

ルはまだ見られない。

2) 直面化している問題

・同上。

3) 残された課題

・外出、外泊、退院と社会復帰が近づくにつれ問題が顕在化すると思われ、今後検討が必要である。

5、家族との連携および家族支援

1) 達成されつつあること

・CPA への参加などを通じ来院してもらっている。
・再入院を防ぐため、対象者についての疾病教育。

2) 直面化している問題

・遠隔地になるため鑑定入院のように頻回に来院してもらうことが出来ない
・家族が被害者であったり、高齢であるケースが多いため、積極的な協力を得にくく、退院に対しても戸惑いや抵抗が強い。

3) 残された課題

・退院受け入れに対する問題が多く残されている。

6、対象者への支援(対象者の権利擁護関連支援を含む)

1) 達成されつつあること

・急性期であるが、落ち着いた状態で入院されるため、治療同名は企画的築きやすい。
・法律相談会(ボランティア)を実施するなど中立的な支援が出来ている。

2) 直面化している問題

・定期的な評価が義務付いているため会議に振り回され、対象者とかかわる時間を削られがちである。

3) 残された課題

7、その他、お困りの点、官本班についてのご意見等お教え願います。

・家族が同伴(来院)することなく入院されるため、金銭をはじめ入院に際して必要な物品がそろわない方がいる。また、生活保護の対象となる方が増えると入院地の生保負担が大きくなる。加えて、入院地近くでの退院となると今後地域からの反対の声が大きくなると思われる。

・抗告の決定

本人に遅れて病院へ通知が来るため抗告が通った際、退院調整や入院処遇の継続が問題になると思われる。また、抗告の進行具合について正確に把握しにくく、病院だけではなく家族にとっても深刻な問題である。

(2) 指定入院医療機関看護ガイドライン試行後の経過についての検討

指定入院医療機関開設後の看護活動の現状と課題 —看護ガイドライン試行後の実践経過について—

美濃 由紀子 (長寿科学振興財団 リサーチ・レジデント)
吉岡 直美 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
熊地 美枝 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
高崎 邦子 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
佐藤 るみ子 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

【はじめに】

当研究班では、これまで先行研究としてH15年から、指定入院医療機関の事業開始に向けた、「看護のガイドライン作成」とその裏づけとなるデータの収集・分析に取り組んできた。今年度は、指定入院医療機関が開設され、これまでの研究に基づいて作成された治療プログラムや看護ガイドラインが、実際の臨床現場で実施されることとなった。そこで、本報告では、開設された指定入院医療機関ガイドラインに基づく触法精神障害者への看護と多職種専門チームの連携による援助プロセスの実態と課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】

指定入院医療機関開設後の看護活動に関する外部モニタリングとして、リサーチ・レジデントである研究員が指定入院医療機関であるA病院において、約3か月間にわたる参加観察法に基づくフィールドワークと医療スタッフを対象とした個人面接を行った。また、外部モニタリングと同時に内部モニタリングとして、病棟スタッフである共同研究者(3名)が、同期間において、参加観察を行った。

- 1) 対象施設：指定入院医療機関 A病院
- 2) 実施期間：平成17年12月20日～平成18年3月31日
- 3) データ収集方法：参加観察法に基づくフィールドワークと個人面接
- 4) 参加観察の内容：スタッフと対象者の個別の関わりや、治療プログラムの重要な一環であるグループミーティングの場に参加し、対象者とスタッフの相互作用の実態や、対象者、スタッフの態度や言動の変化について、経時的な観察を行った。
- 5) データ収集方法：参加観察法によって得られた内容をフィールドノーツに記録した。参加観察においては、外部からの研究員は「観察者としての参加者」の立場をとり、内部からの共同研究者は、「参加者としての観察者」としての立場で実施した。
- 6) 分析方法：質的・帰納的分析
- 7) 参加観察によって得られた3つの主要課題(多職種連携、入院時面接、治療プログラム)に関して、看護スタッフ・他職種スタッフを対象に半構成的面接を行った。

個人面接の対象者：看護師6名、医師2名、作業療法士1名、心理技術者2名、精神保健福祉士1名の計12名を対象とした。

質問内容：

- ①多職種連携をめぐって、現在困っていることや上手くいっていること、職種間のギャップ

について普段感じていること

- ②入院時面接の中で、職種の立場から自分がとっている役割について
- ③治療プログラムの進め方について、困っていることやその対策方法などについて
- ④その他、システムに関すること

- 8) 研究上の倫理的配慮：本研究への取り組みについては、2005年11月、A地区倫理委員会で審査を受け、承認を得て実施し、承認条件にしたがって調査協力者へは研究協力についての同意を得た。病棟の対象者に対しては、平成17年12月に病棟看護師長より、朝の各ユニットミーティングにおいて説明を行った上で、研究の実施について具体的な内容と研究の趣旨を示した掲示文を各ユニットに掲示した。

【結果と考察】

フィールドノートのデータに基づく分析から、指定入院医療機関の主要な構成要素として、「多職種連携」、「入院時面接」、「治療プログラム」の3つが導き出された。これらの構成要素に基づいて、多職種を対象に個人面接を行い、得られたデータをテーマごとに看護職と他職種に分類し、内容分析を行った。その結果、各構成要素に対して、「メリット」と「課題」の2つに大別することができたため、それらを枠組みとして6つのマトリックスを作成した。(結果は図表1に示す)

これらの結果から、指定入院医療機関開設後の実態として、以下の3点のカテゴリーに大別された。

①多職種チームの連携

多職種チーム医療の導入により、お互いの専門性を生かした多面的な援助の実施と共有が可能になった。その反面、情報伝達や認識の上でのコミュニケーション・ギャップも生じていた。

②入院面接時の各職種の役割

入院時面接における対象行為の確認は医師を中心にして順調に実施されており、ほぼ定着しつつある。ただし、中には対象行為の確認に抵抗を示したり、理解や表出の乏しかったりする対象者もあり、看護師やメディカルスタッフの取るべき役割も存在すると考えられるが、役割の認識や遂行状況にはスタッフによるバラつきも見られていた。

③治療プログラムへの関与

各職種共に治療プログラムに関与してきた経験は少なため戸惑いはあるが、看護職の場合、その点を見越して、プログラムを実施するうえでのマニュアル作りに力を入れてきた経緯があり、これを活用することが出来ていた。また、レビューの時間を使った職種間の情報交換がうまく機能しており、お互いの活動に活かしていた。その反面、治療プログラム実施において専門職アイデンティティが発揮しづらいことや、プログラム活動を生活へ結びつけることが困難な例もあった。

指定入院医療機関開設後の看護活動の現状と課題について、調査・検討した結果、開設後の主要な課題は多職種チームの連携をめぐる以下の3点に集約できた。

- ①多職種の専門性を生かした多面的な援助が可能になった反面、職種間の認識のずれが顕在化しているため、これを埋めていく必要がある。
- ②多職種合同による入院時面接は、対象者との関係作りに効果を挙げているが、医師に役割が集中しがちなため、とりわけ対象行為の確認が困難な対象者等については、他職種も役割を取っていく必要がある。

③治療プログラムは多職種連携によって軌道に乗りつつあるが、グループ体験を生活状況に結び付けていく工夫が必要であり、その点で看護師の役割は大きい。

【おわりに】

指定入院医療機関開設後の看護活動に関するモニタリングとして、参加観察法に基づくフィールドワークと個人面接を行い、事前の調査で予想されたことと開設後の実情を比較しながら、看護活動の現状と課題について検討した結果、3つの主要課題が明らかになった。

これらの課題には、新システムの問題点が凝縮されており、そのことを臨床現場に適切な形でフィードバックすることにより、問題の客観化と改善に貢献できると考えられる。また、指定入院医療機関のスタッフが多職種チームの連携や、対象行為の確認をめぐって体験している内容や、直面している諸課題は、既存の精神科病院における急性期治療や社会復帰支援にも通じることが示唆された。

