

## (2) 服薬に対するモチベーションの確保

規則的な服薬の継続が、再発のリスクを最小限にするために最も有効であることを、服薬の中断による再発にリスクに関するデータを示して説明する。また、服薬の必要性の理解には、薬剤に関する情報を適切に提供しなければならない。

## (3) 服薬に対する問題点のモニター

服薬の継続に支障を来すような副作用や相互作用についてモニターを行い(錐体外路症状、過鎮静、性機能障害など)、その回避のためのプランを考案する。

## (4) 服薬教育

服薬に関する体験(自覚的薬物体験)は服薬の継続に大きな影響を与える。服薬の継続のためには、薬剤に関する正しい知識と服薬の理由がはっきりしていることが必要で、薬剤の服用によるメリットを患者自身が理解あるいは感じていなければならない。薬剤に関する正しい知識の習得は、その知識を利用した対象者自身の治療への参加を促進すると考えられる。

### 3 対象者に対する調剤及び医薬品の供給

対象者に対する調剤では各人に適した剤形の選択も考慮する必要がある。できるだけ多くの選択肢を提供することで、自らが選んだ剤形(錠剤、散剤、液剤など)での服薬は、対象者が薬物療法に参加しているという実感を持つことを促進する。また、PTP包装、ヒートシール包装、一包化などの調剤方法の選択も対象者と共に検討することで、確実な服薬を促進することになる。さらに、「個人情報保護法」により薬袋や分包紙に患者氏名や服用方法などの情報を記載することにも今後は注意が必要であり、すでに一般の入院中或いは外来通院中の患者においても薬袋、薬包紙に氏名を記載或いは印字することを拒否する例が増加している。

### 4. 通院・地域処遇における問題点

対象者に対する調剤や服薬指導は病院薬局及び保険薬局の窓口で行われるため、プライバシーの保護に注意が必要となる。病院であれば、診察室などでの対応も可能であるが、保険薬局でそのようなスペースを確保できる施設は現実にはそれ程多くないと考えられる。また、在宅(訪問)薬剤管理指導では、単独で訪問するのかチームで訪問するのかといった問題も考えられる。在宅(訪問)薬剤管理指導により、未服薬の管理や保管状態、有効期限などの管理を行うことが重要であるが、現在、精神科における在宅(訪問)薬剤管理指導は診療報酬上認められておらず、地域の関係者からの要望の強い業務でもあることから、医療観察法では、薬剤師による業務として明記できないかと考える。

### 最後に

一般精神科医療においても、地域における様々な専門職の活動が望まれているが、薬剤師はマンパワー不足の問題もあり、地域における活動が他の専門職に比べ遅れていると言わざるを得ない。しかし、医療観察法の施行に伴い、対象者の通院・地域処遇については否応なしに対応を迫られることから、地域におけるチーム医療の一員としての自覚を持ち、対応していかなければならないと考える。

## 通院処遇検討委員会

委員長	松原三郎	○	医師	(松原病院)
副委員長	吉川和男	○	医師	(国立精神神経センター)
委員	岩成秀夫	○	医師	(神奈川県立精神医療センター)
	山角 駿	○	医師	(花園病院)
	山内俊雄		医師	(埼玉医科大学)
	横山富士男		医師	(埼玉医科大学)
	町野 朔	○	法律家	(上智大学法学)
	辻 伸行	○	法律家	(上智大学法学)
	山本輝之	○	法律家	(名古屋大学大学)
	柑本美和	○	法律家	(国立精神神経センター)
	東 雪見		法律家	(成蹊大学)
	水留正流		法律家	(上智大学)
	宮本真巳	○	看護師	(東京医科歯科大学) (未承諾)
	羽山由美子		看護師	(大阪府立看護大学)
	伊東秀幸	○	精神保健福祉士	(田園調布学園大学)
	三澤孝夫		精神保健福祉士	(国立武蔵病院)
	野口博文		精神保健福祉士	(国立精神・神経センター精神保健研究所)
	吉澤由香利		精神保健福祉士	(独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)
	岩崎 香	○	精神保健福祉士	(順天堂大学)
	山根 寛	○	作業療法士	(京都大学医学部保健学科作業療法学専攻)
	香山明美	○	作業療法士	(宮城県立精神医療センター)
	鶴見隆彦		作業療法士	(横浜保護観察所)
	斎藤慶子	○	心理士	(戸田病院)
	吉尾 隆	○	薬剤師	(桜ヶ丘記念病院)
	今福章二	○	社会復帰調整官	(法務省保護局)
	蛭原正敏		社会復帰調整官	(法務省保護局)

○は執筆者

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

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
触法行為を行な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  
分担研究報告書

触法精神障害者の看護並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

平成 16 年度は、医療観察法に基づく看護と地域支援に関するガイドラインの試行を実施し、その結果の分析を通じた、ガイドライン並びに研修計画の充実に向けた取り組みを行ってきた。具体的には、武蔵病院、肥前病院において以下の課題について試行を実施した。①事件と疾患の関連についての患者との話し合い、②インフォームドコンセントの補完と綿密なオリエンテーション、③触法精神障害者を対象としたグループ・プログラム、④看護記録様式の作成と使用。さらには、多職種チームによる治療プログラムの運営の円滑化を図るため、指定入院医療機関の開設を予定する病院等のコメディカル・スタッフを本分担班の研究者、研究協力者に加え、平成 16 年 11 月に研究者会議、並びに全体会議を開催し、職種別の部会と合同会議を開催し、情報交換と課題の明確化に向けて討論を行なった。多職種の協働による取り組みが必要な課題として、心理教育、生活技能訓練、O 集団精神療法、活動療法、作業療法など各種リハビリテーション・プログラムの目的、内容、方法や、それらの活動の相互関連や職種間連携、情報共有の仕方等についての明確化が挙げられた。

また、看護師部会としては、チーム全体として共有するケアプランと、職種に固有のケアプランや、共通ケアプランの作成を待たずに行なわねばならないケアを実施する際のガイドラインの明確化、各施設における現行の危険物管理状況の確認等の課題に取り組んでいる。作業療法士部会としては、作業療法実施時の安全管理や、作業療法に関連する情報の取り扱い方法の明確化という問題に取り組んでいる。

研究協力者（五十音順）：

相川 章子（聖学院大学人文学部人間福祉学科）	蔵病院）＊
岩下 俊彦（東京都立松沢病院）	熊地 美枝（東京医科歯科大学）＊
岩島 貴久美（独立行政法人国立病院機構松籟荘病院）	小西 奈美（国立精神・神経センター武蔵病院）＊
埴淵 清美（独立行政法人国立病院機構北陸病院）	小松 容子（国立精神・神経センター武蔵病院）＊
大迫 充江（国立精神・神経センター武蔵病院）＊	斎藤 慶子（戸田病院）
大橋 秀行（独立行政法人国立病院機構花巻病院）	佐藤 紳一（独立行政法人国立病院機構花巻病院）
壁屋 康洋（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）	佐藤 るみ子（国立精神・神経センター武蔵病院）＊
香山 明美（宮城県立精神医療センター）	実藤 雄二（国立精神・神経センター武蔵病院）＊
木太 直人（東横恵愛病院）	下里 誠二（国立看護大学校）
北垣 悟志（国立精神・神経センター武蔵病院）＊	鈴木 孝男（東京都立松沢病院）
工藤 朝木（国立精神・神経センター武蔵病院）＊	種市 憲子（国立精神・神経センター武蔵病院）＊
久保田 東司（国立精神・神経センター武蔵病院）＊	龍野浩寿（日本精神科看護技術協会）＊
	田爪 弘（熊本県立こころの医療センター）
	鶴見 隆彦（法務省横浜保護観察所）
	長瀬 英次（群馬県立精神医療センター）

