

それを解決するために現に行っていること、必要だと思われる対策については、次のような意見が寄せられた。

「入院して一週間以内に必ずミーティングを行い、問題点を明確にして、枠組みをつくる。病棟単位ではなく、病院全体として取り組みを行うこともある」との回答からは、受け入れ時の体制づくりに腐心していることが伺われる。

退院にあたっては、「単身者、家族の受け入れが悪い患者では、アパートの保証人の問題、治療継続の問題が生じる」「事件を起こした自宅へは戻れない。社会資源の整備が必要」「地域で共同生活できるように世話人を配置して、生活を援助してくれるグループホームが必要数整備される必要がある」など地域での受け入れ条件の整備が必要との回答が目立った。

「必ずしも再犯を犯すものではないことなど地域住民への啓蒙活動が必要」「地域でのネットワークが必要。警察、役所、保健所等も関わらるべき」「もと住んでいた地域に帰れない患者が多い。新しい場所での再スタートにあたっては、各機関の連携、協力が大切」と幅広い地域対策を求める意見もあった。

「触法患者対象の治療プログラム(例えばアルコール治療プログラムのような)等を作成していく必要がある」「触法精神障害者の対応の方法など、もっと公に討議され、研修なども開いてほしい」との司法精神医学、看護の研究についての要望もあった。

5) 専門治療施設、治療と司法の関係などに対する意見

そのほかの回答では、専門治療施設、治療と

司法の関係についての意見が多数寄せられた。

専門治療施設については「一般患者と同じ病棟での生活は困難。専門病棟が必要。公的病院に司法専門病棟を設置すべき」「民間病院での対応は限界がある。国立の専門施設の充実を望む」「触法精神障害者を一般精神病棟で見ざるを得ない現状には疑問を感じる。多大な看護力を必要とし他の患者さんを守る義務がある」などの意見がある。「触法精神障害者が精神病院に入院していることによって、精神病院イコール刑務所や収容所という偏見につながっていると思う」と精神病院のイメージアップのためにも別処遇とすべきとの回答もあった。

医療と司法の関係では、「犯罪者は、精神病院に直接入院するのではなく、その前に司法で適切な対応をするべき」「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ということを考えてもよいのではないか」「被害にあった者としては、退院を認めたい感情があると思う。かといって長期入院になると人権に関わる。やはり退院等の判断は、複数人(医療以外の人を含む)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」などの回答が寄せられた。

「事件は妄想に左右されて起こしたのであるが、本人の中で人を殺したという自覚があり、罪の償いをしていないという思いがあるように思う。このような人にとって刑法39条(心神喪失)の適応がいいのか疑問に思う」との刑法の根幹にかかわる問題提起もあった。「精神障害者であっても、犯罪を行った場合は、ひとまず全員起訴して、裁判のなかで減刑や処遇を考えるようにし、有罪者は基本的に病院ではなく、医療も行える矯

正施設での処遇が必要ではないか。ある精神障害者の自助グループ活動において、『私たちは罪を犯しても罰してもらえないのですね』と嘆息した一当事者の姿が印象的であった」と、医療ではなく司法を中心とした処遇を推進すべきとの主張もある。

再犯については次のような意見があった。「警察や刑務所から移送され入院にいたった患者の場合、措置症状が軽減されても『おそれ』の呪縛から一歩踏み込んだ病院としての対応ができていく。家族も『おそれ』に判断を迷い怯える」「精神症状が安定し、再犯の危険はないと考えても、地域でのサポート体制が充実していないため、退院できない場合が多い。さらには、地域住民の事件への記憶が薄れるまで入院を余儀なくされている」「再発による再犯のおそれを感じる。特に短期間の入院で退院する患者については再犯のおそれを強く感じるため中間施設が必要」。

おわりに

6月7日から国会審議の始まった「心神喪失者治療観察法案」は、どうやら継続審議となり、今回の通常国会では成立しない見通しとなった。秋の臨時国会で審議が再開されるようだ。

法案の成立、不成立に関わらず、現に多くの病院で看護師は「触法」精神障害者のケアにあたっている。少なくとも現在入院中の患者については、たとえ新法が成立してもその対象とはならないのだから、今後も各病院の「触法」精神病患者をめぐる状況はかわらないことになる。アンケートに寄せられたさまざまな困難さが解消するという見通しは、いまのところないといっていいだろう。新法の成立と関係なく問題は残りつづけるのである。

さらに「触法」問題の議論を深めていく必要があるし、看護師は臨床の場でこの問題にどう取り組むのか、具体性のある提言が要請されている。

望ましいセキュリティ体制のあり方について

触法精神障害者の治療に当たる精神科医療機関におけるセキュリティ体制

触法精神障害者の治療に当たる精神科医療機関におけるセキュリティ体制は、リスクマネジメントの大きな要素を占め、その施設にとって必要不可欠な管理システムである。人的・物理的なセキュリティの水準や様式はそれぞれの国々や地域の施策、その施設に求められる機能や役割によって大きく異なる。また、セキュリティスタッフの資格や位置付けについても、看護職員が兼ねている場合や、刑務官が配置されている場合等の違いがある。本報告では、カナダにおける視察内容に沿って検討を行いたい。

セキュリティ設備は、高い塀・有刺鉄線・鍵・警報装置・監視カメラ・中央管理システム・ドアシステム・巡視設備・金属探知器・隔離室・拘束設備等によって構成され、セキュリティレベルは厳重さの度合いにより軽度から最重度までに分かれる。そして、セキュリティスタッフの業務は、①セキュリティ体制の監督 ②警備 ③通信・面会の管理 ④患者や訪問者の身分証明と危険物の確認 ⑤設備管理 ⑥警備指導 ⑦患者と医療スタッフの治療的な関係の基盤づくり等、幅広い領域にわたっている。

医療スタッフはセキュリティ体制を維持するためのマニュアルを遵守し、セキュリティスタッフと協力して、安全管理に努めることが義務付けられている。

触法精神障害者の治療に当たる精神科医療機関におけるリスクマネジメント

リスクとはある一定期間内に生じる可能性のある有害な結果のことである。触法精神障害者は障害ゆえに他者にリスクを負わせる危険が高いと考えられてきている。他者に対する高いリスクを伴う攻撃的な言動には、①怒り ②敵意 ③言葉による虐待 ④言葉による脅し ⑤物に対する攻撃 ⑥脅す格好 ⑦アルコールおよび物質乱用 ⑧睨みつけること ⑨混乱および失見当 ⑩全体的に調子の高い行動 ⑪不快に接近して立つ等がある。

リスクマネジメントとして位置付けられる介入を以下のように整理することができる。

①監視カメラ、隔離、扉の施錠などによる危害の予防 ②危害を減らすことを目的とする拘束や統制 ③暴力の手段または被害者となる可能性がある人への接近の禁止 ④鎮静剤やその他の薬物の使用 ⑤脱エスカレーション技術を使った会話 ⑥精神療法または薬物療法を用いた行動のコントロール

