

討していく必要がある。記録様式については、ガイドライン改定時に、臨床でより使いやすい、必要な情報を盛り込むような訪問看護記録様式の検討と改定が必要である。

#### ⑥活用できる社会資源の整備

訪問看護ステーションや保健所、精神保健福祉施設など訪問看護を行うことができる社会資源の確保のためのシステム作りや連携体制の構築など検討していく必要がある。

#### E. 結論

指定通院医療機関の訪問看護に関与している多職種チームスタッフを対象に、訪問看護の実態などについて、グループ・インタビューを実施したところ、訪問看護の問題点と効果、今後の課題が明らかになった。医療観察法制度における訪問看護活動推進のためには、現状や実態の把握や問題点の抽出、困難事例・成功事例の蓄積と丁寧な事例分析などの研究活動が欠かせない。今後も継続して調査を行っていくことで、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。

#### <参考文献>

1) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳：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-、H18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、社会復帰に関する研究 分担研究報告書,269-271,2007.

2) 岩成秀夫：他害行為を行った精神障害者に対する通院治療に関する研究,H18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、社会復帰に関する研究 分担研究報告書,11-86,2007.

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

○美濃由紀子、宮本真巳：医療観察法における訪問看護の現状と課題 -ケア効果とスタッフの抱える困難に焦点をあてて-、精神看護, pp60-63. 2008

##### 2. 学会発表

なし

【結果】 <表 1 >

<b>1) 訪問看護における問題点 (4項目)</b>
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。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。1)このような算定期間の延長は、現実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、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」の位置づけをどう評価していくかが困難である。訪問看護の効果としてのエビデンスがみえにくい。
<b>2) 訪問看護の効果</b>
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 ⇒（本人からの言動からだけでない）生活環境からの情報はかなり重要 ・薬をちゃんと内服しているか⇒見ればわかる ・部屋の汚れ具合はどうか ・生活環境の変化はないか⇒生活能力・病状の変化 ・アルコール依存の対象者がお酒を飲んでいないか

<p>→MR とアルコール依存のケース：スリッパはしても連続飲酒までには至らずすんでいる 連続飲酒の抑止効果もあり</p>
<p>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 ⇒治療・ケアを進めていく上での重要な情報源</p> <p><b>近隣の住民との関係に関する情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象行為が放火などの場合、近隣の住民との関係は重要事項</li> <li>・近隣住民に被害妄想をもっている場合も少なくない</li> </ul> <p><b>対象者の普段の生活状況を環境と組み合わせた理解とケアの提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院に来ていないときの生活スタイルの理解</li> <li>・散歩の同行など(ひきこもり、抑うつ、被害妄想など)</li> </ul> <p><b>対象者宅に出入りしている外来者に関する情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・悪徳業者</li> <li>・暴力団や特定宗教などの団体の出入り</li> </ul>
<p>②危機の早期発見と早期介入の促進</p> <p>⇒医療観察法においては、危機介入が重要</p> <p><b>再発や症状悪化を予測し、早期の危機介入が可能</b></p> <p>→特定の安定した人間関係の中で、精神症状が安定していた対象者に身体疾患が見つかったケース：身体疾患が見つかったことでの本人の不安増強。入院、手術による新しい人間関係におけるストレスが予測された。</p> <p>(クライシスプラン) →入院中問題が起こったときには、すぐに本人や家族が相談できる体制を整えるなどの準備や介入を行った。</p> <p>⇒安心感を得たことで、症状再燃を予防した</p>
<p>③家族への支援</p>
<p>③-1：家族内サポートの強化</p> <p>⇒家族のサポートを強化する、最も身近な被害者支援</p> <p><b>家族の疾病理解</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまで未治療の対象者などは、家族の疾患の理解も乏しい場合が多い</li> <li>・家族が対象者を理解できることで、対象者自身も安定する</li> <li>・アルコール依存患者を AA へ、妻も家族会へ参加したケース →妻が共依存を自覚、話すことで表情が良くなる</li> </ul>
<p>③-2：被害者支援を視野にいれた家族支援への可能性</p> <p><b>同居家族が被害者の場合も少なくない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・傷害や殺人未遂</li> <li>・家族もどう対応していいかわからないでいる</li> <li>・家族の悩みや話を聞いてくれる専門家の存在</li> </ul>
<p>⑤対象者・家族との信頼関係の構築</p> <p>⇒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</p> <p><b>自宅という対象者のホームグラウンドでのやりとり</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の安心感</li> <li>・自分ことを心配してくれる人の存在の自覚</li> <li>・不安や焦燥感について言語化を促す関わり</li> </ul> <p><b>根強い関わりが功を奏す</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・最初は抵抗があっても、数ヶ月訪問を続けることで、ようやく関係が</li> <li>・問題や課題についての率直なやりとりが可能となる</li> </ul>
<p><b>3) 今後の課題 (6項目)</b></p>
<p>①マンパワーの確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定入院医療機関においては、スタッフ数が決まっているため、マンパワーの確保が可能となっているが、指定通院医療機関ではスタッフ数の規定がないため、確保が困難である。</li> <li>⇒スタッフ数確保のための制度検討、専任の訪問看護スタッフの配置が望ましい。</li> </ul>
<p>②財政的な問題の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回の訪問に時間とマンパワーがかかる。</li> <li>・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。</li> <li>・リスクが高いことに見あうだけの診療報酬がない。</li> <li>⇒訪問看護における診療報酬の見直し、遠方対象者への訪問看護加算の検討など</li> </ul>
<p>③訪問看護実践能力の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護の質の担保と訪問看護実践能力の強化</li> <li>⇒被害者支援を視野にいれた家族支援の強化</li> </ul>
<p>④研修体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修などの情報が現場のスタッフまで届かない。</li> <li>・司法精神看護や訪問看護について、学ぶ機会が少なすぎる。</li> <li>・いろいろな職種が合同で参加できる研修体制をもっと整備する必要がある。</li> <li>⇒看護職全体の意識の向上と底上げ</li> </ul>
<p>⑤会議・記録の簡素化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会議が多く、対象者数が増えると会議にかかる時間が膨大になってくる。</li> <li>・会議で多くの時間が費やされて、通常業務を圧迫する。</li> <li>・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。</li> <li>・会議シートなどの記録作成にかかる時間が大きく負担を感じる</li> <li>⇒会議の効率化、記録の簡略化や記録様式の改定の検討</li> </ul>
<p>⑥活用できる社会資源の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定通院医療機関だけでなく、訪問看護ステーションや地域の社会資源を活用できるよう整備していく。</li> <li>⇒社会資源の確保のためのシステム作りや連携体制の構築の検討など</li> </ul>

