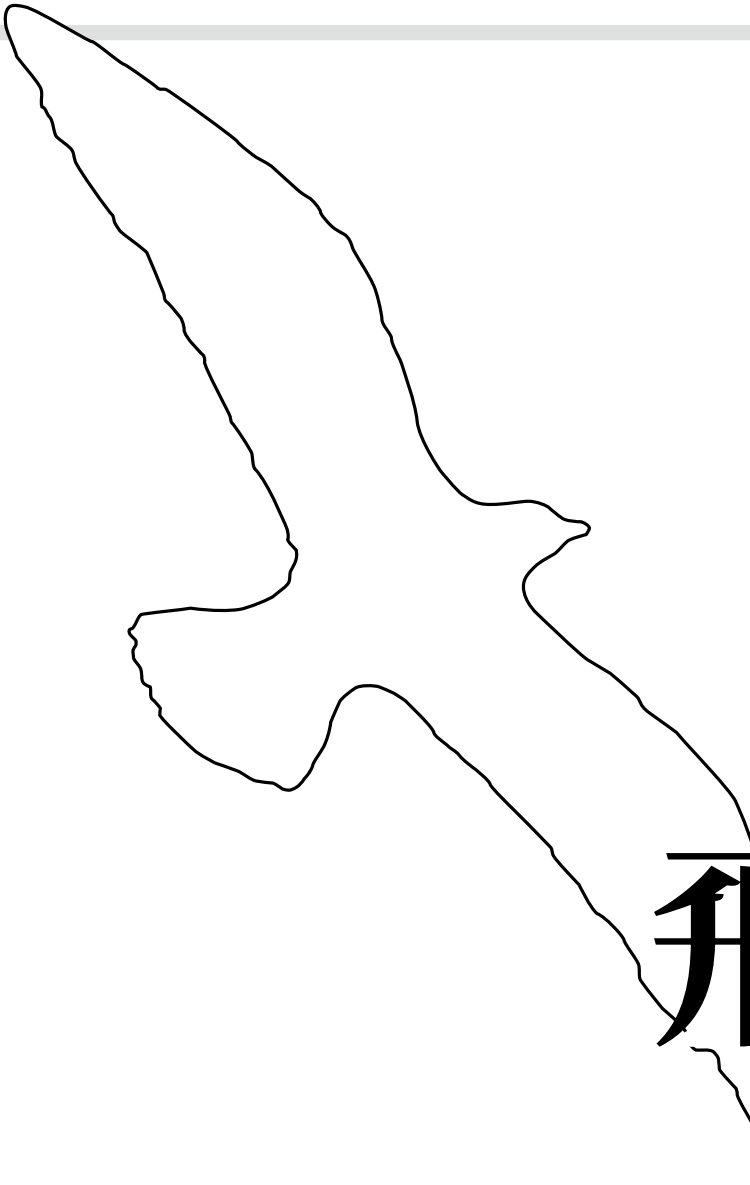




飛翔

2021
年報 第24号



飛翔

2021

年報 第24号

飛 翔

「ゆたかな心、こまやかな関わり、最新の医療」の
スローガンの下
大空を翔ぶ鳥のように
自由におおらかに
この21世紀を力強く羽ばたいて

◆理念◆

- ①すべての人に差別のない目、ゆとりのある態度で接すること
- ②他者の立場にたった思いやりのある態度で接すること
- ③従来の自分たちの技能や実践に満足せず、常に検証と改善を心がけ、時代の要請に応えていくこと

◆基本方針◆

- ①丁寧な説明と意思決定のもとに医療と福祉を実践します
- ②安心、安全な医療福祉環境作りに積極的に取り組みます
- ③精神科救急を軸にした地域医療に積極的に取り組みます
- ④精神科リハビリテーションに積極的に取り組みます
- ⑤障害者の地域生活支援に積極的に取り組みます
- ⑥地域の医療機関、行政、福祉施設をはじめ、すべての社会資源との連携に積極的に取り組みます
- ⑦精神保健医療福祉についての啓発活動に積極的に取り組みます
- ⑧職員の研修と研鑽に積極的に取り組みます
- ⑨職員の健康維持と健康増進に積極的に取り組みます



理事長

平野 千晶

巻頭言

コロナ後の社会への期待

第1回近代オリンピックがアテネで開催されてから、125年が経ちました。新型コロナウイルス（COVID-19）のパンデミックで1年延期された今回の東京オリンピックが第31回目。平和の祭典も、IOCの商業主義と今回のパンデミックによって、その意義が大きく問い直されています。オリンピックに限らず、私たちは今、世界規模での社会構造の転換点に立ち会っているのだと感じます。

それでも、ピンチをチャンスに

私は、世界中の人たちがパンデミックの経験を共有することで、下記のような点で時代の意識が変わることに期待をしています。

① 弱者への思いやり：隣人の困りごとが他人事ではなくなる

ひとつの期待は、社会的包摂（ソーシャル・インクルージョン：social inclusion）への社会の意識が高まることです。病気や障害のある人、貧しい人、歳をとった人など、COVID-19の弱者の暮らしが放置されている限り、パンデミックの危機は無くなりません。このことは、私たちの地域だけの問題にとどまりません。新しいワクチンをいくら開発し普及させても、貧困や飢餓に苦しむ国、戦争や紛争や難民に苦しむ地域がある限り、新しい変異株が次々と発生して、いたちごっこに陥ってしまいます。そのような国や地域がたとえ地球の裏側にあったとしても、ひとたびパンデミックが起これば数週間うちに私たちの暮らしや経済が止まってしまうことを私たちは既に経験済みです。

社会的包摂は、全ての人が社会の一員として取り込まれて支えあうことをさす言葉です。立場の弱い人たちも排除されず、摩擦や孤立が起こらないことを目指すのです。地球規模で私たちがこの課題に取り組まなければならない時にきていると思います。

② 地球温暖化の抑止：やればできる

今回のパンデミックによって、世界の二酸化炭素の排出が8パーセント削減されたそうです。この値についての評価は様々ですが、私は「やればできる」ことを実証しているように感じました。二酸化炭素を減らすために生活を変えることには痛みを伴いますが、緊急事態宣言の繰り返しから、私たちは「皆で我慢することの大切さ」を知りました。それと同時に、「皆が我慢できるようにするにはどのような工夫が必要なのか」について社会全体で考える機会を持ちました。このような体験の共有が、今後の温暖化の防止に役立てられることを願っています。

③ デジタル化の推進とリアルの復権

COVID-19の流行を機に、テレワークなどの在宅勤務が一般化してきました。余暇時間での交流も、オンライン飲み会のようにSNSやZoomなどを使う比率が高くなっています。買い物もオンラインが一般化し、映画やコンサート、スポーツ観戦もネット配信で楽しむことが多くなりました。

確かに社会のデジタル化は、障害のある人の社会参加の可能性を上げ、都会と地方の格差の改善を期待させます。

反面、人々が直接に会ってリアルな時間と空間を共有することの重要性についても今まで以上に関心が高まっていると感じます。

リモート診療などの医療でのデジタル化の進展が具体的に検討されています。そうであればなおさら、看護や介護、作業療法など、どうしても対面でなければ機能しない領域についてはその経済的な評価（インテンシブ）が更に高まることを期待します。

④ 何でもお金で測る主義の見直し

COVID-19のパンデミックを経て、これまでの世界を席卷していたグローバリズムが一定の節目を迎えたように感じています。世界中のあらゆる事物を先進国（特に米国）の評価基準（つまりお金）に換算して動かす仕組みがグローバリズムではないかと、私は考えています。オリンピックの商業化も、グローバリズムの一部ではないでしょうか。パンデミックによって世界の物流と人の動きが滞ったことで、人々がもう一度自分たちの地域や一人一人の暮らしに向き合うようになってきました。金銭だけではない、自分たちにとっての価値で物事を選ぶようになってきていると感じています。「将来も日本でマスクを生産し続けて欲しいから」と国産マスクを選んだり、「この街にあのお店がなくなると寂しいから」と飲食に行ったり、「こういう商品やサービスが発展して欲しいから」と割高だったり性能が不十分でも積極的に使って自分の意見を生産者に返したり、特に若い人たちを中心にこのような消費行動が活発になっていると聞きます。そのことに、私は新しい時代への可能性を感じます。

障害のある人が社会参加や就労をすることの意義、価値についても、新たな視点で世の中が評価して支援する社会が到来することを期待しています。

あったかハートまつりを新規軸で再開

近年の少子・高齢化、人口減少の波は、医療・福祉だけでなく社会全体に大きな影響を与えています。その対応として、地域の様々な機能がつながり地域全体を支えていく「地域共生社会」の実現が注目されています。これまでの制度ごと分野ごとの「縦割りの支援」や「支え手」「受け手」という一方向の関係を超えて、社会的包摂を基礎として人と人、人と社会資源が分野を超えて双方向でつながることで、一人ひとりの暮らしと生きがいを創造し、地域の活性化を目指すのです。先に述べましたように、今回のパンデミックがそのような機運を前進させることに期待をしています。

医療法人成精会における実践でも、様々な課題が複雑に絡み合った事例が増えていきます。これまでの対象者別・機能別に整備されてきた公的支援では十分ではなく、複合的な支援が必要になってきています。精神科病院が単独で患者さんを抱え込んでも、十分に機能できる時代ではないのです。自分たちの枠にとらわれず、病気や障害をもつ人とその家族への治療や支援について「地域とともに考える」姿勢が今まで以上に求められていると思います。常に地域に目を凝らして、医療・福祉の枠を超えて、企業、学校、行政、司法、まちづくり、ボランティアなど地域の様々な機能との有機的な連携を構築していく姿勢が重要です。

このような試みをこの地域で実践していくためには、単に緻密で真面目なだけではなく、新しい出会いを喜び、出会った人たちと楽しさを作り上げていく態度、資質（地域を巻き込む力）が大切でないかと考えます。

そのためにCOVID-19の蔓延のために現在休止が続いている「あったかハートまつり」を、前述したような新しい視点で来年こそは再開させたいと考えています。新規軸で再開されるこの祭りが、当法人の職員にとっても地域の関係者にとっても、様々な人と出会い、楽しさを作り上げていく機会となり、地域共生社会で活躍できる人材育成につながることを望んでおります。

ポストコロナ・ウイズコロナでの医療法人成精会の役割

医療法人成精会の私たちは、時代の変化を追い風ととらえて、地域の皆さまとの更なる連携に務めてまいります。地域との有機的で多様な連携を通じて新しい支援の方法を模索し、一人ひとりの暮らしと生きがいを創造して地域の活性化を目指します。