触法精神障害者が他者に及ぼすリスクを査定し、ケア、治療、管理することは医療スタッフの大きな役割と言える。看護師は臨床実践の中で患者のリスクのレベルを絶えず判断し、他のスタッフと協力して危機管理を行わなければならない。危機介入には、①実行前に危害の発生を予防することを目指す介入、②有害な出来事が起こ

っている最中、もしくはその直後の介入、③有害な出来事の結果として生じたリスクを軽減するための介入などがある。スタッフはリスクを軽減させるために効果的な方法を選択しなければならない。

国連被拘禁者処遇最低基準規則に基づいた矯正施設のアメニティ

国連被拘禁者処遇最低基準規則は1957年に国連総会で採択され、以降、世界中で矯正施設改革の基本文書となってきた。この規則の定める最も重大な原則が「苦痛増大禁止の原則」と「自由生活との差異の最小化原則」である。同規則60条1項は、他律的な規則の押しつけが受刑者の責任感を弱めることを指摘している。このような考え方に基づいて、刑務所の在り方にも大きな変化が生じている。

第1に、ノーマライゼーションの浸透である。人間の社会性発揮とプライバシー保持の観点から、昼間は共同生活、夜間は個室という普通の市民と同じような生活が最も望ましいとされるようになった。

第2に、昼間の活動に作業以外の多様なバリエーションをもたせ、作業中心の刑務所からの脱皮を図ろうとする動きがある。このような発想の転換に呼応して、施設の建築面でも、教育や運動、自主的なクラブ活動、読書などに時間を過ごせる設備の整備が求められている。また、大規模な施設は非人間的、軍隊的な環境になりがちなので、数十人規模の施設が望まれている。家族・地域社会との結びつきを強めるために、できるだけ自然な会話ができるように面会室を改善することも望まれている。

既存の危機管理体制の吟味

わが国では、刑法第39条にいう心身喪失と判定された、あるいは検察官によってそのようにみなされた触法精神障害者は、精神保健福祉法第29条の規定により指定医の診察を経て措置入院となる。また、矯正施設より釈放される見込みの精神障害者で26条通報を受けた者や、矯正施設収容中に精神病院で治療を受けるための移送を認められた者もその対象になり得る。

法務省に毎年報告される1000人ほどの触法精神障害者のうち、半数近くは過去に何らかの逮捕歴を有している。触法精神障害者の多くは検察官による不起訴処分を受けているが、一部には、精神病院に入院しても数カ月で退院し、傷害や殺人・強盗などの犯罪を反復して受刑中に発病した者も多く、一般の精神病院での対応には限界がある。

病棟開放の進展に伴い、施設環境下で患者の行動を制限するために取られて来た因襲的な対処策が無効化された反面、危険性の高い患者への対処に有効な技術は開発されていない。

触法精神障害者の中には治療困難症例と言われてきた患者が多い。具体的には、①医療スタッフへの暴力行為を繰り返す患者、②他の患者に危険な加害行為を加える患者、③病棟内で他の患者を扇動して治療体制を混乱させる患者、④暴言威嚇によって、医療スタッフを恐怖させる患者などである。

患者の怒りや敵意は、人格障害、器質性精神障害、統合失調症などの病的体験に基づく不安・苦悶・興奮を基盤とし、強制入院と治療に対する反発、医療スタッフの言動による刺激、精神病院の生活環境の劣悪さへの不満等によって

誘発される。そして衝動性のコントロールに欠ける患者の場合は凄まじい攻撃性を示す。さらに、相手を圧倒する体力や体格に誇示しながら、暴力団員の経験や有力者の後ろ盾等を仄めかす患者の言動は、医療スタッフを戦かせる。

患者はしばしば重大な犯罪を行った後に精神症状が激しく悪化する。それは自ら犯した重大な反社会的行為について收拾がつかず、自己の正当化が困難なためであると言う。強制入院を治療のためではなく刑罰であると受け止めている患者は、犯行を否認して無実を主張したり、正当防衛で無実との主張をしたり、退院の見通しが立たず受刑期間よりも長いことへ不満や怒りを募らせたりする。

病院の治療環境に危機的な状況をもたらすこのような患者に対して、医療スタッフは精神療法的な接近や注射等による治療を行っていく。しかし、それだけでは不十分なため、やむを得ず保護室隔離や身体的拘束等の行動制限によって対応している。

こうして、激しい攻撃衝動が発現するため行動制限が長期化または反復化され、開放的な環境で適切な治療を受けられない患者が蓄積している。例えば、元暴力団で、元キックボクサーの覚せい剤精神病患者は、殺人などで服役後に入院してきたが、刑務所職員に「あれ程に怖い受刑者はいなかった」と言わしめるほど最重度の治療困難例であった。服薬継続を条件に紹介状を持って、全治に近い状態で退院したが、その後医療中断し大事件を起こした。治療秩序を認めず攻撃的な言動を繰り返すこのような患者に対して、早急な危機介入を図り、治療プログラムへの導入を可能にする物理的・人的

なセキュリティシステムの充実が求められている。

欧米のシステムの比較

1) 英国の司法精神医療施設

英国の司法精神医療施設は、その成り立ちや機能・役割の違いから、特殊病院 special hospital、地域保安病棟 regional secure unit、一般精神病院内の保安病棟、民間部門 private sectorの保安病棟に4種類に大きく分けられる。

特殊病院は、精神保健法 Mental Health Act 1983 (MHA1983)の規定によって強制入院の対象となった患者の中で、その危険性や粗暴性、犯罪性のために、最重度セキュリティ maximum security 下での治療を要すると見なされた精神障害者に、入院治療を行う医療機関である。入院対象となる患者は、①公衆に対して正当な誘因なく物理的・性的な暴力を行った者、②特定の人物に対する暴力行為に及ぶ可能性を示唆するような精神病性症状を呈する者、③放火、他害目的での毒物の使用・武器の使用・サディシティック行動・人質をとる行為の経歴をもつ者、④計画的な離院逃走の意志や企図を示し、仮に離院した場合には公衆に対する有害行為に及ぶ可能性のあるもの等、公衆に対して重大かつ切迫した危険を生じさせるような精神障害者である。

特殊病院の最重度セキュリティは、刑務所並みの高い塀と、監視カメラでモニターされた病院入り口の電子制御多重ドアシステムによってもたらされる。塀の内側の広大な敷地には、閉鎖病棟・作業療法やレクリエーション療法・運動・教育のための施設が点在している。病棟は病室・共有スペース・隔離室から成る。病室はすべて

個室で通常は夜間のみ施錠され、6割余りの患者が精神分裂病と診断されている。平均入院期間は約7年、拘束命令を受けた患者で約9年である。病院スタッフは、司法精神科専門医・研修医・看護職・臨床心理士・ソーシャルワーカー・作業療法士・理学療法士などで構成される。スタッフと患者の人数比は、専門医で1対60、看護職で1対1、臨床心理士で1対60である。¹⁾

