

での自己発揮がなされたのかもしれない。事例2の患者の場合は、自発的にプログラムに参加することがないために、自由に参加できるオープンプログラムよりも、メンバーが固定され、参加への責任が求められるプログラムの方が、本人に合っていたといえる。

(3) 事例3

退院準備が進むにしたがって、病状が不安定になることもあり、MDT 集団活動プログラムでは、途中で休憩したり欠席したりすることがあった。しかし、退院準備がスムーズに進行し、ストレスに対する自己コントロール能力が高まることによって、MDT 集団活動プログラムに安定して参加できるようになっていった。事例3の場合は、思考停止などにより、自分の症状への振り返りや病的な体験への自覚について言語化するのに、時間を要したため、個別の心理教育を併用したことが有効だったと考えられる。

(小松 容子、原 則夫)

8. 病棟スタッフへのアンケート結果

1) 対象者の背景

アンケートは、ガイドラインに沿った援助を行った看護師 18 名に配布し、そのうち 16 名から回収が得られた (回収率 88.9%)。回答が得られた看護師の性別は、男性 4 名、女性 11 名、未記入 1 名、年齢は、20 歳代が 7 名 (43.8%) と多く、ついで 50 歳代 5 名 (31.3%)、30 歳代 3 名 (18.8%)、40 歳代 1 名 (6.3%) であった。精神科経験年数は、5 年未満が 6 名 (37.5%)、6～10 年未満が 5 名 (31.3%) で 10 年未満の者が約 7 割を占め、16～20 年 3 名 (18.8%)、11～15 年と 21～25 年はそれぞれ 1 名 (6.3%) であった (表 11)。

表 11 対象者について 人(%)

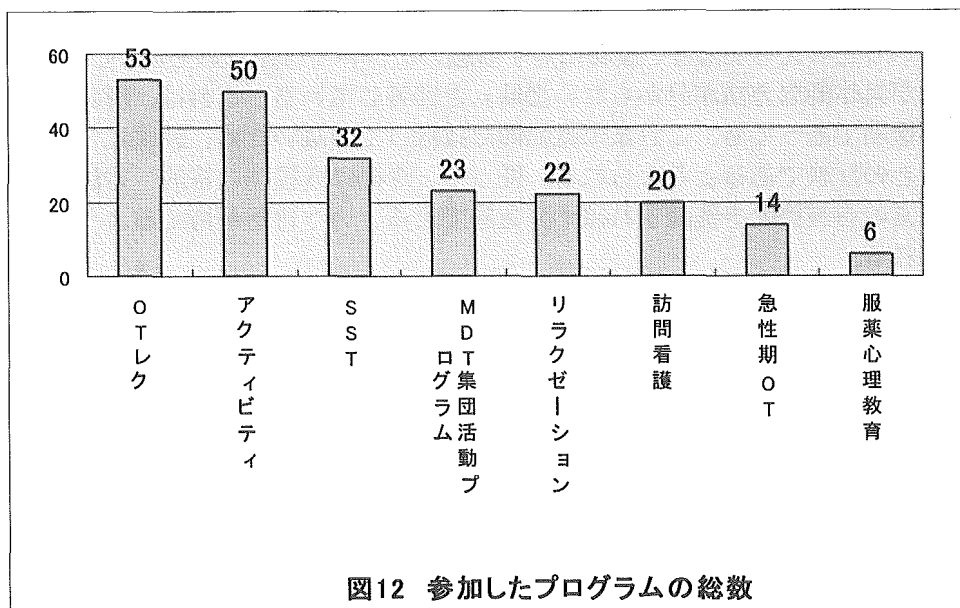
性別		年齢		精神科経験年数	
男性	4 (25.0)	20 歳代	7 (43.8)	0～5 年	6 (37.5)
女性	11 (73.3)	30 歳代	3 (18.8)	6～10 年	5 (31.3)
未記入	1 (6.3)	40 歳代	1 (6.3)	11～15 年	1 (6.3)
		50 歳代	5 (31.3)	16～20 年	3 (18.8)
				21～25 年	1 (6.3)

2) ガイドラインに沿って行った援助について

ガイドラインに沿った援助については、病棟の週間治療プログラムに取り入れられた SST、急性期 OT、MDT 集団活動プログラム、アクティビティ、服薬心理教育、OT レクリエーション、リラクゼーション、病棟で実施されている訪問看護について、ガイドラインに沿った援助が病棟で実施され始めた 7 月からの総参加回数をプログラムごとに聞き、さらにプログラムごとに関わった看護師数を算出した。

(1) 参加したプログラムの総数

参加した治療プログラムの回数をプログラムごとに複数回答で聞いたところ、総回数は、220 件で、プログラム別で見ると OT レクリエーション 53 件とアクティビティ 50 件が多く、次いで SST 32 件であった。行った回数の少なかったプログラムは服薬心理教育 6 件、急性期 OT 14 件であった (図 12)。



(2) プログラムに関わったスタッフの人数

プログラムに関わったスタッフの人数をプログラム別に見みると、アクティビティが10人、OTレクリエーション、SST、リラクゼーションは共に9名で、関わったスタッフが多い活動であった。関わったスタッフが少ない活動は、急性期OTと服薬心理教室が共に5人であった(表13)。

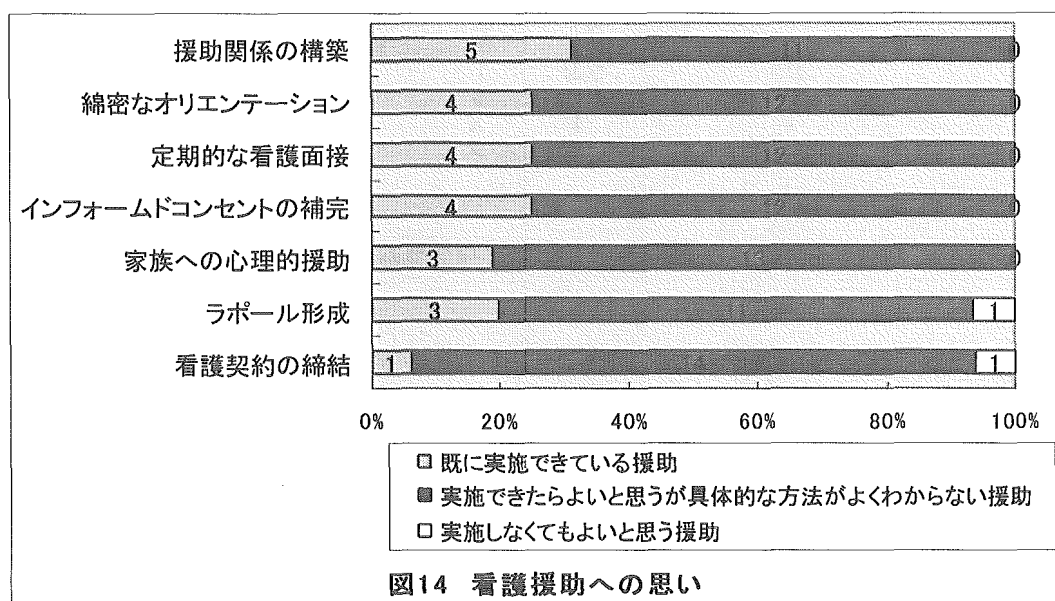
表13 プログラムに関わった人数

活動名	関わった人数(人)
アクティビティ	10
OTレクリエーション	9
SST	9
リラクゼーション	9
訪問看護	8
MDT 集団活動プログラム	7
急性期OT	5
服薬心理教育	5

