

対象者は入院の翌日から毎朝各ユニットで開かれる朝の集まりに参加する。また、毎週各ユニットで行われるユニットミーティングにも入院の直近に開かれるミーティングから参加を促している。これらのプログラムは対象者が属するユニット内で開かれ、新入院があった時には対象者紹介も行われるため、病棟環境への適応を円滑にする役割も果たしている。両プログラムは対象者にとって負担が少なく、また退院まで継続されるため、入院生活に取り込まれたものとなっており、バリエーションの発生もなかった。

疾病教育ステップ1は治療導入と入院治療の受容、病感の獲得、治療関係の構築などを目的としており、各担当職種の紹介や説明、入院生活の過ごし方やオリエンテーションの補完などが行われる。ステップ1には病棟環境への適応を円滑に促進するという目標に沿った内容が盛り込まれており、時宜にかなった実施が望まれる。そこで新入院対象者が他にいない場合でも、担当看護師から個別で実施されることが多く、そのためバリエーションも発生していない。

疾病教育ステップ2は3～5名を対象としたグループセッション方式で行われており、病気の特徴と経過、ストレス克服法、薬の働きについて学ぶことを目的にしている。特に病気の特徴と経過については、他の対象者の話を聞くことで自身に関連付けて考えられることを意図してグループ形式をとっている。そのため、グループ編成について検討する必要がある。また、疾病教育は対象者に一定の思考力が求められ、状態が過度に不安定な対象者は回復を待ってから参加

しているため、設定された介入時期に実施されないとバリエーションの発生につながると考えられる。

さらに今回バリエーションには含めなかったが、2名の対象者は3ヶ月を待たずに回復期へ移行し、回復期でステップ2を実施している。ガイドラインの治療目標と比較すると、ステップ2の内容については急性期よりも回復期の治療目標に適った内容も含まれるため、実施時期の妥当性については、今後検討の余地がある。

10. 社会復帰調整

対象者が社会復帰するにあたって、個人的支援者となるキーパーソンの存在は重要である。社会復帰に協力的なキーパーソンがいる対象者は、社会復帰に前向きな傾向が強い。一方、キーパーソンがいないか、いても関わりを拒否されている対象者は、退院が現実的になってくると社会復帰に対する不安が増大し、精神的に不安定になる度合いが強い。このことから、キーパーソンの存在と対象者との関係性、支援体制を入院時に確認しておくことは治療の方向性を決定する上で重要な要素となる。

キーパーソンの面会が実施されなかった要因の一つとして、居住地からの距離的な問題が挙げられる。4名の対象者のキーパーソンは、移動に少なくとも片道5時間以上を要する遠方に居住しており、来棟するためには交通費や宿泊費、仕事の調整などの負担を負うことになる。そのため対象者の支援には協力的であっても、面会だけを主な目的として来棟することは容易ではなく、その代わりに手紙や必要物品などを郵送するケースもある。実際、今回の調査で設定された時期に面会をしたキーパーソン

は東京近辺に居住しており、近隣地域に居住している場合は面会も頻繁である。これらのことは、キーパーソンの面会頻度が必ずしも対象者への支援状況を反映するとは限らない実情を表わしている。一方で居住地に関係なくキーパーソンが対象者への支援や関わりに消極的なケースも少なくなく、CPA 会議開催は面会の好機だが、中には会議の出席を拒むキーパーソンもいる。

社会復帰調整官の面会は4週目までに設定している。それまでに面会がなかった要因としては、キーパーソン同様距離的な問題に加え、医療観察法が施行されて3年目の現在では対象者が増えたことから社会復帰調整官が非常に多忙であることも推察される。

キーパーソンや社会復帰調整官の面会はCPA 会議開催時に行われていることがほとんどであり、上述した諸事情を考慮するとクリティカルパスに設定された時期に面会を実施するのは困難な場合が多く、設定時期や個人的支援状況をキーパーソンの面会の時期や頻度で査定することについては見直す必要があると考えられる。

11. 評価尺度

評価尺度が実施されなかった要因として、活用方法について看護師が把握できていないという理由が挙げられた。入院時に実施しても結果を直接ケアに反映することができていないため、評価尺度の必要性を感じられず、実施に対する認識が薄れていくことが考えられる。今後は、形骸化した実施とならないために、評価尺度の必要性と活用方法を再検討し、精選していく必要があると考える。

12. バリエーションの要因

医療観察法の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社会復帰の早期実現」「多職種協働によるチーム医療の提供」「人権に配慮した透明性の高い医療の提供」は、従来の精神医療の理念と異なるものではない。また、このような理念に基づく実践に関しても、指定入院医療機関で行なわれる医療の一つ一つが特殊なわけではなく、従来の精神医療で行われてきたもの、必要であると考えられてきたものを十分な人手と時間をかけて実践しているのである。しかし、急性期クリティカルパスで発生したバリエーションの約6割は医療者の意識や認識が関連する内容であった。この背景には、クリティカルパスの精度や使用法の認知度が低いことが要因として考えられる。

また、多職種チーム医療の中で、看護師はケアコーディネーターの役割を担うことが多いが、これまで精神医療の中で看護師は、このような幅広い調整的役割を担う機会が多くなかった。医療観察法病棟では、担当MDTによる会議の実施や社会復帰調整官をはじめ連携する諸機関への連絡など、対象者への直接的な看護ケアにとどまらず、調整的な役割・援助も多い。バリエーションの発生を防ぐには、看護師が医療観察法に基づく医療の枠組みに精通するとともに、ケアコーディネーターとしての多岐にわたるケアを行なえる調整力や交渉力が求められる。

また、看護師は他の職種と比較して人数も多く、勤務異動の対象となり交代する場合も多い。そのため、新しく医療観察法病棟に配置になった職員は、対象者に行われる治療の流れがイメージしにくいことが予

測される。そのような場合に、クリティカルパスを使用することが、各治療ステージで行われる医療をイメージする手助けになる。しかし、バリエーションの発生には医療者の要因が多いことから、クリティカルパスの作成に関しては、今後はアウトカムやケアの標準化を検討するとともに、使用する際の解釈や基準など運用方法についてスタッフへの周知を徹底することも重要であると考えられる。

E. 結論

急性期クリティカルパスのバリエーション分析を行った結果、以下のことが示唆された。

- ・バリエーションの要因は【医療者】【医療者と対象者】【対象者】【家族】の4つの要因に分類され、バリエーションがみられた介入項目の約6割は医療者の意識や認識に関連して起こっている。
- ・対象者に理解力が求められるアウトカムについては理解度の水準を考慮し、内容を検討する必要がある。
- ・ガイドライン、オリエンテーションの内容とアウトカムの表現内容を吟味し、整合性を持たせる。
- ・対外的な調整が必要な社会復帰調整、検査などの介入項目については、時間軸に幅を持たせる。
- ・身体管理、薬物療法などバリエーションの発生がなく、医療観察法に特化しない日常

看護業務の介入項目をクリティカルパスに盛り込むかを検討する。

また、今後の課題として以下のことが明らかになった。

- ・調査対象数が不足していたため、今後は調査対象者数を増やしながら研究を行い、クリティカルパスの改善を進めて行く。
- ・指定入院医療機関で共通に利用できる標準的なクリティカルパスの作成に向けて、今後他施設で使用しているクリティカルパスとの比較検討を行う。

参考文献

- 1) 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活用ガイド, 照林社 p. 6, 2004
- 2) 板山稔他: 指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成, 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, 平成18年度分担研究報告書

