

入院当初から、対象行為の受け入れが良好であった社会復帰期の2名は、話し合いの経験があまりないと認識しており、[話し合いの記憶が曖昧]であるなど【話し合いの希薄さ】を感じていた。それ以外の協力者からは、【継続した話し合い】はあるが[回復期で話す機会が多い]など、【時期による話し合いの機会の差】を感じていることが確認された。

話し合われている内容は、対象行為への認識を深めていく上で最初の段階といえる【損得勘定の確認】や【治療への動機付け】から始まり、【対象行為に至る要因の確認】や【対象行為自体の詳細な話し合い】であった。特に、【対象行為に至る要因の確認】では[対象行為を起した理由の確認]や[治療中断の要因の確認]、[疾患について話し合う]ことを綿密に繰り返しており、結果として、協力者の対象行為と疾患との関連への認識を深めることへとつながっていた。【対象行為自体の詳細な話し合い】は1名のみで、[対象行為当時の心境の確認]や[対象行為当時の自分を振り返る]ことを行っていた。家族が被害者で生存している2名については、[被害者への自分の気持ちの確認]を行いながら、[被害者との関係の再構築]を模索するなど、【被害者に関する話し合い・振り返り】が繰り返し行われており、協力者自身もそのことを重要視していた。また、その内の1名からは、【同様の行為を防止する方法の検討】を行ったことが確認できた。

以上の結果から、話し合いの実施状況や話し合われている内容に関して、入院対象者である協力者の認識は、筆者らの先行研究¹⁾である看護師側の認識とほぼ一致していることが分かった。

対象行為に関する話し合いに対する気持ちは、【話し合いの希薄さ】を感じている2名については確認できなかったが、それ以外の協力者は、話し合い当初、[自分と向き合うことの怖さ]から[暗い気持ちになる]ことや、[自分の主張を否定されることへの苛つき]、[余計なお世話と感ずる]など【話し合いへの抵抗感】を感じていた。しかし、時間経過とともに、【話し合いへの抵抗感の消失】を自覚し、対象行為を自分の問題として捉えることで[話し合いの必要性を実感]し、[話すことで楽になる]体験を通して、【話し合いの意義・効果の実感】へと気持ちが変化していた。

さらには、[自分から話すことを希望する]など【話し合いへの積極的参加】へと行動が変化する者もいた。

ただし、妄想が根強く、対象行為が殺人である協力者は【話し合いへの抵抗感】が現在も持続しており、認識や気持ちの変化はみられなかった。

こうした話し合いの中、入院当初は対象行為の確認のための話し合いについて[いじめられていると感じた]など、【スタッフへの被害感】を振り返る者も1名いたが、協力者全員から現在はスタッフとの関係性が安定していることが確認された。話し合いの積み重ねにより、スタッフを[自分の問題に付き合ってくれている]人であると認識するなど、むしろ【スタッフとの関係の深まり】を感じていた。このことから、対象行為に関する話し合いが、入院対象者とスタッフとの関係を阻害する要因とはならず、むしろ促進する要因となっていることが確認でき、これまでの研究^{1) 2)}を裏付ける結果となった。

② 対象行為への認識 (図2参照)

対象行為が殺人である協力者のみ、入院当初、対象行為を自分の行為ではなく[第3者の行為と思う]と否認するという、【対象行為自体の否定】がみられた。しかし、話し合いを繰り返す中で、【対象行為を受け入れることへの葛藤】を示しながらも、対象行為を受け入れ【反省や後悔】を感じるようになっていくという過程を体験していた。この協力者のように、根強い妄想が持続し、かつ殺人という対象行為の現実的な重さがある場合には、対象行為を自分自身の行ったこととして受け入れていくには、かなりの時間を要することがわかった。

その他の協力者は、入院当初から対象行為を自分が行ったと認めていたが、[対象行為を軽く受け止める]など【対象行為への現実的認識の希薄さ】を抱いている者が多かった。

被害者への妄想から放火に至った協力者は、調査時点の治療ステージが急性期でもあり、【被害者への否定的な思い】や【対象行為の正当化】がまだ持続しており、妄想などにより被害者への共感性が育ちにくい状態にあることが伺えた。

【対象行為への現実的認識の希薄さ】や【対象行為の正当化】、【対象行為を受け入れることへの葛藤】は、入院経過の中で減少してい

った。また、[自分のやったことだと認めたくない思い]や[逃げ出したい思い]などの【対象行為を受け入れることへの葛藤】は、対象行為の被害者が家族であった場合に共通して生じていた。

対象行為への【反省や後悔】の内容は、[自分が損をした]という損得勘定から、[深刻な事態の認識]からくる[悪いことをした]という感覚、家族や社会など[周囲への迷惑]への気づきまで、協力者による段階差がみられたが、入院経過の中で、概ね深まりをみせていた。【被害者への共感性】も協力者による段階差がみられ、単に[被害者に悪い]という認識から、被害者の視点に立ち[被害者の気持ちを考える]、[被害者への罪滅ぼしの行動を考える]まで、かなりの幅がみられた。特に、被害者が家族のため退院に向けた関係調整が必要な場合に、【被害者に関する話し合い・振り返り】の機会が多いためか、【被害者への共感性】が深まりをみせる傾向がみられた。

対象行為の確認に向けた話し合いを継続する中で、[再び同様の行為をする不安]を抱きながら、[同様の行為を起さないための行動変容を考える]ことや、[同様の行為を起さないことを決意]するなど【同様の行為を起さないための努力】が確認できた。

③ 対象行為と疾患との関連への認識 (図 3 参照)

[疾患への納得のいかない思い]や[診断名の否定]、[症状の部分的な受け入れ]など【疾病受容への抵抗感】が半分の協力者から確認された。妄想の根強い2名では、現在も【疾病受容への抵抗感】が持続しているが、『精神安定剤』として[薬は必要]と認識するなど本人なりの理解に基く【治療の受け入れ】はできていた。

面接中に対象行為に至る病状経過を説明するなど[対象行為に至る病状経過の理解]は全般的に良好で、[疾患理解することの大切さを実感]しており、【対象行為と疾患との関連の理解の深まり】が確認できた。

入院当初は【対象行為自体の否定】があり、現在まで【疾病受容への抵抗感】が持続している1名は【治療の受け入れ】に留まっていたが、それ以外の協力者は[治療継続への責任がある]と認識し、[病状悪化の予防行動をとることで対象行為を起さない]などの【予

防行動・治療継続への決意】を抱き、それを重要視していた。

V. 考察

以上の結果から、話し合いの継続は入院対象者の認識を深め、入院対象者自身が話し合いの意義・効果を確認する上で有益であることがわかった。さらに考察では、今後の対象行為の話し合いの望ましい持ち方について具体化したい。また、調査協力者の対象行為への認識、対象行為と疾患との関連への認識、そして内省プロセスについての整理、さらには退院後の支援に向けた見通しについて検討する。

1. 対象行為に関する話し合いの持ち方

話し合い当初には【話し合いへの抵抗感】や【スタッフへの被害感】がみられる場合があるものの、話し合いの過程で対象行為への認識が深まるにつれ、対象者の気持ちは【話し合いの意義・効果の実感】や【スタッフとの関係の深まり】に変化しており、話し合うことがスタッフとの関係を阻害することはないことが対象者側の認識としても確認できた。また、面接や治療プログラムなどの話し合いを通じて、対象行為に至った疾患についての理解が著しく深まっていた。これらのことから、対象行為に関する話し合いの継続は必要不可欠なものと考えられる。

ただし、話し合いについての記憶が希薄であった対象者もいたことから、社会復帰期になるにつれて、一定以上の認識が確認できた対象者とは話し合いの機会が希薄になるという事情もうかがわれ、退院準備などに追われることも影響していると考えられる。従って、退院前に入院体験を総括する意味で、対象行為の確認に向けた話し合いも含めた面接を実施すれば、認識の深まりを入院対象者とともに確認しあった上で退院できるであろう。

