

措置入院 0 回) であり、特に任意入院の利用が増加していることが示唆された。

表 3 は、退院時の居住先および調査時点での居住環境、社会資源の利用状況についての調査結果である。退院時の居住先は、自宅で家族同居の者 15 名 (36.6%)、精神保健福祉施設入所者 (グループホーム、ケアホーム等) 14 名 (34.1%)、自宅単身生活者 8 名 (19.5%)、その他、生活保護受給者関連施設入所者 2 名 (4.9%)、知的障害者関連施設入所者 1 名 (2.4%)、民間の薬物依存症リハビリ施設 (DARC) 入所者 1 名 (2.4%)、精神保健福祉法による任意入院中の者 2 名 (4.9%) であった。

平成 22 年 7 月 15 日時点では、自宅で家族同居の者 11 名 (25.6%)、精神保健福祉施設入所者 (グループホーム、ケアホーム等) 7 名 (16.3%)、自宅単身生活者 17 名 (39.5%)、その他、生活保護受給者関連施設入所者 1 名 (2.4%)、知的障害者関連施設入所者 1 名 (2.4%)、民間の薬物依存症リハビリ施設 (DARC) 入所者 1 名 (2.4%)、精神保健福祉法による医療保護入院中の者 3 名、任意入院中の者 1 名 (2.4%)、処遇を終了し個人情報保護の観点から居住環境について無記入であった者 2 名であった。退院時に家族と同居した者は、その後、精神保健福祉法による入院中の者 (2 名)、または医療観察法の処遇を終了したため無記入であった者 (2 名) 以外に居住形態を変更した者はいなかった。

表 4-1、表 4-2 に示したように、43 名中 41 名は何らかの精神保健福祉サービスの利用をしていた。内訳では、病院等のデイケア利用が 29 名と最も多く、次いで保健所の保健師による訪問を受けているもの 22 名、

訪問看護ステーションなどの看護師等による訪問看護を受けている者 20 名の順であった。その他の回答には、地域生活支援センターの利用や対象者の入居する施設が用意した治療プログラム等が認められた。

D. 考察

1) 社会的特性、精神科診断

入院処遇対象者は、調査開始年度から、86 名→101 名→133 名と増加したが、対象者の年齢、性別、診断内訳の各項目について縦断的に変化は認められなかった。

2) 入院期間および転帰

平成 22 度の推定入院期間の中央値は 729 日 (95%信頼区間 658-799)、平均値は 875 日 (95%信頼区間 757-994) であった。厚生労働科学研究「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」(主任研究者中島豊爾、分担研究者 平林直次)のデータによれば、平成 21 度の推定入院期間の中央値は 669 日 (95%信頼区間 549-789)、平均値は 727 日 (95%信頼区間 637-818) であった。数値上は、平均値で 150 日程度延長している。観察期間の延長による入院期間の延長への効果を考慮しなければならないが、入院期間は延長している可能性が高い。現在、全国に指定入院医療機関が整備され、その運用は次第に定まりつつある。入院期間の増減に関しては、今後の動向を慎重に見守る必要がある。

また、当院における退院時の医療観察法処遇終了者は平成 21 年度の 8 名から、平成 22 年度の新たな増加は認められなかった。当院の結果からは、医療観察法鑑定、審判、

入院治療の運用に一定の共通理解が図られている可能性が示唆された。全国的には、指定入院医療機関を退院すると同時に、医療観察法による医療の該当要件を満たず処遇を終了する者が散見される。退院時の処遇終了者の動向を判断するためには、他の指定入院医療機関の状況を併せて検討する必要がある。

3) 退院後の予後

昨年度の平成 21 年 9 月 30 日の調査時点では、自殺企図および再他害行為、医療観察法による再入院、精神保健福祉法による措置入院を行った者はいなかった。昨年度は、予後調査に同意の得られた者が 33 名と少数であったこと、観察期間が中央値で 670.5 (3-1220) 日と短期であったことから、退院後の予後を評価するには不十分な状況であった。

本年度、同意者は 10 名増加し 43 名となり、観察期間も中央値で 767 (37-1541) 日と延長した。この期間内で、再他害行為、医療観察法による再入院および精神保健福祉法による措置入院を行った者は昨年から引き続き認められなかった。このことは、入院から地域処遇まで医療観察法による医療が継続的に有効に機能していることを示唆する可能性もあるが、未だ長期予後を評価するに耐える対象数と観察時間ではない。また、予後調査中の対象者に自殺既遂者が 1 例認められたことは残念な事実であるが、同様にこの事例のみをもって同様に本法による医療の有効性や限界を論じることは出来ない。

退院した対象者の居住形態をみると、退院時に家族と同居した者は、その後入院す

るか処遇を終了し調査から離脱した以外に居住を変更した者はおらず、居住環境として安定した構造であることが伺えた。また、グループホームや生活訓練復帰施設（ホステル）の利用者は、その後退所が進み半数が単身生活に移行しており、計画的な社会復帰が図られていることが伺えた。これら背景には、指定入院医療機関における退院前ケア会議（CPA 会議：Care Programme Approach 会議）の中で十分な家族関係、家族による支援機能、対象者本人の生活機能の評価・共有を行い、個別具体的な処遇実施計画を策定していることがありと指摘できる。

対象者のほとんどは、デイケア、保健所の訪問指導をはじめとした精神保健福祉サービスを利用していた。限られた社会資源の現状および今後の退院対象者の増加を考慮すれば、地域社会資源の拡充は急務であると考えられる。

平成 21 年度は、当院の精神保健福祉士を中心とした電話聴取による予後調査を施行したが、対象者および指定通院医療機関、社会復帰調整官等の事情により情報収集時間や調査内容の詳細さにばらつきを認めていた。平成 22 年度の予後調査では、法務省保護局の協力の下、全国の該当保護観察所に文書を送付し研究内容の周知を図った後、当院から同内容の調査用紙を発送し記載を求める方式とした。これにより、収集状況に時間的な差が生まれることなく、より正確な情報を得ることが可能となった。実数の把握や経年による変化の検証が重要な予後調査において、継続可能な本調査システムの確立は、今後重要な意味を持つと考えられた。

