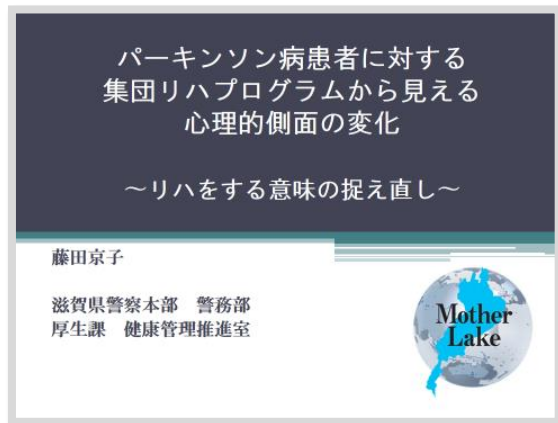


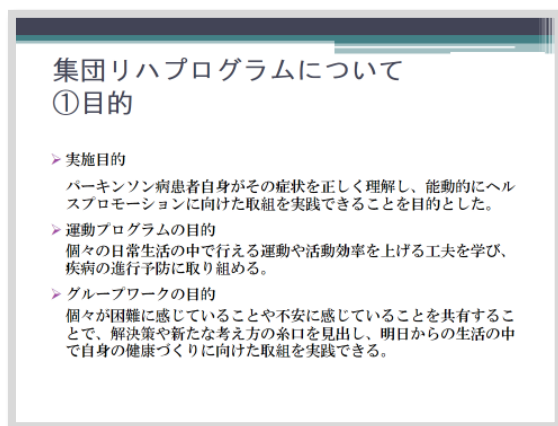
2: 地域リハのワークショップ

パーキンソン病患者に対する集団リハプログラムから 見える心理的側面の変化 ～リハをする意味の捉え直し～

藤田 京子（滋賀県警察本部 警務部 厚生課 健康管理推進室）



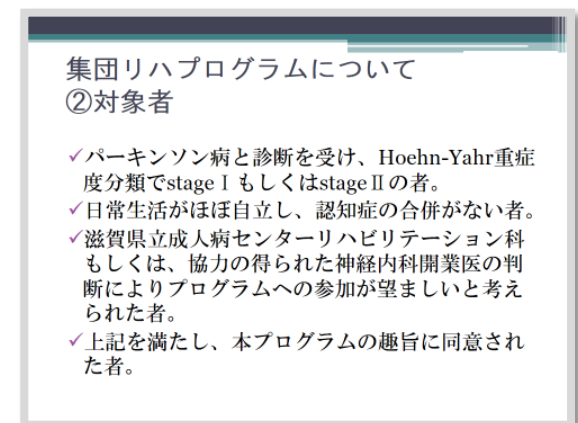
藤田: よろしくお願ひします。まず私の所属を見て「警察の人が難病をやっているのか？」と思われたかと思いますが、私の職種は保健師で、臨床心理士でもあるのですが、滋賀県、都道府県の職員として勤務しています。今の所属は、滋賀県警察本部です。これからお話しする内容は、平成 25 年度に滋賀県立リハビリテーションセンターで勤務していた頃の実践内容です。よろしくお願ひします。



では、早速集団リハプログラムについてご説明します。本リハプログラムは、パーキンソン病の患者さんに対して行いました。当県には、滋賀県立リハビリテーションセ

ンター医療部という部署と、支援部という部署があり、その部署の共同で行った調査研究事業の 1 つです。

実施目的は、“パーキンソン病患者自身がその症状を正しく理解し、能動的にヘルスプロモーションに向けた取り組みを実践できること”です。また、内容が運動プログラムとグループワークの 2 本立てになっており、運動プログラムに関しては“個々の日常生活の中で行える運動や活動効率を上げる工夫を学び、疾病の進行予防に取り組める”、グループワークに関しては“個々が困難に感じていることや不安に感じていることを共有することで、解決策や新たな考え方の糸口を見出し、明日からの生活の中で、自身の健康作りに向けた取り組みを実践できる”というところを狙いとしています。



