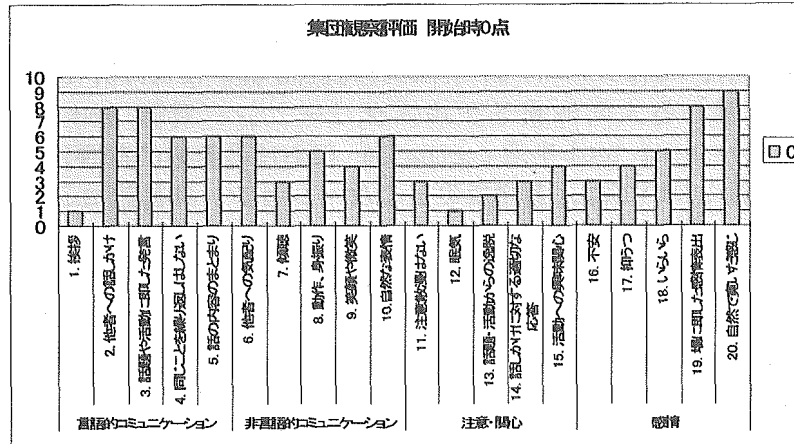


表5 開始時の集団観察評価 有効な行動が見られなかった点



1) - b 実際の生活行動としてのレベル～サポートの必要性

コミュニケーションおよび生活課題遂行について、サポートがあってもうまく遂行することができない(0点)と常時あるいは頻回があれば取り組むことができるレベルの対象者を合わせると、コミュニケーションでは20項目中のすべてで半数以上の方が該当している。

またそのうち表現する、共有する、協業する、関係をとる、尊重するなど半数が働きかけがあっても円滑に実行できない、あるいは拒否される状態であった。

活動を実際に行うことに必要な遂行技能としては、課題を順序立てた、問題解決手段を考える、空間におけるものの配置を考えて作業を行うなどについては半数がサポートが必要なレベルであった。

個々の能力については個々による差異は顕著であり、対人的な緊張、精神症状、自信の低下などのより個人の要因などその背景にあるものは個別的な要素が強く、表現能力、対処技能も乏しいため、「休みたい」という一言に含まれることも、身体的な体調の不具合なのか、プログラム参加に対する不安なのか、今抱えている問題が頭から離れないのか等々その理由によって、プログラム参加の促し方も個別的な配慮が必要とされている。

また、ここで示された課題について焦点化し、多職種それぞれの領域における介入に応用するなど、この集団プログラムの場面で得た情報をもとに個別的な関わりを設定し、そこでの関与による成果が集団の場面で活かされることにつながり、集団における実践的な対処や行動と個別的な関与における個々の課題克服といった連携がとられるようになった。

表6 開始時 コミュニケーションと相互交流 援助を要するもの

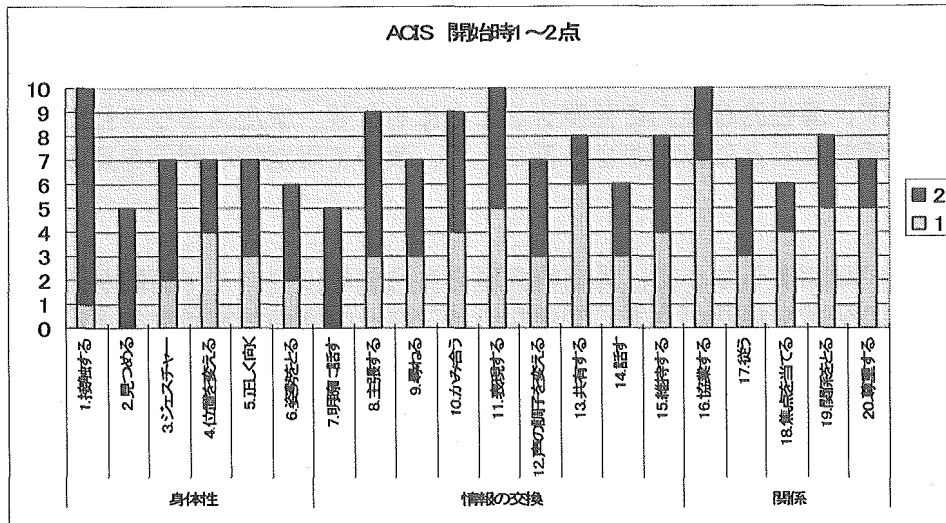
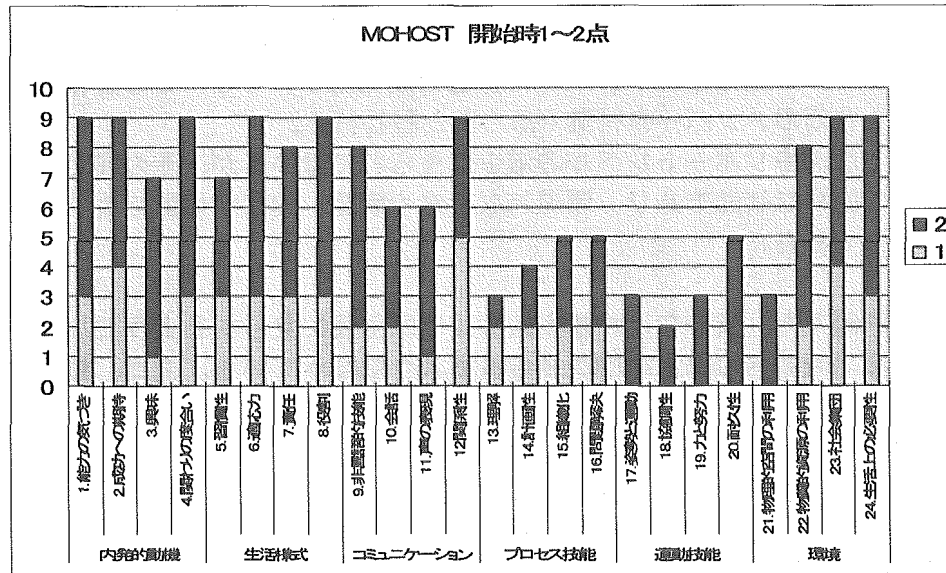


表7 開始時 作業遂行に援助を要するもの



2) 中盤から後半における変化

2) - a 集団での状態

場への適応については、他者と同じ空間で過ごすことができる安定してきている。これまでのスタッフとの関係性を通して集団と関わる状況から、リーダーのスタッフとの平行な関係へと移行してきている。構成的な枠の明確な活動のなかで、自分の役割を担うことが見られており、他者に参加の呼びかけをしたり、意見を求めるなどの関与を示すことも出てきている。

また、直接的な対人行動も、スタッフとペアを組むことにより、安定した反応に対する安心感、安定した距離感により、話しかけ、必要な情報の提示、身体的接触などを求められる場面にも取り組むことができるようになってきている。