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

表1 急性期クリティカルパスのバリアンス内容

対象者氏名

	(/ ~ /)	1~2D	3~7D	2W	(/ ~ /)	3~4W	(/ ~ /)	5~8W	(/ ~ /)	9~12W
アウトカム	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)
評価・治療 検討	0: 自傷・他害行為がない 0: 食事・休息・睡眠が取れる 4: 医療観察法の処遇開始から終了までの流れを理解できる	1: 入院の経緯が理解できる 3: 病棟に慣れたと話すことができる 4: 医療観察法の処遇開始から終了までの流れを理解できる	0: 自傷・他害行為がない 2: 担当スタッフの役割が理解できる 4: 入院治療の意味がわかる	0: 自傷・他害行為がない 2: 担当スタッフの役割が理解できる 4: 入院治療の意味がわかる	0: 自傷・他害行為がない 2: 担当スタッフの役割が理解できる 4: 入院治療の意味がわかる	3: 治療の必要性について理解できる 1: スタッフに援助を求めることができる 1: 負担の少ないプログラムに参加できる	3: 病棟の特徴を理解できる 1: スタッフに相談することができる	3: 病棟の特徴を理解できる 1: スタッフに相談することができる	2: プログラムに主体的に参加できる 3: 今後の治療について考えられることができる	
評価・治療 検討	0: 自傷・自殺・他害のリスク 0: 観察・同伴レベルの判定	0: 自傷・自殺・他害のリスク 0: 観察・同伴レベルの再判定 0: 週評価	0: 共通評価項目 6: シナリオ 6: モニタリング 1: 治療計画	0: 共通評価項目 6: シナリオ 6: モニタリング 1: 治療計画	0: 共通評価項目 6: シナリオ 6: モニタリング 1: 治療計画	0: 月評価(共通評価項目見直し)(4W) 0: 総合評価(□3W □4W) 0: 治療方針(□3W □4W)	0: 月評価(共通評価項目見直し)(8W) 0: 総合評価(□5W □6W □7W □8W) 0: 治療方針(□5W □6W □7W □8W)	0: 月評価(共通評価項目見直し)(12W) 0: 総合評価(□9W □10W □11W □12W) 0: 治療方針(□9W □10W □11W □12W)		
多職種 チーム	入院時面接 0: 対象行為の確認 0: 法的背景と権利の確認・説明 0: 現病歴と現症状の確認 0: 大まかな治療の流れの確認 0: 写真に関する説明と撮影	1: 担当 MDT 会議	2: 担当 MDT 会議 3: 患者情報の整理・提出	2: 担当 MDT 会議 3: 患者情報の整理・提出	4: 担当 MDT 会議(□3W □4W)	2: 担当 MDT 会議(□5W □6W □7W □8W) 3: CPA 会議(第1回)	1: 担当 MDT 会議(□9W □10W □11W □12W)			
検査	0: 血液 0: 尿 0: 心電図 0: レントゲン	3: 脳波 3: CT	3: MRI	3: MRI	1: 血液	1: 血液	1: 血液			
身体管理	0: 身長 0: 体重 0: バイタルサイン	0: 体温 0: 脈拍(毎日) 0: 血圧(毎週金)	0: 体温 0: 脈拍(毎日) 0: 血圧(毎週金)	0: 体温 0: 脈拍(毎日) 0: 血圧(毎週金)	0: 体温 0: 脈拍(毎日) 0: 血圧(毎週金)	0: 体温 0: 脈拍(毎日) 0: 血圧(毎週金)	0: 体温 0: 脈拍(毎日) 0: 血圧(毎週金)			
セルフケア	0: 栄養・水分 0: 清潔 0: 排泄 1: 活動 0: 休息・睡眠 1: 対人交流	0: 栄養・水分 0: 清潔 0: 排泄 1: 活動 0: 休息・睡眠 1: 対人交流	0: 栄養・水分 0: 清潔 0: 排泄 1: 活動 0: 休息・睡眠 1: 対人交流	0: 栄養・水分 0: 清潔 0: 排泄 1: 活動 0: 休息・睡眠 1: 対人交流	0: 栄養・水分 0: 清潔 0: 排泄 1: 活動 0: 休息・睡眠 1: 対人交流	0: 栄養・水分 0: 清潔 0: 排泄 1: 活動 0: 休息・睡眠 1: 対人交流	0: 栄養・水分 0: 清潔 0: 排泄 1: 活動 0: 休息・睡眠 1: 対人交流			
看護面接	0: 入院生活オリエンテーション 0: 急性期治療の説明 0: 初期看護計画の説明と同意	1: オリエンテーション内容の確認と補充 1: 治療説明の内容確認と補充	1: 初期看護計画の評価と修正	1: 初期看護計画の評価と修正	4: 看護計画の評価と修正(□3W □4W)	4: 看護計画の評価と修正(□5W □6W □7W □8W)	5: 看護計画の評価と修正(□9W □10W □11W □12W)			
薬物療法	0: 入院時処方の確認 0: 不眠・不穏時指示・処方の確認 0: 服薬の説明 0: 定期的な与薬 0: 副作用の観察	0: 処方の確認 0: 定期的な与薬 0: 副作用の観察	0: 処方の確認 0: 定期的な与薬 0: 副作用の観察	0: 処方の確認 0: 定期的な与薬 0: 副作用の観察	0: 定期処方の確認(□3W □4W) 0: 定期的な与薬 0: 副作用の観察	0: 定期処方の確認(□5W □6W □7W □8W) 0: 定期的な与薬 0: 副作用の観察	0: 定期処方の確認(□9W □10W □11W □12W) 0: 定期的な与薬 0: 副作用の観察			
治療 プログラム	0: 朝のあつまり 0: ユニットミーティング	0: ステップ1(□1回目 □2回目) 0: 朝のあつまり 0: ユニットミーティング	0: ステップ1(□1回目 □2回目) 0: 朝のあつまり 0: ユニットミーティング	0: ステップ1(□1回目 □2回目) 0: 朝のあつまり 0: ユニットミーティング	0: ステップ1(□3回目 □4回目) 0: 朝のあつまり 0: ユニットミーティング 2: 活動プログラム	0: ステップ2(□1回目 □2回目) 0: 朝のあつまり 0: ユニットミーティング 1: 活動プログラム	0: ステップ2(□3回目 □4回目 □5回目) 0: 朝のあつまり 0: ユニットミーティング 0: 活動プログラム			
社会復帰 調整		5: キーパーソンの面会	4: 社会復帰調整官の面会	4: 社会復帰調整官の面会	3: 初回 CPA 会議					
評価尺度		1: BSI 0: SECL 0: GOL 0: KIDI 0: DAI-30					(12W) 2: BSI 2: SECL 2: GOL 2: KIDI 2: DAI-30			

