

表2 多職種連携における利点と課題

<p>一般精神科医療と比べた利点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 個々の対象者の情報が共有されている。・ 治療過程で、作業療法士あるいは個人としての考えを述べる機会が多く、職種間相互の業務を理解する機会になる。
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none">・ コメディカルは配置数が少なく、プログラムと各種会議を並行して進めることが難しい。・ 職種間相互の機能と役割の理解が不十分なため、連携に齟齬が生じている。・ 新卒で偶然本医療に配属となった作業療法士や自分が背負っている責任の重大さを理解できないまま勤務している作業療法士も多いため、配置のあり方や研修に工夫が必要。・ 30床規模の病棟であるが、外出・外泊、多くのプログラムの連携と、個別作業療法を実施するには、OT2名配置では不十分。・ 小規模併設型の病床(15床以下)に関しては、厚労省からの運営に対する援助がなく、作業療法士の配置が1名もしくは一般精神科病棟との兼務で、多職種連携のシステムが機能しない。・ 診療支援システムの共通評価項目が、個々の対象者の問題や治療の方向性を明示できる形にはなっていないため、項目一つ一つは問題はないが、全体評価を行うには問題がある。・ 本医療における退院処遇、退院後の通院医療施設における処遇の仕組みを、一般精神科病院に勤務する作業療法士がほとんど知らない。・ 各職種が多職種連携ということに関して、共通に体験したり、教育を受ける機会が必要。

4) 対象者の地域自立支援に向けた連携

対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題の明確化

○ 木原 深雪（九州大学大学院医学研究院保健学部門

前：国立精神・神経センター武蔵病院）

小野木和昭（国立精神・神経センター武蔵病院）

丹山 智博（国立精神・神経センター武蔵病院）

吉川 知里（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）

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）

宮本 真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

研究要旨：指定医療機関の役割として、対象者への社会復帰支援システムの構築が急務である。指定入院医療機関の看護師としては、対象者の日常生活援助全般への関わりが、対象者の社会復帰の支援にどのように役立っているかについての現状把握と支援内容の明確化が重要である。前年度までの研究結果として、対象者の社会復帰支援における看護師の役割は、「対象者との関わりに関すること」、「提供する医療と多職種連携に関すること」、「家族支援に関すること」、「指定通院医療と地域関連機関による支援に関すること」、「入院前の法的機関に関すること」に区分できることが明らかになった。今年度は7名の対象者とその担当看護師への面接データを突き合わせることを通じて、対象者の社会復帰支援をとりまく状況のなかで、看護師に求められる具体的な支援の方向性について検討した。

本年度の研究によって得られた主な結果は、以下の通りである。①対象者には看護師から退院後の地域自立に向けた支援を受けているという認識が乏しかったが、日常的な支援を通じて地域生活を支える条件を徐々に身につけていた。②対象者の現実認識は不足しがちで、現実の直視を促すための働きかけに抵抗を示す場合もあるが、援助関係の構築と共に少しずつ認識が深まっている。③対象者は地域社会での生活をイメージしにくく、試験外泊などを通じてようやく現実感覚を持つに至るが、外出・外泊をめぐる医療事故の危険は看護師に不安や負担感を与えている。

こうした現状の中で、看護師の無力感、徒労感、不安、負担感などを軽減しながら、状況認識と課題の明確化を促すためのメンタルヘルスケアやスーパービジョンなどの支援が切実に必要とされていた。ただし、本年度の研究結果から、対象者の認識や態度には看護師の予想や期待とずれるところがあるものの、生活自立に向けた支援の成果は上がっており、対象者との意識のずれも少しずつ解消していく経過が見られることがわかった。このような調査結果を踏まえ、看護師は対象者とタイミングよく意見確認を行いながら、時には対象者の自己決定や自発的な活動を待つ余裕を持つことによって、互いの成長や目的達成を実現することが可能になるのではないかと考えられた。

A. 研究目的

重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰には多くの困難が伴う。それだけに、彼らの社会復帰に向けた支援システムを構築するための取り組みは、既存の精神科医療システムによって支援を受けている精神障害者のための精神科医療の充実にもつながると考えられる。従って、現時点での取り組みについての実態把握や、取り組まれている支援内容の明確化は重要である。

とりわけ、指定入院医療機関の入院患者の日常生活援助全般に関わっている看護師が果たしている役割の評価と現状把握は急務といえる。

前年度までは、指定入院医療機関の医療に従事する看護師を対象として、調査を行ってきた。その結果、対象者の社会復帰支援における看護師の役割を、「対象者との関わりに関すること」、「提供する医療と多職種連携に関すること」、「家族支援に関すること」、「指定通院医療と地域関連機関による支援に関すること」、「入院前の法的機関に関すること」に区分できることが明らかになった。

今年度は職員のみではなく、対象者も面接調査の対象に加えることによって、対象者の社会復帰支援をとりまく現況と共に、具体的な支援の方向性についても明らかにすることを試みた。

B. 研究方法

1) 研究対象

医療観察法病棟に入院した対象者および病棟業務に従事した職員。

2) 調査期間

2007年8月～2008年3月

3) 調査方法

①参与観察法

カンファレンスや申し送り、対象者への援助、治療プログラムなどの日常業務に従事しながら、対象者と看護師や対象者同士の相互作用の中で社会復帰支援に関係する事柄を観察対象とし、フィールドノーツに記載した。

②半構造化面接

承諾の得られた対象者7名に対して、より詳細に体験内容を明らかにするための半構造化面接を行った。面接時間は30分～50分で、テープへの録音あるいは面接時のメモを基に逐語録を作成した。

質問項目は、研究者間の話し合いやフィールドノーツの内容を参考にして作成した。主な内容は、「今後の地域生活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」、「退院後の生活に対する認識」、「今後について思うこと」などであった。面接は事前に作成したインタビューガイドに沿って行なったが、対象者にはなるべく自由に語ってもらうように努めた。

③カンファレンス

研究者3名以上によるグループを編成し、参与観察や対象者への半構造化面接を行う合間にカンファレンスを実施した。そこでは、面接対象者や入院対象者をとりまく状況について感じたことや考えたことを自由に話し合いながら問題点を検討しフィールドノーツに記載した。また、対象者7名の担当看護師にも順次カンファレンスに参加してもらって半構造化面接を実施した。その中では、受け持っている対象者への社会復帰促進に向けて、「どのような思いから支

援を行ってきたのか」、「支援を行ってみてどのようなであったか」、「支援した者としてどのような思いが残るのか」について自由に話してもらった。

4) 研究上の倫理的配慮

事前に院内の倫理委員会にて承認を受け、研究概要を病棟内に掲示した。面接対象者に対しては研究の主旨説明を行い、個人情報保護は保護されること、研究協力は任意であること、拒否しても不利益を生じないこと、途中撤回はいつでも可能なことを説明し、書面にて同意を得た。面接の際には面接室などの個室を使用し、プライバシーの保護に配慮した。

