

指定通院医療機関における治療		
	治療目標	
	治療の継続	
	精神症状のモニター	適時適切な危機介入
スタッフなどの体制		

地域支援			
	社会復帰調整官との連携の仕方		
	その他の精神保健福祉関係機関の役割		
		保健所	
		精神保健福祉センター	
		福祉事務所	
		生活支援センター	
		中間施設	
	危機介入の手法		
	危機介入の判断		
	具体的な手法		

多職種協働チーム(Multi-disciplinary Team)の理念

精神保健観察	この部分は保護観察所の人にやってもらう⇒内容はむこうで決めてもらう
	社会復帰調整官の責務
	関係機関との連携と役割分担

図4 判定医研修の日程

9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

第1日 (共通課題)

9:00	10:00	10:10	10:50	11:00	12:00	13:00	14:30	14:40	16:10	16:20	17:05
受付	挨拶	イントロダクション	司法精神医学の歴史と概念	司法精神医学の歴史と概念	医療観察法による医療	医療観察法による医療	法学(法律家)	法学(法律家)	司法精神医療における倫理的問題	司法精神医療における倫理的問題	

第2日 (医師のみ)

9:00	10:30	10:45	12:15	13:15	14:45	14:55	15:55	16:05	17:05
医療の必要性に関する鑑定	鑑定	精神保健審判員の責務	精神保健審判員の責務	刑事責任能力鑑定の理論と関連知識	刑事責任能力鑑定の理論と関連知識	指定医療機関における医療	指定医療機関における医療	指定通院医療機関における医療と地域支援	指定通院医療機関における医療と地域支援

第3日 (共通課題)

9:00	10:00	10:10	12:00	13:00	14:30	14:45	16:15	16:30
精神保健観察(保護観察所)	精神保健観察(保護観察所)	典型例、入院、通院、不処分	事例検討①②③	事例検討③④	事例検討③④	事例検討⑤⑥	事例検討⑤⑥	閉講式

**司法精神看護職の研修・教育のあり方**

**羽山由美子班員**  
(聖路加看護大学)

**小松容子班員**  
(国立精神・神経センター武蔵病院)

## 1 はしめに

看護作業部会は、司法精神医療における看護職の研修教育のあるべき方法を考えるという目的で、昨年から引き続き、長期的展望における教育と、直近の新病棟で勤務する看護職対象の研修の両方についての検討を行った。とくに後者の、平成 17 年度に予定されている指定入院医療機関の看護職研修については、宮本班との合同で行った。

但し、長期的展望にたったあるべき教育の姿というのは、現状ではなかなかイメージしにくいために、今年度の報告では、看護学士課程における精神看護学のなかにどの程度、司法精神看護を盛り込めるかという観点からの検討だけにととめることとした。近い将来の課題として、大学院修士課程レベルでの教育を開発する必要はあるか、今年度は除くこととする。

## 2 司法精神看護の教育に盛り込むべき必要な内容とはなにか

### 1) 学部教育

司法精神看護学として科目立てて看護カリキュラムに入れることはおそらく不可能で、「精神看護学」のなかにどの程度のコマ数（時間数）を入れるのが適当か、ということになる。現在、看護学校（専修学校 3 年課程）、短期大学、学士課程のいずれの場合も、時間配分は各課程によってばらつきがあり、最低単位数として「精神看護学」講義科目が 2 単位、および臨地実習 2 単位というところであろう。看護学校や短大では 1 単位 30 時間の換算で、講義 3 単位（90 時間）および実習 2 単位か、一般的かと思われる。

学士課程になると、各大学独自のカリキュラム構築があるため、必ずしも養成所指定規則に定めた時間数にとらわれる必要もないので、千差万別であり、近い将来には統合カリキュラムが普及すると、精神看護学の学習自体が選択性となって必修科目から外れる可能性もある。ちなみに、聖路加看護大学は、7 年前より統合カリキュラムを採用しているため、「精神看護学」という科目自体がカリキュラムのなかにはなく、「慢性期看護論 II」（講義・演習 3 単位、60 時間）、「集団力動論」（講義 1 単位、15 時間）、「臨地実習 F」（2 単位、90 時間）か、精神看護学の内容に該当する科目である。他大学のカリキュラムと比較すると、時間数はかなり縮小されている。

そこで、講義「精神看護学」か、少ないところで 60 時間、通常 90 時間で構成されるとして、「精神医療の歴史」、「精神保健福祉法」、「精神障害者の人権擁護」とならんて、「司法精神看護」か 1 コマ（2 時間相当）を設定されるのか妥当な時間配分ではないかと考える。この 1 コマ（90 分から 2 時間）の講義で、(1)心神喪失者等医療観察法の概要、および(2)指定入院医療機関（司法精神病棟）における看護の特徴をカバーすることになる。

### 2) 卒後教育

本来、司法精神看護は、精神看護学一般の応用分野であり、より専門性の高い分野であるとするなら、大学院修士課程の教育が望ましい。現在、日本看護協会が認定する精神看護専門看護師には、リエゾン精神看護専門看護師と精神看護専門看護師（狭義精神科領域）の 2 種類がある。近い将来には、司法精神専門看護師の認定が行われるようになることが望まれる。

