

# イギリスの精神保健法改正案の動向

川 本 哲 郎

- 一. はじめに
- 二. イギリスの精神保健法改正案
  - (1) 二〇〇〇年二月の白書
  - (2) 修正案の概要
  - (3) 法案による処遇の概要
  - (4) 修正案に対する反応
  - (5) 政府の対応
- 三. 危険かつ重篤な人格障害者の処遇
  - (1) イギリスの精神保健法改正に対する我が国の反応
  - (2) イギリスの現状
  - (3) 人格障害
- 四. イギリスから学ぶこと
  - (1) 法改正の審議
  - (2) 将来の課題
- 五. おわりに

## 一. はじめに

イギリスでは、一九九八年から精神保健法改正の検討が開始された。この年に専門家の委員会（リチャードソン委員会）が設けられ、翌年六月に報告書が提出された。さらに、同年十一月に録書が公刊され、二〇〇〇年七月には、精神医療に関するNHS（国民健康サービス）プランが発表された。ここでは、精神医療の発展を反映する新しい法的枠組みの創設が提案されたのである。そして、二〇〇〇年十二月に白書が公にされ、政府案の全貌が明らかになり、二〇〇二年七月に精神保健法改正案が公表された。この法案は政府の最終案ではなく、この法案に寄せられた意見を検討した結果、修正案が二〇〇四年九月に明らかにされた。修正案は、国会の上院下院合同で設置される調査検討委員会に提出され、委員会の報告書が二〇〇五年三月に提出されることになっており、その後には再修正案が国会に提案される予定である。

この動きについては、白書の公刊直後に既に紹介・検討したことがあるが、その前後に他の論稿によっても我が国に紹介されており、また、イギリスでも法案に対する反対が高まった。そこで、これらを参考にして、今回の修正案の概要を紹介するとともに、我が国の状況と比較して、改めて精神医療と法の問題を考えてみたい。

イギリスの精神保健法改正の動きの中で、大きな争点となったのは、危険かつ重篤な人格障害者に対して強制治療を行うということであった。我が国では、二〇〇二年七月に心神喪失者等医療観察法が成立したが、本法では人格障害者は対象とはされていないといわれている。危険な人格障害者の処遇が重要な課題であることは疑いのないところ

であるので、その点に関する批判も見られたし、また、「これから、本当に困難な問題、人格障害の問題と取り組まなければならない」<sup>③</sup>という指摘もあった。しかしながら、我が国は、心神喪失者等医療観察法の成立によって、精神医療と犯罪の問題に漸く取りかかったところであり、イギリスに比べると遙かに遅れた立場にあるので、人格障害の問題に早急に取り組めるとも、取り組むべきであるとも思われないが、遠い将来の課題であることは論をまたないし、それに加えて、イギリスの審議の状況は我が国にとっても大いに参考になると思われる。

大谷實先生は、早くから法と精神医療の問題に取り組まれ、数多くの業績を残してこられた。<sup>④</sup>また、法と精神医療学会の理事長として、学会の発展と後進の育成に取り組まれた。私が、法と精神医療の問題に関心を抱き、イギリスについて学びたいと考えたのは、先生の下で指導を受ける機会に恵まれたからである。外国法を研究するにあたっては、常に日本の状況を念頭に置くようにとのご指導を思い返して、イギリスの現状を紹介して、不十分ではあるが、我が国の問題に若干の検討を加えてみたい。

## 一、イギリスの精神保健法改正案

### (1) 二〇〇〇年一二月の白書

白書において公表された案の骨子は以下の通りである。<sup>⑤</sup>すなわち、①犯罪を犯していないが、治療不可能な人格障害を有する潜在的に危険な人々を無期限に拘束すること、②社会内で生活している精神障害者に強制的に服薬させる権限を設けること、③強制的権限の長期にわたる行使を決定する独立の審判所と、独立の弁護を得る患者の権利とを

規定すること、④精神障害者による犯罪の被害者が、当該精神障害者の解放（精神病院からの退院と刑事施設からの釈放）される時期を知る権利を認めること、⑤治療を受ける人々を監督する精神保健委員会を創設すること、⑥精神障害者に対する治療スタッフと医療の増大を図ること、である。

この案に対しては、それ以前から精神保健法の抜本的改正が待望されていたこともあり、公表直後には、この案に比較的好意的な見解も散見されたが、その問題点が論じられる過程で、反対論が圧倒的な優位を占めるに至った。イギリスには、マインド (Mind) を始めとして、精神障害者の人権擁護のための団体が数多く存在するが、それらが結集して、精神保健同盟 (The Mental Health Alliance) を結成し、政府案に対する反対運動を展開している。<sup>⑥</sup>この精神保健同盟は、イギリス精神医学会を含む六〇団体で構成され、精神保健法改正に関する情報を提供し、改正案に対する反論を公表してきた。その主たる根拠は、①危険性の予測の不確実性、②重篤な人格障害の定義が曖昧であること、③社会内での（通院）治療の効果に対する疑問などであった。<sup>⑦</sup>

たとえば、マインドは、とくに前述の社会内治療Ⅱ通院命令に反対して、以下のような欠点を指摘している。すなわち、法案では、通院命令に対する制限が全く存在しないが、他方で、評価の際の申し立て以外に不服申し立てを行う方法はない。また、患者が通院命令を拒否した場合は、再入院とされるが、それは患者にとって、保護・援助ではなく、処罰とみなされる。一旦通院命令を科されると、精神科医の見解に変更がない限り、解除は困難である。通院命令は、患者と医師との信頼関係を損なうことになる。

したがって、マインドは、患者が危機的状況にあり、強制治療が唯一の選択肢である場合は、入院治療を行うべき

であるとし、さらに、アドバンス・ディレクティブ（表明した本人が無能力になった場合にも継続的効力をもつ委任状を意思決定を行う代理人に与えること）の導入を提唱すると同時に、無償のアフターケアの期間が六週間に限られていることを非難している。<sup>8)</sup>

