

を治療の対象とするとき、法体系の整備が必要である。視察した国はいずれも保安処分制度を持っているが、日本では保安制度に対する反対が強く、両国の制度をそのまま取り入れることは困難であり、何等かの対応が必要である。

2) 処遇困難な患者を対象とする施設を作るとき、模範となる病院は公的機関である必要があるが、民間の病院が参加できるように補助金制度を活用する事が要望される。

3) 人権との関わりが問題になるが、患者が社会に出た後のフォローアップ制度を整備する必要がある。

追記：

論文作成の機会を与えて下さった、国立精神・神経センター病院長 大熊輝男先生に感謝致します。また、視察に参加され、旅行中種々の助言を頂き、帰国後作成されたレポートを快くお見せ頂いた国立医療・病院管理研究所施設計画研究部長 川口豊氏、渡辺病院院長

渡邊憲先生、南知多病院院長 田中誠先生、東京医科歯科大学教授 山上皓先生、厚生省保健医療局精神保健課総務係長 大久保栄一氏の各先生方に心からお礼申し上げます。

最後に、イギリスにおける施設見学や専門家との会見のアポイントメントを取って頂いた弁護士戸塚悦朗氏に心からお礼申し上げます。

(東京都立松沢病院 精神科診療部長)

文 献

- 1) 有田矩明：オランダの精神障害を伴う犯罪者治療施設. *Act. Crim. Japon.*, 43; 54-69, 1977.
- 2) 斎藤正彦：Mental Health Act 1983 (England & Wales) の成立過程. *臨床精神医学* 17 ; 1525-1534, 1988.
- 3) 斎藤正彦：精神保健法 外国に学ぶ (II) Mental Health Act 1983 (England & Wales) の概要. *臨床精神医学* 18 ; 957-962, 1989.

犯罪をおかした精神障害者の処遇

—米国（ニューヨーク・フロリダ・ワシントン DC）調査班報告補遺—

津久江 一郎

すでに筆者は日精協誌1991, Vol.10, No.7において、米国（ニューヨーク・フロリダ・ワシントン DC）の司法精神医療制度視察について報告したが、今回はその補遺として今一度、米国における司法施設の経緯、入院形態、退院経路についてわかりやすくまとめ、ミッドハドソン司法精神センターについて詳述し、これらを踏まえてわが国における処遇困難患者についての処遇は今後いかにあるべきか、若干の私見を述べてみたい。

I. 司法施設の経緯（ニューヨーク州）

米国の Forensic service は当初、警察の Dep. of correction 所轄であったが、精神保健医療として Forensic service を行い始めたのは1970年代になってからであり、比較的新しい。ところでニューヨーク全体の精神保健に対する州全体の予算は30億ドル（約4,000億円）であり、そのうち Forensic service には7,000万ドル（約100億円）にも

のぼっている。

II. 入院形態について（ニューヨーク州）

司法というよりは触法患者といった方が当を得ていると思うが、ニューヨーク州においては専門の司法精神病院（3施設）か、一般の州立精神病院（Psychiatric Center）の閉鎖病棟に強制入院させる場合（刑の軽重による）、大別して刑事訴訟法（Criminal procedure law [CPL] と一般に呼称している）の730, 330, Part 57 (Civil commitment law による) の3形態がある。

後述する、Kirby Forensic Psychiatric Center (1990年) の入院形態により説明すると判り易い。

CPL 330とは、精神障害の結果、犯罪行為に対して責任能力がない者であり、5年間の条件命令に従わなければならない。CPL 730の患者とは、精神障害の結果、裁判に耐える能力がない者であり、最大刑期の2/3までは患者として入院させて

