

- 医学的検査、心理検査の評価方法
- 鑑定書の作成方法
- 法廷における証言の技法
- 供述心理学（供述の信憑性の評価、供述内容の分析方法）
- 精神科治療の必要性和その限界

#### ③リスク・アセスメントとリスク・マネジメント

- 重大な他害行為のおそれの評価方法
  - PCL-R、HCR-20 などのアセスメント・ツールの使用方法と限界
  - 臨床的なリスク評価
- 危機介入の方法

#### ④司法精神医療における治療技法

- 重大な他害行為を行った精神障害者の治療技法（認知行動療法等）
- 重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰支援の技法
- 多職種協働チーム Multi-disciplinary Team による治療

#### ⑤法学

- 触法行為を行った精神障害者の刑事手続（刑法、刑事訴訟法）
- 重大な他害行為を行った精神障害者の処遇に関する法手続（医療観察法）
- 責任能力の判定（法学の立場から）
- 判例研究
- 精神保健福祉法
- 精神障害者に係る民事手続

#### ⑥症例（事例）検討（責任能力判定、再犯の予測、治療の必要性などを主眼として）

統合失調症

気分障害

中毒性精神障害（アルコール、覚せい剤、有機溶剤等）

器質性精神障害

人格障害を合併した精神病

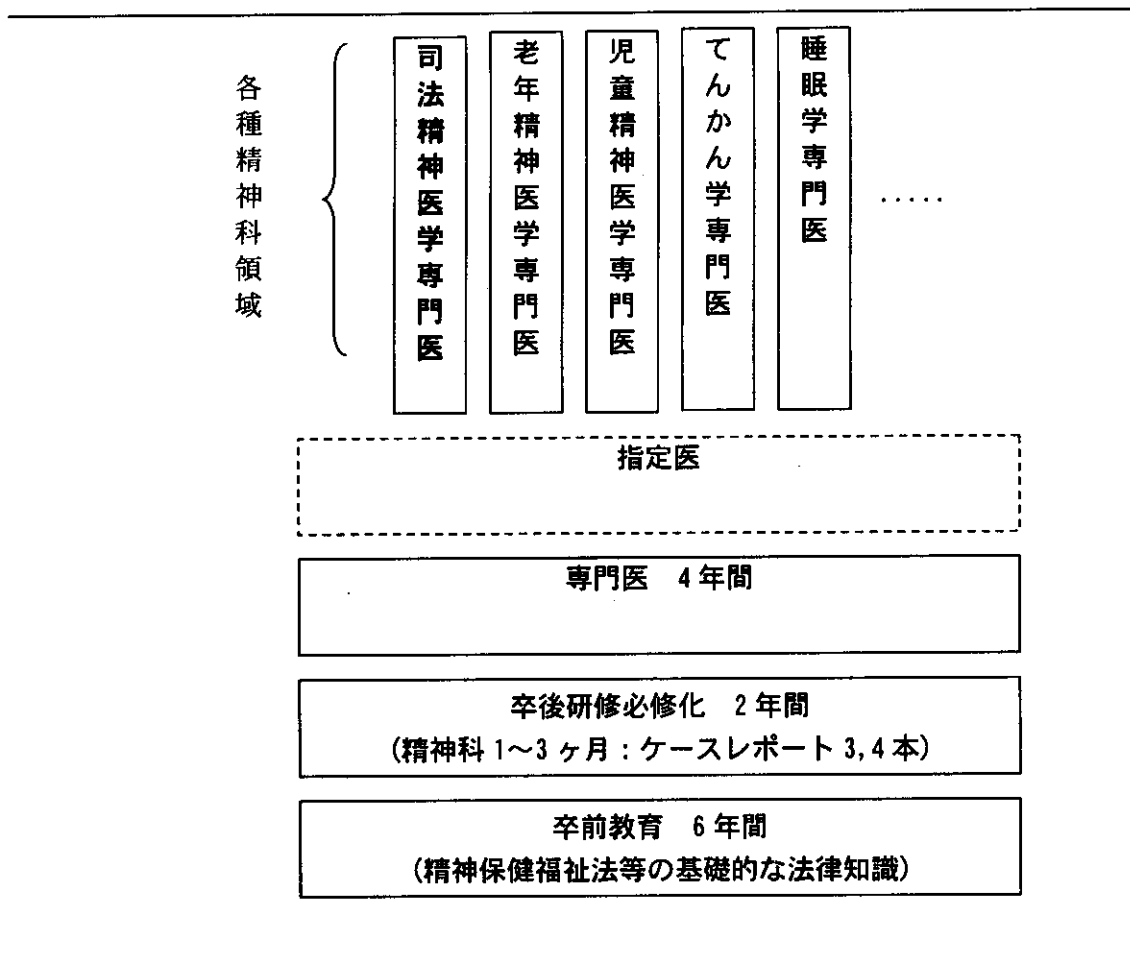
知的障害など

#### ⑦司法精神医療における倫理的問題

- 治療に関するインフォームド・コンセント
- 自己決定権と公共の安全
- 警告義務（タラソフ）
- 患者の行動制限（身体拘束、隔離）
- 治療に関する情報公開

### 3. 司法精神医学に携わる医師の専門性の位置づけ

司法精神医療福祉に関する専門性の確立は、医師の場合には図のようになろう。



よりよい判断のためには、このような共同作業と経験の積み重ねが欠かせないことを強調しておきたい。

### 4. 医学と司法の連携について

新法がよりよい形で運用されるために重要と思われる医学と司法の連携について、教育的視点から述べておきたい。

これまでに指摘したように、司法精神医学のよりよい発展のために、ひいては新法の適切な運用のためには、医学と司法のよりよい連携が必須の条件である。

両者の正しいあり方を育成するためにも、医療、司法の両関係者が出席して、「処遇判定会議」を開き、互いに意見を交換しながら、より適切な判定を求めることが必要である。また、鑑定事例、医療事例などの事例検討を積極的に行い、経験を重ね、その後の判定に供することが大切である。

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

分担研究報告書

分担研究者 宮本真巳

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

# 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)

## 分担研究報告書

### 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

分担研究者 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

本邦における、触法精神障害者の病院内処遇と地域支援の問題点を明らかにするため、医療施設へのアンケート調査及び事例検討を行うとともに海外の情報を収集し、今後の触法精神障害者の看護のあり方や地域支援の方向性に示唆を得た。また、入院施設におけるセキュリティーのあり方についても検討を行った。

