

しない。保安監置対象者であれ受刑者であれ、他者と共に暮らし、共に生きることを学ぶ必要があるというのが社会治療の理念である。

被収容者の行う作業には、木工、電気、金属加工がある。後二者は職業訓練も兼ねており、2年の期間内で資格取得をめざしている。たとえば電気の場合は、2年間の訓練を経た後に、電気工事技師の国家資格をとることができる。一方、木工は職業訓練というよりは、純粋な作業に近い。資格取得を目的としていないため、2年という期間もない。木工作業の目的は、集中力を養ったり、正確に作業を行ったりするなどの一般的な能力を身に付けることである。被収容者の多くは、社会生活に必要な技術や技能を備えていないため、ここで職業訓練を行うことは極めて重要である。職業訓練の対象者は、資格取得者も含め、調査時点で12名であった。職業訓練の指導も職員が行っているが、外部講師を委嘱する場合もある。現在、職業訓練の指導を担当する職員は6名（電気2名、金属2名、木工2名）であり、このほか4名の外部講師を委嘱している。

ドイツでは専門技師が不足しているため、本施設で職業訓練を受けた者は、社会の中でも需要があるという。電気工事技師や金属加工技師の資格取得者の中には、外部通勤として外の会社へ働きに出ている者もいる。午前中に施設を出て、夕方に戻る。外部通勤中の者は勤務先から報酬が支給されている。報酬の額は、勤務状況によって異なるが、大抵は1時間9～17ユーロの間である。研修中であれば1時間約11ユーロが相場であるが、外部通勤を行っている者の報酬は施設内で作業している者のそれよりも高い。たとえ有資格者であっても、施設内作業の報酬は、1か月約90～350ユーロの間である。

このほか、余暇時間を有意義に過ごすことを学ぶため、グループで行う料理や音楽、絵画や園芸等の活動が行われている。また、認知行動療法（CBT）は、性犯罪者のみならず、様々な犯罪者に利用されており、非常に有効な療法として実施されている。

人格障害者には、薬物療法も行っている。深刻なうつ症状がある場合には、抗うつ剤を投与するが、リタリンは使用していない。小児性愛者には特別な治療としてホルモン治療も行っているが、十分な説明を行った上でのインフォームドコンセントが欠かせない。但し、対象者は少なく、調査時点では3名のみである。

釈放後の帰住先のほとんどは自宅である。家族とは疎遠になっている者が多いため、自ら住居を探すことになる。本社会治療施設では、釈放後のアフターケアにも力を入れており、保護観察や行状監督が終了した後も、本人が施設を訪問する形で任意のアフターケアを行っている。

保護観察や行状監督において、遵守事項違反により不良措置を取らなければならない場合は殆ど無い。元被収容者と職員との間に信頼関係が保たれていることが理由の一つとされる。そのためか、釈放後も本施設の近くに居住する者が少なくなく、地域の反発もない。釈放後の再犯率に関する調査はないが、相対的に低いと見られている。

釈放後にも、引き続き認知行動療法が必要な者がいる。認知行動療法を受けることが保護観察や行状監督の遵守事項になっている場合もある。しかし、外部の専門家が少なく、担当者を探すことは非常に難しい。今後の課題としては、地域の中で認知行動療法受けられるようにすることである。本社会治療施設は、近いうちにボーフムに移転する予定であり、現在の施設よりも規模が大きくなるため、そこに認知行動療法等を行う外来用の施設を作る計画がある。

（3）ノルトラインヴェストファーレン州矯正医療病院

①施設の概要

ノルトラインヴェストファーレン州矯正医療病院（以下、NRW 矯正医療病院）は、市中心部から1,5km北東の高台にあり、ベッド数220を超えるドイツ最大級の矯正医療病院である。もともとは市立の病院として、1979年にFröndenberg市内に建てられたが、1984年に州の行刑のための病

院として買い取られ、1986年以來、ノルトラインヴェストファーレン州にある唯一の矯正医療病院として、一般病院と同水準の幅広い医療を提供し続けている。

通常、ドイツの大きな刑務所には医者が数人常勤しているが、それとは別に特別な治療が必要な受刑者については、治安上の理由から本矯正医療病院に収容して治療を行っている。NRW 矯正医療病院では、毎年 3,500 人前後の患者が入院治療を受けており、外来で訪れる患者の数は 7,000 人から 8,000 人に上る。職員の数は約 320 名、そのうち医療スタッフは約 220 名である。

本病院の使命は、一般市民の安全に十分配慮しつつ、同州に存在する約 16,000 人の刑事被収容者（2014 年現在、未決を含む）の医療的ケアを行うことである。病院でありながらも矯正施設としての性格を有するため、一般の病院とは異なり警備も厳重である。矯正医療病院は、刑務所の一部であるため、収容される患者の圧倒的多数はノルトラインヴェストファーレン州の受刑者であるが、まれに改善保安処分対象者が送られてくるケースや、他の州から治療を要する患者が移送されてくるケースもある（ただし、精神科は規模が小さいため、他の州からの患者は受け入れていない）。2006 年 3 月には、新たに精神科が設置され、受刑者の精神的治療にあたっている。同精神科は、精神疾患を有する男性を対象としており、ベッド数は全部で 60 である。施設内は、通常の治療を行う 5A 病棟と、集中的な治療を行う 5B 病棟に区分されている。

集中的な治療を行う 5B 病棟は、たとえば自殺傾向や統合失調症、重度の錯乱状態や自傷他害のおそれのある患者など、急性の症状を呈する患者を専門的に取り扱う病棟である。ここでは患者を常時監視するため、8 つの監視室が設けられている。

部屋の中には、医者が刑務官を同行せずに直接患者とやりとりできるように透明ガラスで仕切られたスペースが設けられている。急性患者には基

本的に個室が与えられており、集団室（2 名用）も必要に応じて個室にすることができる。

特に暴力傾向の激しい患者を収容するための保護室もあり、強制的に薬物を投与する際に使う拘束具も設けられている。ドイツでは、原則として本人の同意がなければ薬物を投与することは許されないため、拘束具を使うことは滅多にないが、自傷他害のおそれがある場合に限って、緊急の手段として拘束具を用いて薬物を投与することもある。その場合には、所長の決定が必要である。

一般的な治療を行う 5A 病棟では、安全措置を講ずる必要のない慢性患者を収容している。ここでは、薬物療法や相談などの一般的な治療のほか、たとえば総合失調症や依存症に悩む患者のためのグループ療法、パニック障害や PTSD のような特殊な症状を抱える患者に対する特別な治療等も行われている。また、作業療法やスポーツ療法、調理療法等も取り入れている。このほか、同精神科では、早い段階で精神障害が認められた少年受刑者を診断したり、精神疾患を抱えた受刑者に関する刑務所からの問い合わせに応じたりすることもある。

②矯正医療病院における治療と処遇

本矯正医療病院には、様々な疾患を抱えた受刑者が収容されている。身体疾患としては、アルコールやコカイン依存症、C 型肝炎、感染症 (HIV)、高血圧、心臓疾患等である。

精神疾患としては、第一に統合失調症、第二にうつ病（特に自殺願望）、第三に双極性障害（躁うつ病）が挙げられ、これに人格障害が併発している場合もある。本調査の対象となっている ADHD やアスペルガー、自閉症の受刑者は通常の刑務所に収容されているため、本矯正医療病院にはほとんどおらず、年に 1 人いるかないか程度である。こうした患者に対しては、通常、精神科医が刑務所に出張して診断や治療を行う。特に少年刑務所には ADHD の受刑者が多く見られ、精神科医が出張して治療を行っている。

受刑者はまず通常の刑務所に収容され、そこで検査を受けた結果、特別な治療が必要であると判断された場合には、本矯正医療病院に移送される。例外的に極めて深刻な疾患の場合に限って、刑務所を経ずに直接送られてくるケースもある。身体疾患の場合は、完治すれば、また元の刑務所に戻す。一方、完治することが通常考えにくい精神疾患の場合には、薬物療法やその他の治療を行うことで、症状が改善すれば元の施設に戻すことになる。

精神疾患を持つ被収容者の行った犯罪のほとんどが薬物関連犯罪である。特に、違法な薬物入手するために行った犯罪 (Beschaffungskriminalität) であり、そのため窃盗や強盗が圧倒的に多い。こうした患者に対しては、まず体から薬物を抜くための身体的な治療を行い、後に依存症のための治療を行う。本精神科で最も多い統合失調症の患者も、薬物依存を抱えていることが多く、薬物に関係した窃盗や強盗を行う割合が高い。性犯罪者も存在するが、それに特化したプログラムは存在しない。性犯罪の場合は通常、専門のスタッフが刑務所に出張して治療を行うことが一般的だからである。

