

## イギリスの新しい精神保健法

川 本 哲 郎

1. はじめに
2. 新法の概要
  - (1) 改正の目的
  - (2) 精神障害の定義
  - (3) 強制入院の基準
  - (4) 強制通院命令
  - (5) 精神保健審判所
  - (6) 精神医療従事者
  - (7) 最近親者
3. 新法に対する評価
4. 新法の検討—我が国において学ぶべきこと
  - (1) 精神障害の定義の変更と治療可能性要件の廃止
  - (2) 強制通院命令
  - (3) 精神保健審判所
  - (4) 精神医療従事者
  - (5) 最近親者
  - (6) その他
5. おわりに

### 1. はじめに

イギリスでは、1998年から精神保健法の改正が検討され、2007年7月に改正法が成立した。9年間に亘る議論が、紆余曲折を経て、一応結実したわけである。その経緯を振り返れば、1998年に専門家委員会が設置され、翌年に報告書が公刊された。その年に緑書が公表され、翌年には白書が出版された。そして、2002年に改正法案が明らかにされた。その要旨は、①犯罪を犯していないが、治療不可能な人格障害を有する潜在的に危険な人々を無期限に拘束すること、②社会内で生活している精神障害者に

強制的に服薬させる権限を設けること、③強制的権限の長期にわたる行使を決定する独立の審判所と、独立の弁護を得る患者の権利とを規定すること、④精神障害者による犯罪の被害者が、当該精神障害者の解放（精神病院からの退院と刑事施設からの釈放）される時期を知る権利を認めること、⑤治療を受ける人々を監督する精神保健委員会を創設すること、⑥精神障害者に対する治療スタッフと医療の増大を図ること、であった。<sup>(1)</sup>しかしながら、その後、精神医療関係者や精神障害者の支援団体等の強力な反対運動が起こったため、政府は、2004年に修正案を提示した。それでも反対は収まることがなかったし、2005年には国会の上下院合同委員会の報告書が公表された。そして、政府はそれに対する詳細な回答を提示した。その後、今回の改正は実を結ばないのではないかという状況になったが、2006年に改めて修正案が提示され、遂に国会で可決された。今回の改正の眼目は①と②であったが、新法では、①の改正は断念された。しかし、それ以外の改正は実現されたし、上述したもの他にも注目すべき動きが散見される。<sup>(2)</sup>そこで、以下では、新法の内容を紹介したうえで、若干の検討を加えたい。

## 註

- (1) 改正の経緯について詳しくは、拙稿「イギリスの精神保健法改正案の動向」同志社法学56巻6号（2005年）645頁以下参照。報道として、「精神障害者は拘束せよ？」ニューズウィーク2007年5月16日号20-21頁参照。
- (2) 新法を紹介したものとして、清野憲一「英国刑事法事情（7）」刑事法ジャーナル9号（2007年）124頁がある。

## 2. 新法の概要<sup>(3)</sup>

### (1) 改正の目的

精神保健法改正の目的は、自傷他害のおそれのある重大な精神障害を有する者が、自傷他害を防ぐのに必要なときは、対象者の同意の有無にかかわらず、治療を受けられるようにすることである。

## （２）精神障害の定義

修正案では、「精神機能の障害もしくは損傷を生じさせるような精神もしくは脳の障害もしくは機能不全」と定義され、性的逸脱やアルコール・薬物依存なども含まれることから、その範囲の広すぎることが批判されていたが、新法では、「精神の障害ないしは無能力（disorder or disability of the mind）」という定義が採用された。そして、学習障害については、異常に攻撃的であるか、重大な無責任行為を伴う場合以外は、この概念に該当しないこととされ、アルコール・薬物依存も同様の取り扱いを受けることとされた。当然のことではあるが、アルコール・薬物依存が原因となって精神障害に罹患している者は、自傷他害のおそれのあるときは、新法の対象とされる。

## （３）強制入院の基準

従来の治療可能性（treatability）に代わって、「適切な医療が利用可能であること（appropriate medical treatment is available）」という要件が採用されることとなった。治療可能性の要件に関しては、それを盾にして病院が入院を拒否することが批判されていたので、対象者が必要とする援助を受けるのを可能にすることが目的であるとされている。しかし、この医療の中に、人格障害者に関する医療が含まれるかどうかは先送りされている。<sup>(4)</sup>