#### 1. はじめに(問題の所在)

本報告の目的は、触法精神障害者への病院内処遇と地域支援の問題点を明らかにし、併せて今後の方向性を探ることである。

従来、触法精神障害者への処遇に関する議論は、触法精神障害者を対象とする特別な収容施設を設置することの是非に限定されがちだった。そして、再犯予測の困難さという事実を前に、堂々めぐりのやりとりが繰り返され、この問題に関する抜本的な制度改革は長年にわたって見送られてきた。

触法精神障害者の大半は、訴訟手続き抜きに精神医療機関に送り込まれ、彼らの処遇については共有された理念も方法もシステムもないままに、個々の施設と担当医師の恣意的な判断に委ねられるくらいがあった。その結果、長過ぎる入院や早過ぎる退院という両極端の事例が罷り通り、しかも全般的にみると入院の長期化傾向が否めないという事態が続いている。こうした傾

向からみて、個々の医療現場では、様々な制約の下で治療的、看護的な努力が重ねられていても、結果的には適切な医療が提供されていないことが伺われる。また、触法精神障害者への処遇の問題点は、精神医療全般の問題点を反映したものとなっているはずである。

そこで、本報告では、精神医療の現場における触法精神障害者への病院内処遇と地域支援をめぐる問題点を明らかにすると共に、今後の方向性を探ることを目的とした。

具体的にはまず、日本精神科看護技術協会の組織を通じて、精神医療の現場に勤務する看護師が、触法精神障害者への処遇や支援において、どのような問題にぶつかっているかについて意識調査を行い、この問題の総括的な把握を試みた。また、プロジェクト・メンバーがそれぞれの現場で関与してきた事例を持ち寄り、綿密な分析を加え比較検討を行うことを通じて、理念とシステムなき現状で直面している困難の明確

化を試みた。

地域支援の現状に関しては、精神保健福祉士協会の組織を通じて、触法精神障害者との関わりの現状について意識調査を行い、彼らに対する地域支援の現状における問題点の明確化と、今後の課題について検討した。さらには、プロジェクト・メンバーによる海外視察の体験や既存の文献から得られた情報を手がかりにして現状を分析し、今後めざしていくべき方向性について明確化を試みた。

## 2. 触法精神障害者の看護をめぐる困難

日本精神科看護技術協会の実施した調査の結果に、本プロジェクトのメンバーが直接関与した事例の比較検討の結果を重ねながら、現在の医療状況の中で触法精神障害者の看護をめぐる現場の看護師たちが直面している問題について検討してみたい。

### (1) 触法精神障害者との援助関係の形成をめぐる困難

#### 1) 触法精神障害者の処遇をめぐる看護師の抱える不信感

精神科病棟で看護師が接触を持つ触法精神障害者の大半は、責任無能力を理由に触法行為についての責任を問われず不起訴となった人たちである。彼らは、触法行為を犯したにもかかわらず裁判を受けなかったため、自分が事件を引き起こしたという現実を直視する機会がなかった。このことが、彼らの贖罪意識を希薄にさせていることは容易に想像がつく。実際に彼らの多くは、医師や看護師が事件について語るこ

とを求めても、すでに終わったことであると抗弁したり、無言のうちに抵抗を示したりする。医師や看護師の多くは、彼らのこうした反応を責任逃れと受け止め、彼らに不信感を抱きながらも事件についてふれることを避け、距離感のある表面的な関わりに流れることになる。患者の側もまた、医師や看護師のこうした態度に不信感を覚え、結果的に医師や看護師と触法精神障害者との間には、信頼関係に根ざす援助的な対人関係は発展しにくい。

このような関係性の下では、患者の病状と関連する諸要因について、医師や看護師が患者とざっばらんに話し合う機会は大幅に減少する。従って、彼らの触法行為には精神病による病的体験がどのくらい関与しているのかについて彼らと共に吟味することは極めて困難になる。そのことは、患者が自らの疾病について理解し受容すること、すなわち病識の獲得を大きく阻害することになり、患者のセルフケアや生活自立に向けた援助を無効化し、看護師に無力感を抱かせることになる。

事例検討からは、事件当時も心神喪失であったかどうか疑わしい事例(詐病もしくは心神耗弱)や、入院の時点ですでに心神喪失の状態からは脱却している事例が多いという実態がうかがわれた。中には、患者本人が触法行為への責任を感じ治療よりも裁判を求めているにもかかわらず、現行制度ではどうにもならず説得に苦勞したという事例もあった。こうした状況の中で、看護師の抱く無力感には、様々な対象への不信感が重なっていることがわかる。すなわち、患者、司法関係者、司法制度、さらには社会に対する不信感である。

患者への不信感は、触法行為の責任や刑罰を回避しようとする態度に対するものである。司法関係者への不信感は、精神病の症状や既往があるだけで責任無能力との判断を下しやすい傾向や、触法精神障害者への処遇を回避して精神科医療機関に押しつける傾向に対するものである。また、事件当時は心神喪失だった患者も回復すれば責任能力を問えるはずなのに、いったん不起訴となれば司法的処分の機会が断たれてしまうという現行の司法制度への不信感も根強い。

最近になって看護職も、欧米の司法制度では、事件当時に心神喪失だった患者に訴訟能力を認め、回復を待って裁判を受ける権利を保証していることを認識し始めた。患者運動のリーダーたちの中からも、患者が裁判を受ける権利を認めない日本の司法制度に対する批判の声が上がっている。日本における司法制度の問題点を克服するには、精神障害者の人権問題はもとより、幅広い社会的な文脈で議論を深めていく必要があることを現場の看護師たちも理解しつつある。

## 2) 触法精神障害者の攻撃的言動

触法精神障害者の中には、看護師や他患者に対する暴力や攻撃的な言動が目立つ患者も少なくない。入院するきっかけとなった触法行為が、彼らの易怒的な傾向や暴力嗜癖的な傾向、あるいは被害関係念慮的な傾向の現れである場合、入院生活の中でそれらの傾向が再現されることも少なくない。自分自身が触法精神障害者の攻撃対象となった看護師の苦痛は大きく、しかも医療チームによる強力な支援体制が作れ

ないと苦痛は倍加される。事例検討によって、自分自身が被害に遇わないまでも、同僚や他患者への理不尽と思える攻撃や暴力を目の当たりにすることによって、看護師の触法精神障害者に対する陰性感情が増強し、援助関係の形成も困難をきたす場合が多いことが確かめられた。

