

触法精神障害者の地域処遇

—「社会復帰調整官」の役割についての一考察—

Community Treatment of Mentally Disordered Offenders

—A Study of the Role of “Rehabilitation Coordinator”

佐藤 園 美*

Sonomi Sato

はじめに

平成15年7月「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、本文では「医療観察法」、条文解説では「法」と記す）が成立し、施行は2年を超えない範囲で政令に定める日とされた。そして平成17年7月、指定入院医療機関や指定通院医療機関等の決定が進まず、当初目標にしていた入院指定医療機関におけるベッド数の確保がなされないまま施行された。この医療観察法は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう）を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的」（法1条）としたもので、触法精神障害者¹⁾の社会復帰に重きが置かれた制度である。この制度に基づき、地域社会における触法精神障害者の処遇をコーディネートし、触法精神障害者の社会復帰を促進するため、保護観察所に精神保健福祉に関する専門的知識を有する「社会復帰調整官」が新設された。柑本が医療観察法の地域処遇を有効に運用させる要は「社会復帰調整官」である²⁾と述べ

たように、社会復帰調査官に寄せられる期待は少ない。

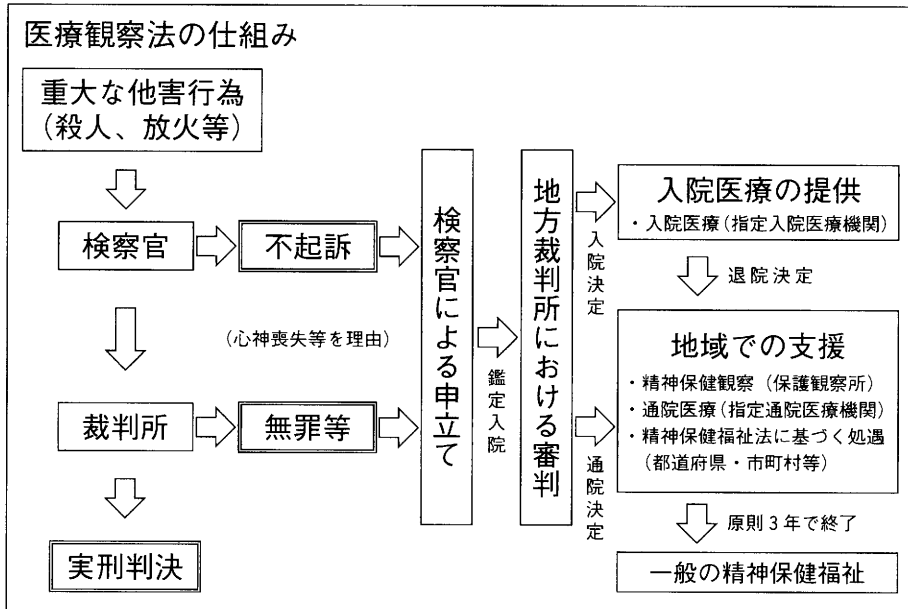
この医療観察法の成立以前から、触法精神障害者の処遇に関しては司法精神医学や医療と刑事法等の研究者及び精神医療、法律の実務者らにより、様々な角度から調査・研究がなされてきた。また医療観察法の問題点、法成立の意義についても同様に司法精神医学や法律学の立場から論じられている。しかし触法精神障害者の社会復帰に対して、精神保健福祉の視点から論じた研究はほとんどない。ここでは医療観察法の概要について概観し、そこで期待される「社会復帰調整官」の役割について焦点をあてながら、今後の触法精神障害者の地域処遇の課題について考える。

1. 医療観察法成立について

1) 医療観察法成立の背景

医療観察法成立以前、日本において殺人、放火、強盗、強姦、傷害等を犯した触法精神障害者で、不起訴処分あるいは執行猶予の者の処遇は刑事司法の手続きからはずされ、検察官通報により「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」と記す）に基づく措置入院によって対応されてきた（精神保健福祉法25条）。しかし、重大な犯罪を行った触法精神障害者が簡易鑑定によって不起訴処分になるケース

