

精神科作業療法におけるケース・カンファレンスの組織化 — 相互行為の分析をとおして —

林 田 康 子

1 序論

我が国の精神保健福祉施策は、精神障害者の病院収容を中心とする政策からコミュニティ・ケアの政策へと転換を図りつつある。コミュニティ・ケアへの転換は、精神病院の開放政策あるいは「脱施設化」とも呼ばれるが、欧米諸国、特に英米ではすでに1950年代半ばより70年代にかけて進み、入院患者数が減少した。これは向精神病薬の開発や社会的に精神医療批判が起こったためといわれている¹⁾。しかし我が国ではこの時期、逆に精神病院への収容が積極的に進められてきた²⁾。社会復帰やコミュニティ・ケアという用語は厚生白書の中でも早くから使用されていたのであるが、ノーマライゼーションとリハビリテーションの理念に基づいて、脱施設化が具体的な政策課題となったのはごく最近のことである。厚生白書においては、特に1987年の精神衛生法の改正（「精神保健法」と改称）が政策転換の契機として扱われている（平成4年版）。この法改正により、任意入院が原則的な入院形態になるとともに、社会復帰施設の制度が創設され、法律の目的や責務規定等に社会復帰が明文化された（厚生白書昭和62、63年版）³⁾。しかしながら受け皿となるコミュニティ・ケアの整備も、精神病床数の削減も進まなかった⁴⁾。厚生白書にコミュニティ・ケアの整備計画が明記されるようになるのは平成8年版の白書からである。平成8年度から平成14年度までの「障害者プラン——ノーマライゼーション7カ年戦略」や、平成14年に決定された「重点施策実施5カ年計画（新障害者プラン）」では施設や在宅サービスの数値目標が設定されてきた⁵⁾。そして特に「新障害者プラン」では「社会的入院患者（約7万2千人）の退院・社会復帰を目指す」と退院患者の数値目標も加えられ、それは平成15年版の白書から記載されるようになっていく⁶⁾。

以上、白書を中心に脱施設化に関する政策について簡単に述べたが、脱施設化政策において作業療法はコミュニティ・ケアへの転換を促進するものとして位置づけられている。リハビリテーションを行う作業療法は、日常生活能力、社会生活能力、職業関連能力等の回復を図る点で、入院患者には社会復帰を促し、通院患者には地域生活を支援するものと期待され、事業所やマンパワーの増強が図られてきた（厚生白書 平成8年版；厚生労働省 2003、2004）⁷⁾。

しかし、このような位置づけにもかかわらず、作業療法がいったいどのような医療活動を行っているのか、社会学的な視点からこれまであまり明らかにされてきてはいない。そこで作業療法の医療活動に焦点を当て、相互行為の過程を分析し、基礎データを示すことにより、現代の精神医療の一端としての作業療法を明らかにしていきたい⁸⁾。本稿では特に精神科作業療法業務を基礎づけているといわれているケース・カンファレンスを相互行為としてとらえ、その過程を分析することにより、精神疾患がスタッフの間でどのように認識され、現実存在する病気として組織化されていくのかを明ら

かにする。

2 研究の目的

作業療法は、医学や作業療法士の立場からは「特定の作業を介して疾患の回復に役立てようとする治療法」(『南山堂医学大辞典』(第18版))、あるいは「何らかの心身の障害による生活に関する活動の支障に対し、活動の改善、新たな活動の獲得を図るため、作業活動を用いて行う治療・援助・指導」(山根 1997: 2)と定義づけられている。

しかしながらこれまで筆者は参与観察や相互作用を分析することをおして、精神科作業療法では様々な病状管理を行っていることを報告してきた(林田 2003a, 2003b, 2004)。作業療法は単に作業活動を介した治療や援助活動だけではなく、患者の精神的身体的状態とその変化に関して、直接的また間接的な管理を行っている。たとえば外来患者を対象とするデイケア作業療法では、作業療法士と患者が病状管理を協働的に実践していたといえる。作業療法士は日ごろから患者との相互行為の過程で、症状の悪化や薬の副作用を確認評価し、医師の診察に回す/回さないというような準診療的な対応を行っていた。一方患者側は、気になる精神的身体的状態の相談を作業療法士に行っていた。また入院患者を対象とする病棟作業療法では、患者の病状に関して、病棟看護師と毎日「ミーティング」と称する検討会を開いたり、必要に応じて連絡を取り合い、情報交換を行っていた。

本稿ではこれまでの研究と同様に作業療法の病状管理に着目し、ケース・カンファレンスを取り上げる。ケース・カンファレンスは「症例検討会」とも呼ばれ、各専門職ごとに、あるいは各専門職からなるチームによって医療や福祉の現場で行われている。その目的は、基本的には対象者である患者等が抱えている問題を明らかにすることと、その問題に対してどのように対応していくかを検討計画することの2つとされている(国立リハビリテーションセンターホームページ 2004)⁹⁾。作業療法におけるケース・カンファレンスは、作業療法士のための参考文献に概要が示されている。ケース・カンファレンスということばは使用されていないが、評価から治療計画の設定までのプロセスが説明され、それがケース・カンファレンスに該当することが、理解できる(山根 1997: 119-120; 鎌倉 2001: 128)。それによると作業療法業務はまず患者の評価から開始される。患者が作業療法に新規に参加するのに先立ち、スタッフはまず、患者の心身機能、生活上の障害の程度、対象者自身の能力、資源や環境を評価し、原因の検討も行う。その後評価に基づいて治療目標や治療計画を設定し、対応の実施へと進む。また対象者は新規の患者ばかりではなく、非新規の患者であっても、病状の変化に応じて再評価が行われ、この過程を循環する。したがって作業療法の場合も、他の専門職と同様に、患者が抱える問題状況の評価を行うことと、患者にいかに対応するかを決定していくことがケース・カンファレンスの柱であり、問題状況の評価は、対応を根拠づけるものとして位置づけられていることになる。

では作業療法の現場では、実際にどのようなケース・カンファレンスが行われているのだろうか。患者の問題状況の評価と対応の決定、実際にはこの2つが主な構成要素としてケース・カンファレンスを成立させている。それゆえに、評価と対応の決定がどのようにして行われているかということが問題となるだろう。

本稿では患者の問題状況、特に病状の評価に限定して考察を進めていきたい。ではケース・カンファレンスという相互行為の過程で、患者の病状はどのように記述され、説明されていくのだろうか。