3) ガイドラインに沿った看護援助への思い

ガイドラインに沿った看護援助としては、綿密なオリエンテーション、ラポール形成、インフォームドコンセントの補完、看護契約の締結、援助関係の構築、定期的な看護面接、家族への心理面接を取り上げた。看護援助に対する取り組みへの思いを「既に実施できている援助」「実施できたらよいと思うが具体的な方法がよくわからない援助」「実施しなくてもよいと思う援助」の3段階で尋ねたところすべての項目で「実施できたらよいと思うが具体的な方法がよくわからない」との回答が6割以上を占めていた。また、看護契約の締結については、約9割が「実施できたらよいと思うが具体的な方法がよくわからない」と回答していた(図14)。

ガイドラインに沿った看護援助は、これまでに行っている通常の看護援助の中でも部分的には行われていると考えられるが、援助に対する思いについては殆どのものが、「実施できたらよいと思うが具体的な方法が分からない援助」と回答している。これは、既にある程度は実施している援助であっても、これまで意識的には行っていないため、結果についても自信が持てないことの反映であると考えられる。従って、今後は各援助の目的、方法などを具体的に示し、日常の看護援助を洗練すれば十分実施できるという自信が持てるようにしていくことが求められる。



4) ガイドラインに沿った援助の患者への効果

自由記載で得られた内容を、プログラム名が書いてあるものについてはプログラムごとに分類した。また、援助を通して感じられた、プログラムが患者に及ぼすであろう効果をまとめた（表15）。

表15 ガイドラインに沿った援助の効果

プログラム全体	<ul style="list-style-type: none"> 患者は自分の状況をグループワークの中で表現することができるようになり、また他の人達の話聞くこともできるようになった。 医療者との交流の機会が増え、患者が医療者にさまざまな事を相談しやすくなった。 複数のプログラムの中で、楽しみにしているものを見つけ、患者の活動性が増えた。 プログラムに参加している患者の様子からは日常場面とは違った表情が観察でき、看護師はアセスメントの視点にも反映できた。 処遇ガイドライン対象者の大きな変化は感じられなかったが、その他の患者が自分のことを話せるようになったりしていた。
SST	<ul style="list-style-type: none"> 一部の人ではあるが、あいさつ、礼が言えるようになったり、あまり他の人と話さなかった人が進んで声をかけるようになった。 グループメンバーや内容によって、患者が意見を言えたり、能力発揮ができると感じた。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分のことを上手に表現できない患者には、自分のことを話せるチャンスになった。 ・ 患者と共通の話題をもつことができ、看護師も関わるきっかけが少ない人とのコミュニケーションのよい機会となった。 ・ SSTに参加したりすることに興味をもった方がいた。
M D T 集 団 活 動 プ ロ グ ラ ム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者同士の交流のきっかけにもなっていた。 ・ 多職種チームによる関わりは、より深く患者様一人ひとりに関わる事ができた。 ・ 自分のことを上手に表現できない患者には、自分のことを話せるチャンスになった。 ・ 患者と共通の話題をもつことができ、看護師も関わるきっかけが少ない人とのコミュニケーションのよい機会となった。 ・ 似た状況の患者同士で話し合いなどができて、効果的だと思った。看護者から色々アドバイスするより患者同士で問題解決する方が納得していた。 ・ グループメンバーや内容によって、患者が意見を言えたり、能力発揮ができると感じた。 ・ さまざまな職種の人が関わってくれていると感じられたと思う。
O T レ ク	<ul style="list-style-type: none"> ・ 閉鎖病棟のため、外へ出たことにより「いい空気を吸って気持ちよかった」と気分転換できたことと喜ぶ人がいた。 ・ 「また行きたいね」と話しかけあり、いい意味でのコミュニケーションができた。
服 薬 心 理 教 育	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬の必要性の理解が深まり、治療への動機付けができた。 ・ 自分のことを上手に表現できない患者には、自分のことを話せるチャンスになった。 ・ 似た状況の患者同士で話し合いなどができて効果的だと思った。看護者から色々アドバイスするより患者同士で問題解決する方が納得していた。 ・ グループメンバーや内容によって、患者が意見を言えたり、能力発揮ができると感じた。 ・ 患者と共通の話題をもつことができ、看護師も関わるきっかけが少ない人とのコミュニケーションのよい機会となった。 ・ 自己の病気について体験を振り返り疾病理解が深まった。 ・ 患者の持っている力を知ることができた。また、患者自身も自分の持っている能力に気付くことができた。自信につながった。
綿 密 な オ リ エン テー ション ／ ラ ポ ー ル 形 成	<ul style="list-style-type: none"> ・ そばにいたり話することで、患者の安心感につながっていた。 ・ インフォームドコンセントの補完や看護契約などから、患者自身が自分の置かれた状況を把握し、受け止め、退院に向けた方向性の共有につながると感じられた。 ・ スタッフ側から見た患者像が早期から細かい部分で把握でき、開錠できる状態なのかを判断する指標のひとつになっていた。 ・ 入院から2日間ではあったが、外部スタッフの協力を得て実施したことで、隔離、拘束時間の短縮にもつながった。 ・ 隔離などの時間が短縮され、自由度が高くなることは、病院にいたことが罰ではなく、治療であると自覚でき、患者は入院して何をすべきかが明確になった。
C P A	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時からCPAの中で説明され、患者自身が自分の意見を述べていることで、治療を受ける自覚の促しになっている。 ・ 家族は自分の気持ちを述べるので、家族の責任も自覚されると思われる。
訪 問 看 護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前訪問を行うことで、退院後の問題を明確して対処することができた。 ・ 退院前後の訪問で問題を早くみつけ、検討対応し指導を行うことができた。 ・ 多職種と連携をとり、退院前訪問や指導で退院準備がスムーズに行えた。 ・ 退院患者の訪問は、患者の安心感というか、喜んでもらえていると思う。 ・ 訪問看護に対する患者の満足度が低いことがわかった。

