

## 司法精神医療分野における看護師の教育について

小松 容子

(国立精神・神経センター武蔵病院)

佐藤 るみ子

(国立精神・神経センター武蔵病院)

## 1. はじめに

医療観察法が2003年7月に成立し、2005年7月に施行される。法の成立から施行までの2年間に司法精神医療に関する教育が急速に進められた。特に、2004年は、法の施行を目前に控え、教育機関及び臨床における教育・研修がスタートした年である。本項では、法の施行を目前にした、司法精神看護の研修・教育の実際について報告する。

## 2. 医療観察法の施行を目前にした司法精神看護の研修・教育

### 1) 学部教育

看護学部レベルにおける教育は、国立看護大学校（森千鶴教授、下里誠二講師）において2004年度から行なわれている。司法精神看護の領域は、「精神看護援助論」の中で扱われるのではなく、「高度先駆的医療看護」という領域の中で扱われている。学部の4年生を対象としており、2004年度は、6コマの講義が行なわれ、2005年度は2コマ確保されている。2005年度では、政策医療看護学実習として医療観察法による病棟の臨床看護師による講義も1コマ確保されており、教育現場と臨床現場との連携が形成されつつあるところである。

### 2) 大学院教育

大学院における司法精神看護教育は、2003年度から東京医科歯科大学保健衛生学研究科（宮本真巳教授）において少しずつ行なわれていたが、2004年度からは、全15回のカリキュラムが生まれ、授業の中で司法精神医療が本格的に扱われるようになった（表1）。

[ 表1 大学院教育における司法精神看護の授業（2005年度） ]

回	授業内容
1	司法精神医学の概念(1) 司法精神医学の理論的な枠組み
2	司法精神医学の概念(2) 司法精神医療と司法精神看護をめぐる歴史的経緯
3	司法精神医学の評価方法(1) 触法精神障害者の行動予測と治療反応性の予測
4	司法精神医学の評価方法(2) 司法精神鑑定の方法と実際
5	司法精神医療のシステムと動向(1) 心神喪失者等医療観察法の概要と成立過程
6	司法精神医療のシステムと動向(2) 司法精神医療に関連する法律と制度
7	司法精神医療のシステムと動向(3) 司法精神医療における倫理規定と人権擁護
8	司法精神医療の方法(1) 司法精神医療における看護管理とリスクマネジメント
9	司法精神医療の方法(2) 司法精神科病棟における治療契約と援助関係の形成
10	司法精神医療の方法(3) 司法精神科病棟における暴力防止プログラム
11	司法精神医療の方法(4) 触法精神障害者の集団精神療法
12	司法精神医療の方法(5) 触法精神障害者の退院準備と地域支援
13	司法精神医療の方法(6) 司法精神医療における多職種専門チームによる連携
14	司法精神医療をめぐる諸問題(1) 犯罪・暴力の被害者と家族、加害者家族の支援
15	司法精神医療をめぐる諸問題(2) 司法精神看護師のアイデンティティ危機とその克服

(宮本真巳作成)

3) 指定入院医療機関の従事者研修（国立精神・神経センター武蔵病院における教育・研修）

(1) 病棟開設前の研修

2004年度の研修は、医療観察法による病棟に従事する可能性のある看護職員（約20名）に対して実施された。研修頻度は、月に3回で、8ヶ月間の研修である（全24回、90分/回）。ここでの研修の目的は、臨床の中で核となる看護師を養成することである。つまり、医療観察法病棟の看護要員を40名以上配置する中で、看護チームの凝集性を高め、モチベーション、看護の質を維持するために必要な人材を養成することである。

そして、2005年度（医療観察法病棟開棟年度）においては、医療観察法による病棟に配属される職員に対して、5週間の院内研修が計画された。この研修には、以下の項目が組み込まれた。

A. 歴史、法律、ガイドラインに関すること

- ・ わが国の精神保健福祉の動向
- ・ 医療観察法の理解
- ・ 医療観察法における医療の理解
- ・ 治療理念、ステージ分類
- ・ 医療観察法における外出・外泊計画の概要
- ・ 指定通院医療機関における医療
- ・ 通院・地域における社会復帰援助
- ・ 行動制限

B. 対象特性と治療に関すること

- ・ 医療観察法の対象者、重大な他害行為を行なった患者の理解
- ・ 鑑定事例
- ・ 薬物療法の標準化
- ・ 修正型電気けいれん療法
- ・ 薬物依存症の治療
- ・ 自殺自傷行為の予防

C. 司法精神病棟の管理に関すること

- ・ 診療支援システム
- ・ セキュリティとマネジメント
- ・ 困難状況の対応
- ・ 司法病棟における接遇
- ・ メンタルヘルスシステム

D. 多職種チームアプローチに関すること

- ・ 治療共同体における理念
- ・ 多職種業務
  - 社会復帰調整官の業務と役割

- 臨床心理技術者の役割など
- ・ 治療プログラム
  - 家族教育
  - 心理社会教育
  - 認知行動療法
  - 集団療法
  - 感情理解トレーニング
  - SST

