

携状況を左右する要因として上がっていた。従って公式的、非公式的なコミュニケーションの機会を増やすと共に、コミュニケーション内容を豊富にする事が、アイデンティティの揺らぎを乗り越えるための重要なポイントの一つであると言える。

そして、多職種チームにおけるコミュニケーションは、あくまで対象者の社会復帰という目標の共有に沿ったものであることが重要である。自分自身あるいは自分の帰属する職種の役割を主張するだけでは、いつまでもたっても問題は解消されない。対象者の社会復帰という目標を軸に、各職種が互いの役割を補い合えるような関係を築くことが重要である。そのためには、共通言語を用いて各職種の知識や技術を共有することを出発点として、共に成長しながら期待や信頼を高めていけるような多職種連携が求められている。

## 2. 人員配置の問題

今回の調査結果では多くの施設で医師、コメディカルの人員不足が指摘されていた。多くの指定入院医療機関で、看護師以外のスタッフは他病棟と兼任で医療観察法病棟の業務に従事しており、とりわけ小規模病棟ではその傾向が強い。コメディカルはもともと配置人数が少なく、このことが多職種連携の基盤である対象者との個別の援助関係の形成にも支障をきたす場合のあることが今調査結果から明らかになった。各職種の業務特性を考慮した人員配置、また医療観察法病棟の業務に専念できるシステムが必要である。

## 3. 教育システムの確立

今回の調査では、病棟配属前後の教育システムの確立を求める声が多く挙がっていた。医療観察法の施行から5年が経過するが、当初から確認されていた原則をめぐって未だに混乱が生じる場合があり、また施行後新た

に生じてきた未解決の課題も多い。現場からは、より質の高い医療の提供を目指そうとする前向きな声上がる半面、不満や当惑の声も聞こえてくる。教育内容の確認と、教育システムの確立の必要性が改めて問われているといえる。

教育システムの確立には、人員配置を含めて長期的な視点での人材育成を考慮した組織的な取り組みが必要であると考えられる。全国規模の定期的な研修の開催と参加の支援、多職種による施設間交流の充実が必要と考えられる。

今回の調査結果から、多職種チームに対する支援としてスーパービジョン機能を求める意見が挙がっていた。今後スタッフへの教育支援の一つとして、スーパービジョンを専門に行う多職種チームの活動なども課題になると考えられる。

## E. 結論

指定入院医療機関の看護管理者を対象としたアンケート及びグループインタビューから、多職種チーム医療の効果と課題について、以下の点が明らかになった。

- ① 多職種チームの合意による医療という原則が確認され、アセスメントや方針決定の共有と治療責任の分担が浸透しつつある。
- ② 多職種チーム医療の実践を通し、看護師は学習と成長の機会を得ることが出来ている。
- ③ 多職種チーム医療の実践には、対象者の社会復帰に向けた多職種の相互補完的役割分担が重要である。
- ④ 医療観察法病棟専任の人員配置が必要である。
- ⑤ 司法精神医療の担い手を対象とする教育システムの確立が求められている。

今回の研究は指定入院医療機関の看護管理者を対象としており、多職種チーム医療につ

いての看護師の認識を中心に明らかにしたものである。今後は管理職以外の看護師や多職種を対象とした研究を行い、多職種チーム医療に関するより包括的な実態把握と効果検証を行っていく必要がある。

#### <参考文献>

野中猛：図説ケアチーム 中央法規出版  
2007  
宮本真巳：医療観察法と多職種チームの可能性 臨床精神医学38（5）,pp. 693-698,2009.

美濃由紀子：医療観察法病棟における多職種協同-看護職の立場から- 精神科治療学24（9）,pp.9-15 2009.

## F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

### 3) 臨床心理技術者へのアンケートとヒアリング

#### 臨床心理技術者へのアンケートとヒアリングの結果について

- 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）

#### 研究要旨

指定入院医療機関に勤務する臨床心理技術者を対象に多職種連携に対する意見調査を実施した。方法としてはアンケート法とヒアリング法を用いた。調査内容は多職種連携を①実感するとき、②利点、③欠点、④望ましい多職種連携、⑤他の職種への要望や期待、⑥その他であった。回答結果は質的に類似したものをグルーピング、キーワードを付けていった。キーワードとしては治療促進、多角的視点、役割分担、会議保障、負担軽減、責任分散、職種境界の曖昧化などが挙げられた。臨床心理技術者はチーム医療の中で役割が明確化することに利点を感じていたが、役割の確立に対しては消極性が指摘された。今後はキーワードをさらに精査した上で、多職種に共通した質問紙を作成してアンケート調査を行う必要が指摘された。

## 1 研究の目的

医療観察法による医療は、多職種の連携により対象者の治療・ケアにあたることを重要な原則としている。指定入院医療機関の場合は、一定の人員配置が保障されたことにより、多職種連携の原則は浸透しつつあるものの、不十分な点や施設間のばらつきが明確になりつつある。一方、指定通院医療機関の場合は、人員不足や施設間連携の困難等により、多職種連携の浸透は全般的に不十分な現状がある。

こうした現状を打開し医療観察法による医療の質的向上のために、指定医療機関における多職種チームによる活動の実態把握及び効果検証を行う。

本研究は、指定医療機関と研究教育機関のコメディカルスタッフが連携して、医療観察

法による医療の開始から現在までに、各施設において多職種チームにおける連携がどのように実践され、どのような現状にあるかについて包括的な把握を試みる点に特色がある。

## 2 平成21年度の研究について

今年度は各指定医療機関の多職種連携の実態把握を行った。方法としては、研究協力者等が同じ職種の人に直接会い、多職種連携の実際と課題をヒアリングによって調査した。

## 3 臨床心理技術者に対する調査

### 1) 方法

アンケート調査とヒアリング調査を行った。アンケートは、平成21年度の医療観察法関連職種交流会（担当肥前精神医療センター）の心理士分科会において実施。14名から回答を得た。ヒアリング調査は、指定入院

