

研修報告書

理事長

所属長

所 属	青南病院 看護課	職種	看護師	氏名	東 和弘
期 間	平成 17 年 2 月 14 日	～	平成 17 年 2 月 18 日		
出張目的	精神科リハビリテーション看護（日本精神科看護技術協会）受講のため				
出張先	東京都中央区 社団法人日本精神科看護技術協会・協会研修室				
研修要旨（プログラム毎に）	研修に関する考察（プログラム毎に）				

考察及び所感

これまでの現場経験は急性期がほとんどであり、今日の前にいる不安定な患者様の病状回復に向けての日常的な援助介入する機会がほとんどであった。そのため、まずは病状の回復に全力をそそぎ、リハビリの必要な時期においては次のステップ病棟に任せるといった役割意識の考えが強かった。そのため、ややリハビリというものに関心が薄かったのは反省であり、今までの自分のスタイルであった。その事からも、単純にリハビリ全般に対する知識を習得したいという目的が今回は強かった。

5 日間の研修の中で講師誰もがリハビリの話だけではなく、急性期の時期から回復期までの説明もししており、その上でリハビリの必要な時期の介入について話されていた。このことから、一人の対象のケアは段階に区別するのではなく入院と同時にリハビリは始まっていると考えてよいと感じた。もちろん、その時期の優先度の違いはあるにせよ、いずれの時期においても「リハビリ」という言葉は必要不可欠であることも改めて理解した。違う言い方をするならば、入院と同時に退院に向かうための意識した介入が必要であり、その事をなくして対象のプランニングは出来ないと言う事になります。

当院においてはリハビリテーションプログラムという患者プログラムを試行錯誤しながら、検討し実施しています。このプログラムも今回の研修で触れられている、病気を持ってその対象がどのような生活を考えていくかという取り組みであり、必要なものである事を痛感しました。それだけに検討している時間は長い結果にはなっているが、有効な内容（ベストなもの）を提供できるようにする事が現場にいる我々の役割である、と感じた。今現在は病院の中にいる看護師であり、目の前にいる入院中の患者様のリハビリを考える責任はある。若干の反省になるが、リハプロ担当スタッフ任せにしていた自分の姿勢を改め、今回の研修で学んだ事、改めて考えた自分の考えを現場に返す努力はしたいと考える。

青南病院では院長先生や看護課長の研修出席に対する理解もしていただき、今回も日精看の研修を受講させていただいたことに感謝します。

講義内容

「職業リハビリ」

1、職業リハビリテーション施策の概要と実際

(1) リハビリテーションの発想

「疾患を治す」→「健康」な部分を活かす

医療モデル リハビリモデルからのアプローチ

「自尊心」「勇気」「希望」等や地域ネットワーク（マンパワー、援護制度等）への対応

(2) 職リハ援助の目的

機能障害が持続する制約の下で「最適な人生への適応」を目指す。

① 精神科リハの経験則

病気だからといって就職出来ないとはいえない

病気が重いからといって就職出来ないとはいえない

病気だからといって個人の技能が低いとはいえない

就職できるか否かは技能による

職業的スキルを高めれば就職の可能性が高まる

(3) 地域で自立し社会参加するために必要なもの

医（医療機関）→病院、クリニック

職（就労支援）→授産施設、共同作業所

住（住居）→援護寮、福祉ホーム、グループホーム

仲間→デイケア（医療機関、保健所、精神保健センター）

生活支援→ホームヘルプサービス、生活支援センター

2、わが国の障害者雇用対策

(1) 対策の3本柱

障害者雇用率制度

障害者雇用納付金制度

職業リハビリテーション事業

① 障害者雇用率制度

- ・ 法定雇用率

民間企業 1, 8 % (56 人に 1 人の雇用義務)

- ・ 達成していないと

雇い入れ計画作成

企業名を公表

② 障害者雇用納付金制度

- ・ 雇用納付金、調整金、奨学金による事業主負担の調整
- ・ 障害者雇用の為の施設、節部などの改善・援助者の配置
- ・ 中途障害者の継続雇用に対する助成

③ 職業リハビリテーションを実施する機関

- ・ 公共職業安定所（ハローワーク）
職業相談・職業紹介・職場定着指導
- ・ 障害者職業センター
- ・ 職業能力開発校全国で 19 箇所
- ・ 民間企業
- ・ 就業・生活支援センター