6) 多職種参加による事例検討会の有効性

医療観察法病棟における  
グループ・スーパービジョン機能に関する研究  
—エンパワメント効果に影響を及ぼす要因—

研究者名：○笠松理恵子（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）  
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 保健衛生学研究科）

研究要旨

武蔵病院では、指定入院医療機関の開設時より、宮本の提唱するグループ・スーパービジョンの機能を重視した事例検討会を実践し、今年で3年目を迎えた。1年目の報告では、事例提供者へのフォローアップ体制作りとエンパワメント効果の検証が課題として残され、2年目の報告では、エンパワメント効果を持続させる上での促進要因や阻害要因の明確化が課題として浮かび上がった。そこで本研究は、事例検討会3年目の実態報告に加えて、提供者のエンパワメント効果の持続に影響を及ぼす促進要因と阻害要因の明確化を図ることを目的として、「事例検討の内容（各事例の比較検討）」、「質問紙調査」、「事例提供者への1ヶ月后面接調査」の検討・分析を行った。「質問紙調査」の結果では、選択項目の全てにおいて、半数以上の方が、高い評価を選択していたことから、事例検討会の必要性と有用性が示唆された。自由記載の結果からは、実践の中でスタッフの心理的負担がかなり大きいことが示唆された。「例提供者への1ヶ月后面接調査」の結果から、エンパワメント効果の持続に影響を及ぼす促進要因と阻害要因が明らかになった。エンパワメント効果を促進させるためには、周囲からの十分なサポートと、提供者が安心して自己一致できるような暖かい環境作りに努めることが重要であることが示唆された。グループ・スーパービジョンは、スタッフのメンタルヘルス・サポートの機能を果たしており、今後は、スタッフへのメンタルサポートを病棟のシステムに組み込むこと、エンパワメント機能を持つ事例検討会を他院の医療観察法病棟にも定着させることが課題であり、そのための検討を重ねる必要がある。

A. 研究目的

国立精神・神経センター武蔵病院では、2005年の指定入院医療機関開設時より、宮本の提唱するグループ・スーパービジョンの機能を重視した事例検討会<sup>1)</sup>を実践し、今年で3年目を迎えた。

美濃らによる1年目の報告<sup>2)</sup>では、指定入院医療機関における事例検討会の必要性が明確となったが、事例提供者へのフォローアップ体制作りとエンパワメント効果の検証が課題として残された。2年目の高崎らの報告<sup>3)</sup>では、提供者へのフォローアッ

ブ面接が、エンパワメント効果が高めることは確認できたが、効果の持続にとっての促進要因や阻害要因の明確化が次の課題として浮かび上がってきた。

そこで本研究は、事例検討会 3 年目の実態報告に加えて、提供者へのエンパワメント効果の持続に影響を及ぼす要因の明確化を図ることを目的とした。

## B. 研究方法

1. 調査期間:2007 年 2 月～2008 年 1 月(期間中に 12 回施行)。

2. 調査方法:指定入院医療機関において、主に看護スタッフを対象とし、他職種にも呼びかけ、毎月 1 回事例検討会を実施した。

3. データ収集および分析方法:収集したデータは、「事例検討関連資料(開催時の配布資料や議事録など)」、「質問紙の回答」、「事例提供者への 1 ヶ月後面接の記録」である。各データに基づいて、主に内容分析の手法を用いて、質的・帰納的アプローチによる分析を行った。

1)「事例検討会関連資料」から、〔事例提供の動機〕〔話し合いの主な内容〕〔明確になった課題〕に関連するデータを抽出し、調査期間中に実施した 12 回の事例検討内容を示す一覧表作成した。

2)「質問紙調査」は、会の終了時に提供者と参加者に無記名の自記式調査用紙を配布して実施した。質問内容は、〔内容の理解度〕〔事例検討会で学んだことを実践できそうか〕〔会全体の満足度〕の 3 項目で、5 点を最高とする 5 段階評価を求め、得られた数値の単純集計を行った。また〔印象に残っている発言〕〔気になっていること・解決しなかったこと〕〔全体の感想〕については自

由記載を求めに、得られた回答に関しては、内容と文脈を吟味しながらコード化・カテゴリー化を行った。

3)「事例提供者への 1 ヶ月後面接調査」は、事例提供者への継続フォローアップを兼ねて半構造化個別面接を行った。質問内容は、事例提供後の臨床状況、エンパワメント効果の有無や推移とした。面接データに基づいて、検討会から 1 ヶ月後までの経過、エンパワメントの推移、影響する要因について構造化を行った。

4. 倫理的配慮:本研究への取り組みについては、事前に病院倫理審査委員会で審査を受け、承認を得たうえで実施した。調査対象者へは、研究協力・掲載の承諾に関して書面にて同意を得た。

## C. 研究結果

調査期間中の事例検討会の参加者人数は、事例提供者と共同研究者も含め、延べ 169 名(内訳:看護師 116 名、医師・コメディカル 15 名、病棟外部者 19 名)であった。

調査期間中に、複数回提供された事例では患者の診断名は、非器質性精神障害・重複障害のある統合失調症であった。

1. 「事例検討の内容」:

12 事例の特性として、診断名は統合失調症が半数の 6 例を占め、重複障害のある統合失調症が 3 例、非器質性精神病障害 2 例、知的障害 1 例であった。対象行為は、殺人 4 例、放火 3 例、強制わいせつ 3 例、殺人未遂 2 例であった。

〔事例提供の動機〕としては、困難事例への介入方法、スタッフの陰性感情への対処法、担当多職種チームの心理的負担の大きさなどに関する内容が多く取り上げられて

いた。〔話し合いの主な内容〕〔明確になった課題〕などについては、〈表1〉に示す。

## 2. 「質問紙調査」:

質問紙の回答を得られた人数は、延べ115名、回収率は68%であった。〈表2〉

1) 〔内容の理解度〕では、評価項目5の「非常に理解できた」と答えた人が44.3%、評価項目4の「理解できた」と答えた人が46.1%であり、5と4を選択していた人が合計90.4%とかなりの割合を占めていた。

2) 〔事例検討会で学んだことは実践できそうか〕という質問では、評価項目5の「非常に自信がある」と答えた人が13.0%、評価項目4の「自信がある」と答えた人が42.6%であり、5と4を選択し実践に取り組んでみようという意欲の伺われる人が55.6%と半数以上を占めていた。評価項目3の「どちらともいえない」と答えた人は30.4%であり、評価項目2の「あまり自信がない」と答えた人は、6.1%であった。

