

図3 初期介入における看護師の関与の類型

## 地域支援に向けた初期介入と初期計画をめぐる問題の明確化

国立精神・神経センター 武蔵病院

伊佐 猛、小松 容子、山崎 浩美、佐藤 るみ子

### I. はじめに

新しい制度のもと、対象者の社会復帰援助が重要視される中で医療を進めていくにあたり、地域支援に向けた初期介入の中で起きている様々な事柄について検討を行ったので報告したい。

### II. 研究目的

本研究の目的は、社会復帰援助過程で生じている問題を明確にすることである。

### III. 研究方法

#### 4. 研究対象

都内某指定入院医療機関に従事している多職種チームに属する医療従事者のうち研究への協力を得られた者

#### 5. データ収集期間

平成 17 年 11 月 1 日から平成 18 年 3 月 15 日までの約 4 ヶ月

#### 6. データ収集方法

##### ① 参与観察

研究フィールドである指定入院医療機関において、研究者は地域支援に向けた初期介入と初期計画に関する状況に参与観察し、気がついた事をフィールドノーツに記載した。

##### ② 質問紙調査

研究者らが独自に作成した質問紙を用い、研究対象者に無記名の質問紙調査を行った。質問項目は、①多職種・地域関係機関などとの連携の中で感じた事、②多職種・地域関係機関などとの協働による査定、③社会復帰をめざすにあたり、受け入れが難しいと感じた点について自由に記載してもらった。

#### 7. データの分析と真実性を確保する方法

##### ① 分析方法

フィールドノーツから収集されたデータおよび質問紙調査から得られたデータを用い、質的・帰納的アプローチにより分析を加えた。

##### ② 質的研究における真実性を確保する方法

アンケートのデータを分類する際に、記述されている言葉をそのまま正確に用いる（信用可能性）。データの分析や解釈においてはデータを正確に扱い、確認可能性を確保しながら報告書を作成する。これらの分析作業やデータの解釈については、複数の研究者によって監査しながら行う（明晰性）。

#### IV.倫理的配慮

当院の倫理審査委員会にて承諾を得た。また、研究への参加は自由であり、辞退しても不利益を生じないこと、どの時点においても途中辞退は可能であることを説明し了承を得た。本研究で得たデータは、本研究が終了し、報告書にまとめた後に研究者によって処分する。

#### V.結果

##### 1. 病棟概要

本研究のデータ収集期間の入院は30件で、転院は1件、退院は0件であった。CPA会議<sup>1</sup>は26回実施された。

病床は33床、医師は4～5名、看護師43名、臨床心理技術者3名、作業療法士2名、精神保健福祉士2名が配置されている。看護はモジュール型プライマリー看護方式をとり、対象者1名にプライマリー看護師とアソシエイト看護師の2名が担当している。また、各対象者を先述の2名の看護師の他に、医師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士が1名ずつ担当し、これらの担当多職種がチームを組んで治療およびリハビリテーションが行なわれている。この多職種チーム(Multidisciplinary team ; MDT)は水平型チームを理念としており、多職種チーム内でケアコーディネーターを1名決めている。ケアコーディネーターの役割を看護師が担っているのは28チームあり、精神保健福祉士がケアコーディネーターを行っているのは2チームであった。

##### 2. 質問紙調査の収集結果と分析の結果

質問紙はフィールド病棟の全職員51名に配布し、回収できたものは14件であり、全て看護師による回答であった。

3つの質問からなる質問紙を用いたが、回答の中には、「上記と同じ」や「以下の点です」とのみ書いてあるものがあり、質問に対する回答が同じになるものがあつた。また回答の分析を行うにあたり、3つの質問の視点から分析するよりも、全ての回答をひとつにまとめてから分析するほうが適切と判断されたため、質問紙調査の結果をひとつにまとめて質的分析を行った。自由記載された文章は、「A：客観的事実(実際の出来事、実際の状況)」「B：Aによる影響」「C：主観的事実(印象や感想など)」に整理することが出来た。このように整理した結果、質問紙調査から得られた回答は「多職種に関連すること」22件、「地域関係機関に関連すること」21件、「家族・住居に関すること」7件に分類できた。その他「特にない」「今のところ問題はない」などの回答は3件で、無効回答は除外した。

「多職種に関連すること」「地域に関連すること」「家族・住居に関すること」の3つの事柄については、関連図(図1から3)に示した。

###### 1) 多職種に関すること

多職種に関することでは、各職種にスケジュールがありMDT会議<sup>2</sup>の日程調整に困難が生じ、多角的な視点での会議が成立していない状態が生じていた。一方で、全職種が集まった会議では「充実したもの」になっていた。

<sup>1</sup> CPA会議：これはケアプログラムアプローチ the Care Programme Approach (CPA) をモデルと社会復帰援助の一環であるケア会議のこと。ここでは、社会復帰のための方針や今後の目標などについて、地域関係機関・対象者本人・家族・医療提供者で話し合う。

<sup>2</sup> MDT会議：多職種チーム(Multidisciplinary team)で行われる会議で、対象者の週の評価や月の評価や治療方針について話し合う。

また、「ピラミッド型チームから横並びのチームと言いながらも、意見の強い人に引っ張られてしまうことがある」「Dr や Ns が主体になって MDT が進められている」などの MDT チーム体制の問題がみられ、MDT 会議では偏った部分的な視点での会議になっていることを危惧している回答があった。

その他、看護の集団内においては、看護師一人ひとりの意見、看護の各モジュールの意見、看護職全体としての意見が区別された。また多職種との意見交換においては、看護のモジュールの意見と担当 MDT の相違（モジュールと MDT とで意見が統一されないこともある）、看護全体の考え方と担当 MDT の相違（「MDT で意見を出して、看護全体に方針を理解してもらうのが難しい」）がみられた。さらに、担当 MDT チームの中でも看護師の意見と看護以外の職種との意見の相違（「看護側の意見を MDT で言っても、多職種にわかってもらえない時があった」）など、病棟を取り巻くいくつかの小集団間の意見の相違がみられた。一方、「さほど相違はない」「意見がぶつかったことがないから問題なし」という回答もあった。

## 2) 地域に関連すること

地域に関することでは、「退院地が遠いと社会復帰調整官の来院が困難で回数が少なくなってしまう」「退院地が遠い場合、連絡の取りづらさがあり情報が十分でない状態が続くためプランがたてにくい」「担当している対象者が遠方であるため、社会復帰調整官と会える機会が少ない。また、指定通院医療機関へ行くのも大変」など、退院地が遠いということや、その事から生じる不十分な情報や連携を指摘している回答があった。