仲地 瑠明 (碧水会長谷川病院)	院) *
中村 晴代 (国立精神・神経センター武蔵病院) *	美濃由紀子 (東京医科歯科大学)
西谷 博則 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)	村上 茂 (大阪府立精神医療センター)
原 則夫 (国立精神・神経センター武蔵病院) *	村上 則子 (独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター)
平野 哲則 (独立行政法人国立病院機構東尾張病院)	山根 寛 (京都大学医学部保健学科作業療法学専攻)
福士 千代 (独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター)	山本 哲裕 (独立行政法人国立病院機構東尾張病院)
松尾 康志 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)	吉田 秋子 (岡山県立岡山病院)
三澤 孝夫 (国立精神神経センター武蔵病院) *	吉浜 文洋 (静岡県立大学短期大学部看護学科)
三澤 剛 (国立精神神経センター武蔵病	良知 雅美 (静岡県立大学短期大学部看護学科)
	* 執筆担当者

## A. 研究目的

- 1、 医療観察法に基づく看護と地域支援に関するガイドラインの試行を実施し、その結果の分析を通じた、ガイドライン並びに研修計画の充実に向けた取り組みを行う。
- 2、 チーム全体として共有するケアプランと、職種に固有のケアプランや、共通ケアプランの作成を待たずに行なわねばならないケアを実施する際のガイドラインの明確化を行う。
- 3、 各施設における現行の危険物管理状況の確認を行う。
- 4、 作業療法士部会としては、作業療法実施時の安全管理や、作業療法に関連する情報の取り扱い方法の明確化を行う。

## B. 研究方法

国立精神・神経センター武蔵病院、国立肥前療養所をフィールドにして、指定入院医療機関における看護のガイドライン試行を実施し、その分析結果に基づいて、ガイドラインの充実を図ると共に、その内容を武蔵病院の院内研修に盛り込みつつ、併せて平成 17 年度の研修内容についての検討も行なう。

### 1) 事件と疾患との関連についての患者との話し合い

他害行為によって措置入院となった患者を対象とした参与観察と半構成的面接を通じて、医療観察法の対象者に相当する入院患者の治療・看護について検討した。

### 2) 入院時の濃厚な関わり

指定入院医療機関のガイドラインに沿って、インフォームドコンセントの補完、綿密なオリエンテーション、共に過ごすことの 3 点を意図した濃厚な関わりを実施し、援助関係作りを試みた。

### 3) 触法精神障害者を対象としたグループ・プログラム

入院中の触法精神障害者 10 名(参加者平均 7 名)を対象に、同数以上の職員が参加してグループワークを実施した。

### 4) 共通書式の作成と使用

共通評価項目等を用いた全職種によるアセスメントやケアプランと、職種ごとのアセスメントやケアプランとの兼ね合いについて検討を重ねた。

## C. 研究結果および考察

### 指定入院医療機関における看護管理

佐藤るみ子

平成 15 年 7 月 16 日「心神喪失等の状態で他害行為を行った精神障害者に関する法律」（以下：医療観察法）が公布され、厚生労働省より全国に 24 箇所指定入院医療機関の設置が公表されたことを受けて、司法精神医療における看護管理について論じる必要が生じた。

そこで、まずは司法精神看護とは何かについて整理してみたい。司法精神看護とは、看護の対象を一般精神障害者と区分し、触法精神障害者に限定し、専門性を重視した看護の領域である。司法精神医療には、欧米では 1200 年の歴史があり、司法精神医学が徐々に発展してきた中で、司法精神看護学もそれに追随する形で 1980 年代からその輪郭を明らかにしつつあるが、現在も資格認定制度があるわけではない。欧米では、司法精神看護師に課せられている主要な役割は、Secure Setting（高・中・低の保安システム）におかれた精神障害者にケアを提供することであり、それに加えて、公衆を危険、暴力、犯罪傾向から保護することも要求される<sup>1)</sup>。また、米国では性犯罪の被害者への支援と調査・介入が重要な位置を占め、検死や死亡調査への関与も看護師の役割として重視されている<sup>2)</sup>。

一方、わが国においては、司法精神医学と司法精神看護がほぼ同時に開始されることになるので、今後どのように発展するかには未知数の部分が多い。従って、指定入院医療機関がまだ発足していない現時点で、厳密な意味での看護管理について記述することには困難が伴う。ただし、司法精神病棟の重要な特徴は、医療観察法の下で対象者に医療が提供されるところにある。そこで、基本的には、厚生労働省の定めるガイドラインに沿って、指定入院医療機関において提供される医療、看護の内容に触れながら、司法精神看護の概要について看護管理的な視点から述べたい。

#### 1. 医療観察法における医療

##### 1) 入院処遇の位置づけ

医療観察法第 1 条に規定される目的を、表 1 に示す。（表文中になし）

指定医療機関における入院処遇ガイドラインに定める入院処遇は、地域処遇ガイドライン等に定める社会復帰に向けた取り組みにつながる、医療の第一段階として位置づけられている。

##### 2) 入院処遇の目標・理念

入院処遇の目標・理念は、表 2 に示すように、人権に配慮し、客観性と透明性をもって行われる医療として 3 本柱で構成される。本来は一般精神医療にあっても求められるところであるが、医療観察法下の医療において特に明確に意識化され実行される必要がある。

##### 3) 新病棟の運営方針

新病棟は、指定入院医療機関として位置づけられ、医療観察法による対象者の入院医療を担うものである。表 3 にその運営方針を示す。

##### 4) 多職種の協働による医療提供

###### ① 多職種チームアプローチ

新病棟においては、対象者の回復過程に沿って多職種構成による専門的・包括的チームアプローチが提供される。

構成メンバーは、精神科医、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士であるが、ニーズに応じて、薬剤師、栄養士、社会復帰調整官等も入ることが求められる。

多職種チームアプローチが重要視される理由として、黒田\*は、a) 対象者のリスク評価やマネジメント、あるいはチームの意思決定過程への心理社会的側面からの関与の必要性、b) 多様な治療的ニーズ、c) 心理社会的・経済的援助の必要性、d) 倫理的ニーズを挙げている。新病棟ではチーム医療のあるべき姿を追求することが求められる。

## ② 多職種協働業務

多職種協働業務としては、治療プログラム、外出・外泊援助、社会復帰援助等がある。

治療プログラムには、欧米諸国で開発された方法論に日本的な要因を加味した活動を導入し定着させていくことが奨励される。患者の必要や希望に見合うプログラムを豊富に設定して、対象者の自由な意思決定が可能な状況を作ることに意味がある。しかも急性期から開始され、算定基準に各職種の実施回数が設定される。

集団活動と全体ミーティングを軸に、病棟生活のすべてを活用して患者とスタッフが全員で治療に取り組む治療共同体の理念に沿った方法がとられる。各職種がそれぞれの持ち味を発揮して、グループワークに関わることを奨励される。

## ③ 多職種協働による社会復帰関連項目の評価

ガイドラインでは、リスクアセスメントに重点を置きながら、対象者の社会復帰に関連の深い項目を包括的に「共通評価項目」(表4)として設定し、各施設が共通の評価基準として用いることを求めている。多職種チームは、全ての対象者毎に個別の治療計画を作成し、定期的に評価を行い、適宜見直しを図る必要がある。共通評価項目は、そのための指標であり、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下 ICF と略す) との互換性も求められている。ICF は、リハビリテーションの共通枠組みであり、障害というマイナス面の分類だけではなく、障害者の潜在的な「生活機能というプラス面」に着目し評価することを重視している。