5) 分析方法

フィールドノーツと面接記録から、対象者の地域自立支援に関連する事柄について、対象者の視点と看護師の視点に分けてコードを抽出した。得られたコードは、宮本ら²⁾による「精神障害者の地域生活の要件」に関する枠組み(表1、図1参照)に従って分類した上でカテゴリー化を行い、さらにカテゴリー間の関連性について検討を加えた。

「精神障害者の地域生活の要件」に関する枠組みでは、精神障害者の地域生活に関連する諸要因が、3項目ずつの小項目からなる4つの大項目に分類されている。そして小項目ごとに点数化しレーダーチャート化することによって、個々の精神障害者の地域生活を支える条件が、どのくらい満たされているかを視覚的に把握できる。

この枠組みは元来、実際に地域で暮らす精神障害者の生活状況について評価することを意図して作成されたものであるが、本研究では、調査対象となった7名の場合、

地域生活を支える条件がどのくらい満たされているかについて、入院時と調査時を比較しながら、各担当看護師から推測に基づく点数化を行ってもらい、レーダーチャート化した。

6) 信頼性・妥当性の確保

研究の全過程を通して研究者間でデブリーフィングを行い、観察や分析の偏りの修正を試みた。

C. 研究結果

1) 病棟の概要

病床数33床、看護師43名、専任医師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。各対象者を医師1名、看護師2名、作業療法士1名、臨床心理士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。治療やケアの方針は毎週開かれる治療評価会議をはじめ、その他の会議によって検討される。開棟後約2年半が経過し、病棟業務の流れが軌道にのりだした雰囲気のある頃であった。

2) インタビューを実施した事例の概要

対象者の病状を考慮したうえで、同意が得られ、半構造化面接を行った7名の対象者の概要を表2に示す。

研究者らは、対象者の言語化の困難さ、治療ステージによると考えられる反応の違い、対象者と各担当看護師の話とのずれの違いに印象づけられた。

3) 対象者の地域自立支援をめぐる状況

フィールドノーツと半構造化面接の記録より、対象者の地域自立支援の状況を、対

象者の視点、看護師の視点に分けてコード化を行い、それぞれ図1にしたがって分類し、カテゴリー化を行った。(図2参照)

対象者の地域生活を支える要件がどのくらい満たされているかについて、〈地域生活の支援〉〈療養の支援(治療・ケア)〉〈地域生活の自立〉〈療養の自立(セルフケア)〉という4つの大項目に沿って整理した結果は、以下の通りである。

① 〈地域生活の支援〉について

看護師、対象者は、対象者が地域で孤独な生活を送ってきており不安を抱えやすいこと、家族関係のあり方が地域支援の重要な要素であることを共通認識としていた。

看護師は入院中の患者との接触に限られがちなため、退院後の地域支援についてのイメージが湧き難いが、社会復帰講座をはじめとする治療プログラムや地域ケア会議への参加がイメージ作りに役立っていた。

また、看護師は、対象者と地域スタッフとの架け橋となるよう努めることによって、対象者の孤独感を和らげ、社会復帰を促す役割がとれることがわかった。

② 〈療養の支援(治療・ケア)〉について

対象者は、作業療法士や精神保健福祉士によって社会復帰に向けた支援を受けていることは認識していた。ところが、看護師による社会復帰支援についてたずねても、具体的な内容を思いつきにくいという傾向がみられた。

また、対象者が、退院や社会復帰を意識し始めるのは治療ステージの変化やケア会議、とりわけ外泊訓練である様子が伺えた。

この結果から、看護師側は、対象者が退院後の生活についてのイメージ作りができるようにとの問題意識をもって働きかけて

いるが、そのような意図や配慮が対象者には伝わりたにくいことがわかった。

看護師は入院時より退院後を意識し、パンフレットも使用して、対象者に今どの治療段階にいるのかを説明し、対象者の同意を得る工夫を行っている。しかし、そうした働きかけの内容が、なかなか伝わりにくい現状がある。その理由として、対象者は入院期間の標準が1年半であると説明されるため、退院までには時間的な余裕があるととらえ切迫感がないこと、入院前の生活体験から、退院すれば何とかかなると思っ

③ 〈地域生活の自立〉について

対象者は自立した地域生活のための条件として経済的基盤の確立を強くイメージしていた。一方、看護師は対象者よりも自立に必要な条件について広く捉え、経済面の支援だけでなく、その他の治療プログラムで獲得した生活技術も役立つだろうと考えていた。

また、対象者自身が退院後に再度他害行為を行ったり、入院前の生活に戻ったりしないかと心配しているところから、治療への動機付けが芽生え始めていることがわかった。看護師も対象者のこのような気持ちを感じとっているため、両者が互いに感じていることを確認し合えば、対象者の治療意欲の向上につながる援助ができると考えられる。

④ 〈療養の自立(セルフケア)〉について

望ましいセルフケアとは、病気や障害の理解と受容に基づいて、継続的な服薬、生活リズムの調整を行うと共に、必要なときに適切な相手に求助行動がとれるような対人関係を築くことであろう。実際に、対象

者は他の対象者との情報交換を通じ、知りたい時に知りたい情報を得ることによってエンパワメントされていた。退院後の地域生活においては、常に医療スタッフから情報提供を受けられる環境にあるとはいえない。従って、身近にいる人との間で情報交換ができた体験は、対象者にとって社会復帰に向けて対人関係構築の機会であったと同時に、身近な人々が重要な地域資源になり得ることを学ぶ機会でもあったといえる。

4) 地域生活の要件が充足されていく過程

①入院後の変化の一般的な傾向

7名とも、入院時に比較すると、調査時にはレーダーチャートの占める面積が拡大していた。このことは対象者の地域自立能力が向上し、利用できる社会資源も増加していることを意味し、看護師を含む多職種チームによる入院中の支援の有効性を物語っていると考えられる。

チャートの右半分、すなわち〈地域生活の自立〉と〈療養生活の自立〉には顕著な拡大傾向がみられたが、左半分のうち、特に〈地域生活の支援〉はさほど大幅には拡大していなかった。

②地域生活の要件で不足しやすい要素

〈地域生活の支援〉を構成するのは「家族による支援」「友人・近隣との関係」「社会資源による支援」の諸項目である。また、〈療養生活の支援〉を構成するのは「医師との治療関係」「医師以外のスタッフとの関係」「デイケア・ソーシャルクラブ等への通所」である。

これら項目は、調査時の治療ステージがまだ急性期、回復期の段階にある対象者の場合、低得点のままに止まっている傾向がみられた。

③社会復帰期の変化

社会復帰期に入ると外泊ができるようになり、退院地で地域ケア会議が行われ、会議には指定通院医療機関や保健所、作業所等の関係者が加わる。ケア計画が作成される過程でデイケア、作業所、生活支援センターへの通所などの内容が具体的に確認されれば、〈地域生活の支援〉〈療養生活の支援〉は点数が高くなる。

一方、「友人・近隣との関係」の点数は、社会復帰期に入っても全体に低めである。これは、対象者の多くは元々友人が少ないこと、近隣住民との交流が少なく孤立していたこと、退院後は対象行為までの住居地と異なる地域に住む対象者もいることなどが影響していると考えられる。「友人・近隣との関係」の構築は、退院後、指定通院医療機関に通う中での課題となろう。