その他、「医療観察法での取り組みが初めてというものもあるが、過剰な心配をしていることもある」「退院に対して、地域関係機関はかなり消極的だと感じた」「社会復帰調整官によって援助や関わりに差がある」「地域によって対応に差がある」といった、地域（都道府県・社会復帰調整官）の差を指摘する回答があった。また、医療観察法による制度が始まったばかりという状況からくるのか、「過剰な心配をしているところもある」や「退院する地域のイメージがなく、社会資源など生活環境を調整するのが社会復帰調整官任せになってしまうもどかしさ」「主に社会復帰調整官の取組み方の違いにより、初期の退院イメージがつかみにくい人が多いように感じる」などの社会復帰への取組み姿勢や考え方の相違、退院のイメージのつきにくさを感じている回答が見られた。また、「先を考えて関わっていても、現実には、今を中心に関わっていて、今のスタッフと退院後に関わる人々との視点は違うので共有していく事が大切だと思う」などの地域関係機関との視点の違いと共有の大切さについて回答しているものもあった。

## 3) 家族・住居に関すること

家族・住居に関することでは「対象行為をおこした事件地に退院するとなると、退院先の決定が困難である。また、行為の対象者が家族であると、その後の家族関係も複雑だと予想されるが、病院と家族の住居が遠いと介入の機会を得るのも難しい」「家族もなく、現在住居もない人にとって、まず住むところを確保するのが難しい」など、住居・退院先の問題や家族・キーパーソンの問題が指摘されていた。また、退院地や家族が遠方であるということから面会の調整や CPA 会議の際の日程調整の難しさ、家族への介入の難しさについて記載しているものがあった。

## VI. 考察

質問紙の質的分析の結果に基づいて、対象者の社会復帰援助の過程において、「調整の難しさ」「取組み方の相違」「家族・地域の受け入れの困難さ」の問題について考察した。さらに、これらの問

題点に対する改善策や課題についてもあわせて検討した。

## 1. 調整の難しさ

調整の難しさとして、「MDT 間の調整の難しさ」と「地域関係機関や家族に関する調整の難しさ」について述べる。

### 1) MDT 間の調整の難しさ

看護師以外の各職種は担当する患者が数名いるため、幾つかの MDT 会議に参加しなければならず、しかも対象者との面接や治療プログラムの運営、そして院内散歩・院外外出への同伴などと会議が重なることがあり、MDT 会議の日程調整および時間調整が困難になっている。また、当病棟の看護スタッフ数は 43 名と既存の病棟よりも厚い人員配置となっているものの、医療安全を考慮して外出や個人プログラムの際に対象者 1 名に対し 1~3 名ほどのスタッフが付き添っており、そのことも MDT 会議の時間調整を困難にしている。これらの事情から MDT 会議を行う機会が少なくなり、また会議を行っても多職種全員が出席できなかつたり、十分な時間をとることが出来なかつたりし、各職種の意見の違いも相まって治療の方向性、病状や治療の評価などの意見の統一や合意が困難になっていると考える。

多職種でチームを編成することによって、専門的かつ多角的な評価と治療計画により、対象者の全体像が把握しやすくなり、効果的な支援を提供できる可能性は充分にある。しかし、MDT 間の様々な調整の難しさから、連携不足やコミュニケーション不足が生じている部分がある。

各職種、各スタッフが自律・自立した専門職として対象者に関わると同時に、他職種への協力姿勢やチーム内の連携を促進する姿勢をしっかりと持って多職種間の協力体制を強化し、短時間の会議でも対象者の理解や治療方針に関する合意を得られるように工夫する必要があると考える。

### 2) 地域関係機関や家族に関する調整の難しさ

全国で最初に開設された指定入院医療機関であり、全国から対象者を受け入れているために、退院地が遠方の対象者が多く、家族や退院地の社会復帰調整官の来院が容易ではない。このことから、「情報が十分でない状態が続く」ことや、CPA 会議の日程調整に時間を要してしまい、「初期の退院イメージがつかみにくい」「プランを立てにくい」などの問題が生じている。

しかし、今後は各地に指定入院医療機関が開設されたり、また現在入院中の対象者も退院地に近い施設に転院したりすることで、地域関係機関や家族に関する調整の難しさは徐々に改善されていくと考えられる。

## 2. 取り組み方の相違

都道府県によって医療観察法に対する考え方や取り組み状況の相違がみられ、社会復帰調整官の対応にも差がみられた。指定通院医療機関の整備されていない都道府県があり、もともとある社会資源の充実度にも地域格差がある。本制度の施行が開始されて間もないために、制度に対する理解が十分に得られてないことや、本制度を基にした取り組みや医療・地域関係機関の連携システムの未成熟であることが、都道府県による取り組み方の相違の理由として考えられる。

今後、本制度下での取り組みについて見直した、本制度に関する地域社会の理解を得られるように働きかけていくことが必要であると考え。さらに、都道府県による取り組み姿勢の差を少しでも改善するための対策を模索していく必要があると考えられる。

### 3. 家族・地域の受け入れの困難さ

家族やキーパーソンとなる人が居なかったり住居がなかったりするケースがある反面、家族や住居はあるが、対象行為の被害者が家族であるケースがある。対象者の行為によって家族や親戚が対象者に対して強い陰性感情を抱いているケースでは、退院後の受け入れに難色を示すことが多いため、家族の存在は対象者の社会復帰にとって促進因子にも阻害因子にもなる。

また、多くのケースでは、対象行為の起きた場所が住所のある地域であり、入院施設とはかなり離れているため、キーパーソンとなる家族の来院が容易ではない。そのため、疾病教育等によって、病気に対する理解を求める事も容易ではなく、家族や地域の受け入れ状態をさらに困難にしていると考えられる。

これらのことから、被害者が家族である場合や、対象者に対して強い陰性感情を抱いている家族の場合では、対象者の社会復帰援助と同時に家族への支援を同時に行っていく必要がある。ケースによっては、キーパーソンとなる人を新しく見つけたり、地域との連携を強化し、新たな社会資源を見出したりや危機時の介入計画を作成したりしていく必要がある。

## VII. 研究の限界と今後の課題

本研究では全職種に質問紙を配布したが、看護師のみからしか回答を得られなかったために、結果に偏りが生じた可能性があり、これは本研究の限界である。今後は、全職種からの意見を集約すると共に、地域関係機関からの意見も反映することを課題としたい。

