

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	医療観察法における看護の役割
著者	石橋通江
掲載誌	臨床看護, 38(9) : pp 1281-1283.
発行年	2012.08
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000313/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

トピックス

医療観察法における
看護の役割

石橋通江 *Ishibashi Yukie*
日本赤十字九州国際看護大学教授

医療観察法の概要

重大な犯罪にあたる行為を行い、刑事司法機関によって心神喪失・心神耗弱者と認定された精神障害者に対する医療は、これまで、精神保健福祉法に基づく措置入院と矯正施設での医療により展開されており、司法と医療との関連性が乏しいことが問題とされてきた。そこで、こうした触法精神障害者に対して国の責任において運営される医療ならびに社会復帰のための支援を提供するため、2005(平成17)年7月に施行された法律が「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)である。

医療観察法1条1項は、「この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進する

ことを目的とする」と規定している。ここでいう「重大な他害行為」とは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害にあたる行為である。心神喪失または心神耗弱の状態で、重大な他害行為を行った対象者が、不起訴処分、無罪または執行猶予になった場合、検察官によって医療観察法による医療および観察を受けさせるべきかどうか、地方裁判所に適切な処遇の決定を求める申し立てがなされる。

審判の結果、入院による医療の決定を受けた人に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関(指定入院医療機関)において、専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院期間中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官により、退院後の生活環境の調整が実施される。また、通院による医療の決定を受けた人および退院を許可された人については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間、地域において厚生労働大臣が指定した医療機関(指定通院医療機関)による医療を受けることになる。

なお、施行から平成23年末までの医療観察法の施行状況は、指定入院医療機関の指定数28カ所(666床)、指定通院医療機関の指定数(2,858カ所)である¹⁾。

医療観察法による 医療の必要性

これまで触法精神障害者の対象行為への直面化は困難とされてきた。そのため、医療観察法の医療必要性を判断する際に必要とされる具体的内容を、最高裁判所事務総局刑事局が提示した。それによれば、①対象行為を行った際の心神喪失または心神耗弱の原因となった精神障害と同様の精神障害がある(疾病性)、②精神障害を改善するためにこの法による医療を行う必要である(治療反応性)、③精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体・現実的な可能性があるか(社会復帰要因)の3要件を証明する必要があるとしている²⁾。この諸要件に基づいて、指定入院機関では、入院の当初から対象行為を確認し、その後も内省深化のためのプログラムを個別、およびグループによって実施する。医療者は、対象者が現実を直視し、対象行為と病状や生活態度、環境との関連についての認識を深め、社会に適応するためのスキルを身につけるための支援を行うことが求められた。

指定入院医療機関における 治療体制およびプログラム

指定入院医療機関の医療観察法病棟は、セキュリティとアメニティを調和させた全室個室の精神科病棟である。日本での運用は、大規模病棟30床と小規模病棟15床があり、急性期、回復期、社会復帰期、女性を主な対象とした共用ユニットの4つの居室ユニットとリハビリテーションユニット、管理ユニットに分けられている。全室個室とすることで、プライバシーに配慮しリラックスできる環境を提供するだけでなく、個別の治療導入を実施しやすくしている。国が示す入院処遇ガイドライン³⁾は、①多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施、②薬物療法、③治療評価と記録、④共通評価項目、⑤入院のステージ分類と

クリティカルパスによる急性期・回復期・社会復帰期の設定の構成になっており、それぞれの治療期間の目安を3カ月、9カ月、6カ月としている。30床の入院機関での病棟スタッフは、医師4人(対象者8人に1人)、看護師43人(対象者1人に1.3人)、精神保健福祉士・臨床心理技術者・作業療法士は合計7人、併任の薬剤師1人、専任事務1.8人と、ほかの入院機関にはない豊富な人員配置となっている。

治療プログラムを運営するMDT (multi-disciplinary team)⁴⁾は、患者1名に対し、医師1名、看護師2名、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士各1名の計6名で構成された多職種チームである。MDTでは、それぞれの職種が、専門的な視点から対象者のアセスメントを行い、MDT会議を通じて情報交換と治療計画の立案、評価までを担当するというシステムを運営している。また、病棟はジョーンズ(M. Jones)⁵⁾が提唱する治療共同体の理念によって運営され、集団療法を軸に、対象者が日常生活のなかで生じるさまざまな事象から学び社会性を高めるために、一人ひとりの患者の治療に全患者、全スタッフが参加し合うことを大切にする。多職種協働で運用される治療プログラムには、疾病に関する心理教育、疾病に対する対処スキルを習得するためのSST (social skill training; 生活技能訓練)、対象行為への直面化のための内容などがある。