E. 司法精神看護技術に関すること

- ・ アセスメントとマネジメント
  - リスクアセスメント
  - 共通評価項目（講義とペーパーペイシエントによる実習）
  - 包括的暴力防止プログラム（以下 CVPPP）
- ・ 指定入院医療機関における看護
  - 援助関係論
  - 事例検討の方法
  - 看護記録と共通評価項目
  - 医療観察病棟での看護の展望
- ・ 看護業務に関すること
  - 各勤務帯の看護の動き
  - 各ステージにおける看護の役割
  - オリエンテーションの方法
  - シュミレーション（一般的な出来事、突発的な出来事）

F. その他

- ・ 医療と司法（医療少年院、更生施設など）
- ・ 医療従事者のメンタルヘルス
- ・ 倫理的側面、アドボカシー
- ・ 接遇など

(2) 病棟開設後の従事者研修のあり方について

病棟従事看護師の臨床経験年数は様々で、臨床領域も多岐に渡る。そのために、クリニカルラダー制度を取り入れ、レベルごとに必要な能力や技術を明確にし、個々のこれまでの経験を活かしたうえで、司法精神科臨床での実践能力を積み重ねられるようにすることが必要である。しかしながら、現時点では、医療観察法による実務レベルでの業務分析、構成概念の分析の実施がなされていないために、この領域に関するクリニカルラダーの構築には至っていない。

医療観察法病棟に従事している職員が専門性を維持・向上させながら、臨床での看護実践を継続させること（OJT：On the Job Training）が課題となってくる。英国のInstitute of Psychiatry（以下 IOP）は、まさにその役割の担っており、様々な病院に勤務する看護師や地域の看護師に対して、教育を提供している。英国ブロードモア病院では、IOP のプログラムを活用し、「1 回は必ず受講するもの」「1 年に 1 回受講

するもの」「3年に1回受講するもの」の3つのレベルを設定している。

国立高度専門医療センターおよび国立行政法人病院機構では、看護師は病棟異動、病院異動等の勤務異動があり、1～5年での配置交代を踏まえると、「1回は必ず受講するもの（医療観察法病棟勤務導入プログラム）」「1年に1回受講するもの」の2つのレベル設定が現実的である。その他、月単位での教育およびより臨床的な教育も必要になってくるだろう。つまり、社会の変化、医療現場の変化、臨床状況の変化に対応すべく、司法病棟の日々の臨床状況に対応できる看護の資質・知識・技能等の向上と研磨を目的とした教育（事例検討会、CVPPP 訓練、治療プログラムの運営に必要な技術に関する研修、新たな知見に関する勉強会等）が必要になるだろう。

### 3. 今後の課題

司法精神医療従事者の研修・教育については、以下 a)～k) について整理・検討する必要がある。また次年度は、中期的展望ならびに長期的展望について検討を重ねていきたい。

- a) 専門学校
- b) 短期大学
- c) 大学・学部教育
- d) 大学院教育
- e) 卒後教育：指定入院医療機関
- f) 卒後教育：指定通院医療機関
- g) 卒後教育：地域の司法精神看護
- h) 卒後教育：鑑定入院における看護のあり方
- i) 学会の設立について
- j) 認定制度のあり方（専門看護師と認定看護師）
- k) 臨床実習のあり方

司法精神医療従事者の研修・教育ならびに専門家要請システムの作成と実行に関する研究

**司法精神医療・福祉分野における精神保健福祉士関連職種の  
研修・教育ならびに専門家育成システム**

**佐藤三四郎**

(埼玉県立精神保健福祉センター)

**三澤 孝夫**

(国立精神・神経センター武蔵病院)

## I. 司法精神医療・福祉分野の「精神保健福祉士」

精神保健福祉士は、精神保健福祉士法において、精神障害者の社会復帰のための相談援助などを行うことをその業務とされている。一方、心神喪失者等医療観察法は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰の促進を目的としており、その援助等の業務に関わる精神保健福祉士には、以下のような役割が期待されている。

心神喪失者等医療観察法において「精神保健福祉士」は、(1)精神保健参与員、(2)指定入院・通院医療機関の精神保健福祉士、(3)社会復帰調整官、(4)地域の精神障害者社会復帰施設や関係行政機関・相談機関の精神保健福祉士など、裁判所における審判から、医療機関における対象者の処遇、地域での社会復帰援助まで幅広く関わることになる。特に、「精神保健参与員」と「社会復帰調整官」は、心神喪失者等医療観察法により新設された職である。「精神保健参与員」は、地方裁判所における審判に関与するものであり、「社会復帰調整官」は、保護観察所(法務省)に所属して、対象者の社会復帰全般をサポートしていくことになる職である。いずれも「精神保健福祉士」が中心的な職種とされている。