良いことになっている。つまり入所する時点で大体何年間入院するかの目安が立てられている。

Part 57は全入所者の大体10%位の割合で入所しており、これは強制入院患者で成人の Civil Psychiatric Center（一般の州立精神病院）の閉鎖病棟で、暴力行為があり、治療困難な、われわれの言う処遇困難者（tough patientと呼んでいた）に相当する人達が、一時的に司法専門の病院に入所できる、いわゆる後送システム（civil transferと呼んでいる）である。ただしこの場合、地域によって入所する司法病院は決められており、ネットワーク作りが成されていて、病状軽快すれば当然ながら元の施設に送り返されるシステムになっていた。Forensic hospitalには必ずしも Forensic patient のみ入所しているのではないことを強調しておきたい。

III. 精神障害を伴う犯罪者の入退所経路（メリーランド州）

イ) これは Clifton T. Parkins Center で入手した模式図（1991, Vol.10, No.7）を参考されたい。一旦犯罪を犯して逮捕され、精神障害のために無罪または責任能力が無いと裁判で判決を受けた場合（当然、公判前の精神科診断に基づいて）専門の司法精神病院か、一般の州立精神病院の閉鎖病棟（structured ward で maximum secure）に入所となる。入所した場合、初めはまず最大行動制限（maximum security）の病棟より出発し、症状の改善をみると従い、中等度行動制限（medium security）、次で minimum security、最後に 5 年間の条件付で釈放患者となるが、この入所から退所するまで、病状改善し次のステップにいく都度、裁判という手続きを経ないといけない仕組みになっていた。法廷命令により入院治療する場合、治療方法（処遇）が変わると、その都度法廷という手続きが必要になっているところが我が国と大きく異なるところであると思われる。

maximum securityにおいては当然、隔離室も有しております、更に必要に応じては病床に 2 ポイント、4 ポイントの身体拘束をしていたが、この場合は法律で 15 分おきに患者の観察、2 時間おきのトイレ誘導、4 時間おきの医師の診察が義務づけ

られていた。

ロ) 入所期間が終了した場合、次の延長をするかしないかを判定する場合、Forensic committee を開く。これは直接治療に関わっていない 3 つの立場の人達より構成されている。（1. 患者付きの弁護士、2. 地域〔コミュニティーの代表であるから、できるだけ長く入院させておきたいという意見〕の検事長、3. ニューヨーク州の検事長〔病院の弁護者〕）

ハ) 条件付き退所（conditional release）とは 5 年間であり、居住地・同居者等の確認、旅行は不可、銃砲所持の不許可、外来通院・服薬の義務づけをしており、5 年後に再び法廷を開き、必要であれば何回でも 5 年ずつ延長できるルールになっていた。

予後としては再逮捕者 50%、薬物乱用者 50%、再入院者 50% とのことであった。

IV. ミッドハドソン司法精神センター（1990）

1. 施設について

・ Safety Services

セーフティサービスは周囲のセキュリティと、すべての患者、職員、ボランティアそして訪問者の身体的安全との両者に対して責任がある。セーフティ機能は、セーフティおよびセキュリティ・チーフが議長をつとめる「環境保健および安全委員会」を通して調整される。

・周囲のセキュリティ

周囲のセキュリティの主なる職務は患者が施設で安全な保護下にあることを保証することである。Mid-Hudson は二重に囲まれた柵に囲まれている。二重のフェンスの目的は、患者を施設内に入れておき、そして邪魔者は排除するという 2 つである。その目的を果たすためにセーフティ部は、柵で囲まれた外辺部に通じる門への道によって囲まれた安全な構内への接近を見張り続ける。

施設への主な出入口は囲まれている Main Gate (Gate 1) と Rear Kitchen Gate (Gate 6) を通る。すべての訪問者、新患、職員そしてボランティアは Main Gate を通って安全な構内に入る。異例として、出入口は、構内の回りの他の門を通る、必要かつ認められた根拠があつて使用される。

Rear Kitchen Gate (Gate 6) は他の出入口としては最もよく使用される。

どのゲートでも通り抜ける人は、安全な構内に持ち運ばれる人（自分自身）や持ち物の検査を認めなくてはならない。歩行者ゲートを通り抜ける人はみな、金属探知器で、禁止物と通過が映し出される。