私たちは、これからも「地域に開かれた、地域と一体感のある精神科医療・福祉を展開する」ことで、この地域を「心から豊か」にし、ポストコロナ・ウイズコロナの時代の地域社会に貢献したいと考えております。

特集

A4病棟：グループM Iの紹介

～ これぞグループM Iの最前線～



A4病棟： グループM I の紹介

～これぞグループM I の最前線～

1. A4病棟のアルコール治療の紹介

A4病棟では、昨年度は64名の患者にアルコールリハビリテーションプログラム（以下ARP）を提供しました。昨年から流行が続いている新型コロナウイルス感染症対策でARPを今まで通りに提供できなくなったため、ARPの内容の見直しをしました。感染対策を講じながら実施できるARPを模索して現在の形ができあがりました。

ARPはⅠ期、Ⅱ期に分かれており、離脱期の患者さんはⅠ期からスタートとなります。個人差はありますが、1～2週間の離脱期を過ぎるとⅡ期に移行します。Ⅱ期に移行するとプログラムが開始となります。新型コロナウイルス感染症対策用に改訂したプログラムは図1の通りです。

図1 アルコールリハビリテーションプログラム

	月	火	水	木	金	土
AM		ビデオ鑑賞	グループM I	AOP		めばえ※
PM	リモート 断酒例会	学習会	ミーティング ※	MCT	ステップ 学習会	

太字は追加したプログラム、※印は自助グループやデイ・ケアとのオンラインミーティング

新型コロナウイルス感染症対策で人との接触を控える対策となり、外泊や自助グループへの参加ができなくなりました。そこで、愛知県断酒連合会が行っている昼例会にリモートで参加させていただけることになりました。

アルコール作業療法プログラム（以下AOP）で行っている料理会は会食にあたるため中止。そして、作業療法室に向いて行うAOPも院内外出制限に伴って病棟内AOPのみになりました。水曜日に行っていたミーティングも外部との接触を減少させる目的で中止にしました。

新型コロナウイルス感染症対策で開催できないプログラムが多くある事に加え、対策がいつまで続くのかわからない状況があったため、医療に繋がりにくいアルコール依存症者が治療目的で入院してきても十分なARPを提供できないことに、心苦しさを感じています。

A4病棟で、昨年度の看護研究で行っていたグループ動機づけ面接（以下グループM I）は凝集性が高まる効果があり、研究終了後もアルコール依存症者にARPのプログラム以外で継続して提供しました。

メタ認知トレーニング（以下MCT）は、精神疾患患者やアルコール依存症者を対象に介入すると物事の捉え方や自己の行動特性に気づき行動変容につながる効果があり提供を続けています。そんな優秀なふたつのプログラムをARPに加えることでより一層厚みの増すARPになると思い導入することにしました。

感染症対策で中断していたミーティングも自助グループの方の協力を得て徐々にオンラインで開催できるように整備しました。

以上のように、ARPを見直しましたが、患者さんが退院後に断酒を継続するのは簡単なことではありません。自助グループの方々とオンラインで繋いでも実際に会って体験談を語り合えないため臨場感に欠けたり、外泊して居住地の自助グループに参加できないため顔見知りになれなかったり、退院後に自助グループに繋がりにくいというデメリットがあります。そんな時、アディクションセンターのスタッフからSBIRTSの提案があり、すぐに導入をしました。入院8週目に患者の居住地の断酒会の方と直接会話することで、退院後に断酒会に行きやすい環境を作りました。

アルコール依存症者の家族支援は集団と個別の二種類提供しています。家族教室は、集団支援で多い時は25名程度、少ない時は10名前後のご家族の参加があります。密を防ぐ目的で参加人数を12名と制限し予約制にして感染対策を行いながら現在は開催しています。個別支援ではクラフト法を提供しています。約8割が通院患者のご家族からの依頼で行っており、多い方では一年以上継続して支援を行っているケースもあります。

以上のように、新型コロナウイルス感染症の流行を機に、感染状況に応じた対策を取りながらARP及び家族支援を提供してきました。

今後も、状況に応じて臨機応変により良いプログラムを提供できるように努力していきたいと思っています。

(文責 千田)

SBIRTSとは… Screening (スクリーニング)
Brief Intervention (簡易介入)
Referral to Treatment (専門治療への紹介)
Self-help group (自助グループへの紹介)

2. グループMIと私達

皆さん、MIもしくは『グループMI』って言葉を聞いたことありますか？私はA4病棟で働くまで聞いたことがありませんでした。そんな私のような読者の皆様のために、突然で恐縮ではございますがMIやグループMIについて簡単に説明していきたいと思えます。

まずMIとはMotivational Interviewingの略で日本語だと動機づけ面接と訳されます。

動機付け面接では、望ましい行動を増やし、望ましくない行動を減らすことを目的としています。動機付け面接は、両価性を抱えた人を対象に行われる面接法です。

ここで「両価性ってなに？」って思ったあなた、鋭い視点をお持ちのようです。

両価性とは相反する気持ちを抱えていることを指します、といってもよく分からないと思うので、例を挙げると、「飲酒したいけど飲みたくない」「ダイエット中で食べちゃいけないと思いつつ夜中にチャーハンが食べたい」といった気持ちのことです。

ここで、「あ、自分も同じ事思ったことある！」と思ったあなた、私とお仲間のようなようです。

この両価性の気持ちは決して特別ではなく日常的に感じる事なので、両価性があるから良いとか悪いとか、そういうことではありません。

これが例えばアルコールで悩まれている患者さんだった場合、『飲みたいけど飲みたくない』という気持ちに対して望ましい行動を増やしたいという目的で面接を行うのですが、(この場合は飲みたくない、に焦点を当てて飲みたくない気持ちを是認していきます)これを1対1ではなく複数の集団のグループで実施していくものが「グループMI」になります。

2021年1月からARPの仲間入りを果たしたプログラムです。毎回同じメンバーで集まって話をしていくことで、凝集性が高まり結果的に断酒率が上がったという研究結果も出ている素晴らしいプログラムとなっております。アルコールクス・アノニマスや断酒会のようなミーティング要素を持ちながら、言いつばなし、聞きつばなしではない、コミュニケーションをとる場でもあります。他患者さんの話を聞き、共通の話題、参考になった意見を、入院中や退院後、患者さんそれぞれが目標とするゴールに向かって活用してもらえたらいいな、という思いもあります。

ここで思いました。是認って何？凝集性って何？そんな疑問だらけの文章にしてしまい申し訳ございません。ただ、同じような疑問を持ったそこのアナタ、グループMIに少しでも興味があるようで私達はとても嬉しいです。

続いて当院で実施しているグループMIの全容を紹介していきます。

(文責 市川・菊地・古川)

3. グループMIのスーパー簡単な全容

グループMIが刈谷病院で始まり、そろそろ1年半を迎えようとしております。メンバー構成としては医師2名（菅沼副院長、古川依存症副医長）、看護師5名の合計7名となります。始まった当初は4名のスタッフだったのですが、確実に拡大しているのかなと思っております。

グループMIの実施状況としても、現在までに1クール終えた人数は53名となり、クール数も14回目を終えました。そうそう、病院内でもグループMIの認知度が上がってきた事を確信する事がありました。それがこの飛翔の特集の話が舞い込んできたことです。本当にありがたく感じております。感謝感謝。

1) グループMIを行う目的

グループMIを行う目的としては両価性の解消と集団の凝集性（一体感）の促進にあります。

両価性に関しては、前にグループMIメンバーが丁寧に記載していただいているので割愛します。その両価性を解消する事が目的になるので、アルコール依存症の人を対象にグループMIを行うのであれば、飲酒したいという方向ではなく、断酒の方向に向かってもらえるよう集団に方向づけをしていきます。

グループメンバーが自分の事だけを考えるのではなく、力を合わせて共通のゴールに向かってもらえるような変化を促進する事が目的となります。一人ではなかなか難しくても、誰かと一緒に頑張ればできるというようなグループ・ダイナミクスを利用し集団の一体感を促進していきます。

そして上記の2つが達成されると治療への動機が高まります。

2) グループMIの実際

グループMIは全4回シリーズで行います。

第1回（自己紹介とルール作り）

自己紹介では共通点を見出しやすいようにクローズドクエスチョンで行います。クローズドクエスチョンとは、選択肢が限られた質問です。例えば犬と猫どっちが好きですか？といった質問ですね。

その後グループMIの説明を簡単に行い、ルール作りを行なっていきます。作る目的としては、言いつばなし聞きつばなしの場ではないので「何を言っているのか」という話にもなってくるので、心配ですよね。なので初めに患者さん達自身で作ってもらいます。

時間があれば今後こうなっていけたらというささやかな希望みたいな話もしてもらったりして、終了となります。

第1回の目標としては患者さんを招き入れ安心・安全な場作りとなります。

第2回（両価性・利点欠点ゲーム）

最初に前回のルールを振り返り、両価性の説明をしていきます。その後参加者の全員に両価性を抱えたけれど、「できれば」うまくいったよってという話をしてもらいます。「できれば」なので両価性を抱えて結局ダメだったよという話でもかまいませんので、今までの人生での経験の話をしていただきます。ただしお酒の事に関係ない話をしていただきます。

利点・欠点ゲームは入院することのメリット・デメリットを考えていただき発表をします。最後に参考になった意見を聞いて終了となります。

第2回の目標としては見方を探り、自分の中の両価性を理解する事になります。

第3回（準備・やる気・できそうモデル）

第2回と同様に前回の振り返りを行なっていただきます。その後に「準備」・「やる気」・「できそう」モデルを用いてグループMIを進めていきます。「準備」・「やる気」・「できそう」モデルというのは、動機づけ面接の創始者であるミラーとロールニクが提唱したモデルで、3つがそろって初めて変化の実現が可能というモデルになります。「やる気」と「できそう」だけ揃っていても「準備」がしっかりされていないと行動に移す事ができず、また移したとしてもすぐに失敗してしまったりします。「やる気」がないと「準備」が出来ており「できそう」だと思っても、そもそもやろうと思いません。また「できそう」という自信がなければ、なかなか行動に移せません。そしてこのモデルを使用して、過去のちょっとした自慢話をさせていただきます。これもお酒に関わる話ではない話をさせていただきます。この過去の成功体験というのは、本人の自信度を高める事も含めて行なっていきます。また第1回と同様に今後こうなっていけたらというささやかな希望みたいな話も含めて将来の事も話させていただきます。