5) 処遇ガイドラインに沿った援助をさらに充実させるためには

自由記載で得られた内容を、1つの文章が1つの意味を持つように区分し、分類した。その結果、処遇ガイドラインに沿った援助をさらに充実させるためには、プログラムの準備、プログラムの運営、スタッフの準備の3群に分類される8つの改善策が導き出された(表16)。

表 16 処遇ガイドラインをさらに充実させるために

	自由記載内容	改善策
病棟の準備	<ul style="list-style-type: none"> ・ プログラム導入の事前準備と、週間行事(スケジュール)の見直しの実施 ・ 個別重視の看護と集団プログラムの両立のための看護方式の検討、調整が必要 ・ 通常業務との両立で無理があった 	プログラム運営のため、病棟業務との事前の調整が必要である
プログラムの運営	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院初期のうちから、入院期間の中でどのようなプログラムに参加していくのか明確にして患者の同意を得ていくことができれば、SST、活動療法など参加がスムーズになっていくと思われる。 ・ プログラム作成にあたり、患者に提供する内容が興味を持てるものが望ましいが、中には「オレには必要ない」などと参加できないケースもあるので、なぜ参加したほうがよいかを説明し、参加動機をつけていくことが課題である。 ・ OT 活動に参加する人があまりいなくてすすめるのに苦労したことがあった。 	プログラムの内容、参加の意義などを説明して参加への動機付けをしていく必要がある
	<ul style="list-style-type: none"> ・ かなり状態が落ち着いていないと外に出ることで不安定になり、落ち着かず、喫煙のみで終わったりすることもあった。説得させてまで参加させる意味があるのか疑問なこともあった。 ・ その都度、SSTのメンバーが違うので同じメンバー同じ目的でやりたいが難しかった。 ・ どのようなプログラムにいつ頃から参加していくのかを検討、グループのメンバー構成も重要と思われる。 	患者の状態に適した内容、メンバー構成の工夫が必要である
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別ケアをグループケアにどう活かしていくか、逆にグループケアを個別ケアにどう活かしていくかは今後課題になる。 	プログラム間の連携、調整が必要である
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「リラクゼーション」は、まだ目的も内容もあいまいであるため、積極的に活動できなかったように思う。 ・ リラクゼーションは「何もやりたくない、その方がリラックスできる」といっていたのであまりやらなかった。自分が土曜勤務ではないから・・・と思いつつ流していた。 	プログラムの目的、内容、患者目標、スタッフの役割などを明らかにしていく必要がある
	<ul style="list-style-type: none"> ・ すべてのチーム間の話し合いがまったくなく、個別的な話し合いもまったくない。どのチームがどのような活動をしているのかわからない。また、どうすべきか、どのように改善すればいいのかの、助言や問題の指摘が欲しかった。 ・ スタッフの意識が統一されず、継続できないプログラムもあったので残念。 	スタッフ間でプログラム内容の共有と質の維持を図るために内容の検証などを行っていく必要がある

スタッフの準備	<ul style="list-style-type: none"> スタッフの少ない中の参加で、プログラムに参加した本人も集団OTの患者さんの記録、その日の受け持ち患者さんの記録と関わりを持つことが難しかった。また、プログラムに参加しないスタッフにも負担がかかっていたと思う。 活動に関わっていると、他の受け持ち患者に目が行き届かず、処置などすべて後回しになってしまい大変だった。 活動中の記録も記入し、看護記録にも活動中の患者の様子を記入することは二度手間になるように感じた。 	効率的に業務が行えるような業務体制の工夫が必要である
	<ul style="list-style-type: none"> スタッフ全員が負担であったが、特に中心になった者は大変であった 処遇ガイドラインにそった援助を行うには、それなりのモチベーションと技術が必要で、全スタッフにそれらが備わっていると良かった。 スタッフ一人ひとりが、積極的に取り組んでいって欲しい 	病棟全体で取り組んでいけるようなスタッフの意識づけ、スタッフ教育が必要である

(大迫 充江)

VI.考察

1. プログラムの導入を円滑にさせるために

医療観察法の趣旨に沿った入院処遇ガイドラインの看護援助に関する検証を行なうことが、本研究の目的であった。この目的を果たすために、入院処遇ガイドラインに沿った看護援助、特に「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」と、複数の「治療プログラムの導入」を行なったが、限られたマンパワーの中でこれらを円滑に導入することには多くの困難が伴った。プログラム活動（治療プログラム）が増えることで、病棟のスケジュールに無理が生ずることがあった。また、プログラム実施中は、プログラム活動を担当する看護要員を確保するために、病棟看護業務の看護要員が不足となり、他の患者との一対一の対応を保証できない場面が生じることや、特定の患者の看護が濃厚に行なわれた反面、他の患者への看護が希薄になることが生じた。さらに、モジュール型プライマリー看護体制の維持にも無理が生じるようになっていった。

プログラムの実施にあたっては、プログラムを実施するための場所の確保が容易ではなく、設備や物品も不足していた上に、知識や技術が未熟なままスタートさせたため、企画・運営にはかなりの無理が強いられた。

プログラムを1つ加えるためには、そのための準備が必要であり、そのプログラムが軌道に乗りはじめ、さらにそれが安定してから、また1つプログラムを加えていくという作業を繰り返した。このため、研究期間の8ヶ月間に、数個のプログラムを新規に導入することに加え、プログラム中の安全管理や病棟の医療安全も引き続き管理していくことには緊張感が伴った。幸いにして、プログラム実施中のインシデントおよびアクシデントはなかった。

プログラムの導入を円滑に進めるためには、「マンパワー」「プログラムの企画・運営に必要な知識と技術」「物理的環境と資源」「医療チームの凝集性と連帯感」が不可欠であることが確認できた。

(久保田 東司、小松 容子)

2. 治療プログラムの定着と質を保証するために必要なこと

1) 看護の体制とマンパワーについて

治療プログラムについては、「患者個々のニーズに合ったプログラムが十分準備されているこ

と」、「患者本人が選択できるプログラムが準備されていること」が大切であると考えられている。表 17 はウィスコンシン州メンドータにある州立精神病院で、約 160 名の触法精神障害者に実施される治療プログラムの週間予定表である。午前、午後共、2 コマの時間帯に、それぞれ複数のグループ・プログラムが設定されており、様々なプログラムが十分な数だけ準備されている。これはあくまでも参考例であるが、アメリカでは司法精神医療に限らず、これが入院治療の標準的な形であり、我々も、これに準じた週間プログラムを作成する必要がある。

