

CVPPP の構成要素 (包括的暴力防止プログラム認定委員会編, 2004) である「アセスメント」, 「ディエスカレーション」, 「身体的介入技法」, 「ディブリーフィング」について有効だと考えるか否かについて, 「感じない, あまり感じない, どちらとも言えない, やや感じる, 大いに感じる」の 5 段階による評価を求めた。

### ＜倫理面への配慮＞

本分担研究への取り組みについては, 倫理審査委員会で審査を受け, 承認を得て実施した。調査対象者に対しては, 書面による趣旨説明に基づく研究同意を得ると共に, あらゆる時点における調査拒否の権利について保証した。また管理者, 看護管理者に協力を要請し, 実施した。

## C. 研究結果, 及び考察

### 1) 指定入院医療機関におけるクリティカルパス作成

14 施設のクリティカルパス使用状況 (使用しているパスの内容, 使用の感想, 未使用の理由, パスに関する意見) を調査した結果, 効果を実感する施設と, バリエーションの多さなどから疑問視する施設, 精度を高め医療の質を向上できるとの期待と, パスを使った標準化自体への疑問が並存していた。

### 2) 対象行為の確認の実施状況と対象者の内省プロセス

対象行為の確認を通じた内省について, その共通特性や類型別特性の明確化と共に, 対象者の個性に見合った内省深化の支援方法の具体化を図っている。対象行為の確認と内省進化の促進要因と阻害要因, 特に確認への抵抗への対応, 施設間の状況の相違に焦点を当てている。対象者の面接を通じて, 支援過程と支援方法に分析を加え, 日常的な関わりを通じた看護師特有の関わりが成果を挙げていることが確かめら

れた。

### 3) グループ・プログラムにおける多職種連携と役割分担

#### 3) - 1: 医療観察法における認知行動理論に基づいた看護面接の展望

指定入院医療機関におけるグループ・プログラムの充実と多職種連携の発展に向け, 心理教育, 認知行動療法, SST の関連性に焦点を当て, グループ・アプローチを個別ケアに生かすためのかわりの実態と問題点に重点を置き, 施設間交流を踏まえた検討を行った。

#### 3) - 2: 司法精神医療における作業療法の取り組みと今後の課題

調査・検討の結果, 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は, 一般精神科病院が抱えている多くの課題の解決の糸口を示すものであり, 本医療で得られた経験を一般精神科医療へ一般化させる方法も含め, 検討が必要であることが示唆された。

### 4) 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

分析・検討の結果, 多職種連携の中で看護師が実施してきた地域自立支援の検討から, 入院当初からの看護師の意識的な関与, クライシス・プランをめぐる社会復帰調整官をはじめ地域スタッフとのずれの調整が重要であり, それには退院した対象者のフォローアップが重要であることが明確になった。

### 5) 指定入院医療機関の医療に対するスタッフの意識の明確化

各施設の看護リーダーを主な対象とした意識調査に基づいて指定入院医療機関における医療・看護の課題と, ガイドラインの充実, 施設間交流等, 具体的な改善策の検討に取り組んでおり, 施設間格差の解消には, 施設間交流と共にガイドラインの拡充が急務であることがわかった。

## 6) 多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化

多職種による事例検討会を毎月実施し、そこでの討論経過と事例検討後の経過の検討を通じて、事例検討会の機能発揮の条件は自己一致を可能にする雰囲気作りと、事例検討後の提供者支援にあることの確認に加え、事例検討会参加への抵抗感の払拭が重要であることが明確になった。

## 7) 包括的暴力防止システム (CVPPP) の実施状況

全指定入院医療機関における対象者の暴力行為への介入の実態と CVPPP の実施状況の調査と共に、暴力が起きた時点での対象者の特性に分析を加え、リスク要因の明確化を試みている。暴力被害を受けた看護師に必要な支援と提供システムの具体化が急務であることが明確になった。

## D. 結語

上記 1) ~7) のいずれのテーマに関しても、看護師や他職種による対象者への支援指針の明確化や、指定医療機関の運営上の問題点の解明と改善につながる成果が得られている。とりわけ今年度は、指定入院機関における医療の3年余の蓄積を踏まえて、ガイドラインの裏づけと補完に役立つ内容が得られたと考えられる。

- 1) クリティカルパスの導入経過の分析と実態調査の結果は、治療の標準化を推進しながら、対象者の多様性に対応したケアをバランスよく併用していくための判断材料として活用できる。
- 2) 事例分析、並びにスタッフ・対象者の面接調査から得られた内省深化の5段階図式は、対象行為の確認を通じて対象者の内省深化の促進する上で、ガイドラインとして活用できる。
- 3) 多職種チームの連携によるグループ・プログラムの活動分析は、対象者の成長・自立を促

していくために、多様なグループを多職種が連携して運営するためのモデルとして活用できる。

4) の成果は、医療観察法による医療の地域・施設間格差を浮き彫りにした調査結果を、成果の上がっている地域・施設をモデルとしたガイドラインの補完と、各施設の問題点の改善に活用できる。

5) の成果は、指定入院医療機関における看護実践の実態を明らかにするとともに、全国から集まった病棟看護管理者たちによる交流とピアレビューの場としても活用できる。

6) 医療観察法による医療の地域・施設間格差を浮き彫りにした調査結果を、成果の上がっている地域・施設をモデルとしたガイドラインの補完と、各施設の問題点の改善に活用できる。

7) CVPPP の導入経過、適用実態についての調査・分析結果は、この方法が既存の精神科医療も含め行動制限最小化に不可欠であることの根拠を与え、具体的な実施の指針として活用できる。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 須藤徹，黒木まどか，壁屋康洋，益田和利，廣田英樹，西谷博則，平野誠：奇妙な語呂合わせにかられ、他害行為を繰り返す症例 診断および責任能力に関する考察. 司法精神医学, 3(1), 148, 2008
- 2) 益田和利，壁屋康洋，西谷博則：母親との相互依存関係に起因する傷害行為により、入院となった対象者への認知行動療法的アプローチ. 司法精神医学, 3(1), 138, 2008
- 3) 倉田有紀，四宮美絵，西谷博則：内省の深まりのなかった対象者へのアプローチ 治療へ

の動機付けと退院に至るまでの経過. 司法精神医学, 3(1), 137, 2008

4) 菊池安希子, 朝波千尋, 安藤久美子, 今村扶美, 岩崎さやか, 大迫充江, 小原陽子, 金子一恵, 小松容子, 田川理絵, 樽矢敏広, 三澤剛, 水野由紀子, 平林直次, 吉川和男: 武蔵病院医療観察法病棟における一般的他害行為防止プログラムの開発. 司法精神医学, 3(1), 135, 2008

5) 木原深雪, 宮本真巳, 小野木和昭, 吉川知里, 田川理恵, 丹山智博, 高野和夫, 佐藤るみ子: 指定入院医療機関に入院した対象者の地域自立支援に向けた連携の検討. 精神科看護 2月号 vol.36/通巻 197号 p.37~46, 2009

6) 木原深雪, 大迫充江, 佐藤恵子, 島田亜紀子, 高野和夫, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 医療観察法指定入院医療機関における看護師の社会復帰支援に関する研究, 精神科看護, 35(4), 48-55, 2008

7) 笠松理恵子, 美濃由紀子, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 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, 第39回日本看護協会学会論文集-精神看護—, p164-166, 2008

8) 下里誠二: 暴力のリスク・マネージメント 暴力のリスク・アセスメント, 精神医療, 52, 110-113, 2008

9) 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—. 医学書院, 精神看護, 11(3), pp60-63, 2008年5月

10) 美濃由紀子, 牧野貴樹, 宮本真巳: 医療観察法における指定入院医療機関スタッフの意識調査—開棟前の期待や危惧に基づいた開棟後アンケート調査より—. 日本精神科看護学会 第15回 専門学会II学会誌, 日本精神科看護技術

