

医療観察法通院処遇終了報告書(案)

対象者	フリガナ		
	氏名	(□男・□女)	生年月日 年 月 日 (退院時 満 歳)
	住所	都道府県 郡市区 町村区	
	生活状況	同居家族 婚姻歴 職歴	
当初審判申立てに係る他害行為(被害者等が家族か否かも記載すること)			
責任能力鑑定	起訴前簡易鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
	起訴前嘱託鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
	公判鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
司法判断	病名		
	終局決定	□心神喪失による不起訴 □心神耗弱による起訴猶予 □心神喪失による無罪 □心神耗弱による執行猶予 □心神耗弱において執行すべき刑期なし □不明	
精神科診断 (主治医による最終診断。ICD-10はF33等と記載すること)			
		主たる精神障害	従たる精神障害 身体合併症
		ICD-10()	ICD-10()
生活歴及び現病歴 (推定発病時期、過去の精神科医療の内容、今回の申立てに至る経緯等を含めて詳細に記載すること)			
過去の重大な問題行動(今回の対象行為を除く)			
□殺人 □殺人未遂 □放火 □放火未遂 □強盗 □強盗未遂 □強姦 □強姦未遂 □強制わいせつ □強制わいせつ未遂 □傷害致死 □傷害 □暴行 □恐喝 □脅迫 □窃盗 □器物損壊 □弄火又は失火 □家宅侵入 □詐欺等の経済的な問題行動 □自殺企図 □自傷 □その他			
申立て日 年 月 日 鑑定入院終了日 年 月 日			
当初審判結果			
審判における精神科診断			
□入院決定 指定入院医療機関 □当院 □他院 ()			
□通院決定 指定通院医療機関 □当院 □他院 ()			
当院処遇に至る経緯 (当初審判後当院の処遇開始までの経過を詳細に記載すること。当初審判の結果として当院処遇となった場合は記載不要)			

当院での処遇	通院日数	通院処遇開始日 年 月 日	通院処遇終了日 年 月 日	通院期間 年 月
	治療経過 (薬物療法、精神療法、その他の治療等について詳細に記載すること)			
通院処遇中の問題行動の有無及びその程度	※本調査においては下記の設問のみにご回答ください。 医療観察法による再入院の有無 □なし □あり(通産 年 ヶ月)			
精神科専門療法	精神科訪問看護・指導	□なし □あり 通算 年 ヶ月施行		
	精神科デイ・ケア等	□なし □あり 通算 年 ヶ月施行		
	その他の治療	□なし 内容等 □あり		
ケア会議及び精神保健福祉法による入院	ケア会議 開催回数 回	参加職種:		
転帰	入院歴	年 月 ~ 年 月 病院名	入院形態	
		年 月 ~ 年 月 病院名	入院形態	
		年 月 ~ 年 月 病院名	入院形態	
審判における精神科診断	疾病性 □あり □なし □不明 治療反応性 □あり □なし □不明 社会復帰要因 □あり □なし □不明 □処遇終了決定 □(再)入院決定 □抗告受理 □その他()			
通院処遇終了後の居所	従前の居宅 □家族と同居 □単身 □その他 新たな居宅 □家族と同居 □単身 □その他 施設 □グループホーム □援護寮 □老人保健施設 □その他 精神科医療機関 □指定入院医療機関 □指定通院医療機関 □その他の精神科医療機関 その他 □医療機関 □矯正施設 □死亡 □その他			
参考意見				
以上のように報告する。 年 月 日				
指定通院医療機関				
管理者氏名 主治医氏名				
行政処理欄				

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究

平成 23 年度

分担研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 宮本 真巳

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

平成23年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

分担研究報告書

多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究

分担研究者：宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

研究協力者（順不同）：

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）

中井 邦彦（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

山口しげ子（国立精神・神経医療研究センター病院）

小野木和昭（国立精神・神経医療研究センター病院）

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）

大迫 充江（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）

成田 賢栄（国立精神・神経医療研究センター病院）

堀江 誠（国立精神・神経医療研究センター病院）

山元 繁（国立精神・神経医療研究センター病院）

岸 清次（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）

徳田 栄作（国立精神・神経医療研究センター病院）

竹村ちひろ（国立精神・神経医療研究センター病院）

深田 茂（国立精神・神経医療研究センター病院）

瓶田 貴和（国立病院機構小諸高原病院）

村杉 謙次（国立病院機構小諸高原病院）

富岡 郁（国立病院機構小諸高原病院）

山本 欣司（国立病院機構下総精神医療センター）

森本佳代子（国立病院機構榊原病院）

界外 啓行（国立病院機構榊原病院）

高野 真弘（国立病院機構榊原病院）

矢崎 太郎（国立病院機構榊原病院）

牧野 英之（国立病院機構榊原病院）

川島 篤視（群馬県立精神医療センター）

沖田 淳也（埼玉県立精神医療センター）

飯野 栄治（埼玉県立精神医療センター）

下里 誠二（信州大学医学部保健学科）

龍野 浩寿（日本精神科看護技術協会）

研究要旨

【研究目的】多職種チームによる医療の実際と効果の明確化を目的として、研究を進めている。今年度は、昨年度から取り組みを開始している、多職種チームにおける薬剤師の役割と他職種との連携、ならびに既存の精神科病棟における多職種連携の可能性についての明確化に焦点を当てている。

【研究方法】医療観察法病棟における多職種によるピアレビューを実施し、その際にスタッフの個別面接およびグループ面接を実施した。また、精神科専門学会で多職種連携に関するワークショップを開催し、参加者の協力を得てアンケート調査を実施した。

【研究結果・考察】

1) 指定入院医療機関における多職種チームによる医療の現状、課題と効果

指定入院医療機関における多職種連携の実態は、開設から数年を経る間に徐々に変遷しており、施設の規模や病院・地域の特性等の理由により当初は予測できなかった問題も生じるが、

全体としては成熟の方向にあることが確認できつつある。多職種連携の効果によって、従来であれば困難事例として長期入院を強いられたと推測される多くの対象者が、地域自立を果たしている半面、入院の長期化を余儀なくされている対象者も蓄積されつつあり、そのことがスタッフの動機付け低下を招くこともある。しかし、既存の精神科医療に比べてスタッフ間で本音の情報交換が行われやすくなったことから、困難事例への取り組みがむしろ多職種チームの連帯感を高めることに役立つ場合も多く、それには多職種の参加による事例検討会の効果が大きいことが確かめられた。