プログラム運営に際して、プログラム開始前に担当者全員が集まって10分程度のプレミーティングが開かれ、対象者についての情報交換やプログラム運営体制の確認、プログラム中の観察ポイントの確認などが行われる。プログラム終了後には、20分程度のアフターミーティングが開かれ、対象者についての活動分析と評価、スタッフ間の意見交換が行われている。こうした多職種協働プログラムが実施されるたびに行われるピアレビューやMDT会議によるディスカッションを通じて、治療の質の向上につなげることができる。看護師は、対象者を24時間にわたり支援できることから、MDTのコーディネーター的役割を果たしており、治療プログラムを運営するだけでなく、対象者が治療プログラムによって得た内省の深化や社会生活技能を、日々の生活に生かせるように支援する役割を担っている。

対象者の特徴とセルフケア

オレム (Orem, D. E.)⁶⁾は、人間を自分自身の健康を維持するための活動に責任をもっている存在と捉え、セルフケアは生命、健康および安寧を維持するうえで個人が自分自身のために考えて行う行動と述べている。精神障害者は、その疾患の特徴により自我の脆弱性をもち、自分のなかの衝動や欲求と、外からの欲求を調整する能力が低下した状態にある。とくに医療観察法の治療の対象は、対象行為を行った際には、心神喪失または心神耗弱の状態であり、セルフケア能力のなかで重要な「自己決定能力」が低下し、セルフケア行動が機能しない状態と捉えることができる。

2011(平成23)年末現在の医療観察法の入院対象者は、642名のうち532名が統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害であり全体の8割を占める¹⁾。医療観察法の対象者は、精神的な不健康が極度の社会的な不適応をもたらした結果、重大な他害行為を引き起こすところまで追い込まれていった人々である。行動面では、無為自閉や常同行為、衝動性を示す対象者は少なく、活動性や対人交流は高く、過敏で些細なことを曲解し被害となる可能性をはらんでいる者が多いといわれている⁷⁾。そうした対象者の他害行為の再発を防ぐためには、薬剤抵抗性で容易に変化しない妄想への心理的介入(認知行動療法)や暴力に関する予防を含んだ包括的な介入が必要とされている。

医療観察法における看護の基本となるのは、セルフケア援助であり、自己決定支援を行うことによって、健康における問題解決能力と自己管理能力を高められるように援助することである。セルフケア行動の改善は自我機能の改善と相互補完的に作用し、セルフケア行動にはたらきかけることで、自我機能の改善につなげることができる。指定入院医療機関治療ガイドライン³⁾によると、急性期では、ま

ず入院時 MDT スタッフ全員による合同面接によって、インフォームド・コンセントを実施する。実施後の反応を把握し、フォローするための看護面接を重ね、対象者との関係性を築き、精神症状および行動の観察、日常生活能力の評価を中心に行う。回復期には、対象者の対人関係調整、日常生活能力の回復への援助と評価、対象者の自己対処能力、問題解決能力の向上に向けた援助、言語的コミュニケーションによる表現能力の回復および対人関係の改善に向けた援助を実施する。社会復帰期には、日常生活の自立に向けた支援、退院後の社会生活をめぐる不安への対応などを看護業務の役割としてあげている。

宮本⁸⁾は、精神科医療全体の問題として、インフォームド・コンセントの不十分さ、対象行為の確認へのためらい、処遇における計画性の欠如、グループワークへの苦手意識を取り上げ、指定入院医療機関では、これらの問題を克服するための工夫が試みられていると述べている。このように医療観察法における新たな看護の役割は、精神科医療全体における看護につながるものであり、普遍化できるものとして期待されている。

●引用文献●

- 1) 厚生労働省：心神喪失者等医療観察法の施行状況。医療観察法医療体制整備推進調，2011.12.
- 2) 最高裁判所事務総局刑事局：心神喪失医療観察法及び審判手続き規則の解説。2005.
- 3) 厚生労働省：「入院処遇ガイドライン」心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律の施行について(平成17年7月14日障精発第0714001号)
- 4) 法務省保護局，厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：入院通院処遇ガイドライン。2007.
- 5) M. ジョーンズ(鈴木純一・訳)：治療共同体を超えて；社会精神医学の臨床。岩崎学術出版，東京，1976.
- 6) ドロセア E. オレム(小野寺社紀・訳)：オレム看護論；看護実践における基本概念，第4版，医学書院，東京，2005.
- 7) 村上優：司法精神医療の理論と方法。天賀谷隆，遠藤淑美，末安民生，他・編，実践 精神科看護テキスト第17巻；司法精神看護，精神看護出版，東京，2008，p.38.
- 8) 宮本真巳：司法精神看護の課題と展望。天賀谷隆，遠藤淑美，末安民生，他・編，実践 精神科看護テキスト第17巻；司法精神看護，精神看護出版，東京，2008，p.239.