

や肯定性の訓練の原理を用いて学習させる。参加者に怒りの覚醒を認識させ、集団の中で学ぶ認知行動的戦略を用いることで、怒りを十分にコントロールできないという問題の解決を図り、再犯のリスクを減じ、2次的に自己評価や肯定性、他者との関係改善も得られることを目的とする。

肯定性 assertiveness

認知行動療法を用いて、参加者の意見、考え、要望、感情を、直接的に、誠実に、適切な方法で他者に伝えることを支援する。参加者は肯定性の訓練の理論や原理を学び、さまざまな状況において、自身や他の参加者が示す、受け身的であったり、攻撃的であったり、肯定的であったりするコミュニケーションのスタイルを認識する。また、より肯定的に振る舞いたいと思う特定の状況を特定させる。認知的技術を用いることによって、非肯定的な行動（受け身的あるいは攻撃的）をもたらしている、機能不全的な評価や信念を同定し、修正していく。参加者は実践的な行動面での肯定的技術を学習し、不安や怒りを誘発する状況に対してより肯定的に反応するために、行動面の経験や「行動計画」を用いて、現実生活に適用できるようにトレーニングを受ける。90分のセッション×6回。

コミュニケーション・スキル

自覚 self awareness

認知的問題解決 Cognitive Problem Solving Group

この集団療法の目的は、参加者に経験する問題をより適切かつ前向きな方法で処理することを支援することにある。これによって、参加者が問題を解決するために用いる方法は幅広いのだということを知ってもらう。扱う問題は日常的に起こる些細なものから長期的な深刻なものまで様々である。この治療は

コーピング・ストラテジー

称賛療法 complimentary therapy

女性のための集団療法

薬物とアルコール

疾病の認識

被害者への共感

2) 個人療法 individual therapy

基本的に臨床心理士が特に個人療法が必要であると判断した患者に対して実施する。集団療法に比べて、きめ細かな対応が可能。手法は認知行動療法、精神分析、家族療法など様々。

精神科医が精神療法のトレーニングを受けている場合には、医師が行うこともあるが、司法精神科医の中で正式のトレーニングを受けている者はきわめてまれ。

3) スポーツとフィットネス

暴力的な問題行動や性犯罪を行う患者には、必須のプログラム。どのRSUにも専用の体育館やジムが設置され、トレーナーが指導に当たる。

ジム

サッカー・ホッケー

卓球・バドミントン

ビリヤード・野球

ジョギング・散歩

サーキット・トレーニング

水泳

テニス

4) 園芸療法

敷地に恵まれた施設において必ず行われている。手入れだけでなく、出荷、販売等のノウハウも学び、資格も習得させる。

造園術

野菜の花壇とハーブ庭園

野菜と花の温室栽培

土地の手入れ

5) 教育

触法精神障害者の多くが、基礎教育の機会を失っている者が多く、自己評価の低さや就労上での障壁につながっている場合が多い。

成人教育

基礎教育

語学

薬物とアルコール教育
コンピューター技能
健康問題
性教育

6) 社会復帰訓練

单身生活の技能
自炊、料理
余暇の過ごし方
住居
DIY
職業訓練

7) OT

演劇
陶芸
美術
木工
音楽
家具修繕
写真

資料 3

触法精神障害者治療プログラムに関する研究

フランスにおける触法精神障害者の治療プログラム

阿部 惠一郎

1. 触法精神障害者の治療機関

フランスでは犯罪は重罪、軽罪、違警罪の三つに分類されている。犯罪行為を犯した精神障害者の中で治療歴があり軽罪、違警罪に当たる犯罪を犯した場合には起訴される前にセクター(地域精神科医療区 secteur)に送られ、治療を受けることが多い。重罪を犯した場合には、予審判事の命令により精神鑑定が行われる場合と有罪が確定した触法精神障害者は SMPR(行刑施設内精神医療ユニット Service médico-psychologiques régionaux)で鑑定や治療を受けることになる。しかしこの二つの治療機関で処遇困難な状態になった場合には、UMD(治療困難病棟)に移され、回復した後に元の施設に戻される。また、精神障害を理由に裁判において無罪判決を受け、さらに治療を継続する必要がある場合にはこの治療困難病棟に送られることもある。この場合には回復後は行刑施設ではなくセクターに送られる。このように触法精神障害者の治療は一般精神医療の枠内にあるセクターの病院と行刑施設内にある SMPR の二本立てになっていて、更に「危険な状態」になった場合には治療困難病棟で対応する。セクターの病院は一般精神医療の場であり、ここでは SMPR と治療困難病棟について説明する。

SMPR は現在(2000 年 12 月)までに全国の刑務所内に 22 施設(maison d'arrêt)に配置されており、その役割は 1986 年 12 月 14 日の政令第 3 条により(1)刑務所内の精神保健一般(予防、検診を含む)(2)被拘禁者(被疑者、受刑者)の精神科治療(3)出所者については一般精神医療区(セクター)や小児・思春期精神医療区との協力(4)アルコールや薬物依存者対策への協力と定められている。治療構造は診察室、カウンセリングルーム、病室はだいたい 20 床程度で、スタッフをみると精神科医、看護婦(士)、臨床心理士、ケースワーカー、医療秘書からなり、すべて身分は厚生省の職員である。従って給与は法務省ではなく厚生省から支給されている。場所は刑務所や拘置所内の一角にあるが、治療ユニットと呼ぶほうがふさわしい。主に薬物療法と心理療法が行われている。

