

指定入院医療機関開設前における看護リーダー層スタッフの抱える困難さ

美濃 由紀子 (長寿科学振興財団 リサーチ・レジデント)

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)

【はじめに】

「指定入院医療機関開設前におけるスタッフの意識調査(1)」では、指定入院医療機関2施設のスタッフ66名を対象に実施した自記式自由回答アンケートの結果に基づいて、開棟間近の段階でスタッフの抱えていた期待や懸念に関する具体的内容37項目が抽出することができた。この調査から、指定入院医療機関に従事することが予定されていたスタッフの全般的な傾向として、医療観察法に基づく入院医療の社会的意義に期待を抱く反面、司法精神医療に関する社会的合意の不十分さや、目標実現の困難さ、職種・スタッフ間の認識のギャップに不安を感じていることが明らかになった。

この調査の対象者は大半が看護職なので、「スタッフ間の認識のギャップ」とは「看護師間の認識のギャップ」を意味する。従って、指定入院医療機関に配置された看護師は必ずしも一枚岩ではないことが示唆される。すなわち、43名の看護師集団は、個々の看護師やサブグループごとに特徴的な認識を有し、それが時には食い違いを見せる可能性があるということになる。個性的なメンバーや多様なサブグループによって構成される大集団は、活性化され生産性が高まる可能性と、葛藤によって活動が低迷する危険を秘めているが、指定入院医療機関の場合はどうなるのだろうか。現時点で、サブグループとしての特徴が明確なのは、病棟師長、副師長に役職のない数名のスタッフを加えた10名ほどのスタッフである。この人たちは、他のスタッフよりも早い時期から開棟準備に携わると共に、他職種と合同のリーダー研修を受ける機会を得ている。

そこで、本研究では、指定入院医療機関の開設準備に携わってきたリーダー層の看護スタッフを対象に、病棟開設を目前にして、病棟の運用、開設準備に向けて、どのような困難や課題を抱えているのかを調査し、その具体的内容を明らかにすることを目的とした。

【方法】

- 1) 調査期間：2005年8月～9月
- 2) 調査方法：指定入院医療機関として開設が予定されていた2施設(A機関、B機関)において、その準備に携わる看護職のリーダー層スタッフ18名(看護師長2名は除く)を対象に半構成的質問によるフォーカス・グループインタビューを実施した。インタビューは、施設ごとに計2回行った。1回のインタビュー時間は、平均112分であった。半構成的質問は、事前に行った開設前の指定入院医療機関のスタッフの意識アンケート調査(1)の結果より浮かび上がった構成要素である「病棟・組織・チーム」に関する内容をテーマにして、それらに対して思いつくことを自由に語ってもらった。
- 3) 分析方法：研究手法としては、質的・帰納的アプローチを採択した。インタビュー内容の逐語録をデータとし、語られた内容の意味を吟味しながら、「リーダー層の抱える困難さ」に関連があると考えられるコードを抽出して定性的分析を加え、3段階にわたるカテゴリー化を行った。

【結果】

3段階にわたる定性的分析(253→40→16)の結果、指定入院医療機関開設直前の時点で、看護職のリーダー層が抱える困難として、16のカテゴリーが得られ、「MDT 会議に関すること」、「業務の進めかた・決定に関すること」、「スタッフ間の連携・伝達に関すること」、「リーダーとしての役割・立場に関すること」の4局面が明らかになった。以下では、これら4つの局面に沿ってリーダー層の体験する困難について整理を行う。

1) MDT (多職種チーム) 会議に関すること

MDT 会議は多職種チームと訳され、全職種の代表が集まって病棟運営に関連する様々な課題に関して方針を出すための会議として位置づけることができる。通常は指定入院医療機関の開設後に、病棟運営のために開催されるものを指すが、A、B機関のどちらも、開設準備段階においても開設後とほぼ同じメンバー構成のMDT 会議が継続的に開催されていた。

A機関では、MDT 会議の中で病棟開設に向けた様々な検討が行われてきていたが、看護スタッフは、MDT という【新しい理念への戸惑い】を示しており、リーダー層も例外ではなかった。従来の医師主導型の決定方法とは異なる民主的なやり方に魅力を感じる半面、馴染みのなさを感じ、方向性を示す人がいないことへの心許なさを感じているスタッフもいた。

一方B機関では、新しい理念への戸惑いに関してはA病院と共通していたものの、医療観察法の成立過程に精通した指導的な医師の提示する判断や方針を多職種チームが大筋で受け入れていたため、決定をめぐる葛藤はさほどない様子が伺われた。

A機関はB機関よりも開設準備への取組みが早かったが、多職種チームの理念は浸透していなかったため混乱が生じており、【多職種チームとしての活動は軌道にのっていない】状態にあった。看護職の場合、MDT 会議に参加する看護職は主に師長であり、他のリーダー層は、自分の担当する系の会議以外では他職種と公式に話し合う機会が少なかった。そのため、他職種に比べると看護スタッフは全般に、会議の詳細を把握し難い状況があり、【看護職と他職種の情報共有量のギャップ】が目立っていた。また、MDT 会議や係ごとの会議の中身に関しても、職種間で関心領域や業務分担の違いがみられ、【看護職と他職種の間では意識や検討内容のギャップ】がみられていた。

2) 業務の進めかた・決定に関すること

看護職のリーダーたちは、それぞれの係(プログラム係、セキュリティ係、業務係など)に分かれ、様々な業務内容を決定し実行していく責務を負っていた。しかし、具体的な事柄を決定するためには全体の決定が必要な場合もあり、その際の【決定者・決定機関が不明瞭】なため、誰がどう決定しているのかわからないという戸惑い、不安、行き詰まりを感じていた。つまり、看護職のリーダーたちは、自分が言わないと決まらないけれども、自分が意見をいうとその通りに決まってしまうのも怖いという【決定関与をめぐるジレンマ】を抱きながらも、決定に関わる体験を重ね、業務への前向きな取り組みを心掛けていた。

それでも全体としては【統一した見解が得られ難い】状況があり、話し合いを重ねても整合性のある方針や考え方を見出せないことに、リーダー層は徒労感を抱いていた。また、自分が担当する係に属する看護スタッフに何をしたらいいか指示するように求められても、【業務内容の不明瞭さ】や【不確かな状況の中でやっていく難しさ】から、【上手く仕事を割り振れない不甲斐なさ】を感じていた。さらには、すべてが手探りという【混沌とした病棟の状況】の中で、【モチベーションの異なるスタッフ】の中に溶け込みつつ、係の仕事を責任をもって遂行することにジレンマを感じてい

