



イギリスにおける精神医療法制の動向

著者	緒方 あゆみ
雑誌名	同志社政策科学研究
巻	5
ページ	151-161
発行年	2004-02-10
権利	同志社大学大学院総合政策科学会
URL	http://doi.org/10.14988/pa.2017.0000004777

イギリスにおける精神医療法制の動向

緒方 あゆみ

あらまし

わが国の精神保健福祉施策は、1995年に制定された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、「精神保健福祉法」と略称する)以降、自治体レベルで積極的に展開されてきたが、長年の精神障害(者)への偏見や差別等から、他の障害者施策に比べると遅れているのが現状である。特に、精神障害者の社会復帰支援(自立生活支援および就労支援)に関する施策の遅れは深刻であり、地域住民への啓発活動をさらに推進するとともに、地域生活支援センター、授産施設、グループホーム等の社会復帰関連施設の整備が急務である。

問題は、精神障害者が地域の中で安心して社会生活を営めるようになるためには、地域精神科医療と地域精神保健福祉に関する支援や施策をどのように実施し発展させるかにある。そこで本稿では、障害者福祉に関する施策の歴史が長く、精神医療においても先進国であるイギリスの取り組みを検討したい。イギリスの精神障害者施策は、病院での入院中心のケアからコミュニティケアへと移行したが、その経緯と現状については批判もあるものの、世界的にも高く評価されており、わが国の精神保健福祉施策を検討するにあたって、イギリスの動向を知ることが必要である¹。また、イギリスの現行法である「精神保健法」(The Mental Health Act 1983)は、強制入院手続に関する規定等に関してわが国の精神保健福祉法と類似しており、また、2003年7月に国会で可決・成立したばかりの「心神喪失等の状態で重大な他害行為を

行った者の医療及び観察等に関する法律」(以下、「心神喪失者等医療観察法」と略称する)は、主としてイギリスの制度を参考にして提案されたものである。

本稿では、イギリスの精神保健法の概要の紹介に加え、同法を含む法律からみた精神医療史、医療制度等を中心に検討する。

1. はじめに

精神障害者の社会復帰支援をすすめていくにあたり、最も大切なことは、精神障害(者)に対する差別や偏見、誤解をなくす努力を続けていくことと同時に、精神障害者が地域の中で安心して社会生活を営めるようにするために、地域精神科医療と地域精神保健福祉に関する支援や施策をどのように実施し発展させるかにあると考える。

イギリスは、障害者福祉に関する施策の歴史が長く、精神医療においても、精神障害者の脱施設化をいち早く進めた国であり、精神障害者が社会の中で安心して自立した暮らしを営めるようにするため、さまざまな経済的支援および人的支援施策を講じている。わが国の精神保健福祉施策を実施する上での基本法である精神保健福祉法の制定に際しても、イギリスをはじめとする欧米の医療・福祉の先進諸国の精神障害者福祉に関する取り組みが少なからず影響を与えていると思われる。

以下では、比較法的研究として、イギリス²における精神障害者の社会復帰支援について、精

¹ イギリスの精神障害者施策の変遷、医療制度について紹介しているものとして、〔新貝97〕13 - 17頁

² 本稿でいう「イギリス」は、イングランドおよびウェールズを指す。

神医療の歴史、医療制度、精神保健法の概要等について検討していくことにする³。

2. 精神医療法制の史的展開

イギリスの精神医療の歴史は、大きく以下の4つに区分できるように思われる(表1)。

第 期 黎明期 1800年代前半まで 貧困者への救済・保護施策

イギリスにおける最初の社会福祉に関する法律は、1531年救貧法(The Poor Law 1531)である。同法は数回の一部改正を経て、1601年エリ

ザベス救貧法(The Poor Relief Act 1601)、次いで1834年新救貧法(The New Poor Law 1834)というように、改正とともに名称変更が行われ、1948年に国民扶助法が制定されるまでの間、国家が貧困者、障害者、高齢者等の社会的弱者に対する救済・保護施策を行うための根拠法として位置づけられていた。

18世紀中期までは、イギリスでは精神障害者に対する特別なサービスは行われていなかった。当時、精神病院は1247年に設立されたベスレム(Bethlem)病院1ヶ所しかなく、精神障害者は地域で放置されるか収容所(刑務所等)で生活していたといわれる⁴。精神障害者の収容施設の建設促進を盛り込んだ精神障害者法(The Lunatic Act

表1 イギリス精神医療法制の史的展開

1531年	救貧法
1601年	エリザベス救貧法
1834年	新救貧法
1845年	精神障害者法
1890年	精神異常法
1911年	国民保健法
1913年	精神薄弱者法
1930年	精神処遇法
1942年	ペバリッジ報告
1944年	障害者(雇用)法(1953年に改正)
1946年	国民保健サービス法(1966年、1977年に改正)
1948年	国民扶助法
1959年	精神保健法
1962年	病院計画(1966年に改定)
1970年	慢性疾患および障害者法
1983年	精神保健法
1986年	障害者法
1990年	国民保健サービスおよびコミュニティケア法
1995年	障害者差別禁止法
1995年	精神保健(地域における患者)法