1950年代に始まった精神病院の開放化の結果、開放病棟で治療するには難し過ぎたり、危険過ぎるが特殊病院のセキュリティレベルは必要としないような精神障害者の行き場がなくなり、不適切に刑務所や特殊病院に収容されたり、あるいは単に放置される状況が生じた。このような精神障害者に適切な医療を与え、社会復帰を促進するために、開放病棟と特殊病院の中間のセキュリティレベルを備えた地域保安病棟が設立された。

地域保安病棟への入院の一般的な条件は、①暴力・放火・性的逸脱行為などの問題行動のために、一般の精神科病棟での安全な処遇には不適切であるが、特殊病院の最重度セキュリティレベルは必要ない ②MHA1983の規定で強制入院の対象となり得るような精神障害に罹患している ③入院後2年以内に退院し、社会復帰できるか、または一般精神病院への転院が見込まれる、の3つである。地域保安病棟は通常、一般精神病院または総合病院に隣接している。特殊病院のような高い塀はなく、外見上はセキュリティ設備が目立たないような構造になっている。病棟の出入り口は2重ドアで管理されている。通常、入院区画、治療区画、社会復帰準備区画に分けられており、患者は治療段階や危険

度に応じて、各区画を移動する。患者の居住部分は、個室式の病室、作業療法・レクリエーション施設、体育館、食堂などで構成されている。特殊病院に比べるとはるかに小規模であり、各病棟の病床数は30～100床である。

病棟の外周部に塀がないという理由から、地域保安病棟のセキュリティは、特殊病院に比べて、看護職による人的セキュリティにより大きく依存している。したがって、看護職と患者の人数比は2.5対1と高く、より高度の専門技能や経験を要求される。専門医で1対7から1対16、臨床心理士で1対7から1対30、ソーシャルワーカーで1対7から1対30、作業療法士で平均1対12である。

英国では、司法精神医療施設でのセキュリティの責任は原則的に看護職が負っている。セキュリティは、①病院外周部の警備 ②病棟内の施錠ドアおよび鍵の管理 ③一般的な病棟内環境や患者の安全チェック ④患者護送中の無線機の携帯 ⑤定期的な患者数の確認 ⑥備品(ナイフ・フォーク・作業道具など)のチェック ⑦訪問者のボディチェック、訪問者によって持ち込まれた物品や贈り物、郵便物、電話のチェック ⑧病室の抜き打ち検査、等によって維持される。同時に、看護職者が個々の患者をその危険性まで含めて適切に理解すること、そして、それぞれの患者を理解し、共感・受容しているという治療的な雰囲気醸成し、維持していく努力が不可欠である。

2) カナダ、サスカチュワン州の司法精神病院

Regional Psychiatric Centre (RPC)は歴史的な流れの中で、カナダ刑務所システムの精神医療サービス施設の一環として建てられた。最

高のセキュリティレベルを必要とする触法精神障害者に対処できる触法精神病院である。DSM-IV分類によると、RPCの触法精神障害者の約75%にAXIS Iの診断名がつき、その内の約80% (RPCの患者総数の約60%)に統合失調症の診断名がついている。患者の平均入院期間は18カ月～2年であるが、2年以上在院しても治療の進まない患者は数名以上いると言う。

施設は八角形の1階建てで、かなり長い廊下がある。その外側には病棟や体育館・図書室・教育プログラムを行う部屋・ビリヤード場・食堂・カンファレンスルーム等があり、その内側に日光浴や運動・喫煙等のできる広い中庭がある。患者は1名以上のスタッフが付き添って中庭に出ることができる。

RPCのセキュリティシステムとして、(1)刑務官と看護師のチームを管理する矯正監督者 Correctional supervisor、(2)情報管理部 Main Communications Control Post (MCCP)、(3)司法・行政・議員関係以外の面会・通信を監視する部署 Visits and Correspondence Unit (V&C)、(4)RPCを出入りするすべてのスタッフ・学生・契約者・犯罪者の身分証明書と危険物を確認する部署 Admissions and Discharge Unit (A&D)、(5)警備のための武器や設備の管理、新入社員の警備の指導等、警備を維持する係官 Security Maintenance Officer (SMO)、(6)警備のために訪問者の集団活動を調べる係官 Institutional Preventive Security Officer (IPSO)、(7)個人用防衛警報装置 Personal Protection Alarm (PPA)がある。

病院の周囲は有刺鉄線が張り巡らされ、監視カメラが設置されており、刑務官が巡視をする。

各病棟には1名の刑務官 Correctional Officerを配置している。総数20名の刑務官がおり、緊急時には直ちに現場に急行して対処する。自傷行為があると、他の患者を30分間は部屋に戻して施錠し、お互いに影響し合うのを防ぐ。患者を一人の人間としてとらえ、一緒に行動し、相互関係が生じることによって築かれる治療的関係の大切さも強調される。

セキュリティ管理を維持するために、全スタッフは次のような規則を守らなければならない。

デイルームに行く時は他のスタッフに伝え、Unit officesから見える位置にいる。スタッフは患者同士の口論や喧嘩があっても直ちには介入せず、適切な人数になるまで待ち、刑務官の協力を得る。患者の部屋には2人以上のスタッフで行く。扉を開ける時は必ず患者の位置を確認する。スタッフが患者の部屋に行ってから15分以上経つと中央システムに連絡がいく。インタビュー・ルームに行く時も他のスタッフに報告し、入り口の近くに座る。病棟では常に Personal Protection Alarm (PPA)を身につける。PPAを持って病棟を出る時も、行く場所と時間をスタッフと情報管理部 MCCP (Main Communications Control Post)に伝え、帰棟した時も報告する。定期的に患者の人数を確認する。はさみやカミソリ等の危険物の貸し出しは患者にサインさせ、勤務交替時には確認する。患者が病棟外に出る時には身分証明書を必ず持つ。患者の個人的財産は Admissions and Discharge Unit (A&D)でカードに記入する。施設や個人のすべての衣類にはきちんと名前を書く。スタッフは患者からの贈り物を絶対に受け取らない。患者に関する書類は監督者の許可を得てから見なければなら

ない。患者の十分な観察と報告の大切さが強調される。火災時の避難の手順を学ぶ。患者の個人情報漏らさない。患者は握手以外、スタッフに触れてはいけない。患者が「他のスタッフより貴方が一番良い人だ」と巧みに操ってくることを十分に心得て、その時は他のスタッフやチームで十分に話し合うことが大切である。

患者とのかかわりの心構えとして、①自分らしく ②専門職として一貫した態度で ③決めたことを守り ④無理な約束はせず ⑤チーム内の良いコミュニケーションを図り ⑥ユーモアのセンスをもち ⑦自分の実力の向上を焦らず ⑧患者に嘘をつかず ⑨議論せず ⑩個人的な行動をしないということが教育される。

7. 司法精神医療に関する研究会(日本精神科病院協会)

