名寄市病誌　17：58～63，2009

看護研究

精神科病棟入院患者の社会生活障害
～精神科リハビリテーション行動尺度（Ｒｅｈａｂ）を用いた評価～

石田しおり　上西こずえ　井本　有子
大森　麻美　早川ゆみ子　高橋　潤

Key Words：

はじめに

精神科医療の問題として長期入院（5年以上とする）がある．1999年の精神保健福祉法の制定により，法の目的が精神障害者の社会復帰から社会参加へと変わった．入院治療ではなく外来での治療が中心であり，全国的に精神科病床数の削減により，退院を促進しようとしている傾向にある．当科においても5年以上の入院患者が半数を占め，長期入院の問題を抱えている．今回，その問題と直面するきっかけとして，精神科リハビリテーション行動尺度を用いて行動評価をし，障害の程度別にグループ分けをすることにした．本研究では退院可能な人がどの程度いるのか，社会生活障害がどの程度あるのかを捉えることを目的とした．

研究方法

1. 精神科リハビリテーション行動尺度（以下Ｒｅｈａｂとする.）を用いた調査研究．Ｒｅｈａｂは Ｒｅｈａｂｉｌｉｔａｓｉｏｎ　Ｅｖａｉｕａｔｉｏｎ　Ｈａｌｌ　Ａｎｄ　Ｂａｋｅｒの略で1988年にイギリスで開発された23項目からなる多目的の行動評価尺度である．0点から144点で評価され，点数が高いほど障害が重度である．

2. 研究対象　第1病棟に入院中の患者（2007年6月7日から2007年7月1日入院中の50名）

3. 研究期間　2007年4月～2007年12月

4. データ収集方法　Ｒｅｈａｂによる行動評価．1週間の行動記録を用いて評価する．個人的了解を得ると，ありのままの観察が出来なくなり，より正確なデータ収集ができない可能性がある．そのため日々の看護記録を用いた調査である．個人は特定されない．

5. データ分析方法　行動評価を障害の程度別にグループ分けをし，グループごとの行動評価の値を平均値により比較するためｔ検定を使用した．

結　果

1. 対象者の特徴

1.）全体

項目別順位は点数の高い方から施設・機関の利用，病棟外交流，余暇，病棟内交流，金銭管理，所持品の整理，自発的言語，身繕い，助言・援助，身支度，活動性，言葉の量，食事の仕方，明瞭さ，言葉の意味であった．中項目別の評価平均は逸脱行動が1．08／14満点，社会活動性24．9／54満点，ことばのわかりやすさ3．78／18満点，セルフケア14．88／45満点，社会生活の技能12．06／18満点，全般的評価5．64／9満点，合計61．44／144満点であった．長期入院患者は25名で，短期入院患者も25名であった．長期入院患者と短期入院患者の中項目での平均値を比較したところ優位な差は認められなかった．（$p<0.05$）

2.）病棟別の特徴

(1) 閉鎖病棟　中項目別の評価の平均は逸脱行動が0．96，社会的活動性29．34，ことばのわかりやすさ4．53，

セルフケア15．65，社会生活の技能15．5，全般的評価7．42，合計73．96であった．短期入院患者12名，長期入院患者14名の計26名であ

る．中項目別の平均値を長期入院と短期入院で比較したところ優位な差は認められなかった（p＜0．05）

(2) 開放病棟　中項目別の評価平均は逸脱行動が1．2，社会的活動性20．08，ことばのわかりやすさ2．95，セルフケア12．87，社会生活の技能8．33，全般的評価3．70，合計47．83であった．短期入院患者13名，長期入院患者11名の計24名である．中項目別の平均値を比較したところ，社会的活動性，ことばのわかりやすさ，社会生活の技能に優位な差が認められた．（p＜0．05）セルフケアの項目については優位な差は認められなかった．（p＜0．05）

