

傾向があるのである。もちろん、そのことで攻撃者の行為を大目に見ているのでは決してない。しかしながら、暴行の被害者は、怒りを表現する方法に関係した揺るがない行動特性によって、より攻撃を受けやすくするようである。この推測は、被害者が、非被害者よりも、より激しく、また、より頻繁に、怒りを経験しているという証拠を確認することなく引き出されているのである。被害者が、非被害者よりも、より多くの怒りを報告したとするならば、高められた敵意は、被害に貢献する因子というよりも、被害の結果となりうるのである。しかしながら、そのことがここで問題なのではない。被害者が、非被害者よりも、必ずしもより大きな範囲で怒りを経験しなかったとする限りでは、怒りのより顕著な表現に対するもっともらしい心理学的説明は、彼らが、敵対的傾向を禁じる能力に乏しいというものである。それらの行動は、暴行を促進するという証拠が有力であり、そしてその意味で、被害者は、被害に貢献するのである。

第2の研究では、個人の被害傾向を増大させる可能性のある特定の行動について、その焦点を広げることが企てられている。しかしながら、そこでは、被害を受けている被害者を「責める」意図は全くないことが強調されるべきである。研究の目的は、犯罪の被害受容性を増大させる行動傾向を特定することで、教育的介入が適切に適用されることを可能にすることであった。スパークス(R. F. Sparks)によって検証された、被害者の傾向を表すモデルにおいて主要な5つの因子の検定を行った第2の研究は、身体的暴行、性的暴行、あるいは強盗の被害者となったことがある、知的障害者の標本を用いながら、推し進められている。これらの犯罪はそれぞれ質的に異なるが、これらの犯罪はすべて、結果が生じる前に、犯罪者と被害者との間に、何らかのやり取りを要求するのである。スパークスの研究にみられる5つの因子は、多様な怒りの目録や反社会的傾向の尺度(スパークスによって「被害促進性」と名付けられ、これは第1の研究でも試されている)、常軌を逸した行為や風変わりな癖、受け入れがたい言語習癖(スパークスによって「助長性」と名付けられ、これは対人間の相互作用に依存しない行動である)、年齢や対人能力、とりわけ危険性を特定する能力(「被害受容性」)、より広い地域社会における、監督されていない娯楽の時間の範囲(「機会」)、そして、知的障害者の意思疎通能力に対する介護人の評価(「不処罰性」——犯罪者が逮捕されないという蓋然性を増大させる被害者の態度)という用語によって、操作上の定義がなされたのである。⁵

結果は、標本となった対象者が平均以下の読み書き能力しかないことから生じる困難を減らすために用いられた口頭による面接結果の分析と、意思疎通の能力を判断するために、対象者と親しい間柄にある介護人との面接結果から導き出された。結果は、第1の研究の結果と一致したものであった。IQは、被害者と非被害者とを区別するいくつかの変数とは関係がなかった。被害者は、非被害者よりも、かなり高い敵意の態度を表し、かなり広範囲の状況下において、怒りを感じる人が多いようであった。被害者は、より明白な攻撃や、適応行動尺度の関連事項に精通している介護者によって判断された、より高いレベルの不信感を顕示しているのである。それゆえに、この結果は、潜在的に脅威的な状況における怒りや攻撃の反応は、相互作用や犯罪者による被害者への暴行の結果に貢献しようという考えと関連性を持つことを、確認しているのである。しかしながら、この結果を超えて、スパークスのモデルに見られた、他の因子こそが重要であるとする結果は、ほとんど見いだすことができなかつたのである。少なくとも知的障害者にとって、「被害促進性」、とりわけ、不適当にも「統制されていない怒り」が、重要な因子であったのである。

⁵ Sparks, R. F., "Multiple Victimization: Evidence, Theory and Future Research," *Journal of Criminal Law and Criminology*, Vol.72, 1981, pp.762-778.

6 結論と政策的含意

全体的に見て、以上において紹介した研究は、知的障害者に関しては、IQは、犯罪の被害者となる者を予測する因子としては関連性がないことを示している。少なくともここで紹介した研究の標本内では、身体的暴行が、知的障害者に対して行われた主たる犯罪であり、重要なことには、被害者は、攻撃が自分自身に向けられるかもしれない、反社会的、あるいは不適応行動に、より高いレベルで関与しているということである。ある程度、それらの行動は、他者の注意を引くおそれのある風変わりな態度を内包していたかもしれないが、よりずっと重要なのは、被害者は、潜在的に脅威的な状況に直面したときに、他の者が示さない敵意や攻撃を示したということである。

一般的に言って、これらの敵対的行動は、対人能力の一側面を反映しているようであるが、この段階では、必ずしもその関係性は明らかではない。これは、ある意味で、両者の研究が犯罪の狭い範囲——実際には身体的暴行——に焦点を当てていることによるのかもしれない。それに加えて、第2の研究では、対人能力の評価は、居住場所によって混乱したものとなっている。研究対象者は、2つの施設から集められており、分析結果は、一方の施設からの評価が、他方の施設からの評価よりもずっと高いことを見いだしている。追跡調査の結果によると、前者の集団は、最近、被害の危険性のある状況に対する効果的な対応を訓練する、施設内の「防衛行動ワークショップ」を完了していることが明らかになっている。

それゆえに、この問題に関しての調査が、最近、オリジナルな実施要綱に基づいて、第2施設内において設定されてきた。その目的は、この訓練を完了した者は、完了しない者よりも、より高い対人能力を示すかどうか、そして最も重要なことは、そこでのいくつかの能力の獲得が、より低い被害化率に反映されているかどうかを検証することにあるのである。

