

いう思いが芽生える。そのような心境は結果的に、再被害行為をするまいという決意につながっていくと考えられる。従って、入院中から、退院後の生活イメージや現実的な目標、そして未来への希望を対象者とともに見出し、作り上げていく綿密な関わりが求められるだろう。

不変パターンのA氏は、退院後の内省深化は見られないものの、身近に信頼できる重要他者の存在を感じられることや、生活に充実感を感じ、今後に向けて希望をもつことができている、そのことが被害行為の再発を予防する要因となっていたと考えられる。

A氏のように修正困難な妄想が持続している場合には、内省深化は困難となることが多い。A氏の例から、内省深化が再被害行為予防のための重要な要因であることは間違いないが、将来の展望を伴って定した生活を構築できれば、内省深化の不足をある程度補えることがわかる。

従って退院後の内省に影響を与える要因や内省深化のパターンを考慮に入れながら、入院中から対象者ととも準備していくことが必要と考えられる。

2) 入院体験の位置づけと支援のあり方

入院体験を振り返り、「あそこに行ったから今の喜びがあったし、今頑張れる。あそこになかったらだらけた生活をしていたと思う」と語る協力者がいる。「入院生活が基盤になって今の自分があるんです。花開いてくれればいいなと思うんですが、まだうまくいかないところもあって…」と語る協力者もいる。これらの言葉から、対象者の入院体験が、自身の立ち返る場となり、退院後を支える基盤となっていることが伺える。

とりわけ、入院中に【安心できる援助関係】を実感できた場合に、退院後も《対人交流の希求》がなされ、《対人関係における安心感の獲得》をしやすと考えられる。入院生活そのものを連帯感を感じられる懐かしい思い出として語ら

れることも多く、入院中の暖かな対人関係の持ち方がその後の対人関係を育てていく土台となっている。

指定入院医療機関の看護師には、入院体験が退院後を支える基盤作りであることを意識しながら、入院中の変化に注目するだけでなく、入院体験が対象者の将来にどのような影響を及ぼすのかを考慮し、長期的な展望を見出しながら関わることを求められるだろう。

また、対象行為を起したことによる入院体験によって、退院後、多くの協力者が《社会の中での孤立感の高まり》を感じている。同様の問題を抱え、同じ入院体験をしたという共通体験をもつ対象者同士の支えあいも必要不可欠であり、入院中からピアサポートの姿勢を育む体制が必要だろうと考える。

E. 結論

①退院後の対象行為に関する内省深化には以下の3つのパターンがあることが確認された。

- ・ 不変パターン
- ・ 社会に直面することで内省深化するパターン
- ・ 人生に影響を与えたことを理解することで内省深化するパターン

②対象行為の内省深化に向けた関わりでは以下のことが示唆された。

- ・ 空間的意味づけである4段階（損得勘定→親しい人へ迷惑をかけた思い→被害者に悪い事をした→社会に迷惑をかけた）に加えて時間的意味づけ（対象行為が人生に与えた影響を理解）も考慮しながら、対象者と振り返りの機会をもつ。
- ・ 現実認識の乏しい場合に、直面化を意識して関わる。
- ・ 内省深化が困難な場合に、対象者の周囲に内省深化を補完する体制作りを行う。

①入院中の関わりでは以下のことが示唆された。

- ・ 退院後の支える基盤作りを意識して関わる
- ・ 暖かな対人関係の持ち方がその後の対象者の対人関係を育む
- ・ 長期的な展望を見出しながら関わる
- ・ ピアサポートを育む体制作り

<謝辞>

本研究にご協力くださいました皆様に深く感謝いたします。

<参考文献>

- 1) 熊地美枝, 高崎邦子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際, 平成 15~17 年度厚生労働科学研究費補助金「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」, 平成 17 年度総括・分担報告書, 588-597, 2006
- 2) 熊地美枝, 高崎邦子, 小原陽子, 杉山茂, 太智晶子, 成瀬道夫, 高橋直美, 田川理絵, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 対象行為に関する対象者との話し合いの実際状況と内省プロセスの明確化 (第 1 報), 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断, 治療及び社会復帰支援に関する研究」平成 18 年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」, 2007

3) 熊地美枝, 高崎邦子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際. 臨床精神医学, 36(9): 1153-1161, 2007

4) 熊地美枝, 高崎邦子, 小原陽子, 杉山茂, 太智晶子, 高橋直美, 高橋理沙, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 対象行為に関する対象者との話し合いの実際状況と内省プロセスの明確化 (第 2 報), 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断, 治療及び社会復帰支援に関する研究」平成 19 年度分担報告書「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究」, 39-51, 2008

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 熊地美枝, 高崎邦子, 小原陽子, 杉山茂, 太智晶子, 高橋直美, 高橋理沙, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 日本精神障害者リハビリテーション学会 第 16 回東京大会 (2008.11.23) 対象行為に関する対象者との話し合いの実際状況と対象者の内省プロセスの明確化 (第 2 報)

表 1 研究協力者概要

研究 ID	性別	年齢	疾患名	対象行為	退院後の期間
A	男性	50 歳代	妄想型統合失調症 (物質使用歴あり)	放火	1 年以上
B	男性	30 歳代	統合失調症 (物質使用歴あり)	殺人	1 年半以上
C	男性	30 歳代	統合失調症 (物質使用歴あり)	傷害	1 年以上
D	男性	50 歳代	統合失調症	傷害	半年未満
E	男性	30 歳代	統合失調症	住居侵入, 傷害	2 年半以上
F	女性	20 歳代	統合失調症	殺人未遂	1 年以上

