

申し上げます。

#### 引用・参考文献

- 1) 中谷陽二 日本精神医療史と触法精神障害者. 精神神経学雑誌 2003 ; 105 (2) : 194-199.
- 2) 山上皓 我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点. 精神神経学雑誌 2000 ; 102 (1) : 15-22.
- 3) 中谷陽二 医療の視点からみた触法精神障害者問題. 刑法雑誌 2003 ; 42 (2) : 253-265.
- 4) 日精看政策委員会 「重大な犯罪を行った精神障害者の看護等に関する調査」中間報告概要. 精神科看護 2002 ; 29 (9) : 60-66.
- 5) 須崎康弘 患者にとって本当の問題解決とは 多くの問題を抱えた患者に関わり学んだこと. 日本精神科看護学会誌 2001 ; (44) 1 : 481-484.
- 6) 佐藤郁哉 フィールドワークの技法. 新曜社 2002.
- 7) 川喜多二郎 発想法. 中央公論新社 1967.
- 8) 川野雅資 司法精神看護—その概念と看護技術の確立に向けて—. 看護技術 2002 ; 48 (4) : 93-98.
- 9) Hildegard E. Peplau 著, 稲田八重子・他訳 人間関係の看護論. 医学書院 1973.
- 10) M.Rask,S.Levander Intervention in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care : a Swedish survey. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 2001;8(4):323-333.
- 11) 宮本真巳 触法精神障害者のケアに何が求められているか. 精神科看護 2003 ; 30 (9) : 22-27.
- 12) 村上優 司法精神医学の臨床への問題提起. 精神看護 2003 ; 7 (1) : 44-52.
- 13) 宮本真巳 司法専門病棟から発信する精神医療改革. 精神看護 2003 ; 7 (1) : 53-62.
- 14) Rask Mikael , Aberg Jonas Swedish forensic nursing care: nurses' professional contributions and education needs. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 2002 ; 9(5):531-539.

### 「綿密なオリエンテーションとインフォームドコンセントの補完」試行報告

熊地美枝、宮本真巳

#### 1. 試行内容

2004年9月～12月の間で男子急性期閉鎖病棟に措置入院となった患者8名(表1参照)に対して、対象者の不安軽減や治療への動機づけを図り、対象者との援助関係を構築することを目的とし、入院時における集中的なケアを試行した。

表1. 対象者の疾患名と入院のきっかけ

事例	疾患名	措置入院のきっかけとなった出来事
A	統合失調症	列車妨害
B	覚醒剤精神病	家族に暴力
C	統合失調症・急性精神病	家族に暴力
D	統合失調症	家族を刺傷
E	統合失調症	他人を刺傷
F	統合失調症	無賃乗車
G	統合失調症	他人に暴力
H	(頭部外傷後)器質性人格障害	他人に暴力

入院時、保護室において行われる医師による診察と説明に、試行担当者は、対象者と共に同席して説明の内容を把握するとともに、それに対する対象者の反応や受け止めの様子を観察した。医師の退室後に試行担当者が一人保護室に残り、(1)入院時の綿密なオリエンテーション、(2)インフォームドコンセントの補完、(3)対象者と時間をともに過ごす、などを主な内容

とする集中的なケアを試みた。

### (1) 入院時の綿密なオリエンテーション

オリエンテーション用の書類も活用しながら、保護室利用の理由と方法、病棟の日課、行動範囲などについての伝達や確認と、今後の見通し、看護師の提供できる援助、治療システムと看護体制などについての説明を行った。説明の際には、できるだけ対象者の視点に立つように努め、対象者が困っていそうなことや、不安に思っていそうなことをイメージし、対象者が今後の見通しを立てやすいように配慮しながら説明を行った。特に、これから先、退院に向けて治療はどのように進められ、行動範囲についての制限はどのようなプロセスを経て軽減され、どのような状態で退院となるのか、について分かりやすく説明するように心掛けた。また、治療に関しては対象者と一緒に話し合いながら行っていきたいと思っているので、積極的に治療に参加して欲しいと繰り返し伝えた。

### (2) インフォームドコンセントの補完

医師からの説明を受けて、措置入院のシステム、入院のきっかけとなった出来事、その出来事と疾患との関連についての認識を確認し、可能な場合は話し合いを行った。

医師からの説明について「理解できたか」、「分からないところはなかったか」について確認した。「よく分からなかった」という返答がほとんどで、対象者の多くが自分の置かれた状況を理解していないことが確認された。そこで、時間を十分にとって措置入院のシステムについて説明し、併せて措置入院のきっかけとなった出来事について触れ、対象者本人の認識内容について確認すると同時に、このことについての医療者側の認識内容についても説明した。

### (3) 対象者と時間を共に過ごす

入院時から保護室で、医師の入院時診察とインフォームドコンセント、その後の試行担当者による面接を併せて、合計1時間～数時間、対象者とともに過ごす時間をもった。対象者には、試行担当者がしばらく保護室内にいること、気楽に過ごして欲しいこと、何か話したいことや質問・疑問があれば声をかけて欲しいことなどを伝えた。

その間、対象者と会話することもあれば、臥床する対象者のそばに付き添うのみの場合もあった。一緒に同じ空間に過ごす中で、臥床しながらも、保護室の外から聞こえてくる音を気にする対象者もあり、その様子を受け止め、状況を説明することによって対象者が安堵したと思える場面もあった。

## 2. 試行の結果

対象者の中には、入院時に試行担当者と話した内容に関して覚えていない者もいたが、対象者全員が試行担当者と後日顔を合わせたときに、「入院のときにいてくれた人」と認識しており、ある種の親密さを感じている様子がうかがわれた。対象者の中には、試行者が不在の間の出来事を報告してくれる者や、行動範囲の拡大や退院について相談する者、オリエンテーション用紙を見ながら病棟スケジュールについて再確認する者もいた。また、新たな心配ごとについて相談する者もあり、対象者は概ね試行担当者を「相談しても良い人」と理解しているようであった。

措置入院のきっかけとなった出来事に関して、入院時に確認した際の対象者の反応は、以下のようなタイプに分けることができた(表2参照)。

表2. 入院のきっかけとなった出来事についての確認への反応

タイプ	事例	対象者の反応
①	事例A	話し合いにスムーズに応じる。 疾患との関連や治療の必要性について認識する。

②	事例C、D、F	話し合いにスムーズに応じる。 措置入院のきっかけとなった出来事については認識。 しかし、疾患・治療についての認識が薄い。
③	事例B、E	措置入院のきっかけとなった出来事についての確認に対して、拒絶（“関係ない”という、返事をしないでため息）し、話し合いが困難。
④	事例G、H	十分な話し合いは困難。 措置入院のきっかけとなった出来事や疾患・治療についての認識が確認できない。

タイプ①は、入院当初から話し合いがスムーズで理解も的確であり、スタッフと今後の見通しを共有し、治療に主体的に参加していくことができた。行動制限は徐々に解除されて行動範囲は拡大することや、一定の段階を経て退院に至る見通しがあることなどを対象者自身が理解することで、安心して治療に取り組むこと促進したと考えられる。

タイプ②は、措置入院のきっかけとなった出来事については認識しているが、疾患についての理解や治療の必要性についての理解に問題があった。そこで、入院にきっかけとなった出来事と疾患との関連を、疾患と治療の基礎知識を提供しながら丁寧に確認し、対象者自身がその関連を認識できるように関わった。その際に、患者が一連の経過をどのようにそのことを捉えているのかを十分理解したうえで、話し合いを進めていくように努めた。疾患の理解と受容には多少の問題が残ったが、治療への導入は促進されたと考えられる。

