

Eickelborn ヴェストファーレン地方司法精神医学センター(LWL)にて
(例えば、2002 年第 17 回 Eickelborn 専門家
集会、テーマ「如何にすれば診断を確実にできるか?」)

-
- ¹ Peternej Taylor,C and Hufft,A Forensic nursing In Johnson B S (Ed) , Psychiatric mental health nursing , Adaptation and growth Philadelphia Lippincott 1997
- ² Hennaken, P Occupational health issues facing nursing in South Australian prisons Proceedings of the 5th World Conference on Prison Health Care , Brisbane , Conference Solutions Pty Ltd 1993
- ³ Dunn, A , Selzer,J and Tomko,P Designing a forensic program In Lego S (Ed) , Psychiatric nursing , A comprehensive reference Philadelphia , Lippincott 1996
- ⁴ Department of Education, Science and Training Mental Health Nursing Education and Health Labour Force, Literature Review, Commonwealth of Australia 2002
([http //www dest gov au/highered/nursing/pubs/mental_health/2 htm#top](http://www.dest.gov.au/highered/nursing/pubs/mental_health/2.htm#top))
- ⁵ Adapted from The Sainsbury Centre for Mental Health Pulling together The future roles and training of mental health staff United Kingdom The Sainsbury Centre for Mental Health 1997
- ⁶ Adapted from Hazelton, M Mental health nursing In Deakin Human Services Education and Training Partnerships in Mental Health Services (Final Report) Canberra Commonwealth Department of Health and Aged Care National Mental Health Strategy 1999
- ⁷ Developing a framework for post registration competencies for local forensic services Report on forensic consensus workshop,
- ⁸ Chris Chaloner and Michael Coffey Forensic Mental Health Nursing, Blackwell Science Ltd , 2000
- ⁹ Developing a framework for post registration competencies for local forensic services Report on forensic consensus workshop,
- ¹⁰ Chris Chaloner and Michael Coffey Forensic Mental Health Nursing, Blackwell Science Ltd , 2000

触法精神障害者の看護ならびに
地域支援の手法に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 宮本真巳

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
触法行為を行なった精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究

触法精神障害者の看護並びに地域支援の手法に関する研究

分担研究者 宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

A 研究目的

平成 15 年度、本研究班では、17 年度の事業開始に向けた指定入院医療機関における看護のガイドライン作成に照準を合わせながら、「触法精神障害者の看護並びに地域支援の手法に関する研究」に取り組んだ。とりわけ、指定入院医療機関において看護師の担うべき役割の明確化に研究の焦点を当てた。

B. 研究方法

本報告では、十数回、百時間を越えるプロジェクト会議とワークショップを通して、メンバーの持ち寄った臨床経験に加えた分析、検討の内容に、海外視察や既存文献から得た知見を加味して、指定入院医療機関における看護のガイドライン作成を試みた。

指定入院医療機関において看護師の担うべき役割については、以下のような分類項目を設定し、研究班員、研究協力者がグループに分れて検討を行い、最終的に分担研究者が整理、統合を行なった。

- ①病棟の管理運営と医療 看護チームのマネジメント
- ②リスクマネジメントとセキュリティの確保
- ③患者の受け入れとアセスメント、並びに記録、報告
- ④日常的な看護ケア
- ⑤治療、検査への対応と治療プログラムへの関与
- ⑥倫理的配慮と外部評価
- ⑦地域支援

C. 研究結果

研究方法に掲げた 8 項目についての検討を踏まえ、看護的援助の概要を示すとともに、入院期間を急性期、回復期、社会復帰期に分け、各期毎の看護目標と看護の方向性について明確化を図った。

1) 病棟の管理運営と医療・看護チームのマネジメント

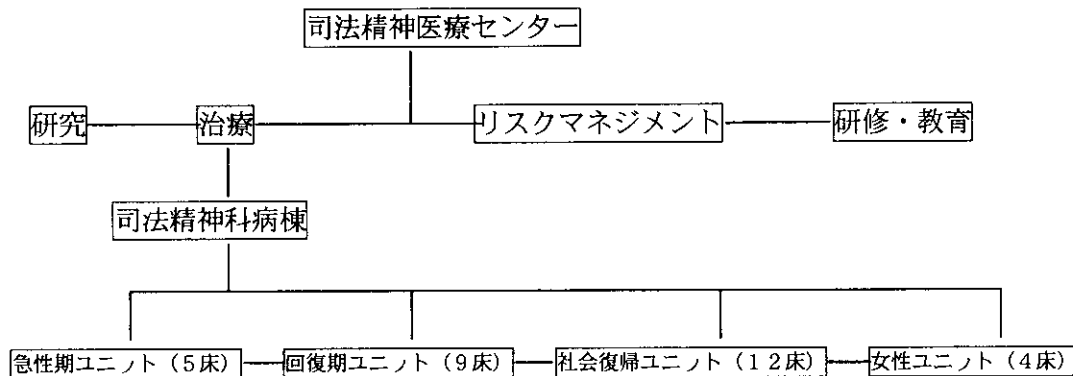
(1) 指定入院医療機関における望ましい人員配置と業務分担

指定入院医療機関に求められる社会的な使命は極めて重大であり、そのため職員に課せられる役割は複雑多岐にわたり、しかも極めて困難な性格を帯びている。とりわけ重要な点は、本来、自発的であってこそ効果が挙がるはずの治療プロセスを強い強制力の下で開始しなくてはならないというジレンマである。このジレンマを克服し、社会的要請に応えながら患者と共に治療的な成果を獲得していくためには、質量ともに十分なマンパワーが確保される必要がある。この条件が満たされなければ、管理収容による負の効果か治療効果を大幅に上回ってしまうことか危惧されている。看護職員に関していえば、その臨界点は、6 人夜勤を維持できる最低ラインの 48 名前後であると考えられる。他職種も併せて、指定入院医療機関の治療的な運営に必要な人員と、それぞれの専門職の業務の概略について確認すると以下の内容となる。

① 指定入院医療機関の組織図

指定入院医療機関の組織は、以下のような構造になると考えられる。治療、リスクマネジメント、研究、研修・教育の機能が密接に関連しなから、それぞれ相対的に自律性を保持しているという形態である。