他方、政府も、当初から、直ぐに国会に法案を提出するつもりはなく、各界の意見を聴取した上で、修正案を作成することを考えていたので、前述したように、白書に基づく法案を二〇〇二年に作成・公表してから、約二年を経過した二〇〇四年九月に修正案が発表されたのである。

## (2) 修正案の概要

### (a) 精神障害の定義

原案二条(6)において、「精神機能の障害もしくは損傷を生じさせるような精神もしくは脳の障害もしくは機能不全」と定義され、性的逸脱やアルコール・薬物依存なども含まれることから、その範囲の広すぎることが批判されていたが、修正案二条(5)には、ほぼ同じ内容の規定が置かれている。

### (b) 医療

原案二条において、医療としては、看護、介護、訓練（教育、職業訓練、社会的かつ独立の生活技術を含む）、リハビリテーションが掲げられていたが、修正案二条(7)では、「認知・行動療法、カウンセリングや他の心理的介入」が付け加えられた。

## (c) 強制治療の要件

原案六条では、(1)患者が精神障害に罹患していること、(2)精神障害が、患者に対する医療を正当化するような程度・質のものであること、(3)(a)他人に重大な危害を与える著しい危険のある患者の場合は、他人を保護するために、医療を施すことが必要であること、(b)その他の場合は、患者の健康もしくは安全あるいは他人の保護のために、医療を施す必要があること、及び、本法の対象とならなければ、医療が与えられないこと、(4)適切な医療が利用可能であることとされていた。これに対して、修正案九条では、(1)、(2)に変更はないが、以下のように大幅な修正が加えられた。すなわち、(3)(a) (i) 自殺もしくは重大な自傷あるいは、(ii) 健康もしくは安全に対する患者の重大な自己無視 (neglect) からの患者の保護、あるいは、(b)他人の保護のために医療を行う必要があること、(4)患者が、本法の対象とならなければ、合法的に医療が与えられないこと、(5)患者の精神障害の性質もしくは程度と他のすべての環境を考慮に入れたうえで、適切な医療が利用可能であること、(6)(4)項は、他人に重大な危害を加える著しい危険がある一六歳以上の患者の場合には適用されない<sup>9)</sup>。

政府の解説によれば、(2)項は、重篤な精神障害に罹患している者だけが諸要件を満たすことを確認するために設けられたものであり、(6)項の一六歳以上の者に対する適用除外については、他人に重大な危害を加える著しい危険の存在する場合は、強制的に拘束する必要があることを証明しなくてもよいとされている。また、(5)項に関しては、「個々の場合に医療が利用可能でなければ、拘束されることはない」と説明されている<sup>10)</sup>。

この他の修正としては、刑事施設に収容されている者に対する通院命令の規定が削除されたことや、電気ショック

療法に関して、精神能力 (mental capacity) のある場合は同意が必要とされること (一七九条)、および、患者の不当な処置という犯罪を犯した場合の刑の上限の引き上げ (二八〇条) などが挙げられる。

### (3) 法案による処遇の概要<sup>①</sup>

法案による処遇の流れの概略は以下の通りである。最初に、前述の治療要件を満たしているかどうかを判断するために、診断 (examination) が行われる。そして、治療が必要な場合に、個人のケアプランが作成される。これを評価 (assessment) といひ、これに対して不服のある場合は、その開始から二八日以内に精神保健審判所に申し立てができる。そして、ケアプランが実施される段階が治療 (treatment) である。

また、患者の権利擁護のために、指定代理人と弁護制度、ヘルスケア委員会、精神保健審判所が設けられている。指定代理人とは、患者のために発言・行動する独立した人物のことをいい、患者自身だけでなく、専門家が選任することも可能である。弁護制度とは、強制治療を受ける者を援助するために設けられた独立の弁護業務である。ヘルスケア委員会は、精神医療業務の監査を行い、精神保健法の運用を監視する。精神保健審判所の役割は、治療の必要性を判断することであるが、患者ないしその代理人は、審判所の決定に不服がある場合に、精神保健控訴審判所に申し立てができるし、その決定に不服である場合は控訴裁判所に訴えることができる。

#### (4) 修正案に対する反応

既に述べたように、原案に対しては反対の大きな流れが形成されてきたが、それは修正案に対してもほとんど変わることがないといえよう。その概要を示せば、前述したものに加えて、①薬物・アルコール依存や性的逸脱を含む「精神障害」の定義は広すぎる、②「治療可能性」という要件には、法の濫用を防ぐという役割があったので、その削除は不当である、③教育や訓練を含む「治療」の概念は広すぎる、④診察段階での弁護の規定がないのは不適切である、などが挙げられよう。

たとえば、修正案についてのマインドの見解を紹介すると、その概要は以下の通りである。すなわち、第一に、法案全体について、法案は、精神障害の評価と、治療のために強制的に入院させるかどうかの決定権を医師に与えており、また、強制的治療の権限をケアワーカーにも与えているが、他方で、対象者が情報を与えられ、権限の使用に抗議できるように、法的かつ非公式的保護を規定している。第二に、治療については、対象者の健康とソーシャルケアの必要性とを評価する法的権限を保証すべきであり、強制治療の終了後に、中間的なケアとして、六週間の無料ケアサービスが認められているだけであるのは不十分である。第三に、精神障害の定義については、現行法よりも広すぎることによって、強制治療の脅威がより多くの集団に拡大されるので、強制治療を受ける可能性があることをおそれて、ケアを受ける人は減少するであろう。第四に、強制通院治療に関して、政府は、対象者に入院歴がある場合にのみ権限が行使されるとしているが、マインドは強制的通院治療に反対であり、権限はそうに限定されたいと思われるので、受け入れられない。また、治療可能性という基準は放棄されたが、現在は、この基準が法の濫用を防ぐた



