

# 精神障害犯罪者の社会復帰支援施策

緒方 あゆみ

## あらまし

2003年7月に制定された「心神喪失者等医療観察法」は、心神喪失または心神耗弱と判断されて不起訴または無罪になった精神障害犯罪者を、国が指定した医療機関に収容し、強制治療の対象にすることを内容とするものである。確かに、治療を強制することにより、継続的かつ適切な医療をうけることが可能となるので、犯罪に至る一原因となった精神障害からの回復・改善を促すという点で進歩がみられるが、精神障害犯罪者の再犯を防止するためには、指定医療機関での治療(=施設内での処遇)に加え、退院後の社会内でのケア(=施設外での処遇)も考えることが必要であり、精神障害犯罪者の社会内処遇、社会復帰を検討することも重要である。

イギリスは、わが国と同様、長い間、施設内の処遇を中心としてきたが、コミュニティケアへの移行にともない、精神障害犯罪者の社会復帰についても複数の専門職種からなるチームで支援する体制を構築している。さらに、刑事司法システムと精神医療システムが互いに連携しており、わが国のシステムとは異なる点が注目になる。

心神喪失者等医療観察法およびわが国の現行法である「精神保健福祉法」は、イギリスの「1983年精神保健法」の影響を大きく受けているため、比較法的検討の必要性がある。本稿では、精神障害犯罪者の社会復帰に関する施策や法制度について、両国の状況を比較し、今後わが国にどのよ

うな制度・施策の構築が必要なのかについて検討したい。

## 1. はじめに

2003年7月10日に制定された、「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」、いわゆる「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者、または心神喪失を理由として無罪になった者、もしくは心神耗弱により刑を減輕された精神障害者について、特別な病院(病棟)に強制入院(または通院)させて治療することを内容とするものである。同法制定の際、特に議論の中心となったことは、精神障害犯罪者<sup>1</sup>を指定医療機関に入院させるまでの過程であり、その後の処遇のことはほとんど問題とされなかった。政府資料を見ても、犯罪を行った精神障害者が同法の対象となった場合、指定医療機関に入院し、治療を受け、症状が回復し、退院するという段階までしか検討の対象となっていなかった。しかし、施行を見据えて、退院後の処遇についてプロジェクトチームが結成され、処遇ガイドライン(案)が策定されるようになったことは注目される<sup>2</sup>。

もっとも、地域のネットワーク構築等、課題は少なくない。精神障害犯罪者の社会復帰を促し、再犯を防止するためには、施設内での処遇に加

<sup>1</sup> 「触法精神障害者」という言葉もあるが、英語表記では「mentally disordered offenders」となるので、本稿では「精神障害犯罪者」とする。

<sup>2</sup> 「地域社会における処遇のガイドライン概要(案)」2004年3月4日全国精神保健福祉担当者会議参考資料。<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/07/tpo721-1.html>。

え、退院後の施設外での処遇をトータルに考えることが必要であり、今まで刑事政策の分野ではあまり取り上げられなかった、精神障害犯罪者の社会内処遇、さらに社会復帰を検討することも重要であると思われる。あるいは、この方が一層重要であるといってもよいかも知れない<sup>3</sup>。

この点で、最近のイギリス<sup>4</sup>の動向が注目される。特に、イギリスの精神障害者施策は、わが国と同様、長い間、施設内の処遇を中心としていた。その後、入院中心のケアからコミュニティケアへと移行してきたが、その流れの中で注目すべき点は、退院後のアフターケアについても手厚い支援が行われており、特に、ソフト面に関しては、精神障害者の社会復帰(rehabilitation)を、精神科を専門とする医師や看護師、ソーシャルワーカー等からなるチームで支援する体制が構築されていることである。この体制は、精神障害犯罪者に対しても同様に整備されている。さらに、刑事司法システムと精神医療システムとの関係が、刑事司法システムから精神医療システムへの一方通行ではなく、双方向となっていることも注目に値する。

わが国の心神喪失者等医療観察法の立法化に際しては、主としてイギリスの「1983年精神保健法」(The Mental Health Act 1983)を参考にしたところが少なくなく、また、わが国の現行法である「精神保健福祉法」(「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」)も同法の影響を大きく受けているため、比較法的検討の必要性があると考えられる。

そこで、本稿では、司法精神医療システム、特に、精神障害犯罪者の社会復帰に関する施策や法制度について、まずわが国の制度を概観し、その後でイギリスの制度や最近の動きの紹介等を行い、最後に両国の制度を比較し、今後わが国にどのような制度・施策の構築が必要なのかについて検討したい<sup>5</sup>。

## 2. わが国の司法精神医療システム

精神障害犯罪者は、心神喪失または心神耗弱で不起訴処分もしくは無罪となった場合、精神保健福祉法により、精神保健指定医による措置入院の診察を受けることになる。実際は、精神障害犯罪者のほとんどが、心神喪失または心神耗弱を理由に不起訴または無罪となっており、そのうち、約半数を超える者が措置入院となっている。

精神保健指定医の診断により、入院ないし通院が必要と判断されると、措置入院は国費で、その他の入院形態や通院の場合は自費で、精神疾患を有する一患者として治療に専念することになる。この時点で刑事司法システムから精神医療システムへと移行し、司法の介入が途切れるため、医療従事者がその後の処遇を引き受けることになる。他方、入院が不要と判断されると、治療の継続は本人の意思次第となるため、周囲のサポートが十分に得られなかった場合、社会に適応できず、結果として病気の再発や症状の悪化を招き、いつ再び犯罪に手を染めてしまってもおかしくない状態に陥ってしまうのである。

では、精神障害は認められるものの、責任能力はあると判断された犯罪者はどのような環境で処遇されるのであろうか。まず、専門的治療処遇を必要とする者と分類された受刑者(M級受刑者)は、医療刑務所に収容される<sup>6</sup>。医療刑務所は、全国に4ヶ所(八王子・岡崎・大阪・北九州)あり、そのうちM級受刑者を専門とするのは2ヶ所、いずれも男子専用の収容施設である<sup>7</sup>。平成15年度犯罪白書によると、行刑施設新受刑者に占める精神障害者数は1548人(5.1%)であり、年々増加している。しかし、医療刑務所の第一の目的は、精神障害受刑者の精神障害を一般刑務所で処遇できる程度まで改善し、刑の執行を全うさせることであり、犯罪傾向を治すことや最