本研究は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）と併せて、長寿科学振興財団こころの健康科学研究推進事業若手研究者育成活用事業の制度を活用して実施したものである。

(3) 指定入院医療機関開設後の看護活動に関するモニタリング

指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際

熊地美枝（国立精神・神経センター武蔵病院）

高崎邦子（国立精神・神経センター武蔵病院）

佐藤るみ子（国立精神・神経センター武蔵病院）

宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

I. 研究目的

2005年7月、「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）の施行に伴い、指定入院医療機関が開設された。厚生労働省の定めた入院処遇ガイドライン¹⁾には、入院処遇の理念である「ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現」に向けた具体的な目標の1つとして、「他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得する」ことが掲げられている。

指定入院医療機関に入院となった対象者への看護には、入院のきっかけとなった他害行為（以下、対象行為）と疾患とを包括した視野からの関わりが求められる。しかし、筆者等が行なった先行研究から、既存の医療システムにおいて措置入院として扱われてきた触法精神障害者への関わりの中では、大部分の看護師が対象行為に触れることへの困難さを感じ、患者との話し合いを避けてきたことや、話し合いの乏しさが援助関係を阻害していたことが明らかになった²⁾。

そこで本研究では、指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際、話し合いの実施に伴う看護師の認識の変化、看護師からみた話し合いへの対象者の反応について明らかにし、今後の課題について検討したいと考える。

II. 研究方法

1. 調査期間

2005年12月～2006年3月

2. 調査方法

- ① 対象者と最初に対象行為について確認を行った場面に関して、診療録より後方視的な調査を実施した。
- ② 国立精神・神経センター武蔵病院医療観察法病棟に従事する看護師40名（研究者3名を除外）中、インタビューへの同意を得られた24名の協力者に対して半構成的面接を行った。一回のインタビュー時間は、20分～40分であった。インタビューは、研究者2名で行い、1名がその場で逐語録を作成し、不明瞭な部分はその場で協力者に確認した。

3. 分析方法

インタビューの逐語録をデータベースとして、「看護師の認識」「話し合いの実際」「対象者の反応」の三つのテーマに沿ってコーディングを行い、質的・帰納的分析を加えた。

III. 研究上の倫理的配慮

本研究への取り組みについては、2005年11月、国立精神・神経センター武蔵地区倫理委員会の審査を受け承認を得て実施し、承認条件に従って調査協力者から研究協力についての同意を得た。また、報告書作成にあたっては、個人が特定されないように配慮した。

IV. 結果

1. 研究対象者概要

インタビューの同意を得られた看護師は、男性11名、女性13名で、精神科看護師歴は1～16年であった。年齢は20代後半が7名、30代前半が5名、30代後半が11名、50代前半が1名であった。

2. 対象行為に関する初回の話し合いの概要

初回の話し合い時期は、入院当日が23例で大部分を占め、入院翌日が3例、入院24日後が1例、話し合いを行わなかった例が1例あった。初回の話し合いは1例を除いて担当多職種チームによる入院時面接であり、主に医師を中心に行っていた。

初回の話し合いの場面において、27例中2例以外は対象行為を認めており、そのうち6例には何らかの反省を示す言動が見られた。

3. 対象行為についての話し合いをめぐる現状

インタビューの分析結果を空間配置（図1：看護師の認識、図2：話し合いの実際、図3：対象者の反応）した。文章中の記号は《》は第3段階、【】は第2段階、□は第3段階、『』はコードを示す。

①看護師の認識（図1参照）

対象行為についての話し合いを病棟開棟前に経験していた看護師はごく少数であったが、この人たちは指定入院医療機関における【対象行為の確認は当たり前】と捉え、【対象行為を確認することへの肯定的イメージ】を抱いていた。

しかし、大多数の看護師が病棟開棟前には、対象行為を【医療で取り扱うことは禁忌】としてきた経験から、話し合うことによる【対象者の反応への不安】を抱き、また対象行為の確認を経験していないことからくる【具体的方法のイメージ不足】があった。また、そのことが【対象行為を確

認することへの消極的な態度】を生じさせ、それが話し合うことへの《抵抗感》へとつながっていたが、この結果は先行研究²⁾ とほぼ同様であった。

一方で、対象行為についての話し合いは未経験であっても、[対象者の反応への興味]を抱き、[対象行為の確認には抵抗がない]し、むしろ[対象行為を確認することで今後やりやすい]と考える看護師もいた。これらの看護師は、対象行為についての話し合いをすでに経験している看護師と同様に、【対象行為を確認することへの肯定的イメージ】を抱いていた。

開棟後は、大部分の看護師が対象行為についての話し合いを実際に実施することによって、対象行為についての話し合いを行っても、病状や関係性などに【悪影響がないことが確認できた】と《安心感》を抱き、また、話し合うことによって[入院の目的がはっきりする]、[治療への動機づけを高めることができる]など【有効性の実感】を得ていた。このように、対象者との共通認識が得られたことで看護がやりやすくなったと感じ、話し合うことについてのイメージが否定的な傾向から肯定的な傾向に変化した。

さらに、病状が悪いからといって話し合いを見合わせず、[病状に関係なく確認することが必要]と感じ、後からは触れにくくなるのでむしろ【最初に確認することが重要】と【積極的に関わることが必要】であると捉えることが、話し合いへの《積極性の促進》につながっている看護師が多かった。

一方で、少数の看護師は話し合いの必要性を感じながらも【対象者の反応への不安】を抱いていた。また、確認を行う際に[十分な配慮が必要]と【確認への慎重な態度】を求める看護師もいた。

②話し合いの実際 (図2参照)

少数の看護師は、[症状の安定を優先]して[信頼関係ができてから話し合う]べきと考え、[受け持ち以外は対象者から話があったときのみ話す]など《慎重にすすめる》対応をしている一方で、大部分の看護師は担当の対象者を中心に、入院時から対象行為についての話し合いを積極的に継続していた。

多くの看護師が、入院時には、[本人の思い・考えを確認]するなど【対象者自身を理解しようとする】姿勢を示しながら、《対象者の認識の把握》に努めていた。また、入院時に多職種で行われている入院時面接後の関わりの中で、【入院時面接を補う】ことや【治療への動機づけを高める】ことによって、《治療への導入をはかる》働きかけが行われていた。

その後は、[看護面接で話し合う]など【定期的に話し合う】ことや、[CPA 会議やステージ変更時に話し合う][看護計画立案時に話し合う][対人関係トラブル出現時に話し合う]など【機会ごとに触れる】継続した関わりを行っていた。

《継続して話し合う》内容としては、対象行為をめぐる[事実の確認]を通して【現実的な認識を高める】ことや【病気と対象行為と治療との関連を話し合う】こと、【同様の他害行為を行わないことを話し合う】ことが挙げられていた。さらには、[看護師の感情を伝える]ことや[被害者の気持ちを考える機会をもつ]ことで、【共感性を深める関わり】を行うなど、《内省の深化を促す》関わりも繰り返し行っていた。また、対象行為をめぐる精神的な動揺が伺われる場合には、気持ちの整理ができるような【精神的動揺への支援】も同時に行っていた。

少数ながら【看護師は対象行為に触れない】など他職種に任せている場合があり、1事例ではあったが、対象者の病状からみると話し合いは困難であるとして、【担当チーム全員が対象行為に触れない】ことを申し合わせ、《対象行為に触れることを避ける》場合もみられた。

対象行為についての話し合いを行うか否かは、対象者が自分の担当か担当でないかによって大きく異なっていた。自分が担当する対象者に対して話し合いが行われないのは、担当者間での【意見の相違による関わりづらさ】があり、話し合いの必要性を感じても躊躇して関われない場合であ

った。自分が担当する対象者に対して話し合いを積極的に行っている看護師も、【担当以外は壁を感じる】として関わることができない状況があった。中には「担当以外のスタッフに触れて欲しくない」とする看護師もいた。

