

第6回 9月29日(水):陶芸1

項目	内容	留意点
Coffee time	場所を変わり(陶芸室)、その部屋での位置付けなどの行動を見る。	適応するためのプロセス。 informal な部分での交流
オリエンテーション	プログラムの説明	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。途中でやめても再生できることなど説明。
作陶: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。	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
まとめ	具体的な活動を用いることでの意味 身体的 精神的 環境との相互作用	具体的な活動を用いることは、 現実場面における、リアルな行動、能力の発言の機会であり、本人も周囲も、それまで内在されていた本当の能力に驚くものであり、良い意味でも、悪い意味でもその行動から得られるものに対するフォローが重要である。

第7回 10月20日(水): プライドデート(目隠しデート)

項目	内容	留意点
オリエンテーション	プログラムの説明	
目隠しデート 20～30分	<p>2人1組で、交代で1人が目を閉じ、1人が手を引いて室内を歩く、触ったもの、紹介された人を当てる。</p> <p>実施方法</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 説明 2) 2人1組(スタッフとメンバー) 3) 1人が案内役になり、もう1人が目の見えない人の役に成る。どちらの役を誰がするのか、決めてください。 4) 案内役はパートナーをゆっくりと静かに、危なくないようにして、部屋の中を案内する。 まず、近くのものに触る、そのものを当てるなど、周りの状況になれることから。 5) パートナーとの”信頼関係“ができたと感じたら、廊下にて、ある場所まで行き、決められたものにさわって、帰って来る。5分～10分したら、合図をして、役割を交代する。 6) 全員が終わったら、感じたことをそれぞれが書く。 7) 感じたこと、それについてどうしたら安心したり、やりやすくなるのか、ということなどをテーマに話し合い(10分) 8) 話し合いで出された改善策をもとに、再度目隠しデートを行う。 9) 一度試行し、感じたこと、考えたことを実行し、解決されたかどうかについての話し合い。 	<p>グループのレベル： 顔見知りだが信頼しあえるところまでは達していないグループ。</p> <p>目的： 信頼感と感覚的な認識力を高めるための種目。 感覚～感情表現を促し、 その様な状態がどうしたら安定するのか、 それについて考える機会をもつこと。 考えたことを実行してみる。</p> <p>案内される役割(受動的、従属的)と、案内する役割(主導的、積極的)との違いを通して、まずは、自分の感覚について考え、 その後、他者への関わりについて考えるきっかけにする。</p>

第8回 10月27日(水): クリエイティブ・ライティング

項目	内容	留意点
オリエンテーション	<p>プログラムの説明 表現することの練習 いっぽなし、聞きっぱなしでよいことを確認する</p>	<p>考える、感情の表現をすることにより、 自分自身の状態の把握や、ストレスケアや問題解決に向けた、プロセスを把握する。</p> <p>感情を表現する手段として言語的な表現を促進すること。 他者の表現を聞くことにより、 違いや共感するところを認識すること。</p>
<p>クリエイティブ・ライティング 20～30分</p>	<p>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</p> <p>実施方法</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) まず個々が、最後まで目を通す。 2) これについてのあらすじを書く。 3) 選択された5場面について、 その場面について 自分が感じたこと、気持ち (どんな気持ちが起こるか) イメージ、温度、色など せりふをつけるとしたら、 	<p>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)</p>
発表	4) それぞれの場面についての発表	<p>他者からの評価についての意識 自信、自尊心</p>

第9回 11月10日(水):陶芸2

項目	内容	留意点
Coffee time	場所を変わり(陶芸室)、その部屋での位置付けなどの行動を見る。	適応するためのプロセス。 informal な部分での交流
オリエンテーション	プログラムの説明	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。途中でやめても再生できることなど説明。
作陶:素焼き作品の修正、釉がけ	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。	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
まとめ	具体的な活動を用いることでの意味 身体的 精神的 環境との相互作用	具体的な活動を用いることは、 現実場面における、リアルな行動、能力の発言の機会であり、本人も周囲も、それまで内在されていた本当の能力に驚くものであり、良い意味でも、悪い意味でもその行動から得られるものに対するフォローが重要である。

通院医療と地域処遇における看護師の役割

宮本 真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

1. 入院中の対象者に対する地域処遇

1) 入院中の対象者に対する地域処遇の基本的な考え方

対象者への地域処遇は、対象者が医療と遭遇したその時から始まる。基本的には指定入院医療機関への入院からだが、厳密には審判の時点からであり、看護師の関わりは鑑定入院からということになる。それ以降のあらゆる体験が、対象者の地域における生活自立への道筋に有形無形の影響を及ぼす。精神症状が治まってから徐々に社会復帰を考えるという既存医療の悪弊を打破することの必要性は、医療観察法による処遇では特に強調されねばならない。

ただし、どんなに入念な入院医療によっても対象者の治療は完結できるものではなく、入院治療は、あくまで地域処遇の助走に過ぎないという前提を忘れてはならない。これらの前提を踏まえ、対象者の地域における自立にとって何が必要かを念頭に置きながら、入院処遇の内容を吟味していく必要がある。

