

	・気になったこと ・印象に残ったこと	・感じたこと ・考えたこと	・学んだこと ・自施設に取り入れたいこと	・訪問施設への提言
⑤役割分担・チームワーク・治療システムについて	<p>○支援システム以外で作成する文書が多いように感じた。</p> <p>○外出の書類作成も細かく大変そう。定時連絡も回数が多く、やや窮屈ではないかと思った。</p>	<p>○作成する文書が多いと情報が散漫になり、重要な情報が埋もれてしまう傾向がある。また、作業効率も低くなると感じた。</p> <p>○急性期など、モニターで見ている部屋が数室あったが、モニターでなく極力、常時観察などで直接見られると良いかなと感じた。</p>	<p>○治療評価会議では時間をかけて意見交換がされていた。当院もただの事例発表のようにならないよう見習いたい。</p> <p>○自施設も同様な傾向があるため、作成文書の見直しを一定期間で評価していきたい。</p>	<p>○現在作成している文書の見直し、評価を病棟全体で行い、本当に必要かどうかを整理してみると良いのではないかと感じた。</p>
⑥治療プログラムについて	<p>○個別プログラムが多く、集団プログラムが少なかった。</p> <p>○他職種より看護師の参加について、現状よりさらに深く介入して欲しいとの要望があった。</p> <p>○プレミーティングやアフターミーティングはあまりされていないように感じた。</p>	<p>○個別プログラムは丁寧介入はできるが、治療者と対象者が対立関係になる傾向があると感じる。また、勤務特性上、同じ看護師が毎回プログラムに参加するのは困難なため、その影響として、看護師のプログラムへの消極的な参加の姿勢がみられている可能性を感じた。</p> <p>○事例検討でも個別での内省に行き詰っているケースが検討されたが、グループでの内省を導入すると良いのではないかと感じた。</p>	<p>○OTやCP主導のプログラムにNSがどのように介入するか、自施設でも課題である。</p> <p>○多職種共同でプログラム運営をしていけるよう検討が必要。</p>	<p>○プログラムでは、プレ・アフターミーティングに時間をかけることで対象者理解が深まるのではないかと。</p> <p>○現状すぐに集団プログラムを企画するのは困難であるため、まずはプログラム毎に看護スタッフの担当を決めるなど、多職種と共同していけるようにしてはどうか。また、看護師の参加方法についても話し合ってみるとよいのではないかと。</p>
⑦退院後の支援と地域支援	<p>○地域特性として退院時にまず他の病院に入院して、その病院管轄のグループホーム入所が多い。また、離島があり、指定通院先の病院がない場合もある。</p> <p>○指定入院施設に対する地域の反対が少ない。</p> <p>○退院した対象者のケア会議等にはスタッフは出席されているのかどうか気になった。</p> <p>○退院のために必要な外出が十分にできているかどうか気になった。</p>	<p>○通院施設の少なさなどからなかなか通院先が決まらないことなどは全国的な問題であると感じた。</p> <p>○対象者・職員ともに退院後の具体的な生活イメージがつきにくいのではないかと感じた。また、そのことで社会で生活するプランニングをするのが転院先が中心となるのではないかと感じた。</p> <p>○地域との交流をもととしていたことで反対が少ないと説明を受けたため、地域との関係性の重要性を実感した。</p>	<p>○地域施設が少ない場合、退院先の受け入れが少なく、退院調整が困難になることが考えられる。早目から検討していくことが必要。</p> <p>○地域と関係性を作っていくためにどのようなことから取り組んでいくのか検討が必要。</p>	<p>○退院後の生活イメージを具体的にしていけるような取り組みが必要。また、転院する場合でも、転院先と連携を取り、退院後の生活イメージを共有していくことが必要。</p> <p>○地域との関係性がいいところは強みなので、今後も良い関係性が築いていけるようにして欲しい。また、取り組みなども教えて欲しい。</p>
⑧その他	<p>○個別で内省に取り組んでいた。内省が深まらないケースに困難を感じていた。</p> <p>○病院間でプログラム内容や医療の質の違いについて問題視する意見が聞かれた。</p>	<p>○内省について気負いすぎている可能性がある印象を受けた。「内省＝反省」ではないことや、内省の段階について整理して考えていけると良いと感じた。</p> <p>○病院間で違いをどのように埋めていくのか、プログラムの基本は全国共通にして欲しいとの意見も聞かれており、今後、学会などを通してプログラムのワークショップなど検討していきたいと感じた。</p>	<p>○過去に内省への取り組みについて研究を実施したが、その情報をもっと発信していく必要を感じた。</p> <p>○病院間の違いについては、交流会など多くのスタッフに参加してもらい、自施設の医療を振り返る機会にしていきたい。</p>	<p>○他職種は職種ごとの交流会に参加しているが看護師はあまり参加する機会がないため、他施設との交流を持つ機会を持つようにしていけると良いと思う。</p>

グラムの内容やリスク評価の基準に違いがみられる場合、転入にすることで、治療方針や退院に向けた支援の方向性が変わることが起こり得る。また、対象者とスタッフとの新しい関係を構築していくことにも時間を要する。このようなことが対象者の不利益につながることはないよう、全国的な対策が必要である。

② 看護師について

A施設は開棟して間もないこともあり、治療プログラムや業務の内容など、手探りでやっている部分もあるようだったが、その分スタッフの結束も強く、活気が見られた。CVPPPの普及活動等にも積極的に取り組んでおり、前向きな姿勢が窺えた。また、司法精神領域の認定看護師が、開棟して最初のケースを受け持ち、スタッフのロールモデルを務めていることも、スタッフの安心感やモチベーションにつながっているようだった。

事例検討会では、スタッフに対して攻撃や依存を繰り返す対象者に対して「どこまでなら言っても良いのだろうか」との迷いから対象者に対する率直な感情表現を躊躇う様子が見られていた。

B施設では、看護師長が治療評価会議の場で担当MDTに対して目標の設定を促すなど、病棟全体を把握している様子が見られた。また、担当MDTの面接や個別でのプログラムが充実しており、その中で看護師が対象者に対して率直な感情表現や、対象行為に関しての直面化を実施している様子が見受けられた。このことは、担当MDTの熱心な介入によって対象者との関係が一層深まるといった利点が得られる反面で、対象者との間に、時には対立関係を生じさせてしまうこともあるとのことで、内省の深化を促すことの難しさが語られていた。

担当MDT内の結束が強い反面、責任が集中しすぎて、看護チームとしてのケアの提供や

看護者間のアセスメント・情報共有などが、薄れがちになる傾向があることも語られた。“MDT”という多職種チームが中心となりながらも、困難に感じていることなどは周りに発信し、チーム内の看護師には、担当MDTとは異なった役割を発揮してもらうなど、働きかけていくことも必要であると感じた。ケアを多重構造化できるという医療観察法病棟の特性を活かし、病棟チーム全体で対象者を支えるという視点を大切にしていけたら良いと思われる。

A、Bの両施設で語られた内容として、「外部評価を得る機会の少なさから、自分たちのケアがこれで正しいのか、効果を得ているのか、などを客観的に評価することが難しい」ということがあった。ピアレビューや研修会などで指定入院医療機関、指定通院医療機関のスタッフ同士がそれぞれの施設での取り組みを共有したり、困難事例を一緒に検討するなどの交流が持てるとエンパワメントにもつながり、施設間の質の均てん化やケアの向上につながるのではないかと考えられる。他職種は職種ごとの交流の機会があるようだが、看護職に限定した交流会は開催されていないため、今後検討していく必要があるだろう。

③ 他職種と多職種連携について

A施設では、開棟して間もないにも関わらず、治療プログラムが充実していた。今後、放火防止プログラムや性犯防止プログラムなどの対象行為別のプログラムも導入予定とのことであった。小規模病棟は他職種の人員も少ないため、治療プログラム運営には職種での連携・協力が必須である。MDTで必要と判断されると病棟外から栄養士も参与するなどの個別プログラムも実施されていた。MDTで規定された職種以外の職種の専門性が活かされるA施設の環境は、強みであると思われた。他職種は人員が少ないにも関わらず時間をやりくりし、