表2 分析結果一覧

研究ID	分析テーマ			入院中の医療に期待すること	内省変化 (第2段階)	内省深化のバターン
	病氣への構え	生活の中で感じていること	入院中の医療に期待すること			
A	<p>《病氣の受容》 《自己状態の把握》 《病氣や治療をめぐる葛藤》</p>	<p>《一時的な開放感》 《社会の中での孤立感の高まり》 《対人交流の希求》 《対人関係における安心感の獲得》 《ゆとりや楽しみの再獲得》 《社会参加の意欲の高まり》 《生活の再構築》</p>	<p>《安全の保障》 《患者主体の医療》</p>	<p>【妄想の解釈が固定】</p>	<p>●不変バターン</p>	
B	<p>《自己状態の把握》 《病状のセルフマネージメント》</p>	<p>《新たな生活への適応》 《社会の中での孤立感の高まり》 《対人関係における安心感の獲得》 《社会参加の意欲の高まり》 《生活の再構築》</p>	<p>《安全の保障》 《患者主体の医療》 《教育支援》 《退院後の生活を見据えた援助》</p>	<p>【現実認識の促進】 【周囲・社会の反応を意識】 【共感性の促進】</p>	<p>●社会に直面することで内省深化するバターン</p>	
C	<p>《病氣の受容》 《自己状態の把握》 《病氣や治療をめぐる葛藤》 《病状のセルフマネージメント》</p>	<p>《新たな生活への適応》 《生活の再構築》 《社会の中での孤立感の高まり》 《対人交流の希求》 《対人関係における安心感の獲得》 《社会参加の意欲の高まり》 《社会参加の実感》</p>	<p>《安全の保障》 《患者主体の医療》 《教育支援》 《退院後の生活を見据えた援助》</p>	<p>【現実認識の促進】 【周囲・社会の反応を意識】 【社会に与える影響を考えるようになる】 【共感性の促進】</p>	<p>●社会に直面することで内省深化するバターン</p>	
D	<p>《療養の充実》 《病状のセルフマネージメント》</p>	<p>《新たな生活への適応》 《ゆとりや楽しみの再獲得》</p>	<p>《安全の保障》 《患者主体の医療》 《教育支援》 《人との関わりへの支援》 《退院後の生活を見据えた援助》</p>	<p>【後悔の深まり】</p>	<p>●人生に影響を与えたとを理解することで内省深化するバターン</p>	
E	<p>《病氣に対する認識不足》 《治療への不満足感》 《療養方法の理解の促進》 《病氣の受容》 《自己状態の把握》 《治療への受動的な参加》</p>	<p>《一時的な開放感》</p>	<p>《安全の保障》 《教育支援》 《退院後の生活を見据えた援助》</p>	<p>【現実感の希薄さの持続】</p>	<p>●不変バターン</p>	
F	<p>《病氣の受容》 《治療への受動的な参加》 《病状のセルフマネージメント》</p>	<p>《生活の再構築》 《社会の中での孤立感の高まり》 《対人交流の希求》 《対人関係における安心感の獲得》 《社会参加の意欲の高まり》 《社会参加の実感》</p>	<p>《安全の保障》 《患者主体の医療》 《教育支援》 《内省深化の促進》</p>	<p>【現実認識の促進】 【周囲・社会の反応を意識】</p>	<p>●社会に直面することで内省深化するバターン</p>	

表3 内省深化パターン別一覧

研究ID	空間的意味付け			時間的意味付け		自己対処	内省深化のパターン
	まずいことをしたという損得勘定	家族など親しい人に迷惑をかけたという申し訳なさ	被害者に悪いことをした被害者感情への共感	社会に迷惑をかけた	人生における位置づけ		
A	まずい自分の行為は悪いすごい事をした					妄想対象には近づかない。第3者に相談する。再被害行為をしない決意	不変パターン
B	まずかった、失敗した悪いことをしたいろいろな理由と思われたいは仕方ないがっらい			社会に迷惑をかけた周囲の目が気になり、顔を合わせないようにしている。		再被害行為をしない決意。再被害するくらなら自殺	社会に直面するこ とで内省深化する パターン
C	後悔しているまずかった	自分の家族にも申し訳ないことをした。家族に迷惑をかけた友達に心配かけた	被害者に謝りたい。被害者に迷惑をかけた被害者の家族にも申し訳ないことをした。	社会に迷惑をかけた。		再被害行為をしない決意。	社会に直面するこ とで内省深化する パターン
D	もう少し考えて行動すればよかった	一番に家族に迷惑をかけた	被害者の後遺症を心配する気持ち被害者に申し訳ない		改めて今回のことでの自分の人生の大事な時期を失い、情けない思い。		人生に影響を与えたことを理解することでの内省深化するパターン
E	情けない、変なことをやった。悪いことをした。	家族に迷惑をかけた…でもないか。					不変パターン
F		家族を裏切った思い。家族に悪いことをした	自分をみただけでも怖い思いをしているかも。	周囲にも迷惑をかけた。周囲が自分をみて怖い思いをしているかもしれない。周囲の目を気にするようになった		自分の行動に責任を持つ決意	社会に直面するこ とで内省深化する パターン

表 4 病気への構え

充実高い



内省深化 パターン	《病気に 対する 認識不足》	《治療への不 満足感》	《病気や 治療をめぐる 葛藤》	《療養方法の 理解の促進》	《治療への受 動的な 参加》	《病気の 受容》	《自己状態の 把握》	《病状の セルフマネー ジメント》	《療養の 充実》
不变パターン	○	○		○	○	○	○		
A			○			○	○		
C			○			○	○	○	
F					○	○	○	○	
B							○	○	
D								○	○

表5 生活の中で感じていること

生活

充実度の高まり

内省深化パターン	《一時的な開放感》	《生活の再構築》	《新たな生活への適応》	《ゆとりや楽しみの再獲得》	《社会参加の意欲の高まり》	《社会参加の実感》
E 不変パターン	○					
A 社会に直面すること内で内省深化するパターン	○			○	○	
B 社会に直面すること内で内省深化するパターン		○	○		○	
C 社会に直面すること内で内省深化するパターン		○	○		○	○
F 社会に直面すること内で内省深化するパターン		○			○	○
D 人生に影響を与えたことと理解すること内で内省深化するパターン			○	○		

人との交流

充実度の高まり

内省深化パターン	《社会の中での孤立感の高まり》	《対人交流の希求》	《対人関係における安心感の獲得》
E 不変パターン			
A 社会に直面すること内で内省深化するパターン	○	○	○
B 社会に直面すること内で内省深化するパターン	○		○
C 社会に直面すること内で内省深化するパターン	○	○	○
F 社会に直面すること内で内省深化するパターン	○	○	○
D 人生に影響を与えたことと理解すること内で内省深化するパターン			