*社会福祉学部講師



医療観察法の処遇に関する「指定入院医療機関運営ガイドライン」より（一部改変）

が多いことや、措置入院した触法精神障害者も一般の患者と同じ医療施設で治療が行われるため、十分な治療がなされず早期退院するケースがあることなどの問題が指摘されていた³⁾。特に精神保健福祉法における措置入院制度はその措置解除後の継続的な医療に対する制度的枠組みがなく、そのため退院後の医療中断などが懸念されていた。

平成11年の精神保健福祉法の一部改正時に「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方については、幅広い視点から検討を早急に進めること」という附帯決議が衆議院厚生委員会と参議院国民福祉委員会で作された。それを受けて平成13年、法務省と厚生労働省は担当者間の合同検討会を開催することとした⁴⁾。このように触法精神障害者の処遇について研究や検討がなされている中、同年6月大阪池田小学校事件が発生し、人々に衝撃を与えた。この事件は精神病院に入退院を繰り返していた犯人が、大阪教育大学付属池田小学校に侵入し、児童8名の刺殺を含む、23名を殺傷したというもので、犯人は以前に殺傷事件を起こしたが、処分保留のまま措置入院となり、40日後には退院していたことが事件後明らかとなった。この事件を契機として医療観察法案が作成され、世論に押される形で採決された。

2) 医療観察法の概要 (図)

医療観察法における審判は、検察官が地方裁判所に対して、対象者の処遇の要否及び内容について決定するよう申し立てることにより開始される(法33条)。対象者とは、対象行為(殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、及び傷害)を行ったが、心神喪失若しくは心神耗弱であることが認められ不起訴処分となった者、対象行為について心神喪失であることを理由に無罪となった者、もしくは心神耗弱であることを理由として刑を減輕する確定裁判を受けた者のことである(法2条3項)。検察官による申し立てを受けた地方裁判所は原則として、対象者の精神障害の有無や医療の必要性について鑑定入院を命じ、精神保健判定医による鑑定が行われる(法37条)。裁判所は鑑定の結果を基礎として、精神保健福祉に関する専門家として厚生労働大臣が作成した名簿に基づき、地方裁判所が選任した「精神保健参与員」(法15条)の意見、保護観察所による対象者の生活環境の調査結果を踏まえ、対象者について「入院決定」「通院決定」「本法において医療を行わない旨の決定」のいずれかの決定を行う(法42条1項)。審判は裁判官と必要な学識経験を有する医師として厚生労働大臣が作成した名簿に基づき地

方裁判所が選任した「精神保健審判員」(法6条)の2名による合議体によってなされる(法11条1項)。厚生労働大臣(国)は対象者に必要な医療を提供する義務を負い(法81条1項)、裁判所による入院や通院の決定を受けた対象者には指定医療機関において医療を受けなければならない義務が課せられる(法43条1、2項)。つまり医療観察法は裁判所の決定により、医療を義務づけることができる制度である。入院決定による入院期間に制限は設けられていないが、通院決定による通院期間は一定の上限(通院決定があった日から3年間。ただし、保護観察所の長による申し立てに基づく裁判所の決定により2年を限度として延長可)が設けられており⁵⁾(法44条)医療費については全額国費で賄われる。

この医療観察法では継続的な通院医療を確保するための方策として、対象者が地域社会で必要な医療を受けているかどうかを「見守り指導する」精神保健観察が行われることになった(法106条)。対象者には精神保健観察期間中、居住地の届出、居住移転または長期旅行の場合の届出等「守るべき事項」が定められている(法107条)。この精神保健観察の実施、対象者への適切な助言や指導を行い、地域の関係機関との有効な連携を図る専門スタッフとして、保護観察所に「社会復帰調整官」を新設した(法20条)。また対象者に対する医療、精神保健観察および援助は保護観察所の長によって定められた、処遇の実施計画に基づいて行われる(法105条)。

