

違う。

- ⑤ どういった生活をするのか具体的に考えてからの退院をしている。今まではよくなれば先のことをあまり考えずに退院していた。
- ⑤ 社会復帰するのが非常に難しい。でもその分丁寧なのかもしれません。
- ⑤ 強制的な治療が少ないため、医療への信頼を高めて社会復帰していけると思う。
- ⑥ 社会復帰ユニットの機能がはたされず、日々だらだらと過ごしている印象がある。
- ⑥ 本当に退院してもいいのか危惧を感じる、その辺は今までの精神医療とあまり変わらないように思う。

(2) 提供する医療と多職種連携に関連すること

- ③ MDT のかかわりが断片的でケアコーディネーター以外は会議を開いてくれない。
- ③ MDT 内の退院までのゴール設定の違い。
- ④ MDT 内で意見が割れてもめるときつ。そのための治療評価会議なのだろうが、Ns.は毎週は出られない。
- ⑤ 他の職種との調整が行いやすい。
- ⑤ 多職種で関わることで、様々な角度からの退院促進していける。本人に状況を退院後に関わる人たちに伝えていけることがよい。
- ⑤ 対象行為まずありきななので、本来は問題点をはっきりうちだしやすいかと。逆に対象行為に至るにはそれまでの生活歴も大きく関係しているは

ずですが、そこを扱うときに周囲の反対とかもあつたりします。「今回の入院には直接関係ないでしょ」的な。

- ⑤ 多職種の専門家がアプローチすること、法的な制限があるため、これまでの精神科医療では退院できなかつたり、長期入院となっていく患者も退院が決まっていく。

(3) 家族支援に関連すること

- ③ 家族や身内にももっと病気についてはなしていくことが必要。
- ③ 今共依存傾向のある家族でしたが、遠縁のため必要な介入ができなかった。家族会に来る意思はあつたが現実的には遠方のためとてもできなかった。そのようなことを指定通院医療機関にゆだねるしかないの・・・。
- ③ 家族や対象者の問題意識の違い。家族が協力する気持ちがあつても能力的に望めない。
- ③ 家族の支援がないと、地域の調整がうまくいかないこと。
- ③ 家族の受け入れが難しい場合は困難になると思う。
- ③ 遠方だと家族教育がしにくい。
- ④ 家族関係（支援システムの差異）

(4) 指定通院医療と地域関連機関による支援に関連すること

退院地の地域関係機関への期待

- ③ 地域による受け入れ体制の温度差を感じる。
- ③ 地域の受け入れ先の希薄さ。地域によってむらがある。
- ③ 県のしがらみ（受け入れ先の問題）

- ③入院機関と退院先が離れている。通院機関が限られている。退院先が限られている。
- ③退院地が遠すぎて地域調整が難しかった。早期に退院地近くに転院できる体制ができるといいと思った。
- ③当たり前かもしれないが、退院先がほとんどない。
- ③退院地の環境調整が整わない、退院地の行政が受け入れに関して消極的であることが原因と思われる。
- ③退院先がなかなか決まらず、患者のモチベーションがあがらず困った。
- ④施設入居は決まっていたが、施設が決まらなかった。
- ④地域処遇の格差（文化的、環境的要因）
- ④入院期間は1年6ヶ月だが、援護寮などは入所決定してから6ヶ月かかるといわれたため、入所待ちのために入院期間が延びる。
- ④実際にサポートにあたる地域の精神医療・保健福祉の担当者は思ったより協力的だが、行政側（精神保健福祉課？など）協力的でなく、いつまでも退院調整が進まない。
- ④退院申請後、家に帰る患者であるのに、地域で受け入れの準備ができていないために退院できなかった。
- ④地域から患者単独での外泊の実施を依頼され、現状では難しいことを伝えた。
- ⑤調整官の存在やCPA会議での退院援助など新しい取り組みはいいが、地域関係者は処遇困難者と同様の認識をもっている場合があるのでは。

- ⑤地域ケアの体制づくりが丁寧である。
- ⑤地域での保健を担当するスタッフとのネットワークを強くしてから退院できる。これまではなかなか対応してもらえなかった。
- ⑤退院後の支援者の顔が見えるため、患者も安心できる。どのような生活になるのかイメージがつく。スタッフ同伴の外泊ができないので、退院後の生活の問題が見えにくいかもしれない。
- ⑤殺人などの大きな事件を行った対象者への受け入れが難しい。
- ⑤退院地を自由に選択できないこと。受け入れの協力体制に地域差が大きく生じていること。（施設数などハード面だけでなく）

社会復帰調整官への期待

- ③調整官への不満
- ③社会復帰調整官の調整によって退院までの時間が必要以上にかかっているように思う。
- ③クライシスプランが病棟側にまわされている気がする。
- ③社会復帰調整官は、地域によっては機能してもらうのが大変そう。対象者についてはどのくらいの回復を望まれているのかわかりにくい。
- ④地域の社会復帰調整官や指定通院医療機関から無理難題をつきつけられる。

指定通院医療通院機関への期待

- ③入院医療と通院医療の不連続性
- ③病院間の良い連携を望む。

- ④患者と共有したことで違う考えをすすめられた。睡眠薬を増やしてほしいと通院医療機関からケア会議で言われた。
- ⑥通院医療機関に期待することが大きすぎる。退院後にもっとマンパワーが必要だと思う。
- ⑥退院後のフォローを充実させたい。通院医療機関への働きかけ、勉強会、連携が不足している。

(5) 入院前にかかわる法的機関に関連すること

鑑定入院結果に対する疑問と医療を提供することへの困難感

- ③鑑定入院での診断名からか、スタッフの本法の「対象でない」という思いが強く、患者にとってよい医療が提供されづらいと感じることも。
- ③鑑定入院について、入院時から対象として疑問をもつ患者がそのうち処遇終了となることがあったり、鑑定入院についての疑問を感じることもある。なにを社会復帰というのかわからなくなる。
- ④対象行為もその前の状況もいまひとつ曖昧な点が多く、そのあたりを警察や鑑定入院中にもう少し明確化して欲しい。そこがブレると退院時の目標というか目指すものもズレてしまう可能性があると思います。