## （４）強制通院命令（Community Treatment Order）

退院後に科されるもので、初回の期間は６月となっている。１回目の更新期間は６月であるが、その後は１年の更新が可能である。退院後の治療の中断が再発につながる場合が多いので、それを防止するために設けられたものである。後に述べる担当治療士（担当医、臨床心理士、看護師、作業療法士、ソーシャルワーカー）が、「毎週通院すること」などの遵守事項を決定する。また、自傷他害のおそれが高いと診断されれば、再入院となる。

## （５）精神保健審判所（Mental Health Review Tribunal）

この機関は、対象者の退院請求と病状の定期審査を行うもので、今回の改正は、手続の迅速化を図ることを目的としている。たとえば、後に述べる最近親者の決定に時間を要するときは、審判所に請求が可能である、とされた。

## （６）精神医療従事者

従来の認定ソーシャルワーカー（Approved Social Worker）と担当医（Responsible Medical Officer）の職務領域について変更が加えられた。第１に、認定ソーシャルワーカーの職務を看護師と作業療法士も担当できることとされ、名称も、認定精神保健士（Approved Mental Health Professional）に変更された。第２に、これまでは担当医が治療内容と退院の可否を決定していたが、その職務を臨床心理士と看護師、作業療法士、ソーシャルワーカーも担当できることとされ、名称が担当治療士（Responsible Clinician）となった。いずれの場合も適切な研修を実施することとされているが、イギリスでは、かなり以前から多職種によるチーム医療が実践されているので、その成果を取り入れたものと思われる。<sup>(5)</sup>

## （７）最近親者（nearest relative）

最近親者とは、対象者の看護について決定を行うと同時に、対象者の人権を擁護する役割を担う者であり、通常は、対象者と同居するか、その看護を行っている者である。従来は、夫婦から始まり、子ども、両親、兄弟姉妹、祖父母、孫、叔父叔母、従兄弟、５年以上の同居者に至るリストが作成され、その順序に従って最近親者が指定されていた。そして、その変更を請求できるのは親族、同居者、認定ソーシャルワーカーに限られていたが、新法では、対象者も変更を請求できることとされた。また、対象者が同性愛者であるときは、これまでは、そのパートナー（civil partner）が最近親者になることはできなかったが、それも可能とされ、さらに、その順位も夫婦と同列とされた。

以上が新法の主な改正点であるが、これに加えて、以下のような改正も実施された。第1は、青少年の処遇の改善である。これは、成人が収容されているのと同じの区画に、16歳未満の対象者を入院させないというものである。第2は、電気ショック療法（ECT）について、その対象を、18歳以上で、真意に基づく同意のある者に限り、担当治療士が書面によってそのことを証明することとされた。第3は、学習障害者に関して、2004年にヨーロッパ人権裁判所が、イギリスのボーンウッド病院に入院させられた者について、「不当に自由権を剥奪された」としたのを受けて、法改正が行われた。この事件は、自閉症の男性に対して、看護者（carer）が入院の必要がないとしたにもかかわらず、病院が、患者の最善の利益であるとして、精神保健法によらない入院を行ったというものである。患者は話すことができなかったが、明らかに不満であることがわかったので、裁判で争われることになり、前述のような結果となった。<sup>(6)</sup>そして、2005年に成立した意思決定能力法（Mental Capacity Act 2005）は、その判決に従って改正されることになった。その概要は、①自由の剥奪に関して、監督機関（イングランドの場合、入院については地域保健機関であるプライマリ・トラスト（Primary Trust）、介護施設については地方自治体の機関）の許諾を得ること、②許諾の前に、監督機関は対象者が自由剥奪の要件を満たしているかどうかの評価を行っていること、③許諾に当たって、監督機関は、対象者の環境を考慮に入れて、12月以内の自由剥奪（＝入院）期間を定めること、④対象者は、入院期間内に自己の利益を代弁するために、監督機関と当該施設から独立した人物を得られること、⑤対象者もしくはその代理人は、保護裁判所（意思決定能力法によって新設された審判機関で、自己決定のできない対象者のために、最善の利益を決定する）に訴えることができること、である。この制度は、主たる対象者を自閉症患者と認知症の高齢者とし、自己の意思を表明できない者を援助することを目的とするものである。

