

平成 13 年度厚生科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究推進事業

報告書

平成 13 年度

厚生労働省

実施機関：日本障害者リハビリテーション協会

目 次

*外国人研究者招へい事業

米国の視覚障害者雇用におけるバリアー—その実態と克服策—	1
ハロルド・スナイダー（全米盲人連合）	

外国人研究者招へい事業報告書（フリオ・アルボレダーフローレス）	12
鈴木二郎（国際医療福祉大学）	

認知・知的障害者にとっての分かりやすい情報	14
ブロア・トロンベック（スウェーデン読みやすい図書基金）	

英国の司法精神医学	19
ジョン・ガン（ロンドン大学精神医学研究所司法精神医学部門）	

外国人研究者招へい事業報告書	24
ロナルド・シャウテン（ハーバード大学マサチューセッツ総合病院精神科）	

*日本人研究者派遣事業

「カナダにおける司法精神医学についての派遣研究」報告書	25
安藤久美子（東京医科歯科大学難治疾患研究所社会医学研究部門）	

日本人研究者派遣事業報告書（アメリカミネソタ大学）	59
小澤 温（大阪市立大学生生活科学部）	

*外国の研究機関等への委託事業

英国の司法精神医療サービス	81
ジョン・ガン（ロンドン大学精神医学研究所司法精神医学部門）	

*若手研究者育成活用事業

リサーチレジデント平成13年度報告書	89
村田拓司（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所）	

専門的精神医療システムの国際比較に関する研究	107
～アメリカにおける状況～	

山本里江（国立医療・病院管理研究所）

外国人研究者招へい事業

米国の視覚障害者雇用におけるバリアー—その実態と克服策—

ハロルド・スナイダー

全米盲人連合

まず始めに、ここで私が主張することは私個人の意見であり、米国または日本の政府機関または民間組織の見解ではないことをお断りしておく。

視覚障害者に対する具体的な障壁を検討する前に、私たちの活動の影響を受ける人々について思い起こすことが大切である。彼らは、それぞれが個性を持った人々であり、彼らを一つに結びつけているのは視覚障害という特徴である。米国や日本を含む様々な地域の文化の中で、視覚障害は純然たる悲劇として捉えられている。しかし、私は全米盲人連合(NFB)の活動を通して、視覚障害という悲劇は、正しい訓練と、視覚障害者に対する機会が与えられれば乗り越えることができることを学んだ。この正しい訓練と視覚障害者に対する機会を与えることに加えて、効果的な自己主張の技術を挙げることもできる。私たちはそれぞれの環境や文化的背景を持っており、日本社会の中では、この米国で言う「効果的な自己主張」という考え方はなじみが薄く、多くの人々にとって理解するのが難しい概念であると思われる。もちろん、視覚障害者雇用におけるバリアーは、自己主張だけでは解決できるものではない。自己主張の技術は解決のために重要ではあるが、その中の一つの要素にすぎない。

ここで、すこし、グローバル化がもたらす影響について考えてみよう。私たちは皆、同じテレビ番組を見、同じ本や雑誌を読み、同じ医薬品を服用し、マクドナルドで同じハンバーガーを食べる。これはすべてグローバル化がもたらしたものである。グローバル化には、よい面と悪い面があると思うので、グローバル化の是非をここで云々するつもりはないが、視覚障害者と聾眼者が実際に同じようにグローバル化の影響を受けていることをここで考えてみたいと思う。

グローバル化の影響が最も明らかなのは、テクノロジーの分野であり、そして、特に、視覚障害者のための支援技術の分野においてである。コンピューターは、英語または日本語といった異なる言語で出力するという違いはあるが、今日、コンピューターを使っている人々は、皆、共通していずれかのウィンドウズ OS を使っていると思う。また、これもまた英語または日本語の出力の違いはあるが、視覚障害者のユーザーは皆、ウィンドウズ OS に加えて、共通して合成音声や点字ディスプレイ、点字プリンターを使っていると思う。このグローバル化は現代の私たちだけの問題ではなく、消費できる資源が減少し、人口が増加し、環境汚染が進む 21 世紀および 22 世紀においてさらに加速するものと思われる。

グローバル化のよい側面として、日本と米国の人々が共通の問題を解決するために、以前よりも密接に協力することが可能になることがある。これを可能にするのがインターネットであり、また好むと好まざるとにかかわらず、英語が国際共通語になったことである。

しかし、視覚障害の分野では、私たちは、グローバル化がもたらす恩恵を十分に活かしていない。視覚障害者のための支援技術の大部分は米国や欧州で生産されているが、それが日本に輸入されると、その価格は生産国での価格の 3 倍にもなる場合がある。視覚障害の分野で活動する私たちは、グローバル化がもたらす情報交換と協力関係を最大限に推進するための機会を十分に活かしていない。また、世界盲人連合（WBU：World Blind Union）が持つ組織的欠陥のため、私たちが世界規模で直面している支援技術に関して増え続ける問題の解決のために各国政府、民間企業、国際リハビリテーション機関に働きかけができない状況にある。

この支援技術の問題を考えるためには、身近な人間を通してこの問題を考えてみる必要がある。この問題を正しく理解するためには、それが不可欠であると私は考える。私たち自身と密接に関連する問題や機会を持つ人物を想像する必要がある。日本の社会や文化、また日本における視覚障害者制度についての私の限られた知識に基づいてこの架空の人物を描いてみよう。

ヨシ（架空の人物）は、21 歳になったばかりの視覚障害者である。彼は未熟児網膜症によって視覚障害者になった。彼の両親は、平均以上の所得と知性を持っていた。少年時代、ヨシは、利口で好奇心溢れる少年であった。自分の周りの環境を探索し、それを理解することが喜びであった。幼い時から、人々はヨシとその両親に対して、ヨシがその人生の中で多くのものを達成することはないだろうと言った。ヨシは、視覚障害者でしかないのだからと・・・。

両親がヨシを盲学校に入れた時、学校の担当者は、ヨシが将来職を得ることができたとしてもそれは按摩師としてであろうと言った。しかし、先程述べたように、ヨシは利口で好奇心溢れる少年であった。学校での成績は優秀で、学校を卒業すると大学に入学することが決まった。日本では極めて異例なことであった。盲学校でヨシは可能な限りの成功を収めていた。コンピューターで文書を作成したり、E メールを使ったりすることもできた。それでもヨシが同年代の晴眼者の学生たちと対等にやっていけるとは考えられなかった。ヨシは視覚障害者でしかないのだから・・・。

大学にいったとしても、卒業後は按摩師としてやっていくのが精一杯だろうと思われていた。ヨシの両親と学校の校長は、ヨシが彼の父親や兄弟のように大学に進学することを望んだ。そして、ヨシは大学に入学した。

彼は、大学で一生懸命勉強した。彼のための朗読者もいた。ヨシはコンピューターやインターネットを使った。卒業試験でもよい成績を収めた。そして学位を取得することができた。

この時点でヨシは人生の頂点に達したのかもしれない。学位を取得し、21 歳の誕生日を迎え、さてヨシの人生はこれからどうなるのであろうか。どのような機会がヨシに与えられているのだろうか。日本の社会の主流をなす人々の一員となり、充実した人生を送ることができるだろうか。それとも、文化的な偏見と機会の欠如から、伝統的に視覚障害者の職

業とされる職業に就いて人生を送ってゆくのだろうか。ヨシの将来は、米国および日本で視覚障害の分野に身を置いている私たちが、視覚障害者のための支援技術を取り巻く世界規模の障壁にどのように取り組んでいくかということに密接に関連している。

ところで、支援技術への法的な障壁と言う意味では、日本にいるヨシと米国の視覚障害者は同じ立場にあるとはいえない。米国では、1990 年に連邦議会が、米国障害者法（ADA 法）案を可決し、ジョージ・ブッシュ元大統領が同法案を承認した。ADA 法と同法に関連する規制は、障害者に対する雇用における差別、公共宿泊施設の利用における差別、公共の交通機関の利用における差別、さらにインターネット・ホームページの利用における差別を禁止している。

ここで簡単に ADA 法が何を意味し、米国の障害者にどのように影響を及ぼしたかを考えてみよう。ADA 法は障害を可能な限り広く定義している。つまり、歩行障害、視覚障害、聴覚障害など日常生活の主な活動を制限する機能障害を障害と定義している。また、アルコール中毒や麻薬中毒などの自己による自己に対する障害も含めている。この他、過去に障害を持っていたけれども現在はその障害を持っていない人々や、障害を持っているとみなされているけれども必ずしも障害を持っていない人々も含まれる。

ここで注意していただきたいのは、一部の議員や政策立案者は ADA 法の定義の範囲が広すぎて、障害者とはみなすことのできない、すなわち本来対象に含まれるべきではない人々が含まれているとしてこれを非難しているということである。連邦議会や連邦裁判所では、この定義の範囲を狭めようとする動きが見られる。ADA 法が成立してから数年後に、雇用における差別の禁止に関する規則が発効したが、差別禁止の定義は連邦議会が当初意図したものよりも狭められ、対象となる障害者の数や雇用において差別が行なわれていると考えられる事例の数も減った。これらの規則は、雇用機会均等委員会が発行したもので、同委員会が施行している。

規則の施行と判例によってその範囲が狭められたものに公共宿泊施設の利用における差別の禁止がある。この点について、私個人の経験を皆様に紹介したいと思う。

1999 年 7 月、私と妻は、米国で全国チェーンを展開している某レストランで席に着くことを拒否された。この出来事があった後、私は弁護士を雇い、司法省に申立をしたが、そこでは、この問題は、裁判で解決するよりも仲裁で解決した方がよいと勧められた。長い議論の末、レストラン側は、この紛争を解決するために、私達に多額の現金を支払った。相手は罪状を認めなかったが、将来、同じような差別が起こらないようにサービスのあり方を変えた。

公共の交通機関の利用における差別に関しては、「パラ・トランジット」と呼ばれる障害者用の交通機関が発達した。この「パラ・トランジット」の問題点は、交通機関側が、バスや地下鉄などの通常の交通機関を障害者が利用できないかどうかを審査する点である。つまり、障害者が、都市の外の交通機関のないところに住んでいたとしてもそれは考慮されない。そのため、都市部の外に住んでいて公共の交通機関を必要とする数多くの障害者

は、依然として交通機関を利用することができない。

さらに、視覚障害者や聴覚障害者、感覚障害者は、身体的に通常の交通機関を利用するため、「パラ・トランジット」を利用することができない。これは、交通機関のない郊外に住んでいるこれらの障害者にとっても同じである。誰が見ても、これは間違っている。視覚障害者が受けた訓練や単独歩行の能力はまったく考慮されない。

ADA 法に基づいて米国建物交通障壁遵守委員会が建物の利用に関する指針を作成し発表している。建物の利用に関する車椅子利用者のための指針がこの数年間、適用されているが、視覚障害者のための歩行ブロックや音声を出す信号機などはここに来てようやく導入されようとしている。この遅れが生じたのは、これらの歩行ブロックや信号機の設置方法と設置場所について、視覚障害者社会の中で意見の相違があり、コンセンサスがなかなか得られなかったためである。

対照的に日本では歩行ブロックや音声付きの信号機をいたるところで見ることができる。これらの設備が導入されてからすでに長い年月が日本では経っているが、日本ではそれらの設備の必要性和利便性についてコンセンサスが得られているように思える。日本の視覚障害者の方々はこれらの設備に頼ることができるので、単独歩行の訓練は必要がないかのよう思える。

理論上では、インターネットのホームページは視覚障害者がアクセスできるものでなければならないことを ADA 法が定めている。連邦裁判所においてこの規定についての判断がなされたことはまだないが、司法省はこの規定を支持している。米国で最大のインターネット・プロバイダーであるアメリカン・オンラインが提供するソフトウェアやサービスの多くは、視覚障害者がアクセスできないものであった。しかし、全米盲人連合 (NFB) が訴訟を起こし、司法省の介入の可能性が示唆された後、アメリカン・オンラインは視覚障害者が同社のソフトウェアやサービスにアクセスできるようにした方が得策と判断し、現在その作業に取り組んでいる。米国の他のプロバイダーやホームページ開設者もこの決定を重く受け止めるべきである。

次に、ADA 法についての私の見解を述べてみたいと思う。日本の方々は、日本で同じような法案が可決される前にこれを参考にしていれば幸いである。

1990 年に ADA 法が成立する前、約 70% の労働年齢にある視覚障害者が職業に就いていなかった。多くの視覚障害者は、家族や社会保障に頼って生活していた。ADA 法が成立してから 11 年後、労働年齢にあって職業に就いていない視覚障害者の割合は 73% に上昇した。このすでに悪かった状況をさらに悪化させた幾つかの要因があると思う。視覚障害者がテクノロジーを利用することを妨げる障壁が依然として残り、さらにその障壁が大きくなっているため、米国の視覚障害者が雇用を得るのはさらに困難になっている。

米国の視覚障害者がすでに体験しているように、私たちの架空人物ヨシが学校や大学で習得したコンピューター技能や、ハードウェア、ソフトウェアは、新しい OS の導入、ソフトウェアにおけるグラフィカルユーザーインターフェースの変更、企業ホームページの変

更などによって、一夜にして使い物にならなくなる可能性がある。さらに、医療保険や交通機関の問題、そして驚くべきことに、依然として見られる受け入れる企業側の差別などが、視覚障害者の雇用を難しくしている。

ADA 法に関して私が特に強調したいのは、障害者に対する差別の禁止を立法化するのはほとんど不可能であると言うことである。たとえ適用範囲の広い法律を成立させたとしても、そのような法律の解釈、特定の事例への適用、その法律の施行は極めて難しいと言うことである。それでも、私たちは敢えてこの困難に立ち向かうべきであろうか。答えは、間違えなく「イエス」である。

ここで、1973 年に成立したリハビリテーション法の第 508 節の規定について、また、この規定が視覚障害者にどのように適用されるかについて考えてみたいと思う。

第 508 節が書かれているリハビリテーション法の第 5 章は、一般的な市民的権利を定めた法律である。第 508 節は、米国政府が調達したり、その従業員または一般に提供するテクノロジーは、そのテクノロジーを利用する米国政府の従業員または一般がアクセスできるものでなければならぬと規定している。したがって、米国政府機関のホームページはすべて視覚障害者がアクセスできるものでなければならぬ。また、政府機関で働く視覚障害者が使う機器はすべて視覚障害者が利用できるものでなくてはならない。米国政府が購入するハードウェアおよびソフトウェアは、それを利用する必要がある視覚障害者の従業員および一般の視覚障害者が利用できるものでなくてはならない。

第 508 節の規定を施行するための規則は発効したばかりである。これらの規則は、連邦諮問委員会が作成し、調達局 (GSA) および米国建物交通障壁遵守委員会が施行する。第 508 節が効果的に施行され、視覚障害者の政府機関従業員および一般の視覚障害者がその恩恵を受けることができるかはまだ分からない。

第 508 節の規定を巡って、特にハードウェア、ソフトウェア販売業者や障害者が法廷で論争を展開することは必至である。第 508 節の効果を見る上で、私たちはその論争に対する法廷の判定に注意する必要がある。

次に、ハードウェアおよびソフトウェアが世界的に急速に発展していることも視覚障害者がテクノロジーを利用する上での障壁になっている。先に述べたように、ハードウェアおよびソフトウェア上の障壁を取り除く上で、グローバル化は重要な要素である。ここでは、マイクロソフトとアメリカン・オンラインがどのようにこの問題に取り組んだかを見てみよう。

マイクロソフトの社長ビル・ゲイツは、マイクロソフトの製品を視覚障害者やその他の障害者にも利用できるようにすることを重要視した。この目標を達成するために、マイクロソフトでは専門のチームを設置し、その専門チームは製品開発者と共同して、視覚障害者が使う画面読み上げソフトに必要なフックが、新たに発売される各製品のプログラムに書き込まれているかどうかを確認する。

このルールは、マイクロソフト社の方針の重要な一部になっている。周知のように、マ

マイクロソフトは、世界中のパーソナル・コンピュータで使う OS やアプリケーションの大手の製造業者である。マイクロソフトが新しく発売した OS であるウィンドウズ ME およびウィンドウズ 2000 は、視覚障害者ユーザーが利用できるようになっており、それにより、新しいバージョンのウィンドウズ・ソフトウェアのベータテストも行なわれている。

マイクロソフトとは対照的に、世界最大のインターネット・プロバイダーであるアメリカン・オンライン（AOL）はごく最近まで、視覚障害者ユーザーの存在を無視することに努めてきた。AOL システムで稼動するソフトウェアの少なくとも 6 つのバージョンは、視覚障害者ユーザーが実質的に利用できないものであった。アメリカン・オンラインのソフトウェアの主な問題点は、プログラムがピクセルで書き込まれていて、描画のよう画面上に文字を現すことである。

視覚障害者ユーザーは、画面読み上げソフトによってテキスト型ソフトウェアを利用することはできるが、ピクセル型ソフトウェアを読み取ることはできない。全米盲人連合（NFB）は、数年間に渡ってアメリカン・オンラインとの交渉を続けたが、アメリカン・オンラインはその姿勢を変えず、あくまでもグラフィカル・ユーザー・インターフェースにこだわった。全米盲人連合（NFB）はついに ADA 法に基づいてアメリカン・オンラインを相手に訴訟を起こした。その結果、2000 年 7 月 26 日に紛争の解決が見られ、アメリカン・オンラインは視覚障害者を含むすべてのユーザーが利用可能なソフトウェアを提供することを約束した。そして、ソフトウェアプログラムの変更に着手したが、バージョン 6.0 の利用についてはまだ多くの問題が残っている。

私たちは、皆、銀行に行き、ATM を利用する。現金を自動的に払い出す ATM は、どの銀行でも見られるようになった。ADA 法の施行に関する指針は、ATM の設計仕様についても言及している。しかし、ADA 法成立から 10 年以上たっても銀行は ATM が視覚障害者に利用できるようにする措置を取らなかった。視覚障害者や視覚障害者の団体は、公益のために活動している弁護士の支援を得て、米国各地で銀行を相手に訴訟を起こし始めた。銀行側は、この問題を法廷で争うことを嫌った。実際に ATM を製造しているのは銀行ではなく、ATM 製造会社であった。そこで全米盲人連合（NFB）は、ATM 製造最大手のディーボルト・コーポレーションを相手に訴訟を起こした。この件は、法廷の外で解決された。ディーボルトは、合成音声機能を ATM のソフトウェアおよびハードウェアに組み込み、視覚障害者が利用できるようにした。視覚障害者は ATM にイヤホンをつなぎ、カードを挿入し、取引を行なうことができる。

私たちは、マイクロソフト、アメリカン・オンライン、そしてディーボルトの体験から教訓を得なければならない。一方では、マイクロソフトのように積極的にその製品を視覚障害者を含むすべての障害者が利用できるようにしている企業がある。他方、アメリカン・オンラインやディーボルトなどの企業は、その抵抗を抑えて、法を守らせる必要があった。ADA 法は、視覚障害者のテクノロジーの利用に具体的に恩恵をもたらした。しかし、それ以上に私たちが注意しなければならないのは、全米盲人連合（NFB）が果たした役割である。

全米盲人連合（NFB）を通して視覚障害者が一団となって自己主張していなかったならば、ADA 法は実効性のない法律にすぎなかったと考えられる。私たち自身が行動を起こさなければならない。他の人が私たちのために行動を起こしてくれるのを待っていることはできない。これが、ヨシやヨシと同世代の視覚障害者の人々への教訓の一つである。

晴眼者の人々は、コンピューターの画面を見てコンピューターを使っている。視覚障害者は、合成音声や点字ディスプレイを使ってコンピューターを使っている。視覚障害者のユーザーが晴眼者のユーザーと対等にやっていくには、晴眼者のユーザーが使っているコンピューター機器と同等の性能と機能を持ったコンピューター機器を視覚障害者ユーザーが使う必要がある。問題は、晴眼者に比べて視覚障害者の数がずっと少ないことである。つまり、晴眼者のユーザーに比べて視覚障害者ユーザーの数も少ないのである。

この数年間、視覚障害者がコンピューターを利用できるようにするための製品を作ることと成功を収めた企業が出てきている。これらの企業がこのような製品を作るのは、視覚障害者を助けてあげたいと思うからではない。これらの企業は、単に収益を上げ、利益を出すためにこのような製品を作っているのである。そのためには、便利で世界中の視覚障害者が受け入れてくれるような製品を作らなければならない。これらの企業は起業家精神に溢れ、晴眼者ユーザー用の製品を作っている同様の企業に比べて顧客基盤に近いところで事業を行なっているという特徴がある。

一般的にこれらの企業は政府から補助金を受けることがなく、また政府機関の規制を受けることも少ない。ユーザーのニーズを把握し、そのニーズを満たしていく。私がいつも驚くのは、視覚障害者用のコンピューター機器を作っているほとんどの企業が米国または欧州にあるということである。また、私がさらに驚くのは、米国または欧州での販売価格の2倍から3倍の金額を払ってこれらの機器を購入しようとする視覚障害者、雇用者、政府があることである。

もちろん、例外はある。例えば、プレクスターは、PREXTALK デイジープレーヤーを製造している。KGS は点字ディスプレイを、日本テレソフトは点字プリンタを製造している。しかし、日本で製造しているこれらの製品は、米国や欧州で製造している製品に比べて日本で低い評価を受けているように思う。

さらに、日本の企業が視覚障害者のために革新的なコンピューター・テクノロジーを開発し、販売するためのインセンティブもあまりなく、政府もそれを促すような刺激策を採っていないように思う。日本の企業が視覚障害者の人々を支援することに興味を示さないのは、視覚障害や視覚障害者に対して日本社会が持つ消極的な見方に基づいていると私は思う。日本文化の中で、視覚障害に対して消極的な見方があるため、ソニーや松下などの日本の大企業に対して視覚障害者用に革新的で最新技術を結集した製品を作ってもらように働きかけることは困難であると思う。私が知っている限りでは、ソニーがこれまでに視覚障害者用に製造したのは、米国で開発されたテクノロジーを真似て製造した小型の4トラック・2速のカセットテープレコーダーだけである。松下が、日本点字図書館が貸

し出している録音図書用に2トラック・2速のカセットテープレコーダーを開発したとも聞いている。しかし、これらの製品はコンピューターを利用する視覚障害者ユーザーにとって役に立たない。この点についてこれ以上申し上げるつもりはないが、日本の大企業および中小企業は日本の視覚障害者のためにコンピューター関連製品を開発する社会的、文化的責任を担うべきであると思う。

米国では、フリーダム・サイエンティフィックなどの企業が、視覚障害者専用機器を開発、販売し、多くの利益を上げている。また、ニュージーランドなどの小さな国でも、パルス・データなどの企業が世界中の視覚障害者のために非常に革新的なコンピューター機器を製造している。日本はアジアで最大の経済国であり、世界でも第2位の経済国である。日本国内で国内向けの視覚障害者用のハードウェアおよびソフトウェアの開発、販売の状況が大幅に改善されることに私は期待を寄せている。もし架空人物のヨシが必要とするハードウェアやソフトウェアが視覚障害者が利用できないものであったならば、ヨシはどうやって職に就くことができるであろうか。

ワールドワイド・ウェブ（WWW）を含むインターネットは、世界中でコミュニケーションのあり方を革命的に変えた。インターネットがもたらしたグローバル化の影響を過小評価することはできない。視覚障害者もこの技術革命の影響を受けているが、グラフィカル・ユーザー・インターフェースのために、この技術は十分に活かせていなかった。インターネット・エクスプローラーが視覚障害者でも利用できることや、プロダクティビティ・ワークスなどが視覚障害者専用のブラウザを提供していることから、今後ワールドワイド・ウェブ（WWW）が、視覚障害者ユーザーにとって利用しやすくなることが期待される。

この可能性への障壁として考えられるのは、サイト作成者が視覚障害者のニーズを理解していない場合や、コンピューター機器やソフトウェアが利用できない場合などが挙げられる。先に述べたリハビリテーション法第508節の規定は、米国政府、米国政府の請負業者、米国政府から財政援助を受けている者が所有し、運営するサイトは、障害者を含むすべての人がアクセスできるものでなければならないと定めている。日本語の表記が象形文字であること、そしてサイトの中でもグラフィックが使われていることを考えると、日本の視覚障害者ユーザーが、ウェブサイトにアクセスできるようにすることはさらに重要になってくる。サイト作成者が利用できるツールが、幾つかある。これらのツールの中には、ウェブ・アクセシビリティ・イニシアティブ（WAI）という視覚障害者がアクセスできるサイトの設計のために活動している国際コンソーシアムの提言や、サイトが視覚障害者に利用できる度合いを測定するBOBBYというソフトウェアが含まれる。

さらに、サイトが視覚障害者にも利用できるようにサイト作成者に圧力を掛けてゆくことも必要である。ワールドワイド・ウェブ（WWW）の利用について、視覚障害者のニーズを強調する幾つかの注目すべき訴訟があった。例えば、オーストラリアのシドニー在住の視覚障害者ブルース・マグワイア氏は、2000年のシドニーオリンピックの公式サイトが視覚障害者にとって利用できないものであることに気づき、正式な法的手続を取り、訴えを

起こした。しかし、シドニーオリンピック委員会にサイトを視覚障害者にも利用できるようにすることはできなかった。オリンピック委員会は、時間や予算の問題などを挙げて釈明したが、そのいずれも正当な理由ではなかった。裁判所は、マグワイア氏に有利な判決を下したが、オリンピック委員会に対して差別撤廃法を適用することができなかった。

これとほぼ同じ時期に、全米盲人連合（NFB）も CNN のサイトが視覚障害者にとって利用できないことに気づいた。CNN は、この問題についての通知を受け取るとすぐにサイト設計者をボルチモアにある全米盲人連合（NFB）本部に送り、その問題点の確認と解決法について協議した。その結果、問題はすぐに解決され、視覚障害者ユーザーはシドニーオリンピックの結果をサイトで知ることができた。CNN は、すべての人にとって利用しやすいウェブサイトを提供することを望んだのであった。

ウェブサイトはますますマルチメディア志向を強めている。つまり、各サイトは、テキストの他にも音声や映像を発信し、マルチメディア・ソフトウェアを利用してユーザーに情報を提供している。英語圏では、これらのマルチメディア系サイトが視覚障害者にも利用可能になっている。日本やその他のアジア諸国では、言葉の表記に象形文字が用いられ、各国間でウェブサイトの標準化が行われていないために、かならずしもマルチメディア系サイトが視覚障害者にも利用可能になっているとは言えない。視覚障害者ユーザーもグローバルビレッジ（地球村）の中で生活している。このグローバルビレッジ（地球村）は、情報を活力の源としている。視覚障害者の雇用は、ワールドワイド・ウェブ（WWW）が提供する情報に視覚障害者がアクセスできるかという点に左右されることが多くある。私たちは、架空人物のヨシやヨシと同じ新しい世代の視覚障害者の人々に対する私たちの責務を放棄してはならないのである。

次に、視覚障害者がコンピューター・テクノロジーを利用するに当たって障壁となるのが、コンピューター産業における中央処理装置（CPU）の処理速度の高速化への動きや、三次元グラフィックの開発、ストリーム画像の処理速度の高速化、通信の高速化、人工知能（AI）の開発などである。20 メガヘルツの処理速度を持つコンピューターが速いと思われていたのは、そう昔のことではない。それが短期間のうちに中央処理装置（CPU）の処理速度は 2 ギガヘルツまで伸びた。この結果、合成音声のハードウェアやソフトウェアの処理速度の高速化も要求されるようになった。これは、音声が速くなるという意味ではなく、中央処理装置（CPU）が 1 秒あたりに処理できる命令の数が飛躍的に伸び、ハードウェアやソフトウェアもそのような高速化した中央処理装置（CPU）に対応できなければならなくなったのである。例えば、これはオクタン価の少ないガソリンでジェットエンジンを動かそうとするようなもので、うまくゆくはずがない。

グラフィックスは、それが単純なものであれ複雑なものであれ、画面を見ることができない視覚障害者にとっては常に問題になる可能性がある。グラフィックスがどのようなものであれ、それを説明するタグがなければ、そのグラフィックは視覚障害者ユーザーにとってまったく役に立たないものである。近い将来に、まったく新しい手法で三次元グラフ

ィックを画面上に描くことが可能になるかもしれない。これもまた、視覚障害者ユーザーにとって問題になるかもしれない。

ワールドワイド・ウェブ（WWW）上であるトリーム画像をリアルタイムで送受信することが可能になろうとしている。これが実現すれば、ウェブ上でビデオをレンタルして、いつでもビデオを見ることができるようになる。このストリーム画像は、視覚障害者ユーザーにとっても利用可能になるのであろうか。画像に説明を組み込むことができれば利用できるかもしれない。また、高画質画像をリアルタイムで送信してコミュニケーションをするということも近い将来に可能になるため、コンピューターをテレビ電話またはテレビ受信機として利用することも可能になるであろう。

ISDN や DSL、ケーブルモデムなどの導入に伴い、通信速度の高速化も急速に進んでいる。通信およびストリーム画像の高速化によってワールドワイド・ウェブ（WWW）の環境がテキストを主体としたものではなく、視覚的な画像を主体としたものにますますなっていくかもしれない。私たちが注意を怠れば、ワールドワイド・ウェブ（WWW）の大部分が視覚障害者ユーザーにとって利用しづらいものになる可能性がある。このグローバルビレッジ（地球村）の中で私たちは団結して、ワールドワイド・ウェブ（WWW）がこれからも視覚障害者が利用できるものであることを働きかけ、訴えてゆく必要がある。

通信の高速化とリアルタイムのストリーム画像の導入で、先程述べたテレビ電話が実現しそうである。

コンピューターの処理速度が伸び、メモリの価格が下がる中で、人工知能（AI）ソフトを稼働できるコンピューターが出てくるかもしれない。人工知能（AI）は、コンピューターの利用のあり方に変化をもたらすかもしれない。この人工知能（AI）と言う新しい概念は、視覚障害者ユーザーにどのような影響を及ぼすだろうか。今のところ、その答えはわからない。分かっているのは、この数年間のうちに人工知能（AI）を備えたコンピューターが現れ、視覚障害者ユーザーもこの人工知能（AI）を使うことになるということである。

コンピューター・ハードウェアとソフトウェアは絶えず進化し続けている。それは誰もが望んでいるところだと思う。しかし、視覚障害者が晴眼者と対等にやってゆくためには、私たちは技術開発者の先を行き、革新的で革命的なコンピューターアクセスに関する解決法を見出してゆくことを考えなければならない。例えば、少なくともこの 20 年の間に全ページ表示の触覚ディスプレイや点字ディスプレイの試験が行なわれてきた。この技術の低コスト化が進む中で、全ページ表示は現実的になっている。それでは、視覚的な図画は、触察の形で表示した方が便利であろうか。ますます視覚的な環境の中で働かなければならない私たちの架空人物ヨシにとって、これらの技術を役立たせるにはどうしたらよいであろうか。

視覚障害に対する固定観念は、視覚障害の歴史と同じくらいに古いものである。私たちがテクノロジー中心の時代を生きる中で、視覚障害に対する固定観念は、間違った技術障壁の形で現出する。私たちは手をこまねいて見ているだけでよいのであろうか。少なくとも

も、私はそのつもりはない。米国の視覚障害者と私は、これらの固定観念と障壁に対して力の最後まで闘うつもりである。

私見によれば、差別撤廃の立法は非常に難しく、そのような法律に実効性を持たせるのはさらに難しいことである。視覚障害者のテクノロジーを扱う能力に対してこれからも偏見と懷疑を抱く人々がいるだろう。政府と民間産業界が阻害要因を作り、視覚障害者が晴眼者と対等な立場で競争することをさらに難しくするかもしれない。

視覚障害者に対する社会全般の見方を私たち視覚障害者が変えてゆかない限り、先程述べた ADA 法成立後の視覚障害者の雇用に関する数字は変わらない。政府および民間セクターと協力して、視覚障害者であることの意味を変えてゆく意思があるということを私たちが政府および民間セクターに伝えてゆく必要がある。残念なことに、このような自己主張は、日本の社会や文化では見られないものであるが、米国の社会や文化の中では見られる。

社会の視覚障害や視覚障害者への見方も日本と米国とではかなり違うと思う。また、視覚障害者を代表する団体や視覚障害者にサービスを提供する組織の役割も両国でかなり違うと思う。そのことを考慮に入れると、日本の大企業が視覚障害者を支援することに消極的であり続けるのも不思議なことではないのかもしれない。

私たちのヨシは瀬戸際に立っている。21 歳の誕生日を迎えたヨシと、米国と日本でヨシと同年代の数千人の視覚障害者の人々は、これからの人生をどうしてゆこうかと考えている。私は予言者ではないが、私の考えは基本的に楽観的である。私たちはグローバルビレッジ（地球村）の中で生きているので、米国の視覚障害者が生活の質を改善するために行なっている数々の活動の恩恵をヨシも受けることができる。ヨシとヨシと同世代の視覚障害者の人々は、日本の文化が捉える視覚障害に対する見方を変えてゆく可能性を持っていると思う。それ以外には考えられない。グローバルビレッジ（地球村）で生きる視覚障害者として、皆で協力して、私たち全員の生活をよりよいものにしていく必要がある。

外国人研究者招へい事業報告書(フリオ・アルボレダーフローレス)

鈴木二郎
国際医療福祉大学

主任研究者が、以下の国際ワークショップを開催した。Arboleda-Florez 教授は、2 部にわたるこのワークショップのいずれにおいても、重要な発表と討論、総括を行い、本研究班の目的である精神医療と倫理に関する国際研究の進展に多大の貢献を果たした。

国際ワークショップ 「精神保健とメンタルヘルス」

平成13年10月21日 京都都ホテル

倫理ワークショップ第1部：患者の自己決定権； 自立性か他者の関与か

座長 鈴木二郎 (国際医療福祉大学)

演者 1. Juan J.Lopez-Ibor (WPA 会長、スペイン・マドリッド大学教授)

精神科医の新しい倫理への挑戦

2. 中谷陽二 (筑波大学教授)

日本における法的無能力者保護の改革

3. 斉藤正彦 (慶成会老年学研究所代表)

老年者の自己決定権

4. 白石弘巳 (東京都精神医学総合研究所研究員)

精神保健福祉における保護者システム：時代遅れ、過去から学ぶこと

5. Julio E.Arboled-Florez (カナダ クイーンズ大学教授)

総括

倫理ワークショップ第2部：倫理、文化、精神医学

座長 Norman Sartorius (WPA 前会長、スイス ジュネーブ大学教授)

演者 1. Norman Sartorius (WPA 前会長、スイス ジュネーブ大学教授)

精神保健における倫理と文化的背景

2. Julio E.Arboled-Florez (カナダ クイーンズ大学教授)

精神医学研究の倫理

3. 遊佐安一郎 (長谷川病院臨床心理士)

日本の精神病院における入院医療

4. 長谷川美紀子 (長谷川病院院長)

日本の精神病院チーム医療の社会的倫理的考察

5. 江畑敬介 (江畑クリニック)

Dr.Arboleda-Florez の発表要旨

精神医学研究の倫理

精神医学における研究倫理は、強い反発から始まり、さまざまな歴史を経て現在に至っている。現在は、倫理の新しい規則と新しい理論の研究が求められている。現在の原則としてヘルシンキ宣言とマドリッド宣言がだされている。

基本原理は、以下の4つである。

1. 研究—被験者関係は、医師—患者関係と同様である。
2. 被験者の権利は尊重されなければならない。
3. 被験者は、十分に分析された危険と利益にもとずいて、守られなければならない。
4. 普遍的な公平性に注意を払わなければならない。

研究の価値、モデルの考え方も吟味が必要である。また個人と社会との契約も重要である(Weisstub)。倫理学者の役割、治療的研究と非治療的研究の問題なども言及された。

カナダの Tri-Council による倫理の原則は、人格の尊厳、自由とインフォームドコンセントの尊重、弱者の尊重、プライバシーと秘密の尊重、公正と包容性の尊重、損害と利益の均衡性、最小限の損害、最大限の利益である。文化による倫理観の違いをあげる。自律性と権利についてラテンアメリカでは、二元性と信頼、日本では、調和と共通合意にもとづく結果、個人主義と集団の決定、カント的規律と戒律的倫理、状況による倫理、倫理的相対主義などがある。

結論：3つの基本問題；

1. 医学の倫理は、単なるエンテレキーではなく、世界内存在としてのあり方である。
2. 医学の倫理は、個人の倫理である、一礼節と正直さにもとずいた価値の仕組みのなかで暮らす欲望をもち、決定することである。
3. 問題が複雑で、困難であればあるほど、倫理の構成と命題はよりバランスをとる必要がある。

そして新しい倫理の理論は、科学の質、個人と学問の自由、文化の質にもとづく倫理的相違を追及しなければならない。

認知・知的障害者にとっての分かりやすい情報

プロア・トロンベック スウェーデン読みやすい図書基金

読みやすい図書、及びその概念、またスウェーデンの読みやすい図書、及びデジタル出版について報告

読みやすい出版の目的は、簡単で、わかりやすく書くということである。同時に大人向けに多様な形でそれを行うということである。これを達成するには内容、言語、挿絵、そしてプレゼンテーション、つまり、グラフィックなレイアウトを考慮しなくてはならない。読みやすさとわかりやすさを、質の高いプロの仕事として実現することが必要である。

何故、読みやすい図書が必要なのだろうか。第一に、だれでも文化、文学、情報に理解できる形でアクセスできるという民主主義的権利がある。権利を行使し、自らの生活をコントロールするには、情報に精通している必要がある。

またこれはクオリティ・オブ・ライフの問題でもある。読めるということは、人々に大いなる自信を与え、世界観を広げ、社会参加を可能にする。読むことを通して、考え、思想、経験を共有し、人間として成長することができる。

読みやすい図書は、国連基準規則の強い支援を受けて規則やガイドラインを設けている。国連の規則の第5項と10項は次のように述べている。

- 政府は様々な障害を持つ人々のために情報や文書類を提供するように対策をたてるべきである。
- 政府はテレビやラジオ、新聞などメディアがサービスを提供できるように働きかけ、奨励していくべきである。
- 障害者は健常者と同じように、文化活動に参加できるようにするべきである。
- 政府は文学、映画、劇場などに障害者がアクセスできる方法を開発するべきである。

ユネスコによる公共図書館声明書も読みやすい図書を奨励しており、以下のように述べている。

“なんらかの理由で、サービスを享受できない利用者、例えば言語マイノリティ、障害者、病院の入院患者、もしくは服役中の方々などには、特定のサービスや図書を提供することが必要である”

国際図書館連盟(IFLA)は、読みやすい図書のためのガイドラインを作成している。このガイドラインは読みやすい図書の必要性、主要な対象グループ、読みやすい出版物の一般的なガイドラインを示している。

読みやすい図書を必要としている2つ主要なグループとしては、障害者のグループ、及び、語学力、読書能力が不十分な人々である。一部の読み手にとっては、こうした読みやすい図書に対する恒久的なニーズがあり、また他の読み手には、これは一時的に有効であると考えられる。例えば読書訓練、または読書のためのきっかけとなる場合もある。対象グループの中には次のような人たちが含まれる。知的障害者、もしくは精神障害者、印刷字を読めない障害、もしくは識字障害をもっている方、DAMP/ADHD（注意欠陥多動障害）の人々、これは注意や認知の欠陥、運動神経能力に問題のある方で、しばしば読み書きや学習障害に繋がる。それ以外にも、自閉症者、先天性聴覚障害者、視聴覚障害者、失語症者、そして一部、高齢者の方々も対象となる。これらの方々全てを含めると、およそ人口の少なくとも7、8%ぐらいは占める。また語学力、読書能力が限られている人々も含む。例えば、新移住者や移民の方々、文盲、すなわち文字の読めない機能障害者、そして教育を受けられない、または受けていない人々、そしてある意味では学童もこの中に含まれる。成人識字率の国際調査の結果、スウェーデン及び、一部その他の国では、人口の75%から80%ぐらいの人がかなりの読書力を持っているということがわかった。しかしながら同時にこれは、およそ人口の20%から25%ぐらいの人があまり読めないということを示している。すなわちそれらの方々には普通の一般新聞を読んで、うまく理解することができないということである。こうした読書力は、実際に現代社会で機能していくためには、必要とされるレベルである。これは9年間の学校教育レベルの読書力に値する。こうした方々は、ただの散文よりも簡単で、わかりやすく書かれたものが必要であり、読みやすいツールをなんらかの形で必要としていることになる。私どもの憶測では、人口のおよそ12%から15%の方々が、なんらかの読みやすいツール、もしくは読みやすい図書から恩恵を受けることができ、こうした対象者のニーズを一くくりの読みやすい図書モデルというものにまとめることはできない。共通の障害を持っている場合もあるが、個々には違いがあるからである。

文章を読みやすくするには、どうしたらいいのだろうか。大まかな指針としてはまず、具体的に書くということ、抽象的表現や、比喩などは避ける。また、動きに論理的な一貫性を持たせる。アクション、動きは直接的、かつシンプルにする。長い前置きはなくし、登場人物も多すぎないようにする。そして、象徴的な言葉遣いや、隠喩を避ける。読者を誤解させることにもなるからである。そして簡潔に書く、これは一つの文章の中で、たくさんアクションを入れないということ、また1行内に同じ成句を使うということである。また、難しい言葉はなるべく使わない、しかしながら同時にきちんとした大人の言葉を使う。馴染みの薄い言葉に関しては、文脈でわかるようにする。また、複雑な関係も、出来事が時系列的に基づいてさえいれば、具体的で論理的に説明できることが多い。あるノーベル賞受賞者が、「ものは読みやすくてはいけない」と述べている。これは読みやすい図書の基本である。

読みやすい図書は、書かれた文章だけに限らない。あらゆるプレゼンテーションにおいて必要である。すなわち、レイアウトや、デザイン、書体、そして文字の大きさも関わる。まずレイアウトは、明確で魅力的でなくてはならない。余白や行間を広くすると読みやすくなる。また、文章は短いブロックに分け、1 ページあたりの行数を制限する。また、書体ははっきり、かなり大きめのものを使う。そしてこの文字の大きさは、実際に続いた文章を示したい場合は12から14ポイントが適切である。そして文字と紙の背景や、色とのコントラストは十分にはっきりしたものにする。読みやすい図書の中で、挿絵、イラストは、一般的な出版物よりも重要な意味を持っている。いわゆる動画というものも同じように重要な役割を果たす。文章を具体的に挿絵で示すと、伝えたいメッセージがよりわかりやすくなる。しかしながら、非現実的な絵を使うと、雰囲気壊してしまったり、反対に感情を高めたりもする。そして絵と文は必ず合致していなくてはならない。絵が間違った方向に読者を導くようだと混乱をきたす。また読みやすい図書レベルはひとつではない。同じような読書力の問題を抱える人々の間でも、その能力には差があり、こうした図書は、様々なレベルのものが必要である。例えば絵がベースになった物語程度のものから、ある程度の読書力を要しながらも、同時に一般的な本や新聞よりもやさしいようなものまで様々なものを用意することが必要になる。