3) 〔会全体の満足度〕では評価項目5の「非常に満足」と答えた人が44.4%、評価項目4「満足」と答えた人が40.0%と、5と4を選択していた人が合計84.4%とかなりの割合を占めていた。

4) 自由記載の〔印象に残っている発言〕〔気になっていること・解決しなかったこと〕〔全体の感想〕の内容を、コード化・カテゴリー化した結果、【実践可能な課題】、【実践困難な課題】と【対象者への介入】、【スタッフ同士の関係】の4カテゴリーに大別ができ、それらをつなぐカテゴリーとして、【問題解決の糸口】のカテゴリーが導き出された。それらに属するカテゴリーとして、計27個のサブカテゴリーが抽出された。〈図1〉

【実践可能な課題】については、検討会の中で提案された〔発達課題を加味した関わり〕や〔家族の治療参加への促し〕など、対象者の個別性に沿った援助方法があがっていた。【実践困難な課題】では、〔社会復帰・退院の壁〕や〔地域との連携の難しさ〕など、対象者の社会復帰が入院治療の現場だけの努力では限界があることなどがあがっていた。また、看護師の負担感・閉塞感・陰性感情など、メンタルヘルスに関する項目が多くあがっていた。【問題解決の糸口】では、事例検討会で得られた発想や視点の転換に関する項目と、〔対象者の利点の強化〕や〔スタッフの持ち味をいかした関わり〕など、対象者－看護師の双方の強みをいかしながら関わるのが、糸口としてあがっていた。また、〔看護師のメンタルヘルス・サポートの必要性〕も要望としてあげられていた。

## 3. 「事例提供者への1ヶ月後面接調査」:

面接時間の平均は30分であった。エンパワメント効果に関しては阻害要因と促進要因とが抽出された。ほとんどの提供者は、検討会でエンパワメント効果を実感していたが、参加者からサポートを受けた実感が得られなかった場合や、その場で十分自己一致ができなかった場合は、ケアへの動機付けが得られ難くなり、不安全感が持続していることが明らかになった。〈図2〉

## D. 考察

「質問紙調査」の結果から、〔内容の理解度〕〔事例検討会で学んだことを実践できそうか〕〔会全体の満足度〕の全項目において、半数以上の人々が、4または5を選択していたことから、事例検討会の必要性と有用性が示唆された。自由記載の結果からは、指

定入院医療機関におけるプライマリーナーシングと多職種チーム医療の実践は、濃厚な介入を可能とする半面、スタッフにかなり大きな心理的負担をかけていることが示唆された。

「事例提供者への1ヶ月後面接調査」の結果から、グループ・スーパービジョンは、スタッフのメンタルヘルス・サポートの機能を果たしており、ほとんどの事例提供者はエンパワメント効果を得て、動機付けが高まると同時に自己の成長を実感できるようになっていることがわかった。とりわけ、検討会で明確になった課題を現場で実践し、ケア効果の実感により、満足感や達成感を得ることによって、エンパワメント効果が持続し強化されていることがわかった。

その一方で、少数だがエンパワメント効果が得られなかった事例検討会もあった。それらの事例検討会では、提供者側の要因（阻害要因）として、会や参加者への信頼感が不足し、自己一致が十分出来なかったことが要因として大きかった。参加者側の要因としては、自分の意見を言わない、提供者に対する十分なサポートや正のフィードバックを行わないなど、回答者自身がグループ・スーパービジョンの担い手としての役割を果たせていないことがわかった。今後、スタッフへのエンパワメント効果をさらに高めるためには、事例検討会の場を提供者が安心して自己一致できる安全な場にしていく必要がある。さらには、事例検討会を病棟チームに根付かせ、事例検討会后に、周囲からの十分なサポートを得ながら実践課題に取り組めるようにしていくことが重要であると考えられる。

## E. 結論

今年度で3年を迎えた事例検討会であるが、参加者の半数以上が、会の必要性和有用性を示す項目を選択していたことから、今後も継続して行っていく必要がある。エンパワメント効果に関しては、周囲からの十分なサポートと、提供者が安心して自己一致できるような暖かい環境作りに努めることが重要である。グループ・スーパービジョンは、スタッフのメンタルヘルス・サポートの機能も果たしており、今年度は、特に看護スタッフのニーズが高いことがわかった。

今後は、スタッフへのメンタルサポートを病棟のシステムに組み込むこと、エンパワメント機能を持つ事例検討会を他院の指定入院医療機関にも定着させることが課題であり、そのための方法や体制作りについて検討を重ねる必要がある。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

○美濃由紀子<sup>\*1</sup>, 佐藤るみ子<sup>\*2</sup>, 高崎邦子<sup>\*2</sup>, 宮本真巳<sup>\*3</sup> / <sup>\*1</sup>国立精神・神経センター精神保健研究所 司法精神医学研究部, <sup>\*2</sup>国立精神・神経センター 武蔵病院, <sup>\*3</sup>東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科: 医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョン導入の実態—触法精神障害者の事例検討を通じて 第1報—, 第38回日本看護学会論文集—精神看護—, 日本看護協会編: 日本看護協会出版会, pp150-152, 2007年12月

○高崎邦子<sup>\*1</sup>, 美濃由紀子<sup>\*2</sup>, 宮本真巳<sup>\*3</sup>, 佐藤恵子<sup>\*1</sup>, 小原陽子<sup>\*1</sup>, 田川理絵<sup>\*1</sup>, 佐



藤るみ子\*1/※1国立精神・神経センター  
精神保健研究所 司法精神医学研究部, ※2  
国立精神・神経センター 武蔵病院, ※3東  
京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究  
科:多職種に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態と評価—触法  
精神障害者の事例検討を通じて 第2報—,  
第38回 日本看護学会論文集—精神看護—,  
日本看護協会編:日本看護協会出版会, pp  
153-155, 2007年12月

## 2. 学会発表

○美濃由紀子※1, 佐藤るみ子※2, 高崎邦子  
※2, 宮本真巳※3/※1国立精神・神経セン  
ター精神保健研究所 司法精神医学研究部,  
※2国立精神・神経センター 武蔵病院, ※3  
東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究

科:医療観察法病棟におけるグループ・ス  
ーパービジョンの導入と実際—触法精神障  
害者の事例検討を通じて 第1報—, 第38  
回 日本看護学会—精神看護, pp89, 2007  
年7月(岩手)

○高崎邦子\*1, 美濃由紀子\*2, 宮本真巳\*3,  
佐藤恵子\*1, 小原陽子\*1, 田川理絵\*1, 佐  
藤るみ子\*1/※1国立精神・神経センター 精  
神保健研究所 司法精神医学研究部, ※2国  
立精神・神経センター 武蔵病院, ※3東京  
医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科:多  
職種に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—触法精神障害者の  
事例検討を通じて 第2報—, 第38回 日  
本看護学会—精神看護, pp90, 2007