図 指定入院医療機関の組織図



② 諸職種の人員と業務

- 精神科医・・・ 4名（3名は指定医）・ 診療業務、司法との連携、地域社会との連携・啓発
- 看護師長・・・ 1名・・・病棟管理及び総括、業種間調整、病院内の調整、地域社会との連携・啓発
- 副師長・・・ 5名・・・師長の補佐、研修・教育担当（スーパービジョンを含む）、業務調整
- 看護師・・・ 42名（コアナース、一般ナース）・・・患者の状態に見合った日常的ケア、グループセラピー、身体的管理、地域連携、リスクマネジメント。（専門性の高いコアナースと一般ナースとの割合は1：1）
- 臨床心理師・・・ 3名・・・心理判定業務、グループセラピー
- 作業療法士・・・ 3名・・・作業療法、グループセラピー
- 精神保健福祉士・・・ 3名・・・社会復帰に向けた生活環境の整備と調整、グループセラピー
- 薬剤師・・・ 1名・・・薬剤の患者自己管理等の教育、配薬
- リスクマネージャー・1名・・・センター全体のリスクマネジメント。病棟業務には関与しない
- 病棟補助者・・・ 2名・・・病棟の環境整備、食事配膳・下膳、リネン、洗濯、私物整理
湯茶の準備
- 病棟クラーク・・・ 2名・・・事務・伝票処理、情報の入力
- 清掃職員・・・ 3名（プライハシー保持、リスクマネジメントの問題があり外部委託は好ましくない。専任職員か病棟内で複数勤務を行なう必要がある）

③1日の必要看護師数及び役割

日 勤	看護師長	1	管理業務・各種会議への出席
	副看護師長	1	看護師長の補佐。スタッフナースのスーパービジョン
	リーダー	2	その日の業務責任者、医師の指示を受け、各看護師に伝達
	セキュリティ	2	患者の人員確認・所在確認、外出帰棟時のボディチェック
	退院準備	2～6	訪問等、退院に向けての地域調整及び退院した患者のフォロー
	G T担当	4	グループを担当し看護アセスメントを行う 1 G 1～2名
	身体管理	2	検温と身体状況の観察、検査介助
	個別対応	2	I C A担当、外出・買物等への対応
準 夜	6	責任者 1、I C A 2、一般棟 2、セキュリティ 1	
深 夜	6	夜間急変時の看護、不眠者の対応	
合 計	28～ 32		

④勤務時間と必要人数

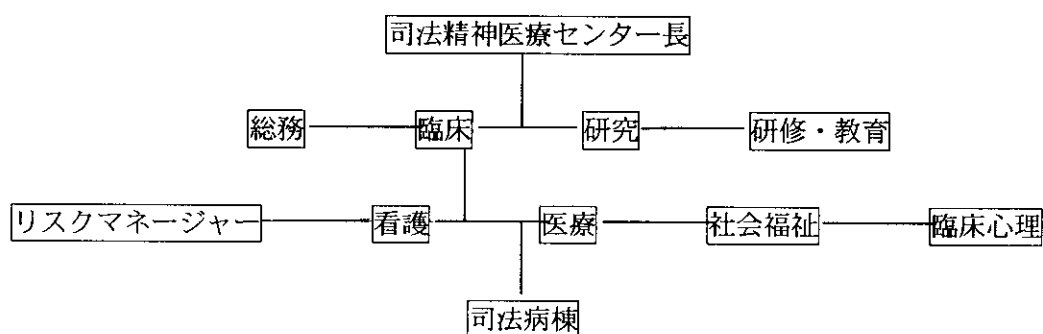
勤務	時間帯	必要人数	備考
日勤	8 30～17 15	12～16 (10)	患者外出の行われる月 水曜は日勤 16名土・日曜は()の数
早出	7 00～15 45	2	
遅出	13 30～22 15	2	
深夜	0 30～ 9 15	6	
準夜	16 30～ 1 15	6	
	合計	28 (26)	

(2) 職種間・部門間の調整

①医療チームにおける職域を越えたネットワーク

専門職の境界線を越えた、いわば職域横断的な合同治療システムの構築が求められる。職種を越えた協働を現実的に可能にするための、共通基盤、共通言語の確立、開発が急務である。

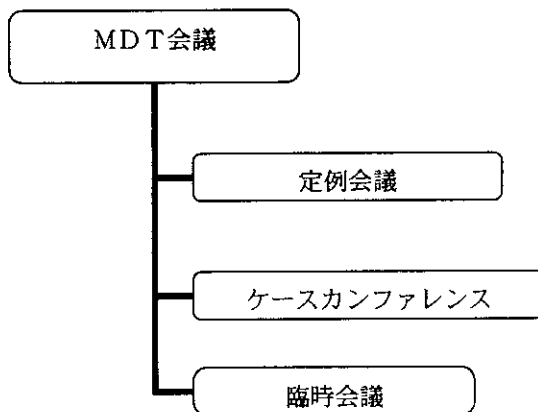
看護師は、施設の機能や諸職種の役割の全般と多くの接点を有し、情報の共有を通して理念や方法論を確立していく過程で、要の位置を占めて調整的な役割をとっていく必要があると考えられる。



(3) 状況判断・計画立案 方針提示

①チームとしての意思決定システム

すべての計画・方針は最終的には、MDT会議によって決定、確認される。



- a)定例会議・・・・・・1回/週に行われる多職種専門チームによる、何名かの患者あるいは全患者についてのショートカンファレンス。
- b)ケースカンファレンス・・・1回/月に行われる多職種専門チームによる、1ケースについてのカンファレンス。治療方針評価・看護計画評価 参加プログラムの決定と評価を行い、今後の方針を検討する。必ず主治医とプライマリー看護師が参加する。
- c)臨時会議・・・・・・問題が起こったときに緊急で開かれ、患者について、あるいは病棟運営についての問題を検討する。

②二人体制のプライマリーナーシング制

看護チームは、原則として、コアナースと一般ナースの組み合わせによる変則プライマリナーシング制が望ましいと考えられる。

入院前受け入れ会議で得た情報を基に、看護計画を立案する。入院後には、患者の病状や希望を汲んで、看護計画の見直しを行う。さらに、プログラム導入前には、患者とともに必要なプログラムを検討した上で、MDT会議で他職種専門チームにより再検討し、そこでの決定を患者に返していく。MDT会議（ケースカンファレンス）では、患者の病状とともに日常生活の様子や心理的变化と希望、また家族の状況を情報として提示し必要な支援について検討していく。

