

対人援助学との出会い（1）

— Rehab —

藤 信子

対人援助学マガジン 45号になって、初めて対人援助学の観点から自分の仕事を書いてみようと思っている。私は対人援助職なので、このマガジン創刊号から、あまり休載はせずに、仕事をめぐるエッセイを書いてきた。それは心理療法や、コミュニティ心理学、集団精神療法について、大学での講義では時間的制約があり、話きれないことなどがあるという思いで書いていたものが多い。そしてそれは「内容」の問題だったと言える。今回は、私の実践や研究についての視点について振り返ってみようと思う。

対人援助学との出会いは、立命館大学大学院応用人間科学研究科初代研究科長の望月昭氏との出会いに始まると言えるだろう。2001年に応用人間科学研究科に勤め始め、障害・行動分析クラスターに所属したので、毎週顔を合わせることになったけれど、望月さん（以後、この慣れた呼び方にする）は徹底的行動分析主義の人だった。動物実

験をしたことも無かった私は、彼の話すことばの何パーセントかは全くのジャルゴンのようだと思うくらい、望月さんの話は分かりにくかった。ただ環境と個人の行動の相互作用に関心があったので、三項随伴性に関しては少し興味を持った。望月さんは私たちが1994年に出版した「Rehb・精神科リハビリテーション行動評価尺度 -」（田原・藤・山下 1994）に関心を持ってくれていた。

1980年代は、欧米では精神医療においては脱施設化が進んでおり、リハビリテーションの評価尺度が多く作成されていたが、日本では、脱施設化はなかなか進んでいなかった。それと関連して、チームで使用できる行動評価尺度もなかった。1970年代後半から精神科病院に勤務していた私にとっては、医療従事者のチームに共通言語が無いことに疑問をもっていた。今考えると、当時の日本の精神科医療では、医師の指示通りに動けばよいので、医師以外の人間が

患者をどのように見て、働きかけるかなど関係なかったのかも知れない。しかし保健所の PSW は「食事ができて、具合が悪いときに保健所や病院に電話を掛けることが出来るなら、地域で暮らせます」と言っていた。1980年代は、病院に入院していること自体が、ホスピタリズムという問題が生じてしまうという意識がひろがっていた。

慢性精神病患者のリハビリテーションを考える場合、症状の有無より、地域で暮らすために必要な技能があるかどうかの問題だった。そうになると、従来の医学モデルではなく、疾病の結果生じた障害を行動の用語でとらえなおす必要があった。障害を行動の用語で捉えるために、日常生活上の問題として把握できるようになり、患者（利用者）や家族などと問題を共有しやすくすると言える。専門用語で状態を表現するのではなく、具体的な行動上の目標、例えば一人で買い物ができる、など設定しやすくなる。

英国で 1983 年に Hall と Baker によって発行された Rehab の使用目的は、i) 病棟や施設の特徴を把握し。退院可能群の抽出、活動のグループ分け、働きかけの目標設定などの集団の特徴を把握すること、ii) グループワークの実践などの様々な活動の結果による集団の変化を見ること、iii) 他の施設と比較することで自施設の特徴を明

らかにすること、iv) 個人の行動上の課題の把握、v) 個人の行動上の変化の把握、など多目的である。他の精神科リハビリテーションの評価尺度と比べて Rehab の最も特徴的なところは、個人の行動評定を通して所属する病棟やデイケア等の施設の特徴が見えるようになっていることである。評定項目が 23 項目であり、それは自傷、独語・空笑・暴力等 7 項目の「逸脱行動」を見るパート I と「病棟内交流」「余暇」「活動性」「言葉の意味」「身支度」「所持品の整理」「感染管理」等 16 項目の「全般的行動」を見るパート II から成立していた。23 項目に関して、1 週間の行動を観察し評定するのである。地域で暮らすことなどに必要なのはパート II の「全般的行動」に重点がおかれている。「全般的行動」の 16 項目は、「社会的活動性」「ことばのわかりやすさ」「セルフケア」「社会生活の技能」の 5 つの因子があった。

「全般的行動」の項目 21 は「この人は金銭の管理をどれくらいやりましたか？」であるが、金銭所持ができずにスタッフが管理する病棟の場合、評定のガイドに（お金を持っていないか、スタッフによって管理されている場合はここに評定する）とされている。そして、これは「最も障がいされた行動」となる。評定のトレーニングをする時に、スタッフから「この人はお金の管理はできるのですが、病棟の規則で預か

っているんです、だから障がい重いのではないのですが、それでもここに評定するのですか？」という質問が時々あった。それに対しては「病棟の規則が、お金を使う機会を奪っているの、この人は障がい重いと評定されるのです」ということになる。項目 22 は「この人は病院外での公共の交通機関を利用しましたか？」というものである。以前は精神科病院はあまり市街地の便利なところにあるとはとは限らない。Rehab の研修で聞いたある病院は 1 日に 3 便しかバスが来ない、というようなところもあった。だから公共のバスの便が無く、病院のバスで外出するために、この項目の評定が低くなるのである。項目 21 と 22 は「金銭管理」と「施設・機関の利用」に関して見ることで、「社会生活の技能を見る因

子である。病院の規則、立地条件という環境が、利用者の行動を規定することになることを示している。環境が行動を作ると言える。Rehab の日本版を作成し。各地の病院に研修に出かけたことで、環境が行動に影響を及ぼす事例をいろいろ見ることが出来た。このことから私は個人の行動を環境との相互作用という観点から見ること意識的になった。

文 献

Baker, R. & Hall, J.N. (1984) Rehabilitation Evaluation Hall and Baker, Vine Publishing, (田原明夫・藤信子・山下俊之(訳)(1994) Rehab・精神科リハビリテーション行動評価尺度、三輪書店)