

<特集「病と共に生きる」を支える>

精神病床で病と共に生きる長期入院患者への支援

統合失調症患者の社会機能評価を通して

—開放病棟と閉鎖病棟の比較—

福田 弘子*, 占部 美恵, 北島 謙吾

京都府立医科大学大学院保健看護学研究科保健看護学専攻
京都府立医科大学医学部看護学科看護学講座

Care for Long-term Hospitalized Patients

Living with Mental Illness in a Psychiatric Hospital

—Evaluation of Social Functioning in Patients with Schizophrenia through
A Comparison between Patients in Open and Closed Wards—

Hiroko Fukuda, Mie Urabe and Kengo Kitajima

*Graduate School of Nursing for Health Care Science,
Kyoto Prefectural University of Medicine
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

精神病床における長期入院患者の多くが統合失調症患者である。制限が多い入院環境で長期的に生活することで社会生活の体験が不足し、患者の社会機能が低下すると考えられている。本研究の目的は、長期入院患者の社会機能の特徴について、入院環境による側面から検討することである。対象者は、長期入院中の統合失調症患者72名であり、社会機能について精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker, REHAB) を用いて評価し、開放病棟群31名と閉鎖病棟群41名を比較し分析した。その結果、開放病棟の入院患者では全般的に良好な社会機能が保たれていたが、閉鎖病棟の入院患者では、「社会的活動性」、「セルフケア」、「社会生活の技能」といった機能が、開放病棟の入院患者に比べ障害の程度が重い傾向にあった。閉鎖病棟では、開放病棟と比較して病状が不安定な患者も入院しており患者同士の交流が促進され難いことや、外部と遮断された環境であるため生活範囲が広がらず、様々なサービスを利用する機会が限られることが、社会機能の低下につながる可能性が示唆された。

キーワード：長期入院、統合失調症、社会機能、開放病棟、閉鎖病棟

Abstract

The majority of long-term inpatients in psychiatric hospitals are schizophrenic patients, and long-term hospitalization in an environment with significant limitations is thought to disrupt social life and reduce social functioning. With a focus on aspects of the hospital environment, this study aimed to reveal the characteristics of social functioning in schizophrenic patients requiring long-term hospitalization. The participants were 72 schizophrenic patients (31 in 3 open wards, 41 in 4 closed wards) hospitalized in two psychiatric hospitals on a long-term basis. The social functioning of the patients was evaluated using the REHAB scale, and then analyzed by comparing scores between the inpatients of both wards. Results showed that social functioning was well maintained in the open ward group; however, scores for "Social activities", "Self care", and "Community skills" were significantly lower in the closed ward group

平成27年5月8日受付

*連絡先 福田弘子 〒602-0857 京都市上京区清和院口寺町東入の中御霊町410
hfukuda@koto.kpu-m.ac.jp

($p < 0.05$). Compared with open wards, closed wards are isolated from the outside world. Inpatients residing in such wards are unable to explore a wide range of activities, and in turn, have few opportunities to utilize a wider range of services. Therefore, long-term hospitalization in a closed ward may lead to poorer social functioning among schizophrenic patients than hospitalization in an open ward.

Key Words: Long-term Inpatients, Schizophrenia, Social Functioning, Open Ward, Closed Ward.

はじめに

精神保健医療福祉の領域では、社会的入院を含む長期入院患者の社会復帰や地域生活での自立支援が長年の課題となっており、それらの法的整備・支援策についての議論が重ねられてきた。近年の動向としては、2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹⁾にて、10年間の間に精神病床における「受け入れ条件が整えば退院可能な約7万人の患者」の退院を目指すといった目標が掲げられ、昨年度その節目をむかえた。その間、2005年に制定された障害者自立支援法によって、精神障害者の地域生活を支える福祉サービスの提供体制の整備が行われ、2012年に障害者総合支援法へと改正された上で精神障害者の地域生活の促進・定着が目指されている²⁾。地域生活支援事業など、精神疾患を持つ患者の支援は地域生活に主眼が置かれているが、精神病床には現在も入院期間10年以上の者が6.9万人、20年以上の者が3.5万人と多数の長期入院患者が存在しており、退院可能な約7万人の入院患者の解消には至っていない³⁾。以上のことから、精神科病院は長期入院患者の支援として、「退院に向けた意欲の喚起」、「本人の意向に沿った移行支援」、「地域生活の支援」の徹底が求められ、これまで以上に地域移行を推進するための構造改革が求められている。