このように、関係性がすこしづつ見られるようになり、個々の対処についても特徴がでてくるのであるが、自ら動くことはまったく見られず「誰かがやると思うから」、「次に何をしたらいいかが良くわからない」、「他の人と意見が違うから言えない」、「自分がいいところをとってはいけないから」とじゃんげんで勝っても自分にとつ

て有利な選択をしない等々、集団への関与における、個別的な課題がようやく言語されてきている。

病棟などの static な環境では、求められることがないために問題となることがなく、目立たずに過ぎたことを、安定した環境設定のなかで表出する機会が保障されたことで、潜在的な能力を発揮することにもなり、またスタッフにとってもその能力や内面的なことに気づかされることで、改めて個別的な評価を見直すことになった。

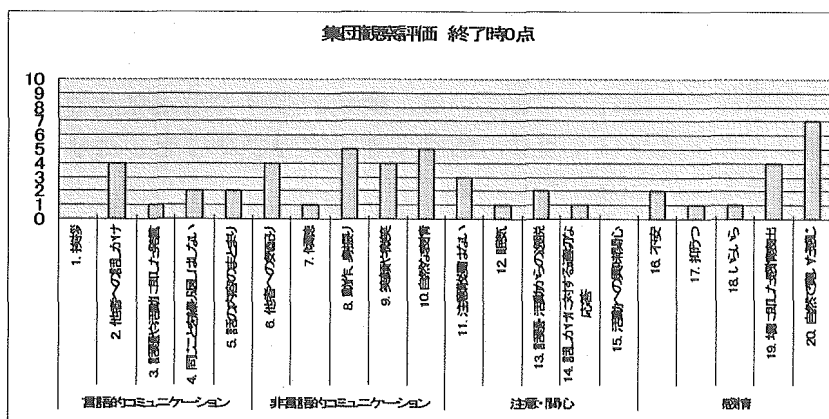
緊張が緩和するなかで、言語的表現や自己表現については問題が見られないが、他者への配慮や傾聴がうまくできないメンバーの行動が集団に与える影響が強まり、パラレルな集団への安心感を強めた段階の集団構造に影響を及ぼすことが見られた。自己表現や意見の表出については、回避することを認めていたのであるが、「なんでも思っていること言えればいいんだよ」「時間がないから早くやろうよ」など他者の行動を共用するなどの発言がみられたが、退院前後の時期の対象者であったこともあり、回復段階の評価と集団のメンバーの選出について熟慮を求められる事案であった。このケースについては、外来でも継続しており、精神保健福祉士を中心に、集団場面での行動と生活状況の適応状態の問題が指摘され、個別的なかかわりを検討している。

プログラムの経過中のメンバーの状態の変化についても、その変化の起伏が大きいことも今回のメンバーの特徴であったと思われる。

行動面の改善やサポートレベルの減少は見られてはいるが、その安定性や耐久性については脆弱な状態であり、環境的な条件や課題、症状や体調によって容易に変動するものである。

観察評価でも、挨拶などの基本技能はほぼ全員に見られるようになり、半数に何らかの形で他者への働きかけが見られるようになっている。また、貧乏ゆすり（指先、かかとを頻回打ち鳴らす、不安の訴えや、頻回なトイレの利用など感情の安定性についても、約 1~2 名を除いて安定している。ただし、その安定性については、状況に応じて変動があり、自然な表情や寛いだという状況ではなく、何らかの活動に専念しているときは緊張緩和しているが、直接的な対人行動を伴うものでは、緊張が亢進したり、相互交流の対処に苦慮するなどが見られた。

表 8 終了時の集団観察評価 有効な行動が見られなかった点



実際の生活行動としてのレベル～サポートの必要性

開始時に比較し、環境への適応状態が改善し、自発的な行動も見られるようになってきている。他者との情報の共有について自己表現、話す、尋ねる、かみ合うなどの基本的要素について、開始時には、サポートがあっても円滑に行うことができないとするものが見られていたが、サポートがあれば可能なレベルが増加している。また、関係性についても協業する、関係をとる、尊重するなど他者を認識し、状況に応じた行動をとることについて、サポートがあれば可能であるものが増加している。しかしながら、1名については、顕著な改善がなく、不安定な参加状況であった。

役割の意識、日常の時間的な枠組みのなかでの能動性など、終盤にかけてはプログラムの時間になると自ら用意をして待っている、という対象者も見られ始めており、前日よりスケジュールの確認を行うなど生活のパターンへの影響も見られ始めている。

この時点における、総合的な評価としては、改善は見られているものの、未だ生活行動上の実際の行動に結びつくためには、相当量のサポートが必要であること、そしてサポートあるいは問題の解決には個別性が高く、焦点化された関わりが必要であろう。

表9 終了時 コミュニケーションと相互交流 援助を要するもの

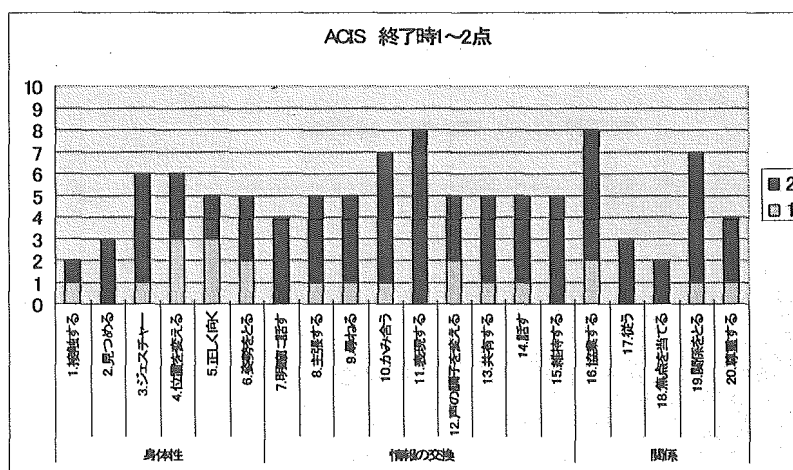
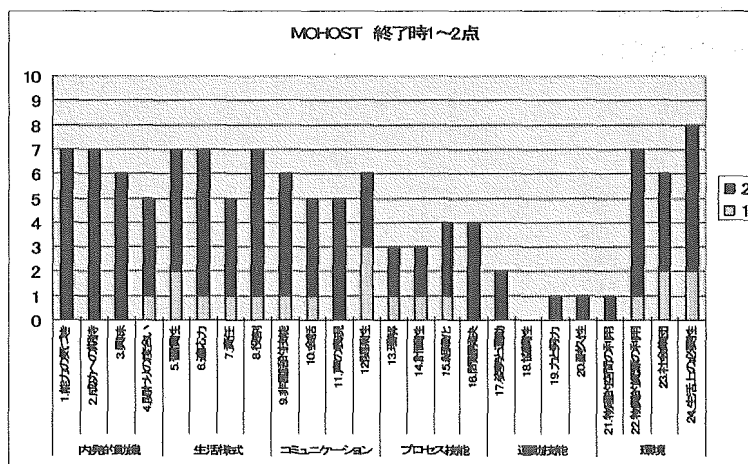