今回の検討では、司法精神看護専門看護師のあり方または含むことができなかったため、今後の検討課題として残しておくこととする。筆者らは 10 年後くらいには、司法精神看護専門看護師

の養成は必須となるであろうと考えるか、はたして看護界もしくは精神科医療の分野で、スペシャリストとしての養成が望まれるようになるかどうかは現状では不確かである。ひとえに、指定入院・通院医療機関における看護職の実務の担い方にかかっていると思われる。

司法精神病棟に従事する看護者の現任教育で必須な内容については、平成14年度総括・分担報告書（厚生労働科学研究研究費補助金こころの健康科学事業、「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究」主任研究者 松下正明）の281-282頁に記したとおりである。すなわち、大別して、A 概念・制度・法律に関すること、B 対象特性に関すること、C 司法精神病棟の管理に関すること、D 司法精神看護技術に関すること、E その他、となる。含むべき項目内容と時間配分等については検討の余地はあるか、枠組みとしては、大方これでよいと思われる。

### 3) 文献レビュー

昨年度の看護師部会の課題として、英米圏の資料収集を中心に行ったか、オーストラリアやニューシーラントなどの西太平洋地域の国々でも、英国モデルにならった司法精神医療が実践されており、海外の研究会なども活発な発表がなされている。そこで、オーストラリアを中心とした司法精神看護の教育・研修に関連する資料・文献の一部をまとめた。

#### (1) 司法精神看護師の教育の位置づけ

英米圏でも、司法看護（forensic nursing）もしくは司法精神看護（forensic psychiatric/mental health nursing）についての法的な定義は存在しない。一般的には、犯罪や虐待の犠牲者、精神障害により他害行為があり無罪とされた人、法律に対して違反があった人、犯罪を行った受刑者や再拘留された人に看護を提供することであるとされている<sup>1)</sup>。司法看護については、矯正施設（刑務所ほか）もしくは拘置所の看護として認知されている<sup>1)</sup>。

著者によっては、精神看護を高度に発展させた新しいサブ・スペシャリティとして司法精神看護を位置付けている<sup>1)</sup>。そこで、司法精神看護の教育システムを考える場合、一般的な精神看護の知識技術が基本となり、それよりもさらに高度に専門化されたものとするなら、司法精神看護師に必要とされる技術知識は、より司法精神看護の実践に特化された洗練されたものである必要がある。

#### (2) 必要とされる技術・知識

精神保健 精神看護の技術を考える場合、初心者レベル（beginning level）とより高度なレベル（intermediate および advanced level）と、2つ分けることかてきる。また、それらはそれぞれに、a 効果的な介入のための核となる能力（core competencies）、そして、b 臨床的な知識技術、および信念や価値といった適切な態度（心構え）の準備が要求される幅広い能力（wider competencies）、の2つのグループがある<sup>2)</sup>。

核となる能力の構成要素として、管理と運営 Management and Administration（ケアに関する最近のシステムとポリシーの背景についての知識、精神保健法とこれに関係する法律についての知識など）、アセスメント Assessment（患者、家族、社会のシステムについての包括的なアセスメントに基づくケアプランを展開することが出来る、知識と技術をリスクアセスメントや暴力・攻撃性のマネジメントに適用できるなど）、治療と看護の管理 Treatment and Care Management（危機への介入とその理論と実践のための知識、最近の医学的な介入と起こりうる副作用についての実践的な理解、触法患者の特徴、ニーズ、ケアの原則の理解など）、協働

Collaborative Working (多職種精神保健チームのメンバーとして効果的な任務を果たす、コンフリクトの原因を理解し、交渉とコンフリクトの解決を果たすためにチームワーク スキルの発展) がある。

幅広い能力の構成要素として、態度 Attitudes (個人の尊厳に対する尊敬、批判しない姿勢、人か成長し変わる能力を認めるなど)、知識 Knowledge (治療的な人間関係、実践のための法的倫理的枠組みなど)、技術 Skills (安全でかつ迎え入れる環境を作り出す、リスク評価、グループを指導しファシリテートするなど) がある。

理想的な司法精神看護の技術と能力は、精神保健・精神看護における高度なレベルに上乗せさせるような技術と能力 (司法精神看護領域において特化される能力と技術) があることか期待される。

司法精神看護領域での能力として、リスクアセスメント、リスクマネジメント、専門職種としてまた法的な側面におけるケア、対人関係能力の4つを重要な領域として位置づけ、それぞれの領域についての知識、技術、態度を明示してトレーニングの内容 (詳細項目) としている方法もある (表1参照) vii

表1 司法精神看護師の能力

領域	知識	技術	態度
リスクアセスメント	疾患とリスクとの関係	リスクアセスメント リスクレビュー	観察のあり方 ハイアスに関する理解
リスクマネジメント	チームワークの重要性	ディエスカレーション チーム間の連絡	他部門との連携について の意義
専門職種 法的な側面 におけるケア	データ保護に関する法 刑法の手続	インフォームトコンセ ント アドボカシースキル	誠実 法律に対する信頼
対人関係能力	コミュニケーション理 論 スーパーヒション スタッフサポート	保安環境内での患者や 訪問者の観察 アサーティブネス	自尊心 ユーモア 感受性