読みやすい図書の形で提供すべきものは、あらゆるメディア、インターネット上の電子、デジタル出版なども含む。将来を見据えると、デジタル出版の分野は、読みやすいフォーマットで提供することがより重要になる。文学（フィクション、ノンフィクション）、書き下ろし、古典文学、小説、短編、詩集、サスペンスなどあらゆるジャンルのもの。そして新聞及び雑誌、これは特別に読みやすく書かれた新聞、もしくは一般新聞の一部に読みやすいページを入れることが考えられる。そして社会に於ける情報提供も重要で、例えば選挙や税金情報、もしくは保険会社や銀行などからの情報、また、ゆっくりしたペースのわかりやすいテレビやラジオ番組が提供されなくてはならない。それ以外にも例えば、録音図書や文書などの音声図書が、わかりやすい、読みやすい、聞きやすい形で、それも、できればデイジー規格に沿ったものが好ましいと考える。

次に情報技術、及び、デジタル出版の分野で、デジタル技術、例えばコンピュータのソフトウェアプログラムや、マルチメディアのツール、例えばCD-ROM、DVDやウェブサイトなどが障害を持った人々、そして精神障害の方々に非常に有効であると考えられている。アクセス性の問題については、デジタル形式のものであれば、利用者のスキルに合わせて利用することができるので、大いに効果的である。そうした障害者が必要とするソフトを作ることが重要である。つまり機能的なインターフェイスを開発する必要がある。そういった意味でデイジーやSMILは非常に有効であると考えている。

スウェーデンにおいては、読みやすい図書及び、スウェーデン読みやすい図書基金がある。

読みやすい図書基金というのは、出版社の役割を果たしており、読みやすい図書及び機能を情報能力センターとして提供している。この基金は国会で承認され、1987年に設立された。そして政府が憲章を作成し、理事長や役員を任命している。運営は、物品販売による収入、及び国の補助金が大体半半の割合で成り立っている。またこの基金では、「8ページ」という名の読みやすい新聞を発行している。情報やマーケティング、また読書指導員、そして委託製作やコース、それ以外にも、開発も始めたいと考えている。これは実験的な開発で、特に新たなデジタルの技術に対して開発に関わっていきたいと考えている。

「8ページ」の新聞は国内外のスポーツ、文化など様々なニュースをカバーし、通常の一般新聞と同じようなものである。これは週間新聞で、テーマの補足資料なども発行していて、記事の背景などを説明している。この新聞の記事のデータベースは、ウェブ上で提供され、合成音声装置を使って提供している。大体10万人の読者がある。また基金では、読みやすい図書、読みやすい本を、基金内の出版部を通して発行している。一般の図書よりも読みやすくなりやすいものではあるが、難易度は様々なものを用意している。読みやすい図書は、フィクション、ノンフィクションを含め、様々なジャンルに分かれている。あらかじめ読みやすいように書かれたものもあり、古典を読みやすくしたものもある。こうした図書は毎年30冊ぐらいのペースで発行されており、今まで累積で、500冊以上出版している。

またデージー録音図書は、障害者にとって、特に読書力に問題のある方々にとって、非常に有効であると考えられる。当基金は、デジタル出版について非常に関心を高めており、これまでのところ、発行した殆ど全ての本は、録音図書、その多くがデジタルのフォーマットに基づいた形で提供されている。またそれ以外にも、マルチメディアに対応し、CD-ROMやウェブ上で提供している。例えば、インタラクティブなドラマというものを特に知的障害者向けに提供している。またウェブ上で、録音新聞を、合成音声で提供している。デジタルフォーマットにおける実験的な試みとして、インターネット上でデージーを使って様々な実験をしたいと考えている。これは、スウェーデン障害者団体の協力のもとで行う予定である。その中ではニュースやゲームやチャットなどを、インタラクティブなドラマなどと一緒に提供したいと考えており、それ以外にも、DVDによる図書や、電子本なども、実験的な試みを既に開始している。

製作活動は読みやすい図書という分野における仕事の半分にすぎず、いくら良い製品であっても、マーケティングが必要である。そしてこうしたマーケティング活動を通して、読みやすい製品は特別な需要を生み出す。いわゆる文化的に不利な立場の方や、読書に慣れていない、または図書館や書店に殆ど行かないという人々に、どうやってマーケティングすれば良いのかが重要である。従来のマーケティング手法では十分ではない。そしてマ

ーケティングだけの問題でもない。こういった場合、少しずつ、仲介者、例えば教師や障害者の親戚の方々などを通して対象グループに近づく。またそうした方々に影響を与えることも必要で、それにより読書への関心と呼び覚ます。読書指導員のシステムは、読むことに重度の障害を持つ方々に、読むことに対する関心を高めてもらい、態度にも影響を与えると、いうものである。例えば知的障害者や老人性痴呆症の方々、そしてそうした方々の家族や介助者の方に働きかけている。スウェーデンにおける指導員活動は、読みやすい図書基金と、スウェーデン全国知的障害者協会との協力の基に発足した。読書指導員は主に、グループハウスやデイケアセンターのスタッフの中から任命される。彼らの仕事は、読書への関心を高め、刺激するということ、そして読書の手助けをすることで、読書時間や図書館訪問などをアレンジする。またこの活動は、郡、もしくは地域社会によって、規模を広めてきた。現在スウェーデン国内には4000人の指導員が存在している。

我が基金では報告書や出版物、その他公的期間や企業、組織などの様々な文書類を、その読みやすい版として委託製作を行っている。またその他、読みやすい図書の書き方、レイアウトやウェブ情報などを学べる短期間のコースも実施・提供している。

また、各国が読みやすい図書に関してお互いに協力できることがあると考えている。分野としては文学、古典、詩集、絵をベースにした本、そしてニュース記事などがある。これは国際的なニュース記事などを国同士でニュース通信機関や新聞社間で交換することが可能だと考えられる。そして、例えば国連の基準規格や、その他の規格など社会に関しての国際的な情報の提供することができる。またITに関しては、ソフトや技術の開発は、精神障害者の方々を含めて障害を持った方々に特に有益である。そのような意味では、プログラムやソフト、そして技術的な機器の調整、例えばコンピュータのCDプレイヤーなどへの適用及び開発が必要である。それにより、特に知的障害者、また読書力に問題を持った方々にとってわかりやすいものにできる。また、実際に障害者が求めている情報やサポートにアクセスできるように、国際的な標準、例えばデージーやSMILなどを適用していくことが必要である。これらを、より活用していくことは、ユニバーサルデザイン及び、世界中の障害を持った方々に非常に役に立つと考えている。

英国の司法精神医学

ジョン・ガン

ロンドン大学精神医学研究所司法精神医学部門

英国の司法精神医学の歴史 19世紀から20世紀

1800年、ハッドフィールド Hadfield が王の暗殺を企てた。世間を騒がせる重大事件が起きるとそれが法改正のきっかけとなることが多い。ハッドフィールドは戦場で重症の頭部外傷を負って、抑うつ症状が強くなり、常に自殺を考え、人を殺害して死刑になりたいという妄想にとりつかれていた。その結果、彼は心神喪失により無罪 not guilty by reason of insanity と判決された。

当時は裁判で無罪になると、自宅へ帰ることが許されていたが、世間はそれを許さず、議会で法改正の措置が執られ、ハッドフィールドは裁判所から精神病院に入院するという形をとった。これが英国での司法精神医学の始まりであった。

1808年の州精神障害施設法 County Asylum Act によって英国の各州において多くの精神病院が建設された。1814年、英国で一番古く伝統のあるベスレム病院 Bethlem Hospital に特別病棟が設置され、ハッドフィールドのような患者を収容した。

1843年のダニエル・マクノートン Daniel McNaughton による事件は心神喪失による無罪について影響を及ぼした事件であるが、ここでは深く言及しない。

1863年、ベスレム病院はやがて満杯になり、運営理事会において新しい病院、ブロードムーア病院 Broadmoor Hospital の建設が決定された。

1912年、ブロードムーアが満杯になり、ランプトン病院 Rampton Hospital が新たに建設された。

1922年、嬰兒殺法 Infanticide Act で限定責任能力の考えが初めて導入され、これによって殺人に終身刑以外の判決が下されることが可能になった。

ヘンリー・モーズレー Henley Maudsley は英国では傑出した精神科医であり、裁判所でも証言に立つことが多く、富の多くは裁判所で築かれたとも言われるが、現在の英国における地域精神医療、自発入院、あるいは偏見除去の礎を築いた人物でもある。彼はロンドン市に開放病棟で自発入院による病院を建設するならば資金を援助すると申し出た。その結果として、完全な開放病棟を持ち、外来を持つ病院が1923年に建設された（モーズレー病院 Maudsley Hospital）。その翌年には王立諮問委員会 Royal Commission が設置され、1930年には精神障害者処遇法 Mental Treatment Act ができ、精神障害者が強制入院以外の方法で自発的に入院することができるようになった。

1933年、1912年のランプトン病院も満杯となり、モスサイド病院 Moss Side Hospital が建設された。1946年に国民保健サービス（NHS）法 National Health Service Act ができ、保安病院もNHSの管轄下におかれるようになった。第2次世界大戦

後、1957年の殺人法 Homicide Act ができ限定責任能力の規定が設けられた。その後この法律の施行を受けて、調査のために王立諮問委員会 Royal Commission が設置され、その報告書を受けて1959年に精神保健法 Mental Health Act 1959 が設立された。

1965年に英国では死刑が廃止された。これは、司法精神科医がもはや死刑の宣告に関与する必要がないという点で朗報であったと言える。

1975年のバトラー報告 Butler Report によって英国の近代的司法精神医学の基礎が築かれた。

1983年の精神保健法 Mental Health Act 1983 は1959年法の改正法である。

1924年に王立諮問委員会が設置された。この報告を受けて1930年に精神治療法ができた。この特徴は精神科の患者がこれまでの登録による治療ではなく、自発性に基づいて治療ができるようになったことである。1954年から7年までの王立諮問委員会、通称パーシー委員会（委員長 Baron Percy）がさらに大きな影響をもたらした。この王立諮問委員会は今でも英国の精神医療の基本となっているいくつかの原則を生み出した。原則の第1はインフォーマリティ informality（法律によらないの意味）であり、これはモーズレーが示した原則と同様に精神科の患者であっても他の科の患者と同様の扱いで入院することができることを意味する。

王立諮問委員会の報告書と同じ文書をここに記した。社会的に汚名を着せられてしまうので可能な限り避ける。

第2の原則は、司法の専門家や法律家はできるだけ全面に立たないということである。精神障害は医療の専門家にしか見ることができない障害であり、司法はその患者の管理に対して最小限の役割しか果たすべきではないという原則である。しかし、残念なことに現政権下での1983年法の改正においてはこの原則が攻撃されつつある。

1959年以前は、入院する患者は登録され、治安判事裁判所が関与しなければならなかった。しかし、原則においては法律家は可能な限り関与せず、医師やソーシャルワーカー、近親者が入院の決断を下すべきであるとされた。ただし、不当に入院させられたと感じる患者に対しては、審査請求を行うことができる機関が必要であり、法律家はこのような審査機関の責任者として任務に就く必要がある。

1983年の精神保健法においては強制入院の要件として次の5項目が規定された。

1. 精神障害に罹患していること
2. 自らの健康あるいは他人に対する安全や保護の観点から入院が必要であること
3. 2名の指定医が勧告すること
4. 近親者あるいは指定ソーシャルワーカーが申請すること
5. 病院管理者が同意すること

精神障害者の統計について述べる前に、英国の人口動態について簡単に説明すると人口はおおよそ日本の半分の5300万人である。英国の精神科の入院ベット数は20世紀の間中下降線をたどり、1996年以降も減り続けている（Fig.1）。この結果として1808年

の州施設法以降にできた大きな精神病院は、ほとんどが閉鎖され、現在は小規模なユニットで患者を入院させるようにし、ほとんどの精神障害者はコミュニティでケアを受けるようになった。

英国の司法精神医学の大きな転換のきっかけとなったのが、1975年のバトラー報告書であるが、保健行政の各地域ごとに、小規模な地域保安ユニットを設置することが示された。また、英国では従来から精神障害を持った受刑者を精神病院へ移送していたが、それをできる限り早期にかつ頻繁に行うように勧告され、現在ではそのことが実施されている。もう一つ重要な勧告は触法精神障害者の退院後のアフターケアであり、再び治療施設へもどることのないように、地域においての活動を重視している。

1981年から1997年の間に英国の精神科のベット数は8500床から3800床まで減少し、特殊病院のベット数も1746床から1500床まで減少した。しかし、英国の刑務所において収容されている人々の数は43800から61100人まで増加した。つまり施設に収容されている人々の総数で見ると、1981年から1997年までの間に130546人から100600人まで減少したことになる。現在は精神科のベット数は30000床にまで減ってきているが、これによって残念な副産物が生じている。すなわち、強制入院によって入院する精神障害者の数は1990年から2000年までの間に、17000人から26000人まで増加している。しかし、何らかの形で犯罪行為を行って入院する者の比率はほとんど一定である。

英国には3000人くらい精神科医がいるが、そのうち司法精神科医は1割にも満たない。しかし、数は徐々に増えてきており、現在は180名くらい存在する。精神科のサブスペシャリティごとにみると、一般精神医学と比べると司法精神科医はまだ不十分であり、これは児童精神科医や知的障害者の精神科医についても同様なことが言える。

司法精神医学とは

法律と精神医学の接点における患者と問題点を扱う精神医学の一分野であると定義できる。また、司法精神医学においてどのような技術が求められるのかというと、異常行動の評価、鑑定書の作成、裁判所における証言、治療の一環として保安を提供できること、慢性患者への対応ができること、精神保健法の知識があること、心理学的治療に卓越していることである。特に心理学的治療は最も重要であり、英国では司法精神科サイコセラピーの専門家が発展してきている。

司法精神科医の仕事としては、地域、病院、刑務所での触法精神障害者の治療をすること、被害者の治療をすること、一般精神科医、一般医、法律家、警察、ソーシャルワーカー、保護観察官などにアドバイスを与えること、証言や鑑定書を提供することなどである。

司法精神科医が共同で仕事を行う機関としては、裁判所（民事、刑事）、内務省（法務省）、警察、保護観察サービス、精神医療審査会、一般医療委員会などである。

内務省内部には、精神保健課が設置されており、そこに、制限命令を受けた患者の処遇

を検討したり、諮問機関があって、精神科医はいつ患者を退院させるかの助言を内務大臣に勧告したりする。

保護観察は我々と同様、報告書を作成したり、地域で多くの犯罪者と会い、また、裁判所が特に精神医学的保護観察命令を出した場合には、患者は外来に通院したり、保護観察官に定期的に会わなければならない。

英国の精神病院の数は全体で25000から30000床であるが、そのうち中間保安ユニットが2200床で、この数は最近では伸びつつあり、特に民間病院の数が増えている。最高保安病院は1500床である。

司法精神医学の課題

公衆、ジャーナリスト、政治家でさえ、最近50年から徐々に増えてきている殺人事件の中には精神障害者によるものが増えてきているのではないかと信じている傾向がある。このため、社会への啓蒙が必要である。年間の交通事故の死亡件数は3500から4000件くらいであるが、そのうち300件くらいが悪質な危険な運転による、殺人に匹敵するような刑事罰と考えられている。それを除く、一人の人間が人を殺害する殺人事件が年間600から700件である。そのうち裁判所で精神障害のために殺人を行ったとされる数は80件に過ぎない。精神障害者に道ばたで殺される数は宝くじに当たるよりもずっと低い確率である。殺人の全体の件数は徐々に増えてきているが、精神障害者による殺人の件数は変わってきていないため、殺人全体に占める精神障害者による殺人の比率はむしろ減少してきていると言える。このようなことは政治家たちが騒いでいることとは全く逆のことである。

今、英国の政治家は、精神障害者は殺人などを行うことはあるのだからその確率を下げるための立法措置がまだ必要であると騒いでいるが、我々はすでにそのような地域社会に害を及ぼすような精神障害者のために治療を行うための法律は十分持っているのであるから、これ以上のものは必要ないと言っている。

英国には、他人に害を及ぼす者たちをコントロールするための法規定が存在している。その一つは、すでに何度も述べてきた病院命令であり、これによって裁判所は直接犯罪者を病院へ収容させることができる。また、治療条件付きの保護観察命令や中間あるいは最高保安病院、さらに内務省の中の精神保健部門が代表的な例である。

もう一つは、ケア・プログラム・アプローチと呼ばれる制度で、これによって非常に入念に地域社会での治療計画が看護や医師によって作成される。また、性犯罪者登録制度によって性犯罪で有罪判決を受けた者が社会に出るときには警察に登録されなければならない。多行政組織間公共の保護委員会があり、警察に設置された諮問機関で、時に我々に支援を求めることもある。

しかしながら、精神障害を持った者が暴力的な傾向を示すことはまれなことではない。そのようなリスクが最も高まるのはアルコールと薬物の乱用である。ついで精神分裂病の

診断、罹病期間の長さ、妄想の存在、とりわけ受動的な妄想、あるいは妄想による衝撃の強さなどである。

精神障害と暴力の関係については多くの調査がなされているが、米国のスワンソンらが行った地域の疫学調査によると精神障害がない場合の暴力の危険はきわめて少ないのに対して、精神分裂病がある場合は4倍となり、物質乱用の診断がある場合は10倍に高まる。とくに物質乱用の問題は重要で英国でも深刻な問題である。また、診断名が付加されていくとそれに伴って暴力の危険性も高まることが示されている。

これから我々精神科医がこの問題に対して何ができるのか政府に勧告するためのリストを示していきたい。

第1は、精神医療スタッフの数を充実させることが重要であり、アルコール薬物の治療サービスも充実しなければならない、特に英国ではこの分野が弱い。さらに市民教育を十分に行う必要がある、市民のこの問題に対する理解はまだまだ十分ではない。地域サービスも資金不足なので充実させる必要がある。

今後必要なサービスについて述べると、現在は多くの司法精神科患者が保安ユニットの閉鎖病棟で治療を受けているが開放病棟の必要な患者も多数存在している。また、中間保安ユニットの入院できる期間は数年と短い、より長期入院が可能な保安ユニットが必要である。中間保安ユニットの中に鑑定を行えるセンターも必要である。コミュニティケアの中に援護寮やデイ施設も増やす必要があり、刑務所や病院に治療共同体の概念をもっと取り入れる必要がある。また、英国の精神病院の中にはまだ未整備であるが、性犯罪者のための特別な病棟も造る必要がある。

英国で今後立ち向かわなければならない挑戦としては、はっきりとした理由は分らないが精神病が増加していること、物質乱用の問題への対応策を考えなければならないこと、一般市民の精神科医療に対する期待度が高く、精神医療を与えればすべてが良くなるという現実を度外視した期待感に困りものである。自分は悪くなく他者が悪いのだというブレイムカルチャーが横行し、特に医師が悪いとする傾向が英国では強いこと。また、危険性を誰も負おうとしない文化も問題である。刑務所において精神障害者が増加していることも問題である。コミュニティケアは病院での治療に比べて収益的には問題があるが、長期的に見れば病院医療よりも実り多いと考えている。

外国人研究者招へい事業報告書

ロナルド・シャウテン

ハーバード大学マサチューセッツ総合病院精神科

Harvard 大学精神科の Ronald Schouten は平成 14 年 3 月 6 日から 23 日まで浅井邦彦（浅井病院長）氏および五十嵐良雄（秩父中央病院長）氏の招きで日本を訪れた。交流研究の目的は米国における病院内の人権擁護のあり方を紹介するとともに、日本の精神科病院の視察、および、日本の研究者との討論を通して米国における病院内の人権擁護からみて、厚生科学研究「精神科病院における危機管理と人権擁護のあり方」の意図するところを検証することであった。

来日中の行動としては、秩父中央病院、木島病院 を訪問しそれぞれの病院で行われている人権擁護委員会を傍聴し、委員と意見を交換した。また、木島病院において開催された第 3 回班会議において全国 10 病院から集まった研究協力者に対し「インフォームド・コンセントと同意能力のない患者」と題する講演を行い米国でのインフォームド・コンセントの歴史と現状に触れ、日本における実際の症例を米国のシステムに当てはめて考えた場合にどのような違いが生ずるかについて検討し、さらには今後の本研究の方向性に関しても助言を行った。

また、来日中に開催されていた第 22 回日本社会精神医学会総会（千葉市、浅井邦彦大会長）において「障害者の権利擁護：法律・規則・訴訟に訴える米国型アプローチ」と題する特別講演を 3 月 8 日に行った。また、3 月 12 日には報道関係者を対象としたリリーメンタルヘルスフォーラム（東京）において「インフォームド・コンセントと同意能力のない患者」（資料 1）について講演し、報道関係者と広く意見を交換した。また、3 月 19 日には大阪精神病院協会の学術講演会において「精神医療サービスにおける当事者の権利擁護－米国の医療現場と司法の視点から－」と題する講演を行い、大阪府下の精神科医療機関の医師及び職員と交流した。

さらに、3 月 12 日には厚生労働省障害福祉部を表敬訪問し、高原障害福祉部長および松本精神保健福祉課長と面会して両国における触法精神障害者の処遇に関して意見を交換した。とりわけ日本において触法精神障害者の処遇に関する新たな立法が考えられている時期であり、1 時間を超える時間を費やして米国のシステムを紹介できたことは時機を得ていたと考える。

以上の行動と活動を通じて、日本の医療関係者を中心とする方々に米国の障害者権利擁護のシステムを紹介できたことは両国の違いを知ると同時に、双方の国におけるよりよいシステムの構築に微力ながら貢献できたと信じている。

日本人研究者派遣事業

「カナダにおける司法精神医学についての派遣研究」報告書

安藤久美子

東京医科歯科大学難治疾患研究所社会医学研究部門

I. はじめに

報告者は、財団法人日本障害者リハビリテーション協会のご支援を受け、平成 13 年 8 月 16 日から平成 14 年 2 月 12 日までの 6 ヶ月間、カナダのオンタリオ州クイーンズ大学を中心に同州およびケベック州において司法精神医学を学んだ。本研修の内容と得られた知見について報告する。

II. 研修の背景と目的

欧米の触法精神障害者処遇は 1970 年代以降の脱施設化政策と平行して進められ、すでに危険性評価、専門治療、コミュニティケア、リハビリテーションまでの一貫したシステムの確立が進められている。一方、日本ではこれまで触法精神障害者に対する専門的処遇の施設やシステムがなく、これに付随する多くの問題が司法精神医学の専門家の間で長年にわたり議論され、その改善の必要性が指摘されてきた。このような背景から、平成 13 年には厚生労働省・法務省による合同検討会が定期的で開催され、多分野の専門家による議論が行われることになった。また近年、精神障害者によるいくつかの犯罪が起こっていることをきっかけとして、触法精神障害者の処遇問題をめぐる世論も盛んになっている。本報告書作成時現在、触法精神障害者の処遇については司法上の処分決定の後に特別に裁判官、検察官、司法精神医学者などを中心とした合議制による判定を行うという案や、さらに精神保健福祉士などの利用によって触法精神障害者の処遇にあたり新たな専門的な職を設けるという案などが国会で審議され、具体的な司法と行政による対応策が検討されるという段階になっている。

このように日本においては触法精神障害者の処遇に関する対応策の整備は急務となっている。その作業にあたっては、欧米における先進的システムやその問題点について学ぶことは極めて有用である。研究者は、今回、クイーンズ大学精神科 Julio Arboleda-Florez 教授ならびにモントリオール大学 David Weisstub 教授の協力のもと、オンタリオ州 Providence Continuing Care Centre をはじめとした 8 ヶ所の司法精神病院と、3 箇所の拘置所および刑務所内の精神科評価施設とその治療施設において研修した。これらの研修、調査を通じて、上記の問題への具体的提言となる知見を得て、さらにそれを日本において今後整備されていくシステムに応用する方法を検討することを目的として研究をすすめることにした。

III. 研究の方法

研究にあたっては、オンタリオ州のプロヴィデンス継続ケアセンター Providence Continuing Care Centre、ロイヤル・オタワ病院 Royal Ottawa Hospital、ブロックヴィル精神病院 Brockville Psychiatric Hospital、ウィツビー精神保健病院 Whitby Mental Health Hospital、マウンテン保健サービスセンター（ハミルトン精神病院） Centre for Mountain Health Services (Hamilton psychiatric Hospital)、マックマスター大学精神科 Department of Psychiatry, MacMaster University、依存・精神保健センター（メトロポリタン・トロント司法サービス） Centre for Addiction and Mental Health (Metropolitan Toronto Forensic Services)、ペネテングイッシュェンネン精神保健センター Penetanguishene Mental Health Centre、フィリップピネル研究所 Philippe Pinel Institute の低度保安施設、中度保安施設、高度保安施設を訪問し、また実務にあたっている専門家たちと実際的な問題点に関する意見交換をおこなった。また、司法患者に対する治療プログラムに参加しその理論と手法を学んだ。

オタワ・カールトン拘置所及びレデュー治療センター the Ottawa-Carleton Detention Centre and Rideau Treatment Centre では少年の簡易鑑定に陪席し、法的手続きと鑑定の手法について学んだ。オンタリオ地域治療センター（キングストン刑務所） the Ontario Regional Treatment Centre (Kingston Penitentiary)、カナダ・ミルハーベン矯正サービス Millhaben Correctional Service of Canada では、とくに性犯罪者の再犯危険評価と治療プログラムに参加し、その理論と手法を学んだ。

さらに司法患者を扱う専門家を対象とした、患者の暴力危険性や再犯性の評価手法に関するについてのトレーニングコースを受講し、その評価方法を学んだ。また、司法精神医学の集中講座を受講し、司法患者の評価方法や司法精神医学の法的問題点について学んだ。

IV. カナダ、とくにオンタリオ州の司法患者の概況

カナダは人口約 3135.3 万人、面積 9,976,139km²を有する連邦国家で 10 の州と 2 つの領土からなる。カナダは英連邦に属することからその法体系は多分に英国のそれに準拠しているが、一方でアメリカ合衆国に隣接しているという地理的な理由から、その司法と医療のシステムにはアメリカ合衆国からの影響を非常に強く受けているという特徴を有し、1960 年代の脱施設化政策により現在の精神科病床数は 1960 年の 4.7 万床から 1.5 万床と 3 分の 1 以下に減少している。報告者が調査研究の中心としたオンタリオ州は、カナダの南中東部にあるオンタリオ湖に面しており、人口約 1,187.5 万人（全国民の約 38%）を有する。カナダの首都オタワ、人口約 60 万人の州都トロントを含む、カナダの政治経済の中心となる州の一つである。以下では、オンタリオ州における司法患者に関する概況を解説する。

IV-1. 概況

カナダ法務省および矯正省が用いている定義では、本研究において焦点をあてる「司法

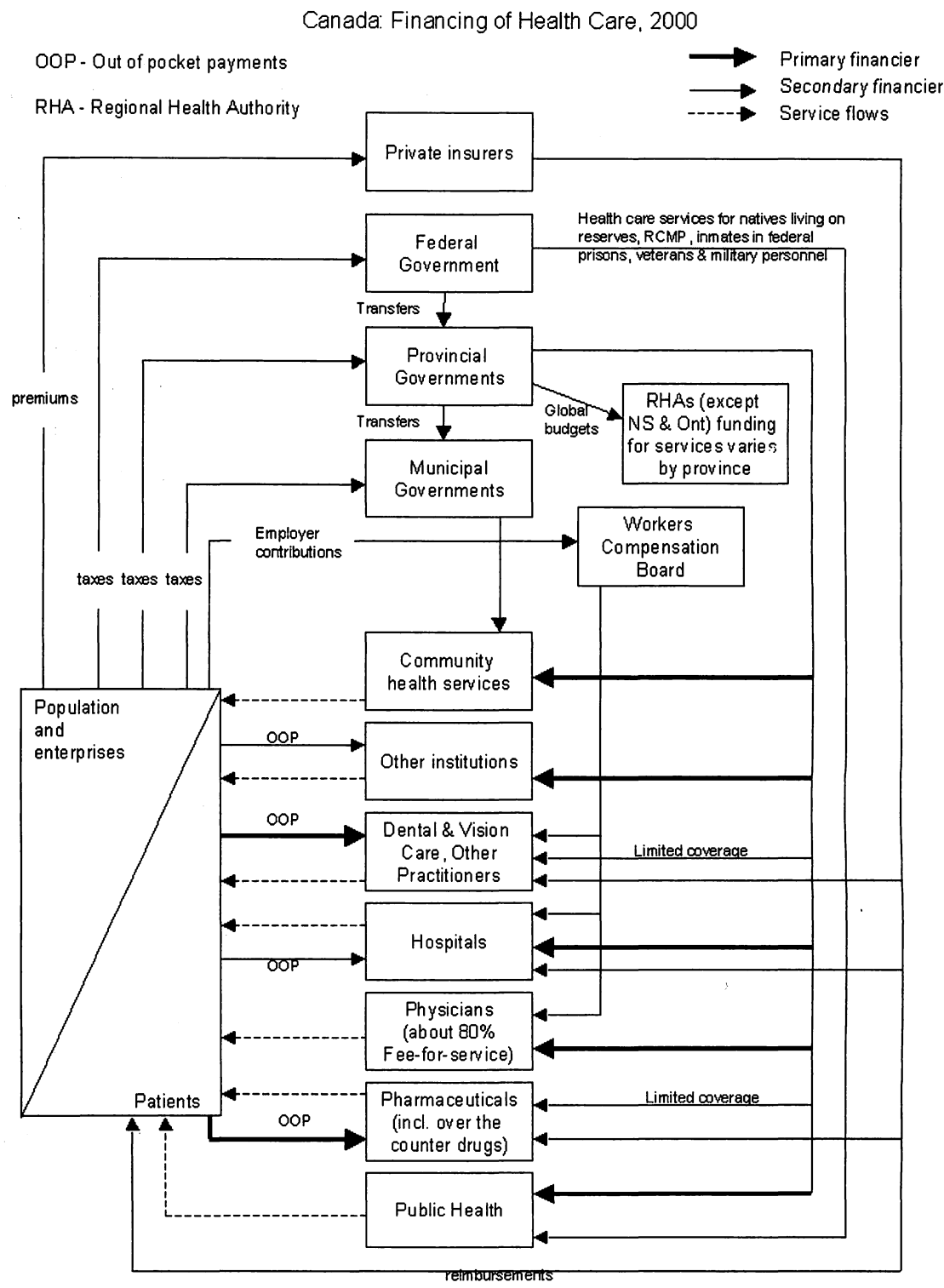
患者 forensic client」とは「刑事司法システムとの接点を有する精神障害を有する人々 (a person with mental illness who has come into contact with the criminal justice system)」とされている。ここでいう「司法システムとの接点」とは対人凶悪犯罪だけではなく、軽微な財産犯罪なども含む。彼らは一般コミュニティで生活しているほか、州立精神病院、一般精神病棟、および連邦・州立矯正施設に処遇されている。その分布を正確にとらえることは難しいが、入手しえた統計では1996年～1997年において、788人が州立精神病院の入院(635人)および外来患者(135人)、867人が州立矯正施設、375～1125人が連邦矯正施設、約4000人が保護観察／仮釈放にあることが推定されているが、一般コミュニティに居住している人の数は不明である。

また同じ統計によると、司法患者に対する経済的側面をについては、□州立精神病院：\$288～597／日・人、連邦矯正施設：\$138／日・人(司法患者以外を含む全収容者の平均)、州立矯正施設：\$125／日・人(司法患者以外を含む全収容者の平均)、監督付保護観察／仮釈放：\$25／日・人(全クライアントの連邦平均)という数値から推計して、一般コミュニティの対象者を除いても合計で年間あたり6030～6780人の対象者を有するこのシステムに対して4億4200万～7億4200万カナダドル、対象者一人あたりでは7万3000～10万9000カナダドルが使われていることになる。と算定されている。

一般コミュニティで生活する司法患者の医療費については、一般の精神障害者と全く同じ扱いとなっており、無料で医療と薬物治療を受けることができる。ただし、職業を持っており一定の収入がある患者については、薬剤料に限って個人で支払わなければならない。また、一般コミュニティで生活する患者のほとんどはオンタリオ州労務福祉保障 Ontario Social Works (Welfare)により生活の補助を受けて生活している。まず州が退院・退所後から初めの3ヶ月間の生活費を援助する。その費用は概ね512ドル／月である。3ヶ月後に地域の保健審議会 Health Boardによる審査があり、医師の診断に基づいて身体障害、精神障害などの理由により労働能力がないと判断された場合には、継続してさらに生活補助を受けることができる。オンタリオ州障害保障(長期) Ontario Disability-Long Term では、912～950ドル／月が支給され、とくに初めの1ヶ月には、当座の生活費用(家具や衣服)の支度金として約100ドルが支給される。患者はこの中から居住費などを支払うことになる。例えば家賃として福祉による収入の50%を支払うという規定の施設などがある。しかし居住費が低額の施設は入所までに2年以上待つ可能性もあるということである。地域に居住するこれらの司法患者は一般の精神障害者と同様の通院医療を受け、例えば、地域で行っている「薬物・アルコール依存に対する治療グループ」などに一般の精神障害患者とともに参加することができる。(図1)

しかし、この司法患者に対しては一般大衆から、非常に暴力性が強いという視点と、精神病者に対してしばしば抱かれている偏見とがあいまって二重の偏見が与え

られていることをカナダ精神保健協会Canada Mental Health Associationは指摘しており、日本の現状と類似した問題を有していることがわかる。



Source: OECD Secretariat.
図 1：カナダの医療保険システム

Ⅳ－２．オンタリオ州における触法精神障害者の司法システムから精神保健システムへのダイバージョン

ここでは、触法精神障害者の司法システムから精神保健システムへのダイバージョン（diversion；転換）に関して、カナダとオンタリオ州における刑法、精神保健法を中心とした法律と研究論文等を参考にして、カナダ、とくにオンタリオ州での状況、手続きを概観する。ダイバージョンは司法システムの様々な段階において行われている。それぞれの段階について順を追って簡単に論ずる。

第１段階——司法執行官による手続き

精神障害者の奇異で非合理的な行動により脅威を感じたり迷惑を被った者が司法警察官に通報した場合、障害者を逮捕して罪に問うという手続きによって対応する代わりに、適宜、警察官は刑事手続きから精神障害者をダイバージョンすべきであるとカナダの法改定委員会（The Law Reform Commission of Canada）は強調している。

この司法執行官（日本の警察ないし検察官の役割にほぼ相当する）段階でのダイバージョンは次のような法律による。オンタリオ州警察法 Ontario Police Act によれば、公衆への迷惑行為、不法侵入、小さな詐欺行為などのように当該の事件が軽微である場合には、司法執行官は個人に対して罪を問わないことができる。ただし、その代わりにオンタリオ州精神保健法 the Mental Health Act of Ontario（以下、MHAとする）の条項のもと、精神科診断の目的で精神障害者を精神病院へ送ることができる。同様の条項はオンタリオ州以外の地域の精神保健法にもみられる。オンタリオ州のMHAの第10条によると、逮捕を行った警察官 police（日本の司法警察官に相当する）は誰でも、逮捕された者の精神障害と犯罪の危険性に関連する情報を治安判事 Justice of the Peace に提出することができる。この情報とは当該の人物が以下のような性質と程度を有する精神障害に明らかに罹患していることに関する情報を示しており、具体的には

- (1) 重大な自傷のおそれがある
- (2) 重大な（身体的）他害のおそれがある
- (3) 差し迫った自傷のおそれがある

という情報である。

これらの情報に応じて、治安判事は医師による精神科診断を命令することができる。診断の結果により、医師は同意（MHA第8条）ないし非同意（MHA第9条）によって入院治療、あるいは外来治療を行うことができる。また、司法官 constable officer ないし治安官 peace officer（日本の検察官にほぼ相当する）が当該の人物に対して第10条に該当する危険性があると判断した場合には、MHAの第11条により、上記の治安判事による命令の手続きをバイパスして、その者が直接精神科診察を受けることができるよう適宜移送することができる権限を与えている。

これらの手続きにより、触法精神障害者は完全に刑事システムからMHSにダイバージ

ヨンされる。

第2段階——裁判所による手続き（図2）

触法精神障害者が正式に起訴された場合、裁判所はカナダ刑法 the Criminal Code of Canada（以下、CCCとする）の第 465、543、738 条、あるいはオンタリオ州MHAの第 15、16 条のもと、その触法者を拘留することができる。

CCCの条項 543 条では裁判所、裁判官、あるいは下級判事 magistrate は、判決ないし量刑の以前の如何なる時点においても、(1)証拠に基づいて、あるいは(2)検事と被告の同意のもとでの 1 人以上の正式に認定された医療者による書類による報告によって確実に、

(a) 被告人が精神障害者である、あるいは

(b) 新生児の死亡により明らかになった犯罪で送検された女性の被告人であり、その精神の均衡が保たれていない

という判断が支持される場合には、書類による命令をもって、30 日を越えない期間、裁判所、判事、ないし下級判事は、観察あるいはまた保護のために被告人の拘留を指示することができる。

また、これらの条項のもとでは「反駁の余地のない状況 compelling circumstances」の場合には正式に資格を与えられた医療者の証言ないしレポートなしに被告人を拘留することができるという処遇、および正式に資格を与えられた医療者の証言ないしレポートをもって、60 日を越えない期間被告人を拘留することができる処遇が定められている。

MHA第 15 条では、精神障害の被告人および有罪の精神障害犯罪者を診断と治療を目的として精神医療施設に処遇するという権限を裁判官に与えている。さらにMHA第 16 条では、それらの者に対し、2 ヶ月を越えない期間に限り精神医療施設に「患者として」入院させる権限を与えている。このようにCCCとMHAには、裁判所は診断や治療を目的とした精神医療施設への処遇を命ずることができるという条項がある。

第3段階——拘留命令（図3）

被告人が精神医療施設に拘留命令 Warrant of Remand によって送られた場合、CCCないしMHAの条項のもと、精神科評価が実施される。この評価は通常 30 日以内に完了されなければならない。この期間に治療が必要である場合には、同意に基づき、あるいは各地域の審議委員会 Regional Review Board（MHA第 35 条）の命令による非同意に基づき、治療をすることができる。裁判を受ける能力 fitness to stand trial、刑事責任能力 criminal responsibility、および処遇 disposition についての意見が出され、精神科評価が完了した時点で、被告人は裁判所へ送り返される。この精神科評価と裁判所判断について小項目を設け次に解説する。

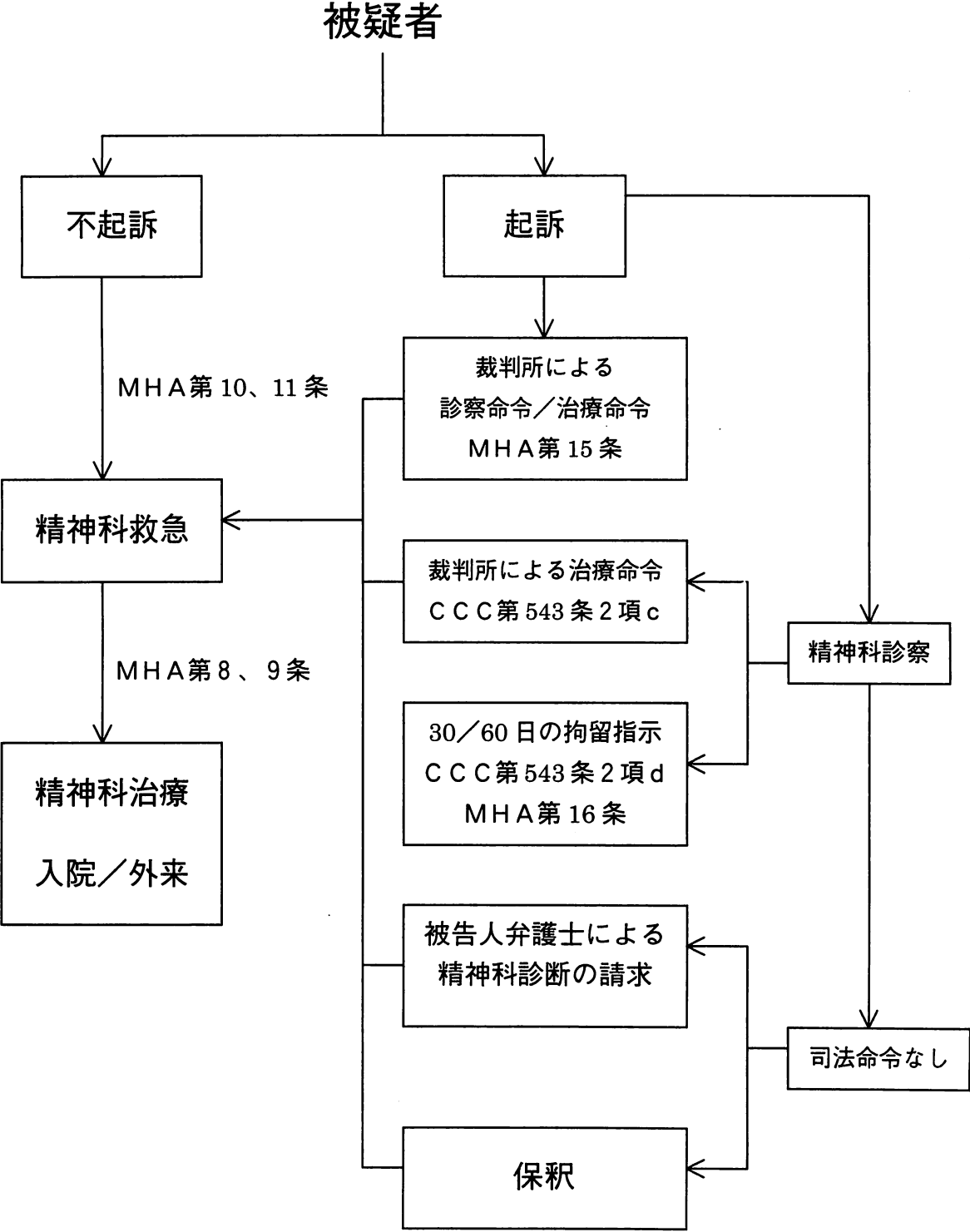


図 2：刑法システムからのダイバージョン
MHA－オンタリオ州精神保健法、CCC－カナダ刑法

(1) 裁判を受ける能力

被告人が「裁判を受ける能力がある」という意見を付されて裁判所に送り返された場合、通常の司法手続き、つまり保釈聴取、取調べ、裁判、判決、そして有罪の場合には受刑という手続きがすすめられる。