鑑定入院結果に対する疑問

- ③鑑定に疑問を感じる対象者の入院があると思う。

- ⑥再発防止と言う点からきっちりやりたいと思っても、法務省とか上の方から「3つのうち1つでもクリアしたら退院請求出せ」とか言われると、それで社会復帰といえるのか?とってしまいます。

医療観察法病棟入院の対象者・家族への説明不足

- ③家族にも入院になった経緯を当院に来るまでにきちんと説明してほしい。
- ④鑑定入院先での説明が不適切で、入院直後の患者への対応に苦労した。なぜ従来の精神科の患者とは違う処遇システムがあるのか、一般の人には説明が難しく、偏見をもたれやすいと思う。

医療観察法に対する疑問と期待

- ③社会復帰調整官が通院医療機関に司法の説明から行わなければならない現状がある。同じ患者でも、裁判所・鑑定・退院地の3箇所の方針がまったく変わってしまう。
- ③医療観察法についての理解が地域によってちがうのはおかしい。
- ⑤これまでの精神医療は病状がよくなれば退院だったが、当法では症状に加え、退院後の生活環境調整にかなり比重がおかれている。
- ⑥再度鑑定から退院の受け入れまでの流れをしっかりと整備する必要があると思う。

VI. 考察

質問紙調査の結果から得られた回答内容を社会復帰に影響する要因に該当する5項目に振り分け、さらに社会復帰への阻害因子と促進因子に分類した上で、KJ法による2段階のカテゴリー化を交えながら、対象者の社会復帰支援における看護師の役割というテーマで内容分析を行った。

1) 質問紙調査結果に基づく5項目それぞれについての検討

(1) 対象者との関わりに関連すること

指定入院機関において、看護師に求められる役割のうち、対象者へのかかわりという部分は、従来の精神科看護と同様であり、その看護の基本はいかなる病期にあってもセルフケア援助と自己決定支援に基づいた看護を提供していくこと⁴⁾である。看護師は、あらゆる時間帯に対象者と接触することができ、しかも多職種チームの中で対象者と一番多くの時間を過ごしていることから、対象者の変化に気づきやすい位置にいるといえる。日常生活の援助に加えて、心配事や悩みごとの相談相手となり、その解決を図る精神的な支援の役割を担うこともある。

一方、これまでも精神科看護師者の役割であった患者やその家族への支援に加えて、医療観察法病棟の看護師の役割として、CPA会議や地域ケア会議への参加、対象者の退院後の生活を支援する関係者との情報交換、外出・外泊の計画および計画書類の作成、裁判所など外部機関への提出文書の作成なども求められる。対象者の身近にいて、対象者のことを最も良く知る看護師は、対象者の代弁者としての立場⁵⁾から、入院

中から退院後の生活を想定した上で、外部機関との連携を深めるための調整役が求められる。

(2) 提供する医療と多職種連携に関連すること

これまでの精神科医療では、医師と看護師が中心となり医療を提供することが多かったが、医療観察法病棟では、各職種が専門性を発揮しながら連携して対象者にかかわっていく多職種チームによる医療が提供される。多職種チームにおいて看護師は、患者の精神状態や病院生活への適応状態や適応能力の評価というこれまで通りの役割に加え、ケアコーディネートの役割を担うことが多い。医療観察法病棟の看護師の役割として、今までに経験したことが少ない5つの専門職種からなるチーム医療の中心となり、対象者を取り巻く情報を収集し、対象者と多職種に対して情報発信や情報調整を行っていくことが求められる。

(3) 家族支援に関連すること

対象者の退院後の生活を想定すると、家族は地域や指定通院医療機関とともに、対象者が社会生活を送る上で強力な協力者となるはずである。アンケート結果からも、家族の受け入れや病気の理解が対象者の社会復帰に影響すると考えられていることがわかった。従来の医療と同様に、家族と入院機関との関係は入院直後より始まっている。看護師は、入院時から退院後の生活を考え、入院の連絡・初回面会時のオリエンテーション・家族会・外出・外泊・CPA会議など家族とかかわる機会を通して、家族との信頼関係を構築し、協力体制を作っ

いくことが大切である。

医療観察法の対象者の家族支援において特徴的なことは、家族も対象者の起こした他害行為により精神的負担を抱えていることである。対象者自身への援助とともに、退院後に対象者を支える役割を担う家族への精神的な支援も多職種チームで行っていくことが求められる。

(4) 指定通院医療と地域関連機関による支援に関連すること

今回の調査で、多くの協力者が問題として上げていた「地域差」や「受け入れ先がない」という現実には、わが国の精神科医療が抱える社会問題であり、医療観察法病棟に特化した現象ではない。こうした中で、退院地の地域関連機関は、多くの時間をかけて会議や情報交換を重ね、対象者の退院に向けた働きかけを行っていた。協力者たちはこのような現状を認識しながらも、受け入れ先の施設を確保するまでに時間がかかり、予想していたよりも退院が遅れるケースも多いことを憂慮していた。ただし、多くの施設や機関が関わり、既存の精神科医療では見られなかったような丁寧で慎重な処遇が行われていると評価する協力者もいた。

指定入院医療機関と指定通院医療機関との関係に関しては、多くの協力者が連携の不足や不連続性を感じており、退院後の治療や処遇の方針についても考え方に大きな食い違いがみられる場合もあった。ただし、指定通院医療通院機関は大きな期待を寄せられながらマンパワーが不足し、研修機会もまだ乏しいことなど、機能を十分に果たせるだけの条件が欠けていることも指摘さ

れている。

医療観察法病棟の看護師の役割としては、対象者の社会復帰をできるだけ早期に実現させるために地域との密接な連携を図るとともに、多職種チームが一体となって積極的に関わっていく姿勢が求められる。とりわけ、対象者の回復状態や、対象者と多職種チームの共通認識について、地域スタッフに明確に伝えていくことが重要な課題といえる。

(5) 入院前に関わる法的機関に関連すること

医療観察法の医療は新たに施行された法律に基づく新しい医療ということもあり、実際の医療現場では予想外の事態が生じて、しばしば困難を来している。鑑定入院や審判の結果に対して疑問の声が上がることも多く、医療観察法のシステムそのものの問題点も指摘されており、今後の法体制の整備や見直しを期待する声も聞かれる。

