

(2) 触法精神障害者の逮捕前ダイバージョン

①精神保健法によるダイバージョン・プログラム

(a)ブリティッシュ・コロンビア州の精神保健法によるダイバージョン・プログラム

カナダは、10の州(プロヴィンス)と3つの準州(テリトリー)の計13州からなる連邦国家であり、その連邦制という国家的性質により、カナダにおける警察の管轄権については、州警察が存在するオンタリオ州とケベック州については州警察が管轄を有することとなる。そして、州警察は存在しないが、市警察が存在する区域においては、市警察が警察業務を行う権限を有し、そして州警察も市警察も存在しない区域においては、契約に基づいて、カナダ連邦警察である王立カナダ騎馬警察(Royal Canadian Mounted Police)が警察業務を行うこととなる。そのため、この王立カナダ騎馬警察は、オンタリオ州とケベック州を除く8州と3つの準州の190以上の市町村、184のアボリジニーのコミュニティ、3つの国際空港を管轄としている状況にある。³⁰

そのうち、ブリティッシュ・コロンビア州バンクーバー市警察が、触法精神障害者のダイバージョンを行う第1の方策としては、ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法(British Columbia Mental Health Act)に基づく対応が存在する。この精神障害者を処遇し、保護し、公衆を保護するための立法は、ブリティッシュ・コロンビア州に限らず、すべてのカナダの州及び準州に存在するのであるが、ブリティッシュ・コロンビア州における精神保健法について述べると、それは1964年に制定されており、その後、幾度かの改正を経て、現在に至っている。³¹

具体的には、ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法28条1項は、警察官は、自他の安全に危険を与える方法で行動している精神障害者を発見した場合においては、即座にその者を診断のために、令状なくして身柄拘束を行い、病院や地域社会の内科医への移送を行うことができることを規定している。本項における精神障害者の発見は、公共の場であることもあれば、犯罪を行ったことにより留置所における場合もある。後者の場合においては、後述する逮捕後ダイバージョンとして精神保健法が適用されることとなる。また、警察官による直接的な観察による発見ばかりでなく、市民による通報、保健専門家や家族構成員からの援助要請による場合もあるが、いずれにおいても法28条1項に該当するかどうかの判断は、警察官の心証のみで足り、医学的根拠は必要とされない。また、この法28条1項に該当する精神障害者は、犯罪を行っていることを必要条件としていないことにも注意を要する。³²

警察官による法28条1項による身柄拘束が行われた後は、警察官は触法精神障害者と共に病院へ行き、内科医の診断を求める。その内科医によって指定施設への移送を認める診断書が発行されたならば、触法精神障害者は指定施設へと移送され、そこで最大48時間以内の治療を行うことが可能となる。さらに、2人目の内科医の診断により、触法精神障害者の更なる拘禁が必要であるとの診断書が発行されたならば、触法精神障害者の更なる強制的拘禁が可能となる。³³

すなわち、法28条1項における警察官の主な役割は、第1に、自他の安全に危険を与える方法で行動している精神障害者を発見し、法28条1項に該当するかどうかの判断を行うこと、第2に、内科医による診断などを行うにあたって、身柄被拘束者の逃走を防止し、医療スタッフの安全を守ることとされている。

この点、とりわけ第1の警察官の職務につき、様々な検討すべき課題が生じているとされているとされており、それは警察官の法28条1項に該当するかどうかの判断能力の問題、すなわち警察官が精神障害に関する適切な知識を有しているかということである。そのため、ブリティッシュ・コロンビア州の一部の地域においては、警察官は選別ガイドに従って、法28条1項に該当するかの判断を行っており、例えばそのような選別ガイドとしては、ブリティッシュ・コロンビア州警察署長協会の精神保健委員会(Mental Health Committee of the B.C. Association of Chiefs of Police)による警察選別ガイド、王立カナダ騎馬警察による精神保健事案・危機優先順位評価尺度(Mental Health Occurrence and Crisis

³⁰ <http://www.rcmp-grc.gc.ca/about-ausujet/index-eng.htm> 参照。

³¹ British Columbia Ministry of Health, *Guide to the Mental Health Act*. 2005 edition, British Columbia Ministry of Health, 2005, p.1.

³² British Columbia Mental Health Act §28(1), British Columbia Ministry of Health, *ibid.*, pp.13-15.

³³ British Columbia Ministry of Health, *ibid.*, p.107.

Triage Rating Scale)、カナダ警察署長協会(Canadian Association of Chiefs of Police: CACP)による選別ガイドなどが存在する。また、法の要請ではないものの、警察官が内科医に渡すために、その精神障害者に関する情報についての報告書を作成している地域もあり、それは内科医の迅速な判断、ひいては精神障害者の身柄拘束の軽減に資するものであるとされている。³⁴

② 精神保健法以外によるダイバージョン・プログラム

ブリティッシュ・コロンビア州やその他の州における精神保健法によるダイバージョンでは、触法精神障害者は診断によっては、最終的には州の精神保健施設への入院が決定されることもあるのであるが、それ以外による触法精神障害者のダイバージョンとしては、警察官が触法精神障害者についての専門チームを編成することで、社会福祉施設への迅速な引渡しが行われている。すなわち、この警察段階でのダイバージョンにおいては、触法精神障害者を逮捕するか否かの決定は、犯罪の重大性、当該触法精神障害者が警察に認識されているか、自傷他害の危険性といった多様な要素に基づくこととなり、このうち犯罪の重大性が、警察官がダイバージョンの選択肢を決定する重要な要素となる。そして、この判断を行うにあたっては、概して、警察官によるチーム編成タイプと、警察官とその他の専門家との協働編成タイプとに分けられて、ダイバージョンが行われているものと考えられる。

(a) 警察官を基盤としたモデル

(i) 危機介入チームモデル(Crisis Intervention Team model)

まず、警察官を基盤としたタイプとしては、まず第1に、危機介入チーム(Crisis Intervention Team: CIT)モデルがある。このモデルを2005年から採用している王立カナダ騎馬警察ブリティッシュ・コロンビア州ロウアー・メインランド局(RCMP Lower Mainland Division)では、まず、触法精神障害者についての問題状況に対応する警察官が任命され、その任命された警察官に加えて、触法精神障害者の最初の対応者となり得る、通信司令官、緊急救急部隊などを含む40時間にわたる特別訓練が行われる。その訓練後、当該警察官は、触法精神障害者のダイバージョンを行い、地域社会における社会福祉機関との橋渡しを行うのである。任命された警察官は、通常は交通パトロール等の任務を行っているのであるが、触法精神障害者の事件が発生したならば、現場に駆けつけ、精神障害の存否を判断し、適切と思われる社会福祉機関との連絡等の任務を行う。

このモデルは、警察官が触法精神障害者のプログラムを行うことから、危険性の多い地域や社会福祉機関があまり存在せず、またはそれが実践的でない地域において適切であるとされているが、カナダにおいては一般的に普及しているモデルとはされていないようである。このモデルを採用している他州の地域としては、オンタリオ州チャタムケント、アルバータ州カムローズ、ニューブランズウィック州チャタムなどの警察局が挙げられる。³⁵

なお、ここにおいて、オンタリオ州チャタムケントにおけるCITモデルの事例を採り上げると、それはヘルプチーム(HELP Team)と呼ばれており、具体的には、ヘルプチームは、カナダ精神保健協会と提携を結び、4日間にわたる補助訓練を受けて選別されたチャタムケント警察局の警察官によるチームである。ヘルプチームは毎日24時間、触法精神障害者の危機に介入するために稼働することが可能であり、このヘルプチームのアセスメントにより、触法精神障害者を適切な精神保健サービスへと委託することを行っている。触法精神障害者の精神保健サービスへの委託は、当該サービス機関との間のプロトコルが存在するため、スムーズな運用を行うことができる。なお、ヘルプチームの警察官を選別するにあたっての訓練においては、カナダ精神保健協会による精神保健危機に対する安全かつ事前抑止的な手法、精神保健に関する一般的知識、医薬投与に関する知識、また武力を用いることなく、危機的状況を鎮静化させる試みが展開されている。

ヘルプチームの積極的効果については、危機介入にあたって、ヘルプチームの警察官が触法精神障害

³⁴ British Columbia Ministry of Health, *ibid.*, pp.89-90, Cotton, D. and Terry G.C., *op.cit.*, p.9.

³⁵ Livingston, J.D., Camia, W., Nancy, H. and Simon Verdun-Jones, *op.cit.*, p.14, Cotton, D. and Terry G.C., *op.cit.*, p.11, Hall, N. and Camia, W., *op.cit.*, 13.

