

表2：質問内容

1	特定病床を持つ病棟・病院との連携
2	多職種連携
3	治療プログラムと治療の効果
4	退院後のフォロー
5	リスクマネジメント
6	看護チームの運営と師長としてのリーダーシップ
7	研修
8	ピアレビュー

(※本報告では、質問内容2を除く結果を報告する。なお、質問2に関する報告は、同報告書内、「多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究：高橋直美他」を参照されたい。)

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85%)。

②半構造化グループインタビュー調査

事前質問紙調査に準じたテーマについて、各施設が実際に行っていること、実施して得られた効果、実施にあたって困難に感じ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

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、事前に各施設の管理者から許可を得て実施した。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た後、書面をもって同意を得た。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 <資料1>

1. 特定病床を持つ病棟・病院との連携

1) 問題点

【1項入院】治療開始の遅れ、医療の質の低下、入院期間延長、施設間連携の不十分、診療報酬上の減収。

【2項入院】病状悪化、関係性の中断、入院期間の延長、指定入院医療機関の負担の増加。

2) 有益な点

【1項入院】「ほとんどメリットはない」という意見が大多数。少数意見としては、一般精神科医療への還元の機会、一時的な病床不足の解消、特定病床スタッフへの医療観察法の知識の拡大、指定入院医療機関と特定病床が同一施設の場合の連携や情報交換。

【2項入院】では、【1項入院】よりはメリットがあると答えた施設が増えたものの、病床数の確保を急速に進めるべきだという意見が大多数であった。対象者の状況や施設間連携がうまくいけば有益なケースもある、帰住地に近づく、指定通院医療機関との関係作り、入院対象者の受け入れが可能となる、などがあげられた。

2. 多職種連携 (別報参照)

3. 治療プログラムと治療の効果

1) 集団プログラムへの看護師の関与

集団プログラムへの導入・プログラム中の関与は、看護職が全てのプログラムに関与できている施設もあれば、コメディカルが中心で看護職はサブという施設もあり、施設間格差が伺われた。また、看護師個人の力量や取り組む姿勢に左右される場合も多いことが明らかになった。プログラム後の振り返り、般化ないし集団体験の活用に向けての関与は、意識的に行っている施設と徹底されていない施

設があった。全体としては、般化についての取り組みが十分ではないという状況があり、プログラムのマネジメントについては、多くの施設が、プログラム委員を選定し、委員を中心とした活動を行っていた。

2) 看護師による個別面接

定期的を実施している施設と状況により不定期に実施する施設があり、頻度はまちまちである。スタッフの関心や力量によって面接の効果に差が出ているようである。

3) 対象者への治療効果

治療反応性がある対象者については、治療効果を実感しているという意見が多かった。また、疾病教育を繰り返し行うことで、対象行為と疾患の関係やセルフマネジメント、服薬の必要性の理解が深まっているようである。対象者同士の交流や病棟コミュニティの凝集性の高まりがみられている施設もある。

4. 退院後のフォロー

1) 退院後の社会資源との連携

指定通院医療機関や社会資源と連携した退院後のフォローに関しては、地域間の格差が大きい。指定入院医療機関と指定通院医療機関が同一の場合にはある程度可能だが、それ以外では必要を感じながらもは困難な状況がある。

2) 対象者と関わる機会

退院後の対象者と関わる機会を設けるように努めているのは、先行の指定入院医療機関のみであった。

5. リスクマネジメント

1) インシデント・アクシデントの実態

経験された出来事としては、暴力、外出時の無断退去、自殺企図等があげられた。暴力に関してはCVPPPの原則に基づいて対応しているが、スタッフの心労は大きな問題である。発生した全ての事象に対して、対象者も

含めて振り返りと対策を話し合い、内容はスタッフ全員に周知するなどしている。病棟全体としてのインシデント・アクシデント数としては、リスクが高い割に少なく、未然に防いでいる。

2) 行動制限最少化への効果

CVPPPの導入やマンパワーの確保によって、行動制限最少化の効果がみられている。また、行動制限や強制治療が提案された事例に関する倫理会議による検討の徹底や、行動制限をできるだけ行わないという理念の浸透が行動制限最少化につながっているが、施設間の格差はかなり大きい。

指定入院医療機関における行動制限最少化に向けた取り組みを一般精神科医療に浸透させていくには、多職種協働による入退院や治療方針の決定、リスクアセスメント、治療展開、看護マンパワーの向上、診療報酬改定など制度上の対応も不可欠である。

6. 看護チームの運営と師長としてのリーダーシップ

1) スタッフの育成とリーダーシップ

師長、副師長は、新人・新規配置スタッフへの教育、リーダーシップの発揮できるコアナースの育成、スタッフのモチベーションの維持に加え、勤務調整や人事の調整をめぐって困難を抱えていた。スタッフのモチベーションは、ハーフサイズの小規模施設の方が大規模施設よりも高い傾向がみられた。

2) 師長たちが心がけていること

チーム運営をめぐる困難が山積する中、各施設の師長たちは、自分自身の経験や持ち味を生かしながら、試行錯誤を重ね、病棟医療の向上や労働環境の向上のための工夫や対策をとっていることが明らかになった。特に、看護チームだけでなく、医療チーム全体の調整的リーダーシップを心がけている師長が多かった。

7. 研修への期待と現状の問題点

1) 全国研修について

年1回施行される医療観察法研修会は規模も大きく、全ての職員が参加できない場合がある。

2) 様々な研修への期待

病院間交流や交換研修、他施設で開発された治療プログラムの自施設での運用を可能にする研修が期待されている。その際、旅費などの金銭面への補助、スーパーバイザーの確保等の希望も出ている。

8. ピアレビュー

ピアレビューの効果としては、スタッフのモチベーションの向上、良い刺激、視野の拡大、客観的な評価、病棟運営に活かせるといったプラスの意見が多かった。また、宮本分担班で毎年実施している師長会議については、情報交換にとっても効果的、孤立しなくてすむ、今後も継続してほしいという意見が多く寄せられた。

D. 考察

特定病床に関しては、多くの問題点が現場で実感されていることが明らかとなった。治療開始の遅れや入院期間の長期化、治療関係の中断は、対象者にとって不利益になるため、早急な病床確保と問題点の克服に向けた対策が望まれていることが明らかとなった。

治療プログラムへの看護師の関与の実態やプレミーティング、アフターミーティング(=レビュー)の活用状況、日常生活への般化への取り組みに関しては、施設間格差やスタッフ個人の力量に左右される傾向がうかがわれ、今後の取り組むべき重点課題の1つであることが示唆された。

