、薬物自己管理、ストレス対処に関する適切な回答の比率は大幅に向上していた。

また、対象者は、これまで被害観や誤った考え方によって、パニックに陥ったり、失敗を繰り返したりしていたことに気づいて、考え方を換えようとしている。

さらに、スタッフからの聞き取りによると、対象者には、人前で話せるようになった、対人関係上の問題が改善された、などの変化がみられた。

これらの結果から、SST プログラムによって対象者の疾病に関する認知が修正され、対処方法が改善されつつあると推測することができる。

イギリスでは、統合失調症の患者に認知行動療法を推奨していると言われているが、日本では試みが始まったところである。本調査では、主に統合失調症の対象者に認知行動療法の技法を取り入れた SST を実践し、対象者の行動の変化について考察した。

当病棟の SST では、対象者に早期から ABC 理論を教示し、「認知」のあり方が、「感情」や「行動」の生起に大きな影響を与える経緯についての理解を促している。その上で、思考記録表を用いて、状況 (A: Accident) に対する確かな判断 (B: Belief) を下し、効果的な対処 (C: Consequence) ができるようなトレーニングを行った。

このような経過を通じて、SST 治療プログラム基準に掲げている『状況に対する思考・感情・行動パターン』の理解から、『症状に関連する思考・感情・行動パターン』の理解へと、段階的な学習が積み重ねられることによって、認知と行動の変容が見られたのだと考えられる。

また、全てのセッションにおいて、完全モデルではなく、対処モデルを用いたこともプロセスについての理解を深めるのに役立つと考えられる。

### 2. 曝露反応妨害法の導入による効果

当病棟の SST プログラムでは、認知の変

容に重点を置きながら、行動の変容をより確実なものにするため、系統的脱感作法の一種である曝露反応妨害法を取り入れている。

その結果、各セッションで取り上げられたテーマに関する SUD 得点が下がり、認知の変容も加わって、効果的な解決策を実施できるようになったと考えられる。

ウォルピ Wolpe.J によると、恐れている状況に直面することによって不安は上昇するが、同じ状況に持続的に直面すると不安は下がる。この原理に基づいて、不安が下がるまで先行刺激に持続的に触れさせる方法が曝露反応妨害法である。

当病棟では、この方法を援用し、「人前で発言するのが苦手」な対象者のために発言する場を設定した。その結果、「人前で発言することが苦手」という不適切な反応を軽減あるいは・消去することができた。

曝露反応妨害法を安全に適用するためには、刺激が強すぎて耐性の限度を越えてしまわないような配慮が不可欠である。また、この方法が効果を挙げるためには、適用の意義や目標について本人が納得し、取り組みへの意欲をもつことが重要である。

現時点では、このような視点から、適用対象の選定には慎重を期しているが、より多くの対象者に安全で確実に適用できるための工夫が求められているといえよう。

### 3. 思考記録表の効果

一般に SST の実施に当たっては、ロールプレイを中心とし行動面の修正に重点を置くアプローチが用いられることが多い。一方、当院の SST プログラムでは、認知面に重きを置き、認知の修正を通じた行動の変容を図った。この試みによって、一定の成

果を挙げることができた背景には、思考記録表の活用があると考えられる。

大野は、「思考記録表は気分を改善し、行動を修正し、人間関係を阻害している考え方を変えていく技術を身につけるのに役立つ<sup>1)</sup>」と述べている。

対象者の多くに気分の変動が見られ、その結果、同様な出来事に遭遇しても認知や感情にはブレが生じた。気分記録表の記載を習慣化することによって、対象者は、これまで気分の変動に無自覚だったことに気づいている。そして、気分の変動につれて、認知や感情も変動することを理解できるようになった。

このような変化によって、対象者はよりの確に行動の修正を行えるようになりつつあると考えられる。

### 4. 集団療法と個人療法の組み合わせによる効果

SST プログラムへの参加によって、多くの対象者に合理的な判断の選択とそれに基づく適応的な行動変容がみられた。そのような変化をもたらした要因については、以下のように考えることができる。