UMD(Unité pour malades difficiles)治療困難者病棟は、1910 年に造られたがこの種の施設の法的根拠は 1986 年までなく、各施設の独自の判断で運営されていた。1986 年 10 月 14 日の政令で初めて隔離病棟の規則、及び入院についての法的根拠、入院の条件などが定められ、医療委員会の設置と役割が定義された。その役割はセクターの病院や SMPR などで治療困難な患者を治療することであり、入院に際しては SMPR からの入院であっても司法的処分によらず医療的入院である。入院患者の経路としてはセクターからの処遇困難患者が 70%、触法・犯罪関係が 30%である。フランス全土に 4

カ所の処遇困難病棟がある。

Villejuif(Paris)：男子 48 床、女子 16 床。Montfavet(Avignon)：男子 66 床、女子 25 床。Sarreguemines(Moselle ドイツの国境近く)：男子 216 床。Cadillac(Bordeaux)：男子 150 床。

パリの治療困難病棟のスタッフは精神科医 4 名、看護師 80 名、ソーシャルワーカー 1 名、臨床心理士 1 名である。

2. 治療プログラム

SMPR は狭い場所で短期間主に薬物療法を行うところである。さらに精神障害のある受刑者や被告を強制的に治療することは禁止されており、SMPR では治療に同意した受刑者や被告だけを治療する。触法精神障害者の治療困難性を検討する上で、ここでは治療困難病棟での治療について報告する。

(1) 治療困難病棟入院者の特徴：一般の精神医療では対応困難な「危険な状態」にある患者

「危険な状態」という表現については「l'état dangereux 危険な状態」と「dangerosité(精神障害者などの社会的)危険性」を区別して考える。

l'état dangereux 危険な状態：犯罪の予測効果

以下のことに関する評価：

患者の攻撃性。犯行時の情動の関与。犯罪の合理化、知性化。罪悪感を抱かせることが可能か不可能か。熱情的な性格、衝動性。知能、累犯傾向。社会不適応の性格。(器質的あるいは精神的)病理の有無、薬物乱用。

「dangerosité(精神障害者などの社会的)危険性」は犯罪予防の観点から使われるようになった言葉(1969)であり、「法に触れる行為を含む」「刑罰法令に関すること」を意味する。「l'état dangereux 危険な状態」の評価は、いくつかの段階に分けられる

① 明らかな状態

- ・ 精神病状態での攻撃的な興奮状態
- ・ 妄想による熱情的興奮
- ・ 躁病性興奮

② 潜在的な状態

- ・ 疑われる状態
 - うつ病患者による自殺の危険
 - 産褥精神病による嬰兒殺の危険
- ・ 鑑定依頼の段階
 - 「危険な状態なのか？」を精神鑑定に依頼

(2) 法的規定

入院患者の入院形態は全員、措置入院(Hospitalisation d'office(HO))であり、パリで

は警視總監、その他では県知事命令による入院である。措置入院にも3種類ある。

①Hospitalisation d'office ordinaire(HO ordinaire)医療的措置入院

②Hospitalisation d'office judiciaire(HO judiciaire)司法的措置入院：予審や裁判で精神障害のために無罪になった場合の入院

③Hospitalisation d'office des détenus(HO des détenus)被拘禁者の措置入院：未決囚、既決囚が精神障害になった時に行刑施設から出て、治療を受けるときの入院形態

1986年10月14日法令で初めて治療困難病棟の存在が法的に認められ、同時に医療審査会(外部の医師三名で構成される)が設けられ、年に少なくとも二度の報告書作成が義務づけられている。

(3)治療困難病棟の役割

①緊急事態への対応：危険な状態にある患者の入院治療

②臨床的評価をする

③治療困難症例のコンサルテーション(危機的状況の解決に向けた援助)

④専門領域の研修と司法精神医学的調査研究

⑤暴力行為に対するフォロー：評価、治療、再犯予防

⑥重度の精神病状態(薬物抵抗性)に関して：集中治療

(4)入院希望の内訳

身体的暴力がほとんどであり、被害を受けた者は医療スタッフ(40%)、患者(20%)、刑務所や拘置所の看守(7%)、医師(10%)。

(5)統計資料：要請数253件(2000年)

①入院数117(犯罪関係が30%)

②今回の入院以前の履歴：入院歴78%、犯罪歴33%、治療困難病棟入院歴26%

③薬物抵抗性の治療困難例：64%

④青年層ではさまざまな問題(人格障害、非行、薬物依存、学校でのトラブルなど)

(5)業務内容

①危険度のチェック

- ・暴力行為の特徴
- ・前歴の評価(既往歴と過去の暴力行為)
- ・精神分析的評価
- ・環境要因
- ・病態水準の把握

②治療的アドバイス

- ・鑑別診断
- ・治療的対応の一貫性
- ・治療システム

- ・法的対応
- ・取り得る法的手続き

③関係機関との連携

- ・他機関との連携
- ・信頼関係の構築
- ・現在までの情報収集
- ・危険な状態に対する解決のための援助
- ・困難な状況にある医療チームへの援助
- ・医療チームのトラウマを理解すること
- ・患者の危険度に関する警告
- ・医療チームの活動の限界
- ・退行が困難であれば治療困難病棟への入院
- ・退院準備

