



触法精神障害者の看護に関する研究 : 文献検討

松井, 達也

川口, 優子

(Citation)

神戸大学医学部保健学科紀要, 23:1-11

(Issue Date)

2007

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/81000886>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81000886>



触法精神障害者の看護に関する研究

—文献検討—

松井 達也, 川口 優子
神戸大学医学部保健学科 看護学専攻

【要 旨】

本論文の意図は、触法精神障害者の看護の現状や研究について他職種の視点も踏まえながら文献を概観し、その内容を明らかにすることである。

看護職の立場からは、これまで触法患者のケアを困難にしてきた要因と同時に、医療観察法施行（2005年）後の新しい看護ケアの試行が報告されており、今後の成果が期待されていた。但し、触法患者ケアへの地域住民の不安は大きく、専門病棟建設や地域への退院についても拒否的、消極的であり、触法患者の看護ケアを妨げる要因の1つとなっていた。

他職種の立場からは、入院施設や地域処遇の整備不足、触法患者の長期にわたる自由剥奪の危険性、さらに被害者の立場からは、司法手続きについての情報不足が指摘されていた。

以上の状況から今後、看護師は触法精神障害者の看護プログラムの研究・開発・導入を継続し、多職種との連携を深め、当事者・被害者等の主張に耳を傾け、解決策を共に探る姿勢が求められる。

索引用語：司法, 精神看護, 触法精神障害者, 被害者

【緒 言】

平成13年6月に大阪教育大学付属池田小学校で発生した児童殺傷事件をきっかけに触法精神障害者（以下触法患者と記す）の処遇について国会で取り上げられるようになり、平成17年7月より「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」（以下医療観察法と記す）が施行されることになった。しかし平成19年4月現在、医療観察法病棟が運用されているのは10か所にとどまり、現在建設準備中の施設が8か所あるとは言え、その取り組みの遅れが指摘されている¹⁾。

看護師も援助関係の形成や職業的アイデンティティ維持の困難、不十分な援助プログラムといった問題を抱えている²⁾と言われているが、触法精神障害者の看護についての研究は始まったばかりである。

本論文の意図は、触法精神看護を取り巻く現

状や研究について他職種の視点も踏まえながら文献を概観し、その内容を明らかにすることである。

【方法（文献検索方法）】

Web版の医学中央雑誌において2001年～2006年の期間で「精神看護」「精神科看護」「触法」「医療観察法」をキーワードとして検索し、45編を抽出した。そして論文情報データベース（国立情報研究所：CiNii）において2004年～2006年の期間で「触法精神障害者」「医療観察法」をキーワードとして検索し、148編を抽出した。さらにこれらの文献とは別に20編を加え、このうちタイトル・抄録・本文から触法精神障害者の看護とケアに焦点を当てた内容の論文と判断され、最終的に入手可能だった国内文献78編を検討した。

これらを職種・立場別に分類すると、看護師の立場のものは31編、医師の立場のものは22編、

弁護士・刑事法学者の立場のものは6編、法務省・保護観察所の立場のものは8編、当事者・当事者擁護の立場のものは8編、被害者支援の立場のものは3編であった。これらの文献を1. 触法患者ケアを困難にする要因、2. 看護師の立場からみた医療観察法・司法制度、3. 他職種、当事者、被害者等の立場からみた医療観察法・司法制度という3つの視点から検討してみる。

【文献検討】

1. 触法患者ケアを困難にする要因

田原によると精神医療には「患者の病気の治療」、「患者や障害者の福祉的サポート」、「社会防衛的な側面」の3つのタスクがある。この3つは基本的に矛盾する関係にあり調和しづらく、これらを同時に果そうとするとそれぞれの機能を著しく低下させ、その結果全てがあいまいなものになる。そしてこのことが触法患者を含む治療困難例・処遇困難例の主な原因となる³⁾。

触法患者のケアに携わる看護師もその例に漏れず、様々な困難を体験する。宮本によればその要因は様々であるが²⁾、その中のいくつかに絞って述べてみる。

第一に触法患者の攻撃的言動が挙げられる。触法患者のイメージ調査⁴⁾、看護師のアンケート調査⁵⁾では病棟におけるケア困難の要因に暴力が挙げられており、暴力発生についての調査研究⁶⁾も行われている。具体的には「保護室ゾーンで看護師に殴る蹴るの暴行を加え鍵を奪い取ろうとし、医療スタッフ間に深刻な動揺を引き起こす」⁷⁾という事例を始め、他の文献⁸⁾⁹⁾でも触法患者の攻撃的言動、中でも暴力の矛先は看護師に向けられる場合が多く、臨床現場での恐怖や悩みが切実であることを示している。