## 3) 触法精神障害者に対する治療の社会的強制としての側面

触法精神障害者の治療には社会的強制としての性格が極めて色濃いという点も、彼らとの間に援助的関係を結ぶことを難しくさせている。いかなる疾患の治療においても、インフォームド・コンセントと治療契約に根ざす患者本人の自発的な療養への取り組みがなければ成果は挙がりにくい。精神疾患ではその傾向が特に顕著であると考えられている。ところが、日本の触法精神障害者は、精神科医療と出会ったその時点から、治療を強制される仕組みになっている。しかも、実態としては、治療の名目で裁判抜きで監禁と拘束が継続していることをスタッフも患者も薄々は了解しているという状況がある。このような事態を直視することなしには、看護師と触法精神障害者相互の間に生じる不信感を払拭できない。この問題を解決するためには、大幅な制度改革と発想の転換が不可欠である。しかし当面は、こうした現実について患者と率直に語り合うことによって、患者が強制された治療を自発的に受け入れる状況を作っていくしか打つ手はない。そして、実際に多くの看護師はそのような方向で努力を積み重ねていることが明らかになった。

こうした状況を抜本的に変えていくには、暴力行為に病的な要因が関与する人に対して、制度

的介入と治療的強制を行う可能性についても、あらゆる角度から検討を深めていく必要がある。本来は自発的であるべき治療に社会による強制を絡ませることについて、医療福祉の専門職はジレンマを感じざるを得ないが、この問題を避けて通れる状況ではなくなっている。なお、これまで、児童虐待や配偶者間暴力の加害者については、触法精神障害という文脈で取り上げられることは少なかったが、これらの人々に対する強制力を持った治療的介入についても、日本における制度的対応の遅れが指摘されている。医療実践と法制度の乖離を早急に埋めていくための努力が、医療関係者、司法・立法担当者、行政担当者のそれぞれに求められている。

## (2) 触法精神障害者の回復を促進するための援助をめぐる困難

精神障害者の回復には、医療スタッフへの信頼に根ざす治療・ケアへの協力と、疾病の理解・受容に根ざす前向きな療養態度が不可欠であり、触法精神障害者も例外ではない。しかしながら、触法精神障害者の場合、前述のように医療スタッフとの信頼関係の形成が極めて難しい状況にある。しかも彼らの場合、法的な処罰を免れることによって贖罪の機会を失うため、触法行為と病的体験の関係を実感しにくい立場に置かれる。そのことによって、彼らは疾患の理解と受容を妨げられ、おのずとセルフケアへの前向きな取り組みに困難を来すことになる。

このような状況にあっても、多くの医師や看護師は、患者に疾病理解と贖罪の機会を提供しようとする治療的、看護的な試みに取り組んできた。それらの試みは、それなりに成果を上げてきて

いることが伺われるが、現状では障害となる要因も少なくない。

前述のように、触法行為についてふれることには抵抗を示す患者が多いが、患者の社会復帰と自立にとって、それが不可欠であるとの信念の下に、あえて事件についての直視を促す働きかけを行った事例も報告されている。中には医師、看護師の真意を徐々に理解するようになって、疾患と事件の関連に目を向け、病識と共に贖罪意識を育てていく患者もいる。しかしながら、そのような働きかけに応じたかに見えて、次第に怒りや恨みを募らせて、医師や看護師を攻撃し時には暴力的な行動に出た事例があった。あるいは、その反対にスタッフから責められていると感じて困惑し、自傷行為に及んだ事例もあった。

特に注意を要するのは、スタッフが熱心に働きかけることによって、始めは冷やかだった患者が反応を示し、それなりの理解を示し始めた場合である。患者は自分に関心を向けてくれるスタッフに好感を抱くものの、厳しい現実の直視を促されるために動揺しやすくなって、激しい反応を示すことがある。こうした患者の微妙な心の揺れが精神症状を誘発し、事件発生の時と同じような状況が病棟において再現される場合がある。このような経過に関与したスタッフもまた、患者への陰性感情と共に、自分の関わりについての疑念や罪責感を覚え動揺する。このように、触法精神障害者の治療と看護においては、スタッフも患者も、対人関係のもつれと心理的葛藤を体験する可能性が極めて高い。とりわけ、患者と身近に関わり接する時間も長い看護師は、他の職種に比べ患者との深刻な葛藤に悩む機会が多いと考えられる。

カナダでは、触法精神障害者の社会的な自立にとって、治療と矯正の統合により回復と贖罪を同時に進行させることが不可欠であるとの認識に基づく処遇システムが開発されている。そのようなシステムが存在しない日本においては、触法精神障害者への処遇が、それぞれの医療機関や医療チーム、あるいは個々の医師・看護師による個別の努力に委ねられている。それゆえに、触法精神障害者の処遇に熱心に取り組むスタッフほど、無力感や閉塞感に陥ることになりがちである。医師や看護師が共有する無力感や閉塞感の背景にある日本的な要因を視野に入れながら、欧米諸国で開発されてきた方法論や治療プログラムの導入に早急に取り組む必要がある。

英米における触法精神障害者の治療プログラムの主要な目標は、攻撃的な行動のコントロールに置かれている。すなわち、攻撃的な行動の背景として、精神疾患、物質乱用、怒りに代表される否定的感情、ストレスを取り上げ、それぞれに対するコントロールの方法論を患者に提示し学習を促す。方法としては、少人数の固定メンバーによるグループワークが実施され、心理臨床家を中心に訓練を十分に積んだスタッフが担当する。このプログラムは理論的に裏付けられた説得力のある方法であり、しかも再犯防止に有効であることを示す実証的データも蓄積されつつあると言われている。日本においても、ほぼその線に沿ったプログラムの開発が必要と考えられるが、若干の補足を加えれば、以下のような内容が望ましいであろう。

#### 1)精神疾患のセルフケア支援

統合失調症等の精神疾患に起因する精神症状に対しては、薬物療法の必要性についての学習と、服薬自己管理への動機づけが強調されている。このような働きかけは、心理教育的なプログラムを応用し、薬物の効用や副作用とそのメカニズムについての学習を組み合わせることでより効果的となるであろう。それに加えて、服薬のみならず療養生活全般にわたる自己管理、すなわちセルフケアの重要性についての学習機会を提供することも必要だろう。セルフケアの支援には、学習の支援に加え、意思決定支援や、行動面での協力も不可欠である。

#### 2)物質乱用の防止

触法行為との関連で深刻なのは薬物乱用であり、カナダではその点に重点を置いたプログラムが組まれているが、アルコール依存症のリハビリテーション・プログラムを念頭におき、セルフヘルプの重要性の理解を促すことも重要である。また、嗜癖全般にまで視野を広げ、対人関係嗜癖についても学習を促すことも必要と考えられる。

#### 3)怒りと感情のコントロールに向けた認知療法的アプローチ

触法行為の再発を防ぐには、怒りの爆発を止めようとするだけでは不十分であり、感情のあり方全般についての自覚と、言語的表現を通じた情緒的な安定化が重要であることがプログラムの前提となっている。このプログラムの理論的・方法論的背景には、うつ病や人格障害の精神療法に成果を挙げてきている認知療法と認知心理学がある。なお、感情のコントロールと社会規範の関連に光を当てた感情社会学の成果も