\*いくつかの詳細項目のうち23を抽出して記入した。

司法精神看護師の重要な能力として、a 犯罪行為のアセスメント、b 危険 dangerousness のアセスメント、c 危険 dangerousness の管理、d 犯罪行為に関連した人格障害者の管理、e リスクアセスメント、f 精神障害を有する犯罪者の管理上の倫理的問題への理解、この6つか明確にされている (Royal College of Nursing, 1997)。そして、司法精神看護師の「高度な介入 advanced intervention」として、行動療法、アンガーマネジメント、喪失と悲嘆のカウンセリングの3つを明示している viii)。

司法精神看護領域において必要な能力 (知識、技術、態度) について、英国圏、とくにオーストラリアの資料をまとめた。今後は、熟練度 レベル別に分類し、日本の法律の制度や看護の状況に見合った研修プログラムを、段階的かつ包括的に整理する必要がある。

### 3 指定入院医療機関で働く看護師の研修企画

司法精神医療等人材養成企画委員会（以下、企画委員会とする）で行った作業である。

#### 1) 研修企画

看護作業部会としては、山内班および宮本班での検討をもとに、当初、看護職研修に関しては、3週間程度の初任者研修と6ヶ月程度の期間をかけて行う長期研修の二部構成で研修計画を作成していた。この段階の概略は、2003年11月20日の山内班研究会にて報告したとおりである。しかし、6ヶ月の長期研修（司法専門病棟に配属後の現任研修案）は、まったく予算化がなされていないことが分かり、当面、この長期研修についてはペンディングとすることにした。

また、第1回企画委員会（03/11/20）で配布された厚生労働省作成による「司法精神医療等に係る研修内容（案）」を参考にして、3週間で組まれた初任者研修（案）を以下のように2週間程度で行う計画に修正した。看護職対象の講義で最低限、カバーしておくべき項目を吟味し、各項目については1コマ（90分）程度の講義を想定している。

指定入院医療機関従事者病棟実習については、専門病棟が開設されてから行うのか、それとも開設前に行うのか、期間をとどの程度とるのか、不確定要素が大きいため、十分な検討をしていない。

以下、講義形式および実習についての企画の案である。

#### 「初任者研修（講義形式）」

対象者 司法精神専門病棟で働く看護職全員

研修期間 2週間（10日）（実習は別枠で）

時期 平成17年度

内容 各職種共通 および 司法精神看護の援助技法（35-40時間相当 2時間 x20コマ）

\*これまでの討議から看護で取り上げるべき内容（項目は1）～20）以下に示すとおり）

\*各職種の共通項目 PSW、OTR、CPと共通（10日間の内30%相当で20.25時間程度）

a 司法精神医学， 概論・患者の評価法 治療技法・社会復帰、その他

b 司法精神医療に関する法制度， 処遇手続き（刑事、民事）・責任能力判定・関係法令

c 司法精神医療と倫理， IC・行動制限/隔離・患者権利擁護・情報公開

#### 《司法精神看護の援助技法》

- 1) 援助関係論 コミュニケーション技法 転移
- 2) 面接技法
- 3) 情報収集 アセスメント 資料作成 ケアプラン作成
- 4) 暴力 攻撃性に関する理論的基盤
- 5) ディエスカレーション技法
- 6) C&R技法（講義のみ 実習は別枠の実習時間で）
- 7) 隔離 抑制（ICと法的側面 看護ケア上の留意点）
- 8) 自殺 自傷行為への対処
- 9) セキュリティーとリスクマネジメント
- 10) 倫理問題 患者人権擁護 他
- 11) スタッフサポート

- 12) 情報管理 記録管理 データベース作成
- 13) 病棟管理業務（安全 モニタリング 物品管理含む）
- 14) 個別援助 日常生活行動援助
- 15) 身体問題の管理（合併症ほか 検査介助）
- 16) 集団療法（病棟ミーティングと治療共同体の運営）
- 17) 心理教育（個人/集団 アウェアネス 服薬自己管理 怒りの対処）
- 18) 活動療法（学習 スホーノ 娯楽ほか）
- 19) 社会復帰援助（外出 外泊訓練 作業 授産訓練 他）
- 20) 地域との連携（社会復帰調整官との連携 他職種  
訪問看護 MHセク 保健所 他）

### 「指定入院医療機関従事者病棟実習」

- 1 新病棟にて、1 週間の期間で実施する場合（最低限の必須項目）

#### # ルティーン作業の手順

- 1) 安全管理面の手順確認 病棟各種扉の開閉および鍵の扱い、セキュリティ区分ことの境界と棟内オリエンテーション、食器類（メタル/シリコン性）筆記具はさみ等文具類 ライター/消火器やトライアー他家電製品 洗剤類のカウントと管理手順、寝具/衣類/履物管理、その他
- 2) 治療 処置室の管理手順 薬品棚の鍵の管理および医薬品類の管理手順 他
- 3) 看護記録その他記録類の管理と記載方法、各種評価表の使用、データ作成と管理
- 4) 緊急時の対処（救急処置、心肺蘇生等、各種連絡網の実施 PHS/避難ベル等）
- 5) 隔離/行動制限の手順