第二に危険の防止と行動制限の緩和をめぐる困難が挙げられる。2002年の日本精神看護技術協会の政策委員会の調査によれば、触法患者の約90%が患者：看護者比率が3：1以下の病棟に入院し、一方で約3割の病院が触法患者の入院病棟へは少しでも高い看護職配置を行っている

る¹⁰⁾。また「一般の患者と同様の枠組みの中で行うのは無理がある」¹¹⁾、「看護業務とセキュリティ業務を兼任する中で物理的・時間的に限界がある」⁷⁾と、看護師のマンパワー不足と専門治療施設の必要性もまた指摘されている。

第三に触法患者の回復に向けたプログラムの不十分さが挙げられる。これについては「触法行為への対処の仕方がわからない」、「治療プログラム作成、研修・教育の必要性」¹⁰⁾、「既存の統合失調症の援助枠組みでは効果的な援助が行えない」⁸⁾という意見が、既存のケア方法の限界と新しいケアプログラムの必要性を示している。

第四に看護師の置かれた社会状況とジレンマが挙げられる。この背景には「人格障害等で重大な犯罪を起こした患者が、裁判を受けずに精神病院に送られるのは理不尽だという被害者や残された家族のやり場のない怒り」¹¹⁾があり、看護師もその気持ちに引き合わざるを得ない現状がある。また看護現場での事件を目にして「統合失調症でも全ての犯罪が幻覚・妄想に命令された状態でやったとは限らないのではないか」¹²⁾という意見もある。

第五に「地域住民から『退院させるな』と匿名の電話が相次いだ」、「民間病院が触法患者を受け入れないため、自宅近くの病院に帰すことができない」⁵⁾、「退院後の地域の連携の不備」⁴⁾といった地域社会の反発や地域での社会資源の不足を指摘する意見や、「被害の対象が家族である」、「家族成員にも病理性がみられる」、「療養環境が不適當で社会的入院に移行してしまう」⁸⁾、「家族の不安が強く退院の考えに消極的である」¹³⁾、「家族が本人を拒絶している」¹¹⁾等の家族の抵抗を指摘する意見がある。これらは触法患者の入院の長期化を招き、現場の看護師のケア意欲にも影響していると考えられる。

2. 看護師の立場からみた医療観察法・司法制度

以上のような触法患者のケアをめぐる医療や犯罪の実情を踏まえ、医療観察法が施行されることになった¹⁴⁾。この法律制定を触法患者ケアの

問題解決の好機であると歓迎する意見がある一方で、その問題点を指摘する声もある。ここでは看護師の立場からは医療観察法・司法制度がどのようにみえているかについて述べてみる。

医療観察法に期待する意見としては「長期入院になると人権に関わるので、やはり退院などの判断は複数人ですべき」、「入退院、退院後のフォローについて、医療・司法・行政が関与する必要がある」¹⁰⁾、「看護業務とセキュリティ業務の分化、看護師の精神的負担のためにも新しいシステムの構築が求められる」⁷⁾、「普通の精神病を持った患者と同室・同病棟でみる不安を解消するために特定精神病院は必要である」¹²⁾、「ハード・ソフト両面の充実した専門治療施設、看護者のマンパワーの充実が必要である」¹¹⁾¹⁵⁾等があった。このように看護師は、医療・司法・行政が協力して患者の治療(処遇)を決定し、充実したマンパワーを持つ専門医療施設での治療を保障することを期待している。

医療観察法への検討課題としては「看護と保安を分離した際、セキュリティスタッフとの協働する部分が多いが、どのように協働しその結果精神看護がどう変わりうるかも議論するべきである」⁵⁾という看護と保安の協働のあり方についての意見がある。また「生活場面で直接感じ取った具体的な患者情報を持つ看護職の意見を審判機関に反映させるべきだ」¹⁶⁾という審判制度への参加についての提言や「強制的(刑罰的)なケアの側面にどのようなスタンスで臨めばよいかイメージしにくい」¹⁶⁾という意見もある。さらに「再犯予防のための専門治療を行う前に、初発の触法行為を防ぐための地域医療・一般医療の充実を行うべきだ」¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾という、地域・一般精神医療の不備を指摘する意見もある。