めの重要な安全弁となっている。さらに、治療の概念も広すぎる。治療効果のない場合は強制治療を行わないというような限定は付されていない。治療の中に教育・訓練が含まれているが、個々のケアプランでの有効性は証明されていない。現行法の下では、任意の治療を希望している者が、強制的な入院・通院治療を課されることはないが、法案では自傷他害のおそれがあるときには、対象者が任意の治療を拒否していることを示さなくても、彼らを拘束できることとしている。第五に、法的保護について、法案は人権法を遵守しなければならない。法案は、①合理的な期間（二八日）内に、強制権限行使の申し立てを審理する精神保健審判所を設けることと、②独立の弁護を認めること、③強制権限行使に対する不服申し立てを援助する権利を有する、新たな「指定代理人」制度を導入することによって、人権法の要求を満たしていると考えているが、命令が課される前（診察）段階での弁護に関する規定のないことが問題である。また、指定代理人には、患者を退院させる権限が与えられるべきである。すべての強制治療に関する決定を行う審判所を設置すると、医療関係者の負担が増加し、任意の治療を減少させ、治療の遅滞を招くことになる。<sup>(12)</sup>このように述べて、マインドなどの団体は法案に反対しているのである。

また、王立精神医学会（The Royal College of Psychiatrists）は、前述の精神保健同盟の有力なメンバーであるが、二〇〇四年から開催される国会の上院下院合同調査検討委員会に勧告を提出している。それによれば、①精神障害の定義については、ニュージーランド（「妄想や気分・知覚・意思・認知の障害による精神の異常な状態」）や、オーストラリア（「一時的ないしは永続的な精神機能の重篤な障害があり、妄想・幻覚・思考形式の重篤な障害・重篤な気分障害・上記の症状の存在を示すような持続的ないしは反復的非合理的行動という症状の一以上の存在によって特徴

づけられる状態」)のような限定を設けるべきである、②文化的ないしは政治的、宗教的信念や、乱交 (promiscuity)・性的逸脱などの不道德的行為、薬物・アルコールの依存・濫用、知的障害、違法・秩序違反行為の実行ないしその危険は、強制治療の対象となる精神障害から除外すべきである、③強制治療の条件として、精神障害によって意思決定能力が害されていることと、患者の治療の利益とを付け加えるべきである、④現在審理中である精神能力法案 (Mental Capacity Bill) や、人権法、欧州会議 (Council of Europe) との整合性を図ることなどの二五項目が提案されている<sup>(13)</sup>。

## (5) 政府の対応

このような反対に対して、保健省は以下のような反論を行っている。まず、患者の権利擁護の体制が整備されたことや、自傷他害の高度の危険を示す患者だけを拘束の対象とするために基準を明確化したこと、患者にとって適切な医療を与えることを重視したことなどを長所として指摘すると同時に、反対論には誤解が見られるとして、次のように、個々の回答を提示している。①「政府は、危険な人格障害者を管理するために新法を必要としている」という見解に対しては、「危険かつ重篤な人格障害の処遇は一連の試行プロジェクトであり、現行法の下で実施されているのであるから、法改正をする必要はない」。②「法案は、犯罪を犯していない人々を拘束するための新権限を創出している」については、「犯罪を犯していないが、…自己と他者を保護するために治療を必要としている人々を拘束する権限は、一九五九年法で認められている」。③「治療可能性テストが削除されたので、危険であれば、治療を行わな

くても拘束できるようになる」という批判に対しては、「治療なき拘束は認められていない。現行の一九八三年法の下では、ごく少数の患者に治療可能性テストが適用されているが、法案の下では、患者の必要に応じた利用可能な治療がなければ、誰も強制されることはない」。

④「薬物濫用や性的逸脱、乱交が除外されていないのであるから、ほとんどすべての人が強制治療の対象になるのではないか」という疑問については、「(前述の)すべての条件をみたしていなければ強制治療の対象とはされない。一九八三年法と同様に、重篤な精神障害に罹患し、自己と他者の保護のために治療を必要としていることが要求される。一九八三年法とは異なり、自傷のおそれは、自殺ないしは重大な自傷あるいは重大な自己無視 (neglect) に限定されるし、個人の需要を満たす治療ケア計画が必要とされる」。

⑤「他害の著しい危険を示す人々という特別のカテゴリーが存在する。彼らを拘束する前に、治療が必要であることを証明する必要はない」という解釈に対しては、「医療が必要かつ利用可能でなければ、民事の患者は拘束されない。しかし、患者が、重大な侵害の著しい危険を示している場合は、患者が『任意で治療を受けたい』という希望を表明しているからという理由だけで、拘束を解くのは誤っている」。

⑥「法案は、型破り (unconventional) であれば、ほとんどすべての人を拘束することを医師に許容ないしは要求している」という見解については、「(精神保健審判所ないしは裁判所のような) 独立組織の命令がなければ、二八日以上拘束はできない。単に強制が必要であるからといって、自由を剥奪されるということとはなくなった。法案は、無差別の拘束に反対している。彼らが制裁という安全を必要としているとしても、治療のために拘束される必要がある環境を最小限にすることを目指している」。

⑦「法案は強制通院を認めている」ことについては、「通院中である場合を除いて、自己の意思に反して治療を受けることは

ない」。<sup>(14)</sup>

以上が政府の反論であるが、政府は、これ以外に、人員の不足を補うために、一三〇人の精神科医を含む九〇〇人の増員を計画し、新法の運用調査のために五年間で二五〇万ポンドを投入する予定であり、また、五〇〇万ポンドをかけて、精神保健ネットワークを開設することとしている。<sup>(15)</sup>

### 三、危険かつ重篤な人格障害者の処遇

#### (1) イギリスの精神保健法改正に対する我が国の反応

これまでに公刊された論評は、いずれも修正案の公表以前のものであるが、犯罪を犯していない「危険かつ重篤な人格障害者」に対する強制治療に賛意を示しているものは見当たらない。「問題性の多い拙速な対策」<sup>(17)</sup>、「改悪」と呼ぶのが妥当」<sup>(18)</sup>などの評価は、「人格障害に対する治療可能性があきらかではなく、治療法も確立されておらず、適切な医療の保障のない中で、このような者を強制治療の対象とすることは妥当ではない」<sup>(19)</sup>という見解に要約されるであろう。