第3回の目標としては見方を広げて、現在の理解から将来への展望へ他者の視点を取り入れる事になります。

第4回（仮計画）

最後は今後3ヶ月後位の期間で、どうなっていきたいかを考えていただきます。最後の4回目に限ってはアルコールを含めて考えて行っていただきます。

具体的な仮計画の立て方として

- ①私のしたい変化は
- ②それがしたい理由は
- ③どんな計画ではじめるか
- ④人に助けを求めたら
- ⑤計画の邪魔になるかもしれないものは
- ⑥計画がうまくいかなかったときの別計画は



以上の6項目を順番に考えて行っていただきます。この計画を立てた後、最後にグループMIを通して参考になった意見をそれぞれに聞いて終了となります。

第4回目の目標としては計画を作り行動へ移していく事になります。

3) スキル(リーダー・コリーダー)

グループMIにおいてはファシリテーターを2名置いて行なっております。なぜ2名必要なのか。理由は単純で、1名だけだと大変だからです。リーダーは参加者とのやり取り、参加者同士のやり取りに気を配ると同時に、両価性の説明や仮計画の作成の話を進めていかななくてはなりません。ですので、コリーダーが非常に重

要な役割になっていくのです。リーダーが主に話を進めていきながら、コリーダーが全体の場の管理を行っていきます。参加者への意見もリーダー・コリーダーが交互に指名していく事も重要で、リーダー一人に権力を集中させない配慮も行います。一応リーダーとコリーダーと役割は決めていくのですが、実際始まってしまうと、時間とともにリーダーとコリーダーが入れ替わる事もよくあります。



ものすごくつまらなく説明すると、10名のグループに2名のリーダー・コリーダーがいる群と、5名のグループ2つ、それぞれにリーダーがいる群で比較した時に、10名のグループに2名のリーダー・コリーダーがいる方が成績がよかったという事で、2名必要という理由ですね。

4) リンケージ

グループMIにおいて一番使用し有効なスキルはリンケージになります。リンケージというのはつなげる事です。参加者同士の共通点や似ている所を探していきます。できればポジティブな側面をリンケージできると尚良いのですが、なかなかリンケージしにくい場面があります。例を出してみましよう。アルコール依存症ではよくある話なのですが、節酒派と断酒派です。この節酒派と断酒派はよく対立しがちです。そして断酒派が節酒派に説教めいた事を言ってしまうたりします。ただこの節酒派、断酒派の共通点があります。それは、今の状態ではまずいと考えており、今後お酒との付き合い方を変えていった方がよいと考えている点です。そういった、一見相反するような派閥ですが、その根底を考えていくと前向きで、共通の思いが隠れています。そこを見つけてお互いを結びつけていく事をリンケージと言います。そして、リンケージを行う目的としては凝集性（一体感）を高めることです。

表1 凝集性尺度

「グループMI」参加の効果の測定 性別（男・女） 年齢（ ）歳

Q1. このグループに参加して以下の項目を体験することが出来ましたか？

Q2. 「ハイ」に○を付けた項目を、意味あると思う順に番号を付けて下さい。

	質 問 項 目	Q1. 体験したか		Q2.
		イエ	ハイ	「ハイ」の順位
1	グループの中で、他人を援助（参加者への助言・慰め等）する経験をした。			
2	グループの中で、感情を表現する（感情を出す）ことがあった。			
3	グループは、参加者から受け入れられ、安心していられる場となってきた。			
4	グループに不可欠な一員（居ないと心配される1人）だというグループの所属感を感じた。			
5	グループ参加者から、何らかのアドバイスや示唆を得た。			
6	グループで、自分自身の行動の仕方や感じ方、考え方について理解が進んだ。			
7	グループで、自分が困難を感じているようなことに、他の人が実際に対処しているのを見たり、聞いたりすることがあった。			
8	グループの中で、何らかの形で将来への希望を感じた。			
9	グループの中で、他の人も自分と同じような問題や感情を持っていることを知った。			
10	グループは、生活の中あるいは自分自身の中で、変わり得ないと思っている事柄があることを認め始めたり、何らかの折り合いをつけ始めることを助けた。			
11	グループの中で、自分の表現（言動）が他の人にどのように受け取られているかを学んだ。			
12	グループの中で、他の人とのより良いコミュニケーションの方法を練習した。			
13	グループで、自分がどの様な家族の中で育ち、自分の人生にとって家族がどのような意味をもっているのかということについての理解が進んだ。			
14	グループの中で、アルコールや薬物によって失ったものの大きさに気付いた。			
15	グループの中で、みんなと一緒にアルコール（薬物）をやめようと頑張っている気がした。			

この表1の凝集性尺度を1クール4回のうちの初回と最終の4回目の時に書いていただきます。そして、はいといえの数を数えて凝集性を計測していきます。そして結果の例としては図2のグラフのようになります。

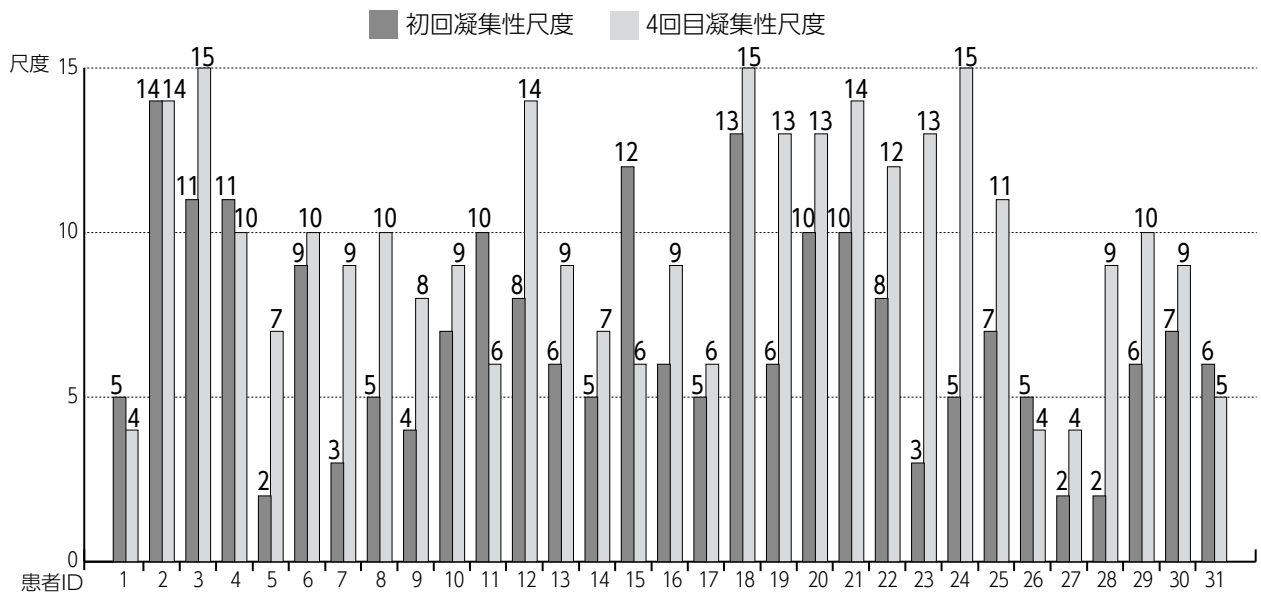


図2 凝集性尺度 (n=31)

初回の凝集性尺度は平均して6.87 (15項目中) であり、4回目は平均して9.68と初回と比べて2.81上昇しました。また初回から4回目が増加した割合としては全体の77.4%という事でほとんどの人が凝集性が上昇する事がわかりました。

表2 リタイア率と再飲酒率

	ARPLリタイア (n=46)	GMI開催中リタイア (n=31)	ARP中の飲酒 (n=46)	GMI開催中の飲酒 (n=31)
統計率	34.8%	6.5%	15.2%	3.2%
人数	16	2	7	1

またグループM I 開催中のリタイア率が優位に低くグループM I 中に飲酒する人も少ない事がわかりましたが、グループM I が終わった後すぐにやめてしまう人もいて効果の継続性という意味では不明な点が多くあります。

5) 今後の課題と所感

一番の課題として考えているのは、スタッフの育成です。動機づけ面接を学び、その上でグループM I も学び実践していく。負担も大きいと感じています。スタッフからは「本来のいわゆる学習会的な要素のみであれば、説明して終わり。グループM I だと、両働きの説明や、グループM I の説明等色々な専門用語を交えながら患者さんに説明していかなくてはならない。それは出来て当たり前で、その次に患者さんが持っている共通点を見つけていかなくてはならないから、そこが難しいですよ」といった的を射た意見や、「患者さんとの関係性がよくなって、グループM I 以外でも話するようになった」「グループM I に慣れたというより患者さんに慣れて最後の方はやりやすかった」というような意見がありました。

患者さんからの意見としては「面白かった、4回ではなくてももう少し続けて欲しい」という意見も多くあり、嬉しい限りです。また私自身もグループM I に楽しんで参加しており、患者さんから力を貰っております。

以上がグループM I の紹介になります。

今の私の力では、言葉で物事を説明するのは難しく、限界があると感じました。余談ですが今回の特集を通して、10年程前に目の不自由な友人に青色を説明出来なかった事を思い出したりしました。

(文責 家城)

4. グループMIはじめの一歩

動機づけ面接（MI）は、会話のスタイルです。スタイルだから、二言三言のやりとりの中にも導入できます。

対人援助職にとって動機づけは必要不可欠な作業なので、世界中に標準技法として広まりつつあります。たとえば、WHOは新型コロナウイルスワクチン接種にMIを使うためのガイドを作りましたし、愛知県は新任保健師の必須研修にしました。精神科に携わる人ならだれでも受容・傾聴・共感の訓練を受けるわけですが、MIはこのカール・ロジャーズの技法を基礎に置いています。エビデンスに基づいた教育システムを持つMIは、これを身につける最短コースでもあります。

さて、この便利で消耗の少ない効果的な技術を、1対1の個人面接だけでなく集団にも適用できないか、と考えるのは人情でしょう。そしてできたのがグループMIです。

ヒトが地上の支配者になれたのは、複雑で柔軟な協力関係を作る能力を持ったからです。そしてここにできた集団は、独自の力動を持って、良い方にも悪い方にも動きます。

集団を動機づけようとした場合、個人MIをそのまま適用してもうまくいきません。集団には1対1のやりとりの中では生まれぬ力と効果があります。それを建設的な方向へ最大限引き出し、いこうとするのがグループMIなのです。これはある意味、個人MIよりも楽な方法でもあります。うまくセッティングできていれば、カウンセラーが対応しなくても参加者が助けてくれるからです。