2) 入院初期から急性期を通してのかかわり

対象者の自立を一貫して支援するには、精神症状がまだ顕著な時期から、状況認識を促す方向での働きかけを始める必要がある。入院初期における看護師の重要な役割は、援助契約を結び綿密なガイダンスを行なう中で、対象者が事件に至る自分の行動を振り返りながら、どのような将来に向けて、今何をしたらいいかについて、前向きに考えることを促す働きかけである。ここで躓くと、対象者も援助者も、地域社会からの抵抗を始めとする自立の阻害要因を一つひとつクリアしていく、しんどい共同作業に取り組む意欲が削がれてしまう。厳しい状況の中で社会復帰への意欲を持続するには、できるだけ先の見通しを持つことが重要なので、支援チームとしての援助は退院後の地域処遇の中でも継続していく心積もりがあることについて、ガイダンスの中で対象者にしっかり伝えていくことが必要だろう。この時期は、対象者にとって心身共に苦痛の多い時期なので、看護師によるきめ細かいケアは援助関係の成立にとって促進要因となり得るが、依存関係を助長しないような配慮も必要となる。

3) 回復期の治療・看護と地域処遇

指定入院医療機関では、治療共同体の理念を重視し、グループ・プログラムを中心としながらも、対象者の個別性に見合う自立支援に向けたケア・プログラム・アプローチが実施される。この時期の治療・看護の焦点は、疾患理解と自己理解を通じたエンパワメントであり、その出発点は地域自立に向けた内発的動機づけの向上である。対象者ごとに地域自立の阻害要因を明確化し、クリティカルパス作成の原則に従い、重要課題に集中的かつ集約的に時間とエネルギーを注ぐことを可能にする、合理的なプログラム作りが求められる。入院生活への過剰適応により施設症が生じて地域自立を阻害しないような配慮や、対象者同士のピアサポートへの支援も重要である。

4) 社会復帰期の治療・看護と地域処遇

対象者の退院と社会復帰に向けた援助は、入院中のあらゆる時期を通じて切れ目なく継続される必要があるが、特にこの時期は退院の実現に向けた条件整備に加え、退院後の自立継続を阻害する要因の除去に向けた支援と協働の比重が大きくなる。具体的には、外出・外泊への同伴を通じた訪問観察の機会を活用して、対象者が退院後に直面する課題と解決策を明確化し共有することが重要である。退院を控えた時期に、期待と不安が入り混じって混乱や動揺を来す対象者には、多職種チームによる集中的な支援が必要だが、早めの察知と問題提起は看護師の役割だろう。退院後の地域支援の担い手との連携も、この時期には小まめに行なう必要があるが、保健師資格を持つ看護師は、地域連携の役割を重点的に取っていく必要がある。

2. 退院した対象者への地域処遇

1) 退院後の対象者に対する地域処遇の基本的な考え方

入院治療の質はどうあれ、対象者の地域自立の成否は、地域処遇に投入されるマンパワーの量と質に委ねられる部分が多い。マンパワーや社会資源に限界がある中で、地域支援の効果を高めるには、指定入院医療機関の医療が対象者に何をもたらし、何が不足しているかを確認しながら地域処遇を展開していく必要がある。また、地域処遇のコーディネイトを主に担うのは社会復帰調整官だが、指定医療機関以外の既存の社会資源を活用していくために、あらゆる関係者がそれぞれのコーディネイトを担うことが重要である。地域においても入院中に準じた手厚い治療・看護が必要であり、特に入院を経ない対象者への配慮は欠かせない。

2) 指定通院医療機関の看護師による地域処遇

①外来看護師としての役割

通院継続への動機づけを高めるための働きかけが重要であり、対象者と気楽に気がかりや本音を言える援助関係作りを基盤として、早めの問題把握と関係者間の情報共有、早期介入に向けた問題提起等を行なう。精神状態や睡眠状態をめぐる問題は服薬との関連が深いので、副作用等についての不安や不満については特にきめ細かい対応が必要である。また、身体的な健康や栄養状態等に関する確認と相談も欠かせない。さらに、デイケアやグループワークを活用した個別ケアを通じて、対象者の回復と成長を促すことや、その成果を確認し本人に伝えることも重要である。指定通院医療機関を拠点とした対象者同士の交流やピアサポートの促進と自助グループの形成に向けた支援も欠かせない。

②訪問看護師としての役割

対象者に対する訪問看護の主な担い手は、指定通院医療機関の看護師だが、訪問看護ステーションとの連携も必要であり、退院直後等には指定入院医療機関の看護師による訪問が望ましい場合もある。訪問看護時の主な役割は、買い物、金銭管理、郵便局・銀行等の利用、食事、掃除等の日常生活に関する援助を始め、アパート管理人等の地域住民とのつなぎ、服薬管理や健康相談、他科受診援助等である。また、孤立の防止や生活範囲の拡大に向けた社会資源活用の支援、病状や精神状態の悪化や生活上の危機が生じた時の集中的な介入も担っていく必要がある。

③精神保健福祉センター、保健所、市区町村等の保健師の役割

地域における公的機関の看護職として、指定入院医療機関、指定通院医療機関の看護職との連携を軸としながら、対象者の生活する地域に関する情報や、地域資源に関する情報に詳しい立場を活用した援助を行なう。社会復帰調整官を支えながら、指定通院医療機関や地域生活支援センター、対象者の利用する地域資源の間の調整や、危機的状況での早期介入に関する調整を行なう。また、地域処遇を担う看護職に対して、個別や集団によるスーパービジョン、コンサルテーションの機会を提供することも重要な役割である。

④その他の地域資源の看護職の役割

福祉ホーム、グループホーム、地域生活支援センター、小規模授産施設、共同作業所等に勤務する看護職の場合は、精神保健福祉士等の他職種と役割を共有する側面が多い。ただし、対象者の精神症状や精神障害、身体的な健康等についての医学的知識や、看護職としてのアセスメント能力を活用したケアや医療機関への橋渡しと共に、必要に応じて他職種に対するコンサルテーション機能を担うことも重要である。

