

研究要旨：触法・被疑者となった高齢・障害者が警察、検察及び裁判所にどの程度存在し、どの程度ダイバートされているのか等を調査した上で諸外国と比較し、法務省と厚生労働省の連携によるセーフティネット構築の方法を研究している。

A. 研究目的

本研究の目的は、触法・被疑者となった高齢・障害者が警察、検察、裁判段階でどの程度存在するかを把握し、諸外国と比較することにより、厚生労働省と法務省が連携して、高齢・障害者のためのセーフティネットを構築するための方法を研究することにある。

B. 研究方法

日本の統計を使用して警察、検察及び裁判段階の高齢・障害者を把握し、困難な場合は、直接アンケート調査を実施した。また、昨年度は、日本と制度が類似している台湾を視察することによりアジアの制度を研究し、今年度は地震の影響でカナダの法執行機関視察は中止になったが、来年度は、アメリカの法執行機関を視察することで欧米の制度を学び、セーフティネット構築の参考にする。

（倫理面への配慮）

視察の際のプライバシーには細心の注意を払っている。

C. 研究結果

今年度の研究結果は、F の雑誌にある論文及び以下のアメリカとイギリスの論文に収録されている。

1. 「アメリカ合衆国における精神障害犯罪者の処遇について」

1.1 はじめに

厚生労働科学研究(障害保健福祉総合研究事業)「触法・被疑者となった高齢・障害者への支援の研究(田島班)」において、藤本研究班では触法被疑者の処遇実態について、我が国の実態調査と、この問題についての諸外国における文献調査を行ってきた。そこで、私はアメリカ合衆国(以下、“アメリカ”と称する)について文献調査を行い、アレン(S. Allen)の「精神衛生処遇と刑事司法システム」(Allen, S., “Mental Health Treatment and the Criminal Justice System,” *Journal of Health and*

Biomedical Law, Vol.4, 2008, pp.153-191.)という論稿に接した。以下では、その文献を元にアメリカで犯罪を行った精神障害者をどのように処遇しているのか紹介することにする。なお、本稿報告では、収集した文献から、知的障害者の処遇を紹介した文献が見当たらないので、いわゆる精神障害者全般についての内容となることをお断りすることとしたい。

ところで、アメリカの統計によれば、州刑務所にいる受刑者 56%が精神衛生の問題で苦しんでいる。それらの精神衛生の問題を抱えている州受刑者の中で、61%が暴力的犯罪を行い、25%が3回以上拘禁されている。精神衛生の問題を抱えている州受刑者の58%が施設の規則に違反し、また、そうした受刑者の20%が刑務所内での喧嘩の結果として怪我をした。最も注目すべきは、精神衛生問題を抱えている州受刑者の34%が、収容されてからいくつかの精神衛生の処遇を受けたにすぎないということである。繰り返される拘禁の悪循環に巻き込まれた何千という人々が精神病に罹っており、彼らは将来の拘禁を防ぐために必要とするであろう専門的な処遇を決して受けられないのである。

受刑者は、アメリカ合衆国憲法の下で適切かつ十分な精神衛生の治療の権利を与えられている。精神障害受刑者に対する専門的な治療の欠如は、種々の騒動、喧嘩、規則違反、および、自殺を含む、刑務所での不適切な行動の主要原因である。さらに、釈放後のケアの欠如は、常習犯の増加に至る。幸いに、最近の10年内の全国における予防的外来治療法の出現、社会内治療プログラムの拡大、受刑者への精神衛生サービスを改善するための立法、および、100以上のメンタルヘルスコートの創設は、深刻な状況に対して希望をもたらした。統計は、これらのプログラムが精神病受刑者を支援することから、社会に再び入る常習犯の発生率を減らすのに成功していることを示しているとされる。

本報告では、アメリカにおいて精神障害犯罪者の処遇につき、その歴史を概観し、処遇の方策を紹介することとしたい。

1.2 アメリカにおける精神障害者処遇の歴史

1.2.1 概説

アメリカにおける精神障害者に対する公的介入の歴史は、周期的な制度改革のパターンを見せるとされている。つまり、それぞれの改革には、治療への新しい環境的アプローチと、革新的タイプのケア用の施設あるいは場所が特徴として指摘できる。そして、その制度改革は3つに区分される。すなわち、①第1期は、19世紀初期で、道徳療法(moral treatment)とアサイラムの導入された時期、②第2期は、20世紀初期で、精神衛生(mental hygiene)運動と精神病院に関連する時期、そして、③第3期は、20世紀中頃で、地域社会での精神衛生(mental health)の運動と社会内精神衛生センター創設の時期、である。

具体的には、まず19世紀初期に、道徳療法の動きが始まった。これは、精神障害者を鎖から解放し、「診療、職業療法、宗教訓練、娯楽、および、ゲームでもって、暖かい家庭の雰囲気の創造を求め」、小規模のアサイラムに彼らを収容するものであった。これらの小さなアサイラムの成功により、州立の精神病院が創設され拡大されていった。そして、アサイラムは、純粋な“療護と地域保護”(custodial care and community protection)のための場所になり、治療という目標は失われたのである。

こうして治療施設から保護管理施設への転換は、精神医学の理論と実務を包み始めた悲観主義と治療の虚無主義の増大によって強化された。早期の道徳治療のセラピストの死去あるいは引退で、精神医学の新しい時代は、積極的に自らの専門家に注目する一方で、受動的にこれらの施設の社会的な役割を受け入れたのである。やがて病院職員と地域社会両方が、州立アサイラムに収容されている大多数の患者が、生涯にわたってそこに居住するよう運命づけられた。過剰収容と職員不足で、画一的な慣例が患者に課され、それが、究極的に施設化、すなわち、アサイラムへの完全依存という知らぬ間に進行する手続に至ったのである。

1850年代に始まる他の傾向もまた固められた。州立精神病院が下層階級の患者でいっぱいになったので、裕福な家族が彼らの精神障害者のケアのために民間施設に助けを求めた。民間の資財が、ますます費用を支払う患者のための施設を建てるために使われた。公的資財は、貧困な精神障害者用の別個の精神病院の設立のために割り当てられた。民間の施設が、より裕福で、静かで、主に自発的意思のある患

者に治療を提供することを専門にする傾向があったが、他方、州立精神病院は、貧しく、精神不安定で、自発的意思の無い患者に長期の保護管理的ケアを提供するために残っていた。ケアシステムが次の世紀にわたって発展につれて、2クラスのシステムが出現し強固なものとなっていったのである。

次におよそ1900年代に始まった精神衛生(mental hygiene)の動きは、精神病院の創設をもたらした。州は、精神病の定義を広げ、それによって、精神病院の収容人員を拡大した。1903年から1950年まで、患者の総数は15万人から51万2千人、割合にして240%増加した。精神病院の収容能力は、最大限までいっぱいとなったのである。

こうした状況に対し、州立精神病院の取扱い件数の量と内容の変化に直接の影響をほとんど与えた精神病院はなかったが、精神医学のソーシャルワーク、臨床心理学、および、牧師によるカウンセリングのような他の精神衛生の動きの派生物が、これらの施設の職員補充に次第に融合された。しかしながら、かなりの部分、州立病院は、膨大な収容運営に巻き込まれた。具体的な治療がないので、精神障害が慢性の病気のままとされており、州立精神病院は、主に貧しい人たちや障害者への長期の保護を提供する慢性療養施設に留まってしまったのである。

これらの期間、州立精神病院は、精神医学の実務の無知でかつ未熟な段階への先祖返りとして描写された。新しい科学的な精神医学と社会活動との結びつきを作り出すことについての高揚は、多くの精神科医の注目を、彼らの職業に関する保護管理の起源から逸らした。組織的な精神医学の没頭する事柄が、州立病院から民間施設や外来クリニックにおける実務へと移行したので、中核となる現実の認識が失われたのである。すなわち、州立精神病院は、それらのまさに本当の欠点と失敗があるにもかかわらず、自分一人で生きていくことのできない者に最低限のレベルのケアを提供した。この基本的な真実が完全に精神衛生政策当局によって認識されるのは、別の世代、つまり、新たな制度改革の新しいサイクルと、州立精神病院を激変的に空室にすることを必要としたのである。

そして第3の改革は、第二次大戦後に始まった地域保健の動きである。この動向が、刑事司法制度と、結果として法律に大いに影響を与えることとなった。地域保健は非施設化を引き起こし、それは脱拘禁化をもたらした。非施設化は、精神病院の裏口を開けることとなり、患者は社会の中に解放されることとなった。州は、地域保健センター(communit health

center)が、患者に対して社会に住むことを許容しつつ治療を提供するものと主張した。しかしながら、「地域社会は、何千という元患者の流入に対して準備ができていなかった」。このことが、患者が病院から路上へと移されるという結果を引き起こした。換言すれば、患者は「療養院、荒れ果てたホテル、および、道路」に脱施設化されたのである。刑務所とジェイルのような刑事司法制度もまた、解放された患者を拾い上げることとなった。「ある主要な理論家は、これらの社会的統制機関の一つが使われる割合が下落すると、それ以外の利用する割合が増大し、それによって、一種の社会統制の恒常性を維持するというように、ある法域の矯正人員と精神関係施設の人員が規模が逆に変化することを示唆する」。

つまり、この時期は、2つの段階から成り立っていた。それは、長期の入院患者の解放と、新たに収容された患者の早期退院のために、これら施設の裏口を開けることに至った恩恵深い形式での病院の段階的削減の時期と、州立病院の玄関を閉じると同時に、以前の古い政策も、速い入院患者数減少の急進的なプログラムに変換された時期であった。そして、その結果、「裏の病院から裏の路地」という患者の移行は、非施設化が惨たんたるものであることを示し、州が精神障害者に対する自らの責任を放棄していたという広範囲にわたる関心事を引き起こしたのである。

1.2.2 包括的地域生活支援プログラム

精神病院から退院を余儀なくされた者が地域社会に増える中、その処遇を目的として創設されたものが、包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment)(以下、“ACT”と称する)である。これは、上述したように地域社会に溢れるホームレスや入院の危険性のある重篤な精神障害者を、彼らの地域社会に統合させるのに役立つよう展開されたものであった。ACTの様式は、危険性の高い者に対し、24時間利用可能なモバイルサービスを使い、積極的な計画的救済活動を行なうことによって、ケアを受けさせるものである。精神衛生と中毒治療、移送、金融サービス、職業支援を含む包括的サービスの提供を通して、さらにケアを受けることが促進される。その具体例として、ニューヨーク州のプロジェクトリンク(Project Link)がある。

プロジェクトリンクは、ニューヨーク州モンロー郡における大学によってリードされた5つの社会サービス機関のコンソーシアムで、重篤な精神障害者の繰り返される拘禁と入院を防止すること、および、

地域社会への彼らの再統合を促進させることを専門に行なうものである。そのコンソーシアムは、精神衛生、社会福祉、および、刑事司法制度に及び、裁判所の精神科医、二重診断(精神障害と薬物依存)の治療住宅、および、多文化の職員と一緒に可動する治療チームであることを特色とする。

そもそもプロジェクトリンクは、モンロー郡の精神衛生部の行った郡ジェイルに関する1993年の調査から発展した。その調査は、過去3年間にジェイルと病院の多数回の収容を経験していた重篤な精神障害者126人のグループについて識別した。これらの者の大部分は、統合失調症と薬物中毒の合併で苦しみ、安定した住宅の無いアフリカ系アメリカ人かあるいはラテン系アメリカ人の若者であった。1993年における彼らの精神衛生サービスと精神的評価のためのコストだけで、計62万8千ドルになった。

これらの調査結果に基づいて、精神衛生部は1995年に提案の請求を公表した。ロチェスター大学の精神医学部は、プロジェクトリンクを構築するために、5つの地域機関との協力で応えた。プロジェクトリンクは、各地域機関で採用した1名のケース代理人を含む、学士レベルのケース代理人と修士レベルのコーディネーターのチームとして始まった。現在プロジェクトリンクは、これらの機関から5人のケース代理人を採用している。

ケース代理人の役割は、対象者を、その地域社会にある精神医学、医療、住宅、および、社会のサービスに結びつけることによって、ジェイルと病院の常習的収容を防止することである。各ケース代理人は、対象者20人という取扱い件数を引き受け、そのチームは1週7日間1日24時間で利用可能である。ケース代理人は、プロジェクトリンクのコーディネーターである、精神衛生と薬物依存の治療経験を持っている看護師を通じて、監督と臨床の支援を受ける。加えるに、そのコーディネーターは、社会内教育の努力を指揮し、プロジェクトリンクの共同管理チームにおいてケース代理人の代理を務める。

プロジェクトリンクの認可基準は、重篤な慢性的精神病の存在と、刑事司法制度と関係のあったという過去を含む。対象者は、州の矯正施設、地方ジェイル、地方警察、国選弁護人事務所、病院、および、救急治療室を含む、多種多様な施設から登録される。プロジェクトリンクは、少数派の人々である魅力的な対象者をとくに強調する。文化、民族性、および、言語における相違と関係がある障壁を効果的に乗り越えるために、プロジェクトリンクは、アフリカ系

アメリカ人とラテン系アメリカ人のケース代理人を含めて多様な職員として起用する。加えるに、プロジェクトリンクのすべての臨床と管理上の職員は、ロチェスター都市連盟を通して提供される文化的能力の訓練を受けている。プロジェクトリンクが始まったときから、ケース代理人チームの仕事量は着実に増大した。ケース代理人は、1996年に2,715時間、1997年に4,340時間、および、1998年に5,712時間を記録した。

こうしたACTでは、重度の精神障害者を拘束する費用の半分以下しか費用がかからないとされた。精神科病棟とACTの主な違いは、後者で、ACT専門家が、自ら選んだ環境で対象者と面会することが可能であるので、精神障害者は、病院に入院する必要はないということである。この選択肢により、精神障害者は、自分の治療でより落ち着くことができ、精神科病棟の烙印を取り去ることができる。ACTは、その人が回復に欠くことのできない薬物療法や専門的治療を受けることを保証するために、ある種の裁判所あるいは社会内治療命令によって実行される時、最も効果的であることが分かった。

しかし、プロジェクトリンクが対象者を引き込むことに最初効果があったけれども、ケース代理人は、重篤な対象者の幾人かに適切な住宅を得るのに、重大な障壁に遭遇した。薬物中毒、多数回の逮捕、および、重罪の有罪の経歴を持つ者は、グループホームや監督付アパートへの入居を通常拒否された。ケース代理人は、しばしば一人部屋のアパートあるいは安いホテルにこれらの対象者を収容しなければならなかった。そして、そうした施設は、薬物がはびこっている近隣に設置されているのが典型的であった。住宅問題のほかに、ケース代理人は、精神医療や内科のクリニックが、こうした努力を要するグループを引き込むために必要な計画的な救済活動を提供しなかったので、外来健康サービスへのアクセスを得て維持するのに重大な困難があることを報告したのであった。

1.3 精神障害犯罪者を処遇する方策について

司法省の研究によれば、2005年のアメリカの受刑者人員の半分以上がメンタルヘルスの問題を持っていた。メンタルヘルスの問題の流行は、女性と24歳以下の受刑者において高かった。州の受刑者の約24%が、メンタルヘルス障害の所見を示した。社会経済の低い状況以外に、精神病の強い指標は、犯罪歴、薬物の依存あるいは乱用、ホームレス、アルコールや薬物の親による乱用を含む。利用可能な数字

により、メンタルヘルスの問題を抱えた並外れた数の人が、最後には州や連邦の刑務所、また、地方のジェイルの中に収容されることが明らかとなった。

そこで2000年に入り、精神障害者の非犯罪化への希望を与える多くの展開があった。これらの進歩には、精神病受刑者用住居の代替形式の展開、提案された法律の可決、予防的外来治療法(preventive outpatient treatment)、および、メンタルヘルスコート(mental health court)が含まれる。以下では、メンタルヘルスコートと予防的外来治療法について示すこととする。

1.3.1 メンタルヘルスコート

2007年11月13日、合衆国下院は、圧倒的な過半数が法案に賛成して投票するという状況で、「セカンドチャンス法」(Second Chance Act)を可決した。合衆国上院でその法案を可決する試みは、2007年に失敗したけれども、それは、広範囲に及ぶ超党派的な支持を引き出し、2008年に可決することを期待された。セカンドチャンス法は、ブッシュ大統領の受刑者再入行動計画に類似しており、それは彼の2004年の一般教書演説に発表された。ブッシュ大統領の行動計画の目標は、信頼に基づいた地域社会の組織を通して、その地域社会に再び戻って受刑者に指導と過渡的なサービスを提供することであった。ブッシュ大統領の行動計画のように、セカンドチャンス法は、「常習犯を減らし、そして公共の安全を高めるよう計画された重大な資財」を提供するよう意図されている。

セカンドチャンス法は、釈放された受刑者が精神衛生と薬物乱用の治療を見つけ出す際に支援し、より多くの職業紹介と訓練の機会を提供して、居住の移行において援助して、そして、ケース管理のサービスを提供するよう計画される。セカンドチャンス法の推定の年間認可した金額は、1億6,500万ドルである。その法案は、受刑者再入を支援して、最善の試みと訓練手続に指導と支援を提供するために、州や地方自治体また非営利団体に交付金を提供することに焦点を合わせられたいくつかの重要な規定を含んでいる。

2004年、司法及び精神衛生協同プログラム(Justice and Mental Health Collaboration Program; JMHCP)による交付金プログラムが、合衆国下院と合衆国上院双方において、精神障害犯罪者処遇及び犯罪減少法(Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act)(以下、“2004年法”と略す)を満場一致の可決で制定された。2004

年法は、精神衛生システムと刑事司法システムの協力を伴う地域と州のプログラム用の資金で、毎年最高5千万ドルを認可する5年間の交付金プログラムである。2004年法の交付金を使用されるのは、メンタルヘルスコートや類似の法廷の創設あるいは拡大するため、精神障害犯罪者に関する精神衛生の職員や刑事司法の職員に対する専門訓練のため、精神衛生システムと刑事司法システムとの共同的努力を支援するプログラムのため、および、精神障害犯罪者に関して州と地方自治体の協力を支援するプログラムのため、である。

2004年法は、交付金が、ダイバージョンプログラム、代替的公訴、および、危機介入チームのような量刑プログラムと量刑プログラムのために使われるべきことを促進する。それはまた奨励する交付金の使用は、ジェイルや刑務所内での治療と、精神障害犯罪者がジェイルあるいは刑務所から釈放される時の過渡的再入サービスのためである。2004年法は、精神障害犯罪者が社会に再入するとき、利用可能な適切なサポートサービス（例えば、精神衛生、薬物乱用、住宅、教育、および、職業紹介のサービス）を持つことについての重要性を強調する。

2004年法をきっかけとして、多くのメンタルヘルスコートがここ10年間でアメリカで設立された。これらの法廷は、刑事司法システムを、精神衛生処遇と組み合わせ、とりわけ薬物や生活妨害の犯罪を行った精神的病者に対して効果的であることが示された。たいていのメンタルヘルスコートは、任意であって、ただ軽罪あるいは軽微な重罪を行った人々を受け入れるだけである。メンタルヘルスコートは、それが過去に精神病院で受けたであろうサービスのタイプを、精神障害者に提供しようと努力する。それは、協力が、細心の監視と処遇で詳細かつ個別の処遇計画をもたらすとき、最も成功することが判明する。

最初のメンタルヘルスコートは、1977年フロリダ州ブロード郡に設立された以降、メンタルヘルスコートは急速に数と大きさと増加した。「その精神障害が常習犯の主要な理由である被告人に精神衛生サービスと資財を集中する」ために設立された早期のメンタルヘルスコートは、主に繰り返し軽罪を行っていた受刑者を受け入れた。1999年に、アラスカ州アンカレッジは、精神障害常習犯を外すための法廷を設立した。2005年までに、およそ125のメンタルヘルスコートが全国の州で設立されていた。

メンタルヘルスコートは、裁判官、検察官、および、国選弁護人を含む関係職員を有しているのが典

型的で、全部の審理予定表のそれぞれが、メンタルヘルスコート参加者から成り立つ。また、その主要な責任が指名されたメンタルヘルスコートにある種々の精神衛生専門家も出席する。メンタルヘルスコートでのすべての人員は、裁判官からケースワーカーまでそのコートにいる全ての関係職員は、精神障害者の犯罪的行動の基礎にある心理学以外に、精神障害とその治療について徹底的に訓練される。メンタルヘルスコートの執行関係職員は非常に安定しているため、そのコートは、治療を単に規定されているだけではなく、実際に始まる場所としてユニークな性格を帯びているのである。