第4は、2004年DV、犯罪及び被害者法（Domestic Violence, Crime and Victims Act 2004）において、被害者が、刑事施設からの加害者の釈放時

期に関する情報を得ることができるとされたのを受けて、病院からの退院時期に関する情報も与えられるとする改正が行われた。<sup>(7)</sup>

## 註

- (3) 新法の概要については、保健省のホームページ (<http://www.dh.gov.uk>) に掲載されている文献を参照した。とくに、Reforming the Mental Health Act 1983と Mental Health Bill and related documents に掲載されているものに依拠した。
- (4) The Guardian, 2007.7.11.
- (5) 最近では、漸く我が国でも、このことが盛んに論じられるようになってきた。大野裕編「チーム医療のための最新精神医学ハンドブック」(2006年)、藤本修編「現場に活かす精神科チーム連携の実際」(2006年)、「特集 多職種チーム」精神科臨床サービス7巻4号(2007年)など参照。
- (6) ボーンウッド事件について、詳しくは、五十嵐禎人「精神科病院への非強制入院を考えるーイギリス Bournwood 事件よりの示唆」新井誠編「成年後見と医療行為」(2007年)189頁以下参照。イギリスの成年後見について、菅富美枝「英国・新成年後見制度の一考察」実践成年後見18号(2006年)84頁以下、同「英国成年後見制度における身上看護」実践成年後見23号(2007年)15頁以下、英国医師協会(新井誠監訳)「イギリス成年後見ハンドブック」(2005年)など参照。
- (7) See, E. Lawson et al., Blackstone's guide to The Domestic Violence, Crime and Victims Act 2004, 2005, pp. 93-98.

## 3. 新法に対する評価

前述のように、今回の法改正に対しては、人権擁護団体を初めとして、強力な反対運動が繰り広げられたが、新法の成立に対して、どのような評価が下されているかを見てみよう。

まず、イギリス精神医学会を含む77団体で構成される精神保健同盟(The Mental Health Alliance)は、以下のように述べている。すなわち、「政府は、時代に即応した人道的な精神保健法を制定するという歴史的機会を逸した」が、重要な譲歩を行ったことは評価できる、としている。たとえば、入院時の弁護権の保障や、青少年の精神医療の改善、ECT 使用

の限定などである。しかし、それ以外の要求は受け入れられなかったの  
で、今後は強制通院命令の適正な運用を求めるとともに、担当治療士に過  
大な権限が与えられていることの問題や人種差別の問題などについて追及  
することが課題とされている。また、別の団体は、新法について、全体と  
しては失望であるが、政府の譲歩は歓迎できるとしたうえで、強制通院命  
令に関して、この処分が過剰に使用されたり、優先的に適用されると、地  
域精神医療の発展を阻害するおそれがあることを指摘している。<sup>(8)</sup>

#### 註

- (8) Mental Health Alliance, Mental Health Bill remains a missed opportunity for humane and progressive legislation, <http://www.mentalhealthalliance.org.uk>; SANE, <http://www.sane.org.uk>.

## 4. 新法の検討—我が国において学ぶべきこと

### (1) 精神障害の定義の変更と治療可能性要件の廃止

我が国では、精神保健福祉法 5 条において、「この法律で『精神障害』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と規定されている。しかしながら、犯罪に関しては、アルコール・薬物依存の者や知的障害者は責任能力を有するとされることが多く、刑事施設内での処遇が問題となっており、最近の監獄法改正によって、刑事施設内での処遇の改善が図られている。すなわち、一定の受刑者には、強制作業に代えて特別改善指導を行うこととされ、その中に、薬物犯罪や性犯罪の再犯防止のための処遇が含まれているのである。<sup>(9)</sup> また、知的障害や高齢者の認知症の者に対しても特別な処遇を行うことが検討されている。<sup>(10)</sup> さらに、精神病質＝人格障害に関して、2003年に成立した心神喪失者等医療観察法の対象とはならないとされているので、刑事施設内での処遇が今後の重要な課題となってい<sup>(11)</sup>る。