対象者ですが、Hoehn-Yahr 重症度分類でⅠもしくはⅡの方、日常生活がほぼ自立していて認知症等の合併がない方という設定で、比較的軽度のパーキンソン病患者を対象としています。これはできるだけ早期の時期からリハビリに取り組んでいただきたいという意図からです。参加者数は 8 名でした。

集団リハプログラムについて								
③内容								
回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回
前半	運動プログラム							
ミニ講義	講義「パーキンソン病について」							
	姿勢の特徴	パーキンソン病のリハビリテーション	日常生活の改善	パーキンソン病の歩行障害の特徴	リハビリテーション	地下歩行に対するリハビリテーション	公的支援制度について	個別運動プログラムの提案
後半	グループワーク							生活目標の設定 最終評価と振り返り

内容ですが、先ほど申しましたとおり、運動プログラムとグループワークがメインプログラムです。その間に 15 分程度のミニ講義をはさみ、計 8 回、週 1 回ずつ行っています。7 回目に関しては、それぞれの個別の状況に応じた運動プログラムや、生活目標の設定などを行っています。8 回目は、7 回目と 8 回目に 2 カ月の期間を設けて、「7 回目でこちらの方からお伝えしたことを、皆さん実践できますか？」というような、振り返りの機会として活用しました。

集団リハプログラムについて								
④評価指標その 1								
対象者	A	B	C	D	E	F	G	H
質問紙 関与状況	Pre	250	375	650	425	525	750	925
	Post	200	850	990	345	490	1320	1095
QOL 評価指標	Pre	21	2	35	9	26	47	42
	Post	22	11	38	12	20	59	37
リハビリ 自律度	Pre	26	14	26	25	14	30	23
	Post	19	22	26	23	28	30	21

このようなプログラムを行うにあたって、評価指標をどうしようか・・・と考えましたが、質問紙の評価指標が“困り事に関する質問紙”、“QOL の評価指標”、“リハビリ自律度”の 3 点です。スライドで丸印をつけて

いる部分が、何らかの改善点が Pre と Post の点数を比較すると見えてきた部分です。この結果だけ見ると、何らかの好転を示した事例が 5 名と言えます。

集団リハプログラムの結果・・・

- 何らかの好転を示した事例は 5 名であった。
- しかし、大幅な評価指標の悪化を示した事例も存在する。
- さらに、約 3 カ月間のアプローチ期間中、パーキンソン病の症状の進行を感じる事例も・・・。



集団リハプログラムは、効果がなかったのかしら・・・。

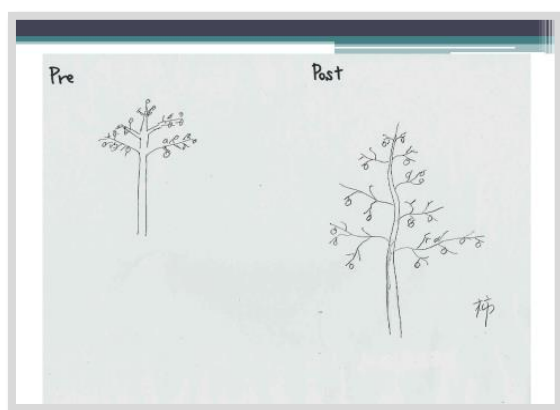
8 名中 5 名というのは、良いのか悪いのか微妙なところだなと。大幅な評価指標の悪化を示したような事例もありました。また、これは関わったスタッフの所感になりますが、大体 3 カ月くらいのアプローチ期間中にパーキンソン病の症状がちょっと悪化したなと感じるような方もおられました。そこで、この集団リハビリプログラムは、あまり意味がなかったかのかなあとスタッフ間で話をしていたのですが、もう一つ評価指標として投影法の心理検査であるバウムテストを実施していきまして、その結果が興味深かったのでご紹介させていただきます。