本精神科における診断基準としては、ICD-10を用いている。DSM-Vは試験的な調査のために例外的に使うことはあるが、現場では使用しない。治療の方法としては、薬物療法が第一である。このほか、統合失調症やうつ病、依存症患者を対象とした、作業療法や社会技能訓練、調理療法、スポーツ療法、ゲーム等の遊びを通じたグループ療法等、様々なグループ療法を行っている。社会技能訓練とは、特に暴力的な傾向を有する患者に対して、対人関係全般を改善するためのプログラムであり、たとえば相手の気持ちを思いやったり、自分の気持ちを表現したり、暴力とどう向き合うかなどを考えさせるものである。また、依存症のグループ療法では、認知行動療法 (CBT) を行っている。

作業療法室は、木材や貴金属等の様々な材料のほか、絵の具やパソコン等も置いてあり、それら

を使って作業を行う。専門のスタッフは3名常駐しており、1度に作業できる患者の人数は最大6名、時間は約1時間半程度である。患者の適性に応じて、簡単な作業から高度な作業まで色々用意されており、自分で作った作品を家族に送ることもできる。

平均収容期間は、5A病棟では27日間、5B病棟では34日間である。いずれも約1か月程度の収容であり、本病院では応急処置のみを行い、元の施設に戻すというイメージである。通常の刑務所に戻された後、再度病院に移送されてくる者も少なくない。

本病院から直接仮釈放されることはなく、仮釈放は必ず元の刑務所に戻してから行う。ただし、本病院に来るような患者については仮釈放は認められにくいという。刑務所で処方された薬を服用しないなど問題行動のある者が、刑務所では処遇困難とされて、本病院に送られてくるケースが多いからである。しかし、自傷他害の恐れがない限り、本病院においても強制的に薬を飲ませることはできないため、再び刑務所に戻さなければならなくなり、結局受刑者がたらい回しにされるという悪循環も生じている。

釈放後の帰住先は、ほとんどの場合、自宅である。家族とは疎遠になっている者が多いため、大抵は一人暮らしの自分の家に帰住するとされる。希望すれば福祉施設に入ることもできるが、それを希望する者はほとんどいない。

(4) ケルン大学精神病院 (司法精神科)

①施設の概要

ケルン大学精神病院には、一般病棟のほか、責任無能力又は限定責任能力の状態で行った者のうち裁判所によって精神病院収容処分 (刑法63条) を命じられた者を収容し、治療する司法精神科が置かれている。司法精神科の目的は、市民の安全に特に配慮しながら、患者の危険性を減弱させるための危機介入を行う一方、将来を見据えた長期的な治療も行い、社会復帰のための行動様式を身に付けさせることにある。病棟は

全部で10棟あり、総ベッド数は215である。精神病院収容処分が確定した者だけが収容対象となっており、原則として未決の者は収容対象とはならない（しかし、調査時点では他施設から移送された未決拘禁者を6名収容していた）。

司法精神科は、第一司法精神科 (Psychiatrie I) と第二司法精神科 (Psychiatrie II) に分かれており、前者は本部棟のあるメルハイム地区から少し離れたポルツ地区に所在する。第二精神科は本部棟の敷地内にあり、アフターケアのための外来診療部門 (Forensische Nachsorge-Ambulanz) も設置されている。

第一精神科には6つの病棟があり、患者は、主として人格障害者や知的障害者である。しかし、第1及び第2病棟は、治療の初期段階又は急性期にある特に危険な患者を収容する施設であり、これらの者に対応し得る特別な構造を備えている。残りの第3から第6病棟は、精神病 (psychotic disorders) や依存症 (addiction)、知的障害、人格障害 (personality disorders) や性的倒錯者等をそれぞれ収容している (収容定員各22名)。また、第一精神科には、第二精神科への中継地点となる病棟 (収容定員22名) も備えており、それを合わせると、ポルツ地区の総収容定員は150名となる。

これに対し、第二司法精神科には第8病棟から第10病棟までの4つの病棟があり (そのうち1つはポルツ地区に設置されている)、総収容定員は65名 (それぞれ22名、23名、20名) である。第一精神科と同様に、精神病院収容処分 (刑法63条) を言い渡された男性患者を対象としているが、ここでは主として統合失調症の者が収容されている (全体の98%)。知的障害者や人格障害者もいるが、境界性人格障害の患者は収容していない。

第二精神科の病棟内は比較的明るく、居室は二人部屋である。第一精神科とは異なり、居室は夜も施錠されないため、被収容者は施設内を自由に歩き回ることができる。入口には電話機が備えら

れており、被収容者は自分で料金を払えば電話をかけることができる。

共同部屋にはテレビが置かれており、DVDやビデオを見られる視聴覚用の部屋もある。ただし、患者の行った触法行為の性質によっては、視聴できる作品は制限されている。たとえば、攻撃性の強い者には暴力的な作品の視聴を禁止し、小児性愛者には児童の出演している番組は見せない。

②司法精神病院における治療と処遇

ケルン大学精神病院の司法精神科は男性患者のみを収容しているが、ノルトラインヴェストファーレン州全体で精神病院収容処分に付されている患者の93%が男性であり、女性患者は7% (禁絶処分を含めると、男性患者は92%、女性患者が8%) に過ぎない。

司法精神病院に収容されている患者の症状をラインラント全体 (ノルトラインヴェストファーレン州とラインラントプファルツ州の両方を含む地域) で見ると、統合失調症の患者が約4分の1弱、統合失調症に加えて知的障害や依存症等を抱える患者も約4分の1弱であり、半数弱を統合失調症関連の患者が占めている。統合失調症に続いて多いのは、人格障害であり、次いで依存症、知的障害関連の患者である。発達障害やアスペルガー、自閉症の患者を専門に収容している司法精神病院はないが、知的障害者を対象とする司法精神病院がミュンスターに置かれている。

発達障害等の患者が司法精神病院にいない理由は、こうした障害が特に青少年に多く、その場合は少年法に基づく様々な保護的処分 (一般病院での治療等も含む) が用意されているためではないかと推測される。

また、精神病院収容処分によって司法精神病院に10年以上収容されている患者の主な罪種を見ると、児童に対する性的虐待が26.3%、故殺や謀殺等の生命犯が26%、傷害が14%、強姦が12.3%、強盗が6.1%、放火が5.9%である。性犯罪の割合が一見すると高いが (全体の約40%)、

通常は責任能力が認められるため、性犯罪者は司法精神病院より刑務所に収容されることが多い。

第二司法精神科の医療スタッフは、精神科医 (physicians) 6名 (非常勤が他に1名)、臨床心理士 (psychologists) 3名、看護師が54名である。このほか、ソーシャルワーカーや作業療法士、スポーツ療法士や教師等も勤務している。外国人の患者も少なくないため、教師がドイツ語を教えることもある。

病棟では精神科医1人と心理士1人がコンビを組んで治療にあたっている。ソーシャルワーカーは、社会適応訓練のほかに、生活保護や福祉等の環境調整を行っている。また、たとえば患者が債務の返済等でトラブルになったときには、相談にも乗っている。

患者に対しては作業療法も行っており、施設内には作業療法で使う材料や道具が置かれている。また、食事は基本的に病院の中央棟から送られてくるが、時には調理療法を行う場合もある。調理療法を行う場合は、外出を許可された者が食材を買い、グループで調理を行う。

被收容者は、月93ユーロの小遣い (Taschengeld) や (障害者) 年金、家族からの送金等を受け取ることができ、各自でロッカーに保管している。ただし、十分な金銭を有している者には、小遣いは支給されない。作業療法等を行った者には、金銭が支給される。

第二司法精神科の患者は、第一精神科と異なり、緩和措置としての外出 (2時間程度) が認められる場合がある。外出や作業療法に出る場合には、不測の事態に備えて携帯を持たせている。本司法精神科の入院期間は、現在最も長く収容されている患者で17年に及ぶ。しかし、治療に一定の成果がみられた場合、ケルン市内の様々な医療施設・福祉施設と協力し患者を退院させることに力を入れている。

第二精神科には、アフターケアのための外来診療部門も備えられている。その主な目的は、精神病院収容処分によって長年収容されていた患者に対する釈放の準備を行うとともに、釈放後もその者

に引き続き寄り添うことである。本施設を出た後に元患者が一人で自立した生活を行うのは困難であるため、本司法精神科のスタッフは退院後も定期的な診療を行い、地域のグループホームやデイケア施設等とも協力しながら、アフターケアの充実を図っている。地域の施設としては、民間施設のほかに、キリスト教関係の施設や、市が運営しているグループホームも存在する。

なお、本施設では、患者が入院費用を負担する必要はない。患者にかかる入院費用は、1日あたり約240ユーロであり、政府から補助金のような形で支給される。また、患者が受け取る小遣い等は、これとは別の政府予算で賄われている。

(5) ケルン検察庁

① ドイツの起訴猶予制度

日本では起訴裁量主義 (起訴便宜主義) が採用されており、刑事事件における被疑者の起訴・不起訴について検察官に広範な訴追裁量権が与えられている。刑事訴訟法は、「犯人の性格、年齢及び境遇、犯罪の軽重及び情状並びに犯罪後の情況により訴追を必要としないときは、公訴を提起しないことができる。」 (刑訴248条) として、起訴するに足るだけの嫌疑と証拠がある場合にも、被疑者を起訴猶予とすることが認められている。