日本精神科病院協会の「司法精神医療プロジェクトチーム」により、来日したカナダの司法精神医学の専門家であるワイスタブ教授とフロレッツ教授、オランダのヴァン・マーレ教授を招いて司法精神医療に関する研究会が開かれた。その中で、ワイスタブ教授らより、司法システムは法・保健・矯正の3つの協力体制がなければ効果的に運用されないこと、司法的枠組みがなければ、他の患者や職員に対する暴力が増し、治療の評価の質が低下すること、過剰な拘束・拘禁による人権侵害や早すぎる退院など不適切な治療・入院の恐れがあること、専門的治療・処遇のトレーニングの場が確保されないことなどが指摘された。

8. 日本の実態に見合う方法論

1) セキュリティレベルの高い施設の建設

現在、触法精神障害者の中には保護室や病棟から出せないため、開放的な治療を行うことのできない状況にある患者もいる。高い塀や監視システム・多重ドアを完備し、スタッフが付き添えば、作業療法やレクリエーション療法、治療プログラムに参加できる環境をつくることが望まれる。

2) セキュリティスタッフの配置をめぐる

精神科看護職に特有の役割葛藤は、治療的役割と保安的役割の間で適切なバランスを保つことの難しさに起因することが指摘されている。精神病院の閉鎖的な環境では、患者を管理し秩序を維持することこそが「ケア」とであると認められてきた時代がある。このことが権威主義的な体制を発展させる結果となり、本質的な看護の実践が阻害されてきたのではないかと疑問が投げ掛けられてきている。

司法精神科病棟において、精神科看護師は触法精神障害者の他者に対するリスクを査定し、ケア、治療、管理をする上で重要な役割を担う。看護師は、入院時の患者対応によって、チーム全体が患者のリスクを検討する際に必要な臨床的情報を得ることができる。さらに看護師は、24時間患者の行動を観察することができ、患者やその家族・援助者等と関係を築く多くの機会を持っている。看護師の専門的な判断は医療チームによるより精密な査定に反映され、患者の活動範囲や治療プログラムへの参加が決定される。さらに看護師は、認知行動療法やカウンセリング・力動的な精神療法・家族療法を用いた治療的介入に参加し、チームによる治療を進めていくことが求められる。

一方、司法精神科病棟においてセキュリティ管理は、患者のリスクマネジメントを行う上で重要な要素を占める。英国においては、セキュリティ管理は看護師が担っているが、カナダではセキュリティ管理を担うスタッフを配置している。セキュリティスタッフは、①セキュリティ体制の監督 ②警備 ③通信・面会の管理 ④患者や訪問者の身分証明と危険物の確認 ④設備管理 ⑤警備指導 ⑥患者との治療的な関係づくり、等幅広い業務を担っている。

セキュリティスタッフは病棟に2名配置され、緊急時は病棟外のスタッフも直ちに集まり、問題に対処できる体制がとられている。セキュリティスタッフは業務内容により男性・女性を問わない。

カナダでは、看護師とセキュリティスタッフの仕事が重なる部分を持つことを認めながらも、お互いの専門性を尊重し協力し合っている。セキュリティスタッフは、他のスタッフがセキュリティに関するマニュアルを遵守しているかどうかをチェックし、安全に関する指導や教育を的確にしていく。そのことがセキュリティ体制の維持にとって不可欠であり、また、セキュリティスタッフに対する訓練システムをつくり、トレーニングを積むことで、倫理的にも技能的にも質の高いセキュリティスタッフを育てていく必要があるとされている。

日本におけるセキュリティシステムについては、英国型とカナダ型の長所、短所を十分に考慮した上で、慎重に決定していく必要があると考えられる。

「触法心神喪失者の地域生活支援とPSWの役割について」

相川章子（地域生活支援センターMOTA:精神保健福祉士）

1. わが国における精神障害者地域支援の現状と課題

わが国における精神障害者の地域支援の歴史はまだ浅い。昭和40年の精神衛生法の改正において、検討段階では予防から治療、社会復帰までの一貫した施策を打ち出したものの、直前のライシャワー事件の発生によって改正への影響を余儀なくされ、結果として、保健所を地域における精神保健行政の第1線機関として位置付け、精神衛生相談員を配置すること、その技術指導援助等に各都道府県に精神衛生センターが設置されることに止まった。その後の1987（昭和62）年の精神保健法の成立で社会復帰の促進がうたわれ、社会復帰施設の設置が規定されたことを端緒として、各地で社会復帰施設や小規模作業所などを中心とした地域支援活動が展開されることとなった。

社会復帰施設等のハード資源については、1997（平成7年）度からの障害者プランに数値目標が設定されて一定程度整備されつつある。とくに生活訓練施設や福祉ホームなどは目標の90%以上が達成されている。しかしながら就労支援としての授産施設や福祉工場についてはそれぞれ66%、27%と低い達成率にとどまっている（達成率は2002年3月時点）。

また相談や訪問、生活支援、地域交流等といったいわゆるソフトな社会資源の充実を目的とし

た地域生活支援センターについても60%となっている。

しかしながら、社会復帰施設の数が充足すればいいというものではなく、それぞれの社会復帰施設のマンパワーは最小限におさえられており、利用者一人一人のニーズに柔軟に対応できているとは決して言えない。例えば地域生活支援センターは、夜間と休日のソフト資源の充実も目的の一つとして創設されており、より地域に密着し、より敷居の低い身近な相談の場として、地域で暮らす精神障害者をはじめ、思春期の問題、ひきこもり、不登校、虐待などなど、地域に表面化されていないさまざまな潜在的なニーズへの対応も地域内のさまざまな資源と連携を取りながら行ってところが多い。地域生活支援センターには、1日24時間、365日開所しなければならないという義務規定は無いものの、公的機関の対応できない時間をカバーすることも求められており、一ヶ所の登録者数は100人、200人と年々増加している。

いわば地域における精神障害者支援の核となるべき施設でさえ、現在の人員配置規定は常勤3人非常勤2人であり、そのうち相談業務を行う専門職としての資質が一定程度担保されていると考えられる精神保健福祉士の有資格者は1人でいいとしている。全国の支援センターの活動状況はさまざまであるが、一つの傾向として、

精神障害者の憩いの場としての機能が肥大化してきている。これは一方で、相談や訪問、生活支援など一人一人にじっくりと時間をかけてかわるここのできる職員体制にないことを示しているともいえる。

また、2002年度より都道府県が従来行ってきた精神保健福祉業務の一部が市町村に移管されたことに伴い、在宅福祉サービスの利用に関する相談・斡旋等の業務を地域生活支援センターに委託することができることとなり、公的機関が担ってきた機能まで求められることとなり、多種多様な役割を担わざるをなくしている。現在のマンパワーでは、地域の暮らしをきめ細かく支援することは到底できることではない。