表 1 事例検討の内容

開催日時	診断名	対象行為	事例提供の動機	話し合いの主な内容	明確になった課題
H19. 2	統合失調症	強制 わいせつ	家族(母、妻)が対象者に対して過保護なため退院先としては問題が大きい。この事実をどのように本人や家族へ伝えていくか。	家族の不適切で過剰な温かさが医療者の温かさを上回り、医療者の気持ちが悪く伝わっている現状。	医療者が心配していることを前面に出して言うべきことを伝えていく。家族の窓口を母か妻のどちらかに一本化する。
H19. 3	統合失調症 MR	強制 わいせつ	医療者の気をひきたいことが問題行動の背景にうかがえる。担当看護師のモチベーションの維持が困難である(3回目)	周囲に不快感を与える対象者の言動や、自己中心的な態度について。	問題のあるところは本人へ伝えていく。良かった事を褒めて本人の取り組みむべき課題を整理する。
H19. 4	知的障害	放火	理解困難が大きく治療効果が現れにくい。ため陰性感情を抱いてしまった。陰性感情への望ましい対処法を知りたいため。	全く治療効果がないのではなく少しずつの変化はみられていることを忘れずに、気長に関わっていく。	面接を個別ではなくMDTで行ってみる。 感情の言語化を支援していく。
H19. 5	非器質性 精神病	殺人	問題行動の裏にある感情の自覚がなく言語的表現が出来ず、暴力行為に至る可能性が高い対象者への関わり	特定スタッフとのギター個人練習について。 秘めている感情の表出について。	内省不足など残されている問題点は伝えていく必要がある。治療的だけでなく純粋に奮めることも大切にしていく。
H19. 6	統合失調症	殺人未遂	多剤併用から単剤へのスイッチングに伴う対象者の精神症状の変化への関わり	MDTで検討する間もなく薬物療法によりPtの状態変化が目まぐるしく、他スタッフへ情報を浸透させることができない。	行動の観察、対処法を探し出す。達成感を与える。医療者が対象者をどうみているか伝える。
H19. 7	統合失調症	強制 わいせつ	退院後の環境調整や地域への移行をどのように行っているのか知りたいため。	地域スタッフと当院スタッフとの温度差について。地域スタッフ側が退院について現実感や危機感をもっていない際の対応。	クライスプランなどで各部門の問題点に対しての危機感を伝えていく。
H19. 8	統合失調症	殺人	使用できる薬剤が限定され、悪化時の頓用薬の使用もできないため、症状悪化時の対応に行き詰まりを感じている。	自尊心が高く陰性の指摘をされると妄想を抱きやす。い。ある程度の妄想をもっているほうが良い人格を維持できている。	調子の良い時に悪化時どうして欲しいか聞いてみる。 良いところを奮め自信をもてるように関わる。
H19. 9	統合失調症	殺人	本人のモチベーションを下げないように退院までの期間をどのように介入して行けば良いか。	医療者からさらなるプログラムを勧めることに対するひげめ。対象者のもつ先の見えない閉塞感のストレスへの関わり。	院内活動でのリーディングなど勧めてみる。さらなる課題を勧めることに対する医療者側のひげめ・申し訳なさを自己一致してみる。
H19. 10	非器質性 精神病	殺人	アディクションのある対象者への関わり方 (2回目)	Ansとしての対応・立場について。 多飲水の対象者への関わり。	嫌なことを言われたら驚きだけでもを表出してみよう。対象者の不安が飲水欲求となっているため不安要因をはっきり伝えていく。
H19. 11	統合失調症 特定不能のパーソナリティ障害	放火	トラブルの都度振り返しを行なっているが繰り返される。この対象者にとってより効果的な介入方法を検討したため。	見捨てられる不安がある。関心をひくためのトラブル。彼なりに学習能力はある。少しずつ変化している。	表現力が低いのでその力を養う。トラブルを起さなくてもこちらが関心を持っていることを伝えていく。
H19. 12	統合失調症	殺人未遂	以前の病院で対応困難事例であり、当院でも同様の経過を迎える可能性あり。効果的な介入方法を検討したため。	対応困難にならないために情報共有。スタッフにより対応を使い分けられているため共通点を明確化した。関係性が出るまで見守る。	見守るだけでは伝わらないので折々の気持ち伝えていく。医療者は安心できる存在であり安全であるということをお伝えする。
H20. 1	統合失調症 特定不能のパーソナリティ障害	放火	本対象者はトラブルや多訴で他罰的。多くのスタッフに関わるが改善せず。良い助言をするための介入方法を知らりたい。(2回目)	問題行動ばかりに目を向けずリスクはあるが治療にのせてしまう。問題行動を疾病教育に繋げ治療的に関わる。	本人の他罰表現の内容をアセスメントする。 スタッフも対象者と距離をとる。「なんとかなしなまきや」と思わず状況を共有するくらいでよい。

表2 質問紙調査結果 (n=115)

	5	4	3	2	1	未回答
Q1: 内容の理解度	非常に理解できた 51(44.3%)	理解できた 53(46.1%)	どちらともいえない 6(5.2%)	理解できない 1(0.9%)	全く理解できない 0(0%)	4(3.5%)
Q2: 事例検討会で学んだことを実践できそうか	非常に自信がある 15(13.0%)	自信がある 49(42.6%)	どちらともいえない 35(30.4%)	自信がない 7(6.1%)	全く自信がない 0(0%)	9(7.9%)
Q3: 会全体の満足度	非常に満足 51(44.4%)	満足 46(40.0%)	どちらともいえない 12(10.4%)	不満 0(0%)	かなり不満 0(0%)	6(5.2%)