(通院・地域処遇マニュアル所収)

平成 16 年度全体会議参加施設の病棟管理（危険物等の管理準備状況）の現状

龍野浩寿

「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」の松下班の分担研究班である宮本班は平成 16 年 11 月 21 日に全体会議を行った。参加者は、33 名（教育機関 8 施設、独法 8 施設、自治体等 8 施設）であり、宮本班の研究者と平成 17 年度指定入院医療機関となる予定の独立行政法人国立病院機構の各施設や自治体病院を中心としたコメディカルスタッフ（研究協力者）が集まり、検討を行った。

今回報告するのは、この会議に先立ち、各施設の危険物等の管理基準について尋ねた結果をまとめたものである。それぞれの施設の指定入院医療機関としての病棟管理の準備状況や現行精神科救急入院病棟の管理状況について報告する。

1、回答施設 12 施設 （独法 6 施設、自治体 6 施設）

2、準備状況

平成 16 年の 11 月現在、独法では施設建設に伴う設計等の検討が行われていた。勉強会等はすすめられていたが、具体的な指針、マニュアルの作成はこれからの施設が多かった。自治体では、医療観察法についての勉強会が行われている程度の現状であった。（指定入院医療機関 8 ヶ所が明らかになってきた時期であった）

3、調査結果

以下の項目にそって、添付の表にまとめた

1) 医療観察法に向けた準備状況

2) 現行の危険物管理

① 危険物

② 貴重品

③ 通信機器

④ 過去に困った事例

3) 今後指定入院医療機関として想定される管理基準についての意見

4、調査結果：（データの最後の（独）：は独法、（自）：自治体を示す）

1) 来年度の医療観察法施行に向けた準備

- ・新病棟準備委員会の立ち上げと勉強会（独）
- ・病棟設計図の検討、物品の選定、火災等のマニュアル作成、勉強会（独）
- ・多職種チームでの勉強会（独）
- ・工事の工程表ができあがる、職員の募集、勉強会、出張研修（独）
- ・具体的な取り組みはない。指定通院医療機関としての機能を検討（自）
- ・勉強会の実施、情報収集（自）
- ・指定入院医療機関に指定されていないので、準備はしていない（自）
- ・時折の情報交換程度（自）

2) 現行の精神科救急入院病棟の危険物管理

①危険物

電気カミソリコード、手鏡、ベルト、ひも、洗剤関連品（ハイター、液体洗剤）、カミ

ソリ、ライター、ガラスや瀬戸物製品（コーヒーやクリープ、調味料や鮭フレーク等の容器）、針、ハガネハンガー、爪きり、スプレー類、包丁、ナイフ、マッチ、市販薬、缶切り、ソーイングセット、編み棒、その他とがった物等危険と思われるもの、耳かき、ドライヤー、化粧品、ひも付き衣類、タバコ、千枚通し、ハサミ、将棋・碁盤、箸、ペン、口紅、飲食物、串団子の串、メガネ、ポット、

②貴重品

財布、ピアス、指輪、アクセサリ、各種カード類、貯金通帳、現金、印鑑、保険証、免許証、重要書類、宝石、時計、有価証券、鍵、（*原則本人・家族に説明し、持ち帰ってもらっている、個人ロッカーで本人管理、小遣いカード（ICカード）を作成し、現金を預かる）

③通信機器

携帯電話、テレビ、パソコン、テレビゲーム、液晶テレビ、ラジオ、ウォークマン、CD、ラジカセ（電池のみ使用可、コードは禁止）、カメラ

④過去に困った事例

- ・ 貴重品を預けた、預けないということで問題になった（預り証も信用できないと）
- ・ 乾電池（ボタン電池）を飲んでしまい、何度か内視鏡下で取りだしたケースが複数あります
- ・ 液晶テレビを持ち込むこともめた
- ・ 面貌でてんかん性精神病の患者が幻聴があり、耳の奥まで面貌を押し込んでしまい、耳鼻科で除去した
- ・ 運動靴は基本的にはかない。患者さん同士のトラブル時の危険防止や離院の防止のため、草履を履いていただいている。運動靴は下駄箱に預かっている。
- ・ チューイングガムで鍵穴を塞いでしまい、かぎでドアが開かなくなった。
- ・ 引き取り手がない、患者が可愛がっていたペット（ミニウサギ）
- ・ 女性用の電池式剃毛器
- ・ 入院時カイロを持参されたが、精神状態から低温火傷予防のため預かった。
- ・ 女性で除光液等の持込を制限した

3、今後指定入院医療機関として想定される管理基準についての意見

- ・ 司法病棟では今より管理が緩和されることも予測される（独）
- ・ 現状ではまだ検討にいたっておりません（独）
- ・ 勉強会の中で、基準の検討を行っているが完成していません。肥前の指針・マニュアルを参考にさせていただいております（独）
- ・ 法（92条）で定める行動制限（新書、弁護士、行政職員を除く）の中で、家族、知人等の制限はどうなるのか？（自）
- ・ 通院医療決定後、通院者に対して他の物（家族、保護観察官、調整官等）の同伴は義務付けられているのか？（自）
- ・ 外国人で民族的風習の扱いや制限の有無の判断等（自）

