

易鑑定は実態が明らかではない上、地域差もあると言われ<sup>viii</sup>、精神科医は、刑事事件での精神鑑定について関心はあっても実際に行うかどうかについては非常に消極的な態度であるという<sup>ix</sup>。しかし、オランダは九州と同面積くらいの小さな国土も幸いして、地域差のほとんどないシステムの運用が可能である。

刑事裁判所は、精神医学的報告書に従って責任能力の程度やそれに伴う刑罰や処分を言い渡す。最終判断を下すのは、あくまで、裁判官である。裁判官の重視するのは、犯行の性質と結果に関する犯行時の被告人の認識、被告人の違法性の意識、及び、自由に意思決定する能力が制限されていたかどうか、という三点に集約される。

オランダでは、我が国と同様、責任能力が欠如する者については処罰されない（オランダ刑法 39 条）。しかし、オランダでは、責任無能力者が、自己、他人、あるいは社会または財産の一般的安全に対して危険を呈する時は、刑事裁判所で 1 年間の精神病院収容処分が付される（同 37 条 1 項）。この場合、対象者は刑事手続きから離れ、もっぱら精神病院収容法（Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen）の規定による取り扱いを受けることになる。精神病院収容法 19 条によれば、裁判所は入院命令をさらに 1 年間延長することができ、継続的に 5 年間入院させているときには、その後は 2 年毎に延長することができる。この処分は、年間 4 件程度である<sup>x</sup>。

他方、限定責任能力が認められた場合、その範囲では非難が可能であるので刑罰が科されるのも日本と同様である。しかし、オランダでは、刑罰の他に、あるいは刑罰は科されずに TBS 処分と呼ばれる治療処分が科されることがある<sup>xi</sup>。TBS 処分とは、特に公共の安全を確保する必要がある場合に刑事裁判所が決定・命令する処分であり、限定責任能力の場合だけでなく、責任無能力の場合にも科せられることがある<sup>xii</sup>。

### 3 TBS 処分

前述のように、TBS 処分とは、4 年以上の自由刑を最高刑として有する犯罪（例えば、強盗・強姦・殺人等）や特定の重大犯罪（飲酒運転による重大な身体障害の惹起、脅迫等）を行った精神障害者に対して、特に公共の安全を確保する必要がある場合に科される（刑法 37a 条）。この処分は単独で科される場合もあるが、刑罰ではないため、自由刑との併科が可能である<sup>xiii</sup>。TBS 処分と刑罰とが併科される場合、その刑罰の長さは、刑罰のみが科される場合の刑罰よりも短い<sup>xiv</sup>。しかし、保安上の必要性という要件が重要視されるため、37a 条の要件、すなわち、重大な犯罪であり、公共の保安上の理由という要件が満たされれば、責任能力がないとされた場合であっても、TBS 処分が科されることがある。

TBS 処分の目的は、対象となる精神障害者に対して治療を与えて社会復帰を実現させると同時に、社会の安全を確保することであり、従って、社会に危険を及ぼす危険のある者については、その危険性が存続する限り対象となる。

ところで、オランダにおける触法精神障害者処遇に関する歴史は古く、1928 年以来、TBS の前身である TBR（Ter beschikkingstelling van de regering）制度によって、施設に収容することを定めていた。しかし、TBR 処分は収容期間の上限規定がないため長期間の治療拘禁を強いる結果となり、同種の犯罪を行った責任能力を有する受刑者が有期刑を定められているのに対して権利が保障されていないことなどから批判が高まり、1988 年 9 月 1 日より TBS 処分が TBR 処分に代わって新たに導入された<sup>xv</sup>。さらにその後、収容人員の増加などの現状に対処すべく発足したフォッケンス（Fokkens）委員会の

提言をもとに、1997年1月1日よりTBSに関する監護法（Beginselenwet verpleging ter beschikkingstelling gestelden）が施行されるに至った。

97年度の改正によるTBS処分の最大の変革は、それまでのTBS外来処分・入院処分に代わって、TBS処分に、条件付TBS処分と、監護付TBS（TBS met verpleging）処分とを創設した点である。かつての処分では、条件に違反した場合の罰則が存在しなかったが、今回新設された条件付TBS処分では、条件に違反した場合、または、他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全の必要がある場合、検察官の請求によって、裁判所は閉鎖施設での監護付き処分の執行を命じることができる（刑法38c条）。つまり、処分の形態の変更であってもTBS処分の開始についての最終決定権は裁判所にあるのである。

条件付TBS処分は、裁判所が再犯の危険性の程度が社会的に容認されうる、と判断した場合や、本人が協力的である場合、TBS施設への収容はされず、条件を付されて、通常精神病院への入院や通院治療を受けるという処分である（刑法38条および38c条）。条件とは、たとえば、精神科の治療を受け指示された薬を服用する、などである。当該患者については、保護観察所が条件の遵守を監督することになる。しかし、実際にこの処分に付されるのは少ない<sup>xvi</sup>。

監護付TBS処分とは、閉鎖施設で執行される処分であり他人の安全または社会もしくは財産の一般的安全が要求するときに科される（刑法37b条）。もちろん、社会復帰を目的とした治療が行われるが、本来の目的は、当人の再犯の重大な危険から社会を保護することである。処分は、通常2年間という限定された期間に行われ、裁判所が1年間、あるいは2年間の延長を宣告することがあっても、処分の全期間は4年間であると規定されているが、保安上の必要があればその期間に限定されない（刑法38e条）。そのため、終身的に収容される可能性もある。この場合、オランダでは、危険性の判断としてHKT30とよばれるアセスメントが使用される<sup>xvii</sup>。

処分の決定や条件付きから監護付き処分への移行や、処分の終了などについては刑法や刑事訴訟法に規定され、司法が関与するのに対して、不服申立制度、懲戒等の法的権利については、TBS処分に関する監護法の規定に従う。これらの規定は、1999年より施行されている行刑法（de Penitentiare Beginselenwet）の規定と同様である。処分に付された者は刑務所での受刑者と同様、自由を剥奪された者として被拘禁者の権利を有するためである（行刑法1条eおよびt条）。たとえば、面会が最低でも週に1回、電話や手紙などの外部交通も積極的に行われている<sup>xviii</sup>。しかしながら、監護付処分では、通常受刑者には行うことのできない強制的な検査などによって、身体的完全性の権利やプライバシー権などの基本的人権が制限されることがあり、これは、前述した、1997年のTBS処分に関する監護法によって正当化されている。

#### 4 TBS処分に関するデータ<sup>xix</sup>

オランダでは、現在13の施設において1200床でTBS処分の処遇が行われている。重度の保安設備を有する専門的な処遇施設だけにとどまらず、一般病院の中に処遇施設を有するところもある。

2000年1月1日時点で、（収容されているか否かにかかわらず）TBS処分に付された者は、80%が人格障害者である。また、95%が男性であり、多くは20-30代であり、平均年齢は34.9歳であった。薬物やアルコールなどの物質乱用も多く見られるという。処分の原因は、暴力犯罪のうち、死亡26%、傷害53%、また性犯罪と結びついたのが全体の72%、放火犯罪と結びついたのが全体の10%、重い財産犯と結びついたのが30%である。この統計値は、従来の研究と同様、アルコール・薬物乱用や人格

