

表 1-5-3 施設 3

	現在		理想		理想/現在
	数	割合	数	割合	
総病床数	34	100%	34	100%	
急性期ユニット	6	18%	6	18%	100%
回復期ユニット	14	41%	9	26%	64%
社会復帰期ユニット	8	24%	18	53%	225%
共用ユニット	5	15%	0	0%	0%
その他ユニット	0	0%	0	0%	
保護室	1	3%	1	3%	100%

表 1-5-4 施設 4

	現在		理想		理想/現在
	数	割合	数	割合	
総病床数	15	100%	15	100%	
急性期ユニット	5	33%	5	33%	100%
回復期ユニット	5	33%	5	33%	100%
社会復帰期ユニット	0	0%	0	0%	現状維持
共用ユニット	5	33%	5	33%	100%
その他ユニット	0	0%	0	0%	
保護室	1	7%	1	7%	100%

表 1-5-5 施設 5

	現在		理想		理想/現在
	数	割合	数	割合	
総病床数	15	100%	15	100%	
急性期ユニット	5	33%	5	33%	100%
回復期ユニット	5	33%	5	33%	100%
社会復帰期ユニット	5	33%	5	33%	100%
共用ユニット	0	0%	0	0%	
その他ユニット	0	0%	0	0%	
保護室	2	13%	2	13%	100%

表 1-5-6 施設 6

総病床数	現在		理想		理想/現在
	数	%	数	%	
総病床数	15	100%	15	100%	
急性期ユニット	3	20%	3	20%	100%
回復期ユニット	6	40%	6	40%	100%
社会復帰期ユニット	4	27%	4	27%	100%
共用ユニット	2	13%	2	13%	100%
その他ユニット	0	0%	0	0%	
保護室	2	13%	1	7%	50%

表 1-5-7 施設 7

総病床数	現在		理想		理想/現在
	数	%	数	%	
総病床数	24	100%	24	100%	
急性期ユニット	7	29%	7	29%	100%
回復期ユニット	5	21%	5	21%	100%
社会復帰期ユニット	5	21%	5	21%	100%
共用ユニット	6	25%	5	21%	83%
その他ユニット	0	0%	1	4%	
保護室	1	4%	1	4%	100%

表 1-5-8 施設 8

総病床数	現在		理想		理想/現在
	数	%	数	%	
総病床数	34	100%	34	100%	
急性期ユニット	7	21%	6	18%	86%
回復期ユニット	12	35%	10	29%	83%
社会復帰期ユニット	10	29%	10	29%	100%
共用ユニット	5	15%	7	21%	140%
その他ユニット	0	0%	0	0%	
保護室	1	3%	1	3%	100%

表 1-6 保護室は不足していると思うか？

はい	0
いいえ	8

表 2-1 施設 1

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	3	3	4	2
看護師	43	0	48	0
臨床心理技術者	3	0	3	0
作業療法士	2	0	4	0
精神保健福祉士	2	0	4	0
その他	1	1	2	1

施設 2

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	0	6	3	0
看護師	26	0	30	0
臨床心理技術者	2	0	2	0
作業療法士	2	0	2	0
精神保健福祉士	1	0	2	0
その他	2	0	2	0

施設 3

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	3	0	4	0
看護師	43	0	53	0
臨床心理技術者	3	0	3	0
作業療法士	2	0	3	0
精神保健福祉士	2	0	3	0
その他	2	0	2	0

施設 4

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	2	0	2	1
看護師	23	0	23	0
臨床心理技術者	2	0	2	0
作業療法士	1	0	2	0
精神保健福祉士	2	0	2	0
その他	0	0	0	0

施設 5

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	2	0	2	1
看護師	24	0	27	0
臨床心理技術者	2	0	2	1
作業療法士	1	0	2	1
精神保健福祉士	1	0	2	0
その他	0	0	1	1