そして説得力をもつように、病状はどのように現実的なもの、客観的なものとして作り上げられていくのだろうか。スタッフが病状を構築していく方法と、その過程で示される精神疾患に対する認識を明らかにしていきたい。

3 研究の視点と分析枠組み

研究の視点としては相互行為こそがまさに医療活動であるという考えを採用する。精神医療に関する最近の研究は、スザンヌ・オルテガとシャロン・ラーソンによれば、精神病の有病率を社会階級等の社会的要因や文化的要因との関係で考察していく社会疫学的な研究や、診断基準の決定における政治的要因を指摘するような研究が主流のようである (Ortega and Larson 2000)。しかしながら医療活動自体を考察する場合、相互行為の分析に基づいた考察こそが適切な方法ではないだろうか。医療活動は医療者によって一方的に提供されるものではなく、患者と協働的に構築していくものである。したがってこの視点からはスタッフや患者の志向性、リアリティの対立調整などのミクロな相互行為の過程を明らかにすることができる。またそうすることによって、これまでの精神医療の研究に主流のとらえ方であった医療者-患者関係を、医療の主体-客体、加害者-被害者という二分法的なとらえ方から解放すると考える。その点で相互行為の分析は、精神医療により豊かな知見をもたらしてくれるのではないだろうか。

また相互行為の分析を選んだ理由としては、作業療法自体の特質もある。作業療法は会話を利用して業務を遂行している職種である。スピーチやグループ討論などのように会話を中心としたプログラムを有しているばかりではなく、スタッフは患者との相互行為をととして患者のさまざまな問題状況を把握する。また精神医学では患者の「対人関係」の能力やコミュニケーション能力の低下を、精神障害の特徴の一部とみなしており、作業療法においても、この2つを評価の対象としている。このような点からも精神科作業療法の研究は相互行為の分析に基づくことが有効だと思われる。

データの分析はディスコース分析に基づいて行っていく。ディスコース分析は相互行為の分析を行うアプローチの1つであり、言語行為論、エスノメソドロジーの影響を受けて発展したものである (Burr 1995=1997)。それは次のような3つの特徴をもっていると考えられている (Edwards and Potter 1992; Potter 1996; Gill 1996; Hutchby and Wooffitt 1988)。まず一つは、会話やインタビュー、書かれたもの、視覚的映像などのトークやテキストの内容とその組織化を分析考察の対象とすることである。第二に、言語は社会的実践であり、かつ構築的であるとみなすことである。人はある特定の出来事や対象を単に記述するためではなく、何らかの行為を行うためにディスコースを構築する。したがってトークやテキストは話者や書き手の志向に基づいて、用語、語りの形式、メタファー、決まり文句などの言語的リソースによって組織化されていると考える。そして第三に、論争を前提としていることが強調されることである。社会生活は多様な葛藤によって特徴づけられているとみなすことができる。そこでディスコースは潜在的あるいは顕在的な反論に対して主張を正当化したり、説得力を高めるようにデザインされていると考える。

ケース・カンファレンスは複数の参加者で評価や検討や決定を行う相互行為である。発話者の主張に他の参加者から反論がなされたり、論争に発展する場合もあるだろう。また発話者は、他の参加者の反論や論争を予測し、防衛的な発話を行っている場合もあるだろう。したがってケース・カンファレンスにおいては、反論や論争を前提とするディスコース分析が有効なアプローチの仕方ではないか

と考えられる。

4 精神病の認識に関する諸研究

これまで精神病はどのように捉えられてきたのであろうか¹⁰⁾。本稿で考察するケース・カンファレンスにおける問題状況、特に病状の構築は、同時に精神病の認識に関する問題を浮上させる。精神医療や作業療法における相互行為を対象とした研究は、現在のところあまり多くを発見できていない。ポール・テン・ハーヴァは医療を対象としたエスノメソドロジー研究の概説を行っている。彼によれば、精神医療を対象とした研究は1960年代および70年代に行われたが、「厳密な記録の分析」に基づいたものではなく、また1980年代になると、医師-患者関係、それも患者に抑圧的な医師のあり方を対象とした研究が中心となり、医師以外の医療職を対象とした研究はあまり行われてきていないということである (Ten Have 1995: 252)¹¹⁾。さらに精神病のとらえ方、認識の仕方に関するものという条件を加えるならば、研究はいっそう限定されてくるだろう。

そこで本稿では相互行為の研究であるとともに、精神病の認識の仕方に関する研究でもあるという点で、アーヴィング・ゴッフマンと、ドロシー・スミスの研究をまず呈示しておきたいと思う。そしてこの2つの研究の中で、精神病がどのように認識されているのかを確認し、それを考察の手がかりとしたい。これらは2つとも状況の定義に関連した素人や精神医療の認識の仕方を我々に示してくれる。

4-1 状況不適切性

アーヴィング・ゴッフマンは精神病の定義や帰属を、直接研究の対象としているわけではない。しかし間接的なかたちであるが、豊富な事例紹介に基づいて、精神障害者の言動や精神病院の処遇を検証するなかで、精神病の定義や帰属を行っている。たとえば精神病院の処遇を扱った『アサイラム』においては、医師および素人は「<状況に不適切な>言動」によって病理を判断していると指摘している (Goffman 1961=1984: 364)。ではゴッフマンの述べる「状況に不適切」とは、どのようなことを指しているのだろうか。ゴッフマンは「対面的生活—家庭が営まれる建物、仕事場、教会とか店舗のような準公共的組織体、道路とか公園のような公共的場所—での約束事 (アレンジメント) に対する違反行為」を病院収容の発端として述べており、対面的相互行為におけるルール違反が素人の病理認識であるということを示している (Goffman 1961=1984: 141)。このような考えは他の著書とも共通する。ゴッフマンは『集まりの構造』において公共の秩序とは何かを追究したが、秩序を侵害するものとして精神障害者の言動を紹介する。ゴッフマンにとっての公共の秩序とは、集まりや社会的場面に対する関与のルールである。そこに居合わせた人は適切な帰属意識を示すことによってその集まりに敬意を払い、集まりを維持するのであるが、同じ人物であっても集まりや状況の変化に応じて関与の仕方を変化させる。しかし精神医療はそのような関与の変化を考慮に入れず、状況に適切か不適切かに単純二分する素人的な判断を行っており、精神病ではないようなケースにまで精神病の診断を下していると批判する (Goffman 1963=1980: 248-249)¹²⁾。