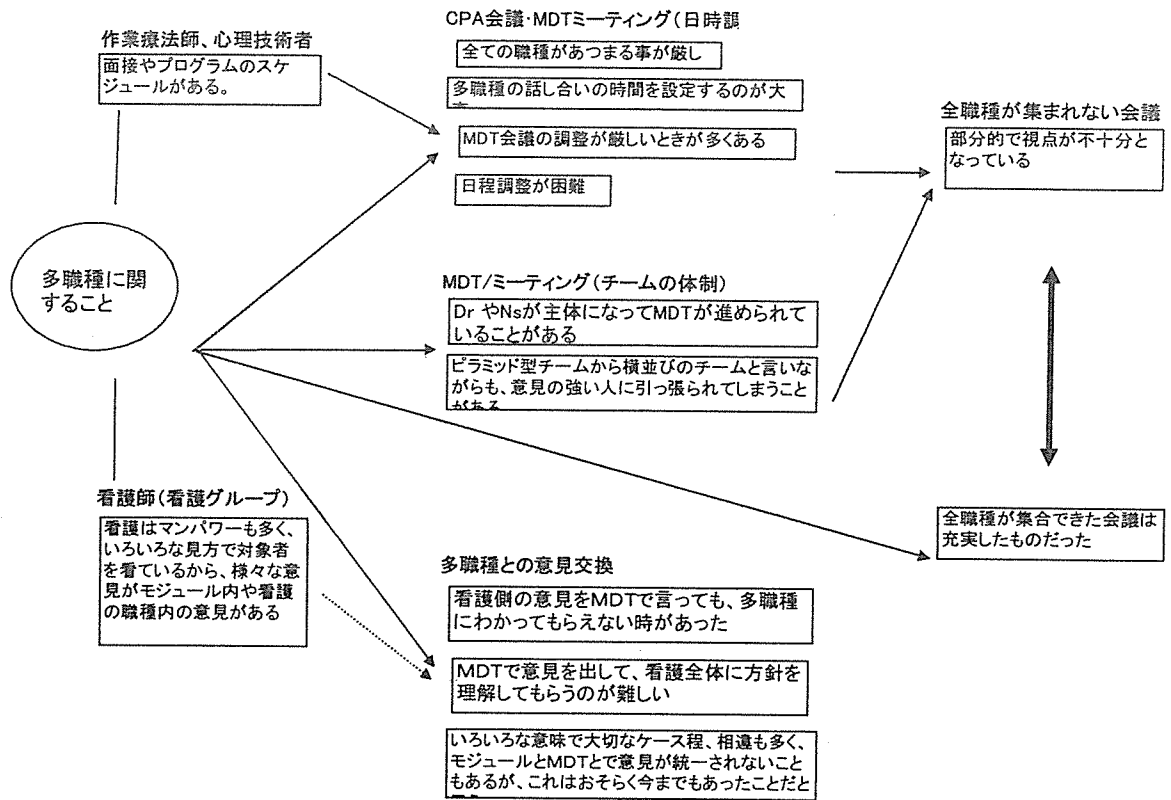
## VIII. まとめ

指定入院医療機関の多職種チームが、対象者への社会復帰援助の過程で直面する地域支援に向けた初期介入と初期計画をめぐる問題点について検討を加え、「調整の難しさ」「取り組み方の相違（地域差・法の受け止め方の違い）」「家族・地域の受け入れの困難さ」が明確になった。これらの問題に対する課題としては、多職種間の協力体制を強化すること、本制度下での取り組み姿勢を見直して改善策を考えていくこと、家族や地域に対して理解を促すような働きかけを行うこと、地域支援の際に家族やキーパーソンへの支援と地域関係機関との連携強化を同時に行っていくことがあげられた。

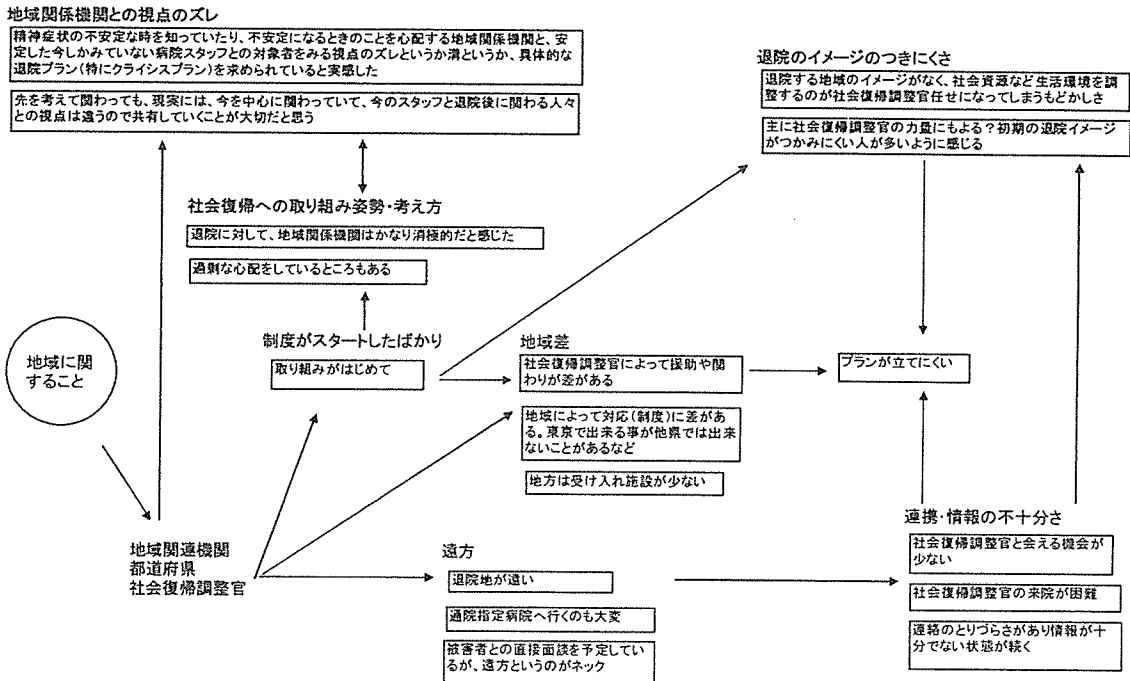
## 文献

- ・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. 財団法人 精神・神経科学振興財団、2005
- ・平成 17 年度司法精神医療等人材養成研修会 教材集. 財団法人 精神・神経科学振興財団、2005

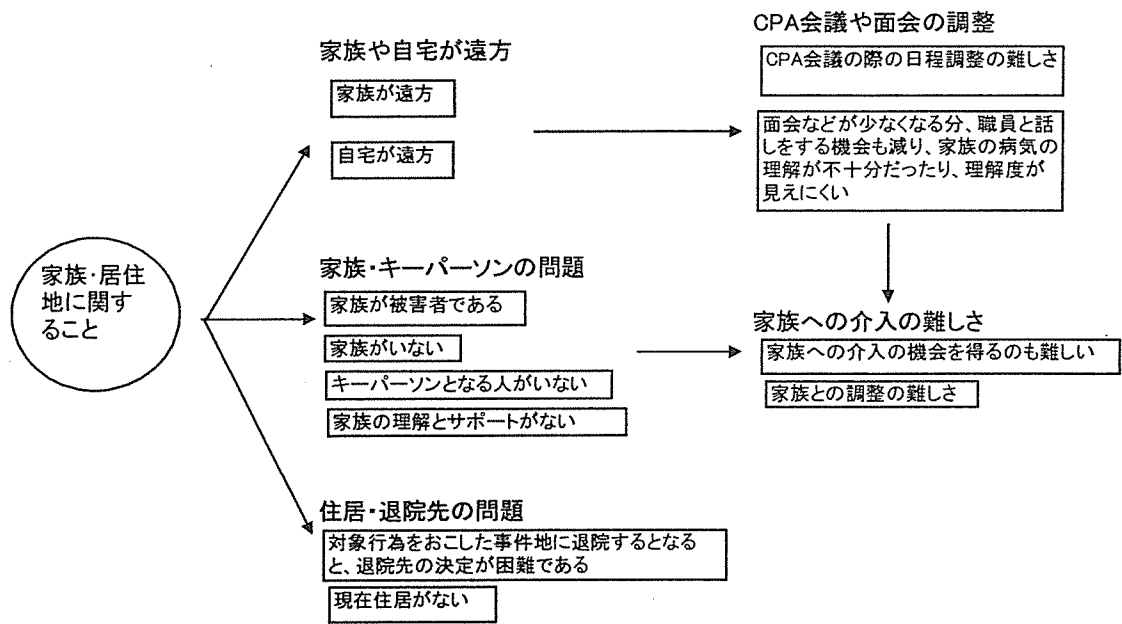
【図1 多職種に関すること】



【図2 地域に関すること】



【図3 家族・住居に関すること】



(6) 司法精神医療に関する教育と研修内容の明確化

指定入院医療機関におけるグループ・スーパービジョンの実際

宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)  
 美濃 由紀子 (長寿科学振興財団 リサーチ・レジデント)  
 佐藤 るみ子 (国立精神・神経センター 武蔵病院)