集団リハプログラムについて

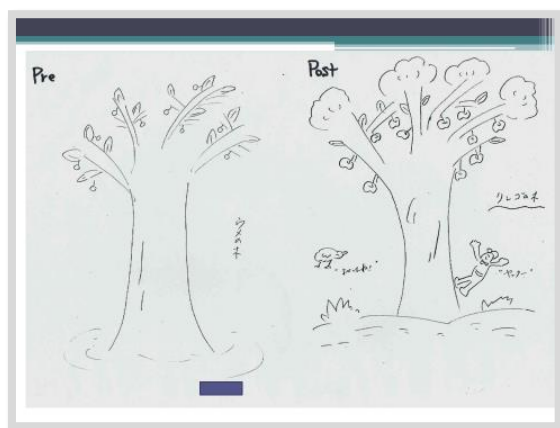
④評価指標その 2

- 投影法の心理検査として、“バウムテスト”を Pre-test・Post-test として実施した。
- バウムテストとは・・・
バウムテストは、1945 年にコッホ, K. が発表した、描画による投影法検査。
空間象徴理論や筆跡学に基づいており、描いてもらった樹木を分析することで、被検査者の知能やパーソナリティを明らかにする。

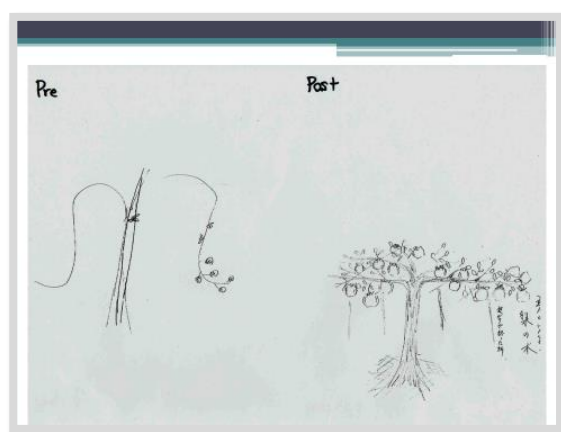
バウムテストは皆さん聞かれたことがあると思うのですが、描画による心理検査の1つで、理論としては空間象徴理論や筆跡学と言われております。簡単に方法を言いますと、A4の紙を1枚渡して、「この紙に実のなる木を1本書いてください。」と教示し、どのような絵を描くかを読み取っていくというものです。今回はその絵を一部お見せします。



Pre と書いてあるのがリハビリプログラムに入る前、Post がリハビリプログラム後です。絵は、スライドに乗せるために、コントラストだけ触らせていただきましたが、大きさなどは触っていません。絵を見たら分かるように、明らかに小さい木が大きくなっています。柿を描いてくださったようです。

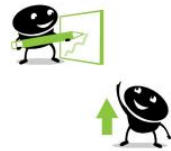


次の方は、Pre の絵に“浮島指標”という、水たまりのようなフワンとした輪を描いています。その絵が Post では大変にぎやかになっています。人やらヒヨコやらが入っていますし、実もたくさんなっています。木にモクモクと葉っぱが茂っているようなものも描いています。



次の、こちらの絵が一番分かりやすいですね。私は、「木を1本描いてください。」と言っただけで、制限時間も設けていませんし、「描きたいだけ描いてくださったらいいですよ。」という状況なのですが、Pre の絵は、この状態で「できた。」と本人は言っていました。ブルーベリーの木らしいのですが、明らかに実と葉っぱが付いているのは一部分だけですね。支柱があって、それに支えられて立っています。でも、その方がリハビリプログラムを終えた後に描かれた絵は Post の方で、大きさ自身はそんなに変わっていないのですが、なんというか、木らしい絵、ちゃんと自立していて、実もたくさん付いているし、葉っぱも付いている。梨の木らしいです。Pre と Post と比較して、絵にいろいろな変化がありました。

