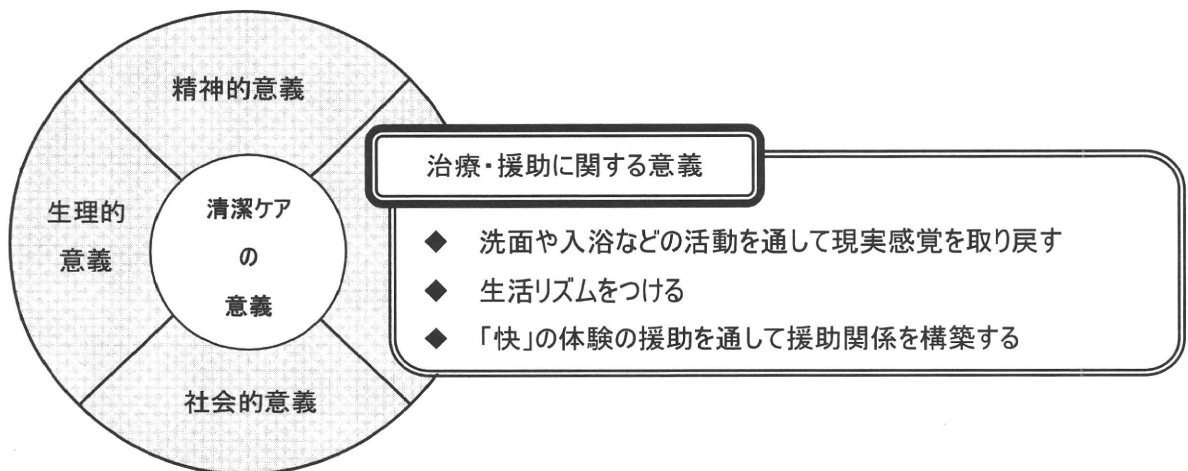


その間の生活環境をできる限り整え、患者の安全を守りながら生活の質を高める工夫をすることは看護師の重要な役割だと考えられる。

松田は清潔ケアの生理的・社会的・精神的な意義について「対象者の状況によって、清潔ケアにともなう看護としての意義・目的を考慮する必要がある¹⁾」と述べている。松田は清潔ケアの目的の第1を身体の清潔、2次的に運動効果や生理機能の増大を挙げているが、保護室における清潔ケアには、それ以上に治療・援助に関する意義が重なっていると考えることができる。すなわち、洗面や入浴などの活動を通して現実感覚を取り戻し、生活リズムをつけること、「快」の感覚を味わえるように援助することを通して援助関係を構築することなどである。訪問時に聞き取った清潔ケアに関する希望にはできるだけ応じるとい病棟の姿勢や、「スタッフは味方だというメッセージを伝えたいので、どんなに興奮している方でも、多人数で対応し洗面台に誘導して洗面を行っている」という看護師の言葉は、まさしくこのような援助が意識的に実践されていることの表れといえる。



2) 排泄

患者の安全を守りかつ過剰な刺激を避けるため、保護室はシンプルで段差や突起、角のない構造が望ましい。ただし、排泄にかかわる設備は対象病棟すべてに備えられていた。対象病棟の排泄設備は多様であったが、建築年代が新しくなるにつれて、和式から洋式便器に変わり、便器洗浄や手洗いが室内からも可能になるという変化がみられた。日本人の生活様式の変化や精神科全般におけるアメニティの向上に伴い、保護室の排泄に関する設備が変化していることは明らかである。

坂田は「精神科領域における救急・急性期の患者は、自立性の危機が切迫しており、まさに生命維持の危機、生活リズムや日常生活行動の崩壊に直面している」²⁾と述べている。したがって、保護室の排泄に関する設備はこの時期の排泄のケアを支えるとともに、精神症状による生命維持と生活行動の困難を避けるという条件を満たすものでなければならない。このような視点から、以下に保護室における排泄設備の要件について述べる。

① 排泄の観察：

急性期には、便秘や尿閉、失禁などの排泄機能の障害が生じやすいため、排泄の回数や性状についての綿密な観察が必要である。和式便器は排泄物が貯留するため観察が容易であるが、近年増加している洋式便器の場合は、観察に困難が伴っている。

②水中毒や弄便への対処：

水中毒による飲水への渴望が極度となった患者は、便器内の水を飲むことがある。また弄便などにより便による汚染が見られる患者もいる。これらの患者の場合は、便器内に内容物が貯留しない方が望ましい。便器洗浄や給水のための設備は、室内外いずれにも備えて調節可能にしておくことが必須である。

③ふらつきや下半身の障害への対処：

多くの患者には抗精神病薬の副作用によるふらつきが見られ、高齢患者では下半身の障害があることが多い。洋式便器は腰掛ける姿勢となるため、転倒のリスクが少ない。

④危険な行動への対処：

幻覚・妄想や閉じ込められているという思いから、便器の破壊、便器や目隠しからの飛び降り、目隠しに上ったり、ブースの壁を使って上ったりという危険な行動が生じることがある。破壊的な行動への対処としては、ステンレス製の堅牢な便器の設置や、室内に物を持ち込まないことなどが挙げられる。施設・設備の上にかかること飛び降りることへの対策としては、目隠しの形状の工夫や壁と壁の間隔を広くすることが必要である。

⑤詰め込みへの対処：

患者が便器に、衣類、トイレットペーパー、その他の物を詰め込むことはしばしば見られる問題行動である。原因は不明だが、便器の形状が患者の不安を喚起している可能性がある。物を詰めることのないような観察は配慮とともに、詰めてしまった場合に備えた排水施設の工夫も必要である。

⑥プライバシーの保護：

プライバシーの保護には、トイレの目隠し、ブースのほかに観察窓やドアといった設備が関連している。ドアは必要時のみ使用可能であることが必須である。

⑦排泄の場として認識できる：

統合失調症や認知症では物事の意味づけが失われ、便器を排泄の設備として認識できないことがあるため、その患者が慣れ親しんだ便器の形状と近いものが提供される必要がある。

以上、排泄設備の要件を述べたが、①と②や④と⑥は矛盾した内容となっており、すべてを満たすことは不可能である。病棟の特徴や、めざす医療・看護を明確にして選択することが必要である。複数のタイプの保護室を設け、患者の状態や行動特徴に合わせて選択できることが望ましい。