施設 6

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	1	1	2	0
看護師	24	0	28	0
臨床心理技術者	2	0	2	0
作業療法士	1	0	2	0
精神保健福祉士	1	0	2	0
その他	0	0	0	0

施設 7

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	3	3	3	3
看護師	36	0	36	0
臨床心理技術者	3	0	3	0
作業療法士	2	0	2	0
精神保健福祉士	1	0	2	1
その他	1	0	1	1

施設 8

	現在		理想	
	専従	非専従	専従	非専従
医師	2	2	5	0
看護師	43	0	60	0
臨床心理技術者	3	0	5	0
作業療法士	2	0	3	0
精神保健福祉士	2	0	3	0
その他	1	0	0	0

表 3-1 医療観察法病棟の運営と各種ミーティング

	はい	いいえ
治療共同体の概念を取り入れて運営している	8	0
治療共同体の概念による運営は有効である	8	0
各種ミーティングの実施		
朝のミーティング	8	0
ユニットミーティング	7	1
全体ミーティング	6	2

表 3-2 治療プログラムの実施状況と今後の必要な治療プログラム

	現在実施	今後必要
疾病に対する心理教育	8	0
服薬に関する心理教育	8	0
対象行為を認識し内省する治療プログラム	4	4
被害者に対する共感性を養うための治療プログラム	1	7
権利擁護講座（医療観察法に関する講座）	7	1
社会復帰講座（社会復帰に必要な制度についての講座 例：生活保護）	5	3
認知行動療法	7	1
物質使用障害の治療プログラム	3	5
パラレル作業療法	8	0
ドロップ・イン ドロップ・アウトの作業療法	6	2

表 3-3 その他の治療プログラム

現在実施中	今後、必要
Social Skills Training	性犯プログラム
アンガーマネージメント	Social Skills Training
健康クラブ（生活習慣病予防プログラム）	音楽プログラム
リラクゼーション	
マイウェイプログラム	
ETS (Enhanced Thinking skills)	
性犯プログラム	
家族プログラム	

表 4-1 身体合併症のための準備状況

	あり	なし
身体合併症のため協定を結んでいる病院	8	0

表 4-2 身体合併症の際の付き添い予定職種と人数

	1人	2人
医師		
看護師	3	5
臨床心理技術者		
作業療法士		
精神保健福祉士		
その他		

表 4-3 身体合併症の治療目的の転院経験の有無

	あり	なし
転院経験	4	4

表 4-4 身体合併症の内訳

	年齢	性別	精神科診断名	身体合併症
1	30代	男	統合失調症	I型 糖尿病 痔核からの下血
2	70代	男	統合失調症 認知症	胃潰瘍からの吐血
3	30代	女	うつ病	大量服薬
4	70代	男	統合失調症	異型狭心症
5	30代	男	統合失調症	縦隔腫瘍

表 4-5 身体合併症のための転院に際しての困難

	あり	なし
困難	3	1
内訳	あり	なし
転院先の確保	3	1
付き添い職員の確保	2	2
移送	2	2
手続き上の問題	2	2
その他	2	2
その他（システムの未整備）		

表 5-1 外出・外泊に際しての困難

	あり	なし
困難	8	0
内訳	あり	なし
職員の不足	8	0
交通・宿泊費用	6	2
遠距離	6	2
安全性	2	6
その他	0	8

表 5-2 外出・外泊の実施方法

	必要	不必要
職員による同伴	6	2
理由		
同伴では退院後の生活などを十分に評価できない	1	
同伴ではマンパワーによって外出・外泊の実施回数が制限される	2	
安全性の確保のために同伴が必要である	4	
その他	2	
その他（地域との協定、外出・外泊中の状態観察確認のため）		
その他（外出・外泊の目的（相談スキルの実践、社会における病状、生活能力の評価など）の達成のため）		