ウィルソン他の分析では、被害が生じる場所については何らの重要な関連性を見出していない。本質的には、おそらく、誤った場所で誤った時に存在する個人の事案に関しては、状況の変数は特異なものであるといえる。それにも拘わらず、場所的因子とは関係のないウィルソン他の研究結果は、幾人かの被害者は、暴力的、攻撃的方法で、あるいは反社会的な他の方法によって行動することによって、被害を促進することがあることを明白に示しているのである。もちろん、それらが直ちに特定される限りにおいては、これらの行動形態は、適切な訓練による介入が受け入れられる余地があるのである。そのために、ここで報告されている研究は、かなりの実務的重要性があると判断するにふさわしい将来的な展望があると考えられる。より一般的なレベルでは、これらの結果は、様々な地域社会集団内の異質な被害傾向の説明を試みるときに、犯罪者の行動と同様に被害者の行動に、そしてさらには、それらの間での相互作用にも、目をやることの重要性を強調するのである。犯罪予防に携わる刑事司法の実務家は、被害受容性に貢献するあらゆる範囲の変数の特定に、これまで以上に焦点を当てるべきである。

知的障害者の被害に関する今回の調査は、犯罪は真空状態では生起せず、被害者集団の構成員の行動特性が、犯罪の偏在や犯罪の性質に影響を与えることを明らかにしたのである。ウィルソン＝ブリューアによる先行研究が示してきたように、地域社会における知的障害者と犯罪を行う可能性のある者との相互作用の性質やその頻度を変更する政府の方針や社会政策は、同様の効果をもたらすのである。その上さらに、一般原理としては、犯罪予防に関与した政府は、地域社会における特定の下位集団の被害の受容性を増大させる政策や、立法活動の可能な限りの効果を綿密に考慮することが、絶対に必要なのである。これらの考慮は、非常に重い困難を伴うような変化を要求するものではない。しかしながら、その考慮は、高められた被害受容性を回避し、ごくわずかな人々にの

みその対価を支払わせることによって制度設計をするようなことであってはならないのである。変革のためにより高い対価が支払われていないことを確認することによって、設計されるべき制度を特定するように努めるべきなのである。

7 おわりに

以上において、オーストラリアにおける知的障害者と犯罪被害の関連性について紹介したが、今後、我が国でも、オーストラリアの研究と同じレベルの「知的障害者と犯罪被害の実態に関する研究」が喫緊の課題であるように私には思われる。

私が現在従事している厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）の「罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究（田島班）」においても、1人の研究代表者と私を含めた5人の研究分担者のもと、かなり幅広いテーマを設定し、厚生労働省と法務省との連携のもとに、2006年4月から、本格的に知的障害者の研究を始めたが、私の知る限りにおいて、この研究が、我が国で知的障害者を対象とした初めての総合的な研究ではないかと思われる。そうした意味からは、知的障害者に関する研究は、今、まさに緒に就いたばかりであるともいえよう。オーストラリアの知的障害犯罪者に対する対策については、『戸籍時報』の2008年7月号において紹介し、我が国における知的障害犯罪者の実態調査については、『罪と罰』2007年9月号において紹介しておいた⁶が、これらの論考は、この厚生労働科学研究における研究成果の一部である。将来的には、知的障害犯罪者と知的障害被害者に関する総合研究が望まれるが、そのためには人的・物的裏付けが必須である。政府主導による研究が良いのか悪いのか議論のあるところであるが、多機関連携による知的障害者に関する本格的な研究こそが、今後の刑事政策の重要課題であることは間違いない事実である。関係者の配慮に期待したい。

5 藤本哲也「オーストラリアにおける知的障害犯罪者対策」

1 はじめに

筆者は、平成18年以来、厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）の研究分担者として、「罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究」に従事しているが、筆者に現在与えられている課題は、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ニュージーランド等における知的障害犯罪者に対する施策の文献調査である。

知的障害犯罪者に対する対策は、我が国は言うに及ばず、欧米での実際を見ても、必ずしも有効な対策が講じられているとは言い難いようであるし、関係資料を探し出すことも必ずしも容易ではないが、今回、筆者は幸いにも、オーストラリアにおける精神障害犯罪者の処遇プログラムの中に、知的障害犯罪者の処遇に関する文献を見いだすことができた。予期に反して、オーストラリアにおいても、知的障害犯罪者に関する研究に従事している学者は、その数が極めて少ないようである。以下においては、シドニー大学医療行動科学部准教授のスーザン・ヘイズ（Susan Hayes）の論文「精神障害受刑者：資源の計画作成」（Mentally Disabled Prisoners-Planning Resources）を手がかりとして、オーストラリアにおける知的障害犯罪者の処遇について紹介してみたいと思う。

⁶ 藤本哲也「犯罪学の散歩道（188）知的障害犯罪者に対する対策：オーストラリアの場合」『戸籍時報』629号（2008年）95-102頁。藤本哲也「知的障害犯罪者の実態調査」『罪と罰』44巻4号（2007年）40-47頁。なお、厚生労働省科学研究の分担研究者である山本謙司「累犯障害者」新潮社（2006年）も参照のこと。

2 問題の所在

まず、最初にお断りしておきたいことは、スーザン・ヘイズの論文においては、「精神障害犯罪者」(Mentally Disabled Offenders)という用語は、精神疾患犯罪者(Psychiatrically Disordered Offenders)、知的障害犯罪者(Intellectually Disabled Offenders)、多重人格犯罪者(Dually Diagnosed Offenders)等を網羅するために、意図的に使用されていることに注意しなければならない。オーストラリアにおいても、不適応行動を示す犯罪者は、刑務所内外における教育・居住・職業・レクリエーション施設等に統合する機会が極端に限定されているのである。

