

## 退院時・地域移行時サマリー

入院病院名 ○○病院(住所/Tel)

患者氏名 生年月日 性別

入院中のケアチームメンバー	連絡先 内線番号
Dr	
PNs	
PSW	
CP	
OT	
社会復帰調整官	

患者の基礎的情報
診断名
合併症
感染症
対象犯罪
本籍
連絡先(住所)
保護者名(続柄)
保護者の住所
保護者の連絡先
キーパーソン(続柄)
キーパーソン連絡先
経済状態
障害者手帳の取得
障害年金
その他

家族構成(人間関係)図
-------------

日常生活スキル
金銭管理
買い物
食事準備
更衣
洗濯
入浴/整容
ガスコンロ・刃物の取り扱い
服薬管理
就学/就労

地域でのケアチームメンバー
<input type="checkbox"/> 指定通院医療病院
病院名
病院住所
Tel/FAX
E-mail
Dr
Ns
PSW
CP
OT
その他
<input type="checkbox"/> デイサービス/ナイトサービス
施設名
住所
Tel/FAX
E-mail
担当者(職種)
サービスの頻度(回/W、曜日、時間)
<input type="checkbox"/> 訪問サービス
施設名
住所
Tel/FAX
E-mail
担当者(職種)
サービスの頻度(回/W、曜日、時間)
<input type="checkbox"/> 作業所・授産施設など
施設名
住所
Tel/FAX
E-mail
担当者(職種)
サービスの頻度(回/W、曜日、時間)
<input type="checkbox"/> 自助グループ参加
施設名
住所
Tel/FAX
E-mail
担当者(職種)
サービスの頻度(回/W、曜日、時間)

生育歴・学歴・職歴・結婚歴

精神科歴・対象犯罪歴

心身機能・身体構造、活動と参加、環境因子の相互関係について(入院中の経過より)

今後の処遇(方針・必要なサービス等)

サービス提供施設名、サービス利用の頻度  
利用可能な地域サービス施設(保健所、地域生活センターなど)

今後の課題、予測される問題と危機回避

今後の課題

症状悪化時のサイン

予測される問題

危機回避の対策

危機介入方法(介入すべき担当者およびチームメンバーの連絡先、介入のタイミングと方法)

緊急時の連絡先(日中・夜間・平日・休日)

## 4) 指定入院医療機関における看護的援助の実態

### (1) 入院から退院までの看護の流れについて

本研究と呼応して、各分担班を横断し、なおかつ各専門職の職能団体の連携により、指定入院医療機関における医療、看護、リハビリテーションのガイドラインの検討が進められてきた。その活動を通じて、入院から退院までの治療の流れが徐々に明確になりつつあり、クリティカルパスの原案も形になりつつある。本報告では、入院治療の目安として現時点での合意事項に沿いながら、入院各期における看護師の役割について明確化、具体化を図りたい。

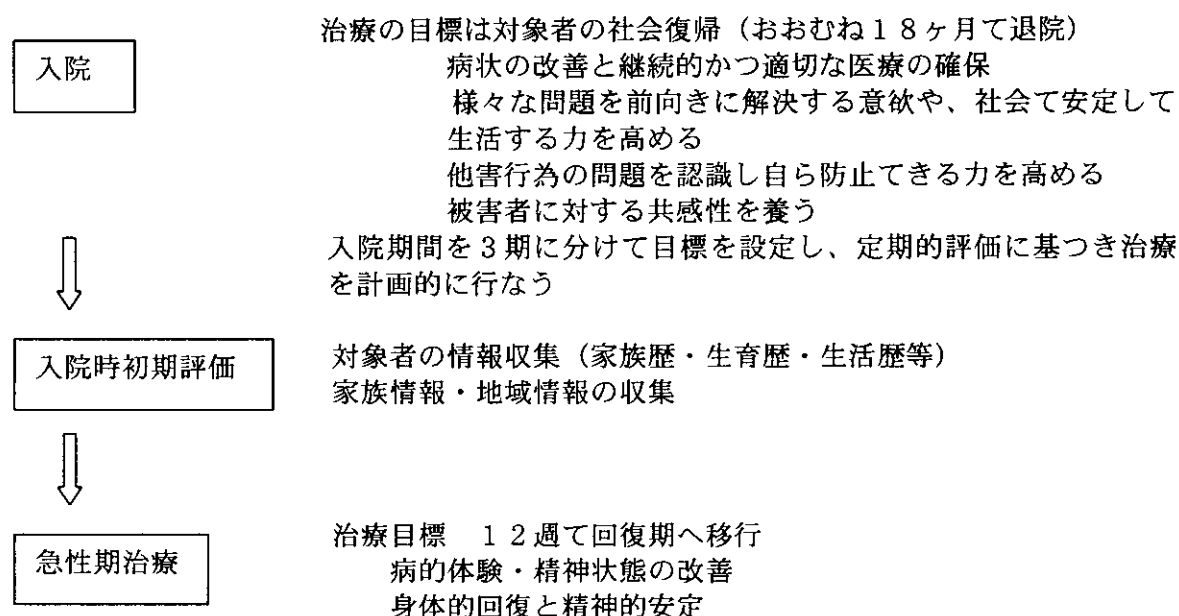
指定入院医療機関がまた発足していない現時点では、厳密な意味でのクリティカルパスの作成には困難が伴う。しかし、日本における急性期治療や、触法精神障害者の治療の蓄積を欧米における司法精神科病棟の経験と重ね合わせることはできる。司法精神医療という極めて問題が錯綜した領域においては、推理力と想像力をぎりぎりまで働かせて、見通しの利きにくい時間と空間に分け入り、複雑さの縮減を図る努力が求められる。