表 5-3 外出・外泊の可否を決定するのに適切な機関

指定入院医療機関の管理者の責任で決定	6
裁判所など第三者機関で決定	2
その他	0

表 6-1 地域別にみた入院決定と通院状況

	申立 件数	決定 件数	入院 件数	入院 %	通院 件数	通院 %	不処遇	却下
北海道	28	21	10	47.6	8	38.1	3	0
東北	35	29	21	72.4	3	10.3	5	0
関東甲信	178	137	83	60.6	28	20.4	20	6
東海北陸	59	48	35	72.9	6	12.5	5	2
近畿	85	70	26	37.1	26	37.1	17	1
中国四国	56	47	21	44.7	13	27.7	11	2
九州沖縄	74	59	33	55.9	11	18.6	11	4
合計	515	411	229		95		72	15

平成 19 年 1 月 11 日現在

他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰に関する研究

医療観察法による医療に従事する臨床心理技術者の業務の検討

A. 研究の目的

多職種連携によって進められる医療観察法に基づく医療では、どの病期においても臨床心理技術者（以下 CP と表記）の専門性が深く機能することが期待されている。

古くからの実践がなかったわけではないが、その実務についてのシステムが明確ではなく、また積極的な効果が十分ではなかった場合が少なくない。一方では心理学全般に亘って学問体系の整備も進み、対象者への理解や援助技法はより多様性と精度を高めていく動向が盛んである。本研究はより合理的な実践に向けて、心理学に基づき職能の実際を確認しそれを高める手立てについて検討を深めることを目的とする。

研究は次の 2 部からなる。

- ①実務者が直面している業務を調査（アンケート調査）
- ②実務者によるケースの検討を介して業務の質を確認し改善のための課題を探る

B. 研究方法

1) アンケート調査

- 対象： ①16 年度のリーダー研修
②16・17 年度の従事者研修に参加した臨床心理技術者
計 128 名

- 質問項目：①現在行っている業務
②業務にあたって心掛けていること
③CP 業務について悩んでいること
④組織の中で悩んでいること
⑤今後、予想される問題点

郵送法

2) 事例検討による課題の確認

アンケート調査の対象となった CP に呼び掛け、研修会を開催

参加者及び助言者によって次のようなプログラムによって事例検討をすると同時に、シヨートレクチャー形式によって助言者からより深い示唆を得る機会を持った。その場を通じて、今後、CP として業務をすすめるにあたって重要な原則を学ぶと同時に、実務研修に反映すべき課題を見出すことを期待した。

研究会は平成 19 年 1 月 13 日に開催され、参加者は 57 名であった。

研究会プログラム

- 事例提供 ①国立病院機構 北陸病院 岩崎 眞和
被害妄想・高緊張状態の継続している妄想型統合失調症の事例
- ②国立病院機構 花巻病院 山村 卓
疾病と他害行為に対する認識に関する事例報告
- 助言及びショートレクチャー講師
東京都立松沢病院 部長 林 直樹
東京大学大学院総合文化研究科 助教授 石垣 琢磨

C. 結果

1) アンケート調査

回収：71名から回答 回収率：60.7%

(入院医療機関：26名 通院医療機関：45名)

対象者のうち、通院医療機関の従事者の中には、まだ具体的実践に至っていない場合が多く、回答しにくかった要因となっていたと思われる。

回答内容は概略、以下に列挙する通りであった。

①業務内容

<指定入院医療機関>

指定入院医療機関の医療に従事する CP の大部分はすでに医療観察法による業務に従事している。したがって回答内容はそれぞれの病院の特性によるので一律ではないが、およそ企画段階で期待された方向の展開に着手していると判断できる。以下、回答内容を列挙する。

