

# 回復期

2M~6M	プログラム	看護師	医師	精神保健福祉士	作業療法士	臨床心理士
	回復期ミーティングに参加する。また、個別に抱える課題により認知行動療法や作業療法に参加し課題の克服に努める。3ヶ月で社会復帰期への移行についてアセスメントする。定期的に身体状況に対する精査及び心理学的状況のアセスメントを行う。同伴外出に関する検討を行う	対人関係や行動化の可能性等患者の全体像把握に努める。薬物療法の効果等観察する	定期的な診察	家族調整を行う	個別の作業計画を立て、作業療法を導入する。作業療法を通して患者の状態をアセスメントする	認知行動療法等主催し患者の変化するアセスメント
7M~9M	3ヶ月を1クールとしてプログラムの繰り返し。服薬の確実性等考え6ヶ月程度のプルプログラムとする。移行に関するCCを実施する					
3M毎に	CC 3ヶ月ごとに治療効果をアセスメントする					



# 社会復帰期

5M~9M	プログラム	看護師	医師	精神保健福祉士	作業療法士	臨床心理士
	<p>社会復帰ミーティングに参加する。また、個別に抱える課題により認知行動療法や作業療法に参加し課題の克服に努める。外出泊を計画する。社会生活を送る上で必要とされる知識や技術に付いても学ぶ。2ヶ月で退院についてアセスメントする。定期的に身体状況に対する精査及び心理的状況のアセスメントを行う。</p>	<p>外出や外泊に対応する。服薬の自己管理等開始する。</p>		<p>退院に向けた取り組みを社会復帰調整官と連絡を取り合いながら行う。外出泊に看護スタッフとともに対応する。</p>		
10M~18M	<p>2ヶ月を1クールとしてプログラムを繰り返す。退院に関するCCを実施する</p>					
3M毎に	<p>CC 3ヶ月ごとに治療効果をアセスメントする</p>					

# 司法専門病棟プログラム

	月	火	水	木	金	土	日
6 00	起床						
7 00	モーニングブレイク						
7 30	朝食						
8 30	申し送り						
9 00	朝の例会(診察・検査・プログラム等の確認)						
9 15	診察・検温						
10 00	診察	社会復帰 M	認知行動療法	疾患・問題別 M	全体 M	診察	認知行動療法
						疾患・問題別 M	就労準備 M
						フリー	フリー
11 30	休憩						
12 00	昼食						
13 30	ケースカンファレンス(新入院患者CCを含む)						
14 00	健康・医学講座	園芸活動	ホテイク	芸術療法	生活技術講座	リラクゼーション	社会復帰講座
						教養講座	家族教室
						スポーツ・レク	スポーツ・レク
15 30	入浴・面会時間						
18 00	夕食						
19 00	面会時間終了						
21 00	消灯						
22 00	就床 ラウンド・不眠時対応						
	ラウンド 睡眠観察						

	急性期						
	回復期						
	社会復帰準備期						
	回復・社会復帰						
	全期						

入院2日目

6 00	起床・採血		
7 00	洗面	介助にて実施	
7 30	朝食・服薬	状態により自室で摂取または担当者出勤まで待つ	
9 00	朝会	その日の状態により自室内で過ごす。担当者はOR実施	
9 15	診察	診察室へ、診療の補助	
10 25	CT・MRI	検査付き添い	
11 30	休憩		
12 00	昼食・服薬	ホール・食堂で摂取、状態によりそのままホール観察	
13 30	入浴	介助・誘導ともにも3名	
14 40	2日目OR	治療・看護内容、プログラムのこと	
15 30	面会	面会立会い	
18 00	夕食・服薬	状態により自室	
21 00	消灯・服薬		
22 00	就寝		

患者の状態により、対応する看護師は2～3名、重症は3名

## 5) 倫理的配慮と第3者評価

担 当 共同研究者	慈心会村上病院 宮城県立精神医療センター 山形県立鶴岡病院	為金 義博 大友 喜久夫 五十嵐良一
--------------	-------------------------------------	--------------------------

### (1) はじめに

司法精神医療においては、医療と司法の原則を共に配慮する必要があるが、指定入院医療機関は、基本的には医療機関として位置づけられている。医療刑務所における処遇も参考になるか、医療刑務所はあくまで司法施設であることを銘記すべきだろう。

報告者等は、新たな「処遇」という枠組みに囚われずに、これまでのわか国における精神科臨床の経験の積み重ねに基づきながら司法精神看護の業務をイメージし、気に掛かる事項を整理してゆくという作業を重ねてきた。指定入院医療機関は、医療機関であるとはいえ司法の枠組みが重なるので、既存の精神科医療機関には見られなかった規制や行動制限が入院患者に課せられることを避けられない。しかし、司法的な制約が医療機関としての機能を阻害することは避けなくてはならない。それには、精神保健福祉法の基本理念を活かしながら、規制や行動制限の目的が明確に説明され、患者の本音が引き出せる環境作りが課題である。

### (2) 多職種間での協議事項

はじめに、保健医療福祉チームによる全体的な合意を必要とする基本的事項について整理しておきたい。

患者のプライバシーについての考え方であるか、重大な他害行為を行った事例であり、名前かすてに公表されている場合もあるか、不必要な公開はすべきではない。本人か自身の名前を使用して、所在を外部に伝える場合の配慮も必要である。訴える権利は保障されるべきか、人権擁護機関、所管裁判所、第三者機関及び、厚生労働省社会保障審議会事務局等の限定された機関、家族や特定の友人等に、対象が限定されるべきか否かについて検討する必要がある。また、手段は封書のみとするか否かについても議論の余地があり、場合によっては、着信専用の直通電話を必要とする場合も生じる。電話の場合は時間帯を考慮する必要がある。

インフォームドコンセントの原則からすると、電気ショック療法、薬物療法を含め、治療とプログラム参加に強制治療を含めるのか否か、含める場合はその点を権利告知の対象とするのか否か、について明確にしておく必要がある。カルテ開示については一般の医療機関に準じるべきであろう。

