

者は他の病院か、地域のグループホーム community group home か、ハーフウェイハウス halfway houseか、農場付属家屋 farm annex)に行く。刑期期間中であれば、刑務所に戻る。触法精神病院にいても刑務所にいても刑期は継続している。病状が良くなって刑務所に戻ると、「向精神薬を飲むよりはコケインを飲む方が良い」という囚人もおり、刑務所とRPCを行ったり来たりする場合があると言う。精神症状の自覚のない人もおり、被害妄想等で関係が保てなくなり、まわりの囚人がその触法精神障害者を追い出してしまうこともある。

刑務所・触法精神病院・地域にはそれぞれのケア・マネジャーがおり、一人の人が継続して援助していくのではなく、報告書(referral)がいく。

11) SECURITY AWARENESS

RPCのセキュリティシステムとして、(1)刑務官と看護師のチームを管理する矯正監督者 Correctional supervisor、(2)情報管理部 Main Communications Control Post (MCCP)、(3)司法・行政・議員関係以外の面会・通信を監視する部署 Visits and Correspondence Unit (V&C)、(4)RPCを出入りするすべてのスタッフ・学生・契約者・犯罪者の身分証明書を確認する部署 Admissions and Discharge Unit (A&D)、(5)鍵や道具・警備のための武器や設備の管理、新入社員の警備の指導等、警備を維持する係官 Security Maintenance Officer (SMO)、(6)警備のために訪問者の集団活動を調べる係官 Institutional Preventive Security Officer (IPSO)、(7)個人用防御警報装置 Personal Protection Alarm (PPA) がある。

物理的なセキュリティには、鍵・コンクリートの壁・パトロール車・バリケード・拘束の設備等がある。人的なセキュリティには、患者を一人の人間としてとらえ、一緒に行動し、相互関係が生じることによって築かれる治療的關係が重視される。

セキュリティスタッフとして、各病棟には1名の刑務官 Correctional Officerを配置している。総数20名の刑務官がおり、緊急時には直ちに現場に急行して対処する。自傷行為があると、他の患者を30分間は部屋に閉じ込めて、お互いに影響し合うのを防ぐ。

ディルームに行く時は他のスタッフに伝え、Unit officesから見える位置にいる。スタッフは患者同士の口論や喧嘩があっても直ちに介入せず、適切な人数になるまで待ち、刑務官の協力を得る。患者の部屋には2人以上のスタッフで行く。扉を開ける時は必ず患者の位置を確認する。スタッフが患者の部屋に行ってから15分以上経つと中央システムに連絡がいく。インタビュールームに行く時も他のスタッフに報告し、入り口の近くに座る。病棟では、常にPersonal Protection Alarm(PPA)を身につける。PPAを持って病棟を出る時も、行く場所と時間をスタッフと情報管理部MCCP (Main Communications Control Post) に伝え、帰棟した時も報告する。定期的に患者の人数を確認する。はさみやカミソリ等の危険物の貸し出しは患者にサインさせ、勤務交替時には確認する。患者が病棟外に出る時には身分証明書を必ず持つ。患者の個人的財産は Admissions and Discharge Unit (A&D) でカードに記入され、それに載っていない物は密売品と見なされる。施設や個人のすべての衣類にはきちんと名前を書く。スタッフは患者からの贈り物

を絶対に受け取らない。患者に関する書類は監督者の許可を得てから見なければならない。患者の十分な観察と報告の大切さが強調される。火災時の非難の手順を学ぶ。患者の個人情報 を漏らさない。患者は握手以外、スタッフに触れてはいけない。患者が「他のスタッフより貴方が一番良い人だ」と巧みに操ってくることを十分に心得て、その時は他のスタッフやチームで十分に話し合うことが大切である。

患者とのかかわりの心構えとして、①自分らしく ②専門職として一貫した態度で ③決めたことを守り ④無理な約束はせず ⑤チームでの良いコミュニケーションを図り ⑥ユーモアのセンスをもち ⑦自分の実力の向上を焦らないこと ⑧患者に嘘をつかず ⑨議論せず ⑩個人的な行動をしないということが教育される。

2. CALGARY REMAND CENTRE

1)概説

CALGARY REMAND CENTRE は公訴されて、裁判を待っている人を収容する最高の保安設備 maximum security facility をもったアルバータ州の拘置所 jail である。罪は軽犯罪から第1級殺人にまで及ぶ。当センターは1993年に開かれ、1日に400人、年間1万8千人～2万人の被告人が収監される。ここに3日～7日居て、判決に従って刑務所に行く。2年以下の刑であれば州立の刑務所に行き、2年以上の刑であればエドモントン Edmonton 等の国立刑務所に行く。

当センターには11のユニットunitがあり、9つのGeneral unitと1つのメンタルヘルスユニット Mental health unit (男性触法精神ユニット)、1

つのMedical care unitに分かれる。男性触法ユニットには看護師が日勤帯3人・準夜帯2人・深夜帯1人いて、その他は拘置所のスタッフである。触法精神ユニットは飽くまでも病棟ではなく、拘置所のメンタルヘルスユニットであるから、被告人が治療を拒否した場合、例え自殺企図や他殺企図であっても、強制的に化学的拘束をすることは禁じられている。そのために最後の手段として拘束椅子を利用し、被告人やスタッフの安全を確保している。アルバータ州の刑務官は拳銃を持たず、無線とコショウの入ったスプレー (pepper spray)を持つ。

2) 拘束椅子による身体拘束

刑務官はガスマスクをして、被告人に pepper spray をかけ、刑務官を集める。2人の刑務官で透明の盾を持ち、被告人を壁に押さえて、被告人の背部で手錠をかけ、拘束椅子に座らせる。自動車のシートベルトのような安全ベルトで被告人の体幹部を固定し、両下肢にも錠をして安全ベルトで固定する。さらに、ラグビーで使うようなヘルメットを着用させる場合もある。ほとんどの被告人は20分位で落ち着くが、11時間拘束していた例もあると言う。30分ごとに看護師が身体的な検査をする。

過去にベッドで嘔吐して窒息した事故があるので、今はベッドでの身体拘束はしていない。精神障害者には pepper spray は利かない場合があるので、冷水をかけた方が良いと言う。

3) 施設見学

(1)閉鎖ユニット(2つのユニットがある)

現在55人の被告人がいる。2人部屋で2段ベッド

になっている。作業はない。お金は家族が持ってくる。マッチやライターはチェックリストにサインをして貸し出し、中庭で喫煙する。1日の煙草の本数は決まっていない。人権の観点から電話ができる。電話機は3台しかなく電話の順番でよく喧嘩が起こる。電話代は無料である。

(2) 開放ユニット(2つのユニットがある)

軽犯罪(空き巣・ちょっとした暴力・小切手詐欺等の頭脳犯)を犯した、暴力性の低い被告人が入っている。

現在49人の被告人がいる。刑務官は1人で、弁護士やケースワーカー等が来る。施錠はコンピューターで管理している。また、コンピューターで被告人を監視している。コールライト (call light 呼び出しボタン) が各部屋にあり、スタッフを呼ぶことができる。