(2) ハローワーク

① ハローワーク（公共職業安定所）

「ケースワーク方式」「障害者別相談員」「求職者登録制度」によるきめ細かな職業指導、職業紹介サービス

② ハローワーク活用の実際

- ・ 一般の窓口か、特別援助部門か

↓

多くの職場はある

↓

障害者の制度として伝える

事務所に行って話し合いはできる

- ・ 通院日が平日、一般窓口の選択がなくなる

↓

福井県は土日診療や 17 時以降の診療にも配慮している

- ・ 職業センターが先か、ハローワークが先か
ハローワークが主体に動いて職業センターへ動いたほうがいい
- ・ 目的と考えるか、手段と考えるか
就労する目的だけでなく、ここにきていることも 1 つの結果として考える
- ・ 就職後も状況を報告
うまくできていても報告しておく事が大事

(3) 3つの障害者職業センター

障害者職業総合センター

広域障害者職業センター
地域障害職業センター・・・各都道府県にある

(4) 就業・生活支援センターの業務内容

- ・ 障害がある方への支援
日常生活における相談・支援
基礎訓練・職業準備訓練・職業実習の斡旋
- ・ 事業主の方への支援
就職希望する方に関する情報提供
職場定着に関する相談・支援
- ・ 障害者雇用支援者（ボランティア）の育成
- ・ 関係機関との連絡調整

3、支援の実際

(1) ジョブコーチ事業

本人が勤める職場で訓練していけばよい

(2) 米国におけるジョブコーチの制度化

1986年のリハビリテーション法改正で制度化
改正前

職業相談→職業評価→職業訓練就職

改正後

ジョブコーチによる支援
就職後の職場に於いて
多彩な援助

(3) 次第に距離を取る方法（2001）

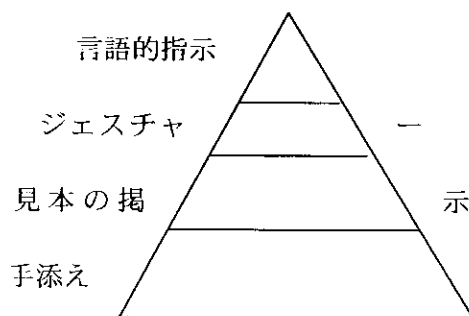
段階① ジョブコーチは障害のある人のすぐ後ろで監視する

段階② ジョブコーチはトイレのドアの外から障害のある人を監視する

段階③ ジョブコーチはトイレの外で障害のある人の視界から離れたところで監視する

段階④ ジョブコーチは次の就務先（清掃用具置き場）で障害のある人を待つ

(4) 利用状況に応じた指示

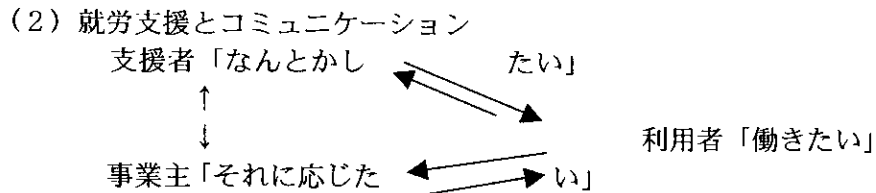


下に行くほど介入度が高い

4、実際に支援を推し進めている者は

(1) 「コミュニケーション」どっちが現実的か

- ・ 言語訓練からコミュニケーションをスムーズに
言語訓練→ありがとう→コミュニケーション
(原因) (結果・原因) (結果)
- ・ コミュニケーションが成立しているから「ありがとう」
コミュニケーション→ありがとう
(原因) (結果)



「地域支援センターの役割」

- 1、アサポートグループ・りらく立川代表（君島潔氏）が講師であり君島氏自身も精神障害者であり自らの活動を報告した。

2002年10月よりピアサポートグループとして活動を初め、翌年4月より「りらく」の名前がつき精神障害者長期在院者へのピアによる退院促進活動が始まった。どのように取り組めばいいのか全くの手探りの状態であった。限られた情報しか無いと言う現実が退院促進活動をいかにすすめていけばいいのか、知恵を使わざるを得ない状況に置かれた事でこのような現実をもたらした。

現在「りらく」の主力メンバーは自らの地域での自立生活をヘルパーに支えられている。彼らの言葉は退院促進活動において最も伝わる「言葉」と言われている。

メンバーの多くは退院促進活動に対しとても積極的に取り組んでいる。この活動の目的の一つでもある「自分自身に対しての誇りを持ち自信を取り戻す」ばらつきはあるがメンバーに感じる事があるという。

ただ「りらく」の力は限られている。細々とした活動しか出来ていないが「精神障害者の当事者グループ」は現在にこのような活動を現在も続けていることを知ってもらいたい。資金は社会福祉法人東京と共同募金会の配分金を受け活動している」と報告している。