医療機関の臨床心理技術者7名に対して行った。実施時期は平成21年9月21～23日の日本心理臨床学会第28回大会期間中であった。

アンケート調査は質問事項に対する自由記

述式で行い、ヒアリング調査は調査者が口頭で質問し、回答を筆記によって記録した。調査内容は次の通りであった。

1. 多職種チームによる医療を行っている実感できるのはどのようなときですか？
2. 多職種連携の利点と感じていることは何ですか？ 多職種でやっていて良かったと感じたことなど。
3. 多職種連携の欠点と感じていることは何ですか？ 多職種でやっていて困ったこと。
4. あなたはどのような多職種連携が望ましいと考えますか？
5. 他の職種に対する要望はありますか？ 他職種に期待することは何ですか？
6. その他、多職種チーム医療、多職種連携について何か思うところがあればお聞かせください。

(5番目の質問はヒアリングのみで使用した。それ以外の質問はアンケートとヒアリングに共通であった。)

## 4 分析方法

回答内容は2つの調査結果を併せて質的に分析した。各質問に対する回答を内容の類似したものでグループ化した。グループ化された回答を基に、多職種チーム医療、多職種連携に対する、臨床心理技術者のとらえ方を明確化すると共に、課題を指摘した。

## 5 結果

<質問1：多職種チームによる医療を行っている実感できるのはどのようなときですか？>

① 多角的アプローチにより治療が促進されているとき

多職種チーム医療においては「多角的な見方やサポート」「多方面からのアプローチ」が可能であり、それが治療を促進しているという意見である。

アセスメントについても、多職種が関わることにより対象者の「多面性を確認」できることにチーム医療を実感している人もいた。

### ② 役割分担とその自覚、専門性の理解

「他の職種の役割や専門性を共有しながら関わること」「役割分担ができていて、そのことを各職種が自覚しているとき。」つまり単なる役割分担ではなく、他の職種の専門性を理解していることと、役割分担に対する意識性が高まっていることの重要性も指摘されていた。各職種の専門性を主張するだけではなく、チームの中でその専門性がどのように機能しているのかへの問い直しが求められている。

### ③ チーム内支援

一方、役割分担のみではなく、職種間の支え合い、助け合いにチーム医療を実感している人もいる。「他の職種にフォローしてもらいながら介入できる時。」これは例えば臨床心理術者が個別面接において対象行為の振り返りを行った後に、看護師が生活場面で対象者の様子を観察し、場合によっては看護面接を行って、対象者の心理的な揺れを受け止め、混乱の整理に協力することにより、さらに対象行為への振り返りを深化させていくな

どである。

#### ④ 会議開催の保障

定期的に多職種のミーティングが開催できるような運営体制が確立しているのが医療観察法の特徴である。これについては「確実な会議の開催、評価があること。」「毎月の評点の見直しのとき。」「治療計画についての話し合いのとき。」が挙げられている。

#### ⑤ 十分な意見交換による合意形成

多職種ミーティングは単に開催されているだけでは意味がない。「多職種間での十分なディスカッション」「対象者について職種ごとに異なった視点が示された上で話し合いができていくとき。」など、他職種の視点を理解した上での意見交換が行われ、そこに「M D T会議における相互作用」が生じているときに「実感」が生まれている。

その上で多職種間での「見立て、状態の把握が一致して治療方針がうまく立った時。」「相互の考えを確認し、治療方針がまとまったとき。」など職種間の合意形成がなされていることが「実感」をもたらしている。

#### ⑥ 臨床心理技術者としての役割の明確化

臨床心理技術者の中には、精神科医療の場において職種のアイデンティティの確立に苦労している人も少なくない。しかし医療観察法のチーム医療においては「心理が行うプログラムを精神科医療の中に明確に位置付け、評価される」と感じている人が多い。具体的には「ケースをめぐって専門職としての意見を伝えた時に、共感を得られたり、意見が返ってきたりして、チームの一員として他職種と一緒に取り組めた感じがした時」や「自分の専門性や役割が必要とされたり、任せられたりした時。」が挙げられている。これは、司法精神科医療の場では、単にチーム医療の一員であるというだけでなく、担当チームの中で臨床心理技術者としての役割が認められ、他の職種と実質的な相互作用を体

験できるということである。

<質問2：多職種連携の利点と感じていることは何ですか？ 多職種でやっていて良かったと感じたことなど。>

#### ① 視点の多角化と拡大

「多角的な視点から意見をもちよれる点。」「視点が偏らない。」「さまざまな視点で治療を進めていくことができる。」「多方面からの捉え方、発見。」「いろいろな職種の見方があり、それについて話し合える。」など視点の多角化を指摘する声は多い。

さらに視点の多角化だけではなく視点の拡大を指摘している者もいる。「知識、訓練が不足しているために、自身では持つことができない視点より、有意義な材料が得られることがあること。」「対象者をめぐって関わるそれぞれの役割を自覚して動いたり、発言したりすることを求められることから、視野を広げることができた。不足している専門的知識や経験を補う意見やフォローがもらえる。」「自分の知識が広がる。生活の様々な点をサポートできたり、退院後の様々な点について考えたりすることができる。」

アセスメントに関しても「場面、関係性によって、患者さんのスタッフにみせる顔が異なり、心理面接やグループ内での言動のみでは知ることのできない情報を得ることが可能。」と述べられている。

#### ② 自己変革

視点の多角化や拡大は自己変革をもたらすこともある。「情報を共有し、自分がそのなかでどう動いたらいいか考えていけること。」「コミュニケーション能力やつながりの工夫・努力をするようになった。」「医療観察法による通院処遇者を受け入れることにより、チーム医療や多職種連携を考え、他の業務でも大切な視点だと思えるようになっ

た。」このようにチーム医療は単に専門性を保持した上での協働であるのみならず、チームの中でのコミュニケーション能力の育成やチーム医療の視点の学習をもたらしている。

### ③ 会議開催の保障

「MDT（多職種チーム）会議がいつでも開ける。」これは従来の精神医療では実現が難しかった事である。しかし施設によって会議開催のスケジュール、会議の種類が異なっていることも指摘されている。