被告人は評価と治療から 60 日以上経過しても裁判を受ける能力がない場合がある。このようなことは通常、精神分裂病、躁鬱病、慢性の器質性精神病などの主要精神病で治療に反応しない重症の精神障害、あるいは回復の余地のない精神遅滞という事例においてみられる。しかし、最終的に裁判を受ける能力がないままとなるのは、ごく一部の少数事例である。「答弁し裁判を受ける能力がない」という意見が付された場合、被告側弁護士による証拠などを受けつつ、裁判所は裁判を受ける能力について検討する。精神科医の意見が「裁判を受ける能力がない」というものであっても、裁判所がその能力を認めた場合には司法手続きが進められる。しかし裁判所が「裁判を受ける能力がない」と判断した場合には「被告人を副総督 Lieutenant Governor の判断があるまで拘留する（注：事実上「十分な釈放根拠が得られるまで無期限で保護拘留する」という意味）the accused be kept in custody until the pleasure of the Lieutenant Governor of the province is known」という命令をすることができる（CCC 第 543 条 6 項）。この場合、どのような処遇が行われるかについては CCC の中では特定の処遇を明記していない。ただし、カナダの多くの州、とくにオンタリオ州においては、これらの患者は通常、保安設備の整った精神病院へと送られ、精神医療とリハビリテーションを受ける。そして 1 年ごとに地域の審議委員会 Advisory Review Board による審査を受けなければならない。オンタリオ州における審議委員会は副総督により任命され、最高裁判所長やそれを退職した者 1 名、精神科医 2 名以上（司法精神医学分野に精通した心理学者も含まれる）、地域の弁護士会のメンバー 1 名からなる 3 領域の者によって構成される。さらにこれらのメンバーに一般市民の代表が加えられ、4 領域となることもある。調査ののち審議委員会は拘留継続 continued detention、完全釈放 absolute release、条件付き釈放 release with conditionsなどを提言することになる。条件付き釈放の「条件」には入院ないし外来患者としての治療の継続などがある。裁判を受ける能力がないと判断され、副総督命令（L G W; Lieutenant-Governor's Warrant）により病院へと送致された者については、その能力の回復が得られれば起訴されて裁判を受ける可能性がある。

被告人が重症の精神病などにより裁判を受ける能力が失われたままである場合、別の手続きが行われることがある。被告人が万引き、軽微な詐欺、迷惑行為などの軽微な犯罪を働いたというような場合で、かつ評価と治療開始から 60 日を経過しても裁判を受ける能力がないというような場合、さらに長期の精神科治療を要するという意見が提出されうる。この場合の治療は患者の同意のもと、あるいは civil commitment（日本の措置入院にほぼ相当する刑法によらない強制入院）のもとで提供され、結果として訴追は取り下げられるか、あるいは法的手続きが無期限で執行停止されることになる。これが

裁判所により受け入れられる場合には、被告人は完全に精神保健システムにダイバージョンされることになる。こういった手続きはしばしば被告人、刑法システム、地域社会にとっても有益であると考えられている。

(2) 刑事責任能力

裁判において、被告人は「法的根拠により」無罪と判断されることがある。精神科治療が必要である場合には一般市民が受けるような治療を受けることができる。裁判所はそういった状況では治療命令をすることは出来ない。

これとは別に被告人は、心神喪失抗弁を定義したCCC第16条のもと「心神喪失による無罪 Not Guilty by Reason of Insanity (以下、NGRIとする)」と判断されることがある。その第2項は次のように示している。

「本条の目的において、精神遅滞 natural imbecility の状態ないし精神の疾患にあり、それが行為ないし不作為の性格と質を理解し、あるいはその行為ないし不作為が悪いことであるということを理解することが出来ない程度である場合には、その者を心神喪失とする。」

被告人がNGRIと判断された場合、地域副総督は被告人を特定の場所、方法で保護することを命ずることができる。あるいは、被告人の最大の利益であり、さらに大衆の利益に反することがないならば完全ないし条件付の釈放により被告人を釈放することができる。

条項には定められていないが、NGRIと判断された触法者は、ほとんど例外なく保安施設のある精神病院へ送られる。これらの犯罪者は裁判に立つ能力がないと判断された者たちと同様に、少なくとも年1回、審議委員会 Review Board によってその処遇の条件などが再考される。釈放に関する条項についても両者は類似している。すなわち、調査ののち審議委員会が保護継続、条件付き釈放、完全釈放のいずれかを精神科治療の継続の必要性についてなどとともに提言する。

条項のうえでは副総督には、NGRIの被告人を裁判直後に釈放をする権限が与えられているが、実際には、裁判の時点ですでにそれ以上の治療を必要としないような場合であってもNGRIの被告人が裁判ののちただちに釈放されるということはほとんどない。

(3) 判決

被告人に裁判を受ける能力があり、そして有罪であると判断された場合であっても、裁判所により精神科的介入が求められるなど精神医学的判断が判決の過程で有用なことがある。また、心神喪失抗弁を構成し得ない医学的ないし精神医学的な事項が判決の過程で減刑の要因となることもある。犯罪が軽微な場合には、被告人が精神医療を受け入れるという誓約を交わして条件付きの保護観察を受け入れる場合もある。この誓約に

反した場合には、保護観察の違反として再び裁判にかけられることになりうる。

被告人が拘留判決を受けた場合でも、精神科医は精神医学的治療、とくに精神病、アルコール／薬物乱用、人格偏奇の治療について、司法システムの中での適切な施設での治療を意見することができる。カナダの矯正施設における精神医学的な治療のための設備は、有罪受刑者の治療やリハビリテーションよりも拘束という点にその力点はおかれている。このため、必ずしも精神障害の治療に最適な環境を提供しているとはいえない。しかし、近年、とくに性犯罪者に対するリハビリテーションに重点が置かれるようになり、その治療プログラムも発展している。

連邦刑務所収容者（２年以上の刑期のもの）は刑期の完了に先立って義務的仮釈放 Mandatory Parole と呼ばれるシステムで釈放される。精神医学的問題の既往がある受刑者は仮釈放の後にも精神医学的治療の必要性があるかどうかを決定するために精神科医による評定を受けることになる。受刑者に精神医学的治療の必要性があると判断された場合には、その受刑者は必要な治療を受けることが仮釈放の条件とされる。

受刑者が受刑期間中に精神障害に罹患した場合には、その治療を受けるために精神科医療施設へ受刑者を移送するという条項が C C C に提示されている。第 546 条 1 項では「副総督は、当該の地域の刑務所で刑に服している心神喪失、すなわち精神障害、精神的欠陥、精神遅滞などの者について十分な証拠のもと、その者に適切な保護を与える場に置くことを命令することができる」としている。この場合の適切に保護を与える場というのは通常、司法精神病院を意味している。

C C C の第 546 条の適用梨に、有罪判決をうけ短期の受刑をしている者で緊急に病院における精神科治療を必要とする者（うつ状態により自殺の危険があるものなど）は施設の管理責任者の自由裁量により「一時退所許可書 Temporary Absence Pass (T A P)」により病院へ移送されうる。これは矯正施設内にそういった治療設備がない場合にのみ用いられる。

（４） 危険性の高い犯罪者

C C C 第 687～693 条ではいわゆる「危険性の高い犯罪者 a dangerous offender」についての予防拘禁的量刑すなわち「無期限の刑務所拘禁」について扱っている。「危険性の高い犯罪者」とは、攻撃的行動の永続的なパターン、ないし性的衝動を統御できないことにより、他者の生命、安全性、身体ないし精神的な健康を脅かすような「重大な対人傷害犯罪」をした者である。ある一人の犯罪者を「危険性の高い犯罪者」と断定する前に、裁判所は 2 人の精神科医から精神医学的証拠を受けることが必要である。2 人の精神科医の一方は検察側、一方は弁護側から指名された者からなる。C C C 第 691 条のもとでこの精神医学的診察の実施が法律で定められている。ただし、この過程での精神科医の参加の是非については精神医学専門家の間でも議論のあるところである。

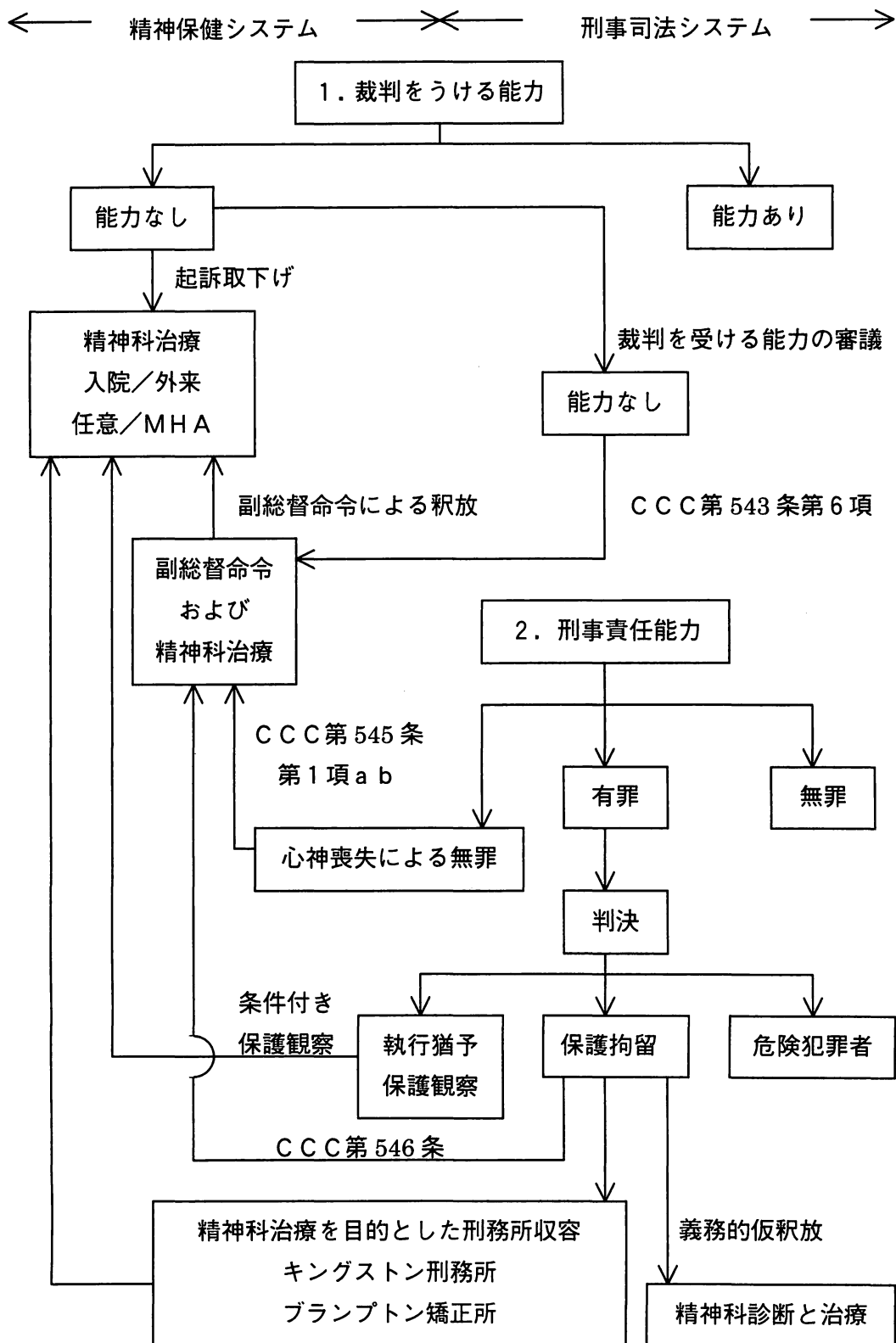


図3：拘留命令

第4段階——被告側弁護士による手続き

触法者の精神医学的評価や治療の必要性が裁判所により考慮されない場合でも、被告側弁護士は精神科医、とくに司法精神科医に被告人を直接に照会し、精神医学的診察ないし治療を求めることができる。被告人がすでに収容されている場合でも、保釈中の場合でも同様である。すなわち、被告人が収容中に先の精神医学的診察によりさらなる観察と治療が必要であると結論された場合、被告側の弁護士はそういった意見を裁判所に提出することができ、精神医学適切への収容の命令を請求することができる。そして検察側による反論がないかぎり、裁判所は通常、30 ないし 60 日以内のさらなる精神医学的診察を命ずる。被告人が保釈中の場合には、被告側弁護士による同様の請求の結果として被告人は入院ないし外来による診察を受けることになる。裁判所が保釈の条件のひとつとして、公共の保安上の目的で入院診察を指示する場合や、保釈条件のもとで入院ができない犯罪者の場合には拘留中に行われることもある。

裁判所が手配する診察と被告側弁護士が手配する診察の間には一つだけ相違点がある。前者は、精神医学的報告は裁判所に提出されるが、後者の場合には被告側弁護士にのみ提出される。後者の場合には、それを裁判所に証拠として提出するかどうかは弁護士に決定権がある。被告側弁護士が被告人の評価を請求する場合には、医学と精神医学的側面全体についてとは別に、その他の法的側面、すなわち裁判を受ける能力、責任能力（心神喪失抗弁、自動症、犯意の欠如、その他の減刑につながる事項）、量刑過程への精神医学的介入についても弁護士は精神医学的な意見を求めることができる。これらの犯罪者への精神医学的評価と治療は、既述のとおりMHAの特定条項によって定められている。

このようなダイバージョン政策について、オンタリオ精神保健協会によれば、現在のところ次のような問題が指摘されている。すなわち(1)適切で十分な居住場所が不足していること、(2)支援サービスが不足していること、(3)諸サービスが断片化していることと調和が充分でないこと、(4)サービスの資金と質に地域差があること、(5)ダイバージョンシステムの成功を左右する、システムへの移行以前に提供される（より高価な）施設内サービスの資金繰りの問題である。

V. 研修および視察から得られた知見

本項では報告者が実際に訪問、視察、研修して得られた知見を述べる。

V-1. プロヴィデンス継続ケアセンター Providence Continuing Care Centre (PCCC)

a. 概要

オンタリオ州キングストン市にあるプロヴィデンス継続ケアセンターは、半径約 50Km² のキャッチメント・エリアを持つ全ベッド数 220 床の精神科病院である。1970 年代以前には、

総ベッド数 1500 床の州立の大規模施設であったが、コミュニティ治療を主体とする国家政策に基づき病床が削減され、現在の 220 床となり、近年、運営主体も独立法人化された。病棟は、成人リハビリ病棟（いわゆる一般病棟）110 床、老人病棟 80 床と司法病棟 30 床に別れている。以下、司法病棟について説明する。

b. 司法病棟

司法病棟の役割は、裁判所のアセスメント命令 Assessment Orders に基づき、刑事責任を問われた者に対する精神疾患の評価（司法リハビリテーション・サービス；Forensic Rehabilitation Service）、刑事司法システムにより心神喪失による無罪（N G R I；Not Guilty by Reason of Insanity）や精神障害による刑事責任無能力（N C R；Not Criminally Responsible on account of mental disorder）と判断された成人精神疾患患者のマネジメント、評価と治療（司法リハビリテーション・サービス；Forensic Rehabilitation Service）と監督が必要な地域に居住する司法外来患者のフォロー（司法外来治療サービス；Forensic Outpatient Service）の 3 つの役割をもつ。ときに矯正施設から治療のための特別処遇や釈放前の評価のために一時的に入院措置が取られることもある。また、少年犯罪者法 Young Offender Act の条項のもとで若年犯罪者が入院する場合には、司法病棟ではなく、一般入院治療病棟への入院がなされることもある。

司法病棟は、中度保安レベルのアセスメント病棟（12 床）と、長期入院患者を収容する低度保安レベルのリハビリテーション病棟（18 床）に別れている。

病棟看護スタッフは、8～12 時間の 3 交代制で週 4 日勤務であるが、外来患者専門看護スタッフは、8 時間週 5 日勤務で約 15～20 名の外来患者を担当し、勤務のほとんどは患者の住居に訪問して行われる。

低度保安病棟には日中 3 名、夜間 2 名の看護スタッフ、中度保安病棟には日中 5～6 名、夜間 3 名の看護スタッフが勤務している。英国のように司法病棟看護スタッフのための特別な教育や資格を必要とはしてない。身体的レクリエーションを担当するスタッフは 2 年間の大学教育を終了後 4 年間の身体管理に関する教育を受けた者に限られており、各病棟に 1 名ずつ配置されている。

人員配置は表 1 に示したとおりである。

表1： 司法病棟の人員配置

司法病棟		アセスメント 病棟 (中度保安)		リハビリ病棟 (低度保安)		計	
病床数		18 床		12 床		30 床	
患者数（2001 年 11 月 13 日現在）		21 名		13 名		34 名	
ベッド占有率（2000-2001 度）		101%		104%			
精神科医		2 名				2 名	
心理学者	リスクアセスメント 担当	1 名				4 名	
	治療担当	1 名					
	病棟管理責任者	1 名					
	臨床責任者 1)	1 名					
P S W	職業指導・管理責任者	1 名				3 名	
	臨床担当者	1 名	1 名				
O T		1 名				1 名	
レクリエーシ ョン担当者	Physical recreation Specialist	1 名	1 名		2 名		
看護スタッフ 2)	正看護 男性	6 名	5 名		11 名	18 名	
	女性	4 名	3 名		7 名		
	準看護 男性	8 名	6 名		14 名	23 名	
	女性	5 名	4 名		9 名		
	外来患者専門看護者					1 名	
合計		23 名		18 名		42 名	

1) 本年度（2001 年度）より、コスト削減のため精神科医から心理学者の担当に変更.

2) 今後人員削減を実施する予定.

司法病棟の構造を次に述べる。司法病棟はモニター室と食堂をはさんで 2 つに分かれており、病棟入口から手前が低度保安レベルのリハビリテーション病棟で、その奥の病棟が中度保安レベルのアセスメント病棟となっている。

具体的な保安レベルは次のような構造システムによって維持されている。司法病棟と管理棟につながる 1 つ目の入口にはモニターとインターフォンがあり、モニター管理者（看護師が約 2 時間交代で勤務）が人物を確認して開錠する。病棟の入口には金属探知機が設置されており、出入りする全患者は看護師の観察下でこの探知機を使ってチェックされる。これを通過すると低度保安レベルのリハビリテーション病棟につながる 2 つ目の入口があり、ここでもモニターとインターフォンで再度入棟者を確認する。これらの扉は、手動では開錠できずモニター室からの遠隔操作でコントロールされており、両者が同時に開錠されることはない。

中度保安レベルのアセスメント病棟は低度保安レベル病棟を通り抜けた先にある。そのため、患者は低度保安レベル病棟とモニター室脇の廊下を通過しなければならない。モニター管理者は直接患者を確認した後、中度保安レベル病棟につながる 2 つの扉を開錠する。ただし基本的には中度保安病棟の患者は単独では病棟外には出られないため、担当看護師あるいは他のスタッフが同伴することになる。また、モニター管理者は中度保安レベル病棟の患者が病棟外に出際には必ず出棟時間と患者名を特定の用紙に記入し、帰棟時にも時間を記入しなければならない。さらに患者に同伴するスタッフは保安と緊急時の連絡の目的でモニター室に直接通じる無線あるいは携帯電話を持参することが義務付けられている。裁判所、拘置所や警察から移送される患者は、中度保安レベル病棟に直接通じる別の入口から入棟するようになっているが、ここにも同様のモニターカメラとインターフォンが設置されており、電動ロックになっている。

モニターカメラは他にも中度保安レベル病棟内の喫煙室（1 台）、テラス（2 台）、アクティビティー室（1 台）、廊下（2 台）、屋外では中庭（2 台）と駐車場（1 台）にも設置されており、これらによりトイレ、シャワー室と病室以外は全て監視できるようになっている。

保護室は中度保安レベル病棟に 2 室設けられている。保護室にもモニターカメラがあり、モニター室から監視できる。室内にはトイレと洗面台が設置されている。また、窓には透明のワイヤーが網目状に入っており、鏡もガラスではなくステンレス製になっているなど、破壊防止のための工夫が凝らされている。保護室の使用頻度は入院患者の病態によっても異なるが概ね月に 1 ～ 2 回以下で、1 回につき 2 ～ 3 時間から数日間である。収容期間が 5 日間を超える場合には、必ず PCCC の精神科医主任自身がその収容が適正かどうかを判断する。

司法病棟は、一般病棟よりも患者に対する看護師の比率が高いこと、保安設備が充実していること、モニターカメラにより終始監視が行われていることなどの理由により、実際に緊急事態が発生することは他病棟に比較してむしろ少なく、暴力的な脅迫はあっても傷

害に至るような暴力事件が発生することは極めてまれである。また、殺人などの深刻な事件はこれまでのところ発生していないということであった。

c. リスクアセスメント

PCCC では、司法患者の暴力性などのリスクアセスメントは、臨床的な観察によるほか、HCR-20、SIR、HARE-PCL、VRAG の 4 つの標準化された評価尺度を用いてリスクアセスメント担当の心理学者が入院時に行っている。(本報告書Ⅶ参照)。ただし、審議委員会 Review Board による審査の前などには必要に応じて再評価されることもある。

d. 治療（トリートメント）

司法サービス・プログラムに基づく治療活動は、多様な患者と複数の問題領域に対応すべく、多様に個別化されている。各患者には多方面の専門分野にわたる臨床チームによって治療計画書 Multidisciplinary Treatment Plan が作成される。治療プログラムは概念的にはモジュール方式（組立て式）であるが、それぞれの要素は、問題の特定、自己モニタリング、早期介入を目指した“再燃予防 relapse prevention”のアプローチを共有している。計画作成におけるこのアプローチは症状再燃の自己発見と症状再燃による行動面と社会面の影響を最小にするための適切な対処戦略の早期実行とを重視している。またこの治療プログラムにはコミュニティへの再統合機能 re-integration skills も含まれている。プログラムの要素の例としては、再燃予防コア・グループ、怒りのマネジメント Anger Management、自立生活スキル、症状マネジメント、コミュニケーションスキル、レクリエーションスキルなどがあげられる（詳細は次項参照）。

多くの臨床プログラムの要素は 6 ヶ月周期の治療サイクル Treatment Cycle でデザインされており、治療のニーズに対応して新しい治療計画が立てられる。個人に特化した新しい治療計画は、前 6 ヶ月間における患者の治療活動への参加状況や反応などを概観した治療サイクル総括記録 Treatment Cycle Summary Note と照らし合わされ、少なくとも 6 ヶ月の単位で患者のグローバルな治療ニーズが再考される。

e. 治療プログラム

PCCC では 10 種の特殊な治療プログラムが実施されている。

1. 症状マネージメントー社会・自立生活技能 Symptom Management—Social & Independent Living Skills (Forensic Unit)

精神分裂病と精神病患者のリハビリテーションのために UCLA (University of California at Los Angeles) の臨床研究センターで開発されたプログラムを利用して行われている。基本的には、ワークブックに沿って分裂病の症状、症状再燃の早期発見の方法、薬物療法などについて学習する。同センターで学習用に作成されたビデオを見て登場人物の症状などを

評価することで自己の症状分析を促進させる。

週 1 回 1 時間半の頻度で行われ、はじめに現在の服薬内容について各自が報告し、薬物の効用に関する自己評価も行っている。薬物の自己評価は各担当精神科医にもフィードバックされ、薬物療法インフォームドコンセントにも役立っている。

このグループを終了した者は症状マネージメントブースターグループ Symptom Management Booster Group に参加できる。

2. 感情コントロールグループ Emotional Group

このプログラムは週 1 回 1 時間半の頻度で行われる。参加者には最近の生活の中で起こった感情的な反応 emotional reaction をひとつ選択し、その詳細について特定のシートに記述することが求められる。セッションでは、はじめに生じた感情とその後起こった感情に分け、それぞれの感情が起こった際の顔の表情、ジェスチャー、会話の内容、身体に起こった反応についても検討される。グループセッションではあるが、時に幼児期の虐待体験について語られることもあり、個人療法の形式で行われる方が望ましい事例もある。

3. グループプロトコルによる自立グループ Group Protocol-Straight & Up Group

Straight & up Group は薬物（アルコールを含む）の問題歴のある患者に対し、再度薬物依存に陥ることを防止することを目的としている。二重診断を持つ患者のためのワークブック The Dual Diagnosis Workbook(Daley, D.C. & Thase, M.)を使用し、精神疾患、アルコールや薬物依存、2 重診断からの回復に関する教育的知識の獲得、薬物に依存する過程の自己分析、治療の継続と自助プログラムへの参加の必要性和回復までに生じる問題や関連した生活上の問題解決方法について学ぶ。プログラムは週 1 回 1 時間の頻度で行われる。参加者には毎週の課題に沿った宿題を完成させて次回のグループで各自報告することが求められる。このグループを終了した者は、同内容を発展させたブースターグループ Protocol-Straight & Up Booster Group に参加できる。

4. トリプル A グループ Triple A Group

トリプル A とは、怒り Anger、不安 Anxiety、アサーティブ Assertive を表す。このグループは精神分裂病破瓜型以外の全患者を対象とし、日常生活の中で生じる怒りや不安またそれによって起こる攻撃的な行動を穏やかで肯定的な行動に置き換えられることを目的としている。参加者は以下の 5 項目について自己分析し、対処方法を獲得することが求められる。

1. これまでに結果として起こった怒りや不安などの感情について学ぶ
2. 攻撃の方向に向いた時の確認の仕方を学ぶ
3. 攻撃の方向に向かないような方法を学ぶ
4. 目標に近づいてきた時、怒りが沸くのを抑え、適切で肯定的な行動を増やす

5. 潜在的なストレスに対する柔軟で知的な行動的反応を發展させる

プログラム開始時と最終セッションの際にはこれらの5項目を自己評価するための一連の質問紙が与えられる。このプログラムを終了した者は、Triple A Booster Group への参加が許可される。Booster Group は月に1回の頻度で行われ、Triple A Group で獲得した怒りや攻撃性への独自の対処方法を發展、持続させることを目的としている。

5. Drama Group 演劇グループ

このグループは、患者同士の交流体験や想像力や創造性の促進させることで生活の質の向上に焦点をあてている。劇を通して言語、非言語のスキルの向上、自信や自己評価の増加やストレスの軽減の目的もある。

参加者は劇を演じるだけでなく、脚本の修正や劇のセットの作成も他患と共同して行う。年に1～2回、地域の劇場やPCCC内に設置された会場に観客を招いて発表する。12年度のクリスマスショーでは、グリム童話の中から「野ウサギとハリネズミ The Hare and the Hedgehog（足の速さを自慢している野ウサギとかけっこ競争をすることになったハリネズミが、夫婦で協力して野ウサギを打ち負かすといった内容）」「ランペルスティルツキン Rumpelstiltskin（小人が王様から亜麻を紡いで黄金に変えるよう言いつけられた若い女のところに現れ、彼女が彼の名前を言い当てるか、さもなければ最初に産んだ子供をもらおうという条件で、彼女に代わり黄金を紡ぎ出すといった内容）」の2つを演じ、高い評価を得た。このグループを始めた頃は、余暇を楽しむことを目的としており参加者も消極的であったが、観客からの賞賛を受ける経験を重ねることで現在は言語能力の低い者も積極的に参加し、自己評価の向上には非常に効果的であると思われた。

6. 就職に関するグループ Affirmative Employment Opportunities Group

このグループでは週に3回2時間頻度で木工作业やその他の簡単な作業を行い、患者自身に働いて収入を得る経験を与える。グループの参加には、治療チームによる参加許可と支援が必要である。作業内容については職業マネージャーが各参加者と個人カウンセリングを行い決定される。

7. 地域オリエンテーショングループ Community Orientation – Kingston Transit System

6ヶ月以内に地域に住む予定のある入院患者を対象に行われ、キングストン内の主要な交通ルートを安心して利用できるように、路線地図の読み方や料金、乗換え方法などを理解することが目標となる。具体的には、スタッフ同伴のもと、拠点となるPCCCからキングストン市内のショッピングモールや地域のサービスセンターなど、市内の主要機関に時間内に効率的なルートで到着できるように訓練が繰り返される。キングストン市内の主な交通手段はバスのみであるが路線が複雑なため、プログラムが進むと指定された乗換えポイントを使用して同目的地に別のルートで行く方法についても学ぶ。プログラムはおおよそ7

週間かけて行われ、最終週には、参加者自身が作成した外出日程表の通りに行動できるかが評価される。また、同行する仲間や地域住民との交流、地域での適切な行為やマナー、身なりや服装なども評価の対象となる。

8. 複数領域の専門家による地域生活スタイルに関するグループ Interdisciplinary Community Lifestyle Group

このグループは、地域で生活している患者あるいは6ヶ月以内に地域に住む予定のある患者に対し、生活上の問題や地域社会の中で起こりうる問題への適切なコーピング戦略について考えることを目的としている。具体的には、症状管理、生活上の問題（住居、財務、生産力、余暇遂行、社会ネットワーク、全体的生活状態）の相談、生活スタイルに沿った適切な社会性の発展を援助し、問題の解決への適切な方法を支援する。

このグループは、キングストンダウンタウンの1室で週に1回の頻度で行われる。プログラムには軽食が用意されるなど和やかな雰囲気の中で行われ、ピアグループとしての利点もあると思われた。精神科ソーシャルワーカーPSWや作業療法士、必要に応じてその患者を担当する看護者も参加し討論する。

9. 地域生活支援グループ Community Lifestyle Booster Group

これは、Community Lifestyles Groupを完了した者で、キングストン地域に居住している患者に対して行われている。主な目的は、地域サービスの内容や利用法などの知識を与え、患者独自在これらのサービスを安心して利用できるように支援することである。PSWや外来看護者がサービス機関に患者と同行して、利用方法などを指導することもある。地域のサービスを積極的に利用することは地域での孤立を防止し、他者との交流を促すとともに、社会に対する不安の軽減や社会スキルの改善にも役立つと考えられる。

10. 木工作業グループ Interdisciplinary Woodworking Group

このグループでは、週1回約3時間かけて行われる。個人あるいは仲間との共同作業木工作業を通してソーシャルスキル、作業スキルや余暇スキルを発展させることができる。参加者はひとつの作品を完成させるという経験を通して集中力の養成、満足感の獲得だけでなく、自己評価の向上にも役立つ。完成した作品はクリスマスバザーなどで販売され、収入を得ることができる。

g. その他一職員への研修

崩壊的攻撃的行動に対する予防とマネジメント（The Prevention and Management of Disruptive and Aggressive Behavior）

患者の身体的攻撃的行動に対する危機介入と自己防衛のための講義は必要に応じて1年に数回行われている。この講義は、司法病棟に限らず、全精神科病棟の看護者、心理士、

医師などを対象に行われる。ただし司法病棟に所属する看護者はこの講義の受講が必須となっている。この目的は、病院内で生じた患者による攻撃的行動の理解、言語による予防・介入・制御方法の理解とスキルの獲得、最小限の強制的な方法による身体的な予防・制御方法の理解とスキルの獲得、危機後の予防・介入・制御方法の理解とスキルの獲得である。これは、カナダの矯正施設で行われている防御訓練を PCCC 用に、つまり司法病棟を持つ精神科病院のために改良したものである。具体的には、前方から首を絞められた場合、後方から抱きつかれた場合、両手が拘束された場合など詳細な場面を設定し、具体的な防御方法を身に付ける。暴力行為に至った患者の心理を理解し、状況の悪化を防止するため、患者に対する危機介入を行う。

V－2．矯正施設

オンタリオ州には 15 の矯正施設があり（表 2）、このうち 2 ヶ所が高度保安矯正施設、4 ヶ所が中等度保安矯正施設、7 つが低度保安矯正施設、2 つが複数水準の保安施設である。報告者は 2 ヶ所の高度保安施設（キングストン刑務所、ミルヘーベン矯正施設）、中度保安施設（バス矯正施設）、低度保安施設（ハミルトン・コミュニティ矯正センター）とオタワ・カールトン拘置所及びリデュー治療センター the Ottawa-Carleton Detention Centre and Rideau Treatment Centre を訪問する機会を得た。ここでは 2 ヶ所の高度保安施設について報告する。

表 2：オンタリオ州の矯正施設

Kingston Penitentiary	Maximum
Millhaven	Maximum
Prison for Women	Multi-level
Collins Bay	Medium
Joyceville	Medium
Warkworth	Medium
Bath	Medium
Beaver Creek	Minimum
Frontenac	Minimum
Isabel McNeill House	Minimum
Pittsburgh	Minimum
Hamilton Community Correctional Centre	Minimum
Keele Community Correctional Centre	Minimum
Portsmouth Community Correctional Centre	Minimum
The Grand Valley Institution for Women	Multi-level

a. キングストン刑務所 Kingston Penitentiary

キングストン刑務所は 1835 年に開所したカナダの最初の刑務所である。現在は最高保安施設 maximum-security institution として機能している。治療施設は急性期病棟 (25 床)、慢性期病棟 (34 床)、心理社会的リハビリテーション病棟 (34 床)、性犯罪者病棟 (48 床) と危機／観察病棟 (9 床) に分けられており、常勤の精神科医、心理士を配置しており、精神・心理的な治療プログラムも実施されている。

報告者はこのうち性犯罪者治療プログラム Sex Offender Treatment Program に参加した。これは認知行動療法の理論に基づき、性犯罪者が自己のもつ問題、その問題を生じさせる原因、その誤った解決方法としてこれまで行ってきた性的行動の問題点を認識し、新しく社会的に好ましい解決方法を学習し、実際に行動を変化させていくというものである。セッションは性犯罪を犯した収容者 6～10 名を 1 グループとして行われている。各セッションのはじめに、ひとりずつ前回のセッションから今回のセッションまでに起こった出来事やその日の自分の感情について簡単に報告し、互いに評価をフィードバックする。また、各セッションではグループでひとつの課題を達成する。はじめに各参加者には性的な内容を扱った短い物語が配られ各自黙読する。次にファシリテーターの指示に従って、物語の中で展開していく出来事を経時的に追っていき、取り上げられた出来事ごとに主人公である性犯罪者の感情とその時の性衝動の程度について参加者同士が意見を述べる。この過程を通じて、それぞれが持っている性に関する問題や感情について確認し、より適切な対処行動を獲得することが促される。

B. ミルヘーベン矯正サービス Millhaven Correctional Service of Canada

1965 年に設立計画が立てられながら、地域の反対などがありその建設は遅延していた。結局、1971 年に開所されたこの施設は、当時キングストン刑務所でおこった暴動での収容場所として使われたのがその運用の開始となったという歴史がある。1977～1984 年にかけては高度保安を必要とする者を収容する特別処遇施設 Special Handling Unit (SHU) として運用されていた。1990 年に現在の 2 つの機能 (3 つの外来施設と 3 つの高度保安入居施設) を担うことになった。収容可能人数は約 600 名で、訪問時には約 450 名が収容されていた。この施設では専門の精神科医、心理士を配置しており、外部から委託も含め、年間約 200 件の性犯罪者のリスクアセスメントを行っている。得られた特徴や結果から治療方針や治療期間などを決定し治療プログラムを実施しているが、評価結果によっては他の矯正施設に移送している。

報告者は「ミルヘーベン性犯罪者アセスメント Millhaven Sex Offender Assessment」を見学する機会を得た。このプログラムの対象には、性犯罪者、性的な動機に基づき犯罪を行った者と有罪判決を免れた性犯罪者が含まれる。導入面接評価 intake として上記に示した対象者全てにプレスティモグラフィー (陰茎血流測定装置) によるテストが行われる。これは性犯罪者に画像あるいは音声による性的刺激を与え、その反応レベルを評価するテ

ストである。1回のテストは約1時間を要する。画像刺激には、子どもから成人までの裸体写真（男性・女性・両性を混合させたもの）と性的でない暴力的な画像が含まれ、それぞれ90秒間ずつ提示される。一般の風景写真を刺激写真に織り交ぜることで、その反応レベルを比較する。テスト中は、終始モニターで被験者の様子をチェックし、もしも画像を見ないようにするなど、画像から集中を反らしているような様子が見られた場合には、テストは中断される。同時に脈拍や発汗も指標として測定している施設もあるが、それがバイアスになることもあるため、この施設ではそれらの測定は行っていない。音声刺激では15分程度の短いストーリーをイヤホンで聞かせ、その反応レベルを評価する。ストーリーの朗読は、女性の音声というだけでバイアスになる可能性があるため男性の音声で録音されている。ただし、性犯罪者の約半数は、教育レベルの低いものや、英語を母国語としない者であるため、施行前に日常の英語理解能力についての評価が必要とされる。

こうして各収容者の行動の質とパターンを同定することで、その収容者の再犯予防に有効な治療プログラムを導入することができる。

V-3. 危機にある女性と子どものためのキングストン中間施設 Kingston Interval House for women and children in crisis

この施設は主として配偶者間暴力（DV; Domestic Violence）に対する緊急避難の場として提供されるシェルターのひとつである。キングストン市内には複数のシェルターがあるが、この施設は新しい生活の拠点を探すまでの中間施設としてキングストンのダウンタウンの一角に設立された。ただし、各シェルターの所在地は居住者のプライバシーと安全を確保するため一切公表されていない。外観は一般的な3階建て構造の住宅であり、1.5メートル程度の簡易フェンスで囲まれているが、近隣の住宅と比較しても違和感はなく、近隣者であってもこの住宅がシェルターとして利用されていることを知らない者も多いという。

居住期間は原則としては最大で2ヶ月と規定されているが、ケースによっては結果的に長期滞在になることもある。また、例外的に40歳以下のホームレスの女性を一時的に預かることもあり、この場合の最大居住期間は1ヶ月以内と規定されている。

スタッフはソーシャルワーカーの資格のある者、保母としての経験のある者、あるいは以前に同様の施設での勤務経験のある者のみで構成されており、ボランティア・スタッフは採用していない。住宅管理マネージャー、スケジュールマネージャーと教育・コミュニケーションマネージャーを含めた27名のスタッフが日中は約6名、夜間は1名のシフトで勤務している。毎月1～2回の総スタッフによるミーティングが開かれ、住居配置の問題、グループ活動の報告、その月に生じた問題などについて話し合われる。

訪問時現在の入居者は定員20名のところ22名が入所していた。3人から4人部屋で、子どものいる者は子どもと同室に入居できる。入口は表通りに面した玄関と裏口の2ヶ所でいずれにもモニターカメラが設置されている。訪問者がある場合には職員がモニターカメラで人物を確認して対応する。玄関を入ると内側に強化ガラスでできた頑丈な扉があり、

これは常時ロックされている。裏口の扉は通常よりも幅を広くとって作られており、車椅子を利用している者でも出入りしやすくなっている。

子どものいる入居者のために保育ルームや子ども用の裏庭、夏季には簡易プールを設置するなど、養育・保育の観点からの配慮も行き届いている。これは保安上の問題から、ほとんどの女性が子どもを連れて地域の公園などに外出することが難しいことに配慮して作られた。外出時は、特定のタクシー会社と契約しており、この会社のみを利用している。経営予算は政府からの援助と大学からの寄付金によって賄われており、入居のための費用は無料である。また、地域の助成センターから食料以外の衣類、日用品や子どもたちの誕生日プレゼントやクリスマスプレゼントなどの寄付も受けている。

週に1回、約1時間程度のコミュニティーグループプログラムがあり、入居者間の交流が図られている。また、カウンセリングを希望する者には、地域のカウンセリングセンターに通うこともできる。

入居者はスタッフの援助のもと、約2ヶ月後を目安として新居地と就職先を決定しなければならない。ただし施設を出た後のサポートも充実しており、法律家の斡旋や育児の補助なども行っている。近年、ドメスティック・バイオレンスの問題が深刻化しており、入居希望者も増加している。そのため本施設と同様の援助が可能なシェルターの建設が計画されつつある。

V-3. コミュニティーサービス

オンタリオ州には、各病院に所属する外来チームとコミュニティーサポートを主体とした機関を含め、51 の精神障害を持つ患者のためのコミュニティーサポートチームがある。フロンティナック地域精神保健センター Frontenac Community Mental Health Center はキングストンにあるコミュニティーサポートを主体とした機関のひとつである。

a. フロンティナック地域精神保健センター Frontenac Community Mental Health Center

フロンティナック地域精神保健センターFrontenac Community Mental Health Center（旧キングストンフレンドシップホーム Kingston Friendship Home）は、キングストンから半径 50Km（人口約 15 万人）の範囲をキャッチメント・エリアとし、その地域に住む精神科疾患を持つ患者に様々な支援を提供している非営利団体で、2001 年 1 月に民営法人化された。地域の総合病院、家庭医とも強力な連携体勢が採られているが、病院の外来患者が受けるのと同様の質の治療プログラムや訪問看護などを提供することが本団体の目的であり委託事項でもある。近年の地域医療推進に向けた州の方針に基づき、さらなる事業の拡大が見込まれている。

同キャッチメント・エリアには、フロンティナック地域精神保健センター以外にも同様の支援を提供する機関があるが、地域に住む司法患者を扱っているのは、このフロンティナック地域精神保健センターと PCCC（前述）の外来サービス部門の2ヶ所だけである。そ

のためここでは司法患者と地域治療命令のもとにある患者により適切な治療を提供するため、地域治療命令のもとにある患者の管理者 Community Treatment Order Manager も配置している。

フロンティナック地域精神保健センターでは、1. フレンドシップセンターFriendship Centre、2. 家族支援センターFamily Resource Centre、3. 危機管理チーム Crisis & Intake Team、4. 地域支援チーム Community Support Team、5. アサーティブ地域治療チーム Assertive Community Care Team、6. ノースショアアサーティブ地域治療チーム North Shore-Assertive Community Treatment Team、7. 居住支援チーム Residential Support Team の7つのチームが形成され、3ヶ所の拠点に分かれて活動している。それぞれの支援の概要について簡単に説明する。

1. フレンドシップセンター Friendship Centre

ここでは地域に住む精神疾患を持つ患者に対し、生活の自立の促進と日常生活の質を向上させることを目標とした社会スキル、職業スキルや心理教育などのプログラムのほか、ピアサポートや様々な余暇活動のプログラムも提供している。プログラムのなかには施設を利用している患者自身らによって作られたものもある。また、金銭管理の相談、病院紹介、職場の斡旋なども行っている。

2. 家族支援センター Family Resource Centre

精神障害を持つ者の家族に対して、精神疾患に関する教育的資料や地域資源に関する情報を提供することが主な活動である。月曜日から金曜日まで、患者やその家族からの電話相談や面接を受け付けており、トレーニングを受けたスタッフやボランティア・スタッフがこれに応じている。ケースによっては危機管理チーム Crisis & Intake Team（次項で説明）を紹介することもある。家族支援センターの諮問委員のメンバーには、ユーザー代表として不安障害、摂食障害、うつ病、躁うつ病、人格障害、アルツハイマー病などを持つ患者も含まれている。

3. 危機管理チーム Crisis & Intake Team

このチームの大きな目的は、病院への入院に至る前の段階で相談者の問題に危機介入することである。

週7日間、24時間体制で電話による精神科的相談、薬に関する相談を受けている。スタッフ総数は心理学者、看護者と行動療法士 Behavior Therapist などからなる15名で、日中は5名、夜間は1名のシフトを組んで対応している。1件の電話につき2名で対応し、各ケースにつき、ケースマネージャーを含めた3名でアセスメントとサービスを決定する。必要に応じて病院やフロンティナック地域精神保健センター以外の他の機関に紹介することもある。住居や金銭に関する相談にも応じている。とくに難しいケースに

についてはオンコールで他職員や精神科医との連携が取れる体勢になっている。電話番号は一般には公開されていない。現在約 180 名の患者がこの施設を利用しており、毎月約 350 件の電話相談があるという。また、地域に住む精神障害者が犯罪を犯した際には、裁判所に通報するなど司法システムにのせる業務も行っている。