医療観察法病棟の看護師の役割としては、医療観察法病棟に入院される対象者は医療が必要でそれを受ける対象であることを常に念頭に置いた医療を提供していく必要がある。

2) 質問紙調査の全回答を用いた KJ 法による分析

質問紙調査によって得られた対象者への処遇に関するデータを<入院前のこと>、<入院中のこと>、<退院先のこと>、<全体のこと>の4つの時期に分類し、さらに対象者の社会復帰への阻害要因と促進要因に分割して8領域に割り振り、領域ごとに KJ 法による質的分析を行った。第1段

階の категорияは「」で、第2段階の categoryは『』で示す(資料2)。阻害因子は社会復帰上の問題点であり、問題解決に向けて看護師が取る役割が促進因子であるといえる。

(1) 入院までのこと

「同じ対象者でも裁判所・鑑定入院・退院地の3箇所の方針が違っている」という回答から、『方針の違いによる混乱』のあることが推測され、入院中の対象者自身やスタッフの戸惑いを生み、社会復帰の阻害要因となっていると考えられた。スタッフからは、特に「社会復帰調整官への要望や期待が大きい」が、一方で、社会復帰調整官から指定入院医療機関に対する期待や要望も多く、指定入院医療機関によって業務が異なるという指摘もあるという。今後、入院前の段階における阻害要因を取り除くには、社会復帰調整官との意見交換を密接に行っていく必要のあることが明らかになった。

(2) 入院中のこと

「職種によって対象者と関わる時間がかなり違う現状」があるため、「多職種間でゴール設定の共通認識が得られにくい」という多職種チームの運営上の問題点があった。また、「会議による承認が必要で即応できないことがある」ため「社会復帰期にあっても退院の調整が困難」な状況となっていた。従って、このような阻害要因を克服するため、「即応できないことを見越し、今何を行うのかを常に見通す」ことが促進要因となると考えられる。

スタッフは、「対象者の責任能力判断に疑

問をもつ」ことがあり、その場合、本来は医療観察法の対象者でないという思いから、患者にとってよい医療が提供されにくくなるという回答もあった。入院時からそのような思いを抱かせる対象者が、実際に不処遇となって退院していく場合もあり、『鑑定入院医療への疑問』の根強さが示唆された。

「強制治療と矯正治療施設の類似点を感じる」というスタッフもいることから、鑑定入院の整備は促進要因になることが示唆された。

(3) 退院先に関連すること

現状では「各県の行政の取り組みの相違がある」ことや「地域との連携や働きかけが不足している」ことなどの阻害要因から、退院先が確保されない現実が明らかになった。「医療観察法では退院後の生活環境の整備に重点をおかれている」ことから、「退院後に関わるスタッフとのネットワークを強化することが退院促進につながる」ことが確認された。

(4) 全体的なこと

多職種による多方面からのアプローチが可能なことから、退院後の地域ケア体制作りが丁寧に行われる半面、職種間や地域関連機関との共通認識を得ることが難しいという点に、「医療観察法の利点とこれまでの医療の特徴が浮き彫りになっている」との指摘がある。さらには、「鑑定入院から退院の受け入れ先までの流れをしっかりと整備する必要がある」との意見もある。

それらの問題点から、対象者や家族を取り巻く、法・医療・地域のネットワーク強化が重要な促進要因であることが示唆され

た。看護師の役割として、対象者に関する多職種チームはもちろんのこと、対象者の退院後の生活を支援する社会復帰調整官や指定通院医療機関の関係者などとも情報交換をしながら、連携、調整を図っていければ、それが促進要因となる。

VII. 結論

今回の質問紙調査の結果から、医療観察法の対象者の社会復帰をめぐる問題点は、対象者との関わりに関連すること、提供する医療と多職種連携に関連すること、家族支援に関連すること、医療観察法の指定通院医療を行う地域関連機関に関連すること、入院前に関わる法的機関に関連することの5点に集約できることが明らかになった。これらの問題を解決するために、対象者の情報を知り得る最も近い立場にいる看護師は、対象者の代弁者としての立場をとりながら、多職種チームおよび地域関連機関等の外部機関との情報交換や連携を深めていくことが重要であることが示唆された。

VIII. 研究の限界

本研究の対象は、司法精神医療の臨床に携わる一病棟の医療従事者のみを対象としているため、今後は医療観察法に関連した他の機関で業務に携わっている方々の御意見も伺い、参考にさせて頂きながら検討を重ねていく必要がある。