心神喪失者等医療観察法による指定入院医療機関においては、厚生労働省の指定入院医療機関運営ガイドライン等で、精神保健福祉士2名から3名を配置することが記載されており、指定入院医療機関・指定通院医療機関などにおいて、その特殊な指定医療機関の処遇、手続き等を熟知させ、対象者のリハビリテーション、社会復帰援助、人権擁護等を適切に行うことが、精神保健福祉士に期待されている。また、都道府県、市町村等の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も、心神喪失者等医療観察法における『精神保健観察』等の知識を有し、社会復帰調整官と共に地域で対象者を支援していくことが求められるなど、司法精神医療・福祉分野において、精神保健福祉士は、地方裁判所の審判から地域での社会復帰まで、非常に多くの局面で重要な役割を担うこととなっている。

### <司法精神医療・福祉に関わる精神保健福祉士の関係職種>

- (1) 精神保健参与員
- (2) 指定入院医療機関・指定通院医療機関の精神保健福祉士
- (3) 社会復帰調整官
- (4) 司法精神医療の対象者を援助している地域の精神障害者社会復帰施設や関係行政機関・相談機関の精神保健福祉士等

## II. 精神保健参与員候補者選定の課題と研修制度の問題点

厚生労働省は、精神保健参与員の候補者を5年程度以上の実務経験を有する精神保健福祉士等の中から都道府県に推薦させ、その候補者に「精神保健参与員養成研修」を受講させることにより、精神保健参与員を養成している。しかし、英国などの司法精神医療・福祉



の先進国においては、同様の審判に関わる精神保健福祉の審判員として、司法精神医療・福祉関連機関(指定入院・通院医療機関、専門社会復帰施設等)や強制入院に関わる認証ソーシャルワーカー i) (ASW=Approved Social Worker)、保護観察所の社会復帰調整官などの業務を長期間行った者など、司法精神医療・福祉について社会復帰援助の経験を重視し、制度を熟知した者より選任している。

日本においても、将来的には、指定入院・通院医療機関、心神喪失者等医療観察法の対象者の援助に積極的な社会復帰施設など、対象者の援助や社会復帰等に経験豊富な精神保健福祉士や過去に保護観察所の社会復帰調整官の業務を行っていた者より選任していく必要がある。また、「精神保健参与員養成研修」は、現行では3日間の講習であり、この講習だけで参与員業務の内容を全て教えていくことは難しい。特に審判、審判関係資料やその運用の理解には、事後の事例を検討・検証していく継続的な「事例検討会」や新しい情報を取り入れていく審判関連の「研修会」等が不可欠である。

精神保健参与員は、その業務の特殊性から心神喪失者等医療観察法の守秘義務規定『精神保健審判員若しくは精神保健参与員又は、これらの職にあった者が、正当な理由なく評議の過程又は裁判官、精神保健審判員若しくは精神保健参与員の意見を漏らしたときは、30万円以下の罰金に処する(第118条)』が課せられており、共に守秘義務規定に縛られている精神保健参与員同士以外の外部者に対して審判過程を話すことができず、外部者が入った「スーパービジョン」や「事例検討」を行うことも難しい。そのため、最高裁や地方裁判所の主催する精神保健参与員のための「事例検討会」、「意見交換会」や「研修会」等の定期的開催が必要である。

i)1983年に成立した英国の精神衛生法(Mental Health Act 1983)により定められた精神保健福祉分野に関わる特別なソーシャルワーカーの認証資格。精神科ソーシャルワーカーに、司法精神医療・福祉等についての研修を行い、資格試験を経て与えられる。精神障害者の強制入院等の判断に関与させる。強制入院などで警察等も関わることのある移送やそれらに関する各種手続の合法性や人道的運用をソーシャルワーカーの立場から監督できるようにしたものであり、そのためASWには、強い権限を与えられ、精神障害者の社会復帰と人権擁護をサポートさせている。

### Ⅲ. 精神保健福祉士の養成課程と司法精神医療・福祉制度の教育について

#### A. 国家資格制度の成立

精神保健福祉士は、精神保健福祉士法(1997年)により国家資格として定められた専門職である。資格制度としては新しいが、従前から精神科ソーシャルワーカー(psychiatric social worker)として、精神科医療機関、精神保健福祉センター、保健所、精神障害者社会復帰施設等の精神保健福祉領域において一定の業務が確立していた。しかし、専門的な

養成教育が行われていたわけではなく、従前の精神科ソーシャルワーカーは、大学において社会福祉学を修めた者が多数を占めながらも多様な経歴を持ち、精神保健福祉の現場における実践を重ねる中で、他の専門職や同僚等との相互研鑽、職能団体が開催する研修等により、精神科ソーシャルワーカーとしての価値、理論、実践を習得してきたのであった。

精神保健福祉士法の成立により、多数の福祉系大学や専門学校等に精神保健福祉士養成課程が新設され、精神保健福祉士に必要な価値、理論、実践の体系的な教育が開始された。

なお、精神障害者の社会復帰に関わる業務を5年以上経験している者に対しては、5年間に限り特例措置が設けられ、厚生労働省が指定する講習（以下「指定講習」という）を受講することにより精神保健福祉士試験の受験資格を得ることができた。指定講習を受講することにより、それまで体験的に習得してきた価値、理論、実践を、体系的に整理して理解し直す機会が得られたといえよう。