表10 終了時 作業遂行に援助を要するもの



IV. 結果

参加に対する意欲については、当初拒否していたケースがあり、参加後も同じ活動場面にいる時間が限定されていることが見られたり、病棟での患者ミーティングに自ら参加するようになる、自ら挨拶をする、セッションでの発言について当初ノーコメントと意見をいうことを拒否していたケースが、発言をするようになるなどの変化が見られている。また、一定の活動における注意・集中が難しいケースが特定の活動であれば関わりをすることが見られたりすることで、他の治療プログラムでの方針につながることもあった。

ほとんどのケースで共通して見られていたのは、言語的な能力があるにもかかわらず、自信の低下や表現することの不安、治療への意欲が低いことがあり、それらについてはセッションの回数を重ねるごとに改善を示している。

集団場面での行動については、開始時には、スタッフのサポートがあっても難しいとするケースは減少し、なんらかのサポートがあれば、適応的な行動をとることができるとする対象者が増加している。

しかしながら、自然で寛いだ態度や表情などは未だ見られず、保護的な空間や環境設定に置かれれば、できることもあるが、自発的な参加については受動的な行動をとる傾向がある（表11から14参照）。

表11 集団観察スケール 開始時と終了時の比較
0：適応的な行動が困難なものの推移

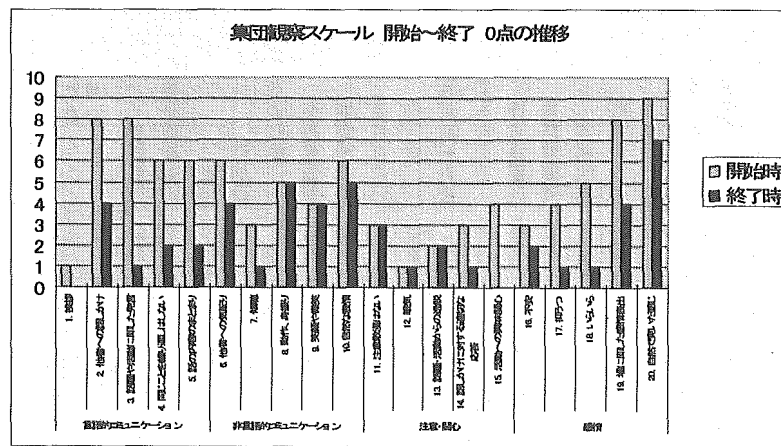


表12 コミュニケーションと相互交流
参加が困難なものの推移

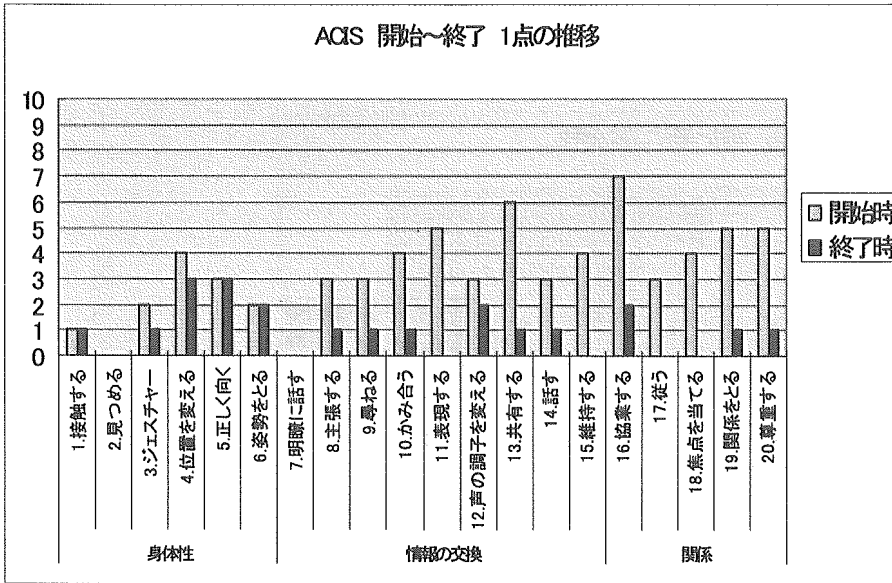


表13 コミュニケーションと相互作用
援助があれば活動参加が可能なものの推移

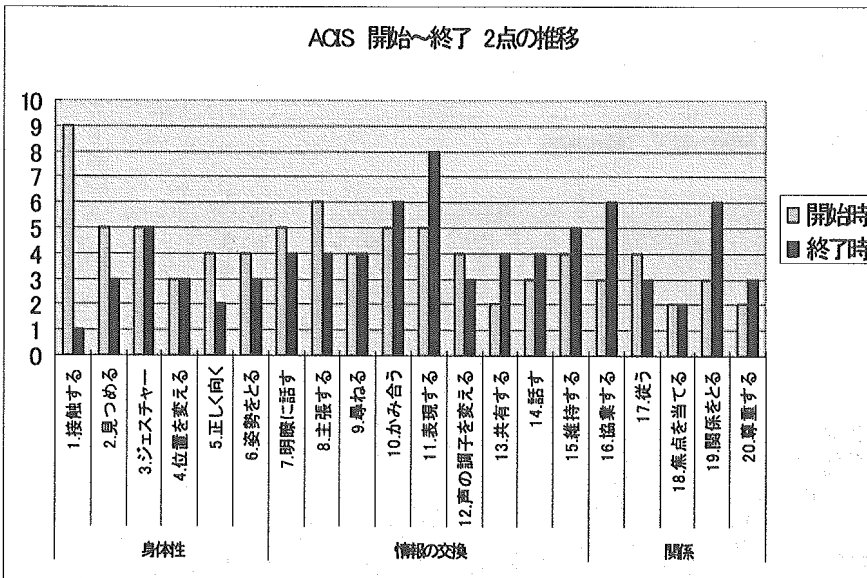


表 1 3 作業遂行が困難なものの推移 (表 1 3 が 2 つある)