このような状況を見れば、イギリスのような単一の精神障害概念を採用することも検討に値すると思われる。しかしながら、イギリスでは、今回の法案を検討する過程で、王立精神医学会（The Royal College of Psychiatrists）が対案を提示している。それによれば、精神障害の定義については、ニュージーランド（「妄想や気分・知覚・意志・認知の障害による精神の異常な状態」）やオーストラリア（「一時的ないしは永続的な精神機能の重篤な障害があり、妄想・幻覚・思考形式の重篤な障害・重篤な気分障害・上記の症状の存在を示すような持続的ないしは反復的非合理的行動という症状の1以上の存在によって特徴づけられる状態」）のような限定を設けるべきである、とされている。<sup>(12)</sup>したがって、この問題に関しては、さらに各国の状況を調べたうえで、改めて検討すべきであろう。

また、治療可能性要件に代えて「適切な医療の利用可能性」という要件が採用された背景には、次のような事情が存在した。つまり、イギリスでは、犯罪を犯した精神障害者に対して裁判段階で入院命令を言い渡すことが可能であるが、治療可能性のない場合は精神病院への入院命令の対象とならないので、危険かつ重篤な人格障害者の受け入れを病院が拒否し、彼らが刑事施設に送られるという事態が存在した。そして、イギリスは、我が国における矯正施設の長の通報による措置入院のような制度を持たないので、刑の執行期間が満了すれば、刑事施設が対象者の自傷他害のおそれを認識していても、何の対策もとれないことが問題となっていたのである。<sup>(13)</sup>政府によれば、今回の基準変更の理由はこの問題の克服にあるのであり、治療不可能な人格障害者に対して「適切な医療」が与えられるのであれば、強制治療の対象となると考えられるというのである。<sup>(14)</sup>

我が国においては、前述のように、人格障害は心神喪失者等医療観察法の対象とならないと考えられているが、「治療可能性」については、精神科医の中で、若干の相違が見られるところである。<sup>(15)</sup>そのことは、イギリスとは異なり、我が国において、処遇困難や難治性という用語が使用されていることから了解できるであろう。つまり、我が国では、処遇不可能とか治療不可能という表現は避けられている。これは、「治療することは難



しいが、何をしても無駄というわけではない」ということを表しているものと思われる。また、治療が不可能であれば、医療刑務所や精神病院に入っても、治療を放棄することになりはしないかという懸念の表れでもあろう。たとえば、人格障害と統合失調症の合併症の者が、重大犯罪を犯して、心神喪失者等医療観察法の専門病棟に入院させられた場合、統合失調症の治療が終われば、人格障害は治療不可能であるから、退院請求をするということになるが、これに対して、現場では若干の温度差が感じられるのである。つまり、わずかでも治療可能性があれば、治療を引き受けるべきであると考える立場と、基準を厳格に解して、顕著な治療効果の上がない者は入院させるべきではないとする立場とに分かれるわけである。この問題の解決は極めて困難であるから、実践の積み重ねの中で、最善のものを探っていくしか方法はないと思われる。その点で、心神喪失者等医療観察法の今後の運用に注目したい。ちなみに、イギリスでは、「治療」(treatment)の中に、人格障害に対する処遇が含まれるかどうかを、今後定められる実務規範 (Code of Practice) の中で決定することになっているので、今後の動向が注目される場所である。

## (2) 強制通院命令

我が国では、心神喪失者等医療観察法の中に強制通院が規定されており、これまでに112件の通院決定が言い渡されている。また、指定通院医療機関の指定数は、国公立49、民間211<sup>(16)</sup>となっている。心神喪失者等医療観察法に関する当初の予測では、入院して退院後に強制的に通院させて、社会復帰調整官がケアの調整を行うという流れが想定されていたと思われるが、入院を経由しない、いわゆる「いきなり通院」の数が多くなっている<sup>(17)</sup>ので、社会復帰調整官の負担が大きくなっていることが問題とされている。

イギリスでは、再入院は不利益処分であることが指摘されており、患者と医師の信頼関係が損なわれることも危惧されている。この点で、治療環境と地域医療の調整を行う社会復帰調整官の役割は極めて重要である。我

が国では、社会復帰調整官の増員を始めとして、早急に改善策を立てる必要がある。

さらに、前述したように、イギリスの精神障害者人権擁護団体の中には、強制通院処分を受ける者はごく少数であり、このために他の精神医療が圧迫されるのではないかと、この処分に反対する見解が見られる。たしかに、我が国においても、心神喪失者等医療観察法による医療を開始するにあたって、入院医療機関を指定し、専門病棟を建設しており、そのために巨額の費用が投入されているが、そのことによって一般の精神医療に当てられる費用が削減されてはならないことは言うまでもない。その点で、イギリスと我が国の動向を慎重に見守る必要があると思われる。