タイプ③は、入院当初、措置入院のきっかけとなった出来事についての確認を拒絶し、また同時に、出来事と病気との関連、そして病気や治療そのものについても自分にとっては関係がないと否定する様子がみられた。そのため、まずは、措置入院のシステムを丁寧に説明し、対象者に話し合いを求める意図（「あなたにとって大事なことだと思うので話し合いたいと思っている」など）を伝え、お互いの立場を理解し合うことによって、対象者の不信感を軽減するように努めた。特に、対象者にとって医療者は敵ではなく協力者であり、対象者の現状について心配していることなど、医療者側の考えや思いを意識して伝えることを重視した。また、その際に、対象者の認識・理解の表現を助けながら、その内容を確認することも心掛けた。さらに、試行担当者自身は事件と病気の関連をどのように捉えているかなど、医療者側の理解を伝えることも重視した。

以上のような関わりを繰り返していくことを通じて、対象者との相互理解を深めると同時に、入院のきっかけとなった出来事と病気や治療との関連を話し合い、共に吟味していくことを促進したと考えられる。実際、事例B、Eの両者共に、同様のやりとりを何度か繰り返す内に、入院のきっかけについて話し合うことが可能となり、治療の必要性についても少しずつ認識できるようになるなどの変化がみられた。

タイプ④は、入院時点では、妄想に強く支配されていた等の理由により、十分な話し合いが困難で理解や認識の内容や水準が確認できない状態であったが、今後の話し合いの基盤作りのため、医療者側の理解や認識は当初より伝えていくように心掛けた。また、タイプ③と同様に、医療者は対象者にとって敵ではないこと、対象者の現状について心配していることを意識的に伝えるように努めた。結果として事例G、Hともに入院時に話した内容については全く覚えていなかったものの、「入院時にそばにいた人」という認識は後日も残っており、医療者との関係を築いていくきっかけを作ることができたといえる。従って、入院時の関わりは、対象者の状態もみながら折に触れて、話し合いの場をもちながら関係を深めていくプロセスを促進したと考えられる。

### 3. 評価・考察

## 1) 試行による効果

### ①スタッフの認識

入院時の集中的なケアの試行について、病棟スタッフは以下のように認識していた。

医師は看護師が入院時に集中的に関わり、インフォームドコンセントの補完を含めた話し合いを対象者と持つことにより、対象者が自分の置かれた状況を理解し、入院を受け止めやすくなっていることを感じていた。また、対象者は、今後の見通しが開けたことによって安心感が得られ、落ち着きを増したため、結果的に早く保護室から出ることができるという治療効果をもたらしたと認識していた。

看護師は、入院直後の不安な状態の時に身近で集中的に関わる人がいることが、対象者の安心感につながっていることを実感していた。今回の試行によりドアたたきが少なくなっていることを実感する看護師もいて、これまで入院時の患者は分からないことが多いことからくる不安が強いため、ドアたたきが減ったと考えられた。このように、看護師は概ね、入院当初から集中的に関わる対象者の不信感を軽減していることにつながっていると感じていた。また、入院時に試行担当者が集中的に関わり、対象者との関係が取れているのを見ることで、自分自身が次に関わる時に、対象者に対して抵抗感なく安心して関わるができるという効果を感じており、対象者とのかかわりをめぐる不安感、不信感が軽減することも確認できた。さらには、急性期においても患者が言語表現できることに驚いたと、患者の捉え方が変化した看護師もいた。

これらのことから、急性期に集中的なケアを行うことは、その後の援助関係を良好にし、治療効果を高めることにつながると考えられる。

### ②対象者の認識

対象者からは、「丁寧に説明してもらったので、過し方が分かって助かった」、「そばにいてもらって話ができて安心できた」などの言葉が聞かれ、看護師がそばにいることや話すことが、対象者の安心感につながっていることが確認できた。また、話し合いに拒否的であった事例Eからも、入院時の関わりは「好印象で、安心できた。」と認識されており、拒否的な傾向の見られる患者でも、関わりをもつことが、不信感の軽減につながることが確認できた。

措置入院制度に関しては、「警察では釈放と言われていたので、入院と言われてびっくりしたが、(試行担当者に)説明されて措置入院については理解できた」との声が聞かれた。また、説明の中で、どうしたら退院になるのか、どういう手続きが必要になるのか、など退院に向けた見通しについて関心をもち、自発的に質問を投げかけてくる患者もいた。患者が自分の置かれた状況を正確に把握し受け止めることは、患者自身にとっての見通しの発見や、患者とスタッフの方向性の共有につながると考えられる。

## 2) 今後の課題

試行による効果を多くのスタッフが実感できた一方で、看護師の中には、試行担当者と同様に一人で集中的なケアを実施した場合、患者に何をされるかわからないという怖さがあり抵抗があるという意見もみられた。従って、入院時の綿密な関わりを安全かつ有効に実施するためには、いくつかの前提があり、それらを満たすような条件整備と環境作りが今後の課題であろう。

第1に、短時間の内に、患者の状態に関する的確なアセスメントに基づいて、適切なケアの実施方法を選択することを可能にするための連携が必要である。それには、看護師を中心とした複数のスタッフによる協議が、臨機応変にもてるような態勢作りが重要である。

第2に、今回の試行では1時間から数時間を要しており、指定入院医療機関では、複数の看護師が入院時のケアに専念できる体制が必要である。それには、人員の確保に加えて柔軟かつ円滑な業務分担を可能にする看護マネジメントが重要である。

第3に、入院時のケアの有効性は、話し合いの内容だけではなく、看護師が患者と時間や空

間をゆったりと共有することからもきていると考えられる。従って、看護師が余裕をもって関わられるように、入院時のケアの意義や関わりの原則についてスタッフ間で共有しておく必要がある。

#### 4. まとめ

今回の試行により、急性期状態にある患者に入院当初から積極的に関わることで、患者と看護師双方の安心感につながることが確認できた。また、今までは、患者に対して十分に説明されてこなかった入院制度や治療の見通しについて、患者の理解が得られるように説明していくことは、患者が治療に主体的に取り組むきっかけ作りとなっていた。

さらには入院時に、入院のきっかけとなった出来事と病気や治療との関連についての患者の認識内容を確認し、医療者側の理解を伝えるなどの話し合いの場をもつことが、患者との信頼関係作りと、その後の継続的な関わりを可能にすることが確認できた。

## 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

### - 治療プログラムの試行 男性閉鎖病棟での取り組み -

小松 容子、原 則夫、種市 憲子、久保田 東司  
実藤 雄二、中村 晴代、北垣 悟志、小西 奈美  
大迫 充江、三澤 剛、工藤 朝木、三澤 孝夫

Key word: 司法精神看護、治療プログラム、処遇ガイドライン

### 1. はじめに

本研究は、平成16年度厚生労働科学研究費補助金（心の健康科学研究事業）研究「触法行為を行なった精神障害者の精神医学的評価、治療に関する基礎的研究（主任研究者：松下正明）」の分担研究「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（宮本班）」の中に位置づけられる。本分担研究には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下医療観察法）に基づく看護と地域支援に関するガイドラインの有効性を検証し実施に当たっての問題点の明確化を行うことが期待されている。本研究報告では、入院処遇ガイドラインの一部を病棟に導入する形での取り組みを通じて、指定入院医療機関における看護援助の試行に取り組んだ経過の分析結果について述べる。

