

対人援助学との出会い (2)

— Rehab② —

藤 信子

Rehab が精神科リハビリテーションの評価尺度としてユニークなのは、その評定結果の記録法にあると言えるだろう。この記録法を見ながら 40 年前（英国で出版されたのは 1983 年）の精神医療事情を考えた。1990 年代のはじめに英国の精神科リハビリテーション事情を訪ねた時は、コミュニティにこじんまりとしたグループホームがあり、慢性の高齢になった利用者が暮らし、そしてそこに併設されているデイサービスセンターに通所していた。そのデイサービスセンターの利用者の半数は、コミュニティの人だということだった。大変おおざっぱな言い方をすると、このような精神科のコミュニティケアを進めるための一つが、Rehab だったと言えるだろう。私が Rehab を知ったのも、デイケアセンターのスタッフにその名前を聞いたのが最初だった。

Rehab の記録用紙は、「個人の記録」と「グ

ループに記録」がある。「個人の記録」は、失禁、暴力、自傷、性的問題行動、無断離院、怒声・暴言、独語・空笑の 7 項目の逸脱行動が 1 週間に見られた頻度と、社会的活動性、ことばの技能、ことばのわかりやすさ、セルフケア、社会生活の技能の全般的行動の各因子のスコアおよび、全般的行動の合計のスコアを図示するようになっている。「グループの記録」は、病棟やデイケアなどの 1 ユニットの評定対象者の逸脱行動全得点、全般的行動の各因子と全般的行動全得点が記録される

「個人のスコア」とユニットの評定対象者の得点分布が図示される「グループの記録—逸脱行動」「グループの記録—全般的行動」「グループの記録—各因子のスコア」がある。地域で暮らすことに必要なのは、主に全般的行動なので、各ユニットで全般的行動のスコアが「社会生活可能」（単身で）の範囲にある人が何名いるのかを見ることが出来るようにな

っている。全般的行動の得点は0～144までの範囲にあり、点数が低いほど社会生活可能と考えられる。40以下の場合、単身で社会生活可能と考えられるのである。この「グループの記録—全般的行動—全般的行動全得点の分布」には、得点分布の図の横に、社会生活可能な患者名を書くスペースがあり、(スコアの) 0—10 普通、11—20 普通に近い、21—30 かなりよい注意点少し、31—40 可能性はあるがまず訓練が要、という欄があり、そこに利用者名を書きこむようになっている。こういうふうにかくと人をスコアで分類するなんて、冷たい感じもするが、慢性期の精神病の人たちが、可能な限り普通の社会生活の枠組みの中で、自らの能力を生かすことを援助することを考える場合、スタッフチームが視点を共有し、目標を考える必要があったから利用者がどのような障害の程度なのかを可視化しようとしたのだと言える。

前号で書いたように、以前の精神科医療では、医師の診断と指示に従って働くことが当たり前であり、スタッフが自らの観察に基づいて、利用者(患者)の障害を見るということは、普通のことではなかったのだと思う。1992年に英国で精神科リハビリテーションのアセスメントの研修に参加した時に、講義の中の動画で、精神科医が戯画化して描かれていたことに、一人の精神科医が怒り、講師の心理学者に抗議して、研修を切り上げて帰ったことがあった。その日の夜、パブでその

話になり(私は聞き取るのに必死だったけれど)、「あんな権威づくの医者!」「研修に来たのじゃなかったの?」という話になった。私は研修中に見た精神科医が、日本でちょっと知っているとても優秀だけれど、男性で医者以外は相手にしないという噂の精神科医を思い出し、精神科リハビリテーションが進んでいる英国にもこんな精神科医がいるんだ、と思ったものだった。

利用者個人のリハビリテーションのための問題と、所属するユニットにおいて、地域社会で暮らすためには、どのような行動上の問題があるのかを見るために、「個人の記録」や何枚もの「グループの記録」を作成するためには、観察と評定のトレーニングが必要だった。Rehabの評定は、評定企画者が、評定する病棟や施設のスタッフと会い、評価の目的等について理解を得るところから始まる。理解を得られれば、評定スタッフを決め、1、2週間先に教育セッションを設定する。そして施設のスタッフに、利用者2名を選んでもらい、評定者にその2名を1週間観察してもらい、その結果を教育セッションで使うことを予定する。その後教育セッションとその3—7日後にフィードバックセッションを行うことになる。1993年～1994年に行った数か所の病院におけるRehab日本版作成のための評定では、フィードバックセッションを1回行うだけでは、病棟のスタッフ全員がトレーニングに2回参加することは勤務上できな

いため、4-5回のフィードバックセッションを行った。これは、英国版では、病棟のスタッフの中から評定者を選ぶという方法をとっているが、日本で評定に協力してもらった病院のスタッフは、評定者を選ぶのではなく、病棟スタッフ全員が評定についてトレーニングを受けることを希望したためもある。

トレーニングの意味については、観察項目（特に全般的行動）について具体的に話し合うことで、精神科リハビリテーションのイメージを描いていった。金銭の使用、公共機関に使用など地域生活に必要な技能を見ること、なぜ「余暇の過ごし方」が項目にあるのかなど、一人で生活する時に孤立して、病気が悪化しないかなどを具体的に話し合った。「病気」から生じたその人の持つ「問題」を把握すること、「病気」である以上は回復していく点をモニターすることも話し合った。その過程で一人の看護師が言った「今まで『症状』を見てきたけれど、『障害を持つ人』を見るんですね」という言葉は忘れられない。評定者の立場、職種、経験、価値観、期待等評定に影響する要因は多く、評定のばらつきは当然だということ、強調しなければならなかった。ある病棟のトレーニングで、全般的行動の項目19「所持品の整理」について、一人のスタッフが障がい重い「9」の評価をしていた。他のスタッフは障害の軽い「0」とか「1」に評定していて、その患者さんは、所持品をきれいに整頓している、と言った。すると、

「9」と評定したスタッフは「あれは私が担当だから整理しているのです」と答え、話し合ってみないとわからないものだと妙に納得したことを思い出す。評定作業というのは、先に述べたように環境である病院や施設について、見るだけでなく、チームについて見ることもあったのだと思う。考えてみると当然人も環境であり、それが行動に影響するのである。あれから30年経つが、精神科病院はどうなっているだろう。

文献

- Baker, R. & Hall, J. N. (1983) Rehabilitation Evaluation Hall & Baker, Vine Publishing. (田原明夫・藤信子・山下俊之 (1994) Rehab・精神科リハビリテーション行動評価尺度、三輪書店)