

## 第3章

# 刑務所医療における意思決定支援

船山 健二

### 1 刑務所医療（矯正医療）とは

#### 1-1 刑務所における医療

刑務所における医療に関しては、「刑事施設及び被収容者等の処遇に関する法律」（平成17年法律第50号）に規定されている。刑務所とは、矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院）のひとつであり、刑務所医療という表現ではなく、通常は、矯正医療という表現が用いられる。本稿では、矯正医療のなかの刑務所における医療について述べる。

一般社会では、自身の衛生管理や健康の保持は、原則的に個人の責任において行われる。しかし、刑務所は法律によって、被収容者の行動の自由を制限している場（強制収容）である。ゆえに、矯正施設は、被収容者の健康管理及び衛生管理に責任を負っている。こうした背景から、医療に要する費用に対し、健康保険は適用されない。費用は、法務省矯正官署予算（国費）で処理される。ちなみに、2017年の被収容者一人一日当たりの収容費は、1,826円であり、そのうち医療費は184円となっている<sup>6</sup>。

刑務所における医療の理念は、被収容者の収容の確保が大前提とされており、「被収容者を改善更生させるための基盤構築」と位置づけられている<sup>7</sup>。

---

<sup>6</sup> 法務省矯正局発行の『日本の刑事施設』に掲載されている数値である。

<sup>7</sup> 法務省矯正局矯正医療管理官編(2015)『研修教材 矯正医療』公益財団法人矯正協会

ときには、「必要にして過剰にならない医療」とも表現される。

## 1-2 刑務所医療の構造

全国には62の刑務所が存在し、これらの刑務所内には組織上、医務部(医療部)や医務課などが設置されている。刑務所内に施設の規模や役割に応じ、病院や診療所が開設されている。これらは、医療法上の病院や診療所(有床・無床)として扱われている。医療資源に限りがあることは、一般社会においても刑務所においても変わりはない。限りある医療資源を効率的に運用するため、刑務所医療は、3段階構造をとっている。刑務所の施設区分は、処遇指標による区分が主であるが、医療機能面からの施設区分もある。東日本成人矯正医療センター等に代表される「医療専門施設」が全国に4施設。大規模な矯正施設等が指定されている「医療重点施設」が全国に9施設。それ以外の刑務所は「一般施設」と位置づけられている。

## 1-3 刑務所医療の特徴

冒頭でも触れたように、被収容者の健康管理や衛生管理に関して、責任を負っていることが前提としてあり、刑務所では、医療に関しても必要な措置を講じるという考え方である。一般社会のように医療が、サービスであり患者自身が、医師や医療にフリーアクセスできる仕組みではない。ここには、医療の専門知識を有さない刑務官が介在しているなど、弊害も大きい。しかし、一般社会において、生活困窮により健康保険に加入できず、健康上の問題を抱えながらも、医療を受けることができている方々もいる。刑務所という構造が、被収容者を抑圧下に置いている反面、国の責任において、医療を施すやり様はある意味、パレンス・パトリエ (Parens Patriae) とも受け取られる。

一般社会では通常、“病い”を起点とし自らが医療機関を受診する。そして、健康問題の解決や治療の終結をもって、患者－医療者の関係も終結する。しかし、刑務所医療は、“病い”の解決や治療の終結といった医療上の事情にはよらず、執行刑期の終了といった事由をもって、患者－医療者の関係が解かれる。

あくまで、治療と言う枠組みではなく、刑期により規定される。そして、患者－医療者という関係に着目すると、被収容者（受刑者）－収容者（医療職を含む刑務所職員）という、立場の非対称性が存在している。法務省矯正局が発行している“矯正医療”というパンフレットにおいて、精神科専門医でもある、東日本成人矯正医療センター長は、「必要にして過剰にならない医療」を実践するためには、公平性・中立性・一貫性の3原則に基づいた、観点も重要であると述べている。一般社会における医療の場に求められる、即応性・個別性・臨機応変に対応する在り方とは、異なる様子が窺い知れる。