E.. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

参考文献

- 1) 厚生労働省報道発表資料: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の規定の施行の状況に関する報告について
<http://www.mhlw.go.jp>

表 1 入退院者診断・対象行為内訳

	入院者全員 N=133	同意者 N=43	不同意者 N=25
年齢			
男	41.5±13.5 (N=113)	38.4±11.9 (N=36)	39.5±12.4 (N=21)
女	40.2± 9.5 (N= 20)	36.4±10.0 (N=21)	37.8± 6.8 (N= 4)
診断			
F0	1	3	0
F1	10	34	23
F2	107	6	0
F3	10	0	2
F4	2	0	0
F5	0	0	1
F6	2	0	0
F7	0	0	0
F8	0	0	0
F9	0	0	0
G40	1	0	0
合計	133	43	26
対象行為			
	(%)	(%)	(%)
殺人	26 (19.1)	14 (30.4)	2 (8)
殺人未遂	26 (19.1)	8 (17.4)	6 (24)
放火	28 (20.7)	5 (10.9)	8 (32)
傷害・傷害致死	39 (28.7)	8 (17.4)	8 (32)
強盗	9 (6.6)	4 (8.7)	0 (0)
強制わいせつ	8 (5.9)	5 (10.9)	1 (4)
合計	136 (100)	44 (100)	25 (100)

表 2 予後調査結果 N=43

調査項目	(人)
他害行為	0
自殺企図	3 (既遂 1 未遂 2)
医療観察再入院	0
精神保健福祉法入院	18 (のべ 37 回:措置 0, 医療保護 11, 任意 26)
就労	4

表 3 退院時住居形態 (N=43)

居住形態	退院時	%	H22. 7/15 時点	%
自宅家族同居	15	34.9	11	25.6
自宅単身	8	18.6	17	39.5
医療保護入院	0	0	2	4.7
任意入院	2	4.7	1	2.3
精神施設関連 (グループホーム、ケアホーム、生活訓練施設)	14	32.6	7	16.3
知的関連施設	1	2.3	1	2.3
生活保護関連施設	2	4.7	1	2.3
ダルク	1	2.3	1	2.3
無記入	0	0	2	4.7
合計	43	100	43	100

表 4-1 社会資源利用

	(人)
精神保健福祉サービスの利用	あり 41
	なし 2

表 4-2 精神保健福祉サービス内訳(複数回答)(N=41)

	(人)
訪問看護	20
保健所訪問	22
デイケア	29
外来作業療法	2
作業所	10
AA/NA	2
その他	14

AA ; Alcoholics Anonymous,

NA ; Narcotics Anonymous

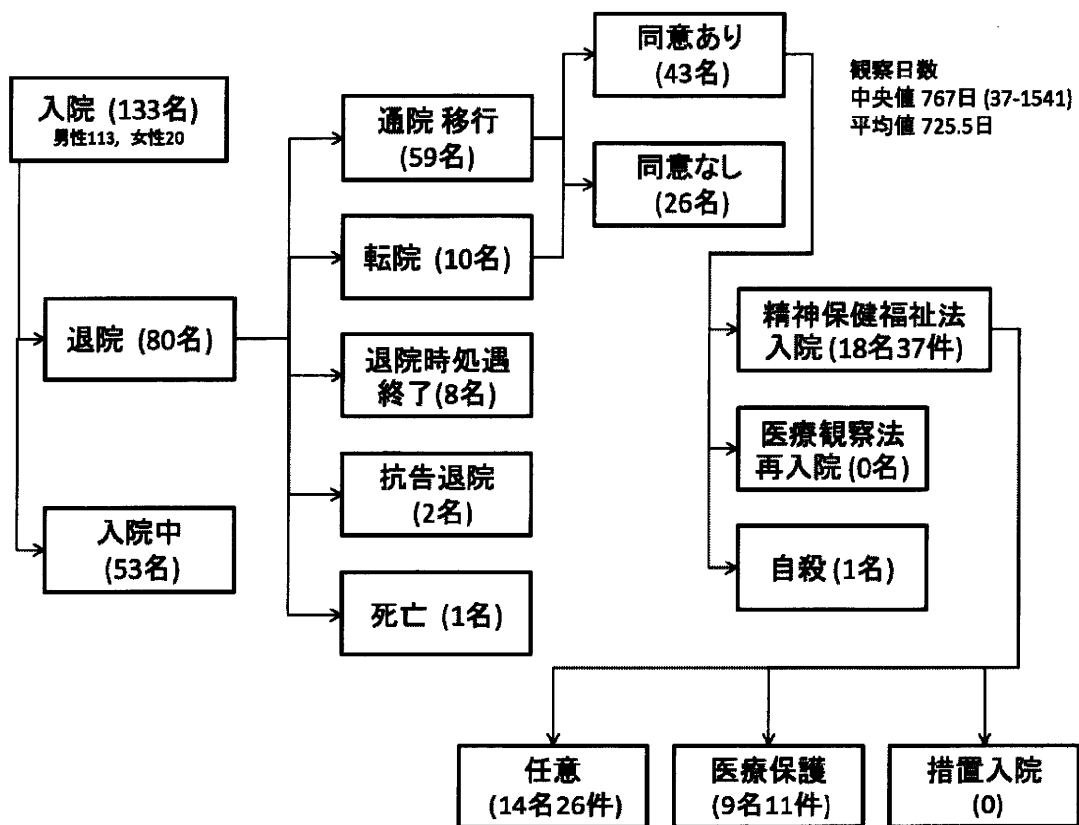


図 1 : 研究結果の概略

指定入院医療機関における司法精神科看護に関する研究

—医療観察法スタッフへの暴力発生後の危機介入—

分担研究者 山口しげ子 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 看護師長

研究要旨

H17～H18 年に開棟した全国の医療観察法病棟 6 施設の多職種スタッフを対象に、対象者からの被暴力体験後の経過記録と危機介入に焦点を当て、アンケートと IES-R を実施した。その結果、暴力発生後の経過記録は実名か匿名記載なのかはどちらともいえないことがわかった。医療観察法病棟では暴力発生後には精神保健福祉法の病棟よりも IES-R の危険群が低水準であることがわかった。インフォーマル・ディブリーフィングによるスタッフのメンタルケアが実施され、効果があることが示唆された。暴力発生後の支援者としての管理者への教育も今後検討されるべきであるということが示唆された。