協会編: 精神看護出版, pp488-492, 2008年11月

11) 美濃由紀子: 「医療観察法」—看護の立場から何が出来るか—鑑定入院・通院医療に焦点をあてて—. 医学書院, 精神看護, 11(3), pp16-19, 2008年5月

12) 岡田幸之, 美濃由紀子: 医療観察法の鑑定入院で看護には何が求められているか. 医学書院, 精神看護, 11(3), pp24-36, 2008年5月

13) 美濃由紀子, 宮本真巳: 司法精神看護を学べるチャンスはここに 있습니다. 医学書院, 精神看護, 11(3), pp73-78, 2008年5月

## 2. 著書

1) 宮本真巳他: 実践 精神科看護テキスト 第17巻『司法精神看護』日本精神科看護技術協会監修 (編集委員: 天賀谷隆, 遠藤淑美, 末安民生, 宮本真巳, 吉浜文洋), 精神看護出版, 2008年8月

## 3. 学会発表

1) 板山稔, 大迫充江, 鈴木久仁子 (2008): 医療観察法における入院期間と退院支援に関する介入時期の比較第16回精神科リハビリテーション学会学術学会

2) 板山稔, 佐藤恵子, 鈴木久仁子, 三本昌子, 大迫充江 (2008): 医療観察法指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成 (第1報)—各治療期における入院期間と退院支援の比較検討—. 第6回国立病院看護研究学会学術集会。

3) 佐藤恵子, 板山稔, 鈴木久仁子, 三本昌子, 大迫充江 (2008): 医療観察法指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成 (第2報)—急性期クリティカルパスにおけるバリエーション内容及び要因の分類—. 第6回国立病院看護研究学会学術集会

4) 熊地美枝, 高崎邦子, 小原陽子, 杉山茂, 太智晶子, 高橋直美, 高橋理沙, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 対象行為に関する対象者

との話し合いの実施状況と対象者の内省プロセスの明確化(第2報)日本精神障害者リハビリテーション学会 第16回東京大会(2008.11.23)

5) 平野豊和, 三上勇氣: 医療観察法における内省訓練が社会活動性に与える影響～認知行動理論を用いて～, 第34回日本行動療法学会(東京)

6) 平野豊和, 平野哲則: 医療観察法における治療プログラム-看護師を主体とした認知行動療法理論を用いたSSTプログラム-, 第62回国立病院総合医学学会(東京)

7) 平野豊和: 医療観察法におけるSST-看護師が実践する認知行動理論で構成されたSST-, 第4回医療観察法関連職種交流会(金沢)

8) 笠松理恵子, 美濃由紀子, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本正巳: 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-, 第39回日本看護協会学会-精神看護-, 2008

9) 美濃由紀子, 宮本真巳, 吉川和男: 指定通院医療機関における触法精神障害者の治療・ケアの現状と課題-多職種チームスタッフの抱える困難に焦点をあてて-, 第4回日本司法精神医学大会, p23, 2008年5月(福岡)

10) 美濃由紀子, 牧野貴樹, 宮本真巳: 医療観察法における指定入院医療機関スタッフの意識調査-開棟前の期待や危惧に基づいた開棟後アンケート調査より-, 日本精神科看護学会第15回専門学会II, p488, 2008年11月(佐賀)

11) 美濃由紀子, 宮本真巳: 指定通院医療機関における訪問看護の効果と今後の課題-医療観察法における触法精神障害者の社会復帰支援-, 第28回日本看護科学学会学術集会, p435, 2008年12月(福岡)

12) 美濃由紀子, 宮本真巳: 指定入院医療機関の看護師によるC&R(CVPPP)の実施状況と行動制限の実態, 第28回日本看護科学学会学術集会, p517, 2008年12月(福岡)

13) 谷本桂, 下里誠二: 包括的暴力防止プログラム運用の効果に関する研究-フォーカスグループインタビューからの検討-, 日本看護研究学会雑誌, 31(3), p332, 2008

14) 下里誠二, 谷本桂: 精神科における暴力対処の教育プログラムに関する研究-包括的暴力防止プログラム研修後の意識調査-, 日本看護研究学会雑誌, 31(3), p251, 2008

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1) 指定入院医療機関におけるクリティカルパス作成  
～指定入院医療機関のクリティカルパスの使用状況と使用に対する認識～

研究者名：○ 板山 稔 国立精神・神経センター病院  
三本 昌子 国立精神・神経センター病院  
大迫 充江 国立精神・神経センター病院  
佐藤 恵子 国立精神・神経センター病院

**研究要旨**

医療観察法が施行されて4年を迎え、全国の指定入院医療機関が増えてきている中で、医療の標準化を進めることは非常に重要な課題である。本研究は、各医療機関におけるパスの使用状況とパスに対する認識について実態を明らかにし、指定入院医療機関でクリティカルパスの運用を促進させていくための課題について考察することを目的とした。全国の指定入院医療機関16施設、および開設が予定されている1施設、合計17施設を対象とし、郵送法による質問紙調査を行った。自由記述の質的データに関しては質的記述的分析を行い、属性や自由記述のコード数などの数量的データはクロス集計を行った。17施設中、15施設から回答を得た。

その結果、病床数が33床の施設ではパスの使用率が高い傾向があることが認められた。クリティカルパスの導入、運用に対する認識は14のカテゴリーに分類され、【バリエーションの多発】を中軸にし、対立した構造とそれぞれに影響を与える要因が存在した。クリティカルパスを使用することでの効果実感が、運用を促進させる大きな要因となり、定着させるための新たな試みを生み出すことが示唆された。

**A. 研究目的**

「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)において、医療の標準化を行うことは、法に基づきながら専門的医療を確実に効率よく提供する上で重要である。このことは、対象者の回復と社会復帰を円滑に進めることにもつながる。とりわけ、医療観察法が施行されて4年を迎え、全国で指定入院医療機関の数も増えてきた中で、医療の標準化を進めることは非常に重要な課題であると考えられる。

これまでの本分担研究で、筆者らは、疾患別では、気分障害群において入院期間や介入時期の特異性が見出されるが、対象行為別では特異性が見出されないことを明らかにしてきた。さ

らには、回復期と社会復帰期の入院期間の比較分類、クリティカルパス運用に伴うバリエーション要因の特徴などを報告し、ガイドラインに示されたクリティカルパスの検証と改編を試みてきた<sup>1)2)</sup>。バリエーション分析の結果からは、医療者の認識に関連して多くのバリエーションが発生していることがわかり、このことがクリティカルパスの導入や運用を妨げる要因になっていることが考えられた。

そこで本研究では、各医療機関におけるクリティカルパスの使用状況と、導入や運用に対する認識について実態を明らかにし、指定入院医療機関でクリティカルパスの運用を促進していくための課題について考察することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

すでに開設している全国の指定入院医療機関 16 施設 (平成 20 年 10 月時点), および開設が予定されている 1 施設, 合計 17 施設を調査対象とした。

### 2. 調査期間

平成 20 年 11 月～平成 20 年 12 月

### 3. 調査方法と調査内容

郵送法による質問紙調査を行った。質問にはクリティカルパスの担当者ら (不在の場合は病棟師長ら) に回答してもらうこととし, 質問紙は 1 施設に 1 部ずつ郵送した。

質問内容は施設の病床数, 開設からの年数などの基本属性, 並びに使用しているクリティカルパスの内容であり, 使用してみたの感想, 未使用の理由, パスに関する意見・感想についても自由に記述してもらった。

### 4. 分析方法

自由記述の質的データに関しては質的帰納的分析を行った。まず記述内容からクリティカルパスに関する記述を抜き出し, 意味内容を損なわないよう内容ごとに 1 つずつにまとめ, これをコードとした。コードの類似性に基づきグループ化を繰り返しながらカテゴリーを生成した。カテゴリー同士の関連は図解し, その関連について叙述した。

属性や自由記述のコード数などの数量的データはクロス集計を行った。

### 5. 医学的倫理的配慮について

疫学研究の倫理指針を遵守し, 対象施設に対して研究協力は任意であること, いつでも協力の撤回ができることなどについて文書を用いて説明し, 回答のあった施設に関して研究協力の同意を得たものと判断した。また, 研究計画については研究者所属施設の倫理委員会の承認を得た。