4-2 異例化と蓄積

ある人についての報告を聞いた場合、なぜわれわれはその人が精神病である、あるいはだんだん精

神病になっていくという印象をもつのであろうか。ドロシー・スミスの研究は、初期のエスノメソドロジーを代表するものであり、精神病を定義づけていく素人の方法に着目し、そこに締め出しのプロセスである「切り離し手続き」が進行していることを明らかにした。スミスによれば「切り離し手続き」とは、「状況の定義や規則によってはKの行動の記述がうまく規定されないように、両者の関係を組み立てることである」(Smith 1978=1987:138)。そしてその手続きの1つが対照構造 (contrast structure) と呼ばれる言語装置である。たとえば次のような文が対照構造として示される。「彼女は毎晩きちんと入浴し、髪をピンでとめた。しかし、いつも風呂を汚れたままにしておいた」(Smith 1978=1987:121)。対照構造は複数の部分から構成されているが、最初の部分で示される状況の定義や規則が、次の部分にはあてはまらないような構造になっている。その結果、Kの行動を秩序も規則も成り立たない、「異例 (アノマリー) な」行動として示すことが可能になる。しかしまたスミスはこのような異例化は精神病の文脈以外でも読み取ることが可能であるため、精神病は、異例さを蓄積することで生じる全体的な効果によって構成されると述べている。

以上2つの状況に関するアプローチをみていくと、医療者や素人が、状況に対する不適切性を病理と考えているという点では一致している。しかしゴッフマンが不適切性の性質を問いつつ精神医療を批判する一方で、スミスは不適切性を生み出す言語装置から不適切性の蓄積に関心を進め、両者の展開の方向は異なっている。

本稿では言語装置を含めた言語編成というの観点からデータを分析していきたい。精神病の定義自体を考察するというよりは、医療者がどのような精神病の構築の仕方、認識の仕方をしているかということを理解することによって、作業療法や精神医療のあり方へと考察を進めていきたい。では実際のケース・カンファレンスではどのような病理のとらえ方、説明の仕方を行っているのだろうか。

5 データ分析

5-1 ケース・カンファレンスの概要

本稿で使用する資料は、筆者が九州のある精神病院の調査において収集したものである。調査期間は2002年4月から8月までで、作業療法を中心に参与観察と会話データの収集を行った。ケース・カンファレンス (症例検討会) は13時から毎日行われ、所要時間は10分から30分程度、参加者はスタッフ全員、内訳は作業療法士 (OTR) 5名、作業療法助手 (OTA) 4名、専属の看護師1名である。

ケース・カンファレンスの構成については、a. 医師作成の「作業療法処方箋」から「診断名、治療目的、治療方針」など、b. ケースワーカー作成の「ケース記録」から「入院歴、家族構成、生活歴、現病歴」など、c. 看護師による病棟情報、という他部門の情報を利用した前置きの部分と、d. 作業療法士自身の観察等に基づく評価や対応策に関する部分からなり、この順で必要に応じて報告される。ケース・カンファレンスは新規の患者の参入に先駆けて行われたり、必要に応じて非新規の患者にも行われている。

5-2 データ分析1

本稿では当該ケースカンファレンスのうちの、9-31行の部分进行分析する。対象は「統合失調症」と診断されている非新規の患者で、構成上はa-cの前置きの部分が終わり、dの作業療法士自身の

観察等に基づく部分が始まる場所からである。対応策の構築には踏み込まず、問題状況が構築されていく過程の一部を分析する。そして相互行為の過程で、妄想等が患者に実在する症状としてどのように組織化されていくのかを考察する。

[データ CC020607]

(Rは作業療法士、Aは作業療法助手、Nは看護師を示す。複数の場合は数字を付す)

- 9 R:(2.0)で::現在習字をされてるんですけども::、でその習字をやってる中で::、ま皆さんの中
 10 にも何人か聞いたことがあると思うんですけども、自分::が書いた習字の作品を、銀行に
 11 もっていけば、お金に換金してもらえらっていう(.)換金してもらえらっていうような妄想が::、
 12 習字::を始めてから出てきてます。で::いつ頃か::、ちょっと私もはつきりしないんですけども::
 13 (.)さん、始::めてすぐの頃(.)からもう言われてましたかね？
 14 N:(2.0) ()
 15 ?:()
 16 A:書き(.)ためてきた頃から:: [hhじゃない？
 17 R: [頃から::、え::と習字が::、(3.0)3月から::(3.0)ぼつぼつ::やつ、
 18 ややつ、もつと前::ですね。もう1月頃から::、(2.0)始められて、ポ::チ::作りと::、一緒に並行
 19 して、今日はポ::チ今日は習字というふう(2.0)*<分けて(.)されてた::>よう::です*。
 20 で::、(1.0)まスタッフに::、こう、nn::お礼代わりじゃないですけどもこれを持って行けば
 21 お金になるから.hhh持って行きやんよ::っていうようなことで::、言われると思うんですけど::、
 22 で::自分が::それで、(.)行ってお金に換えようとかいう発言は↑ない::ですよ::↑自分が
 23 実際行って::。で.hhhまちょっと心配なのが::、今はまだ::スタッフ::に↑行きやんよ::て言わ
 24 れるんですけど::、ま自分で::、行動化::で、自分が行つ、銀行に行こうとしてたりとか、そうい
 25 うこと::に↑発展しかねないかな::ていうのは心配が、ちょっとあります。
 26 (2.0)で、まあ、自分::、スタッフにだけ言われるのは::、半分自分でも::、そんなことは、
 27 ありえないというような.hhhことも考えてらっしゃるのかなあとも思うんですけども::。
 28 (.)で::、(2.0)習字をされてるときは::↓集中されてて::↓、独語だとか::(.)あと::、その陽性
 29 症状っていうのが見られないんで::.hhh目に見えたですね::、(.)聞けば(.)hh言われるんで
 30 すけれども::。(2.0)ちょっとこのまま習字を続けて::、(.)いつ(.)ていいものかどうなのかつ
 31 ていうのをちょっと考えたいんですけど::↑。

