

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業

(自立支援調査研究プロジェクト)

報告書

精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に
向けた研究

SST普及協会 会長 西園 昌久

<目次>

I	平成 21 年度障害者保健福祉推進事業による「精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究」について	1
II	「精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル ～訪問の現場に SST を活かす～」について	5
	精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル～訪問の現場に SST を活かす～ (丹羽真一)	9
A	総論(理論編)	
1、	これからの精神科訪問サービス	10
1)	諸外国の実践(野中 猛)	
2)	わが国の実践	
	・わが国の現状(工藤一恵)	
	・わが国の先進的な実践(土屋 徹)	
3)	求められる精神科訪問サービス	
	イ 包括的アプローチ(安西信雄)	
	ロ 精神科リハビリテーションの流れ；受け入れから介入、評価まで(岩田和彦)	
	ハ ケースマネジメントとチームワーク(野中 猛)	
	ニ 訪問時に家族に配慮する諸点(後藤雅博)	
	ホ 対人援助の際のアセスメントと援助に関するノウハウの重要性(池淵恵美)	
	ヘ ストレングスとリカバリーについて(数川 悟)	
2、	精神科訪問サービスにおける対人援助技術としての SST	38
1)	SST とは、対人行動を改善する支援法(前田ケイ、舩松克代)	
2)	SST の基本的な考え方(希望を尊重)、その方法(浅見隆康)	
3)	SST 初級コースで学ぶべきこと —「SST 初級リーダー養成研修」テキストから—	
4)	病院における SST と生活している現場における SST(佐藤珠江)	
5)	具体的練習形式として、個人 SST と単一家族に対する SST(加瀬昭彦)	
B	各論(実践編)	
1、	成功例(典型例)	60
1)	訪問看護ステーション(永井典子)	
2)	地域活動支援センター(吉田みゆき)	
2、	さまざまな事例	63
1)	地域で生活している人にとって大切なスキルが焦点になっている事例	
	イ 自分自身と付き合うスキル：不安や孤独、自分の時間の過ごし方(皿田洋子)	
	ロ 症状との付き合い方(今村弥生)	

- ハ 仲間との付き合い方（池田耕治）
- ニ 家族やパートナーなど親しく感情が絡まる人との付き合い方（本間 真）
- ホ 身体管理のスキル（天笠崇）
- へ 地域生活支援センターと訪問の SST（上ノ山真佐子）

2) (援助者が) 困ったときの工夫例～こうしたらうまく行きました

医師の立場から —管理者の立場から—（渡辺朋之）

医師の立場から —現場の立場から—（高橋 恵）

看護師の立場から（河岸光子、宮本貴博）

作業療法士の立場から（香山明美、長安正純）

精神保健福祉士の立場から（奥村恵一）

C チャレンジ！ ケース・ワーク	-----	85
ケース1(解答例 あり)	-----	85
ケース2(解答例 あり)	-----	90
ケース3(解答例 あり)	-----	94
ケース4(解答例 なし)	-----	98
ケース5(解答例 なし)	-----	100
ケース6(解答例 なし)	-----	101
ケース7(解答例 なし)	-----	102
ケース8(解答例 なし)	-----	104
ケース9(解答例 なし)	-----	105

「編集後記」（天笠崇）	-----	107
-------------	-------	-----

Ⅲ 第一次マニュアルを使用して全国で開催した関係者に向けた研修会の報告 ----- 109

A 研修会アンケートのまとめ

I 平成 21 年度障害者保健福祉推進事業による「精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究」について

SST 普及協会は厚生労働省の平成 21 年度障害者保健福祉推進事業による事業公募に「精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究」を申請し、幸いこの研究事業企画が認められ研究事業を行いました。この研究事業では、マニュアル「精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル～訪問の現場に SST を活かす～」を作成し、マニュアルに基づいて精神障害者への訪問サービスに SST を活かす研修会を開催し、その経験に基づきマニュアルを使いやすいものに改訂することをおこなうことといたしました。

研究事業を行おうとした意図は、この事業により精神障害者に対する訪問サービスを受け手満足度の高いものにしてゆきたいと希望したからです。SST 普及協会の中に組織された「訪問サービスの援助技術確立研究会」には後掲の 32 名が参加し、マニュアルもスムーズに作成され、研修会も全国 5 箇所で開催でき、活発に研究事業を行うことができました。ここに今回の研究事業の成果を御報告いたします。

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業による事業公募「精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究」を通じて私たちが目指した所についてももう少し説明いたします。

①研究事業「精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究」の目的

まず研究目的を紹介します。研究目的は次の通りです。すなわち、精神障害者の退院を促進し、地域生活を安定したものにするために訪問看護等訪問サービスの重要性が指摘されていますが、その支援技術にはまだ課題が多い状況です。本研究では、このような状況を踏まえて、対象者のニーズを把握し、具体的な生活スキル向上に向けた訪問技術を構築するために、SST を中心とする認知行動療法の技法を利用した援助技術を考案し、訪問支援をしていく専門職に広く普及し、地域支援の質を向上させることを目的としました。

②研究事業の具体的内容

研究事業の具体的内容は次の通りです。すなわち、

1. 訪問サービスにおける SST 利用による支援技法を検討する。

(1)対象者のニーズ把握（希望も含めた）のためのアセスメント技術、(2)対象者の生活スキル向上のための支援技術、(3)対象者の QOL 拡大に向けた支援技術、です。(1)～(3)において、対象者の希望と主体性を尊重した目標設定（長期目標、短期目標など）、目標達成に進めるための計画作成、生活場面で向上が期待される対人関係や自立・社会参加のための生活技能形成（シェーピング）など、SST の技法を取り入れた具体的な支

援技術を明らかにします。その際に生活現場での個別的で具体的な課題に対応した練習方法である IVAST(In Vivo Amplified Skills Training)の積極的活用を図ります。

2. SST の技法を利用した訪問技術のテキストを作成する。

SST は生活に密着した場面で効果を引き出しやすい特徴があることを利用し、訪問支援者が現場ですぐに使える具体的でわかりやすいテキストを（第一次）マニュアルとして作成します。

3. （第一次）マニュアルを使用し関係者に向けた研修会を全国で展開する。

マニュアルを使用し、より具体的な支援技法を演習形式による実践的な研修会を実施します。研修会会場として全国 5 箇所を想定し、参加者は看護師、精神保健福祉士、作業療法士等関係する職種を広く募ります。精神科病院ばかりでなく、訪問看護ステーションなどにも広く周知します。

③（第一次）マニュアルにもとづく研修会を通じて得られた経験をもとにマニュアルを改訂してマニュアル完成版を作成する

（第一次）マニュアルに基づき全国 5 箇所で開催する研修会で参加者から出された意見や開催を通じて得られた経験をもとに、マニュアルを改訂してマニュアル完成版を作成します。

④マニュアル完成版にもとづいて全国で継続的に訪問サービスに SST を活かして訪問サービスの援助技術を高める研修会を開催する

本研究事業で作成された完成版マニュアル「精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル～訪問の現場に SST を活かす～」に基づき、訪問サービスによる援助の実際を全国各地で継続的に研修会を開催して通じて学んでいただくこととします。その研修会は SST 普及協会の各支部が共同して全国で開催することとなります。

上の②の 3 で述べました第一次マニュアルに基づく研修会は、SST 普及協会の支部が合同して次の日時に全国の 5 箇所で開催されました。すなわち、

①北海道・北東北・南東北支部開催の研修会

2010 年 1 月 9 日 10:00～17:00 仙台市医師会館 5 階研修室

②北関東・南関東支部開催の研修会

2010 年 1 月 31 日 10:00～17:00 大宮ソニックシティ 会議室

③東海・北陸支部開催の研修会

2010 年 2 月 20 日 10:00～17:00 同朋大学 Do プラザ 閣蔵 ホール Do

④近畿・四国支部開催の研修会

2010 年 2 月 20 日 10:00～17:00 ドーンセンター 4 F 大会議室

(大阪府立男女共同参画・青少年センター)

⑤中国・九州支部開催の研修会

2010年1月10日 10:00～17:00 北九州国際会議場

の5箇所です。各研修会には精神障害者の訪問サービスに関心のある多様な職種の方に参加頂き、第一次マニュアル及び研修会に対する御意見を頂きました。各研修会には50名を大きく上回る参加希望者がありましたが、開催の趣旨から参加者数を制限せざるを得ませんでした。研修会参加者及び参加者から頂いたご意見などをまとめて本報告書に掲載させていただきました。

また、研修会を通じて頂きました参加者からの御意見に基づき（第一次）マニュアルを改訂いたしました。本報告書には改訂したマニュアル完成版を掲載いたします。

SST普及協会では今回の厚生労働省の平成21年度障害者保健福祉推進事業による「精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究」の成果に基づいて、今後更に次のことを達成したいと期待しています。すなわち、（1）精神障害者への訪問サービスの技術化を促し、訪問サービスの有用性を高める、（2）訪問サービスの中にSSTが活用されることを通じてSSTの一層の定着普及を図る、（3）訪問サービスに従事しておられる方々が訪問マニュアル完成版を活用されることによりSSTの有用性を理解され、SST普及協会に参加される方が増加する、です。本報告書を御覧頂く皆様が、SST普及協会や各支部が開催する訪問マニュアル完成版を用いた訪問サービスにSSTを生かす研修会に積極的に参加くださり、この研究計画の実施に御協力くださり、上に述べた目的が達成されるように御協力下さいますように御願い申し上げ、今回の研究の御報告とさせていただきます。

（西園 昌久）

「精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究会」委員

	氏名	所属
1	西園 昌久	心理社会的精神医学研究所
2	浅見 隆康	群馬県立精神医療センター
3	安西 信雄	国立精神・神経センター病院
4	天笠 崇	代々木病院精神科
5	池田 耕治	(財)正光会 訪問看護ステーション・ACT-U
6	池淵 恵美	帝京大学医学部精神科学教室
7	今村弥生	総合病院 聖隷三方原病院 精神科
8	岩田 和彦	京都大学医学部大学院社会健康医学系専攻健康情報学分野
9	奥村 恵一	西山クリニック
10	数川 悟	富岡県心の健康センター
11	加瀬 昭彦	横浜舞岡病院
12	角谷 慶子	梅花女子大学、京都府立医大
13	香山 明美	宮城県立精神医療センター
14	河岸 光子	医療法人社団欣助会 吉祥寺病院
15	工藤 一恵	岩手県大船渡地方振興局保健福祉環境部保健衛生課
16	後藤 雅博	新潟大学医学部保健学科
17	佐藤 珠江	埼玉精神神経センター
18	皿田 洋子	福岡大学人文学部
19	高橋 恵	北里大学医学部
20	土屋 徹	Office 夢風舎
21	長安 正純	川崎医療福祉大学リハビリテーション科
22	永井 典子	犬山病院
23	丹羽 真一	福島県立医科大学医学部神経精神医学講座
24	野中 猛	日本福祉大学社会福祉学部
25	本間 真	針生が丘病院
26	宮本 貴弘	(財)正光会 宇和島病院
27	吉田 みゆき	同朋大学社会福祉学部
28	渡辺 朋之	いわき病院
29	上ノ山真佐子	NPO 法人サタデーピア
30	前田ケイ	
31	舳松克代	田園調布学園大学人間福祉学部
32	國分亜紀子	福島県立医科大学医療連携・相談室

Ⅱ

「精神科訪問サービスにおける対人援助技術 マニュアル ～「訪問の現場に SST を活かす～」

精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル

～ 訪問の現場に SST を活かす ～

SST 普及協会

連絡先 SST 普及協会

東京都小平市小川東町 4-1-1
国立精神・神経センター病院 副院長室内

「精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル～訪問の現場に SST を活かす～」について

このマニュアル「精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル～訪問の現場に SST を活かす～」を使用いただく方に、このマニュアルが作成された経過と、このマニュアルを使用いただく目的を説明します。このマニュアルは SST 普及協会により作成されました。SST 普及協会は、厚生労働省の平成 21 年度障害者保健福祉推進事業による研究費を頂くことができ、精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究事業を行いました。このマニュアルは精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究事業により作成されたものです。研究事業を行おうとした意図は、この事業により精神障害者に対する訪問サービスを受け手満足度の高いものにしてゆきたいと希望したからです。

今日、精神障害者の退院を促進し地域生活を安定したものにするために訪問看護等訪問サービスの重要性が指摘されていますが、その支援技術にはまだ課題が多い状況です。このような状況を踏まえて、対象者のニーズを把握し、具体的な生活スキル向上に向けた訪問技術を構築するために、SST を中心とする認知行動療法の技法を利用した支援技術を考案し、訪問支援を行っておられる専門職に広く普及し、地域生活支援の質を向上させたいと SST 普及協会は希望しています。

そのために本マニュアルでは、対象者の希望と主体性を尊重した目標設定（長期目標、短期目標など）、目標達成に向け進むことができるための計画作成、生活場面で向上が期待される対人関係や自立・社会参加のための生活技能形成など、SST の技法を取り入れた具体的な支援技術を、事例に基づいて明らかにします。訪問サービスにおける SST 利用による支援技術とは、(1)対象者のニーズ把握（希望も含めた）のためのアセスメント技術、(2)対象者の生活スキル向上のための支援技術、(3)対象者の QOL 拡大に向けた支援技術、です。SST は生活に密着した場面で効果を引き出しやすい特徴がありますので、訪問支援者が現場ですぐに使える具体的でわかりやすいマニュアルになっているものと SST 普及協会は考えています。

本マニュアルは前半が訪問サービスの総論および SST とはどのようなものかについての概説、後半が訪問サービスに SST を活かしてサービスの効果を高めるための具体的な工夫から成り立っています。巻末には具体例をあげて支援のポイントを考える「チャレンジ！ ケース・ワーク」をつけてあります。SST 普及協会では本マニュアルに基づいた研修会を各支部で開催する計画を持っています。研修会に参加され本マニュアルを活用されて、あなたの訪問サービスの支援技術シェイプアップにお役立ていただけることを期待いたしております。

(丹羽真一)

A 総論（理論編）

1. これからの精神科訪問サービス

1) 諸外国の実践

先進諸国では、すでに脱施設化がほぼ完成しており、地域ケアが主流になっています。しかも、医療機関や福祉施設に患者やクライアントを集めるのではなく、専門家チームが生活の場に訪問して支援することが中心になっています。日本の状況と異なって、物理的距離や費用負担の問題もあって、利用者側が専門機関に行くのはそう容易ではありません。

専門家側が訪問して支援する活動を一般に「アウトリーチ」と称しています。「訪問」という概念に比べると、もっと積極的で、ホームレスに対する介入とか引きこもりへの支援とか、利用者からの依頼が現れない段階から接触を試みる意味合いをもっています。施設や事務所で専門家が待っているだけでは助けられない方々が大勢いますし、家庭や学校などの生活現場に専門家の側が足を運ぶと解決の糸口が得られることも知られてきました。

こうした場合は、サービス関係の「受理（インテーク）」というよりも、「関係づくり（エンゲージメント）」がケースマネジメント・プロセスの最初の段階に位置づけられます。アウトリーチの専門家には、開かれた視点、柔軟な態度、豊富な社会資源の知識、適切な判断能力などが必要で、十分なトレーニングが求められます。わが国では、保健師の方々に訪問技術が蓄積されています。

しかし、それほど専門家でなくとも、例えば、介護支援専門員として高齢者の在宅ケアをしていたら、そこに精神障害をもっているらしい息子さんの存在に気づいて、息子さんにも支援が必要そうであれば、精神障害者支援チームの誰かに紹介するといった配慮だけでも、適切な支援体制が展開される契機になるでしょう。これもアウトリーチです。

先進諸国の状況を紹介します。例えば英国では、専門家の支援を要する精神障害者は地域精神保健チーム（CMHT）が継続支援し、1週間に1回以上の接触を必要とされた重症者は積極的訪問（AO）チームにつなぎ、頻回入院や不安定な事例は危機解決家庭処遇（CRHT）チームが担当し、青少年を中心とした早期の事例には早期介入（AI）チームが、それぞれにアウトリーチをしており、他にも、高齢者や児童のサービスも並行して存在しています。こうした家庭訪問の際に簡単な認知行動療法（CBT）が実践されているわけです。なお、デイサービスは急性期や回復過程を乗り切るために6週間ほど利用する形態であり、集まって活動をする場としては、利用者自身や一般の方々が支援するNPO団体が数多く存在します。

イギリス精神保健システムにおける 複数のケースマネジメント



(野中猛)

2) わが国の実践

・「わが国の現状」

我が国の訪問看護は、行政機関や一部の病院から始められましたが（表1）、現在では、行政、医療、福祉機関だけではなく、営利法人においても広く実施されています（図1）。

対応する職種は、看護師、保健師、助産師の看護職のみならず、作業療法士、理学療法士、精神保健福祉士等の対応も、医療保険や介護保険法等による報酬算定対象となっています。また、訪問件数をみると、近年、実施機関数や件数が伸びており、さらに急性憎悪時の対応や退院時の支援を図るための診療報酬、介護報酬等の改定が行われています。

精神障害者を対象とした訪問では、障害者自立支援法においては、生活訓練（訪問型）が報酬対象とされているほか、地域活動支援センターや相談支援事業所では、生活支援の一手法として、訪問活動が積極的に取り組まれています。

平成20年の診療報酬改定では、地域移行支援推進に鑑み、①精神科退院前訪問指導の算定要件の緩和、②精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算の創設、③精神科訪問看護・指導料の算定要件の緩和などが項目とされています。

また、行政機関においては、保健所では、自傷他害の恐れがある方やいわゆる困難事例を対象に、一方、市町村では、身近な相談支援を目的とした訪問と機能分化されてい

ます。

いずれも共通することは、精神障害者への訪問看護の実施に際し、①病気や障害の特性から症状が不安定であること、②家族支援を行う必要性が高いこと、③社会資源の調整が必要であること等から、利用者やその家族の多様なニーズに応じた支援技術が要求されます。

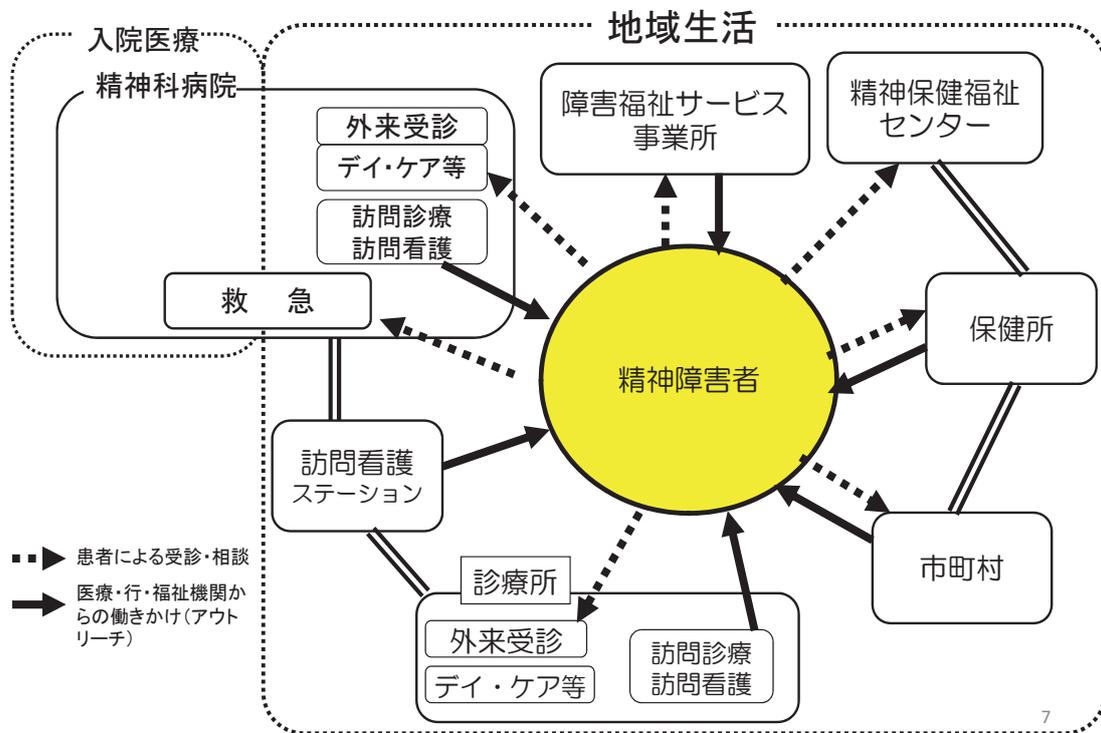
しかしながら、スタッフ側の精神障害者への対応経験の少なさや抵抗感があるとの理由等から、訪問看護ステーションの約半数で、精神疾患を主傷病とする利用者への訪問が実施されていません。加えて、医療機関からの訪問看護ステーションへの依頼が少ないという現状もあり、医療機関に対し「精神科訪問看護の活用」に関する周知が課題となっています

以上のことから、精神科訪問看護サービスの充実を図るためには、①スタッフの支援技術の向上を目的とした研修開催、②医療機関をはじめとする関係機関への周知、③地域における相談支援体制整備等が必要とされています。

(表 1) 精神科訪問看護制度の変遷

戦前～	保健所職員による訪問指導
1960年代	一部の病院による訪問看護活動の開始
1986年	精神科訪問看護診療報酬の対象となる
1994年	訪問看護ステーションにおいて医療保険による訪問看護の開始
2000年	介護保険制度による訪問看護の開始
2002年	精神保健福祉法改正による市町村保健師の訪問指導
2009年	障害者自立支援法による生活訓練（訪問型）の開始

(図1)精神障害者の地域生活を支える保健医療体制



(工藤一恵)

・「わが国の先進的な実践」

ACT (Assertive Community Treatment・包括型地域生活支援プログラム) とは、重い精神障害を持つ人達を地域で支えるプログラムで、1972 年から米国ウィスコンシン州マジソンから始まりました。

このモデルは、『地域において治療やリハビリテーション活動』を積極的に行うことで地域定着率が上がるのではという仮説の基に、入院を長期化させるのではなく『地域における積極的なトレーニング方法』を主体として展開しました。初期の取り組みでは『壁のない病棟』として、治療ユニットと同じような多職種の病棟スタッフを再教育し、アウトリーチ活動を積極的に行いました。その後、地域における重い精神障害を持つ人達へシステムのひとつとして、米国だけでなく世界に広がっていきました。日本では、2002 年度から国立精神・神経センター国府台地区において ACT-J (Assertive Community Treatment-Japan) の取り組みを最初に、いくつかの地域での取り組みが報告されています。

ACTの特徴は、24時間365日コンタクトがとれること、多職種でのチームアプローチ、ケアマネジメントの手法を使う、アウトリーチが主体と言うことなどです。また、重要な概念としてストレス脆弱性モデルがあります。これは、SSTを説明すると

きにも用いるモデルであり、ACTもSSTも地域で精神障害を持つ人達に対してストレスに上手く対処していくための力をつけていくということについて共通している点なのです。

地域での支援では、精神障害を持ちながら地域で暮らしていくということについて、病気や障害を良くするという発想だけでなく、地域で生活していく力をつけていくという視点があります。ACTにおけるSSTは、すべての関わりが地域で行われるということであり、関わりの全てが『地域で生きていくための力』をつけるための取り組みと言っても過言ではないでしょう。

スタッフに求められる視点

ACTにおいて大切なのは、対象者のできている点や良い点を探していく力を養うことです。悪い点を修正しようとか、私たちからの視点でスキルを変化させていこうと言うことではなく、対象者の持っている力や良い点をさらに伸ばしていこうという視点なのです。病気や障害に注目するのではなく、その人自身に注目すること。そして、ケアマネジメントの手法を用いることから、プランの中にもSSTの課題などを盛り込んで、長期的に取り組んでいくこともできるのです。

ケースのこと

30代後半の統合失調症の女性(Aさん)とのやりとり。母と自宅で過ごす時間が多く、ケースマネージャーが訪問すると母と大声で言い合うことも多い。服薬についてぶつかることも多く、母のストレスも高い状況が続く。彼女の夢や希望の一つは、母と離れて暮らすことであった。Aさんの良いところは、いくら怒りの感情を出しても話をしている場から離れることはない。誰にでも普段から優しいなどです。

このケースで行ったこと

- ①一人暮らしを希望しているので、銀行や役所等へ行く前に相手とのやり取りを練習しておく。練習場面は自宅で行うのであれば、銀行員と本人とのやり取りを基本訓練モデルで行います。もう一つは、銀行や役所で行うことが効果的だと思います。まず、最初にケースマネージャーが実際の場面でどのようなことを行うのか？どのようにするのかを伝えます。そして、まずケースマネージャーがお手本を見せて、その後に本人にやってもらいます。そして、できていたことややれていたことを具体的に褒めていきます。その後は、何度もそのような機会があるたびに、ケースマネージャーのお手本を少なくしていったら、本人が自分で行えるようにしていきます。
- ②訪問したときに大声をお互いが大声を張り上げている。「こんな薬飲みたいくない」というさんに対して、「いいから先生の言うとおりに飲みなさい」と怒鳴る母。まずは、両者に薬の説明をする(心理教育的アプローチ)その後、ケースマネージャーから「そんな薬なんだけど、どうしようか？」というテーマで問題解決技能訓練を行う。そして、Aから「先生に副作用が強いことを伝えたい」とあったので、母に医師の役

をしてもらい、ケースマネージャーと伝え方を考え、お手本を示しながらAさんに練習してもらった。

このケースのポイント

- ① 自宅での練習→実践の場面での取り組み→フィードバックと次なる取り組みを考える
- ② 現場での教示→お手本を示す→まねしてもらおう→その場でのフィードバック→徐々に本人自身で取り組みを増やす
- ③ 心理教育的アプローチ→問題解決技法→単家族での基本訓練モデルの応用

50代のBさんの目標は「今の生活を維持していく」ということでした。何かを変化させる目標だけでなく、現在の生活を維持するという目標も大切なことです。彼は週に2期程度スーパーに出向き、必要な物を購入すると言ったことが関わりに一つになっていました。

スーパーでの買い物は、その人自身をアセスメントすることから始めます。スーパーに交通機関や徒歩等で自分一人で行けるかどうか？一人で自宅に帰ることができるのか？もし、できるのであれば、スーパーの入り口などで会うようにして、買い物が終わったらその場で別れるということなどを決めていきます。一人でできることについては、繰り返し行っていくことでさらに強化されるのです。

Bさんは一人で往復はできたので、スーパーでのやり取りを行いました。スーパーの前で会ったときに「どんな物を今日は購入するのか？」を一緒に考えました。もちろん、本人の希望が大切です。もしその品物が必要かどうか悩んだら、問題解決技能訓練を使って、商品を購入したときのメリットデメリットを出しながら、購入する必要性の順番をつけていきます。もちろん、所持金や使えるお金も参考にしながら考えていきます。

とりあえず、購入する物が決まったら店内に入り、ケースマネージャーは後ろからついていき、Bさんが商品を探したり店員さんとやり取りする姿を見ます。この時にBさんが店員等とのやり取りができるかどうかのアセスメントができます。ケースマネージャーはBさんが店員などとのやり取りで悩んでいるときとか、SOSのサインを決めておいて、サインを出したときに関わりを強く持ちます例えば、①店員を前に悩んでいるときは、ケースマネージャーが店員にBさんが聞いたような質問をBさんの前で直接店員さんに対して聞いてみます。その後Bさんにまねをしてもらうのです。②また、SOSサインが出たら、Bさんを相手から離して「ちょっと作戦タイムしようよ」と言って、その場でロールプレイを使った練習をしてみます。両方の関わりの中で大切なのは、まねしたり練習したことがうまくいったら、その場ですぐに褒めてあげることです。

このケースのポイント

まずは、Bさんが交通機関等についてどの程度のスキルがあるのか？を確認する。

- ① 店内での関わり→買い物についての目標設定→問題解決技能訓練→Aさんのスキルを観察する→観察学習してもらう→まねをしてもらう→実践での取り組み
 - ② SOSサインの出し方を練習しておく→サインを出す→作戦タイム（問題解決技能訓練・基本訓練モデル）→現場での実践
- ①も②も共通して、その場ですぐにプラスのフィードバックを行うことが大切でしょう。

ACTなどでの訪問SSTのポイント

ACTのSSTは訪問で行われることが基本です。ですから、スタッフとしては個別のSSTの技術や技法を身につけていると言うことと、いつどんなときでも、対象者のスキルをアセスメントしたり、その場に応じた練習を提示したり実践できるような視点を持つことです。

訪問ケースでのポイントは、関わりの中でのアセスメントと「本人の希望を大切にす
る」「その時その場でおきていることに注目する」ということです。病院等で行っている場面を設定して行うSSTでは何回もやり直しが可能ですが、生活の場で行うSSTでは一発勝負というように、今そのときその場で練習して実践という流れが多くなります。そのようなSSTではSSTの基本でもある良いところのアセスメントと、即座に「こんな風にやったらもっともっと良くなっていくであろう」というアセスメント能力が求められます。