話し合いが継続されている場合でも、「回復過程のイメージが困難」なことや、「対象者の認識の深まりが測れない」など【進め方への疑問・不安】を持ちながら関わっている看護師が多かった。対象行為の話し合いを進めていく中で、話し合いを行っている看護師自身が【孤立無援感】を抱く場合も生じており、さまざまな《困難感》の中で試行錯誤が行われていた。

③対象者の反応（図3参照）

入院時には、『“私はやっていないんですよ”』と言っていた』など【対象行為自体を否定】し、『“自分は悪くない”』『“問題ないです”』など【対象行為を正当化】し、【拒否的態度をとる】など《否認・拒否》がみられる場合があった。しかし、多くの対象者は、【対象行為への現実的認識の希薄さ】はありながらも《対象行為を振り返る》ことを通じて【対象行為を行ったことを認める】言動を示し、中には【対象行為への後悔や反省】を述べる者もいた。

妄想が根強い対象者の場合には、入院後も【対象行為自体を否定】することが続く場合があった。また、入院時のまま【対象行為を正当化】し続ける場合や、一時的に【拒否的態度をとる】場合もあり、少数の対象者では《否認・拒否》が持続していた。対象行為を確認していない1例では、対象者自身から「医療者が対象行為を知っているかを確認する」など【周囲の反応をうかがう】様子が見られるなど、周囲への《不安感》が解消しなかった。

【対象行為への現実的認識の希薄さ】が持続している場合もあったが、【対象行為を現実的に受け止める】などの変化もみられた。さらに、【病気との関連を認識する】【対象行為への後悔や反省】【被害者への共感性の深化】などの変化もみられ、《内省の深化》が確認された。医療者との話し合いを通して【共有することでの効果を実感する】対象者は、《安心感》を抱くようになっていた。

V. 考察

大多数の看護師が、対象行為についての話し合いを対象者と継続していることが確認できた。そこで、話し合いの実際をめぐる看護師の認識と対象者の反応との関連の検討を通じて、対象行為についての話し合いをめぐる課題について明らかにする。

話し合いをめぐる全体の構図を空間配置（図4：話し合いをめぐる全体の構図）した。対象行為について話し合うことで、対象者の反応と看護師の認識のどちらからも《安心感》が確認された。また、対象者の反応には《否認・拒否》から《内省の深化》まで認識段階にばらつきがみられ、看護師の認識は、自分が捉えた対象者の反応に応じて変化していた。

対象者の《否認・拒否》の反応に接すると、看護師は《困難感》を感じる一方で、むしろ関わる必要性を強く感じており、それが対象行為についての話し合いをもつことへの《積極性の促進》にもつながっていた。一方、対象者に《内省の深化》が確認された場合には、看護師に《積極性の促進》が認められるだけでなく、【進め方への疑問・不安】などの《困難感》も生じていた。対象行為についての話し合いの【進め方への疑問・不安】を解消するためには、対象者の認識段階に応じた関わりの指標を共有することが求められると考える。日本においては司法精神看護の確立が不十分な状態³⁾であり、対象行為についての話し合いの進め方について、職員間での十分な共有が図れていないことが重要な阻害要因となっていると考えられる。《困難感》の中には【孤立無援感】も混じっており、現状では、看護師と対象者の両者を取り巻く周囲のサポートが十分ではないことがうかがえた。さらに、スタッフ間の【意見の相違による関わりづらさ】や【担当以外は壁を感じる】など、対象行為についての話し合いを阻害する要因も含まれており、それらの要因の克服が大きな課

題となることが確認できた。

また、看護師が感じているこれらの《困難感》は、職員間での情報の整理や共有が不十分であるために協働による取り組みが阻害されていることを示していると考えられる。少年院での臨床⁴⁾でも、職員が非行少年と関係を築き、回復に向けて歩んでいくためには、職員間の連帯感や協力が必要であると述べられている。ただし、現実には職種間や、病棟チーム内の様々なサブグループの間で、情報や認識のずれが生じることは避けられない。情報や認識のずれを埋め、担当多職種チームや病棟チームとしての共通基盤を見出すための工夫や、役割分担のありかたについての明確化も重要であると考えられる。

現状で確認できた対象者の反応と看護師の関わりとの関連を、結果で示したカテゴリーを用いながら図5に示した。

看護師による対象者の《内省の深化を促す》ための関わりと、対象者の反応として確認できた《内省の深化》は図のように連動しており、4局面を経由しながら進んでいることが確認できた。Raskら⁵⁾の報告によると、司法病棟の看護師は、対象行為について対象者と話し合うことに最も焦点をあてており、特に、対象行為の解釈について対象者と一緒に話し合うことを重要視している。本調査のデータからも、指定入院医療機関の看護師は、話し合いの積み重ねを通じて、対象行為についての理解を対象者と共有していくことが、対象者の認識と内省の深まりを促していくことにつながると考えていることがわかる。

一方、対象者は、多少は行きつ戻りつしながらも、概ね【対象行為を現実的に受け止める】、【対象行為と病気との関連を認識する】、【対象行為への後悔や反省】、【被害者への共感性の深化】という4局面に沿って、内省を深めていくと考えられる。ただし、本研究のデータは、看護師が捉えた対象者の反応に関するものであり、対象者自身に確認したものではないという限界があるので、今後は対象者からの聞き取りも行いながら、関わりの効果について吟味していく必要がある。さらに、話し合いを継続しても【対象行為自体を否定する】対象者に対しての関わりも、こうした分析を積み重ね、明らかにしていくことが求められる。

VI. 結論

- (1) 看護師の多くは、対象行為についての話し合いを実際に体験することによって、話し合いの実施には問題がないことが確認でき、話し合いを継続できていた。
- (2) 看護師による《内省の深化を促す》関わりと対象者の《内省の深化》については4つの局面を区別することができた。
- (3) 話し合いが継続されている場合にも、看護師は話し合いの【進め方への疑問・不安】や【孤立無援感】などの《困難感》を抱いていた。
- (4) 話し合いを阻害する要因として、【意見の相違による関わりづらさ】、【担当以外は壁を感じる】などの《困難感》が確認された。

VII. 今後の課題

対象行為の確認を出発点として、対象者に内省の深化を促すには、どのようなかわりが必要かについて明確にするために、対象者の認識段階に応じた関わり指標を明らかにすることが必要である。そのためには、指定入院医療機関に入院となった対象者自身が、スタッフからの働きかけをどのように受け止めているかについての把握を可能にするような面接調査を実施し、本調査の結果と突き合わせて行く必要がある。

また、担当多職種チームと病棟医療チームとが、情報や方針を共有しながら適切な役割分担を行

っていくためには、話し合いの持ち方等にどのような工夫が求められるかについても、問題点の整理が必要である。

さらには、本研究は一施設を対象とした研究結果であるため、今後は各指定入院医療機関の活動を相互に比較し、共通課題を確認するとともに各機関の特徴や、許容される独自性の幅についても明確にしていく必要があるだろう。

謝辞

お忙しい中、ご協力いただきました病棟スタッフの皆様に深く感謝いたします。

【引用・参考文献】

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/11/dl/tp1104-1-1.pdf> (厚生労働省 HP)
- 2) 熊地美枝 触法精神障害者との援助関係に関する研究, 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金「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」総括・分担報告書, 2005 ; 542-550.
- 3) 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.
- 4) 藤岡淳子 非行少年の加害と被害 非行心理臨床の現場から, 誠信書房, 2002
- 5) 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.
- 6) 藤岡淳子編 被害者と加害者の対話による回復を求めて 修復的司法における VOM を考える, 誠信書房, 2005