3) 触法精神障害者の処遇に関する先行研究

触法精神障害者に関する調査研究としては、犯罪の予防に焦点をあてた山上らの研究がある。これは1980年の1年間に精神障害者であることを理由に不起訴処分等になった946例を対象としてその後11年間の追跡調査を行い、再犯事例487についてまとめたものである。この報告によると、障害名別再犯率は、精神病質(100%)や覚せい剤中毒(66%)で著しく高く、統合失調症(15%)や躁うつ病(11%)では低くなっている⁶⁾。またこの調査結果を独自に考察した中谷は、触法精神障害者の過半数は統合失調症者であり、そのうち4割強は重大犯罪であるが、再犯率は相対的に低

いことから考え、触法精神障害者のうち統合失調症患者については、医療観察法以前の医療システムで再犯が抑制されていたと推定されると述べている⁷⁾。

田玉らは殺人を犯した触法精神障害者13名の事件後の治療経過と社会復帰について研究し、殺人の場合、被害者が尊属か卑属かでその後の退院や社会復帰に大きな違いがあることから、家族内殺人を犯した触法精神障害者の家族支援の必要性を述べた⁸⁾。渡辺らは1994年の触法精神障害者1132例の前歴の分析を行い、重大犯罪を繰り返すものは、精神症状の悪化よりも、元来の反社会的傾向の先鋭化や人格水準の低下によるとし、措置入院制度の処遇の困難さを指摘し、専門的な医療体制の整備の必要性について述べている⁹⁾。また橋詰ら¹⁰⁾や田口ら¹¹⁾による同様の調査研究では、症状が改善しても、退院できない事例や精神科的治療の効果が疑問がある事例の存在を指摘し、新たな社会復帰支援の必要性について語っている。

4) 法成立の意義と問題点

司法精神医学の立場から山上は、医療観察法は妥協の中で生まれた法律であり多くの問題点があるとしながらも、法施行の意義について①触法精神障害者処遇制度の確立、②専門医療としての司法精神医療の確立、③一般精神医療への波及効果、の3点を挙げている¹²⁾。また法律研究者として、触法精神障害者の処遇システムについての調査・研究を行ってきた町野は、この医療観察法について「法案は、精神障害者による再犯の防止という点でも、一般の精神医療では対応困難な処遇困難者に特別な処遇を与えるという点でも、殆ど無意味であると思われる」と述べながらも、医療観察法が触法精神障害者の治療を受ける権利を認めたことの意義を評価している¹³⁾。精神科医療において実際に触法精神障害者の治療に取り組んできた武井は、精神科医としての立場から医療観察法の意義として、①司法精神医療のための専門病棟が整備されること、②司法精神医療から始まる精神科医療改革を挙げている。特に日本の精神科医療は触法精神障害者の問題によって質的向上が妨げられてきたとして、今後長期入院者の問題等が解決され、精神科病床数33万床の削減へ期待を

寄せている¹⁴⁾。触法精神障害者の処遇の調査研究では、精神保健福祉法による措置入院制度の問題点が数多く指摘され¹⁵⁾、特に退院後の医療の継続に関して何の強制力がないことが問題視されていた。医療観察法において、通院医療制度を整備し、「社会復帰調整官」による精神医療観察を行うことで継続的な治療提供のシステムを作ったことの意義は大きい¹⁶⁾。