他の社会復帰施設等のマンパワーについても、生活訓練施設、授産施設では20人から39人の対象者に対して常勤5人、福祉ホームやグループホームにおいては常勤1人、福祉工場では常勤6人であり、職員配置数の課題は大きい。

2002(平成14)年12月に社会保障審議会障害者部会精神障害者分会は、「今後の精神保健医療福祉施策について」と題する報告書をまとめた。報告書では、ノーマライゼーション理念に基づく当事者主体の施策の転換がうたわれ、今後10年間で7万2千人のいわゆる社会的入院者の退院を促進することが提言されている。このことの実現のために社会復帰施設等の地域生活支援体制の飛躍的な充実に大きな期待が寄せられており、質のよいかかわりと濃密な地域支援を行っていく上でも、また職員の労働条件を保障する上でも、ゆとりあるマンパワーの配置規定は喫緊の課題である。また、マンパワーの増員に当たっては、社会参加及び地域生活支援の中

心的スタッフである精神保健福祉士の複数配置とすること、および施設長の資格要件を精神保健福祉士とすることを条件としたい。これらの施設を拠点とした活動が、地域とよりよい関係を築いていくことは、利用者が安心して暮らしていく環境づくりにもつながり、しいては再発予防となるばかりでなく、地域住民にとっても必要な社会資源となり、早期発見早期治療の一助となる。

従来、精神障害の予防的な役割を担うのは保健所であったが、これからは精神保健福祉センターや保健所の技術的援助を受けつつ市町村が中心的な役割を果たすことになっていくところであろう。それには、英国の例に見るように、精神障害者の地域生活支援について専ら民間団体にのみゆだねていくのではなく、各自治体にアウトリーチサービスを基本とした地域精神保健福祉チームを配置していくことが望まれる。

2. 英国の地域支援

英国では、3年程前にNHSサービス(国の保健サービス)とソーシャルサービス(各自治体の社会サービス)の統合が行われ、より機能的な精神障害者地域支援のシステムが整備されるという大きな変化があった。英国においては、各地域に精神科医、コミュニティナース、作業療法士、精神保健福祉士といった専門職で構成される10名ほどのコミュニティ・メンタルヘルス・チームが各自治体に配置されており、スタッフ1名に対し50名程度の対象者を担当して、地域支援の中心となっている。例えばロンドン郊外の人口24万人の地域には4つの事務所があり、それぞれに3つのチームが編成されている(計12チーム・120名のスタッフ)。これらの活動の基盤となって

いる理論はCPA(ケア・プログラム・アプローチ)である。これは、すべての精神障害者をCPAの対象として、一人一人の対象者を担当するケアコーディネーターが地域での暮らしの身近な相談者となり、対象者のニーズに応じてコミュニティ・メンタルヘルス・チームによるチームアプローチを図り、また医療機関やさまざまな社会資源との連携をしながらサービスを調整していくものである。

また、自傷他害の恐れがあるものやホームレスのものなどサービスを継続して受けることが困難な人などを対象にしたアサーティブ・コミュニティ・アウトリーチ・チーム(積極的訪問チーム)が、英国全土で約2万人を対象に整備が始まっている。チーム構成メンバーは精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、など10名で構成されており、1チーム約100名(スタッフ一人あたり10名)を担当することとなっている。2003年には全国で250チームをつくることとしている。さらに、日本の地域生活支援センターに相当する英国の施設では、60人の対象者に対し、12人の常勤専門職スタッフ(精神保健福祉士及びコミュニティナースなど)が配置されている。これらは①利用者相互のネットワークミーティングの場、②スタッフのステーション、としての機能を中心にして、対象者一人一人にきめの細かい支援が行われている。

このように、地域生活におけるさまざまな個別的なニーズと利用者の主体的な選択を尊重した支援を行っていくためには、それに応じた専門職スタッフ数が必要であることと、必ずチームを構成しかかわっていくことが必要であることがわかる。一人でのかわりはそのプロセスにおい

ても提供しているサービスの効果や妥当性を点検することができず、サービスが偏り、また従事者が燃え尽きてしまう可能性が大きい。

触法心神喪失者の治療及びから社会参加について

1)入院医療機関における精神保健福祉士の役割

触法心神喪失者の社会復帰を目的とした治療を行うにあたって、入院期間中は精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士によるチームにおいて濃密なケアが行われる必要がある。精神保健福祉士は通常の医療機関における役割と同様、チームのなかで生活者の視点にたったかわりが基本となる。入院中は、人間関係への調整・改善など療養中の援助、家族問題調整援助、経済問題調整援助、日常生活訓練などをケースワーク面接やグループワークを通して行っていく。特に家族問題調整援助については、触法心神喪失者の場合、家族が重大な他害行為の被害者となっている場合が多く、家族間の調整は慎重を要することが多いと考えられる。両者の心情的側面に十分な配慮をしながら、かわっていくことが求められる。強制入院及び強制通院というシステムのなかにおいては、対象者の自己決定の尊重をかわりの原則とする精神保健福祉士は、そのかわりのなかで自らの専門性との矛盾や葛藤が生ずることは自明のことといえる。それらをチームの中での十分な話し合いやスーパービジョン等によって補っていくことが大切となる。

2)指定入院医療機関からの退院と社会参加・

社会復帰にむけての連携

社会参加・社会復帰支援と地域生活支援を業務とする精神保健福祉士は、入院中の触法心神喪失者の犯した行為の直接的な原因となる病気の状態が安定したならば、社会参加・社会復帰に向けて、中心的スタッフとして退院援助を行っていくこととなる。また、退院は裁判所において裁判官と精神科医1名ずつの合議体にて決定されることとなっているが、その決定の重要な判断資料として退院に向けたアセスメントツールを作成し、それをもとに指定入院医療機関におけるチームとしての評価をしていくことが必要である。

一方、対象者の地域生活支援のコーディネーターとしての役割を担う社会復帰調整官は、して入院医療機関が立てた退院に向けてのケア計画に沿って、およそ退院の1年から3ヶ月前からかかわりはじめ、地域で生活していく上でのさまざまな環境整備や調整を、本人とともに関係を築きながら行っていくことが必要となる。この場合、対象者が重大な他害行為を行ったときに住んでいた地域の社会復帰調整官を中心にチームを構成していくことが望ましい。社会復帰調整官は対象者が生活を築く予定の都道府県及び市町村の複数の専門家スタッフによる支援チーム(次項1)参照)とともに退院に向けての環境整備及び調整を図っていくことが重要である。

このように社会復帰調整官は対象者の地域支援チームを組織し、そのコーディネーターとなり、また対象者本人と関係を築いていくことが要請されるため、精神保健福祉の専門家であり、連携及び調整機能をもつ精神保健福祉士が望ましく、かなりの力量が求められると思われる。

