

さ」があげられていたが、対象行為についての直接的な内省は回復期のアウトカムとし、急性期のアウトカムは治療の動機づけに関するものにとどめた。

また、介入項目については、ガイドラインに示された看護業務の概要を基盤に、当病棟で行なわれている看護師の業務内容をアウトカムと時間軸に照らし合わせて作成した。本来のクリティカルパスは、1つの職種が単独で作成するものではないことは言うまでもないが、現段階では他職種とのすりあわせが十分にできていないため、看護師の業務内容を基盤に多職種チームの業務内容を加味したものにとどまった。

4. 考察

1) 適応基準と除外基準の設定について

クリティカルパスとは「1つの診断グループの約70%の患者を対象とするケアプログラム文書である」²⁾とされている。同一の診断グループとはいえ、クリティカルパスはすべての患者に当てはまるものではなく、パスの作成にあたっては適応基準と除外基準を明確にすることが重要となる。この観点から考えると、指定入院医療機関においてクリティカルパスを作成する際に、対象者を1つのグループとみなしてパスを作成することが適切であるかという問題が生じてくる。実際に本報告の結果からも、対象者16例の急性期の治療期間は最短5週、最長で19週という差が生じていた。

その一方で、指定入院医療機関の対象者は、2～3ヶ月の鑑定入院を経て医療観察法による入院治療が相当との審判が下されたという共通の特徴を持つグループであるといえる。通常は診断グループごとに作られるクリティカルパスではあるが、指定入院医療機関では、症状の回復だけではなく、対象行為の再発防止や社会復帰の促進が求められているという共通点に対応したクリティカルパスが求められている。

このことから、指定入院医療機関においてクリティカルパスを作成するにあたっては、診断名のみによる判断ではなく、医療観察法による医療が必要と判断するための条件である「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」に立ち返って判断することが重要であろう。クリティカルパスの適応基準と除外基準を設定する際には、その点に留意する必要があるが、症例数の少ない現段階では、基準を明確に設定することは困難である。まずは暫定的に定めたクリティカルパスを試行する中で、バリエーション内容を検討し、アウトカムと介入の関連について吟味していくことが先決である。

2) 疾病性について

対象者が物質使用障害や人格障害と精神病性障害等の重複障害、中等度の精神遅滞を有する場合などには、統合失調症単一の診断名の対象者と比較して異なったアプローチや専門のプログラムが必要となる。本調査の結果でも、人格障害の診断名が付けられている対象者は回復期移行までに19週を要していた。しかし、急性期においては、症状の改善、基本的な生活リズムの回復、治療への同意と動機づけが、疾病性を越えた共通の到達目標であるとも言える。

急性期の段階で疾病性に関して除外基準を設けるか否かについては、更なるデータの蓄積による検討が必要であるが、介入に関しては疾病性による大きな相違はないと考える。

3) 治療反応性について

治療反応性については、「治療動機と準備性」「治療の動機と参加」「治療目標と効果」「治療の般化」という4つの領域に分けて論じられている。急性期治療の可能性がない者は、そもそも医療観察法による医療の対象とはならない。しかし、治療反応性に関しては、治療経過に関する臨床的な判断に準拠するところが大きいため、入院当初に治療反応性の観点から除外基準を設定することに

は無理がある。むしろ、急性期の3ヶ月間を通して治療反応性の評価を行うことが重要であり、治療反応性に関しての評価基準は、回復期以降のクリティカルパスの適応基準、除外基準として位置づけるべきであると考えられる。

急性期には、対象者自身の治療への同意と動機づけが重要な到達目標となる。そのため、入院時に治療の動機づけが低く治療への同意が得られていない場合には、対象者が入院までの司法的な経過を理解し、法的及び医療に自ら置かれている状況についての理解を促すための介入が重要である。これを可能にするには、看護師自身が、疾病と法的な根拠についての的確に理解しておくことが必要不可欠である。ただし、入院の法的な根拠について対象者に説明するだけでなく、信頼を基礎においた治療関係を構築する事が重要である。熊地らが報告しているように、触法精神障害者との援助関係を構築するには、対象行為について積極的に話題にし、対象者と折にふれ話し合いを重ね共有することが必要である。急性期における「治療動機と準備性」「治療動機と参加」を意識した介入が、その後の「治療目標と効果」「治療の般化」に影響を及ぼすものとする。

4) 社会復帰要因について

医療観察法は対象者の社会復帰を促進するための法律であることから、入院当初から社会復帰を促進あるいは阻害する要因について評価し、具体的介入を検討する必要がある。社会復帰要因については、5つのカテゴリと17項目からなる共通評価項目を用い、入院時から継続して定期的な評価を行っている。共通評価項目の評価期間は入院継続申請書の提出期間に準じて原則として半年間とし、半年間の中で最も悪い状態を考慮して点数化するため、入院時の評価結果が急性期の評価として継続することになる。

しかし、入院後の治療やケア、入院後1ヵ月内外に開かれるケア会議などを通じた支援体制や現実的計画の具体化により、対象者の状態や環境は変化しうるものである。特に急性期では、治療や濃厚なケアにより急激な変化も起こり得るので、対象者の現在の状態を的確に評価しケアにつなげることが求められる。しかし、治療に抵抗性を示す症状や容易に変化や解決を期待しがたい環境的要素が存在するのも事実である。急性期では、「疾病性」「治療反応性」とともに社会復帰要因に関しても除外基準を設定するのではなく、急性期を通じた治療・ケアによる変化を評価し、回復期以降に関する除外基準の検討を行うことが重要であるとする。

5. 今後の課題

クリティカルパスは対象者に提供する医療の過程を包括的に示すものであり、他職種を交えて作成する必要があることは言うまでもない。しかし、本調査報告への取組みの時期は、急性期における看護業務の内容を整理し、求められるアウトカムとそのため介入を他職種とともに協議し、医療観察法における「客観性」と「透明性」のある治療を展開できるようなパスを作成するための土台を作ることが急務であったといえる。今後は、治療の進行に沿って、これらのパス作成の試みを、回復期、社会復帰期へ展開させていくことが課題である。

さらには、バリエーション分析によるパスの修正を試みるとともに、日常的なケアにバリエーションの結果をどのように結びつけるかも重要な課題になると思われる。さらには、クリティカルパスの内容を対象者と共有し、対象者の回復と社会復帰に向けたクライアントパスとなるように検討を重ねていく必要があるとする。

<引用・参考文献>

- 1) 宮本真巳：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. 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, 厚生労働科学研究研究費補助金平成 15 年度分担研究報告書, 2004, p60
- 2) 阿部俊子編, カレン・ザンダー:アウトカムから作成するクリニカルパス作成ガイド, 照林社, 2001, p6
- 3) 坂田三允編, 精神看護エキスパート. 看護記録とクリニカルパス, 中山書店, 2004

<資料>

表 1 急性期の治療期間が 15 週を超えた対象者の概要

	性別	年齢	診断名	対象行為	回復期移行 までの週数
A	男	30 歳代	統合失調症	殺人	19
B	男	20 歳代	統合失調症	放火	18
C	男	40 歳代	統合失調症	傷害	16
D	男	20 歳代	人格障害	傷害	19