### (3) 基本的な考え方と理念

指定入院医療機関か、司法施設に準じた危険防止や対象者の隔離を必要とするのは事実か、あくまで医療施設である点に配慮する必要がある。非合法薬物や危険物の持ち込み、無断退去、院内での危険な行動等が許されないことは言うまでもないが、隔離は決して目的ではなく、治療効果を高め自立を促進することが優先されねばならない。このような施設理念を明示し、運営内容を公開する必要がある。

さらには、十分に配置されたマンパワーを活用することによって、安全管理を図ると共に臨床実践の質を保障し、研究活動が行える体制づくりを行なうなど、精神科治療機関として理想的な状態を目指す必要がある。

十分なマンパワーを確保し、マンツーマンによる観察が可能な体制かとれば、危険物の持ち込みや攻撃的行為等のリスクが解消されるので、行動制限や私物所持制限を緩和し、一定の自由さと快適さを保障することができる。特殊なケースに引きずられて、施設構造によるハード面での規制を厳しくすることなく、マンパワーによるソフトな管理が行われることか望ましい。

処遇基準に関する事項では、治療プログラムとの関連で面会時間を限定する必要があるか、その場合に、遠隔地からの面会などの例外規定を設けるか否かについて検討しておく必要がある。面会の制限や面会時の金属探知器使用による点検など、面会者にまで規制を適用するための法的根拠についても整備しておく必要がある。

病室への私物の持ち込みについては、危険物を除き原則として許可するのが望ましいか、同時に、何か所持されているかについての点検と制限が必要で、特に急性期の場合は要注

意たろう。併せて、図書やビデオなどの共有物品については、豊富に備える必要がある。

病室は全室を個室とすへきてあるか、外部施錠が可能な病室は1～2カ所て良い。アメニティを十分考慮した頑丈な隔離室は別に準備し、個室内にトイレと手洗い、一部の病室にはシャワーを設置するのが望ましい。自殺企図がある場合を想定して、一部の病室には取り外し可能な監視カメラを設置する必要がある。

施錠方式は、病室ごととするか、センター方式一括施錠・開錠も可能とするかについて、検討を要する。日中の内部施錠を可能とする（その場合も、スタッフによる開錠はできるようにしておく）とか、夜間のみ外部施錠とする方法もある。開設後の状況により、重装備の施設が必要となるかもしれないか、出来る限りはシンプルな構造でよい。

ナースステーション（もしくはスタッフルーム）の病室窓口は24時間オープンカウンター式のものとするへきてある。消灯後の夜間から起床時の早朝まで、執務室は閉扉しても、不眠対策等の理由から出窓部分のみは24時間オープンカウンター式とすへきてあろう。但し、セキュリティの観点から、ナースステーションはあくまで執務室として位置づけ、原則として患者の出入りは行わず、ナース面談室は別途に設置されるへきてある。

行動制限については、「最小規制の原則」を遵守すへきてあるか、拘束の基準及び妥当性については施設内で審議する場の設定が必要である。

原則とおりに看護計画と治療計画に則った看護行為を実践するという体制を整備することか重要であり、そのことか、精神科では他科と比較して遅れているEBMの導入を促進することにもなる。精神科においては、「病気」と「健康」や、「入院を要する場合」と「退院か可能である場合」を分ける基準の数値化に困難か伴うか、電子カルテの導入に向けた検討等を通して、できるところから少しずつ取り組むへきてある。

受け入れた事例の治療経過に関する情報、及び病棟運営のシステムに関する資料は、可能な限り公開すると共に、指定入院医療機関相互の情報交換も密接に行ない、獲得されたノウハウは現場の臨床に還元されるへきてある。

指定入院医療機関においては、チーム医療のあるへき姿を追求する必要がある。チームは小規模であった方が運営しやすいので、30床を3グループに分け、看護師だけでなく医師、コメディカルも含めて、固定チーム制を行うことか望ましいだろう。このような体制をとることによって、チームリーダー、グループリーダーシップの育成か図りやすくなる。少なくとも開設当初の病棟責任者は、看護部との調整も必要とするために看護副部長級以上、固定チームリーダーは師長級とするへきてある。チームて対処する場合に、事例の特徴に見合った個別ケアと、病棟全体としての秩序と安全を両立させるリーダーシップの発揮を可能にする訓練が必要である。

緊急時には一斉に集まれるための連絡体制、指導体制と役割分担の明確化、そして、それらを円滑に実施するための訓練が必要である。防火、防災についても訓練が行われることか必要である。

治療や看護の原則を遵守しなから、病棟内の安全管理や清潔保持のために必要な強制や介入を行なうことを可能にするスマートて円滑な対応を整備すへきてある。たとえば、拒食時の鼻腔栄養法、拒薬時の注射、また、盗難や紛失時の私物検査等の実施方法について明確にしておく必要がある。

患者からの情報提供を当てにせず、スタッフの主体性に基ついて、積極的に情報収集出来る体制を確保する。

日常生活の様々な場面で影響を及ぼす「病識」の基準（レヘル）判定を明確に行うことによって、処遇の根拠をわかりやすくするへきてある。その上で、看護判断の枠の規定を明記する。隔離、拘束、処遇ランクなどの取り扱いか明記される必要がある。グループリーダーには、即座に隔離拘束の判断かできる権限か付与され、即座に対応出来るシステムは備えておくへきてある。その場合には一定の時間内に指定医による判断か行われる必要がある。窒息や発作などの場合の救命救急時の手順も整えておくへきてある。

隔離、拘束、その他の行動制限については、明確な説明をする必要かあり、その上で、当事者の訴える権利は保障する。

地域によっては、マンパワーの確保か量・質共に困難を来たすことか危惧されすので、大学と連携を行い、人材育成を図る必要かある。病棟の紹介ビデオ等による広報活動も重要たろう。

国費て運営されるものであり、贅沢は許されないし、怠惰な処遇も許されない治療機関としての最低限の快適さは保障されなければならない。マンパワーも充実して、「居心地

か良すぎないか」という批判については、あくまでも短期集中治療を行うべき医療機関として、まずは悔いのない体制を備えるべきであると考え。

バーンアウトしないためには、スタッフの長期休暇所得を保証するという原則が必要である。2週間～1か月／年間を目処とする。夏期休暇5日と特別職務免除（研修）5日を合わせれば2週間は休める。更に、年休20日（年）のうち10日をとれば1ヵ月休むことが出来る。また、給与の調整額（特別業務加算）にも配慮すべきである。