多くの場合、精神疾患犯罪者あるいは知的障害犯罪者のいずれか一方には、拘禁刑を科すための主要な決定因子である、反社会的不適応行動の存在が見られるとするのが一般的である。もう1つの主要な決定因子は、適切な量刑の代替策となるような資源が存在しないということである。そしてこのことについては、オーストラリアでは議論の余地はないようである。裁判官は、とりわけ、明白な精神障害を持った犯罪者が刑務所で保護されているが、未だに他の受刑者による加害の標的となっているがために、知的障害犯罪者を積極的に拘禁することを懸念しているのである。その上さらに、保護の段階において、独立した、非犯罪的な生活様式を促進するためのいくつかの関連したプログラムを受ける確率は、ごくわずかのようである。そして、弁護士、介護者、専門家等はすべて、精神に障害を持つ犯罪者を刑務所に拘禁することの不利益を十分に認識しているのである。

問題は、刑務所に拘禁するという最後の決定がなされる前に、すでに始まっているということである。過去40年間にわたり多数の研究が、問題行動や反社会的行動は、知的障害に次いで、最初に施設に収容するときや再収容の決定に際して影響を与える最も重要な因子であるという事実を証明してきている。

様々な研究は、知的障害患者の20%から45%が、問題行動が原因で、地域社会への参加、とりわけ地域社会での生活が制限されていることを見だしている。様々なサービス・プログラムに顕在化している知的障害者の20%から40%は、重大な問題行動を提示しており、5%から13%は、精神病の中でも、多重人格犯罪者が占めている。

それゆえに、矯正局の重要な課題は、もし問題行動のために、知的障害犯罪者のような精神に障害を持つ者が地域社会で生活することができないのであるならば、彼らは、どこで生活をすればいいのかということである。現在のところ、オーストラリアでは、施設収容の選択肢としては、施設として、施設を閉鎖するか、患者数を減らすか、あるいは施設の機能を変化させるかといった具合に、その選択肢はごくわずかのようである。多重人格犯罪者に対して必要なものを供給するために、施設収容の門戸が再び開かれるべきだという積極的な提案はないようであるが、それは、現実に、問題行動に対処するための資源を持った居住施設がほんの少ししか存在しないためであるように思われる。そのことが、「角を矯めて牛を殺す」という結果を招くのであり、精神障害犯罪者を刑務所拘禁へと導く方向へと、向かっていくことにもなるのである。

スーザン・ヘイズの論文は、こうした問題意識からスタートして、犯罪者と地域社会の利益として、有効に利用されるための非拘禁的な量刑の選択肢を可能にするために、精神障害を持った犯罪者に対するサービス配分のモデルを再検討することにあるのである。

3 現行制度の問題点

精神障害を持った受刑者の問題について言及する上で、現行制度には多くの欠点があることをまず指摘しなければならない。第一に、正式事実審理(trial:公判)へと導く過程があまりにも刑罰

的であるために、有罪を宣告された者は、その段階で、義務を履行し、犯罪の償いを強制されているとさえ思う感情があるということである。

第二に、プロベーションやパロールのサービスは、概して、締まりのないだらだらとしたものであるという点である。多くの専門家は、多数の事件を負担し、精神障害を持つ犯罪者を識別し援助するための訓練に欠けているのである。専門的なサービスは、しばしば、犯罪を行う精神障害犯罪者の責任を受諾する気がなく、その上さらに、刑事司法の諸問題を取り扱う上において、特別な訓練がなされていないのである。彼らは、法廷において、精神障害犯罪者に利益をもたらしているというよりも、むしろ損害を与えているのかもしれないのである。

法廷で働く職員は、すべての裁判段階において、精神障害に関する概括的な知識は持っていても、重要な事項については精通していない。知的障害犯罪者を「人間の屑」(dregs of humanity)として扱う刑事法廷での暗黙の了解が、被告人が読み書きができず、言語領域において適切に意思疎通をすることができないという事実、驚く者が誰もいないといったような状況を現出するのである。これらの状況が批判されずに「正常な」ものとして受諾されることを考えると、被告人が専門家の精神鑑定を受けるように勧告されることは、到底ありそうにもないのである。

専門家の鑑定は不適切なものであり、役に立たないものであるかもしれない。精神医学的な調査は、知的、社会的、適応的技術が犯罪者に欠けていることに、わずかな光しかもたらさないのかもしれないのである。内科医もしくは一般開業医による報告は、よりずっと一般的なものとなりやすい。包括的な多分野にわたる鑑定や評価は、標準的であるというよりも、むしろ例外的であると言っ

てよいであろう。しかしながら、最終的な、そして最も蔓延している障害物は、精神障害犯罪者、とりわけ暴力的もしくは極めて危険であるとみなされる犯罪者を受け入れる適切なサービス——居住・教育・職業・対人関係・適応的技術プログラム等——の欠如である。それゆえに、一般的な認識としては、結局のところ、刑務所は責任を免れることができない最後の唯一の住居サービス空間であるという認識に後戻りしてしまうのである。

4 精神障害犯罪者のためのモデルサービス項目

(1) 精神障害があることの証明

現在のところ、オーストラリアでは、犯罪者の精神障害が、警察、弁護士、裁判官、パロール職員、精神障害に関する専門家以外の保健医師 (health professionals)、もしくはその他の関係当事者によって判定されるように保証している何らのサービス・プログラムも存在しない。被告人が自分には精神障害があるということに気付かないことはよくあることであり、また、彼らが、自分には精神障害があるということを認識した場合には、彼らはむしろ精神障害であることを隠し、正常であるかのように見せかけるかもしれないのである。

精神障害があることを認識するためのトレーニングは重要であり、有益な試みである。十分な評価がなされ、問題がないことが見出されることによって、不利益な立場に置かれる者は誰もいないであろうが、しかし、その反対の状況が存在する場合には、結果において、それはあまり好ましい状態とは言えないであろう。