表2 バリアンスの概要

発生時期	経過記録の記述	バリアンスの内容	バリアンスの種別	バリアンスの要因
～2W	意思の疎通が困難	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
3～4W	感情的な発言、イライラ感が増す	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	大声を上げ、こぶしを振り上げる	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	ステップ参加できず	プログラムの未実施	介入	対象者の病状
	自分の考えや感情を言葉で表現することが苦手	治療関係の未構築	アウトカム	対象者の情報・学習不足
	薬物乱用等、自分自身の問題への自覚は不十分であり、治療への動機付けが乏しい	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の情報・学習不足
	対象行為の過小評価	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の情報・学習不足
	心理面接の中断	プログラムの中断	介入	医療者の指示・決定
5～8W	他対象者を挑発するような言動	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	大声が増し、こぶしを振り上げる	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	多飲水とそれによる嘔吐	セルフケア低下	アウトカム	対象者の病状
	ステップ参加できず	プログラムの未実施	介入	対象者の病状
	プログラム参加拒否	プログラムの未実施	介入	対象者の意思決定
	集中力に欠け周囲に配慮しない	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の意思決定
	自分の治療は意味がない	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の意思決定
	ステージ移行がなくても期間が来れば帰れる	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の情報・学習不足
	活動プログラム中止	症状の不安定さ	介入	医療者の指示・決定
9W～	他対象者への暴言・威圧的行動	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	スタッフへの暴力・暴言	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	暴言・暴力の原因を他者に求めている	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	大声増す	症状の不安定さ	アウトカム	対象者の病状
	多飲水	セルフケア低下	アウトカム	対象者の病状
	夜間中途覚醒	セルフケア低下	アウトカム	対象者の病状
	病棟での治療の必要性を感じず主体性がない	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の意思決定
	プログラムに対して「面倒くさい」	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の意思決定
	対象行為の否認	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の意思決定
	自分が何をしなくてはいけないのかを考えたり言語化することができていない	治療動機付けの不十分さ	アウトカム	対象者の情報・学習不足
	依然として対象行為に対する重大性について認識されておらず、面接の際には「話したくないです」	内省の不十分さ	アウトカム	対象者の情報・学習不足
	対象行為自体は淡々と語るが、その時の感情や抱えていた問題について直面できない部分がある	内省の不十分さ	アウトカム	対象者の情報・学習不足
	ステップ参加できず	プログラムの未実施	介入	医療者のシステム不備

表3 急性期クリティカルバス原案

急性期クリティカルバス

対象者氏名

	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	
	1~2D	3~7D	2W	3~4W	5~8W	9~12W		
アウトカム	<input type="checkbox"/> 自他、他者行為がない <input type="checkbox"/> 真摯、休息、睡眠が取れる <input type="checkbox"/> 入院の経緯が理解できる <input type="checkbox"/> 病棟に居たと感じることができる	<input type="checkbox"/> 自他、他者行為がない <input type="checkbox"/> 入院の経緯が理解できる <input type="checkbox"/> 病棟に居たと感じることができる <input type="checkbox"/> 必要の必要性について理解できる <input type="checkbox"/> ストップに補助を求めることができる <input type="checkbox"/> 自他、他者行為がないプログラムに参加できる	<input type="checkbox"/> 自他、他者行為がない <input type="checkbox"/> 入院の経緯が理解できる <input type="checkbox"/> 病棟に居たと感じることができる <input type="checkbox"/> 必要の必要性について理解できる <input type="checkbox"/> ストップに補助を求めることができる <input type="checkbox"/> 自他、他者行為がないプログラムに参加できる	<input type="checkbox"/> 治療の必要性について理解できる <input type="checkbox"/> ストップに補助を求めることができる <input type="checkbox"/> 自他、他者行為がないプログラムに参加できる	<input type="checkbox"/> 病棟の情報を理解できる <input type="checkbox"/> ストップに補助を求めることができる <input type="checkbox"/> 自他、他者行為がないプログラムに参加できる	<input type="checkbox"/> 病棟の情報を理解できる <input type="checkbox"/> ストップに補助を求めることができる <input type="checkbox"/> 自他、他者行為がないプログラムに参加できる	<input type="checkbox"/> 病棟の情報を理解できる <input type="checkbox"/> ストップに補助を求めることができる <input type="checkbox"/> 自他、他者行為がないプログラムに参加できる	
評価・治療検討	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価	<input type="checkbox"/> 自他、自他、他者のリスク <input type="checkbox"/> 観察・同伴レベルの判定 <input type="checkbox"/> 週評価
多職種チーム	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院前後 <input type="checkbox"/> 対象者の確認 <input type="checkbox"/> 体位・姿勢・呼吸の観察・説明 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察
検査	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン
身体管理	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> ハイタルサイン	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 脈拍(毎分) <input type="checkbox"/> 血圧(毎測定)	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 脈拍(毎分) <input type="checkbox"/> 血圧(毎測定)	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 脈拍(毎分) <input type="checkbox"/> 血圧(毎測定)	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 脈拍(毎分) <input type="checkbox"/> 血圧(毎測定)	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 脈拍(毎分) <input type="checkbox"/> 血圧(毎測定)	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 脈拍(毎分) <input type="checkbox"/> 血圧(毎測定)	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 脈拍(毎分) <input type="checkbox"/> 血圧(毎測定)
セルフケア	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流	<input type="checkbox"/> 栄養・水分 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 休息・睡眠 <input type="checkbox"/> 対人交流
看護面接	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察
薬物療法	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察	<input type="checkbox"/> 入院経緯の理解 <input type="checkbox"/> 急性期治療の理解 <input type="checkbox"/> 初期評価・治療の進捗の観察 <input type="checkbox"/> 必要に応じて治療の進捗の観察
治療プログラム	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目	<input type="checkbox"/> ステップ1 <input type="checkbox"/> 03回目 <input type="checkbox"/> 04回目 <input type="checkbox"/> 05回目 <input type="checkbox"/> 06回目 <input type="checkbox"/> 07回目 <input type="checkbox"/> 08回目 <input type="checkbox"/> 09回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目
評価尺度	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS	<input type="checkbox"/> BSWS-J <input type="checkbox"/> CUSTAI <input type="checkbox"/> QRSR <input type="checkbox"/> QTSRS
ハリアンス								
評価								
サイン								

指定入院医療機関におけるケアプランニングの方法

下里誠二 (国立看護大学校)

西谷博則 (肥前精神医療センター)

大迫充江、猪股健一、原則夫、小川順子
(国立精神神経センター武蔵病院)

【背景と目的】

医療観察法ではMDT (Multi Disciplinary Team) により医療が提供される。対象者への治療計画は専門職ごとに立案し、MDTで協議して決定される。全体としての治療方針は共通評価項目を軸に治療評価会議で決定されるが、看護師は従来の初期計画にあたるケアプランを基に治療評価会議でMDTと議論に加わることが求められる。さらに指定入院医療機関では定期的な看護面接 (心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案) を行いつつ看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直しを行う (入院処遇ガイドライン)。従って、看護師は①他の職種にもわかる言語で ②個別の看護面接に基づいて対象者ととも ③社会復帰までのケアの継続性を視野に入れた目標設定と ④具体的、個別的な看護計画を作成する必要がある。医療観察法下では多職種によるチームアプローチで医療を提供し、対象者の地域社会への定着を図り、「病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進」するための医療を提供する。すなわち病状評価と病状コントロールを重視しつつ精神科リハビリテーションとして地域生活にむけて「本人の生活を支援する」立場を重視している。これを基にして指定入院医療機関での看護ケアの基本は自己決定への支援に基づいたセルフケア支援となる。この自己決定とセルフケアを支援するために看護師はエビデンスのあるツールを基にしたアセスメントが求められる。

このため看護過程は看護独自の視点をMDTで表現でき、かつエビデンスを持ったツールであることが必要である。たとえば看護診断モデルでも多職種によるケアの参加に看護独自の視点を示す必要があることを述べている (McCloskey and Bulechek, 2001, Moorhead ら, 2005)。看護診断はこれを可能にするために開発されているが、医療観察法では他の職種であっても看護の記録類にアクセスし必要な情報を得ることができるよう、可能な限り標準化されたツールを使用することが望ましいと考えられる。これは、看護だけが理解できる考え方を基にするというよりは、基盤となる看護の視点は確固としているものの、ツールは他の専門職でも共通に使用することができるものであるということである。このことは、後に看護のアウトカムを評価する際にも有効であろう。