2) 多職種チームにおける薬剤師の役割と他職種との連携

指定入院医療機関における薬剤師の活用は、薬剤師の不足等の理由から十分とは言えない現状にある。しかし、先行施設に於いては大いに成果を挙げていることが確認でき、その実情が周知されることによって、他施設でも薬剤師との連携を推進できる可能性が高いことが示唆された。薬剤師の基本的な役割である、薬剤投与をめぐる多様な選択肢と、患者にとって最適な選択にむけた判断根拠の提示は、医師はもとより多職種チーム全体にとって、極めて重要な意味を持っている。患者にとっては、精神科治療薬の服用への抵抗感と服薬中断による再発をどう防ぐかという長年の課題に関しても、薬剤師と患者の日常的な接触と、他職種のきめ細かい連携によって克服していく可能性が示唆された。

3) 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性

既存の精神科病棟の勤務者は、指定入院医療機関における多職種連携の成果を認めつつも、豊富なマンパワーや整備されたシステムなしには実行は難しいと感じている。ただし、その一方で、現状の中でも学ぶべき点は多いし、元来はあらゆる精神科病棟で行なうべき原則的な治療・ケアの前提が多職種連携であることが確認でき、できることから始めたいという前向きな意見も聞かれた。

A. 研究目的

医療観察法による医療は、多職種の連携により対象者の治療・ケアにあたることを重要な原則としている。従って、指定医療機関における多職種チームによる活動の実態把握及び効果検証を行うことは、医療観察法による医療の質的向上にとって不可欠と考えられる。昨年度の研究では、指定医療機関と研究教育機関のコメディカルスタッフが連携して、医療観察法による医療の開始時から現在までに、各施設において多職種チームにおける連携がどのように実践され、どのような現状にあるかについて、包括的な課題の明確化と成果の把握を試みた。

今年度は、昨年度における「指定医療機関

における多職種チームによる活動の実態把握と効果検証への取り組み」の成果を踏まえ、懸案となっている多職種チームのコーディネーター、薬剤師との連携等をめぐる課題について、問題の明確化と解決に向けて有効な方策の具体化を図った。さらには、医療観察法に基づく実践と研究の成果を生かし、精神科医療全般に多職種連携の浸透を図るための方策を探ることを目的とした。

今年度は、以下の3つの視点を柱に、検討を行った。

- 1) 指定入院医療機関における多職種チームによる医療の現状、課題と効果
- 2) 多職種チームにおける薬剤師の役割と他職種との連携

3) 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性

B. 研究方法

医療観察法病棟において多職種によるピアレビューを行い、その際にスタッフの個別面接およびグループ面接を実施した。また、精神科看護の専門学会で多職種連携に関するワークショップを開催し、参加者の協力を得てアンケート調査を実施した。

(倫理面への配慮)

本分担研究への取り組みの一部（国立精神・神経医療研究センター病院スタッフとの共同研究）においては、国立精神・神経医療研究センター病院の倫理審査委員会に審査を申請し、承認を受けて実施した。それ以外の調査に関しては、調査対象者に対して、書面による趣旨説明に基づく研究・発表の自由意思による同意を得ると共に、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。また調査対象者の所属する施設や団体の管理者、看護管理者に協力を要請し、事前に了解を得て調査を実施した。

C. 研究結果、及び考察

1) 指定入院医療機関における多職種チームによる医療の現状、課題と効果

1)－①：多職種チーム医療による医療の実際と成果に関する研究－効果的な多職種連携に向けた具体的な取り組み－（高橋直美）

調査対象施設では、開設当初の病棟管理職がリーダーシップを発揮することによって、スタッフが対象者の社会復帰支援に責任を持ち、多職種による活発な議論に基づいて多職種チーム医療を提供するという文化が築かれ、チームに根付いていた。対象者の社会復帰を

支援するという多職種連携の目的が明確に共有されることにより、様々な意見が対象者支援の幅を広げ、多角的かつ重層的な医療の提供に役立つものとして尊重されていた。

多職種による議論を活発にするために、病棟全体で話し合いの機会を持つためのスケジュール管理や病棟空間の工夫、情報共有のための記録用紙の工夫が行われていた。また各職種の専門性や役割についての学習会と実践を連動させることによって、相互理解を深める工夫が行われていた。それに加えて、医療観察法病棟と院内の一般精神科病棟との交流も積極的に行われていたことが、医療観察法病棟の質の維持と一般精神医療の底上げに役立っていると考えられた。

1)－②：多職種チーム医療による医療の実際と成果に関する研究－人間関係論などからみた多職種連携による医療－（山口しげ子、小野木和昭）

多職種連携が十分に機能するための契機として、①「公式組織」と「非公式組織」のバランス、②長期にわたる経験の蓄積を通じた段階的な成長、③MDTや病棟スタッフのサポートにより困難を乗り越えた体験等が挙げられた。

また、多職種連携の促進要因として、①凝集性を高める施設規格、②強力なリーダーシップ、③管理者とスタッフのコミュニケーション、④率直に話し合える雰囲気、⑤余裕のある業務量等が抽出された。ケアコーディネーターの役割については、MDT内における人間関係の調整よりも、正確な見通しに基づいて治療・ケア方針を提起できるリーダーシップが重視されていることがわかった。

1)－③：多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化（山口しげ子）

対象施設においては、事例検討会の機能について肯定的なイメージを持っており、実際に事例検討会を有効に活用することができていた。その背景として、事例提供者にとって事例検討会は安心感の抱ける場であると共に、MDTの取り組みが承認され達成感が高められる場になっているという事情が明らかになった。

この結果から、事例検討会は、事例提供への負担感を軽減する工夫を取り入れることによって継続的な実施が可能であること、感情活用能力の向上を通じて視野の広がりやエンパワメントの効果が得られること、多職種の参加によって有効性はより高まることなどを確かめることができた。

1)－④：常時観察という治療構造を支えるもの（熊地美枝）

常時観察を効果的に運用していくためには、（1）病棟チーム全体の常時観察に対する理解と関心の向上、（2）常時観察についての認識の共有に向けた教育の充実、（3）医療観察法病棟から他病棟への情報発信と共有、（4）目指すべきビジョンの確立に向けた管理者のリーダーシップ強化などの必要性が示唆された。

2) 多職種チームにおける薬剤師の役割と他職種との連携（宮本真巳）

医療観察法病棟における薬剤師の活用は、一部の施設に限定されているが、それらの施設に於いては大いに成果を挙げていることがわかった。従って、薬剤師が活用されている施設の実情が周知されることによって、他施設でも薬剤師との連携を推進できる可能性が高いことが示唆された。

薬剤師の基本的な役割である、薬剤投与を

めぐる多様な選択肢と、患者にとって最適な選択にむけた判断根拠の提示は、医師はもとより多職種チーム全体にとって、極めて有益であり重要な意味を持っている。とりわけ、患者が精神科治療薬の服用への抵抗感から服薬を中断し、再発に至るという流れをどのようにして食い止めるかという精神科医療にとっての長年の課題に関して、薬剤師と患者の日常的な接触と、他職種のきめ細かい連携によって克服していく可能性が示唆された。