さらにこの施設を利用して、週に数回の精神科医による診察が行われ、患者はここで診察を受け、処方箋を受け取ることができる。また、リクリエーションプログラム、症状マネージメントプログラム、アンガーマネージメントプログラム（怒りの感情の制御の習得をするプログラム）、ピアグループプログラム、ソーシャルスキルプログラム、職業スキル訓練プログラム、職業準備プログラム、料理プログラムなどの治療プログラムも行われており、1 日平均 50 人が治療プログラムに参加したり、施設内の売店やカフェを利用している。施設内の売店とカフェでは、患者が職員として働いており、社会復帰の第一ステップとしている。

4. 地域支援チーム Community Support Team

このチームの目的は、患者の日常生活の自立や質の向上および社会復帰の促進のために必要な支援を提供することである。はじめに多方面の専門家からなるチーム multi-disciplinary team によって患者毎にケース管理モデル Case Management Model が作成される。ケース管理モデルは、食事、住居、身体健康管理や精神症状の管理などを含めた日常生活における必要な支援や患者の目標に合わせた心理社会リハビリテーションに役立つ治療プログラムなどを検討して決定される。各患者には担当スタッフが決められ（患者・スタッフ比はおよそ 20：1）、基本的にはその担当スタッフが定期的あるいは不定期に週に最大 2 時間の範囲で相談に応じる。支援の方法は様々で患者宅に訪問するだけでなく、コーヒESHOP にでかけたり、患者が施設を訪れたりすることもある。また、Crisis & Intake Team との連携により、緊急の際などには患者は 24 時間 365 日支援を受けることができるようになっている。

5. アサーティブ地域ケアチーム Assertive Community Care Team および

6. ノースショアアサーティブ地域治療チーム North Shore-Assertive Community Treatment Team

アサーティブ地域ケアチーム Assertive Community Care Team は 1997 年、ノースショアアサーティブ地域治療チーム North Shore-Assertive Community Treatment Team は 2001 年に発足した新しいチームである。これらのチームはとくに重症で慢性の精神障害を持つ者を対象に積極的なケアと支援を提供するために作られた。総スタッフ数は 18 名で、現在支援を提供している精神科外来患者はおよそ 90 人程度である。各チームのスタッフは、精神科医、看護婦、アシスタント看護婦、行動療法士 Behavior Therapist、

レクリエーションセラピスト、作業療法士 Occupational Therapist、精神科ソーシャルワーカーなどで構成されている。司法患者と地域治療命令のもとにある患者は、これらのチームによって扱われている。司法患者により適切な治療を提供するための地域医療命令管理者 Community Treatment Order Manager はこのチームに配属されている。各患者には担当スタッフが決められており、その比はスタッフ 1 名につき患者 10 名以下とし、月に 8 時間以上の強力な支援を行っている。緊急の際には患者は 24 時間スタッフと連絡が取れる体勢になっている。また、患者はカウンセリング、症状管理、服薬管理などを含め、全て直接支援を受けることができる。さらに重症な患者を持つ家族に対して疾病を理解してもらうための教育や支援も行っている。

7. 居住支援チーム Residential Support Team

フロンティナック地域精神保健センターでは、キングストン市内の 13 ヶ所のグループホームのほか、42 ヶ所のシングルアパートメントルームと連携している。各グループホームでは平均 7 ～ 9 名の患者が居住しており、司法患者と一般患者は区別されない。グループホームの支援体勢は、24 時間観察者のいるホームから、食事と服薬の際のみ観察者が訪問するホームまで様々なレベルがある。アパートメントルームには、生活上とくに観察の必要がなく、家族がいないなどの理由で住居のない患者が居住している。これらの患者に対し、週に 0.5 回～2 回の訪問や電話によって症状管理や薬物管理の支援を行うとともに生活上のスキルを向上させるための訓練も提供している。

次に報告者が訪問したグループホームの中でも、特徴的と思われるグループホームについてその支援レベル別に取り上げて紹介する。

ア. 高度支援グループホーム：アルバート通りグループホーム Albert St. Group Home

Albert St. Group Home の定員は 8 名で、24 時間観察者のいる高度の支援を提供している。ここでは、14 名のスタッフが日勤 2 ～ 4 名、夜間 1 名のシフトで勤務している。支援の主な内容は痴呆症を除く精神障害者に対する生活上のスキルと薬物管理であり、高度の身体障害を持つものは入所できない。ただし、歩行障害をもつ精神障害者の入所に備えて、廊下や出入口の幅を広げるなどの改修を行う予定である。24 時間のサポートを提供しているグループホームは非常に少ないため、基本的に長期の滞在となる場合には他の支援の程度がより低いグループホームに移らなくてはならない。

居住者の薬物は提携している薬局から直接宅配され、観察者が管理している。週 1 回の居住者とスタッフによるミーティングが開かれ、グループホームでの生活上の問題などについて話し合う。居住者には、生活スキルのレベルに合わせて週末以外は、夕食係、清掃係などの役割が与えられている。原則として全員が順

番に役割分担することになっており、生活能力の不足しているものには、スタッフが援助して行う。週1日は全員で料理を作り、ここで料理のスキルを学んでいく。洗濯は各自で行いことが原則であるが、必要に応じてスタッフが援助する。グループホームでの生活規則は細かく規定されており、例えばキッチンと食堂以外での飲食は禁止されているほか、電話の使用時間は20分以内で長距離電話の場合は各自に料金が請求される。また、日中の外出を促進させるため、平日のテレビ鑑賞や音楽鑑賞は午後4時から午後11時までとしている。知人や家族の訪問は午前8時から午後11時の間で、外泊は原則として禁止されている。現在、スタッフのほとんどが女性であるため、緊急の際などに備えて男性スタッフの増員も考えているという。

イ. ロッジグループホーム Lodge Group Home

ロッジグループホームはキングストン郊外にある定員40名の大規模なグループホームで、常時観察者のいる高度の支援を提供しているグループホームである。保安と痴呆患者の無断外出を防止するため、建物の入口、裏口などには、警報機を設置している。個室、2人部屋、4人部屋があり、居住者の要望や治療上の問題を考えて振り分けられている。この他に共用施設として、台所、リビング3室、美容室（月に1回美容師が来所する）、ダイニング、喫煙室がある。

訪問時現在では、年齢は30代から70代の患者33人が居住しており、居住者のほとんどが地域の病院を退院した慢性精神分裂病患者である。

ダウンタウンから離れており、患者自身が病院に通院することが難しいため、患者の診察は精神科医、看護婦、家庭医が1回／週訪問して行われる。医師によって書かれた処方箋は契約している薬局にFAXで送り宅配してもらう。注射が必要な患者の場合も看護者が施設を訪問して行う。

スタッフは15人で、その内訳は専門看護者 resident nurse 1名、ソーシャルワーカー1名、その他13名である。勤務にあたっては、特別な資格は必要ないが6週間のトレーニングコースがあり、これを受講していることが望ましい。救命救急措置のスキルについても義務付けられてはいないが、緊急事態に備えてスタッフの1人は資格を取得したという。スタッフの勤務体勢は3交代制で、日中（7～15時）は4名、夜間（15～23時）は2人、深夜（23～7時）1人で勤務している。夜間は1時間ごとに各部屋を巡回している。夕食時は事故が起こりやすいため、臨時スタッフが勤務することある。このグループホームでは、痴呆防止のプログラムや、ソーシャルスキルプログラムなどのいくつかの治療プログラムも行っていることが特徴である。

ウ. ウェスト通りグループホーム West St. Group Home

ウェスト通りグループホームの定員は8名で、食事と服薬の際のみ観察者が訪問する低～中程度支援のグループホームである。スタッフはアルバート通りグループホームなどの他のグループホームとの掛け持ちで勤務している。精神症状の安定している患者が長期滞在しており、訪問時の居住者の年齢は45歳から63歳であった。居住者の薬物は提携している担当のスタッフが定期的に薬局から宅配している。薬は施錠できる棚に保管され、食事の際に訪問するスタッフによって開錠される。居住者は、生活スキルのレベルに合わせて週末以外は、夕食係、清掃係などの役割が与えられている。原則として全員が順番に役割分担することになっており、生活能力の不足しているものには、スタッフが援助して行う。週1日は全員で料理を作り、ここで料理のスキルを学んでいく。洗濯は各自で行う。娯楽設備としてはテレビ、コンピューターが設置されている。外泊は禁止としている。現在、職員の大半が女性であるが緊急事態に備えて、男性職員の増員が望ましいという。

エ. シングルアパートメント

一般のアパートメントに単独で居住している司法患者もいる。一例をあげると、この患者は労働能力不能として福祉による援助で生活しているが、日常生活は全て患者自身で行っており比較的生活能力は高い。PCCCの外来看護者が週に1回の頻度で電話あるいは訪問することによって患者の症状や食事や衛生面などの生活全体の様子を管理している。薬物やアルコールの使用が禁止されているため、訪問時には抜き打ちで呼気検査、尿検査が施行されることもある。2週間に1度の頻度で外来通院しているが、治療薬剤は外来看護者が宅配しており、患者は薬の種類や数を確認しながら2週間分のピルケースに収めることで誤薬を防止している。また、適宜地域の治療プログラムの情報についても提供し参加を促すようにしている。

V-4. ロイヤル・オタワ病院 Royal Ottawa Hospital

ロイヤル・オタワ病院はカナダの首都であるオタワにある唯一の司法病棟をもつ病院で、1955年に設立された。司法病棟は中度保安レベル病棟12床と低度保安レベル病棟16床の合計28床と小規模であるため、ここでの主な業務は急性期治療と性犯罪者の危険評価に重点が置かれている。中度保安レベル病棟の平均在院日数は1.5ヶ月と短い。在院患者の8割から9割は精神分裂病患者である。

司法病棟と司法病棟から屋外に通じる19ヶ所に30機のモニターカメラが設置されており、モニター室の監視は外部の警備会社から雇用された警備員が行っている。中度保安レベル病棟は全て電磁ロック式になっており、モニター室からの遠隔操作でのみ開錠される。

中度保安レベル病棟の患者との面会は基本的には家族のみであるが、患者が薬物治療に

協力し症状が落ち着いている場合に限って友人の面会が許可されることもある。面接は必ずスタッフによる直接監視とモニターカメラと音声機器による監視下で許可される。これは、面会者による酒類や食物の持込みを監視する目的でもある。病棟入口にはロッカーが設置されており、面接者は全ての荷物をここで預けなければならない。病棟は、個室1室、身体疾患用個室1室、3人部屋になっている。エクササイズルームなどが小さいため、娯楽のひとつとしてテレビゲームが設備されている。また、司法病棟患者専用の中庭がないため、夏季には18フィート（約5m50cm）の壁で囲まれた2階の屋上をミニバスケットやバーベキューのために使用している。

一方、低度保安レベル病棟は鍵によって手動でも開錠でき、モニターカメラはないが、看護室からは病棟の入口と病室のある廊下全体が見渡せるような構造になっている。日中は3人、夕方から夜間は2名の看護者、夜間は1名の男性看護者が勤務している。必要に応じてヘルパーが勤務することもある。休日は看護婦2名、男性看護者1名が勤務している。

性犯罪者には、入院時にプレスティモグラフィーを用いたテストが行われる。性犯罪者の治療を専門とした精神科医が担当しており、これまでに約2000件以上の評価を行っているという。

治療プログラムは、性犯罪者のためのプログラム、再燃防止プログラム、薬物依存プログラム、リハビリテーションプログラム、痴呆患者のためのプログラム、分裂病患者のためのプログラムなどがある。

V-5. ブロックヴィル精神病院 Brockville Psychiatric Hospital

ブロックヴィル精神病院は、ロイヤル・オタワ病院の分院として、1977年に建設され、そのうち司法病棟は中度保安レベルで管理される40床から始まった。その後、司法病棟の不足が問題となり、1989年に44床、1994年に現行の59床に増床された。今後は、ロイヤル・オタワ病院を急性期司法病棟、ブロックヴィル精神病院を長期入院司法病棟として各病院の役割分担をすすめていく方針である。現在、ベッド数を100床に増設した新病棟を建設中（2003年完成予定）である。

司法病棟：オックスフォード棟 OXFORD WING（全59床）は3階建ての構造になっており、3階の OXFORD WING-3 はアセスメントを中心としたベッド数20床の病棟で、2階の OXFORD WING-2 はベッド数24床のリハビリテーション病棟、1階の OXFORD WING-1 はベッド数15床のリハビリテーション・トランジション病棟となっている。OXFORD WING-2、OXFORD WING-3 は中度保安レベル、OXFORD WING-1 は低度保安レベルで管理されている。新入院患者は全員3階のアセスメント病棟に処遇され、症状が安定し、危険度が減じるにつれて2階、1階へと転棟していくカスケード方式をとっていることが特徴である。1階の低度保安レベル病棟は基本的に開放病棟となっており、自由に屋外へアクセスできる。さらに処遇のレベルが下階に進むほど、患者の所有物の許可範囲や設備の使用許可範

囲も広がる。例えば、OXFORD WING-3では自室へのテレビやコンピューターの持込みが禁じられているが、OXFORD WING-2では場合によって認められ、OXFORD WING-1では全く問題なく認められる。また、コンロの使用は OXFORD WING-1、OXFORD WING-2では認められているが、OXFORD WING-3では電子レンジのみ使用が許可されているなどである。このように各階ごとに処遇・保安の水準を変えることは保安の役割を果たすだけでなく、治療スタッフ側にとっても患者の許可範囲が明確になり、適切な看護がしやすいという。

ブロックヴィル精神病院では、年間平均 54 人の新入院患者があり、司法病棟の平均在院日数は 225.56 日と長期間の入院となる者が多い。訪問時現在の外来司法患者は 40 人であったが、病院周囲にグループホームが少ないことが問題のひとつとしてあげられ、これが患者の長期入院の一因となっているという。

ロイヤル・オタワ病院では、性犯罪者の評価と治療にも重点を置いていることは前項で述べたが、ブロックヴィル精神病院には一定の評価を終え、治療方針の決定した性犯罪者がロイヤル・オタワ病院から送られてくることが多い。そのため、性犯罪者に対する再評価や治療プログラムが充実している。ここでは、一般に行われている PCL-R や HCR-20 などの再犯可能性の評価尺度の他に、Sex Offender Risk appraisal Guide（性犯罪者リスク評価ガイド）、Sexual Violence Risk-20（性暴力危険尺度 20）、STATIC-99、Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism（性犯罪再犯危険性簡易評価）、Violence Risk Scale：Sexual Offender Version（暴力危険度尺度：性犯罪者版）といった性犯罪者用に作られた評価尺度が必ず実施され、適宜再考される。

ブロックヴィル精神病院では、多くの治療プログラムが行われているが、なかでも Anger Management Program（怒りの感情のコントロールプログラム）は非常に充実している。これは、ブロックヴィル精神病院の 2 名の心理士によって独自に改良されたもので、週 2 日、1 回約 2 時間のセッションが 28 回、およそ 14 週かけて集中的に行われる。始めの 5 週はこのプログラムの理論や Anger（怒り）についての総括的な説明が行われる。続く第 6～10 週は自己分析が中心となり、第 11～15 週はグループディスカッションや物質依存との関係についても学ぶ。第 16～20 週では認知療法の手法が導入され、第 21～25 週では自己啓発に重点が置かれる。残りの 3 回のセッションは個人セッションの形式で行われる。各セッションの終わりにはそのセッションの課題についての自己評価が行われ、宿題が出されることもある。最終セッションでは修了書が渡され、昼食会が行われるなど患者の参加動機を高める工夫もなされている。プログラムへの参加は基本的には任意であり、およそ 70% がこのプログラムを完了するという。

V-6. ウィツビー精神保健センター Whitby Mental Health Center

ウィツビー精神保健センターは、トロント東部から北東部にかけての約 5 万平方フィート（人口約 2.37 万人）のキャッチメント・エリアを持つ、近年建て直された精神科病院である。オンタリオ湖に面する広大な敷地を使った 2 階建ての構造になっており、オンタリ

オ湖に面した2階部分のほとんどをガラス張りにしたことで病院内は非常に明るい。全325床は、思春期病棟、成人病棟、老人病棟、神経疾患をもつ患者などの特殊病棟、リハビリテーション病棟、アセスメントと症状の安定した患者のための病棟、人格障害病棟、二重診断病棟、司法病棟などに細かく分かれている。各病棟の間は中庭になっており、患者が自由に屋外に出られるようになっている。また、オンタリオ州政府による美術建築プログラムの一つとして各病棟の入口には様々な美術作品の装飾が施されており、これは各病棟のメルクマールの役割も果たしている。レクリエーション施設も充実しており、温水プール、トレーニングジム、体育館、ボーリング場、プールバー、小劇場、教会などがあり、一般にも公開されている。病院内の小講堂はコミュニティーカレッジとして使用されており、多くの一般訪問者が施設に出入りすることで、精神科患者に対する偏見を払拭するねらいがある。ここでは特に司法病棟について述べる。

司法病棟は、中度保安レベルのアセスメント病棟（20床）とリハビリテーション病棟（20床）および低度保安レベルの移行期病棟（25床）に分かれている。ほとんどの患者の診断は精神分裂病で、女性患者は全体の約10%を占める。司法患者の処遇については、審議委員会 Review Board によって決定された条件に基づいて、ここではさらにレベル1からレベル20に分けて患者毎に細かく規定しているため、看護者が患者の処遇レベル（特に外部アクセスの許容範囲）に関して混乱することは少ない。リハビリテーション病棟には、10の治療プログラム、移行期病棟には13の治療プログラムがある。とくに女性患者のためのプログラムがあることは特徴的である。

中度保安レベルのアセスメント病棟には、外部からの警備員が配置されており、21ヶ所の病棟内、4ヶ所の屋外のモニターカメラと全ての電磁式の扉を管理している。病室は患者同士のトラブルを回避するため全て個室にしているという。保護室の扉は内外両方向に開くことができるほか、ベッドは床に装着してあるだけでなく約500ポンド（約230kg）のマットを使用し、患者自身が動かせないようになっているなどの様々な工夫が凝らされている。中度保安レベル病棟に処遇されている患者は基本的に外出することができないため、病棟内に専用のジムを設備したり、毎週映画鑑賞の時間を設けるなどして患者のQOLにも配慮している。また、看護人員は各病棟、日中6～8人、夜間3～4人と高い患者比で配置していると同時に、全看護者に対して、緊急時に天井の警報ランプが点灯し警報音となる警報機の携帯を義務付けるなど看護者自身の安全にも配慮がなされていた。

V-7. その他

以上の施設の他に次の4施設についても見学した。

- a. ペネテングイッシュェンネン精神保健センター Mental Health center Penetanguishene
- b. マウンテン保健サービスセンター（ハミルトン精神病院）Centre for Mountain Health Services (Hamilton psychiatric Hospital)

- c. 依存・精神保健センター（メトロポリタン・トロント司法サービス）Centre for Addiction and Mental Health (Metropolitan Toronto Forensic Services)
- d. フィリップピネル研究所 Phlppipe Pinel Institute

ペネテングイッシュェンネン精神保健センターはトロントの北西に位置するオンタリオ州で唯一の高度保安施設である。かつては 320 病床を保有していたが、脱施設化政策により現在は 150 床に減少した。病院の外部は 18 フィートのフェンスで囲まれている。病院の入口には 3 人の警備員がおり、全訪問者は ID を提示し、金属探知機によるチェックを受けなければならない。これを通過し 2 ヶ所の鉄格子を通過して病院内に入る。病院内のスポーツジム、レクリエーションルームや食堂などの患者が共有するエリアには 17 カ所にモニターカメラがあり、警備員によって監視されているが、病棟内にはモニターカメラは設置されていない。これは、高い保安のためにはモニターを通してではなく直接の監視が必要であることを示している。

病室はすべて個室となっており、夜間は施錠されるため、各病室に洗面とトイレが設置されている。患者が室外へ出る際には、必ず看護者が同伴し、患者同士が直接接触しないよう配慮されている。ただし、症状が安定している患者には木工やガーデニングなどの作業療法プログラムが許可される。地域への再統合を目標としたリハビリテーションプログラムもあるが、このように保安度の高い精神病院に処遇されている司法患者の場合には、地域の保安のためにより保安レベルの低い施設に移送された後に地域に戻るという過程をとることがほとんどである。

ハミルトン精神病院は低度保安施設で、4 床のアセスメント病床と 18 床のリハビリテーション病床からなる中度および低度保安レベルの施設である。病床数が少ないため、オンタリオ州内の他の司法病院と連携し、適宜患者を移送している。

メトロポリタン・トロント司法サービスは、アセスメント病棟（28 床）とリハビリテーション病棟（20 床）からなる中度保安レベル施設と 2 つのリハビリテーション病棟（60 床）からなる低度保安レベル施設の 2 つの司法病棟を持つ。トロントはカナダ国内で最も人口の多い都市であり、移民者の数も非常に多い。そのため、ここで扱っている患者は様々な国籍出身であり、例えば病院内には、キリスト教だけではなくイスラム教の教会も設置されているなどそれぞれの文化や宗教についても配慮している。キャッチメント・エリアに比較して司法病床数は少ない。ただし、トロント郊外には多くのグループホームがあり、地域医療が非常に発展している。

フィリップピネル研究所はケベック州のモンリオールにある施設である。その詳細については、前年度派遣の井上俊宏氏作成による報告書を参照のこと。

Ⅵ. 司法精神医学の教育について—マックマスター大学精神科 MacMaster University を中心に

カナダにおける司法精神医学に関する教育について、これまでに多くの司法精神医学フェローを受け入れ、インテンシブな研修を行っている Hucker 教授から教示を受けた。

カナダには司法精神科医としての特別な教育の規定はないため、医科大学を卒業後、4～5年間の臨床研修を終えた後に the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada によって与えられる精神科医専門医資格を取得したものであれば司法病棟での勤務可能である。任意に、司法精神科専門医の取得を希望する場合には規定された大学で1～2年間のフェローシップを受け、司法精神医学に関する専門の臨床教育を受けることになる。とくに司法患者の審議委員会 Review Board に提出する資料や意見書の作成には、精神保健法やリスクマネジメントの知識が必要とされる。教育内容は各大学によって異なるが、マックマスター大学では基本的な刑法や精神保健法の講義の他、拘置所や刑務所での診察、高度保安レベル施設での研修などを必須としている。

Ⅶ. 触法精神障害者の危険度評価

カナダでは、およそ10年前から触法精神障害者の危険評価を標準化された尺度を用いて実施することが一般的となっている。主な評価尺度としては、PCL-R(Hare Psychopathy Checklist-Revised)、VARG(Violence Risk Appraisal Guide)、HCR-20、Sex Offender Risk appraisal Guide、Sexual Violence Risk-20、STATIC-99、Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism、Violence Risk Scale : Sexual Offender Version、Measures of Criminal Attitudes and Associates、Criminal Attribution Inventory、Criminal Sentiments Scale、Pride in Delinquency などがあげられる。なかでも PCL-R、VARG、HCR-20 は代表的な評価尺度として世界で広く利用されている。これらの評価尺度についての理論と実施方法、評価方法について講義と実習を受けた。危険性の評価の結果は、患者の病院内での処遇水準の決定、退院の決定などに利用されるため、保安の視点から社会にとって重要である以上に、当該患者の人権にかかわる重要な決定である。したがって危険性の評価には十分な客観性や妥当性が必要である。この点で、上記の諸尺度の利用は極めて有用であるといえる。

Ⅷ. まとめ

カナダ、とくにオンタリオ州を中心として6ヶ月間にわたる調査、見学、研修をした結果を報告した。

カナダにおける司法患者対策については極めて学ぶ点が多い。一人ひとりの司法患者の診断、評価、治療の技術、司法患者たちを地域の中へと帰していくためのプログラムとシステム、そしてそれらの運営を学ぶことは、日本が今後、職法制新障害者対策を実現していくうえで極めて有用であるといえる。

一方で、カナダにおける司法精神医療は、専門病院の設置や法システムにより司法患者

を社会からの隔離するという旧来の体制から、人権の保護と財政面の問題を解決するという視点に基づいたダイバージョンを根幹とした方向への転換が急速に行われている。これと比較して日本の触法精神障害者についての処遇の経緯をみると、カナダで「旧来」進められてきたような司法患者を専門に扱うための治療施設や法システムの整備はこれまで行われていない。したがって、隔離から開放へという大きな揺り戻しを経験しながら長期にわたって変遷し、現在カナダが到達しようとしている司法患者対策を、今後、日本は非常に短期間に成功させなければならないことになるであろう。

今後は、カナダをはじめとする諸外国の先行するシステムを学ぶと同時に、諸外国のシステムを単に取り入れるだけではなく、国内の触法精神障害者の現状、彼らを取りまく社会的な事情を十分に把握、検討し、実現にむけていく必要があると考える。

謝辞

今回の研修に際し、多大なご支援をいただきました財団法人日本障害者リハビリテーション協会の皆様に深謝いたします。6ヶ月にわたる貴重な研修をする機会を与えてくださった厚生労働省今田寛陸部長、松本義幸課長、泉陽子課長補佐、貴重な情報をご教示いただきました井上俊宏先生にお礼申し上げます。こころよく今回の研修をご推薦下さった国立精神神経センター国府台病院院長樋口輝彦先生、東京医科歯科大学難治疾患研究所教授山上皓先生に深謝いたします。カナダでご指導いただきましたクイーンズ大学 (Queen's University) Julio E Arboleda-Florez 教授、マックマスター大学 (Mac Master University) Stephen J. Hucker 教授、オタワ大学 (Ottawa University) John McDonald W. Bradford 教授、R.Kunjukrishnan 助教授、トロント大学 (Toronto University) Peter Prendergast 助教授、Philip Klassen 助教授、モントリオール大学 (Montreal University) David Weisstub 教授、キングストン地域継続治療センターDavid Simourd 先生、Michael P. Chan 医師、James Hillen 医師、そして心理、看護、ソーシャルワーカーほか諸医療スタッフの皆様へこころよりお礼申し上げます。

日本人研究者派遣事業報告書（アメリカミネソタ大学）

小澤 温
大阪市立大学生活科学部

1. 研究目的

平成13年度に実施された「障害者ケアマネジメントの総合的推進に関する研究」（主任研究者：白澤政和）では、わが国における3障害（身体障害、知的障害、精神障害）のケアマネジメント試行事業と地域生活支援事業の実態調査を実施した。その結果、現場実践に必要なケアマネジメント方法の検討、ケアマネジメント実践の評価方法の開発、ケアマネジメントの効果測定、の3点の研究の必要性が明らかになった。

このうち、ケアマネジメントの援助内容の把握、生活ニーズ把握のアセスメント票の開発に関しては、障害者（特に、知的障害者、精神障害者）に対してケアマネジメント実践が比較的早くから実践されているアメリカにおける実践状況と研究成果を十分検討しながら、わが国への応用を検討する取り組みが不可欠である。

アメリカにおける障害者に対するケアマネジメントは、理論面、実践面とも、これまで部分的にしか紹介されておらず、障害特性や地域特性に応じた実践状況や理論の把握はあまりなされてこなかった。

従って、アメリカの研究機関に滞在し、ケアマネジメント理論に関する文献・資料を収集し、現地の研究者および実践家との交流を行うことは、アメリカの研究と実践に関する全体的な把握に有効であると考ええる。また、アメリカにおけるケアマネジメント研究は研究と実践との結びつきが深く、現場に有効なケアマネジメント理論を構築する上で有効性が高いと考える。

ミネソタ大学・地域生活研究・訓練センターは、ミネソタ州における主に知的障害児・者に対するケースマネジメント方法の開発と実践において主導的な役割を果たしてきた機関である。特に、ここで開発された障害者の自己決定に基盤を置いたケースマネジメント方法としての個人将来計画や個別支援計画は、わが国でもその一部は紹介されており、自己決定支援やエンパワーメントアプローチの点で注目されつつある。また、このセンターは、全米（各州）の障害者の地域生活支援プログラム（ケネディ財団による研究・実践支援プログラム）の情報収集センターの役割を果たしており、全米（各州）の研究と実践の動向に関する資料の入手がしやすいことは特徴的である。

このような状況をふまえて、研究計画としては、次の2点の研究を計画した。1）ミネソタ州の脱施設化と地域福祉の現状を親・家族・当事者の活動の視点から明らかにすること、2）ミネソタ州のケースマネジメントプログラムの現状を把握し分析すること、である。

2. 結果および考察

(1) 親・家族・当事者の活動の現状と課題

*主に関係者への面接調査を行った。以下、記録を示した。

1) ARC Minnesota (州レベル)

1: ARC の組織について

*ARC (Association for Retarded Citizens) の略

*州レベルの ARC は 9770 人の会員と 82 支部から構成されている。各支部はひとつの County の場合もあるし、人口の小さい所では広域的である。

*最初、ARC は発達障害児（知的障害だけでない）をもつ親の会として始まったが、1973 年に名称を変更し、親、当事者を含めた組織になっている。

*会の目的は2つあって、コミュニティでの生活を進めること、と、親、障害者のアドボケイトを進めることである。

2: ARC の歩みと課題

*50年前に ARC Minnesota は始まった。当時は、施設しかないので、施設に入れない親は孤立し、情報もないので、どうしようもなかった。この問題に取り組むために発足した。

*50年間で価値も多様化し、親の会も ARC だけでなく、ダウン症、自閉症、いろいろと広がっていった。今の課題として、多様化した親の意識、価値をどうひとつの ARC としてまとめていくかである。

3: ARC Minnesota の仕事（資料より）

①親と当事者に対する教育プログラム、ワークショップの企画、出版活動、ニュースレターの配布。

②資料センター、資料、図書、ビデオの貸し出し。

③福祉機器、介助用具の貸し出し。

④支部の支援。ワークショップの後援、助成金を得るような支援。

⑤情報提供と紹介

⑥政策の開発と参加

⑦障害者の住宅購入支援

⑧web による情報提供とリンク。

3: 施設の縮小化、脱施設化について

*小規模化（ダウンサイジング）政策は、ARC に大きな影響を与えた。この政策は、特に、MR/RC Waiver と ICF/MR、の2つの政策（財政政策）の果たした役割が大きい。

*支部による考えの差はあまりない。全体的に、この政策は支持されている。

4：親の会と当事者の会との関係

- * 全体的に、州内の支部では、関係は良好である。いいパートナーシップを築いていると思う。ただし、進んでいるところ（ヘネピン、ラムセイといった都市部）とそうでないところとの差はある。各支部では、当事者会の活動のための補助金づくりの仕事が大きい。
- * 州内の北部地区では、当事者活動を重視しているところが多い。

5：重度問題について

- * 基本的には、コミュニティでのケア。しかし、ヘルス・ニードが高い場合は、病院に入る場合がある。（注：日本では、重度・重複という考え方をとるが、ここではヘルス・ニードが高いと考える）
- * 精神科への入院ケース、これは、反社会的な行動をとる場合に考えられる。（注：日本の精神科病院のイメージよりも、ここでは触法入院機関としてのイメージが強い）
- * 州では、600人ぐらいが、身体障害と知的障害を併せ持っている。病院以外では、ナーシングホームにも入っている。ナーシングホームは、高齢者だけでなく、障害者も入っている。

6：ARC Minnesota の特徴

- * ARC Minnesota は、直接サービス提供に関わっていないのでいいと思う。州によっては、特に、社会資源の少ない州では、ARCが直接サービス提供に関わっていることが多い。直接のサービス提供に関わっていないからこそ、アドボカシー活動に取り組める。（レーキン博士の意見）
- * 州内では、ARC・Hennepin（ミネアポリス市域を含む）では、財政的な裏付けもあり、アドボカシーを含め各種活動が盛んである。

7：考察

- * ARC、親の会と当事者の会を含んでいる。障害は、発達障害であって、知的障害や身体障害など多様である。
- * 施設の縮小を生み出すには、価値観の転換とそれを促進する政策的な誘導（incentive）である。

2）ARC-Hennepin-Carver（2つのCountyを管轄、ヘネピンはミネアポリス市を含むので、もっとも人口も多く、財政的にも豊かな地域、カウバーは隣接しているが、人口はそれほど多くない地域）

1：ローカルレベルの取り組みについて

- * Political Power（ここでの意味は、制度改善活動とか政策提案活動といった意味）と情報

提供が大きな仕事である。

*会員は親と当事者が主である。

*最初は、親の会の活動だったが、徐々に、当事者活動が増えていった。特に、何の情報も持っていない親や当事者が、ここに来て、たくさんの情報を得ながら、エンパワーされていくことが大きい。

2：当事者について

*最近、当事者自身が専門的技術と知識を身につけていくことに力を入れている。親も徐々に変わっていく。当事者の責任者（プログラム責任者）を育てて行くことも重要。

3：Political Power について

*現在、フォーカスグループとしては、乳幼児の親、児童の親、学童の親、学齢後から成人期、成人期から高齢期、の5つのグループがある。ARCは全世代に対して責任をもっている。

*特に、世代ごとに分断しているサービスをつなげていくことが重要。移行プログラム（トランジション・プログラム）に力を入れている。

*分断されたサービスをつなげていくように、教育、労働、地方行政に働きかけていくことがPolitical Powerの重要な点である。（注：資料によると議員へのロビー活動も重要。ワシントン・DCへの州選出の上院議員訪問記事も結構おもしろかった。）

*注：ここでいうPolitical Powerとは、クラス・アドボカシーといい換えることも可能。

4：ローカルレベルでのARC活動のポイント

*どのようにして、いい実践をつくっていくのか。その秘訣は、必要なニーズに着目することと、それに見合ったサービスに着目すること。

*注：これは、日本のケースマネジメントの考え方によく似ているではないか。ここでのケースマネジメントについては、もう少し詳しく検討する。

*メンバーへのエンパワー（情報提供とアドボケート）、これがARCのもっとも重要な活動、それをフォーカスグループで実践すると分断されていた領域が一連の流れをもってくる。

*注：案内したMattさんの専門が学校に対するソーシャル・インクルージョンプログラムの開発と提供なので、この考え方は、ソーシャルインクルージョンとも通じると語った。

5：州のARCとローカルのARCとの関係

*連邦、州のARCは、ローカルARCのプログラムに財政的支援をする。プログラムのジョイントもある。しかし、プログラムの優先順位はローカルによって違うので、ローカルによって共通ではない。

*ヘネピンは、都市問題を抱えている。障害者の住宅問題と多様な文化問題である。

6：ARC－ヘネピンの活動評価

*注：これは一緒にいった Matt さんの意見。この支部は、州内の ARC の中でももっとも成功しているところ。モデルケースかもしれない。

*その成功の理由は、スタッフの重要性。親、当事者スタッフの重要性。それと、今の問題（ニード）に焦点をあてていることも大きい。

*Social Worker、教育、親、当事者、すべてが一体となってスキルを身につけていくことが大事。

*当事者と専門家（プログラムコーディネーター）とがパートナーシップをもって進んでいることが印象的。

7：財源について

*全体の 28% が United Way からの補助。United Way は、NPO に対する助成財団。寄付金 20%、簡単なビジネス収入 47%、その他。

*United Way からの助成を受けるには、新しいプログラムの開発、新しいビジネスの開発が大きい。

*ダイレクターの仕事は補助金や寄付金の獲得と自主的な資金作りプログラムが大きな仕事である。

8：事業の評価について

*プログラム利用者の声、評価

*プログラムがうまくいかない時、新しい方法で取り組む必要がある。

3) Self-Advocates Meeting in ARC-Hennepin

*訪問日は、Self-Advocates Meeting のうち、ファミリーというフォカスグループの会合だった。当事者（障害は多様）、スタッフ（Lori さん、老年・成人期グループ・アドボケイト、Beth さん、アドボカシープログラム・ダイレクター、*さん、家族グループ・アドボケイト、*さん、教育グループ・アドボケイト）、など、15 人程度の会合。

*この日のテーマは、結婚。事例をもとに話しあっていた。事例は、30 歳、自閉症の男性事例。

*ARC－ヘネピン、では、基本的には、乳幼児問題、児童期問題、学童期問題、成人期問題、初期老年期問題、の 5 つのフォカスグループの会合をもっている。さらに、教育、家族、など、新しいフォカスグループが形成される。結婚、も今後検討中。

*印象に残った点は、当事者（障害の種別を越えた）、スタッフ、など、平等の参加方式で進められていること。

*この取り組みは、長い年月をかけて、徐々に、一緒に学ぶプログラムを作りだしてきた。

ポイントは Work with である。それと、経験共有。

*現在、当事者、スタッフのパートナーシップが進められている。

*ピープル・ファーストは、人中心なので、どの人でも参加がOKである。その点で、インクルージョンの理念をもっている。

*当事者（多分、軽度の知的障害の方）から、わたしは16歳までは、与えられたものを選ぶだけだったが、その後、このプログラム参加によって変わっていた。

*結婚のテーマに関してでは、自己決定の2側面、満足（尊厳）と安全とのバランスがむずかしいテーマ。

*終了後、スタッフとの話し合い。

*ミネソタ州では、徐々に施設の規模の縮小を行って、最終的にゼロにした。他の州では、施設の生み出す雇用問題（職員の解雇、地域の雇用確保）もあって、なかなか難しいところもある。

*コミュニティ・サービスの基本は、学校区。ヘネピンには26学校区ある。

*まとめ

*ローカルレベルでのARCは、発達障害児・者をもつ親の会から始まり、当事者が関わっていく活動に変化。さらに、現在では対等な関係がある。共同作業。

*このような活動を生み出す背景は、助成金のあり方が大きい。新しいプログラムの重要性。それと、当事者自身や親自身が技術、知識を身につけ、エンパワーしていく活動が大きい。

*バックとなる政策として、Waiver プログラムが大きい。これは、連邦のメデケイド予算（もともと施設入所に使われていた）の流動化政策（地域サービス予算への転用）が大きい。

*日本でも、入所施設の措置費（支援費）が地域サービス予算へ転用できればかなり状況は変わると思われる。

4) Mr. Jerry Walsh (ARC ミネソタの以前の会長)

*親の会の会長として、長年、知的障害者の福祉関わってきたので、ミネソタ州のARCの歴史を語るのにふさわしい人。

*資料は、「More prologue」に詳しく書かれている。

*ポイントは、

*1960年当時のミネソタ州の状況は、7,115人の州立施設への入所者と、施設への待機者が多かった。また、293人が、非営利団体によるデイ・スクールとデイケアセンターに通所していた。

*1964年に、連邦の法律と哲学が変わったこと。しかし、この間も州レベルでの地道な取

り組みがなされていたこと。

*1964年に、ミネソタ州では、新しい後見支援制度が、主に、カウンティの福祉事務所のスパーヴィジョンによってなされる法律が発足したこと。州知事が、地域福祉も施設福祉も統合した形で、組織的なサービス改革を行うことを表明した。

*1965年には、州立施設の職員配置の底上げを行った。

*この間、いくつかの施設ケアへの疑問がわいた。

なぜ、大規模施設では、ひとつの寝室に、15から100人も一緒にないといけないのか。

なぜ、重度者は、別プログラムでないといけないのか。

なぜ、われわれは貧しい環境を認めているのか。

だが、よりよいケアに責任をもつのか。

わたしたちは、なにを考えたらよいのか。

*このような疑問から、新しい取り組みを模索した。

*1976年に、わたしたちは、Mount Olivet Rolling Acre という土地に、70人の入所者、家族、兄弟などの居住者などを含めて、250人の施設を作った。

*これは、Mount Olivet 教会（オリーブ山教会、ルーテル教会、この方は教会の長老でもある）のバックアップによって作られた。

*当時、350人以上の収容施設を大規模施設といていた。だから、当時の考えでは小規模施設である。

*その後、5年間で、たくさんの地域居住施設を作っていった。

*1978年に、わたしたちは、スウェーデンを再び訪れた。（以前、1966年に訪問）、そして、ベンクト・ニーリエに会った。施設ケアとしては、わたしは、このローリングエイカーの取り組みの方がスウェーデンよりも質が高いと思うが、より、ノーマルライフを、という理念に大きな影響を受けた。

*その後、資料では、ルーテル教会の社会的な使命に関する会議に出たこと、国際的な親の会の会議（現在のインクルージョン・インターナショナルの前身）に出たこと、さらなる、哲学、態度の変化、などについて書かれている。

*まとめと考察

これまで、1964年のケネディ教書からいきなり大きな脱施設化の潮流が生じたような紹介がなされてきたが、それは、かなり違って、州によって、多くの試行錯誤がなされてきたことが事実である。特に、ミネソタ州は、仕組みとしては、福祉国家に近く、スウェーデン、デンマークのノーマライゼーションの考え方がかなり影響を与えている。

もう一つは、施設の規模について、国際比較では、慎重になったほうがいい。1970年代当時は、350人以上の施設を大規模と考えていた。現在では、グループホーム、アパートメント居住は、15人程度のものを、コミュニティ・レジデンスと呼んでいる。

施設の縮小に関する課題は、待機者の解消が重要であって、ローリングエイカーの発想には家族支援が重要であった。また、州立施設の縮小には、地域の雇用問題が関係していて、むずかしい課題の一つであることも指摘していた。

5) ARC—Ramsay, Anoka, Suburban (ここは、セントホール市とその周辺地域を含んだ、かなり広域の ARC である。)

1：この地域の重点課題としては、特に、サブアーバン（ダコタ・カウンティ）があるので、少数民族、他民族問題が大きい。注：ダコタはアメリカ・インディアン部族、ダコタ族からきている。障害児を恥ずかしく、隠す意識が強いこと、英語が十分に通じない問題。ラムセイは都市部なので、ヘネピンと同じ課題が多い。特に、当事者活動に力を入れている。

2：スタッフについて

* 60 人のスタッフがいる。当事者スタッフ、親は 3 人、成人当事者は 4 人、家族支援スタッフ、バイリンガル支援スタッフなど、多様である。

* スタッフトレーニングは、親の教育、ニード中心のデスカッション、情報提供プログラムなど。

3：助成金

* ヘネピンとよく似ていて、4 分の 1 は、United Way からの助成。

4：重要なプログラムとしては、労働プログラム、と、ハイスクールプログラム。移行プログラムが重要。教育との関わりはやはり課題が多い。

* まとめ

かなり広域なので、事務所を 3 カ所もっている。面接したのは、セントポール市にあるラムセイ・カウンティの事務所、これは、ARC ミネソタと同じ建物にある。

プログラムの的には、ヘネピンとよく似ているが、重点課題があって、当事者グループ支援も（ピープルファースト・アノカ、とか）が重要な課題になっている。

6) 考察

1：大きな状況として

* 理念の変更と政策の変更

* 連邦レベルでの政策は、Waivered Services (MR/RC)、ICF/MR、の 2 つの政策が地域生活支援の上で大きい。メデケイド予算の地域支援への転用政策。

* 1981 年予算、施設（連邦・州）、地域（州）

1982 年予算、施設（連邦・州）、地域（連邦・州）

2001 年予算、施設（10.1 ビリオン、連邦 5.5 ビリオン、州 4.7 ビリオン）、
地域（12 ビリオン、連邦 6.4 ビリオン、州 5.6 ビリオン）

