

精神障害犯罪者の社会内処遇

——日本型CPA制度の検討——

緒方 あゆみ

I 問題の所在

二〇〇三年七月、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、あるいは刑の減軽になった精神障害犯罪者を、特別な医療機関に入院または通院させて治療を受けさせることを内容とする「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）が制定された。^①

同法の施行日は、「公布の日から二年を超えない範囲内において政令で定める日」（附則一条）とされており、二〇〇五年七月に施行予定である。二〇〇四年三月、厚生労働省と法務省と最高裁判所の合同チームが中心となって作成した「処遇ガイドライン（案）」が公表された。同ガイドラインは、指定医療機関の建設・選定作業、精神保健判定

医・精神保健参与員の認定、精神鑑定の方法・様式、入院・通院治療（処遇）方針、地域処遇のあり方等、精神障害犯罪者に対する新しい処遇制度のガイドラインを示したものであり、現在も各研究班に分かれてガイドライン作りが進められているところである^②。

心神喪失者等医療観察法の目的は、心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対し、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（法一条）。たしかに、精神障害犯罪者に強制的に治療を受けさせることによって、治療の中断による再発の危険は回避され、また、処遇期間が終了するまで司法・医療・行政機関等が連携してサポートを行うことにより、最終的には精神障害犯罪者の社会復帰にまでつながることを目指す点で新法の制定自体は評価できよう。しかし、はたしてこの心神喪失者等医療観察法に盛り込まれた制度は、その目的を実現しうるシステムとなっているのであろうか。

ところで、新制度の特徴として、社会復帰調整官と多職種チームと呼ばれる医療ケアチームの新設がある。新法では、精神障害犯罪者が指定入院医療機関を退院した後または指定通院医療機関に通院している間の地域での処遇（＝社会内処遇）は、保護観察所に所属する社会復帰調整官^③が中心となって、各機関との調整を図り、精神障害犯罪者が地域で自立した生活を送れるようにサポートすることになっている。ここでの社会復帰調整官の主な業務は、対象者が、新法が求める「必要な医療」を受けているかどうかについて、生活の状況を見守り指導等を行う「精神保健観察」であり（法一〇六条）、犯罪者に対する保護観察と精神障害者に対する医療観察とを有機的に結びつけ実現する

ことを内容とする。しかし、従来、保護観察所が担ってきた犯罪者や非行少年への社会内処遇とは性格を異にしており、必要とされるスキルやアプローチ方法も異なっている^④ので、社会復帰調整官による精神保健観察が、精神障害犯罪者の社会内処遇にどこまで効果を発揮することができるのか、現時点では予測できない。また、医療面では、医師や看護師、心理職等の複数の専門職種からなる「多職種チーム」を結成し、退院後も治療が途切れないよう、定期的な訪問看護が行われる予定である。この多職種チームのモデルとされているのが、イギリスの「Care Programme Approach」(以下、CPAと略称する)制度である。CPA制度とは、CMHT (Community Mental Health Team) と呼ばれる複数の専門職種からなるケアチームが、退院後、地域で暮らす精神障害者(精神障害犯罪者も含まれる)に対し、患者と一緒に作成したケアプランに基づいてサービスを提供し、サポートをするというものである。複数の専門職種がケアにかかわることにより、医療から福祉まで幅広いニーズに対応できるようになり、社会復帰によりつながりやすくなっていると高い評価を受けている一方で、患者の個人情報管理に関する問題や、どのような職種でチームを構成しているか、誰がケアチームの中心となるかによって、患者へのアプローチ方法が変わるといった問題が指摘されている。わが国への制度の導入にあたり、わが国も同様の問題を抱えている以上、これに対応しうる制度をどのように構築すべきかの検討が必要である。

本稿では、以上の問題意識から、心神喪失者等医療観察法の処遇ガイドラインのうち、地域処遇および通院処遇に焦点をしばり、わが国とイギリスとの精神障害犯罪者の社会内処遇・社会復帰支援に関する制度比較を行い、新法施行に向けて、日本型CPA制度のあり方、今後わが国において、精神障害犯罪者の社会内処遇に関して、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。

Ⅱ わが国における精神障害犯罪者の社会内処遇

1. 心神喪失者等医療観察法制定の背景

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、心神喪失または心神耗弱と認定されて不起訴になった者、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軽された者に対して、特別な医療機関（Ⅱ指定医療機関）に入院または通院させて治療を受けさせることを内容とする法律である。