周囲のセキュリティを管理するためにセーフティ・セキュリティ・オフィサーは、出入口の管理と施設の回りの定期的監察を1週間のうちの7日間、昼夜絶え間無く、当番で行っている。パトロールは変則的に行われるが、ほぼ1時間に4回行われる。定期的にパトロールに使用される乗り物の走行マイル数が毎日記録される。

・セーフティ・プログラム

進行中のセーフティ・プログラムは、建物、乗り物、機器、グラウンド、現住者および安全な構内外の機器、物品のセーフティに関わっている。そしてそれは、生活、健康、財産に直接関わる脅威となる問題についてタイムリーに報告し、決議することに焦点を合わせている。

セーフティ・プログラムの鍵となる部分は、セーフティ委員会である。セーフティ委員会は情報や事故および傷害の報告のコミュニケーションのためのフォーラムや、監察、ドリル、危険体感の結果報告のための審議場を提供する。

・事故報告プログラム

あらゆる傷害はセーフティ部に報告されている。傷害とは、患者と口論の末直接的に起こる傷害も含み、また人へのあらゆる危険の結果起きたであろうと考えられる傷害も含む。加えて、患者への傷害は「ユニット・セントラル発生再検討委員会」に報告される。セーフティ部は危険を確認するために報告された事故を調査する。事故報告はセーフティ・セキュリティ・チーフに転送され、できるだけ早く問題への解決をするよう調査追求するセーフティ委員会によって再検討される。

・火災セーフティ・プログラム

施設のすべての場所とすべての物品は、適切な建物火災安全規約と一致していることを点検される。

・火災ドリル

火災安全ドリルは建物内で予告なしで交替で、月に1回、すべての建物で行われる。これらのドリルは頻繁に、プログラム評価にファイルされている質と適切さの点で定期的に報告される。

セーフティ・サービス・モニターは標準管理過程を通じて、質と適切さの点についての報告を定期的に記録する。

2. 管理組織

Mid-Hudson の管理スタイルは、以前よりより組織的に、非形式的からより形式的に、習慣法の実施から、組織化され統制された実施に発展している。その過程は続いている。

大小のリハビリテーション・プロジェクトと見事な建築で、Mid-Hudson は来るべき年の重要な発展と刷新を証明している。結果として Mid-Hudson は、良質の物質的設備と効果的なプログラミングとの両方の強固な基礎の上に、新しい施設建物に実際になってきている。

施設はエグゼクティブ・ディレクターに報告する大きく3つの部に組織されている。その3つの部とは、1. クリニカル・サービス、2. 質の保証、3. 管理サービスである。

・ディレクター・キャビネット組織

ディレクター・キャビネットはメディカルスタッフ組織の長と同様の者—エグゼクティブ・ディレクター、各部のディレクター（クリニカル、管理および質保証部）、患者ケアユニット・チーフ、看護ディレクターそしてセキュリティ病院治療チーフから構成されている。

キャビネットは施設のエグゼクティブ・ディレクターと縦の関係にある精神保健局長や、forensic サービス局長を含む管理機関とつながりをもっている。

各部門の関係は部門別の組織に加えて、委員会の構成を通じて統合されている。部門別組織は、類似した環境や専門知識をもつスタッフの間の統合を行うように保持されている。治療レベルでは、治療チームはチームリーダーである病棟精神科医を中心に組織されている。（チームリーダーが、すべて精神科医であることを大変自慢していた。）

・管理部

管理部は、人材管理、財政管理、セーフティ・

サービス、設備メンテナンス、ボランティア・サービスそしてスタッフ・トレーニングを通して援助サービスを行う。

・質保証部

質保証部は、レクレーション・作業療法、患者教育、宗教サービスという患者に関わりのある活動への指導をしたり、管理機関やメディカル・スタッフ組織に報告するプログラム評価や利用再調査という質保証活動に焦点をおいている。