者にどのような医薬を使用しているのかを尋ね、その医薬の副作用について会話を行うことで、警察官が精神保健に関して理解を示していることを触法精神障害者に伝達することだけでも、その者の再犯に十分な効果を与えることができるとしている。このチャタムケントにおけるヘルプチームの取組みは、チームスタッフ、サービス利用者とその家族、看護師、包括型地域社会処遇チームメンバーにおいて満足度が高いという調査結果が出ており、そこにおいては、チームスタッフは他の警察官よりも触法精神障害者を支援することが可能であるとの意識があることも示されているようである。³⁶

(ii) 精神保健連絡官モデル(mental health liaison officer model)

警察官を基盤としたタイプの第2としては、一部の警察サービスにおいては、任命された警察官が精神保健連絡官として、警察部隊と地域社会の精神保健サービスの間のコーディネートをを行っている。精神保健連絡官は、サービス要請に直接的に対応し、触法精神障害者の最初の対応者となる場合となるか、あるいは通常の警察官が対応した後に、その警察官を支援するために機能する場合もある。いずれの場合においても、精神保健連絡官は、触法精神障害者を刑事司法制度からダイバートさせ、触法精神障害者のためのケース・マネージメントサービスを提供し、適切な社会福祉制度機関へと委託するために、警察制度と社会福祉制度を仲介する役目を果たす警察官であるといえる。

精神保健連絡官は、地域社会における精神保健委員を務めていることもあり、例えばオンタリオ州レノックスとアディントンカウンティにおける精神保健連絡官は、その地域における精神保健委員会にて密接な活動を行っており、地域社会における精神保健サービスとの良好な関係性を築いている。さらには、精神保健連絡官は他の警察官に対する触法精神障害者についての教育を行うこともあり、警察署全体の触法精神障害者に対する知識の向上に努める役割も果たしている。

なお、この精神保健連絡官モデルは、上述の CIT モデルと類似しているが、精神保健連絡官は、警察制度と社会福祉制度を仲介することを専門的任務としているのに対し、CIT モデルにおける警察官は、通常の任務を行いながら触法精神障害者への対応を行っている点に大きな相違点があると考えられる。この他にも、このモデルを採用している地域は、ブリティッシュ・コロンビア州リッチモンド王立騎馬警察、オンタリオ州トロント警察、オンタリオ州キングストン警察、アルバータ州レスブリッジ警察などである。³⁷

(iii) 連続的対応モデル(Sequential Response model)

警察官を基盤としたタイプの第3としては、連続的対応モデル(Sequential Response model)である。このモデルは、地域社会の社会福祉機関サービスは利用可能であるが、警察官の稼働できる人員の関係で CIT モデルを採用できない地域に利用されているといわれている。具体的には、警察署と地域社会の社会福祉機関との合意により、精神障害があると疑われる者を社会福祉機関に送致し、そこで精神障害の存否について評価し、精神障害を有する場合には、適切な機関への引渡しが行われるというモデルである。これは、主に他州であるケベック州モンリオール警察署にて採用されており、「ハンド・オフ」プロセス(hand-off process)とも呼ばれている。³⁸

(b)警察官とその他の専門家による協働編成モデル

(i) カー87プログラムモデル(Car 87 program model)

一方、警察官とその他の専門家との共同編成タイプの第1としては、バンクーバー市における触法精神障害者に対応する専門の警察チームである、カー87(Car 87)が存在する。カー87は、私服のバンクーバー市警察署職員2人、看護師、精神保健福祉士で構成されるチームによる精神保健パトカーの名称である。具体的には、カー87プログラムは、バンクーバー警察局とバンクーバー沿岸保健局(Vancouver

³⁶ "Partnering with Police", *Network*, Vol.20, No.3, 2005, p.17.

³⁷ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, *Police & Mental Health A Critical Review of Joint Police/Mental Health Collaborations in Ontario*. Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, 2011,p.36.

³⁸ Cotton,D.and Terry G.C.,*ibid.*,p.11-12.

Coastal Health Authority)における精神保健緊急サービス(Mental Health Emergency Services: MHES)との間のパートナーシップによるものであり、それは1984年に実験的に開始され、1987年に公式化されたのであり、約30年に渡ってバンクーバー市の触法精神障害者の対応を行っている専門チームなのである。

カー87は、毎日1日当たり20時間稼働しており、触法精神障害者を発見するための市内のパトロールや、通報があった場合における訪問を行っており、その際のカー87における看護師、精神保健福祉士のアドバイスは、警察官が触法精神障害者の行動を評価し、最も適切な行動を決定する上で重要な役割を果たしている。場合によっては、カー87のチームは精神科医等の評価や証明を求めることがある。

通報があった場合における電話対応を行うのはMHESの看護師であり、危機対応電話ラインとして、看護師が危機対応の指示者として活躍し、依頼者の適切な資源に関する情報を提供している。その際に、電話による指示のみで対応可能な事案であるか、あるいは、カー87や救急隊などを出動させることが必要な事案であるかを判断する司令塔の役割も果たしているのである。このようなカー87は、触法精神障害者を逮捕前に刑事司法制度からダイバートさせることで、社会福祉制度との橋渡しを迅速に行っていることに加えて、精神障害者を伴う事件に関与している他の警察職員に対しても情報やアドバイスを与えているのであり、現在においては、バンクーバー市における触法精神障害者への対応において必要不可欠な存在となっている状況にある。同じくブリティッシュ・コロンビア州サーリーでは、カー67(Car67)として同様のモデルを採用しており、また他州では、オンタリオ州ハミルトン、オタワ、トロントにて実践されている。³⁹

また、同じくブリティッシュ・コロンビア州ヴィクトリア市においては、統合現場出動危機対応チーム(Integrated Mobile Crisis Response Team: IMCRT)が存在し、カー87モデルを採用している。このチームは、1990年に結成されたものであり、ヴィクトリア市警察、メンタルヘルス・アウトリーチサービス、バンクーバー島健康保健当局による学際的な危機対応チームである。このチームは、2004年に提携の拡大等のサービスの刷新が行われた結果、私服の警察官、内科医、看護師、ソーシャルワーカー、心理学関係の専門家、児童・青少年の専門家から構成されるチームとなり、すべての年齢の精神保健・中毒問題を抱えた者に対する緊急対応サービスへと発展した。サービス要請は、クライシス・ラインを通じて行われ、このクライシス・ラインは、バンクーバー島健康保健当局が対応を行う。クライシス・ラインは毎日24時間対応が可能であるが、統合現場出動危機対応チームの稼働時間は、毎日午後1時から深夜までとなり、それ以外の時間帯の危機対応については、とりあえず、電話による介入が行われることとなる。⁴⁰

ブリティッシュ・コロンビア州サーニッチ警察は、この統合現場出動危機対応チームを採用しており、チームは、2人の精神科看護師、2人の私服警察官、2人の心理学の専門家、2人の児童・青少年の専門家の職員で構成される。チームは、病院への入院によるダイバージョンの選択肢を減少させ、地域社会のサービス提供者と連携を図り、地域社会内の危機対応サービスへの要求を満たすことを目的としている。

さらに、オンタリオ州ハミルトンでは、現場出動危機対応・支援チーム(Crisis Outreach and Support Team: COAST)が、カー87モデルを採用している。ハミルトンのCOASTは、1997年にプログラムが開始され、午前8時から翌日の午前1時まで稼働している。

COASTは、警察官(警察官は場合によっては私服)、ソーシャルワーカー、看護師、精神保健ワーカー、作業療法士による精神障害者の精神保健危機対応を行う協働チームである。このうち、ソーシャルワーカー、看護師、精神保健ワーカー、作業療法士が、通報の最初の対応者として電話対応をまず行う。そして、必要とあれば、COASTは現場に出動し、現場に到着すると、触法精神障害者のリスク・アセスメントと精神障害の有無の検討を行い、アセスメントが完了すると、精神危機状況を緩和化させるた

³⁹ Livingston, J.D., Camia, W., Nancy, H. and Simon Verdun-Jones, *ibid.*, p.29, Adelman, J., *op.cit.*, p.11, Hall, N. and Camia, W., *ibid.*, p.11.

⁴⁰ British Columbia Schizophrenia Society, *Police Intervention in Emergency Psychiatric care A Blueprint For Change*. British Columbia Schizophrenia Society, 2006, pp.33-34.

めの計画が展開され、適切にフォローアップを行う施設へと送致する。仮に触法精神障害者が安全な状況にマネージメントすることができない場合には、COASTが再度のアセスメントのために病院へと連れて行くこととなる。⁴¹ この点につき、2002年の報告書によると、COSTはアセスメントのための病院での待機時間を平均して約30分減少させることができたとしている。⁴²

ハミルトンCOASTの2005年から2006年までの稼働回数は1,414回であり、9,012回は電話での介入であり、3,812回は家族との電話での介入であったとのことである。また、プログラムの開始初年度においては、警察がアセスメント等のために病院へ出動する件数を17%減少させたとのことである。⁴³

なお、ハミルトンのCOASTのバンクーバーのカー87と異なる点は、通報の最初の対応者である電話対応を行う者が、カー87の場合は看護師であるのに対して、ハミルトンのCOAST場合は、看護師の他に、ソーシャルワーカー、精神保健ワーカー、作業療法士であるということである。

また、ノバスコシア州ハリファックスでは、精神保健現場出動危機対応チーム(Mental Health Mobile Crisis Team: MHMCT)が存在し、緊急状態の危険性を有しておらず、病院基盤のサービスではない、地域社会の有効な支援サービスを求めている触法精神障害者のダイバージョンを行っている。MHMCTは、キャピタル・ヘルス、IWKヘルスセンター、ハリファックス地域警察、ノバスコシア保健局のパートナーシップの下で、任命された警察官と精神保健の専門家がチーム編成を行っている。任命された警察官は、私服で活動し、警察のマークの入っていない車で移動を行う。サービス要請への対応は、キャピタル・ヘルスが行い、チームの出動の必要性等を判断する。サービス要請への電話対応は、毎日24時間行っているが、チームの稼働時間は午後1時から午前1時までであり、それ以外の時間帯は電話対応となる。チームは、必要とあれば、短期間の危機マネージメントも行っており、その場合はキャピタル・ヘルスが行っている精神保健短期滞在ユニットへ送致する。ここにおいては、72時間までの滞在が可能であり、精神科医、精神科看護師、ソーシャルワーカー等の多機関連携のチームワークによるアセスメント、処遇プランの展開を行っている。2003年におけるMHMCTに対するサービス要請は1,081件であり、そのうち20%~25%は青少年関連の要請であるとのことである。

