

であった。

台湾では、精神科に勤務する看護師の中で、専門性の高い精神衛生護理という資格がある。国内外における精神専門領域における規定の臨床経験が必要であるなど、資格取得にはいくつかの条件がある。

D. 考察

台北市の精神科リハビリテーション施設・サービスの状況を調査した。状況把握が十分行えたとは言えず、引き続き台湾の状況についての調査を継続しながら、近隣の東アジアの国々の状況に関して調査を行っていきたい。

参考文献

- 1) 青木崇、東アジア 台湾、新福尚隆・浅井邦彦(編)、世界の精神保健医療(改訂)、東京、ヘルス出版、2009、pp147-156
- 2) 中華民国行政院衛生署ホームページ (<http://www.doh.gov.tw/>)
- 3) 精神醫療服務 台北市民手冊、台北市政府觀光傳播局、pp94-97

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし



台北市康復之友協會（Taipei Mental Rehabilitation Association）の
Easy Coffee 咖啡坊善導寺店の店内の様子



私立双連康復之家の利用者の部屋の様子

平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」

分担研究報告書

「滞日外国人の精神保健医療福祉、法務省との連携に関する研究」

研究分担者 白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）
研究協力者 秋山 剛（NTT関東病院精神科）
五十嵐禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）
梅津 寛（東京都立松沢病院精神科）
三木 良子（東洋大学ライフデザイン学部）
山中 友理（摂南大学法学部）
山本 輝之（明治学院大学法学部）

研究要旨：【目的】本研究班では、課題Ⅰ 滞日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題、課題Ⅱ 諸外国の刑務所、拘置所等司法施設における精神障害者の実態・処遇に関して調査研究する。【方法】課題Ⅰ：平成21年度に引き続き、滞日外国人の精神保健・医療・福祉に取り組んでいる専門家として難民支援に取り組んでいる臨床心理士から聞き取り調査を行い、難民支援の実情と課題についてまとめた。課題Ⅱ：平成22年度は、prison mental health、jail mental healthをキーワードとして、インターネット等で資料を検索し、得られた資料を用いて、英国、アメリカ合衆国、ドイツ、フランスの現状についてまとめた。【結果と考察】課題Ⅰ：難民支援を含む、平成21年度からの聞き取り調査の結果をまとめ、課題を整理した。滞日外国人のうち、政治的、経済的に弱い立場にある人々の精神科治療に関しては、通訳、費用負担、人権擁護のあり方などについて、さらに支援を強化する必要があると考察した。課題Ⅱ 刑務所内には多くの精神障害をもつ受刑者がおり、中には精神障害に対する対応が深刻な課題となっている国があることが明らかとなった。【結論】課題Ⅰ 経済的、政治的に弱い立場に置かれた滞日外国人に対する支援を強化する必要がある。課題Ⅱ 日本においても、刑務所内における精神障害者の増加と対策が喫緊の課題となる可能性がある。

A. 研究目的

本研究班では、滞日外国人・在外邦人の精神保健・医療・福祉の実態と課題に関して調査研究を行い、法的な問題に関して法務省との今後の連携の方法を検討すること、また、諸外国において、刑務所、拘置所等司法施設における精

神障害者の実態に関する調査・研究を行い、我が国への示唆を得ることを目的として研究を行う。

平成22年度は、以下の調査を行った。

課題□ 滞日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題

日本において適用される「外国人」の定義は、法律によって若干異なる。出入国管理及び難民認定法（入管法）の適用における「外国人」は、「日本の国籍を有しない者」（第2条）と規定されている。これに対し、外国人登録法では、「日本の国籍を有しない者のうち、出入国管理及び難民認定法の規定による仮上陸の許可、寄港地上陸の許可、通過上陸の許可、乗員上陸の許可、緊急上陸の許可及び遭難による上陸の許可を受けた者以外の者」（第2条）とされている。すなわち、許可を得ず、もしくは許可された期限を越えて日本に滞在している者も外国人として規定される。

実際に、日本に滞在している外国人には、以下のような人々がいる。

(1) 「来日外国人」（英：visiting aliens）旅行者や在日米軍の兵士や関係者などの短期滞行者。

(2) 「在日外国人」（英：resident aliens）永住の在留資格等を持ち日本に定着居住している外国人（在日韓国・朝鮮人、在日中国人、在日台湾人、日系ブラジル人、在日フィリピン人、在日ペルー人等）。

(3) 不法残留者許可を得ず、もしくは許可された期限を越えて日本に滞在している者

(4) 難民（註1）

その他、中国からの帰国者なども国籍は日本でも言葉の問題などから、事実上外国人と同様の状態に置かれる場合もある。

法務省入国管理局の平成21年3月26日に発表に従えば、平成20年度における外国人入国者数は、約915万人であった。入国者数で最も多かったのは、韓国約262万5千人で、以下中国(台湾)(143万2千人)、中国121万2千人、

米国79万8千人と続いていた。

20年末現在の外国人登録者数は、221万7426人（総人口に占める割合1.74%、2007年比3.0%増）で過去最高となっている。

また、平成21年1月1日現在の不法残留者数は、11万3072人（前年比24.5%減）であった。過去最高であった平成5年5月1日現在の29万8646人から一貫して減少している。不法滞在者の21.4%が韓国人であり、毎年最も多い不法滞在外国人となっている。

難民については、国連難民高等弁務官事務所の平成20年度の調査によると、平成20年1月1日から同年12月31日までの庇護申請数は1,559名で、その内条約難民は57名、人道配慮による在留等、条約難民としては認められなかったものの、人道的見地から正式に在留許可を得た（条約難民以外の定住難民）難民が360名であった（註2）。

このように、現在日本には数多くの外国人が存在している。これらの外国人が日本に滞在中に医療を必要とする事態が生じた場合、コミュニケーション、費用弁済、生活習慣の相違から来る齟齬など、さまざまな課題が想定される。特にメンタルヘルスの領域では、精神内界で生じている主観的異常について伝えることの困難、強制的な医療が必要とされる場合があることなど、他の身体疾患とは異なる課題があることが予想される。こうしたことから、外国人のメンタルヘルスの問題に対応してきた専門家に面接調査を行い、滞日外国人のメンタルヘルスの問題について整理し、改善のための方策を探ることを目的として本研究を行った。平成22年度は、難民の支援にかかわってきた専門家から聞き取り調査を実施し、平成21年度に行

った聞き取り調査分と併せて、結果を考察した。

課題Ⅱ 諸外国の刑務所、拘置所等司法施設における精神障害者の実態・処遇に関する調査

日本では、2005(平成15)年7月10日、第156回国会において「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に関する法律」(以下、「心身喪失者医療観察法」)が可決・成立し、2005(平成17)年7月から施行された。施行後5年が過ぎ、2010(平成22)年5月の時点で指定入院医療機関は20施設、総病床数は529床となった。病床数はさらに増える見込みであり、施設の偏在などの課題はあるが、法施行は開始当初の混乱から脱しつつある感がある。平成22年3月末までの申立総件数は1702件であった。しかし、この法律によっていわゆる触法精神障害者と呼ばれる人々が全て医療観察法の下で処遇されるようになったわけではないことは言うまでもない。