排泄へのケアは施設・設備に依拠する度合いが大きいと言えるが、おしぼりなどを用いて手洗いの援助を行ったり、ペーパーをトレイに入れたりという援助を行っている病棟もあった。設備が不十分であっても患者の安全を守り、生活環境を整えようとするのが看

護の視点であり、力であると考え。

3) 食事

調査結果から、対象病棟の 3/4 が食事時になんらかの形の配膳台（テーブル）を備え、また一般室と同様の食器を提供していることが明らかになった。配膳台と食器の提供は、保護室内にものを持ち込むということであり、一定のリスクが伴う。小さいテーブルいわゆるちゃぶ台は板状の木と棒状の金属製であり人や物に危害を与えることができる。しかし、患者がテーブルをテーブルとして認識する限りはこのような状況は生じにくいと考えられる。ダンボール製のテーブルやダンボール箱は安全な反面、容易に解体できる、清潔が保ちづらい、コストがかかるというデメリットがある。配膳台の使用に関して患者の状態をアセスメントし 3 段階に分けての援助方法を切り替えたり、テーブルが使用できない場合にはシートを使用している病院があった。これらの援助は、床に直接配膳することを避け、患者の生活を整えようとする看護の視点を示している。また、配膳台の使用は食事の際の姿勢を正すことになり、誤嚥防止の観点からも必要である。

食事時に患者が手を洗ったり拭いたりすることは、感染予防のみならず、患者が食事への心構えをつくるという意味があるが、半数以上の病棟で実施していた。ホットキャビネットの有無、安全なサイズのタオルの有無など課題はあるが必要な援助だと考えられる。ウェットティッシュの使用は看護師の負担を軽減する方法の 1 つである。

配膳口は設置されていてもあまり使用されていない現状であった。これは食事と同時にテーブルを室内に入れるためでもあり、床に配膳することを避けようとする看護師の配慮でもあると考える。複数対応をすることでドアからの配膳を可能にしている病棟もあった。高さのある配膳口は床にじかに配膳するという状況を回避することができるが、患者が受け取らなければ配膳できない。

配膳台、手洗い、配膳口の使用はいずれも患者の生活の質と、看護師と患者の安全の両方に関連している。患者と看護師の安全を守りながら、保護室を生活環境として整えるには、患者の状態に合わせて適切な援助を提供するためのアセスメントをする能力を向上させること、情報共有をすること、そして看護スタッフの数を増やすことが必要と考える。

人間にとって食には身体的意義、心理的意義、社会的意義の 3 つの側面がある。精神科急性期患者の食行動について、高山は、精神症状や薬の副作用を要因とした拒食、総摂取量の減少、食欲減退、嚥下困難、咀嚼困難、食欲異常亢進、異食という問題³⁾があるとし、「この時期の第一の目標は、栄養状態や水分バランスを細かくアセスメントしつつ、脱水や低栄養などによる生命危機から脱却をはかることである」⁴⁾と述べている。このように精神科急性期の患者は活発な精神症状を呈し、生命の危機に瀕している場合もあるため、生命を守ることや症状コントロールへの看護援助が優先されることは避けられない。そのため、食事への援助では身体的意義が優先され、さらに保護室では患者・職員双方の安全を守るため、食の心理的側面・社会的側面の優先順位は低くなってしまいう傾向にあると言える。

食事環境という視点から保護室を見ると、病院により相違はあるものの、排泄の場との仕切りがなく同一の空間にあること、患者が自分の意思で手洗いができないこと、配膳台がない場合は食事が床にじかに置かれることなど、人間が食事をする環境として貧しいと言わざるを得ない状況がある。また一人きりで食事を摂ることは、社会的側面からみるとニードが充足されていないことになる。このように保護室を使用する患者にとっては食の身体的、心理的、社会的側面のすべてに不足があるという実態があり、個々の患者に合わせた援助の改善が必要である。

3.開放観察

1) 保護室における開放観察の実態

一日の中で最初に開放観察が行われる時間帯は、昼食時と昼食時以外がほぼ同数であった。患者がホールで食事をするように設定し観察することには、食事という合目的な行動をとることができるかどうか、大勢の患者のなかで落ち着いていられるかどうかについてアセスメントできるという意味がある。さらに看護スタッフを確保しやすいメリットもある。昼食時間を避けることは、対人関係的な刺激が少ない状態から開放観察を始めるという意味があると考えられる。

開放観察は短時間から始め段階的に拡大していくという方式が一般的であり、最初の開放時間は1時間あるいは食事時間のみという病棟が多数であった。患者が落ち着いて過ごせるか否かをアセスメントするという意味合いからも、行動制限最小化の推進という観点からも、ある程度は継続的に、まとまった時間を開放するのが一般的といえる。

開放観察の判断は指定医が行うことが前提なので、今回の調査では看護師と医師のコミュニケーションや看護師の判断が開放観察に活かされているかを主に聞き取った。その結果、カンファレンスの頻度や主治医以外に病棟担当の医師が存在することが、タイミングを逃さない開放観察に寄与していることが確認できた。

開放観察の進め方には、保護室エリアの配置や病棟の構造が大きく関連していることがわかった。調査の対象とした浅井病院、松山記念病院では、保護室エリアに生活に必要な設備が設けられており、そこには隔離開始時から行動制限最小化を積極的に推進するという治療方針が反映されていると考えられた。このように、開放観察の在り方には、病棟構造とその活用方法が密接にかかわっていることが明らかになった。

バックベッドに関しては、約半数の病棟がなんらかの形で設置していた。保護室エリアの出入り口は施錠されていることが多く、帰室したいときには看護師を介さなければならないことになる。しかし、バックベッドがあれば、患者は自分のペースで休息をとることができ、保護室から一般室への移室の準備をすることもできる。ただし、バックベッドを設けるためには保護室の数だけ一般病床を確保しなければならないため、病室の余裕とベッドコントロールが必要である。

今回の調査対象には6つの開放病棟が含まれていたが、開放病棟で開放観察を実施する場合には、患者が無断外出する可能性が生じてくる。その対策としては、病棟の出入り口

がナースステーションから観察しやすい位置にあることや、マンパワーの確保が必要とされることが確認できた。

2) 開放観察における今後の課題

三宅は「開放観察の方法やケアの方法は、①保護室の構造の違い、②治療方針・治療システムの違い、③行動制限に関する看護師の方針の違い、④隔離を行う場所の違いなどによって病院毎に異なってくる」⁵⁾と述べている。今回の調査結果からも、その運用方法・ケアのあり方が施設ごとに異なっていることが明らかとなった。このような実態は、開放観察という用語の定義や法的・制度的な基準が曖昧なことから、従来、グレーゾーンと称され公の場で議論されてこなかったことに起因していると考えられる。言い換えれば個々の病院で実施されている方法やケアのあり方について比較対照する基準のないことが、施設ごと看護師ごとの解釈の幅を大きくさせていると考えられる。