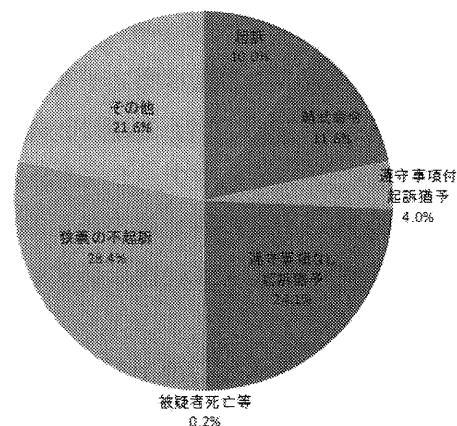
これに対し、ドイツの刑事訴訟法は「検察官は、法律に特別の定めのある場合を除き、訴追が可能な全ての犯罪について、事実に関する十分な根拠がある限り、手続をとる義務を負うものとする」 (ドイツ刑訴152条2項) として、起訴するに足るだけの嫌疑と証拠があり、訴訟条件を具備している場合、必ず訴追を提起しなければならないものとされている。日本の起訴裁量主義に対し、ドイツの制度は起訴法定主義と呼ばれる。それではドイツでは、起訴するに足るだけの犯罪の嫌疑と証拠がある被疑者を全て訴追しているかということ、そうではない。ドイツでも、一定の軽微な犯罪の場合、やはり検察官が起訴を提起しない起訴猶予が認められてきている。しかし、日本と異なるのは、ドイツの場合、刑事責任の程度が軽微な軽罪事件

(刑の下限が1年未満の自由刑)であり、公訴を提起するだけの公の利益がないと認めるときに起訴を猶予する微罪処分型の起訴猶予(Absehen von der Verfolgung bei Geringfügigkeit) (ドイツ刑訴 153 条)と、軽罪事件のうち、被疑者に一定の遵守事項を課すことによって訴追という公の利益が消滅し、かつ被疑者の刑事責任の程度が軽く、それを妨げない場合に、起訴を猶予し、一定の遵守事項を課す遵守事項付起訴猶予(Absehen von der Verfolgung unter Auflagen und Weisungen)の2種類があり(ドイツ刑訴 153 a 条)、日本には起訴猶予に条件を付ける後者の条件付起訴猶予制度がない。日本でも、被疑者に対し被害者との和解や損害賠償を促し、起訴・不起訴の判断においてその結果を考慮する場合もある。しかし、被害への謝罪や賠償は訴追判断において考慮する「犯罪後の状況」(刑訴 248 条)の一つであって、起訴猶予に際して履行を義務付ける条件や遵守事項ではない。

但し、ドイツの微罪型起訴猶予と遵守事項付起訴猶予のいずれにも裁判所の同意が必要であり、遵守事項付起訴猶予には、さらに被疑者の同意が必要である。この遵守事項付起訴猶予は、刑事訴訟法に基づくもののほか、少年被疑者に対する起訴猶予(少年裁判所法 45 条 3 項)や薬物事件に対する起訴猶予の制度もある(薬物法 37 条 1 項, 38 条 2 項)。

ドイツの検察庁における刑事事件の処理状況を示したのが図 1 である。正式起訴は僅かに 10.0%で、略式命令と併せても起訴は 21.6%に過ぎない。これに対して、起訴猶予が 28.1%を占める。但し、遵守事項付の起訴猶予は全体の 4.0%で、起訴猶予に占める割合も 14.2%に過ぎない。

図 1 ドイツ検察庁処理状況



資料 Statistisches Bundesamt: Rechtspflege Staatsanwalt 2013 (2014). (以下、同じ)

但し、州によっては、やや状況が異なる。ベルリンやザールラントでは遵守事項付起訴猶予の割合が低いのに対し、反対にバイエルンやブレーメンでは高くなっている(図 2)。

また、罪種別では、性犯罪や薬物犯罪で遵守事項付起訴猶予の割合が低く、交通犯罪で高くなっている(図 3)。これは、次に述べる遵守事項の内容とも関係しているものと推測される。

図 2 州別の検察庁処理状況

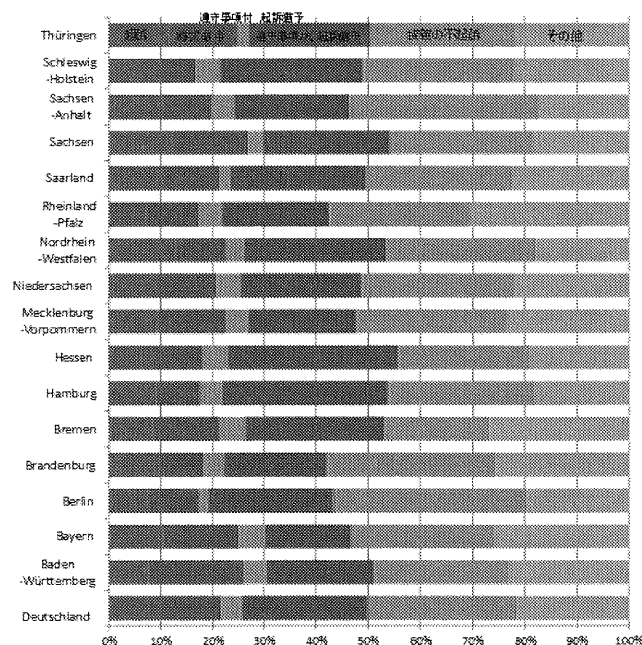
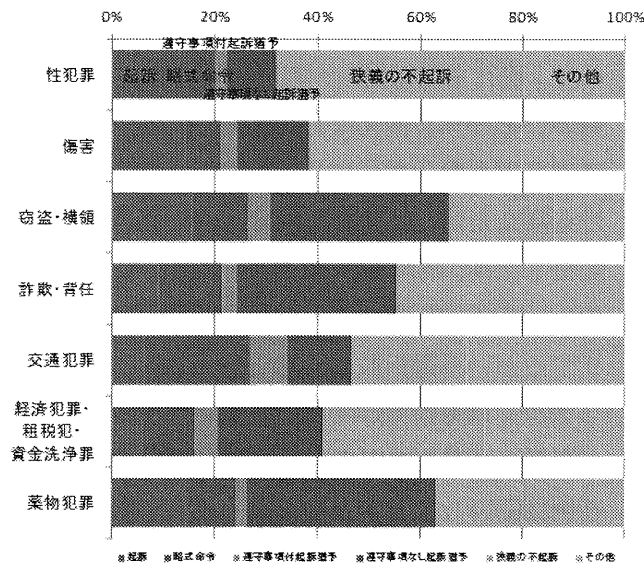


図3 罪種別の検察庁処理状況



起訴猶予に付することができる遵守事項には負担事項 (Auflage) と指示事項 (Weisungen) がある。前者は被疑者に一定の賦課を課すものであり、後者は被疑者の更生を目的として課すものである。ドイツ刑事訴訟法は、負担事項と指示事項として、以下のものを定める。

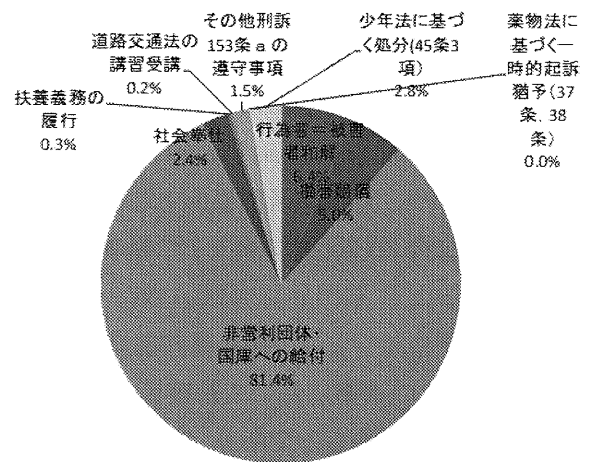
- 1 犯罪により生じた損害の回復のために一定の給付を行うこと
- 2 非営利団体又は国庫に対し一定の金銭を納付すること
- 3 その他非営利の性質のサービスを行うこと
- 4 扶養のため一定の額を支払う義務に応じること
- 5 損害の全部又は一部の損害回復をし、又はその努力をするため、被害者と和解に達する真摯の努力をすること (行為者＝被害者和解)
- 6 社会技能訓練に参加すること
- 7 道路交通法第2 b 条第2 項第2 文による講習又は第4 a 条による講習に参加すること

このうち、1, 2, 4, 5 は金銭納付を内容とするものであり、3 の社会奉仕活動のほか、6 と7 は一定の活動に参加するものである。実務で実際に適用されている遵守事項としては非営利団体・国庫への金銭納付が大半を占める (図4)。

次に多いのが行為者 (犯罪者) = 被害者和解 (Täter-Opfer-Ausgleich) や被害者への賠償など、被害者への義務の履行を内容とする遵守事項であるが、それでも全体の11.4%に過ぎない。