## II.用語の操作的定義および用語の説明

### 1. 治療プログラム

この用語は、「触法行為を行なった精神障害者の精神医学的評価、治療に関する基礎的研究（主任研究者：松下正明）」の中でしばしば使用される用語である。特に、「触法精神障害者の治療プログラム（武井班）」<sup>1</sup>と「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（宮本班）」<sup>2</sup>で用いられている。武井班における「治療プログラム」とは、対象者の評価にはじまり、申し立てによる医療観察法の終了までの一貫して行われる治療の枠組みと、各専門職種が実施すべき介入計画を意味している。特に、指定入院医療の治療においては、各期（急性期、回復期、社会復帰期）の目標と評価の要点が示され、薬物療法、精神療法、作業療法、心理検査、身体ケア、グループワークなど各職種が実施すべき内容と時期が示されている。同様の内容は医療観察法のガイドラインの中にも盛り込まれており、医療観察法の全体、あるいは、指定医療機関での医療・看護・福祉等の治療リハビリテーション全体を含んだプログラムとして示されており、いわば、広義のプログラムとして捉えられる。一方、宮本班では、「治療プログラム」という場合に、認知行動療法、心理教育、スポーツ、リラクゼーション、レクリエーションなどのグループ（あるいは個別）活動のことを指しており、ここには、薬物療法や心理検査、身体ケアは入っていない。つまり、広義のプログラムに対して、狭義のプログラムと捉えることができる。

つまり、武井班およびガイドラインの中で用いられている、薬物療法アルゴリズム、認知行動療法等を含んだ広義の「治療プログラム」と、その構成要素である、非薬理的かつ治療的なアプローチとしての狭義の「治療プログラム」として、両者の整理をすることができる。

本研究の研究フィールドとなった病棟で「治療プログラム」という場合には、狭義の方を指し、特に「多職種で運営するもの」「各期に応じて系統的に計画されたもの」というニュアンスが含まれる。

本項では、治療プログラムを、当該病棟の入院患者並びに研究対象者に提供されている、「非薬理的な治療的アプローチ」で、「本人の意向、ニーズ、多職種の評価のもとに実施される様々なリハビリテーション活動」と操作的に定義するが、その背景には以下のような事情がある。これまで、治療的なグループ活動については、作業療法士が主体に行うものを作業療法、医師が主体となって行うものを集団精神療法、看護師が主体となって行うものをレクリエーションを含めた活動（療法）として扱うことが慣例となっていた。しかし、多職種で運営されるグループ活動の場合は、それが、集団精神療法なのか、作業療法なのか、活動療法なのか、その境界を明確にすることが困難となり、最終的には診療報酬上どのように扱うかという問題になってくる。そこで、本研究では、「多職種で運営され、連携を密にして実施される様々な活動の総称」として「治療プログラム」という用語を使用した。すなわち、治療プログラムは、各期および対象者別に実施される活動の総称で、心理教育、リラクゼーション、作業を用いた活動、SST、レクリエーションなどが含まれる。

（小松 容子）

### 2. CPA-J

CPA（ケアプログラム・アプローチ the Care Programme Approach）は、退院困難性の高い精神障害者を対象とするケアマネジメント手法で、英国では、1991年から政府によって

---

#### 【引用・参考文献】

- 1 武井満：触法精神障害者の治療プログラム、平成15年度厚生労働科学研究報告書分担研究「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」、2004

導入され、1999年の改正によって、「エンハンスト enhanced CPA」と「スタンダード standard CPA」に分類された。エンハンスト CPA は、司法精神医療の対象者等、退院困難性の特に高い精神障害者を対象としており、スタンダード CPA は、複数の関係機関等を利用して一般精神障害者を対象としている。本研究の当該病棟で行っている退院後のケア計画およびフォローアップは、「エンハンスト CPA」をモデルとしている。わが国は、英国に比べると、地域で利用できる制度や社会復帰施設が非常に乏しく、精神保健システムも英国のそれとは異なる<sup>2)</sup>。このような状況で CPA を実施するためには、英国の CPA を当該病棟で実施可能な形に修正する必要がある、こうして改良されたケアマネジメントの手法を、Care Programme Approach in Japan(日本式 CPA:以下 CPA-J)と呼んでいる。つまり、CPA-Jとは、英国の CPA の「エンハンスト CPA」を日本の司法システム、司法精神科医療・保健・福祉の状況、社会環境等に合うように改良し、利用者を医療観察法の対象者としながらも、ケアマネジメントの基本的な理念等は、できるだけ尊重できるように作成されたシステムである<sup>3)</sup>。当該病棟における CPA-J は、「医療サービスと社会サービスの統合」、「多職種チーム (Multi-Disciplinary Team : 以下 MDT) による医療」「ケア・コーディネーターの存在」「文書化されたケア計画」「危機予防と危機介入」「説明と同意」「定期的見直し」「ケア提供者とその利用者との協議」等の特徴としている<sup>4)</sup>。すなわち CPA-J は、多職種チームや複数関係機関の連携の各場面において、地域での精神医療サービスと社会サービスを計画的・有機的に提供し、対象者の地域生活への移行を支援することを目的とした活動である。

(三澤 孝夫、小松 容子)

### 3. CPA 会議 (CPA-J の原則に則った MDT によるケア会議)

CPA 会議は、病棟における多職種(医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士等)チーム、関係機関(地域保健・福祉の行政機関、社会復帰施設等)、家族、患者が参加して行われ、患者本人の参加を前提としたケア会議である。ここでは、入院中の精神科リハビリテーションや治療プログラムの決定などに関して、患者自身の意見を入れ MDT によるケア会議によりケア計画書を作成する。CPA-J の原則に則り、患者への「説明と同意」が必要な内容は原則として書面にし、患者本人に提示して同意を得るとともに、同意が得られたことについても患者の自署等により書面に残しておく。また、病棟内における患者の服薬自己管理、金銭自己管理等の具体的な内容・頻度・見直し時期等についても、このケア会議で決めていく。退院予定が示され、退院のためのケア計画の作成が必要となった時点で、関係機関(地域保健・福祉の行政機関、社会復帰施設等)のスタッフにもケア会議に参加してもらい、患者と援助者の退院後の生活環境、退院目標等の認識の一致を図ると共に、サポート体制や危機予防、危機介入方法等も加えたより具体的なケア計画書を、患者と共に作成していく。

当該病棟で CPA 会議と呼んでいるのは、このような CPA-J の原則に則った MDT によるケア会議を指しており、本項においても、同様の意味で CPA 会議という名称を用いる。

(三澤 孝夫、小松 容子)

## III. 倫理的配慮

本研究は、平成 16 年 6 月に、当院の研究倫理審査委員会で審査され、研究の承認を得て行われた。報告書作成に当たっては、研究対象者個人が特定されないように配慮した。

## IV.研究の目的と方法

研究目的は、医療観察法の趣旨に則って入院処遇ガイドラインに沿った看護援助に関する検証を行なうことである。研究目的に沿うため、a.入院処遇ガイドラインに沿った看護援助を試行することによって問題点や課題の検討を行う（ガイドラインの試行）、b.入院処遇ガイドラインに沿った看護援助の試行に従事したスタッフへアンケート調査を実施し疑問点や改善点などの意見をもらう（アンケート調査）、という2つの方法をとった。