医療観察法施行に伴う効果としてはまず「マンパワーの充実した専門治療施設が作られるようになった」¹⁹⁾²⁰⁾ことが挙げられている。次に触法患者ケアの新しい試みや研究として、入院時の綿密な関わりとインフォームド・コンセントの補完²¹⁾²²⁾、多職種による治療プログラム²²⁾²³⁾²⁴⁾、心理教育²⁵⁾、個別心理教育²⁶⁾、事件についての話し合い²⁷⁾、単独外

出クリニック²⁸⁾²⁹⁾、単独外出に向けたSST実施³⁰⁾、触法患者へのミーティング³¹⁾、触法患者への退院支援³²⁾などが行われている。また「入院時から社会復帰調整官が参加することで社会復帰の生活を検討することができる」、「マンパワーに余裕があるため、患者とじっくり向き合い仕事ができる」²⁰⁾等の効果も認められている。課題としては、地域の反発²⁰⁾³³⁾、想定外の身体合併症者・女性対象者の入院²⁰⁾、新たな看護へのプレッシャーによるストレス²⁰⁾などが挙げられる。

また刑法39条(心神喪失・耗弱者の責任能力を減免する規定)に対し、「治療が終わった段階で法的な償いは必要」、「治療を受けながら刑も受けるべき」¹⁰⁾、「触法行為について本人が否認している場合、事実関係を明らかにするために裁判を認めるべきだ」¹⁶⁾といった司法制度への疑問を示す意見もある。

3. 他職種、当事者、被害者等の立場からみた医療観察法・司法制度

看護師は医療観察法をはじめとする司法制度に、期待と同時に問題意識も持っていることがわかったが、同様に他職種も多くの問題を抱えている。そして精神障害者にとっては権利を侵害される危険性があり、一方犯罪被害者にとっては権利侵害の回復が不十分だという側面もある。看護師が触法患者のケアを行う際にこれらの立場を理解することは重要である。ここでは、他職種、当事者、被害者等の立場からは医療観察法・司法制度がどのようにみえているのかを述べてみる。

1) 行政(法務省)の立場

行政の立場からは医療観察法の目的は「社会防衛的なもの」ではなく、「社会復帰」であることが強調されている¹⁴⁾。

2) 医師の立場

医療観察法に賛成の立場からは「新法制定の最大の意義は、精神障害犯罪者に対しては初めて責任ある処遇が国によって行われることにある」³⁴⁾、「触法患者問題の解決には現行制度を変え、司法精神の専門医療

を確立していくしかない」³⁵⁾³⁶⁾ということが指摘されている。一方、反対の立場からは、再犯予測の困難³⁷⁾³⁸⁾、鑑定入院の不備³⁹⁾、一般医療・地域医療の不備⁴⁰⁾⁴¹⁾が指摘されている。

医療観察法施行に伴う効果としては「重大犯罪を起こした触法患者に重要な役割を果たし、システムも有効に働いている」⁴²⁾、「行動制限や本人の同意に基づかない治療介入の頻度が少ない」⁴³⁾、「簡易鑑定が再評価されることになった」⁴⁴⁾等の意見がある。課題としては入院施設・鑑定入院中の処遇基準の整備、通院施設を含む地域処遇の整備不足等が指摘されているが、⁴²⁾⁴³⁾⁴⁴⁾⁴⁵⁾⁴⁶⁾⁴⁷⁾⁴⁸⁾⁴⁹⁾⁵⁰⁾、その点は医療観察法に賛成・反対双方の意見が一致していた。またこの法律の人格障害者等への適用については「人格障害者等も医療観察法の対象とすべきだ」⁴²⁾⁵¹⁾⁵²⁾という意見がある一方で「人格障害者は治療対象になりにくく、治療なき拘束という不毛の事態に陥る危険性がある」⁵³⁾と法律の拡大解釈を危惧する意見もある。

簡易鑑定制度については医療観察法に賛成・反対両方の立場から「措置要否基準等のばらつきが大きく標準化されていない」³⁹⁾、「鑑定のためだけに興奮している患者さんを留置できず、簡易鑑定により不起訴とする傾向がある」⁹⁾、「2段階にわたる手続きによる効率の悪さ」⁵¹⁾と簡易鑑定の手続き・基準の不備が指摘されている。

3) 弁護士、刑事法学者の立場

弁護士、刑事法学者の立場からは長期の自由剥奪につながる危険性から医療観察法に反対する意見⁵⁴⁾⁵⁵⁾や、事実認定の不備を指摘する意見⁵⁶⁾がある。

医療観察法施行に伴う効果としては「今まで精神医療に関わることのなかった裁判官や弁護士が深く関わるようになった」、「社会復帰の条件整備を行う、社会復帰調整官という職種ができた」、「医療観察法入院期間中に症状の改善がもたらされた」⁵⁷⁾こ