ヒトは社会的な動物ですから、集団の中で安全と承認と是認が得られれば、利他的な行動を取り、そこに喜びを見出します。そして相互に影響しあって、仲間としての一体感を持ち、前向きで協働的な行動をし始めます。こうした変化はグループMIを行なっている場だけではなく、グループMI参加者から他の患者へと、交流を通して病棟やデイケアや院外にも影響が及びます。雰囲気が変わるのです。ポジティブな感情はネガティブな感情よりも伝染しやすいのです。

MIが目指すのは行動変容です。人がやり方を変えるためには、「気づき」が必要です。援助者が集団の場に働きかけることで、集団はチームへと変化を始めます。参加者一人一人が持つ経験と力から、集団の場の中に知恵の袋が生まれます。その袋から取り出した気づきの木の実を分け合いながら変化が生まれるのです。

グループMIを身につけるにはどうしたらいいか？

その理論とポイントは単純です。集団を動機づけるには凝集性（一体感）を高めればよい。凝集性を上げるには参加者の共通点を見つけ、是認すればよい。日本には「回復への意欲を引き出す！ 高める！ グループ動機づけ面接」（磯村毅、関口慎治著）という名著があるのも幸運です。磯村先生が自ら描いたイラスト入りで、とてもわかりやすい。

あとは実践あるのみ。

（文責 菅沼）



統計資料

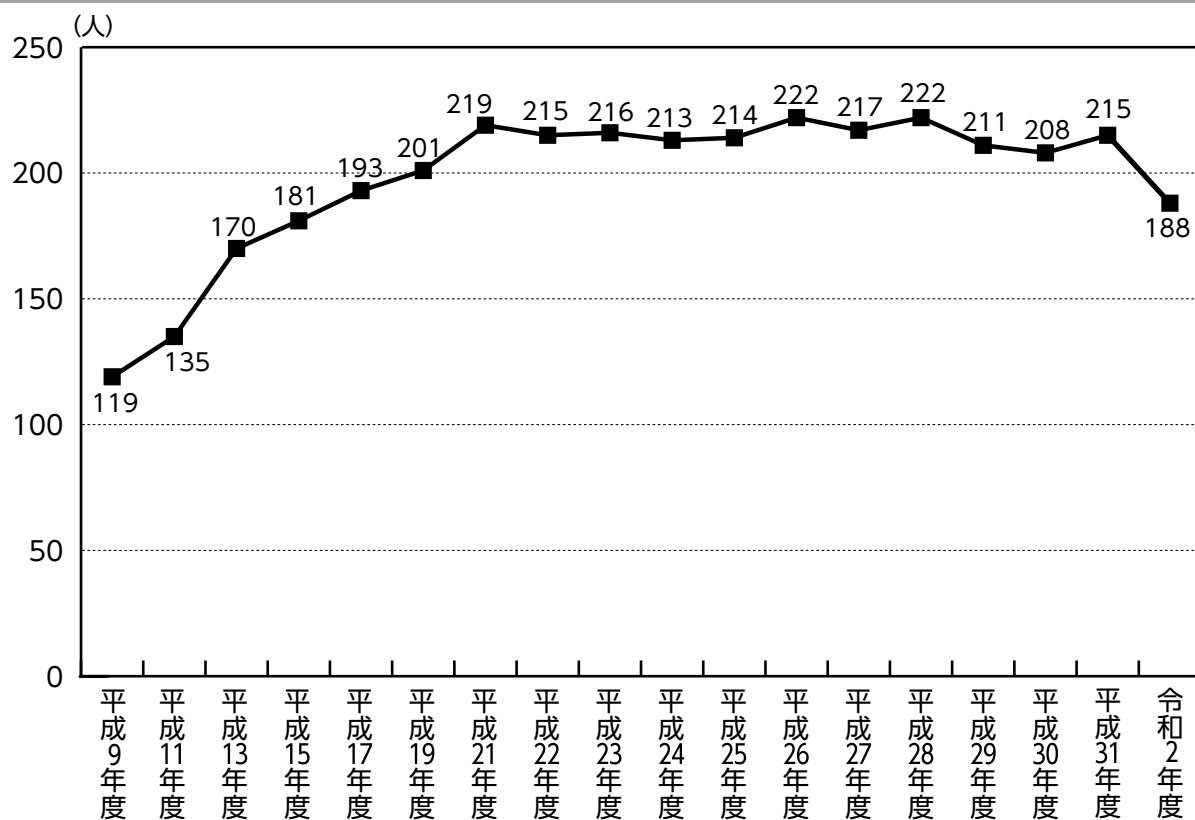
統計資料

職種別 職員数

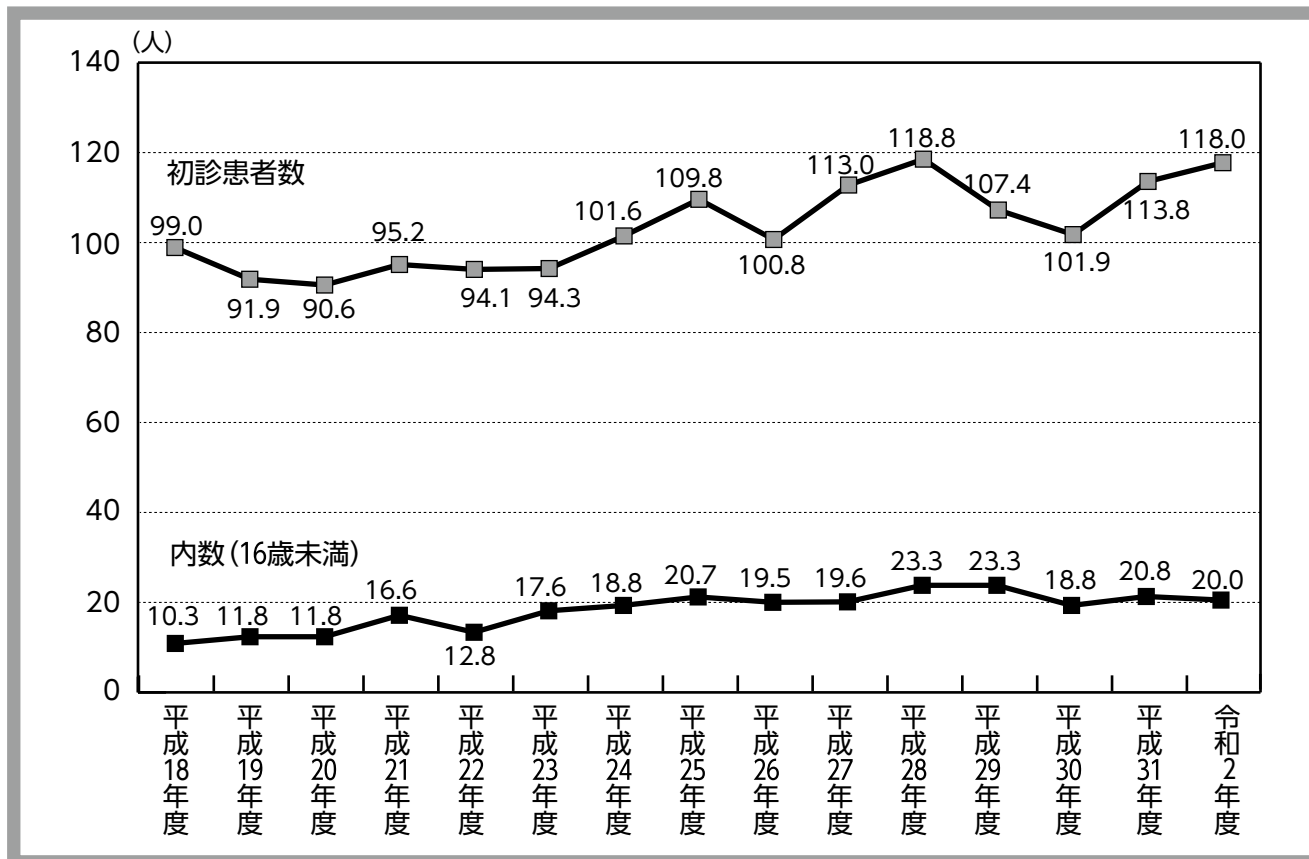
職種	年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年
医師		11	16	17	15	15	18	21	21	24	30	27	28	27	28	28
薬剤師		2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	5	4	4	4	4
看護師		70	62	63	65	65	69	72	72	73	73	82	89	90	93	93
准看護師		40	41	36	32	31	32	31	30	30	27	23	21	19	18	15
看護補助者		23	23	25	31	30	34	27	25	25	34	28	22	21	22	22
管理栄養士		3	2	1	1	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3
栄養士		1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
精神保健福祉士		11	9	9	9	11	18	18	19	19	21	23	25	25	26	23
臨床心理士		7	6	5	5	5	6	5	5	7	10	6	9	11	12	10
作業療法士		6	6	9	9	9	13	13	11	12	11	10	12	13	15	15
臨床検査技師		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
放射線技師								1	1	1	1	1	1	1	1	1
事務職員		12	14	15	15	16	19	22	22	22	22	22	22	22	22	22
その他		5		7	6	6	13	10	9	7	9	10	9	7	9	9
合計		192	183	193	194	195	229	227	222	227	245	242	247	244	255	248

(各年3月31日現在)