## ④ 多職種共同による会議

すべての治療計画・方針は、多職種チーム会議によって決定、確認される。多職種チーム会議は、英国の the Care Programme Approach (CPA) をモデルとし、定期的・臨時に開催される。定例会議の一つに新病棟治療評価会議があり、毎週1回実施される。

## 2. 病棟の管理運営

### 1) 人員配置

新病棟の人員配置は、看護師43名・医師4名(非常勤1名)・臨床心理技術者3名・作業療法士2名・精神保健福祉士2名である。病床対看護師比1:1.3は、欧米における中等度保安病院の看護師配置標準1:2<sup>4)</sup>には及ばないが、現行の診療報酬制度の精神科病棟入院基本料7区分中、最も高い看護師配置基準が2:1であることからみれば、精神科における看護師配置基準改善の第一歩といえよう。

### 2) 看護体制

看護チームは、原則として、コアナースと一般ナースの組み合わせによる変則プライマリナース制が奨励される。対象者の社会復帰の早期実現に向けて、早期のリハビリテーシ

ョンと社会的自立という共通の目標を達成するためにも、プライマリナースと患者の間でどのような連携や役割分担が必要かについて、できる限り具体的に明らかにしておくことが求められる。司法精神看護では、援助関係構築がとりわけ重要であることから、プライマリナースは入院から退院までを通して変わらないことが望ましい。

新病棟においては、全職種の治療・検査の補助および全治療プログラムへの関与が看護師の役割になっていることから、機能別業務が多くなることは避けられない。しかし、看護の質の向上ならびにプライマリナース成長のためにも、モジュール型プライマリナーシングが望まれる。

### 3) 病棟環境の整備

新病棟の性格上、一般の精神医療施設より安全面への配慮を必要とするが、あくまで医療施設としてふさわしい外観・構造設備とすることが基本である。

病棟の構造は、急性期・回復期・社会復帰期・共用の4ユニットに分かれ、対象者の病状に応じた環境で個別に医療を提供する。早期の社会復帰に向けた対象者一人ひとりへの取り組みが効果的に行えるように、全ての病室を個室とする。

アメニティを維持するための必要な条件としては、高い天井、広い空間、豊富な採光、十分な換気がある。対象者の病状に応じて、採光により明暗を調節できることが望ましい。情緒面・活動面での日常生活の回復を図る設備として、アトリウム・和室・屋内外の運動設備・ガーデニング用スペース・作品展示エリア等がある。アメニティの不十分さが治療的效果を大幅に減殺する危険性があることを銘記し、快適な生活と安全で安心出来る環境づくりが必要である。また、職員がゆとりをもって患者を援助できる環境であることが、適切なサービス提供を保障する条件ともなる。

### 4) 安全管理と倫理的配慮

欧米における司法精神病棟の安全管理は、保安レベルの程度に応じて規定されている。一方、わが国では、急性期から社会復帰期まで、入院治療は同一病棟内で完結するため、安全管理もユニット毎に規定され、基本的には個別対応が優先されるが、共通すべき安全管理について述べる。

病棟周囲には、無断退出や外部からの違法な接触等を防止するためフェンスと振動センサーを設置する。病棟周辺の安全管理は医療機関全体の安全管理体制を基礎に、委託警備を組み合わせる。外部との出入り口は玄関1カ所とし、受付員が入退棟者の確認と病棟内の鍵の管理を行う。玄関は二重構造でエアロック式とする。特に、危険物・非合法薬物の持込みや、パパラッチ等の侵入の防止に努めなければならない。

病室内の床・壁・窓ガラスの材質、保護室のベッドのタイプは、安全管理が重視されるため無機質な雰囲気にならない工夫が必要である。

病室での私物の所持については、危険物を除き許可することが望ましいが、同時に、何が所持されているかについての確認方法と枠組みを設定しておく必要がある。中でも、携帯電話・インターネットの使用、危険を伴う物品への対処に関する事、金属探知器使用による点検、面会者に規制を適用する場合など、医療観察法下における医療施設としての運用規則の根拠について整備し、このような施設理念、運営内容を明示する必要がある。十分なマンパワーを確保し、ソフトによる観察が可能な体制がとれば、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。

病室内の監視カメラの設置については、施設理念に基づいて決定される必要がある。監視



カメラを設置した場合はプライバシー等の人権への配慮を最優先に、説明と同意を基本とした運用基準を整備し、従事者は同一の見解で使用することが原則である。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、ソフトによる安全管理が行われることが望ましい。このことが、臨床実践の質を保障することにもなる。

#### 5) 処遇基準と外部評価

基本的に通信・面会は自由とし、時間・範囲を規定しておく必要がある。さらに、ナース立ち会いが必要な場合や予測できる限りの例外規定を設けておくべきである。対象者と被害者の安全面を考慮した上でサービスの低下にならないよう柔軟な対応が求められる。

また、病識の有無や程度は、日常生活の様々な場面における処遇に影響を及ぼすので、判定の基準とその根拠を明確にした上で、看護行為の規定を作成しておく必要がある。

隔離・拘束、その他の行動制限については、文書を提示し説明することが原則である。その上で、当事者の訴える権利は保障されなければならない。そのためのアドボカシーシステムの整備が必須である。拘束の基準及び妥当性については外部評価を受ける。

新病棟の治療に関する評価は、第三者が含まれる新病棟治療評価会議・新病棟倫理会議で審議されることになるが、看護行為に関しても第三者機関の評価を受けることが必要である。

#### 6) 看護支援システム

指定入院医療機関では各施設共通のリスクアセスメントを行うことを目指して共通評価項目を軸にした診療支援システムを開発している\*。チーム全体でアセスメントすることが前提であるが、その中で看護師が専門職として評価する視点を搭載した看護支援システムを考案中である。

看護支援システムの目的について下里\*は、a) 多職種チーム会議で決まった看護師が担当する介入プランの標準化と具体策作成、b) 共通評価項目を看護師がアセスメントするための補助ツール、c) 記録の省力化、d) ケアの比較、研究の4点を挙げている。

看護計画と治療計画に則った看護行為を実践できる体制を整備することが重要であり、そのことが、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。この看護支援システムは、その第一歩であり、一定水準の看護の提供が可能となる。指定入院医療機関相互の情報交換や対象者の転院時にも有効である。

#### 7) 職種間・部門間、外部機関の調整

司法精神病棟には、従来の精神科病棟よりも院内・院外の多くの職種、関係者が関与することから、看護師はそれらの人々との調整・連携を図る必要がある。看護師はチームの中で多数を占め、施設の機能や諸職種の役割と多くの接点を有している関係上、職種間・他部門の要となって調整的な役割をとっていくことが求められる。

#### 8) 緊急時、救急時の体制

緊急時、救急時の円滑な対応に備えて、日頃のシミュレーション訓練が重要である。防火、防災については定期的な訓練を実施する必要がある、綿密な手順を整備しておく。なお、緊急時、救急時の体制や消火器の保管方法、電気式パニックボタンの設置等については、病棟内だけでなく病院全体として整備し、また、地域の消防署・警察署、その他関係機関との連携をとっておく必要がある。自然災害対策としては、全国の指定入院医療機関相互の支援体制を整備しておく必要がある。