# 実習を伴う C&R 最低 3 日は必要か？

# 標準化された行動評価（一致度を調べる） 観察・モニタリング等の手順

# コミュニケーション技術、接近法

# 実習か 2 週間程度の期間が可能ならば、各自 1 例ずつ患者を受け持ち、ケアプラン作成をしてみる。  
矯正施設 地裁・その他の施設見学

#### 2) テキスト作成準備

研修を計画するにあたり、司法精神病棟における看護師の役割および必要とされる働き（機能）についてまとめた。表 2 および表 3 にあるとおりである。

上記に示した初任者研修（講義形式）における<司法精神看護の援助技法>の 20 項目を中項目として、研修で使用されるテキストの構成（案）を準備した。その 20 項目をさらに大項目としてグルーピングし、また内容を示す下位の小項目を加えた。表 4 に示した。

## 4 まとめ

平成 15 年度は、昨年に引き続き指定入院医療機関で働く看護職の研修を中心に司法精神看護職の研修 教育のあり方を検討した。盛り込むべき必須項目の抽出とプログラム化をはかった。



表2 司法精神病棟における看護師の役割

<p><b>入院時および入院初期と急性期</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 入院受け入れとオリエンテーション</li> <li>2 入院時ケアプラン作成 (情報収集 アセスメント プラン作成)</li> <li>3 集中的 濃厚な個別ケアが中心</li> </ol> <p>状態に応じては常時2人体制</p> <p>必要に応じての身体管理 (食事 排泄 清潔 睡眠確保 他)</p> <p>与薬 注射 点滴等 その他診療介助 診察立会い 検査介助</p> <p>モニタリング 観察 ニーズ査定</p> <p>安心感 安全保障感の提供 スタッフとのラポール形成</p> <p>家族との連絡 その他のニーズに関する全面的ケア</p> <p><b>回復期</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 個別ケアプランの評価 修正</li> <li>2 個別ケアと同時に集団ケアの比重が重くなる時期</li> </ol> <p>個別ケア 個々の心身の状態に応じた問題解決 および社会生活への適応 (日常生活 服薬と治療への取り組み 病棟での人間関係 金銭管理等) 改善経過のレビュー</p> <p>集団治療とケア 各種治療グループ参加への動機付け グループにおけるリーダーまたはコ リーダ役割</p> <p><b>社会復帰 退院準備期</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 個別ケアプランの評価 修正</li> </ol> <p>とくに不安で揺れる時期であり本人への支えが重要となる</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2 個別ケアを中心としながら 各種集団治療グループへの参加によるレビューと 地域および家族との連携 調整が比重を増す時期</li> <li>3 病棟 PSW および社会復帰調整官との連携</li> <li>4 病棟 院内外出および院外外出 外泊訓練の評価</li> <li>5 退院後生活に関する見通しについての患者との相談 等</li> </ol>
--

表3 司法精神病棟の看護師に必要とされる働き

<p><b>基礎的 全般的レベル (すべてのナースに要求されること)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 入院病棟を中心に、プライマリ ナースとして個別ケアができる。</li> <li>2 病棟ミーティングをはじめとする治療共同体の運営にメンバー/リーダーとして参加することかできる。</li> <li>3 司法精神病棟固有の安全維持のモニタリングおよびセキュリティ対策 リスクアセスメントとマネジメントかできる。</li> <li>4 司法精神病棟固有の定期的アセスメント用紙の査定かできる。</li> <li>5 グループ療法のコ リーダ (種類によってはリーダー役割) かできる。</li> <li>6 緊急時に 他のスタッフと協力して適切な対処かとれる。</li> <li>7 各種カンファレンスに定められた用紙に従い受け持ち事例の提供かできる。</li> <li>8 適切に多職種との連携 協働かできる。</li> <li>9 責任をもって 自他の安全を図ることかできる。</li> </ol> <p><b>中級 上級レベル (一定以上の経験があり専門性を志向するナース)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 病棟業務だけではなく、受け入れまでのプロセス、退院後の精神保健観察など 司法精神医療システムの全般を理解し 地域ケア業務も視野に入れて継続看護を展開かできる。</li> <li>2 患者の離院 自殺企図 興奮暴力などの危機的状況をアセスメントして適切に対処することかできる</li> <li>3 いくつかの集団療法のリーダー/ファシリテータ役割をとることかできる。</li> <li>4 看護職員のストレス (不安 意欲低下 バーンアウト) 時に適切にサポートかできる。</li> <li>5 患者家族 地域住民 関連機関と適切に連携 調整かできる。</li> <li>6 病棟学習会の開催 研究のリーダー役割かできる。</li> </ol>
---

表4 指定入院医療機関で働く看護職のための研修用テキスト 大項目・中項目 小項目 (案)