取り入れて、スタッフ自身の感情コントロールも併せて視野に入れることも重要であろう。

#### 4) ストレス・マネジメント

触法精神障害者が否定的感情を募らせやすく、怒りの暴発と攻撃的行動にまで発展しやすい背景には、ストレスを生じやすい生活状況、ストレスへの無自覚、対処行動への無関心等の要因が存在している。従って、ストレスを軽減させるための活動と、そのための技法についての学習は、感情生活の基盤を安定させる上で不可欠のアプローチと言える。しかも、リラクセーションのテクニックを主体としたストレス・マネジメントの技法についての学習体験は、それ自体が心地よさを体験できるものであるため、触法精神障害者とスタッフの関係づくりにとっても有益である。

日本の現状では、こうしたプログラムの担い手が育っておらず、教育システムも不在であるといわざるを得ない。しかし、触法精神障害者の治療や看護という形ではないにしても、精神科医療のそれぞれの現場で、攻撃的行動を示しやすい患者への治療や処遇をめぐって積み重ねられてきた実践を参考にすることはできる。また、従来広く知られることはなかったが、医療刑務所等の矯正施設内で、精神科医や看護師、臨床心理士たちが試みてきた精神疾患を持つ受刑者や収容者を対象とした処遇から学ぶ点も多いはずである。

触法精神障害者の看護に携わってきた看護師たちの多くは、治療を強制する側とされる側という立場の違いはあっても、患者との間の心の交流は可能であり、また、攻撃的行動のコントロ

ールを促す働きかけも不可能ではないことを経験してきている。触法精神障害者に限らず、怒りや攻撃的な言動によって、身近な人々の行動を支配したり傷つけたりしてきた患者の場合、道徳的な批判を突きつけることは無効なばかりではなく危険を伴うことを指摘する看護師は多い。その反面、患者の逸脱行為に対して、その行為がどのような波及効果を生み、患者自身にどのように跳ね返ってくるかについて伝え、これまでとは異なる手段を提案するという関わりの有効性を多くの看護師は経験している。主に欧米で開発されてきた方法論を日本における臨床家たちの経験と突合せ、実効性のある方法論や教育システムを開発することが急務であろう。

#### (3) 退院と生活圏の拡大に向けた援助をめぐる困難

触法精神障害者に対する治療と看護の目標が、地域における生活自立にあることは、他の精神障害者と変わるところはない。しかし、現実には、以下に掲げるような要因が幾重にも折り重なって、彼らの退院と社会復帰を妨げている。

##### 1) 病状の回復と症状改善の遅れ

触法行為の背景には、根強い被害関係念慮や妄想、欲求不満への耐性の低さや易怒的傾向、怒りが攻撃や暴力行為に結びつきやすい傾向などが挙げられる。このような精神症状や行動傾向の改善を薬物療法のみによってもたすことは不可能であり、彼らの生活歴、対人関係、生活様式を視野に入れた広い意味の精神療法、心理教育、生活療法的なアプローチを駆使した多面的な働きかけが不可欠である。にもかかわ

らず、それらの働きかけにとって大前提となる信頼関係が成立し難い状況や、彼らに元来みられがちな人間不信の傾向が治療的、看護的な援助関係の形成を阻害している。

## 2) 触法行為の再現する危険性

精神障害者が触法行為を犯す危険を増大もしくは減少させる要因について、欧米では、経済的理由、就労の有無、職場環境、入院治療や地域支援の質といった観点から様々な点が明らかにされてきた。しかしながら、それはあくまで包括的な視点から大量現象として見た場合であり、特定の触法精神障害者についての再犯予測は、経験豊富な臨床家にとっても極めて困難であることが指摘されている。日本では、再犯に影響する要因についての包括的な研究も蓄積に乏しく、臨床経験を突合せる作業がようやく緒にいたばかりといえる。こうした現状にあっては、確かな根拠と自信をもって触法行為の再現する危険性について推測することは不可能に近い。こうした事情が、触法精神障害者の退院と社会復帰に向けた医療チームによる支援を消極的にさせ、担当医師による退院の決断を遅らせがちとなっている。

## 3) 患者の退院に対する家族の抵抗や地域社会の反発

多くの触法精神障害者は、事件によって家族関係を壊したり肉親を死に追いやったりしている。あるいは、元来、援助の期待できる親族に恵まなかった人も少なくない。家族による支援や地域社会による受入れがよければ、地域における生活自立が可能と思われる人も少なくないが、

肝心な条件がもっとも満たされにくい条件であるという実態がある。スタッフは、こうした厳しい状況の中で、家族にとって過重とならない支援の内容について家族と詰めたり、新しい土地で生活していくための地域支援ネットワークの形成を試みたりしている。しかし、これらの活動も地域資源それ自体の不足や、対象を触法精神障害者に絞った地域支援システムの不在によって、成果を挙げにくい現状にある。

## 4) 行動制限の緩和をめぐる困難

問題行動の危険性が否定できなかつたり、スタッフの不安が払拭できなかつたりする場合に、触法精神障害者の行動制限を緩和することが困難になる。さらにはマンパワーが不足したり、受入れ病棟が限られたりしているために、厳しい行動制限が解除できない場合もある。こうして、退院の見通しが立つまでに長い年月を費やす事例も少なくない実態が明らかになった。

## 5) 危険な行動の防止や危機状況への対処をめぐる困難

触法精神障害者のための専門施設のない日本の現状で、もっとも問題が大きいのは危険を防止するための施設やシステムの不備であろう。さらには、危険な行動を安全に抑止するための技術と、それを身につけるための訓練も不足している。しかも、触法精神障害者だけを收容する病棟が存在しないため、他の入院患者たちが危害を被ったり、不安や混乱などの悪影響を受けたりすることを看護師は危惧している。

こうした要因のすべてが、スタッフの不安をかき立て、結果的に触法精神障害者の処遇を後

る向きにさせている。しかも、触法精神障害者の処遇に関心を奪われることによって、他の患者に対する看護が手薄になる恐れがある。こうした状況を打破するには、専門施設や専門病棟の設置に加え、触法精神障害者の危険性に関する評価基準や、危険防止と危機対処の方法論を確立する必要がある。それには、欧米における実践と研究を踏まえながら、日本の現実に見合った基準や方法を作り上げていく必要があるだろう。（「触法精神障害者の処遇をめぐるセキュリティ問題について」参照）