メンタルヘルスコートと標準的な刑事裁判所の関係は、法域において同様であるが、しかし詳細において異なるところがある。メンタルヘルスコートは、標準的な裁判所のように、裁判官の権威からそれらの強制力を得る。メンタルヘルスコートは、治療の条件に一致しないことで、制裁としてジェイルを使用する点で異なるけれども、それらがすべて、精神障害の被告人を、刑務所システムから治療に基づくプロベーション段階に移行するという目標を共通して持っている。メンタルヘルスコートは、すでにある犯罪で有罪宣告を受けたか公訴された、あるいは、単に逮捕された者を受け入れるかどうかについて様々である。いずれにしても、ほとんど全てのメンタルヘルスコートは、犯罪歴消去の約束を治療遵守のための誘因として使用する。メンタルヘルスコートに登録されている間は、個人は、地元のクリニックで外来治療を受け、法廷職員あるいはプロベーションオフィサーと共に定期的に面談をし、彼らの治療経過に関して裁判官と相談するために法廷に出頭して、そしてグループカウンセリングプログラムに参加する。最初のメンタルヘルスコートの手続は、通常まだ当事者主義的手続として定式化されているけれども、それは、典型的な刑事訴訟手続ほどではなく、被告の次の法廷出廷はしばしば治療の約束によく似ている。

例えば、イリノイ州クック郡のメンタルヘルスコートは、とりわけ効果的で、常習犯を減らすことに成功している。クック郡メンタルヘルスコートは、最初の年に25人の被告人にサービスを提供したが、しかし3年の処遇をカバーするのに新たに120万ドルの連邦補助金で、それが、サービスを年間75人の被告人に増やすものと期待されている。メンタルヘルスコートのプログラムへの参加する前の年で、参加者は、平均して4回の逮捕と2回の有罪判決、そしてジェイルでの130日間の服役をしていた。参

加後に、「参加者の76%が逮捕されず、89%が有罪判決を受けず、そして、97%が重罪での有罪判決を受けていない」。参加者は、参加の後、その年にジェイルで平均21日を服役することになるであろう。それは、通常彼らがプログラムに従わなかった結果による。プログラムは4つの段階から成り、次第に掛かり合いと統制をその者に譲っていく。その者は、それ以上逮捕もあるいは刑事被告人ともならず、安定せられた収入と住宅を含めてある特定の目的を満たした後に終了することになる。

1.3.2 予防的外来治療

予防的外来治療の動きは、ニューヨーク州とカリフォルニア州から始まった。「ケンドラ法」(Kendra's Law)として知られているニューヨーク州の制定法は、治療を受けていなかった精神病患者によって地下鉄車両に押された女性の名にちなんで名付けられた。カリフォルニア州の制定法は、ニューヨーク州法をモデルにして制定され、統合失調症と診断された人によって無差別の銃撃で殺された若い女性の名前にちなんで「ローラ法」(Laura's Law)として知られている。「ケビン法」(Kevin's Law)として知られている制定法を有しているミシガン州を含む42州を含めて、予防的外来患者法の独自の方式を開発した。この動きは、1990年代において44州の精神病院を閉鎖し、適切な治療無くして多くの精神病患者を社会の中に放り出したことで引き起こされた。それはメディアが、被害者の同情的な話と、加害者の精神障害の病歴、暴力的な行動、そして、治療を受けていなかったという話をしっかりつかんでいたのも、そうした事件を論争の話題としてエスカレートさせたことも要因であった。予防的外来治療法を過去の制定法から区別するものは、予防的外来治療法の下で、裁判官が、治療の摂生に従っていない地域社会に住んでいる精神障害者に治療を強制できることである。それに対して、過去においては、これはただ被收容者にされることができただけであった。

一般に危険なあるいは重大な障害法として知られている過去の制定法は、裁判官が個人に治療を強制するのに厳しい基準を求めた。危険なあるいは重大な障害法の下でどのような種類の治療でも義務化するために、ある者が自分自身あるいは他人に重大な脅威であることが証明されなくてはならない。この基準は、とりわけ裁判で充足させられるのが非常に難しく、この基準を用いている法律は、治療の緊急の必要性があるが、しかし自分自身あるいは他人に明らかに重大な脅威とならないかもしれない、大多

数の精神病患者を保護することができないのである。予防的外来治療法は、伝統的な「危険性」(dangerousness)基準というような厳格な法律上の基準と共に、精神病の重さや既往歴を評価する、より医学に基礎を置いた証拠に基づくアプローチによる適格性を備えた、より長期の強制的な通院治療プログラムを提供することによって、この隙間を満たす方法を探すのである。

ほとんどの予防的外来治療法は、ニューヨーク州法をモデルにして制定されているが、ケンドラ法の下で、裁判所の命令した外来治療は、7つの必要とされる基準に基づいている。第1は、年齢18歳以上の人だけが適格性を有することである。第2は、人が精神病に罹っていないなければならないことである。第3は、その人は臨床的判断に基づき、保護監督がなくして地域社会で安全に生きていくことができないということである。第4は、その人が、少なくとも最近の6か月間で2回入院を必要とした精神衛生治療に失敗し、結果として、少なくとも1つの行為がこれまでの48か月以内に自己あるいは他人に「重大な身体的損傷を構成する」という経歴を証明しなければならないことである。第5は、精神病の結果として、「その者が、自ら安全に地域社会に住むことができるようにする外来患者治療に任意に参加しようにないことが、証明されなければならないことである。第6は、その人が、支援された外来患者処遇を「その者やあるいは他人に重大な侵害をもたらす可能性が高い再発や悪化を防ぐために」、支援された外来患者治療を必要としなければならないことである。最後に、その人が、強制的な外来患者治療から利益を得る可能性が高くななければならないことである。

1.4 諸方策の問題点

上述したように、アメリカでは多様な精神障害犯罪者の対策が講じられている。では、そうした施策についてはどのような評価がなされ問題が指摘されているのだろうか。

1.4.1 連邦法

2007年セカンドチャンス法は、州が、受刑者が成功裏に社会に再び入るのを助けるプログラムを展開するための交付金を認可している。その法案は多くの肯定的な局面を持っている。第1に、それは非常に広く、刑務所人員の1つの集団あるいは部分に限定されていない。第2に、最も重要なことであるが、その述べられた目標は、常習犯の発生率を減らすこ

とである。したがって、それは調査研究のための多くの条件を制定する。第3に、その法案は、過渡的なサービスや指導のような再入プログラムと同様に、教育、職業、および、読み書きの訓練というような刑務所内プログラムに交付金を認可する。第4に、その法案は、女性と少年に焦点を当てたプログラムに交付金を認可する。

セカンドチャンス法は、再入の動きを支援するもっと多くのプログラムを創設することに成功しているかもしれないが、それはまた若干の欠点を持っている。第1に、その法律は、刑務所から受刑者をダイバートさせず、予防プログラムの方法をわずかしか取り入れない。メンタルヘルスコートあるいは定住型精神施設のような、ダイバージョン的プログラムには、最小の資金しかない。若干の資金が刑務所内の教育プログラムに提供されるけれども、大多数の資金は、精神衛生治療に関してよりむしろ、受刑者を社会に再統合することへの成功に焦点を合わせている。第2に、それは、精神衛生問題について市民を教育するために使われる資金を認可しておらず、精神病気であることについての烙印を減らすために何もしないことになっている。第3に、その法案は効果に欠ける。それは、精神病受刑者が規定されたプログラムに従っていることを保証するために監督機構を持っておらず、ほとんどの精神病、とりわけ多くの精神病犯罪者によって経験される重篤な病気が、継続的治療を必要とするにもかかわらず、いかなるプログラムでも1年という最長期間の参加を義務づけている。

2008年の精神病犯罪者処遇及び犯罪減少の再認可及び改善法(The Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Reauthorization and Improvement Act of 2008)(以下、“2008年法”と称す)は、すでに提示されている最も発展的な法律であるかもしれない。その法律は、刑事司法制度、精神衛生機関、および、薬物乱用プログラムでの協力を保証する方法を探す。当該法案が議会で可決し、法執行官の専門的訓練を支払うのに足りる資金の年間2,500万ドルの増加をもたらした。その法案はまた、上述したとおり、女性受刑者全体の驚くような割合を構成する精神病女子受刑者への精神衛生サービスに集中した資金を提供するであろう。さらに、その法案は、メンタルヘルスコートを追加・拡張し、一層の地方の社会内処遇センターに資金を供給するのである。

2004年法と2008年法は提供すべき多くのことを持つが、その適用範囲と全体的な効果は最小である。

全米に1,500以上の矯正施設があるが、たった27の交付金が2006年に、またさらに27の交付金だけが2007年に支給されただけであった。同じように、メンタルヘルスコートと危機介入センターを含む、この補助金によって支持されたプロジェクトは、適用範囲で狭く、精神病犯罪者人員のごく少数だけに恩恵をもたらし、現在の常習犯率に重要な影響を与えないように思われる。

1.4.2 メンタルヘルスコート

メンタルヘルスコートは、精神病犯罪者における常習犯を減らすことにおいて、注目に値する結果を見せている。メンタルヘルスコートは、刑事司法制度、精神衛生の機関や団体、薬物乱用プログラムと一緒に成功へともたらした。最も重要なことは、メンタルヘルスコートは、人々が任意にメンタルヘルスコートに入って、刑事司法制度に入るよりむしろ規定された処遇プログラムを受け入れることを意味する、ダイバージョンプログラムということである。精神病犯罪者が、メンタルヘルスコートに強制されることは出来ないが、それは矯正施設で拘禁に対する魅力的な代替策であり得る。

メンタルヘルスコートは、個々に特別に仕立てられたプログラムを実行し、通常は多くの段階を通して進歩を伴う。処遇プログラムとその監督の最初の段階は集中的である。ある者がそのプログラムに熱心になると、そのプログラムと監督は、精神病犯罪者が進歩を見せるならばそれほど厳しくならない。メンタルヘルスコートと伝統的な刑務所との1つの重要な区別は、メンタルヘルスコートのプログラムを成功裏に完了するために、その者が、一連の定められた目的を満たすことによって、彼の病気を取り扱うことにおいて、かなりの改善を証明するように要求されるということである。刑事司法制度による監督、精神衛生機関、および、薬物乱用プログラムは、メンタルヘルスコートの鍵となる側面であって、ジェイル内外でのすべての処遇プログラムの一部となるべきである。

メンタルヘルスコートは、その大きい潜在的な価値があるにもかかわらず、適用範囲と普及で広げられないならば、常習犯の全体的な発生率に対して主要な影響をもたらすことはできないであろう。メンタルヘルスコートは、現在およそ150だけが運用されているという状態で、まだやや稀なものである。法廷の数は、増加した資金と共に増大するであろうが、しかし、これらの裁判所の適用範囲もまた広げられなくてはならない。ほとんどのメンタルヘルス

コートは、主に軽罪と軽微な重罪に関して有罪となる精神病犯罪者と処遇する。暴力的な精神病犯罪者、しばしば治療されていない統合失調症や双極性障害を持っている者が、自ら行った犯罪のタイプにより、しばしばこれらのプログラムから除外される。メンタルヘルスコートが、暴力犯罪を行った精神病者を受け入れるために、その適用範囲を広げることは緊急である。これらの人々の大部分が、結局は刑務所から釈放されて社会に再び戻ることになる。もし彼らが処遇プログラムから除外され続けるなら、彼らは危険であり続けるのであり、おそらく再び逮捕されるであろう。

メンタルヘルスコートは、主として裁判官によって創設され、彼らの指導力は、これまで裁判所の開発アップにとって極めて重要であった。この1つの残念な意味合いは、メンタルヘルスコートが、創設時の裁判官の指導がないので生き残らないかもしれないということである。この問題は、メンタルヘルスコートの拡大を通して、精神衛生に関しての刑事司法制度のメンバーを教育することによって、そして、刑事司法と精神衛生の制度における協力から継続的な肯定的な結果をともなって軽減されるであろう。

1.4.3 予防的外来治療法

予防的外来治療法、とりわけニューヨーク州の「ケンドラ法」もまた、限定的な精神病者のグループのために非常に成功しているものである。予防的外来治療法の有効性は、それが手続に関与するそれぞれの役割に関して提供する明確な記述に帰因している。それは、適格基準を説明し、要求項目と提供を監視する。予防的外来治療法の制定の前に、裁判官は、ただ被収容者に処遇を強制することができただけであった。予防的外来治療法が、今や地域社会で住んでいる精神病者の強制された処遇と、その法律によって義務づけられた治療命令に従うことのできない者のために強制入院を許容する。さらに、従来の制定法の下で、非常に限られた数の人々が、強制された治療のために申請を提出する権限を持っていた。現行の予防的外来治療法の下では、親、子ども、兄弟、ルームメイト、および、精神衛生専門家を扱う者を含めてもっと多くの人々が、このような申請を提出することができる。

この施行権限は、申請を提出することのできる人数の増加と結びつけられて、予防的外来治療法が、従来以上にさらに拡張することを可能にしたが、さらなる拡大が必要とされる。予防的外来治療法は、

その短い歴史において成功にもかかわらず、適用範囲でまだあまりにも限定されている。例えば、ニューヨーク州で2006年の成人の精神病者0.5%以下が、常に予防的外来治療法の適格基準の下にあった。その最初の五年で、たった 3,766 件の裁判所命令が、「ケンドラ法」の下で発せられた。予防的外来治療法は、精神障害犯罪者人員における常習犯発生率に重要な影響を与えるためには、その法律が精神病者の0.5%以上に適用できるよう、適格基準は拡大される必要がある。予防的外来治療法もまた、刑事司法制度とリンクされ、釈放の条件とパロールプログラムの一部として実施される必要がある。

その最初の数年で、ニューヨーク州の予防的外来治療法は注目に値する成功を示した。ホームレス、逮捕、入院、および、拘禁の発生率で、その法律の施行以来劇的に下がった。もしその法律がより多数の精神病犯罪者を含むように拡張され、そして、もしそれがいっそう密接に刑事司法制度、つまり、ダイバージョンプログラムとしてリンクされるならば、ニューヨーク州の予防的外来治療法処理の創設したプログラムは、精神病者が罪のない人々に示す脅威を取り除くのに役立つ一方で、精神障害犯罪者が自らの病気を本当に克服するのに役立つかもしれない。

1.5 まとめに代えて

アメリカの精神障害者の精神衛生ケアは、20世紀後半で大いに進歩した。治療のアクセスと選択肢が、たいていのアメリカ人にとってかなり増加した。しかし、精神衛生ケアにおけるこの大きい拡大でもって、最も攻撃されやすいアメリカ人の多くが、既存の資財が利用可能であるにもかかわらず、そのシステムから漏れる不公平さに苦しむ。

非施設化の動きは、精神障害者の犯罪化をもたらし、アメリカの刑務所に最大の精神医療施設になることを強いた。この移行とともに、矯正施設の過剰収容と高い再犯率に至った。統計値は、精神障害受刑者が、再犯者になる可能性がいっそう高いことと、一定の病気を持っている受刑者が暴力犯罪を行う可能性がより高いことを示す。刑務所は、決して精神障害者を扱うよう設計されておらず、データが、それらがそうすることができるように装備されていないことを示している。すなわち、精神障害を合法化する動きは進行中であり、結果として生じている開発の多くが素晴らしい約束を示している。この成功を維持し拡大するために、これらのプログラムは、統一された政府機関のもとで中央集権化されて調整される必要がある。それらはまた、矯正施設と社会

への負担を軽減するために数と範囲で拡大される必要がある。その結果、その専門的な治療は是非ともそれを必要とする人たちに提供されるであろう。(文責：研究協力者 鮎田 実)

【収集文献一欄】

1. 犯罪を行った精神障害者の関するもの
 - * James, D. J., and L. Glaze, *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*, Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, 2006,
 - * Allen, S., "Mental Health Treatment and the Criminal Justice System," *Journal of Health and Biomedical Law*, Vol.4, 2008, pp.153-191.
 - * Burt, R. M., "More Than a Second Chance: An Alternative Employment Approach to Reduce Recidivism among Criminal Ex-offenders," *Tennessee Journal of Law and Policy*, Vol.6, 2010, pp.9-45.
 - * Danjczek, L. J., "The Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act and its Inappropriate Non-violent Offender Limitation," *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, Vol.24, 2007, pp.69-117.
 - * Mears, D. P., "Mental Health Needs and Services in the Criminal Justice System," *Houston Journal of Health Law and Policy*, Vol.4, 2004, pp.255-284.
 - * Rivera, R. M., "The Mentally Ill Offender: A Brighter Tomorrow Through the Eyes of the Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act of 2004," *Journal of Law and Health*, Vol.19, 2004/2005, pp.107-139.
 - * Sacca, C. J., "A Second Chance: Michigan's Progressive Shift in Social Policy to Rehabilitate its Mentally Ill and Juvenile Defendants," *University of Detroit Mercy Law Review*, Vol.86, 2009, pp.559-578.
 - * Sims, G. L., "The Criminalization of Mental Illness: How Theoretical Failures Create Real Problems in the Criminal Justice System," *Vanderbilt Law Review*, Vol.62, 2009, pp.1053-1083.
 - * Morrissey, J. P., and H. H. Goldman, "Care and Treatment of the Mentally Ill in the United States: Historical Developments and Reforms," *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, No.484, 1986, pp.12-27.
2. 包括的地域生活支援プログラムに関するもの
 - * Dixon, L., "Assertive Community Treatment: Twenty-five Years of Gold," *Psychiatric Services*, Vol.51, No.6, 2000, pp.759-765.
 - * Lamberti, J. S., Weisman, R., and D. I. Faden, "Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults With Severe Mental Illness," *Psychiatric Services*, Vol.55, No.11, 2004, 1285-1293.
3. メンタルヘルスコートに関するもの
 - * Lang, M. A., Davidson, L., Bailey, P., and M. S. Levine, "Clinicians' and Clients' Perspectives on the Impact of Assertive Community Treatment," *Psychiatric Services*, Vol.50, No.10, 1999, 1331-1340.
 - * National GAINS Center for People with Co-Occurring Disorders in the Justice System, *The Nathaniel Project: An Alternative to Incarceration Program for People with Serious Mental Illness Who Have Committed Felony Offenses*, Delmar, NY: National GAINS Center for People with Co-Occurring Disorders in the Justice System, 2002.
 - * Project Link, Department of Psychiatry, University of Rochester, "Prevention of Jail and Hospital Recidivism Among Persons With Severe Mental Illness," *Psychiatric Services*, Vol.50, No.11, 1999, pp.1477-1780.
3. メンタルヘルスコートに関するもの
 - * John S. Goldkamp, J. S., and C. Irons-Guynn, *Emerging Judicial Strategies for the Mentally Ill in the Criminal Caseload: Mental Health Courts in Fort Lauderdale, Seattle, San Bernardino, and Anchorage*, Washington D.C.: Bureau of Justice Assistance, 2000.
 - * O'keefe, K., *The Brooklyn Mental Health Court Evaluation: Planning, Implementation, Courtroom Dynamics, and Participant Outcomes*, New York, NY: Center For Court Innovation, 2006.
 - * Acquaviva, G. L., "Mental Health Courts: No Longer Experimental," *Seton Hall Law Review*, Vol.36, 2006, pp.971-1013.
 - * Almquist, L., and E. Dodd, *Mental Health Courts: A Guide to Research-Informed Policy and Practice*, New York, NY: Council of State Governments Justice Center, 2009.
 - * Council of State Governments Justice Center, *Mental Health Courts: A Primer for Policymakers and Practitioners*, New York, NY: Council of State Governments Justice Center, 2008.
 - * Bozza, J. A., "Benevolent Behavior Modification: Understanding the Nature and Limitations of Problem-solving Courts," *Widener Law Journal*, Vol.17, 2007, pp.97-143.
 - * Cummings, J. E., "The Cost of Crazy: How Therapeutic Jurisprudence and Mental Health Courts Lower Incarceration Costs, Reduce Recidivism, and Improve Public Safety," *Loyola Law Review*, Vol.56, 2010, pp.279-310.
 - * Fisler, C., "Building Trust and Managing Risk: A Look At A Felony Mental Health Court," *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.11, 2005, pp.587-604.
 - * Kimber, K., "Mental Health Courts: Idaho's Best Kept Secret," *Idaho Law Review*, Vol.45, 2008, pp.249-282.
 - * Kondo, L. L., "Advocacy of the Establishment of