現行では曖昧な夜勤時の休憩時間、交代による昼の休憩時間の確保について明記すべきである。

身分に関しては不明確な部分もあるか、医師のみならず、看護師についてもスタッフ採用の特別枠を設けるべきである。民間医療機関からも希望するスタッフを確保できる体制が必要である。

看護師長室、スタッフの休憩室が棟内に設置されなければならない。看護師長室は執務室であり、スタッフとの面談の場でもある。

ドアや窓等には、安全性確保のため、ガラスではなく、アクリル板が使用されるべきである。また、施設の破損責任、スタッフの眼鏡の破損保障についても明確になされる必要がある。ただし、スタッフは高価な時計や眼鏡や装飾品の持ち込みを行うべきではない。

#### （4）倫理綱領

看護師については、日精看の綱領を活用する必要がある。刑事事件ではなくても、倫理綱領違反やマニュアル違反に伴う対策が必要である。決められたルールが守られない場合の対策が必要である。

倫理綱領の遵守と見直しを行う場として、院内倫理委員会（仮称）を設置する必要がある。内部告発及び外部からの訴えに対して、これまでは、管理者と本人の話し合いによる結論だけの公表に終わる場合が多かったが、倫理委員会の場て本人に弁明の機会を与え、検討のプロセスも含めて公開されるべきである。

これまでは、「もし事故が起これば誰が責任をとるのだ」という責任回避・杞憂 仮想が慣用語であったか、業務の自立と主体性という視点から、これからは看護者の説明責任も重要事項になる。情報公開の姿勢を貫くためにも、現在検討中の、内部告発者の保護を目的とした公益通報者保護法案の趣旨を生かす必要がある。

倫理委員会の場て、看護の質の業務評価も行われるべきである。また、倫理委員会の下に、看護評価小委員会（仮称）を設置し、精神科看護機能評価マニュアル（1993 12 10日本看護協会出版会）、日本医療評価機構基準に基づく評価を行う。マニュアルに準じた行動がとられているか、看護の質に対する評価が行われる場である。現行では看護師の行動が不適切な場合でも、刑事事件に発展しない限り解雇すらできないか、やはり新陳代謝と緊張感は求められるべき、評価と対策の検討プロセスは公開されるべきものである。

患者との日常の関わりの中で、説得とか教育指導とか注意するという場面は欠かせず、大声を上げたり不祥事に至る言動もある。ユーモアを交えた説得か功を奏する場合もあるか、差別的冗談は慎むべきである。なお、看護者自身の説明責任については、これまで検討されてこなかったか、指定入院医療機関においては特に重要事項である。

倫理委員会の下に、事故対策小委員会（仮称）を設置する必要があり、ここでは医療事故の分析と対策を検討する。その内容は、看護評価の検討素材にも資することかできる。

患者間のトラブルが生じた場合の危機介入、仲裁法の手順を作成しておく必要がある。1人の患者に対しては、3人のスタッフで対応するための方法論が確立しているか、トラブルの仲裁時に取っ組み合いをしている時に、スタッフ3人でも動き出すべきかなど、対応人数が少ないと2次災害のもとになるため、熟慮を要する。

患者間にトラブルが生じた場合の仲裁結果の査定についても検証し、反抗とか抵抗に対する適正な対処の検討も必要である。

正当防衛や公務災害についても配慮されるべきである。スタッフのメガネや時計などの破損についても保障制度を明確にすべきである。

セキュリティシステムを明確にし、非常事態での応援態勢のルートを明確にするべきである。

研修は、講義やグループワークに留めず、より実践に即した参加型 実践的訓練型のロールプレイを導入すべきである。また、客観的に相互評価をされるという体験を重ねるこ



とによって、自信をもつことのできるような設定が重要である。

倫理綱領違反やマニュアル違反に伴う処分基準の設定が新たに必要であり、その基準に沿って、スタッフの人事異動を柔軟に、適材適所で行う必要がある。

#### (5) アドボカシーと情報公開

情報公開かどこまで出来るかか主要な課題である。情報公開を行う対象や情報の範囲を設定すへきてある。

情報公開基準については、院内倫理委員会及び第3者機関（運営委員会）において随時検討する。第3者機関（運営委員会）には、全面情報公開を行う。活動内容やその成果については、社会的関心が高いと考えられるので、報告書や研究論文集を定期的に発行することか望ましい。

権利擁護者については、選任の手順か必要であり、裁判所及び行政機関か手続きを行う。家族か権利擁護者になる場合もある。単身者の場合もあり、国選弁護人に順ずる制度か必要だろう。

第3者機関（運営委員会）は権利擁護のための運営のチェックか行える。プライバシー保護を名目として、情報公開か消極的になってはいけない。第3者機関（運営委員会）はプライバシー保護のための運営のチェックか行える。

看護者は患者のよき理解者であり、最良のアトホケイトでなければならない。そのため継続学習と自浄作用は必要である。

#### (6) 代理人制度

精神保健福祉法の対象外施設であり、保護者制度はない。財産管理のためには、成年後見制度か活用されるへきてある。入所時から後見人の選任を行う必要があるか、権利擁護者か兼務することもあり、また、家族の中から選任することも妨げない。ただし、家族と利害関係か対立している場合もあり、家族か行うへきてない場合もある。

当事者の訴える権利は、後見人、地方裁判所及び、第3者機関及び、厚生労働省社会保障審議会事務局とすることか望ましい。

必要に応じて、国選弁護人かつけられることか望ましい。

#### (7) 第3者評価の視点

指定入院医療機関は、施設外部の視点をできるだけ多く取り入れるという視点から、積極的に評価を受け、結果を公開するへきてある。病院評価の基準を満たしていなければならないので、精神科看護機能評価マニュアル（1993 12 10日本看護協会出版会）、日本医療評価機構基準に基づく評価を公開する必要がある。