## C. 研究結果

### 1. 調査対象施設の概要

17 施設中, 15 施設から回答を得た (回収率 88.2%)。開棟予定の 1 施設を除外し, 14 施設を分析対象とした。病床別では, 33 床が 8 施設, 15 床が 5 施設, 5 床が 1 施設であった。開設からの年数では, 1 年未満が 2 施設, 1 年以上 2 年未満が 4 施設, 2 年以上 3 年未満が 4 施設, 3 年以上が 2 施設であった。

### 2. クリティカルパスの運用

#### 1) クリティカルパスの使用状況

14 施設中, クリティカルパスを使用していると回答したのは 8 施設 (使用率 57.1%), 使用していないと回答したのは 6 施設 (42.9%) だった。

病床数 33 床と 15 床以下に分類して比較してみると, 33 病床の 8 施設のうち, クリティカルパスの使用は 6 施設 (75.0%), 未使用は 2 施設 (25.0%) であった。15 床以下の 6 施設では, 使用は 2 施設 (33.4%), 未使用は 4 施設 (66.7%) であった。(表 1)

開設してからの期間に基づく分類による比較では, 1 年未満の 2 施設は 2 施設とも未使用 (使用率 0%), 1～2 年目の 4 施設では 2 施設が使用 (50.0%), 2～3 年目の 6 施設では 4 施設が使用 (66.7%), 3～4 年目の 2 施設では 2 施設とも使用 (100%) となっていた (表 2)。

#### 2) クリティカルパス導入予定

14 施設中, 今後パスを導入する予定と回答したのは 6 施設 (42.9%), 予定はないと回答したのは 6 施設 (42.9%), 2 施設 (14.2%) が無回答だった。

病床数 33 床と 15 床以下に分類し比較してみると, 33 床を有する 8 施設のうち, 今後パスを導入する予定と回答したのは 3 施設 (37.5%), パスを導入する予定はないと回答したのは 3 施設 (37.5%) であった。15 床以下の 6 施設では,

今後パスを導入する予定と回答したのは3施設(50.0%)、パスを導入する予定はないと回答したのは3施設(50.0%)であった。(表3)

指定入院医療機関が開設してからの期間で分類した比較では、開棟から1年未満の2施設は2施設とも導入する予定なし(予定率0%)、1~2年目の4施設は3施設が導入予定あり(予定率75.0%)、2~3年目の6施設では3施設が導入予定あり(予定率50.0%)、3~4年目の2施設では2施設とも無回答だった。(表4)

### 3) 各施設のクリティカルパスの概要

各施設で使用されているパスは、『急性期パス』『回復期パス』『社会復帰期パス』『服薬自己管理パス』『入院2週間パス』『入院時身体管理パス』『外出・外泊パス』『その他(スタッフ用、指標シート)』に分類された。

『急性期パス』を使用している施設は6施設、『回復期パス』『社会復帰期パス』を使用している施設はともに3施設、『服薬自己管理パス』『入院2週間パス』を使用している施設はともに2施設、『入院時身体管理パス』『外出・外泊パス』『スタッフ用パス』『指標シート』を使用している施設はともに1施設であった。

パスを使用していると回答した8施設中、『急性期パス』のみを使用している施設は2施設、『急性期パス』『回復期パス』『社会復帰期パス』の3つを使用している施設は3施設、『急性期パス』と他のパスを併用している施設は1施設、他のパスのみを使用している施設は2施設であった。

パスを使用していないと回答した6施設中、3施設は『入院2週間パス』『指標シート』などを用いていた。(表5)

## 2. クリティカルパスの運用に対する認識

### 1) カテゴリーの内容

回答を得た15施設の自由記述の記載内容を質的帰納的方法で分析した。その結果、76のコードが抽出され、32のサブカテゴリー、14の

カテゴリーが得られた。以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>、コードは「」を用いて表示する。

14のカテゴリーは、含まれるコード数の多い順に、【バリエーションの多発】【実施すべきケア・方向性の明確化】【導入の必要性・期待感】【多職種協働の促進】【目的、対象選定基準の細分化】【機能・精度に対する疑問】【個別的・柔軟的な関わり方の重視】【必要性の実感の乏しさ】【使用方法の不明瞭】【業務量の増大】【定着への新たな試み】【導入への準備時間不足】【対象者との課題の共有】【対処者への不利益】であった(表6)。

【バリエーションの多発】は、多くの施設が実感していることであった。クリティカルパスを使用する中で、<対象者の個別性が大きく一律に進まない>ことや、<バリエーションが多すぎて実際の使用は困難>であると感じていた。

【使用方法の不明瞭】は、<使用方法の曖昧さ>や、運用していく中での評価などの<確認の不徹底>からなり、【導入への準備時間不足】は開設後間もないことから、<準備期間が不足している>ことを含んでいた。

【実施すべきケア・方向性の明確化】【多職種協働の促進】【対象者との課題の共有】は、クリティカルパスを使用することによって実感できる効果を示していた。クリティカルパスにより<実施すべきケアが確実にできる>だけでなく、<治療の方向性が確認できる><多職種との連携・調整に効果がある>と感じることができ、さらに<対象者との共有が図れる>と実感していた。

一方、【業務量の増大】は、クリティカルパスを使用することで<記録の煩雑さ>を感じ、<業務量が増え負担が大きくなる>ことを示していた。また、【機能・精度に対する疑問】【個別

的・柔軟的な関わりの重視】は、クリティカルパスに対する不信感を示すものであった。＜標準化というよりも最低限行わなければならないチェックリスト＞であるとしてクリティカルパスの機能に疑問を感じたり、医療観察法ではなく対象者の個性を重視し、多様にかかわることが重要＞であるという思いを抱いていた。

【必要性の実感の乏しさ】は、クリティカルパスへの関心の低さを示し、ケアについては＜ガイドラインの内容で十分＞と感じ、ある程度慣れれば経験則で対応できると感じていた。さらに【対象者への不利益】は、必要性を感じないだけでなく、クリティカルパスを対象者と共有すること自体が＜対象者を混乱させる＞ことを危惧したものであった。

一方、【導入の必要性・期待感】は、＜入院から退院までのパスが必要＞という実感と、さらなる標準化を試みることや導入に向けての期待を含んでいた。また、【目的、対象選定基準の細分化】【定着への新たな試み】は、＜プログラム、症状ごとのパスは実現可能＞という導入に向けての手ごたえや、勉強会の開催など＜浸透するように働きかける＞といった新たな試みを含んでいた。

## 2) カテゴリーの施設属性比較

クリティカルパス使用の有無でカテゴリーごとのコード数を比較すると、使用している施設では、【実施すべきケア・方向性の明確化】(17.0%)、【バリエーションの多発】(14.9%)、【導入の必要性・期待感】(12.8%)の割合が高かった。使用していない施設では、【バリエーションの多発】(13.8%)、【個別的・柔軟的な関わりの重視】(13.8%)、【必要性の実感の乏しさ】(13.8%)が高かった(表7)。

カテゴリーごとのコード数を病床数で比較すると、33床の施設で割合が高いカテゴリーは、【バリエーションの多発】(20.5%)、【実施すべきケ

ア・方向性の明確化】(20.5%)、【多職種協働の促進】(12.8%)であった。15床以下の施設で割合が高いカテゴリーは、【導入の必要性・期待感】(16.2%)、【個別的・柔軟的な関わりの重視】(16.2%)、【目的、対象選定基準の細分化】(13.5%)、【必要性の実感の乏しさ】(10.8%)であった。(表8)

カテゴリーごとのコード数を開設年数で比較すると、2年以上の施設では【バリエーションの多発】(19.5%)、【実施すべきケア・方向性の明確化】(19.5%)、【多職種協働の促進】(9.8%)が高かった。2年未満の施設で割合が高いカテゴリーは、【導入の必要性・期待感】(17.1%)、【目的、対象選定基準の細分化】(14.3%)、【必要性の実感の乏しさ】(11.4%)であった。(表9)