しかし、その一方で医療観察法の問題点として中谷は、①検察が基礎・不起訴を決定するプロセスにチェックが入らないこと、②申立てられた対象者について裁判所が医療観察法を適用しない場合、その触法精神障害者の処遇が宙に浮いてくことになるため、審判機関が適用を緩めるのではないか、③医療観察法の処遇から一般医療への切り替えのチャンネルが少なく、閉鎖的、自己完結的システムとなっていないか、④緊急の治療を要する被疑者、被告人を医療に移すルートが設けられていないことを挙げ、医療観察法のもとでは、対象者が蓄積し、受け入れ施設を際限なく拡張せざるを得ないのではないかと懸念している¹⁷⁾。さらに法律家として精神障害者の権利擁護、家族問題に取り組んできた池原は「触法精神障害者は一般の犯罪者より危険な存在であり、再犯率が高い」と言う誤解から、触法精神障害者を一般の犯罪者以上に危険視して社会防衛のために特別な制度をつくことに疑問を呈し、長期入院者や社会的入院者の解消、精神病床の削減など精神病院の改善が進んでいないことに触れ、本来の地域医療福祉の充実を目指し、現状の措置入院制度の改善に取り組むべきだと主張している¹⁸⁾。

2. 地域処遇における「社会復帰調整官」の役割

厚生労働省より示された「地域処遇ガイドライン」によると地域処遇は、①継続的かつ適切な医療の提供、②継続的な医療を確保するための精神保健観察の実施、③必要な精神保健福祉サービス等の援助の提供の3つの要素から構成されており、これらが対象者を中心として機能することが重要であるとしている。「社会復帰調整官」は上記の②と③において特に重要な役割を担っている。

「社会復帰調整官」の名称は、当初の政府案では「精神保健観察官」であったが、衆議院において、医療観察法が対象者の社会復帰目的とした制度であることを明確化するためにということで改められた¹⁹⁾。名称に加えて「社会復帰調整官」の資格要件についても、この医療観察法による処遇の実施には、精神保健あるいは精神障害者福祉などの専門的知識を持つものが必要不可欠との考えから「精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるものでなければならない(法20条3項)」とされた。この結果、平成16年4月に全国で採用された56人の「社会復帰調整官」のほとんどが、福祉の専門職である精神保健福祉士(国家資格)となっている²⁰⁾。

次に触法精神障害者の地域処遇における「社会復帰調整官」の役割について検討する。

1) 対象者の生活環境の調査、調整

医療観察法では、裁判所は処遇の決定において、医療的な判断とともに、対象者の生活環境を考慮することになっている。この生活環境調査を行うのが「社会復帰調整官」であり、この調査は「社会復帰調整官」が対象者と関わる第一歩となる。ここでいう生活環境とは、対象者の住居および居住地の状況、経済状況、住居家族の状況など、対象者を取り巻く環境のことである²¹⁾。

また、医療観察法でいう生活環境の調整とは、対象者が指定入院医療機関にいる間に、退院後の居住地を対象者の希望に沿って決定し、その生活環境を調整することである。現在指定入院医療機関のある地域は全国でも限られており、対象者の居住地よりかなり遠方の指定入院医療機関に入院していることが想定される。入院時から対象者がいずれは地域で生活することを念頭に、退院する場合にどこに生活の拠点を定めるのか、退院後はどのような生活を送り、そのための支援に対してどこが責任を持って関わっていくのかが重要となる。「社会復帰調整官」は対象者が退院した後の生活において、適切な医療、必要な精神保健福祉サービスを確保するため、指定通院医療機関、居住予定地の都道府県、市町村、社会復帰施設等と協議し、調整することが求められる。

ここでいう調整には対象者と家族の関係調整も含まれる。触法精神障害者の犯罪では、その被害者が家族である場合が多く、さらに殺人を犯した触法精神障害者の社会復帰では、被害者が尊属か卑属かで大きく異なったとの報告もある²²⁾。「社会復帰調整官」には対象者の社会復帰のための家族調整だけでなく、家族に対する支援についても考えることが要求される。

なお、保護観察所の管轄により、生活環境調査は審判手続きの一環であることから、処遇事件を管轄する地方裁判所に対応する保護観察所の社会復帰調査官が行い、生活環境の調整、次に挙げた精神保健観察は本人の居住地等を管轄する保護観察所の社会復帰調査官が行うこととされている。