<sup>3</sup> 「精神障害犯罪者の社会復帰」は、通常、刑務所や精神病院等の施設を出た後から、彼/彼女らが社会内で自立した生活を送るまでの過程をさすのであろうが、本稿では、もう少し広く捉え、施設内で出所ないし退院を控えている段階から、施設の外に出て社会内で生活をしていくまでを範囲としたい。

<sup>4</sup> 本稿でいう「イギリス」とは、イングランドおよびウェールズを指す。

<sup>5</sup> 本稿は、日本刑法学会関西支部会(2004年1月25日、於：京都大学)での個別報告をもとに作成したものである。

<sup>6</sup> 医療刑務所における精神科医療については、〔阿部02〕15頁以下、〔黒田02〕8頁以下が詳しい。なお、M級と分類されなかった精神障害を有する受刑者は、一般の刑務所に収容される。ただし、一般の刑務所は、治療を第一の目的とする医療刑務所と異なるため、精神科医が常駐している刑務所は少なく、十分な治療を受けられないおそれがある。

<sup>7</sup> M級受刑者のおおよその収容定員は、八王子130人(うち女子20人)、岡崎180人(知的障害を有する受刑者=M級受刑者も含む)、大阪30人、北九州150人の計490人である。〔黒田02〕12頁

<sup>8</sup> 精神障害を有する女子受刑者は、八王子刑務所に収容される。〔町野・水留03〕67頁

終目標である社会復帰を目指すことは副次的な扱いとなる<sup>9</sup>。すなわち、治療の効果により、症状が回復に向かい、医療刑務所から一般の刑務所に移送された場合、もしくは医療刑務所から満期出所した場合、それまで築き上げてきた治療関係が途切れてしまうのである<sup>10</sup>。

治療の継続は、病気や障害からの回復に最も重要なことである。医療刑務所にせよ、一般の刑務所にせよ、精神障害受刑者を出所後に治療の継続を強制する目的で刑務所が行動観察することは人権保護の観点から困難であり、また、仮釈放でない限り保護観察をつけることもできないため、精神障害の再発の防止対策をどうするかという問題が生じる。家族の協力が得られない場合、現行制度上では更生保護会や保護司に協力を依頼するのは困難ではないだろうか。

## 2.1 心神喪失者等医療観察法

このような現状を打開するため、2003年7月に「心神喪失者等医療観察法」が成立した<sup>11</sup>。この法律の目的は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療の実施を確保するとともに、そのために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善とこれに伴う同様の行為の再発防止を図り、対象者の社会復帰を促進することである<sup>12</sup>。同法が成立した背景としては、従来から重大な犯罪を行った精神障害者に対する適切な医療を確保するための方策や処遇のあり方について、刑法や精神保健福祉法の改正、新法の制定といった法整備が求められていたこと、精神障害者を装った凶悪事件が相次いだことによる世論の高まりがあったこと等があげられる。

### 2.1.1 新法での精神障害犯罪者の処遇の流れ

新法の成立によって、精神障害犯罪者はどのような流れで社会復帰を目指すのであろうか（図1参照）。新法では、対象者（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつおよび傷害に当たる行為＝対象行為を行い、心神喪失もしくは心神耗弱を理由として不起訴処分となり、または無罪の裁判もしくは刑を減輕する旨の裁判が確定した者）は、各地方裁判所に設けられた裁判官と精神保健審判員（一定の資格・要件を満たした精神科医）からなる合議体による審判を受けることになる。審判では、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があるかどうか」の判断を、精神鑑定の結果や精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー：PSW）等の精神保健参与員の意見を考慮しながら行い、医療を受けさせる必要があると認められる場合には、入院決定または通院決定の処遇決定を行う<sup>13</sup>。

入院決定を受けた人は、専門治療施設である指定入院医療機関で治療を受け、退院については裁判官の許可決定が必要となる。入院時はもちろんのこと、退院後も保護観察所による生活調整が行われる。指定入院医療機関からの退院許可決定または通院決定が下されると、対象者は指定通院医療機関で治療を受けることになる。対象者は、保護観察所所属のPSW等が担当する社会復帰調整官による精神保健観察に付され、保護観察所が中心となって、行政機関、精神保健福祉センター等の医療機関、各種援助機関が連携して対象者の社会復帰支援を行う。治療にかかる費用はすべて国費でまかなわれる。期間は入院の場合は特に上限が定められておらず、不

<sup>9</sup> 〔黒田02〕12頁

<sup>10</sup> 平成8年1月5日付の矯正局長通達により、精神障害被収容者に対して「出所時に医療及び保護の便宜を図ること」とされ、精神保健福祉法26条により、出所時には刑務所から都道府県知事へ通報が行われ、「自傷他害のおそれがある」と判断された場合には措置鑑定が行われるが、措置入院の必要がないと判断されると、刑務所や本人が治療継続先を探さなければならなくなる。〔阿部02〕18 - 19頁、〔黒田02〕9頁

<sup>11</sup> 施行は、公布の日から2年を越えない範囲内において政令で定める日とされており（附則1条）従って、遅くとも2005年7月からスタートすることになる。

<sup>12</sup> 平成15年度版厚生労働白書337 - 338頁

<sup>13</sup> ただし、「この法律による医療を受けさせる必要はない」という判断が下された場合、その後の処遇について法に特に規定がないため、審判後、医療・福祉・行政機関と接触するかどうかは本人の意思・希望に委ねられることになる。また、後述のイギリスのように、再び刑事司法の場に戻ることもない。