触法心神喪失者の地域支援

1) 地域精神保健福祉チームの創設

現在は地域で暮らす精神障害者に対して、チームでかかわる体制は整備されていない。それぞれの対象者に応じて、対象者に必要な各機関が連携をとりながら、個別のサポート体制を築いているにすぎない。各機関から一人ずつ参加してチームとなる。地域のなかで対象者一人一人の個別ケアについて継続的にマネジメントするのは保健師や地域生活支援センターをはじめとする社会復帰施設等のスタッフが主とされている。英国におけるコミュニティ・メンタル・ヘルsteamのような、地域精神保健福祉チームの創設が必要である。1つのチームは精神保健福祉士を中心として、保健師等を含めた5名から10名ほどで構成し、各市町村もしくは二次医療圏ごとに1つから複数のチームを設置し、人口5万人に1チームを整備することが最も望ましい。しかしながら、当面の目標としては、まず各都道府県や指定都市の精神保健福祉センターに上記のチームを1つ以上設置し、このチームを中心に地域支援を行っていくことが急務となる。

2) 住宅サービスについて

現在、触法心神喪失者の実質的な退院後の受け入れ先は、生活保護法の救護施設、更正施設が主となっている。また、今後の中心的受け入れ先と考えられるのが、精神保健福祉法に基づく生活訓練施設(特に公立)であり、その利用がスムーズにできるように、スタッフの研修等を行っていくことが必要となる。さらに、精神保健福祉法に基づく福祉ホーム及びグループホ

ームの利用も可能とし、退院の援助を行っていく。これらの場合、社会復帰調整官と受け入れ先の機関、及び地域精神保健福祉チーム(前項参照)が連携し、本人のニーズを十分に汲み取ることや、本人のニーズと受け入れ先の機能とのすり合わせなどを十分に行いながら進めていくことが必要である。

入居期限などはそれぞれの施設が法に規定されているとおりを適用し、期限内に次なる地域生活の基盤を築いていく支援を行っていくこととなる。そのとき、まだ精神保健観察中であれば社会復帰調整官がコーディネーターとして退所または退居支援を地域精神保健福祉チームとともに行っていく。精神保健観察の解除後であれば地域精神保健福祉チームの精神保健福祉士等がコーディネーターとなって、通院医療機関の精神保健指定医や精神保健福祉士等と連携を図りながら調整していく。

英国などのように触法心神喪失者の専門施設を設置することも考えら得るが、これについては退院して地域に戻っても二重のスティグマ(精神障害者であることと犯罪者であること)を受けつづける可能性があり、日本においてはできるだけ現在の精神保健福祉法に基づく社会復帰施設の利用を推進していくことが重要となる。そのためには社会復帰施設等の精神保健福祉士をはじめとしたスタッフに対して、司法精神医療等に関する研修をうけられるようにしていくことが望まれる。

3) 地域支援、就労等について

指定通院医療機関への通院中は、対象者は社会復帰調整官と連絡をとりながら、地域での

暮らしを徐々に整えていくこととなる。精神科リハビリテーションの場として、指定通院医療機関にデイケアが実施されていればデイケアの利用や、地域における小規模作業所や精神保健福祉法に基づく通所(及び入所)授産施設や福祉工場の利用も可能であろう。これらもまたスムーズにつなげていくためにはスタッフへの研修等が必要となる。就労支援についても社会適応訓練事業等、精神保健福祉法に基づく就労支援制度や障害者雇用促進法に基づく就労支援の制度を利用できるよう、関係者の協力を促進していく必要がある。また、地域支援チームとしてかかわる機会が多くなる地域生活支援センターにおいてもスタッフの研修を促進していく。

また、社会復帰施設や福祉的就労のみならず一般就労やボランティアによる支援等、本人の自己選択をできるかぎり尊重していけるような支援が必要であり、そのためには地域社会への理解を積極的にもとめ共生の理念の普及に努めていく必要がある。

社会復帰調整官は、入院中からかわり指定通院医療機関への通院期間中(最長5年)、支援チームのコーディネーターとしてかかわる。精神保健観察の解除後は、それまでのチームの構成メンバーである地域精神保健福祉チームへとつなげていくことが重要である。そのためにもこの地域精神保健福祉チームの設置は重要となる。

4) 社会防衛的機能とのかねあいのなかで

重大な他害行為をした心身喪失者が退院し、地域で暮らすことについて、被害者をはじめ地域住民の感情として決して容易に受け入れられ

るものではないだろう。しかしながら、指定入院医療機関があくまでも適切な医療を対象者に提供する場であるならば、そこに従事する精神保健福祉士としては、対象者の犯罪行為にいたった原因となる病気の状態が安定した際には、精神保健福祉士は対象者を地域生活者の一員として、社会参加と地域支援へむけてのアプローチを行っていく。医療機関は罪を問い、裁き、償うところではなく、あくまでも犯罪行為にいたった原因となる病気に対しての治療を行うところである。裁判を受ける権利及び機会、罪を償う権利及び機会についての議論をしなくては、精神障害者に対するより一層のスティグマを植え付けることになるとの危惧が否めない。これは重大な他害行為を行った心神喪失者のみならず、当該障害者以外の精神障害者が地域で暮らしていくことの困難さを招き、しいてはすべての地域住民が安心して暮らすことが保障されない不安感を持った社会を築いていくことにもつながるのである。

5. 精神障害者地域支援システムの構築

1) 地域精神保健福祉チームの構築とマンパワーの確保

わが国の地域支援の現状は、ハードの社会資源の不足もさることながら、それ以上にソフトな資源としてのマンパワーの不足により、個別の相談や訪問、かかわり等といったニーズを把握していても、それらのニーズを充たすことは不可能である。精神保健福祉サービスの市町村移管に伴って精神保健福祉士を配置した市町村も見受けられている。各市町村に前述の地域精神保健福祉チームが設置されることが望ましいが、

山間地域など小規模な自治体については複数の自治体または二次医療圏域ごとに設置することが望まれる。上述のとおり当面は都道府県の精神保健福祉センター等に地域精神保健福祉チームを設置して対応していくこととなるであろうが、実際に都道府県に少数のチームでは、触法心神喪失者のためのみもしくは困難事例のみに対応するチームとなりかねず、それぞれの地域性を理解しての地域支援が提供されるかは、難しい面も予想される。これらが触法心神喪失者のためだけのシステムとなれば、地域においても二重のスティグマを強いることになりかねない。

一般論としての精神障害者へのより適切な支援および地域住民のメンタルヘルスの向上を実行していかなければ、根本的な問題の解決にはなりえない。精神障害者が地域の中で安心して暮らしていくための必須条件は、いつでも安心して相談できる場所と人が保障されていることであり、それには地域生活支援センター等の社会復帰施設の整備をはじめ、地域精神保健福祉チームの創設や専門職スタッフの育成、研修等のシステム整備が課題である。

6. 今後の検討課題

今後の検討課題として下記が挙げられる。

- ① 退院にむけての指定入院医療機関における精神保健福祉士の役割
- ② 社会復帰調整官のかかわりの視点と役割
- ③ 社会復帰施設等における精神保健福祉士のかかわりの視点と役割
- ④ 精神保健観察解除後の支援体制について
- ⑤ その他