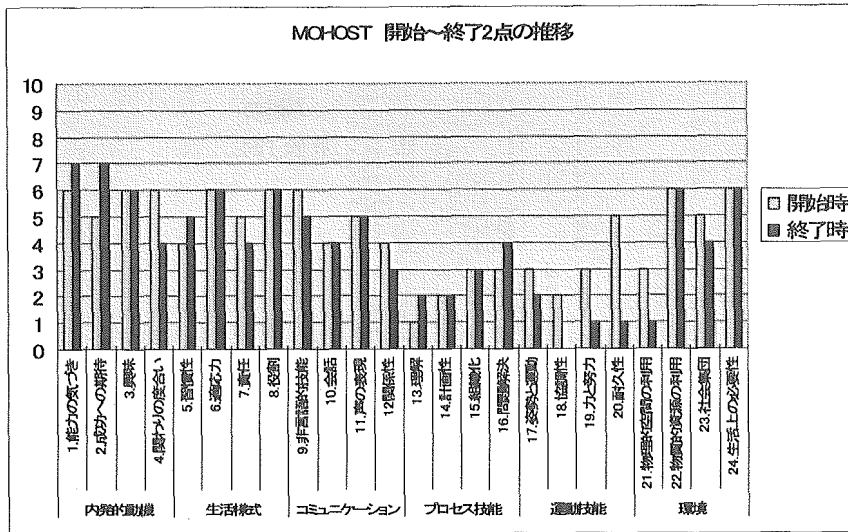
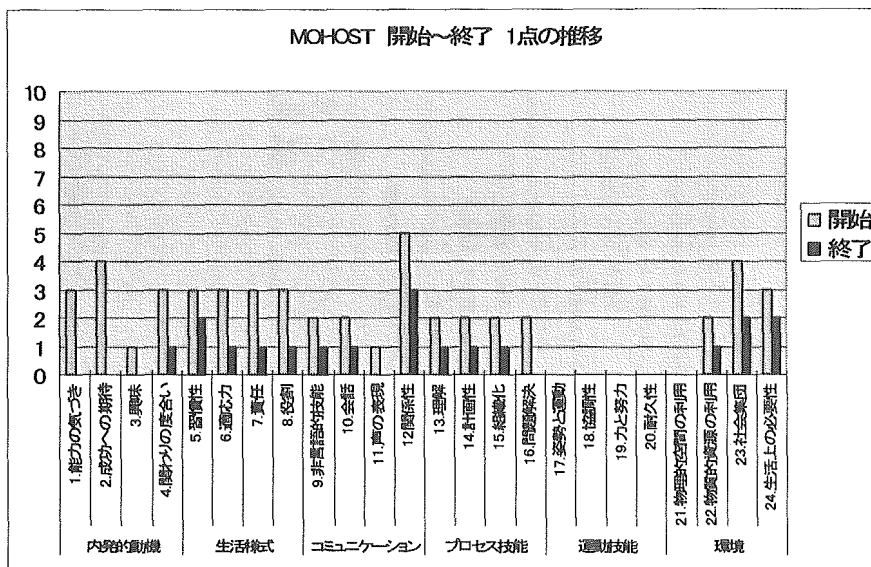


表 1 4 作業遂行が援助により可能なものの推移



V. セッションのまとめ

新法における司法精神科治療病棟の治療プログラムの検証としてスタートした。治療に加わるスタッフについては、従来のように作業療法士のみによって運営されるのではなく、他職種で行うというガイドラインに基づき、医師、看護師、心理士、ケースワーカーの全職種によって運営されたものであった。

治療プログラムの対象者については、精神疾患を有することと重大な他害行為を行った経歴があるということで選ばれている。それゆえ、個々の治療的なニーズ、身体機能・精

神機能、認知運動技能、コミュニケーション技能および対象者の興味関心、環境適応能力はさまざまであり、また、年齢層も20台から40台後半までと広範にわたるものであったが、計画されている司法病棟の規模が30床ということを見ると、治療プログラムとして集団を利用したものを行おうとすれば、このような構成を考える必要があることも視野に入れておく必要がある。

そのような経緯から、単に暴力や対人交流、日常生活活動等の技能訓練等の特定なニーズを満たす治療構造を用いるのではなく、病棟外で行われる活動および集団を利用した環境設定における、行動や作業遂行能力、対人関係の傾向、それまで表面化していなかった内在的な能力等、対象者に関わる広範な能力を関連するすべての職種専門性から多面的に捉え、ケアの方向性を考慮すること、治療の方針や役割を確認することなどを確認するためのスクリーニンググループという位置づけを他職種チームでの検討会で確認し、試行することとなった。

今回のプログラム実施を通して、多職種によってプログラム運営をする上で考慮すべき点について、多職種チームの関与、ミーティングの持ち方、保安環境における人員配置についてまとめてみた。

1. 他職種チームによる関与

今回の治療プログラムの特徴は、他職種でプログラムの運営に関わったという点であろう。

病棟での従事が主たる業務であるスタッフには、病棟での環境と外部での環境における対象者の行動の違いを確認する機会となり、内在的な能力やリハビリテーションプロセスにおいて改善、獲得、代償してきた能力を病棟での生活のなかでどのように動機付け、働きかけをするのか、という視点における評価 assessment、情報を得ることになり、リハビリテーションと生活の連携につながる機会となった。

対象者への関与については、病棟におけるプログラムの説明、プログラムへの動機付けを医師、看護が主として担い、集団の構造・治療的活動・環境設定等を多職種の助言をもとに作業療法士が、個々の状態のモニタリングについては心理士を中心に理解を深め、退院後の計画にむけた情報や環境因子に関連した個別的問題への取り組みを精神保健福祉士に関与するという役割が明確になっていった。治療経過や背景因子および治療全体のコーディネーションについて医師の調整があり、従来の精神科では、問題行動が見られると、その状態が落ち着くまでリハビリテーション関連の病棟外での治療プログラムはお休みといったことが一般的であったが、精神症状あるいは行動の変化への適切な対処が保障されることで、問題行動がみられたとしてもリスクアセスメント上の判断から参加が可能ならば、治療は継続することにつながる。

心理士など、面接や検査業務のような特定の役割を担う職種からの情報は、対象者のより内面的な状態についての理解や、スタッフと対象者および対象者同士の対人関係に対しても、実際の行動を通じた関与をすることで、治療全体に関わる専門的な助言がなされ、対象者との関わり方についての視点など、より焦点化された評価・治療方針をもたらすこととなった。

ケースワーカーの参加は、退院後の生活における課題を実際の活動において、アフターミーティングにおいてフィードバックされることで、より具体的な評価・治療における社会生活上の課題が出てきている。また、特に外来通院後も継続参加している対象者における対応は、病棟から地域生活への継続的なリハビリテーションプログラムをタイムリーに構築・修正することを他職種で共有することとなった。

2. プログラムに伴うミーティングの持ち方

本来の治療プログラムであると、そのセッションの反応のみを検討することになるが、今回のように評価するクリーニンググループのようなセッションでは、各専門職の実践、視点からの情報を集約する機会となり、セッション中の反応とそのほかの環境での差異が明確になることから、あえてその他の意見を取り上げることもみられ、他職種チームによる治療的な関与が活性化されたと思われる。この際、常時関与しているスタッフだけではなく、かかわりの度合いが低いスタッフ（プログラムへのかかわりはないが、病棟でのケアは行っているなど）が参加することで、より客観性が高められる効果もあると思われた。