もう一つ生活の場で行うSSTで大切なことは、対象者一人でのやりとりではなく、そこで関わりを持っている人との相互作用に注目することです。その人自身だけでなく、その状況の中でどのように振る舞っているのか？どう適応しているのか？を見ていきます。どんなやり取りがお互いにあったら良いのか？どのようにしたら、その状況になじんでいけるのか？など考えながらSSTを行います。

地域でのSSTは、対象者の変化をたくさん見ることのできる機会があります。みなさんと楽しく、そして対象者と共に取り組んでいきましょう。

(土屋 徹)

3) 求められる精神科訪問サービス

イ 包括的アプローチ

統合失調症では幻覚や妄想などの陽性症状とともに、多くの場合、感情の平板化、思考の貧困、意欲低下などの陰性症状を伴い、仕事や対人関係、自己管理などの機能の低下が認められます。気分障害（うつ病や躁うつ病）やその他の精神疾患でも、症状が重く長引いた場合にはこうした社会生活の機能水準の低下が生じます。社会生活を営む能力が低下した状態を生活障害と呼びます。最近では「ストレス－脆弱性－対処技能モデ

ル」により、環境と本人との関わりの中で多次元的にとらえることが適切と考えられるようになっていきます。

本人の生活の場を訪問することは、本人が抱える問題を理解する上で大変役立ちます。診察室や病棟では理解出来なかった、あるいは語られなかったことが、そこでは具体的に述べられ、理解を促す新たな手がかりが得られます。また本人との信頼関係を深めるためにも、訪問はとても効果的である。こうした訪問の利点を生かして、精神障害を持つ人の多様なニーズに対応した治療と支援を提供するのが訪問サービスです。

訪問看護を行う際に看護師が目標としているもの（看護の焦点）については、1) 日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大、2) 対人関係の維持・構築、3) 家族関係の調整、4) 精神症状の悪化や増悪を防ぐ、5) 身体症状の発症や進行を防ぐ、6) ケアの連携、7) 社会資源の活用、8) 対象者のエンパワーメントの 8 点にまとめられています(萱間, 2006)。ACT(包括型地域生活支援)では、上記の他に、1)薬の処方と提供、2)危機介入、3)入院期間中の継続支援、4)居住サービスに関する支援、5)経済的サービスに関する支援、6)就労支援などが含まれます(西尾, 2004)。ACTは医療に限らず福祉的サービスも統合して提供することを目標としていますのでより包括的サービスですが、福祉と医療は分けがたいところで、訪問看護においてもACTで述べられている支援の一部が実施されていると思われます。

Bachrach LL(1984)は効果的な地域ケアを、1)生活の場に出向いて行われる積極的支援(outreach service)、2)個別的なケア計画、3)日常生活での援助、4)当事者の長所を伸ばすサービス、5)市民生活を行う権利と責任のある生活者として遇する援助、6)危機介入体制、7)ほかの機関や家族などの諸資源の調整を行う、8)医療・保健・福祉の総合的ケア、9)家族や友人への援助、10)ケースマネジメントの 10 項目にまとめています。

上記の 6)以降は体制が整わないと実施が難しいものが多いですが、1)は訪問サービスそのものであり、2)～5)はSSTでも実施されているものです。SSTでは、日常生活での援助を重視し、生活の中で「何が出来るようになりたいか」等のニーズを受け止め、前向きな目標を、長期目標と短期目標に具体化して本人と共有し、それをSSTの練習課題としてロールプレイやモデリングを通して系統的に練習して、本人の対処能力を高めます。また、必要ならば家族との関係改善も課題となります。このようにSSTは訪問サービス実施のための基本的な援助技術(地域ケアのコア技術)として用いることが可能です。病院やクリニック等で実施される集団のSSTと訪問サービスを組み合わせること、特に集団のSSTと、実生活での個別的で具体的な課題に対応したSSTを連動させるIVAST(In Vivo Amplified Skills Training)の積極的活用が期待されます。

(安西信雄)

ロ 精神科リハビリテーションの流れ；受け入れから介入、評価まで

精神科リハビリテーションは、一般的に「目標設定→介入→モニタリング→評価」という流れで進められます。

わが国で実施されている精神科リハビリテーションには、訪問サービスのほかにもデイケアや就労支援など、さまざまなサービスがありますが、どのサービスを行うにしても基本的な流れは同じであると考えられます。

<関係づくり～事前評価～目標の設定>

訪問サービスをはじめとする精神科リハビリテーションを、スムーズに開始するための第一歩は、利用される方との関係づくりです。

例えば、退院後に訪問サービスを開始する人の場合は、入院中からの関係づくりが始まります。退院の目途が立てば、外泊時に担当スタッフがご本人と一緒に自宅まで同行したり、外泊中に訪問したりするのはよい方法です。自宅に引きこもりがちな人に訪問サービスを導入する時は、家族とも十分な話し合いを行い、訪問の目的を明らかにし、共有しておくことが重要です。

このような関係づくりを行いながら、事前のご本人の状態（機能レベル）を評価します。その際に重要なことは、精神症状や問題点だけでなく、「何を望んでいるか？」「何ができるか（得意か）？」といった長所も、できるだけたくさん見つけておくことです。下図（精神科リハビリテーションの流れ）には、事前評価と定期評価時の主な評価項目を示しました。この中の「希望・ニーズ」はその後の「目標設定」に大きく関わってくるので、欠くことのできない重要な評価項目です。目標は6カ月～1年程度で達成したいと願っている「長期目標」と、長期目標に繋がる小さなステップである「短期目標」を設定します。目標設定はスタッフとご本人、できればご家族も一緒になって行う必要があります。



<サービスの実施～モニタリング～定期評価>

目標が決まれば、リハビリテーションサービスをスタートします。定期的に訪問を行ったり、デイケアに通所してもらったり、決定したサービス内容を順次進めていきます。サービスの実施に並行して、リハビリテーションの進み具合を細やかにチェックする「モニタリング」も必要になります。例えば訪問サービスでは訪問毎に訪問看護報告書を、デイケアでは利用日毎に個人記録を記載していると思います。これらはリハビリテーションの進捗をチェックする「モニタリング」として重要な役割を果たします。

さらに1～数カ月毎にご本人の状態を評価します。この「定期評価」では、サービス開始

前の事前評価の結果をもとに、それらがどの程度改善したか、新たに明らかになった本人の能力や問題はないか、などを評価します。

定期評価は、ご本人に関わる多職種スタッフによるチームで行うことはもちろん、可能ならばご本人も参加できるような形でできれば理想的です。この時ご本人に対して、到達したいと願う目標に変わりはないか？を確認するのを忘れないようにして下さい。定期評価の結果をもとに、現在実施しているリハビリテーションサービスの内容を継続するか？または修正を加えるか？を検討し、次の段階でのサービス内容を決めます。このような流れを繰り返しながら、徐々に最終的な長期目標に達することを目指します。



<リハビリテーションの流れの中で SST を活かす>

以上のようなリハビリテーションの流れの中で、SST はどのように活かされるのでしょうか？訪問時に個人 SST や家族も交えた SST を行うチャンスがあるのはもちろんですが、SST で練習するのに適した課題は、サービス開始前の関係作りや事前評価の段階から浮かび上がってくるでしょう。例えば「服薬の疑問を主治医に尋ねる」「家庭内のトラブルの解決法」などは多くの方に共通するものです。

さらに定期評価の際に、訪問時の SST によって出来るようになったスキルを、本人と一緒に振り返ることが出来ます。自分自身のスキルの向上を実感できれば、その後のリハビリテーションへの大きな動機づけになりますし、訪問時に練習する新たな課題を見出すことにもつながるでしょう。



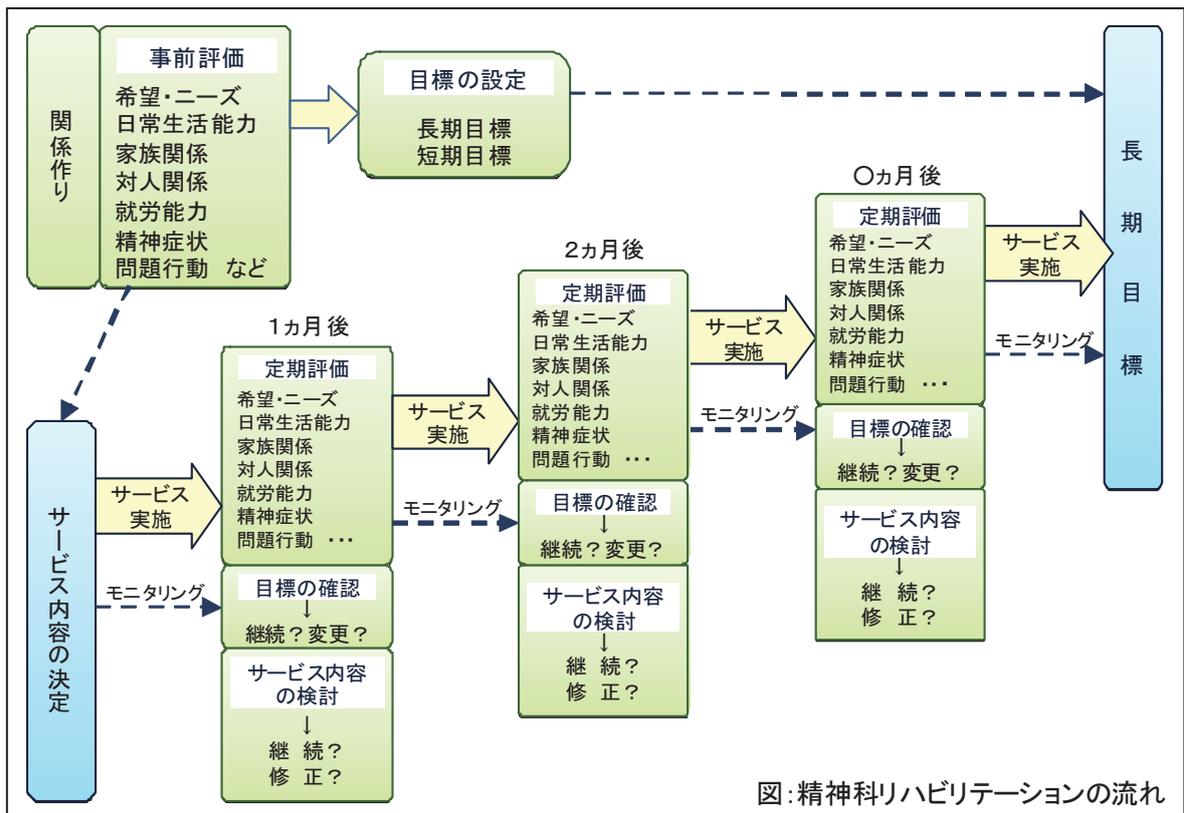


図:精神科リハビリテーションの流れ

(岩田和彦)

ハ ケースマネジメントとチームワーク

1. ケースマネジメント

人が生活する上では実に多様なものやことが必要になります。施設や病院の中では気づかないまま過ごしていても、実際に地域生活をはじめると、生活する上での問題や課題が現れます。もしも、本人の技能が上がれば、あるいは社会に資源があったり、援助してくれる人がいたりすれば、そしてそれらがうまく組み合わせられれば、生活の危機を乗り越えて成長することができるでしょう。

ケースマネジメントは、生活上の危機に直面したり、退院や就労に挑戦するなど、複数のサービスや援助を同時に必要としている際に、本人のニーズと環境の資源をまとめて調整し、目標にむけて計画的に支援を実行するチーム活動です。それを調整する責任をもつ者がケースマネジャーと呼ばれます。

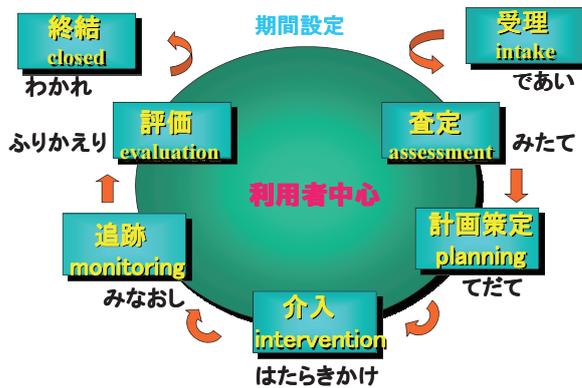
実務的には、受理（インテーク）－査定（アセスメント）－計画策定（プランニング）－介入（インターベンション）－追跡（モニタリング）－評価（エバリュエーション）－終結（ターミネーション）というプロセスにそって活動を展開します。期間と目標を設定して、通常6ヵ月後の経過の後に、終結したり、あるいは継続したりします。

訪問SSTは、ケースマネジャー自身が行うこともできますが、むしろ訪問看護や訪

問りハビリテーションを提供する方々に実践してもらいたい技術です。この場合、訪問SSTの前提として、援助チームによる見立て（査定）や手だて（支援計画）というケースマネジメント活動が行われていなければなりません。

わが国でも、高齢者を支援する介護支援専門員、障害者のケアマネジメントを行う相談支援専門員をはじめ、医療観察法の社会復帰調整官、学校教育法の教育コーディネーターなど複数のケースマネージャーが活動しているので、こうしたマネージャーたちとの情報交換も必要になります。

ケースマネジメントのプロセス



2. チームワーク

ケースマネジメント活動は、実に多様な人々の知恵と力を借りるわけですから、チームワークあるいは連携の視点と技術が必要になります。チームワークとは、構成員の情報と実践力を調整する活動です。医療保健福祉という対人サービスも、地域ケアの時代となると、一人の専門職やひとつの機関だけの力で支援しようとしても、課題の解決には至らないのです。

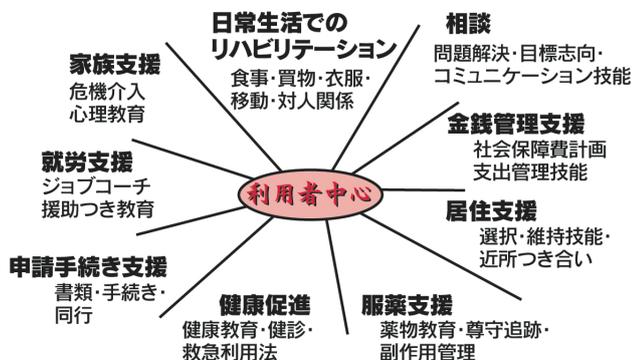
連携の第一歩は、顔見知りになることと、情報を発信することです。その次の段階として、協力や提案という相手方の反応が生まれてくるはずです。情報の共有という手段として、各職種共通のカルテが用いられたり、訪問先に連絡ノートが置かれたりしています。

医療保健福祉領域のチームワークを実現するためには、スポーツチームと同様に練習しないと実践につながりません。この場合は「ケア会議」が連携活動を練習したり実践したりする場となります。利用者とその家族もチームの一員と考えて、ご一緒に会議をする場合もあれば、専門家だけで高度な打ち合わせをする場合もあるでしょう。

訪問SSTは、ケア会議の中で明らかになった見立て（査定）や手だて（支援計画）にそって実践される必要があります。もちろん、訪問SSTによって明らかになった事実は、次のケア会議に報告し、新たな計画に発展していく情報となります。ときには訪問SSTではない方法の方が適切な場合も現れるでしょう。利用者の幸福につながる治

療や援助の目標にそった手段として、計画的に選択されるでしょう。

チームで提供する訪問サービス



3. アウトリーチ

地域ケアの時代に入って、訪問して支援する活動を一般に「アウトリーチ」と称しています。「訪問」という概念に比べると、もっと積極的で、ホームレスに対する介入とか引きこもりへの支援とか、利用者からの依頼が現れない段階から接触を試みる意味合いをもっています。施設や事務所で専門家が待っているだけでは助けられない方々が大勢いますし、家庭や学校などの生活現場に専門家の側が足を運ぶと解決の糸口が得られることも知られてきました。

こうした場合は、サービス関係の「受理（インテーク）」というよりも、「関係づくり（エンゲージメント）」がケースマネジメント・プロセスの最初の段階に位置づけられます。アウトリーチの専門家には、開かれた視点、柔軟な態度、豊富な社会資源の知識、適切な判断能力などが必要で、十分なトレーニングが求められます。わが国では、保健師の方々に訪問技術が蓄積されています。

しかし、それほど専門家でなくとも、例えば、介護支援専門員として高齢者の在宅ケアをしていたら、そこに精神障害をもっているらしい息子さんの存在に気づいて、息子さんにも支援が必要そうであれば、精神障害者支援チームの誰かに紹介するといった配慮だけでも、適切な支援体制が展開される契機になるでしょう。これもアウトリーチです。

先進諸国のケアシステムでは、患者や利用者が病院や機関に出かける形よりも、専門家チームが生活現場に出向いてサービスを提供する方が、特定の領域では効果や費用の面で有効であるとされています。例えば英国では、専門家の支援を要する精神障害者は地域精神保健チーム（CMHT）が継続支援し、1週間に1回以上の接触を必要とされた重症者は積極的訪問（AO）チームにつなぎ、頻回入院や不安定な事例は危機解決家庭処遇（CRHT）チームが担当し、青少年を中心とした早期の事例には早期介入（AI）チームが、それぞれにアウトリーチをしており、他にも、高齢者や児童のサービス

も並行して存在しています。こうした家庭訪問の際に簡単な認知行動療法（C B T）が実践されているわけです。

（野中猛）

二 訪問時に家族に配慮する諸点

1. まず常識を働かせること

通常他人の家へ訪問するときには礼儀というものがあります。「こんにちは、おじやまします」から始まって帰りのあいさつまで、生活技能のうち親和的スキルを最も発揮できる場面です。ちょっと立ち止まってご家族と世間話をしましょう。代表的な家族支援の方法である家族心理教育あるいは行動療法的家族指導においても本題に入る前に十分に社会的会話（世間話）を行うことが強く勧められています。精神障害者を抱える家族は社会交流が制限され（あるいは自ら制限）しがちであり、訪問してくる支援スタッフとの関係は重要な社会交流の場面でもあります。まず生活者同士としての交流を意識的に行いましょう。

2. 人は1人では生きていない

たとえば応対するのが本人だけとしても（時として本人だけ出てきても家の他の部屋には家族がいて、息を詰めて成り行きを見ている場合もある）、必ず家族との接触の機会を模索することが重要です。たとえ声をかけるだけにしても。これは上記1で述べた社会的交流の意味と、本人に対しても、「あなた1人ではなく、あなたを取り巻く人や環境も大切にしています」というメッセージになるからです。

また一人暮らしの場合であっても、ほとんどの人には家族がいます。ある調査によれば支援スタッフが思っているよりも独居している当事者と家族は訪問し合ったり連絡を取ったりしていることが多いということでした。もし、今話していることを当事者が家族にいうとしたら、ということを考えながら訪問面接をする、あるいは積極的に「ご家族にはどう伝えていきますか」と聞くことが必要です。また完全に1人暮らしの人でも、実はケースマネージャー、ヘルパー、民生委員、福祉関係職員、友人など継続的に関わりのある一種の「家族」を持っています（あなた自身がそうかも知れませんが）。そういう人との関係を壊さず促進するように考えていく必要があります。「人は全く1人で生きているわけではない」のです。

3. 家族は「キーパーソン」ではない

家族は重要な介護者、支援者であると同時に日々の生活においては障害の当事者でもあります。そういう意味では二重の負担を背負っています。このことは意識してもしすぎるといえることはありません。けれども「苦勞している人」というだけではなく、家族は本人の経過に寄与することが大である治療の同伴者でもあります。これは患者の「ために」努力する「支援者」あるいは「キーパーソン」としてのみ家族を考えないということです。当事者が「患者」役割だけでなく、自分人生を取り戻すことが「回復」であるように、家族も「患者の面倒を見る家族」役割だけではなく「家族自身の自分の人生」

を取り戻すことが「回復」です。そこにいるのは1人の人で「キーパーソン」という人ではないのです。

4. 批判、指導しない

家族の負担についての研究結果は多く、何ら支援がないときは家族の負担はとて大いものがあります。逆に家族心理教育の研究の結果が明確に示しているように、疾病・治療についての十分な知識を得て、日常の対処技能を学んだ家族は疾病の経過により影響を与えることができます。けれども負担の高い家族に潜在的能力を發揮してもらうため知識を獲得したり、対処技能のトレーニングをするなど「これ以上のよけいな苦勞」をすることを勧めるためには、それが今以上の負担になってはいけません。そのためには今までの対応や言動、決定について批判することなく十分に「労をねぎらう」必要があります。ここにこそ SST の「ほめる」技法を生かしましょう。

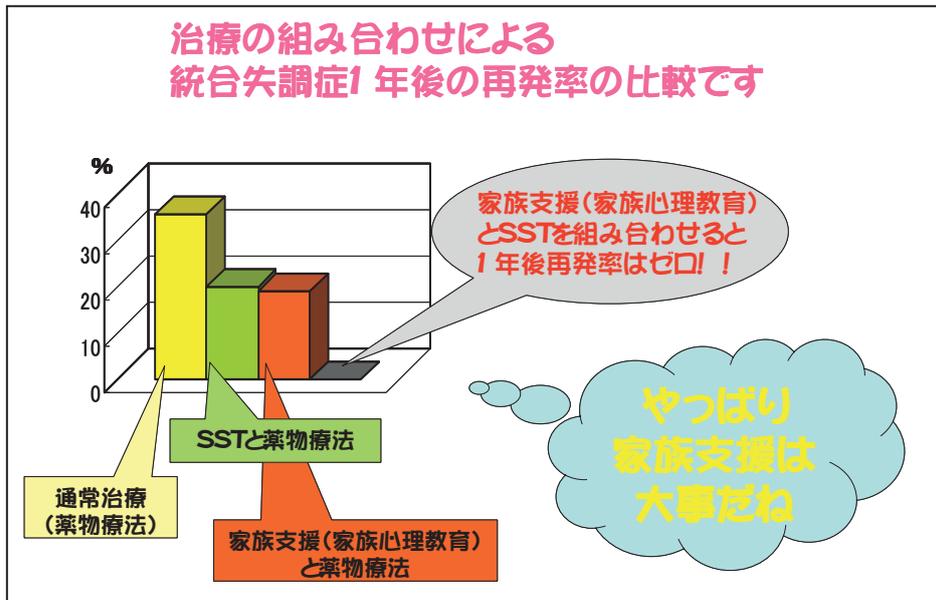
5. 家族との間の亀裂を深めない

情報共有を図りましょう。本人に会ったあと家族に会えば、家族は必ずどんな話がされたのか、自分たちにはわからない何らかの変化があるのか、これから今までと違うことが起こるのか、などを聞きたいはずですが、熱心な家族ももちろんそうですが、関係が悪かったり、冷淡に思える家族も実はそうなのです。「個人情報ですから」などといって、情報共有の姿勢を見せないのは厳にいましむべきことです。本人との間で家族との情報共有をすることをあらかじめ「方針」「治療計画」として同意しておくことが必要です。もちろんいってほしくないことはいわないことは当然で「今日のことはこんな風に伝えようと思うがどうか」などと訪問の最後に話し合うのがよいでしょう。場合にもよりますが「どう伝えてほしい？」とオープンクエスチョンで聞くよりは具体的に「〇〇と言うけど」と聞いた方がよいでしょう。

6. 訪問時に家族同席面接をする場合

1～5のことを考えて行えば家族同席でも同じように訪問を行えます。その他訪問が単家族を対象とする家族心理教育や行動療法的家族指導を目的とする場合は別にトレーニングが必要です。





(後藤雅博)

ホ 対人援助の際のアセスメントと援助に関するノウハウの重要性

i) 訪問に出かける前に知っておくべきこと

訪問の依頼を受けて出かける前に、情報収集して、知っておくべきことはいろいろあるように思います。その上でどのような援助が役立つそうか、その可能性やリスクはどのようなのか、ある程度見積もることをすると思います。情報収集についてはもちろん、きちんとやろうとすればキリがないと思いますが、以下の点については最低限知っておけるといいように思います。

- ・ 訪問を受ける人と、その同居者はどのような援助の希望を表明しているか
- ・ 訪問を受ける人の現在のリハビリテーションの目標はどのようなものか
- ・ 居住場所はどんなところで、経済基盤はどうなっているか
- ・ 精神障害の診断、現在および悪化時の病状、医療の状況、服薬内容
- ・ 専門家、非専門家を含めた支援の状況や、その間の連携

訪問に出かける前にアセスメントする際に役立つ評価表がありますので、別表1を参照してください。30分程度で情報をまとめることができます。

ii) SSTが役立つ領域

訪問して「生活の場」で支援する際には、幅広いサービスがありえます。さみしいから話し相手になってほしい、銀行の手続きが難しいので代わって助けてほしいなどといった希望もあり得ます。希望があることをまずは重視すべきですが、現実には、家族の代わりにしたりすることはできないわけですし、訪問支援の専門家としてやってよいこと・やれそうなことで、まずは短期間での成果が期待できそうな事柄から取り組んでい

くことになるように思います。そのなかで、SST は「自分の気持ちや考えをうまく相手に伝える技術」なので、対人的なニーズがある場合に、代行（代理行為）しないで、「自分のために、自分の力で」やれるようにする援助です。将来に向けた援助ですから、人との付き合い方を支援する必要がある時に、手間がかかって遠廻りでも、SST は役立つと思います。そのほかに精神障害や薬物療法との付き合い方、自己対処の支援（自分との付き合い方）、身体疾患管理スキルなどにも SST は役立ちます。

スキルをアセスメントする際に役立つ評価表を別表 2 に掲載しましたので、参考にしてください。

iii) SST を実施することによって深まるアセスメントー新たなニーズへ

SST を取り入れたことで、アセスメントが深まり、訪問支援の上で重要なニーズが浮かび上がってくるものがしばしばあります。

A さん：40 歳女性。アパートでの一人暮らし。近所の人がよくやってきて、日用雑貨を置いていくので困っているとのこと。近所づきあいで物のやり取りについて、問題解決法を使って一緒に考えた。その後、お礼を言って受け取る場合と、丁寧に断る場合についてロールプレイで練習した。その後 A さんはロールプレイを上手に実行できているようだった。しかし物のやり取りが始まったきっかけは、実家の隣家の人が、A さんを亡くなった娘さんの代わりにかわいがっており、洋服を買ってきてくれるが、趣味に合わないので困っていること、それを A さんの近所に持って行っているとのこと。A さんのお母さんが、隣家にお礼を届けていることも分かった。深い感情のからまるやり取りはだれでも大変だが、A さんがうまく対応できていないこと、お付き合いを高齢のお母さんにかなり頼っていることがわかってきた。

B さん：20 歳代男性。家庭でけんかが絶えない。家族間のコミュニケーション練習を提案し、両親と B さんで行うことになった。その中でけんかのきっかけとして、叔母の葬儀の際に父親が「恥ずかしいので、B さんを連れていかない」と述べたことから、父母でもめたことが分かった。近所づきあいも狭くなってしまう様子で、家庭訪問の際にご家族全員に精神障害がよくみられる病気であることや、脳の病気であることなど、ノーマライゼーションを目指した心理教育を行い、ご近所との付き合い方についての問題解決を取り入れた家族グループを行うことを提案した。B さんに対しても、経験がないと社交的なふるまい方が学習されないことを話し、葬儀の時のふるまい方を一緒に練習した。家族の希望があれば、家族会もぜひ紹介できればと考えている。

iv) アセスメントと援助との双方向的な進展

訪問前の情報収集ととりあえずの援助目標設定から、SST の実施、そしてさらなる

援助対象への理解の深まりというプロセスを図にしてみました。らせん状にアセスメントと援助が相互に絡まり合って進んでいく様子が分かっていたいただければと思います。

訪問前の情報収集

- 人づきあいの強みと課題の整理（障害との付き合い方、自己対処なども含む）
- SST による支援
- ロールプレイや宿題を通して見えてくる特徴や課題の発見
- 新たな支援の枠組みへの発展



別表1：アセスメント票

氏名	(男 ・ 女)	作成日	面接者
		年 月 日	生 歳
住所			
受診医療機関		主治医	
家族構成・生活歴(趣味・特技)			

1、病気についてどのように説明されていますか？

2、現在どのような社会資源を利用されていますか？

- ①害年金 有 (級) なし 申請中
- ②精神障害者保健福祉手帳 有 (級) なし 申請中
- ③自立支援医療 有 (上限 円) なし 申請中
- ④その他 作業所 OT デイケア グループホーム ホームヘルプサービス 地域生活支援センター 訪問 ()

3、現在の生活についてお聞きします

①生活の管理について

よく眠れていますか？	5 4 3 2 1	5.大筋で問題ない 4.時々確認があれば可能
食事はしっかり摂っていますか？	5 4 3 2 1	3.定期的な確認が必要
規則正しい生活を送っていますか？(生活リズム)	5 4 3 2 1	2.部分的な援助が必要 1.全体的な援助が必要
お金の管理はどうしていますか？	5 4 3 2 1	

②家事について

洗濯物は自分でしていますか？	5 4 3 2 1
掃除や片付けはしていますか？	5 4 3 2 1
買い物は自分でしていますか？	5 4 3 2 1
調理は自分でできますか？	5 4 3 2 1

③社会資源の利用について

バス・電車など交通機関を利用できますか？	5 4 3 2 1
銀行や役所など公共機関を利用できますか？	5 4 3 2 1

④自分の健康状態について

薬の管理は自分でしていますか？	5 4 3 2 1	(調子が悪いときのサイン)
自分の調子がわかりますか？	5 4 3 2 1	
ストレスがたまった時にはどうしていますか？	5 4 3 2 1	
今の体力はどのくらいですか？(以前の体力を5とすると)	5 4 3 2 1	

⑤人付き合いについて

集団の中で過ごすことはできますか？	5 4 3 2 1	
自分の気持ちを相手に伝えることができますか？	5 4 3 2 1	
気楽に話をできる人がいますか？	5 4 3 2 1	

⑥今後就労を考えていますか？ はい・いいえ / 一般就労 アルバイト 障害者職業センター 職親 作業所 ()

4、これからの希望・思い	5、支援者の思い

宮城県立精神医療センター

宮城県立精神医療センター 香山明美氏のご厚意により掲載しました

別表 2 : SST 面接

訪問サービス SST アセスメント用紙

氏名 _____ 記入日 年 月 日 記入者 _____

病名 _____ 主な症状 _____ サポート連携 _____

社会資源： デイケア ・ ナイトケア ・ 作業所 ・ OT ・ グループホーム ・ ホームヘルパー ・ 地域生活支援センター

同居家族： _____ 家族の希望： _____

サービス目標 _____

面接による情報	評価	できている点	不得意な点
1. 日常生活の自立 ・ 普段の一日の過ごし方 「退屈な時」「忙しい時」「家事について」 2. 余暇活動 ・ 空いた時間に何をすることが好き 「趣味」「以前楽しんでいた趣味」 3. 対人関係 ・ きまって一緒に過ごす人： ・ 重要なことを話せる人： ・ もっと親密な関係を持ちたい人： ・ 集団の中で過ごすこと：	日常生活の自立 掃除・洗濯 整理・入浴 交通手段		
	金銭管理		
	家族関係		
	集団場面		
	交友関係 対人技能		
	服薬状況		

4. 症状対処と健康維持 ・薬について ・症状（ストレス）の対処 ・調子の悪い時のサイン ・睡眠の状態	服薬管理		
	再発予防		
	健康維持		
技 能	難しいと感じている対人状況	取り組める課題	
会話技能	会話を初めて、続ける		
自己主張技能	頼む・断る・自分の考えや意見を伝える		
対立の処理技能	意見の食い違いや、ストレス状況の処理		
地域生活技能 交友技能	他の人と一緒に過ごすこと よい対人関係を築き維持する		
健康維持技能	主治医や治療チームのスタッフと話す		
問題解決技能	問題解決スタイル		

	行 動 特 徴	S S Tで実施できそうな課題
受信技能		
処理技能		

送信技能	<p>言語的コミュニケーション</p> <p>声の大きさ (小さい・適度・大きい)</p> <p>声の抑揚 (ある・ない)</p> <p>会話のスピード (遅い・適度・早い)</p> <p>会話の自発性 (自分から話せる・自分から話せない)</p> <p>会話のなめらかさ (ある・ない)</p> <p>非言語的コミュニケーション</p> <p>視線 (合う・合わない)</p> <p>表情 (豊か・乏しい)</p> <p>身振り (適度・乏しい)</p> <p>姿勢 (適度・悪い)</p>	
------	--	--

本人の希望 (6か月～1年先、どんなふうに暮らせていたらよいと思いますか?)