この法律が成立した背景の一つとして、刑事司法制度の枠から外れた精神障害犯罪者の取り扱いについて、司法精神医療に関する規定のない現行の精神保健福祉法では十分な対応ができないということがあげられる。従来の制度では、精神障害犯罪者は、不起訴または無罪となると、犯罪者から一精神障害者に戻るため、精神保健福祉法二五条より検察官が通報をし、通報を受けた精神保健指定医が措置入院の必要があると判断しない限り、自分から精神科への受診を希望しないかぎり治療を受ける機会がなくなってしまう。したがって、彼等は、周囲のサポートが十分に得られず、社会生活が困難になった場合、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という問題があった。そのため、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、刑事訴訟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。また近年、大阪教育大学附属池田小事件等の凶悪事件が相次いだことにより、精神障害犯罪者へ

の厳しい対応を求める世論の高まりも無視できない状態になってきた。

このような現状を改善するため、心神喪失者等医療観察法が制定されたのである。同法の特徴は、既述のように、指定医療機関（Ⅱ施設内）において、犯罪に至った原因である精神疾患に対する治療を行うことだけでなく、施設を出た後の社会復帰支援までを範囲としていることである。この点に関しては、新法の制定は大きな前進とみてよいであろう。なぜなら、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、施設内での入院治療処遇に加え、退院後の施設外での通院治療処遇、さらには社会内処遇までを処遇の一つの流れとして捉えなければならぬからである。すなわち、精神障害犯罪者の処遇は、専門の施設での治療だけでは不十分であり、施設を出た後の地域（社会）でのケア（Ⅱコミュニティケア）、リハビリテーションまでを包含して初めて完結するといえるのである。

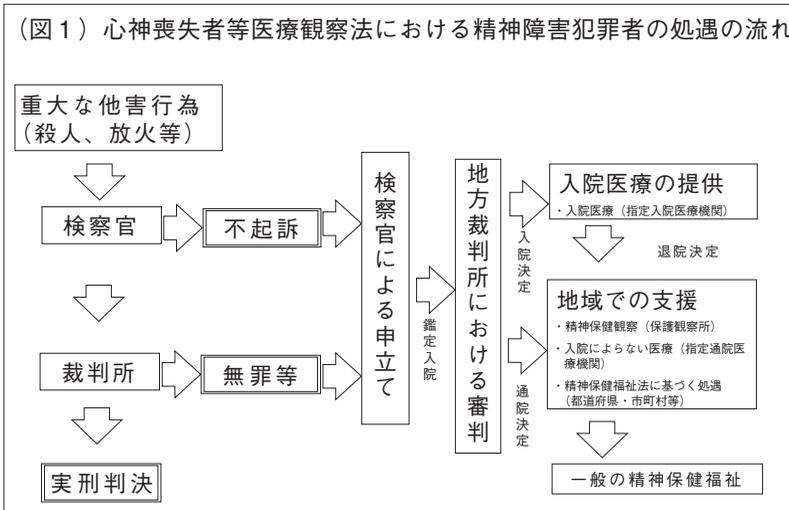
2. 精神障害犯罪者の処遇の流れ

心神喪失者等医療観察法施行後は、精神障害犯罪者をどのような流れで処遇し、社会復帰の実現を目指していくのであろうか（図一参照）⁵⁾。新法の対象となる者は、対象行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつおよび傷害に当たたる行為）を行い、心神喪失また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である（法二条二項・三項）。対象者となると、各地方裁判所に設けられた裁判官と、一定の資格・要件を満たした精神科医⁶⁾が担当する精神保健審判員からなる合議体による審判を受けることになる（法六条・法十一条）。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等が担当する精神保健参与員の意見を考慮しながら行い、この法律による医療を受けさせる必要性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（法三六条・法四二条⁷⁾。

入院決定を受けた人は、指定入院医療機関で治療を受け、退院については裁判所の許可決定が必要となる（法五一条）。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、保護観察所所属の社会復帰調整官による精神保健観察に付される（法一〇六条）。保護観察所は、対象者の処遇に関する実施計画を策定し（法一〇四条）、処遇終了の許可決定が下されるまで、司法機関、医療機関、行政機関、民間の援助機関等と連携して、対象者の社会復帰に向けて地域内での処遇を行う（法五六条・法一〇八条・法一〇九条）。

(図1) 心神喪失者等医療観察法における精神障害犯罪者の処遇の流れ



3. 処遇ガイドラインの内容

新法では、対象者は、指定入院医療機関の退院決定または指定通院医療機関への通院決定が下されると、保護観察所による精神保健観察に付され、指定通院医療機関で治療を受けながら、対象者の希望する居住地（Ⅱ地域）で早期の社会復帰の実現を目指す。通院処遇の期間は、原則三年であり、最長でも五年で終了する（法四四条）。処遇終了決定が下されるまたは通院処遇期間が満了になると、以後の対象者の治療やサポートは、一般の地域精神科医療および地域精神保健福祉に移行する。⁸⁾