とが挙げられている。課題としては「指定入院医療機関の少なさ」⁵⁷⁾⁵⁸⁾⁵⁹⁾、「医療を受けることを動機付けるため、最終審判を法廷で開催し、鑑定人による鑑定意見を述べてもらう」⁵⁸⁾、「検察官の不十分な資料提出・証拠の吟味」⁵⁷⁾、「対象者の対象範囲が不明確」、「新病棟建設に対する住民不安の払拭が必要」⁵⁹⁾といった意見がある。

また刑法39条（心神喪失・耗弱者の責任能力を減免する規定）については「日本では『起訴してもらう権利』は誰にもなく、あるのは『適性手続きの保障』だけである」⁵⁴⁾という法学者の意見や「触法精神障害者が公開裁判を受け刑務所に送られて、『刑務所帰り』というスティグマをつけられることで社会参加が難しくなる」⁶⁰⁾と指摘する弁護士の意見もある。

4) 法務省、保護観察所等の立場

医療観察法で触法患者の社会復帰や地域生活をサポートする保護観察所の職員、社会復帰調整官はどのように考えているのだろうか。まず医療観察法については新制度への責任感と期待感⁶¹⁾⁶²⁾が示されている。また地域処遇における課題⁶³⁾、英国と比較した社会復帰支援システムの不備⁶⁴⁾も指摘されている。

医療観察法施行に伴う効果としては「研究会、研究会の開催」⁶⁵⁾、「精神障害者の医療、福祉の全体の底上げ」⁶⁶⁾、「保護観察所と関係機関との連携強化」⁶⁷⁾が挙げられている。課題としては地域での社会資源の不足と制度への関わり方の地域格差が指摘されている⁶⁵⁾⁶⁶⁾。

5) 当事者支援、当事者の立場

当事者支援の立場からは医療観察法について「簡易鑑定、刑務所の医療制度の改善策がなく、審判の事実認定、退院支援も不十分である」⁶⁸⁾⁶⁹⁾、「新法のもとでの治療関係作りへの疑問」⁷⁰⁾、「特別病棟を作ることにより、差別的な精神障害者像が深まる危険性」⁷¹⁾、当事者からは「精神科のみの強制

入院制度の目的は社会防衛・治安であり、犯罪防止以外のなにものでもない」⁷²⁾とあるように、長期入院による権利侵害や触法患者のレッテル化を危険視するものが多い。

医療観察法施行に伴う課題としては「微罪での適用が、この法律の目的が予防拘禁であることを示している」⁶⁹⁾⁷³⁾、「外来公費負担制度の廃止による予算で医療観察法にかかる費用をまかない、一般医療が劣悪な状況に追い込まれている」⁷³⁾⁷⁴⁾、「黙秘権を認めるべき鑑定医が患者情報を守るべき主治医を兼ねることで治療の場における信頼関係が形成できない」⁷⁴⁾、「鑑定入院中の医療についての明確な基準がなく、積極的に治療を行わない施設がある」⁶⁹⁾⁷⁴⁾というように、入院中の人権侵害・予防拘禁の危険性と、一般予算の削減による地域医療・福祉の現状の悪化が指摘されている。

6) 被害者支援、被害者の立場

被害者をケアする医師の立場からは「(新法以前の制度は) 司法手続きの進行に関する情報がなく、多くの犯罪被害者・遺族が不満を示している」⁷⁵⁾、「不起訴処分になると入院先もわからず、事件自体が存在しなかったようになってしまう」⁹⁾、犯罪被害者の立場からは「触法患者が措置入院後2、3ヵ月で退院した場合、気持ちの整理がつかない」、「患者の不当退院の再チェックをする必要がある」⁶⁰⁾といったことが指摘されている。また「国は厳罰だけを提示し、その他の対策を怠っており、もっと責任を持つべきだ」⁷⁶⁾、「犯罪を国家に対する違反としてとらえるのではなく、市民間の権利侵害ととらえる」⁷⁷⁾といった意見もある。