ただし、その際に注意しなければならないのは、プログラムの充実に伴って、日常生活上の必要なケアが希薄にならないことが大前提だという点である。本研究の当該病棟においても指定入院医療機関においても、日常生活上の必要なケアとして、食事、清潔、整容、洗濯などをめぐるセルフケア援助や、苦痛な身体症状や副作用（頭痛、体感幻覚、アカシジアなど）へのケア、不安・不快感に対するケア等がある。その他、診療に伴うケアとして、入院受け入れ、与薬、検査、処置などがあり、これらも手薄になってはならない。その他、入院初期には集中的・濃厚な個別ケアを提供し、回復期・社会復帰期には個別ケアを中心としながら、地域資源や家族との連携調整が必要になる⁷⁾。つまり、家族面接、ケア会議、訪問サービスを実施し、社会復帰を促進させるための基盤として、治療プログラムを機能させることが必要となる。

今回の試行では、当該病棟に入院中の患者全てが治療プログラムに参加したわけではなく、プログラム数も平均して 1 日に 1 個であったが、プログラムに参加する患者が増加し、運営するプログラムも増加するならば、十分なマンパワーが必要になることは容易に想像できる。また、いくつものプログラムを運営しながら、会議や訪問サービスも行なっていくためには、継続的な個別看護を基本としつつも、その日のスケジュールや状況に臨機応変かつ柔軟に対応ができる看護体制をとっていく必要がある。

また、プログラムを作成する際には、患者のニーズ、提供される看護の質、マンパワーとの兼ね合いで、プログラム数の上限と下限を設けておくことが必要であろう。これが、プログラムを定着させていくための秘訣ではないかと考える。

2) プログラムの質

プログラムについては、個々の患者ニーズに沿っているかがまず問われるところである。今回は、それぞれのプログラムの評価を総括的に行なうに止まったが、今後は「個々のニーズに合ったプログラムの評価を定期的に行なうこと」が重要となる。また、今回はプログラムへの参加を対象者に提案し、本人の希望があった場合に参加してもらったが、プログラム・インフォメーション・パンフレットや、プログラムに必要な教材なども十分に準備し、プログラムを患者本人が選択できるようにすることが必要であったと思う。プログラムの質を確保し発展させるためには、「ニーズに応じた必要なプログラムの追加、不必要なプログラムの一時中止」「各プログラムや全プログラムの運営責任者の配置」「プログラム内容の定期点検を通じた質の管理」「プログラム運営に必要な知識と技術を備えたスタッフの配置」「プログラム中の緊急対応に向けた体制整備」などが求められるであろう。

表 17 ウィスコンシン州立精神病院 触法精神障害者向け治療プログラム

	月	火	水	木	金	
午前	休憩 8:30-8:45					
	グループ1 8:45-9:30	教室1:ギター キッチン:パンの配食	教室1:認知療法 教室2:壁画制作 教室4:対話療法 教室5:レジャー	教室1:プラス思考教 室 教室2:社会資源の活 用	教室2:アンガーマネジ メント キッチン:調理テクニッ ク	教室1:礼儀作法 教室2:モデルカーグラ ブ
	休憩 9:30-10:00					
	グループ2 10:00-10:45	教室2:プレ-アンガー コントロール 体育館:サークルトレ ーニング コンピュータ室:中 級パソコン	教室1:ラテン文化グル ープ 教室2:壁画制作 教室5:技能別教室	教室2:ボードゲーム 教室3:身体のおくみ	教室2:アンガーマネジ メント 教室5:生きていくため の技術 キッチン:調理	教室1:読書クラブ 教室2:就労訓練 教室5:ビデオ鑑賞
	ランチ	11:00-12:00 スタッフミーティング				
	グループ1 13:15-14:00	教室1:人前で話す方 法 教室4:瞑想 教室5:裁縫	体育館:ジム	12:00-13:00 奉仕グループ 教室3:非言語的会話 体育館:フットネス コンピュータ室:基 本編	教室1:スピリチュアル グループ 教室2:職業適性 キッチン:中国料理	教室1:多様文化グル ープ 教室2:人生設計技術
	休憩 14:00-14:15					
	休憩 14:15-14:30					
	グループ2 14:30-15:15	教室4:ヨガ 教室5:裁縫 コンピュータ室:初 級パソコン	教室1:食生活につい て 教室2:セクシャルティ について 教室5:休日の過ごし 方	教室2:アフリカ文化グ ループ 教室5:最近の出来事	教室1:食生活につい て キッチン:中国料理	教室1:多様文化グル ープ 教室3:会話 教室5:絵画教室
	午後					
			17:30-18:30 オーブングループ			

参加者約 160

* トリートメントボード病棟スケジュールの一部を改変して翻訳した

3) 教育・研修について

治療プログラムにおける看護師の役割については、数回の勉強会を実施したものの、教育・研修の実施は不十分だった。従って、日々のカンファレンスや、治療プログラムの前後のミーティングをいかに教育的な場として機能させるかが問われ、また、スーパービジョン体制を整える必要もあったと考えられる。理想的には、教育・研修が充分に実施され、治療プログラムの実施期間中に、OJT（On the Job Training：日常的な看護業務を遂行しながら、業務に必要な知識・技能・技術等を育成させる訓練）が何度か企画される必要があった。

治療プログラムの運営において看護師に必要な知識・技術や能力として、「個別のプログラムと集団のプログラムの運営」「心理社会的な教育と訓練」「患者を安全に迎え入れる環境マネジメント」「アセスメント assessment および臨床判断 clinical judgment」⁸⁾、そして「効果的な事例検討」⁹⁾「MDT メンバーの協働における効果的な役割遂行とチームワークスキル」¹⁰⁾「司法精神看護の専門的能力」¹¹⁾などが必要となる。これらに関する教育と研修が事前に、そして継続的に必要であったと考えるべきであろう。

(小松 容子)

3. ガイドラインとの比較

ここでは、医療観察法における指定入院医療機関（以下、新病棟とする）で、どのようにガイドラインに沿った治療プログラムが展開されていくかを想定しながら、本研究の当該病棟で試行したプログラムを参考に、新病棟で必要とされる「マンパワー」、「時間」、「場所」に焦点をあてて検討し、最後にガイドラインに沿ったプログラムの実施について考察する。

入院処遇ガイドラインの「新病棟 対象者別 1 週間の治療プログラムのイメージ」では、急性期、回復期、社会復帰期の対象者の治療ステージごとに、1 日 2 つのプログラムを実施し、病棟全体では 1 日 4～6 プログラムを実施することになっている。