- Mental Health Specialty Courts in the Provision of Therapeutic Justice for Mentally Ill Offenders,” *American Journal of Criminal Law*, Vol.28, 2001, pp.255-336.
- * Miller, S. L., and A. M. Perelman, “Mental Health Courts: An Overview and Redefinition of Tasks and Goals,” *Law and Psychology Review*, Vol.33, 2009, pp.113-123.
 - * Odegaard, A. M., “Therapeutic Jurisprudence: The Impact of Mental Health Courts on the Criminal Justice System,” *North Dakota Law Review*, Vol.83, 2007, pp.225-259.
 - * Petrila, J. P., and A. D. Redlich, “Mental Illness and the courts: Some Reflections on Judges as Innovators,” *Court Review*, Vol.43, 2007, pp.164-176.
 - * Redlich, A. D., “Voluntary, But Knowing and Intelligent?: Comprehension in Mental Health Courts,” *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.11, 2005, pp.605-620.
 - * Redlich, A. D., Steadman, H. J., Petrila, J., Monahan, J., and P. A. Griffin, “The Second Generation of Mental Health Courts,” *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.11, 2005, pp.527-537.
 - * Petrila, J. P., and A. D. Redlich, “Mental Illness and the courts: Some Reflections on Judges as Innovators,” *Court Review*, Vol.43, 2007, pp.164-176.
 - * Sammon, K. C., “Therapeutic Jurisprudence: An Examination of Problem-solving Justice in New York,” *St. John's Journal of Legal Commentary*, Vol.23, 2008, pp.923-969.
 - * Seltzer, T., and D. L. Bazelon, “Mental Health Courts: A Misguided Attempt to Address the Criminal Justice System's Unfair Treatment of People with Mental Illnesses Mental Health Courts,” *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.11, 2005, pp.570-586.
 - * Stefan, A., and B. J. Winick, “Foreword: A Dialogue on Mental Health Courts,” *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.11, 2005, pp.507-525.
 - * Stefan, S., “A Dialogue on Mental Health Courts,” *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.11, 2005, pp.507-525.
 - * Talesh, S., “Mental Health Court Judges as Dynamic Risk Managers: A New Conceptualization of the Role of Judges,” *DePaul Law Review*, Vol.57, 2007, pp.93-132.
 - * Wren, G. L., “Mental Health Courts: Serving Justice and Promoting Recovery,” *Annals of Health Law*, Vol.19, 2010, pp.577-593.
 - * Wolff, N., and W. Pogorzelski, “Measuring the Effectiveness of Mental Health Courts: Challenges and Recommendations,” *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.11, 2005, pp.539-569.
 - * “Developments in the Law – THE LAW OF MENTAL ILLNESS: VI. Mental Health Courts and the Trend Toward a Rehabilitative Justice System,” *Harvard Law Review*, Vol.121, 2008, pp.1168-1179.
4. 予防的外来治療に関するもの
- * Pataki, G. E.(Governor, New York State), and S. E. Carpinello(Commissioner, Office of Mental Health), *Kendra's Law: Final Report on the Status of Assisted Outpatient Treatment*, New York, NY: New York State Office of Mental Health, 2005.
 - * Appelbaum, P. S., “Assessing Kendra's Law: Five Years of Outpatient Commitment in New York,” *Psychiatric Services*, Vol.56, No.7, 2005, pp.791-792.
 - * Campbell, K. M., “Blurring the Lines of the Danger Zone: The Impact of Kendra's Law on the Rights of the Nonviolent Mentally Ill,” *Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy*, Vol.16, 2002, pp.173-205.
 - * Cornwell, J. K., “Preventive Outpatient Commitment for Persons with Serious Mental Illness: Exposing the Myths Surrounding Preventive Outpatient Commitment for Individuals with Chronic Mental Illness,” *Psychology, Public Policy and Law*, Vol.9, 2003, pp.209-232.
 - * Dlugacz, H. A., “Involuntary Outpatient Commitment: Some Thoughts on Promoting a Meaningful Dialogue Between Mental Health Advocates and Lawmakers,” *New York Law School Law Review*, Vol.53, 2008/2009, pp.79-96.
 - * Flug, M., “No Commitment: Kendra's Law Makes No Promise of Adequate Mental Health Treatment,” *Georgetown Journal on Poverty Law and Policy*, Vol.10, 2003, pp.105-129.
 - * Gutterman, J., “Waging a War on Ddugs: Administering a Lethal Dose to Kendra's Law,” *Fordham Law Review*, Vol.68, 2000, pp.2401-2444.
 - * Huggins, E. S., “Assisted Outpatient Treatment: An Unconstitutional Invasion of Protected Rights or a Necessary Government Safeguard?,” *Journal of Legislation*, Vol.30, 2004, pp.305-325.
 - * Kress, K., “An Argument for Assisted Outpatient Treatment for Persons with Serious Mental Illness Illustrated with Reference to a Proposed Statute for Iowa,” *Iowa Law Review*, Vol.85, 2000, pp.1269-1386.
 - * Mackeigan, J. L., “Violent, Fear, and Jason's Law: The Needless Expansion of Social Control over the Non-dangerous Mentally Ill in Ohio,” *Cleveland State Law Review*, Vol.56, 2008, pp.739-766.
 - * O'Connor, E., “Is Kendra's Law A Keeper?: How Kendra's Law Erodes Fundamental Rights of the Mentally Ill,” *Journal of Law and Policy*, Vol.11, 2002, pp.313-368.
 - * Perlin, M. L., “Preventive Outpatient Commitment for Persons with Serious Mental Illness: Therapeutic Jurisprudence and Outpatient Commitment Law: Kendra's Law as Case Study,” *Psychology, Public Policy and Law*,

Vol.9, 2003, pp.183-208.

- * Scherer, R. A., "Toward A Twenty-First Century Civil Commitment Statute: A Legal, Medical, and Policy Analysis of Preventive Outpatient Treatment," *Indiana Health Law Review*, Vol.4, 2007, pp.361-434.
- * Stran, S., "Assisted Outpatient Treatment in Ohio: Is Jason's Law Life-saving Legislation or A Rash Response?," *Health Matrix*, Vol.19, 2009, pp.247-277.
- * Watnik, I. L., "A Constitutional Analysis of Kendra's Law: New York's Solution for Treatment of the Chronically Mentally Ill," *University of Pennsylvania Law Review*, Vol.149, 2001, pp.1181-1228.
- * Wothington, K. A., "Kendra's Law and the Rights of the Mentally Ill: An Empirical Peek behind the Courts' Legal Analysis and a Suggested Template for the New York State Legislature's Reconsideration for Renewal in 2010," *Cornell Journal of Law and Public Policy*, Vol.19, 2009, pp.213-242.

2. イギリスにおける触法者・被疑者障害者に対する刑事司法制度と社会福祉制度との連携

2.1 イギリスの警察段階における現状

2006年における内務省による調査によれば、人口的視角からすれば、2,230,000人の被逮捕者のうち、その12%である269,000人が、精神障害者であったことが推定されている¹。そして、被逮捕者が精神障害者であることが判明した理由としては、第1に、自傷他害のおそれによって身柄拘束されたという事実の存在や、第2に、認定ソーシャル・ワーカーとの協働による警察のメンタル・ヘルス・アセスメントによって判明したということなどが指摘されている²。また、警察段階においてダイバートされた精神障害者の推定値としては、第1に、さらなる処分を行われなかった者が46,000人（さらなる処分を行われなかった者全体の3.7%）、第2に、警告を与えられた者が24,000人（警告を与えられた者全体の9.4%）、注意を与えられた者が15,000人（注意を与えられた者全体の14%）であったことが報告されている³。一方において、警察段階においてダイバートされずに告発され起訴手続を開始された者が108,000人（告発され起訴手続を開始された者全体の14.7%）であったということが概算されている⁴。以上を図示すると、図1（別紙参照）のように表すことができよう⁵。

そして、犯罪類型的視角からの2006年におけるイングランドおよびウェールズにおける逮捕後の精神障害者の起訴率と非精神障害者の起訴率との比較

は、図2（別紙参照）のとおりである⁶。それによれば、薬物、強盗、性犯罪、窃盗、詐欺、暴行、不法目的侵入などの各種犯罪において、精神障害者は、非精神障害者よりも、起訴率そのものは高い結果となっている。この点、換言すれば、イングランドおよびウェールズにおいては、精神障害者は、被逮捕者の人数は精神障害者の方が少ないけれども、起訴率じたいの観点からすれば、ダイバートされにくい傾向にあるものと評価できるであろう。

なお、2006年7月期までにおける被逮捕者については、詳細な調査研究がなされている。この点につき、被逮捕者数は1,482,200人であった。そして、被逮捕者の約22%から25%程度の者が、警察署到着時において泥酔状態であった。また、被逮捕者の約69%が、少なくとも1種類の薬物に対して陽性の尿標本を示し、約36%が、2種類以上の薬物に対して陽性反応を示し、38%があへんあるいはコカインに対して陽性反応を示した。さらには、被逮捕者のうち、精神障害者であると思料される者は、約20%程度存在していたという報告がなされている⁷。

さらに、警察段階における精神障害者に対する処遇を検討する場合においては、1983年精神保健法第135条および第136条の適用ないし運用の現状をも指摘する必要性が存するであろう。前者は、内務省の6ヶ月の特別研修を終了した上級ソーシャル・ワーカーたる認定ソーシャル・ワーカー（NSW）の誓約通知書により、治安判事は、精神障害の疑いのある者などについて、警察官が「安全な場所（place of safety）」に72時間以内において、特定の住居内から移送できる令状を發布しうるとされている。また、後者は、警察官が、精神障害に罹患しているとの疑いのある者を公共の場所において発見した場合、令状なしに、本人の利益または公衆の保護のために必要であると考えれば、その者を、公共の場所から「安全な場所」へと移動させ、72時間を限度に身柄拘束する権限を、警察官に対して与えている。この場合において、精神障害に罹患しているとの医学的証拠は不要であり、警察官の心証のみで足り、そして、「安全な場所」とは、警察署、病院の緊急治療室、地域の社会サービス局が管理運営する居住施設などを意味しており、警察官の裁量によって、「安全な場所」の選択が行われることとなっている。ここにおいて、独立警察苦情委員会（Independent Police Complaints Commission : IPCC）の調査研究によれば、2005年から2006年における法第136条が適用されて身柄拘束された者は、11,500人であったということであり、そして、身柄拘束において費やさ

れた時間の平均値は約 10 時間ということであった⁸。また、犯罪撲滅のための慈善団体たる、犯罪者のケアと再定住のための全国協会（National Association for the Care and Resettlement of Offenders : NACRO）による 2005 年における調査によれば、法第 136 条が適用された事件の 34%において、警察署が、「安全な場所」として、地域において唯一指定されていたことが判明している⁹。この点、NACRO の調査対象となった多くの警察は、メンタル・ヘルス・ケアのための適切な設備や施設が欠如しているという事情が存在することを理由として、「安全な場所」として、警察署を使用するよりほかの手段は存在しなかったという回答を与えている様子であった¹⁰。なお、「安全な場所」として警察署が指定された精神障害者については、1 年間に約 200 人の患者が、警察署の留置場を出てから 2 日以内に自殺しているとの報告も存在する¹¹。さらに、国民保険サービス（National Health Service : NHS）・インフォメーション・センターの調査によれば、2005 年から 2006 年において、法 136 条が適用されて「安全な場所」として病院が指定された者は、5,495 人であったとされており¹²、ここで、独立警察苦情委員会の調査研究の結果と組み合わせる場合、約 48%の者が、「安全な場所」として病院が指定され、入院したことになる。ここで、国民保険サービス・インフォメーション・センターによる、法第 135 条および第 136 条の下に「安全な場所」として病院が指定された者の統計は、図 3（別紙参照）のとおりである¹³。

なお、本報告の射程外の事実ではあるけれども、現在から約 10 年前の調査ではあるものの、今日においてもイギリスにおいてはなお参照されている 1998 年受刑者における精神障害罹患率に関する国家統計局の調査報告によると、90%以上の受刑者が、精神障害に罹患しているということ、受刑者における精神障害の罹患率は、男性よりも女性の方が高いということが指摘されている¹⁴。因みに、1995 年 6 月から、イングランドおよびウェールズにおける刑務所人口は、60%の増加、換言すれば 3 万人以上も増加し、記録的なレベルにまで到達しており、2009 年 1 月における刑務所人口は、82,240 人であった¹⁵。そして、この統計から、刑務所人口の増加に比例して、刑務所においては、精神障害者の受刑者数も当然に増加しているのではないかという推測がなされている様子である¹⁶。また、独立のシンクタンクであるポリシー・イクスチェンジ（Policy Exchange）は、刑事司法制度におけるメンタル・

ヘルスに関する報告書たる『去るものは日々疎し（Out of sight, Out of mind）』を発表し、治療技術は過去数十年以上において向上してきているけれども、刑事施設におけるメンタル・ヘルス・ケアは、あまり注目されてはこなかったということを指摘している¹⁷。

2.2 2007 年精神保健法改正による精神障害のカテゴリーの削除

イギリスは、精神障害者の解放治療の先駆的国家であり、精神障害犯罪者処遇においては、常に諸外国をリードしてきた歴史的経緯を有することは、つとに指摘されていることである。すなわち、イギリスは、1959 年および 1983 年における精神保健法（Mental Health Act）を制定し、触法精神障害者を刑事司法制度の各段階からダイバートさせる刑事政策を展開するようになったのみならず、さらには、地域社会におけるメンタル・ヘルス・ケアへとその処遇のメインストリームを変遷させるに至っており、その処遇の根本思想が、カナダ、アメリカなどの諸外国の刑事政策に影響を及ぼしていると評価されているのである。つまり、イギリスにおける触法精神障害者に対する刑事政策の基本的な指針としては、刑事司法制度とメンタル・ヘルス・ケアとの連携を推進させることに重点が置かれており、双方向的な制度設計がなされているといえるのである。

ここにおいて、1983 年精神保健法は、病院に個人を身柄拘束し、そして、被身柄拘束者の意思に反して、その精神障害のアセスメントとケアを行うための制度の枠組みを提供してきたが、さらに、2007 年 7 月 19 日においては、精神障害の定義や強制的治療の場合の判断基準などを見直し、より包括的な精神障害者の処遇のための改正を行うに至った。すなわち、精神障害者に関して、1983 年精神保健法、2004 年ドメスティック・バイオレンス、犯罪および被害者法、2005 年精神能力法を改正するための立法がなされたのである。

そこで、この改正によって、精神障害の定義などが変更されたことは、本研究の射程およびオペレーショナル・デフィニション（操作上の定義）に直接影響を及ぼすものと思われるがゆえに、この点について検討する必要があるのである。

1983 年精神保健法第 1 条においては、強制手続の対象となるべき精神障害（mental disorder）とは、精神病（mental illness）、重度精神発達遅滞（severe mental impairment）、精神発達不全（mental impairment）、精神病質（psychopathic disorder）

であるものと規定されていた。そして、2007年精神保健法においては、それらの鍵となるべき定義が改正されたのである。すなわち、2007年精神保健法第1条において、精神障害の定義について、それは、精神におけるあらゆる障害または無能力を意味することと修正され、そして、重度精神発達遅滞、精神発達不全、精神病質の定義が削除されるに至ったのである¹⁸。

そして、学習障害 (learning disability) の定義についても規定が追加されるに至った。すなわち、2007年精神保健法第1条第4項において、学習障害とは、知能および社会機能の重度遅滞を含む、精神における発育停止または発育不完全の状態を意味するものとされたのである。しかしながら、学習障害が行為者における異常な攻撃的または責任無能力的行為に関連しない限り、学習障害という理由によっては、強制入院やその期間の延長などの目的のために、学習障害者は、精神障害に罹患しているとみなされてはならないなどの規定も追加されたのである¹⁹。

またさらには、2007年精神保健法第1条第3項において、アルコールまたは薬物依存は、強制入院やその期間の延長などの目的のために、精神障害または精神無能力とはみなされないとも規定されるに至ったのである²⁰。

そして、1983年精神保健法においては、精神発達不全および精神病質の場合には、入院治療がその症状の悪化を軽減するか防ぐ可能性があるという、治療可能性 (treatability) の要件すなわち治療可能性テストが条件となっていたが、この身柄拘束のためのテストが、2007年精神保健法によって、そのテストに代わり、適切な治療テスト (appropriate treatment test) という条件となった²¹。

さらに、2007年精神保健法においては、基本原理が第118条において追加された。すなわち、患者の過去および現在の希望と感情の尊重、宗教、文化、性的嗜好の多様性などを含む多様性の尊重、必要最小限度の自由の制限、適切なケアと治療を計画し、発展させ、供給することにおける患者の包絡、不法差別の回避、効果的な治療、保護者やその他の利益当事者、患者の幸福および安全、そして、公衆の安全という重要事項が取り込まれることを、国務大臣が保証しなくてはならないということも、規定されるに至っている²²。

2.3 イギリスにおける精神障害者に対する政治的・社会的文脈

2.3.1 世論の動向

ここにおいて、イギリスにおける刑事政策は、2007年精神保健法などの各種立法において結実していることは明らかであるが、さらに、このような刑事政策の背後に存在すると思われる、イギリスにおける精神障害者に対する政治的・社会的な支援ないし支持の動きについても、検討することは有益であろう。そこで、まず、政治および社会の基礎をなす世論の動向について検討することにした。

この点、刑務所改革トラスト内部において近年基盤を有する組織連合たるスマート・ジャスティス (Smart Justice) は、ヴィクティム・サポート (Victim Support) と連携して、2006年において、刑事司法制度における非暴力犯罪者に対する処遇のあり方を、被害者はどのように考えているかについて調査研究を行った。そして、その結果、被害者は、常に拘禁刑をはじめとする厳罰化を要求するであろうという予想に反して、被害者は、再犯防止のためにより効果的であると考えられる処遇を支持しているということが判明した。そして、本調査における10人の被害者の内7人は、非暴力犯罪の原因と取り組みたいとの意向を示したのであった²³。

また、この他にも、精神病における不適切な拘禁に関する女性協会の定例総会議においては、精神障害者の家族に対する影響という問題提起がなされるに至っている²⁴。

一方において、非暴力犯罪は別としても、精神障害と暴力犯罪との間の因果関係は、メディアにおける熱狂的論争の焦点となっている。すなわち、精神障害は暴力犯罪の原因となっているのか、そして、改善されたメンタル・ヘルス・ケアは、暴力犯罪を減少させることができるのか、という問題提起がなされるに至っているのである。

この点、この問題に対する調査によれば、ほとんどの精神障害者は暴力的ではないけれども、精神障害者が暴力的になる可能性は、非精神障害者よりも高いということが示唆されている。すなわち、重大な精神障害者、とりわけ統合失調症に罹患している者は、一般人口と比較して、他者に対する攻撃的な行為に着手するリスクが高いという報告がなされているのである。この傾向に関しては、刑事司法制度に対するさまざまな調査集団において、独立して同様の結果が報告されている様子である。

しかしながら、精神障害と暴力犯罪との因果関係は、未だに完全には解明されていない。ただ、前述したように、重大な精神疾患、とりわけ統合失調症の暴力犯罪に対するリスクは高く、しかも、成人

におけるメンタル・ヘルス・サービスにおける多数の患者は、自傷他害行為を行う傾向にあることは否定できない現状にある。そして、イギリスにおけるメンタル・ヘルス政策およびその政策の実践においては、この点に対して不十分な態度をとっているとの指摘がなされている様子である²⁵。

2.3.2 リード報告

イギリス世論の動向は、以上のようなものであるが、内務省は、早くも1990年において、精神障害者は、刑事司法制度を経由して処遇されるよりも、むしろ、可能な限り、メンタル・ヘルス・ケアおよびソーシャル・サービスによるケアおよび治療を受けるべきであるとの見解を支持していたということが指摘されている²⁶。そして、この方向性は、精神障害犯罪者のためのヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスに関する1992年におけるリード報告(1992 Reed review)によって支持されたのであった。