④治療困難病棟への入院

(6)施設内治療の基本・継続医療のプログラム

- ・急性期病棟：薬物療法による行動上問題のある患者の治療
- ・社会復帰準備病棟：社会復帰に向けた社会療法
- ・混合病棟：治療関係と暴力行為の分析を行い治療する。さらに、退院準備のために元施設との協議

(7)治療困難病棟での治療の基本

- ・伝統的治療方法：社会療法、精神療法、作業療法、内観療法
- ・必要に応じた治療方法：隔離療法、運動療法、マッサージ
- ・薬物療法の効果測定には行動評価尺度：BPRS、SADS などによる

(8)医療従事者に求められるもの

- ・治療に意欲的であること
- ・一致団結の精神(チームワーク)
- ・患者に対して制限を設けた治療
- ・治療目標に基づいた行動

(9)治療困難病棟での薬物療法

①研究方法

- ・期間は12ヵ月(2000年7月～2001年8月)
- ・退院患者102名の処方内容を検討
- ・対象は妄想型分裂病と分裂感情障害

②結果：向精神薬との関係

向精神薬の種類：調査数102

- ・多剤投与患者は全体の70%

③結果 1：向精神薬の分布

処方箋から向精神薬をタイプごとに分類(102名)

AP：抗幻覚妄想作用の向精神薬；SED：鎮静作用の向精神薬；

POL：多作用型の向精神薬；NA：非定型向精神薬；CLZ：クロザピン

- ・抗幻覚妄想作用と多作用型向精神薬：処方箋の36%
- ・クロザピンを含めた非定型向精神薬：処方箋の28%

④結果 2：処方箋に見るクロザピン

向精神薬を投与された患者(95名)のうちクロザピンが投与された割合

CLZ seule クロザピンのみ

NL autres クロザピン以外の向精神薬

CLZ ass. Risp リスペリドン(リスパダール)とクロザピンの併用

- ・92%の患者は従来の向精神薬と非定型向精神薬で治療を受け退院

⑤結果 3：多剤併用の投与(72名)

NLC：従来の向精神薬

NA：非定型向精神薬

CLZ：クロザピン

- ・投与内容について非定型向精神薬の使用は50%に達している

⑥結果 4：退院患者102名全体に対する感情調整薬の投与割合

- ・感情調整薬の投与を受け安定した患者は50%

⑦結果 5：感情調整薬

感情調整薬を投与された48名のうち向精神薬も投与された48名について、向精神薬の使われた種類の分布

- ・少なくとも2種類以上の向精神薬を感情調整薬と一緒に投与されたのは患者の3/4

⑧ディスカッション

- ・パリの治療困難病棟の患者の90%は治療抵抗性の精神分裂病

・薬物投与に際して、まず非定型向精神薬を単剤あるいは鎮静剤との併用が推奨される

* ボルドーの治療困難病棟では90%以上に電気ショック療法が行われている。

I. カナダ、とくにオンタリオ州の概況

カナダは 10 の州と 2 つの領土からなる連邦国家であり、9,976,139km² の国土面積をもつ。カナダの全人口は約 3135.3 万人であるが、なかでもオンタリオ州には全国民の約 38%にあたる約 1,187.5 万人が在住しており、首都オタワや人口約 60 万人の州都トロントを含む、カナダの政治経済の中心となる州の一つといえる。

カナダの精神医療は英国連邦という政治的背景とその地理的な理由から、英国と米国の両者の影響を受けている。1960 年代には脱施設化政策の波を受け、当時 4.7 万床あった精神科病床数は現在までに約 3 分の 1 にあたる 1.5 万床に減少している。

欧米の触法精神障害者処遇は 1970 年代以降の脱施設化政策と平行して進められてきた。とくに人格障害を含む触法精神障害者の危険性の評価、専門的治療、コミュニティケアとりハビリテーションまでの役割が一貫したシステムフローの中で確立されており、司法と医療が連携して処遇にあたっている。

II-1. 概況

「司法患者 forensic client」とは「刑事司法システムとの接点を有する精神障害を有する人々」でここでいう「司法システムとの接点」とは対人凶悪犯罪だけではなく、軽微な財産犯罪なども含む。彼らは一般コミュニティで生活しているほか、州立精神病院、一般精神棟、および連邦・州立矯正施設に処遇されている。

1996 年～1997 年において、788 人が州立精神病院の入院（635 人）および外来患者（135 人）、867 人が州立矯正施設、375～1125 人が連邦矯正施設、約 4000 人が保護観察／仮釈放にあることが推定されているが、一般コミュニティに居住している人の数は不明である。

II-2. オンタリオ州における触法精神障害者の司法システムから精神保健システムへのダイバージョン

(1) 第一段階——司法執行官による手続き

精神障害者の奇異で非合理的な行動により脅威を感じたり迷惑を被った者が司法警察官に通報した場合、障害者を逮捕して罪に問うという手続きによって対応する代わりに、適宜、警察官は刑事手続きから精神障害者をダイバージョンされる。当該の事