障害を合併している精神病者に、暴力行為や犯罪を行う危険性が高いことを示しているといえよう<sup>xx</sup>。

収容者全体の21%は6年以上収容されているが、8年以上の者も12%いて、1年以下の者は15%である。長期収容者を除いた平均収容期間は5.5年であるが、長期収容者を含めると9年となる。

収容者の国籍のうち外国籍の者は9%にすぎないが、全体の31%はバックグラウンドがオランダ以外(旧植民地であったアンティル、スリナム出身が15%、トルコやモロッコ、地中海地域が7%)であった。この数値は、一般人口中の約三倍である。労働者として移住してきた者も多く、言語の相違はもとより、宗教・生活習慣の相違によって犯罪に対する認識が大きく異なる場合が多く、処遇は困難になることを意味している。

再犯に関しては、処分終了後、6ヶ月以上の自由刑に処されるのは21%であった。

また、受刑者1人に対する処遇には一日15,000円程度、精神病院であれば2万円程度要するが、TBS施設では1日に約5万円であるといわれる。

## 5 オランダの司法精神医療と教育制度

### 1) 処遇と精神鑑定

上述のように、オランダは精神障害の疑いのある人による重大犯罪が起きた場合、必ず司法の場で裁かれ、処分が決定すればその開始や終了などには、必ず司法の介入がある。これは、オランダの司法精神医療の特徴のひとつであろう。

しかしながら、一度処分が決定すると、TBS処分における処遇の際の治療計画や治療内容等については、裁判所は関与せず、施設の医療スタッフの裁量に任される。そのため、患者本人を含めて、医師や精神科医や他の数人の医療スタッフによって、治療計画が立てられる。これが、第2の特徴として挙げられるであろう。もちろん、治療は強制でおこなうことはできないため、治療に非協力的な収容者も存在する。しかしながら、医療スタッフはいかにして収容者に動機付けを与えるか日夜苦心し、また、治療に非協力であれば収容期間が長引くことは、収容者にとってはひとつの動機付けになっている。

TBS施設は、かつてはその施設によって処遇や保安の程度に特色があったために、メイヤース・インスティテュート(Meijers Instituut)で入所鑑別がおこなわれていた。しかし、当施設は、2000年より、通常のTBS処分として使用されている。その代わり、現在では、処遇施設は、司法省の矯正局内で決定される。

施設に処遇の特色がないといっても、TBS施設が収容者の処遇について、収容者が改善されないなどの問題がある場合には、他のTBS施設への移送の可能性や他の治療方法などのアドバイスを求めて、前述の鑑別施設であるピーター・バーン・センターに鑑定を依頼する場合もある。どのような治療を施しても本人の状態は変わらないだろうと判断された場合、TBS施設への収容が継続されることになる。また、TBS処分に付された者が、収容6年が経過した後に、自身の再犯危険性や精神障害の状態について、再鑑定を要求した場合にもピーター・バーン・センターでの鑑定がおこなわれることがある<sup>xxi</sup>。

### 2) 司法精神医療サービス

また、触法精神障害者が刑事システムのどの段階からでも精神科医療に組み込まれ、一般精神医療と司法精神とが双方向性を保っている点もオランダの司法精神医療における特色のひとつであろう。この双方向性は、治療を必要としている触法患者に柔軟に対応するだけでなく、ケアを担う司法精神

科医が、一般精神医療と司法精神医療との連携をスムーズにする役目を担っている点でも同様である。これも、オランダの司法精神医療の特徴として挙げられる。

双方向性を可能にしているのは、司法省の管轄で、オランダにおける司法精神医療の母体となる司法精神医療サービスの役割が大きい。司法精神医療サービスは、地方裁判所の管轄区域に対応する形で、オランダ全国で 19 あり、そこに非常勤として所属する司法精神科医は、さまざまな業務に携わる。たとえば、裁判所をはじめとして保護観察所（後述）や弁護士等から要請された場合にはアドバイスをこなうし、精神鑑定や刑事施設での精神科的治療など司法当局と緊密な関係を有する業務をおこなう。特に、精神鑑定については、当地域において司法精神医療サービスが精神科医をマネジメントするなど、司法精神医療サービスの果たす役割は大きい。しかし、司法精神科医の業務はこれだけに限らず、地域の精神保健ケア活動もおこなう。そのため、刑事施設と一般精神医療との連携をスムーズにする役目も担うことができる。

また、司法精神科医は、TBS 施設において、サイコセラピストとして、あるいは、治療についてのマネジメントをおこなうこともあり、そのことは、精神鑑定時に TBS 処分を推奨した際には、その後のフィードバックも可能となる。

医療の質については、地域の司法精神医療サービスに所属する地域コーディネーターと司法省の精神医学アドバイザーとが関わることによって、地域格差を解消し、さらには司法省という中央と地域とをリンクすることも可能とする<sup>xxii</sup>。

また、司法精神医療サービスを中心とした人的知的交流も盛んにおこなわれている。司法精神医療サービスの多くは、年に 2 回、当地域における司法精神科医とサイコロジストとのための集会を企画しているし、司法省も年に一度司法精神医療サービスで働く司法精神科医のために学術集会を催している。また、オランダ精神医学会の中にある、司法精神医学部門は、1 年に 2 回司法精神医学分野で働くすべての専門家を集めた学術集会をおこなっている<sup>xxiii</sup>。

### 3) 地域精神医療と社会復帰

わが国の課題のひとつである、触法精神障害者処遇施設収容後の社会復帰についても、オランダでは、大きな特色を有している。第一に、社会復帰後の担い手のひとつに、全国 60 ヶ所に治療体制を支える RIAGG (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) 組織がある。予審の段階で、被疑者の精神鑑定が必要かどうかの判断について、当組織のアドバイスを求めることもある。

第二に、前述のオランダの保護観察所 (SRN) も、社会復帰後の受け皿として重要である。オランダの保護観察所は、もともとは 1828 年にボランティア組織として発足した。1900 年より政府の援助を得て、また 1945 年より専門組織として運営され、年間経費 125 億円は国によって賄われているが、私的組織である。現在、約 1500 人の保護観察員と多くのボランティアを擁している。なお、オランダでは、保護観察員は、身柄が拘束された時点で活動を開始するが、被疑者段階あるいは被収容者のためのケースマネージャーとしての役割を担う。司法機関への情報提供や、刑執行後のアフターケアを担うことにより、関係機関の連携を補助する役割を果たしているのである。

### 4) 司法精神医療の教育ならびに研修

このようにオランダの触法精神障害者の処遇には、多くのスタッフがかかわっている。そしてオランダでは、司法精神医療にかかわることに対して、特別な資格制度などを用いずに、現場での訓練によって、経験を積み重ねる方法をとっている。