一般に SST は集団場面で実施する事が多い。一方、認知行動療法では、考え方や方法についての教示や、体験の突き合せは集団場面でできるが、個別の指導や支援が欠かせない。

当病棟の SST プログラムは、集団療法を基盤としているが、受持ち看護師による個人 SST も併用している。とりわけ調子を崩してグループ・セッションに参加できなかった場合や、参加はしたものの十分に理解が深まらない場合には、個人 SST が欠かせない。個人 SST により、個々の対象者の特

性に見合った働きかけを行うことを通じて、日常生活への般化が促進できることも示唆された。

また、一般に集団精神療法では、グループ・セッションの前後に個別的な関わりを持つことによって、グループ体験の治療効果が高められると考えられている。当病棟では、多くの看護師が、グループ・セッションと日常的な関わり両面から SST プログラムの実施に関与していたといえる。そのような臨床状況も SST プログラムの効果を高めたと考えることができよう。

#### 5. スキーマを自覚することの難しさ

SST プログラムの参加者の中には、はかばかしい行動の変化が見られない対象者もいたため、その理由について考えてみたい。

大野は、「認知には3つのレベルがあり、自動思考・思い込み・絶対的信念（スキーマ）に分かれ、後者にいくほど変容に難儀を示す<sup>1)</sup>」と述べている。自動思考は、一時的に引き起こされた言語的ないし象徴的な反応パターンとして理解することができる。一方、スキーマは、過去の経験から体系化され、経験や行為に持続的な影響を及ぼす「認知的な構え」である。

自動思考には気づきながらも、行動の変化がみられなかった対象者の場合、スキーマの存在に気づけなかったか、スキーマが強固で修正が困難だったかのどちらかということになるだろう。

このような問題を克服するためには、SST プログラムに何クールか参加することや、日常的な関わりに CBT を導入することなどを通じた、持続的な働きかけが必要になる。こうした関わりを通じて、きめ細かいアセスメントを対象者と共有していく中

で、スキーマの修正を試みていくことが今後の課題といえよう。

## E. 結論

1. 看護師主体で CBT を組み込んだ SST プログラムを実施した結果、多くの対象者に認知の修正を通じた行動変容が見出された。
2. 思考記録表の活用により思考過程の自覚と修正が可能となり、曝露反応妨害法の適用により特定の行動への苦手意識の軽減が可能となった。
3. 集団療法と個別ケアを組み合わせることによって、SST プログラムの効果を高めることができた。
4. スキーマの自覚と修正に困難を来す対象者には、持続的な働きかけが必要であることが示唆された。
5. 本研究では、主に統合失調症の対象者を調査対象としており、気分障害圏の患者を対象とした SST プログラムの効果の検証は今後の課題である。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表

○平野豊和、平野哲則：医療観察法における治療プログラム～認知行動療法理念に基づいた SST を作成して～、第 61 回 国立病院総合医学学会、2007（名古屋）

## 〈引用文献〉

- 1) 大野裕、こころが晴れるノート—うつと不安の認知療法自習帳—、創元社、2003

表1：CBTを取り入れた15セッション

SSTセッション内容

SSTを行う上で以下を治療プログラム基準としている。

- ①状況に対する思考・感情・行動パターンを理解できるように働きかける
- ②症状が関連する、思考・感情・行動パターンを理解できるように働きかける
- ③自己の思考・感情・行動パターンもモニタリングができ、それに対しての対処方法を選択することができるように働きかける。