(ii) 現場出動危機対応チームモデル(Mobile Crisis Team model)

警察官とその他の専門家との共同編成タイプの第2としては、現場出動危機対応チーム(Mobile Crisis Team: MCT)がある。このプログラムは、精神障害者を取り扱う専門の警察官、ソーシャルワーカー、看護師、その他の健康保健専門家から構成されるチームによって行われるものであり、警察官は現場の安全を維持し、場合によっては触法精神障害者の身柄拘束を行う役割を果たし、社会福祉の専門家は精神障害の存否についてのアセスメントと適切な社会福祉サービスへの移送を迅速に行う役割を果たしている。

MCTモデルは、カー87モデルと近似しているともいえるが、カー87モデルは私服の警察官を用いているが、MCTモデルは通常の制服警察官を用いており、同じ協働編成タイプとはいえ、カー87モデルの方がより社会福祉的基盤のプログラムであるという点が、MCTモデルとの大きな相違点であるといえる。また、カー87においては、通報に最初に対応するのはMHESであり、警察署ではないが、MCTモデルにおいては、警察署の通信司令官である点も異なる点である。

MCTモデルは、ブリティッシュ・コロンビア州ニュー・ウエストミンスターの他にも、他州であるアルバータ州カルガリー、オンタリオ州ロンドン、ケベック州ガティノーにおいて採用されている。⁴⁴

例えば、アルバータ州カルガリーでは、警察・危機対応チーム(Police And Crisis Team: PACT)が存在し、軽微で、非暴力的な犯罪を行った触法精神障害者及び精神障害と薬物中毒が併存している者を警察段階でダイバージョンさせ、精神保健施設へ送致するために、カルガリー警察とアルバータ保健サー

⁴¹ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, op.cit.,p.36.

⁴² Dubey, A., "Care on Wheels: Mobile Crisis Teams Partner Police with Mental Health Workers," *Cross Currents*, Spring 2006,p.1.

⁴³ Dubey, A., *ibid.*,p.1.

⁴⁴ Livingston, J.D., Camia, W., Nancy, H. and Simon Verdun-Jones, *ibid.*,p.14, Cotton,D.and Terry G.C.,op.cit.,pp.10-11.

ビスが協働してチーム編成を行っている。具体的には、街路の警察官が触法精神障害者と接触した場合、PACTを召集し、PACTは触法精神障害者のアセスメントや適切な支援を判断するのであるが、必要とされる場合には、内科医、その他専門家に24時間アクセスすることが可能である。PACTは、アルバータ州安全地域社会イニシアティブによる財政的支援を受けて活動を行っている。⁴⁵

(iii) 薬物中毒を有する触法精神障害者に対するダイバージョン・プログラム

非施設化政策の影響により、バンクーバーはカナダで最大の薬物市場となっており、その結果、精神障害と薬物中毒の併存している者が増大していることは、前述したとおりである。そして、2000年頃から、ダウンタウン・イーストサイドに加えて、バンクーバー島の中心地であり、輸送の中核地点でもあるナナイモ市においても、薬物中毒を抱えたホームレスの問題は、政策の中心的課題となっているようである。ナナイモ市は、2004年までには、薬物市場と薬物取引の場の1つとして知られるようになり、中でも、ヴィクトリア通り、カヴァン通り、アボット通り、ニコル通り、ダンスミューア通りは、街路での暴力、薬物中毒、ホームレスの問題が集中している繁華街として、レッド・ゾーンに指定がなされている。⁴⁶

2007年の推計によると、ナナイモ市においては150人から300人の完全にホームレス状態となっている者が存在するのであり、それらのホームレスの年齢層を見ると、20代半ばと40代半ばの者が多い。そして、それらのホームレスの多くが精神障害と薬物中毒の問題を同時に抱えており、また街路での侵害行為を行うことが多いことが指摘されている。MCTモデルの1つとも考えられる危機対応チーム(Crisis Response Team)では、サービス要請の少なくとも25%が、ホームレスでかつ犯罪行動に従事しており、これらの者は通常、薬物中毒を抱えていることが報告されている。それと同時に、これらの犯罪行動を行っているホームレスの者は、薬物ディーラーによる暴力行動やその他の行動の被害を受けることがあり、そのような意味において、ホームレスの者に安定した住居とサービス計画を提供することが重要であると考えられているのである。⁴⁷

そこで、ナナイモ王立騎馬警察によって逮捕された精神障害者で、かつ薬物中毒やホームレス状態である者については、精神保健制度へ送致するプログラムを行っている。このプログラムは、警察官、精神保健ワーカー、薬物中毒カウンセラー等から構成される多機関連携の試みによりなされており、これらの関係者が情報を共有することで、対象者の生活の質を改善し、警察との接触を減少させることを目標としている。このような精神障害と薬物中毒が併存している者に対するダイバージョン・プログラムは、ブリティッシュ・コロンビア州ではナナイモにおいてのみであり、⁴⁸ これらの問題が急増しているブリティッシュ・コロンビア州では、ナナイモにおけるプログラムをモデル・プログラムとして発展化させていく必要があるのではないかと考えられる。

(iv) 女性の触法精神障害者に対するダイバージョン・プログラム

リンダ・マルコム(Linda Malcolm)は、かつてロバート・ピクトン(Robert Pickton)事件についての4年半の捜査に従事していた、バンクーバー警察署の女性警察官である。ピクトン事件とは、26人の女性を連続殺害し、カナダの犯罪史上最悪といわれているものである。加害者であるピクトンは、バンクーバー市から高速道路を使って1時間ほどの距離にあるポートコキットラムにおいて養豚場を営んでいる者であったのであるが、被害者をダウンタウン・イーストサイドにおける薬物中毒や精神障害を患った売春婦から選び、その被害女性の遺体を豚肉に混ぜて販売していたのである。

2004年に、彼女は、ピクトン事件の捜査情報を収集する目的で、毎週火曜日に、「女性の情報の隠れ家」(Women's Information Safe House: WISH)が主催する会合に出席し始めた。WISHは、ダウンタウン・イーストサイドにある非営利団体で、社会で最も周縁化されている女性に対して、食事、入

⁴⁵ CBC News, Police, mental health workers to join forces, Tuesday, May18,2010.

⁴⁶ City Spaces, *A Response to Homelessness in Nanaimo: A Housing First Approach*.2008,City Spaces,pp.1-6.

⁴⁷ City Spaces, *ibid.*,p.9.

⁴⁸ Wilson-Bates,F.,*op.cit.*,p.23, Hall,N. and Camia, W.,*op.cit.*,p.9.

浴、衣料、看護等を行うシェルターなのであるが、マルコムは、会合に出席するにつれて、そこに帰るべき住居もなく、性産業に従事せざるを得なくなった精神障害者が多く存在していることを理解したのである。⁴⁹

そこで、現在、マルコムは、近隣ポリシングチームの一員として、街路にいる精神障害者の女性を保護する一方で、WISHにおいてサービスを求める精神障害者の女性を支援する活動をも行っている。WISHに存在する女性の85～90%は精神障害者であり、それらの者のほとんどはホームレスである。そのため、彼女たちは夜通し街路を歩いており、次第に薬物ディーラー、性産業経営者の被害者となり、触法行為に至ることが多いのである。WISHで保護されている女性の中には、バンクーバー警察職員と15回もの接触を行っている者も存在するのであるが、それらの女性は、身体面・精神衛生面の双方において悲惨な状態にあるといえる。⁵⁰ まさにそれらの触法障害者は、適切な支援が与えられていれば、犯罪行為を行うことはないであろうと考えられるのであり、刑事司法制度よりも社会福祉制度との連携が必要とされる者なのであると、マルコムは述べている。

ブリティッシュ・コロンビア州では、WISHの他にも、女性と児童のための非営利団体ヘブン・ソサエティ(Haven Society)と他の非営利団体が協働して、ウィロー・ワイ(Willow Wai)プログラムを展開している。ウィロー・ワイでは、性産業に従事したり、薬物中毒により留置所等の刑事施設に収容され、かつ帰住地をもたない女性に対して、住居やデイ・プログラムを提供している。⁵¹

(3) 触法精神障害者の逮捕後ダイバージョン

触法精神障害者の障害は、刑事司法手続が進行するにしたがって悪化することもあるため、それにあたっては、迅速な支援が求められるのであり、そのような意味において、警察段階においてダイバージョンを行うにあたっては、なるべく逮捕前に行うことが好ましい。

そして、前述した如く、触法精神障害者の行為が軽微であり、また前科も少なく、自傷他害の危険性がない場合においては、多くの触法精神障害者は、逮捕前にダイバージョンが行われることが推測されるが、しかしながら、その処分を決定するのは、あくまでの警察官の裁量である。そのため、そのような触法精神障害者であっても、逮捕前にダイバージョンが行われず、逮捕後にダイバージョンが行われることもある。