- *対象者の履歴作り（鑑定書を基に時系列の履歴を作って入院時のミーティングで紹介）
- *個別心理面接…心理教育、症状への介入、相談、認知行動療法に基づく面接、内省（対象行為の振り返り）、病歴・生活史の詳しい情報の獲得、
- *心理査定…心理検査、MDT 面接、病識、
- *鑑定入院患者に対する心理査定
- *集団プログラムの実施…CBT 入門、SST、内省プログラム、疾病教育（個別・集団）、再発予防教育、アルコールプログラム
- *アンガーマネジメント、幻聴へのアプローチなど症状や行動的プログラム
- *クライシスコールプラン（その人に必要なクライシスコールのスキルアップ）
- *新しいプログラムの開発
- *OT の補助（作業・調理など）
- *種々の会議…朝の集い、ユニットミーティング（その進行）、治療評価会議

MDT（多職種連携システムでのバランス…出過ぎず引き過ぎず）、

- * 外出・外泊時の付き添い
- * 退院、入院継続申請作成
- * 病棟運営の全体の把握

<指定通院医療機関>

一方、指定通院医療機関では、まだ対象者がいないために実務が始まった段階ではこのような業務を行うのではないかといった推測の回答が多く含まれており、入院医療機関の場合ほど具体的ではない業務が列挙された。しかし他の項目への回答にも関連するが、鑑定にかかわる機会がある様子が示されていた。訪問看護への参加を含め、基本的には地域を視野にいれた関係者の連携についてコーディネーターとしての意識を持ちつつ、必要とされる個々の業務や技法の実践に臨もうとしている様子が見えてきた。

- ・ 心理面接
- ・ 心理療法
- ・ 心理的援助
- ・ SST
- ・ 心理アセスメント（面接・心理検査）…病状・人格のアセスメント
- ・ 精神鑑定における心理査定
- ・ 鑑定段階での家族面接
- ・ 鑑定業務の補助
- ・ 鑑定入院中の問題の調整
- ・ デイケア担当（導入期の担当…定期的に通院できる枠の設定）
- ・ MDT 会議・多職種チーム会議
- ・ 評価会議
- ・ ケア会議
- ・ カンファレンスへの参加
- ・ 会議への参加が中心で個別対応は少ない。
- ・ 指定入院医療機関の準備委員会への参加
- ・ 隣接する指定入院医療機関のケア会議への出席
- ・ コンサルテーション
- ・ 訪問看護
- ・ 初診時の同席
- ・ 院内コーディネーター
- ・ 家族や地域の方への説明

②業務上心掛けていること

入院医療機関・通院医療機関いずれの CP も他職種との関係作りに関心を持ち、その具体的な課題として、

- a) 見落とししやすい状態像の把握や理解
- b) 広い視野に立ち、かつ力動的な観点も持ったアプローチが生かせる体制作り
- c) 対象者の資質や可能性を観察・判断しながらプログラムの独創に陥らないための役割
- d) 治療過程で前向きの評価や課題の再確認と手段の提供（心理査定）
- e) 症状変化のサインについて自覚的な判断が働くように、また適応的な行動の成熟を助けるような援助を今期良く積重ねること
- f) スタッフ間・対象者とスタッフ間のコミュニケーションが治療の機能性を左右する点、

などについての役割認識を基本とした臨床実践を心掛けようとしている様子が見受けられた。

しかし通院医療機関においては、一部のスタッフの業務に止まりやすい傾向があり、その中で CP の業務が心理テストの実施に限定されており、全体的な機能に発展していない場合もあった。他方、家族のサポートを担っていたり、保健師などの地域関係者との連携を考慮にいれていたり、デイケア利用に至った経緯について他のメンバーの関心について対象者のプライバシー保護の配慮を課題にいれている CP がいたりする。病院自体の体制がまだ手探り状態である場合が少なくないのではないかと推測される一面であろう。また鑑定に関わる機会があり、病理性や責任能力の鑑定に必要な状態像について客観的であり具体的な記述を心掛けている CP の報告もあった。