2) 精神保健観察（処遇実施計画書の作成と見守り指導）

対象者の地域処遇について、「社会復帰調整官」は実施計画書を作成する。上記の地域処遇の全要素を盛り込んだ実施計画によって、対象者の処遇に関する具体的な方法とそれを提供する関係機関の役割分担などが明らかとなる。この実施計画に基づいて、それぞれの関係機関が連携して対象者の社会復帰に取り組むこととなっている。

「社会復帰調整官」はこの実施計画の下、対象者が必要な医療等を受けているかについてその生活状況を見守り、必要な指導をする。これが精神保健観察である。具体的には「社会復帰調整官」が直接対象者の居宅を訪問したり、医療機関、市町村、家族、地域の関係機関等から必要な情報を求めることなどの方法によって行う。

「社会復帰調整官」の名称を変更した際の国会答弁で「社会復帰を促す役割を持つ担当官が観察という言葉はなじまない」と述べられているように²³⁾、「社会復帰調整官」はあくまでも対象者の社会復帰を支援する担当者であると考えられる。精神障害者の社会復帰を支援する上で最も重要なことのひとつが当事者と援助者との信頼関係である。そしてその信頼関係に基づく精神障害者への支援やサービスの提供は、援助する者とされる者という上下関係ではなく、地域で同じように生活する生活者として横の関係、対等な関係において成されなければならない。「社会復帰調整官」が

対象者の社会復帰を促進するためには、当然この対等性に基づいた信頼関係の構築と支援が重要だと考える。

一方、「社会復帰調整官」は精神保健観察において、対象者が医療を受けているかを「見守り指導」する立場であり、対象者に「守るべき事項」を守らせる役割を担っている。このような守るべき義務を施行させる者とそれを守るべき者という関係性の中で、対等性に基づく信頼関係の構築ができるだろうか。少なくとも対象者から見て、その対等性を理解することは難しいと考えられる。このように「社会復帰調整官」には、医療観察法の枠組みの中で対象者の社会復帰を支援するという特殊性があることから、一般の精神障害者の地域支援や社会復帰とは異なる視点や援助技術も要求されていると考えられる。

3) 地域における関係機関との連携（処遇のコーディネイト）

対象者が社会復帰するために医療の継続は重要であるが、医療だけでは対象者の地域における生活は成り立たない。対象者の生活全般を考えた上で、対象者にとって必要な福祉サービスの提供等の地域支援が必要となる。医療観察法の対象者への地域支援には精神保健福祉法も適用されるので、精神保健福祉法に規定されるサービスの提供は都道府県、市町村、地域の社会復帰施設等によってなされる。実際に地域の医療機関、関係機関、市町村担当者等と連絡調整を行い、必要な情報を集め、対象者の地域における処遇のコーディネイトをするのは「社会復帰調整官」である。このように社会復帰調査官には地域の中に対象者に対しての手厚い支援体制を整えることが求められているが、現在の日本には精神障害者に対する地域の社会資源が圧倒的に不足している。英国の触法精神障害者の社会復帰施設と地域支援制度について現状を調査した三澤もこの点触れ、特に居住型社会復帰施設の不足と訪問型援助制度の不備に対して懸念を表明している²⁴⁾。このような状況の中で、対象者の居住する地域の関係者機関との連携を行う「社会復帰調整官」の役割は重い。保護観察所長は必要な医療・保健・福祉サービス等が提供されるよう、指定通院医療機関の管理者ならび

に都道府県知事および市町村長に対して協力を求めることができるようになってきているが、対象者にとって有効な協力関係を関係機関との間に構築できるかどうかは、「社会復帰調整官」の力にかかっているといっても過言ではない。