表1 続き

<p>パリアンスと要因</p>	<p>アウトカム: ①患者の理解がスタッフの望む水準に達していない。②法律の違いを理 解し辛い。③医療観察法の処遇に ついて理解不十分。④アルコール性 精神疾患により、説明に対する理 解力が低い。⑤個別性を持った説 明が出ていたか疑問が残る。⑥ 患者の精神状態が不安定。⑦アウ トカム全般として、内容が治療や疾病 の理解に関して回復期でもよいの ではないかと思う。(治療ステージの目 標との兼ね合いはどうか) ⑧3 か月 目で1~8 週目のアウトカムが達成で きた。</p> <p>セルフケア: ①活動よりも安静、休養を優先した。 自室で過ごすことが多かった。</p>	<p>検査: ①脳波、頭部 CT は鑑定入院 で済ませていることが多く、異 常所見がなかった場合オースタ ーがない。②パリアンスとし てはカウントしていないが、放 射線科、検査科の予約状況に より数週間後後することあるの で、時期に幅を持たせてはど うか。</p>	<p>アウトカム: ①担当スタッフの役割、入院治療の意味など 理解不十分。精神科初入院の患者は関係職 種とその役割を理解するの時間がわか 多(実際の関わりの中で理解していくことが できる)と思っていない(これまでは症状が改善 すれば退院できた)。対象行為の振り返りが 出来ない(これまでは対象行為にはむしろ他 理解できない)。③担当スタッフの役割理 解、入院治療の意味は1~2 週遅れて達成で きた。④患者の理解力が低い。⑤病識 がない。</p>	<p>アウトカム: ①治療の必要性について理解不十分。 ②治療の受け入れは出来ているが治療 の必要性は理解不十分。③プログラム 導入時期と患者の病状悪化と重なった。 月評価: ①毎月の月評価は実施しているが、共 通評価項目の真直しは入院継続申請時 などに実施。 MDT 会議: ①毎週実施するのはスタッフの調整困 難。1ヶ月に1 回位、もしくは問題発生時 に行っている。②MDT 全員を集めて話 さなければならぬほどの問題が発生 しなかった。③毎週は行っていない。 調整困難。また必要性の問題もある。 社会復帰調整官の面会: ①家族調整に時間がかかり、入院 4 ケ 月目の初回 CPA 会議が初面会(2 名)。 ②1~2 週間遅れて初回 CPA が初面会 (2 名)。</p>	<p>アウトカム: ①急性期 3 ヶ月のところ、2 ヶ月で回復期 にステージアップしたためアウトカムを選 成するのに期間が足りなかった。②病識 の知識は疾病教育で習得したが、それを 自己の病識として認識するまでには至って いない。③病識がない。 初回 CPA 会議: ①家族が患者の関わりに消極的で調整に 時間がかかった。②入院 4 ヶ月日に実施 された。地域関連機関、家族の調整の時 間がかかった。ただし、初回 CPA の前に院 外外出で保護観察所への訪問を行って いる。③調整官の出席のみで、家族は欠席。 看護計画の評価と実施: ①長期の目標を設定したため、1 週間ごと の修正は行っていない。 ステップ: ①患者の病状悪化。②メンバー不足(グ ループ教育のメリット) ③ステップ1 の復 習に時間を要した。</p>	<p>アウトカム: ①8 名中 4 人がアウトカムをすべて達成し ていないが3 ヶ月経過前に回復期ステー ジに移行。(オリエンテーションの急性期目標 とアウトカムとの整合性はどうか) ②方言 が気になる集団の場が苦手。③面倒くさ い。④病識がなく、医療観察法について も理解できないため、今後の治療につ いて考えることが出来ない。 評価尺度: ①看護師の実施に対する認識深い。(入 院 2 週間目の尺度は全員取れている。そ の違いは?) ②活用方法について看護 師が把握出来ていない。</p>
<p>パリアンスと要因</p>	<p>シナリオ、モニタリング:①入院間もない時期 は過去から現在における精神状態の把握が 優先され、退院後の生活における危険行為 を予測するのは困難。②入院中のリスク 評価が出来ていない時期に退院後のシナリ オ作成は難しい。③症状悪化の引き金を作 りたナリオリオ化していない患者は、シナリオを作 成し辛い。④入院生活の中で社会生活の 中での引き金は見つけにくい。⑤入院 2 週 間目でのシナリオ作成は時期的に早い。 ⑥現状の病状を把握することが優先され、退 院後のシナリオ作成までは出来なかった。 ⑦診療支援システムのどこにあるかも把握さ れていない。⑧シナリオ、モニタリング、治 療計画は今では実施しない流れとの認識。治 療計画:①病状の観察と把握、評面中で治療 計画を作成するまでに至らない。MDT 会議: ①スタッフの調整困難 ②忘れた ③スタッフ が集まらない。患者情報の整理・提出:①患 者情報の整理は行うが、提出先が分からな い。MRI:①医師の指示なし初期看護計画の 評価と修正:患者の病状悪化があり、看護計 画まで手が回らなかった。活用できなかった。 た。キーパーソン面会:①遠方に居住した ため ②連絡はしたが遠方のため手紙や電話 のみ。③キーパーソンが末期がんの疑いのた め④家族が遠方かつキーパーソンを拒否。 不在。④4 週目に CPA 会議で面会 ⑤家族 が患者の関わりに消極的。</p>	<p>シナリオ、モニタリング:①入院間もない時期 は過去から現在における精神状態の把握が 優先され、退院後の生活における危険行為 を予測するのは困難。②入院中のリスク 評価が出来ていない時期に退院後のシナリ オ作成は難しい。③症状悪化の引き金を作 りたナリオリオ化していない患者は、シナリオを作 成し辛い。④入院生活の中で社会生活の 中での引き金は見つけにくい。⑤入院 2 週 間目でのシナリオ作成は時期的に早い。 ⑥現状の病状を把握することが優先され、退 院後のシナリオ作成までは出来なかった。 ⑦診療支援システムのどこにあるかも把握さ れていない。⑧シナリオ、モニタリング、治 療計画は今では実施しない流れとの認識。治 療計画:①病状の観察と把握、評面中で治療 計画を作成するまでに至らない。MDT 会議: ①スタッフの調整困難 ②忘れた ③スタッフ が集まらない。患者情報の整理・提出:①患 者情報の整理は行うが、提出先が分からな い。MRI:①医師の指示なし初期看護計画の 評価と修正:患者の病状悪化があり、看護計 画まで手が回らなかった。活用できなかった。 た。キーパーソン面会:①遠方に居住した ため ②連絡はしたが遠方のため手紙や電話 のみ。③キーパーソンが末期がんの疑いのた め④家族が遠方かつキーパーソンを拒否。 不在。④4 週目に CPA 会議で面会 ⑤家族 が患者の関わりに消極的。</p>	<p>アウトカム: ①急性期 3 ヶ月のところ、2 ヶ月で回復期 にステージアップしたためアウトカムを選 成するのに期間が足りなかった。②病識 の知識は疾病教育で習得したが、それを 自己の病識として認識するまでには至って いない。③病識がない。 初回 CPA 会議: ①家族が患者の関わりに消極的で調整に 時間がかかった。②入院 4 ヶ月日に実施 された。地域関連機関、家族の調整の時 間がかかった。ただし、初回 CPA の前に院 外外出で保護観察所への訪問を行って いる。③調整官の出席のみで、家族は欠席。 看護計画の評価と実施: ①長期の目標を設定したため、1 週間ごと の修正は行っていない。 ステップ: ①患者の病状悪化。②メンバー不足(グ ループ教育のメリット) ③ステップ1 の復 習に時間を要した。</p>	<p>アウトカム: ①治療の必要性について理解不十分。 ②治療の受け入れは出来ているが治療 の必要性は理解不十分。③プログラム 導入時期と患者の病状悪化と重なった。 月評価: ①毎月の月評価は実施しているが、共 通評価項目の真直しは入院継続申請時 などに実施。 MDT 会議: ①毎週実施するのはスタッフの調整困 難。1ヶ月に1 回位、もしくは問題発生時 に行っている。②MDT 全員を集めて話 さなければならぬほどの問題が発生 しなかった。③毎週は行っていない。 調整困難。また必要性の問題もある。 社会復帰調整官の面会: ①家族調整に時間がかかり、入院 4 ケ 月目の初回 CPA 会議が初面会(2 名)。 ②1~2 週間遅れて初回 CPA が初面会 (2 名)。</p>	<p>アウトカム: ①8 名中 4 人がアウトカムをすべて達成し ていないが3 ヶ月経過前に回復期ステー ジに移行。(オリエンテーションの急性期目標 とアウトカムとの整合性はどうか) ②方言 が気になる集団の場が苦手。③面倒くさ い。④病識がなく、医療観察法について も理解できないため、今後の治療につ いて考えることが出来ない。 評価尺度: ①看護師の実施に対する認識深い。(入 院 2 週間目の尺度は全員取れている。そ の違いは?) ②活用方法について看護 師が把握出来ていない。</p>	

表 2 急性期クリティカルパスバリエーションの概要

バリエーション種別	発生時期	バリエーションの内容	バリエーションの要因
アウトカム	1～7日	入院の経緯が理解できない(1)	患者の理解力
		病棟に慣れたと話すことが出来ない(3)	患者の病状
		医療観察法の処遇開始から終了までの流れを理解できない(4)	患者の理解力
	2週間目	担当スタッフの役割が理解出来ない(2)	患者の理解力・患者の病歴
		入院治療の意味が分からない(4)	患者の理解力・患者の病識
	3～4週目	治療の必要性について理解出来ない(3)	患者の理解力
		スタッフに援助を求めることが出来ない(1)	患者の病状
		負担の少ないプログラムに参加出来ない(1)	患者の病状悪化
	5～8週目	病気の特徴を理解出来ない(3)	患者の理解力・患者の病識
		スタッフに相談することが出来ない(1)	患者の病状
	9～12週目	プログラムに主体的に参加出来ない(2)	患者の治療動機付け
		今後の治療について考えることが出来ない(3)	患者の病識
評価・治療検討	2週間目	シナリオ・モニタリング未作成(6)	医療者の認識
		治療計画未完成(1)	医療者の認識
多職種チーム	1～7日	担当 MDT 会議未開催(1)	医療チームの調整
	2週間目	担当 MDT 会議未開催(2)	医療チームの調整
		患者情報の整理・提出未完成(3)	医療者の認識
	3～4週目	担当 MDT 会議未開催(4)	医療チームの調整
	5～8週目	担当 MDT 会議未開催(2)	医療チームの調整
		第1回 CPA 会議未開催(3)	家族の調整 社会復帰調整官の調整
	9～12週目	担当 MDT 会議未開催(1)	医療チームの調整
検査	1～7日	脳波未実施(3)	医師の指示・決定
		頭部 CT 未実施(3)	医師の指示・決定
	2週間目	MRI 未実施(3)	医師の指示・決定
	5～8週目	血液検査未実施(1)	医師の指示・決定
セルフケア	1～7日	活動(1)	患者の病状
		対人交流(1)	患者の病状・医療者の決定
	2週間目	活動(1)	患者の病状
		対人交流(1)	患者の病状・医療者の決定
看護面接	1～7日	オリエンテーションの内容の確認と補完未実施(1)	患者の病状・医療者の決定
		治療説明の内容確認と補完実施(1)	患者の病状・医療者の決定
	2週間目	初期看護計画の評価と修正未実施(1)	看護師の認識
	3～4週目	看護計画の評価と修正未実施(4)	看護師の認識
	5～8週目	看護計画の評価と修正未実施(5)	看護師の認識
	9～12週目	看護計画の評価と修正未実施(1)	看護師の認識
治療プログラム	3～4週目	活動プログラム未実施(2)	患者の病状・医療者の決定
	5～8週目	疾病教育ステップ2未実施(1)	患者の病状・医療者の決定
		活動プログラム未実施(1)	患者の病状・医療者の決定
	9～12週目	疾病教育ステップ2未実施(1)	患者の病状・医療者の決定
社会復帰調整	2週間目	キーパーソンの面会未実施(5)	家族の調整
	3～4週目	社会復帰調整官の面会未実施(4)	社会復帰調整官の調整
	5～8週目	第1回 CPA 会議未開催(3)	家族の調整 社会復帰調整官の調整
評価尺度	2週間目	BSI 未実施(1)	看護師の認識
	9～12週目	評価尺度未実施(2)	看護師の認識