その反面、薬剤師の多職種連携への参加が不十分な現状からみて、問題が山積されていることが示唆された。最も大きな問題は薬剤師のマンパワー不足であることは論をまたない。すなわち、薬剤師による患者教育の重要性は認識されながらも配置基準が改善されておらず、しかも薬剤師はMDTの一員として定員化されていないという現状がある。

ただし、このような現状においても、一部の施設ではそれぞれの工夫と努力によって、薬剤師が多職種チームにおいて重要な役割をとっていることも事実である。これらの施設では、病院管理を担う医師や看護師が薬剤師の役割を重視し協力を求めていること、病棟の看護スタッフも服薬に抵抗を示す患者への関わりについて薬剤師に助言を求める等の動きがありことがわかった。

2)－①：薬剤師が多職種チームの一員として関与することの意義（川島篤視）

薬剤師として多職種チームに参加することを通じて、医療観察法病棟のスタッフたちは、薬剤師が薬剤管理に関して適切な判断に基づいて適切な方針を提起し多様な選択肢を提示できることについて理解を深めた。その結果、病棟チームは、薬の専門家が薬物管理をする役割を病棟としては必要としているという認識を共有するようになった。薬物治療に関して最終判断が医師に委ねられることは言うま

でもないが、薬剤師による情報提供や問題提起を契機として、薬物治療においても多職種による様々な協働が可能かつ必要であることが明らかにできた。

3) 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性 (美濃由紀子)

精神科看護の専門学会で多職種連携に関するワークショップを開催し、参加者の協力を得てアンケート調査を実施した。既存の病棟に多職種連携を浸透させる上で活用できそうだと思う活動内容については、以下の9項目が抽出できた。

①看護師によるケアコーディネーター役割の遂行、②各職種の専門性を生かした患者への言葉かけの工夫、③各職種の専門性を結集した多角的なアプローチ、④各職種・患者も含めた情報の交換と共有、⑤患者本人のニーズに沿ったオーダーメイドの支援、⑥患者参加型の会議の実施、⑦治療共同体の理念に基づく対等な関係作り、⑧定期的な担当多職種による話し合いと、病棟チームによる治療評価会議の設定と開催、⑨薬剤師の積極的な参加。

また、医療観察法病棟では実施されているが、一般精神科病棟では実施が難しいと感じられる内容としては、以下の11項目が抽出された。

①多くの職種の参加を可能にするための時間調整、②頻回なMDT会議の開催、③多職種連携を前提とした医療システムの整備、④マンパワーの確保、⑤患者参加型会議の実施、⑥看護師によるケアコーディネーター役割の遂行、⑦多職種連携という認識の浸透、⑧従来からの権威的な組織構造の解消、⑨限定された入院期間内での多職種連携の形成、⑩多職種チームにおける効率の良い会議進行、⑪多職種間の効率的な情報共有を可能にするシステムの確立。

D. 結語

1) 指定入院医療機関における多職種連携の成熟

指定入院医療機関における多職種連携の実態は、開設から数年を経る間に徐々に変遷してきている。施設の規模や病院・地域の特性等の理由により当初は予測できなかった問題が生じる場合もあるが、全体としては成熟の方向にあることが確認できた。多職種連携の効果によって、従来であれば困難事例として長期入院を強いられたと推測される多くの対象者が、地域自立を果たしている半面、入院の長期化を余儀なくされている対象者も蓄積されつつあり、そのことがスタッフの動機付け低下を招くこともある。しかし、既存の精神科医療に比べてスタッフ間で本音の情報交換が行われやすくなったことから、困難事例への取り組みがむしろ多職種チームの連帯感を高めることに役立つ場合も多く、それには多職種の参加による事例検討会の効果が大きいことが確かめられた。

2) 多職種連携への薬剤師参加の立ち遅れ

薬剤師との連携については、人員不足が連携を阻む大きな要因として挙げられてきており、未だ連携は不十分な実態がある。ただし、病院全体が医療観察法病棟についての関心や理解を深め、日々の業務の中で相互にかかわる機会を増やすなど小さな連携から始め実績を積むことが、より大きな変化への準備作業として重要であることが示唆された。

3) 多職種連携の既存の精神科病棟への浸透をめぐる問題点

既存の精神科病棟の勤務者は、指定入院医療機関における多職種連携の成果を認めつつも、豊富なマンパワーや整備されたシステムなしには実行することは難しいと感じている。ただし、その一方で、現状の中でも学ぶべき

点が多いこと、実行可能な活動も少なくないこと、元来はあらゆる精神科病棟で行なうべき原則的な治療・ケアの前提が多職種連携であることが確認できた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 熊地美枝, 美濃由紀子, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－. 日本精神科看護学会誌 (The Japanese Psychiatric Nursing Society), 54 (3), 日本精神科看護技術協会編: 精神看護出版, pp.177-181, 2011.
- 2) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における治療プログラムの実態と運営・般化をめぐる困難－看護師が主催する治療プログラムに焦点をあてて－. 日本精神科看護学会誌 (The

Japanese Psychiatric Nursing Society), 54 (2), 日本精神科看護技術協会編: 精神看護出版, pp. 61-65, 2011.

2. 学会発表

- 1) 熊地美枝, 美濃由紀子, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－. 日本精神科看護学会 第18回 専門学会Ⅱ, 2011年12月
- 2) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における治療プログラムの実態と運営・般化をめぐる困難－看護師が主催する治療プログラムに焦点をあてて－. 日本精神科看護学会 第18回 専門学会Ⅰ, p. 61-65, 2011年8月 (三重)

3. 著書

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1) - ①：多職種チーム医療による医療の実際と成果に関する研究
～効果的な多職種連携に向けた具体的な取り組み～

○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

本研究は指定入院医療機関2施設の訪問調査によって得られたデータの分析を通じて、①過去2年間の調査研究で明らかになった多職種連携を巡る課題を解決するための具体的な取り組みの実態を明らかにすること、②多職種連携における薬剤師の関与の実態と課題解決に向けた取り組みについて明らかにすることを目的としている。

調査の結果、両施設とも病棟管理職を中心としたリーダーシップにより、あらゆるスタッフがすべての対象者の社会復帰支援に責任を持ち、多職種による活発な議論に基づいて多職種チーム医療を提供するという文化が根付いていた。その中で対象者の社会復帰支援という多職種連携の目的が徹底して共有されることにより、様々な意見が対象者支援の幅を広げ重層的な医療の提供に役立つものとして尊重されていた。多職種による議論を活発にするために、病棟全体で話し合いの機会を持つためのスケジュール管理や病棟空間の工夫、情報共有のための記録用紙の工夫が行われていた。また各職種の専門性や役割についての学習会と実践を連動させることによって、相互理解を深める工夫が行われていた。今回調査を実施した2施設では医療観察法病棟と院内の一般精神科病棟との交流が積極的に行われており、そのことは医療観察法病棟の質の維持と一般精神医療の底上げに役立つと考えられた。