### 3. 人事管理

### 1) 看護師マンパワーの確保

司法精神科病棟が精神科の専門病棟である以上、従事看護師は精神科の経験が求められる。精神科経験がない場合は、他科の経験があり、新卒者ではないことが望ましい。但し、司法精神医療の専門的教育を受けている場合は例外である。精神科では、「病気」と「健康」や、「入院を要する場合」と「退院が可能である場合」を分ける基準の数値化に困難が伴うため、他科と比較してEBMの導入が遅れている。現在は、看護師個々の経験と力量に委ねられるところが多い。精神科の経験を持たない新卒者は、学んできた標準的な精神科看護の知識や技術だけでは、適切なケアの提供が困難であるのみならず、本人が受ける心理的負担が多大であると可能性がある。その場合、最初からハンディを負うことになるだけでなく、業務をカバーすることになる周囲のスタッフにも負担増をもたらす、全体として患者に対する治療的対応の低下にもつながりかねない。

看護師マンパワーの確保不足、ケアの質的な低下をももたらすことが危惧されるので、大学等の教育機関と連携をとり、人材育成を図る必要がある。ホームページ・紹介ビデオ等による広報活動も重要な一つの手段となり得るが、限界があることを考慮し、国立、独立行政法人、医療法人間での活発な人事交流が望まれる。

### 2) 看護師の倫理

指定入院医療機関に従事する看護師は、精神科看護師としての倫理綱領を遵守することはもとより、患者のよき理解者であり、最良のアドボケートでなければならない。そのためには、充実した継続学習と高い職業倫理が求められる。日頃から、同僚、チーム内で倫理的感覚を高めておくことが必要であり、問題と感じられるスタッフの態度や言動については、大きな問題に発展する前に問題提起できる職場環境づくりが重要である。

### 3) 看護師のメンタルヘルスマネジメント

司法精神領域の看護師が否定的な感情と肯定的な感情の入り混じった複雑な感情をもつことや、セキュリティ対治療というジレンマが起こることは、欧米の報告<sup>1)</sup>より知られている。ジレンマに満ちた特殊な環境の中で、患者との長期的な関わりを要求され、しかも暴力の危険や攻撃性への対応を迫られる機会が比較的高いという点に配慮する必要がある。同時に、バーンアウトの問題を視野に入れ、モチベーションを高めるための戦略や予防手段・対抗手段を講じておく必要がある。

管理者に求められる対策としては、(1) 長年の勤続にならない人事、(2) リフレッシュできる十分な休暇の保障、(3) リフレッシュできる物理的空間の確保、(4) 持続的物理的業務負担の調整、(5) 司法精神看護認定制度の導入等がある。さらに、医療観察法下での医療を提供する病棟では、看護師個人とチームを対象にして専門家によるスーパービジョンを含めたメンタルヘルス・マネジメントシステムの構築が不可欠である。

ここでいう専門家とは、精神疾患患者との治療的・看護的な援助関係作りに精通し、暴力により傷ついた看護師の精神面のケア並びに PTSD 予防のための知識・技術を習得している看護師、心理カウンセラー、精神科医等である。専門家は同病棟に従事しておらず、公平かつ客観的な立場でスーパービジョンを行なえること必要がある。当事者への専門的なケアなしに、勤務の継続を強いることがないようにサポートシステムを整備しておくことが必要である。

### 4) 看護師の教育、研究

### 3. 新病棟における看護師の役割

#### 1) 入院時の綿密なオリエンテーションと看護契約（＝説明と同意）

欧米では、治療と矯正の統合を図り、回復と贖罪を同時に進行させることによって、司法精神障害者の自立を促進するためのプログラムに、医療と司法が連携して取り組んできた。日本では、ようやく医療観察法下の医療において、司法との接点が得られたため、医療スタッフ主導による司法との連携に向けた問題提起をしやすくなると考えられる。そして、そのためには、入院の重要なきっかけとなった出来事について患者と十分に語り合うことを通じて、回復の見通しを立てていくための協働が欠かせない。その第一歩が、入院早期の時点における医師によるインフォームドコンセントと、それに連動した看護師によるきめ細かい入院時オリエンテーションである。

指定入院医療機関における治療は、法律的な観点からすれば同意がなくても成立するが、治療効果を上げるためには、患者が治療の意義を理解し、治療を受けることに同意し、自発的に取り組めるよう支援する必要がある。指定入院医療機関においては、これらの工夫と配慮を通して援助関係を構築していく必要がある。

患者との援助関係を構築する上で重要なことは、患者の抱えている不安や、医師や看護師に対する不信を解消するために、医師による説明と同意と併せて、看護師による説明と同意（看護契約）を行うことであり、それが援助が成立するための前提である。

#### 2) 付き添いによる行動観察

これは、主に入院当初の急性期に多く求められる援助であるが、病状再燃や日々の出来事への反応としての不穏は、退院の目途が立ってからでも起こり得る。従来、日本では、患者の様子に精神症状や不穏が見られると、注射による鎮静や保護室への隔離、さらには身体拘束という手段で対応してきた。その背景としては、急性期の患者に対しても、乏しいマンパワーで対応せざるを得なかったという経緯があり、そのような状況は今も払拭されていない。隔離や抑制による対処は、人権侵害の温床であるばかりではなく、患者に無力感を植えつけたり、退行を強いたりする危険の強いことが欧米では指摘されている。

そこで、指定入院医療機関では、看護マンパワーの強化による付き添い観察＝手厚い看護を実施することを原則とし、病棟で過ごすすべての人の安全を保持するための最終手段としてのみ、短時間の隔離・拘束が行なわれることが望ましい。

### 3) 治療プログラムへの主体的関与

指定医療入院機関における対象者の回復を促進するために、体系的なグループワークを取り入れた治療プログラムが組まれるが、これは日本で初の取り組みである。これまでは、一般の入院患者の治療やケアを妨げない範囲で、対象者に既存のプログラムの一部を利用するという形が通例だった。しかも、日本の現状では入院患者に対して実施されている既存の治療プログラムも、量的、質的に貧困である。その最大の理由がマンパワー不足であるが、指定入院医療機関におけるスタッフの数は、従来よりも増加するので、看護師が治療促進のためのプログラムに積極的に関与できる機会も増えるということになる。

その中で、とりわけ重要な看護師の関与は、グループワークの体験を患者の日常生活につないでいく役割といえる。グループの場では言ったり行ったりできることも、日々の生活場面では、中々実行できない患者が少なくない。ICFの枠組みに沿っていると、訓練状況ではできることと、生活場面で実行していることのずれを見極めることが、自立支援の出発点となる。“ずれの見極め”は、看護師の重要な役割であり、そこを糸口として、多職種チームは、患者自身の意思決定に沿って社会参加の目標を明確にし、その目標に沿った支援を行なっていくことができる。

一方、日本の精神医療では、どの職種もグループワークに関する教育訓練の機会が少なく、看護師も本格的に関わる事が少なかった経緯がある。日本でも、レクリエーション療法や作業療法等の集団活動は古くから行なわれてきており、最近では社会生活技能訓練（SST）の経験を積んだ看護師も増えてきている。患者の生活行動の改善を主な目的とするこれらの活動は、指定入院医療機関におけるグループワークへの関与においても、基礎的な経験として生かせるはずである。ただし、司法精神医療では、患者が内省を深め、自己理解や他者への共感能力を高めることを通じて成長と自立を遂げていく過程を支援する、広い意味での集団精神療法的なアプローチが重要と考えられている。指定入院医療機関の看護師は、他職種と共にグループ・プログラムに関与する中で、ためらいを感じながらも自ら学びつつ、先駆者としての課題を担っていくことになる。