件が軽微な場合、個人に対して罪を問わず、その代わりに精神病院へ送り、その者の精神障害と犯罪の危険性に関連する情報（自傷他害の性質と程度を有する精神障害に明らかに罹患していること）を治安判事 Justice of the Peace に提出する。

オンタリオ州精神保健法 the Mental Health Act of Ontario（以下、MHA とする）に基づき医師は入院治療、あるいは外来治療を行うことができる。

また、司法官 constable officer ないし治安官 peace officer（検察官に相当）自身も危険性があると判断した場合には、直接精神科診察のために適宜移送することができる

（２）第２段階——裁判所による手続き

触法精神障害者が正式に起訴された場合、裁判所はその触法者を拘留する。

（１）証拠に基づき、（２）検事と被告の同意のもと、１人以上の医療者が以下を判断する。

（a）被告人が精神障害者である、あるいは

（b）新生児の死亡により明らかになった犯罪で送検された女性の被告人であり、その精神の均衡が保たれていない

（３）第３段階——拘留命令

被告人が精神医療施設に拘留命令 Warrant of Remand によって送られ、精神科評価が実施される。この評価は通常 30 日以内に完了され、この期間に治療が必要である場合には、同意、あるいは各地域のレビュー・ボードによる非同意に基づき、治療をすることができる。裁判を受ける能力 fitness to stand trial、刑事責任能力 criminal responsibility、および処遇 disposition の精神科評価が完了した時点で、被告人は裁判所へ送り返される。

a. オンタリオ州審議委員会

オンタリオ州における審議委員会は最高裁判所長やそれを退職した者 1 名、精神科医 2 名以上（司法精神医学分野に精通した心理学者も含まれる）、地域の弁護士会のメンバー 1 名からなる 3 領域の者によって構成される。さらにこれらのメンバーに一般市民の代表が加えられ、4 領域となることもある。

b. 危険性の高い犯罪者

CCC 第 687～693 条ではいわゆる「危険性の高い犯罪者 a dangerous offender」についての予防拘禁的量刑すなわち「無期限の刑務所拘禁」について扱っている。「危険性の高い犯罪者」とは、攻撃的行動の永続的なパターン、ないし性的衝動を統御できないことにより、他者の生命、安全性、身体ないし精神的な健康を脅かすような「重

大な対人傷害犯罪」をした者である。この判断には検察側、弁護側からそれぞれ指名された2人の精神科医による精神医学的証拠が必要である。

(4) 第4段階——被告側弁護士による手続き

触法者の精神医学的評価や治療の必要性が裁判所により考慮されない場合でも、被告側弁護士は精神科医、とくに司法精神科医に被告人を直接に照会し、精神医学的診察ないし治療を求めることができる。被告人がすでに収容されている場合でも、保釈中の場合でも同様である。すなわち、被告人が収容中に先の精神医学的診察によりさらなる観察と治療が必要であると結論された場合、被告側の弁護士はそういった意見を裁判所に提出することができ、精神医学的に適切な場所への収容や治療の命令を請求することができる。

このようなダイバージョン政策について、オンタリオ精神保健協会によれば、現在のところ次のような問題が指摘されている。すなわち(1)適切で十分な居住場所が不足していること、(2)支援サービスが不足していること、(3)諸サービスが断片化していることと調和が充分でないこと、(4)サービスの資金と質に地域差があること、(5)ダイバージョンシステムの成功を左右する、システムへの移行以前に提供される(より高価な)施設内サービスの資金繰りの問題である。

III. 触法精神障害者の治療の実際

カナダオンタリオ州にあるプロヴィデンス継続ケアセンター Providence Continuing Care Centre (PCCC)で行われている治療の実際についてその概要と具体的なプログラムを以下に紹介する。

III-1. 概要

オンタリオ州キングストン市にあるプロヴィデンス継続ケアセンターは、半径約50Km²のキャッチメント・エリアを持つ全ベッド数220床の精神科病院である。1970年代以前には、総ベッド数1500床の州立の大規模施設であったが、コミュニティ治療を主体とする国家政策に基づき病床が削減され、現在の220床となり、近年、運営主体も独立法人化された。病棟は、成人リハビリ病棟(いわゆる一般病棟)110床、老人病棟80床と司法病棟30床に別れている。以下、司法病棟について説明する。

III-2. 司法病棟の役割

司法病棟の役割は、裁判所のアセスメント命令による精神医学的評価と刑事司法システムにより心神喪失による無罪(NGRI; Not Guilty by Reason of Insanity)や精神障害による刑事責任無能力(NCR; Not Criminally Responsible on account

of mental disorder) と判断された成人精神疾患患者のマネージメント、評価と治療、そして監督が必要な地域に居住する司法外来患者のフォローの3つの役割をもつ。ときに矯正施設から治療のための特別処遇や釈放前の評価のために一時的に入院措置が取られることもある。また、少年犯罪者法 Young Offender Act の条項のもとで若年犯罪者が入院する場合には、司法病棟ではなく、一般入院治療病棟への入院がなされることもある。