薬剤師との連携については、人員不足が連携を阻む大きな要因として挙げられてきたが、病院全体が医療観察法病棟についての関心や理解を深めること、大きなシステムの変更の準備として、日々の業務の中で相互にかかわる機会を増やすなど小さな連携から始め実績を積むことが重要であることが示唆された。

A. 研究目的

医療観察法による医療は多職種チームによる医療の提供が原則とされている。過去2年間の調査研究では、指定入院医療機関の看護管理者を主な調査対象とし、多職種チーム医療の成果や直面している課題とその解決に向けた各施設の取り組みについて明確化を図ってきた。これまでの研究から、指定入院医療機関では多職種連携に基づく手厚い医療の提

供が実現されつつあることが明らかになり、一般精神医療への還元が期待される取り組みを見出すことができた。その一方で、多職種連携における課題も明らかになってきた。

そこで本年度はこれまでの調査研究で明らかになってきた多職種連携における課題の具体的な解決方法の実態を明らかにすることを目的に、実際にMDTに関与する多職種を対象として研究を行った。また昨年度に引き続き、新たな職種の参入の可能性として、薬剤師と

の連携の現状や期待についても調査を行った。

B. 研究方法

ハーフサイズの指定入院医療機関2施設を訪問し(2011年8月A施設、2012年2月B施設)、調査協力が得られた多職種に対して半構造化個別・グループインタビューを実施した。また医療観察法に関与しているB施設の薬剤師1名に対して半構造化インタビューを実施した。

半構造化インタビューでは①多職種連携を図る中で困難を感じた具体的な出来事について、②困難を感じた出来事をどのように解決してきたか、③医療観察法における多職種チーム医療の実践を一般精神医療にどのように還元するか、を主な質問項目として自由に語ってもらった。また薬剤師に対しては医療観察法病棟や多職種チームへの関与の実態やその成果と課題について自由に語ってもらった。

調査の結果得られたデータには質的・帰納的分析を加えた。

(倫理面への配慮)

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、書面を持って同意を得た。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

昨年度までの研究では多職種連携の成果として各専門職種の視点の拡大と統合や、各職種が専門性を生かしながら多職種チーム全体として連続性のある手厚い医療を提供できていることが明らかになっている。その一方で

人員不足や日程調整の困難さによって話し合いの機会を確保することが難しく、各職種の専門性や治療についての共通認識の不足や、職種間の対等な関係性作りの不十分さが課題として挙がっていた。また薬剤師との連携においては、ガイドラインに明確な規定がないことから、薬剤師が関与している施設は数施設にとどまっていることが明らかになっている。

今回調査を行った2施設では、これらの課題に対して以下のような取り組みによる解決が図られていた。

1) MDT・病棟チーム全体による情報・意見交換を活発に行うための工夫

今回調査を行った2施設はいずれもハーフサイズの病棟であったが、「病棟規模がハーフサイズだと情報共有しやすい」という発言が両施設で聞かれた。ハーフサイズという病棟規模が対象者や治療についての情報・意見交換を病棟内だけでなくMDT内においても円滑化するという影響を与えていることが伺われた。ただし、ハーフサイズの病棟では、専任のコメディカルが1名であったり、他病棟との兼任が多かったりするため、多職種による話し合いの機会を確保することが大規模病棟と同様に困難になることも考えられる。

このような状況の中A施設では「師長の声掛けにより、看護師の中ではMDT会議を定期的で開催することが習慣になっている(A施設・看護師)」。すなわち、看護管理者が定期的なMDT会議の開催を呼びかけており、そのことがケアコーディネーターを担う看護チームに浸透しており多職種による定期的な話し合いが病棟に根付いていた。また全職種がMDT会議に参加できるように治療プログラムの空き時間が、MDT会議の時間として確保されており、そのことも定期的なMDT会議の開催に役立っていた。

B施設では職種ごとの個別の部屋を設けて

おらず、「多職種が同じ空間に集まることによってMDTで話す時間が多く持てる（B施設・医師）」「各職種がそれぞれの部屋に所属するより、同じ病棟で顔を合わせるほうが連携しやすい（B施設・精神保健福祉士）」との発言が聞かれた。

B施設では全職種が1つのスタッフステーションで業務を行うという病棟の空間的な工夫によって、スタッフ同士が直接顔を合わせる機会が確保されている。そのことによって公式なものだけではなく自然発生的なMDTでの話し合いが生まれ、MDTだけでなく病棟全体で情報や意見交換を頻回に行うことができているとのことであった。

さらに、B施設では対象者の治療計画、治療の進行状況が数か月先まで記載されたケアマップと呼ばれるクリティカルパスに似た独自の用紙を使用しており、「ケアコーディネーターだけでなくチームで治療の工程管理ができるようにケアマップを作成し使用するようになった（B施設・医師）」という。

A、B施設とも、困難事例こそ病棟全体で治療を進めて行くという姿勢が共有されており、MDT内だけではなく、MDTと病棟チームとの意見交換が活発に行われていた。A施設の看護チームではカンファレンスや月1回のチーム会を開催し対象者の情報共有を行っている。そのためMDTメンバーである看護師が不在の時にも看護チームの他のメンバーがMDTに参加することができ、速やかに対象者に対応することができると同時に、MDTメンバーである看護師をサポートできる体制がとられていた。またB施設で使用しているケアマップは病棟チームが対象者の治療状況を把握することに役立っており、MDT内で行き詰まりを感じた時には速やかに病棟チームに意見を求めることができ、病棟チームからは活発に意見をもらうことができていた。

このような取り組みは個々のチームメン

バーが意識的に情報収集を行うことや、対象者の社会復帰支援に責任を持ち治療やケアに参加するという姿勢により支えられていた。

2) 共通認識を持つ工夫と専門性の共有

医療観察法による多職種連携が浸透する中で、各職種の専門的な視点や支援の技法についての理解が進んできている。しかし、支援の領域が重なることが多い職種の中の役割分担があいまいになりやすいこと、専門性の違いから対象者支援についての共通認識を持つことが困難であることも指摘されている。

対象者支援に向けて、多職種が共通認識を持つための工夫として、A施設では、話し合いの機会の確保だけではなく具体的なコミュニケーション方法の工夫について語られた。

A施設では「違う意見を聞いてもらえる雰囲気」が大事（A施設・精神保健福祉士）」との発言にみられるように、MDT内ではどのような意見も否定せずに取り上げることによって対象者支援の幅を広げることができるととらえていた。