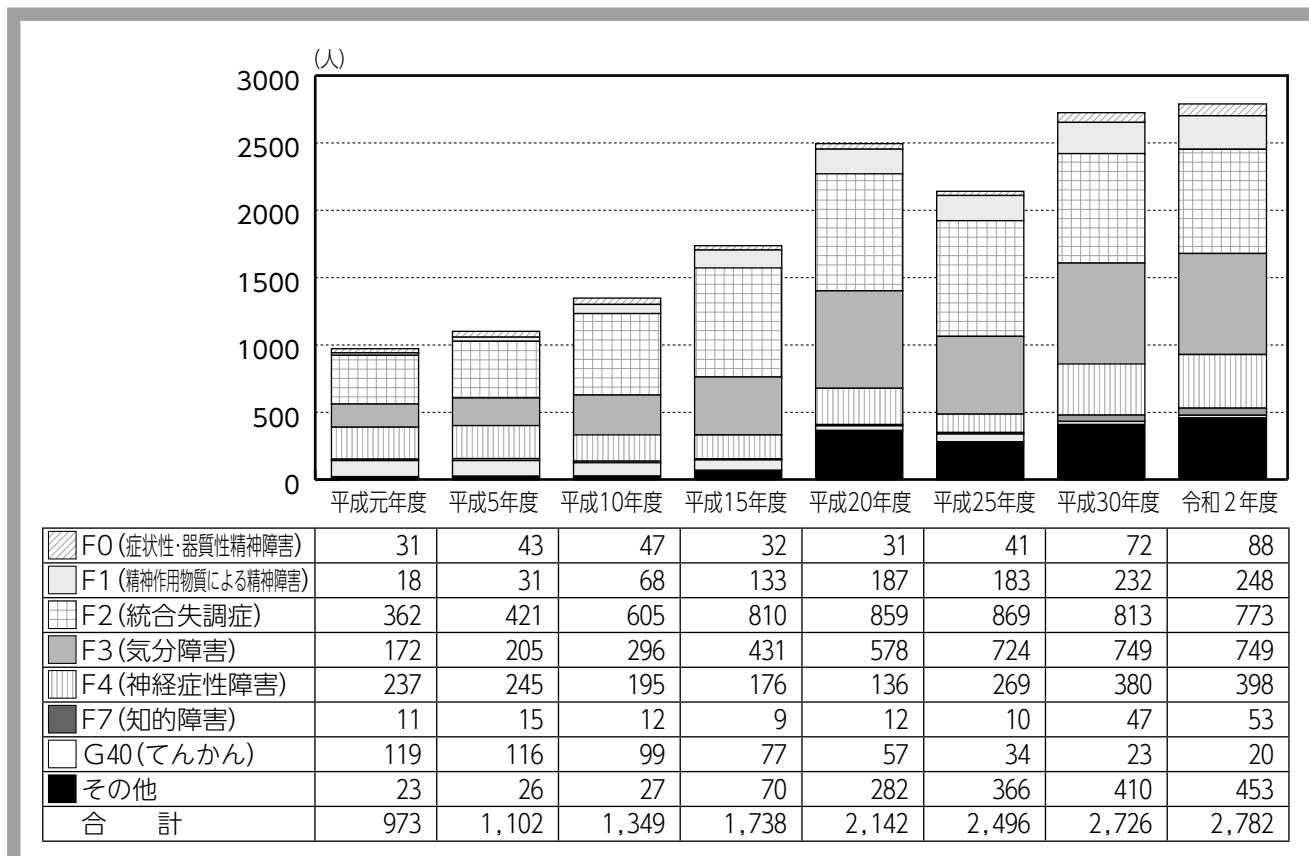
年度別 一日平均外来患者数



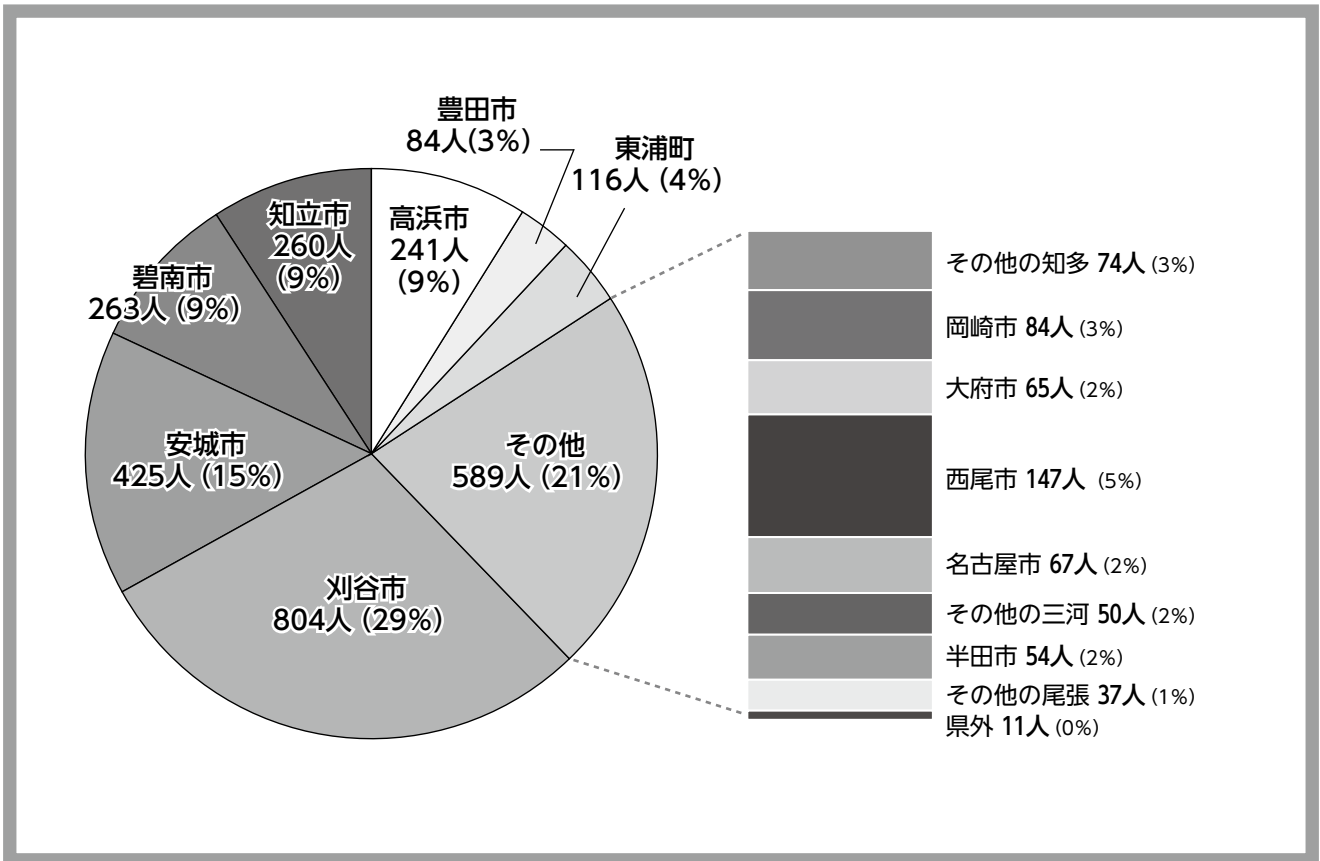
◆ 年度別 月平均初診患者数と16歳未満患者数



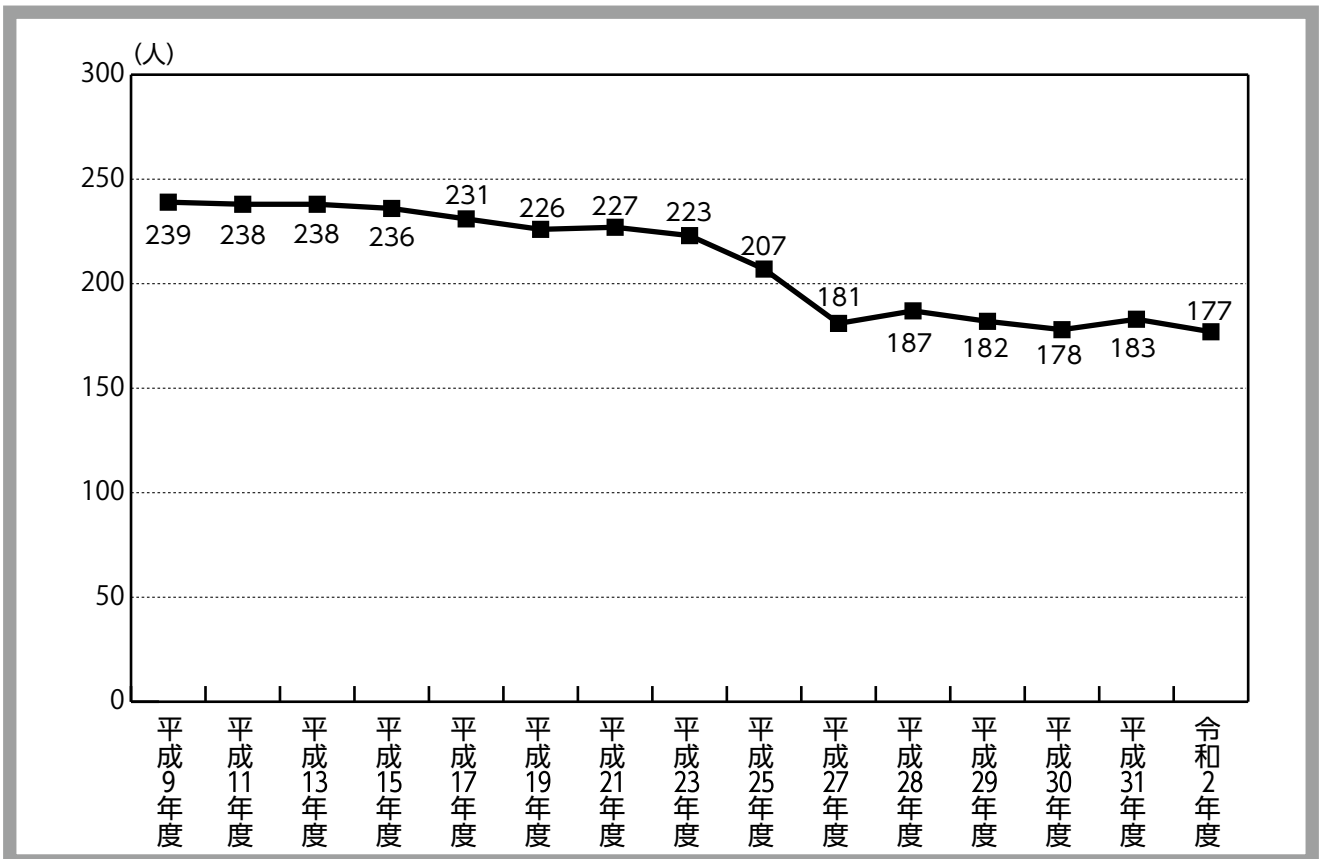
◆ 年度別 病名別月平均外来患者数



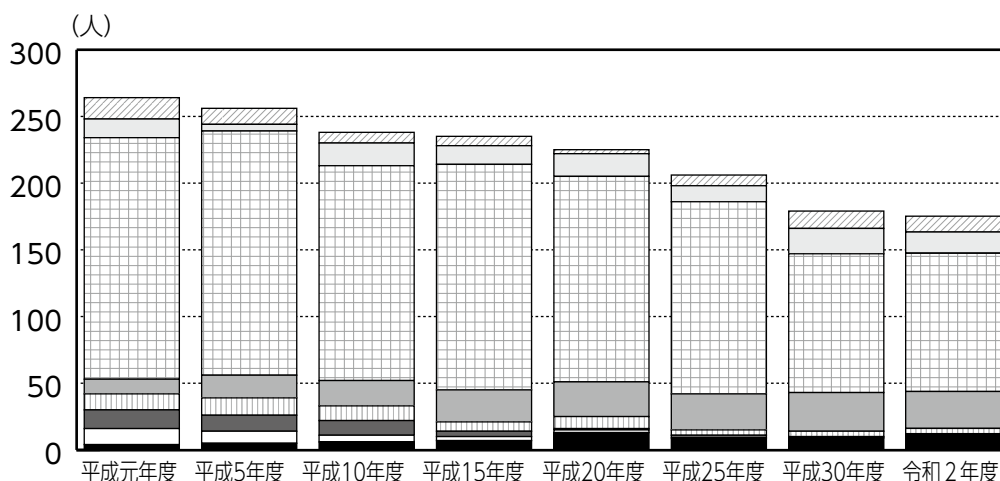
◆ 令和2年度 地域別外来患者分布



◆ 年度別 一日平均入院患者数

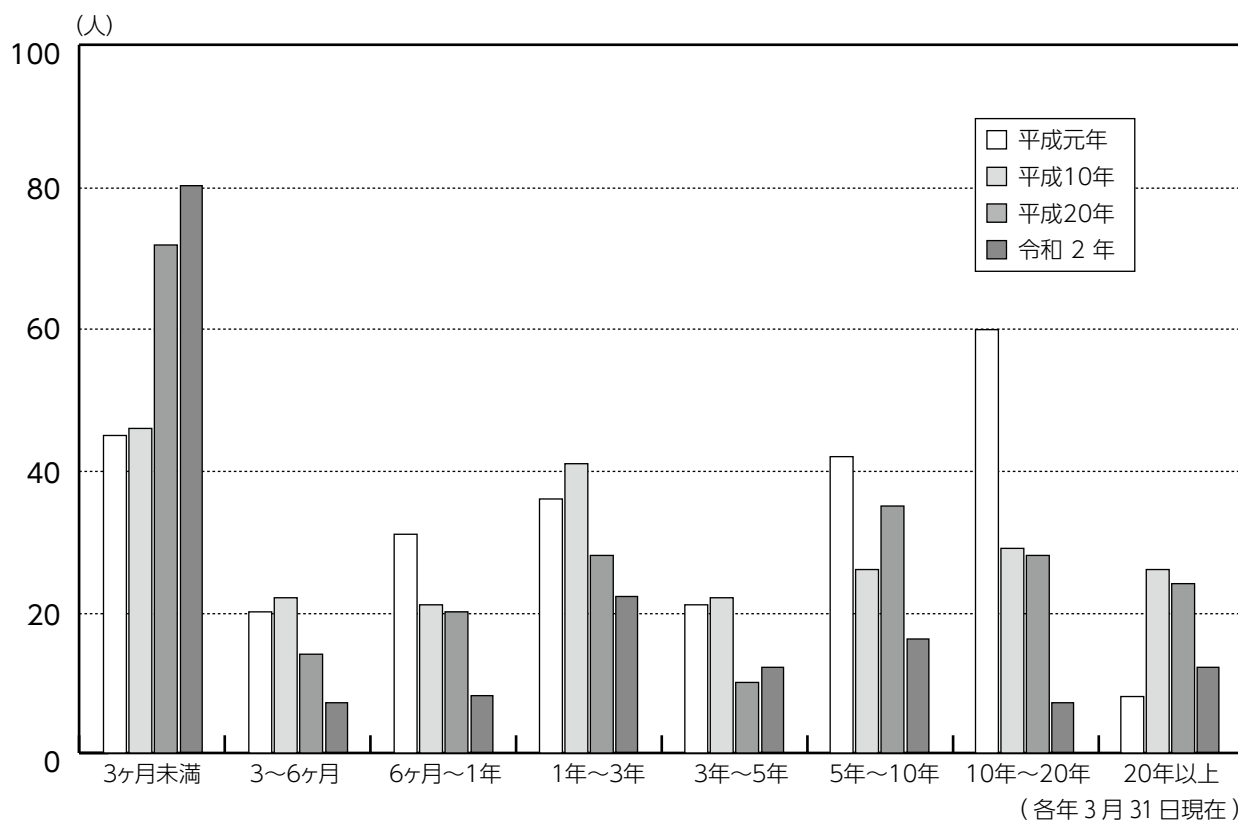


◆ 年度別 病名別一日平均入院患者数