## 2 医療現場における意思決定支援

### 2-1 医療現場における意思決定に関する歴史的変遷

意思決定の方法として、年代を追ってみたい。昔の医療現場では、医師を頂点とした、ピラミッド構造のなかで、治療方針は担当の医師が、この患者に善かれと考えた治療を施した①「パターナリズム (Paternalism) : 父権主義的」な時代があった。その後は、②「シェアードディシジョン (Shared decision) : 協働的意思決定」として、患者を中心とし、医師に限らず、看護職等の医療スタッフが、チームを形成し、十分な医療情報を提供し、治療方法等について、複数の選択肢が提示され、医師と患者で意思決定する方法に移行した。情報社会となった今日では、インターネットなどを通じて、同じ疾患や障がいをもつ、当事者からの情報なども容易に得られる。このような、情報も踏まえ単に治療法の選択にとどまらず、疾患や障がいとともに生きる“生き方”として、治療法を自分自身で意思決定する③「インフォームドディシジョン (Informed decision)」という在り方へ、時代とともに意思決定の方法にも変化が表れている。

このような流れから、医療現場における「インフォームド・コンセント (Informed consent) : 説明と同意」の在り様も、次のように変化してきた。パターナリズムに基づき、患者が強制的な状況下に置かれていた時代には、担当医の指示や病院の規則に従う患者は、「コンプライアンス (Compliance)」が

良い患者とされ、担当医が指示をした内服を行わないなどの患者は、コンプライアンスが悪い患者であると、つねに医療者が患者を評価していた時代があった。シェアードディシジョンの考え方が、浸透してきた時代では、医療者による、あからさまなパターンリスティックな言動は少なくなりつつあった。患者が意思決定の過程に参加することで、パターンリズムの時代とは違い、表面上は、意思決定の権利が患者側に移行した。しかし、実際には患者の主体性よりも、医師の決定を優先する傾向が強かった。この頃には、「コンプライアンス」という言葉に変わり、「アドヒアランス(Adherence)」という言葉が、盛んに用いられるようになったものの、あくまでも形式的なものであり、隠微な責任転嫁ともとれる。この象徴が「同意書」である。同意書への署名を巡っては、2003年から2004年にかけて、フジテレビで放映された『白い巨塔』において、「同意書 書いたからって同意したわけじゃありません」という名言につづき、「医師に ほかに助かる見込みがない、道がないって言われたら同意するしかないじゃない！」と法廷内で遺族が、悲痛な叫びを上げる場面が思い起こされる。真の同意(consent)に必要なことは、患者が同意していないにもかかわらず、同意してしまう状況をなくすことである<sup>3</sup>。

今日では、インフォームドディシジョンを背景とし、患者が主体的に自らの治療方法を決定し、担当医や医療者と合意に達するまで話し合う「調和」や「一致」を Key concept とした「コンコーダンス(Concordance)」という考え方が普及している。

## 2-2 ガイドライン<sup>4</sup>から捉える意思決定に関する潮流

2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(後に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」へ改称)が公開され、2018年3月には、同ガイドラインの改訂版が公開された。

---

<sup>3</sup> 浅井篤(2011)『医療職のための臨床倫理のことば 48』日本看護協会出版会. 140-143 頁参照。

<sup>4</sup> ここに挙げたガイドラインの詳細については、各ガイドラインの名称を用いて検索可能であり、インターネット上で全て公開されている。

その後、2012年には、日本老年医学会から「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」、翌2013年には、「高齢者に対する適切な医療提供指針」が公開された。日本看護倫理学会からは、2015年に「医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン」が公開されている。

医療における他の領域からは、2009年に日本救急看護学会が「救急医療領域における看護倫理」ガイドラインを公開し、2014年に日本救急医学会・日本集中医療医学会・日本循環器学会から、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」が公開されている。

以上は、人生の最終段階における意思決定に関するガイドラインと言える。

そして、2012年日本小児科学会からは、「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」が公開された。

他方、2017年3月には、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から、各都道府県、指定都市、中核市にあて「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」が発出されている。また、2018年6月には、厚生労働省老健局長から、各都道府県、指定都市にあてた「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドラインについて」も発出された。そして、2019年3月には、厚生労働省医政局総務課長から、各都道府県、保健所設置市、特別区にあて「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」が発出されている。