カナダの司法精神医療

－カルガリーとサスカトゥーンを中心に－

村上 茂 (大阪府立中宮病院:看護師)

今回私は「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」の一環として、触法精神障害者の処遇について視察するために、平成14年8月9日から19日までの10日間、カナダのカルガリー Calgary とサスカトゥーン Saskatoon を訪問する機会を得、司法精神医療に関する施設見学と講義を受けたので、ここに報告する。

I. カナダの概要

カナダの国土面積は約997万km²で、ロシアに次ぎ世界第2位、日本のほぼ26.4倍にあたる。人口は約3100万人で、その約3%は先住民族(北米インディアン、メティス、イヌイト)が占める。1867年にカナダ連邦政府を形成し、ここに現代の意味での「カナダ人」が誕生した。現在のカナダは10の州と3の準州で構成されている。各州はそれぞれ議員内閣制を採っており、議会・内閣・司法府の三権に分離している。

カナダが「人種のモザイク」と呼ばれるようになった背景には、カナダ政府が積極的に移住者を保護する政策をとっているためと言われる。宗教もモザイクで、キリスト教を始め、仏教・イスラム教・シーク教・ヒンドゥ教等様々である。カナダの憲法には「権利と自由の憲章」があり、これは民族的・文化的な背景にかかわらず、誰もが同等

の権利を享受できることを明文化したものと解釈されている。この憲法に基づいて、1988年カナダ連邦政府は民族的差別を厳しく禁止し、それぞれの民族が独自の文化を保持し促進することができるように、「多様文化主義法」を採択し、各種の政策を実行している。

カナダは重税高福祉の方針をとり、老齢年金・家族手当・失業保険・福祉等の社会保障制度を完備している。税方式による州営の医療保険あるいは健康保険という制度があり、基本的な医療は無料で提供される。

II 施設訪問

1. Regional Psychiatric Centre (RPC)

1) 概説

Regional Psychiatric Centreは、サスカチュワン Saskatchewan州のサスカトゥーン Saskatoon にある。RPCと呼ばれ、患者の健康および矯正という2つのニーズを満たすために治療的環境を提供している触法精神病院である。1978年に開設され、1999年に現在の位置に新設された。精神障害者が法律に触れた場合の治療と、触法精神障害者から社会を守るために作られた206床の施設である。RPCは歴史的な流れの中で、カナダ刑務所システムの精神医療サービスの一環として建てられ、最高のセキュリティレベルを必要

とする患者に対処できる施設構造になっている。

RPCでは、専門的立場から全人的な治療アプローチが行われ、個々の患者のニーズに合わせたプログラムを提供している。様々な研究を行うことによって、犯罪者の行動を理解し、法律を犯した個人の治療に役立てている。犯罪が社会にどのような影響を与えているかも調査研究している。また、学生にヘルスケアや法律を学ぶ場を与えている。

RPCの費用はカナダの刑務所システムから出されるが、政策や活動はBoard of Governorsが集まって決めている。Governorsは選挙で選ばれたカナダ連邦・地域・大学・健康サービス等の代表者である。

州の精神保健法The Mental Health Services Act of Saskatchewanに基づいて、残酷な犯罪を行った精神障害者は判決前にRPCに入院することが決まっている。訴訟能力のない人や精神鑑定を待っている人の観察も行い、治療スタッフは専門家として証人となる。有罪であるが責任能力のない患者も治療を受けている。

2)施設内の見学

病院の周囲は有刺鉄線が張り巡らされ、監視カメラが設置されており、刑務官が巡回していた。病院の玄関を入ると、スタッフを含むすべての訪問者は空港で行うような持ち物検査とボディチェックが行われた。私たちは鞆を鍵付きのロッカーに入れ、メモ帳と筆記用具・パスポートだけを持って見学をした。

施設は1階建てで、かなり長い八角形の廊下があった。その外側に病棟や体育館・図書室・教育プログラムを行う部屋・ビリヤード場・食堂・

カンファレンスルーム等があり、その内側に日光浴や運動・喫煙等のできる広い中庭があった。患者は1名以上のスタッフが付き添って中庭に出る。新鮮な空気を吸うため、夕方には全員中庭に出る時間がある。各病棟はほぼ同じ構造になっていると言う。病棟や体育館は冬の厳しい寒さを防ぐために地下にあった。廊下をウォーキングしている患者がいた。体育館には車椅子のまま降りることのできる設備がある。以前、看護師は観察窓から患者の運動する様子を見ていたが、今は患者と一緒に運動を行っている。教育プログラムを活用して弁護士になった患者もいると聞いた。院内には内科・外科・産婦人科・歯科があり、歯科は週3回大学から医師が来る。複雑な身体疾患に罹患した患者は地方の病院に嚴重に移送され、刑務官がついて入院し、優秀な医師の診療を受けるという。

Clearwater Unitは、性犯罪を行った精神障害者の病棟である。隔離室は15分ごとに観察と記録を行い、監視カメラで看護師が患者にかかわっている様子を見る。一人部屋には監視カメラはない。1500ドルまでの私物の持ち込みができる。ライターやマッチは患者が出棟するときに渡す。他患者から盗られないように、下着は3枚渡すことが決められている。カミソリ貸し出し用のチェックリストがある。患者は刑務所より病院の方が安全で住みやすいというらしい。

3) プログラム治療チーム

法律では入院後2カ月間で患者の心理・教育・作業・機能等の側面を評価し、矯正治療計画(Correctional Treatment Plan)を立てて、プログラムを決めなければならない。しかし、実際に

は3週間で評価し、個別的な治療(individualized treatment)を行っている。

患者には最低1人のPrimary Therapistがいる。Primary Therapistは治療計画を立て、患者がプログラムで学んだものを強化・統合するのを助ける。Primary Therapistには精神科医・心理士・社会福祉士・作業療法士・看護師がなれる。その他のチームメンバーはプログラム企画者・芸術療法士・レクリエーション療法士・Parole Officers・Behavioral Technicians・Pastoral Counselors・教師・刑務官・事務員等で構成されている。

研究部門には、心理学者(大学院・博士号)、リサーチアシスタント(アルバータ大学で単位をとる)、7~8人の統計学者、Saskatchewan大学の心理学者がいる。看護師も統計の課題があれば一緒に行く。

4) Intensive Programming

4つの治療プログラムが別々の病棟で行われる。

(1) The Bow Psychiatric Rehabilitation Program (Bow Program) offered on Bow Unit

(2) The Aggressive Behavior Control (ABC) Program offered on Assiniboine and MacKenzie Units

(3) The Sex Offender Program (SOP) offered on Clearwater Unit

(4) The Intensive Healing Program for Woman (IHP) offered on Churchill Unit

5) The Bow Psychiatric Rehabilitation Program

Bow Programは、(1) 精神医学リハビリテーション・モデル Psychiatric Rehabilitation Model と、(2) 矯正治療モデル Correctional Treatment