医療観察法成立時に、日本では例を見ない比較的豊富な看護マンパワーの配置が認めら

れた背景には、看護師の治療プログラムへの積極的な関与を重視するという前提があった。看護師やその他のスタッフには、このような経緯を十分に認識した上で、看護師の積極的な関与を推進していくことが求められる。

治療プログラムの中で得られた学習成果の日常生活への般化に関しては、グループ体験を日常生活場面に結び付けていくことを可能とする意図的な働きかけや工夫が必要であり、その点で看護師の担う役割は大きいことは、多職種チームの中で認識されつつある。

退院後のフォローについては、施設や地域間の格差がうかがわれたが、対象者の社会復帰は全国的に困難を極めていることがわかった。退院後の対象者と関わる機会をもっている施設は、先行1施設のみであったが、通院医療機関との連携や対象者が退院後に語る場の提供、ピアサポートなども視野に入れた関与を検討していく必要性が示唆された。

リスクマネジメントに関しては、CVPPPの導入やマンパワーの確保によって、行動制限最少化の効果がみられていることが明らかになった。今後の課題としては、この成果を一般精神医療に還元するための工夫や制度上の改善を視野に入れた活動や研究によるエビデンスの提示が必要であることが示唆された。

リーダーシップに関しては、各施設の師長が経験や持ち味を活かしながら、取り組んでいる実態が明らかになった。多職種チームを活性化するためには、看護師長、副師長等が、看護チームのマネジメントだけでなく多職種チームのリーダーシップを担っていく必要があることが示唆された。

研修・ピアレビューに関しては、今後、研修にピアレビューを含めた施設間交流などを組み入れるなど、これまでの机上研修に上乘せする形での臨床活動に根付いた研修プログラムを構築していく必要性が示唆された。

E. 結論

全国の指定入院医療機関20施設の看護管理者25名を対象とした事前質問紙調査とグループインタビュー調査を行った結果、「特定病床・治療プログラム・退院後フォロー・リスクマネジメント・看護チームマネジメント・研修・ピアレビュー」に関する実際の取り組みと今後の課題が明らかになった。

医療観察法病棟における豊富なマンパワーと多職種チームによるアプローチが、今後どのように実践され発展を遂げ、その成果が既存の精神科病院における治療や社会復帰支援にどのように還元されるかを、今後も研究活動を通じて、報告していきたいと考える。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 美濃由紀子：医療観察法病棟における多職種協働 - 看護職の立場から - . 精神科治療学, 24 (9), pp1069-1075, 2009年9月
- 2) 美濃由紀子、佐藤るみ子、宮本真巳：医療観察法病棟における多職種チーム連携の利点と課題 - 入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告 - . 日本精神科看護学会誌 (The Japanese Psychiatric Nursing Society), 精神看護出版, pp143-147, 2010年2月
- 3) 美濃由紀子、佐藤るみ子、宮本真巳：入院時面接を含む入院後48時間の濃厚な関わりの中で看護師が果たす役割 - 医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告 (2) - . 日本精神科看護学会誌 (The Japanese Psychiatric Nursing Society), 日本精神科看護技術協会編：精神看護出版, pp 543-547, 2010年2月
- 4) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳：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研究 - 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 - . 精神看護出版, 精神科看護, 37 (2), pp42-47, 2010年2月

2. 学会・研究会発表

- 1) 美濃由紀子、佐藤るみ子、宮本真巳：医療観察法病棟における多職種チーム連携の利点と課題 - 入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告 - . 日本精神科看護学会 第16回 専門学会 I, p135-139, 2009年7月 (名古屋)
- 2) 美濃由紀子、佐藤るみ子、宮本真巳：触法精神障害者の治療プログラム実施に対する看護職の取り組み - 医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療の実践報告 - . 第40回 日本看護学会 - 精神看護, p129, 2009年8月 (島根)
- 3) 美濃由紀子、宮本真巳：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研究 - 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 - . 第40回 日本看護学会 - 精神看護, p130, 2009年8月 (島根)
- 4) 美濃由紀子、佐藤るみ子、宮本真巳：入院時面接を含む入院後48時間の濃厚な関わりの中で看護師が果たす役割 - 医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告 - . 日本精神科看護学会 第16回 専門学会 II, p341-345, 2009年11月 (熊本)
- 5) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳：医療観察法病棟におけるリスク管理の実態とリーダーシップをめぐる困難感 - 看護師長インタビューの結果から - . 第29回 日本看護科学学会学術集会, p374, 2009年11月 (千葉)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

質問3. 治療プログラムと治療の効果について

1) 集団プログラムへの看護師の関与の実際

1) - 1 : プログラムへの導入・プログラム中の関与

●看護職が全てのプログラムに関与できている施設もあれば、コメディカルが中心で、看護職はサブという施設もあり、施設間格差がうかがえた

●看護師個人の力量や取り組む姿勢に左右される場合が多い

1) - 2 : プログラム後の振り返り、般化ないし集団体験の活用に向けての関与

●プログラム後には必ず振り返りを行うという施設と、振り返りは徹底されてないという施設とがあった

●般化については、プログラムの内容によっては、般化を心がけ実施しているという施設と、プログラムへの参加はできているが、その場限りとなってしまう、あとのフォローや般化にむけた関わりができていないという施設とがあった

→全体としては、般化についての取り組みは十分ではないという印象

●スタッフの力量に左右される

●般化についての理解・知識が不十分

1) - 3 : プログラムのマネジメント…プログラムの新設・改廃、対象者選定

●プログラムの新設・改廃などは、多くの施設が、プログラム委員を選定し、委員を中心とした活動を行っていた。委員によって提案された新設・改廃案は、治療評価会議で最終的には承認等されていた

●看護とコメディカルでプログラム委員によりプログラムに対するスタッフのアンケートを基に見直し検討を実施している

●対象者の選定についてはMDTにゆだねられるが、プログラムを作成の際に対象者選定の条件はプログラム委員で検討を行い、条件を明確にしている。その条件をふまえてMDTは検討することとなる

