

場感をもった指導が可能にもなり、必要にもなる。そのため、そうしたプログラムをどのように組み込むかといった検討をする必要がある。

また、このような一般精神障害者とは異なる配慮や対応に対して、その質を支える人的・経済的背景をどのように保証するが制度面からの対処についても今後の検討課題である。

3. 作業療法技術に関する課題

実務者が行っている司法精神科作業療法全国研修会が年数を重ねることで、臨床の技術に関する課題は、将来的にはかなり明らかにされ、改善されることが期待される。

しかし、その実務に就くまでの基本的な研修は必要であり、卒前教育としてどの程度取り組むか、卒後教育としてどのように行うか、それを誰がどこで行うかが課題である。卒前教育としては、養成校教育、大学学部教育で作業療法概論もしくは精神障害作業治療学に総論的にも取り入れること、そして数は少なくともよいが、大学院教育での高度専門職としての教育体制も考える必要がある。

理想的には、大学院における高度専門職の育成にあたっては、作業療法士だけでなく、他の関連職種との職種横断的なチームアプローチの経験が可能な教育体制が組まれるとよい。

作業療法の技術等に関しては、作業療法士協会も、職能団体の社会的責務として2008年度から開始した作業療法5ヵ年戦略においては、重点課題の一つに臨床的課題への取り組みとして「司法精神医療における作業療法の推進」をあげている。このように、司法精神医療においても作業療法の知識・技術に関しては、職能団体としての取り組みは欠かせないが、具体的な内容に関しては学会時のワークショップなどによる啓蒙などに加えて、2009年度より開始される専門作業療法士制度の一つに司法精神専門作業療法士（仮称）を設けて育成をすることも期

待したい。

E. 結論

司法精神医療と作業療法に関する啓蒙活動と司法精神医療施設における作業療法の現状から、今後の作業療法の課題と関与について検討した。

いずれにしても、本医療における退院処遇、退院後の通院医療施設における処遇の仕組みは、一般精神科病院が抱えている多くの課題の解決の糸口を示すものであり、本医療で得られた経験を一般精神科医療へ一般化させる方法も含め、検討が必要である。

<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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 土井勝幸: 作業療法 5 カ年戦略. 作業療法 27(5), 2008-2012, 2008
- 9) 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

4) 対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題の明確化:

対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題の明確化

- 小野木和昭 (国立精神・神経センター病院)
- 梅原 佳代 (国立精神・神経センター病院)
- 福島 里見 (国立精神・神経センター病院)
- 吉川 知里 (国立精神・神経センター病院)
- 飯田 紗代 (国立精神・神経センター病院)
- 高野 和夫 (国立精神・神経センター病院)
- 成田 賢栄 (国立精神・神経センター病院)
- 山口しげ子 (国立精神・神経センター病院)
- 宮本真巳 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

研究要旨

「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)による指定医療機関の役割として、対象者への社会復帰支援システムの構築は急務である。指定入院医療機関の看護師にとっては、対象者の日常生活援助全般への関わりが、対象者の社会復帰支援にどのように役立っているかについての現状把握と支援内容の明確化が重要である。昨年度までの研究結果として、対象者の認識や態度には看護師の予想や期待とずれる所があるものの、生活自立に向けた支援の成果は上がっていること、対象者との意識のずれも少しずつ解消していく経過が見られることがわかった。昨年度は対象者と看護師との関係に絞って調査したが、今年度は対象者、看護師のほかに、指定入院医療機関の医師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士、指定通院医療機関の多職種チーム、社会復帰調整官に調査対象を広げた。そして、対象者の社会復帰支援を取り巻く環境の中で看護師に求められている具体的な支援と、社会復帰を促進するために必要な連携の方向性を検討した。

本研究によって得られた主な結果は、どの職種も対象者と真摯に向き合うがゆえに様々なことに悩み、それでも自らに課せられた役割を遂行していこうという前向きな姿勢を堅持しようとしていること、指定入院医療機関から退院した後の社会資源の不足、指定通院医療機関から指定通院医療機関への期待、そして、これらの期待や悩みを背負いながら、地域会議に出席するなど、地域や他職種への理解と連携を深め、具体的な解決策を見つけていこうとする看護師の姿勢だった。

A. 研究目的

医療観察法に基づいて、重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰に向けて行う支援には様々な困難が伴う。それだけに、医療観察法

に基づく支援システムの構築は、あらゆる精神障害者のための精神科医療の充実につながると考えられる。ただし、そう言い切るためには、現状の把握や必要な支援の明確化が不可欠であ

る。なかでも、対象者の日常生活援助全般において重要な役割を果たしていると考えられる看護師の役割の明確化は重要である。

昨年度までの研究では、指定入院医療機関の医療に従事する看護職員と対象者を調査対象とした。調査結果から、対象者は孤独感や不安感を抱えやすく、これを解消するために、看護師は治療プログラムや日常的なかかわりを通じて、対象者が地域スタッフとの人間関係の構築を促す役割を担う必要があることがわかった。また、看護師は入院時から対象者の社会復帰に向けた支援を行っているが、その時期の対象者は社会復帰への支援を受けているという認識が乏しく、外泊訓練やケア会議をきっかけに退院や社会復帰をイメージし始める様子が明らかになった。

今年度は、職員、対象者のみではなく、地域医療スタッフにも調査対象者を拡げることによって、対象者の社会復帰支援をめぐる現状を明らかにし、具体的な支援の方向性について検討した。

B. 研究方法

1. 調査対象者

対象者 4名

看護師 9名

看護師以外の指定入院医療機関スタッフ（以下、他職種）4名

社会復帰調整官や指定通院医療機関スタッフ（以下、地域スタッフ）9名

2. 調査期間

2008年12月～2009年3月

3. 調査方法

1) 半構造化面接

承諾の得られた上記調査対象者に対して、質問紙法による調査及び半構造化面接を行った。面接時間は30分から60分で、面接時のメモに基づいて逐語録を作成した。

研究者間の話し合いにより質問内容を確定し、インタビューガイドを使用しながら面接を実施した。

対象者には今後の地域生活についてスタッフと話し合った経験やその時の気持ち、退院後の生活に対するイメージ、将来の展望などについて自由に語ってもらった。

また、指定入院医療機関の看護師、他職種、地域スタッフには、受け持っている対象者の社会復帰支援についてどのような思いを持っているか、支援を行ってみてどのようなようであったか、支援をした後にどのような思いが残るかを自由に語ってもらった。

2) 自由回答法による質問紙調査

指定入院医療機関の看護師、他職種、地域スタッフから、半構造化面接と同じ内容の質問について回答を得た。

3) ショートカンファレンス

調査対象者に対する半構造化面接を順次実施しながら、研究者3名以上のグループを適宜作り、入院対象者を取り巻く状況について、感じたことや考えたことを自由に話し合いながら問題点を検討した。随時、指定入院医療機関の看護師、MDTスタッフ、地域スタッフの参加を得た。

4. 研究上の倫理的配慮

事前に院内の倫理委員会にて承認を受け、研究概要を病棟内に掲示した。面接対象者に対しては研究の趣旨説明を行い、個人情報保護されること、研究協力は任意であること、拒否しても不利益を生じないこと、途中撤回はいつでも可能であることを説明し、書面で同意を得た。面接の際には面接室などの個室を使用し、プライバシーの保護に配慮した。