犯罪白書によると、医療観察法施行前の平成16年に刑務所に新たに収容された受刑者のうち、「精神障害者」と認知された者の割合は6.2%(1984人)であった。これに対し、平成21年度は5.5%(1835人)とやや低下したものの明らかな変化とは認められない。

黒田(註)によれば、刑務所内における精神科医療の必要性がある場合の対応については「精神障害被収容者の取り扱いについて(平成8.1.5矯医局長通達)」があり、精神障害者は原則として各矯正施設の医師によって行われることになっているが、施設外の医療機関へ受刑者を連行して治療を受けさせる(「外医治療」：監獄法施行規則117条)場合もある。また、全国には4ヵ所の医療刑務所と、医療重点施設に指定され

ている6ヵ所の刑務所があり、「専門的治療処遇」を必要とする者は、これらの施設に移送されるという。

こうした通常とは異なる環境で行われる精神科医療は、さまざまな問題を抱えており、これまで、①医療職員の確保の難しさ、作業療法士、ソーシャルワーカーの導入や心理技官の増員の必要性などソフト面の問題、②建物構造や医療機器などハード面の問題、③医療水準の問題、④人格障害や性嗜好障害、薬物関連の精神障害など刑務所に特徴的な精神障害の治療や処遇に関する問題、⑤インフォームド・コンセントや強制治療などの倫理的問題、⑥医療と保安の相克、縦割り行政の弊害などの法的、制度的問題、などが含まれるという。

註)黒田治:医療刑務所における現状と問題点.触法精神障害者の処遇所収,pp154-170,信山社,2005.

また、国会審議における指摘を踏まえて、「行刑運営をめぐる調査検討委員会」が平成15年7月28日にまとめた「行刑運営をめぐる問題点の整理」によれば、日本の刑務所等行刑施設における精神医療の問題点として、

○精神科医療を行うべき精神障害を有する者を、少なからず、一般施設に収容しているのではないか。

○一般施設においては、精神や人格に障害のある者は、治療の対象とされていないのではないか。

○精神的な疾患や症状への対応のために保護棒などが多用されているのではないか。

○精神疾患を患っている被収容者を保護棒に収容する必要がある場合があるとしても、精神

科医療面での配慮が不十分ではないか。

○医療刑務所を含め、施設全般の精神科医療の向上を図るための取り組みを行うべきではないか。

といった指摘が行われていた。

医療観察法が定常的に施行された今、触法精神障害者の問題を総合的に捉える意味からも矯正施設で処遇される精神障害者の状態や処遇の実態が明らかにされる必要がある。

海外での状況を調査することによって、今後を展望する示唆を得ることが本研究班に科せられた課題である。

B. 研究方法

課題 I 滞日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題

1) 対象

滞日外国人の精神保健・医療・福祉に取り組んでいる 4 人に実態と課題などに関して聞き取り調査を行った。面接者のプロフィールは以下のである。

(1) 秋山剛氏(NTT 東日本関東病院部長、社会福祉法人東京英語いのちの電話理事長、精神科医)

秋山氏は、精神科医として臨床に携わる中で、滞日外国人のメンタルヘルスに関する電話相談や、精神科医療の供給体制を整備することに力を注いでこられた。秋山氏から、滞日外国人の精神保健について大きな役割を果たしている東京英語いのちの電話 (Tokyo English Life Line) の活動や、滞日外国人が精神医療にアクセスする上での課題について聴取することとした。

(2) David Tharp 氏(イギリス国籍、精神科医)

Tharp 氏は、日本滞在が長く、日本に滞在する外国人のメンタルヘルスの相談に多く乗ってきた。また、東京で精神療法やダンスセラピーを行う傍ら、韓国や中国、その他各国で講演や精神療法の講習会を行っている。四川大地震の時などは被災者の心的ケアのボランティア活動を行うなど日本を拠点として国際的な活動を行ってきた。Tharp 氏からは、外国人の目から見た日本の滞日外国人のメンタルヘルスへの取り組みについて聴取することとした。

(3) 梅津寛氏(東京都立松沢病院部長、精神科医)

東京都立松沢病院は、日本最大規模の精神科病院で、公立という立場から、東京都内に発生した外国人の精神障害者の入院を引き受けてきた。梅津氏は、長年同院に勤務し、滞日外国人の治療に当たってきた。梅津氏からは、外国人の精神障害者の入院治療で生じる課題について聴取することとした。

(4) 鶴川晃氏 (元 (財)アジア福祉教育財団難民事業本部 カウンセラー、臨床心理士)

鶴川氏は、在日ベトナム人のメンタルヘルスと文化を研究する傍ら、平成 19 年 10 月から平成 22 年 1 月まで、難民事業本部に心理職として勤務していた。難民のメンタルヘルス課題の現状だけでなく、日本における難民問題とその支援についても聴取することとした。

2) 方法

上記対象者に面接を行い、その概要をまとめた。なお、面接中に紹介された団体等については後日確認のための調査を行い、本論文の末尾に註として掲載した。

(倫理面への配慮)

本研究は、直接精神障害者の個人情報に触れるものではないが、聞き取り調査で事例を挙げる際には、十分留意して記述した。

課題Ⅱ 諸外国の刑務所、拘置所等司法施設における精神障害者の実態・処遇に関する調査

平成22年度は、*prison mental health*、*jail mental health* をキーワードとして、インターネット等で資料を検索し、得られた資料を用いて、英国、アメリカ合衆国、ドイツ、フランスの現状についてまとめた。

C. 結果

課題Ⅰ 滞日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題

1. 秋山剛氏への聞き取り調査 (H21年12月27日)

外国人の精神保健問題の実態について秋山氏の関与する団体を中心に聴取した。

1) 東京英語いのちの電話 (TELL)の活動

東京いのちの電話は1973年に誕生し、ほぼ同時期に TELL(註3)も東京の外国人教会によって設立された。秋山氏は82年から活動に関わり、東京英語いのちの電話の理事(1995)、1999年から理事長。TELLは2006年からNPO法人。TELLの活動などの外国人に対するサービスは、関わる人が少なく、その人が転勤するとその場所で行われてきたサービス自体も消失してしまうような、流動性の高さが特徴。こうした中で安定した運用を続けることはかなりの困難を伴う。TELLでは年間約7000件の