具体的には、治安判事が発行した逮捕状により、警察官が逮捕した場合、逮捕後可能な限り24時間以内に、治安判事の前に連れて行かなければならず、その後、保釈聴聞を行うこととなるが、治安判事はそれにあたり3日間に限り、触法精神障害者を勾留することが可能となる。

すなわち、この逮捕状の発行から正式起訴状が提出されるまでの間、いつでも触法精神障害者は精神保健法やその他の方法によるダイバージョンが行われる可能性が開かれており、これは「逮捕後ダイバージョン」と呼ばれているのである。

ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法によるダイバージョンは、留置所において、内科医が精神保健法下での強制的入院の基準を満たすかどうかなどについての診断を行い、基準を満たすのであれば、診断書が発行され、指定施設へ移送することとなる。⁵²

精神保健法以外によるダイバージョンは、留置所において、上記のダイバージョン・チームがアセスメントを行い、適切な社会福祉的資源に当該触法精神障害者を委託することとなるのである。

例えば、アルバータ州カルガリー警察においては、触法精神障害者に対するダイバージョンサービスを行っており、これは、カルガリー裁判所のペプラー判事(Judge Peplar)が、自己の法廷に軽微な犯罪を行った触法精神障害者が何度も現れることから、裁判所や矯正制度は触法精神障害者に適切ではなく、他の選択肢がふさわしいとして、このダイバージョンサービスの創設を提唱したのである。このダイバージョンを逮捕後に行うにあたっては、逮捕処理ユニット(Arrest Processing Unit)が触法精神障害者の

⁴⁹ Wilson-Bates, F., op.cit., pp.23-25.

⁵⁰ Wilson-Bates, F., op.cit., pp.24-26.

⁵¹ City Spaces, op.cit., p.11.

⁵² British Columbia Ministry of Health, ibid., pp.108-109.

アセスメントを行い、ダイバージョンを行うことが適切であると判断した場合には、社会福祉施設への移送を行うこととなる。⁵³

VI カナダにおける警察段階の触法精神障害者のダイバージョン・プログラムの評価

まず、ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法下のダイバージョン・プログラムについて述べると、精神保健法下における収容先である病院については、精神保健法下の収容先である病院は、高度に保安を重視する病棟からグループ・ホーム形式の開放的な病棟で構成されており、精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、セラピスト、心理学者等による様々な治療が展開されているのであるが、とりわけ知的障害者に対する効果的なプログラムがあまり行われていないとの意見もあり、それらの知的障害者は、地域のサービスを利用することの必要性が主張されているようである。

そのため、これらの知的障害者が再犯を繰り返さないためにも、精神保健法下にある知的障害者に対しては、条件付退院を積極的に行うことが重要であると考えられる。この条件付退院は、病院における長期間の収容を回避するために、精神障害者を退院させ、地域社会における処遇を展開するものである。条件付退院によって、地域社会における処遇を展開するにあたっては、病院と地域社会との中間に位置する施設を用いて段階的処遇を行う場合もあり、いずれにおいても、地域社会における精神科クリニックに通院しながら、生活を営むことが要求されるのである。

これと同様の制度をもち、ブリティッシュ・コロンビア州よりも先駆的に行われていたのが、オンタリオ州の精神保健法である。オンタリオ州の精神保健法においては、地域社会処遇命令が規定されている。地域社会処遇命令は、精神障害者が病院においてよりも、地域社会において処遇を受けることを目的としたものであり、医者は、精神障害者が地域社会処遇命令の基準を満たすのであれば、処遇プランを決定する。処遇プランの決定に当たり、医薬投与、通院等が医者によって決定され、医者は、当該精神障害者や支援を行う社会福祉士、精神保健福祉士、その他の支援者、家族構成員と相談し、これらすべての関係当事者の処遇プランについての同意が得られたならば、精神障害者は地域社会において生活しながらプランを実行することとなる。精神障害者が処遇プランに違反したならば、警察によって身柄拘束が行われ、病院へ再収容される。⁵⁴

これらのことから、知的障害者については、可能な限り精神保健法下ではなく、社会福祉施設へ委託する通常のダイバージョンの対象となることが好ましく、仮にも精神保健法下に置かれた場合には、条件付退院や地域社会処遇命令を積極的に活用することで、地域社会における社会福祉支援サービスを受けることが推奨されるものと思われる。

次に、触法精神障害者のダイバージョン・プログラムについては、一般的に、非専門プログラムよりも効率的であるといわれている。しかしながら、ディーン(M.W.Deane)等の研究によると、専門プログラムの非専門プログラムに対する効率性の割合は、67%~82%とされており、その割合が際立って高い専門プログラムは存在しなかったとしている。⁵⁵

また、専門プログラムのうち、いずれのプログラムが効率的であるのかの評価研究については、ボラム(R.Borum)等は、①触法精神障害者のニーズを満たしているか、②触法精神障害者の措置として留置所への送致を限定しているか、③触法精神障害者のサービス要請に伴う警察時間を短くしているか、④地域社会の安全を保持しているか、という4つの観点からプログラムの効率性評価を行っている。結果として、CITモデルは4つの観点を53.8%~70.7%の間で満たしており、CITモデルを高度に効率的モデルであると評価している。一方で、MCTモデルは③を除く3つの観点につき、39.7%~52.7%の間で満たしており、MCTモデルを適度に効率的であると評価している。これらのことからすると、CITモデルは際立って効率的であるとは言い難いが、相当程度の効率性を有するプログラムであるというこ

⁵³ P.Monica,B.Monetta and P.Sheryl, *Legislation, Existing Protocols and Best Practices Training for Service Providers and Caregivers of People with Developmental Disabilities in the Criminal Justice System-Final Report*. PDD Alberta Provincial Board and Alberta Community Development,2006,p.115.

⁵⁴ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario,op.cit.,p.44.

⁵⁵ Commission for Public Complaints Against the RCMP, op.cit., p.14.

とができるが、MCTモデルの効率性は50%あたりをさまようものであると評価している。⁵⁶

上述のヘルプチームにおいてみられるように、CITモデルにおいては、特別に訓練された警察官が触法精神障害者に対応しているのであり、精神保健の知識が備わった警察官が直接対応していることが、触法精神障害者に理解を示すことにつながっており、いうなれば、法執行官である警察官の精神的な役割が、再犯抑止に大きな効果を与えている点は、CITモデルの長所であるともいえる。⁵⁷ 概して、CITモデルの利点については、警察側からは、警察のモラルの改善、地域社会における警察官の認識の増大、最小限のコストでの実現が挙げられており、精神保健側からは、精神保健施設での暴力行為の減少が挙げられている。

しかしながら、CITモデルについては、警察官は訓練を重ねているとはいえ、現場での評価などが困難となる場合もあり、結果として病院へ移送することが多いとの問題点も指摘されている。⁵⁸

これに対して、スコット(R.L.Scott)の研究によると、MCTモデルは、通常のポリシング活動よりも、警察官とサービス要請者の双方が好意的な意見を有している傾向にあるとしている。しかしながら、通常のポリシング活動とMCTモデルとの逮捕率の差はあまりなく、⁵⁹ この点につき、MCTモデルにおいては、逮捕前にダイバージョンを行う比率が低いということ、あるいは過度なネット・ワイドニングが行われていないとの評価を行うことが可能であろうと思われる。

また、連続的対応モデルについては、管轄区域において精神障害者を評価する施設の数が少ないため、対応する事件数が限定されてしまう点、カー87モデルについては、対応できる時間帯が1日20時間と決められている点が指摘されている。とはいえ、カー87においては、稼働時間以外においては、電話対応による介入を行っているところである。

総じて、各モデルの評価を行うと、反応時間という点からは、CITモデルは警察官であるので、毎日24時間対応が可能であるのに対して、MCTモデル、とりわけカー87モデルは24時間対応ではないため、反応時間という点では劣る。⁶⁰

また、逮捕率の点については、CITモデルの方がMCTモデルよりも低いとされており、⁶¹ これは、私見においては、MCTモデル及びカー87モデルの反応時間に関係しているものと考えられる。すなわち、MCTモデル及びカー87モデルは、稼働時間が限定されているため、対応が逮捕後となってしまうことがあるため、それが逮捕率の高さとなって表れているのではないかと推測することができる。

モデルの強さを表す指標でもある、現場での解決能力という点からは、MCTモデル、カー87モデルは社会福祉専門家と協働しているため、現場での解決能力が高いのに対して、CITモデルは、事件によっては警察官自身の判断が困難となるため、その能力が多少低いということがいえる。とりわけ、MCTモデルやカー87モデルの解決能力の高さは、現場でのアセスメントの早さが影響していることに加えて、通報に一番先に対応するオペレーターの対応にも関係しているとされている。とりわけ、カー87においては、通報に対応するのはMHESであるため、通報に対応している時点で一定程度のアセスメント、それに必要な人数、触法精神障害者に必要な支援の内容が予測可能であるとされている。これに対して、CITモデルでは、通報に対応するのはあくまでも通信司令官であり、通信司令官は精神保健に関する訓練を受けているのであるが、その点の判断が困難なこともあり、その場合には専門家に問い合わせたりしているため、その時間的ロスが生じてしまうことが指摘されている。⁶²

費用的コストの面に関しては、研究により結果が異なるため断定することはできないが、CITモデルにおいては、教育プログラムを実施するときを除き、基本的に警察官しか採用しないモデルであるため、CITモデルは、最低限のコストでプログラムを実施することが可能なのではないかと推測することが可

⁵⁶ Commission for Public Complaints Against the RCMP, *ibid.*, p.14.