表6 入院中の医療に期待すること

研究ID	《安全の保障》	《患者主体の医療》	《教育支援》	《人との関わりへの支援》	《内省深化の促進》	《退院後の生活を見据えた援助》
A	○	○				
B	○					○
C	○	○	○			○
D	○	○	○	○		○
E	○		○			○
F	○	○	○		○	

表7 内省深化の促進要因・阻害要因

内省深化を促進するもの	内省深化を阻害するもの
社会と直面すること 支えとなる重要他者の存在 生活の充実	現実感の希薄さ 支えとなる重要他者の不在 生活の充実のなさ 目標や未来への希望がない
目標や未来への希望をもつ	

3) - 1 : グループ・プログラムにおける多職種の連携と役割分担
医療観察法における認知行動理論に基づいた看護面接の展望

研究者名 ○平野 豊和*
佐藤 萌*
三上 勇気**

(*独立行政法人国立病院機構東尾張病院 **愛知県立看護大学助教 認定行動療法士)

研究要旨

本稿では、看護師が実践した個人 SST プログラム (看護面接) の有効性を検討すると共に、看護における看護面接の展望について報告する。2003 年 7 月、「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)」が制定され、当院では 2005 年 12 月に医療観察法に基づく指定入院医療機関が開設された。医療観察法における入院処遇ガイドラインには、到達目標の一つとして、「認知行動療法、心理教育、集団精神療法、個人精神療法等を通して、疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る」との記載がある。

今回、個人精神療法として、看護面接を実施した 2 事例の報告である。当院は、般化を目的として看護面接が構造化されている。これは、集団 SST プログラムのみでは日常生活への般化は難しいとしており、看護面接は、患者が集団 SST プログラムで見出したスキルを般化することが目的とし求められている。「疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る」過程として看護面接を行った事例について報告する。また、その事例に関して、日本行動療法学会認定行動療法士のスーパービジョンを受け検討した、今後の認知行動理論に基づいた看護面接の展望について報告する。

A. 研究目的

2003 年 7 月医療観察法が制定され、当院にも 2005 年 12 月医療観察法に基づく指定入院医療機関が開設された。その中の治療目標とし「認知行動療法、心理教育、集団精神療法、個人精神療法等を通して、疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る」と記載がある。認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy : 以下「CBT」) は医療観察法による医療においてその必要性が重要視され、看護師もその導入やフォローの役割が期待されることがガイドラインに明示されている。

前年度の本班研究報告書に当院で行っている集団 SST プログラムについての報告を掲載し

た。今回は当院で看護師が行った 2 事例の看護面接 (個人 SST プログラム) について報告し、今後の医療観察法による医療における看護面接の展望について報告する。

B. 研究方法

1. 調査対象

医療観察法病棟入院中の対象者 2 名。

2. 調査方法

報告者が行った看護面接の概要と、それに対して、日本行動療法学会行動療法士が実施したスーパービジョンの内容を報告する。

3. 分析方法

スーパービジョンでは、行動分析によるアセ

メントを用いた。CBTアプローチを行う際に、行動分析で用いられるダイアグラムが非常に有効であるとされている。そこで、看護師の実施した看護面接のダイアグラムとスーパービジョンにおけるダイアグラムを比較し、アプローチに関し分析を行った。

4. 倫理的配慮

当院の倫理委員会の承認を得た後、対象者から同意書を得た。

C. 研究結果

<症例1>

- 1) 診断名：妄想型統合失調症
- 2) 対象行為：強盗
- 3) 生活歴

学生時代、成績は上位で、グループの中心的存在であり、近所の子どもとよく外で遊び、兄のグループについていくことが多かった。兄の影響で、喫煙程度の非行があったという。卒業終了後、国税局に入庁し、約20年間税務署の機関で働く。

4) 病状の経過

数年前の年末が近づく頃、しっかりと仕事を仕上げないといけないことや、部下に指導しながら案件に当たること、同僚との足の引っ張り合いにストレスを感じ、疲労感や緊張感、孤独感を感じ、熟眠感のなさなどが出現した。

その中で、調査する内容が漏れているように感じ、上司に相談することも考えたが、出世に影響するなど考え相談せず案件にあたった。部下が「もうしてはいけない」と言っていることを聞き、彼らが情報を漏らしていると確信した。また職場で「しばくぞ」「火をつけてやる」とも聞こえて不安になり、夜中に音がすると外を確かめに行ったりした。また、家族しか知らないような内容を、職場の隣の席の人が背後から自分に言ってくるようになり、自宅に盗聴器

が仕掛けられていると考えた。背後から言われた際は、確認をせず、全て囁きみしている。

このようなことから退職願を出し、妻に伝えたところクリニックを勧められ受診した。その後、医師に「自分は病気じゃないから」と言いつつ服薬を中断したが、家族には「医師に飲まなくてもいいと言われた」と話していた。その後職場が変わり、平穏に過ごしていたが、自分の事案が表彰の対象になった頃から、妻と職場の人間が不倫している、妻が職場に来て自分が表彰されるのを妨げている、と感じ始めた。妻を信じることにし、しばらくは無視していたが、再度不倫をするという噂が聞こえ、妻に裏切られたという気持ちが強くなり、家を出て、離婚届・退職届を出した。しかし、離婚届・退職届は受理されていないことを知り妻にメールや上司に電話をしたが、何も答えてくれず、自分が犯罪者になれば全てが上手くいくと思い、通り道にある銀行へ強盗に入った。

生活状況としては、毎晩お酒を飲んでおり、ストレスがたまったり、眠れなくなると飲酒量も増えていた。自宅での居場所もなく、仕事帰りに1人で飲むことが多かったと話している。

5) 当院における治療経過

入院前からストレス対処の方法は、「飲酒」又は「何もできずにストレスに曝され続ける」であった。そこで、それ以外の方法を強化し取り入れることができるように介入する必要があると判断した。しかし、スタッフからみてストレスがあるだろうと思える場面でセルフモニタリングを促すアプローチを行っても、うまく実行できない状況であった。この状態が改善されなければ、退院後もストレスに関してモニタリングできず病状が悪化する可能性が危惧された。そこで、ストレスに関するセルフモニタリングができるようになることを目的とした看護面接を導入した。