以上の各職種の立場からみた医療観察法・司法制度をまとめると表1のようになる。

表1. 各職種からみた医療観察法・司法制度

職種	項目	期待、効果	課題、疑問
看護師 (31編)	医療観察法施行前	医療・司法・行政が協力した治療決定、充実した専門医療施設での治療保障をすべき	看護と保安の協働のあり方、審判制度への参加についての提言、地域・一般精神医療の不備
	医療観察法施行後	充実した専門医療施設の実現、新しいケアの試み、入院時からの社会復帰計画の検討	地域の反発、想定外の身体合併症・女性対象者の入院、新たな看護へのプレッシャーによるストレス
	刑法39条	(疑問) 治療が終わった段階で法的な償いは必要、治療を受けながら刑も受けるべき、触法行為について本人が否認している場合、事実関係を明らかにするための裁判を認めるべき	
医師 (22編)	医療観察法施行前	触法患者問題の解決には現行制度を変えるべき	再犯予測の困難、鑑定入院の不備、一般医療・地域医療の不備
	医療観察法施行後	重大犯罪の触法患者へのシステムとして有効に機能、同意に基かない治療介入頻度が少ない	入院施設・鑑定入院中の処遇基準、通院施設を含む地域処遇の整備不足
	人格障害者の適用	人格障害者等も医療観察法の対象とすべき	治療対象になりにくく、治療なき拘束に陥る危険性がある
	簡易鑑定	(課題) 措置要否基準等のばらつきが大きく標準化されていない等、手続き・基準の不備あり	

職種	項目	期待、効果	課題、疑問
弁護士、 刑事法学者 (7編)	医療観察法施行前	(課題) 長期の自由剥奪の危険性、事実認定の不備	
	医療観察法施行後	今まで精神医療に関わることのなかった裁判官や弁護士が深く関わる、社会復帰のための社会復帰調整官という職種ができる、医療観察法入院期間中の症状の改善	指定入院医療機関の少なさ、医療の動機付けのための最終審判の法廷での開催検討、検察官の不十分な資料提出・証拠の吟味、対象者の不明確な対象範囲、新病棟建設に対する住民不安
	刑法39条	(39条の妥当性の解釈) 裁判を受ける権利は適性手続きの保障、「刑務所帰り」というスティグマにより社会参加が難しくなる	
法務省、 保護観察所等 (8編)	医療観察法施行前	法の目的は「社会復帰」、新制度への責任感と期待感	地域処遇における課題、英国と比べ社会復帰支援システムに不備
	医療観察法施行後	ケア会議等の開催、精神障害者医療・福祉の全体の底上げ、関係機関との連携強化	地域での社会資源の不足、制度への関わり方の地域格差
当事者、 支援者 (7編)	医療観察法施行前	(課題) 長期入院による権利侵害や触法患者のレッテル化の危険性	
	医療観察法施行後	(課題) 入院中の人権侵害・予防拘禁の危険性と、一般予算の削減による地域医療・福祉の現状の悪化	
被害者等 (3編)	司法制度全般	(課題) 司法手続きの進行に関する情報がなく、触法患者が2、3ヵ月で退院すると気持ちの整理がつかない、国の被害者対策の怠慢、犯罪を市民間の権利侵害ととらえるべき	

表1. 各職種からみた医療観察法・司法制度(続き)

【考 察】

今後、以上の他職種の視点も踏まえて看護師は医療観察法・司法制度にどのように関わっていけばよいのであろうか。

第一に医療観察法の施行に伴い、新しいケアプログラムの研究・開発が始まったことは好ましいことである。引き続きプログラムの研究・開発・導入を継続していく必要がある。

第二に地域ケアについては自立支援法制定に伴い、精神医療全般に苦しい状況にある。他職種からも指摘されているように、触法精神障害者が地域で利用できる社会資源の状況は厳しい。そのような地域での現状を把握し、多職種とどのように連携を進めるべきかを探る必要がある。

第三に看護現場の困難や指定入院医療機関で

どのようなケアが行われているかを当事者・被害者を含む一般国民に広く理解してもらう必要がある。また当事者・被害者やその支援者の主張にも耳を傾け、意見を対立させるのではなく、問題を共有し解決策を共に探そうとする姿勢が求められる。

第四に現状では看護師は医療観察法の審判制度には参加できない。しかし日常の生活場面から得た患者情報を生かすためにも、今後、証人尋問等で意見を述べたり、看護職の意見も反映させた審判制度作りを提言していく必要がある。

第五に司法精神看護に関する教育の重要性も指摘されており⁴⁾⁷⁸⁾⁷⁹⁾、その教育の中で法律・司法制度(精神保健福祉法、医療観察法、刑法39条等)についての理解をより一層深める必要がある。医師・弁護士と比較した場合、権利擁護、