#### (2) イギリスの現状

イギリスがこのような大胆な方策を提案した理由は以下の事情による。すなわち、イギリスでは、治療可能性のない場合は精神病院への入院命令の対象とならないので、危険かつ重篤な人格障害者の受け入れを病院が拒否し、刑事

施設に送られるという事態が存在した。そして、イギリスは、我が国における矯正施設の長の通報による措置入院のような制度を持たないので、刑の執行期間が満了すれば、刑事施設が対象者の自傷他害のおそれを認識していても、何らの対策もとれないことが問題となっていたのである。

また、他方では、高度保安病院（旧特別病院）や刑事施設において一部の人格障害者に対する処遇が実施されていたが、全体としては不十分なところがあったので、現在では両者が協力して新たな処遇を開始している。従来、危険かつ重篤な人格障害者は、三箇所の高度保安病院に収容されていたが、現在、犯罪行動と人格障害の間に明確な機能的関連が認められ、国民に対して極めて高い危険を示す者だけを収容する施設として、一四〇床をランプトンとブロードムーア高度保安病院に建設し、一六〇床がホワイトムーアとフランクランド刑務所内に設けられている。なお、精神障害犯罪者を収容する病院としては、高度保安病院以外に、地域保安病棟が各地に設けられており、約二〇〇〇名が収容されているが、地域保安病棟において、危険かつ重篤な人格障害者の処遇を実施しているのは一箇所だけである。さらに、社会内処遇の取り組みが開始されており、保護観察では、地域内の性犯罪者治療プログラムと犯罪者評価制度が設けられている。また、二〇〇〇年刑事司法・裁判実務法によって、性犯罪者と暴力犯罪者の危険性の評価・管理のために設立されたMAPs (multi-agency public protection panels) が、法案が成立したときには、各地域の刑事司法機関と連絡をとることが想定されており、対象者の診察を請求する任務を引き受けるとされている。<sup>20</sup>

危険かつ重篤な人格障害者の試行的処遇に関しては、その研究調査結果が公表されている。それによれば、調査期間は一〇〇〇年九月から二〇〇二年九月の間であり、対象は、重大な性犯罪・暴力犯罪を犯し、特別処遇への参加を

希望した五五人の受刑者であったが、この期間中に、当初予想されていたよりも暴力的行動が少なかったことが報告されている。<sup>(21)</sup> また、その他に、大規模な文献研究も実施されている。これは、一九九三年から二〇〇一年の間に公表された調査研究の中から一一七件の研究を選び、その内容を検討したもので、その結果、治療共同体や認知行動療法の効果には期待がもてるが、精神力動的 精神療法 (psychodynamic psychotherapy) や薬理学的介入 (pharmacological intervention) については、将来の可能性は認められるものの、現状では研究結果の乏しいことが示されている。<sup>(22)</sup> これらを見ると、現段階では、精神医療の先進国であるイギリスにおいても、人格障害の治療が確立されるにはほど遠いことが伺えるように思われる。

### (3) 人格障害

人格障害は、かつては精神病質と呼ばれていた。精神病質とは、「性格の異常のために自身が悩むか、社会が悩まされる」こととするシユナイダーの定義が有名であるが、現在では、ICD—10あるいはDSM—IV—TRなどの診断基準による人格障害 (パーソナリティ障害) という表現が用いられている。<sup>(24)</sup> ICD—10によれば、特定の人格障害とは、性格構造と行動傾向の重度の障害であり、妄想性、分裂病質 (性)、非社会性、情緒不安定性、演技性、強迫性、不安性 (回避性)、依存性に分類されている。<sup>(25)</sup> DSM—IV—TRでは、「その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った、内的経験および行動の持続的様式」とされ、妄想性、シゾイド (旧分裂病質)、失調型 (旧分裂病型)、反社会性、境界性、演技性、自己愛性、回避性、依存性、強迫性という分類が行われている。<sup>(26)</sup> この中で、

犯罪との関連が大きいのは非社会性ないしは反社会性人格障害である。ICD-10によれば、「通常、行動と一般的な社会的規範との間の不一致のために注意を惹く人格障害である」とされ、その特徴としては、①他人の感情への冷淡な無関心、②社会的規範、規則、責務への著しい持続的な無責任と無視の態度、③人間関係をきずくことに困難はないにもかかわらず、持続的な人間関係を維持できないこと、④フラストレーションに対する耐性が非常に低いこと、および暴力を含む攻撃性の発散に対する閾値が低いこと、⑤罪悪感を感じることができないこと、および体験、とくに刑罰から学ぶことができないこと、⑥他人を非難する傾向、あるいは社会と衝突を引き起こす行動をもっともらしく合理化したりする傾向が著しいこと、が挙げられている。また、DSM-IV-TRでは、①法にかなう行動という点で社会的規範に適合しないこと、②人をだます傾向、③衝動性または将来の計画を立てられないこと、④いらだたしさおよび攻撃性、⑤自分または他人の安全を考えない向こう見ずさ、⑥一貫して無責任であること、⑦良心の呵責の欠如、が示されている。<sup>(28)</sup> この二つの基準を見れば、重なっている部分はあるものの、微妙なずれが生じているのが看取できる。また、反社会性人格障害の特徴は、「他者に対する冷酷な搾取」<sup>(29)</sup>であり、妄想性人格障害との合併の場合は、「危険な他害行動に走りやすい」<sup>(30)</sup>と述べるものもあるが、診断について一致した見解がなく、治療方針も確立しておらず、「治療については暗中模索に近い段階である」<sup>(31)</sup>とされている。要するに、「研究者や臨床家のすべてが支持するようなひとつの決定的な治療的介入法はない」<sup>(32)</sup>のである。

とはいえ、精神病質は、我が国の精神保健福祉法においても、精神障害の中に含まれているし（五条）、イギリスでも、現行の精神保健法一条に、「精神の持続的な障害または無能力であり、異常に攻撃的もしくは著しく無責任な