#### 4) リスクアセスメント

共通評価項目によるリスクアセスメントは、全職種が共有すべき役割であるが、看護師には、24時間を通して行われるケアの中で、病棟生活全般を通してのリスクマネジメントを行う役割が求められる。従って、患者との信頼関係と危険防止を両立させるための配慮を要する。特に、外出・外泊時の同伴は看護師の大きな役割の一つであり、リスクマネジメントには十分な配慮が欠かせないので、評価会議で事前に十分協議してリスクアセスメントの重点項目や内容、対処方法を確認しておく必要がある。

#### 5) 包括的暴力防止プログラム

これまで、わが国の医療においては暴力防止のためのプログラムや介入技術は発展を遂げてこなかった。一方、欧米では1980年代から Control and Restraint (C&R) の方法論が開発され、司法精神医療や精神科急性期治療の臨床に定着しつつある。松尾・下里らは英国モデルを参考に日本に適したモデルとして、2004年『包括的暴力防止プログラム』(Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme : CVPPP) を開発\*した。

CVPPP は、①攻撃性に対するリスクアセスメント、②怒りや攻撃性を鎮めるためのディエスカレーション、③暴力防止に対してチームで身体的介入を図るチームテクニクス、④暴力がおさまった後のアフターケアとしてのデブリーフィング、評価、⑤一人でいる際に突発的に襲われた際に適切に逃げるためのブレイクアウェイから構成される一連の過程である。表6にこのプログラムの利点について示す。講義と実技研修により習得し、定期的な訓練によって技術の維持・向上を図ることが必要である。

このような暴力への予防的な介入を含む包括的な暴力防止プログラムが、日常的なケアに欠かせない専門的技術として、司法精神医療領域だけではなく精神科医療全般に浸透していくことが望まれる。

#### 引用・参考文献

- 1) Chris, 2000
- 2) 入院処遇ガイドライン案(概要)、厚生労働省、2004
- 3) 宮本真巳：触法精神障害者の看護並びに地域支援の手法に関する研究、触法行為を行な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、平成15年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
- 4) 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
- 5) 特集「倫理的問題への対応を個人の悩みとしないために」、看護管理vol.13 No.4, 医学書院, 2003
- 6) 特集「看護組織の人材マネジメントストラテジー」、看護管理vol.12 No.9, 医学書院, 2002

- 7) 佐藤るみ子：管理業務、平成16年度司法精神医療等人材養成研修教材集.精神・神経科学振興財団

## 触法精神障害者との援助関係に関する研究

熊地美枝

### I. はじめに

今日まで、わが国では、触法精神障害者の処遇は、司法行政と医療行政の断裂により多くの問題が山積する中で、精神医療に委ねられてきた<sup>1) 2)</sup>。措置入院の自傷・他害の基準のもとで、かなりの無理をして触法精神障害者問題に対応している<sup>3)</sup>。医療現場では、不満や矛盾を抱えながら、個々の医療機関や医療者たちの個別的な努力によって治療や看護が提供されてきた。「心神喪失者等医療観察法（以下：医療観察法）」の制定に伴い、平成17年度より司法精神科病棟の立ち上げが予定されている現在、改めて触法精神障害者の医療・看護が問われ始めている。

司法精神看護の確立もされていない現状では、触法精神障害者の看護に関する先行研究も看護師に対するアンケート調査<sup>4)</sup>と事例報告形式のもの<sup>5)</sup>が散見されるのみで、いずれも援助における困難さが報告され、専門性の高い関わり積み重ねが必要であると指摘されているが、現在までのところその実態や方法について十分に検討されてこなかった。

そこで、本研究では、触法精神障害者との援助関係の実態を明らかにし、専門的な援助関係の構築をめぐる課題を検討する。

### II. 研究方法

#### 1. 研究対象

精神科急性期病棟に入院している触法精神障害者（以下：患者）および触法精神障害者への看護経験のある看護師（以下：看護師）

本研究の対象者となる触法精神障害者については医療観察法の処遇基準に該当すると思われる患者とし、病棟師長より紹介してもらった。

#### 2. 調査期間

2004年7月～2004年10月。調査日数はA病院10日間、B病院24日間の合計34日間。

#### 3. 調査方法

##### 1) 参与観察法

対象患者の集団療法や病棟プログラムへの参加を中心に、デイルームで患者とともに過ごした。また、看護師の申し送りやカンファレンス、多職種で行われる集団療法のプレミーティングやアフターミーティングに参加した。看護師と患者のやりとりを観察対象としながら、研究者自身も患者と関わりをもち、その様子

をフィールドノーツに記載した。参与観察中、研究者は徐々に患者から個人的な相談を受けるようになり、患者の求めに応じて、相談面接を行うこともあり、研究者の立場が変化した<sup>6)</sup>。B病院では、病院として取り組んでいる医療観察法によるガイドラインの試行の一環である措置入院患者へのガイダンスを役割として担いながら参与観察を行った。

##### 2) 半構造化面接

本人からの了承が得られた患者4名、看護師5名に対して、より詳細な体験を明らかにするために、半構造化面接を行った。1回の面接の所要時間は30分～60分で、一人に対して1～3回行った。テープに録音しながら面接を行い、後に逐語録を作成した。

患者に対しては①入院となった経緯、②病状の経過、③医療者からの援助の内容、④医療者との人間関係について思うこと、⑤退院後の生活の5項目を中心に自由に語ってもらった。

看護師に対しては①触法精神障害者との関係が変化したと感じた場面や言動、②触法精神障害者へのケアで困難に感じていること、の2項目を提示しながらも、それにこだわらず自由に語っても

らった。また複数の事例の看護経験がある場合はそれぞれの事例について話してもらった。

#### 4. 研究上の倫理的配慮

事前に病院管理者に研究計画書を提示し、研究の許可を得た。病棟看護師に対して研究計画書を提示し、参与観察と面接の許可を得た。患者に対しては個別と患者懇談会において自己紹介を行い、研究概要を説明し、参与観察の了承を得た。

又、面接に関しては、対象者に改めて研究の趣旨説明を行い、書面にて同意を得た。面接の際には面接室など個室を利用し、プライバシーの保護に配慮した。

さらに、面接対象となった患者のアフターケアを医療チームに依頼した。

#### 5. 分析方法

フィールドノート（95133字）および面接の逐語録（95005字）から触法精神障害者への看護や援助関係の特徴を見出すため、「事件についてどのように捉えているか」「医療者（患者）とどのような関係を持っているか」「病気についてどう捉えているか」の3つのテーマに沿ってコードを抽出した。コードに関する内訳は、患者に関するコード389と看護師に関するコード307であった。得られたコードに対しては、3つのテーマの重なりから得られた7つの部分集合ごとにKJ法<sup>7)</sup>による3段階にわたる定性的分析を加え、カテゴリー化した。尚、7つの部分集合を図1に示した。

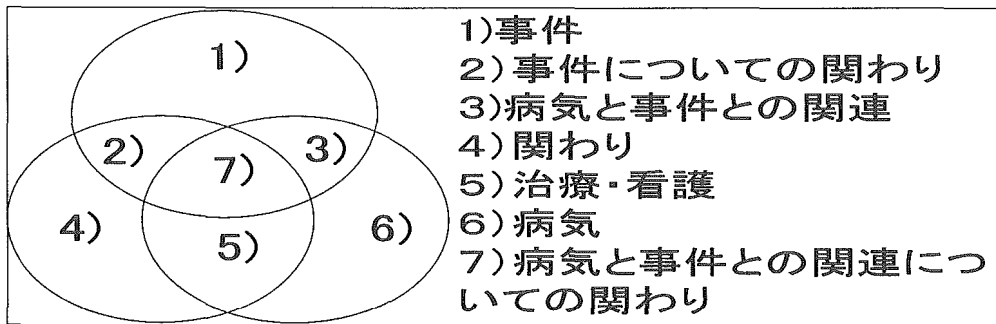


図1.7つの部分集合

#### 6. 信頼性・妥当性の確保

信頼性を高めるために、再確認が必要な情報については追加の面接を行った。また研究の全過程を通して、指導教員と大学院生によるデブリーフィングにより、観察と分析の偏りの修正を試みた。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象施設及び対象者の概要