③看護面接

プライマリー看護師2名により、定期的に行う。そこでは、患者とともに現状を評価し、問題や課題を明確にしていく。その上で、患者の同意により今後の具体的な看護計画を立案する。看護面接は公式なものとし、看護面接を行うたびにスーパービジョンを受ける必要がある。

④臨時でMDT会議が必要であると判断した場合は、プライマリー看護師がMDT会議をコーディネートする。

(4) 職員教育の計画立案・実施 修正

当面は、中央研修の形態による職員研修を集中的に行なう必要がある。ただし、できるだけ早い時期に、

各病院がそれぞれに研修体制をとれるように持って行く必要がある。看護師に必要と考えられる司法精神看護研修プログラムの主要な項目は以下の通りである。

司法精神看護研修プログラム

I 司法精神医学の基礎概念

1) 司法精神医学の歴史

- ①司法精神医療の歴史
- ②わが国の司法精神医療の経過

2) 触法精神障害者を理解するための基礎知識

- ①犯罪心理学と被害者学
- ②精神障害と反社会的行動（代表的な事例の紹介）
 - a)統合失調症と重大犯罪
 - b)うつと巻き込み型自殺
 - c)人格障害・アディクションと物質乱用並びに暴力的な対人関係

3) 司法精神医学の評価方法

- ①治療可能性・再犯可能性の評価をめぐる問題
- ②リスクアセスメントの方法
 - a)司法精神医学に関連する心理測定法とその検査技法
 - b)精神鑑定の技法と実際
 - c)臨床状況におけるリスクアセスメントの技法と実際

II 司法精神医療の制度とシステム

- 1) 心身喪失者医療観察法の成立過程
- 2) 心身喪失者医療観察法の概要と患者処遇の流れ
- 3) 触法精神障害者の処遇に関連する法制度
 - ①精神保健福祉法とその他の関連法規
 - ②触法精神障害者の処遇に関連する司法制度と刑事政策
- 4) 司法精神医療に関連する倫理的な問題
 - ①触法精神障害者の権利擁護
 - ②司法精神医療における倫理規定

III 触法精神障害者の心理療法、作業療法とリハビリテーション

- 1) 司法精神医療における情報収集と資料作成の方法
- 2) 触法精神障害者とのコミュニケーション技法
- 3) 触法精神障害者の家族と触法行為の被害者に関する面接技法
- 4) アンガーマネジメント（怒りへの対処技法）と認知行動療法
- 5) 触法精神障害者へのグループワークの方法
 - ①治療共同体の理念とグループワークの方法
 - ②回復段階に応じたグループワークの方法（急性期、回復期、社会復帰期）
 - ③心理教育プログラムの計画 実施方法
 - ④リラクゼーション技法

- ⑤芸術療法（音楽療法、絵画療法、工芸）
- ⑥スポーツ、レクリエーション、ボディワークを用いたグループワークの方法
- ⑦SSTとアサーティブトレーニングの方法
- ⑧料理教室、教養講座、パソコン教室等の運営方法
- ⑨病棟行事と行事計画ミーティングの運営方法
- 6) 早期退院に向けたケア計画の立案方法
- 7) 療養上、生活上の問題解決を支援する技法
- 8) 触法精神障害者のリハビリテーションを支援する技法
- 9) 施設内外における多職種の協働とケアマネジメント

IV 指定入院医療機関における司法精神看護

1) リスクマネジメント

- ①インシデント アクシデントを記録・報告・分析するための方法
- ②セキュリティを維持するための方法
 - a)施設管理（鍵の管理、出入りのチェック、危険箇所の点検）
 - b)病棟内の物品管理（刃物、火器、その他危険を伴う物品の点検）
 - c)緊急時の連絡方法
 - d)火事、地震、その他の事故への対処方法
 - e)患者の身体検査 私物検査とエスコートの方法

③離院・逃亡の防止と対処の方法

④自傷行為 自殺の防止と対処の方法

2) 触法精神障害者との援助関係を形成するための技法

- ①患者の不安 緊張緩和と援助関係づくりの技法
- ②患者のガイダンスと看護契約のための技法
- ③限界設定と直面化の技法
- ④患者との援助関係を発展させる方法（依存から自立へ）

3) 暴力防止プログラム

- ①患者を刺激しない心理的・空間的距離の取り方
- ②危険な暴力の兆候を見分ける方法
- ③怒りと興奮を鎮めるための交渉方法
- ④安全な行動コントロールと拘束の方法
- ⑤危機対応後の関係修復と個別ケアの技法

4) 環境整備の方法

- ①安全な治療環境づくりの方法
- ②病棟環境のアメニティを維持・改善するための方法

5) 身体的な健康管理と合併症対策の方法

- ①救急処置と蘇生法
- ②睡眠パターンの把握と睡眠の確保
- ③感染予防と発見時の対処方法
- ④急性症状の早期発見と早期介入の方法
- ⑤慢性疾患のセルフケア支援と健康教育の方法

⑥隔離 拘束による身体的影響への対処法

V 触法精神障害者の社会復帰支援と司法精神医療職际チームにおける連携

①院内の他職種との調整 連携

②社会復帰調査官、指定通院医療機関職員、地域保健師等、地域スタッフの協力

③退院に向けた支援と退院後の支援

a)入院早期から退院計画立案に向けて取り組むための方法

b)インスティテューショナルリズムを防止する方法

c)退院に向けた条件整備の方法（居住の確保、家族・近隣との調整、退院前訪問等）

d)退院後の自立生活継続に向けた支援方法（相談、訪問、スタッフ間の調整）

VI 司法精神看護師としてのアイデンティティ確立

1) 触法精神障害者のケアをめくって直面する困難

2) 司法精神看護師のストレス・マネジメントとバーンアウト防止

3) 司法精神看護の可能性と現代的意義

4) 司法精神看護をエンパワメントする方法

(5) 病棟環境の整備（アメニティ、治療 ケア的環境の維持・増進）

病院は患者にとって治療の場であると同時に生活の場である。したかつて快適な生活と安全で安心出来る環境が必要である。また、職員かゆとりをもって患者を援助できる環境であることか、結果的に適切なサービス提供につなかる。指定入院医療機関は、強制力を伴う治療機関けあるだけに、アメニティの不十分さか治療的效果を大幅に減殺する危険を銘記しておくべきたろう。