精神病床の長期入院患者の支援について、地域移行への取り組みが重視されている現状であるが、症状の慢性化や退院への意欲が失われている患者を前にして、医療者の中にはあきらめの気持ちが生じることや⁴⁾⁵⁾、看護者の具体的手立てに乏しい関わり方が長期入院患者の社会復帰を阻害すると報告されている⁶⁾。したがって、精神病床における長期入院患者の支援を検討することは重要な課題である。

2011年の患者調査では、精神病床に1年以上

入院している長期入院患者は約18万6000人とされ、そのうちの約70%（約13万9000人）が統合失調症患者である⁷⁾。入院期間が長期化するほど、精神病床の入院患者総数に占める統合失調症患者の割合は高くなる傾向にあり、「入院10年以上」では約84%に上っている⁷⁾。統合失調症では、幻覚や妄想、自閉といった特徴的な症状の他に、発症に伴う社会機能の低下が問題となる⁸⁾。社会機能とは、セルフケア能力や余暇を楽しむ能力など、個人がコミュニティや社会的関係性の中で、相応の社会的役割を果たすために発揮すべき機能である⁹⁾。入院中の統合失調症患者の社会機能は、疾患に伴う症状や障害が要因となるだけでなく、入院環境の影響を受けるともいわれている¹⁰⁾¹¹⁾。長期にわたって刺激に乏しく制限が多い入院環境で生活することによって、患者の自発性が低下することや社会生活の体験が不足することで、社会機能が低下し、支援の必要性が高まるほど退院は困難となる。

本稿では、長期入院中の統合失調症患者の社会機能について、開放病棟と閉鎖病棟といった入院環境による側面から検討し、精神疾患を持つ患者の長期的な療養生活を支える支援について示唆を得ることを目的とする。

方 法

1. 調査対象

同一県内の病床数200床以上の単科精神科病院2施設（A病院：開放2病棟・閉鎖2病棟、B病院：開放1病棟・閉鎖2病棟）で継続して2年間以上入院している統合失調症患者で、研究への協力に同意された者を対象者とした。調査期間は2011年3月から5月であった。

2. 調査内容・方法

対象者の背景として、年齢、入院期間、抗精神病薬の服用量についてChlorpromazine換算

量（以下 CP 換算量）を医療記録及び看護記録から把握し、社会機能の評価には、精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehabilitation Evaluation Hall and Baker, 以下 REHAB）を用いた。

REHAB の評価は、研究者が病棟に入り、評定マニュアルに沿い、1 週間に 10 名までの対象者の社会機能を継続的に観察して行った。REHAB の評価内容は、自傷行為や攻撃的行動など、普通として受け入れられることからの逸脱の程度を評価する「逸脱行動」（7 項目：0～2 点の 3 段階評価）と、「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」といった社会機能を評価する「全般的行動」（16 項目：0～9 点の 10 段階評価）で構成されている。「全般的行動」は、地域生活での普通の人を基準にしてどの程度障害されているかを 0 点（普通）～9 点（最も障害が重い）で評価する。いずれも点数が高いほど障害が重いことを意味している¹²⁾。

分析には SPSSver21 を用い、開放・閉鎖病棟間の比較の分析として Mann-Whitney の U 検定を行った。有意水準は 5% 未満とした。

3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、研究者が所属してい

た大学院修士課程の三重県立看護大学倫理審査会と研究協力機関 2 施設の研究倫理委員会の承認を得た。病院長及び看護部長、病棟責任者に研究目的、方法、守秘義務を説明し研究協力への承諾を得た上で、対象者の紹介を依頼した。対象者への研究の依頼と説明は、研究目的、方法、参加及び参加撤回の自由を明記した文書を用いて研究者から個別に行った。このとき、対象者が自由意思を表現できるよう、拒否してもなんら不利益がないことを理解できるように説明した。その上で、研究参加に同意し、同意書に署名した者を研究対象者とした。