### B. 現行の国家資格養成カリキュラム

精神保健福祉士国家試験の受験資格は、大別すると、4年制大学、短期大学、専門養成施設において必要な科目を履修して卒業することであり、短期大学、専門養成施設では、修学年数に応じ、一定期間の実務経験が求められる。

一般養成施設における指定科目および時間数は、表1に示す16科目、計1050時間である。なお、このうち、①から④および⑨から⑫が専門科目、⑤から⑧が社会福祉士との共通科目、⑬から⑯が基礎科目として区分される。

表1 精神保健福祉士養成カリキュラム

指定科目	時間	指定科目	時間
① 精神医学	60	⑨ 精神保健福祉援助技術総論	60
② 精神保健学	60	⑩ 精神保健福祉援助技術各論	
③ 精神科リハビリテーション学	60	⑪ 精神保健福祉援助演習	60
④ 精神保健福祉論		⑫ 精神保健福祉援助実習	
⑤ 社会福祉原論	90	⑬ 医学一般	60
⑥ 社会保障論	60	⑭ 心理学	270
⑦ 公的扶助論	60	⑮ 社会学	60
⑧ 地域福祉論	30	⑯ 法学	30
	30		30
			30

### C. 精神保健福祉士の養成課程における課題と中長期展望

精神保健福祉士の法制化により、従来は実務経験をとおして学習されてきた知識、技術を、養成カリキュラムとして体系化し、標準化することにより、国家試験に合格して精神

保健福祉士の登録を受けた者は、一応、精神保健福祉士に必要な最低限度の知識を有することになっている。ただし、技術に関しては、教科学習のみによって習得され得るものではなく、実地の修練が不可欠である。⑫の 270 時間が当てられているが、事前学習等の時間を除くと、実際の現場実習は 4 週間程度に過ぎない。実習施設の機能の理解や、施設職員による相談援助活動に陪席して観察するのが限度であり、実習期間や責任制の問題等から、ケース担当を持つことはできない。実習の時間数については、大学教育全体のバランスの問題等から、大幅な増加は望めない。さらに、長期間の実習を行うためには、実習指導にあたる教職員の大幅な増員が必要となり、大学教育における専門教育、実習の限界が見えてきている。そのため、将来的には、精神保健福祉士の資格を基盤とした精神保健福祉の各専門分野ごとの大学院による専門教育、長期間の実習等が必要になるであろう。

司法精神医療・福祉分野においては、心神喪失者等医療観察法が施行前でもあり、現行の精神保健福祉士国家資格科目には「心神喪失者等医療観察法とそれにもなう医療・福祉制度」の内容等が、まだ加えられてはいない。しかし、心神喪失者等医療観察法では、精神保健福祉士は、地方裁判所の審判から地域での社会復帰まで、非常に多くの局面で重要な役割を担うこととなっており、その各場面での対象者の理解と援助のためには、多面的な知識や援助技術が必要となる。そのため、精神保健福祉士国家資格科目の中でも「精神医学」「精神保健学」「精神科リハビリテーション学」「精神保健福祉援助技術」「心理学」「法学」「社会学」の科目については、「心神喪失者等医療観察法とそれにもなう医療・福祉制度」の内容等を、それぞれの科目における重要な項目のひとつとして、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」など、心神喪失者等医療観察法の影響を大きく受ける科目については、章立てなどをして、新制度の内容等や援助技術について、大学教育の中において、しっかり教えていく必要がある。

また、この制度の中核となる指定入院・通院医療機関、保護観察所などの精神保健福祉士については、司法全般、心神喪失者等医療観察法の各種処遇・運営等の関連ガイドラインについての理解、権利擁護制度、「Care Programme Approach」の enhanced モデル ii) 等のケア・マネジメント手法など、高度の専門性や倫理性、特殊な援助技術等が必要となることから、やはり高度の専門教育と長期間の研修を行うことが可能な大学院教育が必要になるであろう。

ii) 英国では、1983 に施行された Mental Health Act<sup>1)</sup>によって、裁判所の決定により地域での観察命令 (guardianship)、入院命令を受けた精神障害者、判決後刑務所で服役中の精神障害者等に必要な支援とケアの提供するための整備が政府に義務づけられた。

「CPA(=Care Programme Approach)」は、これらの対象者や重症精神障害者に対して、入院中、観察命令中、服役中から、将来の地域ケアへの計画を作成し、地域で計画的に医療サービスと社会サービスを提供することを目的に、1991 年から導入されたケア・マネジメ

ント手法。その後 CPA は、1999 年に改正が行われ standard(標準)モデルと enhanced(強化)モデルに別れている。

---

**司法精神病棟に勤務する心理職の役割と  
養成のあり方について**

**稲森 晃一**

(国立精神・神経センター武蔵病院)