表3 急性期クリティカルパスバリエーションの要因

バリエーション種別	発生時期	バリエーションの内容	バリエーションの要因	関連するもの
検査	1～7日	脳波未実施(3)	医師の指示・決定	医療者
検査	1～7日	頭部CT未実施(3)	医師の指示・決定	
検査	2週間目	MRI未実施(3)	医師の指示・決定	
検査	5～8週目	血液検査未実施(1)	医師の指示・決定	
多職種チーム	1～7日	担当MDT会議未開催(1)	医療チームの調整	
多職種チーム	2週間目	担当MDT会議未開催(2)	医療チームの調整	
多職種チーム	3～4週目	担当MDT会議未開催(4)	医療チームの調整	
多職種チーム	5～8週目	担当MDT会議未開催(2)	医療チームの調整	
多職種チーム	9～12週目	担当MDT会議未開催(1)	医療チームの調整	
評価・治療検討	2週間目	シナリオ・モニタリング未作成(6)	医療者の認識	
評価・治療検討	2週間目	治療計画未完成(1)	医療者の認識	
多職種チーム	2週間目	対象者情報の整理・提出未完成(3)	医療者の認識	
看護面接	2週間目	初期看護計画の評価と修正未実施(1)	看護師の認識	
看護面接	3～4週目	看護計画の評価と修正未実施(4)	看護師の認識	
看護面接	5～8週目	看護計画の評価と修正未実施(5)	看護師の認識	
看護面接	9～12週目	看護計画の評価と修正未実施(1)	看護師の認識	
評価尺度	2週間目	BSI未実施(1)	看護師の認識	
評価尺度	9～12週目	評価尺度未実施(2)	看護師の認識	
社会復帰調整	3～4週目	社会復帰調整官の面会未実施(4)	社会復帰調整官の調整	
多職種チーム	5～8週目	第1回CPA会議未開催(4)	社会復帰調整官の調整	
社会復帰調整	5～8週目	第1回CPA会議未開催(3)	社会復帰調整官の調整	
セルフケア	1～7日	対人交流(1)	対象者の病状・医療者の決定	医療者／ 対象者
セルフケア	2週間目	対人交流(1)	対象者の病状・医療者の決定	
看護面接	1～7日	オリエンテーションの内容の確認と補完未実施(1)	対象者の病状・医療者の決定	
看護面接	1～7日	治療説明の内容確認と補完実施(1)	対象者の病状・医療者の決定	
治療プログラム	3～4週目	活動プログラム未実施(2)	対象者の病状・医療者の決定	
治療プログラム	5～8週目	疾病教育ステップ2未実施(1)	対象者の病状・医療者の決定	
治療プログラム	5～8週目	活動プログラム未実施(1)	対象者の病状・医療者の決定	
治療プログラム	9～12週目	疾病教育ステップ2未実施(1)	対象者の病状・医療者の決定	
アウトカム	1～7日	病棟に慣れたと話すことが出来ない(3)	対象者の病状	対象者
アウトカム	3～4週目	スタッフに援助を求めることが出来ない(1)	対象者の病状	
アウトカム	5～8週目	スタッフに相談することが出来ない(1)	対象者の病状	
セルフケア	1～7日	活動(1)	対象者の病状	
セルフケア	2週間目	活動(1)	対象者の病状	
アウトカム	3～4週目	負担の少ないプログラムに参加出来ない(1)	対象者の病状悪化	
アウトカム	3～4週目	治療の必要性について理解出来ない(3)	対象者の理解力	
アウトカム	1～7日	入院の経緯が理解できない(1)	対象者の理解力	
アウトカム	1～7日	医療観察法の処遇開始から終了までの流れを理解できない(4)	対象者の理解力	
アウトカム	2週間目	入院治療の意味が分からない(4)	対象者の理解力・対象者の病識	
アウトカム	5～8週目	病気の特徴を理解出来ない(3)	対象者の理解力・対象者の病識	
アウトカム	2週間目	担当スタッフの役割が理解出来ない(2)	対象者の理解力・対象者の病歴	
アウトカム	9～12週目	プログラムに主体的に参加出来ない(2)	対象者の治療動機付け	
アウトカム	9～12週目	今後の治療について考えることが出来ない(3)	対象者の病識	
多職種チーム	5～8週目	第1回CPA会議未開催(3)	家族の調整	家族
社会復帰調整	2週間目	キーパーソンの面会未実施(5)	家族の調整	
社会復帰調整	5～8週目	第1回CPA会議未開催(3)	家族の調整	

2) 対象行為の確認を通じた内省深化の支援

「対象行為に関する対象者との話し合いの実施状況と
対象者の内省プロセスの明確化（第2報）」

研究者名：○ 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）
杉山 茂（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）
高橋直美（国立精神・神経センター武蔵病院）
太智晶子（国立精神・神経センター武蔵病院）
高橋理沙（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）

研究要旨

研究協力の同意の得られた医療観察法病棟入院中の対象者 15 名に対して、半構造化面接を実施した。面接の逐語録から質的・帰納的分析を行い、対象者に生じる内省プロセスを明らかにするとともに、対象者自身が看護者に求める関わりについても整理し、合わせて、内省深化に向けた支援方法について検討した。

内省深化に向けた取り組みの前提として、《安全の保障》と《治療意欲の引き出しと維持》の両者が提供され、対象者と共有されることが最重要であり、その関わりによって、自発的入院ではない対象者の《治療への主体的参加》を可能にすることが確認された。また、【自信の獲得】や【新たな自己像への希求】が対象者自身の中で育まれることで多彩な《教育支援》を積極的に受け入れることにつながっていた。さらに、対象行為に関する共感性を深めていくことが日常場面での共感性を育むことを可能にしていた。【病気に対する知識の獲得】だけに留まらず、対人関係の中で情動的・社会的知性を獲得していくことの必要性を対象者自身が認識しており、そのことを意識した日常の関わりが看護師に求められた。

A. 研究目的

医療観察法における指定入院医療機関では、疾患と他害行為（以下対象行為とする）を包括した視野からの看護が求められる。筆者らはこれまで、看護師側からみた対象行為に関する話し合いの実施状況や認識¹⁾

について明らかにするとともに、数人の入院対象者の対象行為に対する認識²⁾について明らかにしてきた。これらの研究から、多くの対象者との間で対象行為についての話し合いが継続されていること、また話し合うことで対象者との関係が阻害されないこ

と、そして対象行為の内省の深化には段階があることなどが確認されてきた。

今回、15名の入院対象者の協力により、対象者に生じる内省プロセスについてより詳細に明らかにするとともに、対象者自身が看護者に求める関わりについても整理し、併せて、内省深化のための支援方法についての明確化を図りたい。

B. 研究方法

1. 用語の定義

本研究で用いる「話し合い」とは面接場面にかぎらず、日常生活のあらゆる場面において、対象者と対象行為について話し合うこととする。

2. 調査期間

2006年12月から2008年3月

3. 調査方法

医療観察法病棟に入院中の対象者で半構造化面接への同意を得られた15名の研究協力者に対して面接を行った。一回の面接時間は、約15分～60分であった。各面接は、固定の研究者1名と研究協力者の所属しているモジュールの研究者1名の計2名での実施を基本とした。面接内容は、1) 対象行為についてスタッフと話し合った経験やそのときの気持ち、2) 対象行為に関する認識(入院時と現在)、3) 対象行為と病気との関連、4) 今後について思うこと、の4点を主としながら、自由に話してもらい、テープに録音した。

4. 分析方法

半構造化面接の逐語録をデータベースとして、「助けになったと思う関わり」「対象者自身が感じている変化」「今後入院してくる人たちへのメッセージ」という3つのテ

ーマに沿ってコーディングを行い、3段階のカテゴリー化を通じて質的・帰納的分析を加えた。

5. 研究上の倫理的配慮

本研究への取り組みについては、2006年11月、2007年7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、承認条件に従って研究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。

C. 研究結果

1. 研究協力者概要

医療観察法病棟に入院中の対象者で半構造化面接への同意を得られた15名の研究協力者の概要を表1、表2に示した。15名のうち、看護師と対象行為に関する話し合いを行った記憶がある者は10名(表1参照)、看護師と対象行為に関する話し合いを行った記憶がない(もしくは記憶があやふやである)者は5名(表2参照)であった。

看護師との話し合いを行った記憶がない5名の内訳は、3名がアルコールや薬物など何らかの物質依存を有しており、2名は妄想型統合失調症であった。

2. 対象行為をめぐる入院対象者の認識

半構造化面接の分析結果を図示(図1: 助けになったと思う関わり、図2: 対象者自身が感じている変化、図3: 今後入院してくる人たちへのメッセージ)した。文章中の記号は、《》は第3段階、【】は第2段階、[]は第1段階、『』はコードを示す。

コード数の内訳は、「助けになったと思う関わり」が26コード、「対象者自身が感じている変化」が161コード、「今後入院して

くる人たちへのメッセージ」が 20 コードであった。

①助けになったと思う関わり (図 1 参照)