まず9-12行であるが、9行目から作業療法士が観察した事柄に基づいて、病状の説明が行われている。9-12行目でRは習字の換金妄想が出現していると、最初に概略を述べている。この概略の前半部分には「ま皆さんの中にも何人か聞いたことがあると思うんですけども」という発話が配置されている。これは換金妄想にすでに複数の目撃証人が存在するという状況を示すことになる。このような目撃証人の記述は、「コンセンサス」による客体化の機能をもっているといえる。デレク・エドワーズとジョナサン・ポッターは「コンセンサス」について「説明の真实性を正当化する一つの主な方法は、複数の証人すべての間で合意を得ているとして、あるいは独立した観察者たちの賛同を得ているとして、それを記述することである」と述べ、スミスの研究に言及している(Edwards and Potter 1992:163)。スミスについては先述したが、彼女は客観性を構成する手続きについても述べ、次のことを表示すれば達成できるという。「それが誰にとってもまったく同じであること」、「直接観

察に基づいていたこと」、「聞き伝えによってでっち上げたのではないこと」である (Smith 1978=1987: 113)¹⁹⁾。これらの要素を表明することで、換金のような非現実的と思われる内容であっても、その発話が確かななされたということが事実として構成されるように働く。したがって「コンセンサス」が獲得されているかのような発話は、妄想が出現しているという発話と並べて配置することにより、妄想の真実性を高める一方で、妄想は存在しないという反対意見や懐疑的な意見を封じ込めるような効果をもつだろう。

12-19行については、Rはその後「で::いつ頃か::」と妄想出現の時期にトピックを転じ、その確認を行っている。Aの応答も「書き(.)ためてきた頃から::」という時期に関したものに進んでいる。この両者の相互行為から、妄想の存在はすでに客体化されて交渉外におかれ、時期に関する相互行為の前提となってしまうことが明らかである。そしてRは「頃から::」とAの応答を受容したものの、トピックはすぐに妄想が始まった時期から習字を始めた時期に移行している。そしてさらに20行目からは「で::…お礼代わりじゃないですけども::」と妄想の動機による説明へと文脈が変更され、時期は妄想と十分に関連づけられないまま終了している。

20-23行目の発話では、「スタッフに::」と「自分が::」という対比構造に基づいて妄想が説明されている。この対比構造は結局27行目まで続いている。まず妄想の状態が、妄想の動機と妄想の発言によって説明されている。動機は「お礼」のような、スタッフとの関係性において生じる動機が推論されている。発言については今度は概略ではなく、「行きやんよ::」と実際に発話されたような形態が用いられている。このような説明は'active voicing (能動態)'などの客体化の機能をもつディスコースに該当する。'active voicing'とはその出来事が事実ありそうもないときなどに、報告されたことばが実際にその方法で言われたと情報を定式化するために使用されるレトリックの装置である (Hutchby and Wooffitt 1988: 225-227)。本稿のデータの場合でも、状況に不適切なその発話が、患者によって実際に言われた発話であるかのようにスタッフに呈示することができる。したがってここでも状況の定義によってうまく規定できないように「切り離して続き」が行われ、妄想状態の事実性を高めることになる。

22-23行では自分が行くという発言がないことを確認するような発話が対置される。しかしながら他のスタッフの応答を待つような時間は取られておらず、応答を期待した発話とは考えにくい。むしろ同意を求める発話であり、この発話が次の発話の前提となっている。

23-25行では、スタッフと自分の対比構造に時間軸を組み込んでいる。「今はまだ::スタッフ::に↑」言うだけであるが、「自分で::…銀行に行こうてしたりとか」と将来の発展を心配として説明する。このことから、Rが問題視しているのは自分で行くようになることだとわかるが、これは病状のありかを示している。妄想も動機も、まだスタッフとの関係において生じている段階ならばほぼ問題とはいえないが、個人の内部で発生すると問題となる。病気は個人の内部に存在する。これがRの病気の認識といえよう。そしてこの発話に対しては26行で2秒の沈黙があるにもかかわらず、他のスタッフから異議申し立てがなされていない。つまりRの提案は承認されており、このような病気の認識は、作業療法スタッフに共通する認識の仕方であるといえる。

次に26-31行であるが、ここでは2つの留保が行われている。26-27行では「スタッフに::だけ」と強調し、妄想の発展に反対する立場からの発話を行う。この発話は行動化のおそれが本当にあるのかどうかを交渉する機会を他のスタッフから奪うため、防衛的な行為の速行といえる。さらにRは28

行でも習字をしているときの患者の様子を「集中」し、「独語」や「陽性症状」がないという点から描写し、留保を行っている。しかしながら29行で「目に見えたですね…、(.)聞けば(.)hh言われるんですけれども」と妄想があることへと発話を修正している。このRの発話に対して他のスタッフからの反論はなされなかった。その結果、行動化のおそれがあるという状態は構築され、Rは対応の提案へと文脈を変更していく。

以上分析を行ってきたが、次のとおり結論づけることができるだろう。まず作業療法士は習字の換金妄想が存在することを最初の段階で結論づけたように述べてはいるものの、引き続いて、どのような妄想であるのか、時期や動機に基づいて説明している。したがって妄想は単に存在すると報告するだけでは妄想として客体化することはできず、さらに説明が必要だとスタッフから考えられているといえる。このケースの場合は、「時期 (いつ)」「動機 (なぜ)」に基づいて説明が行われている。また当該データの後半には院外でのボーリングのエピソードが語られ、「場所 (どこで)」に基づいた説明も見られる。このような説明要素は、我々が文書を作成する場合や、事実を把握するときの基本的な要素であり、5 W 1 Hとも呼ばれている。しかしケース・カンファレンスにおいても、5 W 1 Hが適切なものとして利用されているところから、精神医療において病状を客体化する装置として使用されているのは、「コンセンサス」、'active voicing'のほか、5 W 1 Hを加えることができよう。

また病状を客体化する過程でスタッフと自分という対比構造を用いたが、それによって明らかになったことは、病気は個人に内在するというスタッフの認識であった。動機に基づいた説明を行うというだけでも病気は個人に還元される。しかし対比構造に基づいた発話が、動機を許容範囲と問題状況に区分し、問題のありかをスタッフとの関係性から個人の内部へと移行させていた。したがって病気の客体化とは病気の個人化でもあり、ケース・カンファレンスでは認識のレベルだけではなく、病気の個人化を行っていることになる。ケース・カンファレンスの組織化とは、病状を事実として客体化するような言語の組織化であるとともに、病気を個人化するような言語の組織化でもあるといえるだろう。