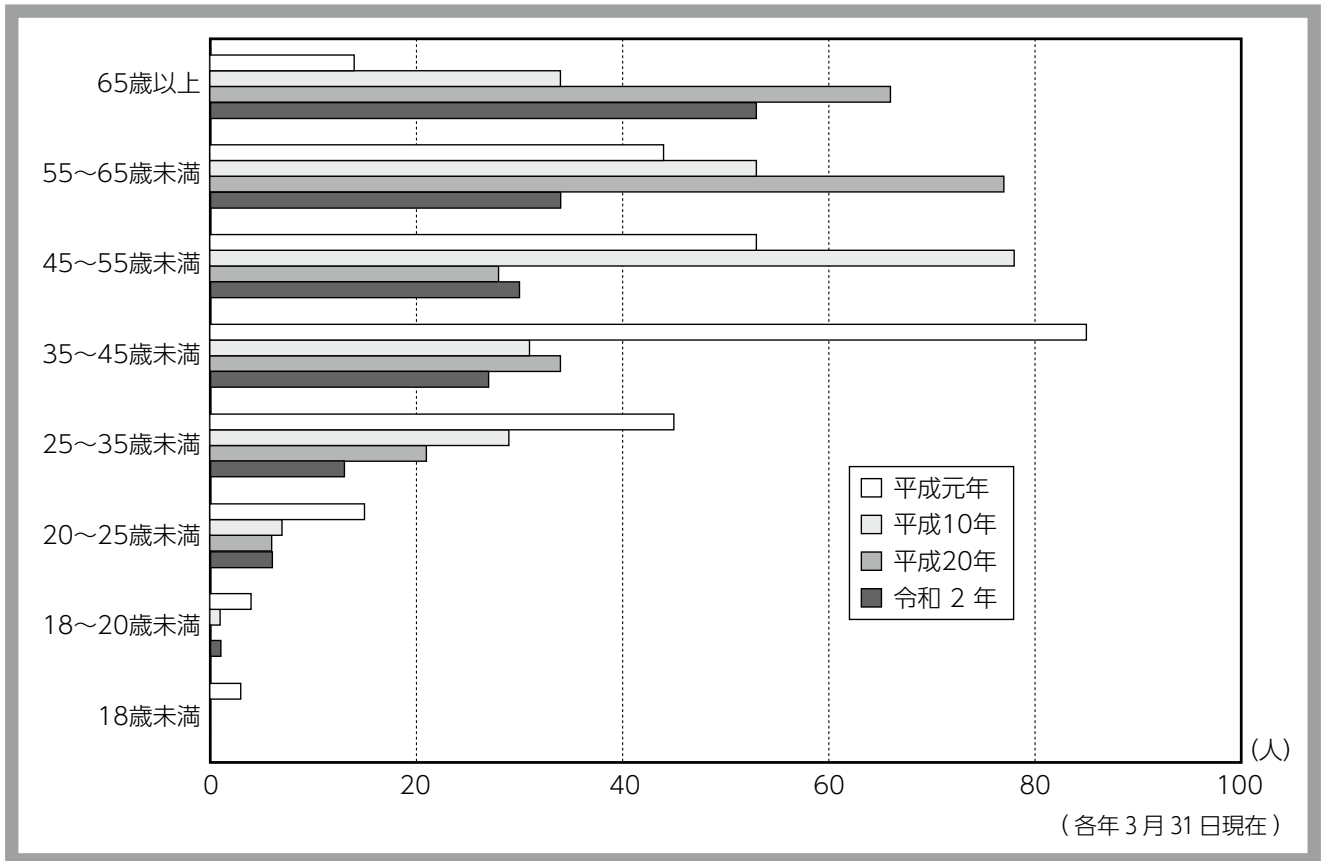
■ F0 (症状性・器質性精神障害)	16	12	8	7	3	8	13	12
■ F1 (精神作用物質による精神障害)	14	5	17	14	17	12	19	16
■ F2 (統合失調症)	181	183	161	169	154	144	104	105
■ F3 (気分障害)	11	17	19	24	26	27	29	28
■ F4 (神経症性障害)	12	13	11	7	9	4	4	4
■ F7 (知的障害)	14	12	11	4	1	2	1	1
■ G40 (てんかん)	12	9	5	3	2	0	0	1
■ その他	4	5	6	7	13	9	9	10
合 計	264	256	238	235	225	206	179	177