2：ARC について

*親の会から始まったが、現在は、親、当事者、関係者すべての関わりの中で活動をしている。州による違いも大きい。ミネソタの ARC の特徴は、教育、情報提供、アドボカシーに力を入れている。直接的なサービス提供者にはならない。

*ピープル・ファーストとセルフアドボカシーへの理解。これは、関わる人がすべて対等の立場という主張なので、当事者団体だけの独自な世界ではない。これもミネソタの特徴かもしれない。カリフォルニアなどの紹介が日本でなされてきたので、ミネソタと違う状況かもしれない。要検討。

*ARC 活動の特徴づけるのが助成金の獲得。ユナイテッド・ウェイによる助成が大きいが、そのためには、新しいプログラムなどの PR が必要。

（2）当事者活動について

1) Mr. John Smith （UAP、Project-Coordinator）

*脳性まひのある身体障害者であるが、UAP（ミネソタ大学の地域支援研究センター）の研究スタッフかつ地域コーディネーター。修士号をもち、現在、学位をめざして研究中。

*彼の書いた資料（論文）によって、その内容紹介。

1：要約：ピープル・ファースト ミネソタ（PFM）は、発達障害に関する州知事委員会と一緒に仕事をしてきた。まだ、セルフアドボカシーグループ（ここでは、当事者グループと一応訳しておく）のない地域でワークショップを開催して、グループ組織化を行ってきた。グループのリーダーシップについて発達障害者に機会を提供してきた。障害の種別を越えた、文化の違いを越えた共同的な関係をつくりあげてきた。

2：発達障害者のセルフ・アドボカシーに関する知識と経験

*PFM は、ACT プロジェクトによって、によって、まず、発達障害者の尊厳の回復、自覚に取り組んだ。また、マーチン・カウンティでは、ウェーバープログラム（MR/RC、連邦からくるコミュニティ・サービス予算）をセルフ・アドボカシー訓練プログラムに使うように働きかけた。

*PFM の原則は、アドボカシーと自立の役割モデルを類似の障害のある人に絶えず遂行するようなプログラムを進めること、似たような問題や障害からの新しいアイデアを聞き取ること、権利、社会資源の情報を地域の中で、発題者、助言者、グループメンバーから学ぶこと。

3：リーダーシップの訓練について

- *基本は、グループワークと課題中心の学習活動にある。
- *重要な信条は、障害の有無に関係なく、助言者から支援を得ながら、お互いに学びあうことである。
- *障害の種別を越えたグループ活動も特徴的。
- *ミネソタ大学の地域生活支援センターとの共同作業も重要。大学と実践との共同作業。
- *現在、ミネソタ州発達障害者計画策定委員会での、セルフ・アドボカシー活動の評価研究も重要。

4：まとめ

日本でのピープル・ファーストのイメージとミネソタでのイメージは全く違う。ここでは、ARC とのパートナーシップ、障害の種別を越えたグループ活動、の2つがとても重要。考え方は、いつも、課題中心型（ニード中心型）の検討をしているところが、障害の種別を越え、親、当事者、スタッフの分け隔てをなくしている。

2）Ms. Marijo McBride (UAP、Coordinator)

*ミネソタ大学付属病院（セントポール市）の小児科での、親のトレーニングプログラムのコーディネーター

*親のプログラムには、いろいろあって、教材をみると、古い考え方から新しい考え方への変更が強調されている。

*一例、施設ケアでなくて地域ケア、制度解説、ケースマネジメントの解説、サービス提供の考え方のシフト、地域組織の情報、ワークシートとして、乳幼児期、学童期、雇用・就労期、社会参加とレクリエーションなど。

*こういった話題を、障害児をもった時点から教育していくプログラムが、この親トレーニングプログラムの重要な点。

3）Mr. Cliff Poetz (UAP 協力者、セルフ・アドボケイトの代表者)

*ARCー連邦、ARCーミネソタ、などのボードメンバー、2000年のシアトル（国際学会）では、ケネディ財団からセルフ・アドボカシー活動で賞をうける。

1：初期は、親の会と当事者の会との関係づくりは、やはりむずかしかった。施設の縮小政策によって、当事者の会としても、地域の中でどのように暮らしたらよいのか、資源はどこにあるのかといったことを学習する必要が生じてきた。

2：個人的には、200 人ぐらいの小規模施設で暮らしてきた。(注：350 人以下の施設は大規模とはいわない) 施設の対応は冷たかったし、スタッフにも問題があった。

3：親から独立することが重要だが、特に、情報を提供することが必要。情報が無いので、独立できない。グループホーム、アパートメント、移動手段、雇用・就労、などの情報が特に重要。

4：アパートメントで暮らしている。10 から 12 人ぐらいの人が支援を受けながら生活している。(注：アパートメントは日本の 1DK から 2DK の部屋の集合住宅、日本のマンションに近い。また、アメリカの戸建て住宅には、部屋が 8 から 10 ぐらいあるのもあり、一人一部屋でも、8 から 10 人の居住が可能な家も多い)

5：移動手段と住宅探しは大きな関係がある。(注：ここミネアポリスの移動は、市の中心街を除けば、バス・鉄道などの公共交通はほとんど絶望的である。) 従って、バスエリアにあるかどうかが重要なポイントになる。当然、バスエリアにある住宅は高価格である。

6：就労は地域での就労が基本になっている。特に、重要なのはサポータード・エンプロイメント。就労に関しては、14 歳で、就労の適正テストを受ける。その結果によって、さまざまな教育プログラムがある。

7：ピープル・ファーストのポイントは、すべての人とのよい関係。すべての人をインクルードすることが重要。政策的には、当事者が(国、地方)政府のボードメンバーとして位置づけられることが重要。日本はどうですか。(質問が出た)

*ARC ミネソタのボードの一員としては、親の委員ともインクルージョンという理念では統合している。現実には、親、兄弟、さまざまな問題があるので、理念の一致が重要。

8：日本の地方分権化の話を聞いて。財政がローカルに移ることはいいことである。連邦政府は、当事者が何を望んでいるのかといったことへの政策的なプライオリティをもっていないので、どうしても州、地方レベルで何とかやっていくしかない。連邦からの財源を州がどううまく使うのかにポイントがある。

(3) ミネソタ州の障害者福祉システムとケースマネジメントについて

*研究センターのスタッフとの討論

1) ミネソタ州の障害者福祉システムについて

親・当事者→申請→ Social Service Office (County) → Case Manager (Municipality に所属・公務員)、主な仕事は、サービス受給資格の審査(機能的な側面、収入面)→ 受給資格のある場合、申請者・本人の意向・希望を聞いてサービスプランを作成。→ MR/R Cによる在宅サービス提供事業者、および、ICF/MRによる小規模中間施設、からのサービス提供を受ける → サービスプランは適宜見直しがされる。(だいたい1年間程度)

*CM (ケースマネジャー) による利用資格審査を除けば、現行の日本の障害者福祉制度に近い。

*州によっては、私的な(プライベート)CMによる、サービスプランニングもあるが、

この場合も、サービス事業者とは全く独立したCMである。

- * ミネソタ州の場合は、ムニスパル（市町村）公務員がCMになる。

- * CMの条件は、ソーシャルワーカーで修士号を持っていることが条件であり、地方公務員である。そして、州によるケースマネジメントの研修を受けることである。この研修テキストがきわめて膨大なものだった。

- * 初期のアセスメントシートは、他の州のよいものを参考にする。アイオワ州、カリフォルニア州のものはかなり使いやすい。（資料としてコピーした。）

2) ケースマネジメントについて

- * ミネソタ州のCMの特徴は、地方公務員であること。

- * CM一人あたり40から60人担当する

- * 公務員であることのよさは、サービス事業者から独立していること、行政組織改革に内部から意見をいった方が改革しやすいこと、しかし、批判もある。それは、コストコントロールにつながりやすいこと。しかし、この批判は正しくない。担当ケース全体の優先順位の中から、さまざまな条件を勘案して配分を決めることは重要である。以下、いくつかの例示。重度で家族同居の場合とそうでない場合、通学している場合（学齢期、日本と同様、ほとんどの福祉サービスは受けられない）とそうでない場合（職業訓練が必要な場合）、とか。

- * CMのトレーニングはミネソタでも大きな課題である。

- * 特に、強調したいことは、ケースマネジャーは、絶対に、サービス事業者がやってはならないこと。事業者がやった場合、特定のサービスに結びつけること、アドボカシーができないこと、の2点で問題である。2003年以降の日本の制度改革については、ケースマネジャーの位置づけで非常な問題を感じるとのことだった。

3) ARC活動と福祉制度との関係について

- * 州のARCは、これらの障害者福祉制度から独立している。この独立がキーワードである。ARCの本来の仕事は、情報提供、セルフアドボカシー支援、フォカスグループ活動、など、福祉制度では対応しにくいエンパワーメントに主眼をおく。

- * ARCがサービス事業者になっている州もある。具体的には、イリノイ州、ニュージャージー州。この地域の事情もあるかもしれないが、これらの州の現状ではとても評価はできない。

4) 考察

- * 日本の改革にも関係する重要な示唆が得られた。

- * ケースマネジャーの独立性は非常に強調していた。

* A R C の独立性も強調していた。

* つまり、行政機関で行うケースマネジメントとアドボカシー活動を行う A R C とのバランスこそミネソタ州の福祉の特徴と思われた。

* 若干の説明がある。ケースマネジメントの利用資格審査は、MR/R C、I C F/MR に基づいたサービスだが、予算は連邦と州からくるが、必要性判断や裁量権限は州と市町村（ケースマネジメント）にある。ローカルな A R C 活動の中には、MR/R C のサービスに結びつけられなかったケースに対して、再申請、サービス受給に結びつける活動もあり、確かに、アドボカシー活動として重要な働きをしている。

5) ケースマネジメントのワークショップへの参加記録

Person Centered Planning (Thinking)

A Workshop for Those who support people with disabilities

* Person Centered Planning、ワークショップへの参加（8回）

* とても参考になる企画で、私自身大きな学びと情報を得た。

* 主催は、ミネソタ州ヒューマンサービス課。

* 講師：Michael Smull 氏 について（紹介文書より）

Person Centered Planning の全米的な指導者である。特に、精神疾患、犯罪者、発達障害の分野で、Person Centered Planning の方法を使い、また、組織的に改変し、成功を収めてきた。彼は、これらの領域で多くのスタッフトレーニングを行ってきた。

1：全体の印象

* 事例をふんだんに示し、グループ討議を中心に進んだ。日本のケアマネジメント事例演習に似ているが、使用している方法がまったく違い、やはり、わたしの確信（Person Centered Planning がアメリカのケースマネジメントの主流という思いはまったく正しかった）を強めた。また、ユーモアを巧みに使った話術もすばらしかったが、わたしの英語力ではユーモアまでは十分理解できなかった。

* 日本でもこの考え方を広めたいという話をしたらとても喜んでもらい、概念は普遍であるが、クロスカルチャー的な取り組みもぜひ必要とのことで、参考までにイギリスの研究者のメールアドレスを教えてくれた。

* 参加者は250人ぐらい。30テーブルぐらい出ていた。参加者の背景は、グループホームスタッフ、ケースマネジャー、州・群公務員、当事者（セルフ・アドボケイター）、親など、である。

2：内容（スライドにそって）

- *死んでいることと幸福は矛盾するが、生きていることと惨めさは受け入れられない。
- *①その人にとって重要なこと。(その人のことば、行動)
- *②その人のために重要なこと。(健康と安全、他の人がその人を支援するのに重要とみなす点)
- ①と②のバランスについて
- *今の気持ちを表現させる(演習)、どこに着目して、その気持ちを解釈するのか。どこに信頼を置いて、理解するのか。経験、約束、信念、友情、など(演習)

3：事例演習

- *ジリーとスタッフの視点の違い(資料)

(図式1)

- *ジリーにとっての重要なこと。ジリーのために重要なこと。
- さらに、あなたは学んだり知ったりする上で必要なことはなにか。(さらに、必要な情報)

(図式2)

- *中心的な責任(どうしてもある責任)
- *あなたは何を判断したのか、あなたは何をしようとするのか。
- *あなたには、責任のない領域

- *以下、事例演習は、この図式1、2をグループディスカッションしながら進められた。

- *ハリーの事例
- *ジャックの事例
- *ボブの事例
- *わたしたちのグループで事例を出しながら検討

(図式3)

- *リスク演習
- *わたしは何に困っているのか。
- *わたしは何をしようとするのか。
- *わたしがしようとする結果はどのようなものか。
- *しようとする事、是か否か。

- *傾聴することと理解することの繰り返し。こそ、正しい理解への道。
- *枠組みは、世界の窓と世界に焦点を当てるレンズの両方である。枠組みは、他の人に容易にわかるようになるまで、いくつかの事柄を濾過していく。枠組みは、わたしたちの経

験ととるべき行動を決めるのに役立つ。枠組みは行動のための道具であり、すべての道具は、その強さと限界をもっている。

***あなたが支援するために答えるべき7つの質問**

1. その人にとってなにが大事か。
2. その人のためになにが大事か。
3. その人にとってなにが大事かの文脈の中に、その人のために何が大事かが入っているのか。
4. 1と2のよいバランスはなにか。
5. その人がなにを学びたいのか、私たちが学ぶべきことはなにか。
6. 同じ状態を維持する（向上する）のに必要なことはなにか。
7. 変わるのに必要なことはなにか。

6) 制度の補足：ARCのMR/RCの解説書の抄訳

1: Waivered Service (以下、WS) とは何か

***1981年**、連邦議会で、Medicaid Fund を利用したコミュニティ・ベースド・サービスが施設サービスに代わるものとして成立した。ここで、施設とは、病院、ICF/MR、ナーシング施設（ホーム）の3種類。

***1984年**、ミネソタ州では、MR/RC に対応して、知的障害と遅れている状況によって、コミュニティ・ベースド・サービスの提供を始めた。

***参考**：1985年に、ルール185により、ミネソタ州のケースマネジメント（以下、CM）の制度が発足。

***MR/RC**の目的は、利用者の信念、習慣、費用効果に応じて必要なサービスを提供するプログラムである。WSは、その人の特別なニーズに基づいて、施設サービスを提供するのとは異なり、コミュニティでのその人の発達に役立つ。WSはできる限り自立できるスキルを地域で身につけること、地域で暮らすこと、地域で働くこと、を援助するものである。WSは人のニーズが変化していくのに対応して変わっていく。

***MR/RC**の受給要件は、①知的障害および遅れの状態であること、②24時間のケアプランが必要なこと、③WSが有効でない場合は、ICF/MRの居住者であるか、ICF/MRを受けるサービスレベルであること。④収入および資産が医療援助（MA）にみあうもの。ただし、家族の収入を考慮しないTEFRAプログラムの児童を除く。⑤ICF/MRに代わって、MR/RCのサービスを受けることができる情報が提供され、選択が保障されていること。

2: WSの内容

***その人の受けるサービスタイプは、その人のニーズを要望、その人が選ぶサービスの有効性、サービスの費用効果、によっている。カウンティーにおける（代理する）ケースマ**

ネジャー（以下、CMER）は、通常、サービス選択を援助する。

1) 成人のデイケア

・・・障害のない人とピアになって、コミュニテiprogramもある。食事と移動サービスもこのサービスがカバーしている。特別なセラピィー、適応した設備も提供される。スキルを維持すること、施設サービス利用を遅らせること、DT&H がその人のニーズにあっていないときに、成人デイケアを DT&H の代わりに選べる。

2) 補助具、介助具、福祉機器

3) ケアギバーの生活費補助

住み込みのケアギバーの部屋代、食事代の補助。ケアギバーは、住み込みの世話人、在宅リハビリテーションサービス、個人支援サービス、個人介助員サービス、利用者中心の地域支援にも広げられる。

4) ケアギバーの訓練と教育

*プライマリーケアギバーとしては、親のトレーニング。

5) CM

*すべての知的障害、遅れた状態の人に適用する。サービスの配置。調整。社会活動、日常生活、医療、他のサービス、その人と家族のニーズのモニタリング。

6) 家事サービス

7) 消費者中心の地域サービス

*施設入所の予防、インクルーシブな地域生活。このサービスはインフォーマルネットをつくる、強める、維持することが必要である。このサービスは地域の機関が、DHS (Dept of Human Services) と一緒に理解し実施することが必要。

8) 消費者訓練と教育

*セルフアドボカシーのスキル、市民権の理解、サービスとサポートのコントロールと責任の訓練、これらは個人、機関、教育機関、によってなされる。これは、個人中心計画のトレーニングも含む。CMER だけでなく、個人、機関、カウンティーにもなされる。

9) 緊急レスパイト

*特別なサービス、短期間のサービス、その人への介入。ケアギバーへの支援、その人と一緒に住んでいる人を保護するために行う。これには、活動、アセスメント、介入計画が含まれる。家庭外で緊急のレスパイトを提供するためには、移行計画が必要である。ケアギバー、サービス提供者への技術支援、個人サービス計画の見直し、の勧告もある。

10) デイ訓練とハビリテーション（通所サービス）

*地域の中での、職業スキルと日常生活スキルをえる。これは、在宅サービスと調整しながらなされる。

11) 環境改善（住宅、移動環境）

12) パーソナルアテンダント

*利用者のコントロールによる、アテンダント（入浴とか、整容とかの介助）

- 13) ホームヘルプ（家事型）
- 14) 居住の調整（ルームメイトの調整、どんな家に住むのか、住宅改修も含む）
- 15) 同居家族への支援
- 16) パーソナルサポート
 - * 自立、地域、生産活動への参加支援
- 17) レスパイトケア
 - * 他の人の住宅や個人の家でなされる（カウンティによって認可される）
- 18) 特別な（専門的な）サービス
 - * 通常の医療援助（MA）では有効でない場合のサービス
 - * ケアギバーの訓練、専門職の訓練・スーパービジョン、プログラムのモニタリング、ニーズに合っているかどうかの評価も含む。
- 19) サポート・エンプロイメント・サービス
- 20) 生活支援サービス
 - * セルフケア、感覚・運動障害の個別スキル、コミュニケーション、問題行動（チャレンジングビヘイビア）の軽減、・・・レジャー、レクリエーション、金銭管理、家事雑用、などのスキルを必要な人（その人）に教育するサービス
- 21) 24 時間緊急援助（緊急通報・対応システム）
- 22) 移動サービス
 - * これは個人ケア計画によってきめられなされる。

3：WS の利用資格要件

前述

4：ICF/MR のケア水準の意味

*ICF/MR は 24 時間ケア、専門職によるスーパービジョン、ハビリテーションサービスを提供する居住型施設である。

*ICF/MR にはさまざまなサイズがあり、私的あるいは公的な事業者によってなされる。

*ICF/MR の利用要件は、①知的障害あるいは遅れている状態、②必要なスキルを身につける上での日常的な介入、スーパービジョン、ハビリテーション、③健康とよい状態の保障、④もし、地域の中でサービス提供がされていない時の必要なサービスを受ける場としての ICF/MR。

*ICF/MR の必要としているケアレベルの人は追加的な訓練やスーパービジョンなしで新しい状況や環境を学び、スキルを積むことはできない。補助なしにパーソナルケアを受けることはできない。

*カウティは健康的で安全な必要なサービスを提供しなければならない。これは、24 時間ケアプランによる。また、個別サービス計画。個別サービス計画は、WS から購入すること

のできないサービスと支援などの要なすべてのサービスを含む。

5：WSはどこで提供されるのか

*家族の家

*自分の家：フォスターホーム、ICF/MRをしていないアパートメント、単身住宅など。

*他の家：家族や他の人によって提供される認可されたフォスターケアを含む。

*WSでは、4人まで、フォスターホームで対応することを認めている。

6：どのようにしてWSを利用することができるのか

*WSを利用する関心をもった人は、カウンティのCMERとコンタクトをとって、MR/RCスクリーニング文書を完成しなければならない。もし、CMERがない場合、CMの申し込みは住んでいるところのカウンティの地方ソーシャルサービス機関でなければならない。カウンティはCMERと10日以内にアポイントをとらないといけない。一度CMERがアポイントをとると、35日以内に包括的診断評価の完成のために調整する責任がある。診断評価は、知的障害の程度と遅れている状態の診断がなされる。そして、MR/RCサービスを受ける資格があるかどうかの決定がなされる。

*遅れている状態は知的障害と関係している。しかし、脳性マヒ、てんかん、自閉症、ブレーダーウィリ症候群を含む。基準は、重く慢性的、知的機能・適応行動が知的障害に近い、知的障害に必要な治療やサービスに近い、22歳前に発症する、継続的、・・・、ミネソタ州の規定定義にある精神疾患、精神障害に属さない。

*包括的な評価は、知能、適応、社会生活・発達史、身体、健康の状態など。

*CMの適用を受けることが決定されると、CMERはMR/RCサービスを、その人のニーズに合うかどうか決定するスクリーニングチームを援助し、他の領域と調整してアセスメントを行う。

7：スクリーニングプロセスとはなにか

*MR/RCサービススクリーニングプロセスは、WSの資格があるかどうかの情報（診断とアセスメント）の再検討である。

*スクリーニングはWSの有効性とは関係なく、必要に応じて遂行される。要求があって、60日以内に、CMはスクリーニングチームを作り、CMERと一緒に、その人の必要に応じてサービスを評価する。

*スクリーニングチームは、その人、法定代理人、家族、その人や法定代理人から選ばれた人、もし必要ならばアドボケイト、資格のある知的障害の専門家（カウンティのCMERのことが多い）、CMER。

*サービス提供者がそのチームに入ることをスクリーニングチームは選ぶことができる。

8：スクリーニング文書とはなにか

*スクリーニングチームの会議では、CMER が中心点、要約、診断と評価の情報、アセスメントの記録、などのチームの決定による文書を完成する。この作業は WS を必要とするさいにもっとも重要である。

*スクリーニング文書は DHS (州、カウティ) に提出される。WS を含んだ医療援助 (MA、もともとはメデイケイド予算からか、) 基金を使うために構成づける。

*もし、ICF/MR のサービス提供に該当すると決定した場合、その人、ないしは、法定代理人は、MR/RC と ICF/MR のいずれかを選ぶことができる。有効性が同じぐらいなら、MR/RC を選ぶ。

9：サービスプランニングとはなにか

*アセスメントに基づいて、サービスプランニングチームは ISP を作る。これは、その人、あるいは、法定代理人によってサービスを選ぶことに基づいている。

*ISP は、ふつうスクリーニングチームと同じメンバーになるが、知的障害の人が希望すれば、追加できる。

*ISP は、診断とアセスメントをまとめ、その人や法定代理人によって述べられていることによって、必要なサービス、支援、好み（やりたいこと）を決める。

*サービスが提供されるまで、MR/RC サービスの待機リストに載せる。

*重要なこと、サービス提供に関する文書であること、長期・短期目標とニード変化への対応がある。

10：インフォームドチョイス

*その人、あるいは、法定代理人が自発的に決める。選択肢からの選択、近い将来生じる選択、いつでも MR/RC サービスを拒否できる。

*CMER は事業者と利用者の会合、訪問見学をセッチングする手伝いをする。CMER はスクリーニングプロセスの時にその人の決定を支援する。

*パーソナル介助援助のような医療援助 (MA) から払われるサービスでは利用資格が重要になる。その他のサービス (レスパイトとか DT&H とか) は CMER によってアレンジされる。

*MR/RC サービスへの高い要望によっては、MR/RC による特別なサービスを受ける前に、ファンドを待たなければならないことがある。

*ISP は、MR/RC を待機している間も、これらのサービスが提供されるように決めることができる。

11：法定代理人とはなにか

12：訴える権利について

*もし、MR/RCの対象外になった場合、訴えることができる。ミネソタ州 DHS は、その訴えた人とカウンティの代理者（CMER など）から証言を聞き、決定について判定することができる。

7）レーキン所長の追加説明

1：ICF/MRについて

*1971 年まで、発達障害に対して、特別なケア施設はなかった。（ここでのケア施設はナーシングホームなどの医療的なケア施設を意味している）

*1971 年に、それまで、高齢者中心のナーシングホーム（スキルド・ナーシングホーム、インターミデイトナーシングホーム）に、加えて、連邦制度として、ICF/MR を作った。

*入所施設からできたものもある。たとえば、ジョブ訓練、作業グループなどを、入所施設から独立して、ICF/MR にしたところもある。

*中間とは、コミュニティに移行する、のと、ナーシングホーム・病院に移行する、の間である。

*規模は、4 人からそれ以上。小規模のものが多。

*予算は、基本的には、連邦 50%、州 50%、しかし、州の財政力による。ミネソタ州では、連邦 47%、州 53%、ルイジアナ州では、連邦 75%、州 25%。

2：ICF/MR の組織

*私的なものは、教会、新しい組織（NPO など）、他に公立がある。

*コミュニティ中心に取り組んでいるか、入所施設職員意識が抜けないかが大きな違い。

*私的なものの重要性は、新しい考え、アイデアによって多様である。この多様性が選択の保障につながる。

3：その他、ミネソタの特徴など（感想）

*セルフアドボケイトや ARC の共同性、パートナーシップに印象をもったことを話したことについて。

*レーキン所長によれば、イリノイのセルフアドボケイトは問題を感じる。特に、シカゴ周辺はもともとむずかしい社会問題が多いので、セルフアドボケイトが運動としては孤立している。他の組織、機関との連携が少ない点が問題である。（昨年の P&A についての研修について）

*ミネソタの風土もあり、価値、考え方を共有すると一緒にやっていく雰囲気がある。（これはわたし（小澤）も同感）

*わたし（小澤）の印象では、公的な福祉が生きていて、親の会・当事者の会が共同して取り組んでいるミネソタの福祉に、これまでのアメリカの常識を覆された感じで日本にも

有効なアイデアがたくさんあることを発見した。これまで、あまりにも、カリフォルニアのバークレーとか、シカゴのセルフアドボケイトとか、特別な所を、アメリカの代表にしてきた点で問題を感じた。

外国の研究機関等への委託事業

英国の司法精神医療サービス

ジョン・ガン

ロンドン大学精神医学研究所司法精神医学部門

英国には触法精神障害者のための種々の精神医療サービスがある。

- 特殊病院（写真1）は高度保安の入院医療サービスを提供し、平均在院期間は8年から9年である。
- 中間保安ユニット（写真2）（地域保安ユニットとも呼ばれる）は、ほとんど患者が2年弱入院する。
- 低度保安閉鎖ないし開放病棟（写真3）。入院期間は様々。
- 外来患者の地域司法精神医療サービス。
- 上記はすべて国民保健サービス（NHS）が予算を与え運営しているが、独立民間団体も国営施設の不足分を補う形で低度あるいは中間の保安病院ユニットを提供している。

特殊病院は原則的には公衆に重大かつ差し迫った危険を与えると考えられ、保安度のより低い環境の下では処遇できない触法精神障害者に高度の保安を有する入院治療サービスを提供するものである。イングランドとウェールズにブロードムーア、ランプトン、アッシュワースの3カ所が存在し、スコットランドに1カ所存在する。

高度の保安は部分的には高い壁と病院からの出入りを厳格に監視し、統御することによって提供される（写真4）。病院内では患者や訪問者にはスタッフが同伴するが、信頼を得られた患者については一定の領域で自由に行動することができる（仮釈放中の患者など）。病院内の保安は主として看護スタッフが責任を持つ。

入院の決定は様々な専門家の代表者によって構成される地域の特殊病院入院委員会によって調整される。入院に際しては、患者は1983年度の精神保健法に規定される精神障害者に該当しなければならない。

病院内では、多職種による治療チームが、他の精神科医療施設で見いだされるものと同様の高度の治療を提供する。作業療法、職業訓練、教育も提供される。特殊病院には優れたレクリエーション施設も備わっており、しばしば数年にわたって入院する患者には重要なものとなっている（写真5, 6, 7）。

中間保安ユニット（別称、地域保安ユニット）は各地域に拡がっており、特殊病院よりもより地域性に配慮した入院治療を提供することができる。それらは司法精神医療サービスやスタッフにとって、行政、教育、研究の上での拠点となっている。司法精神医療サービスは英国においては地域によってかなり異なっており、必ずしも同じモデルに従って機能

しているわけではない。地域保安ユニットによっては独自の外来部門を有しているものもあれば、町の中心部に別個に地域拠点となる施設を持ち、そこで外来患者を扱ったり、管理を行ったり、治療を行うこともある。地理的要因や地域保安ユニットの地域性、地域の人口密度などが様々なサービスの形態に影響している。

地域保安ユニットは特殊病院ほどには逃亡に備えての保安度はあまり高くないが、閉鎖病棟よりは保安度が高いことから、中間保安と定義される。施設のデザインは様々であるが、すべてのユニットは大多数の患者に対して十分な保安を有しており、最も危険性の高い患者であっても短期間であれば、他の代りとなる施設が見出されるまでの間、通常は管理可能である。地域保安ユニットは病院の敷地内に他のサービスと隣接する形で建設されてきた。それぞれの施設は周囲の環境と違和感がないようにデザインされ、保安は目立たないようにデザインされている。ほとんどの施設は特殊病院のような高い壁ではなく、保安フェンスで囲まれた運動場を有する。ユニットへ入るには常にエアロックシステムによる2重ドアを通る。しばしば事務所や管理領域は保安領域外にあることもあるが、ほとんどの場合では領域内にある。看護スタッフが常に保安上のあらゆることを監視する義務がある。

地域保安ユニットの中には、入院病棟（保安のレベルが最も高い）、治療病棟、リハビリテーション・退院前病棟（時に保安のレベルが低い）を有するものもある。病棟領域は逃亡や暴力の可能性を減じるために看護者の観察を容易にするようにデザインされている。通常は隔離室が一つある。部屋は個室が圧倒的に多い。大きめのユニットには作業療法部門、体育館、患者のための食堂や売店を備えているものもある。特殊病院が数100名の患者を入院させているのに比べて、地域保安ユニットは小規模であり、通常は30から100床である。

司法精神科医、看護者、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士からなる多職種チームが患者の評価、治療、リハビリテーションにあたる。

入院のための患者の評価は単に医学的判断によるものではなく、看護スタッフがその評価に重要な役割を担う。看護者は暴力的な患者や重大な行動の障害を有する患者のマネジメントに独自の技術を用い、入院の過程を支援する。ほとんどの患者は医療者や看護スタッフ同様に、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士などの多職種による評価を受ける。ほとんどの患者は裁判所や刑務所から入院してくる。他は地域の精神病院や特殊病院からである。少数の患者は地域社会や他の地域保安ユニットから入院する。

入院する患者のすべては地域保安ユニットによって提供される程度の保安レベルでの治療が要求されるのであって、もし評価のために入院した場合、低いレベルの保安を用いることは不適と言わざるを得ない（未決勾留者の場合など）。すべての患者には精神障害があり、1983年度精神保健法の下で入院しなければならない。しかし、保安病院での滞在という条件を付けられて保釈された場合や元入院患者が自発的に再入院する場合などのように、しばしば自発入院の患者が入院することもある。患者は2年以内に地域保安

ユニットから移ることが多い。高度の保安は要しないがより長期の入院が求められるようなケースには、長期入院の可能な地域保安ユニットが発展しつつあるが、NHS の中にはこのような施設はまだ限りがある。

地域保安ユニットは時折、地域の一般精神病院にとっては攻撃的な精神病患者の入院治療の役割を担うことがある。患者の症状が安定した場合、通常は数週間で元の病院へ転院させることもある。

地域保安ユニットでの平均入院期間は6から9ヶ月である。ほとんどの患者は別の精神病院か地域社会（家や援護寮）に戻ることになる。ごく少数の危険性の高い患者が特殊病院に転院したり、刑務所に戻ったりする。退院計画が入院の早期の段階から注意深く考慮される必要がある。もし地域の精神医療サービスを利用することが考慮されるならば、早期に相談されるべきである。病院外での自由な生活に適応させ、患者の能力を促進し、評価するために地域保安ユニットから初めは段階的に外出させていくことが必要である。

司法精神医療の実践においては、高度なアフターケアが重要である。これは深刻な再発を防止したり減らしたり、犯罪を反復することを避けるために意義がある。住居には適切なレベルの支援が必要であり、福利施設の利用も十分考慮されなければならない。作業活動、社交やリクレーションの場も必要であり、体の健康に対する早期の介入や精神状態に対する精神科ケアも重要である。

地域司法精神医療サービスは保安病院よりもごく最近になって発達してきた。

地域司法精神医療サービスは、通常、司法精神科医、地域司法精神科看護、心理士、司法精神科ソーシャルワーカーによって構成される。司法精神科医が通常患者を最初に評価し、その後で他のチームのメンバーが必要に応じて外来治療に関わりを持つ。

地域司法精神科医療サービスは要請があった際には、地域の刑務所に訪問する。コンサルタント司法精神科医はしばしば未決拘留者が勾留されている刑務所に外来クリニックを定期的に開き、刑務所の医務官と密接にリエゾンを行う。受刑者は刑務所から病院へ移送されることもあるが、刑務所内で評価や治療が行われた方が適切な場合もある。

多くの裁判所は司法精神科医に精神鑑定書の作成を要請する。刑事と民事の両方の場合において弁護士から直接紹介されることもある。裁判所でのリエゾンないしダイバーション計画が多忙な治安判事裁判所におけるサービスを向上させるためにここ数年で発展してきた。軽微な犯罪の犯罪者は裁判所の建物内で診察評価され、適当ならば、地域の精神病院へ素早く転院させることができる。裁判所は寛大に刑の宣告を行い、検察は不起訴処分を行うこともある。他のサービスとしては、地域司法精神科看護者が警察で逮捕されたり、夜間勾留されている者を最初に評価したりすることもある。

地域司法精神科医療サービスは保護観察制度と連携しながら発展してきた。保護観察所の中に外来クリニックを開いている場合や、精神障害者を受け入れる仮釈放者の援護寮を提供してきた。司法精神医療は第3のレベルのサービスであり、もし、患者が暴力的

になったり、再犯に至るような行動を示す場合には、一般精神科医からの紹介も受け入れる。しばしばこのような患者たちは地域保安ユニットに入院するが、患者のマネジメントや治療に対してのアドバイスを行うことの方が多い。時折、地域司法精神科医療サービスはこのような患者のケアや地域でのフォローアップの継続に責任を持つのである。

Bibliography

Blumenthal, S & Wessely, S. (1992) National survey of current arrangements for diversion from custody in England and Wales. *British Medical Journal*, **305**, 1322-1325.

Bowden, P. (1975) A psychiatric clinic in a probation office. *British Journal of Psychiatry*, **133**, 448-451.

Bullard, H. & Bond, M. (1988) Secure units: why they are needed. *Medicine, Science and the Law*, **28**, 312-318.

Collins, P., Ball, H. & Costello, A. (1993) The psychiatric probation clinic. *Psychiatric Bulletin*, **17**, 145-146.

Department of Health (1994) *Report of the Working Group on High Security and Related Psychiatric Provision*. London: DoH.

Gunn, J. (1977) Management of the mentally abnormal offender: integrated or parallel. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, **70**, 877-880.

Holloway, J. & Shaw, J. (1993) Providing a forensic psychiatry service to a magistrates' court: a follow up study. *Journal of Forensic Psychiatry*, **4**, 575-581.

Mendelson, E.F. (1992) A survey of practice at a regional forensic service: what do forensic psychiatrists do? I: Characteristics of cases and distribution of work. *British Journal of Psychiatry*, **160**, 769-772.

Mendelson, E.F. (1992) A survey of practice at a regional forensic service: what do forensic psychiatrists do? II: Treatment, court reports and outcome. *British Journal of Psychiatry*, **160**, 773-776.

Snowden, P.R. (1985) A survey of the regional secure unit programme. *British Journal of Psychiatry*, 147, 499-507.

Snowden, P.R. (1995) Facilities and Treatment. In *Practical Forensic Psychiatry* (eds. D. Chiswick & R. Cope), pp164-209, London: Gaskell.

Dr David Reiss

Director

Teaching Unit

Department of Forensic Psychiatry

Institute of Psychiatry, KCL

1 February 2002

写真 1



写真 2



写真 3



写真 4

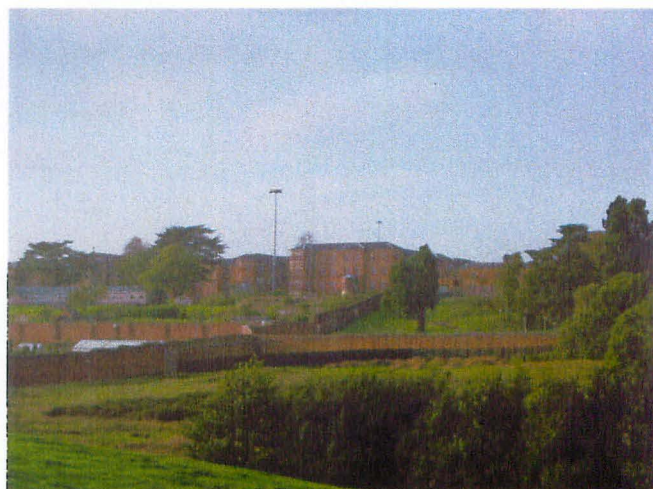


写真 5



写真 6

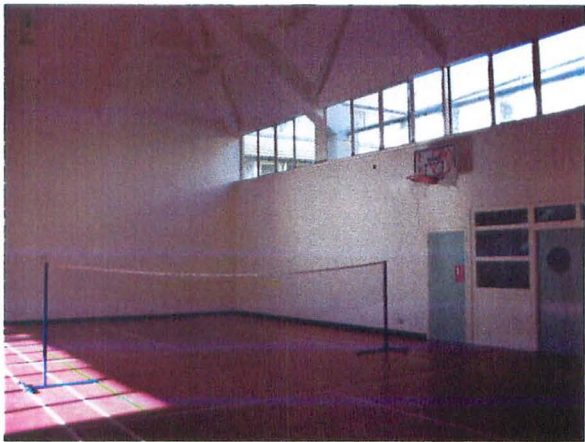


写真 7



若手研究者育成活用事業

リサーチレジデント平成13年度報告書

村田拓司

国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所

■一 初めに

今年度は、主に次のような活動に従事した。

①盲ろう者向け要約筆記点字表示システムの実証実験における検証・評価に参加した。

②情報技術（IT）時代における視覚障害者の実情について、その可能性と問題点に関して纏め、その原稿が雑誌に掲載された。

③「厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）盲ろう者に対する障害者施策のあり方に関する研究」に前年度より引き続き参加し、海外調査の一環として、アメリカ障害者法（ADA）を調査した。

■二 盲ろう者向け要約筆記点字表示システムの実証実験における検証・評価

これは、パーソナル・コンピュータ（PC）と点字ディスプレイ（ピンディスプレイ）とを連動させ、PCで要約筆記した結果を点字ディスプレイに表示させて、点字が読める盲ろう者の会議参加その他の社会参加に資するためのシステムの実証実験に、点字を読む側として参加し、その使い勝手を検証・評価したものである。

参加した実証実験は、「GLADNET 年次大会」（注1）の場で行われた。

その際の報告書の内容は、概ね次のとおりである。

=== 報告書 ===

盲ろう者向け要約筆記点字表示システムについて

一、新規要約文通知記号について

1. 現在、要約筆記文の点字表示においては、新規要約文が入れば、ピンディスプレイ右端に、点字の「め」（1・2・3・4・5・6の点）で通知することになっている。しかしこれでは、例えばディスプレイ全体を占めるほどの長文が表示されていて、その最後が「たちば」の「た」などで切れていると、「た」と新規要約文通知の「め」とが続いて表示されるために「ため」と読めてしまうなど、誤読の虞がある。

そのような誤読を避けるには、新規要約文通知を、点字の「4・5・6の点」など、本文と一緒に誤読されないような記号を用いるべきである。

2. 又点字は、左から右へ読むので、ピンディスプレイの左端に注意が集中する。従って、新規要約文通知は、思い切って左端即ち行頭に、例えばその2マスを使って、「4・5・6の点、1・2・3の点」で示すなどしても良いのではないか。

二、盲ろう者、点字特有の問題

1. 要約筆記自体の問題で、点字表示システムの問題ではないかもしれないが、固有名詞については、完全な点字変換は不可能である。例えば今回、発言者の奥平（おくひら）さんを、点字表示では「おくだいら」と表示していた。このような場合、点字を唯一の表記手段としてきた、盲失明者（所謂盲ベースの盲ろう者）では、それを鵜呑みにしてしまう虞がある。詰まり、点字使用の盲ろう者は、漢字文化に馴染みが薄いので、「奥平」に「おくひら」「おくだいら」など多様な読み方があることを想像できずに、質疑応答などで話が噛み合わないなどの問題を生じるかもしれない。現に筆者自身、暫く「おくひら」でなく「おくだいら」と思い込んでいた。

このことから、盲ろう者向け要約筆記をする際は必ず、固有名詞を初めに仮名表記（言わば振り仮名）するよう、筆記者に言う必要がある。

要するに、自動点訳を過信すべきでないということである。盲ろう者は情報が少ないため（視覚情報=漢字表記=による確認ができない）、一度その点字表記を記憶してしまうと、容易にその訂正が効かないことを理解すべきである。

2. 既に盲ろう者からの指摘があったようだが、発言者を示す、例えば「司会／」は、指点字では、「／」を「3・6の点」で表しているの、点訳においてそれに対応させられないか検討してはどうか。

或いは、台本を点訳する場合などには、「司会：」（「：」は点字では「5の点、2の点」）としたりするので、そのように訳せないか。

3. 指点字では、発言者が早口などで通訳量が多い場合に対処するため、指点字略字を一部で使用している。指点字略字は、3、4マス以上の単語が2マスに短縮されるものである。

場合によっては、指点字略字に慣れていて、その方が読み易いと言う人のためにそれへの変換モードも考えてはどうか。そうすれば、限られたピンディスプレイで多量の情報を表示可能になる。勿論、その盲ろう者が略字を知っていることが前提だが、完全表示を標準として、略字表示も選択できるようにすれば良いのではないか。

（注）指点字略字については、

『ゆびで聴く－盲ろう青年福島智君の記録』小島純郎・塩谷治編著、（松籟社、昭和63年5月20日初版）

に参考資料としてあったかと思われる。

4. これも要約筆記自体の問題だが、ろう者と異なり、視覚情報も得られない盲ろう者には、例えば「現在、ビデオ上映中」などの状況説明が必要になる。状況説明文を、指点字では、開きも閉じも「2・3・5・6の点、2・3・5・6の点」れ下がり二つ。（一般には「点役者挿入符」と言う）で括る。仮に要約筆記では、それを例えば || で示してもらい、これを説明用括弧に当てられるようにしておく必要がある。

=====

■三 情報技術（IT）時代における視覚障害者の実情について、その可能性と問題点に関する原稿執筆

IT（情報技術）革命と言われて僅かここ1、2年のうちに、コンピュータとそのネットワークによる情報技術の革新とその普及が、我々の日常生活にもたらす影響は目覚ましい。視覚障害者にとっても、ワープロ、電子メール、インターネット閲覧の他、最近話題の電子投票まで、様々な面で大きな影響がある。

そこで、筆者自身全盲であることからの体験をもとに、視覚障害者（解くに全盲者）にとってのITの可能性と問題点について、その実情をまとめ、それは雑誌に掲載された（注2）。