本稿では、指定入院医療機関における看護計画作成の方法について検討し、司法精神医療における看護のとらえ方を考察した。

【方法】

1. 指定入院医療機関における対象者の初期の看護問題についての分析

指定入院医療機関に入院していた 30 名のうち研究に対する情報提供に同意の得られた 28 名の入院初期 (1 ヶ月以内) の看護問題の内容がどのようなものであったかを分類検討した。

2. アセスメントツールの検討

指定入院医療機関で必要と思われる情報とその評価に適したアセスメントツールがどのよう

なものであるか、また、看護過程の展開の方法について指定入院医療機関の記録担当看護師及び研究者を含む精神看護学の教育者で検討した。

【倫理的配慮】

本研究に当たって、対象者の看護計画を利用することについて対象施設の倫理委員会に承認を受けた。データは連結不可能な状態で保存し、厳重に管理した。また、本研究を行う旨を病棟に掲示した。

【結果】

1. 対象者の看護上の問題

1) 看護の枠組み

指定入院医療機関では看護師は、「対象者自らが、他害行動を起こさず、症状管理や受療行動などの健康行動ができ、さらによりよい生活を送るための行動を維持できる」ことを目指して援助することが必要になる。これは、看護が対象者の QOL を高めるための行動を支援するという、「行動」を基本にした考え方である。この行動モデルでの看護の考え方について、森

(2005) はジョンソンのモデルを基にし、人の行動を「生命維持活動」「社会生活維持活動」「他者と関係するための活動」「自己実現のための活動」としてとらえている。森によれば、精神科看護においてとらえたい「こころ」は行動を観察する

表1) 看護理論とアセスメント項目

	アブデラ	セルフケア	ゴードン	ヘンダーソン
I 生命維持活動 食事、飲水、排泄、休息、活動	○	○	○	○
II 社会生活維持活動 問題解決、清潔、住まい、経済	△ 住まいや経済が不足	○	△ 住まいや経済が不足	△ 清潔保持のみ
III 他者と関係する コミュニケーション、家族、友人、医療者との関わり	△ 医療者や家族との関わりが不足	△ 医療者や家族との関わりが不足	△ 大きなとらえ方	△ 医療者や家族との関わりが不足
IV 自己実現 趣味、宗教、病気・医療に対する認識、健康管理など	○	△ 大きなとらえ方	○ 病気・医療に対する認識はとらえにくい	○ 病気・医療に対する認識はとらえにくい

ことでなされているとし、行動そのものに着目することが重要であるとしている。これまでの看護理論の多くは主に生命維持活動を中心に据えているが、精神科におけるリハビリテーションという概念からするとより「社会生活維持」あるいは「他者との関係」へのアプローチが重要になると考えられる。そこでこの枠組みにより入院対象者がどのような看護上の問題を持っているかについて調べた。

2) 対象者の入院初期における看護上の問題

対象者 30 名の看護上の問題を森の項目に従って分類した。合計 42 の看護上の問題があり、表) のように分類された。

生命維持活動では、身体的問題、特に合併症についての問題が多く、また、睡眠に関する問題も効力する必要があることが明らかになった。

人と関係する行動では、特に緊張や不安を自覚し対処するということに対する洞察や、対人暴力のリスクあるいは自己への攻撃といった暴力に関するものがあがった。

社会生活維持に関する行動では、整容や日常生活能力そのものの問題もあったが、特に病気や服薬に対する知識や態度に関する問題が多かった。

自己実現では今後の生活に向けての問題があげられた。

表2) 対象者の看護上の問題

行動	問題	個数	内容	必要な評価尺度	
生命維持	身体合併症に関する問題	3	体重増加		
		1	インスリン自己注射の問題		
	睡眠に関する問題	1	低血圧		
		4	睡眠リズムの障害		
		1	不眠		
	排泄に関する問題	2	便秘		
	移動に関するもの	3	転倒		
人と関係する	コミュニケーションに関するもの	3	上手に表現できずに疲れてしまう	コミュニケーションスキル	
		2	ストレスコーピングが上手にできない	洞察	
	1	対人緊張			
	暴力に関するもの	4	対人暴力	リスク	
		2	言語的攻撃	リスク	
		2	自己への攻撃	リスク	
	社会生活維持	セルフケアに関するもの	1	日常生活能力の低下	セルフケア
1			整容の不足	セルフケア	
活動に関する問題		2	臥床がちで活動性が低い	セルフケア	
		2	生活リズムが整わない	セルフケア	
病識に関する問題		1	余暇を利用できない	余暇活動	
		4	病気についての知識がない	病識	
		2	病識がなく薬の必要性が理解できない	病識、服薬態度	
自己実現		対象行為に関するもの	2	病状への対処ができない	病識
			1	治療意欲が不明瞭	洞察、病識
		活動に関するもの	2	事件への振り返り	洞察、共感
	1		日中することがない	ニード	
	2		経済的な問題	ニード、自己効力感	
1	病気についての不安	ニード、自己効力感			

2. 看護過程のためのツールの開発

1) 看護のとらえかた

入院対象者は2-3ヶ月の鑑定入院期間を経ており、精神病性症状の急性期からは脱しており、ある程度のセルフケアは行えると考えられること、また、対象行為について振り返り「他害行為をしない」という行動ができるということを目指すことが重要であることから、より「心理社会的リハビリテーション」をより重視したとらえ方が必要になると考えられる。

行動モデルは保健行動モデル(宗像, 1997)からとらえると、①知識が増えスキルが獲得できることと、受容を促すための援助、②自信を増やし負担感

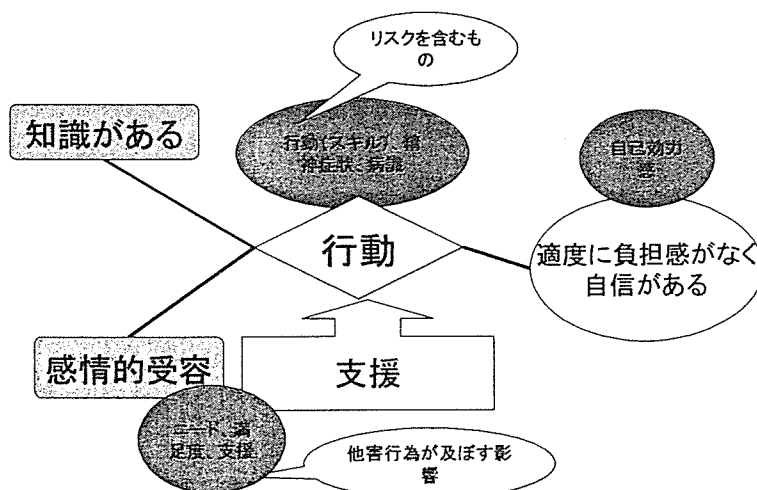


図1) 行動支援のためのモデル

を軽減させるための情緒的サポート、③直接介助をしたり、病棟環境を調整したり社会資源の利用ができるよう調整したりする社会的支援としてとらえることができる。これは、統合失調症のストレス脆弱性モデルが薬物療法、社会的支援、生活技能を高めることで良好な適応状態を維持することができるとするものとも共通の考え方である。