### （３）精神保健審判所

イギリスの精神保健審判所は、独立の司法機関であり、法律、精神医療とその他の審判員で構成される。全国に７つのチームが存在し、その下に支部が置かれている。

我が国の精神医療審査会に関しては、独立の司法機関でないことに加えて、措置入院について、入院直後の審査制度が設けられていないのが批判されているし、患者側の代理人の選任、情報開示などの問題も指摘されている。<sup>(18)</sup> また、自治体間で活動に格差のあることも問題となっている。さらに、退院ないし処遇改善の請求があった場合に行われる「患者の意見聴取」についても、地域間の格差が見られる。たとえば、2005年度の退院請求の数は2079件であるが、もっとも多いのは福岡県の150件で、少ない自治体では８ないし９件である。また、審査結果が「入院又は処遇が不適当」とされたのは、全国で126件、最多の福岡県は34件であるが、全体の半数以上の審査会では０件である。<sup>(19)</sup> したがって、今後は、精神医療審査会の活性化を図るとともに、患者の人権保障がより一層確保されるようなシステムを構築することが重要な課題となるが、その際に、イギリスの動向を参照すべきであろう。とくに、イギリスの今回の改正では、審査の迅速化が目指されたが、我が国においては、審査状況の統計の中に、審査期間

に関する情報が含まれていないことから見ても、その問題性が意識されていないように思われるので、審査会の審査期間を始めとして、さらに正確な実態の把握が望まれるところである。さらに、イギリスでは、今回の改正によって、審判の件数が増加することが予想されるので、その対策が課題となっている。我が国においても、審査会の委員を確保することが困難な自治体も存在するのであるから、長期的な人材養成の方法を講じるべきであろう。

#### （４）精神医療従事者

前述のように、イギリスでは早くから多職種によるチーム医療を行ってきた。精神科医と看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなどがチームになって、入院から退院＝社会復帰までの治療を行うわけである。我が国においても、心神喪失者等医療観察法が成立して、チーム医療が本格的に実践されることになった。そして、現在の大きな問題のひとつは、そのチームの調整役＝オーガナイザーの役割であるといっていよい。日本の医療現場では、医師が頂点に立ち、指示を出すと同時に、責任を負うという体制が採用されているので、自由闊達な議論を行うのが困難な雰囲気がある。体制の変更を含めた改革が必要であるが、差し当たりは、社会復帰調整官の行動に期待するのも一案であろう。ただし、精神科医の内部で意見の対立が見られるようなときは、制度的な改革がないと、調整は困難であろう。たとえば、心神喪失者等医療観察法では、鑑定入院行て処遇の可否および内容を決定することとされているが、鑑定医と病院の担当医との診断が食い違うような場合の調整を行うのは、現在の社会復帰調整官の役割を超えるものであるから、何らかの対策を講じる必要があるであろう。

我が国においても、将来は、イギリスのように、精神科医以外の医療従事者に様々な権限が与えられることが望ましいと思われるが、その際には、責任の所在と研修の在り方が問題となるであろう。現在のような教育体制では、医師が大きな権限と責任を負うことなるのは避けられないこと

である。この問題についても、10年以上先を見越した長期的な戦略が立てられるべきであろう。

#### （５）最近親者

イギリスの最近親者は、我が国の保護者に近い役割を果たすものと考えられる。我が国の保護者は、精神保健福祉法20条が「後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる」と定めており、後見人については、民法843条が、家庭裁判所が、「職権で、成年後見人を選任する」と規定している。我が国の成年後見制度は、1999年に導入されたものであり、後見人は、対象者の療養看護と財産管理に関する事務を行う。そして、その際には、対象者の「意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない」とされている（民法858条）。制度創設以来10年も経っていないこともあり、これを利用する者は少数にとどまっている<sup>(20)</sup>。そのためか、我が国では、同性愛者の同居している伴侶が後見人等になることについて、イギリスのような議論はほとんど見られないといってよい。この点に関しても、今後の動向に注目したい。