SSTの課題

「訪問サービスSSTアセスメント用紙」の解説

それぞれの施設において「利用者の基本情報」はすでにお持ちであるかと思えます。ここでは利用者の基本的な社会生活状況を評価できるように「訪問サービスSSTアセスメント用紙」を使います。

まず「**面接による情報**」の部分は、1～4までインタビューという形で聞き取ります。利用者の生活状況の全体像をつかむことを目的とします。面接者は利用者に関心を持って傾聴のスタイルで聞き取れるといいでしょう。

1. 日常生活の自立

「普段の一日の過ごし方を教えてください。」

「退屈だと思うときはどんな時ですか」

「忙しいと感じるときはどんな時ですか」

「家事をするときに、苦手だな、または楽しいなと感じることは何ですか」

2. 余暇活動

ここでは空いた時間をどんなふうに使っているか聞けるとよいでしょう、また現在の趣味や以前楽しんでいたことなどを尋ねます。現在の生活や活動、今後の生活や活動の動機付けに役立ちます。

3. 対人関係

生活環境における重要な役割の関係者、対人状況の把握に役立つでしょう。

4. 症状対処と健康維持

「薬の管理は自分でしていますか」

「調子が悪い時のサインはありますか」

「調子の悪い時や、ストレスがかかっている状況で対処していますか？

たとえば、どんな方法で対処していますか」

など尋ねることによって本人の対処技能を知ることによって役立てます。

1～4までのインタビューをしたら、続けて「**難しいと感じる対人状況**」について尋ねます。

「人と人とのやり取りで、上手にできることもあります、難しいと感じることもあるでしょう、

これから尋ねる状況であなたが難しいと感じる状況があれば、教えてください。できるだけ具体的に例など挙げて教えてください。」

・誰かと会話を始める、または続けたいという状況で、難しいと感じる場面はありますか？

あなたは何と言いましたか？ 場面は？ 相手は？」

といったように「会話技能～問題解決技能」まで尋ねます。

最後に、**本人の希望**を尋ねます。「6か月先、または1年先どんなふうに暮らせたらいと思えますか？」

これらのインタビューの後、用紙の右の部分を評価しながら埋めてゆきます。ここでのポイントは、この用紙にもあるように「できている点」つまり健康的な部分も評価することが大切です。本人の希望をかなえるために、どんな援助や練習が役立つか、取り組む課題が見えてくるでしょう。最後に「受信～処理～送信」の部分は、全体的なインタビューを通して見えてきた本人の生活技能を長所と短所を含め評価しましょう。次頁から「訪問サービス SST アセスメント用紙」を使って評価した結果の記入の仕方を理解していただくために、記入の実例（別表3）をお示しします。

埼玉精神神経センター佐藤 珠江氏、河岸 光子氏のご厚意により掲載しました。

別表3：訪問サービス SST アセスメント用紙(記入の実例)

氏名 東 花子 記入日 H.22年〇月△日 記入者 @@△△

病名 統合失調症 主な症状 被害妄想・幻聴 サポート連携 グループホーム世話人・作業所職員

社会資源：ケア・ナイトケア 作業所・OT・グループホーム・ホームヘルパー・地域生活支援センター

同居家族：単身 家族の希望：将来的には子供と一緒に暮らす

サービス目標 訪問で対人技能の練習し、グループホームからアパートへ移行し単身生活ができる

面接による情報	評価	できている点	不得意な点
<p>1. 日常生活の自立</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 普段の一日の過ごし方 「退屈な時」「忙しい時」「家事について」 <p>日課として作業所に通所し、グループホームの夕食会・訪問を受けている。</p> <p>友人と買物や外食もできている。家事は最小限にしている。</p> <p>2. 余暇活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 空いた時間に何をすることが好き 「趣味」「以前楽しんでいた趣味」 <p>テレビをみたり、同じグループホームの友人とおしゃべりしたりして過ごす。</p> <p>3. 対人関係</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ きまって一緒に過ごす人：隣部屋の人 ・ 重要なことを話せる人：母 ・ もっと親密な関係を持ちたい人：作業所のメンバー <p>・ 集団の中で過ごすこと：作業所のメンバーたちと過ごすことが、少し</p>	<p>日常生活の自立</p> <p>掃除・洗濯 整理・入浴 交通手段</p>	<p>入浴（一日おき） 掃除（週に2回） 衣類の洗濯 バスに乗る</p>	<p>シーツなど寝具の洗濯が滞っている 布団が部屋に出しっぱなし</p>
	金銭管理	決められた額を毎月降ろし、できている	アパート等、で家族を含めた家計管理
	家族関係	月に一度母が子供を連れて一緒に外食する	子育てができない
	集団場面	小グループ（グループホーム内）なら一緒に過ごせる	作業所内で過ごすことがつらい時がある
	交友関係 対人技能	限られた人と良い関係の維持ができる	不特定多数とはうまくできない
服薬状況	確実に服用するようにしている	時に忘れる時は翌日に服用してしまう	

<p>ストレス、グループホーム内の人とは大丈夫</p> <p>4. 症状対処と健康維持</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬について <p>飲み忘れるとずらして飲んでいる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状（ストレス）の対処 <p>顔のあざを気にして被害的になる。人と接し たくない時は部屋にこもる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調子の悪い時のサイン <p>作業所メンバーに「おばけ」と言われ？作業 所に行けなくなる。手や足がしびれる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠の状態 <p>良好</p>	服薬管理	服薬カレンダー にきちんと入れて 服用	飲み忘れがたま にある
	再発予防	通院でき、服薬行 動もできている	具合が悪いと部 屋にこもり相談 はできない
	健康維持	規則正しい食生 活をしている 作業所まで歩い て通っている	時に外食でたく さん食べてしま う 外来で薬の飲み 忘れなど伝えら れない
技 能	難しいと感じている対人状況		取り組める課題
会話技能	会話を初めて、続ける 表情が硬く笑顔で話せない。話すきっか けがつかめない。		鏡に向かって「今日もがんばった ね」と笑顔で毎日言う。 視線を合わせてあいさつする
自己主張技能	頼む・断る・自分の考えや意見を伝え る 自分から話しかけられない		言われたら「〇〇ですね」と確認する 視線を合わせてあいさつし、「今日 は〇〇をするんですね」と話す
対立の処理技能	意見の食い違いや、ストレス状況の処理 自分から避ける 我慢する		相手の言ったことを繰り返し言い 「私は〇〇と思いました」と伝える
地域生活技能 交友技能	他の人と一緒に過ごすこと よい対人関係を築き維持する 相手から話しかけられたら話せる		うなづいたり、相づちをうつ 相手の話を聞き、自分の話をする
健康維持技能	主治医や治療チームのスタッフと話す 聞かれた事だけ話し、自分の状態を話 せない		自分の状態を伝え、困ったことを 相談する
問題解決技能	問題解決スタイル 困った時やつらい時は部屋にこもり参 加できない		どうしたらよいか身近な人に相談 し、一緒に解決策を考え、できそう なものを選び実行する

	行 動 特 徴	S S T で実施できそうな課題
受信技能	話しかけるきっかけがつかめない	社会状況認識・相手のサイン

処理技能	短絡的で「おぼけ」と言われると逃げる	問題解決で解決策を考え、相談する
送信技能	<p>言語的コミュニケーション</p> <p>声の大きさ (小さい・適度・大きい)</p> <p>声の抑揚 (ある・ない)</p> <p>会話のスピード (遅い・適度・早い)</p> <p>会話の自発性(自分から話せる・自分から話せない)</p> <p>会話のなめらかさ (ある・ない)</p> <p>非言語的コミュニケーション</p> <p>視線 (合う・合わない)</p> <p>表情 (豊か・乏しい)</p> <p>身振り (適度・乏しい)</p> <p>姿勢 (適度・悪い)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日寝る前に鏡に向かって「今日も一日頑張ったね」と笑顔で言う ・ 顔の表情練習 (顔の筋肉を動かし色々な表情をつくる) ・ 作業所メンバーに笑顔であいさつする ・ 相手の話を聞き相づちを打つ ・ 言われたら繰り返し伝え自分の考えを話す ・ 自分の状況を伝え困ったことを相談する

本人の希望 (6か月～1年先、どんなふうに暮らせていたらよいと思いますか?)

アパートに移り、作業所に通う。明るくなりたい。普通に皆と話せるようになりたい。

SSTの課題 : グループホームの世話人さんに笑顔であいさつし、自分の状態を話す

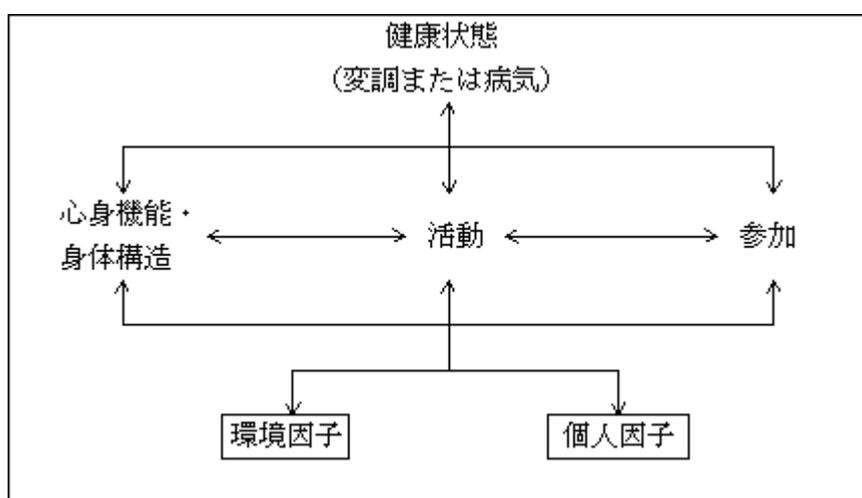
(池淵恵美)



へ ストレンクスとリカバリーについて

訪問の場合だけではなく、精神障害を持つ人に対して援助を行う際に、頭においておくべき視点があります。ICF（国際生活機能分類）（WHO, 2001）は、従来の障害の見方を変え、生活機能という観点で健康状態を考えようとしています。こうした考えにもつながるのが、ストレンクスとリカバリーです。私たち援助者は、病気の症状やできないこと、足りない面に目を向けがちです。精神障害という障害は、障害と疾病が共存しているのが特徴のひとつだといわれることがあります。さらに加えるなら、障害を持つ人には広い健康部分も存在しているのだということを忘れてはなりません。

図 ICF の構成要素間の相互作用



ストレンクス strengths は、強さ、あるいは長所と訳されています。ストレンクスモデルでは、障害を持つ人の強さ（長所）、あるいは得意なことや好きなことを見出して、それを活用しながら支援をしていくという方法を取ります。人間は物理的、人的、社会的環境との相互関係の中で行動し、その活動の変化は環境因子と個人因子との相互の変化によると考えます。生活全体を捉えながら、強さを支援していくことで、問題となっている行動も解決に向かうと考えるのです。

リカバリー recovery は、回復、すなわち病気の徴候がなくなることです。さらに近年の考えでは、病気があるとか健康であるとかにかかわらず、希望を持ち、自己の能力を発揮し、自ら選択ができるといった主体性や志向をさします。「精神病の症状を見るのではなく、病気を持ちながら、かけがえのない命を生き、社会に生活し、再起して、自分の人生を歩むこと、そのような人の存在全体を大事にする」（前田ケイ）ことが強調されます。

（数川悟）

2. 精神科訪問サービスにおける対人援助技術としての SST

1) SST とは、対人行動を改善する支援法

SST の原点

日本では、精神障害者のリハビリテーション技法の一つとして紹介され、普及してきた SST ですが、原型はアサーショントレーニングと言われるより良い自己表現のためのトレーニングです。

これは障害や疾患の有無に関係なく、生きている人すべてを対象にしています。この原型に立ち戻って考えると、人間はコミュニケーションを取らずに生きていくことは困難であり、コミュニケーションは生きていくためのツールだと言えます。ツールをどのように使い応用していくかを、効果的に学習できるように構造化されたトレーニング方法が SST です。

取り組みの焦点

認知行動療法の一つとして位置づけられている SST の特色は、希望志向的で、未来志向的などころにあります。支援者の取り組みの焦点は 2 つです。1 つは、患者さんの考え方や解釈、つまり認知の改善にあります。もう 1 つは、具体的な行動の改善です。このような実践には社会学理論、行動療法、認知療法などの学問的基盤があります。具体的には、患者さんは支援を受けながら自分が置かれた状況を読み効果的な対人行動がとれるように練習します。支援者は、始めから終わりまで、患者さんとともに作業し、本人の意見を最大限に取り入れる努力をすると同時に、積極的に自分からも提案していきます。患者さんのできていないところよりも、できているところに着目し、練習によって、できている行動を少しずつレベルアップしていきます。

しかし、患者さんの苦痛や病理を治療しようとする視点からかかわることが多い治療者にとっては、今できているところを見て、褒めることは最初はぎこちなく感じられるかもしれません。SST を取り入れることで、治療者の視点も、肯定的なものを中心とする姿勢に変わっていくことが起こります。

SST の歴史

アメリカでは、1955 年に精神科入院患者数がピークに達しました。退院して地域生活をする人たちが増えていくにつれ、治療を中断してホームレスになる人の問題や回転ドア現象と呼ばれる再発・再入院問題が 60 年代の後半から 70 年代に入って無視でいない社会問題となっていきました。この問題を解決する方法の一つとして SST が登場してきたのです。対人状況から生まれるストレスに対処する方法を、あらかじめ患者さんに学習してもらい、症状の悪化を抑え、再発を防ぐばかりでなく、生活の質も向上させることを SST に期待したのです。

ボストン、ニューヨーク、ピッツバーグ、ロサンゼルスなど各地で、対人行動学習を

支援する試みが始まりました。なかでもロサンゼルス の UCLA 精神科教授 RP リバーマン博士は、70 年代に SST の体系的な教材を多くの研究者とともに開発し、実証的な調査を行って SST の効果を明らかにするなどめざましい業績を上げました。

88 年 1 月、東京大学精神神経学教室は、1 カ月間、リバーマン博士を客員教授として招聘し、東大病院デイホスピタル (DH) で SST を実際にやって見せてもらったり、東京と長崎で SST 講演会を開いたりしました。同年 4 月から東大 DH で SST を毎週実施し、効果が上がったので、全国的な普及に取り組みました。そして 94 年の保険点数化を契機に、SST は国内各地に広まっていき、2005 年には、SST 普及協会は精神神経学会から「医療奨励賞」を受賞。同年、「医療観察法」による入院病棟でも SST が実施されるようになりました。

SST の広がり

現在 SST は、医療以外の分野でも活発に行われています。法務省は保護観察や更生保護事業、さらには少年院での矯正教育にも SST を取り入れ、職員の研修でも SST を教えるようになりました。練習には、家族とのコミュニケーション、友人とのコミュニケーション、職場でのコミュニケーション、社会奉仕活動先でのコミュニケーション、職場でのコミュニケーションなどに関する課題が取り上げられています。

学校教育でも、SST を普通学級で実施する教員や、特別支援を必要とする児童・生徒に対して、SST を取り入れるスクールカウンセラー (臨床心理士) などが次第に多くなってきました。他にも身体障害者、知的障害者、虐待を受けた児童、家庭内暴力を受けた被害者など、福祉サービスの分野でも SST に関心を寄せる人たちが増えています。

また、当事者ばかりでなく、その家族に対する SST を実施し、家族が当事者および他の家族メンバーと良い関係を保ち、また、医師、教師、保健師など支援者らと効果的なコミュニケーションが取れるように支援する個別的・集団的支援も盛んに行われています。対人行動の学習方法である SST は、支援者の教育にも活用されています。この場合には、プロのスキルを習得させるものなので、PST (professional skills training) と呼ぶ方が適切と思われますが、SST の順序だった方法を活用して、医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの教育課程で専門的対人援助行動の取り方を教えています。

うつ病に対する SST

近年、3 万人を超える自殺者とその背景にあるうつ病の急増は、社会問題としてしばしば取り上げられています。精神科を標榜している診療科だけでなく、さまざまな科でうつ病を併発している人に出会います。

うつ病の人たちの思考には、物事をネガティブにとらえてしまう傾向があり、これが行動を狭め、感情を落ち込ませ、混乱させるなどの原因となります。このネガティブな思考に対しては、認知療法を用いて転換を図る方法が有名です。うつ病に罹患すると、家族や職場などの人間関係が変化してしまうことがあります。いったん変化した人間関

係は、ただ待っているだけでは直りません。

復職や疾病の回復を果たすには、人間関係の再構築が必要であり、そのためには、自ら修復のためにコミュニケーションスタイルを見直し、新たな形でコミュニケーションを展開して行く必要があります。そうした時に役に立つのが SST です。

SST は通常、集団で実施しますが、うつ病の人には、わざわざ集団を形成しなくても、外来の中で十分活用できます。産業医の医師などは、SST を大いに活用できる場面をお持ちではないかと思います。例えば、職場復帰が決まったとき、職場に戻るときにどうするか、休職していたことをどう説明するかなど、復職をする人々が一番困るのは対人関係の再開の部分だからです。SST は、産業の分野でも活用され始め、保健師、産業カウンセラー、EAP (employee assistance program; 従業員支援プログラム) などでも実施され始めています。

(前田ケイ、舩松克代)

2) SST の基本的な考え方 (希望を尊重) 、その方法

SST は “Social skills training” の略で、日本では生活技能訓練と訳されています。SST では、主として患者さんの対人関係の改善に焦点を置き、患者さんの社会復帰を目指しています。その有効性が実証され、日本において SST 普及協会が組織され、多くの会員が日々 SST を通じて治療にあたっています。

これまでの精神科医療では、どちらかという “こんな点が問題だからこういうことに気をつけましょう” と、治療者側に主体が置かれていたように思います。SST では患者さんの希望を尊重します。患者さん主体の治療法ですから、積極的に参加できるようになります。方法ですが、最初に『アセスメント (評価)』を行います。どんな場面が苦手なのか、それはどうして起こるのか、などを患者さんと話し合います。どうなりたいのか相談をし、目標を立てます。長期目標、短期目標を作り、短期目標をクリアしつつ、長期目標への到達を目指します。目標をクリアするために、場面を作って練習します (『ロールプレイ』)。『モデリング』という技法を用い、お手本を見せます。そしてもう一度練習をします。練習をしている時に大切なことが、『正のフィードバック』です。練習してできるようになったら実際の場面でできることを目指します (般化)。般化できるようになったら、次の短期目標を立て、練習し、実際の場面でできるようにしていくのです。このように方法は、アセスメント、ロールプレイ、フィードバック、モデリング、般化といった行動療法の技術がパッケージ化され、しかも手順が決まっています。基本訓練モデル (リバーマン) の手順を表 1 に示しました。

表1 基本訓練モデル（リバーマン）の流れ

- 1 開始の宣言
- 2 ウォーミングアップ（長期目標と短期目標、目的と方法）
- 3 宿題の報告
- 4 問題場面の設定
- 5 予行演習のロールプレイ
- 6 正のフィードバック
- 7 改善点の明示、修正的フィードバック
- 8 モデリング
- 9 新しい行動のロールプレイ
- 10 宿題の設定

どなたでもこの手順で SST を行いますので、他の職種の人とも SST を通じて評価を共有することができるのです。

さて精神科訪問サービスを行う際に、SST を利用できるようになっているとどのように役立つか、以下に紹介します。

① 多職種で共有できる援助技法で、自身のスキルアップにつながる

SST では基本訓練モデル、問題解決技能訓練などの技法がありますが、先ほどご紹介しましたように、どなたであっても同じ手順で行います。SST が技法として優れた点は、まさにここにあるのです。みなさんが SST を用いることができれば、ユーザーが希望した課題を訪問した際に練習できます。デイケアや作業所で SST を行っていれば、そこで練習したことも一緒に復習することもできます。SST は、『アセスメントに始まってアセスメントに終わる』と言われるほどアセスメントを重要視します。私たちは、その場面や状況によってコミュニケーション能力を発揮できたり、あるいはできなかったりしますが、ユーザーの方々は、私たち以上に影響を受けやすいのです。SST を多職種で行うことができれば、いろいろな場面や状況の中で、ユーザーのコミュニケーション能力の様子を多職種で共有し評価できますので、より適切な関わりができるようになり、少しずつではありますが、自ずとユーザーは回復に向かっていくようになります。ユーザーのこのような変化は、みなさんを元気づけ、さらに援助内容に工夫を生み、そしてスキルアップの一助となるのです。

② 対人援助の際に『角度を変えてみる』という見方ができ、視野の広いアセスメントができるようになる

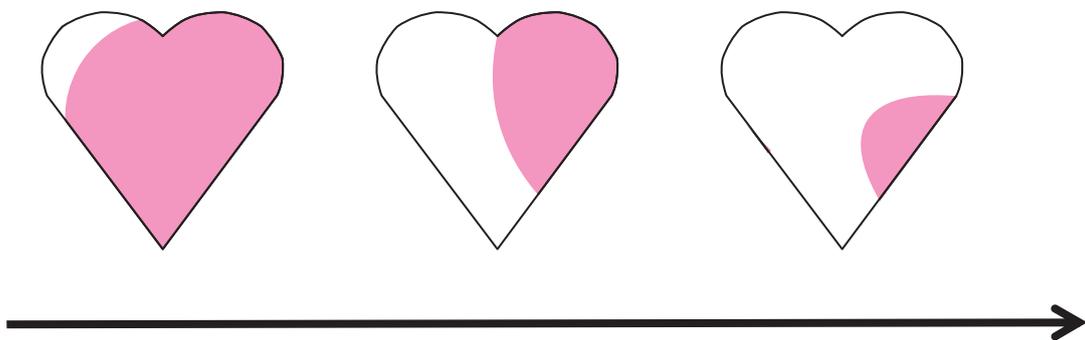
SST では“できるようになったところ”や“できつつあるところ”を見て、正のフィードバックを行います。そして“さらにできるようになるため”にどうしたらよいか、

場面を作って練習し、実際の場面での般化を目指します。日頃 SST を行っていると、“こんな一面があったんだ”などと SST の場面以外では見られなかった点に、気づくことがたびたびあります。対人援助の際に、私たちは、このような経験の積み重ねの中で、『角度を変えてみる』という見方が身に付き、ユーザーに対し視野の広いアセスメントができるようになっていきます。

③ ユーザーの意見に則した目標設定を行うので、援助者は働きかけやすい

みなさんにユーザーが悩みを打ち明けた時に、みなさんに SST の経験があれば、“どうなりたいの”と聴くことができます。「みんなに気持ちよく話ができるようになりたい」とユーザーが答えれば、“話ができるようになったら、どうなる”とさらに尋ねます。ユーザーはきっと「友達ができる」「一緒に買い物に行ける」「淋しくなくなる」などと答えるでしょう。そこでまずは実現可能なところから目標を設定し、目標達成を目指していきます。1つ達成したらまた次と、徐々に「みんなに気持ちよく話ができる」という長期目標に向かって進んでいきます。これが回復への道であり、自立への道なのです。図1は回復への経過をイメージしたものです。

図1 回復への経過



ハートの白い部分は、健康なところ、ピンクの部分は病気のところを示しています。一般精神科医療ではピンクの部分がどのように減っていくか、という視点に関心が向けられますが、SST を経験している人たちは、白い部分がどのように増えていくか、に腐心します。白い部分が増えていくと、図でも明らかなように、ピンクの部分が減っていくのです。回復とは、白い部分が徐々に増えていく、つまり“できる”部分が少しずつ増えていくことなのです。

④ ユーザーも家族も SST を経験することで、回復が進み、援助者側の関わりが少なくなる

SST ではユーザーの“できる”ところに焦点を当てています。みなさんがユーザーと SST を行っていると、ご家族も SST に関心を示すようになり、一緒に関わるできるようになります。ご家族は日頃ユーザーに対して、「どうして・・・ができるな

いのだろう」と『できない』面を気遣ってしまうことが多いように思われますが、「こういうところに問題を抱えていてできないのだな」とユーザーの大変さを理解できるようになります。そして『・・・ができるようになりたい』という希望をユーザーが持っていることに気づくようになります。ユーザーに対して、少しずつではありますが、見方が変わっていきます。そのような状況の中で、ユーザーやご家族が再びよりよい家族関係を築いていくために、それぞれの役割を理解し、実践するようになっていきます。それまで週に1回の訪問看護を必要とした人達が、2週に1回、あるいは4週に1回などと、援助者側の関わりを減らすことができるようになります。

(浅見隆康)

3) SST 初級コースで学ぶべきこと — 「SST 初級リーダー養成研修」テキストから—

【精神障害者の治療・支援の変化】

【環境】 「病院完結型」→「社会資源の利用」

社会的入院(1年以上の入院で症状が安定している。受け入れ条件が整えば退院可能な患者)の解消。

【治療形態】「薬物療法中心」→「トータルリハビリテーション」

包括的な治療条件(西園)

- ・ 精神症状に対する薬物療法。
- ・ 社会生活技能の障害に対する社会生活技能訓練。
- ・ 自己喪失の挫折感から救出するための精神療法。
- ・ 社会的支持の回復による社会的不利の改善。

【援助者】「管理」→「同意に基づいた援助」

【当事者】「受身」→「自己選択」

精神病院協会の調査(H15)長期入院の患者で半年以内の退院を「希望する」と答えた患者は56.2%にとどまり、「希望しない」「わからない」と答えた患者が43.8%に上る。

【考え方】「悪い所を治す」→「好い所を伸ばす」

【精神疾患(統合失調症)とは再発の危険のある慢性疾患である。】

【陽性症状】

発症前には無かったこと。幻聴幻視などの幻覚や、妄想など。

発症や再発を知らせる症状。

【陰性症状】

発症前にあった思考、感情、行動、意欲などの機能が低下する。

症状と認識されないことがある。

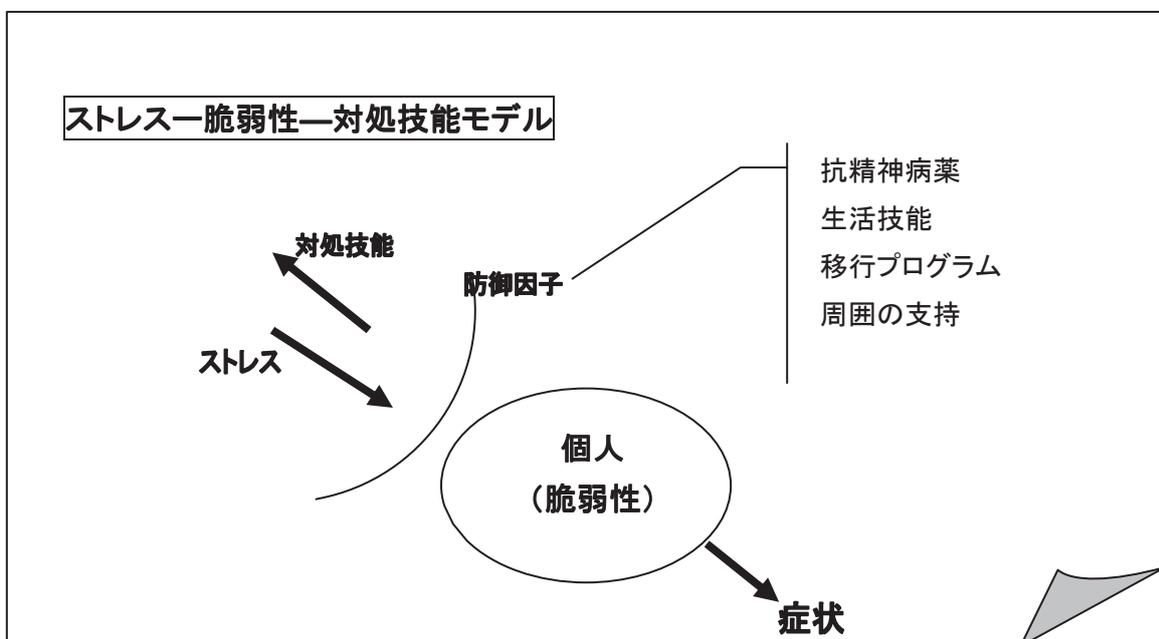
【持続症状】

慢性的に続く不安定な症状。

【認知機能障害】

計画立案、学習、対人関係に障害をきたす。

【精神疾患の発症・再発仮説】



生活上のストレスがその人の持つ「閾値」を越えると症状となって現れる。「閾値」を「脆弱性」という概念でまとめた。

→精神疾患に限らず、あらゆる疾患における発症と対処のモデルとして理解することができる。

生活上のストレスが加わることで、症状が出現する可能性が高まる。しかし生きていく限りこうしたストレスを皆無にすることはできない。むしろ私たちが積極的に介入する必要があるのは「**防御因子**」に対してであろう。

4つの防御因子

抗精神病薬:維持量を継続的に服用し、効果及び副作用をモニタリングする

生活技能:対人的な目的を達成するために必要な技能。危機的な状況に対する対処技能。(緊張の軽減、援助者への連絡・相談、社会資源の活用)

移行プログラム:再発を防ぐための生活指導やリハビリテーション

周囲の支持:社会福祉的な支援、家族のサポート、医療チームによる支援

★生活技能を構築し、服薬や症状の自己管理能力を高め、移行プログラムを活用したり社会福祉サービスを受けやすくするために全般的に役立つのが…**SST**である。

★SSTの定義: Liberman, R. P.