³ わが国の動向に関しては、拙稿「精神障害者の社会復帰支援施策の現状と課題 - 京都市における実態調査研究を中心に -」、同志社政策科学研究4巻1号(2003年)285頁以下を参照願いたい。

⁴ [新福・浅井01]43頁

1845) が 1845 年に制定されたが、同法は世論を反映し、精神障害者の永続的な隔離を目的としていた。そのため、精神障害者はケアを受けるのではなく、施設内において監禁・拘束の対象とされる結果になったのである。

第 期 骨格形成期 1800 年代後半～1940 年代前半まで コミュニティ外でのケア

精神障害者のケアを内容とする法整備が図られるようになるのは、19 世紀後半になってからである。1886 年に知的障害者を対象とする精神薄弱者法 (The Idiot Act 1886) が、1890 年には精神病と精神薄弱 (= 知的障害) 者を対象とする精神異常法 (The Lunacy Act 1890) が、1913 年に精神薄弱者法 (The Mental Deficiency Act 1913) が、それぞれ制定された。これらの法は隔離政策を内容としているため、精神障害者および重度の知的障害者は、大規模施設やコロニーといった地域社会から離れた施設に収容されることになった。

しかし、1910 年代頃から脱施設化、コミュニティケアの概念が一般に広まるにつれて、入所施設ではなく地域社会の中でケアを行うべきであるとする運動が始まった。そうして、知的障害者は 1929 年に地方自治法 (The Local Government Act 1929) によって、精神障害者は翌年 1930 年の精神科治療法 (The Mental Treatment Act 1930) によって、外来診療所やアフターケア施設の設立が自治体に対して推奨され、精神障害者も地域でケアを受けられるようになった⁵。また、同法施行から、強制入院以外に自由 (任意) 入院の形態ができ、精神医療が強制されるものから患者が自発的に利用できるものへと変わりはじめた⁶。

⁵ 1930 年法は、1890 年法の改正法である。

⁶ [三宅 85] 129 - 130 頁

⁷ 1987 年に共済制度の形態で労災保険制度が発足し、1906 年に中央政府から失業にもとづく貧困のための小規模の拠出がなされ、1908 年には無拠出制の老齢年金制度が創設された。

⁸ 1911 年国民保険法制定以降は、1925 年に拠出制の寡婦年金・老齢年金法が制定されている。同法制定により、年金の分野にも社会保険が導入されることになった。

⁹ 1946 年国民保険法は、1975 年に社会保障法 (The Social Securities Act) に改正され、その後数度の改正を経て現在に至っている。また、社会保障制度に関しては、1992 年に「社会保障納付及び給付法」(Social Security Contributions and Benefit Act 1992) と同法の運用に関する法である「社会保障管理法」(Social Security Administration Act 1992) の二法が制定され、2000 年には、特に児童に関して、「児童支援・年金及び社会保障法」(The Child Support, Pensions and Social Security Act 2000) が制定されている。See. Halsbury & Statutes Forth Edition Vol.40, London Butterworths, 1997; Halsbury & Statutes Fourth Edition. Is it in Force? 2003, London Butterworths, 2003

¹⁰ 1946 年国民保険 (産業災害) 法は、1974 年、82 年、87 年の一部改正され、1990 年に NHS サービスおよびコミュニティケア法と改称された。

¹¹ 1948 年国民扶助法の制定により、1531 年以降、数世紀にわたって続いた救貧法が廃止された。

また、1900 年前後から社会保障制度が徐々に形成され⁷、1911 年に失業保険と健康保険を内容とする 1911 年国民保険法 (The National Insurance Act 1911) が制定され、イギリスで初めて社会保険制度が導入された。同法により、所得が一定水準以下の全ての人に対して、保険料の拠出を条件として、所得補助のための現金給付や社会保障給付が行われるようになった⁸。

第 期 発展期 1940 年代後半～1980 年代まで 施設からコミュニティケアへ

第一次世界大戦、第二次世界大戦の後遺症として、数多くの戦争傷痍者 (= 身体障害者) が生まれ、彼らの救済施策が問題となった。そこで、彼らに対する社会復帰支援施策として、職業リハビリテーションに関する施策が展開されていった。その後、1944 年障害者 (雇用) 法 (The Disabled Persons (Employment) Act 1944) の制定により、戦争傷痍者以外の障害者も就労支援サービス (割当雇用制度) の対象に含まれることになった。

また、戦時下の 1942 年、W. H. Beveridge が中心となってイギリスの社会保障の包括的なデザインを提唱した「ベバリッジ報告書」が提出され、1946 年国民保険法 (The National Insurance Act 1946)⁹、1946 年国民保健サービス法 (The National Health Service Act 1946)、1946 年国民保険 (産業災害) 法 (The National Insurance (Industrial Injuries) Act 1946)¹⁰、1948 年国民扶助法 (The National Assistance Act 1948)¹¹ 等の社会保障関連法が 1940 年代後半に相次いで制定されていった。

障害者福祉施策に関しては、第二次世界大戦後、英米を中心に脱施設化が進められるようになったことに加え、1946 年国民保健サービス法により、大規模入所施設の収容から地域でのケ