33床の施設の多くが開設から2年以上を経過し、15床以下の施設の多くが2年未満であることから、33床の施設では、クリティカルパスを使用する上での効果実感や定着させて行くための試みへの意識が高く、15床以下の施設では個別的な関わりを重視する意識や高く、クリティカルパスの必要性の実感不足であった。また、開設から2年未満の施設では、クリティカルパス導入には時間が足りないと感じていた。

## 3) カテゴリーの関連

14のカテゴリーの関連から、クリティカルパスの導入・運用についての認識には対立する構造が見出され、それぞれに影響を与える要因が存在した。(図参照)

【バリエーションの多発】は多くの施設が感じていることであったが、そこから【対象者への不利益】【必要性の実感の乏しさ】へと向かうクリティカルパスの導入・運用に対する否定的な流れと、【導入の必要性・期待感】【目的、対象選定基準の細分化】【定着への新たな試み】へと向かう肯定的な流れに分かれた。また、【バリエーションの多発】そのものは、【使用方法の不明瞭】【導



入への準備時間不足】が影響を与える要因として見出された。

【対象者への不利益】【必要性の実感の乏しさ】には、【個別的・柔軟な関わりの重視】【業務量の増大】【機能・精度に対する疑問】が影響を与え、このような疑問や負担感がクリティカルパス導入への否定的な流れを促進させる要因となっていた。

【導入の必要性・期待感】【目的、対象選定基準の細分化】【定着への新たな試み】へと向かう肯定的な流れには、【実施すべきケア・方向性の明確化】【多職種協働の促進】【対象者との課題の共有】が影響を与えており、クリティカルパスを使用する中で得られたこのような効果実感が肯定的な流れを促進させる要因として見出された。

## D. 考察

### 1. クリティカルパスの使用状況と背景

33床の病棟では看護師だけで43名、他職種を含めると50名を超えるスタッフが勤務している。スタッフの人数が多いことは、既存の精神医療に比べて余裕をもってケアに当たれるという利点を持つが、同時にひとつの事柄を周知徹底するには時間と労力が必要になる。33床の施設では、【実施すべきケアや方向性の明確化】や【多職種協働の促進】を実感することが多かったが、その背景にはこのような多くのスタッフを抱える病棟の特徴が存在していることが考えられる。

逆に病床数の少なさは、治療・ケアにあたるスタッフもある程度限られることから、意思統一を図りやすくする要因となることが考えられる。コンパクトな設定でのかわりには、【個別的・柔軟な関わりの重視】への意識を高め、そのことがクリティカルパスの【必要性の実感の乏しさ】につながると考えられる。

開棟期間が長い施設でクリティカルパスの使用率が高いことは、その病棟での実績に基づいてクリティカルパスを作成する時間が確保されていることが考えられる。ただし、開棟期間が長い施設は33床であることが多いことから、クリティカルパスの使用率の高さは、時間的な要因だけではなく、病床数など他の要因からも多くの影響を受けると考えられる。

開棟からの期間が短い方がクリティカルパスの使用率が低くなる傾向に関しては、【導入への準備時間不足】が影響していると考えられる。開棟までは、人的・構造的施設基準をクリアすることが先決であり、並行して机上研修や先行施設での実地研修を重ねながら、開棟までにスタッフの教育を行っていく。このように、医療観察法病棟では多大な準備を要するため、臨床結果を積み上げて作り出すべきものであるクリティカルパスを開棟時に準備することには困難を感じていると推察される。

クリティカルパスの使用状況に関しては、上記のような背景が考えられたが、ガイドラインで示されているような治療期別のクリティカルパスだけでなく、服薬管理や外出・外泊等に関する施設独自のクリティカルパスを作成し使用している施設も存在していた。クリティカルパスを使用していないと回答していた施設の半数が、実際には独自のクリティカルパスを用いていたことから、クリティカルパスの定義や捉え方に施設間で相違が生じていたと考えられる。

### 2. クリティカルパスの導入・運用に対する促進・阻害要因

2007年に筆者らが行った指定入院医療機関における急性期クリティカルパスのバリエーション分析では、バリエーションの約6割が医療者の意識や認識に起因していることが明らかになった<sup>2)</sup>。本研究でもバリエーションの多発には【使用方法の不明瞭】という医療者の要因が影響しているこ

とが明らかとなり、バリエーションの多さを感じながらも、クリティカルパスを定着させようとする流れも存在することが分かった。

医療観察法病棟ではミーティングや会議の開催、提出文書の作成、対象者に実施するプログラムも企画・実施や定期的な評価などを行わなければならない。一見複雑で煩雑なこれらの業務は、まだ病棟に慣れない看護師の不安や戸惑いを大きくさせ、対象者へのかかわりに揺らぎを生じさせる。クリティカルパスを用いることは、【実施すべきケアや方向性の明確化】に役立ち、看護師の安心や自信を生み出すと考える。

また、医療観察法では多職種協働の理念のもとで、それぞれの職種が専門的にかかわりながら、対象者の治療と社会復帰に協働して取り組まなくてはならない。看護師の数は他職種と比較して圧倒的に多いことから、一人ひとりの対象者の治療に対するマネジメント役割を担うとともに、多職種チーム内の合意形成を得る上でリーダーシップの役割をとることも多い。それには、対象者の治療経過を逐次確認しながら、多職種チームで行うべき治療の方向性を提示することが必要となるが、クリティカルパスはこれらの役割遂行を支える有効なツールとして機能し得ると考えることができる。

このような効果の実感を体験することがクリティカルパスへの更なる期待を高め、クリティカルパスを定着させるための新たな試みへと発展させる原動力となる。

一方、クリティカルパスの必要性の実感を乏しくさせ、対象者の不利益となると感じさせる否定的な流れを生み出していた背景には、クリティカルパスを使用することよりも個別性を重視して多職種チームでかかわるべきだという信念が存在していた。

しかし、クリティカルパスの使用が個別性を重視してかかわることと相反するとは考え難い。

クリティカルパスの目的は、医療の標準化による質の向上や効率化の達成、新人教育、医療支援部門の職務満足度の向上だけでなく、第一の目的として医療内容の公開による患者満足度の向上がある<sup>3)</sup>。

医療観察法の理念である透明性の高い医療は対象者に対してこそ実現されて然るべきものであり、クリティカルパスの理念との間に乖離はないと考えられる。医療観察法ガイドラインでは、強制的な医療であるからこそ対象者には十分な説明を行い、対象者に主体的に治療参加してもらうことが重要であると示されている。対象者と課題を共有するためには、これまでの治療の流れを振り返りながら今後の課題やそれに対する具体的な取り組みを対象者とともに考えることが不可欠である。そのためのツールとしてクリティカルパスは極めて有効であると考えられる。【個別的・柔軟な関わり重視】というスタッフの意識を損ねることなく、そのような高度の問題意識をクリティカルパスの導入・運用に向けて生かしていくことが重要である。そのため、クリティカルパスが医療の効率化だけでなく、対象者の満足度を高めることを目的としていることを改めて周知させていくことが必要であると考えられる。

医療観察法が施行され4年が経過しようとしている現在、早期に開設した施設では、開設当初のスタッフの多くが異動している状況がある。クリティカルパスは、開設が予定されている指定入院医療機関にとって有用となるばかりではなく、新たなスタッフが増えてきている施設ではスタッフへの教育のためにも必要度が高まると考えられる。今後は実績が乏しい中でそれぞれの施設が手探りで作り出すだけでなく、施設間で情報を共有し、エビデンスを蓄積させながら、施設間で共用できる普及版となるクリティカルパスを作成することが求められる。

## E. 結論

全国の指定入院医療機関を対象とした質問紙調査を行い、得られたデータを比較分析した結果、クリティカルパスの使用状況、導入・運用に伴う関連要因に関して、以下のことが示唆された。

1. 病床数が33床の施設の方が15床以下の施設よりもクリティカルパス使用率が高い。
2. 開棟期間の長期群が短期群よりもクリティカルパスの使用率が高い。
3. クリティカルパスの導入、運用に対する認識は14のカテゴリに分類され、【バリエーションの多発】を中軸とした対立構造とそれぞれに影響を与える要因が明らかとなった。
4. クリティカルパスの使用による効果実感が、運用の促進要因となり、定着させるための新たな試みを生み出すことが示唆された。

## <参考文献>

- 1) 板山稔, 佐藤恵子, 鈴木久仁子, 三本昌子, 大迫充江, 佐藤るみ子: 指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成 各治療期の入院期間と社会復帰調整の介入時期の検討. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金 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分担報告書 他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究.
- 2) 佐藤恵子, 鈴木久仁子, 三本昌子, 大迫充江, 板山稔, 佐藤るみ子: 指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成 バリエーション

分析による急性期クリティカルパスのアウトカムと介入時期の検討. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金 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分担報告書 他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究.