Pre-testとPost-testの比較 (該当する対象者)	解釈
木の描写が大きくなる (C,D,E,H)	精神的なエネルギーの増大。
実の数が増加する (A,C,D,E,F,G,H)	達成欲求の増加。
葉のない冬枯れの本一葉のある本 (A,F)	葉は「考え」を象徴する。葉の出現は、喪失状態から、環境に好奇心を向け出した指標となる。
枝の先が閉じている一閉じる (A,C)	枝の先の閉じは「環境にさらされる感じ」「見通しのたない感じ」を表す。
幹と枝の分離一分離がなくなる (A,B,E)	枝の分離は「主要な活動から分離されている感じ」を表す。
根の描写がない本一根のある本、地面が描かれる (B,F)	根の描写がなく、地面も描かれない場合、「不安定さ」「地に足がつかない感じ」を表す。
浮島的な地面の描写一水平な地面の描写(Gさんに特異な表現)	浮島の描写は「孤立感」を表す。
木を支える支柱の描写がなくなる (Fさんに特異な表現)	支柱の描写は「自分の力で立つことが困難」という心境を表す。



全例に、何らかの肯定的な解釈ができた。

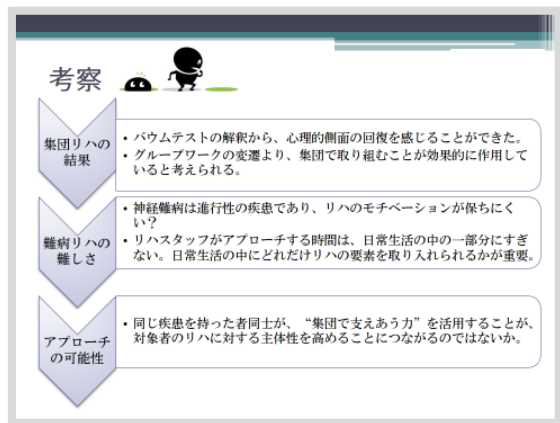
他の方にももちろん描いてもらったのですが、大体的な変化とその解釈をスライドにまとめました。まず、“木の描写が大きくなる”というのは、心理学的に見ると精神的なエネルギー、つまり、活力とか元気、そういったところが増えている兆しだと解釈されます。“実の数が増えた”という点に関しては、何かやりたいという意欲面です。達成欲求の増加と解釈されます。また、最初は葉っぱのない冬枯れの本を描いていた方が葉っぱのある本を描いたとか、幹と枝がちよっと離れてしまっているような絵を描いている方が分離されていない本を描いてくださった等の変化もありました。絵の2枚目で見せた“浮島”という指標は孤立感を表すといわれているのですが、その指標がリハビリテーションプログラム終了後はなくなりました。最後に見せた絵にあった木の支える支柱、“自分の力で立つのがしんどい”という指標ですが、それもなくなりました。先ほどの質問紙のときには、「このリハビリテーションプログラムにどういう効果があるのだろうか、なかなか判断が難しい。」という印象だったのですが、このバウムテストに限っては、全例に何らかの肯定的な解釈ができたという状況です。

集団リハプログラムについて ⑤グループワークの変遷		
回数	主な話題	ファシリテーターの動き
1	自己紹介・病気の経過・症状・薬・車の運転	傾聴・話しやすい雰囲気づくり・話題提供
2	外出時の困りごと・ON/OFFに対する不安・外出時の工夫	傾聴・「不安の表出」から、「不安に対する工夫」への話題転換
3	体調の変化・細かい作業のしにくさ・調子がいい時の振り返り	「調子が悪い時」から、「調子がいい時」への話題転換
4	医師との座談会時に聞きたいこと	傾聴・意見のまとめ
5	医師との座談会	傾聴・質問の整理
振り返り	自分で取り組んだリハの結果報告・お互いが参加前と現在の違いに気づき、褒め合う	傾聴・共感・「お互いの気づき」の支持

【グループワークの変化】

話題の中心が、「病気に関する話題」から、生活の工夫や今後の楽しみ等の「活動に関する話題」に変化した。
また、振り返りでは、自分が取り組んだリハを紹介したり、メンバー同士がお互いを褒め合う場面があった。