対象施設は2つの病院の急性期閉鎖病棟とした。A病院は男女混合で病床数は50床、B病院は男性のみで病床数は48床であった。どちらの病棟も受け持ち看護制をとっていた。患者8名と病棟看護師を対象として参与観察を行い、その中で患者4名と看護師5名については面接を行った。面接対象者の概要は、表1に患者を表2に看護師を示した。

	年齢	疾患名	触法行為	犯罪歴
A	50代前半	統合失調症	殺人(他人)	なし
B	50代前半	統合失調症	殺人(家族)	なし
C	40代半ば	統合失調症	殺人(家族)	なし
D	40代後半	非定型精神病	傷害(家族)	殺人

表1. 面接対象者概要(患者)

	性別	年齢	看護師歴(精神科歴)
A	女性	50代半ば	24年(12年)
B	女性	50代前半	28年(28年)
C	女性	50代半ば	35年(18年)
D	女性	20代半ば	5年(5年)
E	男性	30代前半	8年(8年)

表2. 面接対象者概要(看護師)

## 2. 触法精神障害者との援助関係をめぐる状況

KJ法による分析結果の第3段階を、図1に沿って表3に示した。文章中の記号は《》は第3段階、【】は第2段階、[]は第1段階のカテゴリー、『』はコードを示す。

### 1) 事件

患者は事件に対して[あいまいな意識の中で行った]ために【現実感が得られない】という感覚をもち、なかには【自分の行為の結果がはっきりしない】者もいたが、概ね【事実を認識する】ことができおり、《事件の経過・結果への認識》を得ていた。【事件に対して後悔する】者が多く、『泣いて謝ったし、申しわけないって言いました』など【反省や後悔に伴う態度や行動】を示していた。さらに『治ったから刑務所に行くというのがいいと思う』と【贖罪意識をもっている】者もあり、《事件に対する後悔や贖罪意識》が確認された。しかし、宗教妄想が根強い長期入院の患者では【事件に意味・肯定感を見出す】など事件当時の気持ちや考えにとどまっており、『事件は世間体が悪いけど自分は悪いと思わない』と【罪悪感・自責感がない】様子がみられ、《事件に対する贖罪意識の欠如》につながっていた。事件を起したことで措置入院となる《現行制度に関する思い》では【入院に対する肯定的な理解】を示す1名以外は、[入院になる理由がわからない][期限がない入院への不満]などの【入院に対する疑問・不満】を抱き、退院のめどが立たない中で【裁判で事件・刑期を明確にしたい】と希望する者もいた。

一方、看護師は、患者の様子や断片的・間接的な情報から【贖罪意識のなさへの疑問・恐れ】や【事件に対する振り返りが無い】ことなどから《患者への不信感》を抱いていた。なかには『事件を起こして救いようがない』と【事件を起こしたことへの不信】が基盤となり《患者への不信感》につながっている場合もあった。また、患者と同様に【入院となることへの疑問・不信】を抱き、《現行制度への疑問・不信》が生じていた。

このように、患者の事件への後悔・贖罪意識の状態が看護師の受け止めに影響していること、また両者共に現行制度に疑問を抱いていることが明らかになった。

	患者の認識	看護師の認識
1) 事件	《事件に対する後悔や贖罪意識》 《事件に対する贖罪意識の欠如》 《事件の経過・結果への認識》 《現行制度に対する思い》	《患者への不信感》 《現行制度への疑問・不信》
2) 事件についての関わり	《事件についての話し合いの乏しさ》 《周囲に対する不信・疑い》 《孤立感》	《事件についての話し合いの乏しさ》 《事件に触れることへの困難さ》
3) 病気と事件との関連	《症状・治療行動と事件との関連を認識》 《事件が退院を困難にさせる》	《病気による事件への影響》 《事件による治療・退院への困難さ》
4) 関わり	《医療者との関わりが希薄》 《関係が深まらない》 《見捨てられ感》 《医療者と話す機会がある》 《医療者との関係が近づく》	《接近への困難感》 《患者との距離をおく》 《関係が深まらない》 《無力感》 《関わる機会をもつ》 《患者への信頼感の芽生え》 《患者の立場を尊重する》 《肯定的な関心》 《関係が深まる》
5) 治療・看護	《医療者の関わりへの不満》 《入院・治療への不信・不満》 《医療者からの援助を感じる》 《医療者を頼りにする》 《医療者への僅かな期待とあきらめ》	《患者の状態を把握》 《他害行為を防止する》 《見通しのない関わり》 《看護に対する無力感》 《治療・看護における困難》 《多方面からの支援》
6) 病気	《病気・状態への認識・理解》 《病気・治療への認識の欠如》 《自己の問題・課題の認識》 《退院後のイメージをもつ》 《今後の人生への不安・あきらめ》	《病気の性質は変わらない》 《患者の回復状況を認識》
7) 病気と事件との関連についての関わり	《事件と病気について話し合う機会がない》	《病気と事件との関連についての話し合いの乏しさ》

表3. 患者と看護師の認識

## 2) 事件についての関わり

患者・看護師双方が、医療者と患者の間での《事件についての話し合いの乏しさ》を共通認識していた。

【事件について一部の医療者と話す】など事件について触れる医療者は限定されており、患者は医療者との間で【事件についてお互いに触れない】印象をもっていた。さらに、長期の入院では過去に【長い間事件に誰も触れなかった】ことも生じていた。このため、患者は、【事件について誰が知っているのか分からない】状態で【周囲からの隔たりを感じる】など《周囲に対する不信・疑い》を抱いていた。さらに長期入院の患者では《孤立感》も生じていた。

看護師は【事件について直接話し合うことはない】状況で、患者から事件について話されたときにも【オウム返しに返答する】など【事件に対する消極的な対応】で対処し、患者との話し合いには至らず、【患者の事件に対する認識が確認できない】状況であった。これらの背景には《事件に触れることへの困難さ》が影響していた。看護師間では【事件に触れることはタブー】とされ、【事件に触れることで病状が悪化する心配】など【事件に触れることへの恐れ・不安】を抱いていることや事件についての【関わり方がわからない】こと、長期入院の患者では【先の見通しが立たない】ことで触れないことも生じていた。また、事件について【看護で関わる必要性を感じない】ことも事件を取り扱わないことにつながっていた。

このように、患者と看護師の両者共に事件についての話し合いの乏しさを問題視していたことが明らかになった。

## 3) 病気と事件との関連

患者は『声が聞こえてきて殺してしまった』『病院からもらった薬を毎日飲まなかった』など《症状・治療行動と事件との関連を認識》していた。また、事件により『お袋と一緒に住みたくないと言っている』など【退院後の生活支援を得られにくい】状況を認識しており、『しばらくここにはいないといけなと言われていたが長すぎる』と入院目的も感じられず先の見通しが無い【長期入院に



対する怒りや不満】を感じており、「事件が退院を困難にさせる」ことを感じていた。

看護師は【病気・生育歴によって事件が生じる】など《病気による事件への影響》を認識していた。また、『以前は病状が悪いと捉えていたが最近では症状が軽減しても殺害したことが影響していると感じる』と【事件のことが患者の状態に影響】していることを感じており、【治療や退院が困難になる】ことや【自傷・他害の危険性が高い】ことなど《事件による治療・退院への困難さ》を感じていた。