看護師		司法精神看護
大項目名		司法精神看護におけるケアの方法
1) 中項目名		援助関係とコミュニケーション技法
番号	小項目名	概要
1	援助関係の確立	1)司法精神病棟における患者(クライアント)との関係 2)援助に関する理念(価値)と援助過程 3)急性期回復期 社会復帰期の各期における援助関係の特徴 4)患者が主体の援助モデル
2	コミュニケーション技法	1)関心を向けること、傾聴 理解 共感 2)言語的および非言語的コミュニケーション 3)明確化、保障、再保障 4)自らを語ることの意味と語りへの促し 5)ストーリーを聴くこと、メッセージの背後にある意味 6)語ることへの抵抗
3	患者(クライアント)のニーズの明確化	1)患者(クライアント)が自らニーズを明らかにすること 2)急性期 回復期 社会復帰期における日常生活場面での課題 3)ニーズを行動に移すこと
4	援助関係の発展と転移および対抗転移	転移と対抗転移の基本的理解
5	患者(クライアント)-看護者関係につまずくとき	
6	陰性感情の対処	
7	専門職の態度 価値としてのケアリング	1)ケアリングの概念 2)司法精神看護の実践への適用
2) 中項目名		相談面接の技法と訓練
1	相談と面接	1)相談 (1)自力では解決できない問題 (2)相談の開始 (3)司法精神医療領域における相談をめぐる問題点と解決の方向性 2)面接 (1)相談 説得 評価、管理 情報収集 (2)相談面接 (3)面接技法 (4)司法精神医療領域における面接をめぐる問題点と解決の方向性 3)面接技法 (1)精神療法 (2)カウンセリング (3)ケースワーク 4)看護相談の特徴 (1)位置づけの不明確さと可能性の豊かさ (2)枠組みのあいまいさと柔軟性 可塑性 (3)トレーニングの困難さと経験的な学習の有効性
2	相談面接技法の学習	1)コンサルテーション 2)スーパーヴィジョン 3)教育分析 4)事例検討会 5)司法精神医学における相談面接技法の学習をめぐる困難さ及び克服する方向性
3	事例検討の方法	1)事例の4局面への視野拡大 2)率直な自己表現(自己一致)を可能にする雰囲気づくり 3)参加者の持ち味にそった役割分担
4	面接技法と事例検討の方法の関連	支持型 査定型 直面化型 統合型

3)	中項目名	情報収集、資料作成、アセスメント、ケアプラン作成
1	情報収集	1)入院前情報 2)CCに必要な情報(入院後1w4w1m6m,退院前) 3)退院後の援助に必要な情報
2	資料作成	1)サマリーに必要な情報2)各期のサマリー 3)退院審査時サマリー 4)地域支援に向けたサマリー
3	アセスメント	1)日常生活のアセスメント 2)各期に必要なアセスメント項目
4	ケアプラン	各期のアセスメントにあわせたケアプランの作成、実施 評価、修正
4)	中項目名	個別援助、日常生活行動援助
1	セルフケア援助	セルフケア能力を高めるための援助方法
2	自己決定支援	自己決定能力を高めるための支援方法
3	援助技術	個別援助に必要な専門的な援助技術
4	急性期における日常生活行動援助	生活リズム(睡眠 食欲 排泄 活動と休息)の回復への援助
5	回復期における日常生活行動援助	摂食 排泄行動 清潔保持、整理整頓、服薬行動 社会生活への感心への援助
6	社会復帰期における日常生活行動援助	心身のバランス 対人関係、セルフコントロールを高めるための支援
7	その他の日常生活行動援助	
8	看護師が経験する対応困難事例への対処	拒否 拒絶 個室閉居、治療グループへの不参加 看護師への威圧的態度 依存(頻回のNsコール 繰り返しの訴え)その他の対応困難な事態への対処
5)	中項目名	身体問題の管理(合併症、検査介助ほか)
1	急性症状の発見と早期介入	1)精神症状2)身体症状3)観察 4)介入の方法
2	慢性疾患のセルフケア支援	1)起こりやすい慢性疾患 2)観察介入の方法 3)健康教育 4)自己管理のサポート
3	身体合併症	1)起こりやすい身体合併症 2)フィソカルアセスメント 3)身体合併症への看護援助
4	救急処置と蘇生法	1)救急処置 2)蘇生法

大項目名		看護治療的介入と社会復帰援助
6) 中項目名		集団療法 (病棟ミーティングと治療共同体の運営)
1	治療共同体の理念と集団療法	治療共同体の理念と方法、治療共同体の成立とその後の経過、集団療法の技法と理論的背景、治療共同体と集団療法の関連
2	司法精神科病棟における治療共同体の実践	司法精神科病棟に治療共同体の理念と方法を導入することの意義、司法精神科病棟の治療共同体的運営をめぐる困難とその解決の方向性
3	司法精神科病棟における集団療法プログラム	コミュニティミーティングと朝の例会、回復段階に応じたグループワーク、心身の健康に関する教育講座(統合失調症、うつ病、薬物乱用等)、感情のコントロールに向けた認知行動療法的アプローチ、芸術療法、レクリエーション、スポーツ、園芸活動、生活技術訓練と教養講座、法律、制度、資源活用講座、就労準備、行事活動と行事計画ミーティング、家族ミーティング等
4	集団療法と個別ケアの関連性	患者に適した集団療法の選定、集団療法と個別ケアの統合(集団療法への導入に向けた働きかけ、グループワーク終了後のフォロー)、レビュー、ミーティングの持ち方
5	司法精神科病棟で行われる集団療法における多職種の分担と看護師の役割	グループワークの運営、グループワークにおけるリーダーシップ、諸職種の特徴、限界、持ち味と個人としての属性、集団療法において看護師に期待される役割
7) 中項目名		心理教育と看護ケア
1	心理教育の概念と方法	1)心理教育の発展とその概念、2)家族を対象とする心理教育、3)患者を対象とする心理教育、4)認知行動的アプローチの特徴
2	服薬心理教育の実践と評価	1)服薬心理教育の内容とその実践、2)服薬心理教育の効果と課題、3)服薬、病識、治療へのコンプライアンス
3	ソーシャルスキルズトレーニング(SST)	
4	セルフアウェアネス	1)セルフアウェアネス(自覚)と自己理解、2)社会生活を送る上でのストレス(長所)、病棟生活、友人関係、仕事、趣味、その他、3)自由行動と責任、患者グループによる自由の拡大(プリヴィリジョン)、グループによる行動制限の緩和と責任の理解、4)自己効力感(セルフエフィカシー)と自尊感情(セルフエスティーム)、5)希望、6)その他のテーマ(友人関係、異性とのつきあい、性にかんすること)
5	アサーショントレーニング	
6	怒りのマネジメント	