MDT会議や対象者の外出付き添いなども参加していた。

B施設では、公式なMDT会議以外に、スタッフステーションや執務室でMDTスタッフ同士の話し合いが自然に行われているようであった。ケアコーディネーターの役割は一概にプライマリナースだけが担うのではなく、回復期から社会復帰期にかけてはソーシャルワーカーが中心的に役割を担うなど、臨機応変に各職種がそれぞれの持ち味を活かしている様子が見受けられた。看護師以外のコ・メディカルスタッフが集まる執務室では、対象者の情報交換や情報共有が日常的に行われているため、お互いが対象者の状態を把握しやすい状況にあることが語られた。その反面、看護師とコ・メディカルとの対象者に対する情報共有量のギャップが生じているという構図があることも語られた。交代勤務である看護師は、夜間の対象者の様子を把握できるという強みがある一方で、平日の日中の不在時に決定しなければいけないことがあるときなどは意見が反映されにくいという状況もあり、全職種で連携するという難しさが語られていた。

A、B施設とも、多忙な勤務の中でも、時間をやりくりしながらMDT会議・面接を頻回に開いており、MDTチームとしての機能をしっかりと果たしているように見受けられた。

④ 病棟構造について

A施設は全体的にガラス面が多いつくりになっているため、見通しが良く、広く開放的な印象だった。スタッフステーションから対象者の姿がよく見えるだけでなく、対象者からもスタッフの姿がよく見えるような病棟構造になっていた。

保護室は“リラックスルーム”という名前になっており、前室のスペースにはソファを設置するなど、温かく安心して過ごせる雰囲気の一部屋作りがなされていた。このような場所は

急性期の症状が増悪したときのみならず、普段から気持ちを落ち着けて話をしたいときなどにも利用でき、有効であると考えられる。

作業療法室は家庭のリビングのような雰囲気居心地の良さそうな印象であった。

スタッフステーションに設置してある監視カメラのモニターが、アトリウムからよく見える位置に設置されているため、対象者としては自分たちが常に監視されていると感じるのではないかと気になった。A施設のスタッフに尋ねてみると、配線の都合上、その場所に設置する以外なかったという構造上のやむを得ない事情があったことがわかった。

B施設もスタッフステーションから各ユニットやアトリウムが見渡ししやすい構造になっていた。また、スタッフステーションから会議室や休憩室に移動する際にはコ・メディカルがよく使用する執務室を通る構造になっており、自然と各職種が顔を合わせる機会が多くなっているように感じた。

中庭は、「中庭プログラム」として毎日30分開放されており、対象者たちは、中庭に出るとボールゲームや周囲を歩いたり、思い思いに過ごしていた。開放時間に中庭に出る対象者は多く、対象者のニーズが高いようであり、「もう少し自由に中庭に出たい」という要望も対象者から聞かれた。中庭の使用方法については各施設によって違いがあるようだが、決められた30分以外にも対象者の希望時には利用できるなどの個別対応ができると良いのではないかと感じた。

A、B施設ともに予算や電気代等の兼ね合いもあり、体育館には冷暖房が設置されていなかった。そのため、夏は暑すぎて、冬は寒すぎて使用頻度が減ってしまうという話もあった。体育館というせっきくの設備だが、使用頻度が減ってしまうというのはもったいないように感じた。

⑤ 役割分担・チームワーク・治療システムについて（行動制限・セキュリティ・電子カルテなど）

A施設では入館時のボディチェックの場所に、レベル分けされてわかりやすく表示されているセキュリティチェック表が作成されていた。一目で、どのレベルのチェックが必要かわかるようになっていた。

スタッフステーションに置かれている貸出物品は、A、B、C、Dと危険レベルによってランク付けしてあり、誰が対応してもわかりやすいように工夫されていた。

それぞれの職種がお互いの専門性を尊重しており、チームワークの良さが感じられた。

B施設の治療評価会議では、職種に関係なく率直な意見交換がされていた。日ごろからMDT等で各職種が意見を述べることに慣れていることが窺えた。医療観察法医療の特性として、治療評価会議や運営会議等、あらかじめ決められた会議が幾つかあるが、それらを有効に活用している施設は、多いわけではない。B施設の会議の様子を見学して、自施設においても有意義なものにできるよう、工夫することの必要性を感じた。

一方で、自施設と比較すると外出時の書類や各MDTの課題やスケジュールをエクセル上で表にしたものなど、支援システム以外の書類が多いように感じた。書類作成に費やす時間の多さは、B施設のスタッフ自身も感じているようだったため、書類のスリム化の必要はありそうである。書類作成の時間を短縮することで、看護師間の情報共有の時間や治療プログラムのプレ・アフターミーティングの時間に充当してはどうだろうかと考えた。限られた時間を優先順位に応じて配分する工夫が必要ではないかと考える。

⑥ 治療プログラムについて

A施設では集団でのプログラムを積極的に導入していた。既存の精神科病棟ではあまり集団

プログラムは行われてこなかったため、どの職種も慣れていないとは言えない。看護師としては、心理系のプログラムを主導することには抵抗感があるなどの意見はよく聞くが、職種の専門性を活かしつつも、看護職の誰もが積極的な治療的介入ができるようになることが課題であると言えよう。

B施設では、集団よりも個別での介入が多いように感じた。個別では丁寧な介入ができるが、対象者同士の集団による力を利用した集団プログラムが有効な場面もある。内省は個別で丁寧に実施されていたが、集団で行うことで、当事者間で話すからこそ理解が深まるという効果も期待できるため、導入してみてもどうか。また、プログラムのプレミーティング、アフターミーティングの時間が十分に取れていない様子であったが、プレ・アフターミーティングは対象者の状態の確認だけでなく、プログラムの場で起きていた事象を職種間で確かめあい、共有する場にもなるため、そのための時間は確保し、大切にしたいのではないかと感じた。

⑦ 退院後の支援と地域支援について

A施設はまだ開棟して間もないこともあり、退院に向けて病院外での外泊訓練等も未経験とのことだった。対象者の退院後や地域支援については今後の課題となるであろう。

B施設は、もともと地域との交流が根付いていたとのことから指定入院医療機関に対する抵抗が少ないとのことで、地域との関係性の良さが窺えた。司法精神医療に対しては、無理解や偏見を持っている地域住民も少なくない。正しい情報を伝えるなど、双方間のやり取りを継続することを通じて良い関係性を築けていけると良いと感じた。

また、病棟周辺地域に指定通院医療機関の数が少なく受け入れ体制の十分な確立が困難な状況があること、特にクロザリル内服中の

対象者やECTを受けている対象者の受け入れは、それ以上に困難を伴うことに関しては、B施設に限らず全国的な課題であると考えられる。指定通院医療機関の受け入れ体制の充実に痛感した。

⑧ その他

事例検討会では、A、B施設とも新たな発見や気づきが得られた。その一方で、事例検討会を定期的実施している施設は限られており、今後は各施設、施設間での事例検討会が増えると良いと感じた。*事例検討会の内容の詳細は、報告2)の「多職種チームにおける事例検討を通じた継続学習」を参照。

施設ごとに提供可能な治療プログラムの内容や医療の体制などには違いが見られる。他の施設がどのような内容のプログラムを実施しているのか、多職種連携や会議の実態はどう

なのか、交流会やピアレビュー活動を通じて知ることができると、そこでの気づきや学びが自施設の取り組みを振り返る機会、改善点を見つける機会となることが確かめられ、有効性を実感できた。

D. 結語

ピアレビューアが、各種会議や治療プログラムなどに参加・観察をしながら、対象施設のスタッフと情報交換・情報共有を行い、「気になったこと・印象に残ったこと」、「感じたこと・考えたこと」、「学んだこと、自施設に取り入れたいこと」、「訪問施設への提言」についてまとめた。このようなピアレビュー活動を通じて、今後も相互交流と職種連携による医療の充実に向けた組織強化とスタッフ教育へつなげていきたいと考える。

2) 多職種チームにおける事例検討を通じた継続学習

- 宮本 真巳（亀田医療大学 看護学部）
西平心華子（国立精神・神経医療研究センター病院）
高崎 邦子（滋賀県立 精神医療センター）
中川 佑架（国立精神・神経医療研究センター病院）
美濃由紀子（東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科）

研究要旨

医療観察法による医療の発展・継承には、指定入院医療機関における事例検討会の目的として、アセスメントや方針策定の他に、事例提供者のエンパワメントと参加者の感情活用能力向上を加え、継続学習によるスタッフの資質向上を媒介とした実践の質的向上が重要であるとの観点から、指定入院医療機関における実践研究を実施した。