また、対象行為に関する認識については、【反省や後悔】、【被害者への共感性】の中身に深まりの段階のあることが確認できた。従って、対象者がどの段階にいるのかを確認しながら、次の段階へ進むための働きかけを話し合いの中に組み込んでいく必要がある。また、根強い妄想の持続する入院対象者との話し合いでは、十分に時間をかけ、スタッフとの見解の相違を確認し合いながら、本人なりの理解を促していくことが求められるだろう。

中には、話し合いを持つスタッフの立場にふれて、次のように述べた協力者もいた。

「他人とはいえ、そういった関係なんでやらざるをえない。むこう（スタッフ）としては嫌だと思っんです、内心ね。苛々している相手にそういうこと言うのは。そういった相手の気持ちも考えて、これはちゃんとやんなくちゃだめだと思っようになった。」

この対象者は、スタッフの立場に気づくことが、話し合う姿勢につながった経緯を振り返りながら、退院にあたってこれから入院してくる対象者のためにも責任をもって行動していきたいと語っていた。この事例から、被害者の立場のみならず、家族の立場やスタッフの立場、社会の視点など、様々な立場からの見方を話し合いの中に取り上げていくことが、対象行為や自分自身を多角的に振り返ることにつながり、対象者自身のとるべき役割や行動が見えてくる可能性がある。

さらには、対象行為に関する話し合いの必要性について、「この人がイライラするっっていうんで、逆にふれないようにするよりは、触れさせて自分でもその意味を解らせて、気付かせることがすごく良かったと思っ。誰だっ嫌なことあったらイライラする。思い出したらイライラするし。それをただ自分でどういっ風に気持ちを切り替えられるかとか、どういっ風にそこから、自分なりに考えるかとか、そういうところがすごく大切だと思っ。」と語っていた。対象者と看護師との間で、対象行為に関する話し合いを継続する必要があるのはいうまでもないことだが、上に紹介したような認識に至った対象者の活用も重要な課題と考えられる。例えば、新たに入院となった対象者へのオリエンテーションの一環として、対象者によるピアサポートの場を設定する等の支援も早急に検討していく必要があるだろう。

2. 内省プロセスの整理と退院後の支援に向けた見直し

急性期症状が落ち着いて認知の歪みや逸脱が減少すると、入院対象者の大部分は対象行為の事実について振り返り、十分に話せることが確認できた。根強い妄想の持続する入院対象者以外は、自分の本意ではなく症状によって対象行為を生じさせたという認識から、「被害者に悪い」という気持ちも比較的生じやすいことがわかった。

研究協力者6名の内省プロセスを比較することによって、【反省や後悔】【被害者への共感性】の中身として、①自分が損をしたという損得勘定から悔やむ段階、②家族に迷惑をかけたことを悔やむ段階、③被害者に迷惑をかけて申し訳なく思っ段階、④自らの行為による社会的な影響と責任の重さを痛感し悔いっ段階を区別することができた。これらの段階を一部体験している者から全ての段階を体験している者まで様々だが、こうした段階論を踏まえて退院後の支援体制を検討していくことが求められる。

社会学者の宮台³⁾は、社会秩序を維持するためには、犯罪者や重大な他害行為を行っ精神障害者の処遇の方法として、「管理化」「共同体化」「主体化」の3つのタイプを適切に組み合わせる必要があると指摘している。ここで主体化とは、損得勘定を超えて、被害者感情や自らの社会的責任を実感できる段階に近づくことであるといえよう。宮台によると、一般犯罪者に関しては、地域共同体が衰退する社会状況の中で管理化が進行しており、損得勘定ができ厳しい行動制限を遵守できる対象者には地域での処遇を認める傾向がアメリカを中心に強まっているという。宮台は、犯罪者が主体化を遂げる可能性に悲観的な政治・社会状況が管理化を殊更に助長し、主体化を阻害する危険の大きいことへの危惧を表明している。

宮台の図式を本研究で明らかになった内省の段階に当てはめて、退院後の支援を考えると、以下のような整理ができる。

- ①の段階に止まる場合は、法的・医療的な「管理化」を重視した支援が必要となる。
- ②の段階に止まる場合や家族・地域社会による支援が期待できる場合は、「共同体化」を重視した支援が必要となる。
- ③④の段階に達している場合は、「主体化」を重視した支援が求められるといえる。

どのタイプの支援を重視するかについては、対象者の内省段階と共に、対象者の個性や意思、退院地の地域特性、社会情勢などにより判断されるだろう。ただし、本調査の結果から、重大な他害行為を行っ精神障害者の場合、自分の本意ではなく症状によって対象行為が生じたという認識に到達することによって、「被害者にすまない」という気持ちが比較的的生じやすい点で、一般犯罪者に比べ内省の

深化を促進しやすいという事情を指摘することもできよう。

VI. 結論

(1) 対象行為に関する話し合いの継続につれて、入院対象者の認識は【話し合いへの抵抗感】から【話し合いの意義・効果の実感】へ、【スタッフへの被害感】から【スタッフとの関係の深まり】へと変化していた。また、話し合いは概ね対象行為についての認識や対象行為と疾患との関連への認識を深めていることから、話し合いの継続の効果と必要性を確認できた。

(2) 対象行為への認識では、【反省や後悔】【被害者への共感性】などの内省プロセスから、①損得勘定から悔やむ段階、②家族に迷惑をかけたことを悔やむ段階、③被害者に対し迷惑をかけて申し訳なく思う段階、④社会的な影響と責任の重さを痛感して悔いる段階の4段階が確認され、到達段階に応じた内省深化への支援と、退院後の支援体制作りが求められることが確認できた。

(3) 対象行為と疾患との関連への認識については、【対象行為と疾患の関連の理解の深まり】が【予防行動・治療継続への決意】へとつながっていくことが確認できた。

VII. おわりに

本調査研究については、入院中の対象者の半数近い16名から調査協力への同意を得ることができたが、時間的な制約から今回の報告では6名のみ調査結果に基づいて報告を行った。続報では、同意してくれた全ての方の調査結果を踏まえて報告したいと考えている。さらに、今後の調査では、対象者の体験をより詳細に明らかにし、今回の結果や考察で検討された内容との突合せを行っていくことが求められるだろう。また、本調査は1施設での調査結果となっているため、今後は各指定入院医療機関での結果とのすり合わせなどが必要と考えられる。

参考文献

熊地美枝,高崎邦子,佐藤るみ子,宮本真巳: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,平成15~17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」平成17年度総括・分担報告書,2006;588-597.

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」平成16年度総括・分担報告書,2005;542-550.

藤井誠二,宮台真司:「罪と罰」をめぐる対話(藤井誠二×宮台真司),あとん10月号,2006;80-99.

表 1：研究協力者概要

	病名	対象行為	年齢	性別	治療ステージ
A	統合失調床	傷害（家族）	30 歳台前半	男性	社会復帰期
B	双極性感情障害	事後強盗	40 歳台前半	男性	社会復帰期
C	統合失調症	殺人未遂（家族）	20 歳台前半	女性	回復期
D	アルコール性精神病	傷害	40 歳台前半	男性	社会復帰期
E	妄想型統合失調症	放火	50 歳台後半	男性	急性期
F	統合失調症	殺人（家族）	50 歳台前半	男性	社会復帰期