研究協力者氏名・所属研究機関名

今村 芙美	国立精神・神経医療研究センター病院
佐藤 功	国立精神・神経医療研究センター病院
高崎 邦子	国立精神・神経医療研究センター病院
中野千代子	国立精神・神経医療研究センター病院
平林 直次	国立精神・神経医療研究センター病院
三澤 孝夫	国立精神・神経医療研究センター病院
脇坂 良子	国立精神・神経医療研究センター病院

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。

暴力のリスクが高まった対象者に対して、言語的介入であるディエスカレーションを早期に実施することで、対象者の暴力行為を未然に防いでいる。

しかしその一方、医療者特に看護師が重大な他害行為を行った対象者から暴力を受けるリスクは高く、全て回避することは現実的には不可能である。

暴力発生後のケアとして CVPPP の構成にはディブリーフィングも含まれている。具体的な手法については限定していないが、暴力発生時には加害者も、被害者も両者ともにディブリーフィングの対象としている。古典的なフォーマル・ディブリーフィング

A. 研究目的

(背景)

医療観察法指定入院医療機関(医療観察法病棟)では、暴力マネジメントに対して、言語的介入と身体的介入により構成される

グは、ミッテェルらによって非常事態ストレス・ディブリーフィング（Critical Incident Stress Debriefing）として提唱された方法であるが、フォーマル・ディブリーフィングによる有効性については、賛否両論の議論が交わされている。報告の中には、プログラム参加者からの肯定的な感想に加えて、実際にストレス症状が緩和されたという内容の報告もいくつかあるが、それらはいずれも対象群との比較を欠くなど、実証研究としては問題を含んでおり、その効果については一般的には否定されている。

日本での報告としては「非常事態ストレスと災害救助者の健康状態に関する調査研究報告書—阪神・淡路大震災時が兵庫県下の消防職員に及ぼした影響—兵庫県こころのケアセンターによる報告があり、同僚同士や家族との間で自然発生的に体験内容を話す事で、安心感や不全感の軽減などの効果があり、このような形での体験の言語的表出の機会、インフォーマル（ナチュラル）・ディブリーフィングと称されている。同報告では、『災害後早期のインフォーマル・ディブリーフィングには、外傷後ストレス症状を緩和する効果があると示唆されるとともに、早期から、一貫してインフォーマル・ディブリーフィングの乏しい群が、精神保健上、ストレス症状の高危険群であることが明らかとなった。』とあり、医療観察法病棟の臨床においても、経験的に、インフォーマル・ディブリーフィングによるフォローは有益であると実感している。

医療観察法に携わるスタッフのメンタルヘルスマネジメントは、モデルにしてきた欧米でも特に重要であるといわれているが、現状では、加害者であるか被害者であるか

にかかわらず、対象者に対して行われるディブリーフィング等の危機的介入は丁寧に実施されているが、暴力の被害者となったスタッフへの介入は、残念ながら十分とは言えない現状がある。

さらには、暴力によるダメージの大きさは、繰り返されたものかどうかや、被害者であるスタッフ自身の背景にも関係し、単純に暴力の大きさだけでは、推し量ることができないという現状も合わせ持つ。

一方、暴力を回避するためには、リスクをアセスメントとともにリスクマネジメントを連動させることが必要である。そのためには軽微な暴力であっても、正確かつタイムリーな情報の共有が必要不可欠であり、その情報をスタッフに提供する事は、チームの一員であるという意識や、見守られているという安心感と同時に、1人1人がスタッフとして大切にされているという実感の形成にも繋がる。

しかしながら医療観察法病棟では、暴力被害を受けたスタッフ名を実名で記録することには賛否両論があり、さらには精神保健福祉法による病棟の3～4倍もの数のスタッフが配置されている為、必要な情報であっても情報の共有化は非常に困難な側面があり、重要な課題の1つといえる。

（研究目的）

今回の研究では、対象者からスタッフが暴力被害を受けた場合の経過記録の実名記載の実態とそれら暴力に関する情報収集方法及び、危機介入の実態をアンケートにより把握し、医療観察法におけるスタッフのメンタルヘルスマネジメントの示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

【研究対象】

I. H17～H18年に開棟した33床を有する全国6か所の医療観察法指定入院医療機関；(i)国立精神・神経医療研究センター、(ii)肥前精神医療センター、(iii)北陸病院、(iv)東尾張病院、(v)花巻医療センター、(vi)さいがた病院

II. 上記Iの医療機関でCVPPPの研修を受けた医療観察法病棟多職種スタッフ370名。

(除外となる研究対象) 研究への参加を拒否した者。研究への参加の同意を撤回した者。

【調査方法】

①独自に作成した11項目のアンケート調査とIES-R (Impact of Event Scale-Revised：改訂出来事インパクト尺度)の実施。

②アンケートとIES-Rは郵送し、留め置き法で回収。各病院の看護師長に返送を依頼。(倫理面への配慮)

国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の審査により承認を受けた。

集めたデータについては施設や個人が特定できないように、研究用IDでデータを入力し管理した。

C. 研究結果

1. 基本データ

施設別アンケート回収率(資料1)

施設別基本データ(資料1)

