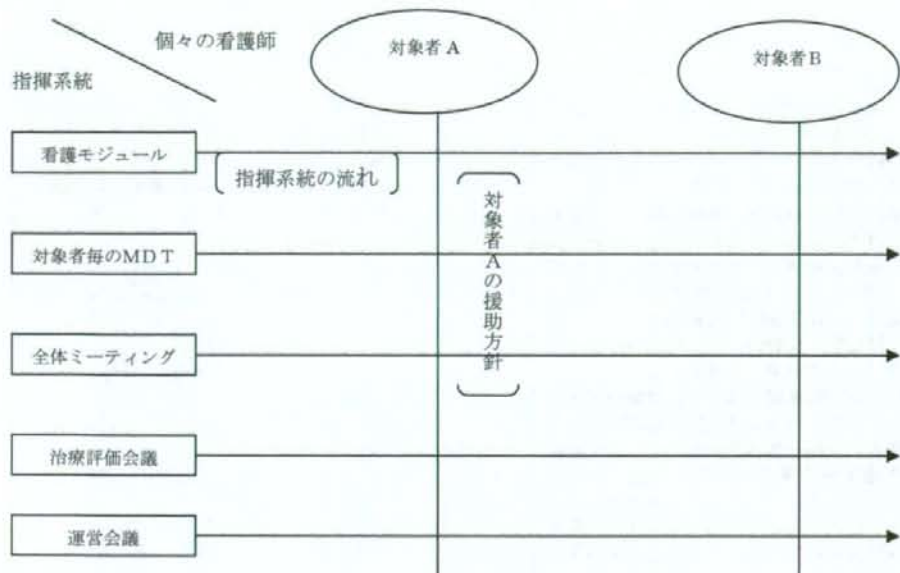


	<p>観察法の下で家族会の広がりが必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院当初から地域調整を開始するが、退院地の調整に時間がかかる。社会復帰調整官の役割負担が重い。</li> </ul>
<p>地域</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療観察法入院前は、家族への情報提供は少なく不安も強いだろう。一方、指定入院医療機関退院後、家族の関わりは保健師の他に、社会復帰調整官も加わっている。</li> <li>地域は医療観察法への理解が低く、対象者の受け入れが悪い。使っている地域資源は指定通院医療機関内のものが多い。対象者は保健センターや福祉事務所でも警戒され過ぎる。指定通院医療機関スタッフ、居宅支援機関、保健師、市町村職員など地域スタッフへの啓蒙が必要である。</li> <li>指定通院医療機関の数など、地域資源が少ない。そのため指定通院医療機関は遠方の対象者の医療を依頼されること。指定通院医療機関から遠方に住む対象者について緊急時の対応に不安がある。また更には、対象者は指定入院医療機関退院後、一旦指定通院医療機関の近くに退院し、その後通院処遇が落ち着いてから、居住地へ引っ越すこともある。</li> <li>入院中と退院後の療養環境に差がある。指定入院医療機関は全室個室である。対象者が通院処遇になる前に、4～6人の病室も体験してほしい。</li> </ul>	<p>MDT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域スタッフや家族と、指定入院医療機関の連携は、会議で会うだけでは足りない。</li> <li>地域資源が少ない一方で、地域スタッフの責任は重い。地域側、入院側が互いの状況を知っておく必要がある。</li> </ul>

・現在の状況



・Ns の混乱時の対処 (指揮系統を減らす)

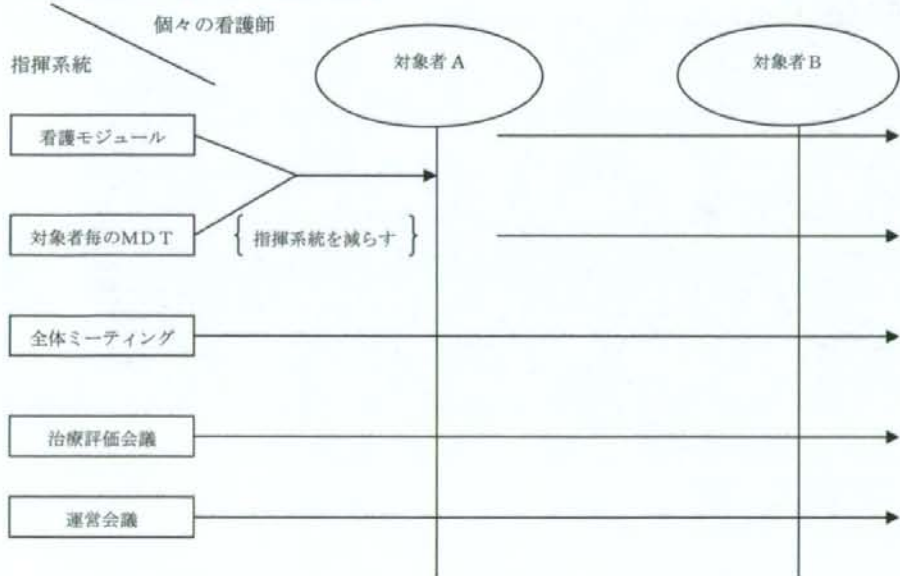


図1 看護師への指揮系統 (マトリクス組織)

表3 MDTとの連携

<p>対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院初日から対象者と面接を持つことなどから、対象者は指定入院医療機関の看護師以外の職種から安心感を受けている。しかし、一方で、対象者の参加していない会議でどのような事が話し合われているか、気にしている。また、対象者は退院後の不安などについて話し切れていない気持ちがある。</li> <li>指定入院医療機関の看護師、及び看護師以外の他の職種の対象者への関わりにより、対象者は退院後のイメージが持たず。</li> <li>指定入院医療機関の看護師、及び看護師以外の他の職種の対象者への関わりにより、暴力を自制できるようになった。</li> </ul>	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>適宜MDTで会議を開き、互いの専門性を発揮しながら、精神保健福祉法の下よりも連携が取れている。</li> <li>職域が曖昧で、看護師の役割がどこまであるのかわからない。時にやり過ぎて他の職種の気分を害すことや、家族への介入を誰がするか責任が不在。看護師も働き過ぎた気持ちが出て疲れる。MDT内、会議等で互いの役割について話せると良い。</li> <li>MDTの意見が強くなると、対応が適時に決まらない。背景に、MDTの会議が定期的に開き難いこと、細部までの情報共有が困難なことも問題である。</li> </ul>
<p>地域</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>良く対象者に関わり、ケースの把握も詳しく行えている。一方で、入院から通院処遇に移行した時に入院時程の医療が提供できないことに地域スタッフは落胆する。そこで、MDTが指定通院医療機関へのサポート的役割を担える工夫があると良い。互いに、対象者の治療状況だけでなく、入院環境、地域環境も情報交換できると良い。</li> </ul>	<p>MDT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療観察法の下では他の職種が個別にやっていたことが、多くの職種と連携して行える。</li> <li>MDT間で対象者の方針を明確にするため、より話し合った方が良い。</li> <li>職種によってはより人数が必要である。</li> </ul>