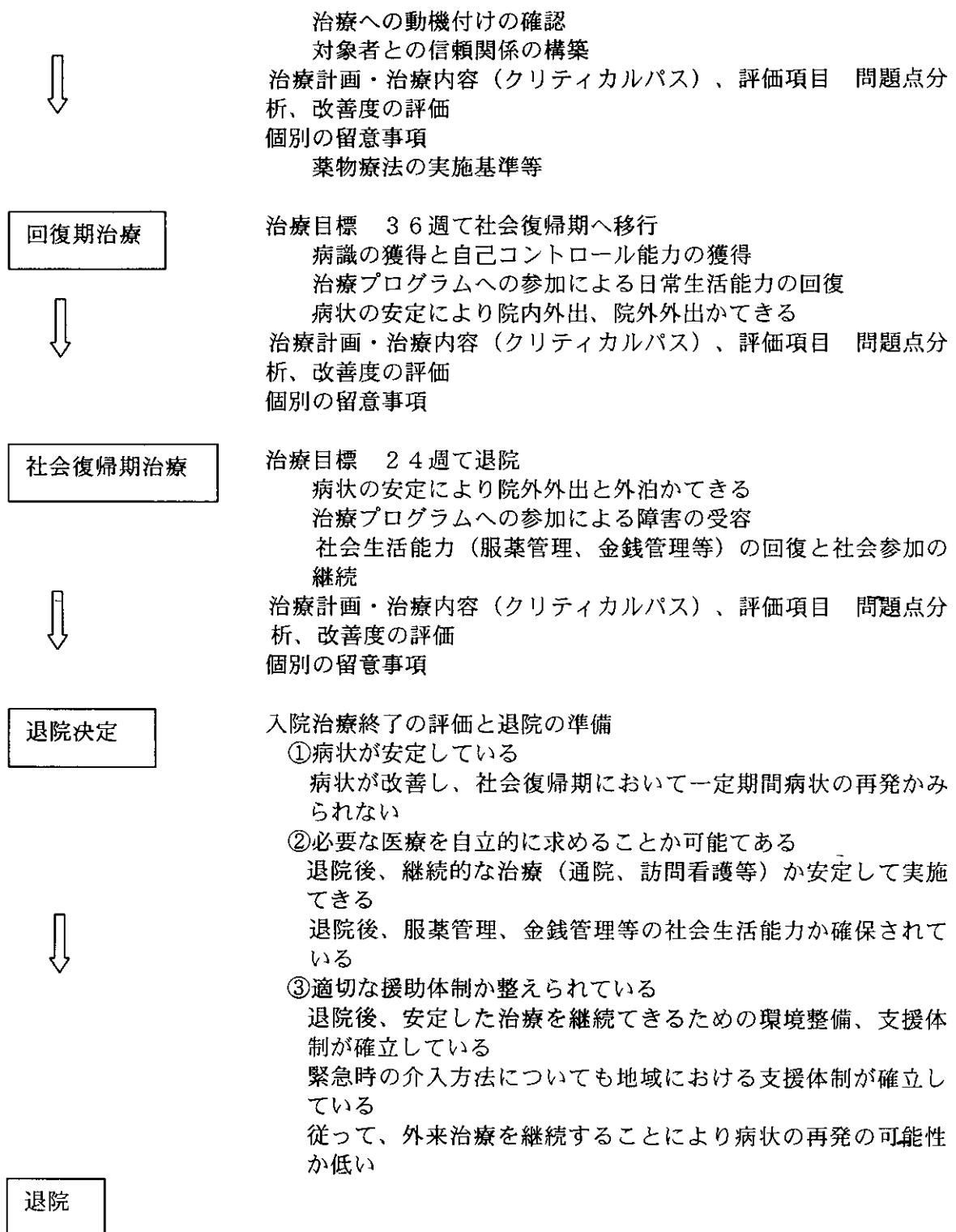
欧米の先人たちが重視しているケア・プログラム・アプローチの発想も、先を見通して綿密に計画を立て、しかもそのプロセスに患者本人も主体的に参加するという原則を徹底しない限り、結果は望めない深刻な課題に取り組んでいるという実感に根ざしたものといえよう。クリティカルパスの起源もまた、国家の命運を賭けた巨大プロジェクトのボトルネックを解消するための方法論であったことを考え合わせると、これらのキーワードが浮上してきたことにも重要な意味があるといえよう。

本分担研究者等は、開設まで時間のある間に、可能な限り課題の先取りを行っておくことには十分に意義があると考え、看護の観点からのシミュレーションを行ってきた。指定入院医療機関の開設までの第1の課題は、急性期治療病棟等において「心神喪失者医療観察法」の対象として想定できる患者等にガイドラインやクリティカルパスの原案を施行をしてみることである。さらには、原案の作成過程とその背景にある考え方について研修等を通して関係者に伝え、フィードバックを得ながら修正を加え、考えうる限り最善の準備を以って開設に臨むことも重要な課題だろう。

分担研究者等は、「入院から退院までの治療の流れ」の合意事項に沿いながら、「入院から退院までの看護の流れ」の明確化を図ってきたか、本稿ではその到達点について報告したい。現時点で確認されている、「入院から退院までの治療の流れ」は、以下の通りである。

### 入院から退院までの治療の流れ





上に紹介してきたような、治療の流れに呼応した看護的援助の流れについて明確化を図るため、本分担任では、各期における触法精神障害者の看護について網羅的に洗い出す作業に取り組んだ。この作業によって得られた重要な視点は、ありとあらゆる看護行為か必要になる反面、特別な看護か必要かわけではないというものであった。もちろん、触法精神障害者を対象とし、しかもこれまでにない体制の下で看護することが指定入院医療機関における司法精神看護を特徴付けることは間違いない。ただし、指定入院医療機関においても、ことさらに施設や患者の特殊性を意識することなく、看護の原則に忠実な看護に徹することが求められていることの確認は、本分担任のメンバーに新鮮な驚きをもたらした。その事実かまた、指定入院医療機関の看護かイメージてきないままに、疑心暗鬼となっている看護師たちも、自らの経験か知識を生かせる場として、将来の職場として選択する可

能性が期待できることを意味している。

そこで、次節以降では、指定入院医療機関では、どのような看護的援助が求められているかについて、まずは列挙した上で、指定入院医療機関に入院してくる患者の治療過程の各期において重点を置くべく看護や、司法精神看護の領域で、通常の原則的な看護に加えるべき配慮や工夫等について明らかにしていきたい。

## (2) 指定入院医療機関における看護的援助の概略

ここでは、すでに述べてきた看護管理、リスクマネジメント、看護アセスメント等のいわば間接的な看護を除いた、直接的な患者とのかかわりを主に取り上げる。以下に取り上げる項目は、治療の各期、すなわち、回復とリハビリテーションの各段階で少しずつ形を変えながら実施されることになる、代表的な看護的援助ということになる。

### ①患者情報の収集と患者希望の確認

患者情報の収集は、司法精神医療において特に重視されている活動ではないだろう。その最大の理由は、患者の行動が周囲に破壊的な影響を与える危険、あるいはその可能性に対する周囲の不安である。確かに、患者の精神症状や問題行動は、患者と治療者や他患者との関係を悪化させるばかりではなく、治療環境すら破壊しかねない。行動制限の厳しい指定入院医療機関では、患者も職員も危険から守られる可能性が高いか、地域に出た時の再発ないし再現の危険は、患者自身の抑止力に大幅に委ねるしかない。

そのような背景から、患者情報を収集するに当たって医療スタッフは、症状や他害行為の再発を予知や予防したいという意図が先走りやすいということに留意する必要があるだろう。もちろん看護師もそのような傾向と無縁ではいられないか、看護師にとって一番重要なアセスメントは、患者の精神症状や危険性ではなく、患者のニーズすなわち欲求不満についてであるという事実を思い起こす必要がある。つまり、患者は何に困り、どのように苦しんでいるのかをある程度察しながら、患者に問いかけて確認し、患者と認識を共有していくという看護の原点に沿って情報収集を行なう。

欲求不満が膨れ上がった患者は、時とすると無理な要求をふつけ、要求が通らなると破壊的な行動に走ったり、精神症状を悪化させたりする。しかし、そうした怒りの表出すらも患者のニーズを知るための機会であり、その機会を活用できれば患者の怒りや欲求不満も収まっていく。怒りに限らず、患者の否定的感情は看護師の動揺を誘うか、怒りの背景を察しようとする態度と共に、患者の希望について積極的に聞く姿勢が示せると、情報収集はそれ自体が否定的な感情の軽減と欲求不満の改善に通じていく可能性がある。

患者からの情報収集は、入院当初をピークとしながら、あらゆる時期のあらゆる場面が必要かつ可能な活動といえる。これを単なるアセスメントの手段と考えずに、それ自体を直接ケアの好機として活用しようという問題意識や、それを実行に移す力量を実に付けるためのトレーニングが重要だろう。