図1 事例検討を通しての気付き

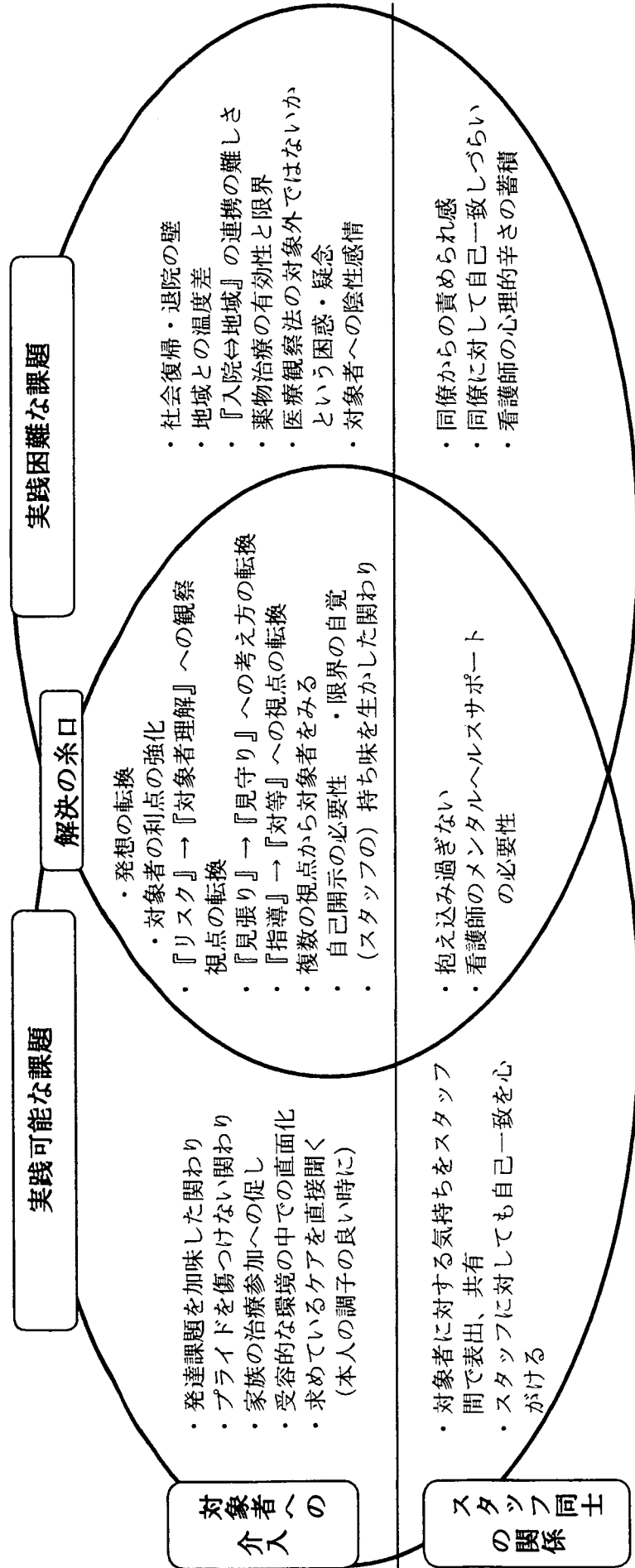
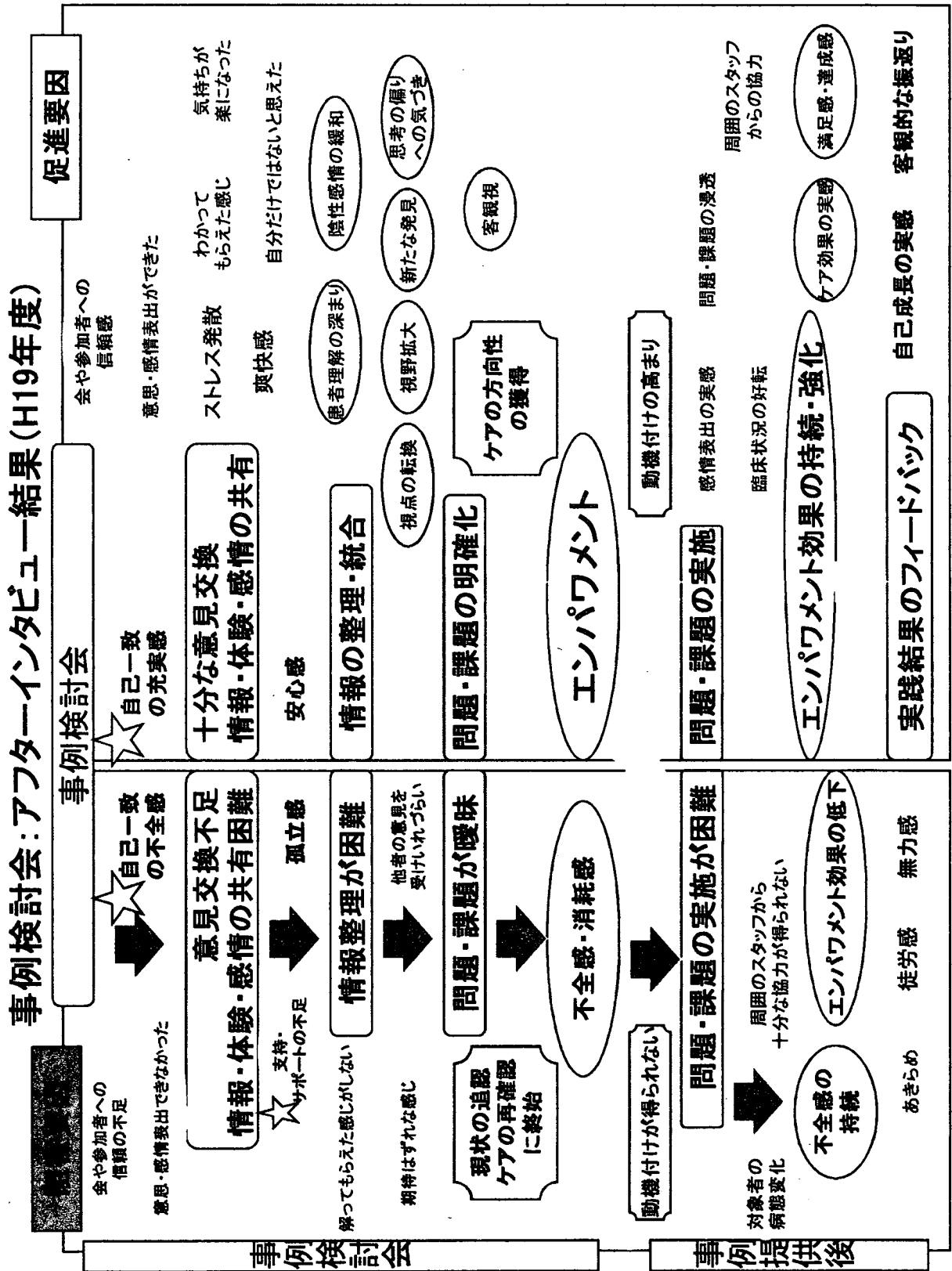


図 2: エンパワメント効果の阻害要因と促進要因



7) 包括的暴力防止システム(CVPPP)の運用実態と効果

包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme :CVPPP) の運用実態と  
その効果に関する研究報告