◆ 入院期間別 患者数

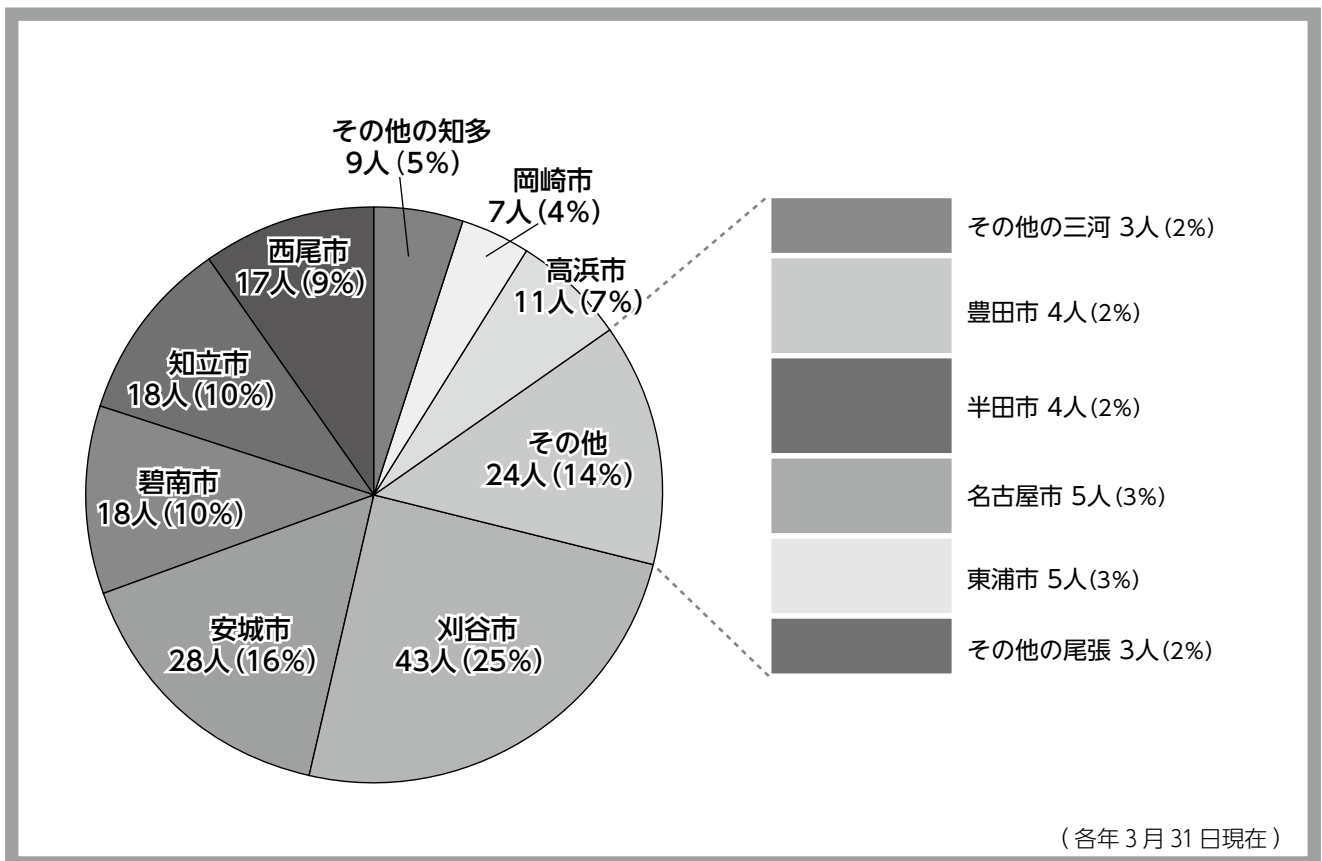


(各年3月31日現在)