### ②看護計画の立案と看護方針の提案

情報収集やアセスメントをめぐる①に述べたような視点は、心理職や福祉職も重視しており看護職に固有のものとはいえない。ただし、看護師は、患者の欲求不満を患者の主観に沿って理解しながら、患者の心身の症状を客観的に観察し評価するという医学的な見方もできる。そのために、ジレンマに揺らぐことがあるが、広い視野を得て、異なる視野に嵌まり込んだ人々をつなぐ役割が取れる可能性がある。

看護師が、自らの置かれたそのような位置を生かせれば、多職種による専門チーム（職隊チームという呼び方もできると思う）において、他職種が思いつきにくい方針提起を行なっていく機会が少なくないはずである。

精神医療の現状からすると、患者処遇をめぐる会議における主導権は医師が独占しかちて、自ずと精神症状の解消に偏った治療方針に流れていくことになる。そのことに疑問や不満を抱く看護師は少なくないが、明確な問題提起を行なった経験も、医師や医療チームに受け入れられた経験も乏しいままに、今ひとつ自信の持てない看護職の多いことが確認できた。

ところが、指定入院医療機関では、システムとして各職種がそれぞれの視点を出し合うことか大前提となっている。看護師として、あるいは一個人として、遠慮なく自分の考えを表現することか奨励されやすい臨床状況だということである。とりあえずは、言いやすくなるだろうか、説得力や状況判断能力も問われることになり、そのような条件を活用て

きる力量が求められてくる。

### ③急性期や病状再燃時、不穏時における行動観察

これは、主に入院当初の急性期に多く求められる援助であるが、病状再燃や日々の出来事への反応としての不穏は、退院の目途が立ってからも起こり得る。従来、日本では、患者の様子に精神症状や不穏さを見て取ると、注射による鎮静や観察室への隔離、さらには抑制という手段に流れやすかった。そのような対処は、人権侵害の温床であるばかりではなく、患者に無力感を植えつけたり、退行を強いたりする危険の強いことが欧米では指摘されている。日本では、急性期の患者に対しても、乏しいマンパワーで対応せざるを得ないという状況が今も払拭されていない。しかし、比較的看護師の数には恵まれているはずの急性期治療病棟や救急病棟でも、従来通りの隔離や抑制が続いている実態がある。

欧米では、隔離や抑制をできるだけ避け、頻度や時間の減少を図ってきた経緯があり、それに替わる方法として、マンツーマンに近い徹底的な観察によって危機の回避を図り、成果を挙げてきている。この問題の検討過程で、日本では、そのような方法を実行した経験のある看護師が少ないことがわかったが、指定入院医療機関に十分な看護マンパワーが配置されれば、とにかく経験することができるといえる。

討論の過程で、看護管理者の視点から、5分おきに巡回するならば、フルタイムで付き添ってもマンパワーの量にさほどの違いはないとの指摘もあった。それでも、その方式が浸透しない理由として、ずっと患者のそばにいることの意義が、観察や危険防止に留まらないという認識が希薄になりつつあることや、抑制や隔離をしようとしまいと、精神病状態や不穏状態の患者と一緒にいることを不安に思う看護師が増えているとの意見も出た。

この項目もまた、指定入院医療機関では実施する機会が増えるはずなので、まずはやってみて意義や手応えを実感するところから始めることになりそうである。

### ④急性期、衰弱時の日常生活援助

具体的には、身体的な処置や、食事介助、服薬介助、排泄介助、入浴介助等に代表される具体的な援助である。との科にもあるこのような基本的なケアには、そのような働きかけを通しての援助関係の形成という意味合いが重なっている。とりわけ、医療不信の強い患者の場合、そのような機会によって、周囲への憎悪や敵意が和らぐ場合がよくある。その患者のふたんの様子に囚われて敬遠気味の姿勢を解けない看護師は、関係を改善し接近し合える機会を逃すことになる。

なお、日常生活行動への集中的な援助が必要な状態は、精神症状や精神科治療薬の影響だけでなく、重篤な身体疾患の徴候である場合もあることにも注意を払うべきだろう。特に悪性症候群等の副作用症状や、がん等の予後不良の疾患が要注意であり、看護職の役割としては、身体的な病気や健康状態についてのアセスメント能力をつけることや、そのような能力の高い看護師を配置しそのスタッフの役割についてチームで了解しておくことも必要だろう。必要な時、敏速に専門医の診察を受けられるようなシステムを前提とした、恒常的なスクリーニングが、看護師の重要な役割であるということにもなる。

### ⑤外出への同伴

外出の主な目的は、検査、買物、散歩、退院準備等である。英国では患者数の2倍もの看護師が配置されているが、外出への同伴や不穏時の観察といったマンツーマンのケアに多くの人員を割いている。多くの患者もまた、閉鎖環境から外に出られることを無上の楽しみとしているという。人権擁護の観点からも、患者の精神的な安定という観点からも外出の機会は可能な限り保障すべきであるが、外出への同伴という援助は様々な問題をはらんでいる。第一に、多くの人手が費やされるという点であり、英国に比べると2~3割少ない人員では、外出希望を重視し過ぎると病棟内の活動に支障を来す恐れがある。とりわけ、人手の足りない日には、患者の希望が叶えられないというような事態が生じると、患者の不満も募るし、外出許可の基準が恣意的に操作される可能性も出てくる。

また、指定入院医療機関では、退院と社会復帰に向けて治療プログラムを充実させることを目標としているので、患者に希望を尊重するとしても、プログラムが実施されている時間帯はどうするのかという問題も起こる。

また、純粹に治療的な観点からすれば、必ずしも同伴を必要としないと考えられる患者に対しても、地域社会が単独の外出を容認するかという問題もある。退院準備のためには、外泊が必要な場合も多いと考えられるが、そのすへてに看護師が泊りがけて同伴すべきなのかという問題もある。

これらの問題をめぐっては、指定入院医療機関のスタッフと司法関係者や地域住民の間

に認識や意識の落差が生じる可能性が高い。外出や外泊を実施する直前まで合意が得られないということもあり得るが、できるだけ早い時期からこの問題については、広く議論する機会を設けるべきだろう。この問題は、社会の要請と患者の希望、そして医療スタッフの判断とか微妙に交錯し、まさに司法精神医療をめぐる社会的な合意の未形成を象徴していると思われるからである。

#### ⑥患者集団の行動観察と看護的関与

指定入院医療機関では、個別ケアの重視と併せて、治療プログラムにも力を入れることになっている。それにしても、個別ケアやプログラムの時間は、1日の内ではわずかな時間でしかない。従って、それ以外の時間帯の出来事か、患者に極めて重要な影響を及ぼすのであり、それを視野に入れて置かないと、患者の全体像には近づけない。とりわけ、集団場面における個々の患者の言動や、患者同士の相互作用についての観察と、必要時の介入や支援は、看護師の重要な役割といえよう。

役割といっても具体的には、患者の集まっているホール等で、特に何をするでもなく患者と共に過ごすだけのことである。しかし、それが自然体でできれば、そこにいては、患者たちの動静が掴めて、しかも、患者たちに安心感を提供できる。実をいうと、このような活動も既述の諸項目同様に、指定入院医療機関でなくても重要な役割なのだが、そのような身のおき方ができる人が減っている。そのような振る舞いは単なるサポーターシュエであるとみる管理職が増えたからであろうか。

指定入院医療機関では、患者同士のトラブル防止という目的から、ホール当番といった役目をスタッフに割り振ることになるだろう。その役割に徹し過ぎると、上述のような、ゆったりとした動きはとりにくくなるか、ここでもまずはやってみることに意義があるだろう。多くの看護師は、監視役であることを忘れて患者集団に融け込めたという体験を味わうことかできるだろう。たまたし、できることなら、時にはその場を自然発生的なグループワークの場として活性化してみることも試みてもよいのではないか。