- 1、君島氏が現在の活動を通してまとめた事

- ・当事者から当事者への最初の働きかけとして懇談会形式は有効と思われる。しかし、今回の試みは病院側の協力で出来た事である。協力体制ができていない場合は今後の課題。
- ・当事者グループの役割は退院への興味、意欲、希望をもつきっかけづくりである。実際に退院に向けて動きだしたら主に手助けするのは病院のPSWや行政の役割になる。当事者仲間としては一緒に勉教会に出席したり、一緒にアパート探しについて行ったり一緒に作業所見学について行ったりということになると考えられる。
- ・活動が継続的に行われる事が重要であるが活動を支える為の資金、精神的支援がないと継続は困難である。
- ・「退院促進」という目的を持つ事により、自分も何かやっている何かの役に立っていると感じられる。
- ・自分の病気や生活の体験を語る事は生きがいとなるが入院中の人に語る事はそれ以上に自分を見つめ直すことにもなった。

「退院促進への取り組み」

- 1、精神科リハビリテーション看護

「全人間的復権」という理念

精神の歴史の中で人権が奪われてきた現実
名誉と権利の回復
精神医療の歴史的背景
社会復帰という意味で捉えられている事が多い

- (1) 精神医療の歴史

精神障害は病気、病者と認められない時代

近代精神医学は確立されたが誤った疾病感から人間としての扱いも受けられなかった

1950年代向精神薬が登場し人権が問われ病者として処遇され始めた時代

- (2) 入院中心医療から地域精神医療へ

1952年向精神薬クロルプロマジンがフランスで統合失調症の治療に使用された。

↓

種々の症状に対する効果にとどまらず病者の生活を支え、社会で生活する可能性を高める事になった。

(3) 民間精神病院の急増

向精神病薬による薬物療法が定着し民間精神病院の新設が続いた。

入院中心の医療

精神病院の不祥事



入院中心医療からの脱却

外来通院医療の重視

病棟の開放化の促進

病者に対する人権の配慮

改革に向けて歩み始めた

1、退院促進への取り組み

- ・ 退院促進は長期入院になっているケースが対象であり、現在動いている患者さんは黙っていても退院につながって行く。
- ・ 昨年7万2千床削減政策が打ち出されている。

(1) 精神科医療波急性期の充実と地域生活への支援に重点を置いている。

(2) 歴史的な背景として、病院が患者さんを抱え込んできた経緯がある

(3) 人は誰もが社会の中で自分らしく生きる権利がある

地域生活を見込んだ対応を入院中から行う。

生活の質に合わせた環境が病院の中に必要

長期になれば点数は低くなる（今までは何かできれば加算。これからは委員会や病院の取り組みが整っていなければ減算する－医療費を抑えて行くため）

(4) 個人の尊厳と権利（基本的人権の尊重）

1、旭山病院における地域生活支援

(1) 日常生活訓練室使用

退院後の生活訓練のため、約1ヶ月間使用

デイケア通所

病棟訪問

訪問看護

グループホーム

フリースペースから作業所へ

(2) 地域生活への支援

① 安定期を知る

その日、その日を断片的に見るのではなく、トータル的な見方

② 作業所などの活動を観察

退院した地域にいる患者さんの姿は生き生きしている。

③ セルフケア面などの障害を抱えていても地域での生活は可能

④ 病院施設から次のステップアップ

(3) 地域生活を維持する要因

① 安心できる場が確保されている

② 食事と孤独への対策が立てられる

③ 援助者が複数である

④ 援助して欲しい事や援助内容が伝えられる

⑤ 役割を持っている

⑥ 対人関係が維持できる

⑦ 治療が継続している

(4) 社会参加

- ① 食べられる、眠れる、喋れる…この3つができれば社会参加出来る
- ② 健常者に近づける事を目標にするのではなく、疾患を抱えながら社会に参加する方法を考える。
- ③ 治療者の考え方が社会参加への歩を左右している。

「生活技能訓練の理論と実際」

- ・どんな重要な精神障害者を抱えている人でも有意義に生活する事はできる。
- ・7万2千人退院？包括地域支援プログラムが必要
- ・ACT（アサーティブ、コミュニティー、トリートメント）病棟スタッフを再教育し地域へ

1、SSTについて

- (1) 入院中の患者さんに行う事でお金が取れる
- (2) 外来やデイケアではお金にならない
- (3) グループでやる事が知られている
- (4) 個別対応する事が大切である。
- (5) 普段の関わり自体がSSTだと考えてもいい（SSTは特別な技法では無い）

・精神障害者がしばしば呈する対処技能の欠損と依存性はもともと頻回の再入院によるものであって必要な対処技能と自立性を獲得するには「現に生活する地域の中」でもっとも良くなされるものである。