研究協力者は、[自分の変化に対する肯定的な評価] を受ける機会など【自己効力感を高めるコミュニケーション】や、【定期的な看護面接】での看護師の関わりを評価していた。特に【定期的な看護面接】では、自分の相談にのってもらったという感覚や感情表出できる機会であったこと、生活史の振り返りができる機会だったことなどを助けになったこととして重要視していた。

これらの関わりとともに、暴言を吐いても関係が途切れなかった経験や看護師が親身になり関わり続けてくれると感じるなど【安心できる援助関係】を実感することで、《安全の保障》を獲得しており、そのことが治療の基盤となっていた。このような治療環境の中で、多くの研究協力者は、《教育支援》を効果的と感じていた。

[病気の説明] や [症状の説明] など【病気にに関する知識の提供】は自分の状態や疾患を理解する上で「役に立った」と感じていた。

【服薬に関する知識の提供】では、『副作用で断薬した経緯を話し合い、対処法があることをを教えてもらった』など服薬への抵抗感を率直に話し合いながら、自分にあった服薬方法を看護師とともに模索していた。一般的な[薬の勉強の機会]とともに、看護師が協力者の視点に立ち、実際に継続可能な服薬のあり方を話し合うことを有効と感じていた。

また、怒りなどの【感情コントロールの支援】や【対人関係の学習支援】などの《教育支援》も、同様の行為を起さないための

助けになるとして評価していた。

さらには、指定入院医療機関で行われている多様な【治療プログラム】への参加を通して、自分にとって『プラスになっている』と感じていた。多様な【治療プログラム】があることで、協力者にとって必要なプログラムを協力者自身で選択することができる。『自分に役立つプログラムとかやってきた』と振り返り、そのことが、主体的な参加により受けた《教育支援》を意識することにつながっていた。

さらには、[対象行為の話し合いの機会]を通して【治療目標の継続的な確認】などの《治療意欲の引き出しと維持》が繰り返し行われることで、常に自分の問題として認識でき、《教育支援》を受けることへの主体的参加の継続を可能としていた。

②対象者自身が感じている変化 (図 2 参照)

研究協力者は【職員との信頼関係の構築】を実感することや、話を聴いてくれる人の存在や退院後のサポート体制の存在など【安心できる存在の実感】を得ることで《安心感の獲得》が可能となり、それが認識変化の基盤となっていた。

《安心感の獲得》が可能となる中で、対象行為など『全てに対して深く反省』しながら【同様の他害行為を予防する決意】を強く抱き、[同様の他害行為を起ささない自分でありたい] と【今後の自分への期待】を寄せ、《新たな自己像への希求》が生じていた。

また、スタッフから励ましや肯定的な評価を受けるなど周囲からの支援を実感し、他者から認められる体験や知識の深まりから自身が変化していることを感じる体験を通して、【自己効力感の高まり】を自覚し、

それが《自信の獲得》へとつながっていた。

《新たな自己像への希求》や《自信の獲得》が生じる中で、多くの協力者は《自己課題に対する認識の深まり》を感じていた。

〔自分の中での気づきを発見する〕など【自分自身の変化を自覚】することを通して【自分の行動変容の必要性を認識】することが可能となった。さらに対象行為や疾患について話し合うことで自分の問題意識が高まったことを実感し、そのことが、【話し合いの必要性】を強く感じるなど【自分の問題として積極的に取り組む】姿勢につながっていた。

こうした《自己課題に対する認識の深まり》は、【治療への積極的参加】を可能にしておき、主体的な治療参加姿勢全般に大きく影響していたといえる。

《自己課題に対する認識の深まり》を感じる中で、協力者全員が以下のいずれか、もしくは複数にわたり、何らかの変化を感じていた。

ほとんどの協力者が《病気に対する理解の深まり》を感じていた。現在の【病状の安定】を自覚する中、対象行為当時の自分の状態を振り返り、自分の中で、病気だと感じていない状態から【病感の芽生え】や【病気の受け入れ】への変化が生じていることを自覚していた。

飲酒や薬物などの問題を抱えている協力者は【物質依存問題の認識が深まる】と述べられていた。入院時に比べ、【病気に対する知識の獲得】が進み、特に、再発予防に向けた【病状悪化のサインの理解】を深めていた。

また、【対象行為に至る過程の理解】を通して、【対象行為と病気との関連を認める】

ことで、《病気と対象行為の関連の理解の深まり》を感じていた。

《対象行為に関する認識の深まり》では、〔対象行為を部分的に認める〕段階や諦めとともに〔対象行為を認めるしかない〕との思いを抱える段階など様々であるが、【対象行為を受け入れる】ことから始まっていた。【対象行為を受け入れる】ことで、【対象行為の重大さに気付く】とともに、【対象行為への後悔】の気持ちを抱いていた。そうした気持ちの中で、入院時に比べて【対象行為に至る行動の整理】や【対象行為に至った原因の分析】を自ら行うようになり、【対象行為への責任を考える】ようになっていた。

また、対象行為を振り返る中では、〔被害者への申し訳なさの増大〕とともに、具体的に〔被害者の後遺症の心配〕や〔被害者のその後の人生を心配する〕など【被害者への共感性の深まり】を感じていた。また、自分の家族に対して〔家族を巻き込んでしまったと思う〕と語るなど、【家族への共感性の深まり】もみられた。

さらには、自分の家族だけでなく被害者の家族や社会に迷惑をかけたという思いを抱くなど、【他者への共感性の深まり】へと内省は広がっていた。〔他者の視点で対象行為を振り返る〕など【第三者の観点の理解】を示したり、苛々している自分と対象行為の話し合いをするスタッフの立場にたつて〔スタッフの気持ちの理解〕を示すなど【スタッフへの共感性の深まり】もみられ、あらゆる意味での《共感性の深化》が確認できた。

病気や対象行為への認識が深まる中で、それらと連動して《治療に関する認識の深

まり」も確認することができた。『悪いことをしてしまったのに、こんな手厚い看護を受けちゃっていいのかなってという想いがある』と述べながら【治療効果の実感】を感じている協力者もいた。【治療効果の実感】を感じるとともに【退院後の再発への不安】を持ち、より一層【治療の必要性の理解】を深めていた。断薬による病状悪化が対象行為につながったケースが多いためか、【服薬への抵抗感の減少】とともに【服薬の必要性を認識】し直したことを語る協力者が目立った。またそうした服薬への認識とともに【治療継続の必要性を実感】していた。

また、対象行為前の生活全般を振り返り、生活の中での生きづらさを自覚することが、《新たな認知・態度の修得》につながっていた。対人距離のとり方についてもスタッフの指摘を受けて【他者の視点を受け入れる必要性】を感じることや物事の捉え方を変えるための【柔軟な思考スキルの必要性】を実感していた。特に[自傷などの行動化以外の対処法への気付き]や[暴力以外の対処法への気付き]から、実際に暴力以外の『言葉で和解できた』経験をするなど【適切な問題解決方法の獲得】に努めていた。

③今後入院してくる人たちへのメッセージ
(図3参照)

入院期間の長い協力者たちからは、入院治療の場が《安心できる場》であることがメッセージとして述べられていた。スタッフに【見守られている治療環境】であり、いつでもスタッフの助けがもらえることや『正直ここは今までの人生を見つめ直せたり、自分を変えられる場所』であると述べる協力者もいた。さらに[安心感を得るための入院初期の対象行為の話し合い]など

【早期の信頼関係構築への積極的取り組み】を推奨し、《安心できる場》を入院対象者自身からも協力して作り上げることを勧める者もいた。

このように《安心できる場》であることを基盤とし、協力者の多くは《治療への主体的参加》と《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》を体験することの必要性を述べていた。

また、[対象行為と向き合うことの大切さ]を主張し、自ら[苦手なことにも前向きに取り組む]必要性を述べるなど【自己課題の認識】を深め、疾患についてなど【積極的な知識の獲得】に向けて努力することや看護師の協力を得ながら暴力以外の【適切な問題解決方法の獲得】を目指すといった《治療への主体的参加》を勧めていた。

さらには、入院という集団生活の中で他者を意識し、[マナーを守る]など【集団生活のルールを守る】段階から、【共感性の芽生え】、[他者の気持ちを考える]などの【共感的態度の必要性】へと《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》を意識し深めていくことを推奨していた。

D. 考察

「助けになったと思う関わり」「対象者自身が感じている変化」「今後入院してくる人たちへのメッセージ」という3つのテーマに沿った分析結果から、多くの共通項を見出すことができた。それらを通して、考察では、入院対象者の多くに必要とされ、有効と感じられる支援のあり方について検討したい。

①治療基盤

3つのテーマそれぞれから《安全の保障》

《安心感の獲得》《安心できる場》が抽出された。指定入院医療機関では、入院時から医療者はあなたの社会復帰を支援する立場であり、同様の行為を予防する助けをしていきたいと考えていることを繰り返し入院対象者に伝え続けている。このように《安全の保障》がなされた治療環境の中で、同時に対象行為の話し合いを始めとした《治療意欲の引き出しと維持》が絶え間なく行われている。それによって、《安心感の獲得》とともに《自己課題に対する認識の深まり》を対象者自身が実感し、本来の能力を発揮し、今までできなかった力を獲得することが可能となり、それが回復につながっていくと考えられる。