5. 分析方法

①面接記録や質問紙の回答から、研究対象者の地域自立支援に関連する事柄について、対象者、

看護師、看護師以外の指定入院医療機関スタッフ、地域スタッフのそれぞれの視点に分けてコードを抽出した。

②対象者、看護師、他職種、地域スタッフの4者を相互に組み合わせ、 $4 \times 4 = 16$ 項目からなる分類枠を作成し、①で得られたコードを各項目に割り振った。

③項目ごとのコードをカテゴリー化し、カテゴリー間の関連性について検討した。

6. 信頼性・妥当性の確保

研究の全過程を通じて研究者のデブリーフィングを随時実施すると共に、質的研究の経験を積んだ研究者のスーパービジョンを受け、観察や分析の偏りの修正を試みた。

C. 研究結果

1. 病棟の概要

病床数 33 床、看護師 43 名、専任医師 4 名、兼任医師 4 名、作業療法士 2 名、臨床心理技術者 3 名、専任精神保健福祉士 2 名、兼任精神保健福祉士 3 名が配属されている。看護方式はモジュール制プライマリーナーシング方式を採用している。各対象者は医師 1 名、看護師 2 名、作業療法士 1 名、臨床心理技術者 1 名、精神保健福祉士 1 名の計 6 名で構成される多職種チームが担当している。

治療やケアの方針については、毎週開かれる治療評価会議等の会議によって検討される。開棟後約 3 年半が経過したが、指定入院医療機関のスタッフは、病床不足による法改正(注)等、次々と生じる予想外の事態に対応を迫られ、医療観察法という新たな法律を軌道に乗せることの難しさに直面しながら、熱意をもって地道な努力を続けている。

注. 医療観察法第十六条第一項、第二項における「特定医療施設」、または、「特定病床」の新設。以下では、指定入院医療機関入院前に「特

定医療施設」、または、「特定病床」に対象者が入院した場合を「一項入院」、指定入院医療機関入院後入院による処遇終了の決定前に「特定医療施設」、または、「特定病床」に対象者が入院した場合を「二項入院」と記載する。

2. 対象者の地域自立支援をめぐる状況

半構造化面接と質問紙調査より、対象者の地域自立支援の状況を対象者、看護師、他職種、地域機関スタッフのそれぞれの視点に分けてコード化を行い、カテゴリー化を行った。

1) 対象者自身についての思い

(1) 対象者は、対象者自身について以下のような思いを抱いている。

・対象行為を起こしたことに傷つき、「社会で生きて行けない」と孤立感や自己否定の気持ちがある。退院したいという気持ちはあっても、対象行為を起こしたがゆえに、社会復帰の話はしてはいけないと自分を戒めている。

・援助者、家族等との関わりで、「受け入れてくれる人がいてくれる」、「生きていて良かった」、「安心して暮らせている」と実感している。そして、他者との人間関係で「譲る」ことができるようになるなど、気持ちに余裕が出てくる。

・対象行為を起こしているので看護師から信頼されていないと思う、と意見もあった。

(2) 指定入院医療機関の看護師は、対象者との関係、あるいは、対象者に対して、以下のような思いを抱いている。

・社会復帰していくにあたり、内省を深めることは重要であるが、対象者は対象行為を起こしたことから自分を守ろうとしている。従って、対象行為に対する内省を深めるためには、厳しい直面化も必要である。内省は看護師が期待していたほどはかどらないが、それなりの効果はある。

・対象者の中には、退院を「治療の終わり」と考える楽観的な人がある。しかし、社会復帰後

の生活に焦点を当てて入院中の援助を提供している看護師は、対象者が退院後は社会から厳しい視線を浴びねばならないことを考慮し、気持ちを引き締めて真剣に治療に臨んでほしいと考えている。

・社会復帰の過程で、対象者は相談できる人を持つことが大切であるが、人とのつながりを作る能力の未熟な対象者が多い。

・IQの低い対象者、反社会的パーソナリティ障害を合併している対象者も多いが、そのような対象者にも入院期間内に暴力などについて良好な結果を求められているので、困難事例の治療法についての知識や経験の蓄積も必要である。

・外出、外泊は、対象者の退院後の生活についてある程度は把握する機会となるが、実施回数を重ねれば確実に評価できるとは言いきれない。また、言語的表現能力の低い対象者もあり、対象者からの情報収集が難しい場合もある。現在の外泊、外出の方法では社会復帰後のクライシスプランの作成も不十分さがあり、リスクアセスメントとしてもリスクの程度を評価しきれない。

(3) 他職種は、対象者との関係、あるいは対象者に対して以下のような思いを抱いている。

・退院後の住居では必ずしもアメニティが保障されないことや、入院中の手厚い支援が退院後にはないことなどから、対象者は入院環境と退院後の環境の変化の大きさを感じるだろう。

・入院中、医療的な支援は手厚いが、一方で生活能力を高めるための支援は足りない。

・他害行為が悪いことを病気という枠組みで語るには限界がある。道徳を一般的に教える場が必要である。

(4) 地域スタッフは、対象者との関係、あるいは、対象者について以下のような思いを抱いている。

・医療観察法の対象者にどのように接したら良

いか悩む。

・デイケアなどで医療観察法の対象者が場を共有する、精神保健福祉法、自立支援方で処遇される患者の気持ちはどうなのかが不安になる。

・治療継続のためにも内省は必要だが、スタッフの不足、対象者の能力、薬物依存等の疾患の影響等から、外来通院中には内省を深める援助は十分出来ない。

・セルフモニタリング表の導入、複数回の訪問を実施するなど、援助を行っている。

・対象者は、医療観察法の下で、治療を受けることについて気持ちの整理が出来ていない。

2) 地域スタッフとの連携

(1) 対象者は、地域スタッフとの連携について以下のような思いを抱いている。

・外泊中に施設スタッフと対等に話せたという成功体験もあるが、施設から指示を受け「自分でできるか?」と不安になるという体験もある。

・地域支援についての専門的な知識が不足していて、一般常識では考えが及ばない。

・入院中、地域スタッフとは会議などで短時間話すことしかできなかったが、施設内の人間関係、経済的保障(退院後いくらの現金で生活するのか)、施設に居られる期間、病状悪化時のサポート体制等について質問したかった。

(2) 指定入院医療機関の看護師は、地域スタッフとの連携について以下のような思いを抱いている。

・対象者が退院後の地域ケア会議に、2回程度参加したい。クライシスプランについても退院後に修正が必要である。また、クライシスプランを使って入院中の地域ケア会議でも対象者の情報交換、目標を主に指定通院医療機関とも直接共有したい。

・地域スタッフから出席依頼があつて退院後の地域ケア会議に参加し、情報提供により地域スタッフが介入の糸口を見つけられた、受け持ち

だった対象者の様子や、地域スタッフのアセスメントの仕方が見られて良かった。

・対象行為以前より対象者と関わりがあった施設は対象者の社会復帰について受け入れが良い。対象行為前と対象者が変わっていないところも含めて情報を伝えている。

・対象者と面識のない施設では、何度も外泊を繰り返してから退院になるところもある。

・指定入院医療機関にできることと、地域スタッフが望むこととにギャップがあり、例えば、到達困難なほど高い水準の内省を求められる場合があるので、地域スタッフは指定入院医療機関に頻回に来て対象者と面接してほしい。