以下に、アメニティを維持するために必要と考えられる条件について列挙する。

①病棟入口 ・基本的に一ヶ所で二重扉化、他に非常口も必要

内部からの無断離院防止

・外部からの訪問者チェック（面会者も含む）

危険物等の持ち込み防止

監視カメラ（防犯防災上。また、観察を密にするため）

②急性期ユニット・ ・保護室・カメラ必須（出来れば録画可能）・洋式トイレ・室内水洗い可能なように、排水溝設置。ナースステーションに近く、常時観察か行き届く場所に設置。防音・換気・室温・消臭などの快適さにも配慮。自傷行為防止のため壁や床の構造にも工夫か必要（角を作らない、はがしつらく弾力のあるもの）

③回復期ユニット・ ・患者の人権とプライバシーを配慮

・部屋は内鍵のみ、但し緊急時は外から鍵を開錠出来るもの

・部屋の広さは、患者の個々の生活空間か保たれるようなスペース

・ナースコールは各部屋に必要

・鍵のかかるロッカーまたは、床頭台を設置

・各部屋の窓は強化ガラス（プラスチック）て密閉と開放か可能な形式。

④デイルーム ・各ユニット（急性期・回復期・女性）に設ける

・食堂との兼用

患者か転倒しても、骨折しにくい床（ジュータン等を敷く）

・壁の色は、落ち着いたもの

- ・ふつかつても怪我をしない。また、持ち上げにくく武器・凶器にならないようなテーブル 椅子
- TV、ビデオ、冷蔵庫を設置。
- ・各ユニットに電話機を設置。（現金を使用しない機種）

- ⑤体育館 ・ ・ 雨でも運動が可能。患者のストレス発散,運動療法のため必要
- ⑥喫煙場所 ・ ・ 喫煙コーナーを設置し、防煙カーテン等により分煙化をはかる ライターは固定式にする。
- ⑦身体合併症 ・ 重症例は専門医療設備を備えた医療機関や専門医との連携。
- ⑧浴室・洗面所 トイレ・洗濯機・乾燥室・私物庫等は各ユニットに必要。身体合併症のある患者の入院を予測して、廊下・浴室 トイレには手すりを設置、車いすの援助や介助かし易いようにスペースを広くとる。また、トイレはウォシュレットを付ける。

(6) 研究への組織的な取り組み

日本における司法精神看護学の研究は、また準備段階にある。指定入院医療機関、指定通院医療機関の活動開始に向けて、取り組むべき研究課題を可能な限り洗い上げておく必要がある。回復促進、再犯予防、効果判定、制度、システムなどに関する包括的な研究が必要と考えられるか、欧米諸国との比較検討を可能にする信頼性の高い基礎情報の収集の工夫や、実践のプロセスで生じてくる新たな状況を踏まえた革新的なアクションリサーチへの取り組みが特に重要だろう。

(7) 会議・事例検討会の運営とMDT会議の位置づけ

最終決定は、MDT 会議によって行なわれるか、課題に応じて様々な会議が設定され、その中で突っ込んだ議論を積み重ねておく必要がある。また、諸々の会議の性格や位置づけについての認識をスタッフ間で共有しておくことも大切である。

①諸会議の一覧

会 議 名	参 加 ス タ ッ プ
MDT会議	下記参照
セキュリティミーティング	各部門責任者が集まり、セキュリティに関する問題を話し合い決定する会議
クリニカルチームミーティング	Dr・CP・Nsによる週一回の入院患者全員の検討会
各期別ミーティング	各期ユニット担当者
CPAミーティング	Dr・コミュニティナース・OT・CPなどにより、入院中から退院を見通して、社会復帰調整官を決め、退院前面接を行う地域支援ミーティング
治療プログラム評価会議	関係者全員
ケースカンファレンス	関係者全員
入院受け入れ検討会	入院前の情報で評価レポートを看護師が作成、MDTで検討する。入院直後のケアプランも作成するか、入院後再評価して、看護計画を作成

②MDT会議（multi disciplinary team 多職種専門チーム）の運営方針

- ①各専門職種による評価（リスクアセスメントを含む）
- ②各多職種合同のカンファレンス

③決定権のある範囲で治療 処遇の各専門職種での決定

④最終的にはカンファレンスを踏まえて精神保健指定医の決定

③MDTの構成メンバー

①病棟の職員

- a 医師（精神保健指定医 主治医）
- b 看護師長
- c 副看護師長
- d 担当看護師
- e 臨床心理士
- f 作業療法士
- g 精神保健福祉士
- h 薬剤師

②地域のメンバー

- a 指定通院医療施設の医師・看護師・精神保健福祉士
- b 社会復帰調整官
- c 関係施設職員
- d 精神保健福祉センター（医師 保険師・P S W）
- e 地域の保健師
- f 自治体福祉課・福祉施設職員
- g その他医療 保健福祉・矯正関係職員

(4) MDT会議の内容

①定例のMDT会議

- a 参加は原則としてすべての指定されたMDTメンバー
- b 議題
 - 1)定例のケア プログラム アプローチ（C P A）会議
 - 2)臨時のC A P会議
 - 3)1週間毎の患者（全員評価）と治療に関する検討（週間サマリー作成）
 - 4)問題行動や問題のある患者のカンファレンス

②臨時のMDT会議

- a 開催時に集まることのできるMDTメンバーが参加
- b 必要な時に随時、目的を明確にして短時間
- c 議題
 - 1)緊急や重大な問題が生じた場合
 - 2)自殺 重大な他害行為、離院、火事や器物破損など
 - 3)治療や処遇の方針を急に変更する必要が生じた場合

③管理MDT会議

- a 参加は各部門の責任者
- b 議題
 - 1)病棟運営に関する事項
 - 2)地域運営に関する事項

④MDTメンバーの責任

- a 会議までに専門領域における患者評価と治療・処遇を検討する
- b 評価には必ずリスクアセスメントとマネジメントを含む
- c 決定されたCPAに沿って治療 処遇を立案し実行する
- d 会議で決定したことを各部門に報告 伝達 確認
- e 各部門の内部から意見集約し会議に反映させる
- f 診療録とCPA及び各種報告書の記載・作成を行う
- g 緊急時や上級職員が不在の時に指導的立場をとる