2) 看護師の個別面接への取り組みの実際

●面接は定期的実施している施設と状況によって不定期に実施するという施設があった

●スタッフの力量により、面接の効果にも差が出ている。個人差がある。実施回数など

●看護面接の勉強会を実施し、意識的に行うようにしているが、スタッフの受け止め方にばらつきがある

●看護面接が出来る時間枠のスケジュールを毎月提示しており、勤務表が出ると同時にプライマリーは自分の勤務にあわせてその枠を取り合っている状況である

●長期となり、治療反応性のない対象者への面接が滞っている。症状変化なく、面接への意欲低下、モチベーションの低下もみられる

3) 対象者への治療効果の実際

- 治療反応性のある患者にとっては効果的である
- 対象行為と疾患の関係やセルフマネジメント、服薬の必要性といった点では、理解が得られていることが多いように感じる
- ピアサポート的な役割をとれる対象者がでてきた（対象者の相談に乗ったりしている）
- 疾病教育を繰り返し行うことで対象者の理解度が上がった
- 朝の集い、ゾーンミーティングと小集団で行うことで、対象者が意見や発言できる、コミュニティの凝集性も高まり、プログラム以外の対象者同志の関わりもでている

質問4：退院後のフォローについて

- 1) 指定通院医療機関や社会資源との連携や退院後のフォローの実際と課題や問題点
- 県や区によって意識の差がある。社会復帰調整官の個人差も大きい
 - 退院調整については、地域間の格差もあり、通院医療機関、社会資源ともに困難を極めている
 - 入院後早期にゴールを定めるようにしている。社会復帰後のイメージを持ってもらうため、当院近隣または居住地の施設見学を積極的に行い、退院後の目標設定に役立てている
 - 退院後は現状では全くかかわる機会はない。今後家族会には退院者の家族を受け入れていく意見もあるが医観法の中でフォローが入院指定医療機関で可能なのか知りたい
 - 通院期間が少ない。また医療観察法に対する理解が、地域や施設においては乏しい

質問5：リスクマネジメントについて

- 1) 経験したインシデント・アクシデントの実態と直面している課題
- 暴力（対象者→対象者、対象者→スタッフ）→暴力に関してはCVPPPを方針として対応しているが、スタッフの心的な負担やストレスは今後も大きな課題と思われる。発生した全ての事象に対しては、振り返りと対策を話し合っている。事象と話し合いの内容は記録に残し、スタッフ全員に周知している
 - 外出時の無断退去発生 →無断退去に関しては、特に「医学的管理」の解釈と責任、運用は共有すべき課題である
 - 自殺企図（自室のカーテンを使用）→実験検証を行いカーテンの素材・フック間隔の見直しをした。自殺チェックリストの作成し、入院時・ステージ移行時・状態の変化時活用し対策につなげている
 - 薬の大量服薬（薬の自己管理対象者）
 - 暴力・逸脱行為の数はむしろ少ない。ただしリスクは高いと考えられる。スタッフ数の多さ、関わりの時間が取れ未然に防いでいるのが要因と思われる
- 2) 行動制限最少化に向けて指定入院医療機関が精神科医療に寄与しうると思えること
- マンパワーによる常時観察の実施により行動制限最少化がはかれている
 - 現在の医療観察法病棟での治療展開が可能な環境が整えられれば・・・と思うが、多職種協働のアセスメントや治療の展開といった質、やはり特に看護職スタッフのマンパワーの充足の

量、ともに前提も必要かと思われる。診療報酬など制度上の対応も必要かと思われる

- MDTによる多面的な、客観的な評価が行えること
- スタッフ内に行動制限最小化という意識付けが行われている
- CVPPPの導入やマンパワーの確保による効果は大きいと思われる
- 行動制限（隔離・高速）を出来るだけ行わない医療を目指し、常時観察など対応していく考え方や職員数
- 行動制限を行う場合や強制治療（注射・ECT）などは全て倫理会議にかけて妥当性を検討している
- MDTで対象者へ関わり、社会復帰を目標としたチーム医療
- MDT医療といった対象者と向き合うことで行動制限に発展する様な事態を防止
- 行動制限の最小化を目指し、患者の状態をアセスメントし早期に介入し行動制限をしなくすむことは、一般精神医療にも大いに寄与すると思う
- 医療観察法と一般精神医療とは行動制限に対する考え方がまったく違うように現状では感じている
- 看護力で患者の行動制限は最小限にできる。ただ医療観察法の現状を一般病棟に伝えていっても、医療観察法はマンパワーがあるから…だけでとらえられてしまう。マンパワーも事実だが考え方の違いを理解してほしいとおもう。ただそれを理解するベースが当院の一般精神病棟の看護師に育っていない
- 安易に隔離・拘束を行わず、観察・介入を強化することで対応することが定着していている。広い空間や個室等が大きく影響していることも強く感じる。対象によっては、隔離・拘束を早期に行うことも必要であるとも感じている

質問6：看護チームの運営と師長としてのリーダーシップについて

1) 師長（副師長）として直面している事柄

問題点・課題

- 新人・配置換えスタッフへの教育
- スタッフのモチベーションの維持の困難
- 勤務調整
- 人事の調整（産休等のライフイベント等も含む）
- 医療の質の担保
- 医療観察法による医療と一般精神科における医療との考え方の違い
- モジュール受け持ち継続の看護体制をとっているが組織力が弱い
- 配置換え等もあり、リーダーシップのとれる中堅看護師の育成ができていない
- 担当MDT内の他職種間の連携が円滑にいかない場合
- 多人数により決定したマニュアル・手順が厳守されない

2) 目標としていること

- スタッフの看護のモチベーションの向上または維持
- プライマリナーズの負担感の軽減を図るために、チームでの連携を強化

- 医療観察法病棟で実施している看護に自信をもたせる
- 医療及び看護の質の保証
- 安全配慮とリスク管理
- 現場での看護を通して個々の看護師のスキルアップ
- チームでの決定事項が他スタッフへ浸透し統一したケアの提供と評価
- 医療観察法の趣旨に則った、チーム医療（連携・協働）のレベルアップ
- 対象者の安全・安楽
- 対象者の社会復帰
- ネガティブな感情に対するセルフコントロールの実施
- 病棟の活性化
- 治療プログラムの評価見直し
- 内省アプローチの充実

3) とっている工夫・対策

- 看護体制においては統一したケアが出来るよう、マニュアルなどの工夫
- 現場教育の徹底
- 各看護チームの強化
- 個人面談、日常会話を通して個々の看護師の把握
- 学習会の実施
- 看護チーム編成の工夫
- スタッフに対する心配りや声かけ
- 休暇の保障
- 副看護師長・リーダーとの連携
- 各部署との連携・調整
- 施設間のピアレビューをひとつの契機として自覚を促す
- 常々メッセージ性を大切にして決断はメリハリをもって実施する
- 病棟の運営について毎年見直しを計画していく