1. 研究期間：平成16年7月下旬～平成17年3月下旬（8ヶ月間）
2. 研究フィールド：国立精神・神経センター武蔵病院の精神科男性閉鎖病棟（1病棟）
3. 方法-a：ガイドラインの試行について
  - 1) 目的：入院処遇ガイドラインに沿った看護援助を実際に行うことができるのか、援助を受ける側にはどのような反応があるのかなどの疑問に、臨床的な観点から一定の結論を導き出す。
  - 2) 研究期間：平成16年7月下旬～平成17年3月中旬
  - 3) 対象と方法：現行精神保健福祉法のもとで、研究フィールドに入院している他害行為を行った精神障害者に対する看護援助と多職種連携による治療プログラムを試行し、その経過に分析・検討を加える。
4. 方法-b：アンケート調査について
  - 1) 目的：看護師が感じたこと、工夫したことや処遇ガイドラインの問題点、改善点などを明らかにする。
  - 2) 実施時期：平成17年3月下旬
  - 3) 対象：研究フィールドで処遇ガイドラインに沿った援助を行った看護師18名
  - 4) 方法：実施した処遇ガイドラインに沿った援助について、看護援助への思い、援助が患者に及ぼしたと思われる効果、今後さらに援助を充実させていくためにどのようにしていけばよいと思うかについて、自由記載で回答してもらう。
  - 5) 倫理的配慮：研究の趣旨と方法、調査協力は拒否が可能であること、調査結果は研究目的以外には使用しないこと、結果を発表する際は個人が特定されないように配慮することを文書で説明した。

## V.結果および評価

### 1. 病棟の特徴

当該病棟は48床の男性閉鎖病棟で、観察室1室、保護室3室、個室4室、2人床1室、4人床2室、6人床5室を保有している。また、保護室・観察室・個室の計8室は外から施錠ができ、観察用モニターが設置されている。看護スタッフ数は看護師15名（師長1名、副師長1名）、准看護師2名の合計17名（女性11名・男性6名）で、治療プログラムの試行に向けたスタッフ増は行なわれなかった。その他、病棟のスタッフは精神保健指定医2名、研修医等3名、看護助手2名である。看護方式としては、モジュール型プライマリー看護を行っており、平日日勤者は7～9名、土日祭日4名である。

入院患者は20才前後～70才代までと幅広い。平成16年の年間新入院者数は125名であった。毎週水曜日は男性措置入院患者受入日（日中）であり、同年の措置入院者数は24名（19.2%）であった。平成16年に、他害行為を行って入院した患者は7名で、他害行為の内容は殺人・放火等であり、研究期間中に2名が退院となった。措置入院患者の入院時隔離・拘束状況は、拘束平均5日、24時間隔離2.17日、時間隔離5.7日であった。隔離・拘束を継続するか否かについては、原則として毎朝のカンファレンスにおいて医師・看護師で検討



と見直しを行なっている。

(久保田 東司、小松 容子)

## 2. 急性期ケアと綿密なオリエンテーション、入院パンフレット

これまで、病棟のオリエンテーションパンフレットは、A4サイズ1枚にまとめられていたが、より詳細で充実したパンフレット作りを試みた。また、急性期のオリエンテーション充実の為に、保護室の施錠および開錠に関する説明リーフレット「開錠時間のお知らせ（資料1）」を作成した。保護室の使用に当たっては、これまで、精神保健指定医の渡す「隔離室を行うにあたってのお知らせ（資料2）」のみが患者に渡され、開錠時間についての説明は口頭で行なっていた。このため、開錠時間をめぐって、医療者と患者との行き違いなどが生じていたが、「開錠時間のお知らせ」を用いることによって、開錠時間の認識や開錠中や施錠時の約束事について、医療者と患者との間の行き違いが減少したように感じられる。

また、急性期ケアと綿密なオリエンテーションに関しては、措置入院となった患者に対して入院時から保護室でともに過ごし、入院1～2日の入院初期に濃厚な看護の対応を実施した。主として入院時診察に付き添い、インフォームドコンセントの補完を行い、入院時のオリエンテーションをきめ細かく丁寧に実施した。綿密なオリエンテーション（入院初期の濃厚な関わり）についての詳細は、熊地美枝「綿密なオリエンテーションとインフォームドコンセントの補完 試行報告」の項を参照されたい。

本稿では、入院時の看護対応について、通常の実施を行なった場合と、1～2日の濃厚な対応を行なった場合とで、拘束・隔離の必要な日数に違いがあるかの調査を行なった。その結果、通常の実施では、対象者14名中、入院時拘束を要した者1名で拘束期間は3日間であり、その後の24時間隔離の平均日数は1.9日、時間開放の日数は5.4日であった。一方濃厚な関わりを行なった8名は入院時拘束を要した者2名であり拘束期間は延べ12日間と比較的長期間であったが、その後の24時間隔離の平均日数は1.5日、時間開放の期間4.9日と、僅かであるがいずれも短い期間で解除となった（図3）。

これらの結果より、入院時からの濃厚な看護介入は患者の不安を軽減し安心感を与えることにより混乱からの早期回復に効果があり、行動制限の短縮に繋がると考えられる。つまり、濃厚なケア実施により隔離期間の短縮、入院期間の短縮等がもたらされる可能性が高いことが示唆された。

保護室を使用されている患者様へ  
開錠時間の変更についてのお知らせ

氏名（ ○○○○○ 様 ）  
平成 16 年 9 月 14 日

開錠時間 （ 10：00 ） ～ （ 17：00 ） と  
なります。

備考：  
開錠中に喫煙を行ってください。  
鉛筆は17:00に看護師が預かります。

患者様サイン（ ○○○○○ ）  
主治医サイン（ ○○○○○ ）  
看護師サイン（ ○○○○○ ）

※上記の時間になりましたら開錠及び施錠いたします。  
※入室時間になりましたら、スタッフに一声かけてから入室してください。

資料 1: 開錠時間のお知らせ

隔離を行うに当たってのお知らせ  
○○○○○殿  
平成○年○月○日

- あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）隔離をします。
- 下記の状態がなくなれば、隔離を解除します。

記

- 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する状態
- 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している状態
- 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない状態
- 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な状態
- 身体合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合
- その他（ ）

医師の氏名 ○○○○○

資料 2: 隔離を行うに当たってのお知らせ

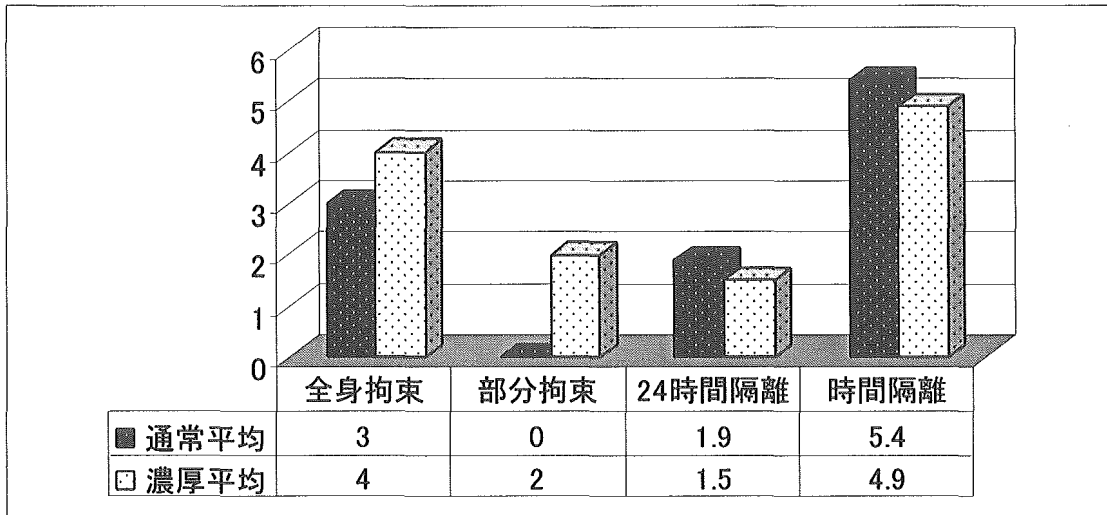


図 3 行動制限日数に関する通常ケアと濃厚ケアの比較

(小松 容子、原 則夫、久保田 東司)