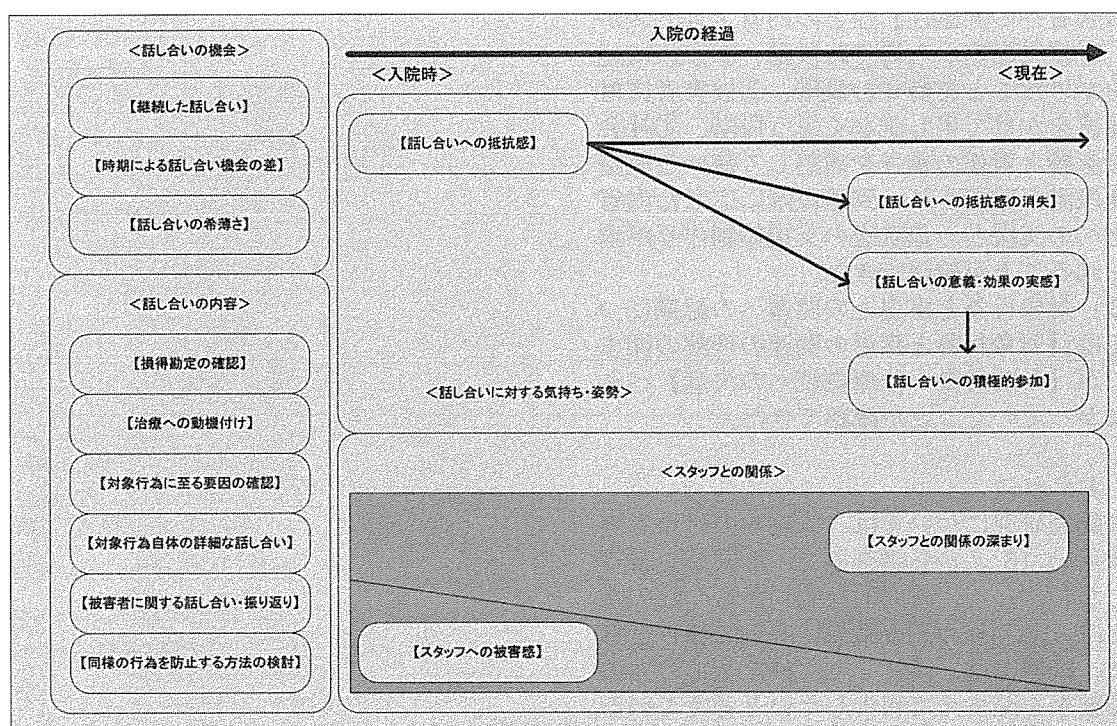


図1：対象行為に関する話し合いの実際

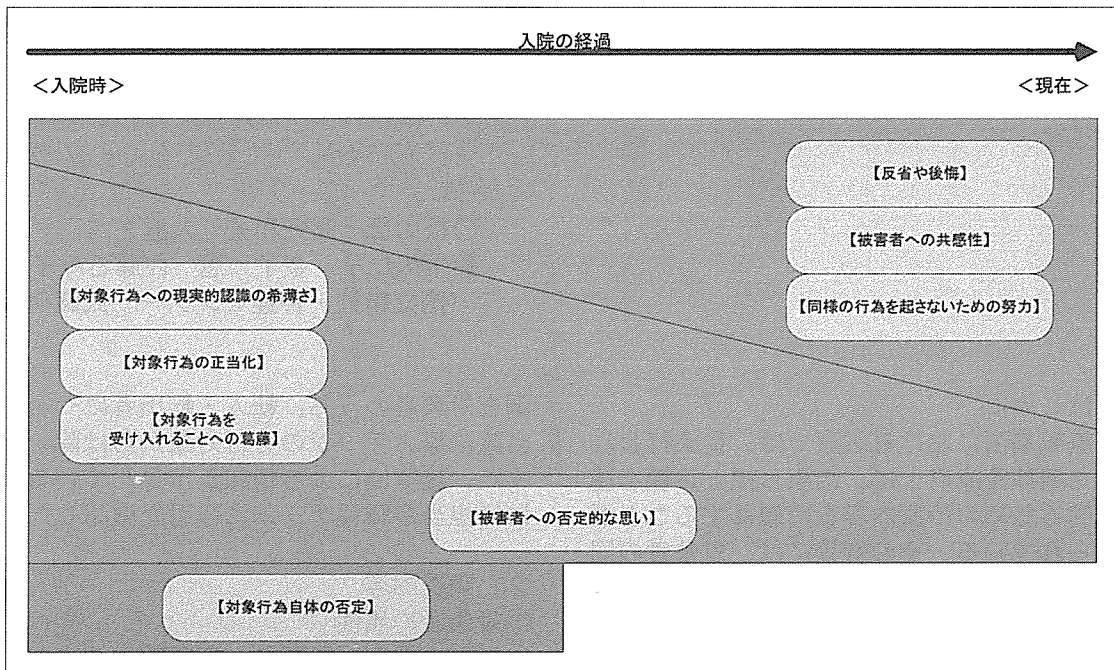


図2: 対象行為への認識

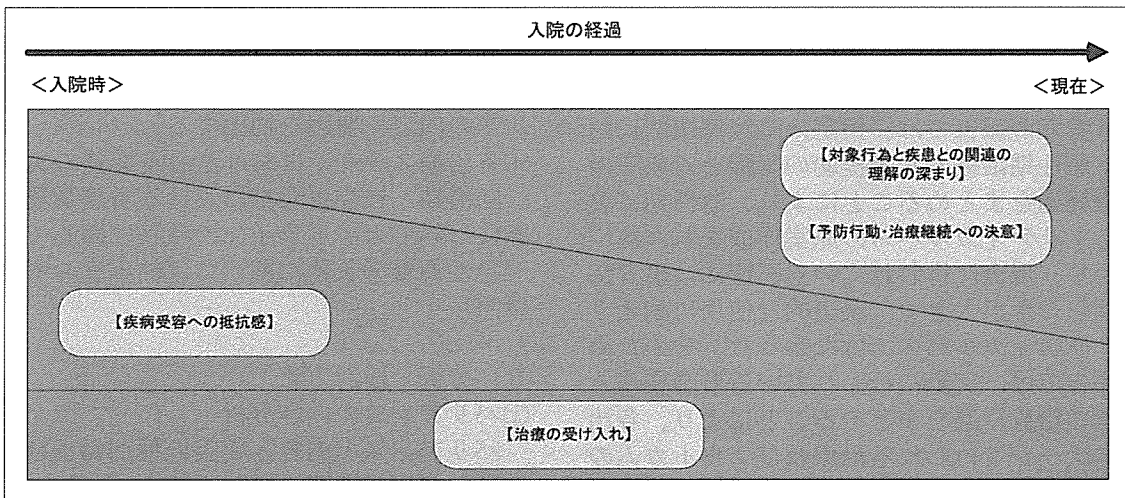


図3: 対象行為と疾患との関連

3) 指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成

「指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成」

○板山稔 高野和夫 大迫充江
鈴木久仁子 金子一恵 佐藤るみ子
(国立精神・神経センター 武蔵病院)

1. はじめに

医療観察法における医療では、従来行われてきた精神医療以上に、治療目標と目標を達せさせるための治療内容を明確にすることが求められている。その背景には、対象者の同意の有無に関わらず医療が開始されることがあげられる。治療の必要性やその終結が医療の判断だけではなく、最終的には司法の判断として決定される医療観察法下では「客観性」と「透明性」のある治療を実施し、治療の「妥当性」を示すことが重要となる。

このような「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ことは言うまでもない。前年度の本研究班による筆者らの報告では、指定入院医療機関における急性期治療の看護援助の実際と対象者の治療経過をまとめることにより、急性期におけるクリティカルパスの原案作成を試みた。しかし、現実に行われている医療には患者毎のばらつきが大きく、現実的な使用に耐えうるクリティカルパスではなかった。そのため本報告では、実際に行われている看護業務と患者の治療経過をまとめることにより、各治療ステージで行われる治療及びアウトカムの標準化を検討し、指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成を試みた。

2. 方法

1) 調査対象と方法

国立精神・神経センター武蔵病院医療観察法病棟に平成17年9月から平成19年10月末までに入院した43例に対して、平成19年2月1日までの入院診療録をレビューした。

調査対象者のうち、転入・転出者については当該治療ステージの分析対象からは除いた。また、診療録による情報が不足している場合には担当多職種チームに経過を確認した。

2) 調査内容

①対象者の属性

年齢、性別、診断名、医療観察法の対象となる触法行為の内容（以下、対象行為）

②治療ステージの期間、介入項目の実施までの期間

各治療ステージの入院日数、及び治療の転機上の目安となる介入項目（観察レベル・同伴レベル、ケア会議、院内散歩、院外外出、外泊）の実施までに要した日数

③バリエーション

ガイドラインに示されている治療ステージの入院期間を超える対象者について、バリエーションの内容、要因を抽出する。

④各治療ステージにおける看護業務の実際

回復期、社会復帰期における看護業務の実際についてガイドラインの項目に即して記す。（急性期看護業務に関しては前年度の報告を参照）

3) 分析・検討方法

①バリエーションの内容分析

バリエーションの内容と要因の種別および関連について研究者間で検討する。

②各治療ステージで行われている看護業務の検討

各治療ステージにおける看護業務の内容、考えうる効果、問題点、改善点などについて研究者間で協議する。

③クリティカルパスの検討

バリエーションの内容と要因の関連、及び実際に各治療ステージで行われている看護業務と

を検討し、アウトカムおよび介入内容を検討し、急性期クリティカルパスの改訂版及び回復期・社会復帰期のクリティカルパス原案を作成する。

3. 医学倫理的配慮について

本施設における倫理審査委員会において承認を得た研究計画書に基づき研究を行った。対象者に対して、研究の趣旨、研究方法、分析方法、結果の活用などについての文書を病棟に掲示し、自由意志による協力であること、拒否の権利のあることを保障した。また、対象者個人が特定されないように氏名は記号化し調査・分析を行うことを説明した。本研究は診療録のレビューを調査方法としているため、患者本人に直接与える不利益及び危険性は少ないと考える。