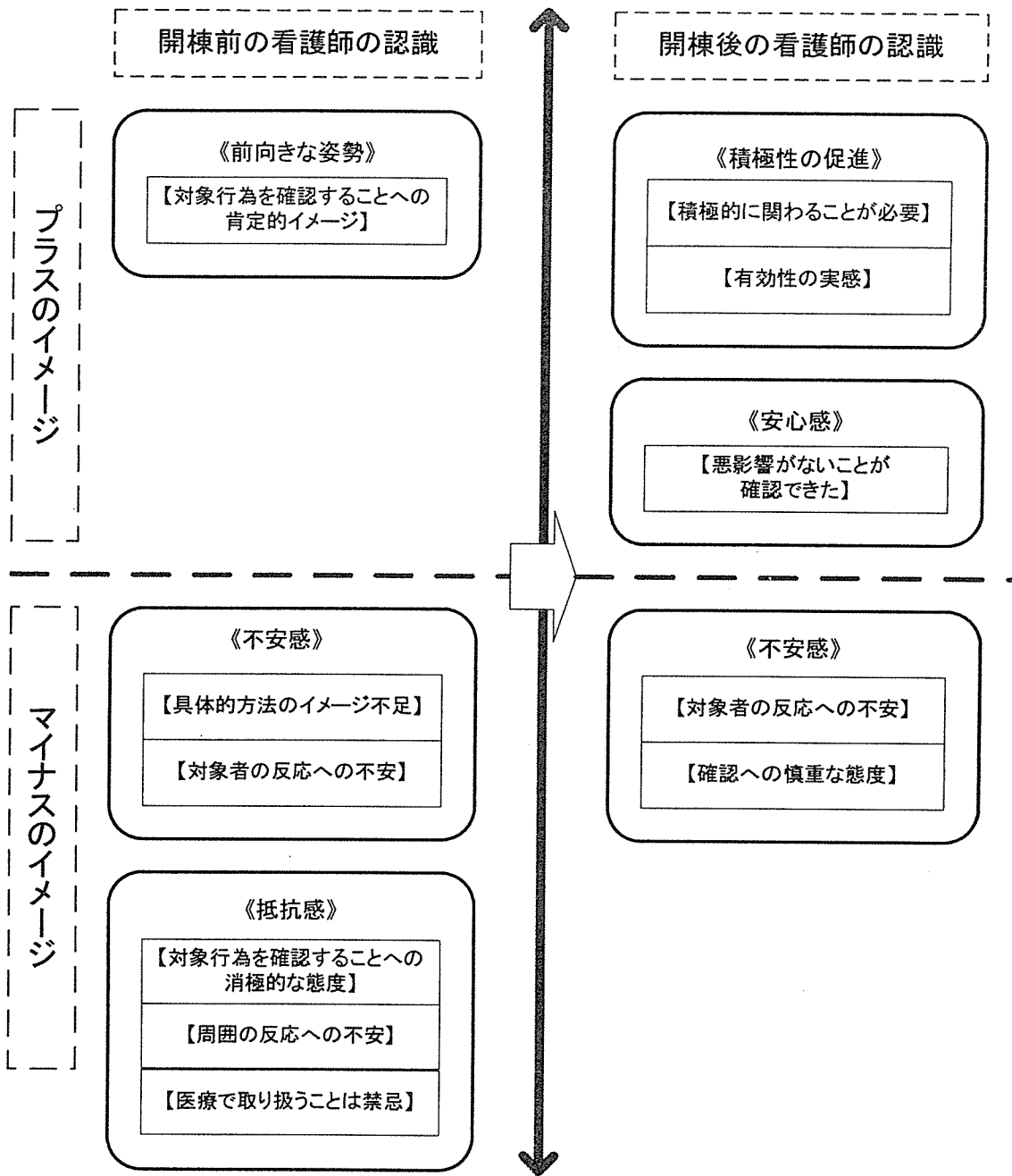


図1:看護師の認識

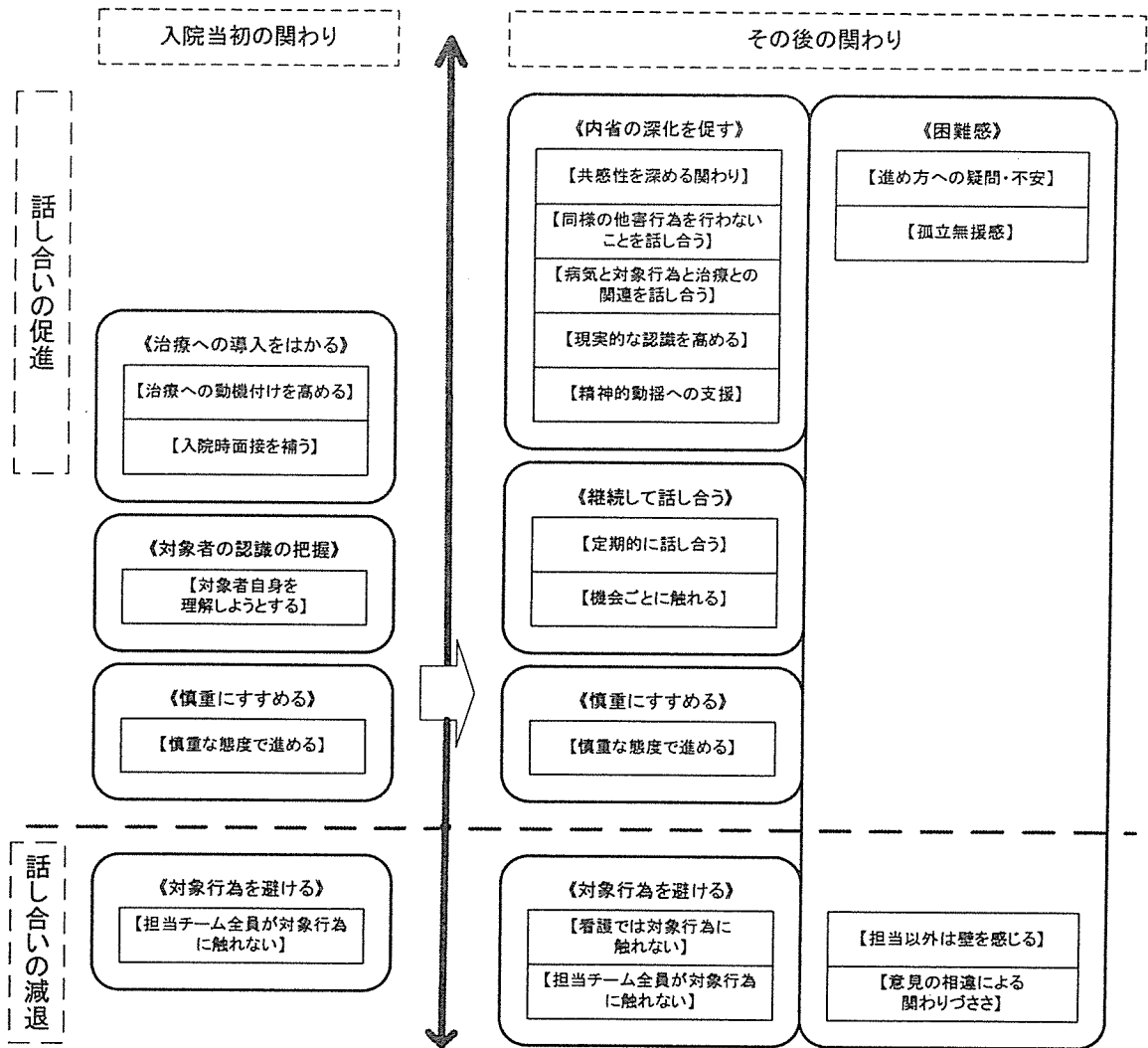


図2: 話し合いの実際

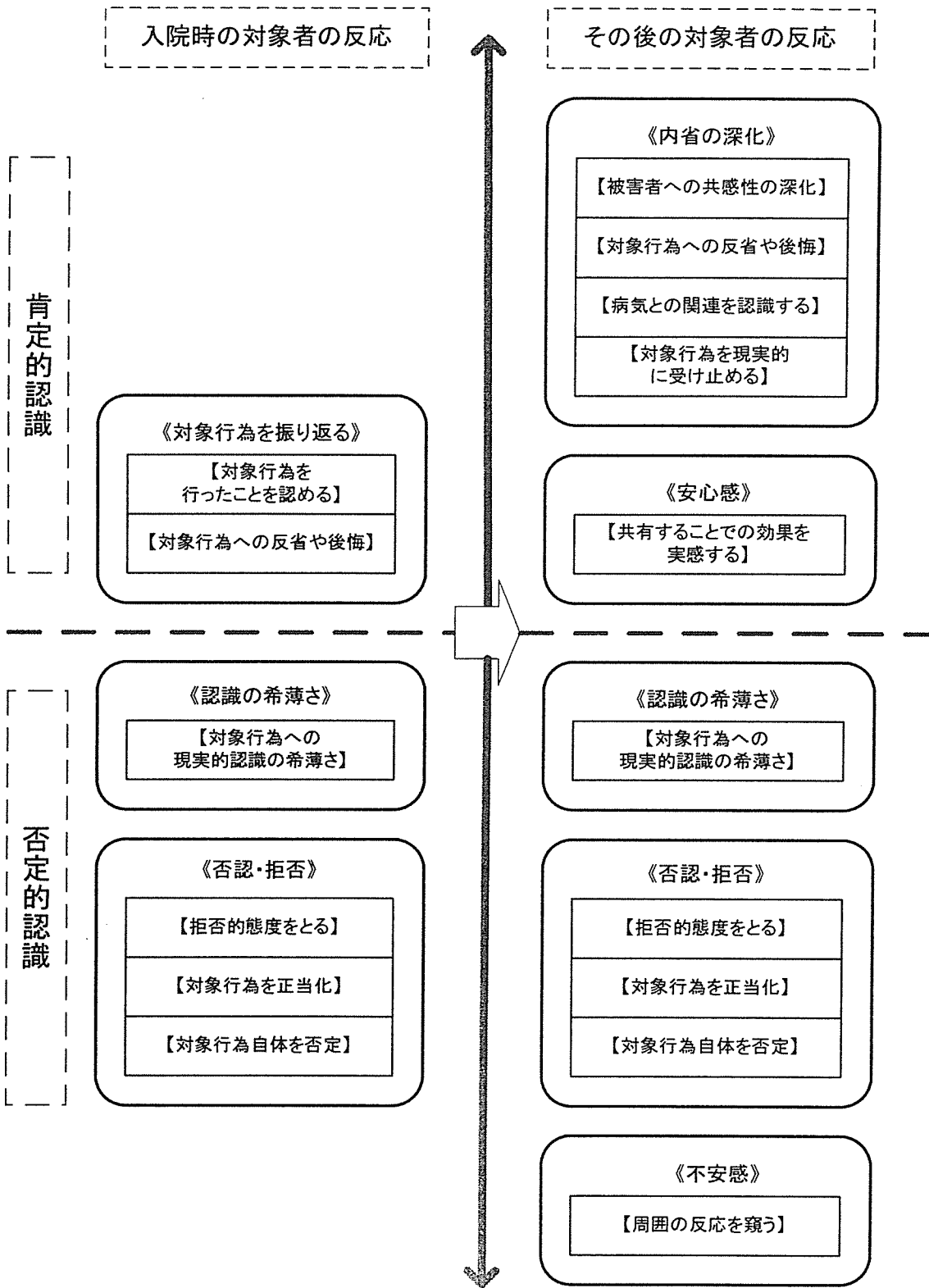