その結果、臨床状況の中に患者の全体像を位置づけてアセスメントの精緻化を図ることや、対象者の処遇をめぐる直面する困難への共感的理解を通じて、事例提供者のエンパワメントを図れること、事例検討会における参加者間の率直な感情表現のやりとりが、対象者との援助関係作りにとって有用な感情活用能力の向上に役立つことが示唆された。

A. 研究目的

精神科臨床の現場では、事例検討が行われることが多いが、治療・ケア方針の策定や確認が主要な目的とされ、忙しさを理由に短時間で終わる場合が多く、多職種合同で事例検討を行う機会は少ない。一方、指定入院医療機関では、MDTミーティングや治療評価会議といった形で、多職種による事例検討を定期的に行う機会が保障されている。ただし、やはり多くの場合、対象者の現在の状態についてのアセスメント、治療・ケア方針の確認・策定という業務上の情報交換の域をでない。

一方、事例検討には継続学習という重要な機能があるが、そのような機能を生かすには、事例検討会を継続学習の場として位置付け目的意識をもって行うことや、学習課題を明確にし、効果を高めるための方法論を導入する等の工夫が必要と考えられる。とりわけ、司法精神医療という新たな取り組みにおいては、継続

学習という視点が重要であることが総論的には合意されてはきたものの、具体的にどのような取り組みが必要であり、またどのような方法が有効かについては確認されて来なかった。

そこで、本研究では指定入院医療機関におけるピアレビューの一環として事例検討会を実施し、その経過を振り返って分析を加えることを通じて、事例検討会の機能の明確化を図ることを目的とした。

B. 方法

1. 本研究における方法論について

今年度、当分担任では指定入院医療機関2病院においてピアレビューを行ったが、A病院においては2事例、B病院においては1事例の検討を行った。いずれの病院においても、病院からは師長、副師長、認定看護師、プライマリナース、アソシエイトナース、医師、臨床心理士、精神保健福祉士、外部からはピアレビューアとして、大学教員2名、看護師数名

が参加した。

事例検討会の実施に先立ち、ガイダンスとして、これまでの当分担班の事例検討に関する研究成果を踏まえ、臨床現場における事例検討の目的について若干の問題提起を行った。その概略は、①事例の包括的な把握、②エモーショナル・リテラシー（＝感情活用能力）の発揮、③事例提供者のエンパワメントである。事例検討会においては、病棟スタッフ、ピアレビューアー共にできるだけ率直に発言することを求めると共に、研究者らは事例の理解が深まる過程と平行して生じた事例検討会の集団力動にも関心を向けるよう努めた。事例検討会終了後、参加した病棟スタッフには、自記式アンケートを実施した。研究者は事例検討会の経過について事例理解と集団力動という2つの側面を念頭に置きながら、事例検討過程の分析を行った。

本研究の方法は、事例検討会場面における参加観察を主体としながら、事例検討会を多職種による継続学習の機会とみなし介入を行う実践研究（＝アクションリサーチ）の側面、さらには介入の影響や効果についての評価を行う実証研究の側面を併せ持つと考えられる。

以下に、事例検討会ガイダンスの骨子となる3項目の概略を紹介する。

2. 事例検討会ガイダンスの概略

1) 事例の包括的な把握

事例を「患者」「援助職」「援助関係」「臨床状況」の4局面から俯瞰し（図1）「患者」の局面については「精神機能」「生活機能」「人格機能」の3軸からアセスメントする（図2、表1）ことによって、事例の包括的な把握を試みる。この試みにより、医療観察法による治療導

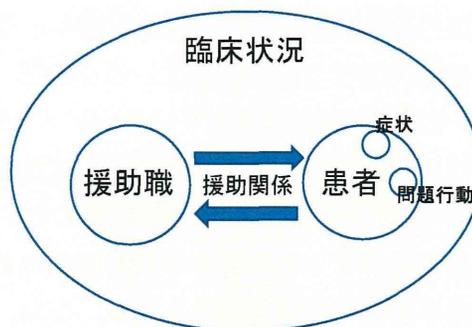


図1. 事例の4局面

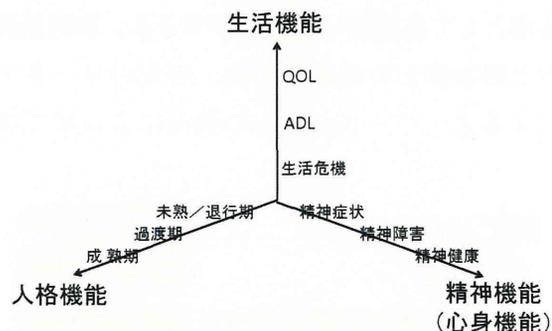


図2. 包括的人間理解に向けて

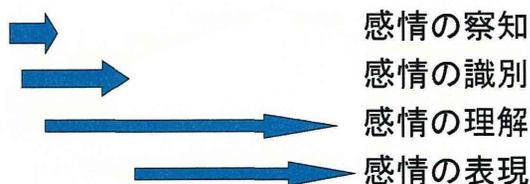
表1. 心の機能（知情意）と機能低下（精神障害・精神症状）

	精神の機能	精神の機能障害
情	感覚＝外部刺激への反応 知覚＝適応への方向づけ 感情＝とっさの場合の行動指針	五感と身体感覚の障害 知覚障害：錯覚、幻覚、失認 感情障害、気分障害
知	記憶＝情報の蓄積と取り出し 注意＝情報源への意識集中 学習＝問題解決への準備 思考＝判断、推理、予測 創造＝新たな発想の産出	記銘力障害、健忘 注意の障害：集中・選択・転換 知能・発達・人格の障害 思路、思考様式・内容の障害 模倣、凡庸、陳腐、常同
意	動機＝快適さに向かわせる力 意思＝欲求調整、行為の駆動と持続	意欲低下、被影響性の減弱・亢進 衝動：自傷・他害、強迫：観念・行為 精神依存（＝嗜癖：物質・過程）

入の判定基準である「疾病性」「社会復帰要因」「治療反応性」のアセスメント、及び共通評価項目に掲げられた「精神医学的要素」「個人心理的要素」「対人関係的要素」「環境的要素」「治療的要素」のアセスメントを補完し、対象者理解を深めることができる。

2) 感情活用能力の発揮

感情活用能力は、対人場面で自他が体験する感情の理解に基づく表現力を意味し、感情の「察知⇒識別⇒理解⇒表現」の4段階（図3）からなり、援助関係とリーダーシップを成立させる上で不可欠の能力である。参加者が感情活用能力を発揮し援助関係が成立すると、事例提供者は自分と患者との援助関係をめぐる困難の直視へと動機づけられる。なお、ロジャーズのクライエント中心療法における自己一致原則は、援助関係の形成に向けた感情活用として位置付けることができる。事例提供者と参加者との援助関係は、特定のリーダーによるスーパービジョンの独占によってでは



数秒から数十秒

図3. 感情活用の時間的推移

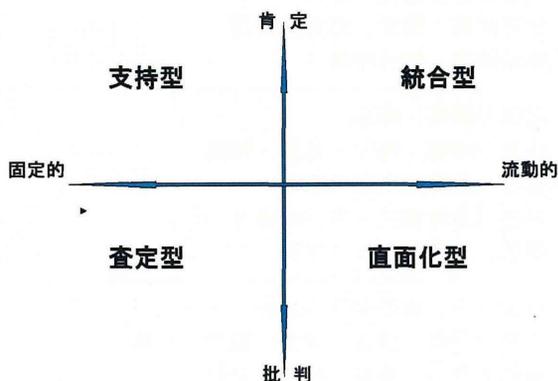


図4. 事例検討会参加者の「態度－役割」類型

なく、参加者によるスーパービジョンの分担によって成立する。分担されるスーパーバイザー役割は参加者の対人態度に根ざしており、「支持型」「査定型」「直面化型」「統合型」の4類型に区別できる（図4）。

3) 事例提供者のエンパワメント

事例検討会では処遇に行き詰まっている事例が提供される場合が多いが、患者の病状や問題点の改善が容易ではないことの再確認や、援助過程の批判的な査定に基づく原則論の提示に傾くことが少なくない。そのため、事例検討を経て現実味のある方策や方針の提起に至らず、事例提供者が自信低下を来し関わりへの意欲が減退することも少なくない。そこで参加者は、事例の包括的把握のための4局面と、患者像の包括的理解のための3軸を視野に入れ、患者の可能性や援助の有効性を明るみに出すと共に、事例提供者の行き詰まり感の解消と自己効力感の向上により、エンパワメントを図ることができる。