#### （６）その他

第1に、ボーンウッド事件に伴う改正は、主として、自閉症と認知症の者を対象とするものであったが、最近になって我が国でも、自閉症の者の犯した事件の問題性が取り上げられるようになってきたので、どのような<sup>(21)</sup>にして意思確認を行えばよいのかという点で、参照されるべきであろう。また、高齢者の認知症に関しても、その問題性が指摘されるようになってきた。精神保健福祉法は、任意入院の原則化を徹底させるため、1999年に改正を行った。つまり、医療保護入院について、「（任意入院）による入院が行われる状態にないと判定されたもの」（同法33条）という規定を置くことによって、改めて任意入院が原則であることを明確にしたのであった<sup>(22)</sup>。しかしながら、これによって大きな改善が図られたわけではない。高

齢の認知症患者の意思は確認できないので、法改正前の1999年の医療保護入院数は約9万であったが、その後は増加を続け、2004年には約11万<sup>(23)</sup>件へと増加しているのである。また、高齢者の処遇が今後の大きな課題であることは、刑事施設内の処遇が問題となっていることから明らかである。註(10)において述べたように、法務省は、2008年に高齢受刑者向けの専用棟を刑務所内に設置することを決定したが、その他にも、認知症の高齢受刑者の受け入れを医療刑務所が拒否するという事態も生じている。そして、その理由は「治療の見込みがない」こととされているのである<sup>(24)</sup>。このように、高齢者の認知症患者に対しても、総合的な対策が必要とされているのであり、その点でも、イギリスの動きは参考になるであろう。

第2は、被害者に対する情報提供に関する問題である。我が国では、心神喪失者等医療観察法において、被害者等が審判を傍聴することと審判の結果の通知を受けることが認められた(47、48条)。また、刑事訴訟法の改正によって、被害者の訴訟参加も行われることになった(316条の33)。さらに、2007年12月1日からは、被害者通知制度が拡大され、①刑事裁判確定後の加害者の受刑中の処遇状況、②仮釈放審理、③保護観察中の処遇状況<sup>(25)</sup>に関する事項が通知されることとなった。しかしながら、加害者の退院時期を通知するという、イギリスのような制度を設けることは、議論の対象となっていない。加害者の個人情報の問題や社会復帰の妨げとなることなど問題は多いが、我が国においても、性犯罪を目的とした殺人を犯して7年の懲役刑を科された男性が、出所後1週間で同種の犯罪を犯した例があるのは事実であるから、重大犯罪に限定したうえでの情報提供などが検討されてもよいと思われる。

## 註

- (9) 名執雅子「新法における改善指導について(その2)」刑政117巻2号(2006年)83頁以下、大口康郎＝椿百合子「矯正における再犯防止の取組」法律のひろば61巻1号(2008年)35頁以下参照。なお、刑事制裁全体について、佐伯仁志「刑事制裁・処遇のあり方」ジュリスト1348号(2008年)81頁

- 以下参照。
- (10) 朝日新聞2007年9月29日。播磨（兵庫県）と喜連川（栃木県）に新設された刑事施設（社会復帰促進センター）において、知的障害や精神障害のある受刑者に対する更生プログラムを導入することとされている。また、広島、高松、大分の各刑務所内に高齢受刑者向けの専用棟を設けることが決定された（朝日新聞2008年1月4日）。なお、大口＝椿・前掲論文註（9）43-44頁参照。
  - (11) 人格障害の問題については、拙稿前掲註（1）645頁以下、拙著「精神医療と犯罪者処遇」（2002年）参照。
  - (12) 拙稿前掲註（1）653-654頁。
  - (13) 同656-657頁。
  - (14) Department of Health, The criteria for detention, in Mental Health Bill Amending the Mental Health Act 1983, 2006.
  - (15) 「座談会 触法精神障害者のアセスメントと治療」臨床精神医学36巻9号（2007年）1051頁以下参照。
  - (16) 全国自治体病院協議会の平成19年度精神保健指定研修会で配布された資料による。
  - (17) 町野朔「医療観察法と精神保健観察一法の意義と課題」犯罪と非行151号（2007年）39頁以下、同「精神障害者の犯罪」ジュリスト1348号（2008年）150頁、前掲・「座談会 触法精神障害者のアセスメントと治療」1053頁以下参照。
  - (18) 斎藤正彦「精神保健法における強制入院制度の諸問題」西山詮編「精神障害者の強制治療」（1994年）42頁。
  - (19) 「精神医療審査会の審査状況」平成17年度衛生行政報告例（厚生労働省統計表データベースシステム）。なお、拙稿「強制システムのこれから」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」（2004年）126頁参照。
  - (20) 内田貴「民法Ⅳ 補訂版 親族・相続」（2004年）283頁以下参照。詳しくは、須永醇「成年後見制度について」法と精神医療17号（2003年）5頁以下、「特集 精神障害と成年後見」実践成年後見21号（2007年）4頁以下、新井誠編「成年後見制度 法の理論と実務」（2006年）など参照。成年後見関係事件の申立件数は、制度開始の1999年度には9007件であったが、6年後の2005年度には21114件へと増加している（最高裁判所「成年後見関係事件の概況」[<http://www.courts.go.jp>]）。しかし、何らかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者が149万人に達すること〔精神保健福祉研究会監修「我が国の精神保健福祉 平成18年度版」133頁〕を考えると、この制度の普及の程度は低いといわざるをえない（鈴木征男「成年後見制度の利用可能性に関する調