・地域（都道府県など）によって医療観察法に対する理解、積極性、自主性に差があるため、同じ法律に基づく支援でも連携に困難感がある。

・再被害行為については、入院医療機関の看護師、地域スタッフが共に不安を持っているが、地域スタッフが再被害行為の防止を望むあまり、対象者の自立を妨げている印象を持っている。指定入院医療機関では対象者の能力を高めるように援助したが、地域では対象者に管理的に関わっている。それは、退院後のケア計画にも現れ、対象者の個別能力に合わせたケア計画が立てられず、対象者の社会復帰に対するモチベーションの低下につながっている。

・対象者を支える存在として家族の役割は大きいですが、家族の問題として社会からの孤立がある。家族自身が被害者の立場にいたることが見落とされがちで、治療も家族の気持ちに関係なく、対象者の治療に参加させ、家族は話を聞くだけになっている。

・退院後に家族支援を依頼できる機関が保健所しかない。情報開示という障壁はあるが、既存の家族会との連携や、入院・通院処遇の違いをなくした家族会の広がりが必要である。

・入院当初から地域調整を開始するが、退院地

の調整に時間がかかる。社会復帰調整官の役割負担が重い。

(3) 指定入院医療機関の看護師以外の職種は、地域スタッフとの連携について以下のような思いを抱いている。

・地域スタッフや家族と、指定入院医療機関の連携は、会議で会うだけでは足りない。

・地域資源が少ないが、その一方で、地域スタッフの責任は重い。地域側、入院側が互いの状況を知っておく必要がある。

(4) 地域スタッフは、地域スタッフ間の連携を以下のように考えている。

・医療観察法による入院前の時期は、家族への情報提供は少なく不安も強いだろう。一方、指定入院医療機関退院後、家族の関わりは保健師の他に、社会復帰調整官も加わっている。

・地域スタッフは全般的に医療観察法への理解が低く、対象者の受け入れが悪い。従って、使っている地域資源は指定通院医療機関内のものが多い。対象者は保健センターや福祉事務所でも警戒され過ぎる。指定通院医療機関スタッフ、居宅支援機関、保健師、市町村職員など地域スタッフへの啓発活動が必要である。

・指定通院医療機関など、地域資源の数が少ないため、指定通院医療機関から遠方の対象者の医療を依頼されるが、緊急時の対応に不安がある。

・対象者が指定入院医療機関を退院後、いったん指定通院医療機関の近くに退院し、その後、通院処遇が落ち着いてから、居住地へ引っ越すこともある。

・入院中と退院後の療養環境に差がある。指定入院医療機関は全室個室である。対象者が通院処遇になる前に、4～6人の病室も体験させてほしい。

3) 指定入院医療機関の看護師以外との連携

(1) 対象者は、指定入院医療機関の看護師以外

との連携について以下のように考えている。

・入院初日から対象者と面接を持つことなどから、対象者は指定入院医療機関の看護師以外の職種との関係からも安心感を得ている。

・対象者は自分の参加していない会議でどのような事が話し合われているか、気にしている。また、退院後の不安などについて話し切れていないという気持ちがある。

・指定入院医療機関の看護師、及び看護師以外の他の職種の対象者への関わりにより、対象者は退院後のイメージが持て、暴力を自制できるようになった。

(2) 指定入院医療機関の看護師は、指定入院医療機関の看護師以外の他の職種との連携について以下のような思いを抱いている。

・適宜 MDT で会議を開き、互いの専門性を発揮することによって、精神保健福祉法による医療よりも連携が取れている。

・職域が曖昧で、看護師の役割がどこまでなのかわからないので、MDT 内、会議等で互いの役割について話せると良い。

・時にやり過ぎて他の職種の気分を害することがあり、一方で家族への介入などについては責任が不在となる場合がある。看護師も働き過ぎた気持ちが出て疲れる。

・MDT の意見が強くなり過ぎると、対象者への処遇が適時に決まらない。背景に、MDT の会議が定期的に関えず、スタッフ間で情報共有ができないことも問題である。

(3) 指定入院医療機関の看護師以外の職種は、同職場の看護師以外の職種との連携について以下のような思いを抱いている。

・これまでは各職種が別々にやっていたことが、医療観察法の下では多くの職種と連携して行える。

・対象者への処遇方針を明確にするため、MDT スタッフの間でより話し合った方が良い。

・職種によっては、より多くの人数が必要である。

(4) 地域スタッフは、地域スタッフ間の連携について以下のような思いを抱いている。

・対象者とよく関わり、ケースの把握も詳しく行えている。

・入院から通院処遇に移行した時に、入院時ほどの医療が提供できないことに地域スタッフは不安全感を抱いている。

・MDT が指定通院医療機関へのサポート的役割を担える工夫があると良い。

・病棟スタッフと地域スタッフが、互いに対象者の治療状況だけでなく、入院環境、地域環境も情報交換できると良い。

4) 指定入院医療機関看護師との連携

(1) 対象者は、指定入院医療機関の看護師との連携について以下のような思いを抱いて考えている。

・看護師は、治療の話だけでなく、自由な意見や本音も聴いてくれるなど、人間として認め、関わってくれている。

・対象行為のために、看護師から信頼されていないと思うときがある。

・今以上に身体障害に見合った援助を継続して欲しい。

(2) 指定入院医療機関の看護師は、指定入院医療機関看護師同士の連携について以下のような思いを抱いている。

・対象者の抱えている問題は深く、多岐にわたることもあるが、多くの看護師が関わってくれている。

・指定入院医療施設間で提供している援助、プログラムに違いがある。対象者に提供していたプログラムなどが転院により提供できなくなる可能性もあり、治療の継続に不安がある。

・看護師としての知識、経験などが必要な職場であり、看護師は自分がやっていることを振り

返ることもした方がよい。

- ・看護師間の情報共有がより必要である。
- (3) 指定入院医療機関の看護師以外の職種は、指定入院医療機関看護師との連携について以下のような思いを抱いている。
- ・生活や外泊の場面での連携を看護師と行えている。
 - ・看護師は対象者の治療意欲を高める役割を担っている。
 - ・生活場面での関わりで協働、効果的アプローチができることを増やしたい。
 - ・指定入院医療機関の看護師は、対象者の現実検討が乏しい時でも、対象者との心理的な距離感が近いので、対象者の意に沿わない治療は遅れる傾向がある。たとえば、対象者の精神症状や知的障害が原因で、対人暴力が連続して起きそうな時でも、一時的な隔離を選択しようとしていないことがある。
 - ・対象者が治療に消極的な時期に、対象者が治療を受け入れられるよう工夫を看護師に求める。
 - ・社会復帰に向けたクライシスプランについても、対象者のセルフヘルプが活かされるように計画すると良い。
- (4) 地域スタッフは、指定入院医療機関看護師との連携について以下のような思いを抱いている。
- ・入院医療機関と退院地の間に物理的距離がある場合、退院地の現況を知らせるために対象者の外泊開始の少し前にMDTスタッフに退院地を視察してもらいたい。
 - ・マンパワーがある一方で、実効性の乏しい援助があるなど業務効率が悪い。
 - ・対象者の入院医療機関の外での様子（外出、外泊中の様子）について率直な意見を聞きたい。
 - ・入院医療機関と、通院医療機関とは違いがあるので交流を持ちたい。