アへと方針が変更された¹²。1948年国民扶助法では、経済的支援のほか、29条において、障害者福祉の促進が地方自治体の機能とされ、施設および在宅サービスの整備充実が自治体の責務とされた¹³。さらに、地方自治体の役割と責務を強化するため、1970年には慢性疾患および障害者法（The Chronically Sick and Disabled Persons Act 1970）により、地方当局に所管区域内の慢性疾患患者と障害者全員を登録し、こうした人々に提供されるサービス情報を公刊する義務を負わせることになった。また、1986年に制定された障害者法（The Disabled Person Act 1986）でも、5条および6条において、自立支援に関する一定範囲の福祉サービスを地方自治体の責任とする趣旨の規定が置かれた。

精神障害者のコミュニティケアの推進に関しては、1959年に精神保健法（The Mental Health Act 1959）が制定され、同法8条は、1946年国民保健サービス法および1948年国民扶助法の規定に基づいて自治体が各種サービスを提供することを定めた。これにより、精神障害者のケアの責任は病院から自治体に移ることになった。また、社会的入院を減らし、精神障害者が地域社会の中で暮らすことを促進するため、1962年の病院計画（Hospital Plan）によって精神病院のベッド数は人口1,000人につき3.3床から1.8床に減少する行政措置がとられることになった¹⁴。

第 期 再編期 1990年代以降 NHS改革

1990年代に入り、NHS改革によりイギリスの医療制度は大きく変わるようになった。従来から課題となっていたNHS制度の改革問題としては、入院・手術等の順番待ち（いわゆる「ウェイティングリスト」問題）、人的・物的資源の確保、医療サービスの質の低下等をあげるこ

とができる。1986年に「プライマリーヘルスケア改革のための検討資料」（グリーンペーパー）が、1987年に「同改革に関するホワイトペーパー」がそれぞれ公表され、是正を求める勧告が出された。その結果、1989年にNHS制度改革とコミュニティケア改革を合わせた「Working for Patients」という名のNHS改革白書が草案として提出され、1990年にNHSサービスおよびコミュニティケア法（The National Health Services and Community Care Act 1990）が成立することになった¹⁵。同法の制定によって、障害者に関しては、NHSの長期入院治療から、自治体が社会復帰関連施設を整備し、ソーシャルサービスを提供することにより、障害者がコミュニティの中で生活できるようにするというコミュニティケアへの転換が求められるようになった。同法46条は、すべての地方自治体はコミュニティケアプランを策定し公表する責任を持つことと規定している。例えば、精神障害者のコミュニティケアに関しては、制度導入の初年度に、サービス提供のための特別補助金（the mental illness specific grants）が計上されている¹⁶。

精神障害者のケアに関しては、第二次世界大戦後、「施設ケア」から「地域ケア」へと方針が転換され、病院計画により精神病院のベッド数の削減が行われてきた。1990年代からのNHS改革により、コミュニティケアの傾向はいっそう強まり、精神病院の閉鎖および（特に長期収容病棟の）病床の削減、それに伴う居住施設等の建設・受け入れが進められていった¹⁷。

ところで、1980年から続いてきたサッチャー＝メージャー保守党政権は、1997年に現在のブレア新労働党政権へと移行した。その結果、第二次世界大戦後からとられてきた「ゆりかごから墓場まで」という福祉路線から、「Welfare to

¹² 〔新貝97〕13 - 14頁、〔仲村・一番ヶ瀬99〕95頁

¹³ しかし、29条の規定は1960年の改正までは努力目標にすぎなかったため、成果があがらなかった。

¹⁴ 〔仲村・一番ヶ瀬99〕96頁

¹⁵ 1991年NHSサービスおよびコミュニティケア法の制定により、NHS改革は1991年、コミュニティケア改革は1993年から始まった。その後、1997年国民保健サービス（プライマリーケア）法（The National Health Service (Primary Care) Act 1997）の制定、1997年のホワイトペーパー（The New NHS: Modern, Dependable）、1998年の『行動するパートナーシップ』（Partnership in Action）、2000年の実施計画（The NHS Plan）の発表等により、プライマリーケアグループからプライマリーケアトラストへの移行等、保健とソーシャルサービス部門の地域における統合も進められている〔櫻原01〕27頁。なお、2002年4月から、プライマリーケアトラストはケアトラストへと形態を進展させ、これまで自治体が担当していた福祉サービスとの一体化を図っている〔一圖02〕8頁。

¹⁶ Social Services Inspectorate, Department of Health, *Building Community Services The Mental Illness Specific Grant A Review of the First Four Years, 1991-1994* (1995) HMSO. この点について、〔仲村・一番ヶ瀬99〕125 - 128頁

¹⁷ 一方、病床の削減のために、急性期患者の入院のための病床が不足している、退院後ホームレスになった精神障害者への支援といった問題点も指摘されている〔新福・浅井01〕46 - 47頁。

Work」(福祉から雇用へ)というスローガンのもと、ニューディール政策¹⁸を中核とした新しい福祉・労働政策が進められている。同政策は、従来完全雇用政策から労働市場を重視した経済社会の構造改革を行う政策へと路線変更を促した。失業者、貧困者、障害者等に対しては、所得補助等の現金給付ではなく、職業・教育訓練の機会を与えることになった。こうして、同政策は、所得再分配型の「結果の平等」ではなく「機会の平等」を保障して、人々の社会復帰、雇用機会の増加を目指している。ニューディール政策が始まった背景の一つに、1990年代頃から注目されるようになった「社会的排除」(social exclusion)の問題がある。すなわち、低所得に加えて、スキル不足、失業、健康の悪化等がさらに社会的排除を生み、貧困が一層深刻なものとなることについて、政府は現金給付だけに頼るのではなく、教育・訓練を行い、就労の機会を与えることによって社会的統合を目指す方向に進んでいる。