④早期から取組める社会復帰支援

入院早期から取り組めるのは、〈療養生活の支援〉の構成要素である「医師との治療関係」「医師以外のスタッフとの関係」の構築、〈地域生活の支援〉の構成要素である「家族による支援」、そして特に重要なのは〈地域生活の自立〉と〈療養生活の自立〉に向けての支援である。

〈地域生活の自立〉の主な構成要素は、食事の準備、身だしなみと身辺整理、社会参加などである。また〈療養生活の自立〉の主な構成要素は、病状の理解、服薬自己管理、適度な休息や睡眠である。

生活自立に向けての指導や、服薬自己管理のための指導、そして病状理解と健康管理に向けた疾病教育は看護師の関与する部分が多い。これらの項目の伸びは全般に高く、そのことは社会復帰支援に向けた看

看護師の関与が有効であったことを示している。ところが、それらの関与が社会復帰支援であるとは、対象者からほとんど認識されていないことがわかった。

また、懸命に支援しても変化の見られない対象者の姿に看護師は徒労感を感じる場合もあることがわかった。(表2参照)

D. 考察

以上の結果について検討した内容を整理し(図4参照)、どのような支援が望ましいか(図5参照)を以下に述べる。

1. 地域自立の支援をめぐる現状について

看護師は、対象者には社会復帰への実感が湧いていない印象を持っており、対象者自身も退院後の地域生活についてイメージを描きにくいと感じていた。

対象者は、急性期を病棟内で過ごし、回復期には院外外出が始まり、社会復帰期に試験外泊を行い退院後に支えてくれる人々と関わる。鑑定入院期間も含めると、実際に地域社会にふれあうまでに6ヶ月以上が経過しているので、対象者は入院生活に慣れる一方、社会生活からは遠のき、現実感覚は薄れる。制度上、病状が安定していても回復期には試験外泊を行えないし、急性期には院外外出ができない。また、地域ケア会議は、急性期、回復期にも開かれるが、社会復帰期に比べると間隔が長く、次の会議までに数ヶ月を要する場合もある。

従って、退院後の生活に向けた本格的な準備が始まるのは社会復帰期に入ってからということになる。対象行為を引き起こした要因ともいえる入院前の生活状況を改め、地域支援の条件を整える準備が必要となる。とりわけ、退院後は住居地を変えなくては

ならなかったり、当面は施設への入所が必要だったりする対象者の場合は、入院前とはかなり異なった生活形態を余儀なくされる。このように、対象者はこれまでに経験したことの無い新たな生活を送ることになるため、退院後の生活について想像することが、より一層難しくなっていると考えられる。

こうした事情はあるものの、試験外泊によって退院後の生活への現実感を持たせたという対象者は少なくない。2泊3日程度の試験外泊を数回繰り返し、地域調整を行った後に退院となるわけだが、試験外泊の効果には限界もある。外泊時、日中は医療スタッフが同伴し、夜間はいつでも医療スタッフと連絡が取れる体制が組まれている。外泊先のホテルの隣室にスタッフがいることもある。入院中であるため止むを得ない処遇ではあるが、対象者が自ら責任をもって行動できる環境とはいいいにくい。また、退院後には、触法行為を行った精神障害者に対する一般社会の厳しい視線を感じることも少なくないだろう。

こうした状況に置かれた対象者の社会復帰支援に際して、看護師は、社会復帰に必要な経験の機会を対象者に提供する必要性和、それに伴う医療事故の可能性の間で悩みながら支援している。

当病棟においては、対象者の自己決定をめぐる看護師自身の不安や疑問を自覚し、対象者の持っている潜在的な問題解決能力や自己管理能力を信じることが重要³⁾とされている。ただし、そのような原則に則って社会復帰支援に取り組んでいるつもりでも、いつの間にか失敗させないための支援や、効率的な退院へと看護師の視点が偏っ

てきていないかと危惧する意見もあった。

入院中の対象者が事故を引き起こす可能性や、看護師に問われる事故責任を考えると、慎重の上にも慎重を重ねたアセスメントや計画立案ということになってしまう。重大な他害行為を行った対象者であればこそ、看護師の責任感や不安感は重いため、親が子供の将来を案じるあまり過保護に育ててしまうのに似た現象が起こっていると考えられる。

しかし、地域社会で生活をするのは対象者であり、対象者は様々な刺激を受けながら、自分自身の判断に従って生きていかなければならない。つまり、対象者が適切な自己決定を通じて、安定した地域生活を作っていく力を身につけるように導くための援助が求められているのである。

対象者の適切な自己決定を促すためには、入院中から対象者と看護師が、一緒に様々な試行錯誤を重ねながら、そのプロセスを共に振り返ることが重要である。そして、対象者が実社会に適応した生活へと移行するには、看護師のみではなく多数の人々が、対象者自身の力を信じることが大切であろう。

看護師による対象者への地域自立支援をめぐる課題としては、対象者が退院後の生活を十分に認識できるような外泊計画を策定し実施することが重要である。それには、退院後に症状悪化を来した対象者の事例について検討し、入院中にはどのような支援が必要であったのかについて明らかにすることが必要であろう。

2. 今後の地域支援のありかたについて

対象者は精神疾患への罹患や病状の悪化に生活状態の困窮が加わることによって対

象行為に至っていると考えられるが、そのような経緯についての自覚が不足している傾向があった。また、対象者は、生活と療養の両面で手厚い支援が得られると共に、生活再建と療養生活を確実に継続していく責任を問われるが、そのような自覚に乏しいことがわかった。

そのような対象者に、看護師は入院当初から、日常生活の送り方についての指導や、悩みごとについての相談面接を繰り返している。このような働きかけによって、対象者が退院後の地域生活に必要な力を徐々に身につけていることがわかった(図3)。

しかし、地域自立や治療継続の必要性についての対象者の認識は看護師の予想以上に曖昧であり、試験外泊を実際に行うまでは、なかなか退院後の生活の実感がもてない。そのため、看護師は基本的な支援課題を理解しているつもりでいながらも困難感や徒労感を覚え、暗中模索の状態では支援が進行している様子が見受けられた。

当病棟に入院した対象者の社会復帰を阻害しやすい要因としては、年齢の高いこと、慢性の統合失調症であること、陰性症状が強く薬物療法に反応しにくいこと⁴⁾などが挙げられている。そのような属性を帯びた対象者への支援に当たっては、医療事故の危険をはじめ、様々な面において予想以上の困難さがつきまとうため、看護師は疲弊しやすい。

こうした現状の中で、看護師の無力感、徒労感、不安、負担感などを軽減しながら、状況認識と課題の明確化を促すためのメンタルヘルスケアやスーパービジョンなどの支援が切実に必要とされていた。

ただし、対象者の認識や態度は看護師の

予想や期待とずれるところがあるものの、生活自立に向けた支援の成果は上がっていた。また看護師と対象者の間にある意識のずれも少しずつ解消していく過程を経ていることがわかった。