2) リスクマネジメントとセキュリティの確保

欧米諸国では、1980年頃から、司法精神看護の領域を中心に、包括的暴力防止プログラムの開発が進められてきた。地域精神医療の発展と、急性期治療の重点化に対応する、極めた現実的な対応といえる。その中核は、本古来の武道に由来する護身術を取り入れながら、患者も看護師も安全で、なおかつ患者の尊厳を損ねず、援助関係の形成や持続を阻害しない等の条件を満たす方法論として洗練を遂げ、訓練方法もほぼ確立している。また、この方法論には、患者が暴力に至る危険な徴候のアセスメントや、基本形としては、3人の看護師チームによる不穏状態が始まった段階での交渉術、暴力行為を抑止した後、鎮静に至るまでの対応や、鎮静後における患者との振り返りや関係修復も含めた一連の活動が包括されている。米国等では、技術の商品化も普及しているが、本研究班では、日本の実態に見合った方法論の確立と普及を目標に、英国における訓練受講者を中心に、護身術等の教育訓練に造詣の深い武道家の協力を得て研究に取り組んできている。その成果については、本報告とは別途、報告書を発行する予定である。

3) 受け入れ・記録・アセスメント

都立松沢病院 下里 誠二

大阪府立精神医療センター 村上茂

国立下総療養所 山田洋

国立精神神経センター武蔵病院 大迫充江・小松容子

東京医科歯科大学大学院 宮本 真巳

(1) 患者受け入れとインフォームドコンセント

下里誠二・山田洋・宮本真巳

昨年度の報告書でも触れたように、触法精神障害者との間に援助関係を成立させることは、「医療者と触法精神障害者の間にある相互不信」「触法精神障害者の攻撃的な傾向」「目的か曖昧な治療の社会的強制」等の要因によって阻害されるため、実現が極めて難しい。しかも、触法精神障害者の大半は裁判を受けていないため、触法行為を直視し自らの責任について認識する機会を逃している。そのことか、彼らの疾患理解と療養への前向きな取り組みを阻害している。

それでも、患者に疾患と事件の直視を促す働きかけはこれまでも行われてきている。その結果、中にはスタッフの真意を理解し、疾患と事件の関連に目を向け病識と贖罪意識を育む患者もいる。その一方で、スタッフから不当に非難されていると感じて怒りをあらわにしたり、スタッフを恨んで報復を企てたりした患者がいる。また、自分の病気と事件との関連が飲み込めないままに、スタッフから責められていると感じて困惑し、ついに自殺や自傷行為に至った患者もいる。

欧米では、治療と矯正を統合し、回復と贖罪を同時に進行させることによって、触法精神障害者の目立を促進するためのプログラムに、医療と司法が連携して取り組んできた。触法精神障害者への処遇が、医療機関、医療チーム、スタッフによる個別的な努力に委ねられてきた日本では、触法精神障害者の処遇に熱心に取り組むスタッフほど、上に紹介したような事例に遭遇して、無力感や閉塞感に陥りやすい。

しかし、「心神喪失者等医療観察制度」の実施により、医療スタッフ主導による司法との連携に向けた問題提起がしやすくなることは確かである。そして、そのためには、入院の重要なきっかけとなった出来事について患者と十分に語り合うことを通じて、退院の見通しをつけていくための協働が欠かせない。そして、その第1歩が、入院早期の時点における医師によるインフォームドコンセントと、それに連動した、看護師による肌理細かい入院オリエンテーションである。

インフォームドコンセントについては、「単に治療者が患者に治療の説明をし、同意を得ればよいというものではなく、病気の内容、治療法（代替療法を含む）、期待される治療効果、副作用および危険性、予後を具体的に説明し、患者がそれらを理解し納得した上で、しかも患者の自発的な同意にもとついて医療を進めようとするもの（日本精神神経学会、1999）」として取り組まれてきた。

欧米の精神科看護領域では、「向精神薬の使用に関するインフォームドコンセントへの関与を看護師の役割に追加するべきである（Usher, 1998）」、「精神疾患の患者は、治療

を拒否することで社会規範に従わない人としてラベリングされ、治療の受諾を強要されることかあるのて、患者の人権を守るためには、インフォームトコンセントと擁護者としての看護師が必要である（Lowry, 1998）」と言われてきた。しかしながら、このような原則とわか国の現実との間には、大きな開きがある。

第一に、日本における精神疾患患者への病名告知の実施率は、長年にわたり極めて低い水準に留まってきた（日本精神神経学会、1999）。第二に、病名告知の担い手はあくまで医師であるという通念が支配的であるため、看護師かその一端を担うことか定例化している病院はむしろ例外的といえる（田口真喜子、2002）。病名告知か適切に行なわれていない場合、治療と看護か、患者の同意の下に、明確な契約に基づいて行なわれているかどうかには疑問か残る。

医療観察法に基づく入院は、強制処遇という性格を色濃く持つため、本来は自発的であるべき治療を成立させることには多大な困難を伴う。従って、医療スタッフと患者は緊密な協力関係を求められる。すなわち、患者は自らの置かれた厳しい状況についての正確な認識に基づいて治療に取り組む必要かあり、医療スタッフは、患者のそのような取り組みを可能にするための条件整備に努めなければならない。

インフォームトコンセントと連動した入院時の看護オリエンテーションの方法としては、入院から2日間は2名の看護師か専任となって、心理的サポート、身体ケア、診療 検査介助を行いなから、情報収集、アセスメント、ガイダンスを行う。そして、入院1週間目までは、患者に対する治療とケアのあらゆる場面に2名のどちらかか必ず関与し、ケア プログラムへの円滑な導入を図る。その後も、原則として2人か退院までこの患者を担当することか望ましいだろう。

適切なオリエンテーションを行うと共に、患者の治療への自発的な同意を引き出すためには、わかりやすく説得力のあるオリエンテーション用の書類を準備する必要かある。そこで試みに、治療・看護の提供方法を明示して患者の同意を求めるための文書として、看護同意書を作成してみた（資料2-①）。ここには強制医療であること、多職種によって構成された専門家がチームで医療を提供することなどを記載した。