5) 法的機関等との連携

(1) 対象者は、地域スタッフとの連携について以下のような思いを抱いている。

- ・鑑定入院中は、医療観察法に対する情報が不足している。
- ・指定入院医療機関に入院後、退院調整などで他の指定入院医療機関に転院した場合、対象者の知的レベルも影響するが、言葉（方言）など生活環境の変化に不安を感じたり、転院前の入院について無益と思ったりする。

(2) 指定入院医療機関の看護師は、地域スタッフとの連携について以下のような思いを抱いている。

- ・入院環境と退院後の環境では援助の差がある。
- ・退院後の支援としては、両者の間に中間施設を増やすこと、指定入院機関からの訪問制度を作ることがある。
- ・入院中の支援としては、現在の医療観察法制度でも外泊期間の長期実施や、付添スタッフを減らすなど、より社会復帰時の状況に合わせた同法の運用をしてほしい。
- ・対象者も様々であり、医療観察法と刑法の両方で裁かれる対象者がいてもよい。

・対象者の選別、あるいは、施設の機能分化が必要である。物質障害、人格障害、精神発達遅滞などにより入院が長期化する事例があり、統合失調症の対象者間でも治療効果に差があって長期化する事例がある。

- ・対象者が鑑定入院機関にいるうちから、医療観察法について伝えられるスタッフが必要である。
- ・鑑定入院機関や司法機関と、指定医療機関のスタッフが意見交換できるような交流の場が必要である。

(3) 指定入院医療機関の看護師以外の職種は、地域スタッフとの連携について以下のような思いを抱いている。

・物質依存を重複障害としている対象者や、高齢の対象者など、年齢や疾患で指定医療機関を分けたほうが良い。

・指定入院医療機関スタッフと指定通院医療機関スタッフの交流、情報交換が必要である。

・省庁は、通院後の対象者にも資本投与をしたほうが良い。

(4) 地域スタッフは、地域スタッフ間の連携を以下のように考えている。

・医療観察法実施後3年が経過し、医療観察法の有効性が実感出来始めた。

・入院と通院では処遇の格差が大きいため、通院機関から自助グループに通う交通費など、予算を増やしてほしい。

・医療観察法による対象者とするかどうかの判断基準が不明確である。

・疾患など対象者の特徴に応じてスタッフの取るべき役割の明確化が必要である。特に、精神遅滞、人格障害、薬物依存などの場合、本人の随意に任せただけでは外来治療が成り立ちにくい。

・刑法でも裁かれる対象者、医療から司法へ向かう対象者がいてもよいと思う。今以上に医療と司法の連携が必要である。

・審判やケア会議のあり方は効率的にしてほしい。

・外出、外泊は、退院時期には単独で行えるようにしてほしい。

・対象行為への償いの有無に応じて、通院医療機関の選択の可否など、対象者の意思や権利を処遇にもっと反映して欲しい。

・地方の指定入院医療機関、地域資源の整備を急いで欲しい。

D. 考察

以上の結果よりどのような支援が望まれるか、以下に述べる。

1. 内省の深化をめぐる

「対象者への思い」に関して、看護師、MDT、地域スタッフは共に、対象者にとって内省の深化は必要であると考えている。ただ、その意見には微妙に差がある。内省の深化について、看護師は期待ほどの成果が上がらないと考えているのに対して、地域スタッフは、外来通院中に行うことは難しいと考えており、入院中に内省を深めてほしいと考えているというギャップがある。病院スタッフは入院中の内省深化に限界を感じ、地域では入院中に内省深化を行っておくことを期待しているというギャップである。

入院病棟のMDTは、対象行為と病気との関係の理解だけでなく、価値観の変化を促すアプローチが必要と考えている。しかし、価値観の変化には長い時間が必要な場合が多く、ガイドラインにある1年半という入院期間では顕著な変化は難しい。内省の目標は、治療意欲の向上と他者への共感性の向上であるが、例えば、1年半の入院で継続的な内服ができるようになったとしても、他者への共感性の向上には時間がかかる。従って、地域から期待された通りの結果をだすことは容易ではない。

また、対象者からは看護師との関係性について、「対象行為をしたので看護師には信頼されていないと思う」という意見が聞かれた。これは、対象者は看護師を支援者であると同時に、地域住民の代表でもあるというとらえ方のあらわれと考えられる。

対象者によっては、入院中から服薬コンプライアンスが高まり、内省が得られたことに自信を得ている者もいる。一方、看護師は、社会復帰後の地域住民の視線を考えるため、対象者に対して、繰り返し適切な対処行動について学習するように求める。そのため、対象者が、やるべきことはやり、反省もしているのに、なぜ、繰り返し、対象行為について同じ話題を持ち出

されるのか、と看護師に不信感を持つ場合がある。そこには、両者の立場の違いからくる認識や関心のギャップを読み取ることができる。その現れが、「対象者の思い」に関する、「対象行為をしたので看護師には信頼されていないと思う」という発言である。

対策として、対象者と看護師の間にギャップがあることについてオープンに話し合い、互いに認識することが必要である。さらには、外出、外泊など実際に社会に出てギャップについて確認してみることで、社会復帰調整官など入院施設以外のスタッフから地域社会の視線で意見してもらうこと、看護師はその意見がもらえるよう、調整官などに事前に相談しておくことなども重要である。

2. 指定入院医療機関における職種間の連携について

指定入院医療機関の組織構造から見た職種間の連携については、「看護師との連携」、「MDTとの連携」、「地域スタッフとの連携」に大別することができる。

指定入院医療機関の看護師とMDTとの連携については、看護師、看護師以外の職種ともに、対象者の社会復帰を促進するために話し合いが必要であると感じている。看護師の立場からすると、看護師はどの職種の役割も担えるが、他の職種ほどの専門性はないと考えやすい。そのために、「MDTとの連携」に関して、看護師からは、「職域が曖昧で、看護師の役割がどこまであるのかわからない」「時にやりすぎて他の職種の気分を害する」「看護師も働きすぎた気持ちがでて疲れる」「互いの役割について話せると良い」という意見が出ている。

ここで、医療観察法病棟における看護師を取り巻く組織のあり方について検討してみたい。

組織と環境条件との適合性に焦点を当てるコンティンジェンシー理論からすると、医療観察

法病棟は精神保健福祉法に基づいて運営されている既存の精神科病棟とは組織に違いがある。既存の精神科病棟では、看護師にとって医師以外の他の職種と頻繁に会い、患者の治療を共同で話し合う機会はほとんどない。一方、医療観察法病棟では、プライマリーナース、アソシエートナース、医師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士の5職種でMDTという特定の対象者に対するプロジェクトチームを作り、治療を行う。

医療観察法病棟に配属された看護師は、看護師と他職種との職域が重なる中で、他職種との関わりが急に大幅に増えるため、看護職と他職種との職域の境界線がどこにあるのかを推し量り難いことに悩む。ただ、プロジェクトチームを作る長所は、組織内に横の連携を作ること、セクショナリズムを解消できること、複数の部署に分散している経営資源の融合を図れることである。