*** 全体会議を通しての印象**

現在（平成 16 年 11 月）は、肥前で司法精神科病棟の運用指針とマニュアルが示されているのみで、他の施設はこれから基準を作成する段階であった。実際は武蔵病院から開設がはじまる予定なので、実際の運用の中でその基準が評価、修正され、今後開設する施設のモデルとなると思われる。

今後の取り組みとして病棟での基準を文書で示したうえで、開設することが望ましく、患者へのパンフレット作りも必要となる。また、治療の段階に応じて危険物の制限が緩和されてくることに対応した基準作りが求められていると考えられる。

D. 結論

平成 16 年度のガイドライン試行によって、インフォームドコンセントの補完、綿密な入院時オリエンテーション等を通じた濃厚な関わりが有益であることが確かめられたので、指定入院医療機関の開設後は、看護ガイドラインの重要な柱として活用されることが期待できる。ただし、急性期患者との濃厚な関わりには経験が乏しく自信をもてないスタッフもいるので、関わりの要点を示すより詳細なガイドラインを作成し、提供する準備を進めている。なお、それらの内容は既存の精神科病院における急性期治療にも十分活用が可能であり、普及啓発の必要があると考えられる。

グループ・プログラムに関しては、まだ試行の範囲が限られているが、様々なグループワークを同時に試している格好になるので、経過の分析から可能と考えられる提言を準備している所である。

記録やケアプランをめぐって抽出された課題については、他の分担班との連携や多職種による協議の素材として活用することが可能である。

E. 研究発表

なし

F. 知的財産の出願・登録状況

1、特許取得 なし

2、実用新案登録 なし

3、その他 特記すべきことなし

精神看護に求められるもの

—司法精神看護の視点から—

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

宮本 真巳

指定入院医療機関における看護師の役割

- I 病棟管理
- II リスクマネジメント
- III 治療・検査等への関与
- IV 身体的健康の管理
- V 入院各期のケア（急性期・回復期・社会復帰期）
- VI 社会復帰支援と地域連携
- ☆ 自立支援としての精神看護

基本は既存の精神科病棟と変わらないが…
→ 司法精神看護の視点から何が見えるか？

I 病棟管理(1)

- a)看護チームの役割分担・業務分担の調整、勤務表とスケジュール表の作成
- b)職種間・部門間の役割分担と協働に関する調整や交渉
- c)臨床状況についての判断と介入に関する調整と方針提示
- d)職員教育に関する計画、実施、評価、修正
- e)スタッフへの相談と支援
—コンサルテーション、スーパービジョン

I 病棟管理(2)

- f)倫理問題についての介入、調整
 - ア)患者の人権擁護に関する問題
…病棟運営に関する第三者評価の導入
 - イ)看護師の職業倫理に関する問題
…専門職能団体の倫理要綱に準じて
- g)病棟環境の整備
治療的、看護的アメニティーの維持・増進

I 病棟管理(3)

- h)研究計画の立案、実施、指導
患者の回復と自律に有効なケアの開発
- i)情報管理
看護記録、公的文書の準備、
情報システムの整備
- j)会議及びカンファレンスの企画、運営
- k)院内、地域社会に向けた広報活動、
並びにアカウンタビリティの実践

1日の必要看護師数と役割

	看護部長	1	管理業務・各種会議への出席
	副看護部長	1	看護部長の補佐。スタッフナースのスーパービジョン
日	リーダー	2	その日の業務責任者、指示受けし、各看護師に伝達
	セキュリティ	2	患者の人員確認・所在確認、外出時検査時のポディチェック
	退院準備(訪問)	2~6	退院に向けての地域調整及び退院した患者のフォロー
時	GT担当	4	グループを担当し看護アセスメントを行う：1G1~2名
	身体管理	2	検温と身体状況の観察、検査介助
	個別対応	2	ICA担当、外出・買物等への対応
	早 夜	6	責任者：1、ICA：2、一般棟：2、セキュリティ：1
	探 夜	6	夜間急変時の看護、不眠者の対応
	合 計	28 ~ 32	

Ⅱ リスクマネジメント(1)

a) 病棟内のセキュリティー管理

ア) 施設管理:

病棟出入り確認、患者の身体検査、
病棟内巡回、危険箇所の点検

イ) 病棟内の物品管理:

刃物・火器等、危険を伴う物品の管理、
患者の私物検査

ウ) 患者不穏時の危機介入

Ⅱ リスクマネジメント(2)

b) リスクアセスメント

ア) 個々の患者並びに一对の患者、一群の
患者の相互作用についての危険性評価

イ) リスクアセスメントの記録

ウ) チーム検討に基づく意思決定

c) セキュリティー管理とリスクアセスメントの改善 に向けたシステム整備

司法精神医学のリスクアセスメント

- 日本が欧米に大きく立ち遅れた領域
- 再犯予防という立法の主旨を支える方法論
- キメ細かさ、関与する専門家の多さが特徴
- 臨床的判断と統計的判断の相互補完が必要
- 多職種による共有が大前提(共通評価項目)
- リスクマネジメントの大前提でもある
- 基本的には、既存の医療と共通
 - ・リスクアセスメントか、社会生活機能評価か

リスクマネジメントの原則と指標

- 手順と方法の透明性(科学性と倫理性)
- 専門家チームとしての合意に基づく取組み
- 防衛的・冒険的な意思決定の排除
- 現実的なケアプランや危機管理との連動
- 文化的な要因や生活環境への目配り
- 一過性で不確かな事実に基づく将来予測の限界
- リスクマネジメントの対象項目
 - 一对自分: 自傷、自殺、被虐、危機回避能力低下
 - 一对他人: 暴力、攻撃、虐待、性犯罪、放火