○下里誠二 (信州大学医学部保健学科)

谷本桂 (信州大学医学部保健学科)

平野誠 (国立病院機構肥前精神医療センター)

西谷博則 (国立病院機構肥前精神医療センター)

松尾康志 (国立病院機構肥前精神医療センター)

平野哲則 (国立病院機構東尾張病院)

佐藤紳一 (国立病院機構花巻病院)

大迫充江 (国立精神神経センター武蔵病院)

研究要旨： 指定入院医療機関では、暴力マネジメントに対して包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme :CVPPP) を導入している。本研究ではプログラム導入後 CVPPP が実際の場面でどのように運用されているかを身体的介入 (チームテクニクス) の使用状況と使用しているスタッフのインタビューから検討した。結果、チームテクニクスでは介入にあたって大きな外傷を負うことなく介入できていた。また、スタッフも暴力に対してアセスメントや言語的介入 (ディエスカレーション) を意識して介入するようになっていた。今後 CVPPP により暴力への治療的介入の技法が高められていくことが期待されるものと考えられた。

**A. 研究目的**

医療観察法の指定入院医療機関では、肥前精神医療センターを中心に開発された、暴力マネジメントのための包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP, 包括的暴力防止プログラム認定委員会編, 2004) が導入され運用されている。CVPPP は、身体的介入の手技に止まらず、患者の暴力に対するスタッフの意識を変え、身体的暴力に発展させないための言語的介入を行い、可能な限り隔離拘束を行わずにケアするための方策であり、対象者の尊

厳を保ち行動制限の最小化を目指すためのプログラムである。このような暴力マネジメントの系統的な手法の導入は本邦では初めてのことであり、また、開始されてから2年余しか経過していないため、運用状況の実際については十分に把握されていない。

そこで、指定入院医療機関で実際にどのような暴力行為が発生し、CVPPP がどのように運用されているかについての実態調査を行なうと共に、看護スタッフが CVPPP を実施した体験に分析を加えることを通じて、CVPPP の効果について検討することを本研究の目的とした。

## B. 研究方法

本研究では2つの方法を用いた。一つは診療録のインシデントレポートに基づく暴力の実態と CVPPP の運用状況実態についての調査である。もう一つはスタッフへのインタビューに基づく、対象者の暴力場面に関わったことへの思いと、CVPPP の効果に関する認識についての調査である。

### 1) 暴力の実態と CVPPP の運用実態

暴力の実態と CVPPP の運用実態については、7施設を対象に、開棟時から2007年12月までのインシデントレポートのうちで暴力報告に該当するレポートから以下の項目を取り上げ、その実数及び暴力の傾向について分析した

- ① 暴力の当事者となった者の特徴：年齢、性別、病名
- ② 暴力の状況：時間、場所及びテキスト記述による状況の説明
- ③ 暴力の内容：SOAS-R (Nijiman et al., 2002) にもとづく暴力の内容
- ④ 暴力に対する介入の概要：介入したスタッフ、どのような介入をしたか（チームテクニクス、身体的抑制（抑制帯によるもの）、ディエスカレーション、隔離、投薬、環境調整、その他）、介入のコンテキスト記述

### 2) スタッフへのフォーカスグループインタビューによる調査

各施設6名程度のグループによるフォーカスグループインタビューを行った。同意の得られたスタッフに対して、「CVPPP を使用して暴力に介入しての効果」、「暴力介入に対する思い」について約1時間話してもらった。4施設で行い、録音した会話の

内容及びフィールドノートに基づいて質的分析を行った。

### 3) 倫理的配慮

本研究は信州大学医学部倫理委員会の承認を得て行った。個人が特定されないようにデータは連結不可能匿名化された状態で厳重に保管した。スタッフへの調査に関しては、研究の目的、方法、研究参加については任意であること、話したくないことは話さなくて良いこと、途中棄権できること、拒否しても不利益とならないことが保証されること、個人は特定されないこと、データ管理の方法について書面で説明し同意を得た。録音、録画された媒体は、分析者のみが利用し、分析後再生不可能な状態で破棄した。

## C. 研究結果

### 1) 暴力インシデントレポートに基づく実態調査

データは7つの指定入院医療機関から収集された。それぞれ開棟時期は異なるが、開棟時から2007年12月31日までのすべての身体的攻撃行動についてインシデントレポートに基づき調査した。

対象の7施設は2005年から2006年までに開棟しており、開棟から2007/12/31までに全体で365名の対象者がいた。

このうち身体的介入を伴う暴力は、88件で、暴力を起こした対象者は45名（男性36名、女性9名）であった。同一対象者が起こした身体的暴力の数は1回が31名、2回が7名、3回が2名、4回が1名、5回1名、9回が1名、15回が1名であった。

対象者の主診断はICD-10でF2統合失調症圏39名、F3気分障害圏1名、F6人格障

害圏 2 名、F9 発達障害圏 1 名、他てんかん 1 名であった。主診断が人格障害もしくは主診断以外に人格障害を合併している対象者は 30 名のうち 18 名、軽度以上の精神発達遅滞のある対象者が 14 名、アルコール・薬物乱用のある対象者は 6 名であった。対象者の年齢は 20 代 7 名、30 代 19 名、40 代 8 名、50 代 5 名、60 才以上 6 名であった。

暴力の内容は殴る（殴りかかる）がもっとも多く、蹴る、物を使うがそれに次いで多く、結果としては外傷を負わなかった場合が多かった（表 1）。外傷を負った場合については、その経過を確認したところ、大半が対象者に最初に攻撃を受けた時点であり、チームテクニクスによって身体的介入を開始した後ではなかった。身体介入を開始した後に外傷を負ったケースは対象者では全くなく、スタッフが外傷を負ったケースは 1 件のみあったが、このケースは身体介入中に対象者に噛まれたものであった。

チームテクニクスが利用されたのは 88 件のうち 49 件であった。状況としては、一度の暴力に複数種類の方法を使用している場合もあり、立位での介入が 17 回、座位での介入が 20 回、臥位での介入が 25 回であった。チームテクニクスが使用されなかったのは、誰かを殴った後すでに対象者は落ち着いていた、というようなケースであった。このようなケースでは、言語的に介入するだけですみ身体的な介入を必要としなかった。

チームテクニクスの際に介入を担った人数は、49 件のうち 2 人での介入が 5 回、3 人での介入が 30 回、4 人での介入が 11 回、5 人での介入が 2 回、7 人での介入が 1 回であった。このうち、女性スタッフがリー