結 果

1. 対象者の背景

対象者の背景を表 1 と表 2 に示す。対象者は 72 名で、開放病棟に入院していた者（以下開放病棟群）は 31 名、閉鎖病棟に入院していた者（以下閉鎖病棟群）は 41 名であった。男性 46 名（63.9%）、女性 26 名（36.1%）、平均年齢は 54.7 ± 12.8 歳、平均入院期間は 13.6 ± 10.2 年、平均 CP 換算量は 718.4 ± 479.9 mg であった。閉鎖病棟群に比べ、開放病棟群の平均年齢が高く、平均入院期間も長かった（ $p < 0.05$ ）。

表 1 対象者の背景

		全体 N=72	開放病棟群 n=31	閉鎖病棟群 n=41
性別	男性 n(%)	46(63.9)	14(45.2)	32(78.0)
	女性 n(%)	26(36.1)	17(54.8)	9(22.0)
年齢(歳)	20～40未満 n(%)	11(15.3)	2(6.4)	9(22.0)
	40～60未満 n(%)	31(43.0)	11(35.5)	20(48.8)
	60以上 n(%)	30(41.7)	18(58.1)	12(29.2)
入院期間(年)	2～5未満 n(%)	19(26.4)	4(12.9)	15(36.6)
	5～10未満 n(%)	10(13.9)	3(9.7)	7(17.1)
	10以上 n(%)	43(59.7)	24(77.4)	19(46.3)
CP換算量(mg)	0～400未満 n(%)	18(25.0)	10(32.3)	8(19.5)
	400～800未満 n(%)	31(43.1)	13(41.9)	18(43.9)
	800以上 n(%)	23(31.9)	8(25.8)	15(36.6)

CP:Chlorpromazine

表 2 対象者の背景

	全体 N=72 Mean±SD	開放病棟群 n=31 Mean±SD	閉鎖病棟群 n=41 Mean±SD	病棟間の比較 Mann-Whitney検定
年齢(歳)	54.7 ± 12.8	58.5 ± 10.5	51.8 ± 13.8	p=0.025*
入院期間(年)	13.6 ± 10.2	15.5 ± 9.1	12.1 ± 10.8	p=0.046*
CP換算量(mg)	718.4 ± 479.9	663.6 ± 448.3	759.7 ± 504.0	n.s.

CP:Chlorpromazine

* $p < 0.05$

n.s.:not significant

表3 リハビリテーション行動評価尺度 (REHAB) の評定結果と病棟間の比較

		開放病棟群 (n=31)		閉鎖病棟群 (n=41)		病棟間の比較 Mann-WhitneyUtest
		Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
逸脱行動	1 失禁	0.06 ± 0.36	0.12 ± 0.46			n.s.
	2 暴力	0	0			n.s.
	3 自傷	0	0			n.s.
	4 性的問題行動	0.03 ± 0.18	0.12 ± 0.46			n.s.
	5 無断離院	0.03 ± 0.18	0.02 ± 0.16			n.s.
	6 怒声・暴言	0.06 ± 0.25	0.07 ± 0.26			n.s.
	7 独語・空笑	0.16 ± 0.52	0.20 ± 0.56			n.s.
全般的行動	8 病棟内交流	3.65 ± 3.18	5.24 ± 2.68			p=0.017*
	9 病棟外交流	5.74 ± 2.74	7.51 ± 2.11			p=0.004**
	10 余暇	1.87 ± 2.06	3.63 ± 2.32			p=0.001**
	11 活動性	2.16 ± 1.51	3.49 ± 2.14			p=0.009**
	12 ことばの量	1.39 ± 1.63	1.95 ± 2.26			n.s.
	13 自発的言語	1.90 ± 1.74	2.32 ± 2.25			n.s.
	14 ことばのわかりやすさ	0.06 ± 0.25	0.51 ± 1.00			p=0.021*
	15 明瞭さ	1.19 ± 1.35	1.29 ± 1.35			n.s.
	16 食事の仕方	0.16 ± 0.64	0.07 ± 0.35			n.s.
	17 身繕い	0.35 ± 0.71	1.37 ± 1.66			p=0.001**
	18 身支度	0.71 ± 0.86	1.63 ± 1.26			p=0.001**
	19 所持品の整理	0.84 ± 0.74	1.85 ± 2.01			p=0.030*
	20 助言・援助	1.16 ± 1.10	1.80 ± 1.57			n.s.
社会生活の技能	21 金銭管理	0.84 ± 2.00	4.66 ± 3.73			p=0.000**
	22 施設・機関の利用	4.45 ± 3.20	7.32 ± 2.49			p=0.000**
	23 全般的評価	3.56 ± 1.82	5.85 ± 1.75			p=0.000**
	全般的行動合計	30.03 ± 16.81	50.51 ± 18.02			p=0.000**