**山本 哲裕**

(独立行政法人国立病院機構東尾張病院)

はじめに

昨年は、一昨年 of 報告書にもとづき、精神保健福祉士、作業療法士と合同で3週間程度の研修を行う場合を想定して具体的な研修案を考えた。今回は、司法精神病棟に勤務する心理士に焦点を当てる。また、司法精神病棟で勤務する心理職のあり方については、これまであまり提言がなされていない。研修を考えるにあたっては、心理職がどのような機能を果たすかをまず考える必要があるため、今回はそこから話を進めることにする。

### 1・司法精神病棟での心理職の役割

司法精神病棟で心理職に期待されるのは、主に次の5つの機能であると考えられる。すなわち、

- (1) 対象者への心理アセスメント
- (2) 対象者への心理トリートメント（個人療法、集団療法、心理教育）
- (3) 対象者が再び他害行為をすることの防止
- (4) 対象者の人生設計の再構築
- (5) 職員の精神衛生
- (6) 職種間のマネジメント

である。

#### (1) 対象者への心理アセスメント

アセスメントについて心理士が馴染んでいるのは心理検査であると思われる。ただ、司法精神病棟に入ってくる対象者の多くは鑑定の時点で心理検査を受けているであろうから、診断補助の目的で心理検査が使われることはそれほど多くないと考えられる。また、特に知能検査は、よっぽど具合の悪いときに受けたものでなければ、そのあとにそれほど大きく変化することはないであろう。そうすると、心理検査に求められるのは、治療効果を目に見える形で示すことが主となってくる。そのためには人格検査が用いられることが多くなるのではないだろうか。少しずつ変化していく病態を診るには、ロールシャッハ・テストやクレペリン、描画検査などが便利であろう。

日本が主に参考としているイギリスでは、これらの検査はあまり用いられていないようである。しかし、もともと何の検査が主に用いられるかということに関しては、国によってかなりの違いがある。そして、それは必ずしもその検査が有用かどうかという観点に基づいていない。数値化されていて、より比較・研究しやすい心理検査が好まれることもある。そもそも心理検査で人間の心を測定することに反対する意見が多いといった具合である。まして、日本で司法精神医療においてどの検査を用いることが有用かということについては、これからの実践と研究によって徐々に方向付けられるものであろう。まずは、日本でこれまで使われていて信頼されている心理検査をベースにして、新しい検査を加え

て臨床の中で用いてみて、検証していくのが現実的かつ効果的であると考えます。

つぎに、リスクアセスメントツールについて述べる。これについては、日本にはそれほど有用なものないと言われているので、イギリスの司法精神病棟で用いられているものを用いることになるであろう。たとえば、HCR-20やPCL-Rといったものである。PCL-Rは、リスクアセスメントツールというより、サイコパスのアセスメントツールであるが、HCR-20の中にある項目のひとつになっている。HCR-20は暴力の予測に主眼が置かれている点で、上で述べた一般の心理検査と大きく異なる。また、個人の内面だけでなく、行動面に目を向けるばかりか、過去にまでさかのぼって将来を予測する。これらは、外的な側面を多く扱っている点と、使い方を熟知すれば誰でも同じような結果を出せるという点で、客観性を担保できるものとなっている。

このツールは個人間の比較だけでなく、個人内の変化を比較するのに向いていると言われている。若干過去という変化しない要因に重きが置かれているという批判もあるが、変化する項目に主に目を向けるなど工夫をすれば、本人の変化を定期的にチェックするために使用できる可能性がある。ただし、点数の変化がどのような心理力動によるものなのかということにはわからない。それゆえ、これらのツールに前述した人格検査を加えて実施すると、暴力のリスクが変化した、あるいは変化しなかった場合に、それを生じせしめた内面のあり方を説明することができるようになるであろう。

また、リスクアセスメントで大切なのは、リスクを正確に測定することだけではない。それだけではレッテル貼りになる恐れがある。リスクを減少させるには、対象者のどのような側面に対してどのように働きかければよいかを把握することが必要である。既存の心理検査の中には、いろいろな心理的機能の中で、どのようなものが治療によって変化しやすく、どのようなものが変化しにくいのかという研究が進んでいるものがある。そのようなものを利用して、どこから治療を始めるかを定めることができれば、リスクアセスメントツールと既存の心理検査が相乗効果をあげることになる。

## (2) 対象者への心理トリートメント

### ①個人精神療法

イギリスの司法精神病棟で使用され、その効果が立証されていることから、我が国でも認知行動療法の使用が検討されている。認知行動療法は、科学的にエビデンスを検証することに力を入れている数少ない精神療法であり、うつ病の治療からはじまって、最近では、統合失調症や人格障害にまでその適用を広めている。