セッション数	セッション名	内容	要約
セッション1 セッション2 セッション3 セッション4	導入1 導入2 導入3 導入4	SSTについて 困った気持ち1 困った気持ち2 困った気持ち3	エリスのABCモデルを中心にプログラムを進行。『SSTプログラム基準①』を中心に働きかけ、自己の認知パターンについて学習する。
セッション5 セッション6 セッション7 セッション8 セッション9	症状自己管理1 症状自己管理2 症状自己管理3 症状自己管理4 症状自己管理5	注意サインについて 注意サインの管理 持続症状について 映画鑑賞 映画鑑賞	一般的な注意サイン・薬・ストレスの知識などの学習を行う。その後、『SSTプログラム②③』を中心に働きかけ、症状に対する認知パターン、対処行動を学習する。
セッション10 セッション11 セッション12	服薬自己管理1 服薬自己管理2 服薬自己管理3	薬について 服薬自己管理方法 薬の副作用	
セッション13 セッション14	ストレス1 ストレス2	ストレスについて ストレス対処方法	
セッション15	まとめ	SST全体のまとめ	セッション全体の振り返りとして、これまでに用いた思考記録表などの様々なツールを使用し、認知・行動パターンを治療者だけでなく、患者本人に再確認できるセッションを行う。



しゃかいせいかつぎのうくんれん I N I S T E E  
**社会生活技能訓練 (S S T)**

I N I S T E E

**S S Tとは**

しゃかい せいかつ ため  
**社会でよりよく生活する為に**  
じぶん おも じょうず ひと つた ほうほう  
**自分の思いを上手に人に伝える方法を**  
はな あ ば  
**話し合う場です**

**どんなことをするのか？**

じぶん の くすり  
**自分が飲んでいる薬や**  
びょうき しょうじょう  
**病気の症状などについて**  
みな はな あ  
**皆さんで話し合います**

ほしよ しゅうだんりょうほうしつ  
**場所： 集団療法室①**

にちじ まいしゅうすいようび  
**日時： 毎週水曜日**

**10：00～11：00**

しゃかいふっき む  
**社会復帰に向けて**

I N I S T E E さんか  
**S S Tに参加しましょう**



# じぜん 事前アンケート

なまえ  
名前

さま  
様

ただしいと思うものに○、誤っているものに×、分からないものは空欄にして下さい。

1. 薬を飲む前にはまず、袋に書いてある指示を確かめる。 \_\_\_\_\_
2. 薬を飲んでいて困った事があったら、いったん飲むのを止める。 \_\_\_\_\_
3. 友達の薬がなくなったら、自分の薬をあげても良い。 \_\_\_\_\_
4. 調子が悪いとき、薬を飲むと集中力や思考力も良くなる。 \_\_\_\_\_
5. 自分で病気が治ったと判断したら、薬は止めても良い。 \_\_\_\_\_
6. 服薬していても、いつも通りにお酒を飲んで良い。 \_\_\_\_\_
7. 薬を飲んでいる限り、飲む時間は関係ない。 \_\_\_\_\_
8. 主治医には薬の目的や副作用について質問してはいけな。 \_\_\_\_\_
9. 薬は飲み続けるとクセになって、止められなくなる。 \_\_\_\_\_
10. 他の治療プログラム（作業療法など）にも参加すると服薬の効果が  
さらに大きくなる。 \_\_\_\_\_
11. 注意サインとは再発が近いことを示している。 \_\_\_\_\_
12. 持続症状とは再発の期間だけ起こる症状である。 \_\_\_\_\_
13. 注意サインが現れたら、すぐに主治医に相談する。 \_\_\_\_\_
14. 自分の症状は自分一人で管理する。 \_\_\_\_\_
15. 注意サインの観察は月に一回で良い。 \_\_\_\_\_
16. 薬の副作用が出たら、すぐに薬を中止する。 \_\_\_\_\_
17. ストレスの対処法を知ることによって病状の悪化・再発の予防になる。 \_\_\_\_\_