ダーになっていたケースが 13 件、メンバーに女性が加わっていたケースが 26 件あった。暴力発生時点で自室施設中、あるいは隔離室で隔離中か身体的拘束中のケースが 14 件、当初隔離されてはいなかったが、暴力発生後に隔離されたケースが 13 件、身体的拘束となったケースが 1 件あった。

## 2) スタッフへのインタビュー調査

「CVPPP を使用して暴力に介入しての効果」「暴力介入に対する思い」について、フォーカスグループインタビューにより語ってもらい、それを逐語録に起こし、2 段階のカテゴリー化を行なった。

分析の結果、32 サブカテゴリーが抽出され、最終的に 14 カテゴリーに分類された。以下にサブカテゴリーを〈 〉、カテゴリーを【 】で示す。

運用状況については、〈暴力を受けないように考えて行動するようになった〉〈患者の言動により注意するようになった〉〈患者の行動を予測して関わるようになった〉から【リスクアセスメントを意識化するようになった】を抽出できた。〈落ち着いた状態を維持できるように関わっている〉〈言語的介入を意識して行っている〉から【エビデンスに基づいた言語介入をしている】を抽出できた。〈勤務中はチームテクニクスでの介入を想定して自分の役割を意識している〉〈スタッフそれぞれの役割を考えつつ自分の役割を意識している〉〈チームテクニクスをうまく運ぶための間接的な役割を意識している〉から【チームテクニクス（身体介入技法）を実行する際の役割意識を持っている】を抽出できた。〈チームテクニクスだけが CVPPP ではないこ

とを認識している><チームテクニクスは暴力介入の最終手段であると認識している>から【チームテクニクスだけではない暴力への介入を意識している】を抽出できた。

暴力介入については、<全員がチームテクニクスを知っていると安心する><チームテクニクスを知らない人との暴力介入は恐怖を感じる>から【チームテクニクスを安心して使いたい】を抽出できた。<暴力介入は交渉で終わらせたい><その後の関わりに影響するので身体介入は避けたい>から【交渉でその場をおさめたい】を抽出できた。

運用した実感としては、<言語的介入では日頃の患者との関係がベースになる><言語的介入は日常の関わりが影響する>から【言語的介入は日頃の患者との関係が影響する】を抽出できた。<少人数で行える><身体介入が早く行える><役割交代が可能である>から【チームテクニクスには利点がある】が抽出できた。<長時間の拘束は身体的に難しい><顔を使った攻撃は防げない>から【チームテクニクスには限界がある】が抽出できた。<ブレイクアウェイよりもチームテクニクスを使用する><ブレイクアウェイを使う状況がない>から【ブレイクアウェイはあまり利用していない】が抽出できた。

今後については、<スタッフ間で情報交換を行える><記録で情報の共有ができる>から【情報が共有できる】が抽出できた。<スタッフ間でお互いに関心に向けて見守る><見守られて安心感を持って患者と関わる>から【見守られているという安心感がある】が抽出できた。<事後に同僚や上司のフォローがある><応援要請にすぐに

応じてもらえる>から【フォロー体制がある】が抽出できた。<十分に言語的介入できるマンパワーがある><隔離せずに患者の様子を見守れるマンパワーがある><暴力のリスクの高い患者に1人で関わらずに済むマンパワーがある>から【マンパワーがあることが CVPPP を運用する上で重要になる】が抽出できた。

#### D. 考察

同一の対象者が暴力を複数回起こしているため、そのとき入院している対象者によって暴力の起こる頻度が全く異なると考えられた。

チームテクニクスでは臥位での介入が25件と多く、座位での介入も20回行われていたが、これまで、入院患者の暴力に対して、立ったまま、あるいは座って言語的介入を試みるために安全にスタッフに関わる方法は知られていなかった。攻撃性の激しい患者にそのまま立って、あるいは座ってコミュニケーションをとることは攻撃を受けるリスクがあるため難易度が高いが、こうした技法を利用しても介入後スタッフがけがをしていないことから、安全に介入することができるようになったのではないかと考えられる。

チームテクニクスを使用して身体介入を行い、その結果としてけがをしたスタッフは1名であった。チームテクニクスを使用しなかった場合との比較検討はされていないが、現時点では深刻なけがの減少 (Mortimer, 1995) につながっている可能性があり、チームテクニクスの安全性は確かめられつつあると考えられる。

今回の調査では暴力後に隔離あるいは拘



束となったケースは14件であった。暴力の程度が大きいほど隔離になるケースは増える(下里, 2002)ため、CVPPPを用いたことによる影響は不明であるが、今後、他の精神科病棟との比較を行っていく必要があると考えられる。

さらに、CVPPPによる介入は、看護者の性差に関係なく利用可能であることが期待されているが、チームテクニクスを使用する際、女性がリーダーあるいはメンバーとなっているケースもあり、性差を問わない介入が目指されつつあると考えられる。

インタビューのデータから、看護師が、エビデンスに根ざしたリスクアセスメントや言語的介入の重要性を理解し、暴力への介入に意識的に関わるようになっていくことが明らかになった。また、攻撃性の高まった対象者と接する際に、介入のための専門的な手法を身に付けていることで、不安が減少していることがわかったが、そのことは看護師としての介入に自信を持つ(Parkes, 1996)ことにもつながっていると考えられる。これらの結果は、CVPPP導入の目的が達成されつつあることの表れであるといえるが、運用に際しては、職場全体として暴力への介入に対する意識や体制が強化される必要のあることも明らかになった。今後さらに暴力介入技法を適切に運用するための方法論的検討がなされる必要が考えられる。

## E. 結論

看護師にとって、対象者の暴力へのCVPPPによる身体的介入を実際に行なった体験は、エビデンスに基づいた介入の必要性と有効性についての意識を高めるもの

と考えられた。また、チームテクニクスに関する方法論的な改善の模索は常に行っていく必要があるものの、これまでのところ、安全に運用されていると考えられた。

次年度は、全指定入院医療機関を対象として、暴力への介入の実態を調査すると共に、事例を限定した上で、「チームテクニクスを使用している時間の長さ」「交代の時間」「バーバルコミュニケーションによる鎮静の効果など」に関して、詳細な検討を加えてみたい。それと同時に、暴力が起きる際の対象者の個人特性について、疫学的な観点からの詳細な調査を継続し、リスク要因の明確化を図ることが必要である。そのためには、精神症状、社会的スキル、知的機能、などをマッチさせたコントロール群との隔離期間の比較などが必要になるため、こうした情報を得ての研究を進めたいと考えている。

また、今後、デブリーフィングの理論的枠組みに関して、看護者の暴力被害についての認知の特性や、被害者のストレス緩和、危機介入をめぐる事実関係の把握、介入の評価、スーパービジョンの方法論等についての検討も必要である。

## 〈参考文献〉:

- 1) 包括的暴力防止プログラム認定委員会編, 包括的暴力防止プログラムマニュアル, 医学書院, 2004, 東京
- 2) Mortimer: Reducing violence on a secure ward, *Psychiatric Bulletin*, 19:605-608, 1995.
- 3) Nijman H, Palmstierna T: Measuring aggression with the Staff Observation

Aggression Scale Revised. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl, 412:101-2,2002.