これらのガイドラインを見ると、終末期医療、高齢者、救急・集中医療、重症児や難病児という、特定の医療現場や特定の年齢層が対象となっていた。今日では、ガイドラインが対象とする属性も、障害により意思決定が困難な人や、家族形態の変化といった社会的背景を踏まえ、身寄りがない人のガイドラインと、その種類も多岐におよんでいる。ガイドラインとともに、各分野や領域から、意思決定支援に関する書籍も盛んに刊行されている。

### 2-3 意思決定に必要な能力

そもそも、「意思決定」という用語は、政治学、経済学、心理学等の分野で

も用いられている用語である。現在、筆者が身を置く、精神看護学領域で用いられる「意思決定」について述べる。

精神科看護の領域において、用いられている看護理論のひとつに「オレム-アンダーウッド理論」<sup>5</sup>という代表的な看護理論がある。この看護理論の主要な概念は、①セルフケア、②普遍的セルフケア要素、③患者-看護者関係、④ケアレベルという概念から構築されている。「セルフケアとは、生命、健康および安寧を維持・増進するために、個人が自分自身のためにおこなう実践活動のことであり、その人が置かれている文化的背景の中で、目的を持った行動として、習得されていくものである。」<sup>6</sup>セルフケア看護理論における看護の焦点は、患者が日常生活を営むにあたって、セルフケアおよび自己決定する能力を獲得し、あるいは再び取り戻し、維持するように支援することである。セルフケアを行うために必要な能力として、次の4点が挙げられ、とくに“自己決定能力”が重視されている。

特定のことに注意を向ける能力

知識を得る能力

決断する能力

変化を起こす能力

自己決定とは、日常のセルフケアに必要な行動を、自分自身で決定できる能力のことである。例えば、尿失禁のためにオムツを使用していたとしても、「いつ、どのオムツを使用するか」、自分でオムツの着脱が困難であっても「いつのタイミングに、どこで、誰にオムツを交換してもらおうか」を自分自身で決定する能力のことである。これが、生活者を看る立場にある看護者がいう「意思決定」の一例である。

「意思決定」について、整理すると「一定の目的を達成するために、複数の代替手段の中から1つの選択をすることによって、意思を明確にして方針を決

---

<sup>5</sup> 南裕子編著(2005)実践オレム-アンダーウッド理論こころを癒す, 講談社.

<sup>6</sup> P. Underwood(1985)オレムの一般看護理論, 看護研究 18(1), p85-92.

定すること。意思決定に重要なのは自己の意思をはっきりさせるところにある」<sup>7</sup>とされている。

介護保険や障害福祉サービスが、措置から契約制度に変わって久しい。「オレム-アンダーウッド理論」では、我が国の対人援助分野において“契約”概念が用いられるよりも、古くから“契約”という概念が用いられてきた。契約(Contract)とは、患者—看護師間のケアにおける、相互に同意された取り決めである。取り決め、同意に際しては、相互に積極的に関与し、いったん契約が成立したら、患者も看護師もそれが達成されるように努力する。契約に際しては、次の3点を明確にすることが、重要なポイントとされている<sup>8</sup>。

患者の行動、活動の範囲

患者が自分自身のことをどれだけ自分でできるのか

(患者自身がどれだけ自身について責任を取れるか)

看護師の患者に対する責任の範囲

## 2-4 意思決定支援を要する人々と支援上の注意

看護の対象には、判断能力のない人や、意思の表出に困難を来している人も多い。本人に判断能力があれば、その意向が尊重される。しかし、判断能力のない人の場合には、他者が本人に代わって「本人の推定意思」と「本人の最善利益」を考えた代理決定が行われる。ここでは、紙面の都合上、判断能力があり、意思の表出に困難を来している人の、意思決定支援について述べる。

人は、論理と直感をあわせもつ存在であり、意思決定の問題を理論的に解決することは不可能である。意思決定支援を考える際の拠り所として、自律・善行・無害・正義・真実・忠誠といった「倫理原則」がある。倫理原則は、倫理的判断を助ける規準として、非常に重要なものである。一方、単に倫理原則に当ては

<sup>7</sup> 川崎優子(2017)看護師が行う意思決定支援の技法 30—患者の真のニーズ・価値観を引き出すかわり, 医学書院, p2.

<sup>8</sup> パトリシア・R・アンダーウッド著, 南裕子監修(2003) パトリシア・R・アンダーウッド論文集 看護理論の臨床活用, 日本看護協会出版会, p123-p138.