【はじめに】

指定入院医療機関の開設に当たって、重大な他害行為を行った精神障害者の医療・看護には、直面化技法を活用した対象行為の確認や、内省の深化に向けた介入が不可欠であるという考え方を重視してきた。日本ではまだ定着していないこのような考え方や方法論を根付かせるために、病棟開設の準備段階から、宮本の提唱による統合的な視点に立つ事例検討方法論や自己一致の理論に基づく教育・研修を行ってきた。病棟開設後も、対象者への効果的な治療・ケアの提供を目的として、事例検討を通じたスーパービジョンを継続してきた結果、看護師の対象者理解ならびに介入スキルの向上やエンパワメントがもたらされつつある。濃厚なプライマリーナーシングと多職種チーム医療の実践は、従来に比べるとプライマリーナースの負担感・閉塞感を高めやすいが、スーパービジョンは看護師の精神的負担を軽減し、メンタルヘルス・サポートに役だったと考えられる。



## 【方法】

1) 調査期間：2005年9月～2006年2月（期間中に6回実施）

2) 調査方法：

指定入院医療機関であるA病院において、病棟スタッフの勉強会という位置づけで、月に1回事例検討会を実施した。この事例検討会は、宮本の提唱する統合的な視点に基づくグループ・スーパービジョンの試みである。その方法論は以下の3点に要約できる。

- ① 患者の病理や問題行動、治療・ケアの問題点の検討に止まらず、患者の全体像、事例提供者の特徴、患者と事例提供者の関係性、臨床状況の全般に視野を広げる。
- ② 参加者全員が事例提供者への支持・査定・直面化・統合という4つの役割を分担し、連携してスーパービジョンを行っていくという問題意識をもって、事例検討会に臨む。
- ③ 事例提供者も参加者も感情活用能力 (emotional literacy) を発揮し、自己一致に努める。

事例提供者は、「対象者のプロフィール、事例提供者の動機、気になっているやりとりや事柄」の3点を記載したA4の報告書に基づいて手短かに報告し、後は自由に質疑・討論を行う。司会は事例検討会の運営を担当する看護師グループが交代で行い、宮本がファシリテーター、美濃がコファシリテーター役を担う。病棟師長の佐藤を中心に事例検討会を担当する看護師グループが、会のマネジメントを行う。

事例検討の終了後は、提供者の学習内容の明確化と、検討会で起こったグループ・ダイナミクスの吟味、検討を行うためのアフターミーティングを実施している。

アフターミーティングは研究活動の一部として位置づけ、発言内容をデータとして提供することに同意の得られた者のみの参加とした。1回事例検討にかかった時間は、約1.5～2時間であり、アフターミーティングは約0.5～1時間であった。

データ収集方法は、事例検討会の終了直後に、提供者と参加者に無記名の質問紙により、感想や印象に残ったやりとりについての記述を依頼した。アフターミーティングにおいては、その内容をテープに録音した。

事例検討会の期間中の参加者人数は、事例提供者と共同研究者を含め、延べ106名であった。調査対象は、医師、コ・メディカルスタッフを含む全参加者の内、本研究に同意が得られた者48名を対象者とし、質問紙に回答を得られた人数は、事例提供者6名、参加者延べ52名であった。

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主に内容分析の手法を用いて分析を行った。分析の手順は、事例ごとに、提供者と参加者が印象に残ったとする発言ややり取りの場面を、数ヶ所取り出し、そこで起こっていたグループ・ダイナミクスに比較・検討を加えた。

4) 倫理的配慮：

本研究への取り組みについては、病院倫理委員会で審査を受け、承認を得て実施した。調査対象者には、研究内容及び研究協力の任意性と協力撤回の自由について説明し、書面による同意を得た。プライバシー保持や資料保管方法に関しては、得られた情報を研究目的以外には使用せず、特定の個人や施設に不利益が生じないよう配慮した。

## 【結果】

事例ごとに取り出した、印象に残ったとするやり取りの場面から、「事例提供の動機」、「話し合

いの主な内容」、「明確になった課題」を抽出し、検討内容を示す一覧表を作成した（表1）。

一覧表に基づき、各事例の比較検討を行医、以下の結果を得ることができた。

#### 1) 対象者の診断名

事例として取り上げた対象者の診断名は、統合失調症が4名と大半を占め、他に妄想性障害1名、アルコール性疾患1名であった。

#### 2) 対象行為

対象行為は殺人2名、殺人未遂1名、他の3名は傷害であった。

#### 3) 事例提供の動機

事例提供の動機から、すべての事例提供者が、日々のケアにおいて、コミュニケーションの困難を体験している対象者を取り上げていることがわかった。とりわけ、対象行為の確認をめぐる困難と援助の行き詰まりをきっかけに事例提供に至った場合が多かった。

#### 4) 話し合いの主な内容

##### ①困難感の共有

事例提供者の体験している対象行為の確認をめぐる困難感は、対象者の内省が深まらないことからくる不快感に根ざしており、その内容は、苛立ち、疑い、不信、焦り、不安、当惑、困惑、無力感、徒労感などの否定的感情だった。また、それらの否定的感情は、事例提供者以外の看護スタッフ、さらには他職種の参加者にも共有されていることがわかった。

##### ②対象者の態度から生じる困難

対象行為の確認や疾患の理解促進に向けた働きかけをめぐる困難さは、対象者とのコミュニケーションの全般的な困難さと連動しており、とりわけ対象者の対人態度と関連が深いことがわかった。対象者のコミュニケーション態度としては、「防衛」、「表出欠乏」、「拒絶」、「抑制」、「巻き込み」、「否認」の6類型が導き出された。

##### ③直面化と自己一致をめぐる困難

多くの事例提供者は、対象行為の確認が困難な患者に内省を促すため、「直面化」を試みるべきだと考えているが、どのように行ったらよいかわからなかったり、試みても拒絶されたりすることによって戸惑いを感じていた。話し合いにより、対象者への「直面化」と「自己一致」を意識するあまり、その前提となる対象者への共感や受容が見落とされやすかったことがわかった。