なお、このリード報告とは、精神障害犯罪者のためのヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスという目的を促進・援助するために、適切な証拠および資料を与えられた上での裁判所などの評価、およびイギリス全土にあまねくダイバージョン政策が行き渡るように、ダイバージョン・スキームの立法化を行うことを勧告するものであった²⁷。

そして、リード報告によって問題提起された鍵となるべき中心的な論点としては、およそ以下の4点が提示されたものと思われる。すなわち、第1に、女性や少数民族出身の精神障害者を多く含む、患者の個人的なニーズは、特殊なニーズである可能性があるということが指摘された。第2に、精神障害犯罪者のニーズを最も効果的に特定し、満足させる目的での、柔軟かつ多面的な部局による専門的アプローチの必要性が指摘された。第3に、精神障害と学習障害に対する、より専門的かつ改善されたサービスへのアクセスと、精神障害者のケアと治療を提供するサービスの役割を認識する必要があるということも指摘された。第4に、精神障害者に対する不必要な刑事訴追を回避するためには、警察とメンタル・ヘルス・サービス並びにソーシャル・サービスとの緊密な連携および協働が必要であるということも指摘されたのであった²⁸。

また、リード報告は、刑事施設などが、国民保険サービス(National Health Service : NHS)が提供するサービスを目的とする契約を締結することによって、受刑者は、より充実したメンタル・ヘル

ス・サービスを享受することができるとの示唆も行ったのであった。これをうけて、1993年からは、刑事施設に割り当てられていた予算を、一部国民保険サービスへと、メンタル・ヘルス・サービスのために移行させ、かつ、委任する計画が着手され、2006年4月においてその計画は完成したのであった。この計画は、国民保険サービスに対して、とりわけ精神障害受刑者の初期のケアの委任を可能とするためのものであったが、それは現在においても継続中であり、また、この計画によって、刑事司法制度におけるメンタル・ヘルス・ケアの問題は、さらに脚光を浴びることとなったのであった²⁹。

以上のリード報告のほかにも、2007年において、ダーム・アンヌ・オワーズ(Dame Anne Owers)は、刑事施設におけるメンタル・ヘルス・ケアにおける改善およびダイバージョン・スキームについての勧告を行っている³⁰。

さらには、2007年におけるコーストン報告(Corston report)は、精神障害者および学習障害者を含む特殊な脆弱性を持つ、刑事司法制度における女性に焦点を当てている。この報告によれば、拘禁されている女性における自傷のリスクの理由と状況をより詳細に検討する必要があるとのことであった³¹。

2.3.3 公衆保護および再犯減少のための5か年戦略

公衆の保護は、常にイギリスにおける最優先事項であり続けてきた。そして、2006年において、政府は、『公衆保護および再犯減少のための5か年戦略(A five year strategy for protecting the public and reducing re-offending)』を出版した。

この戦略は、公衆保護アジェンダを設計しながらも、拘禁は、犯罪者を処罰し公衆の安全を維持するための唯一の手段ではないということを鮮明に打ち出したのであった。つまり、社会命令などのコミュニティ量刑を強調し、犯罪者に対する犯罪的行動を変化させるための機会の提供を強調することによって、公衆保護および犯罪減少のもう一つの手段を国民に対して提示したのであった。

そして、この戦略は、精神障害などのメンタル・ヘルス・ケア問題をはじめとする、多くの犯罪者が直面している多面的な問題に焦点を当てることをもその内容とするものであった³²。

また、この戦略においては、精神障害犯罪者の大部分は、危険ではないし、公衆に対する何らのリスクなしに、刑事施設の外においてよりよい処遇を与

えられ得る存在であるということをも述べられている³³。

2.3.4 ソーシャル・エクスクルージョン・アジェンダ

2002年において、ソーシャル・エクスクルージョン・ユニット報告 (Social Exclusion Unit report) たる『前受刑者による再犯を減少させるためには (Reducing re-offending by ex-prisoners)』は、犯罪および再犯に影響を与える原因を探求した。そして、そこにおいては、以下の9つの犯罪および再犯の鍵となるべき原因が確認されている。それらは、第1に教育、第2に雇用、第3に薬物およびアルコールの誤使用、第4に精神および身体の健康、第5に態度および自己抑制、第6に施設収容および生活水準、第7に住宅事情、第8に経済的援助および負債、第9に家族的ネットワークであり、それらが犯罪および再犯と関連性があるということが指摘されたのであった。

そして、それゆえに、この報告は、メンタル・ヘルス・ケアの問題は、多面的かつ専門的な機関による協働が必要とされる問題の1つであるという視座を支持するものとなっているのである。

また、この報告は、教育、雇用、健康、家族などにおける社会的な弱者のソーシャル・エクスクルージョンの歴史の中に、受刑者を含む犯罪者の地位を位置付けたのであった。

そして、この報告は、2004年において、『メンタル・ヘルスおよびソーシャル・エクスクルージョン (Mental health and social exclusion)』報告の発表によって、支持されるものとなっている³⁴。

2.3.5 保健政策

ソーシャル・エクスクルージョン・ユニットが指摘するように、精神障害者を含む社会的に排除された集団が、歴史的に、メンタル・ヘルス・サービスやソーシャル・サービスにアクセスすることが困難であったということは、イギリスにおいては共通の認識となっている。そして、国民保険サービスは、この点についてとりわけ注意を払い、また、近年におけるさまざまなサービスは、社会的に排除された集団における保健の不足に焦点を合わせ、その点を強調するに至っているのである。

ここにおいて、2006年における保健省による白書『我々の健康、我々のケア、我々の言い分 (Our health, our care, our say)』は、不適切な保健、ケアなどから惹起される諸問題を確認した。そして、この白書は、コミュニティに居住する人々に対して、

利用可能かつ良質のソーシャル・ケアのヴィジョンおよび国民保険サービスによるサービスを計画した。この点、これらの計画を達成するためには、直接的に精神障害者と接触する主治医、ケア・トラスト、地方当局に、コミュニティの住民に対するサービスのための広範な裁量権を与えることが必要であるとの指摘がなされている。

2.3.6 メンタル・ヘルス政策

前述したごとく、2007年精神保健法は、1983年精神保健法に対する幾つかの重大な変化を作り出したが、それは、精神障害者のケアおよび治療を統制する中心的な法律なのである。

そして、このような精神障害者のための改善されたサービスの必要性の認識に向かった動向は、2009年標準国民保険サービス契約において、犯罪者のためのメンタル・ヘルス・サービスを包絡したところに、如実に現れているのである。その契約において、はじめて、犯罪者のメンタル・ヘルスにおけるいくつかの鍵となるべき局面に関係する内容が包絡されたのである。たとえば、改善されたメンタル・ヘルス・ケアの連続性、受刑者のメンタル・ヘルス・ケアに対するアクセスの改善、ならびに、刑事司法連絡チームなどがそれである。

また、保健省は、「新たな地平計画 (New Horizons project)」に着手しており、従来のメンタル・ヘルス・ケアの枠組みをさらに発展させた新しいヴィジョンを生み出す広範囲の人的・物的資源を準備しつつあるのである。そして、保健省は、メンタル・ヘルス・サービスを委託し、配分し、提供し、使用する人々に対してアドバイスを求めており、この計画はすでに進行中のものとなっている。また、保健省は、刑事司法制度における各機関の連携のための将来の枠組みについても積極的に取り組んでいる様子である。

さらに、メンタル・ヘルス政策における発展の徴候は、2008年におけるフューチャー・ヴィジョン連合 (Future Vision Coalition) によるペイパーに現れている。ここで、この連合は、成人社会サービス監督者協会、メンタル・ヘルス財団、マインド、リスィンク、メンタル・ヘルスのためのセインズベリィ・センター、トゥギャザー、国民保険サービス連合という7つのメンタル・ヘルス組織によって形成されているメンタル・ヘルス・ネットワークなのである。この連合のペイパーは、精神障害犯罪者を強力に支援するメンタル・ヘルスのための新たなヴィジョンを計画するものであり、その目的は、第

1 に、精神障害者のソーシャル・インクルージョンに対する障壁を除去すること、第2に、精神障害者の生活の質を改善すること、第3に、精神障害者のメンタル・ヘルス政策を改善することである。さらには、このペーパーは、とりわけ犯罪の予防および早期介入に焦点を合わせた上での相互横断的政府（cross-government）アプローチを強調し、犯罪者におけるメンタル・ヘルス・ニーズに対する適切な対応の失敗が、イギリスにおける刑事司法制度の慢性的機能不全の根本的な原因であるとの認識を示している³⁵。

2.3.7 相互横断的政府の確立への動き

近年のイギリスにおいては、刑事司法制度に包絡される各機関の連携をはじめとする、相互横断的政府の確立の必要性が強調されていることは、以上の検討において明らかとなった。そして、そのような背景の下、2007年包括的支出調査において、イギリス政府は、30個の新しい公共サービスの合意（Public Service Agreements : PSAs）を公表し、2008年から2011年にかけての政府の優先事項のビジョンを設定し、相互横断的政府の確立へと一步を踏み出したのである。

この公共サービスの合意とは、各省によって支持された合意が、各省を横断して共有され、その合意については各省が協働して問題解決に努力し、さらには、さまざまな専門家との協働の下、諸政策が調整されていくということその内容とするアプローチなのである。この点、精神障害者に関していえば、子ども、学校及び家族省（Department for Children, Schools and Families）、内閣本府（Cabinet Office）、保健省（Department of Health）、司法省（Ministry of Justice）、内務省（Home Office）が連携・連絡して、それらの省のあいだにおける合意が共有され、その合意について協力し合い、ソーシャル・ワーカーなどの最前線の専門家と協働しつつ、諸政策が調整されるのである。つまり、公共サービスの同意は、刑事司法制度に接触する精神障害者などのメンタル・ヘルス・ケアやソーシャル・ケアのニーズを特定し、それを満足させることができる、より調整されたアプローチをめざす政策なのである。以上は、図4（別紙参照）のように表すことができる。

そして、この公共サービスの合意は、最も脆弱性を有する成人におけるソーシャル・エクスクルージョンを減少させることに特に関心があるのである。すなわちその目的は、社会的に排除された最も脆弱

性を有する成人に対して、安定した住居、雇用、教育、訓練を供給・促進することによって、社会復帰の機会をそれらの者に与えることなのである。

また、公共サービスの合意は、ケアを放棄した者、保護観察の監督下にある犯罪者、メンタル・ヘルス・サービスに接触した成人、学習障害者の成人という、社会において多面的に脆弱性を有する弱者である4つのタイプの集団に焦点を当てている。

このような各省の連携対象を設定する新たなアプローチは、イギリス政府のよりよい活動の基盤となり、究極的には、刑事司法制度に接触する精神障害者に対して、伝統的な組織的境界線を横断して連携されたメンタル・ヘルス・ケアおよびソーシャル・ケアを提供し、犯罪防止という政府目的を達成することが期待されているのである。

ここにおいて、このような相互横断的政府のアプローチは、1990年以来政府によって指示され続けてきた精神障害者に対するダイバージョン政策の履行を、さらに充実させるであろうとの予測もなされている。そもそも、精神障害者、とりわけ精神障害犯罪者は、社会的に排除され、多面的に不利な立場に晒され、しばしば複雑なメンタル・ヘルスのニーズがあった存在であり、伝統的な組織的境界線のある政府によってはそのニーズを満足させることが困難であり、ダイバージョン政策においても、その点の困難性は同様であった。しかしながら、今や、メンタル・ヘルスにおける不平等およびソーシャル・エクスクルージョンという問題が、イギリス政府のアジェンダにおいて高く掲げられ、しかも、世論においても、これらの問題に取り組むことに好意的な状況になってきているものと解されているがゆえに、ダイバージョン政策をさらに充実させる相互横断的政府のアプローチの試みは、成功のよい機会におかれているものと考えられているのである³⁶。

2.4 警察段階のダイバージョンにおける関与者

2.4.1 精神障害者に対する早期介入およびダイバージョンの必要性

精神障害者に対する可能な限り早期の刑事司法制度的介入は、精神障害者の再犯防止を含む改善更生・社会復帰のために、大いなる効果的な潜在能力を持っているということが、イギリスにおいては実証主義的調査研究から、次第に明るみになってきている。しかしながら、公衆の保護は未だに優先事項ではあるけれども、刑務所や留置場などの刑事施設は、重大な精神病に罹患している者にとって、必ずしも適切な環境ではなく、むしろ、精神障害者の身

柄拘束は、精神病を悪化させ、脆弱性を高め、自傷や自殺のリスクを増加させる蓋然性が高いとの認識が、イギリスにおいては成長しつつある状態なのである³⁷。加えるに、イギリスにおいては、コミュニティにおけるメンタル・ヘルス・サービスの等価的普及を達成するための技術が存在しており、それゆえに、コミュニティにおける精神障害者の処遇が十分に可能であるという認識も存在しているのである³⁸。これらの理由から、刑事司法制度の最初の地点である警察段階および警察段階におけるダイバージョンが、精神障害者のメンタル・ヘルス・ケアにとって、重要なポイントとなって立ち現れているのである。

ここにおいて、精神障害者が刑事司法制度に接触する最初のポイントたる警察は、精神障害者にとって、明らかに最も重要な役割を演じることになるであろう。そこで、警察段階のダイバージョンにおける関与者としては、まず第1に、警察を論じる必要性が生じてくるのである。

そして、イギリスにおける精神障害犯罪者の処遇においては、刑事司法制度とメンタル・ヘルス・ケア制度が双方向的である以上、警察とメンタル・ヘルス・ケアを連携させ、連絡するための人的資源が必要となるのである。そこで、第2に、このような人的資源たる精神保健連絡官(mental health liaison officer) などについて、検討する必要性が発生するであろう。

また、2007年精神保健法136条などによって、精神障害者が警察署に身柄拘束される場合においては、被身柄拘束者の権利および義務を擁護する役割を果たす「適切な成人(appropriate adult)」への連絡が、警察官には義務づけられている。従って、警察のダイバージョンにおける関与者としては、この「適切な成人」も、検討しなくてはならないであろう。

さらには、精神障害者が警察に身柄拘束される場合において、最も決定的な役割を演じるのは、ソリシタであることはいまでもない。それゆえに、警察段階のダイバージョンにおける関与者としては、ソリシタをも検討しなくてはならないのである。

またさらには、検察庁(Crown Prosecution Service)も、警察に対してアドバイスを提供するなどの行為を通じて、警察段階のダイバージョンにおいて、重要な役割を占めている。この観点から、検察庁も、本節において検討する必要があるものと思われる。

そこで、以下においては、以上の関与者について、

検討することにした。

2.4.2 警察の役割

2.4.2.1 警察段階におけるメンタル・ヘルス・ケアの不 充分性

イングランドおよびウェールズ全土においては、603室の留置場を有する43もの警察が存在しており、それらの警察は、全て潜在的にさまざまなアプローチを採用している状況にある³⁹。そして、ほとんどの精神障害者の刑事事件において、警察は、精神障害者と刑事司法制度との接触における最初のポイントとなるべき地点となるものである。また、警察は、被疑者を逮捕し、取調を行い、告発することにより起訴手続を開始するか、警告するか、注意を与えるか、もうこれ以上の処分を行わないかの選択を行わなくてはならない。この点、起訴手続をどのような場合に開始するかについての警察の明確な指針は存在しないが、2000年に第4版に改正された検事規範(Code for Crown Prosecutors)には、警察官は、起訴手続を開始するか否かを判断する際には、検事規範を考慮すべきであるとの規定が盛り込まれている。ただ、規範自体に法的拘束力はないので、起訴手続の開始については、警察官の裁量の余地が大きいということが指摘されている⁴⁰。また、1984年警察・刑事証拠法(Police and Criminal Evidence Act 1984)の運用規定によれば、取調段階において、被疑者の精神障害が疑われる場合、留置官(custody officer)は、可能な限り早く、その者が適切な配慮を受けられるように確認しなければならず、必要に応じて、外部の精神科医などのアセスメントも行われ、その結果、入院措置が必要であれば、起訴手続を開始せず、強制入院措置などがとられる場合もあるが、この措置も、法律で規定されておらず、あくまでも運用上のものなので、警察官の裁量の余地がやはり大きいということが指摘されているのである⁴¹。

このように、警察は、精神障害者にとって、刑事司法制度に接触する最初の地点であるがゆえに、警察は、精神障害者のメンタル・ヘルス・ケアに最初に関与して、その改善更生・社会復帰をはかることができる最も早い機会を有している機関であるといえるのである。しかしながら、ブラッドリィによれば、検察段階、裁判段階などの過程にしたがって、さらにメンタル・ヘルス・ケアおよびソーシャル・ケアが充実していくので、警察段階においては、メンタル・ヘルス・ケアおよびソーシャル・ケアは充実させる必要性がないと思われているようであり、

したがって、あまり発達してはいないということが指摘されているのである⁴²。

それゆえにこそ、警察段階は、精神障害者にとって、再犯を防止し、改善更生・社会復帰をはかるための大いなる機会と可能性を秘めていることになるのである。すなわち、警察段階において、精神障害者のメンタル・ヘルス・ケアおよびソーシャル・サービスへのアクセスを保障し、促進することによって、精神障害者の基本的人権を保障しつつも公衆の安全を確保することが可能となり、そして警察は自己の責任を全うすることができ、また刑事司法制度における警察段階以後の段階における関与者に対して貴重な情報を提供することも可能となるのである⁴³。

2.4.2.2 管区精神保健官 (divisional mental health officer) および精神保健連絡官 (mental health liaison officer: MHLO) の創設

イギリスにおいては、現在、警察と精神障害者との接触が増加しているという事実にもかかわらず、最前線に勤務する警察官は、未だに精神障害者に対する理解が不十分な状態であり、あまつさえ、恐怖感すら抱いているということが指摘されている。それゆえに、警察官は、精神障害者を理解し、そして処遇することにおいて適格者とはいえないという問題提起がなされている。そして、警察官は、しばしばメンタル・ヘルス・サービスが利用可能であるということを認識していないということも、問題とされているのである。

この点、内務省は、精神障害者を処遇するための手続を完全なものとするために、メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスと協議するために、各警察署長に対して、1990年においてチラシを発行したけれども、警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの間のコミュニケーションは、あまり充分ではなかったという報告がなされていた。

しかしながら、第1に、警察官に対して精神障害者を処遇するための適切な訓練を施すべきであるということ、そして、第2に、精神障害者に率先して対処することを職務権限の範囲とする警察官が、イギリスにおけるすべての警察署において任命されるべきであること、また、第3に、警察と地方のコミュニティのメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの間の連携をとるべきであるということが、現在、要求されるに至っているのである。

そこで、たとえば、ロンドン警視庁は、現在、ロンドン全域の全62管区において、1名の管区精神保健官 (divisional mental health officer) を任命してきているのである。そして、管区精神保健官の階級は、警部から巡査部長まで多岐にわたっており、その任命における人事においては、以前において、メンタル・ヘルス・ケアの問題に興味関心を示した経験を有する者が選抜されている様子である。

また、警察は、犯罪者のケアと再定住のための全国協会 (National Association for the Care and Resettlement of Offenders : NACRO) によって創出されたプログラムと非常に類似した精神病に関する訓練プログラムを、その全22,000人の警察官に供給する過程にある⁴⁴。

さらに、ロンドン市警察などにおいては、精神障害者を含む弱者に対する他機関連携の上質な警察サービスを提供すべく、警察職員の訓練に着手し、精神保健連絡官などの育成に着手している様子である。この精神保健連絡官は、ロンドン市警察の活動を監督し、メンタル・ヘルス・ケアおよびソーシャル・ケアに従事する諸機関との連携の維持・改善に務め、警察と諸機関との相互作用を監視することを職務権限とするものなのである⁴⁵。

こうして、以前のイギリスにおいては、警察官は、精神障害者に介入した経験および試行錯誤によって、精神障害者の処遇方法を学習してきたけれども、現在においては、精神保健連絡官の創設や、精神病訓練プログラムなどの制度的発達の上に、さらに、すべての警察官は、精神障害者の処遇に関するビデオ学習を基礎とする1日訓練プログラムまで受講することが可能となってきているのである。