3. 今後の課題

1) 「社会復帰調整官」の確保と研修体制

「社会復帰調整官」が担う役割は多義に渡っており、どれも対象者の地域支援に対しては重要な役割となる。しかし現在では各県に1名強という状況で、「社会復帰調整官」が担当する対象エリアは、保護観察所がある都道府県全域をカバーする場合もある。これでは「社会復帰調整官」が期待された役割を十分に果たすことはとても困難であると推測される。「社会復帰調整官」は対象者が医療観察法からその地域の精神保健福祉にスムーズに移行するための橋渡し役であり、そこに重要な役割がある。またその地域の状況に応じて、不足している社会資源については、「社会復帰調整官」が積極的に地域の関係機関との連携の中で、カバーしていかなければならない。必要な社会復帰調査官の人数確保が早急に求められる。「社会復帰調整官」の適正な人数については、その地域の状況、社会資源の質や量、関係機関との連携の状況、対象エリアの広さ等に応じて決定されることが望ましい。

また、「社会復帰調整官」は、精神保健福祉の知識や経験を有する専門家ではあるが、触法精神障害者の社会復帰を支援し、精神保健観察を行うにあたっては特別な知識の習得が必要となる。本制度を遂行する上で必要となる知識の習得のための研修制度はもちろんのこと、始まったばかりのこの制度を支えていくためには、「社会復帰調整官」同士が事例を検討し、知見を積み重ねることによって援助技術向上を図るため勉強会、さらに福祉職としての倫理価値観に基づいた専門性を司法の場で発揮するためには、スーパービジョンも必要であると考えられる。

2) 関係機関と連携における情報共有の問題

精神障害者の社会復帰の支援していくためには、その障害者の社会復帰を支える医療保健福祉

の関係者間において必要な情報を共有することは重要である。しかし、特に精神障害者の治療歴等は本人のプライバシーに関わる個人情報であり、その取り扱いには十分な配慮が必要である。触法精神障害者の場合はさらに犯罪歴に関する情報が加わる。「社会復帰調整官」は精神医療観察に必要な情報収集を行い、保護観察所長官は指定通院医療機関、都道府県、市町村、社会復帰施設等に必要な情報の提供を求めることができる。「社会復帰調整官」が一方的に情報を収集するだけでは、地域関係者との連携は難しく、対象者にとって有効な地域支援も提供されない。しかし、扱う情報の多くが個人情報として配慮が必要な情報であるため、すべての情報をすべての関係者が共有すべきであるとも思えない。対象者の了承を得ながらその状況に応じてどの程度の情報を共有していくのか、難しい問題である。情報の共有化については、地域関係機関との連絡調整を実際に担当する「社会復帰調整官」の判断に委ねられる状況も想定されるため、一定の判断基準が必要である。

3) 医療観察法による地域処遇終了後の問題

医療観察法における地域処遇には期間が設定されている。これは、触法精神障害者に対しての地域医療・支援がこの期間で必要無くなるということではなく、医療観察法の枠組みにおける「見守り指導つき」の地域医療・支援を終了し、本来の精神科医療・精神保健福祉の枠組みに移行することである。柑本は「対象者の人身の自由に対する干渉を問題として、期間を限定する必要があったなら、それはむしろ、通院治療ではなく、入院治療の場合について考慮すべきではなかったろうか²⁵⁾」と述べ、強制的な通院治療が必要な状態で、医療観察法における処遇が終了してしまう可能性について懸念している。「見守り指導つき」の医療・支援は通常の状態ではないため、その必要が無くなった場合には、速やかに医療観察法における地域処遇を終了することが当然と考える。地域処遇の終了をきちんと検討するため、一定の期間を想定することは必要だが、最長5年が適当な期間かどうかについては、今後慎重に検討していく必要がある。また、今後対象者の状況に

よって地域処遇の継続がどうしても必要とされる事例が起こってきた場合には、例外としてさらに延長が可能となるような制度変更についても検討が必要である。

4) 地域精神保健福祉における社会資源の整備

日本の地域精神保健福祉において、長期入院患者を地域で受け入れのための社会資源の不足や地域支援システムの未構築等の課題が未解決のまま残されている。精神障害者の社会復帰施設の数も地域によってかなりの差があり、とても希望する利用者全てが利用できる状況にはない。例えば対象者の生活の拠点となるべき住居については、家族の元に戻る以外は社会復帰施設等の利用が考えられるが、日本では精神障害者に対する住居施設がその種類・数共に圧倒的に不足している。「社会復帰調整官」が地域処遇の実施計画をたて、地域において手厚い支援を行いたいと考えても、有効な社会復帰施設の確保が難しいのが現状である。