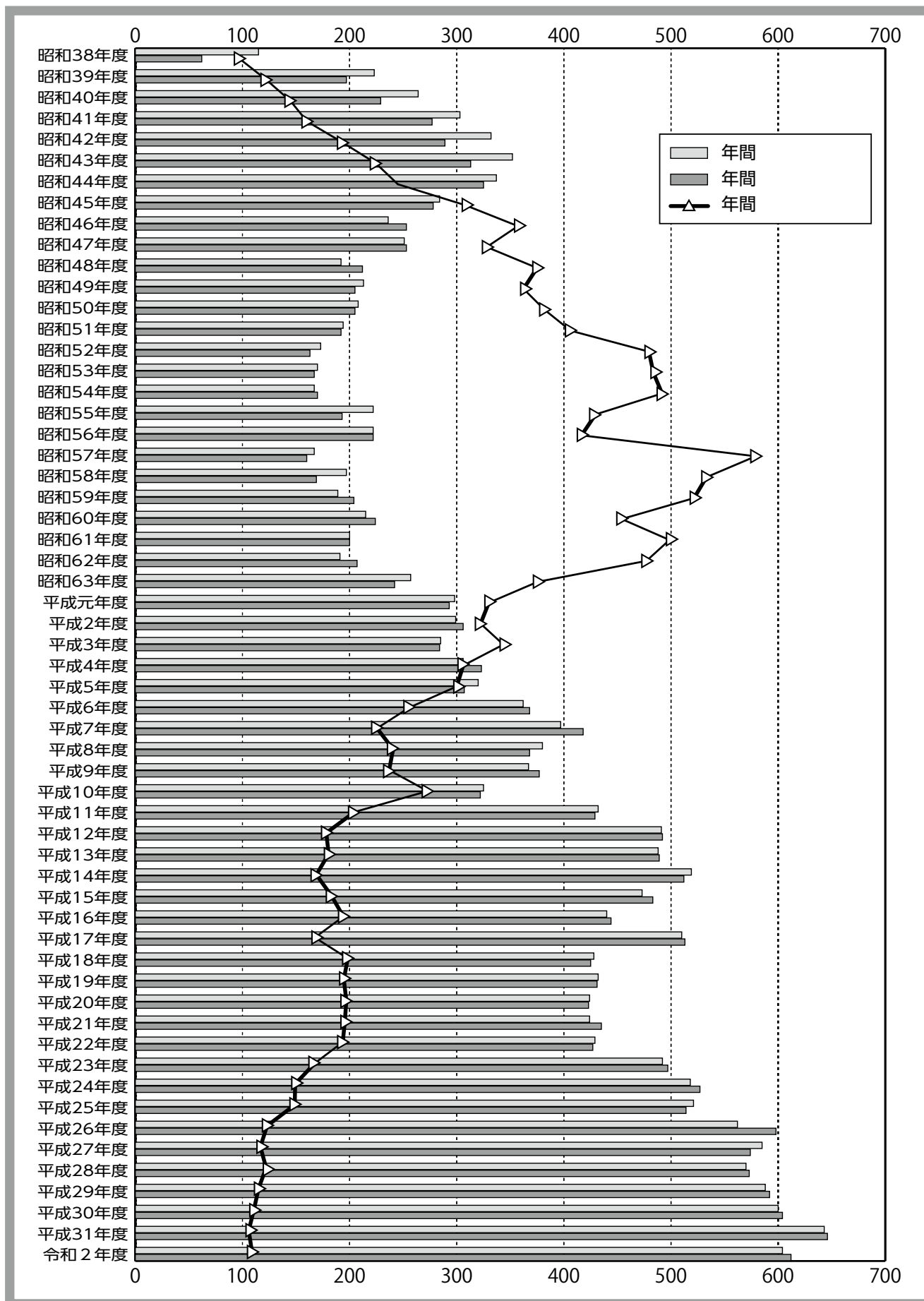
◆ 年代別 入院患者数



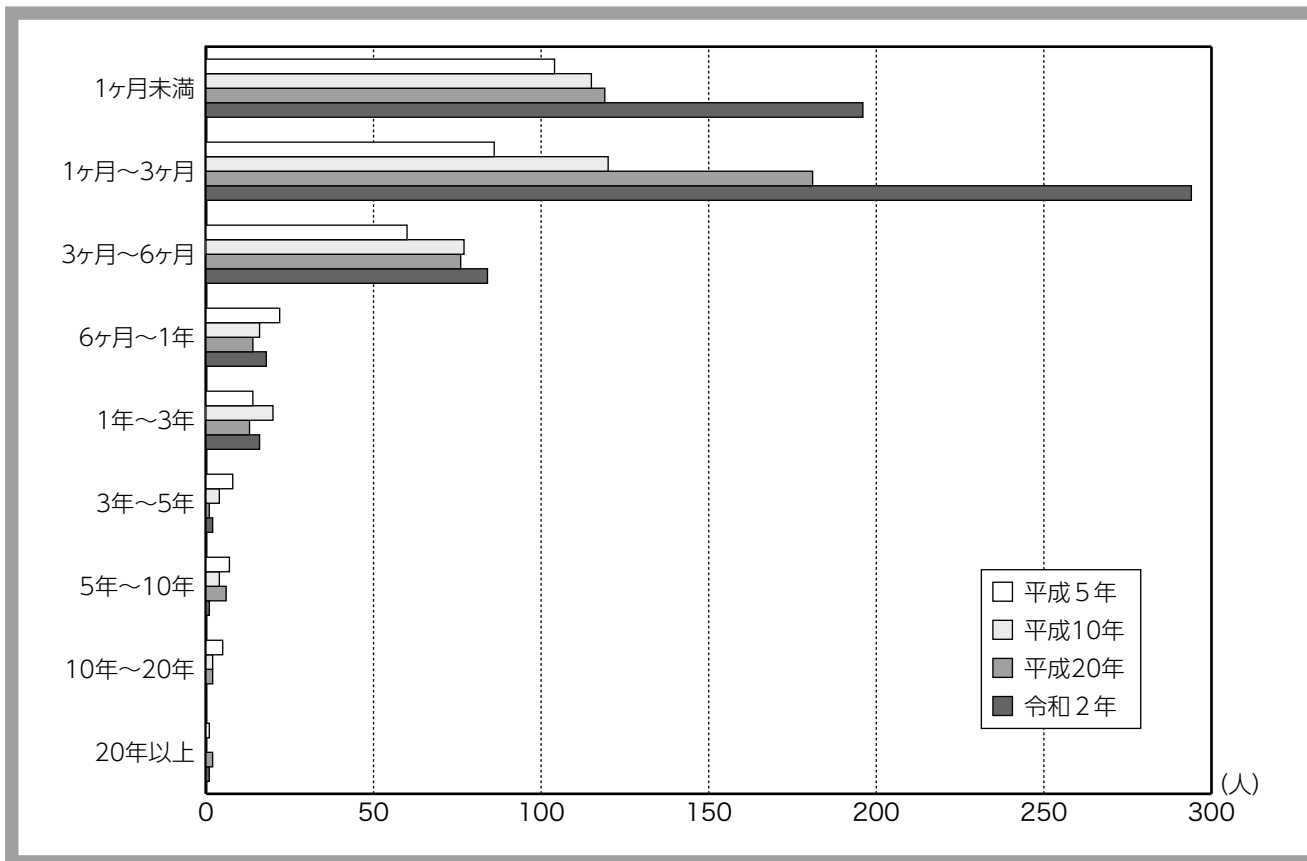
◆ 令和2年度 地域別入院患者分布



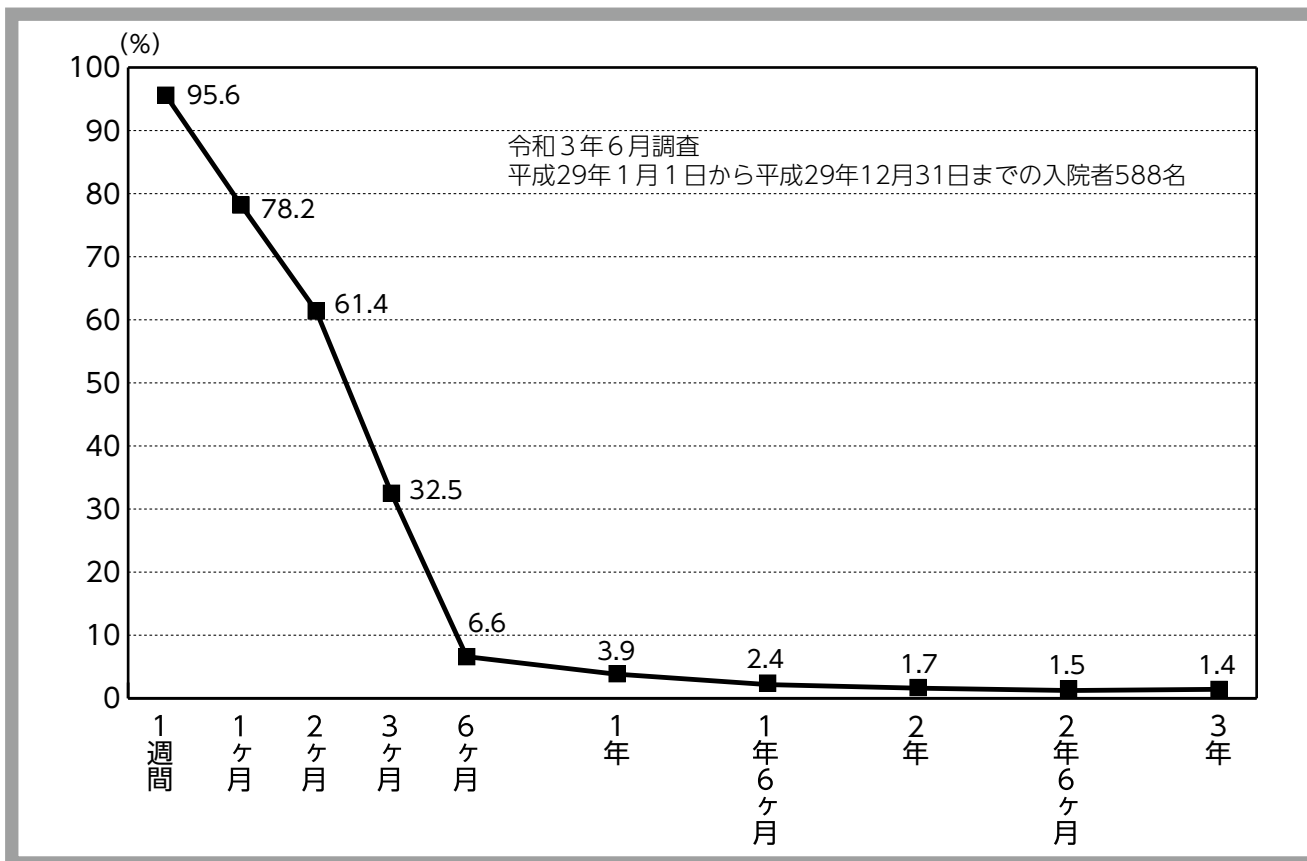
◆ 年間入院および退院患者数と平均在院日数



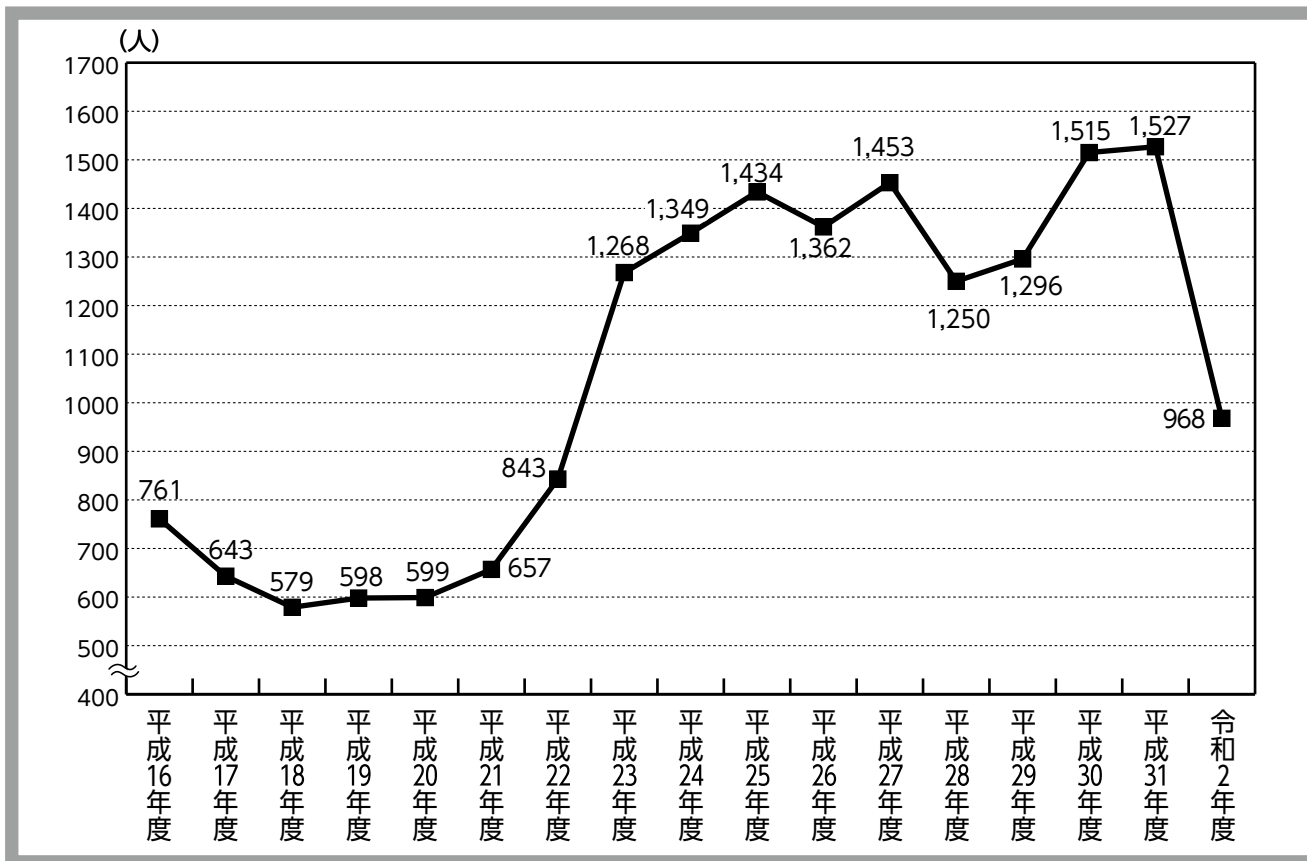
◆ 退院者入院期間



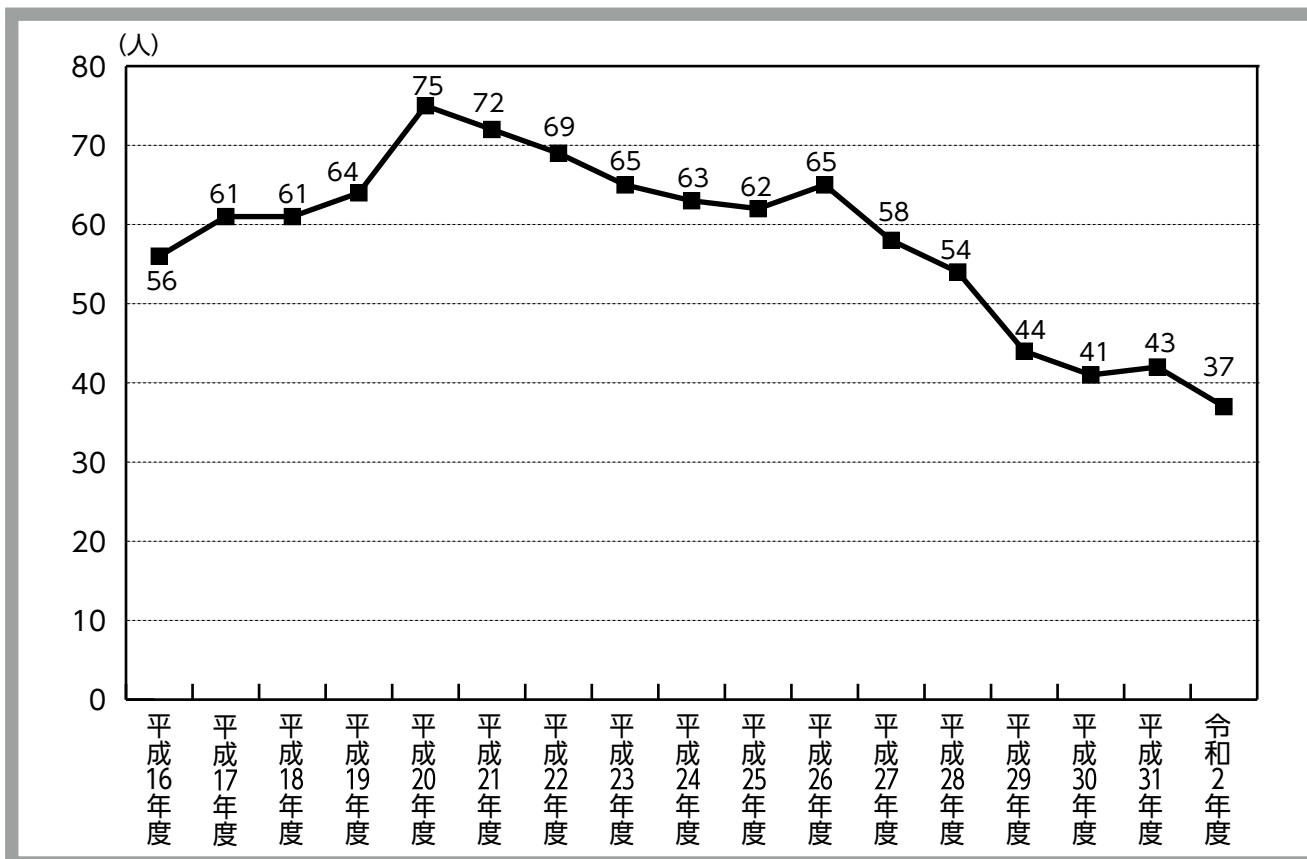
◆ 残留率



◆ 年度別 月平均作業療法出席者数



◆ 年度別 一日平均デイケア出席者数



◆ 年度別 月平均訪問看護実施件数 (訪問看護ステーションH.E.J.)