n.s.:not significant *p<0.05 **p<0.01

N=72

注)逸脱行動は0~2点の3段階評価、全般的行動は0~9点の10段階評価で点数が高いほど障害の程度が重いことを示す。

2. 病棟別の社会機能

開放病棟・閉鎖病棟別の REHAB の「逸脱行動」及び「全般的行動」の結果を表3に示す。

REHAB の「逸脱行動」の結果から、本研究対象者では、「2. 暴力」、「3. 自傷」といった行動を示す者はなく、「1. 失禁」、「4. 性的問題行動」、「5. 無断離院」、「6. 怒声・暴言」、「7. 独語・空笑」を認める者は、開放・閉鎖病棟群の双方に含まれていたが、全体的に少数であり、病棟間の差はなかった。

「全般的行動」についての開放・閉鎖病棟別の比較では、主に「社会的活動性」、「セルフケア」、「社会生活の技能」の評定項目で有意差があり、いずれの項目も閉鎖病棟群の方が高く、障害の程度が重かった。

「社会的活動性」では、対人交流を評価する「8. 病棟内交流」と「9. 病棟外交流」、何らかの趣味や興味を持って過ごしているかを表す

「10. 余暇」、自発的な活動状況を表す「11. 活動性」で病棟間に有意差があった。閉鎖病棟群では開放病棟群に比べ、病棟内・病棟外双方の対人交流が少なく、活動性の障害の程度が重い傾向にあった。

「セルフケア」では、「17. 身繕い」、「18. 身支度」、「19. 所持品の整理」について病棟間に有意差があり、開放病棟群ではそれぞれ平均点が 0.16 ± 0.64 点、 0.35 ± 0.71 点、 0.71 ± 0.86 点と問題がない者が中心であったのに比べ、閉鎖病棟群ではそれぞれ 1.37 ± 1.66 点、 1.63 ± 1.26 点、 1.85 ± 2.01 点とやや助言を要する者が含まれていた。

「社会生活の技能」では、「21. 金銭管理」、「22. 施設・機関の利用」とも病棟間に有意差があった。「21. 金銭管理」について開放病棟群では平均 0.84 ± 2.00 点と、多くの対象者が自分で金銭を持ち使用していたが、閉鎖病棟群では平

均 4.66 ± 3.73 点と、金銭を自分で管理していないか、使用する機会が少ない傾向にあった。自分の意志で病院内に出かけ様々なサービスを利用しているかを評定する「22. 施設・機関の利用」では、閉鎖病棟群では平均 7.32 ± 2.49 点とそれらの利用が少ない傾向にあった。

「社会的活動性」のうち「12. ことばの量」と「13. 自発的言語」、「ことばのわかりやすさ」のうち「15. 明瞭さ」については、病棟間の差はなく、障害の程度も軽度であった。「14. ことばの意味」については病棟間で有意差があったが、障害の程度は開放一閉鎖病棟群とも軽度であった。