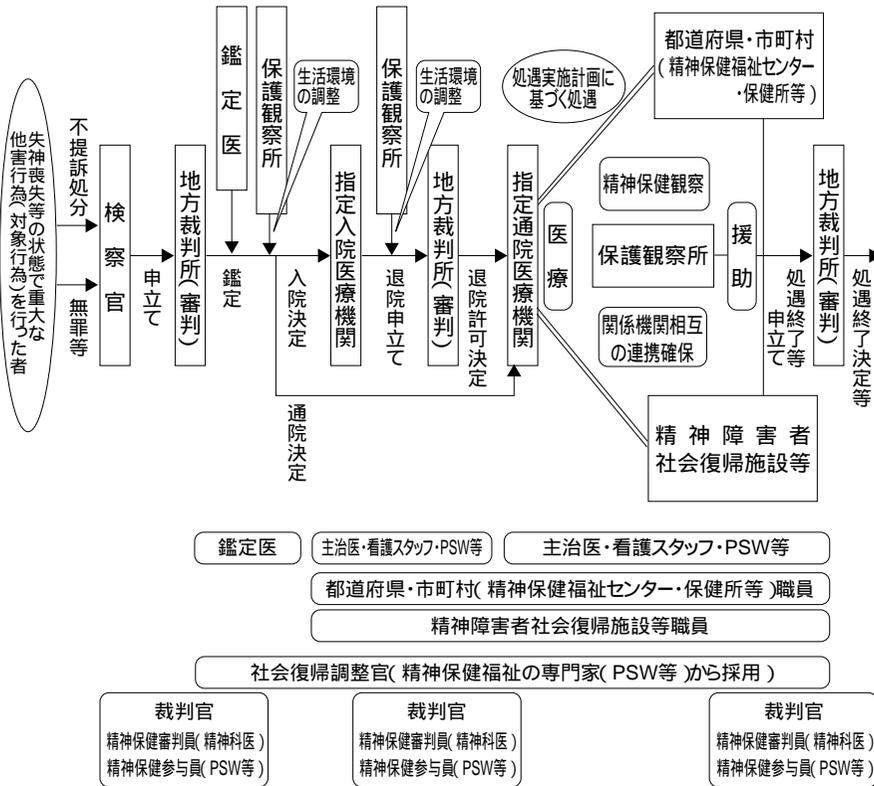


図1 心神喪失者等医療観察制度における処遇の流れ

当に長期の入院にならないようにするため、6ヶ月毎に裁判所で入院継続の確認決定を受ける。通院の場合は、原則として3年であるが、さらに2年の延長が認められている。ただし、対象者の病状等により、通院決定を受けていても(再)入院決定により指定入院医療機関への入院に移行する場合もあれば、処遇終了決定により期間満了前に処遇(通院)を終える場合もある。

新法により新たに設置される指定入院医療機関の概要に関しては、厚生労働省によると、新法による入院医療を担当するために必要な一定の基準に適合する国公立病院のうちから選ばれ、規模は30床以内<sup>14</sup>の専門病棟が全国で24ヶ所(計約720床)設置される予定である<sup>15</sup>。スタッフは、

司法精神医療を専門とする医師、看護師、心理職等が配置される予定であり、小規模で職員の配置が手厚くなっている。後述するイギリスの地域保安ユニット(RSU)がモデルとなっているといわれている。なお、指定通院医療機関は、居住地からの通院を可能にするため、国公立病院だけではなく、民間の病院・診療所等も含めて幅広く指定される予定である<sup>16</sup>。

## 2.1.2 新法の問題点

心神喪失者等医療観察法の問題点として、以

<sup>14</sup> 厚生労働省によると、30床の大まかな内訳は、急性期5、一般10、社会復帰10、女性5である。

<sup>15</sup> 厚生労働省障害福祉部精神保健福祉課平成15年12月19日付の通達によると、24ヶ所の内訳は、北海道・東北3、関東甲信越8～9、東海・北陸2～3、近畿4～5、中国・四国3、九州3である。また、厚生労働省平成16年5月12日発表によると、国立精神神経センター武蔵病院(東京都)、国立病院機構肥前精神医療センター(佐賀県)、国立病院機構花巻病院(岩手県)、国立病院機構東尾張病院(愛知県)の4ヶ所が指定入院医療機関として認定され、病棟設計に着手されている。

<sup>16</sup> [田中03]20-25頁

下の点を指摘することができるであろう。第1に、本法制定によって、精神障害犯罪者にすみやかに治療を受けさせる制度が新設されたわけであるが、わが国の制度の特徴は、刑事司法システムから精神医療システムへの移行は可能となったものの、その逆はないということである。すなわち、一度指定医療機関への入・通院決定が下されると、治療により症状が回復しても、再び刑事司法システムに戻ることができないが、これと同様に、指定医療機関と矯正施設間の移送も行われないので、一般刑務所や医療刑務所に収容されている精神疾患を抱えている受刑者については、従来どおりの矯正施設で対応せざるをえないことになる。逆に、指定医療機関で治療が終了した者は、罪を償う機会が与えられないまま退院して社会復帰を目指すことになってしまう。また、未決勾留者の医療については、新法でもフォローしていないため、治療開始が遅れることによる弊害が懸念されている。この点について、後ほどふれるが、イギリスは刑事司法システムと精神医療システムが双方向であり、有機的に連携できる制度となっているため、医療機関と矯正施設間の移送も比較的スムーズに行われていることが注目される。

第2に、社会復帰支援に関してもいくつか問題点がある。その一つは、指定入院医療機関を退院した後は、医療・福祉・司法等の各機関の協力により支援を続けることになるが、その支援体制は未整備というのが現状であろう。また、主に精神保健福祉士(PSW)が、社会復帰調整官として審判手続における生活環境の調査から入院中の生活環境の調整、そして退院後および通院時の地域社会における精神保健観察に至るまで、精神障害犯罪者の処遇に一貫して関与するという重要な役割を担うことになっている<sup>17</sup>。しかし、精神保健福祉士制度は平成10年から国家資格となった歴史の浅い制度であり、しかも、PSWはそもそもソーシャルワーカーなので、関係法規以外の法律の知識は有していない。新法制定後2年以内に予定される施行日までに、経験豊富な人員を確保し、処遇にしっかりと対応できるように研修を行うことが求められる。その他