電話を受けているという。TELLの年間予算は約6,000万でその約半分が寄付。TELLはNPO法人だが、外国大使館からは公的な機関を思われている。大使館との連絡を密にし、諸問題は大使館との連携により解決を目指してきた。大使館を後ろ盾とすることで寄付などの外部資金を得やすくなることもメリット。国内の医療機関には、一般に外国人の診療に関して経験がある医師が少なく、大使館などから依頼されて紹介しても、本人などが納得いくような治療が行われない場合もありうる。2009年10月から東京いのちの電話クリニックを開設した。責任をもって診療に当たれる医師を発掘することが課題。現在は、そうした立場の医師との間でのみ、紹介を行うことを基本としてやっている。

2) 多文化間こころの支援協議会

多文化精神医学会(註4)の外国人支援委員会が中心となり、在住外国人を対象としたメンタルヘルスの支援団体の連携を目指した協議会を運営している。現在の委員長は阿部裕医師。秋山医師は事務局長。多文化間メンタルヘルスに関わる活動を行っている団体の、相互の理解を深め、ネットワークを広げる。設立後3年間程度は参加10程度の団体が細々と活動。トヨタ財団の資金提供で、協議会が30~40団体の参加に拡大。現在はさらに増えて50~60の団体が参加している。次回第5回の支援協議会は、多文化精神医学会に併せて2010年3月20日(土曜日)に福島で開催予定。こうしたミーティングの他、精神保健福祉法の告知文書や法律分などの翻訳(英語、タガログ語、イタリア語など)を行ったり、外国人の支援をしている医師に呼びかけ、資源の有効活用や支援のネット

ワーク形成を目指して活動を行っている。メンバーはメーリングリストで意見交換するほか、年2回ニュースレターを発信している(<http://www.jstp.net/ForeignJapan3.htm> に説明あり)。

3) 精神科医療の供給体制

通訳は、山形県に医療通訳がいるが例外。一般に首都圏などでは、カウンターパートとして期待するのは大使館。依頼することで領事館の職員を派遣してもらえる場合がある。

サービス提供は、IMHPJ(註5)が主に英語でのカウンセリングを実施してくれる。また、一般医療については、AMDA(註6)が有名。精神医療は少し遅れている。日本で精神科医療、特に入院医療を受けるためには、身分が安定している(不法滞在などではない)、医療費を支払うことができる、言葉の問題がクリアできる、などの条件が必要。現在は、保険をもたない外国人に対しては、医療機関は人道的な立場から損金覚悟で医療を提供している場合もあるのではないかと、外国への送還には、一人で帰れない場合は、プロフェッショナルエスコートを雇うこともできる。たとえば、東京インターナショナルクリニック(<http://www.tokyo-international-clinic.com>)では、病気の邦人の海外からの帰国に伴う同伴の他、看護師らが外国人に同伴して帰国させるサービスを行っている。しかし、本来、国は外国人といえども滞在する人に対して、責任を負っている。ただ送還するだけでは国際的義務に反していると考え支援することも必要ではないか。

2. David Tharp 氏への聞き取り調査 (平成 22

年 3 月 5 日)

Tharp 氏が関与したり、見聞した滞日外国人、あるいは日本滞在中の外国人のメンタルヘルスの問題について聞き取りを行った。

メンタルヘルスに対する対応は、外国人のグループごとに事情が異なる。ざっと挙げると以下の通り。1) アメリカ軍兵士とその家族の場合は、基地内に医療機関があり、必要なら本国に送還して治療を行わせている。これらの人が日本の国内の医療機関を受診することはまずない。2) 会社が広尾などの高級マンションを社宅として提供して、保険にも加入しているような、いわゆる一流企業の会社員は、一般の身体治療は日本の総合病院などの医療機関で受けることができている。これらの人たちが受ける日本の医療水準は世界各国と比べて遜色ない。しかし、精神科については、企業の医療保険では内容が分かってしまうことなどから、敬遠する人も少なからず存在する。東京でもカウンセリングオフィスはあるが、投薬治療まで行う精神科医は少ないのが現状である。まして東京でネイティブの精神科医から治療を受けるのは困難。アメリカ大使館のような大きな大使館には、大使館内に精神科医が常駐している場合がある。しかし、こうした精神科医は一般の在日アメリカ人の治療には通常関与しない。従って、一流企業の会社員の場合は、精神病状態になるような場合には、日本国内での治療は応急に止め、本国に送還することが一般的である。この際、保険がカバーしている場合には本国から医師や看護師が来日して連れて帰る役を担う。3) 学生や大学院生など留学生の場合には、大学の中に支援センターがある。また、学生同士のネットワークがある場合には、生活なども

多少は支援したりできるだろう。しかし、やはりカウンセリングや情報提供はともかく、医学的治療は十分には行えないことが多く、本格的な精神病状態になった場合などは、本国に返さざるを得ないことが多いだろう。4) JETプログラム(註7)で来日している語学講師などの中で、特に同国人が他にいない地方に滞在している外国人は、十分な相談相手もいないことが少なくないので、ホームシックを抱いたり、孤立感を深めたりすることが多い。女性の場合、セクシュアルハラスメントに悩んでいる場合があることを仄聞したことがある。アルコール依存症に陥った人に会ったこともある。JETプログラムでは、全国レベルではカウンセリングをうけるシステムは一応整っていると言われているが、それでも全員にきめ細かい対応ができるほどではない。やはり、精神病状態になった場合などは、本国に帰国させざるを得ないことが多いと考えられる。5) その他の滞在者、たとえば、欧米人でもフリーターのような人や、アジア人、中近東からの人々、アフリカ人などは医療保険に入っていないことが多く、一般の医療も含めて受診が困難な場合が少なくない。TELLは外国人向けののちの電話サービスだが、電話で話すか、せいぜいカウンセリングまでしかできなかった。IMHPJは外国人に対して、精神療法やソーシャルワークを行っている。しかし、母国語を理解するだけでなく、そのメンタリティまで理解して、対応できないといい相談援助活動はできないのではないかと。

東南アジアから来日して日本人と結婚した女性がDV被害から精神的な不調に陥ることが少なくない。こうした女性は、DVに対する自分たちの権利について知らず、十分な保護が

なされていない(註8)。新大久保にフィリピン人のためのDVの相談機関ができた。

まして、精神病になると本人の意思に反して治療が行わなければならないことが多く、そのような時には医療費の支払いや同意を行う人が見出しにくいのが現状。日本人と結婚している人は保険ももっている人が多いが、それでも日本の医療機関では十分な治療が行えないとして、本国で治療をせざるを得なくなることが少なくない。

結論として、日本では、精神病状態になったときに、医療供給についても、支払いのシステムについても、あるいは同意代理の手続きの面でも、外国人の精神病患者に対して十分な治療を行う環境がまだ整っていないとは言えない。イギリスの医療機関では、ジャワ語やヒンズー語の分かる通訳を雇っているところがあるが、日本ではそのようなところはまだ聞いたことがない。通訳にも、ある程度精神医学の知識を研修で教えておかないとあまり疎通がとれないことになる。この辺にも日本はまだ課題が残っている。