C. 結果

1. 事例①（A病院）

1) 対象者のプロフィール

Aさんは40歳代半ばの男性で高卒、対象行為は強制わいせつ・傷害、診断名は破瓜型統合失調症である。趣味は車・バイクの運転、強固な幻聴・妄想、発語不明瞭、独特な言い回し、知的障害（IQ60程度）の疑い等によりコミュニケーション困難である。多飲水と過食の傾向が認められ、血糖値が高い。入院の理由について「親が忙しいから」、「食べ物の病気（糖尿病）」と説明し、対象行為の理由を「音がしたから」と述べる等、病識がなく、内省が深まらない。

2) 入院後の経過

対象者の地元にあるA病院の開棟により、他県の指定入院医療機関から転入した。転院には

不同意だったが転入後の強い拒否はなかった。前施設では治療効果が上がりずm-ECTの効果も一過性だったため、処遇終了が検討されていた。

疾病教育は3段階中2段階目のプログラムに参加しているが積極性が見られず、各職種が個別の面接によって補強しているものの、病識の獲得には至っていない。スポーツや作業療法のプログラムには1～2回参加したが、「やることいっぱいあるので6ヶ月に1回参加する」と言い、実際に半年おきにしか参加していない。結果が出て「評価される」プログラムが嫌いな様子で、各種ミーティング・権利擁護講座などにはほぼ参加している。実際に治療プログラムに参加した時は他の対象者と協力でき、特に問題は見受けられない。プログラム以外では、自室で文字の練習、物書き、読書等で過ごし、入浴・更衣・洗濯などの清潔保持は自立している。医師による診察時には礼容が保たれている。

多飲水を心配した担当看護師が飲み物購入を制限した際、それに反発し「警察に電話して食事を止めて貰う」と電話ボックスに閉じ籠ろうとして、制止したスタッフに暴力を振るった。その出来事を振り返ったMDTでは、「間違いでした」と一定の反省を示したものの、エスパーの関与を主張した。

3) 事例提供の動機

転入後1年間を経たものの、前施設に同様に治療効果が乏しく次回入院継続申請時には処遇終了も考慮するという方向性が出ていの中で、やり残したことはないか検討したい。

4) 事例検討の経過

○言葉遣いに奇異な点があり、話が通じ難いことや、IQが低いことから知的障害も疑われているが、高卒で運転免許を取得している所からも、知的障害よりは妄想も絡んだ独特

の世界観がコミュニケーションを妨げていると考えられる。彼の物の見方やその根拠を見極められれば、コミュニケーションの改善が期待できる。

○「評価される」治療プログラムへの抵抗からは、学童期の発達課題である学習への努力や勤勉さの未修得が伺われる。そう理解すれば、Aさんにとって負担が適度となるような課題を提供して、達成感や充実感を得られる機会を提供するという方針が見えてくる。また、実習生や売店のおばさんに抱きついたというエピソードからは、性的な動機よりも親密性を求める幼児性が伺われることから、母親との関係性を見据えながらスタッフとの関係についても、吟味や工夫を重ねていく余地がありそうである。

○母親は週2回ほど面会に来るが、面会時は、Aさんも母親も一方的に自分の話をしている。母親は高EEが疑われる人で、息子を何とかしたいという熱心さはあるが、本人の言いなりに差し入れているところから、本人を過剰に甘やかす傾向や本人を恐れている傾向を読み取れる。一方Aさんは、「母は偽者」で「必要なものを持ってきてくれる親役の人」と受けとめている。両者の間には気持ちのずれがあり、Aさんの妄想的な世界観や、女性との関係における問題行動との関連が伺われる。

○多飲水の理由については、エスパーを引きあいに出すなど、妄想の関与がみられるが、空腹や口渇など現実的な説明もできている。また、多飲水を嗜癖行動に見立て、基本的欲求の未充足からくる代償的行為の過剰という解釈が可能である。欲しいものが手に入り難い入院環境では、手に入りやすい水に走りやすいという観点から、Aさんにはどんな欲求不満があるか、また欲求や希望があるかを本人と探っていく余地がある。

○病棟内でAさんが見せた暴力行為からは、対象行為や退院後のリスクとの関連が危惧さ

れるのは事実だが、Aさんからすれば飲水制限という不本意な処遇に関連しており、身を守ろうとしたあまりの過剰な抵抗という解釈もできる。従って、この出来事を衝動的な行動と見なし反省を促すだけでなく、どういう状況では怒りが暴発しやすいのかを本人と共に検討することも考えられる。

○Aさんは車やバイクの運転が好きで、免許更新を希望したため外出計画を立てたが、当日になって「エスパーの指示」を理由に中止してしまったという出来事が紹介された。妄想や幻聴の中核にある「エスパー」は、Aさんの生活行動に支障を来す要因となる反面、「エスパー不足」とは調子が悪いことを意味するなど、心地よく頼りになる強い存在であり、母による支配や侵入から身を守るための対抗策とも考えられる。

○事例の過程で、Aさんの理解し難い言動の背後に、Aさんなりのもっともな理由や、止むを得ない事情がありそうなことが浮き彫りになった。ただし、それらの理由や事情についてはAさん自身も自覚できていないため、疑問に思える点をAさんに率直に投げかければ、それへの応答を通じて共通認識に至る可能性のあることが示唆された。

○OMDTとしてAさんの処遇終了を考えざるを得ないまでに、治療の限界と関わりの行き詰まりを感じていた事例である。確かにAさんは、他の対象者と比べると疾病からの回復具合も、プログラムによる学習効果も捗捗しくなく、学習態度にも積極性がみられない。しかし、Aさんは治療や学習を拒否しているわけではなく、自分なりに納得できれば行動に移せるようである。また、Aさんはこの病棟にずっと居たいとの意向をもらすなど、退院準備への取り組みには積極的でないとはいえ、病棟の居心地が良くスタッフを当てにし始めているとも言える。Aさんの認識や希望については未知の部分が多いが、確かめる余地がある

ことや、援助関係は徐々に形成されつつあり、さらに深めていくことによって成長を支援し得るという感触を得て、事例提供者の行き詰まり感は軽減されたと考えられる。

5) 事例検討会を通じて明らかになったこと

○スタッフが体験しているAさんとのコミュニケーションの困難には、幻覚、妄想、思考障害等の影響が伺われるものの、すべてを疾病性に帰することはできないことも見えてきた。すなわち、家族など身近な人々との間に心地よい関係を体験できないままに、失望や不信感が重なり、行動を規制され管理されることによって怒りを貯めてきた経緯を伺うことができた。また、疾病性に関しては顕著な改善は見られず、プログラムへの参加が限られ疾病教育の学習効果は少ないとはいえ、こうした治療ケアへの反応から、Aさんの対人関係や人格発達をめぐる問題点を読み取ることができる。

○転入以前も含めて、医療観察法病棟への入院以降、Aさんは、これまでになく密度が濃くきめ細かな人間関係の機会に恵まれ、周囲への不信感が和らいできたことが十分に推定できる。従って、Aさんと共有できた認識の中身を確認し、広げていくことが今後の課題となる。それには、Aさんの言動について理解や受容が難しいと思えた場面で、率直な疑問を非難がましくなく投げ掛けるという関わりが重要であり、それによってスタッフは、Aさんと共に感情活用能力を高めていくことができるはずである。

○指定入院医療機関スタッフであるピアレビューアーから、Aさんの処遇に無力を覚える事例提供者に心境への共感を示すことによる支持的関与、大学教員であるピアレビューアーからは、これまでの関わりの意義を指摘することによる支持と併せて、Aさんの心境に関する内在的理解の可能性に関する直面化的関与、A

さんとの関わりにおける自己一致の方法についての具体的提案を行うことによる統合的関与を行った。

2. 事例2 (A病院)

1) 対象者のプロフィール

Bさんは40歳代前半の女性で、診断名は統合失調症・パーソナリティ障害である。対象行為は放火で自分の住んでいたアパートに火をつけた。父親には暴力的な傾向があり、本人は被害を受けたと訴えるが、母親はよくわからないと言っている。