⁵⁷ "Partnering with Police", *Network*, Vol.20, No.3, 2005, p.17.

⁵⁸ Commission for Public Complaints Against the RCMP, *ibid.*, p.14, Adelman, J., *op.cit.*, pp.11-12, Cotton, D. and Terry G.C., *op.cit.*, p.11.

⁵⁹ Commission for Public Complaints Against the RCMP, *ibid.*, pp.13-14.

⁶⁰ Adelman, J., *op.cit.*, p.24.

⁶¹ Adelman, J., *ibid.*, p.24.

⁶² Adelman, J., *ibid.*, p.24.

能である。

なお、モデルの採用状況については、ブリティッシュ・コロンビア州においては、MCTモデルが触法精神障害者の最善のダイバージョン・モデルと考えられており、多用化されている状況にある。一方、オンタリオ州では、29%がMCTモデルを採用しており、43%がCITモデルを採用している状況におり、どのモデルを採用しているかについては、当該地域の社会福制度の発達状況、地理的状況、財政的状況等を勘案して決定されているものと考えられる。⁶³

また、上述のプログラムは、いずれも公式の協働プログラムであり、提携機関の間においては、各当事者の責任が概略化されたプロトコルや政策事項に署名がなされているのであるが、それに対して、非公式の協働プログラムも存在する。非公式の協働プログラムにおいては、公式プログラムと同様に情報共有や意思疎通が図られているが、それらの間にはプロトコルや政策事項が存在しないといった相違点があるため、スムーズな連携を図るという点において劣ることが、欠点として挙げられている。そのため、公式プログラムの方が、プロトコルや政策事項が存在するために、触法精神障害者の社会福制度への迅速な引渡しという点において優れているのである。⁶⁴

また、前述のブリティッシュ・コロンビア州ヴィクトリア市における統合現場出動危機対応チームは、2004年11月から2005年6月にかけてプログラム評価研究を実施し、プログラムを行う前後においてどのような変化が見られたかについての報告を行っている。その結果、①平均的に、パトロール・オフィサーだけで触法精神障害者の緊急救命室への付き添いを行った場合、121分の待機時間が生じたのに対して、チームスタッフが触法精神障害者の援助を行った場合、緊急救命室における待機時間は45分であった、②チームは、私服警察官のみが現場出動した場合の2倍近くのサービス要請をこなすことができる、③チームを編成したことにより、通信司令官と精神保健関係者との意思疎通時間やチーム結成時間を削除することができるため、事件の対応に警察官のみでは数時間かかるのに対して、チームスタッフの対応時間は、平均して30分である、④従来は、サービス対応能力の問題から、対応は制限的であったが、チームを結成したことにより、要請があった場合に即座に対応できるようになったため、対応数の増加がみられた、⑤私服警官の導入は、他のサービス提供者や家族の積極的な第一印象をもたらすことにつながった、⑥チームスタッフは、警察官がいることで安全面における不安が解消されることが多い、⑦1,200のサービス要請のうち、病院の資源を用いたのは15%以下であり、これにより病院の資源の利用を7.8%削減することができた、⑧通信司令官においても、警察の無線を使用してチームに即座に対応することが可能であり、またパトロール・オフィサーは、チームの警察官と直接的な接触を図り、サービス要請者についての情報提供を行うことで、パトロール・オフィサーの現場での意思決定に役立つような情報共有を行っている。⁶⁵

いずれのモデルを採用するにおいても、万能の対策を創設することは困難であるとはいえ、触法精神障害者に対するあらゆる状況において最も適切な対応をする専門プログラムとは何かを考究することが、今後において必要とされるものと思われる。

なお、以下は、カナダにおける警察段階の触法精神障害者のダイバージョン・プログラムモデルの表である。

表1：カナダにおける警察段階の触法精神障害者のダイバージョン・プログラムのモデル

モデルの名称	危機介入モデル (CITモデル)	精神保健連絡官モデル	連続的対応モデル	現場出動危機対応チームモデル (MCTモデル)	カー87プログラムモデル
モデルの基盤	警察官を基盤としたモデル (警察官単独型のモデル)			警察官とその他の専門家による共働編成モデル	
				警察官を基盤とし	社会福祉を基盤とした

⁶³ Adelman, J., ibid., pp.11-12, Cotton, D. and Terry G.C., op.cit., p.11.

⁶⁴ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, op.cit., p.16.

⁶⁵ British Columbia Schizophrenia Society, op.cit., pp.33-34.

				たモデル	モデル
モデルの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・触法精神障害者についての問題状況に対応する警察官が任命され、触法精神障害者の事件が発生したならば、現場に駆けつけ、精神障害の存否を判断し、適切と思われる社会福祉機関との連絡等の任務を行う。任命された警察官は、通常、交通パトロール等の任務を行っている。 ・オンタリオ州で多く採用されているモデル。 	<p>任命された警察官が精神保健連絡官として、警察官と地域社会の社会福祉サービス間のコーディネートを専門的に行う。</p>	<p>警察署と地域社会の社会福祉機関との合意により、精神障害があると疑われる者を社会福祉機関に送致し、そこで精神障害の存否について評価し、精神障害を有する場合には、適切な機関への引渡しを行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者を扱う専門の警察官、ソーシャルワーカー、看護師、その他の精神保健・社会福祉専門家から構成されるチームによって行われるものである。警察官は現場の安全を維持し、場合には触法精神障害者の身柄拘束を行う役割を果たし、社会福祉の専門家は精神障害の存否についてのアセスメントと適切な社会福祉サービスへの移送を迅速に行う役割を果たしている。 ・ブリティッシュ・コロンビア州で多く採用されているモデル。 	<ul style="list-style-type: none"> ・カー87は、バンクーバー市警察署職員2人、看護師、精神保健福祉士で構成されるチームで、バンクーバー市警察署とバンクーバー沿岸保健局の精神保健緊急サービスとの間の提携によるモデル。警察官は私服で、車には警察のマークがついていない。社会福祉関係者のチーム構成員はモデルにより異なる。
モデルの長所	<ul style="list-style-type: none"> ・危険性の多い地域や社会福祉機関があまり存在せず、またそれが実践的でない地域において適切。 ・毎日24時間対応可能。 ・精神保健の知識が備わった警察官が直接触法精神障害者に対応していることが、地域社会の安心感につながっている。 ・コストが他のモデルよりもかからない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・CITモデルと異なり、精神保健連絡官は他の職務を担うことがなく、専門的にその職務を全うすることができる。 ・地域社会における精神保健委員会の委員を務めることが多く、地域社会との良好な関係性を構築しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会の社会福祉機関のサービスは利用可能であるが、警察官の人員の関係で、他のモデルを採用することができない地域において適切。 	<ul style="list-style-type: none"> ・現場での解決能力が高い。 ・病院の選択肢を採用することが少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通報があった場合の電話対応(危機対応電話ライン)は看護師や社会福祉の専門家であり、電話のみで対応可能な事案か、チームを出勤させることが必要な事案かを判断することができるため、迅速な対応が可能。 ・現場での解決能力が高い。 ・警察官が私服であるため、他のサービス関係者や触法精

					神障害者、その家族の第1印象が良い。 ・病院の選択肢を採用することが少ない。
モデルの短所	<ul style="list-style-type: none"> ・警察官は訓練を重ねているとはいえ、現場でのアセスメントが困難となる場合があり、結果として病院へ移送させてしまうこともある。 ・通報に対応しているのは、警察署の通信司令官であるため、対応に時間がかかる。 ・すべての触法精神障害者の事件について召集されるわけではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての触法精神障害者の事件について召集されるわけではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・管轄地域において触法精神障害者のアセスメントを行う施設が限定されているため、対応する事件数も限定されてしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームの稼働時間が限定されているため、24時間の対応が不可能。 ・通報に対応しているのは、警察署の通信司令官であるため、対応に時間がかかる。 ・すべての触法精神障害者の事件について召集されるわけではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームの稼働時間が限定されているため、24時間の対応が不可能。
実施されている地域	王立カナダ騎馬警察 ブリティッシュ・コロンビア州ロウアー・メインランド局、 オンタリオ州チャタムケント警察 (HELP チーム)、 アルバータ州カムローズ警察、 ニューブランズウィック州チャタム警察等。	王立カナダ騎馬警察 ブリティッシュ・コロンビア州リッチモンド警察、 オンタリオ州トロント警察、 オンタリオ州キングストン警察、 オンタリオ州レノックス警察、 アルバータ州レスブリッジ警察等。	ケベック州 モントリオール警察署 等。	ブリティッシュ・コロンビア州 ニュー・ウエストミンスター警察、 アルバータ州カルガリー警察 (PACT)、 オンタリオ州ロンドン警察、 ケベック州ガティノー警察 等。	ブリティッシュ・コロンビア州サーリー警察(カー67)、 ブリティッシュ・コロンビア州ヴィクトリア市警察 (IMCRT)、 ブリティッシュ・コロンビア州サーニッチ警察(IMCRT)、 オンタリオ州ハミルトン警察 (COAST)、 ノバスコシア州ハリファックス警察 (MHMCT) 等。