・クリニック部

クリニック部は患者ケアユニットの直接の患者ケアを行ったり、セキュリティ病院治療アシスタントを通しての内部的およびクリニックなサービスの管理と同様に、精神医学、医学、薬学、看護学を通しての直接的患者ケアに焦点をおいている。

3. マンパワー

スタッフ構成	常勤 スタッフ	他のスタッフ	
		非常勤 コンサルタント	総常勤 相当者
精神科医	17	0	17
児童精神科医	0	0	0
他の内科医	2	0	2
有資格心理士	8	1	9
他の心理士	0	0	0
有資格ソーシャルワーカー	8	.60	8.60
他のソーシャルワーカー	1	0	1
有資格精神科医ナース	32	4.50	36.50
公認ナース	4	0	4
認可を受けた実践or職業指導ナース	0	0	0
精神保健or児童ケアワーカー	262	0	262
教師(文学士以上)	3	0	3
活動療法士(OT, RT)	18	3.30	21.30
職業機能回復カウンセラー	0	.30	.30
アルコール症カウンセラー	0	0	0
薬物カウンセラー(宗教的サービス)	1	.30	1.30
歯科医	1	0	1
薬剤師	3	.50	3.50
有資格栄養士	3	0	3
医療記録管理者	0	0	0

他の専門家			
a. 司書	1	0	1
b. 美容師	1	0	1
他の管理／サポート職員	170	5.35	175.35
総施設職員	535	18.85	550.85

4. 使用病棟

Unit 2	Ward 21/22 (女性)	36
	Ward 23/24 (男性)	18
	Ward 81 (男性)	16
計 70		
Unit 3	Ward 31/32 (女性)	32
	Ward 33/34 (男性)	32
	Ward 35/36 (男性)	32
計 96		
Unit 4	Ward 41/42 (女性)	31
	Ward 43/44 (男性)	31
	Ward 45/46 (男性)	31
計 93		
適切な病院収容数 259		
診療室／特別治療		
	Ward 51 (男性/女性)	15
	Ward 52 (男性/女性)	9
計 24		

5. 入所者数

・1974~1989年の平均入所者数

74年	290人
75	364
76	348
77	357
78	332
79	305
80	355
81	375
82	371
83	374
84	392
85	354
86	312
87	294
88	272
89	264

・1989年の変化—入院者と退院者

入院者には再入院者と新入院者を含む。
退院者には転送者を含む。

	1986年	1987年	1988年	1989年
入院者	400人	437人	436人	355人
再入院者	116	153	141	133
退院者	405	465	439	381

6. 入所者年齢分布 (1989年)

20歳未満	18人
25歳未満	75
30歳未満	133
35歳未満	116
40歳未満	83
45歳未満	45
50歳未満	36
55歳未満	35
60歳未満	15
65歳未満	4
70歳未満	4
75歳未満	4
80歳未満	5
80歳以上	1

7. 平均在院日数 (1989年)

・法律形態による標準

9.27 MHL	192.15日
9.33 MHL	625.66
730.40 CPL F.	163.25
730.40 CPL T.	88.23
730.50 CPL	153.66
730.50 CPL OR	1,202
330.20 CPL	939.69

・照会先による標準

他の精神科施設から	510.8 日
法廷から	398.79

・診断(主たるもの)による標準

OMD	431日
Psycho/Suba Disorder	162
Schizophrenia	501
Psychotic Disorder	382
Mood Disorder	258
Delusional Disorder	282
Development Dis.	555

Other 229

8. メディアン在院日数 (1989年)

・法律形態による標準

9.27 MHL	174 日
9.33 MHL	321.5
730.40 CPL F.	155.5
730.40 CPL T.	70
730.50 CPL	85
730.50 CPL OR	986
330.20 CPL	526.5

・照会先による標準

他の精神科施設から	245日
法廷から	117

・診断(主たるもの)による標準

OMD	144日
Psycho/Suba Disorder	95
Schizophrenia	193
Psychotic Disorder	138
Mood Disorder	148
Delusional Disorder	84
Development Dis.	481
Other	79