2) スタッフの力量・意欲の維持・向上のために必要だと思うこと、実際に行っていること

- スタッフの能力に応じた役割をもたせる
- ポジティブなフィードバックを心がける
- スタッフの教育
- スタッフに企画・運営を任せる
- ケアコーディネーター・プライマリナーズとして治療計画の進展状況を聞きアドバイスや支持を行う
- 病棟として今何をする必要があるか今後何に取り組んでいくか目標を掲げる
- 病棟の教育委員中心とした勉強会・学習会の年間計画の実施（臨時の開催も多い）
- 看護体制の強化
- 役割遂行時の師長・副師長のサポート

- 困難事例を抱えてモチベーション低下のあったスタッフの対象者変更
- 悩み・不安を早めに察知し傾聴と早期対応
- リフレッシュ研修（6月に2日間実施した）
- コメディカルとの連携がとりやすい様なサポート
- 勤務の配慮（勤務希望の配慮、年休取得は出来る限りつけているが、実際には難しい）
- 個々のスタッフの能力差を互いに補えるように看護チームの体制
- 希望する研修などへの参加（病院として参加できるようにしたいが、経費の問題もあり限界がある）

1) 研修への期待と現状の問題点

- 期間短縮、重複しない講義内容
- 病院間交流
- 医療観察法研修会は年1回あるが、規模も大きく、いけない職員もいる。近隣の施設間で親睦をかねた情報交換のような機会がもてないか
- 他施設への研修：長期になると勤務調整、職員の家庭事情もあり難しく2週間～3週間の実務研修がしたい
- 研修への補助（金銭面など）
- 各施設が行っているプログラムが他施設でも運用できるような研修をしてほしい。プログラムの理論のみではなく、実際の方法など実践につながる研修をしてほしい。例えばアルコール依存や薬物依存など
- 専門的な指導者によるスーパーバイズがほしい（ピアレビューもそれに相当するが、そういった機会をふやしてほしい）
- 研究の機会をあたえてほしい
- 他施設で行われている実際を学べる研修が効果的でないかと考える。交換研修など希望しているスタッフもいる
- 研修参加の旅費の問題
- 開設後の研修としては、スタッフのコアナース育成目的で他の指定入院医療機関に5日間程度、行き来するようなものがあれば良いように感じる

質問8：ピアレビューについて

- 病棟運営、看護介入について思考に良い刺激となり視野がひろがる
- スタッフ間の交換研修を積極的に行い、施設間の連携強化につなげていきたい
- スタッフのモチベーションの向上にもつながる
- 師長会議やスタッフの交換研修は、情報交換にとっても効果的。良い刺激になっている。今後も継続してほしい
- ピアレビューは新しい視点で、客観的な意見がもらえるので有効で勉強になる
- 他施設を体験するのは有意義。良い面、悪い面も学びとなり、病棟運営に活かせる
- 師長同志の交換会で孤独にならなくなる。医療観察法の内容を知っている上で悩みなどの共有ができる、解決にもつながる

1) - 2 指定入院医療機関の現状と課題

指定入院医療機関と特定医療施設における

司法精神医療の現状と課題

—医療観察法の指定医療機関等に関する改正附則第2条をめぐって—

○美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科）

龍野 浩寿（日本精神科看護技術協会）

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

目的：厚生労働省は、平成20年8月1日に指定入院医療機関の深刻な病床の不足をうけて、医療観察法に基づく指定医療機関等に関する省令の一部（附則第2条）を改正する省令を公布・施行した。この改正に伴って、特定医療施設および特定病床と呼ばれる指定入院医療機関以外の病床において、医療観察法に基づく入院医療を開始されたが、そこでの司法精神医療の実態としては未知の部分が多い。そこで、本研究では、指定入院医療機関と特定医療施設および特定病床との連携における司法精神医療の問題点や有益な点などを明らかにするとともに、今後の課題について検討することを目的とした。

方法：全国の指定入院医療機関20施設の看護管理者25名を調査対象とし、事前質問紙調査と半構造化グループインタビュー調査を行い、質的帰納的分析を行った。

結果：特定医療施設・特定病床との連携について直面している問題点として、合計8カテゴリー【治療・関係構築開始の遅れ】【提供可能医療の質の低下】【入院期間の延長】【施設間連携の不十分さ】【診療報酬上の減収】【抱える負担の増加】【病状の悪化】【手厚い関係性の途絶え】が抽出された。

考察：これらの結果から、早急な病床数の確保やその整備、対策が切実に望まれていることが明らかとなった。また、本来必要とされるべき対象者に対して保障されるべき医療の内容を提供可能にするための精神科医療水準の全般的な引き上げは優先させなければならない重要課題であることが明らかとなった。Key Words：医療観察法 司法精神看護 特定病床

I. はじめに

厚生労働省は、平成20年8月1日に指定入院医療機関の深刻な病床の不足をうけて、「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）に基づく指定医療機関等に関する省令の一部（附則第2条）を改正する省令を公布・施行した。しかし、これらの省令施

行後も、病床数の不足は補いきれず、平成21年3月10日には、特定医療施設の設置基準の緩和を含む再改正省令が公布・施行された。

この省令は、指定入院医療機関の病床不足の臨時的・応急的な措置として、特定医療施設および特定病床と呼ばれる指定入院医療機関以外の病床において、医療観察法に基づく入院医療を行うことを可能にするものである。

「特定医療施設」「特定病床」とは、国公立

の精神科病院や精神保健福祉法第19条の8に規定する指定病院、指定通院医療機関の指定を受けた病院、あるいは指定入院医療機関の医療観察法病棟以外の病床のことをいう。特定医療施設および特定病床への入院には、改正附則第2条1項による入院と2項による入院との、2つの形態がある。いわゆる1項入院とは、鑑定入院後の入院医療決定者に対してなされる入院であり、2項入院は、指定入院医療機関の社会復帰期にある者に対してなされる入院である。双方ともに、おおまかには、「該当指定入院医療機関に勤務する指定医の診察の結果、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けることができなくなるとおそれがないもの」と規定されている。

しかし、こうした省令等の一部改正をめぐるパブリックコメントは、否定的な意見が中心であった。「臨時応急的な対応として認めざるをえないものの、医療観察法における医療の基幹を揺るがす事態に陥っている」といった懸念の声があがっていたという状況がある。

このような経緯から、実際にこれらの改正の影響を被っている指定入院医療機関の看護スタッフは、どのようにこの制度をとらえているのかについて実態把握を行うことは、今後、病床不足問題の方向性を検討する上で、

重要な鍵となると考えられる。そこで、本研究では、全国の指定入院医療機関の看護管理者を対象に、特定医療施設および特定病床との連携をめぐる問題点や有益な点などを明らかにするとともに、今後の課題について検討することを目的とした。