Ⅶ 警察段階における触法精神障害者ダイバージョン・プログラム実施における ガイドライン及びプロトコル

(1) 精神保健制度との協働についての現代ポリシングガイドライン

2006年にカナダ警察署長協会は、「精神保健制度との協働についての現代ポリシングガイドライン」(Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System)を発表した。このガイドラインは、触法精神障害者と精神保健制度との協働についての警察サービスを導く原理であり、その原理は、プログラムを実施する地理的位置や規模にかかわらず、カナダ全土の全警察サービスによって実行されることが意図されている。しかしながら、その原理が運用される方法については、そのコミ

ユニティのニーズによるものとされている。

ガイドラインの中心となる原理は、各警察組織は、精神障害は医学的障害であり、道徳的障害ではないとされる文化、そして精神障害者が他の社会の構成員と同程度の敬意をもって扱われるという文化を促進すべきであり、触法精神障害者の人間としての価値を傷つけないような言語でモデル作りを行い、精神保健関連の立場に対する警察職員の任務を保障することが、警察指導者としての義務であることが掲げられている。

原理は 10 項目あり、それらは以下の通りである。⁶⁶

1. 各警察組織においては、コミュニティの精神障害者に関する問題に責任をもった 1 人以上の特定の職員を配置するべきである。その職員の数、役割、関与の仕方は、警察サービスの規模によるものとする。
2. 各警察組織は、地方の精神保健制度内の者との関係性を発展するべきである。
3. 各警察組織は、一部あるいは全ての病院の緊急サービス部門の関係者を特定すべきである。
4. 各警察組織は、最初の対応者であるパトロール・オフィサーが、精神障害者を扱うための適切な基礎レベルの知識や技術を獲得することを保障するべきである。
5. 各警察組織は、警察職員が個々の事例に従って精神保健に関する専門的意見にアクセスすることができる、明確に定められた政策や手続を置くべきである。
6. 警察官は、精神障害者とどのように関わり合うのが最善であるのかを理解するべきであるばかりでなく、警察組織は、精神障害者と関わり合う警察職員、それに加えて被害者サービスの担当職員や通報対応職員、通信司令官を含む全職員が、任務を行うにあたっての精神障害に関する十分な知識をもち、それについて理解していることを保障すべきである。派遣部隊や通報対応職員については、必要となる質問を行い、精神障害の要因となる徴候を認識することができる必要があることを意味する。
7. 各警察サービスは、当該地域の精神保健機関についての関連情報を直接的に、あるいはそれについて記述された印刷物によって間接的に、精神障害者、その家族、従業員に利用できるようにするべきである。
8. 各警察組織は、精神保健制度の構成員と刑事司法制度の構成員からなる地域の連絡委員会に参加すべきである。
9. 各警察組織は、精神障害者との接触の性質、量、結果を表すデータ収集システムを確立すべきである。
10. 各警察組織は、精神障害、地方の資源、立法についての一般的な情報が蓄積され、必要な場合においては、それに容易にアクセスすることができる中心的な部署を設けるべきである。⁶⁷

以上が、カナダ警察署長協会の「精神保健制度との協働についての現代ポリシーングガイドライン」であるが、現段階においては、カナダ全土におけるこのガイドライン普及については、未だ不十分な状況であるとされている。カナダにおける触法精神障害者のダイバージョン・プログラムの発展や地域におけるプログラムの実施内容のばらつきを抑えるためにも、今後のカナダ全土におけるガイドラインの普及が、期待されるところである。

(2) オンタリオ州ポリシーング基準マニュアル

オンタリオ州法務次長及びオンタリオ州地域社会安全・矯正サービス省は、「オンタリオ州ポリシーング基準マニュアル」を発表している。当マニュアルは、警察組織、警察サービス委員会、警察署長についての警察サービス法(Police Services Act)と警察サービスの適切性と有効性に関する規則(Adequacy and Effectiveness of Police Services Regulation)についての理解と遂行を助けるためのガ

⁶⁶ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, *ibid.*, pp.24-25.

⁶⁷ Canadian Association of Chiefs of Police, *Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System*. Police/Mental Health Subcommittee, 2006, pp.4-9.

イドラインを含んでいる。触法精神障害者に関する警察の責任については、情動（情緒）障害者、精神病患者、発達障害者に対する警察の対応（§ LE-013）にて規定されている。LE-013 は、以下の通りである。

（立法及び規則の要求）

警察サービスの適切性と有効性に関する規則 29 条は、警察サービス委員会が情動（情緒）障害者、精神病患者、発達障害者に対する警察の対応に関する政策を行うことを要求している。それに加えて、13 条 1 項(g)は、警察署長が情動（情緒）障害者、精神病患者、発達障害者に対する対応に関する手続や過程を創設することを要求している。

（警察サービスガイドライン）

1. 全警察署長あるいは任命された警察官は、可能である場合には、地域社会における精神病患者あるいは発達障害者に関するサービス問題に言及するために、適切な地域社会の構成員及び機関、健康保健看護サービス提供者、政府機関、地方自治体の職員、他の刑事司法機関、地方の検察官と協働するべきである。

2. 全警察署長は、可能である場合には、以下で言及しているプロトコルの発展のために、その者が存在する地方の病院や精神病院施設と協働するべきである。

a)警察によって逮捕され、移送された情動（情緒）障害者あるいは精神病患者の入院。

b)情動（情緒）障害者あるいは精神病患者の施設内あるいは病院内での犯罪行為。

c)情動（情緒）障害者あるいは精神病患者の無許可の施設あるいは病院からの移動。

3. 全警察サービスの情動（情緒）障害者、精神病患者、発達障害者と思料される者に対する警察の対応に関する手続及び過程は、以下のようであるべきである。

a)オペレーターあるいは通信司令官が以下の事項について認識している場合、警察官にその情報を提供することを要求するべきである。

i)その者によって利用され、処方されている医薬。

ii)その者が違法薬物あるいはアルコールの影響下に置かれているか。

iii)その者に暴力を行った経歴はあるか。

iv)その者が現在、武器を利用しているか、あるいは火器が利用可能な状況にあるか。

v)その者は公衆の場においてバリケードを築いているか。

vi)何か報告された侵害行為があるか。

vii)その者は何らかの地域社会機関あるいは地方の精神保健看護サービス提供者と関係しているか。

viii)警察は過去に同様の住所あるいはその者に接触したことはあるか。

b)警察官が採るべき行程を言及し、他の機関からの援助を得るか、もしくは他の機関に委託するかについて、オペレーターあるいは通信司令官と意思疎通を図る。

c)1人以上の警察官が派遣されるべきか、その場に実用的、抑制的、戦術的支援が提供されるべきかについての状況を設定する。

d)精神保健法下の条項を行使する場合の警察官によって採られるべき行程を設定する。

e)警察官が、その者が暴力的犯罪を行ったと信じるに足る合理的な疑いがある場合においては、その者に対して起訴を行うことを考慮し、起訴を行う代わりとして、強制的状況のない任意的入院あるいは強制的入院を考慮しないことを要求する。

f)被疑者が病院に連行される状況においては、警察官は病院に事件の状況、被疑者の背景、自殺の可能性、その他提供することができる情報について忠告を与えるべきである。

g)情動（情緒）障害、精神病の疑いがある者についての精神病院あるいは一般病院への移送を言及する。

h)情動（情緒）障害者、精神病患者の無許可の移動に関するサービス要請を含む、その者が存在する地方の精神病院あるいは一般病院におけるサービス要請の対応手続を設定する。

4. 全警察署長は、警察サービスの技術の発展、警察官の訓練や情報共有に取り組む学習計画、そして、以下の事項についてオペレーター、通信司令官、監督者と意思疎通を図ることを保障するべきである。

a)地方とのプロトコル策定。

b)情動(情緒)障害、精神病、発達障害があると疑われる者を伴う状況における事件の解決や武力の使用。

c)精神保健法、代行決定法(Substitute Decisions Act)、健康保健看護同意法(Health Care Consent Act)の関連条項。

d)一般的な精神病についての認識。

e)精神病者の家族の援助の提供。⁶⁸

以上が、オンタリオ州法務次長及びオンタリオ州地域社会安全・矯正サービス省の「オンタリオ州ポリシーング基準マニュアル」である。当マニュアルは、とりわけ、他の精神障害と同様に、発達障害者のダイバージョン・プログラムを促進するために必要とされるポリシーングを規定したという意味において、重要であるといえる。当マニュアルは、オンタリオ州のものであるが、同様のマニュアルが他州においても確立し、発達障害や知的障害者のダイバージョン・プログラムが、カナダ全土において普及することを期待したいところである。

(3)精神保健危機対応イニシアティブ

2005年に、オンタリオ州精神保健・長期的看護省は、精神保健サービス及びその支援のための危機対応サービス基準である、精神保健危機対応イニシアティブを展開した。このサービス基準は、1999年に出された、危機対応サービスについての最初の概略化された活動枠組みを拡大したものである。そして、そこにおいては、危機対応サービスの7つの機能が特定されている。

- ・アセスメントと計画—ここにおいては、最近の出来事や、現在の危機に関連する心理学的・生物学的要素についての理解を発展させるために、サービス利用者や他の中心となる支援者から関連情報を収集することを含む。

- ・危機支援／カウンセリング—対象者や家族に感情的支援、実践的な援助、当座の危機を解決するために利用可能な適切な資源の範囲にアクセスすることを提供する。

- ・医療的介入—これは、危機対応システムの統合的部分である。危機を解決するための資源にアクセスすることを保障するために、医療的・非医療的サービス提供者との連結を発展させることが重要である。