めてしまう危険性についても、同時に認識しておかなければならない。例として、「自律尊重」の原則について、看護理論家のパトリシア・ベナーは、「看護師が看護師らしく考えることをしなければ、患者の表面的な自己決定に寄り添うことになってしまう」と注意を促している<sup>9</sup>。これは、状況が自律尊重の原則に当てはまると捉えると、そこで、答えが得られたという勘違いによって、生じるものである。このような事象に対し、看護倫理学者でもあるスティーブン・エドワーズは、自律尊重とは、他者の個人的問題への不干涉ということではないとして、自律的な選択ができるように、関連する情報を与えるなど、他者の能力を増進させる義務が、自律尊重の原則に含まれることを指摘している<sup>10</sup>。このことは、支援者が陥りやすい事象として、念頭に置いておく必要がある。

また、自らの実践を省みる視点として、「私たちのことを私たち抜きで決めないで (Nothing About us without us)」<sup>11</sup>や、「本人のことは本人のいないところでは決めない (Being transparent)」<sup>12</sup>ことが重要となる。今日の保健医療福祉分野では、他職種連携や多機関連携による、支援が展開されている。本来、本人を中心とした、本人のための支援の中心に本人は、存在しているだろうか。専門職のみが本人不在のなか、話し合いを行っていることはないだろうか。連携とは、あくまでも本人を中心とした、本人のための支援を展開するための手段であって、連携という行為が目的ではない。そして、本人の意思決定がなされた後、意思決定された内容を遂行するための支援は、提供されているだろうか。一度、本人が「こうしたいと決めたから」と、生活体験を積み重ねてきた

---

<sup>9</sup> Benner P. et al. (2007) Learning to See and Think Like a Nurse: clinical Reasoning and Caring Practices, 日本看護研究学会雑誌, 30(1), p23-p27.

<sup>10</sup> Anne J. et al. / 小西恵美子監訳 (2008) 看護倫理を教える・学ぶ 倫理教育の視点と方法, 日本看護協会出版会, p49.

<sup>11</sup> 自立生活運動のスローガンとして用いられてきた言葉である。2006年に国連で採択され、2014年に我が国も批准した「障害者の権利に関する条約」の合言葉として知られている。

<sup>12</sup> 近年、注目されているケアの手法・思想・システムである、オープンダイアログの対話実践に関わる重要な要素として挙げられている。

変化を捉えずに過ごしてはいないだろうか。生活体験による、本人の体験的気づきの幅を広げ、深めることも、日々の支援において大切である。この、本人の体験的気づきが活用され、現時点における、本人の意思が尊重された支援こそ、真の意思決定支援と言えるのではないだろうか。意思決定支援とは、一度限りの会議の場で決まる静的なものではない。本人の意思を尊重した、適切な支援を行い、日々の関わりの中の変化に気づき、本人が今、何を望んでいるのかを捉える。支援者が捉えたことを、本人と確認し常時、動的なものとして関わる姿勢が、支援者には求められている。

最後に意思決定支援のプロセスに沿い、注意点を確認しておきたい。意思決定以前に、①意思を自由に表明できる状況か否か、無言の圧力など本人を抑圧する力は、作用していないか。最初に支援者ではなく、まず始めに、②本人の意見を聴くことから始める。そして、その場にいる支援者なども意見を出す。この際、どのような事柄であっても、③選択肢が、できるだけ多く出るように努める。④本人の将来的な大きな目標を確認し、③で出た選択肢のメリットとデメリットを比べて、絞り込む。⑤本人がどうするかを決める（意思決定）。意思決定は⑤までです。しかし、意思決定支援は続く、⑥本人が決めた内容を遂行するための支援について、継続的にモニタリングを行う。モニタリングを行わない、⑤の意思決定にとどめる行為は、支援を必要としている本人に対し、自己責任という名のもとに責任を押しつける、支援者による隠微な責任転嫁にほかならない。

### 3 刑務所における意思決定支援

#### 3-1 上下構造と抑圧されている状況

筆者が、法務技官看護師を拝命した際に、ある刑務所幹部は「俺たちは役人、受刑者は悪人」という表現をしていた。この言葉からも、刑務官ら刑務所職員は、受刑者を収容している者であり、受刑者は収容されている者(被収容者)として、上下関係の構図が明らかである。刑務所へ人間を収容し、人間の自由を奪う行為は、国家権力の最たるものであり、権力支配下に置かれる受刑者は、