内容は、概ね次のとおりである。

=== 原稿の内容 ===

PC・インターネット

視障者の二大障壁として挙げられるのが、移動と情報、特に文字情報の障害である。情報障害は、視障者の社会参加の重大な阻害要因になってきた。PCは、これらの問題の幾つかにについて、解決に向け大きく前進させた。

一、視覚障害者は、専用の特別なPCでなく、市販されているPCを、それとピンディスプレイ、点字プリンタなどの周辺機器や、画面読み上げソフトなどを組み合わせて使う。

しかし、PC利用に欠かせない画面読み上げソフトや、特に視覚障害者用に開発された各種ソフト、ピンディスプレイや点字プリンタなどは、市場が狭いせいもあり、一般に高価である。そこで、国でも2001（平成13）年度よりIT推進施策の一環として、視覚障害者等が情報機器を使用するのに用いる周辺機器や専用ソフトを購入する際の費用を一部助成する障害者情報バリアフリー化支援事業を始めた（注3）。なお、同様の事業などを国に先行して実施している自治体もある（注4）。

二、視覚障害者は、読み上げソフトにより音声で確認しながら、点訳ソフトで点字文書が書ける他、代筆者に頼らずに墨字文書が書けるようになった。

その結果、例えば電子メールは、視覚障害者・晴眼者間の文字の壁を無くした。また、視覚障害者の一つの夢だった、点訳に不向きな百科事典や各種辞書類を引くことも、検索ソフトを用いて電子ブックやCD-ROMから自由にできるようになった。さらに、OCRと連動させて、自在にはいかないが、墨字本自体を読めるようになった。

しかし画面読み上げソフトも、必ずしも万能ではない。これまで広く使われてきたソフトは、画面情報の全部を完全に読み上げるわけではない。最近では、より詳細に画面情報を読み上げるものも登場しつつあるが、これまでのものに比べて、かなり高価である。また、読み上げ対象は、テキストデータであり、たとえ文字でも画像データによるものは読み上げできない。そして何より、アプリケーション・ソフトの多くが画面読み上げソフトに対

応しているわけではない（注 5）。しかも読み上げソフトは、基本ソフトのバージョンアップに必ずしも対応し切れてもいない。

三、出力では、墨字プリンタで墨字文書を印刷し、点字プリンタで点字文書が打ち出せる。

また、それまで手作業だった点訳や音訳も、PC で編集が容易になり、飛躍的に進んだ。特にDAISY（注 6）は、これまでのカセットテープ図書では難しかった、任意のタイトルやページからの頭出しが容易になる他、文字や音声データと同期させて同時に、PC 画面で文字を読み、スピーカーから音声で聴き、ピンディスプレイから点字で読むということもできるものである。

以上の結果、これまで墨字本一冊に相当する何十冊もの点字本が、データをフロッピーディスクやCD に保存することで、持ち運びや保管に便利で、複製も容易になった。

四、音声ブラウザにより、インターネットも利用できる結果、これまで読めなかった新聞記事が読めたり、点訳（注 7）や音声のデータを取り込んで本や雑誌が読めたり（注 8）できるようになった。最近では電子政府の総合窓口から法令データも得られるようになった（注 9）。

しかし、ホームページは、必ずしも視覚障害者にアクセシブルな（利用しやすい）ものになっていない。例えば画像データや、複雑な表のテーブル構造には、画面読み上げソフトで対応できない。この場合、代替テキストの用意や、表の概要を付けるなどの配慮が必要である。

なお、障害者等のウェブのアクセシビリティについては、「インターネットにおけるアクセシブルなウェブコンテンツの作成方法に関する指針」がある（注 10）。

インターネットにおける情報格差の一例を挙げておく。

現在ネット上で、一週間分の官報が閲覧できる（注 11）。しかし、取り扱いにくいPDF形式で、テキストデータが取り出せない設定なので、視覚障害者が内容を知ることは、ほとんどできない。その理由は、官報紙の販売への悪影響を恐れて、セキュリティを高くしたためのようなのである（注 12）。とは言え、官報には法令公布など国民への情報提供機能があり、発行元の印刷局が国の機関であること、身体的条件によるIT利用の機会等の格差の是正について定めるIT基本法第八条（注 13）の主旨に反することなどから見て、現状には大いに疑問がある（注 14）。

テレビ

昔からの最も一般的なITと言えるテレビは、多くの全盲者も利用する。

最近では、副音声による解説番組も、幾つかある。しかし、NHKの2000（平成12）年度実績で、解説番組の割合は、最も多い教育テレビで5.2%に留まる（注 15）。

また、視覚障害者がテレビで困ることは、他言語の場面で音声邦訳が付かないことである。近時、海外報道の他、ドラマなど多方面に他言語の場面が増えており、音声訳がない

と番組内容が解らなくなるので、その要望は強い。副音声で付けてほしいという声もある。

解説や音声訳についてNHKに尋ねると、解説番組が難しい理由として、副音声チャンネルがステレオや二カ国語放送で埋まるという技術面を挙げた。副音声領域の利用につきステレオと解説のどちらを優先させるかの構図のようである。また、音声訳については、それを付けるか否かは、番組ごとの判断だが、発言が長めなら付け、短めなら付けないというのが、大方の傾向のようである。

最近、その伝送量の多さを生かした多チャンネル化などにより、番組を観ながらデータを取り出せる便利さや、番組の双方向化などを売り物に、BSデジタル放送が始まった。ただ残念ながら、今のところ、色チャンネルなど視覚障害者には操作できないことをNHKも認めている。しかしこのデジタル放送では、多チャンネル化を生かし、ステレオと解説の同時放送が、一部番組で既に実現していて、前述のステレオと解説の競合問題は解消されているようである。

さらに現在、デジタル放送の特性を生かし、データの点字出力や字幕の音声化、弱視者に便利な字幕の調整などの研究開発や、解説を選択肢として標準装備するなどの検討がなされているとのことである。

自動現金預け払い機（ATM）、電子自治体など

一、ATMも、ITの一つと言えよう。しかし、金融機関設置の大部分はタッチパネル式で、全盲者には操作不可能である。弱視者も画面に顔を近づけて操作するため誤作動したり、視野狭窄で全画面が見えなかったりと、やはり不便のようである。2000（平成12）年2月4日付読売新聞によれば、視覚障害者が使えるボタンとの併用式は、割高が理由で、都銀の設置数の0.5%の167台しかない。ただ、最近設置された視覚障害者対応ATMには、受話器内側にテンキーを配置したハンドセット式のような利便が図られているものもある（注16）。

この点、郵便局に約二万四千台設置された、ボタン・音声案内との併用式は、受話器からの音声やピンディスプレイで残高も確認でき、概ね「バリアフリー」と言える。

近時は、銀行より身近なコンビニ銀行が開業し、各店にATMが設置されつつある。ハンドセット式の視覚障害者対応がハード面で用意されているが、まだソフトは準備中とのことで、展開力など影響は大きく、早期の稼動が望まれる（注17）。

二、因みに、JR東日本のプッシュホン形テンキー・タッチパネル併用式の券売機は、バリアフリーの一例と言える。

三、また、「電子自治体」の名の下、自治体によるITを利用した住民サービスが始まっている。旧大宮市（現さいたま市）の例を紹介する。

旧大宮市では、住民票の写しや印鑑証明書の自動交付機を数台設置している。あらかじめ登録したカードを機械に読み取らせ、暗証番号を入れ、タッチパネルで希望の項目を選び、手数料を入金すると発行される。ハンドセット式による音声案内サービスも行われて

いるとのことである（注 18）。

他方、やはりタッチパネル式だけで、視覚障害者への配慮に欠ける端末を設置している自治体も少なくないようである。電子自治体は、役所に行かなくても最寄の設置場所で利用できるという意味で、移動に制約をもつ視覚障害者には最適な利便があるのに、これでは肝心の視覚障害者にその利便が享受できない。

携帯電話など

携帯電話や P H S などいわゆる携帯情報端末も、今や視覚障害者に確実に浸透している I T である。ここでは、あるアンケート結果（注 19）から、現に利用している視覚障害者の声を紹介しておく。

利点としては、次のようなものがある。すなわち、まず、待ち合わせに便利で、待ち合わせ場所に迷ったときや遅れるときの連絡に便利なのは一般的だが、着信音で互いの位置を確認し合うという、視覚障害者ならではの使い方もある。また、公衆電話を探す苦労が無くなった。全盲者などが急に連絡を取りたくても、不案内の場所で探すのは一苦労だからである。家族などにいつでも連絡でき安心とか、どこでもタクシーを呼べるようになったなど、副次的な利点もある。その一方で、携帯電話の普及で公衆電話が減り、持たない視覚障害者にはかえって不便になったという面もある。

課題としては次のようなものがある。すなわち、電話帳への番号登録などの各種設定の際や、着信通知、電池残量など画面が見えないか見えにくいいため、せっかく多機能でも使えなかったりする不便がある。また、画面読み上げなどがないため、携帯電話などからのメール交換やインターネット接続などのサービスが使えない。説明書が読めず、点訳があっても一部機能に限られている。

そこで、番号入力、各種設定などの際の確認、ネット接続やメール機能の音声化等使い勝手の改善、説明書の点訳やテキストデータ化などが望まれている。ただし、技術革新が目覚ましく、機種や電話会社によっては既に改善されている点もあるかもしれないことを付言しておく。

最後に

以上、ざっと視覚障害者（特に全盲者）の I T 事情を報告してきた。これらの他に、電子マネー、電子投票（下記*参照）、音声誘導システムその他、今後本格導入が予想され、日常生活・権利行使の面で重要になるものを書き残した分野は多い。

PC や携帯電話など I T は、視覚障害者に大きな利便と可能性をもたらしたが、どうしても晴眼者を標準とする開発が主流になり、視覚障害者にとっての障壁撤廃が後追いつ的になっていると感じるのは、私だけだろうか。書き残した電子マネーなどに用いるものも含めて、操作端末やホームページでも、視覚障害者が使えないか、きわめて使いにくいタッチパネル式や P D F ファイルなどによるシステム構築が先行し、後からの視覚障害者の抗議

や要望で、慌てて音声案内を用意したり、テキストデータ提供をしたりする場合は、あまりに多いのである。

しかし、新たな技術の開発やシステムの構築の際、初めから視覚障害者などの声を取り入れていたら、どれほど労力や費用の節減が図れただろう。何よりも、視覚情報に頼らない設計は、よく挙げられる、暗い場所では晴眼者にも便利だという例もあるし、今後の高齢社会には、受益者の拡大など、より有用なものではないだろうか。多様な需要の全ての人々が使える設計（ユニバーサル・デザイン（注 20）は、視覚障害者のみならず、社会全体にとっても望ましいものである。これを踏まえた IT の進歩により、障害者、非障害者の別なく、豊かさを享受できる真の二十一世紀社会の実現を期待したい。

=====

* 追記：その後、地方公共団体の議会の議員及び長の選挙に係る電磁的記録式投票機を用いて行う投票方法等の特例に関する法律（平成 13 年 12 月 7 日法律第百四十七号）が成立し、電子投票が現実化した。しかし同法では、点字投票に関する公職選挙法 47 条は適用が除外され（3 条）、電子投票機の具備条件に障害者等への配慮（音声表示等）は特に明記されず（4 条）、むしろ身体の故障等により電子投票できない選挙人の代理投票や（7 条 1 項）、電子投票の困難な選挙人の投票機操作の補助（3 項）が規定されているため、電子投票の利便性から視覚障害者が取り残され IT の進展により期待される実質的平等が却って阻害される懸念さえある。

即ち、電子投票が障害の有無に拘わらず利用可能ならば、これまで点字投票者が不安視していた投票の秘密侵害、つまり該当者の少数ゆえの特定可能性への危惧の懸念は、電子投票により払拭されるが、点字投票が除かれて、従来どおりの点字投票がなされるとすると、点字投票の特定可能性が高まり、投票の秘密侵害の危険性が却って増しかねない。又、普通の文字（墨字）の読み書きができない視覚障害者のうち、点字使用者は少数なので、多くの、中途失明で点字が読めないような人は、電子投票を選ぶことになるだろうが、特に障害者への配慮の明記がないため音声表示・確認などできない投票機ゆえに、或いは、墨字が読み書きできる弱視者でも画面の拡大等の配慮がなければ、投票機の表示が見えにくい等のゆえに、自書投票を諦めて代理投票や投票機操作補助を申し立てざるを得ないことも懸念される。更に、弱視者が自ら投票するにしても、タッチパネル式投票機を捜査する際、顔を画面に近付けて見ざるを得ないので、誤動作による失敗投票の増加の懸念もある。

そして、電子投票機の指定が各市町村選挙管理委員会の権限とされているが（6 条）、障害者への配慮が投票機の具備条件に明記されていない結果、その配慮がある機種、そうでない機種がそれぞれ導入され、地域格差の生ずることも懸念される。電子投票が普及し、国政選挙にまで広げられるとき、果たしてどうなるのか。

これは、本来、IT の発展が障害者の自立を助け、社会参加の実現に資するものであるべきはずなのに、却って情報格差をもたらしかねない一例と言える。即ち、音声表示や画面

拡大等の諸配慮の下に、住民生活に密接な地方公共団体における選挙で同一の電子投票制度が利用可能になることにより実現されるはずの、基本的人権としての参政権の充実とその実質的平等化が、電子投票の導入によって、却って損なわれかねない危険性を孕んでいるのである。

■四 「厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）盲ろう者に対する障害者施策のあり方に関する研究」の一環としてのアメリカ障害者法（ADA）の調査

標記調査のため、"Social Work after the Americans with Disabilities Act"（注 21 の共同翻訳作業に参加し、"Chapter_3 Technical Aspects of Title II"の翻訳を担当した。）現在、粗訳の段階であり、概ね次のとおりである。

===粗訳===

第 3 章 第 II 編の技術的な側面

ADA の第 II 編は、州又は地方自治体によって提供され、又は利用できるようになった全ての役務、計画、及び活動において、障害をもつ人に対する差別を禁止する。公立単科大学及び総合大学は、第 II 編の要件に該当する。第 1 章において指摘したように、ADA の第 II 編は、第 504 条の差別をしない要件を、全ての州及び地方自治体の活動まで、それらが連邦のいかなる援助を受けるかどうかにかかわらず、拡大する（ヴェレス及びシムズ（1995））。第 II 編には、2 つの副題、A 及び B がある。副題 A は、公共交通機関以外の州及び地方自治体の全ての活動に適用がある。副題 B は、公的に資金を供給された輸送（役務）の提供を扱う。この章の焦点は、第 II 編の副題 A に関してである。

第 II 編の適用がある活動

第 II 編は、あらゆる形態の州又は地方自治体の活動又は計画に適用がある。

雇用においては、州及び地方自治体は、それらが使用する人々の数に関係なく、障害をもつ就職希望者及び従業員を差別してはならない（ヴェレス及びシムズ（1995））。

第 II 編は、以下の形態の計画及び活動に適用がある：

(1)電話接触、事務所訪問者及び会見による市民とのコミュニケーションを含めて、一般公衆通信を含む活動及び計画;並びに、(2)州又は地方自治体に役務又は受益を提供する計画を含む、州又は地方自治体により受益者及び参加者のため直接管理された活動及び計画。

第 II 編の下で、保護されるためには、人は、「障害をもつという資格のある個人」でなければならない。

障害をもつ適格の個人は、規則、施策、及び実施への合理的修正の有無にかかわらず、州又は地方自治体によって提供される役務の需給又は計画若しくは活動への参加のために、必須の適格性要件に適合する人として定義される（採用環境センター（1992））。

第 II 編の副題 A には、公的援助を受けている社会福祉機関にとって重大な多くの基本的要件がある。

これらは又、州又は地方自治体の全ての活動及び計画にも適用される。

更に、もし州又は地方自治体が私的団体との契約に入れば、契約の下で行われた活動が第 II 編に応じたものだということが保障されなければならない。第 1 章において議論、したようにあとに続くのは第 II 編の下での基本的要件である。

イラストは、各要件の下で提供される（グレート・プレーンズ障害及び職業技術協力センター（1995））。

1. 統合の基板 統合は、第 II 編の基本的構成要素である。十分に障害をもつ人々を計画及び役務提供に組み込むことができない州又は地方自治体は、第 II 編に違背する。

イラスト：社会福祉の公立学校は、個人を、単に個人が耳が聞こえないというだけで、公衆に公開されている討論会に受け入れることを拒否することができない。

もし耳が聞こえない人がその便宜提供を要請すれば、実際には、通訳が、多分学校によって用意されなければならないだろう。

イラスト：もし申し込み、がエレベーターなしの建物の二階事務所で提出されなければならないなら、車椅子を使う個人には、その企画に参加するための機会が均等ではない。なぜなら、彼又は彼女が事務所に着くことができないからである。

2. 分離企画への参加 第 II 編の下では、州及び地方自治体は、障害をもつ人々のために特に立案された企画を提供することができる；

しかし、彼らは、そのような企画に参加することを強制されてはならない。

イラスト：博物館は一般に、訪問客が展示にさわるのを許さない。なぜなら、手を触れることで、対象に損害を与える可能性があるからである。

公立の博物館は、視覚障害をもつ個人に対して、彼らが限られた基準で特定の対象に触れて取り扱うのを許される特別な見学会を提供してもよい。

イラスト：市のレクリエーション部門は、車椅子を使う個人のために別のバスケットボール・リーグを後援してもよい。

イラスト：学校組織は、車椅子を使う子供が、他の子供が利用できるのと同じように便利な立地で学校に通うことができるように、その学校で車椅子利用を準備しなければならない。又、「磁石」学校、即ち異なる教科課程又は指導技術を提供している学校が、利用できる所でも、障害をもつ学生に提供される選択の範囲は、他の学生に提供されるそれに相当しなければならない。

3. 便宜提供を拒否する権利 彼又は彼女がそう選択をするなら、障害をもつ人は便宜提供を受け入れる必要はない — 。

イラスト：博物館の、視覚障害をもつ人々のための特別な企画は、この障害をもつ個人によって拒否され得る。

彼らがそう選択をするなら、彼らは標準の博物館見学をすることができる。

4. 定期的な企画への便宜提供 障害をもつ人が特別な企画に参加しないことを決めたなら、州又は地方自治体は、その個人が定期的な企画から利益を得るための便宜提供を準備するように義務付けられる。

イラスト：博物館が手話通訳をその定期的に予定されている見学会のうちの 1 つのために用意するなら、手話付き見学会の利用可能性は、別の時間に見学をしたい耳の聞こえない人のために通訳を用意することが過度の負担であるかどうかの決定における要因であってもよい。

しかし、手話付き見学会の利用可能性は、通訳を別の見学のために用意する博物館の義務又は、手話を使用しない聴覚障害をもつ個人のために別の補助的な援助、例えば補聴器を提供する博物館の義務に影響を及ぼさない。

5. 障害をもつ人々を振るい落とす適格性基準 州又は地方自治体が、障害をもつ人々を、振るい落とし又は振るい落とす傾向がある適格性基準又は標準を適用することは、差別である。

イラスト：郡のレクリエーション企画の指導者が、車椅子を使う人々が参加しても十分上手に泳ぐことが多分できないだろうと信じて、車椅子を使う人々を郡が後援するスキューバダイビング・クラスに参加させないとする。

このような性質の不必要な包括的な除外は、第 II 編に違背する。

イラスト：地域大学（コミュニティ・カレッジ）は、特定の障害をもつ学生に、付き添い人にクラスまで伴われることを、そのような人が伴われないでクラスに出席するのを好むときでも、要求するとする。

大学は又、障害をもつ人たちに広範囲な治療暦を提供することを、そのような履歴が他の学生から必須でなくても、要求するとする。

大学が何か止むに止まれぬ理由でこれらの方針を採用することが必要なことを証明することができない限り、その方針は第 II 編により許されない。

6. 方針の修正 方針及び実施での合理的修正、並びに、そのような修正が障害に基づく差別を避けるために必要なときの手続が、第 II 編の下で必要である。

イラスト：市の地域指定条例は、中心商業地域では、（歩道の）宴席から 12 フィートのセットバックを要求する。

薬局の正面入り口に傾斜路を設置するために、所有者は 3 フィートセットバックを削らなければならない。

地域指定における変更を許可することは、町の施策の合理的修正であるかもしれない。

イラスト：郡の総合防災計画は非常食、避難所、及び、彼らの適格性を示すことができる個人への現金交付を用意する。

申請手続は、しかしながら、とても長ったらしくて複雑である。

精神障害をもつ多くの個人が需給を申し込むとき、彼らは、うまく申請を完了することができない。

その結果、彼らは、彼らが資格を与えられている需給を効果的には受けられない。

この場合、郡には、別の方法で適格な個人が必要とされた需給を与えられることを確実にするための申請手続に合理的修正をする義務がある。

防災計画への修正は、申請手続を単純化し、又は、手続を完了するための個々に区別された援助を、精神障害をもつ申込者に提供することを含んでもよい。

イラスト：州の援助を受けている学校の社会福祉学生が、環境的な疾病にかかっている。

彼女は、学校が彼女と接触する他の学生による香水又は他の香料入りの製品の使用を禁止する方針を採用することを懇請するとする。

そのような要求は、多分学校方針の合理的修正でないだろう。

7. 関連 州又は地方自治体が、個人又は団体が関係又は関連を持つもう一人の個人の既知の障害を理由にして、その個人又は団体への等しい役務提供、計画又は活動を除外するか許さないことは、第 II 編の下では差別である。

イラスト：郡レクリエーション・センターは、兄弟がエイズにかかっている子供に対し、サマーキャンプ企画への参加を拒絶してはならない。

イラスト：地方自治体は、劇場会社が学校の講堂を使うのを許すことを、その会社がエイズ・ホスピスで最近上演したという理由で、拒否することができないだろう。

イラスト：州の援助を受けている社会福祉の学校はエドを、彼がエイズにかかっていることを理由に、その MSW 学習計画に入れることを拒否するとする。

学校は、彼の友人ダンを入れることをも拒否する。そして、彼にはエイズがない。

学校は、エドとの関わりを理由にダンを差別している。学校は又、エドをも差別している。

なぜなら、彼が彼の障害のエイズを理由に、入学を拒否されたからである。

8. 課徴金 州又は地方自治体は、障害をもつ人又は障害をもつ人たちの団体に課徴金を賦課して、ADA に対応する処置を講じる費用を補うことができない。

イラスト：公的援助を受けている社会福祉の学校は、耳の聞こえない学生に対する通訳の提供を準備し、建築上の障壁の限られた数を削除し、並びに、利用しにくい講座及び活動をより利用しやすい条件へ再配置する。

学校は、課徴金を、障害をもつ個々の学生（例えば通訳の提供から利益を得た耳の聞こえない学生）、又は障害をもつ学生（例えば形態障壁除去で利益を得た移動障害をもつ学生）

の団体どちらにも賦課することができない。

しかしながら、その授業又は全ての学生に対する料金を調節してもよい。

9. 第 II 編の下で免許及び認証を与えること 州又は地方自治体は、障害をもつ適格の個人を、免許及び認証を与えるにおいて、障害に基づいて差別してはならない。

イラスト：州は、デイケア設備・免許法を監督する。

州の方針が、デイケア・センター職員に身体的に移動可能なことを要求するとする。

この方針は、可動性に関連した障害をもつ先生を差別し、このことは第 II 編に違背する。

10. 第 II 編の下での、報復からの保護 苦情を提出する人は、報復といやがらせから保護される。

イラスト：社会福祉の修士課程の学生が、社会福祉の州立学校の学部長に対して、差別の告発を提出するとする。

学部長が、学生にその苦情を理由に学習計画から退かせるなら、学部長は、違法に学生に報復し、第 II 編に違背したことになる。

いらすと：州の援助を受けている社会福祉学習計画の社会福祉の教授は、学生の成績点を、彼女が社会福祉の学校に対する第 II 編の苦情処理手続で証言したことを理由に下げるとする。

教授は、違法に学生に報復したことになる。

第 II 編に関する質問と回答 以下の質問と回答は、専門家であるソーシャル・ワーカーが第 II 編の技術的な側面をよりよく理解することを助けるだろう。その情報は、EEOC とアメリカ司法省から出版される資料に基づく（雇用機会均等委員会とアメリカ司法省（1992））。

問い：自己評価とは何か？

答え：自己評価とは、その施策と実施の公共団体による評価である。

自己評価は、第 II 編の要件と一致していないその施策及びその実施を割り出して正すことである。

50 人以上の職員を雇用する公共団体は、3 年の間、その自己評価をしつづけなければならない。

他の公共団体は、その自己評価をし続けることを要求されないが、そうするのを奨励される。なぜなら、これらの文書が第 II 編の要求に応ずる公共団体の誠実な努力の証拠となるからである。

問い：第 II 編は、新築及び改築するのに何を要求しているか？

答え：第 II 編は、州又は地方自治体によって造られる全ての新しい建物が利用しやすい（アクセシブルな）ことを要求する。

それに加えて、州又は地方自治体が建物の改築に着手するとき、改築された部分が利用しやすいものでなければならない。

問い: どのようにして、州又は地方自治体は、新しい建物が利用しやすいものであることを認識するか？

答え: 州又は地方自治体は、2つの利用の容易性（アクセシビリティ）標準のうちの1つに従っていれば、新築及び変更について ADA に従っていることになる。

選択できるのは、建物及び設備のための統一連邦利用容易性指針であるが、それは、ADA の表題 m の下で、公共施設及び商用の設備のために用いられなければならない標準である。州又は地方自治体が ADA 利用容易性指針を選ぶならば、それはエレベーター免除（これは、3 階以下未満、又は、1 階当り 3,000 平方フィート未満の特定の私的建物がエレベーターなしで造られるのを認める — ）を、受ける資格がなくなる。

問い: どんな要件が、公共団体の非常時の電話サービス（例えば 911）に適用されるか？

答え: 非常事態電話サービスを提供する州及び地方の機関は、電話通信のため TDD 又はコンピュータ・モデムに頼る個人に「直接接続」を提供しなければならない。

第三者を介しての又は中継サービスを介しての電話接続は、直接の接続のための要件を満たさない。

公共団体が 911 の電話サービスを提供する所では、唯一の手段として別の 7 桁電話線を、非音声利用者による 911 サービスの接続の代わりに用いてはならない。

公共団体は、しかしながら、直接の接続をその 911 の線へのそのような呼び出しのために用意することに加えて、別の 7 桁線を非音声呼び出し者の排他的利用のために用意してもよい。

問い: 第 II 編は、その電話非常事態サービス組織が非音声通信のために使われる全ての形式と互換性を持つことを要求するか？

答え: 否、電話非常事態サービスは、ボー形式と互換性を持たなければならないだけである。

ボー形式は、文字を音声信号に変換して、従来の電話線の上にそれらを送信し、それからディスプレイ・モニターで読まれるテキストへ変換して戻す。

もう一つの形式での通信が、所与の電話非常事態環境において信頼できて互換性を持つ方法で動作できるということが証明できるまで、公共団体は、ボー以外の形式を使っているコンピュータ・モデムへの直接の接続を提供することを要求されない。

問い: どのようにして、州及び地方自治体に向けた第 II 編の要件は、実施されるか？

答え: 私的な個人は、第 II 編の下で彼らの権利を行使するために訴えてもよく、又、合理的な弁護士料金を含む 1973 年のリハビリテーション法の第 504 条の下で提供されるのと同じ救済を受けてもよい。

個人は、また、アメリカ司法省及び教育省を含む 8 つの指定の連邦機関に不服申立てをしてしてもよい。

ADA チェックリスト 以下のチェックリストは、第 II 編の下で許される活動の種類に関する情報を専門家であるソーシャル・ワーカーに提供する。

否で答えられる叙述は、機関にその実行を修正するように警告しなければならない。

1. 施設又はその契約者により障害に基づいて差別する標準、管理の方法又は基準は、使われない。

はい、いいえ

2. 障害をもつ人との関連又は関係は、商品、役務、特権、利点、便宜提供又は機会の否定の根拠ではない。

はい、いいえ

3. 役務、特権、利点又は便宜の提供のために、必要でない適格性基準は、使われない。

はい、いいえ

4. 基準—他の人に適用されない—は、障害をもつ個人の参加を制限するのに役立たない。

はい、いいえ

5. 容易になし遂げられる方法は建築上のバリアを削除するために、使われる。

はい、いいえ

6. 容易になし遂げられる方法は、意思疎通の障壁を除去するために使われる。

はい、いいえ

7. 障壁が容易に設備から除去できないとき、代替りの手段が使用される。

はい、いいえ

8. 大規模な構造上の改造がなされるとき、改築された移動の経路、洗面所、電話、そして噴水式水飲み器は、障害をもつ人にとって利用しやすく有用である。

はい、いいえ

9. 1993年1月26日以後造られる建物は、障害をもつ人には容易に利用しやすく有用である。

はい、いいえ

10. 1990年8月26日以後、7人以上の乗客（運転手を含むこと）を運ぶ、施設により購入された乗り物は、平坦な入り口又は保護装置付きの車椅子昇降機を用意する。

はい、いいえ。

公的便宜提供 公的便宜提供は、第III編の適用がある。

第III編の提供の多くは、第II編のそれらに似ている；

しかし、それらは私的団体に適用がある。

特定の種類の課程と試験を提供している私的に経営されている団体、私的に経営されている交通機関と商用の設備は、第III編が適用される。

社会福祉学習計画を提供している私立大学も、第III編の適用がある。

留意する必要があるのは、連邦の資金提供を受けている私立大学も又、1973年リハビリテーション法の第504条に従わなければならないということである。。

第1章で言及したように、第504条の要件はADAの第II編のそれとほとんど同一である。換言すれば、社会福祉学習計画を提供している私立大学には、障害をもつ学生の取り扱いに関して、第504条を理由に公立大学になされるのとほとんど同一の要求がなされる。

第III編の要求とは、私的団体が、障害をもつ人々の除外、分離及び不平等な取り扱いを禁止する基本的に差別をしないという要求に従わなければならないことを意味する。

第III編の下で、私的団体は、新築及び改築の建物のための建築上の基準に従わなければならない；

それらの団体は、その方針、実施及び手続に合理的修正をして、障害をもつ人々がそれらの提供する計画及び役務提供に参加するのを確実にするように援助しなければならない（雇用の機会均等委員会とアメリカ司法省（1992））。

第III編では、専門職、若しくは取引に関連した申請に関連がある課程及び試験、免許、認証、又は証明書発行が、障害をもつ人々に利用しやすい場所と方法で提供されなければならない、又は、代わりの利用しやすい装置が提供されなければならない。

教育においては、このことは、私的機関による学生の審査が、障害をもつ試験受験者のための便宜提供を適切にしなければならないことを意味する（雇用の機会均等委員会とアメリカ司法省（1992））。

第III編違反に対する不服申立ては、司法省に起こされてもよい。

特定の状況では、事案は、この省により主催される調停計画に委託されてもよい。

司法省は、第III編違反の差別の様式又は慣行がある場合、又は、差別の行為が一般的な公共の重要な問題を引き起こす場合には、訴えることが認められる。

第III編は、個人の訴訟を通して又、実施されてもよい。

「訴える権利」の証書を受け取る目的で司法省に不服申立てを起こすことは、必要でない。

「訴える権利」の証書は、原告が連邦裁判所に訴えるのを認める（雇用の機会均等委員会とアメリカ司法省（1992））。

この章が第II編に焦点を当てている間は、第II編及び第III編が類似した要件を持つ点に注意することが重要である。

第II編は、しかしながら、公共団体を適用範囲とし、他方、第III編が私的団体を適用範囲とする。

専門家であるソーシャル・ワーカーは、第II編及び第III編の双方の提供に精通していなければならない。なぜなら、それらが、公共の及び民間の部門において障害をもつ人々の取り扱いに関する要求を命じるからである

ソーシャル・ワーカーは、これらの分野の両方で働いて役務を提供する。

さらに、両方の編の下の提供についての知識は、ソーシャル・ワーカーが障害をもつ人々のためのより効果的な擁護者になるのを援助する。

結び この章は、第II編の技術的な要件に触れている。ADAの他の編のように、整然と

ADAに関連した全ての問題を適用範囲とする規則及び手続を確立するのは難しい。

せいぜい、この章は第 II 編の一般的な技術的案内を提供する。第 II 編と第 III 編の関係も又触れている。

この章において注意したように、第 II 編は、州又は地方自治体によって提供され、又は利用できるようになった役務、計画及び活動の全てにおいて障害をもつ人に対する差別を禁止する。

州及び地方自治体は、ADA の前に 1973 年のリハビリテーション法の第 504 条の下で障害をもつ人を差別することを禁じられた — 。

第 504 条は、連邦の資金提供の一定額を受けるとんな計画及び活動においても障害に基づいた差別を禁止する。

第 504 条は、連邦の資金提供を受けている私立大学の一部である社会福祉学習計画に適用がある。

第 II 編と第 504 条の要件は、類似している；

したがって、公立及び私立大学における社会福祉学習計画には、ほとんど障害をもつ学生の取り扱いのための同一な要件がある。

(参考文献略＝訳者)

=====

(注)

注 1 「GLADNET とは、ILO と提携して活動している Global Applied Disability Research and Information Network on Training を略したものです。障害者の研修、雇用、経済的な統合に関する知識と情報を Web にて情報を提供しています。

(<http://www.gladnet.org/>)

期間：2001 年 5 月 16 日（水）～18 日（金）

(中略)

場所：京都国際交流会館（京都市左京区）

「GLADNET 年次総会」 イベントホール（後略）」（「開催のお知らせ」より）

私自身は、5 月 16、17 の両日参加した。

注 2 原稿は、季刊『福祉労働』第 92 号の「特集・情報のバリアフリー」に「視覚障害者の IT 時代」と題して掲載された（同号 48～56 ページ）。

注 3 障害者情報バリアフリー化支援事業の主旨は、障害者が、非障害者と同様に情報機器を使用するには、通常の機器のほかに周辺機器やソフト等を追加する必要があることから、これらの機器等の購入費用の一部助成により、障害者の情報バリアフリー化を推進し、ひいては情報機器を活用した障害者の就労を促進するというもので、都道府県・指定都市において、重度視覚障害者等が PC 等を使用するに当たり、その周辺機器等の購入費用を一部助成する。「高齢者・障害者の情報通信利用を促進する非営利活動の支援等に関する研究

会報告書（案）」http://www.yusei.go.jp/policyreports/chousa/barrier-free/0105_3.html

視覚障害者からは、一式そろえるのに助成範囲が不十分だとして、助成範囲の拡大や、PCの必要度の高さに配慮して全額補助もある日常生活用具の指定を求める声もある。

注4 「視覚障害者用PC・ソフト・周辺機器デモンストレーション当日配布資料」（PC等の公的助成を求める視覚障害者学習交流集会準備事務局）<http://www.normanet.ne.jp/~zensi/PCDEMO-SIRYOU.HTML>

注5 参考、視覚障害者にも利用可能と思われるWindowsソフトウェア一覧
<http://www.people.or.jp/~sugita/soft.html>

注6 DAISY（デイジー、デジタル録音図書）については、<http://www.dinf.ne.jp/doc/daisy/>

注7 ないーぶネットは、ボランティアによる点訳データを集中管理し、登録利用者がデータを自由にダウンロードできるサイトである。<http://www.naiiv.gr.jp/>

注8 本や雑誌の録音データをサイトから直接に、あるいはダウンロードして聴ける。例えば「声の花束」サービス <http://www.koetaba.net/>

注9 法令データ提供システム <http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxsearch.cgi>

注10 『「情報バリアフリー」環境の整備の在り方に関する研究会報告書』<http://www.joho.soumu.go.jp/policyreports/japanese/group/tsusin/90531x51.html>

注11 財務省印刷局 <http://kanpou.pb-mof.go.jp/>

注12 印刷局官報課の話。併せて、いずれネット版官報が有料化されれば、視覚障害者の利用可能性（アクセシビリティ）にも配慮するが、当面いつからかは明言できないという趣旨の発言もあった。それまで、何ゆえ視覚障害者は、ネット版官報へのアクセシビリティが認められないのか、はなはだ理解に苦しむ。

注13 追記：高度情報通信ネットワーク社会形成基本法（平成十二年十二月六日法律第百四十四号）第八条 高度情報通信ネットワーク社会の形成に当たっては、地理的な制約、年齢、身体的な条件その他の要因に基づく情報通信技術の利用の機会又は活用のための能力における格差が、高度情報通信ネットワーク社会の円滑かつ一体的な形成を著しく阻害するおそれがあることにかんがみ、その是正が積極的に図られなければならない。

注14 『第五回IT戦略会議・IT戦略本部合同会議 議事要旨』（平成十二年十一月六日）<http://www.kantei.go.jp/jp/it/goudoukaigi/dai5/5gijiyousi.html> にある情報バリアフリーの推進についての内閣審議官からの報告には、「……官報の点が指摘されているが、これについても

十三年度中に視覚障害者に配慮した官報のインターネット配信を予定する」とある。しかし、『高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部第一回IT戦略本部議事録』（平成十三年一月二十二日）<http://www.kantei.go.jp/jp/it/network/dail/lgijiroku.html>にある本省庁ホームページのバリアフリーの取組状況等についての事務局からの説明では、「昨年第五回IT戦略会議・IT戦略本部合同会議において、政府における情報バリアフリーの取り組みとして、少なくとも本省庁のホームページについては視覚障害者の音声変換ソフト利用への対応を図ることとされたところである。全省庁が措置を完了していることを御報告する」とあって、官報の話が消えており、誠に不可思議である。

注15 NHK・経営広報の話。以下、同じ。

注16 【視覚障害者ATMフォーラムVer7】佐々木克祐 <http://www2.justnet.ne.jp/~kattchanofatm.post/>

注17 『ユニバーサロン アクション』長谷川貞夫「アイワイバンク銀行社長からの回答」
<http://www.mainichi.co.jp/universalon/action/200105/06.html>

注18 古川愛子『バリアフリーガイドブック二〇〇一年版』日経事業出版社、九七頁。

注19 宇根正美『「資格障害者の携帯電話利用」に関するアンケートのまとめから』
<http://www.kikiweb.net/enquete/khetai/result.html>

注20 注10 報告書参照。

注21 Author: John T. Pardeck

Publisher: Auburn House: Westport, Connecticut

Year: 1998

専門的精神医療システムの国際比較に関する研究 ～アメリカにおける状況～

山本里江
国立医療・病院管理研究所

研究要旨：本研究では、海外における精神科専門病棟の動向と現状を把握する目的で、アメリカにおける状況に焦点をあてて情報を収集し、分析を行った。**研究方法：**調査対象とした専門病棟は、児童思春期専門病棟、アルコール・薬物依存病棟、身体合併症病棟、ストレスケア病棟である。まず、インターネットによる情報収集を、評判度の高い上位 5 病院のホームページより行った。もう一つは統計資料を通じた調査で、アメリカ精神医療に関する統計資料に基づき、専門医療を含む精神科全般の動向について分析を行った。**結果：**調査対象とした 5 病院に関して今回情報を得ることができた専門病棟は、児童思春期専門病棟とアルコール・薬物専門病棟（および一部、ストレスケア病棟）であった。いずれも、病床数が少なく、24 時間入院ケア→居住治療→部分入院→外来ケアへのステップダウン機能を有し、できるだけ早期に可能な限り制限の少ない環境へ移行できるよう配慮がなされていた。統計資料を分析しても、24 時間の入院ケアから部分入院および外来へという流れは確認され、同様の動向は児童思春期ケアに関しても認められた。**まとめ：**精神科専門病棟のあり方として、入院治療からのステップダウン機能を整えていくことの重要性が示唆された。今後は、他の諸国の状況も踏まえて、人口当たり必要な病床数の推計や病棟の構造的側面など更に具体的な情報を収集していくことが必要である。

A. 研究目的

精神的ストレスが増大し、精神健康に問題を有する人が急増している現在、個別のニーズによりきめ細かく効果的に対応していくためには、新たな専門的精神医療システムの構築が欠かせない。欧米諸国においては、精神医療への様々なニーズの高まりに対応して、いくつかの先進的な専門医療・専門病棟がすでに各地に作られているが、わが国においてはそのような精神医療の機能分化や専門的医療のシステムが未だ確立されておらず、欧米外国に遜色のない精神科専門医療体制を整えることが急務となっている。

そこで本研究では、手厚い治療が必要と考えられている精神科専門領域のうち、児童思春期専門病棟、アルコール・薬物依存病棟、合併症病棟、ストレスケア病棟を取り上げ、欧米諸国のうち今回はアメリカ合衆国における精神科専門医療・専門病棟の現状について調査し、わが国の精神医療提供体制に役立つ情報を得ることを試みた。

B. 研究方法

1. インターネット検索を通じた情報収集

アメリカの雑誌、US News では、専門領域別に様々な病院の入院医療の質を調査し、ランキング形式にして Best Hospitals としてインターネット上で公開している (<http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hosptl/tophosp.htm>)。そこで、アメリカの先進的な病院における精神科専門医療の状況について情報収集するため、“Psychiatry”の項を検索し、上位5位以内にランキングされている5病院のホームページにアクセスし、専門病棟に関する記述を調査した。

このランキングにおいて各病院の入院治療の質を評価する基準は専門領域によって異なっており、たとえば、がんであれば、死亡率、技術サービス得点、1床あたりのレジスタードナース数、退院患者数、評判度得点などによって評価される。精神科については、タイトルの下に「これらのセンターでは外来ケアにより重点をおいている」という一文が添えられており、したがって1床あたりのレジスタードナース数や退院患者数といった入院治療にまつわる得点は採用されず、評判度得点のみが基準となっている。この評判度得点 (Reputational Score) の算出方法は、当該専門領域（この場合は精神科）を専門とする有資格の医師から150名をランダム抽出し、その領域でトップクラスであると思う病院を、コストや立地に関係なく5病院挙げてもらい、過去3年間の調査で当該病院の名を挙げた医師が何%いたかを算定するものである。

各病院のホームページ検索の結果、専門医療に関する記述が見出せた場合には、専門病棟のみならず、当該専門領域のサービスの全体像を把握するよう努めた。また、資料請求が可能なフォームがページ上にある場合には、関連資料の送付を依頼した。

2. アメリカの統計資料を用いた調査

アメリカの精神医療の動向および専門医療の状況を統計資料より調査するため、U.S. Department of Health and Human Services より2年に一度出されている精神医療に関する統計資料、「Mental Health, United States」の1996年版および1998年版に基づいて情報の分析を行った。

3. 本年度における報告方針

調査初年度であることもあって情報収集には限界があり、調査対象国はアメリカのみであった。また、専門病棟の人口あたりの病床数や病棟の構造的側面などを幅広く明らかにするには至らなかった。そこで本年度は、アメリカにおけるいくつかの先進的病院での取り組みを明らかにするとともに、同国の精神医療に関する統計資料より精神医療全体および専門医療に関する動向について報告することとした。