- 3) 高瀬浩造, 阿部俊子: エビデンスに基づくクリティカルパス これからの医療記録とヴァリエーション分析. 医学書院, 4・5, 2000

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- 1) 板山稔, 大迫充江, 鈴木久仁子 (2008): 医療観察法における入院期間と退院支援に関する介入時期の比較. 第16回精神科リハビリテーション学会学術大会
- 2) 板山稔, 佐藤恵子, 鈴木久仁子, 三本昌子, 大迫充江 (2008): 医療観察法指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成 (第1報) - 各治療期における入院期間と退院支援の比較検討 -. 第6回国立病院看護研究学会学術集会
- 3) 佐藤恵子, 板山稔, 鈴木久仁子, 三本昌子, 大迫充江 (2008): 医療観察法指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成 (第2報) - 急性期クリティカルパスにおけるバリエーション内容及び要因の分類 -. 第6回国立病院看護研究学会学術集会

表1 病床数別クリティカルパスの使用状況

使用の有無		病床数	
		33床	15床以下
使用	8 (57.1%)	6 (75.0%)	2 (33.4%)
未使用	6 (42.9%)	2 (25.0%)	4 (66.7%)
合計	14 (100%)	8 (100%)	6 (100%)

表2 開設期間別クリティカルバスの使用状況

使用の有無		病棟開設からの時期			
		1年未満	1～2年目	2～3年目	3～4年目
使用	8 (57.1%)	0 (0%)	2 (50.0%)	4 (66.7%)	2 (100%)
未使用	6 (42.9%)	2 (100%)	2 (50.0%)	2 (33.4%)	0 (0%)
合計	14 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	2 (100%)

表3 病床数別クリティカルバス導入予定

導入予定の有無		病床数	
		33床	15床以下
あり	6 (42.9%)	3 (37.5%)	3 (50%)
なし	6 (42.9%)	3 (37.5%)	3 (50%)
無回答	2 (14.2%)	2 (25.0%)	0 (0%)
合計	14 (100%)	8 (100%)	6 (100%)

表4 開設期間別クリティカルバス導入予定

導入予定の有無		病棟開棟からの時期			
		1年未満	1～2年目	2～3年目	3～4年目
あり	6 (42.9%)	0 (0%)	3 (75.0%)	3 (50%)	0 (0%)
なし	6 (42.9%)	2 (100%)	1 (25.0%)	3 (50%)	0 (0%)
無回答	2 (14.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
合計	14 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	2 (100%)

表5 使用されているクリティカルバスの種類

バス内容 / 施設	バス使用施設											合計	
	使用回答									未使用回答			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K		
急性期バス	○	○	○	○	○	○							6
回復期バス			○	○	○								3
社会復帰期バス			○	○	○								3
服薬自己管理バス							○	○					2
入院2週間バス								○	○				2
入院時身体管理バス					○								1
外出・外泊バス						○							1
スタッフ用										○			1
指標シート											○		1

表6 指定入院医療機関におけるクリティカルパス使用に対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
バリエーションの多発	バリエーションが多すぎて実際の使用は困難	バリエーションが多すぎて施設が多い 一貫したパスでは施設が起りやすい 特定入院もある。実際には急性期の3ヶ月を超えることも多くバリエーションにあげていかねむ バリエーションが多すぎる バリエーション(精神症状の不安定・内服薬の調整)などにより使用できないことが多い 個々の患者種とシート内のプログラムがそぐわない 個々の患者の持つ問題は種々で一律に標準化するのには難しい
	対象者の個別性が大きく一律に進まない	個別性が高く、パスの適応ではない患者種が多い ガイドラインをもとに作成したパスを使用しているが、対象者のバックグラウンドが種々なため活用に くい 各疾患によって治療プログラムの内容に違いがある
	施設ごとの差が大きい	実施可能な治療プログラムは各施設で格差もあり、その辺りまにに揃っていくかも重要 行うべき業務が明確になった
	実施すべきケア・方向性の明確化	プログラムの流れを把握するという点ではシートは活用できる 急性期パスは他のパスに比べて指標となり使いやすい 入院時に行うべき事がもれなく実施できて良い ケアの抜けがなくなった 詳細、検討事項が確認できるので便利
導入の必要性・期待感	入院から退院までのパスが必要	決められた入院期間での退院が目指せる 治療の方向性を明確にすることができる 新配属のスタッフにはパスは利用しやすさわかりやすい 入院期間を過ぎた経過パスが必要になる
	医療観察法・ガイドラインに基づいた医療を標準化する	現在は急性期パスのみ試行している中で回復期、社会復帰期のパスを作成・施行していく予定 各ステージごとでパスを作成し、ガイドラインに沿った目標が達成できるように実施したい 今は急性期だけだが、回復期、社会復帰期のパスを作成予定 医療観察法による医療を全国レベルで標準化させるためにも統一したものが ガイドラインに沿った医療を提供し、標準化するという視点ではパスは有効 医療の質を保証できる
多職種協働の促進	より実情に即したものと修正する	各ステージのパスを対象者用、治療プログラムの実情に即したものに修正中
	病院としてのパス導入 各職種の意識付けが重要	病院として上部組織はパスの推進を目標にあげている それぞれの職種の意識付けにつながり良い
目的、対象選定基準の細分化	多職種との連携・調整に効果がある	多職種との連携がとて必要になり、連絡調整も含めてパスを使用する チームによる治療の大きな差が生じないようにするため 多職種チームとの連携を確認できるので便利
	多職種協働がさらに高まる	看護のみではなく、全ての関わる職種と患者様で共有できたら、これよりも効果が出てくる 現在は看護のみでの使用であるが、全職種での使用が望ましい 多職種も含めたパスについて検討してみたい
機能・精度に対する疑問	短期間では有効	現在は2週間のみパスに沿っている 3か月の急性期では有効
	プログラム、症状ごとのパスは実現可能	入院から退院までのパスがあるが使用しているのは入院2週間パスだけである パスを使うことで服薬自己管理の標準化はできる 長期に渡るパスは漠然としたものになるかもしれないが、退院時パス、服薬自己管理パスなど治療プログラムなどによってパスを作成することは有効である 症状パスについて検討している
個別性・柔軟的な関わりの重視	方向性を示すだけなので本来のパスではない	標準、検討事項、多職種チームとの連携以外はあまり活用できていない感じがする 遠隔した方向性を示す指針的なものにとどまるので、どこまでパスに意味があるのか疑問
	標準化というよりも最低限行わなければならないチェックリスト	手順書や業務一貫、最低限これは必要というものであり、従来のパスのイメージとは大分違った使い 方になっている パスは使用していないが入院時から退院までの一覧表があり、それを指標にしていた 回復・社復になると内容がルーチン化され有効に活用できない
必要性の実感の乏しさ	多職種との共有ができていない	多職種でパスを共有できているとは言えず、看護師だけの利用になりが ち
	対象者の個別性を重視し、多様にかかわることが重要	パスよりも各ステージにおけるオリエンテーションやそのステージでの到達目標を対象者とスタッフが確 実に共有することが重要 多種多様な対象には、多種多様な治療方針とプログラムが適切かとも思 う 標準化を回るパスの使用目的が医療観察法では疑問 患者の個別性を重視しているため、パスを使用するメリットを感じない
使用方法の不明瞭	担当多職種で検討し、かかわることが重要	パスがなくても、対象者個別の進み方をMDTで検討し、治療評価会議でチェックするため入院期間が いらずに延びることはない 個々の患者のニーズに応じた治療計画をMDTが関わっていくことに医療観察法の特徴がある
	関心が低く必要を感じていない	興味のないスタッフも多く、勉強会に参加したスタッフは少なかつた 病院全体でパスの必要性をあまり感じていなかった 現場スタッフはパスが手く軌道に乗った経験も不足しているためパスに対する意識は低い
業務量の増大	ガイドラインの内容で十分	医療観察法ではガイドラインに即しているためパスは使っていない ガイドラインに準ずるため必要を感じない
	慣れれば経験で対応で	慣れたスタッフは程度や個別対応となり、パスを使用しない場合が多い パスのチェック漏れが多い(特にコメディカルスタッフ)
定義への新たな試み	確認の不徹底	評価できない意味がないが、評価が定期的にできるから配 評価をきちんととしてパスを進めているかはMDT(主にPNS)によって差が生じている 取り決めや約束をきちんと決めて導入しなかったため、使う側は悩まながら行っている パスの目的、使用方法などをブライマリーがきちんと理解していない
	記録としての煩雑さ	支障システムと連携してれば使用する可能性も高くなる 他の記録と重複したり負担が大きく仕事量が増えた 業務上、勉強会に参加できなかったスタッフも多い
導入への準備時間不足	第三者評価の導入効果 浸透するように働きか ける	パス係で月1回、監査するようになりチェック漏れが減少してきた パスの勉強会を今年度は2回行った 今後スタッフ全員が参加できるような目録で勉強会を行う
	対象者との課題の共有	準備期間が不足している 開始後半年の経過の中では、パスにまで関心が持てない 開帳から数か月しか経過しておらず、パスを使用する準備が出来ていない 患者にも提示し、共有することができている
対象者への不利	対象者との共有が図れる	パスを患者に示すことで、かえって混乱する可能性もある