2) 入院後の経過

病棟開設時に他施設から転入したが、入院直後から家族関係に起因すると考えられる情動変動が見られ、不安定になると被害的訴えやスタッフ攻撃が頻繁に見られた。社会復帰調整官から、家族が負担を感じているので距離をとれるようになって欲しいと言われ、その場では了承したかに見えたが、直後に不安定となっている。

○生活費は自分で管理しており、お金を下ろしに行きたいとの申し出があったが、漠然とした不安が次第に募って不安定となったため、不安定にさせる要因の確認や不安への対処方法の検討を本人と試みたが、結局外出できなかった。院内散歩を希望した際にも、当日になって「意味がないから行かない」「こんなことしたくなかった」と突然中止してしまった。

○理解力の乏しい傾向と不安定さが重なり、厄介な現実と直面すると「頭がまとまらない」と言って向き合えない状態を繰り返している。また、集団場面での学習が困難でプログラムへの参加意欲は低いいため、学習すべき内容について個別に繰り返し説明している。それでも、MDTに対して攻撃的な態度をとり、特にプライマリナースに対しては強い感情をぶつけることが多い。

3) 事例提供の動機

情動が変動しやすく、不安が強まると生活費を下ろすための外出もできないBさんに対して、どのようにかかわれば安定して外出できるか検討したい。

4) 事例検討の経過

○Bさんは感情が高ぶりイライラが強まった状態では、自分が抱いている感情について表現できないが、後でその時の気持ちを確認すると「不安」だったと表現することはできる。外出できなかった時のことについては、「楽しみにしていたが調子が崩れて行けなくなった」と、外出ができた時は「不安だけ行けて良かった」と述べている。「不安」は「漠然とした恐怖」を意味するので、Bさんが抱いている恐怖の内容をはっきりさせるためのやり取りを試みる余地がある。すなわち、「何か悪い事が起こりそうなのか」「危害が加えられそうな感じなのか」等の問いかけに答えてもらうことを通じて、本人が言葉にできなかったものを探り当てていくという共同作業である。

○Bさんは母親について、欲しいものをねだれば持って来るし面倒は見てくれるが、幼い時に父から虐待を受けたことを認めないと語っており、守ってくれなかったことへの恨みや怒りなど処理しきれていないことが推察されるので、成育歴の精査が課題として残る。

○家族関係を反映してか、Bさんのスタッフに対する態度には攻撃と依存が混在しており、甘えたいけれども甘えられないという不満を怒りとしてぶつけていると考えられる。人格水準としては、幼児期に止まっている傾向が多分にあり、情緒不安定な時はその傾向が顕著となる。そのように理解すれば、Bさんに怒りをぶつけられたスタッフも痛手を負い難いので、攻撃を受けたことによる戸惑いや困惑の率直な表現によって、陰性感情を解消しながらBさんに対人関係への理解を促すことができ

る。

○怒りには「妨害、強奪、否定、無視、支配、侵入」等の脅威に対する自己防衛という意味合いがあるが、過剰防衛は社会生活の破綻に通じるので、怒りの理由やその表わし方についてBさんと共に考えることも重要である。「怒るのも無理もないことはわかったけれども、そんなに怒ったら生活し辛いよね」といった投げ返しが有効であろう。

○放火に至った心境については、「侵入者が自分の体に入るから火をつけた」と述べていることから、妄想傾向、情動変動、希死念慮の重複によるBさんの生き難さを感じとれる。Bさんに対して、自信をもっていいこと、生きている価値があること、自分を大切にしたいことを繰り返し伝えながら、関わりを持続することが大切である。

○Bさんのように不安定な対象者との援助関係においては、相手を脅かさない配慮が必要となる。Bさんの成長を期待し、多少厳しいことを言わざるを得ない場合にも、援助関係の持続を可能にする言葉を選ぶ必要がある。Bさんとの関わりの中でスタッフが抱いた感情の中で、「悲しい」には親密さを伝える力、「がっかりした」「はがゆい」には相手のもつ潜在力への信頼を伝える力がある。

○Bさんの刺激に敏感で情緒不安定となりやすい傾向や、身近な人に依存の混じった攻撃を向けやすい対人態度は、援助関係形成の阻害要因となりやすい。ただし、Bさんの敏感さに見合った対応ができれば、むしろ関わりの手掛かりは豊富に得られることになる。

○外出等の社会復帰準備に向けた活動が情動変動により阻害されていることから、現実が迫ってきた時に大きく揺れて不安定となるのがBさんの反応の特徴であると捉え、その都度でいねいに対応していくことの意義が示唆される。その意味で、これまでスタッフが行ってきた関わりは、Bさんの変化に即応した必要

な対応であり一定の有効性が認められる。そのことの確認から、事例提供者等が抱きがちだった無力感や徒労感を軽減され、幾分かは充実感や達成感に置き換わると共に、Bさんとの関わりを敬遠したい気持ちが和らぎ新たな関わりと今後の展開に期待が持てるようになった。

5) 事例検討会を通じて

○感情活用の基本は相手の言動によって触発された否定的感情を自覚した上で率直な感情表現を投げ返すことである。そして、援助場面では、被援助者の成長を支援するという目的に沿った率直な感情表現、すなわち感情活用を行なう必要がある。援助者の率直さは被援助者に現実の直視を促すが、それに伴って被援助者に動揺をもたらすことも避けられない。適度な動揺は視野の拡大を促すが、動揺が激し過ぎると被援助者が躓いたり、援助関係が損なわれたりしかねない。Bさんは、現実に触れるか触れないかのうちに心の揺れが始まり、自力で納めることができず、スタッフに訴えても納まらず、揺れがさらに大きくなって極めて不安定な状態に達し、結果的に必要な生活行動が行えなくなってしまう人である。Bさんが示す現実的な刺激への敏感さは、多かれ少なかれ精神疾患患者の全般に見られる傾向であり、特に医療観察法の対象者には、このような傾向のある人が少なくないと考えられる。従って、スタッフはBさんの敏感さに配慮したきめ細かい対応を心掛けることを通じて、対象者全般とのやりとりにおける感情活用能力を高める機会をえることができるはずである。

○Bさんのスタッフに対する攻撃的言動から、家族関係の中では十分に得ることのできなかった、甘えたいけれども甘えられないという欲求不満を読み取ることができる。甘えが攻撃的な性格を帯びると援助者は援助への

意欲を喪失しがちだが、対象者の心理状態と生活歴や社会的背景との関連が見えてくると、対象者への許容度が高まることが本事例検討の経過からわかる。

○指定入院医療機関の対象者の中には、医療観察法病棟で過ごした期間を、今までで一番幸せだったと振り返る人が少なくないが、それは家族との関係の中では得られなかった体験をスタッフとのかかわりの中で得ることによって生き直したことを意味する。すなわち、指定入院医療機関における治療ケアとは、対象者の成長促進に向けた機会提供という最も本質的な意味での精神療法の場となり得る。多くの指定入院医療機関において、多くの対象者との関わりにおいて、そのような機会提供が潜在的には行なわれているが、人格機能という評価軸を意識的に活用することによって、メリハリの効いた援助関係が形成されやすいと考えられる。

○指定入院医療機関からのピアレビューアは、攻撃を受けるMDTメンバーの苦悩と、それでも丹念に関わるプライマリナースに対して共感を寄せる支持的関与が行われた。別のピアレビューアからは、Bさんの攻撃はスタッフを信用し甘えていることの表れではないかとの直面化的な関与が行われた。教員であるピアレビューアからは、極めて未熟な所を残しているBさんにとって病棟環境が持つ成長支援の可能性と、Bさんの過敏さを逆に活用した働きかけについての提案という統合的な関与が行われた。

3. 事例3 (B病院)

1) 対象者のプロフィール

Cさんは40代前半の男性で、診断名は統合失調症、対象行為は傷害である。入院当初は軽度の知的障害も疑われたが、入院から1年を経た現時点の検査結果と専門学校卒の学歴から、平均程度の知的水準が認められる。

2) 入院後の経過

○入院当初から、被害者に対して過去のいきさつを含めて被害的な思いを抱いており、家族もまた本人に同調し感応性精神病の存在も疑われていた。相手を傷つけた事実は否定しないものの、相手に非があると主張し続けており、疾患や入院治療の必要性は認めていない。病棟生活の中でも、他患者やスタッフについての妄想的な受け止めが時折見られ、また精神的混乱をうかがわせる意味不明の言動が聞かれることもあったが、この所は落ち着いてきている。