表1　全体

	長期入院患者	短期入院患者
逸脱行動	1．2	0．96
社会的活動性	27．44	22．36
ことばのわかりやすさ	4．88	2．68
セルフケア	17．16	12．6
社会生活の技能	13．68	10．44
全般的評価	6．68	4．6
合　計	69．84	53

表2　閉鎖病棟

	長期入院患者	短期入院患者
社会的活動性	24．21	35．33
ことばのわかりやすさ	4．7	4．9
セルフケア	15．85	17．75
社会生活の技能	14．2	16．08
全般的評価	7．57	7．25
合　計	67．42	81．58

表3　開放病棟

	長期入院患者	短期入院患者
社会的活動性	31．54	10．92
ことばのわかりやすさ	5．27	1
セルフケア	18．81	7．84
社会生活の技能	12	5．23
全般的評価	5．54	2．15
合　計	72．9	26．61

2. グループ別評価

0～20点を休養目的での入院とし，21～40点を退院準備期にある患者（以後，退院準備とする）．41～80点を地域で暮らす可能性の境界線にいる患者（以後，境界線とする）．81～144点を病院以外での生活が明らかに不可能な患者（以後，退院不可能とする）とグループ分けをする．休養目的での入院は11名で，うち長期入院患者が2名，短期入院患者が9名であった．退院準備は8名で，うち長期入院患者が6名で短期入院患者が2名であった．境界線は14名（閉鎖10名，開放4名），うち長期入院患者が7名，短期入院患者7名であった．退院不可能は17名でうち長期入院患者が10名（5～10年3名，11～40年4名，40年以上3名）で短期入院患者が7名であった．

1.）逸脱行動

評価の平均は，休養目的での入院0．09，退院準備期0．42，境界線0．4退院不可能2．41であり，グループ間を比較したところ，優位な差が認められた．（p＜0．05）

2.）社会的活動性

評価の平均は，休養目的での入院2．27，退院準備11．57，境界線28．3，退院不可能41．91であり，グループ間を比較したところ，優位な差が認められた．（p＜0．05）

3.）ことばのわかりやすさ

評価の平均は，休養目的での入院0，退院準備1．1，境界線1，退院不可能9．5でありグループ間を比較したところ，優位な差が認められた．（p＜0．05）

4.）セルフケア

評価の平均は，休養目的での入院1．18，退院準備3．42，境界線5．1，退院不可能35．58であり，グループ間を比較したところ，優位な差が認められた．（p＜0．05）