た。

3) スタッフ間の連携・伝達に関すること

A 機関のリーダーたちは、リーダーと管理職、リーダーとスタッフ、リーダーとリーダー、スタッフとスタッフといった看護職集団のサブグループ間での連携や情報伝達がうまくいっていないと感じていた。すなわち、必要な事柄が伝わらないという【看護職集団内でのコミュニケーションギャップ】を強く感じていたのである。また、看護職と他職種、病棟スタッフと他病棟スタッフ、病棟管理職と病院管理職というような【病院組織内の下位集団間でのコミュニケーションギャップ】も同時に感じ、身動きのとれない状況に陥っていた。コミュニケーション・ギャップを埋め決定を下すのにはかなりの時間を要する。そのため、限られた時間内で必要な業務を仕上げなくてはならず、時には実務レベルの遅れが避けられないという状況の中で、リーダーたちは、無力感や徒労感を抱いていた。

一方、B 機関においては、開棟を目前にしなが準備が進んでいないことからくる不安や焦りは見られたものの、看護集団内や下位集団間でのコミュニケーションギャップを感じていたリーダーは少なかった。

4) 役割・立場に関すること

看護職のリーダー層には、リーダーとしての役割を期待されていることからくる責任を感じている半面、正式な【役職として位置づけられていないことからくる葛藤】があった。正式にはリーダーとしての役職をもらっているわけではなく、権限や自律性が明確にされていないにもかかわらず、責任は重いため【周囲からの期待に対する複雑な感情】を抱いていた。立場が曖昧なため、頑張りたいと思う気持ちと不安とが混じり、気負いが落ち込みにつながって、混乱することや困惑することも少なくないという声が聞かれた。リーダーとしてのアイデンティティ確立が困難なため、持てる力を十分に発揮できない状況に陥っていたといえる。

リーダーたちはまた、他職種チームの中で、管理職、リーダー、スタッフの役割分担においても、ワーカー、作業療法士、心理士との役割分担においても、どのような業務を遂行していったらいいのか明確につかめないという、【多職種チームの下位集団ごとの役割・立場の混乱】も体験していた。

【考察】

1) 多職種チーム・アプローチをめぐる混乱

結果1) から、MDT という新しい理念への戸惑いや、MDT が軌道にのっていないことからくる混乱が生じていることが明らかになった。そのような事態が生じている理由として、「特定の人物や職種に決定権を集中させない」というイギリスモデルの理念が、スタッフにとって馴染みのないものであったことがあげられる。これまで、日本の精神科医療では、主要な決定は医師に委ねられる傾向が強く、多くのスタッフはそれに慣れてきている。その一方で、むしろ従来への傾向には抵抗を感じ、新しい方式を歓迎するスタッフもいてリーダー層には比較的多かった。このような MDT に対する受け止め方の落差もスタッフ間の葛藤や混乱を招いていたといえる。新しい理念に馴染んでいるそうでない人も、この方式の導入によって決定に時間がかかることには、同じように悩まされている。しかし、全員が決定に参加するという方式に慣れていくに従って、決定にとって必要なならば多少は時間がかかっても耐えられるようになると同時に、合理的で要領のいい決定方法も開発されていくはずである。

MDT 理念に沿って、新しい司法精神医療や司法精神看護を確立していくためには、権限を特定の人物に集中させないことが重要であるが、そのためには、各職種が対等の立場から率直に意見交換できることが大前提となる。その上で、それらの意見を調整し統合する方法や技術を獲得してはじめて、MDT が MDT として機能する。まずは、指定入院医療機関のスタッフ全員が、MDT 理念についての理解を深め、その導入の意図と目的について、知ることが重要である。

リーダー層の看護師たちも、MDT 理念の導入に戸惑いを感じ、その遂行に苦悩していたが、それはむしろ MDT が有効に機能するための重要なプロセスであると位置づけることができる。戸惑いや苦悩は、集団の成熟のために必要不可欠なプロセスであると考えられるからである。現場で、その渦の中にいるスタッフは、霧の中を歩くような不安を感じているかもしれないが、自分の立っている位置と意味に気がつくことができれば、不安も和らぎ苦しみはプラスに転化されるはずである。とはいえ、指定入院医療機関のスタッフは、司法精神看護という日本ではまだ確立されていない分野でのパイオニア的存在であり、これから多くの困難に直面し葛藤を体験することが予想されるため、スタッフへのサポート体制作りも重要な課題といえる。

今回の調査によって、リーダー層スタッフからは、「自分たちの今の状況や位置がわかった」「気持ち楽になった」「この場で話すことによって、前向きな発想に転換できた」「このような面接を定期的に行って欲しい」というような意見が多く聞かれた。今回の調査は、リーダー層の看護スタッフと、分担研究者を含む病棟外部の研究者 3 名によるフォーカス・グループインタビューという手法を用いたことによって、調査という面と同時にグループスーパービジョンの機能を帯びたという解釈が可能だと考えられる。このことから、指定入院医療機関に関わるスタッフに対するグループスーパービジョンの必要性が示唆される。スタッフたちが、定期的にスーパービジョンを受けることができるようなシステムの確立とスーパーバイザーの確保は、指定入院医療機関にとって当面の必要課題であろう。

2) 看護職に固有のコミュニケーションギャップ

結果 2) 3) から、看護職は他職種に比べて人数が多いため、他職種との間や看護職内部で情報量のギャップや情報伝達の時間差が生じるなど、多職種チーム内の様々な下位集団間のコミュニケーションギャップが問題になることがわかった。従って、MDT 会議の内容が、会議に参加していないスタッフにもタイムリーに伝わるような情報の共有と伝達のためのシステムを作っていく必要があると考えられる。

3) 看護リーダーの位置づけをめぐる不安定さ

結果 4) に示された、看護リーダーが役職として位置づけられていないことをめぐる葛藤に関しては、リーダー層の看護師たちが、持てる力を発揮できるような位置づけの明確化が必須であると考えられる。管理職と一般スタッフという 2 層構造ではなく、リーダーナースを各モジュールに配置するなど、指導的・教育的立場のとれる人材を育成し、配置していく必要がある。将来的には、これらの役割を司法精神看護の認定看護師や専門看護師が担うことが望まれる。