4. 結果

1) 対象者の属性

分析対象者は急性期 40 人、回復期 27 人、

社会復帰期 14 人であった。分析対象者の性別、年齢、疾患名、対象行為について表 1 に示した。年齢は 30 歳代が最も多く、疾患名では急性期 40 人中、28 人が統合失調症であった。また、対象行為は殺人 9 人、殺人未遂 7 人、傷害 9 人、傷害致死 1 名、放火・放火未遂 6 人、強制わいせつ 4 人、強盗・強盗未遂 3 人、その他 1 人であった。

2) 治療ステージの期間、介入項目の実施までの期間

各治療ステージの期間、及び入院期間の結果を表 2 に示した。治療期間の平均は急性期回復期 125.5 日 (標準偏差 95.9)、社会復帰期 156.5 日 (標準偏差 70.2) 全入院期間 285.2 日 (標準偏差 83.1) であった。急性期の治療期間はほぼガイドラインが示す期間と同様であったが、回復期、社会復帰期ではガイドラインよりも短期間で経過し、退院までに要する期間も平均では 1 年に満たない結果となった。

表1 対象者の属性

	対象者数(人)	性別 (人)	年齢 (人)	疾患名 (人)	対象行為 (人)
急性期	40	男性 34 女性 6	20 歳代 9	統合失調症 28 感情障害 3 アルコール関連傷害 3 人格障害 2 その他 4	殺人 9
			30 歳代 15		殺人未遂 7
			40 歳代 9		傷害 9
			50 歳代 4		傷害致死 1
			60 歳代以上 3		放火・放火未遂 6
					強制わいせつ 4
					強盗・強盗未遂 3
	その他 1				
回復期	27	男性 22 女性 5	20 歳代 4	統合失調症 17 感情障害 2 アルコール関連傷害 3 人格障害 1 その他 4	殺人 7
			30 歳代 14		殺人未遂 5
			40 歳代 6		傷害 6
			50 歳代 2		傷害致死 1
			60 歳代以上 1		放火・放火未遂 3
					強制わいせつ 1
					強盗・強盗未遂 3
	その他 1				
社会復帰期	14	男性 10 女性 4	20 歳代 2	統合失調症 10 感情障害 2 アルコール関連傷害 2 人格障害 0 その他 0	殺人 3
			30 歳代 7		殺人未遂 4
			40 歳代 4		傷害 2
			50 歳代 1		傷害致死 0
			60 歳代以上 0		放火・放火未遂 2
					強制わいせつ 1
					強盗・強盗未遂 2
	その他 0				

表2 治療ステージおよび介入実施までの期間

	対象者数(人)	最小値(日)	最大値(日)	平均値(日)	標準偏差
急性期期間	40	25	225	87.3	35.1
回復期期間	27	0	373	125.5	95.9
社会復帰期間	14	75	332	156.6	70.2
全入院期間	14	135	428	285.2	83.1
観察レベル 60分	40	1	26	4.0	4.6
アトリウム同伴無	40	1	26	4.5	5.1
CPA 会議1回目	40	15	171	60.8	41.7
CPA 会議2回目	38	47	309	142.6	59.2
院内散歩*	39	1	146	24.1	27.7
院外外出*	33	16	229	81.8	53.5
外泊**	19	43	245	102.6	59.7

* 院内散歩および院外外出は回復期移行日からの日数

** 外泊は社会復帰期移行日からの日数

3) バリエーション内容と要因

①回復期

回復期の治療期間が9ヶ月を超えた対象者は3名であった。この3名のバリエーションの内容と要因を表3に示した。バリエーションの要因種類としては患者、家族、地域社会に分類された。患者のバリエーションとしては幻聴・妄想の悪化といった【病状変動】に起因したもの、職員・患者への暴言など【感情のコントロール不可】によるもの、プログラムの不参加や生活リズムの乱

れなど【入院動機付けの低下】に由来するもの、対象行為の否認や、贖罪意識の欠如といった【内省の欠如】、病識の欠如や服薬の拒否など【コンプライアンスの欠如】によるものがあげられた。家族を要因とするバリエーションでは、経済的援助の拒否、ケア会議への参加拒否など【家族のサポート拒否】があげられた。また、地域社会を要因とするバリエーションでは、通院医療機関の未確定など【地域の受け入れ拒否】、住居の未確定など【社会資源の不備】があげられた。

表3 回復期のバリエーション内容と要因

バリエーションの要因種別	バリエーションの要因	バリエーションの内容	
患者	病状の変動	幻聴の悪化	妄想の悪化
	感情のコントロール不可	職員への暴言・暴力	対象者への暴言・暴力
	入院動機付けの低下	プログラムの不参加	生活リズムの乱れ
	内省の欠如	対象行為の否認	贖罪意識の欠如
	コンプライアンスの欠如	病識の欠如	服薬の拒否
家族	家族のサポート拒否	経済的援助の拒否	ケア会議への参加拒否
地域社会	地域の受け入れ拒否	通院医療機関の未確定	
	社会資源の不備	住居の未確定	

②社会復帰期

社会復帰期の治療期間が6ヶ月を超えた対象者は2名であった。これに、入院中の対象者で社会復帰期の治療期間が6ヶ月を超える4名を加え分析を行った。計6名のバリエーションの内容と要因を表4に示した。バリエーションの要因種別としては、回復期同様に患者、家族、地域社会に分類された。患者のバリエーションとしては精神病性症状の悪化、自傷行為など【病状変動】に起因するもの、職員への暴力など【感情のコン

トロール不可】によるもの、自主性の低下、生活リズムの変調など【治療動機付けの低下】、不安・焦燥感の増大など【退院後の不安】【日常生活スキルの未獲得】などがあげられた。また、家族のバリエーションでは同居の拒否など【家族のサポート拒否】があげられた。地域社会のバリエーションでは地域支援体制の未確立、通院医療機関の未確定など【地域の受け入れ拒否】に起因するもの、住居の未確定など【社会資源の不備】によるものなどがあげられた。

表4 社会復帰期のバリエーション内容と要因

バリエーションの要因種別	バリエーションの要因	バリエーションの内容	
患者	病状の変動	幻聴・妄想の悪化	自傷行為
	感情のコントロール不可	職員への暴言	対象者への暴力
	治療動機付けの低下	自主性の低下	生活リズムの乱れ
	退院後の不安	不安感の増大	焦燥感の増大
	日常生活スキルの未獲得	金銭管理の未獲得	住環境の生活ルールの未習熟
家族	家族のサポート拒否	同居の拒否	援助の拒否
地域社会	地域の受け入れ拒否	通院医療機関の未確定	地域支援体制の未確定
	社会資源の不備	住居の未確定	

4) 回復期における看護業務の実際

①身体的管理

急性期同様に、体温・脈拍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スタッフに伝えている。血圧・体重は週1回測定しているが、身体疾患の合併や既往歴がある場合や年齢に応じて、測定の頻度を増やしている。尿・便の回数は体温・脈拍測定時に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、定期的に血糖測定や飲水・尿量測定を行う場合もある。検査に関しては、特に身体疾患の既往がない場合には2～3ヶ月に1回血液検査を実施している。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、薬物血中濃度測定を定期的に行っている対象者もいる。