以下、寄せられた報告の概略を列挙しておく。

(記述者の所属は各項前に付記した記号で区別 *入院医療機関 ・通院医療機関

#実務未実施機関)

a) 基本的視点

- * #広い視野でものを考え、心理主義に陥らないように
- * 患者や不在の立案をしないように
- ・ 自分の価値観をはさまないように心掛ける
- ・ 対象者とのレポートや信頼をどのように構築していくかを心掛けている

b) チーム体制

- * #チームワーク
- * 他職種との関係作り
- ・ #他職種との連携
- * 他職種との情報交換・相談などの連携

- ・チーム内での情報の共有化
- ・手探り状態 関わり方を他職種と相談し合って実践している。
- *対象者との信頼関係の確立や情報収集や鑑定医・PSW など関係機関との連携
- *#他職種への情報提供（他職種が見落としている点を含めて対象者の状態を理解してもらえるように。ポジティブな面や課題の共有）
- ・アセスメントの結果を用いながら対象者についての理解が深まるようにチームスタッフに結果のフィードバックを心掛けている。
- *病棟全体がうまく機能するようなコミュニケーションシステムや職員研修の機会を作る。
- ・地域の保健師さん方にこまやかな配慮をしながら情報交換や連携をしていきたい
- ・チームや対象者にできるだけ専門的概念ではなく分かりやすい言葉でフィードバックすること
- ・全体の流れを理解して動くことと、他職種の動きを把握し考えながら動くことを心掛けている。
- ・多職種チーム機能が最大限機能できるように役割を担っていければと考えている。
- ・情報に共有に際してプライバシー保護とのバランスを考えながら対処している。

c) アセスメント

- *対象行為への内省と病識の獲得を目指しながら本人資質としてどこまで可能かを査定
- ・できるだけ「よい面」と「難しいところ」の両面から評価するように心掛けている。

d) 治療過程

- *エビデンスを前提に、力動的な視点も深め心理士の専門性を生かしていきたい。
- *心理アセスメントを基に病識がないとか意欲の乏しい人への治療的接近の試み
- ・事前に得た「悪化のサイン」などの情報について、いつでも立ち戻り丁寧に話を聞く。
- ・過去について対象者が自発的に語らないことには立ち入らずに「今の生活について困っているや対処の工夫」などについて話題にしていく。
- ・対象者や家族に対して、最終ゴール（社会復帰）をあきらめずに援助していく姿勢

e) デイケア

- ・DC…他のメンバーと同じように見守り守秘義務を果たせるような心掛け
- ・#DCでのCBTの取り組み
- ・始めの5分間は確認作業として「服薬の必要性」などの心理教育を行う。

f) 鑑定

- ・#鑑定入院中のプライバシーの保護

- ・鑑定書の作成に当たって医療観察法の主旨に沿って心理検査の所見を書いている。
- ・鑑定のための査定結果の客観性を維持しつつ対象者の状態について具体的に把握できるように所見の作成に心掛けている

g) その他

- ・現在は心理検査のみ。治療や支援プログラムにかかわっていけるよう他職種に CP の役割（機能）を説明している
- ・ # 県内の同じ立場の CP がいないので研修会は積極的に参加したい。
- ・ # CBT によるセラピーが求められているので、その修得のために同級生と勉強会を立ち上げて取り組んでいる。

③CP 業務について悩んでいること

以下、アンケートの書かれていた業務についての実感を列挙する。

（記述者の所属は各項前に付記した記号で区別 *入院医療機関 ・通院医療機関 #実務未実施機関）

医療観察法に基づく医療の前線を担う立場について真摯な使命感をもって取り組んでいる姿を見てとれる反面、精神科医療についての経験が浅いことから心理学的な知識・技能を実務に生かし切れなくて日々新たな状況への戸惑い様子が示されていた。これは CP に限らず関係者が実務を通じて実感していたり、実感しているが曖昧に過ごしている課題を反映している内容ともいえる。