開放観察の方法が標準化されていないという現状には、地域や病院の特性、患者の属性・個別性に合わせて、柔軟にケアを確立できるというメリットがある反面、遵法意識の低下を招く可能性や違法な運用に踏み外しかねないリスクを伴うというデメリットがある。行動制限を要する患者の看護においては、一定の合理性を有しなおかつオーソライズされた基準を持たないままに実施されると、どのような工夫をこらした援助にもメリット・デメリットが共存することになって、困難や葛藤が生じてくる。そして、合理的な施設基準や運用基準に支えられた看護援助の指針を作成するためには、本研究のような調査報告の積み重ねにより、エビデンスの高い情報を集積し共有していくことが急務である。そのような研究活動を軸として、一定の基準を作りあげていくことによって、急性期患者が適切な療養環境の中で治療を受ける機会を保障することが、日本の精神科医療という枠組みの中で、可能な限り質の高い看護を提供していくことにつながっていくと考えられる。

E. 結論

保護室内部および保護室周辺の施設・設備と、その活用方法の現状は病院によって差がある。さらには、患者の清潔保持、排泄、食事などに関する基本的な生活援助、さらには開放観察の方法も病院により著しく異なっている。このような状況をもたらしている要因は様々だと考えられるが、安全重視に傾きがちな医療文化を助長する医療体制が温存されており、そこには職員の質と量の不足が関与していることは明らかであろう、また、精神科における急性期・救急の医療・看護、とりわけ保護室における援助に関する知識と技術が十分に開発されず、一部の病院で実施され効果を上げている援助方法も開示・共有されていないことも背景にあると考えられる。こうした現状を打破し、急性期患者をはじめとする精神科入院患者の行動制限最小化を推進する上で、保護室の構造・設備および援助の実情を明らかにし看護職による知識・技術の共有を図ることが先決であり、本研究はその一助になると考える。

次年度以降も、実態調査と現状分析を積み重ねながら、病院間での情報共有に基づいて

行動制限最小化を軸とした現状改善を試み、精神科急性期看護における有効な方策について検討を加え、看護援助と医療全般の質的向上に貢献していきたいと考えている。

<引用文献>

- 1) 坪井良子ほか：考える基礎看護技術Ⅱ,p172, 2005.
- 2) 坂田三允編：生活領域から見た精神科看護,医学書院、p20,2001.
- 3) 前掲書2) .p25.
- 4) 前掲書2) .p72.
- 5) 実践精神科看護テキスト編集委員会：行動制限最小化看護,精神看護出版,p141,2007.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 三宅薫：保護室に食事への援助の実態，日本精神科看護学会誌，53（2），269-280,2010.
- 2) 三宅薫，大谷須美子：保護室における開放観察の実態，日本精神科看護学会誌，53（2），92-96,2010.

2. 学会発表

- 1) 三宅薫：開放病棟における保護室の役割と課題，日本精神保健看護学会 第20回総会・学術集会プログラム・抄録集，日本精神看護保健学会，2010.
- 2) 三宅薫：保護室へのアクセス，第38回日本精神病院協会 精神医学会プログラム・アブストラクト，日本精神医学会，2010.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）なし

3) 急性期患者の援助関係形成に向けた対処技法とその効果

○高橋 直美 (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

日本の精神医療は現在入院医療から地域医療への転換が推し進められている。その中でとりわけ、短期間で質の高い医療を提供し、患者の地域生活を支えるための急性期医療の充実が求められている。しかしながら、実態としては、急性期患者との治療的な援助関係作りは十分に実践されているとはいえず、欧米諸国に比べ隔離・拘束に長期間を要していることは、それを象徴する事実と考えられる。本研究は、そのような問題意識から、精神医療の基盤となる患者—医療者間のコミュニケーションの質的な検討を行うことを通じて、精神科急性期医療・看護における感情を活用した援助的コミュニケーション技法の開発・実施を試み、行動制限最小化に寄与するための方策を探る事を目的としている。

現在研究者は現在、精神科救急入院料病棟（以下スーパー救急病棟）において精神科急性期医療や看護の現状把握を目的としたフィールドワークを行いながら、病棟スタッフ（看護師及びコメディカルスタッフ）を対象とした教育プログラムの提供を行っている。この教育プログラムは、ロジャーズのクライアント中心療法やEQ（感情知性）理論を参考にした援助関係論の学習を通じて、援助専門職が自らの感情への注目、吟味、適切な管理・表現について学ぶことを目的としている。今年度は、病棟スタッフが急性期医療・看護や重症患者と接する中で抱く感情と、実践している看護とその背景にある臨床状況の関連について明確化を図っており、スタッフ自身の感情への気づきが現状の問題点を明確化し、解決の糸口となりうる事が確認されつつある。

本報告では、この教育プログラムの概要とこれまでの実施経過について報告する。

I. 研究背景

これまで日本の精神医療は入院医療中心の歴史をたどり、その中で管理収容的な医療や患者の人権軽視などの弊害が発生してきた。現在でも日本は諸外国に類を見ないほど多くの精神科病床数を有し、これまでの歴史的弊害が解消されていない現状がある。このような認識が共有される中で、現在日本の精神医療においても入院医療から地域医療へと大きな政策転換が行われ、地域支援体制の充実と併せて精神科急性期医療体制の整備が早急に進められている。そこで、病院スタッフに求められているのは、短期間で質の高い精神医療を提供することである。

精神医療福祉の改革ビジョンでは、人権に配慮した透明性の高い医療の提供が目指され、薬物療法をはじめとした治療の標準化、分かりやすい情報提供、医療従事者の教育・研修、研究活動の推進が具体的な目標として提示されている。また、救急医療体制の整備に向け

た従来よりも手厚い人員配置が行われ、行動制限最小化や多職種連携によるチーム医療の提供などの具体的な取り組みも奨励されている。

しかし、これらの目標の実現に向けた取り組みは十分に浸透しているとはいえ、急性期患者に対しては刺激を遮断する事により回復を目指すという従来型の発想に基づく治療方式が踏襲されている。そのため、現状の急性期医療の中では、行動制限の長期化という問題が解決されず、そのことがさらに、長期入院予備軍とされる患者や、退院しても短期間で再入院となる患者の発生が避けられないという事態を生んでいることが推測される。