表7 各カテゴリにおけるクリティカルパス使用状況別コード数

カテゴリ	全体		クリティカルパスの使用状況					
	コード数	割合	使用中			未使用		
			コード数	割合	カテゴリ内のコード数に対する割合	コード数	割合	カテゴリ内のコード数に対する割合
バリエーションの多発	11	14.5%	7	14.9%	63.6%	4	13.8%	36.4%
実施すべきケア・方向性の明確化	9	11.8%	8	17.0%	88.9%	1	3.4%	11.1%
導入の必要性・期待感	9	11.8%	6	12.8%	66.7%	3	10.3%	33.3%
多職種協働の促進	7	9.2%	5	10.6%	71.4%	2	6.9%	28.6%
目的、対象選定基準の細分化	6	7.9%	3	6.4%	50.0%	3	10.3%	50.0%
機能・精度に対する疑問	6	7.9%	4	8.5%	66.7%	2	6.9%	33.3%
個別的・柔軟的な関わりの重視	6	7.9%	2	4.3%	33.3%	4	13.8%	66.7%
必要性の実感の乏しさ	6	7.9%	2	4.3%	33.3%	4	13.8%	66.7%
使用方法の不明瞭	5	6.6%	4	8.5%	80.0%	1	3.4%	20.0%
業務量の増大	4	5.3%	2	4.3%	50.0%	2	6.9%	50.0%
定着への新たな試み	3	3.9%	3	6.4%	100.0%	0	0.0%	0.0%
導入への準備時間不足	2	2.6%	0	0.0%	0.0%	2	6.9%	100.0%
対象者との課題の共有	1	1.3%	1	2.1%	100.0%	0	0.0%	0.0%
対処者への不利益	1	1.3%	0	0.0%	0.0%	1	3.4%	100.0%
合計	76	100.0%	47	100.0%		29	100.0%	

表8 各カテゴリにおける病床数別コード数

カテゴリ	全体		病床数					
	コード数	割合	33床			15床以下		
			コード数	割合	カテゴリ内のコード数に対する割合	コード数	割合	カテゴリ内のコード数に対する割合
バリエーションの多発	11	14.5%	8	20.5%	72.7%	3	8.1%	27.3%
実施すべきケア・方向性の明確化	9	11.8%	8	20.5%	88.9%	1	2.7%	11.1%
導入の必要性・期待感	9	11.8%	3	7.7%	33.3%	6	16.2%	66.7%
多職種協働の促進	7	9.2%	5	12.8%	71.4%	2	5.4%	28.6%
目的、対象選定基準の細分化	6	7.9%	1	2.6%	16.7%	5	13.5%	83.3%
機能・精度に対する疑問	6	7.9%	3	7.7%	50.0%	3	8.1%	50.0%
個別的・柔軟的な関わりの重視	6	7.9%	0	0.0%	0.0%	6	16.2%	100.0%
必要性の実感の乏しさ	6	7.9%	2	5.1%	33.3%	4	10.8%	66.7%
使用方法の不明瞭	5	6.6%	2	5.1%	40.0%	3	8.1%	60.0%
業務量の増大	4	5.3%	2	5.1%	50.0%	2	5.4%	50.0%
定着への新たな試み	3	3.9%	3	7.7%	100.0%	0	0.0%	0.0%
導入への準備時間不足	2	2.6%	1	2.6%	50.0%	1	2.7%	50.0%
対象者との課題の共有	1	1.3%	1	2.6%	100.0%	0	0.0%	0.0%
対処者への不利益	1	1.3%	0	0.0%	0.0%	1	2.7%	100.0%
合計	76	100.0%	39	100.0%		37	100.0%	

表9 各カテゴリにおける開設期間別コード数

カテゴリ	全体		開設からの期間					
	コード数	割合	2年以上			2年未満		
			コード数	割合	カテゴリ内のコード数に対する割合	コード数	割合	カテゴリ内のコード数に対する割合
バリエーションの多発	11	14.5%	8	19.5%	72.7%	3	8.6%	27.3%
実施すべきケア・方向性の明確化	9	11.8%	8	19.5%	88.9%	1	2.9%	11.1%
導入の必要性・期待感	9	11.8%	3	7.3%	33.3%	6	17.1%	66.7%
多職種協働の促進	7	9.2%	4	9.8%	57.1%	3	8.6%	42.9%
目的、対象選定基準の細分化	6	7.9%	1	2.4%	16.7%	5	14.3%	83.3%
機能・精度に対する疑問	6	7.9%	3	7.3%	50.0%	3	8.6%	50.0%
個別的・柔軟的な関わりの重視	6	7.9%	3	7.3%	50.0%	3	8.6%	50.0%
必要性の実感の乏しさ	6	7.9%	2	4.9%	33.3%	4	11.4%	66.7%
使用方法の不明瞭	5	6.6%	2	4.9%	40.0%	3	8.6%	60.0%
業務量の増大	4	5.3%	2	4.9%	50.0%	2	5.7%	50.0%
定着への新たな試み	3	3.9%	3	7.3%	100.0%	0	0.0%	0.0%
導入への準備時間不足	2	2.6%	0	0.0%	0.0%	2	5.7%	100.0%
対象者との課題の共有	1	1.3%	1	2.4%	100.0%	0	0.0%	0.0%
対処者への不利益	1	1.3%	1	2.4%	100.0%	0	0.0%	0.0%
合計	76	100.0%	41	100.0%		35	100.0%	