「環境からくるストレスの与える衝撃を和らげるのに十分なくらいに対処技能を改善し、憎悪・再発の危険を減らすことに加えて、生活の技能を獲得し日常生活に活かしていくことによって陰性症状を減らし社会適応やQOLを高めていくためのトレーニング」

【バンドゥーラの社会的学習理論】

ここでは SSTの基本原理である、バンドゥーラの「**社会的学習理論**」を学びます。その中でも「**強化**」の重要性に着目します。わたしたちが日常の臨床（あるいは生活そのもの）において、さまざまな場面で「**よりよい強化**」を提供できるようになることがめざせるとよいでしょう。

社会生活技能の指導あるいは社会生活技能の訓練(SST)は、良好な対人関係を発展させたり、あるいは対人関係のつまずきを改善させたりすることによって、対象者の心理的健康や社会的適応の増進、改善を目指した心理社会的な指導・治療技法です。統合失調症をもつ人にとっても**社会生活技能の欠損は能力の障害の重要な原因**です。また、社会性の発達の遅れを示す子供が増加しているとの指摘がされています。

技能の欠損、発達の遅れなど対象は様々ですが、ここで紹介する「**社会的学習理論**」に基づいた指導技法は、生活技能を新たに教えるうえで有効です。・・・



* **社会的行動:**

「他人の行動の**観察**」と「自分の行動から自然に生じる**正や負の結果**」との両方の組み合わせによって学習され身についていく。

* **オペラント条件付け:**

本人に**好ましい結果(正の結果)**をもたらす行動は次第に増えていき、本人に**好ましくない結果(負の結果)**をもたらす行動は減っていく

● **社会的学習理論の「5つの原理」**

- 1) モデリング (modeling)
- 2) 強化 (reinforcement)
- 3) 行動形成 (shaping)
- 4) 過剰学習 (overlearning)
- 5) 般化 (generalization)

【SST で取り入れられている「社会的学習理論」の5つの原理】

1) モデリング: モデルの観察を通じて行動を学習すること

・モデリング

複雑な社会行動を教える上で最も効果的な方法は **モデリングと模倣**

！リーダーの行動をよく見て学習することが、SSTがうまくいくかどうかの重要な鍵！

(* モデルは誰が行うのがよいのか？ ⇒cf.「マスタリーモデル」と「コーピングモデル」)

2) 強化: その行動をまた実行する可能性を高めるため、行動に対して好ましい結果を与えること

- ・ **正の強化**—ある行動のあとにその行動の結果として、**価値があったり望みとなる物事(例: ほめ言葉、お金などの報酬 など)**を与えること
- ・ **負の強化**—ある行動のあとで、**不快な刺激(例: 批判、不安など)**を取り除いたり減少させたりすること

SSTでは

セッションでの努力や
スキルの実行に対して

正のフィードバックがなされる ⇒ **「またやってみよう」と思い実行する** …☆**正の強化**☆

正の強化がたくさん与えられ、「こきおろしや批判」がなされないので、セッションに参加すると楽しく、ビクビクせずに行動の学習が体験できる

その他の例:

・セッション後のお菓子 ⇒ 参加の促しとなり …☆**正の強化**☆
参加率が **増える**

★セッション中に行われる「強化」=「ほめ言葉」「拍手」

「ほめ言葉」=練習(ロールプレイ)や発言に対し具体的に与える必要がある。

「どこが、どのように良かった」また「何が、どのように改善した」と相手に伝わるように明確に伝える必要がある。

「拍手」=拍手だけでは、「強化」として具体的に伝わらない可能性がある。具体的な「強化」の補足

として、またはグループから本人への「強化」として有効に利用。

3) 行動形成: 望まれる目標へ向けて、連続的にステップを踏んで強化をおこな っていくこと

SST を行っていくうえで「**行動形成**」の原則は忘れてはならない。

- ・比較的単純な行動(反応)から複雑な行動(反応)へ変化させるように強化が行われる。
- ・練習内容を**段階的に**難しくしていくことによって、自信や技能の向上が期待できる。
- ・宿題の内容も段階的に難易度の高いものへ変化させる。

★わずかな行動の変化であっても見逃さない！ → **すかさず強化！**



他の行動要素にも取り組めるようになる

4) 過剰学習: あるスキルを自動的にできるまでくり返し練習すること

(※「**反復学習**」とも訳される)

練習の課題となるソーシャルスキルを、SSTの中でのロールプレイや宿題で**くり返し練習**する



そのスキルを実行するチャンスがたくさん与え、

適切な状況でそのスキルを自然に使えるようになることが目標



行動リハーサルとロールプレイを多用する

5) 般化: ある場面で獲得されたスキルを、それ以外の場面でも使えるようにな

つまり…

身のまわりで自然に起こる対人場面で、そのスキルを使えるようになること

⇒ SSTが有効かどうか最終的に証明するもの

★**般化**のために…

- ① **自分の生活環境の中で練習できるよう宿題を設定し、次のセッションで宿題が実行できたか振り返る(必要ならスキルの応用・その後の対処まで指導する)**
- ② 学習目標となる技能を**日常生活の場面で使うよう促す**

* 認知機能の障害が生活に及ぼす影響。 ～生活上の障害の3側面～

面～

① 事物処理の障害：課題処理・作業遂行能力

就労や学習、生活全般の様々な活動に影響する。

注意

- ・ 注意を配れる範囲が狭くなる、また集中力が低下する。
- ・ 大事な情報とそうでないものの区別をつけるのが上手くいかない。
⇒必要な情報を選んで注意を集中させ、いらぬ情報を排除することが上手くできないので物事を効率的に処理できない…

実行

- ・ 物事を始めるための計画立案、計画通りに実行するといったことが難しくなったりする。
- ・ 計画を立てても、突発的な出来事に対して対処することが出来なくなったり同時に複数のことを処理するのが難しくなったりする。

記憶・学習

- ・ 記憶できる範囲が狭くなる、また新たな情報が加わることで覚えるべき事柄を記憶しにくくなるなど記憶の容量に問題が生じる。
- ・ 新しい事を学習すること…学習した内容を知識として応用できない。
⇒失敗してもそれを経験として次に活かせない、同じ失敗を繰り返す。

② 他人についての障害：社会的認知

社会的交流の根底にある精神機能で、他者の意図や性向を受け止める能力。

考えの理解（相手の意図や考えが推測出来る能力「心の倫理」）

- ・ 相手の表情や身ぶりなどの手掛かりをもとに、自分の置かれている社会的状況を把握することが苦手。他人の考えが理解できない。
⇒相手の都合を考えず、自分の言いたいことだけを言う。
⇒自分中心に物事を捉えていると思われがち。

気持ちの理解

- ・ 相手への気持ちへの共感が苦手。
- ・ 心配りが下手、困っていたり、悲しんでいる人がいても知らん顔。

被害的な構え

- ・ 他人の事をに過敏考えすぎる、誰かが笑っていたり、怒っていたりしていたら、自分に対してそうしていると考えやすい。

③自分についての障害：自己観察・自己洞察・自立性・意欲など。

臺「過剰な自己卑下と誇大的な自尊心とがない交ぜになった状態」「絶えず挑戦的な課題を試みては破綻する」「自己評価が低いが、なかなか満足できない」

意思・意欲

- ・プライドが高い反面、自信の無さが伺える。
- ・課題達成の為の小さなステップをしばし無視する。

自立性

- ・生活のリズム、生活全般の安定性や持続性が保ちにくい。
- ・就労・就学などの集団参加に支障をきたす。

身辺自立

- ・身だしなみや、身の回りのものを管理する、整理するなど苦手。

自己像がひどくあいまい

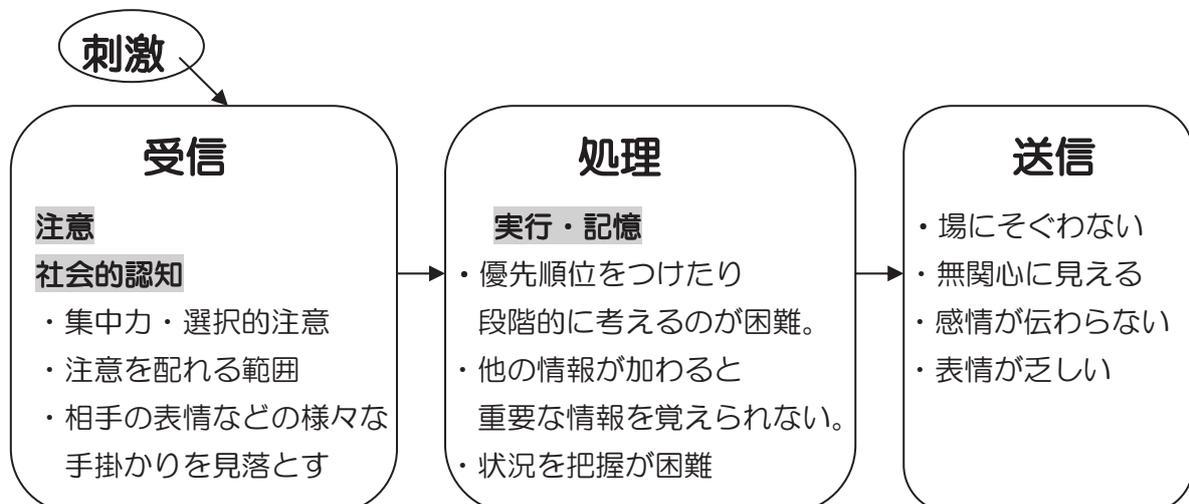
- ・現実離れのプライド、極端な自己卑下がない交ぜになっている。

群馬大学 福田先生 資料より

* 統合失調症における認知機能障害の特徴

- ★ 障害のパターンは個人差が大きい。
- ★ 記憶や実行機能の障害が見られることが多い一方で、病気をする前に学んだ知識や技能、身体で覚えたことなどは保持されやすい。
- ★ 発病から薬物治療などの治療を受けるまでの期間が長いほど認知機能の障害は顕著である。
- ★ 障害から生じる行動を性格やわがままと誤解されがち。

* コミュニケーションの流れと認知機能障害の特徴



【SST（生活技能訓練）セッションの実施】

1. SST(生活技能訓練)への導入・紹介

方法

- ・参加者を歓迎し、自己紹介する。
- ・訓練の目的・訓練の手順を話す（例）。

「SSTでは自分の気持ちや、考えや、用件をうまく人に伝えるやり方を学びます。またそれらについて他人から言われたときにうまく答えるやり方を学びます。そして他の人々と抱えている問題を解決することを学びます。」

「練習は実際の場面に近い形でロールプレイをして練習します。練習していない時も他の人のロールプレイを良く見聞きしてフィードバックします。実際の生活の中でも練習できるように宿題をします。」

☆熟練の参加者から新しい参加者にオリエンテーションをしてもらうことも有効

2. 宿題をチェックする。

- ・実際の行動の具体的な情報を得て、妨げとなっていることや、般化を妨害しているものを確かめる。
- ・セッションで練習する対人的問題や目標、場面をはっきりさせられるように参加者を援助する。

方法：「何が？ 誰と？ どこで？ いつ？」と質問して参加者が問題を定められるように援助する。

参加者の表情、手の動き、声、目の動き、声の大きさ、姿勢を観察し評価する。

3. 予行演習(ドライラン)のための場面と対人状況をはっきりさせる。

最近の出来事や近々起きそうなことから状況を選び練習を計画するように参加者を援助する。参加者から場面を設定するための具体的情報を得る。

- ・場面を組み立てる：練習する参加者と一緒にロールプレイをする相手を募り、用意する。
- ・参加者と協力して、何をすべきかはっきりさせ、参加者がリハーサルする状況に関連する目標を定める。また自身の目標達成のために役立つ練習であることを確認する。

4. 予行演習(ドライラン)としてその場面を実行する。

参加者を注意深く観察し、参加者の実技の言語的、非言語的な要素の不足な点と長所を見つけ出す。場面の実行は短時間で区切る。

5. 正のフィードバックを与える。

強化すべきことを見つけ出し、直ちに強化して、他の参加者から正のフィードバックやさらに改善するためのフィードバックを引き出し、ボード(黒板)を使って誰もが評価とフィードバックに加わることができるようにする。

6. 受信、処理、送信の技能を評価する。

参加者に以下のような質問をする。

- ・他の人は何と言いましたか？
- ・他の人はどんなふう感じたでしょう？
- ・あなたのこの練習での課題はなんでしたか？
- ・あなたの目標はなんでしたか？
- ・この状況であなたは別のやり方(選択肢)ができたでしょう？
- ・別の選択肢のうちで、あなたの目標達成に役立つものはあるでしょう？

機能評価	練習内容
「受信技能」 <ul style="list-style-type: none">・その場面には誰が居ましたか？・その場面はどこで？・どんな話でしたか？・誰がどんなことを望んでいますか？・どんな感情が表現されていましたか？	<ul style="list-style-type: none">・注意の焦点を明らかにする、注意集中の練習。・正確な答えを促す・正確な答えを示す・正確な答えを強化する
「処理技能」 <ul style="list-style-type: none">・目標や権利や責任を明らかにする・とるべき解決策を考える・解決策を実行した際の結果を考え、それを評価する。・適当な解決法を選択する	<ul style="list-style-type: none">・問題解決に取り組む前提をはっきりさせる。・促し、モデル、問題解決技能の強化・実際にリハーサルしてみる

<p>「送信技能」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会話の内容 ・会話の際の音声の性状 ・非言語的な要素 ・タイミング、前後関係 ・相互性 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハーサル ・モデリング ・促し、合図 ・正のフィードバック ・自己指示。自己強化 ・実際の場面での練習
---	--

「精神障害者の生活技能訓練ガイドブック」より

7. モデルを使う。

参加者に示唆された改善点や、修正のためのフィードバックを組み入れた対処法をやって見せてくれる人物を選ぶ。

- ・参加者にとって近い人物がモデルとして適しているかも知れません(**コーピングモデル**)または、リーダーやコリーダーが正確なモデル(**マスタリーモデル**)を提示した方が効果的な場合もあるでしょう。リーダーはモデルを選びます。(参加者が適切なモデルを選べるように援助します。)

モデルの実技についての報告を求める。

「参考になった点は？ 上手くできていたところは？」等

必要であれば数回のモデルを提示する。

☆複雑な社会行動を教える上でもっとも効果的な方法は、**モデリングと模倣**

8. 参加者に次のリハーサル(再演)についての指示を与えリハーサル(再演)。

改善すべき1つか2つの技能に集中し、参加者に改善すべき行動を明示。

- ・場面が進行している最中に手で合図を送ったり、促しや、言葉をささやいてコーチする。

コーチング(耳打ち促し)

プロンプティング(身ぶり促し)

9. まとめの正のフィードバックを与える。

直ちに行う。他の参加者も一緒に参加者に正のフィードバックを与えるように勧める。

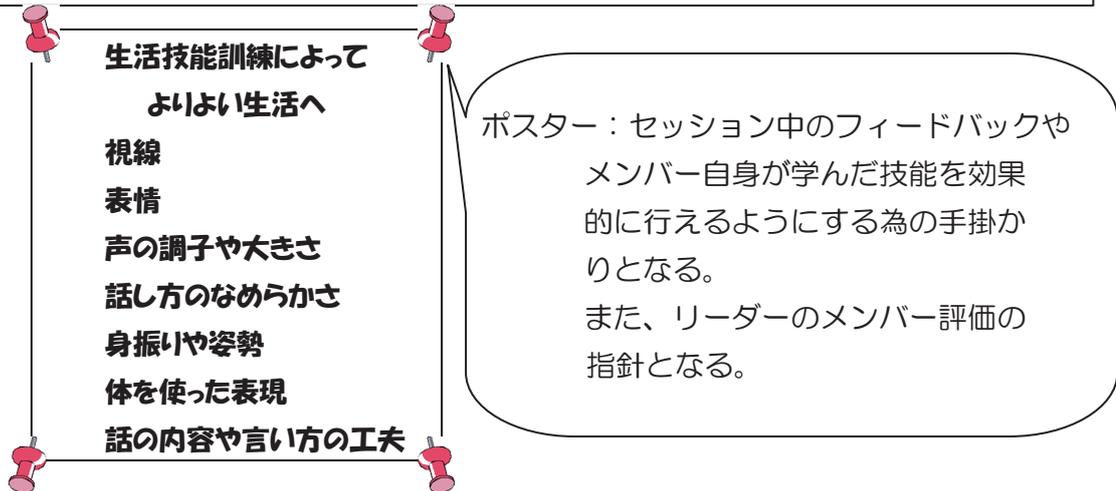
フィードバックの際はボード(黒板)を使ってその前の実技と比べて改善した点を書き出し、その参加者のロールプレイの実技の中で改善した行動の要素を具体的に示す。

10. 実生活で宿題を与える。

宿題カードや宿題シートを使って、明確な指示を与えること。宿題を実行する上であらゆる障害を予想してみるように参加者に勧める。

(治療場面と実生活の橋渡しをすること)

訓練の効果が試される場を作ることで、般化を促す。



P43-P48 については佐藤幸江先生のテキストを佐藤珠江が一部改編
(佐藤珠江)

4) 病院における SST と生活している現場における SST

病院や支援センターなどで行う SST は複数の参加者によるグループで行います。グループで行うことで自分の課題だけでなく仲間の課題も学べたり、他の参加者からフィードバックを受けることができるなど様々なメリットがあります。グループによるメリットはたくさんありますが、参加者がそれぞれ個別の目標や課題をもって SST に参加しています。

ですから、SST はグループでなくても一人の対象者でも行うことができます。訪問して生活している現場で SST を行う場合、グループではなく一人の対象者または、家族等を含めた小さな集団で行う SST という形になることが考えられます。

生活している現場で行う、個人または小グループでの SST は病院で行う SST と比較してメリットがたくさんあります。

生活している現場で行う SST のメリット

- ① 生活の現場に密着している。
- ② 毎日の生活の中で起こる問題点に直接的に取り組める。
- ③ 訪問援助の延長線上で行うため短時間で訓練でき、即座に生活に取り入れられる。
- ④ 個人または少ない人数で行うため、注意、集中が得られやすい。

生活の現場に密着しているため、具体的な課題が上がりやすく、生活の場に訪問している援助者もアセスメントがしやすく、実践的な訓練を組み立てやすいと考えられます。しかしメリットばかりでなく、デメリットの側面も視野に入れた展開が必要とされますのでここではデメリットも考慮しながら、訪問で SST を取り入れる方法を考えていきます。

デメリット

- ① 正のフィードバックや修正のフィードバックが援助者のみになる可能性がある。
- ② 観察学習（モデリング）の機会がグループで学ぶより少なくなる。
- ③ 観察するモデルの幅が狭い。グループの仲間の課題場面に触れる機会がない。
- ④ 問題場面での問題解決に向けた検討がグループより少ない人数で行われる。

グループで行う場合、仲間の技能獲得の過程は自分の技能獲得の参考になる場合があります。常に観察学習の機会になります。またフィードバックも仲間からのフィードバックは、援助者のフィードバックより時に効果を示すことがあります。これらのデメリットも了解した上で、援助の工夫を施しながら進めていくことが求められます。

●病院での SST

週一回 60 分実施 参加メンバー5～10 名。リーダー コリーダー 記録係 3 名のスタッフが担当。それぞれの参加メンバーが個別の長期目標、短期目標を持ち目標達成のため練習をします。

【事例：メンバーの一人 30 代男性】

長期目標：「退院の準備を始める」「自分の周囲の社会資源を増やしたい」

短期目標：「自分から会話を始める」「自分の気持ちを率直に伝えられるようになる」

2 回目の入院、今回の入院では退院後、単身生活を目指しています。入院前は生活全般に兄弟の援助を得て生活していましたが、兄弟の転居という生活の変化があり症状の再燃、入院となりました。退院を控え、地域生活支援センターの利用など環境調整が必要とされているケースです。本人は何とか退院し、単身地域で安定して生活したいと望んでいます。

SST トレーニング

- ① 病棟生活の中で、病棟スタッフに頼みごとなどスムーズにできるようになる。
- ② 地域生活支援センターの体験利用に向けて、コミュニケーションの基礎力をつける。
- ③ 病棟のスタッフや実習生と会話を始めたり、情報を得たりする。

「退院したい」という明確な目標に向けて SST を導入しました。紹介のケースでは退院に向け必要になる技能を病院の環境の中で練習します。集団で行うことで多様な社会的交流を経験できますので、参加メンバーは感情を表現することや、社会との接触を持

つ練習ができます。練習中や獲得した技能を使う場面で仲間や他のスタッフから強化を受けることができ、参加者は SST グループに所属し練習を重ねることにより他の集団への参加の自信にもつながります。

●生活している現場における SST

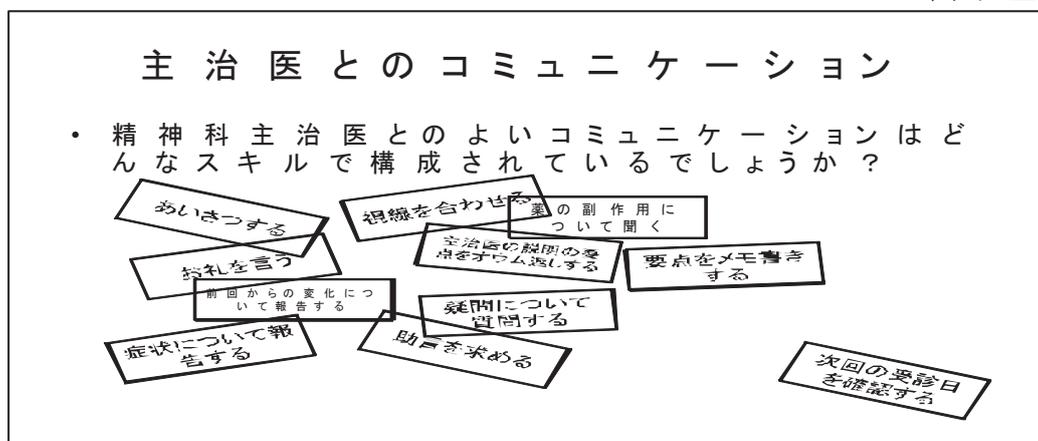
【事例：50代女性】

目標：「地域で安定して暮らしたい」「社会資源を活用し社会参加の場を増やしたい」

20代に「統合失調症」と診断され現在まで3回の入院歴あります、30代以降、不定期ながら服薬治療を継続し生活保護を受給し地域で生活を営んでいました。40代後半に、ごみの処理に関連した近隣とのトラブルや長年信頼していた担当医師の退職のため主治医が変わったことも引き金となり、「監視されている」「近所の人が故意に音をたてていやがらせをしている」などの陽性症状が出現、服薬も不定期となり外来での治療は限界、入院治療となりました。3か月間入院の後、アパートで単身生活を再開し、服薬管理、症状観察を行い病状の安定を図り、社会参加を促す目的で訪問看護を導入することとなりました。

訪問導入当初、新しく担当医となった医師に自分の状態をうまく伝えられないと悩んでいました。「地域で安定して生活」するためには、病状の管理は不可欠であり、目標達成に向け主治医とのコミュニケーション、特に「症状を正確に伝える」「援助を求め」など訪問時に SST を行いました。

図：天笠 崇



SST トレーニング

- ① 主治医との信頼関係を構築してゆくためのコミュニケーション基礎力アップ。
- ② 相手の話に耳を傾ける。
- ③ 自分の伝えたい要点をまとめて伝える。
- ④ 自分の知りたいことを質問する。

SST を行う中、本人から症状自己管理の必要性のニーズが上がり、デイケアで行われている「自立生活技能プログラム」の参加に向け訪問での SST の課題が広がりました。

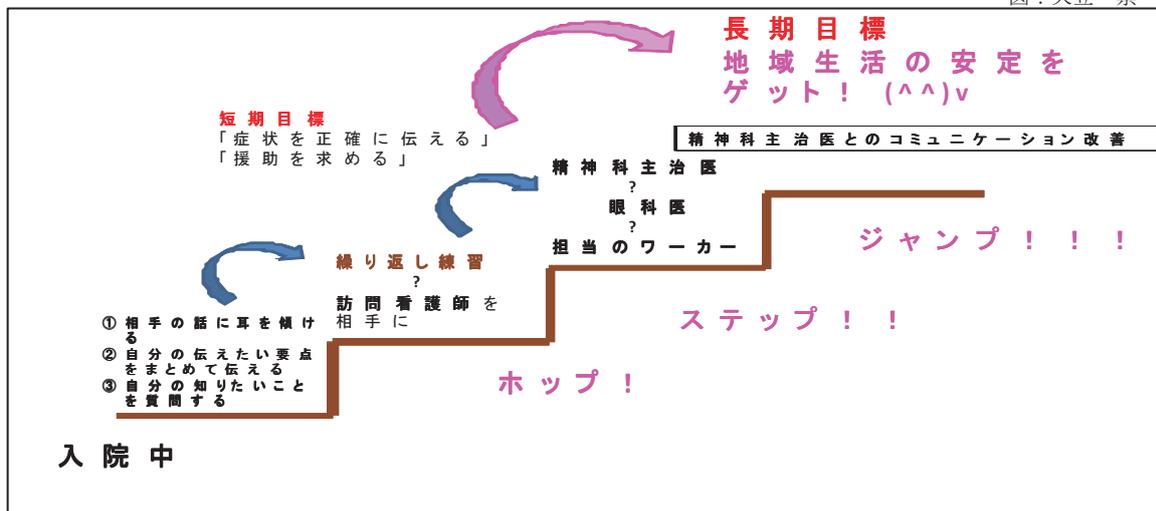
た。訪問時の服薬管理、症状観察のための会話から具体的な課題場面が抽出され、練習につなげることが出来るのは訪問ならではの最大の利点です。また練習課題も非常に具体的で実践的です。生活上の困難を代理で解決する方法より、SSTを活用することで、主体的な生活者としての行動を起こせるような利用者の目標達成へつなげることが出来ます。また訪問側の援助計画の遂行に役立つばかりか、更なるニーズの広がりを確認することにもつながります。