2.4.2.3 地区ポリシング活動

地区ポリシング活動は、警察が、精神障害者、とりわけ、犯罪あるいは再犯のリスクを有する精神障害者を確認することに資するものであり、警察が地方の政府機関と協同して、コミュニティにおける犯罪予防対策を行うための重要な機会を提供するものとなっている。

この地区ポリシング活動モデルの目的は、第1に、あらゆる区において、可視的かつ便利な警察サービスを提供すること、第2に、地方の住民がその区域においてポリシング活動の優先事項に影響を与えることができる機会を提供すること、第3に、コミュニティによる問題解決の促進をはかること、第4に、コミュニティが受容しうる維持可能な問題解決を提供することの4点である。

さらに、警察、コミュニティ支援警察官 (community support officers)、特別巡査 (special constables)、そして地方当局の地区監督官などから構成される安全地区チーム (Safer Neighbourhood Teams) が、地方において確認された問題に対する長期的視野に基づく解決のために、コミュニティおよび各種サービス機関と協働して活動するために専門的に創設されるに至っているのである。この安全地区チームは、公衆の保護、犯罪の防止などのポリシー活動の優先事項および個々の地区におけるニーズに奉仕するための機関なのである。そして、この機関は、精神障害者および学習障害者に関する問題を探求するための理想的なフォーラムといわれており、犯罪のリスクを有する精神障害者を早期特定し、とりわけ、地方における警察の「目と耳」としてのコミュニティ支援警察官の役割を利用することに重点をおいているものと考えられている。

具体的には、イズリントンにおけるロンドン警視庁の安全地区チームは、回転ドア機関連携ワーカー (Revolving Doors Agency link workers) と協働して、軽犯罪あるいは反社会的行動を行った精神障害者を支援するために活動を行っていることなどが挙げられる。その活動の目的は、精神障害者が、病気の境界、犯罪、精神病という循環に取り込まれることを防止することとされている。

また、警察とメンタル・ヘルス・サービスがよりよく連携して活動しているもう一つの好例は、ロンドン自治区において成長過程にあるダイヤモンド郡イニシアティブであり、そこにおいては、ロンドン警視庁と地方当局とが協働して、メンタル・ヘルス・サービス職員およびソーシャル・ケア職員が所属するコミュニティ警察チームを始動させているのである。

さらなる具体例としては、エセックス警察による、支援下にある若者のための国民慈善事業であるレイナー (Rainer) との協働体制、すなわち、レイナー・レイピッド・アクション・プロジェクト (Rainer Rapid Action Project) を挙げることができるであろう。このレイナー職員の職務は、州に存在する警察署に基盤をおき、犯罪を行う危険に晒されていると警察官が思料する精神障害者などについて、警察官からの照会を受けることである。そして、レイナー職員は、適切な機関と共に調査・照合を行い、警察からの照会から 24 時間以内において、自宅訪問を行っているのである。その精神障害者に対するアセスメントおよび介入は、家族の協力の下に実行されており、もし必要であるならば、さらに専門家によ

るサービスに照会することを行っている。

ここにおいて、その職員の訓練の問題が、焦点となってくるのである。この点、個々的には、たとえばウェストミンスターにおける安全地区チームは、法令上のサービスや、その利用者の情報などの、メンタル・ヘルスに関する 4 時間の訓練セッションが設けられている。しかしながら、このような訓練セッションは、未だにイギリスにおいて十分に普及しているとは言い難い状況であることが指摘されている⁴⁶。

以上の安全地区チームに対しては、警察と各地方におけるメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの接触、連携、協力体制を確立し、精神障害者の照会の経路を発達させ、軽犯罪や反社会的行為を行う可能性のある精神障害者および学習障害者を特定し、支援することにおける鍵となるべき役割を演じることが、期待されているものと思われる。

また、コミュニティ支援警察官および警察官は、各地方のメンタル・ヘルス・サービスと連携して、メンタル・ヘルス問題に対する意識を醸成し、その問題に対応できるように協働訓練の制度設計を発展させていくべきであるということも指摘されている⁴⁷。

2.4.2.4 逮捕前におけるダイバージョン

逮捕がなされ、あるいは逮捕が適切であると思料される以前の段階において、街路レベルにおいては、警察官にはいくつかの選択肢が存在する。すなわち、第 1 に、警察官の裁量権を行使し、それ以上の処分を行わないこと、第 2 に、正式な警告 (formal warning) を科すこと、第 3 に、万引などの軽犯罪事件において、精神障害者であると思料される行為者に遭遇した場合において、警察官は、犯罪は記録するけれども、それ以上の処分を行わないことという選択肢がそれである。

ただし、ここにおいて、警察官がそれ以上の処分を行わないということの意味が問題とされており、それは、これ以上の刑事司法処分を行わないことを意味するものとされるべきであるけれども、警察官は、精神障害者あるいは学習障害者を適切な各地方のメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ケア・サービスに連絡するべきであるということが指摘されているのである。そして、このような警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ケア・サービスとの連携は、ひとえに、これらの連絡活動に従事する警察官の知識に依存してい

るのである。しかしながら、現実には、警察官には未だにこのような連絡活動に関する知識が乏しく、理想的な法執行活動とはなりえてはいないということが事実として存在しているのである⁴⁸。

この点、チェンジャー警察管区においては、軽犯罪が行われたが、行為者が精神障害者であることが明らかである場合においては、警察官は、行為者のケアを優先する手続を履行している。ただし、警察官は、正式な取調のために警察署に精神障害者たる行為者を召喚する権限を有しており、取調中、行為者は、いつでも退出することが可能であり、しかも、「適切な成人 (Appropriate Adult)」の立会が要求されている。そして、もし犯罪が自白され、警告が科される場合においてはダイバートされるか、あるいは、報告書が、検察庁に送致されることになっている。

ここにおいて、やはり、以上のような法執行およびダイバージョンは、精神障害者および学習障害者を認識することができる個々の警察官の能力によって、限界付けられるであろうことは明らかであると指摘されている。警察官に対するメンタル・ヘルス・ケアに関する専門的訓練が必要とされる所以である⁴⁹。

また、逮捕前のダイバージョンの一方策として、障害を理由とする制裁金の通告 (Penalty Notice for Disorder : PNDs) が存在する。これは、アルコール濫用、反社会的行動などの行為の警告のために科されるものであり、この通告は、行為者において、メンタル・ヘルス問題が危機的状況に陥っている徴候を示す場合に、有用な制度となっているのである。この制度は、もしこの制裁金が未納の場合においては、その金額は増加され、罰金刑に変化され、もしその罰金が未納の場合においては、裁判所による強制執行に至りうるものなのである。

さらには、反社会行動命令 (Anti-Social Behaviour Orders : ASBOs) もまた、逮捕前のダイバージョンの一方策となっている。この制度は、行為者自身およびその家族以外の1人以上の他者に対して、迷惑行為、不安、苦痛を惹起し、あるいは惹起する可能性のあった行為者の行為を抑止するために、行為者に対してさまざまな条件を科すものである。そして、この制度が適用される個人の行為は、しばしばメンタル・ヘルス問題が危機的状況におかれている徴候となるものなのである。ただし、この反社会行動命令によって科される行為者に対する条件は、精神障害者にとって履行することが困難であるということが指摘されている。

以上の障害を理由とする制裁金の通告および反社会行動命令は、前述した地区ポリシング活動チームにおいて、積極的に運用することが奨励されているけれども、もしそれらの通告あるいは命令が履行されない場合には、それらの通告あるいは命令は、適切なサービスを精神障害者に提供するという当初の目的に反して、むしろ、刑事司法制度へと精神障害者を送致する残念な結果となりうる制度であるということも指摘されている。

ここにおいて、内務省によれば、反社会行動命令が科された約60%の者が、精神障害、学習障害、アルコール中毒などに罹患していたことが判明している。

さらに、反社会的行動命令においては、学習障害者や自閉症の者は、しばしば命令において使用されている用語や、そもそも命令が科される理由を理解してはなかったということも、反社会行動命令に関する調査によって判明している。ここから、精神障害者および学習障害者には、反社会行動命令は適当ではない制度であるとされ、ダイバージョン政策に影を落としている1つの理由となっているのである⁵⁰。

2.4.2.5 逮捕後におけるダイバージョン

イギリスにおいては、警察によって逮捕後、身柄拘束される者のうち、一体何人が精神障害者あるいは学習障害者であるのかについての明確な内訳は、現在のところ存在してはいない。その原因としては、精神障害者または学習障害者を特定することの現今における困難性によるものということが指摘されている。この点、第1に、メンタル・ヘルスに対する警察官の訓練が未だに不十分であるということ、第2に、警察段階における精神障害者または学習障害者の特定は、警察署到着段階において、被逮捕者が泥酔状態であったり、あるいは、薬物の常用が看取されるという事情によって、非常に困難なものになっていることが、精神障害者または学習障害者の特定の困難性の原因となっているということが指摘されているのである。とりわけ、薬物やアルコールなどの物質濫用は、しばしば精神障害者または学習障害者の存在の事実を隠蔽しうる効果を持ち、精神障害の確認を疑義のあるものにさえしうる効果をもっているということは、広く受け入れられている事実なのである。

なお、2006年7月期までの警察段階における被逮捕者のうち約20%が精神障害者であると思料されていたことは前述したとおりであるけれども、同

時期までにおいて学習障害者であると思料された者は、約9%となっている。

ただし、被逮捕者における精神障害者および学習障害者の割合については、年度ごとに、大幅に相違しており、精神障害者においては2%から20%の間で推移し、学習障害者においては0.5%から9%の間で推移しているという事実が指摘されている。その原因としては、精神障害者および学習障害者に対する正式な調査が存在せず、そして、ほとんどの調査においては知能指数や自己報告のみが使用されており、それらの調査手法では不十分であるとの指摘がなされているのである⁵¹。

このような警察段階においては、被逮捕者の身柄拘束を行う警察官は、逮捕および勾留における責任が発生し、被逮捕者のリスク要因に関係する全ての利用可能な情報を網羅する拘禁記録を繙くことになる。そして、被逮捕者は、メンタル・ヘルスに関する質問を含む、リスク評価のための一連の直接的質問を受けることになるのである。

この被逮捕者のリスク評価においては、警察官においては、拘禁記録のほかにも、被逮捕者のリスクについて記録する警察全国コンピュータ (the Police National Computer) および地方警察制度に関する調査をも利用することができる。しかしながら、これらの手段は、被逮捕者のメンタル・ヘルスに関するリスクを日常的に記録するものではない。

このように、被逮捕者のリスク評価の法的責任は、警察官に存しているのであるが、そのことのみならず、警察での身柄拘束におけるメンタル・ヘルス・ニーズを特定する法的責任をも、警察官には存在しているのである。すなわち、被逮捕者の身柄拘束を行う警察官は、被逮捕者が身柄拘束および取調に適しているか否かをも決定する法的責任が存在するのである。

ここにおいて、警察官のリスク評価およびメンタル・ヘルス・ニーズの特定において失敗する場合には、医療チームなどによる被逮捕者の診察が遅滞し、そのことが被逮捕者のリスクをさらに高めるといった危険性があり、そして、その危険性を防止するためには、被逮捕者の情報が十分に警察官に利用可能でなければならないという関心が生じてくるのである。

そして、被逮捕者においてメンタル・ヘルス・ニーズが確認された場合、警察官は、刑事司法手続をそのまま進行させるのか、それとも、ダイバージョンを行い、メンタル・ヘルス・サービスあるいはソーシャル・サービスに連絡することが、被逮捕

者にとっては、より適切な処分であるのか否かを決定するという課題が発生するのである。この警察官の決定は、十分に情報を与えられた上でのリスク評価なしに到底なされえないことは明らかなのである。また、訴追かダイバートかを決定する場合において、決定的な鍵となるべき考慮要素としては、被逮捕者のメンタル・ヘルス・ケアのみならず、公衆の保護も重視されるべきものであり、不十分な情報に基づくリスク評価では、精密な処分とは言い難くなるであろうし、あまつさえ、被逮捕者の自傷他害という悲劇的結果を招くおそれすらなしとしないであろう。

ここで、現在における被逮捕者に対するリスク評価が当初理想とされていたほど精密なものとはなっていない理由を検討しておきたい。それは第1に、警察署における取調室あるいは留置場という物理的環境は、被逮捕者のメンタル・ヘルス問題を暴露することを促進することができないということが挙げられる。この点、被逮捕者の視点に立つならば、精神障害者というスティグマに由来する差別的な法執行に対する恐怖感が存在し、それゆえに精神障害者であるという事実を隠蔽したいという傾向が存在するのである。このことに加え、警察と接触する以前における精神障害者であるという事実由来する過去における消極的な社会的経験が、被逮捕者において、自分が精神障害者であることを暴露することにおける抑圧となっているということが指摘されているのである。そして第2に、メンタル・ヘルスに対する認識のための警察官の訓練が欠如している点が挙げられている。この点、イギリス各地方の警察においては、各地方のメンタル・ヘルス・サービスやソーシャル・サービスとの共同訓練プログラムが存在しており、良い実践例となっているにもかかわらず、メンタル・ヘルスに対する警察官の訓練のための全国的基準は存在していないということなのである。また第3に、警察は、一般的に、他機関によるメンタル・ヘルス・サービスに関するアドバイスや指導に、ほとんど頼ることをしないという組織的問題が指摘されている。さらには第4に、前述したように、多数の被逮捕者が、アルコールや薬物の影響の下に身柄拘束へと至っており、そのことが、メンタル・ヘルス問題の存在をしばしば隠蔽し、そのことによって、精神障害者あるいは学習障害者の特定をより困難なものにしているということなのである。

ここにおいて、精密なリスク評価が、被逮捕者におけるダイバージョンの選択のみならず、被逮捕者が取調に適しているのか否かを決定することなどに

において、重要な役割を占めていることを象徴する具体的な事例を挙げておきたい。その事例においては、被逮捕者は 20 歳代中頃の統合失調症に罹患した女性であり、事件は彼女の入院している病院において発生したものである。警察は彼女に対して取調を行ったが、取調当時において、彼女は自分の精神病から苦痛を被っており、自分は殺されるという妄想に陥っていたのであった。そして、彼女が妄想にとりつかれている間に取られた供述によって、彼女は、本来なされるべきものより重い起訴内容を導出する供述に同意してしまったのである。そして、この事例においては、警察官による取調に先立って、訓練を受けた警察官によるリスク評価がなされてはいなかったのであった。そこで、2008 年 11 月 11 日において、当該女性をそのメンバーとする再考サービス利用者フォーカス・グループ (Rethink Service User Focus Groups) は、警察による取調によって非常に不快を被ったあらゆる個人が、同様な経験を被らないことを確保するために、取調に先立つ訓練を受けた警察官によるリスク評価を警察は保障すべきであるとの見解を全員一致で表明したのであった⁵²。

2.4.2.6 司法監察医 (Forensic Medical Examiner : FME) による被逮捕者に対するアセスメント

以上のように、理論的には、精神障害者が逮捕され、警察署の留置施設へと移送される場合においては、十分な人的・物的資源が、リスク評価をはじめとするアセスメントを保障し、適切なメンタル・ヘルス・ケア施設へとダイバートするためには、利用可能であるべきなのである。

そして、警察における身柄拘束において、メンタル・ヘルス・ケアにおいては、2007 年精神保健法第 12 条の下に認定を得ている司法監察医の役割も重要である。この司法監察医もまた、警察官同様に、被逮捕者が 2007 年精神保健法の下において身柄拘束されるべきか否かをアセスメントする法的責任が存在するのである。かような司法監察医の制度は、警察における身柄拘束におけるメンタル・ヘルス・ケア対策の伝統的手法の 1 つなのである。

この司法監察医は、警察における被逮捕者が精神障害者である疑いがある場合において、被逮捕者の医療処置の要求と関係なく留置管理官 (Custody Officer) によって即時に呼び出される機関である⁵³。

また、司法監察医は、警察による、さらなる被逮捕者のリスク評価を行うべきか否かの質問に答え、あるいは、リスク評価を即時にアドバイスし、もし

適切と思料すれば、被逮捕者は、刑事司法制度から、精神病院などのメンタル・ヘルス・ケアのための環境へとダイバートされることになる⁵⁴。また、司法監察医が精神病院への入院が適切であると思料する場合においては、司法監察医は、留置管理者が認定ソーシャル・ワーカーと接触した上で 2007 年精神保健法に基づくアセスメントを行うことを、アドバイスしたりすることもある。このアセスメントによって、2007 年精神保健法に基づく強制入院あるいは任意入院という処分がなされることになるのである⁵⁵。

(vii) 2007 年精神保健法の下における警察の責任

2007 年精神保健法第 135 条および第 136 条の下において警察官に接触する精神障害者は、必ずしも犯罪者に該当するわけではない。すなわち、前述したように、警察官は、精神障害に罹患し、至急ケアが必要であると思料される者を公共の場所において発見した場合、本人の利益と他者の保護のために必要であると考えれば、「安全な場所 (place of safety)」へその者を移動させ、72 時間を限度に身柄拘束する権限が与えられているにすぎないのである⁵⁶。

しかしながら、そこにおける精神障害者と警察官との相互作用は、警察とメンタル・ヘルス・ケアとの相互作用の領域における重要な局面といえるのである。そこで、この局面についてもさらに検討を加えることにしたい。

2.4.2.6.1 2007 年精神保健法第 135 条における警察の責任

2007 年精神保健法第 135 条は、私人の記録事項において精神障害をもつとされている者をアセスメントするための令状の許可を与えるものとなっている。そして、この令状は、認定ソーシャル・ワーカーまたは警察によって求められうるものである。また、あらゆる場合において、令状を該当者に送達する警察官は、1 人の認定ソーシャル・ワーカーおよび 1 人の医者を同伴しなくてはならないのである。場合によっては、「安全な場所」へと該当者を移動させる際には、救急車サービスあるいは護送車を要請することもある。

ここにおいて、警察と認定ソーシャル・ワーカーとの討論においては、このようなサービスを提供するためには、関連機関の連携と合意が確保されることが必要であるとの認識が示されている。その理由としては、認定ソーシャル・ワーカーによれば、警察官あるいは救急車サービスに対するアクセスが時宜にかなっておらず、「安全な場所」へと該当者

を移動させる場合に重大な遅滞が発生するおそれがあるからということである。この点、そのような遅滞があまり発生しないケースにおいては、警察、認定ソーシャル・ワーカー、そして救急車サービスといった各機関による前もって調製された合意文書が存在しているのである。

したがって、2007年精神保健法第135条の問題において、各機関の職員の熱意に依存するだけでは不十分であるとすれば、より戦略的かつ永続的な各機関の連携のための合意文書の作成を急がなくてはならないとされている。また、2007年精神保健法第135条に包絡されているすべての機関は、本条の適用に関する合意文書に合意する必要があるとも主張されているのである⁵⁷。

2.4.2.6.2 2007年精神保健法第136条における警察の責任

2007年精神保健法第136条は、警察が「精神障害」を被っている者を、公共の場所から「安全な場所」へと移動させることを許容する。その「安全な場所」とは、警察署、精神病院、病院の事故および緊急治療部局などが挙げられているのである。

ここにおいて、警察署は、精神障害者にとって適切な環境ではないものとして考えられているのである。その理由としては第1に、警察署という施設は、本質的にメンタル・ヘルス・ケアのニーズのために設営されているものではなく、したがって、そのための設備も不十分であること、第2に、警察署の環境は、精神障害者の精神状態を悪化させる可能性があり、そして、身柄拘束中における自殺による死といった悲劇的結果を導出しうるものであることが指摘されている。

しかしながら、「安全な場所」として、警察署が不相当であることの認識の存在にもかかわらず、警察署が相当に広範囲にわたって「安全な場所」として使用されていることが、調査の結果判明しているのである。この点、2005年におけるNACRO調査によれば、第136条事件の34%において、警察署は地域において唯一指定された「安全な場所」であったということが判明している。そして、そのことが判明したのち、保健省は、約1億3000万ポンドを投入して、メンタル・ヘルス・ケアの環境を最新のものとし、メンタル・ヘルス・トラストを「安全な場所」として利用可能な状態にすることを保証するに至ったのである。ところが、この保健省の投資にもかかわらず、独立警察苦情委員会報告によれば、イングランドおよびウェールズにおける全43警察管