(3) ビデオコート Video court

遠距離通信 telecommunication を1996年から行っている。軽犯罪の被告人が市街地 downtownにある裁判所とテレビモニターを通して裁判を行う。被告人はユニットから上がってくれば裁判所に行かなくても裁判が受けられる。軽犯罪の被告人が裁判所で公判できない理由の1つは被告人の輸送に経費がかかるためである。

(4) チャペルchapel

施設内にチャペルchapel(簡易礼拝室)がある。家族が亡くなれば牧師を呼ぶ。宗派に分かれている。

(5) 体育館gymnasiumがあり、被告人はバレーボールをしていた。

(6) 原住民 native brotherhood の宗教的な部屋がある。

(7) 散髪をする部屋があり、散髪代は7ドルであ

った。

(8) ユニット5 (maximum unit)

殺人等の凶悪犯罪の被告人が拘置される。裁判になるまでに1年位かかると言う。上下に14室ずつの個室があり、定数は28人である。このユニットには精神障害のある被告人は入れないが、まれに入れることもある。性格異常の人は多い。被告人の87%は薬物・アルコール中毒の経験者があり、36%は自殺未遂経験者であると言う。メンタルヘルスユニットでは精神科治療が行われることもあるが、このユニットでは治療は行わない。個室から出すことのできない被告人もおり、手錠をかけて広場に連れて行くと言う。

(9) Unit9 (segregation unit)

定数は10人。連続殺人や暴動の扇動・ハイプロファイルの被告人・周囲の被告人から嫌われ、どこのユニットでもうまくやれない人等を収容している。

(10) PC unit (protective custody unit)

定数は22人。小児を性的虐待したために他の被告人に殺される恐れのある人、身体的に弱い人や知的障害があり保護を必要とする人等を収容する。電話ができなくなるので電話器を壊すことはないと言う。食事は全員自分の部屋で食べるようになっていて、ダイニングルームはない。2人部屋である。

(11) クーラー (Cooler)

被告人に暴力等の問題行動が見られた場合、拘置所内のスタッフが審判を行い、8室あるクーラーに2~14日間入れられる。クーラーにいる間は、1日1時間のシャワーの時間以外は懲罰室で過ごさなければならない。シャワーに行く際はドアの小窓から両手を出させ手錠をして外に出

す。

(12) 女性ユニット

定数は36人。現在30人の被告人がいる。当センター唯一の女性ユニットで、軽犯罪から凶悪犯罪に至る女性被告人がいる。大半の女性が売春や薬物乱用等の刑であるため、短期の入所が多い。男性ユニットと違い、軽症の精神障害者もこのユニットにいる。重症の精神障害者は精神科病棟の保護室で治療される。一度に被告人全員を部屋から出すのではなく、10人位ずつ出すと言う。

(13) 男性触法精神ユニット (Acute therapeutic unit)

年間に、約2500人の被告人が触法精神ユニットを使用する。定数は32人。現在29名の被告人がいる。精神科医は1週間に1回来所する。週に3回心理学者がユニットにいて、看護師も情報を提供する。看護師がDSM-IV分類に基づいて被告人の診断名をつける。統合失調症や躁うつ病の被告人が多いが、うつ病や知的障害の被告人もおり、生活技能レベルの低い人もいる。精神科医に自分の性を公開していない性同一性障害の人もいると言う。

このユニットでは、Life skill program と self management program の2つのプログラムが提供される。

① Life skill program

根本的な生活技能を学ぶ。特に料理が大切で、お金を余りもらえないので、どう栄養を摂取するかが重要となる。1名の作業療法士が4名の被告人を指導する。

② Self management program

自分を見つめて、どういうストレスで興奮する

のかを考える。薬物をやめるために勉強し合う。そして、対人関係のあり方を話し合う。1名の作業療法士が6～8名の被告人を指導する。

個室の観察室は8床ある。年間に、約1200人の被告人が個室の観察室を使用する。女性でどうしても触法精神ユニットが必要な場合はこのユニットの個室を借りて収容する。焼けたい、ちぎれない服を着る。個室には、監視カメラがついており、毛布とトイレトペーパーだけを入れる。歯ブラシは入れられない。

当センターでは、このユニットにだけ4人部屋がある。2人部屋では同室者に被告人の様子を教えてもらうこともある。食事は被告人全員で食べたいが、政府の許可が下りないらしい。精神障害のある被告人は触法精神ユニットに行きたがる。このユニットは32床しかなく、ゆっくりできるし、職員の注目があるからと言う。General unitでは弱い人は強い人から物を盗られることも起こる。

(14) ヘルスケアユニット Health care unit

定数は26名。内科的・外科的な疾患がある被告人や銃創のある被告人・警察犬に咬まれた被告人等が処置される。重症の患者は刑務官が付き添って、他の病院に移送する。内科医は週に3回来所する。検査は看護師がすべて行う。1カ月に1回歯科医が来所する。被告人は歯に気を遣わず、薬物を使ってしまう。

(15) Booking office (Bay)

訪問時には8人程のスタッフがこの部署で働いていた。当センターに入所するすべての被告人はまず Booking office (Bay) で看護師に診断され、それぞれのユニットに配置される。また、精神障害や内科的・外科的な問題のある被告人もピックアップされ、被告人の診療記録

medical record が作られる。カミソリや薬物・アルコール等の危険物をチェックするため、被告人は自分の洋服を脱がされて、シャワーを浴び、髪や膺内の物もチェックされ、施設で用意されたブルーの服を着せられる。また、指紋や写真等のID(身元確認)が作られる。拘置歴のある被告人は前回のチャートも保管しており、新しいチャートを付け加える。裁判所への出廷時や帰ってくる時も Booking office を通る。被告人は所内ではお金や私物を持たず、お金はアカウント(口座)に入れられ、必要に応じて渡される。退所の時には自分の預けた備品や貴重品等を手渡され、解放される。

(16)中央管理室

コンピューターで施設内がすべて監視できるようになっている。1万個の電灯もコンピューター管理している。暴動があった時は、強制的に電気をつけて観察し、中央管理室でシャットアウトできる。

コード44(スタッフの危険・救助)、コード66(喧嘩)、コード77(脱走)、コード88(火事)、コード99(心肺停止のための救急蘇生)の5つの指令がある。

3. Forensic Psychiatric Unit (38 Unit) at the Peter Lougheed Centre (PLC)

概説

カルガリーの北東部にある Peter Lougheed Centre (Hospital) の中に38病棟という触法精神病棟がある。最も安全な最新設備の20床の病棟である。最初は1976年に CALGARY REMAND CENTREで8床開設された。そして、1978年に総合病院の中に移され、1997年に PLC

に移動した。病院の中にあるが、カナダの刑務所システムによる精神医療サービスである。

PLCでは、カナダ刑法の下で司法制度に関係のある人々を包括的に精神医学の方法で鑑定(査定)する。鑑定のタイプは、公判前の鑑定・判決前の鑑定・仮釈放の鑑定・一時的な釈放のための鑑定がある。罪は騒動を起こすような軽犯罪からハイプロファイル殺人high profile homicideやレイプ事件に及ぶ。1980年にアメリカ病院地域精神医学協会 the American Psychiatric Association of Hospital and Community Psychiatry によって、この触法精神病棟は注目に値する賞を授与された。総合病院 general hospitalを拠点として触法精神医療を提供しているやり方が認められたのである。