2、SSTってなんですか

Social 生活・社会・社交

Skills 技能・技

Training 訓練・練習

- (1) すでもっている力をのばすもの
- (2) 世慣れ訓練、技を磨く
- (3) 診療報酬（入院中）では75点と100点

3、色々な理由があって始められている

- (1) 若い頃から病気とお付き合い
友達がいない、将来への不安がつのる、決まった人だけの交流
→人との関わりが学習出来ない
- (2) 長い入院期間
三食昼寝つきの生活、人里はなれた環境
しゃべらなくても生活できる、目標のない毎日
- (3) 病気が自分の意志より一生懸命、様々な薬の副作用
→陰性症状
引きこもりの生活
人目を避ける →ちょっとした受けかたや伝え方に問題

4、コミュニケーションの3つの技能

受け止める、どうしようか考える、伝える

5、スタッフが心がける事

- (1) グループに参加された事はすごい
- (2) 肯定的なコミュニケーションを増やす
- (3) 参加者同士が持っている力や資源について語れるような機会を増やす
- (4) 参加者の要求を満たすように「グループ」がすすむようにする
- (5) 選択肢が増えるようにすすめる

6、障害者ケアマネジメントの定義

- (1) 障害者の地域における生活を支援する為にケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか、教育、就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間にたって複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的、かつ継続的なサービス

の供給を確保しさらには社会資源の改善および開発を推進する援助方法である。

- (2) ケアマネジメントとは
要援護者と社会資源を結びつける事によって酔う援護者の地域社会での生活を支援して行くこと
- (3) ケアマネジメントの3つの要素
援助の対象者、ケアマネージャー、社会資源
- (4) ケアマネジメントの対象者
 - ① 障害者である事
 - ② 多様なニーズがあること
 - ③ 比較的長期の関わりを要する事
 - ④ 自らサービス調整が困難である事
 - ⑤ 利用者が同意している事

「訪問看護の実際」

1、精神医療のこれから

- (1) 厚生労働省は新障害者プランのなかで挙げられている7万2千人の入院患者の地域での受け入れ態勢に関する中間報告書を出した。その骨子は入院医療主体から地保健、医療、福祉を中心としたありかたへの施策の転換である。
- (2) ①包括的地域生活支援プログラムのモデル事業の実施を検討
②精神科救急医療体制の全国的整備
③精神科訪問看護の充実
- (3) 社会的入院であった短期入院の方も長期入院の方も含まれており、それらの個別の対応が必須であり、まさに包括的なケアマネジメントが重視される。この中で既成の訪問看護は地域でのサポートシステムの補填としての評価は高く、本年度の診療報酬にも重点評価され訪問看護に対する期待の大きさを意味している。
- (4) ①精神科退院前訪問指導の訪問回数の増加
②複数職種による訪問の評価（新設320点）
③精神科訪問看護・指導・指導料における複数名の訪問の評価（450点）
④精神科デイケア等の算定見直し

2、精神科訪問看護の特徴

- (1) 慢性疾患であり長期にわたる
- (2) 身体ケアよりも、心理的、社会的ケアがほとんどである
- (3) 訪問看護の効果が見えにくい
- (4) 信頼関係なしに看護が成り立たない
- (5) 訪問看護を望んでいない利用者へ訪問することもある
- (6) 看護師の存在そのものが社会資源であり、またストレスになることもある

3、訪問看護の目的

- (1) 精神障害者が自分の病気や障害に関心を持ち病気のコントロールや再発防止ができ、自己決定を基本に必要な社会資源を利用しながら主体的にその人らしく生活ができ、QOLが高められるように支援する事が訪問看護の目的である。
- (2) 主な看護内容
 - ① 病状観察、情報収集
 - ② 療養指導、相談
 - ③ 生活リズムの調整
 - ④ 服薬管理
 - ⑤ 環境整備
 - ⑥ 社会資源活用

←入院中とちがって「自己責任」をつくっていく

4、精神科訪問看護のポイント

- (1) 生活支援
 - ① 地域生活における生活能力向上と維持に向けた援助
 - ② 在宅生活が上手く出来る為の支援

(2) 症状のコントロール

- ① 服薬管理および病状観察、再発防止にむけた援助
症状があっても入院しなくてもすむように
- ② 医師への情報を流さなければならない時は
→本人が話できるように仕向けて行く

(3) 対人関係の調整

- ① まずは看護師との信頼関係の構築
- ② 家族との付き合い、近隣や地域との付き合い→コーディネーターとしての役割

(4) QOLの向上

- ① 余暇の利用
- ② 作業所や支援センターなどへの参加

(5) 家族支援

- ① 誤解と偏見に基づいた社会認識の中での家族の疲労と抱えを理解する
- ② 病気の理解と関わり方を支援する

5、社会復帰施設とは

精神障害者にとっては働く事への不安や求職、社会的入院、家族状況等による住居に関しての問題、他に日常生活への不安等「自由に相談できる場」または自分自身の「存在が確認できる場」等が必要である。