#### ⑦患者の精神症状、精神状態の観察と看護的援助

これは、患者とのあらゆるやり取りにおいて、少なくとも潜在的には作動しているモニタリング機能を前提とする。モニタリングという比較的受動的な活動から、保護や介入、そして自立や学習の支援といったより能動的な働きかけへの転換を適切なタイミングで、できるだけ円滑に行なうことが、精神科の看護師には求められている。指定入院医療機関では、次項のように不穏の徴候の察知に限らず、患者を揺さぶらない配慮を伴った働きかけが必要であるとはいえ、やはり機会を捉えて患者に自分の病状や精神状態についての理解を促すような働きかけが重要であろう。

#### ⑧患者不穏時の早期介入

患者の不穏は、突然に始まるわけではなくて、1昼夜くらい前から、その徴候が現れるとの研究も積み重ねられつつあり、広義でいえば、不穏時の介入はその時から始まる。しかし、狭義では、不機嫌や易怒的な傾向が募り始めた時、通例は3人の看護師が集合して介入が開始される。リーダーが窓口となって、心理的な鎮静を勧めたり促したりする働きかけから入り、できるだけ説得に努め、可能な範囲で交渉を行なう。ついに決裂したと判断した時点では、患者の尊厳を傷つけない配慮を重ねながら、患者も看護師も傷つかないように人手によって拘束し、必要な場合は隔離を行なう。また、患者が安定した時点ではその場面を振り返って、関係の修復を図る。

日本における従来の方法と比べると、欧米ではチームの連携や、患者の尊厳を傷つけない配慮を重視している。また、一連の流れをしっかりと把握して、患者の態度や言動をその中に位置づけ、総体的に理解しようと努めているようである。

#### ⑨隔離、拘束、抑制中の患者の患者観察

すでに述べてきたように、欧米では隔離、拘束、抑制をできるだけ減らそうとしている。また、どうしても必要なときは、その後の観察を密接に行い、その間に可能な範囲で患者とのやり取りを行なって早めに解除する。おそらく、そのようなかわりか、隔離、拘束、抑制そのものの現象にもつながっているのであろう。日本においても、隔離、拘束、抑制中の患者の患者観察を丹念に行なうということを実原則にしていくことが、それらの減少につながっていくことを期待したい。

#### ⑩患者間の対人関係論調整

従来、精神科の看護師は、触法精神障害者同士の対人関係については、極めて否定的に捉えていた節がある。すなわち、互いに競い合って暴力沙汰に発展する危険や、結託し合

って看護師や他患者を陥れる危険を殊更に警戒する人が少なくなかった。実際に、それに近いことも起こってきたが、それは、必ずしも患者たちの責任とは言い切れないように思える。患者同士が、生産的な対人関係を取り結べるような場が設定されてこなかったからである。

指定入院医療機関では、治療共同体の理念に沿い、できるだけ情報をオープンにして、患者同士の対人関係を活性化し治療的に役立てていくことが目指される。毎朝の全員の顔合わせの時間も確保されている。狭い閉鎖空間で長い期間を過ごすことは、それ自体がストレスであり、しかも将来の見通しが不明確であるという状況は、他患者との些細な行き違いを対人関係論上のトラブルに発展させる危険を高める可能性を否定はできない。しかし、その反面、他の患者と共通の運命を背負い、共通の課題を抱えているという認識に達すれば、一体感や連帯感が芽生える可能性も十分にある。それは、将来にわたるセルフヘルプグループ的な活動の出発点ともいえる。そのような関係か、自然発生することもありえないか、スタッフが患者同士をつなく媒介者の役割を取っていくことは重要だろう。

#### ⑪患者の自己対処（セルフケア）能力の向上に向けた日常的援助

あらゆる慢性疾患の療養過程においては、病気の理解から受容へ、そして自己決定に基づく自己対処と適切な求助行動、そして病状の適切な自己管理と生活の再建、維持という段階をたどることか求められる。それが、望ましいセルフケア行動ということになり、精神障害者のばあいも例外ではない。病気によっては、さほど厳密な自己管理と節制を自らに課さなくても、とうにか生活できる疾患や病状もあるが、中には取りえる行動やとるべき行動が限定される場合もある。

例えばアルコール依存症のように、飲酒によって社会的信用と共に生命さえも危機にさらされる病気の場合、断酒が不可欠だけでなく飲酒行動を誘発しやすい行動も避ける必要がある。触法精神障害者の場合、触法行為によって失いかけた人生の可能性を取り戻すには、他人を害する行為から遠さかる必要がある。もしも、入院のきっかけとなった事件がまったく偶発的なものではなく、他人を害することを避け難くする行動傾向にあるとすれば、その点についての深い理解に基づき適切な自己対処行動が欠かせない。

患者達に、彼らの置かれたそのような状況について、理解を促すきっかけ作りをすることは、指定入院医療機関に勤務する看護師の重要な役割だと考えるべきだろう。

#### ⑫定期的、あるいは不定期の看護面接

看護師の仕事の実態としては、患者や家族の相談を受けることか少なくない。しかし、看護業務の中に、相談や面接が適切に位置づけられているとはいえない。特に一般科ではその傾向が強く、精神科では少しは増したが、決して十分とはいえない。他の科に比べれば、患者の相談に乗ることは本来業務と受けとめられやすいが、面接といえるほどに枠組みの明確な相談活動は定着していない。折々に、患者の悩みに耳を傾けることか、それなりに、患者の支援に役立つといった辺りか実態であろう。

指定入院医療機関でも、折々に臨機応変の相談活動を行なう必要はあるだろう。しかし、基本的には、定期的に行なう面接や、回復と社会復帰の節目に特別の意味を込めて設定した面接を軸として、援助を継続していくことか望ましい。

そのような面接に看護師は必ずしも慣れていない。しかし、枠組みか必ずしも明確でない折々の偶発的な相談でも、その機能や心かけるべきことには共通点が多い。看護師は、そのような経験の蓄積を生かしなから、触法精神障害者に対して、メリハリのある相談面接を心かけていくべきだろう。

#### ⑬他職種による治療・検査への関与

医師による面接や診察、医療的な処置には、原則として看護師が関与すべきだろう。とりわけ、インフォームドコンセントに関しては、医師による説明に対する患者の反応から理解度や関心について推測したり、あるいは医師と患者のやりとりに加わって、両者の意識のずれを埋め、話を煮詰めるなどの働きかけが必要である。患者か処置や検査について抱く不安や苦痛を軽減することは、患者との関係づくりにも役立つ。

従来、看護師は医師による処置、診察、面接に立ち会う際、医師に気を遣って控えめすぎる態度に終始してきた傾向かあると考えられる。指定入院医療機関では、医師も他職種も、情報を独占したり、自分だけが患者と個人的に親密な関係になって、そのことを誰にも伝えないというようなことは好ましくないと考えられている。看護職はチームとして、できるだけ多くの治療場面に関与し、患者と職際チーム、専門職と専門職、スタッフとス