2. アンケート結果

アンケート配布数	回収数	回収率
354	260	70%

【問1】経過記録(診療録・看護記録など)に実名記載を行っているかどうかについて。(複数回答可)

n = 260名		
① 全て実名で記載	73名	28%
② 匿名化した方が良いが、記載基準が実名	13名	5%
③ スタッフの名前のみ匿名	34名	13%
④ 対象者の名前のみ匿名	66名	25%
⑤ 記載された人に不利益や影響が予測される場合には匿名	68名	26%
⑥ その他	6名	2%

現状において実名で記載しているのは、①と②を合わせた86名33%であった。どちらか一方を匿名にして記載しているのは、③④⑤の168名64%であった。 χ^2 乗検定で施設や職種による有意差はなかった。

【問2】暴力行為(暴言・暴力・セクハラなど)発生後の経過記録は、職員名を実名で記載する方が良いか、匿名化して記載する方が良いか、どちらが望ましいですか。

n = 260名		
① 実名で記載すべき	81名	31%
② どちらともいえない	131名	50%
③ 匿名化した方が良い	40名	15%
④ 不明	9名	3%

実名か匿名化による差は χ^2 乗検定で職種や性別による有意差はなかった。また、《どちらともいえない》が50%を占め、そのうちの87人66%が自由記載欄に記載し

ていた。記載内容としては、「危険回避や対象者の状態の判断材料になるが、実名記載されたスタッフの負担になる。」や、「性暴力に関する場合は匿名。ケースによって書き分ける。」「スタッフの実名記載に意味がある場合以外は匿名」などの記載があった。

【問3】自分自身に向けられた、暴力行為を記録にする時には、どの程度の事象から記録に反映していますか？（複数回答可）

n = 260名		
① 身体的暴力はすべて	90名	35%
② 暴言は、その対象者の治療の目標に関連する場合は記録する。	79名	30%
③ 暴言・暴力は、その程度に関わらず全部記録する。	203名	78%
④ 同じような事を繰り返す対象者・患者の場合には3回に1回位は記録する。	23名	9%
⑤ 記録しない	2名	1%
⑥ その他	5名	2%

【問4】自分以外のスタッフに向けられた暴力行為を記録にする時には、どの程度の事象から記録に反映していますか？（複数回答可）

n = 260名		
① 身体的暴力はすべて	83名	32%
② 暴言があった際、その対象者の治療の目標に関連する場合は記録する。	69名	27%

③ 暴言・暴力は、その程度に関わらず全部記録する。	199名	77%
④ 同じような事を繰り返す対象者・患者の場合には3回に1回位は記録する。	18名	7%
⑤ 記録しない	3名	1%
⑥ その他	11名	4%

問3と問4においては、暴力の種類や頻度などに関係なく、自分自身に向けられた暴力のほうが他者に向けられた暴力よりも記録に残していることがわかった。

【問5】他の職員が暴力行為を受けた場合、あなたがその職員になんらかの危機介入（ちょっとした声かけや面接などの心理的サポート）を実施するための（職員への暴力行為があったという）情報は何かから得ていますか？（複数回答可）

n = 260名		
① 経過記録	37名	14%
② 申し送り	239名	92%
③ カンファレンス	179名	69%
④ 職員間の日常会話で	194名	75%
⑤ 職員間のメール	26名	10%

情報収集の手段で多いのは、申し送りや、カンファレンスとともに、職員間の日常会話を活用している。特に申し送りを情報収集の手段としているスタッフは92%と高い。聴くことによる収集方法である①②③が手段としての方法を占めている。

【問6】対象者からの暴力行為の体験

	n = 260名	
① 体験あり	143名	55%
② 体験なし	112名	43%
③ 不明	5名	1%

職種と対象者からの暴力の被害者との間には χ^2 乗検定により $p<0.05$ で有意差が認められた。

【問7】対象者からの暴力を受けた後に、何らかの危機介入を受けましたか？

	n = 143名	
① 介入あり	106名	74%
② 介入なし	37名	26%

【問8】(問7で暴力体験後に危機介入があったと答えた人106名に対して) 受けた危機介入はどのようなものですか？(複数回答可)

	n = 106名	
① 労をねぎらう声かけ	58名	55%
② 同僚からの慰め	37名	35%
③ 振り返りの面接	23名	22%
④ 休息や勤務調整	25名	24%
⑤ スタッフ全員の情報共有	48名	45%
⑥ 勤務外での同僚との会話	34名	32%
⑦ 家族に慰められた	12名	11%
⑧ その他	6名	6%

【問9】(問7で暴力体験後に危機介入があったと答えた人106名に対して) 危機介入

を受けて効果はありましたか？

	n = 106名	
① プラスだった	38名	36%
② ややプラスだった	39名	37%
③ どちらともいえない	29名	27%
④ ややマイナスだった	0名	0%
⑤ マイナスだった	0名	0%

効果がなかったと感じたのは、④⑤で0名であった。プラスの効果があると感じたのは①②の77名、73%であった。《どちらともいえない》は、29名で、「同僚全員がプラスにはならなかった。声をかけてきた人により気持ちは違う」や、「相手によって受け止め方が違って来る。時間がたつてだと意味がない。」「いろいろな人に言われても返答だけで疲れてしまうから。大丈夫といわれても大丈夫じゃないし、生半可な介入よりもきちんとした介入をしてもらったほうが、今後他の人のフォローのためにも良いから。」「恥ずかしさや自尊心があり、触れられたくない思いと、みなが自分を悪く思っているわけではない。ありがたいという安心感の両方が入れ替わり立ち代りしたから。」など、プラスの面とマイナスの側面の両方を含むことが自由記載の中からも読み取れた。