### 3. プログラムの導入の経緯

#### 1) 病棟への導入と病棟スケジュールの見直し

当該病棟で以前から行なっていたプログラムは、看護師の企画する「アクティビティ」プログラムと作業療法士と看護師が共同で行なう活動プログラム「OTレク」、看護師がコーディネートする「患者懇談会（治療環境改善のために、入院患者が主体となっていられるミーティング）」の3つであった。

新たな治療プログラムの導入は、人員・場所・時間等の不足等の問題から、方向性や内容が決まらず難航した。そこで、治療プログラムや企画運営を円滑に導入するためのプロジェクトチームを立ち上げ、勉強会や会議を数回行なった。結論として、病棟スケジュール、マンパワー、プログラムを実施する場所などを考慮し、スタッフが既に身につけている知識と技術を持ち寄れば実現可能で、なおかつ入院中の患者の回復を促進する上で有望なプログラムの導入に向けて、上述の3つの病棟プログラムを活かしながら、段階的に初期の目標に沿った活動を組み込んでいくことにした（図4）。

最終的に組み込まれた新たな治療プログラムは「MDTによる集団活動プログラム；以下MDT集団活動プログラム」「急性期OT」「SST」「服薬心理教育」「OTレク」「アクティビティ」「リラクゼーション」「退院準備と地域生活のための意見交換会」の8つである。また、病棟スケジュールの見直しも行い、最終的には表5に示すような週間スケジュールとなった。退院準備と地域生活のための意見交換会や、CPA会議、訪問看護は、週間スケジュールに組み込めなかったが、その都度、予定を組んで実施した。

(月)	研究期間							
	8	9	10	11	12	1	2	3
プロジェクトチーム立ち上げ		★						
治療プログラムのための勉強会や会議	▼	▼	▼		▼	▼		▼
MDT 集団活動プログラム								
急性期の OT プログラム								
服薬心理教育	個別	個別	個別				集団	集団
活動療法								
SST								
退院準備と地域生活のための意見交換会								

図4 プログラムの導入時期と導入したプログラムの存続

表5 試行後の病棟スケジュール（注：網掛けは最終的なプログラム）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	SST	mECT	リネン交換 MDT 集団活動プログラム	mECT 集団服薬心理教育	mECT	リラクゼーション	
午後	急性期の OT プログラム	入浴	アクティビティ 措置入院受け 患者懇談会	OTレク	薬セット 入浴		入浴

備考：mECT…mECTによる治療が可能な日（麻酔科医がいる日）を示している。

（小松 容子、久保田 東司）

## 2) 各プログラムと関与したスタッフ（職種）

病棟で試行されたプログラムは、多職種で担ったが、プログラムの企画・運営は、中心となるスタッフと補助的スタッフの協力によって行なわれた。各プログラムと関与したスタッフの職種と人数、参加患者数を表6に示した。なお、「アクティビティ」「リラクゼーション」については、活動療法として1項目にしている。表に示されていない患者懇談会については、入院中の患者の殆どが参加し、スタッフは看護師2～3名で行われている。

表6 各プログラムと関与したスタッフ

		治療プログラム						
		MDT 集団活動プログラム	急性期 OT	SST	服薬心理教育 (個別と集団)	OT レク	活動療法	地域生活ミーティング
		OT	OT	Ns	Ns	OT	Ns	PSW
補中	Dr, CP, Ns PSW, 院生 研究者		Dr, Ns	-	-	Ns	-	Ns
スタッフ		7～8名	1～3名	2名	2名(個別) 2～3名(集団)	2～3名	1～2名	2名
参加		7～8名	2名	8～10名	1名(個別) 5～6名(集団)	10名前後	3～7名	5～6名

(注1) 「中」: 中心的スタッフ、「補」: 補助的スタッフ、「スタッフ」: 関与したスタッフ数、「参加」: プログラムに参加した患者数

(注2) Dr: 医師、Ns: 看護師、CP: 臨床心理士、OT: 作業療法士、PSW: 精神保健福祉士

(注3) 地域生活ミーティング: 退院準備と地域生活のための意見交換会

(小松 容子)

## 4. 試行した治療プログラムの概要

### 1) MDT による集団活動プログラム

#### (1) プログラムの概要

当該病棟で最初に導入されたプログラムが MDT 集団活動プログラムである。まず、対象となる患者7名を選定し、選定された患者にリーフレット（補足資料 A 「治療プログラムへのお誘い」）を配布し、プログラムの説明と動機付けを看護師が行なった。導入時は患者7名に限定し、医師、作業療法士、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士の6職種6～8名により実施した（OTを中心に Dr・Ns・CP・PSW で対象者と1対1以上の人数を確保した）。

実施にあたり初回のプレミーティングでは、共通の問題をもつメンバーによって構成される集団の中で、日頃は表現することのできない過去の犯罪行為を振り返り、同じ境遇にある仲間と共感し合うことを通じて、内省が高まることを長期目標とすることを確認した。ただし、初回ミーティングにおいて、対象者に MDT 集団活動プログラムの意義や目標をどのように説明するかに関しては、意見が分かれた。すなわち、参加意欲や意義を高める為には最初の動機付けが重要という意見と、初回から犯罪行為について触

れるのは負荷があるという意見である。結論として、「このプログラムは、長期入院を防ぐための治療プログラムの一環であり、自己の表現力、コミュニケーション能力を高めましょう」との説明に止め、回を重ね集団内が打ち解けていく中で長期目標に自然に近づけていくという方法を選択した。その一方で、「通常の作業療法とさほど変わらない」「自分が求めるテーマやニーズに則さぬ場合も予想される」等によって、一部の患者は参加への動機付けが薄れていくのではないかという危惧もあった。この対策として、回を重ねる中で個々の患者が求めるテーマも取り上げていくこととした。

実施にあたっては、作業療法士が中心となり、前回のアフターミーティングの内容を考慮しながら、当日の実施内容を事前に決定した。また、プレミーティングで前回の内容の再検討とともに患者の状態についても情報交換を行い、必要に応じて患者 1 人に対し 1 人または 2 人の受け持ちを決定し、濃密に観察しフォローすることとした。

上記のように、本プログラムは毎回、①プレミーティング、②患者誘導、③集団療法、④患者誘導、⑤アフターミーティングの流れで行なった。患者の参加状況およびプログラムの詳細は、三澤剛「多職種チームによる集団プログラム～触法精神障害者を対象とした、多職種による入院治療プログラムの試み～」の項を参照されたい。

MDT 集団活動プログラムへの導入と動機付けは、主に看護師が行ない、リーフレットを用いて患者に説明し、参加を促した。また、プログラム中の様子やミーティングの内容の記録は、補助的スタッフが行なった（補足資料 B：記録用紙）。

## (2) MDT 集団活動プログラムにおける看護師の役割

多職種の協働に向けて、看護師は、プログラムを開始する前のプレミーティングにおいて、個々の参加者のその日の状態（症状不安定、極度の緊張状態、軽そう状態等）や関わりにおける注意点、必要な援助について情報提供を行なった。