そして、時には「極端な意見を出しながらMDTでの議論を活性化する基盤作り（A施設・作業療法士）」が行われ、各職種が共通点を探しながら意見交換と実践を重ねながら、徐々に視点を統合していく工夫を行っていた。このような多職種による話し合いを支えているものとして、対象者の社会復帰支援という多職種チーム医療の目的を明確にしておく必要性が語られた。

B施設でも同様にMDTはお互いの意見を話し合い何でも話せる場であるとの認識が共有されていた。そして、結果1) で述べたケアマップの使用がMDT内で共通認識を持つことに役立っており、それぞれの職種がどの時期にどのような役割を果たせばよいかを明確にしながら、特定の職種に過剰な負担がかからないように配慮されているとのことであった。

B施設では開棟以来、各職種がそれぞれの

専門性や役割について知るための勉強会を継続的に開催しているとのことであった。このような取り組みと対象者への支援が連動することによって互いの職種についての理解を深めることができるので、新しく配属になった職員もスムーズに多職種連携に参加できているとのことであった。

A、B両施設とも、MDT内で共通評価項目をはじめとしたアセスメントツールを用いた評価を綿密に行うことにより、対象者や治療についての共通認識を持つことができていた。例えば、MDTメンバーで共通評価項目に基づく評価を行う共同作業が、それぞれの職種が行っている支援内容について知る機会となるので、自分もその支援に興味を持てば参加することができるとの発言も聞かれた。

3) 各職種の対等な関係の構築に基づく多職種連携の実践

昨年度までの調査では、MDT内で特定の職種が発言力を増すこと、MDTと病棟チーム間で情報や意見交換が行えずMDTが孤立すること、病棟チームの意見がMDTに取り入れられにくいことなどの問題が生まれる場合があることが明らかになった。

A施設では、多職種連携の基盤に「多職種それぞれがどんな鍵を持ってるか知っておかなきゃいけないし、直接話し合っ、こっちは前から行くからあんたは後ろから来てと、話し合えるのがやっぱり良いところかなと思います (A施設・医師)」という発言から伺えるように、対象者への支援過程で、それぞれの職種がどのような知識や技術を持ち合わせているのかを相互に理解し、それぞれがどのような時期にどのような関わりを行うかを共有する必要があるとの語りが聞かれた。

B施設では「積極的に自分が持つ専門知識を共有することを意識している (B施設・精神保健福祉士)」 「治療の見通しを示すことは医師の役割だが、前に出過ぎないように心掛

けている (B施設・医師)」といったように、MDT内での対等な関係性を構築するために、それぞれが役割意識を持ちながら連携を行っている現状が語られた。

MDTと病棟チームとの連携においては、治療評価会議などを通じて「客観的に治療の流れを把握し、意見を言う役割が必要 (A施設・看護師)」 「空いている時間を有効に使い、意識的に拡大MDT会議を開く時間を確保している (B施設・医師)」といった意見が聞かれた。このように、MDTと病棟チームが積極的に意見交換を行い、MDTが病棟チームから支援を受けながら病棟全体で対象者を支援するという体制が根付いていた。

4) 一般精神医療への還元に向けた具体的な取り組み

一般精神医療への還元が期待できる事柄としてA、B両施設から、「多職種で共通認識を持ちながら治療を進めて行くという考え方 (A施設・看護師)」 「多職種で話し合える時間を持つとよい (B施設・精神保健福祉士)」といった内容が語られた。

A、B施設のスタッフは、MDT会議や多職種による各種の会議の開催など、医療観察法における多職種連携のシステムをそのまま一般精神医療に導入しなくても、多職種の共通認識に基づいた医療の提供が対象者への医療を重層的にすると考えていた。また、そのために各種アセスメントツールを一般精神科病棟でも活用することが求められているという発言が聞かれた。

B施設では、一般精神医療への還元に向けた具体的な取り組みとして、医療観察法病棟が主体となり院内の一般精神科病棟と合同で学習会を開催したり、一般精神科病棟のスタッフを研修という形で医療観察法病棟に招くという取り組みを行っていた。

また、鑑定患者のためにも多職種チームを形成し、鑑定入院を受けている一般精神科病

棟のスタッフにも、多職種チーム医療に参加してもらっていた。その際、すでに医療観察法病棟での勤務を体験し一般精神科病棟に異動となったスタッフが、その病棟に多職種チーム医療を普及させる役割を自然に担っているようであった。

このように、「医療観察法を経験したスタッフには異動を機に他病棟で実践を広げていく役割が求められている（B施設・精神保健福祉士）」と受け止め、異動の機会を利用して、一般精神科病棟に医療観察法による実践を意識的に広めようとしていた。また、その他にも医療観察法で実施している治療プログラムを一般精神科病棟に受け渡していくという取り組みも行われていた。

このような取り組みは、B施設が病院全体としても比較的規模が小さいため、スタッフの異動が病院全体に対して大きな影響力を持ち得るという事情によって効果が増幅されていたと考えられる。

5) 薬剤師による関与の現状と成果

今回調査を行った2施設のうちA施設では、医療観察法病棟に薬剤師は関与していなかった。一方B施設では開棟から約半年経過したころから、薬剤師が医療観察法病棟に関与しているとのことであった。

A施設では人員不足の問題が大きく、現状では薬剤師の医療観察法病棟への関与は難しいとのことであった。また、これまで一般精神医療における薬剤管理指導などを通じて薬剤師と関わる機会があったものの、「これまで薬剤師と関わる機会が少なかったため、薬剤師独自の役割が分からない（A施設・看護師）」といったように、薬剤師の専門性の理解が不十分であったことも連携を阻害している要因であると語られた。また薬剤師から「医療観察法対象者と関わる自信がないため病棟への関与を断られた経緯があった（A施設・作業療法士）」という経過が語られた。

A施設では薬剤師の医療観察法への関与を期待する声も上がったが、そのためには病院全体の理解が必要であるとの意見も聞かれた。

B施設では、院内で3名の薬剤師のうち1名が中心となり医療観察法病棟に関与していた。薬剤師は日常的にMDTに関与はしていないものの、朝の集まりなど一部の治療プログラムや治療評価会議への参加、薬剤師が主体となった薬物療法についての治療プログラムが実施されていた。

看護師からは、薬剤師が病棟に関与することにより期待される成果として、薬物療法についての専門的な説明を受けられれば、患者への支援の幅が広がるだけでなく医療者のレベルアップにつながるとの発言が聞かれた。