##### ④事例提供者への共感・受容とエンパワメント

事例提供者の苦悩は、対象者とのコミュニケーションをめぐる困難に伴う否定的感情を率直に表現し、参加者から共感的、受容的な応答を得ることによって和らぐことが確かめられた。事例提供者と同様の否定的感情を体験している参加者からの発言や、否定的な感情の背景についての理解、事例提供者が行った自己一致の試みについての肯定的評価などが、事例提供者のエンパワメントに役立っていた。

##### ⑤他職種チームの共通基盤

多職種による専門的な視点の突合せを通じて、事例提供者の体験している困難は、個人的なものではなく他職種チーム全体の課題であることが明らかになり、多職種チームの共通基盤も確認しやすくなった。とりわけ、医療観察法に基づく制度やシステムの問題点から派生した、医療・ケアの実践上の問題点が、事例検討の積み重ねの中から明確化してきている。

##### ⑥率直な発言とたんねんな検討

事例提供者や参加者は、時間に追われず言いたいことを自由に言い合う内に、行き詰まり感が解消されてくると感じている。開設準備中の指定入院医療機関の研修者からは、具体的な事例が率直なやり取りを通じてじっくりたんねんに検討されていたので、医療観察法による医療がイメ

一じしやすくなったとの声が聞かれた。ただし、自分のところでは、ここまで率直なやりとりができるかどうか、また率直に言い合った場合に話がまとまるかどうかには自身が持てないとの声も強かった。

#### 5) 明確になった課題

##### ①対象者の防衛をめぐって

対象者に肯定的な関心を向けていることを伝えながら、率直な思いを折々に返していくやりとりを積み重ね、対象者の警戒心を解いていく関わりが必要になる。

##### ②対象者の表出欠乏をめぐって

対象者だけに感情表出を要求するのではなく、看護師の側から感情表出、感情表現を積極的に行ってモデルを示していく。

##### ③対象者の拒絶をめぐって

患者に対する否定的感情を吟味すると共に、対象者が自分の置かれた状況や、今後の見通しを理解しやすいような情報提供に努める。対象者の拒否的な態度をめぐっては、スタッフ間の認識や情報の齟齬が見られやすいという事実を踏まえ、情報交換を綿密に行う。

##### ④対象者の自己抑制をめぐって

スタッフ側が、本音を率直に伝えることによって、ことさらに抑制的な対人態度をとる必要は無いことを対象者に理解してもらうと共に、表現が乏しいところは、言葉を補いながら話を進める必要がある。

##### ⑤対象者の巻き込みをめぐって

トラブルの深刻化を防ぐと共に、トラブルをむしろ手がかりとして対象者の思いを引き出し、対人関係をめぐる学習の機会として活用する必要がある。スタッフ間の情報共有を密に行って、トラブルの当事者となった他の対象者やスタッフが傷を深めないような配慮も必要となる。

##### ⑥対象者の否認をめぐって

アディクション（依存症）を持つ対象者にありがちな疾病否認に関しては、過去・現在・未来に至るライフヒストリーを視野に入れて、疾病と対象行為の関連について語りあることが重要である。アディクションに至った経緯については共感や理解を伝えながら、今何が重要かについて問題提起をしながら対象者の自己決定を引き出す必要がある。

#### 【考察】

##### 1) 対象者の診断名と対象行為について

本調査研究で取り上げた対象者の数は6例と少数であるが、診断名は統合失調症圏が多く、精神病状態とパーソナリティ傷害や依存症が重複している事例もあること、対象行為は殺人・傷害がおおいことから、指定入院医療機関の対象者をほぼ代表していると考えられることができる。

##### 2) 事例提供の動機について

提供事例の選定に関しては、特に条件を設定していないが、治療・ケアに困難を感じている事例が多く取り上げられている。事例提供者は対象者の処遇が上手くいかないとして、これからどうすればいいかについての提案を求める場合が多いが、検討を通じて事例提供者が無力感や自信のなさから、苦悩を抱えていることが明確になる場合も多かった。このように、事例提供の動機が事例提供者の冒頭に述べた内容よりも掘り下げられていくというプロセスは、本調査で対象として取り上げた事例検討会に限ったことではない。ただし、本調査の場合は、新制度の基づく新規事業の一環として、従来の精神医療では敬遠されてきた対象行為の確認に正面から取り組んでいることが、事例提供者の無力感や自信のなさに影響していたと考えられる。すなわち、対象行為の

確認や疾病理解の促進をめぐる困難を乗り越えた経験のなさや乏しさが、課せられた職務の遂行をめぐる危機感を生んでいたわけだが、そのような事情が事例提供への動機づけを高めたと考えられることはできよう。

### 3) 今後の課題と方向性について

#### ①困難感の共有とエンパワメントについて

多くの事例提供者は対象行為の確認をめぐる困難感を体験していたが、討論の早期に参加者も同じような体験を共有していることが確認できた。事例検討会は看護師主導で行っているが、他職種も毎回参加しており、対象行為の確認をめぐる困難は職種を越えて共有されていることが明らかになった。ただし、他職種に比べると看護師は対象行為の確認に頻繁に関わっており、それだけに、行き詰まり感や不全感を抱くことも多いが、患者の態度や看護師の考えかたによる差異もかなりあるという状況も明らかになった。

困難感の共有には、事例提供者の自信のなさや無力感、孤立感を和らげる効果があると考えられる。困っているのは自分だけではないと思えると、自分だけ能力が低いとか、過ちを犯し失敗してしまったと考える必要がなくなるからである。また、決して問題解決能力が高くない自分でも、みんなが受け入れてくれるという、救われた気持ち、支えられている感じも湧いてくるはずである。困難感の共有がもたらす、このような共感と受容の効果によって、一息つけると、それでも尚且つ残されている難問に仲間の力を借りて取組んでみたいという気持ちが湧いてくる可能性がある。事例検討会は、そのような空気を作ることによって、事例提供者や、事例提供者と同じ悩みを抱える参加者をエンパワメントする機能を備えており、その機能を活性化するような運営が重要であることがわかる。

#### ②対象者の態度から生じる困難の克服について

事例比較により、対象行為の確認をめぐる困難は、対象者とのコミュニケーション確立をめぐる困難を基盤としていることが明確になった。一般に精神障害者とのコミュニケーション確立は困難であると考えられてきており、指定入院医療機関の対象者の場合も例外とはいえない。ただし、対象行為をめぐるコミュニケーションは、対象者のこれからの人生やこれまでの人生の意味づけに密接な影響を及ぼすがゆえに、対象者の身構えを誘うことは想像に難くない。対象者のコミュニケーション姿勢、あるいは対人態度について考えるには、その点についての検討を感性を磨く技法する必要があるだろう。

6事例の比較検討から、対象行為の確認に向けた看護師の働きかけに対する、対象者の拒絶的態度、拒否的態度、防衛的態度、表出の欠乏、表現の抑制、疾病の否認などの態度特徴が浮き彫りになった。いずれも、精神症状の現れには違いないが、入院治療を受ける必要のあることを十分に納得していない精神疾患患者に明確に現れやすい態度でもある。従って、対象者の態度特徴を見極めながら、その態度の背景にある対象者の自己理解の中身について、対象者と共に確認していくことが必要になるだろう。