プログラム実施中には、プログラムに集中できない患者や不調の訴えがあった患者に対して、可能な限り参加が中断しないように援助するが、継続が困難と判断される場合は途中退出を提案し、付き添いながら病棟へ戻った。参加者に対しては、プログラム参加前後の評価や正のフィードバックを行い、次回のプログラムに繋がるように動機付けを行なった。

## (3) MDT 活動プログラムの評価

7 名中 1～2 名は体調不良、「させられ（プログラムに無理矢理参加させられる）」感、症状の動揺等の理由で欠席することもあったが、全体としては継続できていた。また参加者の中には、退院後も継続して参加するケースが 2 例あり、訪問看護とはまた別の観点から、患者の状態をうかがい知る機会となっている。全般的な印象として、参加者からは「今度いつあるの?」「楽しみにしている」という肯定的意見があり、作業場面は他の作業療法と同じでも、顔なじみのスタッフに関わること、関わりも強制的というより、受容的、共感的かつ抱擁感のある雰囲気や安心感につながったのではないかと考えられる。実施場所が明るく、ティータイムもあって、場を和ませる作用があり、これらが参加継続に効果があったと考えられよう。

（原則夫、小松 容子）

## 2) 急性期 OT

急性期 OT は、当初 2 名の参加者を対象に、作業療法士 1 名その他の職種が 2～3 名という構成で、毎週火曜日の午後 3 時頃から OT 棟で行なった。「急性期 OT」と命名しているが、実際には、幻覚妄想がある程度落ち着き急性期を脱したものの、個室（時に保護室）

を使用し、衝動性のコントロールが不十分な時期の患者を対象にした。

この時期の対象者は、欲求充足、持久性、興味・関心・注意の持続等の度合い、治療者との関係性、精神症状や情意面の反応と人的・物理的環境との相互作用、認知運動領域の遂行技能、時間の管理能力等に個別的な差が大きい。この点に加え、急性期の対象者への活動を用いた介入についてのオリエンテーションが不足したことなどにより、複数の対象者に対応することには困難を伴った。

そこで、3回目以降は、それぞれの対象者に個別的な対応をするため、個人 OT プログラムに変更した。1名については、治療者との関係性や対人行動における欲求充足の発達の課題、計画性や組織化、教育水準などに焦点を当て、作業療法士と一対一で実施する内容に変更し、病棟の担当看護師との緊密な連携の下に、主治医、精神保健福祉士と情報交換を行いながら働きかけを継続し、現在は OT の集団プログラムにつながっている。

他の一人も、生活面で具体的な目標をもつこと、何らかの役割を担うこと、活動に参加することへの意欲はいずれも低かったが、唯一関心を示した料理を用いたセッションを準備し、担当看護師も一緒に参加する形の個人 OT に変更した。治療的な関係性の構築が非常に難しい対象で、外泊などを理由に欠席を希望することもあるが、自信や自尊感情の低さ、注意集中の持続の困難さ、対人関係における安全保障感の低さなどに着目して関わりを継続し、不定期ながらも週 1 回のプログラムを実施するようになっている。これら、いずれの対象者の場合も、担当看護師による個別的な介入と組み合わせられて行うことが必要であった。

急性期 OT では、個別的なニーズについてのスクリーニングに基づき、個別的な状況に相応しい場や活動の設定や、担当看護師・主治医との連携が重要である。連携の内容としては、情報交換だけでなく、生活の援助と治療、リハビリテーションのための働きかけの一貫性を保てるように調整する必要がある。保安上複数のスタッフが同時にプログラムに入る場合、環境からの刺激により精神症状、情意面での変化が生じやすい対象者から、「監視されている」「無理やりさせられている」等の被害的な訴えが聞かれることもあり、活動療法実施中のスタッフの治療的関与について理解を共有するための話し合いも重要といえる。

(三澤 剛、小松 容子)

### 3) SST

#### (1) SST の導入と運営

SST は、当初は毎週月曜日に行なっていたが、病棟スケジュールを検討し毎週木曜日に変更した。平成 16 年 10 月 13 日から平成 17 年 2 月 14 日までに全 16 回実施し、その後も継続して行なっている。SST は、看護師 3 名（リーダー、コリーダー、書記）によって運営され、10 時 30 分～11 時 30 分までの約 1 時間をかけて行なっている。SST を実施するのに相応しい部屋がなかったため、病棟内のホールで実施した。参加は誰でも自由に出来るオープングループとし、参加メンバーは毎回変動し、グループ実施中でも流動的に変化するグループであった。参加者は平均約 9 名で、総参加人数 45 名（H17.2.14 まで）であった。

#### (2) SST 実施の評価

参加メンバーは流動的なため、人数も流動的だった。参加者の内訳は、①開始時から参加し、退院した者 2 名（2 名の平均参加率 85%）、②開始時から入院中で参加回数 2 回以上の者 9 名（9 名の平均参加率 33%）、③開始後から入院され、参加回数 2 回以上の者 6 名（6 名の平均参加率 65%）である。また、参加者の意思を尊重したため、病状

不安定な状態の参加者もあり、またその日の気分で参加が左右されるため、個々人の目標設定が曖昧になり、宿題も実践できないことが多かった。しかし、オープングループであったがゆえの利点として、普段は会話を交わさない者同士が顔を合わせてのコミュニケーションを図れる場になっていた。また、普段は興奮してしまって会話が成立しないにもかかわらず、SSTの場面では、冷静に会話をすることができていたケースもあった。さらに、普段は言語化されず、看護場面でも観察できなかった患者の心境が、SSTを通して表現されることもあり、看護の関わりについての視野が広がった。

(小西 奈美、小松 容子)

#### 4) 心理教育（個別と集団）

##### (1) 心理教育の導入

ここでは、主として、疾患の理解と服薬の必要性やその他のリハビリテーションに関する心理教育を行なった。最初は、当院の臨床教員の行なってきた研究<sup>9)</sup>に加わる形で、個別の心理教育を実施したが、その後、その方法を集団にも応用して、集団を対象にした心理教育を実施した。集団による心理教育においては、自由に発言できる時間を設けて、日常生活で困っていることをメンバー同士で考えたり、お互いに体験を分かち合ったりする集団力動を用いたグループにした。

個別の心理教育は、重大な他害行為を行なった患者4名に実施した。集団による心理教育は、現在実施している最中で、参加者は6名のうち2名は動機づけに問題があってグループから外れ、残り4名の参加メンバーで実施している。このうちの2名は、重大な他害行為を行なった患者である。参加メンバーは固定とし、途中から新規のメンバーが参加しないクローズドのグループとし、面接室や会議室で行なった。約1時間半の心理教育であるが、時間が延長することがあり、前後のスタッフミーティングを加えると、運営は2時間を越えることもあった。

集団による心理教育への参加の促しは、リーフレット（補足資料 C 学習グループへのお誘い）を用いて行い、看護師が企画運営を行った。プログラム中の参加者の言動等はノートに記録し、担当医や担当看護師と情報を共有し、個々のケアに生かした。

##### (2) 心理教育の結果考察

心理教育については当初、疾患や服薬に関する教育の実施を考えており、10セッション1クールの小集団による学習プログラムを行なう予定であった。また、学習グループとしては、「急性期（急性症状が安定後から）～回復期前期」「回復期～社会復帰期」の2つを想定していた。しかし、プログラムの企画・運営を担い得るマンパワーの問題や、スタッフの力量との兼ね合いがあったため、スタッフの勉強会を実施し、臨床指導教員の協力を得た上で、5セッション1クールの心理教育をスタートさせた。参加者は、急性期を脱し病状が落ち着いており、ある程度の病感を持ち、学習への意欲が多少はあると思われる患者を慎重に選び、学習グループに参加してもらった。