継続的な看護面接を実施し、事前情報・看護面接中の行動分析から、ストレス状況が弁別刺激となって飲酒等の回避行動による不適切なストレス対処行動に至っていると考えた。日常的に見られるであろうストレス状況についてモニタリングできるように、看護面接場面だけでなく日常生活でも活用できるモニタリングシート（図2）を作成した。

日常的な関わりとしては、代替行動として相談行動をとるように促した。また、ストレスに関する知識を獲得するため、疾患教育・依存プログラムを実施した。その後、懲戒免職の不服申し立ての会議に出席したり、対象行為地や人混みへ行き、A氏が自身の状態の変化をモニタリングできるか、どのような対処を実践するか行動実験を行ったりした。その際、表情の強張りや緊張した様子がみられたがそれ以上の行動が観察されることはなかった。

<症例2>

妄想型統合失調症 対象行為：放火

学生時代、父親に言われたことが気に入らず、消火器で殴ろうとする等の行動が見られていた。その後徐々に潔癖症様の行動が目立つようになり引きこもりとなる。一時的に学校には通うようになり、潔癖症様の症状も見られなくなるが、友人との喧嘩で自分の居場所を失ったように感じ、自殺を考え手首を自傷することがあった。社会人になった3年前より、音に敏感になり、大声を出す・自宅の壁を壊す・父親の注意に腹を立てテレビを投げる・近所に向かって暴言が見られ、精神科病院に入院。以後2回の入院あり。退院後一人暮らしをしたが「自分だけ周りと違う。友達ができない」「殴られるかもしれない。何をされるかわからない」といった内容を母親に話し自宅に戻り通院再開。再就職するも職場の衛生管理に不満を募らせ退社。その後、精

神的に不安定になり、摂食不良、両親に対して奇声を上げるなど見られ自室に籠る。その後独語や粗暴な言動が目立つようになり、次第に滅裂状態となって、自宅の放火に及ぶ。

入院当初より、「荷物を触る時は断ってからにして下さい」「〇時までは絶対に起こさないで下さい」等、ルールを決めそれに反した事を医療スタッフが行うと声を荒上げる等の反応が見られた。この自分ルールに関して看護面接を開始とした。

計4回の看護面接を実施。事前情報・看護面接中の行動分析から、自分ルールが弁別刺激となって対象行為に至っていると考えた。看護面接から「そうでないとおかしい」「〜でなければいけない」と強い考えが浮かび、怒りやストレスに繋がり、自分ルールと対象行為に関して「関係あります。」「あの時は『テリトリー』に誰にも入ってほしくなくて…」と話をする。ルールとテリトリーの違いについて確認すると、「考えに余裕がなくなる時にテリトリーになる。」と話す。自分ルールが影響し日常生活に支障をきたしていることを説明し、今後、日常生活において支障を来した時には自分ルールを考えすぎているか？と自分に言い聞かせるように説明する。またホームワークとして自分ルールの一つの課題を決め1つずつ行動実験し、不安が生起されないことをした。行動実験した結果、「自分で決めつけていてイライラしていた。でも、（自分ルールに遭遇した時にその場に居続けても）自分の決めていた通りにならなくて。そしたら大丈夫なのかな？って思ってた。」と自分ルールに関して違う見方ができるようになる。しかし、対象者自身でも認識できていない自分ルールがあったためか、声を荒上げる等怒りに繋がる場面が改善されることはなかった。

D. 考察

<症例1>

具体的なスーパービジョンの内容

ストレス状況という弁別刺激の抽象度が高すぎて、何を焦点化して観察すれば良いのか把握しかねる。弁別刺激とは、それがあれば必ず標的行動が生起される、または、それがなければ行動が生起されない刺激を指すのだが、ストレス状況でのみ飲酒という回避行動が取られていたのであろうか。飲酒はアルコールの依存性・中毒性による習慣化された行動である可能性もあり、また快感情の増加等の正の強化を得るための随伴性である可能性もある。

さらに、ストレス状況に対する対処行動として必ず飲酒行動が取られ、全てのストレス場面において対処できていたとも考えにくい。

統合失調症の場合はラポール形成に時間を要することから例外もあるが、通常 CBT を導入後3ヶ月経過しても状況の改善が得られない場合は、介入の視点がずれている可能性があり、アセスメントを見直す必要がある。

そこで、まず、ストレス場面の特定を行う。対象行為の際には職場の人間に対する被害妄想が観察されていたことから、弁別刺激として、『周囲の人間の自分の噂話をしていると思わせる行動』があり、「妻が浮気をしている」、「職場の人間が家庭のことを知っている」などの発言から、自宅でも職場でも逃げ道のないような切迫した状況が継続し、心身共に衰弱した状況が伺える。

後に対象行為を行った理由として、「犯罪者になればすべてがうまくいくと思った」と語られているが、この対象者の特徴として、感情表出の言語化が少なく真面目であったことから、自尊心が低く、攻撃せざるを得ないほどの強い不安や怒りを抑圧する可能性がある。

そのため対象行為は、抑えきれない攻撃性を

コントロールするための回避行動つまり、『人に攻撃することなど許されない』というような理性的判断や『自分では抑えきれない』というような自動思考に基づき、犯罪者になり拘束されること一が目的であり、対象行為はそのための手段であったと推測される。背景に存在する妄想は、自分を捕縛させるといった回避行動を取らざるを得ないほどの内容だったのではないだろうか。(図5)

例えば、「妻が浮気をしていて、その相手は職場にいて、陰で自分のことを笑っている」といった被害関係妄想があった場合、『妻に捨てられるかもしれない』『愛されていないのかもしれない』というような自動思考が発生することは容易に想定される。

対象者の場合は、このような自動思考を契機に、不安や怒り・脅えが生起され、行動化に至ったと推測される。この行動は、対象行為時には銀行強盗という形で発露されたが、対象行為以前には銀行に関するエピソードは観察されておらず、本人の主たる苦痛は『妻が浮気をしている』『職場の人間が家庭のことを知っている』などの被害関係妄想である。従って、実施者が暴露させた対象行為を行った『銀行』という場そのものがストレスフルな状況であることは結論の急ぎすぎといえる。