障害者に対する施策としては、1995年に、障害者差別禁止法(The Disability Discrimination Act 1995)が制定されている。同法は、就労、教育、交通、建物等に関して障害者差別に該当する場合を詳細に規定し、差別を受けた者に対して当該差別を是正しかつ損害を回復する権利を付与している。1995年法の制定により、1944年障害者(雇用)法は廃止され、割当雇用制度も廃止された。障害者の雇用に関しては、1995年法により、従業員の募集、採用および雇用の継続等に際し雇用

主が差別することを禁止する制度が導入された¹⁹。

精神障害者に関しては、1983年に1959年精神保健法が1983年精神保健法(The Mental Health Act 1983)に改正され、現在に至っている。精神保健法が改正された要因としては、医療制度・水準の向上、治療・処遇方針の変化(閉鎖から開放処遇へ、施設からコミュニティへ、作業療法やデイケアを重視する等)、患者の権利の保護・拡大等があげられる。また、精神障害犯罪者に関して、1970年代当時、社会で問題となっていた、精神障害を有する犯罪者を収容する刑務所や特別病院の過剰収容問題を解決するため、精神障害犯罪者の処遇と退院のあり方に関する法規定を再検討する必要があったことも要因の一つである²⁰。

1995年には、1983年法を一部補う形で1995年精神保健(地域における患者)法(The Mental Health (Patients in the Community) Act 1995)が制定されている。また、1983年法から20年経た現代の精神医療・医学、社会状況を反映させるため、精神保健法は現在大幅な改正作業がすすめられている。1983年法および1995年法、そして最近の精神保健法改正の動向については、後に4で検討する。

3. 医療制度：精神保健システム

イギリスにおける精神保健システムの流れは以下の通りである(表2)。

表2 イギリスの精神保護システム

患者	GP 受診	精神科専門医受診	GP による治療(1次ケア)	通院治療(2次ケア)	入院治療(3次ケア)
			1次ケア: GP、CPN、SW	2次ケア: 外来クリニック、デイセンター(デイケア)	3次ケア: 精神科病棟、精神病院、デイホスピタル
					ショートステイ、中期療養、長期療養

¹⁸ ニューディール政策は1998年4月から始まった失業者への就労支援事業である。障害者に関しては、2001年7月からプログラムが実施されている〔藤原03〕50頁以下。

¹⁹ 障害者差別禁止法の対象は、制定時は従業員20人以上規模の事業主であったが、1998年に15人以上に拡大され、2004年にはすべての企業に同法が適用されることになっている〔藤井01〕28頁。1995年法に関しては、修士論文「障害者雇用促進施策に関する一考察 - イギリスにおける史的展開を中心に - 」を参考にいただきたい。

²⁰ 1959年精神保健法の改正の背景について、〔三宅85〕134 - 139頁

- * すべての段階において、地域精神保健チーム（精神科医、看護師、心理士、SW等）が関わる。
- * GP：家庭医（かかりつけ医（general practitioner）をいう。
- * CPN：地域精神科看護師（community psychiatric nurse）をいい、訪問看護を行う。
- * SW：ソーシャルワーカーをいい、日々の生活上の問題等、本人や家族からの相談にのる。

患者は、GPで最初の診察を受け²¹、GPが精神科専門医の診察が必要と判断して初めて精神科に受診することができる。NHSでは、『患者憲章』（Patient's Charter）で、GPから精神科専門医への紹介・診察までに4週間、その診察結果をGPが患者に知らせるまでに2週間という目標を設定している²²。精神科医の診察を受け、専門的治療を継続すべきであると判断されると、地域精神保健チーム（community mental health care team）の管理下に入り治療方針が立てられる。

デイセンター・デイケアは、いずれも日本でいうデイケアにあたるものであり、地方自治体とNHSがサービスを提供している。地方自治体によるデイケアを特にデイセンターと呼ぶ²³。NHSによるデイケアはデイホスピタルにおいて行われる。デイケアでは、社会復帰を目指す精神障害者のために昼間の活動の場を提供し、職業（準備）訓練等を行う。その他の社会復帰施設としては、憩いの場としてのクラブ、生活訓練施設（residential training centre）通所授産施設がある。また、病院から地域社会への中間施設（halfway house）としての精神障害者居住施設には、入所授産施設、ホステル（hostel）グループホーム等がある。ホステルやグループホームは、小規模収容施設である。グループホームは、地方自治体が提供するものと、民間のボランティアまたは個人が経営するものがある。ホステルは、日本でいう福祉ホームに匹敵するものである。

²¹ NHSの医療サービスは、すべてGPを介して提供されるため、事前にGPに登録することが必要である。原則として、居住地区ごとに担当GPは決まっているが、変更することもできる。