二〇〇四年三月に公表された新法での精神障害犯罪者の処遇ガイドライン（案）は、①地域処遇、②指定入院医療機関における入院処遇、③指定通院医療機関における通院処遇、④審判手続、⑤精神鑑定、⑥精神保健審判員・精神保健参与員・鑑定医のそれぞれについて、運営に関するガイドラインが示されている。施行日までには、都道府県毎に運営細則も作成されることになっている。本稿では、精神障害犯罪者の社会内処遇に関するものとして、地域処遇および通院処遇ガイドラインについて検討する。

(1) 保護観察所による処遇

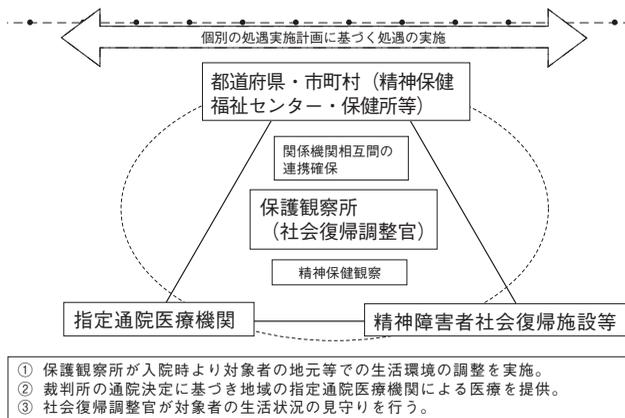
通院処遇が決定すると、社会復帰調整官は、対象者の希望する地域において生活環境を整え、指定通院医療機関、地方自治体（精神保健福祉センターや保健所等の関係機関）、精神障害者社会復帰施設等と連携をとりながら、個別に策定した処遇実施計画に基づいて精神保健観察を行う（図二参照）。処遇計画の実施に際して、保護観察所は「ケ

ア会議」を開催し（法一〇八条）、対象者の治療状況や生活状況等を確認し、定期的に処遇実施計画の見直しを行う。ケア会議の構成は、対象者の担当の社会復帰調整官、指定通院医療機関、精神保健福祉センター等の行政機関である。対象者の状況等に応じて、都道府県の主管課、福祉事務所、社会復帰施設等も加わる。対象者は、ケア会議の構成メンバーには含まれていないが、保護観察所が必要と認めるときは、ケア会議に参加して意見を述べることができる。また、自らケア会議の開催を要請することも可能である。

(2) 指定通院医療機関による処遇

指定通院医療機関においても、対象者ごとに複数の専門職種からなる「多職種チーム」が組織され、各職種が連携をとりながら個別の治療計画に基づいて治療が行われる。治療計画は、「多職種チーム会議」において定期的な評価・見直しが行われる。チーム会議には、必要に応じて指定通院医療機関以外の医療・保健・

(図2) 退院後の地域社会における連携体制



- ① 保護観察所が入院時より対象者の地元等での生活環境の調整を実施。
- ② 裁判所の通院決定に基づき地域の指定通院医療機関による医療を提供。
- ③ 社会復帰調整官が対象者の生活状況の見守りを行う。

福祉関係者および担当の社会復帰調整官が参加する。

指定通院医療機関における治療は、対象者が犯罪者であるということから、リスクアセスメントとリスクマネジメントが重視されるが、治療への動機づけ等を深めるため、司法精神医療においても一般の精神医療と同様にインフォームド・コンセントが重視され、治療計画について対象者に十分な説明と理解（同意）を得なければならない。また、対象者は必要に応じて多職種チーム会議へ参加し、治療計画について意見を述べることができる。

4. 支援体制構築の進捗状況

心神喪失者等医療観察法は、二〇〇五年七月に施行予定であるが、精神障害犯罪者の社会内処遇に関する支援体制の構築は現在どのくらい進められているのであろうか。まず、ハード面であるが、指定入院医療機関の退院許可決定または通院処遇決定が下された精神障害犯罪者は、居住地の指定通院医療機関に通院し、デイケア等に通いながら日中を過ごすことになるが、未だ指定入院医療機関の選定が終わっていない状態であり、指定通院医療機関の選定も難航している⁽¹⁹⁾。また、審判期間中に対象者が精神鑑定のために入院する鑑定入院医療機関に関しては、都道府県に推薦を要請する段階にも至っていない。同様に、ソフト面でも、判定医・参与員の候補者は確保されたものの、研修は予定よりも遅れているようである。さらに、心神喪失者等医療観察法の施行によって新たに創設された新制度の核となる職種で、精神障害犯罪者と最も長く、そして最も深く関わりを持つことになる社会復帰調整官の選考に関する問題もある。社会復帰調整官は、各都道府県に最低一名以上確保され、現在研修が行われている。しかし、既述のよう