#### ③直面化と自己一致をめぐる困難の克服について

多くの事例提供者は、対象行為の確認が困難な対象者に対して内省を促そうと考えて「直面化」を試み、対象者からの抵抗にあって行き詰まりを覚えている。もちろん、対象行為の確認が順調な事例もあるのだが、順調には行かなかった事例が検討の対象となるということになる。

対象行為の確認を試みても順調に行かない場合、看護師は対象者には内省が乏しいと考え、不快感を抱いていた。検討の結果、その中身は、苛立ち、疑い、不信、焦り、不安、当惑、困惑などであることがわかったが、そのような場面で、看護師たちは不快感のを構成している否定的感情を識別していなかった。そして、不快感が生じていることは半ば意識しつつ、その表

出を抑制しながら、対象者に対して現実の厳しさを事実や推測として伝えることを意図し、それを自己一致や直面化であると認識していたと考えられる。

自己一致と直面化は、カウンセリングや治療共同体の基本原則であり、指定入院医療機関の治療や看護のガイドラインの基盤ともいえる考え方であり、A病院では早くから研修に取り入れてきた。どちらの原則も、すでに半世紀以上の歴史を経てはいるものの、日本では十分に浸透していない。

自己一致とは、セラピストがクライアントと接する場面で、自分の中に生じてきた感情と思考の内容を自覚し、とりわけクライアントへの否定的な感情の出現を察知し、その内容を識別したうえで率直に表現し、援助関係づくりに生かすべきであるという原則である。ただし、自己一致の原則には、クライアントへの共感と受容に最大限努め限界に達した時に生じた否定的感情を、建設的に表現するという限定がつけられている。

一方、直面化は、治療共同体の基本技法であり、患者やスタッフの行動化（無自覚なままに不適応的な問題行動を起こすこと）に気づいた人が、共同体の力を借りながら本人に明確な問題提起を行うというやり方である。直面化の場合も、直面化を行う人は、それを受ける人に対する共感的、受容的な姿勢が必要であり、それにも増して共同体チームの暖かい配慮が必要とされる。

事例検討を通じて、自己一致も直面化も、対象者の対象行為に対する認識の浅さや、そこから生じる療養姿勢の甘さを感じ取った際に、現実の厳しさについて、厳しい態度で指摘することであるというイメージが分け持たれていることが明確になった。

自己一致も直面化も問題行動を起こしたクライアントやスタッフに現実の厳しさを伝えることを目的とした技法であるのは確かである。ただし、そのような働きかけは、現実を突きつけられた当事者を傷つけたり反発を招いたり、関係性を損ねたりする危険をはらむ。従って、自己一致や直面化には、慎重な配慮が肝要であると考えられてきており、指定入院医療機関においては、より一層の慎重さを要することになるだろう。

自己一致と直面化は、指定入院医療機関に限らず既存の精神医療機関においても浸透していない中で、A病院ではガイドラインに理念に沿って、2つの原則を試み始めている。取り上げられた事例の検討の中でも、攻撃的な問題行動を繰り返す対象者に対して、看護師の感じている困惑を正直に語ったら謝罪の言葉が聞かれたといったエピソードも紹介されている。こうした試みの積み重ねを通じて、自己一致と直面化の原則が根付いていくことが期待できる。

#### ④他職種チームの共通基盤づくりについて

本事例検討会は、看護師主導で行われているが、すべての他職種が参加しているため、各職種の専門的な視点を付き合わせる機会となっている。また、それと同時に、各事例の検討を通じて、多職種の共通基盤や各職種固有の役割、職種ごとに保有している情報の偏りなどが明確になった。病棟多職種チームの中では、患者の病状評価と処遇決定に目的を特化した様々なカンファレンスが行われているが、情報の量や伝達速度の偏りを是正するためにはかなりの工夫が必要となることも明らかになった。

さらには、どの事例からも、医療観察法とそれに基づく制度やシステムの問題点が、医療や看護や福祉的支援の原則的な実施を限界付けていることが浮き彫りになった。医療観察法の成立過程で、必ずしも煮詰められなかった問題があること、今も社会的合意が不十分な状況にあること、次の改正時期までに問題整理を行って置く必要があることなどを視野に入れて、個別事例の検討を積み重ねていく必要があることも確認できる。

#### ⑤事例検討会の機能と位置づけについて

事例検討の緻密な積み重ねによって得られた、対象者の思考・行動パターンの類型と、それに見

合ったスタッフの反応に関する様々な知見は、ケア計画策定の重要な指針として活用できることが示唆された。また、困難事例を抱えたスタッフの精神的支援、多職種連携の促進等も求められており、事例検討会がそのような機能を果たしていることも明らかにできた。

A病院の事例検討会は、看護師主導により、看護師のためのグループ・スーパービジョンを主要な目的として設定され、確かにそのような機能を果たしていると考えられる。一般に、スーパービジョンとは、同一の専門職同士による基本的には経験者と初心者の1対1の対人関係を通じた管理、指導、教育であると考えられてきているが、小グループによるスーパービジョンも行われている。

当事例検討会は当初から、看護師によるグループ・スーパービジョンとして企画してきたが、予想以上に多職種の参加が持続できている。従って、看護師によるグループ・スーパービジョンに他職種もオブザーバーとして参加しているという位置づけも考えられるが、参加者を一体としてとらえた方が、この事例検討会の性格や機能を正確に捉えることができると考えられる。

既存の考え方でいけば、グループ・コンサルテーションとして位置づけるのが穏当であろうが、その場合、宮本の役割はコンサルタントに近くなるだろう。

ただし、指定入院医療機関のように多職種チームアプローチを重視する治療システムのもとでは、多職種の共通基盤、共通認識、共通役割を重視することになるので、スーパービジョンは同一職種で行うものという限定を外して考えることが望ましいのかも知れない。そう考えれば、宮本の役割はやはり、グループ・スーパービジョンのファシリテーターということで落ち着く。

A病院における事例検討会が、多職種チームによるグループ・スーパービジョンといういわば未来型の実例検討会が定着するかどうかは、今後の経過に待たなければならない。しかし、多職種チーム・アプローチが最初から組み込まれている指定入院医療機関には、そのような機能と方向性を備えた事例検討会の実施が望ましいと考えられる。司法精神医療従事者の教育・研修には、事例検討会の形態をとったグループ・スーパービジョンを取り入れていく必要があることが示唆されたといえよう。

指定入院医療機関開設準備のため研修中に事例検討会に参加したスタッフからは、多職種で率直に発言し合う中から対象者の理解が深まり処遇の方向性が明確になることがわかったが、どのようにしたらそのような事例検討会を実施できるのかがわからないとの声が聞かれた。今後の課題としては、統合的な視点に立つ職種を越えたグループ・スーパービジョンとしての事例検討会のマネジメントとファシリテーションの機能を明確にし、その担い手を早急に養成していく必要があると考えられる。