に、精神保健福祉センターが窓口となって精神障害者社会復帰関連施設にも協力を求めることになっているが、その協力体制がほとんど整備されていないことがあげられる。社会復帰関連施設は、障害者施設の特徴として当事者団体が運営していることが多く、さらに、精神障害者用の施設は近年ようやく地域と共生できるようになってきたばかりなので、近隣住民との関係を保つため、指定医療機関で治療を受けていた人を仲間として受け入れられない可能性もある。それゆえ、社会復帰関連施設の職員、施設利用者への協力要請に加えて、近隣住民には講演会やボランティア講習等を通じて、精神障害犯罪者の社会復帰支援に関する啓発活動を行うことが必要であろう。

### 3. 英国の司法精神医療システム

では、イギリスの状況はどうか。イギリスの精神障害犯罪者の処遇については、精神医療一般の基本法である「1983年精神保健法」(The Mental Health Act 1983)の第3章が規定している。本稿では、イギリスにおける精神障害犯罪者の処遇および社会復帰に関する取り組みに関して検討していきたい<sup>18</sup>。

#### 3.1 精神障害犯罪者の処遇の流れ

イギリスにおける精神障害犯罪者の処遇の流れは以下の通りである(図2参照)。刑事訴訟の流れのどの段階においても、すなわち、被疑者が警察から検察(Crown Prosecution Service)に送検され、治安判事裁判所(Magistrates' Courts)または刑事裁判所(Crown Court)へ起訴されるまでのすべての段階で、精神病院への移送に関する手続が法律に規定されている。逆に、精神症状が回復すると、どの段階においても、再び刑事手続に戻されるようになっている。

また、裁判の過程において、被告人に訴訟能力がないもしくは責任能力がないと判断された場

<sup>17</sup> 社会復帰調整官は、精神保健福祉士以外にも、精神保健・精神障害者福祉に関して専門的知識を有する人材が担当することになっている(法113条)

<sup>18</sup> 1983年精神保健法およびイギリスにおける精神障害者の社会復帰支援施策に関しては、拙稿「イギリスにおける精神医療法制の動向」同志社政策科学研究5巻1号(2004)151頁以下を参照願いたい。

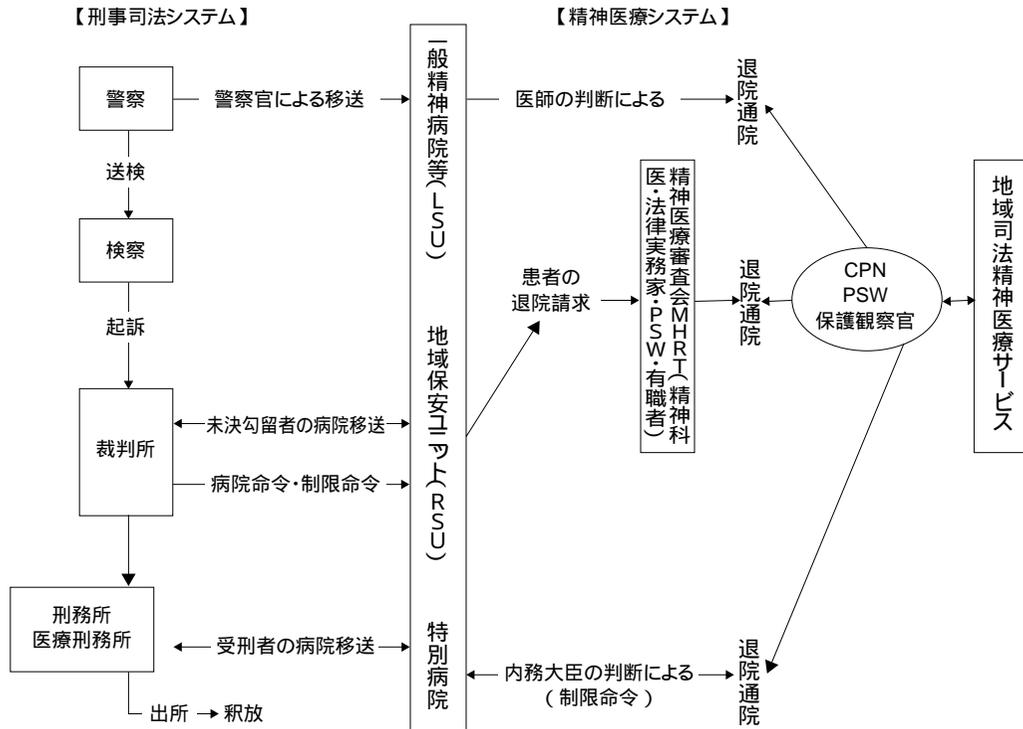


図2 イギリスの司法精神医療システム

合には、裁判官の裁量によって精神病院での治療が刑罰の代わりに命じられる。さらに、裁判で有罪が確定しても、精神科での治療が必要と認められた場合には、裁判官は刑罰の代わりに精神科での治療を内容とする処分を下すことができる。

### 3.2 イギリスの制度の特徴

イギリスの制度の特徴として、以下の3点があげられる。第1に、司法手続の途上で精神障害が発見された場合、刑事責任能力の有無によらずに、治療の必要性が認められれば刑事司法システムから精神医療システムに移行されることである。すなわち、警察に逮捕されてから、起訴、裁判、受刑に至るまでのいずれの場面においても、必要に応じて精神病院での治療を受けられ

るように法手続が整備されている。その理由は、イギリスでは、犯行当時の刑事責任能力と、刑事手続の途上にある精神障害犯罪者に対する治療の問題と別のものと認識されているからである<sup>19</sup>。

第2に、第1点と関連することであるが、裁判で有罪と認定されても、精神障害があり治療の必要性があると裁判所が判断した場合には、精神病院での治療が認められることである。1997年犯罪量刑法 (The Crime Sentences Act 1997) 46条の複合命令 (Hybrid Order) および1983年精神保健法37条により、裁判所は、精神保健法に規定されている精神疾患を有する拘禁刑以上の刑罰を科せられる犯罪を実行した者に対して、刑罰に代えて、強制的に精神病院への入院を命じることができるとしている<sup>20</sup>。