3. 梅津寛氏の聞き取り調査結果(平成22年3月13日)

主として、東京都立松沢病院におけるこれまでの外国人診療について聞き取りを行った。

松沢病院では、年間診察数は、10人ないし40人程度で推移している。主な国籍は、中国人、韓国人、サウジアラビア人、フィリピン人、アメリカ人など。アメリカ人やヨーロッパの国の人を対象になることは比較的少ない。主な対象者の日本での状況は、1)就労中、2)旅行中の短期滞在者、3)留学生、4)日本人と結

婚している家族など。旅行中の者は少ないが、一過性の幻覚妄想状態となり、皇居の堀に飛び込んだという人がいた。以前、ベトナムからの難民が来院したことがあったが、今はない。

付き添いは、友人、会社の関係者、家族や親戚が多い。本人の叔父が日本に定住していて同伴したということもあった。その他、大使館の人が同伴してくる場合もある。大使館が同伴して来るのは、サウジアラビア、タンザニア、フィリピンなどの国が比較的多く、アメリカ合衆国や中国はあまり同伴してくることはない。就労している人の中には、歌手やダンサーなど芸能関係の仕事をするを称して入国した不法就労の人が存在する。そのような場合は、会社の関係者が同伴してくることは少ない。入国管理事務所で身柄を確保した人の精神症状が悪化する場合には、入管職員が同行してくるが、その他の場合は連絡してもなかなか来ない場合があった(註9)。これらの人々は、所持金がなく、保険に未加入で、国内には身寄りもないという人が少なくない。こうした人々は、精神的不調が生じて、精神科の外来に通院することができず、悪化するまで放置され、自傷や他害の措置要件が生じ警察官に保護されて初めて、受診するという経過をたどっていることが少なくない。松沢病院はそのような人の入院の受け皿になっている。そういったこともあり、入院者の9割が措置入院となる。最初、措置の要件を満たしていないと言う理由で、入院とならなかったが、後日本格的な措置症状がでて保護され、結局は入院に至ったという事例もあった。医療保護入院の同意は、国内にいる家族しかできないので、もし医療保護入院になる場合は区長同意になることが多い。その場合、医療費の

支払いを誰が負担するかが問題となる。

医療費の支払いについては、家族も日本に居住していたり、留学生などの場合は日本で医療保険に入っていたり、旅行者の場合は旅行中の障害保険を使える人が居る。しかし、所持金もなく、保険もないという人の場合、昭和62年以前は生活保護を適用し、医療費を公費で負担していたが、最近は全国的に認められなくなっている。措置入院が多いのは、医療保護にするための同意者が得られなかったり、医療費が自分たちで工面できなかつたりといったことが影響している部分もあるかもしれない。

言葉の問題は、治療上の支障になる。精神保健診察の際は、東京都が通訳を同伴してくる。主治医が当該国人の大使館に電話して大使館員に状況を説明し、大使館員が来院する場合には通訳を依頼することがある。この他、専門の通訳ではなく、家族や同国人の友人など日本語と当該国語を解する人に通訳を依頼することも少なくない。幸い、ある程度の期間就労していた人の場合などは、英語や日本語を片言でも解する人が少なくないので、通訳を介さず本人とも何とか疎通がとれる場合がある。本人が話しに応じることができる場合、電話で通訳してくれる団体があり、こうした団体に依頼する場合もある。しかし、通訳と言っても、精神医学の知識がないことが少なくないこともあり、本人の精神内界を深く聴取することは困難な場合もある。入院が決まれば、英文の他、中国語、スペイン語、フランス語、韓国語などの告知文書が用意してあり、これを用いて説明する。しかし、細かい意思疎通は図れないので、通訳を担う人が居るときに、いろいろな連絡をすませせておくように心がける。

一般に入院当初は、精神症状が激しい人が多いが、落ち着くのも早い印象がある。その後の入院中の治療は、身振りや手振りで疎通を図る他は、日本人に治療を行う場合と比べて特別の違いはない。しかし、いきなりどこの医療機関でも対応ができるかどうかは分からない。松沢病院の職員は、外国人の精神障害者の入院治療を多数経験してきたことである程度外国人の精神障害者の対応に慣れていると言える。それだけではなく、食事の時には、職員が2名つくなど看護には負担が伴うし、日用品を購入する所持金がない人の場合、病院の持ち出しでこれらを賄うなど、公的病院だからやれているところもあるだろう。その他、イスラム教の人やベジタリアンの食事の問題がある。ラマダンのときは、昼食を抜くこととしたり、礼拝の場所を確保したりするなど、文化的、宗教的な配慮が求められる。

治療終了後は、日本で家族と暮らしている人以外は、母国に送還させる人が多い。不法滞在のために入管が身柄を確保していた人の場合、退院を通知すると入管職員が来院して同伴し、送還を行うようだが、入院後に不法滞在であることが分かった場合などは、入管は必ずしも迅速な対応をするとは限らず、何度も連絡をすることもあった。そのような中で、大使館職員や友人、あるいは母国から家族が来日して送還の同伴をすることがある。不法滞在であれ、留学生であれ、送還後の自分の身分などに強い不安を感じて、本人が母国に帰ることを渋る場合もある。病院の職員が空港まで付き添っていくことはまれである。資産家の場合、病院職員に同伴の要請があり、母国まで同道したこともあったが、きわめて例外的である。

送還する人には、紹介状を持参させるが、帰国後医療機関から返書が来ることはまれである。従って、送還後これらの人々がどのような状況にあるのかは不明である。

4. 鶴川晃氏への聞き取り調査（平成22年11月12日、19日）

1) 日本における難民のメンタルヘルス支援
難民と認定された後に、国民健康保険の加入や行政による福祉サービスが受けられることとなっている。また、財団法人アジア福祉教育財団の難民事業本部により、定住支援事業において日本語教育や日本での生活に向けてのオリエンテーション、職業斡旋などが行われ、定住後も、日本の生活になじめなく社会不適應を起した人や行政手続き、生活に関わる問題等の相談対応を行っている（註10）。この、難民事業本部の生活支援の中で、難民のメンタルヘルスについての支援も行われている。

難民事業本部は外務省の人権人道課の管轄であり、アジア福祉教育財団に難民支援の委託を行っており、生活支援チームの一員としてメンタルヘルスを専門に支援していた。具体的な活動としては、難民のメンタルヘルスの問題について、カウンセリングで十分なのか、精神科受診が必要なのかを査定した。状況に応じては、一度話を聞けば終了する場合、何度かカウンセリングを行う場合、必要に応じて精神科医療機関の紹介も行っていった。難民の人たちが初回相談に来るには、二つのパターンがある。一つは、眠れない、ずっと気分が落ち込んでいるなどこのころの問題があるかもしれない、と自ら相談に来る場合である。