まず、司法精神科医についてみると、司法精神科医になるためには、いうまでもないことであるが、医学部を卒業する必要がある。通常、6 年間で医学部を卒業する。そして、卒業後の 4.5 年間の研修

において、専門について理論と実務について、指導を受けながら修得し、精神科医師として登録される。司法精神科医としての資格制度をもたないオランダでは、理論的には精神科医であれば、司法精神医学分野において職を得ることができる。しかし、最近では、司法精神医学についての関心は高まっているものの、司法精神医学を志す精神科医、あるいはサイコロジストが多いとはいえない状況である。複雑な葛藤が生じることや、法学知識をも要求されることも原因のひとつであろう。また、一般の精神科医と比較して、社会的に高くは見られず、賃金も低いことも要因のひとつであるといえよう。司法精神医学を専門とするためには特殊な訓練が必要であるとの認識が高まってきたため、司法精神医学の分野で活躍することは容易ではなくなっている。

なお、オランダには医学部を有する大学が全国に6大学ある。2003年3月現在、8人の司法精神科教授がいるが、このうち、6人は法学部に所属し、2人は医学部に所属している。教授らは、選択科目としての司法精神医学を担当しているが、これらは、法学、医学、心理学を専攻する学生が履修する。

サイコロジストの場合は、大学で修士号を取得し（オランダの場合は大学で修士号を取得する）、さらに国内に5-6箇所ある専門学校での教育を受ける。司法精神医学分野における、サイコロジストには、国立サイコロジスト研究所の中の司法精神医学サイコロジスト部門、オランダ司法精神医学サイコロジスト行動療法学会などがあり、司法精神医学サイコロジストのためのワークショップや学会、セミナーなどが催されている。

また、ソーシャルワーカーの場合には、高校卒業後、専門学校で3年間の教育を受け、学士号を取得するのが通常である。

精神科医、サイコロジスト、ソーシャルワーカーは、TBS施設を含む刑事施設において、チームとして機能する。つまり当該被疑者・被告人あるいは施設における収容者に対する、お互いの見解を交換し、精神鑑定や治療に役立てる。また、同様に、保護観察所のソーシャルワーカーもチームのメンバーとして機能する。

TBS施設においては、たとえば、前述のメイヤース・インスティテュートでは、収容者64名に対して、スタッフが200名、内訳は、管理部門25、社会治療部門（精神科医2、ホームドクター1、看護師20、作業療法士25、刑務官24）である。ピーター・バーン・セントラムでは、収容定員37に対してスタッフ数は全160名で、精神科医12名、サイコロジスト12名、グループリーダー52名、その他、ソーシャル・ワーカー、看護師と保安スタッフなどから成る。

職員への研修は、たとえば、カイフェランデン（De Kijvelanden）では、攻撃的な行動の防止と対応のための特別なトレーニングを課し、ショッキングなできごとに出会ったスタッフをケアするための特別なプログラムも有している<sup>xxiv</sup>。Oldenkotte（オルデンコッテ）でも、2003年2月より新たに研修制度を開始した。たとえば、治療に携わるスタッフに対して、収容者の患者としての権利や社会的な収容者の行動変化観察の方法などを、施設内の専門家に限らず、外部スタッフによって、研修をおこなっている<sup>xxv</sup>。また、2003年1月に、TBS施設での知識の向上と知的交流を目指した専門的なセンターが始動した<sup>xxvi</sup>。スタッフ、特に精神科医やサイコロジストは、海外との情報交換がさかんで、とくに英国との交流をおこなっている。

## 6 おわりに

このように、オランダでは、ドイツのように、極めて系統だった制度ではないが、現実的な国民性を反映して、非常に特色のある司法精神医療制度を有している。わが国には、オランダの司法精神医

療についての資料がほとんどなく、また、オランダは、先取性に富んだ国民性もあって、制度の変化が激しく、情報の入手が容易ではない。しかしながら、触法精神障害者制度については、ヨーロッパでも非常に進んでいるオランダから、学ぶべき点は多いと思われる。

<sup>i</sup> オランダの安楽死については、平野美紀「オランダにおける安楽死をめぐる諸問題」法学政治学論究 30号(1996)321頁以下、同「オランダにおける安楽死の現状とその背景」日蘭学会会誌 21巻1号(1996)1頁以下、同「オランダにおける安楽死問題の行方—シャボット事件を中心に—」日蘭学会会誌 22巻2号(1998)19頁以下、また最近の動向として、ベルト・ホルディン(川口浩一訳)「オランダにおける安楽死と医師による自殺幫助の寛容政策から法律的規制への転換」姫路法学 34=35号(2001)215頁以下、大嶋一泰「安楽死をめぐる課題と展望—オランダにおける『囑託に基づく生命の終焉と自殺援助の審査法』の成立を契機として」現代刑事法 31号(2001)69頁以下、ペーター・タック(上田健二・浅田和茂訳)「オランダ新安楽死法の成立について」同志社法学 53巻5号(2002)179頁以下、土本武司「安楽死についての一考察—日・蘭の理論と実務を比較しつつ」判例時報 55巻2号(2003)253頁以下、山下邦也「オランダの安楽死—新法理由書を中心に—国際公共政策研究 6巻2号(2002)1頁以下参照。麻薬政策については、Van Kalmthout, A., Intoxication and criminal responsibility in Dutch criminal law. *European Addiction Research*, 4, 102-106, 1998. 被害者保護については、林 美紀「犯罪被害者の権利—オランダ」法律時報 71巻10号(1999)70頁以下を参照。

<sup>ii</sup> オランダにおける刑事手続きについては、Nijboer, J.F., Criminal Justice System; In, Chorus, J.M.J., Gerver, P.H.M., Hondius, E.H., Koekkoek, A.K. (eds.) *Introduction to Dutch Law (3<sup>rd</sup> revised edition)*. Kluwer Law International, pp.383-433, 1999, ペーター・タック(中山研一・山下邦也・田中圭二訳)『オランダ刑事司法入門—組織と運用』(2000)を参照。

<sup>iii</sup> ペーター・タック(山下邦也・田中圭二訳)「オランダ刑法における社会治療処分」香川法学 21巻3=4号(2002)295頁以下。

<sup>iv</sup> Van der Leij, J.B.J., Jackson, J.L., Malsch, M., & Nijboer, J.F., Residential mental health assessment within Dutch criminal cases: A discussion. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 691-702, 2001.

<sup>v</sup> 1996年8月29日当施設訪問時の聞き取り調査による。

<sup>vi</sup> 2002年11月1日の予審判事 Koopmans, I 氏とのインタビューによる。

<sup>vii</sup> Van Marle, H., Forensic psychiatry services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 5=6, 515-531, 2000.

<sup>viii</sup> 我が国の鑑定制度の問題点および諸外国の鑑定制度については、中谷陽二「刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・フランス・イギリス」精神科治療学 17巻4号(2002)399頁以下参照。

<sup>ix</sup> 中谷陽二「刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・フランス・イギリス—」精神科治療学 17巻4号(2002)399頁以下。

<sup>x</sup> Ministry of Justice, Dutch National Agency of Correctional Institutions, *Facts and Figures: April 2001*. (2001)p.32.