第3者機関の設置（運営委員会）は、弁護士、地域代表としての地方自治体議員、学識経験者などをもって構成する。運営について、外部意見を反映する。運営委員会が外部監査の任を行う。年間に1回以上は、内部の実態についての視察か行われることとし、視察結果は公開される必要がある。

医療法に則る監査は行政か行い、監査結果は公開する。

#### (8) 処遇基準

処遇基準については、医療刑務所の基準も参考にする必要かある。

喫煙については、全面禁煙は不可能か、一定の制限は必要となるだろう。

冷暖房は不可欠で、特に、急性期には配慮か必要である。

私物の持ち込みについては、急性期ではかなりの制限か必要となると考えられるか、とこまで統一基準とし、そこから個別の判断とするへき患者について、十分な議論か必要である。回復期以降は制限を緩めるへきだか基準は明確にしておく必要がある。

面会については、医療機関であるために、原則として自由とすへきてあるか、危険物や薬物の持ち込みの防止か原則である。そのためには、受け渡しのチェックや、時間と回数か制限もやむを得ない。また、治療プログラムとの関連で、面会時間枠を設定することとなるか、遠隔地からの面会や身体疾患の重篤時の面会については柔軟に対処する必要かある。

## (9) 処遇基準の別掲

### ×治療プログラム

大学教育に準ずる一般教養教育か治療プログラムにも含まれていること。

### ×環境条件

アメニティ（二重扉・外壁）

外壁については、都市型、地方型など、地域事情の考慮も必要である。

鍵の紛失の想定も必要である。鍵のコピーができない対策も必要である。鍵の院外への持ち出し防止策も必要である。

出入口には金属探知器の設置が必要である。ナースステーションに出入口の開閉の情報が周知される必要がある。

二重扉は一度に二つの扉が開かない構造が良い。

#### ・アメニティ（体育館）

病棟と直結した体育館は必置である。

就寝前の夜間帯にも使用出来ることか望ましい。

#### ・アメニティ（中庭）

日光浴、喫煙の場でもある。

季節感を情緒的に演出する場でもある。

無断離院対策が講じられていなければならない。

#### ・アメニティ（個室）

個室の定義を整理すへきてある。ソフトな隔離室仕様の個室等、個室の仕様が多様化してきている。従来、隔離室（保護室）とは外から施錠かてきものを意味し、個室とは外から施錠が出来ず、内鍵が掛けられるものであった。ハードな仕様の隔離室（保護室）は一時的に使用するものであり、バックベツを必要としたか、医療法上は1床の病床であった。

個室とは隔離室も含めた一人部屋の総称であり、施錠（内鍵と外鍵）てきるか否か、部屋や窓の壁面が頑強であるか否か、トイレや手洗いか設置されているか否かなどの構造上の特徴から判断して、隔離室か個室かの区分をすへきものではない。防災上の観点からは隔離（外鍵）かてきるか否かに関する部屋の区別と登録は厳格に行うへきてある。隔離使用する場合の設備については規格の明確化か必要である。隔離をする場合は隔離の手続きを行い、隔離使用を行わない場合は単なる一人部屋という位置づけとなる。夜間巡回時用に、個室の外窓を設置するか、個室の施錠解除を一斉に行える設備か望ましい。

急性期ゾーンでは固定式ベツの設置や、弄便などの対策として、丸洗いてきる部屋も必要である。

#### ・個室（病室）内の構造

洋式トイレを設置する。

#### ・アメニティ（ガラス）

破損にも耐えられるようなアクリル板もしくは強化ガラスを使用すへきてある。施設の破損責任も明確にすへきてある。

#### ・アメニティ（トイレと浴室）

故障に備えて複数設置か必要である。

#### ・アメニティ（娯楽室）

娯楽室は1ゾーン内に2カ所か望ましい。テレビでのチャンネル争いは付き物である。

故障や修理も視野に入れて検討すへきてある。

#### ・病室のゾーニング

男女区分、入所間もなくの場合は区分される必要がある。

夜間不眠時対策用の空間も必要である。不眠時の防音対策は重要である。不眠て困るのは、本人よりもむしろ周囲への影響である。夜間起きていることは、病状から考えても避けられず、そのこと自体は止むをえない場合がある。

入所者の対人関係と相性への配慮は重要である。患者の転棟はてきないため、ゾーン分けのイメージを明確にするのが良い。

患者間のトラブルが発生した場合には、当事者はそのままでも、他患は即座に個室に戻りセンター方式で個室施錠かてきる体制か必要である。

隔離拘束室

基本的に全室個室であるために、一時的には個室で隔離拘束を行えるか、不穏時に備えて最低でも1室は確保されるのか望ましい。これまでは、拘束に関する施設の規定はないか、防音対策が施された隔離室で拘束が行われる場合が多かった。ナースステーションとの位置関係による動線への配慮が必要である。

- ・動線  
トイレ・食事・談話室・ナースステーション・夜間不眠時対策用の空間・病室などの配置が機能的であること。
- ・監視カメラ（出入口）  
ナースステーションに出入口の開閉の情報か周知される必要がある。開閉の入力スイッチを設置するとか、監視カメラの設置も含めた検討が必要である。
- ・監視カメラ（病室）  
自殺企図がある場合を想定して、一部にのみ病室に監視カメラを設置する。多様性に対処できるように、取り外し可能とする。
- ・ナースステーションのカウンター  
ナースステーションのオープンカウンターは受付と観察のためだけのものである。ナースステーションの病室窓口は24時間オープンカウンター式のものとするべきである。消灯後の夜間から起床時の早朝までは隔壁を閉扉とし、不眠対策から出窓部分のみ24時間オープンカウンター式とする方策もあるか、夜間でもいつでも、そこに行けば、呼び出さなくてもスタッフの顔が見えれば安心するという効果がある。  
外壁は偏光強化ガラスとし、外からは内部が見えないようにする。外部から院内が撮影できないための工夫が必要である。
- ・危険物  
ライターや刃物のみならず、危険物の定義を統一して、詳細に明確にする必要がある。スタッフ間でばらつきがあり、基準が曖昧になってはいけない。
- ・加重によって落下するカーテン、裂けない繊維のリネン、動かない固定式の角に丸みのあるヘッドが必要である。椅子も原則として固定式とする。病室以外はその限りではない。