対象とした 2 施設を比較すると、結果 1) 2) 4) に関しては、ほぼ共通の発言内容が得られており、新しい取り組みに関して、イメージが付きにくい様子が伺われた。一方、3) に関しては、A 病院ではスタッフ間のコミュニケーションギャップを強く感じているのに対して、B 病院では、あまり問題は感じていなかった。その理由として、B 病院は A 病院に比べると開設準備への着手が遅かったため、職種や役職にかかわらず、皆が切羽詰っているという意味で横並びの同質者集団とし

での凝集性が高まっていたことが示唆された。

以上の考察より、次の5点を今後取り組むべき課題として挙げる事ができる。

- ①MDTの理念への理解の促進
- ②自己一致のトレーニング
- ③スーパービジョンシステムの確立とスーパーバイザーの確保
- ④情報共有に向けたシステム作り
- ⑤リーダー格ナースの位置づけの明確化

【おわりに】

指定入院医療機関におけるリーダー層の看護スタッフを対象としたグループインタビューを行うことによって、指定入院医療機関の開設に臨んでスタッフが抱きやすい不安の具体的内容と、取り組むべき共通課題が明確化できた。開設前の看護スタッフの認識は、施設間で若干の違いはあるものの共通点も多く、今後開設を予定している施設と課題が共有されることが予測される。研究の限界としては、指定入院医療機関2施設のみを対象として行ったものであることがあげられるが、これらの調査結果が活用できれば、これから開設される施設のスタッフに事前準備やシステム作りにとって有効な情報提供が可能になることが示唆された。今後は、これらの結果をもとに、指定入院医療機関の開棟後のスタッフの意識調査を行い、開設前後の意識変化について明らかにしていきたいと考える。

本研究は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）、並びに長寿科学振興財団こころの健康科学研究推進事業若手研究者育成活用事業の制度により、実施したものである。

(1) 指定入院医療機関開設前後の意識調査 - 3

医療観察病棟開棟後の作業療法実施状況と今後の課題

山根 寛（京都大学医学部保健学科）

三澤 剛（国立精神・神経センター武蔵病院）

2005年度に開棟し国立精神・神経センター武蔵病院と独立行政法人国立病院機構花巻病院に開棟した2病棟における対象患者の概要、作業療法の実情および今後の課題について、2005年12月現在の状況から簡単に報告する。

1. 対象患者の概要

1) 対象行為・対象疾患

対象行為は、殺人、殺人未遂、傷害致死、傷害、放火、強盗、強盗未遂、窃盗、不法侵入、強制わいせつと多岐にわたるが、想定した状態よりは軽度の者の比率が多い。対象疾患は、統合失調症が大半であるが、アルコールや薬物依存、人格障害、異例であるが認知症などが含まれている。な

お、既往歴として薬物の問題を抱えている者が3割程度みられる。また、生活歴において、生活基盤の不確立な者が2～3割にみられ、若年時より反社会的集団との接触がおおく、その結果として軽度の犯罪行為を繰り返し、矯正、更正施設を転々としているといった傾向が見られる。

2) 心身機能

作業療法時の観察から、大半の患者は、精神症状、行動面ともに比較的落ち着いた状態の者が多い。鑑定入院中に急性期的状態を脱し、要安静レベルで入所してくるためと思われる。身体機能面においては、鑑定入院中の保護観察的処遇や鑑定入院までの経過などの影響に夜ものと思われるが、作業耐久性の低下は著しい。

3) 自己認識等

病識に関しては、病感はあるものの、十分な病識を持っているものは少なく、対象行為に関しては病気が原因とするものと対象行為そのものが現実であったのかどうか半信半疑の状態にあるものが見られる。一部には、病気そのものを否定し、対象行為に関しても自分の行ったと認識していない者もみられる。

4) 作業療法への参加

病識の有無を問わず、ごく一部を除き、大半は治療に応じている。姿勢はほとんどの例であり(入院の1ヶ月ほど拒絶した例が1名あったが、その後受け入れている)、病気の認識がない例であっても、治療プログラムの参加には応じている。

5) 作業療法実施面での問題点やリスクなど

現時点では、衝動性や暴力、自殺企図などの問題や、身体拘束に至る事態は、2病棟とも生じていない。

2. 作業療法業務

本医療における作業療法は、一回25人程度、2時間を標準とし、作業療法士が一人以上の助手と共に、という現行の作業療法認可基準の縛りがなく、時間や人数も治療上の必要性や目的に応じて設定している。

1) 作業療法士の間接業務

作業療法部門としては、作業療法プログラムの運営、作業療法評価および面接、作業療法計画立案、作業療法記録といった基本的な業務に加え、多職種チーム会議、日常的な打合せ、など従来の精神科作業療法では、マンパワーや時間の制限などで不十分であった業務が実施されている。

また、初めての開棟ということもあり、両施設とも指定入院医療機関及び通院医療機関からの実地研修が職種を問わず多数あり、その受入れ、従事者研修の実施、研修テキストや資料の作成にも、相当の時間を費やしている。

2) 作業療法士の直接業務

作業療法部門では、基本的な情報の整理に始まり、精神機能、身体機能、基本的生活能力、作業遂行能力、対人関係技能、といった一般的な作業療法評価に加え、具体的な酒場面を通したリスク

アセスメントを行い、個々の対象に応じた作業療法計画を立てると共に、他部門への情報の提供を行っている。

治療に関しては、安心・安全を保障し、関係性構築をはかりながら、将来の生活についての目標・目的が設定できるように、現実的な思考の促進、自己能力の把握、集中力の改善、集団適応、ストレス対処、課題遂行能力の改善、などを個々の状態に応じて行っている。共通して、身体機能の改善、生活リズムの改善必要な対象が多いが、他の言語的な手段による介入と合わせて、実際の活動や生活場面を用いるという特性を生かして、対象と共に、より現実的な治療目標の設定をおこなっている。

これらの評価、治療計画、実施は、現行の作業療法認可基準の縛りが無いために、行うことができているともいえる。

2) 作業療法の実施形態と内容

本医療における作業療法は、作業療法士と1対1で行う個別作業療法と、場を共有しながら、それぞれの状態に応じてここに活動するパラレル作業療法、4～5人程度の小集団作業療法、短期課題型の作業療法、などが対象の心身機能のレベルとその目的に応じて行われている。