合併する身体疾患は糖尿病が多く、その他喘息の再燃、大腿骨頭壊死や胃潰瘍を発症した対象者も入院している。これらの対象者には院内でのコンサルトとともに、必要時は他院への外来受診を行っている。

②精神症状の観察と関連要因の検討

急性期で安定した精神症状が回復期で再燃することはしばしば見られる。精神症状の再燃は回復期の治療期間にも影響を与えることから、症状の観察と関連する要因を検討し、速やかに対処を講ずることが重要となる。そのため、プライマリ・アソシエートナース、モジュールナースだけでなく、プログラムや食事などの日常生活を通しモジュールを越えたナースによる観察を行っている。回復期での精神症状再燃の要因としては、対人関係の広がりに伴うストレス、治療の見通しが見えないことへの不安、薬物の変更や減量、内省への働きかけによる反応など

が考えられる。症状の再燃が治療期間に影響を与えることも多いが、症状の再燃を通して病気への理解を深め、対処方法検討する機会ともなり得る。

③言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた援助

回復期では、SST やコミュニケーショングループ OT 等の治療プログラムを通し、対人関係スキルやストレス対処の向上に向け取り組んでいる。このような言語的コミュニケーションに直接的に働きかけるプログラムの他にも、朝のミーティング、ユニットミーティング、小集団による作業療法やレクリエーション活動などの場で思いを伝え合う体験を通しながら、個別に対人関係スキルやストレス対処に関する振り返りを行っている。

④入院対象者間の対人関係調整（葛藤の解消と連帯感の形成）

治療プログラムの他にも、日常生活場面において対象者同士のトラブルや対象者と家族、対象者とスタッフ間のトラブルなどが生じた場合は、本人のニーズを確認し積極的に問題対峙する場を設けている。基本となる治療関係・援助関係の構築を目指す中で、対象者がスタッフや他対象者との交流の中で安心感や安全感を得ていくことが重要であり、これらが対象者の感情表出を助ける事につながると考える。

⑤入院対象者の日常生活能力の回復と評価

日常生活能力を包括的に把握するために、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。入院対象者は元々基本的な日常生活能力が高く、精神病性症状が落ち着いた回復期では直接的な援助を必要としない場合も多い。対象者によってはより安全で健康な状態を維持するために、セルフケアの向上を目指す個別の課題をもち、看護師と共に実践している。

⑥入院対象者の自己対処能力、問題解決能力の

向上に向けた日常的援助

病気の理解や受容、自己決定に基づく適切な自己対処行動と救助行動を通して、対象者が問題解決能力を高めていくことは社会復帰に向けて非常に重要な課題となる。自己対処能力に働きかけるプログラムも設定されているが、プログラム活動では適切な行動ができるものの、その成果が日常生活場面に般化されにくい場合も多い。看護師は日常的な援助の中で自己の対処行動に関する課題について共有するとともに、プログラムでの成果を発揮できる環境設定や、その成果が観察できた場合には肯定的なフィードバックをすることを心がけている。

⑦看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し

回復期の主な治療課題には、疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る、外出や生活技能訓練により現実的な生活を思い描く、安全な対人関係を治療的に体験し学習することなどがあげられる。これらの治療課題に対して、担当多職種チームが対象者の病状と対人関係スキルや日常生活能力を考慮しながら個別の治療計画を立てている。さらに、これらの計画に即しながら、看護目標と計画立案、評価を対象者と共に行い、追加・修正を実施している。また、急性期同様に、担当多職種チームにより実施計画に基づく評価修正を毎週行い、週1回開かれる治療評価会議で報告を行っている。

⑧定期的な看護面接による意思決定支援

従来の精神科医療に比べ医療観察法のもとで行われる面接・相談の機会は格段に多い。圧倒的なマンパワーの違いを生かし、定期的な面接、相談場面を積極的に設けている。例えば、治療評価会議で定期病状報告をする前の面接、ケア計画立案、評価時の面接、入院後定期的に行っている評価スケールの測定前後に行う面接などがあげられる。対象者が自己の現在の課題と取り組むべき方向性について理解できるように、これらの定期的な面接を通して十分に説明を行うように心がけている。法的状況と医療的状況

について丁寧に説明することで、対象者が自己の置かれている状況について理解し、治療を自らの判断に基づいて積極的に受け入れられるように支援することが重要となる。

⑨服薬管理と服薬指導

回復期における薬剤師業務として、薬物療法のチェック（多剤併用、大量療法、力価換算等）、抗パーキンソン薬・ベンゾジアゼピン系薬等の継続に関するチェック、効果の継続に関する問題点（自覚的薬物体験）のチェック、服薬指導がガイドラインに記されている。当病棟では薬剤師が専属配置されておらず、治療に関わる業務連携も行われていないのが実情である。その為、現在は医師と看護師が中心となって基礎教育プログラムを中心に病気の理解と共に薬理作用や副作用についての学習を行っており、薬剤の変更や増減時にも医師と看護師が中心となり説明や情報提供を実施している。

回復期では、対象者のほとんどが服薬の自己管理を開始している。DAI-30 や KIDI などの服薬コンプライアンス、薬の知識などの評価を行った後に、病院内規定の服薬自己管理システムに沿って行われる。このシステムでは、自己管理できる日数と確認方法による組み合わせにより 9 段階の選択肢を設け、先述した服薬に対する評価尺度の変化や闘病姿勢、服薬実績などにより評価しながらステップアップが図られる。また、単に服薬したかどうかという確認だけにとどまらず、副作用の兆候、病状悪化時のサインや個別の管理項目についてシートを用いながら確認を行っている。服薬の管理については看護師が中心となり、日頃から薬剤の使用感や頓用薬の効果、副作用の有無の確認を行うとともに、セルフモニタリングシートを利用して薬の必要性や悪化時の対処方法の強化を図っている。

⑩治療プログラムの選定及び導入

先に述べたように回復期の主な治療課題には、疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る、外出や生活技能訓練により現実的な生活を思い描く、安全な対人関係を治療的に体験

し学習することなどがあげられる。回復期では、疾患教育、SST、認知行動療法、内省プログラム、スポーツや作業療法など多彩なプログラムを有している。対象者の治療目標が達成されるように、看護師は担当チームのスタッフとともに治療プログラムの選定、導入時期の検討を行っている。

⑪病棟内の物品管理（刃物・ライター・持ち物検査等）

病棟内では定期的な持ち物検査は行っていないが、外出時の対象者へのボディチェック、面会時の面会者へのボディチェックや差し入れ物の危険物確認を行い、危険物の病棟内への持ち込みを管理している。また、病状との変化に伴い自傷他害行為のリスクや自殺リスクが高まった場合には、多職種とのアセスメントに基づき、危険物となりうるもの（ベルト、靴紐、コード類等）を一時的にスタッフ管理とする場合もある。

⑫外出棟の援助・及び評価

回復期への移行に伴い、外出が可能になる。外出を通して、退院後の社会生活に近い環境での生活スキルの確認と、病棟外のさまざまな刺激の中での過ごし方を観察し評価を行うことは、社会復帰を進めていく上で重要な援助となる。外出は病院敷地内から開始してその様子を評価し、段階的に病院敷地外の外出を実施している。外出は医学的管理化のもとで行わなければならない、同伴人数は職員 3 名から開始し、外出中の様子を評価しながら段階的に人数を減じていく。外出の開始や外出範囲の変更については、担当多職種チームで検討し、治療評価会議での承認、運営会議での決定が必要となる。また、同伴スタッフ人数の変更に関しては治療評価会議での承認のもとに担当多職種チームで決定する。マンパワーのバランスからも、同伴するスタッフは看護師であることが多い。外出時には退院後の社会生活を想定した生活スキルや対処スキルの観察を行い、社会復帰期ステージで実施する外泊計画に反映させていく。

5) 社会復帰期における看護業務の実際

①言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた援助

回復期同様に SST やコミュニケーショングループ OT 等の治療プログラムを通し、対人関係スキルやストレス対処の向上に向け取り組んでいる。また、社会復帰期では急性期や回復期とは異なり、朝の集まりやユニットミーティングの司会・書記を対象者が行い、主に精神保健福祉士と看護師がそのサポートを行っている。自主的な集団生活の中で自己の考えを主張したり相手の思いを聞き入れたりする体験を通して、社会復帰後の生活を見据えた表現能力の回復及び対人関係の改善を目指している。