対象者は恐らく、耐えがたいほどの不安から、捕縛されることを目的に対象行為に至ったのであろう。実施者は対象行為に至った場所を弁別刺激として捉え、暴露法を用いているわけだが、暴露法は刺激に晒されても不安が持続しないことを本人に自覚させることで弁別刺激の機能を消去することが目的であり、刺激に晒すこと自体が重要なのではない。確実に特定された弁別刺激に対して暴露することで初めて意味を持つことから、標的行動を生起させる弁別刺激の同定は重要である。ダイアグラムに示される他の

要素についての同定も同様であることは言うまでもない。

弁別刺激の同定後は、弁別刺激が機能しないように介入する必要がある。そのための手続きとしては、弁別刺激であることを患者本人と相互に確認した上で、刺激について本人がどう思っているのかを検討し、弁別刺激により活性化される妄想や自動思考の妥当性を検討することによって、認知の再構成を行っていく。その際、自分の感情を抑圧する傾向のある対象者であるため、自傷のリスクを考慮した介入も平行していく必要がある。

上記アセスメントの不備により認知の再構成が実施されていないものの、併用させるアプローチとして、競合行動バイパス・モデルに基づき『相談する』という代替行動を促進し、セルフ・モニタリングシートを使用したアプローチを実施していたことは手続き的に間違っていない。ただし、実施の際に、気づきを促したり本人が実践しやすいようにするプロンプトに不足があることは否めない。

例えば、被害妄想や自尊心の低さから、相談すること自体が『迷惑をかけているのではないか』という弁別刺激となり得る。また頓服薬を取りにくくすることも、言語化のされにくい対象者の何らかのメッセージであると捉えられるので、この機会を大いに利用すべきである。これらを資源とし、対象者と共にどういった状況がストレスとなり得るのかについて検討する。

また、本人にとって当たり前の出来事であるため言語化されない要因が存在する可能性もあることから、状況に合わせたプロンプトを与える必要もある。例えば、日常生活場面で弁別刺激となり得る状況を看護師が意識的な観察を通じて見極める必要がある。すなわち、患者の表情や行動の変化を的確に捉え、何があったのか、それをどのように受け止め、どのように感じた

のかを聞き対象者の抱えている問題を意識化させる。このように、日常生活場面に寄り添う看護師だからこそタイムリーかつ効果的に行えるプロンプトは多いと考えられる。

さらに、モニタリングシートにストレスとなった出来事を記載する項目があるので、これを活用し弁別刺激を抽出していくこともできるだろう。そのためには、出来事の欄には『裁判』のような健康的なストレス場面の記載ではなく、対象者にとって『当たり前で我慢すべきこと』と感じている些細で日常的かつ病的な出来事に関して記載できるようなプロンプトが必要であったと考える。ストレス状況のモニタリングが困難な対象者であることから、単にモニタリングのための材料を提示し、対象者の自己努力に任せるのでは不十分である。対象者に実施者の提示した課題を目的通り十分活用させるためには、適切なプロンプトが必要であることを理解して実施していただきたい。(三上勇氣)

<症例 2>

具体的なスーパービジョンの内容

個人 SST 導入時点から既に、実施者は『自分ルール』という単語を作り出し、本人に確認しないまま『自分ルール』が問題であると確信してしまっている。そのため、妄想型統合失調症という疾患が影響した何らかの被害妄想が背景にあるかもしれないという可能性に思い至れず、本人が何故『自分ルール』という約束事を決めざるを得ないのか、それにはどのような状況が影響し、どのような思考によるものなのかの検討がされていない。アセスメントを行うために何らかの推論を立て対象に接近していくことは必要であるが、CBT は協同的経験主義を重要視しており、対象者自身が主体的に問題のセルフコントロールが行えるようになるために、また実施者の推論が的を得ているものなのかの確認

をするためにも、本人と共に問題を整理・検討していく必要がある。

この症例では恐らく、『自分が脅かされるかもしれないという状況』が弁別刺激となり、自身の領域を脅かされないようにするために『これをすれば自分の身は安全だ』という本人なりのルールが作られていたと推測される(図6)。つまり、どのような被害妄想があったかは実施者からの情報では明らかでないものの、攻撃せざるを得ないほどの切迫的な被害妄想が発動される条件が弁別刺激である。このルールを作ることが、脅かされるという不安や恐怖感情から生じられた回避行動であったとするならば、自分を注意する父親や自身の部屋に入った母親に対し攻撃性が向けられたことも、自己防衛を図るための行動であったと理解できる。

実施者によれば、介入を行う中で、ルールによっては逸脱しても抵抗を示さなくなったものの、依然として強固なルールが残存し、精神症状の改善もみられなかったという。ルールは、脅かされている状況から自分を守るためには作らざるを得ないものであり、例えルールと対応する状況の一つひとつ暴露し、不安が長く続かないことを本人に意識させることで消去していったとしても、その背景にある妄想の確信度が低下していなければ、状況に応じたルールが例外として許容されるのみに留まり、また別のルールが本人の中で作成されるだけで事態の改善に至ることはできないだろう。

問題の根底にある妄想を扱うためにも、どのような状況に脅かされると感じてしまうのか、脅かされる状況だと何故思ってしまうのか、どんな被害妄想を持っているのか、また妄想を起因として生じられる自動思考としてどのようなイメージが浮かんでいるのか、これらによる身体的な反応にはどのようなものがあるのかについて、本人と共に検討しなければならない。

手続きとしては、まず行動実験による自動思考の再構成を行っていく。その際、どのようなことが起こるのか予め本人にイメージをさせ、本人が想像した最悪の結果が起こらないことを確認していく。また、身体反応の変化も本人にモニタリングするよう促し、不安が軽減していく様子を自覚してもらおう。身体反応のモニタリング方法の一例として、脈に触れることは脈拍に注意を向けることで弁別刺激の作用が弱まると共に、緊張状態からの回復のモニタリングが簡易に実施できる手段の一つである。このように、回避せざるを得ない切迫した状況は起こりえるのか、その自動思考は妥当性のあるものなのか、また自動思考の認知により、どのような行動がどの程度制限されているのかを検討し、約束事を守らなくても『脅かされることはないかもしれない』という実績を積み重ねていく。確信度の高い妄想は、変容を試みても本人の抵抗が強くなりラポール形成にも悪影響を与える場合がある。したがって、比較的表層にあり変容可能な自動思考の再構成により確信度を下げていくことが必要である。