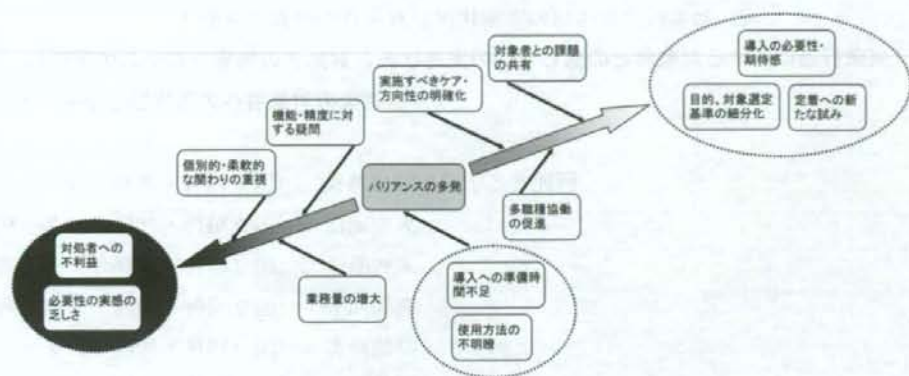


図 指定入院医療機関におけるクリティカルパス使用に対する認識の構造

## 2) 対象行為の確認の実施状況と対象者の内省プロセス

### 「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

#### ～退院後の対象者への面接調査から～

研究者名：○ 熊地美枝 (国立精神・神経センター病院)  
大迫充江 (国立精神・神経センター病院)  
太智晶子 (国立精神・神経センター病院)  
高崎邦子 (国立精神・神経センター病院)  
高橋直美 (国立精神・神経センター病院)  
高橋理沙 (国立精神・神経センター病院)  
山口しげ子 (国立精神・神経センター病院)  
宮本真巳 (東京医科歯科大学大学院)

#### 研究要旨

本研究では、指定入院医療機関を退院した6名の対象者への半構造化面接を通して、退院後の内省プロセスについて明らかにしながら、入院期間中の支援のあり方について検討した。分析は、面接の逐語録から、内省変化、病気への構え、生活の中で感じていること、入院中の医療に期待することの4つのテーマに沿って質的・帰納的分析を行った。

退院後の対象行為に関する内省深化には、損得勘定にとどまっている不変パターン、社会に直面することで内省が深化するパターン、人生に影響を与えたことを理解することで内省が深化するパターンの3つがあることが明らかになった。また、対象行為への内省深化に向けた関わりでは、先行研究で得られた空間的意味づけである内省深化の4段階に加えて、時間的意味づけ(対象行為が人生に与えた影響の理解)も考慮しながら、対象者と振り返りの機会をもつことが示唆された。さらに、現実認識の乏しい場合に、直面化を意識して関わることで、内省深化が困難な場合に、対象者の周囲に内省の不十分さを補完する体制作りを行うことで社会復帰が可能であることが示唆された。

指定入院医療機関の看護師には、入院体験が退院後を支える基盤作りであることを意識しながら、入院中の対象者の現時点での変化だけに注目するのではなく、長期的な展望を見出しながら関わるのが求められる。さらに、ピアサポートを育む体制作りを入院中から行うことが求められるだろう。

#### A. 研究目的

これまで、指定入院医療機関の看護師や入院中の対象者への半構造化面接を通して、入院中の対象行為についての話し合いの実施状況や内省プロセスを明らかにしてきた<sup>1)2)3)4)</sup>。話し合いは入院期間を通して継続されており、内省深

化には、まずいことをしたという損得勘定、家族など親しい人に迷惑をかけたという申し訳なさ、被害者へ悪いことをしたという被害者感情への共感、社会に迷惑をかけたという思いの4段階が確認されている<sup>2)</sup>。

本研究では、指定入院医療機関を退院した対



象者への半構造化面接を通して、退院後の内省プロセスについて明らかにしながら、入院期間中の看護の位置付けや支援のあり方について検討したい。

## B. 研究方法

社会復帰調整官の協力を得て、指定入院医療機関を退院した6名の対象者に半構造化面接を実施した。

面接は研究者2～3名で行い、1名がその場で逐語録を作成した。面接項目は、①退院した現時点改めて入院を振り返って思うこと・医療者に求めること、②医療観察法による入院経験・入院の意義、③対象行為に対する認識、④今後について思うことを中心としながら、自由に語ってもらった。

分析は、面接の逐語録から、内省変化、病気への構え、生活の中で感じていること、入院中の医療に期待することの4つのテーマに沿って質的・帰納的分析を行った。また分析は研究者間で、デブリーフィングを行いながら進めた。

なお、本研究は平成20年12月に当院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同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. 研究協力者概要

面接に同意してくれた研究協力者は表1の通りで、退院後の期間は半年未満から2年半以上と幅があった。協力者全員が統合失調症であったが、そのうち3名はアルコールや薬物などの物質使用歴があった。

### 2. 分析結果

各テーマに沿って協力者ごとに整理した分析結果の一覧を表2に示した。なお、文章中の記号は、[ ]が分析の第1段階を、【 】は第2段階を、《 》は第3段階を、「 」はコードを

示す。

### 1) 内省変化のパターン

逐語録に基づいて、対象行為に関する内省変化をテーマに質的・帰納的分析を行った結果、内省変化の3パターンが明らかになった(表2参照)。さらに、研究協力者ごとに、対象行為の認識を、先行研究で得られた内省深化の段階<sup>2)</sup>を参考とし整理した(表3参照)。

#### ① 不変パターン

退院後より対象行為に関する内省に変化がみられない場合を不変パターンとした。

不変パターンに該当するのは、A氏とE氏の2名であった。

A氏は、対象行為の原因となった【妄想的な解釈が固定】することにより、被害者への共感性が育みにくく、まずいことをしたという損得勘定にとどまっていた。

E氏は、入院時からの【現実感の希薄さの持続】があり、[悪いことをしたという漠然とした反省]のみで情けない変なことをしたという損得勘定にとどまっていた。

同じ不変パターンであってもA氏は現実的な対処策として被害者に近づかず第3者に相談することをあげ、再被害行為をしないことを決意していた。このように、不変パターンであっても同様の被害行為を予防する手立てを育むことが可能であることが示唆された。

一方で、E氏からは再被害行為を予防するための対処策は語られておらず、そこには現実感の乏しさが大きく影響していると考えられる。E氏のように現実感の希薄な対象者には、入院中から濃厚な関わり・直面化を行っていく必要性が示唆された。

#### ② 社会に直面することで内省が深化するパターン

社会に直面することで内省が深化するパターンは、本調査の協力者の中では最も多い3名(B

氏、C氏、F氏)であり、退院後の典型的なパターンと思われる。

入院中は社会と隔離され現実感が薄れていたが、退院後の生活の中で、再被害行為を予防するための「責任感の高まりと行動変容」が生じるなど【現実認識の促進】がみられた。また、【共感性の促進】とともに【周囲・社会の反応を意識】して生活するなど【社会に与える影響を考えるようになる】という変化がみられた。

特に【周囲・社会の反応を意識】することにより、周囲からの疎外感・孤立感を抱きながら、社会に迷惑をかけた思いを実感しているようであった。従って、このタイプの対象者には疎外感・孤立感を支えるための方策が必要不可欠であると考えられる。

### ③ 人生に影響を与えたことを理解することで内省深化するパターン

D氏は退院してから、改めて人生における対象行為の位置づけを確認し、大事な時期を失ってしまったとの思いを強め、情けなさなど【後悔の深まり】を感じている。

研究者らはこれまで、対象行為の受け止めに限定して内省深化を4段階<sup>2)</sup>(損得勘定→親しい人へ迷惑をかけた思い→被害者に悪い事をした→社会に迷惑をかけた)に区別してきた。D氏の場合、対象者行為によって、それ以降の人生が大きな影響を受けてきたことへの時間的意味付けを視野に入れた内省深化が生じていると考えられる。

D氏は、退院により現実感が増し、人生の中での対象行為の位置づけを再確認し、そのことが失ったものの大きさを改めて感じることで、内省が深化したものと考えられる。

D氏はもともと対人関係が苦手向内向的な人であることから、周囲や社会への関心が乏しい事例の場合に、自身の中での対象行為の位置付けを考えることで、内省が深化する可能性があ