こうした現状認識を踏まえて、スタッフが相互に支援を提供し合える環境を作ることによって、看護師は精神的な安定とケアへの動機づけを維持することが可能になるはずである。そして、適時に対象者の意見確認を行い、対象者の自発的な行動を待ちながら、互いの成長や目的達成を可能にするような援助関係を形成することができるであろう。

E. 結論

国立精神・神経センター武蔵病院の医療観察法病棟において、対象者の地域自立の支援に向けた連携をめぐって生じている問題を明らかにするために、フィールドワークと共に、看護師、対象者への半構造化面接を行った。

その結果、以下の点が明らかになった。

- ①看護師の懸命な支援にもかかわらず、対象者には看護師から退院後の地域自立に向けた支援を受けているという認識が乏しかった。しかし、看護師による日常的な生活支援を通じて地域生活を支える条件を徐々に身につけていた。
- ②対象者の現実認識は、看護師の予想や期待からすると不十分で曖昧なところが多く、また、現実の直視を促すための働きかけに抵抗を示す場合もある。しかし、援助関係の構築と共に対象者の認識が徐々に深まっていく傾向は確認できた。
- ③対象者は地域社会での生活をイメージし

にくく、試験外泊などを通じてようやく現実感覚を持つに至るが、外出・外泊をめぐる医療事故の危険は看護師に不安や負担感を与えている。

こうした現状の中で、看護師の無力感、徒労感、不安、負担感などを軽減しながら、状況認識と課題の明確化を促すためのメンタルヘルスケアやスーパービジョンなどの支援が切実に必要とされていた。

ただし、対象者の生活自立に向けた支援の成果は上がっており、対象者との意識のずれも少しずつ解消していた。このような調査結果を踏まえ、看護師は対象者との援助関係作りを行なっていく必要がある。

<参考・引用文献>

- 1) 川喜田二郎 KJ法—混沌をして語らしめる 中央公論新社 p216-250 1986
- 2) 谷中輝夫他編 地域看護学講座 9 障害者・精神保健地域看護活動 医学書院 p62-79 1994
- 3) 社団法人日本精神科病院協会、財団法人精神・神経科学振興財団編集 司法精神医療等人材養成研修会 教材集 日本精神科病院協会 p332 2007
- 4) 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）総括研究報告書 他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究 平成18年度総括・分担研究報告書 主任研究者 山上皓 p286 2008
- 5) 社団法人日本精神科病院協会、財団法人精神・神経科学振興財団編集 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 p338-339 2007

図1 精神障害者の地域生活に関する諸要因

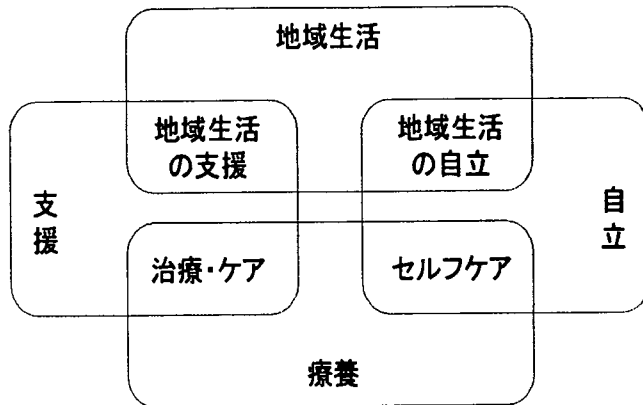


表1 精神障害者の地域生活の要件

I A. 地域生活の支援 (1) 家族による支援 (2) 友人・近隣との関係 (3) 社会資源による支援	I B. 地域生活の自立 (1) 食事 (2) 身だしなみと身辺の整理 (3) 社会的自立 (GOL=生活の質)
II A. 治療・ケア (1) 医師との治療関係 (2) 医師以外のスタッフとの関係 (3) デイケア、ソーシャルクラブなどへの通所	II B. セルフケア (1) 病気や障害についての理解 (2) 服薬 (3) 休養・睡眠と対人関係

表2 調査対象者の概要とスタッフとの思いのずれ

	対象者の様子や思い	スタッフの様子や思い
A	30代後半、男性、統合失調症、(社会復帰期) 入院しているのは「社会復帰のため」と言うが、看護師からどのような支援を受けたいかが具体的に思いつかない。生活習慣病もあり、そのために出来るようになる必要のあることを行っているが、それが退院後の生活のための支援であることにも結びついていない。看護師の支援について「ありがたい。色々世話になった」と言うが、具体的な内容については言語化が困難であった。	本人の自己決定を重視して、エンパワメントしてゆき、セルフコントロール、自己管理ができるように関わった。これまで何箇所かの病院に入院していたことから、依存的でやってもらっているのが当然という感覚が本人にあり、繰り返し関わっていることによって失ってきたことが多いと感じ、手を出しすぎてきたと反省している。ここに入院したことは本人にとってプラスで他の病院では出来ないこともあったが、関わっても変わらない本人に対し、スタッフにはあきらめていた。距離をとりたかったこともある。地域調整では、県内で1件目で地域の本人に対する恐怖感からなかなか受け入れられなかった。本人に実際に会わずに書類上の情報のみで判断されてしまう。内省は浅く一時的だったので定期的にやっていく必要性を感じた。入院して集中力はついたし、対人関係能力は向上したと思う。
B	40代半ば、女性、統合失調症(回復期) 簡単に退院できるものだと思っている。 退院後の生活はまわりと関らないようにひっそりと暮らしていくことを希望している。 服薬については、飲み心地が良いと感じている。	対象行為を考えると退院支援は大変だと思っている。 退院後は、サポートをしっかりとする必要性を感じる が、本人はレベル・プライドが高い為、介入は難しいかもしれない。 服薬に関して、以前は怠薬もあった為、病状と関連して服薬行動、必要性を理解して欲しい。

	<p>財産管理については、自分ひとりで管理、財産もひとり、後見人もつけたくないとの希望。</p>	<p>財産問題については、スタッフがどこまで関与してよいか悩み、兄弟も関与している為、スタッフのストレスになっている。</p> <p>感情コントロールの対処について悩む。</p> <p>医療観察法での制度、治療目標が高すぎて、再犯の防止などに関してプレッシャーを感じている。</p> <p>他病棟と比較してチーム内での他職種の連携はとれているように思う。</p> <p>地域間での技量の格差（地域支援）もあると聞いている。</p>
C	<p>40代後半、男性、統合失調症（急性期）</p> <p>社会復帰支援についてはイメージがつきにくい。</p> <p>退院後の生活を調整していくためには、社会復帰調整官と話す必要があるとの認識はある。</p> <p>社会復帰支援への希望はない。（して欲しい支援について今は思いつかない）</p> <p>社会資源を活用したい。</p>	<p>大まかにしか治療、社会復帰についてMDTから話していない。</p> <p>スタッフ側としても本人にイメージが付くように援助していればよかった。</p>
D	<p>50代半、男性、統合失調症、（社会復帰期）</p> <p>障害者としての漠然とした不安はあるが、どのような現実に対応した不安かは具体化できないままに、何らかの対処を求めている。</p> <p>社会復帰への意欲はあるが、現実的な危機に直面した時にはまた反社会的な行動をとる不安がある。具体的なクライシスプランについて提示して欲しい。</p>	<p>ステージが変更することで自身の退院への意識化が明確になってきている。それに伴う感情の揺れの意識化も実感している。家族について本人が問題解決を望んでいる事が再認識できた。そういう点が、クライシスプランに反映していける。</p>
E	<p>60代前半、男性、妄想性障害。（回復期）</p> <p>看護師は自分の立場にたって物事を考えてくれると思う反面、自分の感じているニーズに固執している。社会復帰支援とはお金、住居、自分のやりたいことが出来る環境を作ってくれることだという。PSWが主に行う支援内容のみの回答であったため、看護師の支援について説明したものの、現在の関心事の実現に関心が集中し、軌道修正ができなかった。</p>	<p>病識獲得にむけてのはたらきかけをしても、妄想が強く無理かなと感じるが、かといって何もしないわけにいかないが、成果も上がらない。ストレスにならないように自分をコントロールしている。本人は単身生活になるので調理プログラムは積極的。病気に対して全く問題ないと思っていて、金銭と孤独を気にしている。家族の支援は望めない。良くなる可能性を求めて関わるが、かえって意固地になるので引くときには引いている。</p>