行為に至るもの」とする精神病質 (psychopathic disorder) の定義規定が置かれており、法の対象とされているのである。これに対して、我が国の精神科医の間では、「原則的に人格障害のみでは、強制入院の適応の条件を満たさない」という見解が多数を占めており、責任能力の点から見ても、人格障害に対しては完全責任能力が認められるのが一般である。<sup>(34)</sup>

したがって、現状では人格障害者が犯罪を犯した場合は、責任能力が認められ、刑罰を科されるのであるから、刑事施設における処遇の改善が重要な課題となるであろう。また、人格障害は治療がまったく不可能というわけではない。強制治療にはなじまないとしても、人格障害の治療の有効性を支持する知見は蓄積されつつあるといわれており、中でも生育史的要因の重要性が指摘されている。<sup>(35)</sup> さらに、重篤な人格障害者も時の経過と環境によって変わりうることを示されているし、他方では、最近のMRIやPETなどの検査技術の向上に伴い、脳の異常所見を診断の根拠にする方向での研究が進められていることも注目に値する。<sup>(37)</sup> しかし、現時点で、実際に我が国において問題となるのは、強制ではなく任意の場合であろう。患者の同意が得られる治療に関しては、既に、「(人格障害のうち) 自ら治療を求めようとする者に対しては、受刑に替えて精神医療サービスを提供できるシステムを、我が国においても考えてみてもよいのではないだろうか。欧米先進国には、性犯罪者を繰り返し返す者などを対象に、人格障害への精神療法が盛んに試みられ、成果も上げている」<sup>(38)</sup> という指摘があるが、このような方向が早急に模索されるべきであると考ええる。



#### 四、イギリスから学ぶこと

##### (1) 法改正の審議

第一に、イギリスでは、今回の精神保健法改正にあたって、かなり慎重な審議を行っている。既に述べたように、一九九八年に検討委員会を設置し、その報告を受けて、二〇〇〇年十二月に白書が公刊され、二〇〇二年七月に法案が公表された。その後、各界の意見を参考にして、二〇〇四年九月に修正案が提出されたが、その後に国会の合同委員会の審議を経て、最終案が国会に提出される予定である。内容が異なるので、単純な比較は慎むべきかもしれないが、我が国における心神喪失者等医療観察法案の審議に費やされた時間が約七〇時間であることを見ると、イギリスのはるかに慎重な姿勢が伺われる。<sup>(39)</sup>

第二に、情報公開の問題がある。我が国においても、情報公開は進んでいるが、イギリスでは、障害者を含む一般国民に法案を理解してもらえないように、法案をわかりやすく解説したリーフレットがインターネットで公開されている。<sup>(40)</sup>このような手法は、我が国でも採用されるべきであろう。

第三に、我が国の心神喪失者等医療観察法案を巡る議論では、ほとんどすべてを否定する意見が見られたが、イギリスでは、是々非々の冷静な議論が行われている。たとえば、精神保健法案に反対する論者でも、重篤かつ危険な人格障害者に対して行われている試行に賛意を示す論者もあれば、<sup>(41)</sup>精神病院への入院基準としての「治療可能性」要件の削除と、精神障害の中に性的逸脱を含めることに賛同する意見も見られるのである。<sup>(42)</sup>また、精神医学者について

も、我が国の精神科医から、以下のような指摘が見られる。すなわち、「(イギリスの精神科医たちは)、行政の立ち後れに対する批判者としての気楽な立場に自らを限定しているわけではなく、状況に積極的に関与して、精神保健の担い手として現実を改善していこうとしている。このような、司法精神科医たちの建設的な姿勢にこそ、学ぶべきものは多々あろう」<sup>(43)</sup>。既に見たように、イギリス保健省の回答には不十分な点も散見されるが、精神医療に係る諸団体が批判と勧告を提出し、政府もできる限りの回答を試みるという点は大いに参照されるべきであろう。

## (2) 将来の課題

### (a) 刑事施設内の医療

既に述べたように、人格障害者は、我が国の心神喪失者等医療観察法の対象とはならず、刑事施設において処遇されることになる。とすれば、刑事施設内での処遇の改善が問題となろう。この点でも、イギリスでは、従来からグレンドン刑務所において治療共同体による処遇が行われており、高い評価を受けていたので、現在ではダブゲート刑務所<sup>(44)</sup>でも人格障害者の処遇が実施されている。そこでは、対象者は人格障害に限定されず、出所後に役立つ技術の習得が重視されており、臨床心理士によって運営されているが、基本的には、グレンドンと同様の処遇が行われている<sup>(45)</sup>。我が国においても、治療共同体の導入は検討に値すると思われる。

さらに、刑事施設内の治療に関しては、アルコール・薬物依存と性的逸脱の問題がある。既述のように、イギリスの精神保健法改正案では、これらが精神障害の中に含まれることになり、それが批判の対象となっていたが、これに

対して、我が国では、アルコール・薬物依存と性的逸脱について、多くの場合、人格障害とされて責任能力が認められ、刑事施設で処遇されることになっている。しかしながら、薬物依存に関しては若干の取り組みが見られるものの、性的逸脱に関しては、組織だった治療の行われていないのが現状である。<sup>46</sup> イギリスでは、刑事施設内において積極的に性犯罪者の処遇が行われているのであるから、我が国においても早急な取り組みが必要とされよう。

(b) 司法精神医学教育

心神喪失者等医療観察法附則三条一項は、「政府は、この法律の目的を達成するため、指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする」と規定している。法律成立以前から、精神医療関係者の海外研修は開始されていたが、この規定に従って、国立精神・神経センターに司法精神医学研究部が設置された。また、精神保健判定医等養成研修会が二〇〇四年から始まり、その中には、「司法精神医療の歴史と概念」という講義が置かれている。しかしながら、我が国の医学部の中に司法精神医学という講座は存在しないのであるから、今後必要とされる専門家を育成するためには、司法精神医学講座の設置を始めてとして、大規模な改革が行われなければならない。その点でも、イギリスに学ぶところは大きいといえよう。<sup>47</sup> 実際、この数年間にイギリスで研修を受けている医療関係者が増加していることは、註の冒頭に掲げた文献からも明らかである。