Ⅲ 治療・検査への関与

a) 治療プログラムへの関与

ア) 治療プログラム立案への関与

イ) 患者ニーズに応じた治療プログラムの選定

ウ) 治療プログラムへの患者の導入

エ) グループワークへの参加: リーダー、コリーダー

オ) グループワーク後のフォローアップ(レビュー)

カ) グループワークの振り返りによる評価と情報交換

b) 治療・検査への立会い

ア) 原則としてすべての治療・検査に同席

イ) 必要に応じて調整・介入を行う

セッションA														
7:30	朝食													
8:30	車いす													
9:00	朝の病室(診察・検査・プログラム等の確認)													
9:15	診察・検査													
9:30	急性期病棟	回復期病棟	社会復帰M	パラレルM	認知行動療法	身体M	急性期の予	生活支援	心理療法	認知行動療法	パラレルM	フリー	フリー	
1時間程度	6職種による個別援助													
11:30	昼食													
12:00	ケースカンファレンス(新人研修員0名含む)													
13:30	急性期病棟	回復期病棟	社会復帰M	パラレルM	認知行動療法	身体M	急性期の予	生活支援	心理療法	認知行動療法	パラレルM	フリー	フリー	
14:00	6職種による個別援助													
15:30	入浴・更衣時間													
18:00	夕食													
19:00	病室時間終了													
21:00	退室・ラウンジ・不眠時対応													
22:00	ラウンジ・最終検査													

IV 身体的健康の管理

- a) 検温と身体状況、睡眠状況の把握
- b) 予薬とその後の状態観察
 - ・主作用、副作用、主訴の確認
 - ・医師・薬剤師との連携
- c) 身体症状のアセスメントと処置及びケア
 - ・身体的な変動の早期発見
 - ・病状のモニタリングと回復段階の確認
- d) 隔離、抑制、拘束時と解除後の身体状況の確認
- e) 看護スタッフ間での情報交換、医師との連絡調整
- f) 健康教育とセルフケアの支援

V 入院各期のケア

* 18ヶ月で通院医療に移行することを目指し
全体を3期に分けて計画的にケアを提供

1. 急性期 (12週間)
2. 回復期 (36週間)
3. 社会復帰期 (24週間)

急性期の治療目標

- ・12週で回復期へ移行
- ・病的体験・精神状態の改善
- ・身体的回復と精神的安定
- ・治療への動機付けの確認
- ・対象者との信頼関係の構築
- ・初期評価と初期計画の立案

急性期のケア(1)

- ・綿密な入院時オリエンテーション
- ・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)
- ・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
- ・入院生活へのガイダンスと看護契約の締結、本人・家族・関係者からの病歴、家族歴、生育歴等の情報収集と病状把握、状況分析
- ・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

急性期のケア(2)

- ・精神症状、精神状態及び行動の観察
 - ・個室内における常時観察、睡眠状態の把握等
- ・対象者が不穏時の危機介入
 - ・徴候の察知、心理的沈静、説得、交渉、介入、介入後のフォロー
- ・個別的なかかわりによる援助関係の構築
- ・定期的看護面接
 - ・心理的支援、問題整理、課題提示、提案
- ・医師の診察と他職種との面接への同席

急性期のケア(3)

- ・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)
- ・服薬管理と服薬効果、副作用の観察
- ・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
- ・治療プログラム終了後の個別フォロー
- ・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
- ・患者の家族に対する心理的支援

回復期の治療目標

- ・36週で社会復帰期へ移行
- ・治療プログラムへの参加と日常生活能力の回復
…「できること」と「していること」の突合せ
- ・病状安定による病院内外出の開始
- ・多職種チームの評価に基づく多様な治療
- ・2つの病識(精神障害と重大な他害行為)
- ・自己コントロール能力の獲得
- ・治療への動機づけの向上と持続

回復期のケア(1)

- ・身体的健康の管理(バイタルチェック、全身状態の把握等)
- ・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)
- ・言語的な表現能力の回復・増進と、対人関係の改善に向けた支援(Emotional Literacyの陶冶)
- ・患者間の対人関係調整(葛藤の解消と連帯感)
- ・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

回復期のケア(2)

- ・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
- ・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)
- ・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)
- ・服薬管理と服薬指導(薬剤師との連係による薬効のモニタリング、服薬行動の評価と学習支援)
- ・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

回復期のケア(3)

- ・治療プログラムの実施、評価
- ・治療プログラム実施後の個別フォロー
- ・治療プログラムを通じた学習の支援
- ・病棟内物品管理
…刃物、ライター等、持ち物検査
- ・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
- ・長期在院の影響
…インスティテューションナリズムの検証
- ・患者による自治活動とピアサポートの支援
- ・患者との治療関係・援助関係の見直し

社会復帰期の治療目標

- ・24週で退院できる条件を整える
- ・症状の安定に応じて院外外出と外泊を開始
- ・治療プログラムへの参加を通じた疾病と障害の受容
- ・リハビリテーションへの動機づけの維持
- ・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
- ・具体的な社会復帰計画に沿った支援
- ・通院治療の開始に向けた援助者の確保

社会復帰期のケア(1)

- ・言語的な表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた支援
- ・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)
- ・退院後の社会生活をめぐる患者の不安への対応
- ・定期、不定期の看護相談(心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案)
- ・服薬指導と服薬の自己管理に向けた支援