司法病棟は、中度保安レベルのアセスメント病棟（12床）と、長期入院患者を収容する低度保安レベルのリハビリテーション病棟（18床）に別れている。

低度保安病棟には日中3名、夜間2名の看護スタッフ、中度保安病棟には日中5～6名、夜間3名の看護スタッフが勤務し、身体的レクリエーションを担当する専門スタッフも各病棟に1名ずつ配置されている。

III-3. 治療（トリートメント）

司法サービス・プログラムに基づく治療活動は、多様な患者と複数の問題領域に対応すべく、多様に個別化されている。各患者には多方面の専門分野にわたる臨床チームによって治療計画書 Multidisciplinary Treatment Plan が作成される。治療プログラムは概念的にはモジュール方式（組立て式）である。

III-4. 治療プログラム

PCCC では10種の特殊な治療プログラムが実施されている。

（1）症状マネージメント—社会・自立生活技能 Symptom Management—Social & Independent Living Skills (Forensic Unit)

精神分裂病と精神病患者のリハビリテーションのために UCLA (University of California at Los Angeles) の臨床研究センターで開発されたプログラムを利用して行われている。基本的には、ワークブックに沿って分裂病の症状、症状再燃の早期発見の方法、薬物療法などについて学習する。同センターで学習用に作成されたビデオを見て登場人物の症状などを評価することで自己の症状分析を促進させる。

週1回1時間半の頻度で行われ、はじめに現在の服薬内容について各自が報告し、薬物の効用に関する自己評価も行っている。薬物の自己評価は各担当精神科医にもフィードバックされ、薬物療法インフォームドコンセントにも役立っている。

このグループを終了した者は症状マネージメントブースターグループ Symptom Management Booster Group に参加できる。

（2）感情コントロールグループ Emotional Group

このプログラムは週1回1時間半の頻度で行われる。参加者には最近の生活の中で

起こった感情的な反応 emotional reaction をひとつ選択し、その詳細について特定のシートに記述することが求められる。セッションでは、はじめに生じた感情とその後起こった感情に分け、それぞれの感情が起こった際の顔の表情、ジェスチャー、会話の内容、身体に起こった反応についても検討される。グループセッションではあるが、時に幼児期の虐待体験について語られることもあり、個人療法の形式で行われる方が望ましい事例もある。

(3) グループプロトコールによる自立グループ Group Protocol-Straight & Up Group

Straight & up Group は薬物（アルコールを含む）の問題歴のある患者に対し、再度薬物依存に陥ることを防止することを目的としている。二重診断を持つ患者のためのワークブック The Dual Diagnosis Workbook (Daley, D.C. & Thase, M.) を使用し、精神疾患、アルコールや薬物依存、2重診断からの回復に関する教育的知識の獲得、薬物に依存する過程の自己分析、治療の継続と自助プログラムへの参加の必要性と回復までに生じる問題や関連した生活上の問題解決方法について学ぶ。プログラムは週1回1時間の頻度で行われる。参加者には毎週の課題に沿った宿題を完成させて次回のグループで各自報告することが求められる。このグループを終了した者は、同内容を発展させたブースターグループ Protocol-Straight & Up Booster Group に参加できる。

(4) トリプルAグループ Triple A Group

トリプルAとは、怒り Anger、不安 Anxiety、アサーティブ Assertive を表す。このグループは精神分裂病破瓜型以外の全患者を対象とし、日常生活の中で生じる怒りや不安またそれによって起こる攻撃的な行動を穏やかで肯定的な行動に置き換えられることを目的としている。参加者は以下の5項目について自己分析し、対処方法を獲得することが求められる。

1. これまでに結果として起こった怒りや不安などの感情について学ぶ
2. 攻撃の方向に向いた時の確認の仕方を学ぶ
3. 攻撃の方向に向かないような方法を学ぶ
4. 目標に近づいてきた時、怒りが沸くのを抑え、適切で肯定的な行動を増やす
5. 潜在的なストレスに対する柔軟で知的な行動的反応を発展させる

プログラム開始時と最終セッションの際にはこれらの5項目を自己評価するための一連の質問紙が与えられる。このプログラムを終了した者は、Triple A Booster Group への参加が許可される。Booster Group は月に1回の頻度で行われ、Triple A Group で獲得した怒りや攻撃性への独自の対処方法を発展、持続させることを目的と

している。

(5) Drama Group 演劇グループ

このグループは、患者同士の交流体験や想像力や創造性の促進させることで生活の質の向上に焦点をあてている。劇を通して言語、非言語のスキルの向上、自信や自己評価の増加やストレスの軽減の目的もある。

参加者は劇を演じるだけでなく、脚本の修正や劇のセットの作成も他患と共同して行う。年に1～2回、地域の劇場やPCCC内に設置された会場に観客を招いて発表する。12年度のクリスマスショーでは、グリム童話の中から2つを演じ、高い評価を得た。このグループを始めた頃は、余暇を楽しむことを目的としており参加者も消極的であったが、観客からの賞賛を受ける経験を重ねることで現在は言語能力の低い者も積極的に参加し、自己評価の向上には非常に効果的であると思われた。

(6) 就職に関するグループ Affirmative Employment Opportunities Group

このグループでは週に3回2時間頻度で木工作业やその他の簡単な作業を行い、患者自身に働いて収入を得る経験を与える。グループの参加には、治療チームによる参加許可と支援が必要である。作業内容については職業マネージャーが各参加者と個人カウンセリングを行い決定される。