日勤帯dayは看護師5名・セキュリティスタッフ1名・事務員1名で、準夜帯eveningは看護師4名・セキュリティスタッフ1名・事務員1名、深夜帯nightは看護師2名・セキュリティスタッフ1名で勤務をしている。看護師は常勤9名、パート10名で、そのうち、男性看護師は3名だけである。セキュリティスタッフは8名でローテーションを組んでおり、8名中4名が女性である。

2)精神鑑定の目的

触法精神障害者の精神鑑定の目的は個人がもっとも適切な方法で扱われるように、裁判所に犯罪者と犯罪の理解を提供することである。犯罪者の精神状態に関する調査結果は適性、犯罪責任、保釈の可能性、危険性といった様々な法的な問題に適用される。患者が病棟にいる間に適切で特殊な治療が勧められ、始められることが多い。

3) 4種類の精神鑑定

①Pre-trial Assessment: 公判前の精神鑑定

通常、入院は30日間に限定される。裁判を受ける上で患者が適性であるかを査定する。即ち、患者が公訴の意味と有罪となった場合の結果がわかり、裁判の進行と裁判官の指示に従えることが適性の基準である。鑑定は警官、Remand Centreのスタッフ、弁護士、裁判官、女王命令の検察官 Crown Prosecutor、精神科医等から依頼される。

②Pre-sentence Assessment: 判決前の精神鑑定

有罪と決まっているが、精神疾患のためにどこまで責任を負えるのかを裁判官が判断するための鑑定である。公判前の精神鑑定 Pre-trial Assessment よりも詳細な査定が求められる。

③Parole Assessment: 仮釈放の精神鑑定。

仮釈放を認める前に仮釈放審理委員会 parole board によって精神鑑定が依頼される。通常長い間刑に服している人々に対して行われる。2人の精神科医と1人の心理学者が別々に鑑定を行う。38病棟は難しいケースに対するセカンドオピニオンとしての役割も担う。鑑定では、リスクアセスメントと患者の後悔度が重要となる。

④Temporary Absence: 一時的な釈放の精神鑑定

刑に服しているか、判決を待っている人の病状が悪くなり、触法精神病棟に移すための鑑定する。

4) 施設見学

病棟の扉は2重扉になっていて、1つの扉が開いていると、もう1つは開かない。監視カメラがつ

いている。スタッフ専用のドアがある。カルガリー警察が時にパトロールする。警官は拳銃とペーパープレーを置いて入棟する。弁護士の鞆も入れられない。スタッフのID(身元確認)は首から提げるが、引っ張ると紐は外れるようになっている。セキュリティスタッフを呼ぶボタンがある。

患者には病棟ルールの冊子とスケジュールボードがある。主治医や受け持ち看護師・その日の勤務者名を書いたボードもある。患者はナースステーションに入ってはいけない。ナースステーションは一段高くなっていて、フロア全体が見渡せる構造になっている。監視カメラでもすべてを見渡せるようになっている。個室4室と2人部屋が8室ある。隔離室は1室で監視カメラが2つ設置してある。自殺企図のある患者は個室を使用する。暴力行為があった時は身体拘束よりも、与薬と隔離を行う。医師はパソコンで指示をする。痛み止めの薬は金庫に入っている。CALGARY REMAND CENTREからの患者が入院用エレベーターを使って送られてくると、2人のスタッフで対応し、患者の権利等の説明をする。着替えて、シャワーを浴びることで、患者の私物の持込みを防ぐ。衣類はストレートシャツとパンツだけを持つことができる。アクセサリは結婚指輪だけが許可される。聖書は病院用のものを使う。面会はセキュリティスタッフが必ず付いて、防弾プラスチック板の窓越しに電話機で行う。申請をしておけば、週に2回面会ができる。洗濯機・乾燥機を使用する時は看護師が付き添う。カンファレンスルームで申し送りをする。チャータイングルームがあり、すべてのスタッフが1つの記録用紙に記載する。記録は4時間ごとに書き、1日の要約も記載する。1週間に1回はケースカンファレンス

を行う。患者とのかかわりでは、自分のことは話さないで、相手の話を聴くという訓練を受ける。6カ月指導を受けて、患者への対処の仕方や倫理性の問題が解決しなければ解雇となる。

5) スタッフ

①精神科医 PSYCHIATRISTS :

病棟にいる間1人の精神科医が患者を担当する。入院中は随時アナムネ(History)をとり、健康診断がなされる。必要ならば他科(神経科・皮膚科・心臓科等)に診察の相談も行う。必要な様々なテストや処置(Procedure)の指示も出す。退院直前に医師はチームメンバーから集められたすべて情報を編集し、入院中の評価をまとめて、法廷に手紙を書く。

②看護師 NURSES :

プライマリーナーシングをしており、プライマリーナースとアソシエートナースに患者を割り当てる。その他の時間はすべての看護師でかわる。スタッフは患者のグループ活動・面会・仲間との対人関係・食欲・清潔・睡眠パターン等すべてのことを観察し、重要な情報を記録していく。

③セキュリティスタッフ SECURITY STAFF:

病棟の各勤務帯に1人のセキュリティスタッフがいる。1階に総合警備室があり、ブザーを押すと駆けつけてくれる。毎日部屋の調査をして、危ない物や盗んだ物がないかを見る。また、患者を観察して、重要な行動や意見を担当の看護師に報告する。

④社会福祉士 SOCIAL WORKERS :

患者の許可の下に、社会的な経歴を家族や友人・雇用主等と接触して得る。患者が拒んだ場合でも、精神科医が重要であると判断すれば、

経歴をとることができる。

⑤心理学者 PSYCHOLOGIST:

医師の指示で心理テストをする。テストの結果を要約し、患者の評価も行う。

⑥精神測定者 PSYCHOMETRIST :

心理学者から指示されたテストを実際に行う。心理技術者。心理学者のアシスタント。

⑦レクリエーション療法士 RECREATION THERAPIST:

月曜日～木曜日、病棟でワークショップを運営する。

⑧牧師 CHAPLAIN :

患者の要求に応じる。1週間に1回病棟サービス業務で特定宗派に属さない礼拝を行う。

⑨病棟事務員 UNIT CLERKS :

医師の指示を処理し、伝言を受け、全体の運営管理に気を配る。

⑩ハウスキーピング HOUSEKEEPING :

病棟の清潔に気をつける。ベッドメイキングや患者の身の備品にはタッチしない。

⑪サービス・エイド SERVICE AID :

患者の飲み物や備品を用意する。

6) 触法精神科看護の特殊化された構成要素

- | | |
|----------------------------|-----------|
| (1) Security | 安全 |
| (2) Confidentiality | 機密性 |
| (3) Communication | コミュニケーション |
| (4) Professional Ethics | 専門職倫理 |
| (5) Rights of the Patients | 患者の人権 |
| (6) Legal Terminology | 法律用語 |