## ×職員業務と研修条件

- ・看護スタッフの男女比については、男 女 2 1とする案がある一方、男性を1/3以下とする案まで様々な考え方がある。規定すべきでないとの意見もある。またまた議論が必要なテーマといえよう。  
ロールプレイ  
実践に基づき、ロールプレイによる参加型の研修が必要である。あらゆる場面を想定した緻密なマニュアルが求められている。行為責任・看護行為の説明責任の明確化のための訓練でもある。研修資料が残されてゆくことで積み重ねてくる。  
定点観察と定時巡回  
すべての患者に付き添う訳にはゆかないので、患者からの情報を待つのではなく、積極的に情報を収集するために、ヘッドサイドでの観察を必要とする。30分～1時間交代で、細部観察を可能とする。スタッフが身近にいることで抑止力にもなるし、安心感や活性化にもつながる。一見すると仕事をしていないように思われるかも知れないか、風景に溶け込んで存在感のないただの存在になることが重要である。スタッフ配置が十分であればナースコールは不要となる。24時間にわたる積極的な観察のために、定点観察と定時巡回の原則の確保が必要である。
- ・通報装置  
スタッフの位置も常時確認でき、携帯式か望ましいか故障が多いという欠点があり、固定式は必置である。定期的に、繰り返し訓練を要する。  
危機介入  
院内生活でのトラブルの介入、仲裁の解決策すら曖昧である。仲裁方法を誤ることもある。患者か他患に暴力行為があった場合の対処法も整備されていない。これまでは個別ケースの問題として放置されてきた。明らかな故意による他害行為の場合、被害者と加害者とか不明確な場合、繰り返し頻発する場合などか想定される。裁定者は誰が行うか、病状とは別に公平性を期さねばならない。処遇方法は別途に規定する必要もある。仲裁場面でのインフォームトコンセントも必要である。仲裁の手順は検討を要する事項であ

る。トラブル時の病棟の鎮静化の手順は明示するべきである。当事者よりもむしろ周囲への影響波及の阻止が一番の課題である。

#### 記録

入院3日間は毎日、入院1ヵ月間は週2回、以降は毎週、看護診断に基づき記録を行う。カルテ開示は保存期間を経過後に行われることを前提とするべきである。

学術研究用としての事例の紹介のチェックをどのように行うか検討しておく必要がある。名札

当日の勤務者名の掲示は行われるべきである。

ユニフォームはわかりやすいという利点もあり、私服は馴染まないだろう。施設の特性としての「医療機関である」ということに付随する権威を活用する必要もある。全国統一とするのか併設施設に準ずるのかという検討も必要である。活動的なものかよい。

責任者は名札を着用する必要がある。

身分証明書としての、写真付きの名札の携帯は必要である。

#### 呼称

これまでの「病院と患者」関係ではなく、より対等な関係を築くために、「従事者」「支援者」と「利用者」「使用者」「入所者」等、呼称の見直しも必要である。また、「精神障害者」の表記に関しても、「障がい者」という表記の見直しも検討すべきである。

#### ・人事異動

採用と転任の原則として、適材適所の配置が柔軟に行われる必要がある。チームには常に緊張感が必要で、澁みを放置してはならない。

#### ・施設見学と学術団体の視察の受け入れ

積極的に意見は受け入れるべきであるか、安全面や私物チェックや日時限定などの制限は設けるべきである。

### ×処遇条件

#### ・権利の告知と掲示

権利の告知は、入院時オリエンテーションの中で丁寧に行うことに加えて、患者の目に触れる場所に掲示しておく必要がある。

#### 喫煙

喫煙は、希望者には権利として認めるべきであり、一律に禁止したり制限したりしてはならないか、既存の医療と同様に、病状に応じた個別の対応や指導は必要である。

#### 入浴

既存の医療機関や矯正機関では、保清のために最低限度必要な入浴回数は週2回で良いとする慣例があるか、検討は必要であろう。時間帯は、日中に限定するか、夜間も可能とするかの検討が必要であるか、原則は日中であり、社会復帰期の退所前では夜間も使用可能とすることか望ましい。

#### ・洗濯

洗濯は原則本人責任とすべきである。但し、急性期や病状再燃時には、行わせるべきではない場合もある。家族に依頼するのは無理な場合があり、外部委託の方法もあるか、利用料の徴収の問題が残る。原則は私物とするか、急性期等には病衣を貸与することも考えられる。

#### 服装

スタッフとの見分けかけやすくなるために、特定の色の使用、あるいは制限を取り入れることも検討すべきである。

#### ・ベルト

急性期や、希死念慮のある場合等は使用不可とすべきか、危険物の範疇に入れ一律に禁止するべきかどうかの検討を必要とする。ヘルトは、日常的に使用している物品であるだけに使用不可とする場合は、患者の自尊感情を傷つけないように配慮すべきだろう。日用品の買物は不可欠なので、小遣い金（日用品と衣類）は必要である。とこて預かるか、誰か負担するかについて検討しておく必要がある。

#### 所持品と危険物

あらゆるものか他害自傷の道具となりうるので、公式な基準を設けるべきである。その上にたって、施設責任において柔軟な施設運用かなされるべきである。社会復帰期にお

いては、危険物を除く私物は所持されるべきである。禁止品による事故と目的外使用による予期せぬ事故とは区分されるべきである。

日光浴については十分配慮されなければならない。

・面会

面会は友人面会を含めて原則自由であることは基本である。しかし、スタッフの立ち会いて制限をつけなければならないケースもあるので、基準を明確にする必要がある。

通信（電話・手紙）

通信の自由は保障されるべきである。電話については、多少の制限はやむを得ないか、封書は自由とする。着信電話の取り次きは柔軟な対応が求められる。

・食事（箸 スプーン フォーク）

あらゆるものか他害自傷の道具となりうるために、十分な配慮が必要である。

散髪

定期的に配慮する必要がある。ボランティアの導入も一案である。利用料の徴収の問題が残る。

・ラジオ、テレビ、新聞、本

病室への持ち込みと談話室のみとする方法がある。退所前の回復期には持ち込みは可とすべきである。個人購入や購読の手続きは煩雑たか、厭うべきではない。

・起床時刻と消灯時刻

消灯時間であるか、21時～6時か常識的な線である。

・掃除

トイレ掃除を含む病室の清掃、営繕業務は看護助手を複数配置するのか望ましい。

現金の所持

買い物時には現金所持を必要とするか、施設内においては不必要であるし、トラブルの原因となりやすい。

合併症への対応

感染症によっては施設内での隔離を必要とする場合も考慮する必要がある。合併症治療を必要としても精神症状の故に他科受診かてきない場合もある。長期に渡る合併症治療を必要とする場合もある。他科受診のために看護師2名以上か同行しての外出も可能であるか、往診体制も整える必要もある。手術を必要とする場合も想定しなければならない。