司法精神科における対象者は、複雑な問題を抱えていることが多いことが想定されており、他職種チームが関わるスクリーニングプログラムにより、情報を共有することは非常に重要ではないかと思われる。

時間的な問題は、今後検討されるべきではあろうが、初回 CPA までの評価の一環に、このようなプログラムを導入することは、実践的な他職種チーム医療を促進するものではないであろうか。システムのみでなく、評価を進める上での臨床実践として有効であると考えるところである。

今回の試行にあたっては、プログラム前のプレミーティングおよびプログラム後のアフターミーティングを多色チームで行った。プレミーティングについては、プログラムの目的、スタッフの関与の仕方、最近の対象者の状態の変化、個別的なプログラムの用い方、対象者の変化に対応するスタッフの特定などの項目の確認を行い、使用する環境や用具の特性に応じたリスクアセスメントおよびマネジメントプランについての検討を約 15 分ほどで行った。

アフターミーティングでは、各対象者の反応に関しての各スタッフからの評価、スタッフのアプローチ方法を振り返り、病棟、そのほかの治療プログラムでの関与の方向性、次のプログラムで試行する内容や評価についての検討を図った。この際、他の専門職で実施している関与についてもセッション時の反応との関連性について気づかれることが多く、特に退院が間もないケースや、退院後の変化が著しいケースの検討には時間を要し、平均 30 分から 45 分がかかっている。

当該セッションのみならず、他の治療プログラムの運営に反映される内容も含んだ検討がされたことの意義は大きい。業務全体からの割合を考慮すると、30 分程度で終えることのできるような工夫がなされるよう、会議形式については検討が必要であろう。人員配置の問題により、継続して参加することが難しいことを想定すると、治療的な関わりを保障するには、プレミーティングでの治療方針、リスクマネジメントの打ち合わせは必須であろう。司法病棟の対象者については、活動前にいまいちど他害行為やリスクとなる事項、マネジメントについては、変更がなくとも確認することは原則と思われる。特に活動を用いたプログラムでは、環境との相互作用による影響を受け、病棟での行動、診察や検査などの静的な状況とは異なる反応が見られることを予想し、熟知しているという過信をせずに、基本的な情報を再度確認する作業が求められる。

このように、司法病棟での治療的プログラム運営については、治療的な側面とともに保安という側面があり、対象者、他の患者およびスタッフの安全性を十分確保しつつ、個別の治療目標を最大限に達成するために、スタッフによる準備、検討、評価、振り返りなどの共通理解をミーティングで行う必要があると考える。

3. 多職種チームで治療を行う意義

1) プログラムへの円滑な導入

入院の早期から関わる医師、看護師がその導入から関わることは、状態の不安定な時期からの継続的な関係性をもってきていること、現在の状態への経過を把握し、反応の程度についての確な評価があることから、治療プログラムへの導入を円滑することとなった。

2) 治療プログラムにおける対象者の反応に対する的確な対処

プログラムの負荷に対する対象者の個々の反応に対し、対象者の特性に応じた対処が迅速なされたことで、早期の離脱を防止し、環境適応への移行的な役割がとられたことは、治療の継続について有益であった。また、プログラム後の変化を病棟スタッフが感想について尋ねたりすることで、プログラム中に生じた事象に対して対象者が抱えている問題を取り上げることは、プログラムや環境への認識の偏りを修正することになり、他の参加者に対する認識や求められる課題に対する不安を軽減し、固定した観念を固着することの予防になった。

3) 個々の専門領域における実践との連携

多職種で治療プログラムに協同で関わることは、多面的な評価をもたら対象者の総合的な把握を促進するものであるが、このことで自分の役割が明確になるものでもある。具体的、現実的な場面での相互の関わりを共有することにより、自己の専門的役割、介入の領域、方法を改め明確にするものである。

特にセッション中に起きたことが、他の専門職による介入場面でことなる方法で介入されたり、また、そこで得た対処技能を他の場面で応用するなど、一貫した働きかけをするための土台をなすことも考えられる（生活技能訓練での課題⇔作業療法の集団場面⇔心理面接⇔病棟生活における対人行動場面における対処などにおける共通の目標の確認および実践）

4) 場の共有

今回のプログラムでは、プレミーティング、評価会議や評価ツール、リスクアセスメントツールなどの体系的な物質的な手段の共有のみならず、具体的な行動場面において、同じ場면을複数のバックグラウンドをもった専門職で共有する機会を得ることとなった。

従来の多職種チームでの対象者の情報収集は、異なる時間や場面で行われていたものが主であると思われるが、今回は同じ場面を同時にそして活動を通して、客観的な関与と同時に主観的な体験を通した情報をもたらすことにつながったのではないであろうか。活動を治療的に用いてのプログラムでは、対象者と活動を通して関与する治療者側の自己洞察を通した治療的な自己の活用は有用な治療要因であり、そのような現実的な、ダイナミックな場面のかかわりは、生活における対象者の意志、動機付け、共感性などの評価に有益な情報をもたらすものではないであろうか。

5) 今ここで

集団精神療法の原則のひとつとして今ここで here and now ということがあるが、これまで単一の職種のみによって実施されてきた治療的介入は、その事象が終わったあ

とで報告され、時にそこで生じた問題が時間を経過してから他の職種に伝えら混乱を招くということが見られることもあった。
しかしながら、まさに現実の場面で展開していることを、多職種がリアルに体験することで、対象者の反応やそれを引き起こした文脈についての理解を深め、その場面において起きた事象に対してはその背景や文脈が明らかな時点で対処する機会となった。

4. 多職種による治療プログラムを実施するうえで考慮されるべき事項

1) 固定したスタッフの確保の困難さ

今回は集団の構造を用いたプログラムであったが、職種の構成はほぼ変わらないものの、同一の人物であるとは限らないということが、勤務の組み合わせにより生じた。看護師の勤務や役割は多岐にわたり、週一回の定期的な曜日に実施されるセッションに毎回関わるための勤務表作成については困難が予想される。 集団では対象者はほぼ固定しセミクローズドであったが、スタッフは看護をはじめとして変化が著しかった。このことは、集団のプロセスの把握を困難とし、また凝集性の高まりを阻害したり、必要なサポートレベルを判断することの障害となる。

2) 司法精神科病棟での治療と保安のバランスについて

司法精神医療の対象者は、複雑なニーズを有し、適切な医療的アプローチおよび安全性の確保には、十分な配慮が求められる。

今回の集団プログラムでは、急性期の対象者も含まれていたわけであるが、複雑なニーズをもち、状態の変動がみられ、安定性が十分とは言えない対象者に対する治療的な関与を可能とするには、どのくらいのサポートレベルが必要とされるのかについて検証してみたい。