これらの看護師の活動は実際の支援から教育的支援まで対象者と行動をともにしながら生活にかかわる点でほとんどの多職種と重なり合いながらなされる。

以上のことから、看護過程において、看護師は「生命維持活動」「社会生活維持活動」「他者と関係するための活動」「自己実現のための行動」という4つの行動から対象を理解し、その上で図2のように知識やスキルそのものの評価、満足度やニードあるいはソーシャルサポート、また自己効力感という側面からアセスメント、プランニングを行っていく必要があると考えられるが、医療観察法による入院処遇であることを考えると、「他害行為」が及ぼす行動への影響を考慮する必要があると考えられる。

2) 評価するためのアセスメントツール

① スキルや行動そのものの評価

精神障害者のスキルを測定する尺度には LASMI：精神障害者社会生活評価尺度（岩崎ら，1994）、Rehab-J（山下ら，1995）、Life Skills Profile 日本語版（長谷川ら，）などがある。これらは精神障害者を対象としており、職種によらず広く適用が可能であるが、多くの場合地域でのアセスメントに焦点がおかれている。病棟評価で看護師が行うものでは Nurses' Observation Scale for In-patient Evaluation：NOSIE-30（Honigfeld ら，1966）などがあるがこれには邦訳版はない。そこで地域でも入院処遇でも利用可能であり、5ポイントのスケールは「回復指標」として利用可能で、ICF との互換も可能になる可能性があることから全般的な行動評価には Behavioural Status Index：BSI（Reed ら，1999、Woods ら，2001）を利用することとした。

このスケールは一般の精神障害者向けに開発されていた4つの領域、コミュニケーションとソーシャルスキル（30項目）、洞察（20項目）、セルフケア（30項目）、仕事とレクリエーション活動（20項目）（Webb et al, 1981; Jacob et al, 1992）というサブスケールに加え、司法領域での特徴として安全（20項目）、共感（30項目）を加え、行動評価を行う6領域150項目の行動評価尺度である。評価は全くできないから支援がなくてもできる、までの5段階で採点されるがこの5ポイントのスケールは回復スケールとしての使用が可能である。現在までに、英語版のほかドイツ版、ノルウェー版、オランダ版などが作成されており、英語版での妥当性は内容妥当性および予測妥当性、信頼性は再テスト信頼性、評定者間信頼性が確認されている。

安全では他者への攻撃行動や自傷行為、扇動などの反社会的行為などが評価可能であり、さらに洞察では緊張状態になることに対して気づき対処できるかどうか、さらに治療への意欲が評価できる。コミュニケーションとソーシャルスキルでは人と関わることに対するスキルを評価可能である。また、作業とレクリエーションでは余暇活動が評価可能である。セルフケアは基本的なセルフケア能力が評価可能であり、共感では特に他者に共感を示し他害行為を行わないという点での評価が可能である。行動を評価する尺度である。BSIは下位尺度それぞれ単独でも使用可能であり、対象者の2週間の行動を評価するために初期評価に利用した後は問題となる下位尺度のみを追跡することも可能である。

② 病識評価

重大な他害行為を繰り返さないためには病気についての理解と自己の病気とのつながりを理解し、治療を継続する必要がある。このため病識評価は重要なアセスメント項目である。知識や態度としての評価では病識評価がある。これには病識評価尺度(The Schedule for Assessment of Insight)日本語版:SAI-J(酒井ら, 2000)が利用可能と考えられた。これは病識を連続的に、多次元でとらえおり、下位尺度の「治療と服薬の必要性」「自己の疾病についての認識」「精神症状についての認識」補足項目を加えて合計得点を出すものである。

③ 服薬態度

社会復帰を維持するためには服薬遵守は重要であり、服薬に対する構え:DAI(Drug Attitude Inventory)(宮田他, 1996)、服薬に関する知識:KIDI(Knowledge of Illness and Drugs Inventory)(前田ら, 1994)が利用可能と考えられた。

DAIは、服薬観を、服薬や薬剤に対する患者自身の構えやとらえ方、関わり方として測定するもので(渡邊, 2000)、30項目版と短縮版の10項目版とがある。10項目を総合し肯定的服薬観、否定的服薬観を判定する。

この尺度は前田らがKnowledge of Illness and Resources Inventoryを参考に心理教育で教える内容、精神症状と薬物療法などの医学的内容に絞って作成された20項目の自記式調査票である。採点は正解の場合1点が与えられ20点満点となっている。信頼性妥当性は検証されており、心理教育の効果検証(連理, 1995)などで使用されている。

④ 自信を増やし負担感を軽減させるための情緒的サポート

ここでは、自己効力感や、エンパワメント、あるいはQOLといった内容が評価されると思われる。QOLは、より広範な概念でとらえられるものについては多職種で行うものであると考えられるが、看護では特に主観的満足度としてのQOLが重要である。主観的満足度を測定するものには特に精神障害者用に開発された生活満足度スケール(角谷, 1995)が適当と思われた。この尺度はQOLを主観的な個人の満足感や幸福感として精神障害者用に開発された身体的機能(5項目)、環境(7項目)、社会生活技能(6項目)、対人交流(4項目)、心理的機能(8項目)の計31項目を不満から満足までの7段階のフェイススケールにより評価する自己記入式の評価尺度であり、信頼性、妥当性は検証されている。ただし精神障害者の場合、地域に出ることへの心的負荷や地域での生活環境が必ずしも満足いくものではないことなどがあり、入院環境のほうが満足度が高いことも考えられ、解釈には注意が必要である。

自己効力感については一般向けの特性自己効力感尺度(成田ら, 1995)などもあるが、精神障害者向けに開発された地域生活に対する自己効力感尺度:SECL(大川ら, 2001)がある。この尺度は精神科リハビリテーションにおける自己効力感の測定を目的に地域での生活に焦点を当てて開発された。日常生活(5項目)、治療に関する行動(4項目)、症状対処行動(4項目)、社会生活(3項目)、対人関係(2項目)の5領域18項目を評価する。評価は主観を判断する自記式であり、0全く自信がないから10絶対に自信がある、の11段階のリッカート法で180点満点を100点換算した得点で評価される。信頼性妥当性については検証されている。入院対象者が地域生活を送るにあたっては、対象行為が与える影響もあり、本人が生活できるという自信が重要であると考えられるが、一方で実際のスキルに比べ自信が高すぎる、あるいは現実的な検討能力が乏しいが故に自信だけが高まった場合も問題としてとらえられるとされる。

⑤ 社会資源の利用ができるよう調整したりする社会的支援と感情的受容

ここでは対象者のニーズの評価、ニーズに対する支援の有無とその量、本人の支援に対する満足度、ニーズと支援に対する対象行為の影響、があげられる。これについては Camberwell Assessment of Need Forensic version : CANFOR(Thornicroft, 2003)がある。CANFOR は英国ロンドン大学精神医学研究所の地域精神部門で開発され、研究版、臨床版、短縮版がある。これまでに多数の外国語訳がされており、信頼性、妥当性とも確かめられている。全 25 分野についてスタッフ、ユーザー、介護者がそれぞれニーズを評価する評価尺度である。