9. 今日までの経緯

Mid-Hudson は創設以来、入院患者の安全と福祉への多くの物理的改良から恩恵を被っている。

・ハイライト 1976-1989

・1976年

病棟部分にデイルームを増築し、小さな共同寮は平均20-25人の患者だったが、Oak Hall とForrest Hall に、1フロアー当たり50人の患者までに増やせるよう修復した。これによって1ベッド当たり、および1患者当たりのスペースを広げた。

・1977年

古い訪問エリア、診療治療エリアが改修された。

・1979年

患者用図書館と患者教育ビルディングが改修された。

・1980-1981年

薬局はビルディング5に修復されてスペースを設け、薬局スタッフが新しく募集された。

・1982年

火事見張り台が Oak Hall と Forrest Hall に完成した。そしてスプリンクラーシステムの改良が行われた。

・1983年

屋内トラックやスイミングプール（以前の屋外プールを組み入れたもの）を含むアクティブ・センターがオープンした。

・1985年

Kirby Forensic Psychiatric Center がオープンし、Mid-Hudson での混雑を大いに減らすために、まず最初に70人を受け入れた。

・1986年

ダイニングルームはタイル張りの床と、備え付けの椅子で改修された。

・1986～1989年

病院内の病棟エリアは、第2回目の改修がされ、旧式の共同寮に取って代わって、患者のベッドルームやデイルームのための現代風スペースの必要品を備えた。Oak Hall は収容患者を1フロアー当たり32人にまで変え、Forrest Hall は31人までになった。

・1987年

新しいスペシャル・トリートメント・エリアがオープンした（ビルディング5）。ビルディング2（Denton Hall）の改修終了。各々18人の患者を収容できる3つの病棟完成。

・1988年

セキュリティ・ゲートと訪問室のある新しい歩行者通路をもつビルディング4が完成し、そしてビルディング5の中の改修されたスペースである新しい診療室がオープンした。

・1989年

Oak Hall と Forrest Hall（ビルディング3と4）に次のものが加わった。治療エリアを加え、ナースステーションを改修し、カンファレンス・ルーム、オフィススペース、エレベーターを加えた。そして管理ビルディングが完成し、使用された。

附) Kirby Forensic Hospital 所長談

1. 専門医制度 Forensic psychiatrist について

純然とした専門医制度は米国にはない。州に

よっては司法精神病院のない所もあるが、メリーランド州ではボードで認められた精神科医で、弁護士の資格を持って、州全体の責任を握る人が20名存在する。

これは精神科のレジデントを終えて、1年間コートで働いて、法学部のコースを終了するとフェローとなる（このコースがある所は全米で10ヶ所）。更に5年間従事した人達が責任者となる。

2. medication および E.S.T. 拒否について

強制入院の患者でも medication, E.S.T. を拒否する権利を有している。この場合、コートで治療が必要であることを医師が証明しなければならない。結果が判定されるまで、早くも2～3週間、3～4ヶ月かかるところもある。

ただし救急治療については例外で、1日1包、1回のみ注射することはできる。

その他、患者を代表している弁護士がおり、いつでも服薬を拒否することもできる。

guilty care commissioner が常置している。罪を罰することと、医師が治療することは異なることであるが、裁判長が medication に対しても決定することになっており、医師の立場を犯されると医師自身にフラストレーションが発生する。あまり現実的ではないと思っており、司法施設に勤務するためには制度そのものの狂気とも戦わねばならないと痛烈な発言があった。

V. わが国のいわゆる処遇困難患者の処遇はどうあるべきか

1. 処遇困難例とは何を定義しているのであるか。患者を完全にいかなる場合でも処遇することは、本義的には可能なはずである。もし完全な設備に、充分なマンパワーがあれば、そのようなものは存在しないはずなのである。しかし現実に処遇困難例は存在し、われわれはそれについて論じなければならない。従って、この報告は、処遇困難例を現行の医療の枠の中でより良く行うにはいかにすべきか、即ち現状といかに折り合うかということに外ならない。