作業療法が行われている場所は、ダイルームなどの共有スペース、ユニット内のキッチン、中庭、作業療法室である。いずれもユニット内であるが、今後外出が可能になると、買い物や交通機関の利用など、地域の社会資源を利用した活動へと広がる者と思われる。

プログラムの内容は、

- ・朝のミーティング (ユニット単位)
- ・ユニットミーティング
- ・ボディワーク
- ・パラレルグループ
(陶芸、レーザークラフト、スキルスクリーン、スキルギャラリー、グラスデコ、模型、パズル、パソコン、フェルト手芸、刺し子、皮細工、陶芸、手芸、習字など)
- ・スポーツ・レクリエーション
ジムを使用したウェイトトレーニング、ウォーキング、フィットネスバイクや体育館を利用したバスケット、バドミントン、キャッチボール、卓球、ミニサッカーなど
- ・病棟ミーティング
「治療共同体」の理念を踏まえながら集団療法的ミーティング
- ・心理教育
- ・認知行動療法
アンガーマネジメント、症状マネジメント、ストレスマネジメントなど
- ・S S T

など、かなり幅広いプログラムが行われている。これは他の専門職種との連携や個々のセラピストの得意なもの、習得技能の違いも影響するため、2施設でもプログラムの内容もそれぞれの特性が見られ、心理教育、認知行動療法、S S Tなど複数の職種で連携して行うプログラムに関しては、主たる担当職種も異なる。今後増えてくるか各施設においても、プログラムと担当職種は、それぞれの特性が生まれるものと思われる。

3. 今後の課題

1) 対象者に関して

本医療では、統合失調症を主対象としているが、現時点では、アルコールや薬物依存、人格障害、異例であるが認知症などが含まれており、作業療法の実施においても対応が困難な例もある。対象行為についても、法を適応するほど他害行為が重大ではない例も見られるなど、鑑定にあたる判断基準が不明確で、各都道府県によっても一定していない。

また、統合失調症を中心とするとはいえ、実際には薬物等の既往や反社会的な生活歴などの個人的な要因をもつことも特徴であり、あらためて医療観察法という枠組みと司法精神医療としての枠組みにおける対象者について、今後しばらくは臨床の実際から見極めていく必要がある。

2) 作業療法の技術に関して

作業活動をもちいたプログラムは、職種の特性から作業療法士が主として行うことが多いが、作業療法の実施形態と内容で述べたように、個々のセラピストの得意なもの、習得技能の違いなどから、提供できるプログラムが限定される。2名の作業療法士で実施ということから、提供プログラムに大きな施設間格差が出ないように、技術の維持・向上のため、現任者に対しても技術講習が必要になると考えられる。

また、対象者中心のあり方を具体化する技術や認知行動療法、ケアマネジメント、治療評価など多職種合同会議におけるコミュニケーションスキル、精神科リハビリテーション上の介入に関するエビデンスの知識といったことは、作業療法固有のものではないが、現任者に対しても技術講習が必要になる。

3) プログラム実施における連携に関して

心理教育、認知行動療法、SSTなど、心理療法士と精神保健福祉士、看護など他職種との共同で実施しているプログラムに関しては、職種が限定されているわけではないため、複数の職種間でその運営に関して連携と調整が必要になる。医師、看護以外のメディカルスタッフは人数も限られており、職種間だけでなく、同一職種内においても、習得知識や技術に関して格差が生じることが予想される。こうした共通プログラムにおいても、提供プログラムに大きな施設間格差が出ないように、技術の維持・向上のため、現任者に対しても技術講習が必要になると考えられる。

4) 作業療法士の役割に関して

作業療法士に限らないが、司法領域における専門職としての関与に関しては、わが国ではこれまで経験がなく、試行が始まったばかりであり、今後の臨床を通して検討しなければならない。

5) その他の課題

各地に設置予定の指定入院医療機関の計画が地域との調整の問題で予定どおり進んでおらず、予定された病床数が確保できないため、既存の病棟を改造した小規模型の施設の方針が出された。对患者数は同じであっても、作業療法士が1名になり、活動時の保安環境や提供プログラムの内容と実施は大きく制限される。病棟運営全体としても、連携業務とアメニティーなどに関して、30床で運営することを前提として検討、試行してきた水準を維持できないことが予想される。

複雑なニーズを抱える対象者に対し、必要な治療プログラムを庭供するためには、作業療法士の複数配置は必須であり、またスポーツなどのプログラムは、参加人数に限らず一定の設備や広さが必要である。

小規模であっても、本医療における治療の内容と質を維持するために対患者比ではなく、物理的、人的環境の最低基準を早急に検討する必要がある。

(1) 指定入院医療機関開設前後の意識調査 - 4

臨床心理技術者の役割と課題

齋藤 慶子（医療法人高仁会戸田病院心理室）

1. はじめに

医療観察法による治療および社会復帰援助の概観については、すでに多くの専門家の叡智を集めた集大成として関係するさまざまなガイドライン集¹⁾や教材集²⁾に原則論が示されている。相当に丁寧に書き込まれたこれらの内容を踏まえて、具体的な実践を描き、動きだした。直面する現実についてどのように馴染むのか、また更なる改善を含めて早速に検証していく必要がある。対象となる人々の人権の保障は保健・医療・福祉・教育の包括的体制なくしては実現できない。この点を見失うことなくそれぞれの従事者が構造的に専門性を発揮していくために、全体性と同時に臨床心理技術者（以下 CP とする）の専門性に問われる実務的なあり方の実態を把握しながら課題の整理をする第一段階の研究に着手する時期であると判断した。

2. 研究方法

すでに当該の病棟を開設し業務を始めた指定入院医療機関と、開棟の準備に入った医療機関に所属し、司法精神医療の実践もしくはその準備に従事している CP を対象に、次のような二つの方法によって意見聴取をした。

① 質問紙による意識調査

郵送法（2005.12.20.2 発送、2006.1.15 締切りで回収）

記入者を特定する項目の記入は求めない

呼び掛け：指定入院医療機関の CP の皆様へ

対象者の受け入れを開始した（対象者の受け入れを間近に控えた）現時点で指定入院医療機関における開設後の状況について、どのように捉えていらっしゃるか

（予期しておられるかについて）の理解を深め、今後の実践過程についての評価基準を明確化し、関係者の間で共有したいと考えます。そこで、以下の項目について、あなたの現在の心境をお聞かせいただければ幸いです。