もう一つは、生活支援者が家庭訪問をする際

に、様子がいつもと違う場合にメンタルヘルスの相談を受けるようにと連絡をしてくる場合である。難民支援をしているスタッフは、生活支援をしているとはいえ、ソーシャルワーカーでも医療従事者でもないためメンタルヘルスの知識はない。

一つ例をあげると、ある拷問を受けた経験のあるベトナム人が頭が痛いと言ってくるので、支援者は拷問を受けた後遺症ではないかと相談してきた。よく話を聞いてみると、頭が痛いだけでなく、ずっと元気がないとか、倦怠感があるとか朝気分が落ち込んでいるなど様々な問題がある場合が多い。

メンタルヘルス専門の役割としてはメンタルヘルスの問題がありそうな場合は、ゆっくりと話を聞いて査定をし、安心して医療機関にかかれるよう紹介状を書くことも含まれている。また、医療機関については、その言語が通用する医療機関を選択するか、もしくは通訳を手配して医療機関を紹介するところまで行う。この医療機関紹介時にも金銭的な問題があり、難民事業本部が医療費の実費を払うため、支払いの手続きなど安心して医療にかかれる状態を作ることも行っていた。場合によっては、医療機関に数回同行、自立支援医療の手続き、薬局で薬を貰うところに同行するなど一連の流れに慣れるまで支援を行った。さらに、薬局に行って薬を貰う、薬を飲む習慣がなく怠薬をする場合も多いので、薬をのんでどうだったかをすぐに確認し、その状況に応じて対応をしていた。

難民事業本部の中にある定住促進プログラムでは、日本でメンタルヘルスの問題を抱えたときにどのように対処するかなどの講座も行った。まず、風景構成法により今のこころの状

態を絵に描いてみるようなプログラムで、講座終了後に人によっては相談をしてくる場合もあった。難民の多くは日本に来るまで精神疾患の知識がほぼないが、難民になる経験によってPTSDやうつになる人もいる。しかし、それは初め体の問題として捉えられ、様々な検査をしても原因がわからないため原因不明の大病ではないかとさらに不安を重ねていく。なぜなら、自分たちの国にはそういった疾患はないし、周りの人も病気になったことがない。

ベトナム人を例にあげると、彼らの病気の対処法には一連の手続きがある。統合失調症だろうとうつ病だろうとなんだらうと眠れないとなったときには、眠りをよくするための食べ物を食べる。それが効かなければ漢方薬を飲み、それから先祖に祈り、神に祈り、寺院に行く。それでも効かなければ眠れない状況を運命として受け入れるか、西洋医学に頼るかという手順になる。日本の場合は、じゃあその病気を治しましょうという結論から入るが、ベトナム人の中では彼ら特有の儀礼手続きが大事である。そこを通過した後に納得して医療につながっていくことが日本に住んでいても、とても重要なことと考える。

2) 難民に対するメンタルヘルス支援の課題

難民の生活支援については、メンタルヘルスの問題に限らず外務省、法務省、厚生労働省の密な連携が喫緊の課題である。難民を含め外国人がメンタルヘルスの問題を抱えるということは、異国での文化適応の問題も大きいことは明らかであるが、その人たちがどのように治療を受けるかということに関しては整備がなされていない。

難民の場合は在留資格が得られるまで一般的な治療を受けることが難しい。難民として日本に来た場合、難民認定の申請が通っても在留資格がないと国民健康保険に入れず、医療では100%負担となってしまう。日本では難民認定申請には最低でも2年3か月かかるため、その期間の保障がほとんどされていない。法務省は難民認定審査を6か月で終わると努力目標を表明したが、依然6ヶ月間は医療費は100%負担のままである。一方で、外務省は難民として入国した外国人に対して、当初の4か月は一日1,500円を支給するとしている。しかし、法務省が認定審査を6か月という努力目標としたとしても、2か月は金銭的保証がない状態となる。この状況からも、厚生労働省は認定されるまでの期間に生活保護に準ずる生活費の支給をする必要があるのではないかと。そうすると、医療も受けやすくなる。一方で、メンタルヘルスの疾患に関しては厚生労働省は以下のように取り組みをしている。障害者自立支援法の自立支援医療では、重篤かつ継続な精神疾患を有していれば在留資格がなく国民健康保険に加入していなくても、住所が定まっていればこの医療制度の適応となるため、一割負担（上限制度も使える）で医療が受けられるようになっている。このように、各省がそれぞれ独自の取り組みを行ってはいるが、トータルな難民の生活支援になっていない。

また、難民が医療を受ける際の弊害も依然存在する。一つは、上記の自立支援医療を難民認定申請中の人が使えるという知識を知らない人が多いことである。以前ある県で難民を支援した際に、精神保健福祉センターの担当者ですら利用可能であることを知らなかった。各都道

府県には自立支援医療に関する規定集があり、そのQ&A集に掲載されている。それを知らない行政や医療関係者が多く、医療支援を行った際に毎回その説明が必要となってくる。この情報が周知されていない現状がある限り、支援者は疲弊しバーンアウトしていく可能性もある。

もう一つの弊害は難民に限らず、日本において外国人が精神科医療を受ける際の文化の差異や言語の問題である。日本の医療従事者は、外国人支援について関心はあるが、共通言語がないこと、医療費の未払いの可能性などが自分たちの支援を困難にしていると考えている。逆に自分たちが声をあげて医療制度の整備を訴えていこうというところにはいかない。また、ベトナム人の例で挙げたように、それぞれの文化でそれぞれの儀礼や手続き、考え方がある。最近では Cultural competence(文化的能力)の高いケアが重要であるとされていて、単にその相手の文化を理解し知識があればいいということではなく、基本的な共感性が重要であるということである。医療従事者の場合、それぞれの国の治療文化や儀礼に耳を傾けながら、一方で日本での治療の方法、その治療がなぜ必要なのか、どのような効果があるのかなどじっくりと話し合うことが大事である。ちょっとした配慮というものが外国人の医療に対しては重要である。

註

註1) 川上郁雄「越境する家族 在日ベトナム系住民の生活世界」、明石書店、2005、p38-52

日本における「難民」の法的処遇については川上が、インドシナ難民を例に以下のように整理している。

条約難民とは、人種、宗教、国政、政治的立場や意見が原因で「迫害を受けるおそれ」があるため国外へ逃れ、国籍国の保護を受けられない、受けたくない、帰国を望まない者ということである。広義の難民とは、迫害の有無を立証できなくても、生活破壊や家族に及ぶ危険に瀕して国を離れた者を表す。出稼ぎ労働者や移民との違いは、難民は迫害等の恐怖から「国を捨てる気持ちが強い」。しかし、近年では上記の要因だけでなく、経済難民も増加している状況である。

註2) 国連難民高等弁務官事務所資料、「2008年度庇護申請者数と難民」

http://www.unhcr.or.jp/ref_unhcr/higo/index.html

註3) TELL(<http://www.telljp.com/>から要約)