このケースのポイント

生活の現場（訪問）での SST の工夫点

- ① 訪問者による丁寧な聞き取り、評価。
- ② ロールプレイはもちろんのこと、ロールリバーサルを多用し、効果的なモデルの提示。
- ③ 実際の診察日は数週間に 1 回と頻度が少ないため、診察場面以外でも役立つ技能も含めた練習課題の提案。
 - ・ 担当ソーシャルワーカーの訪問時や電話連絡の際に、症状を伝える。
 - ・ 定期的に通院中の眼科（他科クリニック）でのコミュニケーション。
 - ・ 訪問時の基礎的な練習「相手の話に耳を傾ける」「話の要点をまとめる」等
- ⑤ 十分なフィードバックが得られるように、外来担当看護師、ケースワーカーとの連携。

図：天笠 崇



（佐藤珠江）

3) 具体的練習形式として、1人SSTと単一家族に対するSST

「SSTはポータブルである」とリバーマン先生はおっしゃっています。SSTという技法を訪問サービスの中で展開することは、精神障害を持った人やその家族にとって、とても有益で実際的な援助になると思います。この章では、在宅における1人SSTと単一家

族に対する SST を、筆者の往診の経験に基づき、具体的な課題として練習してみることとします。まず 1 のデモンストレーションを見て、2 を実際に再現してみるほうがやりやすいかもしれません。

1. 在宅における個人 SST (デモンストレーション)

一人暮らしの 30 代の男性。統合失調症で入退院を繰り返している。いつも怠薬して再発というパターン。今回は退院前に服薬の重要性などについて入念な心理教育を行ない、知識度テストは高得点になっていたが、1 か月前の外來受診を最後に中断。主治医から指示され、訪問する。快く部屋に入れてくれるが、服薬の話題になると「今度は大丈夫」「今は調子がいいから」「悪くなったら飲むから」と取り合おうとしない。

<演習>

まず、訪問者 (A) と患者さん (B) の役を決めてください。訪問者 (A) は患者さん (B) に服薬の重要性・必要性を説明してください。患者さん (B) は、上記の答えを繰り返してください。しばらく説得したところで、中断し、どうやったらうまく説明・説得できるのか、ほかの参加者の意見を聞いてください。いろいろな意見を出してもらったうえで、ロールリバーサル (役割交代: 訪問者が患者さんに、患者さんが訪問者の役割となる) を行って再度ロールプレイをしてください。この場合、席も変わった方が明確になります。訪問者役の患者さん (B) が患者さん役の訪問者 (A) に服薬の重要性を説明してください。患者さん (B) が訪問者 (A) をしばらく説得したところで中断してください。そこで、訪問者 (A) は患者さん (B) の知識についてほめてください。そのうえで「そこまでわかっているのにどうして飲まないのでしょうか?」という質問を投げかけ、訪問の目的について再度説明してください。

<ポイント>

ロールリバーサルは相手の認知を深めるときにも使用します。このような手法を身につけておくと、様々な場面に応用ができます。



2. 単一家族に対する SST（実際の練習）

両親と40代の統合失調症の息子が同居。息子が、両親が出かけているときに訪問客や電話があった場合を恐れるため、両親がそろって出かけることができない。息子自身も何とかしなくては、と思っているのだが、どうしていいかわからない。まず、電話の受け答えを家族全体で練習することを提案し、受け入れられ

<演習>

訪問者役、両親役と息子役とを決めてください。その家の構造にもよりますが、いくつか部屋があるとして、親機と子機を使うことを提案してください。

①第1段階

まず話題を決め、同じ部屋でお互いに顔を見ながら父親（母親でも可）と息子とで電話で話してください。その後、母親から息子の電話の受け方をほめてください。この練習を繰り返すことを宿題にします。

②第2段階

今度は話題を決めずに、違う部屋から電話をかけます。息子の部屋に訪問者がいるようにします。父親だけではなく母親からもかけてもらいます。訪問者は息子の電話の受け方をほめ、もっと良くなる点を提案してモデリングしてください。それをもう一度ロールプレイで行い、宿題とします。

③第3段階

訪問者が時間を決めて、外から息子に電話をかけます。その後両親に良いところをほめてもらいます。「次はいつにかけるから」と約束し、これを繰り返します。話題を徐々に複雑にし、伝言などの頼みごとも織り交ぜていくようにしていきます。

④第4段階

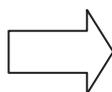
訪問者、両親が時刻を約束せずに息子に電話をかけます。はじめは着信表示を確認してから受話器を取ることも可としますが、最終的には確認しないで出ることを目標にします。

このケースのポイント

息子がなぜ電話に出られないのかというアセスメントが大切です。この場合、電話の受け答えのスキルはある程度持っているものの、自分のわからない話題・用件だったらどうしようという予期不安に支配されているという判断でした。また、自分の構えていないときに不意に電話がかかるとパニックになってしまうこともわかりました。そのため、最初はあまり負荷のかからない設定・宿題とし、徐々にそれを大きくしていくように工夫することが重要になります。

構造化された環境

- ・ 相手が決まっている。
- ・ 相手が見える。
- ・ 話題が決まっている。



非構造化された環境

- ・ 相手が決まっていない。
- ・ 相手が見えない。
- ・ 何を言われるかわからない。

(加瀬昭彦)

B 各論(実践編)

1. 成功例(典型例)

1) 訪問看護ステーション by 訪問看護師

訪問看護ステーションは、老人の在宅ケアを支えるために1992年(平成4)、老人保健法を改正して制度化されました。看護系職種で助産師・保健師・看護師は開業権が認められています。1994年からは利用対象者が一般患者にも拡大されました。サービス担当者は保健師・看護師・准看護師ほか、理学療法士、作業療法士です。

利用者の主治医からの指示により訪問看護を行います。病院からの訪問看護はその病院の患者にしかおこなうことが出来ません。しかし、訪問看護ステーションからの訪問看護はどこの病院・クリニックからの依頼でも行くことが出来ます。

【事例】(訪問利用者の家族へのSST)

訪問看護利用者 Nさん 80代女性 うつ病 高血圧

Nさんは早くに夫を亡くし二人の娘を田舎で女手ひとつで育てました。最近まで次女の家族と生活していましたが長女の定年退職を気に長女が引き取りI市のマンションで長女と二人で暮らすようになりました。近所のクリニックにかかっており精神科受診歴はありません。介護保険を使用し訪問看護およびヘルパーを利用。時折ショートステイの利用もしています。ヘルパーは入浴介助を主な目的としています。徐々に「早く迎えに着てほしい。もう役目は終わった。死にたい。」と一日中頻回に訴えるようになり本人も辛くまた長女も対応に困っていました。訪問看護の時間、長女は気分転換のため

に外出することがほとんどでした。しかし長女の気分転換も必要ですが、そのときの訪問看護では 本人への対応方法について長女とともに考え長女の目の前でやって見せ、またそこで練習することを取り入れました。練習すると長女はすぐに実践でき、本人からの反応を確認することが出来ました。

このケースのポイント

- ① 家族と一緒に本人への関わり方を考え、練習していく。
長女からの情報はとても重要です。私たちの知らない本人の事をたくさん知っていますので対応方法を一緒に考えていくことが大切だと思います。
今回はご本人にも少し意見を頂きながら考えました。
- ② 対応方法を考えていくときに必要ならば問題解決技能訓練を使います。
対応方法を出し、それぞれの長所短所を考えます。今回は一つだけを選ぶのではなく出されたすべてのことをやってみたいという結果になりました。その中でお手本が必要な物に関して基本訓練モデルを使い実践してみました。
- ③ 交流の少ないクリニックや病院から訪問看護の指示が出ることもあります。ステーションからの訪問看護では医療機関からの指示書が必要です。ステーションからは計画書・報告書を医療機関に提出します。それらのやり取りの際に直接主治医やスタッフに会い、利用者の情報交換をすることもとっても重要だと思います。

(永井典子)

2) 地域活動支援センター by 精神保健福祉士

地域活動支援センター（以下、センター）で行っている相談支援事業には、精神障害の 地域活動支援センター（以下、センター）で行っている相談支援事業には、精神障害のあるご本人やその家族だけでなく、介護保険や他障害分野の専門スタッフからの相談もあります。A さんに関する電話相談は、A さんの父に介護保険サービスを提供する事業所ヘルパーからでした。

A さんは40歳代の女性です。現在は厳格な父（70歳代）と二人で暮らしています。A さんは統合失調症と診断され数回の入院歴がありますが、3年前に退院してからはセンターを利用しながら通院も継続し安定しています。センターでは日中活動に参加し、手芸や作業、スポーツなどをメンバーと一緒に楽しんでいます。そして「将来はパートで働き父を安心させたい」とPSWに話してくれました。そんなAさんですが、ヘルパーの話によると最近、自宅近所の自動販売機の前で大声を出している姿をたびたび見かけるということです。先日訪問した際には父と言い争いをしていたので、このまま様子を見るだけでよいのだろうか和相談を受けました。

次の日、センターにやって来たAさんに家での様子を聞いてみたところ、「買い物にも行っているし、ご飯も作っているし、困ったことはないよ」という返事でした。もう少し詳しく聞くと、毎日父からもらう千円でその日の食材を買い、おつりを貯めて自分

の小遣いとし、貯まったら喫茶店へ行くのだそうです。しかし最近はなかなかお金が貯まらず、缶コーヒーで我慢しているとのことでした。本当は父からまとまったお金を預かり、食費も小遣いも自分でやり繰りしたいけれど、父の許可が下りないのだそうです。そして喫茶店でコーヒーが飲めない日が続くといらいらすると話してくれました。そこでPSWより父と3人で話をしてみないかと提案すると、すぐに了解してくれました。

日程調整して訪問した際、父が話してくれた内容は以下の通りです。

父はAさんの将来がとても心配なので生活に必要なことを厳しく教えている、例えば家計簿をつけること、洗濯物はしわを伸ばして干すこと、使った食器は元の位置に戻すこと、味噌汁の具はたくさん入れることなどです。しかしAさんは時にそれらができないことがあるので、ついつい怒ってしまうそうです。また、お金はあればあるだけ使ってしまいうため毎日手渡ししており、銀行やATMの使い方も教えていないとのことでした。それを聞いていたAさんは、家計簿のつけ方がよくわからないこと、体調が悪くて家事ができない日があることを父に話していました。PSWからもAさんが将来は働きたいと考えていることやセンターでの様子を話し、今回の訪問でAさんも父も今後のことを真剣に考えていることがわかったので、センターとしても協力していきたい旨を伝えました。



その日は、Aさんが「体調悪い時、父に伝える」ことをSSTで練習しました。言葉で詳しく説明することが難しいというAさんの意見を聞き、「今日は休みます」と短く言う練習です。そして父にはAさんに対して「私メッセージ」で伝えて欲しいことをお願いしました。「〇〇してくれるとお父さん助かるよ」「こうするともっといいと思うよ」などです。また今後のことも相談しました。Aさんが利用できる福祉サービスもあります。そのために障害程度区分の認定調査を受ける手続きをすることになりました。今まででしたら父が役所へ出向くところですが、今回はAさんに手続きしてもらいます。もちろん窓口での対応などSSTを使って練習してから出かける予定です。他にもAさんが自分の気持ちや考えを周りの人たちに伝えることができるような練習が必要になってくると思われまます。



Aさんの障害程度区分が認定され支給決定されたら、居宅介護や移動支援、就労移行支援などの福祉サービス利用に伴う連絡調整が必要となります。今後、通院先医療機関のスタッフも含めたサービス調整会議を開催し、Aさんと父の意向を大切にしながらのかかわりを展開していくことがPSWの役割と考えます。

このケースのポイント

- ・医療機関との違いは訪問の開始に医師の指示は必要ないことです。このケースの場合、外部からの相談がよいきっかけとなりました。
- ・地域で大声を出しているAさんに対して精神症状の悪化も考えられましたが、いつもと変わらぬセンターでの様子を見ていると原因は他にあると予測できました。訪問し、生活の場で家族からも話を聞くことができ、その理由もはっきりしてきました。
- ・今回はアセスメントのための訪問でしたが、これを機に今後の援助目標が明確となり、具体的な支援計画を立てることができました。次につながる訪問といえます。

(吉田みゆき)

2. さまざまな事例

1) 地域で生活している人にとって大切なスキルが焦点になっている事例

イ 自分自身と付き合うスキル：不安や孤独、自分の時間の過ごし方

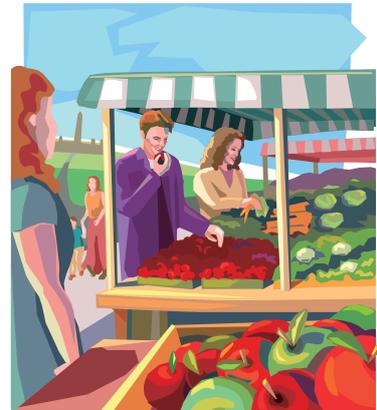
事例：50代女性 統合失調症

この女性は夫と別居中で単身生活をしながら、デイケアを週5日利用しています。問題は、特定の対象（近所の八百屋の奥さん）への被害妄想、注察妄想、思考伝播様の症状で、また猜疑心も強く自分の様子が知られないようにと遮光カーテンにし、薄暗い部屋で過ごしていました。買い物は症状のため近所の八百屋には行けず、毎日遠いスーパーまで歩いて行っていたので、筋疲労による下肢の疼痛に苦しんでいました。こうした問題の他に、彼女には何ともいえない“寂しさ”“孤独感”をどう対処していけばよいかという大きな課題がありました。寂しさを紛らわそうと、猫3匹を室内で飼い、また夜になるとスナックに出かけてカラオケや店の人とおしゃべりをするという生活を続けていました。部屋の掃除を全くしないため異臭が充満し、蚤も発生し不潔極まりない状況でした。また毎晩のスナック通いは家計を圧迫し、借金までする羽目になりました。

こうした状況での訪問サービスにおいて何から取り掛かればよいか悩みました。生活指導が優先されるかもしれませんが、まず、安心して話せる関係づくりから始め、よく話を聞き、希望を汲み取ることに徹しました。ようやく“近所の人と普通の付き合いがしたい”という希望が聞けたので、一緒に達成に向けてプランを立て、SSTを使って練習してみることになりました。まず、八百屋の奥さんとの関係に焦点をあて、“嫌がらせ”と本人が受け止めている奥さんの行動を具体的に聞いてみました。すると、何を買おうかと迷ってウロウロしていると、“買うの？”と強い語調で言われるということがわかり、そのときの本人の対応が何も言わずにじっと我慢していたということでした。そこで、相手が返事するかどうかは分からないが「何にしようか迷っている」と自分の気持ちを伝えてみることを提

案しました。二人でロールプレイをし、実際に宿題で試してみると、思いがけなく八百屋の奥さんから「そう、今日の大根はおいしいよ」と言ってもらえたのです。それがきっかけになって八百屋に行けるようになって足の痛みもなくなり、

さらにカーテンを開けて、ヘルパーさんと掃除をするなどの変化があらわれました。八百屋の奥さんとの問題が解決したことで寂しさもかなり緩和され、今は、“友人を見つける”ことを目標に、デイケアで話しやすい人に声をかける練習をしています。現在はスナックにも出かける回数も減り、経済的に楽になり、お洒落にも関心を示すようになっていきます。



このケースのポイント

1. 妄想、寂しさ、孤独感と問題が別々のようにみえますが、実は周囲の人との良好な関係をとるスキルが不足しているため、孤独感が強められさまざまな行動化があらわれたと考えられます。
2. 現実に困っていることに焦点をあて、嫌がらせと捉えている八百屋の奥さんの行動を明確にし、その対処として自分の行動を変えてみることを提案しました。
3. この事例の SST のツボは、関係作りを丁寧に行ったこと、それによって本人から建設的な希望を聞き出せたことです。もう一つは、実行可能な適切な練習課題の提示であります。

(皿田洋子)



□ 症状との付き合い方

症状とのつきあい方のスキル

【事例】21歳男性 統合失調症の方の幻覚妄想

両親と3人暮らしの大学生。家の近くの寺の関係者が、彼の噂をしているせいで、毎日イライラして、ついに休学してしまいました。彼によると「寺の連中」(本人の表現)は時々、暴力団を彼にけしかけることもあり、あまりに腹が立つと、彼は部屋にあるガ

ラス製品や時計などを壊したりもしてしまいます。両親はそんな彼におびえています。彼の主治医は「寺の連中」は幻聴と妄想であると説明していますが、彼自身は、「寺の連中」は現実の問題だと思っています。ですから、両親と主治医が「妄想」とか「幻聴」と彼を論ずることにもいらだちを感じているようです。しかし今のままで暮らすのは不安で、家族にも申し訳ないと思っていて、特に壊れた家具を見た時は、いつも後悔しているそうです。

いくつか問題の混在しているケースですが、まずは彼のもっとも強い関心事項に注目して、「寺の連中の嫌がらせへの対処」を彼の課題と設定しました。練習の前にまず今までの対処をリストアップしてみます。

- ① じっと我慢する…これではますます「寺の連中」がつけ込むことが最近多くなった。
- ② 寺に怒鳴り込む…とてもすっきりした気が一瞬したけど、後で大騒ぎになって入院させられそうになった。
- ③ 音楽を聞く…これで収まったときも合った
- ④ コップをたたき割る…後の掃除が大変、親と喧嘩になってしまう。

対処を吟味する前に、彼が正体不明の「寺の連中」に、誰の力も借りずに今まで一人で戦ってきたことを確認し、その点を評価しました。そしてこれからは症状の専門家とともに、対処をさらに良くする方法がないか、一緒に考えてみようという提案すると、彼は拒否はしませんでした。

スタッフと話しているうちに新たな対処が浮かびました。

- ⑤ 甘いものを食べる ⑥体操をする ⑦友達に電話する ⑧お気に入り DVD をみる
今までのすべての対処法をリストアップして、それからいくつかを彼に選んでもらって、試してみる課題としました。

次の訪問で宿題報告をします。おのおのの対処法には効果と副作用があることにも注目して新しい表を作ってみました。

新しい対処法にさらに磨きをかける為に、実際に場面を作って練習します。

「辛い時、友達に電話をかける練習」（1人 SST）

彼は高校時代から仲の良かった、ある友人 A 君に電話してみたいと思いました。しかし彼はここ数年、全く誰にも電話をかけずに過ごしていたので、役割交換をして、彼に A 君の役、スタッフが彼の役をして電話をしてみます。（モデリング）

スタッフ（彼役）「自分は少し元気がないけど、いろいろがんばっているんだよ。君は気分が落ち込んだ時どうしているの？ 辛い時、電話をしてもいいかな？」

彼はスタッフの話に少し感心したようでした。スタッフの言い方は悪くないと思ったの

で、そのまま行ってみる練習を、役割を元に戻してやってみました。

彼（本人役）「自分は…（中略 正確に再現）…どうしているの？辛いときは、そんなに時間は取らせないから、電話をしてもいいかな？」

彼が付け足した配慮の一言と、やさしく控えめな雰囲気をはめて、今回は実際の友達に電話をしてみて、その成果報告をしてくださいと（宿題報告）伝えました。

今後のプラン：彼の対処法リストはさらに更新できます。磨きかけた「寺の連中」への対処スキルを、他者と共有するために自助グループ、統合失調症の心理教室などへの参加も勧めることができます。

症状への対処を課題とするときは、医療者の好みを強いるような良心の押しつけになっては意味がありません。自分自身でニーズを感じている課題でなければ、だれでも向き合い続けることは出来ません。

対処法	効果	副作用	今後も使用可能？ コメント
じっと我慢する	×	-	もうやりたくない
寺に怒鳴り込む	○？	+++	次やったら今度こそ入院だと言われている
音楽を聞く	○	-	可
甘いものを食べる	○	++	以外と効果あるけど、太りたくない。
体操をする	○	+	以外と効果あり ダンスを習おうかとも
友達に電話してみる	○	？	やってみたかったけど、できなかった。
好きな DVD を見る	◎	-	これは効果大
コップをたたき割る	×	+++	やはり母と喧嘩になり、後悔大

※ 効果：彼の気分が良くなる、寺からの声が減る

※ 副作用：後の後悔の大きさ、あとで経済的損失がある

（今村弥生）

ハ 仲間との付き合い方

地域で生活をする人達にとって、仲間と上手くお付き合いすることは大切な課題となります。立場を私達に置き換えてみると良く分かると思いますが、地域生活を営む上では欠かせない技能の一つです。しかし訪問を利用している方々は様々な障害があり、上手く仲間とお付き合いできずに地域で孤立し引きこもり、時には被害的となり結果、症状が悪化しご本人が望まない入院に至るケースが数多く存在します。このようなパターンを繰り返すと将来への希望がみえずに失望し、QOLが著しく低下します。そこで必要なのが地域生活を支える訪問サービスです。この頁では、事例を用いて地域で生活している人にとって大切なスキルである「仲間との付き合い方」についてまとめています。

【事例】Mさん・50代・女性・統合失調症・単身生活・障害年金1級・数回の入院歴あり。

母親との折り合いが悪く現在単身生活。日中はデイケアに通っている。デイケアでの様子は容易に被害的となることが多く好き嫌いが激しく友人は限られていた。

夜間に訪ねて来る、お節介を焼く、自己中心的との理由から数少ない友人からも敬遠され独りで過ごすことが多くなり、そのうち徐々に抑うつ状態となった。「何も楽しみがないから死にたい。」と漏らすこともあり父親は心配し主治医に相談して訪問看護を導入することになった。

□このケースの困難と問題点

- # 1, 猜疑心が強く関係作りが困難：訪問看護を拒否してしまう可能性もある。
- # 2, 容易に被害的となる：思いこみで他者へのイメージを作り上げ被害的に捉え自暴自棄となる。
- # 3, 過干渉：過干渉により周囲から敬遠されてしまい孤独になる。
- # 4, 低い不安耐性：特に夕方～就寝前にかけて独りで過ごすことが困難。

【結果】

現在は友人が増え、ほぼ毎日デイケアに通っています。寂しくなれば映画、音楽鑑賞をするなどして過ごしており、時折友人を誘いカラオケに行き楽しまれています。社交的な場に出る機会が増えたので、お洒落をして身だしなみも整い見違えるようです。

□ このケースのポイント：ここがSST！！

- ③ 関係作りを丁寧に行うことで何でも話せる場となった。
- ④ 傾聴しつつ適宜開かれた質問をすることで彼女のアセスメントができ希望や目標などが分かった。
- ⑤ 違った角度からアセスメントすると彼女のストレングスが多く見える。良いところをフィードバックしたので自信が回復でき前向きに取り組むことができた。
- ⑥ 大きな目標を達成するために彼女にあったハードル（小さな目標）から初めたので失敗体験がなく自信喪失とならなかった。
- ⑦ 定期的に評価を行いポジティブフィードバックしたので次のステップに繋がった。



(池田耕治)

二 家族やパートナーなど親しく感情が絡まる人との付き合い方

【事例】Aさん、30代女性、統合失調症

両親と3人暮らし。中学時代、体格がよかった為、いじめられ不登校、過食傾向が見られ地元病院を受診しました。中卒後、飲食店やコンビニなどでアルバイトを行うものの、人間関係に疲れ、どれも長続きはしませんでした。20代半ばで、携帯メールで知り合った男性を頼りに、就労を希望し地元を離れますが、1ヶ月で男性と別れてしまい「怖い目に合わせられた」と、単身生活が困難となり、帰省しました。「人の目が気になる」「一人でいると怖い」などの被害感が高まり、地元病院に7ヶ月間入院しました。その後、地元クリニックに通院しながら、アルバイトを続けましたが、対人関係の困難さからどれも長続きはしませんでした。その頃、実姉の姑が亡くなり、「亡くなったのは自分のせいである」と思うようになり、通院、服薬が不規則となり、独語、空笑、幻聴、罪業妄想が見られた為、当院初診入院となりました。薬物療法が奏効し症状の改善が見られ、退院後はデイケアに参加するようになりましたが、遠方の居住である為、デイケア参加が不規則になる可能性も示されましたので、看護師と精神保健福祉士による訪問看護も実施しました。

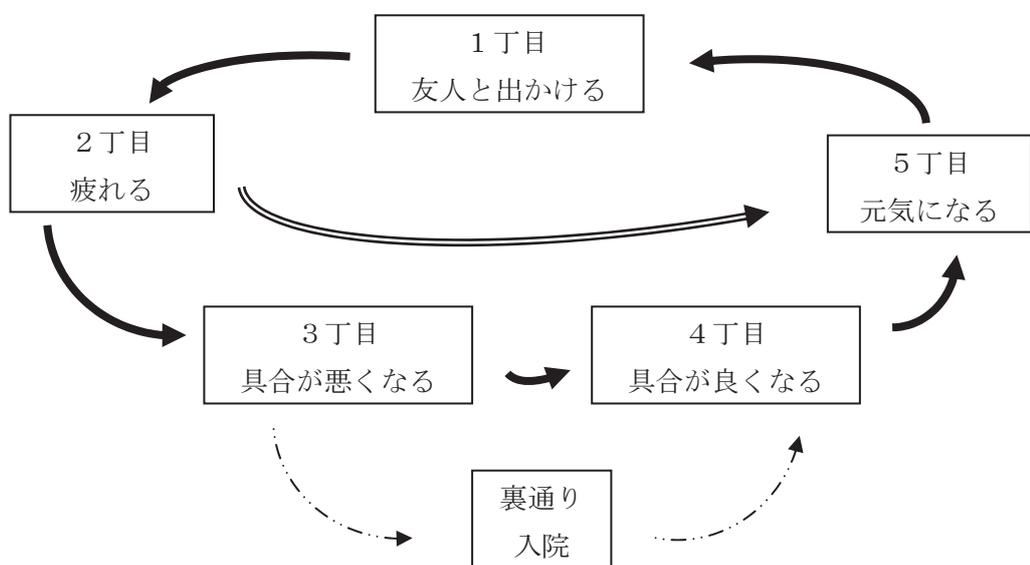
Aさんは、常々母親と離れる事ができず、母親個人の外出等にも異常に反応し、自傷行為をくり返すことがありました。そのために、訪問時、Aさんは看護師と、母親は精神保健福祉士と、状況の確認を行ってから、合同で面接を行いました。

その中で、「話している事や考えている事が遠くの人まで聴こえてしまう」との思いが強くなり、母親と話している時にも、声のトーンを落として話したり、筆談をしたりする事が見られました。診察の際に、主治医に伝えることを提案しますが、「嬉しい事があるとその事ばかり話してしまい、忘れてしまいそう」との発言がありましたので、どのように伝えるか検討しました。Aさんから、「メモを見ながら伝えたい」との提案が出され、伝えるべき事項をメモ書きしてから、スタッフが主治医役となり、ロールプレイを実施しました。母親からのポジティブフィードバックも得られ、Aさんは自信を深めたようでした。

しかし、言語でのやりとりが多くなると、自分自身の考えが上手に伝わらず、他者との距離が適切に保てない場面が見られましたので、表や状況を図式化して、対処法の検討を行いました。「友人にメールを送ったが返事がない」と言い、落ち込みや被害的になる事が見られました。その際には、以下のような表を用いて認知の修正を行いました。認知の修正を行うことが出来、それ以降は、徐々にですが、受け止め方の幅が広がっていきました。

状況	受け止め方	その時の気持ち	別の受け止め方	気持ちの変化
友人からメールの返信がない	自分を嫌っている	気分の落ち込み(被害感の増大)	忙しいのかもしれない	メールが来るまで待ってみよう

また、自分が調子を崩すパターンや、入院にいたる過程を図式化して検討する事も出来ました。これは、べてるの家の当事者研究の“苦労のパターン・プロセス・構造の解明”からヒントを得て導入しました。その図が以下のものです。



図式化することによって、Aさんは「今は3丁目から4丁目の間にいると思う」と発言し、調子を崩しながら、順調に良くなると感じていることが理解されましたが、母親からは「3丁目から裏通りに向かっている」との発言があり、親子間での捉え方にズレがあることが理解されました。その後、2丁目から5丁目に向かうには、どのような対処法があるのか、検討したところ、“音楽を聴く”“ビデオを観る”“薬を飲んで休息を取る”などが挙げられました。これ以降の訪問時には、「今は、2丁目にいるから、注意が必要」等の発言が聞かれたり、Aさんと母の状況の捉え方が一致したりするようになりました。

このケースのポイント

- ① 送信技能を必要とする課題の場合は、ひとり SST を実施します。その際の、家族やパートナーからのポジティブフィードバックは、自信につながります。
- ① 認知の部分に焦点を当てる課題の場合は、言語のみの関わりでは、適切な対人関係が保てない場合があります。問題を図式化したり、表を用いたりすることで、客観的な理解が深まります。その際には、訪問先にあるノートなどを活用しましょう。当事者がいつでも確認することができます。
- ② 今回は、実践しませんでした。問題解決技能訓練の導入も有効だと思われます。

(本間 真)