また、グループワークを私が担当していたので、そちらの内容もお伝えします。グループワークは8回中5回行っています。最初は、自分の困っていることを聞いてほしいとか、病気のこと、薬のこと、そういった“治療に関する話題”が非常に多かったのです。それが徐々に、生活で自分はこういう工夫をしているとか、これからこういうことを楽しんでいきたいというような“具体的な日常活動に関する話題”に変わっていったという流れがあります。また、最後の回には今までの取り組みの振り返りをしていたのですが、自分自身が取り組んだリハビリテーションを他のメンバーに紹介したりとか、メンバー同士がそれぞれの様子の変化に気づいて、「最初に来た頃よりも声が大きくなっている。」、「表情がすごく良くなった。」、「動きがしゃんとしてきたのではないかな。」という感じで、お互いを褒め合うというような姿があったというのが印象的です。



考察に移ります。以上のようなリハビリテーションプログラムを通して、私は、“バウムテストの解釈から、心理的側面の回復傾向を感じることができた”ということと、“グループワークに関して、初めは自分の不安感や病気に関する話題ばかりだったが、次第に肯定的な反応が生まれた。集団の力、同じ疾患を抱えた皆で考えていくという場所が、効果的に作用しているのだろう”と感じ、考えました。

冒頭で、「職種は保健師です。」と自己紹介しましたが、保健所で難病担当をしていた経験もあり、よく患者さんと話をしていました。難病のリハについて話すと、“神経難病は進行性の疾患なので、リハビリテーションに対してのモチベーションが保ちにくい”と患者皆さんが言われます。リハビリには、リハビリをやってぐんぐん調子が良くなるとか、何か失われたものが取り戻されていくというのがイメージとしてあるようで、「自分はどうせ悪くなっていくのだから。」といった話をよく聞いていました。また、リハビリスタッフがアプローチする時間というのは、日常生活 24 時間考えると、ほんの一部分にしか過ぎないと思います。つまり、日常生活の中でどれだけ患者さん

自身がリハビリテーションに取り組まれるかが非常に重要だと考えます。

このような点を踏まえると、同じ疾患を持った者同士が集団で支え合う力を活用することができれば、対象者のリハに対する主体性を高めることにつながり、リハビリテーションのアプローチの可能性が広がっていくのではないかと考えました。

パーキンソン病の健康教室
～みなさんからの名言集～

平成25年10月29日
～
平成25年12月10日

滋賀県立リハビリテーションセンター

話合いの意味って？

話合いをしても、別になんにも変わらないし・・・と思いませんか？

確かに「その通り！」なんです。人と話すことで、病気を治すことはできません。ただ少し、病気に一緒に生活することに、力を貸してくれることがあります。

ここに書かれている言葉は、病院の先生の言葉ではない、リハビリの先生の言葉でもない、参加しているみなさんが考えた言葉です。

薬を飲んだり、病院の先生に何かしてもらったり・・・それはもちろん大切なこと。でも、みんなと過ごすことも、大切なことがたくさん出てきました。

これからの暮らしの工夫に、足音生かしてください。
リハビリテーションの主役はみなさんです★

話合いの悪いことが目立つけど・・・。
そういえば、体の調子がいい時もあるよね！

話合いの悪いことが目立つけど・・・。
そういえば、体の調子がいい時もあるよね！

- ・杖をもっていると、いろんな人が配慮してくれる。
- ・周りの人は、意外と助けてくれる。ケガするぐらいなら、助けを求めよう！
- ・周囲に理解してもらうことが大切。病気であることを打ち明けたら、心が軽くなった。
- ・近所には、困ったときに助けてもらえるように病気のことを伝えている。
- ・困ったら「助けてください」って言えばいい。「すまんね」「ありがとう」で大丈夫。
- ・好きなことをやったり、嬉しいことがあったりすると、薬が切れている時間ははずなのに、ちゃんと体が動いている。
- ・ドーパミンが足りなくなるのが、パーキンソン病。「好きなこと・楽しいこと＝ドーパミンがでること」だから、病気にいいことだと思う。
- ・作業を続ける時間が短くなっている。今までどおりにはいかない。でも、休憩するとか、工夫したらできる！