(7) 地域オリエンテーショングループ Community Orientation - Kingston Transit System

6ヶ月以内に地域に住む予定のある入院患者を対象に行われ、キングストン内の主要な交通ルート安心して利用できるように、路線地図の読み方や料金、乗換え方法などを理解することが目標となる。具体的には、スタッフ同伴のもと、拠点となるPCCCからキングストン市内のショッピングモールや地域のサービスセンターなど、市内の主要機関に時間内に効率的なルートで到着できるように訓練が繰り返される。キングストン市内の主な交通手段はバスのみであるが路線が複雑なため、プログラムが進むと指定された乗換えポイントを使用して同目的地に別のルートで行く方法についても学ぶ。プログラムはおよそ7週間かけて行われ、最終週には、参加者自身が作成した外出日程表の通りに行動できるかが評価される。また、同行する仲間や地域住民との交流、地域での適切な行為やマナー、身なりや服装なども評価の対象となる。

(8) 複数領域の専門家による地域生活スタイルに関するグループ Interdisciplinary Community Lifestyle Group

このグループは、地域で生活している患者あるいは6ヶ月以内に地域に住む予定のある患者に対し、生活上の問題や地域社会の中で起こりうる問題への適切なコーピン

グ戦略について考えることを目的としている。具体的には、症状管理、生活上の問題（住居、財務、生産力、余暇遂行、社会ネットワーク、全体的生活状態）の相談、生活スタイルに沿った適切な社会性の発展を援助し、問題の解決への適切な方法を支援する。

このグループは、キングストンダウンタウンの1室で週に1回の頻度で行われる。プログラムには軽食が用意されるなど和やかな雰囲気の中で行われ、ピアグループとしての利点もあると思われた。精神科ソーシャルワーカーPSW や作業療法士、必要に応じてその患者を担当する看護者も参加し討論する。

（9）地域生活支援グループ Community Lifestyle Booster Group

これは、Community Lifestyles Group を完了した者で、キングストン地域に居住している患者に対して行われている。主な目的は、地域サービスの内容や利用法などの知識を与え、患者独自がこれらのサービスを安心して利用できるように支援することである。PSW や外来看護者がサービス機関に患者と同行して、利用方法などを指導することもある。地域のサービスを積極的に利用することは地域での孤立を防止し、他者との交流を促すとともに、社会に対する不安の軽減や社会スキルの改善にも役立つと考えられる。

（10）木工作业グループ Interdisciplinary Woodworking Group

このグループでは、週1回約3時間かけて行われる。個人あるいは仲間との共同作業木工作业を通してソーシャルスキル、作業スキルや余暇スキルを発展させることができる。参加者はひとつの作品を完成させるという経験を通して集中力の養成、満足感の獲得だけでなく、自己評価の向上にも役立つ。完成した作品はクリスマスバザーなどで販売され、収入を得ることができる。

上記に紹介したとおり、それぞれのプログラムは患者個人の問題を特定し、自己モニターリングや早期介入を目指した“再燃予防 relapse prevention”のアプローチといった要素を共有している。治療計画を作成する際のアプローチとしては主に症状再燃の自己発見と症状再燃による行動面と社会面の影響を最小にするための適切な対処戦略の早期実行とを重視している。また、この治療プログラムにはリハビリテーションとコミュニティへの再統合機能 re-integration skills を獲得していくことも大きな目標のひとつになっており、社会復帰を前提とした治療計画が立てられていたが、実際は社会での自立までには相当な時間を要する例がほとんどであった。

資料 5

司法と精神医療との役割分担と連携について、現行法制下での、監獄法・少年法・刑事訴訟法を積極運用した岡山県立岡山病院での実践

岡山県立岡山病院 来住由樹

1. はじめに

精神科医療における機関連携とは、他機関への橋渡しではなく、同時関与であると考えている。それにより精神科医療のみでは対応困難な事例に対しても、必要な精神科医療を提供することができ、事例がより複雑で困難な状態になることを防ぐと考えている。

司法と精神科医療の連携についても、警察、検察、児童福祉施設（児童自立支援センター等）、行刑施設（少年鑑別所・拘置所・刑務所）など、すべての機関との緊張感を保った連携について検討する必要がある、治療上必要な場合には同時関与することが望ましい。

司法機関から精神科医療への導入は、警職法 3 条に基づく保護、精神保健福祉法 24 条（警察）・25 条（検察）・26 条通報（少年鑑別所）によりなされ、受刑後においても、精神保健福祉法 26 条（少年院・刑務所）において行われる。

事件（犯罪行為）を起こした場合でも、精神疾患を有する場合は、適切で迅速な精神科医療の提供が必要であり、日本におけるこの分野での課題のひとつは、いったん精神科医療機関に入院すれば、裁判等の司法手続きから外れる傾向が強かったこと、また逆にいったん逮捕となれば拘置所や刑務所での精神科医療は、一般社会の精神科医療よりも不十分であり、かつ出所とともに精神保健福祉法 26 条通報で、精神科病院へと引き継がれるが、その際の相互の連携は不十分である事にある。