ホ 身体管理のスキル

ふだんの1日をふりかえってみましょう。夜ほぼ決まった時間に床につき、朝ほぼ決まった時間に起きて、顔を洗い、朝食の準備をして食べ、持病の薬を飲み、歯を磨いたら、用を足し、パジャマを脱いで出かける服装を整え. . . ほぼ決まった時間に夕食の準備をして食べ. . . 。週に何回かはシャワーか入浴をし、爪を切る. . . 。こうした実に何気ない当たり前の日常生活が、私たちの心や体の健康を保つうえで、基本中の基本になっていることに気づきます。

でも、私たちが訪問サービスを提供している人たちは、こうした何気ない当たり前の1日、1週間、1カ月を送ることも大変な困難を抱えていることが、多いのではないのでしょうか。

たとえば、20年以上精神科薬を服用している人の3割近くが、身体疾患をあわせもっている、とする調査もあります。また、年齢が上がれば、それだけ身体疾患をかかえやすくなります。糖尿病や高血圧を筆頭に、患者さんたちは身体疾患もかかえてしまうことが多いことが、知られています。ですから、私たちが訪問サービスを提供するとき、身体疾患の管理はもちろん、身体疾患を予防する視点を欠かさないことが、大切です。

【事例】

- 自室がゴチャゴチャになると病状が不安定になる患者さんのお姉さんに依頼し、月に1回訪宅し、部屋の掃除をしてもらえるようにしたところ、病状の安定した男性患者さん。ひきやすかった風邪も、ひきにくくなりました。お姉さんには主治医である筆者から依頼したのですが、本人と個人SSTで練習し、本人からお姉さんに依頼できるようにすることもできたでしょう。

●訪問していて、だんだん体重が増えてきていることに気づいた看護師。食生活について聞いてみると、間食が多いことが分かりました。たびたび、間食を控えるように助言を繰り返しましたが、改善しません。訪問するのが、だんだん嫌になってきました。先輩看護師の助言で、「精神科主治医に『先生、3か月前に比べて、体重が5キロ、増えちゃいま

した』と報告する」練習をおこない、次の診察のときに実行してもらいました。すると、間食が、ほとんどなくなりました。看護師ではなく、主治医の評価と助言の方が、効果テキメンだったようです。



●ある女性患者さんは、生活リズムが不規則で朝寝坊。一人暮らしの彼女は、夜遅い友達からの長電話につきあっているからだと分かりました。本人も、本当は早く寝たいと思っています。「『お互いの健康のために電話は夜10時までにしよおねえ〜』と友だちに言う」練習をしました。

●オスラー病という珍しい血管の病気もかかえていた女性患者さんに対し、ヘルパーから提案して、「『輸血をすると微熱が出て体がだるくなることが続いています。これまではそうじゃなかったのにどうしてですか。』とメモを見ながら聞いてみる」練習をしました。交替したばかりの内科主治医が、いつになくていねいに対応してくださいました。すると、悪化していた鼻出血が起きなくなって、輸血がほとんどいらなくなりました。

これらのケースのポイント

- ① 精神と肉体、心と体、両方で1人の人
- ② 睡眠、食事、排泄、身体清潔の保持、整容といった体の健康が生活の土台
- ③ 身体疾患を予防する目と管理する目の“2つの目”をもって
- ④ 対人的な技能を支援することで解決できることが、実は多いかも
- ⑤ 訪問サービスの場に、SSTで学んだ知識と技術を応用しよう
- ⑥ 目の前で起きている課題を、どうやったら対人的場面や状況の中で解決できるだろうか

- ⑦ その解決力が、本人に、どれくらいあるだろうか
- ⑧ ちょっと練習すれば、身につけられるだろうか
- ⑨ 本人も納得、そうだとしたら、さあ、「一緒に練習してみましょう」！

(天笠 崇)

へ 地域生活支援センターと訪問の SST

<精神科診療所> 地域生活支援センターと訪問の SST

Kさんは30代の男性です。高校時代に統合失調症を発症し、服薬治療を続けながら大学に進学し、卒業されています。大卒後、他県に就職し寮生活を送られますが、1、2ヶ月で被害感情や強迫症状が再燃し、不眠不穏となり退職されました。その後実家に戻り外来治療を続けながら、アルバイトやパートの仕事をされています。最近、2年近く勤めたパート店員の仕事をお客さんとのトラブルで退職し、現在は診療所が運営する地域生活支援センターなどを利用しながら次の仕事を探しています。

地域生活支援センターは数年前からサロンや相談で利用されていますが、センターで週1回実施している SST のプログラムには、退職後から参加されています。

SST 参加の事前面接では、より良い職場環境での就労の希望や仕事上の問題への対処を課題として話されました。これまで経験された仕事上の問題は、アルバイト仲間から勤務の代わりに頼まれると断れずほとんどすべて引き受けて2、3週間連続で働き続けたり、勤務時間外の閉店後の業務をまかされたりして、体調を崩すことが度々あったことです。

退職の契機となったトラブルは、お客さんからの無理な要求を断れず、ただ平謝りすることで、かえってお客さんの怒りをエスカレートさせてしまったということでした。

また、気分障害で通院中の同居の母親から勤務中に度々携帯電話に連絡があり、仕事を抜けて、対応しなければならなかったことなどを仕事上の問題として話されました。

センターの SST での長期目標は、「安定した就労」とし、そのための短期目標として、これまでのような失敗を繰り返さないために、「無理な要求を断る」としました。

Kさんの「無理な要求を断る」課題は、単に仕事上だけの問題ではなく、同居の母親との関係においても重要な課題となっていると思われました。服薬の管理が困難な Kさんの母親のところには、同じ診療所の別の PSW が以前から週1～2回の訪問を続けていましたので、Kさんとも相談の上その訪問に同行することにしました。

訪問時の様子

Kさんの母親はきちんと身支度され、服薬や家事の分担の約束を守れていることをメモを見ながら几帳面に報告されました。しかし、何をすることも自信がなく不安げな様子で、居間で隣に座っている Kさんの顔色を伺いながら話されているように見えました。台所の冷蔵庫には、Kさんが作った母親用の服薬カレンダーとともに、母親が Kさんに買って来て欲しい物を書きあげたメモが所狭しと貼られています。以前、Kさんから

は母親のことが心配なのでできるだけ役に立ちたい、自分にできるケアをしたいという希望をお聞きしていました。しかし、母親の前での K さんは、イライラした様子で怒っているようにさえ見えました。朝起きると母親の頼み事のメモがたくさん置かれていて疲れる、思いついたらすぐ買ってきて欲しいというので困るということでした。数日前にも、夜寝る時に「沁みない歯磨き」を買ってきて欲しいと頼まれ、深夜まで営業しているドラッグストアに買いに行ったということでした。

K さんが、母親からの頼みごとに上手に対処することができるようになると家庭における K さんの負担も減り、イライラも少なくなるように思います。また、K さんのイライラが少なくなると、母親の不安も軽減することが期待できます。

訪問時の SST の課題は、長期目標を「お母さんとの良いコミュニケーション」とし、短期目標は「お母さんからの頼みごとに上手に対処する」としました。

このケースのポイント

K さんは平静時には優しく穏やかで賢明な方ですが、無理な要求をされると適切な判断が出来なくて言われるままに行動してしまうという問題行動パターンがあります。それは無理な要求をされるということが K さん自身にとって大きなストレスとなっており、その背景には気分が不安定な母親との年余にわたる関係が影響していることが考えられます。

地域生活支援センターの集団の SST と訪問時の SST をあわせて実施することで、この問題行動パターンの修正と家族関係の調整が同時に進行してゆくことが期待されます。

(上ノ山 真佐子)

2) (援助者が) 困ったときの工夫例～こうしたらうまく行きました

・医師の立場から (管理者の立場から)

地域で生活する精神障害者が増え、その生活維持と医療を現場での提供と言った面から精神科訪問看護は重要なサービスの一つであります。訪問サービスでの SST の援助を実践するために医師管理者が工夫可能な点を考えます。

まづ管理医師と訪問看護サービス、利用者、その他の関係は次頁の図 1 に示すものです。利用者を中心に外来での主治医やデイケア、同居者や近隣、就労支援などの自立支援サービスなどの状況下に訪問サービスも援助者として参加します。訪問者としては、看護師、PSW、OT、介護福祉士等であり、そのサービスの機関としては訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、病院、クリニック外来からの直接訪問等があります。管理者たる医師は常にこういった利用者に関わる種々な背景を意識しておく必要があります。

また管理医師から援助者とサービス利用者をみた場合には次頁の図 2 の様な対人関係があり、援助者と利用者の関係は 1 : 1 でなく時には 1 : 多となっている例がまれでなく、利用者の同居者、親族、隣人、家主、施設や時には主治医、関連行政の人とのコ

コミュニケーションが必要であります。特に非言語的コミュニケーションとして、利用者だけでなく、同居者や隣人などにもSSTを知ってもらい日常生活で活かす必要性があります。管理医師はそういったサービス環境下でのSST的対処について援助者が実践できるように支援し、時には医師として介入が必要です。

次に援助者から医師管理者になされる相談について考えます。例として次頁の図3の①から③の相談事項をあげます。①援助者と利用者、時には同居者間での転移です。訪問を継続する内に、理由もなく腹だったり、訪問をしたくない、嫌気がさすといった不快感を伴う陰性感情、時には必要以上のサービスや心配、共感といった快感を伴う陽性感情も生じます。次頁の図4は援助者訪問時の利用者の心性を想定しています。これは通常面接者と患者さんの心的状態を示していますが、訪問時の利用者との状況にも当てはまると思います。利用者は常に相手に対してわかってほしいという葛藤があり、訪問している援助者にその事を投げかけてくるわけです。こういった過程を経て転移が生じる可能性があり、管理医師は援助者に生じた不安、葛藤に耳を傾ける事で軽減し場合によっては援助者を定期的に変更するなどの方法が良い結果となります。転移感情はSSTを訪問先で実践する上で意識しておく必要があります。

②急性増悪で特に衝動性が高く、攻撃性の強い場合です。援助者は家族、主治医ならびに医師管理者と早急に相談し、場合によっては適切な医療処置が必要です。緊急時の連絡や対応マニュアルもしくはパスがあっても良いと思います。

③家族間および近所の方とのトラブルです。利用者の病識がないことや家族の病気への理解不足もしくは無関心、近所の人との関わり方の無さなどに起因する事が多く、医師管理者は心理教室や家族教室への導入や担当者会議（保健所や児童相談所、障害福祉課等含め）を行う必要があります。心理教室や家族教室、担当者会議においてSSTを使った対処に触れる必要があります。

医師管理者の立場からまとめますと、次頁の図5のように1. 利用者だけでなく、関与する人との間にSSTの対象を拡げることで、利用者の社会生活がしやすくなります。2. 生じる転移感情への対処によりSSTを活かす状況が得られます。3. 管理医師と、主治医、援助者は病状悪化時などに備え情報共有や素早い対応をすることです。簡単にみえますが、医師管理者は訪問援助者が利用者の生活地域でサービスをしている点で、来院される患者さんと大きく違うことを留意しておく必要があります。



図1. 精神科訪問サービスの背景

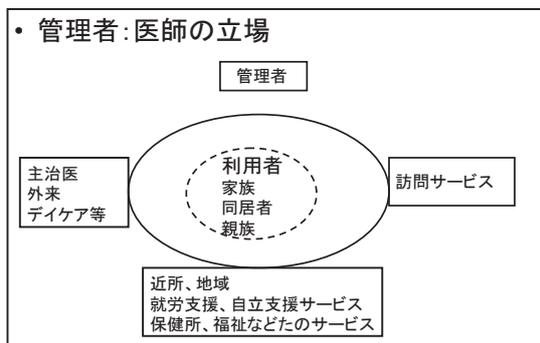


図2. 管理医師からみた援助者とサービス利用者

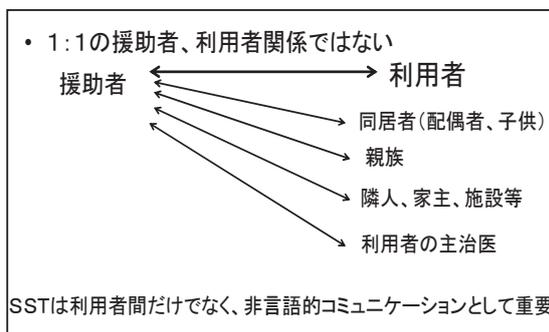


図3. 援助者から医師管理者への相談

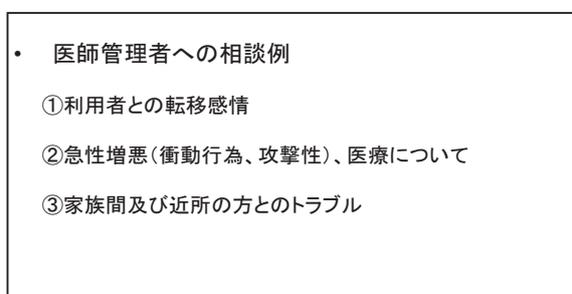


図4. 援助者訪問時の利用者の心性

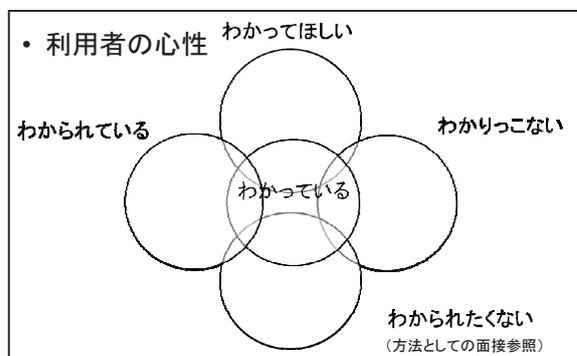


図5. 訪問現場でSST活かすには

1. 利用者だけでなく、関与する人との間にSSTを拡げる
2. 生じる転移感情への対処
3. 病状悪化時の対応と情報共有

(渡辺朋之)

• 医師の立場から (医師の立場から)

49歳、女性。SLE 精神病 (器質性感情障害)

高校時代にバセドウ病を発病し、高校を中退しました。27歳時にSLEを発症しました。不安、焦燥感、心気症状が増悪したため、37歳時に精神科を初診しました。その後は比較的安定していましたが、46歳時に夫の借金問題から離婚となり、息子と2人暮らしになりました。X年初め(47歳)より不安・焦燥感が強くなり薬物調整しましたが、効果なく、5月に2週間、6-7月に1ヶ月入院しました。しかし、自宅にもどると不安焦燥、抑うつ気分が増悪して8月から翌年1月まで3回目の精神科入院をしました。日中一人になると不安

が増悪するため、地域の支援センターの利用と訪問介護（隔週1回）を導入して退院となりました。同年3月ごろから食欲不振がつづき、褥創も出現したため4月中旬より1ヶ月内科に入院しました。その後、7月に高熱を出し、CPK高値となり内科に1ヶ月入院してプレドニンが増量されました。退院後再び訪問看護が継続されました。その後軽躁状態になり薬物調整を実施しました。X+2年春以降下肢の疼痛の訴えが持続しています。整形外科、神経内科などに受診しましたが、器質的要因はみつからず、疼痛の改善は得られていません。

このケースの課題

- # 1. 身体疾患：SLE 自体が不安定で色々な合併症を起こしやすく、ステロイド服用による易感染性などの問題もあります。
- # 2. 多彩で移り変わる精神症状：うつ状態、不安症状、軽躁状態、疼痛障害など多彩な症状を呈します。
- # 3. 低い問題解決能力：IQ70～80で、高校を中退しています。
- # 4. 低い家族のサポート力：離婚した夫が近所に住んでいますが、夫は気弱で借金問題を抱えており、サポート力が弱いです。同居の息子は日中不在です。
- # 5. 低い不安耐性：日中一人で過ごすことが困難です。

訪問看護担当者の困難

- # 1. 変化しやすい身体状況と精神症状への対応
- # 2. 日中一人で過ごすことへの強い不安への対応
- # 3. 本人の一方的な思い込みで服薬を中断したり、様々な診療科を受診するため、複数の診療科が関わり、治療方針に統一性がなくなりがちです。

以上を踏まえて、次のような方針を立てました。睡眠・食事・身体状況・気分・行動を中心に訪問時に簡潔に評価していくことにしました。また一人でいると不安が大きくなる点に関しては、どのような対応ができるかを本人と一緒に繰り返し検討していくことで、対処手段を増やすよう関わることにしました。更に受診した診療科については情報をまとめ、内科担当医と精神科担当医と訪問看護担当者で情報の共有を図ることにしました。本人にも内科担当医や精神科担当医に報告するよう促しました。訪問の際、本人がどうなりたいたのかという希望を聴きだして、それをどうやって達成するかを問題解決技法を用いて一緒に考えるように努めていきました。またうまく対処できたときのことを振り返り、エンパワメントを計りました。

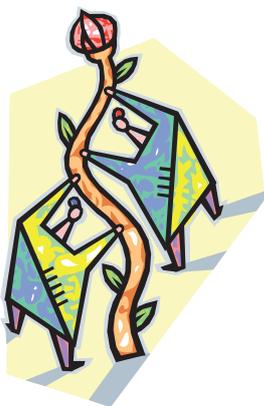
そして、最近是一人でいるときに不安になったときは、散歩する、近所のジムに行く、ボランティアに行く、近所の人と会話を楽しむ、宗教活動の会合に行くなどの対応法が取れるようになり、足の痛みはあるもののできることは積極的に取り組もうという前向き

の姿勢も見られるようになりました。

このケースのポイント

身体疾患や精神症状が多彩で問題解決能力が低く、家族のサポート力が弱いなど多くの問題を抱えているケースです。身体状況や精神症状の確認と本人の「一人での不安」への対処能力を上げることが課題でした。対処能力の向上のために問題解決技法を使った点、本人の希望を言語化してもらうことに努めた点、できているところをポジティブフィードバックすることを繰り返した点が SST を利用したところです。

(高橋恵)



・看護師の立場から

訪問を利用している方々はさまざまな障害を持っています。特にコミュニケーション技能における受信・処理・送信の内、処理過程に障害を持っている方は些細なことでも時としてパニックに襲われたり、短絡的な行動に出たりします。定期的に訪問に行っている援助者にとっても、利用者の突発的な訴えにどう対応してよいか迷い、うろたえたり援助者も一緒にパニックになったりすることがあります。たとえば最近あった利用者の訴えから夜中に病棟に電話が入った A さん「これから死んでも良いですか？もうどうして良いか分かりません」、また B さんは夕方の電話で「便が出なくてつらいんです。それで、今、手首を切ってしまいました。もう死にたい」、C さんから「家賃を払ったらもう 2 万円しか残っていません。2 万円で 1 ヶ月暮らせないし…僕はここに居られない…」など「死」や「家出」を思わせる訴えには動揺を隠せません。問題解決技法を用いて冷静に対処した例をまとめたいと思います。



このケースのポイント

問題解決技能の7つのステップ

- ① ステップ1 立ち止まって考えてみる。
- ② ステップ2 何が問題なのか、はっきりさせる
- ③ ステップ3 問題を解決させるために、いくつかの案をあげる（ブレインストーミング法）
- ④ ステップ4 それぞれの案について、長所と短所をあげる。
- ⑤ ステップ5 どの案にするか決めて、実行の計画を立てる。
- ⑥ ステップ6 決まった案を実行するための具体的な方法をあげる。
- ⑦ ステップ7 さあ、実行

電話を受けたスタッフは一瞬「どうしよう、困った、ここですぐ対応しないととんでもないことになってしまうのでは」とうろたえます。**ステップ1**。深呼吸をして冷静に問題を整理してみます。**ステップ2**。何が問題なのか「ここで私が行かなければ死んでしまうかもしれない、私の責任になってしまう」「相手がパニックになっていることに私が巻き込まれているだけかもしれない」と自分の問題と相手の問題を整理し、**ステップ3**。今ここで私（スタッフ）がすべきことはなんだろうと解決できそうな案を考えます。「話を聞いてあげれば落ち着くかもしれない」「状況を良く聞いて明日、外来に来てもらう約束ができるかもしれない」「緊急性がありそうだったら、すぐ救急車を呼ぶようにと助言しよう」「家族に知らせているかを聞こう」「相手の問題（ゆっくり休めていない、実は何に困っているか）を良く聞いて対処行動を一緒に考えてあげる」などあらゆる解決案を考え、**ステップ4**。**5**。それぞれの長所と短所を考え対処する。この一連の行動は日常の中で訓練すると即座に使えます。

ステップ6。**7**。Aさんの場合は最近、結婚、転居と大変な出来事があった後の疲れであろうと察しじっくり話を聞き、ゆっくり休むことを伝え、Aさんは翌日元気に外来へ来ることができました。Bさんの手首の傷は出血も止まり浅いことを聞くことができ、翌日の外来受診を約束することができました。Cさんはたまたま訪問の日だったため、入金の確認を

一緒にすることで本人の勘違いであったことがわかり、すぐ行動化しないで電話してくれたことを評価し「困った時はいつでも相談する」という C さんの目標を実行することができました。

(河岸光子)

・看護師の立場から

訪問サービスを行っている看護師として、身体疾患を合併しているユーザーに対して生命の危機に関する場面に遭遇することや予測されることなどが多くある。特に地域生活では行動範囲の制限がないため生命の危機に及ぶ可能性は高く、援助者が困るケースの一つである。この頁では、生命の危機が予測されるユーザーに対しての工夫例を述べる。

【事例】

- ・ 年齢 67 歳・性別 男・診断 気分障害 (Manic Depressive illness)
- ・ 心筋梗塞の既往あり

過去 42 回の入院歴。普段は物静かで穏やかであるが症状が悪化 (躁状態) すると激しく入院時の多くは警察経由であり入院形態は殆どが医療保護。症状悪化 (躁状態) のスピードが早く、行動化し家族や近隣の住民に迷惑をかけることも多く周囲は疲弊。また、心筋梗塞の既往もあり現在も内服薬で治療中である。そのため行動化が激しくなると生命の危機となる。ご本人の目標は「再入院をしない、可能な限り自宅で過ごす」であったが困難を極めるケースである。

1, このケースの困難と問題点

- # 1, 身体疾患 (心疾患) を合併: 躁状態になると安静の保持が困難であり生命の危機となる。
- # 2, 躁状態に達するまでのスピードが早い: 前駆症状の把握が困難。
- # 3, 服薬問題: 服薬忘れと自己調整するため期待される薬効が得られない。
- # 4, 家族関係の悪さ: 家族の高 E E (高い感情表出) がありサポートが期待できない。

【結果】家族担当、ご本人担当と別れてそれぞれ心理教育、対応時の S S T を行い、訪問者が来ない日は家族が薬の確認をするなどの協力を得ることができた。ご本人も、服薬に対する正しい知識が身に付いたので思い込みがなくなり自己調整することがなくなった。また、自己モニターにより症状悪化のサインが分かった。本人の目標は「再入院をしない、可能な限り自宅で過ごす。」であったが、症状が悪化 (躁状態による行動化) すると生命の危険があることが理解できたので、激しい行動化をする前に自ら受診をして任意入院し早期に退院 (約 1 週間～1 ヶ月) できている。再入院をしないことが一つの目標でもあったが結果的には在宅で過ごせる期間が向上しておりご本人も満足している。

このケースのポイント：ここがSST！！

- ① ご本人の希望に基づいた目標設定により前向きに取り組めた。
- ② ご家族に対する症状悪化時の対応についてSSTを行ったので、家族が対応を知り余裕ができてサポートが得られた。
- ③ ご家族へご本人の良い部分が見えるように働きかけたので、以前のように高い感情表出を示すことがなくなり、ご本人も安定している期間が長くなった。
- ④ 服薬、症状自己管理能力が向上し安定した。また、調子が悪くなる前駆サインが分かったので早期に受診し、激しい行動化となる前に任意入院ができ生命の危機を予防できた。



(宮本貴裕)

・作業療法士の立場から

【事例】Aさん，16歳．男子．統合失調症．両親と弟の4人暮らし．

運動部に所属していたが，練習試合に負けたことが自分のせいだと中学2年の夏休み後学校にいけなくなる．被害的な言動が多くなり，自室にバリケードを作り引きこもる生活が続いた．母親が市保健師への相談から，受診し入院となった．

抗精神病薬の投与と個室対応で症状は10日程度で安定．個別の作業療法（本人が取り組める模型作りや運動を中心として関わった），看護の個別対応で引きこもりがちとなっていた生活も徐々に拡大していった．入院3ヶ月後，ケア会議を開催した．両親，学校関係者，市保健師，病院関係者（Dr，Ns，OTR，PSW）が出席．これまでのそれぞれの対応の確認と母親のこれまでの大変だった思いを聞き，退院後は病院からの訪問や，学校からの支援員の派遣等で支援していくことになった．

退院後の病院からの訪問は，看護師と作業療法士が二人でいく体制をとった．はじめは，作業療法士が本人とビーズ細工やゲーム等で楽しめる時間を作り，看護師が母親の相談にのる支援体制を作った．日中二人だけで過ごすために，母親は家から出たがらない本人にどのように関わっていったらよいかわからない状況であった．本人は，母親との交流を望んでいたが，どのように表現したらよいかわからないので，母親の忙しい時に話しかけたり，しつこく何度も同じことを確認するために，怒られる，といったパターンのコミュニケーションになっていた．看護師から母親に対して，病気の特徴（し

つこさ、不安になりやすいことなども含め) や思春期の男子の心性についても説明し、具体的な対応と一緒に考えていく支援を行ったが、なかなか母親の対応は変わらなかった。支援している看護師と作業療法士は、母親に本人への対応を変えてもらうためにどうしたら良いかと困っていた。

1ヵ月後、本人が取り組むビーズ細工に母親が興味を示したので、作業療法士と一緒に作ってみることを勧めた。一緒に作業に取り組みながら、作業療法士が本人の器用な点、配色の良さを評価すると、母親も徐々に本人の良い点を誉めるようになっていった。母親自身が、作業に取り組む作品を作る楽しさを表現していった。そして、母親が自分の作品を作りながら、自身が、これまで楽しみの時間をもておらず、余裕のない生活をしてきたことを振り返るようになっていった。本人も母親も同じ作業を共有できる体験を通して、自然なコミュニケーションがとれるようになっていった。完成させた作品を家の中に飾ることで、家族内でのコミュニケーションが増えていくことになった。

その後、本人が家の中で役割が持てることを目標に、お風呂掃除や玄関掃除をすることにし、掃除の仕方を母親と本人と一緒にしながら教えることを提案し、徐々に本人が一人でできるようになっていった。

このケースのポイント

病気の特徴やかかわり方を口頭で説明されても、なかなか実際にはできない場合も多い。この事例では、本人と母親と一緒に同じ作業を共有し、その中で支援者が関わり方のモデルを示すことで、母親も自然に本人への関わり方を理解していき、その場で実践できるようになっていった。

(香山明美)

・作業療法士の立場から

外来作業療法に通うFさん(統合失調症、50代前半、女性、単身アパート生活)は訪問時に怒りながら次のようなことを言った。「今日、大家さんに野菜を買っていったら『もう、いいよ』って、いい顔をしなかった。精神障害者だと馬鹿にしている！」経緯は、病院の畑で採れた野菜をすごく安く売っていたので自分のものと一緒に大家さんのものも買って届けたら大変喜ばれた。次第に、売っていればいつも野菜を買っていくようになったようであった。お金は「ちゃんとくれた」とのことだった。

そこで、カレンダーの裏を使って以下のような表を書きながら次のような認知行動療法的な介入を試みた。①「状況を整理しましょう(a)」 ②「その時浮かんだ“考え”は何ですか?(b)」 ③「その状況に対する“他の考え・受け止め方”はありませんか?(c/d/e/f/g)」(*c以下はOTが意見を出して誘導的発見を促した) ④「それぞれの“考え”が浮かぶと、どんな“感情”が湧いてきますか?」 ⑤「そのような“感情”を抱いたときには、どんな“行動”を取りますか?」 ⑥「そのような“行動”を取ったら、“対人関係”はどうなりますか?」 ⑦状況の受け止め方は様々であり、受け止

め方によって感情や行動、ひいては対人関係のありようまで変わってくることを理解を促した。⑧合理的な受け止め方はどれか、一緒に検討した。(対人関係が◎になる方が合理的) ⑨Fさんは(f)を選んだ。⑩ひとり SST で「また野菜が必要な時には言ってくださいね」の練習をした。⑪翌日からの外来作業療法で、担当 OT が他患に大家さん役を頼んで練習を重ねた。

次の訪問時に、Fさんから「大家さんに出くわすことはあるけど、なかなか SST で練習したようには言えない」との訴えがあったので、“なぜ、大家さんに野菜を買っていき続けたのか”に焦点を当てて、その背後にある“気持ち”と一緒に考えてみた。すると“大家さんに喜んでもらいたい”という気持ちに気付いた。そこで、問題解決技法で“大家さんに喜んでもらうにはどうすればいいか”について検討した。Fさんが選んだ解決策は“気持ちよく「こんにちは」と挨拶する”だった。翌日からのFさんの外来作業療法での SST は「こんにちは」になった。