エスティー びょう  
SSTの内容

セッション回数 かいすう	びょう 内容	しょうさい 詳細	さんかひ 参加日
だい かい 第1回	どうにゅう 導入1	SST とは何	
だい かい 第2回	どうにゅう 導入2	こま とき きも 困った時の気持ち1	
だい かい 第3回	どうにゅう 導入3	こま とき きも 困った時の気持ち2	
だい かい 第4回	どうにゅう 導入4	こま とき きも 困った時の気持ち3	
だい かい 第5回	しょうじょうじ こ かんり 症状自己管理1	ちゅうい 注意サイン	
だい かい 第6回	しょうじょうじ こ かんり 症状自己管理2	ちゅうい かんり 注意サインの管理	
だい かい 第7回	しょうじょうじ こ かんり 症状自己管理3	じぞくしょうじょう 持続症状について	
だい かい 第8回	しょうじょうじ こ かんり 症状自己管理4	かんしょう ぜんはん ビデオ鑑賞：前半	
だい かい 第9回	しょうじょうじ こ かんり 症状自己管理5	かんしょう ごうはん ビデオ鑑賞：後半	
だい かい 第10回	みくやくじ こ かんり 服薬自己管理1	くすり 薬について	
だい かい 第11回	みくやくじ こ かんり 服薬自己管理2  (うけもち かんごし じっし 受持ち看護師と実施します)	じ こ かんり 自己管理について	
だい かい 第12回	みくやくじ こ かんり 服薬自己管理3	みくさよう 副作用について	
だい かい 第13回	ストレス1	ストレスについて	
だい かい 第14回	ストレス2	たいしよほうほう ストレス対処方法	
だい かい 第15回	まとめ	エスティーぜんたい SST全体のまとめ	

# イスティ-さんか SST参加のルール

1. いつでも練習<sup>れんしゅう</sup>からめけることができます。
2. 嫌<sup>いや</sup>な時<sup>とき</sup>はパスできます。
3. 人<sup>ひと</sup>のよいところをほめましょう。
4. よい練習<sup>れんしゅう</sup>ができるように  
他<sup>た</sup>の人<sup>ひと</sup>を助<sup>たす</sup>けましょう。
5. 質問<sup>しつもん</sup>は手<sup>て</sup>を挙<sup>あ</sup>げて。いつでもどうぞ。
6. 席<sup>せき</sup>をたつ時<sup>とき</sup>は断<sup>こと</sup>ってから。

# 終了アンケート

名前

番号

正しいと思うものに○、誤っているものに×、分からないものは空欄にして下さい。

1. 薬を飲む前にはまず、袋に書いてある指示を確かめる。 \_\_\_\_\_
2. 薬を飲んでいて困った事があつたら、いったん飲むのを止める。 \_\_\_\_\_
3. 友達や親の薬がなくなつたら、自分の薬をあげても良い。 \_\_\_\_\_
4. 調子が悪いとき、薬を飲むと集中力や思考力も良くなる。 \_\_\_\_\_
5. 自分で病気が治つたと判断したら、薬は止めても良い。 \_\_\_\_\_
6. 服薬していても、いつも通りにお酒を飲んで良い。 \_\_\_\_\_
7. 薬を飲んでいる限り、飲む時間は関係ない。 \_\_\_\_\_
8. 主治医には薬の目的や副作用について質問してはいけない。 \_\_\_\_\_
9. 薬は飲み続けるとクセになつて、止められなくなる。 \_\_\_\_\_
10. 他の治療プログラム（作業療法など）にも参加すると服薬の効果がさらに大きくなる。 \_\_\_\_\_
11. 注意サインとは再発が近いことを示している。 \_\_\_\_\_
12. 持続症状とは再発の期間だけ起こる症状である。 \_\_\_\_\_
13. 注意サインが現れたら、すぐに主治医に相談する。 \_\_\_\_\_
14. 自分の症状は自分一人で管理する。 \_\_\_\_\_
15. 注意サインの観察は月に一回で良い。 \_\_\_\_\_
16. 薬の副作用が出たら、すぐに薬を中止する。 \_\_\_\_\_
17. ストレスの対処法を知ることによって病状の悪化・再発の予防になる。 \_\_\_\_\_

3) グループ・プログラムにおける多職種連携と看護師の役割

3)-2: 指定入院医療施設における多職種連携の実情と課題  
—作業療法士の立場から—

○山根 寛 (京都大学大学院医学研究科)

協力施設

独立行政法人国立病院機構花巻病院

東京都立松沢病院

下総精神医療センター

小諸高原病院

大阪府立精神医療センター

松籟荘病院

岡山県立精神科医療センター

琉球病院

ワーキンググループ

小林正義 (信州大学大学院医学研究科)