に、社会復帰調整官は主として精神保健福祉士が担うことが想定されており、精神保健参与員として審判に加わるほか、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。しかし、精神保健福祉士制度は、一九九八年から国家資格化された歴史の浅い制度であり、司法精神医療の実務経験・知識のある者も少ないであろう。施行日までに経験豊富な人員を確保し、諸外国への視察や適切な研修を行うことを通じた人材の能力の向上が求められる⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾。

また、地域処遇では、保護観察所や自治体が中心となって、指定医療機関、医療・福祉機関に関する行政機関、地域生活支援センターや共同作業所等の精神障害者社会復帰施設等と密接な連携を図ることが求められるが、精神障害犯罪者の社会復帰支援体制の構築に向けた取り組みは始まったばかりである。さらに、各地方自治体は、地域処遇ガイドラインに関する運営細則（①地域における連携体制の確保、②処遇の実施計画の策定プロセス、対象者の個人情報に関する取り扱い、③処遇に携わる関係機関の役割分担、④緊急時の連絡体制、地域社会との情報窓口の設定について）を作成することになっているが、その作成状況は二〇〇四年七月現在、約半数の地方自治体が未着手または検討中であり、運営細則の成案時期のめどがたっていない自治体がほとんどである。

Ⅲ イギリスにおける精神障害犯罪者の社会内処遇

1. 精神障害犯罪者の処遇の流れ

それでは、わが国の心神喪失者等医療観察法のモデルとなったイギリスでは、精神障害犯罪者の処遇はどのように行われているのであろうか。ところで、イギリスの現行の精神医療に関する法律は、「一九八三年精神保健法」(The Mental Health Act 1983)である。⁽¹⁶⁾同法はわが国の精神保健福祉法に当たるものであるが、わが国との相違点は、精神障害犯罪者の処遇に関する規定が一九八三年精神保健法の第三章に設けられていることであり、この部分がわが国の新法に相当するといえる。⁽¹⁷⁾

イギリスの制度によると、刑事裁判所 (Crown Court) は、心神喪失 (insanity) を理由として無罪が確定した者および拘禁以上の有罪が確定した精神障害者犯罪者に対しては、一九九七年犯罪量刑法 (The Crime Sentences Act 1997) 四七条および一九八三年精神保健法三七条の入院命令 (Hospital Order) により、刑罰の代わりに保安機能を有する精神病院で強制的に入院治療を受けさせることを命ずることができる。⁽¹⁸⁾そして、精神障害犯罪者は、保安の必要性の程度に応じて、保安度の高い順から、特別病院 (Special Hospital) 、地域保安ユニット (Regional Medium Secure Unit: RSU) 、低度保安ユニット (Low Secure Unit: LSU) のいずれかに移送手続きがとられる。⁽¹⁹⁾

わが国の新法施行後の精神障害犯罪者の処遇制度とイギリスの制度の最大の違いは、精神医療システムと刑事司法システムとの関係が、わが国は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あるのに対し、イギリスは双

方向で両者の連携がとれているということである。わが国の場合、「この法律による医療を受けさせる必要がある」と判断された場合、指定医療機関において治療を受けることになるが、その治療により症状が改善した場合、もしくは指定医療機関での処遇期間が終了した後に、再び刑事司法システムに戻されることはない。また、逆に、責任能力が問えるとして有罪となり、刑務所に収監された場合、症状が悪化して刑務所での処遇に耐えられなくなっても、当該受刑者は医療刑務所に移送されるだけであり、新法を適用して指定入院医療機関に移送されることはない。すなわち、わが国では、精神障害犯罪者の処遇は、刑事司法システムか精神医療システムかのどちらか一方で行われるのである。他方、イギリスでは、裁判所迂回政策 (Court Diversion Scheme) 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ため、責任能力の有無にかかわらず、警察に逮捕されてから、起訴、裁判、受刑に至るまでの刑事手続上などの段階においても、治療の必要性が認められれば精神病院へ移送される。また、逆に、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、精神病院から刑事司法システムに戻される。イギリスは、精神医療システムと刑事司法システムが双方向で互いに連携しているのである。

2. 精神障害犯罪者の社会内処遇に関する施策

では、保安病院に収容された精神障害犯罪者が、治療により症状が回復し、病院を退院した後はどのように処遇されるのだろうか。保安病院に入院命令を下された精神障害犯罪者は、退院後も通院が義務づけられ、保護観察官 (Probation Officer) が保安病院の職員等と連携して社会内処遇 (Community Treatment) が行われる。以下に、精神

障害犯罪者に対する社会内処遇のうち、医療および住居に関する取り組み (Medical and Residential Care) についてみていく。

(1) 医療 — CPA 制度

医療面では、退院後の治療の継続を維持するため、地域保安ユニット (RSU) 内に設置された司法精神科外来の専門医および地域精神科看護師 (Community Psychiatric Nurse: CPN)⁽²¹⁾、精神科ソーシャルワーカー (PSW)⁽²²⁾ 等を中心としたチーム (Forensic Outreach Team)⁽²³⁾ が対象者の居住地を定期的に訪問している。