ある日の朝、私のいるデイケアにFさんがあらわれた。「きのう大家さんに『こんにちは』って明るく言えたのよ。なんだか、気持ちがスッと楽になったような気がしたわ」と嬉しそうに、照れくさそうに、報告してくれた。

①状況:頼まれていないが、野菜を買っていったら、大家さんが「もう、いいよ」と、いい顔をしなかった。(a)

②③考え	④感情	⑤行動	⑥対人関係
精神障害者だと、馬鹿にしている(b)	腹が立つ	怒る、そっぽを向く	×
機嫌が悪かった(c)	しょうがないな	そっとしておく	○
忙しくて、気が回らなかった(d)	大変そう	「大変ですね」	◎
しんどくて、気が回らなかった(e)	心配	「大丈夫ですか」	◎
頼んでないのだから、当然(f)	平静	「また、必要な時には言ってくださいね」	◎
ありがた迷惑(g)	悪かったかな	「ごめんなさいね」「また、必要な時には言ってくださいね」	◎

(長安正純)

・精神保健福祉士の立場から

i 事例

Aさん、21歳男性、統合失調症。父親と母親の三人暮らし。母親はあれこれ心配しAさんの身の回りのことをすべて行ってしまおう方でした。Aさんは大学受験に失敗した頃から「人に狙われている」などと訴えるようになり、これまでに2回の入院を経験しています。Aさんは両親以外との関わりを避け自宅で過ごすことが多かったため、人と

の関わりを増やすこと、服薬・病状確認を目的に訪問看護が導入され、現在は比較的安定しています。

ある日の訪問時、役所から精神障害者保健福祉手帳（以下、障害者手帳）の更新の知らせが届き、母親が「いつものように私が手続きをやってきますね」と言われました。精神保健福祉士（以下、PSW）は以前より、Aさんの代わりにすべてやってしまう母親の対応に困っていました。そこで、障害者手帳更新の手続きについてAさんを含め3人で問題解決法を使い検討しました。その結果、将来の自立のことを考えると更新の手続きはAさん自身で行うほうがよいという結論に至りました。Aさんは「今まで手続きをしたことがないので不安だけど、障害者手帳を持っているのにサービスは使えていないので、どんなサービスが受けられるのかもっと知りたい」と言われました。そこで、申請窓口・必要なものを説明し、PSWと一緒に手続きに行き、どのようなサービスが受けられるか聞きに行くことにしました。まず、その場で「障害者手帳の診断書を書いてほしい」と主治医に伝える場面をロールプレイで練習しました。練習したことを踏まえ診察時に実践し、Aさんはうまく診断書を受け取ることが出来ました。次の訪問時、再び申請窓口と必要なものを説明し、後日役所と一緒に行く約束をしました（事前に役所の担当者にAさんと行くことを連絡しておきました）。

Aさんは役所に入るのが初めてでした。まず、入口の案内図を見ながらどのような窓口があるかを確認し、どの窓口に行ったらよいのか分からなければ、案内係の人に尋ねると教えてくれるということを伝えました。その後、Aさんに今日は何をしに来たのか、何を聞くのかをもう一度確認し、直前にロビーでロールプレイを行い、窓口と一緒に行き実践してもらうことにしました。担当者とのやりとりの中で、Aさんは緊張してしまい、何を聞いていいのか分からなくなる場面もありましたが、その時にはAさんに「手帳のサービス」と耳打ちすることで、無事に目的を達成することが出来ました。

ii ケースを通して

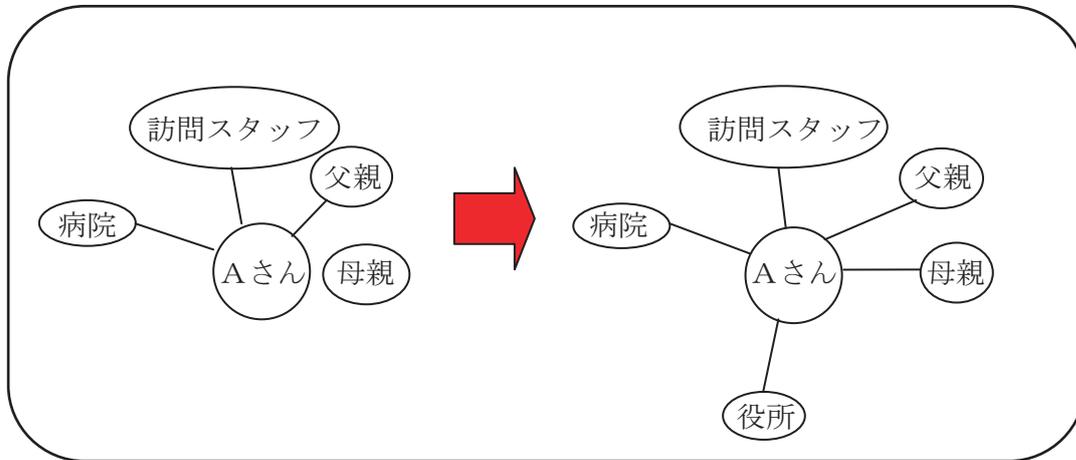
今回もこれまでと同様に母親に手続きをしてもらうことや、PSWが同行して申請を代行すること、役所の担当者に代わってAさんに障害者手帳のサービスを説明することも可能だったと思います。しかし、それでは今後Aさんの「自分でやる力」を失くしていってしまう可能性があります。そうではなく、Aさんのやれることを増やしていく援助が必要です。生活技能は普段生活している場で強化され伸ばされていくため、実際の生活場面でやり取りをしながら進めていくことが、本人の技能を高めていくのに役立ちます。それには、PSWが同行してその場で行うSSTの効果は大きいと思います。

このケースでは役所に行く際、事前にPSWから担当者に連絡を取っています。これは、Aさんに成功体験を積んでもらいたいという思い、今後も行政サービスなどの相談が出来るように、役所の担当者とAさんの関係を作る（他の支援者をつなぐ役割）という狙いがあります。

さらに、SSTを取り入れていくことで本人の生活技能（対人技能、対処技能）がお

互いに明らかになりやすく、本人の希望をより具体的にしていけることが出来るため、新たな支援体制を作っていくことも可能だと考えます。

iii エコマップ



このケースのポイント

- ① 問題解決法を用いたことで、「将来の自立のためには自分の力でやっていくことが必要」であるということをAさんと母親に気づいてもらう機会となりました。
- ② 初めて経験する場合や社会経験が乏しい場合、または社会から離れていた場合、どうしたらよいのか具体的なイメージが湧かないことがあります。初めは同行し、本人が知らないことは伝え、モデルを示すことが効果的です。
- ③ 同行することでロールプレイが直前に行え、実践後はフィードバックがすぐに行えます（生活技能などのアセスメントもしやすくなります）。

(奥村恵一)

C チャレンジ！ ケース・ワーク

これまで学んだことを生かして、ケース・ワークにチャレンジしてみましょう。
★ケース1からケース3は解答例をつけてありますが、まずは解答例を見ないで、考えてみましょう。

ケース1

基本情報	氏名：A氏 50代・男性 病名：統合失調症
本人の希望	実家あるいはアパートで、働きながら一人で暮らしたい。
生活歴・病歴	<p>農業を営む父・母の元に2人兄弟の2番目として出生。姉がいる。父は本人幼少時死去。中学卒業後仕事を転々とし、大型免許取得後は長距離トラックの運転手の職に就く。昭和50年結婚し、一児をもうけるも飲酒量が増え、妻に暴力を振るう、借金をする、などの問題行為あり離婚する。まもなく再婚し二児をもうけるも、消費者金融から借金して飲酒を続け、再び離婚。</p> <p>「寝てはいけない」「お前は万能だ」などの声が聞こえ、3日間一睡もせずに長距離トラックを運転したこともある。</p>
現在の生活	<p>平成2年から平成10年まで精神科病院に入院、統合失調症の診断を受け、薬物療法・精神療法等の治療を受ける。この間に長年保護者を務めてきた母は特別養護老人ホームに入居、既に嫁いでいた実姉が保護者となる。</p> <p>平成10年11月に無断離院して行方不明となる。遠方で日雇いの仕事をしていたところを発見され、警察から連絡受けた姉が迎えに行き、平成11年4月精神科病院に医療保護入院となる。</p> <p>平成13年10月、再び無断離院して行方不明となる。遠方で浮浪者生活を送り、大声で独語・空笑が見られたため、一般人から通報があり、警察に保護された。平成14年1月に医療保護入院となる。</p> <p>薬物療法・精神療法に加え、SST、院内作業療法等の入院加療を受け、平成18年4月には任意入院に入院形態変更、院外作業にも出るようになる。服薬管理教室にも参加、病識も出てきたため、平成19年春から退院の話が出るようになった。A氏は実家あるいはアパートで一人暮らししたい、と考えている。</p> <p>姉の希望で母の居住地をご本人は知らされていない。実家は空き家になっている。3人の子供は入院中に面会に来たことはない。姉は相次ぐ警察沙汰や世間体などからご本人との接触を拒んでいる。経済的には生活保護を受給中で福祉的には精神保健福祉手帳2級を受給している。</p>

問題1 A氏は服薬管理を自分で行っており、対人関係も病棟内では良好、作業療法やSSTへの参加も積極的です。退院先として考えられる居住場所にはどんなところがあ

るでしょうか。また、どんなことが必要でしょうか。

.....

.....

.....

.....

(解答例)

- ・生活訓練施設（旧 援護寮）、グループホーム、民間アパート、公営住宅など考えられるが、生活訓練施設はご本人の希望にそぐわないことが考慮され、実家は姉の拒否と負担が考慮されるため相応しいとは思われない。
- ・ご本人の希望を優先的に考慮しながら現実との擦り合わせをどうするかスタッフ間で方向性を共有することが必要。
- ・保護下の環境では問題ないことを考慮すると、全くの単身生活にはやや不安が残るため、訪問看護を組み合わせることが必要。
- ・入居先の空き状況の把握と入居先の運営母体との連携などの下準備が必要。
- ・生活保護担当ケースワーカーとの連絡調整。

ここがポイント

このケースの場合のように長期入院の方など、ご自身の希望やご自身の評価と現実との擦り合わせが必要な方の支援には、支援者の価値観が優先されがちであったり、またはご本人の希望を優先させようと（あるいはさせなければと）非現実的な居住場所に設定してしまったり、支援の方向性を見失うことがしばしばあります。病院（病棟）内という保護下での生活と地域社会での生活では、必要なスキルが異なってきます。時には常識や価値観の問題も生じます。ご本人が地域社会で生活している場面を想定して、どのような支援が必要か、あるいは不要か、考慮する必要があります。

またグループホームなどの社会資源には数に限りがあります。支援者には日頃から社会資源のネットワーク作りと情報の収集が求められます。

問題 2 A 氏、主治医、担当看護師、PSW が集まり、退院に向けて具体的にどうしていくか話し合いの場を持ちました。話し合いの結果、A 氏は「グループホームに入居する」「作業所に通う」「通院は主治医の外来日に当初週 1 回通う」「訪問看護を利用する」ことを選択・決定しました。グループホームはその時点で空きがないため、数ヶ月先の退院になることもご本人は納得されました。退院まで支援者が支援できること、すべきことは何でしょうか。

.....

.....

.....

(解答例)

- ・ご本人の信頼関係の構築に努めること。
- ・短期目標と長期目標の設定と共有。
- ・ご本人が地域で社会生活をおくる上で必要なスキルの獲得の支援をすること。
- ・「退院」という膜然とした目標設定だけではなく、具体的な目標設定をご本人と設定していき、ご本人のモチベーションを保つよう支援する。
- ・グループホーム入居について関係者と連絡調整を図る。
- ・生活保護担当ケースワーカーとの連絡調整。
- ・家族（姉）への協力働きかけ。

ここがポイント

入院されていた方が退院するには相当なエネルギーが必要となります。地域で社会生活をおくる上でのスキルの獲得には「ひとり SST」が効果的です。精神科病院では入院中の患者さんの金銭管理を病院側が行っていることが多いと思います。地域で社会生活をおくる上での「金銭を管理する」スキルについて考慮してみても、「銀行に行って現金を払い戻す（ATMの使い方）」「現金で買い物をする」「家賃・水光熱費の支払いと管理」など多くのスキルを必要とすることが分かります。ご本人が実際に地域の社会生活をおくることを想定すると、より具体的な目標設定が出来ますし、かつ、ご本人のモチベーションも上がります。ご本人が出来ているところは支持・強化し、出来ないところ（分からないところ）は「ひとり SST」でスキルの取得・強化が期待出来ます。出来れば、ご本人と支援者が同伴して外出し、実際の場面で「ひとり SST」を施行すると効果が上がります。退院前訪問指導はこの「ひとり SST」を実行するよい機会と言えるでしょう。

また、ご家族への働きかけも重要です。ただ一方的に支援を求めるのではなく、ご家族に対して労いの気持ちを持ちつつ、ご家族に「出来ること」「出来ないこと」を明確にしておく必要があります。

問題 3 平成 19 年 9 月中旬、グループホームの空きが出たので、A 氏は PSW と共にグループホームを見学し、入居することを決めました。再び A 氏と主治医、担当看護師、PSW で話し合いをして、まず 1 泊 2 日から始め数回の外泊訓練を行い、退院日が平成 19 年 10 月 31 日と決まりました。この話し合いの後、退院日までにどんな支援が必要でしょうか。

(解答例)

- ・グループホームの入居契約の支援。
- ・退院前訪問指導で外泊中のご本人に対し「ひとり SST」を行い、地域で生活する上でのスキルの強化、汎化。
- ・生活保護担当ケースワーカーとの連絡調整。
- ・日用品の購入の支援。
- ・緊急時の対応について、方法や連絡先を確認しておく（携帯電話の購入）。
- ・家族（姉）への協力働きかけ。
- ・退院後に関わる関係者が集まったのケースカンファレンス。

ここがポイント

外泊中のご本人の生活は、まさに「地域での社会生活」です。たばこの火の始末、部屋の鍵の管理、ガスや電気の管理、ゴミの分別の仕方、等々細かな地域で社会生活をおくる上でのスキルが表面化する場面に直面します。ここでは支援者自身が「地域での社会生活者」であることが問われます。いかに支援者が「地域での社会生活者」であるかによって、「ひとり SST」の展開の幅が異なります。

また、退院後に関わる関係者が集まり、ケースカンファレンスを開くことで、ご本人への支援の方向性の共有を図ることや役割分担を確認することが出来ます。訪問看護スタッフやデイケアスタッフのみならず生活保護担当ケースワーカーやグループホーム運営母体職員、作業所スタッフなど病院外の関係者にも参加してもらうことが望ましいと思われまます。「入院している患者さん」から「地域での社会生活者」への支援に、支援者も考え方や役割をシフトさせるひつようがあります。また、可能ならご家族にも参加していただくと、病人としてではない「地域での社会生活者」としてのご本人の姿を実感していただくことが出来るかもしれません。

問題 4 A 氏は予定通り退院し、グループホームに入居しました。週 1 回の外来通院、週 1 回の訪問看護、月曜日から金曜日まではグループホームから徒歩で 10 分の作業所に通所を始めました。訪問看護スタッフが訪問すると、部屋は整理整頓されており、整容も問題なく、服薬にも問題なく生活されていました。ところが、退院から約 1 ヶ月後 PSW に作業所スタッフから「作業所に来てもすぐに帰ってしまう。生活リズムも乱れているようだ」と連絡が入りました。このとき、支援者にはどのような動きが望まれるでしょうか。

(解答例)

- ・主治医への報告。
- ・A氏の生活リズムの把握。
- ・A氏の病状悪化のサインの再確認。
- ・訪問看護スタッフと共に入院中関わっていたPSWが訪問する。
- ・グループホーム運営母体職員と共に訪問する。
- ・生活保護担当ケースワーカーと共に訪問する。
- ・必要ならばケースカンファレンスを開催する。

ここがポイント

支援者は支援してきた患者さんが具合が悪くなったり、バランスを崩したり、生活リズムが乱れたりすると「これだけやってきたのに」と落胆することがあります。人間として当然の感情ですが、「これだけした」から「これだけのことが返ってくる」とは限りません。かえってご本人への早期の危機介入のチャンスと捉え、生活の立て直しをご本人と支援者が共有しましょう。ご本人の生活リズムが乱れた原因は、ご本人だけでなく、支援体制にあることもしばしば見受けられます。『馴れ』からご本人が見えなくなっている場合もあります。訪問担当スタッフが抱え込まず、多くのスタッフと共有することは大切です。職種によってご本人に対する見方が変わってきますので、訪問スタッフが単一職種で構成されている場合には、異なる職種に訪問に同行してもらうことも効果があるかもしれません。

ここで見逃してはならないのは「再発のサイン」です。必要時には入院という選択も考慮しなければなりません。入院して仕切り直す、それもまたA氏が地域での社会生活者として必要なことであれば、タイミングを見計らって、入院という選択肢を提示し、ご本人に選択・決定してもらうことも大切です。

また、ご本人が地域の社会生活にも慣れてくると、よりご本人の課題や目標も「地域生活者」としてのものになってきます。こんなときには訪問時の「ひとりSST」が効果的です。訪問で行うSSTはロールプレイのみならず『実践』まで出来ることで汎化・強化が望めます。

訪問看護での関わりも服薬指導が主であったものからA氏が社会生活者として過ごしていくために必要なことが主となるよう、シフトしていくと思われれます。

普段支援者であるあなたが、地域で社会生活をおくる上で困ったこと・迷ったこと・分からなかったことなどは何でしょうか。そのときあなたはどうかその課題をクリアしましたか。あなたが社会生活者として意識して生活すればするほど、支援される側にある患者さん・当事者の方の「生活のしづらさ」は理解しやすく、また、一緒に解決していきやすくなるでしょう。

ケース 2

基本情報	氏名：B 子さん 40 代・女性 病名：統合失調症
本人の希望	安心して自由に地域で生活したい。
生活歴・病歴	<p>自営業を営む父・母の元に 3 人兄弟の長女として出生。兄と弟がいる。他に父方の祖父母が同居していた。地元の小・中学校卒業後、上京し、看護師養成学校に進学。看護師の免許を取得後、そのまま東京の病院に勤務していた。</p> <p>27 歳時、「あんたなんか死んだ方がいいのよ」「臭い」「きたない」など自分を攻撃する内容の男女の見知らぬ声が聞こえ始めた。自ら幻聴を疑い精神科を受診、統合失調症の疑いと診断され、入院加療を行った。3 ヶ月間の休職の後、復職したが同僚との対人関係につまづいたり、仕事中に軽微なミスが続いたり、その都度短期間の休息入院を繰り返していた。幻聴に支配され、リストカットや大量服薬などの行動化が目立ち、周囲に実家に戻るよう勧められ、平成 15 年帰郷。その後は実家の家事手伝いをする程度で職には就いていない。</p>
現在の生活	<p>祖父母が相次いで亡くなることを契機に平成 16 年 8 月～平成 17 年 3 月、6 ヶ月間余りの入院加療を行うが、その際の検査で初期の子宮がんが発見され、子宮摘出の手術を受けた。以来各週の外来通院、3 ヶ月～6 ヶ月に 1 回程度の婦人科の検診を受けている。</p> <p>看護師免許を所持していることもあり、病識はあるものの、薬剤抵抗性あり、幻聴は続いている。ただし幻聴と実際の声との区別はつき、精神療法・SST 等の認知行動療法により、幻聴に支配された行動化は減少傾向にある。時折「自分はがんで余命幾ばくもない」「死んだ方がいい」と言って周囲を振り回すことがある。</p> <p>現在兄と弟が結婚し、兄が家業を継いでおり、同居家族は父・母・兄・兄嫁・姪（兄の子）となっている（弟一家は他県に住んでいる）。経済的には障害厚生年金 2 級受給中、福祉的には精神保健福祉手帳 2 級受給中、自立支援医療（精神通院）利用中である。</p>

問題 1 B さんは現在週 1 回の外来通院と週 2 回のデイケアに通所しています。その送迎は父が行っていましたが。ある日父から主治医に「もう本人に振り回されるのに疲れてしまった」と相談がありました。主治医が話を聞いたところ、B さんは同居している兄嫁に対し、時折「あなたは子供が産めていいわね。私なんていつ死ぬかも分からないのに。あんた、私が早く死ねばいいと思ってるでしょう」と詰め寄ることがある、とのこと。そのことが原因で兄夫婦がけんかすることもしばしばあるそうです。

次回診察時には、B 子さんはすでにアパートを決めて契約してきました。兄が知り合いに頼んでアパートを探し、保証人になった、というのです。突然一人暮らしを始めることになったため、主治医は B 子さんに今まで通り外来通院とデイケアの継続の他、訪問看護を受けるよう勧めました。B 子さんはしぶしぶ訪問看護を受けることを了承しました。

訪問看護スタッフはどのような準備をしたらいいでしょうか。また B 子さんにどのようなアプローチが必要でしょうか。

.....

.....

.....

.....

(解答例)

- ・ B 子さんのカルテの閲覧。
- ・ 主治医の意向、方向性の確認。
- ・ B 子さんの生育歴や病歴等を調べる。
- ・ B 子さんと信頼関係を築くための面談の設定 (主治医から紹介してもらおう等の工夫)
- ・ 短期目標と長期目標の設定。
- ・ 自立支援医療や精神保健福祉手帳、年金証書等の住所変更手続きの確認、支援。

ここがポイント

B 子さんの場合、精神と身体の病気の管理の問題のみならず、家族関係の調整も必要性が示唆されています。また B 子さんは周囲を振り回すことがしばしばあり、訪問看護に携わるスタッフはそのことも念頭に置いておく必要があると思います。B 子さんと信頼関係を築くことがまず必要ですが、最初の関わり方にポイントがあるかと思われまますので、主治医の先生に紹介してもらい顔つなぎから始めるのがふさわしいかと思われまます。

問題 2 B 子さんは一人暮らしを開始しましたが、夜間、何度となく病院に電話が入るようになりました。その内容は、「風呂の焚き方が分からない」「実家に電話したが誰も出ないので心配だから病院からも電話してほしい」「明日外来受診日になっているから寝坊しないように朝電話して起こして」・・・などというものでした。病棟のスタッフは、夜間何回もかかってくる B 子さんの対応に困っていました。この時点での訪問看護で B 子さんに必要な支援は何がありますか。

.....

.....

.....

(解答例)

- ・ B 子さんの生活能力のアセスメント（必要があれば家族からも話を伺う）。
- ・ B 子さんの不安を受容する（話を傾聴する）。
- ・ B 子さんの生活環境の整備。
- ・ B 子さんの生活能力の向上のための「ひとり SST」。
- ・ 主治医、病棟スタッフ、訪問看護スタッフ、デイケアスタッフなど関係者間のミーティングを行い、方向性を決めておく。

ここがポイント

B 子さんが一人暮らしを始めるに当たって、母親から「家事が全然出来ない」という発言がありました。B 子さんは、実家から離れている間も寮生活だったため、ほとんど一人暮らしの経験がないのです。準備もそこそこに、早く B 子さんと嫁の不仲から逃れたい兄の動きで早々に行われた引っ越しです。なにより B 子さんが不安であることを受け止めましょう。

しかしながら夜間の病院への頻回の電話は病棟スタッフの業務の妨げにもなりかねません。

訪問時に実際風呂を焚いてみる、実家への電話は時刻を家族と決める、目覚ましを購入して自力で起きる練習をする、などご本人の話のなかから取っ掛かりをみつけ、「ひとり SST」を試してみましょう。訪問看護ではなかなか台所や風呂場のようなプライベートスペースに入ることがためられることもあります。こうしたことがきっかけになり得るのです。

問題 3 B 子さんはいつも訪問看護を待っています。B 子さん自ら「今日は灯油を買ったことがないから灯油をどこでどのように買ったらいいのか分からない。練習したいので、一緒に買いに行っていて欲しい」「米がなくなったから米を買いたい。このアパートの近所の米屋は認識がなくて不安だから一緒に行っていて欲しい」などと具体的な「ひとり SST」の課題を出してくれます。看護師の経験からか、服薬の管理も十分に行われている様子です。当初「ひとり SST」の効果を実感していた訪問看護スタッフでしたが、ケースカンファレンスの中で、デイケアスタッフから「タクシー代わりになってない？」と意見が出されました。それをきっかけに訪問看護スタッフも、米は米屋で購入、お茶はお茶屋で購入、といった B 子さんの行動に疑問を持つようになりました。B 子さんの周囲を振り回すような行動に、訪問看護スタッフも疲労を感じるようになりました。この時点で訪問看護スタッフは B 子さんとどのように関わっていくことが必要でしょうか。

(解答例)

- ・ B 子さんに対し陰性感情があることを自覚する。
- ・ B 子さんの欠点や課題を言い換えて長所や対応策と考える。
- ・ 支援者として価値観の押しつけなのか、地域生活者としてのアドバイスなのか、支援者自身のモニタリングをしてみる。
- ・ 方向性の確認、短期目標・長期目標の見直し。

ここがポイント

支援者も支援される側も人間ですから、様々な感情が生まれてきます。特に医療従事者と当事者の間では、陽性感情と陰性感情という課題があります。

「スーパーマーケットならお米もお茶も一度に購入できるのに」 B 子さんの望むまま「お米は米屋で」「お茶はお茶屋」購入することは、果たして B 子さんの意思の選択・決定の尊重でしょうか。「スーパーマーケットならお米もお茶も一度に購入できるのに」というのは支援者の価値観の押しつけでしょうか。もしかしたら B 子さんはスーパーマーケットならお米もお茶も購入できることを知らないのかもしれない。こうした B 子さんの「経験不足」は「これから覚えていくことができる」と言い換えることができます。他にも、B 子さんの課題は以下のように長所に言い換えることができます。こうして支援者は陰性感情を越え、対応策を冷静にアセスメントすることが可能になります。

現在の課題と対応策		
課題	長所(言い換え)	対応策
経験不足	これから覚えていくことができる	よい手本をみつける、手本になる
常識に欠ける	個性的である	一方的に「非常識」と決め付けない
一方的な自己主張(自己中心的)	思ったことを表現できる	傾聴、受け留める
思い込みが激しい(一度でも発言されたことに拘る)	几帳面	いい加減な言葉かけ、約束はしない
自己評価が高すぎる	自信を持つことができる	経験を積み、裏づけのある自信にする
他人の言動を婉曲して解釈する	症状のひとつ	まどわされない
「私が」ではなく「〇〇さんが」と第三者を主語に会話する	自己防衛の一種?	B子さんはどう思う?と常に本人に返す

ケース 3

基本情報	氏名：C氏 20代・男性 病名：うつ病
本人の希望	30歳までに安定した仕事に就きたい。
生活歴・病歴	<p>建設会社を経営する父・専業主婦の母の元に3人兄弟の3番目として出生。兄と姉がいる。性格は穏和で真面目。地元公立高校卒業後、父親の意見で建築系の専門学校進学。卒業後は隣県の建築関係会社に就職、一人暮らしを始める。</p> <p>会社では真面目な態度が評価され、責任ある仕事を与えられるようになった。徐々に自分の能力と与えられた仕事内容のギャップを感じていたが、「今仕事を辞めては親や周囲に迷惑がかかる」と無理に仕事を続けていた。</p> <p>高校時から交際を続けていた彼女がいたが、25歳時に彼女から別れを切り出され、同時期、仕事で大きなミスをしてしまい上司の叱責を買ったことも重なり、突然出社がままならなくなった。欠勤が増え、体重もみるみる減った。父親が会社を辞めさせ、実家に連れ戻された。以来自室に閉じこもることが多くなり、夜間不眠傾向が強くなった。寝付けずにいる夜中、別れた元彼女にメールや電話を繰り返していた。</p> <p>平成18年10月、元彼女に電話したところ、見知らぬ男性が出て、「結婚を考えている、もう電話してくるな」と言われたことにショックを受け、自宅にあった風邪薬や解熱鎮痛剤を20錠服薬した。家族に発見され、すぐに救急車で病院に運ばれ、1週間程度救急病院に入院した。</p>
現在の生活	<p>平成18年10月、元彼女に電話したところ、見知らぬ男性が出て、「結婚を考えている、もう電話してくるな」と言われたことにショックを受け、自宅にあった風邪薬や解熱鎮痛剤を20錠服薬した。家族に発見され、すぐに救急車で病院に運ばれ、1週間程度救急病院に入院した。</p> <p>退院後は家族がご本人から目を離さないようにしていたが、平成19年1月家族の目が離れた隙に、「自分は生きていても意味がない。両親にも兄たちにも迷惑をかけるだけだ」とメモを残し市販の睡眠薬を24錠服薬し、精神科に2ヶ月間医療保護入院となった。この時にうつ病と医師から告知された。退院後は週1回の通院と毎日朝・昼・晩・就寝前の薬を服薬しているが、薬の管理は母親が行っている。</p> <p>経済的には父親の会社運営が順調、兄が会社を継ぐことになっているため困窮はしていない。同居している両親・兄・姉ともにご本人への治療協力がある。うつ病の診断とともに自立支援医療や精神保健福祉手帳の取得等について主治医がご本人・家族に説明し、家族は取得を希望したが、ご本人が「自分はいらない」と取得を拒否している。時折家族に「生きていても意味がない」ともらすことがある。</p>

問題1 C氏の日常生活はご家族の支えもあり、特に「困った」ということはご本人からは挙がってきません。今回はご家族が「本人から目を離すことが出来ない」と緊張状態が続いていたため、疲労が見られ、訪問看護の導入が主治医から提案されました。ご本人は「お父さんが言うなら」と受動的ではありますが、訪問看護を受けることを同意しました。訪問看護スタッフはどのような準備をしたらいいでしょうか。また、C氏にどのようなアプローチが必要でしょうか。

.....