F	<p>20 代後半、男性、統合失調症。(社会復帰期) 調整官に希望を伝え、賛同や同意をしてもらうと力になるし、退院後の生活が現実味を帯びてくる。相談も大切だけどまず自分で考えるのが大切。日記をつけて緊張していると感じられるようになった。通院が続かないと困る。働くより健康が大事。入院してそう思うようになった。統合失調症は長い病気なので入院を最小限にしたい。治療プログラムは役立っている。スタッフは相談すると足りないところを助言してもらえる人。自己主張できるようになった。退院後はアルバイトを継続できるかが心配。退院について心配なことはない。小さい頃から人の目が気になる感じがある。人に劣っているのではないかと心配になる。</p>	<p>社会復帰に対する思い込みが強い。病気が治れば元通りに生活できるので支援はあまり必要ないと思っている、面接者は本人の自信のない気持ちを出出できるようにガイドした。支援スタッフとして社会復帰調整官の話題しか出てこなかったため、看護師の支援に焦点を修正しながら面接を行った。</p>
G	<p>30 代前半、女性、気分障害。(社会復帰期) 社会復帰、退院の話、退院後の生活、など言葉を変えて質問するが、言葉がなかなか出にくい。入院時はすぐに退院できると思っていたが、看護師の説明によって結構段階を踏まないといけないことが分かった。退院後は事件のことを近所の人々がどのように思うのかが気になり、外を歩くのがつらいと思っている。退院後のことは対象者同士で聞いていることで想像をふくらませている。その方が情報が早く、具体的だから。もともと家族には意見がいえぬ。看護師の支援として、病院になれること、振り返り面接をしたり外泊に対応してくれること。落ち込む時は寝て解決する方が多い。外に出るのがつらいので退院後にデイケアに通う回数多さに不満がある。</p>	<p>病状と関連づけた内省は不十分。服薬は不規則になりやすい。病状が悪化したときは家族に相談はできると思う。地域の受け入れは問題ないが家族が保健所などに否定的。家族はしっかりと治療して早く帰ってきてほしいという。退院後の具体的なことは社会復帰調整官を中心に調整中。本人も退院したい気持ちは強いが治療に対するモチベーションは低い。そのなかで事件に向き合うためのサポートが必要。辛い記憶を思い出すのには、関係性のできたスタッフの介入が必要。</p>

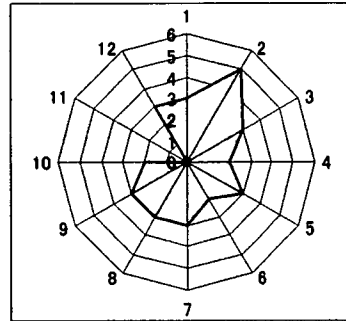
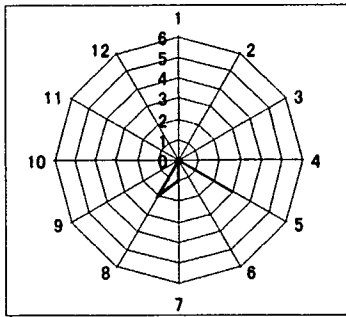
図2 地域生活の要件に関する対象者の視点と看護師の視点

図2	地域生活の支援	地域生活の自立	治療・ケア	セルフケア
対象者の視点	<ul style="list-style-type: none"> <家族との関係調整を望んでいる> <社会復帰講座が実施されている> <退院後の生活への不安・孤独> <地域支援へのイメージ不足>※ <地域医療の必要性の実感不足>※ 	<ul style="list-style-type: none"> <地域生活への意欲のめばえ> <退院後の住居確保への不安>※ <社会生活への不安>※ <金銭的基盤への不安>※ 	<ul style="list-style-type: none"> <看護師は相談・助言・賛同してくれるので助かる> <外泊・ケア会議によって具体的に退院へのイメージができた> <治療に対する肯定的な反応> <看護師からの社会復帰支援については思いつきにくい>※ <治療・援助への理解不足や不満>※ <自分のおかれた状況への認識不足>※ 	<ul style="list-style-type: none"> <対象者同士の支え合い> <各個人のセルフケアの課題(服薬・人間関係・思考・体力)>※ <現実から逃避したい思い>※ <治療への参加は自分の考えに任せてほしい>※
看護師の視点	<ul style="list-style-type: none"> <家族機能調整支援は重要> <社会復帰後の現実には厳しさもある> <法律家による退院調整の援助> <看護師は支援内容の拡大に伴い考慮する事柄が増えた> <回復期での社会復帰イメージづくりの困難さ>※ <社会資源の不十分さ>※ 	<ul style="list-style-type: none"> <病棟での治療プログラムは地域生活に役立つだろう> <経済的側面への関り> <入院早期に社会復帰に直面するには無理があるのかも> <対象者同士の支えの重要性は印象的> <自立への意欲も感じている> <従来の精神科医療の課題が見えるようだ> <社会で暮すイメージがわきにくいだろう>※ 	<ul style="list-style-type: none"> <手厚い支援により能力が向上した> <看護師は対象者への支援に懸命> <対象者の成長への支援> <社会復帰イメージのもてる援助を模索している> <対象者は自身のおかれ現状への認識があいまい>※ <社会復帰支援の必要性を感じない対象者もいる>※ <対象者の予想外の反応への看護師の戸惑い>※ 	<ul style="list-style-type: none"> <本人の自己決定を重視した関りをもった> <病気や障害への理解や受容の促し> <看護師の対象者への期待は大きすぎるのかもしれない>※ <スタッフへの依存心の強い対象者もいた>※

