

かれるほど、シナリオが有用なものとなるでしょう。

治療・マネジメントプランは、先にあげたシナリオと1対1対応になるように記述します。

治療計画は、ここでは以前肥前精神医療センターの多職種チームで計画したものを挙げました。治療計画は施設によって変わってくると思われます。その施設で行う治療プログラムなどを計画に挙げてください。

シナリオ、治療・マネジメントプラン、治療計画の書き方は、項目解説Q&Aを参照してください。

評定演習2 モデルディスカッション

配布資料－症例2

モデルディスカッションとは、医師、看護師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士の5職種からなるチームでの評定を受講者の前で実演することを指します。症例2を配布し、10分程度全員が症例に目を通す時間を設けてから実演に入ります。モデルディスカッションでは共通評価項目の使用経験がある上記5職種のスタッフによってなされます。実際にその場でディスカッションして評定したものを液晶プロジェクターで投影しながら記録します。通常モデルディスカッションを行う際、実演する多職種チームは事前の打ち合わせをしません。実際にその場で始めて議論し、意見が割れることがあるほどモデルディスカッションとして有意義なものになるでしょう。

症例 2

2007 年 4 月 1 日

氏名 A 氏 1972 年 1 月 3 日生 35 歳 女性

対象行為 傷害

2004 年 7 月に本人が自宅を新築したが、その隣に新築した被害者、B 氏方居室の内装クロス紙などが自宅を真似て作られているなどとし、B 氏方に怨恨を抱いてその報復を企て、2006 年 9 月ころから 2007 年 2 月 20 日までの間、自宅に設置された加入電話または自己所有の携帯電話から、被害者宅に連日のように一日 2～3 回ないし 7～8 回無言電話を繰り返し、よって B 氏に強度の過敏性腸症候群の傷害を負わせたものである。

家族歴

本人は広告代理店勤務の父とパートタイマーの母の第一子長女。同胞は 33 歳の弟がおり他県に在住し、会社員、独身である。父方および母方近親者に精神科的家族負因はない。

生活歴

幼少期特記すべき問題なく成育し、地元の小学校、中学校を経て、県立普通科高校入学。高校 1 年次までは成績上位であったが、2 年次より自己の視線に関するこだわりのため、授業に集中できなくなり、学業成績が低下した。そのため志望の大学には進学できず、専門学校に進学後、事務職として就職。同期の女子職員が 5 人いたが次々に結婚退職し、就職 4 年後には本人 1 人になり、結婚プレッシャーを感じる日々が続き、仕事での充実感はなかった。親にせがむ形で数回見合いをし、現在の夫と 1 年余り付き合ったあと、2000 年、28 歳で結婚。しかし「本当は都内に住みたかった」「姑が近くにいる」など必ずしも満足のいく条件ではなかったと言う。結婚と同時に仕事は辞めた。

結婚後 3 回転居している。最初のアパートでは、しばらくは何事もなかったが、階下に引っ越してきた人が夜間物音をさせてうるさいということで本人が相手に苦情を言うなどトラブルを起こし、夫が相手と仲裁の話し合いを持ったりした。本人は最初の転居について、家の造りが古く、また日当たりが悪かったからと理由付ける。3 年後の 2003 年に別のアパートに転居。ここでもしばらくすると夜間の騒音のことでトラブルを起こし、夫が相手方と仲裁に入った。本人は自分の方が物音を立てないように生活していたと言う。1 年後の 2004 年に借家に転居したが、ここでも夜間の車の音に悩まされ、本人が電気のスイッチを入れたり、水道の蛇口をひねったり、窓を開閉するたびに「それに合わせて隣人が車を発進させる」と不愉快になった。相手に常に自分の動静を把握されているのではないかと疑心暗鬼になり、盗聴器がつけられていないかと電話機を調べたり、警察に苦情の電話をしている。本人は相手敷地にゴミを投げ入れたりした。隣家との関係が悪化し、2005 年から新築購入を思い立ち準備した。

子どもはなく、結婚後は転居を繰り返し、しばしば実家へ帰るものの、夫との二人暮らし。結婚以後は専業主婦で、家事はもっぱら本人が行う。

アルコール・薬物の乱用歴は否定。

犯罪歴はない。

既往歴

精神科受診歴はない。高校 1 年ごろから思春期妄想症の症状(見たくもないのに視界に相手の体の一部が入り、自分の視線が相手に不愉快な印象を与える。相手が貧乏ゆすりをしたりちょっとした仕草をすることで分かる。)