少なくとも、刑事司法職員は、学歴、通学した学校の数、特殊学級もしくはクラス分け、無断欠席等に関する諸問題を含む、精神障害判断の指標のようなものについて調査するように教育されている。見せかけの原因に関する一般的定義付けは、無視される必要がある。犯罪者は、しばしば断

片的な学歴が原因で、読み書きができないものと推察されることがある。あまりにもしばしば、断片的な学歴は、主流となっている教育に対処することができないこと、あるいは適切な教育の場を見いだすための両親や教師による捨て鉢的な試み、もしくはそれと同様に、誰か他の人の「得体の知れない」籠の中に個人を投げ捨てるような自暴自棄な試みを反映していると言うのである。たどたどしい話し方、記憶力の乏しさ、出来事の順序付けができないこと、児童期における施設収容歴もしくは精神病院への入院歴は、刑事司法職員が潜在的指標として注目することのできる要因である。確かに、こうした診断の教育的な効果というものは存在する。たとえば、弁護士が依頼人の精神障害の存在を認識し、専門家の判定を依頼するようになれば、そうした慣行は、後に続く依頼人に、より多く適用されるようになるからである。

(2) 包括的な専門家による評価

知的障害の認定が容易な事案においては、認知的、社会的、適応的技術の欠陥に関する包括的な心理学的評価は、極めて満足のものである。とりわけ多重人格犯罪者に関する他の貴重な関係事項が、精神医学・医療・職業・教育・対人関係・理学療法・財務管理能力の評価から供給されているからである。

(3) 事案の処理

精神障害を持つ犯罪者は、あまりにも容易に、教育・衛生・知的障害・精神医学・プロベーション・パロールと、職業訓練の・社会復帰的サービスとの間隔に落ち込む傾向がある。そのための解決策は、全サービス機関からの代表者を統合するチームでの取り組みであり、代表者の一人が、ケース・マネージャーとして任命されることが必要である。

物理的に結合してチームを形成することは、意思疎通を保証する上で極めて重要である。事案の複雑性や非常に困難な性質のゆえに、事件負担数は、通常の事件負担数よりも少ないことが望ましいことは言うまでもない。

(4) プロベーション

精神障害を持つ犯罪者は、満たすことができないプロベーションあるいはパロールの条件を通じて、たやすく「勝ち目のない、刑務所返り」の状況に置かれることがある。最も簡単な任務、たとえば、プロベーション・パロール局までの公共交通機関を利用すること、予約をするために電話を用いること、時間を告げること、日付を把握すること、運賃を払うこと、職場もしくは障害者のための仕事場から離れる時間帯を交渉すること、長期的な目標に対応すること、アルコール依存症のための自主治療プログラムに参加すること、適切な教育課程に登録すること、否定的な仲間集団の影響から遠ざかること等は、精神障害を持つ犯罪者にとっては克服できない障壁であることが証明されるかもしれない。一度条件に違反すると、量刑の厳格性は極めて大きくなるのである。それゆえに、精神障害犯罪者の日常生活の技量や要求された条件を満たす能力、あるいは適切な支援サービス（例えば外出訓練等）についての評価に着手することが不可欠であると言えよう。

(5) 非犯罪的行動を強化すること

たとえ消極的であったとしても、非合法的活動への誘惑それ自体は、注意を喚起する強力な強化因子である。それほど強化的でないものとしては、単調さ、時間を費やすこと、暇なときに短時間

訪問すること、役に立たないサービス等がある。

しかしながら、ペンシルベニア州のランカスター・カウンティ知的障害犯罪者プログラムでは、社会的・適応的技術の改善が成し遂げられた場合には、次に、「仕事のない時間帯に何をしているのか」について報告する、新たな手法を組み込み、地域社会内量刑を遵守する強力な積極的強化策を構築しているのである。

(6) 地域社会セキュリティ・ユニット

イギリスにおける1975年のバトラー報告書 (Butler Report) は、精神障害を持つ犯罪者のためのセキュリティ・ユニットと、地域社会の国民健康保険事務局 (health authorities) と刑務所医療サービスとの共同的な司法精神医学サービスの設立を推奨している。こうした考え方、もしくはそれとよく似たものが、ニュージーランドやカナダを含む多くの国で用いられているようである。

地域社会セキュリティ・ユニットは、通常、矯正サービスというよりもむしろ医療サービス機関によって運営されており、それゆえに、介護職員は雇われていない。暴力的で危険な患者は、医療・看護職員によって取り扱われている。つまり、医療モデルが展開される傾向があるのである。患者は、未決拘禁者か既決囚、あるいは非犯罪者である。人権に関する重要な問題が、入院許可、評価、釈放、刑務所への移送等のメカニズムをめぐって堂々巡りをしているようである。

知的障害を持つ犯罪者のための地域社会セキュリティ・ユニットに存在する主たる倫理的問題は、医療、とりわけ精神医学的モデルは、不適切な処遇であり、抑制的な環境となっているとするものである。仮に知的障害もしくは多重人格を持つ犯罪者が、刑務所に収容されないのであれば、必ず医療・看護職員が必要であるということまでは言えないのかもしれないが、知的障害の領域での訓練された専門職員が付いており、また、日常生活的技術、意思の疎通、対人関係、性的理念、財務管理能力、職業訓練、対処技術、薬物・アルコール依存の領域での適切な社会復帰プログラムを提供する、地域社会セキュリティ・ユニットでなくてはならないのである。しかしながら、こうした考えは、決して新しいものではない。リッチモンド報告書 (Richmond Report) は、以下のように述べている。