【問10】(問7で暴力体験後に危機介入がなかったと答えた人37名に対して) 危機介入は受けたかったかですか？

	n = 37名	
① 強くそう思った	1名	2%
② そう思った	10名	27%
③ どちらともいえない	15名	41%
④ 少しは受けたかった	3名	8%

⑤ 受けたくない	6名	16%
無回答	2名	5%

【問11】暴力は、医療観察法病棟のほうが精神保健福祉法による病棟よりも多いと思いますか

n = 260名		
① 強くそう思う	6名	2%
② そう思う	30名	12%
③ どちらともいえない	131名	50%
④ 少ない	64名	25%
⑤ 非常に少ない	16名	6%
無回答	13名	5%

医療観察法病棟の方が暴力は《多い》と答えたのは36名14%であったが、《少ない》と答えたのは80名31%であった。回答者の50%を占めた《どちらともいえない》についての自由記載を見ると、「他罰的・暴力的な患者の割合は高いが、治療環境により深刻な暴力の発生は抑えられていると思う」「対象者によって違う。他の病棟でも暴力行為が多い患者が入院してくると高い」等の記載があった。

【IES-Rの結果】24/25をカットオフとする。対象者からの暴力被害の経験のある143名を対象にした結果。

n = 143名		
24点以下の得点者	125名	87%
上記125名中0点の者	45名	31%
25点以上の危険者	18名	13%

上記18名の「危険者群」のうち最高得点は86点で平均は42.6点であった。

(危険者群) n = 18名		
IES-R 下位項目	平均	最高
再体験・侵入的想起	17.4	30
回避	13.4	32
覚醒亢進	17.8	24

D. 考察

経過記録の記載方法は実名記載よりも、場合により匿名にする。を選択した人は2倍多く、その理由については、「患者間でトラブルやトラブルに発展しそうな時に実名記載する。」や、「暴力をふるった。という事実が重要で、誰に向けてかということが問題ではないので、実名にする意義はない」

「スタッフを特定化させる意味や必要があれば実名」等、対象者に対してなされる暴力防止の教育的かかわりの観点からの考えによるものもあった。また、情報共有の為には、必ず実名記載が必要なのかどうかという視点や、暴力の被害にあったスタッフへの配慮と同時に、自分に置き換えて考える等、理想ではなく現実的な回答をしている。

匿名のほうが良いと答えた168名の内、約半数の85名が自由記載欄に記載しており、その内の35名は、情報としての記録と考えて実名のほうが良いとする一方、感情面への配慮として「書かれた人の心情を考えると匿名のほうが良い」や、「記録としてあとまで残るので後で見たときにまた思い出す。」「被害者への配慮からは匿名のほうが良い」「実名にすることでのストレス」等、そういった意味からは、匿名のほうが良いと答えており、これらは、同僚や上司などの不用意な言葉掛けや対応とともに、自身

が自責的になり、さらに傷つくという二次被害を防止するための方策と考えられる。

また、同じ暴力被害であっても自分自身に向けられた暴力と他者に向けられた暴力では、自分に向けられた暴力を記録に残していると答えた人が多かった。他者への心情的な配慮は自分自身の場合には必要とせず、事実のみを記載できるためと考えられる。また、体験ではなく見たことを記載する場合には、自分自身以外の情報を書くのであれば、書く必要性は低くなる。と考えられる。

暴力発生時の情報収集手段としては、申し送りが239名で1番多かったが、職員間の日常会話は194名であり、カンファレンスの179名よりも多いことがわかった。また、経過記録は37名で、メールも26名と予想に反して少ない結果だった。医療観察法病棟では、電子カルテ内に個人アドレスが作られているため、担当者同士の連絡など頻繁になされている現状もあり、メールを使った情報取得が高い割合を占めているのではないかと考えていた。しかしながら、アンケートの結果より、文字からの情報の取得というよりも、言語的コミュニケーションによる手段が多いことがわかった。これは、経過記録やメールは意図的に情報を取得する必要があるが、申し送りやカンファレンスは、重要な情報が提供されてくるので、手段としては、手っとりばやく簡単であり、同時に情報の共有という点においても、多くの人が同時に知ることができるというメリットがある。その場にはいない人にも効果的に伝達することができるように、申し送りノート等に記録として残す工夫が必要になる。さらには、職種による情報収

集の方法は1%水準でも有意差が見られなかった。このことより、多職種協働が特徴の医療観察法病棟における伝達的手段としては、他の方法よりも、申し送りやカンファレンスの場を活用して情報伝達すると効果的であるということがわかった。

また、職員同士の日常会話の中で情報を把握していると答えた人が194名と多いことは、日常的な会話の中で、気にかけていることを言語的に表出する、きっかけになっているとも考えられる。さらに、暴力被害を受けた人のうち74%の人が、慰めの言葉かけやねぎらいの言葉かけ等の危機介入を受けており、日常的なレベルからの支援関係が形成されていると推測することができる。インフォーマル・ディブリーフィングは安心して話せる相手に話すということが基本になっており、『制度として導入されても精神科的な治療や介入などを現実的に受け入れることに関して抵抗が強いわが国の現状においては、職場内での支援的人間関係をストレス緩和にうまく使う事を考えるほうが現実的である』¹⁾とあることから、安心して語れる場を持つことはカタルシスや気持ちの共感と共有など、多くの価値がある。また、情報の共有化はコミュニケーションの良し悪しにも反映しているので、職員との日常的な会話の中で、情報を収集できていることはリスクアセスメントの意味からも価値があるといえる。

一方、ダメージの大きな暴力の被害が同僚に発生した場合には、自分にも起こりえるのではないかという不安感により、病棟の健康度にさまざまな影響が出る。特に個人に向けられた被害の場合には、その感情が伝染するといわれている。その結果、被

害者自身ばかりか周りのスタッフにも防衛機制が働き、被害者自身への怒りや、組織や上司に対しての信頼感の低下や不満となり、ますます不安定になるという悪循環が見られる。憶測や防衛機制による負の影響を最小限にするためにも、本来ある病棟の健康度を引き出すためにも、病棟の管理的な立場にある者は、正しい情報をできるだけ早い時期に、スタッフに提供することが鍵になる。