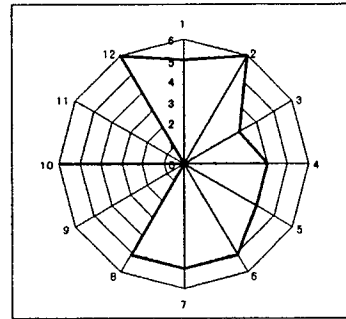
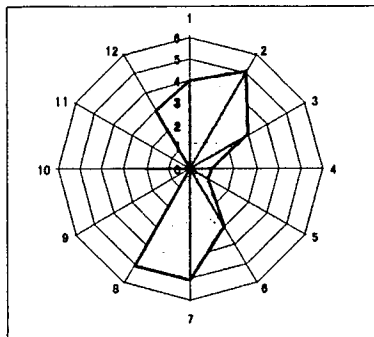
※: 阻害要因と考えられるもの

図 3 調査対象者ごとにみた地域生活の要件の変化

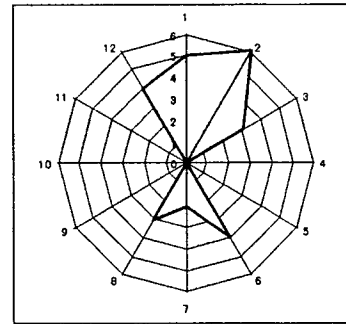
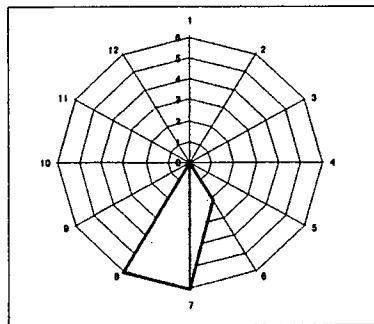
A氏



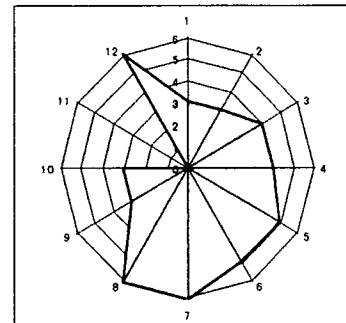
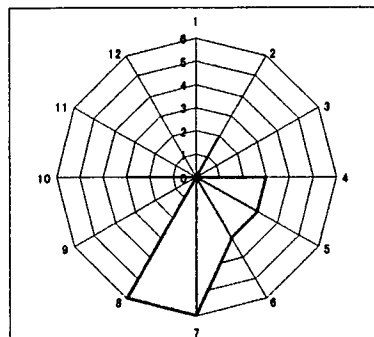
B氏



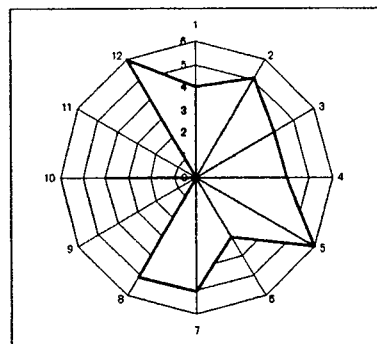
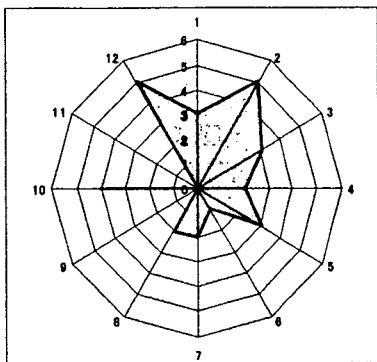
C氏



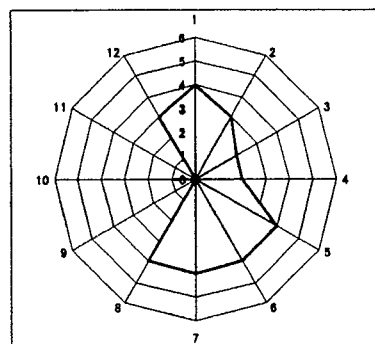
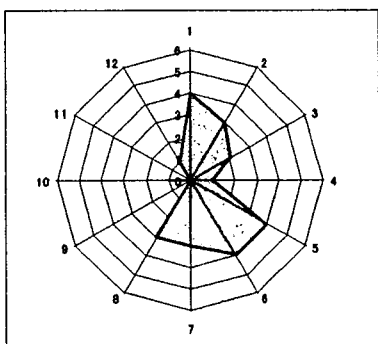
D氏



E 氏



F 氏



G 氏

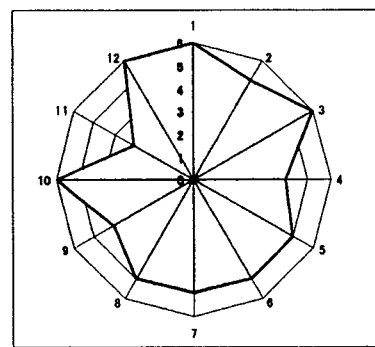
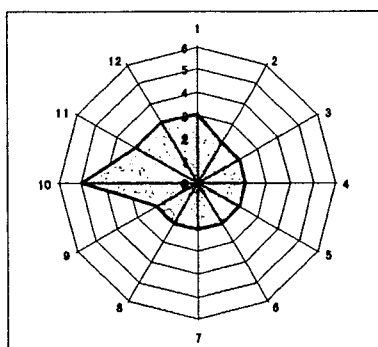