### ④ 治療の促進

個別的な治療関係では得られない効果が多職種チームで関わることによって得られているという指摘がある。「協働しながら、ケースを動かしている時、個々の働きかけでは得られない展開が起きる。」その中には「対象者に対する見立てが職種によって異なる時に、その違いについて話し合うことにより、対象者の行動の意味づけをチームでし直すことができ、一致した見方で関わるようになる。」というものもある。

### ⑤ 柔軟な役割分担、役割交替、役割補完によるチーム内支援

「実感」において指摘したチーム内の助け合いについてのより具体的な姿が以下のように「利点」として述べられている。「担当チーム内で対象者と関係がとりやすいスタッフが柔軟に必要な役割をとれる点。」担当チームの全ての職種が対象者と同等の関係性を築けるわけではない。ある職種とは信頼関係ができていますが、他の職種とはうまくいかないという例もある。例えば臨床心理技術者には心の奥を探られるという固定観念を持っているため個別の心理面接が困難な対象者もいる。そのような場合には、臨床心理技術者は生活場面での挨拶や雑談風の面接だけですが、疾病や対象行為についての振り返りは担当看護師が行う場合もある。このような役割分担がチーム内で共有できることが「利

点」なのである。病識や対象行為の振り返りは医師や臨床心理技術者が行うという職種による規定ではなく、対象者に応じ相互に役割を変えていけることがチーム医療の醍醐味と言える。

役割の分担や交替ではなく、相互補完的な関わりも行われている。「接触機会の多い看護師が、心理士の見立てを伝えと、それを看護の中で活かしてくれるので助かっている。」「自分の職種としての守備範囲を超えたことがらが生じたときに、すぐに関係する職種に相談し、助けてもらうことができる。」「自分が休んでも、それぞれの職種が見ていてくれるので、やっていることが途切れない。」「集団プログラムに看護師が入ってくれるため、後で意見を聞くことができる。」などである。

### ⑥ 負担軽減

個別的な治療関係にはない良さとして多くの言及がなされていたのが負担の軽減である。「心の負担が軽くなる。」「精神的負担の軽減。」「役割分担することで、心理士の仕事に安心して取り組める。」「一人で責任を負わなくて済み、思い切った決断ができる。」「自分だけで抱えている大変さが和らぐ。」

### ⑦ コミュニケーション促進

「他職種、特に看護師との風通しが良くなった。」「対等に各職種で話ができる。」「毎日顔を合わせているので、コミュニケーションがスムーズ。」「情報交換しやすかった。」「互いに相手の役割、やっていることを把握しやすい。」「みんな専任なのでスタッフ間の関係性が密で情報共有しやすい。」「個人面接や検査だけの役割と比べて、患者理解が伝わりやすい。」などチーム医療によって職種間のコミュニケーションが促進されているとの指摘が多い。これは単にチーム医療を標榜しているだけではなく、会

議の保障、病棟専任制などの仕組みがあって可能となっていることと考えられる。

＜質問3：多職種連携の欠点と感じていることは何ですか？ 多職種でやっていて困ったこと。＞

欠点に関しては多くの意見が述べられていた。ただしそれらがチーム医療自体の欠点といえるのか、担当チームが機能してこないことに対する不満なのかを区別する必要があった。

#### ① 守秘義務についての葛藤

「心理療法に求められる秘匿性との兼ね合い。」多くの臨床心理技術者は個人心理療法を臨床の中心に位置づけてきており、一対一の関係性の中での守秘義務を重視してきた。そのためチーム医療の一員として対象者と関わっているときに得られた情報をどこまでチームと共有すればよいのか、あるいはどこまで秘密にすればよいのかに悩んでいる人もいます。

#### ② 会議が長い、多い、決定に時間がかかる

定期的な会議開催が保障されていることが「利点」として指摘されていたが、反面、次のような問題点も指摘されている。「会議が長いときがある。」「MDT会議がやたらと多い。」「決定に時間がかかってしまう。対象者を待たせてしまう。個別性があるものについての決定に時間がかかる。」

#### ③ 不十分な意見交換とチーム内の対立

MDTで十分な意見交換ができるという「利点」が指摘されていたが、その反面、「十分話し合えず、その場の流れで決まる場合もある。」「職種間の違いがあることが望ましいのだが、うまく伝えられない、受け取れないときの対処がうまくいかないと思うことが多い。」「他職種が対等に意見交換できないとき。」「それぞれ専門性の違い、学んできた土壌が異なるため、用いる言葉や事象

の捉え方が違うということ、念頭においておかないと、”何となく分かり合えない”といった不全感が生じ、MDTとしての長所がいかにされない。」など、意見交換が自由、対等にできないときには、ミーティングも形だけのものになる危険性がある。

そして「チーム内での意見が食い違うために、対象者に関するアセスメントや診断に食い違いが生じ、治療や退院支援が滞ることがある。」「意見が食い違うときに、感情的になり、ディスカッションにならない。」「見立てや診断、治療方針の食い違いが解消されないときがある。」「患者の言動について職種によって捉え方が違い、意見がまとまらないことがある。」

多職種間のとらえ方の違いが、視点の多角化や拡大につながるのではなく、意見の対立を生み出す原因となることがある。

#### ④ 担当チームの孤立化

合意形成ができないことと関連することかも知れないが、「担当多職種チームとそれ以外のスタッフとの関係が良くないと、担当チームで対象者を抱え込んでしまう。」「担当チームが閉鎖的であると、周囲に弱音をはきづらく、抱えこみがちとなり、チーム外のスタッフから意見を冷静に受け取ることができなくなり、感情的に反応してしまう。」そして「チームが閉鎖的となり孤立化することを防ぐためには、チーム以外の人との目が必要であるが」「MDTのスーパーバイズ制度などない」という問題点が指摘されている。

#### ⑤ 職種境界の曖昧化

対象者のニーズに応じて各職種が柔軟に役割を分担あるいは交替できるという「利点」が、逆に職種の境界を曖昧にするという「欠点」になることもある。「専門の領域が不明瞭な部分があり、各職種のそれぞれの一連の介入に重なる部分がある。」チーム医療の中で自己変革が生じている人にとっては新たな