が続いている。このことで悩み、電話相談したが満足の行く反応が得られず、医療機関にかかることなく今日に至っている。

現在症

- 1) 身体所見 異常なし
- 2) 知能検査 WAIS-R 言語性 IQ 105 動作性 IQ 98 全検査 IQ 102
- 3) 精神的現在症

意識は清明で、数回涙ぐむことはあったが、指示や質問に対し素直に応じ、不適切な言動、表情や動作は見られない。頭の回転は速く、会話はやや冗長になりがちであるが、思路の障害はなくまとまっている。妄想知覚、注察念慮、関係妄想、被害妄想が認められる。自我意識の障害として自己視線に関する妄想様の確信が根底にあり、対人場面での敏感さと窮屈さの自覚が強い。その他幻聴などの病的体験はない。隣人に対する被害妄想的解釈は根本的には訂正できない。面接場面での疎通性は良好である。

起訴前鑑定で持続性妄想性障害との診断で心神耗弱と判断され、裁判でもこれが採用され、執行猶予となり医療観察法の鑑定が施行される。医療観察法でも同様の診断で、指定入院医療機関での治療が必要と判断された。

入院後の経過

主治医との面接内容より抜粋。

(視線が気になることは今も続いているのか?) はい。ここでも男の人たちがじろじろ見て。

(これまで自分の視線のことで生活上、支障があった?) 会社で働いている時も、隣の人の横顔が視界に入って、相手も私から見られて嫌な気がして体をそらしたりした。相手の姿が視界に入らないように工夫しているけど、生活がしづらい。

(借家の時も隣の人とトラブルがあったようだが?) カーテンを開けたり生活上の音をさせるたびに隣の人が車をエンジンをふかしたりする。相手もいちいちそんなことをするのは疲れると思うけど、私もノイローゼのようになって外に出る気もなくなりました。

(自分の行動が相手に把握されているという感じはその後なくなった?) いいえ。相手もわだかまりを持っているから、状況が同じである限り変わらない。何かもっとひどいことが起こるかもしれない。現に若い男が風呂場の窓から侵入しようとしたこともありました。物音で目が覚めて外を見たら逃げていく姿を見た。もし眠り込んでいたら何をされるか分からないので、もうそこを離れた方が良かった。

(新築した家に引っ越した後、無言電話はBさんが移られて翌日からすぐしているが) Bさんに対して良い印象は持っていなかった。日頃監視されているような窮屈な生活を強いられているような、何かこちらに対抗されているような気がするのと、それとお互いに新築したばかりで、どちらかがよそに引越すのはできない状況で、というのが大きい。きっかけは、こちらが移ってくる前に、建築中の現場をこちらがいない時に家の内装なんかを勝手に見られたのでは、と。それで居間のクロスが同じじゃないかと判断した。だから、真似をしたというより勝手に見られたというのがいやらしいと思った。それからBさんが移ってきた時から郵便が開封されたりしたのが重なって、Bさんだろうと疑って電話をかけたと思います。

(無言電話をしたことはどう思う?) 向こうも嫌でしょうが、かける方もくたびれるんですよ。向こうが監視したり、嫌がらせをやめてくれると良いのですが。気になって夜も眠れないし、隣の人のことを考えると何も手につかないんです。

(嫌がらせを感じたのは他にもある?) 前の家でもこちらの動きに合わせて車を発進させたり、わざとドンドンと音を立てたり。私の視線を相手が不快に感じて、貧乏ゆすりをしたりドンドンと大きな音を立てることは前からあった。

(声が聞こえたり、テレパシーか何か伝わったりは?) 幻聴とか幻覚はない。

(考えが入ってきたり、行動があやつられることは?) それはない。ただどうして自分が引っ越したところに関して、嫌がらせをする人がやってくるのか。そういう人は最初から印象が悪くて、ピーンときて分かるんです。

(幼稚園にまで電話したのは?) 隣の人が子供を迎えに行く時間、家にいない時間を知らうと思って電話した。その時間には自由に外出できるから。電話したら怪しまれたのか「どちら様でしょうか」と聞かれたので適当にごまかして切った。

(裁判で有罪になったことをどう思う?) 向こうが嫌がらせするのはおとがめなしなのに、私だけ悪者扱いなのは納得がいきません。それに執行猶予で家に帰れると思ったのに、こんな所に閉じ込められるなんて。

面接内容に調書と矛盾する点はなく、概ね同じ内容を答えている。「勝手に自分の家の中を見られた」「郵便物を盗んだ」「監視をしている」と被害妄想的に決め付け、その報復として無言電話を繰り返している。無言電話が相手に及ぼす影響は認めているが、「相手が自分に嫌がらせをするから」と合理化する。