疾患は否定しながらも、服薬は拒否せず、プログラムには抵抗なく参加しているが、特別に興味を示すわけではなく受身の姿勢が見られる。会話は可能だが、本心がわからない印象があり、現在何かに困っているという訴えもないため、援助の手掛かりが掴み難い。

対象行為をめぐる内省が深まらないため、社会復帰期にまでステージを上げることが困難であり、退院準備を進めにくいまま現在に至っている。

3) 事例提供の動機

対象行為に関して、多少の反省は聞かれるが、被害者である顔見知りの近隣住民を責める態度が今も残存する等、内省が深まらないため、退院に向けてのアプローチが見出せず、行き詰まりを感じている。

4) 事例検討会の経過

○入院当初Cさんは、病気と見なされることにも、加害者とされることにも理不尽さを感じていたと考えられ、病状に精神的混乱やスタッフへの不信が加わって疎通性も悪く、精神機能が実際以上に低下していたように見えたと考えられる。入院経過の中で、MDTとの関わりや、プログラムを通じてのスタッフや他患者との接触を通じて、病棟環境に慣れて

くるに従い、精神機能を取り戻してきていると考えられる。

○対象行為についての妄想的解釈は、病棟内での人間関係を被害的に受け止める傾向と通じていると考えられるが、不本意な状況を妄想的な解釈によって受け止めることでそれなりの精神的安定を保ってきたという解釈もできる。

○疾患を否定しながらも、予薬には応じプログラム参加も可能な所から、治療効果は表れつつあると考えられる。しかし、病識の獲得や内省の深化がみられる見通しが立たないため、MDTとしては、退院しても服薬中断、再発、対象行為の再燃という経過をたどることを危惧するのも無理はない。ただし、病状の改善傾向に加え、薬物治療や治療プログラムへの参加状況からみて、Cさんは治療を徐々に受け入れつつあるとも考えられる。

○スタッフが抱いている「本心がわからない」、「自ら訴えず受身な姿勢」という印象は、Cさんの妄想的な構えや思考の歪みだけではなく、スタッフとCさんの関係性からも来ていると考えられる。すなわち、疾病理解や内省深化に向けて様々な説得を試みてきたものの手応えを感じられないままに、Cさんへの疑問や不信からこのような印象が共有されるに至った。しかし、スタッフがこうした疑問や不満を抱くのは、Cさんを社会的自立に向けて支援したいと思うからこそであり、こうした援助者としての思いを率直に表現することが、援助関係形成過程における感情活用、すなわち自己一致である。

○プログラムへの参加等を通じて、Cさんは複数のピアレビューからの働きかけに積極的に応じ人懐っこい一面もみせた。このことから、病識や内省をめぐる直面化的な色合いの濃いやりとりでは、自己防衛的な構えを固め抵抗を示すが、本人の関心を持つ話題や、切実な課題に触れることができれば、援助関係

の成立につながる可能性が示唆された。

○家族も被害者に対して被害妄想を抱いていることから、家族の精神機能上の問題や、Cさんの家族に対する支配的傾向などを推量することも可能ある。ただし、Cさん一家が被害者との間に複雑な経緯を有している可能性もあるので、対象行為の背景についての理解を更に深める必要がある。

○Cさんのように、対象行為に至るまでに、対象者と加害者との間に何らかのトラブルがあった場合、対象者が被害者は自分の方であると主張し続けることがよくある。そのような場合も、対象行為への後悔の念さえあれば、家族や地域支援者との援助関係を強めること、再発防止に向けた自己管理能力を高めることによって、再被害行為の危険を低下させ退院にもっていくことは可能である。

○B病院では被害者感情への共感に到達することを社会復帰段階への移行や退院の必要条件と考えてきており、そのことが処遇の慎重さをもたらす反面、入院を長期化させる要因ともなっている可能性が浮き彫りになった。そのように理解することによって先の見通しが開けた反面、組織上の検討課題や地域社会との関係性をめぐる問題点が明確になり、現実の重さを改めて実感したとの印象も語られた。

5) 事例検討会を通じて明らかになったこと

○対象者に被害者への共感を求めても、成果の捗捗しくない事例は決して少なくない。とりわけ、対象行為以前に、対象者と被害者との間に何らかのトラブルがあった場合、対象者が被害者は自分の方であると主張し続けることがよくある。そのような場合、内省深化に向けた働きかけは、対象者の反発を受けたり表面的な反省の言葉でかわされたりすることになりかねない。

○医療観察法の対象者に限らず一般の受刑者の場合も、本人の抱く被害感に表現の機会

を提供した上で、過剰防衛や憎悪の連鎖が齎す結果についても語り合うプロセスが必要であり、結果的に深い内省につながり得るとの指摘がある。同じく一般の受刑者に関して、被害者感情への内省は不十分でも、対象行為への後悔や、家族や支援者との親密な関係、さらには自助的なグループの支えに再犯防止効果があることが指摘されている。医療観察法対象者の場合も同様のことが言えるが、自己管理能力を高め再発防止を図れば再他害行為の危険を低下させることができるという事情も加わる。そのためには、できるだけ早期から退院後の自立した生活に向けて現実的な関わりを重ねていくことが有効であり、こうした関わりを通じて援助関係が確立していく過程で、内省の深化が促進されることも期待できる。

○内省深化への関わりに慎重を期することが、入院期間の長期化につながる可能性が示唆されたことも重要であり、指定入院医療機関としての考え方や組織的な意思決定の在り方や、地域社会との関係についても検討を促す事例検討会であったといえる。このように、個別事例の抱えている問題の分析を通じて事例を取り巻く臨床状況についての理解を深め、こうした背景に照らして対象者の個人的な特性や、対象者をめぐる人間関係についての理解を深めていくことができる。

○指定入院医療機関のピアレビューからは、内省深化に向けた働きかけの困難さをめぐる無力感や徒労感への共感による支持的関与が行われた。他の指定入院医療機関からのピアレビューからは、Cさんの疎通性はさほど悪くないように思えるとの直面化的な関与が行われた。また教員であるピアレビューからは、Cさんの立場への理解を示した上で、Cさんの病気や対象行為に対する態度について感じていることを率直に伝えるという統合的な提案が行われた。

4. 事例検討会参加者アンケート結果

事例検討会後に、参加者を対象にアンケートを配布した。回答者数は、19名であった。集計結果を〈資料1〉に示す。

D. 考察

1. 事例検討会の意義について

事例検討会に事例提供を行うことによって、治療・ケアの展開に関して視野が広がり見通しが開けることに加え、その後の取り組みへの意欲が湧くことは経験されている。ただし、事例提供によってそれまでの関わりの不十分さについての指摘を受けることによって、自信を失い、その後の取り組みへの意欲が減退する場合もあると考えられ、その傾向は看護師にやや強い傾向が見受けられる。そこで、本調査研究では事例提供者に臨むに当たって、事例提供者のエンパワメントを参加者の共通目的とすることの重要性を指摘すると共に、研究者等は意図的に事例提供者のエンパワメントを心掛けて発言するように努めた。3つの事例検討の結果と、それぞれの検討過程の振り返った結果を予め総括的に触れておくと、以下のように言えると考えられる。

すなわち、いずれの事例検討においても、事例の細部について具体的な検討を加える微視的視点と、対象者の疾患や対象行為の背景となる生活状況や対象者が現在置かれている臨床状況に関心を向ける巨視的視点の間を行きつ戻りつするという経過をたどった。こうした経過のなかで、事例の包括的把握を心掛けながら患者の全体像を浮かび上がらせていくことを通じて、これまでの患者処遇の延長線上で、事例提供者は参加者の力を借りながら今後の見通しを得て、エンパワメントされたと考えられる。参加者もまた、提供された事例に自らの体験してきた事例を重ね合わせることを通じて、事例提供者の取り組みを追体験することによって、アセスメント能力を高め

ることができる。また、各専門職は、微視的視点、巨視的視点のいずれに関しても、自らの専門性に根ざした問題提起を行うことを通じて、多職種連携における自らの役割を明確にすることができる。