TELLは、Tokyo English Life Lineの略。カウンセリングやワークショップなどを通じて国内の外国人、帰国子女や一般市民に心のケアを提供するメンタルヘルスの団体。日本ののちの電話連盟のほかライフライン・インターナショナルにも加盟。対面カウンセリングセンターを1991年に開設(米国サマリタン・インスティテュートより認定)。

活動内容としては、1) 英語による電話相談 年中無休午前9時～午後11時。2) 医療機関紹介 電話相談では情報提供のみ。TELL コミュニティカウンセリングサービスからは紹介。TELL 内精神科クリニック(月に2日のみの診察)を2009年8月より開設(すでにTELL コミュニティカウンセリングサービスでのカウンセリングを受けている方のみ対象)。

3) ケア提供 外国人に対する対面カウンセリング、アセスメント、児童保護プログラム等。

4) 啓発活動 うつ、ストレス、自殺啓発活動、

「子どものためのライフライン・キャンペーン」等。5) 自助グループ Exceptional Parenting Program(発達障害などを持つ子どもの親を対象としたワークショップ) 6) 学習会 電話相談員研修、一般向けメンタルヘルス啓発ワークショップ。7) 刊行物 ストレスレス・ハンドブック、TELL Me About Tokyo、

機関誌 TELL ニュースレター(年4回発行)。

8) 講師派遣 9) 通訳 多言語(現在ポルトガル語、オランダ語、ドイツ語、スペイン語、英語、日本語)で直接カウンセリングを行うため通訳のサービスは行っていない。10) 翻訳 内部資料のみ。11) その他 TELL Wiki(ウェブ上のウィキ形式データベース)、WB-DAT(ウェブでのうつ病等のアセスメント)。

註4) 多文化間精神医学会

(<http://www.jstp.net/index.htm>から要約)

多文化間精神医学会は、海外駐在員やその家族の適応問題、帰国子女の再適応、日本国内における外国人労働者の適応問題、外国人花嫁問題、国家間・民族間の紛争、それに伴う難民問題、宗教・民族問題などを多方面から専門的に探求するために1993年7月に創立された。学会の活動としては、1) 学問・研究/啓発活動。学会とワークショップの開催。機関誌として「こころと文化」の発行。2) 地域活動 研究対象は、こころの支援を必要としている人であるため、「滞日外国人支援委員会」「在留邦人支援委員会」などの委員会が活動している。滞日外国人への診療カウンセリング機関や精神科診療を実施している医療機関のリストや、その際に必要となる英語、タガログ語、オランダ語、ポルトガル語、イタリア語、スペイン語、ドイツ語、フランス語の間診表、入院関連資料の作

成、提供。

註5) IMHPJ IMHPJ(International mental health Professionals Japan)は、日本においてインターナショナルコミュニティの人々にメンタルヘルスのサービスを提供する色々な訓練を受けた専門家の集まり。IMHPJ は免許を発行する機関ではない。1997 年に創立されて以来、IMHPJ は、インターナショナルコミュニティによりよいサービスを提供するために、サービスの質、量、または使いやすさを向上させることを目標にしている。具体的には、下記のような活動を行っている。1) 現在日本にいる、インターナショナルセラピストのリストを作っている。2) 重要な事柄や、様々な時事の問題についての、話し合いの場を提供したり、提供の為に手助けをしている。3) セラピストの、倫理的及び専門的な質の向上を、応援している。4) 会員に、継続的な教育の機会を提供する。5) 専門家同士のサポート、ネットワーク及び、日本のメンタルヘルス機関との連携を、支援している。

多言語を話せる、インターナショナルな専門家を探すことは、中々大変。たくさんあるインターナショナルコミュニティは、日々の生活に必要な情報や、法律的なことについての情報提供は行っているが、個人的な悩み、夫婦間の問題、うつ病、アディクション、その他の精神的な問題についてのサポートをしている所は、とても少ないのが現状。そういった方面の専門家や専門機関を把握し、情報提供を行うことを通じて、インターナショナルコミュニティに貢献することが、IMHPJ および IMPHJ ウェブサイトの目的。関東、関西以外の場所に住まわれている方々には、電話でのカウンセリングサービ

スの提供もしている。IMHPJ の構成メンバー。精神科医、臨床心理士、臨床心理学者(臨床心理学博士)、ソーシャルワーカー(医療と社会福祉)、教育心理学者、臨床心理士、児童心理学者、家族療法セラピスト、とアソシエイトメンバー。アソシエイトメンバーには、メンタルヘルスの通訳、EAP コーディネーター、メンタルヘルスサービスのコーディネーターや、大学教授がいる。IMHPJ のメンバーの国籍はアメリカ合衆国、イギリス、オーストラリア、ドイツ、ポーランド、オランダ、そして日本。話せる言語は、英語、日本語、ポーランド語、オランダ語、ドイツ語、フランス語にスペイン語。現在メンバーは、東京、大阪、兵庫、神奈川、埼玉、高知、滋賀、長野の8つの都道府県に存在。(http://www.imhpj.org/jp/index.html から要約)

註6) AMDA AMDA とは、The Association of Medical Doctors of Asia (設立時の名称：アジア医師連絡協議会) の頭文字をとったもの。相互扶助の精神に基づき、災害や紛争発生時、医療・保健衛生分野を中心に緊急人道支援活動を展開。世界30カ国にある支部のネットワークを活かし、多国籍医師団を結成して実施している。1984年に設立、本部は岡山市。2001年8月30日、岡山県より「特定非営利活動法人」格を取得。1995年に、国連経済社会理事会(UNECOSOC)より「特殊協議資格」を、2006年に「総合協議資格」を取得。AMD A の国際人道支援活動は「人道援助の三原則」(誰でも他人の役に立ちたい気持ちがある、この気持ちの前には、国境、民族、宗教、文化等の壁はない、援助を受ける側にもプライドがある)を活動成功の鍵としている。主な活動としては、1) 緊

急救援活動 災害等の発生後あるいは紛争による難民発生後、いち早く現地に駆けつけ、医療支援の届きにくい地域や難民キャンプにおいて、被災者や難民を対象に保健医療活動を行います。災害等の発生後あるいは紛争による難民発生後、現地に駆けつけ、医療支援の届きにくい地域や難民キャンプにおいて、被災者や難民を対象に保健医療活動を行う。2) インドネシアスマトラ沖地震・津波などの復興支援プロジェクトの実施。3) 災害訓練やセミナー、4) 各種公開講座など。国内向けの活動としては、AMDA 国際医療情報センターが、1) 滞日外国人に母国語による医療情報を電話にて提供し、基本的人権に基づいた生活を送ることが出来るよう、その一助となること、2) 外国人患者受け入れに悩む日本の医療機関に外国人の医療に関する情報を提供し、スムーズな受け入れを支援すること、を目標として、1991年4月に設立されている。外国人患者や受け入れ機関で利用する各種対訳書を出版、販売も行っている(たとえば、16ヶ国語対応診察補助表、9ヶ国語対応服薬指導の本、7ヶ国語対応外国人患者のための入院ガイドなど)。(http://amda.or.jp/から一部抜粋、要約)