「限局された場所での介入に敏感でない、深刻な、かつ外見上処遇困難な行動障害を表す発達障害を持つ者については、専門的な行動管理サービスが、小さな特別目的ユニットにおける地域社会を横断した形で利用可能となるであろう」と。

実際に、1988年、ニューサウスウェールズ州において、そのようなユニットについての提案が、知的障害者センターの職員によって主張された。提案では、知的障害者集団に対するサービス配置の欠如の根拠として、以下のようなものがあることを述べている。

- ① 分離した部門別の責任が混在していること。
- ② サービス配置機関の各部局間の分裂と保護主義的傾向。
- ③ 直接的な介護提供者からもたらされる専門的技術の複雑性とそれらからの孤立、または、そのような専門的技術へのアクセスの欠如。
- ④ 少数者集団の下位集団 (知的障害犯罪者と行動に問題を持つ者) については、サービス配置の方向性が、治療よりもむしろ保護へと向かっていること。

現在までに明らかにされた限りでは、提案に関して何らの行動も取られていないようである。知的障害もしくは多重人格の犯罪者のための地域社会セキュリティ・ユニットの重要な特徴は、集中

的な保護監督から、支援されていない生活や地域社会への最終的な統合のための機会に関する保護監督までの、監督の段階的レベルの設定である。

(7) 矯正の連続体

地域社会セキュリティ・ユニットは、裁判所に、地域社会が暴力的犯罪者や危険な犯罪者から守られていると思わせる一方で、精神障害を持つ犯罪者に適切な抑制とプログラムを提供するという、二つの目的に奉仕するのである。しかしながら、自分自身や他者にとって脅威とはならないが、集中的プログラムや保護監督を必要とする犯罪者に対する、あまり保安的・制限的でない環境を除いては、適切に専門職員が配置される必要性は未だ存在するのである。

地域社会での居住地を見出し、放火、性犯罪、暴行で起訴された犯罪者に適切なプログラムに参加することを試みている幾人かの専門家は、たとえその個人が暴力的ではなくもしくは危険ではないとしても、政府あるいは非政府機関の施設に生活の場を獲得することは事実上不可能であることを認識している。仮にプロベーションやパロールがそのような状況下で命じられる可能性があるとするならば、結局は、遵守事項の不履行によって、犯罪者は最終的に刑務所に行くことになるかもしれないのである。

どの政府部門も、この範疇の犯罪者に適切な資源を供給する責任を進んで受諾しているようには思われぬ。官僚は、「この類の者は刑務所にいるべきではない」と陳腐な決まり文句を言うけれども、財政欠如に関するこれまでの議論とそれに関連する必然的な惰性が、何らの行動も取らないことを意味しているのである。

明らかに最も費用のかかる選択肢は刑務所拘禁であることを考えれば、「財政欠如」に関する議論は、精神障害を持つ犯罪者を取り扱う上での問題解決の無策さそのものを反映しているともいえる。1988年のグライナー自由党政権によるニューサウスウェールズ州矯正局委員会の廃止前に、当該委員会は、精神障害を持つ犯罪者に対する責任を受諾し、それほど制限的でないが、適切に保安に配慮し、地域社会内の居住環境を保護監督するに適切な資源や施設を供給する政策を樹立していたのである。矯正サービスの費用削減は、これら精神障害犯罪者を最大限の保安と制限的な保護環境でもって抑制することによってではなく、精神障害犯罪者が非犯罪的な生活を送ることができるように技術、資源、支援でもって開かれた地域社会へ復帰させるという視点を通じてのみ実現されるのである。

地域社会において精神障害を持つ犯罪者に使用することが可能ないくつかの特殊な技術としては、以下のようなものがある。

- ① 犯罪の一因となる行動を変えるため、家族を支援するための行動に関する家族との契約。
- ② プロベーションの条件、職業技術、問題解決、自己主張訓練、仲間による圧力に耐えること、薬物・アルコールカウンセリング、教育技術との協同を含む、社会的技術訓練。
- ③ プロベーションとパロールにおける行動上の契約：「善行」として一般的に述べられているものよりも、特別の期待された行動や避けられるべき行動。
- ④ 学校やそれ以外の教育的制度におけるプログラムの実施。
- ⑤ 認知の再構成、セルフ・コントロール訓練、嫌悪療法の強制、対処技術、問題解決を含む特別な行動療法。
- ⑥ 職業的技術訓練、がそれである。

5 おわりに

「精神障害を持つ犯罪者を刑務所に収容しないことは、最も説得力のある議論である政府の費用便益からの観点と、個人と地域社会に対する人道主義的目的との間の、やりがいのある目標であるといえる。地域社会が、その障害ゆえに精神障害者を『懲らしめる』範囲は、それと同時に、資源、治療、適切な処遇の代替策を供給することを考えなければならないのであるが、それはまた、幾人かの、いやむしろすべての少数者集団が、社会の主流から疎外化されていることを意味するのである。何らかのパロメーターによって、オーストラリアでは現在、『私たちと彼らを区別する』精神状態が蔓延している」とスーザン・ヘイズは警告している。

そしてまた、「精神障害を持つ犯罪者の不適切な拘禁を防止するためには2つの鍵となる要素がある」とスーザン・ヘイズは言う。一つ目は、適切な量刑の代替策の整備に向けた人道主義的、倫理的政策の存在であり、二つ目は、ランカスター・カウンティプロジェクトのようなプログラムが存在しうるように、政府部門内あるいは政府部門間の協力的かつ問題解決的な取り組みの実施である。

「先見の明のない政治家や専門家は、現在の施設収容、「精神衛生産業」のプログラム、司法の『ゲット・タフ』プログラムを維持するように振る舞っている。それと同時に、長期的には利益が見込まれるようなより広い地域社会プログラムに対しては、予算が削減されている」と、スーザン・ヘイズは指摘するのである。