・年間行事

別途、行事委員会を設置する。季節感と情緒の育成は必要である。

・男女区分

日中は男女混合とする。対患者間におけるプライバシー保護に配慮するべきである。日中でも他者に部屋に入っては困る場合もあり、回復期以降では日中は男女混合であり、内鍵は設置することか望ましい。

・宗教

信仰の自由は保障されるべきである。外国人の入所も想定する必要があるかあれば、食事への配慮は不可欠である。個室使用のために、礼拝等による他患への影響は回避される。宗教人との面会は許可されるべきである。社会復帰期では、礼拝への参加が求められることは想定される。

×持ち込み禁止品目（「国立肥前病院・司法精神科病棟の運用指針」より引用）

携帯電話

アルコール

マッチ・ライター類

ナイフ類等危険物

工具類

禁制薬物（処方薬・非処方薬、香りの強い化粧品、ベビーオイルやボディオイル、整髪料、精油類、ビタミン剤など市販薬を含む）

小火気

武器

全コンピュータ製品（掌サイズのコンピュータ、ラップトップ、含む）

爆発物（花火など）

ガソリンその他の可燃液体物  
針または注射薬  
ソーイングセット

×申告しなければならない品目（「国立肥前病院 司法精神科病棟の運用指針」より引用）

ガラス瓶  
電気かみそり  
陶磁器類と刃物類（食卓用ナイフ・フォーク スプーン類）  
エアゾール類  
全ての溶剤（糊、マニキュアなど）  
缶入り飲料  
飲食物  
ガムや口中清涼剤（または類似内容物の製品）

#### 参考文献

- 1 為金義博 シャタックホスピタル見学記、精神科看護1999年12月号、日本精神科看護技術協会。
- 2 為金義博 英国の精神保健福祉制度、精神科看護2001年2月号、日本精神科看護技術協会。
- 3 三原晴美 イギリス精神看護ツアーレポートその1、精神看護2001 1号、医学書院。
- 4 三原晴美 イギリス精神看護ツアーレポートその2、精神看護2001 3号、医学書院。
- 5 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2003 1号、医学書院。
- 6 国立肥前病院・司法精神科病棟の運用指針、2003

## 6) 看護スタッフの支援

### (1) 看護師が体験するストレスとアイデンティティ危機

患者との間で生じた相互作用をめぐって、看護師は様々なストレスを体験する。とりわけ、指定入院医療機関に勤務する看護師は、社会的な要請の過大さと直面する課題の深刻さから、これまでには体験したことのない葛藤状況に遭遇し、ストレスを味わうことが予測される。このような状態を放置すれば、看護師としてのアイデンティティ危機と共に無力感が忍び寄り、燃え尽きていくことにもなりかねない。司法精神看護の経験と理論が蓄積されつつある欧米でも、司法精神看護に携わる看護者のアイデンティティ維持は難しいことが指摘されている。これまで日本では、この問題について正面から論じられてこなかったが、「心神喪失者等医療観察制度」の成立によって、いよいよ避けて通れない状況となった。

触法精神障害者の援助に携わる看護者のアイデンティティ危機の根底には、援助関係づくりの困難さがある。それは、患者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に起因する困難といえる。たまたし、その背景には、精神科看護師全般、さらには看護師全般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通し合うのに必要なコミュニケーション能力の不足や看護教育の貧困という要因も見逃せない。

すなわち、司法精神看護の臨床場面において看護師が体験するであろうストレスは、看護師の身につけている態度や姿勢に由来する部分がありそうに思える。看護職に限らず、精神障害者の援助に携わる専門職は一般に、自己一致、すなわち自己の感情についての自覚と率直な感情表現を通して、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。臨床心理学や精神看護学の領域にこのような問題意識が芽生えてからすでに40年は経過しているか、今も自己一致の原則が教育や臨床の場に浸透しているとはいえない。特に、看護職の場合、否定的な感情表現の極度な抑制を要求されてきた歴史的な経緯が、自己一致の姿勢が浸透することを妨げている。

援助者の自己一致は、看護の観点から言えば、看護師の本音を呼び水として患者の本音を引き出すことによって患者ニースの的確なアセスメントを可能にする。心理療法の観点から言うと、患者への共感か及ばない所を患者に伝え患者の自己表現を引き出すことによって、患者への共感を高め受容の幅を広げることを可能にする。看護学と臨床心理学という隣接領域で、1960年代初頭という同じ時期に、同様の発想と方法論が確立したことには、重要な意味があるはずである。おそらく、自己一致という言葉には、抑圧からの解放と人間としての自由が尊ばれた時代の精神が刻み込まれている。それだけに、自己一致を基盤とした援助関係論は、伝統的な看護や治療の方法を揺るかすものとして敬遠されてきたのではないだろうか。

確かに援助者の自己一致は、いったんは患者との対人関係を緊迫させるか、そこを乗り越えられれば、患者の抱えている課題を明確にし、患者と目標を共有することかできる。触法精神障害者は、援助者との信頼関係づくりが難しい人であると同時に、精神障害者全般に比へて重い課題を負わされた人でもある。すなわち、援助者にとって、触法精神障害者との対人関係における自己一致は、難しいだけにより一層重要なことといえる。

精神科看護師はもとより、看護師全般にとって、自己一致に根さす援助関係づくりの能力を身につけることは極めて重要なことか、教育訓練の方法やシステムはまた確立されていない。司法精神看護は、看護界にとって長年の懸案となっていたこの課題に、先頭を切って取り組むことになるかも知れない。それは、司法精神医療か精神医療界にとって長年の懸案であった統合失調症への診断名告知とインフォームト・コンセントに取り組もうとしていることとも連動している。