<sup>xi</sup> なお、オランダでは TBS 処分のほか、2001年より新たに、薬物乱用者のための治療処分が存在する。この場合、最短2年間であり、最長4年間まで延長できる。

<sup>xiii</sup>TBS とは、オランダ語でいう Ter beschikkingstelling の略であり、日本語に直訳すると監置となる。TBS 処分は英文では hospital order、entrustment order などと翻訳され、最近では日本語で社会治療処分と訳されているが、本稿ではあえて訳さずにそのまま TBS 処分とする。

<sup>xiii</sup> 刑罰と併科された場合、通常は刑罰が先に執行され、刑期の 3 分の 1 経過後、処分に移行する。しかし治療の必要性が高い者や、治療に意欲的である者については、拘禁によって病状が悪化する場合もあるし、刑務所での強制治療は、緊急時を除き行うことができないという問題点も指摘されている。刑務所では多少の治療は可能であるとしても、本来治療を目的とした拘禁施設ではないのである。なお、オランダでは、受刑者の 10% に治療が必要な程度の精神疾患があるという (Dute, J., Compulsory medication within the prison system. *Medicine and Law*, 20, 221-226, 2000.)。

<sup>xiv</sup> Van der Leij, 前掲注(4)。

<sup>xv</sup> 平野美紀「オランダにおける精神障害犯罪者の処遇」法と精神医療 12 号(1998)115 頁以下参照。

<sup>xvi</sup> タック、前掲注(3)。

<sup>xvii</sup> オランダで使用されている危険性の尺度 HKT 3 0 については、林美紀「オランダにおける危険性の判断(仮)」(厚生科学研究報告書『各国の危険性の判断(仮)』(研究代表者:五十嵐禎人)を準備中である。

<sup>xviii</sup> 被拘禁者の法的権利について、詳細は、ペーター・J・P・タック(翻訳:林美紀)「オランダにおける被拘禁者の法的地位(上)(下)」自由と正義 52 巻 10 号(2001)36 頁以下、11 号(2001)14 頁以下参照。

<sup>xix</sup> 本稿でのデータは、特に注釈のない限り、Ministry of Justice, Dutch National Agency of Correctional Institutions, *Facts and Figures: April 2001*. (2001), 同, *TBS: Placement under a hospital order, an exceptional measure*. (1999), 東京三弁護士会拘禁施設調査委員会『行刑におけるオランダモデル:オランダの刑事施設を訪ねて調査報告書』(2002)、および 2001 年 9 月 26 日 TBS 施設である Mijerskliniek (メイヤース・クリニック) 訪問時の配付資料による。

<sup>xx</sup> 諸外国でも人格障害やそれと関連の深い性犯罪の重要性が高いという(中谷陽二「ドイツ・バイエルン州の司法精神医療」刑政 113 巻 1 号(2002)68 頁以下)。また、人格障害を有する危険な犯罪者については、加藤久雄『人格障害犯罪者と社会治療』(成文堂、2002)を参照。

<sup>xxi</sup> ピーター・バーン・センターの鑑定内容については、林、前掲注(18)。

<sup>xxii</sup> Van Marle, 前掲注(6)。

<sup>xxiii</sup> 筆者の質問に対する、Van Leeuwen, A.M.H. 教授(Leiden 大学法学部司法精神医学)の、2003 年 3 月 17 日付私信による。

<sup>xxiv</sup> IMLMH 2002 年国際会議のレジюмеより。

(<http://ialmh.org/amsterdam2002/congressprogramm.htm>.)

<sup>xxv</sup> 筆者の質問に対する、Janssen, M 氏 (Oldenkotte Instituut 管理部門) の、2003 年 2 月 24 日付私信による。

<sup>xxvi</sup> 筆者の質問に対する、Geense, R 氏 (司法省行刑局) の、2003 年 3 月 12 日付私信による。

## Ⅱ. 司法精神医療従事者の教育システム ならびに専門性について

### 1) わが国の大学精神科における 司法精神医学教育の現状と問題点

**山内俊雄班員**  
(埼玉医科大学精神医学)



## 1. 卒前教育における司法精神医学教育

各大学でどのように司法精神医学の教育が行われているかを、各大学の精神医学講座の主任教授を対象としてアンケート調査をした。調査期間は平成14年10月7日～同月30日までで、回答率は70.5%であった。

それによると、司法精神医学の講義を行っていないと回答した大学は10.9%で、残りの大学は何らかの形で司法精神医学の講義を行っていた。しかし、その講義はほとんどが1コマ(90分前後)であり、講義内容は「精神保健福祉法」について(100%)、「刑事鑑定」(43.8%)、「民事鑑定」(43.8%)、「成年後見制度」(62.5%)、その他、犯罪精神医学、インフォームドコンセント、倫理に関連したものであった。また、講義の目標は、「精神障害者の人権と処遇」「精神医療にかかわる法的側面」「法精神医学の基本的な考え方と問題点」などをあげていた。

このように、卒前の精神医学教育では主として医師になるものが知っておくべき患者の人権の保護、特に精神障害者の治療に際しての人権の保護についての法律「精神保健福祉法」についての講義が中心で、一部、鑑定に関する講義が行われることもあるが、いずれにせよ1コマ程度の講義に過ぎないことが明らかとなった。

## 2. 卒後教育における司法精神医学教育

各大学の精神医学講座の主任教授に対するアンケート調査で、卒後の精神医学教育のなかで、どのような司法精神医学教育が行われているかを尋ねたところ、次のような結果が得られた。

「法と精神医学」について、特別の教育をしていると答えた大学は58.2%で、その多くが講義(71.9%)の形で行われており(図1)、そのほかに鑑定助手、鑑定に陪席、症例検討会などの場での教育であった。

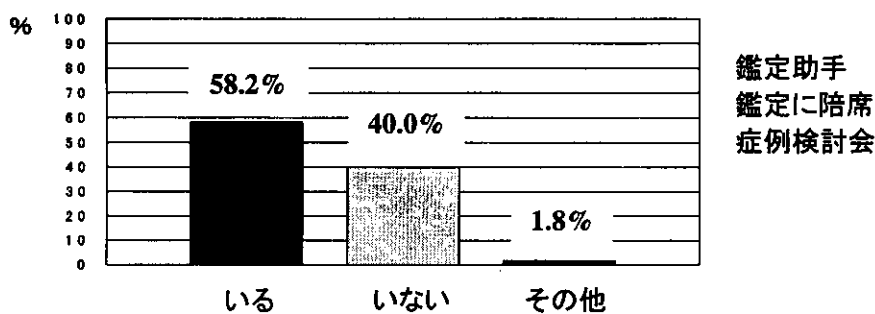
ついで、刑事、民事あるいは簡易鑑定を引き受けているかどうかを尋ねたところ、引き受けていると答えた者は70.9%であり、そのうちの52.4%は教室として引き受けていると答えたが、38.1%は個人として引き受けており(図2)、鑑定する人は教授、助教授がともに54.8%で、講師は71.4%、助手57.1%であった(図3)。