考 察

1. 病棟環境の違いから捉える長期入院患者の社会機能の特徴

精神病床の閉鎖病棟は、精神症状によって自傷他害の危機にある患者を保護するために、外部と遮断された環境にある。本研究の対象者は暴力や自傷行為を示さず、陽性症状を表す「7. 独語・空笑」や、その他の「逸脱行動」の項目の点数は低く、病棟間の差もなかった。また、「14. ことばの意味」、「15. 明瞭さ」といった言語的機能に関連した項目の障害の程度も軽度であった。以上のことは、本研究の対象者が、精神症状が安定し、研究の参加に意思表示が可能な者を対象としていたことが影響していたと考えられる。この選定によって、本研究の対象者では、閉鎖病棟に入院中の患者であっても自傷他害といった行動を示す者はなく、言語的機能が保たれた者が中心となっており、逸脱行動や言語的機能に関する項目で病棟間に差がなかったと考えられる。

逸脱行動や言語的機能の障害は軽度で、病棟間に差がなかったが、「社会的活動性」、「セルフケア」、「社会生活の技能」の評定項目に差が認められ、これらには病棟環境によって異なる社会機能の特徴が生じているものと考えられる。

「社会的活動性」について、閉鎖病棟群で「8. 病棟内交流」や「9. 病棟外交流」、「10. 余暇」、「11. 活動性」で、開放病棟群より障害の

程度が重かった。病棟環境の違いとして、病状が安定している患者が中心である開放病棟に比べ、閉鎖病棟では病状が不安定な患者も入院しており、患者同士の交流が促進され難いことが考えられる。また、閉鎖病棟に入院しながら、逸脱行動が見られないような安定している患者に対して、過ごし方や興味・関心に沿った活動の提供が行えているかといったことを検討していく必要がある。

「セルフケア」では、「17. 身繕い」、「18. 身支度」、「19. 所持品の整理」で開放一閉鎖病棟間に差があった。開放病棟群の患者では、地域社会で普通とされる程度に身だしなみが保たれ、身の回りの整理も行えるなど、「セルフケア」に関する社会機能は良好であった。閉鎖病棟群では、整容や整理整頓に関して著しく点数が高いわけではないが、開放病棟群に比べれば障害されており、地域生活を基準とした場合、何らかの助言が必要な患者が含まれていたと考えられる。開放病棟では、対人交流や自由に外部と接する機会が維持されやすいことから、他者の目を意識するような「17. 身繕い」や「18. 身支度」等のセルフケアが保たれやすい傾向にある。一方で、閉鎖病棟では、対人交流や社会との接点が少なくなることで、自身の身だしなみや生活環境を整えることへの意識が低下し行えなくなる傾向があると考えられる。

「社会生活の技能」の「21. 金銭管理」、「22. 施設・機関の利用」については、開放病棟群の多くの患者が自己管理で金銭を持ち病院外部で買い物を行い、病院周辺のサービス・施設を利用する機会を持っていた。それに対して、閉鎖病棟群では、金銭管理になんらかの助言を要し、外部に出かける機会がない患者が多かった。外部に出かける機会を持ちやすい、自由度の高い環境にある開放病棟に比べ、閉鎖病棟は外部と遮断された環境にあり、自分の意志で外部に出る機会が減少する傾向にあると考えられる。閉鎖病棟に長期的に入院することで、生活範囲が広がらず、様々なサービスを利用することや、金銭を使用する機会が限られていくことは、社会生活の技能の低下につながる可能性が示唆さ

れた。

2. 長期入院中の統合失調症患者の支援への示唆

長期入院中の統合失調症患者の社会機能について、開放病棟と閉鎖病棟という療養環境による違いから検討してきた。長期入院患者は入院が長期化することにより、入院以前の人や社会とのつながりが希薄化する傾向にある。この点で、社会的活動性の「9病棟外交流」については、開放病棟群であっても平均 5.74 ± 2.74 点であり、病棟外で他者と交流する機会を十分に持っているわけではないことを示している。閉鎖病棟群より開放病棟群の患者で年齢が高く、入院期間も長い傾向にあったことから、入院の長期化や高齢化によって社会的関係性が希薄化することが、病棟外での対人交流の減少につながると考えられる。

開放病棟群の長期入院患者では、入院生活を送る中でも全般的に良好な社会機能が保たれていた。しかしながら、「9. 病棟外交流」や「22. 施設機関の利用」については、地域生活者に比べれば十分でないと考えられる。地域で患者を受け入れる体制が整わないといった理由で退院の見通しがたない場合であっても、良好な社会機能が維持され、伸ばしていけるような支援を提供していくことが必要であろう。