審判制度、刑法39条の解釈など法律についての理解がまだまだ十分とは言えない。また犯罪を国家に対する違反としてとらえるのではなく、市民間の侵害ととらえる考え方も登場しており、被害者救済のための法制度の動向にも注目していく必要がある。

【本研究の限界と今後の方向】

本研究の限界として、看護師の文献が医師や弁護士等と比較して限られたものであったことが挙げられる。特に医療観察法制定後、一部の医療機関を除き、看護ケアやケア実施上の問題点などについての文献は少なく、現状の把握は十分に行えなかった。

また、医療観察法制定後の看護実践の現状や問題点について、特に近畿地方では医療観察法上の新病棟整備が遅れていることもあり、調査・研究が十分に行われているとは言えない。今後は看護実践の現状について早急に調査する必要がある。また退院後の地域ケアにおいて指定通院医療機関、保健所、保護観察所との連携がより一層重要であり、その連携のあり方についての調査・研究も求められている。

【ま と め】

看護職の立場からは看護師の触法患者のケアを困難にする要因が指摘されていたが、医療観察法施行後は、触法患者ケアへの問題意識が高まり、それを反映するべく、新しいケアの試みが指摘されていた。また他職種との立場からは地域処遇の不備が多く指摘されていた。

それを踏まえて、今後、看護職は多職種との連携を深め、当事者・被害者等の主張にも耳を傾け、解決策を共に探る姿勢が求められる。

【文 献】

1. <http://nagano.dee.cc/~mhwl0704.pdf>
(2007年4月末 医療観察法施設整備実態)
2. 宮本真巳. 触法精神障害者のケアに何が求められているか. 精神科看護132:22-27, 2003.
3. 田原孝. 日本の精神医療はこれで良いのか. 触法精神障害者の処遇と精神医療の改善 (編) 福岡県弁護士会精神保健委員会. 東京, 明石書店, pp.125-137, 2002.
4. 金崎悠, 三木明子. 精神科看護師の触法精神障害者のイメージと看護の実態. 日本看護学会論文集(精神看護) 35:106-108, 2004.
5. 吉浜文洋. 触法精神障害者の現状とケアの問題点. 精神科看護132:10-13, 2003.
6. 北野進, 石川博康, 下里誠二. 触法・処遇困難患者による暴力行為の実態. 日本精神科看護学会誌48(2):208-212, 2005.
7. 村上茂. 統合失調症に人格障害を併せ持つ事例から. 精神科看護132:28-31, 2003.
8. 山田洋. 新しい援助方法の確立を. 精神科看護132:32-35, 2003.
9. 吉川和男. 「触法問題」に関する国の検討の流れ. 精神科看護115:8-14, 2002.
10. 日精看政策委員会. 重大な犯罪を行った精神障害者の看護等に関する調査中間報告概要. 精神科看護120:60-66, 2002.
11. 伊藤久雄. 「触法患者」の看護の現状 東京都立松沢病院. 精神科看護115:22-26, 2002.
12. 酒井孝夫. 20年の看護者経験のなかで出会った触法患者のこと. 精神看護5(1):60-63, 2002.
13. 池田秀幸. 個別開放に際しての患者家族の意識 家族へのアンケートから知り得たもの. 日本精神科看護学会誌45(2):262-266, 2002.
14. 白木功. いわゆる「心神喪失者等医療観察法」の成立の経緯と法の意図. 精神看護7(1):81-89, 2003.
15. 為金義博. 医療観察法施行に向けた厚生科学研究がはじまることを受けて. 精神看護7(1):63-64, 2003.
16. 吉浜文洋. 「触法心神喪失者等」の処遇を