指定入院医療機関における治療は強制力を伴うものであり、法的な観点からすれば同意かなくても成立するか、治療効果を上げるためには、患者が治療の意義を理解し、治療を受けることに同意し、自発的に取り組めるように支援する必要かある。そこで、患者の判断能力、治療についての理解度、治療への参加の自発性についてアセスメントするためにインフォームドコンセント・チェックリスト（資料2-②）を作成した。これは英国のBroadmoor病院で使用されている様式を参考にして、判断能力の構成要素（同意不同意の選択の明示、選択結果の合理性、情報処理の合理性、実際的理解、状況特性の把握）（北村、1994）を基準に、インフォームトコンセントのレベルを確認していくことを目的としたものである。

入院時の看護オリエンテーションを適切に行ない、治療への自発性を引き出し、少なくとも成り立つ程度の援助関係を成立させるためには、個々の患者についての情報を的確に収集、処理し、患者の特徴を把握しておくことも重要である。

指定入院医療機関に入院となる前に専門家か保有している情報としては、裁判所の処遇事件記録、審判における精神保健審判員の意見、審判における参与員としての意見等かあり（竹島、2003）、指定入院医療機関では、これらの情報を申請に基づいて入手すること

になると考えられる。看護者は、これらの情報や、社会復帰調整官あるいは入院医療機関の精神保健福祉士による情報を活用しつつ、看護者独自の視点から、「日常生活援助に必要な情報」「入院後に予測されるリスクに関連する情報」を収集する必要がある。このような視点から、看護者用の入院時情報用紙を作成した。（資料1）

（2）データベース作成の基準

村上茂・宮本真巳

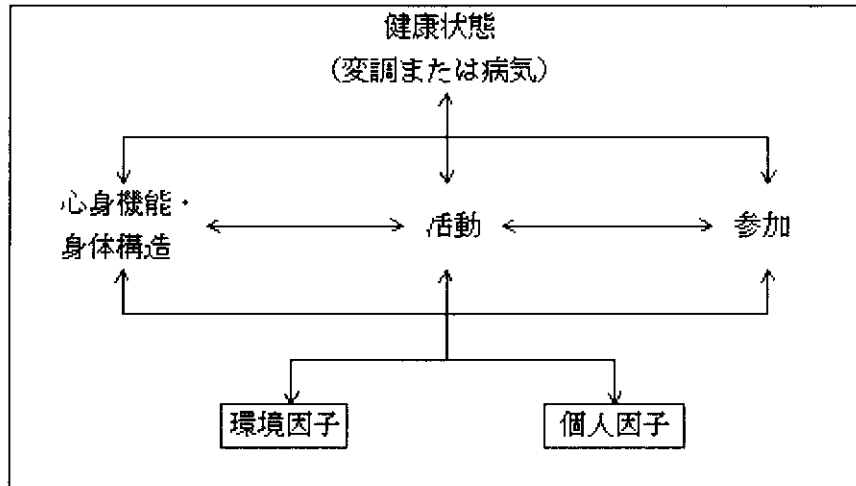
一般に入院治療においては、入院後のできるだけ早い時期に、患者の健康に関するデータをあらゆる角度から収集し、これを基礎資料（データベース）として活用することを通して、患者の健康状態が通常とどう異なっているか、問題かどこにあるかなどを導き出す必要がある。

指定入院医療機関では、入院前の段階で鑑定書などから情報を得ることが可能である。情報収集の際は、患者に対して同じ情報の提供を繰り返し求めることのないよう他職種と連携をとりながら進めていく配慮が必要であるか、情報のもれがないよう留意することも大切である。

健康問題を明確にするためには、①過去のデータと現在のデータに相違があるか、②固定化された機能障害のパターンがあるか、③発達の遅延あるいは阻害の有無などの固定化された発達上の機能障害のパターンがあるかなどについて、吟味することか大切である。

資料3に掲げたデータベース作成用紙はICF（International Classification of Functioning, Disability and Health、国際生活機能分類）の概念枠組みに準拠したものである。ICFは、数年間に及ぶ世界規模の議論を経た後、WHO国際障害分類（ICIDH）の改訂版として、2001年5月、世界保健機関（WHO）総会において採択された。ICIDHが障害という日常生活や人生のマイナス面に注目しているのに対して、ICFは障害の概念を包含する生活機能というより高次の概念に焦点を当てている。すなわち、障害を持つ人の生活と人生について、かれらの保有するプラス面も視野に入れ、さらに環境因子、個人因子という観点を加えて総合的に捉えるための評価基準として提案されたものであり、今後、障害を持つあらゆる人々のリハビリテーションについて考える上で、職種を越えた共通の共通言語に基づく評価基準として活用していくことか求められており、精神医療の領域も例外ではない。

ICIDHの障害分類は、脳血管障害に代表される身体疾患患者の病状軽快後の状態像をモデルにしており、精神障害者への適用も試みられてはきているか、精神医療の領域では必ずしもこの図式が十分に活用されてきたとはいえない。しかし、ICFでは、心理機能にも焦点を当て、生理システムや解剖学的な構造と併せて評価を行なう。さらには、「活動」と「参加」を表裏一体とみなした上で、能力（＝できる活動）と実行状況（＝している活動）の落差を評価し参加の目標を立てる。「活動」と「参加」の質は、「生活」と「人生」の質に対応しており、この図式は、精神障害者の生活障害の特徴を明確化し、セルフケアとその支援の方法を明らかにしていく上で、極めて有力な手がかりを提供するものであるといえよう。