遵守事項は事後的に取消し、又は1回に限って履行期限を3月間延長することができる。遵守事項を事後的に設定し、又は変更することもできるが、これには被疑者の同意が必要である。遵守事項を期間内に履行した場合は、その犯罪行為を理由として訴追することはできない。遵守事項に違反した場合は、事件の再起 (起訴) が可能である。

図4 起訴猶予の遵守事項内訳



起訴猶予に付された遵守事項は、被害者への賠償、非営利団体・国庫への金銭納付、社会奉仕活動、行為者＝被害者和解、道路交通法の講習受講については6月以下、扶養義務の履行と社会技能訓練については1年以下の履行期限が付されている。

②遵守事項付起訴猶予の実務—ケルン地方検察庁

起訴猶予に付す遵守事項のうち最も多くを占める非営利団体又は国庫への金銭納付のうち、大半が国庫への金銭納付である。納付先や納付額はいずれも検察官の裁量に委ねられている。但し、被疑者の要望を考慮する場合もあり、ある経済事犯では、児童の援助団体に寄付したいという被疑者

からの要望があり、それを考慮の上、納付先を決定したという。非営利団体の例としては、動物保護団体、薬物依存者支援団体、被害者支援団体(Weißerring)、ホームレス支援団体などである。

行為者＝被害者和解(TOA)を遵守事項とした場合、ノルトラインヴェストファーレン州では、検察官自体は直接 TOA に関わらず、他の公的団体に委託している。被害者への賠償額や支払方法も検察官が決めている。賠償の履行期限は6月であるので、高額な賠償は難しいが、過去には極めて高額な賠償金の支払いが遵守事項に設定された著名人もいたということである。分割払いも可能である。支払は検察官が監督する。

社会奉仕活動を遵守事項とする場合に、実際の活動内容や活動先は保護観察や裁判所の社会調査を担当する司法ソーシャルサービス ASD(ambulanten Sozialen Dienstes der Justiz)が調整を行う。実際の活動場所としては、病院、自治体の施設、民間団体(例えば、動物保護施設)などである。

扶養義務の履行とは、扶養義務違反罪(ドイツ刑法 170 条)の事案において被疑者たる親に対し子の扶養を命ずるものであり、90%が父親に対するものとなっている。

社会技能訓練は、反社会性、アルコール依存、薬物依存等が見られる被疑者に対し一定の訓練プログラムを課すものであり、司法ソーシャルサービスが調整する。

遵守事項付の起訴猶予を行う際には裁判所の同意が必要である。理論上、裁判所には実質的な審査権があり、起訴猶予の相当性のみならず、遵守事項の相当性を判断することも可能であるが、現実には形式的な審査が行われるに止まる。ケルン検察庁の検察官によれば、担当の裁判官4名に確認したところ、2人は100%許可、1人は約95%許可、1人は約90%許可という回答であったという。不許可になるのは、例えば、被疑者に前科前歴がある場合などであるとのことである。

ケルン検察庁の場合、遵守事項の違反は全体の10%ほどであるという。しかし、遵守事項に違反

があった場合でも直ちに事件を再起して、起訴するわけではなく、遵守事項の履行状況等から判断して、履行を促したり、遵守事項を変更することも多いという。例えば、400ユーロの金銭納付が遵守事項となっていて、そのうち300ユーロの納付を終えたが、残りを完納できない場合、金額を変更したり、刑訴153条(遵守事項なしの起訴猶予)の扱いに変更して、残額の支払いを免除したりするという選択肢もあるという。

ケルン地方検察庁では、発達障害のある被疑者の治療や処遇を遵守事項に設定して起訴猶予とする例は聞いたことがないというが、反社会性人格障害等に対し社会技能訓練を遵守事項として起訴猶予とすることもあることから、比較的軽微な犯罪を行った発達障害者に対して処遇を促す仕組みとして遵守事項付起訴猶予を活用することは十分に考えられよう。

D. 考察

ドイツにおける精神障害者の刑事法的対応を考えるにあたって最も参考になるのは社会治療処遇である。社会治療処遇は、受刑者に対して行われる処遇の一つであると共に、保安処分として保安監置に付された者(保安監置執行予定者を含む)を対象とする処遇の一つでもある。

1998年の性犯罪防止法による連邦矯正法の改正以来、特に性犯罪受刑者に対する社会治療処遇が定着しただけでなく、保安監置の執行においても、2013年に改正法が施行されて以来、社会治療の重要性が高まりつつある。

1997年にはドイツ全体で20施設(総収容定員888人)に過ぎなかった社会治療施設が、2014年には68施設(総収容定員2,365人)にまで増加していることから、ドイツにおける社会治療処遇の高揚は明らかである。将来的には、触法性発達障害者が社会治療処遇の対象となる可能性も十分に考えられる。

ただし、ドイツでは今のところ発達障害は青少年期の問題として捉えられる傾向にあり、とりわけ成人の触法性発達障害者に対する矯正医療関

係者の関心は低い。しかし、社会治療が、他者との関わり合いを通じて、行為者が自らの行動の問題性と向きあい、それを乗り越えることを後押しする治療の総称であるとするれば、これを触法性発達障害者の処遇に応用することは十分可能であり、むしろ有意義であると考えられる。今後、触法性発達障害者の処遇に対する問題関心が高まれば、社会治療施設がその受け皿になる可能性は大にある。

一方、発達障害のある者が比較的軽微な犯罪を行った場合、起訴猶予となることがある。犯罪の背景に発達障害が関係している場合、単に起訴猶予とただけでは、更生に支障が生じ、再犯に至る危険性もある。その点、ドイツでは、起訴猶予に一定の遵守事項を付したうえで、その履行を義務付ける遵守事項付起訴猶予（条件付起訴猶予）の制度があり、遵守事項に社会技能訓練を付すことも可能である。発達障害のある被疑者に対し、社会技能訓練など一定の処遇を遵守事項として付したうえで起訴を猶予することで、起訴に至らない比較的軽微な犯罪を行った発達障害者に対し一定の処遇や支援を行う制度として活用できる素地がある。

我が国では、条件付起訴猶予の制度が導入されていないだけでなく、適正手続違反や職権主義への回帰などといった批判もあることから、ドイツにおける（社会技能訓練等の）遵守事項付起訴猶予のような仕組みを設けることで、こうした批判を回避しつつ、起訴猶予の対象となった発達障害者の社会復帰と再犯防止を図る手段となり得るものとする。

E. 結論

司法精神医学の進んだドイツにおいても、未だ触法性発達障害者に特化したプログラム等は作成されていない。しかし、従来から改善保安処分的一种として精神病院収容処分が存在するのみならず、近年は社会治療処遇が注目を集めており、それに加え、昨今の改正により保安監置の性質も、単なる隔離から治療へとシフトしている。このよ

うに、ドイツでは治療的観点から犯罪者の処遇を行う刑事司法の枠組みが整っており、司法精神病院、社会治療施設（又は社会治療区画）、矯正医療病院など、触法行為を行った精神障害者に対して治療及び処遇を行う受け皿が我が国に比べて充実している。

一方、ドイツには、比較的軽微な犯罪を行った被疑者に対して社会技能訓練など一定の遵守事項を設定し、その履行を条件として起訴を猶予する遵守事項付起訴猶予の制度があり、比較的軽微な犯罪を行った発達障害者に一定の処遇や支援を促す仕組みとして活用することが考えられる。

我が国においても、矯正施設における発達障害者を対象とした治療的処遇を整備するとともに、触法性発達障害者を起訴猶予後や釈放後に福祉や医療に繋げるための法的枠組みを設けるべきである。そのためには、その前提となる発達障害の診断基準を確立するとともに、矯正施設や検察庁に発達障害の診断や処遇に詳しい人材を配置した専門の部署を設け、或いは専門機関との連携を図ることが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

内山登紀夫『発達障害の診断・支援ガイドブック—基本的な考え方から困難事例の対応まで—』（仮題）医学書院（2016 刊行予定）第 8 章。

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

カナダ・オンタリオ州における知的障害・発達障害のある支援困難な人への地域移行
および地域包括的な支援に関する調査 ～特に、二重診断のある知的障害者および
性加害犯罪に関わった知的障害・発達障害者に対する支援を中心に～