そのような事情から、改革ビジョンの実現に向けて効果的な精神科急性期医療を提供するためには、精神医療の基盤である患者と医療者とのコミュニケーションの質的な検討に立ち返り、医療者に求められる急性期患者との援助的なコミュニケーション技術とその学習方法を明確にすることが必須の課題であると考えられる。

本報告では、援助的なコミュニケーション技法の開発に向けて現在研究者が取り組んでいる教育プログラムの概要と実施経過について報告する。

II.研究目的

精神科急性期医療における看護の現状把握を通じて、入院時からの早期リハビリテーションの開始や、それを支える援助関係の構築に影響を与える促進要因、阻害要因の明確化を図る。その結果を踏まえながら、精神科急性期医療・看護における感情を活用した援助的なコミュニケーション技法の開発を試みる。

III.研究方法

研究対象はスーパー救急病棟における医療に携わる医療者と新規入院患者とする。データ収集は、以下の3段階に分けて行う。

- ① スーパー救急病棟における参与観察（フィールドワーク）
- ② コミュニケーション技法開発に向けた教育プログラムの提供、病棟看護への関与を通じたアクションリサーチ
- ③ 患者・医療者に対する個別・及びグループインタビュー

IV.研究経過

1. 研究対象の概要

現在研究者はスーパー救急病棟（以下 A 病棟）におけるフィールドワークと教育プログラムの提供を行っている。

A 病棟は病床数 600 弱を有する精神科と内科を併設した病院にあり、病床数 50 床、そのうち保護室 11 床、PICU 1 床を有する。

入院患者の 5 割以上が統合失調症であり、その他にも感情障害、物質関連障害、パーソナリティ障害など、さまざまな疾患の患者が入院している。また、最近では認知症の高齢

の患者が入院してくるケースの増加がみられている。

平均入院日数は 50 日、8 割近い患者が自宅退院をしている。突発的な入院も多く、ベッドコントロールが難しいことも病棟の特徴として挙げられる。入院患者の特徴としては重篤な患者、病識の欠如により治療継続が難しいケースが多く、治療抵抗性のある患者も多い。おそらく、それらの事情が関連して、行動制限が長期化する患者も増加する傾向にある。措置入院のケースでは、遠方からの入院などの事情から、家族調整を始め退院に向けた社会復帰調整に困難を要するケースも見られる。

現在研究には病棟に勤務する看護師、作業療法士、精神保健福祉士の計 19 名の協力が得られている。

2. 教育プログラムの概要

現在研究者が実施している教育プログラムは、患者—医療者間のコミュニケーションにおいて、医療者自身の感情を活用しようとする試みを重視するものである。このプログラムはより広い視点から患者—医療者間のコミュニケーションをとらえるために看護学のみならず心理学や社会学などの関連領域におけるコミュニケーション理論を学習することに重点を置いている。すなわち、感情という精神機能についての基本的な理解を前提として、感情体験の意味についての的確に解釈し、その理解を踏まえて適切に表現する方法を習得することを目的としている。

具体的には社会学におけるコミュニケーション論、特に社会的相互作用を研究対象としたシンボリック相互作用論の生みの親であるジョン・H・ミードのコミュニケーション論を学習し、精神科医療における患者の自立成長を支援するための効果的なコミュニケーション技法の開発について検討を行っている。特に、カウンセリングの創始者であるカール・ロジャーズが、クライアント中心療法の第 1 原則とした自己一致の概念、メイヤーとサロベイの提唱したエモーショナルリテラシー（感情活用能力）の概念を重視する。

すなわち、日常生活の場面や、患者とのやり取りの具体的な場面を取り上げながら、①情動を知覚し表現する能力、②思考を助けるために情動を利用する能力、③情動を複数の要素に分解し理解する能力、④適切な自己表現によって自己および他者の情動を管理する能力を習得することを目指している。

教育プログラムは合計 7 回のグループセッションで構成されており、隔週の日勤帯に 1 時間程度実施している。

3. スーパー救急病棟における患者—医療者間のコミュニケーションの実態と教育プログラムの効果

初めに、教育プログラムを構成するグループセッションの中で語られた、スーパー救急病棟における医療・看護や患者—医療者間のコミュニケーションの現状について報告する。

スーパー救急病棟では、重症患者を早期に社会復帰させることを目標に入院時から体系的な医療、看護が提供されている。この目標を達成するため病棟スタッフには迅速で的確な状況判断とそれに見合った医療・看護を提供する役割が求められている。そして、病棟

スタッフは多くの患者が急性精神病状態から回復していく過程に立ち会い、自らのとった役割が患者の回復に寄与していると認識できることから、達成感や満足感を得ながら日々患者と接することができていた。

その半面、病棟スタッフは、重症患者とのコミュニケーションに不安や戸惑いを抱えている。精神症状が悪化し、混乱や恐怖を抱えた患者との間にコミュニケーションを成立させることにはさまざまな困難を伴うのは事実である。それに加えスーパー救急病棟では、患者とのコミュニケーションと援助関係の成立を困難にさせる要因が重なっていると考えられる。第一に、患者の同意によらない入院となるケースが多く、患者は入院させられたことへの怒りや屈辱感、将来への不安などの入り混じった強烈な不快感を体験している。さらには、疾患の特徴や入院治療の必要性について十分な理解を得る機会が提供されないことが、患者の不快感を増強させていると考えられる。

そのような患者側の要因に加え、スタッフは、新しく入院した患者への対応に追われながら突発的な入院に備えなければならず、さらには自傷他害や医療事故の防止に向けたリスク管理も求められるため、常に緊張感を強いられるという状況に置かれている。そのため、余裕を持って患者とかかわることができないことからくる罪責感や、早期の社会復帰を目指すという病棟機能に見合う十分な医療や看護を提供することが出来ていないのではないかという疑念や不全感から自信低下を引き起こしているスタッフも少なくなかった。