3) 総合アセスメント

前述の考え方に従い、①生命維持活動（身体情報）②社会生活維持活動 ③他者と関係する活動 ④自己実現行動としてアセスメントするための総合アセスメントを検討した。

① 生命維持活動

この項目では特に食事、排泄、睡眠といった活動そのものの評価や身体合併症などで身体の自己管理を行うことについての情報が必要と考えられる。これらの情報は

飲食摂取状況（偏食、拒食、脱水、多飲水、文化・宗教上の制約、介助の必要性、その他問題）

他科での使用薬剤の有無（*内服方法や日常生活で注意すべきこと）

排泄（下剤の使用、回数等）

清潔状況（介助の必要性）

皮膚状態（外傷処置、軟膏処置等）

睡眠パターン（対処法等）

趣味、運動、仕事

身体合併症の既往

アレルギー、感染症の有無 という項目で構成した。

これらの項目は通常のフィジカルアセスメントに準じそれぞれ個別にテキストで記載しアセスメントする項目である。

② 社会生活維持活動及び他者と関係する活動

この2つの項目は、以下の評価尺度によりアセスメントする。ここで評価すべき項目には精神症状、社会的行動、攻撃性の評価、病識、服薬知識などがあげられる。病状を評価するものでは Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS の看護者版（いわゆる McGorry 版） Brief Psychiatric Rating Scale Nursing Modification : BPRS-NM (McGorry,1988) がある。これは Overall と Gorham (1966) による BPRS の原版を看護者の観察によって評価するものである。ただし、病状の評価については医師が行う症状評価が利用可能であるから、それを基にアセスメントすることとし、その他の項目は後述のアセスメントツールで評価するようにした。その上で、BSI、DAI-10、KIDI、SAI-J を利用し、アセスメントする。

③ 自己実現のための行動

自己実現では CANFOR,生活満足度とともに、「入院に対する思い」「対象行為についての思い」「被害者に対しての思い」「入院治療が与える影響で対象者にとってよいところ、悪いところ」そして「退院後どうしていきたいか」という項目を含めて評価する。

4) 共通評価項目とのつながり

看護師は上述の看護の視点でアセスメントし、問題点を抽出するが、初期評価において共通評価項目はMDT全体で評価される。このため、看護独自で共通評価項目を判断したアセスメントがMDT全体で協議する前に存在することはない。そこで看護独自で評価した看護上の問題点について共通評価項目ではどの項目で取り扱うべきかを決定しておく。その後MDTでの会議で議論をすることになる。一方、一度MDT会議で共通評価項目に沿って治療計画が立てられると、以降はその治療課題にそって看護計画が立案されることになる。この場合「この治療課題および治療目標を到達するためには看護職としてどのような援助が必要か？」という視点での立案をすることになるので、それぞれの治療課題についての看護上の問題は何か？ということを確認しておく必要はあると考えられる。

【考察】

対象者の入院初期における看護上の問題では人と関係するための行動や、社会生活を維持するための行動、特に個人の洞察をもとに緊張や不安に気づき対処すること、コミュニケーションスキルを高めること、などの問題が多かった。精神科急性期では主に身体問題に焦点が当てられる（北上他,2005）が、より社会復帰に向けた支援が問題になると思われる。ただし、やはり対象行為についての洞察内省といった問題は少なかったものの、おそらく回復期や社会復帰期になるとより対象行為への内省や洞察といった問題は増えるのではないかと予測され、今後さらに検討を重ねる必要はあるが、指定入院医療機関での看護上の問題の特徴の一つになるであろうと考えられる。

これらの問題は、安全、洞察、コミュニケーションスキル、余暇活動、共感というBSIの評価項目は適切であると考えられた。ただし、今後より日本の文化、あるいはこの法律の対象者のリハビリテーションの特性に合うよう修正したり、短縮版を考慮するなど、臨床での簡便さと妥当性を検討する必要はある。また、他に病識、服薬コンプライアンスという問題も重要であり、継続した評価のためにDAI-10やSAI-Jを利用することが可能と考えられた。

しかしながら精神病性症状を評価する視点は看護師にも必要である。看護師もこうした病状評価の尺度を理解し使用することで医師と病状の議論をする際、同一の視点でどうして評価がずれるのかなどを話し合うことが可能になる。今後看護師の観察による病状評価も検討が必要であろう。

アセスメントに標準化された評価尺度を用いることの利点は、ある視点を持って対象者をみることによってこれまで見えてこなかったものが見えてくることにある。臨床では得点化すること自体に意味があるのか？という点で評価尺度はなじみにくともいわれているが、評価してみることで他のスタッフと見方を議論することもできる。そのことの方がむしろ意味合いは大きい。看護は元々医療チームの中では最も多い人数でケアにあたる職種であり、たとえばプライマリナースがなぜこの対象者をこう評価するのか？ということに対して明確に示せることによって看護職種内での統一した理解ができるようになるだろう。

従来MDTの中で看護は他職種に対して看護の視点やとらえ方を理論的に示すことに不慣れであることが危惧されてきた。評価ツールを使用するアセスメントは他職種と議論する際に明確な視点を与えることができる。また、CANFORなどのツールは対象者と面接をし、ともに看護計画を立案しようとする際に、お互いの考えを知り、「対象者が望むこと」「看護者としてできること、支援したいこと」が共通の視点で考えられるという使用方法がのぞましいと考えられる。

ただし、こうした尺度を解釈するにあたっては、得点そのものが良かった悪かったと判断するだけでなく、社会的常識として好ましい解答をするというSocial desirabilityやすべてに同じ得点を

つけたり、すべてを満点回答したりする場合もあり(大川ら, 2003)も考慮する必要があり、得点の持つ意味や他の尺度との関係にも注意する必要がある。

指定入院医療機関での治療はMDTが共通評価項目に基づいた評価をすることにより治療計画が立てられる。看護問題は、初期評価以降はMDT会議での治療計画に示されるので、看護師はその問題の中から看護上の介入の視点、計画の立案修正を行っていくことになる。しかし、その中でも「では看護はその問題に対してどのような観察の視点を持ちどのようなプランを立てたか」を明確に示す必要がある。そしてその中で、対象者がどう変化したかをとらえていき、それをたとえば退院申請時の看護者の評価として客観的に示す必要がある。こうした過程で、必要な尺度をもとに根拠を示していくことが必要になると考えられる。

【文献】

- Farquhar J W , The American Way of life Need Not be Hazardous to your Health,1987
- 長谷川憲一ら, Life Skills Profile(LSP)日本版の作成とその信頼性・妥当性の検討, 精神医学 39(5), 547-555, 1997.
- Honigfeld G, Gillis RD, Klett CJ., NOSIE-30: a treatment-sensitive ward behavior scale., Psychol Rep. 19(1):180-2. 1966
- 岩崎晋也ら, 精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)の開発 信頼性の検討(第1報)精神医学, 36(11), 1139-1151, 1994.
- 角谷慶子, 精神障害者における QOL 測定の試み, 京府医大誌, 104(12), 1413-1424, 1995.
- Kay SR, Wolkenfeld F, Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence.J Nerv Ment Dis. 176(9):539-46. 1988
- 北上恵子, 片山弘美, 横山修司, 椎橋依子, 下里誠二, 電子カルテ化に向けた看護記録の現状分析, 看護診断, 10(2), 209-210, 2005.
- 前田正治ら, 分裂病者や家族に対する疾病薬物知識度調査(Knowledge of Illness and Drugs Inventory:KIDI)の結果について, 日本社会精神医学会雑誌, 2(2), 173-174, 1994.
- McCloskey J,C.,and Bulechek,G.M.: IOWA Intervention Project Nursing Interventions Classification(NIC) 2nd ed, St,Louis,Mosby,1996.中木高夫, 黒田裕子監訳: 看護介入分類 (NIC) 第2版, 11, 南江堂, 2001
- McGorry PD, Goodwin RJ, Stuart GW, The development, use, and reliability of the brief psychiatric rating scale (nursing modification)-an assessment procedure for the nursing team in clinical and research settings.Compr Psychiatry, 29(6):575-87, 1988.
- Moorhead S., Maas M., Johnson M., Nursing Outcomes Classification(NOC), 3rd edition, 江本愛子監訳, 看護成果分類 (NOC) 第3版, 22-24, 医学書院, 2005.
- 森千鶴, 行動に着目する MORI 式看護過程が精神科看護をとらえやすくする,精神看護, 9(1):48-68, 2006.
- 宮田量治, 藤井康男, 稲垣中, 八木剛平, 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ(その1)薬に対する構えの調査表 (Drug Attitude Inventory 日本語版) による検討, 精神経誌, 98 : 1045-1046, 1996.
- 宮田量治, 藤井康男, 増補改訂 クオリティ・オブ・ライフ評価尺度 解説と利用の手引き, 星和書店, 2001, 東京
- 宗像恒次, 行動科学からみた健康と病気, 84-106, メヂカルフレンド社, 1996.