抑圧された存在である。抑圧下に置かれた人々の状況と、その状況から脱却するための方策について、先人らの偉大な業績に触れたい。

ブラジルにおいて、大地主に搾取されていた小作人らに、識字教育を行い『被抑圧者の教育学』<sup>13</sup>を著したパウロ・フレイレは、抑圧された側の主体性を取り戻す問題解決型教育の理念を世界中に広げた。スウェーデンの知的障害者の入所施設における構造的問題に取り組み、施設の論理を破壊し、『ノーマライゼーションの原理』<sup>14</sup>を著し、ノーマライゼーション原理の育ての父とも呼ばれているベンクト・ニリエ。「自由こそ治療だ」というスローガンを掲げ、精神病院<sup>15</sup>の隔離収容構造そのものを問題視し、イタリアの精神病院廃絶<sup>16</sup>（公立精神病院の廃絶を定めた「精神保健に関する法律 180 号」）に導き、イタリア精神医療改革の父とも称されるフランコ・バザーリア。これら 3 人の改革者を紹介し、「永続性を信じて疑わない事態に対し、変化の可能性を模索する、という形で認識枠組みを転換することにより、「当たり前」を括弧に入れることが可能になる。その括弧に入れた現実を変化させるためには、何よりも対象となる相手との対話の中で、相手から学ぶ必要がある。そして、相手や社会を変えようとする前に、まず自分自身から変わり始める。これが理性の悲観主義を超えた実践の楽観主義を実現するための筋道であり、その延長線上に「当たり前」をひっくり返すことが可能になる。」と竹端寛<sup>17</sup>は、その著のなかで述べている。

---

<sup>13</sup> パウロ・フレイレ著、三砂ちづる翻訳(2018)被抑圧者の教育学—50 周年記念版、亜紀書房。

<sup>14</sup> ベンクト・ニリエ著、河東田博ら訳編(2004)新訂版ノーマライゼーションの原理—普遍化と社会変革を求めて、現代書館。

<sup>15</sup> 主として、精神障害者の治療・保護を行う病院であり、医療法や精神保健福祉法に基づいた病院である。一般に精神病院と呼称されてきたが、2006 年 12 月に「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律」の施行により、行政用語としては、「精神科病院」に改められた。しかし、ここでは、あえて歴史的背景等から「精神病院」と表記する。

<sup>16</sup> フランコ・バザーリア著、フランカ・オンガロ・バザーリア編、梶原徹翻訳(2019)現実のユートピア—フランコ・バザーリア著作集、みすず書房、や大熊一夫による「精神病院はいらない!イタリアバザーリア改革を達成させた愛弟子 3 人の証言」(2016, 現代書館)などの一連の著作、「むかし Matto の町があった」、「人生、ここにあり!」などの DVD が入手しやすく理解を深めることができる。

<sup>17</sup> 竹端寛(2018)「当たり前」をひっくり返す—バザーリア・ニリエ・フレイレが奏でた「革命」、現代書館。

この竹端の指摘を踏まえ、刑務所の抑圧状況下における、支援について考えたい。強固な支配－抑圧的關係を形成している、刑務所全体の構造を崩すことは、不可能であっても、相手(被収容者である受刑者)との対話から学ぶことは、実践可能である。相手や社会を変えようとする前に、まず自分自身から変わり始めるとするならば、それは、対話することにほかならない。大勢の受刑者集団のなかの1人でしかない存在から、その1人の受刑者と対話することは、固有性のある1人の人間として、承認することである。これは、一時的であっても、被抑圧者である受刑者という立場から、解放に導く道が拓かれる、はじめの一步である。また、対話によりその人、その個人を知ってしまうと、その個人が置かれてきた、現に置かれている環境や状況から、眼を背けられる対人援助職はいないだろう。このことは、被抑圧者を社会に向けて解放することにつながる。対人援助職であれば、ソーシャルワーカーは、ケースワーカーではなくソーシャルワーカーとして、ソーシャルアクションの役割を發揮せずにはいられないだろう。著者は、看護師という立場であったが、解放知(Emancipatory knowing)<sup>18</sup>を解き放たずにはいられなかった<sup>19</sup>。