タッフをつなく必要がある。

### (3) 入院各期における看護的援助

ここでは、急性期、回復期、社会復帰期の各期における治療目標を確認した上で、看護業務の要点を列挙することにした。

#### ①急性期における看護的援助

##### a) 急性期治療の目標

- 1) 12週で回復期並行
- 2) 病的体験・精神状態の改善
- 3) 身体的回復と精神的安定
- 4) 治療への動機つけの確認
- 5) 対象者との信頼関係の構築
- 6) 初期評価と初期計画

##### b) 急性期の看護業務

- 1) 綿密なオリエンテーション
- 2) 集中的なケアによる患者の不安、不信の軽減とラポールの形成（48時間）
- 3) 入院時診察への立会いとインフォームドコンセントの補完
- 4) 入院生活へのガイダンスと看護契約の締結
- 5) 本人・家族・関係者からの病歴・家族歴・成育歴等の情報収集と病状把握、状況分析
- 6) 身体的な健康状態の把握（バイタルチェック、全身状態・合併症等の把握）
- 7) 精神症状 精神状態および行動の観察（個室内における常時観察、睡眠状態の把握等）
- 8) 対象者不穏時の早期介入（徴候察知、心理的鎮静、説得、交渉、介入、介入後のフォロー）
- 9) 個別的な関わりによる援助関係の構築
- 10) 定期的な看護面接（心理的支援、問題把握、課題提示、具体策の提案）
- 11) 医師による診察と他職種による面接への同席
- 12) 看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し（週単位）
- 13) 服薬管理と服薬効果、副作用の観察
- 14) 治療プログラム（急性期ミーティング・疾患教育等）への導入と実施・評価
- 15) 治療プログラム終了後のレビューと個別のフォロー
- 16) 入浴介助、食事介助、清潔の保持等を通じた日常生活能力の把握と評価
- 17) 家族に対する心理的支援

#### ②回復期における看護的援助

##### a) 回復期治療の目標

- 1) 36週で社会復帰期へ移行
- 2) 治療プログラムへの参加による日常生活能力の回復
- 3) 病状安定による病院内外外出
- 4) 職際チームの評価に基づく多様な治療
- 5) 2つの病識（精神障害への病識と重大な他害行為への病識別）と、自己コントロール能力の獲得
- 6) 治療への動機つけの向上と安定

##### b) 急性期の看護業務

- 1) 身体的な健康状態の把握（バイタルチェック、全身状態の把握）
- 2) 精神症状・精神状態の観察と関連要因の検討（日々の出来事、睡眠状態の把握等）
- 3) 言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた支援
- 4) 患者間の対人関係調整（葛藤の解消と連帯感の形成）
- 5) 患者の日常生活能力（身辺整理・金銭管理等）の回復に向けた援助と評価
- 6) 患者の自己対処能力、問題解決能力の向上に向けた援助と評価
- 7) 看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し（月単位）
- 8) 定期的な看護面接による意思決定支援（心理的支援、問題整理、課題提示、具体策

の提案)

9) 服薬管理と服薬指導

10) 治療プログラム（回復期ミーティング、問題解決技法、疾患別グループ等）の選定と導入

11) 治療プログラムの実施、評価

12) 治療プログラム終了後のレビューと個別のフォロー

13) 病棟内の物品管理（刃物、ライター、持ち物検査等）

14) 外出計画の作成と外出への同伴援助、帰棟時のボディチェック

③ 社会復帰期における看護的援助

a) 社会復帰期治療の目標

1) 24週で退院

2) 症状の安定に応じて院外外出と外泊

3) 治療プログラムへの参加と通した障害の受容

4) リハビリテーションへの動機づけの維持

5) 社会生活能力（服薬管理、金銭管理等）の回復と社会参加の継続

6) 具体的な社会復帰計画に沿った支援

7) 通院治療に向けた対象者や援助者の準備

b) 社会復帰期の看護業務

1) 言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた支援

2) 看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し（月単位）

3) 退院後の社会生活をめぐる不安への対応

4) 定期的、不定期的看護相談（心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案）

5) 服薬指導と服薬自己管理に向けた支援

6) 治療プログラム（社会復帰期ミーティング、問題解決技法、疾患別ミーティング等）の実施と評価

7) 治療プログラム終了後のレビューと個別のフォロー

8) 外出・外泊計画の作成と外泊への同伴援助及び評価

9) 訪問観察の実施と評価

10) 家族への個別支援と家族グループワークの実施及び評価

クリティカルパスの原案は、上述した入院各期における看護業務のガイドラインを、他職種による専門業務のガイドラインを統合したものである。

#### （4）触法精神障害者の回復を促進するプログラム

指定入院医療機関における看護的援助の最後に、看護師による治療プログラムへの関与についてふれておきたい。

これまで日本では、触法精神障害者の回復を促進するためのプログラム作りには取り組まれてこなかった。それ以前の問題として、触法精神障害者に固有の課題についての整理がされてこなかったの、プログラムの作りようがなかったといってもよい。結果的に、一般の入院患者の治療やケアを妨げない範囲で、既存のプログラムの一部を利用するという形が通例だったと考えられる。

しかも、日本の現状では一般の入院患者に対して実施されている既存の治療プログラムも、極めて不十分な内容に止まっており、主な問題点を挙げると以下の3点である。

第1に、急性期の患者に対しては、薬物療法による鎮静を重視するあまり、グループ・プログラムの必要性はもとより、個別のかかわりの重要性すらも軽視する傾向がある。

第2に、急性期を脱した患者を対象としたプログラムはあっても、患者自身による選択や、患者本人が立てた目標に沿ったプログラム作りを認める余地は乏しい。

第3に、治療共同体の実践が明らかにした、グループワークを通して病院という小宇宙の集団力動から学ぶ機会を提供することの重要性は、今も十分に認識されていない。

これらの問題点を総括すると、患者の自己決定を尊重しながら、集団の力動を活用するための方法と実践の欠如ということになるだろう。

報告者が見学する機会を得たカリフォルニアの州立病院では、難治で複合的な問題を抱え地域自立が困難な統合失調症の患者のために、午前、午後それぞれ2コマずつ計4コマ

のグループ・プログラムが用意されていた。200名の患者を対象に、数十名のスタッフが週に200ものグループワークを担当しているとのことだった。プログラム選択は、患者と主治医やプログラム担当者か相談した上で、患者本人の意思に沿って行われているという。さすがに、1人1日4コマ、全体で週に200コマのプログラムは、患者にとってもスタッフにとっても負担か重い様子か見受けられた。中には、次はどのプログラムに参加するかかわらなくなってしまう患者もいて、毎朝スケジュール表を渡さなくてはならないとのことだった。しかし、スタッフには活気か漲っており、多くの問題を抱えた患者の自立を何とか支援しなくてはという使命感か伺われた。

このような米国の実例に比較すると、日本では入院患者のための治療プログラムか量的にも質的にも貧困であることか歴然としている。その最大の理由かマンパワー不足であることは確かである。スタッフか少ないと管理収容に流れ治療やケアか手薄になりやすいことは古くから指摘されてきた。しかし、以前に比へするスタッフの数は確実に増加しているのだから、人手か少なかった時代の慣例に囚われることはない。

また、治療プログラムについての検討の中で、看護師はとれたけグループワークに関われるのかについて議論があった。他職種からは、看護師かどこまでできるのか、どのくらい主体的な関与を期待しているのかという疑問か投げかけられた。看護師からも、看護師のグループワークへの関与はいいことかと思うか、自分かすくにやらなくてはならないとなると、ためらいを感じるなどの感想も聞かれた。