#### (4)精神科看護師としてのアイデンティティ維持をめぐる困難

触法精神障害者のための専門施設を持つ欧米では、司法精神看護の経験と理論が蓄積されつつあるにもかかわらず、司法精神看護師のアイデンティティ維持が難しいことが強調されている。司法精神看護の教科書には、触法精神障害者との関わりは、精神科看護師の倫理観ばかりではなく人格すらも破壊しかねないことが指摘されている。日本には専門施設がないため、英米の司法精神看護師ほどに深刻な体験が共有されているとはいえない。それにしても、触法精神障害者とのかかわりを日常的に持つ看護師たちが、アイデンティティの危機を体験していることも事実である。

看護師のアイデンティティ危機の中核には、援助関係づくりの困難さによって生じる不安や無力感がある。触法精神障害者との援助関係づくりの困難さは、患者たちの自己理解の歪みや自己表現の混乱、利己的で攻撃的な態度などからくる対人関係障害に起因する所が大きい。ただ

し、看護師自身の自己理解や自己表現の不十分さと、対人関係障害を持つ人とも通じ合えるだけのコミュニケーション能力の不足も見逃せない。

一般に、精神障害者の援助に携わる専門職は、関わりの中で自分の中に生じた感情を率直に表現すること、すなわち自己一致を通じて、患者からも率直な感情を引き出す能力が求められている。患者理解と援助関係づくりは、患者との本音のやりとりを通じてこそ、可能になるからである。臨床心理学や看護学の領域でこのような問題意識が共有されるようになって久しいが、自己一致の原則に則った教育システムは、どの職種をとってみても確立されているとはいえない。とりわけ看護職は、感情表現の抑制を暗黙の内に要求されてきた歴史的な経緯もあり、患者との本音のやりとりに慣れていない。そのような現状は、精神科看護の質的な向上を阻害しているが、とりわけ触法精神障害者の看護を不十分なものにしてている。

触法精神障害者の看護に携わる中で看護師は、結果を出せない自分が無力であることを実感すると共に、結果を出すことを阻む現実を前に困惑している。看護師の体験する無力感や困惑は、単に看護師個人の問題であるに止まらず、触法精神障害者への処遇をめぐる社会状況の反映ともいえる。従って、こうした感情を患者に率直に伝えることができれば、現実の厳しさについての認識を患者と共有することができる。それに加えて、希望を捨てず共に協力し合っていきたい気持ちを伝えることができれば、援助関係の成立は決して難しいことではない。しかし、そのような感情を明確に自覚する看護師は少なく、それを患者に伝えようと試みる看護師はさらに

少数である。率直な自己表現を心掛ける少数の看護師も、触法精神障害者の対人関係に過敏さや易怒的な傾向を前にすると、慎重にならざるを得ない。

触法精神障害者との援助関係が成立しにくい社会的要因としては、触法精神障害者を処遇する制度とシステムの不在に加え、地域医療の制度とシステムの全般的な不備や地域格差等の問題がある。さらに、その背景には医療関係者と司法関係者の間での相互理解の不足や、触法精神障害者への処遇に関する社会的合意の未成立という問題もある。「患者の人権か社会の安全か」という古くて新しい問題が、未解決のままに看護師の肩にのしかかっていると看做すもよい。

触法精神障害者に関わる看護師が体験するアイデンティティ危機には、これらの様々な要因が凝縮している。ところが、触法精神障害者の看護を担う看護師は、このような状況を明確に把握できているとは言えない。しかも、感情表現を抑制しているためにますます状況把握が困難となり、アイデンティティ維持もより一層難しくなるといふジレンマがある。

触法精神障害者の看護をめぐることは、上記のように様々なジレンマがあり、看護師としてのアイデンティティ維持は決して容易ではない。触法精神障害者に対する看護のあり方について考えるに当たっては、この事実を深刻に受け止めておく必要がある。また、この問題を直視することによってこそ、触法精神障害者のみならず精神障害者の処遇についての全体的な視野を得ることができると考えられる。

3. 触法精神障害者の看護をめぐる困難をどう克服するか

(1) 触法精神障害者の処遇をめぐる問題解決の方向性

触法精神障害者の看護をめぐる困難について検討を加えてきたが、今後はこれらの問題の解決に向けて一つ一つ具体的な対策を考えていく必要がある。ここでは、基本的な問題解決の方向性について確認しておきたい。

あらゆる領域における問題解決過程は、「状況把握」、「将来予測」、「目標設定」、「意思決定」の4段階を骨格として組み立てられている。この4段階に看護実践で重視されるプロセスを組み込むと、「1」状況把握 2) 将来予測 3) 目標設定 4) 計画立案 5) 意思決定 6) 実施 7) 軌道修正」という7段階を区別することができる。この7段階に沿って、触法精神障害者の処遇をめぐる問題解決過程で、看護師が直面している閉塞的な現状と今後の方向性について整理してみたい。

1) 状況把握

現状では、看護師たちは「何が起きているのかよくわからない」という極めて不確実な状況の中で、触法精神障害者と向き合うことを余儀なくされている。そこで、触法精神障害者との関わりにおいて「何が困るのか」を自覚し、表現することを糸口として、看護師や他職種や患者が直面している問題を洗い出す所から始める必要がある。

2) 将来予測

現状では、看護師たちは「先の見通しが見つからない」ままに不安を抱え、何となく悲観的な気分で触法精神障害者とつきあっている。そこで、何が不安なのかを直視し、意識的な介入を試みることなく現状を座視したら、「どのような不都合が生じるのか」について予測してみる必要がある。

### 3)目標設定

状況把握が曖昧なままに、悲観的な将来予測に止まりがちな現状では、目標設定に自主規制が働き、「期待するとしてもせいぜいこの程度」というささやかな目標しか思いつかない。そこで、実現可能性についての吟味はいったん棚上げにして想像力を働かせ、本当のところ、「どうなったらうれしいか」を思い描いてみる必要がある。そうすることによって、本来ならば望んでもしかるべき理想的なあり方について確認できる。

### 4)計画立案

現状では、目標が低すぎるため、かえってアイデアが貧困となり、「打つ手なし」という心境に陥りやすい。囚われのない目標設定が可能になると、厳しい将来予測とのギャップを埋めるための対処策を着想し、前向きに取り組もうとする動機づけが高まる。そこで、状況は厳しいとはいえ一歩でも理想の状態に近づけるように、「少しでも改善できないか」と思いめぐらす必要があり、そうすれば、何らかのアイデアが必ず浮かぶはずである。