尚、ラポール形成は、対象者と共に問題に向き合う際の必須事項であり、特に統合失調症の場合は、被害妄想をもちやすい等困難なことが多く重要視される。また、対象者自身のために共に努力していきたい、被害妄想による不利益が大きいため対象者の力になりたいという姿勢を常日頃から示していく必要があり、看護師は日常生活場面を援助する中でこれを示す機会に恵まれると考える。(三上勇気)

E. 結論

CBTは看護実践においても、今までSSTの場面で多く用いられてきた心理療法である。SSTは行動療法の理論を重要な裏付けとしているが、行動分析等による的確なアセスメント

が不十分なまま実施されている場合が多い。今回、看護師である日本行動療法学会認定行動療法士からスーパービジョンを受け、看護面接(個人 SST プログラム) について考察した。今後、看護に CBT を確実に取り入れていくことによって、適切なアセスメントと実践が見出されるのではないかと考えられる。

<引用・参考文献>

- 1) 平成 16 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, 2006

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 平野豊和, 三上勇氣: 医療観察法における内省訓練が社会活動性に与える影響～認知行動理論を用いて～. 第 34 回日本行動療法学会(東京)
- 2) 平野豊和, 平野哲則: 医療観察法における治療プログラム-看護師を主体とした認知行動療法理論を用いた SST プログラム-. 第 62 回国立病院総合医学学会(東京)
- 3) 平野豊和: 医療観察法における SST-看護師が実践する認知行動理論で構成された SST-. 第 4 回医療観察法関連職種交流会(金沢)

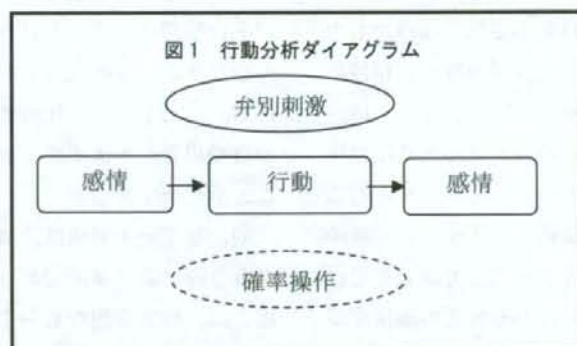


表1 用語の解説

SST:入院中の精神疾患を有する患者に対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の医療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発兆候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力、作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法

認知行動療法:出来事に対するクライアントの否定的な考え方に焦点をあて、そう言った認知(ものの見方・考え方)を再検討し、変えていくことを主眼とする行動療法

共同の実証主義:共同で現実的に照らし合わせながら非機能的思考を検証し修正していく治療的態度

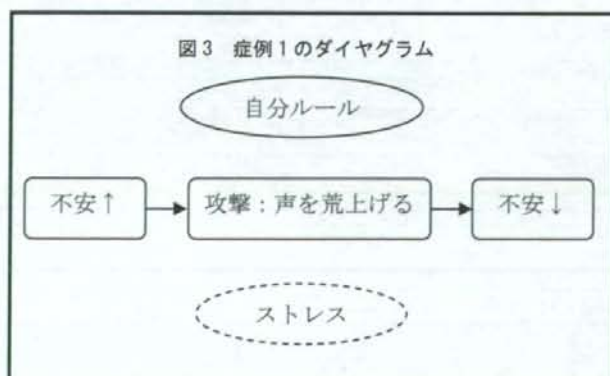
行動分析:行動の法則性や原理の分析。つまり行動の随伴性の分析

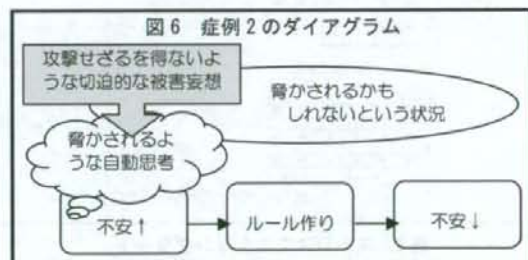
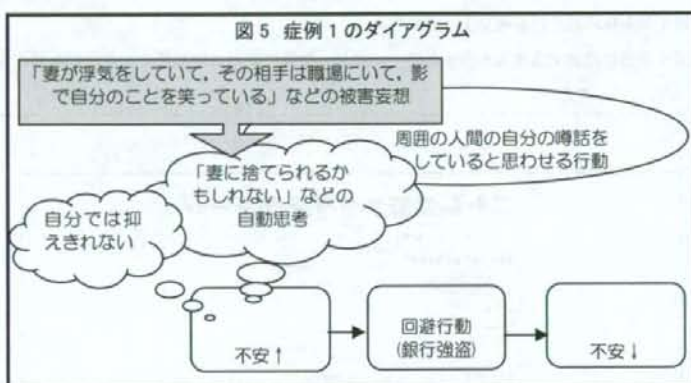
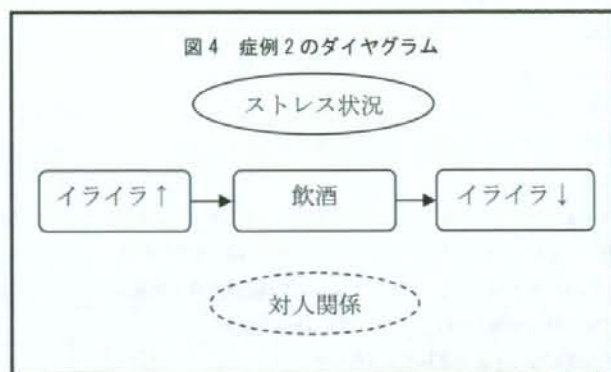
弁別刺激:特定の反応が強化・弱化されるような刺激