先ほどグループワークで話されたことを、このように名言集としてまとめて、振り返りのグループワークのときにお配りしました。右側のページの真ん中あたりに書いているのですが、「ここに書かれていることは病院の先生やリハビリの先生が言った言葉ではないのだ。」と。患者さん自身が導き出した言葉の中に、非常に重要なものがある

のだという肯定的なフィードバックをすることを狙いにしています。各ページの内容は、上部の吹き出しのところに患者さんが何かしら質問をした内容を揚げて、周りの人がこれだけいろいろな助言をしてくれましたねと伝える構成です。ファシリテーターとして、私は中に入っていましたが、基本的にはほとんど話をしていません。患者さん方がわいわいしゃべる内容の交通整理をしていただけですが、それだけで患者さん自身からこれだけいろいろな言葉が出てきた。このグループワークを通して見えてきた、“患者さんの持っている力”であり、専門職がもっと意識するべきところではないかと思います。

まとめ&提案 

- ・「同じ疾患を持った、同じ悩みを共有できる人」の存在には大きな力がある。
- ・直接的な効能・・・は表れないかもしれないが、患者が将来を肯定的に捉える力が、「頑張ること」「継続すること」には不可欠である。

「専門職がやってあげるリハ」ではなく、
「本人が自分のためにやるリハ」をどう引き出すか。
⇒集団の力が生きる場を提供できるとよいのかも？

さて、最後ですが、せっかくこのような機会をいただき、しかもリハビリテーションでは、私のような職種はどちらかというといレギュラーかと思いましたので、リハ専門職の皆様が日ごろ考えておられることとは少し違った部分で、“まとめとご提案”をお伝えしたいと思います。

集団リハプログラムを通して、対象者の心理的变化を幾つかお伝えすることができたと思います。そこでわかったことは、“同じ疾患を持った、同じ悩みを共有できる人

の存在が、非常に大きな力があるのだということ”です。そして、そのような大きな力を利用することで、直接的に患者さんの動きが良くなるとか、具体的な効用が現れるわけではありませんが、患者さんが“将来を肯定的に捉える力”が高まっていく。特にリハビリテーションに関しては、頑張って継続することが非常に重要ですので、そのような面に強い影響を及ぼすのではないかと思います。

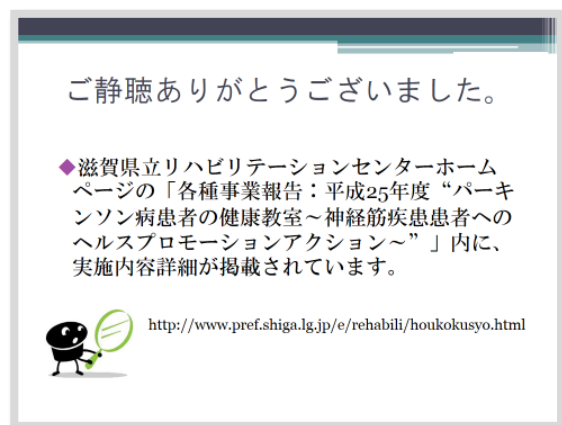
職種柄、私は医療職と患者さんの間に入って話をすることが多いのですが、よく医療職側からは、「患者さんがリハビリテーションに取り組んでくれない。」という話を耳にします。医療職としては、「伝えるべきことをしっかり伝えています。こうしたほうがいいと話しているけれども、患者にやる気がない。困った方だね。」という流れで話されるかと。カンファレンスなどでそのような話がされると、「実際は、患者さん自身はあまり困っていないのでは？患者さんが困っているのではなく、それはしっかりやってくれないと不全感を抱えている専門職自身が困っているのではない？」という話をします。援助の主語が混乱しているんです。つまり、患者さん本人が自分のためにやるリハビリなのに、先生任せになっている。専門職自身も「困った患者だ。」というところで、思考停止を起こしている。