質問項目：1) 指定入院医療機関における医療への期待や問題となりそうに思えることについてお聞かせ下さい。

2)指定入院医療機関における勤務をめぐる、あなた自身の抱負や気掛かりについてお聞かせ下さい。

3)この研究のテーマや方法、医療観察法による医療等に関するご意見をご自由に述べて下さい。

回収率：配布11名中 回答者は6名(54.5%)

②意見交換会による聴取(2006.3.25.13:00-16:30に実施)

参加者：指定入院医療機関所属のCP：18名

国立精神神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部：2名

研究協力者：1名

計21名

3. 指定入院医療機関におけるCPの現状

①意識調査による司法精神医療実践についての認識

質問紙調査への記述内容を整理し、列挙すると以下の指摘や抱負が述べられていた。

a. 他害行為に関わる治療について

・医療観察法による医療では、疾病の治療に加え、対象行為の内省を促していくのが大きな課題であると思う。特に殺人に至った対象者についてどのように対象行為に向き合うか、その過程でCPの果たす役割は大きいと思われる。

・再び同様の他害行為が起らないようにするための治療方法は心理教育、感情コントロール、再発予防、コミュニティー支援などを含むいくつかの方法の組み合わせによるプログラムになるであろう。その研究開発が急務

・再発予防が再犯予防とは必ずしも直結しない点に注意

b. 対象者の多様性

・入院適用の基準が徹底していないのではないか

・当初の規定において定義されていた対象は、精神疾患に該当する主症状(主病名)と関連して当該行為を行った者とされていたが、実態は異なり人格障害や依存症候群、知的障害を抱える対象者が数多く入院してきている。それに伴い治療やそのプログラム、治療の最終目標が不明確に陥る傾向がある。

c. 精神疾患そのものへのアプローチ

・妄想・幻覚への心理的アプローチの確立が必要

d. 退院について

・退院先から遠く離れている入院医療機関の場合、治療に継続性や退院先との調整が困難である。・入院中の治療の汎化がどこまで可能か問題がある。

・環境が整わないので退院先が決まらない対象者について退院を停滞させないようにどのように対処するか

・これまでは被害者支援などの勉強をしてきたが、加害者側の治療をすることは

再発を防ぐ意味でも必要であり、従事することは重要な役割であると認識している。しかし、治療としてかかわる当事者はもとより、その家族機能は、凄惨な事件ほど衰弱し離散していく可能性を持っている。どこまで家族調整ができるのか、地域に退院できるのか、困難な問題が山積している。

e. チームアプローチについて

- ・チームで取り組む重要性を皆で共有できることが実現できて、これまでよりも多面的なアプローチができると思う。
- ・今までの体制との大きな違いの一つに多職種チームによる実践があげられる。求められる高度な専門性と逆に、その専門性が職種間の壁となってしまいう可能性にも注意深く関心を向ける必要がある。お互いに共通の仕事をしているという認識と、共有・尊重し合うことができるような姿勢が基本であると思う
- ・職種と役割の混乱が生じた時に、職業アイデンティティが未確立な職員は仕事にしにくくなるであろう。
- ・MDT会議(multi-disciplinary team 多職種専門チーム)が機能するための工夫が必要
- ・多職種間のコーディネートが今後の課題。入院対象者が増えるほど、職種間の意見調整の時間・場所の確保が難しくなる。

f. 勤務形態について

- ・病院によっては勤務時間外の活動が多くなっているが、超過勤務扱いになっていない点が気掛かり。慣れない間は手間取ることも多いだろうが、それを正規の勤務時間として評価されるべきであると思う。
- ・不規則な勤務や残業によるストレスを抱えないようにするにはどのような打開策があるのだろうか。

g. 今後に関棟する施設等について

- ・開設についての地域の理解が困難であったり、予算上の問題、そして必要な人材の不足などの点から、施設基準が下げられ、人員配置や病棟内治療空間が削られるのではないかと不安を感じている。
- ・2005年にリーダー研修を8施設が行ったが、それ以降の施設についての研修が確保されていないのが不安
- ・今後1年半の準備期間で何をどこまですべきか、感覚的につかみにくくて動きにくい。

h. その他

- ・医療支援システムの活用の工夫

i. 抱負・意見など

- ・特に気負わず、今まで実践してきた一般精神科医療の延長と考えて取り組む。
- ・チーム医療を実践できる環境ができていますのでその利点を生かして運営をしていきたい。

- ・チーム医療は難しいところもあるが、単独プレーにならないよう、特に情報の共有に気をつけて取り組みたい。
- ・チーム医療の中での専門性、アイデンティティの確保も課題である。
- ・今まで病棟での常勤勤務経験が皆無であり、司法精神科病棟での仕事には多少不安がある。同じ病院内でありながら違う病院ができた印象があり、閉塞感が強い。しかし研修を通じてやる気が高まっている。
- ・全国的に見て、CPは一つの病院、または施設で孤独に仕事をする割合が高かったと思う。この医療においては、プログラムや評価など、さまざまな情報支援が必要である。入院だけでなく、鑑定から通院までの情報の質を整える点に果たす役割の大きさを考えると、医療観察法に関わるCPのネットワーク作りは何よりも急務であると思う。
- ・走りながら新しい医療を作っているという実感がある。これまでの伝統的な考えに縛られず、いろいろなことを積極的に試みたい。
- ・薬物療法に加えて、心理社会的アプローチが従来の医療に比べて積極的に行われていくことになる。これまでのアプローチに加え、新しい発想を生かして様々なアプローチを試みていきたい。
- ・現場の臨床実践の柔軟性と全国的なデータ収集のバランスが気がかり
- ・自分自身の力量不足が気になる。
- ・心理職にとっては、国の指導の下に中心的な役割を担うことで国家資格化へとつながるのではないかと期待する。
- ・研究成果が司法精神医療にとどまらず、一般精神科医療にも活かされることを望む。

②意見交換会から課題を展望

a. 現在、当該病棟を開棟している施設からの報告

30床の新棟で業務を始めた病院もあれば、8床の暫定病棟で始めた病院もあり、それぞれの施設条件は一定ではない中で、基本枠はガイドラインに沿った実践を目指しながら、さらにそれぞれに応じた工夫をしていることが報告された。