### 3-2 刑務所における対人援助の可能性

刑事施設の職員定員において、約9割を占めているのは、公安職である法務事務官すなわち刑務官である。残りの数パーセントに、教育専門官、調査専門官(心理職)、福祉専門官、医師・薬剤師・看護師等の医療スタッフがいる。刑務官が、受刑者の改善指導(教育)に携わることもある。しかし、戒護権が認められている公安職であること。改善指導の文字通り、その目的は、再犯防止であり、そのために介入している「ポリス・パワー(police power)：社会防衛」

---

<sup>18</sup> Emancipatory knowingとは、社会、文化、政治の現状に気づき、批判的に熟考し、何故、どのようにしてその現状のようになったのかを明確にする人間の能力のことであり、不平等や不正義を少なくしようとする行為を示すことを言う(Chinn PL, Kramer MK. (2015) Knowledge development in nursing. 9th ed. St. Louis: ELSEVIER Mosby)。

<sup>19</sup> 松山健二(2019)社会変革に向けて行動する看護－受刑者が置かれている状況：見て・護り・応える看護, 日本看護倫理学会誌:11(1), p111-112.

である。改善指導（教育）に携わる、教育専門官も職務の目的は同様である。このような解釈を行うと、刑務所の設置目的、役割・機能に鑑みれば、刑務所の職員は福祉専門官であっても、医療職であっても官吏であり、「ポリス・パワー（police power）：社会防衛」に従属していることになってしまう。刑務所を規定し、その運用法規でもある「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」に従って、制度事務を執行し、所属機関の役割や機能を忠実に成し遂げることは、時に専門職である対人援助職の価値とは、相容れない事態も生じ得る。看護師である筆者は、看護師という国家資格保有者<sup>20</sup>であり、看護師はケアの提供を責務としている。こうした職業アイデンティティ（identity）の自律性と独立性が発揮し得る、環境や体制の構築が重要な課題である。現在、刑務所には社会福祉士や精神保健福祉士等の、福祉専門職が配置されるようになってきた。制度面においては、福祉支援が必要な受刑者を対象とした、「特別調整」制度の運用が開始され10年の時を経た。今日、問うべきことは、これらの制度に携わる対人援助職が、刑務所の制度事務従事者となり、ケースワーク従事者と化してしまっている懸念である。真に対象者と向き合い、ケースワークにとどまることなく、ソーシャルアクションを引き起こす、起爆剤となってくれることを願いたい。しかし、このような状況は、なにも刑務所における対人援助に限った話ではない。精神保健福祉士の実践が、「緩やかではあるが専門職による支配という様相」を呈する事態の進行が指摘され、「誰にとっての、誰に向き合う専門職なのか、精神保健福祉士自身に問われている」とも論じられている<sup>21</sup>。法や制度は、より善い社会のためのものであって、法や制度に支配され、対人援助の専門職が、その自律性や独立性を手放してはならない。とくに、刑務所のような、社会的に脆弱な集団や個人を対象としている、対人援助職が担わなければならない、専門職としての役割は大きい。

---

<sup>20</sup> 国家資格とは、その資格制度に法的な裏付けが存在し、根拠法に資格付与の方法、資格付与の基準が明確に規定されている。有資格者は、知識や技術が一定水準以上に達していることを国によって認定され、看護師は、業務遂行のための必須条件である、業務独占資格であり、国によって業として、看護を行う権限が付与されるものである。

<sup>21</sup> 古屋龍太(2019)PSWの終焉—精神保健福祉士はMHSWとして未来を拓く?, 精神医療, 95:p3-7.