こうして、多職種の参加による事例検討会を重ねることを通じて、指定入院医療機関という、精神科医療の中でも困難な要素の多い臨床状況においては、既存の精神科病棟に比べると、より広い視野から事例の本質に迫ることができる。従って、包括的な視点を重視した事例検討会は、対象者処遇をめぐる重要な方針決定の場であると同時に、精神保健領域における継続学習の場としても重要な場でもあると言える。

本調査研究の一環としての介入を待つまでもなく、現状においても、MDT会議、治療評価会議、引継ぎ等の形での事例検討は行われており、これまで縷々述べてきたような事例の諸局面に関連する検討も部分的には行われてきたと考えられる。ただし、これまで指定入院医療機関で行われてきた会議における話し合いの多くは、対象者の病状や療養姿勢に関するアセスメントや処遇方針の確認に止まりがちで、対象者の全体像の理解や事例の包括的把握には至らなかったと考えられる。従って、MDT会議、治療評価会議、引継ぎ等の会議よりも時間を多めに取り、多職種が参加し、院内の他病棟や他の指定入院医療機関のスタッフを招いてピアレビューを可能にし、自由な発言を尊重する事例検討会を定期的で開催することには、一定の意義が認められると考えられる。本稿で紹介した事例検討方法論は決して特別なものではなく、すでに精神科やその他の領域で行われてきた事例検討会の機能を整理統合したものであるが、現時点では広く浸透した方式とは言えない。そこで、昨年度までの事例検討会への取り組みの経験を踏まえて、本年度からはピアレビュー先の指

定入院医療機関で事例検討会を行う際に、冒頭に述べた通り、報告者等が開催する事例検討会のガイドラインを紹介した後に、実際の事例検討に入るという方法をとった。このような継続学習支援的な方式を取り入れることによって、事例と患者像のアセスメントが豊富化、精緻化できるかどうか、またそのことが対象者の処遇を改善することにつながるかどうかの確認が、今後の研究課題となる。

2. 事例検討会の方法論に関する考察

以下に、今回の調査結果を踏まえ、指定入院医療機関における事例検討会を多職種協働による継続学習に生かしていくためには、事前に知っておくべきことや、身につけておくことが望ましい態度や目的意識について明確にしておきたい。

具体的には、今年度の事例検討会開催に当たって短時間に行ったガイダンスの要点3項目（①事例の包括的な把握、②感情活用能力の発揮、③事例提供者のエンパワメント）に、今年度の経験を踏まえながら医療観察法による医療に特有の事情についての扱いを加味し、さらには精神科医療全般における事例検討会の継続学習への活用を視野に入れて考察した。

1) 事例の包括的な把握

①患者の全体像についてのアセスメント

患者の属性に関しては、症状や問題行動のみに関心を限定せず、患者の精神機能、生活機能の全般に関心を広げ、さらには患者の人格機能も視野に入れ、患者の全体像についてのアセスメントを心掛ける必要がある。

精神機能をアセスメントするに当たっては、精神機能を「知」「情」「意」の3領域に分ける哲学的分類と、それぞれの機能をさらに要素的な精神機能に分ける心理学的分類に沿って考えると分かりやすい。まずは、“注意”“記憶”“思考”“学習”“創造性”（以上、「知」）、“感覚”

“知覚”“感情”（以上、「情」），“動機づけ”“意思”（以上、「意」）という10項目の要素的な精神機能ごとに、問題がない場合を機能十全、多少なりとも低下している場合を機能不全とみなして点数化する。10項目の合計点からも精神機能の概略が推定できるが、機能不全が「知」「情」「意」いずれの領域に集中しているのか、機能低下が著しい要素や一次的な機能的低下を来している要素はどれかも加味して評価すると、精神機能の全貌が把握しやすい。一般的にみて、特定の要素的精神機能が低下すると、それに連動して他の要素的精神機能も低下を来し、精神機能全体が低下するケースが多いといえる。こうして、多少なりとも精神機能に不全を来している場合を精神障害、精神機能の低下が著しい場合を精神疾患とみなすことができる（表1）。

生活機能の評価に関しては、ICF（国際生活機能分類）に依拠して、QOLの充足された状態を上位に、ADLの充足された状態を中位に、生活の破綻した状態を下位に位置づけることができる。

人格水準に関しては、人格発達が未熟な状態、発達途上にある状態、成熟した状態を順に配列し、発達の限界・停滞・退行などについて評価する。

こうして、患者像の包括的な把握にとって有益と考えられる、精神機能、生活機能、人格機能という3つの評価軸が得られた。これら3軸の関連について考える上では、DSM-IVで第5軸に位置付けられているGAFスケールが参考になる。GAFスケールでは、精神機能と生活機能は正比例するという前提に立っているため、一定の実用性は認められるものの精度に問題がある。ただし、精神機能と生活機能の間に正の相関が認められるのは事実であり、同様に精神機能と人格機能、生活機能との間にも正の相関があると考えられる。そこで、精神機能、生活機能、人格機能の3軸

からなる3次元空間上に、精神健康－精神障害－精神疾患のスペクトラムを想定することによって、患者の全体像を視覚的に把握しやすくなる。

②事例の4局面

臨床事例の検討に当たっては、患者の属性に加え、援助者、援助者と患者の関係性、援助者と患者を取り巻く臨床状況の属性も視野に入れ、これら4局面から事例を包括的に把握する必要がある。

サリヴァン以来、統合失調症患者を対象とした精神療法では、治療場面や生活場面における患者の言動や対人関係の特徴を手掛かりにして、患者の精神機能障害や人格水準・発達課題をアセスメントするという視点が重視されてきた。このような視点に立つと、患者の対人関係特徴は患者の個人的属性であると同時に、対人関係の相手や対人関係が生じている場の特徴でもあることを視野に入れる必要が出てくる。とりわけ、患者の発達課題に焦点を当て人格的な成長を支援するためには、患者を取り巻く臨床状況に視野を拡げた上で、患者の対人関係が人格機能に及ぼす影響について検討することが有益であると考えられる。

③指定医療機関における事例の包括的把握に向けて

ここで医療観察法による医療において当初から用いられてきた評価軸について、本稿で紹介している評価軸、すなわち事例を患者、援助者、関係性、臨床状況の4局面で捉え、患者像を精神機能、生活機能、人格機能の3軸で捉える評価軸と対比させながら整理しておきたい。

医療観察法による医療の必要性を判定するためには、疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3軸モデルが用いられてきた。ここで、疾病性とは精神機能の著しい低下、治療反応性

とは治療によって精神機能が向上する可能性、社会復帰要因とは生活機能と環境要因が改善する可能性を意味している。また、医療観察法による医療における共通評価項目は、対象者の社会復帰に向けた治療・ケアの前提となる構造的評価を目的としており、「精神医学的要素」「個人心理的要素」「対人関係的要素」「環境的要素」「治療的要素」の5分類からなっている。このうち精神機能に該当するのは「精神医学的要素」「個人心理的要素」「対人関係的要素」、人格機能に該当するのは「対人関係的要素」「個人的要素」、生活機能に該当するのは「個人的要素」「環境的要素」である。ただし、対人関係的要素には、対象者の個人的属性としての対人関係の特徴の局面と、対象者の体験している対人関係の特徴という局面が含まれていると考えられる。同様に、治療的側面には対象者の個人的属性としての局面と治療・ケアを担当する援助職という局面、環境的要素にも個人的属性としての局面と臨床状況という局面が含まれている。すなわち、共通評価項目には、事例の4局面にわたる包括的アセスメントに踏み込んでいる箇所もあるものの、全般的傾向としては対象者の個人的属性に重点が置かれているといえる。

以上の対比から、4局面からの事例把握と3軸による患者像把握の試みは、患者の全体像を臨床状況の中に位置づけながら、3次的に視覚化することを可能にし、医療観察法による医療の必要性判定のための3軸モデルと共通評価項目を補完し得ることがわかる。

2) 感情活用能力の発揮

①感情活用能力の概念構成

事例検討会においては、事例の包括的なアセスメントと事例提供者のエンパワメントという2つの目標を同時に達成する必要があり、それには事例提供者と参加者の双方が、エモーショナル・リテラシーを体得し発揮するこ

とが有効である。エモーショナル・リテラシーとは、自分、相手、人々の感情についての的確な理解に基づく適切な言語表現能力であり、1989年にアメリカの心理学者サロベイとマイヤーが提唱した概念である。エモーショナル・リテラシーは人間関係を円滑に遂行する上で、重要な能力であり、とりわけリーダーシップの遂行にとっては不可欠とされる。ただし、サロベイ等は触れていないが、カウンセリングの創始者として知られるロジャーズが1956年に、心理療法の基本原則として提唱した自己一致 (congruence) の概念と酷似していることが指摘されている。