a) 症状・行動への対応

- *対象行為への通院段階での扱い
- *アニバーサリー反応の対応
- *精神疾患をもち刑罰対象行為をした方のカウンセリングの知識がないが勉強の機会がない。
- *再発防止と再犯防止の違い
 - ・ #軽度発達障害の見極め
 - ・ 知的問題が大きい対象者との関わり方 (IQ50-60 の対象者への内省)
 - ・ 幻覚・妄想ひとつをとっても対象者一人々々で程度が異なり治療目標も異なるが、マニュアルに示されている目標達成を目指すのか、個別性を目指すのか迷う。
 - ・ 対象行為の内省をどの程度まで進めるか。(対象行為に関連のある妄想への介入)
 - ・ 衝動性に対するアプローチについて

b) 治療構造

- *治療目標についての迷い

- ・従来の精神科臨床よりも説明責任と結果を求めているが、それがスタッフのプレッシャーになる。しかし悩みというよりも挑戦と受け止めている。
- ・対象者のモチベーションの問題
 - ・治療意欲がほとんど無い対象者が多い
 - ・計画的に評価尺度を用いたり面接を進めることが難しい
 - ・動機付けのテクニック
- ・外出時の付き添いを求められることの是非？
- ・#地域柄、精神科医療機関が少ないので、対象者がすでに当院での治療やカウンセリングを受けていた患者であったという場合もあり得る。その対応をどうすればよいのか。

c) 心理アセスメント

- *心理検査の評価基準
- *鑑定のアセスメントで悩む（テストバッテリー、評価の仕方、症状との関係、報告書の書き方、など、すべてに知識不足で自信がなく時間が掛かる。
- *心理検査の未熟さ（心理療法のスーパーバイザーは比較的見つけやすいが、心理検査に関しては場が少ない）
 - ・経験が浅いので業務を進めるために必要な見立て方向性の検討の基準となるものが持っていない。

d) 治療・援助の技法

- *「共感することの難しさ」「当たり障りのない面接」になっているのではないかという不安
 - ・日常的に病棟にいることになるが、「個人面接」の意味付けが困難になる場合がある。
 - ・集団プログラムの立ち上げ（個別面接の経験が主だった）
 - ・CBTをマスターしたい。
 - ・長期入院を視野にいれたプログラムの開発
 - ・集団精神療法の効果を上げたいが、同質者のグループの作り難さがある。
 - ・入院が増えるにしたがって個別面接の時間が取りにくくなっている。
 - ・開棟前にグループプログラムの企画の具体性が実感できない。

e) 家族への介入

- *家族関係への介入の必要性

f) チーム体制

- ・多職種の中で自分がどの様な役割を取ればよいか。
- *CPの職能を理解できている医師でないと対象者との直接の援助業務の指示がでない
ので手を束ねてみている立場になってしまう。

- * チーム内で各職種が行き詰まると心理的アプローチで改善・解決してもらえると期待される傾向になっている。しかし困難な問題が多く苦慮している。
- * 対象者の心的成熟・成長を軸に対応をしていると、時に他の職種から「甘やかしている」「現実適応に向ける面が甘い」と誤解される。(DC全般についても同じ状況がある)
 - ・ 心理面への介入でも他職種の関与で用が足りたと見なされて深まらないまま心理職の独自性が宙に浮いてしまう場合があり、チーム内での積極的な活用が定着しにくい。
- * 情報共有の仕方・バックグラウンドの異なる他職種に説明することの難しさ
 - ・ 面接の内容をどこまでスタッフと共有するか。(守秘義務と治療との兼ね合い)