そうだとするならば、最後に残る問題は、「知的障害犯罪者の行動を変えるためには、知的障害者の行動を変えるのではなく、我々一般人の行動をどう変えるべきか」ということになりそうである。

翻って、我が国の知的障害犯罪者に対する処遇を見ると、新しい四つのPFI刑務所において、特化ユニットを創設し、新しい処遇プログラムを用いての処遇が開始されたところである。今後、どのように発展していくか、その成り行きに注目したいと思っているが、我々の厚生労働省と法務省の共同研究班は、つい最近において、矯正施設、更生保護施設と福祉サービス事業等をつなぐ架け橋として、都道府県単位での「地域社会生活支援センター（仮称）」の創設を提言し、その中央組織として、平成20年4月16日、社会福祉法人南高愛隣会の東京事業本部として「中央社会生活支援センター」を設立した。知的障害犯罪者の相談支援事業、コーディネート事業、更生保護事業、社会福祉事業等を展開する予定である。我が国の知的障害犯罪者に対する施設内処遇と社会内生活支援とを連動させるシステムが、今まさに動き始めたのである。

参考文献

- ・ Hayes, S., "Mentally Disabled Prisoners Planning Resources," Mckillop, S. (Ed.), *Keeping People Out Of Prison*, Conference Proceeding Series, 1991, pp.265-271.

6 綿貫由実子「ニュージーランドにおける罪を犯した知的障害者処遇の動向」

はじめに

ニュージーランドは、人口400万人程度の南太平洋の小さな島国であり、まるで「オーストラリアの付録」のような扱いをされることも少なくない国である。しかし我々がこの国に注目する理由は、ニュージーランドは、まさにその小ささを生かして、これまでも数多くの革新的な取り組み

を、世界に先駆けて行ってきたことにある。例えば、女性参政権、犯罪被害者等に対する補償制度、そして近年、わが国の刑事法の分野で注目を集めた「修復的司法」などの刑事司法制度を挙げることができよう。何よりも、小国だからこぞできる「必要なことはやってみよう。ダメならまたもとに戻せばいい」という柔軟な発想が画期的な取り組みを可能にし、成果が挙げればニュージーランド国内のみならず、その成果を注視していた諸外国において、各国の国情に合わせて広がっていくというきっかけを生み出してきた国なのである。

ニュージーランドはまた、障害者政策についても革新的な取り組みを行う国として有名である。1980年の国際障害者年に掲げられた「完全参加と平等」の理念は、我が国では今なお何かと困難に直面することが少なくないようである。しかしニュージーランドは、2001年に「ニュージーランド障害者政策～画期的な社会変革 WHAKANUI ORANGA～ (New Zealand Disability Strategy: Making A World Difference WHAKANUI ORANGA)」を公表し、「障害 (disability) を個人が有する機能障害 (impairments) ではなく、機能障害を有している人々を考慮しない社会が作りあげる障壁 (barriers) とそのプロセスに起因するとし、無知や偏見を含むそれらの障壁を取り除き、障害者の完全参加が図られる社会の形成を成し得るため15の目標を設定している」¹というのである。

もちろん今後の成り行きを見ずにその成果を即断することはできないが、ニュージーランドでは、これまでも障害者のライフステージに着目し、各省庁・地方自治体・NGO・NPO・コミュニティ等が連携しながら、障害者がコミュニティに住む権利の実現に向けた様々な取り組みが行われてきたという。それは、罪を犯した精神障害者の場合も同様であり、我が国では議論の多い保安処分や強制入院等の様々な強制措置を必要に応じて使用する一方で、「日本の常識では閉鎖病棟での治療が必要と思われるような重症の精神症状があっても、地域生活を可能にするために、積極的地域内治療 (Assertive Community Treatment : ACT) が行われている」²という。しかも、この一連の治療や処遇の状況について、かつて強制入院等を経験したことのある元患者がモニターに参加するなど、「精神障害者」自身の声を、サービスに反映する仕組みも行われているというのである。

本研究が対象とする「罪を犯した知的障害者処遇」も、かつてはこのような精神障害者処遇の中に含まれるものであった。しかし、「知的障害者に関する強制的なケア及びリハビリテーションに関する2003年法 (以下、「知的障害者法」と略称する) (Intellectual Disability (Compulsory Care and Rehabilitation) Act 2003)」³の成立によって、知的障害者処遇は精神障害者とは独立したものととして扱われるようになったのである。

これについて、ニュージーランドで最も知名度の高い新聞といわれる『ドミニオン・ポスト』が、「知的障害者が刑務所から追い出された (Mentally disabled to be diverted from prison)」と報道したのは2004年3月30日⁴のことであった。その記事は、法制度の変更に伴い、刑務所に収容されていた多数の知的障害受刑者 (Dozens of intellectually disabled offenders) が、病院やコミュニティ・ケア・ホームに移送されたことを伝えるとともに、これまで、刑務所か重症の精神障害者とともに精神病院に収容されてきた「罪を犯した知的障害者たちに、適切なケアを提供することが同法の目的

¹ 早坂聡久「解説 ニュージーランド障害者政策～画期的な社会変革 WHAKANUI ORANGA～」『月刊福祉』第85巻1号 (2002年) 107頁。

² 植田俊幸「ニュージーランドにおける地域を基盤とした精神保健サービス」『精神医学』46巻7号 (2004年) 744頁。

³ 紙幅の都合もあり、本法の内容についての紹介は割愛せざるを得なかったが、下記のアドレスから本法のガイドを参照することができることを、ここに紹介しておく。http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/47B3BFB016FE6B8CC256F08000EC36F5/5File/5dcccguidelines-intellectualdisability.pdf