5-3 データ分析 2

では次のデータを考えてみたい。

[データ CC020422]

17 R1 : (2.0)で、ええ :: と症状 :: の悪化が見られたのが、平成 13 年(.)に、ダンナさんが仕事が変わっ
 18 てから、夜間、遅く帰ってきたり、帰れない日があつ、たということでもそれが本人の不安、
 19 イライラ感の原因になったようです。(2.0)でここで A 市内の C クリニックを受ふん、受診
 20 .hhhし始めています。で、不安感が強く何をしても恐れ感じがする、人の目が気になると
 21 という状況が見られていった。.hhhで平成 14 年 3 月に、夫の仕事のことや本人の病気のこと
 22 でケンカをし、本人が子どもを連れて実家へ帰ること、となる。しかし実家でも、え::両
 23 親に対してイライラ感、子どものことで(.)の(.)ケンカ等があつて、包丁を持ち出してそ
 24 れで、力::テンや障子を切り裂いたそう、切り裂いたりする行動があつたということです。

このケースは「ストレス反応」と診断された新規の患者のケースである。新規であるために作業療法自身の観察等に基づく情報はまだまだあまり収集できていない。そこで他部門からの情報を多用している。抜粋した箇所は、ケースワーカーが作成した「ケース記録」の「現病歴」を利用して作業療法士が報告している部分であり、入院に至るまでの経緯の報告が続いている。17-19行で夫との関係が不安、イライラ感という問題状況の原因になっていることが説明されており、相互行為が原因になったことが示されている。しかしながら、20行では「何をしても怖い感じがする」と、症状が特定の状況に関わりがなく、独立して存在していることを報告している。また21-24行では、「ケンカ」を通じて2つのエピソードが結びつけられている。つまり、夫とケンカをして実家に帰ったこと、実家ではケンカのトピックは異なっているものの、両親の間でもケンカをし、カーテンや障子を切り裂いたりする行動があったことである¹⁴⁾。後者はかなり極端な行動が配置されている。ディスコース分析では 'Extreme Case formulations (ECFs)' と呼ばれる極端な定式化に着目している。この定式化はアニタ・ポメラantzによって取り上げられるようになったものであるが、ディスコース分析でも客体化の装置や防衛的な言語使用のリソースとして参照されている (Edwards and Potter 1992: 162-163, Hutchby and Wooffitt 1988: 209-213)。ポメラantzによれば、'Extreme Case formulations (ECFs)' とは 'brand new', 'completely innocent', 'forever', 'every time', 'everyone' など極端に強調した発話のことで、人々は自己の主張の正当性を防衛するためなどに、ECFsを用いるということである (Pomerantz 1986: 216-220)。23-24行目の発話にはECFsは使用されていないが、行動の極端さが記述されており、これはECFsを使用した場合と同様に、客体化の機能をもつと考えられる。ケース・カンファレンスにおいてはECFsも使用される傾向にあるが、言動の極端さは精神障害を記述する場合の特徴の1つではないだろうか。

ケンカは続いて配置された行動に対する根拠として呈示されており、そのため状況の定義として意味をもつ。ケンカということばは日常的な用語であって、子ども同士の口ゲンカのような程度の軽いケンカにも使用される。したがってケンカということばが意味する状況の定義は深刻なものではなく、実家に帰ることには対応しても、切り裂いたという行動や感情の深刻さ、極端さを示す発話と対比される場合は、過剰な反応として不釣り合いになる。このような言語編成はスミスが対照構造の1つとして示したところである (Smith 1978=1987: 132-133)¹⁵⁾。もう一つケンカを通じて示されていることは、その後の行動がエスカレートしていることである。実家に帰ったことから切り裂くことへと、行動がより深刻なものへと変化しているが、この2つの出来事を時間の経過から考えるならば、病状が悪化していることを示す構造になっている。そして最後に、ケンカを介することによって示されていることは、病気は個人の内部に存在し、相互行為の相手には関わりがないということである。夫と両親は相互行為によって患者にストレスを与えているかもしれないが、2つの相互行為とも結局はケンカが起り、両者に共通している患者個人に問題があるということが示される。

このデータにも状況に不適切な行動とその蓄積が示されていた。特に注目したいのは、病状を客体化する場合、極端な行動が配置される場合があるということである。包丁を持ち出して切り裂くというような極端さは、それだけで異例化を達成し、患者の病状を揺るぎないものにしてしまうだろう。そして不適切な行動が示される場合、問題を患者に内在化するような発話が、このような何気ない断片にも見られることに注目したい。相互行為の影響が考えられる症状であっても、病気は個人に還元されている。

6 結論

ケース・カンファレンスの分析によって病状を構築する方法が多少明らかになったと思われる。第一に状況に不適切なものとして患者の言動を記述することであり、これが病状を構築していく基盤となっていた。第二にその不適切さの説得力を増すために、客体化の手続きがとられていた。それが「コンセンサス」や'active voicing'などの装置の使用であり、5 W 1 Hによる説明、不適切な言動の蓄積や極端さの記述、スタッフと自分の対比構造の使用、ケンカによる行動の対置であった。第三に客体化と同時に病気の個人化も行われていた。動機に基づいて妄想を説明したり、スタッフとの関係性から個人の内部へと問題を移行することによって、病気を個人に内在するものとして説明し作り上げる方法や、また相互行為の相手が変わってもケンカが起こると説明することにより、問題の所在を個人に内在化させる方法が使用されていた。これらは記述と実践の3つのレベル—すなわち状況不適切性、客体化、個人化—を表していると思える。

これまで精神疾患の定義や記述は、状況不適切性や「切り離し手続き」などに示されるように、状況の定義との関係によって理解されてきた (Goffman 1961=1984 ; Smith 1978=1987)。