②日常生活の自立に向けた支援

社会復帰期では、自室を退院後の自分の部屋とみため、自室の鍵の管理やトイレ・洗面台・床・ベッドなどの清掃などの環境整備について主体的な管理を行うことを原則としている。ユニットデイルームに関しても共用空間を公共場面に置き換え、対象者による清掃・環境整備が行われており、より社会生活に近づけたケア提供を心がけている。

また、社会復帰期では退院先の生活環境にあわせた個別の課題と目標を立て、食事作り、買い物、金銭管理などに関してより実践的に生活訓練を行っている。しかし、外出を伴う援助に関しては医学的管理下に伴う同伴の必要性から必要十分に行えていないのが現状である。

③看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し

社会復帰期の主な治療課題には、病状悪化時のサインが出現した時の対処方法の強化、悪化させない為の生活リズムの獲得、地域関係者に会い外泊などを行うことによって、退院先での生活に慣れ社会生活に自信を持つ事などがあげられる。これらの治療課題に対して、退院後の生活における対象者のニーズと生活環境を照らし合わせながら担当多職種チームにより個別の治療計画を立てている。さらに、これらの計画

に即しながら、看護目標と計画立案、評価を対象者と共に行い、追加・修正を実施している。また、急性期・回復期同様に、担当多職種チームにより実施計画に基づく評価修正を毎週行うとともに、週1回開かれる治療評価会議で報告を行っている。

④退院後の社会生活をめぐる不安への対応

想定される退院後の生活に関して外泊を通して体験することにより、逆にさまざまな不安を感じる対象者も少なくない。日常生活での観察を密に行い状態の変化や把握に努めるとともに、外泊の前後で面接を設けることで不安に思う内容を整理し、現実的な取り組みができるように働きかけている。また一方で、社会復帰期に移行したものの退院調整に時間がかかり、なかなか外泊できずに不安や苛立ちを感じる対象者もいる。地域での退院調整における課題や問題点についてできる限り率直に伝えながら、対象者の希望を丁寧に聞きとる作業を通して、対象者自身が自己の課題に対して前向きに取り組めるように援助している。

⑤定期、不定期の看護相談

回復期同様に、マンパワーを生かしゆったりとした雰囲気の中で看護相談が行われるように、場所の選定や時間に余裕を持つなどを考慮しながら実施している。看護計画の定期的な評価のための面接だけでなく、対象者との信頼関係を基盤にした定期的な看護相談を設けることで心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案などを行っている。これらの定期的な看護相談のほかにも、日常生活場面を通して適宜相談の場を設けている。定期的な看護相談は担当看護師が行うことが多いが、日常生活場面での折々の面接は対象者の状況に応じて担当以外の看護師も積極的に行っている。

⑥服薬指導と服薬の自己管理に向けた支援

社会復帰期における薬剤師業務として、服薬の継続に必要な知識の提供、自己管理に向けた支援、デボ剤に関する情報提供、退院時処方

関する薬学的チェック、服薬指導がガイドラインに記されている。しかし、前述したように当病棟では薬剤師の専属配置は行われていないため、現在は医師と看護師が中心となって基礎教育プログラムを中心に病気の理解と共に薬理作用や副作用についての学習を行っている。

社会復帰期では対象者のほとんどが服薬の自己管理を行っており、9段階の自己管理方法の中でも、対象者自身が自己の確認により服用したあとで空の薬包を持参する方法をとっている場合がほとんどである。また、回復期同様に看護師が中心となって、日頃からの薬剤の使用感や頓用薬の効果、副作用の有無の確認をしたり、セルフモニタリングシートを利用して薬の必要性や悪化時の対処方法の強化を図っている。

⑦治療プログラムの実施と評価、治療プログラム後のフォロー

社会復帰期では退院後の生活を見据えたプログラムを実施し、対象者がプログラムに対してより主体的に参加することが望まれる。また、プログラムの運営に関しても急性期や回復期とは異なり、朝の集まりやユニットミーティングでは司会・書記は対象者が行い、主に精神保健福祉士と看護師がそのサポートを行っている。朝の集まりでは個別のスケジュール、ユニットの予定確認、伝達事項の確認等を行う他、各対象者の病状や気分の変化等をモニタリングする機会としている。また、週に1回実施しているユニットミーティングでは、ユニットの週間スケジュールの確認や集団生活における提案や検討を行っている。

また、社会復帰期の特徴的なプログラムとして社会復帰講座を実施している。退院後は既存の制度や資源を活用することになるため、医療観察法の概略を把握するだけでなく、医療福祉制度や社会資源についての理解が不可欠となる。そのため、社会復帰講座では主に退院への準備から退院後の精神医療観察の流れを中心に医療観察法について解説するとともに、精神保健福祉法や自立支援法に関連した医療福祉制度や社会資源に関して質疑を交えた説明を行っている。

運営は精神保健福祉士とプログラムを担当する看護師で行っているが、実際に施設に見学に行った対象者からレポートしてもらう機会などを設けている。これらの制度や資源についてはこれまで活用してきていない対象者には複雑であり、一度の説明ではなかなか理解しきれものではない。そのため、各対象者の担当する精神保健福祉士や社会復帰講座プログラム担当の看護師が随時質問に応じプログラムのフォローを行っている。

⑧外泊への援助及び評価、訪問観察の実施と評価

ガイドラインでは社会復帰期において段階的な外泊の実施が示されている。退院後の病状の安定や医療を自立的に求めるスキル、地域の援助体制については、対象者の外泊体験無くしてはアセスメントすることはできない。ガイドラインでは繰り返しの外泊や5～7泊の長期の外泊が示されているが、実際には1～2泊の外泊を2～3回実施するのが標準的である。対象者の外泊地、外泊場所、家族・施設職員等援助者の有無等の条件にもよるが、急変時に速やかに対応できるような物理的距離に常にスタッフがいる状況で外泊することが条件となる。そのため、マンパワーが充実しているとはいえ、外泊できる日数や回数が十分とはいえないのが状である。

外泊は居住地や退院後の地域支援体制がある程度整ったところで実施している。上述したように、外泊回数・日数には限界があるので、効率よく外泊の目的が達成されるように、事前に関係諸機関に連絡・調整し連携を図っている。この連絡・調整は主に精神保健福祉士が担っている。看護師は外泊中の対象者の言動を観察し、退院に向けた課題の洗い出しや病棟内での取り組みの見直しなどについて、外泊後対象者とともに検討を行っている。

⑨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

対象者の社会復帰を円滑に行うためには、家

族支援は重要であることは言うまでもない。医療観察法下において家族支援を考える上では、新法に対する不安、精神障害の受容に加え対象行為を理解することの困難、地域における加害者の家族としての自責の念、退院後の生活と周囲との関係の取り方に対する不安、対象行為の被害を受けた家族としての葛藤などが考えられていた。そのため、当病棟では面会時やケア会議の際に行う個別の家族支援とともに、家族同士が交流し合いながらさまざまな問題への対処を考えていけるように家族支援グループ（家族相談会）を実施している。1回の相談会は講義形式の教育プログラムとグループセッションによって構成され、運営には多職種が携わっている。講義は「医療観察法について」「病気と治療法について」「社会復帰について」「再発予防について」等のテーマで行い、グループセッションは参加家族同士が相互に気持ちや考えを表出し合えることを主眼に置き、スタッフからのアドバイスに終始しないように配慮している。参加家族からは「自分たちのように苦しんでいる家族がいる事を知った」「退院までのイメージが出来た」「自分の子供と病気のサインで当てはまる事が多い」というような反応が得られている。また、月1回の開催とはいえ遠方の対象者も多いため、家族相談会に参加するには困難を有する家族も多いが、このような家族支援は対象者の社会復帰をサポートするために重要な支援であると考えられる。