このように、患者は病気と事件との関連について本人なりに考え、看護師とほぼ同様の理解に達していることが分かった。

#### 4) 関わり

患者は【医療者が気にかけてくれる】、【医療者と話す機会を得られる】ことから【医療者と話すことの効果を感じている】。また、【医療者の言動に誠実さを感じる】、【医療者との隔たりがなくなる】、【担当の医師・看護師を身近に感じる】など《医療者との関係が近づく》ことを実感していた。しかし、一方では【医療者と話す機会が得られない】、【看護師から積極的に話を聴くことは少ない】と感じ、【担当外の医療者との交流をもちたい】と希望するなど《医療者との関わりは希薄》であることを感じている患者もいた。そうした関係の中では、【医療者に気を遣う】ことが生じ、【医療者との関係が浅い】ままで、《関係が深まらない》ことにつながっていた。また、『受け持ち看護師は自分にだけ冷たいと感じる』など【医療者に拒絶されていると感じる】ことや、【医療者に関わってもらえない】と感じ、《見捨てられ感》が生じていた。

看護師は【適度に声をかける】【関わる機会がある】など患者と《関わる機会をもつ》中で、【患者を知ることで安心できる】など《患者への信頼感の芽生え》を体験していた。さらに、【責任をもって関わる】ことや【看護師から積極的に関係を作る】など《肯定的な関心》をもって患者に関わり、《患者の立場を尊重する》などの配慮をしながら、患者と関係を作っていた。そのような関係の中で、【患者に頼られるようになる】、【関係が近づいたと感じる】など関係の変化を認識し、《関係が深まる》ことを感じていた。しかし、一方では、【患者の行動への不信・疑い】や【患者と関わることへの抵抗感】など《接近の困難感》を抱き、【患者との距離を必要とする】ことや【密な二者関係を作らない】ことなど《患者と距離をおく》ようになっていた。そのため、【患者との関係に距離を感じる】など【表面的な関わり】に終始し、《関係が深まらない》ことで、《無力感》が生じていた。

このように、医療者と患者の相互作用が不足していることを両者共に実感し、関係の深まりを求めていることが分かった。

#### 5) 治療・看護

患者は、医療者が【困っていることに一緒に取り組んでくれる】ことや【看護師が日常の場面で関わってくれている】こと、【病気について話す機会をもった】ことなど《医療者からの援助を感じる》ことから《医療者を頼りにする》ようになっていた。しかし、その一方で、医療者から患者の【意見や状態を尊重されない】ことや【看護師は個々の患者に関わる余裕がない】こと、【医療者からの説明不足】などに対して《医療者の関わりへの不満》をもっていた。さらに【治療（ECT）の影響で入院治療の経過が分からない】ことや【薬物療法への疑い・不満】など《入院・治療への不信・不満》を感じていた。こうした現状の中で、医療者に『親身になって話を聴いて欲しい』と希望しながらも『看護師は患者全員を見る仕事』と捉え、【医療者への役割期待】の水準を下げ、【回復を促進する手段や治療】を自ら見出そうとしていた。さらには『自分が退院に向けて頑張るしかないと思っているので医療者に期待や希望はない』として医療者に期待せず、【自分の力で治す】ことに可能性を見出すなど、患者の中には《医療者への僅かな期待とあきらめ》が混在していた。

看護師は【患者の状態・課題を認識】し、【生活状況の把握】をするなど《患者の状態を把握》していた。また、【危険な状態・サインの把握】に努めながら、【行動化しないように対応する】、【薬物療法で症状・行動化を抑える】など、《他害行為を防止する》対応をとっていた。同時に、【長期

的なヴィジョンの不足】から【その場しのぎの対応】となり、《見通しのない関わり》が生じていた。さらに【退院に向けた調整が難しい】ことや【チーム医療の困難さ】など《治療・看護における困難》も認識されていた。そうした中で、【関わりへの自信のなさ】や【関わりに限界を感じる】ことが生じ、看護師自身の【役割獲得への消極さ】もみられた。【看護師の人手不足が治療や関わりを限定する】という臨床状況からの限界もみられ、《看護に対する無力感》を強めていた。また、こうした状況の中で【医師の関わりへの信頼】を基盤にしながらか【多職種と協力する】ことで患者を支援し、さらに【セルフヘルプグループが必要】とするなど《多方面からの支援》の重要性を強調する看護師もいた。

このように、病気に対する対症的な治療・看護は行われていたが、退院に向けた協働の取り組みは不十分であることが明らかになった。

#### 6) 病気

患者には【病気についての理解】をもち【病気の回復を実感した】など自分の《病気や状態の認識・理解》を有している者が多かった。また、【衝動性のコントロールが困難】であることや【対人関係の持ち方が困難】であることなど《自己の問題・課題の認識》をもっている患者もいた。しかし、長期入院の患者では【病気を否定する】ことが【治療への動機づけの不足】につながるなど《病気・治療への認識の欠如》がみられた。また今後の見通しに関しては、多くの患者において諦めと希望が混在していた。すなわち、【退院することへのあきらめ】や【退院後の仕事・経済的なことへの心配・不安】など《今後の人生への不安・あきらめ》を抱きながら、【退院後の生活のイメージをもつ】、【退院後の病状悪化を予防するための対策をもつ】など《退院後のイメージをもつ》ことができていた。

看護師は事件によって入院となった患者の病気の部分について、一般の患者と比べて【病気に特殊性はない】と《病気の性質は変わらない》ことを認識していた。また、【治療行動がとれない】状態であることを認識する一方で《患者の回復状況を認識》していた。

このように、病状について両者共、概ね共通の認識に至っていることが分かった。

#### 7) 病気と事件との関連についての関わり

一部の看護師は患者が事件のことで動揺しているときには『逃げなんだけど、“病気がさせたことだ”っていいですよ。』と【病気がさせたことと伝える】対応をとっていたが、それ以上の話し合いには至っていない。また、大部分の看護師は【病気と事件との関連については触れない】としており、事件の取り扱いと同様に《病気と事件との関連についての話し合いの乏しさ》が生じていた。患者側の該当するコードはほとんどなく、《事件と病気について話し合う機会がない》と感じていた。

このように、看護師も他の医療者も病気と事件との関連について患者と積極的に話し合っただけでなかったことが明らかになった。

### IV. 考察

看護師の事件への関わりは病気への関わりと比較し、希薄であることがわかった。そこで、考察では事件への関わり希薄さを生じさせている要因とそのことがもたらしている結果の検討を通じて、援助関係における課題を明らかにする。

#### 1. 事件についての話し合いをめぐる看護師の困難

参与観察の場面では、面接後に患者から「本音で語れて面白かった」と再び面接を希望されるなど患者はむしろ話し合うことを求めている様子も感じられた。このことから、《事件についての話し合いの乏しさ》は患者よりもむしろ看護師側が感じている《事件に触れることへの困難さ》という要因が大きく影響していると考えられる。困難さを構成する第1の要因は、事件に触れることによる患者の病状悪化や精神的動揺、そして患者との関係性悪化への恐れ・不安であった。しかし、実際には患者と事件について話し合った経験のある看護師は稀であったことから、事件について触れることをタブー視する固定観念の影響が示唆された。尚、患者の方から事件について触れてきたという体験をもつ看護師は少なくないが、その際に関わり方が分からないという理由で受け流す場合が