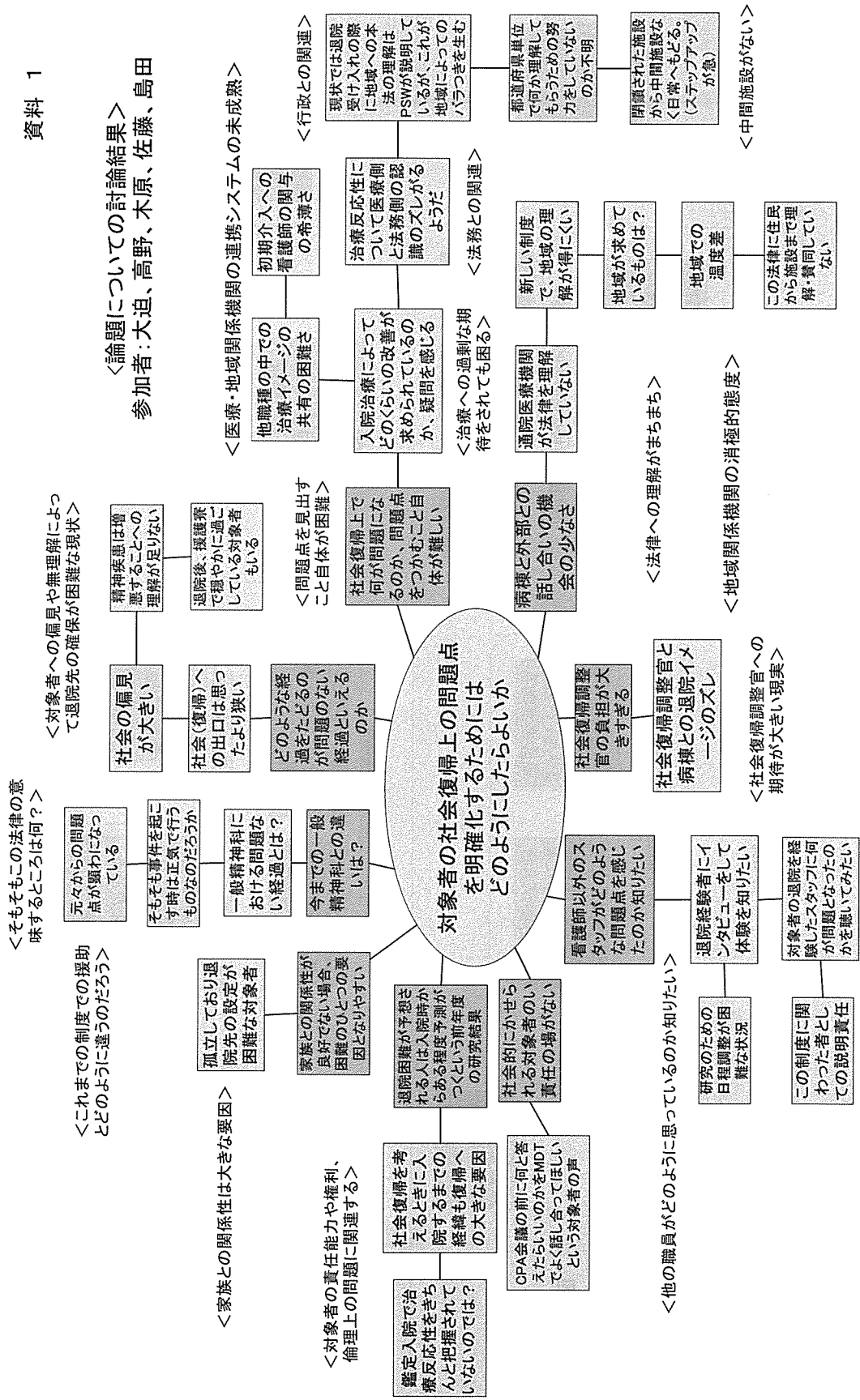
IX. 文献

- 1) 木原深雪、佐藤るみ子、地域支援に向けた初期介入と初期計画をめぐる問題点の明確化—1、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 総合研究報告書、平成15～17年度厚生労働科学研究費補助金、2006年

- 2) 川喜田二郎、KJ法—混沌をして語らしめる、中央公論社、1986年
- 3) 川喜田二郎、KJ法入門コーステキスト 4.0、KJ法本部・川喜田研究所、1997年
- 4) 佐藤るみ子、看護師の業務、平成17年度司法精神医療等人材養成研修会教材集、財団法人精神・神経科学振興財団、2004年
- 5) 池原毅和、特集アドボカシー 欧米での精神障害者のアドボカシーの発展から学べること、精神看護、1998年

＜論題についての討論結果＞
参加者：大迫、高野、木原、佐藤、島田



	入院までのこと	入院中のこと	退院先に関連すること	全体的なこと
<p>促進要因</p>	<p>鑑定入院の整備</p> <p>社会復帰調整官への要望や期待が大きい</p>	<p>様々な視点で早目に行動する必要性</p> <p>即応できないことを見越し、今何をやるのかを常に見通す必要がある</p> <p>かなり早期からの退院イメージをもち、行動する必要がある</p>	<p>家族背景は社会復帰上重要である</p> <p>退院後の支援体制の強化の重要性</p> <p>退院後に関わるスタッフとのネットワークを強化することが退院促進につながる</p> <p>医療観察法では退院後の生活環境の整備に重点をおかれている</p> <p>退院後の支援体制が退院への重要なポイントとなる</p>	<p>現状の見直しの必要性</p> <p>再度鑑定から退院の受け入れ先までの流れをしっかりと整備する必要がある</p>
<p>阻害要因</p>	<p>方針の違いによる混乱</p> <p>裁判所・鑑定・退院地などすべてにおいて各場所を対象者に対する方針が違っている</p>	<p>MDTでの運営上の問題点</p> <p>MDT内でのゴール設定への共通認識が得られにくい</p> <p>職種によって患者と関わる時間がかかり違う現状</p> <p>鑑定入院医療への疑問</p> <p>迅速な対応をしにくい</p> <p>スタッフは対象者の責任能力について疑問をもつことがある</p> <p>鑑定入院での医療への疑問がある</p> <p>会議の承認が必要なことによって、これまでの臨床のように即応できないことがある</p> <p>社会復帰期の対象者のだぶつきがみられる</p> <p>強制治療と矯正施設の類似点を感じるスタッフもいる</p>	<p>地域との連携や働きかけ不足しているという問題</p> <p>各県の行政の取り組みの相違がある</p> <p>出口が狭い(退院先が少くない)という現状</p>	<p>本法の利点とこれまでに医療の姿の特徴が浮き彫りになっている</p> <p>対象者や家族ととりまく、法・医療・地域のネットワーク強化</p>

8 病棟の臨床従事者の皆様へ

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

アンケートご協力をお願い

私共の研究グループでは、対象者の社会復帰の円滑化をめざして研究を行っております。昨年度の研究結果からは、まず、「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」があり、「医療・地域関係機関の連携システムの未成熟」であることが問題として明確になりました。

本年度はこれらの問題点をより具体的に明らかにすることによって、社会復帰援助の向上について検討してゆく予定です。

そこで、8病棟の臨床現場に従事しておられる皆様の率直な意見を頂きたいと考えました。

皆様のご回答の内容に関しては、個人が特定されないように配慮をつくり、研究者が責任を持って保管・廃棄いたします。

ご記入いただきましたアンケートは回収袋にお入れ下さい。

どうか自由な意見のご記入をお願い申し上げます。

- ① 今までに何人の対象者を受け持たれましたか。(1人 2人 3人 4人 5人以上)
- ② 受け持ちの退院を経験されましたか。(はい いいえ)
- 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？
(例：社会復帰調整官について、対象者について、MDTについて、受け入れ先について、指定入院医療機関について、家族・身内の支援や協力について、鑑定入院について、特に問題を感じない、その他)
- ④ 困った時のエピソードなどがありましたら教えて下さい。