確かに、これまで日本では、看護師かグループワークに本格的に関わる事か少なかったという経緯がある。欧米でも、こうしたグループワークは、主に臨床心理士が主導し、ソーシャルワーカーや作業療法士（米国ではリハビリテーションワーカー）も参加するか、看護師は、服薬の管理や指導等の仕事かあるため、グループへの参加は少なめかという。もっとも、全般的にグループワークか精神医療の現場に十分浸透にしてこなかったという日本の現状に見合っ、グループワークに関する教育訓練の機会か少ないのは、どの職種も同様なのではないか。近年、デイケアやSSTの普及によって、比較的多くの職種か、同しような立場から、グループワークに関わる機会か増えてきたといえる。比較的、早くから病棟においてグループワークを実践してきたのは、治療共同体の理念と方法の洗礼を受けた少数の人達である。

集団活動と全体ミーティングを軸に、病棟生活のすべてを活用して患者とスタッフか全員で治療に取り組む治療共同体の方法は、スタッフかとんなに少なくとも取り組めるし、各職種がそれぞれの持ち味を發揮して、グループワークに関わることを奨励する。まして、司法精神科病棟には、全職種を合わせると患者定数の2倍に及ぶスタッフの配置か予定されている。日本における精神医療の現状からすれば、量的にも質的にも恵まれた人員を活用して、患者にとって望ましいプログラムを充実させることは指定入院医療機関スタッフの責務かといえる。

そこで、看護職に独自のグループワークへの関与か可能とすれば、グループワークの体験を患者の日常生活につないていく役割であろう。グループの場ではいえることや、できることも、日々の生活場面では、仲々実行できない患者も少なくない。それを見極めることは、看護師の重要な役割である。あらゆる領域のリハビリテーションに共通の枠組みと概念を提供したとされる国際生活機能分類（ICF）は、訓練状況ではできることと、生活場面で実行していることのずれに着目し、そこを糸口に社会参加の目標を明確にし、その目標に沿って患者自身の意思決定を支援していくことを、リハビリテーション支援の出発点とみなしている。指定入院医療機関における、リハビリテーション支援においても、看護師が、自らの職能を生かして職際に寄与できることは間違いない。

こうした諸点を視野に入れながら、欧米諸国で開発された方法論に日本的な要因を加味した下記のようなプログラムを導入し定着させていくことが重要だろう。そこでの看護師の役割の特徴についても付言した。

#### a) 心身の健康に関する教育講座的なもの

まずは、精神疾患と薬物療法を始めとする治療法についての認識を高めるための働きかけてある。精神科医療における薬物療法の効用には限界もあるか、服薬中断が再発に直結しやすいのも事実である。欧米における地域精神医療では、患者が薬物療法の必要性について学習する機会の提供と、服薬自己管理への動機づけを高めるための働きかけか強調されている。このような目的に沿って、脳の働きに対する薬物の効用や副作用のメカニズム

についての学習を促すことを目的としたプログラムが開発されてきており、日本にも浸透しつつある。このようなプログラムを特に必要としているのは、統合失調症や気分障害の患者であり、主な担い手は医師であるか、服薬指導に関しては薬剤師の協力も必要となり、実際に与薬を実施する看護師の関与も欠かせない。

一方、物質乱用者のための特別なプログラムを設定することも重要であろう。物質乱用は、触法行為を引き起こす重要な要因であり、特に非合法薬物の乱用による影響は深刻なため、欧米では物質乱用の防止に重点を置いたプログラムが組まれている。物質乱用には様々な嗜癖行動が絡んでいる場合が多いため、嗜癖全般についての学習に視野を広げる必要があり、特に対人関係嗜癖についての学習は重要であろう。嗜癖行動への専門的アプローチはこの20年ぐらいの間に発展を遂げてきており、医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士が職種を越えて共通認識の基に実践してきたという経緯がある。従って、このプログラムの担い手は、専門的なアプローチを経験したスタッフならば職種を問わない。

なお、物質乱用からの回復にはセルフヘルプグループとの連携も重要であり、メッセージ活動の要請も必要となる。特にアメリカでは、薬物依存症者に限らず、触法精神障害者の自立にとっては、セルフヘルプグループによる支えが重要であると考えられており、その際に、AAやNAの活動は重要なモデルとなるだろう。

健康問題に関しては、精神的な健康だけでなく、身体的な健康管理を含む療養生活全般にわたるセルフケアについて学習機会を提供することが重要である。心身の健康についての認識を深めると共に、自らの健康を気遣い心身のバランスを保とうとする姿勢を身につけることは、患者にとって生活の再建や社会参加の基盤となるからであり、そのような働きかけの主体は看護師である。

セルフケア支援には、学習支援に加え意思決定支援や行動面での協力も重要であり、看護師と精神保健福祉士の連携が重要である。日本では、触法精神障害者に限らず、このような組織的な取り組みは十分に定着していないが、治療やケアの中心に据えるべき活動といえよう。

#### b) 感情のコントロールに向けた認知行動療法的アプローチ

欧米では、触法行為の再発を防ぐためのプログラムとして、アンガー・マネジメントの重要性が強調されている。ただし、怒りの暴発防止だけに絞ったプログラムの実施だけでは十分とはいえないだろう。患者にとって必要なのは、怒りに限らず感情のあり方全般についての自覚と言語的表現を通して情緒的な安定を図り、破壊的な人間関係に追い込まれないようにすることだからである。そのような変化をもたらす上で有効だと考えられるのか、認知行動療法や認知心理学、感情社会学を踏まえた、内省と行動修正のためのプログラムである。

日本では、こうしたプログラムも、その担い手を養成するためのシステムも未確立である。ただし、触法精神障害者との交流を図り、攻撃的行動のコントロールを促す関わりを行ってきた実践の蓄積から示唆を得ることはできる。例えば、怒りや攻撃的な言動によって身近な人々の行動を支配してきた患者に道徳的な批判を突きつけても、患者の内省を促すところか怒りの爆発を誘うことになる。その反面、患者の触法行為や逸脱行為に対して、それが被害者とその周辺や患者自身に及ぼす悪影響について理解を促し、害の少ない手段を提案するかかわりは有効であることか知られている。欧米で開発されてきた方法論を日本における経験と突き合せ、実効性のある方法論や教育システムを開発することか急務であろう。

感情の自覚と表現を通じたコントロールは、患者だけでなくスタッフにとっても重要である。感情規範と感情操作に光を当てた感情社会学の成果も取り入れて、スタッフ自身も感情コントロールの能力を高めていくことか重要であり、このようなプログラムに関与することは、スタッフ自身の訓練機会ともなり得る。認知行動療法的なアプローチについての知識が比較的豊富なのは医師と臨床心理士とか、各職種かそれぞれの専門性に沿ったプログラムを工夫することが望ましい。

論者自身は、対人関係における相手の予想外、期待外れの言動によって触発された不快感を吟味することを通じて、自己理解、自己表現を促し、感情コントロールと対人関係能力を磨くための技法を開発し「異和感の対自化」と名付けている。この方法は、触法精神障害者とスタッフのいずれに対しても、感情コントロールに向けた治療・教育の一環として応用が可能と考えられる。