また、鑑定数は刑事鑑定、民事、簡易鑑定ともに年に0～数件にすぎなかったが、5大学で10～30件と多くの鑑定を行っていた。

このような事情は、大学以外の場でも同様であり、日本精神神経学会会員753名を対象として調査した報告でも(中谷陽二：厚生科学研究補助金研究事業、2000)鑑定を未経験の者は全体の60%で、10件以内程度の鑑定数に者も含めると92%におよび、30件以上の鑑定を受けている者は全体の4%に過ぎなかった。

このように、卒後の教育、診療の場での鑑定数は特定の施設に集中しており、その場合でも相互に鑑定結果を検討する場が無く、個人のレベルで鑑定がなされていることが明らかとなった。

「法と精神医学」について、特別の教育(研修)を行っていますか。



鑑定助手  
鑑定に陪席  
症例検討会

どのような形で行っていますか。

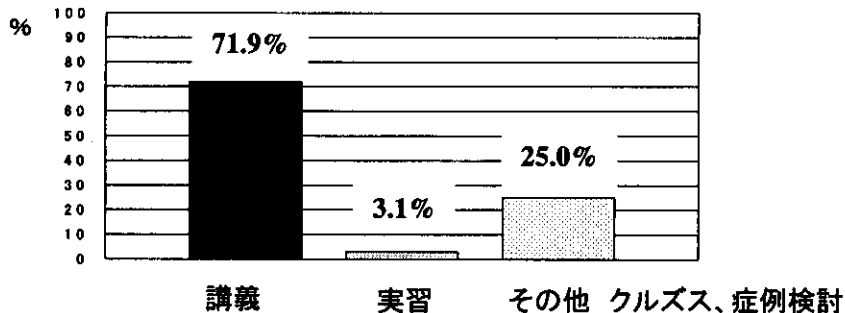
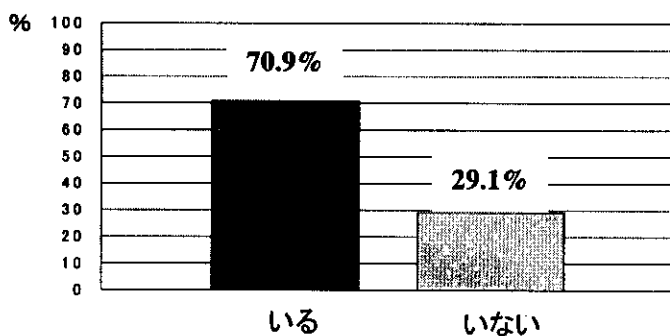


図1. 卒後教育における司法精神医学 精神医学講座担当者会議アンケート調査  
調査期間(2002.10.7~10.30)

鑑定(刑事・民事・簡易)について引き受けていますか。



引き受け窓口。

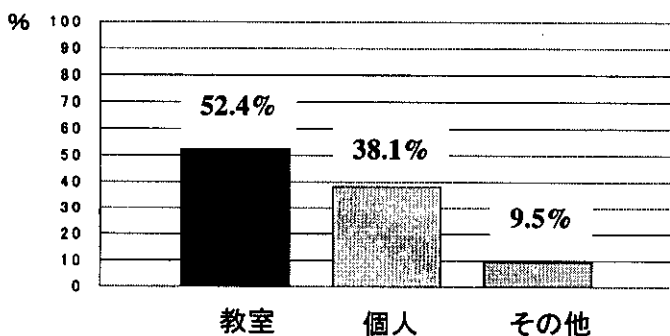
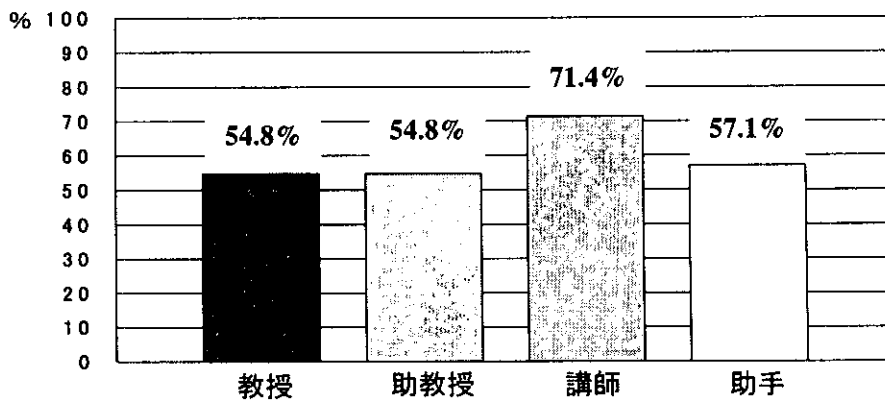


図2. 卒後教育における司法精神医学 精神医学講座担当者会議アンケート調査  
調査期間(2002.10.7~10.30)

鑑定する人(複数回答).



鑑定数 刑事 : 年に0～数件  
 民事 : 年に0～数件  
 簡易 : 年に0～数件(5大学のみ10～30件)

図3. 卒後教育における司法精神医学 精神医学講座担当者会議アンケート調査  
 調査期間(2002.10.7～10.30)

### 3. 大学における司法精神医学教育の現状

これまでにみたように、大学医学部・医科大学においては卒前教育においてはもちろん、精神科医に対する専門教育の場でも、司法精神医学についての相応の教育が行われていないことは明らかである。司法精神医学教育が貧弱な理由として、次のようなことが考えられる。

#### 1) 研修・教育の場が少ない

このように卒前教育はともかく、卒後の精神医学教育において司法精神医学教育が貧弱である理由として、次のようなことが考えられよう。

##### ①医科大学・大学医学部に司法精神医学の講座がほとんど無い。

我が国においては、医科大学、大学医学部で司法精神医学講座を持つところは皆無に近い。そのため、司法精神医学が教育のなかで位置を持たない。

したがって鑑定も、各個人が行っているのみで、相互批判の場も少ない。

②医療刑務所をはじめとする法施設のなかに精神科医がほとんどおらず、法と精神医学を結ぶ接点がない。

③触法精神障害者がそれぞれの病院に分散して入院・処遇されており、個々の症例が、各病院に埋没しており、共通の場で、その処遇、治療可能性などについて議論する場がない。

以上のような理由から、司法精神医学は共通の場を持つことなく今日にいたっているといえよう。

#### 2) 鑑定に関わる困難が多い

一方、精神鑑定を行うことにともなういくつかの困難があり、そのことが一層精神医学と司法の距離を隔ててきたといえよう。

すなわち、①鑑定には手間暇がかかり、時には大論文を書くに等しい、時間と労力を費やすことも少

なくない。また、②鑑定を行っても、業績として評価されることが無く、大学で職を得ることにさしたる益が無い。③行った鑑定の当否を問う場が少なく、相互研鑽が無い。すなわち、鑑定が個人レベルで行われるために、鑑定が公的場を持たず、医学的検討の場がないといえよう。

さらにまた、④鑑定書が提出されても、それをどのように扱うかは司法の側にゆだねられており、医学の場にはフィードバックがないことが、鑑定学の正しい発展を妨げているといえよう。