図4 対象者の視点と看護師の視点のずれの調整

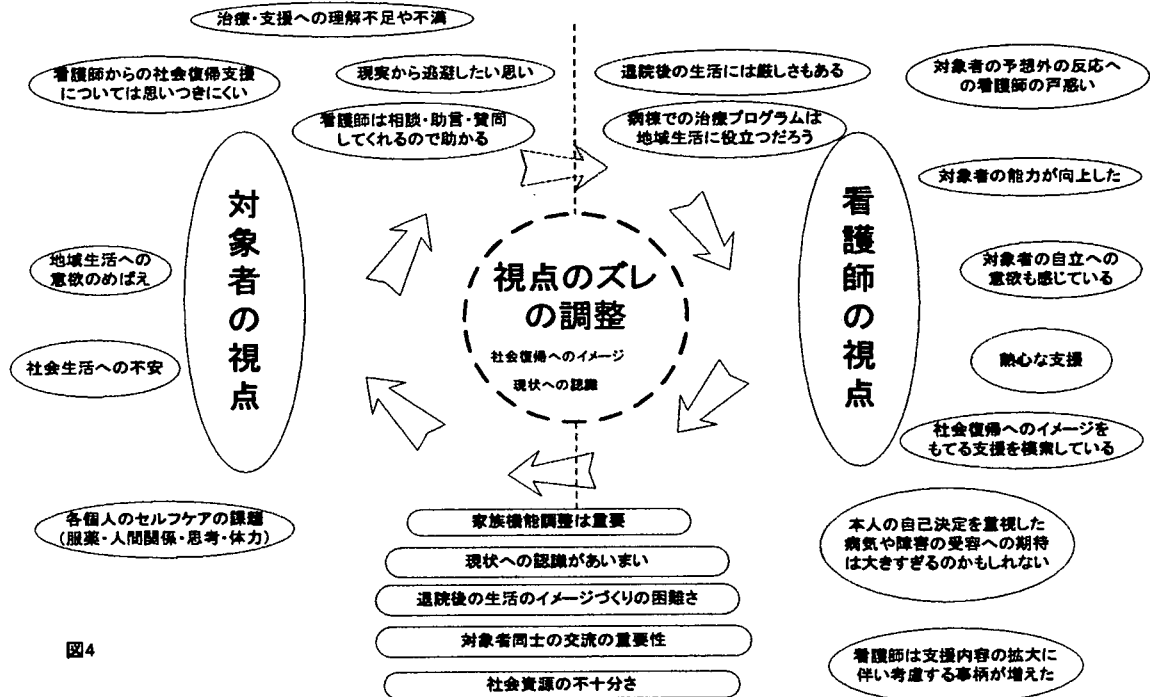
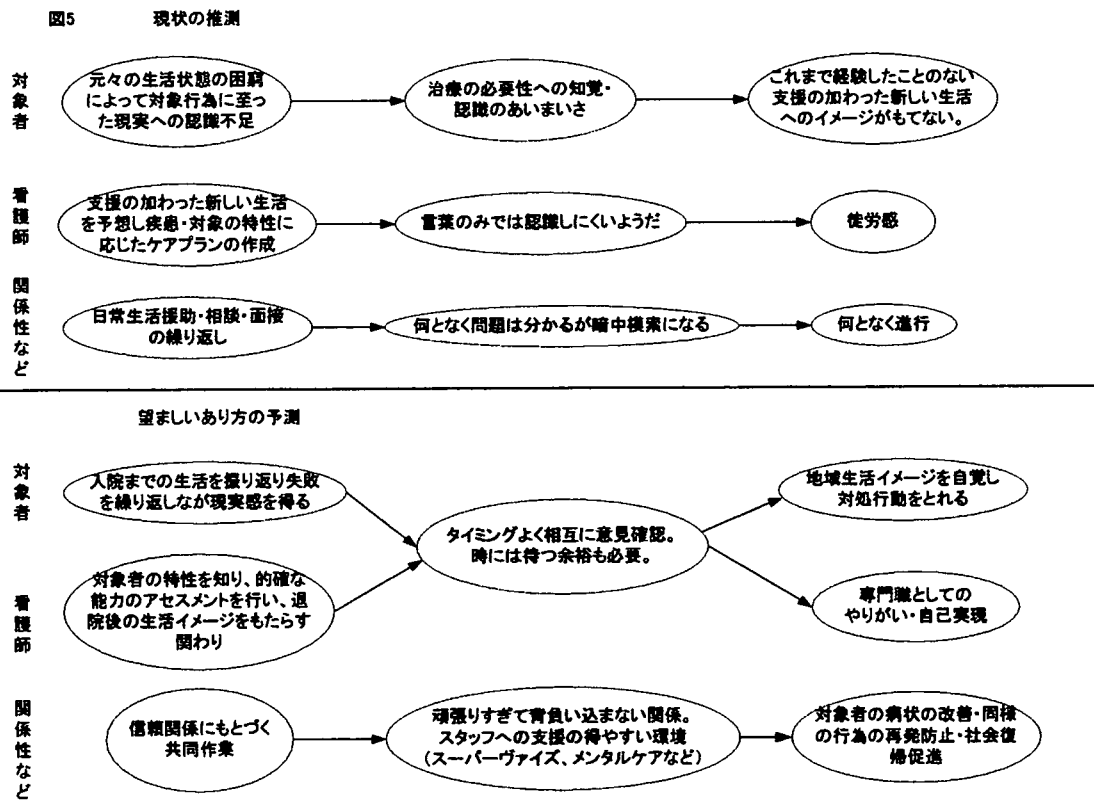


図4

図5 対象者・看護師それぞれの現状の推測と望ましいあり方



医療観察法における通院対象者の訪問看護の現状と課題

○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 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科)

研究要旨：本研究は、指定通院医療機関において触法精神障害者の訪問看護に携わっている5施設の多職種チームスタッフ18名から、訪問看護の実施状況、問題と感じている事柄等について聞き取り調査を行い、質的・帰納的分析を加えることを通じて、その効果や問題点を抽出し、現状と課題の明確化を図ることを目的とした。収集したデータを質的・帰納的に分析した結果、訪問看護における現状の問題点としては、〔①マンパワーの不足〕〔②施設の不足〕〔③財政的裏づけの不足〕〔④アウトカム評価の困難さ〕の4項目が抽出された。訪問看護の効果としては、〔①生活状況の的確な把握〕〔②危機の早期発見と早期介入の促進〕〔③家族への支援〕〔④対象者・家族との信頼関係構築〕の4項目が抽出された。今後の課題としては、〔①マンパワーの確保〕〔②財政的な問題の改善〕〔③訪問看護実践能力の強化〕〔④研修体制の整備〕〔⑤会議・記録の簡素化〕〔⑥活用できる社会資源の整備〕の6項目の課題が明らかになった。

A. 研究目的

指定通院医療機関では、どのように多職種連携によって対象者の地域自立を支援すればよいか、社会復帰支援の実施に関して戸惑いや困惑を感じているスタッフも少なくない。特に、医療観察法における訪問看護においては、その重要性は、現場レベルの実感としては認識されてはいるものの、実際の効果としてのエビデンスは、未だ明確にはなっていない¹⁾。また、指定通院医療機関によっては、訪問看護の定期的な実施に困難を伴う場合が多いという現状もある。

そこで、本研究では、指定通院医療機関において触法精神障害者の訪問看護に携わ

っている多職種チームスタッフから、訪問看護の実施状況、問題と感じていることから等について聞き取り調査を行い、質的・帰納的分析を加えることを通じて、その効果や問題点を抽出し、現状と課題の明確化を図ることを目的とした。

B. 研究方法

1) 調査対象施設は、触法精神障害者の訪問看護に携わっている指定通院医療機関・訪問看護ステーションの中から、立地条件や機能形態を考慮したうえで選定し、本研究の内容についての十分な理解と同意・協力が得られた5施設とした。

2) 調査対象者は、調査対象施設の訪問看

護を担う多職種チームスタッフ 18 名（看護師：8 名、医師 2 名、精神保健福祉士 7 名、作業療法士 1 名）とした。

3) 研究手法としては、質的・帰納的アプローチを採択した。データ収集方法は、半構造化面接法とし、対象施設ごとに個別、またはグループ面接を行った。

4) 質問内容は、以下の①～③をテーマとし、できるだけ幅広く聞き取り調査を行った。

①訪問看護の現状と困難に感じていることについて

②訪問看護を行って、効果的であると感
じた取り組みなど

③今後の課題について

C. 結果・考察

結果を<表 1>に示す。

1) 訪問看護における現状の問題点としては、以下の 4 点があげられた。

①マンパワーの不足

通院医療においては、人材確保のための規定や診療報酬上のメリットが少ない。対象者 1 名あたりスタッフ 2 名で訪問を実施したいが、訪問可能なスタッフ数が足りない。