²² National Health Service: The Patient's Charter Mental Health Services. Department of Health, London, 1996. しかし、現実にはより長期的待ち時間が必要である。緊急の場合には救急部門を介して入院できるが、その場合でもGPへの連絡は必要である〔大西98〕109 - 112頁。

²³ デイセンターには、医療スタッフが関わらない。

²⁴ 特に、精神障害犯罪者に関する部分の草案の内容について、〔三宅02a〕20頁以降。

²⁵ 白書の内容について、〔川本02〕151頁以降、〔三宅02b〕217頁以降。なお、Green Paperについては、〔Parkin00〕が詳しい。

²⁶ 4.1～4.4は、筆者の試訳である。

²⁷ スコットランドは、翌1984年にThe Mental Health (Scotland) Act 1984を制定している。

²⁸ 「精神病質」は、近年「人格障害」と称されるようになっている。

4．法制度：精神保健法

精神保健法（The Mental Health Act）は1959年に制定され、1982年の一部改正、1983年の大改正、1994年の一部改正を経て現在に至っている。現在、改正作業が進んでおり、2002年6月に精神保健法草案が議会で提出され²⁴、同年12月には、内務省・法務省合同の白書「精神保健法の改正」（Reforming the Mental Health Act）が公表されている²⁵。

ここでは、1983年精神保健法と1995年に制定された精神保健（地域における患者）法、2002年の精神保健法草案および精神保健法改正に関する政府白書の概要を検討する²⁶。

4.1 1983年精神保健法（The Mental Health Act 1983）²⁷

1983年法は、全10章149条と6つの附則から成る。第1章は、精神障害（者）の定義について規定している。本法では、第1条において、「精神障害」（mental disorder）の定義を、「精神病」（mental illness）、「精神発達の遅滞または不全」（arrested or incomplete development of mind）、「精神病質」（psychopathic disorder）²⁸、「その他の精神の不調または障害」（any other disorder or disability of mind）とし、幅広い括りとなっている。「精神発達の遅滞または不全」には知能や社会的適応に関する病気が含まれる。なお、「精神病質」とは、知能に重大な損傷があるのではなく、精神の病気や障害が持続している、精神に損傷があるという意味であり、その結果として、その人の一部の行為が異常に攻撃的または責任無能力状態になることをいう。性的異常、アルコール中毒やドラッグ中毒に関しては、精神障害の

定義からは除かれている。

第2章(第2条～第34条)は、強制入院および保護に関して、その定義、内容、対象となる病院、監督下でのアフターケア(25条)等について定めている。

第3章(第35条～第55条)は、精神障害犯罪者の処遇について規定している。刑事裁判所(Crown Court)は、精神障害を有する犯罪者に対し、保護観察下において強制的に治療を受けさせることができる(36条)。一定の条件を満たした場合には、刑事裁判所または治安判事裁判所は、28日を越えない範囲での(措置)入院命令の言渡しも可能である(37条)。

第4章(第56条～第64条)は、治療の同意について定めている。1982年精神保健(修正)法(The Mental Health (Amendment) Act 1982)は、暗黙の同意や一定の状況下では患者の同意なしに治療の強制的開始を認めた。しかし、1983年法に同法が大改正されてからは、患者の権利を守りながら、当該患者が必要な治療を受けられるようになった。入院や病院での継続的な治療が必要な場合、患者に対し事前に治療は可能であるという説明をすること、いわゆる「治療可能性テスト」(treatability test)が求められている。

第5章(第65条～第79条)は、精神保健審判所(Mental Health Review Tribunals)について規定している。精神保健審判所は、1959年法から新たに設立された。精神保健審判所は、精神保健法の下での申立を扱う専門の行政審判所であり、すべての地区(district)に設置されている。審決に対して異議がある場合には高等法院(High Court)への上訴することができる。

第6章(第80条～第92条)は国内での転院や再入院の手続について、第7章(第93条～第113条)は精神障害により判断能力の低下した者の財産管理について、それぞれ規定している。

第8章(第114条～第125条)は、地方当局および国務大臣の役割について定めている。1983年精神保健法委員会(設立および組織)命令(The Mental Health Act Commission (Establishment and Constitution) Order 1983)により、1983年に精神保健に関する特別な諮問機関として精神保健委員会が発足し、国務大臣に代わって様々な活動を行っている(121条)。第9章(第126条～130条)は罰則を、第10章(第131条～第149条)は雑則を、それぞれ規定している。

4.2 1995年精神保健(地域における患者)法(The Mental Health (Patients in the Community) Act 1995)

1995年法は、1983年精神保健法および1984年精神保健(スコットランド)法の一部の条文について、その内容を補完したものであり、全7条および附則から成る。同法は1996年4月1日から施行されている。同法は、イギリスに関するものとして、監督下でのアフターケア(第1条、1983年法25条および117条関係)、無断外泊(第2条、1983年法18条および20条関係)および外泊許可(第3条、1983年法17条関係)の3点について詳細に規定している。は、地区保健局(District Health Authority)および地方社会事務所(local social services)といった行政機関に向けた義務規定である。これらの機関は、精神障害を持つ人が、安心して継続的な支援および治療を受けられるようにするとともに、その者がもはやサービスを必要としなくなるまで、関連のボランティア団体と協力しながらアフターケアサービスを行うとしている。アフターケアの内容には、CPNによる訪問看護も含まれる。は、権限のない外出、すなわち無断外泊とその患者の連れ戻しに関する規定である。無断外泊の場合、当該患者は監督下に入り、SW、警官、病院の管理職員等によって病院に連れ戻される。保護命令を無視して外泊した者についても同様である。