1) ケアに必要なマンパワーについて

本研究で取り組んだプログラムの実施に要した、マンパワーと時間をプログラムごとに表 18 にまとめた。1 回のプログラム活動を実施するために、スタッフは、プログラム前の準備とプレミーティング、プログラム後の片付けとアフターミーティング、そして記録の時間が必要となる。今回の取り組みではプレミーティングとアフターミーティングが実施されなかったプログラムもあるが、新病棟では、多職種がそれぞれの視点から専門性を発揮し対象者に関わっていくことになる。そのためには、スタッフも含むプログラム参加者全体の力動とともに、対象者ごとの個別的なリスクアセスメントや周囲との交流のポイントなどについて、また、職種を越えた観察の視点について共通理解を深めておく必要がある。そのような意味で、プログラム前後のミーティングは極めて重要な意味を持っているといえよう（プログラムに伴うミーティングの持ち方に関しては三澤（剛）の報告を参照されたい）。

表 18 治療プログラムに要したマンパワーと時間

		治療プログラム						
		MDT 集団活動 プログラム	急性期 OT	SST	心理教育	OTレク	活動療法	地域生活ミー ティング
マンパワー(人数)								
参加 Pt		7~8	2	8~10	1~6	10 前後	3~7	5~6
関与スタッフ		7~8	1~3	2	2	2~3	1~2	2
Ns		1~2	1	2~3	2	1~2	1~2	1
時間(分)								
準備		20	15	10	5	10	10	10
Pre-Meeting		20	15	10	10	なし	なし	なし
運営		60~90	60	60	60~90	60~120	60	60~90
片付け		15	10	5	5	10	5	10
After-Meeting		30	15	10	10	なし	なし	なし
記録		10×Pt 数/Ns 数	10×Pt 数/Ns 数	10×Pt 数/Ns 数	10~15×Pt 数 /Ns 数	3×Pt 数/Ns 数	3×Pt 数/Ns 数	5×Pt 数/Ns 数
合計		175~205	135	125~135	100~165	95~170	80~100	110~140

表 18 を参考に、ガイドラインの示す治療プログラム数である 1 日 6 プログラムを実施すると想定して、参加対象者数と関与スタッフ数を検討した（表 19）。

表 19 新病棟 1 日の治療プログラム（例）

急性期						
	プログラム	対象者数（人）	関与スタッフ数（人）			
午前	急性期 OT	3	6 (以上)	プログラム運営	OT	1
				運営補助	Ns	1
				対象者付き添い	Ns	4（以上）
午後	活動療法	3	6 (以上)	プログラム運営	Ns	1
				運営補助	OT	1
				対象者付き添い	Ns	4（以上）

回復期						
	プログラム	対象者数（人）	関与スタッフ数（人）			
午前	SST	8	7	プログラム運営	CP	1
				運営補助	Ns	2
				対象者付き添い	Ns	4
午後	OT レク	10	7	プログラム運営	OT	1
				運営補助	Ns	1
				対象者付き添い	Ns	5

社会復帰期						
	プログラム	対象者数（人）	関与スタッフ数（人）			
午前	心理教育	8	5	プログラム運営	CP	1
				運営補助	Ns	1
				対象者付き添い	Ns	3
午後	退院準備 ミーティング	6	4	プログラム運営	PSW	1
				運営補助	Ns	1
				対象者付き添い	Ns	2

関与すべきスタッフ数について明らかにするために、各プログラムにつき、運営するスタッフ 1 名、運営補助スタッフ 1 名を設定した。対象者の状態に応じて、付き添わなくてはならないスタッフ数は変化するが、本研究では各期の対象者の特徴を踏まえ、以下の設定で検討した（表 20）。この対象者対看護師の比は、ステージ分類の各期の特徴から見た時の目安であり、実際は対象者ごとの観察レベルにあわせた人員の配置となる。

表 20 対象者の観察レベルの目安（例）

治療ステージ	対象者：看護師	観察のレベル
急性期	1：1 以上	付き添い

回復期	2 : 1	付き添いまたは視野に入れての観察
社会復帰期	3 : 1	視野に入れての観察またはフリー

試行されたプログラム実施の経過を参考に、病棟全体の安全を確保しつつ、ガイドラインに示された活動プログラムを午前、午後に3つずつ実施する想定では、午前のプログラム運営に18名のスタッフ、午後のプログラムの運営に17名のスタッフが必要であることがわかった。

2) ケアに必要な時間について

次に、プログラムを実施するために要する時間について考える。午前のプログラムを10時から11時、午後のプログラムを14時から15時の60分で実施すると想定して、1日のプログラムを実施するための所要時間をまとめた(表21)。

表21 午前・午後にプログラムを行う際の時間の目安(例)

	時間		内容
午前	9:25~9:40	(15分)	準備
	9:40~10:00	(20分)	プレミーティング
	10:00~11:00	(60分)	治療プログラム活動
	11:00~11:10	(10分)	片付け
	11:10~11:30	(20分)	アフターミーティング
	11:30~11:50	(20分)	記録
午後	13:25~13:40	(15分)	準備
	13:40~14:00	(20分)	プレミーティング
	14:00~15:00	(60分)	治療プログラム活動
	15:00~15:10	(10分)	片付け
	15:10~15:30	(20分)	アフターミーティング
	15:30~15:50	(20分)	記録

これを治療ステージの各期で実施していくので、実際には3つのプログラムが平行して運営されることになる。1つのプログラムを実施するためには、準備、片付けおよび前後のミーティングの時間を確保する必要があることを忘れてはならない。

3) ケアに必要な物理的環境について

病棟で、プログラム実施の妨げとなった要因として、プログラムを行う部屋の不足が挙げられる。新病棟では、病棟と比べると、病棟内に治療プログラムの実施が可能な環境が整っている(表22)。しかし、午前、午後にそれぞれプログラムを3つずつ実施するには、プログラムの目的、メンバー数などを考慮した上で、実施する場所の確保について検討する必要がある。

4) ガイドラインに沿ったプログラムの実施について

新病棟に配属される看護師数は43名の予定であるが、その中で日勤勤務者数は限定されてくる。看護師は治療プログラムにおいて中心的または補助的な役割をとりながら、プログラム

を実施するだけでなく、入院している全ての対象者の日常生活への援助をはじめ、安全管理や身体管理、医師や臨床心理士や精神保健福祉士等の面接への同席、外出外泊への同伴、複数の定期的な会議への参加などの業務も行わなくてはならない。

これらを行いながら、ガイドラインに沿ったプログラムを行うためには、日勤勤務者数の確保もしくは、プログラムの内容や時間、1日に実施するプログラム数の検討を行わなければ、プログラムを実施することだけに看護師は追われてしまうだろう。複数プログラムを実施することに翻弄されることなく、大切なことは病棟全体の安全確保をしつつ、対象者が必要としているプログラム内容を提供していくことにある。