怒りの暴発と攻撃的行動の背景には、ストレスを生じやすい生活背景、ストレスへの無

自覚、対処行動への無関心等の要因がある。従って、ストレスを軽減させリラクゼーションを図る技法についての学習は、感情生活の基盤を安定させる上で不可欠のアプローチと言える。具体的には、呼吸法と筋弛緩法が軸として、五感のすべてを用いた様々な方法がある。ストレス・マネジメントについての学習体験は、それ自体が心地良さを体験できるの、触法精神障害者との関係づくりにとっても有益である。

#### c) 芸術療法

音楽、絵画、工芸等の芸術療法は、楽しく参加でき、治療意欲を引き出すと共に、豊かな感性と表現を養う機会となりえる。活動の成果を実感しやすいため、充実感、達成感、を味わうと共に自尊感情の回復につながる。出来上がった作品や、制作過程における患者の言動は、患者の人格や心理状態について評価する上で有力な情報となる。

中心となるのは作業療法士だが、スタッフそれぞれの経験や素養に応じて関与する必要がある。プログラムによっては、専門的な知識・技術を持った非常勤スタッフの招請が望まれる。

#### d) レクリエーション、スポーツ、園芸活動

これらの活動を通して、心身の健康づくり、欲求不満の解消、精神的な安定、他患者やスタッフとの連帯感の醸成等が期待できる。芸術療法と同様に、中心となるのは作業療法士だが、スタッフそれぞれの経験や素養に応じて関与する必要がある。

#### e) 生活技術訓練・教養講座

日常生活を送っていく力を高めるためのトレーニング、社会参加の可能性を高めるために基本的な知識を身につけるための学習は、あらゆる精神障害者にとって重要な点、特に触法精神障害者にとっては欠かせないのではないかと考えられるからである。衣食住を整える力や、社会生活に加わっていく力の乏しさか、精神症状の発病や再燃、そして社会的な不適応、さらには触法行為へと追い詰めていると考えられるからである。

患者の希望に応じた項目を取り上げる必要があるが、生活面では、料理等、食生活を整える技術、社会参加については、国語表現やパソコンの技術を身につけるための学習は特に重要だろう。中心は作業療法士だが、全スタッフが自分の得意とする項目を担当し合うことが重要だろう。

#### f) 法律・制度・資源活用講座

触法精神障害者の置かれた立場の特徴は、治療構造に法律と制度による制約が課せられている点である。その点についての理解抜きには、患者の自発的な治療とリハビリテーションへの取り組みは難しい。従って、入院の当初から、インフォームド・コンセントと治療契約の前提として、心神喪失者等医療観察法の概略や処遇の流れに関して、質疑を交えたわかりやすい解説が必要となるだろう。アメリカではそのための懇切丁寧なパンフレットと、それを使ったガイダンスのための膨大なマニュアルが準備されていたか、それに準じたものが必要だろう。

触法精神障害者の地域自立に向けた独自の制度や資源は準備されていない。当面は既存の制度や資源を活用することになっているか、かなりの制約が加わることになるだろう。どのような可能性がありそれを活用するにはどうしたらよいかについては、単なる情報提供に止まらず、退院後の協働も含め患者と共に考えていく必要がある。主な担い手は精神保健福祉士だが、看護師の中から、退院後の支援も視野に入れた地域支援担当者を指名し、精神保健福祉士と連携していくことが望ましい。

#### g) 就労準備講座

入院期間が一般の入院よりも長くなることから考えて、退院後の就労を準備するための職業訓練も重要だろう。中心になるのは、作業能力や職業適性の評価に関する方法論が蓄積してきている作業療法士であろう。ただし、現在の社会情勢からすると、本人の希望に応え、なおかつ退院後の就労に実際に役に立つ種目を準備することには多くの困難を伴うだろう。産業構造や雇用形態、労働市場を視野に入れながら準備を進めていくためには、精神保健福祉士や看護師を始め、他の職種の支援も必要である。

#### h) 生活、行事に関する情報交換と計画立案のためのミーティング

治療共同体では、情報の共有と、開かれたコミュニケーションが何よりも重視される。触法精神障害者の治療では、個人情報管理に慎重を期さなくてはならないという特徴はあるが、治療の原則や方法に関する多くの情報はスタッフと患者が共有できるはずである。このような原則を具体化するためには、最低限、毎朝の例会と、週に一回のコミュニティミーティングが必要だろう。

例会は、10～20分程度で、スケジュールや役割など必要な情報の伝達や確認が主な内容であるが、患者には自分が病棟の一員として認められているという実感をもってもらうことが重要な目標となる。コミュニティ・ミーティングでは、生活全般に関するあらゆる問題を取り上げ、具体的な解決に向けた合意形成を通して、患者には、参与感と共に問題解決の至るプロセスについても学習してもらうことが目標となる。

どちらも、全職種が参加することか望ましいか、看護師が中心となり、コミュニティ・ミーティングは看護チームのリーダーが担う必要がある。

さらには、年間を通して四季それぞれの行事を計画し、そのための活動に取り組むことも重要である。このような活動は、患者の自主性や主体性、そして患者同士の連帯感を引き出す機会として重要である。また、このような活動への参加状況によって、患者や患者集団の回復状況や抱えている問題点について評価することもできる。また、スタッフにとっても、これらの活動への参加を通して患者の持っている力を信じられるようになるという効果か期待できる。

上記の活動には、看護師を中心となり、全職種が関与することか望ましい。

#### 1) 家族会グループワーク

家族自身の抱える現実的困難と心理的苦悩を家族同士で分かち合うと共に、患者に対する今後の支援について検討し合うプロセスを支援するためのサポートグループの重要性は大きい。心理教育的な講座と組み合わせることも必要であろう。家族が参加しやすいように、土曜日等に実施することが望ましい。主体となるのは状況に応じて、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士のいずれでもよいと考えられる。

司法精神科病棟の開設当初から、以上のプログラムのすべてを実施することは困難だろう。しかし、患者の必要や希望に見合うプログラムを豊富に設定して、単なる収容に終わらせず、しかも患者の自由な意思決定か可能な状況を作ることには意味がある。当初予定の通りの人員が確保されれば、午前、午後にグループワークの時間帯を1コマ設け、各時間帯に2～3のプログラムを平行して実施することはそれほど難しくない。

このような構想に、プログラムを多くしても、参加者が集まらないグループもできるのではないかと心配する人もいる。しかし、スタッフか患者より多いグループがあってもいっこうに構わない。また、既存の医療場面と比べるとせいたくなので、不公平になるという意見もある。しかし、触法精神障害者は精神障害と触法行為を2重に背負い込んだ人たちであり、そして何よりも、既存の医療状況が劣悪過ぎるのである。

指定入院医療機関の医療を充実させることか先決か、経験の蓄積と、それなりの成果が、日本の精神医療全般に好影響を及ぼすことか期待でき、とりわけグループ・プログラムの本格実施はインパクトが大きいと考えてよいであろう。