II. 研究方法

1) 調査対象施設

全国の指定入院医療機関：20施設

2) 調査対象者

対象施設の師長・副師長、看護部長・副部長他看護管理者 計25名(表1)

3) 調査実施日：2009年12月

4) 調査方法

①事前質問紙調査

②半構造化グループインタビュー調査

①②ともに、質問内容は以下の8テーマ(表2)とし、本報告では、テーマ1に焦点を当てて、報告する。

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85%)。

②半構造化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、各施設が実際に行っていることやその効果、

表1：参加対象者の内訳

	師長	副師長	看護部長	副看護部長	看護科長	計
国立	14	2	0	1	0	17
自治体立	4	4	1	0	1	8
計	18	6	1	1	1	25

表2：質問内容

1	特定医療施設および特定病床との連携
2	多職種連携
3	治療プログラムと治療の効果
4	退院後のフォロー
5	リスクマネジメント
6	看護チームの運営と師長としてのリーダーシップ
7	研修
8	ピアレビュー

困難について、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

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、事前に各施設の管理長から許可を得て実施した。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、書面をもって同意を得た。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。

Ⅲ. 研究結果

1. 特定医療機関・特定病床との連携をめぐる直面している問題点

1) 【1項入院】（表3）

指定入院医療機関として、特定医療機関・特定病床との1項入院の連携について直面している問題点として、【治療・関係構築開始の遅れ】【提供可能医療の質の低下】【入院期間の延長】【施設間連携の不十分さ】【診療報酬上の減収】が【抱える負担の増加】の6カテゴリーが抽出された。

アメニティー、セキュリティ、マンパワーが整っているとはいえない特定医療機関・特定病床で、指定入院医療機関と同質の治療プログラムやケアを提供することは極めて困難な場合が多く、【提供可能医療の質の低下】を懸念する声や、1項入院を経ることによって、急性期治療の開始と、指定入院医療機関スタッフとの関係構築の開始が遅れるという【治療・関係構築開始の遅れ】が、結果的に、対象者の【入院期間の延長】という不利益につながることも問題としてあげられていた。また、特定医療施設が遠方の場合は、スタッフが面接や診察に出向くことになるが、実際はオーバーベッドの状態で稼働しているため、マンパワーに余力がない中

で【抱える負担の増加】や【診療報酬上の減収】に苦慮している様子もうかがえた。可能な限り連携を図りたいと思っても、実際は週に1回の情報交換が限度だという声や、遠方の場合は、メールや電話によるやりとりとなり、タイムリーな治療計画にはつながらないという【施設間連携の不十分さ】も問題としてあげられていた。現場の実感としては、1項入院の間は、入院処遇ガイドラインに沿った入院医療が提供されているとは言い難い状況があり、単なるベッドの空き待ち状態といわざるを得ないのが実感だという意見もあった。

2) 【2項入院】（表3）

2項入院における連携をめぐる直面している問題点としては、【病状の悪化】【提供可能医療の質の低下】【手厚い関係性の途絶え】【入院期間の延長】【抱える負担の増加】【施設間連携の不十分さ】の6カテゴリーが抽出され、1項入院の場合と異なるものは2カテゴリーであった。

社会復帰期の退院申請後に2項入院を実施したとしても、臨床現場の視点からは、やはり問題が多い。退院直前の1～3ヶ月間は、社会復帰のための最後の詰めの重要な時期であり、クライシスプランの検討、家族との調整、その他、現実的な介入が求められるが、特定医療施設や特定病床では、きめ細やかな観察に基づく早期介入や施設間連携が十分とはいえない。また、それまで指定入院医療機関のスタッフとの間で築かれてきた【手厚い関係性が途絶える】ことによって、対象者の不安が高まり【病状の悪化】をきたす場合も少なくないという。現場の実感としては、2項入院にも1項入院と共通する問題点があり、特に特定医療機関が遠方の場合は、対象者にとってもスタッフにとってもデメリットが大きいという意見が多かった。

表3：直面している問題点【1項入院】

抽出カテゴリ（6個）	内容の一部抜粋
治療・関係構築開始の遅れ	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期としての医療の提供、治療計画が遅れる ・治療プログラムの開始が遅れる ・鑑定入院の続きといった感があり、急性期としての医療が提供されにくい ・治療者との関係構築の開始が遅れる
提供可能医療の質の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・アメニティー、セキュリティー、マンパワーが不十分 ・治療プログラム等の質が保たれない ・情報交換をしても、治療効果が上がる医療は提供されにくい ・急性期としての適切な多職種チーム医療が提供されにくい ・同一院内の特定病床ですら、1項入院の対象者の管理・治療の提供は不十分というのが現状 ・特定病床の施設としての人材や設備面での限界もある
入院期間の延長	<ul style="list-style-type: none"> ・（急性期の治療開始や関係構築が遅れることから）結果的に入院期間が延びることになる
施設間連携の不十分さ	<ul style="list-style-type: none"> ・病院同士の連携が十分にできない ・特定医療機関が遠方の場合、師長レベルでの情報交換が中心となり、具体的な治療計画の見直しや変更まで行うことは難しい ・週1回の面接が限度、診察も十分にできない
診療報酬上の減収	<ul style="list-style-type: none"> ・特定医療施設へ出向くための費用（交通費や人件費）がかかる ・コストの高い急性期の時期が短くなるので指定入院医療機関としては減収となる
抱える負担の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟では、満床+1床の状態、さらに特定病床で5名抱えていることがあり、実質的にオーバーベッドの状態に治療にあたらなければならない ・特定病床を持つ病棟の業務が煩雑になった ・特定医療施設が県外であり、チームで訪問する際のスケジュール調整などがかなり困難で負担も大きい（時間面、人材面、金銭面）

2. 有益な点（表4）

1) 【1項入院】における有益な点についても調査を実施したが、「ほとんどメリットはない」という意見が大多数であった。少数意見としては、指定入院医療機関における医療の原則を一般精神科医療に還元する機会、一時的な病床不足の解消、特定病床スタッフへの医療観察法の知識の拡大や、特定病床が同一院内にある場合の連携や情報交換があげられた。

2) 【2項入院】の有益な点については、【1項入院】よりはメリットがあると答えた

施設が多いものの、病床数の確保を急速に進めるべきだという意見が大多数であった。対象者の状況や施設間連携がうまくいけば有益なケースもある、帰住地に近づく、指定通院医療機関との関係作りや、入院対象者の受け入れが可能となる、などの意見があげられた。