は、外泊に関する許可および計画である。RMO(Responsible Medical Officer; 指定医)は、精神保健法の対象となる者の外泊を許可することができる。しかし、その許可は、当該患者の健康状態または安全について問題が生じたとき、他者を守る必要があるときにはRMOはいつでも撤回できる。許可の期間は患者の症状によって決められ、承諾されれば延長も認められる。外泊期間中は病院職員の監督下にある必要はない。

4.3 精神保健法草案(The Draft Mental Health Bill, Department of Health 2002, Cm 5538 -)

本草案は、全11章180条と9つの附則からな

る。第1章(第1条~第5条)は、法の目的および基本的な語句の定義等について定めている。

第2章(第6条~第56条)は、調査(第9条~第16条)、評価(第17条~第27条)等について規定している。

第3章(第57条~第111条)は、刑事手続の過程での精神障害を有する患者の扱いについて、送還時(第57条~第76条)、命令が出された場合(第77条~第83条)、病院移送(第92条~第100条)、精神保健審判所への申立および照会があった場合(第101条~第106条)、補則(第107条~第111条)に分けて定めている。

第4章(第112条~第120条)は、患者への医学的な治療に関して、特別な保護の下での治療が必要とされる場合(第112条~第116条)、その他、強制的な治療が必要な場合(第117条~第120条)に分けて規定している。

第5章(第121条~第139条)は、有効な承諾のない患者に対する治療について、それが認められない場合(第121条)、施設管理者の義務(第124条)、ケアプランの作成、承認、および修正(第129条、第130条、第132条)等に関して定めている。

第6章(第140条~第147条)は、権限による患者の保護・拘束、移送(第142条~第145条)について規定している。

第7章(第148条~第163条)は、患者が16歳から18歳の場合(第148条~第150条)、精神保健審判所で審議中の人(第156条)等、特定の人扱いについて規定している。

第8章(第160条~第164条)は控訴について、第9章(第165条~第169条)は違法行為について、それぞれ定めている。

第10章(第170条~第175条)は、施設管理者による情報提供義務(第170条)や患者の同意(第171条、第172条)等について規定した雑則、第11章(第176条~第180条)は規則や命令等の策定(第176条)、語句の説明(第177条)等を定めた一般則である。

4.4 精神保健法改正に関する政府白書²⁹ (Reforming the Mental Health Act: December 2002)

本白書は、2編から構成されている。第1編は、「新しい法的枠組みに」について、第2編は、「犯罪を引き起こす可能性が極めて高い精神障害者(High Risk Patients)」についてであり、それぞれに新しい解釈を示したものである。本白書の大部分は、先に公表された内務省および保健省の合同検討委員会による精神保健法草案政府諮問³⁰に依拠するものであり、国際人権規約にも配慮して作成されている。

第1編の新しい法的枠組みに関しては、「精神障害」の新しい定義について提案されている。本白書では、「精神障害とは、恒常的であると一時的であるとを問わず、精神または脳のあらゆる障害および症状であり、精神の不調または機能障害をもたらすものをいう」として、精神障害の概念がより広いものとなっている。

第2編の犯罪を引き起こす可能性が極めて高い精神障害者に関しては、人格障害(psychopathic disorder)のカテゴリーに入る患者、特に近年注目されている、「危険でかつ重篤の人格障害者」(dangerous and severely personality disorder: DPSD)について、治療可能性のいかんにかかわらず裁判所の命令により強制的に治療を受けさせることを可能にしている。

本白書でDPSDというカテゴリーが導入され、これを強制治療の対象にすることが可能になった理由は、以下の点にある。従前、「精神病質」と呼ばれていた「人格障害」を有する人達は、いわゆる「精神病者」ではないために、今まで精神医療の対象とされなかった。そのため、彼らは十分な治療を受ける機会に恵まれないまま社会に放置され、結果としてホームレス化したり、犯罪に手を染めたりすることが増え、社会に危害を与える存在となっていった。そこで、犯罪を惹起するおそれの高い人格障害者から社会・公衆を保護すべきであるという要請が生まれるように

²⁹ [Ostrin 02]、492頁以降

³⁰ その後、2002年9月に、「精神保健法草案政府諮問に関する精神保健法検討委員会の回答」(The Mental Health Act Commission Response to the Draft Mental Health Bill Consultation September 2002)が公表され、重篤な精神障害者から児童をどのように守るか、患者および医療専門家の法的な権利の配慮、患者のケアを改善することに関する情報の共有、刑務所内の患者へのよりよいケア等について、委員会の見解が示されている。

なったからである。しかし、「人格障害」と「反社会的で危険な性格・行動」は必ずしも一致するわけではないから、「危険でかつ重篤の」という限定を付けたにせよ、治療可能性を問題にせず、「危険」と「重篤」の2要件のみで人格障害者を強制治療の対象にすることは妥当なのか、「犯行の危険性」が判断の困難な基準であることを考慮すると、些かの疑問は残る。