区内における41管区において、「安全な場所」として、依然として警察署が使用されていたことが確認されている。そして、その原因は、非常にしばしば、警察署の使用が、精神病院などにおける長時間にわたる待ち時間を回避するための1つの便宜的手段と考えられてきたことに存するのである。

そこで、保健省からの近年における指導においては、2007年精神保健法第44条の下、第136条の適用ないし運用における変化が促進されているのである。すなわち、個人がさまざまな「安全な場所」へと移動されることを許容し、警察署は、例外的状況においてのみ「安全な場所」として使用されるべきであるという保健省による指導がなされるに至っているのである。

そして、2007年精神保健法第136条は、警察とメンタルヘルス・サービスとが緊密に連携して協働する必要性が存する重要な局面の1つなのである。この点、ひとたび精神障害者が「安全な場所」へと移動させられるや、その者に対するアセスメントのスピードは、各地方におけるメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスの人的・物的資源およびそれらの意欲によって、決定されることになるのである。したがって、警察署長協会(Association of Chief Police Officers: ACPO)は、警察による「安全な場所」の選択と利用の基準を明確化するために、メンタル・ヘルス・トラストなどとの合意文書を調製する必要があることが指摘されているのである⁵⁸。

ここにおいて、2007年精神保健法第136条の「安全な場所」としての施設を具体的に挙げるとするならば、第136条施設ドンカスターが好例であろう。この施設は、ロザラム、ドンカスターおよびサウスハンバー・メンタル・ヘルス・国民保険サービス財団トラストによって、2007年精神保健法第136条の下に身柄拘束されている者を受け入れるために発展してきたものなのである。その施設は、精神障害の緩解・快復のための活動プログラムを基に、明るくかつ広々とした環境を提供しており、136条に基づく身柄拘束に対応するために、精神病集中治療ユニットおよび緊急保護病室を付設しているものである。そして、この施設が開設されて以来、包絡されるすべての機関は、精神障害者に対する対応の提供および能率性において、本施設は目覚ましい向上を遂げているとの認識を共有するに至っている。また、本トラストは、地方の警察との合意に基づく連携政策を取っており、2007年精神保健法第136条の適用ないし運用に貢献するものとなっているので

ある。

さらにまた、独立警察苦情委員会は、可能な限り迅速かつ効果的に、身柄拘束された精神障害者がアセスメントされ、処遇されるということを保障するために、警察とメンタル・ヘルス・ケア職員およびソーシャル・ケア職員との協働体制の重要性を強調しており、もしこの勧告が履行されるならば、警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ヘルス・サービスとの間の連携を大いに発展させるであろうといわれている。

したがって、2007年精神保健法第136条の下に包絡されているすべての組織は、共同して、合意文書を調製すべきであり、そして、「安全な場所」として、警察署ではなく、適切と思料される各地方におけるメンタル・ヘルス施設を使用することを保障するべく、それら各地の施設の確認を急いで行うべきであるとの指摘がなされているのである⁵⁹。

2.4.3 適切な成人(Appropriate Adult)の役割

1984年警察および犯罪証拠法の運用規定の下、留置管理者である巡査部長は、被逮捕者が精神障害者であるかもしれないと思料する場合には、被逮捕者の最高の利益を代表すべき「適切な成人」サービスを求める義務を負っている。すなわち、個人の精神状態あるいは精神能力について何らかの疑いが存する場合において、警察官は、「適切な成人」と呼ばれる責任能力を備えた成人、具体的には親族や後見人などへの連絡が義務づけられるのである。この「適切な成人」の役割は、身柄拘束における未成年者や脆弱性を有する成人の権利および福祉を、さらに保障するという立法趣旨において創設された制度なのである。

ここにおいて、「適切な成人」についての研究によれば、「適切な成人」の必要性が存在する場合において、その役割を効果的に演じることができる者が不足しているとの指摘がなされている。

また、1993年においては、2つのロンドンの警察署における163人の被逮捕者に対する心理学的アセスメントを行うなどの調査がなされている。その調査によれば、調査研究者の臨床的判断を基にする場合、精神病の罹患率は7%、学習障害の罹患率は3%、言語障害の罹患率は5%であったがゆえに、調査対象となった15%の者においては、「適切な成人」の必要性が示唆される結果となったけれども、この対照群において、警察は、わずか4%の者に対してしか、「適切な成人」の連絡義務を果たしてはいなかったとの報告がなされている。

さらに、より近年における研究によれば、実際問題として、「適切な成人」に対する連絡は、滅多になされてはいないということが判明している。その研究によれば、イングランド中東部地方の都市における4つの警察署に身柄拘束されている21,000人以上の被逮捕者の記録の分析の結果、「適切な成人」は、わずかに0.016%の者に対してのみ保障されたにすぎなかったことが判明している。

この点、具体的事例を挙げると、2008年11月11日における再考サービス利用者フォーカス・グループの報告によれば、警察官がある男性を逮捕した際において、その男性が自傷行為を行っており、自殺の可能性があることをその警察官が熟知していたにもかかわらず、その警察官は、その男性のメンタル・ヘルス・ケアのニーズを提供するべく「適切な成人」に連絡する義務を怠ったというケースが挙げられている。

ここにおいて、「適切な成人」の役割は、未成年者および脆弱性をもつ成人を保護することにおいて、極めて重要な位置を占めることは明白である。しかしながら、このサービスに対する時宜にかなったアクセスを行うことにおける困難性が存在しているという指摘が存在する。その原因としては、「適切な成人」に対するアクセスには一般的に時間がかかることが指摘されており、被逮捕者は、その無視できないアクセスの遅滞によって、長時間の身柄拘束を受けるよりも、むしろ、このサービスを差し控えるという事情が挙げられている。また、「適切な成人」に対するアクセスの点において問題がなかったとしても、このサービスのスキームは、ボランティアに大きく依存しており、そのボランティアに対する法的な便宜があまり図られてはおらず、それゆえに、被逮捕者に対するサービスが不完全なものとなってしまっているという事態も指摘されているのである。

それゆえに、警察署における「適切な成人」の役割は再調査されるべきであり、そして、その役割の利用可能性、専門技術性を向上させることが国家的目標とされるべきであるということが主張されるに至っているのである。そして、国家は、「適切な成人」に対して、精神障害者または学習障害者のために最も効果的な支援を行うための訓練プログラムを調製し、また、「適切な成人」は、その訓練セッションを受講すべきであるとの指摘がなされてもいるのである。この点、「適切な成人」に対して、精神障害者あるいは学習障害者の状況、および、警察ならびにメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サ

ーヴィスとの連携についての知識を提供する1つの方策として、「適切な成人」が、警察内部における精神保健連絡サービスおよびダイバージョン・サービスに所属する専門家達に対して、容易にアクセスすることができる経路の調製が望まれているのである⁶⁰。

2.4.4 ソリシタ(Solicitors)の役割

ソリシタは、依頼人によってなされる重要な決断に対して助言し、影響を与える潜在能力をもっていることは明らかであり、個人が刑事司法制度を推移する場合においては、その個人を支援することにおいて、決定的な役割を演じている者なのである。

ここにおいて、このソリシタの役割については、メンタル・ヘルス慈善団体「再考 (Rethink)」によって研究がなされている。その研究によれば、第1に、メンタル・ヘルスを専門とするソリシタが精神障害者のケースを処理した場合には、それ以外のソリシタが精神障害者のケースを処理した場合よりも、精神障害者の刑事司法制度過程において、メンタル・ヘルス・ケアがより充実していたということが判明した。そして、第2に、メンタル・ヘルス専門のソリシタがついていない精神障害者は、精神保健連絡サービスおよびダイバージョン・サービスに関する情報が与えられていなかったということも判明しているのである。

したがって、精神障害者または学習障害者の刑事司法制度におけるメンタル・ヘルス・ケアおよびダイバージョンの有効活用のためには、ソリシタにおいても、精神病の知識や訓練を受ける必要性があるのではないかと指摘がなされるに至っているのである⁶¹。

2.4.5 検察庁(Crown Prosecution Service:CPS)の役割

検察庁もまた、精神障害者あるいは学習障害者を起訴処分をダイバートすることにおいて、主要な役割を演じている1人である。すなわち、起訴前において、精神障害者に対して警察段階においてさらなる処分を行うべきか否かということについて、警察に対してアドバイスを行ったりするような手法によって、警察段階におけるダイバージョンに関与しているのである。

この点、検事規範(The Code for Crown Prosecutors)は、刑事司法制度から重大な精神病に罹患している被疑者あるいは被告人をダイバートする利益と、公衆の保護や起訴の必要性などのその他の公共の利益との利益衡量を行うことを強調してい

る。たとえば、もし被疑者が重大な精神病に罹患している場合においては、犯罪の重大性あるいは再犯の可能性という理由から公共の利益のために起訴が不相当と判断されない限り、起訴は相当ではないという帰結が導出されるのである。

それゆえに、被逮捕者についての情報にアクセスすることは、検察庁がその役割を効果的に遂行するためには、必要不可欠なものとなってくるのである。しかしながら、検察庁は、警察署において、被逮捕者とは直接に接触することはなく、そして、あらゆる起訴内容においては、警察から検察庁が受け取る情報に完全に依存している状況にあるのである。

ここにおいて、検察庁の報告によれば、検察庁は適宜諸事情を推量しなくてはならないとのことである。この点、具体的には、もし取調中において「適切な成人」の付添が存在する場合においては、通常は当該被逮捕者には脆弱性が存在するという点を徴表するものであり、検察庁はその点を推量しなくてはならないということなのである。しかしながら、また、この事実は、それ以上の情報を提供するものでもない検察庁は判断しているとの報告がなされているのである。その結果、精神病あるいは学習障害は、公判段階においてはじめて暴露されるという事態が多数現出しているという指摘がなされているのである。

また、検察庁による近年の研究において、専門家委員会は、精神障害者あるいは学習障害者が当事者となった45件の事件記録を再検討したが、その結果、検察庁の意思決定に必要な情報において、情報源および情報の種類やレベルについて、一定の基準が存在せず、一貫性がなかったことが明らかになった。そこで、専門家委員会は、事件記録においては、知的能力や精神障害についての完全なメンタル・ヘルス・アセスメントが記録されるべきであるとの指摘を行っている。

そして、被逮捕者の身柄拘束の記録は、被逮捕者が身柄拘束され、あるいは取調を受けることに適しているか否かについての司法監察医の所見を詳説するものになっている。しかしながら、その記録は、全検察庁に対して日常的に規則正しく供給されてはいない様子である。また、警察署における取調において「適切な成人」の付添があったか否かは、通常はパソコンにインプットされた取調の要約として記録されているのみである。さらには、この記録は、単に被逮捕者の潜在的な精神障害あるいは脆弱性に対して、検察官に警戒させるのみであって、それ以上の情報を何ら提供するものではないのである。

このように、検察庁に送られてくるメンタル・ヘルスについての情報は、非常に限定的かつ断片的なものとなっているので、メンタル・ヘルス問題は、しばしば、公判段階において精神障害者が被告人となりソリシタと一緒に出廷するまで、検察官は、何らのメンタル・ヘルス問題に気がつかない蓋然性が高いのである。この点、精神障害犯罪者に関する検察庁の法的ガイダンスにおいても、公判において、検察官が、その者の挙措を観察してきた親族などの情報源から、その者のニーズについての情報を得る可能性や、そして、そのような情報が、その者の精神障害の性質や、その精神障害の刑事手続に与える影響を確認するための調査を促進する可能性などが存在するということが認識されているのである。

しかしながら、警察における精神保健連絡サービスおよびダイバージョン・サービスによって、諸機関相互の連携がとれている場合においては、精神障害者の特定およびアセスメントがなされると、検察庁は、その情報を、初期の段階において自分達の意味決定を行うために確実に利用することができるのである。そして、実際にそのようなスキームは、すでに存在するのである。また、そのスキームは、高い関心がもたれているのである。たとえば、ウェールズ中部にあるポイスのダイバージョン・スキームにおいては、メンタル・ヘルスのニーズをもっている者と特定された犯罪者のためのダイバージョン・スキームが存在するのである。このスキームは、刑事司法制度に包絡された、複雑なニーズを抱えているにもかかわらず、適切な支援が欠如している犯罪者の数を最小限に抑えることを、その目的とするものなのである。そして、そのスキームにおいては、身柄拘束を行う警察官は、被逮捕者をコミュニティの精神科看護師に連絡し、照会させ、アセスメントを行い、裁判所において何らかの勧告を行ったり、証拠を提出することができるのである。また、被逮捕者は、そのスキームの下、病院、住宅供給スキーム、保釈宿泊所、あるいは自宅における支援や、あるいは、コミュニティにおけるメンタル・ヘルス・チームや任意的セクターからの支援を受けることへと、ダイバートされるものとなっているのである。

こうして、警察署において収集された情報における精度の向上は、検察官が、起訴や、警告などの裁量権の行使に際して、よりよい情報を得た上での意思決定を行うことを可能とするであろうということが指摘されているのである。

さらにまた、2008年において、検察庁は、メンタル・ヘルス問題および学習障害をもつ被害者ならば

に証人を含む事例を処理する際における政策と実践に対して情報を与えることを求める協議会の実施を開始した。このことによって、検察庁とその他の諸機関との連携が充実し、メンタル・ヘルス・サービスあるいはソーシャル・ケア・サービスに対するアクセスが容易になり、事件記録管理においてさらなる向上が図られることが期待されている様子である⁶²。

2.5 警察段階におけるダイバージョンの障壁

精神障害受刑者の数の増加についての高い関心を契機として、以上までにおいて検討してきたことから明らかなように、警察段階における他機関連携政策の方向性に舵がきられ、警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとが連携するようになった。そして、拘禁ダイバージョン・チーム (Custody diversion team) も導入され、精神障害犯罪者、とりわけ、軽罪で逮捕された精神障害犯罪者を、刑事司法制度および身柄拘束からダイバートされるようになってきた。

そこで、理想的には、十分な人的・物的資源が、そのようなダイバージョンを円滑に行い、促進するために、警察段階において、すでに十分に配置されなくてはならないのである。

しかしながら、そのようなダイバージョンが失敗の結果に終わっているという証拠も存在するのである。すなわち、精神障害犯罪者は、不起訴処分となって、コミュニティに社会復帰させられるけれども、その後にとられるべき精神医学的介入あるいは社会的介入の機会が欠如していることが多いということの原因として、精神障害者の改善更生には至らず、あまつさえ、精神障害者の自傷他害を導出し、最悪の場合、自殺を惹起してしまうとの指摘がなされているのである。

そして、警察官は、しばしば最初に、メンタル・ヘルスにおける危機に晒されている者と接触し、また、精神障害者と相当量の時間において相互作用する機会をもっているけれども、いまだに、警察官は、精神障害者や学習障害者のメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスのニーズの認識と特定のための訓練をほとんど受ける機会をもっていないということも、ダイバージョンの不首尾の原因として指摘されてもいるのである。この点、救急車サービスなど、さまざまなソーシャル・サービスにおいては、精神障害者の保護を劣位の優先事項としているために、精神障害者の処遇は、いきおい、警察の任務となっていており、そのような

現実の中、警察官は精神障害者の処遇に対する訓練を受けてはおらず、次第に厄介な役目を背負い込むようになってきているとの報告が、ロンドン警視庁などによってなされてきているのである。

また、独立警察苦情委員会の調査によれば、警察官による職権濫用事件においては、被害者が精神障害犯罪者であることが多いということが判明している様子である。

さらには、警察苦情局（Police Complaints Authority）の調査によれば、警察段階の身柄拘束における被身柄拘束者の死亡原因の約50%が、メンタル・ヘルス問題をもっていたということもまた判明しているのである。

しかしながら、そのような状況であるからといって、警察官に対して、精神障害者や学習障害者に対して、現在行われているよりもさらに包括的なメンタル・ヘルス・アセスメントが要求された場合においては、そのために費やされる事務処理量が増大し、今度は、公共の福祉の一内容である犯罪捜査のために利用可能な時間の量が制限されてしまうというディレンマがここに生じてくるのである。

そして、警察署における留置場は、長期間において精神障害者や学習障害者のニーズにこたえるための十分なメンタル・ヘルス・ケア設備を設置してはいない可能性も存する。この点、2004年におけるNACROによる9つの裁判所ダイバージョン・スキームの研究によれば、回答者の34%が、精神保健法における「安全な場所」として警察署を使用していたということが報告されている。また、多くの警察署は、いまだにコミュニティにおいて適切なメンタル・ヘルス設備が不十分なために、「安全な場所」として、警察署内の留置場を使用するよりほかの選べる手段が存在していなかったとの報告を行っている。しかしながら、警察署内の留置場に精神障害者が身柄拘束されることによって、その症状が悪化することが懸念されることから、警察署内の留置場は、メンタル・ヘルス・アセスメントを行うのに適切な場所とはいえないとの広く普及した合意がイギリスにおいては存在している。具体的にいえば、精神障害者について、警察署内の留置場を出て自殺する者が多くなっているとの報告がなされているのである。ここにおいて、2004年から2005年拘禁における人権の死に関する上院と下院の両院協議会（The Joint Committee of the House of Lords and House of Commons on Human Rights Deaths in Custody 2004-05）は、合意して、精神保健法の下に身柄拘束されなければならない人々は、警察署内の留置場

において身柄拘束されるべきではないとの見解を表明した。なぜならば、その場所において、人的・物的資源がいかに充実していようと、精神保健法の目的にかなうものでもなく、安全でもないからであるということであった。そして、両院協議会は、政府から十分な人的・物的資源を提供された、「安全な場所」を提供するためのヘルス・ケア・トラストに関する制定法上の義務が、国家には存在するとも述べているのである。

さらには、警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの関係が、必ずしも良好であるとは限らないということも指摘されている。すなわち、一方においては、警察は、物質濫用を行っている可能性のある精神障害者のアセスメントのために、メンタル・ヘルス・サービスを利用することが非常に少ないということが判明している。しかるに一方、多くのメンタル・ヘルス・サービスは、精神障害者が適切なケアと支援を受けるためにダイバートされる起点としての「安全な場所」として、警察署を使用することに疑問をもっているということもまた判明しているのである。すなわち、警察とその他の諸機関との連携がいまだに円滑にとれてはいないということの原因として、ダイバージョンが良好に機能していないということが判明しているのである⁶³。

2.6 イギリス各地における実務の動向

ここにイギリスとは、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドから成る連合王国である。そこで、以上において検討してきた総論的刑事政策が、具体的にどのようにイギリス各地において展開されているのかについて、検討することにしたい。

2.6.1 サウスウェールズ警察

イギリスにおいては現在のところ、犯罪者のためのメンタル・ヘルスの人的・物的資源の大部分が、刑務所に向けられている。しかしながら、逮捕前、逮捕時、そして逮捕後の身柄拘束の段階において、警察主導の、あるいは、メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービス主導の危機解決チームなどによる早期介入は、精神障害犯罪者における段階的に拡大するメンタル・ヘルス問題を最小限にいとめることに資する刑事政策であるということが指摘されている。そして、このような早期介入によって、精神障害犯罪者が不起訴となってコミュニティへと社会復帰する前の、精神障害犯罪者に対するより充実したメンタル・ヘルス・サービス

およびソーシャル・サービスの提供の実現が促進されるとの指摘も存在する。そして、サウスウェールズ警察が現在において行っていることから明らかのように、刑事司法制度におけるより早期的介入は可能なのである。

このサウスウェールズ警察は、メンタル・ヘルス・ケア専門家と協働して、精神障害犯罪者のための危機解決チームを創設しているのである。このチームは、警察官に対しては、メンタル・ヘルス・ケア訓練セッションを行い、精神障害者に対しては、即時のメンタル・ヘルス・サービスをも提供する機関なのである。

そして、2007年において、サウスウェールズ警察は、多面機関的環境におけるメンタル・ヘルスに関する問題解決（**mental health-problem resolution in multiagency environments : MH-PRIME**）として認知されている精神病と取り組む新しいモデルを提供している。このモデルは、コミュニティ段階、危機段階、およびケア段階という3段階において機能することを意図して創出されたものなのである。ただし、コミュニティ段階およびケア段階は、精神病に罹患している非犯罪者を対象とするものである。