図3: 対象者の反応

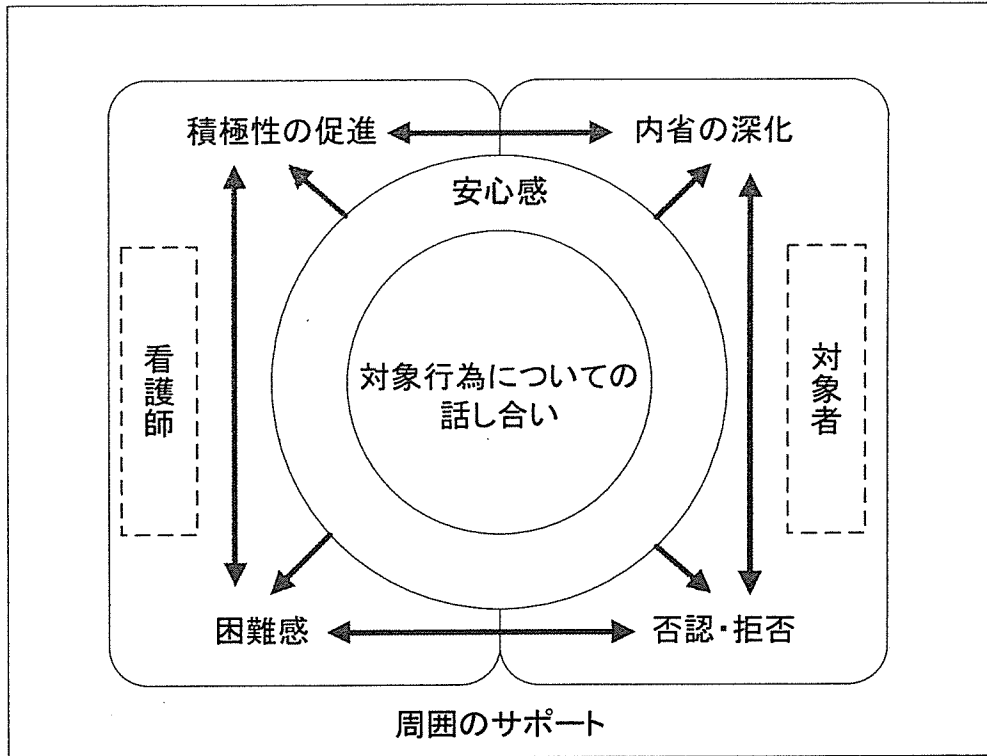


図4: 話し合いをめぐる全体の構図

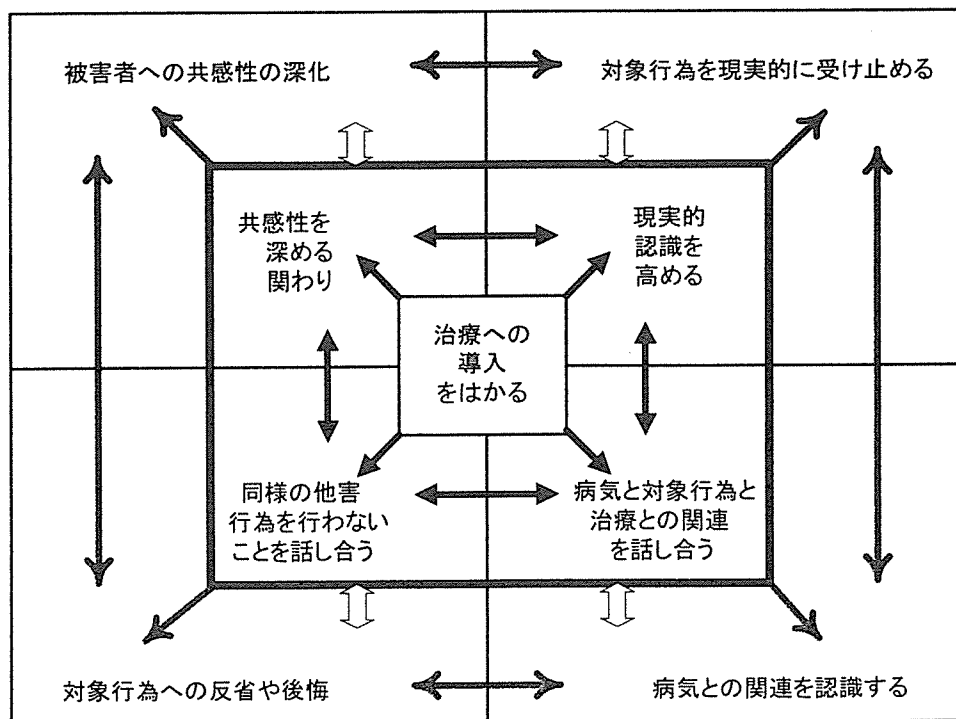


図5: 内省に関する4つの局面(看護師の関わりと対象者の反応)