まず今回用いた作業療法の評価のうち、コミュニケーションと相互作用の評価であるACIS、作業遂行に関わるすべての領域のスクリーニング MOHOST による評価では、4段階で、生活の遂行が、どのようなサポートレベルによって可能なのかが評価される。

それはまた、治療的な関わりの視点および安全性を考慮した保安レベルおよびリスクマネジメントの視点の二つの見方が必要になる。

2) - a 治療的な視点

評価による評点が1の段階では、サポートがあっても困難な状況であり、スタッフ:対象者の比は1:1以上と仮定する。評点が2の段階では常時サポートがあれば可能という段階でありスタッフ:対象者の比は1:1とする。

評点が2の段階では、状況に応じた、時々サポートで可能であれば可能であるというレベルであり、スタッフ:対象者の比は1:2ということが想定される。

では10名のグループで、どのくらいのスタッフが必要となるのであろうか？

表15 評価の基準

ACIS、MOHOSTの評点

4: サポートなく遂行可能

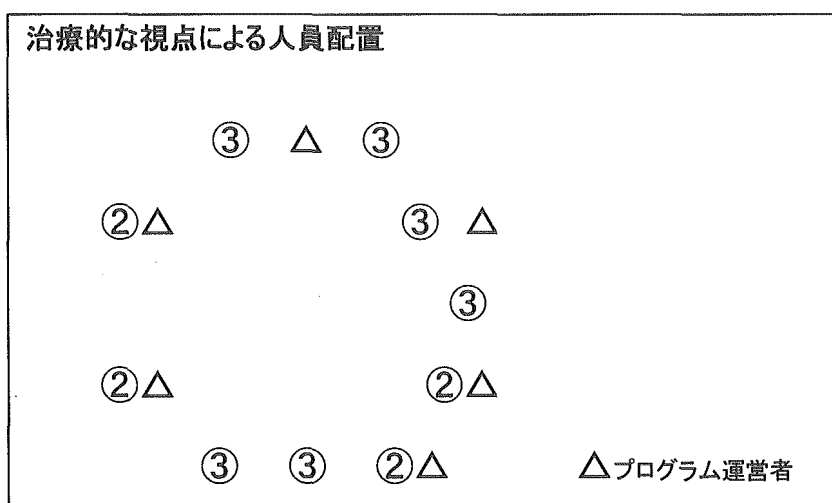
3: 時々サポートで可能~1:2

2: 常時サポートで可能~1:1

1: サポートがあっても困難~1:1以上

スクリーニング評価で、常時サポートを要する2レベルと評価された対象者(②)については、1:1の対応が求められ、それぞれにスタッフ(△)が関与する。時々のサポート(状況に応じて)で十分である3レベルの対象者(③)については、スタッフ(△)1名が2名の対象者(③)に関与することとすると、図のように、対象者②には各1名、対象者③に対しては、対象者2名に1名のスタッフを配置することになる。すると10名の対象者に対して、7名のスタッフが治療プログラムを促進するためには最低限必要となる。また、これとは別にプログラムの運営を主導するスタッフを別にすることは必要であり、したがって10名に対して8名が治療的に必要となる。

表16 治療的な視点からみた人員配置



2) - b 保安レベルおよびリスクマネジメントの視点

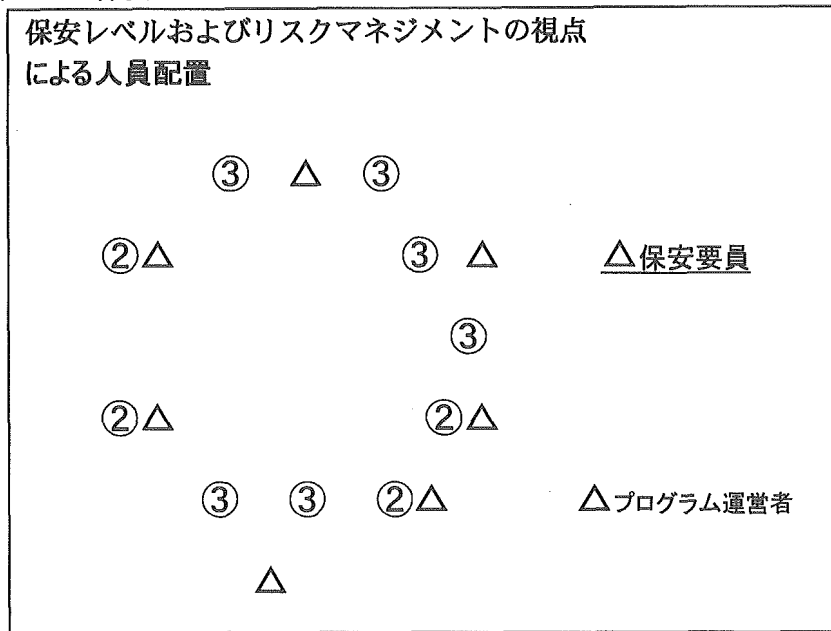
また、保安レベルの視点から、急性期の対象者では、リスクアセスメントに基づく要因が必要となろう。その時点における対象者の状態(過去2週間にわたる行動の評価など)を精査し、レベルを確認する必要がある。

実際に、途中で調子が悪くなることや、トイレのためにその場を離れることもあり、院内同伴の場合は、スタッフがトイレにも同伴する必要があり、治療的な関与とは異なる判断がなされる可能性がある。

主に治療的な関係性を保つ役割をその場で担うことになったスタッフメンバーが、監視的な役割をもとめることは、対象者との関係性に影響を及ぼし、治療の円滑な進展を妨げる可能性がある。このような場合、自他への安全面を考慮しつつ、治療を進めるといふ治療と保安のバランスを多職種チームで十分検討し、その対応を考える必要があると思われる。

仮説としては、このような状況で、上記の治療的な視野における人員配置に保安要員を加えると、10名の参加者について、9名のスタッフのが必要とされることになる。ただし、この人員の配置は、対象者の治療的なサポートレベルおよび保安レベルを精査したうえで検討されるものであり、10名につき9名が標準といった脈絡のない決定ではないことを付け加えたい。

表 17 保安レベルおよびリスクアセス的な視点からみた人員配置



2) - c 保安レベルによる人員配置が、個人や集団に及ぼす影響

活動プログラムについては、対象者の関心、意欲、動機付けのレベルなどを捉えながら、対象者の環境への反応に十分配慮した関わりが求められる。能動的な参加を過度に期待することは避けられるべきであり、スタッフ自身が自身の状態や行動を認識しながら、状況に適した行動をとることを考慮する必要がある。

司法医療においてはスタッフの比が高いことが特徴となる。今回のプログラムについても、対象者数を上回る数のスタッフが参加することになったが、個別的なケアや状況の変化に応じた対応がなされるという点では、治療プログラムの安全性、困難なケースへの対処を可能にすることになる。