表4 指定入院医療機関看護師との連携

<p>対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護師が治療の話だけでなく、自由な意見や本音も聴いてくれるなど、人間として認め、関わってくれている。</li> <li>課題として、対象者は対象行為のために看護師から信頼されてない、と思うときがある、という意見がある。また、今以上に身体障害者に合わせた援助を継続して欲しい、という意見がある。</li> </ul>	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の問題は深く、多岐に渡ることもあり、多くの看護師が関わってくれている。</li> <li>指定入院医療施設間で提供している援助、プログラムに違いがある。対象者に提供していたプログラムなどが転院により提供できなくなる可能性もあり、治療の継続に不安がある。</li> <li>看護師としての豊富な知識、経験などが必要な職場である。また、看護師は自分が行っていることを振り返り、継続的な自己啓発を行うことが重要である。</li> <li>看護師間の綿密な情報共有が行えるための工夫がより必要である。</li> </ul>
<p>地域</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院医療機関と退院地に物理的距離がある場合、退院地の現況を知らせるために対象者の外泊開始少し前頃にMDTに退院地を視察してもらいたい。</li> <li>マンパワーがある一方で、実現性の乏しい援助があるなど業務効率が悪い。</li> <li>対象者の入院医療機関の外での様子(外出、外泊中の様子)について率直な意見を聞きたい。</li> <li>入院医療機関と、通院医療機関とでは違いがあるので交流を持ちたい。</li> </ul>	<p>MDT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活や外泊の場面での連携を看護師と行っている。看護師は対象者の治療意欲を高める役割を担っている。また、生活場面での関わりで協働、効果的アプローチができるところを増やしたい。</li> <li>指定入院医療機関の看護師は、対象者の現実的検討が乏しい時でも、対象者との心理的な距離感が近く、対象者の意に沿わない治療が遅れる。たとえば、対象者の精神症状・知的障害が原因で、対人暴力が連続して起きそうな時でも、一時的な隔離を選択しようとしにくいことなど。</li> <li>対象者が治療に消極的な時期に、対象者が療養生活を受け入れられるよう工夫をし</li> </ul>



	<p>ていくことを看護に求める。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会復帰に向けたクライシスプランについても、対象者のセルフヘルプが活かされるように計画すると良い。</li> </ul>
--	--

表5 法的機関等との連携

<p>対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鑑定入院中、医療観察法に対する情報提供不足。</li> <li>・ 医療観察法の入院決定となり、指定入院医療機関に入院後、退院調整などで他の指定入院医療機関に転院した場合は戸惑う。対象者の知的レベルも影響するが、言葉（方言）など生活環境の変化に不安を感じる。あるいは、転院前の入院について無益と思う。</li> </ul>	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院環境と退院後の環境に援助の差がある。退院後の支援としては、両者の間に中間施設を増やす事、指定入院機関からの訪問制度を作ることという制度があったら改善できることが多いのではないかと。また、入院中の支援としては、現在の医療観察法制度でも外泊期間の長期実施や、付添スタッフを減らすなど、より社会復帰時の状況に合わせた同法の運用を検討してほしい。</li> <li>・ 対象者も様々であり、医療観察法と刑法の両方で裁かれる対象者がいてもよいのではないかと。</li> <li>・ 対象者の選別、あるいは、施設の機能分化が必要でだと感じる。物質関連障害・人格障害、精神発達遅滞など入院が長期化する事例や、統合失調症の対象者間でも治療効果に差が出る事例がある。</li> <li>・ 対象者が鑑定入院機関にいる内から医療観察法について伝えられるスタッフが必要である。</li> <li>・ 鑑定入院機関や司法機関と、医療機関のスタッフが意見交換できるような交流の場が必要である。</li> </ul>
<p>地域</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療観察法実施後3年経過し、医療観察法の有効性が実感出来始めた。</li> <li>・ 入院と通院の処遇の差で経費格差が大きい。予算を増やしてほしい。（通院機関から自助グループに通わせる交通費など。）</li> <li>・ 医療観察法の対象者となる基準が不明確である。疾患によって役割の明確化が必要である。（特に通院時、精神遅滞、人格障害、薬物依存は非随意的な治療に合わないなど。）</li> <li>・ 刑法でも裁かれる対象者、医療から司法へ向かう対象者がいてもよいと思う。今以上に医療と司法の連携が必要である。</li> <li>・ 審判やケア会議のあり方は効率的にしてほしい。</li> <li>・ 外出、外泊について。退院時期には単独で行ってほしい。</li> <li>・ 対象者の意思や権利をもっと反映して欲しい。対象行為の償いの有無や、通院医療機関の選択の可否など。地方の指定入院医療機関、地域資源の整備を急いでほしい。</li> </ul>	<p>MDT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 物質依存を重複障害としている対象者や、高齢の対象者など、年齢や疾患で機関を分けたほうが良い。</li> <li>・ 指定入院医療機関スタッフと指定通院医療機関スタッフの交流、情報交換が必要である。</li> <li>・ 省庁は、通院後の対象者にも資本投与をしたほうが良い。</li> </ul>