- ・環境的介入と危機の安定化—ここにおいては、危機を安定化させるために要求されるサービスへアクセスすること、そして金銭的・収入の支援の配置、雇用者との交渉、長期・短期の住居支援問題の計画化、家族問題についての言及のような支援を提供するための、地域社会内における直接行動を含む。

- ・再評価／フォローアップ／委託—いったん危機がなくなった場合には、サービス利用者とサービス提供者によって相互に定められたサービス支援で、フォローアップを行う。

- ・監視と評価—サービス利用者とサービス提供者の視座から目標の達成度を評価する。

- ・情報、連絡、主張、協議／協働—サービス利用者、家族、中心となる支援者、サービス提供者に利用可能なサービス支援のタイプに関する情報を提供する。統合されたサービスネットワークを創設するために、サービス提供者間のパートナーシップを確立する作業、サービス利用者、家族、中心となる支援者のためのサービスネットワーク間の協議と主張を行う。⁶⁹

以上が、オンタリオ州精神保健・長期的看護省の「精神保健危機対応イニシアティブ」であり、それは、触法精神障害者の危機的状況に対応するための警察機関と精神保健・社会福祉機関の協働の指針となっているという意味において、オンタリオ州における触法精神障害者のダイバージョン・プログラムを実施するにあたって、重要な役割を果たしているものと思われる。

⁶⁸ Ministry of the Solicitor General, *Policing Standards Manual(2000)*. Ministry of the Solicitor General, 2000, LE-013, pp.1-3.

⁶⁹ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, op.cit., p.34.

(4)警察官と精神保健サービスとの間のプロトコル

前述のように、精神保健法下で警察官が触法精神障害者を身柄拘束した後、警察官はその触法精神障害者のアセスメントのために近隣の病院へと付き添うことがあるが、その際に、警察官が病院にて長時間待たされることが、従来から問題点として提起されていた。というのも、通常、1人の触法精神障害者に2人の警察官が同伴することとなるが、待たされる時間においてはパトロールを行うことができないのであり、それは公共の安全を保護する観点から問題が生じるのである。そのため、精神保健法下における触法精神障害者のアセスメントの際には、病院において優先順位が与えられるようにするプロトコルが、一部の警察署と精神保健施設の間に存在している。

例えば、上述のオンタリオ州チャタムケント警察のヘルプチームとチャタムケント・ヘルス・アライランスの間においては、「ヘルプチーム・プロトコル」が存在する。それは、警察官が触法精神障害者と病院に向かう際に、看護師と連絡を取り合い、病院に到着したならば、即座にアセスメントを行うことができるようにすることを取り決めたものである。看護師は、アセスメントの結果、入院の必要性の可否を判断し、必要性がない場合には、地域社会におけるその後のフォローアップの配置を行う。警察官は、アセスメントの間においては、現場にいるすべての者の安全の確保を行う。⁷⁰

なお、オンタリオ州においてマニュアル、イニシアティブ、プロトコル等に基づき行われている、警察機関と精神保健・社会福祉機関とのダイバージョンの協働形態については、以下の通りである。

表2 オンタリオ州における警察機関と精神保健・社会福祉機関の協働形態

	成人の精神保健	病院	包括型地域生活支援プログラム	薬物中毒	地域社会刑事司法組織	発達障害・知的障害	胎児性アルコール・スペクトラム障害	青少年精神保健	その他
アルゴマ	○	○	○	○	—	○	—	○	○
ブラント	○	○	○	○	—	○	—	○	○
チャタムケント	○	○	○	○	—	—	—	—	—
ダウンタウン・トロント	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可
エセックス・カウンティ	○	○	不明	○	○	○	不明	○	不明
フロントナック	○	○	—	○	—	○	—	—	○
ホールディマン・ノーフォーク	○	—	—	—	—	—	—	○	—
ハリバートン	○	○	○	○	○	○	—	○	○
ヘースティングス及びプリンスエドワード・カウンティ	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ケノーラ地区	○	○	○	○	○	○	—	○	—
ラナーク・	○	○	—	○	—	○	—	○	○

⁷⁰ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, ibid., p.37.

カウンティ									
リーズ - グレンヴィル	○	○	○	○	○	○	不明	○	—
レノックス - アディントン	○	○	○	○	—	○	—	○	—
ナイアガラ	○	○	○	○	—	—	—	○	—
ニピシング - ティミスカミング - パリーサウンド	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可
ノース・ウエスト地方	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ノース・ヨーク	○	○	—	○	—	○	—	○	○
ノーサンバーランド	○	○	○	○	○	○	—	○	○
オックスフォード・カウンティ	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可	利用不可
ペンブルック - レンフルー	○	○	○	○	○	○	不明	不明	○
ピーターバラ	○	○	○	○	○	○	不明	○	—
スカーバラ	○	○	○	○	○	○	不明	○	○
シムコー - ムスコカ地方	○	○	—	○	○	—	—	○	—
サドバリー - マニトウーリン	—	○	利用不可	○	○	○	—	—	—
ティミンズ - コ克蘭	○	○	利用不可	○	○	○	○	利用不可	利用不可
ウォータールー - ウェリントン地方	○	○	—	—	—	—	—	○	—
ウエスト・トロント	—	○	—	○	—	—	—	—	○
ヨーク - サウスシムコー地方	○	○	○	○	○	○	不明	○	—

資料源：Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, *Police & Mental Health A Critical Review of Joint Police/Mental Health Collaborations in Ontario*. Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, 2011, p.14.

(5)警察官のためのリスクアセスメント・フォーム

さらに、オンタリオ州ウォータールー地域警察サービスにおいては、精神保健リスクアセスメント・フォームが存在する。これは、2頁にわたる選別尺度であり、ウォータールー地域警察サービスとカナダ精神保健協会等が協働して作成したものである。このフォームは、警察官が精神障害の兆候を示す者と接触した場合に記入するものであり、精神保健法下のアセスメントを行うために病院にその精神障害者を連れてくる際に、そのフォームの写しが病院に提供されることとなる。⁷¹

⁷¹ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, *ibid.*, p.37.

また同様のものとして、ブリティッシュ・コロンビア州においても、ブリティッシュ・コロンビア州警察署長協会の精神保健委員会による警察選別ガイドや王立カナダ騎馬警察による精神保健事案・危機優先順位評価尺度が存在する。

(6) 触法精神障害者の健康保険情報の取扱いについてのガイド

オンタリオ州においては、触法精神障害者の健康保険情報は「個人健康保険情報保護法」(Personal Health Information and Protection Act)によって保護されている。

個人健康保険情報保護法 3 条では、「健康保険情報管理者」のみが、その権限若しくは義務として健康保険情報を管理あるいは監督することができることとされており、警察官は、その「健康保険情報管理者」のリストに含まれていない。すなわち、警察官の任務は、本法のいうところの「健康保険管理の目的で」個人の健康保険情報を共有することではないため、警察官は、健康保険情報管理者に該当しないのである。⁷²

しかしながら、個人健康保険情報保護法においては、個人の健康保険情報が警察官に共有され得る例外規定があり、具体的には、個人健康保険情報保護法 40 条は、「健康保険情報管理者が、その者の重大な自傷他害についてのかんりの危険性を除去すること、あるいは減少させる目的で、開示が必要であるとの合理的な疑いがあると信じる場合においては、その者の健康保険情報を開示することができる」としている。そのため、警察官と精神保健サービスとの間での協働において、情報開示が、その者あるいは地域社会への重大な自傷他害の危険性の除去の目的のために必要である場合においては、警察官と精神保健サービスにおいて、当該精神障害者の健康保険情報が共有され得るのであるが、それ以外の場合においては、健康保険サービス提供者が警察官に精神保健情報を提供する前に、依頼人からの同意を得ることが必要となる。

この個人健康保険情報保護法は、オンタリオ州の至る所で様々な手法で、警察官と精神保健サービスとの情報共有のために利用されている。例えば、オンタリオ州ハミルトンにおける COAST によって展開されているのは「警察及び通信司令官との情報共有のためのガイド」(Guide to Sharing Information with Police and Dispatchers)であり、このガイドでは、ハミルトン COAST のワーカーが、警察サービスとの情報共有を行うことができる場合とできない場合の状況を明確に概略化している。そして、ガイドは、公共の安全を守るために個人健康保険情報保護法の例外規定が適用される場合の状況、すなわち警察官や通信司令官からの個人健康保険情報の電話照会に至るまでの段階的な情報管理統制手続ガイドとなっている。⁷³

VIII 警察官に対する触法精神障害者についての教育訓練プログラム

カナダ精神保健協会ブリティッシュ・コロンビア州支部と協働している王立騎馬隊 E 部局においては、CIT モデルに則り、まず、触法精神障害者の最初の対応者（警察職員、通信司令官、病院の緊急救命室職員、救急隊員、精神病院の看護師、ソーシャルワーカー等）の 40 時間にわたる訓練が行われている。その後、精神保健機関及び警察サービスである参加機関によって、CIT モデルの特別の警察官を任命するのである。

CIT モデル訓練プログラムの具体的内容は、①ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法における警察官と内科医の役割、②精神障害者の逮捕や起訴、③発達障害(知的障害)・胎児性アルコール・スペクトラム障害について、④一般的な医療投与、⑤初期の精神病への介入、⑥リスク・アセスメント、⑦物質中毒の複雑性について、⑧PTSD、⑨精神障害者との意思疎通技術等からなる構成となっている。⁷⁴

また、ブリティッシュ・コロンビア州における地方の警察機関に配属される新人の警察官は、全 8 か月の訓練を受けることとなり、そのうちの最初の 3 か月は、司法研究所警察大学校における訓練を受け

⁷² Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, ibid., p.39.