アンケートのさまざまな設問に対する自由記載の中で、暴力被害を受けた人も、支える側であっても「何があったのかを正しく知ることが、次への対処や振り返りになった。」や、「今後のためにも知りたい。」「配慮するためにも知りたい。」等と書いており、申し送りの場や、カンファレンスの場を活用してタイムリーに伝えることは、スタッフの安心感に繋がり、集団の団結力を強める。その結果、被害者であるスタッフに対してのサポート体制も病棟全体のこととして考えやすくなり、勤務の軽減や仕事内容への配慮など、現実的なサポートに繋げる事ができるようになる。

また、多くの場合には、サポートをしていく立場にある者も、実は同じように傷ついており、暴力被害を受けたスタッフを支えていく上で、二次的被害を受けることがあるので、自身のメンタルケアへも配慮していく必要があるということがいわれている。

暴力に対する対応のマニュアルや体制は、今回研究対象とした施設全部に整備されていることがわかった。しかし対象者からの暴力を受けた後に、何らかの危機介入を受けなかった。と答えた人の自由記載から、

数としては少ないが、支援者である上司の力量の不足や、上司に対する信頼感の薄さや上司から受けた対応の不十分さが背景にある記載もあったことから、今後暴力発生直後の具体的な支援者となる管理者の教育も検討していく必要があることが示唆された

危機介入については、被暴力体験者 143 名のうち危機介入があったのは 106 名で、そのうち 77 名が危機介入の効果があつた。と答えている。効果がないと答えたのは 0 名であつたが、どちらともいえないと答えている 29 名は、「効果はあるものの、興味本位と思えるような介入は却って不快。」「救われた反面、自責の念もあつた。」「介入の中には逆効果のものや、わかってもらえないものを感じるものもあつた。」など、と記載しており、より受容的で、責めない対応が求められる。

ディブリーフィングの効果として、①効果的な事実確認②自分自身の感情を認めやすい③自責的解釈や自己否定型認知からの脱却するためのヒントを得られる④他者の感情などの客観的な事実認識⑤仲間意識の活性化があり、情動・認知・行動面への影響の、3つのカテゴリーに分けられる。アンケートの回答から、その多くが、「周囲からの理解」や、「負担感の軽減」、「安心感」、「精神的ショックの負担感が減った。」と情動に対しての良い影響を記載しており、認知に対しての良い影響としては、「自分に責任があつたのかという疑惑がとれ、割り切ることができた。」「今後に向けて前向きになれた。」と記載があつた。また、行動への良い変化としては、「気持ちが動揺しているときに、声をかけられ冷静になれた。また、

自分の対応を振り返ることができた。」とある。また、「自分の気持ちを理解してもらっていると実感できたときは心的負担が減った。」とディブリーフィングによる効果が得られたことがわかった。

被害者への声かけのタイミングや、気持ちの理解の仕方が良いと、その後の被害者の負担感の軽減に繋がっていることがわかった。ディブリーフィングの効果で、共感しあうこと、支えあうことという経験は、スタッフ間の交流を通して、被害にあった後のつらい時期を乗り越えていくための下地づくりにあたるので、良い下地ができているからこそ、安心してあるがままの自分を受け止められるようになるのではないかと思われる。

医療観察法病棟では、退院後の地域生活において、同様の他害行為を起こさずに生活できるように、多職種によるさまざまな方向からのアセスメントにより、対象者に適したプログラムが提供されている。

入院中は暴力リスクの高い対象者であっても、包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme：CVPPP）によるディエスカレーションを早期から効果的に実施することにより、結果としてダメージの大きな暴力には至らずに済んでいることが多い。また、同時に暴力かどうか決定するのは本人自身ではなく、被害を加えられた側の他者であることや、言葉の暴力も暴力であることに変わりがないことなど、

さまざまな治療プログラムや日々の関わりの中で暴力を容認しないということを一般化していけるようにかかわっている。結果として暴力の頻度はアンケートにもあるよ

うに、医療観察法病棟では、精神保健福祉法による病棟よりも少ない印象を持っていると答えた人が30%であった。しかしながら、「CVPPPの介入により、暴力に至らないで済んでいるだけで、潜在するパワーが大きいのではないか」というコメントも多くあり、いかにタイミングよく介入するかにかかっているという現状も垣間見えた。

IES-Rで危険群の18名のうち、介入についてはプラスの効果があったと答えたのは、12名で80%と高値であった。しかし効果があったと答えているにも関わらず、危険群を指す高得点であるということが、他者に対する遠慮や、自責的になっているためなのか、現実から回避しようとしている結果なのかについては、今回の研究からはわからなかった。

先行研究において2009年に井上らが報告した、精神科病棟における患者から看護師への暴力に関する検討—看護師への心理的影響—の中で、患者から印象に残る暴力を受けたと回答した看護師105名のうち、IES-Rのカットオフポイント以上だった人は26.6%と報告されている。また、同報告の中で自由記述に、『コミュニケーションの難しさ、対応の難しさ、ストレス発散のなさなどが記述されていたことなどから、暴言によって生じた心理的負担が蓄積されている現状があり、』²⁾と負担の軽減が語り合いによっては十分になされていない現状があった。

今回の研究で、医療観察法病棟では、対象者からの暴力被害を受けたことがあると答えた143名中、IES-Rのカットオフポイント以上だったのは13%であった。今回の研究において、暴力後に何らかの危機介入

があったと答えているのは106名74%で、その中でも危機介入の効果を実感できた。と答えた人は77名73%いた。両者を単純に比較することはできないが、精神科の病棟に勤める看護師の危険群の割合が26.6%と高値であるのに対して、医療観察法病棟の危険群は13%にとどまっていた。それはすなわち、暴力発生後に危機介入があることが、回復への手立ての1つになっており、医療観察法病棟においてはディブリーフィングを含めた、暴力被害に対するメンタルヘルスマネジメントが、望ましい形で実施されてきているという可能性が示唆された。