表 22 当該病棟とガイドラインとの比較

	当該病棟	ガイドライン
マンパワー		
看護師総数	17	43
患者数(病床数)	45	30+(3?)
一日の看護師数	日中:7-9名 夜間:2名	日中:20名 夜間:6名
患者:看護	日中 6:1 夜間 24:1	日中 1.5:1 夜間 6:1
看護が参加する 治療的活動		
プログラム数	0-2/日	4-6/日
会議数	CPA 会議 0-2/月	治療評価会議(毎週1回) 治療評価会議(毎月1回) 治療評価会議(3ヶ月に1回) 治療評価会議(6ヶ月に1回)
会議でのケース数	0-2/月	33×4+1+α/月
訪問サービス (外泊訓練など)	0-2/月	8+α/月
活動の場		
	会議室1、面会室1、 デイルーム1、 作業療法室(病棟外) 体育館(病棟外)	体育館 集団療法室(大・小各1) 作業療法室 面会室、デイルーム その他、各施設の構造による

(大迫 充江、小松 容子)

VII. 今後の課題、残された問題

今回は、措置入院を受け入れている精神科男性閉鎖病棟(1病棟)のみで、研究を行なったが、医療観察法の施行後は、指定入院医療機関をフィールドにした研究が必要である。そして、マンパワー、物理的環境、安全管理を含んだ管理的な視点と、看護援助、多職種連携のあり方、

治療プログラムの評価方法等、臨床的な視点での検討を行なっていくことが課題となる。

また、入院処遇ガイドラインに沿った看護援助に関する研修のほかに、司法精神看護に関して、効果的な介入のための「核となる能力 core competencies」と臨床的な知識や技術についての「幅広い能力 wider competencies」¹²⁾を獲得できるような教育・研修を検討することが今後さらに必要である。

(小松 容子)

VIII. 補足資料

- A. 治療プログラム参加のお誘い
- B. 治療プログラム 記録用紙
- C. 学習グループへのお誘い
- D. 訪問看護記録用紙

【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
- ¹ 宮本真巳: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、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
- ¹ 三澤孝夫:ソーシャルワーカー、作業療法士、心理士等の教育システムならびに専門性について、平成 14 年度厚生労働科学研究報告書分担研究「触法行為を行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」、pp297-307、2003
- ¹ 三澤孝夫:心神喪失者等医療観察法における社会復帰・地域支援制度の諸問題-英国との比較を通して-、町野朔編「精神医療と心神喪失者等医療観察法」ジュリスト増刊、pp248-251、2004
- ¹ 平林直次:国立精神・神経センターにおける Care Program Approach in Japan (CPAJ)を用いた退院促進および地域ケアの試み、平成 15 年度国立病院・療養所共同基盤研究報告書、pp35-39、2004
- ¹ 松本賢哉:心理教育が統合失調症患者の病識にもたらす効果-個別心理教育による各場面の分析から-、2004 年度山梨学院大学修士論文、2005
- ¹ 桜間悠子、大迫充江:国立精神・神経センター武蔵病院における地域移行システム、平成 15 年度国立病院・療養所共同基盤研究報告書、pp40-50、2004
- ¹ 羽山由美子、小松容子:司法精神看護職の研修・教育のあり方、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」、pp493-509、2004
- ¹ 小松容子:精神科急性期閉鎖病棟に入院している分裂病圏の患者の攻撃性の兆候及びその特徴に関する事例研究、2002 年度聖路加看護大学大学院修士論文、2003
- ¹ 宮本真巳:事例検討の方法、日本精神科看護技術協会監修、改訂版・精神科看護の専門性をめざして専門基礎編、精神看護出版、2002
- ¹ Adapted from the Sainsbury center for mental health. pulling together.: the future roles and training of mental health staff. Unaided Kingdom: the Sainsbury center for mental health. 1997
- ¹ Developing a framework for post-registration competences for local forensic services.: Report on Forensic Consensus Workshop.1999
- ¹ Department of Education, Science and Training: Mental Health Nursing Education and Health Labour Force: Literature Review. Commonwealth of Australia 2001
(http://www.dest.gov.au/archive/highered/nursing/pubs/mental_health/9.htm)

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～

Key word : 多職種チーム (MDT : Multidisciplinary Team)、触法精神障害、司法精神医学

I. はじめに

2004年(平成15年7月10日)、「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」という)」が成立し、2005年(平成17年)7月、わが国で初めての司法精神科病棟が開設することとなる。医療観察法に基づく医療については、厚生労働省よりガイドラインが設けられており、対象者の多様かつ複雑なニーズを把握し、多面的および重層的な関わりをするため、複数の専門職からなる多職種チームによって医療を行うことが明示されている。

これまでの精神科医療においても、施設による相違はあるものの、多職種からなるチームによる対象者の社会復帰に向けた働きかけも一部で行われてきたわけであるが、「医療観察法」の入院医療においては既存のモデルとどのように異なるのであろうか？ これまでは、各専門職がそれぞれのフィールドで対象者へのアプローチを行い、そこで得られた情報を多職種の場で検討し、対象者の治療の方向性や、治療における各職種の役割を確認してきたといえる。つまり、各職種が担う治療場面は独立しており、治療プログラム自体を複数の職種で運営することは、あまり見られなかったのではないだろうか。

指定入院医療機関では、医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士および作業療法士の協働によって、プログラムを運営することが想定されている。つまり、各職種が、共に同じ場所で、目標とする治療を一緒に進めていくこととなる。

本報告は、実際の病棟での実践を前に、より円滑かつ有効な多職種チーム医療の実現をはかるべく、治療プログラムの試行を通じて、多職種で関わることの意義、課題、治療的な反応などについて整理したものである。

II. プログラムの概要

今回の試行では、新法に基づく触法精神障害者を対象とした医療を想定し、多職種で治療プログラムを実施することに伴う課題について検証することが目的とされた。実際には医療観察法の施行前であり、対象者は精神保健法により当院入院中の方、スタッフは当院で一般精神科業務を日常的に行っている者から選定された。治療環境については、当院精神科作業療法棟の一室を用いて実施している。

プログラムは作業療法の一環として行われたもので、平成16年8月より平成17年2月の間に計17回実施した。それらのセッションは、治療的な目的により前期・中期・後期の3期に大別されるが、前期の9回を導入及びスクリーニングセッション、中期の5回を課題遂行セッション、そして後期3回を特定の活動を目的としたセッション(リラクゼーションおよびボディーワーク)としている。