参加の結果、多くの患者は自覚症状や体験の振り返りができ、それが疾病への理解につながっている印象を受けた。このグループの運営については、重大な他害行為を行なった患者とそうでない患者が入り混じっているために、少年院での経験や、重大な他害行為について語ることが困難となるのではないかと懸念があった。しかし、実際にグループをスタートさせると、入院前の出来事などを各自が素直に語れる場となった。これは、グループを始めるに当たって予め各自のプライバシーを守ることや、感じたことを率直に語れる場であることを保証したことの効果ではないかと考えられる。

(小松 容子、中村 晴代)

## 5) OT レク (OT と Ns との共同プログラム)

### (1) OT レクの概要

OT レクは、作業療法士と看護師による共同プログラムで、病棟の事情や、協力できる看護スタッフの人数によって、活動場所や活動内容が決定された。この活動の目的は、一次的な症状の緩和、および入院生活の継続による二次的な弊害の防止である。具体的には、緊張・不安の緩和、有能感の充足、治療的退行、気分転換、ストレス・衝動の発散を促進する活動の機会を提供し、援助を行うことである。また、社会への再適応に向けた基本的な心身の機能回復、作業療法士との治療的関係作りや、作業療法導入についてのスクリーニングも行われる。対象者は 3 群に大別され、a. 急性期の症状が安定化してきている者、b. 措置入院あるいは医療保護入院の患者、c. 作業療法棟でのプログラム導入が困難な者のいずれかに該当するものが対象となる。活動内容により参加人数は異なるが、平均 10 名程度の参加があった。病棟内や作業療法棟では創作 (カレンダー、分割画など)、ゲーム (的当て、人生ゲームなど)、映画鑑賞、カラオケが主として行われ、屋外 (院内) では、スポーツ (ソフトバレー、ソフトサッカーなど) や散歩が行われた。その他、院内レク行事への取り組みも行った。これらは、週に 1 回午後 13 時から 15 時に実施し、活動終了の基準は設けず、また、プレミーティングおよびアフターミーティングは行わず、必要に応じて、口頭での情報交換を行った。

### (2) OT レクの評価：患者の動機付けの問題について

活動の選択は、対象者のニーズ、スタッフ体制、天候などを考慮し決定された。グループは、目的と対象者を限定して行うことも考えられたが、オープンな自由参加形式とした。男性患者、特に措置患者では、リハビリテーションへの動機づけが低下している者が多く、活動に参加すること自体に抵抗を示す場合が多く見受けられた。現状のシステムでは、個々のケースに応じて看護師、作業療法士が患者の心理面などを配慮しながらプログラムを導入していくのが適当と思われるが、今後は一連の治療プログラムの中でレクリエーション的なプログラムの内容と位置づけを検討、再確認し、より効果的な実践を図る必要がある。

(工藤 朝木、小松 容子)

## 6) 活動療法 (アクティビティ&リラクゼーション)

### (1) 概要と導入

当該病棟では、毎週水曜日に措置入院を受けているが、この入院がない場合に行っていたのが「アクティブ」と呼んでいる、アクティビティ活動である。「アクティブ」では、病棟内での卓球や、病棟外で野球などを実施していた。水曜日には措置入院があることを想定して通常よりも人員配置を多くしていることから、このような活動の実施が可能となっていた。これに加えて、土曜日の午後にリラクゼーションを実施し、アクティブと合わせて活動療法として位置づけることにした。週末の人員配置は日勤 4 人であるが、各種検査や指示の変更、面接などが無いので、病棟の中は比較的落ち着いている。しかしながら、人員配置が少ない中で、病状を大きく揺り動かすような刺激のある活動を行なうことは、病棟管理上リスクがあるため、むしろ、気分を落ち着かせ、ゆったり出来る活動として「リラクゼーション」を土曜日に実施した。具体的な活動としては、「音楽鑑賞」「映画鑑賞」「ストレッチ体操」のほかに、楽しく気分転換できる「テレビゲーム」も実施した。

これらの活動療法は、誰でも自由に出たり入ったり出来るオープングループとした。



企画運営は看護師が行い、記録用紙への記録も看護師が行なった。人員配置の少ない中で、通常の週末業務に活動療法の運営を加え、さらに、記録用紙への記入を行なうことには業務上の負担が大きく、記録はほとんど出来なかったのが実情である。少ない記録の範囲で、把握できた参加者の人数だけ表9に示した。

表7 実施した活動療法プログラムと参加数

	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回
ゲーム	10名									
ストレッチ	1名	1名	1名							
音楽鑑賞	8名	3名	4名	4名	3名	5名	3名	2名	2名	3名
卓球									8名	
映画鑑賞			1名							

## (2) 活動療法の参加状況と評価

内容により参加者の増減はあるが、終了後、「楽しかった」との声も聞かれ、「またやろう」との声もあった。しかし、病棟ホールの一部を使用するため、テレビを見ている患者より「うるさくて仕方ない」という苦情が聞かれたり、最初から最後まで出席する参加者は限られていた。

リラクゼーションは、プログラムとして半強制に参加しても「させられている感」が強まり、それがストレスとなり本来あるべき意図から外れてしまう恐れがある。理想としては患者自らが興味を持ち参加することだが、看護師の促しで参加して「リラックスできた」という結果が出るような活動が望ましい。今後の課題としては場所や使用機材（マット、リラックスできるソファなど）の整備、関わる側の専門的な知識（リラクゼーション）の習得が必要と考える。

(実藤 雄二、原 則夫、小松 容子)

## 5. その他の看護活動（病棟スケジュールに組み込まれていない活動）

### 1) 訪問活動

病棟での訪問アプローチは、CPA-J の中で行なわれ、退院前と退院後の訪問がある<sup>6)</sup>。看護師と精神保健福祉士の2名で行なっており、日程調整を含めたコーディネーター役は、事例によって、どちらかが担っている。訪問看護については、訪問看護マニュアルと訪問時チェックリストを備えた訪問看護記録用紙を作成した（補足資料D-：訪問看護記録用紙）。訪問看護記録を用いたことによる利点は、記録時間が短縮され、必要な観察項目の漏れが少なくなったことのほかに、精神保健福祉士の評価と医師のコメントを記載する欄を設けたことで、情報の共有が単一の用紙で確実に出来るようになったことである。

病棟スタッフが訪問看護を実施する意義は、患者についてよく知っているスタッフが訪問することにより患者が安心感を得られる点や、悪化の徴候を早く発見できる点にある。しかし、病棟スタッフが訪問サービスをすることは、その日の病棟のマンパワーの低下につながり、人的資源に限界が生じた。今後は、外部に委託・移譲していかないと、病棟管理が難しくなるが、一方で、外部に委託するには、難しいケースもある。また、重大な他害行為を行った患者の訪問看護について、これまでは不十分だった保健所等との連携が、これからの課題である。

(北垣 悟志、久保田 東司、小松 容子)

## 2) CPA 会議

CPA 会議は、月に 1 回から 2 回開催されるが、患者のニーズに沿って行なわれるので、CPA 会議が実施されない月もある。CPA 会議は、本人のほかに、院内・院外が多職種チームが参加する。看護職からは、主としてプライマリナースが出席し、患者の病棟生活や看護面接から得られた情報に基づくアセスメントに沿った発言が求められる。また、多職種から情報を得たり、その場での患者自身の意向を確認しながら、ケア計画書の作成と評価を行なう。CPA 会議は、入院中の患者だけでなく、退院した患者に対しても実施されるために、看護師は入院患者を担当しながら、退院した患者も継続して受け持つこととなる。CPA 会議は 30 分位であるが、患者本人が参加しないプレミーティング 10 分、アフターミーティング 5 分が会議の前後にある。