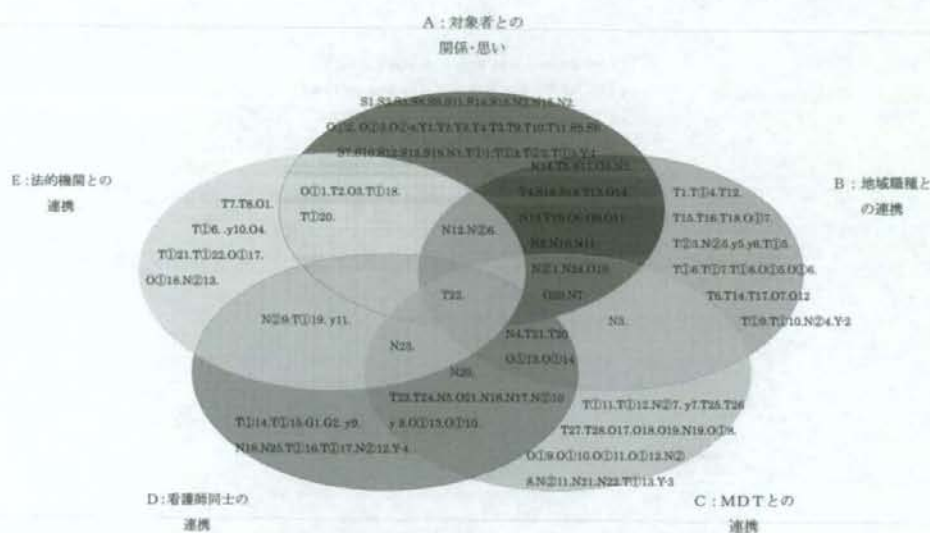


図2-指定入院医療機関 看護師

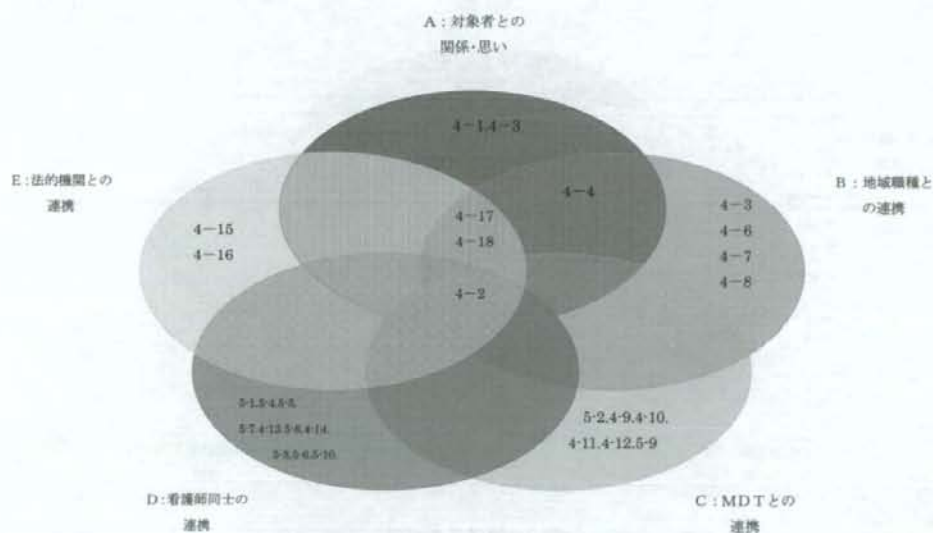


図2 入院医療機関 看護師以外のMDT



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

指定入院医療機関における司法精神医療の実態に関する調査 (1)

—多職種による入院時受け入れ面接と内省深化のアプローチに焦点をあてて—

○美濃 由紀子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

龍野 浩寿 (日本精神科看護技術協会所属)

宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所)

**研究要旨**

医療観察法の施行に伴って、日本における司法精神医療は少しずつ軌道に乗りつつあるが、指定入院医療機関で実際にどのような治療やケアが提供されているのかは未知の部分が多い。そこで、本研究は、指定入院医療機関で実際に取り組まれている司法精神医療の実態を明らかにし、今後の課題について検討することを目的に、全国の指定入院医療機関 18 施設の看護管理者 20 名を対象とした質問紙調査とグループインタビュー調査を行った。その結果、「MDT による入院時受け入れ面接」と「対象行為の確認と内省深化へのアプローチ」の実際(利点と困難点)と今後の課題が明らかになった。

**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)」の施行に伴って、2005 年より全国で指定入院医療機関の開設が進んでいる。日本における司法精神医療は少しずつ軌道に乗りつつあるが、医療観察法による新システムを導入することによって、どのような治療やケアの提供が可能となっているのかについては未知の部分が多い。

特に、イギリスモデルの応用である多職種チーム(以下、MDT)アプローチの導入と、対象行為の確認および内省の深化に向けたアプローチは、医療観察法における医療の核となる部分であり、その実態や成果については関心が寄せられている。

そこで、本研究は、全国の指定入院医療機関で取り組まれている多職種チームアプローチと

対象行為の確認および内省の深化へのアプローチの実態を明らかにし、今後の課題について検討することを目的とした。

**B. 研究方法**

1) 調査対象施設：(調査日時点で)開設済みあるいは開設予定である全指定入院医療機関 18 施設(国立病院機構 14 施設、自治体立病院機構 4 施設)。

2) 調査対象者：全国の指定入院医療機関全 28 施設の師長(17 名)、および副師長(3 名)の計 20 名。

3) 調査期間：2008 年 2 月～3 月。

4) 調査方法：①事前質問紙調査、②半構造化フォーカスグループインタビュー調査。

5) データ収集方法：①事前質問紙調査/全国の調査対象施設の医療観察法病棟看護師長に、自記式の質問紙を配布し、記入を依頼した(回



収率 100%)。質問項目は全部で 7 項目から成るが、本報告ではその内の 2 項目である (1) MDT による入院時受け入れ面接の実態、(2) 対象行為の確認と内省深化へのアプローチの実態に焦点を絞り報告する。

②フォーカスグループインタビュー調査/事前質問紙調査に準じた質問テーマについて、各施設の実態や困っていることなどについて自由に語ってもらった。

6) 分析方法：質的・帰納的アプローチを採択した。

7) 倫理的配慮：本研究は、厚生労働科学研究事業の一環として実施し、調査対象者には、研究内容及び研究結果の公表、研究協力の任意性と協力撤回の自由について説明し同意を得た。調査対象者のプライバシー保持や資料保管方法には十分留意し、本研究への参加によって特定の施設や個人に不利益が生じないように十分配慮した。