IV. 考察

特定医療施設と特定病床の問題に関して、吉川¹⁾は、①手厚い人員配置による専門的な治療を提供できないこと、②指定入院医療機関が対象者のリハビリテーションや家族調整を十分しないまま2項入院を実施することの

表4：直面している問題点【2項入院】

抽出カテゴリー（6個）	内容の一部抜粋
病状の悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・実際に、退院申請後の2項入院中に不安から病状が揺れたりすることはよくある ・転院先で、環境などが変わると患者の病状がブレることもある ・十分に調整して2項入院したが、妄想が活発化して、戻ってきたケースがあった
提供可能医療の質の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・クライシスプランどおりに、介入してもらえなかった ・必要な外出・泊であっても、特定医療機関のスタッフだけでは対応困難な場合が多い ・退院前の大切な時期であり、クライシスプラン、家族との調整その他、現実的な介入が非常に重要であるが、その辺りが手薄にならざるを得ない
手厚い関係性の途絶え	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者からは「見放された感じ・・・」等の声もあった ・医療者との関係性が途絶えるという意味でデメリットがある
入院期間の延長	<ul style="list-style-type: none"> ・慎重なアセスメントをした上で2項入院を実施するのだが、最長6ヶ月という2項入院の期限内で退院が困難になる事象もおこりうる。（当院が経験した事例では）その際、元の指定入院医療機関に空きベッドがなく、元の機関に戻ることができず、結果として入院期間が延長してしまったケースがあった
抱える負担の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的なMDTの訪問とケア会議が必要となりスケジュール調整が難しく負担も大きい ・外出プログラム等を実施にあたり、協力をするとなると指定入院医療機関側の負担が大きく、外出・泊に十分対応できない
施設間連携の不十分さ	<ul style="list-style-type: none"> ・連携がうまくいっていたとはいえない ・指定通院先に2項入院での入院依頼をしたことがあるが、2項入院は行わないと断られたことがあった

表5：有益だと思われる点

【1項入院】
<ul style="list-style-type: none"> ● 「ほとんどメリットがない」という意見が大多数 ・ 一般精神科医療への還元という意味では、その機会になることも考えられる ・ 全体的にベッド数が不足している為、一時的には病床不足が解消される ・ 特定病床のスタッフにも医療観察法の知識が広がる ・ 指定入院医療機関と特定病床の施設が同じであれば、連携や情報交換も可能 ・ 現在迄6名を経験しているが、うち5名は早い段階で転入することができ、プログラムと入院期間に支障を伴うことはなかった
【2項入院】
<ul style="list-style-type: none"> ● 【1項入院】よりは【2項入院】の方がデメリットが少ないと答えた施設が増えた ・ 対象者の状況や施設間連携がうまくいっていれば、有益となるケースもあった（その場合でも、医学的管理、その責任、治療の進み具合など慎重に判断すべき） ・ 帰住地に近づくことができる ・ 退院後に通院予定の指定通院医療機関に2項入院ができた場合は、指定通院医療機関との関係作りの場として有益だと思われる ・ 2項入院を進めることで、早期に新たな入院対象者を受け入れることが可能となった

常態化、③指定入院医療機関の実質オーバーベッドの状況が長引いた場合の業務事故やスタッフのバーンアウトが懸念されると述べている。

本調査からも明らかになった、指定入院医療機関側の【抱える負担の増加】と【診療報酬上の減収】が長引くリスクに関して、今後、注意深くモニタリングしていく必要が示唆された。

また、治療開始の遅れや入院期間の延長、治療関係の中断は、対象者にとって不利益になると考えられるため、早急な病床数の確保やその整備、対策が切実に望まれていることが明らかとなった。本来、対象者に対して保障されるべき医療の内容を提供可能にするための精神科医療水準の全般的な引き上げが、優先すべき重要課題であることが明らかとなった。

問題点や課題が山積し、ほとんどメリットはないという意見が大多数であった特定医療施設と特定病床による応急対応ではあるが、対象者と施設による条件を整えば、2項入院では有益なケースもあることも本調査では明らかとなった。

その条件とは、対象者の病状が落ち着いている場合、施設間連携がうまくいっている場合、帰住地に近い特定医療施設への入院の場合などである。また、退院後に通院予定の指定通院医療機関に2項入院ができた場合は、指定通院医療機関との関係作りの場として有益であるとの意見もあった。対象者の社会復帰を阻害する要因と促進する要因は、対象者

によっても、スタッフによっても、対象者を取り巻く環境によっても、制度によっても、影響を受け、こうした要因は複雑に絡み合っていると考えられるため、今後は、うまくいったケースとうまくいかなかったケースを比較し、因子探索なども詳細に行っていく必要があることが示唆された。

E. おわりに

厚生労働省は、『こうした対応は、臨時応急的な対応であるが、一方で法の理念を踏まえ、特定医療施設又は特定病床における法対象者への医療は可能な限り、「入院処遇ガイドライン」の趣旨に沿ったものとする』と通知しているが、現状ではこの臨時応急的な状態がどこまで続くのか未知数である。また、可能な限りガイドラインの趣旨に沿った医療を提供するとされているが、特定医療施設又は特定病床において、指定入院医療機関と同質の医療の提供を実現させることは現実的に困難であることが明らかになった。

本調査では、全国の指定入院医療機関の看護管理者の意見を中心に調査したが、今後は、多職種スタッフや、特定医療施設又は特定病床側のスタッフの意見についても調査していきたいと考える。

引用・参考文献

- 1) 吉川和男、佐野雅隆：医療観察法における施設基盤の整備. 臨床精神医学,38(5), p617-621, 2009.

2) 多職種チームについての看護師の意識

多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究

～多職種チーム医療についての看護師の認識～

- 高橋 直美（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）
美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）
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

指定入院医療機関の看護管理者を対象にアンケート調査及びグループインタビューを実施し、看護師の視点から医療観察法における多職種連携の実態把握と効果検証を行った。

多職種連携の実態には施設間、施設内で多少の差があるようであった。多職種連携の効果として対象者への多角的な支援の提供、専門知識・技術の共有による相互学習、判断や責任の共有による特定職種の負担の軽減とチームとしての凝集性の高まりが確認できた。現状の課題として、各職種のアイデンティティの揺らぎ、コメディカルスタッフの人員不足、教育システムの不備が明らかになった。

A. 研究目的

医療観察法による医療では、多職種連携による医療の提供が重要な原則となっている。本研究はその実態把握と効果検証のための包括的な研究の一環として、多職種連携に関する看護師の認識を明らかにする事を目的とした。