そこでご提案なのですが、今回の集団リハプログラムから、“主体性や、将来を肯定的に捉えることなどには、同じ疾患を持った仲間の存在が非常に重要だ。”ということが見えてきましたので、是非、先生方の実践の場でも、そのような機会を作っていただけたらいかがでしょうか。そうすれば、いつ

もとは違った視点でアプローチをすることができます。以前、このような話を違う場でさせていただいたときに、「じゃあ、そういった取り組みをどこでやっているか教えてください。」と言われたことがあります。イメージしやすいのは、患者会や各保健所で行っている会なのですが、その場に来ている方は、もともとのモチベーションが非常に高い方、仲間作りをしたいとか皆さんと意見を共有したいとか、そのように思っている方です。仲間作りのモチベーションが高いということはリハビリテーションに対してもモチベーションが高い方と言えます。では、なかなか意欲的に取り組めない方を誘うにはどうしたらいいかと考えると、患者さんが日ごろ頼りにしている先生方の誘いかけが効果的だと思います。先生方の機関でパーキンソン病の患者さんは、もちろん複数名おられると思いますので、その方々を寄せて、「30分くらい、病気についてしゃべろうよ」という提案をするだけで、少し違った流れが生まれてくるのではないのでしょうか。「先生方に誘われた。」という設定は、皆さん非常に動機づけが高いと思います。私たち保健師が保健所でいくらビラを配ってもなかなか反応されない方が、「先生方に、誘ってもらった。勧めてもらった。」と参加されることも多いです。

今回の発表を聞いて、少しでも興味を持っていたのでしたら、是非先生方のおられる場所でも、このような集団の力を利用してみてはいかがでしょうか。特に軽度の方には効果的だと思います。参考にしていただければうれしいと思い、今回提案という形でも、お伝えさせていただきました。“専門職がやってあげるリハ”ではなく、

“本人が自分のためにやるリハ”をどのように動機づけるか、引き出すかという事で、集団の力を利用していただけると、面白い結果が待っているのではないのでしょうか。



ご静聴ありがとうございました。私が、今回お伝えしたのは、担当していたグループワークと心理検査の部分が主なので、具体的な全体の内容を知りたいと思ってくださいましたら、県立リハビリテーションセンターのホームページに報告が載っています。ご参考にしていただければと思います。では、ありがとうございました。

笠原:ありがとうございました。何かご質問はありますか。

質問者E:非常に勉強になりました。ありがとうございました。新潟から来ました〇〇病院の〇〇と申します。どうぞよろしくお願いします。うちでも実はALSの患者を集めた集団映画とか、集団的な心理的なアプローチをしています。ALSの方が木の絵を描くことはバウムテストはできないのですが、そこでしばしば分かるのが、集団リハをした方は全身倦怠感を訴えることが少なくなったり、あるいは、ほかの方が人工呼吸器、気管切開をしているのを見て、人工呼吸器に対するファイティングとかミスマッチ

とか、そういうものが少なくなって、このように自分の呼吸と機械の呼吸を合わせていけばいいのだということを見て、患者がファイティングが少なくなった例が散見されました。

パーキンソン病も実は非常に全身性にいろいろな症状に富んだ疾患だと思いますが、集団的な心理的なアプローチをすることによって、どういう症状が回復しやすく、どういう症状が回復しにくいというのが、ちょっとあったような気もしていますが、見逃してしまって申し訳ないです。それをもう一度教えていただければと思います。

藤田：ありがとうございます。「どの症状がよくなった」という視点では、実はこのプログラムの中ではあまり見れていません。実際に参加していた中で感じた事とすれば、発言することが増えていくので、声の大きさに関して改善されたケースが多いと思います。あとは、歩くスピードであるとか、姿勢も前かがみがちだった人が改善したとか。声を出そうと思うと胸が自然と張れるからかと思いますが、話をされていました。中馬先生からも補足をいいですか。すみません。先生、見てくださっていましたから。