このような状況の中、障害者自立支援法案が昨年成立し、平成18年4月から施行されることになった。この法律により、精神障害者を含む障害者全体に対する福祉サービスの提供主体は市町村に一元化され、サービス提供に当たってケアマネジメント制度の導入が検討されている。これは障害の分野別で分かれていたサービスや資源が統合され、新しい体制に移行する大きな改革であり、今後精神障害者の地域支援について具体的にどのような体制になっていくのかまだ不透明の状況である。

アメリカにおける触法精神障害者の地域精神医療システムを紹介した本間は、触法精神障害者患者の多くは、複雑な生活上の問題も抱えているので、彼らの社会復帰を成功させ、再犯を防ぐためには、地域に定着したプログラムを本拠として、生活上の全面的援助を提供する必要があると述べている²⁶⁾。また英国においても、触法精神障害者の地域支援体制が整ってきた頃より、触法精神障害者の再犯率が低下したという報告もある²⁷⁾。日本でも障害者自立支援法の下、触法精神障害者の社会復帰のために必要な新たな社会資源の整備や地域支援システムの構築が早急に必要とされる。

おわりに

医療観察法の附則第3条では、この法律の対象とならない精神障害者を含めた精神医療全般の水準の向上や、精神障害者の地域生活支援のための精神障害者社会復帰施設の充実等の精神保健福祉全般の水準の向上を図ることが挙げられている。結局、触法精神障害者が社会復帰し、地域の中で生活していけるかどうかは、地域における精神障害者に対する支援体制、ネットワーク、社会資源の充実によると考えられる。本稿では司法における社会復帰調査官の役割について焦点をあて、触法精神障害者の地域処遇の課題について考察してきたが、触法精神障害者に対する具体的な精神保健福祉の支援は、地域の精神保健福祉の専門家らによって行われる。社会復帰調査官は彼らの連絡調整を行い、地域における処遇のコーディネイトを担当している。社会復帰調査官がその医療観察法の枠組みの中で、福祉の専門家としての役割を十分に発揮するためには、その「社会復帰調整官」を地域で支える、精神保健福祉の専門家等の存在が必要不可欠なのである。触法精神障害者の問題については長期入院患者として、多くが医療の中で処遇されてきたこと、精神障害者の中で触法精神障害者が占める割合が少ないこと²⁸⁾などから、現在まで精神保健福祉分野で触法精神障害者の地域支援が取り上げられることあまりなく、このことは触法精神障害者の処遇に関する先行研究の多くが医療、法律分野の研究者によるものであることから伺うことができる。しかし今後触法精神障害者の地域処遇の問題は、地域で精神障害者を支援する専門家、全てにとって重要な課題であり、精神保健福祉分野全体で取り組んでいかなければならないと考える。それは触法精神障害者に対する地域支援システムを構築していくことが、すべての精神障害者にとって有効な地域支援システムの構築と地域精神保健福祉全体の向上に繋がっていくと、期待されるからである。