Ⅱ. 司法精神医療従事者の教育システム  
ならびに専門性について

2) 司法精神医療における看護職を対象とする  
研修・教育のあり方

羽山由美子班員  
(聖路加看護大学)

## 1. はじめに

これまで看護学分野では、担当者によって多少の相違はあるにせよ、学部および大学院の教育で、司法と精神科医療が直接に関わる内容はほとんどといっていいほど扱うことはなかった。筆者の勤務する大学では、学部（「精神看護学」講義/演習 3 単位 60 時間、臨地実習 2 単位）で、精神科医療の歴史・精神保健福祉法・人権擁護と倫理等が数コマ、大学院でも、精神保健福祉法とそれに関連する諸制度や精神保健政策に関する内容が 2 単位程度強化されるくらいである。修士課程における専門看護師（Clinical Nurse Specialist、以下 CNS）コースでも、人権擁護や倫理の内容が強化されるが、処遇困難患者のケアは個々の学生の関心に依拠して実習で取り扱うことがある程度である。

筆者自身、司法精神医学とその看護に関する専門の訓練を受けたことはないが、日本精神保健政策研究会のメンバーとして 10 年ほど前から触法問題への関心はあり、折々の講演会等には参加してきた。とくに、この 2-3 年、個人的に欧米の関連施設への見学を行い、資料等を収集してきた。（米国イリノイ州立精神病院およびカリフォルニア州サンフランシスコ市立 Mental Health Facility、フィンランドの Pitkanne Hospital における medium secure units、英国の Broadmoor Hospital および Bethlem Royal Hospital など。）また、2002 年には 5 回にわたり東京近郊の精神科看護職を対象に、患者アドボカシーや暴力/攻撃性のマネジメントに関するワークショップを開催してきた。

そこで、本稿では、これまでの活動に基づいて、司法精神医療における看護の役割と課題について概観し、欧米で実施されている司法精神医療施設での入職時オリエンテーションプログラムを二三紹介し、併せて、「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、新法）施行に伴い、まずは必要とされるであろう入職時の短期研修プログラムについて提案したい。

司法精神看護学に関する公式な大学教育のあり方と、大学院における専門看護師教育でのカリキュラムについては、今回は扱わないこととする。また、地域における看護職の司法精神医療分野での新たな課題やそれにむけての教育・研修についても今回は扱わない。これらは重要なことではあるが、次年度以降の検討課題として残し、まずは、直近の必要に迫られた入職時導入教育の提案に焦点を置くこととする。

## 2. 新法における看護職の位置づけと役割・課題

新法の手続きの流れに即してみると、看護職が主に関わる機関と処遇上の段階は、次のとおりである。まず、1) 地方裁判所の決定により患者が入院する指定入院医療機関、および 2) 患者が帰るであろう地域の指定通院医療機関、そして 3) 患者の社会復帰を支える保護観察所・精神保健福祉センター・保健所・民間/公立の社会復帰施設等々、地域のチームである。ここでは、2) と 3) を一括して「地域チーム」とし、「指定入院医療機関」と、大きく 2 本立てで考えてみる。

### 1) 指定入院医療機関 司法精神病棟（仮称）における看護の役割

本報告で検討する研修プログラムは、ここで働く看護職員を主な対象と想定する。

### 2) 地域チーム（community mental health team）における看護の役割

この分野については、機会があれば次年度以降の課題とする。

## 3. 欧米における司法精神病棟（保安病院など入院医療機関）の看護の役割・機能

英国パーミンガム、West Midland 地域における Reaside Clinic は、中等度保安病棟（medium secure unit）として、ロンドンの Bethlem Royal Hospital における Denis Hill Unit とならば卓越

した司法精神医療の実践機関としてよく知られている。所長の Rosemary Cope によれば、そうした施設では、「患者・スタッフ・訪問者にとって安全で治療的な環境 (a safe, therapeutic environment) を提供すること」がなによりも究極の目標となる (McClelland et al., 2001)。すなわち、治療的介入と保安 (security) のバランスを保つことである。そのために要となるのが、看護スタッフの患者に対する態度と全般的な看護の役割であり、保安病棟の文化と治療環境を構成するもっとも重要な要因となろうと述べている。看護者には、患者への尊敬の念 (respect)、忍耐 (tolerance)、善悪を決めつけない態度 (non-judgmental attitude) が必要とされる。

また、多職種によるチームワーク (multi-disciplinary team) が患者ケアの基本であり、個別の各種リハビリテーションプログラム、心理教育モデル、家族や介護者を巻き込んだアプローチが採用されている。そうした心理社会的介入技法とともに、もう一つの重要な側面が、患者の攻撃性・敵意および自傷行為への具体的対処法であり、それらにはリスクアセスメントとその予測/予防、および段階的減少 (de-escalation) 技法が重要となる。

#### A. 中等度保安病棟における看護職の主な活動

McClelland ら (2001) が Reaside Clinic での看護活動をまとめているので、それを参照すると下記のようなリストが挙がってくる。

##### 1) 照会 (referral) から入院受け入れの段階

リファレル・チームによるアセスメントと面接

面接内容：

- (1) 発達史 ・ 生育/生活史、家族関係、・ 幼少時成長発達過程、・ 学校における学業および級友や教師との関係、・ アルコール/物質乱用歴、・ 人間関係 (性的発達と異性との関係、結婚歴)、  
・ 家族関係 (家族成員の精神障害、アルコール・物質乱用の習慣、家族の犯罪歴、親・兄弟姉妹との関係など)、・ 精神/身体的健康、・ 就労歴

##### (2) 犯罪歴

##### (3) 現病歴と精神症状

(4) 観察要点 個人衛生と着衣、気分の変動有無、動作、身体的特徴、自傷の兆候、現在の考えや感情、睡眠パターン、セルフケアと食事、触法行為への洞察、話し方、見当職、ムード、個人的関心内容

##### 2) 入院時 クリニカル・リスクのアセスメント

(1) リスクアセスメント 自分/他者/物 危険性、精神的不安定性、自傷、脆弱性

##### (2) 病棟物理環境の整備

- ・ アラーム、・ エアロック/ダブルロック、・ 無断離院予防策 (塀や屋根)、・ 鍵の管理、
- ・ レセプションエリアのモニタリング、・ 院内連絡方法、・ 観察窓、
- ・ 訪問者のエスコート、・ 患者エスコート、・ 院内/外での行動制限