4.5 改正点

精神保健法草案および精神保健法改正に関する政府白書について、最も注目される改正点は、精神障害犯罪者の処遇に関する規定(第3章)であろう。1983年精神保健法では、精神病と診断されなかった者³¹については、「治療可能性」が認められた場合にのみ、病院に収容して治療を受けさせるという民事・刑事の強制手続をとることができることと規定している。すなわち、治療可能性が認められないと判断された場合には、患者は十分なケアを受けることができず、病状が再発あるいは悪化して地域の中で生活を送れなくなり、その結果、社会的適応が困難となって再犯の恐れが高まるという悪循環に陥っている。そこで、草案および白書では、治療可能性の要件を取り除き、精神障害の定義を広げることにより、従来法の対象とならなかった者に対しても強制治療を行えるようにしている。

このような動きが生じた背景の一つとして、精神病患者、特に重篤な人格障害者による凶悪犯罪の増加から国民を守る必要性が高いということがあげられるが³²、精神障害犯罪者は病気が原因となって犯罪を引き起こしたのであり、再犯防止のためにもまず十分な治療が社会内で行われるべきである。また、精神障害犯罪者が病院や刑務所から退院または釈放された後についても、精神障害者が地域住民とコミュニティの中で安心して生活を送ることができるように、十分な社会復帰資源およびサービスを提供することも再犯防止につながるであろう。強制治療は患者の人権とのバランスの問題があり、イギリスの

今後の動向が注目されるが、詳細な検討は次稿で行う予定である。

5. 小括

イギリスの精神医療の歴史、医療制度、精神保健法の概要を述べてきたが、日本と比較して数多くの施策および方針の類似点が見られる一方、日本にはまだ根付いていない制度や動きもある。例えば、イギリスでは自助組織が発達しており、精神障害(者)の支援に関わる団体も多い。彼らは、啓発活動や医学研究支援の他に、職業訓練や宿泊場所、デイケアサービスの提供まで行っており、イギリスの精神保健を支える重要な社会資源となっている³³。なお、日本の場合は家族会主導で始まり、近年ようやく当事者が自己の置かれた立場について語り始めるようになったばかりである。

しかし、イギリスの精神医療に関しても、課題が少なくないように思われる。第1に、イギリスはGPの受診を前提とするが、GPは精神科の専門医ではないため、きちんとした治療がなされていないおそれがあるのではないかということである。第2に、専門医の診察にはGPの紹介が必要なため、それまでに症状が悪化してしまうケースが少なくなく、その結果、GPが緊急に専門医の受診が必要と判断しても、専門医の(受診の)人数制限のために断られてしまう可能性があるという指摘もある³⁴。第3に、精神科救急医療に関しては、日本でも近年問題視されているが、制度は異なってもマンパワー不足の問題はイギリスも同じ問題を抱えているといわれる。

精神障害犯罪者の処遇に関しては、日本とイギリスでは制度が異なるため、簡単に比較することはできない。日本では、精神障害を有する犯罪者は、責任能力がないと判断された場合、司法手続から外れて精神保健福祉法の措置入院の対象となる。従って、矯正施設ではなく、一般の精神病院において治療が行われることになる。逆に、責任能力があると判断されて刑務所に収監

³¹ 知的障害(精神発達遅滞)、精神病質(人格障害)等

³² [中村・柑本00] 50 - 51頁

³³ [大西98] 115 - 116頁

³⁴ GPへの連絡なしに、救急車を呼び、直接救急部で受診することはできる[大西98] 112頁。

された場合、一般の受刑者と同様に懲役や懲罰の対象として扱われるので、十分な治療が提供されず、症状が悪化してしまう可能性がある。その場合、医療刑務所に移送されることもあるが、医療刑務所はあくまでも受刑者の受刑能力の回復を目的とする施設であり、イギリスのような医療施設と矯正施設の両方の性格を持っている精神障害犯罪者のみを収容する特別な病院・施設と比べると、その治療環境は恵まれているとはいえないであろう。

6. 今後の課題

以上、イギリスの精神医療制度および精神障害犯罪者の処遇に関する法制度について検討してきたが、以下に、精神障害者の社会復帰支援について、精神障害犯罪者の処遇および社会復帰支援についての二点に関してわが国の現状および問題点を指摘したい。

6.1 精神障害者の社会復帰支援について

今後わが国が精神保健福祉施策をすすめていく上で、特に以下の2点についてイギリスの取り組みが参考になると考える。第1は、住居(中間施設)の確保が実現されていることである。イギリスは早くから「コミュニティケア」の概念が地域住民に浸透しており、行政がサポートしながら地域ぐるみでの支援が進められている。住居の確保についても、精神病院の閉鎖および精神科病棟のベッド数削減に伴い、ホステルやグループホーム等の社会復帰にむけての中間施設の建設が進められている。同時に、退院した精神障害者が安心して地域で暮らしていけるように、SWやCPN等が定期的な訪問看護を行っており、ハード・ソフト両面による支援が行われている。これに対し、わが国においても、福祉ホームやグループホーム等の中間施設はあるものの、絶対数が足りず、退院を希望してもできないという「社会的入院」の問題が生じている。また、中間施設も、近隣住民の反対運動等から病院敷地内や病院のすぐ近くに建てられている所が多い。これでは彼等の行動範囲が必然的に狭くなり、十分な社会復帰が行われているとは