Model を組み合わせたものである。病状の改善と再犯を防ぐという2つの目的があり、100床(beds)を対象としている。Bow は川の名前からとったものである。

Psychiatric Rehabilitation Modelでは、精神障害を(1)Impairment (2)Disability (3)Handicapの3つの側面(WHOの国際障害分類)からとらえ、人の行動を生物的・心理的・社会的な側面から理解していく。

Correctional Treatment Modelの根本原理には、(1)Risk (2)Needs (3)Responsibilityの3つがある。Riskは患者の再犯可能性のリスクを評価することであり、Needsは犯罪率を下げるためにこの患者にどのような能力が必要かを判断すること、Responsibility は生活や職業訓練をして患者に責任を持たせ、患者の成長を促進していくことである。(1)(2)(3)を考えて、患者のプログラムを組み立てることが再犯の可能性を低くする。

Bow program は5つのプログラムに分類される。Acute treatment Program (20 beds), Low Functioning Sex Offender Program (Wellspring program, 15 beds), Active treatment Program (40 beds), Work Therapy Program (17 beds), Independent Living Program (the Group Home, 8 beds) である。

Active treatment Programのグループには、Symptom and Medication Management(症状と治療のマネジメント)、Anger and Emotion Management(怒りや感情のマネジメント)、OSAPP(Offender Substance Abuse Pre-Release Program, 犯罪物質乱用者釈放前プログラム)、Stress Management(ストレスに対するマネジメント)、Cognitive Skill Training Program(認知能力

訓練)等がある(表1)。患者の贖罪意識を喚起するプログラムはないが、薬物療法を行うとともに芸術療法で患者の表現を促していく。Work Therapy treatmentの中身は清掃・炊事・洗濯等で、働く技術を習得するために実際に病院の中で働き、お金が患者に支払われる。the Group Homeは開放病棟にあり、自分で食事を作り、1週間分の薬を自己管理する。再犯を防ぎ、生活スキルの向上と自分の病気とうまくやっていくための、1日4～6時間のプログラムがある。Group Homeには、6カ月の滞在が理想である。また、原住民のプログラムAboriginal programmingも行われている。

Program Factorとしては、(1)Social Support (2)Skill Building (3)Transitional Program (4) Psychotropic Drugがある。Transitional Programは社会復帰に向けての準備であり、患者が病院スタッフから自立し、入院中の不安や怒りを受け止め、社会生活が円滑に行えるためのものである。

プログラムは月曜日～金曜日にあり、患者の集中力に合わせて1つのプログラムは1日1時間程度となっている。同時期に2～3種類のグループに入っている人もいる。プログラムのメンバーは途中で他の患者を入れると進行の妨げとなるので固定制である。1グループは6～8人の患者で構成され、2人の教育者が入っている。理解するのが遅いので何度も繰り返し教える必要があり、ゆっくりしたプログラムをつくっている。3週間は患者の検査結果や背景を見て、プログラムを考えていく。90日毎に患者評価を行う。

表1 The groups offered through the Active Program

①50+ Club
②Anger Management (I and II)
③Circles (Relationships Group)
④ Cognitive Skills Training Program (and Boosting Cognitive Skills Program)
⑤ Community Reintegration (now includes Money Management & Skills for Employment)
⑥ Cultural Awareness (also see Aboriginal Programming)
⑦General Wellness
⑧Literacy Group and Adult Basic Education II Group
⑨Mental Health Management Group (Mental Health Awareness Medication and Symptom Management)
⑩ Offender Substance Abuse Pre-Release Program (OSAPP)
⑪Recreation for Leisure
⑫Sexuality Group
⑬ Social Skills (now includes Basic Conversation Skills and Assertiveness Skills)
⑭Steps to Offending and Relapse Prevention
⑮Stress Management
⑯Thinking and Doing

6) The Aggressive Behavior Control (ABC) Program

ABC Programは攻撃的な振る舞いをコントロールするためのプログラムで、認知行動療法の1つである。固定メンバーで6カ月行い、同じプロ

プログラムを何回選択してもよい。患者の動機づけに重点を置き、患者との対人関係が治療的であるほど良い結果が出る。矯正治療モデル Correctional Treatment Modelの根本原理を踏まえ、社会刑法学、臨床刑法学、社会的学習原理を応用している。

ABC Programには、(1)攻撃的な振る舞いや怒る時・切れる時を認識する段階 (2)攻撃を容易にする認識・信念や振る舞いを試す段階 (3)新しいスキルや振る舞いを強化する段階がある。患者に怒りの背景を分析させ、攻撃的で非生産的な行動を矯正し、適切な行動を認め、強化していく。攻撃的な患者の認識の歪みや看護師を力でコントロールしようとする傾向を理解し、チームで協力して、プログラムを行うことが大切である。

7) The Sex Offender Program (SOP)

SOP は、8カ月間の効果的な性犯罪者集中治療プログラムである。患者は認知行動理論モデルに基づき、性的逸脱行為と攻撃性をコントロールする適切な方法を学ぶ。

集団療法・個人療法・薬理学・work programs, educational services, aboriginal services 等の多様な方法を通して、目標を達成していく。

8) The Intensive Healing Program for Woman (IHP)

IHPは不安定で激しい対人関係様式や同一性障害・感情の不安定性・繰り返される自傷他害行為を認める、女性の人格障害患者を対象とする。宿泊設備を利用した集中的な治療プログラムで、対象は12人までと少ない。プログラムの期間は半年～2年と期限はなく、1日に平均3～5

時間は治療グループで過ごす。プログラムの内容はABC Programに準じ、問題解決能力・対人関係能力を高めて、行動化を防ぐための認知行動療法である。

9)プログラム実施の効果

Violent risk assessment という評価スケールがある。スケールには罪を犯したという変えられない要素と、薬物中毒等の変えられる要素がある。ABC Programで人格障害患者の犯罪率が約1/3減るといふ。

言葉の暴力や窃盗等の事故報告書から比較検討すると、暴力の問題はプログラムを実施することで減少しているという。また、性的な事件はプログラムを行った後では35%から13%～14%に減っているという。

RPCで暴力や性犯罪等の再犯率を調べるチェックリストが研究され、カナダ全土でそのチェックリストが使われている。

10) 疾患別分類・患者評価・退院後の行き先

DSM-IV分類によると、RPCの触法精神障害者の約75%にAXIS Iの診断名がつき、その内の約80% (RPCの患者総数の約60%)に統合失調症の診断名がついている。

患者の平均入院期間は18カ月～2年であるが、2年以上在院しても治療の進まない患者は数名以上いるという。毎月board meetingを開き、責任能力・精神状態・治療の進展度を評価する。1人の患者は6カ月に1回評価を受ける。地域に戻す場合は6カ月に1回、5人いる仮釈放審理委員会 parole boardのうちの1人が患者を評価する。RPCのスタッフは情報を提供する。退院後患