診断と精神症状の特徴

診断は、身体所見から器質性疾患は否定され、面接所見から、統合失調症の基本的症状は認められない。症状は妄想知覚を含む注察、関係、被害妄想の一点であり、その対象は被害者夫婦に限られている。操作的診断では妄想性障害、従来診断ではパラノイアと診断される。発病は遅くとも2年前と推察される。心理的背景として、思春期から持続している自己視線妄想というべき状態、そのため受験や就職をめぐってのいくつかの挫折を経て、結婚後は子どもができない、仲人や周囲からプレッシャーをかけられると心理的に追い詰められていた。静かで落ち着いたところで子作りがしたい、それができなければ一人前の夫婦として認めてもらえないとの焦りがあった。その思いが強く、3回転居しているが、いずれも近隣の物音や動静に敏感に反応している。その程度は、現時点ではある程度は客観化して訂正可能な側面があることから重症とは言えない。対象行為は、現実の体験が核となった被害妄想に基づくものであり、病的な妄想発展だけではなく、特徴的な性格や環境要因にも関連していると考えられる。

病棟での様子

部屋から出ることは少なく、他患者との交流も見られない。薬は「ああそうですか」と受け取るが、「部屋に帰って飲みます」と言って目の前で服用することは拒む。看護師が入院について触れても、「何で私が病院に連れてこれなきゃいけないんですか。精神病じゃありません。」と拒否的。スタッフから話し掛けても疎通は良いが、「早く家に帰してください」と繰り返し、処遇への不満を述べる。

社会復帰調整官より

夫は本人の行動に困惑しているが、「前から神経質なところはありましたが、病気だったんですか。良くなって欲しい」と受容的だが、夫自身今回の事件で家に居づらくなり、実家に帰っている。弟は遠方のため交流もないが、実家の両親は本人のことを心配し、また夫の実家へも事件後たびたび訪れている。被害者のB氏は「絶対に退院させないでくれ」と拒否が強い。

モデルディスカッションでの討論内容
各スタッフの発言を以下に挙げます。

壁屋 CP) では始めましょうか。まず精神病性症状。

西谷 Ns) これは2点ですね。

壁屋 CP) どんなのがありましたっけ？

西谷 Ns) 関係妄想がありました。隣のBさんが自分を監視しているというのがあって、対象行為につながりましたね。

村上 Dr) そうですね、下位項目の1と5がそれぞれ2点レベルで2点ですね。

壁屋 CP) あとはないですかね？

村上 Dr) 幻覚とかはないので、妄想だけですね。

田川 Ns) そうですね。

壁屋 CP) 澤さん水野さん良いですか？

澤 PSW) はい。

水野 OT) はい。

壁屋 CP) じゃあこれで良いですか？(模範解答の情報/判断材料/備考および評点を記入し、スクリーンに示す) 一同うなずく。

壁屋 CP) じゃあ次。非精神病性症状。

田川 Ns) 不安がありますね。「ノイローゼのようになって外に出られなくなった」と本人も言ってます。

村上 Dr) あと怒りがありますね。隣の人への持続的な怒りから電話してます。

壁屋 CP) 他には？

西谷 Ns) 他にはないですね。

壁屋 CP) 不安と怒りはそれぞれ何点くらいですか？

村上 Dr) 不安は1点くらいですね。

澤 PSW) マニュアルの表現からいくと不安は1点くらいでしょうね。

壁屋 CP) 私も不安は1点くらいかなあ、と思いますが、2点派はいませんか？

田川 Ns) 1点ですね。

西谷 Ns、水野 OT) うなずく。

壁屋 CP) じゃあ不安は1点で、怒りは？

田川 Ns) これはどっちでしょうね。1点か2点か迷うんですけど、1点ですかね。

西谷 Ns) 難しいですけど脅しまでしているから2点じゃないですか。

村上 Dr) 2点じゃないかと思えますね。

壁屋 CP) 私も1点か2点か迷うんですけど点かな、と。

澤 PSW) 微妙ですけど直接的な攻撃じゃなくて電話だけだから1点くらいじゃないかと。

壁屋 CP) 水野さんは？

水野 OT) 私もむずかしいけど1点かなと。

壁屋 CP) 割れましたね。どうしましょう。

田川 Ns) 割れてるけどみんな1点か2点か微妙なところだと思ってるんですよ。

西谷 Ns) そうですね、1点でも良いですね。

壁屋 CP) 1点の方が多くなりましたね。微妙ですけどね。村上先生は？

村上 Dr) じゃあ1点で。

壁屋 CP) じゃあこれで良いですか？ (スクリーンに示す) 次、自殺企図。

西谷 Ns) これはないですね。

澤 PSW) そうですね。

壁屋 CP) じゃあ内省・洞察

西谷 Ns) 「向こうも嫌でしょうが」とは言っているけど反省はしてないですね。

村上 Dr) 「向こうも嫌でしょうが」は共感のところですね。ここは反省の弁はないですね。

田川 Ns) 病識もないですね。

澤 PSW) そうですね。病気とは全然思っていないですね。

壁屋 CP) じゃあ下位項目の1と3と4が2点レベルで？ (スクリーンに示す)