急性期クリティカルパス原案の作成

板山稔 高野和夫 大迫充江 原則夫 生井淳子 佐藤るみ子
(国立精神・神経センター武蔵病院)

1. はじめに

医療観察法による医療では、従来行われてきた精神医療以上に、治療の目標を明確にすることが求められている。その背景には、対象者の同意を伴わずに医療が開始されることや、対象者の社会復帰に関連して解決すべき問題の複雑さや困難さなどの要因があげられる。また、医療観察法下では、治療の必要性やその終結が医療の判断に委ねられるのではなく、最終的には司法の判断として決定されることから、「客観性」と「透明性」のある標準化された治療を実施し、治療の妥当性を明らかにすることが重要となる。

「治療の標準化」を目指すために、厚生労働省のガイドラインにおいても、クリティカルパス原案がイメージとして示されていた。しかし、これは指定入院医療機関での医療が開始される以前に作成されたものであり、臨床現場での検証が不可欠である。

そこで、本報告では、指定入院医療機関における急性期の看護援助の実際と対象者の治療経過について考察を加えることにより、急性期におけるクリティカルパスの原案作成を試みたい。

2. 方法

1) 対象者

国立精神・神経センター武蔵病院医療観察法病棟に平成 18 年 8 月から平成 17 年 10 月末までに入院した 16 例

2) 調査方法

①急性期看護業務の内容の記述

ガイドラインに示された急性期看護業務の項目に沿って実施状況を記述する

②経過記録の遡及

入院後 2 週間以内、3~4 週、5~8 週、9 週以降の 4 期に分け、経過記録を基に状態回復の遅延、看護介入を困難にさせる状況に関する記載について遡及的に記述する

3) 分析・検討方法

①ガイドラインに示された急性期看護業務との比較検討

実施時期、頻度、方法、効果、改善点等について協議する

②バリエーションの内容分析

対象者 16 例のうち、急性期の治療期間が 15 週を超えた対象者群を長期群として、バリエーションと考える内容の発生要因について分析する

③急性期クリティカルパス原案の作成

上記の結果をもとに、時間軸、アウトカム、介入内容を検討し、クリティカルパス原案を作成する

3. 結果

1) ガイドラインに示された急性期看護業務との比較検討

ここではガイドラインに示された業務内容に即しながら、当病棟における急性期の看護援助の実際と方法、内容、考えうる効果、改善点等を述べる。

①入院時オリエンテーション（集中ケアによる患者の不安軽減）

看護師による入院時オリエンテーションは、入院生活に関する様々な説明を行うという目的の他に、入院時からの集中ケアにより患者の不安を軽減し信頼関係を確立させるという目的を兼ね備えている。当病棟では、プライマリー、アソシエートの担当看護師2名が入院当日及び翌日に勤務しオリエンテーションにあたっている。対象者は病棟に到着後、担当多職種チームによる入院時面接を受ける。ここでは、担当多職種全員の紹介に引き続き、対象行為や疾患の確認、法的背景についての情報提供を行い、入院に至った経過を確認するとともに、当面の治療方針や治療の大まかな流れについて説明を行っている。看護師2名によるオリエンテーションは、入院時面接終了後、対象者を自室に案内した後に行っている。

入院時オリエンテーションの内容は、病棟での入院生活のルールなどについての説明（入院生活のオリエンテーション）と、急性期ステージにおける治療の進み方や治療目標などについての説明（急性期オリエンテーション）とに分けられる。入院生活のオリエンテーションでは、①担当スタッフの紹介②病棟生活・一日の生活の流れについて③病棟生活における基本ルールについて④持ち込み品に関する説明と確認⑤権利擁護規定の紹介⑥個人情報の取り扱い等の内容に関して、小冊子や資料等を用いて説明を行っている。

また、急性期のオリエンテーションでは、①入院に至った経緯の確認と今後の治療の大まかな見通し②急性期治療ステージにおける到達目標③急性期治療ステージにおける治療段階と目標の推移について、小冊子を用いて説明を行う。これらの冊子は、対象者毎に渡される個別のファイルに保管してもらい、対象者に適宜見直しを行ってもらうとともに、再度説明を行う際に利用している。

上述したような、精神科医療では十分に行われてこなかった綿密なオリエンテーションの実施によってもたらされ得る客観的な効果についての測定は現在のところ行っていないが、これまでのところ対象者はいずれも混乱をきたすことなく病棟生活に適応している。鑑定入院先から突然の転院となった対象者にとって、入院直後から担当看護師が密接にかかわることは、入院初期の不安を軽減することにつながり、その後の看護師や多職種チームとの信頼関係の構築に少なからず効果があると考えられる。

②病歴、家族歴、生育歴等の情報収集

対象者の治療方針については、入院後2週間かけて共通評価項目による評価を行ない、治療計画を作成している。病歴、家族歴、生育歴等についても、この2週間の間で整理し治療計画の参考とする。これらの情報については入院後に入手できる鑑定書や生活調査書に比較的詳細にふれられているため、それらを通じて書面からの情報として把握することができる。さらに気になる情報に関しては、面接等の中で対象者に直接確認することによって追加・修正を行っている。このような情報収集は看護師だけの業務でなく、多職種で分担し、情報の整理を行っている。また、通例では入院後1ヵ月以内に行われるケア会議の際には、家族等から収集した情報も加味して、対象者の全体像の把握に努めている。具体的に情報収集する内容に関しては、基本情報（居住地、保護者名、保護者住所、連絡先など）、法的情報（対象行為の内容、過去の他害行為、刑事手続きの経過、鑑定入院の経過など）、家族歴（両親およびその他血族の障害、逮捕歴、精神科治療歴の有無など）、生活歴（発達障害の有無、虐待の有無、養育・家庭環境、学校での様子など）、社会環境（住環境、職業、経済状況、地域支援体制、福祉制度の利用歴、管轄の保護観察所など）、犯罪歴（前科や触法歴とそ

の内容、矯正施設収監歴など)、依存性物質使用歴(アルコール・薬物問題の有無、使用物質の内容と使用歴など)、現病歴(刑事司法鑑定および医療観察法における精神医学的診断名、入院時診断名、過去の精神科通院歴・入院歴、発病・再発と対象行為との関連など)がある。

これまでの精神科看護においても、家族歴や生育歴に関する情報を把握することの重要性は指摘されていた。しかし、現象として起きている病態像の把握や症状の改善に関心が傾き、実際に綿密な情報収集がなされているかについては疑問な点が多い。入院期間の目安を1年半として治療の戦略を立てている本法の治療システムでは、比較的時間をかけて疾病治療や対象行為に対する内省、社会復帰に向けての環境調整を行うことができる。そして、対象者の病歴を家族歴や生育歴とともに整理していくことは、対象者をより深く理解しケアの手立てとなるに違いないと考える。

③身体管理(バイタルサインチェック、全身状態の把握、身体合併症の把握)

体温・脈拍測定に関しては、日勤帯の担当看護師が測定している。身体状態に変化が生じた場合には各勤務の担当看護師が適宜測定し、その情報をモジュール担当スタッフに伝えている。血圧・体重測定は週1回実施しているが、身体疾患の合併や既往歴、あるいは年齢に応じて、測定の頻度を増やしている。排泄については体温・脈拍測定時に尿・便の性状や回数の把握をしているが、便秘傾向の対象者や下剤乱用の既往がある対象者には、適宜触診や聴診にて腹部状態を観察している。また、入院時の身体合併症や情報に基づいて、血糖測定や飲水・尿量測定を行う場合もある。