- 成田健一ら, 特性的自己効力感尺度の検討—生涯発達の利用の可能性を探る—, 教育心理学研究, 43, 306-314, 1995.
- Nijman H&Palmstierna T: Measuring aggression with the Staff Observation Aggression Scale Revised, Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl, 412:101-2,2002
- 大川希ら, 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SEC) の開発, 精神医学 43(7), 727-735, 2001.
- 大川希ら, 統合失調症者の自己記入式調査に対する回答信ぴょう性 統合失調症者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) に対する回答の検討から, 精神医学, 45(5): 517-524, 2003.
- Reed V et al, Behavioural Status Index, Psychometric Press, London, 1999.
- 連理貴司, 精神分裂病者に対する心理教育ミーティングの効果, 精神医学, 37, 1031-1039, 1995.
- 酒井佳永ら, 病識評価尺度(The Schedule for Assessment of Insight)日本語版(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討, 臨床精神医学, 29(2), 177-183, 2000
- Thornicroft G, CANFOR : Camberwell Assessment of Need Forensic Version, Gaskell (Royal College of Psychiatrists), 2003
- 山下俊幸, 藤信子, 田原明夫, 精神化リハビリテーションにおける行動評定尺度 : REHAB の有用性, 精神医学, 37, 199-205, 1995
- 渡邊衡一郎, 服薬コンプライアンスに対する通院精神分裂病患者の服薬観と病識の様相, 慶應医学, 77(6):309-317,2000.
- Woods P, Reed V, Collins M. Measuring communication and social skills in a high security forensic setting using the behavioural status index., Int J Psychiatr Nurs Res. 7(1):761-77. 2001

初期介入と初期計画への看護師の関与をめぐる問題点について

木原深雪、佐藤るみ子

(国立精神・神経センター武蔵病院)

I.はじめに

当院は平成17年7月施行された医療観察法に基づく日本初の指定入院医療機関である。病床数33に対し43名の看護師が配置され、既存の精神科病棟よりも手厚い看護が行われることが期待されている。とりわけ、昼夜を問わず対象者に接している看護師には、治療プログラム等を通して対象者が得た知識や技能を日常生活に汎化させ、社会復帰を促進するための支援が求められている。

対象者の社会復帰および地域支援を的確に行うためには、入院当初からの初期介入と初期計画が重要であるが、既存の精神科病院においては、患者の精神症状が落ち着くまで社会復帰支援を見合わせる傾向が根強い。社会復帰支援が始まってからも、多くの関わりは精神保健福祉士に委ねられ看護師の関与は限定されがちであるが、指定入院医療機関の看護師には主体的な関与が求められている。

従って、医療観察法施行から間もない現時点で、対象者の社会復帰支援に向けた看護師による関与の現状と課題の明確化を図り望ましい方向性を探ることは、日本初の指定入院医療機関の責務と考えられる。

II.研究目的

対象者の地域支援に向けた初期介入と初期計画への看護師の関与をめぐる現状について明らかにすることによって、看護師の行うべき社会復帰支援に関する問題点を整理し、今後の看護ケアの方向性について検討する。

III.研究方法

1. 研究対象

都内指定入院医療機関に従事している多職種チームに属するスタッフのうち研究への協力をえられた医療従事者。

2. 研究機関

平成17年11月1日から平成18年3月31日までの4ヶ月

3. データ収集方法

1) 研究者自身が体験した状況への参与観察

研究フィールドである指定入院医療機関において、地域支援に向けた初期介入と初期計画に関連のある臨床場面に参与観察し、気がついた事をフィールドノートに記載した。

2) 質問紙調査

研究者らが独自に作成した質問紙を用い、研究対象者に質問紙調査を行った。質問項目は、①多職種・地域関係機関などとの連携の中で感じた問題、②多職種・地域関係機関などと自分たちの判断・見立て・査定の相違、③社会復帰をめざすにあたり、受け入れが難しいと感じた点について自由に記載してもらった。

3) 担当者とのショートカンファレンスへの参与観察

1)、2)の結果を踏まえながら、入院対象者のプライマリー看護師もしくはアソシエイト看護師

とのショートカンファレンスに参加し、地域支援に向けた初期介入と初期計画に関する事柄について要点ごとにフィールドノートに記載した。

4. 分析方法

フィールドノートから収集されたデータおよび質問紙調査から得られたデータはK J法による定性的分析を行った。

IV.倫理的配慮

当院の倫理審査委員会にて承諾を得た。また、研究への参加は自由であり辞退しても不利益を生じないこと、どの時点でも途中辞退は可能であることを説明し了承を得た。本研究で得たデータは、本研究が終了し、報告書にまとめた後に研究者によって処分する。

V.研究結果

1. 参与観察および質問紙調査

参与観察によるフィールドノーツ (8,257 字)、並びに質問紙調査 (無記名) により 54 名中 15 名から得られた回答をデータとして、K J法による3段階のカテゴリー化を行った。その結果、最終的に【孤立しており退院先の設定が困難な対象者】【地域関係機関の消極的態度】【医療・地域機関の連携システムの未成熟】【初期介入への看護師の関与をめぐる状況】の4つのカテゴリーが得られた。

得られた4つのカテゴリー相互の関連を下位カテゴリーとともに図式化し(図1、参照)、それぞれのカテゴリーを社会復帰の促進因子と阻害因子に分けて内容を整理した(図2、参照)。

なお、K J法による第1段階は<>、第2段階は《》、第3段階は【】で表した。

1) 【孤立しており退院先の設定が困難な対象者】

対象者の中には、身寄りがない者や、遠方からの入院のため<単身で社会的に孤立している>者があり、《退院地の設定が困難》な状況にあった。

また、資格を取得して仕事をしたい、出身地以外の指定通院医療機関の近くに住みたいという要望もあった。そのため、担当多職種チームとしては、本人の希望もあることから《疑問は残るが知らない土地で再出発するのも一つの方法かもしれない》と考えるケースもあった。

当院は日本初の指定入院医療機関であったため、対象者は全国各地から来院し、入院までに関係者が関わってきた地域や退院地が<遠方では連携がとりにくい>状況があった。そのためスタッフは<退院地近くに入院するのが妥当><家族の近くに入院する方がいい>という意見をもつ者もいた。

すなわち、対象者自身の前向きな姿勢という社会復帰への促進要因があっても、社会的に孤立しやすい状況が阻害要因となっており、適切な情報に基づく個別的な支援が必要であることが示唆された。

2) 【地域関係機関の消極的態度】

対象者の中には経済的に困窮している者もあり、生活保護の受給が検討される過程において、住居地、事件地、入院地の一致しない例においては、どの自治体から受給するのが妥当なのかについて地域関係機関の間で意見の分かれることがあり《生活保護申請先の確保が困難》な状況がみられた。

また、ある県では対応できても他県では対応できない場合や、受け入れ施設が少ない地域があるなど、《対応には地域差がある》ことが明確になった。

地域関係機関担当者との会議では、新しい制度による初めての取り組みのためか、《必要以上に恐

れをもつ地域関係機関》があるなど、対象者の退院に対する消極的な傾向が伺える地域関係機関もあった。

地域関係機関の消極的な姿勢は、対象者の社会復帰に対する重要な阻害要因なので、今後、地域関係機関の受け入れ態勢の整備に向けた働きかけが必要であることが明らかになった。