信田³⁾は加害者臨床において援助者には「どれほど凶悪な性犯罪を犯した受刑者であろうと、彼らが「変化しうる」可能性を信じて1人の人間として尊重して関わる」ことや「被害者の立場に立ちながら目の前の加害者を尊重する、このような相反し両立し得ないような態度をとり続けること」が要請されると述べている。

それは極めて困難なことであるが、指定入院医療機関の看護には、そうしたバランスをとり続けながら対象者とともに退院を目指していく姿勢が求められる。「退院を目指す協力者」であるというメッセージを常に発しながら、同時に「嫌なことでもあなたにとって大事だと思うことは話し合っていく」ことを折々に伝えていくことが必要だろう。

おそらく、《安全の保障》と《治療意欲の引き出しと維持》のどちらかだけでは治療基盤は十分ではなく、その両者が同時に絶え間なく提供され、対象者と共有されるこ

とによってこそ、自発的入院ではない対象者の《治療への主体的参加》を可能になると考えられる（図4：治療基盤の成り立ち参照）。

こうした治療環境の中で【自信の獲得】や【新たな自己像への希求】が対象者自身の中で育まれることが、多彩な《教育支援》を積極的に受け入れることにつながっていると考えられる。多彩な《教育支援》を提供する前提として、こうした治療基盤が最重要であることが確認できる。

②対象行為に関する話し合い

看護師と対象行為に関する話し合いを行った記憶がない（もしくは記憶があやふやである）とする研究協力者は、3名がアルコールや薬物などなんらかの物質依存を有しており、2名は妄想型統合失調症であった。

物質依存を有している対象者では、疾患の特徴から問題を軽視する傾向、記憶力の低下、一時的な気分変動や意識障害などを伴っている場合がみられ、それらのことが話し合いの記憶を希薄にさせていると考えられる。また、妄想型統合失調症では、話し合い時の病状が悪かったため記憶の希薄さがある場合や問題を否認している傾向が影響している場合が考えられた。

ただし、看護師との話し合いは、場所や時間を固定せず臨機応変に行われるため、話し合いそのものが対象者の日常に自然と受け入れられ、特定の場面が記憶に留まっていないことも考えられた。

これらのことから、話し合いの記憶の不確かさそれ自体が問題であるとはいえないものの、物質依存を有している対象者や問題を否認する傾向のある対象者に対しては、

自己課題の明確化とともに治療意欲を維持し続けるためにも、話し合いの継続をより意識的に行っていくことが有効だと思われる。

また、「対象者自身が感じている変化」をもとに、対象行為に関する認識の深まりのサイクルを図5に示した。深まりのサイクルは、【対象行為を受け入れる】ことから始まり、その後は円を描くように繰り返して認識が深まり、再び同様の行為を起さないための努力へとつながることが予想される。その過程に沿いながら話し合いを進めていくことが求められる。

③《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》を支援することの意味

助けになった関わりとして怒りなどの【感情コントロールの支援】や【対人関係の学習支援】が挙げられ、認識の変化については【他者の視点を受け入れる必要性】や【柔軟な思考スキルの必要性】、【適切な問題解決方法の獲得】などの《新たな認知・態度の修得》が確認できた。

さらに、今後入院してくる人たちへのメッセージとして《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》を深めていく必要性が述べられていた。単なる病気の知識を得ることだけでなく、「人とともに生きる」ための思考や技術の再獲得を必要としていることが明らかになった。こうした対人関係をめぐる思考や技術の再獲得は、面接場面における話し合いの中で、対象者自身が変化への必要性を自覚することから始まり、入院生活の中でのつまずきを看護師の助けを借りて解決できた出来事などを通して、より確かなものとなっていた。

また、図6に示した通り、対象行為その

ものに関連した《共感性の深化》に呼応する形で、日常の入院生活の中での共感性も深まり、スタッフの立場に立って物事を考えることや理解を示すことが確認できた。さらに、今後入院してくる人たちへのメッセージでは、【共感的態度の必要性】などの《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》を体験することが推奨されていた。

これらのことは、対象行為についての話し合いを通じて被害者の立場を意識することや、看護師と安定した関係を築く中で第三者の視点を意識することなどをきっかけに、他者の存在を意識し、自分の気持ちの確認・整理ができるとともに、他者の気持ちにも関心を向けられるようになった結果と考えられる。

EQ（情動的知性）やSQ（社会的知性）理論の提唱者である Daniel Goleman^{4) 5)} は矯正制度について「有益な人間関係を通して脳の神経回路を作り直すことが可能であるという神経可塑性の観点から「矯正」の意味を考え直す」ことを提案するとともに、少年刑務所で「他者に共感する能力や衝動を抑制する能力」を強化することの効果を述べている。

指定入院医療機関においても、疾患の治療継続とともに、対人関係の中で情動的・社会的知性を獲得していくことは同様の他害行為を防ぐために、極めて有用であり、そのことを意識した日常の関わりが看護師に求められるだろう。その出発点は、看護師との安定した関係を対象者自身が実感できることにあり、そのことが対象行為についての話し合いの継続や、生活上のつまずきを丹念に検討し合い、解決していく関わりにつながっていくといえる。さらには、

入院している対象者同士の交流を通して、より実際的に情動的・社会的知性の獲得を目指していると考えられる。

④ピアサポートの可能性

「今後入院してくる人たちへのメッセージ」では、入院治療の場が《安心できる場》であるという説明とともに、《治療への主体的参加》と《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》を体験することの必要性が語られていた。それらの内容の全てに言及していた協力者は社会復帰期の1名のみであったが、その他の協力者もそれぞれに実体験にふれながら、自分が体験して良かったことや助かったことなどを語っていた。

筆者らは半構造化面接の開始当初、「今後入院してくる人たちへのメッセージ」を意識的に質問することはしていなかったが、協力者の面接での語りを聞く中で、その必要性を感じ、研究途中から意識して確認するようにした経緯があった。そのため、得られているデータは全ての研究協力者の結果が十分に反映されたものではなく、実際にはこの結果以上に豊かなメッセージが潜在していると思われる。

治療基盤としての《安全の保障》と《治療意欲の引き出しと維持》の確立を看護師が積極的に行っていく必要があるのはもちろんだが、対象者本人も協力して参加することが望まれる。その点に関連して、対象者が新たな入院者の治療基盤の確立に向けて支援する役割を担う可能性について検討したい。

新たに入院してくる対象者にとって、すでに入院している対象者は、先輩であると同時に退院を目指すという意味で同じ立場にある。そうした同じ立場の人から、入院

治療の場が《安心できる場》であり、《治療への主体的参加》と《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》が重要であることを体験に即して語ってもらえれば、治療基盤の確立が促進されることが期待できる

また、そうした役割を担う対象者は、入院生活全般を通して振り返り語ることが求められるので、社会復帰期に達していて、内省も深まっていることが望ましい。このようなピアサポートの役割を担うことは、対象者自身にとっても、入院生活全般を振り返り、獲得できたものを再確認し、さらに認識を深める機会となるだろう。そうした機会は、自己効力感を高め、退院後に再び同様の行為を起さない責任を再認識するとともに、そうした努力を継続するための決意を高めることを可能とするだろう。

E. 結論

①《安全の保障》と《治療意欲の引き出しと維持》に向けた支援が絶え間なく提供され、対象者とも共有されることによって、自発的入院ではない対象者の《治療への主体的参加》が可能になる。

②【自信の獲得】や【新たな自己像への希求】が対象者自身の中で育まれることが、多彩な《教育支援》の積極的な受け入れにつながっていた。

③対象行為に関する話し合いは、物質依存を有している対象者や問題を否認している傾向の対象者に対して、特に積極的に継続して行われることが望ましい。

④対象行為の被害者や自分自身の家族への共感性を深めていくことが、日常場面での共感性を育むことを可能にしていた。

⑤対人関係の中での情動的・社会的知性を

獲得していくことの必要性を対象者自身が認識しており、そのことを意識した日常の関わりが看護師に求められる。

⑥今後入院してくる人たちへのメッセージとして、入院治療の場が《安心できる場》であることや、《治療への主体的参加》と《人との関わりの中で生きる自分を知る機会》を体験することの重要性が述べられていることから、ピアサポートの可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

・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, 臨床精神医学. 36 (9) :1153-1161, 2007

2. 学会発表

・熊地美枝, 高崎邦子, 小原陽子, 杉山茂, 太智晶子, 成瀬道夫, 高橋直美, 田川理絵, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 対象行為に関する対象者との話し合いの実際状況と内省プロセスの明確化(第1報). 日本精神障害者リハビリテーション学会(第15回名古屋大会 2007. 11. 22)