一方、治療構造や環境設定の面では、限られた面積の室内においてスタッフの割合が高いことは、集団の力動にも影響を与えることになる。特に個別のケア担当が特定されないスタッフの行動については、観察や評価といった役割が強まり、対象者の緊張を強めたり、活動エリア以外でスタッフ同士が固まってしまうと、集団の注意が分散したりということが生じた。作業療法の構造は、対象者自身・治療的プログラム（あるいは活動）・集団・場所そして時間といった要素が関連することにより成り立つものとされる。対象者がどのように振舞うか、ということへの関心と共に、それに関わるスタッフ自身のプログラムへの関与や自己理解が重要となり、たとえば、なかなか活動を始めることができないという対象者が隣にいるときに、すぐに援助をするのではなく、まずその対象者が何を求めているのかを待つことも必要であり。また、作業療法や活動療法では、具体的な行動を用いた治療的プログラムであり、実際の場面において生じる事象を、ともに体験し、スタッフも対象者と共有した感覚を得ることにより、治療援助関係が促進されるものであり、対象者に対して行うことだけでなく、スタッフ自身の関わり方についても検討される必要がある。

VI. 今後に向けた課題

1. 多職種による治療プログラムのデザイン及び運営

多職種による治療的関与については、個々のプログラムのデザインと治療プログラム全体のバランスを保ち、より効果的な介入を考える必要がある。

他職種チームでの治療活動については、それぞれの領域の特性に従った専門プログラムと、目的や介入方法を共有した協同要素を強調した協同プログラムに類別されることがこのセッションを通して考えられた。

今回のセッションについては、治療構造や各セッションの構成などの基本デザインは作業療法士が主に関わったが、その経過を通して、各専門職種の意見を取り入れながら、目的や方法などを修正してきている。

協同プログラムについては、各スタッフが主体的に関与することができるよう、精神科での基本的な介入方法を主軸におき、どのようなプログラムを準備する必要があるのか、その目的や目標をどこに置くのかなどについて他職種メンバーによって方向性を共有することが重要であろう。

また、治療プログラムは継続的にその効果や対象者の反応をみながら、全体の運営状況を定期的に検証し、治療に用いた活動の特性、スタッフの資質、プログラム運営などの治療構造の見直しが求められる。

通院医療のガイドラインに沿いながら、各施設ごとに、多職種による対象者の状態を評価し、ニーズの把握したうえで、具体的、現実的なプログラム計画・運営プロセスを確立することが必要になる。そのうえでも、このような臨床場面を共有することから得られる情報は有益なものとなる。

2. 人員配置

諸外国の例では、司法精神科医療の対象となるものには、単に疾患、症状の程度だけでなく、発達の側面、認知運動技能、コミュニケーション技能、感情のコントロールなど円滑な生活の遂行を妨げる可能性が示されている。

疾患および広範な生活技能の障害に応じるためには、個別的なサポートが十分なされることが求められる。今回のプログラムの試行では、常時マンツーマンのスタッフ対患者比を保つことができたことで、個々の対象者の能力に応じた関与を図ることになり、治療的な影響を有効に提供することになったと思われる。

また、先述したとおり治療的な視点と共に安全に運営されることも考慮しなければならない。対象者の状態の変化、突発的な行為などにも、個別的に関与することができることで、治療プログラム中の安全が確保され、同時にプログラムが妨げられることがないことも経験され、治療と保安のバランスが保たれることの重要性が示唆される。

複雑なニーズを持つ対象者への関与を効果的に実施するための人員配置を今後どのように安定した状態で行っていくかは、非常に重要な問題であるが、日常的な観察や行動面の対応に個別的なケアを担う看護スタッフが、いかに一般の精神科よりも人員配置が高い基準になったとしても、治療プログラムにも関与できるスタッフを準備できるのか、そのほかの職種についてもどうなのか。ちなみに作業療法士の例では、英国の中度保安施設での人員配置は PICU 6 床に 1 名、急性期ユニット 17 床に 2 名、回復期ユニット 17 床で 2 名、社会復帰期でもアルコール薬物関連であれば 20 床で 2 名配置となっていた。治療的な効果や問題対処能力などの専門職種としての技能も人員配置の基準として考慮され、3 年以下の経験が浅いものについては、基本的に急性期および PICU は単独で担当しないという標

準的基準が示されていた。

現状では、回復段階にもとづき治療ステージが3期に分けられているが、30床に作業療法士は2名である。英国では回復段階に応じて配置数の割合を考慮した配置をし、早期からニーズに応えら得るような基準をもっているが、回復段階に応じたプログラムを回復ユニットごとに作業療法士1名づつが専任となって担当するには、すでに1名足りない状況である。単に量的な要求をみたすことでなく、治療と保安を十分考慮された理念にもとづいた人員配置が保障されることが今後の課題であり、複雑なニーズをもつ対象者に早期から有効な関わりを実現するために、治療的な技術および問題への対処技能を有した人材を確保することができるよう願う。

3. 多職種によるプログラムの検証

多職種によって構成されるプログラムについては、定期的な見直しが必要である。プログラムの効果を客観的に振り返り、スタッフと対象者との関係性についてのスーパービジョンにより、スタッフのモチベーションを保ちつつ、良好な治療的関係をリセットすることは長期にわたる治療には重要なことである。

各専門領域で計画される治療、多職種での関わりを主眼としたもの、そして各治療期ごとにわかれた病棟ベースのものとは基本的には3層の構造が見られるが、全体を統合する治療的理念にもとづき、それぞれに設定される治療プログラムの質や量を、どのような基準で整理し、設定するのか、そしてその結果どのような結果が得られたのか、など治療プログラムの計画・運営は看護、作業療法など関与の度合いの大きい職種が中心となって対象者のニーズに適したプログラムの検討を on going でなされる必要がある。

4. 継続的教育およびスタッフの資質の維持と向上

人員配置の項でも述べたように、治療と保安のバランスを適切に保ちながら、多様なニーズを抱えた対象者に、早期からの関与することが可能となるには、スタッフ個々の専門性が保障される必要がある。自己研鑽はもちろんのこと、国の施策として司法精神医療が推進されるのであり、そのためには業務として技術研修を実施することができるよこと、司法医療の進展に必要な分野の技術研修の体系化を図ることなどは、英国における NHS の体制に学ぶべきところであろうか。そして、その機会が一部の職種に限られることなく、広く提供されることが望ましいことはいうまでもない。

- ・ 年間に一定期間の技術研修
- ・ 教育機関との連携により、日常の臨床業務と研究活動をコメディカルでも行えるように。
- ・ 効果が期待される治療的なアプローチについての技術研修
(例：認知行動療法の一部で、看護やその他の職種でも実施可能なもの)
- ・ リスクアセスメント、マネジメントについての情報の更新、等。

[資料：セッションの運営方法]