##### 3) 入院中の治療モデル 多職種チームによる治療的介入

##### (1) 心理教育モデル

##### (2) 家族サポート・グループ

##### (3) 職業リハビリテーション

##### (4) 敵意・攻撃性への対処

##### (5) 自傷・自殺企図への対処

##### 4) その他

師長 (clinical nurse manager)、チームリーダー、登録看護師、看護補助者から構成される看護

チームは、24時間の包括的ケアをプライマリ・ナーシング制で提供。

個々のケースごとにケアプランを作成して実施・評価。

与薬、配食、保清、活動、モニタリング、記録、ほか。

クリニカル・チームミーティング、ケースカンファレンスを実施。

患者コミュニティ・ミーティング、スタッフ・ミーティングの実施。

パロールおよびスポットチェック。

5) 地域とのリエゾン、退院後のアフターケアと地域でのフォローアップ 以上

## B. 保安病院における触法精神障害者の治療および保安上のニーズと看護の役割

数日間の短い訪問であったが、ブロードモア病院で出会った看護師の何人かが、触法精神障害者と関わるなかでモラル（意欲・士気）を維持する秘訣として、何もかも自分たちの仕事とは考えずに、患者が次のステップに移行することを目指すといい、と語っていた。同様な見解が調査からも指摘されている。

Maden ら（1995）は一連の調査から、特殊保安病院における治療と保安上のニーズに関して次のようなことを明らかにした。すなわち、特殊保安病棟で働くクリニカル・チームは、患者の臨床的な症状改善を目指すよりは、むしろ患者を保安レベルのより低い方（less secure settings）へ転棟させることに楽観的な見方を持っていたという。また、自らの役割と課題について、もともとの精神疾患自体の治癒におくよりは、リハビリテーション、二次的・三次的ハンディキャップを最小限にすることに主眼を置いていた。さらに、「高度保安」および「中等度保安」病棟に在院する患者の特徴は、診断上は大変類似していて識別するのは困難で、かろうじて sexual disorders が高度保安病棟には多くみられ、そのほかの点では、明瞭な質的相違による区別ではなく、個々の判断あるいは程度の問題であると述べている。つまりは、目標設定に現実的な指向性を持つことが重要と考えられる。

そこで、保安と治療・看護上のニーズをバランスよく提供することが看護の課題となるが、下記に列挙するような患者の障害への働きかけが重要な役割となってくる。

退院もしくは転棟を妨げるような障害

（あるいは、それが解決すれば転棟/退院が可能となる条件）

- ・患者自身が自らの罪を理解しないこと
- ・他者との関係づくりができないこと
- ・薬物治療への反応が欠けること
- ・監督（スーパーヴィジョン）への非協力的な態度
- ・服薬へのノン・コンプライアンス
- ・アルコールまたは薬物乱用
- ・現在示される攻撃性
- ・現在もある薬物治療へのノン・コンプライアンス
- ・スタッフへの非協力的な態度
- ・クリニカル・チームによって理解されない当該犯罪の性質
- ・より保安レベルの低い環境下での離院・逃亡の危険性
- ・現在示される自傷行為
- ・精神療法への非協力的な態度

各保安レベルを通じて、看護ケア、作業療法および薬物治療が共通して重要な治療上のニーズとして挙げがっていた。



- ・看護ケア（むこう12ヶ月） ・作業療法 ・薬物治療 ・エスコート付外出
- ・個人精神療法（むこう5カ年間） ・看護ケア（むこう5カ年間） ・行動療法
- ・異性との交流 ・性に関するアセスメント ・集団精神療法 以上

#### C. 司法精神（保安）病棟で働く看護職に必要とされる能力

教育的観点から考えるならば、専門職業人に必要とされる能力を明らかにし、それに基づいて教育カリキュラムを考えるのは、場合によっては従前の実務者養成に看護教育が戻る危険性もあり賛否両論あるところである。しかし、ここでは新たな分野で働く看護専門職の準備という点から、あえて実務者養成に注目し、司法精神病棟で働くためにはどのような能力を必要とするのかを英国の調査報告（UKCC、1999）から引用する。

司法精神科看護師は、その対象とする患者特性と職場環境の特殊性から、一般の精神科看護師とは本質的に異なる役割を担っているという意見がある（Robinson & Kettles、1998）。すなわち、患者と治療的関係性を築く上でのその深さや濃密さ、質・複雑さにおいて、また保安（セキュリティ）とコントロールに関して、一般精神科看護とは異なるというのである。

しかしながら、UKCCの調査では、回答者の多くが、保安病棟で働く看護師に必要とされる能力・知識・技術・態度は、一般精神科看護師のそれと基本的には変わらないと答えている。あえて加えるなら、患者が関わった犯罪行為やリスクに関してさらに洗練された知識技術を要することは認めていた。

カナダ、British Columbiaの精神科看護師協会が行った1986-7年の調査では以下のようなことができる能力を挙げていた。

- ・保安（セキュリティ）の維持
- ・効果的なコミュニケーション
- ・記録管理と報告書作成
- ・カウンセリングの実施
- ・看護過程の実践
- ・治療的プログラムの計画と実践
- ・集団療法の実施または参加
- ・診断と治療の手続きを実施または補助
- ・専門職としての役割の維持
- ・精神科看護の実践
- ・研究プロジェクトに参加
- ・犯罪者、家族、その他スタッフへの指導
- ・管理的役割

その他の二三の報告でも必要とされる能力・技術について明らかにしており、共通点が認められる。大きく括ると、管理とマネジメント、アセスメント、治療とケアマネジメント、多職種との協働という側面であろうか。

安全な環境の提供という管理的側面と、看護・治療の提供という側面があり、後者には、怒りのマネジメント、犯罪に関わる作業、リハビリテーションとモラルの維持、共感性、ソーシャルスキルズ・トレーニング、心理教育、心理療法・カウンセリング・心理社会的介入技法などがあがっている。

UKCCによる調査報告は、さらに細部にわたった刑務所/矯正施設と保安病棟で必要とされる能力の比較がなされているが、ここでは省略する。

以上、A、B、Cの各項を通してみると、欧米における司法精神（保安）病棟の看護の役割・機能

には、多彩な内容があり、また、それらはこれまで日本の精神科看護が担ってきた役割とは大きく異なる部分がある。当然ながら、精神疾患を病む人への看護ケアという点では共通性があるものの、治療的役割 (therapeutic role) をさらに深めることは、一般精神科看護においても強化される必要があるだろう。さらに、対象特性および病棟環境の特殊性を加味した、インテンシブな看護ケアが新しい分野には要求される。

次に、そのような人材を職場に導入していくためのプログラムについて見てみたい。

#### 4. 欧米の採用時研修プログラムの紹介

##### 1) 英国の例

英国は、2000年からはすべての看護基礎教育は3年間(プラスアルファ)の学士課程に変更した。それ以前の卒業生も含めて、英国のカリキュラムの特徴、とくに米国や日本の看護基礎教育と大きく異なる点は、早い時期から専門領域を定めてそれに集中する点である。例えば、1年目は看護全般について学ぶが、2年目以降は精神科看護を専攻すると2年次・3年次は精神科看護の学習に集中することとなる。また、病棟実習に重点を置いているため、カリキュラム時間数の約半分は臨床に出ることとなる。実務者教育であるため、日本の看護教育でしばしば指摘されるような、新卒ナースの現場適応の困難さはかなり少ないと言われている。精神科看護に限るなら、日本の新卒者よりは圧倒的に強化された学習内容を学んでいることになる。また、大学院修士課程修了者も精神科臨床に進出しており、その割合は日本よりはるかに進んでいると思われる。