C. 研究結果

1. インターネット検索を通じた情報収集

1) 対象病院

U.S. News による Best Hospitals Finder において 2001 年に上位にランキングされた 5 病院は、1 位: Massachusetts General Hospital (Boston、評判度得点 31.8%)、2 位: New York Presbyterian Hospital (New York、同 25.2%)、3 位: C.F. Menninger Memorial Hospital (Topeka、同 21.0%)、4 位: McLean Hospital (Belmont、同 20.6%)、5 位: Johns Hopkins Hospital (Baltimore、同 19.9%)であった。

2) 各病院における専門医療の状況

上記 5 病院のホームページにアクセスした結果、専門医療に関する具体的記述が得られたのは McLean 病院、Johns Hopkins Hospital、Meninger Memorial Hospital であった。

具体的記述が得られた専門病棟の種別は、McLean 病院と Johns Hopkins Hospital では児童思春期ケアとアルコール・薬物依存ケア、Meninger Memorial Hospital では思春期ケア（一部、ストレスケア病棟）についてであった。身体合併症病棟については、いずれの病院においても存在を確認することができなかったが、Johns Hopkins Hospital には Medicine-Psychiatry Clinic があり、内科医と精神科医が連携して外来ケアにあたるサービスをおこなっていた。

a) Massachusetts General Hospital (以下 MGH)および McLean Hospital

第 1 位にランクインしている MGH は第 4 位の McLean Hospital とともにハーバード大学医学部精神科の 2 大教育病院となっている。MGH は主にプライマリケア、専門外来、およびトリアージュの役割を果たしており、必要な場合には McLean 病院をはじめとするより専門的な保健・医療を提供する地域機関にリファーするよう分担する体制となっている。したがって、MGH では専門的入院病棟は有しておらず、ここでは MGH と McLean 病院についてまとめて記述することとした。

MGH 精神科全体としてのスタッフ数は合計 466 名で、精神科医 286 名、心理士 180 名、疫学、精神生物学、行政学、生物統計学、社会学、神経化学を代表する 16 名からなっている。このうち、131 名が常勤精神科医と常勤心理士、335 名が非常勤スタッフで、彼らは主に、ボストン首都圏の様々な臨床的、学問的施設から来る精神科医、心理士によって構成されている。

一方、McLean 病院は数々の専門的治療を提供する米国内有数の精神科専門病院である。以下に、児童思春期プログラムとアルコール・薬物依存プログラムの概要（専門病棟含む）を示す。

a-1) 児童・思春期プログラム

McLean 病院における児童・思春期専門医療の概要を表 1 に示す。McLean 病院児童思春期プログラムは同地域に位置する Franciscan 子ども病院と提携している。McLean 病院には 24 時間の入院サービスはなく、あるのは思春期デイ&居住治療プログラム（15 床）と部分入院プログラム（20 床）である。一方、提携先である Franciscan 子ども病院には 24 時間の入院プログラムがあり（20 床）、加えて部分入院プログラム（15 床）、居住治療プログラム（10 床）がある。Franciscan 子ども病院における 24 時間の入院プログラムは McLean 病院によって運営されており、スタッフも McLean 病院を通して雇用される。児童・思春期プロ

グラムにおける全病床数に対する 24 時間の急性期入院病床数の割合は 25%である。

サービスの構造としては、まず最も intensive なサービスとして 24 時間の入院プログラムが挙げられ、短期間の集中的入院治療と精神医学的・心理社会的な包括的評価が必要な子どもに対して、急性期入院治療を提供する。居住治療プログラムは、急性期入院治療に代わるものとして、また適切な外来サービスへの移行プログラムとして位置付けられており、24 時間体制の精神科的治療を鍵をかけない環境で行う。部分入院プログラムは、深刻な危機にあるが入院までは必要ない子どもを対象に、外来サービスよりも集中的に構造化された治療介入を提供する。

また、全治療を通じて教育と治療を可能な限り統合していくことに注意が払われている。そのため、専門外来の一つに学習評価クリニックを備えていると同時に、キャンパス内には正式に認可されているアーリントン学校を擁し、高度に構造化された支持的な環境での学習が必要な子どもに対する適切な教育の場を提供している。また、地域とも密接に連携をとっており、学校に対するコンサルテーションなども行っている。この役割は McLean 病院内の神経統合サービスセンターが担っており、広汎性発達障害やアスペルガー症候群などの精神医学的障害をもつ子どもの評価や統合を行ったり、学校と密接に連携してこのような子どもたちに対する適切な教育プランを作成したりしている。

さらに、治療の全体を通じて、家族の関わりが重視されており、家族への教育が活発に行われ、家族と連携を密接にとって家族システムを強化していくよう働きかけている。

スタッフは、児童精神科医、神経心理学者、サイコロジスト、クリニカルソーシャルワーカー、プライマリーケアナース、リハビリテーションセラピスト、精神薬理学者、小児神経学者といった、多様な専門背景を有するスタッフを有している。

また、アセスメントにも力が入れられており、たとえば入院プログラムでは、入院後 24 時間以内にアセスメント全体と検査サービスが終了し、その結果は治療チームに伝えられる。そして、アセスメントはその後も継続して行われ、入院時、退院時、フォローアップ時の患者の機能がデータベース化されている。

a-2) アルコール・薬物依存プログラム

McLean 病院におけるアルコール・薬物依存プログラムの概要を表 2 に示す。本プログラムでは、アルコールや薬物からの依存状態を軽減し、生活をもう一度コントロールできるようになるための包括的な治療プログラムが提供される。入院関連施設は 2 ヶ所に分かれており、McLean 病院のキャンパス内に急性期入院ケア (15 床)、24 時間急性期居住ケア (8 床)、部分入院 (30 床)、居住ケア (8 床) がある。また、キャンパス外の Ashburnham に位置する施設に、24 時間急性期居住ケア (26 床) と部分入院 (30 床) がある。全入院病床数に占める急性期入院病床数の割合は、12.8%である。

ここでの治療モデルには、専門的ケアとセルフヘルプアプローチが両方組み込まれている。サービスの構造としては、まず最も intensive なサービスが急性期入院ケアである。次に、急性期入院ケアほど集中的でセキュリティのあるケアは必要ない人に対して、24 時間

体制の居住ケアが提供される。次に、集中的治療は必要だが、入院治療のようなセキュリティや構造までは必要ない人に対して、部分入院プログラムが提供される。また、回復の初期段階を終えて、地域生活に戻る準備がもうすぐできる成人を対象に、支持的な移行住居である居住ケアが設けられている。

外来サービスでは、包括的評価、および集団または個人の心理療法、薬物療法、家族療法が提供される。また、「外来解毒」というオプションサービスや、多様な外来回復グループも実施されている。たとえば外来回復グループの例としては、重複診断グループ、薬物を断つ決心がまだつかない人のためのグループ、初期の回復グループ、女性だけのグループ、男性だけのグループ、再発予防グループ、禁断を達成した後も解決していない対人問題やその他の問題に焦点を当てる長期回復グループなどがあり、対象者の特性・治療段階（ニーズ）に対応したグループが多数用意されている。また、数多くの自助グループも McLean 病院が主催している。

強調されていたこととしては、急性期入院治療から外来ケアに至るまで「完全に連続したケア」を提供すること、「可能な限り制限の少ない環境」にスムーズに移行できるようにプログラム間のコーディネートを注意深く行うことなどであった。

スタッフの職種は、精神科医、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、公衆衛生専門家、看護婦・士、嗜癖カウンセラーである。

b) Johns Hopkins Hospital (以下 JHH)

JHH は Johns Hopkins 大学の附属病院である。以下、児童思春期プログラム、アルコール・薬物依存プログラム、および病棟はないが医学的問題と精神科的問題の合併を扱う外来クリニックについて概要を示す。

b-1) 児童思春期・プログラム

JHH の児童思春期プログラムの概要を表 3 に示す。このプログラムを提供する場所は主として JHH のキャンパス内とキャンパス外に分けられる。キャンパス内サービスの大きな特徴としては、場所が「JHH Children's Center」という子どもの病気全般を治療する一大センターの中にあるという点である。JHH 子どもセンターは米国有数の包括的小児医療プログラムであり、救急外科手術から小児がんの治療・研究、精神科疾患の治療まで、子どもの病気と健康に関わる広範囲の治療・研究を行っている。このセンターで治療を受ける子どもの数は年間で 9 万人以上である。

精神科部門は精神疾患の治療はもちろんのこと、子どもセンターで行われているすべての小児プログラムに対するコンサルテーションも行っている。小児入院サービスや小児救急室へのコンサルテーションもこの中に含まれる。

精神科の入院病床としては、子どもセンターの中に入院サービスが 15 床、部分入院サービスが 6 床、マウントワシントン小児病院に部分入院サービスが 10 床ある。全入院病床に占める入院病床数の割合は 48.4% である。入院サービスの平均在院期間は 10 日間であり、年間 400 名以上の子どもが利用する。部分入院サービスの平均在院期間は 2～6 週間で、入

院サービスからのステップダウンケアおよび外来サービスからのステップアップケアとして位置づけられている。

外来サービスには多様な専門外来があり、注意欠陥多動障害、チックおよび不安障害、精神薬理学、大うつ病および双極性障害、先天異常の心理社会的側面、広汎性発達障害、心理学的および心理教育的検査などの部門がある。また、郊外における外来サービスとして、バルチモアの首都圏 4 ケ所にクリニックが点在している。

キャンパス外資源の中では、地域ベースのプログラム（イーストバルチモア、ベイビューキャンパス）が大きな位置を占めている。ここでは、家庭ベースのサービスや、公立学校における現地サービスのコーディネートなども行われている。プログラム内容は、危機介入および急性期安定化、外来評価および治療、学校ベースのコンサルテーション、集中的ケースマネジメントなどである。

スタッフは、児童思春期精神科医、クリニカルサイコロジスト、言語療法士、児童思春期レジデント、ソーシャルワーカー、看護婦・士、特殊教育専門士、チャイルドライフ（レクリエーション）専門士、作業療法士など、多様な職種である。

b-2) アルコール・薬物依存プログラム

JHH アルコール・薬物依存プログラムの概要を表 4 に示す。サービスの概要としては、コンサルテーション、外来または入院による解毒、禁断プログラム、長期間の再発予防プログラム、予防維持プログラムがある。

JHH 内の入院治療の場としては、まず集中的治療病棟が 5 床あり、高度に構造化された集中的な精神科的評価と治療、危機介入、72 時間を最長入院期間とする外来プログラムへの橋渡しなどを提供している。また、集中的治療病棟ほど intensive な治療は必要ではないが、外来サービスよりは集中的な治療が必要な人のために、部分入院プログラムも用意されている（病床数不明）。これは週 7 日、1 日 12 時間、デイホスピタルに参加し、夜はキャンパス近くのドーム型の場所で就寝するというものである。また、薬物依存とその他の精神障害を合併している重複診断をもつ人へのための専門治療を行う入院病棟（MBU）もある（病床数不明）。退院後の治療計画も入院ケアの一部として統合されている。

また、ベイビューキャンパスにも薬物・アルコール解毒ユニットがあり、3～5 日間の入院治療を提供している（病床数不明）。また、Fresh Start では 14 日間の入院治療を提供している（病床数不明）。

ちなみに、JHH Mayer ビル内には合計 88 床の自発的入院病棟が 5 つあり、上記の MBU はその一つである。内訳は、短期入院・総合精神科ユニット、感情障害・摂食/体重障害ユニット、精神分裂病・神経精神科・記憶ユニット、慢性的疼痛治療・老年期精神科ユニット、薬物依存・精神障害合併ユニットである。入院件数は年間 2200 件で、サービス全体を受けた場合の平均入院期間は 2 週間であるが、病棟によってかなりばらつきがある。典型的な 1 病棟（Unit）のスタッフ構成は、精神科レジデント 3 名、ソーシャルワーカー 2 名、作業療法士 2 名、看護婦・士（看護：患者＝1：4）である。各病棟にはフルタイムの所属

精神科医がいる。

外来サービスとしては、まず JHH キャンパス内に大規模な外来クリニックがある。この精神科医らはアルコール・物質使用障害を専門としており、初診は 2 時間半以上かけて行われる。評価レポートはリファーしてきた内科医およびフォローアップを行う内科医に送付される。また、ベイビューキャンパスにおいても外来サービスが活発に行われている。

b-3) 身体合併症専門治療

JHH 内には Medicine-Psychiatry Clinic があり、医学科と精神行動科学科の合同ベンチャーである。病床はないが、医学的問題と精神科的問題を合併している患者に包括的・連携的ケアを提供している。ここにいるスタッフのうち、医師の構成のみ記述されており、精神科医が 3 名、内科医が 16 名であった。ただし、このクリニックが最も関心をもっているテーマとしては線維筋肉痛、慢性疲労、慢性疼痛などが挙げられており、どちらかという身体的な疾患が主体で背景に精神的問題がある人への対応に重点がおかれている可能性がある。

c) C.F. Menninger Memorial Hospital

Menninger Memorial Hospital は、私立・非営利・独立型の精神科病院で、居住レベルのケアを提供している病院である。ホームページ内に資料請求用の記入フォームがあったため、パンフレットや病棟平面図などの資料送付を依頼したところ、各専門プログラムの概要を示したパンフレットと居住ケアスペースの一部の平面図を入手することができた。平面図を資料 1 として添付する。

Menninger Memorial Hospital における居住治療プログラムは、専門家危機治療、成人居住治療、思春期居住治療、強迫性障害治療の全 4 つで、病床数は合計 88 床である。特徴は、居住レベルのケアのみであることと、在院期間が比較的長く、平均で数週間から数ヶ月にわたることなどである。今回の調査対象に合致するプログラムとしては、まず「思春期居住治療」が挙げられる。また、「専門家危機治療」は、専門的職種についている人が精神的問題によって危機状態になった場合にケアを提供するというもので、対象者が限定されているものの、内容としてはストレスケア病棟に近いものであると思われる。そこで、以下、この 2 つのプログラムについて、概要を述べる。

c-1) 思春期居住治療

このプログラムは、中度から重度の行動的障害、精神医学的障害、薬物依存、重複診断などのために家族、学校、社会的な面において困難を生じている 12 歳から 18 歳の子どもを対象としている。診断・状態としては、うつ病および希死念慮、心的外傷、非行行動、物質乱用、社会生活技能および社会的関係の障害、ジェンダーの問題、学業低下などが挙げられる。

治療チームは入院の時点で決まり、その中には担当臨床家（心理士、児童精神科レジデント、ソーシャルワーカー、児童精神科医、看護スタッフ）が一人含まれる。また、児童精神科医が治療計画、医学的ケア、服薬マネジメントに積極的に関わっている。薬物治療

については、青年・家族と協調しながら決めていく。必要があれば、物質依存カウンセラー、学習障害専門家がチームに加わる。

治療は、医学、情緒、教育、発達、社会的側面全体にわたるアセスメントに基づいて、個別のニーズに合わせて行われる。週単位で目標を設定し、進歩をモニターする。目標を設定することは、自分の状況を理解し、技能を高め、生活の次のステップを成功させる準備をするのに役立つと考えられている。スタッフと治療的環境が整っている中で、子どもは治療に参加する責任感と能力を高め、症状が回復する、もしくは対処できるようになり、メニッガーからスムーズに次のステップに移行できるようになっていく。

プログラムとしては、集団療法、スキル獲得グループ、薬物療法、個人療法、ソーシャルワーカーによる家族療法、薬物依存治療（12ステッププログラムを含む）、治療的学校プログラム（認可）、治療的活動およびレクリエーション、文化的・精神的価値観に焦点を当てたプログラムなどがある。

また、家族のサポートと関与が非常に重要視されており、家族は治療期間を通して活発な役割をとる。治療チームのソーシャルワーカーは毎週の進歩を家族に知らせ、家族の訪問や家族療法をコーディネートする。治療者はまた、子どもの病気、治療、アフターケアについて、家族教育を行う。また、退院後に子どもがスムーズに家庭に戻れるように、退院計画の一環として、家族はコミュニケーションスキルと養育スキルを高める援助を受ける。

c-2) 専門家危機治療

このプログラムは25年以上続いており、当病院の特色の一つとなっている。専門的職業についている人が、精神的問題によって職業生活や家庭生活に困難をきたしている場合が適応とされる。‘精神的問題’の範囲は幅広く、うつ病、不安・パニック障害、薬物依存、人格障害、怒り・破壊的障害、集中・記憶障害などである。対象となる職種領域としては、医学、法律、上級管理職、ビジネス経営、教育、スポーツ、その他高度な能力に関わる領域が挙げられている。また、当プログラムのクライアントがしばしば直面していることとして、懲戒処分やライセンス剥奪、上手に安全に仕事を遂行する能力の障害、バーンアウト、キャリア決定・転換などがある。当プログラムの最低在院期間は2週間、平均在院期間は3～4週間である。

治療は医学的、心理学的、社会的レベルで行われ、健康状態、行動、状況のそれぞれについて評価を行う。治療プランとしては、心理教育グループ、心理劇、ストレスマネジメントテクニック、再発予防戦略、キャリア問題、家庭問題、薬物治療モニタリングなどがあり、また、必要であれば物質依存・嗜癖のための12ステッププログラムなどが行われる。また、幅広い専門的サービスを行っており、個人・集団・家族療法、バイオフィードバック、心理テスト、神経心理学的評価、学習障害アセスメント、専門領域別アセスメントなどがある。また、クライアントにとって問題となっている専門領域のことを理解しているスタッフからの援助を選択することもでき、同じ専門領域の人のピアサポートを受けるこ

ともできる。

当プログラムを通じてクライアントが得るものとしては、診断と治療、再発予防スキル、家族・家庭・専門的職業という役割をどのようにマネジメントするか、コミュニケーションスキルおよび人間関係スキルの向上などがある。

治療チームには、精神科医、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、活動療法士 (activity therapist)、看護スタッフが含まれる。嗜癖カウンセラーなどの他の専門職も必要があればチームに加わる。チームは入院から退院までクライアントをフォローし、クライアントは精神科医に週3～5回の頻度で会う。ソーシャルワーカーは家族やリファー元の専門家との連絡役となる。タイムリーなコミュニケーションと報告が優先されている。

また、入院時には家族に付き添ってもらうよう勧めている。家族はリファー元の専門家と同じく、貴重な背景情報を提供してくれ、退院・アフターケア計画をサポートしてあげることが多いからである。また、家族は診断、治療、再発予防、家族関係について、スタッフから教育を受けることができる。また、家族療法を別料金で受けることができる。

3) 専門医の教育システム

MGH・McLean (<http://www.massgeneral.org/>) 及び JHH (<http://www.med.jhu.edu/>) のホームページ内に、児童思春期専門のレジデント養成プログラムに関する記述が掲載されていたので、参照されたい。また、MGH・McLean における児童思春期専門のレジデント養成プログラムは、両病院および周辺の社会資源と密接な連携を持っている。それは同時にマサチューセッツ州ハーバードエリアの児童思春期ケアのネットワーク概要とも考えられるので、それらの資源に関する説明の要点を訳出したものを資料2として添付する。

2. アメリカ精神医療の動向分析

1) サービスの形態に関する全体的動向

24時間入院ケア（入院ケア+居住ケア）を提供する全施設数は、1970年の1734施設から1994年の3827施設までほぼ倍増しているが、全病床数は1970年の52万4878床から1994年の29万604床までほぼ半減している。運営主体別に見ると、病床数が著しく減少しているのは特に州・郡精神病院であった（図1）。

一方、入院実数を見ると、1969年の128万2698件から1994年の226万6600件までほぼ倍増していた。運営主体別では、州・郡精神病院における入院実数が大きく減少する一方で、精神科サービスをもつ非連邦総合病院と私立精神病院における入院実数が大幅に増加していた（図2）。

また、24時間未満のケア（部分入院+外来ケア）の実数を見てみると、1969年の120万2098件から1994年の351万6403件へとほぼ3倍増となっていた。運営主体別ではその他の組織（独立型部分入院施設、独立型外来クリニック、複合サービス精神保健施設など）における実数が著しく増加していた（図3）。このうち、部分入院の実数を、データが入手できる1990年までの情報で見えてみると、1969年の5万5486件から1990年の29万3498件

へと5倍の増加を示していた。入院：部分入院の割合は、1969年の23：1から1990年の7：1へと変化していた。部分入院の実数を運営主体別に見ると、やはりその他の組織における実数が著しく増加していた（図4）。

2) スタッフの人数と職種

1994年における常勤換算のスタッフ数は、全施設（5392施設）の合計で精神科医2万242人、その他の医師2692人、心理士1万4020人、ソーシャルワーカー4万1326人、レジスタードナース8万2620人、その他の学士以上の精神保健専門家5万7982人、身体健康専門家・助手6338人、その他の学士未満の精神保健ワーカー14万5385人、管理・事務・維持スタッフ20万7034人であった。1994年時点の職種別スタッフ数の割合を図5に示す。また、全スタッフに占める専門スタッフ率（医師+心理+ソーシャルワーカー+レジスタードナース+学士以上の精神保健専門家+身体健康専門家・助手）、管理・事務・維持スタッフ率、その他のスタッフ率（学士未満のワーカー）を運営主体別に図示したものを図6に示す。専門スタッフ率が非常に高いのは精神科サービスをもつ非連邦総合病院と退役軍人医学センターである。また、専門スタッフ率が低いのは州・郡精神病院、私立精神病院、その他の組織であった。

3) 専門医療に関する統計資料

専門医療サービスのうち、統計資料にその動向が記載されていたのは、児童思春期ケアサービスの一つである情緒的障害をもつ子どもの居住治療センター（residential centers for emotionally disturbed children）のみであった。この施設数は1970年の261施設から1994年の459施設までほぼ倍増し、これらの施設のすべてが24時間の居住ケアを提供していた。さらに、この中で24時間以内のケアを提供する施設は1970年には48施設、1994年には227施設と5倍近く増加していた。また、病床数に関しては、1970年には1万5129床（人口10万人あたり7.6床）であったのが、1994年には3万2110床（人口10万人あたり12.4床）とほぼ倍増していた。1施設あたりの病床数を1994年の病床数/施設数で単純計算すると、平均1施設あたり70床であった。

情緒的障害をもつ子どもの居住治療センターの24時間居住ケアおよび24時間未満のケア（部分入院+外来ケア）の実数の年次推移を図6に示す。

24時間居住治療の年間実数は、1969年の7596件（人口10万人あたり3.8件）から1994年の4万6704件（人口10万人あたり18.0件）までほぼ6倍になっていた。一方、24時間以内のケアの年間実数は、1969年の8591件（人口10万人あたり4.3件）から1994年の16万7344件（人口10万人あたり64.6件）まで20倍近く増加していた。

また、24時間以内のケアの中に含まれる‘部分入院’の状況を、データが入手できる1990年までの資料で見ると、部分入院サービスを提供している施設数は1970年の44施設から1990年の199施設へと5倍に増え、部分ケアの実数は、1969年の671件（人口10万対0.3件）から1990年の1万3395件（人口10万対5.5件）まで20倍に増加していた。24時間の居住ケア：部分入院の割合は、1969年の11：1から1990年の3：1へと変化して

いた。

常勤換算スタッフ数を見てみると、1994 年の統計で全 459 施設に精神科医が 283 名、その他の医師が 52 名、心理士が 961 名、ソーシャルワーカーが 3843 名、レジスタードナースが 858 名、その他の学士以上の精神保健専門家が 2 万 3608 名、身体的健康専門家・助手が 160 名、その他の学士未満の精神保健ワーカーが 2 万 1960 名、管理・事務・維持スタッフが 7286 名で、合計 5 万 9011 名のスタッフがいた。これらのスタッフ数を施設数で単純に割ると、1 施設平均 70 床あたり、専門スタッフ（医師+心理+ソーシャルワーカー+レジスタードナース+学士以上の精神保健専門家+身体健康専門家・助手）64.8 名、管理・事務・維持スタッフ 15.9 名、その他のスタッフ（学士未満の精神保健ワーカー）47.8 名、合計 128.5 名であった。

D. 考察および今後の研究について

1. 研究方法について

今回はまず、Best Hospitals のランキングをもとにアメリカにおける精神科上位 5 病院を選定し、調査を行った。しかし、評判度得点のみによってランキングされているため、すぐ名が浮かぶ有名な大学病院に評価が偏るなどのバイアスがかかっている可能性もある。しかし、精神科専門医をランダム抽出して複数年にわたる調査を行った結果に基づいたランキングであるため、今回のように予備的調査として、名前が上位に挙げた各病院の専門医療体制を参考にするにあたっては特に大きな問題はないと考えられる。また、インターネットを通じた調査であったため、ホームページにおける情報公開状況には病院によって大きな差があり、一律に情報を収集することができなかった。今後は各病院に直接問い合わせる情報収集すると同時に、著名な病院に偏らず、標準的な病院における専門医療の状況も更に調査していく必要がある。

また、今回はアメリカ国内の統計資料をもとに、精神医療の全般的動向および専門医療の状況を調査することも試みた。その結果、全体的動向と児童・思春期の居住ケアに関してはある程度の情報を収集することができたが、専門医療・専門病棟の全体的動向に関する情報はまだ非常に不十分であり、今後、更に情報収集を継続していく必要がある。

2. 児童思春期専門医療

今回調査した病院は病床数が少なく、狭義の入院治療は 24 時間体制の集中的ケアが必要な人のためのものと位置付けられ、入院期間は非常に短く、24 時間入院ケア→居住治療→部分入院→外来ケアへのステップダウン機能を有していた。こうした段階的プログラムによって、できるだけ早期に可能な限り制限の少ない通常の生活に近い環境へ（病院から地域・家庭へ）スムーズに移行できるよう配慮がなされているといえる。

また、重要な点として院内学校、学習評価クリニック、学校へのコンサルテーションなど、教育に関するサポートが充実していた。さらに、チャイルドライフ専門士など、子どもの生活面、遊びの面をサポートする職種もスタッフ内に見受けられた。児童思春期の場

合、病気の治療も必要であると同時に、成長途上の存在として教育面、生活面の重要性は大きく、これらの側面をトータルにケアしていくための配慮はこれからますます求められていくと思われる。

さらに、JHH の児童思春期プログラムは、子どもセンターという心身両面の疾患を扱う総合センターに設置されていた。こうした総合ケアシステムの中に精神科が位置する利点としては、受診のための敷居を和らげる、身体的問題における精神的問題の合併、またはその逆といった場合に相互に連携がとりやすくなる、など様々考えられる。今回は報告できなかったが、オーストラリアにおける精神医療改革においても、精神科を独立型施設ではなく総合的ヘルスケアシステムに統合できるような取り組みが目指されており、精神疾患のメインストーリーミングという観点でも注目できるシステムであると思われる。

アメリカ精神医療の統計資料の中に児童思春期専門医療の状況に関する情報を求めたが、得られたのは情緒的障害をもつ子どものための居住ケアセンターに関する情報のみであった。限られた情報ではあったがそこから明らかになったことは、精神医療全体では病床数が大幅に削減されていく中で、児童思春期専門医療の一つの形態である情緒的障害をもつ子どもの居住ケアセンターは施設数、病床数、24 時間居住ケアの実数、24 時間以内のケアの実数ともに大きく増加しているということであった。したがって、児童・思春期専門治療に対する需要・必要性は非常に高まっていることが示唆される。今回の結果には載せていないが、オーストラリアにおける医療改革においても、児童思春期専門病棟などの専門病棟は今後増加していくだろうと予測されている。また、24 時間以内のケアは 24 時間のケア以上に著しく増加しており、より制限の少ないケアの選択肢も同時に今後ますます求められていくと思われる。

ただし、これらの情報には病院における入院ケアなどの情報は含まれていない。今後は、病院における専門医療も含めた全体的動向を更に調査していく必要がある。

3. アルコール・薬物依存プログラム

アルコール・薬物依存プログラムにおいても、児童思春期プログラムと同様、病床数は少なく、狭義の入院治療は 24 時間体制の集中的ケアが必要な人のためのものと位置付けられ、入院期間は非常に短く、24 時間入院ケア→居住治療→部分入院→外来ケアへのステップダウン機能を有していた。こうした段階的プログラムによって、物質からの解毒と離脱を達成しつつ、できるだけ早期に可能な限り制限の少ない環境へスムーズに移行できるよう配慮がなされていた。

また、対象者の治療段階・特性（ニーズ）に応じたグループが多数用意されていること、セルフヘルプグループも多数あることなど、対象者が自立的に薬物を絶って地域生活を送っていけるためのサポートプログラムが非常に充実しているのが特徴的であった。

しかし、アメリカ全体におけるアルコール・薬物依存プログラムの状況を把握することはできなかったため、今後、更なる情報収集が必要である。

4. ストレスケア病棟

今回の調査ではストレスケア病棟に関する記述はあまり見いだすことができなかった。前述のように入院から地域へ、できるだけ制限の少ない治療環境へという大きな流れがある中で、こうした専門病棟は設定せずにできるだけ外来で治療しようとする流れがあるものと推察される。しかし、今回調査した中では唯一 Menninger Hospital の「専門家危機治療」が、比較的ストレスケア病棟に近いものであると思われた。高度な技能を必要とする職業についている人が、仕事面、家庭面の問題を生じたときに intensive なケアを提供する仕組みがあるのはとても興味深く、示唆に富んだものであった。

しかし、このようなストレスケア病棟、もしくは職業を限定しないストレスケア病棟が、その他の地域や国にどれくらい存在するかについては、今回は調査することができなかった。今後の課題である。

5. 身体合併症病棟

今回は残念ながらこれらに関する情報を見出すことはできなかった。可能性としては、当該身体的な疾患の治療に適した他科に入院するなどの対処がなされていることが考えられる。しかし、もしも精神的に intensive なケアが必要な状態にある場合、どのように精神科と連携がなされているのか、また、その他の地域や国に実際身体合併症専門病棟がどのくらいあるのかについては、今回、明らかにすることができなかった。今後さらに情報を収集していく必要がある。

6. アメリカにおける精神科医療の全体的動向

アメリカの精神科医療の全体的動向として、病床数の減少、入院実数の増加（すなわち病床回転率の上昇）、24 時間の入院・居住ケアに対する部分入院、外来サービスの比重が年々高まっていることが示唆された。したがって、24 時間の入院中心の医療からできるだけ早期に地域へと移行できるためのサービス構造へと変化している経緯がうかがわれた。こうした状況の背景にはアメリカ独特の医療経済事情もからんでいると思われるため、わが国の状況と単純に比較することは難しいが、全体的動向としては示唆に富んだものであるといえよう。

7. 専門教育システム

専門教育システムについて今回情報を得たのは児童思春期専門レジデント養成プログラムのみであったが、MGH および McLean、JHH における 2 年間のカリキュラムを参照できる URL を紹介した。このように、専門的医療を提供していくためには、その領域の専門家を養成していくことも非常に重要なことであると思われる。

E. 結論

精神科専門病棟のあり方として、入院治療からのステップダウン機能を整えていくことの重要性が示唆された。これは専門病棟の中での役割分担・機能分化ともいえるかもしれない。今後は、他の諸国の状況も踏まえて、人口当たり必要な病床数の推計や病棟の構造的側面など更に具体的な情報を収集していくことが必要である。

表1 McLean病院の児童思春期プログラムの概要

概要			本プログラムは、子どもとその家族が精神疾患やそれがもたらす様々な困難に対処することを援助する、この領域でも最も進んだ臨床的プログラムの一つである。3歳～21歳の人を対象として、包括的精神科サービスを提供する。スタッフの専門は、主な精神科的障害から、トラウマや物質乱用による影響まで、幅広い。迅速に、正確な診断を行い、慎重に個別の治療計画を立て、最高の質のケアを、それぞれの子供のニーズに合わせて調整し、提供する。精神薬理学的治療、認知行動療法、精神力動的治療、心理社会的治療などの幅広い治療を、子ども個人、家族、グループを対象に提供している。教育と治療とを可能な限り統合していくために、最先端の学習評価クリニックと、正式に認可されている中学校と高校が病院内にある。
治療アプローチ			家族、紹介者、様々な機関と連携して、子どもとその家族のために現実的なゴールを設定する。家族の関わりと教育は、すべての治療計画において明白な構成要素となっており、患者の診断や治療プログラムについて家族を教育することが、活発に行われている。スタッフは家族や治療提供者と密接に連携して、ケースマネージメントをコーディネートし、家族システムを強化していく。また、地域サービスと統合することにより、病院プログラムから地域への移行が可能な限りスムーズに行われるよう、援助する。
キャンパス内サービス	1. 外来サービス		主な活動は、創造性と関係の育成、ソーシャルスキルの発達、活発な子どものためのグループ心理療法、両親へのサポート、両親が入院している子どもや思春期の子どもへのサポートなど。
			小児精神薬理学クリニック(専門外来)→トゥレット症候群、強迫性障害、注意欠陥多動障害、主な気分障害、その他、精神薬理学的評価が必要な状態にある子どもを治療する。
			学習評価クリニック→神経精神医学的、および教育的評価を行う。学校システム、両親、その他と連携して、効果的な学習を阻んでいるものが何かをアセスメントする。また、教育戦略を発展させる援助も行っている。
	2. 思春期デイ&居住治療プログラム	60人	アーリントン学校→正式に認可されている柔軟な学校で、マクリーンキャンパスに位置する。対象は、7学年から12学年までの若者で、集中的な心理療法的治療を受けており、学習する上で高度に構造化された支持的な環境が必要な子どもである。
		15床	集中的に短期間および長期間の安定化治療が必要な思春期の子どもを対象に、24時間体制の精神科的治療を鍵をかけない環境で行う。このプログラムは、急性期入院治療に代わるものとして、また適切な外来サービスへの移行プログラムとして、機能している。
キャンパス外サービス	3. 部分入院プログラム	20床	深刻な危機にあるが、入院までは必要ない子どもに対して、高度に構造化された治療介入を提供する。外来よりも、より集中的に精神科的監督と治療がなされる。構造化された治療が午前9時から午後3時まで提供され、この中には精神薬理学的サービスも含まれる。
	0. 概要		マクリーンのパートナー施設であるフランシスカン子ども病院で実施している。ここのサービスを受ける子ども達は全員、症状の重症度、現在の問題、認知的機能に関する診断的評価とアセスメントを受ける。また、家族、学校、機関サポートシステムとのケースマネージメントサービスを治療に取り入れている。
	1. 入院プログラム	20床	包括的精神医学的・心理社会的評価と、短期間の集中的入院治療が必要な3歳から19歳の子どもで、併発している医学的状态を自己管理できる人が対象である。このプログラムが提供するの、危機安定化、包括的診断的アセスメント、1週間7日間の構造化されたプログラム、および個別の精神科的治療である。
	2. 部分入院プログラム	15床	12歳から19歳の子どもが利用できる。
	3. 居住治療プログラム	10床	12歳から20歳の子どもが利用できる。
学校へのコンサルテーション			マクリーンの中の神経統合サービスセンターが、広汎性発達障害やアスペルガー症候群などの精神医学的障害をもつ子どもの評価や統合などに関して、学校へのコンサルテーションを行っている。また、学校と密接に連携して、こうした子どもたちに対する適切な教育プランを作成することにも携わっている。
スタッフ	1. 児童精神科医		○
	2. 神経心理学者		○
	3. サイコロジスト		○
	4. クリニカルソーシャルワーカー		○
	5. プライマリーケアナース		○
	6. リハビリテーションセラピスト		○
	7. 精神薬理学者		○
	8. 小児神経学者		○
備考			主な精神疾患からトラウマ生存者や薬物乱用治療に至るまで、様々な専門的スキルを有し、多種多様な社会文化的、言語的背景を持つ患者に対する援助の経験もある。若年者のメンタルヘルスに力を注ぎ、権利擁護にも深く関わっている。また、よりケアの質を高めるために、臨床的アウトカムと消費者満足の多面的なデータをスタッフが定期的に集めている。また、入院プログラムでは、入院後24時間以内にフルアセスメントと検査サービスが終了し、その結果が治療チームに伝えられる。さらに、アセスメントサービスはその後継続して行われ、入院時、退院時、フォローアップ時の患者の機能がデータベース化されている。

表2 McLean病院のアルコール薬物依存プログラムの概要

概要と治療アプローチ		薬物依存患者は推定2800万人いるとされる。このプログラムは、依存状態を軽減し、生活をもう一度コントロールできるようになりたい人々のために、包括的なサポートを提供する。その人がどんな状況に置かれているかは人によって異なるため、それを詳細にアセスメントし、個別の、包括的な治療アプローチを行う。治療に対する動機づけや自分の状況に対する自覚の程度は人によって非常に幅があるので、スタッフはそれを理解した上で、治療ゴールに向けての戦略を柔軟に作り上げる。専門的ケアとセルフヘルプアプローチの両方が、モデルには組みこまれている。プログラムのゴールは、患者が禁断を達成し、維持すること、自己価値感を取り戻すこと、活動的な生活を送る上でのストレスを薬物依存に戻ることなくマネージメントすることを学ぶこと、である。	
プログラムとサービス		サービスのタイプや期間は個別のニーズに合わせて柔軟に決められる。本プログラムは、外来サービスから部分入院、短期間の急性入院治療に至るまで、完全に連続したケアを提供する。さらに、安定した家庭環境にない人や、構造的な薬物のない状況における付加的なサポートが有効な人が、短期間の急性期ケアや長期間の居住病床を利用することも可能である。このプログラムに導入されると、最初はスタッフによるアセスメントから始まり、その結果に基づいて個別の治療計画が立てられる。問題の重症度によって、またそのクライアントにとって利用可能な他の資源があるかどうかによって、以下の様々なレベルのサービスが選択される。	
キャンパス内	外来サービス	包括的評価、集団または個人の心理療法、薬物療法、家族療法を提供する。個人療法では、物質乱用問題、それに関連した家族や職業の問題、再発の引き金、対処技能について、焦点が当てられる。このプログラムにおいて特に特徴的なのは、適切な時に「外来解毒」というオプションサービスが受けられることである。この革新的な外来治療のおかげで、患者は、注意深く管理されたプログラムの中で、アルコールや薬物から抜け出すための投薬や心理療法を受けることができる。これらのプロセスが各患者に合わせて調整されるのに、通常3日から5日かかる。また、必要な場合には、このプログラムの居住施設において、手ごろなナイトケアが受けられる。	
	外来回復グループ	外来回復グループには様々なものがある。→重複診断グループ、薬物を断つ決心がまだつかない人のためのグループ、初期の回復グループ、女性だけのグループ、男性だけのグループ、再発予防グループ、禁断を達成した後も解決していない対人問題やその他の問題に焦点を当てる長期回復グループ、である。さらにオプションとして、物質乱用問題をもつ人の家族や友人を援助するための介入サービスを受けることもできる。 これらのサービスを完走するため、また回復に向けての患者自身の自覚性を高めるために、マククリーン病院では多くの自助グループを主催している。たとえば、AA、NA、CA、SMART-R、AL-Anonなどである。	
	部分入院	30床	集中的治療が必要だが、入院治療のようなセキュリティや構造までは必要ない人が利用できる。参加者は、構造的なグループプログラムや個人心理療法に日中や夕方、参加し、夜は自宅やマククリーンに2つある居住プログラムのどちらかで過ごす。部分入院は費用-効果にすぐれた方法であると同時に、治療プログラムで学んだことを地域生活の中で試す機会にもなる。ここでは、部分入院している患者を、より制限の少ない構造的な外来プログラムへと移行させるよう、特別の努力を行っている。スタッフは、ケースをより効果的にマネージメントし、地域を基盤として機能できる状態へと可能な限りスムーズに移行できるように、これらのプログラム間のコーディネートに注意深く行い、コミュニケーションをとるようになっていく。
	入院急性期ケア	15床	18歳以上の患者で、物質依存のない生活を始めるために集中的で安全なケアが必要な人が適応となる。支持的で安全な環境によってセルフケアを促し、回復への動機づけを高める。最初に医学的、精神医学的評価を行った後、解毒を行い、必要であればどんな医学的ケアでも提供する。個別に作成される治療計画には、個人精神療法とグループ精神療法が両方組み込まれる。その他に利用可能なサービスとしては、家族療法、カップル療法、リラクゼーション療法、教育的講義とディスカッションのグループ、体のエクササイズとレクリエーション、複合診断に関する問題に焦点を当てたグループ、などがある。
	24時間急性期居住ケア	8床	入院プログラムほどの集中的で安全な医学的、精神科的、看護的サービスは必要ではない患者に、24時間体制のケアを提供する。急性期居住プログラムの患者は地域から来る場合もあるし、短い入院を経て来る場合もあり、個人療法を受ける他に集中的なグループプログラムに参加する。またこのプログラムでは、解毒も行われる。
	The Pleasant Street Lodge (居住ケア)	8床	回復の初期段階を終えて、地域生活に戻る準備がもうすぐできる成人を対象とした支持的な移行住居である。男女8人が小さな家庭的な建物に宿泊し、構造的治療プログラムに参加する。メンバーの背景は様々であり、禁酒してピアサポートを受けることを固く誓いあう。
キャンパス外	McLean Ambulatory Treatment Center (部分入院)	30床	マサチューセッツ州のAshburnhamという街に位置する。このプログラムには、個別の詳細なアセスメント、個別的で包括的な治療、グループ療法、ケースマネージメントと継続的なサポート、および教育が含まれる。
	McLean Ambulatory Treatment Center (24時間急性期居住ケア)	26床	
スタッフ	1. 精神科医	○	
	2. サイコロジスト	○	
	3. ソーシャルワーカー	○	
	4. 公衆衛生専門家	○	
	5. 看護婦・士	○	
	6. 嗜癮カウンセラー	○	
備考		マククリーンの有名なアルコール・薬物乱用調査プログラムと連携しており、薬物依存と精神疾患が合併している患者への新しい治療法の開発、薬物・アルコール乱用の長期的な影響について、アルコールが及ぼす影響の男女差、新しい治療薬の使用についてなど、様々な重要な知見を生み出している。	