7) Confidentiality 機密性について

逮捕状があり、当病棟で治療することが書面に

書かれていないと患者を入院させない。Remand Centre から患者の経歴が送られてくる。

入院時と病棟に滞在している間、「あなたは犯罪を行った方なので、病棟での言動を記録に残して、裁判所の要求で情報を渡します。」と時折警告しておく。

患者に関する情報はすべてのチームメンバーで共有される。スタッフは何の秘密も保持することを許されない。しかしながら、患者の情報は病棟外の人には秘密である。コンピューターに患者の背景を載せるが、他の部門からは利用できない。それ故、患者から家族や友人に連絡をとってもらい、居場所を知らせてもらう。電話があっても、スタッフは「入院していない」と話す。弁護士は患者が病棟にいる間チャートには手は出せない。チャートは裁判所の許可があれば見ることができる。それは患者が退院してからも同じである。

Ⅲ. おわりに

カナダの司法精神医療に関する3つの施設を見学して、得てきたことを報告した。

Regional Psychiatric Centre のように物理的なセキュリティが完備され、安全(警備)と治療に関するスタッフの教育が充実していれば、広い敷地内の様々な設備と治療プログラムを活用して、質の高い精神医療を提供できるのではないかと感じた。

カナダの司法精神病院で行われている治療プログラムは私たちにとって未知なものではなく、治療目的を明確にした認知行動療法に基づいたプログラムであった。これからの精神医療では治療スタッフとセキュリティスタッフの役割を明確化し、それぞれの専門性を尊重しながら、協力してチーム医療を行っていくことが求められるようになるのではないかと思う。

触法精神障害者の医療は特別なものではなく、根拠に基づいた医療(EBM)の実践であり、精神医療全体の発展につながるものであると言えるだろう。

イギリスにおける司法精神医療について

下里誠二（東京都立松沢病院：看護師）

研修報告報告

I. 研修の概要

1. 研修目的

厚生労働省による本研修の目的は、「当該研修は、国立及び都道府県立医療機関の精神科において、指導的な立場として嘱望される医療従事者を、先進的な精神医療を実践している欧米の医療機関等に派遣し、司法精神医療を含めた最先端の精神科医療等を修得させ、我が国における精神科医療の向上に資することを目的とする。」である。

2. 研修期間

平成14年10月3日～平成15年3月31日）。

3. 研修場所

研修は以下のとおりである。原則的に水・金曜日は司法精神医学に関するAcademic Programmeがあり、下記の日程のうちで月、火、木曜日のみが病院研修となる。看護部門のProgrammeはDenis Hill UnitのStaff Development Nurse Mrs.Mary Yatesによりアレンジして頂いた。

1) Bethlem Royal病院(中度・軽度保安施設研修)

Denis Hill Unit (10月7日～11日、10月21日～25日、1月6日～1月10日、)

Witley3 (12月16日～12月19日)

Control&Restraint Training (10月28日～11月1日)

Breaking Away Course (3月11日)

2) Maudsley 病院(地域における司法精神医療

研修および一般精神科施設研修)

Forensic Outreach Team (10月14日～18日、1月20日～1月24日)

Eileen Skellen1病棟(PICU)、DB2病棟(入院病棟)、Emergency Clinic、Home Treatment Team (1月13日～1月17日)

3) Broadmoor 病院(高度保安施設研修)

Luton病棟(入院評価) (11月4日～11月15日)

Folkstone病棟(11月18日～11月29日)

Windsor病棟(退院に向けたリハビリテーション) (12月2日～12月13日)

4) 他のRSU

Bracton Centre、Cane Hill Unit、Tony Hills Unit、Shaftesbury Clinic

5) Institute of Psychiatry (毎週水・金曜日にMscのdiplomaコースの講義が開講される)

5. 研修内容

1) 保安ユニットにおける看護職員の配置と役割 (日勤と夜勤)

2) 暴力的な患者とのコミュニケーション技術

3) 暴力的な患者に対する危機介入。拘束の手法

4) コミュニティーにおける役割

5) 裁判所における役割

6) リスクアセスメント

7) 病棟管理

8) 病棟回診での役割

1) 保安ユニットにおける看護職員の配置と役割
(日勤と夜勤)

イングランド&ウェールズでは3つのレベルのSecure Careがある。①High Secure(3つのHigh Secure Hospital=Special Hospital)でこれは重大で緊急な自傷他害の恐れのある患者で通常刑事司法システムの適用されているものである。②National Networkの中でのMedium Secure(Medium Secure Unit 或いはRegional Secure Unit:RSU)でこれは通常小さなユニットで少なくとも理論上は①に比べ自傷他害のリスクはそれほどでもない。③Low Secure Facilities。これは特にSecure Facilitiesとして或いは病院の中の閉鎖病棟として建てられたものであるが、現在は触法精神障害者のリハビリテーション病棟として開放病棟という機能を持っているものもある。

Special Hospitalでは6mの塀に囲まれた頑丈な警備を強いており、中は数百のCCDカメラでモニターされている。人質事件を想定したトレーニングを受けたスタッフもおり、あるスタッフの言葉では「刑務所と同等の警備システムを持った病院」である。

我が国ではおおよそRSUに近い専門病棟が想定されていると考えられる。RSUはSpecial Hospitalまでのセキュリティは必要とされないが、厳重な警備システムの元で治療に必要な精神障害者を治療するユニットで、それぞれにキャッチメントエリアをもっている。我々が研修をメインに行ったのはロンドンの南地区をカバーするSouth London and Maudsly Trustの内Southwalkとよばれるエリアを担当するDenis Hill Unit(DHU)とよばれるRSUである。

DHUは25床のメインユニットとホステルとして退

院前のアセスメントとリハビリテーションを行うAnex4床の計29床を有するMedium Secure Unitであり、57人の看護者を有している。以前は女性患者も入院していたが、保安上の理由と女性の司法患者が圧倒的に少ないことから現在は男性のみの患者構成である。

メインユニットには25床の個室とラウンジ、ダイニング、作業場、アクティビティーエリア、キッチン、カウンセリング用の部屋がある。DHUはMSUとして触法精神障害者のアセスメント、治療、リハビリテーションサービスを提供している。MDTによる治療を提供しており、医療、看護、心理、作業療法、ソーシャルワーク、probationのスタッフがいます。DHUは他のRSUが入院数13-18人程度なのに比べメインユニットで25床と他よりも大きな病棟となっている。職員数、勤務配置はRSU、PICU、Whitly III(WIII:Low Secure Unit)と比較した表1)を参照されたい。基本的に英国内のRSUでは看護者:患者は2:1が基準となっており、DHUもこの基準と同等のスタッフを有している。これはPICUでもほぼ同様であり、リスクとセキュリティに配慮した人的配置である。なお、DHUではAnnexと呼ばれるホステル型のリハビリテーションユニットを併設している(これはDHUの一部とされている)ため、勤務者の中にはAnnexのスタッフも含まれている。

勤務形態は午前7:15-15:15、午後13:00-21:00、夜勤20:45-7:30の3交替勤務である。勤務帯ごとに有資格者の必要数が決められている。有資格者は主に、回診などのミーティングへの出席報告、勤務帯のコーディネート、投薬、院外外出への付き添い、ケアプランの作成などが役割であり、実質的に病棟内でホールに常駐し、