精神障害者の退院後のケア施策として、一九九一年四月からCPA (Care Programme Approach) 制度が導入されている⁽²⁴⁾。同制度は、精神病院を退院し、地方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る (一九八三年精神保健法一一七条)。CPA 制度は、患者の治療およびソーシャル・サービスに関して、ケアコーディネーターと患者が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、心理職等の複数の専門職種から構成されたCMHT (Community Mental Health Team) と呼ばれるケアチームが、そのケアプランに基づいてサービスを提供するというものである。患者は、ケアサービスのユーザーであり、かつクライアアントであるので、ケアプランの作成には患者の意向が第一に尊重され、定期的に開かれるケア会議で適時プランの見直し・調整がなされる。また、ケアプランは六ヶ月毎に定期的にモニタリングされ、患者の権利が侵害されないよう配慮されている。

CPA制度では、医療関係者だけでなく、行政機関、民間・ボランティア団体等とも連携を図りながら、地域の社会資源（保護住居、デイケア、授産施設等）を利用して、地域で暮らす精神障害者に対して退院後も継続したサポートが行われる。同制度により、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、再発予防および再発の危険の回避ができ、社会復帰にもよりつながりやすくなっていると評価されている。⁽²⁵⁾ また、CPA制度は、三六五二四時間いつでもサービスを受けることを可能にしている⁽²⁶⁾ で、精神障害犯罪者の社会復帰支援と同時に、彼らの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。

その一方で、近年、CPA制度に関して、主として以下の三点が問題点として指摘されている。第一に、CPA制度は、一人の患者に対して、複数の専門職種スタッフがチームを組んでかかわっているので、ケアプランの作成・実施の中心的役割を担っているPSWとCPNの間に職種の競合が生じている点である。患者へのアプローチの方法の違いから、どちらがケアチームの中心となるかによってケアの方針・到達目標が変わるといふ問題が指摘されている。⁽²⁷⁾ 第二に、複数の者が患者の情報を共有することになるが、患者によってチームの構成メンバーが異なるため、患者のプライバシーにかかわる情報の守秘義務の問題も生じている。第三に、CPA制度に限ったことではないが、精神科医療に従事する者に多い、患者が示す精神疾患特有の症状の急激な変化にスタッフが振り回されてしまうこと等による、職員の燃え尽きや士気の低下の問題も深刻である。

(2) 住居

精神障害者が退院後すぐに直面する問題の一つとして、住居の確保がある。一人暮らしをするまでは症状が回復していないが、一緒に暮らす家族がいない場合は、ホステル (Hostel) やグループホーム等の保護住居 (Sheltered Housing) でスタッフや他の仲間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 (ward-in-house)⁽²⁸⁾ を利用したり、通院とデイケア・デイセンターや授産施設等に通うのに支障のない距離にあるリハビリテーション・ホステルやグループホームを利用したりする。一人暮らしができるようになるまで回復したが、経済的な理由等により住居が確保できない者に対しては、地方自治体や住宅協会 (Housing Association) が中心となって、公営住宅の優先利用や補助金制度の適用等により、個々のニーズに応じた住宅を提供している。⁽²⁹⁾

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おり、保護観察所 (National Probation Service) が運営するホステル (Probation and Bail Hostels)⁽³⁰⁾ や N A C R O 等の非営利団体が運営するホステルに入居して社会復帰を目指している。

では、精神障害犯罪者の場合はどうか。精神障害犯罪者は、精神障害者でありかつ犯罪者でもあるという点で、精神障害者用のホステルにも犯罪者用のホステルにもなじまないという問題が指摘されていた。⁽³¹⁾ そこで、近年では、保護観察所と地域保安ユニットが連携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。治療の継続と処遇が同時に行えることから、重度の精神障害犯