#### 【おわりに】

事例検討会によるグループ・スーパービジョンを実施した結果、効果的な治療・ケアへの重要な鍵は、対象者の率直な自己表現と、スタッフの受容的かつ率直な応答、つまり自己一致であることが明らかになった。また、討論プロセスにも検討を加えた結果、対象者の病理・態度・行動の特徴やスタッフ、チームの陥りやすい傾向と事例検討の実際とその効果について明らかにすることができた。

A病院における事例検討会は、今後も月に1回の頻度で継続していく予定である。今回の研究で明らかになった対象者の病理・態度・行動の特徴が、触法精神障害者特有の傾向を示すものなのか、

また指定入院医療機関と既存の精神医療機関における治療・ケアとでは基本的な異同があるのかについて、引き続き検討を続けていきたい。また、今後の研究課題として、事例提供者の事例提供後のケア経過についての調査や、事例提供者への継続スーパービジョンの導入についても検討していきたい。

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（リサーチ・レジデント）事業により実施したものである。

- 1) 宮本真巳：触法精神障害者の看護並びに地域支援の手法に関する研究。触法行為を行なった精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究，厚生労働科学研究費補助金平成 15 年度分担研究報告書，2004，p60
- 2) 阿部俊子編，カレン・ザンダー：アウトカムから作成するクリニカルパス作成ガイド，照林社，2001，p6
- 3) 坂田三允編，精神看護エキスパート。看護記録とクリニカルパス，中山書店，2004

指定入院医療機関における事例検討一覧

<表1>

開催日時	診断名	対象行為	事例提供の動機	話し合いの主な内容	明確になった課題
H17.9.30	統合失調症	傷害 拒否 防備	事例提供者が事件の内省を促したところ、「そのことは聞かないでください」と話をすることを拒否されたことに異和感を覚えた。	事例提供者は、話すことを拒否されたことで、患者は現実の直視を回避しがちであるという印象を強く持っていた。しかし、検討が進むにつれて、最初拒否や回避ととらえられた発言にも、本音が現れているととらえることができるようになり、ポジティブな評価への転換が起こった。	患者の本音に対して注意を向け、関わりの中で、率直な思いを返していくことやりとりを積み重ねていく。
H17.10.24	統合失調症	殺人 表出欠乏	事例提供者が面接をしても、患者の感情表出が乏しいため話が深まらない。接近が困難で理解しづらい対象者に対して、提供者は行き詰まりを感じた。	検討が進むにつれて、行き詰まっていたのは事例提供者だけではなく他のスタッフも同様の困難を感じているという認識が共有できた。そのことで、提供者の肩の荷が降りたことが、エンパワメントにつながった。それと同時に、提供者自身も患者から一線を引いて関わっていたことに気がついた。	患者からの感情表出を求めめるだけでなく、看護師の方からも、感情表出のモデルを示していく。個々のやり取りを手がかりにして看護を進めていく。
H17.11.29	妄想性障害	傷害 拒絶	全てのことに拒否が強く、暴力的なため、言語的にも非言語的にもコミュニケーションが成立せず、スタッフとの治療関係が構築できていないため、困惑している。	頑なにスタッフとの交流を拒否し続ける患者に対し、スタッフは、一生懸命関われば関われば無力量が重なり、陰性感情が増強しつつあった。検討が進むにつれて、この困難さは単なる患者-看護関係の問題ではなく、その背景には患者自身の生き辛さや、スタッフ間（看護-看護、看護-他職種）の連携や情報交換の不足等の問題のあることが見えてきた。	患者に対しては、自分の置かれた状況の認識を促すような関わりを行っていく。スタッフ間の連携については、モジュール間の情報交換の徹底とMDTでの情報共有の充実が必要。
H17.12.26	統合失調症	殺人未遂 表現抑制	対象者の反応が表面的で、自分の思いを表出できず、飲み込んでしまいがちなため、心配である。自分の思いを上手く表現できるようなサポート方法を知らない。	健康的な部分が多い患者なので、かえって入り込めないという事例提供者のジレンマを共有できた。検討が進むにつれ、患者は、幻聴や妄想への自己対処能力をもっているというポジティブな面が見えてきた。プログラムのストロークを自然に戻すことができると患者も話しやすくなるのではないかと。	スタッフが、自己一致や手の内を見せることにより、患者の思いを引き出していく。患者の表現の乏しいところをうまく補いながら話を進める。
H18.1.26	統合失調症	傷害 現実否認 巻き込み	診断名は統合失調症となっているが、人格障害的な印象が強く、スタッフをかき回す傾向があるため、対応に困難が生じている。	葉や病棟のルールなどについては説明してあるのだが、患者は「聞いてない」と主張し、スタッフを攻撃してくることが多かった。スタッフは、患者の生活歴や外見から患者の理解力が高いと錯覚し、相互の間のずれに気づかないままに、一貫しないように見える患者の態度のみを問題にしていた。	軽度MRを念頭に置いた説明や関わりが必要。トラブルを糸口にして、思いを引き出していく。巻き込まれないよう、スタッフ間の情報共有を徹底する。
H18.2.13	アルコール性疾患	殺人 疾病否認	抗酒剤を飲むことへの拒否的な態度からも伺われるように、依存症としての自覚がなく、内省が深まらない。アルコール問題と事件との結びつきについての理解を促すには、どうしたらよいか？	事例提供者は、患者に内省や病識を求めても、全く深まらないことに無力感を感じていた。検討の中で、内省には段階があるので、いきなり高い目標を立てずに、患者の回復状況や今後の見通しに沿って目標を立てる必要性がわかった。また、スタッフには、内省を促そうと思うあまり、直面化の前提となる共感や受容が不足するという現象が起きていた。	対象者とこれまでの人生の振り返りを一緒に行い、共感できるところを伝えていく。その上で、アルコール依存症をめぐる真実の重さについての理解を促す。



司法精神医療における精神障害者の  
人権擁護に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 五十嵐禎人  
東京都精神医学総合研究所

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）  
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究  
分担研究報告書

司法精神医療における精神障害者の人権擁護に関する研究

分担研究者 五十嵐 禎人 東京都精神医学総合研究所

研究要旨

平成 17 年 7 月 15 日より「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、医療観察法と略記）が施行された。医療観察法施行後の状況も踏まえつつ、医療観察法における精神障害者の人権擁護に関連するいくつかの法的・倫理的課題について検討し、臨床の現場の実態に即した、効率的かつ適正な権利擁護システムのあり方を提言するために研究を行った。

検討を行ったのは、①鑑定入院に関する諸問題、②医療観察法の対象者の身体合併症治療について、③医療観察法における「同意」、の 3 つの課題である。

鑑定入院に関しては、医療観察法には明確な規定がなくガイドライン等も未整備の状態であるが、鑑定入院期間終了までは、対象者に対して必要な精神科治療を行えると考えるのが妥当である。鑑定入院中の対象者の処遇に関しては、早急にガイドライン等の整備を図る必要がある。指定入院医療機関と同等の施設・人員配置のなされた病院において医療観察法鑑定入院を行うことが、対象者の人権擁護の観点からも医療観察法鑑定の適正な運用の観点からも必要と考えられる。医療観察法鑑定の透明性・公正性を確保する観点からは、指定入院医療機関と同等の施設・人員配置のなされた「医療観察法鑑定入院センター（仮称）」の設置も検討すべきであろう。