5.）社会生活の技能

評価の平均は，休養目的での入院2．72，退院準備7．42，境界線13．9退院不可能18であり，グループ間を比較したところ，優位な差が認められた．（p＜0．05）

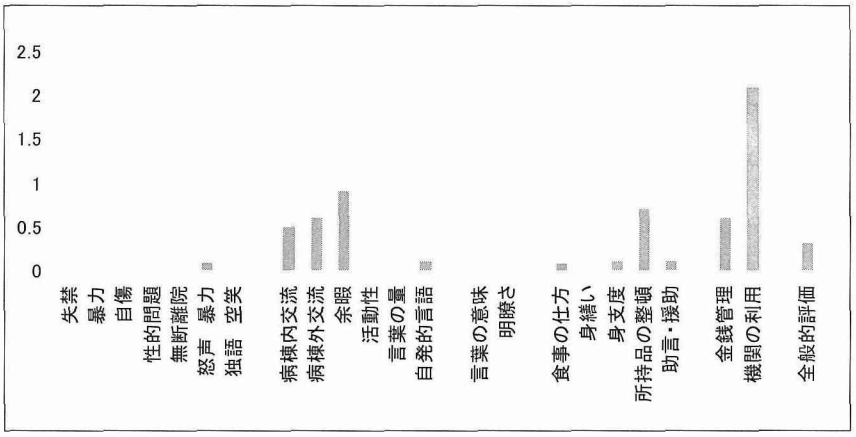

図1　休養目的の平均

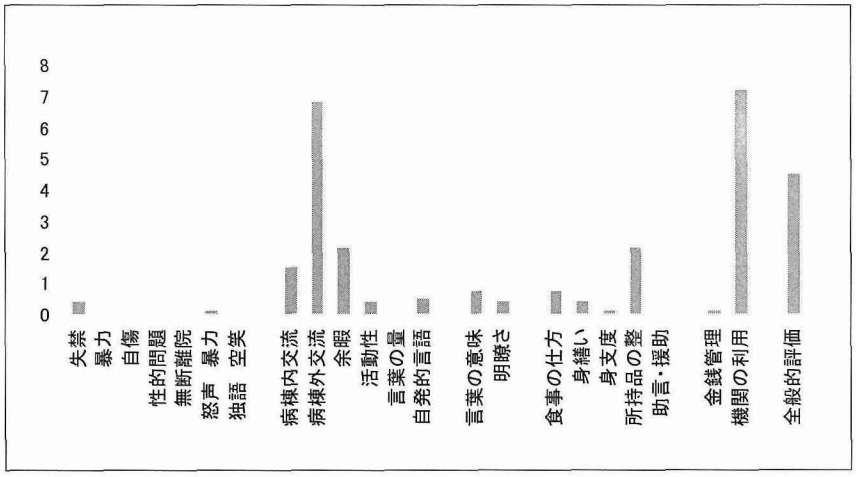

図2　退院準備期間の平均

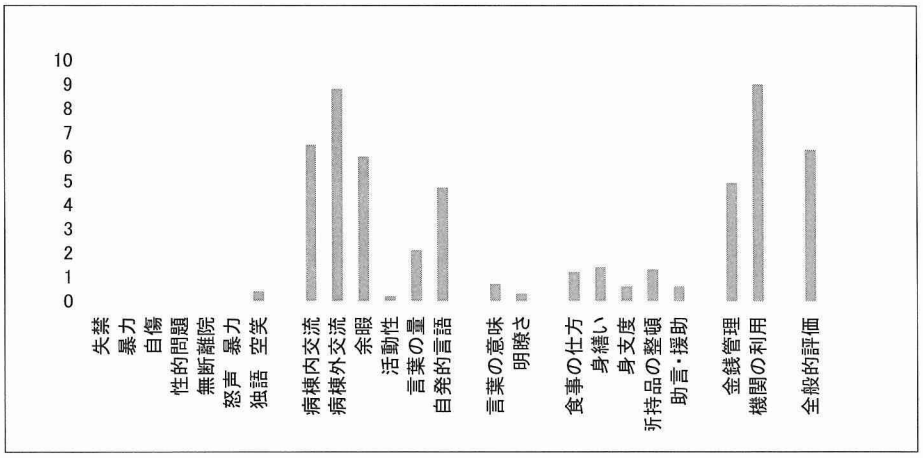

図３　地域で暮らす可能性の境界線の平均

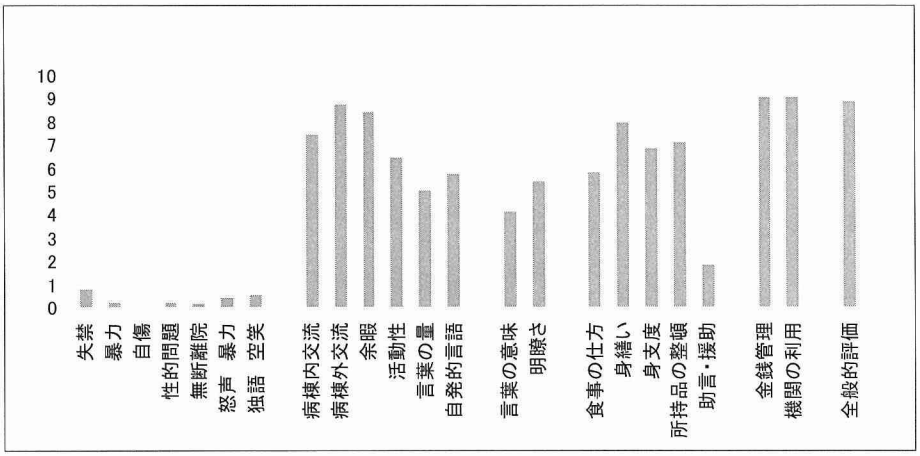

図４　病院以外での生活が不可能の平均

考　察

1. 対象者の特徴

当科入院患者の社会生活障害は『社会生活の技能』『社会的活動性』『セルフケア』『ことばのわかりやすさ』の順に障害が重度であった．『社会生活の技能』や『社会的活動性』は閉鎖病棟では，患者の症状や問題行動（自殺企図や自傷行為，幻覚妄想からくる他患者とのトラブル，病識の欠如からくる離院）などによって事故などの危険や不利益などから患者を守るため，開放処遇の制限をする必要があり障害が重度となった．開放病棟では，入院期間が長期化することによって社会的地位の消失，目標の消失，無力感，行動の低下が起こったため障害があった．坂田は「患者は長期にわたって社会から隔離された生活をしていたために，能動性の減退や現実検討力の持続的障害が見られる場合が多く社会性が低下していることも否定できない」1)　と述べている．また，入院が長期化することにより家族と疎遠となり外出・外泊などが出来ないことも障害が重度となる原因となる．「長期在院患者の両親の多くは高齢で，体力的にも精神的にも，また経済的にも患者を支える余力を残していない．また，両親の死亡や老衰などによって保護者が兄弟姉妹に代替わりしている場合も，核家族化が進むなかで，自分たちの生活を整えていくことに精一杯で，患者の保護には限界がある場合も多い」1) と坂田は述べている．『セルフケア』の「食事の仕方」では長期入院・短期入院ともに，適切に飲食するというマズローの５段階欲求階層説の生理的欲求であるため機能が保たれている．