<参考文献・引用文献>

- 1) 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.
- 2) 熊地美枝, 高崎邦子, 小原陽子, 杉山茂, 太智晶子, 成瀬道夫, 高橋直美, 田川理絵, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 対象行為に関する対象者との話し合いの実際状況と内省プロセスの明確化(第1報),
- 3) 信田さよ子: 加害者臨床の可能性「司法と医療」「犯罪と疾病」「更生と治療」の狭間で, 精神看護. 9 (3) : 46-52, 2006
- 4) Daniel Goleman: S Q生きかたの知能指数, 講談社, 2007
- 5) Daniel Goleman: E Qこころの知能指数, 講談社, 2004
- 6) 中村正: DV加害男性と共に一動機づけられないクライアントへのグループワーク, 精神看護. 9 (3) : 53-59, 2006
- 7) 富沢喜与志, 篠原康夫: 再犯防止を目指した矯正施設のグループワークから一犯罪の源にある歪んだ認知へアプローチする, 精神看護. 9 (3) : 60-65, 2006

表 1. 研究協力者概要①看護師と対象行為に関する話し合いを行った記憶がある者

	治療ステージ	疾患	対象行為	年齢
A	社会復帰期	統合失調症	傷害	30歳前半
B	社会復帰期	妄想型統合失調症 軽度精神発達遅滞	強制猥褻	20歳前半
C	社会復帰期	双極性障害	事後強盗	40歳前半
D	回復期	統合失調症	殺人未遂	20歳前半
E	急性期	妄想型統合失調症	放火	50歳前半
F	社会復帰期	軽度精神発達遅滞	放火	30歳前半
G	社会復帰期	統合失調症	殺人	50歳前半
H	社会復帰期	統合失調症	傷害	40歳後半
I	社会復帰期	双極性障害	強制猥褻	20歳前半
J	社会復帰期	妄想型統合失調症	放火	30歳後半

表 2. 研究協力者概要②看護師と対象行為に関する話し合いを行った記憶がない者

	治療ステージ	疾患	対象行為	年齢
K	社会復帰期	アルコール性精神病	殺人	50歳前半
L	社会復帰期	非気質性精神障害 薬物依存	殺人	30歳前半
M	社会復帰期	アルコール性精神病	傷害	40歳前半
N	回復期	妄想型統合失調症	放火	40歳前半
O	回復期	妄想型統合失調症	傷害	50歳後半