### 5)意思決定

現状では、院内処遇についても退院に向けた支援についても、意思決定は医師に集中し看護

師が関与できる範囲は狭められている。医師もまた、処遇をめぐる決断を下すに当たって、社会情勢や地域社会からの圧力に抗しきれない現状がある。さらには、処遇の選択肢が乏しいため、医師も看護師も患者の希望を聞くことをためらいがちである。結果的に看護師は、触法精神障害者の処遇をめぐる意思決定を放棄し、「なりゆき任せ」や「医師任せ」といった状況に陥りやすい。しかしながら、精神障害者の処遇をめぐる意思決定は、あくまで本人の希望に添うべきであり、看護計画は患者と共に立てることが望ましいの認識も広がりつつある。そこで、選択の幅が狭いながらも、患者と共に「できることを一緒に探す」ことができれば、援助関係を深めると共に、患者の自立を支援することができるはずである。

### 6)実施 7)軌道修正

「なりゆき任せ」、「医師任せ」に実施した処遇は、問題解決の手段としては不徹底なものにならざるを得ず、成果も挙がりにくい。その結果、「何をしても同じこと」のように思えて不全感や無力感を覚え、改めて軌道修正を行う意欲も湧いてこない。こうした状況を打開するには、医療チームの一員として、看護職の視点を生かした問題提起や具体的な提案を行う必要がある。看護職による提案が実行された場合、仮に期待通りの結果は得られなくても、患者やスタッフの「限界を見極めて克服を図る」ための軌道修正は十分に可能となる。

### (2)法精神障害者の自立に向けた役割分担

触法精神障害者の処遇をめぐる困難を解決していくには、患者本人を中心に据えた役割分

担の明確化が必要である。

#### 1)患者の役割

患者自身の役割は、回復、更生、自立に向けた取り組みである。従来は、患者自身の取るべき役割については、服薬自己管理や、攻撃的な言動の自重ぐらいしか言及されることはなかった。しかし、触法精神障害者も、あらゆる患者と同様に疾患の理解や受容に根ざす回復の促進に向けた努力や、生活自立に向けた努力を求められるべきである。さらに、触法精神障害者に特有の役割として、自らの犯した触法行為が引き起こした現実を直視し責任をとっていくことを通じて、更生を図るための努力も求めていくべきである。

従来、日本の社会は、犯行時の心神喪失を名目に、触法精神障害者に対して贖罪と更生に向けた取り組みという役割を期待してこなかった。その結果、触法精神障害者には、精神病院への拘禁という刑罰に代わる処遇を課するという慣行が長く温存されてきた。そうした状況にあっても、触法精神障害者の更生に向けた働きかけを試みた医師や看護師がいたことは事実だが、制度に支えられた全社会的な取り組みが欠けているため、そのような働きかけは徒労に帰しがちだった。触法精神障害者に更生という役割を明確に求めるためには、責任能力や訴訟能力、あるいは自己決定や自己責任をめぐる社会的な合意形成と法体系の見直しに向けた議論が必要となるだろう。

#### 2)専門職の役割

そこで専門職のとるべき役割は、患者が自らの役割を遂行できるような支援である。医療、福祉、

法律、行政等、それぞれの専門性に応じた支援が必要であるが、現状では視点のずれや利害の対立が著しい。専門職は、それぞれの立場を生かしながら、連携して触法精神障害者の援助に当たらなくてはならないが、まずは議論の場をできるだけ多く設ける所から始める必要があるだろう。

#### 3)家族や友人の役割

家族や友人に期待される役割は、触法精神障害者を支持することだが、家族と患者との関係は、不在、疎遠、対立等の深刻な状態にある。医療福祉の専門職は、家族に対して患者を支持するように要求するだけでなく、家族に対する支援にも努める必要がある。それによって、家族から患者への支援を引き出すことも可能になる。また、触法精神障害者には友人が少なく、更生や自立のためには断つことが望ましい友人もいる。その反面、更生や自立にとって支えとなる新たな対人関係づくりは重要である。今後の課題として、共通体験をもつ患者によって構成されるサポートグループやセルフヘルプグループの立ち上げに、専門職は関与する必要があると考えられる。

#### 4)地域社会の役割

地域社会の役割は、触法精神障害者の回復、更生、自立に向けた協力である。現状では、触法精神障害者に対する不安と警戒心が、地域社会に強く根を張っている。触法精神障害者に対する処遇の不十分さが、不安や警戒心を増強させている面もあるので、制度やシステムの改善は急務である。それと平行して、地域社会の

誤解や偏見を解消するための情報提供や問題提起も重要である。触法精神障害者への処遇をめぐる議論は、専門施設の是非に集中しがちだが、歴史的な経緯や長期的展望も視野に入れた息の長い議論が必要である。この問題について関心の高まっている今の時期は、医療専門職の立場からの問題提起が特に求められているといえよう。

〔参考文献〕

- 1) Chris Chaloner(川野雅資監訳): 司法精神看護, 真興交易(株)医書出版部, 2003
- 2) 林幸司編著: 司法精神医学研究—精神鑑定と矯正医療, 新興医学出版社, 2001
- 3) 三原晴美: カナダの触法精神看護システムはこうなっていた, 精神看護16-1, 48-55, 2003
- 4) 宮本真巳: 感性を磨く技法3—セルフケアを援助する, 日本看護協会出版会, 1996
- 5) 宮本真巳: 援助技法としてのプロセスレコード—自己一致からエンパワメントへ, 精神看護出版, 2003
- 6) 内村英幸, 吉住昭編: 精神保護室の看護とチーム医療, 金剛出版, 2002
- 7) 横藤田誠: 法廷のなかの精神疾患 アメリカの経験, 日本評論社, 2002

## 「重大な犯罪を行った精神障害者の看護等に関する調査」報告

吉浜文洋（静岡県立大学短期大学部看護学科）

### 調査の概要

「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案」（「心神喪失者等医療観察法案」）は6月7日、衆議院法務委員会で実質審議に入った。奇しくも翌日の6月8日は、池田小学校児童殺傷事件の一周忌であった。厚生労働省、法務省の合同検討会で論議の始まっていた触法精神障害者対策は、この事件に浮き足立つように、あわただしく自民党、与党のプロジェクト報告から法案へと具体化してきた。

今後の政策提言の基礎的なデータ収集の一環として、「触法精神障害者」問題についての会員の意向を把握するためアンケート調査を行った。

調査では、「重大な犯罪を行った精神障害者」を、「殺人、強盗、傷害、傷害致死、強姦、強制わいせつ、放火」を行い（あるいは疑い）入院となった者とした。

調査対象は、日本精神科看護技術協会会員の所属する入院病棟を持つ施設1,502か所。アンケートは、会員施設の看護部長・総婦長あてに調査用紙を郵送し、回答をお願いした。回答のあった施設は821施設で回収率54.7%。アンケートでは病院概要および、「触法」精神障害者の入院病棟でケアや社会復帰についての問題点、要望などを記載してもらった。