一同うなずく。

壁屋 CP) 次、生活能力。

村上 Dr) 不眠がありますね。「気になって夜も眠れない」とは自分で言っていますけど、どのくらい眠れないのかは分からないですね。

澤 PSW) 孤立がありますね。家族以外の関係はなさそうですし。

壁屋 CP) 水野さんどうですか？ OTとして。

水野 OT) 子ども生まなきゃと思ってとらわれているところがあって、楽しみがなくて余暇活動が過ごせてないですね。監視が気になって外に出られないという引きこもりがあるのが大きいと思います。

西谷 Ns) 困難な状況で助けを求められないというのもありますね。

壁屋 CP) 他にはないですか？

田川 Ns) それくらいですね。

壁屋 CP) 1点ですか2点ですか？

村上 Dr) これくらいなら1点くらいじゃないですか。

壁屋 CP) そうですね、家事もしてますし。

水野 OT) 私は2点と思います。監視が気になって外に出られないという活動の制限は大きいと思います。

壁屋 CP) ああ、どう思います？

西谷 Ns) そうですね、そう言われると2点かな。

田川 Ns) そうですね。

壁屋 CP) 澤さんは？

澤 PSW) 私も確かに活動の制限は大きいなあと思います。

壁屋 CP) じゃあ2点ですかね。水野さんの勝ち。じゃあ衝動コントロール。

西谷 Ns) これは0点ですかね。持続的ですから衝動的ではないですね。

田川 Ns) そうですね。衝動的という感じではないですね。

壁屋 CP) じゃあ0点で良いですか？ (スクリーンに示す)

一同うなずく。

壁屋 CP) じゃあ共感性。

澤 PSW) 「相手も嫌でしょうけど」とは言っていますね。

西谷 Ns) 「相手も嫌でしょうけど」くらい言っているから0点ですかね？

壁屋 CP) 水野さんは？

水野 OT) そんなに共感しているというふうでもないですけど。

壁屋 CP) 私も0じゃないかな、と。「相手も嫌でしょうけど」の後が、「相手も嫌でしょうけど私も辛いんです」くらいに言っておけば0かとも思いますが、「相手も嫌でしょうけど私も疲れるんです」と言っているから。「私

も疲れるんです」だったら、一応理解は示していますがあんまり共感している感じじゃないですね。

村上 Dr) そうですね、じゃあ1点で。

壁屋 CP) こんな感じで？ (スクリーンに示す)

一同うなずく。

壁屋 CP) 次は非社会性。

村上 Dr) これは対象行為だけで、病気に基づくものだけだから0点ですね。

田川 Ns) そうですね。

壁屋 CP) 後は何もありませんか？ (スクリーン示す)

西谷 Ns) ないですね。

一同うなずく。

壁屋 CP) 対人暴力。これが迷うんですよね。これ対人暴力ですかね？

村上 Dr) 難しいですね。

西谷 Ns) 直接的な対人暴力ではないですから。

田川 Ns) マニュアルには脅しは「明確な場合に限る」と書いてますね。

澤 PSW) 「ストーキングのように恐怖を引き起こす行為も含む」とありますね。これには入るんじゃないですか。

壁屋 CP) そうですね。水野さんは？

水野 OT) やっぱり恐怖を引き起こす行為には入ると思います。

壁屋 CP) 何点くらいですかね？

西谷 Ns) 電話だけだし、1日4～5回だからそんな大したことない感じしますよ。

村上 Dr) 実際あってみたら無言電話というのは恐いって。何にもできないんだから。1日4～5回は多いよ。2点。

田川 Ns) そうですね、2点ですかね。

壁屋 CP) じゃあ2点で良いですか？ (スクリーンに示す) 西谷師長、良いですか？

西谷 Ns) はい。

壁屋 CP) じゃあ個人的支援。

村上 Dr) これは事件の後にも家族がサポートしてますね。

西谷 Ns) この夫は良い人ですね。ふつうここまでしないですよ。

田川 Ns) そうですね。何かあるたび奥さんのために引っ越して。これだけしてもらったら良いですね。

壁屋 CP) じゃあ0点で良いですか？ (スクリーンに示す)