註7) JET プログラム

「語学指導等を行う外国青年招致事業」(The Japan Exchange and Teaching Programme)の略称。地方公共団体が総務省、外務省、文部科学省及び財団法人自治体国際化協会(CLAIR)の協力の下に実施している。このプログラムは、外国語教育の充実と地域レベルの国際交流の進展を図ることを通し、わが国と諸外国との相互理解の増進とわが国の地域の国際化の推進に資することを目的として、昭和62年度に開始さ

れた。平成21年度で開始以来23年目を迎え、招致国は4か国から36か国に、参加者も848人から4,436人へと、事業は大きく発展している。

参加者の職種は、小学校・中学校や高等学校で語学指導に従事する外国語指導助手(ALT)、地域において国際交流活動に従事する国際交流員(CIR)及び地域においてスポーツを通じた国際交流活動に従事するスポーツ国際交流員(SEA)。いずれも各地の地方公共団体等に配置され、参加者の活動の舞台は、大都市から地方の中小都市や農村漁村に至るまで、文字通り全国津々浦々に及んでいる。JETプログラムは、国内はもとより、世界各国からも大規模な国際的人的交流として高く評価されており、このプログラムにかかわるわが国の各地域の人々と参加者が国際的なネットワークをつくり、国際社会において豊かな成果を实らせることが期待されている。

(http://www.jetprogramme.org から要約)

註8) フィリピン女性殺害事件

2008年05月20日 岩手日報記事

同居の男を殺人罪で追起訴 比人遺体切断、東京地検

東京・台場のフィリピン人女性遺体切断事件で、東京地検は20日、殺人罪で女性と同居していた無職野崎浩容疑者(48)＝死体損壊・遺棄罪で起訴＝を追起訴した。

起訴状によると、野崎被告は4月3日午後4時15分ごろ、東京都港区台場の自宅マンションで、飲食店従業員カミオオサワ・ハニーフィット・ラティリアさん(22)の首を両手で絞め殺害した。野崎被告は2000年にも埼玉県草加市に住む飲食店従業員のフィリピン人女性＝当

時(27) = の遺体を切断し捨てたとして埼玉県警に逮捕され、死体損壊・遺棄罪などで懲役3年6月の実刑判決を受け、服役した。当時、死因は特定できなかった。警視庁東京湾岸署捜査本部は、この女性が死亡した経緯についても慎重に捜査する。

註9) 出入国管理及び難民認定法 (刑事訴訟法の特例) 第65条 司法警察員は、第七十条の罪に係る被疑者を逮捕し、若しくは受け取り、又はこれらの罪に係る現行犯人を受け取った場合には、収容令書が発付され、且つ、その者が他に罪を犯した嫌疑のないときに限り、刑事訴訟法(昭和二十三年法律第百三十一号) 第二百三条(同法第二百一条及び第二百六条の規定により準用する場合を含む。)の規定にかかわらず、書類及び証拠物とともに、当該被疑者を入国警備官に引き渡すことができる。

2 前項の場合には、被疑者が身体を拘束された時から四十八時間以内に、当該被疑者を引き渡す手続をしなければならない。

註10) 財団法人日本アジア福祉教育財団難民事業本部「難民事業本部の事業」

<http://www.rhq.gr.jp/japanese/profile/business.htm>

課題II 諸外国の刑務所、拘置所等司法施設における精神障害者の実態・処遇に関する調査

1. キーワード検索の結果

prison mental health、jail mental health で検索したところ、ヒット数は、それぞれ16,100,000件、8,380,000件であった。この中から、国名を尽かしたりして条件を絞り、本研究に関する情報を探索した。

2. 英国の状況

情報を探索した結果、最も包括的に英国にお

ける行刑施設内の受刑者の精神保健の状況について記載していると考えられた以下の文献に基づいて、実情と課題をまとめた。

The Saintsbury Center for Mental Health :

London's prison mental health services: A review.

1) 受刑者に占める精神障害者の比率

受刑者数は、1990年代中頃の約50,000人から2006年には75,661人に増加した(The National Offender Management Service, NOMS,2006)。受刑者の約70%が複数の精神保健上の問題を抱えており、刑務所内で死亡する受刑者のかなりの者が急性の精神症状のため入院歴を有しているとの報告がある(Prison Reform Trust, 2005)。

受刑者における精神障害の罹患率については、Office of National Statistics(ONS)の統計調査(Singleton et al,1998)がしばしば引用されている。この調査結果によると、非常に多くの受刑者が精神病、神経症、人格障害、あるいは物質常用問題を抱えている。それぞれの比率は以下のようであった(括弧内は一般の就労人口における比率、Singleton et Al, 2001)。

精神病 6%~13% (0.4%)

人格障害 50%~78% (3.4~5.4%)

神経症 40%~76% (17.3%)

薬物依存 34%~52% (4.2%)

アルコール依存症 19%~30% (8.1%)

約7割の受刑者においては複数の精神障害を持つことが示されている。過去12ヶ月間に自殺を企図した者は、男性受刑者の7%から、未決の女性の27%まで及んでいる。今回の刑期における自傷行為も男性5%、女性10%と

なっている。入所後 1 週間以内に自殺を図る者が多くなっている。

2) 対応の指針

The National Service Framework for Mental Health が提案する改善のための方策は、以下の通り。

- * 精神保健に関する啓発、情報提供
- * プライマリーケアと施設内でのサービス利用促進
- * 重症精神障害への効果的なケア
- * 精神保健をになう職員の資質向上
- * 自殺予防

具体的なサービスとしては、

- * 精神保健に関する啓発、情報提供
- * プライマリーケア
- * 施設内でのサービス
- * デイケア
- * 入院治療
- * 精神保健法の施設への移送と治療継続などがある。

(1) Mental health inreach チームとプライマリーケア

英国の多くの刑務所では、現在施設内において mental health inreach team が稼働している。mental health inreach team は最近の改革で誕生した新しい専門家チームの一つである。

その役割としては、

- * 受刑者の居室への訪問によるサービス
- * 重症かつ継続的な精神疾患を中心にケア
- * 地域での精神保健チームがモデル
- * プライマリーケアに当たる職員へのリエゾン

ン活動と支援

- * 刑務所職員に対する精神保健の知識の啓発
- * エビデンスに基づく介入(例：認知行動療法)