6) 各治療ステージにおけるクリティカルパス

①急性期クリティカルパスの改訂

急性期クリティカルパスの改訂版を表5に示す。急性期では治療期間の平均は約3ヶ月であり、ガイドラインに示された治療期間と同程度であった。改訂版では開始時期のばらつきが大きいプログラムに関しては介入時期に関して幅を持たせ、客観的なアウトカムの指標として観察レベル・同伴レベルの変化を内容に盛り込んだ。また、急性期から社会復帰に関しての具体的な調整を進めていく必要があることから、ケア会議の時期を介入項目に追加した。

②回復期クリティカルパス原案

回復期クリティカルパス原案を表6に示す。本調査の結果では回復期の治療期間の平均が約3ヶ月であることから、回復期の治療段階を前・中・後期の3段階に分け、それぞれの治療期間の幅を1~3ヶ月とし、最長がガイドラインに示された9ヶ月となるように設定した。また、それぞれの段階におけるアウトカムの指標を疾病コントロール、対象行為の内省、セルフケアに関連するものに分け、アウトカムを段階的に明示した。また、患者本人の期待されるアウトカムのみならず、家族のサポート、退院地の選定や指定通院医療機関の検討など家族や地域社会に対して期待されるアウトカムを盛り込んだ。

③社会復帰期クリティカルパス原案

社会復帰期クリティカルパス原案を表7に示す。回復期クリティカルパスと同様に前・中・後期の3段階に分け、各治療期間の幅を1~2ヶ月とし、最長がガイドラインに示された6ヶ月となるように設定した。各段階のアウトカムの指標を疾病コントロール、対象行為の内省、社会資源の活用、セルフケアと生活スキルに関連するものに分け、アウトカムを段階的に示した。また、回復期のクリティカルパスと同様に、家族の役割の認識、居住先や通院医療機関の決定、退院後のサポート体制の確立など家族や地域社会に対して期待されるアウトカムを追加した。

5. 考察

本調査の結果をもとに、治療期間の妥当性、及び期待するアウトカムとして内省の深化と社会環境調整に関して考察する。

1) 治療期間の標準化について

医療観察法のガイドラインによれば、各治療ステージの治療期間は概ね急性期3ヶ月、回復期9ヶ月、社会復帰期6ヶ月と示されているが、本調査結果では回復期の治療期間が短いことが特徴的であった。回復期から社会復帰期に移行する際には、病状が安定し対象行為について否

認することがないこと、病気と対象行為との関連について一定の理解を得られていることなどが課題となっている。確かに鑑定入院から薬物療法を開始し、指定入院医療機関に移る際には病状も比較的安定している場合が多く、急性期から行う疾患教育を通して、これらの課題が早期に達成されたと判断される場合もある。しかし、回復期が短縮化した背景には、入院医療機関の開設が遅れていることでの病床確保への懸念から、できるだけ早期に社会復帰期に移行し、外泊などを通した退院調整を図ることが推し進められたことが要因にあることも否めない。ガイドラインに示された治療期間は、医療観察法により入院決定がなされるであろう対象者数と開設される入院医療機関の病床数とのバランスの上に試算された要素も強いことが推察される。治療期間を標準化していくためには、臨床上のデータを積み上げ、介入とアウトカムの標準化を検討していくことが不可欠である。

また、回復期、社会復帰期の治療期間は対象者によるばらつきが大きいことも特徴的であった。しかし、本調査では治療期間に影響を及ぼす要因についての検証には至っていない。あくまで臨床的経験からの推察ではあるが、この治療期間のばらつきには対象者と治療者側の要因があると考えられる。対象者の要因としては、疾患、対象行為、家族サポートの有無など対象者自身及び対象者を取り巻く状況に関する差異である。今後も治療期間のばらつきが大きく、一つのクリティカルパスによる運用が困難であるならば、均一性を示すグループを明らかにし、適応基準・除外基準を検討することが必要になってくる。治療者側の要因としては、担当チームによる判断の差異が考えられる。治療ステージの移行は、個々の担当チームによるアセスメント、病棟内の治療評価会議による承認、院内の運営会議による決定という3段階のプロセスを経て正式に決まる。しかし、実際の決定に関しては担当多職種チームによる臨床的判断に委ねられている部分も大きい。ただし、ここで問題となるのは、治療ステージの変更が個々の担当スタッフチームのアセスメントに基づくとい

う点ではなく、アセスメントする際の客観的な評価基準自体が曖昧なことである。クリティカルパスを作成する上では、客観的な評価としてのアウトカムを具体化することが必要であると考える。

2) 内省深化の指標と援助について

対象行為に関する内省を深めていくことは、入院医療における疾病の回復および社会復帰の可能性を示す重要な指標である。回復期のバリエーション分析の結果からも、【内省の欠如】がバリエーション要因として挙げられた。熊地らの報告では、看護師の捉えた反応という限界を踏まえながら、内省の深化の過程について「対象行為を現実に受け止める」「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」の4つの局面が存在することを指摘している。しかし、対象者のどのような言動をもって内省が深まったと判断し、社会復帰ステージへの移行や退院申請の判断とすることについての基準はまだ曖昧である。また、アウトカムを決定する上で、内省の深化の判断基準が絶対評価的なものなのか、対象者各々の病状や知的判断能力、さらには退院後の生活環境を考慮した対象者毎の評価によるものかについても検討されなければならない。クリティカルパスの完成度を高めていくためには、このような普遍性と個別性の検討を行いながら、内省の深化を示すアウトカムを吟味することが重要であると考える。

また、内省を深めていくための援助としては、3つのアプローチが考えられる。1つ目は個別のかかわりを通した対象行為の振り返りの作業である。対象行為までの病気の経過を振り返り、対象行為と病気の関連、被害者及び被害者遺族への贖罪の意識、同様の行為を再び起こさないようにするための病状のコントロールや生活管理などについて話し合うことである。このような話し合いは、入院時のオリエンテーションから始まり、日々の生活場面や折に触れて行われる面接の中で繰り返し行われる。2つ目はこれらの情報を担当多職種チームと対象者で共有し、

治療計画の評価・修正を対象者とともに行うことである。そして、3つ目はグループによるプログラムである。内省グループと称しているこのプログラムは、クローズドの小グループで行われ、各回テーマを決めたワークシートを用いながら1クール12回のセッションで行われている。このような個別・担当チーム・グループという多面的なアプローチは、対象者の内省を強制的に促すことではなく、対象行為に至った自身の生き方や疾病との関連を考え、被害者に対する共感性や社会的責任としての治療の必要性について理解を深めていくことを支える有効な手段であると考えられる。

3) 退院に向けての社会環境調整

バリエーション分析の結果から、社会復帰期で治療期間が延長する主な要因としては、【地域の受け入れの拒否】【社会資源の不備】【家族のサポート拒否】などに伴う環境調整の遅れが存在していることが分かった。家族の協力が得られ、退院後も同居が可能である場合には比較的短期間で調整が進む。一方で、家族が非協力的で、患者本人と家族の居住地とが異なり、さらに事件地が患者本人や家族の居住地とも異なる場合には、退院地の選定までに時間がかかることも多く、必然的に社会環境調整に時間がかかることが予想される。そのため、家族支援に関して当施設では平成18年度から家族相談会を実施している。精神疾患と他害行為といった受容しにくい問題をあわせもつ患者が早期に社会復帰できるように、サポートする家族のストレスを軽減し、困難に対処する技法を身につけることを目的に行っている。対象者の退院を円滑に進めていくために家族のエンパワメントを高めていくことは重要であり、家族相談会はそのための有効な援助の1つであると考えられる。

しかし、住居が早期に確定した場合にも、通院医療機関の選定や、地域生活での医療や福祉の支援体制を確立するまでには時間がかかることも多かった。この背景には、医療観察法施行後初期段階の入院患者は遠隔地であることが多く、退院調整のためのケア会議を調整すること

に困難があったことが考えられる。家族相談会への参加も、遠方であるがゆえに困難な家族も多かった。今後は入院医療機関が増えたことにより、比較的近隣の患者を受け入れることになってきたことや通院医療機関も増えたことから、退院調整や家族の援助に関してある程度の短縮化が期待できると考える。社会環境調整は社会復帰ステージになってから行うのではなく、入院時から対象者の状況に応じた調整を行うことが必要なことは言うまでもない。今後クリティカルパスの運用を通して、退院に向けての社会環境調整の実施状況をモニタリングし、アウトカムと介入方法の具体化について検討を重ねていくことが求められる。