B. 研究方法

1) 調査対象施設

全国の指定入院医療機関：20施設

2) 調査対象者

対象施設の師長・副師長、看護部長・副部長他看護管理者 計25名

3) 調査実施日：2009年12月

4) 調査方法

①質問紙調査（自由回答）

②半構造化グループインタビュー

8つの質問項目のうち、本研究では、多職

種連携の実際と効果に関する質問に対する回答をデータとして用いた。

5) 分析方法

質的帰納的アプローチ

6) 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、事前に各施設の管理者から許可を得て実施した。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、書面をもって同意を得た。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

アンケート及びグループインタビューの結果から、看護師は多職種連携について以下のように認識していることが明らかになった。看護師が各職種との連携をめぐって直面している問題点と有益な点は、主にお互いの関係

性と両者を取り巻く臨床システムに関するものであった。

1) 各職種との連携をめぐる直面している問題点と有益な点(表.1, 2)

① 医師との連携

今回のアンケートおよびグループインタビューでは、医師との連携についての回答が最も多く得られた。

<直面している問題点>

医師との連携については、概ねうまくいっていると回答をした施設が多い半面、医師に対して「独善的な態度」、「メンバーシップが取れない」、「単独行動をとることがある」と感じ、連携に支障をきたしているという回答する施設があった。そのような施設では薬物療法や行動制限など、医師が判断と決定を独占してきた領域で、従来どおりの主導権を保持し続けようとする傾向が強いようである。最終的な方針決定と実施結果についての責任は医師にあるとしても、方針決定に向けて適切な判断を下すには多職種チームによる率直な議論が必要である。

看護師の立場からすると、業務上医師の指示を必要とする事があり、そのことが「医師の指示=医師の同意」のもとに動くという旧来の医療チームにおける関係性を踏襲しやすい状況を生み出していた。一方で、病棟によっては、医師と看護師の意見が衝突し、それが契機となって多職種チームが決裂する事態も生じていた。

システム上の問題としては、ほとんどの施設から、医師は他病棟との兼任で多忙なため、対象者とのかわりが少ない事や、会議の日程調整が困難である事等の問題が指摘されていた。さらには、多職種チーム医療を行う上で重要な意味をもつ方針決定のための定期的なミーティングが、連絡や報告に偏ってしまい、本来の機能を果たしていない現状がうかがえた。また正式な会議以外の場で日常

的に情報や意見を交換する機会も不足しており、全般的なコミュニケーション不足が生じているようだった。

医師不足の背景としては、研修目的で配属となった医師がごくわずかな対象者しか担当していないという事情も関連していると考えられた。また、多くの施設で研修医や新人医師への教育の不十分さが問題としてあげられていた。教育の不十分さは医師に限られる問題ではなく、司法精神医療に関わるすべてのスタッフに対して、病棟配属前の教育や継続教育システムの確立が必要であるとの意見も聞かれた。

<有益な点>

多くの指定入院医療機関で看護師は、これまで医師が大きな責任と決定を担ってきた薬物療法や行動制限についても、多職種チームによる話し合いの中で積極的に問題提起や意思表示をしていた。そのことによって看護師は、多職種の合意に基づき治療が行われているという手ごたえを感じていた。この様な多職種による積極的な話し合いを可能にしている基盤には、多くの医師が、他職種と対等な関係を築こうとする姿勢、協議する姿勢を示すように工夫しているという事情があるようであった。看護師は、そのような医師の姿勢の変化を実感することによって、これまで医師に任せてきた治療における責任と決定を共有し自信をつけながら、治療に関わる意欲を維持しているようである。そのような過程を通し多職種チームに一体感が生じ、そのことが、対象者への多角的な支援を可能にするとの回答が得られた。

② 作業療法士との連携

<直面している問題点>

医療観察法病棟では、すべての治療プログラムに看護師が関与する事がガイドラインに示されている。そのおかげで作業療法士と情報共有、意見交換を行う機会が持ちやすいと

という回答が多く挙がっていた。作業療法士と看護師は対象者が生活能力を回復・獲得するための機会提供という目的を共有するため、連携は概ねうまくいっているようである。ただし、お互いの慣れから情報の確認や共有が不十分になるという弊害が生じている場合もあった。

作業療法士との連携における問題点としては、ほとんどの施設から人員不足の問題が挙げられていた。とりわけハーフサイズの小規模病棟では、もともと配属人数が1名と少ない事に加え、他病棟と兼任である事や突発的な欠員等により、どの施設も人員不足の問題は深刻であった。

作業療法士は全対象者に対する治療プログラムを実施する役割を担うと同時に、複数の対象者の担当多職種チームに所属しており、対象者ごとの個別支援の役割も求められている。そのような役割の重なりから作業療法士には過重な業務負担が強いられている傾向が見られる。現状では個人の調整能力や時間外業務により、それらの役割が果たされているが、負担過重の影響を危惧する意見が多く聞かれた。

<有益な点>

作業療法士との連携について、看護師は治療プログラムを共同で実施する事による利点を多く感じているようだった。情報共有、意見交換の機会が持ちやすいだけでなく、実践の中で作業療法士の専門的な知識や技術を目の当たりすることができ、そのことが学習の機会となっているようである。そのような事情が、治療プログラムの成果を日常生活の中で汎化する事を意図した看護計画立案にもつながっているようであった。

③ 臨床心理技術者との連携

<直面している問題点>

今回の調査結果から、看護師は対象者の社会復帰支援において臨床心理技術者が重要な

役割を果たしていると考えており、期待を抱いている事がうかがえたが、いくつかの問題点も挙がっていた。

臨床心理技術者との連携状況は施設によって差がある様子がうかがわれた。意見交換を活発に行い互いの専門性を活かした連携が行えている施設がある一方で、臨床心理技術者独自の介入が多職種チームの中で十分共有されなかったり、他職種との見解の相違が解消されない事があるようだった。そのような場合には、治療プログラムによって一定の効果が上がっても、学習の汎化が起こりにくくなると考えられる。

臨床心理技術者の人員不足も問題としてあげられており、とりわけ情報や活動場面の共有が不十分な場合、臨床心理技術者の人員が不足していても、他職種が協力する事が困難になるという状況があるようである。

<有益な点>

臨床心理技術者との連携においては、心理面接と看護面接の連続性が実感されるなど、互いの専門性を活かした連携が実現していた。また看護師は治療プログラムを臨床心理技術者と協働で実施する事により、情報共有や意見交換がしやすく、臨床心理技術者の専門的な視点を学習することが出来ているようである。治療プログラムを通じた関わりだけではなく、対象者の個別の関わりにおいても客観的な意見を得られ、勉強になるとの回答が多く挙がっていた。