確率操作:強化子や弱化石の効力を高める働きをもつ、関連した弁別刺激による行動の喚起力や抑制力に対する生体の感受性を確立する手続き

自動思考:最も表層に位置する本人が自覚しやすい認知。深層にあたる中核信念を基に自動的に浮かび上がってくる考え

図2: ストレスモニタリングシート





3)-2: グループ・プログラムにおける多職種の連携と役割分担

司法精神医療における作業療法の取り組みと今後の課題

研究者名: ○ 山根 寛 (社団法人日本作業療法士協会)
小林正義 (信州大学大学院医学研究科)
鶴見隆彦 (法務省 横浜保護観察所)
大丸 幸 (北九州市障害福祉センター)
香山明美 (宮城県立精神医療センター)

研究要旨

司法精神医療における作業療法に関しては、指定入院医療施設に入職が決まった作業療法士には研修等が行われているが、通院医療で司法精神医療該当患者の作業療法処方を受ける可能性のある施設を含め一般の作業療法士は、司法精神医療における作業療法だけでなく、司法精神医療そのものに対して触れる機会がない。そのため、社団法人日本作業療法士協会の研修制度や学会を通して、司法精神医療と作業療法に関する啓蒙活動を行ってきた。その経過とすでに司法精神医療施設で業務に当たっている作業療法の実情から、今後の作業療法の関与の仕方、課題について検討した。

A. 目的

すでに開設している施設している施設が平成20年10月で17施設437床、開設準備に入った施設を含め、指定入院医療施設は全体として当初の予定よりは大きく整備が遅れ、小規模併設型という暫定的な措置により病床数の確保がはかられている。そうした指定入院医療施設の整備が進まない中で、すでに退院者も生まれ通院医療も始まっている。

また研修に関しては、指定入院医療施設入職者には、指定入院医療機関従事者机上研修と指定入院医療機関従事者病棟研修が、通院医療に関しては、指定通院医療機関従事者机上研修が行われたが、司法精神医療該当患者の作業療法処方を受ける作業療法士は、司法精神医療に関する十分な知識・技術がないまま対処している。

そのため、社団法人日本作業療法士協会は、職能団体の取り組みとして、独自の研修制度や学会を利用して、司法精神医療と作業療法に関する啓蒙活動を行ってきた。さらに、2008年度

に始まった「作業療法5ヵ年戦略」では、「司法精神医療における作業療法の推進」を達成課題項目の一つにあげている。

そうした経過とすでに司法精神医療施設で業務に当たっている作業療法士の現状を整理し、今後の作業療法の関与の仕方、課題について検討した。

B. 方法

作業療法士協会の企画による研修は、卒後教育システムの一環として、2005年から4回、2008年には第42回日本作業療法学会においてワークショップの計5回が開催された。

すでに指定入院医療施設などで臨床に従事している作業療法士たちは、知識技術の不足を補うために、2007年から自分たちの臨床報告をし、課題を共有する司法精神科作業療法全国研修会という集まりを設けた。2回目の2008年には、指定通院医療機関で司法精神医療該当患者の処方を受けている作業療法士も参加した。

これらの各研修会とワークショップ参加者からの感想や意見、そして指定入院医療機関、指定通院医療期間で司法精神医療該当患者の処方を受けている作業療法士からの情報を整理分析し、司法精神医療における作業療法の課題と今後の作業療法の関与の仕方について検討した。

C. 結果と考察

日本作業療法士協会の研修会、ワークショップ参加者の感想や意見、指定入院医療機関および通院医療で該当患者に関与している作業療法士の情報から、司法精神医療における作業療法の実情についてまとめた。

1. 作業療法士協会研修の結果

実際に行った研修会とワークショップの内容と開催場所、参加者数は表1の通りである。2004年から開始された司法精神医療等人材養成研修会に参加できない一般の作業療法士を対象に行った第1回の作業療法協会主催の研修会は、医療観察法の概要と指定医療機関における作業療法の紹介と、具体的な事例を提示したグループワークであったが、約100名が参加した。

ほぼ全参加者が、司法精神医療や医療観察法に関する知識は皆無であった。時期的なこともあってのことと思われるが、どのような精神障害者を対象に、どこで、何を、どのように行うのか、実施する作業療法士の研修や資格はどうなるのか、現在の施設認可基準、作業療法処方、診療報酬体系で行うのか、といった基本的な疑問と質問への対応に終始した。

その後、司法精神医療等人材養成研修会の実施状況を見て研修の継続の必要性を検討することにしたが、人材養成研修は本医療の実施に当たり、当然のことながら精神保健審判員、社会復帰調整官、参与員などを対象にしたものが主となり、作業療法士の参加者は非常に少なかった。

そのため、2007年度は作業療法士協会ニュースで司法精神医療や医療観察法に関する啓蒙活動を行いながら、作業療法士の現職者研修の特別研修として全国3カ所で研修会を開催した。医療観察制度の概要、鑑定医療機関、指定入院医療機関、指定通院医療機関の役割と作業療法、加えてグループワークによる事例検討を2日間で行うという、作業療法士の役割に特化した内容で実施した。

しかし、3カ所の研修の参加者は、合計約70名程度で、司法精神医療や医療観察法に関与している者、今後関与する予定があるという者はいなかった。参加者の大半は個人的に関心があって参加したが、勤務施設では、精神医療や医療観察法に関する話題はほとんどなされず、情報もとぼしいということであった。

そのような臨床現場の事情から、5回目は研修の参加者を募集するという形式ではなく、自由参加ができるように、2008年度に長崎で行われた第42回の日本作業療法学会においてワークショップ形式で実施した。この形式では約150名あまりの参加があった。学会全体では協会会員の約1割3600人あまりが参加しており、会員統計から推定すれば、精神障害領域の作業療法士の学会参加者は300~500人前後と思われる。したがって、この形式であれば啓蒙活動としては有効な方法と考えられる。

司法精神医療等人材養成研修に関して、個々の職種に特化した啓蒙的な研修の予定はないため、専門職としての卒前の教育、職能団体としての卒後教育にどのように組み込むかという問題が残されている。