⁴ The Dominion Post (Wellington, New Zealand) March 30, 2004, Tuesday, Pg.4 http://www.lexisnexis.com/us/Inacademid/delivery (平成19年11月確認)。

である」と伝えているのである。

しかし、リハビリテーションや新しいスキルを学ぶことの重要性が強調される一方で、彼らが収容されるのは重警備の病院かコミュニティ・ケア・ホームであり、社会復帰後も保護監督が予定されていることを考え合わせれば、「保安処分の上に成立した社会復帰」の姿が容易に想像できるだろう。だが、ニュージーランドの制度の特長は、あくまでも障害者の社会復帰を第一に考えることであり、たとえ「強制入院させる必要があると判断された危険な状態にある精神障害者」であったとしても、その最終目標は地域社会への移行であり、彼らを再び地域で自立した生活が送れるようにするためにはどのような支援をしていけばいいのかを、常に考えていくことにあるというのである。

人口400万人程度のニュージーランドだからこそ、長期間にわたる拘禁を目的とした処遇を行うことは、国家財政上の問題とともに、人的資源の確保の面で限界があったという推測もできるかもしれない。しかし、ニュージーランドには、人的資源が乏しいからこそ国民一人一人がボランティアとして参加することを通して、行政の足りない部分を互いに補い合うという伝統があり、この伝統の上にNGO・NPOが活発に機能してきたのである。ニュージーランドは、複雑な多民族国家でありながら、「強固なコミュニティを持つ先進的な社会福祉国家」と評価されてきたのはあくまでもその結果に過ぎないということ忘れてはならないだろう。それは知的障害者政策の面でも同様であり、NGO・NPO等の活動の成果が、ニュージーランドの知的障害者政策を発展させる原動力となってきたことは、わが国でもすでに紹介されたことである。⁵

このように、ニュージーランドとわが国との間には法制度のみならず社会背景の面でも隔絶したものがあつた、また本研究が対象とする「罪を犯した知的障害者処遇」については、知的障害者法成立後5年程度であることを鑑みれば、検証と評価が出るにはもう少し時間がかかることと思われる。そこで本稿では「罪を犯した知的障害者」を注視しつつ、ニュージーランドの社会的な背景をも加味しながら、「ニュージーランドの知的障害者処遇」の全体像を紹介することに主眼を置きたいと考えている。まず、「1 ニュージーランドの概要」では、同国の社会背景やNPOの活動について、「2 ニュージーランドの精神障害者処遇の推移と司法精神医療の現状」は、同法制定まで、知的障害者は精神障害者の一類型として扱われてきたことに鑑み、同国における「精神障害者政策」の発展と、罪を犯した精神障害者を処遇する「司法精神医療」の現状について紹介する。そして、「3 知的障害者法制定後のニュージーランドの知的障害者処遇」を概観した後に、「おわりに」において若干の考察を試みたいと思う。

1 ニュージーランドの概要

(1) ニュージーランドの一般事情

わが国の外務省のホームページによれば、ニュージーランドは、わが国の約4分の3の国土と約423万人の人口（2007年6月末現在）を有する、畜産を中心とした農業国で、最近ではバイオテクノロジーや映画製作等にも力を入れていると紹介すると同時に、「民族」の項目では、「アングロサクソン系及び先住民マオリ系」と説明している。⁶

しかし2006年に実施されたニュージーランドの国勢調査⁷を見ると、自らのエスニックを、①ニュージーランド在住のヨーロッパ人（New Zealand European 2,381,076人）、②マオリ人（Maori

⁵ 八巻正治「ニュージーランドの権利擁護団体の活動」『月刊福祉』82巻10号（1999年）72～77頁、他。

⁶ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/nz/data.html>（平成20年11月確認）

565,329人)、③ニュージーランド人(New Zealander 429,429人)⁸と認識する者が多いと同時に、自らを「複数のエスニックに属する者」と認識している者も少なくないことがわかる。このようにニュージーランドは、400万人の国民一人一人が、多様なアイデンティティを有する多民族・多文化社会であることがわかるだろう。

翻って、矯正施設内に収容されている成人被収容者をエスニック別に分類すると、ニュージーランドの総人口の約15%を占めるマオリ系が被収容者の約半分を、そして総人口の約5%を占める太平洋諸島系(Pacific Islander)が、被収容者の約4分の1を占めている。しかも、このような状態が恒常的に続いていることもあり、矯正施設内のみならず、刑事司法や社会政策などの様々な場面において、両エスニックの文化的背景に配慮した処遇を行うことが、法律で規定されるようになった。また、エスニック別の精神疾患有病率等は不明ながら、特にマオリ系は、その他のエスニックと比べて精神科救急の利用率や入院率が非常に高いという特徴を示していることもあり、精神科医療の分野でも、彼らが有する独自の文化的な背景を重視した「専門クリニック」⁹を設置する等の配慮がなされているということである。

(2) ニュージーランドにおける NGO・NPO¹⁰とコミュニティの動向

駐日ニュージーランド大使の言葉を借りれば、「ニュージーランドは、いわば、横浜市が外交権と軍隊を持っているようなものであり」、「第二次産業の誘致を考えた時代もあったが、人口が少ないために多数の工場労働者を必要とする第二次産業の発展は難しいと判断せざるを得なかった」¹¹ 国であるという。しかしこの人口の少なさが、ニュージーランド行政の足りない部分を国民一人一人が寄付¹²やボランティア活動に参加することを通して、自分たちの手で補い合うことを当然と考える伝統を生み、いわば、「社会に参加することで社会を変える(提言する)権利としてのボランティア」ともいえる活発な活動を行ってきた結果、「強固なコミュニティ」を生み出すと同時に、「国とボランティア・セクターとソーシャル・サービスの三者の協働が、ニュージーランドの発展を支えてきた」と自負する国になったという見解¹³もあるのである。