## C. 研究結果

### (1) 「MDT による入院時受け入れ面接」の実態

どの施設も、対象者の入院決定の連絡が入ると担当 MDT 内でプレミーティングを行い、入院時の受け入れ面接にのぞんでいた。精神鑑定書等の事前情報と実際の対象者像にギャップがみられる場合も少なくないため、受け入れ後にはアフターミーティングを行って再評価し、事前に立てていた処遇計画等を調整していた。入院時受け入れ面接の方法に関しては、施設間で若干違いがみられ、多職種によって対象者を受け入れる施設もあれば、担当看護師のみで実施している施設もあった。対象者が遠方から移送されてくる場合、施設によっては入院時間が夜勤帯となることも多く、入院当日に十分な面接やオリエンテーションができないという現状があった。

MDT アプローチの効果としては、早期の信頼関係の確立や綿密なリスクアセスメントが可能となっていることがあげられた。困難としては、各施設が共通して、MDT 会議の時間調整、勤務調整の難しさをあげていた。特に、入院病床数の不足により、入院予定が知らされてから入院までの期間が短いという実態があり、十分な準備期間がとれないまま、受け入れざるを得ない状況に苦慮していた。

### (2) 「対象行為の確認と内省深化へのアプローチ」の実態

対象行為の確認は、集団で行っている施設と個別で行っている施設とに大別できた。集団で行う場合は、入院時の受け入れ面接の際に、担当 MDT 同席のもとで行っている施設が多かった。施行者は、主に医師や指定医で、入院決定書に基づいて入院の理由や目的を説明するとともに、対象行為の確認を行い、それについて対象者がどうとらえているか意見を述べてもらい、内省の程度を評価していた。入院時に対象行為の確認を行わない施設は、入院後の個別面接で取り扱っていた。主な施行職種は、臨床心理技術者、医師であるところが多かった。看護職が取り扱う場合は、臨床心理技術者との協力体制のもとで行っていた。担当 MDT の中で、役割分担して施行する施設もあった。

内省の深化に向けた援助として実際に行っている方法としては、治療プログラム(内省プログラム、疾病教育や SST、性犯罪防止プログラムなど)と個別プログラム(面接など)の 2 本柱であり、各施設独自に工夫された試み(自分史作り、被害者への手紙、対象行為現場への外出・墓参りなど)も行っていた。効果としては、内省の深まり(対象者の治療意欲の向上、再被害行為防止の自覚など)があげられた。困難としては、内省を取り扱うタイミングや効果判断・ゴール設定の難しさ、知的レベルやパーソ



ナリテの障害によって、内省を深めることが困難な対象者への介入の難しさとスタッフの燃え尽きがあげられていた。

#### D. 考察

調査時点で、医療観察法が施行されて3年目ということもあり、全体として施行当初のようなMDTアプローチに対する現場の混乱<sup>1)</sup>は減ってきており、先行施設での実践的な取り組みの内容がモデルとなって後発施設にも浸透し、MDTが軌道にのりつつあることが示唆された。入院時受け入れ面接においても、ガイドラインの原則通り全職種で受け入れ、面接をする場を設け、対象行為の確認を実施したいと思う反面、病床数不足や入院が夜間になるなどの問題から入院時に十分に時間をとることができない状況にあり、その穴埋めを他の形で補えるよう各施設で工夫をしていることが明らかになった。今後、病棟の状況や法制度の動きも加味した柔軟な方法を考えていく必要があるが、ガイドラインに示された原則を崩さないための工夫も必要であることが示唆された。

内省深化へのアプローチに関しては、対象者の病状に合わせて「集団治療プログラム」と「個別プログラム」の併用ができることが望ましいが、集団治療プログラムの提供は準備中の施設もあり、施設間で提供可能なプログラムの量や質に格差があることが伺われた。今後は、個別プログラムの充実とともに集団治療プログラムの整備が重要な課題であり、それらへの看護職の積極的な関与は必須であると考えられた。内省深化への介入は、対象者の病態によっては困難を伴う場合も多いため、担当MDTスタッフにかかる負担は大きい。笠松ら<sup>2)</sup>が述べているように、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全国の指定入院

医療機関に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ことが示唆された。

#### E. おわりに

本調査は、指定入院医療機関における看護実践の実態調査であるとともに、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の役割も担っている。医療観察法病棟看護管理者の背負っている社会的役割は非常に大きいですが、同じ立場の者同士で情報交換や情報共有、困っていることなどを話しあえるピアサポートの機会を作ることは、きわめて重要であると考えます。今後もこのような機会を確保しつつ、実態調査に加えて、ピアサポートの効果に関する研究も行っていきたいと考えます。

#### <参考・引用文献>

- 1) 美濃由紀子, 宮本真巳: 指定入院医療機関の看護リーダー層スタッフが抱える困難さー開棟前インタビューによる意識調査より (2)ー. 第27回日本看護科学学会学術集会, p484, 2007
- 2) 笠松理恵子, 美濃由紀子, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 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ー事例検討会3年目の実態報告とエンパワメント効果に影響を及ぼす要因ー. 第39回日本看護学会論文集ー精神看護ー, 日本看護協会編: 日本看護協会出版会, pp164-166, 2009

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

- 1) 美濃由紀子, 宮本真巳: 指定入院医療機関

<資料1>

MDTによる入院時受け入れ面接について
<p>1) 実際に行っていること</p> <p>&lt;入院前&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・MDTメンバー決定後、入院時受け入れの役割分担（ケアコーディネーターの決定）と手順の確認</li> <li>・各自で情報収集（鑑定書、生活状況調査より）</li> <li>・入院が決定したらプレMDTミーティング</li> </ul> <p>内容：患者情報の共有、共通評価項目、入院初期の処遇の検討（自傷他害のリスク、適切なユニットと病室の選択、行動制限・観察レベル、持ち物制限）、2週目のMDTの調整</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主にコーディネーター（プライマリーナース）の評価を基に、多職種が意見を述べ合い検討していく</li> <li>・プライマリーナースがケアコーディネーターを務め、プレMDTミーティングの資料を準備し、日程調整を行う</li> <li>・必要時、模擬練習を行い、当日の手順・役割の確認を行う</li> <li>・プライマリーナースとアソシエートナースでのミーティングの後、プレMDTミーティングを行う</li> <li>・転入院の場合：事前に各施設を訪問（ドクター1名、ナース1名）し、本人と面接、担当MDTより情報収集</li> </ul> <p>&lt;入院時&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院当日の朝に、担当MDTより全スタッフに情報提供</li> </ul> <p>内容：診断名、対象行為名、現在の状況とリスクアセスメント、到着時間等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受け入れオリエンテーション（原則は当日実施。到着時間が夜間の場合は、最低限におさえ、翌日午前中には実施）</li> </ul> <p>内容：ねぎらい、チームメンバー紹介、病棟管理者の紹介、主治医から医療観察法入院の説明、ナース（プライマリーナース&amp;アソシエートナースが対応）から生活に関する説明→インフォームドコンセントの徹底</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・荷物のチェック</li> <li>・鍵のかかっているところは、中を見せて何がはいつているか説明する。その後施設（たとえば、止水栓、コンセントカバー、洗面の下の扉：温水器）。</li> <li>・入院時受け入れは担当ナースとし、オリエンテーションは対象者に応じて実施</li> </ul> <p>&lt;受け入れオリエンテーション後&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アフターMDTミーティング</li> </ul> <p>内容：処遇予定の見直し、予想された問題点の再検討、鑑定書と実際の対象者の状態の差異の確認</p> <p>&lt;入院後&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院後3日間、朝の申し送り時に全スタッフに情報提供（全看護スタッフが把握できるように）</li> <li>・入院後2日間は、プライマリーナースを日勤に配置し、看護面接、入院・急性期オリエンテーションを</li> </ul>