ICF を他職種専門チームの共通基盤とするためには、その構成概念を共通言語とする必要があると考えられるので、以下に主要な概念の定義を確認しておきたい。

- 心身機能 (body functions) とは身体の生理的機能であり心理的機能を含む。
- 身体構造 (body structures) とは器官 肢体とその構成部分など、身体の解剖学的側面である。
- 機能障害 (構造障害を含む) (impairments) とは著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題であり、心身機能 身体構造に包含される。
- 活動 (activity) とは課題や行為の個人による遂行のことである。
- 活動制限 (activity limitations) とは個人が活動を行うときに生じる難しさのことであり、活動に包含される。
- 参加 (participation) とは生活 人生場面 (life situation) への関わりのことである。
- 参加制約 (participation restrictions) とは個人が何らかの生活 人生場面に関わるときに経験する難しさのことであり、参加に包含される。
- 環境因子 (environmental factors) は人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度からなり、環境を構成する因子のことである。
- 環境因子は、心身機能、身体構造、活動、参加という生活機能を構成する要素のすべてと相互作用を行なう。従って、異なった環境はある健康状態にある同一の人に対して、非常に異なった影響を及ぼしうる。阻害因子を多数含み促進因子のない環境は、個人の実行状況を制限するであろうし、より促進的な環境はその実行状況を向上させるであろう。阻害因子を作り出し促進因子を供給しない社会環境は、個人の実行状況を妨げる可能性がある。
- 個人因子とは、個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状況以外のその人の特徴からなる。これには性別、人種、年齢、その他の健康状態、体力、ライフスタイル、習慣、生育歴、困難への対処方法、社会的背景、教育歴、職業、過去および現在の経験 (過去や現在の人生の出来事)、全体的な行動様式、性格、個人の心理的資質、その他の特質などが含まれ、これらの全部または一部が、どのレベルの障害においても一定の役割をもちうる。個人因子の分類項目は ICF に含まれていないが、その関与を示すために図には示されている。この因子の関与は、さまざまな介入の結果にも影響しうる。

データベースの心身機能 身体構造 活動と参加・環境因子の下位項目には、次のような内容について、患者の情報を記載することか望ましい。

1 心身機能

1) 精神機能

(1) 全般的な精神機能 意識機能・見当識機能・知的機能・全般的な心理社会的機能 気質と人格の機能・活力と欲動の機能・睡眠機能 その他の全般的な精神機能

(2) 個別的な精神機能 注意機能・記憶機能・精神運動機能・情動機能・知覚機能・思考機能・高次認知機能 言語に関する精神機能 計算機能・複雑な運動を順序立てて行う精神機能・自己と時間の経験の機能・その他の個別的な精神機能。

2) 感覚機能と痛み

(1) 視覚および関連機能 視覚機能 目に付属する構造の機能・目とそれに付属する構造に関連した感覚 その他の視覚および関連機能。

(2) 聴覚と前庭の機能 聴覚機能・前庭機能・聴覚と前庭の機能に関連した感覚 その他の聴覚と前庭の機能。

(3) その他の感覚機能 味覚 嗅覚・固有受容覚・触覚・温度やその他の刺激に関連した感覚機能・その他の感覚機能。

(4) 痛み 痛みの感覚・その他の感覚機能と痛み。

3) 音声と発話の機能

音声機能・構音機能・音声言語（発話）の流暢性とリズムの機能・代替性音声機能・その他の音声と発話の機能。

4) 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能

(1) 心血管系の機能 心機能・血管の機能・血圧の機能・その他の心血管系の機能。

(2) 血液系と免疫系の機能 血液系の機能・免疫系の機能・その他の血液系および免疫系の機能。

(3) 呼吸器系の機能 呼吸機能・呼吸筋の機能・その他の呼吸器系の機能。

(4) 心血管系と呼吸器系の付加的機能と感覚 その他の呼吸機能・運動耐容能 心血管系と呼吸器系に関連した感覚 その他の心血管系と呼吸器系の付加的機能と感覚。その他の特定の、心血管系・血液系 免疫系・呼吸器系の機能。

5) 消化器系・代謝系 内分泌系の機能

(1) 消化器系に関連する機能 摂食機能・消化機能 同化機能・排便機能・体重維持機能・消化器系に関連した感覚・その他の消化器系に関連する機能。

(2) 代謝と内分泌系に関連する機能 全般的な代謝機能・水分・ミネラル 電解質バランスの機能・体温調節機能・内分泌腺機能・その他の代謝と内分泌系に関連する機能・その他の特定の、消化器系・代謝系 内分泌系の機能。

6) 尿路 性・生殖の機能

(1) 尿路機能 尿排泄機能・排尿機能・掛尿機能に関連した感覚・その他の尿路機能

(2) 性と生殖の機能 性機能・月経の機能・生殖の機能 性と生殖の機能に関連した感覚 その他の性と生殖の機能・その他の尿路・性 生殖の機能。7) 神経筋骨格と運動に関連する機能

(1) 関節と骨の機能 関節の可動性の機能・関節の安定性の機能 骨の可動性の機能・その他の関節と骨の機能

(2)筋の機能 筋力の機能・筋緊張の機能・筋の持久性機能・その他の筋の機能。毛と爪の機能 毛の機能・爪の機能・その他の毛と爪の機能・その他の皮膚および関連する構造の機能。

2 身体構造

1) 神経系の構造

脳の構造・脊髄と関連部位の構造・髄膜の構造・交感神経系の構造・副交感神経系の構造・その他の神経系の構造。

2) 目・耳および関連部位の構造

眼窩の構造 眼球の構造・目の周囲の構造 外耳の構造・中耳の構造・内耳の構造 その他の目・耳および関連部位の構造。

3) 音声と発話に関わる構造

鼻の構造・口の構造・咽頭の構造・喉頭の構造・その他の音声と発話に関わる構造。

4) 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造

心血管系の構造・免疫系の構造 呼吸器系の構造 その他の心血管系 免疫系・呼吸器系の構造。

5) 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造

唾液腺の構造・食道の構造・胃の構造・腸の構造・膵臓の構造 肝臓の構造・胆嚢と胆管の構造・内分泌腺の構造 その他の特定の消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造。