検査に関しては、血液検査、尿検査、胸部・腹部レントゲン、心電図、脳波、頭部CT、頭部MRIなどが行われる。血液検査は入院当日もしくは翌日中に実施され、全身状態や感染症の有無などを明らかにする。その後の血液検査は、1~2ヶ月に1回行われることが多い。薬物血中濃度測定は非定型精神薬が主剤となるため実施しない場合が多いが、リーマスやバルプロ酸など飲水量の影響を受けやすい薬剤を使用している場合には、2週間に1回の頻度で測定を行っている対象者もいる。胸腹部のレントゲンや頭部CTは、入院後3日目までに実施される場合が多い。しかし、鑑定入院中に検査を受け問題がないことが確認された対象者には、重複する検査を実施しない場合も多い。心電図は入院当日もしくは3日目までに実施されることが多く、異常のある対象者には定期的に実施しモニタリングしている。

上記のような観察・検査により全身状態を把握するとともに、急性期においては平日の朝に多職種による回診を行い全身状態の把握に努めている。

④精神症状及び行動の観察(個室における常時観察、睡眠状態の観察)

入院時面接の後、担当多職種チームによるアセスメントに基づいて、観察・同伴レベルを決定している。観察レベルは、「常時」、「20分以内」、「60分以内」の3つに区分され、同伴レベルは、「ユニット内付き添い」、「ユニット外付き添い」、「中庭付き添い」の3つに区分される。対象者の精神症状や行動の観察と同伴の実際は、これら2つの観点からみたレベルの組み合わせにより決定されており、夜間の睡眠状態の観察もこの観察・同伴レベルに準じて行っている。観察・同伴レベルの決定や変更は、一人のスタッフの考えに基づいて行うのではなく、対象者のその時々の精神症状や行動に応じて多職種で協議し決定している。

対象者16人中6人は入院直後から60分以内の観察レベルという決定が行われ、残りの10人は20分以内の観察レベルの決定が行われた。その10人の対象者も1~4日以内に60分以内の観察レベルに変更されていた。

⑤対象者の不穏時における早期介入(心理的沈静、説得、交渉、介入後のフォロー)、興奮時の危機

介入と危機介入後の調整

一般に精神科看護においては、患者の精神的安定を図れるような治療的な関わりを行うと同時に、不穏な状態を示す兆候が示された場面では早期介入を行っていくことが求められる。このような介入は急性期に限らず、通常のケアにおいても必要となる場合もあるため、入院期間を通してすべての時期にわたり不穏や興奮時の対応が求められる。

当病棟では急性期の場合、2名以上の職員で対象者に対応している。入院時からプライマリーナースとアソシエートナースが中心となり、オリエンテーションを行いながら対象者自身が気になっていることやストレスの原因を話題にし、対象者が自己理解を深められるような援助を心がけている。その後の日常生活場面でも、イライラしているような言動や表情がみられた場合は、その原因について話し合いの機会を設定している。このように不穏時の早期介入は、日常生活場面における看護の中で常に行われていると考える。

興奮時の危機介入は、対象者16例の中では2例にみられ、身体的な介入とその後のデブリーフィングが行われていた。デブリーフィングでは、暴力に至った経緯を対象者とともに振り返りながら、暴力などの行動化で解決を図ろうとするのではなく職員に言葉で伝えてきて欲しいことを伝え、本人の理解を促している。

⑥個別的な関わりによる治療関係・援助関係の構築

個別的な関わりによる治療関係・援助関係の構築に関しては、従来の精神看護の中でも患者との対人関係の形成による治療的意義が強調されてきた。指定入院医療機関においても、個別的な関わりによる対人関係の形成、信頼関係の確立が、対象者の回復と社会復帰に重要な意味をもつことになると考える。

看護師による個別的な関わりによる治療関係・援助関係の構築に関しては、前述した入院時オリエンテーションが大きな意味を持つと考えられる。プライマリー、アソシエートの担当看護師2名が入院当日及び翌日に勤務し、オリエンテーションを行うことで、対象者の不安を軽減し、入院当日から安心感・安全感を基盤にした対人関係の形成に努めている。その他にも、身体的管理や後述する定期的な看護面接、日常生活の援助、治療プログラム終了後の個別フォロー等を通して、担当看護師を中心に個別的な関わりを展開している。

これらの個別的な関わりによる治療関係・援助関係の構築は、対象者が他者との交流の中で安心感や安全感を得て、自己肯定感を高めながら、自らの問題や課題に気づき、目標に向けて自ら行動する上で重要な基盤になると考える。指定入院医療機関では、多職種チームとしてかかわることが多く、治療者個人との関係性を軸に治療を展開していくものではないが、個別的な関わりによる治療関係・援助関係の構築を軽んじるわけではない。むしろ、これまで以上に個々の関わりを大切にしながら、その結果を多職種による治療チームに還元し検討していくことが重要であると考えられる。

⑦定期的な看護面接（心理的支援、問題整理、問題提示、具体的提案）

従来の精神医療においても、看護師が患者から相談を受けることは少なくないが、看護師の業務の中で面接といえるほど枠組みの明確な相談活動は定着していないことが指摘されてきた¹⁾。指定入院医療機関においては、定期的に行う面接や、回復や社会復帰に向かう治療の節目に特別の意味を込めて看護面接を行うことが望ましいとされている。

急性期に実施している定期的な看護面接には、入院時オリエンテーション、各評価尺度測定時の面接、看護計画の立案と見直しのための面接、治療ステージ変更時の面接がある。（入院時オリエンテーションの詳細は①項参照）

各評価尺度の測定の中には、入院後の各時期や治療プログラムの実施に合わせて行っているものがある。入院後定期的に行っているものには、リスクアセスメントや自己洞察を含めた行動を測定する BSI、生活満足度を測定する QOL、自己効力感を測定する SECL などがある。また、プログラムの実施前後には、ストレス反応を測定する TSRS、不安状態を測定する STAI、薬物に関する知識を測定する KIDI、服薬に対するイメージを測定する DAI-30 などを実施している。また、測定結果やその変化を対象者にフィードバックし、治療やケアの手がかり、問題点の整理の場として面接を活用している。

看護計画の立案と見直しのための面接としては、急性期には毎週 1 回定期的に対象者と面接を行い、計画の評価と修正を多職種共同で行っている。(詳細は⑩看護計画の項参照)

治療ステージ変更時の面接は、次の治療ステージである回復期への変更を行う際に実施している。面接では、これまでの治療のふり返りと今後の治療の大まかな見通し、回復期治療ステージにおける到達目標、回復期治療ステージにおける治療段階と目標の推移、外出に関する説明などについて、小冊子を用いて説明を行っている。

⑧医師の診察や他職種による面接への同席

指定入院医療機関では、看護師はできるだけ多くの他職種の治療場面に関与し、対象者の反応から関心や理解度を推測しながら両者の意識のずれを埋めることが重要であることが指摘されている。入院初期において治療関係の構築や治療の動機づけを明確にしていくためには、多くの治療場面に関与し、その治療場面の出来事を日常生活の中でも取り上げながら、対象者と共に考えていくことが重要である。当病棟においては、医師の診察時の同席だけでなく、それ以外の職種が行う面接にも同席している。また、看護師を含めた多職種による回診が毎朝行われ、入院後間もない対象者や状態の変動がある対象者に対する状態観察とアセスメントが日々行われている。

このように他職種による診察や面接に同席し、そこで得られる情報を日常の看護の場面で話題にし、それを手がかりにして対象者との話し合いを深めることが可能になる。このことでケアの幅が広がるとともに、対象者との治療関係の構築にも有効であると考えられる。

⑨日常生活能力の把握と評価、入浴介助・食事介助・清潔の保持等を通じた日常生活の把握と評価

日常生活能力を包括的に把握するため、栄養・水分の摂取、排泄、清潔、活動と休息・睡眠、対人交流など様々な観点から観察・評価を行っている。これらは従来の精神医療の中でも展開されてきたセルフケアへの援助と大きな隔たりはない。ただし、急性期とはいえども 2 ヶ月程度の鑑定入院を経ているため、セルフケア能力の高い対象者が多く、日常生活を援助する対象者は少ない。