⁷³ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, ibid., pp.40-41.

⁷⁴ Coleman, T.G. and Cotton, D., *Police Interactions with Persons with a Mental Illness: Police Learning in the Environment of Contemporary Policing*. Mental Health Commission of Canada, 2010, pp.17-18.

る。そこにおいて、警察官は、バンクーバー沿岸保健局の看護師とカー87の警察官の1人から、リスク・アセスメントや地域社会において利用可能な資源などについての精神保健指導を受ける。具体的には、触法精神障害者のアセスメントを行い、その者に適切な精神保健の資源を決定するにあたっての知識、精神保健法の条項を用いて身柄拘束を行うにあたっての技術の訓練が行われることとなる。⁷⁵

さらに、オンタリオ州では、地方及び州警察サービスに雇用されることとなった新人の警察官に対しては、オンタリオ州警察大学校における教育と訓練を受けることが要求されている。オンタリオ州警察大学校の訓練は、地域社会安全・矯正サービス省によって要請されているものであり、60日間にわたるプログラムである。とりわけ、警察・精神保健訓練は、ポリシング基準マニュアル AI-012A 条の武力の使用：オンタリオ州警察大学校ガイドライン、LE-013 条の情動(情緒)障害、精神病、発達障害者への警察の対応、LE-047 条の高度に危険性がある者への警察の対応で要求されている。

オンタリオ州警察大学校においては、触法精神障害者に対応する最前線の警察官のための3段階に渡る訓練が提供されている。第1段階は、基礎警察訓練であり、そこにおいては精神保健問題に関する2日間の訓練が行われる。第2段階は、発展警察訓練であり、精神保健問題についての90分間にわたる再教育講習が行われる。第3段階は、武力の使用訓練であり、精神障害者を伴うシナリオを用いて90分間の講習が2回行われることとなる。

これに加えて、本校では、警察官の任意で行われる精神保健問題に関する3日間の訓練コースがあり、危険な状況を減少させる訓練、地域社会の精神保健機関、病院等の関係構築の重要性、精神障害者の行動、症状についての情報提供が行われている。

オンタリオ州警察大学校は、薬物中毒・精神保健センターとセント・ジョセフヘルスケア・ロンドンと提携を結び、『ノット・ジャスト・アナザー・コール』(Not Just Another Call)という、最前線の警察官の触法精神障害者への対応マニュアルを展開している。これは、触法精神障害者との相互作用を行うにあたっての戦略と資源を提供する実践ガイドであり、その目的は、精神障害者の基本的症状、支援を行う付加的資源、精神保健法の関連条項、高度に危険な状況を減少させる戦略を提供することにあるのである。⁷⁶

また、アルバータ州カルガリー警察においては、カルガリー警察とカルガリー障害者警察勧告委員会による資料である『犯罪予防及び障害者の個人の安全』(*Crime Prevention and Personal Safety of Persons with Disabilities*)を使用して、任意参加者のための精神障害についての教育プログラムを展開している。⁷⁷

IX 触法精神障害者についての警察記録の閲覧

警察記録とは、警察によって収集された情報であり、これには犯罪情報に加えて、警察との非犯罪的接触についての情報や精神保健情報も含まれている。これらの情報については、犯罪記録法(*Criminal Records Act*)により、雇用者やボランティア実施者等の一定の者への公開が認められており、これは警察記録確認(*police record check*)と一般的に呼ばれている。警察記録確認は、雇用やボランティアの採用前の最終段階で行われることが多く、確認の情報のタイプは3つに分かれている。

第1のタイプは、「犯罪記録確認」(*criminal record check*)であり、これはその者が受けた有罪判決歴を確認するものであり、最も警察記録確認の中でよく行われるタイプである。

第2のタイプは、「警察情報確認」(*police information check*)であり、これは犯罪記録確認と同様の情報を示すが、それに加えて犯罪事実、令状内容、プロベーション命令内容、平穏保証証書(治安を乱す恐れのある者に裁判官が提出を求める保証証書)、精神障害による責任無能力の判断等の有罪判決歴ではない情報も含まれる。また、武器の使用、暴力行動、脅迫、あるいは侵害行為を伴う警察との接触情報も含まれる。

第3のタイプは、本研究と密接な関連性のある記録確認であり、「脆弱性のある者の確認」(*vulnerable*

⁷⁵ Wilson-Bates, F., op.cit., p.27.

⁷⁶ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, op.cit., pp.31-32.

⁷⁷ P.Monica, B.Monetta and P.Sheryl, op.cit., p.101.

sector check)あるいは「精神保健警察記録」(mental health police records)と呼ばれるものである。これは、犯罪記録確認や警察情報確認と同様の情報を示すが、それに加えて、犯罪行為に関係しない警察との接触歴を含むより広範な非犯罪情報を含むものである。例えば、警察官が精神保健法の下で当該触法精神障害者の身柄拘束を行い、病院に付き添った場合、地方警察サービスにおいて「非犯罪記録」として「脆弱性のある者の確認」に記録されるのである。脆弱性のある者の確認記録は、その管轄の警察官に利用され、精神障害者と警察の接触後の数年間保存される。⁷⁸

しかしながら、精神障害者がボランティア活動や仕事を行う際に、雇用者やボランティア実施者が、警察情報確認やとりわけ脆弱性のある者の確認を行った場合、精神障害者に否定的な影響を与えることとなることが予想され得る。また、その情報の公開により、精神障害者であるというスティグマを増大させることにもなり、これは障害に基づく差別の問題をもたらす可能性があるものと思われる。

そこで、オンタリオ州人権委員会(Ontario Human Rights Commission)は、脆弱性のある者の確認記録を公表する手続を概略する暫定的ガイド(脆弱性のある者の確認のための警察記録確認)を展開している。この暫定的ガイドにおいては、雇用者が、その職務により脆弱性のある者の確認記録を必要とする理由が正当化される場合にのみ、当該精神障害者の精神保健情報が公表され得るとしている。

また、2011年7月に、オンタリオ州警察署長協会は、オンタリオ州人権委員会の支援により、オンタリオ州全体に渡る「警察記録確認のガイドライン」(Guideline For Police Record Check)(通称:OACPガイドライン)を発表したところである。OACPガイドラインは、精神保健に関する情報公開が、警察との接触を行った精神障害者や物質乱用者に差別的効果をもたらし得ることを明記している。そして、ガイドラインにおいては、警察記録確認は本人の同意を得た上で行われるべきであるとし、また、情報公開を抑制する手続を示し、情報の保存期間を制限するよう求めている。⁷⁹

具体的には、警察記録確認は、雇用者、ボランティア機関、その他の組織が、採用時に警察記録確認を求めることがあり、雇用あるいはボランティアの申請者が一定期間その職やボランティアに従事していた経歴があったとしても、警察記録確認が求められることがある。警察記録確認は、1人以上の児童や精神障害者等の脆弱な者の福利に責任がある職務やボランティアを申請している場合に、児童や精神障害者等の安全を守るために行われることがある。しかしながら、警察記録確認を行うにあたり、雇用者やボランティア機関は、申請者の同意を得るべきであり、できる限り「犯罪記録確認」あるいは「警察情報確認」のみを求めるべきである。警察は、警察記録確認を要求する雇用者やボランティア機関が、児童や精神障害者等を直接的に扱わない場合においては、それを認めるべきではないとしている。

OACPガイドラインにおいては、精神保健事案や精神保健法下における警察との接触に関する情報は、「犯罪記録確認」、「警察情報確認」、「脆弱性のある者の確認」においても、基本的に公開されるべきではないことを特記している。そのため、OACPガイドラインにおいては、「精神保健法下の身柄拘束」、「精神保健施設へのダイバーション」、「フォーム1に基づく病院への連行」といった精神保健事案に関する何等の用語も記録確認において公開すべきではないとしている。そのため、触法精神障害者ダイバーション・プログラムチームによって社会福祉施設への委託が行われた場合、その記録は、当該触法精神障害者が職務に就くにあたって、原則として雇用者に公開されるべきではないとしているのである。

しかしながら、その触法精神障害者が暴力的、脅迫的な行為を行った事案、自傷他害の危険性があった事案、武器を使用した事案、再犯事案、ごく最近発生した事案である場合などにおいて、雇用者やボランティア機関が「脆弱性のある者の確認」において精神保健関連情報を要請した場合には、警察は裁量により、精神保健事案に関する情報を公開する可能性がある。⁸⁰

また登録期間については、管轄により異なるのであるが、OACPガイドラインにおいては、とりわけ「警察情報確認」と「脆弱性のある者の確認」については、直近5年以内の事件に限定されるべきであることが特記されている。

このOACPガイドラインに基づき、トロント警察サービスにおいては、現在のオンタリオ州人権委員

⁷⁸ <http://www.sse.gov.on.ca> 参照。

⁷⁹ <http://www.sse.gov.on.ca> 参照。

⁸⁰ <http://www.sse.gov.on.ca> 参照。