アイデンティティの形成が可能であるが、そうでない場合は逆に危機体験となる可能性がある。

#### ⑥ 手抜き、責任の曖昧化

責任が分担されるために心理的な負担が少なくなるという「利点」の反面で、無責任状態になる危険性が指摘されている。「コーディネーターにお任せになってしまうこと」「責任が分散する。」「うまくいかないときにチームの一部にだけ負担がかかったり、社会的手抜きのような事態が生じたりすることがある。」

#### ⑦ チーム医療に転換できないことがある

チーム医療の欠点とは言えないが、チーム医療に転換できない現状が指摘されている。「従来の医師中心、医師と看護のチームが主軸という発想や動きから抜け出せない。」「チーム医療に慣れていないスタッフがいると、一人でやってしまう。」「複数の職種がいても、医師がいないと決められないチームもある。」これらが過渡的な状態であり、今後改善されていくことが望まれる。

### <質問4：あなたはどのような多職種連携が望ましいと考えますか？>

#### ① 個別的な関わりを尊重したチーム医療

「ふだんは個々にやっていて、必要なときに結束できる。」

② 「医療観察法の枠組みを必要としないで行える多職種連携。」

#### ③ 関係性の自覚

「チームのメンバーが“自分の関わり方”について、考えられるような関係。関与しながらの観察ができるMDT。」つまり対象者との各自の関係性、チーム内の互いの関係性を振り返りながら治療に当たることができるチーム。

④ 他の職種を理解することと他の職種へ説明するスキル

「互いの専門性を尊重し合う連携の仕方が考えられるとよい。そのために他の職種の介入方法、介入スタイルにも関心を持てるように心がけている。」「他職種にわかりやすく説明すること。」「病棟内の治療構造の把握がスムーズになる、情報共有がスムーズになるチーム連携。」「コミュニケーションがとれること、相互啓発ができること。手がつなげること、相談ができること。」「各職種が自分の意見を発信するスキルを高めながら、実務的に調整がなされて、患者のニーズと課せられている任務がバランスよく展開する。」「率直に意見交換ができること。」「お互いの専門性を考慮しつつ、分からない部分を、他職種に分かりやすい言葉に落とし込んで伝えるスキル、姿勢をもつチームであるとよい。各職種が十分自分の考えを述べること。」「コミュニケーションの流れがスムーズに行く。」

#### ⑤ 柔軟な役割分担、役割分担をした上での協力

「対象者によって必要な力の配分が柔軟にとれるチーム。各々のステージでリーダーとなる人が変わる。他メンバーが課題に直面した際にフォローしあえるとよい。特にプライマリーナースの燃え尽きなど。役割分担をしっかりとした上で、協力し合っていく。」「職種の役割が明確となっており、ある職種は厳しく、別の職種はサポータティブ、別の職種は間接的にと違った関わりができること。全職種が同じ関わりである必要はない。」

#### ⑥ チーム内の対等性

「それぞれが自由に意見や考えを言える雰囲気。フラットなやりとりができること。対等性。」「いろんな意見が多職種から出るとよい。」「各職種が自分の言いたいことを何でも言えるMDT。」

#### ⑦ プログラム共有と話し合いができること

「プログラムや面接を共有できるようにな



ればいい。」しかしプログラムを多職種で行うというだけではなく「この患者さんをどうするかという話や、治療の現場でこう思うとか、お互いの見方とかの話ができたらいい。」「患者をお互いにどう見ているのかという話ができるとうい。」「生な素材で治療的な話ができるとういと思う。同じ場面をみて他の職種はどう見るのかとか。」「話がまとまるチームはそれぞれ患者を捉えられている。それを自分の言葉で話せる。会議で話すというより、ミーティングの後とかに『あの場面でこう介入できるといいよね』と話せるとういとういと思う。ポイントをおさえられるから自然と『今回のあれは良かったね』という話になる。」「その人の理解をシェアすることがもつとできたらよいと思う。理解をシェアする時間を増やせたら。プログラムありきみたいな感じがするので。」

#### ⑧ 専門性の担保

「専門性が担保されていること。それぞれが専門性を持って関わり、情報を共有して、尊重し合ってやればいい。患者の課題に対してそれぞれの専門性を生かして関わる。」しかし一方では「専門性だけが突出しないチーム。まず人間、その次に専門性。」という意見も出されている。

#### ⑨ コーディネーター

「治療の流れのダイナミズム＝人間関係、病棟内やスタッフと対象者との間に起きていることを評価しながらコーディネートする人が必要と思う。」

### <質問5：他の職種に対する要望はありますか？他の職種に期待することは何ですか？>

#### ① 医師への要望

医師がチーム医療への転換ができておらず「連携ができていない。」しかし「医師には抱え込もうとしてほしくない。自分だけで決めないで、チームで話し合っって責任を軽く

してほしい。」「他の職種が手の出しようがない領域を多く持っているのは医師である。だから医師が変わらないとういとういもない。」

最も目立った意見は診察に対する要望であった。診察回数が少ない、診察間隔が長い、診療支援システムの申し送りを見るだけで対象者の把握を行っているなどである。しかし「医師は忙しすぎる。」と医師不足による医師にかかる過剰な負担を心配する声もあった。施設によっては「週1回は診察し、外出や地域ケア会議にも参加してくれる。よくやってくれている。」と評価する意見もあり、施設事情により医師への要望も若干異なっている。

#### ② 看護師への要望

旧来の医師－看護師関係から抜け出せない看護師がいることが指摘されている。「医師がいないと決められない人もいる。」「看護師の体質か医師からの命令は絶対。そういう体質はなかなか変わらない。しかし、初めるときより良くなってきている。」「医師の指示に従って動くことに慣れている。多くのプロセスを経て決めることの大変さに慣れていない。」

医療観察法においては看護師が独自に治療プログラムを運営したり、他の職種と協働で行ったりすることが期待され、実現されてきている。だからこそもっと「心理教育ができるくらいに勉強してほしい。統合失調症の経過を学び、日常の関わりの中で報告してほしい。」という要望が出されている。また「看護師に限らないが、患者の課題や問題について“何かしなきゃ”という思いが強くなり、問題行動の意味を考えずに動いてしまい待てない、余裕が持てない。」ことも指摘されている。