本報告では前期の導入及びスクリーニングセッションについて報告するものとする。

1. 対象者

武蔵病院男子急性期病棟に入院中で、過去に重大な他害行為がある者から10名を対象とした。

疾患、在院期間、個人要因等についての詳細は、佐藤の報告に詳しいため、省略する。

2. 多職種チームの構成（合計）

医師（4名）、看護師（9名）、臨床心理士（3名）、精神保健福祉士（1名）、作業療法士（1名）

3. セッションの概要

第一期 スクリーニングセッション

治療プログラムの導入として、半構成的な場面、活動を用いて、各対象者の集団環境への適応状況に関するスクリーニングを行った。主な焦点は、個人的要因（興味・関心、価値感等）、作業遂行能力（理解力、集中力、計画性、問題解決能力、持続性等）、コミュニケーション（言語・非言語的能力、疎通性、関係性、協業等）などに絞り、どのようなサポートがあれば参加 participation が可能となるのかについて明確化を図った。

また、作業の遂行、コミュニケーション等の実行に求められる能力に応じて段階付けされた活動を設定し、個々の能力に応じた介入を行うことで、より円滑な参加が可能な活動を行うことで、潜在的な能力をある程度明らかにし、その後の治療プログラムの目標設定を目的とした。

第二期 課題遂行セッション

初期のセッションにおける評価より、サポートレベルを把握し、パラレルな関係から、ある課題を介した相互交流を目的としたセッション。実際には季節の行事の計画の立案のための話し合い、準備段階での協業、実際の行事の運営を通じた遂行能力等の評価および治療的介入を行った。

第三期 特定の目的を示したもの：リラクゼーション

スクリーニングおよび課題遂行セッションの経過から、集団場面でのストレスが高く、その対処技能の基本となる身体的な自己認識力の低さが見られ、外部から観察可能な体調の観察方法、表現やストレッチを用いた身体的な筋緊張の軽減、呼吸法を用いたリラクゼーションの実践のなどを実施。

III. プログラムの詳細および経過

1. プログラムの構造

1) 実施期間および回数、頻度：

平成16年8月より11月の間の計9回。週一回のペースで実施した。

2) セッションにおける参加者・スタッフ数：

セッションの平均の参加者は、6.2名（最低3名～最高7名）であり、スタッフについては平均7.4名であった。

スタッフの職種の内訳は1セッションあたり、医師は1.2名、看護師は2.5名、心理は1.7名、精神保健福祉士0.6名、作業療法士は1名という参加になっている。

このうち複数回参加が可能であったのは、医師、心理士および作業療法士で、ほぼ毎回同じスタッフが関わることができていたが、看護職については、勤務体制上毎回同じ

スタッフが継続して参加するのは難しい状況であった。
毎回のスタッフ:参加者の構成比は平均 6.2:7.4 ということになり、マンツーマンをやや上回る。

表1 各セッションごとの参加者、スタッフの構成

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	8/25	9/1	9/8	9/15	9/22	9/29	10/20	10/27	11/10
参加者	6	7	7	6	3	6	7	7	7
スタッフ 合計	8	9	9	6	3	8	8	8	8
医師	2	2	2	1	0	1	1	1	1
看護師	2	3	3	3	1	3	4	2	2
心理	2	2	2	1	1	2	2	2	2
PSW	1	1	1	1	0	1	0	0	1
OT	1	1	1	1	1	1	1	1	1
見学者						3		2	1

3) セッションに要した所要時間：

セッションでの直接的な介入に要した時間は 60 分から 90 分であったが、その前後の準備および片付け、ミーティング、記録を含めると、この1セッションを行うためには、概ね 3 時間を所要している。

セッション自体の時間は、当初は 60 分程度を想定していたが、その後の参加者の耐久性の向上、活動への注意の持続などにより 90 分まで延長することもあり。

表2 セッション当日のスケジュール

8:30~9:00 病棟申し送り (9:00~9:25 OT スタッフとのミーティング)
9:25~9:45 プログラム準備
9:45~10:00 プレミーティング
10:00~11:00 セッション (病棟までの送迎 10 分)
11:10~11:40 アフターミーティング
11:40 ~12:10 プログラム後片付け
12:10~12:40 記録

4) 集団の開放度および質：

集団でのプログラムということで設定されたが、集団の構造としては、開放度はセミクローズとし、途中から多少のメンバーの出入りも念頭に入れるが、ある程度固定した

メンバー間のやりとりも考慮するものであった。

場を共有する、スタッフあるいは他のメンバーとの1対1の関係の持ち方、短期の課題に対して他者との交流をもつなど、個々の経過や集団の発達過程に沿って段階づけされたプログラムを進めている

当初は、活動や物理的構造を用いて、対人的な距離を安定した状況に保ち、過剰な緊張、不安を防止することに配慮している。

5) 場所：

入院後病棟以外の環境に出ることがない対象者にとり、固定された環境よりも環境を変えて行う方が、肯定的・現実的な反応が期待されるのではないかという意見があり、同伴外出のレベルの対象も見られたが、環境の変化に応じた行動などを考慮し、病棟外の作業療法施設にて行う。必要に応じて変更することもあったが、ほぼ一定の場所を用いた。

6) プログラムの内容

集団場面における基本的な適応の状態を把握しながら、個々の参加 participation の技能応じ、段階付けられた活動への導入を図るものであった。非言語的な活動から言語的な表現、活動を主体として対人距離を保つこと、スタッフとの安定した関係性を軸に、パラレルな集団から課題遂行レベルの集団へと移行することなど、段階的な集団発達やコミュニケーション技能、作業遂行における内的な動機付け、認知的側面など作業を安全にかつ安心して行えるよう活動分析された設定をしている（表3、表4参照）。

表3 セッションの概要

	日付	セッション	時間
1	8/25	自己紹介、ウォーミングアップ	60分
2	9/1	他者を知ろう：他己紹介	60分
3	9/8	分割画1	70分
4	9/15	分割画2	90分
5	9/22	気持ちについて	60分
6	9/22	陶芸1	90分
7	10/20	目隠しデート	70分
8	10/27	クリエイティブ・ライティング	90分
9	11/10	陶芸2	90分