いいがたい。また、ソフト面においても、保健師、民生委員、社会福祉協議会等による訪問活動が行われているが、これらは精神障害者以外にも様々な人たちの訪問活動を行っているため、定期的に様子を見に行くことができないのが現状である。精神障害者は病気の性質上、互いの信頼関係の構築に時間がかかる場合が多く、同じ人が定期的にゆっくり話を聞くことができる体制づくりが望まれる。

第2は、自助グループによる啓発活動が活発に行われていることである。既述のように、イギリスでは自助組織が発達しており、精神障害(者)に関する団体も多い。彼らは、啓発活動や医学研究支援の他に、職業訓練や宿泊場所、デイケアサービスの提供まで行っており、イギリスの精神保健を支える重要な社会資源となっている。これに対し、日本にも家族会や当事者の会があるものの、それらの規模は小さく、資金力もないため、活動にも限界がある。もっとも、最近、共同作業所の運営を通じた近隣住民や地元企業との交流、さらには地域の作業所と保健所が連携したイベントの実施により、地域をまきこんだ運動が展開されつつあることは見逃せない。そのような活動により、地域ネットワークの形成を確立させるとともに、地域の精神保健福祉センターが中心となって啓発活動をさらに展開すべきであろう。

6.2 精神障害犯罪者の処遇および社会復帰支援について

精神障害者の社会復帰支援は、精神障害犯罪者についても同様に問題となる。とりわけ、精神障害犯罪者の社会内処遇のあり方は、再犯防止の観点から重要な課題である。

ところで、2003年に制定された「心神喪失者等医療観察法」は、殺人、放火等の重大な罪に当たる行為について、心神喪失又は心神耗弱を認定されて不起訴となった、または心神喪失を理由として無罪判決になった、もしくは心神耗弱により刑を減輕された有罪判決を受けた精神障害者を、特別な病院(病棟)に強制入院させて治療することを内容とするものである(2条3項・4項)。しかし、同法は、犯罪を引き起こした精神障害者が入院し、治療を受け、症状が回復し、退院をした後のことについては、具体的な案を提示していな

い。施設内での処遇に加え、退院後の施設外での処遇をトータルに行うことによって始めて、精神障害犯罪者の社会復帰や再犯防止の目的に資するであろう。同法は、イギリスの法制度を参考にして法案が提出されており、比較法的検討の必要性がある。この点は今後の課題としたい。

以上のことから、今後は、急務の課題である精神障害犯罪者の社会復帰支援、社会内処遇の問題について研究の重点をシフトさせ、私なりの制度設計を示すことができるようにしたい。

参考文献

- [一圓02] 一圓光彌「イギリスの医療保障制度の概要」、世界の労働 52 巻 6 号、2002 年、2 - 10 頁
- [大西98] 大西 守編『新精神科選書 多文化精神医学の潮流』、診療新社、1998 年
- [檀原01] 檀原朗「イギリス社会保障の動向と現在」、大原社会問題研究所雑誌 517 号、2001 年、1 - 29 頁
- [川本02] 川本哲郎『精神医療と犯罪者処遇』、成文堂、2002 年
- [新貝97] 新貝憲利他「海外諸国の精神科医療に関する国際比較」、日本精神病院協会雑誌 16 巻 8 号、1997 年、13 - 17 頁
- [新福・浅井01] 新福尚隆・浅井邦彦編集『世界の精神保健医療』、へるす出版、2001 年
- [仲村・一番ヶ瀬99] 仲村優一＝一番ヶ瀬康子編集代表『世界の社会福祉イギリス』、旬報社、1999 年
- [中村・柑本00] 中村恵・柑本美和「イギリスの司法精神医療」、日本精神病院協会雑誌 19 巻 10 号、2000 年、43 - 51 頁
- [藤井01] 藤井伸章「イギリスの社会労働事情 - プレア労働党政権下の社会・労働政策 - 」、世界の労働 2001 年 11 月号、2001 年、20 - 29 頁
- [藤原03] 藤原絹子「イギリス国内の失業者の再訓練に関する施策について」、日本労働研究雑誌 514 号、2003 年、50 - 54 頁
- [三宅85] 三宅孝之「イギリスの精神衛生法制とその発展」、戸塚悦郎・広田伊蘇夫共編『精神医療と人権(3)』、亜紀書房、1985 年、129 - 165 頁
- [三宅02a] 三宅孝之「イギリスにおける精神障害と犯罪者の処遇 - 現状と法改正の動向 - 」、刑政 113 巻 10 号、2002 年、20 - 33 頁
- [三宅02b] 三宅孝之「イギリスにおける触法精神障害者の処遇と法改正の動向」、島大法学 45 巻 4 号、2002 年、217 - 244 頁
- [Ostrin01] AR Ostrin, 'Reforming the Mental Health Act: The White Paper', *New Law Journal*, 6 April 2001, pp.492 - 496
- [Parkin00] Alan Parkin, 'Contrasting Agendas in the Reform of Mental Health Law; the Expert Committee and the Green Paper', *Web JCLI* (2000)