B施設では元々薬剤師が積極的に薬剤管理指導を実施しており、薬剤師が患者と直接かわることや、多職種連携を図ることが実行しやすい土壌があった。そのため薬剤科全体が医療観察法病棟に関与することに抵抗を感じることはなく、むしろ積極的に薬剤師の役割をアピールしながら、患者が必要としていることを多職種で探し提供していく事や、お互いが連携することの良さを積み重ねていく事が重要であるとの認識を持っていた。

A施設のように薬剤師の医療観察法による医療への関与を期待しながらも、人員不足などの問題により連携に困難を抱える施設は多い。B施設も他施設と同様、人員に余裕がある状況ではなく、多職種連携を行う上で会議などの日程調整の困難さが連携を行う上で一番の課題であるという事情が語られていた。

しかしB施設の薬剤師は、まずはお互いの専門性、役割を共有する機会を作ることや薬物療法にまつわる困難を相談するなど、日頃のかかわりを増やし小さな連携から始めることは可能であり、そのことの積み重ねが治療プログラムの実施や会議への関与などへと発展していくのではないかと語っていた。

また実際に連携を行う看護師からは、薬剤師を病棟に招くだけでなく、病棟から薬剤師への情報発信を積極的に行う事や、薬剤科へ出向いて会議を行うなどの工夫が必要であるとの意見が聞かれた。

D. 考察

全国の指定入院医療機関では多職種連携に基づく医療の提供が徐々に根付き始め、各施設の様々な工夫により多職種チーム医療が成果を上げ始めている。

今回調査を行った2施設はハーフサイズの病棟規模であり、そのことはこれまで課題として挙げられていたMDTや病棟全体での情報・意見交換、共通認識を持つことにプラスの影響を与えている可能性が考えられる。

ただし、単に病棟規模がハーフサイズであったおかげで両施設が困難を抱えなくてすんだわけではなく、それぞれの施設で行われてきた工夫が、効果的な多職種連携につながっていったと考えられる。

結果1)に紹介した、A施設の看護師の語りには象徴されるように、両施設とも開棟当初から、病棟管理職がMDT内外の多職種による議論の習慣を病棟に根付かせるために発揮してきたリーダーシップの存在が重要であったと言える。

そして、対象者の社会復帰支援を多職種連携の基盤に据えることができれば、MDTメンバーは、どのような意見にも価値を見出すことができ安心して積極的に意見を出し合い、対象者の社会復帰に責任を持つという風土が生まれる。そのような風土をはぐくむことにより、情報・意見交換を行いやすくするための病棟全体でのスケジュール管理や病棟空間、治療工程の管理のための記録の工夫などがより効果的に働いていると考えられる。

またB施設が継続して行っているような、各職種の専門性について実践と連動した形で

理解を深めるための勉強会の工夫は、それぞれの役割を明確にし、お互いを尊重し必要時は補完的な役割を果たし合って多職種連携をより緊密化することにつながっていると言える。

開棟の時期による違いはあるが、医療観察法における多職種チーム医療が根付き成果を上げ始めている指定入院医療機関では、今後は更に質の高い医療を目指すことに加え、医療の質の維持が課題となってくる。医療の質を維持するにあたって、これまでどの施設でも、人材育成、スタッフの異動の問題が大きな課題として挙げられてきた。が、B施設のように、院内の一般精神科病棟と積極的に交流を図ることは、一般精神医療に医療観察法の成果を還元するのと並行して、スタッフ異動による医療観察法病棟における医療の質を低下させることを防ぐことができ、双方の医療の質の底上げにつながると考えられる。

薬剤師との連携については、A施設をはじめ多くの施設では、連携に期待を寄せながらも人員不足の問題やガイドラインに規定がないことから連携には課題が多く残っている。しかしB施設での取り組みから、医療観察法についての関心や理解を病院全体で深めていくことや、お互いにどのような期待を寄せどのような役割を果たすことができるのかを明らかにしていく事が連携の第1歩であると言える。

また日々の業務の中で、薬物療法についての相談や、治療プログラムへの部分的な関与など小さな連携からお互いにかかわりを持ち始めるということは、どの施設でも可能であると考えられる。そのような小さな連携を積み重ね、連携の成果と課題を積み上げていく事により、今後、薬剤師をはじめ新たな職種が医療観察法における多職種連携に関与していく道が開ける可能性が高いと考えられる。

E. 結論

本研究は医療観察法指定入院医療機関2施設を訪問し、多職種連携の課題解決に向けた具体的な方法について調査を行った。

今回調査を行った2施設とも病棟全体に多職種が話し合いの機会を持ち積極的に意見を出し合える文化が根付いていたこと、お互いの専門性や役割について理解を深める工夫が行われていたことが明らかになった。また積極的に一般精神医療と交流を持つことは医療観察法の医療の質の維持と、一般精神医療の底上げに役立つことが明らかになった。

薬剤師との連携については現状では連携が行われている施設は少ないものの、大きなシステムの変更を行わなくても日々のかかわりを増やしお互いの役割を知らながら小さな連携の実績を積み重ねていく事が重要であることが明らかになった。

今後も新たな職種との連携の可能性を探るために、現在連携を行っている施設の成果を明確にしながらか体的な課題を把握しその解決方法を検討することが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1)－②：多職種チームにおける医療の実際と効果に関する研究
～人間関係論などからみた多職種連携による医療～

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）

小野木和昭（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

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中で多職種連携による医療が、どのように行われているのかについて明らかにすることを目的とし、指定入院医療機関3施設を訪問し、多職種スタッフを対象に半構造化面接を行った。その結果、多職種連携が十分に機能するための契機として、①「公式組織」と「非公式組織」のバランス、②長期間の体験を通じた段階的な成長、③MDTや病棟スタッフのサポートにより困難を乗り越えた体験の蓄積等を挙げることができた。それらの契機を通して多職種チームの凝集性が高まり、多職種連携が促進される。また、多職種連携の促進要因として、①凝集性を高める施設規格、②強力なリーダーシップ、③管理者とスタッフのコミュニケーション、④率直に話し合える雰囲気、⑤余裕のある業務量等を挙げることができた。また、多職種連携を十分行えるようになるための前提条件であるスタッフの成長に長期間を要しており、どうすれば短縮できるかについての実践的な工夫が必要であることが明らかになった。

さらに、指定入院医療機関2施設を訪問し、看護師に対してケアコーディネーターの役割に対する認識について半構造化面接を実施した。その結果、ケアコーディネーターの役割については、MDTの中でのチーム内の「調整役」よりも、治療・ケアの「リーダーシップ」の担い手というイメージが強いことがわかった。また、指定入院機関5施設6病棟の看護師に「相互独立的一相互協調的自己観尺度」を用いた調査を実施した。その結果、ケアコーディネーターの役割を的確に担うには、相互調整性を基盤としながら相互独立性がバランスよく発揮されることが重要であることがわかった。