澤 PSW) そうですね。0点で。でも家族にサポートは必要でしょうね。

壁屋 CP) そうですね。じゃあコミュニティ要因。

田川 Ns) これは2点ですね。隣の人が妄想の対象だし。隣の人も帰ってきて欲しくないと言っているし。これまでは賃貸だったから引っ越してますけど、今度は持ち家だから引っ越しにくいですから。

村上 Dr) そうですね。

澤 PSW) 隣との調整が大変そうですね。

壁屋 CP) じゃあこれで。(スクリーンに示す)

一同うなずく。

壁屋 CP) ストレス。

西谷 Ns) 隣人に対する妄想がストレスになっていますね。

水野 OT) 昔から「結婚しなければ」とか「子ども生まなければ」とプレッシャーを感じてそれだけになってしまふところがありますよね。それがストレス耐性の問題につながっていると思います。

田川 Ns) 引っ越すたびに隣人が気になってますしね。神経質ですよ。

壁屋 CP) じゃあこれで良いですか？ (スクリーンに示す)

一同うなずく。

壁屋 CP) 物質乱用。

村上 Dr) これは無いですね。

壁屋 CP) 良いですか？ (スクリーンに示す)

一同うなずく。

壁屋 CP) 現実的計画。

澤 PSW) 今のところ計画がないので2点ですけど、8の地域の受け入れがネックになってきそうですね。

壁屋 CP) そうですね。じゃあ次コンプライアンス。

田川 Ns) コンプライアンスないですね。薬も飲む真似だけです。

村上 Dr) 治療を拒否していて病識もないですね。

澤 PSW) そうですね。

壁屋 CP) じゃあ良いですかね。水野さん良いですか？

水野 OT) はい。

壁屋 CP) じゃあ次、治療効果。

村上 Dr) これは敏感な部分に薬が効くと思いますよ。

壁屋 CP) 未治療が長いですし、効きますか？

村上 Dr) ある程度効きますよ。

壁屋 CP) じゃあ1点くらいですかね。(スクリーンに示す) 良いですか？

一同うなずく。

壁屋 CP) 治療・ケアの継続性。

西谷 Ns) コンプライアンスないですから2点ですね。

澤 PSW) 今治療関係取れてないし、その後もどうなるか不安ですね。

水野 OT) 敏感で不信感を抱きやすいし、外との交流を持ちにくいのが長期的にも難しそうに思います。

壁屋 CP) じゃあこんな感じで。(スクリーンに示す)

一同うなずく。

壁屋 CP) 個別項目はありますか？

西谷 Ns) 身体疾患もないですし、特にないですね。

一同うなずく。

<シナリオ>

壁屋 CP) シナリオに移ります。

田川 Ns) これはもう、人との関係ですぐに被害的になって問題行動を起こすことが考えられますね。

壁屋 CP) どんなことをしますか？

田川 Ns) 無言電話とか、ゴミ投げるとか。あと何がありますか？

西谷 Ns) あるとしたら被害を吹聴するとか、間接的な攻撃ですね。

壁屋 CP) じゃあ深刻さは？

西谷 Ns) 被害者が心身症になる程度。

壁屋 CP) そうですね、この人がいきなり包丁持って刺しに行ったりはしなさそうですね。

村上 Dr) 分からんよ。行くかも知れんよ。ここで医者Bになります。(席を立て別椅子に座る) いや、殺人

や放火の可能性も考えるべきです。

澤 PSW) あまりないと思いますけど。

壁屋 CP) きっかけは同じようなものですかね。きっかけは同じだけど深刻さ、頻度、切迫度、蓋然性が違う2つのシナリオを書きますか？

村上 Dr) 僕は必要ないと思うけど、全ての可能性を考えるべきだという意見もあると思う。

西谷 Ns) 必要ないと思います。放火とか殺人はないでしょう。

壁屋 CP) 私は実は殺人はないと思いますが、放火の可能性はあると思っています。

田川 Ns) シナリオ挙げたらマネジメントプランも挙げないといけなくないでしょう。

壁屋 CP) それはそうです。シナリオ挙げたら全てのシナリオについて治療・マネジメントプランを書きます。

田川 Ns) 放火を挙げたら火の管理を挙げないといけなくなる。そこまでは必要ないと思います。

壁屋 CP) 私は実は放火を挙げてもマネジメントプランは一緒だと思っています。深刻さが軽くて可能性が高いシナリオの方が先に起こって、それが放置されればエスカレートして放火につながる。だから一緒ではないけど、軽い方のシナリオで出てくる行為をモニターしておけば重い方のシナリオは防げると思います。