定期観察を行うのはHCA: Health Care Assistantとよばれる無資格の看護者である。各勤務帯には1コーディネータ、エスコート、配薬、ピリオドチェックなどの役割分担を行う看護者がおかれる。観察レベルが各患者に決められており、15分ごとに観察を要する患者や隔離室、ICA: Intensive Care Areaとよばれる集中観察区域での観察には常時1-2名の看護者がつきつきりとなる。このため、観察レベルの高い患者が出た場合などは勤務予定者に加えて責任者の判断によりエージェントやバンクとよばれる外部からの派遣職員を増員し、午前午後勤務を同時に行う超過勤務などで勤務者を増やすこともある。

英国の看護はほとんど人力によるもので、モニターなどはプライバシーの問題からも不相当とされている。隔離室では常時看護者がついていないために、トイレはドアで隔てられた場所にあるが、コールがあればすぐに対応できる。衛生上や、QOLという点からもこれは優れていると考えられる。

2) 暴力的な患者とのコミュニケーション技術

これについては3)と共に説明する。

3) 暴力的な患者に対する危機介入。拘束の手法

Department of Healthでは、暴力を、「直接的或いは間接的に安全や健康を変化させようとすることを含み、トラストに関わる環境の中で個人がabuse、threaten、assaultされる出来事」と定義している。暴力への介入には最終手段としてのC&R: Control and Restraintがある。C&Rは名称の違いこそあるものの、欧米では広く浸透したテ

クニックであり、5日間という期間を設けて暴力の介入に対するトレーニングを行っている。Special HospitalのひとつであるBroadmoor Hospitalで1983年に導入されて以降本格的にトレーニングが開始されたものであり、資格を得たトレーナーにより訓練が行われる。C&Rの一般原則は、「C&Rは常に攻撃性と暴力の安全なマネジメントと解決のための最終手段としてみなされる。すなわち、すべての方法が使い果たされたときのみ使用すべきであり、C&Rのトレーニングに先行して身体を用いない介入方法のトレーニングを受けなければならない」となっている。また、「このモジュールは様々な年齢や体力の男性女性ともに適合するようにデザインされているとされている。すべてのモジュールは参加者に要求されたレベルに到達することを要求している。これは①参加者は心理学的な原則に従いリスクアセスメントの手法を用い効果的な介入を行うことができる。使用するアセスメントツールは観察された模擬演技で質問や答えは口頭で、筆記でなされる②参加者は法的問題、病院のガイドライン、ポリシー、手法を記述することができる。アセスメントツールや質問と答えは口頭で、筆記でなされる。③参加者は安全、効果的で適切な身体介入のスキルを示すことができる。アセスメントツールは観察された模擬演技、ロールプレイで質問と答えは口頭で、筆記でされる。コーチ、フィードバック、ガイダンスはインストラクターによりコースと形式的付加的なアセスメントを通して供給される。というものである。

トレーニングの間、具体的な抑制の手技が教えられるのと同時に、de-escalation(言語的、或いは非言語的に鎮静をはかるテクニックで、これ

により不必要な投薬を避け、通常15分程度、静かな空間で看護者が付き添いあるいは状態に応じて1人でソファに座って過ごすことで沈静がはかれる場合も多い)のスキルや倫理的問題まで教育される。C&Rテクニックはあらゆる状況に応じて、スタッフ、患者共に安全を確保し治療的に沈静をはかるテクニックである。本来、①スタッフ、囚人双方の外傷の減少②スタッフの病欠の減少③スタッフの自信を増加させる言語的介入の使用を増加させる④差別的な態度をなくすことを目的としており、このテクニックを使用して看護者が専門家としての自信を深め、リスクを減らすことができるとされている。われわれもこのトレーニングを受講し修了証を受けた。精神科臨床の現場ではとすると暴力介入のための抑制がAbuseと誤解されたりしやすい。ガイドラインによる効果的な抑制手法は我が国でも標準化が必要であり、この標準は欧米並みに緻密にプログラムされサポートされるものでなければならないと感じる。

4) コミュニティーにおける役割

コミュニティーでは司法に特化したMaudsly内にある、FOS(Forensic Outreach Service)を見学した。もともと英国では精神のコミュニティーケアにCPA:Care Programme Approachという地域を主体として病院までがフォローアップの責任を負うシステムが法的に取られている。地域ではCommunity Mental Health Teams:CMHTsという医師、看護師(Community Psychiatric Nurse:CPN)、PSW、CPなどがチームとなって患者のケアを行っている。FOSは司法専門のアサーティブなチームとして機能しており、一般のチームが

200人からの患者を抱えるのに比し、30人程度の患者を受け持っているのが特徴である。CPNは司法に特化していることでCFN:Community Forensic Nurseなどと呼ばれるが、主にケアコーディネーターとして受け持ち患者のケアの責任者となり、直接ケアのプランや関係施設とのミーティングによる連絡調整を行う。訪問シデポ剤の投与を行うなどが役割である。CPNは英国では1970年代から活動を始め、現在では責任を持って患者ケアを行うことができる分野として認められている。司法患者の場合、長期にわたる入院治療やスティグマ、薬物乱用により再発、再犯が問題となるがコミュニティーにおけるケアの体制が整っていることで司法患者を地域に戻すことが可能となる。我が国では地域ケアは未だきわめて脆弱な基盤の上に成り立っている。病院サイドの視点で見ても安心して地域へ送り出せなければ再犯の恐れのある患者を退院させることは困難である。地域支援体制の整備は重要なファクターであると考える。

5) 裁判所における役割

FOSの一環でCamberwellのCamberwell Green Magistrates' Courtに常駐するCourt Liaison Nurseを訪れた。FOS(Forensic Outreach Service)ではここに同エリア内にあるLambethのチームと共同でCPNを置き、Court Psychiatric Liaison Teamを編成している。これは2年ほど前から始まったシステムで、ここにいる看護師をCourt Psychiatric Liaison NurseといいCFNのなかでもチームリーダー級のスタッフが配置される。彼らはこの法廷に来るケースで精神障害を疑われるものについて関わり、精神障害として入

院の必要性があるかどうかなどを報告する。これ
ができたのは、CPNの能力がある程度認められ
たことと、MDTを常駐させたり医師を専属で配置
するよりもコストが非常に抑えられるからである
という。彼らに関わったケースについてGPや地域
のCMHTsと連絡を取りながらアセスメントを行い
レポートする。裁判官の要請があれば法廷での
証言も行う。病院内における看護者の法的役割
としてはTribunalの際の報告文章がある。しかし
これは通常のケースカンファレンスで作成されて
いく報告と同様のもので、日常の実践を積み重
ねていけば負担ではない、という意見であった。
ただし、これについては英国内でも専門的な教
育体系はできておらず今後必要とされている。
我が国の司法精神看護における教育でも法との
関わりは重要となろう。