②施設の不足

②- 1：指定通院医療機関数の不足と分布の問題

地域によっては、指定通院医療機関の数が少なかったり、地理上、偏った分布になっていたりするため、通院対象者が日常的に通院しやすい範囲内にはない場合が多い。訪問のために対象者宅に行くのにも、相当

の時間がかかる。そういった場合、サービス縮小をせざるを得ない。

②- 2：訪問看護を引き受けてくれる機関（訪問看護ステーション・保健所）の不足
訪問看護による採算がとれないため、民間病院や訪問看護ステーションなどでは、訪問看護を引き受けてもらえない場合が多い。地域の保健所でも、医療観察法対象者の訪問は、出来ないと断られる場合がある。

③財政的裏づけの不足

③- 1：通院や訪問にかかる交通費負担の大きさ

交通費は、対象者の自己負担が原則だが、遠距離の場合は相当の金額を対象者に請求することになるため、対象者への費用負担が大きい。施設によっては、病院側が半額あるいは全額負担している場合もあり、減収の原因となっている。

③- 2：訪問看護による採算性の困難さ

医療観察法において、訪問看護が診療報酬上、週 5 回の算定可能期間が 3 ヶ月から 6 ヶ月に増えてはいるが、実際は週 5 回の訪問看護を行っている施設はほとんどない²⁾。このような算定期間の延長は、実質的な診療報酬の増額とはいえず、訪問看護の促進につながっていない。また、1 回の訪問看護における診療報酬は、既存の訪問看護とさほど変わりがないため、リスクや訪問内容に見合った報酬となっていない。対象者宅が遠方の場合は、1 日あたりの訪問数をこなせないため採算がとれず、民間病院や訪問看護ステーションなどでは、敬遠されてしまう。

④アウトカム評価の困難さ

指定通院医療機関における全国的な訪問看護の実態の把握が非常に困難な状況がある。そのため、医療観察法における濃厚な医療の成果としての「訪問看護」の位置づけの評価が困難である。訪問看護の効果としてのエビデンスがみえにくい。

2) 訪問看護の効果としては、以下の4項目が抽出された。

①生活状況の的確な把握

①-1: 対象者の生活状況をダイレクトに感じ取ることが可能

訪問看護の場合、直接対象者宅に伺うため、生活環境からかなり多くの情報を収集することができる。例えば、薬をきちんと内服しているかどうか? 部屋の汚れ具合はどうか? 生活環境の変化はないか? 依存症の患者などの場合は、アルコールを飲んでいないか? など、対象者の生活能力や病状の変化が見てとれる。本人の言動からだけでなく、生活環境からの情報はかなり重要であり、治療計画を立てていく際のアセスメントに大いに役立っていることがわかった。

①-2: (対象者宅を取り巻く) 生活環境のより詳細な把握が可能

対象者によっては、近隣住民に被害妄想をもっている等の理由から、単独外出が困難となり、引きこもってしまうケースもあった。また、放火などの対象行為により、近隣の住民が対象者に関して不快な感情や不安を抱き、冷ややかな態度をとっている場合も少なくない。

訪問看護を行った際に、こうした近隣の住民との関わり方に関する情報が詳細に把握できることや、病院に来ていないときの

対象者の生活スタイルの理解が深まることは、対象者の生活状況を環境と組み合わせた理解とケアの提供につながっていることがわかった。また、対象行為が悪徳業者、暴力団、特定宗教団体との関わりあいと関連がある場合、訪問によって、対象者宅に出入りしている外来者に関する情報が得られやすいことも、危機介入に役に立っていることがわかった。

②危機の早期発見と早期介入の促進

医療観察法においては、危機介入が重要といわれているが、訪問看護によって些細な生活の変化に早期に気づくことが可能となり、そのことが再発や症状悪化の早期発見や予測に大いに貢献していた。そのため、早期の危機介入が可能となり、他害行為の予防に役立っていることがわかった。

③家族への支援

③-1: 家族内サポートの強化

これまで未治療であった対象者などでは、家族の疾患理解が乏しい場合が多く、家族が対象者に対してどう関わっていいのかわからず不安を抱えているケースが少なからずみられた。訪問時に、スタッフが対象者の病状について説明したり、家族の思いを聞いたりすることによって、家族の対象者理解が深まり、対象者自身も安定していくプロセスを踏んでいることがわかった。

③-2: 被害者支援を視野にいれた家族支援への可能性

殺人未遂、傷害などの場合、同居家族が被害者の場合が少なくない。また、自宅への放火などの場合は、転居を余儀なくされる場合も多く、家族は多くのストレスを抱

えている。家族の悩みや聞き、相談につてくれる専門家の存在が、被害者支援の一環となっていることがわかった。

④対象者・家族との信頼関係構築

訪問看護は、自宅という対象者のホームグラウンドでのやりとりであるため、対象者や家族の安心感につながる場合も少なくなく、信頼関係の構築に役立っていることがわかった。逆に、訪問看護は、自宅への侵入者として対象者や家族から、強い抵抗や拒否を受けることもしばしばみられる。最初は拒否され、自宅に入れてもらえないこともあったが、数ヶ月訪問を続けていった結果、対象者が、「自分のことを親身になって心配してくれる人の存在を自覚する」ことで、受け入れてくれたプロセスをたどったケースが何例かあった。すなわち、辛抱強い関わりが功を奏し、対象者が効果を実感できたとき信頼関係の構築につながっていくということである。信頼関係が出来てくれば、問題や課題についての率直なやりとりが可能となり、対象行為と日常生活の関連について共に考えるプロセスを通じて理解を深めることができるようになることがわかった。

3) 今後の課題としては、以下の6項目があげられた。

①マンパワーの確保

医療観察法の訪問看護に携わるスタッフ数を確保するための制度の検討、専任の訪問看護スタッフの配置が望ましいと考える。

②財政的な問題の改善

訪問看護における診療報酬の見直し、遠

方に住む対象者への訪問看護加算の検討など。ハイリスクに見あうだけの診療報酬がないことから、訪問看護サービスの促進が阻害されていることを考慮すれば、法改正の際には、診療報酬が実態に伴うような、見直しが必要である。

③訪問看護実践能力の強化

施設間の格差を減らし、質の高い訪問看護を提供するための実践能力の強化が求められる。司法精神看護の場合は、洞察・内省への深化やリスクアセスメントなど、精神科看護能力に上乘せした能力が求められる。特に、被害者支援を視野にいたした家族支援の強化が、訪問看護の大きな課題といえそうである。

④研修体制の整備

司法精神看護は、新領域であるため、医療観察法やその訪問看護について、学ぶ機会が得られ難い状況があることから、現場のスタッフは、ケアの実施に不安を感じているという意見が多かった。研修体制や教育システムの構築は急務であり、看護職全体の意識の向上と底上げが求められている。

⑤会議・記録の簡素化

定期的なケア会議への参加について、必要性を理解しながらも、負担感を訴える調査協力者が多く、とりわけ訪問看護ステーションにとっては採算上からみても、深刻な問題であることが示唆された。今後対象者数が増加していくにつれて、会議や記録にかかる時間も増えていくと予測されるが、日常業務としての時間には制約があるため、いかに効率よく会議を進行していくかを検