ることがうかがえた。

### 2) 病気への構え

逐語録から病気への構えをテーマに質的・帰納的分析を行い、分析結果を研究協力者ごとに整理した(表2、表4参照)。

分析結果では《病気に対する認識不足》から《療養の充実》まで、その構えには協力者ごとに大きな違いがみられた。

不変パターンであるE氏のみ、[精神的な不調と身体的な不調の混同]など《病気に対する認識不足》がみられ、[薬の効果が期待どおりではない]といった《治療への不満感》が確認された。しかし、[生活リズムと病状の関連を自覚]し始めるなど《療養方法の理解の促進》や、医師の勧めにより入院するなど《治療への受動的な参加》が行えており、《自己状態の把握》や《病気の受容》が徐々に進められている段階であるといえるだろう。

同じ不変パターンであるA氏は、《病気や治療をめぐる葛藤》を抱きながらも自分なりの《病気の受容》とともに《自己状態の把握》が可能となっており、今後の治療への主体的参加が期待できる。

退院後に内省深化したパターンであるB、C、D、F氏は《病状のセルフマネジメント》が可能となっており、治療への積極的姿勢を示している点が共通していた。中には、C氏のように《病気や治療をめぐる葛藤》を抱き不安定さを残している段階から、他者からの支援をうまく活用しているF氏、薬の大切さを自覚するとともに自分なりの生活の工夫により症状の軽減を目指し《療養の充実》をはかるD氏まで、個人差やレベルの差はあるものの、概ね内省深化と連動する形で、病気への構えも充実しているといえる。

### 3) 生活の中で感じていること

逐語録から生活の中で感じていることをテー

マにして質的・帰納的分析を行い、分析結果を研究協力者ごとに整理した(表2, 表5参照)。

退院したことにより《一時的な解放感》を味わっている状態から、生活状態が落ち着いて《社会参加の実感》を得ている状態まで生活の充実度には段階による差がみられた。

不変パターン of A氏, E氏はいずれも《一時的な解放感》を感じており、特にE氏は「テレビが見れたり、外を出歩けたり」といった【自由に行動できる】ことを重要視し、それ以外の生活の中での実感はずられず、退院後の生活においても現実感の希薄さが目立った。一方、同様にA氏も《一時的な解放感》を抱いていたが、[天気が良いと気持ちいい]と感じるなど《ゆとりや楽しみの再獲得》や就労意欲など《社会参加の意欲の高まり》が確認された。

社会に直面することで内省深化するパターン of B, C, F氏は[暇を持て余している], [居場所がみつけれない]など、退院後の《生活の再構築》に苦労しながらも、自分なりの【目標の発見】や【就労への期待】など、《社会参加への意欲の高まり》を感じている点で共通していた。

また、B, C氏は【作業技術獲得の実感】や【プログラムや余暇活動を頑張っている】など《新たな生活への適応》を成し遂げつつある様子が伺われた。さらに、C, F氏は[社会の中で成長できた]自分を感じるなど《社会参加の実感》を得ることができており、社会と何らかのつながりを感じることで生活の充実をもたらしている様子が伺えた。

対象行為が人生に影響を与えたことを理解することによって、内省が深化するパターン of D氏は、趣味を楽しむ、自分にとって【心地良い居場所の発見】をするなど、《ゆとりや楽しみの再獲得》と充実によって、《新たな生活への適応》が可能となっていた。社会への関心の乏しいD

氏は、社会との接点は希薄ながら自身の内面での豊かさを育てているといえるだろう。

D, E氏以外の4名は、人との交流に関して、寂しさを実感したり周囲からの拒否感を感じるなど、《社会の中での孤立感の高まり》を感じながらも、自分を受け入れてもらえた【安堵感】や[他者を信じられるようになった]など、【信頼感の獲得】、【支援者がいる安心感】といった《対人関係における安心感の獲得》を実感することができていた。この《対人関係における安心感の獲得》が生活全般を支え、同時に内省深化をも支えていることが伺えた。また、【対人交流の場所を模索】するなど《対人交流の希求》する姿勢がみられた。

周囲や社会への関心の乏しいD氏や現実感の乏しいE氏は、人との交流について語ることがほとんどなかった。

#### 4) 入院中の医療に期待すること

研究協力者全員が、入院中の医療の良かったこと、期待することとして、【安心できる環境】、【安心できる援助関係】、【相談できる機会の確保】など、《安全の保障》について語っていることから、入院医療においては《安全の保障》を提供することが極めて重要であることが確認できた。【安心できる援助関係】に関しては、[一人の人間として尊重される体験]や[人情味のある関わり]など、温かみのある関係性を求めており、看護師を[家族のような存在]と感じたという声も聞かれた。

また、[プログラム決定に伴うやりとり]を通じた【自己決定支援】や【自己理解の促進】に向けた関わり、AAメッセージなど【ピアサポートを受ける場の提供】や【服薬最小量の医療の提供】など《患者主体の医療》を効果的と評価していた。

《教育支援》では病気や服薬に関する【知識の提供】や、充実した【治療プログラム】が有

効性が評価されていた。

また、生活の【自立を促す援助】の必要性や、生活の楽しみを見出し【生活を充実させる援助】など、《退院後の生活を見据えた援助》への期待も述べられていた。

対人関係を苦手としていた D 氏は、入院中に【対人関係経験の機会】が増し、《人との関わりへの支援》を受けたことを印象深く受け止めており、退院後の現在も対人関係の改善は自身の課題であると感じていた。

担当看護師とともに、[対象行為の振り返りの機会]を繰り返しもって取り組んできた F 氏は《内省深化の促進》への関わりを良かったこととしてあげていた。

#### D. 考察

退院後の対象行為に関する内省深化には3つパターンが確認され、各パターンの傾向が明らかになった。

考察では、それらを踏まえ、内省深化に向けた関わりや入院中の支援のあり方について検討したい。

##### 1. 内省深化に向けた関わり

先行研究で得られた内省深化の4段階<sup>2)</sup>(損得勘定→親しい人へ迷惑をかけた思い→被害者に悪い事をした→社会に迷惑をかけた)は、内省の範囲を対象行為の意味づけに限定したもので、いわば空間的な意味づけである。本研究により、対象行為が自らの人生に与えた影響を視野に入れた、いわば時間的な意味づけを加えることによって内省がさらに深化することが確認された。

対象行為が自分の人生に与えた影響についての時間的な意味づけは、周囲や社会への関心の乏しい D 氏に見出された内省の特徴であるが、全ての対象者にとって内省深化の重要な契機であるといえよう。従って、空間的な意味づけに加え

て時間的な意味づけも考慮しながら、対象者とともに対象者の人生をともに振り返るような機会をもちながら内省深化を進めていくことが求められるだろう。

表7に、退院後の内省深化の促進要因・阻害要因と考えられるものをまとめた。

退院後、研究協力者の多くは、現実社会と直面することで、周囲からの疎外感や不安を抱きながらも、社会に迷惑をかけたと実感することを通して内省深化が促進されたと考えられる。一方、不変パターン E 氏のように、退院しても現実感が希薄な場合には、周囲や社会への影響に実感が持てないため、そのことが結果的に内省深化を阻害することにつながると考えられる。

従って、入院中より現実感を高める関わりが重要となり、特に現実感の乏しい対象者には温かさを前提としながら厳しい現実を提示していく直面的な関わりを繰り返し意識的に行っていく必要がある。

また、退院後の重要他者の存在の有無も内省深化に大きな影響を与えていると考えられる。「大きな事件を起こしたので縁を切られてもおかしくないと思っていた」と語り、自分を受け入れてくれた家族のために、治療継続や再被害行為をしないと決意している協力者がいた。[たくさんスタッフに支えられていると感じる]と語る協力者の場合も、身近な重要他者の存在が内省深化を支え、結果的に内省深化が促進されていることがわかる。

対象者が、社会の中で孤立感を抱かざるを得ない状況に置かれる場合もあり、そうした状況の中で重要他者の存在は大きな支えとなると考えられる。

さらに、現実的な目標や未来への希望をもち、充実した生活を送れるようになると、苦勞して獲得したものを失いたくない、大切にしたいと