そこで、このモデルにおける危機段階が問題となるが、この段階は、2007年精神保健法の下における警察による身柄拘束の時点や、あるいは、コミュニティの騒乱または犯罪行為を原因とする警察による身柄拘束の時点に焦点が合わせられている地点なのである。そして、この段階は、しばしば、予測不可能であった危機のために、正式な刑事司法活動が要求され、必要とされるに至った地点なのである。また、この段階においては、精神障害者は、即時のアセスメントおよび支援を要求する可能性が存する。このような危機段階に陥った場合、サウスウェールズにおいては、メンタル・ヘルス・サービスがイニシアティブをとって、迅速に行動し、精神障害者のニーズを満足させているのである。

そして、MH-PRIMEモデルを促進するために、現在においては、地方におけるメンタル・ヘルス危機解決チーム（**mental health crisis resolution teams : MH-CRTs**）すなわち正式名称メンタル・ヘルス刑事司法連絡チーム（**mental health criminal justice liaison teams**）の組織を編成することが、当面の課題となっているのである。この組織の設立目的は、精神障害者に対して、メンタル・ヘルス・ケアを導入した協働連携サービスを提供し、精神障害者の生活の利益を維持促進することなのである。

また、その組織は、現在存在している警察官とメンタル・ヘルス・サービスの管理運営チームとの間の協働関係を基本として活動し、たとえば、身柄拘束されている精神障害者のためのメンタル・ヘルス・ケアなどのサービスを提供するものである。それに加えて、その組織は、警察官、留置管理官、裁判所職員、治安判事を含む、刑事司法制度におけるメンタル・ヘルス・ケアおよびソーシャル・ケアを提供する側に包絡されている職員に対する精神障害者処遇の訓練セッションをも提供するものである。

さらに、その組織は、警察段階、検察段階、そして裁判段階におけるダイバージョンにおいて、メンタル・ヘルス・ケアに関する重要な情報を与え、さまざまなサービスをも提供することが目論まれているのである。

ここにおいて、ウェールズにおいて、MH-CRTsを設立することにおけるコストは、1組織あたり、311,000ポンドであることが概算されている。さらには、もしイングランドおよびウェールズ全体にその組織を設置する場合においては、14組織が必要であるとされており、したがってその場合、設立のコストは435万ポンドになるものと概算されており、国民保健サービス予算における0.004%を占めることになるといわれている。

2.6.2 北アイルランド

北アイルランドにおけるダイバージョン・スキームは、1998年6月において開始されており、逮捕時点におけるダイバージョン・モデルがその特筆すべき点とされている。

そのモデルは、刑事司法制度と接触する最も早い時点における警察における迅速なメンタル・ヘルス・アセスメントに加え、警察とメンタル・ヘルス・ケア・サービスおよびソーシャル・サービスとの連携によるダイバージョンの機構を有するものとなっているのである。

そして、ベルファストにおける4つの警察署の中でも、最大の警察署が中心となって、そのモデルを推進しているのである。そこにおいては、1989年警察および犯罪証拠命令の下、精神障害犯罪者に関する取調、特定、処遇が高度に専門化されている。また、そこでは、2人のコミュニティ・メンタル・ヘルス看護師が、法精神医学の面において支援を受けつつ活動しているのである。そして、そのメンタル・ヘルス看護師は、警察官、法医学職員、裁判所職員、プロベーション・オフィサー、メンタル・ヘルス・

サービスおよびソーシャル・サービスの専門家とその機関と相互に連絡し、連携して精神障害者を処遇しているということである⁶⁴。

2.6.3 サウスバーミンガム

サウスバーミンガムの逮捕時点におけるダイバージョン・スキームは、1992年において、1つの警察署が、被逮捕者をアセスメントするための1人のコミュニティ精神科看護師を配備したことを嚆矢とするが、その結果、プラグマティックな見地から、ダイバージョンは、実行可能であるという評価を受けることとなった。なお、ダイバージョン・スキームの嚆矢となった警察署は、サウスバーミンガムのバーンビルレーン警察署であったが、その時点においては、被逮捕者のアセスメントは、警察署内の1室において行われていた様子である。

なお、このダイバージョン・スキームの元来のパイロット・スキームは、警察、ソーシャル・サービス、警察付き外科医、精神科看護スタッフおよびNACROの各代表によって構成された多面的機関の先導的委員会によって考案されたものであった。

また、ウェストミッドランズ警察本部も、ダイバージョン・スキームに着手している。この警察署は、市中央区域およびノースウォリックシアおよびウスターシア地域を管轄するものである。その後、このダイバージョン・スキームは、その他の警察署に拡張されるに至ったとのことである。この点、このスキームの責任者であるウェストミッドランズ警察本部のアンディ・ロウトン (Andy Roughton) 警部によれば、このスキームの警察の観点からの理論的根拠としては、精神障害犯罪者の病状を治療する目的において、彼らはメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスへと連絡され、その結果、彼らの再犯の危険性が減少し、それによって犯罪防止、ひいてはコミュニティの安全を促進するという論拠が挙げられている。それゆえに、彼は、警察は、その裁量においては、警告を重視して選択すべきであるとの結論を導出するのである。ただし、彼は、精神障害犯罪者であっても、暴力犯罪を行う傾向のある者は、ダイバートされるべきではないとの所見をも同時に述べている⁶⁵。

このサウスバーミンガムのスキームは、「逮捕時点におけるダイバージョン (diversion at point of arrest : DAPA) として知られているものであり、現在、サウスバーミンガム、レディウッド、ハーボーン、ウォールソール、ソリハルなどによって、着手されている様子である。

このスキームにおけるサービスの特徴点としては、精神科看護師もまた、継続管理ケアを調製し、精神障害犯罪者、警察、ヘルス・ケア専門家に対するアドバイスおよび支援を提供する役割を担っていることが挙げられよう。その具体的な活動の一部としては、警察署あるいは24時間電話サービスなどによる、精神障害者支援などが存在する。また、その精神科看護師は、第1に精神病あるいは学習障害歴、第2に「奇行を原因とする (odd)」犯罪、第3に暴力犯罪、第4に警察による照会へと導いた異常な行動という4つの事項について、全被拘禁者の身柄拘束記録書式を審査してもいるのである。

そして、本スキーム開始後18ヶ月の間において、この精神科看護師は、4,917人の身柄拘束記録書式を審査し、その内の787人(16%)は、前述した4つの事項の内、1つあるいはそれ以上の事項に該当する者であったことを明らかにした。その該当者は、典型的には30歳代初期の、独身で、無職の男性であり、該当者の26%は身寄りがなく、また、18%はホームレスであった。また、該当者のほぼ4分の3近くが精神病院などの入院歴があったことが判明している。さらには、該当者における精神病の罹患率は91%であった。

このサウスバーミンガムのダイバージョン・スキームによるサービスは、精神障害犯罪者の全部とはいわないまでも、そのほとんどを発見し、アセスメントすることができているものと評価されており、また、そのような精神障害犯罪者の多くは、メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ケア・サービスの専門家による介入を必要としているであろうことも判明している様子である。また、精神科看護師は、警察段階においてしばしば見逃されてきた精神障害者の特定を背後からバックアップし、精神障害者の特定の漏れを防止し、メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの連携をはかることにおいて、重要な役割を占めるともいわれているのである。

ここにおいて注目すべきは、この精神科看護師が、刑事司法制度とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ヘルス・サービスの専門家との緊密かつ相互的な支援の協働関係を発展させたという点であろう。そして、その発展したスキームは、刑事司法制度およびメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの間における多くの必要な連絡および連携を発展させ、促進するという点において、イギリスにおける先駆者といっても過言ではないとの評価がなされているのである⁶⁶。

2.6.4 ロンドン

ロンドンにおけるダイバージョン・スキームは、チャリングクロス、ウェストエンドセントラルおよびメリルボンの、3つのウェストミンスターにおける警察署において着手された。そのスキーム開始当初においては、1人の精神科看護師がもっぱらその活動の中心となって従事していたが、1年後において、もう1人が追加されるに至った。それら2人の精神科看護師は、各地域のコミュニティにおけるメンタル・ヘルス・サーヴィス・チームおよびソーシャル・サーヴィス・チームに配属された。そして、それらの精神科看護師は、即時に、アドバイスおよび支援に従事すべく、各地の刑事司法制度における各サーヴィスとの連絡および連携体制をとるに至ったのである。この点、具体的には、精神科看護師デイヴィッド・エザーリントン (David Etherington) によれば、彼は、その3ヶ所の警察署において、警察官に、精神障害者に対する処遇方法についてアドバイスし、また、身柄拘束された精神障害者をアセスメントして、彼らを各地域のメンタル・ヘルス・サーヴィスへと連絡することに従事しているとのことである⁶⁷。

また、そのスキームに対する調査研究も行われており、それは、その3ヶ所の警察署、ロンドン警視庁、法医学検査サーヴィス、司法監察医、および各地域のメンタル・ヘルス・サーヴィスおよびソーシャル・サーヴィスの各代表者のチームによるものであった。

そして、その調査は、31ヶ月の間において、712人をアセスメントし、1ヶ月につき平均して23人のアセスメントを行ったのであった。その調査によって、その対象者の多数は、男性で、若く、無職で、薬物を使用しており、そのほとんど半数は、永久的な宿泊設備をもつてはいなかったことが判明した。また、その半数以上は、以前に精神病院の入院歴をもっており、いまだにメンタル・ヘルス・ケア・サーヴィスの下にある者も存在していたことも判明したのであった。さらには、以前に有罪判決を受けた者は61%存在し、その内の31%は暴力犯罪であったこともわかった。そしてまた、調査の対象者の10%は、逮捕時において、保釈中であった。さらにまた、対象者の33%は、軽罪で逮捕されていたということも判明しているのである⁶⁸。

2.6.5 ハクニーのロンドン自治区のストークニューイントン警察署

ハクニーのロンドン自治区のストークニューイン

トン警察署においては、前述した精神保健連絡官が配備されている。

そして、ハクニーにおける警察官は、その自治区の街路において、精神障害者が増大しつつあることを認識しており、そして、現在においては、以前よりも、警察官において、精神障害者を認識する能力が向上しており、その結果、精神障害者に感情移入して接触し、処遇することが可能となってきている様子である。

また、ハクニーのあらゆる警察官は、ビデオを基に、1日訓練プログラムを受講するに至っている。その訓練においては、たとえば、被逮捕者が身柄拘束され、その者が精神障害者であると思料される場合においては、警察官は、その者を不必要に怯えさせることを回避するために、今現在何がその者に対して発生しているのかを説明することを確保することなどがプログラムとされているのである。つまり、たとえば、「私は今から自分の警棒をポケットから取り出すつもりなのですが、その理由は、私があなたに恐怖と不安を与えたくないからです。ですからどうか心配しないで下さい」などというマニュアルを、警察官は現在においてはすでに学習しているのである。

さらに、ストークニューイントン警察署の精神保健連絡官ハワード・バック (Howard Back) 警部によれば、ハクニーにおいては、警察署内の留置場は、精神障害者を移動させるのには適切な場所ではなかったとの認識が生じてきており、それゆえに、現在においては、精神障害者は精神病院へと直行させられており、そこにおいて、1人の認定ソーシャル・ワーカーおよび精神科医によってアセスメントされているとのことであった。

またさらに、彼によれば、警察と、メンタル・ヘルス・サーヴィスおよびソーシャル・サーヴィスとがより緊密な連携体制をとっていることも、ストークニューイントン警察署における刑事政策の重要な局面であるということである。具体的にいえば、彼は、定期的に各地域のメンタル・ヘルス・トラストおよびソーシャル・サーヴィス局の責任者とミーティングを行い、精神障害者の処遇に対する管理運営上の諸問題を討論し、そして、各地域における認定ソーシャル・ワーカーによる警察官の訓練に役立っているのである。つまり、彼によれば、精神障害者のダイバージョンのよりよい決定のために、多面的機関の相互協力および情報交換を行うためのミーティングを定期的に行っているということなのである⁶⁹。

2.7 費用便益分析

費用便益分析とは、刑事司法的介入の効果と、そして、その便益が費用よりも大きいのか否かということの双方を測定するものである。この経済学的技術である費用便益分析は、さまざまな政策領域において広く使用されているにもかかわらず、従来においては、刑事司法的介入の経済的評価という分析は、ほとんど行われてはこなかったように思われる。そして、メンタル・ヘルス・ケアのコストは、最も研究が遅れている犯罪コストの1つであるといわれている。

この点、メンタル・ヘルス・サービスおよび社会サービスにおける変化を分析管理することを専門とするコンサルタント業である、シンメトリックSD (Symmetric SD) による未発表の予備的調査の示唆によれば、精神障害者に限らず、一般的に、逮捕前および逮捕時における2つの時点における個人の犯罪原因分析のための適切な早期介入は、再犯を14%減少させることができるとのことである。つまり、刑事司法制度過程における、より時間的に後の段階における個人に対する介入よりも、早期的刑事司法制度的介入の方が、再犯を減少させる点においては、数倍もより効果的であるということが判明しているのである⁷⁰。

そして、精神障害者についていえば、現在までにおける研究によると、向上したメンタル・ヘルス・サービスは、犯罪減少に資するというを示唆するものとなっている。具体的にいえば、精神障害者に対するケアに1ポンドを投資するのと引き替えに、刑事司法制度のコストにおいて、4~7ポンドの節約になるということが、これまでの研究において判明しているのである⁷¹。

また、本論文添付別紙において挙げている図1は、精神障害犯罪者と刑事司法制度のコストを示すものでもあるが、それによれば、1年における全判決前におけるコストは、少なくとも、27,792,000ポンドになるものと概算されている。なお、この金額は、ケアのコストを含んではいないものである⁷²。

そして、総合的な人員は、3つの異なるタイプのコストで構成されている。すなわち、第1に、身柄拘束におけるアセスメントのコスト(16,678,000ポンド)、第2に、ダイバージョン・スキームのコスト(9,986,000ポンド)、第3に、裁判所において要求された鑑定などのコスト(1,128,000ポンド)というものである。この点、1人あたりのコストは、しばしば比較的低いものではあるけれども、刑事司

法制度を通過する精神病犯罪者の人数は、多いものとなっているのである。具体的にいえば、少なくとも警察段階において、被逮捕者の12%(269,000人)は、精神障害者であり、公判段階においては約14%(92,000人)が、精神障害者であるということが報告されているのである⁷³。

また、2008年11月におけるトライヴアル報告(Tribal Report)によれば、警察段階において、限られた人的・物的資源の選択的配分および被逮捕者に対するアセスメントが適切に行われる場合、身柄拘束の期間においては、4,493日間分の節約となり、それを1年(365日)における刑事施設の年次節約に換算すると、約12ヶ所分の刑事施設に匹敵するという概算がなされているのである(4,493÷365=12.3...)。また、このとき、1刑事施設につき23,585ポンドの年次コストを基礎として概算した場合、年次節約において約300,000ポンドになるものと推計されている(23,585×12=283,020)⁷⁴。

さらに、トライヴアル報告によれば、限られた人的・物的資源の選択的配分および被逮捕者に対するアセスメント・サービスを効果的に履行するためには、イギリス全43警察において、300万ポンドから900万ポンドのコストがかかるということである⁷⁵。

ここにおいて、結論的には、費用便益分析による精神障害者に対する財政的影響は、分析のためのデータの質と量の双方に限界があるという理由で、正確な数値を導出することは困難であるけれども、警察段階における限られた人的・物的資源の選択的配分および被逮捕者に対するアセスメント・サービスの効果的履行のためのコストは、通常考えられているほど高いものではなく、したがって、そのコストの投資によって、現在必要と考えられている刑事施設の全体的な削減という意味において、国家財政の節約という結果をもたらす可能性があることが指摘されているのである⁷⁶。

2.8 精神障害者に対する刑事政策の今後の展望と課題

以上までにおいて検討してきたイギリスの警察段階における精神障害者のダイバージョンにおいては、いまだに刑事司法制度における精神障害者処遇に関する制度が断片的であり、一貫性も欠如しており、組織化も未発達であるという課題が提示されている。

そして、警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ヘルス・サービスとの連絡および連携が必要であるとの課題もまた、重要な指摘と

して存在するのである。

ここにおいて、そのような刑事司法制度に突き付けられた、メンタル・ヘルス・ケアの課題に対して、いくつかの勧告および提案がなされるに至っている。

そこで、その問題提起ならびにその対応を検討することによって、イギリスにおける精神障害者の刑事政策の今後の展望と課題に対する本論文における結論とすることにした。

2.8.1 警察段階における早期介入、早期ダイバージョンの必要性

まず、精神障害者に対しては、刑事司法制度過程の早期の段階において、刑事司法的介入が許容されるべきであるとの勧告がなされている。その理由は、第1に、前述したように、刑事司法制度過程における後の段階になればなるほど、精神障害者の症状が悪化する蓋然性が高く、自傷行為の原因となり、最悪の場合、精神障害者を自殺に追い込む具体的蓋然性すら発生してしまうからである。この点、精神障害者の基本的人権、とりわけ生存権を保障することは、本研究における最大の目的であるから、重要な指摘であると思われる。また、第2に、イギリスにおける国家財政の節約および有効な配分にも貢献するという費用便益分析的観点からの理由も存在する。つまり、早期的刑事政策的介入によって、精神障害者がダイバートされるならば、刑務所人口が減少し、それにともない、刑事施設に対するコストが節約され、その結果、その節約されたコストは、精神障害者のメンタル・ヘルス・ケア・サービスあるいはソーシャル・サービスの提供のためにも利用可能となるからということなのである。しかも、早期的刑事司法的介入は、再犯率を減少させる可能性もあるから、その介入は、さらなる国家財政の節約にも貢献するであろうということまでが、指摘されているのである⁷⁷。

2.8.2 警察におけるダイバージョン政策の全国的統一性の必要性

イギリスにおいては、現在、603もの留置場を擁する43もの各警察によるダイバージョン政策において、それぞれ異なるアプローチがとられているということが指摘されている。そして、各警察管区においても、人的・物的資源における優先事項や、サービスにおいて、大きな地域的差異が存在することも問題点として挙げられている。さらには、地理学的観点からは、各警察署とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ヘルス・サービスとが隣接していないという事実も報告されるに至って

いるのである⁷⁸。

そして、そのような原因によって、精神障害者に対する各種サービスにばらつきが生じ、基本的人権における平等の観念に悖る結果となっているようにも思われる。

それゆえに、警察におけるダイバージョン政策に一貫性をもたせるべく、全国的統一的基準の制定が望まれる。

2.8.3 警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの連携の必要性

精神障害者のダイバージョンが円滑に行われるためには、警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの連携が必要であることはいうまでもないことであろう。換言すれば、精神障害者が危機に陥っている場合において、警察もメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスも、それぞれ単独では、そのような事態に対して効果的に対応することはできないことが、次第に明白になってきているのである。そして、それらの連携のためには、お互いの役割および機能を明確に特定する必要性が存在しているのである。

ただし、この点、前述したように、イギリスの警察は、他機関に対してアドバイスを得たりすることを嫌う傾向にあることが指摘されており、このことが精神障害者のダイバージョンにおける障壁の1つとなっているのである。

しかしながら、警察が他機関と連携体制をとることによって、いくつかの重要な利益が得られることが指摘されている。その利益とは、すなわち、第1に、被逮捕者が、逮捕後、迅速かつ効果的に、メンタル・ヘルス・ケアのニーズを特定され、かつ、アセスメントされることが保障されるということである。第2に、警察官が、被逮捕者に対して、十分に提供された情報を基に、リスク・アセスメントを行うことをも可能にするということも挙げられる。第3に、「適切な成人」が必要か否かのニーズを警察官が特定することにも貢献するであろうという利益も存在する。第4に、精神障害者が、ダイバートされた後において、メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスにおいてケアを受けることを確実に保障することができるということも指摘されている。第5に、警察署において、ソリシタのために、情報およびアドバイスを提供することが可能となるという利益も存在する。第6に、起訴に関して、警察および検察庁は、メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスから、情報

とアドバイスを受けることも可能となるのである。さらには第7に、裁判所に対して、警察とそれらのサービス機関との連携によって獲得された情報を提供することをも可能となるという利益が指摘されているのである⁷⁹。