しかしながらケース・カンファレンスでは、説得力を高めるような客体化の記述や、病気を個人に内在化させる記述が行われ、精神障害の記述や病状の構築にとって、状況の定義ばかりが重要な要素とはいえなくなることが明らかになったと思われる。しかしながら、状況の定義は意味を失ってしまったのだろうか。スミスは不適切な言動の蓄積の重要性を指摘したが、医療実践を考えた場合、蓄積は普遍的に行われているのではないと思われる。たとえばケース・カンファレンスを全体的な構成で考えた場合、各部門からの情報を用いて構成されていたが、その場合患者の言動に関する情報はその言動を記録した各部門、言動が起こった個々の状況に関わりなく報告されていく。また「ケース記録」は不適切な言動が蓄積された宝庫であり、そこには患者のこれまでの不適切な言動が、年齢、場所、相互行為の相手などにかかわらず、蓄積されている。転院した場合でも、以前の病院から「ケース記録」が送られてくる。ジェフ・クルターは、精神病の帰属に関する研究で、観察された文脈の中で狂人と評価され、そしてそれらの文脈から引き離され、より広い配慮に対して評価されると指摘している (Coulter 1973 : 146)。クルターが指摘しているのは精神医療による文脈の置き換えである。異文化の言動を西洋精神医学に、精神障害者の言動を家族の文脈に置き換えていると彼は述べている。たしかに精神医療では状況は意味を失っていくように思われる。ケース・カンファレンスでは、状況が意味を失うとともに、不適切であることの一貫性と個人化が達成されているようである。しかし断定を急がず、ここで状況不適切性、客体化、個人化というスタッフ3つの認識と実践のレベルの共存を想定してもよいだろう。そしてそれぞれの認識と実践のレベルが、作業療法などのような医療実践と対応しているのか、そしてどのように使用されているのか。他の医療実践との関連性を考慮しつつ、それぞれの認識と実践がどのように使い分けられているのを今後確認していく必要があると思われる。

【附表. トランスクリプトで使用された記号】

- [] 複数行にまたがる角括弧：参与者たちの言葉が重なっていることを示す。重なる終わる箇所は示されないこともある。
- = 言葉と言葉の間、もしくは行末と行頭におかれた等号：途切れなく言葉もしくは発話がつながっていることを示す。

- () 丸括弧：何か言葉が発せられているが、聞き取り不可能であることを示す。また聞き取りが確定できない場合は、当該文字列が丸括弧で括られる。
- (数字) 丸括弧で括られた数字：その数字の秒数だけ沈黙のあることを示す。また、ごく短い間合いは「(.)」という記号で示される。
- :: コロンの列：直前の音が延ばされていることを示す。
- ? 疑問符：語尾の音が上がっていることを示す。
- . 句点：語尾の音が下がって区切りがついたことを示す。
- ↑ 上向き矢印：音調が極端に上がっていることを示す。
- ↓ 下向き矢印：音調が極端に下がっていることを示す。
- hhh hの列：呼気音を示す。
- .hhh 直前にピリオドを伴うhの列：吸気音を示す。
- 下線：当該箇所之音が大きいことを示す。
- °° 上付きの丸：これで囲まれた箇所の音が小さいことを示す。
- < > 内開きのギョメ（アングルブラケット）：括られている箇所の速度が遅いことを示す。
- > < 外開きのギョメ：括られている箇所の速度が速いことを示す。
- (()) 二重丸括弧：そのつど必要な注記であることを示す。

注

- ¹¹ ビーター・コンラッドとジョセフ・シュナイダーによれば、向精神病薬の開発、精神科医を中心とした反精神医学、精神医療の社会科学研究、医療費の増加などが脱施設化を促したということである（Conrad and Schneider 1992=2002）。脱施設化の経緯に関する他の研究でも同様の見解が述べられている。たとえば、ショーターの以下の著作を参照。（Shorter 1997=1999）
- ²¹ 平成8年度版厚生白書は、1950（昭和25）年から1987（昭和62）年までの「精神衛生法」の時代を「精神病院収容主義の時代」、「昭和30年代から40年代前半にかけて精神病院の増設」と2つの柱で総括している。これは精神障害者を収容することと、その受け皿となる精神病院を増設することが政策の柱であったことを示している。1950（昭和25）年に制定された「精神衛生法」は、私宅監禁の廃止、都道府県の精神病院設置を義務づけるなどの精神病院や病床の増設規定、「自傷他害」のおそれのある精神障害者の通報制度および強制入院である措置入院や同意入院の制度からなる。このような内容から精神障害者の病院収容によって治安維持を図ることが法の目的であったと考えられる。そして病院病床の増設も措置入院も、ともに公費補助が導入されて民間の精神病院と障害者家族の負担軽減が図られ、その結果、精神障害者の病院収容が促進されてきた。また小野は、精神障害者による犯罪や家族の生産離脱よりも、病院収容の方が経済的損失が少ないという試算を当時の厚生省が行っていたことを紹介し、経済復興を最優先する国家政策が病院収容政策の背景として存在したと指摘している（田原範子・小野尚香 1995）。その後1964（昭和39）年にはライシャワー大使刺傷事件が起き、それを受けて翌年の1965（昭和40）年「精神衛生法」が一部改正された。主な内容は、治安維持の側面が強化されたことと、在宅の精神障害者の把握と通院医療の整備であった。しかし精神病床の不足はまだ続いており、昭和41年版の厚生白書では精神病床がまだ9万人分不足しており、「今後とも病床の整備に努める必要がある」と記載されている。昭和44年度版から50年版の白書では精神病床の質的な不足が述べられるようになった。特に昭和47年版白書では量的な面ではほぼ欧米先進諸国の水準に到達したこと、そして質的な面ではなお問題が多いとされ、地方公共団体が開設する精神病院に対する国庫補助や、病棟の新増設および改築を促進する施策を推進する旨、詳しく述べられている。ここに入院

医療中心の精神医療体制と、それを先進諸国レベルに引き上げることを目指した政策が量の充足から質の充足へと修正されながらも、依然継続していることが伺える。しかしながらその一方ではまた通院医療も重視され始め、それは47年版および48年版白書の「入院医療中心の制度から精神障害者の早期発見、早期治療から社会復帰に至る一貫した施策およびこれをバックアップするところの地域精神衛生対策の充実強化を目的とする総合的な制度へ向かって」という表現をもたらしした。