3) 【医療・地域関係機関の連携システムの未成熟】

対象者にとって〈家族の存在は社会復帰に重要〉であり、〈早期からの家族関係調整を行う社会復帰調整官の存在〉はあるものの、〈家族からの理解を得られるまでは時間がかかる〉のが現状である。そのため、《入院初期からの介入の重要性への認識》が必要である。

また、《入院時の情報では退院後のイメージがつかみにくい》《外部の期待と行っていることに差異があるのではないか》と感じているスタッフがいる上、《退院地が遠いと社会復帰に縁遠くなる現実》もあるため、《職種間や地域関係機関との情報交換やバランス調整は課題》である。

すなわち、現状では入院時の情報は限定的である上、対象者、退院後に関わる人々、スタッフ間の認識には格差があり、このことが社会復帰の阻害要因になることを危惧するスタッフがいる。そのため、今後は各職種それぞれの立場を大切にしながら綿密な意見交換を行い、共通認識に基づく広い視野からのアセスメントに基づいて連携していく必要があることが明らかになった。

4) 【初期介入への看護師の関与をめぐる状況】

スタッフには〈入院時に入手できる情報は現実性に乏しい〉ことや〈社会復帰調整官からの情報では初期の退院イメージがつきにくい〉ことから、《入院時は退院後のイメージがつかめない》状況が伺える。

また、〈職種間や地域関係機関の判断とは特に相違を感じない〉とするスタッフがいる一方で、〈看護職の意見が他職種に伝わらないことがあった〉とするスタッフもいて、《職種間において判断の違いを感じる人と感じない人がいる》ことがわかった。

看護師の多くはケアコーディネーターの役割を担っており、〈会議の日程調整は至難の技〉という状況のなかで、担当多職種チームや看護職同士の共通理解を得るための調整を行っているが、《チーム内外の連携は予想以上に困難を伴う》状況がある。

スタッフは〈通院処遇への基盤が整備されておらず見通しがたちにくい〉等、《様々な困難や疑問点を感じながら働いている》。

こうした背景の下で、対象者の《社会復帰支援は精神保健福祉士や社会復帰調整官に任せている現状》があり、《CPA会議のあり方に疑問はあるが介入しにくい》と感じるスタッフがいた。

すなわち看護師は、社会復帰調整官から入院時に得られる情報の現実性への疑問、職種間の判断の違い、会議日程の調整の困難さ、制度発足当初ゆえの混乱という阻害要因の中で、ガイドラインに従ってオリエンテーションやアセスメント、職種間の調整を行っていることがわかった。

2. 担当者によるショートカンファレンスへの参与観察

対象者のプライマリー看護師またはアソシエイト看護師によるショートカンファレンスへの参与観察から得られたフィールドノートより、31例（うち1名は転院）の対象者に関する初期介入について吟味した。その結果、「看護師の社会復帰支援への行動」と「対象者への理解や関係性の構築」という2つの項目の重要性が浮かび上がった。そこで、これら2つの項目を軸として31例をおおまかに配置したところ、次の4つに類型化された（図3、参照）。

1) 行き詰まり型

16例が該当し、最も多かった。看護師は社会復帰支援の重要性を認識し、何等かの行動を起こしているが、援助が難航している。対象者の強い拒絶によるコミュニケーションの断絶が生じている場合、表面的な関わりに止まり関係をそれ以上発展できない場合、疎通性は良好だが対

対象者の退院への意欲が希薄で支援に対する反応に乏しい場合、衝動性が激しい等の理由から本人のニーズを把握するのが困難な場合、症状により疎通困難な場合等がある。

2) 積極的行動型

9例が該当する。対象者への理解や関係性の構築が順調で、社会復帰支援にも取り組んでいるケースである。

3) 様子観察型

5例が該当する。対象者との関係性は良好だが、対象者の現実感覚が乏しく、人と向き合えないなどの問題があるため、看護師は対象者の言動を観察し、ある程度見通しが立った時点で、社会復帰についての現実的な検討に入ることを選択している。

4) 非介入型

1例のみが該当する。看護師は社会復帰支援の必要性を感じる事がなく、介入もしていなかった。

看護師は、対象者の社会復帰支援として、退院地の選定や利用可能な社会資源の検討、疾病教育、病棟を訪れた家族や関係者との個別面接を行い対象者への理解を促していた。ただし、面接を行った全例において病棟外の機関との連絡の窓口は、精神保健福祉士が担っていた。

VI.考察

結果1から、看護師の多くは担当多職種チームの中でケアコーディネーターとしての役割を担っているものの、社会復帰支援に関しては精神保健福祉士や社会復帰調整官に多くの役割を委ねている現状が明らかになった。一方、結果2から、31例中29例について看護師は社会復帰支援への問題意識を持ち何等かの行動を起こしていることが明らかになった。これらの結果から、看護師は社会復帰支援への問題意識を持ちながらも介入し難い状況にあることが示唆された。そこで、どのような要素が加われば、社会復帰支援への看護師の関与が促進されるのかについて検討してみたい。

1. アセスメントの重要性

結果1より、対象者の多くが社会的に孤立しており退院地の選定には困難をきたしやすい傾向や、地域関係機関の職員は対象者に対して恐れを抱きがちで、受け入れに消極的な姿勢がみられる。そこで、病院側としては、入院時から地域処遇を視野に入れた的確なアセスメントを行い、地域関係機関との共有が可能な治療・ケア方針の立案に努めることが重要である。そのためには、各職種それぞれの立場を生かした幅広い視野からのアセスメントに基づいて共通認識を作り出すことの重要性が示唆された。

また結果2より、看護師が社会復帰支援に能動的に取り組むか否かは、対象者への理解の深まりに関連していることがわかった。また、他職種と看護職とのアセスメント内容に相違を感じた者と感じない者とに二分され、今後検討する必要がある。

看護師は自らの職業に固有のものを問いながらも、アセスメントにおいては職種間の専門性を踏まえ、互いに協働して取組めるように調整しケアマネジメントを行う役割がある。

2. グループワークへの理解

結果1は多職種を対象とした調査データ、結果2は看護師を対象とした調査データに基づくものである。多職種の中での看護師固有の役割は見えにくかったが、自らの担う役割を見出そうと奮闘している看護師の姿を見て取ることができた。初期介入への看護師の関与の4類型には、看護師側の問題、対象者側の問題、職種間の連携の問題などが関連していると考えられるが、なかでも職種間の連携は複雑な問題をはらんでいる。

多職種チームの大前提である意思決定の共有という原則には、合意形成に困難をきたしやすいと

いうジレンマが伴う。このジレンマを克服するためには、決定権を特定の人物や職種に集中させることなく、責任制や役割分担を明確にしながらリーダーシップを確立することが重要である³⁾。そこで、個々の看護師は、担当多職種チーム内で、各職種がそれぞれに果たすべき役割を見極めながら、チーム内で調整的なリーダーシップを発揮していく必要があると考えられる。そのためには、チーム内の集団力動についての理解や集団精神療法的なグループワークの技術についての理解を深めることが重要であり、その際にMaxwell Jonesによる治療共同体の理念⁴⁾についての理解は特に重要であろう。

3. 社会復帰支援における看護師の役割の明確化

指定入院医療機関では、従来の精神科病棟に比べると入院時に得られる情報は多いが、スタッフは《入院時の情報では退院後のイメージがつきにくい》と感じており、また、《退院地が遠いと社会復帰に縁遠くなる現実》が社会復帰への阻害因子となっていた。これらの要因より【医療・地域関係機関の連携システムの未成熟】が浮き彫りになり、そこから退院後に対象者と関わる家族や地域関係機関との綿密な意見交換が課題であることがわかる。そこで、個人情報保護に配慮した上で、対象者のどのような情報を地域関係機関に示す必要があるのかについて明確にしていく必要がある。