この点に関連して、医療観察法の教材集には、多職種チームアプローチの一般的な利点として、「異なる専門職種間の良好な協調関係と相互支援」による「セクショナリズムの解消」³⁾が掲げられている。

更に、医療観察法病棟では指揮系統としてマトリックス組織が採用されている。マトリックス組織とは、縦系列と横系列の2つの指揮命令系統を設け、2元的管理によって活動する組織のことである。マトリックス組織のメリットについては、人材の効率的活用、仕事への動機付けの向上、視野の広い人材の育成が挙げられる。また、デメリットについては、命令系統の二重化により葛藤やコミュニケーションの齟齬が生じやすいことが指摘されている。

指定入院医療機関に勤務する個々の看護師に対して、どのような指揮系統が働くかについて考えてみたい。指定入院医療機関の看護師は、

①看護モジュール②MDT③病棟（治療評価会議）④病院（運営会議）による治療方針の決定に基づいて日々の援助を行っている。これらの指揮系統は、上位の指揮系統と下位の指揮系統に区別され、概ね、番号が大きくなるにつれて、より上位の指揮系統となる。例えば、④の運営会議の決定の方が、③の治療評価会議の決定よりも優先されるより上位の指揮系統ということになる。③の治療評価会議での対象者の治療方針も、内容によっては④の運営会議で承認を受けたり、非承認を被ったりしなければならない。ただし、①の看護モジュールと②のMDTでは上位、下位の区別はなく、職能に応じ横並びでチームとしての方針決定に参加できる。

ただし、一人ひとりの看護師からすると、①の看護モジュールカンファレンスで打ち出された治療方針と、②のMDTチームが決めた治療方針が異なり、しかも状況からするとどちらも妥当であるように感じられて、判断に迷う場合がある。「看護師との連携」に関して看護職以外のMDTスタッフは、対象者が「現実的な検討が乏しい時（精神状態が悪いとき）でも、（看護師の）対象者との心理的な距離感が近く、対象者の意に沿わない治療は遅れる」と考えている。一方で、「MDTとの連携」に関して看護師は、「MDTの意見が強くなると、対応が適時に決まらない」と考える傾向がある。

このような問題点はあってもマトリックス組織が採用されているのは、マトリックス組織の長所が短所を上回っており、しかも医療観察法病棟には適しているからであると考えられることができる。

マトリックス組織の長所としては、①組織内に横の連携を作ること、セクショナリズムを解消すること、②複数の調整経路を持つことで、多元的な調整が可能になることなどが指摘されている。医療観察法病棟についていえば、複数

の対象者の外泊スケジュールを看護師だけで担うのではなく、他職種と協力しながら実施することによって、人的経営資源の調整活用ができていているといえる。

一方、短所としては、①複数の指揮系統を持つことで、指揮命令系統が混乱し、意思決定が遅延しやすいこと、②複数の指揮権者間での主導権争いが起こりやすいこと、③メンバーは誰から評価されているか不明瞭となり、組織貢献への意欲が低下する可能性があることなどが指摘されている。「MDTとの連携」に関して看護師からは、「MDTの意見が強くなると、対応が適時に決まらない」という意見が出ている。また、「看護師との連携」に関する看護師の意見からは、「看護師間の情報共有がより必要である」と認識されていることがわかる。そこからさらに、看護師間で十分な意見統一に基づいた援助が行えていない可能性や、MDTの方針とモジュールカンファレンスなどで打ち出された方針とがかみ合わずに混乱をきたし歯がゆさを感じている看護師が少なくないといった状況もうかがえる。

ただし、「看護師との連携」に関して、「看護師としての知識、経験などが必要な職場である」「看護師は自分がやっていることを振り返ることとした方が良い」という意見が出ていることから、どの治療方針を選択することが望ましいかについては、個々の看護師の判断に任される傾向が強いことによって、マトリックス組織の短所がある程度解決されていると考えることもできる。副作用のない良薬がないように、問題のない組織構造もないわけだが、大切なのは医療とケアの必要性に合わせて組織を選び、組織の短所を様々な工夫によって補っていくことである。

医療観察法病棟にマトリックス組織を採用したメリットとして、臨床心理士や作業療法士の

専門性に根ざす認知行動療法や生活技能訓練の成果を、対象者が日常生活の中で汎化していけるように看護師が支えるという形で、多職種が互いの専門性を活かした連携が取りやすくなっている。また、病棟には限られた人数の看護スタッフしかいない中で、社会復帰に向けて外泊や外出に付き添う人員を捻出しなければならないが、他職種から快く協力を得られていることも、マトリックス組織を採用していることのメリットと考えられる。

一方、地域スタッフは、看護師間、MDTなど指定入院医療機関内の職種の連携は十分図られていると見なしている。従って、MDTメンバーである看護師や他職種が連携の必要性を感じているのは、より良い治療を対象者へ提供したいという姿勢の現われとも取れる。

今後の課題としては、指揮命令系統の二重化に対応するため、状況に見合った判断を任されている看護師の心理的負担を軽減するための工夫が必要となる。最も重要なのは、個々の看護師が状況判断、状況対応の能力を向上させることであり、看護師の能力向上のための教育をどのように改善させていくかが対象者の社会復帰を実現していくことにつながっていく。

なお、看護モジュールとMDTという別々の指揮系統の調整を図るには、看護モジュールカンファレンスに他職種のMDTメンバーの参加を求めるという方法がある。看護モジュールとMDTとの意見に折り合いがつかない時は、話し合いの場を共有することによって意見のすり合わせを試みることができる。そのような話し合いの結論は、看護モジュールとMDTの意見が統合されたものであり、指揮系統が統合されるので看護師も行動しやすくなる。別々の指揮系統が同じ場で話し合い、意見を統合するための試みは、すでに当病棟で行われており、その効果があらわれている。(図1参照)

3. 指定入院医療機関と地域との連携について

地域の状況として、首都圏や大都市へ退院していく対象者と、小規模な地方都市へ退院していく対象者の社会復帰の経過は、地域資源の充足度、物理的距離、医療観察法の周知度に応じてかなりの落差がある。この問題については、「法的機関との連携」に関する対象者の意見や、「地域スタッフとの連携」に関する地域スタッフ、MDTスタッフ、看護師から意見が出ている。

地域・指定入院医療機関の各職種は共通して、地域資源が少ないことが大きな問題であるとしている。この問題への対策として、看護師から、入院機関と通院機関の「両者の間に中間施設を増やすこと」という意見、MDTスタッフから「省庁は通院後の対象者にも資本投与した方が良い」という意見、そして、地域スタッフからは「地方の指定入院医療機関、地域資源の整備を急いでほしい」という意見が出ている。医療観察法の対象者は増えていくが、居住先や指定通院医療機関、あるいは、地方の指定入院医療機関などの増設、整備がついていけば地域資源が不足していると考えられる。

指定入院医療機関の不足は、対象者に不安を与えており、「他の指定入院医療機関に転院した場合、言葉(方言)の問題など生活環境の変化に不安を感じる」「転院前の入院について無益と思う」という意見に現れている。もともと退院候補地の近くにある指定入院医療機関に対象者が入院できていれば転院の必要はないが、入院病床が足りないとまずは退院地から離れた地域に入院しなければならない。その結果、対象者が混乱している様子が伺われる。対象者が「無益」とまで感じるようになると、治療意欲の低下にもつながることが危惧される。