- 3) 厚生白書では「入院中心の医療から地域中心のケア体制へ」ということばが使用され、施策の方向が示された（昭和62年版および63年版）。また「精神保健」という表記も、精神衛生法の改正および改称に伴う精神保健法の成立の影響である。
- 4) 精神病床数は平成5年度の36.3万床まで増加を続け、その後は減少傾向にあるものの、平成13年度も35.7万床と依然として高い水準にある（精神病床等に関する検討会 2004, 社会保障審議会障害者部会精神障害分会 2002）。精神病院への収容が進められた昭和30年の病床数は4万4千床、昭和45年は25万床であり、これらと比較しても高い値を示している（厚生白書平成8年版）。また人口千人に対する精神病床率をOECDの資料で諸外国と比較した場合、特に1990年代では我が国だけが顕著に高い値を示している（社会保障審議会障害者部会精神障害分会 2002）。小野は、精神病床数の多さや平均在院日数の長さなどから、1990年代に入っても病院収容中心の傾向は変わっていないと指摘している。（田原範子・小野尚香 1995）コミュニティ・ケアの整備については1986（昭和61）年度では精神障害者回復者社会復帰施設（4カ所）、デイ・ケア施設（7カ所）、精神衛生社会生活適応施設（1カ所）とごくわずかであった。その後は平成2年度版厚生白書では精神障害者援護寮32施設、精神障害者福祉ホーム51施設、精神障害者通所授産施設32施設、精神障害者小規模作業所188施設、精神科デイ・ケア施設186施設と増加を示しているが、平成8年版白書では施設の一層の増加が目指されている。
- 5) 平成8年版厚生白書では、平成14年度末の達成目標が掲げられているが、精神障害者の社会復帰の促進に関しては、精神障害者生活訓練施設（援護寮）6千人分、精神科デイ・ケア施設1千カ所などと数値目標が示されている。また平成15年版厚生白書では2003（平成15）年度の目標として訪問介護員（ホームヘルパー）4,728人増、短期入所施設（ショートステイ）203人分増、デイサービスセンター100カ所増、グループホーム3,253人分増などと、新障害者プランの初年度の目標が記載されている。平成16年版でも同様に2年目単年の目標が示されている。
- 6) 以下の資料にも数値目標は記載されている。「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（精神保健福祉対策本部 2003）では重点施策として、「今後の精神保健医療福祉施策について」（社会保障審議会障害者部会精神障害分会 2002）では「今後10年の」数値目標として、7万2千人が示された。「精神病床等に関する検討会 最終まとめ」（精神病床等に関する検討会 2004）では「少なくとも10年間で7万床相当の病床数の減少を促すこととなる」という記載になっている。したがって数値目標は10年間の目標として記載されている場合もあるが、白書では新障害者プランにおける5年間の目標として示されている。
- 7) 精神科デイ・ケアに関しては平成8年版厚生白書における数値目標にも上げられたほか、「精神病床等に関する検討会 最終まとめ」（精神病床等に関する検討会 2004）では「デイケアの持つ疾病に対する治療、リハビリテーション、サポートなどの機能は重要である」と示されているほか、「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（精神保健福祉対策本部 2003）、「今後の精神保健医療福祉施策について」（社会保障審議会障害者部会精神障害分会 2002）でも取り上げられている。また入院患者に対するリハビリテーションについては、「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（精神保健福祉対策本部 2003）では精神病床の機能強化を進め、「長期入院患者の退院や長期入院者の発生予防を図るための集中的リハビリテーションの実施体制」を検討することが記載されているほか、「精神

病床等に関する検討会 最終まとめ」(精神病床等に関する検討会 2004)では、精神病床の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を提供することが患者の早期退院を促進し、地域の社会的入院の削減目標を達成するとして捉えられている。そのために「救急・急性期、社会復帰リハ、重度療養等」の3つの機能分化が目安として挙げられている。そして社会復帰リハビリテーションは在院長期化予備群など退院に向けたサポートが必要な患者に対して、集中的に提供されるべきとされるが、作業療法の機能分化も行われていこう。

- ⁹¹⁾ 鎌倉や山根は、作業療法士が医療制度に組み込まれていることを指摘する(山根 1997:34, 鎌倉 2001:66)。鎌倉は、「作業療法士」の名称が医療機関においてのみ使用可能であることや、これは精神科に限定していないが、作業療法士一般の就業先の72.5%が医療機関であることを挙げている(鎌倉 2001:126)。「理学療法士および作業療法士法」では、「医師の指示のもと」で作業療法を行う者を作業療法士として規定している。
- ⁹²⁾ 国立リハビリテーションセンター・ホームページ (<http://www.rehab.go.jp/RehaNews/No184/CC.html>, 2004.11.30)。
- ¹⁰⁾ ここでは「精神病」ということばを使用する。「精神病」という概念は、『新版精神医学事典』(1993)によれば「明確さを欠くため、近年の国際分類や米国のDSM-IIIは精神病ということばの使用に慎重な態度をとっている」ということであるが、先行研究で「精神病」が使用されているため、そのまま使用することにする。
- ¹¹⁾ テン・ハーヴァは医療を対象としたエスノメソドロジー研究の概説を行っている。彼はエスノメソドロジー研究を1960年代および70年代の初期のエスノメソドロジー研究と1980年代の研究に大別し、それぞれの代表的な研究とその内容を紹介している。彼によれば1960年代および70年代の初期の研究は、精神医療という医療分野のマージナルな領域を扱っていたという。ハロルド・ガーフィンケルとハーヴェイ・サックスの研究は、マージナルな研究として位置づけられている。しかしガーフィンケルはカルテや記録の研究は行ったものの、カルテや記録からの引用は行っていないし、サックスの研究では医療色が薄れ、一般的な会話における基本的な装置の研究になっているという。テン・ハーヴァが正当な医療研究とみなしているのは、病院における死を扱ったデヴィッド・サドナウの研究であり、他の医療職をも含めた多様な労働が示されているという。この多様な労働を研究に組み込んだ点こそ、テン・ハーヴァが医療研究に求めるものであるという。1980年代になると、方法論が緩やかな参与観察から、厳密な記録の分析に移行するとともに、研究の対象も診療過程、つまり医師-患者関係という1対1で、非対称的な出会いに集中し、他の職種や他の医療実践との関連が研究から抜け落ちてしまったという。そこでテン・ハーヴァは、初期の頃のような総合的な視点と、現在の厳格なデータ処理とが融合した研究の必要性を述べている。したがって、医療における医師以外の職種は、研究されてきていないということである。
- ¹²⁾ 『儀礼としての相互行為』でも、「精神科医は、社会的異常行為から精神的症候へとあまりにも一気に目を転じた結果、ある行為の不適切さを査定するのに、しろうととたいして変わらぬ結論しか出せなかった一極端に異常な行為の査定ではさすがに専門家らしい結論を出すけれど、軽い異常行為についてはしろうとと判断に終わった」と精神医療を批判し、精神病的行為は、状況不適応との見解をとりつつ、関与規則の違反であると、「集まりの構造」と同じ見解を示している(Goffman 1967=2002:142-154)。
- ¹³⁾ スミスによれば、さらに目撃証人を「単純に加えていく方式」を説明に採用することで、目撃者間の独立性が確保できることになる。つまり「事前の誘導や定義づけには汚染されていない」ことを示すことができるという。事前の共謀性も排除することができるだろう。本稿に関しては、ケース・カン