- 査」〔第一生命経済研究所（<http://group.dai-ichi-life.co.jp>）〕（2006年）参照。
- (21) 佐藤幹夫「自閉症裁判」（2005年）、同「裁かれた罪 裁けなかった『ころ』」（2007年）参照。
- (22) 拙著・前掲註（11）55頁以下参照。
- (23) 前掲註（20）「我が国の精神保健福祉」825頁。なお、厚生労働省の平成17年度保健・衛生行政業務報告によれば、医療保護入院の届出件数は、1995年は約8万件であったが、2005年には16万件に達している。
- (24) 法務省「犯罪被害者等の方々のための『加害者の処遇状況等に関する通知』」（<http://www.moj.go.jp/KANBOU/hisyo26.html>）。
- (25) 毎日新聞2008年1月5日。なお、山本譲司「獄窓記」（2003年）、同「累犯障害者」（2006年）参照。
- (26) 朝日新聞2004年7月27日、讀賣新聞2004年7月26日。

## 5. おわりに

このように、我が国がイギリスから学ぶべき点は数多く存在しているのであるが、イギリスの法改正は完成したわけではない。上述した「治療概念」だけでなく、被害者の陳述や指定代理人制度など、実務規範に取り扱いを委ねているものが散見される。<sup>(27)</sup>したがって、イギリスの人権擁護団体等も、実務規範制定に際して、その議論に関与することを表明している。我が国の心神喪失者等医療観察法についての対応を見ると、反対の立場を表明した方たちは、廃案を主張していたように見受けられるし、現在の反対運動もその方向を目指しているように思われる。イギリスのように、全体としては、法改正に反対の立場をとるとしても、政府から重要な譲歩を引き出していくという戦術もあってよいのではなかろうか。たしかに、イギリスでも、精神科医の職務権限の一部を他の職種の専門家が担うことには反対があり、そのために精神保健同盟から脱退した団体があったようである。<sup>(28)</sup>また、イギリスの有力紙であるガーディアンは、2007年に公表された「イギリスにおける精神障害に対する態度」<sup>(29)</sup>という大規模な調査研究の結果が芳しくなかったのを受けて、「この9年間に亘る議論はどれだけの貢献をしたのか」と問いかけている。この世界にユートピアなどないの

は自明のことであり、イギリスの動きの中には、我が国にとって到底参考にならないものも散見される。しかしながら、全体としてみれば、やはりイギリスから学ぶものが多々あることも事実である。これから、イギリスの経験は我々に多くのことを教えてくれるであろう。

## 註

- (27) Department of Health, Government response to the report of the Joint Committee on the draft Mental Health Bill 2004, 2005.; The Department of Health's reply to the Parliament's Joint Scrutiny Committee Report on the Draft Mental Health Bill, 2005.; Mental Health Bill How the Government wants to change the law, 2006.
- (28) The Zitto Trust, Mental Health Alliance split, 2007 (<http://www.zitotrust.co.uk/home.html>).
- (29) Department of Health, Attitudes to Mental Illness 2007, 2007 (<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications>)

＊本稿は社会安全研究財団から受けた研究助成の成果の一部である。