(c) 地域精神医療

心神喪失者等医療観察法附則三条三項は、「政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害

者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする」と定めている。良質な入院治療が提供されたとしても、患者が最終的に生活するのは地域であるから、このことが重要な言うまでもない。その点においても、イギリスはグループホームや訪問看護などの先進的な取り組みを実践している<sup>(48)</sup>ので、ここでも学ぶべき点は多いと思われる。現実には、我が国においても、イギリスをモデルにした「統合型地域精神科治療プログラム」が提唱されるなどの動きが現れている。このプログラムは、「地域において発生したあらゆる精神障害・精神疾患に対して、エビデンスに基づいた専門的医療・保健・福祉サービスを、各地域の特性に合った形で速やかに効率よく提供する」ものであり、多職種のチームにより実施されることになっている<sup>(49)</sup>。

## 五. おわりに

既述のように、現在我が国において、危険かつ重篤な人格障害者に対する特別な処遇を設けることは不可能であろう。もし、そのような取り組みができるとすれば、司法精神医療の第一歩として位置づけられる心神喪失者等医療観察法が順調に運用された後になると思われる。したがって、イギリスなど諸外国の動きを参照しながら、研究することとを怠ってはならないが、かなりの期間が必要になることを念頭に置くべきであろう。大谷實博士は、夙に、次のように述べられた。すなわち、「従来、精神病質者に対する治療として、徹底的に解明が試みられたことは稀であり、…これは、多分に精神病質者対策について拒否的・消極的態度にもとづいているものとみられ、そのためにも、物的・人的施設を独立に確保し、現代科学のあらゆる面を駆使してその改善に取り組むべきであろう<sup>(50)</sup>」。残念ながら、

この問題に関する我が国の状況には、その時から、それほど大きな進展は見られないといつてよい。

二〇〇三年七月に成立した心神喪失者等医療観察法は、二年以内の施行とされており、二〇〇五年には運用が開始される。厚生労働省は、本法に基づく新病棟を国立精神・神経センター武蔵病院に建設することを決定し、二〇〇五年の完成が予定されている。<sup>(51)</sup> また、二〇〇六年度から一〇年間で、約七万人の社会的入院を解消するための改革ビジョンが二〇〇四年九月に策定された。<sup>(52)</sup> さらに、前述した精神保健判定医等養成研修会では、精神保健判定医と、精神保健参与員、地域精神保健福祉職員のための養成研修が行われ、その教材作成のための委員会が開かれている。そこでは、初めて多職種（精神科医、精神保健福祉士、法律家、看護師、臨床心理士、作業療法士、薬剤師）の専門家が一堂に会して議論が行われることになったのである。これらの動きは、明らかに大きな前進であると評価できるが、まだ改革は始まったばかりであるので、十分な情報公開を要求し、その進展を注意深く見守る必要がある。

精神医療法を改正する目的が、精神医療の改善による障害者福祉の向上にあることに疑いはない。その点で、十分な議論を尽くしながら、困難な課題に取り組んできたイギリスの果敢な姿勢は見習うべきものであろう。踏み出す一歩の方向は問題であるとしても、また、今回のイギリスの精神保健法改正案には首肯できない点が散見されるとしても、改革の努力を怠らなかつたことが、我が国のモデルとなるイギリスの現状をもたらしただことは否定できない事実である。イギリスの動向や研究業績は、今後也大いに参照されるべきであらう。

- (1) 拙稿「イギリスの精神保健法改正の動き」京都学園法学二〇〇〇年二・三号(二〇〇一年)二七頁以下参照。イギリスの状況を紹介したものとしては、堀彰「英国における触法患者に対する法律体系と病院ネットワーク」精神医学四〇巻三号(一九九八年)三二五頁以下、同「英国における精神病質をめぐる論争」精神医学四一巻八号(一九九九年)八八三頁以下、中村恵「柑本美和「イギリスの司法精神医療」日精協誌一九巻一〇号(二〇〇〇年)四三頁以下、林美紀「北村俊則「英国精神保健法一九八三年改正の動き」法と精神科臨床四巻(二〇〇一年)一頁以下、拙著「精神医療と犯罪者処遇」(二〇〇二年)一五一頁以下、拙稿「触法精神障害者対策の現状と問題点(一)——イギリス編——」現代刑事法四〇号(二〇〇二年)六七頁以下、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」島大法學四五巻四号(二〇〇二年)二二七頁以下、同「イギリスの刑事司法における触法精神障害者とダイバージョン」国際公共政策研究六巻二号(二〇〇二年)一〇三頁以下、同「イギリスの刑事司法と処遇」法律時報七四巻二号(二〇〇二年)五〇頁以下、柑本美和「刑事司法と精神医療過程との交錯——イギリス精神保健法改正論議から何を学ぶか——」法と精神医療一八号(二〇〇四年)七五頁以下、同「人格障害に罹患した犯罪者の処遇——イギリス国内裁判所・欧州人権裁判所の判決を手がかりに」町野朔編「ジュリスト増刊・精神医療と心神喪失者等医療観察法」(二〇〇四年)六三頁以下、井原裕「中谷陽二「英国精神保健法改正計画とその反響」精神医学と社会保安」精神科治療学一七巻九号(二〇〇二年)一一五一頁以下、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——」精神神経学雑誌一〇三巻九号(二〇〇一年)六六四頁以下、同「触法精神障害者問題——英国から学ぶ新たな制度の提案——」捜査研究六〇四号(二〇〇二年)一八頁以下、同「世界の精神医療と日本——英国——」こころの科学一〇九号(二〇〇三年)三一頁以下、大下顕「英国での精神保健法改正の動き——人格障害者問題を中心に——」精神神経学雑誌一〇四巻一〇号(二〇〇二年)九九五頁以下、岩波明「狂気という隣人 精神科医の現場報告」(二〇〇四年)一九五頁以下、澤口聡子「法医学と看護」(二〇〇四年)三八頁以下などがある。また、イギリスの精神保健政策の変遷については、加藤哲実「中世イングランドにおける狂気と法」法律論叢七六巻四一五号(二〇〇四年)六三頁以下、ト部圭司「イギリスの精神健康法成立の背景と法制的問題点について」大谷實「中山宏太郎編「精神医療と法」(一九八〇年)二二七頁以下、デヴィッド・H・クラーク「二世紀の精神医療への挑戦—ヘルボーンは眠らない」(二〇〇二年)、作田明「精神医学と犯罪学」(二〇〇〇年)、三宅孝之「イギリスの精神衛生法制とその発展」戸塚悦朗・広田