ロジャーズは、カウンセリングの2大原則とされてきた「共感」と「受容」が不可能な場面で、セラピストは自分の中に湧き起こる不快な感情を自覚する必要があり、その上で、クライアントの人格発達を支援するという目的の下に、自分自身の感情を率直に表現すること、すなわち自己一致が重要であるとの提起を行っている。すなわち、ロジャーズが一对一の援助的な人間関係を形成するための基本原則と考えた自己一致の概念に、小集団に漂う空気への自覚と表現を加え、人間関係全般に拡大した概念がエモーショナル・リテラシーであると考えられる。

本研究で、事例の包括的な把握にとって不可欠の局面と見なしている臨床状況の把握は、人々の感情ないし小集団に漂う空気の理解とほぼ重なると考えられる。また、ロジャーズは成長支援という目的を自己一致の要件としているが、本報告では患者の全体像を視野に収め、人格機能の向上に向けた支援即ち成長支援に加え、精神機能と生活機能の向上をも支援の目的としている。本報告では、患者の人格的成長、精神疾患からの回復、QOL向上を視野に入れた包括的支援を総括して「患者の自立支援」また、自分、対象者、関係者という感情のすべての局面についての理解と活用を総括

して、「感情活用」と呼ぶこととし、以下ではエモーショナル・リテラシーに「感情活用能力」の訳語を充てる。

②援助関係の形成と感情活用能力

援助職が患者との人間関係の中で感情活用能力を発揮し、自らの感情を率直に患者に投げかけることができれば、それに刺激されて患者もまた自らの感情を表出することになる。患者の感情表出には無意識的な反応の部分が多く、それだけに患者の精神機能、生活機能、人格機能についてのアセスメントにとって有益な情報が凝縮していると考えられる。患者の感情表出は、人間関係の形成という観点からは適切さを欠く場合もあるが、援助職をモデルとして徐々に自覚的かつ適切に感情表現を行うことが可能になる。こうした患者による感情活用能力の発揮は、患者の人格的成長の徴候であると同時に、援助関係の形成にとって患者側の促進要因となる。

事例検討会においては、参加者と事例提供者との間に、援助職と患者との間に生じるのと同様な経過が生じると考えられる。すなわち、事例提供者は参加者の言動に刺激されて生じた感情をできるだけ率直に表現するよう努めることを通じて、患者同様に自らの精神機能、生活機能、人格機能に関する情報を提供することになる。そして、そのことを通じて患者や患者を取り巻く臨床状況についての理解や受け止め方の現実性について、参加者と共に明らかにしていくことになる。事例検討の経過の中で、事例提供者は参加者による率直な感情表現によって、自らの認識の不十分さや、患者との人間関係における自らの未熟さと直面させられ、専門職としてのアイデンティティを揺るがされることを避けられない。しかし、そのような経過を通じて患者と事例の包括的理解に近づいたことを実感し、行き詰まっているとも思えた援助経過に明るい見

通しを得ることを通じて、専門職としての熟達と共に人格的な発達契機をつかむことができるはずである。

また事例提供者は、参加者の率直な感情表現に触発されて、自らも患者との関わりの場面で体験した感情や、事例検討の場面で体験している感情について率直に表現する機会を得ることができる。こうした参加者と事例提供者、あるいは参加者相互の間で交わされる感情の率直な表現のやりとりを通じて、相互理解や相互成長を促す上で有効なバランスのとれた感情表現の技法を体得していくことが可能になる。援助職に求められる感情活用能力とはそのような能力であり、事例検討会の持つ継続学習支援の機能は、その点においても有効性を発揮すると考えられる。

③指定医療機関における感情活用能力の発揮

事例検討会における検討の経過で、対象者が何を考えているかが良くわからない、対象者を刺激すると怒りを誘発するのではないかという危惧から、腫れ物に触るような対応に走ってしまうことがある等の発言が、事例提供者や参加者から聞かれることがあった。その背景を探りながら、指定医療機関における対象者との人間関係における感情活用について考察しておきたい。

指定医療機関においては、他害行為が契機となって治療的処遇を受けるに至った対象者との間で援助関係を結ぶ必要がある。そして他害行為の多くは、何らかの欲求不満に由来する怒りを基調とした否定的感情が、コントロールを失って攻撃的な行動を齎した結果として捉えることができる。従って、対象者の多くは怒りの抑制をめぐる問題を抱えており、その結果、人間関係全般に支障を来しやすいことが想定できる。その意味で、スタッフの不用意な態度や言動が予想外の怒りを買う場面があることや、スタッフがそれを危惧して感

情の表出を抑えた接し方に流れ、そのような関係性が患者への陰性感情につながりやすい傾向なども伺うことができた。

一方、感情活用とは、コミュニケーションの形成に向けた感情の自覚と表現を基調とするが、それには相手とのずれから生じた否定的感情の自覚と表現が不可欠となる。ところが、多くの対象者は、否定的感情への自覚が乏しいままに怒りが募り、ついには抑制を失う危険を秘めていると考えることができる。したがって、対象者等が否定的感情を早めに自覚し、怒りが募らないうちに表現する力をつければ、他害行為のリスクを大幅に減ずる可能性が開けてくることになる。

そのための学習支援の方法論として、司法精神医療の先進国である欧米諸国では、アンガーマネジメントの手法が用いられ、一定の成果を上げてきたことが報告されている。アンガーマネジメントも、感情のコントロール能力を発揮する方法であるという意味で感情活用的一种といえるが、怒りの自覚とコントロールに関心が限定されている。一方、感情活用とは、否定的感情の全体を視野に入れた上で、怒りに比べると攻撃性の弱い“驚き”、“困惑”、“落胆”等に焦点を当て、これらの否定的感情を素早く察知し自覚的かつ率直に表現することを意味する。臨床場面における感情活用能力の向上に向けた技法は、いわゆるEQ理論の提唱はあるものの、まだ十分に発展を遂げたとは言えない。ただし、認知行動療法の発展に伴い、認知の歪みについての自覚と修正という当初からの問題意識に加え、感情の自覚と表現を通じた感じ方の修正に関心を払っていく動きもあり、指定入院医療機関CBTプログラムにも取り入れられつつある。

そのような観点からすると、スタッフ自身が対象者との人間関係の中で体験した否定的感情の察知と率直な表現を実践することを通じて、対象者に対して感情活用のモデル提示

を行うという方針が見えてくる。ところが現実には、事例検討会におけるスタッフの発言から、対象者への率直な感情表現は、対象者の怒りを伴う反発を招くのではないかという不安を多くのスタッフが抱えている事情が伺われた。欲求不満が攻撃性に転化しやすい“易怒的”な対象者がいるのは事実だが、他害行為と易怒的傾向の関連性を実際以上に大きく見積もると、対象者への恐れや不安、怒りや嫌悪などが生じやすい。その結果、患者への陰性感情が共有され、自ずと患者との距離が遠のき、否定的感情の投げ返しへの躊躇いから、援助関係の形成が難しくなるという事態も起こり得る。

ただし、指定入院医療機関においては、MDTが必要性を合意した働きかけは実施しやすい臨床状況があることから、対象者の自立支援に向けた感情活用の必要性、有効性、実効可能性等についての実証が喫緊の課題といえる。

3) 事例提供者のエンパワメント

①事例の包括的把握のエンパワメント効果

一般に事例検討会に提供される事例は、治療効果や問題行動の解決が捗捗しくなく、担当者が行き詰まりを覚えている場合が多い。そのため、事例検討会では患者の疾病や問題行動の評価に加え、これまでの援助過程の不十分さや不適切さに参加者の関心や発言が集中する傾向があり、事例提供者は集中砲火を浴びて自信喪失に陥ることも少なくない。確かに、これまでの援助経過を振り返り残された課題を明確にし、今後の取り組みについて具体策や方針を見出すことは事例検討会の重要な目的である。ただし、そのためには、これまでの援助経過の至らなかつた点の指摘にとどまらず、患者の現状からわかる到達点やそれをもたらした要因について明確にし、事例提供者の援助行為を再評価して、適切な自己評