(小松 容子)

## 3) 社会復帰施設見学グループ

退院準備の一環として、社会復帰施設の見学を行なっている。これは、ニーズが生じた時に行なっているため、週間および月間の計画には上がってこない。本年度は、グループホーム、地域生活支援センター、生活訓練施設の見学を行なった。退院準備といっても、話を聞くだけではイメージしづらいが、実際に見ること、雰囲気を感じることで、地域のスタッフから話を聞くことを通して、理解することが可能となる。見学に参加する患者は 1～3 名で、同行するスタッフは、精神保健福祉士と看護師が主である。

(小松 容子)

## 4) 退院準備と地域生活のための意見交換会（退院準備ミーティング）

ここ 1 年以内に退院し、社会復帰施設あるいはアパート等で単身生活し始めた退院患者と、これから 6 ヶ月以内に退院し、単身生活を予定している患者による当事者意見交換会である。この場におけるスタッフの役割として、退院後 1 年以内の患者の不安や生活スキル、関連社会資源等についての助言や情報提供を行うとともに、退院患者同士のピア・サポートと情報交換、交友の場を提供する。また、退院予定の患者も合同で参加することにより、退院患者から退院準備の様子や地域生活の話を直接聞くことができる。そして、自ら地域で単身生活等を送る姿を具体的にイメージすることで、退院に対する不安の軽減や地域生活への心構えの形成等を促す。退院患者・入院患者の混合による 6～8 人ほどの小グループに精神保健福祉士と精神科看護師が参加して行われる。月に 1 回開催され、所要時間は 1 時間から 1 時間 30 分程度である。

(三澤 孝夫、小松 容子)

## 6. 主要な研究対象者の治療プログラムへの参加状況

現在、当該病棟に入院中の患者で、過去に重大な他害行為を行なった患者は 13 名(約 30%)であるが、病状、加齢、動機付けなどの諸事情により、実際に治療プログラムに参加したのは、そのうちの 6 名(約 14%)であった。これに加えて、退院後も外来通院しながら治療プログラムに参加している患者が 2 名おり、計 8 名が治療プログラムに参加している(表 8)。

本研究の主旨に見合う対象者のうち、2 個以上の治療プログラムへ参加している患者を、主要な研究対象者(事例)とし、参加状況を一覧にした(表 9)。

(小松 容子)

表 8 主要な研究対象者一覧

	診断名	年代	在院日数	研究期間の病気のステージ
1	統合失調症	30代	540	急性期～回復期
2	統合失調症	40代	622	回復期
3	統合失調症	30代	745	回復期～社会復帰期
4	統合失調症	40代	1175	回復期～社会復帰期
5	統合失調症	50代	547	回復期～社会復帰期
6	統合失調症	20代	381	急性期～回復期
7	統合失調症	30代	210	退院（社会復帰期）
8	非定型精神病	40代	141	退院（社会復帰期）

表 9 主要な研究対象者の治療プログラムへの参加状況

	1	2	3	4	5	6	7	8
集団療法	○	○	○	○	○		○	○
急性期 OT						○		
SST			○			○		
服薬心理教育（個別）			○				○	○
服薬心理教育（集団）		○				○		
OT レク	○		○					
活動療法						○		
退院準備懇談会			○	○	○		○	○

## 7. 病棟から提供される援助による患者への成果

### 1) 患者への面接アンケート結果

主要な研究対象者に、参加した治療プログラムに関する、半構造化面接を行なった。この面接では、「集団精神療法」「（個別）服薬心理教育」「（集団）服薬心理教育」「SST」「リラクゼーション」に参加した感想についてたずねた。また、評価が容易なように、「よかった」「まあよかった」「あまりよくなかった」「よくなかった」の4段階の選択肢も用意した。さらに、当該病棟のCPA-Jの一部としての「訪問看護」についてもアンケートの項目に入れた。参加したプログラム、あるいは、訪問看護を利用している場合に、その感想を述べてもらった（表10）。

表 10 患者への面接結果

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ まあよかった：ストレス解消になった。一度休むと再参加しにくい。</li> <li>・ 1クール目は、よかった。2クール目はあまりよくなかった。あまり自分が何もしなかったから。3クール目はよかった。楽しかった。</li> <li>・ まあよかった：退院した患者が、アパート生活を自慢する、自分は（まだ）できないしイライラした。</li> <li>・ まあよかった：ケーキ作り、陶芸が楽しかった。しかし、メンバーで気になる人がいて怖くていけなかった（時があった）。</li> <li>・ よかった： 皆と一緒にしゃべれるから。安心して話ができる。</li> <li>・ よかった： ラクビーボールをまわして楽しい。仲間であるという雰囲気がいい。</li> </ul>
--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>よかった：みんなで学校にきているみたいで仲間もできる。普段家でやることがないので楽しい、みんなと会うよい機会だった。</li> <li>よかった：みんなの気持ちがわかった。他人の気持ちがわかった。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>よかった：いろいろと話が出来て楽しかった。</li> <li>よかった：パーキンソン症状など今まで自分が誤解していた症状や作用、副作用なども理解できた。</li> <li>まあよかった：治療が薬だけじゃないと知って参考になった。</li> <li>まあよかった：薬についてあらためて必要だと言うことが理解できた。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>よかった：しゃべることができるから。</li> <li>よかった：最高。自分のためになるから。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>よかった：個室にいた時、しゃべらなかったので口の筋肉が動かなかったが、どもらずにしゃべれるようになった。</li> <li>まあよかった：1回参加した。また参加してみたい。</li> <li>まあよかった：指導者がわかりやすく指導してくれるから。しかし、当たり前の事（訓練）だったから、かったるくなる。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>よかった：誰にも止められない唯一の時間。他人に邪魔されずにすむ。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に問題なく生活できているが、訪問に来てくれて、面倒をみてもらえてありがたい。</li> <li>雑談になっている。もっと俺の事についても聞いて欲しい。しかし、訪問の日を楽しみにしているし、きてくれて心強く感じる。</li> </ul>

(小松 容子、原 則夫、種市 憲子)

## 2) 患者の反応

### (1) 事例 1

MDT 集団活動プログラムでは、協調性に欠けて途中退出を希望したり、集団がある課題に対し統一した発言をしている中で、見当違いな発言をしてグループ全体のモチベーションを低下させるという面があった。また病棟内から外に出ることで、注察感の高まりや被害的関係づけが生じ、スタッフの制止を振り切って突然走り出すなど、症状の不安定さや感情のコントロール不足が垣間見られた。そのため、MDT 集団活動プログラムへの参加に当たって、個別に看護師または臨床心理士、医師がマンツーマンで付き添い、行動の修正、支持を行なうことを必要とした。集団内で生じた問題は、病棟内での日常生活場面でも見られたが、協調性の欠如、ストレス脆弱性、感情のコントロール不足という問題や課題が再認識された。他の参加者への影響や本人の症状、適応力、体力を考慮すると、個別 OT からステップアップさせてから、集団というかたちへ持っていくなど、柔軟かつ流動的なプログラムも必要であったといえる。

### (2) 事例 2

MDT 集団活動プログラムでは、他の患者の中に埋もれてしまい、自己表現の場がなく、何かを語ったり表現したりするパワーも低下していたが、心理教育の場では、自己の体験や考えたことを語る事ができていた。MDT 集団活動プログラムに参加していたことにより、グループの中に自分をおくことに関する訓練がなされて、別のグループ（心理教育）