多い。そこには看護師が事件について触れることの必要性を感じないことや先の見通しを立てられないなど、看護師が関わることの必要性を認識できない事情も重なっていると考えられる。こうした困難さの背景には、日本における司法精神看護学の未確立<sup>8)</sup>という事情も関連していると考えられる。

## 2. 事件についての話し合いと援助関係

考察1では《事件についての話し合いの乏しさ》をもたらす要因について検討した。考察2ではさらに《事件についての話し合いの乏しさ》が何をもたらしているかを明らかにした上で、現状を打開するための方向性について考えてみたい。

患者と看護師は《事件についての話し合いの乏しさ》を共通認識としてもっていた。そこで、まず、《事件についての話し合いの乏しさ》が何をもたらしているのかについて考えてみる。現時点における患者と看護師の関係性の推移とその過程における両者の感情について検討してみたい。

図2は結果に示したカテゴリーを用いながら現状の推移を示している。現状では、両者の関係性の特徴である《事件についての話し合いの乏しさ》が相互不信を生み、患者には《見捨てられ感》、《孤立感》、看護師には《接近への困難感》、《無力感》をもたらし、両者を希薄な関係性に留めている。関係性の推移についてのこのような理解に基づいて、《事件についての話し合いの乏しさ》に起因した援助関係をめぐる悪循環の構図を図3に示した。《事件についての話し合いの乏しさ》は患者と看護師の双方に不信感を生じさせ、患者は不信感→見捨てられ感→孤立感、看護師は不信感→接近への困難感→無力感というコースをたどり、さらなる不信感に陥るといった悪循環の構図である。

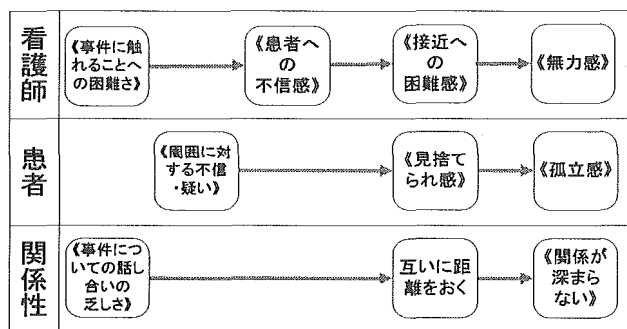


図2. 患者と看護師の事件をめぐる感情と両者の関係性の推移(現状)

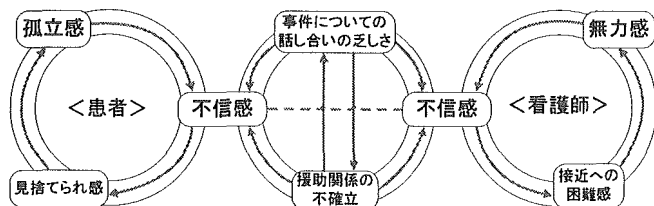


図3. 患者と看護師の事件をめぐる感情と両者の関係性の悪循環

この悪循環を克服する手がかりを得るために、事件についての話し合いをもつことから始めると考えられる関係性の良好な推移を図4に示した。

事件について積極的に取り上げ、話し合うことができれば、両者に信頼感が芽生え、看護師は患者に《肯定的な関心》を抱き、患者は看護師に受容されていることを実感する。こうして両者の間には援助関係が成立し、連帯感が育っていくことが期待できる。

さらに、図5では悪循環とは対照的な好循環の構図を示した。事件について話し合いをもつことで、両者の連帯感が育てば、信頼感がさらに高まっていくと考えられる。ペプロウ<sup>9)</sup>は患者と看護師が問題を共有し、協働により問題解決に取り組むことの必要性を述べており、好循環の中ではそうした取り組みが可能となると考える。

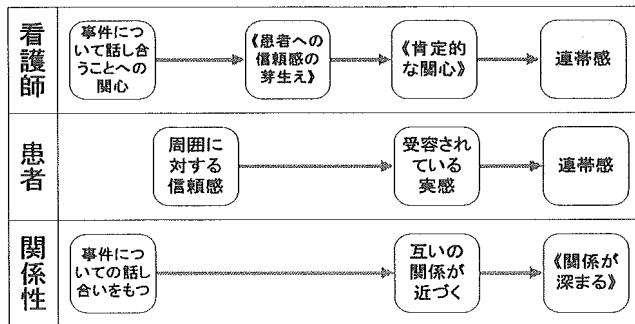


図4. 患者と看護師の事件をめぐる感情と両者の関係性の推移(望ましいあり方)

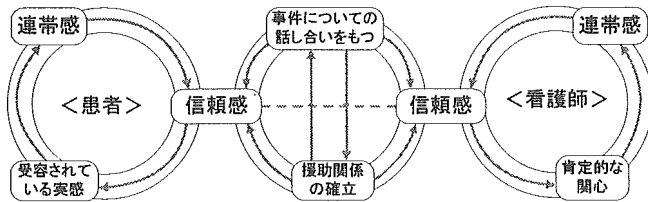


図5. 患者と看護師の事件をめぐる感情と両者の関係性の好循環

以上の検討により、事件について患者と話し合うことは、援助関係作りの始まりであるとともに、治療・看護の始まりであることが明らかになった。M.Raskら<sup>10)</sup>の報告でも、司法精神科病棟に勤務する看護師は患者と事件について話し合うことに最も焦点をあてていたと述べており、司法精神看護においては事件について話し合いが重要な契機になっていることが確認できる。事件について話し合うことができれば、病気と事件との関連についても話し合うことが可能となり、治療の目的やそれを実現するための方法と実践を患者と看護師で共有することができる。

さらに、宮本<sup>11)</sup>は、本来治療には患者の自発的な取り組みが重要であるにもかかわらず、これまで触法精神障害者に対しては目的が曖昧なままに強制治療を行ってきたという治療構造の問題点を指摘している。本研究からも患者と看護師双方が現状の治療構造への疑問をもっていた。事件についての話し合いとともに、治療構造とその背景にある法制度の問題点についての認識を患者と共有することも援助関係の形成には重要といえる。治療が強制的に始まるという枠組の中で、最重要の課題は医療者と当事者が治療とリハビリテーションの方針や計画を共有すること<sup>12)</sup>であり、そこには、治療契約を補完するものとしての看護契約<sup>13)</sup>が特に重要であろう。事件についてや病気と事件との関連とともに、治療構造の複雑さをふまえた患者への丁寧な関わりや患者との治療・看護の共有が求められている。

## V. 結論

- ・ 《事件についての話し合いの乏しさ》には看護師側が感じている《事件に触れることへの困難さ》が大きく影響しており、その背景には司法精神看護学の未確立という問題があった。
- ・ 《事件についての話し合いの乏しさ》は看護師と患者の双方に悪循環を引き起こし、援助関係の確立を阻害していた。事件についての意識的な話し合いは、治療・看護の始まりであると同時に、社会復帰への全過程における援助関係の展開にとって重要な位置を占めている。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者数が少ないことから、さらに多くの対象者からの聞き取りにより本研究の結果を煮詰めていく必要がある。

また本研究では医療職として看護師を対象としたが、さらに多職種をも対象とした研究により触法精神障害者との援助関係をめぐる全体の構図を明らかにしていくことが求められる。

さらに、今後、多職種の協力により、本研究の結論に沿った実践研究が必要と考える。

### 謝辞

本研究にご協力下さいました調査対象病院の看護部長、看護師長並びにスタッフの皆様、患者の皆様へ深く感謝いたします。また、研究を通じてご指導頂きました本学宮本真巳教授に心よりお礼