当病棟ではこうした日常生活能力の把握と合わせて、日本語版開発中の BSI を使用し、対象者の行動に関する状態評価を行っている。BSI は、コミュニケーションとソーシャルスキル、洞察、セルフケア、仕事とレクリエーション活動に加え、司法領域の特徴として社会的リスク、共感を加えた 6 つの領域からなる行動評価尺度である。BSI による評価は入院後 2 週間以内に初期評価を行い、それ以降は 3 ヶ月毎に評価し、ケア計画修正の参考としている。

⑩看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し

入院から 2 週間は、ガイドラインによる治療目標、および司法精神医療等人材養成研修会教材集の対象者治療プログラムの概要を参考にしながら、当病棟で独自に作成した入院時初期計画を使用している。

計画の概要として、「疾病軸」に関しては、病棟生活のオリエンテーション、対象者の権利と義務

の説明、睡眠状況の観察、服薬状況、薬物療法の効果・観察、全身状態の観察、身体ケアをあげている。「人格軸」「行動軸」では、対人関係の観察・援助・評価、コミュニケーションの確保、言語的交流の回復、信頼関係の構築、グループワーク導入をあげている。また、「生活軸」に関しては、日常生活の観察、援助、評価、静かで落ち着ける環境整備、栄養状態の改善・排泄調整、清潔保持、不安等の軽減、日常的指導・助言について計画している。「発達軸」については、発達特性の把握、家族関係の観察を計画にあげている。また、計画用紙には個別的な介入が必要であれば追加できるスペースも準備した。

3週目以降は、担当多職種チームが収集した情報の統合に基づいて治療計画を立て、それに準じた個別の計画を立案し、実施結果に基づく評価修正を1週間ごとに行っている。3週目以降の個別ケア計画は対象者に応じて立案されるが、主な内容としては、生活リズムに関すること、セルフケアに関すること、病気や薬物治療への知識不足、社会生活技能や対処技能の不足、自傷他害のリスク、対象行為や退院後の生活への不安等があげられることが多い。これらのケア計画に関しては、対象者とともに毎週評価を行い、目標及びケア計画の追加・修正を実施している。

⑩服薬管理と服薬効果、副作用の観察

薬物療法が対象者の治療の中心となる急性期には、服薬に関する業務が重要な意味をもつ。薬剤師業務として、急性期では、病歴・薬歴・家族歴・生育歴等の情報収集、薬物療法計画作成に対する支援、予測される効果と副作用のチェック、薬歴管理による重複投与、干渉作用、禁忌等のチェック、医療スタッフへの情報提供、対象者への服薬指導がガイドラインに記載されている。しかし、当病棟では薬剤師は専属の配置とはなっておらず、また、治療にかかわる業務連携は行われていないのが実情である。そのため、現在は医師・看護師を中心に、効果と副作用のモニタリングおよび服薬指導を行っている。また、治療プログラムとして、看護師が中心に行っている基礎教育プログラム・ステップ2のセッションの中で、統合失調症を中心とした病気の理解とともに、薬理作用、副作用についての学習を行っている。(⑫項治療プログラム参照)

⑪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

急性期では、病棟の環境に慣れることから始まり、自分の病気の特徴や治療の必要性などを理解することが求められる。急性期では入院後個別の関わりから、次第に病棟の治療環境の中で集団を意識した関わりが展開されてくるようになる。当病棟では生活場面での他者との交流やセルフケアを意識したユニット内の朝の集まりやミーティング、入院治療の受容や疾患理解・病識の獲得を目指した心理教育プログラムを実施している。

朝の集まりは心理士と看護師で担当し、平日の回診後に実施している。内容は、朝の挨拶から始まり、個別の予定、週間のユニット目標、伝達事項の確認などを行うとともに、各対象者の病状や気分の変化などをモニタリングする機会としている。急性期ミーティングは週に1回定期的に実施し、ユニット内の目標設定や達成状況の確認、ユニット内の生活状況の検討を心理士・看護師が行っている。急性期ユニットの病床数は6床であり、入院状況や対象者の病状などにより参加者が3人程度となる時もあるが、日々の状態把握や小規模の集団での対人交流のアセスメントの場として重要である。

心理教育は看護師が中心となって3段階のプログラムを組み、疾患の理解、病識の獲得やセルフモニタリング、セルフコントロールの向上を目指している。急性期にはこのうち2つのプログラムをそれぞれステップ1、ステップ2という呼称で実施している。ステップ1は入院治療の受容、病

感の獲得を目的とし、治療の意味の理解や入院環境へのスムーズな適応とともに、治療環境の構築を目指している。内容は全4回のセッションで構成され、スタッフの紹介や検査、プログラムの説明など、入院オリエンテーションの補完や、入院前後の自己の変化についてのモニタリングを目的としたものとなっている。

入院後早期から始めるため、対象者は1人もしくは2人程度の構成で実施している。開始時期は入院後平均6.3日、開始から終了までの実施期間の平均は5.5日であった。病棟開棟前は入院1週間以内に開始し、1ヵ月かけて実施するという想定であったが、対象者が予想よりも安定した状態にあり理解力が高かったこと、1回のセッションの内容量がさほど多くはなく対象者にとってそれほど負担にならなかったことなどが短期に終了できた要因であると考えられる。

ステップ2は疾患の理解、病識の獲得を目的とし、ステップ1の修了者の中で、診断名が統合失調症であるか、統合失調症と類似する症状がある対象者に実施している。疾病メカニズムとその治療やリハビリテーションの理解を目指し、グループによる心理教育を行っている。内容は全5回にわたるセッションで構成され、疾患の特徴や薬物療法、ストレスコーピングなどについて参加者の体験や意見交流を重視しながら進めている。

ステップ1・2の前後には、不安、ストレス反応、生活満足度、薬物の知識や服薬の認識などについて評価尺度を用いた測定を行い、対象者の評価の参考としている。(⑦定期的な看護面接の項参照) また、プログラムのセッション内だけでは理解が難しい対象者や、気になる発言などがあった対象者には、プライマリーナースに情報を伝達し、個別に対応するなどしてフォローを行うように努めている。

2) バリエーション分析

調査対象者16例のうち、転院した1名を除く15名の対象者の入院から回復期移行までに要した週数は最短5週、最長19週、平均12.7週であった。そのうち15週を超えた長期群の対象者は4例であった。(表1参照)

4例の対象者の経過記録を、入院後2週以内、3~4週、5~8週、9週以降の4期に分け、状態回復の遅延、看護介入を困難にさせる状況に関する記載を適時的に抜き出し記述した。これらの記述を類似する内容ごとに分類し、バリエーションとしてラベリングした。その結果、バリエーションには「アウトカムのバリエーション」と「介入のバリエーション」が存在し、それぞれ、いくつかのバリエーション内容に分類された(表2参照)。アウトカムのバリエーションでは、「症状の不安定」「治療動機づけの不十分さ」「治療関係の未構築」「セルフケアの低下」「内省の不十分」に分類された。また、介入のバリエーションでは、「プログラムの中断」「プログラムの未実施」に分類された。

バリエーションの発生要因に関しては、対象者側の要因は「病状」「意思決定」「情報・学習不足」に分類されたが、バリエーションの多くは病状に由来していた。また、医療側の要因は「指示・決定」「システム不備」に分類され、開設間もない病棟状況が影響していたことが推測できた。

3) 急性期クリティカルパス原案の作成

当病棟でのこれまでの取り組みとバリエーション内容を参考にして研究担当者間で検討し、急性期のクリティカルパス原案を作成した(表3参照)。時間軸については、アウトカム内容と介入内容の観点から、入院後1~2日、3~7日、1~2週間、3~4週間、5~8週間、9~12週間の6期に分けた。

アウトカムについては、ガイドラインの急性期の到達目標を基盤にしながら、当病棟で行なわれている介入内容の目的・目標を考慮に入れて作成した。アウトカムのバリエーションに「内省の不十分