一方で、対人援助の専門性を示してはならない場面もある。それは、対象者と向き合う場面である。支援者は専門家であり、支援を受ける者は非専門家という構造には、支援者による権力支配と被支援者に抑圧を強いてしまう危険が含まれている。社会心理学者のエドガー・シャインは、感情的、社会的に見れば、支援を求めた場合、人は「一段低い位置(ワン・ダウン)」に身を置くことになる<sup>22</sup>と述べている。このように、人が支援を要請しなければならない状況下では、被支援者と支援者の関係が対等であるという前提は成立しない。こうした背景をふまえ、被支援者の脆弱性(Vulnerability)を知り、配慮をもった対応を常に考える必要がある。さらに、支援対象の受刑者は、トラウマを抱えていることも多いが、我が国の刑務所文化には、過度な規律と沈黙、そして現場職員間に浸透している、受刑者の被害者性を認めることへの拒絶反応が存在している<sup>23</sup>などの事情から、刑務所内において受刑者が、自らの意思を表出し、自らサービスを選択できる状況にはない。刑務官の指示を厳守し、講じられる措置を甘受せざるを得ない世界である。だからこそ、対人援助の専門職には、受刑者の社会復帰を視野に入れ、受刑者の訴えなき声や封印されている語りを引き出すことが求められる。この点は、次項において詳述する。

### 3-3 刑務所医療における意思決定支援の実際

刑務所医療の場における、意思決定支援は、こうですと明示することは、筆者の力がおよばないものの、読者の方々にとって、わずかでも参考となれば幸いである。受刑者個人を知る以前に、本章で述べてきたような、受刑者が置かれている状況について、まずは、理解し抑圧下に置かれている受刑者と、支援者である自分自身が、どのように関わることが最善であるのかを思慮し、自分自身の在り方を問うことが、支援の道を拓く第一歩となる。社会や刑務所組織に変化を求めることは難しいが、支援者となり得る可能性を秘めた、対人援助

---

<sup>22</sup> エドガー・H・シャイン著、金井壽宏監訳(2011)『人を助けるとはどういうことか—本当の「協力関係」をつくる7つの原則』第2版、英治出版、p64以下参照。

<sup>23</sup> 坂上香(2020)受刑者の痛みと応答—映画「プリズン・サークル」を通して、臨床心理学, 20(1), 86-90.

の専門職が、自らの考えを意図的に意識化し、その意識を変えることは可能である。受刑者の存在を“わからない者”、“困難事例”、“特殊な領域”としているものは、自称・支援者による意識にほかならない。そのうえで、対象者である受刑者個人に積極的な関心を寄せることで、ケアや支援のスタートラインにつくことが可能となる。

しかし、受刑者個人から、出生から受刑に至っている今日までの、ライフストーリーを聴いていても、語られる内容（たとえば、覚せい剤の使用などの事柄）について、私には想像や理解がおよばないことも多々あった。そんな時は、受刑者に教えてもらった。こちらが、積極的な関心を示し、教えて欲しいという姿勢で関わると、受刑者もそれに応えようと、何とか言葉にして説明してくれる。支援者は、簡単に「わからない」と決めつけず、ひたすらに「わかろう」と関りを重ねていくことが求められる。刑務所は、受刑者が支援者を選択することができないと同時に、必要な措置であるが故、官吏である支援者もまた、受刑者を選ぶことができない。このような関係のなかにあつて、安易に受刑者を「わかる」ことも難しい。支援者が「わかった」と感じられても、支援者の思い込みであるかもしれない。本当に「わかる」とは、他者である支援者とともに受刑者が、経験を言語化し「分かち合う」「共有する」ことで、はじめて「わかる」ことが可能となる。筆者が重きを置いていることは、刑務所に蔓延している「沈黙の文化」<sup>24</sup>から「対話」を引き出すことであつた。対話を引き出すように心がけるが、対話を強いることは逆効果となる。支援の対象となる、多くの受刑者に認められる、トラウマやアディクションの根底には「無力感」がある。自分に力がないと感じた時、人は沈黙に至る。トラウマやアディクションからの回復は、沈黙の逆であり、真実と向き合い、認め、そのことを声に出して安全な人々に伝えられることである<sup>25</sup>。受刑者からみて、支援者が安全な人と認識してもらえるように、最大限の注意を払ってきた。その内容は、ト

---

<sup>24</sup> 「沈黙の文化」という言葉は、パウロ・フレイレが被抑圧者を観察するなかから、生まれた造語である。社会的に無力な人々は、社会の支配者たちに声を聞いてもらえず、自分たちの否定的なイメージを内在化させることを意味している。

<sup>25</sup> リサ・M・ナジャヴィッツ著、近藤あゆみ、松本俊彦監訳(2020)『トラウマとアディクションからの回復—ベストな自分を見つけるための方法』, 金剛出版, p173-178.