教育プログラムのグループ・セッションでは、日々の実践の中でスタッフが実感している否定的な感情の率直な表現を奨励した。その結果、上記の諸要因が絡み合っ、スタッフの急性期医療や看護へのモチベーションの低下を来し、結果的に、薬物による鎮静や行動制限を優先した医療や看護に陥りがちとなっているという臨床状況が浮き彫りになってきた。そして、そのような状況の常態化は、スタッフをより一層、患者とのかかわりから遠ざけるという悪循環を生んでいることが推察された。フィールドワークにおける患者からの聴き取りの中でも、スタッフと、病気や治療、地域生活に向けての問題解決について、もっと話し合いたいとの意見が聞かれており、スタッフと患者のコミュニケーションが不十分であることが、ある程度は裏付けできると考えられる。

教育プログラムの中で語られたスタッフの抱える様々な否定的感情については、これまで病棟の中で正面から取り上げられることはなかったという。その背景としては、日々患者とかかわる中で生じる感情を意識化する習慣や機会がなかったという経緯が語られた。

一般に医療者は、患者の感情を理解することは求められても、援助者である自分自身の感情を理解することは求められてこなかったといえる。また、否定的な感情が生じても、医療者として体系化された医療や看護を提供し続けるためには、そのような感情を切り捨てなければいけないという感情規則に基づく感情管理が浸透している。A病棟のスタッフも、このような医療界全般の特徴を体現しているようだった。

教育プログラムの中では、感情やコミュニケーションについての理論的学習を行い A 病棟における急性期医療と看護、スタッフと患者のコミュニケーションと感情の関係につい

て、スタッフとともに明確化を図ってきた。そのことにより感情への気づきが現状の問題点を明確にし、改善への糸口となるという認識は共有されてきている。そして日常生活や患者とのやり取りなど具体的な場面を取り上げグループセッションを行うことにより感情への気づきが増し、スタッフの抱える否定的な感情の解消を図ることができつつある。そしてそのことが他者の感情への気づきを促し、相手の立場に配慮したコミュニケーションの継続につながるとの意見が多く聞かれている。

現在までこの教育プログラムは計 5 回の内容を終了している。今後は実際の患者とのコミュニケーション場面において、今回のプログラム内容をどのような形で反映させることができるのか、そして急性期にある患者とのコミュニケーションに感情を活用する事の有効性の検証を実施していく予定である。

<参考文献>

- 1) 為金義博「厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を読む 後は実践とそれを支える財源確保あるのみ」 『精神科看護』 31号：49-64, 2003. 11 精神看護出版
- 2) 新福尚隆「世界の中で日本の精神医療・精神医学を考える」『こころの科学』 109号：pp10-15, 2003. 5. 日本評論社
- 3) 新福尚隆、浅井邦彦『世界の精神保健医療 現状理解と今後の展望』2002. へるす出版
- 4) マーティンF. ウィート¹⁾ 著 阿保順子、田崎博一、岡田実、佐久間えりか訳 『精神科臨床における救急湯場面の看護』医学書院. 2003
- 5) ジョセフ・チャロキー、ジョセフP. フォーガス、ジョンD. メイヤー著 中里浩明、島井哲志、大竹恵子、池見陽訳 『エモーショナル・インテリジェンス 日常生活における情動知能の科学的研究』カニヤ出版. 2005
- 6) 高橋直美 「特集 入院時こそ濃厚な関わりを」『精神看護』 2号:pp60-70, 2007. 3
- 7) 小竹敦司「精神保健医療福祉の改革ビジョンと精神科病院を取り巻く環境」『看護部長通信』4号：pp96-100 2006 日総研
- 8) 三澤史斉、藤井康男「精神科急性期病棟における入院長期化の問題」『臨床精神薬理』9号:pp1355-1362. 2006 星和書店
- 9) 吉浜文洋「行動制限の現状と問題点 精神科看護の立場から」『日本精神病院協会雑誌』10号:pp17-23. 2009
- 10) ジャコモ・リゾラッティ、コラト・シニガリア『ミラーニューロン』紀伊国屋書店. 2009
- 11) 宮本真巳「援助職の感情活用 感情労働の再構築に向けて」『こころの健康』(0912-6945) 25巻2号 pp9-22, 2010. 12

F. 研究発表

1. 論文発表 特になし
2. 学会発表 特になし

4) CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点

- 西谷博則（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）
松尾康志（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）
下里誠二（信州大学医学部保健学科）

研究要旨

包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme:CVPPP）運用中の身体的外傷について一指定入院医療機関で平成 18 年度から平成 22 年度までに起こったインシデントについて調査した。身体介入後に看護師が外傷を受けた事例は 4 件であり、いずれも擦過傷程度の軽微なものであった。身体介入後の対象者の受傷は認められず、CVPPP の身体介入は安全に運用されているものと考えられた。次年度以降さらに大規模に安全性や予防効果について検討する予定である。

A. 研究目的

包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme:CVPPP）（包括的暴力防止プログラム認定委員会編，2004）は医療観察法病棟に導入され、運用されている。」

2004 年以降 CVPPP は本邦では唯一の暴力を予防し対処するプログラムとして広がりを見せており、一昨年からは指定入院期間を有する多施設でも研修が開催され、2010 までですでに全国で 612 施設、2767 名が CVPPP トレーナー研修と呼ばれる 4 日間のコースを受講している。4 日間のトレーナー研修はこれを受講することによってトレーナーとして認定され施設内でその技術を伝えることができるようになる。この研修を受けずにトレーナーから教えられた場合は施設内で使用することはできるが他人に伝えることはできないという規定によって管理されているものである。

このプログラムは対象者の人権に配慮しつつ治療的に関わり、安全で快適な治療環境を守ることを主眼とした身体的介入を含む暴力対処のためのプログラムであり、スタッフのトレーニングは暴力の予防という点での効果（Linsley, 2006；池田、出口監訳, 2010）も期待されている。一方で CVPPP でチームテクニクスと呼ばれる身体介入技法においては誤用に対する問題（Stubbs et. al, 2009）や使用法についての倫理的妥当性や理論的妥当性（Paterson, Duxbury, 2007）の問題もあり、常に検証を必要とするものでもある。今後は全国規模での安全性やその予防効果についても検討を進めていく必要がある。

これに先立ち本年度は以降の大規模調査における基礎資料として一指定入院医療機関でのこれまでの CVPPP 運用中の身体介入時の外傷について検討した。尚、本稿では暴力は

「他者あるいは物にむけて物理的な力を加えることによる身体的攻撃行動」を指すことにする。

B. 研究方法

一指定入院医療機関において平成 18 年度から平成 22 年度までの暴力インシデントとして報告されたもののうち、CVPPP の身体介入技術により介入した際に身体的外傷の被害があったケースについて、被害を受けた対象、状況について調査し記述した。