行う
<p>2) 効果</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院初期計画の立案が可能（鑑定書による情報収集）</li> <li>・入院前 MDT を行うことで、入院時にスムーズな対応が可能</li> <li>・入院前 MDT によりリスクアセスメントがされているため危険回避できる（渡してはいけない物品などに迷わない）</li> <li>・MDT が共通認識をもち患者を受け入れることができる</li> <li>・早期に対象者との信頼関係が築きやすい</li> <li>・スタッフも担当者としての自覚が生まれる</li> <li>・限られたスタッフが対応するため対象者の混乱が最小限ですむ</li> <li>・模擬練習や役割分担を決めることで、受入れがスムーズに行っている</li> <li>・対象者を全スタッフに紹介することで、対象者のイメージがつかみやすい</li> <li>・転入時の事前施設訪問の効果 内容：面識があるため話しやすい。本人の思いが事前にわかる。データにない情報が入手できる。治療プログラムの現場がみられる。患者側からは、転入のイメージがついた、退院地への転入が現実味を帯びた</li> <li>・入院時の濃厚な関わりによって、対象者の状態や理解の程度の把握が綿密にできるため、評価・計画にすばやく対応できる。対象者が環境に慣れることやルールを覚えるのも早い。スタッフのモチベーションも上がる</li> </ul>
<p>3) 困難</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事前 MDT ミーティングの時間調整が困難</li> <li>・入院までに日数が少ないと調整が難しい。（特に看護スタッフ）</li> <li>・時間の確保（2時間はオリエンテーションにかかる）</li> <li>・勤務調整が困難（変更が多くなる）</li> <li>・面接室の確保（面接が重なると部屋が足りない）</li> <li>・入院時、ドクターの都合がつかず（本人確認ができないため）、対象者がバスから降りられず待つもらったことがあった。</li> <li>・持ち込み荷物が多く、確認が大変</li> <li>・事前情報（鑑定書）が届くのが遅い場合があり、情報収集の時間がとれない（1週間～10日前には必要）</li> <li>・鑑定書の情報と実際にギャップがあり、毎回来てみないとわからないという印象</li> <li>・転入時の事前施設訪問の困難 遠方のため時間がかかる、人間関係の再構築が必要、同一の治療プログラムの継続、本人の意に反した転院【大阪】</li> <li>・対象者の診断のばらつきや対応困難者も多く、MDT 決定に苦慮する</li> <li>・転入の場合、入院期間が長引くことに対する対象者のモチベーションの減退</li> </ul>



#### 4) 疑問

- ・転院の場合、対象者情報はどこまで提供できるのか
- ・情報漏洩に対するスタッフへの教育

#### <まとめ>

⇒どの施設も、入院前にはプレ MDT を行い、入院受け入れに望んでいるようである。鑑定書等の事前情報と実際が異なっている場合も少なくないため、アフターMDTによって、事前の計画等を調整しているようである。

入院時オリエンテーションに関しては、施設間で若干違いがみられ、ガイドライン通り多職種で迎える施設もあれば、ナースのみで施行している施設もあった。また、入院時間が夜勤帯の場合もあり、当日に十分なオリエンテーションが実施できないという現状がある。

効果としては、対象者においてもスタッフにおいてもプラスに働いている面が多くあげられていた。困難に関しては、各施設が共通して、時間調整、勤務調整の困難をあげていた。特に、ベッド数不足から、入院予定が知らされてから入院までの期間が短いという実態があり、十分な準備期間がとれないまま、受け入れざるを得ない状況があることがわかった。

<資料2>

対象行為の確認と内省深化へのアプローチについて
1) 対象行為の確認と具体的な方法と工夫
<p>&lt;集団&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時受け入れオリエンテーション時に主治医や指定医（担当 MDT）が入院決定書に基づき確認を行い、対象者から対象行為について述べてもらう</li> <li>→担当 MDT は最初から皆知っているという形</li> </ul>
<p>&lt;個別&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各 MDT で役割分担を行う（主に医師・心理士が行うことが多い）</li> <li>・心理面接で CP が主に実施</li> <li>・CP と PNs とで個別に対応（グループプログラムはやっていない）</li> <li>・CP と Ns が中心に行っている。（個別面接時）</li> </ul>
2) 内省の深化に向けた援助として実際に行っている方法と工夫
<p>&lt;集団アプローチ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・内省グループの週 1 回実施…（CP 主催）メンバー・スタッフ固定</li> <li>・内省評価プログラムの導入</li> <li>・回復期から CP の心理面接で取扱う。対象者によっては、MDT で協力し、内省プログラムと並行して看護面接を実施</li> <li>・性犯罪用プログラムを CP が使用</li> <li>・心理教育（疾病教育）の復習と対象行為との関連付け</li> <li>・被害者が家族の場合は、集団プログラムで扱い、他人の場合は、個別面接で扱う。タイミングは、集団の場合は回復期の早期、個別の場合は、本人から内省的な発言がみられてから導入。実施者は、CP 中心で、NS はサポートに入る</li> <li>・対象行為に至るプロセスを理解させる（SST や心理面接）</li> </ul>
<p>&lt;個別のアプローチ&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別面接</li> <li>・面接は、CP は 1 : 1、NS は 1 ~ 2 : 1</li> <li>・PNs か ANs が看護面接で取扱う、対象行為の状況の話聞く</li> <li>・心理面接・看護面接で少しづつ取り扱う</li> <li>・鑑定書を一緒に読む…担当者を決めて実施</li> <li>・「対象者に応じて」としている。主に回復期から実施。</li> <li>・内省については、Dr.CP が主に実施するが、MDT によってはそこに Ns。が加わることも多い。或いは、面接後のフォローという形で関わっている。</li> <li>・MDT で誰がいつどのように行うかを決定して実施</li> <li>・自分史づくり、自分への手紙、家族の想いを伝える場を作る</li> <li>・被害者（交通事故）の手記を読んでもらって、相手の立場に立って考えてもらう</li> <li>・家族（被害者）に手紙を書く〔北陸〕想定のみだったり、実際に出したり</li> </ul>