罪者に対しても一定の効果がみられていると評価されている。⁽³²⁾

IV 日本型CPA制度のあり方

では、わが国とイギリスでは、制度・体制に関してどのような相違点があるのだろうか。医療面に関しては、わが国とイギリスでは、多職種チーム (Outreach Team) により、対象者ごとに複数の専門職種からなるチームを組織して患者をケアするという体制が整えられている。しかし、精神障害犯罪者の社会復帰の実現には、治療の継続という医療面での支援に加えて、住居の確保、就労訓練、相談機関の設置等、地域で自立した生活をおくるための支援も必要である。特に、退院後すぐに直面する住居の確保に関しては、イギリスには、特別なニーズを必要とする者に対しての公営住宅への優先入居制度や精神障害犯罪者用のホステルがあり、保護観察所が自治体のソーシャル・サービス部や慈善団体等と連携して対応しているために、対象者が安心して地域で暮らすことができる環境が整えられている。他方、心神喪失者等医療観察法では、現在のところ精神障害犯罪者用の特別な住居の整備は予定されていない。既存の一般の精神障害者が利用している社会資源 (グループホーム・福祉ホーム等) を利用するとすると、そもそも精神障害者に対する福祉施策は他の障害者施策よりも遅れており、地域によってもばらつきがあるので、社会資源もサービス (ホームヘルプサービス等) も十分ではない現状では、関係機関との早急な調整や予算の獲得が必要となるであろう。⁽³³⁾ また、公営住宅への優先入居制度の利用も考えられるが、対象者によって家族形態 (単身か同居家族がいるのか) が異なり、各地方自治体が常に希望通りの住居を提供できるか疑問である。さらに、精神障害 (者) への差

別・偏見が少なからず残っているわが国では、精神障害者であり犯罪者でもあるという二重のハンディキャップのある精神障害犯罪者が、公営住宅で生活を営むことは容易ではないだろう。

それゆえ、社会復帰調整官と地域精神保健福祉の中核機関である精神保健福祉センターが連携して、一般の精神保健福祉でのネットワーク（保健所、社会福祉協議会、福祉事務所、民間の精神病院・精神科クリニック、警察、地域生活支援センター、社会復帰関連施設、民生委員、ボランティア等）の協力も得ながら、地域全体で精神障害犯罪者をサポートするシステムを構築する必要がある。特に、新法の指定医療機関ではない民間の精神病院や精神科クリニック、当事者団体が運営していることの多い社会復帰関連施設（共同作業所等）等に対しては、時間をかけて新法に対する理解と協力を要請しなければならない。また、精神障害犯罪者が一般の精神医療に移行した後も、治療が中断されないよう、精神保健福祉センターと保健所が連携して訪問・相談活動を行い、医療機関側も精神科訪問看護を充実させ、イギリスの Community Mental Health Team のような体制を構築することが求められる。したがって、国および地方自治体には、一般の地域精神科医療・地域精神保健福祉に対してさらなるマンパワーと予算を補充することが必要であろう。

V 今後の課題

処遇ガイドラインについて、今後検討すべき課題として次の二点を指摘できるように思われる。第一に、対象者の処遇について、指定通院医療機関では多職種チーム会議、保護観察所ではケア会議を開催することになっているが、

どちらの会議においても対象者はコアメンバーではなく、必要に応じて参加する形態となっている。しかし、治療計画の作成に関しては、司法精神医療も精神医療であり、他の一般の医療と同様、インフォームド・コンセントを重視するるのであれば、対象者も治療に主体的に参加できる体制づくりが望まれる。また、社会復帰調整官は、精神保健・精神障害者福祉に関して専門的知識を有する医療従事者であるにもかかわらず、多職種チーム会議のコアメンバーではない。確かに、多職種チームにもPSW等の同業者がいるのであろうが、社会復帰調整官は常に対象者の側にいる人間なので、治療計画の作成にあたり、対象者の意思・希望を反映できるよう、多職種チーム会議への出席を原則とすべきであると考ええる。

第二に、対象者の個人情報をもどのように保護するかの問題がある。対象者の社会復帰にあたっては、指定医療機関、社会復帰調整官以外にも、さまざまな機関や施設、およびこれらの関係者がかかわる。処遇ガイドラインでは、地方自治体や被害者の要請に対しては、必要な範囲で情報提供を行うとし、法一七条三項には、情報提供について秘密漏洩や目的外使用に関する罰則規定が設けられている。しかし、自治体や被害者にどこまで情報提供をするのか、対象者が住む地域の住民や民生委員、対象者が利用する社会復帰施設やデイケアを行う医療施設にはどこまで説明するのが明らかにされていない。また、ほとんどの自治体には情報公開条例や個人情報保護条例が制定されているが、すべての自治体に整備されているというわけではなく、また内容も千差万別であるので、対象者の個人情報に関する情報管理について、ガイドラインにおいて具体的な基準を示さなければならぬであろう。