E. 結論

①医療観察法の病棟では暴力被害の情報は申し送りやカンファレンス及び職員との日常的な会話の中で把握していることがわかった。

②暴力に関する経過記録は、実名か匿名にするのかについては、どちらともいえないと考えているスタッフが多く、背景には情報としての活用と被害者の二次的被害を防ぐ配慮があることがわかった。

③常日頃からの語り合える関係性＝インフォーマル・ディブリーフィングが、医療観察法病棟では効果的になされており、一般の精神科よりもIES-Rによる危険群の率が低いことがわかった。

④スタッフのメンタルケアマネジメントをよりよく支えていくためにも管理者の被害者支援に向けた教育を整備していく必要が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

- 1)加藤寛・岩井圭司・飛鳥井望・三宅由子：非常事態ストレスと災害救援者の健康状態に関する調査研究報告書—阪神・淡路大震災が兵庫県下の消防職員に及ぼした影響—兵庫県精神保健協会こころのケアセンター、1999.
- 2)井上誠・井上セツ子他：精神科病棟における患者から看護師への暴力に関する検討—看護師への心理的影響—精神看護、40、2009.
- 3)石橋寧子・三木明子：暴力被害者への二次被害防止のための病院職員による対応—2ヶ月後の職員教育の効果の検討—第41回 精神看護 2010
- 4)日本看護協会：調査研究報告「保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査」2004
- 5)日本看護協会：保健医療福祉施設における暴力対策指針
- 6)下園壮太：自殺の危機とカウンセリング、金剛出版、2002

(資料1) アンケート結果

1. 各施設の状況

施設		A	B	C	D	E	F
定床数		33	35	30	35	33	33
予備病床		1	0	6	0	1	1
総病床数		34	35	36	35	34	34
Dr	専任	4	2	3	3	2	3
	併任	4	4	2	0	3	4
Ns	専任	44	44	43	46	43	43
CP	専任	3	3	2	3	3	3
	併任	0	0	0	0	1	0
OT	専任	2	2	2	2	2	2
	併任	1	0	0	0	1	0
PSW	専任	2	3	3	2	2	1
	併任	1	0	0	0	0	1
事務	専任	2	1	2	0	0	1
	併任	0	0	0	0	1	1
母数		63	59	57	56	59	59
回収数		39	43	49	41	50	38

2. 職員に対する暴力発生後の対応と体制の整備状況

① マニュアルは6施設全部あり

3. 職員が受けた暴力後のカウンセリングなどの支援体制の整備

① 6施設全部あり

4. 申し送りの状況について該当箇所に○を付けてください。

① している 5施設

② 特に必要な情報のみ伝達 1施設

③ 全面的に廃止 0

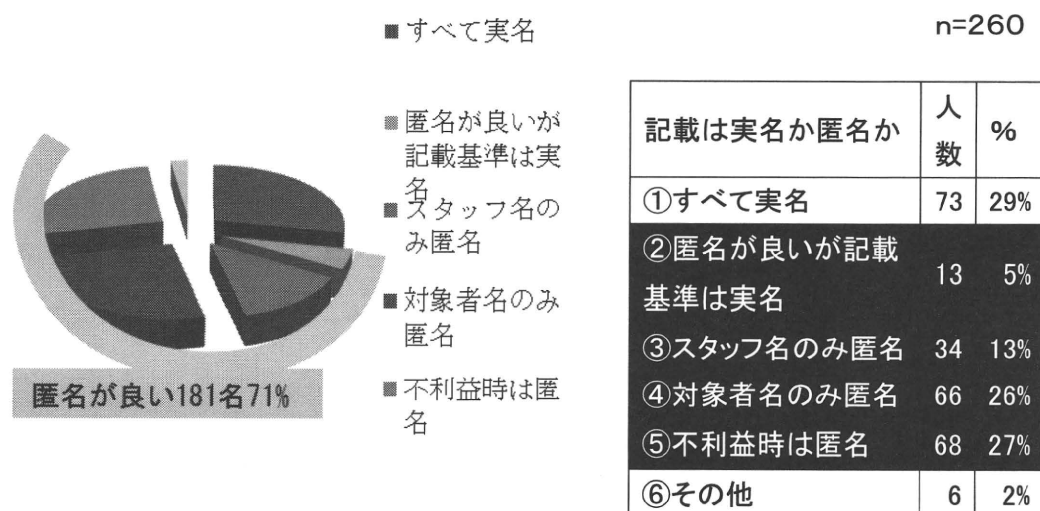
④ その他 0

(資料2) アンケート結果

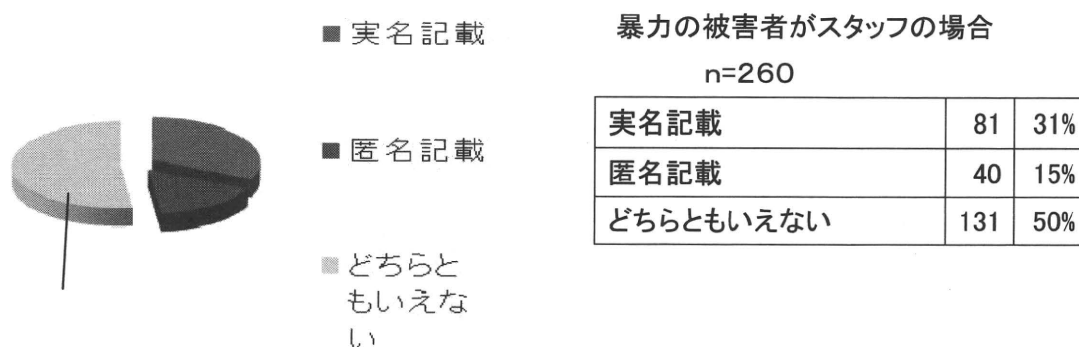
1. 経過記録(診療録・看護記録など)は実名記載を行っているかどうかについて。

あてはまるものすべてに○を付してください。

- ① 全ての記録に登場する人名の記載は、実名で記載している。
- ② 匿名化して記載した方が良いと思うが、記載基準では実名表記が求められているため、匿名で記載している。
- ③ スタッフの名前のみ匿名化している。
- ④ 対象者の名前のみ匿名化している。
- ⑤ 暴力行為があった時など、記載された人に不利益や何らかの影響が予測される場合には、匿名化して記載するようにしている。
- ⑥ その他自由記載欄