8)	中項目名	活動療法
1	活動療法のコンセプト	1)活動療法の概念 2)活動療法の目的 必要性 3)司法精神領域における活動療法の位置づけ
2	活動療法の種類と効果	1)学習に関すること 2)身体的活動(運動)に関すること 3)レクリエーション(気分転換 趣味の発見等)に関すること 4)その他
3	個別性に配慮した活動療法	1)ライフサイクル 発達課題 2)身体機能
4	活動療法の運営方法	1)グループダイナミクス 2)スタッフ構成 3)運営の留意点(司法精神領域の患者の特性を踏まえて)
5	活動療法に伴う多職種とのチームワーク	1)活動療法における看護の役割 2)活動療法におけるチームワーク
9)	中項目名	社会復帰援助
1	入院早期から退院計画立案に向けての取組み	
2	施設症(インスティテューナリズム)防止	
3	退院に向けた条件整備の方法	住居 経済 生活能力、技法 家族近隣関係と調整 訪問看護 外出 外泊 授産など
4	退院後の自立生活継続に向けた支援方法	相談 訪問 スタッフ間の調整
5	院内の他職種との調整と連携	
6	指定通院医療機関における医療と看護	
7	社会復帰調整官、通院医療機関職員、地域保健師など地域スタッフとの協力関係	
10)	中項目名	地域との連携
1	地域との連携	1)生活者の視点—本人の生活のイメージ 2)生活していくための資源—人 もの 場 3)本人の生活していく力 (1)食事 お金 衛生管理 (2)家族、近隣 社会 (3)自らの健康管理 4)地域性の重視 (1)地域の精神保健福祉に関する歴史や考え方 (2)地域の精神保健福祉関係者の資源の把握 5)関係者のサポートネットワーク

2	地域での生活支援	1)社会復帰調整官の機能と地域援助者の役割 2)退院に向けてのサポート体制 3)退院後のサポート体制 4)社会復帰調整官との連携 5)地域ネットワーク会議 6)地域の関係者の役割と機能 7)地域援助者をサポートする 8)住民等への啓蒙活動
大項目名		包括的暴力防止プログラム
11)	中項目名	暴力 攻撃性に関する理論
1	暴力 攻撃性とは	暴力の種類 モデル 暴力研究の動向
2	暴力 攻撃性の誘因となるもの	
3	リスクアセスメント	
4	暴力介入の法的 倫理的側面	
5	暴力の予防と管理	予防およびインシデントの管理と評価システム
12)	中項目名	ディエスカレーション技法
1	ディエスカレーションの理論的背景	1)歴史的発展の背景 (alternative restraint など) 2)怒り 攻撃の背景とそのエスカレーションの過程 3)怒り 攻撃の前兆、観察 アセスメントの指標 4)ディエスカレーションの概念 意義 目的
2	ディエスカレーション技法	1)基本技術 (1)コミュニケーション技術 (2)パーソナル スペース (3)タイムアウト、リミットセンディング (4)交渉 (5)環境マネジメント 2)活用方法 (1)臨床状況と介入のポイント (2)技法の組み合わせ方
3	ディエスカレーション実施後の評価	1)患者の評価 2)スタッフの評価(個人とチームワーク)
4	専門職としての態度	1)ディエスカレーションに関する専門職としての態度 2)チームワーク
13)	中項目名	Breakaway および Control & Restraint
1	Breakaway	肥前基盤研究の成果
2	C&R	肥前基盤研究の成果
14)	中項目名	暴力後の対応とサポート体制
1	暴力後の対応	(1)実際に被害にあったスタッフの経験と提言 (2)医療現場で生じるスタッフの暴力被害 (3)暴力行為後の患者の心理 (4)暴力を受けたスタッフの心理とPTSD (5)患者のディブリーフィング (6)スタッフのディブリーフィング (7)労務災害等の手続き
2	サポート体制	(1)被害者サポート方法 (2)東京都が作成した予防とサポートの提言 (3)WHO による働く場での暴力防止に関する提言