司法精神病棟に入院する期間をなるべく短くしようとするのが医療観察法の趣旨であり、そのためには、短期間で一定の効果を挙げうる精神療法が望まれる。認知行動療法は他の多くの精神療法と比べて、短期間で効果が表れることが知られている。また、十分に時間を確保できない場合や、何らかの事情で先に治療期間が定められている場合であっても、セッションが進むのと並行して目に見える効果も増えていくことが多い。他の精神療法で

は、長い間目に見えない形で内面が成長していき、ある段階になってはじめて症状が改善されていくということがあるのと比べると、治療に対する対象者の意欲を保ちやすいという利点がある。

また、犯罪者には彼ら特有の認知の偏りがあることが知られている。自分のした行為の重大性や被害者への影響を過小評価したり、物事を被害的に受けとることなどである。日本では、認知行動療法と言えば、精神疾患に使われるのが一般的であるが、司法精神病棟においてはこうした分野にも活用されることが期待される。

ただし、認知行動療法を実施するにあたり、認知面にばかり目を向けたり、対象者との間にラポールがつかないうちに、いきなりコラム法を用いたりすることのないようにしたい。認知行動療法を自ら希望して受けに来た患者であっても、本人の揺れる思いに寄り添ったり、広く精神保健にかかわる話を心理教育的に行うことは多い。また、「認知行動療法は飛び道具」「効果的に使うには基礎が大切」と強調している専門家もいる。認知行動療法は非常に効果の期待できる精神療法であるが、それを効果的なものにするためには、クライアント中心療法、支持的精神療法を基礎としたほうがよいであろう。また、「ホットな認知」(今ここで)を重視する認知行動療法であっても、発達心理学の視点は必要である。精神分析は認知行動療法とは正反対にあるようにも見えるが、精神分析の観点でさえ、もっていると治療が幅の広いものになる。さらに言えば、認知行動療法には、認知心理学や行動主義心理学の知識が必要であるし、臨床心理学を自己流なものにしないためには、発達・学習・性格・知能・記憶といった基礎心理学の知識が不可欠である。

司法精神病棟では、対象者が認知療法をすぐに受け入れるとは限らない。精神療法全般に言えることであるが、受ける人がその気にならなければ一般的に言って効果は上がりにくい。そのようなときに、認知行動療法への導入をスムーズに行うために、あるいはそれだけでなく、本格的な認知行動療法を始めるまでのセッションを有効なものにするために、今述べたような様々な心理学的なスキルを駆使する必要がある。もっとも、今述べた「認知行動療法」という言葉は、認知行動療法を狭い意味で用いた場合である。認知行動療法を標榜せずに精神療法を実施してきた先達の中にも、認知の変容を目指した働きかけを組み込んでいた人は多いと思われる。その認知面をすくいあげ、シャープにしたのが認知療法であり、行動療法を組み合わせたのが認知行動療法である。治療目標を達成するには、対象者の内面に合わせて、いろいろな技法を柔軟に用いる必要がある。さらに、理想的には、心理職が認知行動療法だけでなく、さまざまな心理療法に精通しており、対象者に合わせて技法を選択できることが最も良い。しかし、これは実際不可能なので、司法精神病棟に勤務する心理職は、認知行動療法を中心に、もうひとつくらい得意な技法を身につけることを目指すのが現実的なのではないだろうか。自分にはできないけれども同僚が得意にしている技法を使うことが目の前の対象者に適していると考えたときには、ケースカンファレンスを通じて、他の心理職に担当してもらおうということが望まれる。

また、矯正施設で犯罪者と面接を行う際には、彼らとの面接を軌道に乗せるために、二



ーズをもとにすることがよく行われる。すなわち、Th.「何を望みますか?」、Cl.「刑務所から出たい」、Th.「それでは出るためにはどうしたらいいでしょうか?」あるいは「出たら再び刑務所に入らないためにはどうしたらいい?」といったことから面接を始めるのである。これは主として罪の意識の乏しい犯罪者に用いられるものであるが、司法精神病棟での対象者にも使える場合があるであろう。このような「ニーズに基づいた精神療法」というものは、ブリーフセラピーに学ぶべきところが大きい。

また、現時点では、これまで認知行動療法になじんでこなかった心理士もいると思われる。最初は、今まで身につけた精神療法の知恵にうまく認知行動療法を組み込むといった観点で実践していくことが現実的かつ効果的であろう。心理療法は雰囲気、流れ、総合性といったものが大切なので、技法の付け焼き刃にならないようにしたい。なんの技法とは言えなくても、たとえば言葉を発しない、あるいは発したくない対象者の傍らにいて、その対象者が「この雰囲気は悪くない」と思えるような存在になれるかどうかは、心理職の重要な役割であると思う。

## ②集団精神療法

集団療法の技能も必要である。殺人犯にしても、性犯にしても、放火犯にしても、広く言えば、対人関係に問題がある場合が多い。個人精神療法で内面に気づかせ、内的な成長を促すと同時に、集団の中でそれらをさらに進め、実践させていくことが、対人関係の持ち方を変化させるのに有効である。また、精神病の治療においても、他の人と自分が同じ体験をしているということがわかると安心したり、安心感をもとに先に進もうという心構えができることが多い。同じ病気をもった人の体験談や症状への対処法には熱心に耳を傾ける人が多いし、注意やアドバイスについても職員がするよりも効果があることがよくある。