裏へ続く⇒

- 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。

ご協力ありがとうございました。

今後皆様のより詳細な体験を明らかにするために、個別インタビューを予定しております。インタビューにご協力下さる方は、担当者まで声をかけて頂けたら幸いです。また、担当者からお願いすることもございますので、その際はご協力下さいますようお願い申し上げます。

研究担当者：大迫、高野、木原、佐藤、島田

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)-2 指定通院医療機関における看護職の担う役割の明確化

—訪問看護を中心に—

○美濃 由紀子 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)
龍野 浩寿 (日本精神科看護技術協会)
宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

I. はじめに

対象者の地域支援において指定通院医療機関において行う訪問看護における看護師の役割は非常に多岐にわたると予測される。そこで、本研究は、指定通院医療機関における訪問看護における現状と問題点を把握することによって、看護職が担う役割の明確化を図ることを目的とした。

II. 方法

指定通院機関の訪問看護スタッフを対象としたグループ・インタビューを実施した。本研究に対して同意の得られたC病院の訪問看護に携わっているスタッフ4名を対象に、半構造化面接法によるフォーカス・グループ・インタビューを行った。対象スタッフの職種は、看護師3名・精神保健福祉士1名であった。質問の内容は、以下の7項目を中心に、日ごろ感じていることなどを自由に語ってもらった。

1) 質問項目は以下の5項目とした。

- ①訪問看護を通じて目指していること
- ②訪問看護を行う際に心がけていること
- ③訪問によって得られている成果、ないし手ごたえ
- ④医療観察法による訪問看護と既存医療における訪問看護との共通点、相違点
- ⑤医療観察法による訪問看護の現状、課題

III. 結果 <表1>

- ①訪問看護を通じて目指していること
 - 対象者をエンパワメントしていく関わり
 - 危機的な状態に陥る前に介入できるようなサポート体制づくり
- ②訪問看護を行う際に心がけていること
 - 時間通りの訪問 (約束の厳守)
 - アルコール問題のある対象者に対する飲酒の有無の確認や室内の状況観察
 - 家族へのサポート (家族の健康状態、悩み事・トラブルに関する相談、近隣との関係など)
 - 担当多職種チームとの綿密で迅速な情報交換・情報提供
 - 服薬・体調にも気を配るなど健康面へのアプローチ
- ③訪問によって得られている成果、ないし手ごたえ
 - 処遇終了者がでたが、手厚いケアの実施により対象行為に関する内省も進んだケースだった。処遇が終了してもケア会議を続けて欲しいと希望してきたところから、医療者との関係が良好であることがうかがわれる。対象者の心情としては、処遇が終わることでの解放感と不安感とが入り混じっているという発言が聞かれた。リアリティがある言葉であり、精神保健福祉法による通院は継続し、訪問も回数は少しずつ減らし

ながら継続していく予定。

- MR とアルコール問題を抱えている対象者がいて、断酒への動機付けも深まらず、スリップを繰り返してはいるものの、訪問看護が入ることによって連続飲酒まではいかずにすんでいる。酒を飲んでも再犯には至っていないことから、少しずつだが、訪問や手厚いケアの効果は出てきていると考えられるので、長い目でみる必要がある。
- 生活状況は順調だが、自分からは病気や対象行為についてふれず、最初の1年ぐらいは対象行為に触れることができなかつたケースでは、スタッフ自身が研修参加を契機にして、そろそろやってみようかと思わず少しずつ話を進めている。対象者から多少は現実的な言葉などが聞かれるようになってきた。疾病の心理教育なども始めている。

④医療観察法による訪問看護と既存医療における訪問看護との共通点、相違点

- 過去に殺人歴があつて医療観察法に乗っていない患者を一般訪問している。医療観察法であれば、2名対応で手厚い訪問ケアの実施が可能だが、既存医療における訪問の場合は1名。医療観察法の訪問看護の方が、患者のケアにおいても恵まれているし、スタッフも守られている。

⑤医療観察法による訪問看護の現状と課題

- ピアサポート、セルフヘルプグループに関する課題。リーダーの資質がありそうな人もいるが、現状では、まだ人数が少なく、また医療観察法の対象者だということは周囲には知らせていないので、当事者同士で集まる機会が作りづらい。
- リスクが高いことに見あうだけの診療報酬がない。1回の訪問に時間とマンパワーがかかる。
- 人材育成の問題。看護師としての達成感もちづらい。
- 会議が多く、対象者数が増えると1人にかかる時間も減る。スタッフ間での情報共有

がしづらい。

- 医療システムとして訪問看護が可能な地域外の対象者が多く、テストケースとしての意義は感じて実施しているが、本当の意味での地域支援とはずれがある。
- 手間がかかるわりに通院管理料の診療報酬は少なく、どこの指定通院機関も大変なはずなので、充実や発展は難しいと思う。
- 判定医研修だけでなく、いろいろな職種が合同で参加できる研修体制を整備する必要がある。

IV. 考察

指定通院医療機関では、訪問を軸とした援助関係作りが軌道に乗りつつあるが、人手や時間の制約も多く、現状の問題点や今後の課題が明確になった。

- ①対象者のエンパワメントを重視し、危機的な状態に陥る前に、本人からの相談行動や、スタッフからの介入が自然に行われ、地域自立が維持できるような支援が目ざされている。
- ②アルコール問題のある対象者では、飲酒の有無や室内状況の観察も行いながら維持している。
- ③指定通院医療の終了後もケア会議継続を希望する患者や、処遇終了により解放感と不安感が入り混じるといふ患者もあり、援助関係の良さが伺われると共に継続支援の重要性が示唆された。
- ④直接通院の対象者、病識の希薄な対象者等、対象行為の確認が困難な事例もあるが、時間をかければ可能であることが示唆された。
- ⑤対象者によって構成される治療グループ、セルフヘルプグループ等の形成は、すぐには難しいが担い手となれそうな人も出てきている。
- ⑥現状では、予算、人手、時間等の制約が多くテストケースのレベルを越えた発展が難しい。