大項目名	クリティカル状況における安全維持と倫理問題	
15)	中項目名	隔離 抑制
1	隔離とは	隔離とは 隔離の目的 隔離の方法
2	最小規制の原則	国際的な基準 欧米における隔離 日本の基準
3	司法精神病棟における隔離の手続き	1)隔離の決定とインフォームドコンセント 2)隔離中の定期的再評価 3)隔離の解除 4)看護ケア(観察 コミュニケーション 日常生活援助) 5)記録
4	隔離室の環境	設備 プライハノーの確保 モニターカメラ
5	抑制とは	身体的抑制と化学的抑制
6	身体拘束とは	拘束とは 拘束の目的 拘束の方法
7	身体拘束に関する基準	日本の法律による基準 英国モデルによる基準
8	身体拘束の実施状況	実施状況 デメリット 課題
9	司法精神病棟における身体的拘束	今後の基本姿勢(機械的拘束の廃止)
10	人権擁護のためのシステム	インフォームドコンセント 隔離 拘束の必要性の判断、第三者による審査
16)	中項目名	自殺 自傷行為の予防とケア
1	自殺と自傷行為	自殺の概念 自傷行為の概念 統計データ 自殺企図 未遂例
2	司法精神医療における自殺	被拘禁者の自殺の特徴 刑務所 その他矯正施設
3	自殺のリスク因子	自殺未遂歴 精神障害 サポート不足 性別 年齢 喪失体験 性格 自殺の家族歴 事故傾性 児童虐待 他
4	自傷行為の特徴	少数例外グループ 注意喚起 自傷の前兆 自傷行為のタイプ 攻撃性と自殺 自殺 自傷の力動
5	自傷行為者への態度とケア	観察のポイント スタッフの自傷/自殺未遂者への態度とケア 管理上の諸問題
17)	中項目名	セキュリティとリスクマネジメント

1	施設管理	1)鍵の管理 2)出入りのチェック 3)危険箇所の点検 4)危険物の取り扱い
2	緊急時の連絡方法	暴力 攻撃、自傷行為、窒息、その他急変時の連絡方法
3	事故時の対処方法	火事、地震 台風 その他事故への対処方法
4	捜索	離院時の対応
5	身体 私物検査手順	外出後、面会時の身体検査 私物検査(定期 臨時)
6	院内エスコート	検査 受診、プログラム 行事、買い物、同伴外出
7	院外エスコート	検査、受診 プログラム 行事 買い物 同伴外出、同伴外泊
8	観察	観察レベルとそれぞれの手順
9	？移送	重篤な身体合併症時の移送
18)	中項目名	司法精神看護における倫理的問題
1	精神科医療における倫理原則 (1)	自己決定権 インフォームドコンセント 契約と自律 個人の自由意思
2	精神科医療における倫理原則 (2)	IC 情報開示 判断能力とその構成(選択の表明、理解、認識、論理的思考) 自発的決定
3	精神科医療における倫理原則 (3)	生命の安全 危害が加えられないこと 秘密保持と匿名性 患者と他者にとっての最善の利益
4	強制的治療における自由の制限	看護師の権限(法律で認められている行為) できることとできないこと
5	法律による処遇基準	書面告知 通信面会の自由 面会時の規則 弁護士等との連絡 電話使用 面会制限 隔離拘束 外出外泊 私物持込 自室の施設 定期的な治療査定 ケアプラン作成参画
6	不服申し立て	後見人 付添い人 地方裁判所 第三者機関 社会保障審議会事務局
7	Protection & Advocacy	患者アドボケートとしての看護師 処遇上の不服申し立て 外部アドボケートと秘密保持/プライハノー
8	看護師のプレナム	
9	その他	倫理綱領(日本 WHO WFMH) 患者権利法 国際人権法 他



大項目名		看護管理の諸側面
19) 中項目名		病棟及び看護管理業務
1	看護職の役割と機能	看護チーム役割分担 業務分担調整 勤務表作成
2	各職種との役割と機能	職種間 部門間の役割分担と協働に関する調整
3	臨床状況についての判断と方針提起	セキュリティ モニタリング 看護ケアの効果を評価 調整
4	職員教育の計画立案 実施	看護部の院内教育 他職種間での事例検討 病棟内での看護教育 ストレスマネジメント、ハーンアウト防止
5	倫理的問題についての介入	患者の人権擁護に関する問題、看護師の職業倫理に関する問題 患者-看護師の問題
6	病棟環境の整備	治療的 ケア的な環境とアメニティの維持 増進
8	病棟内の物品管理	刃物 火気、その他 危険を伴う物品の取り扱いと点検
	研究計画の立案 実施 指導	回復促進 再犯防止に有効なケアの開発
9	情報管理 1	看護記録 公的文書の取り扱い 情報システムの整備など
10	情報管理 2	1)情報管理の必要性2)情報の種類3)管理方法
11	記録管理	1)記録管理の必要性2)記録の種類3)管理方法
12	データベース作成	1)データベースとは2)データベース作成の方法
13	会議 事例検討会などの企画運営	MDT(多職種間)会議 病棟看護会議 ケースカンファレンスなど
14	病院内及び地域社会に向けた広報活動とアカウントビリティ	情報 教育業務 ボランティア 医療福祉サービス 社会資源などの委員会
20) 中項目名		看護スタッフのサポート
1	精神科看護師に困難をもたらす要因	看護師としての役割の不明確さ 達成感 充実感の乏しさ 無力感 徒労感を抱かせる体験 患者からの暴力や攻撃 患者との関係のもつれ スタッフ間の葛藤
2	司法精神看護師に特有の困難をもたらす要因	患者との援助関係を成立させることの困難さ(患者と看護師の相互不信) 患者から暴力や攻撃を受ける危険 司法精神看護師への社会的要請をめぐる不確かさ
3	司法精神看護師のサポートとエンハフメント	司法精神看護師のハーンアウトを防止する方法 司法精神看護におけるスーパービジョンとコンサルテーションの方法
4	司法精神看護師のアイデンティティ確立	司法精神看護の可能性と現代的意義 司法精神看護師の体験する困難と看護師としての自立 成長