精神障害犯罪者の社会内処遇はもはや後戻りできない施策である以上、心神喪失者等医療観察法の制定にともない

浮かびあがってきたさまざまな問題の解決を目指して、今後さらなる検討が積み重ねられる必要がある。

- (1) 心神喪失者等医療観察法は、二〇〇三年七月一〇日に国会で可決・成立し、同月一六日に公布された（平成一五年法律第一一〇号）。
- (2) 二〇〇四年三月四日に厚生労働省の全国精神保健福祉関係担当者会議資料として提示された処遇ガイドライン（案）は、その後、七月九日、一〇月一五日に修正版が提出されている。詳細は、<http://www.nhbw.go.jp/topics/index.html#syakai>において、社会・援護局の「障害保健福祉関係主管課長会議資料（医療観察法の施行について）」で公開されている。なお、本稿では、七月九日付（公開日は八月二日）の修正ガイドラインを基に検討を加えており、校正段階で一〇月一五日付（公開日は十二月二六日）の資料にふれた。処遇ガイドライン（案）は今後も修正が加えられる予定であり、現在並行して精神保健福祉法の改正も進められているので、次稿で再度検討したい。
- (3) 社会復帰調整官は、精神保健福祉士等、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（法一一三条）。
- (4) 新法における保護観察所の役割および社会復帰調整官の業務内容について、蛭原正敏「心神喪失者等医療観察法における保護観察所の役割について」日本精神病院協会雑誌 二二巻一〇号（二〇〇三年）二二頁以下。
- (5) 新法の内容に関しては、拙稿「精神障害犯罪者の社会復帰支援施策」同志社政策科学研究六巻一号（二〇〇四年）七七頁以下参照。
- (6) 精神保健指定医であること、刑事事件の精神鑑定の経験があること等。
- (7) 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は法に特に規定がないため、審判後、医療・福祉・行政機関等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、治療の必要性がないとして再び刑事司法の場に戻されることもない。

- (8) 指定通院医療機関運営ガイドラインによると、通院処遇中でも、症状が悪化して入院が必要となった場合、新法による再入院は「病状の変化が危機的で、精神保健福祉法に基づく入院による適切な介入や治療によっても短期間では病状が改善されないと判断される場合に行われるものである」とし、精神保健福祉法による措置入院等の手続がとられ、一般の精神医療の範囲で治療が行われるようである。そのためには、精神科救急医療体制の整備・充実が求められるであろう。
- (9) 対象者の居住地によって、市町村の保健センターや保健所も加わる。
- (10) ガイドラインによると、治療計画は一ヶ月単位と三ヶ月単位の二種類作成され、多職種チーム会議において評価・見直しが行われる。
- (11) 対象者に対して、複数の通院医療機関から医療が提供される場合もある。その場合、医療機関相互の連携を保つため、「地域多職種チーム会議」を開催し、定期的な評価を行うことが検討されている。
- (12) 指定入院医療機関は、全国を六ブロックに分け、国立七病棟しか指定が決定していない。そこで、厚生労働省は、指定入院医療機関の設置基準を大幅に緩和する方針を打ち出して調整にあたっている(毎日新聞二〇〇四年一〇月一八日朝刊)。設置基準を緩和すると、入院処遇に関するガイドラインの見直しが必要になるため、動向を慎重に見守る必要がある。
- (13) 処遇ガイドラインによると、指定入院医療機関は人口五〇〇万人あたりに一ヶ所程度(全国で二四カ所)、指定通院医療機関は人口一〇〇万人あたり二〜三ヶ所程度(各都道府県に最低二ヶ所)設置される予定である。また、指定通院医療機関に関しては、患者の居住地によっては、精神医療を専門に行う都道府県立病院以外にも、「一定水準の医療」(常勤の精神保健指定医が在職している、訪問看護を実施している、看護配置基準が三・一以上等)を提供できる民間の精神病院が指定される場合もある。二〇〇五年一月一九日全国労働関係部局長会議(厚生分科会)資料(社会・援護障害保健福祉部)によると、都道府県立病院に設置される基幹型の指定通院医療機関は、2/3の都道府県において候補の推薦が終了し、残り1/3が調整中とのことである。
- (14) 精神障害犯罪者に関わる精神科ソーシャルワーカー(P・S・W)の研究・教育について具体的な提言を示したものとして、『触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価・治療等に関する基礎的研究』厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業