閉鎖病棟群の長期入院患者に対しては、「社会的活動性」や「セルフケア」、「社会生活の技能」の面で開放病棟群の入院患者に比べ社会機能が障害されている傾向にあった。このことから、閉鎖病棟で入院しながら急性症状が見られない、病状が慢性化した患者であっても、社会機能の面で障害されている点はないか、といったことにも着目しながら、社会性を意識した支援を提供していくことが求められると考えられる。

本稿では、精神病床における長期入院患者の支援を考えるにあたり、患者の社会機能に焦点をあてて検討してきたが、社会機能の向上は就労に影響するといった報告もあり¹³⁾、地域移行の促進・定着を考える上で重要な概念である。また、慢性の統合失調症患者の支援としては、

疾患を抱えて長期在院するなどの社会生活中断の結果としての身体的・心理的・社会的機能障害を可能な限り回復する方法を開発し、生活を楽しめるようにすることが課題となっているといわれている¹⁴⁾。本研究の結果からも、長期入院中の患者、特に閉鎖病棟の長期入院患者で対人交流や余暇の過ごし方、病院外のサービスを利用するといった、生活の楽しみにつながる項目が障害されている傾向にあり、これらへの支援を通して、社会機能の改善を図ると共に心理的な回復につなげていくといった視点が重要になると考えられる。閉鎖病棟群の長期入院患者で整容についてのセルフケアが障害されている傾向にあったが、岡崎は、精神科リハビリテーションでは整容・美容の課題が忘れられており、保健医療の対象としても重視すべきであると提唱しており、外見をより健康にする取り組みを紹介している¹⁵⁾。また、我々は精神科の長期入院患者への支援の可能性として、タブレット型端末の活用を試みている¹⁶⁾。病棟内で患者の自発性や興味・関心に合わせて行うレクリエーション及びコミュニケーションツールとしてタブレット型端末を用いた。その中で、患者自身で好きな音楽や映像を選んで楽しむことや、他者とのコミュニケーションが広がる様子が見られており、患者の自発性の程度や希望に添える形での社会的活動性への支援方法の一つとして今後も検討していきたいと考えている。

結 論

長期入院統合失調症患者の社会機能について、開放病棟と閉鎖病棟を比較した結果、以下の事柄が明らかになった。

1. 開放病棟の入院患者では全般的に良好な社会機能が保たれていた。
2. 閉鎖病棟の入院患者では、「社会的活動性」、「セルフケア」、「社会生活の技能」といった社会機能が障害されているという特徴があった。

したがって、閉鎖病棟の長期入院患者では、患者の「社会的活動性」や「セルフケア」、「社会生活の技能」といった機能が障害されている点をふまえた支援を検討することが重要である。