鶴見隆彦 (法務省 横浜保護観察所)

大丸 幸 (北九州市障害福祉センター)

香山明美 (宮城県立精神医療センター)

研究要旨：指定入院医療施設における多職種連携の実情を、開設もしくは開設準備に入り作業療法士が配置されている指定入院医療機関 15 施設を対象として、作業療法士の立場から調査した。連携の必要性や利点とともに、小規模併設型における職員配置数や一般精神科病棟との兼務の問題、職種間の基礎教育の差、多職種相互の認識の差、情報共有に必要な評価項目の検討など、いくつか基本的な課題が再確認された。

**A. 研究目的**

指定入院医療施設の開設の遅れにより、小規模併設型という暫定的な措置により、病床数の確保が図られている。小規模併設型という暫定的な措置では、作業療法士の配置が 1 名、もしくは一般精神科病棟との兼務という状態で作業療法士が配置されている。そうした状況において、対患者数比が一般精神科病院に比べて多いとはいえ、

作業療法士がどのように指定入院医療施設における連携業務を果たしているのか、その実情と課題について簡単に報告する。

**B. 研究方法**

2008 年 1 月末現在、開設もしくは開設準備に入り、作業療法士が配置されている指定入院医療機関 15 施設を対象とし、①作業療法対象患者、②作業療法士の業務内容、

③他職種他部門との連携、④日本作業療法士協会への要望の4点に関する記述式質問紙方による調査、および人材等養成を行ってきた関連職種からの作業療法士との連携に関する情報収集、一般精神科病院における作業療法業務との比較を行った。作業療法業務の比較には作業療法白書等の職能団体が公表している資料をもちいた。

### C. 研究結果・考察

記述式質問紙方に対して回答があったのは、冒頭に協力施設として名称をあげた8施設である。15施設の内先行した2施設以外は、稼働し始めて間もない施設、数床程度で試行的に稼働を開始した施設、開設準備中の施設などが大半であり、施設間格差がまだ大きい。調査結果にもその事情が現れているが、基本的に共通してみられるものをまとめた。

#### 1) 作業療法対象患者に関して

入院患者の主診断は、統合失調症圏が中心であるが、妄想性障害、統合失調感情障害、薬物使用による遅発性精神病性障害、てんかん性精神病、情緒不安定性人格障害、広汎性発達障害など、かなり広範な精神疾患が入院している。また一般精神科病院に比較して、知的障害や広汎性発達障害、てんかんなどとの重複例が多いのも特徴の一つといえる。

対象行為は、放火、殺人、傷害、性犯罪などであるが、初発で混乱し対象行為に至った者から、幻覚・妄想など陽性症状が慢性的に前景にあり、その影響を受けて対象行為に至った者、過去にも何度も対象行為を繰り返している、本人のパーソナリティ

が強く関連していることが疑われる者など、対象行為に至る原因は多様である。

医療観察法における医療の対象としての適切性が問われるケースがかなり入院しているが、施設間格差があることからすれば、それぞれの地域の鑑定医の認識もしくは判断の差と思われる。

#### 2) 作業療法士の業務内容に関して

施設や配置された作業療法士の経験や技能レベルによる違いもあるが、作業療法士が関与する業務をまとめると、表1のようになる。作業療法士が関わる業務は、作業療法プログラムなど部門として行うものは、基本的には一般精神科病院における作業療法業務と異なるものではないが、本医療が多職種による連携ということを前提に構成された治療システムであるため、病棟運営や他職種と連携して治療を進めるための業務が多いことが、一般精神科病院における業務と異なる点である。

病棟運営全体に関する連携業務としては、多職種で行う共通プログラムの検討、立案、運営への関与、カンファレンスをはじめとし、多職種による連携に必要な、治療評価会議、運営会議、倫理会議やMDT会議などの各種会議への参加、物品管理などのリスクマネジメント、裁判所提出書類など医療観察法における医療にともなうさまざまな書類の作成、入院受け入れ準備のための情報収集や治療計画などへの参画などがある。本医療に付随するものも多いが、本来なら一般精神科医療においても必要であるがマンパワーの不足などから十分に行われていない連携業務が、かなり高い頻度と内容で行われている。