6) リスクアセスメント

司法精神領域でのリスクアセスメントとリスクマ
ネジメントは犯罪と暴力に関するリスクに焦点が
当てられているのが特徴である。

治療者は「患者の経歴」「インタビューでの患
者の自己報告」「スタッフによる精神症状と行動
の観察」「個人の主張と観察の相違」「心理テス
ト」「関連したケースの統計」「研究からの予測」
に目を向ける必要がある。しかしながら、価値の
低いものに焦点を当ててしまうことや、病院では
index offenceのリスクが少ないことから、過去の
犯罪に注意を向けないでしまうことには注意する
必要がある。これは過去の犯罪が、例えば幼児
の殺人だった場合、Secure Hospitalにいる間は
幼児への面会はあり得ないためにそのものはリ
スクにはならないからである。

英国では医師が病棟に不在のことが多く、とり
わけ精神症状や日常生活の観察についての看
護者の役割は大きい。リスクアセスメントの適切
な手法が必要になる。

SLAMのポリシーでは、リスクには他者への害
のリスクと自己への害(Self Harm)があるとされる。
自傷については、自殺が問題であり統合失調症
の10%が自殺する。これは長期間の入院生活と
犯罪者であることの偏見と精神障害であること
の偏見が関係している。

ポリシーに付されているBrief Risk Screenなど
の用紙は入院時患者にインタビューし看護師が
記録する。最も高いリスクは過去に暴力や犯罪
の経歴があるかどうかである。このためHistorical
Eventを詳細に記述する。過去にさかのぼり関係
するイベントを家族、職場、警察記録、学校の記
録まで調べることになる。大麻の使用や飲酒もリ
スクに関係する。Case Formulation of Risk 1で
はリスクの性質や程度が記入される。Case
Formulation of Risk 2では 精神障害があるか
(精神障害を持つことはリスクを上げる要因の一
つである。薬の変更、いかなる理由、例えば副
作用を嫌っての拒薬や怠薬などはリスクが高い)
社会環境(友人が捕まったとか、関係のよかった
看護師がいなくなったとかというときは危険であ
る)、又はその他の要因、犯罪を起こした日や祝
日など記念日となる日は危険である)が記載され
る。3では有効な入の方法を記入する。(助けて
くれる友人、ボランティアの存在、問題解決技法
やコーピング、心理教育の利用など)。4には
HCR20(リスクの予測の評価尺度)のスコアが記
入され、患者側、看護者側、その他の者の側か
らの見地でのリスクについて記入しそのギャップ

を記載する。これは、看護者の評価が完璧ではなく、それぞれの見方をとらえることでアセスメントをより正確に行うためである。

環境のリスクは状況により変化する。例えば今日消防署がストライキで機能が停止していたとする。すると放火が起こっても消火する手段がなくなり被害が大きくなる。つまり、消防署のストライキはリスクの一つであるということになる。

再犯予測については、例えば妄想的殺人の対象が母親に向けられていた場合、母親がすでに死亡していれば退院してもtriggerとなる人物に遭遇することがないのでリスクは少ないと評価されるが、しかしながら、仮に非常に小さな確率で母親と酷似した人物に出会ったとしたらそれがtriggerとなることがある。これは予測不可能である。再犯予測が保険係数的に扱われる点の限界である。

7) 病棟管理

DHUでManager(看護長)に管理について意見を聞いた。病棟マネジメントには3つのプライオリティーがあり患者、スタッフ、環境のマネジメントである。マネージャーの役割としては適切なケアプランがプライマリーナースにより供給できるようにすること、娯楽用品、生活用品の提供、維持をすること、患者からの苦情を受けることが大きな役割となっている。患者の苦情では強制入院させられていることへの不満と、多くは食事のまずさであるという。この病棟の食事はほとんど企業が作った冷凍食品で暖めて提供するもので、これには患者さんもかなり不満が強いとのことであった。

毎朝のCommunity Groupは患者と生活の話し

合いをする場であるがマネージャーがいるとすべての意見はマネージャーに向けられるので彼はときどき参加するようにし、それ以外はスタッフに患者さんが話せるようにスタッフ経由で話を聞くように努力しているという。

患者の療養環境に関して、10年ほど前はここでも夜間の喫煙や湯茶の提供はされていなかったが、現在は夜間も喫煙室での喫煙は出来るようにしているという。現在の問題は薬物の持ち込みで、私見として日本で司法病棟を作るならば持ち込みに対するセキュリティは厳重にした方がよいとのことであった。

患者の環境では、患者さんの個室を清潔に保つということが大変で、特に現在では個室へのTVなど様々な持ち込みが出来るようになったので、食品を持ち込んで放置し不潔になることが問題であるという。彼は個室への食品の持ち込みをさせないように努力はしているが、禁止することはできないので大変であるという。日本でも慢性化した分裂病患者の身辺整理は非常に大変であり、このあたりを看護師がどうケアしていくかは重要だろう。特にSchizophreniaの慢性例などでは清潔に関する関心は薄れる。看護ケアの要求される場所である。しかしながら、脆弱な触法例や対応困難例では過度な働きかけは患者のストレスの原因となる。この病棟のインシデントでは過去に清潔を働きかけた看護者に攻撃性を向けたものがあつた。ストレス脆弱性の高い患者への援助に関する対応の仕方はやはり熟練が必要であろうし、また、スタッフ個人の清潔感を押しつけるのではなく、最低限の清潔を保てるように働きかけることも重要であろう。

スタッフのモチベーションという点では

BroadmoorよりもDHUの方が全体的に高いと感じられた。このあたりのことを聞いてみると、やはり長期入院となる病棟で長期にわたり働いているとスタッフにもinstitutionalisation が起きる、これが起こらないようにすることも重要であるが、DHUでは働きがいのある職場として希望してくるものが多く、マネージャーの責任で一人を採用するのに何人も面接して決めるということであるから、スタッフの士気が高いのも当然であるかもしれない。

また、自分の臨床経験からはLow IQの精神病患者は他の患者(多くは人格障害)から搾取されたり、あるいは他の患者から攻撃されたりと非常に難しい。このあたりのことについては私見としてやはり同様の問題がおこるので、Nsを手厚くして関わるかもしくはLow IQで問題が起こりそうな場合は病棟を分けるのが好ましいとのことであった。(英国ではLow IQの患者は通常専門病棟で治療される)

8) 病棟回診での役割

英国では回診をWard Roundといい、日本では例えばCCのように会議室で行われる。コンサルタント医師(病棟の総責任者)が議長であり、看護師は1週間の病棟内での様子をサマリーにして報告する。これに基づいてMDT (Multidisciplinary Team)内でチームとしての最終治療方針が決定される。看護師は毎週のサマリーを作成することが重要な役割である。もともと、英国では病棟内では看護師がほとんどの生活の管理を行っており、医師は比較的病棟にいないことが少ない。病棟内での患者の観察とアセスメントは看護師の重要な役割である。また、

回診以外にもCCやCPAミーティングがあり、この際、看護師は看護の立場からサマリーを作成する。MHRTとよばれる精神保健法の退院審査請求のようなものの場合、看護師は看護長とプライマリナースの出席で看護師からの報告を行う。我が国では現在ほとんどの場合看護師が実際に報告を行い、レポートを提出することはない。これらの技術は責任を持って看護を行う上でも意義のあることであると考えられる。

今後の課題:

司法精神看護は我が国では全く新しいシステムであり、これまで一般精神病院で処遇されてきた「重大な他害行為を行ったもの」を専門病棟でケアするものであるが、看護師としてEBMを視点に入れてMDTの中で専門性を発揮するためには、効果的なリスクアセスメントや司法に特化したアセスメントツールの使用が必要になると考えられる。今回研修先のIOPと研修中に紹介頂いたKing's Collegeの精神看護の教授からいくつかのツールの紹介をいただいた。(一例として司法用のニードアセスメントツールCamberwell Assessment of Need、や英国のSpecial Hospitalで使用されている症状、スキルなどの包括的尺度Behavioural Status Index)また、各病棟から記録様式も収集した。これらの中から、開設時必要となるであろうツールの開発と特に司法に焦点を当てた記録様式の準備を行っていかねばならない。これは、開設時にすぐ使用するためにパイロットスタディーを必要とするが、これを行うためには現時点で触法精神障害者の多く在棟する病棟で行う必要があり、また、同時期に参加した国立病院のスタッフとも連携しながらより

日本で効果的なツールを準備できるように進めていかなければならないと考えている。さらに、これらのパイロットについて現状での日本の触法精神障害者がどういう状態であるのかを報告していくことは開棟後の評価を行う場合にも有効であると考えられる。

現状での病棟勤務に支障のない範囲でこれらを行うことに対してご配慮頂けると幸いである。

今後の研修方法について

1 看護師

専門病棟で実際にスタッフ、患者双方の安全を確保して病棟を管理するためには開設の際に多くのスタッフが司法病棟に対するリスクの管理についての共通認識を持つ必要がある。このためにはC&Rテクニックの実際(1週間)、さらにMedium Secure Unitを中心にHigh Secure Hospitalの見学を合わせ約2ヶ月間で司法領域での看護実践を学び、短期間でより多い人数のスタッフが研修に参加できることが望ましいのではないかと考える。

Medium Secureに関してはDHUの場合現時点では29床の単一ユニットである。将来的に大型化すればアセスメントからリハビリテーションまでの包括的な研修も可能であると思われるが、Bracton Centreなど他の施設ではすでに機能分化したユニット構成になっている部署があり、そうした場所で段階的な医療の流れを習得することができればより効率的であると考えられる。

また、今回は初回ということもあり、作成して頂いたプログラム通りに研修を行っていったが、回診などのミーティングは通訳がいなければ複数

人でミーティングでの会話のやりとりを正確に聞き取ることは難しいものであった。現精神医学研究所の五十嵐医師は数年前にMscのDiplomaに参加していたが、1年以上いてもこうしたミーティングでの討議の内容を把握することは難しいとのことであった。必要な部分に通訳をつけるか、事前に研修プログラムをリクエストして、ミーティングは見学程度で後は実際の現場の看護を実習するようにするなど、をしておくことが必要であるとする。

C&Rは暴力介入のための戦略を非常に綿密にトレーニングするコースであり、英国では5日間のコースがスタンダードである。これらはアメリカやカナダなど欧米諸国ではほとんど導入されており、スタッフ、患者双方に安全に暴力をマネジメントする。さらに懲罰的意見合いを加えないための倫理的視点の育成、暴力に介入するためのスタッフの自信形成、という点で我が国でも導入することが望ましいと考えられる。

実際、日本の精神医療では宇都宮事件などに代表されるように、看護者による患者への虐待という問題をはらんでおり、これに対しては綿密なプログラムによる専門的な暴力介入の方法を導入することが必要である。しかし、この場合、専門のトレーナーを病院単位で抱えることは経済的にも非現実的であるかもしれない。司法病棟の開設を機に、この手法を学んだスタッフから国レベルでの教育方法の開発を提唱していくためにもこの技術を学ぶことは有意義なことであると考えられる。

我が国の構想では目指す施設はMedium Secureに近いものと考えられるがこれを学ぶためにHigh Security施設でのMaximum Securityを

体験することも重要だろう。Medium Secureを中心にHigh Secure施設の見学を取り入れることでより理解が深まるものであると考える。

2派遣される職員について:

今回6ヶ月もの長期にわたり研修に参加させて頂いたが、実際当初の2ヶ月ほどは英語環境になれるために苦勞した。これは全く初の研修であったため、要領がわからないことも大きく影響していたと思われる。2期以降はある程度の情報を元に参加するので幾分問題は少ないように感じられるがそれでも非常に細かな説明などはやはり専門家の力が必要だろう。

今回の第1陣の研修ではPSWが通訳を依頼したが、看護の場合、個々に病棟にはいることが多く、通訳を依頼する機会がないと感じた。しかし前述のとおり、ミーティングなどの場所で限定的に通訳を使うことでより詳細な情報が得られると考えられる。司法病棟の開設を視野に入れた研修の場合、単に英語能力のあるものが研修に行くよりも実際の開設の軸となるスタッフが研修を行うことが望ましいと考えられる。そのためには通訳の効果的な利用も考慮に入れるべきであると考ええる。

本研修中に参加者の中からも話題にあがった事柄として、看護の職場では「英語が堪能である。」「専門病棟開設時に適任である」という2つの事柄を満たし、尚かつ本人の希望や家庭条件なども考慮すると人選にはどの病院でも非常に困難であったということであった。英国で司法病棟を経験し学ぶだけであれば「英語が堪能である」ことを優先させるべきであるが、もとより日本と英国ではシステムそのものが異なっており、

英国のシステムをそのまま採用するわけではないとすれば、開設時の初期スタッフを想定した人選をした上で語学力については通訳などの採用でカバーするのが望ましいと考えられる。また、研修後にこのメンバーにより、司法精神看護で開設後即使用できるようなツールや記録様式の検討も行う必要があると考えられる。

3MDTによる専門家の研修の必要性:

欧米諸国ではMDT (Multidisciplinary Team)での医療がスタンダードになっており、それぞれが専門的な分野を保持しつつチームで医療を行っている。今回、心理療法などはClosedで行われているために見学することはできないものもあった。また、英国では生活スキルのアセスメントはOTが行っている。医師からの厚生省への提言にも記載されていることであるが、今回の触法病棟は構想ではOT、PSW、CPなど専門スタッフも予算化されていると聞く。各専門スタッフが2ヶ月程度で研修に参加することが望ましいと考える。