認知行動療法に基づいてインテンシヴに行う集団療法としては、アンガー・マネジメントも重要である。ただし、アンガー・マネジメントが固定化したひとつの技法になってしまい、誰に対しても同じように行うようになっては効果がない。壁屋(2005)が述べているように、対象者の他害行為と治療展開において、アンガー・マネジメントがどのような意味をもつかを、心理職と対象者がお互い納得した上で行うことが大切である。さらに、藤岡(2005)が述べているように、処遇全体の統合性を重視することや、「怒り」だけでなく、「感情全体」「対象者(の存在)全体」に対応することなどにも留意したい。それによって、対象者それぞれにオーダーメイドされたアンガー・マネジメントがなされるようにして、アンガー・マネジメントが一人歩きしないようにしたい。

また、集団療法の技能が必要なのは、このような狭い意味の治療だけではない。対象者は、司法精神病棟で生活しているという点で生活協同者である。小さくは急性期、回復期、社会復帰期の同居者がおり、大きくは病棟全体が同居者である。それぞれは個室で生活していると言っても、何らかの対人関係は生じるし、そのような対人関係抜きには効果的な

治療はできない。毎日の生活で対人関係が表面化するのには、共同で使用するトイレや浴室のことであったり、家電製品や家具のことであったりするであろう。また、自分たちに対する職員の態度や制度そのものに対する不満が表明されることがあるかもしれない。そのような現実的な事柄を解決していくには、集団療法の時よりも人数が多いユニット全体、あるいは病棟全体の成員で集まったほうがよいことがありうる。そのような現実的なことについて自己主張し、他の人の意見を聞き、自分の意見を変え、全体の意見をまとめるということには、アサーションスキル、衝動のコントロール、他人への思いやり、状況把握力など、さまざまな能力が含まれる。特に目の前で生じた問題には真剣にかかわる人が多いであろうから、それは絶好の練習の場となり、それまでの成果があらわれる場となる。

不満の相手が職員や制度になると、その場は、対象者対職員という集団交渉の場になり、不穏な空気が生じやすいので、暴力リスクの高い対象者に注意する必要がある。しかし、そのような場を定期的に設けることが当たり前になれば、対象者が不満をくすぶらせて、集団で暴走することを防ぐ手だてになるものと考ええる。

### (3) 対象者が再び他害行為をすることの防止

また、司法精神医療で実施される心理療法が他の精神医療と異なる点は、犯罪をしたことについてどのように受けとめているかをアセスメントし、罪を実感できるように促し、罪を償うそれぞれのやり方を見つけさせ、実践させていくことにある。このように、再犯防止を内面から働きかけていくのは、心理職の重要な役割である。それを効果的に実践していくには、まず犯罪心理学の知識が必要となる。特に、性犯や放火に関しては、それぞれに特有な性格や行動傾向、対人関係がみられることが多い。今回の法律の対象者は、精神病を患っているため、精神病でない犯罪者よりも複雑になる場合が多いであろうが、犯行の瞬間には、犯罪に特有な心理傾向がより原始的な形で強く表れることもあるだろうから、これまでの知見を生かせると思う。

また、内省を深めていくためには、被害者の気持ちを理解させることが不可欠である。性犯の場合、被害者がいやがっていたという認識をあまりもっていないことが多いことが知られている。このようなとき、被害者の思いを対象者に効果的に実感させるには、心理職自身も被害者の気持ちについてより具体的に知ることが大切であり、それには被害者心理学が役に立つであろう。

また、対象者の心理療法に携わる者の心構えとしては、対象者が罪を犯した者であるという認識と、人間としては対等であるという認識を同時にバランスよくもつことが必要になる。対象者を「罪深い悪い人間」と偏って見ると、双方の間には深い溝ができてしまい、心理療法そのものが成り立たなくなる。一方、犯罪行為をしたことを軽視しては、再び他害行為を起こさないようにすることに関して意味のあるかわりができなくなる。心理職については、相手を内面から理解しようとする姿勢が強いからか、犯罪行為をした者たちに囲まれているとそれに慣れてしまうからか、あるいは相手を「悪い人間」と思うことに

心理職という職種柄，罪悪感を抱くからか，気が付かないうちに，対象者の受けとめ方に自分も近づいていくことが多いように思う。目の前でかかわっている人に親和性を感じるのは自然で必要なことであろうが，被害者の視点は常に身近なものにしておきたい。