したがって、イギリスにおいては、管区精神保健官および精神保健連絡官の積極的な普及が望まれるところであるといえるであろう。

2.8.4 警察官に対するメンタル・ヘルス・ケアの訓練の必要性

すでにイギリスにおいては、警察官と精神障害者との接触が、法制度的に予定されているのにもかかわらず、いまだに、警察官に対する精神障害者に関する意識および知識についての訓練セッションなどが普及するには至っていないということは、公知の事実となっている。加えるに、警察官は、メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・ヘルス・サービスとの連絡や連携をとりたがらない傾向があるとの指摘も存する。そして、それらの事情が原因となって、警察段階における早期のダイバージョンの実現が困難となっているということまでが指摘されているのである。さらには、警察官のメンタル・ヘルス問題に対する意識の低さが、警察段階において、精神障害者の「適切な成人」およびソリシタに対するアクセスを困難にしているともいわれている。

それゆえに、警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの共同訓練を実施し、それによって、さまざまな知識や情報を、警察官が学習し、訓練する必要性があるのである。そして、この共同訓練の効果としては、第1に、メンタル・ヘルス問題に対する警察官の意識向上に資し、第2に、警察官とさまざまなサービス諸機関とのコミュニケーションの向上、それに付随するお互いの役割の認識と理解の向上、そしてその結果、お互いのパートナーシップの向上という利益が得られるであろうということが指摘されている⁸⁰。

さらには、現在行われている、ビデオによるメンタル・ヘルスに関する1日訓練セッションなどを、さらに向上させ、普及させることも、警察官の訓練のためには重要であろう。

もちろん、前述した管区精神保健官および精神保健連絡官の増員も望まれるであろうし、それらがイニシアティブをとって、警察官に対するメンタル・ヘルス・ケアに対する訓練を行うこともまた期待されるであろう。

そして、警察官の訓練においては、メンタル・ヘ

ルスを認識させることが、その鍵となるべき構成要素として組み込まれなくてはならないとの勧告も存在する⁸¹。

2.8.5 メンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスに対する財政援助の必要性

現在、精神障害犯罪者は、警察署においてアセスメントされることが常態となっているけれども、もっと積極的に、国民保険サービスなどのようなメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスにおけるアセスメントを実施すべきではないかという勧告も存在する。その理由としては、やはり、2007年精神保健法第135条および第136条における「安全な場所」として、警察署内の留置場は不適切であるという認識が根底に存在しているであろう。

そこで、そのようなメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスの便宜を図るべく、それらのサービス機関に対して、財政的援助を与えるべきではないかとの指摘がなされているのである。そして、このような財政的インセンティブを与えられることによって、サービス機関の士気をも高め、より円滑な警察との連携が期待できるものと考えられているのである⁸²。

2.8.6 「適切な成人」およびソリシタに対する情報とアドバイスの提供の必要性

警察とメンタル・ヘルス・サービスおよびソーシャル・サービスとの連携によって得られた精神障害者についての情報およびアドバイスは、「適切な成人」およびソリシタに対しても提供されるべきであることが指摘されている。その理由としては、やはり、精神障害者の早期特定、早期ダイバージョンを促進することに資することが挙げられよう。

2.8.7 警察段階におけるダイバージョンに関する統計の維持管理の必要性

現在までのところ、イギリスにおいては、警察段階におけるダイバージョンに関する統計値を維持管理する点において、国家的要求が存在していないために、警察と接触するに至る精神障害者の正確な人数は判明してはいない。

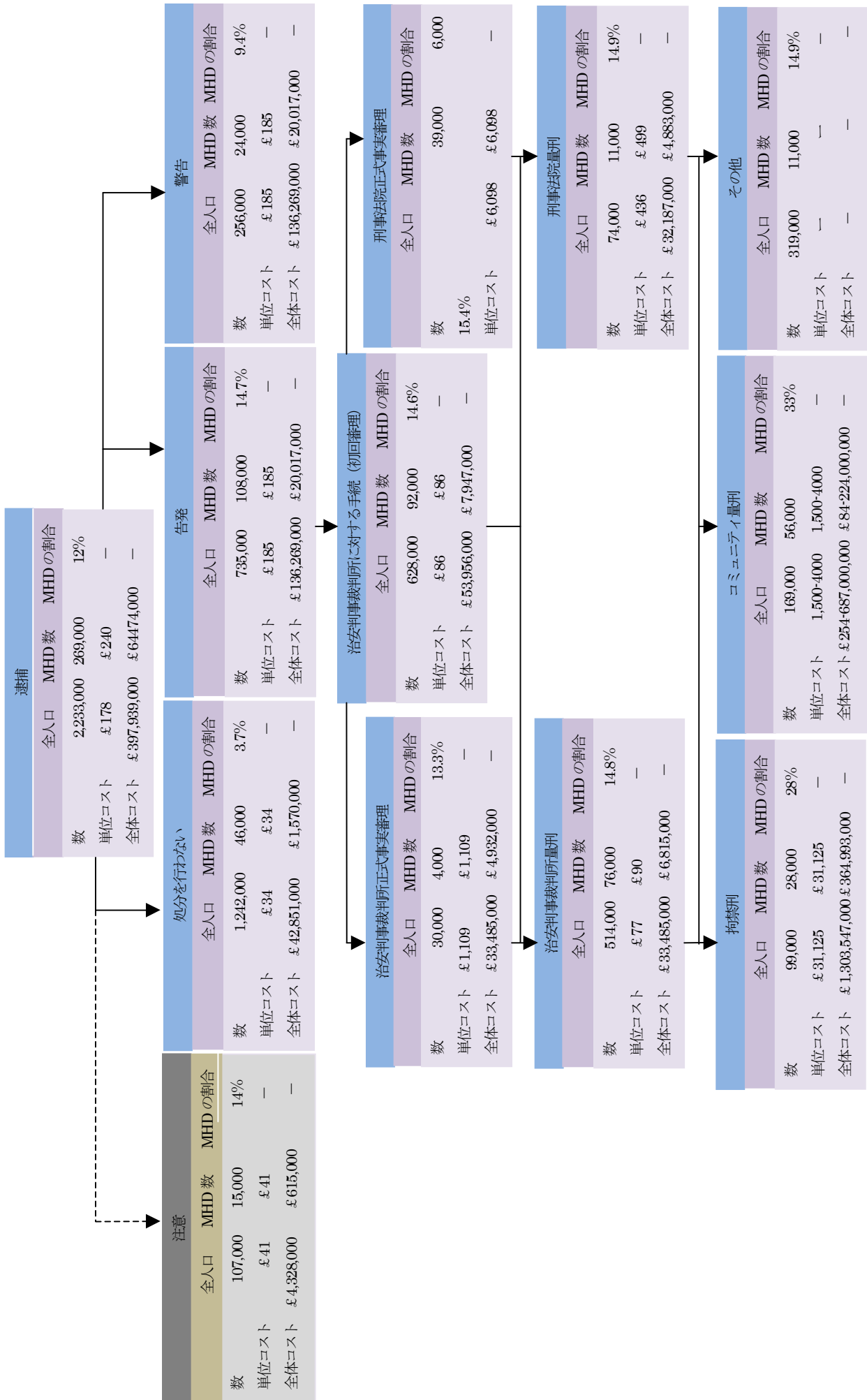
しかしながら、このような貧弱な情報の量および質は、さまざまな研究調査機関において、明らかに克服すべき問題として認識されている⁸³。

ここにおいて、精神障害犯罪者は暴力犯罪を行う蓋然性が高いとの理解は誤解であって、精神障害者の多くは軽罪を行っているにすぎないとの事実認識

に至るといような、精神障害犯罪者の真実を客観的に認識するためには、やはり、犯罪統計の徹底的な収集が必要とされるところであろう。(文責: 研究協力者 野村貴光)

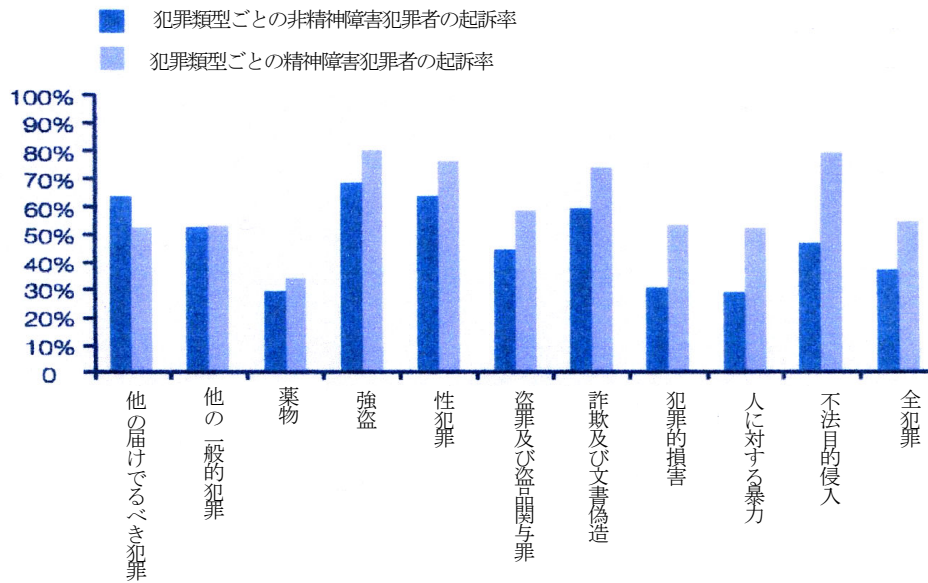
1. Brooker,Charlie and Ben Ullmann,Inside Out,Policy Exchange,2009,pp.13-15.なお、筆者の報告における研究手法は、文献調査に基づくものである。
2. Brooker,ibid.,p.17..
3. Brooker,ibid.,p.15.
4. Brooker,ibid.,p.15.
5. Brooker,ibid.,p.15.
6. Brooker,ibid.,p.12.
7. The Rt Hon Lord Bradley,The Bradley Report,2009,p.38.なお、ブラッドリー報告は、ブラッドリー前内務大臣に対して、2007年12月、法務大臣が、精神障害および学習障害に罹患している犯罪者のダイバートされる範囲およびダイバーションの障壁を研究し、刑事司法制度とソーシャル・サービスとの効果的な連携のために必要とされる制度設計を研究、勧告することを委任したことを契機に、1年にわたって着手された研究であった。
8. Bradley,ibid.,p.45.
9. Bradley,ibid.,pp.45-46
10. Brooker,op.cit.,p.19.
11. Brooker,ibid.,p.19.
12. The NHS Information Centre,Community and Mental Health,In-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983 and patients subject to supervised community treatment : 1998-99 to 2008-09,2009,p.29.
13. The NHS Information Centre,ibid.,p.29.
14. Bradley,op.cit.,pp.7-8.
15. Bradley,ibid.,p.8.
16. Bradley,ibid.,p.8.
17. Brooker,op.cit.,p.12.
18. Mental Health Act 2007, § 1 (1),(2),(3).
19. Mental Health Act 2007, § 1 (2A),(2B),(4).
20. Mental Health Act 2007, § 1 (3).
21. Mental Health Act 2007,§3.
22. Mental Health Act 2007,§118(2B).
23. Bradley,op.cit.,p.8.
24. Bradley,ibid.,p.8.
25. Brooker,op.cit.,p.12-14.
26. Bradley,op.cit.,p.9.
27. Bradley,ibid.,p.9.
28. Bradley,ibid.,p.9.
29. Bradley,ibid.,p.9.
30. Bradley,ibid.,p.10.
31. Bradley,ibid.,p.10.
32. Bradley,ibid.,p.10.
33. Bradley,ibid.,p.10.
34. Bradley,ibid.,pp.10-11.
35. Bradley,ibid.,p.11.
36. Bradley,ibid.,p.13-14.
37. Bradley,ibid.,p.7.
38. Bradley,ibid.,p.7.
39. Bradley,ibid.,p.38.
40. 町野朔＝中谷陽二＝山本輝之編『触法精神障害者の処遇 [増補版]』信山社 (2006年) 478-479頁。
41. 町野＝中谷＝山本・前掲書・479頁。
42. Bradley,op.cit.,p.34.
43. Bradley,ibid.,p.34.
44. <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2000/06/07/9992/Law-and-disorder.htm>
45. City of London Police,Vulnerable Persons Policy,<http://www.pdf4free.com>,p.3.
46. Bradley,op.cit.,pp.34-35.
47. Bradley,ibid.,p.36.
48. Bradley,ibid.,p.36.
49. Bradley,ibid.,p.37.
50. Bradley,ibid.,p.37.
51. なお、イギリスにおける学習障害に関するほとんどの研究においては、知能指数 70 未満を基準とする厳格な定義を使用している様子である。
52. Bradley,op.cit.,pp.39-40.
53. 三宅孝之「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ション」『国際公共政策研究』第6巻第2号(2002年)115頁。
54. Bradley,op.cit.,p.42.
55. Brooker,op.cit.,p.18.
56. 町野＝中谷＝山本・前掲書・477頁。
57. Bradley,op.cit.,pp.44-45.
58. Bradley,ibid.,pp.45-46.
59. Bradley,ibid.,pp.46-47.
60. Bradley,ibid.,pp.42-44.
61. Bradley,ibid.,p.44.
62. Bradley,ibid.,pp.50-52.
63. Brooker,op.cit.,pp.18-19.
64. Brooker,ibid.,pp.31-32.
65. <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2000/06/07/9992/Law-and-disorder.htm>
66. Brooker,op.cit.,pp.33-34.
67. <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2000/06/07/9992/Law-and-disorder.htm>
68. Brooker,op.cit.,pp.34-35.
69. <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2000/06/07/9992/Law-and-disorder.htm>
70. Brooker,op.cit.,p.14.
71. Brooker,ibid.,p.14.
72. Brooker,ibid.,p.15.
73. Brooker,ibid.,p.16.
74. Bradley,op.cit.,p.41.
75. Bradley,ibid.,p.41.
76. Bradley,ibid.,p.41.
77. Brooker,op.cit.,p.47.
78. Bradley,op.cit.,p.54.
79. Bradley,ibid.,p.53.
80. Bradley,ibid.,p.52.
81. Bradley,ibid.,p.53.
82. Brooker,op.cit.,p.47.
83. Bradley,ibid.,p.54.

図1 刑事司法機関における特定されたメンタル・ヘルス・ニーズの流れと費用のモデル



資料源 : Charlie Brooker and Ben Ullmann, *Inside out*, p.15.

図2 犯罪類型ごとの精神障害犯罪者と非精神障害犯罪者との起訴率の比較



資料源 : Charlie Brooker and Ben Ullmann, *Inside out*, 2009, p.12.

図3 1998年から2008年までの、全施設における、1983年精神保健法下の「安全な場所」における身柄拘束

イングランド

身柄拘束の数

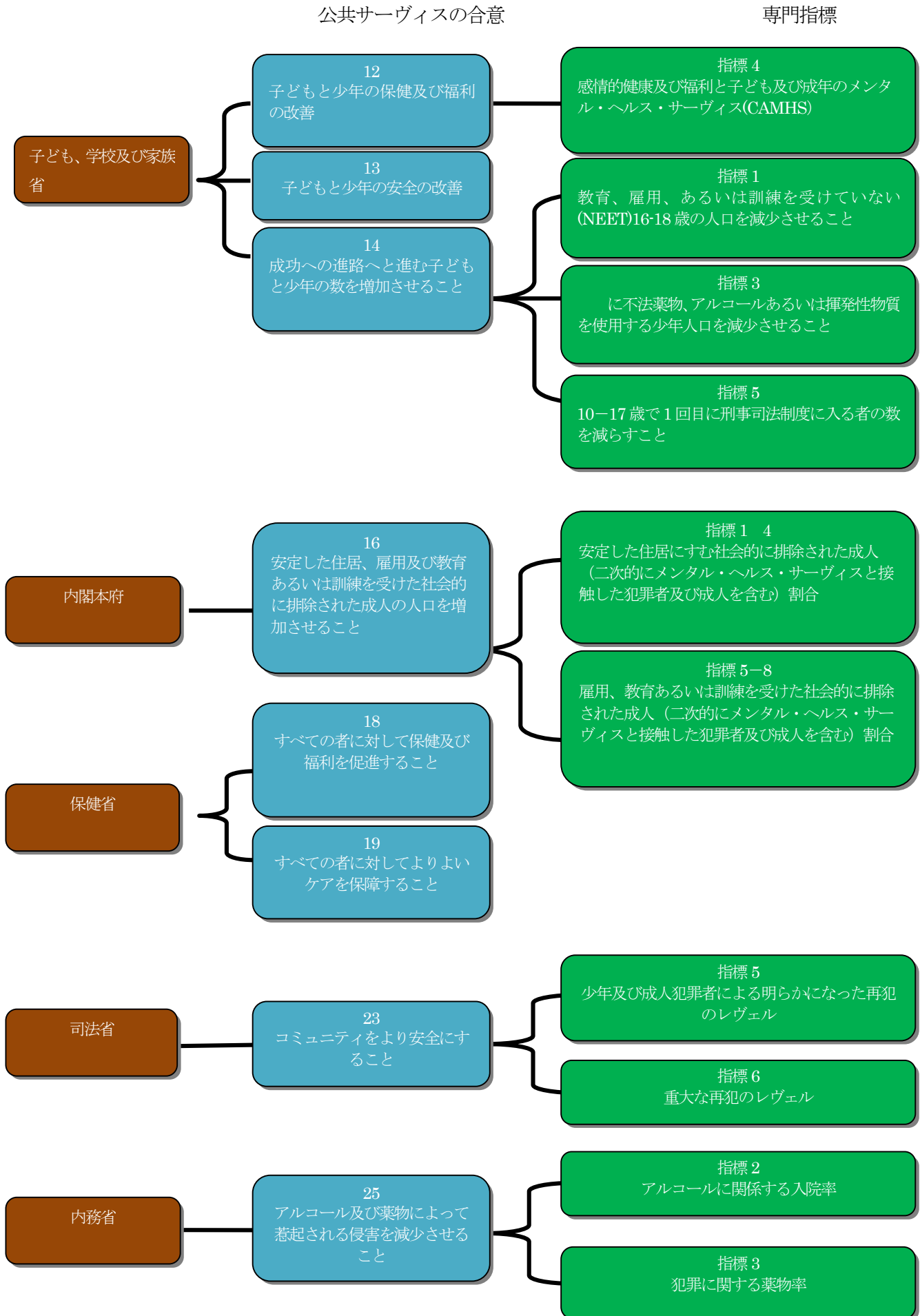
	1998-99	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
「安全な場所」における身柄拘束—合計	3,066	4,443	5,079	5,877	6,387	7,538	8,759
男性	1,806	2,701	3,046	3,316	3,880	4,315	5,045
女性	1,260	1,742	2,033	2,561	2,507	3,223	3,714
第135条 — 合計	239	337	314	382	383	503	264
男性	*	182	179	224	219	278	152
女性	*	155	135	158	164	225	112
第136条 — 合計	2,827	4,106	4,765	5,495	6,004	7,035	8,495
男性	*	2,519	2,867	3,092	3,661	4,037	4,893
女性	*	1,587	1,898	2,403	2,343	2,998	3,602

資料源 : KH15, KO37 and KP90

注 「安全な場所」が病院であった「安全な場所」命令のみを含む。

* 1998-99年の間における、このレベルでのデータは入手不可能であった。

図4 本研究によって対象となっている精神障害者及び学習障害者に関連する公共サービスの合意



D. 考察

公表されている統計では、高齢・障害者を把握することが困難だったため、実施したアンケート結果を基に既存の統計と比較検討した結果、刑事司法段階に知的障害者あるいはその疑いがある者（高齢者を含む）が存在することが推測されるに至った。

E. 結論

刑事司法段階には知的障害者及びその疑いがあるものが存在することが推測されるため、これらのものを刑事司法制度からダイバートし、社会福祉に げる必要があることが明らかになった。今後は、諸外国との比較を通し、法執行機関と福祉との連携等の制度を研究する予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

藤本哲也「犯罪学の 歩道 (209) ニュージーランドにおける精神障害者の刑事手続きに関する裁判官マニュアル」『 時報』第 653 号・87-91 頁・2010 年。

藤本哲也「ニュージーランドにおける精神障害者の刑事手続きに関する裁判官マニュアル」『白門』第 62 巻第 5 号・69-81 頁・2010 年。

藤本哲也「犯罪学の 歩道 (220) オーストラリアにおける知的障害者に対する性的暴行」『 時報』第 666 号・2011 年。

2. 学会発表

特になし。

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

特になし。