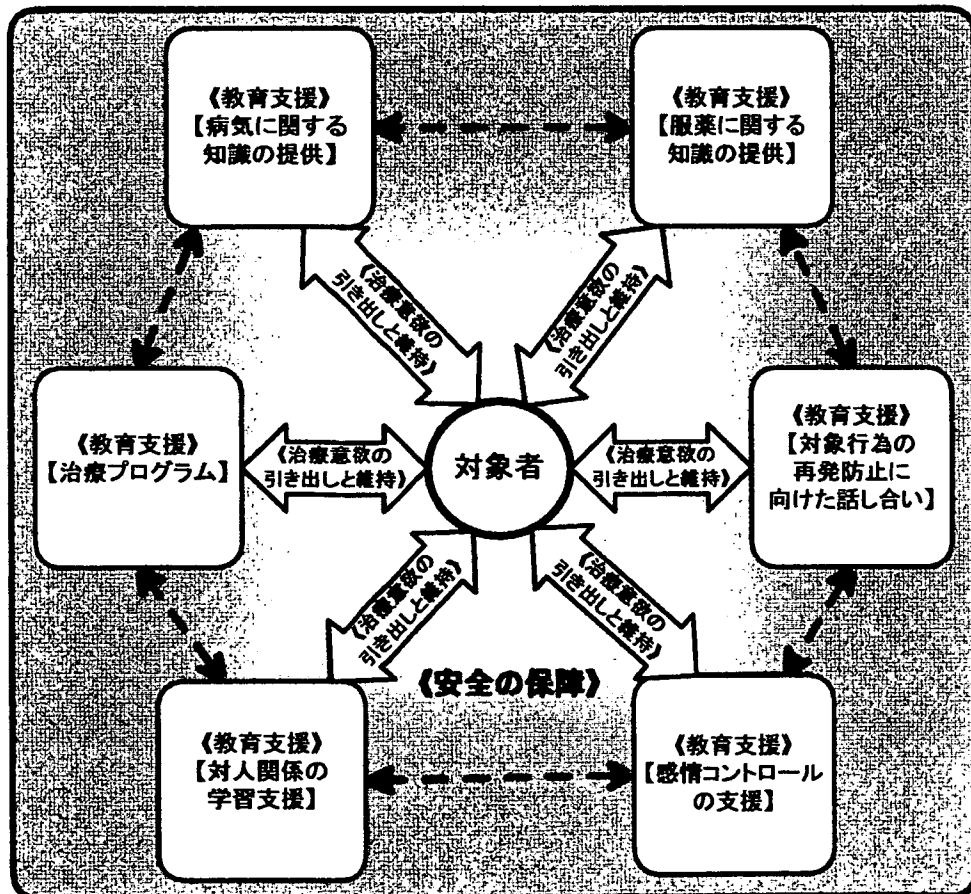


図 1: 助けになったと思う関わり

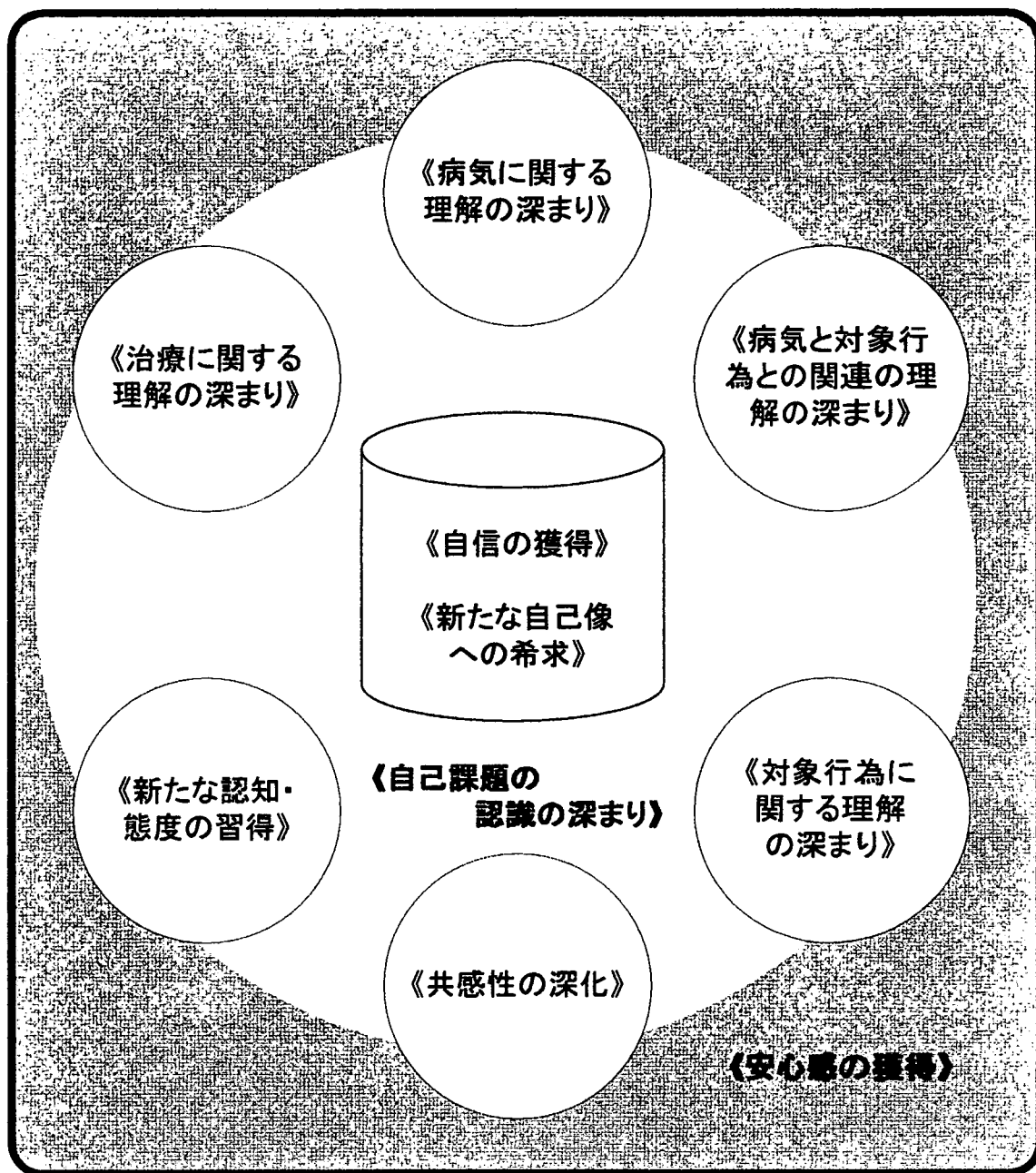


図2: 対象者自身が感じている変化

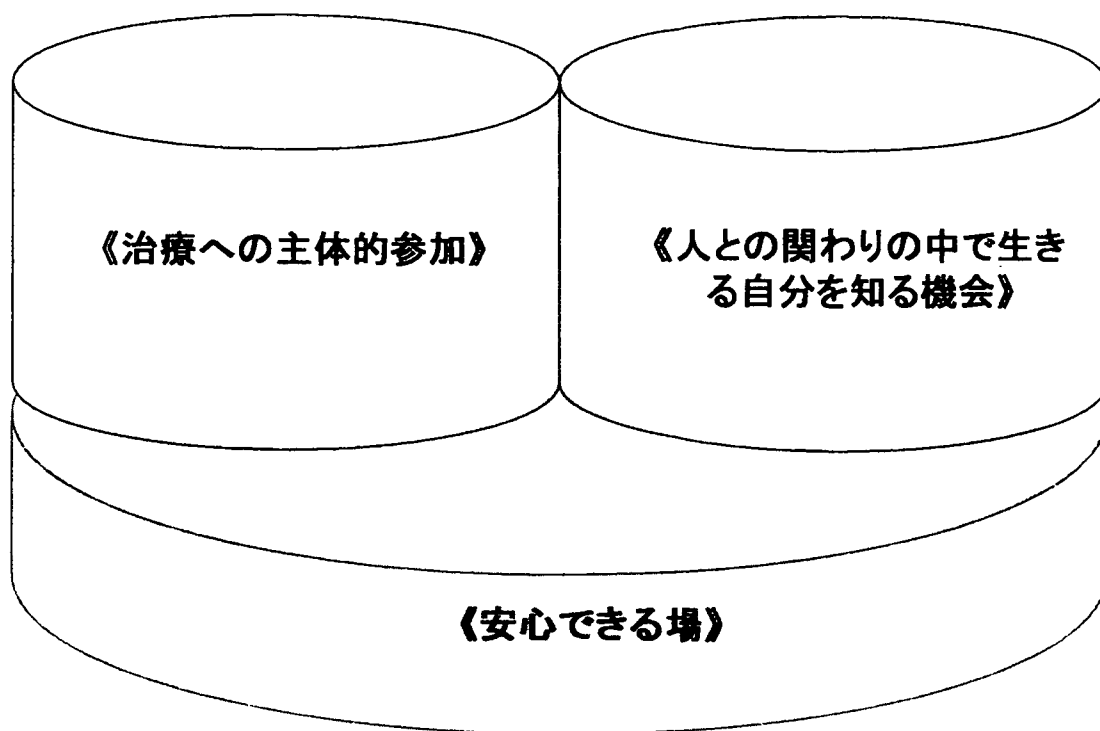


図3:入院してくる人たちへのメッセージ

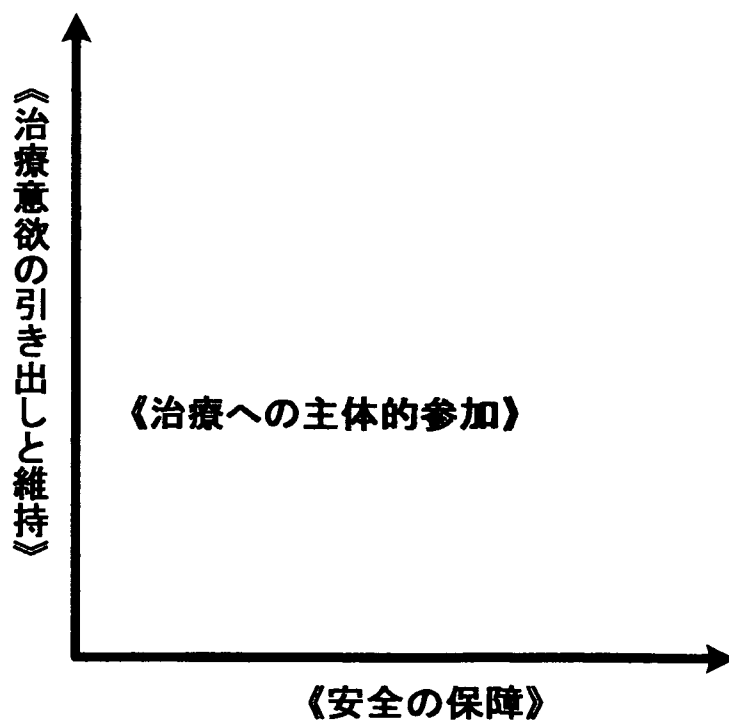


図4:治療基盤の成り立ち

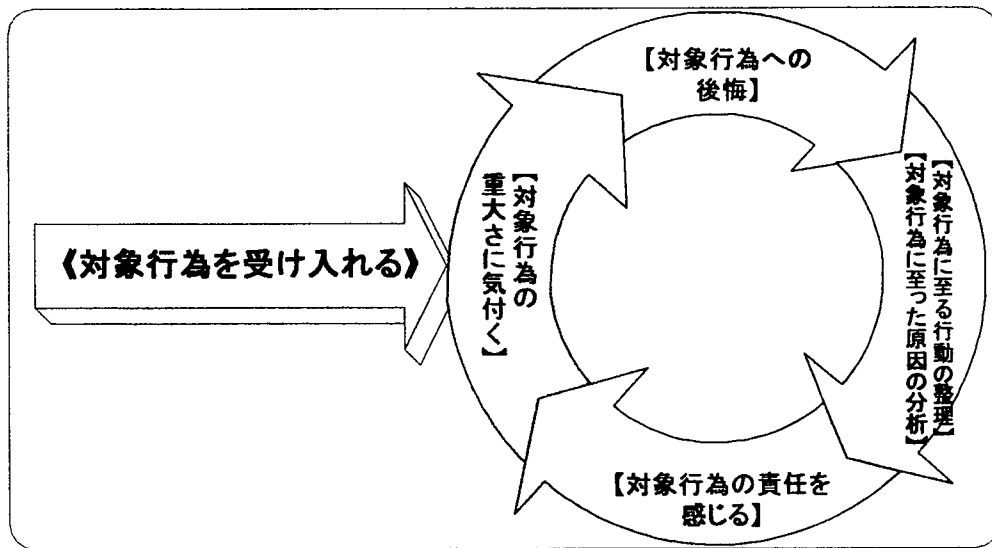


図5: 対象行為認識の深まりのサイクル

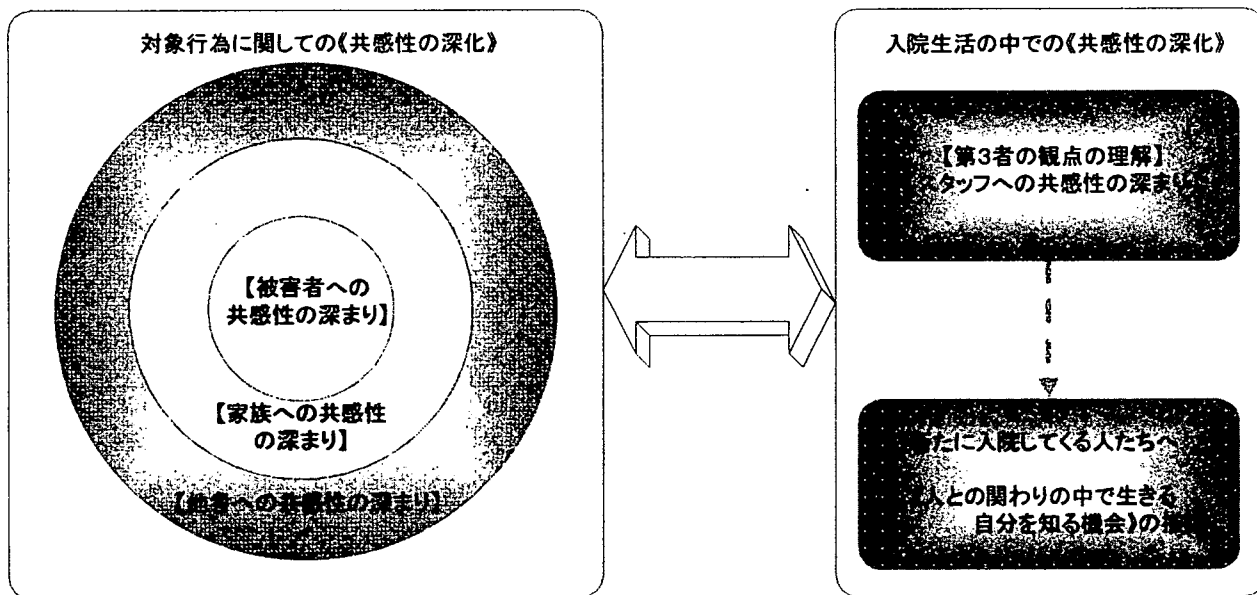


図6: 共感性の深化の広がり構図