それに対し，「身繕い」「身支度」「所持品の整理」は生理的欲求以外であり，助言することにより機能が維持されている．また，精神症状による清潔行動への関心の低さがあるため介入することで機能が保たれている．次に『ことばのわかりやすさ』は閉鎖病棟では，精神運動興奮状態，幻覚妄想状態にある急性期の患

者は，症状により支離滅裂で会話が成立しないため，能力に低下が見られた．長期入院の慢性患者では会話が貧困化し，ことばが極端に少なくなり表現力が低下し，会話が成立しにくくなるため障害があった．開放病棟では，長期入院患者の一部に，会話のできない全身管理を必要とする患者がいたため，長期入院と短期入院に障害の差が出た．

2. グループ別評価

1.）休養目的のための入院

退院がほぼ決定にある患者と抑うつ状態の患者が占めていたため，障害は見られなかった．

2.）退院準備期間にあるグループ

「病棟外交流」「施設・機関の利用」に障害が見られたのは，長期間の入院により，病棟が生活の場となり，社会に出る必要を感じなくなっていることが原因となる．また，『セルフケア』『ことばのわかりやすさ』に障害がなく，病棟内での自立は図れているため，日常生活の指導が必要ない．「決して自由な生活ではないけれど，生きていくうえで特別な努力をする必要がないという点では何の心配もない生活である．そのうえ，社会は刻々と変化していて，自分が慣れ親しんでいた社会とは異なったものになっており，外出しても何か違和感を感じてしまう場合も多い．これらのことから病院に安住し，退院への意欲を低下させてしまっている患者もすくなくはない．」[2] と坂田が述べるとおり当病棟でもそのような患者は少なくない．

3.）地域で暮らす可能性の境界線にいるグループ

『社会的活動性』『社会生活の技能』は，現実検討力の低下，病識の欠如により，離院の可能性があるため，外泊・外出・面会・電話に制限があり，社会からの隔離が進み生涯が重度となった．金銭管理を含む『社会生活の技能』に障害が見られたのは，開放病棟の一部と閉鎖病棟で平成17年度まで金銭の自己管理をしていなかったため，お金の使い方がわからない，物の価値がわからない，計画的な金銭管理ができない状態にあったのが理由にある．