村上 Dr) 全ての可能性を出すべきという意見もあるだろうけど、火の既往もないし、放火は根拠がない。

壁屋 CP) いや、根拠がないわけじゃないです。この人の攻撃パターンは間接的で、直接殴りに行くような、刺しに行くようなパターンじゃないけど、この間接的な攻撃の究極的な形が放火。

村上 Dr) でも今のところ可能性がない。

壁屋 CP) 確かに可能性は低いと思います。数字は適当であまり根拠がないですけど、1%もないくらいだと思っています。でもゼロじゃない。一応頭には入れておいた方が良いでしょう。

村上 Dr) 放火とか、自省して落ち込んでの自傷とか、一般的注意義務レベルのものは書かないで、それが現実的に可能性が高くなってから書けば良いと思う。

澤 PSW) そうですね。毎週カンファレンスをするわけだから、状況が変わってリスクが高まって、改めてしなりをとって挙げることはできますね。

壁屋 CP) そうですね、一般的注意義務と言われるとそうかな、と思いますね。じゃあそれがリスクとして現実的になったときに書くというルールにする？

西谷 Ns) それでいいと思います。

田川 Ns) そうですね。

水野 OT) はい。

壁屋 CP) じゃあシナリオは1つだけですかね？

西谷 Ns) そうですね。他のは考えにくい。

村上 Dr) 1つで良いんじゃないですか。

壁屋 CP) じゃあ頻度。

田川 Ns) 高いですね。毎日でも繰り返しますね。

壁屋 CP) 切迫度。

西谷 Ns) 今の状態ならすぐにでもやりかねないですね。

壁屋 CP) 蓋然性も非常に高いということで良いですか？ (スクリーン示す)

一同うなずく。

<治療・マネジメントプラン>

壁屋 CP) 治療・マネジメントプランに移りましょう。モニタリング。

田川 Ns) これはもう本人の被害妄想。被害的な言動ですね。

壁屋 CP) そうですね。言ってくれば良いですけど、言わなかったらどうでしょう？

西谷 Ns) 不眠、不安、表情の変化を観察。

水野 OT) 外に出てこない、注察感のために外に出てこないというのは1つの目安でしょう。

村上 Dr) 陰性症状との鑑別は必要ですね。あとは通院、服薬の拒否。

壁屋 CP) 他には？

澤 PSW) それくらいですかね。

壁屋 CP) じゃあ治療。

村上 Dr) まず薬物療法で過敏なところと妄想へアプローチですね。

壁屋 CP) 水野さんは？孤立しやすいところに何かできませんか？

水野 OT) SST とか対人スキルのトレーニングで自分の不安を話せるようになったら良いですね。

西谷 Ns) 病識、心理教育は？

壁屋 CP) この人は個別に病気の話しをするのは厳しそうですね。

田川 Ns) 集団で他の人の話を聞いたら意外と「あんた病気よ」とか言いそう。

村上 Dr) 集団だったら他の人の病気を見て相対化できるようになる人も結構いますね。

壁屋 CP) そうですね、スタッフが言ったら反応するけど、他の患者さんから「自分と一緒に」とか言われたら変わるかもしれませんね。集団の心理教育で症状に距離が置けるようになると良いですね。他には？

西谷 Ns) それくらいですかね。

壁屋 CP) マネジメント。

澤 PSW) 家族がサポートしてくれてるので、病気の説明して対応を説明して。家族もフォローしないときついででしょうね。

壁屋 CP) この人の昼間の過ごし方はどうにかならんですかね？病院のデイケアには合わないと思うんですよね。

村上 Dr) すぐには出られないだろうから、まずは家族でしょう。平日昼間に実家の両親が相手してくれて、土日はだんなさんがいるから。

澤 PSW) 隣人への介入もしないといけなんでしょうね。

壁屋 CP) そこは被害者の保護にも入ってきますかね。隣人へは誰が入るんですかね？何かあったら連絡してください、くらいの体制はないと退院させてもらえないですよ？

澤 PSW) 退院してからの長期的なことになるので、退院地の社会復帰調整官になるんじゃないですか。実際にどれくらい社会復帰調整官が動けるか分かりませんが、被害者が不安を感じた時に社会復帰調整官を通じて連絡する体制を確保しておかないと。

壁屋 CP) その他は？

水野 OT) 近所のことに集中してしまうので、注意をそらすためにも余暇の過ごし方は大事でしょう。まず楽しみを探すことからになります。

壁屋 CP) 病院のデイケアという感じじゃないから、地域のデイケアとか、何か家の外での対人関係を広められないですかね？

田川 Ns) あとは出産のプレッシャーを減らして、それ以外の人生もあるというふうにしなないと。

壁屋 CP) これくらいですか。(スクリーンに示す)