#### ③ 精神保健福祉士への要望

現場では既に行われていることではある

が、「外との窓口としてのマネージメントの役割をはたしてほしい。」さらに「もっとリードして動いてほしい。」という要望が出されている。

また「精神保健福祉士は退院について生活者としての患者その人の生活実態に合わせていく。無理な支援をしない。生活者として見て関わり続けてほしい。」という期待も述べられている。

#### ④ 作業療法士への要望

作業療法士に対しては専門性を活かし、多様なプログラムを行ってほしいという要望が出されている。特に「グループが上手。SST。アンガーマネージメント。」など。

### <質問6：その他、多職種チーム医療、多職種連携について何か思うところがあればお聞かせください。>

いろいろな意見が述べられていたが、特に多職種連携における臨床心理技術者の役割に関連したものを挙げておく。

臨床心理技術者がコーディネーター役を果たす場合について触れている者がいた。いわく「医師と看護師間の通訳。心理士が橋渡し役になることもある。」「対象者の見立て、治療の流れを把握した上でのコーディネーターは心理士にふさわしい役割である。」「ケースに対してスタッフのやる気が大きい時など役割が重なり、主張しあうことがある。そういう時はチームがうまく回るようにコーディネーターの動きを意識している。」との意見もあった。

さらに「できるだけスタッフステーションにいるようにしている。」「面接後に他の職種に話す。立ち話的な情報交換。」と他の職種とコミュニケーションを取るための努力をしている者もいる。

「周りからは（対象者に対して）反省を求められるが、その人がどうしたら再発しない

のか、それをどこまでできるのかを見て伝えていくのが心理の仕事だと思う。」と自身を規定している者もいた。

## 6 考察

今回は医療観察法精神医療に携わっている臨床心理技術者に対し、多職種チーム医療に関するアンケートとヒアリングによる調査を行い、その結果を質的に類別した。その結果、多職種チーム医療の意義を考察するに当たって参考となる多くのキーワードが出てきた。

例えば、多角的アプローチ、治療促進、視点の多角化と拡大、役割分担、役割交替、役割分担の自覚、自己変革、チーム内支援、会議開催の保障、専門性の理解、コミュニケーションの促進、意見交換、負担軽減、職種間の境界の曖昧化、チーム内の対立、守秘義務、孤立化、手抜き、責任の曖昧化等々である。

今後は今回の調査結果を基に、多職種に共通のより詳しい質問紙を作成し、多くの人にアンケート調査を行うことが考えられる。

また多職種チーム医療が治療を促進しているのかどうかを実証的に検討する必要もある。

欠点として指摘されている事柄の中には、例えばチームの孤立化を防ぐためにスーパーバイズ制度を作るなど改善しやすいものもあるため、今後早急に具体的な対策を立てていくべきであろう。

臨床心理技術者の立場からは、多職種チーム医療の中に心理職の役割が明確に位置づけられているということに多くの人が意義を見だしていた。しかしチーム医療の中で主体的に役割を確立しているというよりは、役割を与えられて喜んでいるという消極性も感じられる。数としては少ないが、これまでの臨床心理技術者のアイデンティティが揺らいで

いる人もいた。今後は多職種チーム医療の中で臨床心理技術者としてどのような役割を果たしていけるのか、行くべきなのかをより主体的に考察していく作業が必要と考える。

## 7 研究発表

高橋昇（2009）臨床心理技術者へのアンケートとヒアリングの結果について（平成21年度厚生労働科学研究中島班「医療観察法の医療の向上に関する研究」宮本分担班「多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究」中間報告）平成21年度医療観察法心理士ネットワーク研修会（2009/12/6東京）

#### 4) 司法精神医療における多職種連携の現状と課題

##### 司法精神医療における多職種連携の現状と課題

###### －作業療法士－

- 山根 寛（社団法人日本作業療法士協会）  
大橋 秀行（埼玉県立大学保健医療福祉学部）  
岩井 邦寿（国立病院機構 花巻病院）  
小林 正義（信州大学大学院医学研究科）  
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

多職種連携においては、チームとしてのコーディネイトがうまくいかないという問題も依然と大きいですが、多面的な視点からアセスメントやアプローチができるという利点は大きい。作業療法に関するチーム内の他職種の理解も、一般精神科病棟と比べると進んでおり、生活能力についてのアセスメントや治療・援助介入について、作業療法士に期待されている。今後さらに連携を深めるには、作業療法士が他職に対して自らの専門性の発信が必要と感じており、現状の分析と今後の課題について、臨床に携わる者の研修やワークショップなどの結果を通して分析した。

## A. 目的

昨年報告したように、平成20年10月で開設している施設が17施設437床、その後の開設も微増で、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。小規模併設型では、規定上の作業療法士2名を配置はされず、小規模のため1名であったり、一般精神科病棟の作業療法との兼務というところが多く見受けられる。

そうした指定入院医療施設の整備が進まない中であって、作業療法士はどのような課題を抱えて勤務しているのか、本研究では、医療観察法に関わるチーム連携の適切な推進に向け、作業療法士を主対象として行われた研

修やワークショップの場で確認された意見を集約する形で、多職種連携の現状と課題について検討した。

## B. 方法

日本作業療法士協会では、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を実施するなど、計5回の司法精神医療における作業療法の研修が企画・開催された。

また、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ている。3回目の2009年には、21施設、2大学、横浜保護観察

所などから、56名が研修会に登録し、研修を行った。

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、指定通院医療機関で司法精神医療該当患者の処方を受けて臨床に携わっ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連携上の現状と課題について検討した。

## 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研修時の情報から、司法精神医療における多職種連携の現状と課題についてまとめた。

### 1. チームアプローチの利点

単独の職種では気づくことができない問題を多職種の視点をいかして討論することができ、治療の選択肢が増えるということがチームアプローチの大きな利点の一つであることが再認識された。具体的には、一般精神科病棟では医師の指示が中心であったが、多職種連携が前提になる司法精神科病棟では、それぞれの職種による意見が提示されるため、幅広い視点で治療計画を立案することができた。また、作業療法の視点も十分アピールでき、他職種から見た作業療法に対する意見も聞くことができるため、各職種相互の専門性をより豊かなものに発展させることができると思われる。