- 
- <sup>1</sup> Peternej Taylor,C and Hufft,A Forensic nursing In Johnson B S (Ed) , Psychiatric mental health nursing , Adaptation and growth Philadelphia Lippincott 1997
- <sup>2</sup> Hennaken, P Occupational health issues facing nursing in South Australian prisons Proceedings of the 5<sup>th</sup> World Conference on Prison Health Care , Brisbane , Conference Solutions Pty Ltd 1993
- <sup>3</sup> Dunn, A , Selzer,J and Tomko,P Designing a forensic program In Lego S (Ed) , Psychiatric nursing , A comprehensive reference Philadelphia , Lippincott 1996
- <sup>4</sup> Department of Education, Science and Training Mental Health Nursing Education and Health Labour Force, Literature Review, Commonwealth of Australia 2002  
([http //www dest gov au/highered/nursing/pubs/mental\\_health/2 htm#top](http://www.dest.gov.au/highered/nursing/pubs/mental_health/2.htm#top))
- <sup>5</sup> Adapted from The Sainsbury Centre for Mental Health Pulling together The future roles and training of mental health staff United Kingdom The Sainsbury Centre for Mental Health 1997
- <sup>6</sup> Adapted from Hazelton, M Mental health nursing In Deakin Human Services Education and Training Partnerships in Mental Health Services (Final Report ) Canberra Commonwealth Department of Health and Aged Care National Mental Health Strategy 1999
- <sup>7</sup> Developing a framework for post registration competencies for local forensic services Report on forensic consensus workshop,
- <sup>8</sup> Chris Chaloner and Michael Coffey Forensic Mental Health Nursing, Blackwell Science Ltd , 2000
- <sup>9</sup> Developing a framework for post registration competencies for local forensic services Report on forensic consensus workshop,
- <sup>10</sup> Chris Chaloner and Michael Coffey Forensic Mental Health Nursing, Blackwell Science Ltd , 2000

心神喪失者等医療観察制度関連分野における精神保健福祉士の  
研修・教育および養成システム

佐藤三四郎班員  
(埼玉県精神保健福祉センター)

三澤孝夫班員  
(国立精神・神経センター武蔵病院)

## Ⅰ 精神保健福祉士国家資格制度における研修・教育および養成システムについて

新しい心神喪失者等医療観察制度において精神保健福祉士は、精神保健参与員、社会復帰調整官、指定入院・通院医療機関など医療機関の精神保健福祉士、地域で対象者を支援する行政機関や精神障害者社会復帰施設の精神保健福祉士など、そのあらゆる局面で幅広く重要な役割を担うことになる。そのため、教育制度も、心神喪失者等医療観察制度の法律的側面、医学的側面、リハビリテーション、権利擁護、福祉、社会復帰等に対応できる多様な知識を総合的、統一的に学ぶ必要がある。

〈心神喪失者等医療観察制度が予定する精神保健福祉士の関連職能〉

- 精神保健参与員
- 社会復帰調整官
- 指定入院医療機関の精神保健福祉士
- 指定通院医療機関の精神保健福祉士
- 地域の精神保健福祉職員  
精神保健福祉センター、保健所、市町村  
精神障害者社会復帰施設（地域生活支援センター、生活訓練施設、授産施設等）  
その他

### 1 心神喪失者等医療観察制度における精神保健福祉士の教育研修体系

#### ①考え方

心神喪失者等医療観察制度における精神保健福祉士の役割は、精神保健参与員や社会復帰調整官、指定医療機関にととまらず、地域生活支援に関わる広範な組織・機関の精神保健福祉士に及ぶ。したかつて、精神保健福祉士の基本的素養として、精神保健福祉士の国家資格における養成課程において、一定の心神喪失者等医療観察制度の教育が必要となるであろう。

#### ②見直し内容

現行の精神保健福祉士養成課程を見直し、下記の精神保健福祉士養成科目について、「心神喪失者等医療観察制度」の内容等を加えていく必要がある。特に「精神保健福祉論」と「精神科リハビリテーション学」「精神保健福祉援助技術」「法学」においては、それぞれ各科目に対して一章を設け、新制度の内容や援助技術等について、教育していく必要がある

- ① 精神医学
- ② 精神保健学
- ③ 精神科リハビリテーション学
- ④ 精神保健福祉論
- ⑤ 精神保健福祉援助技術
- ⑥ 心理学
- ⑦ 法学
- ⑧ 社会学