A. 研究目的

医療観察法の指定入院医療機関における多職種チームは、医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師などで構成される。これらの専門職種が協働し対象者の治療に当たることによって充実した医療の提供を行うことができる。

平成18年度司法精神医療等人材養成研修会教材集には、多職種チームアプローチを成功に導く鍵の中のひとつに「各職種内のライン部門管理と多職種チーム内の共同体制との調

和」¹⁾が書かれている。すなわち、医療観察法病棟は、各専門職種で構成される「事業部制組織」と、MDTという各職種から選ばれたメンバーで構成される「プロジェクトチーム」とが併存する組織構造となっている。

さらに、MDTを横軸とすると、縦軸には、看護モジュール・治療評価会議・運営会議・倫理会議からなるマトリクス組織も組み合わせた組織構造を有する。このような組織編成により、医療観察法病棟の医療チームは、命令系統、指揮系統の一元化の原則からは相対的に自律した横の調整機能を併存させた組織

構造を持つ。

このような組織構造にある多職種チームを通して良好な治療を行うためには、各専門職種内の「管理」と多職種チーム内の「協働」と「調和」が鍵となると考えられる。そこで、実際の医療観察法病棟はどのような状況にあり、「協働」と「調和」にはどのような要因が影響しているのかについて、明確にすることを本報告の目的とした。

<22年度の研究目標>

多職種間の連携が臨床場面でどのように行われているのか調査し、明らかにする。

<23年度の研究目標>

- ①多職種チームの中で看護師がケアコーディネーターを担う場合のリーダーシップのあり様を調査し明らかにする。
- ②「相互独立的—相互協調的自己観」尺度を用いて、どのような自己観の特性を備えた看護師構成によって医療が支えられているのか、そのことが多職種連携におけるリーダーシップの発揮にどのような影響を及ぼしているのかについて調査する。

B. 研究方法

<22年度の研究手法>

1. 調査対象施設
全国の指定入院医療機関：1施設
2. 調査対象
対象施設に勤務する多職種：計11名
3. 研究期間
平成21年8月～平成22年3月
4. 調査方法
 - 1) 指定入院医療機関を訪問し、多職種連携の状況を把握するために、治療プログラムに参加し、参与観察を行う。
 - 2) 病棟チームのメンバーのうち、同意を得られた多職種スタッフに対して、半構造化面接を実施する。
 - 3) 分析方法

(1) 質的帰納的分析

(2) デブリーフィング

研究の過程を通じて研究者間でデブリーフィングを適宜行い、分析の偏りの修正を行う。

<23年度の研究手法>

ピアレビュー時に、個別の半構造化面接と、質問紙法による調査を実施する。

1. 調査対象施設

半構造化面接については、指定入院医療機関2施設（A病院・B病院）

質問紙による調査の対象病院・病棟は、報告者の所属病院、並びに21年度の子備調査より23年度までにピアレビューで訪問した4病院を合わせた5つの指定入院医療機関の6病棟である。

2. 調査対象者

1) 半構造化面接：

ケアコーディネーターの経験を有する看護師（事前に山口が訪問先の師長に研究目的についてメールにより説明し選定してもらう）。

2) 質問紙法による調査：

調査対象施設に勤務する医療観察法病棟の看護師全員

3. 研究期間

平成23年8月～平成24年3月

4. 研究方法

1) 半構造化面接：

当該病棟の師長に選んでもらった看護師に対して、山口又は小野木がその場で研究目的を説明し、同意が得られた場合には、山口と小野木が研究対象者にインタビューを行う。インタビュー時間は1人約20分間とし、静かな個室でインタビュー中は電話などにより寸断されないように協力してもらい実施する。

2) 質問紙法：

①自己観尺度を用いた調査

Marucus&Kitayamaによって開発された、相互独立的自己観、相互協調的自己観の度合

いを測定する尺度を用いた調査を実施した。

②ケアコーディネーターの役割遂行に関する基礎調査

研究者が考案した質問項目を用いた。

①・②の調査用紙と説明書を同じ封筒に入れ、同意できる看護師を対象とし、回答する場合には同意をしたとみなした。留め置き法で回収後、当該病棟の看護師長に郵送してもらう。

5. 分析方法

1) 半構造化インタビュー：

質的帰納的分析を加えた。

2) 質問紙法による調査：

記述統計、t検定、標準偏差、マンホイットニーの検定等によって分析を行った。

6. 倫理的配慮

当研究は、事前に各施設の管理長の許可を得た上で、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター内にある倫理委員会の承認を得て、厚生労働科学研究事業の一環として実施した。調査対象者には、研究内容についての説明を行い、個人情報保護されること、研究協力は任意であること、拒否をしても不利益を生じないこと、途中撤回はいつでも可能であることを説明し、研究協力への同意を得た。面接中のプライバシーの保護については、個室を使用するなどの配慮を行った。研究データについては、鍵のある専用の保管場所に保管し、情報を保護した。

以下、研究報告は年度ごとに記載した。

<22年度の研究の報告>

C. 研究結果

1. 多職種連携の中で意見を述べられるようになるまでの変化について

1) 配属されてから数か月まで

医療観察法病棟に配属されて数か月のスタッフは、職種やMDTを問わず、「どのよう

に自身の意見を言ったらよいかわからない」という意見が多かった。

2) 配属されてから2～3年まで

医療観察法病棟に配属されて2～3年のスタッフからは、「自分が属しているMDTに対して、自分の受け持ちの対象者に限っては看護チームに対して、意見を述べられるようになった。しかし、自分が属さないMDTチームに対しては、どのように自分の意見を伝えたらよいかわからない」という発言が聞かれた。

3) 配属されてから4～5年まで

医療観察法病棟に配属されて4～5年のスタッフ（医療観察法が施行された当初から配属されているスタッフ）は、どのMDTにも意見を述べられるようになっていた。意見が対立した時は無理に自分の意見を押し付けず、反対意見を実施させ、その結果を見届けた上で、援助の向上につながる見通しがあれば改めて提案する、という方法をとっていた。

このように、意見は言うが担当スタッフの意向を尊重し、実施結果に応じて再度提言するという姿勢は、自分が属していないどのMDTにも意見が伝えられるというコミュニケーションスキルを前提としている。そのような姿勢やスキルを身につけるまでには、正しいと思う意見をむやみに主張しても受け入れられなかったり、人間関係を崩したという経験が積み重ねられていた。