60%をきった今回の回収率はこれまでの日精看の調査のなかでは、高いとはいえない。マスコミでとりあげられた割には、精神科看護関係者の関心を呼んでいないということなのだろうか。

### 調査結果概要と分析

1) 「触法」精神障害者の受け入れ体制の状況（表1、図1）

回答のあった821施設の中で「触法」精神障害者を受け入れているのは、515施設あり、62.7%を占めた。大学病院や一般病院の精神病棟を含む159国公立病院のうち60.4%の96病院が受け入れている。医療法人・個人病院では65.0%（351/540）、日赤、済生会、国保連など、その他法人では、58.1%（61/105）が「触法」精神障害者を受け入れている。

これを病院類型別で見ると、単科精神病院（618）の68.9%、一般病院（175）の45.7%が「触法」精神障害者を受け入れていた。

精神病床のある一般病院の約46%が「触法」精神障害者を受け入れているのは、以外に高い割合という印象をもつ。

2) 受け入れない理由

302病院（36.8%）が受け入れていないと回答しているが、その理由としてあげられているのは、「開放病棟しかない」「措置入院指定病院でな



表1 「触法」精神障害者の受け入れ態勢の状況

	施設数	受け入れている	受け入っていない	無回答
総数	821*	515(62.7%)	302(36.8%)	4(0.5%)
設置主体別**				
国公立	159	96(60.4%)	63(39.6%)	0(0.0%)
医療法人・個人	540	351(65.0%)	187(34.6%)	2(0.4%)
その他の法人	105	61(58.1%)	44(41.9%)	0(0.0%)
総病床規模別**				
100床未満	21	4(19.0%)	17(81.0%)	0(0.0%)
100～200床未満	206	101(49.0%)	105(51.0%)	0(0.0%)
200～300床未満	236	160(67.8%)	76(32.2%)	0(0.0%)
300床以上	348	243(69.8%)	103(29.6%)	2(0.6%)
精神科病床規模別**				
100床未満	165	54(32.7%)	111(67.3%)	0(0.0%)
100～200床未満	249	138(55.4%)	111(44.6%)	0(0.0%)
200～300床未満	214	157(73.4%)	56(26.2%)	1(0.5%)
300床以上	187	162(86.6%)	24(12.8%)	1(0.5%)
病院種別**				
単科病院	618	426(68.9%)	190(30.7%)	2(0.3%)
一般病院	175	80(45.7%)	95(54.3%)	0(0.0%)
その他	19	4(21.1%)	15(78.9%)	0(0.0%)

\* 不明・無回答を含む

\*\* 不明・無回答を除く

■ 受け入れている □ 受け入っていない ▨ 無回答

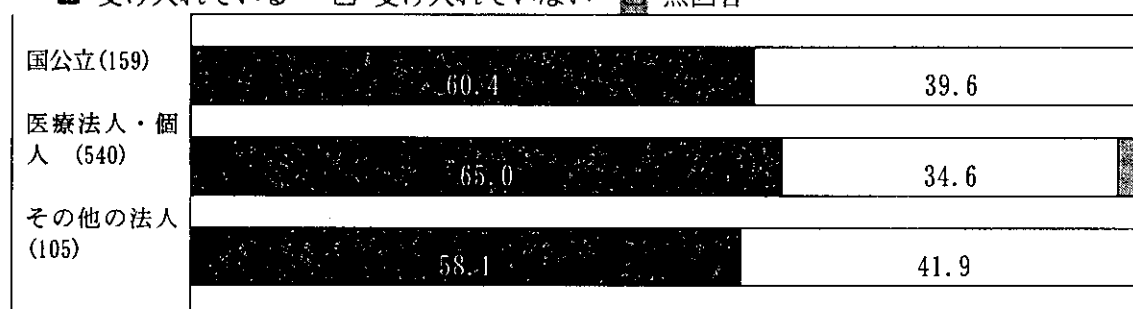


図1 「触法」精神障害者の受け入れ体制の状況（設置主体別）

い」「痴呆病棟である」など、施設要件が多かった。マンパワーの問題が受け入れない理由となっていることもある。「全般的に看護スタッフが不足している」、特に「男子スタッフが不足」「精神保健指定医がいない」などである。

### 3) 「触法」精神障害者の入院受け入れ

表1のとおり、回答のあった821施設中の515病

院(62.7%)が「触法」精神障害者を「受け入れている」と回答しているが、調査時点で実際に「触法」精神障害者が「入院している病棟がある」と答えたのは、307病院(37.4%)であった(表2)。これは、受け入れていると回答した515病院の59.6%にあたる。

病院種別でいうと、単科精神病院(618)の42.2%、一般病院(175)の21.7%に「触法」精神障

表2 「触法」精神障害者が入院している病棟の有無

	施設数	ある	ない	無回答
総数	821*	307(37.4%)	514(62.6%)	0(0.0%)
設置主体別**				
国公立	159	68(42.8%)	91(57.2%)	0(0.0%)
医療法人・個人	540	195(36.1%)	345(63.9%)	0(0.0%)
その他の法人	105	39(37.1%)	66(62.9%)	0(0.0%)
総病床規模別**				
100床未満	21	2(9.5%)	19(90.5%)	0(0.0%)
100～200床未満	206	43(20.9%)	163(79.1%)	0(0.0%)
200～300床未満	236	93(39.4%)	143(60.6%)	0(0.0%)
300床以上	348	164(47.1%)	184(52.9%)	0(0.0%)
精神科病床規模別**				
100床未満	165	18(10.9%)	147(89.1%)	0(0.0%)
100～200床未満	249	68(27.3%)	181(72.7%)	0(0.0%)
200～300床未満	214	94(43.9%)	120(56.1%)	0(0.0%)
300床以上	187	122(65.2%)	65(34.8%)	0(0.0%)
病院種別**				
単科病院	618	261(42.2%)	357(57.8%)	0(0.0%)
一般病院	175	38(21.7%)	137(78.3%)	0(0.0%)
その他	19	3(15.8%)	16(84.2%)	0(0.0%)