平成一四年度総括・分担研究報告書（主任研究者松下正明）（二〇〇三年）三澤孝夫担当部分三〇一―三〇七頁。

- (15) イギリスでは、新法の社会復帰調整官にあたる役割を保護監察官が担っているが、保護監察官はソーシャルワークの資格を持つものが従事している。一九九七年に発足した新・労働党政権から本格的に導入された「What Works」という適切な対象に適切な方法で効果的に処遇を実施することを内容とする取り組みにより、保護監察官に対しては、ソーシャルワークの知識に加えて大学院において刑事司法や心理学の教育・研修を受けることが奨励され、一九九八年から保護観察学修士 (Diploma in Probation Studies) が設けられ、学位を取得した保護観察官を Probation Officer、そうでない者を Probation Service Officer (保護観察事務官) と区別している。Diploma in Probation Studies について <http://www.careers.homeoffice.gov.uk/PPFS/probec.pdf> at p. 39, What Works において、河原田徹「英国における社会内処遇の変革と『地域性』の動揺―罪と罰三九巻四号（二〇〇二年）五〇―五八頁。
- (16) 一九八三年精神保健法、および同法改正の動きについて、拙稿「イギリスにおける精神医療法制的動向」同志社政策科学研究五巻一号（二〇〇四）一五六頁以下。
- (17) イギリスの司法精神医療に関しては、拙稿注（3）論文八一頁以下を参照願いたい。
- (18) 心神喪失を理由として無罪になった者に対する強制入院命令に関しては、「一九九一年心神喪失及び抗弁能力のない者に関する刑事手続法」(The Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991) の五条 (Admission Order) に規定されていたが、一九九七年犯罪量刑法制定により、同法四七条に吸収された。
- (19) 精神科治療を受けることを条件とした執行猶予命令が下されることもある。
- (20) Low Secure Facilities とも呼ばれる。LSU は、国営の一般精神病院や民間精神病院の閉鎖病棟に設置されている。
- (21) 司法精神科を専門とする CPN は、CFN (Community Forensic Nurse) と呼ばれることもある。
- (22) 司法精神科に従事する PSW の多くは、一九八三年精神保健法により創設された ASW (Approved Social Worker) という一般的なソーシャルワーカー資格よりも専門性が高く、入退院や移送・外出の判断に関与し、精神障害者が不当な扱いをうけないよう監視する等の強い権限が与えられる資格を取得している（法一一四条）。この点に関して、注（4）三澤論文二九九頁。
- (23) Outreach Team は、司法精神医療に特化したチームである。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。これらのチームは、後述のCMHTの一形態であり、対象者の居住地の地方自治体がチームの運営の責任主体となっている。

- (24) Circular HC(90)23/LASSL(90)11. CPAにはStandardとEnhancedの二種類があり、後者はハイリスク（自傷他害の恐れがある等）の患者を対象とする。この点に関して、Alec Buchanan, *Care of the Mentally Disordered Offender in the community*, (Oxford University Press, 2002), at pp. 96-97.

- (25) 症状が重篤、自傷他害の恐れがある、ホームレス等、サービスを継続して受けることが困難で、かつ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と呼ばれる医療チームが対応にあたり、より高いサービスを提供する。二〇〇二年三月に公表された資料によると、NHSブランドでは、二〇〇三年二月までに二二〇〇 Assertive Outreach Teamを配置する計画となっている。この点に関して、http://www.chi.gov.uk/eng/ratings/2003/nh_details.shtml.

- (26) 精神障害犯罪者に対するCPA制度の適用に関して、Buchanan op. cit., (14) at pp. 304-306.

- (27) この点について、Peter Bartlett & Ralph Sandland, *Mental Health Law Policy and Practice 2ed*, (Oxford University Press, 2003), at pp. 538-539. 同様の指摘として、新福尚孝編『世界の精神保健医療—現状理解と今後の展望』へるす出版（二〇〇一年）一五二—一五六頁。

- (28) ward-in-a-houseとは、長期入院患者のための病院の敷地内にある居住施設である。主として、重度の高齢者が利用する。Annie Borthwick, 'The Relevance of Normal Treatment to Contemporary Mental Health Care', [2001] *Journal of Mental Health* Vol. 10 No. 4, at pp. 427-439.

- (29) 「一九七〇年慢性病者および障害者法」(The Chronically Sick and Disability Persons Act 1970)により、自治体は有効かつ合理的な範囲内で当該地域に住む障害者のための措置を講じるよう努めなければならないとされ、障害者がソーシャル・サービスを受けやすい住宅を提供するよう義務づけられている。この方針は、「一九九〇年国民保健サービスおよびコミュニケーション法」(The National Health Service and Community Care Act 1990)に引き継がれ、自治体は、低所得者、母子・父子家庭、障害者等、特別なニーズに配慮した住宅を供給することが義務づけられている。

- (30) 二〇〇〇年四月現在「The Probation Service Act 二七条に規定する政府の認可を受けているホステルは、イングランド&ウェールズで九九ヶ所ある。Housing Benefit and Council Tax Benefit Circular A14/2000 Annex.
- (31) この点に関して、Rajesh Nadkarni, Partnership with Probation Hostels, [2000] *British Journal of Psychiatry* 24, at pp. 222-224.
- (32) 精神障害犯罪者用のホステルは、一九九三年に第一号が誕生し、二〇〇〇年度では三ヶ所設置されている。J. Kenney-Herbel, 'Psychiatric Liaison Service', [2000] *British Journal of Psychiatry* 24, at pp. 432-433.
- (33) わが国の精神障害者の社会復帰支援施策に関しては、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四卷一号（二〇〇三年）二八三頁以下を参照願いたい。