- ・Nsは、DrやCPが面接した後の観察を行い、情報共有している
- ・毎日の日課として対象行為の振り返りを対象者自身に書いてもらう
- ・対象者の綿密な観察
- ・対象行為の記憶のない対象者には、情報に基に時系列でまとめたもので行為を確認し、そこから構造化した面接につなげた。
- ・対象行為現場での外出・墓参り
- ・自己洞察の機会を持つ

### 3) 内省の深化に向けた援助と困難を感じていること

#### <効果>

- ・対象者と家族の交流ができた、関係が良くなった等の効果があった
- ・日課として内省を繰り返すことで、深まりをみせている
- ・対象者自身に書いてもらうことで、自分のこととして考えられるようになる
- ・内省の深化がすすむと、再他害行為防止を自覚することができる
- ・治療への意欲が向上する
- ・自分ひとりで判断→相談するへ変化した

#### <困難性>

- ・発達障害がある対象者は、内省が得にくい。理解力の程度により内省が影響される。限界を感じる
- ・内省について、特に急性期では扱わないため、本来の治療にスムーズに乗ってこないなど問題を感じている
- ・内省と責任レベルの拡大への対応
- ・病状によっては、事実を認めることが難しいケースがある
  - ・根強い妄想→時間を要する
  - ・対象行為そのものを忘れてしまっている、認めていない場合、それ以上の内省の深化が困難
  - ・パーソナリティ障害など、治療反応性の乏しい対象者への介入
  - ・対象行為、鑑定入院、その他全否定(または、自分を正当化)している患者の介入
  - ・社会規範が希薄な患者
  - ・過去の振り返りや自分の傾向が理解できても、対象行為だけは相手が悪いとかたくなに言い続ける
- ・ゴールの設定が難しい
- ・効果の判断が難しい
- ・援助の過程で対象者と関係が悪くなることがあった
- ・表面上は内省を述べるが、実際は深まっていない対象者の場合
- ・知的レベルや人格的な問題で、内省を深めることが困難な場合は、限界と目標設定をどこにもっていくか早い段階で見極めないと、スタッフが燃え尽きてしまう
- ・受け持ちチーム以外の患者と内省に関連した話になったときに、どう対応してよいか戸惑う
- ・CPとの協力体制が不十分だと感じる



#### まとめ

対象行為の確認は、集団でおこなう施設と個別で行う施設とに大別できた。

集団でおこなう場合は、入院時の受け入れオリエンテーションの際に、担当 MDT 同席のもとおこなう施設がおおかった。施行者は、主に医師や指定医で、入院の理由や目的を説明する際に行っていた。

入院時に確認を行わない施設は、入院後の個別面接にて取り扱っていた。メインで取り扱う職種は、CP、Dr であるところが多かった。看護職が取り扱う場合は、CP との協力体制のもとで行っていた。担当 MDT の中で、役割分担するという施設もあった。

内省の深化に向けた援助として実際に行っている方法としては、治療プログラムと個別面接の 2 本柱を中心に、各施設独自の試みも行っていた。

治療プログラムとしては、CP 主催の内省プログラムで取り扱う、ほかに、疾病教育や SST、性犯罪防止プログラム等の活動と連動し、内省の深化を促すアプローチをしていた。

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の機能と活用方法の明確化  
～事例検討会の4年間の実際と今後継続していくための方策～

○高崎邦子, 大迫充江, 吉田つばさ, 成田賢栄 (国立精神・神経センター病院)  
宮本真巳 (東京都医科歯科大学大学院保険衛生学研究科)

**研究要旨**

国立精神・神経センター病院では、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ている。4年間継続してきた中で看護師対象だった事例検討会から、多職種が参加する事例検討会へと変容してきた。昨年度の研究結果からは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としてあげられていた。今年度はこれまで開催してきた事例検討会について、「事例提供の動機」および事例検討会参加後の質問紙調査から事例検討会の満足度などを整理し、事例検討会で検討したいと感じている事例を明らかにした。また、多職種で行う事例検討会を今後も継続していく体制作りを、医療観察法病棟に関わる多職種スタッフの意見を取り入れて検討した。

**A. 研究目的**

医療観察法が施行された2005年の開設時より、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4年目を迎えた。1年目の報告では、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年目の報告では、提供者へのフォローアップ面接が、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。

3年目の報告では、提供者へのエンパワメント効果の持続への促進要因・阻害要因の明確化を図れたが、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ていくための方法や体制作りが課題として残された。

事例検討会を開始して4年目となる今年は、これまで開催してきた事例検討会について、事例提供者による事例報告書、討論内容、「事例提供の動機」および事例検討会参加後の質問紙回答（自由記載）から事例検討会の参加体験について分析する。また、多職種で行う事例検討会を今後も継続していくための体制作りについて、医療観察法病棟に関わる多職種スタッフの意見を取り入れながら明確にすることが本研究の目的である。

**B. 研究方法**

**1. 調査期間**

2005年9月～2009年1月

**2. 研究方法**

医療観察法病棟において、多職種も参加する事例検討会を月に1回実施。事例提供者は、「対象者のプロフィール」「事例提供の動機」「気になっているやりとり」の3点をA4 1枚程度にまとめて報告し、後は自由に質疑・討論を行う。