また、対応が困難な対象者の支援をめぐる負担を職種間で分担できることもチームアプローチの利点の一つといえる。さらにチームスタッフが心理的に行き詰ったときに、他職種を含めスタッフ同士が心理的な支えとなれる点もチームアプローチのよい点と思われ

る。

### 2. チームアプローチがうまく進まない点

こうした利点がある一方、チームアプローチがうまく進まないという問題もあげられた。たとえば、チームのコーディネイトがうまくいかない場合やメンバーの能力不足（他職種の意見を取り入れる能力も含む）からチームにまとまりが欠け、対象者に悪影響を及ぼすことがある。多職種の集まりということで責任の所在が不明確になったり、発言力のある単一職種の意見で物事が進んでしまったりするといったことが見受けられる。

具体的には、チームによる話し合いを十分しないまま、特定の職種が外出や外泊の計画を立てるなどの例があげられた。また、スタッフ間の力関係によって評価が歪曲してしまうといったことなどが、チームアプローチがうまく進まない場合の実例としてあげられた。さらに、各専門職が自らの役割として自認している範囲からはずれた事柄が見落とされる危険もある。

チームとしての成熟には一定の時間がかかるため、場合によってはチームアプローチが上手く機能しないことが原因で、担当する対象者の治療の進展のスピードが遅くなるようなことも見受けられた。

### 3. 多職種会議への参加の現状

チームアプローチを進めるためには、多職種会議に参加するために、担当する治療プログラムを調整しなければならない場合がある。複数配置の場合はどちらか一人が参加することでしのぐことはできるが、一般精神科病棟との兼任である場合や、小規模で複数配置がなされていない場合には、治療プログラム実施時間帯との調整がうまくいかないため会議に参加できず、その結果、知らない間に状況が変わっていることも多い。対処策とし

て、会議で伝えてほしい内容を文章化して他のスタッフに渡している場合もあるが、それにも限界がある。

看護師以外のコメディカルが兼任である場合には、スタッフ数が少ないことが影響し、会議以外でもコメディカルメディカル同士の接点がもちにくく、情報の共有ができないといった事態が生じている。一方、コメディカルが全員司法精神科病棟の専従である場合には、会議だけでなく治療における連携の機会もあり、時間を共にする機会が多く、作業療法士が何を考えているのかが他職種にも理解されるようになったという感想も聞かれた。

#### 4. 作業療法についての他職種の理解

チームアプローチにおいては、作業療法士が実施している治療プログラムに他職種に入ってもらい、一緒に患者にかかわりながら、話し合いを続けた結果、作業療法の視点が他職種に理解され、その結果、作業療法士自身が気づく前に他職種から作業療法への的確な提案がされてきているという例があげられた。

共通する傾向としては、医療観察法の病棟専従として長く経過するほど、作業療法士はプログラムの計画実施をする人という認識のされ方から、しだいに、生活能力の評価、退院後の具体的な生活能力の評価やその習得の援助をする人、という認識のされ方に変わっているようであった。

しかし、中には少数職場ということの影響もあってか、作業療法士の経験不足などもあり説明不足や発信能力の不十分さから、周囲の理解が十分に得られていないという施設もあった。また、作業療法士の役割は、余暇の充実やストレスの発散だけという認識を他職種からもたれていることに問題を感じているという悩みも述べられた。

司法精神医療に限らず、作業療法士の役割

としては、具体的な活動や体験をとおして、退院後の生活を可能にするための生活機能評価や生活技能のトレーニングを行うことであり、さらに、症状管理、服薬管理、ストレス管理なども含んでいるということ、そして対象者の健康的な側面への評価や働きかけが作業療法の強調すべき特性の一つであるということ、作業療法士自らが認識すると共に、そうした作業療法の機能と役割を他職種に認識されるような努力が作業療法士にも必要である。

#### 5. 治療スタッフ間の医療観察法治療についての基本的認識のずれ

必ずしも治療スタッフの全員が司法精神科医療に関する研修を受けていないため、チームとしての目的が共通にならないという例があげられた。そのため、職種の役割云々以前の問題として、基本的な方向性が見失われることがある。極端な場合には、「内省」できれば社会復帰できる、というような考えが表明されることがあり、対象者の自己洞察や内省ということへのかかわりが重視される余り、生活能力面へのかかわりが必要ということに関して理解が得にくいことがあり、困難を感じているという例もあげられた。

また、まだ問題点の解決という治療医学モデル的な考え方が多く、「リカバリー」「ストレングスモデル」といったリハビリテーションモデルにおける考え方を共有できる職種が少なく、そうした職種間の基本的認識のずれが、チームアプローチが十分機能しない原因の一つとしてあげられる。

#### 6. 多職種連携を妨げる、専門性や役割分担への固執

専門性や役割分担への固執が、多職種連携を妨げている、チームが成熟して、役割分担に固執しないですむようになればよいとい

う意見も聞かれた。

多職種が集まることで、かえってそれぞれの専門性へのこだわりが強くなることもあり、自分の職種の専門性ということに固執する傾向が強くなったときにストレスを感じているようであった。これは、いずれも自分の専門職としての自信のなさがある場合や自分の職種が他の職種に理解されていないという思いが強い場合、実際に不適切な認識がなされている場合などの生じる問題といえる。

## 7. 治療プログラムの運営上の連携について

治療プログラムの企画や運営は、複数職種で委員会形式を作っている例が多く、プログラム実施の前後にミーティングを開いて多職種間で打ち合わせ、参加者についての情報交換などを行っている。

しかし、プログラムの全体像や病棟にとってどんな治療が必要かという議論が不足したまま、自分の立場だけからのプログラムの提案をすることに問題を感じているという場合が一部に見受けられ、治療プログラムの運営上の連携についても、各施設におけるチームの成熟度に差がある。