④ 精神保健福祉士との連携

<直面している問題点>

精神保健福祉士との連携状況も施設により差があるようであった。この違いは日頃の情報共有、意見交換の機会の頻度が影響していた。精神保健福祉士は、職種の特性から地域関係機関に出向く機会が多く病棟には不在となりがちなため、対象者との接触や他職種との話し合いの機会が確保できない状況がある

ようである。そのため、対象者についての情報のずれを来し、そのことが対象者の状態に見合った支援を阻害する場合があるとの回答があった。また、精神保健福祉士は、地域関係機関との調整を行う役割の影響からか、地域関係機関の都合に重きを置いた援助内容に傾くことがあるとの意見も挙がっていた。他のコメディカルと同様、精神保健福祉士の人員不足を指摘する回答も挙がっていた。病棟外に出向く機会が多いという職種の特性を考慮した人員配置を希望する意見があった。

<有益な点>

対象者の社会復帰に必要な地域調整を一任しているという意見や地域関係機関との連携がスムーズであるとの回答が多く挙がっており、積極的なソーシャルワークが行われている現状がうかがえた。このことが多くの施設における精神保健福祉士への高い期待と信頼につながっているようである。同時に精神保健福祉士には、広い地域ネットワークとその開発力が求められているようだった。

看護師は、精神保健福祉士と社会資源についての知識を共有する事により、これまで以上に積極的に地域調整に関わる機会を得ているようであった。

2) 多職種協働の現状と直面している全般的な問題点 (表.3)

現状では、同じ施設内でも活発に機能している多職種チームと停滞してしまう多職種チームが存在しているようであった。そのような落差を生じさせる要因として、日頃からのコミュニケーション不足や、メンバー間の対等性を欠く関係性が問題として挙がっていた。さらには、多職種チーム内での各職種の役割分担が不明確である事も指摘されていた。

多職種チームの活性化にはケアコーディネーターの果たす役割が大きいとの回答が

複数の施設から上がっており、ケアコーディネーターの役割を担う事が多い看護師の経験や力量によりチームの状況が変化するとの指摘もある。また、多職種チームの議論が内向きになってしまい、チーム外のスタッフと距離が出来てしまう場合もあるようである。このような問題の解決策として、多職種チームを支援するスーパービジョン機能の必要性が回答にあげられていた。

また、職種によっては、対象者の社会復帰後の生活についてのイメージが描けてないため、積極的、効果的な治療に取り組めないという回答があった。多職種チーム内での活発な情報共有、意見交換によりこの問題は解決されると考えられるが、停滞気味のチームでは、退院後の生活に結びつく支援ができていないこともあるようだった。また、共通言語を用いて話をするという意識的な取り組みが薄れ、多職種チームによる話し合いに支障をきたしているという問題点も挙がっていた。

その他には、困難事例や長期在院対象者を担当していることからくる疲弊や、地域の受け皿不足からくる行き詰まり感から、多職種チームのモチベーションの低下が生じているとの回答も得られた。

多職種チームに含まれている職種以外にも、専任の栄養士や薬剤師の配属を希望するという意見も挙がっていた。

3) 多職種協働の効果として実感されているもの (表.4)

今回の結果では、多職種チーム医療の効果として、提示したどの項目についても実感しているとの回答が得られたが、中でも「③適切な治療計画の作成と全人的アプローチが出来るようになった。」「④臨床活動を通じてスタッフが患者とともに社会的学習・成長への機会が得られるようになった。」の2項目

を実感している回答者が多かった。

D. 考察

指定入院医療機関が開棟してから5年が経過した。先行施設の実践がモデルとなって全国に広がると共に、施設ごとに様々な独自の取り組みが行われている。考察では、臨床現場における工夫を手がかりにして、調査結果から浮き彫りになった課題を解決するための方策を探ってみたい。

1. 多職種連携におけるアイデンティティの揺らぎと乗り越え

今回の調査結果から、施設間落差や施設内のチーム間落差はあるものの、連携はおおむねうまくいっているという現状が明らかになった。実践の中で多職種チームの合意による医療という原則が確認され、アセスメントや方針の共有と治療責任の分担が浸透しつつあるため、多職種チームに一体感が生まれている。

ただし、このような状況に馴染めないスタッフもいて、多少の摩擦は生じ多職種連携に支障をきたしている場合がある。

医師の場合、従来は権限と責任が集中していたため、多職種連携により、治療の充実と医師としての精神的負担の軽減が同時に得られたとする医師が多い半面、従来の役割の一部を喪失することに不満や不安を覚える医師もいるようである。

看護師は全般に、多職種連携を通じて他職種の専門性に学ぶ事により、対象者理解の視野が広がると共に対象者へのアプローチを多様化できることを実感していた。さらに看護師は、多職種チームのコーディネーターを務める経験の中で、民主的なリーダーシップの発揮を課題として、成長している様子がうかがえた。すなわち、メンバーが自由に意見を言える場を作るとともに、出てきた意見を整

理・統合し、見通しをつけ方針を示すという役割である。無論、そのような役割はどの職種がとつてもいいし、状況に応じて交代しあっても構わない。

ただし、看護師の場合、医師の意向に沿った実践に傾く既存医療の中で求められる役割と、司法精神医療における多職種連携の中で求められる主体的、能動的な役割の相違に対する受け止め方が、2つのタイプに分かれると考えられる。すなわち、多職種チームにおける対等な関係性やリーダーシップ遂行に手応えを感じるタイプと、何事にも主体的な判断や調整役割を求められることに負担を感じるタイプである。

コメディカルの場合、概ね、多職種チームにおける情報交換や協働機会の拡大を歓迎しているが、職種による多少の差異は認められる。

精神保健福祉士と作業療法士は、他職種との接点が増えたというメリットに言及する機会が多く、特に看護師との関係では、これまで個人あるいは専門領域で引き受けてきた仕事を分担できることを歓迎するとの声が高い。一方、臨床心理技術者の場合は、看護師や他のコメディカル・スタッフとの間で評価や判断が異なり、お互いにわかりあえるまで苦勞する場所があるとの意見がある。

このように、看護師をはじめ多くのスタッフが多職種チームへの馴染めなさを体験している背景には、既存の医療と異なり強い役割意識と責任感を求められることからくるアイデンティティの揺らぎがあると考えられる。そしてその事が、同職種の中でも専門性の共有についての認識の違いや治療に対する積極性・主体性の違いを生んでいると考えられる。それでは、このような揺らぎをどのように乗り越えることができるだろうか。

今回の調査結果では、多くの施設から、多職種チーム内の話し合いの内容やあり方が連