社会復帰期のケア(2)

- ・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
- ・治療プログラム後の個別フォローアップ
- ・外出・外泊計画の作成と外泊への同伴援助(退院前訪問)及び評価
- ・外泊時における訪問観察の実施と評価
- ・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
- ・退院後の生活設計への支援

VI 社会復帰支援と地域連携

- a)社会復帰調整官、指定通院医療機関、その他の社会資源スタッフとの連絡調整
- b)保護者及び付添人との連絡調整
- c)訪問看護・退院前訪問、退院後継続訪問
- d)退院患者相談面接、電話相談
- e)セルフヘルプグループ形成への支援
- f)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

☆自立支援としての精神看護

1. 看護師の役割を構成する要素
 - ―「保護」と「介入」、そして「自立」と「成長」の支援(世話、行動制限、意思決定支援、教育)
2. 自立の構成要件
 - ―「自己決定」に基づく「問題解決」と「自己管理」
3. 問題解決プロセスの出発点
 - ―アセスメント(情報収集、情報処理、問題把握)
4. 意思決定支援のプロセス
 - ―支援の前提としての「安全」、「信頼」、「応答的環境」
 - ―「事実判断」と「価値判断」のつき合わせと「目標設定」
 - ―問題解決に向けた対処策の選択と計画の立案
5. 自己管理の支援
 - ―協働による問題解決、モニタリング、軌道修正の持続

☆自立支援の要としての相談面接技法

1. 相談とは何をすることか？
 - ―自力では解決できない問題について、誰かに一緒に考えてもらうこと
 - ―クライアントの求めによって始まる
2. 面接
 - ―相談、説得、評価、管理、情報収集が目的の話し合い
3. 相談面接
 - ―契約と枠組み(場所、時間)に基づく相談
4. 相談面接の技法
 - ・精神療法：病状と生活史の因果関係についての洞察
 - ・カウンセリング：苦悩への共感と受容、前提には自己一致
 - ・ケースワーク：資源・制度の情報提供と自己決定支援

☆看護相談の特徴と学習方法

1. 看護相談の特徴
 - ①看護業務としての評価の低さと豊かな可能性
 - ―あらゆるケアと重なり手厚い看護を生み出す
 - ②偶発性、枠組みの曖昧さと柔軟性、可塑性
 - ③訓練システムの不備と経験的学習の可能性
2. 看護相談技法の学習
 - ①コンサルテーション：具体的な問題解決の援助
 - ②スーパービジョン：継続的な管理、教育、援助
 - ③事例検討会：①②の機能を備えた集団活動
 - ―看護プロセスの再構成とたんなる振り返り
 - ―視野の拡大「患者、看護師、関係性、状況」
 - ―率直な自己表現・自己一致(異和感の対自化)
 - ―参加者の役割分担「支持-査定-直面化-統合」

多職種チームアプローチ概論

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
精神保健看護学分野

宮本 真巳

I. 多職種アプローチの特徴

(黒田←Sims)

1. 3つ以上の専門職で構成
2. メンバーは互いを認知
3. 意思決定のための定期的なミーティング
4. 責任の共有と職種間境界の曖昧化
5. チームリーダー、キーワーカーの特定
6. 個々の患者に関連する決定の
キーワーカーへの集中?

II. 多職種チームアプローチが重要視される理由

(黒田)

多様なニーズ充足に向けた心理社会的な関与の必要性
⇒アセスメント、倫理的配慮、意思決定、マネジメント

III. 多職種チームの利点 (黒田←Soni他)

1. 患者のニーズと提供可能な医療とのスムーズなマッチング
2. 異なる専門職種間の良好な協調関係に基づく相互支援
3. チーム内での明確で公平な分業(に根ざす効率的な活動)
4. 治療計画の策定に向けた全人的視点からのアプローチ

IV. 多職種チームアプローチを成功に導く鍵

(黒田)

1. 適切なリーダーシップの存在
2. 職種内部門管理とチーム内協働体制の調和
3. 責任体制の明確化と説明責任の遂行
4. 職種間の異文化ギャップによる弊害の除去
5. 適切な職種間の境界設定
6. 守秘義務のガイドラインの明確化

V. チーム医療の必要性和困難性

—チーム医療の4つの構成要素 1—

(細田満和子『「チーム医療」の理念と現実』日本看護協会出版会より)

①専門性志向

必然性: 医療の高度化・複雑化に対応

相反性: 仕事の細分化と役割の限定

患者の全体像の喪失

②患者志向

必然性: 疾患中心から問題中心への動き

相反性: 患者の要求の代弁

医療的な必要性の軽視

相補性: 専門性の確立、患者の全体像と全体状況の把握

調整機能の発揮、ニーズに見合う統合的な自立支援

VI チーム医療の必要性和困難性

—チーム医療の4つの構成要素 2—

③職種構成志向

必然性: 医療実践の分化、多様化に対応

相反性: 相互理解の不足、必要なサービスの欠落

④協働志向

必然性: 多職種の連携、連帯という理想

相反性: 人的・経済的保障の欠如、自己犠牲

相補性: 他職種の専門性の相互理解、率直な自己表現

ニーズとサービスのマッチング

対等性と相互期待に根ざす有機的な連携

VII. 治療共同体の理念と方法 1

—治療共同体の歴史から—

1. 時代的背景: 第2次世界大戦中のイギリス
2. 主な対象者: 戦争神経症、PTSD、
…人格障害と考えられる不適応者
3. 先駆者たち: M.ジョーンズ、T.メイン、D.クラーク
4. 理念と方法:
 - ①対等で民主的な人間関係
 - ②自律的で責任ある行動
 - ③他者の言動への寛容さ
 - ④厳しい現実の直視
5. その後の発展: 病棟治療プログラム、精神科デイケア、…
6. 日本への導入: 中久喜(京大病院)、鈴木(松沢病院、海上寮)
7. 現状の問題点: 治療共同体理念の拡散、情報共有の不徹底
集団精神療法の教育訓練システムの未成熟