できるだけ良質な治療関係の出会いとする助けのために、CPが鑑定書を基にして対象者の履歴書を作成している。

いかに対象者が主体的に治療・教育プログラムを受け入れるか、いろいろな方法が述べられていたが、例えば花巻病院においては「マイウェイプログラム」として対象者が自分の問題意識を把握して課題を企画していく援助プログラムの司会・進行をCPが担当している。また疾病否認の家族へのアプローチ（面接・心理教育など）にも役割を果たそうとしていた。

その一方で、個別面接の担当について、対象者からの要望にどのような対処をするか、原則と個に応じた配慮の兼ね合わせに苦慮する場合があることが報告された。急

性期の面接の実施に際して、ガイドラインではCP単独ではなく看護職の同席による安全確保を指示しているが、対象者によっては面接場面に若干の歪みが生じる場合もあり、検討の必要があるという指摘もあった。

治療過程におけるアセスメントの多くにCPが関わる機会が多いが、適切な検査法や尺度の選択・開発などの期待もあった。

多職種専門チーム会議（MDT）を中心に実践が動いていく中でCPに期待されている役割の多様性と大きさに意義を実感している様子が伺われるが、会議の多さに慣れることが課題のひとつとなっている場合もあった。

b. 治療プログラムの試み

以下のプログラムが試作されていることが紹介され、具体的内容についての説明を受けた。

1) 武蔵病院における内省プログラムの試み

「内省とは対象行為に至るまでの自分を見つめ直し、ありのままを受け止めた上でより良い未来に向けて自分ができることを考えていく営み」という定義の下にワークシートに沿ってグループで進めていくプログラムになっている。「自尊感情の改善、人間に対する基本的信頼感の回復、障害受容と病識獲得の促進、治療意欲の向上、治療継続性の向上」の5点についての効果を期待している。セッションを通じて出てくる対象者の言葉について、どのように活かして進めていくか、治療者の包容力・柔軟性・洞察力を含む力量にかかるところであろう。それぞれの対象者が持つ背景との絡みを考慮するならばさらに多角的な検討を加えて現実的な条件対応の幅を広げる課題があり、一つの方向性として提案段階であると報告されたが、参加者からは実行可能な提案と受け止められた。

2) 菊池研究班による認知行動療法（CBT）プログラム

CBTの考え方が活用し得る場面は精神科医療にたくさん存在するが、とりわけ司法精神医療としての枠組みにおいては再教育課題を合理的に取り入れたプログラムは容易に計画し得る部分が少なくない。そこで菊池（参加者名簿参照のこと）はわが国の実態や文化にふさわしいシステムの検討のために関係する実態・文献などを詳細に収集・検討し、武蔵病院の指定医療病棟の臨床心理技術者たちとともに「CBT入門」という認知行動療法への導入プログラムを開発し、病棟にて試行した。詳細は菊池の研究報告³⁾に譲るが、概略の説明は実践現場を預かっているCPの耳には大きな違和感はない報告であった。

c. 今後の課題

鑑別から入院治療、そして地域処遇のすべての局面におけるチーム体制に役立つ確かなCP業務であるためには、当面どのような課題を認識して取り組まなければならないか、以上の「意識調査」及び「意見交換会」を通じて、確認した点を列挙する。これらについてCPの継続研修の実施を望む声が共通の意見であった。

- 1)職種間葛藤の非生産的な発展を防ぐためにチーム体制でのあり方について学ぶ
(他職種の抱えるストレスへの援助も含む)
- 2)CBTを中心とした治療プログラムについての学習と意見や情報の交換
- 3)アセスメントがより合理的に行えるための検査法や尺度についての検討と開発
- 4)鑑定の内容が役立つためにすべきこと (鑑定・鑑定書の活用など)
- 5)成育史・家族歴・地域特性・学歴・職歴を含む初期情報の質を確保する役割の効果的実践
- 6)治療・社会参加(社会復帰)プログラムに対象者が馴染みやすくするための方法とCPの役割
 - 7)個別面接・集団精神療法など具体的援助介入についてのスーパーバイズ
 - 8)MDT会議におけるCPの役割

4. 総括(考察)

CPの関係者による情報交換等から得た内容について、システムを進めるに当たって共有したい考え方の要点やCP養成についての喫緊の課題を整理すると以下の点が挙げられる。

①CPの現実認識

この調査に協力をしたCP実務者の所属施設は、鑑定・入院・通院のいずれも同一施設で取り組む場合があつてみたり、一般精神科病棟などとの兼務である場合、など、業務範囲や勤務形態が一定ではない段階による戸惑いを抱えているにもかかわらず、司法精神医療という枠組みでの実践に意欲を燃やし、やがては一般精神科医療への波及効果も期待している。

②CPが機能すべき軸

武井により示された「他害行為の背景分析」(文献2のP.213)、「対象者の治療プログラムにおける評価の要点」(文献2のP.221)をこのシステムの臨床基盤と捉えた時に、CPがそこに示されている各段階でどのような役割を持つならばチームの機能がより一層高められるか、という原則によって今後の実力の向上と研究課題を整理していくことが望ましいであろう。実際には武井のいう疾病軸や生活軸との関係を考慮に入れながら人格軸、行動軸、発達軸からみた対象者を従事者が身近な存在として理解しやすくする橋渡しをCPに課せられている基本枠と考えたい。

③治療を進めやすくするアセスメント機能

この基本枠では、病理による行動上の問題の周辺に関与する人格形成過程の詳細と、現在の人格や行動の特性について明らかにすることがCPに期待される。鑑定段階からの情報を基に関係者や本人からの聴取、テストによる観察、場と行動との関係についての観察、など、を手段として行われるが、CP独自にすべてを抱え込むのではなく、ケ

ースカンファレンスなどを通じて検討される生活場面からのすべての情報が活用される過程も含んでアセスメント機能が充足される。その際、CPは自らが獲得した情報とそれらの情報とを一定の秩序にしたがって整理し治療・援助の方針の展開に役立つように方向付ける点で医師をサポートする位置にある。このような役割を果たすためには、従事者集団の力動に建設的な関係が発展していくような配慮が求められる。