中馬：滋賀県成人病センターリハ科の中馬です。私も一部関与していましたが、今言ってくれたように、一応ステージⅠ、Ⅱの方が主体ですので、一部もしかしたらⅢに近い方もいらっしゃったのですが、ただ皆さん、非常に表情がよくなりました。生き生きしてよく笑うし、発言も多いというのはそういうことだろうと思います。ですので、皆さん楽しみにして、また会えるということで、非常にいろいろなことのモチベーションが上がったのではないかと思います。

ある意味、ある機関だけの問題でもありましたが、皆さん本当に同窓会をしたくらいという感じで言ってくれています。むしろ、認知機能面といいますか、そういうのがアップしている人が一部いらっしゃったと非常に思います。ですから、バウムの描いておられる方は皆さん自立されているし、確か描かれた方は介護していた方ですね。

藤田：旦那さんの介護を。

中馬：でしたね。そのように、ふつうに来られる方ばかりでした。ですが、あの木しか書けないというのが私は驚きまして、そういう方が最終的には何も言っていないけれど、自然とああいう木を書いてくれるという。ですから、そういう意味では早いうちから認知機能面、いわゆる広い意味の認知機能面が落ちています。そこを何とか止めている可能性は高いのではないかという印象です。

質問者 E：パーキンソン病のフォローをしていて、非常にコントロールに難渋するのが認知機能面と、もう一つが **Fatigue** ですが、倦怠感を治療するのは非常に難治であるということですが、今日の木の絵を見て、あれは認知機能面とプラス、人間を書いたりして気持ちの高揚があるので、あれはいいのではないかとすごく思いました。ありがとうございます。

中馬：ありがとうございます。

藤田：ありがとうございました。

笠原：ほかに、どうでしょうか。

質問者 F：国立〇〇研究センターの〇〇と申します。非常に貴重な発表、そしてリハビリ専門職としては少し耳の痛いというか、とても参考になるお話を聞かせていただき、ありがとうございました。やはり集団リハ

ビリテーションをわれわれの病院でもやっていますが、2つ聞きたいことがあります。グループの人数設定、今回は8人でしたが、8人でいいのか。それとも実は4人くらいのほうがとれるのか。あとはファシリテーターとして先生が多分そこに存在していたと思いますが、ファシリテーターとしてどのような役割をしていたのか。この辺に関して、お話を聞かせていただけたらと思います。

藤田:ありがとうございます。人数設定については、すごくバクッとした印象ですが、10人は多いだろうと思っており、できれば一桁の数で。ただ、4人、3人ではこじんまりとし過ぎるので、5人以上10人未満くらいの枠組みが適切かと思っていました。すみません、そこにはあまり根拠がなく、実際いろいろなグループ活動をしていると、それくらいの人数がファシリテーターの目も行き届きますし、皆さん活発に意見が言えるだろうという数だったというところです。

ファシリテーターの役割は、基本的にはあまりこちらから話さずに。時々、悩みや不安を抱えた方がオンステージのように自分の話を勢いよく言ってしまうことがありますので、そこを少し調整して、「この件について〇〇さんはどう思いますか」というかたちで他の人に振ってみたり。あと、自分の個別的な症状を一方向的に言いたくなる方も多かったんで、それができるべく皆さんに伝わるように、汎化できるように言い換えたりするような役割をしていたかと思います。ただ、具体的に話を引っ張ったり、このように話してほしいという意図はあまり持っていませんでしたので、もうほとんど患者のなすがままに流れていったというところで

す。

質問者F:ありがとうございます。やはり患者が肯定的に生きていくことを支援していくためには、患者に自立心を持ってもらったり、自分でやるということを思ってもらうために、このファシリテーターの役割とか、話をうまく聞いてあげる、傾聴して、共感して、皆さんに振っていくという。結構スキルだとは思いますが、多分そういうところも今後検討していけたらと思いました。ありがとうございました。

藤田:ありがとうございました。