また、地域関係機関との連携の中で、看護師は病棟スタッフの一員として、指定医療機関に向けられている社会的な要望の内容を把握し、どのような対応が可能かについて説明していく責任を負っている。看護師は対象者への理解や関係性を深めるとともに、地域関係機関の職員の立場や関係を理解し、連携を深めていく必要がある。それには、看護師自身が自己理解を深めることを通じて、自らとは異なる立場の人々とのコミュニケーション能力を高めながら、地域支援の方法を開発していくことが重要である。

VII. 結語

医療観察法による指定入院医療機関における参与観察とアンケート調査のよって、看護師は担当多職種チーム内での相互作用を通じて対象者の社会復帰支援を行っていることが明確になった。看護師の対象者への理解の深化は、社会復帰支援への看護師の関与に影響を及ぼしていた。今後、アセスメント力の強化、グループワークについての理解、社会復帰支援における看護師の役割の明確化を行うことにより、看護師が社会復帰支援に積極的に関与する必要性と可能性が明らかになった。

VIII. 研究の限界

本研究は、医療観察法施行直後の流動的な状況の中で、限られたデータに基づいて行われたところに限界がある。司法精神医療の制度・システム、指定入院医療機関における医療・ケアに対する社会的な関心と理解が進むにつれて、状況が変化し新たな課題も出現すると考えられる。すでに検討すべき内容は山積しているが、今後の成り行きを注意深く観察するとともに更なる研究を積み重ねていく必要がある。

IX. 文献

- 1) 川喜田二郎 発想法。東京：中公新書；1967
- 2) 川喜田二郎 続・発想法。東京：中公新書；1970
- 3) 宮本真巳 医療観察法と多職種連携。臨床精神医学 2006；35(3):277-285
- 4) Jones MS (鈴木純一訳) 治療共同体を超えて 社会精神医学の臨床 東京：岩崎学術出版社；1968

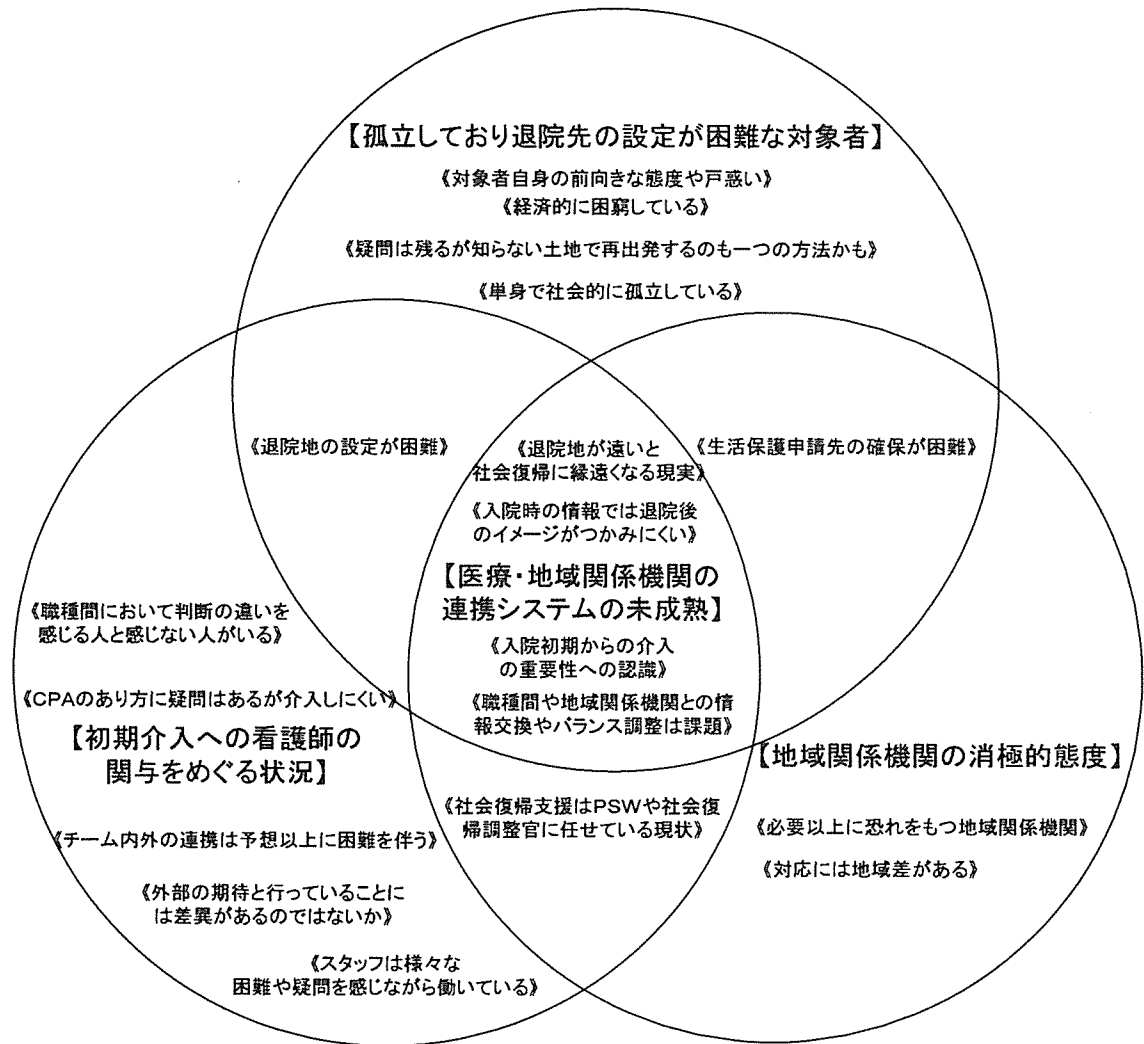


図1 初期介入への関与をめぐる状況

	【孤立しており退院先の設定が困難な対象者】	【地域関係機関の消極的態度】	【医療・地域関係機関の連携システムの未成熟】	【初期介入への看護師の関与をめぐる状況】
促進要因	<p>適切な情報に基づく個別的な支援</p> <p>《対象者自身の前向きな態度や戸惑い》 《疑問は残るが知らない土地で再出発するののも一つの方法かも》</p>	<p>地域関係機関の受け入れ体制</p>	<p>各職種それぞれの立場を大切にした共通認識による幅広いアセスメント</p> <p>《職種間や地域関係機関との情報交換やバランス調整は課題》 《入院初期からの介入の重要性への認識》</p>	<p>ガイドラインに従って、オリエンテーション、アセスメント、職種間の調整を行っている</p>
阻害要因	<p>《退院地の設定が困難》 《単身で社会的に孤立している》 《経済的に困窮している》 《退院地が遠いと社会復帰に縁遠くなる現実》</p>	<p>《生活保護申請先の確保が困難》 《対応には地域差がある》 《必要以上に恐れをもつ地域関係機関》</p>	<p>《外部の期待と行っていることには差異があるのではないか》</p>	<p>《職種間において判断の違いを感じる人と感じない人がいる》 《入院時の情報では退院後のイメージがつかみにくい》 《スタッフは様々な困難や疑問を感じながら働いている》 《社会復帰支援はPSWや社会復帰調整官に任せている現状》 《CPAのあり方に疑問はあるが介入しにくい》 《チーム内外の連携は予想以上に困難を伴う》</p>

図2 初期介入への関与をめぐる促進要因と阻害要因

不足あるいは強化する必要があるもの