イギリスには、保安の必要性の程度によって高度・中度・低度の3段階に分けた施設があり、

<sup>19</sup> [吉川01] 665頁

<sup>20</sup> 治療が終了したとき、あるいは治療効果がない (untreatable) とときは、拘禁刑の残刑期間の執行を行うために刑務所に再収容される。1997年犯罪量刑法については、[川本98] 237頁以下が詳しい。

それぞれ、特別病院 (Special Hospital) 地域保安ユニット (Regional Secure Unit : RSU)<sup>21</sup>、低度保安ユニット (Low Secure Unit : LSU)<sup>22</sup> のいずれかに入院措置がとられる。通常の入院期間は、特別病院で7～8年、RSUで2～3年、LSUで1～2年である。段階に応じて、建物の構造や人員配置、患者にかかるコストが変わる。現在、特別病院は3ヶ所あり<sup>23</sup>、RSUには国営と民営<sup>24</sup>の施設がある。また、刑務所に入った後でも、「専門の治療やケアが必要な犯罪者には、可能な限り刑務所での拘禁ではなく、病院での医療が提供されるべきである」という政府の基本方針により、Court Diversion Scheme (裁判所迂回政策) という刑事手続の途中で精神科医療を優先させる制度が導入されている。この制度は、警察署や裁判所あるいは刑務所 (拘置所) に、定期的に司法精神科専門医 (Consultant Forensic Psychiatrist) と地域精神科看護師 (Community Psychiatric Nurse : CPN) を派遣し、精神科治療を要する被疑者・被告人や受刑者がいた場合、精神保健法に定める病院移送の手續を積極的に行うというものである<sup>25</sup>。

第3は、既に述べたように、刑事司法システムと精神医療システムにつき双方向の連携が図られていることである。言い換えると、刑事司法システムから精神医療システムへの移行だけではなく、その逆もあるということである。従って、刑事手続上のあらゆる場面において、治療を受けて精神症状が消失し、治療の必要性がないと

判断されると、精神医療システムから再び刑事司法システムに戻されることになる。

なお、イギリスにも日本と同じような精神障害犯罪者を収容する唯一の医療刑務所として、グレンドン (Grendon) 精神医療刑務所がある。ここに収容されるのは、刑期が24月以上の処遇困難者で18月以上のセラピーを受け入れられる者であり、対象外となる者は、逃走の危険の高いカテゴリーA (逃走すれば国民・警察・国家の安全に高度の危険を与えると考えられている者) 薬物中毒者、40才以上の者である。もっとも、入所は収容者の志願に基づいているため、いつでも一般刑務所への移送が可能である<sup>26</sup>。

### 3.3 精神障害者犯罪者の社会復帰支援

では、精神障害犯罪者の症状が回復し、退院した後はどのように処遇されるのであろうか。精神病院に収容された精神障害犯罪者は、裁判所の命令により退院後も通院が義務づけられるとともに、医療従事者と保護観察官の連携による社会復帰支援を受けることになる。そして、退院後の治療の継続を維持するため、RSUに設置された司法精神科外来の司法精神科専門医や地域精神科看護師 (CPN)、精神科ソーシャルワーカー (PSW) 等を中心とした医療チーム (Outreach Team)<sup>27</sup> が患者の居住地を積極的に訪問している<sup>28</sup>。

<sup>21</sup> Medium Secure Unitとも呼ばれる。RSUは、1974年のButler委員会の中間報告に基づいて新設された。近年では、ICA (Intensive Care Area) と呼ばれる集中治療病棟を設けている所もある。〔吉川03〕44頁。また、RSUは、患者の出身地や生活の場所に近いところで治療をし、社会に復帰させるため、NHSの保健医療区域毎に作られている。「第2回医事刑法研究会」での五十嵐禎人のコメント。「第2回医事刑法研究会報告書」( <http://www.law.keio.ac.jp/hkatoh/ijiken2.pdf> ) 17頁

<sup>22</sup> Low Secure Facilitiesとも呼ばれる。主にリハビリテーションを行う。〔下里03〕17頁。LSUは、一般精神病院 (閉鎖の集中治療病棟、長期入院病棟、総合病院の精神科の閉鎖病棟) や民間病院の閉鎖 (保安) 病棟にも設置されている。

<sup>23</sup> ブロードムア、ランプトン、アシュワースの3ヶ所にある。現在は、特別病院からRSUへ積極的に移行する政策がとられていることから、収容人数は減少傾向にあり、1ヶ所あたり400人程度と言われている。

<sup>24</sup> 2000年7月に公表されたNHSプランにより、ウェイティグ・リスト問題の解消のため、民間病院と協定を締結して診療委託を積極的に行っている。精神障害犯罪者の治療に関しては、主として人格障害を伴う者や性犯罪者について、専門病棟のあるIndependent Sectorの精神病院に精神保健法の移送に関する条項を用いてNHS病院から移送するという方法をとって診療委託している。See. The Mental Health Act Commission Ninth Biennial Report 5.10, ( The Stationery Office, 2001 ), p.54.

<sup>25</sup> 〔吉川02〕21頁

<sup>26</sup> 〔川本02〕115 - 118頁

<sup>27</sup> 保護観察官等の刑事司法関係者を含むチームは、Full Multi-disciplinary Teamとも呼ばれる。症状が重篤で手厚いアフターケアが必要な場合や緊急時には、各地域に配置されているAssertive Outreach Team (又はAssertive Community Treatment Team) と呼ばれる医療チームが対応にあたる。Assertive Outreach Teamは後述のCMHTの一形態であり、CPAのケアプランに基づいて行われる。

<sup>28</sup> CPNは病院に所属せず、地域の保健当局 (Regional Health Authority) に所属し、地域の担当患者のみを受け持つ。司法精神科のCPNの受け持ち患者数は最大10名である。(通常は20～30名)。また、PSWは、地方当局 (Local Authority) に所属しているが、司法精神科のPSWは内務省の保護観察官 (Probation Officer) が兼任していることもある。〔吉川01〕670頁。現在は、2002年4月のNHSの組織改変により、Regional Health Authorityではなく、各地域のStrategic Health Authority下にあるPrimary Care Trustが中心となってCounty Councilのソーシャル・サービスを担当する部局と連携してサービスを提供している。