2. 指定入院医療における作業療法の実情

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。そうした事情もあって、指定入院医療機関における作業療法は、開設後の実施期間や規模による差が大きい、比較的安定して機能している施設では、基本的な精神機能、身体機能、基本的生活能力、作業遂行能力、対人関係技能の作業療法評価に加え、作業遂行状況におけるリスクアセスメントに基づいて、個々の対象に応じた作業療法計画を立て、他部門への情報の提供を行っている。

治療に関しても、安心・安全を保障し、関係性構築をはかりながら、先々の生活目標の設定に向け、内省、現実的な思考の促進、自己能力の把握、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た関わりを試みている。

しかし、規定上の作業療法士2名を配置している施設は少なく、小規模のため作業療法士は1名であったり、一般精神科病棟の作業療法との兼務であったり、というところが多く見受けられる。一般精神科病棟との兼務は、一般的な精神障害者に対する作業療法と本医療の対象者に対する作業療法の比較をしながら行うことができるという利点もあるが、受け入れ体制や経験、マンパワーの不足が重なって、①十分なプログラムの提供ができない、②個人プログラムが実施しにくい、③治療評価会議に出席するとプログラムが行えない、④プログラムを優先すると会議に参加できない、といった問題を引き起こしている。

また、入職時の研修もなされているが、本医療の導入期であるため、先に開設された施設の職員が自分も経験を重ねながら新規者の研修を行う方法がとられている。現状としては妥当な方法ではあるが、指導に当たる者自身が経験を積みながら行っているため、指導者数も内容も限られている。そのため、本医療に特有の、内省や衝動性・怒りのコントロールなど、対象行

為に関する具体的なアプローチについて不安を抱きながら臨床に望んでいるという声が聞かれた。

心理療法士と精神保健福祉士、看護など他職種との連携で実施している心理教育、認知行動療法、SSTなどのプログラムは、役割分担がある程度できている施設もあれば、職種が限定されているわけではないため、運営に関してまだ調整が必要な施設もある。

これらは、一般精神科に比べて患者数との比では潤沢といえるが、1施設としてのコ・メディカルスタッフの人数が限られていることに加え、職種間だけでなく、同一職種内においても、基礎知識や技術に差があることなどが原因していると考えられる。

提供プログラムに施設間格差が生まれにくいようにすること、そして、現任者の技術の維持・向上をどのようにはかるかという問題が残されている。

3. 指定通院医療における作業療法の実情

本医療施行後3年が経過し、指定入院医療施設からの移行通院として159件、直接通院212件、デイケアや外来作業療法の利用が始まっている。

まだ利用が始まって間もないため、今後も引き続き問題かどうかは経過を見る必要があるが、現時点でみられる特徴としては、一般の精神科通院患者に比べて、本医療の対象者は、①整容と衛生面などADL能力、金銭や安全の管理などIADL能力面でも能力が低い、②対人面では他者に対する基本的な情性が乏しく、他者との接触を避けるか極端に依存する、③作業遂行に関しては、衝動のコントロールの問題も含み持続性、一貫性がない、④非社会的な試行や言動がある、⑤内省・洞察が深まりにくい、といった事例が多い。加えて、本医療の対象だけでなくすべての対象にいえることであるが、入院機関

で時間をかけて評価・訓練を行っても、⑥生活能力は、実際の生活場面に際して初めて具体的に、という側面がある。

また、社会復帰調整官も経験を積みながら移行の指導をしている時期にあることの影響もあってか、移行通院に際して、通院先への移行前の入院時の情報提供が十分なされないことがあり、受け入れる側は導入に当たっての事例固有の留意事項がはっきり把握されないまま開始しなければならない場合も多い。

こうした問題のいくつかは、本医療における経験が積まれれば解決されるものもあるが、一般精神障害者と同様の導入やプログラムによる対応では不十分なものもあり、①指定通院医療機関における再評価の方法を検討する必要がある、②指定入院医療機関で行っているプログラムの一部導入も検討しなければならない、③処遇のための評価やカンファレンスなども、一般精神障害者に対するものより綿密にする必要がある、など精神的負担も含め実務面でのスタッフの負担は大きい、それに対しては、概論的な机上研修以外、特別な対策はなされていない。そのため、④人員配置や診療報酬などを含めてその負担に対してどのような対処をはかるか、という問題も抱えている。

D. 今後の課題と作業療法の関与

作業療法士だけでなく、本医療に関与するすべての職種がそれぞれ同様な課題を抱えているものと思われるが、入院期間中もさることながら、生活に関連する基本事項に直接関与する作業療法の今後の課題としては、以下のようなものがあげられる。

1. 入院における課題

作業療法としては、まず対象行為につながるような生活破綻をおこすことなく自立した生活を営むことができるということを前提にしなければ

ならない。そのため、移行通院時の地域社会における生活を視野に、入院中に、対人特性を含む基本的な生活能力をどのように把握するか、評価項目と評価方法、そして入院施設において可能な基礎訓練を明確にする必要がある。

さらに生活能力の評価・訓練は、環境の影響も大きく影響するため、移行通院時に指定通院医療機関の作業療法士への情報提供が欠かせないため、その連携についても、再検討を要する。

また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提供するためには、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、作業療法士の複数配置は必須であり、人的環境の最低基準を早急に検討しなければならない。

2. 通院における課題

入院医療に引き続き、対象行為につながる生活破綻をおこさないということが、直接通院を含めて、作業療法の重要な役割になる。

不要なリスクを引き起こさないという点では、移行元からの情報は重要であるが、生活管理能力に関しては、実際の地域生活が始まってからでないと把握できないことも多い。生活が始まれば、入院環境ではわからなかった能力も問題も具体的に見えてくる。とはいえ、デイケアや外来作業療法も生活の場ではないため、ADLやIADLに関する評価や指導には限界がある。しっかりと評価指導を行うには、居宅の訪問が欠かせない。

したがって、通院医療においては、社会復帰調整官との連携による訪問看護、もしくはACT (assertive community treatment; 包括型地域生活支援プログラム) のような支援システムの活用も視野に入れた関与も今後の課題といえる。

そして、実情でも述べたように、通常プログラムでは対処が難しい内省や洞察に関する問題も、地域での生活が始まったときにこそ、臨