作業療法プログラムに関する業務は、入院受け入れ資料等に基づく作業療法導入時期の検討、作業療法部門で行うプログラムの立案、運営、作業療法部門の物品管理、具体的な作業活動を介した生活機能評価、作業療法の特性を生かした活動の提供、新たな生活習慣獲得のための支援など、項目としては一般精神科医療における作業療法と変わるものではないが、運営内容は、個々の状態に応じた個人対応や集団の機能を生かした小集団作業療法プログラムなど、治療密度の濃いものが提供されている。また、作業療法プログラムにもプログラム担当の看護師が配置され、プログラムだけでなくプログラム前後のミーティングにも参加し、参加患者の観察や記録も共同で行うなど、それぞれの専門職が独自に提供する治療プログラムを他の職種が治療的に活用するといった連携をしている施設もある。

情報の提供は、医療観察法における医療においても欠くことのできない作業療法業務であり、対象者へのフィードバック、多職種、他部門への提供などは、一般精神科病院に比較すると高い頻度と内容で行われている。特に具体的な活動を通してみられる対象者の健康な機能や変化、生活維持機能、作業遂行機能、対人交流技能、集団参加技能、コミュニケーション技能など生活機能に関する情報は標準化された評価バッテリーでは把握できない、作業療法ならではの情報といえる。

ただ作業療法プログラムの実施にあたっては、施設によっては治療環境が未整備なところもあり、社会復帰期の対象者を、一般精神科病棟の入院患者や通院患者の

使用する作業療法施設やプログラムに本医療のスタッフが同伴で参加し、その記録に一般精神科病棟配属の職員の手助けを得ているところもある。

そして、一般精神科医療における対患者数比に比べると作業療法士のマンパワーは充実しているとはいえ、30床程度という基本単位に対して2名、小規模併設型の病床(15床以下)に関しては、厚労省からの運営に対する援助なく、作業療法士の配置も1名、場合によっては一般精神科病棟との兼務といった形で行われている実情から、表1のような業務をこなすには、かなりの基礎教育と臨床についてからの研修も必要である。

また現在、入職にあたって実施されている研修は、体系化されているとはいえ概論的なものであり、作業療法士個人の能力に委ねられているといってもよい。通常一般化精神医療における経験だけでは、この業務に慣れ、協業の役割を果たせるようになるには、かなりの時間を要するものと思われる。この問題は、全職種共通のもので、本医療に関与するスタッフの基礎教育、勤務後の教育・研修システムは必須のものといえる。

### 3) 他職種・他部門との連携に関して

作業療法士が関与する業務でもわかるように、入院インテークやその準備段階から退院に至るまで、多職種による連携で進める組むシステムになっていることが、一般精神科医療に対して医療観察法における医療が大きく異なる点である。特に、身体障害領域のリハビリテーション総合計画評価料のように総合的な計画に対する診療報酬がないことも原因しているが、一



一般精神医療ではほとんど行われていないリハビリテーション計画に相当する計画やプログラム検討が個々の患者に対して実施されている。

多職種が互いに補い合いながら治療計画書を作成することで、各職種がどのような役割を担って対象者に関わるのかが明確になり、対象者にとってもスタッフにとっても非常に役立っている。そして治療プログラムの立案から実施、継続的なフォローまで多職種で取り組むことで、さまざまな視点が加わりプログラムと日常生活場面での関わりが円滑に進みやすいという感想が聞かれた。

情報に関しても、電子カルテや毎週行われている治療評価会議などで、それぞれの職種の関わりから得られた個々の対象者の情報が共有されている。治療計画や治療プログラム、個別の介入戦略も多職種協働で行うため、たとえ職種間それぞれの専門性に目的や目標が異なっていたとしても解消され、一般精神医療にみられがちな、職種間、部門間の齟齬がしこりのように残るといったことが少ないという感想が聞かれた。