4.）病院以外での生活が明らかに不可能なグループ

『社会的活動性』『社会生活の技能』は急性期では治療上の行動制限があるため障害が重度となった．慢性期では意欲の低下・障害が進み能力を失っていった．高齢による体力減退により障害が著しい．『ことばのわかりやすさ』の障害は，精神運動興奮状態，幻覚妄想状態により支離滅裂であったり，表現力に乏しくなるなどの原因があった．『セルフケア』は急性期では，病的体験が活発であるため行えない．「患者は入院直後で不安緊張の高まっている時期である．急性期症状として，幻覚，妄想，興奮，昏迷，拒絶，自閉などが著しく現れる．」[4] 「患者は病的体験のため，十分にセルフケアを行えないことが多い．疎通性が取れず食事や薬物を拒絶する場合もある．」 長期化した入院により高齢化が進みセルフケアが不足したり，様々な合併症を起こし，全身管理が必要となった．『逸脱行動』は，長期入院による高齢化や身体合併症により失禁が多い．また統合失調症は欠陥・残遺状態を残す慢性経過が特徴としてあり，他人の目が気にならなくなり失禁の多さと関連して失禁時脱衣のまま報告をしにくることで性的な問題も増えた．独語・空笑，怒声・暴力も多くみられ，治療的介入が必要なために退院できない．

結　論

1. Ｒｅｈａｂを用いて評価することにより，退院可能な患者を数字的に根拠を持って把握できた．
2. 患者の具体的な障害の程度を理解することができた．

おわりに

長期入院により高齢化が進み，身体的ケアを要する患者が増え，逸脱行動があり，全般的行動に重度の障害を持つ患者も多く存在する．また，全般的行動の障害の少ない社会的入院を強いられている患者もいることがわかった．身体的ケアなどの濃厚なケアを必要とする患者や逸脱行動の多い患者に看護の手の多くが向けられている．社会生活全般の細やかな指導・介入が必要な，症状が安定した患者へのケアがなおざりにされやすい傾向にあることが再認識された．また，Ｒｅｈａｂを用いた行動調査を行うことにより，ＡＤＬの自立した患者にも深く観察することができ，またそのような患者に対しても細やかなケアが必要であることが再認識されよかったと思う．定期的にＲｅｈａｂを用いた行動調査をし，入院患者を把握するように努めていきたいと思う．

本稿の要旨は，第47回全国自治体病院学会（福井県）で発表した．

参　考　文　献

1）坂田　三允：生活の場と必要な能力，精神看護エクスペール４長期在院患者の社会参加とアセスメントツール，中山書店，ｐ８，２００４
2）同上　ｐ３３
3）坂田　三允：統合失調症・気分障害を持つ人の生活と看護ケア，中央法規，ｐ１６０，２００４
4）第２版精神科看護学Ⅱ，廣川書店，ｐ１３９，１９９７
5）萱間　真美：アセスメントに必要な視点，精神看護エクスペール４長期在院患者の社会参加とアセスメントツール，中山書店，２００４
6）ヴァージニア・ヘンダーソン：看護の基本となるもの，日本看護協会出版会，１９６１
7）第２版精神看護学Ⅰ，廣川書店，１９９７
8）ナーシングマニュアル，精神障害・心身症看護マニュアル，学研，１９８７
9）改正版精神科看護の専門性をめざしてⅠ基礎編，精神看護出版，２００２
10）看護観察のキーポイントシリーズ精神科Ⅰ・Ⅱ，中央法規，１９９９
11）精神科看護臨地実習の実際，中央法規，２００５
12）医学・公衆衛生学のための統計学入門，南江堂，１９７２
13）改正版やさしい統計学，桐書房，２０００
14）田中　美恵子：精神障害者の地域支援ネットワークと看護援助，医歯薬出版株式会社，２００４
15）新・看護者のための精神保健福祉法，日本精神科看護技術協会，２００３