## 8. 外泊、外出、地域でのケア会議参加における連携の在り方

外泊、外出、地域でのケア会議などへの参加における連携の在り方が、多くの施設で大きな課題となっていた。特に単数配置の場合は、職種として受け持っている治療プログラムに及ぼす影響が大きいため、業務調整が必要になる。

具体体には、外泊に作業療法士が同伴したほうがいいけれども、プログラムが実施できなくなるから行けないといったような問題である。その他に、自宅での調理訓練、通院先でのケア会議への出席についても、プログラムの運営に困難をきたすという理由で行けな

いという例が挙げられた。

チームアプローチの必要性が認識される中、一般精神科医療よりスタッフが充実しているとはいえ、少数職種や小規模施設の場合には、業務の調整が柔軟にできるような体制にしないと、いかに必要であってもチームアプローチは事実上成立しないことになる。

## 9. 退院後の対象者の生活への介入との連携

退院先の状況を早めに作業療法士自身が実際に出向いて評価して、それを踏まえて入院中の治療プログラムに反映させることが望ましい。そのために指定医療機関のスタッフとの連携を深められるような体制を作り上げていくことを課題として認識している作業療法士もいる。

通院機関の作業療法士からは、対象者の生活環境の差の大きさを感じざるをえず、薬物療法にしても、多くの対象者が通院になってから主剤の変更や、外泊訓練を入院中に数回実施しても、退院後の生活はその訓練時とは異なった面が大きく、そのような入院時と通院時とのギャップを大きな課題ととらえている者もいる。地域でのマンパワーが不足しているとの指摘があった。

## E. 結論

日本作業療法士協会の研修会、ワークショップ参加者、指定入院医療機関および通院医療の作業療法士研修で得られた情報から、司法精神医療における多職種連携の現状と課題についてまとめた。すでに連携が進み始めており、その必要性や利点も認識されつつあるが、全体として職種間の相互認識、マンパワーの問題など基本的な課題のレベルで試行錯誤している施設が多い。こうした問題の解決には、事前研修も必要であるが、実務に就いた後の多職種研修のような場を設けるなどの工夫が必要である。

## 参考文献

- 1) 宮本真巳・他：触法精神障害者の看護ならびに地域支援の手法に関する研究－2004年度報告－. 平成16年度厚生労働科学研究「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰に関する研究」分担研究報告. 2005.
- 2) 宮本真巳・他：他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究. 平成18年度厚生労働科学研究「他害行為を行った精神障害者の診断、治療、社会復帰支援に関する研究」分担研究報告. 2007.
- 3) 岩井邦寿、三澤 毅：医療観察法制度と作業療法. 作業療法26（3）、218-223. 2007.
- 4) 鶴見隆彦：医療観察制度の概要と流れ－司法精神医療と司法精神科作業療法に期待するもの. 作業療法ジャーナル41（3）、189-196. 2007.
- 5) 原澤祐子：指定通院医療機関における治療と作業療法. 作業療法ジャーナル41（3）、214-222. 2007.
- 5) 山根 寛・他：精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究. 平成19年度障害者保健福祉推進事業研究報告. 2008.
- 6) 宮本真巳・他：他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究「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」分担研究報告. 2008.
- 7) 土井勝幸：作業療法5カ年戦略. 作業療法27（5）、2008-2012. 2008.
- 8) 栗山康弘、山根寛：重度精神障害者の地域生活支援システムについて－ACT-J、ACT-Kの試みからみる課題－. 作業療法28（1）、14-22. 2009.



表 医療観察法関連研修会実績

	開催年月	研修会名・内容	会場	参加者数
1	2005.11	医療観察制度と作業療法研修 ・医療観察法の概要 ・指定医療機関における作業療法 ・グループワーク	東京	約100名
2	2007.2	医療観察制度と作業療法研修 ・医療観察法の概要 ・鑑定医療機関の役割と作業療法 ・指定入院医療機関の役割と作業療法 ・指定通院医療機関の役割と作業療法 ・事例検討（グループワーク）	横浜	約30名
3	2007.2	医療観察制度と作業療法研修 ・医療観察法の概要 ・鑑定医療機関の役割と作業療法 ・指定入院医療機関の役割と作業療法 ・指定通院医療機関の役割と作業療法 ・事例検討（グループワーク）	奈良	約20名
4	2007.7	医療観察制度と作業療法研修 ・医療観察法の概要 ・鑑定医療機関の役割と作業療法 ・指定入院医療機関の役割と作業療法 ・指定通院医療機関の役割と作業療法 ・事例検討（グループワーク）	佐賀	約15名
5	2008.6	第42回日本作業療法士学会 ・医療観察制度と作業療法	長崎	約150名

## 5) 指定入院医療機関のピアレビューによる事前調査

### 多職種チームにおける医療の実際と効果に関する研究 ～ピアレビューによる事前調査からの報告～

山口しげ子（国立精神・神経センター病院）  
佐藤 功（国立精神・神経センター病院）  
小野木和昭（国立精神・神経センター病院）  
熊地 美枝（国立精神・神経センター病院）  
高崎 邦子（国立精神・神経センター病院）  
大迫 充江（国立精神・神経センター病院）

#### 研究要旨

本研究は、医療観察法指定入院医療機関における看護師ならびにコメディカルスタッフの意識調査を行い、全国の指定入院医療機関で展開されている臨床実践の中でも、中心的な取り組みである『多職種による連携』がどのように実施され、どのような現状にあるのかについて、包括的な視点から把握することを目的としている。

以下の①～③の視点に基づき、医療観察法指定入院医療施設数箇所を訪問し、ピアレビューによる実態調査を実施する。

- ① 対象行為の内省深化に向けた看護師の効果的な関わりの検討
- ② 対象者の社会復帰に向けた指定入院医療機関における多職種の連携について
- ③ 多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化

事前調査：多職種による連携について、問題の抽出を目的として、平成21年の10月と12月に各2日間の日程で実施した。対象施設は、医療観察法の入院医療施設として指定されてから2年程度の施設とし、ピアレビューによる調査を実施した。