また職種を問わず共同して行う業務と、それぞれの職種の機能を生かした協業、たとえば、臨床心理技術者は心理テスト、心理教育の実施等、精神保健福祉士は関係機関への連絡・調整、運営会議や地域連絡会などへの参加、作業療法士は具体的な活動を介した評価と関わりというような形で、各専門に則った参画がなされている。

しかし、上述したような連携がシステムとして機能している施設のほうが少ない。連携を前提としたシステムになっている

ため、連絡調整や情報交換などは一般精神科医療に比べれば密に行われているが、共同でのプログラムの実施・運営になるとは十分に機能していない施設が多い。特に小規模併設型の病床では、治療評価会議やMDT等で作業療法から情報を提供し治療計画などを提示しても、理解、実行に至りにくいという声が多く聞かれた。原因としては、職種間の相互の役割の認識が不十分ということに加え、作業療法士だけでなく看護師も医療観察病棟と精神保健福祉病棟の兼任になっていることの問題が大きい。配置スタッフが少ない、兼任ということにより、相互の日程調整が難しく、MDTに参加できない、十分意図を伝えることができないため、共同プログラムが形式的になってしまっているという声も聞かれた。

#### 4) 日本作業療法士協会への要望に関して

職能団体である日本作業療法士協会への、本医療に関する要望としては、作業療法士の教育課題、専属スタッフの配置や配置数の問題、作業療法全体からみて少数職場であることに関する対処、本医療システムで得られたあるべき精神医療を示唆するような体験の般化の課題などがあつた。

作業療法士の教育課題については、本医療システムが有効に機能するには、いずれの職種間してもいえることであるが、作業療法に関してみれば、最大でも二名しか配置されない作業療法士の個々の知識や技術の影響は大きい。配属される作業療法士も、各施設の公募、もしくは施設内での配置転換によるもので、必要な基礎知識に対しては現在の研修では不足であり、特にチーム連携に対する経験は、一般精神科医療

の中では、培うには難しい現状がある、何かよい研修をとというものであった。作業療法士協会としては、現職者研修という卒後研修の一環として、希望者に対して研修を行ってきた。他の職種に先駆けた試みではあったが、作業療法士単独の研修であり、実際に求められているようなレベルや内容の者ではない。連携に関しては職種を超えた共通認識とトレーニングが必要な課題である。

専属スタッフの配置や配置数の問題については、作業療法士の業務や連携の実情にみられたように、配置数が少ない上に、兼任でよいとされている現状では、システムがよくても機能しない、各職種とも中途半端な関わりに留まらざるを得ない状態になっているため、専属のスタッフが配置できるような予算的措置を、職能団体として厚労省に要請はできないかというものであった。

少数職場であることに関する対処とは、本医療が最終予定でも全国で24箇所程度、1病棟30床という規模であるため、一般精神科医療に比べると病棟数、総作業療法士も少ないため、認知度が低く作業療法士の研修なども不十分になるのではないかと懸念からくるものである。

本医療における作業療法の般化に関しては、課題を抱えているとはいえ、本医療で行われている多職種によるチーム医療は、日本の精神科医療の中では最も進んだシステムであり、対象者のみならず医療従事者にとっても重要なもので、わが国の精神科医療の多くの積年の課題を解決できる糸口となるものなので、この経験を一般精神医療に般化させることを検討してほ

しいというものである。

#### D. 多職種連携における利点と課題

指定入院医療施設の開設が、予定どおりに開設されない現状において、小規模併設型という暫定的な措置をしながらも病床を増やしてきた。多職種連携の実情と課題を作業療法士の視点から調査した。医療観察法における医療の態勢がまだ整っていないことによる影響も大きい。現時点の課題は、今後の展開に必要な対策を示唆するものが多い。

あらためて、作業療法士の立場からみた多職種連携の利点と課題を整理すると表2のようになる。一般精神科医療と比べると、個々の対象者の情報が共有され、治療過程において作業療法士として、あるいは連携する者個人としての考えを述べる機会が多く、多職種が相互の業務を理解するよい機会となっていることが利点として上がっている。