分担研究者 堀江 まゆみ（白梅学園大学 子ども学部発達臨床学科）
研究協力者 及川 博文（PandA 社会福祉士事務所）

研究要旨：

本研究は、支援困難とされる二重診断のある発達障害者及び性加害犯罪に関わった発達障害・知的障害者向けの地域ネットワーク型支援で注目されるカナダ・オンタリオ州を対象地域とし、
① 矯正施設から地域生活への移行支援と② 性加害犯罪に関するアセスメントと再犯防止プログラムについて調査することを目的とした。対象地域にある支援の中核を成す 5 つの機関（I. Community Networks of Specialized Care；CNSC、II. Vita コミュニティリビングサービス；Vita CLS、III. グリフィンセンター精神保健サービス、IV. 司法精神医学対応病棟等 2 施設）を訪問し、各機関の担当者から聞き取り調査を行った。その結果、知的障害・発達障害のある支援困難な青年・成人が、地域で包括的支援を受けながら安定した生活を送るために、各機関がどのような役割を担い、実際に支援を行っているかが明らかになった。具体的には、次の役割を各機関がそれぞれ担っていた。I 各機関の連携と専門的支援のコーディネート、II 地域で継続的に支援する役割、III 同様の問題を示す青少年を対象として支援を行う役割、IV 支援困難な人のための矯正を目的に支援する役割。また、親や支援者が技術を習得して日々の関わりの中でサポートを継続して行っていたことも特徴的であった。今後は、本研究結果から、わが国における支援体制構築に活用可能な取り組みについて検討する必要がある。

A. 目的

本調査は、知的障害・発達障害のある支援困難な青年・成人が、地域で包括的支援を受けながら安定した生活を送るためには、どのような支援連携やネットワークが機能することが重要であるか、を検討した。特に、支援困難な知的障害のある人を地域においてネットワーク型で支援していることで注目されているカナダ・オンタリオ州を調査対象とした（安藤 2001、法務省 2006、Kingston 2015）。

カナダ・オンタリオ州において支援困難な対象とされるのは主に、①二重診断（本文中で定義を

示した）のある発達障害・知的障害者、および、②性犯罪加害に関わった知的障害者がある。調査の視点は、この両者に関するニーズ把握と支援や、リスクアセスメントと治療的アプローチ、および地域移行と居住支援に関連する実践を課題とした。具体的には以下の 2 点を調査することを目的とした。

① 矯正施設から地域生活へと移行する支援に関して、どのような機関により包括的な移行支援が行われているのか。

②特に性加害犯罪に関してどのようにアセスメントし再犯防止のプログラムが実施されているのか。

B. C. 方法と結果

<調査対象の機関・施設について>

本調査は、以下の I～V の機関を対象とし、発達障害・知的障害のある支援の困難な人に対して、地域で支えるためにどのような取り組みが行われているか、担当者から聞き取り調査を実施した。また関係各所がどのように相互にネットワークを構築し、それぞれの担うべき役割と機能についても調査を行った。

I : Community Networks of Specialized Care (CNSC) (専門的支援のためのコミュニティーネットワーク) ; 支援の困難な二重診断のある知的障害者に対するネットワーク支援機関。

II : Vita コミュニティリビングサービス (Vita CLS) ; 知的障害のある性加害者の移行治療プログラムの提供を行う。

III : グリフィンセンター精神保健サービス ; 12～18 歳の性犯罪を行った、あるいは性問題行動を示す、二重診断(軽度知的障害と精神疾患)をもつ青少年を対象に、地域ベースのアセスメントと治療サービスを提供する。

IV : 司法精神医学対応病棟等

IV-I セントローレンスバレー矯正処遇センター ; オンタリオ州立の矯正施設における発達障害・知的障害のある性犯罪者への認知行動療法(CBT)や司法心理学、動機づけ面接などのサービスを提供する。

IV-II セントジョセフ・ハミルトン病院 ; マクマスター大学 精神医学行動科学部門司法精神医学部。責任能力のアセスメント、保安病院と保護管理下の命令での通院治療を行う。

以下、それぞれの機能に合わせて支援の特徴を明らかにした。

I . Community Networks of Specialized Care

(CNSC) —地域機関の連携や支援困難ケースの専門的支援をくコーディネートする役割>としての機関について

CNSC は、オンタリオ州を4つのエリアに分けて公的な機関として連携を形成し、支援の困難な二重診断のある知的障害・発達障害者に対してネットワークで支援する仕組みを進めていた。これらの機関の取り組みは、本調査の中でも特に注目すべき内容であった。

1) 聞き取り対象

CNSC では、以下の CNSC コーディネーターを聞き取り対象とした。

: Ms. Jennifer Altosaar (ジェニファー・アルトサー) トロント区域 CNSC コーディネーター; ネットワーク・オブ・スペシャライズドケア(サリープレイス・センター Toronto Network of Specialized Care : Surrey Place)

: Ms. Marnie McDermott (マーニー・マクダーモット) 中東部区域 CNSC コーディネーター; ネットワーク・オブ・スペシャライズドケア (Regional Coordinator, Central East Network of Specialized Care)

特にマクダーモット氏は CNSC 発足当初からコーディネーターに携わり、研修の講師を務めていることから、カナダで使われている用語解説の資料の提供も受けた。

2) トロント区域 CNSC ネットワーク・オブ・スペシャライズドケア(サリープレイス・センター)の歴史

トロント区域 CNSC の母体となっているサリープレイス・センターの歴史の概観は以下のようである (HPより引用)。

1962 年、トロント大学精神科が、トロント精神病院の近くの3階建て住宅の最上階に、知的障害者に対する研究・支援・治療のためのクリニックを開設。アセスメントや診断を含む包括的なサービスを提供した。1966 年、トロント精神病院の移転に伴い、クリニックは、サリープレイス 2

番地に移転し、「精神遅滞者センター」(Mental Retardation Centre) となった。1971 年、それまでの精神医学、心理、看護、ソーシャルワークの専門分野に、さらに作業療法、言語療法、遺伝の専門分野も加わった。1974 年、「精神遅滞者センター」から「サリープレイス・センター」に名称変更した。1987 年、州政府は、センターのサービスを地域委員会に委譲し、財団がセンターの活動の責任をもつこととなった。

2000 年代、サリープレイス・センターは、これまでの知的障害分野での数々のリーダーシップを確保しつつ、プログラムを拡大し、大きな発展を遂げた。新たに加わったのは、学校支援プログラム、トロント自閉症サービスパートナーシップ (Toronto Partnership for Autism Services)、トロント自閉症 ABA サービス (Toronto Autism ABA Services)、オンタリオ発達サービストロント地域センター、MMW ビデオ会議プログラムなどで、さらにオンタリオ視覚障害児財団 (Ontario Foundation of Visually Impaired Children) がサリー・プレイス・センターに統合された。

今日サリープレイス・センターは、サリープレイス 2 番地以外の 7 箇所でサテライトオフィスを運営し、年間 6,000 人を超える当事者および家族に対してサービスを提供している。トロント大学、ヨーク大学、ジョージブラウン・カレッジの連携機関となっており、年間 100 名以上の医療分野の研修生を受け入れている。2012 年サリープレイス・センターは、保健認証機関 Accreditation Canada から「模範的なレベルの機関」(Exemplary standing) の認証を取得している。

サリープレイス・センターの主な取り組みは、臨床家や専門家の広いネットワークによって以下を提供している。

- ・アセスメント・診断
- ・ABA, 早期介入、行動療法、カウンセリング、発達療法、集中的行動介入、薬物療法、
- ・ペアレントトレーニング、言語療法のコンビネーション

- ・本人、家族、支援者のためのワークショップ
- ・地域の事業者に対する教育、コンサルテーション

3) CNSC の発足と背景

2005 年、コミュニティ・社会サービス省 (Ministry of Community and Social Services: MCSS) は、従来のサービスの恩恵に乏しかった二重診断 (dual diagnosis) のある人 (発達障害・知的障害と精神疾患、あるいは問題行動、又はその両方) に対する新たな取り組みとして CNSC の発足を発表した。この分野での専門家が限られている中で、支援の困難な、行動上の問題がある発達障害・知的障害者を、省庁間の垣根を越えて、ネットワークで支援する仕組みの構築を目的としていた。

オンタリオ州を 4 つの区域 (region) に分け、それぞれに CNSC が置かれている。2006 年から本格実施された。区域を統括してケアの標準化を図る目的もあった。

4 つの区域は以下である。

- 北部 — 北部・北東部
- 中部 — 中東部、中西部、トロント
- 東部 — 東部、南東部
- 南部 — 南西部、ハミルトン・ナイアガラ

発足の背景として指摘されたのは、二重診断のある発達障害・知的障害者がサービスの谷間にあり、知識や経験のある臨床家もわずかであったこと、そのため多職種チームの連携や、高度のケースマネジメント、危機介入、さらにタイムリーで、柔軟な個別サポートが急務であったことであった。各地域の CNSC を主導するのは、その地域において専門性に定評があり、審査を受けて選定されて業務を委託された機関である。

CNSC は、サービスは提供せず、また支援の場所ももたない。主たる役割は、二重診断のある成人に対しての支援を連携させることであった。

具体的には、不足しているサービスを地域の人

材と社会資源を活用することであり、次のような専門性を構築することが目的である。「専門知識・経験・能力のある臨床家」、「臨床サービス」、「連携のとれた多職種チーム」、「高度のケースマネジメント」、「危機介入」、「タイムリーかつ柔軟な個別支援」、「サービスセクターのナビゲーション」の7つである。

これらの専門性を有する区域の専門サービス機関、医者、臨床心理士などの専門職と連携し、共同でトレーニング提供することで、区域全体の支援能力がアップしてきているとのことだった。