4) Parkes J 1996. Control and restraint training: a study of its effectiveness in a medium secure psychiatric unit. The Journal of Forensic Psychiatry, 7(3), 525-534.

5) 下里誠二, 風間真理, 森千鶴, 暴力行為のみられる患者等の身体的暴力に関する研究, 看護総合科学研究会誌, 3(2), 61, 2002.

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

○下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志, 西谷博則他, Broset Violence Checklist(BVC)日本語版による精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測の検討, 精神医学, 49(5), 529-537, 2007.

### 2. 学会発表

○坂本岳之, 下里誠二, 看護学生が実習中に患者から受ける暴力および暴力の認識の実態調査, 日本看護研究学会雑誌, 30(3), 170, 2007.

○下里誠二, 宇都宮智, 山田洋, 精神科病棟における3ヵ月以上在院者の身体的攻撃と患者の社会的スキルの関連, 日本看護研究学会雑誌, 30(3), 168, 2007

## 他害行為を行った精神障害者の特徴に関する研究

分担研究者 吉川和男  
国立精神・神経センター精神保健研究所  
司法精神医学研究部長

### 研究要旨

触法精神障害者の治療を規定するわが国初の法律である医療観察法の入院対象者35名に対し、世界各国で広く普及しているリスク・アセスメント・ツールHCR-20による評価を行い、その各項目と急性期ステージの治療期間の相関を検討した。法施行から間もないこともあり、対象者の全治療期間ではなく入院処遇中の急性期ステージに限って調査を実施した。入院治療の導入の時期で、かつ、その後の治療が円滑に進むか否かの要因が多く含まれている急性期ステージの期間と、HCR-20のかなりの項目が相関していたことは、HCR-20が日本の司法精神医療の現場でも十分に適用できる可能性を示していると考えられた。

急性期ステージの期間と有意な相関のあった変数は、性別、R1（計画が実行可能性を欠く）、R4（治療的試みに対する遵守性の欠如）、R5（ストレス）であった。この背景として、パーソナリティ障害、物質関連障害、精神遅滞、認知症などの治療困難な対象者への治療プログラムが十分に機能しておらず、治療計画の立案自体に問題が生じていることが、急性期の治療期間の長期化の要因となっていると考えられ、今後の課題が示された。

また、本研究で急性期ステージの期間と直接相関していなかったH5（物質使用の問題）や、負の相関を示したH7（サイコパシー）については、入院という保護的な環境における評価では十分ではなく、退院後の地域社会において評価を継続的に行っていく必要があると考えられた。

### 研究協力者

樽矢敏広、平林直次、安藤久美子  
国立精神・神経センター武蔵病院

## A. 研究目的

平成 15 年 7 月に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(以下、医療観察法と略す)が制定された。この法律は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者に、専門的な医療や観察、指導を提供することによって、同様の他害行為の再発を防止し、社会復帰を促進することを目的としている。

医療観察法において入院の対象となるのは、心神喪失または心神耗弱の状態で重大な他害行為を行い、審判によって医療観察法の入院による医療が必要であると判断された者である。対象者は全国にある医療観察法の指定入院医療機関に搬送され、入院後は、厚生労働省が認定した入院処遇ガイドラインに従って専門治療プログラムを受けことになる。

入院処遇ガイドラインでは、入院医療を急性期、回復期、社会復帰期の三つのステージに分けている。急性期は入院から概ね 3 ヶ月が想定されており、病的体験・精神症状の改善、身体的回復と精神的安定、治療への動機付けの確認、対象者との信頼関係の構築などが目標となる。回復期は急性期に続く概ね 9 ヶ月が想定されており、病識や自己コントロール能力を獲得し、治療プログラムに参加することによって日常生活能力を回復し、病状の安定を図ることによって院内散歩や院外外出をすることが目標とされている。社会復帰期は回復期に続く 6 ヶ月が想定されており、治療プログラムに参加することによって自らの障害を受容したり、社会生活能力(服薬管理、金銭管理)を回復させ、社会参加に対する準備を行うことなどが目標とされている。各治療ステージへの移行は、それぞれの対象者の治療の進み具合を、ガイドラインに示された治療目標に沿って多職種チームで評価

した上で、病院長が主宰する運営会議で決定される。

平成 17 年 8 月 2 日に開棟した国立精神・神経センター武蔵病院(以下、武蔵病院と略す)の医療観察法病棟では疾病教育や認知行動療法、SST(Social Skills Training)、作業療法プログラム、内省プログラム、物質使用障害プログラム、そして社会復帰講座などを個別の状況に合わせながらそれぞれを組み合わせて実施している。

医療観察法の医療の目的は、端的に言えば、対象者が再び同様の他害行為を起さないようにリスク・アセスメントを行ってリスク・ファクターを同定し、それぞれのリスク・ファクターに対し、治療介入(リスク・マネジメント)を行うことにある。司法精神科領域においてリスク・アセスメントを体系的に行うツールとしては、カナダの Webster らによって開発された HCR-20(Historical, Clinical, Risk management 20 items)が代表的である。これは、表 1 に示したヒストリカル、クリニカル、リスク・マネジメントの 3 つのサブスケールから構成される。

表1 HCR-20(Historical, Clinical, Risk management 20 items)の各項目

ヒストリカル (過去)	クリニカル (現在)	リスク・マネジメント (未来)
H1.過去の暴力	C1.洞察の欠如	R1.計画が実行可能性を欠く
H2.最初に暴力を行ったときの年齢が低い	C2.否定的態度	R2.不安定な要因への暴露
H3.関係の不安定性	C3.主要精神疾患の活発な症状	R3.個人的支援の欠如
H4.雇用問題	C4.衝動性	R4.治療的試みに対する遵守性の欠如
H5.物質使用の問題	C5.治療に反応しない	R5.ストレス
H6.主要精神疾患		
H7.サイコパシー		
H8.早期の不遵従		
H9.人格障害		
H10.過去の監督の失敗		

HCR-20 は、従来のリスクに対する臨床家判断が客観性や透明性に乏しく、また保険数理学的手法によるリスク・アセスメント