表3 Johns Hopkins Hospitalの児童思春期プログラムの概要

概要			子ども、思春期の青年、その家族に対して包括的なサービスを提供する。	
キャンパス内資源	外来	専門外来 (Children's Center内)	様々な障害、問題を抱えた子どもの包括的治療へのニーズに対応できるように、専門外来を設けている。ここでは、その他の臨床家へのコンサルテーション、セカンドオピニオン、親に対する教育とガイダンス、ケースマネージメント、服薬マネージメント、心理療法などを提供する。専門外来には次のようなものがある。 ・注意欠陥他動障害 ・チックおよび不安障害 ・精神薬理学 ・大うつ病および双極性障害 ・先天異常の心理社会的側面 ・広汎性発達障害 ・心理学的および心理教育的検査	
		レジデント継続クリニック (Children's Center内)	教員のスーパーバイズの下に、児童・思春期レジデントが治療を行う。子どもやその家族への長期的ケアに焦点を当てている。	
	入院	入院サービス (Children's Center内)	15床	小児精神保健専門家の多職種チームによって、評価・治療サービスを提供する。また、遠方に住んでいる家族は、病院のすぐ近くにあるChildren's Houseに宿泊料で宿泊することができる。
		部分入院サービス (Children's Center内)	6床	
	その他	小児コンサルテーションサービス	子ども・思春期精神科は、Children's Centerで行われているすべての小児プログラムにコンサルテーションを行っている(包括的評価、治療アドバイス、リファーの提案など)。ここには、小児入院サービスおよび小児救急室へのコンサルテーションも含まれる。	
キャンパス外資源	郊外外来サービス		医学部の精神・行動科学科および他の科との連携によって、バルチモアの首都圏全体に戦略的に4ヶ所配置されている。	
	地域ベースサービス	イーストバルチモア 子ども・思春期地域精神医学プログラム	イーストバルチモアに住んでいる子ども・思春期の青年に包括的サービスを提供している。外来サービスは、ジョンズホプキンス病院内のChildren's Mental Health Centerで行う。家庭ベースのサービスは、Children's Centerから2ブロックのところにあるEast Baltimore Mental Health Partnership (EBMHP)で行う。また、19の公立学校での現地サービスのコーディネートもEBMHPが行う。サービス内容は以下の通りである。 ・危機介入および急性期安定化 ・外来評価および治療 ・学校ベースのコンサルテーション ・放課後およびサマースクールプログラム ・集中的(Intensive)ケースマネージメント ・家庭内(In-home)サービス ・地域発展。	
		ベイビューキャンパス	ジョンズホプキンス病院から3マイル東にあるベイビューキャンパスにおいて、包括的サービスを提供する。	
	マウントワシントン小児病院		子ども、思春期の青年に包括的リハビリテーションケアを提供する。	
			10床	部分入院サービス
スタッフ	1. 児童思春期精神科医	○		
	2. クリニカルサイコロジスト	○		
	3. 言語療法士	○		
	4. 児童思春期レジデント	○		
	5. ソーシャルワーカー	○		
	6. 看護婦・士	○		
	7. 特殊教育専門士	○		
	8. レクリエーション療法士	○		
	9. 作業療法士	○		

表4 Johns Hopkins Hospitalのアルコール・薬物依存プログラムの概要

サービス概要		アルコールや薬物使用(処方された薬物と自分で手に入れた薬物)、および物質使用に関連する医学的、情緒的、行動的、社会的問題で苦しんでいる人を対象に、様々なプログラムを提供している。サービスに含まれるものとしては、コンサルテーション、外来または入院による解毒、禁断プログラム、長期間の再発予防プログラム、予防維持プログラムがある。また、アルコール・物質関連障害およびその他の精神科的障害が疑われるまたは確定した人々を対象に、急性のまたは長期のマネージメントを提供する。	
ジョ ンズ ホプ キン ス 病 院 内 ・ 近 辺	外来サービス	【Psychopharmacologic Motivated Behaviors Clinic:PPMB Clinic】 診断、介入、セカンドオピニオン、外来解毒、治療のアドバイス、そしてすべての段階の治療を患者に提供する。フォローアップは、患者のかかりつけ医、リファーマ、またはPPMBクリニックが行う。評価レポートは、リファーマしてきた内科医およびフォローアップを行う内科医に送付される。リファーマが必要であれば、患者およびその家族に対してアドバイスする。初回の診察は2時間半以上かけて行われ、家族が付き添うこともある。このクリニックのスタッフはアルコール・物質使用障害が専門の精神科医である。 【911 Broadway Center】 ブロードウェイセンター、総合女性センター、STOP(地域教育プログラム)があり、周辺地域のメンバーに多数の資源とプログラムを提供している。	
	部分入院	?床	【The First Step Day Hospital】 外来サービスよりも集中的な治療が必要な人のためのサービス。参加者は週7日、1日12時間、デイホスピタルに参加し、医学キャンパス近くのドーム型の場所で就寝する。典型的には病院内の医学的または精神科的入院サービスからリファーマされてくるが、外部からのリファーマも歓迎である。
	入院プログラム	5床	【The Intensive Treatment Unit (ITU)】 高度に構造化された集中的な精神科的評価と治療、危機介入、72時間を最長入院期間とする外来プログラムへの橋渡し、などを提供する。患者は自発的な精神科患者で構成されており、彼らは医学的に健康で安定し、ただ受動的に援助を受けるだけではなく変化に向けてやっていきたいと自ら思っており、その多くは物質誘発性の気分障害または適応障害の診断を抱えている。
		?床	【The Motivated Behaviors Unit (MBU):Mayerビル内】 もともと主な精神障害を持っており、そこに薬物依存が合併している、重複診断を持つ患者への専門治療を行う入院病棟である。ここでは、個別の精神科的ケアと同時に、アルコールまたは薬物の解毒および物質乱用の治療が行われる。MBUはまた、パラフィリアのようなその他のカテゴリーの行動障害を持つ患者も受け入れている。退院後の治療計画もまた、入院ケアの一部として統合されている。
ベ イ ジ ン ・ ユ ン 近 ・ ズ 辺 医 ホ の 学 ブ 資 セ ン タ ス ー 源	アルコール依存症治療サービス		
	Archway クリニック		研究と外来プログラム
	行動薬理学研究ユニット		methadone, LAAM, Buprenorphineの研究
	嗜癖と妊娠センター		
	重複診断プログラム		
	薬物・アルコール解毒ユニット		3～5日の入院治療
	Fresh Start		Arc House: 14日間の入院治療
	サウスイーストバルチモア薬物治療プログラム		
備考	ジョンズホプキンズ病院Mayerビル内には5つの自発的入院病棟があり、合計88床ある。 ・短期入院ユニット、総合精神科サービス ・感情障害サービス、摂食・体重障害ユニット ・精神分裂病サービス、動機づけ行動ユニット、神経精神科・記憶ユニット ・慢性的疼痛治療ユニット、老年期精神科サービス ・集中的治療ユニット(精神科的障害と物質乱用との合併を治療する病棟) 病院すぐ近くの地域から、アメリカ全土および外国からも患者を受け入れている。毎年2200の入院がある。サービス全体を受けた場合の平均在院期間は約2週間であるが、病棟によってかなりばらつきはある。典型的な1病棟(Unit)のスタッフ構成は、精神科レジデント3名、ソーシャルワーカー2名、作業療法士2名、総定員の看護婦・士(看護:患者比=1:4)である。各病棟にはフルタイムの所属精神科医がおり、患者ケアに対して最終責任を負っている。所属精神科医は毎日レジデントとその他のスタッフを回り、必要があれば援助を行う。		

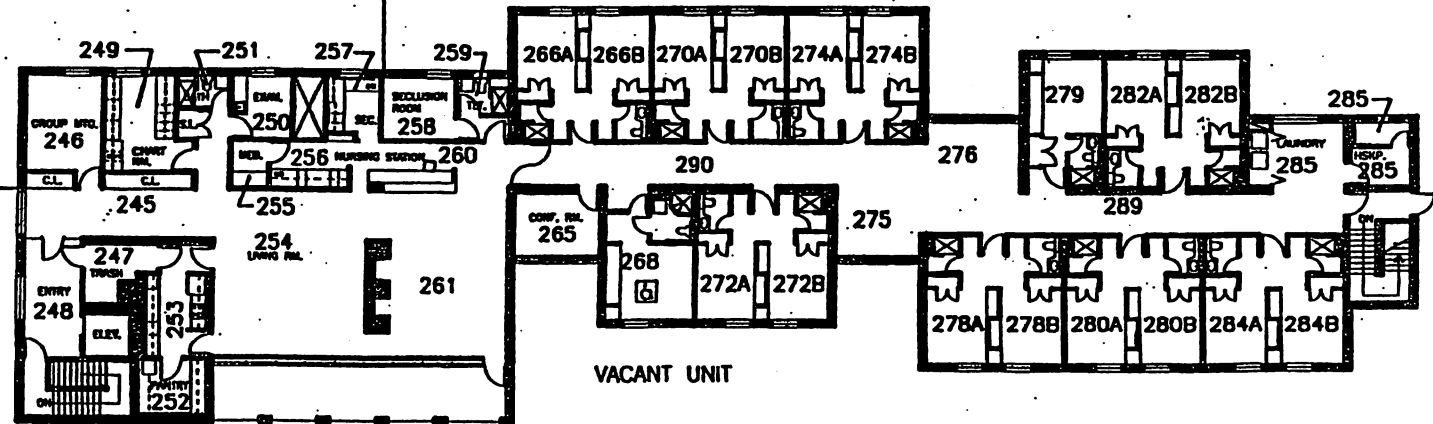
BLDG. #10 CLAPP HALL
SECOND FLOOR PLAN

GRAPHIC SCALE IN 5 FOOT INCREMENTS
0 5 10 15 20 25 30 35 40

BASEMENT (BUSINESS)	2,231 SQ.FT.
1 st. FR. N. WING (HOSP.)	4,100 SQ.FT.
1 st. FR. CTR. (BUSINESS)	3,718 SQ.FT.
1 st. FR. E. WING (HOSP.)	4,082 SQ.FT.
TOTAL FIRST FLOOR	11,900 SQ.FT.

2 nd. FR. CTR. (BUSINESS)	3,239 SQ.FT.
2 nd. FR. E. WING (HOSP.)	5,405 SQ.FT.
TOTAL SECOND FLOOR	8,644 SQ.FT.
TOTAL BLDG.	26,031 GR.SQ.FT.

ROOF



Menninger

The Menninger Clinic
Facilities Management 913 273 7500
Box 829 Topeka, KS 66601 0829

BLDG. #10 CLAPP HALL
SECOND FLOOR PLAN

SCALE: AS SHOWN

DATE: 12-29-94

APPROVED BY:



DRAWN BY *RWS*
REVISED *4-29-98*
DRAWING NUMBER

資料2 The Massachusetts General Hospital および McLean Hospital の
児童思春期専門レジデント養成プログラムにおける地域の様々な教育機関
～マサチューセッツ州ハーバードエリアの
子ども・思春期ケアのネットワーク概要～

I PRIMARY SITES

1) The Massachusetts General Hospital

MGH はアメリカ国内で最も古く、有名な大学病院で、プライマリ・ケアと専門治療の施設として国際的に認知されている。ハーバード医学校の主要な教育施設であり、レジデントや研究員、スタッフらはハーバードの専門校や大学院（公衆衛生校、法律校、ビジネス校など）での選択学習の機会が設けられている。

MGH の精神科サービスは学問的な教育病院であると同時に地域精神保健システムの公的セクターとして活発に活動している。精神科サービスのスタッフ数は 466 名で、精神科医 286 名、心理士 180 名、疫学、精神生物学、行政学、生物統計学、社会学、神経化学を代表する 16 名のスタッフからなっている。これらのスタッフのうち 131 名が、常勤精神科医と常勤心理士である。非常勤スタッフ (335 名) は数多くおり、主に、ボストン首都圏の様々な臨床的、学問的施設から来る精神科医、心理士からなっている。サービスは多元的な姿勢をもっており、様々な理論的信条や臨床的志向性をもつ実践家、学問家と共に仕事をし、相互に学び合っている。また、社会福祉学部、看護学部、医学・外科下位専門分野と緊密な連携をもっている。

MGH 子ども・思春期精神科サービスは、複数の下位専門部門を有する大規模な外来クリニックと、小児科や総合病院救急部に対する活発なコンサルテーションサービスを持っている。また、Shriners 火傷研究所、Spaulding リハビリテーションセンター、Eric Lindemann 精神保健センター、その他近隣地域のクリニックなどと緊密な連携をもっている。

教官は、力動精神療法、精神薬理学、家族療法、認知行動療法、摂食障害、小児期障害の遺伝学、養子縁組と保護監督、犯罪精神医学、小児科・学校コンサルテーション、嗜癲精神医学、心的外傷、初期小児発達の優れた臨床家であり、研究者である。

2) The McLean Hospital

McLean 病院もまた、ハーバード医学校の主要な教育病院である。McLean 病院は 1811 年、私立の非営利精神科病院として設立され、人種や社会経済的地位に関係なく、精神科的障害や物質乱用の治療を提供している。精神科研究の先鋒でもあり、遺伝学、分子生物学、神経病理学、神経化学、神経薬理学、発達科学の研究所を有している。

McLean 病院の子ども・思春期プログラムは、子どもやその家族が精神疾患やそれがしばしばもたらす教育的・社会的困難に対処するのを手助けする、国内で最も有名な臨床プログラムの一つである。5 歳から 20 歳までを対象に、個別のニーズに合わせて、包括的な精神

科サービスを提供している。すなわち、急性期入院治療、部分入院、急性期居住ケア、そして包括的で専門化された外来治療である。スタッフは主要な精神科的障害から心的外傷体験の影響や物質乱用に至るまで、広範囲に及ぶ精神科的障害の専門家である。このサービスは、それぞれの子どもに安全を保証し、回復を促進するための十分に集中的なケアを提供する。プログラムは柔軟であるため、子ども・思春期のクライアントの混乱を最小限に食い止め、継ぎ目のない連続性のあるケアをすることが可能になっている。

経験ある臨床チームが迅速に正確な診断をし、注意深く個別の治療計画を立て、それぞれの子どものニーズに合わせて仕立てた最高の質の継続的ケアを提供する。また、精神薬理学、個人・家族・集団に対する認知的・行動学的・心理社会的治療などの幅広い治療様相を有している。教育と治療とを可能な限り良い形で統合するため、最先端の学習評価クリニックと完全に認可されている中学校が病院敷地内に位置している。

下位専門クリニックも McLean では発達しており、精神薬理学、トゥレット障害、強迫性障害、集団精神療法クリニックなどがある。

MGH も McLean も小児科的検査や治療、日常検査、脳波、神経画像の大規模な施設を有している。

3) The Franciscan Children's Hospital

The Franciscan Children's Hospital とリハビリテーションセンターは 100 床の施設で、急性期小児科サービスと小児科リハビリテーションの両方を提供している。また、大規模な外来リハビリテーションサービスや重複障害をもつ子どもの特殊学校も有している。また、急性期治療が必要でない子どものためのベンチレーターユニットも持っており、言語アセスメントや言語療法、心理学的・神経心理学的アセスメント、歯科・矯正外科手術、身体リハビリテーションなどの幅広い専門性をもっている。McLean Unit は Franciscan における唯一の精神科入院病棟であるが、そこには Franciscan が運営するアセスメントユニットがあり、州の社会福祉局と連携をとっている。病院キャンパスは都市部にあり、マサチューセッツ湾公共交通機関管理所の 2 つの駅、複数のバス路線の近くに位置しているが、精神科病棟の患者は、2 つの大きい戸外レクリエーションエリアと小さい屋内レクリエーションエリアを使うことができる。

McLean Inpatient Service は 20 床の病棟で、McLean が管理し、精神科医、心理士、ソーシャルワークのポストも McLean を通して雇われる。入院病棟は 5 歳から 12 歳の子どものためのプログラムと思春期の子どものためのプログラムを別々にもっている。また、急性期居住プログラムと部分入院プログラムも作られ、入院病棟と連続性のあるケアを提供できるようになっている。部分入院プログラムはまた、ボストン首都圏からの入院も直接受け入れている。

さらに、複雑な小児精神薬理学、思春期物質乱用、トラウマへの専門的精神科コンサルテーションが、McLean 病院の子ども・思春期精神科スタッフにより提供されている。

II AFFILIATED SITES

1) Boston Juvenile Court Clinic (ボストン少年裁判所クリニック)

ボストン少年裁判所クリニックは、国内で最も古い少年裁判所クリニックの一つである。評価といくらかの治療サービスをボストン少年裁判所に提供しており、年間 900 人の少年が裁判所からリファーされてくる。リファーされてくる典型例としては、非行、犯罪、児童虐待関係であり、様々な形の心的外傷を高率に体験したことによる問題があり、不安障害、気分障害、物質乱用問題、多動性行動障害、学習障害、人格障害との関連も認められる。スタッフは学際的多職種チームからなり、評価、コンサルテーション、治療サービスを裁判所に対して提供している。このクリニックは研究プログラムも活発で、PTSD の大規模調査や、被虐待・ネグレクト児の 8 年間の追跡研究などを行っている。レジデントは、法廷訪問や、弁護士・保護監察官・裁判官・社会福祉機関のワーカーへのコンサルテーションを行う機会を与えられ、評価をする際の専門立会人となることもある。

2) Children's Hospital

Children's Hospital は、アメリカ国内最大の小児医学センターで、McLean 病院から 9 マイル、MGH から 3 マイルのところにある。ここは小児ヘルスケアのための総合センターで、病床数は 350 床、外来プログラムは 100 以上ある。ハーバード医学校の教育病院であり、誕生時から 21 歳までの患者があらゆるヘルスケアサービスを受けている。

1 年目のレジデントは全員、発達神経精神科のローテーションに入る。また、発達評価クリニックのローテーションにも入る。レジデントは、精神発達地帯児の学際的多職種評価および広汎性発達障害児の評価にそれぞれ 2 日間参加する。

レジデントは、6-12 ヶ月、週 5 時間の小児科リエゾン・コンサルテーションを選択することもできる。また、総合医学サービスか専門サービス（腫瘍学など）のどちらかを選択する。さらに、Children's Hospital の精神科サービスの Assistant Clinical Director の個人スーパービジョンを直接受ける。

3) Family Service Clinic, Middlesex Probate Court

Family Service Clinic, Middlesex Probate and Family Court は、Probate and Family Court のための精神保健クリニックであり、MGH と McLean から 5 マイルのところに位置している。スタッフは児童精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー/director などである。オフィスは、遺言検認裁判所と第三地方裁判所の両方にある。このクリニックは、ボストン少年裁判所クリニックと異なり、離婚のプロセスで発生した親権・訪問権訴訟のケースに関わる評価を中心としている。このクリニックの役割は子どもの権利擁護であり、子どものニーズや関心に焦点を当てている。父親、母親、子ども、弁護士など、その件に関わるすべての立場の人が参加する拡大面接も行っている。そして、助言つきのレポートを裁判長に提出する。

評価の対象となる子どもは、1 歳以下から 18 歳までである。MGH と McLean の子ども・思春期精神医学トレーニングプログラムのレジデントは、このクリニックでの 6 ヶ月間、週 8 時間の研修を選択することができる。レジデントは、自ら責任をもって親と子どもを評価し、所見を裁判所に報告することが求められ、書面での報告および裁判での証言をすることになっている。スーパービジョンは、Family Service Clinic のスタッフや director によって行われる。

4) Harvard Vanguard Medical Associates (ハーバード先進医学協会)

ここは、ハーバード医学校の主導で設立された健康維持機構で、プリペイド式の包括的ヘルスケアプログラムである。McLean から 5 マイル、MGH からは 3 マイルのところに位置している。ここのプログラムが提供しているサービスは、危機介入、コンサルテーション、評価およびブリーフセラピーである。MGH/McLean の子ども・思春期精神医学トレーニングプログラムのレジデントは、ここでの 6 ヶ月間、週 13 時間の研修を 2 年次に選択することができる。そこには HVMA の子ども精神保健部門、Kenmore Center でのスーパービジョンも含まれている。レジデントは、児童・思春期の子どもやその家族に直接サービスを提供し、プライマリケア医へのコンサルテーションを行い、学校カンファレンスに参加し、必要に応じて外部機関と面会を行う。また、毎週 2 時間の就学前セミナーにも参加する。ほとんどの時間、レジデントは治療を行い、指導を受ける。また、家族セミナーにも参加し、資格のある心理士から心理テストに関する問題についてコンサルテーションを受ける。スーパービジョンは HVMA、Kenmore Center の子ども精神保健部長から受ける。また、2 年目のレジデントは全員、毎週 2 時間、4 ヶ月の間、HVMA で短期集団精神療法トレーニング経験を受けることが必要とされている。

5) Harvard University Health Service (HUHS): Child and Adolescent Mental Health Clinic and the Radcliffe Child Care Center

HUHS は、健康維持機構で、すべての教官、スタッフ、職員、加入している大学院生家族に対して医学的サポートを提供する外来健康施設である。Radcliffe Child Care Center は、生後 2 ヶ月から 5 歳までの子ども 60 人のための認可されたセンターである。ハーバード大および近郊のケンブリッジ/サマービル地域に開かれている。

子ども・思春期コースのレジデントは、2 年次にここで 4 ヶ月、約 15 時間～20 時間、研修する機会を選択することができる。ここは MGH から 5 マイル、McLean から 8 マイルのところにあり、駐車場は無料である。Radcliffe Child Care Center は、HUHS から徒歩 5 分である。

子ども・思春期精神保健クリニックは年間およそ 80 ケースを新規に診ており、延べ来院回数は年 1000 回である。20%から 25%は就学前のケースである。子ども・思春期のレジデントは、評価を行い治療助言を作成する責任を一次的に負っている。治療が短期間であれ

ば、セラピーを提供する機会もある。

スタッフは、ハーフタイマーの児童精神科医 (Clinic Director) 1 名、ボランティアの児童臨床心理士が 1 名、ボランティアのコンサルタントが 1 名、ハーバード大子どもケア Advisor、そしてラドクリフ子どもケアセンターの Director である。レジデントへの教育活動には、学齢前の正常な行動の直接観察が 9~10 時間含まれ、子ども発達の専門家であり教育者でもある Advisor と Director が両方参加する週 1 時間の教育ミーティングが行われる。また、それぞれの就学前評価のケースについて週 1 回の個人臨床スーパービジョンが行われ、スーパーバイザーは Clinic Director とコンサルティング児童心理士である。

6) Shriners 火傷研究所

火傷の国際的な紹介機関であり、児童思春期における火傷に関する主要な研究機関である。入院病棟は 2 つあり、10 床の急性期火傷病棟と 20 床の形成・再形成外科病棟からなる。火傷から生還したおよそ 6000 人の子どもたちが、ここでフォローされ、通院し、一時的に再入院している。多くの患者が痛みのマネジメントに問題があり、多くの子どもが PTSD、行為障害、気分障害、不安障害で苦しんでいる。また、ネグレクトや虐待を受けた子どもたち、PTSD、うつ病、アルコール依存をもつ親の子どもたちも、患者の中には含まれている。多くの子どもとその家族が火傷による死の淵からやっと生還しており、または愛する人を失った深い悲しみの中にいる。援助方法としては、診断アセスメント、手術前の準備、危機介入、短期または長期の心理療法、集団療法、家族療法、催眠療法、薬物療法などがある。レジデントは平均 6 名の入院患者を担当する。すべてのレジデントは週 1 回スーパービジョンを受け、カンファレンスやセミナーに出席する。

7) Shriver 精神遅滞センター

独立型の非営利のセンターで、主な機能は精神遅滞および学習障害の子どもの評価、特に教育面でのニーズに関する評価である。レジデントはこれらの評価に参加し、1 週間に 2 時間のスーパービジョンを受ける。また、毎週 3 つのケースカンファレンスと最大 4 つの科学セミナーに参加することがある。様々な研究機会もある。スタッフは、非常勤の児童精神科医が 1 名、常勤のサイコロジストが 1 名、非常勤の小児神経学者が 3 名、法医学専門の臨床遺伝学者が 1 名である。また、ソーシャルワーク、言語病理学、作業療法、理学療法、栄養科学、職業リハビリテーション、看護学、小児科などの専門スタッフもいる。

8) Spaulding リハビリテーション病院

この地域最大のリハビリテーション病院であり、病床数は 284 床、年間 3000 人以上の入院患者を治療している。小児リハビリテーション病棟は 19 床ある。リファーは主にニューイングランドからであるが、他の州や外国からも紹介患者がやってくる。子どもの年齢は乳児から 22 歳までで、社会経済的背景は幅広い。皆、集中的なリハビリテーションが必要な

様々な医学的問題を抱えている。平均在院期間は約 2 ヶ月、短くて 2 週間、長くて 2 年である。子どもの精神科的診断は様々だが、器質的気分障害、第うつ病、PTSD、適応障害が高頻度である。

治療アプローチは個人心理療法、家族療法、集団療法、精神薬理学的治療などである。行動修正プログラムも受けることができる。レジデントは、スタッフの児童精神科医の個人スーパービジョンを受けることができる。

9) Walker Home and School

6 歳から 13 歳までの男子 64 名のための居住およびデイ治療プログラム（居住治療 36 名、デイケア 28 名）である。最近になって、3 歳から 10 歳までの男子女子のための急性期居住治療病棟を開設した。居住治療を受けている男子は、1 年から 3 年間、在院する。この生徒は皆、行動的問題があり、通常のクラスでやっていくには非常に困難がある。大部分の男子は精神科に入院したことがある。およそ 6 割が注意欠陥多動性障害、2 割が PTSD、15% が広汎性発達障害、8% がトゥレット障害である。治療は学際的チームによって行われ、特殊教育、心理療法、認知コントロール療法、集団療法、家族療法、精神薬理学などが提供される。このセンターは臨床研究も行っている。

レジデントが行うことができるのは、2 人から 3 人の男子の長期個人心理療法または認知コントロール療法、家族や集団の共同治療者として参加すること、特殊教育の観察および参加、精神薬理学的評価と治療のアシストなどである。スタッフは、臨床心理士 1 名、博士レベルのソーシャルワーカー 1 名、修士レベルの臨床ソーシャルワーカーが 5 名、修士レベルの精神保健カウンセラーが 2 名、精神科看護師が 1 名、資格のある特殊教育者が 11 名、修士レベルの専門チャイルドケアワーカーが 2 名である。また、臨床精神科医と小児科医もスタッフの中にいる。

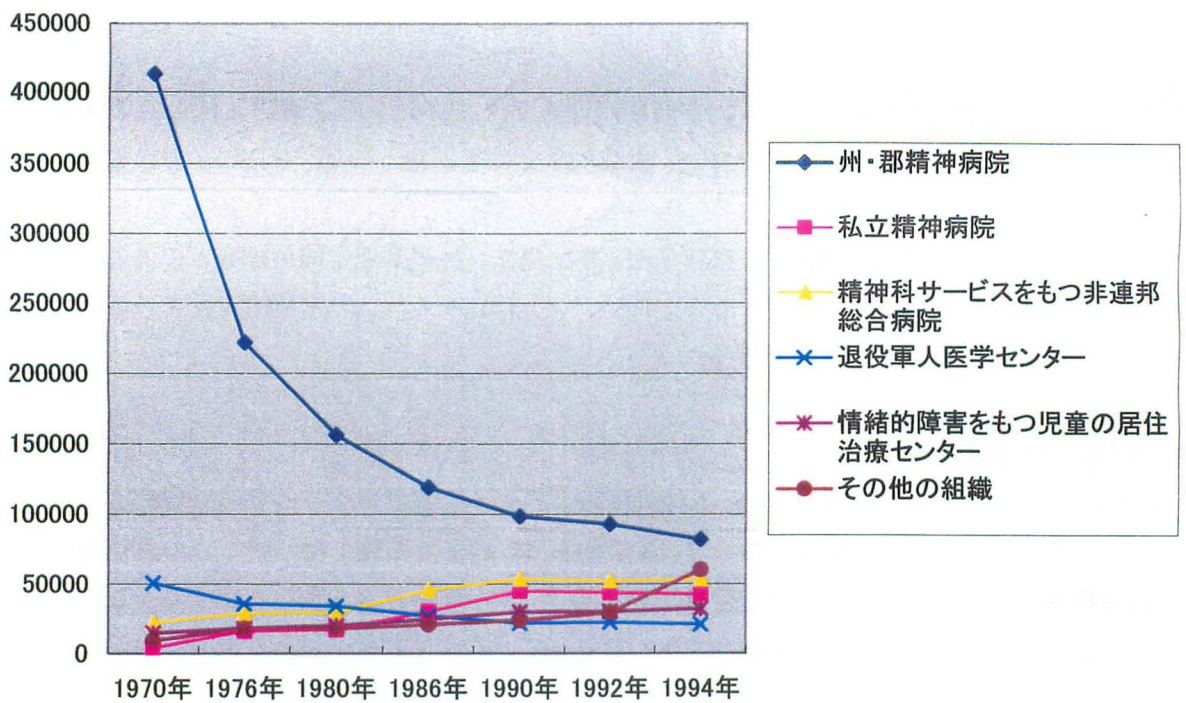


図 1 アメリカにおける入院病床数の年次推移

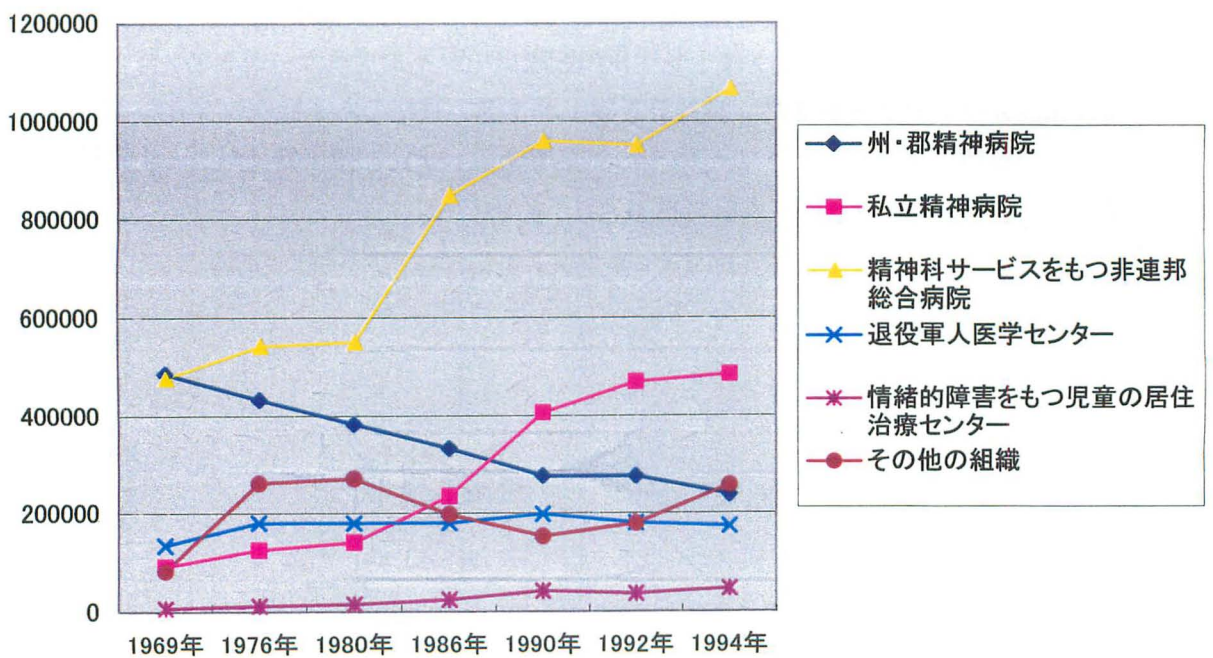


図 2 アメリカにおける入院実数の年次推移

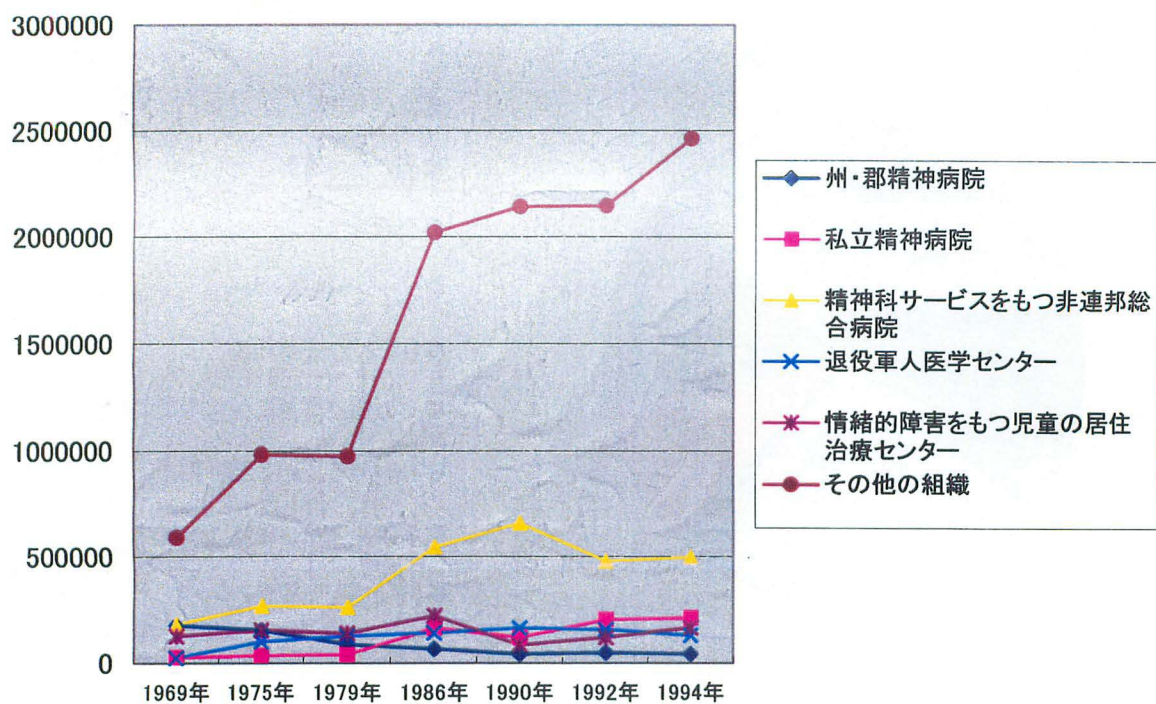


図3 アメリカにおける24時間未満のケア実数の年次推移

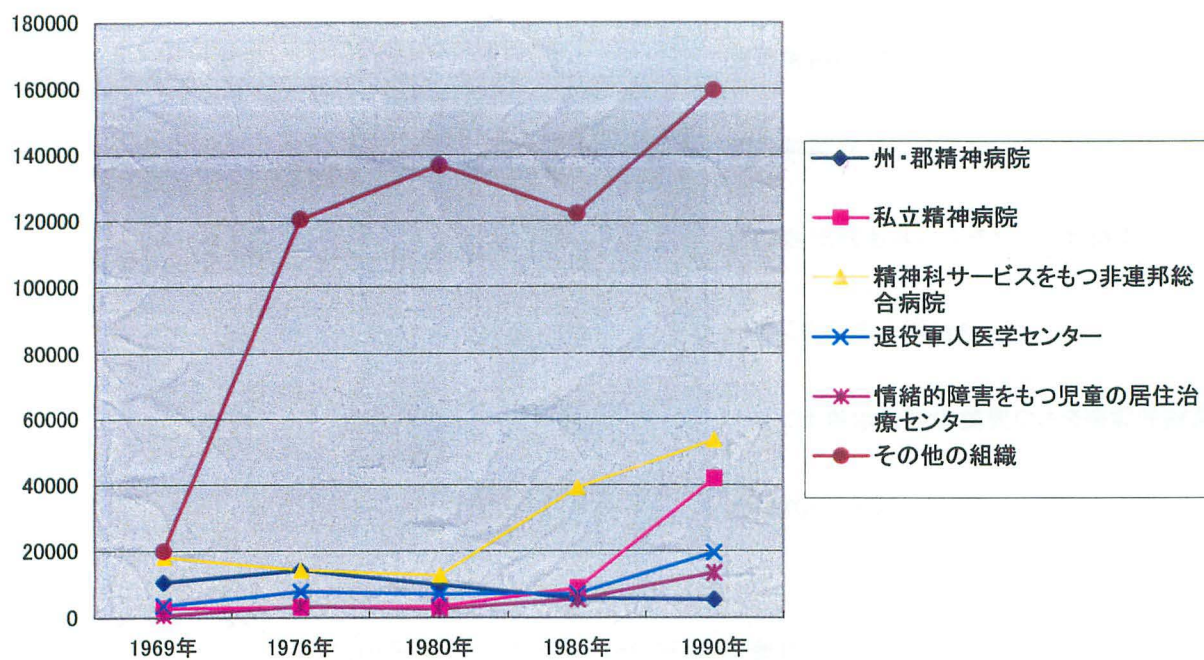


図4 アメリカにおける部分入院の実数の年次推移

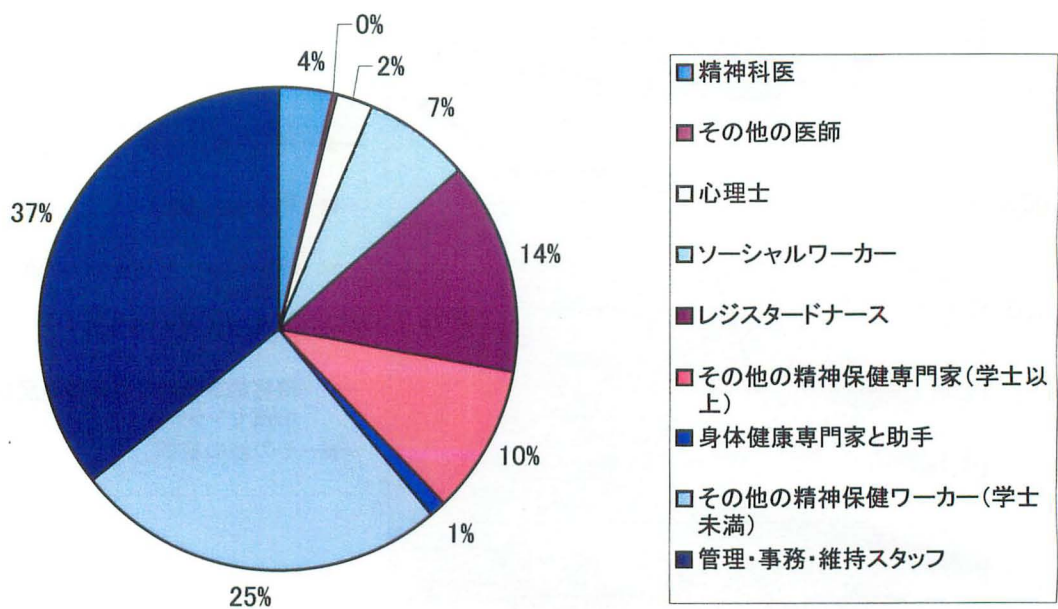


図 5 1994 年のアメリカ精神保健施設全体における常勤換算スタッフの職種別割合

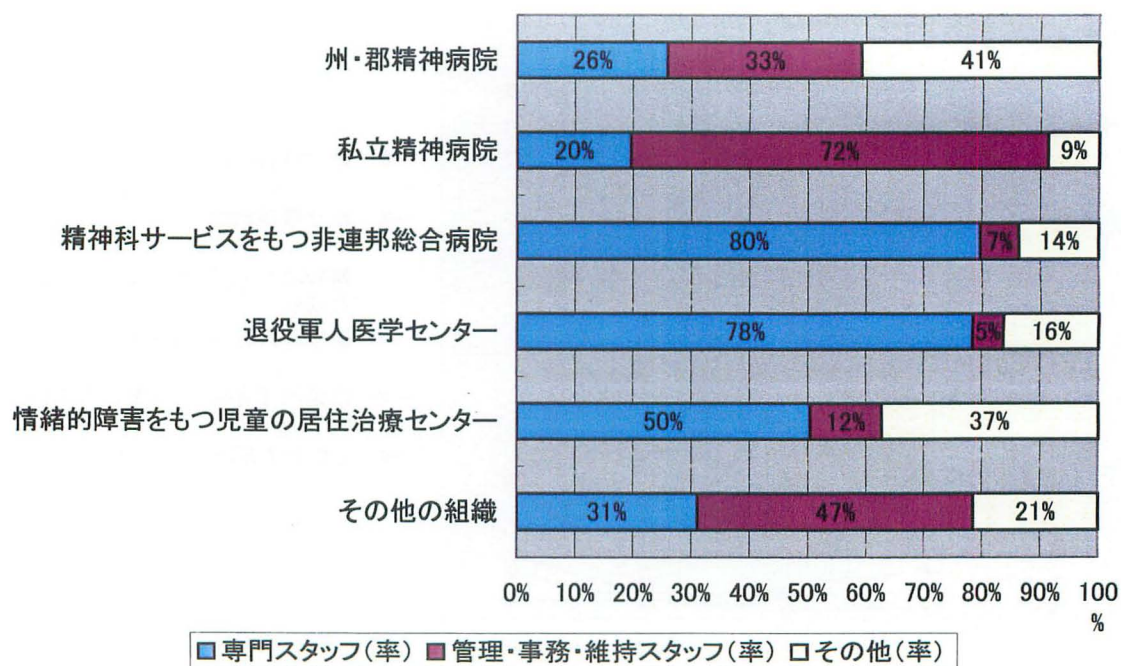


図 6 1994 年のアメリカ精神保健施設における運営主体別にみた専門スタッフの割合

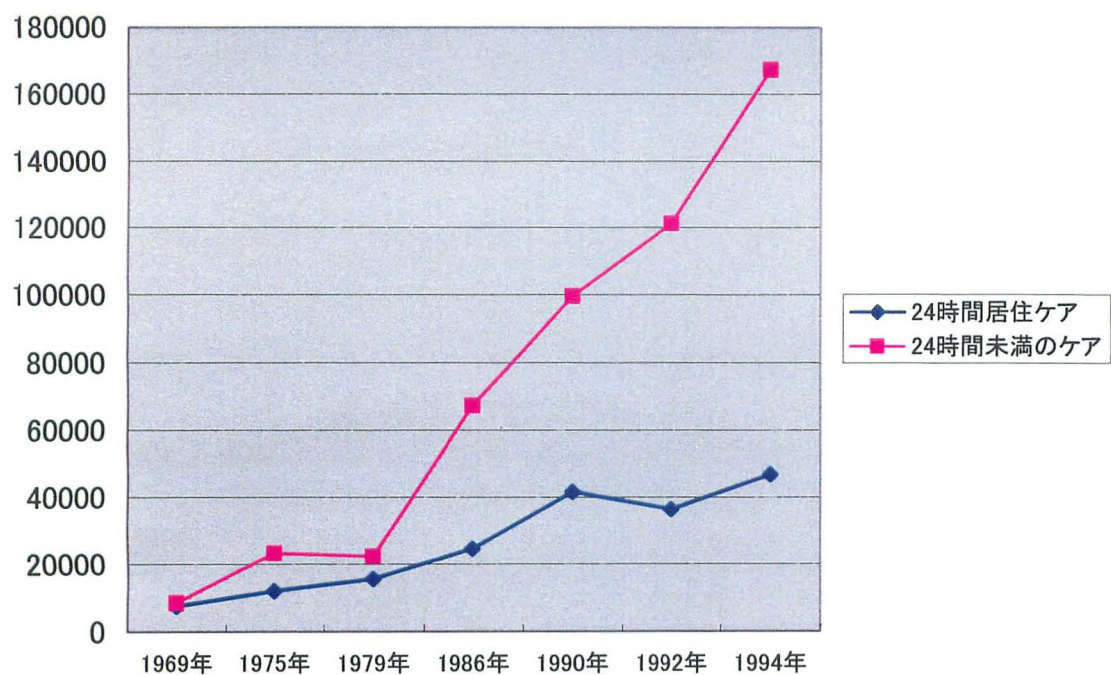


図 7 情緒的障害をもつ子どもの居住治療センターにおける
24 時間居住ケアの実数および 24 時間未満のケア実数の年次推移

平成13年度 障害保健福祉総合研究推進事業報告書

平成14年3月 発行

発 行 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
〒162-0052 東京都新宿区戸山1丁目22番1号
(戸山サンライズ内)
電 話 (03) 5909-8280
FAX (03) 5909-8284