- めぐる動向. 精神科看護112:47-49, 2001.
17. 羽山由美子. 司法精神看護の役割と課題. ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法: 241-247, 2004.
 18. 伏見博之. 「触法患者」の看護の現状 大阪府立中宮病院. 精神科看護115: 27-31, 2002.
 19. 佐藤るみ子. 病棟のアメニティ 理念を活かした構造と設備. 精神科看護158: 55-60, 2005.
 20. 西谷博則. スタートして8か月. 肥前精神医療センターの場合. 精神看護9(6): 58-72, 2006.
 21. 佐藤るみ子, 熊地美枝, 久保田東司他. 入院時の綿密なかかわりとインフォームド・コンセントの実際. 精神科看護155: 54-61, 2005.
 22. 佐藤るみ子. 研究・実践の概要. 精神科看護154: 60-65, 2005.
 23. 佐藤るみ子, 小松容子. 多職種による治療プログラムの試行 チームアプローチの実際. 精神科看護156: 58-65, 2005.
 24. 宮本真巳. 多職種による治療プログラムで患者さんが見える. 精神科看護157: 54-60, 2005.
 25. 小松容子. 前駆症状・介入方法・乗り越える方法を、患者と共に確認することができた. 精神看護8(6): 56-65, 2005.
 26. 松本賢哉. 疾病と触法行為への認知が高まった. 精神看護8(6): 51-55, 2005.
 27. 熊地美枝. ターを打ち破って初めて看護が始まった. 精神看護8(6): 44-50, 2005.
 28. 下里誠二. 触法精神障害者・長期閉鎖病棟入院者の単独外出 クリニカルパス(その1) 心理教育的アプローチを取り入れて. 精神科看護142: 61-68, 2004.
 29. 下里誠二. 触法精神障害者・長期閉鎖病棟入院者の単独外出 クリニカルパス(その2) 触法精神障害者への適用の実際. 精神科看護143: 63-68, 2004.
 30. 石川博康, 相馬厚, 下里誠二. 触法精神障害者の外出に向けた判断基準の検討 単独外出に向けたSST実施により. 日本精神科看護学会誌, 47(2): 303-307, 2004.
 31. 荒森聖治郎, 積章洋, 永木勝博他. 触法精神障害者へのアプローチ ミーティングを導入して. 日本精神科看護学会誌47(1): 1-4, 2004.
 32. 幸村幸男, 泉山保広, 斉藤亮他. 触法行為精神障害者の退院支援における一考察. 日本精神科看護学会誌46(2): 473-476, 2003.
 33. 有我譲慶. 「医療観察法」施行7ヶ月の適用申請の実態. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.103-115, 2006.
 34. 山上皓. 触法精神障害者処遇の在り方 司法精神医学の立場から. 現代刑事法44: 24-29, 2002.
 35. 武井満. 触法精神障害者をめぐる司法精神医学的課題. 精神科看護132: 36-41, 2003.
 36. 阿部恵一郎. 医療刑務所における精神科医療. 精神科看護115: 15-21, 2002.
 37. 吉岡隆一. リスク評価パラダイムへの変換. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.144-163, 2006.
 38. 中島直. 精神科医療・医学における「予測」の新しい展開. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.164-174, 2006.
 39. 小高晃. 「医療観察法」の現状と課題. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.55-63, 2006.
 40. 白澤英勝. 「医療観察法」と地域処遇. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.64-81, 2006.
 41. 原敬造. 国立病院機構花巻病院「医療観察法」病棟見学記. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.93-102, 2006.

42. 松原三郎. 医療観察法がわが国の精神科医療を変えるか. 日本精神科病院協会雑誌 292: 8-15, 2006.
43. 樽矢敏広, 平林直次. 医療観察法の問題点. 日本精神科病院協会雑誌292:44-50, 2006.
44. 平田豊明. 医療観察法施行後における起訴前簡易鑑定の意義. 精神神経学雑誌108 (5): 502-509, 2006.
45. 松原三郎. 医療観察法における通院医療・地域処遇の特徴と問題点. 精神神経学雑誌 108 (5): 497-501, 2006.
46. 岡崎伸郎. 「医療観察法」による地域処遇は制度破綻を免れない. 精神神経学雑誌 108 (5): 510-514, 2006.
47. 中島直. 医療観察法の一般精神医療に及ぼす影響. 精神神経学雑誌108 (5): 515-520, 2006.
48. 清水賢, 小沼杏坪, 津久江一郎. 医療観察法施行後の問題点について. 日本精神科病院協会雑誌292:21-24, 2006.
49. 小沼杏坪. 医療観察法の事例報告. 日本精神科病院協会雑誌292: 69-71, 2006.
50. 水木泰. 医療観察法における鑑定入院の問題点. 日本精神科病院協会雑誌292: 29-38, 2006.
51. 山上皓. 医療観察法がめざすもの. 臨床精神医学35 (3): 245-249, 2006.
52. 吉川和男. 「医療の必要性」の判定基準と鑑定のあり方. 臨床精神医学35 (3): 251-257, 2006.
53. 岡崎伸郎. 「医療観察法」この異形の制度にどう対峙するか. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.3-8, 2006.
54. 高山佳奈子. 責任能力について. 刑法雑誌 45 (1): 5-16, 2005.
55. 佐藤直樹. はじめに-私が考えた理由. 刑法 39条はもういらぬ. 東京, 青弓社, pp. 9-14, 2006.
56. 谷直之. 心神喪失者等医療観察法の手続き上の諸問題. 刑法雑誌45 (1): 17-28, 2005.
57. 伊賀興一. 付添人活動からみた医療観察法. 臨床精神医学35 (3): 295-301, 2006.
58. 高麗邦彦. 裁判所における審判のあり方. 臨床精神医学35 (3): 287-294, 2006.
59. 加藤久雄. 刑事政策学からみた「医療観察法」の運用における司法精神科医の役割と課題について. 臨床精神医学35 (3): 303-313, 2006.
60. 池原毅和. 市民シナリオ 触法精神障害者の処遇と精神医療における患者の権利討論. 触法精神障害者の処遇と精神医療の改善. (編)福岡県弁護士会精神保健委員会. 東京, 明石書店, pp. 67-86, 2002.
61. 滝田裕士. 心神喪失者等医療観察法の施行に当たって. 更生保護と犯罪予防145: 182-188, 2005.
62. 高木俊彦. 新制度に寄せて. 更生保護と犯罪予防145: 1-5, 2005.
63. 今福章二. 医療観察法における地域処遇と精神保健観察. 日本精神科病院協会雑誌24 (4): 34-39, 2005.
64. 相川章子. 触法精神障害者の社会復帰と地域支援. 精神科看護132: 18-21, 2003.
65. 今福章二. 心神喪失者等医療観察法施行後の動向. 精神保健福祉37 (1): 54-56, 2006.
66. 佐賀大一郎. 心神喪失者等医療観察法とPSW. 精神保健福祉37 (2): 125-129, 2006.
67. 小林靖. 地域における関係機関との連携確保の一般試論. 更生保護と犯罪予防145: 176-181, 2005.
68. 小林信子. 心神喪失者等医療観察法と患者の権利. 精神看護 7 (1): 75-80, 2003.
69. 池原毅和. 曖昧さに満ちた日本の「医療観察法」. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.132-143, 2006.
70. 池原毅和. 新法における強制医療と自己決定. 精神科看護123: 40-44, 2002.