精神保健福祉士:地域司法精神医療の実際

OT:生活スキルのアセスメント

臨床心理士:リスクアセスメントと心理療法の実際

といった専門家から見た実際の司法精神医療の現場を習得することで日本が司法病棟を開設するに当たっても共通の理解から始めることができるのではないかと考える。

図1 司法精神看護師のアイデンティティ危機の構造

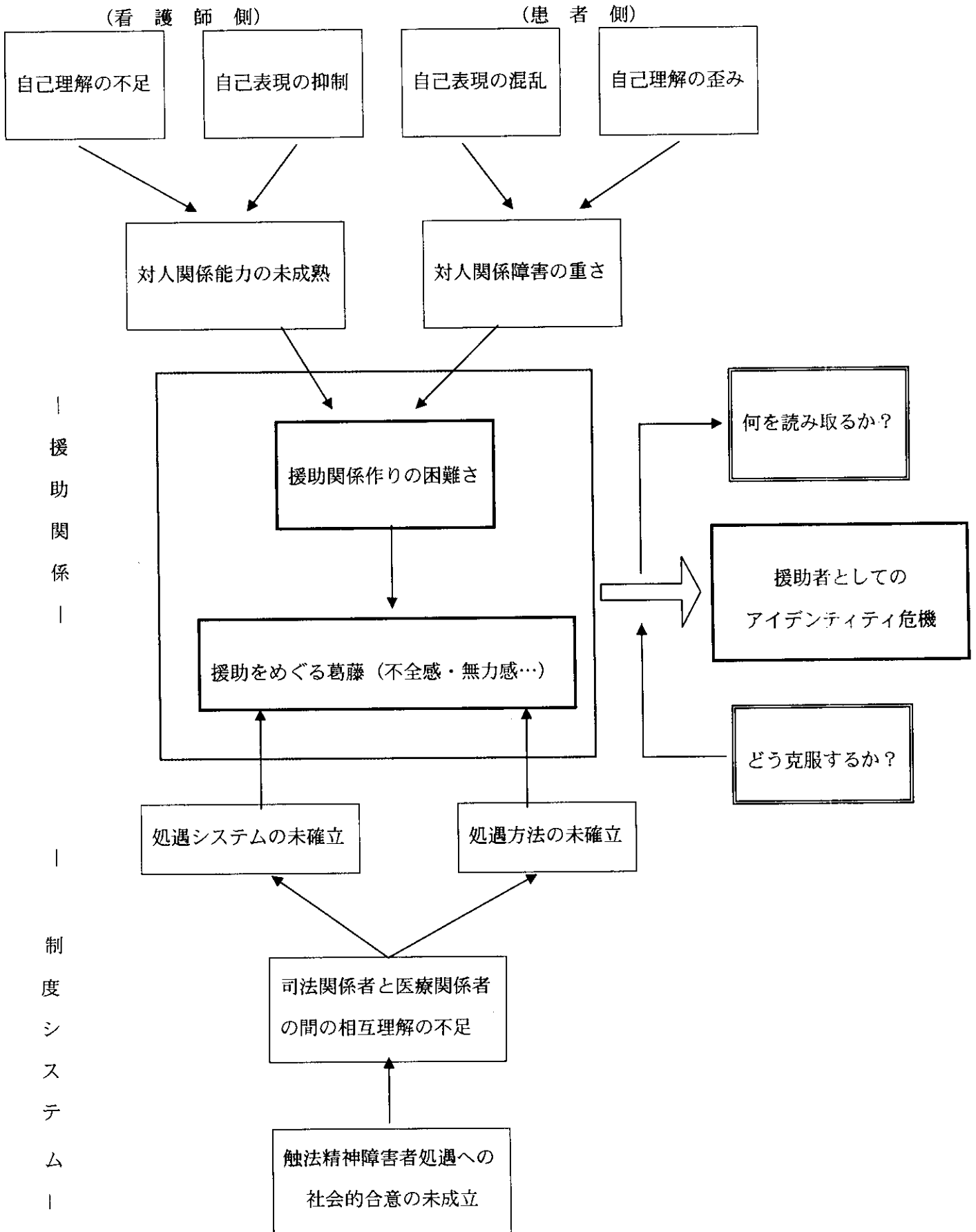


図2 触法精神障害者処遇をめぐる問題解決過程

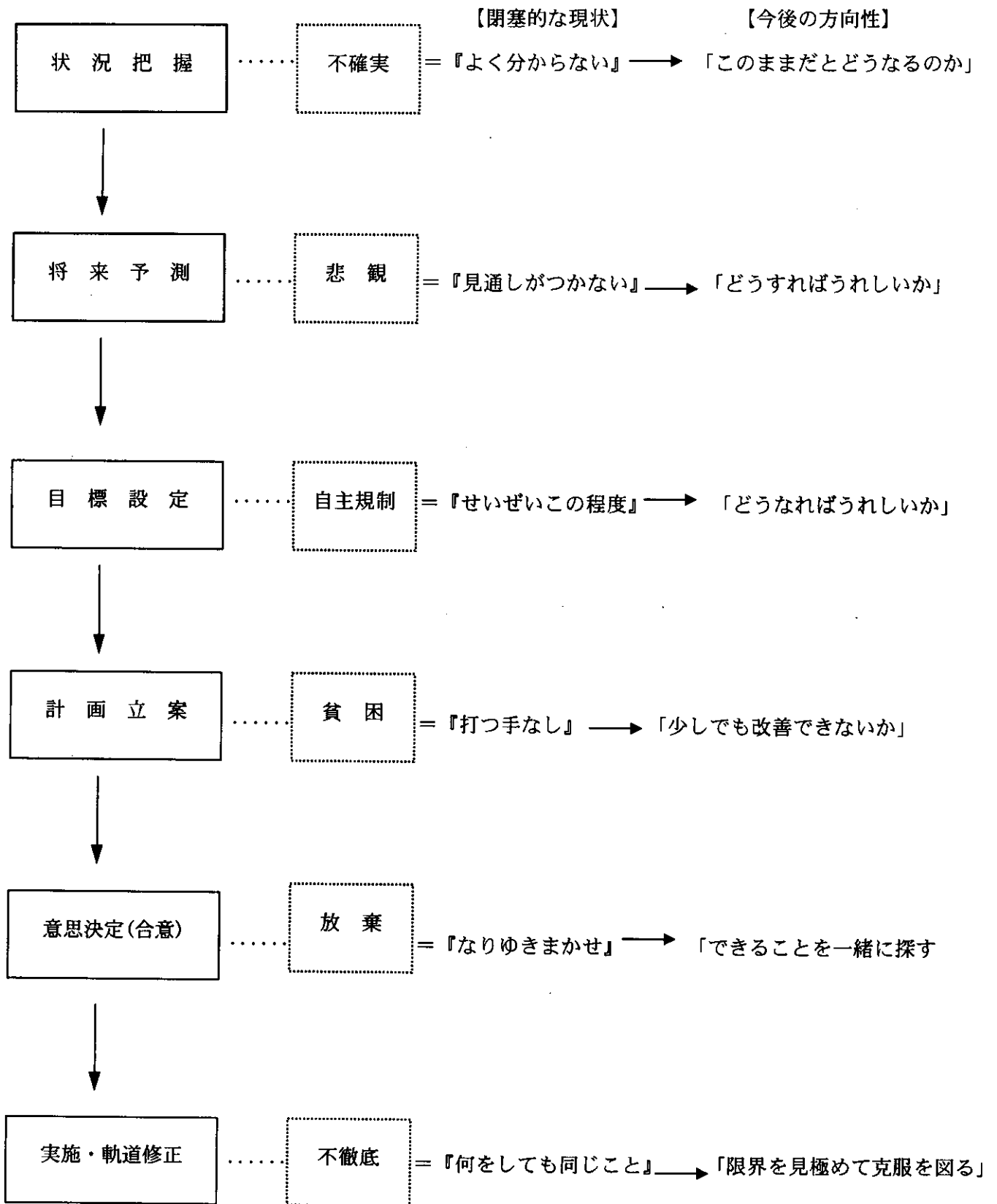


図3 触法精神障害者の自立に向けた役割分担