* 地域ケアに準じた多職種によるチーム
ちなみに、チームの構成として以下のような配置が推奨されている(常勤換算)。

- 指導精神科医 0.5 人
- 指導精神療法家 0.5 人
- 常勤医師 0.5 人
- 臨床心理士 0.5 人
- 精神保健を専門とする看護師 3.0 人
- 作業療法士 1.0 人
- 作業療法士の補助者 2.0 人
- インストラクター 1.2 人
- ソーシャルワーカー 0.5 人
- カウンセラー 0.5 人
- レクワーカー 0.5 人
- 言語療法士 0.5 人

ロンドンの刑務所におけるプライマリーケアは、刑務所に勤務する医師、代理医師(locum)、地域の GP によって行われている。また、刑務所に勤務する看護師がプライマリーケアのかなりの部分を担っている。

課題として指摘されているのは以下のようなことである。

- * 依頼の頻度が高いこと
- * 受刑者から既往歴を得ることが困難
- * 治療同意を得ることの困難
- * 健康に関する関心の低さと健康破壊的行動
- * 臨床情報の乏しさ、支援組織の脆弱
- * 職員が足りないこと
- * サービス計画が不十分

(2) 刑務所内の入院施設

ロンドンの刑務所には、入院病床部門を含む24時間体制の治療施設がある。その多くは、精神疾患の治療のために用いられる傾向がある。その多くは、自傷患者である。病床の利用は最大2日間であるので、病床の回転は非常に速い。刑務所内では、精神保健法が適応されないため、強制治療は行うことができない。従って、治療を拒否するような重症の患者の場合は、精神保健法の施設への移送が検討される。

(3) デイケア

多くの刑務所では作業療法士などがデイケアプログラムを行っている。しかし、刑務所内での制約から地域と同様には実施できないことがある。

(4) 精神保健法内施設への移送

精神保健法内施設へのダイバージョン処遇が、治療や再犯予防に効果的であるといわれているが、財政難もあり十分な対応がとられていない。そこで、拘禁者に対し、精神保健法内施設での治療を確保することが代替策として考えられる。しかし、中程度のセキュリティ管理ができる施設が不足しているのが現状であり、現在刑務所内施設で治療されている人の40%は、移送すべきだとの推計もある。

司法精神医学の研修を受け、行刑施設での経験もある精神科医が移送を依頼しても、精神保健法内施設において再びアセスメントが行われるなどの事情で、移送には時間を要することが通常のようなものである。

2. その他の国の現状と課題

以下、簡単に主要国の制度について素描しておく。

(1) アメリカ合衆国 アメリカ合衆国では、英国以上に刑務所内における精神障害者の処遇問題が深刻化している。アメリカの司法省から出された“Mental Health Problems of Prisons and Jail Inmates” <www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/mhppji.htm> (2006) によると、アメリカでは公衆衛生のシステムから行刑施設において、精神障害者や薬物依存症者を收容する傾向が強まっているとしている(criminalizationの深刻化)。

この傾向は、州立精神病院のベッド数の減少と対照をなすことから、trans-institutionalizationといわれることがある。

統計によると、受刑者のうち100万人(8%)が重症の精神障害者で占められているという。

テキサス州の刑務所の受刑者の精神科歴を検索したところ、37%が州立精神病院で治療を受けた既往があるというデータもある。

さらに、受刑者のうち、何らかの精神保健上の問題をもつ者の比率は半数を超えるという報告もなされている。この中には、犯罪時点で精神障害があった者のほかに、受刑中に精神障害を発症した者も含まれている。その背景には、刑務所の処遇の問題が指摘されている。

アメリカでは、刑務所内で地域の精神保健スタッフの協力を得て、ヘロインなどの薬物治療を行うことが効果的であることが検証される一方で、重症の精神障害者は刑務所内で処遇するよりは精神保健法内施設で治療する方がコストがかからない、といった意見が多くなっている。

2) ドイツ ドイツに関しては、摂南大学の山中友理氏から情報を得た。

ドイツのベルリン州の行刑施設については、<http://www.berlin.de/sen/justiz/justizvollzug/> で閲覧することができる。

例えば、ベルリン州においては、Justizkrankenhaus Berlin (略称：JVK Berlin) においてベルリン州のすべての刑事施設の受刑者の通院外来治療に対応している。精神科のみならず内科などの他の専門科もあるという。

また、同施設は計 122 床の病床を有し、入院治療にも対応している。そのうち、42 床は、精神科・心理療法部門 (略称：APP) となっており、あらゆる精神疾患に対応しているという。ちなみに、残りの 80 床は、内科病床である。内科 I は 50 床で、そのうち 20 床は、術前、術後に対応しているという。こちらの病棟は、感染症 (HIV や肝炎) の患者や、合併症を伴う薬物中毒患者、心臓・循環器系疾患の患者に特化した病棟のようである。内科 II は、30 床で、慢性疾患、代謝疾患、呼吸器疾患 (主に結核) に特化した病棟である。

<http://www.berlin.de/sen/justiz/justizvollzug/jvk/>

ノルトライン・ウェストファレン州における医療刑務所 JVK Nordrhein-Westfalen in Fröndenberg (<http://www.jvk.nrw.de/Krankenhaus/index.php>) では、ノルトライン・ウェストファレン州の約 18,500 名の受刑者の医療に携わっている。2006 年 3 月 1 日より、Station 5A において、max. 30 床の精神科部門がオープンした。

<http://www.jvk.nrw.de/Krankenhaus/Medizin/psyc/ho/index.php>

この施設の対象者は、男子のみで、診断と危機介入を主に行い、滞在は、6 週間以内に限定しているようである。診断名は、「重度」の統合失調症・感情障害・不安障害・依存症に限定し、人格障害者は除外されている。対象者は、治療後は、元の刑事施設に移送される。さらに、自殺企画のある者にも対応している。治療は、薬物療法と心理療法が主体と考えられる。

バーデン・ヴュルテンベルグ州の JVK Hohenasberg

<http://www.jvkh-hohenasperg.de/servlet/PB/menu/1158122/index.html?ROOT=1158122>

この施設は、バーデン・ヴュルテンベルグ州の医療刑務所になるが、拘置所内で発症した者にも対応している。この施設にも 96 床からなる精神科・心療科・神経科がある。医師、看護師、患者の比率は 1:1:7。さらに 4 人の心理士がいる。

すべての精神疾患と依存性中毒の急性期に対応する部門 (2 部門) があるが、神経科の患者用のベッドはない。つづいて、急性期に対応できる能力を身につけさせることを目的とする慢性精神病患者用の部門 (1 部門) があり、認知行動療法やエルゴセラピーなどを施している。さらに、1 年間に限定した禁絶部門 (1 部門) もあるようである。個人療法、(適応) グループ療法、エルゴセラピー、作業療法、スポーツ療法、行動療法を通して、薬物依存や、その影響による人格障害を取り除くように努めている。すべての部門において、医師、心理士、看護師、ソーシャルワーカー、エルゴセラピスト、理学療法士、行動 (運動) 療法士からなる多職種チームで治療にあたっている。

実際の行刑に関する細かい規則が記載され