共同研究者である宮本がファシリテーター役、事例検討会の運営を担当する看護師グループが交代で司会とマネジメントを行った。

この事例検討会は宮本の提唱する統合的な視点に基づくグループ・スーパービジョンの試みで、その方法論は以下の3点に要約できる。

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

#### 1) 事例検討会の実際

##### (1) 事例提供動機の検討

事例提供をする際にどのような「事例提供の動機」があげられているか分類し、事例検討会で検討したいと感じている場面を明らかにする。

(2) 事例検討会終了後に事例検討会への参加者を対象として行っている質問紙調査から、事例検討会への参加体験について検討する。質問内容は、「内容を理解できたか」「事例検討会で学んだことを実践できそうか」「事例検討会についての満足度」を1～5の5段階で評価している。研究1年目では質問紙調査を行っていないため、2年目から研究報告をした年度別にまとめる。

##### 2) 事例検討会を多職種で継続していくための方法

###### (1) 質問紙調査

国立精神・神経センター病院の医療観察法病棟に従事する職員を対象に、事例検討会への参加状況および継続して参加するための意見を自由記載で回答してもらう。

###### (2) 多職種インタビュー

各職種から無作為に1名を抽出し、主に以下の内容の半構造化面接を30分程度実施する。

①各職種は、どのように事例検討を行っているか、②困った事例の場合どのように対処しているか、③現在行っている多職種による事例検討会について思うこと。

### 3. 分析方法

質問紙調査の結果については、数量的データの集計を行い、自由記載の回答には、半構造化面接のデータと併せて内容分析の手法を用いて質的・機能的分析を加えた。

(倫理面への配慮)

病院倫理委員会で審査を受け、承認を得て実施した。プライバシーの保持や資料保管方法に関しては、得られた情報を研究の目的以外には使用せず、特定の個人や施設に不利益が生じないように配慮した。面接協力者については研究目的及び上記の内容を記載した承諾書に署名してもらった。

### C. 研究結果

#### 1. 事例検討会の実際

##### 1) 事例数：39例

##### 2) 開催期間：

H17年9月～H21年1月までの3年5ヶ月

1年目 (H17年9月～H18年2月：6例)

2年目 (H18年4月～H19年1月：10例)

3年目 (H19年2月～H20年1月：12例)

4年目 (H20年2月～H21年1月：11例)

##### 3) 診断名の内訳：

39例中、統合失調症が約半数の18例を占め、重複障害のある統合失調症が10例(統合失調症+知的障害4例、統合失調症+薬物依存症1例、統合失調症+パーソナリティ障害3例、統合失調症+双極性障害1例、統合失調症+感情障害1例)であった。

その他の事例は、アルコール精神病+アルコ



ール依存症 2 例、器質性精神病 2 例、双極性感情障害 2 例、非器質性精神病障害 2 例、妄想性障害 1 例、知的障害 1 例、てんかん性精神病 1 例であった。

なお、入院中に診断名が変更した事例もあるが、ここでの診断名は事例検討会実施時の診断名である。

#### 4) 対象行為の内訳：

39 例中、殺人 12 例、殺人未遂 7 例、傷害 7 例、強制わいせつ 7 例、放火 5 例、強姦致傷 1 例であった。39 例中 6 例は、複数回にわたり事例提供が行われており、そのうちもっとも多かった事例は調査期間中に 6 回の検討が行われていた。

#### 5) 事例提供の動機

事例検討会で取り上げられた 39 事例について、事例提供の動機をまとめると、全部で 43 の動機があり、それらの動機は、対象者との関係性から生じる動機と看護師自身が抱く感情から生じる動機の 2 つに大きく分類できた。

##### (1) 対象者との関係性から生じる事例提供の動機

対象者との関係性から生じる事例提供の動機としては 34 項目が抽出され、内容の共通するものを 6 つのタイプにまとめることができた。

そのうちの 5 つは、対象者との関係性をめぐる困難から生じたもので、①治療意欲が乏しい、治療導入が困難、②対人関係上の問題、③内省が深まらない、④退院にむけての関わり方、⑤治療への協力が得られにくい家族への関わりであった。

残りの 1 つは、⑥関わり方や問題を共有したいという期待であった。

以下に、その内容を紹介する。

##### ① 治療意欲が乏しい、治療導入が困難

- ・ 治療導入が困難な対象者への関わり
- ・ 治療に乗れない対象者への関わり

- ・ 病識がなく治療意欲が乏しい対象者への関わり
- ・ 治療意欲が乏しい対象者への関わり
- ・ 病気の受容に揺れ動く対象者への関わり
- ・ 病感はあるが病識が得られない対象者への関わり

##### ② 対人関係上の問題

- ・ 自身の思いを表現することが苦手な対象者への関わり
- ・ 生活リズムの乱れ、介入に怒りだす対象者への関わり
- ・ 治療意欲がなく投げやりな態度を示す対象者への関わり
- ・ 感情が行動化しやすい対象者への関わり
- ・ 要求が通らないと不穏になる対象者への関わり
- ・ 暴力で対処行動をとろうとする対象者への関わり
- ・ 対応困難な対象者への関わり
- ・ トラブルを繰り返す対象者への関わり
- ・ 対人トラブルが多く他罰的な対象者への関わり
- ・ 暴言で対処しようとする対象者への関わり
- ・ 思考の固さがあり衝動性が高く病識が乏しい対象者への関わり

##### ③ 内省が深まらない

- ・ 内省が深まらない対象者が内省を深めるための関わり
- ・ 知的障害者の対象行為に対する内省・洞察を深める関わり

##### ④ 退院にむけての関わり方

- ・ 退院に向けての関わり (3 例)
- ・ 治療上のゴール設定の共有が困難な対象者への関わり
- ・ 入院が長期化している対象者への関わり

##### ⑤ 治療協力が得られにくい家族への関わり

- ・ 医療不信で非協力的な家族への関わり
- ・ 過保護な家族への関わり
- ・ 治療に積極的でない家族への関わり
- ・ 対象行為自体をなかったことにしようとする家族への関わり

#### ⑥ 関わり方や問題を共有したい

- ・ 前施設で対応困難であったが、同様の経過を辿らないための介入方法を検討したい
- ・ 暴力で対象行動をとる対象者にとって、安心できる生活の場を提供したい
- ・ 暴力行為を繰り返す対象者の治療・ケア方針を共有したい
- ・ 目立たない対象者なのでスタッフに対象者のことを知ってほしい
- ・ 事例提供者が抱く対象者への関わり方(MDTとのズレを感じている)
- ・ 薬物調整中に精神症状が不安定になっている対象者への関わり(MDTとのズレを感じている)