身体合併症治療については、精神保健福祉法の適用の可能性が あることとともに、総合病院の精神科病棟の一部を指定入院医療機関として指定することも 1 つの解決策である。

医療観察法における「同意」については、医療観察法の各種ガイドラインにおける「同意」と十分な情報を受けたいうえで自由かつ任意になされなければならない「インフォームド・コンセント」とは異なる性格のものであり、両者を明確に区別して考えることが有益である。

研究協力者：

浅井邦彦（浅井病院）  
岩井宣子（専修大学法学部）  
川本哲郎（京都産業大学法学部）  
木ノ元直樹（弁護士）  
北潟谷仁（弁護士）  
黒田 治（東京都立松沢病院）  
斎藤正彦（読売ランド慶友病院）  
平野美紀（東京都精神医学総合研究所）  
前田雅英（首都大学東京都市教養学部）  
町野 朔（上智大学法学部）

オブザーバー：

松下正明（東京都立松沢病院）  
辻 伸行（上智大学法学部）  
山本輝之（名古屋大学法学部）  
柑本美和（国立精神・神経センター精神保健  
研究所）  
東 雪美（成蹊大学）  
水留正流（上智大学法学部）  
横内 豪（上智大学法学部）

## A. 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日より「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、医療観察法と略記)が施行された。医療観察法は、わが国において初めて、重大な犯罪にあたる行為を行い刑事司法機関によって心神喪失・心神耗弱者と認定された精神障害者に対して、国の責任によって運営される医療ならびに社会復帰のためのシステムを提供するための法律である。

医療観察法の対象者は、①重大な他害行為〔具体的には刑法の殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ罪(以上の未遂を含む)と傷害(軽微なものを除く)・傷害致死罪にあたる行為]を行い、②刑事司法手続きにおいて、心神喪失ないしは心神耗弱が認定された者(より正確に言えば、検察庁において心神喪失ないしは心神耗弱を理由に不起訴処分とされた者、ならびに、裁判の段階で心神喪失を理由とする無罪判決ないしは心神耗弱により刑を減輕され実刑以外の有罪判決を受けた(要するに刑務所に収監されない)者)で、③対象行為(重大な他害行為)を行った際の精神障害の病状を改善し、これに伴って同様の他害行為の再発の防止を図り、社会復帰させるために医療観察法による医療(継続的かつ適切な医療とその医療の確保のために必要とされる観察・指導を含む)を受けさせる必要がある者、である。

医療観察法では、通常精神科医療をはるかに上回る人員配置と居住環境(たとえば、病室は個室)を備えた専門治療機関が指定入院医療機関として整備されており、従来の精神保健福祉法のもとでの精神科病院への強制入院(措置入院、医療保護入院等)と比較し

て、人権擁護の観点からは明らかな前進と考えることができる側面もある。その一方で、精神保健観察制度の導入など、精神保健福祉法における強制入院制度と比較してより法的強制力の強い医療としての側面もある。

さらに、医療観察法の対象者は、刑事司法機関において心神喪失等の判定を受けた者であり、精神症状が悪化した場合には、その判断能力に著しい障害を受ける可能性がある者であるともいえる。

こうした、医療観察法による医療の特性を考えると、同法による司法精神医療には、一般の精神科医療以上に、対象者の人権擁護のための配慮が必要と考えられる。

本研究においては、これまで、医療観察法における精神障害者の人権擁護に関して、平成 15 年度は欧米の司法精神医療における人権擁護システムの検討を行い、平成 16 年度は、医療観察法の指定入院医療機関に設置される「新病棟倫理会議」(以下、倫理会議という)について、問題点を整理し、提言するなどの研究活動を行ってきた。

最終年度にあたる本年度は、施行後の状況も踏まえつつ、医療観察法における精神障害者の人権擁護に関連するいくつかの法的・倫理的課題について検討し、臨床の現場の実態に即した、効率的かつ適正な権利擁護システムのあり方を提言するために研究を行った。

## B. 研究方法

精神保健福祉法制とその運用に詳しい法律家(刑法学者、民法学者、弁護士)と精神科医からなる研究班を組織し、研究会議を 5 回開催した。

研究会議で検討した課題は、①鑑定入院に関して、②指定入院医療機関入院中の対象者

の身体合併症治療に関して、③医療観察法における対象者の同意の問題の3点である。

研究会議では、まず、若手の法律家からテーマに関して法学的立場からの話題提供を行い、その話題提供をもとに、出席者による討議を行った。

研究会議の日程とテーマならびに話題提供者を以下に示す。

1. 平成17年6月24日  
昨年度までの本研究の成果と本年度の研究計画
2. 平成17年8月26日  
「医療観察法の鑑定入院の法的位置づけについて」(水留正流氏)
3. 平成17年9月22日  
「鑑定入院中の治療と処遇(処遇改善に関する不服申立てを含む)」(平野美紀氏)
4. 平成17年11月10日  
「医療観察法の入院治療を受けている対象者の身体合併症治療」(柑本美和氏)
5. 平成18年2月2日  
「医療観察法における同意の問題」(東雪見氏)

(倫理面への配慮)

本研究は、個人情報情報を直接扱うものではなく、個人情報情報の扱いに関する倫理面の問題は生じない。

## C. 研究結果と考察

### 1. 鑑定入院に関する諸問題

#### 1) 鑑定入院の意義

医療観察法による医療では、医療の開始や入院・通院などの処遇の変更、医療の終

了などは、地方裁判所に設けられる裁判官と精神保健審判員によって構成される合議体の決定を得て行われる。これらの処遇決定のための審判のうち、対象事件後最初に行われる検察官による入院・通院に係る申立てに関する審判(以下、当初審判)では、必ず対象者を精神科病院へ入院させたうえで、精神保健判定医ないしはそれと同等の学識経験を有する者(鑑定人)が、対象者に医療観察法による医療を行う必要があるか否か、必要がある場合にはその処遇は入院処遇か通院処遇かという点について鑑定を行わせることと規定されている。(以下、医療観察法の審判における鑑定を医療観察法鑑定とする)

なお、これ以外に医療観察法の手続きのなかで、地方裁判所に設けられる合議体による決定が必要とされるのは、

1. 既に指定入院医療機関に入院している対象者に対して行われる「退院」ないし「入院継続」の申立て
2. 既に通院による医療が行われている対象者に対して行われる「医療観察法による医療の終了」ないし「通院期間延長」の申立て
3. 既に入院によらない医療が行われている対象者に対して行われる「再入院」等の審判手続き

などがあるが、いずれの場合も鑑定は合議体の裁量とされており、必ず鑑定が行われるわけではない。かりに鑑定が行われる場合でも鑑定入院命令が発せられる可能性があるのは、③の場合のみである。

したがって、審判における鑑定とそれに伴う鑑定入院は、当初審判の場合が中心になるものと考えられる。したがって、以下