2. 解決が困難な問題が生じた場合の対処－病棟内での薬物の使用、離院、新薬の導入について

1) 新薬の導入等の新たな治療方針の提示をめぐって

新薬の導入等、医療観察法下では例が少なく、効果的かどうかかわからない治療方針が提案された際にはMDTスタッフとしても見通しが定かではなく、不安を覚える。また、MDTスタッフから病棟チームに対して、治療方針に関する明瞭な説明ができない中で、病棟内

の様々な意見をまとめることに強いストレスを感じていた。

2) 対象者の問題行動をめぐって

対象者の病棟内での不法薬物使用、離院等の問題行動に遭遇すると、対象者に対して、信頼関係が破られたという思いから陰性感情も湧き、対象者に向き合って話せるようになるまでに時間がかかる。

3) 問題状況におけるMDTによる支え

解決困難な問題を抱えストレスや不安の強い状況で、ときにはMDT外のスタッフから批判的な意見をぶつけられ、動揺が高まる場合がある。

このような状況で、MDTから不安を軽減されるほどの支援を得られなかった時や、後悔が残るような治療しかできなかった場合にはしこりが残り、このメンバーとは同じMDTにはなりたくないという思いが湧いてくる場合もある。

その反対に、MDTメンバー同士で悩みを聞き合うことや、温かい言葉をかけ合うことにより、十分に話し合い、支えてもらえた気持ちがあると、MDTの絆によって守られていることを実感する。

4) 病棟、病院リーダーによる支え

困難な問題が起きた時に、MDTメンバー以外でも、病院長や、医長、師長などが周囲のスタッフを納得させるような強いリーダーシップを発揮して問題に対処でき、そのスタッフがストレスの軽減を得られたとき、感謝の気持ちが湧き、MDTのみならず、リーダーシップを発揮した人への信頼感が増す。

5) 困難の克服によって得られるもの

困難な問題を上手く乗り越えられた時や、予後が良かった時等は、MDTメンバーや病棟チームへの感謝や、次の対象者への治療への自信が湧いてくる。

3. 多職種による情報の共有について

1) 職種を超えて情報を共有する意義

多職種のスタッフにより情報を共有することに価値があるとする回答を多くの調査対象者から得ることができた。

2) 多職種による連携と情報共有を可能にする要因

多職種連携、情報共有をしやすくするための工夫として、施設構造として多職種が共有する部屋があることの重要性が指摘されていた。さらには、昼食を一緒に食べること、職場懇談会を開くこと、看護師長がスタッフとのコミュニケーションを図り、スタッフの個人的な相談にのること、昼食の場で気遣いを見せることも重要な意味を持っていた。

また、対象者が少なく、業務に余裕が持てることもよい影響を及ぼすと考えられた。

D. 考察

1. 組織内コミュニケーションの発展段階

1) 「公式組織」と「非公式組織」

結果1から、組織内でのコミュニケーションには段階があることがわかる。

医療観察法病棟に配属されて間もないスタッフは、医療観察法下での治療方法やその制度を理解していないことや、職場内での人間関係ができていないことから、多職種間、同職種間でのコミュニケーションが取り難い。

この点については、経営学的な人間関係論における「公式組織」と「非公式組織」の対比によって理解を深めることができる。

公式組織とは、医療観察法の制度やそれに基づく治療方法、それらを維持するための役割分担等、予め取り決められたシステムとそれを維持するための手段のことである。

一方、非公式組織とは、医療観察法病棟と職場内で自然に作られる人間関係や仲間意識のことである。

多職種連携が順調に行われているかどうかは、公式組織、非公式組織のそれぞれが順調に機能しているかどうか、またこれら2つの

側面のバランスが取れているかどうかによって評価される。

従って、多職種連携を有効に行う上ではスタッフ自身が、多職種チームの公式組織、非公式組織の両側面を視野に入れて置く必要がある。

2) 配属して間もないスタッフの場合

しかし、配属して間もないスタッフは、公式組織に対しても、非公式組織に対しても、伝える内容を持たなかったり、伝えたい内容はあっても、どのように表現したらよいかがわからない場合が多い。これは、自分の位置や役割が見えず、チーム内での人間関係も十分に築けていないため、多職種間でコミュニケーションを取れない状況といえる。

この問題に対する公式組織の側面における打開策は、「on the job training」によって臨床体験を積むのと並行して、系統的な知識を得るため、教科書的な講義・自己学習を積むことである。非公式組織の側面では、本人の側からチームに溶け込む努力をすると共に、スタッフが意識的に配置間もないスタッフに温かい声かけを行い、一緒に昼食をとるなど関係作りを試みることもある。

3) 配属から2～3年目のスタッフの場合

医療観察法病棟に配属されて2～3年のスタッフは、結果2から、チームの公式組織としての側面についての理解は進んでいることがわかる。しかし、非公式組織の側面は、まだ十分に形成されないようである。

その背景として、特に看護師の場合は、一人ひとりの対象者の受け持ち期間が、標準で1年半、平均すると2年近くと長くなるという事情があると考えられる。

大規模施設の場合、43人の看護スタッフに対し、対象者が33人であり、一人の看護師が受け持ちになる対象者の数は多くても3名である。また、看護師は病棟配属後すぐにMDTに入って対象者を受け持つことは少なく、配

属となって数か月して担当となる場合が多い。しかも、MDTメンバー以外の他の職種と、コミュニケーションをとる機会はあまりない。一方、看護師以外の職種は人数が少ないため、看護師よりは遥かに多くのMDTを体験することになる。

しかも、医療観察法に基づく医療では、自信を持って意見を言えるだけの知識、経験を得て、成長するには時間がかかる。従って、自分の属するMDTの治療方針は十分に理解できても、その他のMDTの治療方針やその背景となる考え方までは理解し難い。そのため、不用意に発言して否定される怖さもあり、意見を述べ辛いのではないかと推測される。

配属年数が短い看護スタッフが、多職種連携への参加度を高めるための打開策としては、受け持つ対象者を増やして、経験を積みやすくする工夫の導入が考えられる。さらには、病棟チーム全体の機能を高めるための小委員会、ワーキンググループ、プロジェクトチームなどを多職種で構成することも重要であろう。看護師も他職種も、MDT以外の場で多職種連携の一員としての役割を担うことで、更なる知識の広がりや、人間関係の形成を図っていくことができると考える。

さらには、より根本的な問題として、自分の担当MDT以外の対象者に関しても気楽に発言できるような雰囲気を作っていく必要がある。非公式組織を公式組織に生かすには、治療評価会議、モジュールミーティング、事例検討会等において、素朴な疑問やアイデアを率直に提示することが奨励され、担当MDTチームもそれを受け止め生かしていけるような文化を形成していくことが極めて重要である。

4) 配属されて4～5年のスタッフ

最後に、医療観察法病棟の開設当初に配属されて4～5年のスタッフの場合、公式組織の習熟も十分に進み、また、非公式組織の中