さらに記述の内容から CVPPP の身体的介入について安全という観点から考察を加えた。

C. 研究結果

対象期間中に上がったインシデントは 109 件であり、このうち 負傷者のなかったものが 81 件、負傷者のあったものが 28 件であったが、そのうち身体介入後にけがをしたケースは 4 件でいずれもスタッフの受傷であり身体介入中の対象者の受傷はなかった。

身体介入を行ったインシデントのうちけがのあったケースが 19 件あったが、これらは身体介入前に突然暴力が発生しけがを負うケースであった。これらのうちスタッフに対するものでは入浴処置食事などセルフケア援助時 8 件、攻撃的な対象者に対応した時 9 件、診察時 1 件であり、他対象者に対してのものが 1 件あった。

対象はスタッフ 80、他の対象者 15、家族 1 件でスタッフの内看護師が 73 件とほとんどだった。外傷の程度は 10 分以内でおさまる痛み程度のものが 9 件、擦過傷など簡単な治療を要するもの 9 件、医師の治療の必要なもの 9 件であった。医師の治療が必要な物のうち、スタッフが受傷したものが 7 件、2 件は対象者にむけられたものであった。

事例 1

対象者は統合失調症の女性であり、自分は焼かれたけど再生し退院するという妄想で外部に電話を続け、その途中付き添っていた看護師に向けて、電話中に受話器を投げつける。その後立ち上がり看護師に向かって来たので看護師 2 名で CVPPP のチームテクニクスによって上肢を固定した。看護師はそれぞれ対象者の手首を抑えていたがその後奇声を上げて看護師に対し指を伸ばして爪を立てたり足蹴りをしてきた。看護師は爪を立てられたために軽い擦過傷を負った。この後看護師は本人のつらさをねぎらうような声かけでディエスカレーションを試みたところ、次第に力が弱まり攻撃性がなくなった。

事例 2

対象者は統合失調症の男性で、疎通がとりにくく意味不明な発言が多く不眠がちであった。このため自室施設で経過していた。夕食配膳時、看護師がドアを開けた瞬間にコップで水をかけ、同時に水の入っていたペットボトルを振り上げ殴りかかってきた。即座に対象者の両側に看護師が入り、両手を固定しベッドに座る体制をとった。しばらく対象者は興奮しており、一瞬片側の看護師の手が振りほどかれ看護師の顔を引っ掻きさらに足で看

護師を蹴ろうとしてきた。

事例 3

対象者は統合失調症の女性であり、軽度発達遅滞を合併している。退院を待たされていることが気に入らず、不機嫌さが目立ち看護師へ物を投げつける暴力がみられていた。前日は不眠で興奮が強く、ホールにて壁や窓に頭突きをしたり、ペットボトルなどを投げつける行為があり、不隠状態のため看護師 2 名が対象者の両側に立ち、両腕を固定し自室に誘導した。この時看護師が対象者に指を掴まれ突き指をした。自室に戻った後は落ち着き、話し合いの後看護師が離れても一人で過ごすことができた。

事例 4

対象者は統合失調症の男性で長期にわたり病識に乏しく拒薬していた。入院に対する不満から拒否的になり食事も拒否するようになり食事量も減ったため点滴の必要があり、抑制帯による上肢、下肢拘束が行われていたが点滴台をゆすって倒し点滴を抜去した。対応した看護師に対してルートの先についていた針を向け「刺してやる！殺してやる！」と叫んでいた。抜去した部位の処置をするために手首を固定したが指を伸ばし看護師の手を引っ掻き、さらに唾をかけた。さらし。

D. 考察

対象施設では 4 年間に身体的暴力が 109 件あったが外傷を伴うものはほとんどが不意に攻撃を受けた場合であった。このうちスタッフが医師の治療を要する場合は 7 件であったが、この数が CVPPP でのブレイクアウエイテクニック（攻撃を避けて逃げることで被害を防ぐ方法）が功を奏したものであったのかは不明であるが、高い臨床能力と適切な介入があっても暴力を受けることはあり（Linsley, 2006; 池田明子, 出口禎子監訳, 2010）ブレイクアウエイ法のトレーニングをすることには意味があるものと考えられた。

身体介入は何よりも対象者が痛みを受けることなく、また極力不快感を抱かないように介入することが求められるが、これまでのインシデントにおいて対象者が身体介入を受けた後外傷を負っていないことは CVPPP における身体介入が安全に運営されていることを示すものであると考えられた。しかしながらスタッフ、対象者の双方の安全を確かなものとして検証するためにはさらに長期的かつ多施設の調査が必要になる。次年度以降、この点から大規模に調査を進めていく必要があると考えられた。

身体介入中にスタッフがけがを負うケースでは固定中の床との摩擦による擦過傷が多かったが、これらは、ある程度は避けられないことが予測されている。英国の例でも外傷を負う回数は変化しないが深刻な外傷が減少する（Parks, 1996）ということであり、この意味では身体介入をしてもスタッフが重傷を負うことがないことに大きな意味がある。

またスタッフは出来事に対する印象や理解を組織的かつ構造的に振り返り、自身の身に

起こったことの意味付けができることで自分たちの感情を克服することができる (Linsley, 2006; 池田明子, 出口禎子監訳, 2010)。チームテクニクスで自分の関わり方が明確になっていることで後に自分が受傷したことについて落ち着いて理解できることでインシデントについての理解が深まり、このことで援助者としての視点をより明確に示せるようになるものと考えられる。CVPPP による暴力インシデントへの介入は双方のけがのリスクを減少させるとともにスタッフが落ち着いて医療者としての視点での関わりを可能にするものであると考えられた。

E. 結論

CVPPP での身体介入は対象者に対しては安全に介入していることが示された。スタッフが介入中に受傷することはあっても軽微なものですんでいた。今後は全国規模で介入によるスタッフ、対象者の外傷の実態、さらにブレイクアウエイの効果、また、CVPPP を導入後時間経過とともにインシデントがどのように変化してきたかといった予防効果についても合わせて検証する必要がある、次年度調査を進める予定である。

<参考文献>

包括的暴力防止プログラム認定委員会編, 医療職のための包括的暴力防止プログラムマニュアル, 医学書院, 2004. 東京

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

Paterson B, Duxbury J, RESTRAINT AND THE QUESTION OF VALIDITY, Nursing Ethics , 14 (4), 536-545, 2007.