第1回 8月25日(水)：自己紹介・ウォーミングアップ

項目	内容	留意点
Coffee time	病棟からの移動後、部屋に入る前に喫煙、飲み物で落ち着く。	informal な部分での交流嗜好、熱い飲み物の取り扱い。
オリエンテーション	プログラムの説明 原 Nrs. より目的、意図等のガイダンス。	Nrs. により個別に導入した後、全体での目標の共有を図る。
名札作成	5種類の色紙から好きな色を選んで、自分の名札を作る。	自己紹介という言語的な表現の準備段階として、活動を用いた準備段階。課題の理解、道具の使用、巧緻性、計画性、構成能力、道具の共有、問題解決等のスクリーニング。
自分のこと： 自分のことを他の人に伝える 好きなもの、趣味、長所・短所、嫌いなもの等の例を挙げる。	自己紹介をすることの意味を説明。 特徴をあらわすための項目を考える。 順に回してひとりひとりから意見を求める。 わからない、思いつかない場合はパス。	自分のことを知ってもらうため～自分のことを考える、という目的。 現実感、テーマに沿った思考
それらについて表現できる ところを、考える。	自分の好きなもの、趣味、長所などについて振り返る。	Index offence、病気のみでない健康な部分に注意をむける。 興味、関心、価値感や生活パターンの把握。 ～自分のことを考える。 一時的に中断、停止されていた個々の occupational performance の自覚 自己主張のための準備性の把握
発表	自己紹介という行為を通しての自己表現、言語表現、それを円滑にするための道具としての自分の特徴。	言語的表現能力、 他者の表現に傾聴する 他者と自分の共有できる点の発見
感想		
リラクゼーション	頭部、肩、体幹のストレッチ 呼吸法 眼を閉じて1分間を測る	活動を通しての緊張や疲労の緩和と、力を抜く～緊張を落とすことでの、快体験
まとめ	自己紹介という行為を通して、他者との関係のとり方について考えるきっかけ、用いるスキルについて。 他者を意識する前段階としての自分のことを振り返ることの意味、等のフィードバック。	他者と同じ部分、異なる部分を認識することで、自分というものの再認識を促進。 共有できる部分を強調し、相互の認識を促す。

第2回 9月1日(水): 他己紹介

項目	内容	留意点
Coffee time	病棟からの移動後、部屋に入る前に喫煙、飲み物で落ち着く。	informal な部分での交流嗜好、熱い飲み物の取り扱い。
オリエンテーション	プログラムの説明	自己紹介：自分自身のことを考えて、話すということから、話し合いに向けて、他者への関心をもつ機会を通して、話し合いにつながるということの説明。
他己紹介 1) ペアになって、互いに相手に質問し、特徴を知る。	スタッフとメンバーの2人組みを作る。 互いに相手のことについて、前回自己紹介で用いた項目等を用いて、質問すること、質問されること、他者への関心をもつこと、他者のことを自分が発表すること、を行う。	他者に関心をもつこと、傾聴するという手段のまえに積極的な方法で、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。
他己紹介 2) 発表	互いに組んだ相手のことについて、発表する。	質問の内容を他のペアにも返す。 それぞれのメンバーの、言語的レベル、理解力、対人関係機能のレベルに応じて、共有する点などについて確認する～疎通性ということの具体的な例を提示する。
発表	自己紹介という行為を通しての自己表現、言語表現、それを円滑にするための道具としての自分の特徴。	言語的表現能力、他者の表現に傾聴する 他者と自分の共有できる点の発見
感想	他者に自ら接触を持つことでの、気分の変化、感じたことを確認。	他者と接するときに見える感情の変化 他者と交流することの具体的な方法の確認等
リラクゼーション	頭部、肩、体幹のストレッチ	活動を通しての緊張や疲労の緩和と、力を抜く～緊張を落とすことでの、快体験

第3回 9月8日(水):分割画1

項目	内容	留意点
Coffee time	病棟からの移動後、部屋に入る前に喫煙、飲み物で落ち着く。	informal な部分での交流 嗜好、熱い飲み物の取り扱い。
オリエンテーション	プログラムの説明	
リラクゼーション モビライゼーション	動きのある課題への身体性の準備	筋緊張の状態、コントロール
分割画	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 説明 2) 2つのグループ(スタッフ、メンバー混合) 3) 見本画の分割 4) どの部分を担当するか決める 5) それぞれの部分の拡大模写 6) 隣り合う人との比較 7) 調整(線のつながり、色) 8) デザイン決定 9) 彩色 	<p>理解力、構成技能、対人技能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体性(接触、見つめる、ジェスチャー、位置を変える、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) <p>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</p>
作品の紹介	各グループの発表 各メンバーの感想	
まとめ		

第4回 9月15日(水) 分割画2

項目	内容	留意点
Coffee time	病棟からの移動後、部屋に入る前に喫煙、飲み物で落ち着く。	informal な部分での交流 嗜好、熱い飲み物の取り扱い。
オリエンテーション	プログラムの説明	
リラクゼーション モビライゼーション	動きのある課題への身体性の準備	筋緊張の状態、コントロール
分割画	<p>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。</p> <p>1 0) 隣り合う人との比較 1 1) 調整(線のつながり、色) 1 2) デザイン決定 1 3) 彩色</p> <p>1 0) 張り合わせ 1 1) 最終調整</p>	<p>理解力、構成技能、対人技能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体性(接触、見つめる、ジェスチャー、位置を変える、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) <p>対処技能:</p> <p>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</p>
作品の紹介	各グループの発表 各メンバーの感想	
まとめ		

第5回 9月22日：気持ちについて

項目	内容	留意点
Coffee time	病棟からの移動後、部屋に入る前に喫煙、飲み物で落ち着く。	informal な部分での交流嗜好、熱い飲み物の取り扱い。
オリエンテーション	プログラムの説明 気持ちを表すことについて	自分が感じていることを、どのような言葉で表現できるのか？ということの準備性についての、メンバーの持つ語彙や言語能力についての確認。
気持ちを表す言葉を思い浮かべてみよう	アニメーションで表され感情を示す表情のリストを参考に、気持ちを表す言葉を考える。	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。
発表	他のメンバーの意見を聞きながら、自分の中にある語彙や表現手段と、他者の用いる表現について知る。	表現に多様性があることを認識し、 自分の感じていることについて、より伝えやすい表現はなにか、ということを考える 第一段階として位置づける。
いま自分の思うこと、感じていることについて、考えてみる。	現在感じていることを振り返り、あらためて自分の気持ちに気づく。	情緒的な部分をいかに正確に言語化できるのか、手段としての言語の活用についての動機付け。
発表	他者に自分の考えていることを表現する。 また、他者の感じていることを聞くこと。	言語的表現能力、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、
リラクゼーション	頭部、肩、体幹のストレッチ	活動を通しての緊張や疲労の緩和と、力を抜く～緊張を落とすことでの、快体験