g) 入院・通院の連続性

- * 入院から通院に切り替わった時の治療関係の変化

h) スーパービジョン・研修の機会

- * 知識不足を感じている。
- * 研修機会が不十分
 - ・ # 精神科医療は間口が広く奥行きも深い領域で専門職としてまだまだ未熟な点があるなかでの医療観察法関連の分野をどのようにすればよいか、まだ実感がないが課題が多いと感じている。
- * スーパーバイズを受ける機会が乏しい。
- * 個人情報保護の難しさはあるが何かにつけて相談できるシステムが欲しい。
 - ・ アセスメントや介入の研究をどのように進めたらよいか。(方法論的側面と時間的側面)
 - ・ 時間に追われ、じっくり考える余裕がない。

i) その他

- * かかわる所属や対象者の状態によって業務が一定しない。
- * 病院臨床をする CP の人材不足。指導を得ようとしても県内では困難
 - ・ 新たなことを学びながら運用されている感じで、一貫性や計画性が不十分
- # CP の業務につく診療報酬がないことで、以前から業務内容が限定され広がりをもてない。
- * 正直なところ怖さを感じているが、皆さんはそれをどのように処理そておられるのでしょうか。

④組織の中で悩んでいること

精神科医療に従事している立場、多機能の包括的運用における立場、のそれぞれについての問題意識をアンケートに記しているものが多かった。ひとつには一般的には多職種チーム実践の歴史が浅く、CPとしての職能が効果的に活用されていない点の指摘であり、も

う一方では CP 自身が職業人として未成熟な所があるために自主的に動けていない点を示唆するものでもあろう。

(記述者の所属は各項前に付記した記号で区別 *入院医療機関 ・通院医療機関
#実務未実施機関)

a) 所属機関の体制

- ・ #通院医療機関を標榜しながら病院自体の準備性が乏しく不安
- ・ #通院医療機関での心理業務が不明確
- ・ #病棟所属の身分でありながら病院全体の業務もしなければならず病院外との連携で動くことがすでにしにくい現在であり、対象者が出てきたときに実務のために動くには病院全体の理解と援助がなければ困ることになると予想している。
- ・ #指定通院医療機関になったことでのスタッフの増員はないから、果たして手が回るのか。
- ・ 指定機関の管理責任
- ・ 公務員の場合、転勤の可能性もあるので、資質の維持が難しい。
- ・ 地域と医療機関との間に温度差があるように感じる場合がある。
- *他職種スタッフの動機付けの低さやバーンアウトへの対応
- *医師の確保が遅れている。
- *セキュリティとアメニティ：管理と制限と対象者のバランス感覚
- *時間の割振りの調整がつかず、対象者に接する時間より会議にとられる時間の方が長くなる。
 - ・ 会議の多さ (MDT 会議、治療評価会議など)
 - ・ OT や PSW は CP より人数が少なく、その分、CP が会議にかける時間が長くなる
- *CP として責任を持てない業務を求められることがある。

b) 臨床心理技術者に対する社会的認知度

- ・ #CP が採用されるようになって日が浅い医療機関で基盤も不十分なうえ、一人職場のため実務が始まった場合、小回りが利かないのではないかと不安
- ・ 臨床心理技術者の国家資格がない。そのために公立病院では増員が困難。業務範囲も流動的。待遇面でも不利 (資格手当てがつかない)
- ・ 診療報酬に位置付けられず保険外収益荷もできず組織の経済に反映できない職能なので、カウンセリングも訪問も正式にはできない。
- ・ 施設基準にもなっていないので常に不安を抱えている。
- ・ 通院処遇担当は1名であり、入院・外来を兼務をしている
- ・ 通常の業務との兼ね合い
- ・ 事務職としての位置付け
- *仕事の内容・専門性を他の職種の認識してもらえない。