この問題に関連して、一項入院が開始されたことにより医療観察法による入院病床が増え、退院地となる地域から離れた地域へ対象者が入

院することが減った。ただし、一項入院についても離れた地域へ入院した時とは別の理由から、対象者は一項入院中の期間に意味を見出せない様子がみられる。その最大の理由は、一項入院中には治療プログラムの設定が困難なため、単に一項入院の病院から指定入院医療機関へ転院するための待機期間となってしまうことである。また、一項入院の病院から指定入院医療機関に転院するという環境の変化があり、対象者はもう一度入院環境に慣れなければならない。

指定入院医療機関と指定通院医療機関の治療環境の落差も大きな問題である。「地域スタッフとの連携」に関連して、地域スタッフからは、「入院中と退院後の療養環境に差がある。指定入院医療機関は全室個室なので、対象者が通院処遇になる前に、4～6人の病室も体験させて欲しい」と意見が出ている。対象者が通院処遇中に精神症状が悪化した際、一般精神科病棟のような大部屋（6人部屋など）で過ごせるか、指定入院医療機関に確認してほしい、という地域からの要望である。

また、地域資源が少ないことから、「首都圏や大都市へ退院していく対象者と、小規模な地方都市へ退院していく対象者とは、地域資源の不足や、物理的距離の障壁などから社会復帰の経過に違いがある」という意見が多い。「地域スタッフとの連携」に関して地域スタッフから、「対象者は指定入院医療機関退院後、いったん指定通院医療機関の近くに退院し、その後通院処遇が落ち着いてから、居住地へ引っ越すこともある」という指摘が出ている。地方の小都市へ退院していく対象者の場合、地域資源の不足から、居住地と指定通院医療機関が物理的に近くにあることは稀で、居住地から通院可能な範囲に指定通院医療機関があることはむしろ少ない。そのため、医療観察法の指定通院の期間が終了

するまでは、指定通院医療機関近くの通える住居に退院し、その後、家族のもとなど長期に生活する場所への退院という道筋を経て行く。

このような状況は、医療観察法制度が通院を義務付けていながら、居住地の近くには指定通院医療機関が存在しない場合が多いという実態に起因しており、地域スタッフからは、「指定通院医療機関から遠方に住む対象者について緊急時の対応に不安がある」と述べている。緊急時は精神保健福祉法により近隣の病院へ受診するということも出来ないことはないが、指定通院医療機関としても対象者を引き受ける以上、責任を強く感じている。指定通院医療機関は、対象者が遠方に住んでも引き受けざるを得ないが、かといって、いざ何かあったときに物理的に遠すぎて指定通院医療機関が対処できないのではないかと、役割・使命感と不安感の板ばさみにあっている。

解決策は、地域資源を増やすことに尽きるが、通院機関を指定通院医療機関だけに限定するのではなく、柔軟に通院機関を選択できるよう医療観察法を改正することなども検討の余地がある。

また、資源の不足を補うための対策として、地域スタッフと指定入院医療機関の看護師からは、外出、外泊時の付き添いを減らす、社会復帰時の状況に合わせて対象者単独で行う、外泊期間を長期化するなどの対応により、リスクアセスメントを入院中にすること、指定入院医療機関からの訪問などの意見が挙がっている。

地域スタッフからは、「地域は医療観察法への理解が低く、対象者の受け入れが悪い」「社会復帰後に使っている地域資源は指定通院医療機関内のものが多い」「対象者は保健センターや福祉事務所でも警戒され過ぎる」「指定通院医療機関スタッフ、居宅支援機関、保健師、市町村職員など地域スタッフへの啓発が必要である」など

の意見が出ている。

これらの意見からは、地域資源が少ない上に、医療観察法、及び、対象者に対する地域の理解不足、さらには恐怖心などから、誤解が生じている可能性が伺える。つまり、指定入院医療機関や指定通院医療機関のスタッフが対象者に持っているイメージと、地域機関のスタッフが対象者に持っているイメージとにギャップがある。

例えば、指定通院医療機関スタッフの医療観察法や対象者に対する理解が浅いと、指定入院医療機関からの退院時、退院調整に必要な以上の条件がつけられることがある。また、居宅支援機関が対象者を誤解していれば、退院後の居住地として受け入れを断られることが予想され、ただでさえ退院後の居宅支援施設の不足がある中で、居宅支援がさらに受けづらくなるのである。また、居宅支援施設から必要以上の外泊回数を希望されることによって、入院が延長し、対象者の社会復帰が遅れていく場合もある。さらには、市町村に誤解があつて受け入れが悪く、転居は誰でも出来るはずなのに、市町村から拒否したいというような消極的な打診を受けることがある。

このような状況は、「地域スタッフとの連携」に関して看護師から出されている、「対象者について面識のない施設は、何度も外泊を繰り返してから退院するところもある」、「内省など退院施設が指定入院医療機関に望む事の中には到達困難なほどレベルが高いものがある」、「指定入院医療機関では対象者の能力を高めるように援助したが、地域では対象者に管理的に関わっている」、「退院後のケア計画にも現れ、対象者の個別能力に合わせたケア計画が立てられず、対象者の社会復帰に対するモチベーションの低下につながっている」、という意見に現れている。

指定入院医療機関と地域スタッフとでは、スタッフ間で互いの役割や要望を理解、把握しき

れていないという問題もある。

指定入院医療機関看護師を例にとると、指定通院医療機関にどのような役割があり、地域の医療スタッフがどのような活動をしているかについて漠然とはイメージできるが、時間の経過とともに変わってきた指定通院医療機関の実情や、地域医療スタッフの気持ちなどについては、実際に会って話さなければイメージしきれない。結果的に、病棟で立てたクライシスプランが地域の実情と離れたものになる可能性があり、地域との連携が十分に図れていない。

この対策として、指定入院医療機関の看護師が地域のケア会議、あるいは、医療スタッフが集まる勉強会に積極的に参加することが、他者・他の職種理解につながり、連携を深めることが明らかになってきた。地域機関と指定入院医療機関のMDTとの連携をより深め、かつ、地域資源を補充していくという点からすると、対象者の入院中の情報を持っているMDTスタッフが地域ケア会議などに参加し、地域への情報提供を行っていくことは、実際に行うことによって有効性が確かめられつつある。具体的には、昨年より、当病棟でも社会復帰調整官等から出席の依頼があった場合は、実際に退院後の対象者の地域ケア会議に看護師等が出席している。その際に社会復帰期に作成したクライシスプランを退院後に見直すことなどができ、退院後の治療に役立っている。

入院医療機関から退院した後の方が、地域スタッフも対象者と接する機会が増え、対象者のことをより具体的に知るようになるようである。そして、退院後の地域ケア会議にて地域スタッフが対象者について知りたい情報がより具体的になり、入院医療機関のMDTも地域が知りたい情報を的確に把握し提供できるという、地域と入院機関のニーズがかみ合った会議ができて

また、昨年から職種間の交流の必要性を感じたスタッフが腰を上げ、地域スタッフが集まる研修会に職種を超えて参加させてもらっている。具体的には、指定入院医療機関、指定通院医療機関の精神保健福祉士、社会復帰調整官などが集まる月1回の勉強会に指定入院医療機関の看護師が参加し始めた。指定入院医療機関に勤務しているだけでは、ほとんど聞くことができない指定通院医療機関の今の状況を知ることが出来るなど、入院医療機関と地域との相互理解につながっている。