トラウマ治療の技術をもっていない筆者でも提供可能な、トラウマにやさしいケアのあり方を示す基本的な概念であり、支援現場において、再トラウマ化（トラウマを抱えている人を支援者が再び傷つけてしまうこと）を予防するために生まれた概念でもある「トラウマ・インフォームドケア(Trauma-Informed Care:TIC)」<sup>26</sup>において示されている。具体的には、以下のことを回避した関りを行っていた。

《再トラウマ化を防ぐために回避したいこと》

- ・ 強制的な態度
- ・ 威圧的な態度：腕を組む、挑発的な態度
- ・ 大声、命令口調、暴言
- ・ 不親切な態度、無関心な姿勢
- ・ 支援の内容や目標を十分に説明しない
- ・ 支援方針の突然の変更、約束を破る
- ・ 相手に誤解を与えるような言葉遣い
- ・ 掲示物などの言葉：高圧的、暴力的、禁止系の表現

刑務所の医療における意思決定については、上述したような素地を前提として、抑圧下にあっても可能な限り、受刑者が自由な意志を表出できるような下地を築くことも重要である。そして、仮にがんの告知や説明が必要な受刑者には、医師の説明場面に同席した。受刑者が医師に質問できず、口ごもっていれば、質問が行えるように場を創り、ときに受刑者の思いを代弁することも、看護師としての役割である。治療選択に際しては、情報を作為的に用いることなく、客観的な説明を行うことが重要であり、選択肢を示さずに、刑務所職員が治療法を断定することは、あってはならない。

治療選択については、“疾病”の治療という視点ではなく、その疾病や治療によって、引き起こる、生活上の障害や不利益について、十分な説明を行い受刑者が、その“病い”とともに生きていくことを支えることは、受刑者に対する

---

<sup>26</sup> 亀岡智美(2019)トラウマインフォームドケアの必要性, こころの科学, 208, p24-28.

医療であっても、一般社会における医療であっても変わらない。ときに「受刑者は、納税の義務も果たしていないのだから、権利などない」などと口走る方に遭遇してしまう。権利と義務は、同一線上のものではない。あくまで権利は、権利であって、仮に義務を果たせていない受刑者であっても、当然、生存権などの諸権利は、尊重されなければならない。なかには、自ら犯した罪や人生を後悔しながら、生命ある限り、償いたい、生命を全うしたいという、人生の最終段階にある受刑者もいる。どう生きるのか、どう生きたいのかについては、公共の福祉に反しない限り、抑圧下に置かれ、自由が奪われている受刑者であっても、受刑者から奪うことのできない自由と言える。

これまで述べてきた内容から、刑務所医療における意思決定とは、支援者が一方的に受刑者に対して、教示や説教、説得、説諭するものではないということ。また、支援者が「わかった」つもりにならず、受刑者との対話を通じて、受刑者個人を「わかろう」と寄り添う姿勢こそ、抑圧下にある受刑者の意思を引き出し、自己決定を支えるということをご理解いただけたならば幸いである。

自己決定支援とは、こうするもの、こうあるべきと規定することが困難な、正解の得られない問いについて、支援を受ける者、支援する者とが対話することによって、導き出され、相互にわかりあえることをもって、成立する解（成解<sup>27</sup>）を得る過程であり、対人援助職に許された人間業であると言える。

---

<sup>27</sup> 『成解』は、『正解』とは異なり、ユニバーサル（普遍）ではなく、常に、空間限定的であり、かつ時間限定的な性質を持つ。矢守克也(2009)『防災人間科学』東京大学出版会, 32頁.

[参考文献]

Scott Y. H. Kim(2010)Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research(=三村將監修, 成木迅監訳 2015『医療従事者のための同意能力評価の進め方・考え方』新興医学出版社)

Thomas Grisso & Paul S.Appelbaum(1998)ASSESSING COMPETENCE TO CONSENT TO TREATMENT A Guide for Physicians and Other Health Professionals,Oxford University Press. (=北村總子, 北村俊則訳 2000『治療に同意する能力を測定する—医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン』日本評論社)

志賀利一, 渡邊一郎, 青山均ら(2016)知的障害・発達障害の人たちのための見てわかる意思決定と意思決定支援, ジアース教育新社