<文献・注>

- 1) 法を犯した精神障害者。刑罰法令に触れる行為をした14歳未満の刑事未成年者を触法少年と呼ぶことに対応させてこのように呼ぶようになった。

- 2) 柑本美和「心神喪失者当医療観察法における社会内処遇」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』有斐閣、2004、162-167頁。
- 3) 長尾卓夫「触法精神障害者と措置入院制度の問題点」『日本精神科病院協会雑誌』17巻2号、1998、12-15頁。
- 4) 町野朔「精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法—保安処分から精神医療へ」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』有斐閣、2004、69-73頁。
- 5) 白木功「審判手続きを中心に」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』有斐閣、2004、12-31頁。この中で通院医療において上限を設けた理由について白木は、「通院決定を受けた対象者が3年間にわたって、その病状等が悪化することも問題行動を起こすこともなかった場合、既に社会復帰が達成されているとも考えられる。無期限に本法による処遇の対象者としておくことは、本法による処遇が人身の自由に対する干渉を伴うものであることから、対象者の心理に悪影響を及ぼし、かえって円滑な社会復帰に支障をきたすことも懸念されるからである」と述べている。
- 6) 山上皓ほか「触法精神障害者946例の11年間追跡調査(第一報)—再犯事件487件の概要—」『犯罪学雑誌』61巻5号、1995、201-206頁。
- 7) 中谷陽二「触法精神障害者に関する臨床精神医学的研究」町野朔ほか編『触法精神障害者の処遇』信山社、2005、28-32頁。
- 8) 田玉逸男ほか「殺人を犯した触法精神障害者の治療と社会復帰に関する研究」『法と精神科臨床』3巻、2000、52-73頁。
- 9) 渡邊弘ほか「重大犯罪を反復する触法精神障害者の特徴について」『犯罪学雑誌』69巻3号、2003、111頁。
- 10) 橋詰宏ほか「一公立病院における殺人を犯した触法患者と処遇について」『日本社会精神医学会雑誌』11巻1号、2002、142頁。
- 11) 田口寿子ほか「重大触法歴を有する精神科通院患者に関する調査研究」『日本社会精神医学会雑誌』9巻1号、2000、125-126頁。
- 12) 山上皓「心神喪失者等医療観察法制定の意義」『精神医学』46巻8号、2004、802-804頁
- 13) 町野朔「心神喪失者等医療観察法案と触法精神障害者の治療を受ける権利」町野朔ほか編『触法精神障害者の処遇』信山社、2005、229頁。
- 14) 武井満「触法精神障害者問題と精神科医療改革」『公衆衛生』68巻2号、2004、97-101頁。
- 15) 武井満「触法精神障害者の現状と司法精神障害者対策」『保健医療科学』53巻1号、2004、36-44頁、吉川和男「英国における触法精神障害者の処遇—我が国の問題点と英国の対応—」『最新精神医学』7巻2号、2002、109-117頁、五十嵐禎人「英国における触法精神障害者の司法から精神保健システムへの移送制度」『臨床精神医学』26巻3号、1997、399-407頁、および武井満 前掲14) 論文など参照。
- 16) 五十嵐禎人「触法精神障害者の処遇とわが国における司法精神医学の課題」町野朔ほか編『触法精神障害者の処遇』信山社、2005、106頁。
- 17) 中谷陽二『司法精神医学と犯罪病理』金剛出版、2005、29頁。
- 18) 池原毅和「触法精神障害者をめぐる課題」『社会福祉研究』第84号、2002、36-40頁。
- 19) 蛭原正敏「保護観察所の役割について」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』有斐閣、2005、45-51頁。
- 20) 今福章二「医療観察法における地域処遇と精神保健観察」『日本精神科病院協会雑誌』24巻4号、2005、34-39頁。
- 21) 蛭原正敏 前掲19) 論文 48頁。
- 22) 田玉逸男ほか 前掲8) 論文 52頁。
- 23) 蛭原正敏 前掲19) 論文 47頁。
- 24) 三澤孝夫「心神喪失者等医療観察法における社会復帰・地域支援制度の諸問題—英国との比較を通して—」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』有斐閣、2004、248-251頁。
- 25) 柑本美和 前掲2) 論文 163頁。
- 26) 本間玲子2004「地域精神医療」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』有斐閣、2004、168-173頁。
- 27) 三澤孝夫 前掲24) 論文 251頁。
- 28) 白木功「立法の経緯」町野朔編『ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法』有斐閣、2004、8-11頁。