2. さて、すでに処遇困難患者に関する専門委員会により（厚生科学研究費による）S.62年度

より3年間の報告書はH.2.4.30に発表されている。それによると基本的な治療体系としては現行の地域の指定精神病院の再編成（地域医療計画による二次医療圏〔345ヶ所〕に1病院を目処に）により、比較的軽度の処遇困難例を担当できるようになり、更に重度な症例に対して国公立病院を中心に集中治療病棟（仮称）を併設し担当するという二層構造の体系が骨子のようである。こうすることによって、一般の患者の開放的処遇を一層推進させることにして行こうとするものである。

3. 米国の Forensic service は当初、警察の Dep. of correction で行われていたようであるが、精神保健医療として Forensic service を行い始めたのは1970年代のことであり、比較的新しい。つまりこれは1963年に始まった Deinstitutionalization という一連の歴史的流れの中で必然的に発生したものととらえなければなるまい。

つまり、脱入院化の一つの産物として必要にせまられ現在の制度ができあがったと理解してよからう。州立精神病院のベッドの削減により、一見広大な施設に見えたが、実は現在使用しているのはその何分の1の建物・病棟でしかないという事実と、患者は減ってもそれに相当する職員を急に削減することは大変困難であったろうし、また病院自体のみならず、病院職員自身も生き残るために色々な努力をして来たであろうことは、容易に推測できる。その結果、生き残り作戦として、施設そのものを転用したものが Kirby, Mid-Hudson Forensic Psychiatric Center であろうし、また、Creedmoor Hospital, South Beach Hospital にみられる一般州立精神病院では、その余った職員で中間施設 (adult home) へ張り付け、出張サービスしていた（巡回サービスとは別に）。われわれの目に一見、大型司法精神病院もこうした脱入院化の結果としてコミュニティ・ケアを前提にすれば、当然こうした司法患者は増えてくるものであるとの説明にもあった通り、事実 Mid-Hudson (1971年設立) が一杯になって、Kirby (1985年設立) が新たにできた経緯もうなづけるのである。しかし現実にはそれにもかかわらず、100万人とも200万人ともいわれるホームレスの発生を見たのである。

ちなみにニューヨーク州全体の精神保健予算は30億ドル（約4,000億円）であり、そのうち Forensic service は7,000万ドル（約100億円）にものぼっている。これは一種の大艦巨砲主義が失敗した例である。こうした意味合いより具体的に現在考えられている厚生科学報告書に見る二層性は当を得ていない部分があることに気付く。

我が国の地域に密着した（公的病院といえども）病院－患者（家族を含む）関係は我が国の特徴であり美点でもある。アメリカの制度をそのまま真似しても結果はみえている。

4. 従来より私的精神病院は地域患者に密着したものであって、処遇困難例といえども、それなりに努力・対応してきているのが現状である。処遇困難治療こそ、当該病院完結型でなくてはなるまい。ごく例外的に Part 57 (Part 57 とは civil transfer とも呼ばれ、一般州立病院に入院している 1. 強制入院患者で、2. 他害が強く認められ、3. 治療効果のない患者を専門の司法精神病院に一時預ける法律であり、大体、司法精神病院の10%位を占めている。つまり Forensic Hospital には必ずしも Forensic patient のみ入所しているのではない！) 的なものを有しておれば良かろう。そうしないと公立の大型でもすぐに一杯になってしまふし、送る側は治療する努力を忘れてしまい、そのためにかえって対応処理能力を失ってしまい、機械的に後送することしか考えなくなるであろう。また国公立病院を中心に集中治療病棟を併設するのは理想的ではあるが、公私の区別をつけるのは実際的ではない。