伊蘇夫編「精神医療と人権」〔3〕（一九八五年）一二九頁以下、同「精神障害と犯罪者の処遇」（一九九二年）など参照。

- (2) 加藤久雄「ポストゲノム社会における医事刑法入門」（二〇〇四年）五八二頁以下、同「人格障害犯罪者と社会治療」（二〇〇二年）参照。

- (3) 平野龍一「触法精神障害者の処遇」ジュリスト一三三三号（二〇〇二年）一〇六頁（後に、町野胡編・前掲書「精神医療と心神喪失者等医療観察法」に所収）。

- (4) 大谷實「精神障害者の処遇」宮澤浩一・西原春夫・中山研一・藤本英雄編「刑事政策講座二卷」（一九七二年）三二七頁以下、同「保安処分の種類（一）——治療処分・禁絶処分——」刑事政策講座三卷（一九七二年）九五頁以下、大谷實・中山宏太郎編「精神医療と法」（一九八〇年）、大谷實「医療行為と法」（一九八〇年）、同「精神保健法」（一九九一年）、同「精神科医療の法と人権」（一九九五年）、同「精神保健福祉法講義」（一九九六年）など。

- (5) 拙著「一五一頁以下、拙稿（現代刑事法四〇号）六七頁以下参照」。

- (6) <http://www.mind.org.uk>.

- (7) 拙著「一六四頁以下参照」。See, P.Moran, Dangerous severe personality disorder- bad things from the UK, International Journal of Social Psychiatry, Vol.48 (1), 2002, p. 6-10.

- (8) Mental Health Alliance Policy Paper: Community Treatment Orders, 2003.

- (9) Department of Health, Draft Mental Health Bill, Cm 6305-I.（インターネット）[<http://www.dh.gov.uk>] で入手可能である。

- (10) Department of Health, Draft Mental Health Bill Explanatory Notes, p. 14. Cm 6305-II.

- (11) Draft Mental Health Bill Easy read version, 2004.

- (12) Mind, The new Mental Health Bill, <http://www.mind.org.uk/News+policy+and+campaigns>, 2004. See, The Mental Health Alliance, Revised Mental Health Bill is unfit for the 21st century, 2004.（インターネットのホームページで入手可能）。Sainsbury Centre for Mental Health, New Mental Health Bill will drive people from services, <http://www.scmh.org.uk>, 2004. また、両者から国会合同委員会に提出された意見も上記のホームページで公開されている。

- (13) The Royal College of Psychiatrists, Evidence submitted to the Joint Committee on the Draft Mental Health Bill, 2004 (<http://www.repsych.ac.uk>).二〇〇四年一〇月二七日に開催された合同委員会の議事録も公開されている (<http://www.publications.parliament.uk>)。〇
- (14) Department of Health, Common Myths about the draft Mental Health Bill, in What is the Bill? (<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/MentalHealth>).
- (15) Department of Health, New Draft Mental Health Bill offers better procedures for treatment and better safeguards for patients and the public, Press releases 2004. 9. 8.
- (16) The Guardian, 2004. 6. 7.
- (17) 三宅・前掲論文(島大法学)一三七頁。
- (18) 井原Ⅱ中谷・前掲論文一五八頁。
- (19) 柑本・前掲論文(法と精神医療一八号)八六頁。
- (20) National Institute for Mental Health in England, Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion, 2003, pp.16-19.
- (21) R. Taylor, An assessment of violent incident rates in the Dangerous Severe Personality Disorder Unit at HMP Whitemoor, Research Findings 210, 2003.
- (22) F. Warren, G.McGauley, K.Norton, B.Dolan, K. Preeedy Fayers, A.Pickering and J.R. Geddes, Review of treatments for severe personality disorder, Home Office Online Report 30/03, 2003.
- (23) 大谷實「刑事政策講義第四版」(一九九六年)六二三頁、同・前掲論文(刑事政策講座二卷)三三六頁以下参照。
- (24) 融道男・中根允文・小見山実監訳「ICD-10 精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン——」(一九九三年)、高野三郎・大野裕・染谷俊幸訳「DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き」(新訂版・二〇〇三年)。
- (25) DSM-IV-TR・二〇九頁以下。
- (26) ICD-10・一三三頁以下。