c) チーム体制

- ・ #心理学の専門職であるのに看護部の位置付けられており、その結果、医師とも看護師とも十分なコミュニケーションを取りにくい状況にある。
- ・ 組織の中で他職種と同調した動きをするべきなのか、もしくは対象者の逃げ場の存在としてすこし控えた立場で待つ方がよいのか、自分の取るべき態度に迷うことがある。
- ・ 職種・部署間の連携（特に病棟の閉鎖性）
- ・ CP に求められることが非常に少ないので、自分から働きかけていく必要がある。
- ・ # 「CPは何をやっているのか？」という声が職員間にはある反面、対象者（患者）はCPの必要性を実感して望んでいる
- ・ MDTの中で情報の共有ができていない。チームの中心となっているPSWによって若干異なるが、ケア会議に招集されなかったり個別の動きや評価を後になって知らされることがある>
- ・ 医師・PSWと連動した面接枠になるので予約の固定がしにくい。
- ・ 対象者と治療目標を共有できるか、協力体制をもてるか。
- ・ 援助チームでアセスメントができるか、治療プランを立てられるか。
- ・ リスクマネジメント
- * 他職種との関係作り
- * コメディカルスタッフとの情報の共有はスムーズにいくが、看護スタッフとの共有に時間が掛かる場合がある（勤務時間の違いや認識の違い等から）
- * チームケアの良さもある反面、大変さを感じることもある。
- * 他職種スタッフから批判的な目で見られ協力が得にくい。MDTの中で仕事の中心になりたがり役割分担ができない場合がある。
- * 中立性を保つこと
- * 医師との意見のずれ
- * 職種間の一貫性が保ちにくい場合がある（役割を巡って職種間が曖昧になる場合がある）

d) 職場内での個人情報の扱い

- ・ 感覚的な問題になると職場内の他職種とは共有しにくく、さりとて外部にサポートや助言を求めることはプライバシー保護上、簡単にはできない。
- * 治療スタッフに対象者のアセスメントを伝えることが陰性感情に発展しないようにすることが難しい。スタッフのリフレーミングを促そうとするがなかなか固定観念の打開ができない。
- * 看護スタッフなど他職種への助言をどの程度していいのか。
- * 治療共同体という理念はあるがその実践のための方法論

- *CPとして現在の業務を他職種の知らせたいが、明確に示せない。
- *CPとしての意見をMDTに反映することが難しい場合がある。
- *MDT以外の職種（とくに看護スタッフ）に対象者への対応を理解してもらうことが難しい。

e) その他

- *準備…本当に業務をこなせるか不安
- *開設が延期されている中で、準備室の動きにどのようにコミットするか、スタッフ間の連携をCPとしてどうすればよいのか、戸惑っている。
- *新人の教育
- *医療観察法に基づく対象者の範囲はどこまでか？入院・退院の基準をどこに置くをどのようにして調整していくか？

⑤今後、予想される問題点

これまでの記述に関連しながら、以下の問題提起がされた。これらは系統的な論考にはなっていないが、システム全体の検討を深めていく際に考慮すべき点について実務から実感したところと捉えたい。特に通院医療機関では地域の事情や病院の特性が様々であろう。入院・通院医療機関ともにこれらの指摘を含めて多角的な観点から丁寧に分析しながらより適切な基盤整備を進めていくための契機として活用できるのではないだろうか。

(記述者の所属は各項前に付記した記号で区別 *入院医療機関 ・通院医療機関
#実務未実施機関)

a) 治療過程

- *治療目標の統一と個別性の折り合いをどうするのか（ステージの移行、など）
- *暴力行為発生時の介入
- *監査で他院よりステージ移行や退院請求のペースが遅いと指摘され、今後病院間格差を解消するには移行などの基準の捉え方ををすり合わせていくことが必要になっていくと感じている。
- *病棟内の生活では現実感が乏しく、外泊も頻繁に行えないため、社会との接触が少ないことによる弊害が生じないか心配
 - ・内省力が乏しいと思われるので再犯率が低くなるまで医療観察法による援助期間内に終了を出せるかどうか。
 - ・再発による再入院
 - ・家族の状態（非協力的、または highEE）によっては再発・再燃の可能性もある。
 - ・トラブルやストレスがおこった時の地域での適切な支え方
 - ・治療中断の心配