ファレンスを構成する a-c までの他部門からの選択的情報を順に報告していくことと関連するかもしれない。ケース・カンファレンスが行われるまでに事前の情報交換が行われていることも少なくないため、その段階で特定の話題に関心が集中していたり、合意がなされている可能性がある。その場合、スタッフの説明にはストーリーが生じるだろう。しかしもしそういったことを意識せず、各部門からの情報を、独立して提供された情報として受け取れば、問題の真実性は高まるだろう。

- ¹⁴ 実家に帰ることになったケンカの相手が夫であることは明らかである。抜粋したデータ内では明記されていないが、同居家族は夫と子どもであることが、ケンカの記述以前に説明されているほか、夫とのケンカが明示されている箇所が抜粋外の部分にある。そのほかに入院後のケンカのエピソードも抜粋外では述べられている。
- ¹⁵ 「感情表出の程度は出来事の重大さと釣り合っていないなければならないという規則は、ものごとがうまくゆかなくなった時にどれほど関心を示すべきかを規定する指示であり、次のように書き直される。(a) ものごとが重大になった時には、ひどく取り乱せ。(b) ものごとがそれほどひどくない時には、軽く取り乱せ。」(Smith 1978 : 132-133)

参考文献

- Burr, V., 1995, *An Introduction to Social Constructionism*, London: Routledge (=1997, 田中一彦訳, 『社会的構築主義への招待』川島書店.)
- Conrad, P. and J. W. Schneider. 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness: Expanded Edition*. Philadelphia: Temple University Press. (=2002, 進藤雄三・杉田聡・近藤正英訳, 『逸脱と医療化——悪から病いへ』ミネルヴァ書房.)
- Coulter, J., 1973. 'Approaches to Insanity: A Philosophical Sociological Study,' London: Martin Robertson.
- Edwards, D. and J. Potter. 1992. *Discursive Psychology*, London: Sage Publication.
- Gill, R., 1996, "Discourse Analysis: Practical Implementation," Richardson, J.T.E. ed., *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences*, Leicester: BPS Books.
- Goffman, E., 1961, *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates*, New York: Doubleday Anchor. (=1984, 石黒毅訳『ゴッフマンの社会学3 アサイラム——施設被収容者の日常世界』誠信書房.)
- , 1963, *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings*, New York: Free Press. (=1980, 丸木恵祐・本名信行訳, 『集まりの構造——新しい日常行動論を求めて』誠信書房.)
- , 1967, *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*. New York: Doubleday Anchor. (=2002, 浅野敏夫訳, 『儀礼としての相互行為——対面行動の社会学<新訳版>』法政大学出版局.)
- 林田康子. 2003a, 『精神障害と社会的コントロール』平成14年度熊本大学大学院文学研究科修士論文.
- , 2003b. 「精神医療組織におけるデイケア作業療法の位置づけ」第29回日本保健医療社会学会報告要旨.
- , 2004, 「デイケア作業療法における相互作用——精神医療の事例から」『熊本大学社会文化研究』第2号.
- Hutchby, I. and Wooffitt, R., 1988, *Conversation Analysis: Principles, Practices and Applications*, Cambridge. U.K.: Polity Press.
- 鎌倉矩子, 2001. 鎌倉矩子・山根寛・二木淑子編, 『作業療法の世界: 作業療法を知りたい・考えたい人のために』三輪書店.

- 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会, 2002. 「今後の精神保健医療福祉施策について」.
- 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会, 2002. 「社会保障審議会障害者部会精神障害分会次第 (第1回)」.
- 厚生労働省精神保健福祉対策本部, 2003. 「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向 (中間報告)」.
- 厚生労働省精神病床等に関する検討会, 2004. 「精神病床等に関する検討会 最終まとめ」.
- 厚生労働省精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会, 2004. 「『精神障害者の地域支援の在り方に関する検討会』最終まとめについて」.
- Ortega, S. and S.H.Larson. 2000, "Mental Illness and Mental Disorders," Borgatta, E.F. and R.J.V. Montgomery eds., *Encyclopedia of Sociology 2nd*, New York: Macmillan Reference USA.
- Potter, J.. 1996, "Discourse Analysis and Constructionist Approaches: Theoretical Background," Richardson, J.T.E. ed., *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences*, Leicester: BPS Books.
- Shorter, E., 1997, *A History of Psychiatry from the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons Inc. (=1999. 木村定訳. 『精神医学の歴史—隔離の時代から薬物治療の時代まで』青土社.)
- Smith, D., 1978, ' "K is Mentally Ill": The Anatomy of a Factual Account', *Sociology*, 12(1): 23-53. (=1987, 山田富秋・好井裕明・山崎敬一編訳, 「Kは精神病だ—事実報告のアナトミー」『エスノメソドロジ—社会学的思考の解体』せりか書房, 112-116.)
- 田原範子・小野尚香, 1995. 「精神医療」, 黒田浩一郎編, 『現代医療の社会学—日本の現状と課題』世界思想社.
- 山根寛, 1997. 『精神障害と作業療法』三輪書店.

Social organization of case conferences in occupational therapy: analyses of social interactions.

HAYASHIDA Yasuko

This article explores what social interactions between occupational therapists in case conferences accomplish. Case conferences are routine exercises for the occupational therapists. They evaluate patient s' mental or physical conditions, degree of disability, or environment. Then they conclude how to care for them. So case conferences are the essential work for therapists. I regard case conferences as interactive processes, analyze them, and reveal how they describe the patients' condition. One of the ways is to externalize their conditions. Therapist account for them by using externalizing devices like 'active voicing' and the elements of 5W1H (when/where/who/why/what) which makes things clear. And at the same time, they accomplish the individualization of the mental disease. The therapists substantiate the disease inside the patients themselves. They describe to the motive. Both the externalization and the individualization of the conditions are therapists' ways to construct the mental disease.