現行法制下で可能な、司法機関と精神科医療の連携に関して、特に事件（犯罪行為）を起こした場合の、逮捕前、逮捕後勾留中、受刑中の精神科治療絞って、自件例を通じて検討する。

2. 入院患者の逮捕・勾留（司法手続きへの移行）

（1）覚醒剤依存症による入院（括弧内が逮捕者数）

	警察	医療機関	本人・家族
平成 11 年度	4(2)	1(0)	5(0)
平成 12 年度	4(2)	3(0)	2(1)
平成 13 年度	6(4)	3(0)	2(1)
平成 14 年度	5(4)	3(0)	3(1)

岡山県立岡山病院において、覚醒剤依存症者のトリアージは、①「急性精神

病状態にあり」且つ「警察の保護」により来院した場合は、急性期治療終了後、原則として警察の強制採尿を経て逮捕、②「急性精神病状態にあり」且つ「警察には保護されず」に来院した場合は、急性期治療後、治療契約を結び、③「急性精神病状態にない」場合は、来院経路に関係なく、外来にて治療契約を結ぶこととしている。

警察保護事例を急性期治療後、司法手続きにのる原則をとる理由は、①強制治療から開始した場合の有効な薬物依存症治療プログラムが確立されていないこと、②警察の保護を必要とする症状・行動があり、再度覚醒剤を使用した場合、同程度の症状が起こる可能性が強いこと、③警察保護事例は傾向として、家族・友人・地域などの支持基盤が弱いこと、④患者の任意の治療意欲が確認できていない状態であり、治療契約の困難が予測されること、⑤病院機能を維持し、病院を単なる逃げ場にしないこと、などである。

守秘義務についての法的側面からの解決は、刑事訴訟法 239 条 2 項「官吏または公吏はその職務を行うことにより犯罪があると思料するときには、告発をしなければならない」との規定、及び刑事訴訟法 197 条の 2 項「捜査については、公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる」に基づき、警察からの照会に対して「公益と患者の利益とを考慮した」上で、院内での覚醒剤検査の結果を回答することは可能と考えている。

表 1 のとおり、平成 11～14 年度において、警察が保護し来院し入院となった事例は、年間 4～6 例あり、内 2～4 例が逮捕されている。

(2) 覚醒剤取締法違反以外での入院中の逮捕者

	入院前の事件による逮捕	入院後の事件による逮捕
平成 11 年度	0	0
平成 12 年度	0	0
平成 13 年度	1	0
平成 14 年度	1	0

この 4 年間で覚醒剤取締法違反以外での逮捕は 2 人であり、両者ともに殺人事例であった。これらは、現行犯ないし緊急逮捕の要件は満たさなかったが、被疑者であることが濃厚で、かつ精神症状のため自宅での任意捜査は不能であり、また本人保護の立場からも精神科治療が強く必要とされた事例であった。1 例は錯乱状態にあり、24 条通報に基づく緊急措置入院、翌日には医療保護入院となり、病状安定後逮捕された。もう 1 例は拒絶と強迫症状が強く、警職法 3 条による保護のち、医療保護入院し、精神症状が安定し、かつ通常逮捕の要件がそろった時点で逮捕された。

従来、医療と司法は、背反律の関係にあり、いったん措置入院により医療対応

となると、その後の司法対応がなされないことが多かった。また司法で処遇された患者の（入院）治療については、医療が消極的となることも同様であった。しかし現制度下においても、法的にも、実務的にも、相互の信頼を前提に機関連携を行うことが出来れば、医療と司法との関係を一定程度までは、双方向性の関係を保つことが可能であることが、事例を通して明らかにされた。また最初に医療が関与した場合、取調べ・裁判中も、適切な薬物療法が継続されることが可能となる。

ただし、殺人においては、上記の対応が可能であっても、放火、傷害、暴力行為などについては、入院後、警察による取調べは行われても、事件送致がなされないことも多く、いったん入院を引き受けると司法手続きにのらない危惧は現実にある。また物的証拠等の通常逮捕に必要な要件が満たされなかった場合、司法関与はないままに、容疑者であるまま入院治療を継続することになり、精神科医療機関の負担は大きい。これらの点について、司法機関との協議により問題点を明確にして、解決の方策を示すことが必要である。

3. 勾留および受刑中の精神科病院への入院と再勾留および再受刑

(1) 20歳未満の事例（少年法17条の運用による）

平成13・14年度

	10歳代後半、男	10歳代半ば、男
罪名	覚醒剤取締法違反	傷害（連続）
診断	覚醒剤精神病性障害	広汎性発達障害
状態像	精神運動興奮・幻覚妄想状態	精神運動興奮
入院期間	7日	8月
入院形態	措置	措置
退院後の法的裁定	医療少年院	保護観察（入院中に審判）

これら2事例は、精神症状に伴う、居室の破壊や静止不能の滅裂な大声などにより、少年鑑別所において保護が不能となり、岡山県立岡山病院よりの往診により、治療を行うがすぐには効果が出ず、精神保健福祉法26条通報により、措置入院とし、1例は急性期の治療が終了後、少年鑑別所に再勾留となり、審判の結果医療少年院送致となった。もう1例は、入院中に審判を受け、保護観察処分となり、退院後も通院医療と保護観察の両方が行われた。少年法は、運用を積極的に行えば、司法と精神科医療の相互関与を可能としている。ただし少年（児童・思春期）の場合、児童福祉や教育との連携もより必要としており、少年法のみでは十分な関与が困難である。児童福祉法における一時保護との連携など、現行法制下でできることはほかにもある。14歳未満の事件（犯罪行為）を起こした少年