VIII. 治療共同体の理念と方法 2

—司法精神医療と治療共同体—

1. 欧米の場合
: 司法精神医療機関、刑務所に浸透
: 薬物乱用防止、再犯防止には一定の成果
2. 日本の場合
: 未経験、当機関と「民営」刑務所が先駆
3. 利点: 意思決定支援と協働⇒自信、責任感、自立
4. 問題点: リスクマネジメントと意思決定支援のジレンマ
5. 方向性: 「社会の縮図」で積んだ対人関係体験
⇒生活機能(活動+参加)の向上から自立へ

IX. 社会復帰支援における多職種連携 1

—問題点、注意点、困難さ—

1. 社会復帰支援における多職種連携の問題点
 - ①医師への過剰な権限、責任の集中
—管理主義、権威主義、退行
 - ②職種間の役割分担の固定化
—急性期: 医師(看護師)
—回復期: 看護師、作業療法士
—社会復帰期: 精神保健福祉士
2. 司法精神医療における社会復帰支援の注意点
—比較的長期の入院期間⇒退行と社会性の低下
—長期に及ぶ関わり⇒援助関係の停滞、葛藤
—リーダーシップの困難⇒責任性と協働性の混乱

X. 社会復帰支援における多職種連携 2

—方向性と留意点—

1. 回復の全段階における各職種の役割発揮
—全職種が自己申告と多職種への要請
2. 職種を越えた共通の課題と役割の確認
—全員の共有、職種や特性に応じた分担
3. 職員、患者の共通認識、共通言語の確認
—司法精神医療の確立に向けた共同作業
4. 率直な表現の交換を通じた問題の明確化
—疑問、驚き、困惑を早めに表現すること

XI. 共通言語についての提案 1

—感情知能(EI)の陶冶—

Emotional Literacy(感情情報活用能力)

- 1) 生じている感情の識別
—個々の感情をきめ細かく区別し確認する
 - 2) 感情の吟味
—感情の流れに乗って方向性を見定める
 - 3) 感情のもつ意味の理解
—自分、相手、対人関係、状況の意味探索
 - 4) 状況に相応しい表現
—自分に正直、かつ建設的な態度と言動をとる
- * 感情と思考を組み合わせると適切に行動できる。
EQ=Emotional Intelligence quotation

* 参考: 思いの構成要素 *

- * 考え→ 思考…判断、推論、推測、直観(直感)
* 感じ→ 感情…喜・怒・哀・楽/驚き・疑い・困惑
気分…興奮・緊張・爽快・憂鬱
感覚…視・聴・嗅・味・触・身体感覚
- 共感
: 相手と触れ合い通じ合っていて心地よい感じ
異和感
: 相手と何となくしっくりいかなくて不快な感じ
* 考えと感じを突き合わせると、状況が見えてくる

XII. 共通言語についての提案 2

—リーダーシップの類型(goleman)—

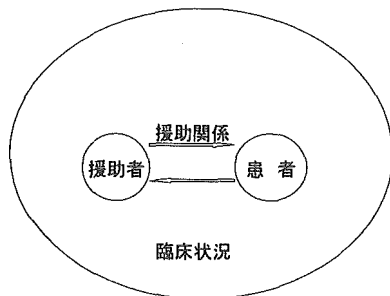
1. ビジョン提示型 : 変革期、草創期に不可欠
 2. コーチング型 : 望みや持ち味を引き出す
 3. 関係重視型 : 亀裂の修復、人の和づくり
 4. 民主型 : 提案と参加による合意形成
-
5. ペースセッティング型 : 高い目標を要求
 6. 専制型リーダーシップ : 危機状況では有能

XIII. 共通言語についての提案 3

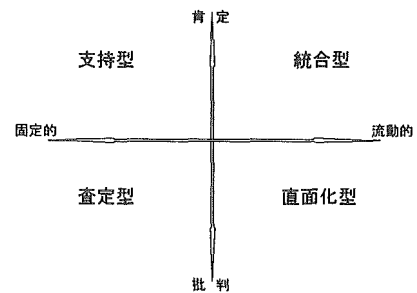
—グループ・スーパービジョンとしての事例検討会—

- * 従来型の臨床事例検討:
援助対象者の問題解決に向けて、援助過程の評価と、それに基づく処遇方針の検討
- * グループ・スーパービジョンとしての事例検討
事例提供者と参加者が自己一致によって体験を分かち合い、事例の全体像に近づくことを通じて共に臨床家としてのエンパワメントを図る共同作業
- * 事例の全体像:
「患者」「援助者」「援助関係」「臨床状況」
- * 事例検討会における参加者の役割分担
「支持型」「査定型」「直面化型」「統合型」

事例の4局面



事例検討会参加者の「態度-役割」類型



司法精神医療における精神障害者の
人権擁護に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 五十嵐禎人
東京都精神医学総合研究所

平成16年度厚生労働科学研究費（こころの健康科学研究事業）
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究
分担研究報告書