Paul Linsley, Violence and Aggression in the Workplace -a practical guide for all healthcare staff, 2006; 池田明子, 出口禎子監訳. 医療現場の暴力と攻撃性に向き合う 考え方から対処まで. 医学書院, 東京, 2010; -

STUBBS B., LEADBETTER D., PATERSON B., YORSTON G., KNIGHT C. & DAVIS S. Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16, 99-105, 2009.

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1) 下里誠二, 谷本桂. 精神科における包括的暴力防止プログラムの身体介入技術についての使用経験と看護者の認識, 第 36 会日本看護研究学会, 2010. 08 月, 岡山

5) 司法病棟における常時観察の現状と問題点

○熊地美枝 国立精神・神経医療研究センター病院・国立看護大学校看護学部
美濃由紀子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
高橋直美 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

常時観察時の綿密な観察によって気づきが増え、対象者に安心感を提供でき、速やかで密度の濃い援助につながっていた。多くの看護師は、対象者のそばにいて対象者との交流が増え、その関係は常時観察時以外の看護師の姿勢としても継続され、結果として対応のスムーズさをもたらしていた。また、常時観察は、隔離をしないか、もしくは期間を短縮するなど、行動制限最小化の効果をもたらしており、特に自殺リスクの高い対象者への常時観察が有効であった。

A. 研究目的

新しい精神科地域医療体制を構築していくうえで、精神科病院行動制限最小化に向けた適切な対処法の検証と評価は、必要不可欠な重点課題であるといえる。この課題に取り組むに当たっては、精神科病棟における施設構造、人員配置、病棟文化などのさまざまな要因が複雑に絡み合っており、行動制限最小化を阻害しているかについて明確にする必要がある。

行動制限最小化に向けた最近の取り組みとしては、2005年の開設当初から、既存の病院に比べると恵まれたマンパワーを活用して、極力隔離拘束を避ける原則を貫いてきた指定入院医療機関（＝医療観察法病棟）の実践を挙げることができる。医療観察法病棟では、精神疾患に起因する重大な他害行為を行った既往があり自傷他害の危険性が高い患者に対して、マンパワーを活用し、入院時から治療契約を結び援助関係作りに努めること、必要時には24時間の常時観察を行うことを通じて、行動制限最小化に一定の成果を上げてきた。

従って、医療観察法病院における5年余の経験から得られた知見を明らかにすることは、既存の病院における行動制限最小化への取り組みの重要なヒントになると考えられる。

そこで本研究は、全国の指定入院医療機関を対象に、医療観察法病棟で行われている行動制限最小化への取り組みの効果を確認し抱えている課題を明らかにしながら、得られた知見や技法を一般の精神医療に適用するための方策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

全国の指定入院医療機関：28施設（30病棟）

内訳：国立病院機構 15施設（17病棟）、自治体立 13施設（13病棟）

2) 調査対象者

対象施設の師長・副師長、看護部長・副部長等の看護管理者 計 33 名 <表 1>

3) 調査実施日：2010 年 11 月

4) 調査方法

質問紙調査

質問内容は以下に示す 3 テーマとした。

- 1)医療観察法病棟におけるセキュリティ看護師について
- 2)医療観察法病棟における行動制限最小化に有効と思われる看護師のかかわり
- 3)医療観察法病棟における常時観察の現状、有益な点、直面している困難や課題

5) データ収集方法

質問紙調査／全国の調査対象施設(28 施設、30 病棟)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 96%)。

6) 分析方法

質問紙調査によって収集した数量的データに関しては単純集計を行い、文章・インタビューデータに関しては、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、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。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) 医療観察法病棟におけるセキュリティ担当看護師 <表 2～6 参照>

セキュリティ担当看護師を配置している病棟は 20 病棟と大部分を占め、配置していない病棟は 5 病棟のみであった。各勤務帯にセキュリティ担当看護師を配置している場合がほとんどであるが、病棟によっては勤務帯毎の担当は配置せず係として配置している場合もあった。

セキュリティ担当看護師は、日々の業務の中で、外来者などへのボディチェックをはじめとした対応や施錠の確認、危険物などの定数確認、対象者の所在確認、定期的な病棟内巡視などを主な役割としていた。また、病棟によっては、勤務帯における役割以外に、セキュリティマニュアルの見直しや災害時・無断退去時の訓練の計画・実施などを担い、病棟の安全に対しての全般的な取り組みに携わっている場合もあった。

医療観察法病棟には外部者の出入りが多く、施錠や危険物管理、構造上の点検などセキ

セキュリティに関連して対応すべき事柄が多い。セキュリティ担当看護師がいれば、施設の見直しなどを早期に発見でき事故防止につながる等の理由から、専任者の配置が必要であるとする意見が多かった。

また、医療観察法の枠組みの中で行われる医療なので、セキュリティ担当看護師を配置するのは当然である、セキュリティ担当看護師がいれば責任の所在を明らかにできる等の回答もみられた。

一方、セキュリティ担当看護師を配置していない病棟からは、「係や担当というよりも全員で看るという視点での関わり」を重視していることや「師長や認定看護師を中心に危険物の見直しや勉強会を行っている」ことによって、セキュリティを確保しているとの回答が得られた。

セキュリティ担当看護師の配置による有効性として、業務が煩雑にならずに専念できること、人為的エラーを減らせること、早期発見による事故防止につながることで、責任の所在が明らかになることなどが挙げられていた。

また、「セキュリティ担当看護師」という立場を明確にしたことで、対象者の所在確認や持ち物の確認を実施する際に、対象者の理解を得やすいという効果が確認され、さらには、危険物持込みへの抑止力が高まることも期待されていた。なかには、セキュリティ担当看護師が対象者の生活スペースにいることが多くなることで対象者との交流が増え、ラポール形成にもつながっているなど副次的な効果を感じている病棟もみられた。

現状での問題点としては、セキュリティに役割が限定されるため、病棟状況によっては時間を持て余すことも生じるなど業務量の偏りを生むことが指摘されていた。また、セキュリティ担当看護師として配置されているスタッフが、それ以外の仕事にも手を出してしまうということも生じるようになっていた。このように、慣れなどからくるセキュリティ意識の低下が生じ、効果的な運用が損なわれるという事態も一部では生じていることが伺われた。