4. 家族との連携について

言うまでもなく、家族は対象者を支える重要な存在であり、対象者の社会復帰には大きな役割を発揮する。

対象者の中には人間関係を作ることが不得手な人も多いが、援助者、家族等との関わりによって、「受け入れてくれる人がいる」、「生きていて良かった」、「安心して暮らせている」という実感を得ている。さらに対象者は、「他者との人間関係でも『譲る』など気持ちに余裕が持てるようになる」と、人間関係がもたらす効果を味わっている。対象行為を行ったことによって、対象者は将来を悲観し不安を募らせて、社会復帰に向けた治療に取り組めないことがある。このような中、上記のような人との関わりから「生きていて良かった」、と思えることによって、対象者は生きることへの勇気を与えられ、援助者との治療関係を築くことに積極的になり、それが社会復帰後の医療の継続にもつながる。このように、対象者が生きる活力を得て、治療に前向きに取り組めるよう促していくには、援助者や、家族の役割は大きいと思われる。

ただし、対象行為が起きたという事実から察すると、「家族の問題として社会からの孤立がある」ことによって、対象者を地域で支える余力のない場合もある。また、対象行為の中には家

族への他害行為もあり、社会での家族の立場として「加害者を保護する立場と自らが被害者であるという立場が共存している」。あるいは、家族が対象者を長年に渡り支えてきたが、対象行為を聞き、対象者と距離を置きたいと思うこともある。

援助者は「家族の気持ちとは関係なく、(対象者の治療に)否応なしに家族を巻き込んでいる」(研究データより引用) 場合があるが、家族にもある怒りや、悲しみは尊重されるべきなので、医療スタッフは家族の気持ちを確認することが大切であり、更には「家族もサポートした方が良い」(研究データより引用)。

ところが、看護師から「家族への介入を誰がするか責任が不在」と意見が出されており、MDT 内で家族への支援を誰がするかについて、明確に話し合う必要がある。実際に、MDT スタッフからは「家族と指定入院医療機関の連携は、会議で会うだけでは足りない」との意見が出ており、家族の気持ちを十分に聴く場面を作ることや、家族指導を行う時間を設ける必要がある。地域での家族指導は保健師の他に、社会復帰調整官も行っているが、看護師の意見にあるように「情報開示という障壁はあるが、既存の家族会との連携や、入院・通院処遇の違いをなくした医療観察法の下での家族会の広がりが必要である」。

5. 図2より、以下のことが考えられる。

「図2-看護師」、「図2-MDT」を見ると意見が分散しているが、これは、医療観察法施行後3年が経ち、法律の運用についての理解が深まってきたからこそ、問題を抱え込むことなく、それぞれに意見を言えるようになったことの現れと考えられる。

「図2-対象者」を見ると、対象者から出てくる意見の多くは、「対象者との関係・思い」に集中しており、その他の局面では意見が分散して

いる。この結果から、対象者は対象者自身の意見や思いを持っているものの、どの援助者に助けを求めて良いのかわからない状況があると考えられる。その為、看護師の援助の一つとして、対象者の意見や思いを知った際に、対象者がどの機関へ相談したら良いかを対象者がわかるように説明していく必要が示唆される。

昨年度の研究で明らかになったことだが、対象者は「対象行為に至った入院前の生活を変えるべく、地域支援を整え、場合によっては退院後に施設への転居もあり、入院前とは違う新たな生活が始まる」⁷⁾。対象者は社会復帰後、それまで経験したことがない生活を始めるわけだが、外泊や地域ケア会議が開かれるようにならないと退院後のイメージが湧き難い。従って看護師は、治療ステージが浅い急性期や回復期の対象者に社会復帰後の地域連携について説明するときは、対象者がイメージを描き難いことを十分認識した上で、図解を試みたり、例を挙げたりしながら丁寧に説明する必要がある。

また、「図2-地域スタッフ」からは、「法的機関等との連携」に多くの意見が集中していることがわかる。具体的には、「本法の対象者となる基準が不明確であり、とりわけ急性期の精神症状が改善した後に精神遅滞や薬物依存、パーソナリティ障害が見られる場合、非随意的な治療になじまないものが多い」というような、対象者の疾患に関する疑問は根強い。また、地域資源の不足や指定入院医療機関と指定通院医療機関との診療報酬の違いというような経済的な問題も指摘されている。さらには、ケア会議、対象者の外出・外泊の運用の仕方などへの疑問や不満も挙がっている。

これらの問題については、現行の医療観察法の下でも改善できるところは改善し、地域資源の拡充や診療報酬の改正など時間を要するところは指定医療機関が協力し合って、厚生労働省

や法務省に要望していくなど、地道な努力が必要になると思われる。

E. 結論

国立精神・神経センター病院の医療観察法病棟で今起きている対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題について明らかにするため、スタッフ、対象者に対する半構造化面接、カンファレンスを行った。

その結果、以下の結論を得た。

- (1) 地域スタッフ、入院医療機関看護師は、どちらも対象者の内省の内省深化の必要性を感じているが、内省の水準やプロセスについての認識にギャップがあった。また、対象者と看護師の間でも内省への取り組み方についての認識にギャップがあった。
- (2) 指定入院医療機関は、マトリックス組織の特徴を備えることによって職能を生かせる反面、指揮系統が複数化することに加え、個々のスタッフの責任が重くなるため、看護師のストレスが強まりやすい。
- (3) 指定入院医療機関と地域との連携に関しては、地域資源の不足を補完する工夫、制度改正、スタッフの教育、退院後の地域ケアへの参加し、クライシスプランの見直し等の課題がある。
- (4) 家族への連携に関しては、対象者の社会復帰に向けては、対象者を支える家族への支援に多職種が連携してかわる必要がある。

医療観察法による医療では、年単位に及ぶ長期の入院治療に関与することが可能である。病棟開棟後3年以上が経過する中で、看護職としては、援助結果の振り返りを通じて、対象者との関係の作り方や、時には一歩退いて目標を見直してみる柔軟性の大切さを学びつつある。このような援助職としての内省を持続的にケアに生かすことは、看護師が気持ちを燃え尽きさせ

ることなく働き続けるためには重要であると考えられる

F. 平成 20 年度に発表した関連研究

1. 論文発表

- 1) 木原深雪, 大迫充江, 佐藤恵子, 島田亜紀子, 高野和夫, 佐藤るみ子, 宮本真巳:「医療観察法指定入院医療機関における看護師の社会復帰支援に関する研究」(平成 17 年, 18 年の研究をまとめたもの) 精神科看護 4 月号, vol.35/通巻 187 号, p.48~55, 2008
- 2) 木原深雪, 宮本真巳, 小野木和昭, 吉川知里, 田川理恵, 丹山智博, 高野和夫, 佐藤るみ子:「指定入院医療機関に入院した対象者の地域自立支援に向けた連携の検討」(平成 19 年の研究をまとめたもの), 精神科看護 2 月号, vol.36/通巻 197 号, p.37~46, 2009