④治療教育と人格形成の機能

アセスメントと同様に、治療プログラムについてもCPはさまざまな役割を持つことになる。病棟内においても地域生活においても、問題行動の要因を考えると、狭義の治療というよりは治療教育の概念で捉えた方がよい部分があり、生活全般の諸機能によって対象者の人格行動上の進展を期待するところが少なくない。したがってすべての職種の果たす職能が相互に機能し合っただけの治療過程である。ともすると治療プログラムとしての形が分かりやすい再教育的精神療法に属する認知行動療法、心理教育、SSTなどの手法だけが精神療法の王道であるかのように捉え勝ちである。しかし「抱えること」と「対決（直面）すること」とは人格や行動の変容を目指す精神療法において車の両輪のような関係にある点を忘れてはならない。すなわち、支持的精神療法が十分に機能して、その過程ですこしずつ認知機能に介入する過程を踏まえて、他方では再教育的精神療法の原理によるプログラムの実践が可能になる。また対象者によってはさらなる展開として再構成的精神療法の導入もあり得る。いずれにせよ十分なアセスメントの結果が生かされて治療が進展していくための要と糸口に関与するCPの責任は大きい。

しかし従来、一般精神科医療で経験してきた対象者とは異なり、治療への動機付けを持たない場合がほとんどである。その点からも対象者が主体的に治療課題を受け入れて行くための前提は、支持的精神療法乃至は支持的援助介入が十分に実施されているか否かにかかる要件になる。その際、なにをどのように受け止め、共感し得る関係を形成していけるか、ケースに応じた具体的で慎重な検討が不可欠である。その点でCPの持つ人格軸、行動軸、発達軸にかかわる知識・判断を活用してもらえるところであろう。治療・援助過程において、さまざまな心理テストによって人格・行動の変容を確認する作業もさることながら、特に病識尺度によって対象者の治療意欲の確認を繰り返しながら、これらの職能を有効に機能させていきたい。すでに提案されている症状理解の心理教育、感情コントロール、当該行為とその背景への直面化、コミュニケーション能力の向上、などを初めとして、定型的な治療課題はそれぞれ司法精神医療の特徴付けるプログラムであることは間違いない。それらがより人の現実に馴染むための基盤整備の上でCPが全体の潤滑油として快く貢献していく点がCP業務の原点であろう。そこからチーム体制が真の治療共同体の形成へと発展していくのだという認識を明確に持って専門性を発揮できるよう、なお精進していくことが求められていると考える。

⑤治療者・家族を含む環境要因への役割

たとえ家族が被害者であったとしても、対象者支援の役割を回避されたとしても、成

育史を含む事件に至った経過・経緯をできるだけ詳細に知り、的確な治療計画に役立てることも含めて、家族のよき支援者である必要がある。ましてや家族が被害者であったとしたら、初期段階からその心的混乱（心的外傷）のケアを提供する体制が必要であり、多くの場合に、CPが根気よく対処する役割を担うことになるであろう。

⑥CPの継続研修

④にも述べたように、司法精神医療の対象者の特性を踏まえた実践を円滑に進めるためには、比較的若い従事者の意気込みだけでは動かない部分が想定される。ケーススーパービジョンはもとより、具体的な治療プログラムの立案検討を含め、またその実践力の習熟についても、CP独自に求められる職能を具体的レベルでの研修を重ねる必要がある。調査に参加したCPたちも下記の項目を含む継続研修を切望していた点に早速の対応があるとないとでは全体の動きの合理性も違ってくると予測できる。

研修項目：

- *活用すべき心理テストと判定の指標の研究と研修
- *鑑定のための心理検査と所見のまとめ方
- *支持的療法・再構成的療法にかかわるケーススーパービジョン
- *認知行動療法への導入の前提となる心理教育・心理面接のポイント
(座学と相互スーパービジョン)
- *内省を促すプログラムでのCPの役割（事例検討による研修）
- *治療過程のアセスメントの実際（座学と相互スーパービジョン）
- *対象者の日常生活場面でのかかわりについて
- *MDT会議でのCPのあり方
- *従事者のストレス緩和の場と方法について
- *通院医療機関におけるCPの役割

など

⑦その他

医療としての取り組みが基本であり、その重要な部分に関与する専門職でありながら、資質を担保する国家資格を持たない職種がCPである。医療の安全は医師法を中心とした医事法制によって守られているにもかかわらずこの点についての解決が実現していない。業務に不可欠な資格として医療に関与するCPの国家資格制度の早期創設を期待したい。

5. おわりに

この報告をまとめるに当たって、菊池安希子・下津咲絵両氏に多大なご尽力をいただいたことをご報告し、感謝申し上げたい。

研究協力者：(順不同)

高橋 昇	独立行政法人国立病院機構	花巻病院
高橋 紀子	独立行政法人国立病院機構	花巻病院
山村 卓	独立行政法人国立病院機構	花巻病院
今村 扶美	国立精神・神経センター	武蔵病院
岩崎さやか	国立精神・神経センター	武蔵病院
朝波 千尋	国立精神・神経センター	武蔵病院
葉柴 陽子	独立行政法人国立病院機構	久里浜アルコールセンター
東海林 勝	独立行政法人国立病院機構	下総精神医療センター
佐藤 百合	独立行政法人国立病院機構	小諸高原病院
大原 薫	独立行政法人国立病院機構	さいがた病院
芹山 尚子	独立行政法人国立病院機構	北陸病院
田中 邦子	独立行政法人国立病院機構	北陸病院
岩崎 眞和	独立行政法人国立病院機構	北陸病院
古村 健	独立行政法人国立病院機構	東尾張病院
磯村美智子	独立行政法人国立病院機構	東尾張病院
森岡 瑞穂	独立行政法人国立病院機構	松籟荘病院
黒木 美和	独立行政法人国立病院機構	賀茂精神医療センター
木戸真紀子	独立行政法人国立病院機構	肥前病院
菊池安希子	国立精神・神経センター	精神保健研究所司法精神医学研究部
下津 咲絵	国立精神・神経センター	精神保健研究所司法精神医学研究部

(以上20名)

参考文献：

- 1) 平成17年度 司法精神医療等人材養成研修会 ガイドライン集
- 2) 平成17年度 司法精神医療等人材養成研修会 教材集
- 3) 平成17年度厚生労働科学研究費補助金：
重度精神障害者の治療効果等のモニタリングに関する研究
(主任研究者：吉川和男、分担研究者：菊池安希子)

(1) 指定入院医療機関開設前後の意識調査 - 5

指定入院医療機関における精神保健福祉士活動の現状

龍野 浩寿 (日本精神科看護技術協会)