司法精神医療における精神障害者の人権擁護に関する研究

分担研究者 五十嵐禎人 東京都精神医学総合研究所

研究要旨

心神喪失者等医療観察法に基づいて運用される指定入院医療機関では、「入院処遇ガイドライン」（以下、ガイドラインという）によって、「新病棟倫理会議」（以下、倫理会議という）の設置が予定されている。そこで、倫理会議について、指定入院医療機関に予定されている医療機関の責任者と、立法段階にも関与した法学者の見解を聴取し、問題点を整理した。

倫理会議の法的位置づけは、法文においてもガイドラインにおいても、必ずしも明確にされていない。法学者は、倫理会議を国連準則に基づく準司法的組織と位置づけているのに対して、医療現場では、ピアレビューのための組織との認識が主であった。こうした基本的な認識の違いのために、倫理会議の構成や運用について、医療側の見解と、法律家の見解の間に齟齬が見られた。医療側の見解も、一定ではなく、あくまでインフォームドコンセントの法理を原則とする医療機関と、法に定められた治療受忍義務を前提に考える医療機関とがあり、両者の間で、倫理会議の位置づけ、構成等に差が見られた。

治療への同意に関しても、倫理会議の基本的性格付けと関連して、法律的な見方と、医療現場の見解の間に差が見られた。この差には、インフォームドコンセントの法理そのものに関する法学者と、医療従事者の認識の違いも影響していると考えられた。

倫理会議運用に関しては、個人情報保護と、治療の質の向上やシステムの実効性検証のために必要な情報収集、管理との間の調整の重要性が指摘された。

病棟の準備状況に関する問題点としては、個々の指定入院医療機関が、地域社会において従来になっていた役割と、新病棟受け入れに対する地域住民、自治体の態度との間に強い相関が伺われた。今後、指定入院医療機関を全国に展開していくためには、これまで、地域社会に十分貢献し、地元の医療ネットワークのなかに重要な位置を占めていることを選定の際の重要な条件とする必要がある。こうしたネットワークを持たない医療機関を入院医療機関に選定することは、退院後の治療を受け持つ指定通院医療機関の選定にも重大な問題を残すことになるだろう。

立法過程の検証等を通じて、倫理会議の法的位置づけを明確にすること、インフォームドコンセントの法理、治療に対する同意の意義等について、法律的立場と医療的立場の共通した認識を構築していくこと、各医療機関と地元との調整のプロセスを追って、今後の病棟展開のための資料を収集すること等が、次年度の研究課題として残った。

研究協力者：

齋藤正彦（慶成会老年学研究所）

平田豊明（千葉県立精神医療センター）

平野美紀（東京都精神医学総合研究所・
日本学術振興会）

舟橋龍秀（独立行政法人国立病院機構
東尾張病院）

益子 茂（東京都立多摩総合精神保健福祉
センター）

A. 研究目的

心神喪失者等医療観察法による医療は、入退院手続や精神保健観察の存在など、従来の精神保健福祉法に基づく精神科医療と比較して、より強制力の強い精神科医療である。精神保健福祉法による措置入院が、形式的に知事による行政措置という体裁をとるとはいうものの、実質的には、二人の精神保健指定医の診察によって入院が決定され、退院については、診療に当たっている当該医療機関の精神保健指定医の判断で決まるのに対して、心神喪失等医療観察法の下では、精神疾患の影響下に重大な他害行為を行った者を対象とし、入退院に関しては、裁判官、精神保健審判員（医師）によって構成される合議体が実質的な決定権を持つことになる。入院医療機関は、措置入院の場合、国もしくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院の病床であればよいのに対して、心神喪失等医療観察法による入院は、国が指定した、より保安設備の強固な指定入院医療機関内のパーパスビルドの特殊な病棟に限られる。

入院対象者は、措置入院が、自傷他害行為のおそれがある精神障害者であるのに対して、心神喪失等医療観察法による入院は、

現実に、重大な他害行為を行った精神障害者であり、同時に手厚い医療の必要性が認められた者である。

このように、精神保健福祉法下の措置入院が、基本的には医師と患者の間の関係で決定されていたのに対して、心神喪失者等医療観察法に基づく精神科医療は、本人の同意の有無によらず、裁判官を含む合議体が入退院を決定するなどより強い強制力をとらう入院である。さらに、重大な他害行為の既往という事実を背景にシステムが動き出すということを考えるなら、入退院の決定に社会防衛的な判断が加わることもあるであろう。したがって、心神喪失等医療観察法下の入院者に対しては、強力な強制力に対応する、手厚い人権擁護システムが必要と考えられる。こうした特殊な医療を行う指定入院医療機関の運営に鑑みて、入院処遇ガイドラインは、病棟運営とそこで行われる医療の質を担保するために、従来にはない、いくつかの新しい会議の設置を義務づけている。すなわち、病棟運営の第三者評価を行う「新病棟外部評価会議」、治療方針の確認や病棟の運営状況を検討する「新病棟運営会議」、同意によらない治療に関する決議、治療の事後評価、定期評価を行う「新病棟倫理会議」（以下、倫理会議という）、治療方針を協議する「新病棟治療評価会議」、さらに地域の関係機関と協議する「地域連絡会議」である。

倫理会議は、新病棟治療評価会議から審議申し入れや報告を受け、同意によらない治療を開始するための決議、継続の可否に関する評価、緊急時に決議無く行われた同意のない治療の事後評価を行い新病棟運営会議に報告することを使命とし、精神医学