その他、精神障害者の退院後のケア施策として、1991年4月からCPA (Care Programme Approach) 制度が導入されている<sup>29</sup>。この制度は、ケアコーディネーターと患者と一緒にケアプランを作成し、精神科医や地域精神科看護師、PSW等の複数の専門職種から構成されたケアチームであるCMHT (Community Mental Health Team) がケアプランに基づいてサービスを提供し、地域で暮らす精神障害者を退院後もサポートし、再発を防止するというものである。CPA制度により、患者のニーズを正確に把握し、医療から福祉までの幅広い要求により柔軟に対応することができるようになったので、社会復帰にもつながりやすくなっている<sup>30</sup>。一方、CPA制度は、患者がケアプランの作成を拒んだ場合でも治療の継続を優先して介入を試み続けるため、退院後も医療従事者が精神障害者を保護・監督する役割を担うことになるという懸念も生じるが、ケアプランは6ヶ月毎に定期的にモニタリングされ、患者にとって必要最小限の介入となるよう配慮されている。CPA制度は、精神病院を退院し、自治体によるソーシャル・サービスを受けるすべての精神障害者に対して適用され(精神保健法117条) 24時間365日いつでもサービスを受けることができるので、精神障害犯罪者に関しても、社会復帰支援と同時に退院後のリスクマネジメント(再犯予防)対策として効果を発揮している<sup>31</sup>。

ところで、精神障害者の場合、退院後の居住地の確保は、社会復帰に向けての第一歩となる重要なステップである。しかし、何らかの理由で家族と一緒に暮らすことができない患者も多く、その場合にはホステル(Hostel)等の保護住居(Sheltered Housing)でスタッフや他の患者と共同生活を送りながら社会復帰を目指していくことになる。利用者の症状・希望によって、病院の敷地内に設置されたホスピタル・ホステルを利用したり、デイケア・デイセンターに通える範囲で

病院からやや離れた場所にあるリハビリテーション・ホステルを利用したりする。ホステル以外の保護住居には、常勤の職員がつかないグループホームや、下宿、企業が運営するレストホーム、若者向けのフラット・ベッドシット等がある。このような施設を利用するには家賃がかかるが、申請をすれば政府から家賃補助を受けることができる。この補助が付けられる理由は、精神障害者の多くが、退院してもすぐには正規就労につけないことが多く、各種手当や年金を受給して生活をしているからである。また、1977年住宅供給法および1996年公営住宅法により、退院後の居住地を確保できない人は、登録すると地方自治体に対して住居の提供を要求することができる。この住居には、アパート等の通常の住居から、ホステルやグループホーム等の保護住居にいたるまで、すべての住居が含まれる。

犯罪者も、刑務所からの出所後の居住地の確保については同様の問題を抱えている。身元引受人がいらない、収入がない等の理由から自立した生活が送れない場合、日本でいう更生保護施設にあたるホステルを利用することになる。イギリスにはそのような出所者が利用するホステルが数多くあり、男女別、マイノリティー用、犯罪カテゴリ-別(例えば、薬物中毒者、性犯罪者)等、様々な施設がある<sup>32</sup>。

では、精神障害犯罪者の場合はどうか。精神障害犯罪者が出所者用のホステルを利用した場合、CPN等が定期的に訪問するが、日常的な支援はホステルのスタッフが担当することになる。そのため、スタッフの負担が増し、結果として他の居住者の社会復帰にも影響してしまう。そこで、近年では、同じ地区のProbation ServiceとRSUが協力して精神障害犯罪者用のホステルを設置し、専門のスタッフが常駐して精神障害犯罪者を医療と保護・監督の両面から支援している<sup>33</sup>。一般の精神障害者のホステルを利用しない理由は、精神障害犯罪者が、犯罪者でありかつ精神障害

<sup>29</sup> CPAには、Standard(標準)とEnhanced(高度)の2種類の基準があり、後者は(自傷他害の恐れがある)ハイリスクの精神障害者を対象とし、接触・介入の度合いが高まる。〔Buchanan 02〕pp.96-97

<sup>30</sup> CPA制度に関しては、近年、ケアプランの作成・実施の中心的役割を担うPSWとCPNの間に職種の競合が生じ、患者へのアプローチ方法の違いから、どちらがkey workerとなるかによってケアの方針・到達目標が変わるという問題が指摘されている。この点について、〔Bartlett& Sandland 03〕pp.538-539

<sup>31</sup> 精神障害犯罪者に対するCPA制度の適用について、〔Buchanan 02〕pp.304-306

<sup>32</sup> 犯罪者が利用するホステルについて、〔Home Office 98〕

<sup>33</sup> 〔Home Office 98〕7.33-7.45。また、Charityで運営されているホステルもある。例えば、Penrose Housing Association (<http://www.penroseha.org.uk/>)

者であるという二重の側面を有しているため、リハビリテーションにおいても同じ境遇におかれた患者同士の方がより効果的と考えられているからである<sup>34</sup>。

次に、医療・福祉に関する支援や自立生活支援の他の社会復帰支援、例えば就労支援について、どのような施策が展開されているかをみてみよう。現在、出所者、障害者を対象にした就労支援施策はそれぞれ展開されているが、精神障害犯罪者だけを対象にした支援施策というのはなく、個別に関係機関が協力しあって対応している。例えば、障害者に関する就労支援としては、イギリスでは、1995年に障害者差別禁止法（The Disability Discrimination Act 1995）が制定され、障害者に対するあらゆる差別を禁止した。従って、雇用に関しても、採用に際し障害を理由にして差別をすることは許されず、事業主に対して、障害者に配慮し、職場環境を整える義務を課している。また、障害者は職業（準備）訓練を優先的に受けられる制度があり、就職活動についても専門の担当官が支援を行っている。障害の程度が重く、一般の労働市場で働くことが困難な場合には、国営の保護工場や入所授産施設等で働くこともできる<sup>35</sup>。