### (2) 看護師の置かれた社会状況とシレンマ

看護師の体験する無力感や困惑には、対人関係能力や援助関係づくりの能力の未熟さばかりではなく、触法精神障害者の処遇をめぐる社会状況が反映されている。処遇システムの不備と地域医療の不十分さの背景には、医療関係者と司法関係者の相互理解の不足や、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」という精神科医療にとって古くて新しい問題は不問に付されたまま、心神喪失者等医療観察制度は成立した。自分たちの社会的な役割にかかわる新しい制度が、意見を求められる機会もないままに自分たちの頭越しにできたこと自体が、看護者の無力感を募らせる。

そのような実感について、看護師同士が十分に語り合い、その内容を必要に応じて患者

に伝えることかてきれば、問題の多い現状についての認識を患者と共有することもできる。しかし、ふたんは率直な自己表現を心掛ける看護師ですら、触法精神障害者の過敏さや易怒的な傾向、そして暗黙の社会的な圧力を意識して口が重い。看護師が体験してい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か、そのことへの自覚は決して十分とは言えない。しかも、感情表現を抑圧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一層難しくなるというシレンマがある。

触法精神障害者の回復と自立に向けた支援は、おそらく看護の中でも最も難度の高い課題の1つたろう。それだけに、患者との日々のかかわりの中では、予想外の言動や期待外れの反応に頻繁に出くわし、その度に様々な異和感を体験するはずである。看護師の異和感とは、看護師としてのアイデンティティの揺らきに対応する体験なので、看護の理念や原則に立ち返って、その内容を吟味しないと、足場や方向を見失う怖れがある。

従って看護師は、自分の体験している無力感やシレンマを自覚し、そこを糸口にして、事件から入院に至る経過や今後の見通しについて患者と率直に話し合う必要がある。そして、患者とのかかわりの意味については、継続的なスーパービジョンや事例検討によって確認し合う必要がある。看護師は、体験した異和感をすぐその場で患者に投げ返すという自己一致の姿勢をすぐには取れない場合があるかも知れない。しかし、スーパービジョンや事例検討によって、異和感の内容を吟味できれば、自分の異和感に反映していた患者の抱えている問題に気づき、それを患者に投げかけることかてきる。

スーパービジョンは、ソーシャルワーカーによって開発された、実践家の支援、指導、管理、教育を目的とした方法であり、精神科医師、臨床心理士にも広く浸透している。看護領域では、個別のスーパービジョンシステムは確立していないか、広く行われている事例検討会をグループ・スーパービジョンに見立てることはできると論者は考えている。事例検討会は、多職種がそれぞれの視点を提供し合い、患者と患者を取り巻く状況について広い視野から評価を加え、先の見通しをつけ処遇方針を共有していく場でもある。

事例検討会を始め、原則的な治療と看護の積み重ねを可能にするような継続学習と相互支援のシステムを作っておくこと、そしてそれを支える理論と方法について検討しておくことか、今求められている。

#### 〔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) 細田満和子著 「チーム医療」の理念と現実—看護に生かす医療社会学からのアプローチ, 日本看護協会出版会, 2003
- 4) 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, 2002
- 5) 宮本真巳 感性を磨く技法2—「異和感」と援助者アイデンティティ, 日本看護協会出版会, 1995
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 宮本真巳 精神科看護—事例検討という方法, 改訂版 精神科看護の専門性をめさして・専門基礎編, 精神看護出版, 2002
- 9) 宮本真巳 触法精神障害者のケアに何か求められているか, 精神科看護30-9, 23-27, 2003
- 10) 宮本真巳 司法専門病棟から発信する精神医療改革, 精神看護7-1, 53-62, 2003
- 11) 村上優 司法精神医学の臨床への問題提起, 精神看護7-1, 44-52, 2003
- 12) 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
- 13) 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,



司法精神医療における精神障害者の  
人権擁護に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 五十嵐禎人  
東京都精神医学総合研究所

平成 15 年度厚生労働科学研究費（こころの健康科学研究事業）  
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究

（主任研究者 松下正明）

分担研究課題

司法精神医療における精神障害者の人権擁護に関する研究

（分担研究者 五十嵐 禎人）

#### 研究要旨

心神喪失者等医療観察法による医療は、入退院手続や精神保健観察の存在など 従来の精神保健福祉法に基づく精神科医療と比較して より強制力の強い精神科医療である。また、心神喪失者等医療観察法の対象者は、刑事責任の減免を要するような精神状態（心神喪失等の状態）で重大な他害行為を行った精神障害者であり このことは、同法の対象者は、少なくとも精神症状悪化時には、重篤な判断能力の障害をもつ精神障害者であることを示している。こうした、心神喪失者等医療観察法の特性を考えるとき、同法に基づく精神科医療では、従来の精神保健福祉法における精神科医療より手厚い人権擁護のためのシステムが必要と考えられ、権利擁護機関の積極的な関与が必要と考えられる。

イギリス、オランダにおける精神障害者の人権擁護システムの検討から、権利擁護機関の関与すべき領域としては、①強制的な治療（強制的な投薬、電気けいれん療法など）や治療上の必要から行われる行動の制限（隔離・拘束）、②一般的な病棟内での処遇、の 2 種類の領域が想定され、前者についてはより専門的な知識に基づく判断が、後者についてはより一般常識的な判断が必要と考えられた。また、こうした権利擁護機関のあり方に関しては、①独立性（医療提供者からの独立性の担保）、②専門性（精神保健医療に関する一定の知識と経験）、③透明性と守秘義務（権利擁護機関の情報公開の必要性和守秘義務）、④説明責任（権利擁護機関の判断理由の対象者本人や医療機関等への開示）などに配慮する必要があると考えられた。

研究協力者

益子 茂（東京都立多摩総合精神保健福祉センター）

斎藤 正彦（慶成会老年学研究所）

平野 美紀（日本学術振興会特別研究員）

な他害行為を行った者に対して適切な医療を行うことによってその社会復帰を促進することを目的とする法律である。同法の円滑な施行に向けて、現在、種々の準備作業が行われている。