.....

.....

.....

(解答例)

- ・ C 氏のカルテの閲覧、主治医の意向・方向性の確認。
- ・ C 氏と信頼関係を築くための面談の設定。
- ・ C 氏の意向にあった短期目標と長期目標の設定。
- ・ C 氏の「生活の設計」を聴取、具体化する手助けをする。
- ・ 「障害の受容」にどのようにアプローチするか、糸口を見つける。
- ・ ご家族への労い。

ここがポイント

C 氏が人生の岐路に「父親の判断」にご自身の人生を委ねている傾向が見られます。C 氏が自分自身に自信が持てず、「自分など生きている価値がない」という考え方をお持ちなので、うつ病の回復に重要なファクターの一つである「自分で回復しようとする力や気持ち」が見えてきません。そこで、障害の受容も含め、C 氏ご自身の意向を出来るだけ聴き取り、言語化をしていき、具体的な目標設定が必要になってくると思います。ここで重要なのは C 氏自身の言葉で「目標設定」することです。それまでには、C 氏との面談も数回～場合によっては十数回必要になってくるかもしれません。支援者側の「待つ」力が必要とされてきます。「ひとり SST」を活用して、C 氏ご本人の思いを言語化して、ご本人・スタッフが共有出来るよう、努めましょう。また、ご家族への労い、時としてご家族のご本人との付き合い方(さぼっていると思わない、励まさない、など)に関する支援も大切だと思います。

問題2 C氏の訪問看護を開始して3ヶ月、約6回目の訪問看護でのご本人との面談で、C氏から「30歳までに正職員として働くようになりたい。生きがいになるような仕事を見つけない」との発言がありました。「ただ、そのためには何をしたいか分からない」という不安も同時に語られました。この時点で訪問看護スタッフはどのような支援が出来るでしょうか。

.....

.....

.....

.....

(解答例)

- ・ご本人が達成できるような課題（目標）をご本人と設定する。
- ・ご本人のモチベーションを保つよう支援する。
- ・就労について社会資源をリサーチする（病院 PSW を活用する）。
- ・ご本人の不安や焦燥を受け止め、一人で抱え込まないようにする。

ここがポイント

あまりに責任感の大きい仕事は、うつ病の方にとって病状を悪化させるきっかけにもなりかねません。このケースのように仕事を辞めてしまう前に、休職を選択される方も多いですし、支援者側も「辞める」という決断より前に「休職」を勧めることが多いと思われます。就労活動を再開するにも、復職するにも、「タイミング」「仕事内容」「就業時間」は大切なポイントです。往々にして医療者（支援者）がご本人と会社の方との間に入ることもあります。ここではご本人の不安や焦燥を最小にしながら、周囲にも理解を求め、ご本人の意向の実現を図ることが必要な支援の一つです。

このケースの場合には、「自己実現」のために「就労」という方法を模索しているように感じられます。ただ、ご本人が障害を受容していないため、また無理を重ねてしまうことも考えられます。障害者職業センターやハローワークの障害者窓口の利用など、病院 PSW の介入も有効ではないでしょうか。

問題 3 C氏は、「30歳までに生きがいと呼べるような仕事に就く」ことを長期目標に、「何か資格を取得する」ことを短期目標に設定しました。短期目標としてどのようなものが考えられますか。

.....

.....

.....

.....

(解答例)

- ・漢字検定試験、実用英語検定試験など（検定料くらいで自己学習可能なもの）。
- ・ホームヘルパーなど（ある程度受講料およびスクーリングの必要なもの）。
- ・大学入学など（ある程度根気と経済的支援と学力が必要なもの）。

ここがポイント

ご本人が「自信をつける」ことを目的の一つと考え、また、今無職で家族に養ってもらっていることを「迷惑かけて申し訳ない」と考えてしまう C 氏のことを考えると、漢字検定など比較的経済的負担が少なく、日程やペースも自分で決められるものから始めるとよいでしょう。大変ではありますが、「漢字ドリル」など使って訪問看護スタッフも一緒に進めるという方法もあります。このとき「ひとり SST」を活用してみると、ご本人を「ほめる」というスキルが役立つと思われます。少しずつステップアップを図って、ホームヘルパー取得などを経てもいいでしょう。この段階ではご本人の焦燥感を強めず自信をつけていただけるような支援が大切です。また、ご本人が頑張っている姿を「見守る」ご家族の支援も大切にしましょう。ご家族に対しても「ひとり SST」の応用で「家族をほめる」ことが役立ちます。

問題 4 C 氏は 3 ヶ月間かけて漢字検定 3 級に合格しました。ちょうど新聞の広告で目にしたスーパーの品だしのアルバイトに応募したところ、見事採用されました。

ところが 3 ヶ月経過したころ、レジスターの操作もするように上司に指示されたことがきっかけに不眠傾向が強くなり、平成 20 年 12 月、再度風邪薬を大量に服薬して自殺を図ろうとしたところ、兄に発見され止められました。すぐに兄から訪問看護スタッフに電話が入りました。このとき訪問看護スタッフにはどのような対応が求められるでしょうか。

.....

.....

.....

.....

(解答例)

- ・主治医への報告。
- ・主治医の指示での外来受診を促す。
- ・C 氏の病状悪化のサインの再確認。
- ・主治医の指示を受けて訪問看護を実施する。
- ・仕事の調整（社会資源の活用）。
- ・精神保健福祉手帳の取得と障害者雇用による就労活動への軌道修正。

ここがポイント

もともと真面目で「自分のせい」と考えがちな C 氏には、お金を扱う「レジスターの操作」という仕事をご自身の想像以上に責任感重大なものであった可能性があります。今回は兄の迅速な対応で難を逃れました。この危機介入は非常に意味があり、また、軌道修正の可能性を大きく含んでいます。

C 氏が落ち着いたところで、今回の自殺未遂に結びついた「仕事の無理」を C 氏に自覚していただき、徐々に社会資源の活用につなげていくことで、実際 C 氏の生活上の困難を緩和すること、すなわち、C 氏が大きな無理なく働くことの出来る職場への就職、「30 歳までに生きがいと呼べるような仕事に就く」という C 氏自身の長期目標の実現を目指すきっかけにもなり得るのです。

実際このケースでは、この危機介入の後、ご本人自ら精神保健福祉手帳を取得し、ハローワークの障害者窓口を経由して、30 歳の誕生日前に「レジスター操作のない」大手ショッピングモールの職員として正規雇用され、今日まで継続されています。

☆ それではケース 4 からは、各自で解答を考えてみてください。☆

ケース 4 会話技能が課題のケース

基本情報	氏名：埼玉玉美 50 歳 病名：統合失調症 社会資源：デイケア
本人の希望	安定して楽しい生活を続けたい。
サービス目標	○服薬確認 症状管理 症状悪化時の早期発見 ○訪問看護から社会資源を活用して社会参加の場を増やす。
生活歴・病歴	小学生のころに両親を亡くし、祖母の家で育つ、高校卒業後、住み込みの工場に就職。20 代で発病、数カ月の入院生活の後、単身生活を続けるが仕事は長続きせずに職場を転々とする事となる。生活基盤が確立せず生活保護を受給する。病識に乏しいため度々怠薬して再発するといった事を繰り返す。4 回の入院歴あり。最後の入院は 6 か月前、長年信頼していた主治医が定年退職し主治医が変わることとなった。主治医の変更が契機となり怠薬し症状が再燃。「隣の人が嫌がらせで大きな音を立てる」「監視されている」と怒鳴りこんだため、医療保護入院となる。3 か月の入院で幻聴で行動を左右される事が無くなるが、固定化した妄想は残存し、近隣と喧嘩をしたために入院になったと、病識は不十分のままである。
現在の生活	幼少期育った祖母の家で一緒に過ごした従兄を「お兄さん」と言って頼りにしている。今回の入院までは従兄がたまに様子を見に来る、相談相手になるなど力になっていた。しかし今回の入院の後には従兄自身が高齢になってきたので限界と感じ、訪問看護を頼むなどソーシャルサポー

	<p>トを利用することとなった。週に2日のデイケアと週に1回の訪問看護サービスを利用して生活の安定を目指している。デイケアで「症状自己管理モジュール」に参加し、症状の自己管理を学び持続症状対処など訪問看護師と行っている。規則的な服薬はできているが、固定化した妄想は残存し対人場面を狭めている印象。デイケアでは「喧嘩すると大変」と言って積極的にコミュニケーションをとろうとはせず、独りであることが多い。病気になってから友人と呼べる人はできなかったと言い、デイケアで友人を作りたいが自分が話しかけても、どうせ返事をしないだろうから喧嘩をしないために話しかけないという。訪問看護師にデイケアで行っている合唱部に入りたいと漏らす、実際はなかなか言い出せず。デイケアスタッフが合唱部に誘うが「声が出ない」「みんなに迷惑」と言って見学している。</p>
--	--

問題1 この人にはどんな生活技能が欠けているでしょうか？

.....

.....

.....

.....

問題2 この人のSSTでの目標を考えてください。

.....

.....

.....

.....

問題3 この人の目標に近づけるために適切な練習課題を考えてください

.....

.....

.....

.....

ケース5 自己主張技能が課題のケース

基本情報	氏名：埼玉一郎 23歳 病名：統合失調症 社会資源：地域活動支援センター
本人の希望	仕事をして父親に認められたい
サービス目標	○家族との関係調整。家族への心理教育 ○社会資源の利用を拡大して、社会参加の場を増やす
生活歴・病歴	中学生のころから不登校であったが、何とか高校に進学する。しかし高校にはほとんど登校できず2年になる前に中退する。その後引きこもりの生活になるが、勉強は続け「大学入学資格検定」に合格する。20歳のころ本人を支え続けた母親が病死、そのころから、「父は自分が死ねばいいと思っている」「黒い世界から殺し屋が来る」などと言い出し、錯乱状態となり入院する。3か月の入院治療を経て、本人を苦しめていた幻聴が消失し退院となる。服薬をすることで幻聴が無くなり楽になったという体験を振り返ることができ、継続した服薬に対する理解も良好である。むしろ父親が継続した服薬に対し不安を述べている。今回、父親が昼間仕事に行っている間本人を一人にするのが不安ということで訪問を導入することとなった。また地域活動支援センターのパソコン教室に週1回の割合で通っており、最後まで続けたいと思っている。
現在の生活	退院後は少しでも父親の役に立ちたいと、家事などしようと試みるがうまくいかず怒られてしまうことが多い。訪問看護師にもご飯の炊き方など教えてほしいと前向きに取り組んでいる様子が伺える。部屋の片づけをしたり、洗い物などを頑張っている。しかし少しの落ち度でも父は仕事から帰ると「掃除がきちんとできていない!」「バイトも出来ないなら、家のことをきちんとやりなさい。」などと批判する。父も「家族教室」に出るなど理解を深めようと努力を始め、本人のことを心配しているが、話しかけてもうつむいて視線も合わない息子と対じすると、ついというるさく言ってしまう。本人は「自分も出来る限り、頑張っている」と言いたいのですが、怒られると部屋に引きこもってしまう。どうしても家事をうまくやれるか父親に教えてほしいとも思っているが、なかなかうまく行かない状況。

問題1 この人にはどんな生活技能が欠けているでしょうか？

.....

.....

.....

.....

問題2 この人のSSTでの目標を考えてください。

.....

.....

.....

問題3 この人の目標に近づけるために適切な練習課題を考えてください

.....

.....

.....

ケース6 交友技能が課題のケース

基本情報	氏名：愛媛 花子 59歳 病名：統合失調症 社会資源：デイケア・ホームヘルパー（居宅介護）
本人の希望	友人を作り仲良く過ごしたい。
サービス目標	○安定した対人関係の持続。自立した生活を営むための対処行動の援助 ○社会資源の利用への援助
生活歴・病歴	地元の高校を卒業後、遠方に就職していたが程なく発病。被害妄想強く統合失調症と診断され入院をした。数ヶ月で病状は比較的軽くなり、ご本人の強い希望もあり、退院し地元に戻り実家で過ごす。精神科には定期的に受診した。しかし、母親と折り合いが悪く、不眠、イライラすることが多くなり情動不安定となる。思い切って单身生活を始めたが独りで過ごすことへの寂しさを感じ、夜間に散歩し浪費し生活費の殆どを使ってしまい生活が困窮する。家族が生活費を管理することになり浪費はなくなったが、孤独感、疎外感を感じて抑うつ状態となる。また、隣人や特定の人物に対して被害関係妄想を強く訴え再度入院となる。入院すると約1ヶ月間で病状が治まり退院となる。今回父親の強い希望もあり訪問看護が導入された。
現在の生活	退院後はデイケアを利用していたが、容易に被害的となることが多く、好き嫌いが激しく友人は限られていた。しかし、その数少ない友人からも夜間に訪ねて来る、お節介を焼く、自己中心的との理由から敬遠され独りで過ごすことが多くなる。また、隣人やホームヘルパーに対しても被害関係妄想を訴える。そのうち徐々に抑うつ状態となり日中も住まいから出ることが少なくなる。「何も楽しみがないから死にたい。」と漏らすこともあり将来への希望が持てない状態である。本人は沢山の交

	友関係を望んでいるが、対人交流の幅がとても狭く友人との関係も長続きしないため常に孤立していた。唯一、自宅を訪ねてくる訪問看護師とホームヘルパーが頼りで、特に今回、新たに来てくれることになったホームヘルパーと良い関係を築きたいと願っている。
--	---

問題 1 この人にはどんな生活技能が欠けているでしょうか？

.....

.....

.....

問題 2 この人の SST での目標を考えてください。

.....

.....

.....

問題 3 この人の目標に近づけるために適切な練習課題を考えてください

.....

.....

.....

ケース 7 対立の処理技能が課題のケース

基本情報	氏名：愛媛 一郎 29 歳 病名：統合失調症 社会資源：デイケア・地域活動支援センター・作業所
本人の希望	就労やボランティア活動を通じて積極的に社会参画したい。
サービス目標	○ 良好で安定した対人関係を築くための技能の獲得 ○ 家族との関係調整。本人、家族への心理教育
生活歴・病歴	高校を卒業し地元の企業に就職するが顧客から「あの態度は何だ」などの度重なるクレームがあった。また、同僚や上司とトラブルも多々あり転職を繰り返す。地元の消防団にも入っていたがすぐに感情的になる傾向にあり次第に仲間から敬遠され独りで過ごすことが多くなる。24 歳になった頃より「周りの人達が俺を見張っている」「僕に嫌がらせをしてくる」と訴えるようになり引きこもりの生活となる。25 歳時に大量服薬をして救急搬送され精神科に入院となる。約 3 ヶ月で退院しデイケアを利用することになる。家庭では常に家族と口論が絶えず、本人、

	<p>家族ともに疲弊している状態であった。周囲の人達とお付き合いしたい気持ちはあるが上手くいかないようである。就労やボランティアの参加を強く望んでいる。</p>
現在の生活	<p>退院後はデイケアを利用し、それなりに上手くメンバーと付き合うことができていた。しかし半年が過ぎた頃よりデイケアのメンバーと口論となり暴力を振るってしまい通所禁止となる。本人はとても落ち込み再び引きこもりの生活となる。初対面の人や余り顔を合わすことのない人達とはそれなりに上手くお付き合いはできるのだが、友人的な存在や家族など心の距離の近い存在に対しては、自分の意見が通らず思い通りにならないと「なぜ、僕が我慢しなければいけないのか！！」などと怒りを顕わに感情的となり、つい不適切な行動をとってしまい孤立し後で後悔するパターンを繰り返している。家庭でも口論が絶えず、本人、家族ともに疲弊し心休まる場所もない。本人は「家族が自分のためを考えて色々意見してくれている」とも漏らすうまく対処できない。就労に向けデイケアにも再び通所したいと思っている。</p>

問題 1 この人にはどんな生活技能が欠けているでしょうか？

.....

.....

.....

.....

問題 2 この人の S S T での目標を考えてください。

.....

.....

.....

.....

問題 3 この人の目標に近づけるために適切な練習課題を考えてください

.....

.....

.....

.....

ケース8 症状管理が課題のケース

基本情報	氏名：都 一郎 40歳 病名：分裂感情障害 社会資源：グループホーム・作業所
本人の希望	再入院せず病状が安定した生活を送れる
サービス目標	○ 訪問看護で病状を安定できる対処行動への援助と自立生活を保つ ○ 症状悪化時の早期発見
生活歴・病歴	3人兄弟の長男として育ち、父は大学時代に他界、母は病弱で現在療養型の病院に入院中。大学を卒業後服飾関係に就職したが、感情の波（躁・うつ）が時々起こり精神科外来に通院しながら仕事をしていた。35歳の時営業がうまくいかず自ら損益を埋めるために大量の品物を仕入れ自己破産し退職。躁状態を呈し興奮強く医療保護入院となり、その後も病状は安定せず4年間の入院治療を要した。感情の波が高ぶると不眠・興奮激しく拘束を必要とし、うつ状態になると1年ほど遷延し、希死念慮が出ることもあった。気分高揚になる前に不眠が現れ、それに伴い浪費が増え金銭管理が崩れる。うつ期になるとほとんどベッドの中で過ごすことが多かった。入院中に服薬教室や退院準備グループなどに参加し、症状自己管理ができるようになると安定に向かい、作業所に通所し病院周辺のグループホームに退院することができた。
現在の生活	グループホームで生活して1年半を経過している。週に1回訪問を受け入れ作業所へ通っていたが、うつ期になると昼まで寝て午後にやっと参加するか休むことがたびたびだった。部屋の状況は荷物が多く片付けや整理はあまりされていなかった。自分の状態については外来主治医に的確に伝えることができていた。訪問時の状況は気分高揚時には多弁となり話を終えることがなかなかできず、ひとしきり話し込んでいた。近くに住む家族から病院へ「一郎が車を買おうとしている、止めてください」とヘルプの電話が入ることもあった。金銭管理は作業所の職員と一緒に小額を決められた額のみ降ろすことで何とか保っていたが、電話で注文してしまい周りが気づき契約解除をするといったこともあった。

問題1 この人の症状悪化前の注意サインを2つあげてください。

.....

.....

.....

.....

問題2 この人のSSTでの目標を考えてください。

.....

.....

.....

.....

問題3 この人の目標に近づけるために適切な練習課題を考えてください

.....

.....

.....

.....

ケース9 問題解決技能が課題のケース

基本情報	氏名：東 花子 40歳 病名：統合失調症 社会資源：グループホーム・作業所
本人の希望	グループホームを卒業し単身アパート暮らしになって、明るく元気に作業所へ通いたい
サービス目標	○ 訪問看護で社会資源利用への援助と安定した自立生活を保つ ○ 正確な服薬行動と症状悪化時の早期発見
生活歴・病歴	高校を卒業し就職したが対人関係でうまくいかず職を転々とする。35歳の時職場で知り合った男性と結婚し1児をもうける。出産後、妄想に支配され「周りの人が私の悪口を言っている」と家から出なくなったり暴れたりするようになり入院。その後離婚となる。生まれつき顔面の上部にあざ（化粧でほとんど分からない程度）があり「道を歩いていてもすれ違う人があざ笑っている」「おばけと言っていた」など被害的妄想は残存しているが、3度の入退院を繰り返し、服薬指導を受けてからはしっかりと服用できるようになった。自立に向けて病院周辺にあるグループホームへ退院となった。子供は花子さんの母が面倒を見ている。
現在の生活	グループホームで生活して2年を経過している。月に一度母が子供を連れて会いに来る。自ら実家に外泊することもあるが、ほとんどはグループホーム近くのファミリーレストランへ3人で食事をする程度である。 作業所へ週5日通い、週に2回のグループホームの夕食会に参加しているが、時々「手がしびれる」「今日は参加できない」と休むことがある。作業所での対人関係は「一緒に作業しているメンバーが私のほうを見て『おばけ』と言った。作業所に行くのがつらくなる時がある。」と言い、

	休むことがある。作業所では自分からそのメンバーに話しかけることができない。グループホームの世話人さんや作業所の職員に相談したこともない。「明るくなりたいがどうしたら色々な人と話せるのか自信がない」とうつむいてしまう。
--	--

問題 1 この人にはどんな問題を抱えているのでしょうか？

.....

.....

.....

.....

問題 2 この人の問題を解決するための解決策と解決策の長所と短所を考えてみましょう。

解決策	長所	短所

問題 3 解決策から導かれた適切な練習課題を考えてください

.....

.....

.....

.....

編集後記

このマニュアルは、訪問活動の現場で、SSTを役立ててきた実践者、また、そうした取り組みに対して、指導・助言をしてきた普及協会会員が、各自分担して編んだマニュアルです。こうした学習教材は、わが国初です。総勢29名が執筆にかかりました。このマニュアルの前の版を使って、2010年1月から2月にかけて、全国5か所で研修会を開催しました。その参加者からいただいたご意見を参考に、さらに改定したものがこのマニュアルです。表現やレイアウトを統一すること、本文の理解を助けるイラストを増やすことに心がけました。こうして出来上がってみますと、表現や言い回しにはまだまだバラつきが見られます。けれども、精神科訪問活動の現場にSSTがもっともっと届いてほしい。そんな、各執筆者の想いは十分伝わるマニュアルになったものと、執筆者一同自負しています。これからのわが国の、精神科訪問サービスの現場で、SSTがごく当たり前の対人援助の際の技術として広がってくれば、本当にうれしく思います。

(天笠崇)

精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル

～ 訪問の現場に SST を活かす ～

発行者 SST 普及協会 西園昌久

発行所 東京都小平市小川東町 4-1-1
国立精神・神経センター病院 副院長室内

発行日 平成 22 年 3 月 31 日

Ⅲ 第一次マニュアルを使用して全国で開催した関係者に向けた研修会の報告

第一次マニュアルを使用し、具体的な支援技術を演習形式により実践的に学ぶ研修会を開催しました。研修会会場として全国5箇所を設定し、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、医師等関係する職種を広く募りました。精神科病院ばかりでなく、訪問看護ステーションなどにも広く周知しました。

第一次マニュアルに基づく研修会は、SST普及協会の支部が合同して次の日時に全国の5箇所で開催されました。すなわち、

①北海道・北東北・南東北支部開催の研修会

2010年1月9日 10:00～17:00 仙台市医師会館5階研修室

②北関東・南関東支部開催の研修会

2010年1月31日 10:00～17:00 大宮ソニックシティー会議室

③東海・北陸支部開催の研修会

2010年2月20日 10:00～17:00 同朋大学 Doプラザ関蔵 ホールDo

④近畿・四国支部開催の研修会

2010年2月20日 10:00～17:00 ドーンセンター 4F大会議室

(大阪府立男女共同参画・青少年センター)

⑤中国・九州支部開催の研修会

2010年1月10日 10:00～17:00 北九州国際会議場

の5箇所です。各研修会には精神障害者の訪問サービスに関心のある多様な職種の方に参加頂き、第一次マニュアル及び研修会に対する御意見を頂きました。各研修会には予定の50名を大きく上回る参加希望者がありましたが、開催の趣旨から参加者数を制限せざるを得ませんでした。その結果、北海道・北東北・南東北支部開催の研修会には59名、北関東・南関東支部開催の研修会には61名、東海・北陸支部開催の研修会には54名、近畿・四国支部開催の研修会には62名、中国・九州支部開催の研修会には62名の参加がありました。各研修会の参加者の内訳及び参加者から頂いたご意見をまとめて以下に掲載させていただきます。



研修会風景（北関東・南関東支部開催の研修会から）

A 研修会アンケート集計結果のまとめ

実施内容は、今回作製されたテキストに沿って行われたが、研修6時間のうち約3時間は事例の提示と、小グループに分かれての演習(実際のケースを提示しての症例検討、問題解決練習、SSTの実施など)にあてられ、実践的な内容であったのが大きな特色となっている。演習では各グループをSSTの経験が豊かな講師が担当し、参加者が訪問を行う上での日々の困難や課題などを丁寧に聞き取りながら、その困難への対処を話し合い、必要に応じてSSTを行うことが試みられた。それぞれのグループでは、にぎやかにロールプレイを行ったり、意見交換する姿が見られた。なおテキストは研修会での経験を踏まえて、さらに改定が行われた。

研修会アンケートのまとめは以下のとおりである。

1、参加者数は各研修会とも30～50名前後であった。これははじめての研修会の試みであり、試験的な色合いがあったためと、小グループに分けての演習で各グループに必ず講師を配置したためであった。今年度の結果を踏まえて、研修内容、テキストなどが洗練され、講師陣が経験を積むことで、より多くの参加者に研修会を提供できるものと思われる。ただし、1か所での研修会の適正化参加者数や、講師数の割合は、十分検討を要する。男女比はおおむね女性が多かった。年代は、30代から50代のものが多かった。

2、職種は様々な職種が参加していたが、中では看護師が多いのが特徴であったが、精神保健福祉士も多く参加していた。

3、専門職種の経験年数は平均して10数年程度であり、訪問の経験年数は5年前後であった。

4、所属施設は精神科病院からの参加者が多かった。

5、今回の参加者がこれまでに行っている訪問においては、訪問の主な対象者精神障害者(統合失調症、うつ病が中心)であった。

6、今回の参加者が、実際に担当している症例数は、週当たり のべ10数件、1日当たり数件程度であった。

7、個別の訪問頻度・時間は、参加者によるばらつきが大きかった。

8、ふだん行っている訪問での援助内容はさまざまであるため、個々のアンケートにあ

たっていたくほかないが、生活全般の援助や服薬・症状管理が主体であったが、そのほか、就労支援、医学的な管理の支援、家族支援などが広く行われていた。訪問で行う支援の内容は多岐にわたることが、改めて明確になった。

9、精神科病院からの参加者が多かったために、援助のコストは多く診療報酬で賄われていた。

10、訪問する側かふだん感じている困難も、多岐にわたったが、服薬・症状管理や危機介入と、利用者の対人的な課題への支援、家族や地域関係者への支援などが多く挙げられていた。また訪問する専門家の側の課題（アセスメントの技術が不十分など）も挙げられていた。

11、今回の研修会の全般的な評価では、「とても役に立った」「まあ役に立が多数を占めた。

12、研修会で SST が理解できたかどうかについては、「わかりやすかった」が多数を占めた。

13、訪問を行う中で、今後 SST を使ってみようと思いか、という問いには、「すぐ使ってみたい」もしくは、「機会があれば使ってみたい」という回答が大部分であった。

14、研修会の時間は、「ちょうどよかった」との回答がほとんどであった。

15、訪問の技術でほかに知りたいことについては、多様な回答が寄せられたため、個々のアンケート結果を参照いただくほかないが、訪問のニーズが高まっており、項目8で示したように支援内容が多様であり、それに伴い訪問を行う専門家の側で、技術不足を多々感じるということではないかと思われる。本研修会で目指した、SST を用いた対人支援技術を訪問で取り入れる試みについても、本人への援助だけでなく、家族や関係者への支援としてもニーズがあること、また例えば服薬支援にかかわる時の、本人の思いを聞き、動機を引き出し、具体的な服薬行動の改善を目指すなど、専門家自身の対人支援技術のトレーニングとしても SST は役立つことが考えられる。

16、研修会の感想や質問も、多様な意見が寄せられた。

まず、研修会そのものへの肯定的な意見が多く寄せられた。「中身が濃い」「実践的で役立つ」などの包括的な評価のほか、具体的な個々の要素について、評価するご意見が頂けた。また研修会の中で強調された理念や考え方などについても、よい学習をしたとの意見が多くみられた。ロールプレイの有用性に言及する意見も見られた。

次に、研修会の内容や実施方法の改善を求める数々の貴重なご意見をいただいた。テキストの内容、構成、研修会の進め方などいずれも貴重なご意見であり、今後さらに研修会をよりよいものにするために生かしていきたいと考える。

さらに、訪問や SST について、現場での実践経験を積んでいる方から、やはり貴重なご意見を頂けた。アセスメントの技術を深める必要性など、的確な指摘が数多くあった。こうしたご意見を踏まえ、訪問支援、そしてそのなかでの SST の生かし方について深めていきたいと考える

本研修会の意義について触れるご意見も見られた。専門家同士の相互交流の意義なども指摘された。また「研修を行う目的が SST を行うことになってしまうのはどうか」という重要な指摘もあり、あらためて精神医療・福祉・保健の領域で、訪問支援（アウトリーチサービス）を広げていくことの重要性、そしてその技術を高めるために一要素として SST を位置付けていくことが求められていると感じた。

(池淵恵美)

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（自立支援調査研究プロジェクト）

報告書

精神障害者への訪問サービスの援助技術の確立に向けた研究

発行者 SST 普及協会 西園昌久

発行所 東京都小平市小川東町 4-1-1
国立精神・神経センター病院 副院長室内

発行日 平成 22 年 3 月 31 日