犯罪者向けの就労支援施策としては、ブレア新労働党政権のニューディール政策と連動して、一部のProbation Serviceが、若い（16 - 25歳）出所者を対象にして職業訓練を受けさせたり、就職相談に乗ったり、協力企業先に就職の斡旋をしたりすることにより、出所者の就職・定着に高い成果をあげている。ただし、これは一般の刑務所を出所した者向けのプログラムである<sup>36</sup>。

### 3.4 近年の動向

精神障害犯罪者も、一般の精神障害者と同様に、地域の中で社会復帰を目指していくのが理想であろう。専門治療施設の建設においてもその理想を実現する傾向が見られ、近年では、RSU

の病床数が増加している。RSUは新設された当初、High Secure UnitからMedium [Regional] Secure Unitへの移行という特別病院からの患者を受け入れるための施設として位置づけられていたが、現在では、地域司法精神医療の拠点として、裁判所迂回政策（Court Diversion Scheme）すなわち、刑事手続の途中で精神科治療を優先させる制度による患者の受け入れ先となっている。社会復帰に関しても、従来は、患者を司法精神医療から一般の精神医療に移行させて社会復帰を促してきたが、現実には、一般の地域精神医療では安全に社会復帰させることが困難なため、近年では、長期療養型のより保安度の低いRSU（＝低度保安ユニット：LSU）の建設も進めている。また、RSUは、精神障害犯罪者だけでなく、一般の精神病院における処遇困難者や人格障害者で治療可能性のある者も受け入れており、地域精神医療の中でも重要な役割を担っている。

## 4 .1983年精神保健法改正の動きについて

1983年精神保健法は、現在改正作業が進められている。2002年6月に精神保健法草案（Draft Mental Health Bill）<sup>37</sup>が、同年12月には、内務省・法務省合同の白書（Reforming the Mental Health Act）が提出された。今回の改正で最も議論があるのは、「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）の扱いについてである。この犯罪を引き起こす可能性が極めて高い精神障害者の主な対象として、人格障害（psychopathic disorder）のカテゴリーに入る患者が想定されている。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）は、治療可能性（treatability）<sup>38</sup>のいかにかわらず裁判所の命令により強制治療を受けなければならないことになっている。

<sup>34</sup> 【吉川01】670頁。また、保証人の問題もある。前掲注(19)「第二回医事刑法報告書」25頁における吉川のコメント。

<sup>35</sup> イギリスの障害者雇用制度については、修士論文「障害者雇用に関する一考察 - イギリスにおける史的展開を中心に -」（2001年）を参照願いたい。

<sup>36</sup> 【Home Office01】。犯罪者の就労支援について、【Home Office00】。

<sup>37</sup> 精神保健法草案と同時期に草案のExplanatory Notesも提出されている。

<sup>38</sup> 治療適合性とも呼ばれる。精神保健法における治療可能性とは、治療によって病状を軽減し、あるいは病状の悪化が防止できると判断される場合を意味する。【五十嵐97】400頁

に見守る必要がある<sup>41</sup>。

#### 4.1 人格障害犯罪者の処遇について

人格障害犯罪者の処遇をめぐる問題は、わが国の新法に関する議論でも取り上げられている<sup>39</sup>が、人格障害はまだ新しい概念であり、その定義や治療法に統一したものはなく、専門家の中でも考え方・捉え方にかなり相違が見られるのが現状である。イギリスにおいても、精神科医の中で治療可能性について見解に相違があるため、専門治療施設に送られる者もあれば、刑務所に収容される者もある。イギリスでは、保健省、内務省および Prison Service が合同で DPSD 対策チームを組織して、専用病棟で集中的に治療を行うパイロット事業を展開しており、高い治療効果をあげていることが報告されている<sup>40</sup>。今後は、RSUでも人格障害犯罪者を受け入れ、退院後は地域内の社会復帰施設で高度のケアが受けられるようになるであろう。

精神保健法草案において、人格障害者も強制治療の対象とすることが提案され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。しかし、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はないだろうか。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。治療可能性の有無にかかわらず強制治療を施すことは、患者の人権を侵害するおそれがあるように思われる。人格障害犯罪者にとって、どのような環境で処遇することが最も望ましいのか、イギリスの今後の動向を慎重

#### 5. おわりに

以上、精神障害犯罪者の処遇および社会復帰について、イギリスと日本の制度をみてきたが、イギリスのどのような点が日本にとって参考となるのであろうか。イギリスの場合、コミュニティケアが徹底されているので、CPA制度により、専門治療施設を退院した後も、CPNやPSWが中心となってチームで患者をケアするという体制が整えられており、治療の継続に効果をあげている。また、自立した生活を送るのに必要なホステル等の住居や社会復帰に向けての相談機関等の社会資源が豊富であり、ボランティアも多くいるので、患者が病院に戻ることなく安心して地域で暮らすことができる環境がある。

しかし、イギリスの現行制度にも問題点はある。特に深刻なのは、従来から指摘されているように、精神障害犯罪者の移送がスムーズに行われていないこと、すなわち、特別病院からRSUまたは一般病院への移送、刑務所から精神病院への移送の遅延問題である<sup>42</sup>。この背景には、精神科のベッド数の削減政策により、一般精神病院の閉鎖病棟が不足していることがあげられる。この不足は、RSUを増設することにより対処しているが、一般の精神科救急病棟に比べてRSUはコストがかなりかかる<sup>43</sup>ため、必要数を満たしていないという現状が指摘されている。

わが国の心神喪失者等医療観察法制定に関しては、新法によって精神障害犯罪者に対して特別の医療機関での手厚い治療が保障され、退院後の社会復帰を支援するシステムが構築されることになったことは評価できると思われる。そして、附則3条に掲げるように、その取り組みが一般の精神医療にもよい影響を与えることが望まれる。し

<sup>39</sup> 新法では、責任能力が問えて治療可能性に乏しい人格障害者は対象外とされているが、精神病の症状も同時に見られる場合には判断が分かれている。この点について、〔平野・村上・須藤04〕799頁以下