心神喪失者等医療観察法の対象者は、①重大な罪に当たる行為（触法行為）をした者、具体的には刑法の殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ罪（以上の未遂を含む）と傷害（軽微なものを除く）傷害致死罪に当たる行為を行い、②心神喪失ないしは心神耗弱が認

#### A. 研究目的

平成 15 年 7 月に成立した「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、心神喪失者等医療観察法と略記）は、心神喪失等の状態で重大

定された者、すなわち、検察庁において心神喪失ないしは心神耗弱を理由に不起訴処分とされた者、ならびに、裁判の段階で心神喪失を理由とする無罪判決ないしは、心神耗弱により刑を減輕され実刑以外の有罪判決を受けた者(要するに刑務所に収監されない者)で、③対象行為(重大な触法行為)を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために心神喪失者等医療観察法による医療を受けさせる必要がある者とされている。

心神喪失者等医療観察法では、通常精神科医療をはるかに超える人員配置と居住環境(たとえば、病室は個室)を備えた専門治療機関が指定入院医療機関として整備されること、など、従来の精神保健福祉法のもとでの精神科病院への強制入院(措置入院、医療保護入院等)と比較して、人権擁護の観点からは明らかな前進と考えることができる側面もある。その一方で、精神保健観察制度の導入など、精神保健福祉法における強制入院制度と比較してより法的強制力の強い医療としての側面もある。さらに、心神喪失者等医療観察法の対象者は、心神喪失等の判定を受けた者であり、精神症状が悪化した場合には、その判断能力に著しい障害を受ける可能性がある者であるともいえる。

こうした、心神喪失者等医療観察法による医療の特性を考えると、同法による司法精神医療には、一般の精神科医療以上に、対象者の人権擁護のための配慮が必要と考えられる。心神喪失者等医療観察法には、①行動制限等に関して社会保障審議会の定める処遇基準を遵守すること、②対象者は社会保障審議会に対して処遇改善請求を行えること、などが規定されているが、その具体的な方法等

については必ずしも明らかではない。

本研究の目的は、欧米の司法精神医療における人権擁護システムの検討を通して、わが国の心神喪失者等医療観察法による指定入院医療機関における対象者の人権擁護に関して、臨床の現場の実態に即した、効率的かつ適正な権利擁護システムのあり方を検討することである。

## B. 研究方法

欧米諸国の司法精神医療システムにおける人権擁護システムについて検討するために、イギリスとオランダにおける人権擁護システムについて検討した。この2カ国を選択したのは、イギリスでは、精神保健医療システムの中に高保安度病院や地域保安病棟のような司法精神医療専門施設が設置されており、一方、オランダでは、司法精神医療専門施設であるTBS処分施設は、刑事司法施設として位置づけられているというように、司法精神医療専門施設のあり方に際立った対照があり、両者における人権擁護システムを検討することによって、司法精神医療システムに必要とされ人権擁護システムの特質がより明らかになると考えられたためである。

また、心神喪失者等医療観察法の人権擁護規定と国際連合による「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」との関係や、現行の精神保健福祉法における人権擁護システムとの関係についても若干の考察を行った。

## C. 研究結果と考察

### 1 いわゆる国連原則と心神喪失者等医療観察法の関係

1991年に採択された国際連合による「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための原則」は、精神疾患を有する人々か一般の人々から差別されることなく、その基本的な人権が保障されるべきことをうたい ①精神科医療も国際的な基準を満たした一般医療と同等の水準が必要であること、②治療にあたっては地域医療とインフォームト・コンセントに基づく治療を原則とすること、③それが不可能な場合については、法の適正手続き due process of laws に基づいて医療を行うこと、④患者の側からの不服審査請求の手段と手続を保障すること、などを求めている。

斎藤（斎藤正彦 国際連合による精神疾患患者の人権原則とわが国の精神保健福祉法、p143-155、臨床精神医学講座第22巻、精神医学と法、中山書店）は、人権擁護の観点から現行の精神保健福祉法と国連原則との間に乖離のみられる分野として、以下の点をあげている。

①患者の個人的代理人に関する規定、②インフォームト・コンセントに関する規定（特に患者からインフォームド・コンセントを得ることができない場合の手続等）、③強制入院の決定 審査、④患者による審査請求権（退院請求 処遇改善請求）、⑤手続保障、⑥情報へのアクセス（カルテ開示等）

すでに述べたように心神喪失者等医療観察法における医療では、入退院の権限は治療者にはなく、地方裁判所に設置される審判所において決定される。同法に附随する政省令や

審判規則等が未制定の現段階においては、審判所における具体的な審判の進め方や判断基準等については不明な点も少なくない。しかし、少なくとも裁判官と精神保健審判員で構成される審判所は、国連原則17に示されるような「司法的又はその他の独立した公正な機関」であり、「1人以上の、資格のある、独立した精神保健従事者の意見を求め その助言を勘案」して決定を行う審査機関と位置づけることができよう。また、入院の継続が必要な場合には6ヵ月ごとに指定入院医療機関の長は審判所に申立を行うこととされており、入院の可否についても定期的かつ自動的な審査が行われる。

対象者の審判に関しては、弁護士を付添人に選任できることとされており、特に入院決定等の審判に関しては付添人の選任は必要であるとされている。退院の許可等の申立についても、対象者本人、その保護者、付添人は退院の許可等の申立をいつでも行うことができることとされている。また 審判所の決定に関しては、高等裁判所へ抗告することが可能となっている。また、審判手続きに関しては、対象者の付添人には、処遇事件の記録、証拠物の閲覧が認められており、カルテ開示の法制化が行われていないわが国の現状を考えれば一定の進歩と考えることもできよう。

したがって、心神喪失者等医療観察法の入退院手続きやそれに関する審判は、少なくとも制度的には、現行の精神保健福祉法の手続きより格段に司法的な色彩の強い性格のものとなっており、人権擁護の観点からも国連原則の要請を満たす、より充実した制度となっていると評価できよう。

これに対して 指定入院医療機関内での処遇やその改善に関する請求やインフォーム