他方で、英国の看護婦不足は深刻で、給料の安さが原因とも言われているが、外国人ナースの採用が多い。とくに保安病院は、精神科の中でもあまり好まれているとは言えず、数箇所の病棟を見学したブロードモアおよびベスレム王立病院でも、旧英国連邦の国々から来た出稼ぎナースが目立った。

そこで、各々のナースの採用時の能力(知識、技術)にはかなりのばらつきがあることが推測される。また、看護職員には、能力と役割によるラダー(段階)方式が採られて、無資格の看護補助者にはAからC段階、有資格看護者にはDからHの各段階があることも、個々のばらつきの大きさを推測させる。

##### 1) - 1 ブロードモア病院 多職種用入職時導入プログラム (資料1参照)

ブロードモア病院は、約400床を有する高度保安病院であり、保安(security)状況は、中等度保安病棟に比べ圧倒的に嚴重である(施設周囲は5-6メートルの高さの壁に囲まれ、各所に監視カメラ設置、病院入り口は3重のチェック、各病棟ごとの施錠、多くの場合、常時複数対応であることなど)。また、患者およびスタッフ(訪問者も含む)の数千人が出入りするなかで、それぞれがルールに厳密に従うことが重要であり、そのための訓練がこの採用時導入プログラムにおいてなされている。

本プログラムは、各職種が、採用時に受ける3週間のオリエンテーションプログラムである。このプログラムが約半分ほど済んだところで、初めて各施設の入り口の鍵の束を受け取るとのことである。

プログラムの主な内容は、以下のとおりであり、実務的内容が主である。

- a. 入職時オリエンテーション(施設の理念、職員としての地位・条件・倫理、人事およびスタッフ支援、各部門紹介など)、
- b. 実務で必要とされる臨床上の知識技術(感染予防、救急処置と蘇生、栄養と食事、防災、さまざまな事態における手順、リスクマネジメント、)
- c. セキュリティ訓練に関する事柄(鍵の使用と管理、無線訓練、安全プロトコル)、

d. アドボカシー

e. 攻撃と暴力について、およびそれへの対処

f. 精神保健法、その他の法律・法令に関する事柄

g. ティームによるコントロールの実施と拘束（実技中心で最後の1週間集中的に）

h. その他（研究、キャリア開発）

1) - 2 攻撃性マネジメント・プログラム South Birmingham Mental Health NHS Trust and Solihull Mental Health Services (資料2参照)

中等度保安病棟で働く CNS 作成による、2週間からなる潜在のおよび顕在的な攻撃性マネジメントのプログラムである。Reaside Clinic の職員が主な対象であるが、他施設や外国からの参加者も受け入れているとのこと。参加者個々によって、参加動機付けは異なる。

本プログラムは、ケア場面で出会う患者からの攻撃性および暴力に対して、患者の人権に配慮し、隔離・拘束を用いず、対人関係と心理学的スキルを発展させることで、うまく適切に対処する理論と技法である。患者の攻撃反応を徐々に低下させ、必要に応じて非侵襲的的身体的介入を伴う、de-escalation and physical skills (DAPS) である。

2週間（10日）、毎日9時半から4時半のコースワークは、理論と実践および事例研究から構成される。主な内容は下記のとおりである。

理論： 暴力等の統計、インシデントレポート、記録と報告、薬物治療、態度  
精神保健法、犯罪に関する法律・法令、人権法と人権擁護、感染管理、  
攻撃に関する理論と予防策、リスクアセスメント

実践： 組み合ったときの引き分け術、諸々の場面で相手をコントロールする技術

1) - 3 Reaside Clinic における新採用臨床スタッフへの導入プログラム

3日間にわたる講義形式で、多職種スタッフが講師を担当、対象者は多職種で、実習学生も参加する。こうした導入プログラムは、職種別にはなく多職種合同で実施することがそれぞれの働きを理解することにもなりギャップを埋める上で有効であるという。

<1日>

- ① Trust および Reaside Clinic の紹介。施設の理念、一般的な方針、トラストの組織構成や権利憲章
- ② 施設案内、およびパス・アラーム・鍵の使用法の訓練
- ③ 入所者(患者)の特徴(診断、当該犯罪、民族人種別、文化背景など)
- ④ 多職種によるチームワークとクリニカルチームの機能について

<2日>

- a. セキュリティと、専門職としての立場性、秘密保持について
- b. 方針と手続きについて。機会均等、ハラスメント、スタッフサポートシステム、およびトラストとクリニックの一般的方針
- c. 作業療法士の役割
- d. 暴力に関する傾向性と関連要因、リスクアセスメントの紹介

<3日>

- a. 自傷行為について
- b. 精神保健法 (Part III に焦点を当てて)
- c. 臨床心理士の役割

- d. クリニックで開かれるケース検討会への参加
- e. 保健と安全について。感染管理、医療品廃棄の仕方、移送、HIV など
- f. 司法精神看護師の役割について

なお、看護スタッフは、この 3 日間のプログラムが終了すると、配属病棟にてさらに 4 週間にわたる導入プログラムに参加する。それぞれにスーパーバイザーが付き、臨床活動に参加しながらさらに病院組織および病棟の理念を学ぶ。終了時には、スーパーバイザーと訓練生の双方がそれぞれに能力チェックリストを記入し、職員個人録に保管される。

以上の導入プログラムが終了すると、新卒看護スタッフにはプリセプターが個々の学習ニーズに応じて 4～6 ヶ月間付くことになる。

#### 1) - 4 UKCC による調査： 保安病棟看護スタッフが必要とする教育内容

United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (以下 UKCC)が行った調査報告 (1999) によると、各看護教育機関で働く教員に、保安病棟で働くナース向けの教育内容を尋ねたところ、下記のような内容が列挙された。これらは、基礎教育ではなく、すでに保安病棟で勤務する看護スタッフ向けの研修コース名である。

- ・コントロールと拘束の技法 トレーナー向け講習
- ・暴力および攻撃性の予防とマネジメント
- ・物質乱用に関する知識とそのマネジメント
- ・臨床実践における教育と査定
- ・保安病棟における精神科看護の原理
- ・リスクのアセスメントとマネジメント
- ・心理社会的介入技法
- ・学習障害のある人々のメンタルヘルス
- ・小児/思春期メンタルヘルス
- ・精神保健領域の上級実践
- ・触法精神障害のケア
- ・暴力と攻撃性への対処
- ・インテンシブな精神科看護を必要とする人々へのケアとマネジメント
- ・コントロールされた環境下における看護
- ・触法精神障害者のケア…原理と実践
- ・認知行動療法
- ・急性期精神科看護
- ・社会的学習理論とその応用
- ・重篤な精神科問題を持つ人とその家族への援助
- ・精神看護学の発展
- ・エイズ患者と HIV 関連の問題を持つ人々へのケア
- ・痴呆症のある人へのケア
- ・地域で生活する精神疾患/学習障害のある人々へのケア
- ・援助関係におけるカウンセリング技術
- ・子供の保護 (child protection) にかんする原理