2. 学会発表

なし

<用語解説・引用参考文献>

- 1) MDT: Multi-Disciplinary Team 専門職の集まった多職種チーム
- 2) コンティンジェンシー理論: どのような場合にも役立つ唯一最善の組織デザインはなく, 望ましい組織デザインは, その組織の置かれた環境条件に応じて異なるとする理論 (公認会計士経営学上級テキスト① 74 ページ 8 行目)
- 3) プロジェクトチーム: 特定のプロジェクトを解決するために臨時に編成される小組織(チーム)のこと (公認会計士経営学上級テキスト① 69 ページ 9 行目)
- 4) セクショナリズム: 専門化の進展に伴い, 組織全体よりも, 部門の利益を優先したり, 部門間で対立が生じたりする現象のこと。「組織の垣根」とも呼ぶ。(公認会計士経営学上級

テキスト① 57 ページ 27 行目)

- 5) 平成 18 年度司法精神医療等人材養成研修会教材集 黒田治 147 ページ 13 行目
- 6) マトリックス組織: 対象者別と職能別, あるいは, 工業製品に例えるならば, 製品別と地域別というように, 縦と横の多元的な命令系統を同時に採用した組織のこと。(公認会計士経営学上級テキスト① 70 ページ 2 行目)
- 7) 平成 19 年度「対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題の明確化」 考察 1 17 行目から 20 行目

表1 対象者への思い

<p>対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者は本人自身、対象行為を起こしたことに傷つき、「社会で生きて行けない」と、孤立感や自己否定する気持ちがある。退院したいという気持ちはあっても、対象行為を起こしたが故に社会復帰の話はしてはいけなと自分を諫めている。 援助者、家族等の関わりで、「受け入れてくれる人がいて」、「生きていて良かった」、「安心して暮らせている」ことを実感する。そして、対象者は他者との人間関係でも「譲る」など気持ちに余裕が持てるようになる。 対象者の中には看護師に対し、対象行為をしたから看護師から信頼されていないと思う、と意見もあった。 	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> 社会復帰していくに当たり内省を深めることは重要であるが、対象者は対象行為を起こしたことから自分を守ろうとしている。そのため、対象行為に対する内省を深めるため、厳しい直面化も必要である。内省は看護師が期待していたほどはかどらないが、効果はある。 対象者の中には退院を「治療の終わり」と考え、楽観的になる人がいる。しかし、社会復帰後の生活に焦点を当てた入院中の援助を提供している看護師は、退院後の社会での厳しい視線などを考え、対象者には気持ちを引き締めてより真剣に治療に臨んでほしいと考えている。 社会復帰していくには対象者が相談できる人を持つことが大切であるが、人とのつながりを作る能力の未熟な対象者が多い。 IQの低い対象者、反社会的なパーソナリティを合併している対象者も多いが、そのような対象者にも入院期間内に暴力行為に対する本人の対処行動の経過が順調であるように、暴力についてはほぼ完全に近い回避行動が採れるように求められている。困難事例の治療法・経験の蓄積も必要である。 入院医療機関の看護師からは対象者個々の退院後の生活が把握しきれない。外泊、外出で把握する機会はあるが、実施回数だけで評価できるものではない。また、言語的表現能力の低い対象者もあり、対象者からの情報収集が難しい場合もある。現在の外泊、外出の方法では社会復帰後のクライシスプランの作成も改善検討する余地がある。リスクアセスメントとしてもリスクの程度を評価しきれない。
<p>地域</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療観察法の対象者にどのように接したら良いか悩む。また、デイケアなどで医療観察法の対象者と精神保健福祉法の患者とが同じ場を共有することがあるが、どのくらい深い関係性をもてばよいのか、自立支援法の利用の有無など、精神保健福祉法の患者の気持ちがどうか、と不安になる。(対象者は自立支援法を利用しない。) 治療継続のためにも内省は必要だが、スタッフの不足や対象者の能力・疾患(薬物依存)等で外来通院中に内省を深める援助は十分に行えない環境にある。 セルフモニタリング表の導入、複数回の訪問を実施するなど、援助を行っている。 対象者は、医療観察法の下、治療を受けることについて気持ちの整理が出来ていないように感じる。 	<p>MDT</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院後の居住地のアメニティや、入院中の手厚い支援が退院後にはないことなど、対象者は入院環境と退院後の環境の変化の大きさを感じるだろう。また、入院中、医療的な支援は手厚いが、一方で生活能力への支援は足りない。 他害行為が悪いことを病気という枠組みで語るには限界がある。道徳として一般的に教える場が必要である。

表2 地域スタッフとの連携

対象者	看護師
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外泊中施設スタッフと対等に話せた、という成功体験もあれば、施設から指示を受け「自分でできるか?」、と不安になる、という体験もある。 ・ 地域支援についての知識不足。入院中、会議などで短時間しか話ができないこと。専門的知識のため、一般常識では考えが及ばない。質問したい内容は、施設内の人間関係や、経済的保障（退院後いくらの現金で生活するのか）、施設に居られる期間、病状悪化時のサポート体制だった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者が指定入院医療機関退院後の地域ケア会議に、指定入院医療機関の看護師は2回程度参加したい。クライシスプランについても退院後に修正が必要である。また、クライシスプランを使って入院中の地域ケア会議でも対象者の情報交換、目標を主に指定通院医療機関とも直接共有したい。（実際に、地域スタッフから出席依頼があり、退院後の地域ケア会議に参加した看護師からは、情報提供により地域スタッフが介入の糸口を見つけられた。指定入院医療機関の看護師としても、受け持ちだった対象者の様子、地域スタッフのアセスメントが見られて良かった、という意見が得られた。） ・ 対象行為以前より対象者と関わりがあった施設は、対象者の社会復帰について受け入れが良い。対象者が変化していない面も含めて情報を伝えている。一方で、対象者について面識のない施設は、何度も外泊を繰り返してから受け入れる場合がある。地域スタッフは対象者が入院中に頻回に面接してほしい。また、例えば、内省など、退院施設が指定入院医療機関に望む事の中には到達困難なほどレベルが高いものがある（指定入院医療機関にできることと、地域スタッフが望むこととにギャップがある。） ・ 地域（都道府県など）によっても、医療観察法に対する理解に差があり、地域の積極性や自主性に差がある。同じ法律の下での支援でも連携に困難感がある。 ・ 再被害行為について、入院医療機関の看護師、地域スタッフ共に不安を持っている。また、地域スタッフが再被害行為の防止を望むあまり、対象者の自立を妨げている印象を持っている。指定入院医療機関では対象者の能力を高めるように援助したが、地域では対象者に管理的に関わっている。またそれは、退院後のケア計画にも現れ、対象者の個別能力に合わせたケア計画が立てられず、対象者の社会復帰に対するモチベーションの低下につながっている。 ・ 対象者を支える存在として家族の役割は大きい。家族の問題として社会からの孤立がある。家族には、加害者を保護する立場と自らが被害者であるという立場が重複している。しかも、家族は対象者をかばうあまり自分自身が被害者であることに気付かない場合がある。治療も家族の気持ちに関係なく、対象者の治療に参加させていく。家族は話を聞くだけになっている。そして、退院後に家族支援を依頼できる機関が主に保健所程度しかない。情報開示という障壁はあるが、既存の家族会との連携や、入院・通院処遇の違いをなくした医療