今回の中間報告では、事前調査を実施した2施設の状況を結果の項で報告する。

#### A. 目的

施行5年目を迎える医療観察法の指定入院医療機関における看護師並びにコメディカルスタッフの意識調査を行い、全国の指定入院医療機関で展開されている臨床実践の中でも多職種連携についてどのように実施され、どのような現状にあるのかについて包括的な把握を試みる。

研究①：対象行為の内省深化に向けた看護師の関わりの実施状況と課題を明らかにする

研究②：対象者の社会復帰に向けた多職種連携の現状と課題を明らかにする。

研究③：他施設における事例検討会の実施状況を明らかにする。

#### B. 調査方法

##### 研究①

テーマ：対象行為の内省深化に向けた看護師の効果的な関わりの検討

方法訪問施設での聞き取り調査

訪問者：国立精神・神経センター共同研究者

(面接実施者は熊地のみ) 他

## 研究②

テーマ：対象者の社会復帰に向けた指定入院医療機関における多職種連携について

対象：訪問した施設の医療観察法病棟に従事する多職種（医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士）

方法：1) ピアレビューで他施設の医療観察法病棟の会議（MDT会議、CPA会議、治療評価会議など）を参与観察し、多職種連携の取り方を調査する。

訪問対象施設：A病院・B病院の医療観察法病棟を訪問

訪問者：国立精神・神経センター共同研究者  
小野木・佐藤他

## 研究③

テーマ：多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化

対象：医療観察法病棟に従事する看護師及び多職種スタッフ

対象の選定基準や選定方法：調査訪問対象施設の医療観察法病棟で研究者らが開催した、事例検討会に参加した参加者。

方法：1) 訪問対象施設で事例検討会を開催する。

2) 統合的な視点に基づく事例検討会（グループ・スーパービジョン）を試みる。

3) インタビューについては共同研究者の高崎が、説明文（資料1）を用いて説明し、研究協力の同意が得られた参加者に対して、参加した感想をインタビューする。

4) インタビューの場所：事例検討会を行った場所でそのまま実施。

訪問対象施設：A施設・B施設の医療観察法病棟

訪問者：国立精神・神経センター共同研究者  
の高崎他および宮本真巳

・被験者への結果説明については、研究成果をまとめ、施設ごとに文書で報告する。

・被験者は自由意思に基づいて本研究に協力（倫理的配慮）

・調査データを公表する際には、個人が特定されるような情報は公表しない。

・被験者（看護師等のスタッフ）への研究報告については①②③の研究ともに、各施設の研究協力者あてに1部を郵送する。その際自由に施設の病棟内で閲覧できるように依頼する。

## C. 結果

### 研究①対象行為の内省深化に向けた看護師の関わりの実施状況と課題を明らかにする

#### (1) 看護師への聞き取り

A病院では、看護師が対象者の対象行為に関する内省深化に向けた関わりをおおむね実施していることが確認できた。しかし、看護師によっては内省の深化過程がイメージできずに進め方に関する悩みを抱えている場合もみられた。

B病院では、看護師に対象者の対象行為に関する内省深化に向けた関わりの実施状況の聞き取りをしたところ、「臨床心理技術者が行うことが多い」「入院の最初から関わったほうが治療導入という意味でいいのかと思うけど、実際にはそうできていない」「積極的に行っていない」などの声が聞かれた。全般的に、対象行為の内省深化への関わり的重要性を感じてはいるものの、実際には担当の臨床心理技術者に任せる傾向が強く、看護師としての関わりは希薄なことが伺えた。

#### (2) 事例検討会で確認された対象行為に関する内省深化への関わり

2病院で、それぞれ事例検討会を2回ずつ合計4回開催した。なかでも、A施設の1事例とB病院の2事例で対象行為に関する内省深化への関わりについて焦点が当てられていたた

め、それら3つの事例検討会で確認できた対象行為に関する内省深化への関わりについて報告する。

事例検討会で検討した事例は表1)①のとおりで、各事例で確認された対象行為の内省深化は表1)②のとおりである。

事例A-2では、担当看護師が対象行為についての内省深化に向けて関わりを試みていることが確認された。しかし、対象行為である性的暴行に関する対象者の発言が「今後も(性的暴行を)行う」という一方で「対象行為をしない」と言うなど意思表示が一定せず、内省や信頼の程度が図りにくいという状況を生じさせていた。

事例B-1では、事例提供者(看護師)をはじめとする担当多職種チームが、対象行為についての内省深化が深まらないと認識していた。しかし、事例検討をすすめる中で、表1)②のとおり、対象行為の正当化から損得勘定を伴う後悔、親しい人に迷惑をかけた思いへと内省が深化していることが確認できた。

同様に事例B-2についても、被害者への共感性が確認でき、内省が深化していることが確認されている。二事例とも、先行研究<sup>2) 3) 4) 5)</sup>で確認されている内省深化のプロセスを辿っていることが明らかになった。また、これらの結果から、実際には表1)②のように内省が深化している場合でも、対象者の身近にいる担当スタッフには、内省深化の実感が得られにくいことが確認できた。

内省への看護師の関与については、特に、事例B-1において、看護師の内省への関与はみられなかった。関与しきれない背景には、「対象行為について話し合うことで病状が悪化するのではないかと心配」であることや「対象者との関係が壊れるのではないか」という不安、「若いから(あまり話してもらえない)」などの看護師側の事情が影響していることが確認され、このことは、先行研究<sup>1)</sup>である医療観察法施行以前の触法精神障害者への閉鎖病棟看護師認識結果とも同様であった。

表1) -①: 事例

事例	年齢	性別	診断名	対象行為
A-2	20-30代	男性	不明	強制猥褻
B-1	50代	男性	妄想性障害、AL依存症	傷害
B-2	40代	男性	統合失調症	傷害

表1) -②: 対象行為の内省

事例	入院時の内省	現在の内省	内省への看護師の関与
A-2	・性的暴行について今後も行うという発言	・性的暴行について今後も行うという発言 ・「しない」というときもある	あり
B-1	・対象行為について正当化	・「失敗した」 ・「元妻に迷惑をかけた」	なし
B-2	・「申し訳ないことをした」	・「被害者は怖かったかも」	あり