71. 山本深雪, 寶田穂. ユーザーの立場から「触法問題」を考える. 精神科看護115:32-37, 2002.
72. 長野英子. 今改めて反保安処分をそして強制入院制度の撤廃を. 動き出した「医療観察法」を検証する. (編)岡崎伸郎, 高木俊介. 東京, 批評社, pp.82-92, 2006.
73. 山本真理. 「心神喪失者等医療観察法」強行施行. DPI21 (2):24-27, 2005.
74. 里見和夫. 心神喪失者等医療観察法施行から1年 審判事例を通じて明らかになった問題点. NPO 大阪精神医療人権センター設立21周年記念集会資料:1-11, 2006.
75. 小西聖子. 被害者の遺族は精神障害をもつ加害者にどのような感情を抱いているか. 精神医学レビューNo.19精神鑑定. (編)山上皓. 東京, ライフサイエンス社, pp.113-117, 1996.
76. 内田博文. 真の被害者対策を. 触法精神障害者の処遇と精神医療の改善. (編)福岡県弁護士会精神保健委員会. 東京, 明石書店, pp.182-184, 2002.
77. 前野育三. 修復的司法とは. 被害者と加害者の対話による回復を求めて. (編)藤岡淳子. 東京, 誠信書房, pp.13-24, 2005.
78. 日高経子, 三木明子, 金崎悠. 諸外国における司法精神看護の役割. 岡山大学医学部保健学科紀要14:103-111, 2003.
79. 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6 (1):48-55, 2003.

Forensic Psychiatric Nursing

— Literature Review —

Tatsuya Matsui, Yuko Kawaguchi

Faculty of Health Sciences, Kobe University School of Medicine

ABSTRACT :

This paper overviewed studies of care for mentally disordered offender patients (MDOs) by nurses and other professionals.

From nurses' point of view, there were some factors which made it difficult to care for MDOs. After the new MDOs' legislation in 2005, nurses tried new care methods for MDOs but several studies reported that building specialized hospitals for MDOs and their leaving hospitals were rejected by community inhabitants and that showed difficulties of care for MDOs.

From other professionals' side, they stated that it wasn't sufficient to make systems of hospital ,community care for MDOs and agreed that the new legislation could invade MDOs' rights for a long period.

Some MDOs' victims said that they would like to get more information about the progress of their cases.

As stated above, nurses should keep trying new care methods for MDOs' and more closely cooperate with other professionals. In addition they should try to better understand problems of psychiatric patients and MDOs' victims.

Key Words : Forensic, Psychiatric nursing, Mentally disorder offender, Victim