V. おわりに

指定通院医療機関の訪問看護に関与している看護師、精神保健福祉士を対象に、訪問を通じ

て目指していること、心がけていること、訪問の成果、気がかりな点等について、フォーカス・グループ・インタビューを実施したところ、現状と課題の6項目が明らかになった。

今後は、対象施設と対象人数を拡大することで、全国の指定通院医療機関における訪問看護の役割の明確化に努めていきたい。

インタビュー結果 <表1>

<p>【結果】</p>
<p>○訪問看護を通じて目指していること 対象者をエンパワメントしていく関わり 危機的な状態に陥る前に介入できるようなサポート体制づくり</p>
<p>○心がけていること 時間通りの訪問（約束の厳守） アルコール問題のある対象者に対する飲酒の有無の確認や室内の状況観察 家族へのサポート（家族の健康状態、悩み事・トラブルに関する相談、近隣との関係など） 担当多職種チームとの綿密で迅速な情報交換・情報提供 服薬・体調にも気を配るなど健康面へのアプローチ</p>
<p>○訪問によって得られている成果、ないし手ごたえ ・処遇終了者がでたが、手厚いケアの実施により対象行為に関する内省も進んだケースだった。処遇が終了してもケア会議を続けて欲しいと希望してきたところから、医療者との関係が良好であることがうかがわれる。対象者の心情としては、処遇が終わることでの解放感と不安感とが入り混じっているという発言が聞かれた。リアリティがある言葉であり、精神保健福祉法による通院は継続し、訪問も回数は少しずつ減らしながら継続していく予定。 ・MRとアルコール問題を抱えている対象者がいて、断酒への動機付けも深まらず、スリップを繰り返してはいるものの、訪問看護が入ることによって連続飲酒まではいかずすんでいる。酒を飲んで再犯には至っていないことから、少しずつだが、訪問や手厚いケアの効果は出てきていると考えられるので、長い目でみる必要がある。 ・生活状況は順調だが、自分からは病気や対象行為についてふれず、最初の1年ぐらいは対象行為に触れることができなかったケースでは、スタッフ自身が研修参加を契機にして、そろそろやってみようかと思い少しずつ話を進めている。対象者から多少は現実的な言葉などが聞かれるようになってきた。疾病の心理教育なども始めている。</p>
<p>○医療観察法による訪問看護と既存医療における訪問看護との共通点、相違点 ・過去に殺人歴があって医療観察法に乗っていない患者を一般訪問している。医療観察法であれば、2名対応で手厚い訪問ケアの実施が可能だが、既存医療における訪問の場合は1名。医療観察法の訪問看護の方が、患者のケアにおいても恵まれているし、スタッフも守られている。</p>
<p>○医療観察法による訪問看護の現状と課題 ・ピアサポート、セルフヘルプグループに関する課題。リーダーの資質がありそうな人もいるが、現状では、まだ人数が少なく、また医療観察法の対象者だということは周囲には知らせていないので、当事者同士で集まる機会が作りづらい。 ・リスクが高いことに見あうだけの診療報酬がない。1回の訪問に時間とマンパワーがかかる。人材育成の問題。看護師としての達成感がもちづらい。 ・会議が多く、対象者数が増えると1人にかかる時間も減る。スタッフ間での情報共有がしづらい。 ・医療システムとして訪問看護が可能な地域外の対象者が多く、テストケースとしての意義は感じて実施しているが、本当の意味での地域支援とはずれがある。 ・手間がかかるわりに通院管理料の診療報酬は少なく、どこの指定通院機関も大変なはずなので、充実や発展は難しいと思う。 ・判定医研修だけでなく、いろいろな職種が合同で参加できる研修体制を整備する必要がある。</p>

多職種の参加による事例検討会を活用したスーパービジョンの実際

○高崎 邦子 (国立精神・神経センター武蔵病院)
美濃由紀子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
宮本真巳 (東京都医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)
伊佐猛 (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)
小原陽子 (国立精神・神経センター武蔵病院)
成瀬道夫 (国立精神・神経センター武蔵病院)
生井淳子 (国立精神・神経センター武蔵病院)
田川理恵 (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)

I. 目的

2005年7月より「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者医療及び観察等に関する法律」(以下、医療観察法)が施行され、指定入院医療機関が開設された。病棟開設に伴い、当病棟では対象者への効果的な治療・ケア提供を目的として、事例検討を通じたスーパービジョンを継続してきた。昨年度の研究結果から、看護師の対象者理解ならびに介入スキルの向上やエンパワメントがもたらされつつあることがわかった。その反面、濃厚なプライマリーナーシングと多職種チーム医療(以下、MDT)の実践は、従来に比べると看護師の負担感・閉塞感を高めやすいが、事例検討を通じたスーパービジョンが、看護師の精神的負担を軽減し、メンタルヘルス・サポートに役立ったこと明らかになった。

そこで本研究は、事例検討会の討論過程や事例提供者のエンパワメント実態を明らかにすることにより、スタッフの動機づけ向上と燃え尽き防止、司法精神看護・司法精神医療の充実にとって必要な援助内容と教育・研修内容の明確化を図りたい。

II. 調査方法

1. 調査期間: 2006年4月~2007年1月(月1回、期間中に計10回実施)
2. 調査方法:

指定入院医療機関であるA病院において、月に1回事例検討会を実施した。この事例検討会は、宮本の提唱する統合的な視点に基づくグループ・スーパービジ

ョンの試みである。その方法論は以下の3点に要約できる。

- 1) 患者の病理や問題行動、治療・ケアの問題点の検討に止まらず、患者の全体像、事例提供者の特徴、患者と事例提供者の関係性、臨床状況の全般に視野を広げる。
- 2) 参加者全員が事例提供者への支持・査定・直面化・統合という4つの役割を分担し、連携してスーパービジョンを行っていくという問題意識を持って、事例検討会に臨む。
- 3) 事例提供者も参加者も感情活用能力(Emotional literacy)を発揮し、自己一致に努める。

事例提供者は、「対象者のプロフィール」「事例提供の動機」「気になっているやりとりや事柄」の3点についてA4の報告書1枚程度に基いて報告し、後は自由に質疑・討論を行う。宮本がファシリテーター、美濃がコファシリテーター役を担う。事例検討会の運営を担当する看護師グループが交代で司会とマネジメントを行う。