#### （４）対象者の人生設計の再構築

対象者がこれからいかに生きていくかを考え，実践していくことに寄り添うのは心理職の本領発揮とも言えるところである。対象者にもよるかもしれないが，彼らは自分が他害行為をした「悪者」であり，「精神障害者」であるという二重のレッテルを貼られやすい状況に置かれている。罪を認めれば罪悪感が生じて過去にしばられやすくなるし，将来に目を向ければ厳しい現実が待っている。人生とは何か，自分は何のために生きているのか，といった哲学的なことに目が向く対象者は少なくないであろう。また，精神症状が軽快していくにつれて，このようなことに心理療法の重点が移っていくことは多いように思われる。このようなとき，われわれ心理職は，安っぽく同情したり，逆に世の中の厳しさばかりを突きつけたりすることなく，対象者本人が受け入れられる程度に応じて，少しずつ現実度を高めながら寄り添っていく必要がある。将来に希望がもてない対象者には，生きる意欲や将来への展望を引き出し，現実離れした欲求をもっている者には自分の希望と現実の折り合いをつけられるように導きたい。また，対象者の中には，精神症状のため，あるいは反社会的な生活習慣を送ってきたために，人生を長期的に考えるのが困難になっている者がいるであろう。精神症状によって，将来は大きく変わってくるかもしれないが，多かれ少なかれ，人はそのような不確定要素を抱えながらも，ある程度長期的な人生設計をもち，それを修正しながら生きているのが普通である。彼らに対しても，「柔軟に修正しながらの長期的展望」をもたせることが，彼らの行動を適切に統制する役に立つものと考えられる。

#### （４）職員の精神衛生

司法病棟では他害のリスクが一般の精神病棟より高いことが予想される。それは患者同士だけでなく治療者に対しても生じる可能性がある。物理的な暴力だけでなく言葉や生じた出来事によってスタッフが大きなストレスを受けることも考えられる。このようなときに，心理職は内部でミーティングを行ったり個人対応で扱ったり，外部機関へコーディネートする役目を担う必要がある。

職員の精神衛生については，心理職だけが可能であるとは考えない。毎日の精神衛生には，仕事の愚痴や悩みをフランクに話せる仲の良い職員を作ることがまずは大切であろう。しかし，身近な人にはかえって話せないような悩みもあると思われる。また，病気とは言えない程度の気持ちの落ち込みや悩みを抱えた人を相手にしたり，ストレスコーピングを身につけてもらうことに，心理職が慣れていたり，関心が高いことは確かであろう。

「心理職が相談に乗ります」というように受入窓口があることは，相談の敷居を低くす

る効果があると考えられる。ただ、同じ司法精神病棟の職員には話しにくいという内容も当然あると思われる。そのようなときは、司法精神病棟に勤務する心理職を通して、同じ病院内の別の心理職を紹介して面接を受けてもらったり、他の機関の心理職を紹介することもできる。外部の心理職には、自分が得意としている様々な分野がある。どのような状態にある職員をどの機関の心理職に頼めばよいかということについての情報はもっていることが多いので、力になることができる。

#### (5) 職種間のマネジメント

これについても、病棟内でのインフォーマルな関係では、心理職が調整役になるとは限らない。心理職にも、リーダーシップをとることに向いている人がいれば調整役が向いている人もいる。また、若くして新人で司法精神病棟に入った人は、それらの能力が高くても、まずは新人として期待される行動をすることが組織運営という観点からは大切になるかもしれない。また、心理職が対人関係の達人とは限らない。

しかし、心理職が行う心理療法中に、対象者から様々な職種に関連する話題が出ることは多い。それは、ときには退院後の生活への不安についての話題であったり、薬は飲みたくないといった訴えであったり、自分にご飯を食べないのは、誰かがご飯に毒を盛っているからだという告白だったりする。それらは、心理療法中にも本人に考えてもらうべきことではあるが、精神保健福祉士や医師、看護師にも報告して、協力を仰ぐことが有効である。さらに、心理の面接中に、その対象者がかかわっている他の職種・職員への不満が表明されることは、面接が個別であることや、面接時間が長いこと、あるいは、ある程度の退行が生じやすいことなどから、対象者が他の職種の職員と話をするときよりも多く生じる可能性が高い。そのようなときに、聞いている心理職が、話に出た職員が悪いと単純に決めつけたり、反対に、それは対象者の妄想だとか、性格の偏りによるのだと安易に決めつけることなく、冷静に状況を判断し、適当な形でケースカンファレンスに出して調整を図ることは是非必要である。そのとき「パーソン・センタード」(対象者中心)になれば、その人がリーダー的な人か調整役的な人か、新人かということあまり問題にならなくなる。調整のやり方には個人差があるであろうが、どのようにしたら対象者が本当の利益を得ることができるかということを中心にして、各職員の思いを理解し、受けとめ、まとめていくということに徹すれば、言動にも説得力が増すものと考えられる。このように、情報が集まりやすいという点で、心理職が職種として調整役をとる場面は多くなることが予想される。イギリスではカンファレンスの際に心理職が司会をすることが多いと聞いている。それを必ずしも踏襲する必要はないであろうが、職種間の調整役や組織の潤滑油の役割を求められる職種であるという認識はもっておきたい。

## 2. 研修について