6. 今後の課題

指定入院医療機関における医療の標準化をめざすには、まだ多くの課題を有する。クリティカルパスとしての完成度を高めていくには、データを蓄積させさらに標準化を進めるとともに、介入とアウトカムに関連するエビデンスを積み重ねパスに反映させることが必要である。また、現在は当施設でのケアの実施状況について標準化している段階である。今後は他施設の実施状況と比較し、医療観察法における入院医療の標準化を検討しなければならない。その上で各施設に共通不可欠なもの、施設毎の独自性として許容される範囲についての議論も必要になると考える。

4) 対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題点の明確化

4)-1 対象者の社会復帰上の問題点の明確化と 看護師の役割分担についての研究

○木原 深雪 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
大迫 充江 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
佐藤 恵子 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
島田 亜紀子 (国立精神・神経センター 武蔵病院)
高野 和夫 (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)

1. はじめに

昨年度の研究においては対象者の地域支援に向けた初期介入と初期計画をめぐる問題点について明らかにするために、質問紙調査を実施すると共に、受け持ち看護師とのショートカンファレンスを行った。その結果、現状の問題点として、「初期介入への看護師の関与の希薄さ」「孤立し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」が明確になった¹⁾。

前年度の研究時点においては、まだ退院者が出ておらず、また、研究協力者がほとんど看護師であったため、他の職種や地域関係機関の状況も考慮に入れることが課題であった。そこで今年度は前年度の結果をふまえて、より具体性のあるデータを提示し、他職種からの意見も収集し、今後の方向性を示せるように心掛けた。

II. 研究目的

対象者の社会復帰上の問題点を明らかにすることによって、看護師の分担すべき役

割について整理し、今後の看護ケアの方向性について考える。

III. 研究方法

1. 研究対象

都内指定入院医療機関の臨床に従事している職員のうち研究への協力を得られた職員。

2. 研究期間

平成18年11月1日より平成19年2月28日までの4ヶ月間。

3. データ収集方法

1) 研究者自身が体験した臨床状況への参与観察

研究フィールドである指定入院機関において、病棟スタッフの立場から、対象者の社会復帰上の問題点に関連のある臨床場面に参与観察し、気が付いたことをフィールドノートに記載した。

2) 質問紙調査

研究者らによる討論結果(資料1参照)に基づき、6項目からなる自記式自由回答による質問紙調査を行った。質問内容は以

下のおりである。

- ① 今までに何人の対象者を受け持てられましたか。
- ② 受け持ちの退院を経験されましたか。
- ③ 社会復帰を考える上で困ったことや、問題と考えられることはどのようなことがありますか。
- ④ 困った時のエピソードなどがありましたらおしえて下さい
- ⑤ 今までの精神科医療と比較して、患者様が社会復帰するにあたってどのような違いがあると感じられますか。
- ⑥ その他、ご意見等がございましたらご記入下さい。

4. 分析方法

フィールドノートやパルス討論、質問紙調査によって得られたデータについては、主要な問題に沿って分類した上で内容分析を行い、部分的に KJ 法²³⁾を用いた。また、研究者同士で話し合い、内容の妥当性確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

当院の倫理審査委員会にて承諾を得た。調査対象者には、研究への参加は自由であり、途中辞退しても不利益は生じないこと、どの時点でも途中辞退は可能であることを説明し承諾を得た、また、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. 病棟の概要

病床数 33 床、看護師 43 名、常勤医師 4

名、兼任医師 4 名、作業療法士 2 名、臨床心理技術者 3 名、精神保健福祉士 2 名が配属されている。看護方式はモジュール制プライマリー方式を採用している。3 モジュールあり、1 モジュールにつき対象者は 10 名前後。各対象者は医師 1 名、看護師 2 名、作業療法士 1 名、臨床心理技術者 1 名、精神保健福祉士 1 名の計 6 名で構成される多職種チームが担当している。

2006 年 11 月末の時点で、退院 11 名、転院 2 名、不処遇 2 名であった。

2. 質問紙調査の結果

質問紙は当病棟の臨床に従事している職員 54 名に配布し、25 名から回答を得（回答率 46%）、そのうち 2 名の回答は無効となった。

質問紙は 6 つの質問で構成されていたが、質問項目の枠を越えた回答内容の重複がみられた。この結果は、自由記載であることや、社会復帰に関連する要因が多岐にわたることに起因していると考えられ、これらの回答に基づくカテゴリー化や分析の精度には限界があると推測された。そこで、回答内容に関する研究者間の討論に基づいて作成した枠組みを用いて回答内容の振り分けを行った上で、治療の各期ごとに問題を整理し、内容分析の手法に KJ 法を組み合わせ、分析・考察を行った。

1) 質問紙調査のまとめ

回答内容について検討した結果、対象者の社会復帰には、以下の 5 つの要因が影響し合っていることが示唆された（図 1）。

- (1) 対象者との関わりに関連すること
- (2) 提供する医療と多職種連携に関連

- | | |
|---------------------|------------------------|
| すること | 地域関連機関に関連すること |
| (3) 家族支援に関連すること | (5) 入院前に関わる法的機関に関連すること |
| (4) 医療観察法の指定通院医療を行う | |

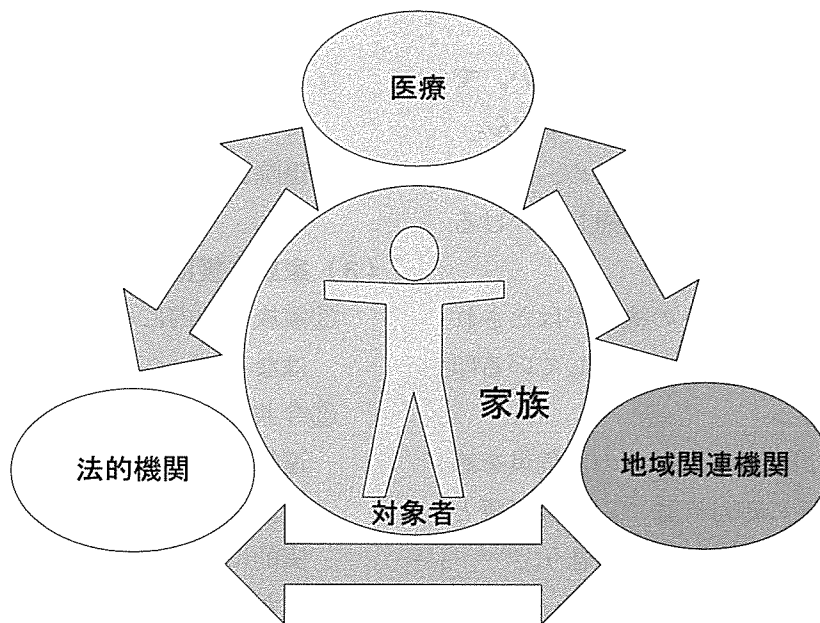


図1 対象者の社会復帰に影響する要因

対象者の社会復帰に関連すると考えられる、これら5つの要因に対応する項目に該当すると考えられる回答内容を各要因ごとに割り振ると、以下のように整理できる。

(1) 対象者との関わりに関連すること

- ③退院地が多く、家族との連携とりをしたり、地域の関係機関と退院後のケア計画をたてること、それを踏まえて外出・外泊を行うのが困難である。
- ③社会復帰期の患者のあり方をもっと検討するべき。職種によっては関わりが断片的。
- ③何事に関しても病棟外はスタッフ同伴のため、自由がない。スタッフの監視下にある。

④各種の会議の承認待ちとなり、これまでの臨床のように即応できないことがある。

④病棟機能の問題（社会復帰ユニットの運営、プログラム）、患者間の相互作用の不足。

④患者に必要な治療・教育等が丁寧に行われることは良いことだと思う。

⑤再発のリスクについて、これまでは再発してもまあいいかという気持ちがあったが、再発しないようにしなくちゃいけないという気遣いがある。

⑤少しは病識がつくのかな。

⑤CPA 会議、ケア会議など施設からコミュニティ連携への導入。クライシスプランの作成がこれまでの医療と