表4 セッションにおいて用いた活動とその特性

活動	目的	評価のポイント
Coffee time	セッション前の informal な時間と場。病棟からセッションを行う部屋への移行を空間を確保。	熱い飲み物、ポットなどの取り扱い以上の安全管理、砂糖の量、飲み方からの行動のベース、ゴミの取り扱いやこぼれたときの処理などから process skill の評価。 場の中での位置取り、尋ねる、eye contact のコミュニケーション、時間のすごし方、筋緊張の状態等、やや枠のゆるい環境での行動の把握
名札づくり	自己紹介という表現活動を前に、グループに所属するという意識付け。自分の名前を他者に知らせることについての反応。	好みの色の選択+大きな紙から規定の大きさの台紙を切り抜く+台紙の色に合わせた色のマジックを選択し、書字する+ケースに収める(上下を判断して)といった一連の工程は、3工程以上にわたるが、この行動のなかから、言語的指示の理解、道具の取り扱い、計画性、組織化など認知遂行技能の基本的レベルを評価。
自分の興味のあること、関心のあることを描いてみる	自己紹介という自己表現を遂行するための思考過程の1プロセスとして、自分を言い表すための自己認識を図る。	個人的な要因である、興味・関心、価値、思考内容のまとまり、現実感、注意集中の持続などの評価。
自己紹介	自分の名前だけでなく、自分を特徴づけることを付け加え、言語的に表現をする。	言語能力、他者の傾聴、自他の意識付け、声の表現、自我境界、自信等の状態の把握。
他己紹介 相手に対するインタビュー	他者に関心をもつこと、傾聴するという手段のまゝに積極的な方法で、質問をして、相手の考えをきくことの促進。言語的、具体的交流の段階~互いの共有する点、相違点を発見し、他者と疎通することを現実的な感覚として、認知すること促進。	1対1での関係における反応。 言語能力、想像力、問題対処、共通の話題に対する会話の広がり、思考内容、質問に対する適切な答え、 思考の一貫性等。感情、会話の抑揚。
他己紹介 他者に対して、他人のことを紹介する。	他者に関心を持つ、傾聴するなどを促進するため、 構成的な質問をして、相手のことを確認し、自他の区別や共有点の確認	言語的表現、関心の度合い、情意面での反応 他者の価値や関心に対する反応
分割画	一枚の絵をグループの人数分に分割し、各部分をひとりひとりが分担して、最後にすべての部分を合わせて、一枚の絵を協働で仕上げる。絵の見本は原寸大ではなく、小さなものを拡大して描く。 隣り合う人との比較調整(線のつながり、色)、デザイン決定などを通しての非言語的な関与~具体的な行動	理解力、構成技能、 対人技能 身体性(接触、見つめる、ジェスチャー、位置を定める) 正しく向く、姿勢をとる)、情報の交換(発音、主張、尋ねる、かみ合う、表現する、声の調子、話す、持続) ・関係(協業、従う、焦点を当てる、関係をとる、尊重する) 対処技能: 問題解決、回避、ことわり、感情のコントロール、行動の制御、集団の規範への対応、適度な休息等
気持ちを表す言葉を思い浮かべてみよう	どんな思い、感じがするのか、という問いの前に、感情を表現する手段としての言語能力、語彙がどのくらいあり、本人の言い回しなどの特性について把握すること。出てきた言葉の意味について確認し、どのような感じを表すのに、どの言葉や表現を用いるのか、個別的な違いをとらえる。	自己の状態を表すことの正確性、自己の状態の把握 表現手段(本人の言い回しなどの特性なども) 言語的表現能力(感情を表現する手段としての言語能力、語彙を含めて)他者の表現に傾聴する(スタッフの聞き方についてモデリングする機会)、他者と自分の共有できる点の発見、他者を受け入れること、自分のことを受け入れられること、集団への帰属感、
クリエイティブ・ライティング 20~30分	字のない絵本をみることで、ある事象について「考える」という時間を持つ。対象となる物語について、生起する感情面の言葉、イメージを書き出してみる。 そこにイメージされる、気持ち、感情、色や温度、におい、感触等感覚的なものの言語化	枠組みのゆるい活動における、 視覚的な限定された情報からの 理解・認識、思考能力(症状と現実感)
陶芸 :紐作りによるコーヒーカップ	グループ時に、コーヒーを飲むのに用いるマイカップという設定で行う。 素材として粘土という可塑性のあるものを選択。結果に対する不安、自信の低下が見られ対象者にも、比較的安心して取り組める。	認知運動的、身体的技能等のスクリーニング: 課題の理解、道具の使用、巧緻性、計画性、構成能力、注意・集中の持続、道具の共有、問題解決等のスクリーニング。 活動を媒介とした他者とのかかわり、 興味、関心、価値観など余暇活動や休息の領域に関する自然な場面での会話。 自他の区別、自他の違いについての認識 他者への自然なかかわり

7) 評価方法

対象者の評価については、多職種の観察に基づいた集団療法評価および、作業療法士の評価として、対人交流とコミュニケーションについてはコミュニケーションおよび相互交流評価 (ACIS: Assessment of Communication and Interaction Scale) を用い、作業遂行全般に関わる人間作業モデルスクリーニング評価 MOHOST: Model of Human Occupation Screening Tool 生活 occupation における全般的な評価を行った。

集団療法評価については、言語コミュニケーション、非言語コミュニケーション、注意・関心、感情に類別される行動が、場面において見られたかどうかを評定する。また作業療法の評価については、4段階の評定で判断するものであるが、機能的な面での能力の有無ではなく、あくまで社会生活における実行、実現を念頭にいたもので、本人が価値があると捉えている生活が、どのようなサポートや、環境の調整によって可能であるのかを評定するものである。

2. プログラム経過における対象者の反応

1) 開始初期の段階

1) - a 集団での状態

その場にいること自体が緊張するケース、集中の持続が困難なため、一定の時間同じ場所にとどまることが困難なケースなど、環境への適応や、課題の遂行レベルに問題があり、安定した参加がむずかしいことがみられた。この場合、対象者ごとにその場から離れた場所に対応することや、無理のない参加ペースを維持するため、休息のタイミングに配慮し、個々の状態に応じた参加が、各担当スタッフの介入により促進された。

言語的な表現、感情的な面の表現は半数以上がまったく見られず、非常に強い対人緊張を示している。

しかしながらスタッフとの1対1の関係では、受動的で範囲は限定されるものの会話ができる状態ではあり、個別介入によって集団の課題を個々のレベルに適した働きかけをすることは、興味の持続、自信や自尊感情を保障し、他者との関係性を肯定的なものとしていくために必要であった。

自己表現については、趣味やスタッフとの雑談であっても「ノーコメント」と返すかたが複数見られ、自我境界のゆるさにもとづく不安もある状態と思われた。参加についての姿勢は、毎回スタッフが病棟の部屋に声をかけにいったら準備を始めるといった意欲・関心レベルであり、体調の悪さを理由に出席することをためらう、欠席するなどもみられている。途中で状態が不安定になり病棟に帰ることや、課題に対する注意・集中の持続についての問題から、頻回にトイレやタバコの休憩を求める対象もあり、環境への精神面および身体面の耐久性の低さがみられており、個々の状態に応じた参加の仕方を保障している。