データ収集方法は、事例検討会の終了直後に提供者と参加者に無記名の質問紙により、感想や印象に残ったやりとりについての記述を依頼する。また、今年度は、事例提供者に対するフォローの一環として、研究メンバーによる1ヶ月後面接を行った。

調査期間中の参加人数は、事例提供者と共同研究者を含め、延べ113名、内訳

は看護師 75 名、医師・コメディカル 18 名、外部者（看護師・コメディカル）20 名であった。

3. 分析方法：

質的・帰納的アプローチを採用し主に内容分析の手法を用いて分析を行った。分析の手順は、事例ごとに提供者と参加者が印象に残ったとするやりとりや場面を取り出し、そこで起こっていたグループダイナミクスを比較・検討した。

4. 倫理的配慮：

本研究への取り組みについては、病院倫理委員会が審査を受け、承認を得て実施した。プライバシーの保持や資料保管方法に関しては、得られた情報を研究の目的以外には使用せず、特定の個人や施設に不利益が生じないように配慮した。

III. 結果

「事例検討会」、「質問紙」、「1 ヶ月後面接」という 3 つの視点から、分析・検討を加え、以下の結果を得ることができた。文章中の記号は【】 第 3 段階、□ 第 2 段階、〈 〉 第 1 段階、『』コードを示す。

1. 事例分析

事例ごとに取り出したやり取りの場面から、「事例の動機」「話し合いの主な内容」「明確になった課題」を抽出し、事例検討会を示す一覧表を作成した（表 1）。

1) 事例数：10 例

2) 診断名の内訳：

統合失調症＋知的障害 3 例、器質性精神病 2 例、統合失調症 2 例、双極性感情障害 1 例、アルコール精神病＋アルコール依存症 1 例、統合失調症＋薬物依存症 1 例であった。10 例の中 5 例が重複障害で、そのうち 3 例は知的障害を重複していた。

3) 対象行為の内訳：

強制わいせつ 3 例、殺人 2 例、傷害 2 例、殺人未遂 1 例、強姦致傷 1 例、放火 1 例であった。10 例中 4 例は以前にも事例提供されていた。そのうち 1 例は調査期間中に 2 回事例提供されていた。

4) 事例提供の動機

事例提供の動機は、事例提供者の感情

などに重点を置いた場合【看護師】、対象者の問題行動などに重点を置いた場合

【対象者】、自分の介入方法や相互関係の重点を置いた場合【介入】の 3 側面に分類された（図 1）。【看護師】には[職員の陰性感情]、[職員の違和感]があり、【対象者】では[生活リズムの乱れ]、[病状が不安定で無為自閉]、[対象行為への認識や病識のゆれ]、[病感はあるが病識がない]があり、【介入】では[ニーズの把握困難]、[介入時に見られる対象者の感情の表出方法の問題]、[介入しても治療プログラムにのれない対象者への関わり]、[介入の振り返りと整理]、[家族への対応]となっていた。10 例のうち 4 例が過去にも事例提供されており、1 例は〈退院前の振り返りと整理〉、2 例は〈生活リズムの乱れ〉〈プログラムにのれない〉だった。この 2 例については前回も同じような動機で事例提供されていることから、改善しないことに対する[職員の陰性感情]や[介入時に見られる対象者の感情の表出方法の問題]が動機となっていた。

5) 話し合いの主な内容

「事例提供された動機」がどの側面であっても、話し合いの主な内容は、宮本の提唱する統合的な視点に基づき、患者の病理や問題行動、治療・ケアの問題点の検討、患者の全体像、事例提供者の特徴、患者と事例提供者の関係性、臨床状況の全般にわたっていた。具体的には[現在の症状]や[過去の症状]などの【病状・病態の見直し】、[対象者の認識]や[家族の情報]などの【情報の整理】、[生育歴]や[問題行動の明確化]などの【問題の整理】、[今までの関わり]や[介入時の反応]などの【介入による変化】、[介入の機会]や[生活上の問題行動]などの【新たな介入方法】、【職員の感じる違和感や陰性感情】について話し合われていることが多かった。

6) 明確になった課題

明確になった課題としては、【新たな介入方法】【直面化】【動機づけ】【問題点の整理】【家族への介入】【介入による変化の実感】【自己一致】【職員を取り巻く環境】が挙げられた。

2. 質問紙調査

事例検討会終了後に参加者に対し質問紙調査を行った。質問内容は、「内容を理解できたか」「事例検討会で学んだことを実践できそうか」「事例検討会についての満足度」を1~5の5段階で評価してもらった。また、「解決した点（もしくは解決しなかった点）」「疑問点」「印象に残っている発言」「全体の感想」などを自由記述してもらった。

1) 事例回収率：回毎によって回収率は違い53.3~100%で、平均回収率は74.5%だった。

2) 評価項目への評価（表2、3、4）

評価は「事例検討会の内容は理解できましたか」の結果は5が31.4%、4が58.1%、3が9.1%、2が0%、1が0%、無回答が1.1%だった。「事例検討会で学んだことを実践できそうですか」の結果は5が6.2%、4が41.7%、3が31.9%、2が6.7%、1が0%、無回答が13.2%だった。「事例検討会全体についていかがでしたか」の結果は5が31.8%、4が46.7%、3が10.7%、2が0%、1が0%、無回答が10.7%だった。すべての項目で「3~5」が80~98%を占めていた。

3) 自由記載

「解決した」と感じている問題は、対象者の病状やケア・アセスメント方法、意見交換の意義、MDT内外の壁など幅広かった。また、「解決できなかった」と感じている問題は、対象者の病状やケア・アセスメントに集中しており、事例の情報不足が影響したのではと考えられる。

「実践困難と感じる」場合、その理由については、状況（時間、気持ち、工夫など）から難しいという意見が多かった。事例検討会の感想については『見聞を広げた』という意見と『意見交換できたことに対する満足』というものだった。