4) 支援困難な知的障害のある人たちを支援するチーム

地域において支援困難な知的障害のある人たちを支援するチームは以下のような専門職種により進められていた。

a. 移動リソースチーム (Mobile Resource Team)

移動リソースチーム (MRT) は、知的障害、自閉症、精神障害、医療、危機対応の分野に加えて、権利擁護およびケースマネジメントの分野で働く専門家の多職種からなるチームで構成される。

チームでは異なった分野の専門職がパートナーシップを組んで働く。二重診断のある人が、できるだけ地域で暮らし続けられるような提案を行い、また家庭、施設、ケースマネジャーへのサポートおよび、公的財源を受けられるためのサポートを提供する。

b. 「行動分析技術士」 (Behaviour Technician)

問題行動の対処のため、困っている家庭や施設、日中活動の施設に出向き、本人の行動および周囲の環境についてのデータ収集、行動支援計画 (behaviour support plan) 立案を行う。通常1日滞在し、本人の行動を観察し、施設などのスタッフに記録のつけ方などを伝授する。スタッフが集めたデータから、問題行動の評価のサポートを行う。

行動分析技術者は、臨床的なスーパーバイズを受け、また、機能的行動評価、および行動支援計画はすべて、行動分析士認定協会 (BACB) に承認

される必要がある。

c. 医療ファシリテーター (Health Care Facilitator)

医療ファシリテーターは、発達障害・発達障害・知的障害者とその家族を地域の病院とをつなぐ。本人の状態に見合った医療を受けることができるように、家族に対してのトレーニングを実施し、権利擁護や代弁についての教育を行う。

5) CNSC により支援された支援困難な事例; ケーススタディ「ポールの場合」

本聞き取り調査においては、CNSCの支援特徴をより明らかにするために、実際に支援された支援困難な事例について以下のようなケーススタディを行った。

【性犯罪者として、保護観察を受けている事例】

本事例は、家族のサポートがなく、DSOのサービスを受けてグループホームに住んでいる性犯罪者であった。暴力、暴言、器物破損および性的攻撃性が高いなど、対人支援としても高い注意が必要な知的障害者であった。保護観察下に置かれていた。

本人の状況

52歳 男性。オンタリオ州発達障害サービス (以下DSO)の受給資格あり。

家族のサポートなし。DSOのサービスを受け、グループホームに居住。

性犯罪者として登録、保護監察官の指導を受けている。

【懸念される行動】: 器物損壊、暴力行為、暴言、性的攻撃 (Sexual Aggression) など。

本事例のアセスメントとしては以下のものであった。衝動性、爆発性が高く、家庭でもグループホームや地域でも支援が困難とされてきており、専門性の高い支援が必要とされていたことがわかる。

これまでに受けた診断

広汎性発達障害 (PDD)、破壊的行動障害、衝動制御障害、間欠性爆発性障害、気分障害、反

社会性パーソナリティ障害、特定不能の性嗜好異常、小児性愛

この事例に対して、以下のようなサービスが CENSC（東部地域の CNSC）により行われていた。

CENSC に対するサービス要請プロセス

- ①グループホームの管理者から CENSC に対して行動治療の要請
- ②CENSC と移動リソースチームによる検討
- ③中東部区域ケース判定を実施
- ④緊急介入のため、グループホームに、移動治療チームとアウトリーチチームの派遣を推奨

移動治療チームとアウトリーチチームの支援

派遣された行動分析技術士

(Behaviour Technician)の役割は次の通りである。

- ・行動観察、データ収集のトレーニングの実施。
- ・スタッフの関わり方を観察、データを集める。
- ・問題行動の機能評価に際してのサポート
- ・行動観察データ（3ヶ月間、スタッフの関わりデータ）

このように、ハイリスクを抱えた高度な支援困難事例に対しても、地域に存在する高い専門性をもった支援を実践している専門機関と連携しながら、円滑であり、支援を放棄しない体制を実践していることが CENSC であった。特に、CNSC コーディネーターたちは、相互に連携しながら、遠方からの相談に対して機動性をもって現地にアウトリーチしていたことが印象的であった。

6) CNSC の課題について

今後、カナダ全域およびオンタリオ州における CNSC の役割とコスト調査や 4 つのエリアの CNSC の活動実績と年間の相談件数、支援困難な事例の特徴に関する統計的資料、また彼らへの治療的アプローチとその効果なども関しても、さらに資料を収集し、わが国における支援困難への

支援体制に活用できる特徴を抽出していくことが課題である。

また、オンタリオ州中東部区域専門的支援のコミュニティネットワークに関する資料として、トニー・ビポン Tony Vipond、マーニー・マクダーモット Marnie McDermott 「オンタリオ州における二重診断のある発達障害・知的障害者に対するニーズの把握と支援の開発」に関する報告について、本報の最後に添付する。

※「二重診断」(dual diagnosis)「発達障害」(Developmental Disabilities : DD) とは一用語解説

ここで、今回の調査で使用された用語について、現地の使用の定義を示しておく。

「二重診断」(dual diagnosis) の用語は、主に、知的障害に精神疾患の併存がある人、あるいは問題行動のある人、又はその両方のある人々を指している。

「二重診断」のある人は支援の最も難しい人々であり、次が含まれる。

- ・性犯罪/ 不適切な性行動のある者
- ・深刻・著しい攻撃性 / 暴力行為がある者
- ・自閉症で攻撃的行動がある者
- ・放火
- ・精神疾患に伴うニーズの安定しない者
- ・視聴覚障害者で問題行動があり、さらに知的障害と診断された者、
- ・ホームレスの若者
- ・知的障害があり危機に陥っている者
- ・矯正施設にいる知的障害者

発達障害 (Developmental Disabilities : DD) という用語は、知的障害、自閉症をはじめ、それ以外のダウン症、胎児性アルコールスペクトラム症候群、脆弱 X 症候群のような神経発達症候群のある人々を指している。DD のある子どもや、若者、成人は、全般的健康、また精神面の健康問題を高い割合で抱えやすい傾向がある。そうした問題は、その本人の生活の質だけでなく、家族、支援者、地域社会にも、多大な影響を及ぼす³⁾。

カナダでは「発達障害者」という用語は知的障害者を意味するものとして使用されている。19世紀後半には「精神異常者」という言葉が使用され、その後用語の変更がなされ現在に至る(鈴木, 2014)。

II. Vita コミュニティリビングサービス (Vita CLS) &メンズサナ、およびグリフィンセンター精神保健サービス — 触法行為者および支援困難な知的障害・発達障害をく地域で継続的に支援する役割として機関

Vita コミュニティリビングサービス (Vita CLS) &メンズサナ、およびグリフィンセンター精神保健サービス (以下、グリフィンセンター) は、地域で継続して支援困難な人たちの実際の支援や、知的障害のある性加害者の移行治療プログラムの提供している機関である。

Vita の事務所で団体および取り組みの概要を聞いた後、運営する性加害者の居住施設の1つ「ルーラル」を見学した。

1) 聞き取り対象

聞き取り対象は次の通りである。

Dave Hingsburger :

臨床・教育支援ディレクター

Dunja Monaghan, :

移行およびメンタルヘルス&サポートサービス・ディレクター

Katie Miller, :

プログラム・スーパーバイザー/Co Therapist

Luke Lynn :

プログラム・スーパーバイザー/Co Therapist

Stephanie Ionnau :

行動療法士 (Behavior Therapist)

2) 団体概要 :

精神障害を並存する成人知的障害者に対して、居住支援、レスパイトケア、地域参加プログラム、臨床、教育サービス。矯正施設を出た人が地域で

暮らすための居住サービスも提供している。Vita CLS とメンズサナはもともと2つの団体であったが、2005年合併し、一般には両者を総合してVitaと呼ばれている。後者は慢性の精神疾患の成人の家族がつくった非営利団体である。

3) Vita での取り組みの特徴

二重診断のある成人に対して、居住支援、レスパイトケア、地域参加プログラム、臨床、教育サービスを提供。矯正施設を出た人が地域で暮らすための居住サービスも提供している。主にオンタリオ州のコミュニティ・社会サービス省 (MCSS) の助成金で運営される。

性犯罪加害者のための2つの長期居住施設を運営している。ひとつが「ルーラル Rural」(定員5床+1床)追加の+1名は私費での入所用であり、ひとつが「ミルストリート Mill Street (定員5床)」であった。

Vita では、心理士、社会福祉士、精神科医、行動療法士(Behavior Therapist)等からなる多職種で構成されており、これらの職種がチーム(Treatment / Management Team)をつくり支援に当たっている。利用者は、病院や刑務所、自宅から来る。そのため、保護観察所や裁判所とも良好な関係である。新規のケースを受ける際には必ずケアカンファレンスを開き、本人のリスクを検討するほか、地域のリスク(子どもの遊び場は近くにあるのか等)や地域の苦情について情報を収集していく。しかし、主眼はあくまでも機会の奪われた犯罪者・障害者への配慮である。Vita にくる利用者の中にはサポートを不要とする者もあり、少ないサポートで地域に戻れる場合もあるが、基本的に利用者のほぼ全員は性的問題を持っている。また行動問題・暴力を重複しているケースもある。