\* 不明・無回答を含む

\*\* 不明・無回答を除く

■ 受け入れている □ 受け入っていない ■ 無回答

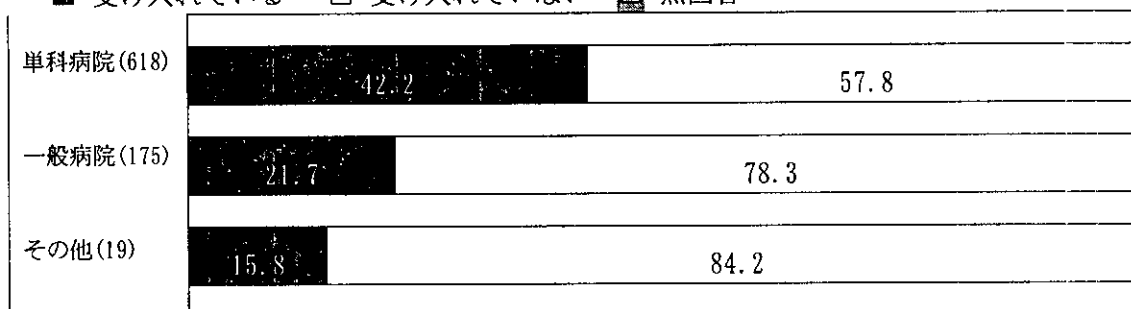


図2 「触法」精神障害者が入院している病棟の有無（病院種別）

害者が入院している。(図2)

受け入れていると答えた病院の約60%にしか実際には「触法」精神障害者が入院していないのはどうしてなのか。措置入院の指定病床を持っていて受け入れることにはなっているが、できれば引き受けたくないということで、実際には入院となっていないのか。

4)「触法」精神障害者入院病棟における施設基準の状況

「触法」精神障害者が入院している病棟の診療報酬上の施設基準で最も多かったのは、精神病棟入院基本料3, 4で、回答のあった502施設中、245施設(48.8%)を占めた。次いで、精神病

■ 施設基準以上を配置 □ 夜勤者を多く配置 ■ 配慮なし □ 無回答

設置主体	施設基準以上を配置 (%)	夜勤者を多く配置 (%)	配慮なし (%)	無回答 (%)
国公立 (130)	20.8	9.2	58.2	6.9
医療法人・個人 (301)	31.9	3.0	57.5	3.7
その他 (62)	29.0	3.2	66.1	

図3 「触法」精神障害者入院病棟の看護職配置状況（設置主体別）

棟入院基本料5, 6, 7の17.1%であり、精神療養病棟1, 2は11.8%であった。

厚い看護配置では、精神病棟入院基本料1, 2が14施設(2.8%)、精神科急性期治療病棟1, 2が36施設(7.2%)であった。

このことから、現在の診療報酬下での施設基準のなかでも、看護職員配置の比較的多い病棟で処遇されている「触法」精神障害者は10%であることがわかる。圧倒的多数の者は患者看護職比率が3:1以下の病棟に入院しているのである。

#### 5) 看護職・スタッフ配置(図3, 表3)

「触法」精神障害者の入院している病棟の28.5%が施設基準以上の病棟勤務者を配置しており、4.8%の施設では夜勤者を多く配置していた。

これは、上位の看護体系への移行は無理だが「触法」精神省が入院している病棟へは少しでも高い看護職配置を行うという姿勢の病院が約3割に達するというを示している。

「触法」精神障害者入院病棟における看護スタッフの配置状況を見ると、看護師(女)31.7%, 准看護師(女)22.9%, 看護師(男)16.3%, 准看護

師(男)10.3%の割合で配置されている。男女で見ると、女性正准看護師は54.6%, 男性正准看護師は、26.6%である。看護補助者は、17.7%を占める。

アンケートでは、看護補助者の性別を聞いていないが、補助者のほとんどが男性と仮定すれば、勤務者の男女比はやや女性が多い構成といえるだろう。

#### 日常的ケアと退院への援助における困難点

今回のアンケートでは、入院中の「触法」精神障害者の病棟での日常的なケアと退院への援助について困っていることを自由回答で答えてもらっている。回答を患者自身の病状や問題行動、家族の問題、病院や行政の対応の3つのカテゴリーに分け、その内容を報告する。

##### 1) 患者自身の問題

患者自身の問題として挙げられているのは「他の患者への脅し、暴力があり、入院者に与える影響が大きい。看護スタッフへの脅迫的言動もあり、怖さが先に立つこともある」に代表される他の患者や看護スタッフへの威嚇、暴力についてのことが目立った。

表3 「触法」精神障害者入院病棟における看護スタッフの配置状況

	看護師(女)		看護師(男)		准看護師(女)		准看護師(男)		看護助手		その他	
	総数	平均	総数	平均	総数	平均	総数	平均	総数	平均	総数	平均
合計	3633	7.3	1862	3.8	2627	5.3	1181	2.4	2027	4.1	126	0.3
割合	31.7%		16.3%		22.9%		10.3%		17.7%		1.1%	

## 2) 家族の問題

家族の問題は、「家族の協力が得にくい」と、地域も含めた受け入れの悪さを指摘する回答が多かった。

## 3) 病院や行政の問題

病院や行政の問題としては、「病状が改善しても、マンパワー不足から生活範囲の拡大が困難で、院内処遇となってしまう、看護者は無力感をもつことがある」「症状が改善しない、適当な病棟がないなどのために長期の隔離になりがち」「行政は入院にはかかわるが、退院に向けた取り組みにはかかわらない」「退院の方向性が確認されても再犯がないかといえ、自信がもてないため退院に踏みきれない」「措置解除されるまでに時間を要し、解除される頃には本人の意欲減退が見られることが多い。受け入れ側のイメージが悪く、退院へ向けたアクションが起こしにくい」など消極的なケアや処遇になりがちな現状を指摘する声が多かった。

退院の困難さが被害関係妄想へと発展し、その症状ゆえに退院できないという悪循環を思わせる次のような事例の報告もあった。「薬物治療により気分変調はあまり見られなくなった。以前より焦燥時のコントロールができるようになってき

ている。しかし、退院できないことで被害感が持続している。少しずつ現実を知らせるようにしているが、現実逃避からの妄想はなくなる。退院できないことが妄想を活発化させている」。

「暴力、粗暴行為に対する職員の安全、衝動的な行動や離院への対処などへの体制が不十分」であることも看護職には不満で、「症状に対する看護は行えても、触法行為へはどう看護していけばよいかわからず、とまどっている」との答えもあった。

地域住民との関係はときに深刻となることが、次のような回答から伺える。「地域住民から『退院させるな』と匿名の電話が相次いだ。また、直接いわれたりした。このことが退院に関するスタッフの判断や士気に影響し消極的になった」「地域住民から退院拒否と思われる請願書を出された。民間病院が触法患者を受け入れないため自宅近くの病院に帰すことができない」「地域の反対を受けることがあり、ときには保健所と協力して地域への理解を求めていかなければならないケースや、住所の変更など病院から出るにあたって問題が多い」。

## 4) 病棟における困難の解決策

病棟は、このような困難を抱えているのだが、