- (27) 同書二一―二二頁。
- (28) DSM—IV—TR・二二七頁。
- (29) 岡田尊司「パーソナリティ障害」(二〇〇四年) 一六〇頁、同「人格障害の時代」(二〇〇四年) 九二頁。
- (30) 岡田尊司・前掲書(「パーソナリティ障害」) 一六七頁。
- (31) 生地新「反社会性人格障害」臨床精神医学講座七卷(一九九八年) 八四頁。
- (32) Chris Chaloner & Michael Coffey(川野雅資監訳)「司法精神看護」(二〇〇三年) 一四七頁。村上伸治「青木省三「人格障害の治療とは」、岩田柳一「人格障害雑感」精神医療第四次三〇号「特集 人格障害のカルテ〔実践編〕」(二〇〇三年) 三〇頁以下参照。
- (33) 林直樹「精神医学における人格障害の位置づけ」精神神経学雑誌一〇二巻二一―二二頁(二〇〇〇年) 一一四四頁以下、町野朔ほか「座談会」心神喪失者等医療観察法の成立」ジュリスト一二五六号(二〇〇三年) 二四頁、野村進「救急精神病棟」(二〇〇三年) 二四八頁など参照。
- (34) 林幸司「精神鑑定実践マニュアル」(二〇〇一年) 四七頁、大谷實「新版刑法講義総論〔追補版〕」(二〇〇四年) 三四六頁、墨谷葵「責任能力」判例刑法研究三卷(一九八〇年) 三八―三九頁、島田仁郎、島田聡一郎「心神喪失及び心神耗弱」大コンメンタール刑法第二版第三卷(一九九九年) 三九二頁など。なお、岩井宜子「精神障害者福祉と司法〔増補改訂版〕」(二〇〇四年) 二三四頁、山上皓「人格障害者における責任能力」新世紀の精神科治療五卷「現代医療文化のなかの人格障害」(二〇〇三年) 九五頁以下参照。なお、精神病と人格障害を併有している場合の問題について、西山詮「精神病理論の行方」精神医療第四次三〇号「特集 人格障害のカルテ〔理論編〕」(二〇〇三年) 九六頁、前掲拙著一八一頁以下参照。
- (35) 林直樹・前掲論文二一五頁。なお、脳科学の立場からの見解として、澤口俊之「あぶない脳」(二〇〇四年) 一四〇頁以下参照。
- (36) 岡田・前掲書(「パーソナリティ障害」) 一六九頁、P. Tyrer, Getting to grips with severe personality disorder, Criminal Behaviour and Mental Health, Vol.14, 2004, p. 2.
- (37) 「シンポジウム 精神医療における脳イメージングの可能性」精神神経学雑誌一〇六巻七号(二〇〇四年) 九〇〇頁以下、「特集 ヴィットゲノム解説後の精神医学」臨床精神医学三三巻一〇号(二〇〇四年) 一二八七頁以下、大久保義朗・伊藤逸朗・織田健司イギリスの精神保健法改正案の動向

「精神疾患の脳形態画像」精神神経学雑誌二〇六巻七号(二〇〇四年)九〇〇頁以下参照。なお、福島章「殺人という病」(二〇〇三年)は、人格障害とは別に、微細な脳障害と心的外傷を病因とする殺人者精神病の存在を提唱している。また、ジョン・H・ピンカス「脳が殺す」(二〇〇二年)は、幼児期の被虐待体験と神経学的損傷、精神疾患の相互作用を殺人の原因と見なしている。我が国においても、光トポグラフィを用いて、子どもの脳の発達に関する大規模な研究が開始されている(朝日新聞二〇〇四年一月二三日)。イギリスでも、ADHD(注意欠陥多動性障害)と脳の異常との関係の研究結果が報道されている(The Times, 2004. 9. 9)。

- (38) 山上皓「反社会性人格障害の矯正・治療をめぐる」精神神経学雑誌一〇三巻二号(二〇〇一年)一三四頁。
- (39) 白木功・今福章二・三好圭「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(平成十五年法律第一一〇号)について(一)」法曹時報五六巻一〇号(二〇〇四年)一三頁。なお、日本の国会審議について詳しくは、同論文の他に、中山研一「心神喪失者等医療観察法案の国会審議過程の分析(正・続・続)」判例時報一七五三号以下、一八〇八号以下、一八四七号以下参照。
- (40) Draft Mental Health Bill Easy read version, 2004.
- (41) J. M. Laing, Detaining the Dangerous: Legal and Ethical Implications of the government's Proposals for High-risk Individuals, The Journal of Criminal Law, Vol.66 February 2002, p. 82.
- (42) Anne-Marie McAlinden, Indeterminate Sentences for the Severely Personality Disordered, Crim. L. Rev.2001, p. 122.
- (43) 井原中谷・前掲論文一一五八頁。
- (44) グレンドン刑務所の処遇については、前掲拙著一一五頁以下、中村柑本・前掲論文四八頁以下参照。
- (45) National Institute for Mental Health in England, op. cit., 2003, p. 19.
- (46) 林幸司「犯罪を疾病から見直す―医療刑務所での経験」新世紀の精神科治療五巻「現代医療文化のなかの人格障害」(二〇〇三年)一四一頁。
- (47) イギリスの司法精神医学については、吉川和男・前掲論文(二)の科学一〇九号「三四頁」Special Supplement- Forensic

Psychiatry: An Introduction for Medical Students, Criminal Behaviour and Mental Health, Vol. 14, No. 2, 2004 参照。ドイツの状況について、加藤久雄・前掲書（「ポストゲノム社会における医事刑法入門」）五八八頁以下参照。この点で、千葉大学に社会精神保健教育研究センターが設置されるのは歓迎すべきことであろう（読売新聞二〇〇四年一〇月四日）。

- (48) Chris Chaloner & Michael Coffey・前掲書二四三頁以下、三野善央Ⅱ下寺信次Ⅱ津田敏秀「英国イングランドにおける精神障害者居住ケアの現状」精神医学四〇巻一二号（一九九八年）一三〇七頁以下、西尾雅明「英国バーミンガムにおける地域保健システム」精神医学四二巻九号（二〇〇〇年）九九一頁以下、前掲拙著一八八頁など参照。車谷隆宏Ⅱ新福尚隆「触法精神障害者に対する処遇」こころの科学一〇九号（二〇〇三年）九五頁も地域精神医療の重要性を指摘している。我が国の保護観察について、生島浩「犯罪・非行臨床における精神障害のある対象者への取組み」犯罪と非行二三八号（二〇〇三年）一二二頁以下参照。

- (49) 水野雅文Ⅱ村上雅昭Ⅱ佐久間啓編「精神科地域ケアの新展開——OTPの理論と実際——」（二〇〇四年）三頁。

- (50) 大谷實・前掲論文（刑事政策講座三巻）一〇三頁。

- (51) 朝日新聞二〇〇四年一〇月二四日。

- (52) 朝日新聞二〇〇四年九月四日。