謝 辞

本研究にご協力頂きました患者様、看護部長、看護師長、スタッフの皆様に心より感謝申し上げます。また、本調査の実施にあたり、厚いご指導をいただきました

前・三重県立看護大学教授の水野正延先生に深く感謝申し上げます。

本研究において、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 精神保健福祉対策本部“精神保健医療福祉の改革ビジョン”. 厚生労働省精神保健福祉対策本部.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>, (参照 2014-03-01)
- 2) 吉川隆博. 第2章精神保健医療福祉制度改革 I 障害者自立支援法から障害者総合支援法へ. (社)日本精神科看護技術協会監修. 精神科看護白書2010→2014. 東京: 精神看護出版, 2014; 23-37.
- 3) 白石弘巳, 岩下 覚. 第8章精神科医療 8-0-1 概況, 8-1-1 精神科入院医療の概況. 精神保健福祉白書編集委員会編. 精神保健福祉白書2014年版 歩み始めた地域総合支援. 東京: 中央法規出版, 2013; 147-151.
- 4) 片岡三佳, 高橋香織, グレック美鈴, 池西悦子, 池邊敏子, 長瀬義勝, 家田重博, 額額富久, 村岡大志. 精神疾患を持つ長期入院患者の社会復帰に向けての看護実践と課題 (第一報). 岐阜看護大紀 2005; 5: 11-18.
- 5) 古屋龍太. 退院・地域移行支援の現在・過去・未来—長期入院患者の地域移行は、いかにして可能か. PSYCHIATRY 2010; 57: 9-21.
- 6) 石橋照子, 川田良子, 増田教子, 稲田順子. 長期入院精神障害者の社会復帰への援助を阻害する看護者の捉えと態度. 日看研会誌 2002; 11: 11-20.
- 7) 厚生省大臣官房統計情報局編: 患者調査平成23年上巻全国編, 厚生統計協会, 2011.
- 8) Harvey PD, Sharma T 著. 丹羽真一, 福田正人監訳. 第7章機能障害と認知. 統合失調症の認知機能ハンドブック—生活機能の改善のために—. 東京: 南江堂 2011; 69-79.
- 9) 水野雅文, 根本隆洋, 茅野 分. 統合失調症の認知機能障害と社会機能の回復. 臨精医 2005; 34: 791-797.
- 10) 山根 寛. 社会機能のいくつかのアスペクト. 精神科治療 2003; 18: 1015-1021.
- 11) 小渡 敬. 精神科病院における精神科リハビリテーション. 精神科治療 2006; 21: 161-168.
- 12) 山下俊幸, 藤 信子, 田原明夫. 精神科リハビリテーションにおける行動評定尺『REHAB』の有用性. 精神医 1995; 37: 199-205.
- 13) 服部希恵, 北島謙吾, 森田敏幸. 精神障害者の社会機能及び日常生活自己管理が社会参加に及ぼす影響. 精保看会誌 2001; 10: 118-126.
- 14) 岡崎祐士. 慢性期統合失調症の人のできる支援を考える—リハビリテーションの忘れられた分野, 外見をより健康にする支援を中心に. 統合失調症 2014; 8: 12-20.
- 15) 岡崎祐士. 外見を健康に近づける支援の必要性—精神科リハビリテーションのもう1つの課題. 作業ジャーナル 2009; 43: 23-26. 2014; 8: 12-20.
- 16) 占部美恵, 福田弘子, 北島謙吾. レクリエーション活動にタブレット型端末を用いた精神看護学実習の試み. 京都府医大看紀 2014; 24: 95-101.

著者プロフィール



福田 弘子 Hiroko Fukuda

所属・職：京都府立医科大学医学部看護学科・助教

略 歴：2002年3月 三重県立看護大学看護学部卒業

2002年4月 三重県立こころの医療センター・看護師

2009年4月 四日市看護医療大学・助手

2012年3月 三重県立看護大学看護学研究科修了

2012年4月～現職

専門分野：精神看護学

- 主な業績：1. 占部美恵, 福田弘子, 北島謙吾. レクリエーション活動にタブレット型端末を用いた精神看護学実習の試み. 京府医大看紀要 2014; 24: 95-101.
2. 福田弘子. 長期入院中の総合失調症患者の社会機能に関する研究 精神科リハビリテーション行動評価尺度 (REHAB) による評価から. 京府医大看紀要 2012; 22: 1-6.
3. 福田弘子. リラクゼーションと自律訓練法. 近藤信子・萩典子編. 産業・精神看護のための働く人のメンタルヘルス不調の予防と早期支援. 東京: 金子書房, 2012: 94-99.
4. 近藤信子, 萩 典子, 大西信行, 東川 薫, 福田弘子. 職場のメンタルヘルス問題への早期介入と支援 産業看護職の活動に求められるリテラシー. 保健の科学 2012; 54: 234-237.
5. 福田弘子. ネオジャクソニズム～バーンアウト. 瀧川 薫, 片岡三佳, 北島謙吾, 他編. 精神保健看護辞典. 東京: オーム社, 2010; 258-273.
6. 福田弘子, 前川早苗, 渡邊圭子. 精神科急性期病棟における統合失調症患者を対象とした集団心理社会教育に関する考察. 日本看護学会論文集: 精神看護 2006; 37: 151-153.