一方、配置数が少ないことにより本来の狙いどおりに連携が進まないこと、多職種相互の機能や役割に対する認識の不十分さにより連携に齟齬が生じていることが、問題あるいは今後の課題といえる。さらに、新卒や配置換えで配属となった者への研修のあり方が問われている。

連携業務の問題は、過渡期で開設病床数も少ないことなどの影響もあるが、医師、看護師以外の配置数、基礎教育の差、多職種相互の認識の差、情報共有に必要な評価項目の検討など、いくつか基本的な課題が再確認された。

#### E. 結論

指定入院医療施設における多職種連携の実情を作業療法士の立場から調査した。連携の必要性や利点は認められるが、小規模併設型、機能や役割に対する職種間相互認識など連携にあたり、今後の課題が明確になった。

いずれにしても、本医療における退院処遇、退院後の通院医療施設における処遇の仕組みは、一般精神科病院が抱えている多くの課題の解決の糸口を示すものであり、本医療で得られた経験を一般精神科医療へ一般化させる方法も含め、検討が必要である。

#### ＜参考文献＞：

- 1) 日本作業療法士協会：作業療法白書 1990. 1990.
- 2) 日本作業療法士協会：作業療法白書 1995. 1995.
- 3) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2000 -21世紀への序章-。2001.
- 4) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2005. 2006.
- 5) 山根 寛・他：精神科作業療法の今後の方向性に関する研究－1997年度報告－。平成9年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」報告書。1998.
- 6) 山根 寛・他：精神科作業療法の今後の方向性に関する研究－1998年度報告－。平成10年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」報告書。1999.
- 7) 山根 寛・他：精神科作業療法の今後の方向性に関する研究 2－1999年度報告－。平成11年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」報告書。2001.
- 8) 山根 寛・他：回復過程にそった作業療法の役割と連携のあり方に関する研究－2000年度報告－。平成12年度厚生科学研究「精神医療に関わるコメディカルのあり方に関する研究」報告書。2001.
- 9) 山根 寛，石井敏弘：精神保健領域における連携－なぜ連携が根づかないのか？－。精神障害とリハビリテーション 4, 143-149. 2000.

表1 作業療法士が関与している業務

<p>病棟運営全体に関する連携業務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 共通プログラムの検討, 立案, 運営への関与</li> <li>・ 治療評価会議, 運営会議, 倫理会議やMDT会議などの各種会議への参加</li> <li>・ 物品管理などのリスクマネジメント</li> <li>・ 裁判所提出書類などの作成</li> <li>・ 入院受け入れ準備             <ul style="list-style-type: none"> <li>i 鑑定書, 生活環境調査をもとに行う情報収集</li> <li>ii 共通評価項目</li> <li>iii 自傷, 他害のリスクシナリオ, リスクマネジメント作成</li> <li>iv 治療計画立案</li> <li>v 入院インテーク計画 (担当多職種)</li> </ul> </li> <li>・ 多職種への提供プログラムの立案</li> <li>・ 具体的な活動を介した病状評価</li> <li>・ 院内散歩, 院外外出, 外泊などの同伴</li> <li>・ 病棟生活への適応を促進させるための関わり</li> </ul>
<p>作業療法プログラムに関する業務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院受け入れ資料等に基づく作業療法導入時期を検討</li> <li>・ 作業療法部門で行うプログラムの立案, 運営</li> <li>・ 作業療法部門の物品管理</li> <li>・ 具体的な作業活動を介した生活機能評価</li> <li>・ 活動の提供             <ul style="list-style-type: none"> <li>i 身体機能向上を図る訓練や活動</li> <li>ii 余暇活動</li> </ul> </li> <li>・ 新たな生活習慣獲得のための支援</li> <li>・ 作業療法実施報告書作成</li> </ul>
<p>情報の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者の健康的な機能や変化</li> <li>・ 活動を通じた生活機能に関する情報             <ul style="list-style-type: none"> <li>生活維持機能, 作業遂行機能, 対人交流技能, 集団参加技能, コミュニケーション技能など</li> </ul> </li> </ul>