<sup>40</sup> [Home Office03] . <http://www.dpsdprogramme.gov.uk/> に DPSD Programme の概要が紹介されている。同 programme によると、現在、2004 年末までのパイロット事業として、人格障害犯罪者は、高度保安設備のある 4 ヶ所の病院（2 特別病院と 2 刑務所とあわせて約 300 床）の DPSD 専用ユニットで治療が行われている。また、今後は、RSUでも人格障害犯罪者を受け入れ、退院後は地域内の社会復帰施設で高度のケアが受けられるようにする方向である。

<sup>41</sup> 人格障害者の強制治療に関して否定的な立場の精神科医の意見として、〔Eastman 99〕pp.549-551 . この点について、〔川本02〕164 - 166 頁

<sup>42</sup> この点について、〔Jamieson and Taylor 02〕pp.399-405 . 精神障害犯罪者に関する統計に関しては、〔National Statistics 03〕参照。

<sup>43</sup> 一般の精神科急性期病棟の患者が年間 800 万円なのに対して、特別病院や RSU の患者は年間 2000 万円程度かかるといわれている。〔吉川02〕18頁以下

かし、精神障害犯罪者の処遇に関して、精神鑑定のあり方、指定医療機関での治療プログラムの内容、専門職員の研修等、課題は少なくない。また、同時に、一般の精神医療が抱えている問題点（例えば、施設主義、社会的入院、社会復帰の遅れ、差別・偏見等）についても、今後早急に取り組まなければならないであろう。

精神障害犯罪者の処遇制度は、専門の施設を設置するだけでは不十分であり、施設での治療からそれ以降の地域リハビリテーションをも包含するものとして初めて機能しうる制度であると理解されるべきである。専門の治療施設とスタッフを用意しても、地域においてチームでケアを継続する体制が整えられなければ、指定入院医療機関は退院に消極的にならざるをえず、一般の精神医療で問題となっている社会的入院を引き起こしてしまうおそれがある。その結果、早々に病床数・職員数が不足し、処遇制度の機能不全にいたることは想像に難くない。それゆえ、各都道府県に設置されている精神保健福祉センターと社会復帰調整官が中心となって、地域の保健所や社会復帰関連施設の協力も得ながら、地域全体でサポートするシステムを構築する必要がある。また、行政も、精神障害犯罪者が自立した生活を送れるようにするため、グループホームの建設、公営住宅の優先入居制度や更生保護施設の利用等で居住する場を確保し、ハローワークや職親制度を利用して働く場を提供し、必要ならば職業訓練を受けることができるようにすべきである。こうして、専門施設での治療と、地域でのリハビリテーションが一体となった包括的な社会復帰支援制度の構築によって、精神障害犯罪者の社会復帰を実現することが求められる。

## 参考文献

- [相川03] 相川章子「触法精神障害者の社会復帰と地域支援」精神科看護 30 巻 9 号 (2003) 18 頁
- [阿部02] 阿部恵一郎「医療刑務所における精神科医療」精神科看護 29 巻 4 号 (2002) 15 頁
- [五十嵐97] 五十嵐禎人「英国における触法精神障害者の司法から精神保健システムへの移送制度」臨床精神医学 26 巻 3 号 (1997) 399 頁
- [川本98] 川本哲郎「イギリスの1997年犯罪量刑法」刑法雑誌 37 巻 2 号 (1998) 237 頁
- [川本02] 川本哲郎『精神医療と犯罪者処遇』成文堂 (2002)
- [黒田02] 黒田治「医療刑務所における精神科医療の現状と問題点」精神医療 26 号 (2002) 8 頁
- [下里03] 下里誠二「英国触法精神看護の研修から」精神科看護 30 巻 9 号 (2003) 14 頁
- [田中03] 田中剛「心神喪失者等医療観察法と精神医療の課題」法律のひろば 56 巻 10 号 (2003) 19 頁
- [平野・村上・須藤04] 平野誠・村上優・須藤徹「医療観察法治療適合性の判定：4 次元モデル」精神医学 46 巻 8 号 (2004) 799 頁
- [町野・水留03] 町野翔・水留正流「医療刑務所の現状 - 北九州医療刑務所・岡崎医療刑務所」日本精神病院協会雑誌 22 巻 3 号 (2003) 67 頁
- [吉川01] 吉川和男「刑事司法における精神障害者の処遇上の問題点 - 英国の制度から学ぶこと」精神神経学雑誌 103 巻 9 号 (2001) 664 頁
- [吉川02] 吉川和男「触法精神障害者問題 - 英国から学ぶ新たな制度の提案 - 」捜査研究 604 号 (2002) 18 頁
- [吉川03] 吉川和男「心神喪失者等医療観察法案の論点 - 諸外国における議論と対応 - 」法と精神医療 17 号 (2003) 36 頁
- [Bartlett & Sandland 03] Peter Bartlett & Ralph Sandland, *Mental Health Law Policy and Practice (second edition)*, Oxford University Press, 2003
- [Buchanan02] Alec Buchanan, *Care of the mentally disordered offender in the community*, Oxford University Press, 2002
- [Eastman 98] Nigel Eastman, 'Public Health Psychiatry or Crime Prevention?', *BMJ* 318, 1999, pp.549-551
- [Home Office 98] Home Office, *Delivering an Enhanced Level of Community Supervision Report of a Thematic Inspection on the Work of Approved Probation and Bail Hostels*, 1998
- [Home Office 00] Home Office, *Research Study 218, Working Their Way out of Offending: an Evaluation of Two Probation Employment Schemes*, December 2000
- [Home Office 01] Home Office, *Research Findings No.135, From Offending to Employment: A Study of Two Probation Schemes in Inner London and Surrey*, 2001
- [Home Office 03] Home Office, *Research Findings No.210, An Assessment Violent Rates in the Dangerous Severe Personality Disorder Unit at HMP Whitemoor*, 2003
- [Jamieson and Taylor 02] Liz Jamieson and Pamela.J.Taylor, 'mental disorder and perceived threat to the public: people who do not return to community living', *British Journal of Psychiatry*, 2002, pp.399-405
- [National Statistics 03] *Statistics of mentally disordered offenders 2002*, 27 November 2003