セキュリティ担当看護師は機能別業務となるため、対象者との対応が断片的となることなども問題点として挙げられており、看護師業務としての位置づけに疑問を呈する回答も確認された。さらには、セキュリティ全般を担うことはストレスであるという指摘もあり、業務量の増加と業務内容の煩雑化に伴って、セキュリティ担当看護師を配置するかどうかを含めて、業務内容や業務分担の全般についての見直しを検討している病棟もみられた。

2) 医療観察法病棟における行動制限最小化に有効と思われる看護師の関わり<表 7 参照>

行動制限最小化に有効と思われる看護師の関わり（複数回答）として、「定期的な看護面接」が最も多く挙げられ、次いで「看護面接や集団プログラム以外の場での関わり」、「常時観察」の順で、対象者との継続的かつ濃厚な関わりに関連する項目が多く選択されていた。

その他にも、関係構築や信頼関係、ディエスカレーションなど対象者との関係を重視した内容が挙げられていた。また、リスクアセスメントや入院前 MDT 評価なども有効であるとされていた。その一方で、集団プログラムが最も役立つという回答はなく、行動制限最小化との関連についての認識は比較的薄いと考えられる。プログラム内容としては、疾病教育、SST、アンガーマネジメントなど、対象者が知識を身に付け対処行動の幅を広げるものなどが挙げられていた。

3) 医療観察法病棟における常時観察の現状、有益な点、直面している困難や課題常時観察の現状 <表 8~12 参照>

直近 1 ヶ月の常時観察の実施状況では、実施対象者 1~2 人が大部分を占め、実施対象者数が一番多い病棟は 5 人の対象者に常時観察を実施していた。全体の約 3 割にあたる 8 ヶ所の病棟では、直近 1 ヶ月の間に常時観察はみられなかった。常時観察継続時間では、24 時間が最も多く、半数が 1 週間以内の継続時間であった。1 ヶ月以上と長期化している場合が 2 病棟あり、最も長い場合は 1680 時間 (70 日) に至った。

常時観察を実施することによって、綿密な観察ができるために気づきが増え、対象者に安心感を提供でき、速やかで密度の濃い援助につながるなど有益な点が挙げられた。病棟によっては、常時観察の機会を対象者の振り返りのきっかけ作りに活用していた。

多くの看護師は、対象者のそばにいて対象者との交流が増え、その関係は常時観察時以外の看護師の姿勢としても継続され、結果として対応のスムーズさをもたらしていた。また、常時観察は、隔離をしないか、もしくは期間を短縮するなど、行動制限最小化の効果をもたらしていた。

また、特に自殺リスクの高い対象者への常時観察が有効であるとしている回答が多かった。

常時観察実施時における困難や課題については、第 1 に、人手がかかるため業務調整が困難であることが挙げられ、特に、常時観察対象者が複数になった場合や、勤務者が少なくなる夜勤帯の難しさが指摘されていた。また、依存の強い対象者や精神運動興奮の著しい対象者の場合は、常時観察の難しさとともに常時観察が対象者にとって逆効果になる点などが挙げられた。

一方、常時観察は距離のとり方や関わり方に技術を要し、看護師の力量によって差がでることも指摘されている。これらの問題は、常時観察の適応や方法が確立されていないという課題とも大きく関連しており、検討を要する最重要課題であるといえる。さらに、常時観察は関わりが濃厚となる反面、対象者とスタッフの双方にストレスを生じさせる可能性も指摘されている。また、常時観察の時間が長びくと観察への集中力が緩むことも指摘されていた。

このような困難・課題がある中で、特に、人手がかかるため業務調整が困難であることに対しては多くの工夫がなされていた。一時的にユニット担当者と常時観察対象者の観察を併任することや、他職種にも常時観察を分担してもらうなどそれぞれの病棟で工夫して

いた。また、スタッフ交代を短時間にすることや妄想対象となっているスタッフを常時観察からはずすことなどにより、ストレス軽減に努めていた。

D. 考察

1) 医療観察法病棟におけるセキュリティ担当看護師

セキュリティ担当看護師を配置することの利点が多く挙がり、安全性を確保する上で一定の効果があることがわかった。

しかし、「セキュリティ」のみに特化した業務の担当によって時間を持て余すことが生じ、これが看護師の業務なのかという疑問をも抱く看護師もいた。ただし、病棟によっては、セキュリティ担当看護師として対象者の生活スペースで過ごす時間をとることで、対象者との交流・関係構築に一定の効果を感じている場合もあり、セキュリティ担当看護師の身の置き方が問われているとも考えられる。

セキュリティ担当看護師の業務内容を、人や物の確認を中心としたセキュリティに限定するのか、対象者とともにあって交流を深めることも、安全性の確保にとって重要な業務として位置づけるのかにより業務範囲や役割などが大きく異なってくることが推測される。あるいは、そのバランスをどのようにしていくのかが問われるのかもしれない。

いずれにしても、「安全確保」「セキュリティ」の中身をどのように捉えていくかについて、改めて吟味していく必要性が示唆されたと考える。スタッフ間でセキュリティ看護師の役割についての認識に違いがみられることも指摘されており、病棟内で、業務の見直しも含めた率直な意見交換ができる場を設定し、病棟の方向性を共有していくことが求められていると考えられる。

また、セキュリティ担当看護師を配置していない病棟での「安全確保」「セキュリティ」の捉え方をも明らかにしていきながら、医療観察法病棟全体としてのありようを模索していく必要があるだろう。

2) 医療観察法病棟における行動制限最小化に有効と思われる看護師の関わり

従来の精神科看護の中では十分に運用することができていなかったと思われる「定期的な看護面接」が行動制限最小化に有効的な関わりとして最も多く挙げられていた。今後は、「定期的な看護面接」の中での看護師と対象者のやりとりを詳細に明らかにしていくことも求められるが、少なくとも対象者と課題を共有しながら、関わり続ける姿勢が大きく影響しているといえるだろう。さらに、プログラム内容では、対象者自身が知識を身に付け、対象者自身の対処行動の幅を広げるものなどが中心に挙げられていることが特徴的であった。これら看護面接やプログラムなどの取り組みは、患者の対処方法を、あらかじめ患者と確認し共有していくことを通じて、患者にも隔離・拘束の減少に向けた取り組みへの参加を求めることを報告している Hellerstein ら¹⁾と同様の方向性を有していると考えられ、現状では一定の手ごたえを得られていると思われる。今後は、個々のスタッフがそれらの