Vita でのプログラムは原則として3年間である。Vita では、治療と生活を一体化した支援を行っている。元々は、提供した住居に外部からセラピストを招き治療を行っていたが、それでは治療が日常的にならず、良い効果を得られることがで

きなかった。そこで、生活の中で治療を受けることができ、また、セラピスト以外の職員であっても情報を共有できるようにシステム化を図った。こうした、治療と生活の一体化は、Vita のみが行っている支援方法である。

生活の場である住居では、住居と地域に対するリスクと、職員や利用者に対するリスクを常に意識して支援に当たっている。住居がリスクを軽減させる環境であるか、また、対象行為や本人の特性を配慮し、安全の確保ができてから治療を始めしていく。セラピストは、週に1度本人に会い、治療をした後宿題を課している。それは、住居の職員も共有している。ここでの治療はセラピストと利用者の1対1で行われ、グッドライブズモデルやQOLを考え、人間関係や社会参加、余暇活動を整えながら利用者の社会復帰を推し進めていく。また、QOLとリスクを並列し、リスクマネジメントも十全に行っている。地域に戻るためのエビデンスとして、環境調整のためのデータを集約している。データに基づいた対応として、ハイリスクの利用者には、当初はセキュリティの高い状態から支援を行い、日々の治療によりアンガーマネジメントを実施・モニタリングし、徐々にセキュリティを上げていく。

Vita の取り組みだけが独立しているわけではなく、ケースマネジャーが次に繋ぐところと連携していることが大切である。地域住民に、どういった人が帰ってくるのか伝える役割の他、利用者のアドボケイトをする役割も担っている。性加害の治療は継続して行われる必要があり、Vita で行うプログラム期間である3年を経過してもまだ支援が必要な方も多い。一方で、Vita 以降の帰住先が見つからず、3年経過してもVita 関係のところに残される者もいる。利用者のウェイティングリストは、別の機関が管理している。次のところに繋ぐパスに力を注いでおり、警察に対しても効果的な対応等のトレーニングを行った。これには、警察も喜んで参加していた。次に繋ぐ際の課題として、Living Space の確保が挙げられる。

家族がいたとしても、家族のもとに帰るケース

はほとんどいない。家族のもとでの生活が大変だったからVita にきているため、Vita の住居を出た後は1人暮らしをしている者もいる。

カナダ全体における性加害者支援の進展は、地域差はあるもののまだまだ遅い状況にある。責任の有無を恐れているVita として、情報提供を積極的に行っていくとのことである。

4) 居住施設における取り組み

Vita が提供している住居は、全体で利用者は10名(政府からの助成を受けている者9名、他の地域から紹介を受け入居した者1名)となっている。9年間支援を実施してきて、延30人を支援してきた。普通の障害者への居住サポートも行っている(定員10名)。こちらには、性加害者支援とは違うリスクが存在している。利用者のIQ値は概ね60-70台で、軽度から中度の知的障害者である。平均年齢は20-50代で、基本的には成人が対象である。性加害の内訳として、子どもに対する性暴力・女性に対する性暴力・性器露出・公共の場でのマスタベーション等が挙げられる。

1つの住居には、11名の職員がローテーションを組んで従事している。日中は3名、夜間は2名がいる。通常は8時間でシフト交代となるが、Vita では12時間で交代することになっていた。なるべく長い間利用者と共に生活をする中で、日常の様子や変化をすぐに気付けるようにするためであるとのことである。ここでは、職員も治療の渦の中に入るという、治療共同体という仕組みが取られていた。職員と利用者は並列の関係であった。また、利用者がどの職員に相談しても対応できるよう、情報共有システムが整えられているとのことであった。

住居の場所は重要であり、都市部では無く、そして隣近所に人が住んでいないか、子供の有無、利用者の対象行為となり得るような成人の有無がチェックされる(この際、子どもの方が、生活の場所が限られているため対処は楽とのことであった)。

住居では、トイレ以外の全室にカメラがついて

いた。家の外にも同様にカメラが設置されていた。玄関を開けるとチャイムが鳴るようになっており、内側からは電子ロックされるようになっているが、メンバーは職員に伝えれば自由に外に出ることができている。居心地よく暮らせるよう配慮されており、部屋の作りも個別対応がなされていた。利用者の中には、どのような物でも武器にしようとする人がおり、壁をはがして配線を振り回すことも過去にはあったという。そこで、電気メンテナンスを行う業者も支援チームとして加ってもらい、配線が容易に取り外しできないよう工夫を行った。また、感覚過敏の利用者には、光度の調整をしたり、人格障害でパニックを起こしやすい利用者には、大声が外に漏れないようにしたりと、常に問題解決を行っているとのことであった。犯罪歴がある人が来るが、住居は矯正のための場所ではなく、本人の選択を尊重し、ここで治療を受けてもいいし、刑務所に戻ってもいいというスタイルで支援を行っている。

【居住施設「ルーラル Rural」の特徴】

対象者：基本的には有罪判決を受けている者。性犯罪歴、知的障害がある。アセスメントで、治療から恩恵を受けると判断された

本人が治療に同意している。性加害の他に暴行、不法侵入、放火、薬物関連の告訴もされている者が大半である。ほとんどが二重診断（dual diagnosis）をもち、性的倒錯（小児性愛、部分性愛、窃触症など）に関与している。

治療期間：6ヶ月～3年（設定した治療ゴール達成まで）

リスク評価と個別治療計画

治療前にリスク評価が実施され、個別治療計画が策定される。治療の効果は臨床とデータに基づいて測定される。本人の触法パターンや人生のゴールに合わせた **Self-Regulation Pathways**（自己統制パスウェイ）と「グッドライブモデル」等の矯正プログラムから構成されている。

プログラムの構成

リスクアセスメント／個別およびグループカウンセリング／行動マネジメントプログラム／インセンティブプログラム／性教育／怒りのコントロール／ライフスキルのトレーニング／コミュニティ・トラストプログラム（後述）／個別とグループセラピーは最低週1回

スタッフと居住者の率

スタッフ2名に対して5～6名。地域の仕事の経験や外出のため1名（3：5）

安全体制

カメラでモニター／部屋の検査・所持品身体検査／電子スクリーニング／日常の安全チェック（メンバー、スタッフ、地域の安全のため）／マグネット式電気錠

この居住施設は、定員が4名で、キッチンの隅にはスクリーンがあり、そこでメンバーの動向が分かるようになっていた。ダイニングは作業場を兼ねていた。ドアにはセキュリティロックが施され、スタッフのみが暗証番号を知っている。タバコの時間は決まっており、また、TVはスタッフの許可のもと視聴ができる。TVゲーム等は、住居での本人の行いによって、セキュリティレベルが下がってくると行えるようになっていた。エクササイズルームや余暇活動（ビリヤード等）をする部屋は、状態が落ち着いている利用者であれば、毎日30分ほど利用が出来る。週末は、職員とともに外に行き、カフェやカジノに行くこともあるという。ここでは、Vitaが提供する他の住居の利用者がきてパーティを開くこともある。利用者の私物は一度回収され、許可が出るまでは物置に預けられている。職員の宿直室は治療のための部屋と兼ねており、外から中が見えるようになっている。治療の様子を他の職員が見ることができるようになっているためである。事務室の床は赤くなっており、職員の許可がなければ利用者は入ることができない。知的障害のある利用者が殆どのため、視覚的に分かりやすく工夫されている。

利用者の行動はチェックリストで管理されており、レベル別に対応が異なっている（レベル1・

2・3・4となっており、レベル4が一番深刻である。レベル1の時点で対処できるようにしている)。食事や睡眠の状況もチェックされるが、利用者自身の意欲を損なわないように肯定的な質問で執り行われる。外出前にもチェックリストがあり、すべての項目について当てはまる項目が無いとならなければ外出することができない。問題のある個所が、以前から引きずっているのかどうか時系列から読み解くことはとても大切であり、日常的に利用者が抱えるリスクを把握できるようにしている。リスク管理の一方で、「Positive skill development」という、行いによってポイントが溜まっていくと、報酬がもらえるシステムを行っている。これは、利用者のモチベーションを上げるために行われる。

職員がチェックするのではなく、利用者自らが行うセルフチェックもある。一つはセイフティプランと呼ばれ、何が期待されているのか、自己理解できるようにするために実施する。外出するための計画をつくり、リスクは何か、安全にするためには何をすればいいのか、自分で評価を行う。もう一つはベッドルームサーチで、居室に危険なものを持っていないか、ポケットやシューズ、ウェストラインもチェックする。利用者自ら行い、職員は利用者の体を触ることはしない。日々のモニタリングで特にリスクのない利用者には実施しない。持ち物に関しては、電子的なものでなければチェックはしない。ゲームも危なくないものであれば、概ね持ち込みを許可している。