2. 暴力行為(暴言・暴力・セクハラなど)発生後の経過記録は、職員名を実名で記載する方が良いか、匿名化して記載する方が良いと思いますか

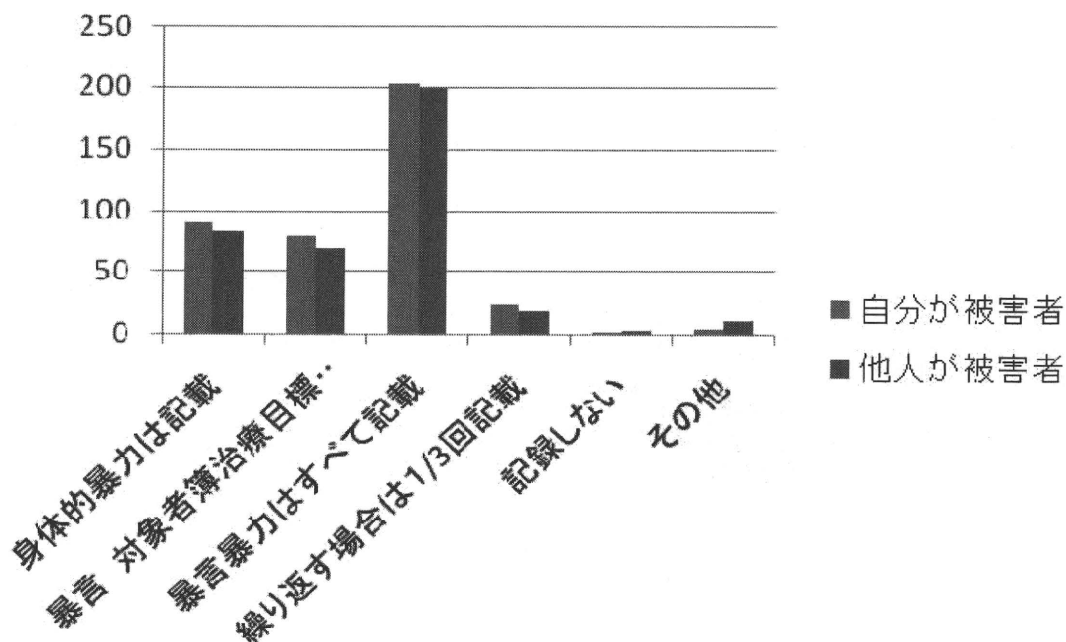


3. 自分自身に向けられた、暴力行為を記録にする時には、どの程度の事象から記録に反映していますか？複数回答可です

4. 他のスタッフに向けられた暴力行為を記録にする時には、どの程度の事象から記録に反映していますか？複数回答可です

- ① 治療が必要なレベルの身体的暴力
- ② 軽く叩く・小突くレベルの身体的暴力
- ③ 暴言があった際、その対象者の治療の目標に関連する場合は記録する。
- ④ 暴言・暴力は、その程度に関わらず全部記録する。
- ⑤ 同じような事を繰り返す対象者・患者の場合には3回に1回位は記録する。
- ⑥ 記録しない
- ⑦ その他：

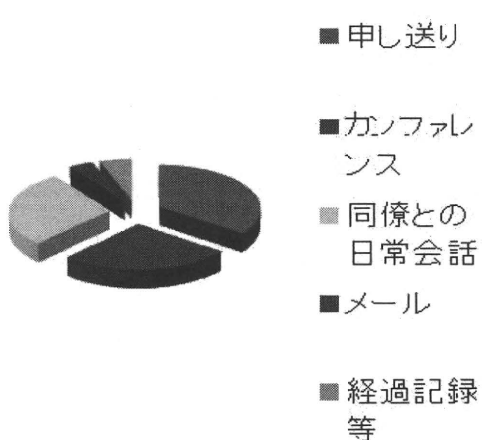
	n=260		自分が被害者		他人が被害者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
身体的暴力は記載	90	35%	83	32%	83	32%
暴言 対象者簿治療目標の時は記載	79	30%	69	27%	69	27%
暴言暴力はすべて記載	203	78%	199	77%	199	77%
繰り返す場合は1/3回記載	23	9%	18	7%	18	7%
記録しない	2	1%	3	1%	3	1%
その他	5	2%	11	4%	11	4%



5. 他の職員が暴力行為を受けた場合、あなたがその職員になんらかの危機介入（ちょっとした声かけや面接などの心理的サポート）を実施するための（職員への暴力行為があったという）情報は何かから得ていますか？

あてはまるものすべてに○を付してください。

- ① 経過記録
- ② 申し送り
- ③ カンファレンス
- ④ 職員間の日常会話の内容
- ⑤ 職員間のメール
- ⑥ その他

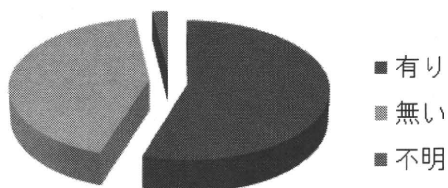


暴力発生時の情報収集手段
複数回答可

申し送り	239	92%
カンファレンス	179	69%
同僚との日常会話	194	75%
メール	26	10%
経過記録等	37	14%

6. あなたは対象者から暴力行為を受けたことがありますか？

- ① はい
- ② いいえ



対象者からの被暴力体験

n=260

有り	143	55%
無い	112	43%
不明	5	1%