もう一つ肝心なことは、29条の法の適用の問題であるが、処遇困難患者が厚生科学報告書にあるごとく、29条の患者は17.4%しかないことを分析しなくてはなるまい。現状では措置入院患者が減少することが正しいことであると思い込み、保健婦、県の吏員は措置入院患者を減らすことのみを考えており、とても鑑定依頼を家族、近所の人、例外的に保健婦がしたとしても受け付けてくれず、なかなか鑑定するにまで至らないのが実状である。またこのような処遇困難例の多くが緊急を要しており、鑑定する時間的余裕がなく、やむを得ず医療保護入院しているのが現状なのである。

いったん入院すると（ごく例外的に26の2項があるが）措置入院に切り換えるのは大変難しい。後送病院に送り込む考えではなく、当該病院の治療努力を発揮させるためにも精神医療審査会とか、中立の立場よりの入院後でも措置入院に切り換える制度がなければなるまい。

それでも尚、Part 57のようなものも最後の手段として（transferすること）国公立病院に後送するsystemは作るべきであるが、これはあくまで治ったら再び紹介した病院に帰すことを条件にしなければいけない。尚、国公立病院の扱うのは司法患者（起訴前、刑務所出所前の）検察官通報等の、つまり他害事件を起こした触法患者は起訴、裁判の過程でその責任能力に応じて矯正施設（医療刑務所を含む）で受刑するか、この場合こそ国

公立病院に優先的に措置入院させるシステムにするべきであろう。警察官通報による鑑定は比較的の地域に密着しておるため、または再入院の患者の場合は、その地域の私的精神病院でも公的病院でもどちらでも入院できるようにしておくべきであろう。

いずれにしろ、現在の措置入院制度の改正と指定病院の見直しの両者を同時にせねばなるまい。

公的病院のみの大型を作るには膨大な国の予算のみならず、専門職としてのマンパワーの養成が急務となってくる。それよりもある程度の基準（二段階になってもよい）を設けて、我が国の地域医療に密着した実状に合った分散型収容を主としたものにするのがより実際的な解決策と思われる。

（広島・瀬野川病院 院長）

カナダ・大バンクーバー地区における 犯罪性精神障害者の処遇視察報告

松井 敬介 南野 肇
池田 英世 長尾 喜一郎
折田 勝郎 仙波 恒雄

〈その1〉

カナダ・大バンクーバー地区における 犯罪性精神障害者の処遇について

（三善病院 松井 敬介）

カナダ・ブリティッシュ・コロンビア州（以下BC州と省略）、大バンクーバー地区（以下GVCと省略）における精神障害者調査の一般的印象記については本誌7月号（10巻7号 689頁、1991年）で述べたのであるが、司法精神医療に關係ある事項をのべるにさいして一部重複を顧みず記すことにする。

GVCには州人口の約半数（160万人）が居住しており、その中にバンクーバー市（以下VCと省略）の人口は52万人である。GVCでは精神障害者に対しわが国には見られない優れた制度、施設、サービス網が完備しており、しかも逐年改善されている。

以下犯罪性精神障害者処遇に關係ある事項について特に目立っていることがらを述べる。

1. きめ細かく、完備した精神保健サービス網（図1,2）

州政府は連邦政府からかなりの財政的援助を受けてはいるが、多大な権限を与えられており、刑法こそ全国同一であるものの、精神保健法は州独自に定められている。そのため制度は州によりかなり異なっており、診療方針にも、運営にも州や地区の自主性が尊重されている。その結果BC州では精神障害者の90%は外来で治療をしていると言っていた。但し、この外来の意味には多少注釈がいる。つまり正式入院以外、救急施設や救護施設からの通院がカウントされてないからである。

とにかく24時間応需の救急体制を始め、入院まで持っていない者の施設、自殺予防のためのシステム、退院した患者に対する施設等色々な種類のサービス網が、患者の症状と好みや希望に合わせて準備されており、精神障害者が孤独で放置されることがないようにきめ細かくはりめぐらされている。そして医療と法が一体となり、また行政