6) 尿路性器系および生殖系に関連した構造

尿路系の構造・骨盤底の構造・生殖系の構造・その他の特定の、尿路性器系および生殖系に関連した構造。

7) 運動に関連した構造

頭頸部の構造・肩部の構造・上肢の構造 下肢の構造・体幹の構造・運動に関連したその他の筋骨格構造・その他の運動に関連した構造。

8) 皮膚および関連部位の構造

皮膚の各部の構造・皮膚の腺の構造・爪の構造 毛の構造・その他の皮膚および関連部位の構造。

3 活動と参加

1) 学習と知識の応用

(1) 目的をもった感覚的経験 注意して視ること・注意して聞くこと・その他の目的のある感覚・その他の目的をもった感覚経験。

(2) 基礎的学習 模倣・反復・読むことの学習・書くことの学習・計算の学習・技能の習得・その他の基礎的学習。

(3) 知識の応用 注意を集中すること・思考・読むこと・書くこと・計算・問題解決・意思決定・その他の知識の応用・その他の学習と知識の応用。

2) 一般的な課題と要求

単一課題の遂行・複数課題の遂行 日課の遂行・ストレスとその他の心理的要求への対処・その他の一般的な課題と要求。

3) コミュニケーション

(1) コミュニケーションの理解 話し言葉の理解・非言語的メッセージの理解 公式手話

によるメッセージの理解・その他のコミュニケーションの理解。

(2) コミュニケーションの表出 話すこと・非言語的メッセージの表出・書き言葉によるメッセージの表出 その他のコミュニケーションの表出。

(3) 会話並びにコミュニケーション用具および技法の利用

会話 ディスカッション コミュニケーション用具および技法の利用・その他の会話とコミュニケーション用具および技法の利用。

4) 運動・移動

(1) 姿勢の変換と保持 基本的な姿勢の変換・姿勢の保持・乗り移り（移乗）・その他の姿勢の変換と保持。

(2) 物の運搬・移動・操作 持ち上げることと運ぶこと 下肢を使って物を動かすこと・細かな手の使用 手と腕の使用 その他の物の運搬 移動 操作。

(3) 歩行と移動 歩行 移動・さまざまな場所での移動・用具を用いての移動・その他の歩行と移動。

(4) 交通機関や手段を利用する移動 交通機関や手段の利用・運転や操作・交通手段として動物に乗ること その他の交通機関や手段を利用する移動・その他の運動・移動。

5) セルフケア

自分の身体を洗うこと・身体各部の手入れ・排泄 更衣 食へること・飲むこと・健康に注意すること・その他のセルフケア。

6) 家庭生活

(1) 必需品の入手 住居の入手 物品とサービスの入手 その他の必需品の入手。

(2) 家事 調理・調理以外の家事・その他の家事。

(3) 家庭用品の管理および他者への援助 家庭用品の管理・他者への援助 その他の家庭用品の手入れと他者への援助・その他の家庭生活。

7) 対人関係

(1) 一般的な対人関係 基本的な対人関係 複雑な対人関係・その他の一般的な対人関係。

(2) 特別な対人関係 よく知らない人との関係・公的な関係 非公式な社会的関係・家族関係・親密な関係 その他の特別な対人関係。

8) 主要な生活領域

(1) 教育 非公式な教育・就学前教育 学校教育・職業訓練・高等教育・その他の教育。

(2) 仕事と雇用 見習研修（職業準備）・仕事の獲得・維持・終了・報酬を伴う仕事 その他の仕事と雇用。

(3) 経済生活 基本的な経済的取り引き・複雑な経済的取り引き・経済的自給・その他の経済生活 その他の生活領域。

9) コミュニティライフ・社会生活・市民生活

コミュニティライフ レクリエーションとレジャー・宗教とスピリチュアリティ・人権 政治活動と市民権・その他のコミュニティライフ・社会生活・市民生活。

4 環境因子

1) 生產品と用具

個人消費の生產品や物質・日常生活における個人用の生產品と用具 個人的な屋内外の移動と交通のための生產品と用具 コミュニケーション用の生產品と用具 教育用の生產品と用具・仕事用の生產品と用具・文化・レクリエーション・スポーツ用の生產品

と用具・宗教とスピリチュアリティ儀式用の生産品と用具 公共の建物の設計・建設用の生産品と用具・私用の建物の設計・建設用の生産品と用具・土地開発関連の生産品と用具・資産・その他の生産と用具。

2) 自然環境と人間がもたらした環境変化

自然地理・人口・住民・植物相と動物相 気候 自然災害・人的災害 光・時間的变化・音・振動・空気の質・その他の自然環境と人間がもたらした環境変化。

3) 支援と関係

家族・親族・友人・知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの成員・権限をもつ立場にある人々・下位の立場にある人々・対人サービス提供者 よく知らない人・家畜 家禽 など・保健の専門職・その他の専門職・その他の支援と関係。

4) 態度

家族の態度・親族の態度 友人の態度・知人 仲間・同僚 隣人・コミュニティの成員の態度 権限をもつ立場にある人々の態度・下位の立場にある人々の態度・対人サービス提供者の態度 よく知らない人の態度・保健の専門職者の態度・その他の専門職者の態度・社会的態度・社会的規範・慣行・イデオロギー・その他の特定の態度。

5) サービス・制度・政策

消費財生産のためのサービス・制度・政策、建築・建設に関連するサービス・制度 政策、土地計画に関連するサービス・制度・政策、住宅供給サービス・制度・政策、公共事業サービス・制度・政策、コミュニケーションサービス 制度・政策、交通サービス・制度・政策、市民保護サービス・制度・政策、司法サービス 制度・政策、団体と組織に関するサービス・制度・政策、メディアサービス・制度・政策、経済に関するサービス 制度・政策、社会保障サービス・制度 政策、一般的な社会的支援サービス 制度・政策、保健サービス・制度・政策、教育と訓練のサービス・制度 政策、労働と雇用のサービス・制度・政策、政治的サービス 制度 政策、その他のサービス・制度・政策。

(3) 観察記録と観察の要点

大迫充江

患者の観察は看護実践の基本であり、精神科看護、司法精神看護においても変わるところはない。精神科看護では、患者が安全な入院生活を送れるように、患者の精神症状と共に日常生活行動についても綿密な観察を切れ目なく行い、的確なリスクアセスメントを行うことが重要である。また、多数の看護師が三交代勤務で働く中、統一した視点で患者の生活行動レベルを観察していく必要がある。こうして得られた情報は、医師や他職種との協議に基づいて患者の日常生活範囲などを判断する際にも不可欠となる。

ここでは、英国の保安病院で使用されている観察用紙を参考にして作成した、観察シート(資料4-①)、観察ケアプラン(資料4-②)、隔離・身体拘束観察記録用紙(4-③)について報告する。

①観察シート(資料4-①)

このシートには、過去1週間の精神状態の観察結果、観察レベル、観察の理由とその根拠を示し、そのようにアセスメントされたことを患者に説明してあるか、新しいケアプランは必要か、について記入するように作られている。