3. 1ヶ月後面接から（4事例を対象）

1) 事例提供者がエンパワメントされたかどうか

事例提供者は、検討会の中で、「モジュールの枠を越えた意見交換や情報・体験・感情の共有」→「情報の整理・統合」→「問題・課題の明確化」というプロセ

スを踏んでいることが確認された。こうしたプロセスの中で、提供者自身が新しい気づきを得て、エンパワメントされたと感じていた。（図2）

事例提供を契機として得られた対処策を所属チームの協力を得て実施し、ケアの効果が実感できたスタッフはエンパワメント効果が持続していた。しかし、対象者の状態が大きく変化した場合や、周囲のスタッフから十分に協力を得られなかった場合は、エンパワメント効果が時間の経過とともに低下していた。

2) 実際にケアをして効果があったか

事例検討会で得た知見が、その後のモジュールカンファレンスやMDTの中で共有され、スタッフがそれぞれに自分の新たな役割を認識し遂行できた場合に、提供者はケアが有効だったと実感していた。また、事例検討会に事例提供者の属するMDTのスタッフが参加している場合に、ケアの効果が促進される傾向が伺われた。

3) 共通の効果として

事例提供によって、現状の客観視と視野拡大が可能となり、そのことが問題の明確化につながった。そして、自己の体験や対象者への否定的感情を率直に語り、参加者の共感を得ながら事例の全体像を再構成していく過程を参加者と共有することが、事例提供者のストレスの発散や安心感につながっていた。また、対象者への理解が深まることで、否定的感情の軽減につながっていた。

IV. 考察

事例提供の動機としては、知的障害を併発している重複障害の事例について、内省の促進に向けた取り組みの困難さを感じているケースが多かった。事例提供者からは、感情の言語化や言語的なコミュニケーション全般の限界から、疾病教育が困難なために内省が深まらず、スタッフが行き詰まりを感じている状況がみられた。しかし、事例検討会でこれまでの【介入による変化】について話し合うことによって、【介入による変化】が生じていることを実感することができていた。さらには、対象者が指定入院医療機関における既存の医療よりも手厚いケアによって、これまでにない社会的学習を遂げ、適応能力を増す場

合があることが明らかとなり、そのことが事例提供者のエンパワメントにつながった。また、[介入による変化]は受け持ち職員より周囲の職員のほうが気付きやすいことが明らかになり、その理由としては受け持ち職員が焦りや周囲からのプレッシャーを感じていることや、勤務の度に接触しているため変化に気付きにくいという事情が明らかになった。

複数回取り上げられた事例にからは、対象者の既存のプログラムへの不適應、朝起きられないなどの生活上の問題行動に対して、職員が陰性感情を抱きやすい傾向が伺われた。[生活リズムの乱れ]が病状なのか本人の態度の問題なのか判断がつきにくく、結果的に本人の態度が問題であるという判断に傾きやすいことにより[職員の陰性感情]が生じ、対象者の反応に対して[違和感や陰性感情]が生じていることが明らかになった。

事例検討会を通じ、それらの不適應行動は単に対象者の態度の問題ではなく、目立つほどではない精神症状、神経症状、睡眠障害などにも由来している可能性が示唆されることにより、職員の陰性感情が軽減していた。金城は「『自己理解』と『他者理解』は共時的な出来事として現れることなのである」と述べている。自分の陰性感情と向き合うことが自己理解につながり、その結果、対象者理解につながるこれが今回の調査結果からも確認できた。

事例検討会を通して、多くの看護師が MDT 内外の壁を感じていることが明らかになった。MDT の導入という新たな試みにより、MDT 内部における職員間の役割分担が明確になっていない部分があり、看護職に関しては MDT 内だけでなく、MDT 外の看護メンバーとの役割分担に困難感を抱いていた。MDT 内外の壁については多数の職員が感じており、事例検討会を通して意見交換をすることや、困難感を表出することで軽減されていくものと考えられる。担当看護師と MDT、担当以外の看護師、対象者の関係について図式化した(図 3)。

このような壁は、内外双方から徐々に形作られていくものと考えられる。情報量の違いや関係性の濃さによって壁ができてくることは避けられない現状では、壁を作らない努力に加えて、壁に通気孔をあける工夫が重要である。事例検討会はその通気孔の役目を果たすことによって、スタッフを活性化する機能

を担っていると考えられる。外部者も参加する事例検討会を通して、客観的な視点に基いた意見を聞くことで、「今起きている現象が何によるものなのか」について問題整理をし、情報を共有すると共に、MDT 内外の壁と取り除いていこうとお互いが取り組んでいく姿勢が求められる。

当事例検討会は当初は看護師によるグループ・スーパービジョンとして企画してきたが、多職種の参加が持続している。その結果、看護領域にとどまらず、MDT の機能についてのグループ・スーパービジョンの機能も担いつつあると考えられる。

V. 今後の課題

- 1) エンパワメントの持続を支える要因、低下させる要因のいくつかが明らかになったが、それらをどうシステム化するかが課題である。
- 2) MDT の実践は濃厚な介入を可能にする反面、プライマリナースの負担感・閉塞感を高めやすく、また MDT 内外に壁を生じさせやすい。この壁を双方がお互いの立場で取り除いていくための方法について明確にしていく必要がある。
- 3) 事例検討会やスーパービジョン・システムの定着には、チーム外のスーパーバイザーないしファシリテーターと内部のリーダーとの連携、スーパーバイザー養成のための研修システムの確立が重要である。
- 4) 看護領域にとどまらず、MDT の機能についてのグループ・スーパービジョンをも担うような事例検討会が今後、求められる。

<引用文献>

- 1) 金城祥教：こころの看護学, 第 2 巻, 第 3 号, 1998. 9, P250

<参考文献>

- 1) 宮本真巳: 触法精神障害者の看護ならびに地域支援の手法に関する研究, 「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」総合研究報

告書, 厚生労働科学研究費補助金平成 17
年度総括・分担研究報告書, 2006

- 2) 安梅勅江著: エンパワメントのケア科学
～当事者主体チームワーク・ケアの技法～,
医歯薬出版株式会社, 2004
- 3) 臨床看護: Vol. 20 No. 6 1994 へるす
出版
- 4) 精神科看護: 精神科出版, 2003, 9
- 5) こころの看護学: 星和書店 Vol. 2 No.
3 1998, 9