<治療計画>

壁屋 CP) じゃあさしあたり急性期の治療計画。

村上 Dr) まずは薬。被害妄想に対する薬物療法でしょう。

田川 Ns) 飲みたがらないのはどうでしょう？

村上 Dr) 投薬方法を検討しないといけない。水薬とか注射とか。それで効いてくればまた変わるだろうから。倫理会議に出すことを準備しないと。

壁屋 CP) あとはさっきも出てた集団での心理教育で病識の獲得を目指しますね。

西谷 Ns) 家族のサポートは誰がしますか？

澤 PSW) じゃあ私が。家族に疾病を理解してもらって対応を学んでもらうように。

田川 Ns) 受け持ちも連絡とってやります。

壁屋 CP) コミュニケーション能力の部分はどうします？

水野 OT) すぐ SST と言っても入れないので、コミュニケーションに焦点を当てた OT プログラムとしておいてください。あと余暇の過ごし方を作るような余暇活動プログラム。

村上 Dr) この人は注察感が思春期から出てて、話していくと思春期の問題から出てくると思いますが、誰がその振り返りをします？

壁屋 CP) じゃあ私がします。後は？これくらいですか？(スクリーンで示す)

西谷 Ns) さしあたりこのくらいですね。あとは回復期に。

一同うなずく。

質疑

Q) 非精神病性症状で意見が割れたときに、重い方の評定ではなくて、軽い方に決めましたが、迷ったら重い方につけるというルールにした方が安全なのではないですか？

A) そのようなルールはありません。迷ったらどっちというルールを作ることよりも、皆が迷ったということを共有できることが大切と考えています。評定についてディスカッションする中で、根拠となる情報が集まってくるのが重要ですので、単純なルール化は行いません。

Q) では点数は重要ではないということですか？

A) そうではありません。点数も大事ですし、ディスカッションで情報が集まってくることも大事です。両方大事です。

Q) シナリオでは考えられるシナリオは全て書いて、その中から選んでマネジメントプランを書くのではないのですか？

A) 考えられるシナリオをたくさん書いても構いませんが、書いたシナリオに関しては全て治療・マネジメントプランを書きます。シナリオの番号と治療・マネジメントプランの番号は対応していて、シナリオ1に対するマネジメントプランが治療・マネジメントプラン1、シナリオ2に対するマネジメントプランが治療・マネジメントプラン2となります。

Q) シナリオをどこまで書くかという議論を実際の治療評価会議でするのですか？

A) しても構わないと思います。

解説

このモデルディスカッション例は、武蔵病院で実際に行われたものを一部改変したものです。この中で、シナリオはどの範囲まで書くのか、という議論に広がっており、この場で「一般的注意義務のレベルでは書かず、それが現実的にリスクが高まった時に書く」という結論が出ています。このルールは一律に定めたものではないので機関ごとに考えても良いと思いますが、運用上有用だと思われます。ただし「行為を振り返って落ち込んでの自傷」などが一般的注意義務であるという認識は前提として共有されている必要がある。またチームでこのように運用を話し合うことも有意義と思われます。

このモデルディスカッションは肥前精神医療センターと武蔵病院のスタッフによる混成チームとなっています。私自身、村上 Dr、西谷 Ns とはそれまでも共通評価項目の評定のディスカッションをしています。田川 Ns、澤 PSW、水野 OT とは初めてディスカッションをしました。そこで私はチームのバランスを取るために初めての3人に意図的に発言を促しました。各職種の専門性の部分に当たっては、それぞれの職種の意見を重点的に引き出そうとしていますし、特に積極的に発言しない水野 OT には特に多く水を向けています。「生活能力」の評定の際の、「監視が気になって外に出られず、行動が制限されているのは大きい」との水野 OT の発言は OT としての視点が特徴的に現れているものであり、かつ説得力のあるものでした。この時私は「水野さんの勝ち」とおどけた発言をしています。これは村上 Dr と意見が割れていた状況であったため、発言力の強い医師の言葉よりも説得力があるならば他の職種の意見を採用するというディスカッションのあり方を強調することを意図しました。

質疑

Q) 非精神病性症状で意見が割れたときに、重い方の評定ではなくて、軽い方に決めましたが、迷ったら重い方に付けるというルールにした方が安全なのではないですか？

A) そのようなルールはありません。迷ったらどっちというルールを作ることよりも、皆が迷ったということを経験できることが大切と考えています。評定についてディスカッションする中で、根拠となる情報が集まってくるのが重要ですので、単純なルール化は行いません。