居住中に性加害をした人はいないが、暴力行為をした人はいる。どうしても問題行動が治まらない場合は、警察を呼ぶこともあるという。また、住居から逃げた人もいる。その時は警察が連れ帰ってきてくれた。再度捕まり有罪になっても、また Vita に戻れるよう受け入れる姿勢を示していくことが、本人の治療には必要とのことである。

5) Vita における職員の役割と養成

Treatment / Management Team の職員は住居にいる職員のオペレーションとして、全体のスー

パーバイズを行っている。週3回、8時間以上ホームに在籍し、住居の職員が必要に応じてすぐにスーパーバイズを受けられるような体制を取っている。また、利用者に対しては、インテークと卒業時のモニタリングを担う。初回のアセスメントで、インフォームドコンセント、支援計画を伝える。家族に対しても、性問題や障害の教育を施していく。

Vita は、あくまでも地域移行のための施設であり、Vita が提供するプログラムに関わる前後の関係者と連携することが大切である。そのため、利用者の支援のキーパーソンに、今何が起きているのか、3か月毎のレビューを通して伝えていく。地域移行に際しては、Community Trust Program が行われ、利用者が地域に出かける時に離れて歩いて様子を見る等の支援がある。この汎化は難しく個別性が高いため、職員のスキルが重要となってくる。このプログラムを実施する全ての職員が、専門のトレーニングを受けている必要がある。スタッフへのスポットチェックとして、マッケンジー病院が Vita の第三者評価を務めている。日々の支援の中で成功体験を積み重ねていく事は、利用者にとっても職員にとっても大切なことではあるが、支援が順調に進むことで普段のリスクを忘れてしまうことがある。そこで、第三者評価を導入しダブルチェックすることが必要となってくる。

※参考資料：Vita の地域社会への再統合を目指す取り組み (Brandie Stevenson ら,2011)。

Brandie Stevenson, Luke Lynn, Katelyn Miller, Dave Hingsburger, (2011)

"The way back: a reasoned and data based approach to increasing community access for sex offenders during and post treatment", Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour, Vol. 2 Iss: 2, pp.63 – 71

日本語訳：

タイトル「知的障害者のある性犯罪者の社会復

帰：治療中と治療後のデータに基づいた地域社会への再統合をめざす取り組み」

はじめに

知的障害のある性犯罪者が治療プログラムを受け、段階的に社会復帰を果たすに際し、支援組織は、いつ、どのように、どういった状況下において社会との関わりを増やしていくかを決定しなければならない。プログラムを通して学んだことを実生活に応用することが難しいという障害の特性をもつ彼らが、社会の安全を脅かすことなく地域に入っていくためには、学習したスキルが身に付いているか判断する必要がある。それは支援者の意見に基づくものではなく、データの裏づけによる判断である。本論文は、「コミュニティ・トラストプログラム」と呼ぶ段階的な地域への再統合の仕組みが、現場でどう実践されているかを提示することを目的としている。2つの具体的なケースを通してこの「コミュニティ・トラストプログラム」の原理を示す。

1. データ収集

方法：治療開始直後に、チームが、当事者が地域社会と関わることを視野にいたデータ収集を開始する。以下の情報をデータシートの項目にそって記述する。

- ①ターゲットとなり得る対象者がいる場合の行動
- ②自己管理スキルが身についているか(自発的に使えるあるいは、促したら使える)
- ③不適切な対人性行動(自分の性器をさわる、相手を見つめるなど)
- ④懸念のある行動(ターゲットに対して笑いかけ、手を振る、気を引くなど)
- ⑤スタッフのとった対応(ほめる、認める、指導、外出を途中で切り上げるなど)

2. コミュニティ・トラストプログラム

コミュニティ・トラストプログラムは、はじめは行き慣れた場所(近所の店、コーヒー店、図書館など)からはじめ、段階的に外出先を増やす。

外出先でのリスク回避の方法などを仔細に観察し記録する。本人自身も外出から戻った後に自己採点する。6ヶ月～1年間かけて、スキルの習得のために、実際に演習して身に付け、行動範囲を広げ、サポートを減らしていく。外出先の範囲をリスクの予測がつきにくい場面まで拡大する。

ただし、わずかでも懸念のある場合は見直しをする。

プログラムの他の要素(アンガーマネジメント、衝動性のコントロール、アサーティブネス、自己肯定感増加、犯罪の責任の自覚など)の効果の評価も行う。

評価は、臨床家、治療ホームのスタッフ、スーパーバイザー、臨床マネジャーのチームで行い、必ず責任者(所長)が入る。

3. 支援困難な事例に対する支援の特徴ケーススタディ「ジャクソン」と「マーティン」

①「ジャクソン」の事例

男児・女児および男・女の知的障害のある仲間に性加害を犯し、15歳で、再犯リスクが高いとされ、以来、地域の活動を制限されていた。20代後半でVitaに入所した。

Vitaの治療計画は以下であった。感情理解と感情の自己統制、性の自己管理スキル、問題解決、向社会的行動のスキル、健康なセクシュアリティ(healthy sexuality)を身に着ける学習など。当初、彼のリスクレベルの高さから、女性スタッフが単独での支援はしなかった。

外出時に見られた行動は、不適切な性行動、スタッフの指示に従わない、常に被害者となりそうな対象を探すなどのため、複数のスタッフの監督のもと、数箇所のみで制限された。

治療後28ヶ月には、ジャクソンのデータから、自己管理スキルの確実な使用、自らの性のリスクの明確な理解、感情の自己統制、リスクがありそうなときの自覚、安全な欲求処理方略などが身についていることが示された。この間、治療チームによって4段階の「コミュニティ・トラストプログラム」が計画され、段階的に、スタッフが監督

してファーストフード店に入る、セルフアドボカシーグループに参加するなどからはじめ、その後一人で食事を注文して食べ、スタッフが少し離れたところから見ているなどで観察した。

現在、課題となっている分野の改善に取り組んでいる。ファーストフード店など慣れた場所以外では、自分の個人情報を話したり、パーソナルスペースを侵害したりなどの行動が見られるため、さらなるソーシャルスキルのトレーニングを実施している。また、投与されていた抗アンドロゲン剤の減量と最終的になくすることを目指しており、減薬に伴う密接なモニタリングがされている。

地域社会と、またジャクソン本人の安全性を高めるために改善がなされている。

① 「マーティン」の事例

② 自分より力の弱い子どもや知的障害のある少年・少女に性的欲求を向けていた。学校を停学になった。その後知的障害者の施設で支援を受けたが、対応できなかった。警察は彼に知的障害があることから起訴しなかった。19歳で Vita に入所した。

Vita でのプログラムは、向社会的行動のスキル、対人性行動、健康なセクシュアリティ (healthy sexuality)、性の自己管理スキル、問題解決スキル、怒りのコントロール、相手の同意の必要性の理解などに焦点を当てた。当初限られた場所に出かけたが、とくに子どもに対して相当問題行動が見られた。たとえばスーパーで子どもに話しかける、スタッフから離れて子どもを追いかけようとするなどで、スタッフが注意するとののしったり攻撃的になったりした。

治療が進むにつれマーティンはみるみる変わってきた。30ヶ月の「コミュニティ・トラストプログラム」は、施設内、スーパー、ファーストフード店の3箇所で行われた。それぞれの場面で学んだスキルが応用できるようになり、自己管理スキルを発揮し、子どもがいるハイリスクの場面でも落ち着いた行動がとれた。

プログラムが終盤に近づき、一人でレストラン

で食事をするという段階となったときマーティンは、一時プログラムの停止を希望した。後で話し合った結果、彼は一人で食事する自信がないのではなく、スタッフといっしょに食べるほうがより居心地がよいということが分った。マーティンとの話し合いの結果、この最後の部分の計画を変更して、成功して終了した。

プログラムが終了して1年になる現在彼は、地域で自立して生活し再犯はしていない。

マーティンは定期的に以前の治療チームに顔を出し、うまくやっていること、「正しい道」を歩いていると報告にきている。

○おわりに：

治療者の「意見」ではなく、客観的なデータに基づく決定であることが重要である。

異なった実際の場面で、学んだスキルを応用できるか十分練習すること。

Vita で治療を終了した者は、外部のコントロールではなく自己管理に基づいていることがより自由度がある生活をしている。

○原理：

- ・活動を広げる決定は客観的データにもとづいたもの。

- ・収集するデータは、あらかじめ決められた関連スキル、あるいは方略、学んだスキルを使ってよい行動を選択できるようにすること。

- ・全ての地域統合の過程を通じてデータが集められ、どのようなささいな行動でも、リスクがある行動をとったときは見直しをする。

- ・トラストプログラムは、本人のニーズにそって実施されている治療の一部として使われる。

III: グリフィンセンター精神保健サービス (以下、グリフィンセンター)

本機関は、12～18歳の性犯罪を行った、あるいは性問題行動を示す、二重診断(軽度知的障害と精神疾患)をもつ青少年を対象に、地域ベースのアセスメントと治療サービスを提供する専門機関である。