#### (2) 看護師自身が抱く感情から生じる動機

看護師自身が抱く感情から生じる動機としては、39例から9項目が抽出された。対象者とかかわる中で感じる行き詰まり感、困惑、異和感、不全感、陰性感情などがあげられていた。

- ・ 面接が深まらず行き詰まりを感じた
- ・ 症状悪化時の対応での行き詰まり
- ・ コミュニケーションが困難で治療関係が構築されず困惑している
- ・ 内省を促したところ話すことを拒否されたことに違和感を感じた
- ・ 対象者のモチベーションが上がらず事例提供者が不全感を感じている
- ・ 医療者の気を引くための問題行動が続き、事例提供者のモチベーション維持が困難
- ・ 事例提供者が対象者に抱く陰性感情(3例)

#### 6) 事例検討会への質問紙調査

事例検討会への質問紙調査は、【内容を理解できたか】【事例検討会で学んだことを実践できそうか】【事例検討会についての満足度】で構成されている。

その結果を質問紙調査を開始した平成18年度(2年目:H18年4月~H19年1月:10回)、平成19年度(3年目:H19年2月~H20年1月:12回)、平成20年度(4年目:H20年2月~H21年1月:11回)で比較してまとめた(表1, 2, 3)。

【内容を理解できたか】では、「非常に理解できた」「理解できた」がH18年度(2年目)、19年度(3年目)には全体の90%を占めていたが、H20年度(4年目)は全体の85%とやや低下し、「どちらともいえない」の割合が前年度までより増えていた。

【事例検討会で学んだことを実践できそうか】では、「自信がある」は約40%でどの時期も大きな違いはなかったが、「非常に自信がある」の回答がH18年度(2年目)は全体の6.2%であったが、H20年度(4年目)には21.1%と大きな変化がみられた。逆に「自信がない」の回答は、H18年度(2年目)は全体の6.7%であったが、H20年度(4年目)には1.5%となっていた。また、H18年度(2年目)には、未回答が全体の13.2%であったが、時間の経過とともに未回答は減少していった。

【事例検討会についての満足度】では、「非常に満足」「満足」がH18年度(2年目)は78.5%、H19年度(3年目)84.4%、H20年度(4年目)80.5%であった。H18年度(2年目)は未回答も10.7%と多くを占めていた。H20年度(4年目)では、前年度までにはなかった「不満」との回答が3.8%にあり、「どちらともいえない」と回答した割合もやや増加していた。



## 2. 事例検討会を多職種で継続していくための方法

### 1) 質問紙調査

#### (1) 回収の結果

医療観察法病棟に従事する職員 55 名に事例検討会に関する質問紙調査票を配布した。調査票には、職種と経験年数の基本情報、事例検討会への参加状況、参加理由、どのようにしたら事例検討会に継続的に参加しやすくなるかについて自由記載で回答してもらった。

回収は 34 票、回収率 61.8%だった。

職種の内訳は、看護師 28 名、医師 4 名、精神保健福祉士 1 名、作業療法士 1 名、臨床心理士 0 名で、看護師からの回答が全体の 8 割を占めた (図 1 参照)。

臨床経験年数の内訳は 0~5 年が 11 名、6~10 年が 11 名、11~15 年が 5 名、16~20 年が 3 名、20 年以上が 4 名であった (図 2 参照)。

医療観察法病棟経験年数の内訳は 1 年未満が 6 名、1~2 年が 11 人、2~3 年が 2 人、3~4 年が 14 人であった (図 3 参照)。

検討会への参加回数は 1 回との回答が 7 人と最も多く、2 回及び 3 回が 5 人、0 回と 7 回が 4 人、4 回と 6 回が 2 人、5 回と 8 回と 9 回が 1 人の順で、未記入 2 人もみられた。(図 4 参照)。

参加状況では、必ず・できるだけ参加したいと回答している者が 88.2%をしめていた (図 5 参照)。

参加への意欲については、[必ず参加したいと思っている]、[できるだけ参加したいと思っている]が合わせて全体の 88.2%を占めているのに対し、実際の参加状況は平成 21 年度に開催した全 10 回のうち参加回数は 0~3 回と回答したものが全体の 61.7%であり、参加意欲と実際の参加状況にはズレが生じていた。

#### (2) 自由記載の参加・不参加の理由

参加理由については【視野の拡大】、【自己研

鑽】、【運営への協力】、<会の雰囲気よさ>といった【安全の保障】、<対象者の理解が深まる>や<問題の整理がつく>などの【対象者ケアの向上】、【スタッフの心境への理解】、【有効性の実感】があげられた。不参加理由については、【業務との調整困難】、【心理的負担】、【有効性の実感のなさ】が挙げられた。

参加理由として多いのは<他スタッフの意見が聞ける>といった【視野の拡大】、<自分の勉強になる>といった【自己研鑽】、<対象者の理解が深まる>といった【対象者ケアの向上】が挙げられていた。

不参加理由としては<勤務上の都合>などの【業務との調整困難】が多く、その他には<緊張する>などの【心理的負担】、【有効性の実感のなさ】という理由も挙げられていた。

#### (3) 自由記載の改善点とその他・要望

改善点については、<スタッフの気持ちを吐露できる>、<ソフトな会の雰囲気>などの【安心して話せる環境】、<参加者の活発な意見交換>といった【意見交換しやすい環境】が良いという意見が多かった。

また<事例検討会の効果伝達>などの【広報の工夫】、<勤務時間内に開催する>、<時間内に終了する>、<ランチョンミーティング形式>といった【時間の確保】をしてはどうかとの意見があり、<多職種の参加>、<臨床への反映>などの【会の活性化】をしてほしいとの意見が挙げられた。要望については、<多くの上司の意見が聞きたい>、<アドバイザーの参加>など【スーパーバイザー的存在の拡大】を求める意見が挙げられた。

### 2) 多職種インタビュー

文章中の【 】は第 2 分析、< >は第 1 分析、「 」はコードを示す。

#### (1) 事例検討会の参加状況 (表 4 参照)

自分が担当している対象者の場合と担当以外