に対する精神医学的関与あり方について、児童自立支援センターや児童相談所との実質的な連携の在り方について検討するなどの整理が必要である。

(2) 20歳以上の事例（監獄法43条・刑事訴訟法95条・刑事訴訟法482条の運用による）

平成13年度

成人事例	50才代前半 男	50才代後半 男	30才代前半 男
罪名	傷害・公務執行妨害	殺人（精神科病院内）	覚醒剤取締法違反（売人）
診断	躁病	統合失調症	統合失調症
状態像	躁状態	意識障害（熱中症）	昏迷
入院期間	22日	5日	14日
入院形態	医療保護	医療保護	医療保護
入院前の法的立場	起訴後	起訴前（精神鑑定中）	起訴後
退院後の法的裁定	実刑（一般刑務所）	不起訴（→措置入院）	実刑（医療刑務所）

平成14年度

成人事例	40才代前半 男	50才代後半 男	50才代前半 男
罪名	傷害	放火未遂	殺人
診断	統合失調症	睡眠薬酩酊状態 覚醒剤残遺性精神病 性障害	通過症候群（自殺 企図後）
状態像	昏迷	意識障害（熱中症）	もうろう状態
入院期間	14日	8日	4日
入院形態	（緊急）措置	医療保護	（緊急）措置
入院前の法的立場	起訴前	起訴前	受刑中
退院後の法的裁定	実刑	不起訴（→医療保護）	受刑継続

監獄法と刑事訴訟法は拘留中の被疑者ないし受刑者について、矯正施設外の病院への移送を認めている。医療刑務所の設置により、監獄法制定時（明治41年）ほどの必要性はないにしても、緊急あるいは重篤な疾患に罹患したときに病院移送が可能となっているのである。これは代用監獄である警察署内の留置所に勾留中の場合でも運用可能な制度である。しかし現実の運用件数は少なく、とりわけ精神疾患を理由とする場合の運用はさらに限られる。しかしこれらの法が適正に運用された場合、司法から精神科医療機関への一方的な患者の移送をくいとめることができ、治療終了後に適正な被疑者を司法手続きにのせることが出来る。また拘置所や刑務所における自殺等の事件を減らすことが出来るのではないだろう

か。ただし、移送を受けた精神科病院は、保安の確保と他の入院患者の治療環境の維持の両方が必要となるため、現実の運用では困難を抱えることとなる。その解決の方法は、現況では保護室での入院治療とすること程度しかできない。

また監獄法ないし刑事訴訟法に基づく移送の結果の入院については、精神保健福祉法は想定しておらず、入院形態と入院時告知の整合性において課題を呈している。通信の自由や退院請求の権利等についてこれらの移送された患者には通常は認められないと考えるからである。

平成 13 年度には、入院形態を医療保護としたが、これは精神保健福祉法 26 条の 1 に基づく矯正施設長による措置通報なしに、監獄法或いは刑事訴訟法に基づく移送により入院となったためである。しかし平成 14 年度には、措置入院とした。これは拘置所・刑務所に収容中の患者の入院であり、且つ移送を要するほどの状態なのであるから、「自傷・他害の恐れ」はあるので、精神保健福祉法 26 条の 2 に基づく精神病院の管理者の届出あるいは法 23 条に基づく一般人（移送先病院医師）通報による、措置診察により、措置入院（或いは緊急措置入院）をとることが望ましいと考えたからである。なお医療保護入院の場合、保護者が入院を拒否し引き取りを申し出た場合、退院となるが、監獄法或いは刑事訴訟法に基づく移送により入院となった場合は、住所地が指定してあり且つ、そこからの逃亡の恐れがあるときには即再収容となる。よって保護者が入院を拒否したときにも自宅等の退院となることはあり得ない。

平成 13～14 年度までに経験した 6 例において、3 例は懲役刑の実刑判決を受け、2 例は起訴便宜主義のもと、検察官の判断で心神喪失による不起訴となり精神保健福祉法 25 条による措置通報がなされ、1 例は措置入院、もう 1 例は医療保護入院となり、あとの 1 例は受刑を継続した。

これら 6 事例は、現行法下でも、司法から医療へ、そして再度医療から司法へと、その患者に必要とされている処遇と治療の役割分担がある程度可能であることを示している。

4. 少年法 17 条・監獄法 43・44 条・刑事訴訟法 95・482 条の概略

(1) 少年法第 17 条（観護の措置）

第 17 条の 1 家庭裁判所は、審判を行うため必要があるときは、決定をもつて、次に掲げる観護の措置をとることができる。

家庭裁判所調査官の観護に付すること。少年鑑別所に送致すること。

第 17 条の 8 観護の措置は、決定をもつて、これを取り消し、又は変更することができる。

解説（注釈少年法、改訂版、田宮裕編、有斐閣）

観護措置は、少年を少年鑑別所に送致する決定及びその執行である。執行停止