1、調査の目的

現在運用が始まっている医療観察法における専門病棟で勤務する精神保健福祉士のみなさんに開業後の状況についてモニタリングを行う。

2、調査票の返送について

社団法人日本精神保健福祉協会の協力を得て、指定入院医療機関で勤務する精神保健福祉士の方々に調査票を郵送し、回収した。以下、回答のあった施設の現状を報告する。

調査票

医療観察法専門病棟における精神保健福祉士の現状調査

宮本班

医療観察法の専門病棟にご勤務の精神保健福祉士の責任者の方に専門病棟帰来後の状況についてお聞きします。以下の項目にそって、ご記入をお願いします。

所属施設名： 花巻病院 役職 医療社会事業専門員 お名前 阿部祐太

質問1：病棟チーム内の連携（それぞれの他との連携職種を含む）について

1) 達成されつつあること

各職種の特性や役割理解が得られつつある。既存病棟と比較して他職種間の役割理解の程度も高い。外出、外泊もPSWが必ず同行するのではなく、状況や場面、業務の混み具合により、様々な職種の組み合わせにより実行されている。外出、外泊計画立案も看護スタッフが主体的に取り組んでいる。

2) 直面化している問題

治療評価会議において看護スタッフの発言が少ない。観察時間や責任レベルについて看護チームから事前に引き継がれた内容についての質問に終始する傾向にあり、スタッフ個人の意見や発言が少ない。

3) 残された課題

- ・ケアコーディネーターの役割の整備
- ・看護スタッフとのまとまった情報交換の場が勤務都合もあり設定が難しい

2、社会復帰調整官との連携

1) 達成されつつあること

事例を通して、現状での調整官の役割が理解できつつある。入院当初の会議に参加してもらうことで治療の流れ、イメージ、課題が共有できる。早期に調整官に関わってもらうことで、対象者自身、入院が地域から切り離されるのではなく、退院して地域で生活するためのものであるとの感覚を持つことができる。

2) 直面化している問題

調整官が遠方の為、連携が困難。来院の日程調整に時間を要するため、調整官と情報共有が必要となる場面で即時の対応が難しい。地域調整について病院の意見が重視されるあまり、調整官の積極的な活動が阻害されているように感じる場面がある。

3) 残された課題

- ・入院医療機関によって、調整官や関係機関との連携方法に違いがみられる
- ・調整官との定期的、継続的な情報共有の方法を検討していく必要がある

3、地域関係機関との連携

1) 達成されつつあること

ケア会議において十分な情報交換を行うことで、支援体制構築が円滑に行われる。入院医療機関スタッフが退院地に行き、地域ケア会議に参加することで継続的な支援に繋がることが実感できた。

2) 直面化している問題

遠方からの入院により外出できないため、入院早期の段階での地域関係機関を含めたケア会議が困難。

3) 残された課題

施設利用する際、見学、体験利用、情報共有の方法。

4、地域社会との関係

1) 達成されつつあること

開棟前の見学会などを持つことで、医療観察法のイメージが改善できた。地域連絡会議を持つことで、地域住民への窓口が提示できる。

2) 直面化している問題

一般精神科医療と同様

3) 残された課題

一般精神科医療と同様

5、家族との連携および家族支援

1) 達成されつつあること

医療観察法という枠組みにより家族、対象者への継続的な支援の保障に繋がる。

2) 直面化している問題

- ・本人との関係性は家族により大きく異なる。拒否的な家族に対してどのような支援を行うことができるか
- ・家族を支援する社会資源が乏しく、入院医療機関が遠方にある際、家族の疾病理解をどう促進するか
- ・援助、治療を急ぐあまり、退院に関する家族の不安を増大させてしまうことがある

3) 残された課題

調整官、関係機関との連携・役割分担。

6、対象者への支援(対象者の権利擁護関連支援を含む)

1) 達成されつつあること

対象者に自身の希望が退院後の生活プランや入院中のプログラムに反映されることが理解されつつあり、治療コンプライアンスにも繋がっている。

2) 直面化している問題

入院時、金銭を不十分にしか所持しないまま入院してくる対象者がいる。遠方からの入院で、且つ、家族等の援助者が不在の場合、入院当初は不十分な小遣い銭のままでいなければならない。

3) 残された課題

家族から協力が得られない際、アパート契約、施設利用などにあたって公的保証人制度などの利用ができるか。また、地域によっては制度がないこともあるが、そのときどうするか。

7、その他、お困りの点、官本班についてのご意見等お教え願います。

今後、指定入院医療機関間での転院をどのように考え、どのように進めて行くかも課題である。

調査票

医療観察法専門病棟における精神保健福祉士の現状調査

宮本班

医療観察法の専門病棟にご勤務の精神保健福祉士の責任者の方に専門病棟乗降後の状況についてお聞きします。以下の項目にそって、ご記入をお願いします。

所属施設名：独立行政法人国立病院機構北宮病院 役職 医療社会事業専門員 お名前 金田 大

1：病棟チーム内の連携（それぞれの他との連携職種を含む）について

1) 達成されつつあること

- ・多職種と情報交換する場が設けられた事により、早期に対応しやすくなった。
- ・多職種の役割について再認識できつつある。

2) 直面化している問題

- ・各種会議が頻回にあるため、多職種がそろう事が困難

3) 残された課題

- ・満床となった際、多職種と連携と自身の業務との調整が難しく、今後はよりポイントを押さえた援助が必要と思われる。

2、社会復帰調整官との連携

1) 達成されつつあること

- ・CPA等を通じた情報交換および連絡調整

2) 直面化している問題

- ・対象者の多くが遠隔地であるため、調整官にCPAの度に来院してもらうのは難しい

3) 残された課題

- ・外出、外泊、退院など社会復帰に向け、より協力を仰ぐ必要があると思われるが、日時の調整などが困難になるのではないかとと思われる

3、地域関係機関との連携

1) 達成されつつあること

- ・大半が急性期であるため積極的な連携は始まっていないが、早期のケア会議の開催を依頼するなど連携体制をとりつつある。

2) 直面化している問題

- ・生活保護対象者が予定より多く、入院地で保護するケースの増加に伴い負担が大きくなりそうである。

3) 残された課題

- ・同上。

4、地域社会との関係

1) 達成されつつあること

- ・外出が始まっていないため地域との関係は評価しにくいですが、入院地においては目立ったトラブル