Q) では点数は重要ではないということですか？

A) そうではありません。点数も大事ですし、ディスカッションで情報が集まってくることも大事です。両方大事です。

Q) シナリオでは考えられるシナリオは全て書いて、その中から選んでマネジメントプランを書くのではないのですか？

A) 考えられるシナリオをたくさん書いても構いませんが、書いたシナリオに関しては全て治療・マネジメントプランを書きます。シナリオの番号と治療・マネジメントプランの番号は対応していて、シナリオ1に対するマネジメントプランが治療・マネジメントプラン1、シナリオ2に対するマネジメントプランが治療・マネジメントプラン2となります。

Q) シナリオをどこまで書くかという議論を実際の治療評価会議でするのですか？

A) しても構わないと思います。

Q) モデルディスカッションでは心理療法士が司会・書記をされていましたが、実際には誰がディスカッションをリードするのでしょうか？

A) MDT のカンファレンスでは、そのチームごと、またその都度司会や書記が変わり、誰がリードするというのも決まっていません。チームによって、また対象者の状態によっても変わります。

Q) 共通評価項目はリスクを中心にしていますが、strength は評価しないのでしょうか？ また評価のときに重要視している点は何でしょうか？

A) リスクを中心に評価して、常に点数が高い方が悪いように統一していますが、例えば内省・洞察は内省がなければデメリット、リスク因子ですが、内省があればそれは strength として考えられると思います。また現実的計画は、対象者が仮に症状が残っていてもどうカバーするかという計画になって、退院の際に最も重要視される項目です。これは strength モデルと言って良いのではないのでしょうか。

評価のときに重要視する項目と言うと、全て大事、ということになるのですが、最も大事にしているのは多職種の違いじゃないでしょうか。職種によって重要視する項目は違ってくると思います。例えば CP は内省・洞察を重視し、医師は精神病性症状を重視し、OT は生活能力、PSW は生活能力と個人的支援、コミュニティ要因を重視するというふうに違っていると思います。この視点の違いと、役割分担の際のアプローチの違いを重視します。評定の際にそれぞれの職種の違った見方を持ち寄って1つの評価にし、1つの評価からそれぞれのアプローチを持ち帰っていくところが医療観察法での MDT の医療の特徴と言えるでしょう。また、各項目を評価しながら、以後の治療の際にどこがポイントとなるかもイメージしながら進めることが重視している点でもあります。

共通評価項目記録用紙

患者氏名: _____ 生年月日: _____ 評価日: _____
 担当者: Dr.: _____ Ns: _____ PSW: _____ OT: _____ CP: _____
 社会復帰調整官: _____ その他: _____

評価項目	情報/判断材料/備考	最終観察日 1)2)3)9) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
精神医学的要素			
1)精神病性症状	1 2 3 4 5 6	年 月 日	
2)非精神病性症状	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年 月 日	
3)自殺企図		年 月 日	
個人心理的要素			
4)内省・洞察	1 2 3 4		
5)生活能力	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14		
6)衝動コントロール	1 2 3 4 5		
対人关系的要素			
7)共感性			
8)非社会性	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
9)対人暴力		年 月 日	

評価項目	情報／判断材料／備考	最終観察日 1)2)3)9) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
10) 個人的支援			
11) コミュニティ要因			
12) ストレス			
13) 物質乱用			
14) 現実的計画	1 2 3 4 5 6 7 8		
治療的要素			
15) コンプライアンス			
16) 治療効果			
17) 治療・ケアの継続性	1 2 3 4 5		
個別項目			

リスクのシナリオ

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
性質： どんな種類の問題（例 えば暴力）が起こる か？			
深刻さ： どのくらい深刻な問題 （例えば暴力）が起こ るか？			
頻度： どのくらい頻繁に問題 （例えば暴力）が起こ るか？			
切迫度： どのくらい切迫してい るか？			
蓋然性： 問題（例えば暴力）が 起こる可能性はどのく らいか？			

治療・マネジメントプラン			
	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
<p>モニタリング： リスクの注意サインを どのようにしてモニタ リングするか？ どんなことがあればリ スクを再評価しなけれ ばならないか？</p>			
<p>治療： 介入すべき優先度の高 い問題は何か？ リスクファクターに対 してどのような治療戦 略がとられるか？</p>			
<p>マネジメント： リスクの防止のために 持続的に必要な支援は 何か？</p>			
<p>被害者の保護： 被害者を保護するた めに必要なプランは？</p>			
<p>その他考慮すべきこと は？</p>			

治療計画

評価日

患者氏名：	担当者 Dr.：	Ns：	
生年月日：	PSW：	OT：	CP：
カルテNo.：	その他：		

治療計画

フォーカス	治療課題	目標	治療計画	担当者