# 新病棟プログラムのイメージ

月	火	水	木	金	土	日
6:00	起床					
7:00	モーニングケア					
7:30	朝食					
8:30	申し送り					
9:00	朝の例会(診察プログラム等の確認)					
9:15	診察 検温					
10:00	急性期 M	回復期 M	社会復帰 M	急性期 O T	回復期 O T	社会復帰 O T
	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法
	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座
	心理検査	心理検査	心理検査	心理検査	心理検査	心理検査
	家族教育	家族教育	家族教育	家族教育	家族教育	家族教育
	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練
	評価会議	評価会議	評価会議	評価会議	評価会議	評価会議
1時間程度	全職種による個別援助					
11:30	休憩					
12:00	昼食					
13:30	ケースカンファレンス(新入院患者CCを含む)					
14:00	急性期 M	回復期 M	社会復帰 M	急性期 O T	回復期 O T	社会復帰 O T
	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法	認知行動療法
	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座	生活技術講座
	心理検査	心理検査	心理検査	心理検査	心理検査	心理検査
	家族教育	家族教育	家族教育	家族教育	家族教育	家族教育
	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練	就労準備訓練
	評価会議	評価会議	評価会議	評価会議	評価会議	評価会議
	全職種による個別援助					
15:30	入浴 面会時間					
18:00	夕食					
19:00	面会時間終了					
21:00	消灯					
22:00	就床 ラウンド 不眠時対応 ラウンド 睡眠観察					



# 司法専門病棟週間予定表

勤務形態		入院日				非入院日			
		月	火	水	木	金	土	日	
	0:30	ラウンド・睡眠観察							
	6:00	起床							
	7:00	モーニングケア							
	7:30	朝食							
	8:30	申し送り							
	9:00	朝の例会(プログラム・検査等の確認等)							
	9:30	検温							
	10:00	プログラム	導入G 疾患教育G	女性G GT	全体M	疾患教育G 依存G	疾患教育G GT	疾患教育G GT	フリー
	11:30	休憩							
	12:00	昼食							
	13:30	プログラム	介助 教育G OT(芸術)	SST GT	介助 エピューター OT(園芸)	GT 社会復帰G	介助 入浴	SST GT	スポーツ・レク
	15:30	フリー							
		* 面会・職員の見学を原則とする							
		* 直接介助の必要のない患者の入浴時間							
		* 同半外出(1・2hの方)							
	16:30	入浴・面会							
	17:30								
	18:00	夕食							
	19:00	面会終了							
	21:00	消灯							
	22:00	就床							
	1:00	ラウンド・不眠時対応 ラウンド・睡眠観察							



勤務時間と必要人員

勤務	時間帯	必要人数	備考
日勤	8:30～	11(8)	入浴日には+3名
早出	7:00～	3	モーニングケア及び朝食に対応
遅出	13:30～	3	夕食及び就寝に対応
深夜	0:30～	6	
準夜	16:30～	6	
合計		29(26)	

通常勤務 242日 × 29 = 7018  
休日勤務 123日 × 26 = 3198

10216 - 210 = 486

箸などが凶器に変わる事があり30人をまとめて食事させる事ができない  
睡眠障害を抱える患者が多く不眠に関する対応が求められる

患者の区分と人数及び処遇の原則

急性期	5	個別対応が原則 最重傷者は3人で対応する
回復期	14	個別対応が原則だが、集団療法中心としたプログラムに参加
退院準備期	11	上記に加え退院に向けた準備として単独外出及び外泊が企画される
女性	5	状態に応じてそれぞれの期に対応をする 女性単独のGを持つ 上記各期に含まれる
合計	30	

入院時オリエンテーションは本人の治療への動機付け等を把握する等時間をかけ2名の看護師が担当する  
プログラムは回復期及び退院準備期の患者を合わせた20人を対象とする

- \*\* 女性はその回復の状態によりプログラムに参加する
- \*\* 急性期の患者は原則として個別の対応とするが、看護計画によりGTへの参加を企画する
- \*\* 外出は当初看護師2名で対応しその後看護師数を減じ単独外出とする
- \*\* プログラム参加は看護計画により決定し参加が計画されていない時間は買い物や外出等に当てる
- \*\* 入院から退院(退院後の一定期間を含む)まで1人の患者を2人の看護師が受け持つ

個別対応

他科受診
検査
外泊
外出 買物
診察
裁判所
カンファレンス
受持ち面接
家族対応
退院患者フォロー

1日の必要看護師数及び役割

日	看護師長	管理業務 各種会議への出席
	1 看護師長	看護師長を補佐するスタッフナースのスーパーバイス
	1 リーダー	その日の業務責任者、指示受けし各看護師へ伝達
	2 リスクマネージャー	2 患者の所在確認や外出帰棟時のポディエチエノク
	2 退院準備	2 退院に向けての地域調整及び退院した患者のフォロー
	3 GT担当	3 プログラムを担当しアセスメントを行う 1グループ3名が担当
	2 身体管理	2 検温と身体状況の観察及び外来受信 検査介助
	4 個別対応	4 ICA担当 3 外出買い物等への対応 5
	6 準夜	6 責任者 1、ICA 2、一般棟 2、リスク 1
	6 深夜	6 責任者 1、ICA 2、一般棟 2、リスク 1
	合計	29

\* GTはOTやCPが企画するものの運営は人数的にも困難であると考えられる為それぞれの職種が分担する

- \*\* スタッフは精神科経験を有するものとし一定の研修の受講を義務付ける
- \*\* 病棟作業(患者の私物整理や入浴 リネン交換の準備などを行う)が2名必要
- \*\* クラーク(書類の整理及び伝票の提出等)2名必要
- \*\* 清掃は委託とする



急性期

入院1-2日	入院時オリエンテーション 入院時の一般的なORと対する に、自分の行ったことについて 等しいや治療への観察する。 的観察も充分に行う。身体的 的状況は行うが、心理検査 は3日目以降に行う	看護師 対人の可全め(2名)で受け 化者のた(2名)受ける。護 師となる	医師 入院時診察	精神保健福祉士 家庭状況等本人 生活環境の調査 に源の現状の調査	作業療法士	臨床心理士
3日	入院時検査 身体的状況に対する精査及び 心理的状況のアセスメント		面接		作業面接	心理検査による 知的レベルや 傾向を把握 する
7日	CC 専門各職種及び社会復帰 調整等を含め治療計画は の認定状況による参加	入院の様子及び策 生活、他患者の報告 の全患者の報告 の生活、他患者の報告 の全患者の報告	治療方針の立案	家族の状況等報告	個別作業計画の 提出	
2W~4W	導入Gへの参加 小集団の中で病棟への適 応をはかり、大きな集 団へ対応する。教育プ ログラムに参加する	導入Gの運営及び 個別対応				導入Gの運営及 びアセスメント
4W~12W	回復期Gへの移行 個別対応が基本となるが、 疾患教育プログラムを中 心に集団療法を導入す る。最長3ヶ月を目途に 回復期Gに移行する	疾患教育Gの企 画・運営及びア セスメント	疾患教育Gを企 画する			

# 司法専門病棟プログラム

月	火	水	木	金	土	日
6:00	起床					
7:00	モーニングブレイク					
7:30	朝食					
8:30	申し送り					
9:00	朝の例会(診察・検査・プログラム等の確認)					
9:15	診察・検温					
10:00	診察	診察	全体 M	診察	認知行動療法	診察
	診察	診察	ビギナーズ M	診察	ビギナーズ M	フリー
11:30	休憩					
12:00	昼食					
13:30	ケースカンファレンス(新入院患者CCを含む)					
14:00	介助入浴		生活技術講座	介助入浴	教養講座	芸術療法
			リラクゼーション	健康・医学講座	園芸活動	スポーツ・レク
			介助入浴	介助入浴	家族教室	スポーツ・レク
15:30	入浴・面会時間					
18:00	夕食					
19:00	面会時間終了					
21:00	消灯					
22:00	就床 ラウンド・不眠時対応					
	ラウンド 睡眠観察					

	急性期
	回復期
	社会復帰準備期
	回復・社会復帰
	全期