これは精神医療の分野でも同様であり、全国21地区の保健機構(District Health Board: DHB)の下で、①プライマリ・ケアを担当する一般家庭医、②危機介入や早期治療を含めた二次・三次ケアを担当する専門医療サービス、③生活支援を担当する NGO が活動し、DHB はこれらに対して支払いを行っているという。特に、NGO は、地域の特性に応じた様々な活動を行っており、例えば、ニュージーランド最大の都市であるオークランド市近郊に位置するマヌカウ市の「マヌカウ地区保

⁷ <http://www.stats.govt.nz/NR/rdonlyres/EA0F8124-619C-47B3-ADB7-CBB28F44AE85/0/ProfileofNewZealanderCensus2006.pdf> (平成20年11月確認)

⁸ だが、「ニュージーランド人」と答えた者の中にも、自らのアイデンティティを「ニュージーランド人であり複数のアイデンティティを有する者」と自認する者がいることを考えると、わが国とはかなり様相を異にした社会であるということができよう。

⁹ 「マオリ系の専門クリニック」は全国の司法精神医療機関6施設中4施設に設置されているというが、その他にも、各施設が担当する地域の事情に応じて、問題性を有する特定のエスニック(太平洋諸島系や、その地域に古くから先住していた特定のマオリ系先住部族等)の文化的背景に配慮した「専門部署」を設置するケースもあるようである。

¹⁰ 厳密に言えば、ニュージーランドでは NPI (Non Profit Institution) と表記するらしいが、わが国の NPO とはほぼ同様の実態を有すると考えられているため、邦語文献は NPO と表記することが多いようである。本稿もこれに従い、NPO で統一することとした。

¹¹ イアン・ケネディ「ニュージーランドと日本：二国間のさらなる関係強化に向けて」『第15回日本ニュージーランド学会』(平成20年6月23日)における講演より引用。

¹² ニュージーランドでは、寄付に伴う税金の控除は5NZドル(300円程度)から受け取る旨の掲示が銀行に張り出されるなど、寄付しやすい環境も整えられているようである。

¹³ 以上の引用は、シンポジウム：ロブ・レイキン＝コリーン・レイキン＝武田真理子「ニュージーランドにおける公的部門・ボランティア部門の役割と位置」『第15回日本ニュージーランド学会』(平成20年6月23日)における講演より引用。

健機構 (Counties-Manukau DHB) が管轄する NGO には、「気軽に利用できるデイサービス」、「居住サービス運営」、「包括的支援チーム」、「職業開発サービス」、「二重診断・知的障害合併者へのサービス」、「タイノイ族 (マオリ人の一部族) への保護サービス」、太平洋諸島系や難民へのサービス、その他、様々な活動を行う団体が含まれている。DHB は、これらの活動に対して予算の配分を行うと同時に、サービス評価部門や人材開発部門を直轄し、サービス利用者の評価が DHB 管理者に直接届くシステムを持つ DHB もあるということである。¹⁴

知的障害者処遇に関する上記のようなシステムについては、筆者の力が及ばず具体的に紹介することができなかったが、かつて知的障害者処遇が精神障害者処遇の一部であったことや、知的障害者法の制定目的等を鑑みれば、罪を犯した知的障害者に対しても、地域生活支援に向けた様々なケアやサービスが登場していることだろうと思われる。そこで、ニュージーランドの知的障害者処遇の向上に大きな役割を果たしてきたといわれる、IHC の活動について、紹介していきたい。

(3) IHC

IHC とは、ニュージーランド最大の、知的障害者とその家族のためのサービス提供団体であり、「すべての知的障害者の権利・インクルージョン・福祉を擁護し、地域社会の中で満足した生活を送ることができるよう支援する」ことを目的としている。1949年に「知的障害児の親の会 (the Intellectually Handicapped Children's Parent's Association)」として設立された当初から、地域社会に、すべての知的障害者のインクルージョンを求めて活動してきた団体である。現在その活動は、①知的障害者の権利擁護、②家庭生活や支援付き就労 (Supported Employment)、③家族支援などに関わる様々なサービスに留まらず、多数の専門サービスの提供も行っているという。¹⁵

その活動は先進的で、大規模収容施設による知的障害者処遇が主流の時代に、地域社会内でのグループホームでの生活を目指し、1955年に、ショート・ステイ・ホームを寄付金ベースで開設した。1959年に大規模収容施設の弊害が明らかになると、様々なサービスを提供するため、政府から団体に資金提供が行われるようになるが、政府の方針は変わらず、大規模施設はその後建設が続いた。同団体は、その後もコミュニティ・ベースのサービスを続けるが、1975年に団体名を IHC (the New Zealand Society for the Intellectually Handicapped) に、そして1994年に IHC New Zealand Inc と改称し、現在に至っている。

1980年代には公立学校に通学する権利を求め、1989年の法改正で認められることとなる。そして2006年、知的障害者に対する最後の大規模施設が廃止されたことなどを、同会の活動報告としてホームページに掲載している。¹⁶

このような活動は、IHC に対する信頼を増すこととなり、例えば、ニュージーランド保健省が2001年に実施した、知的障害者の生活実態等に関する調査の際に使用した知的障害の基準¹⁷の中でも、主要支援団体の筆頭に挙げられていたことからわかるだろう。

¹⁴ 植田・前掲論文・742頁以下。なお、同論文によれば、DHB から NGO への支払いは精神保健に関する予算全体の3割を占めているという。

¹⁵ 具体的な活動内容については、八巻正治『羊の国で学んだこと』学苑社 (1995年) 148-179頁などをご参照いただきたい。

¹⁶ <http://www.ihc.org.nz> (2009年1月確認)。

¹⁷ 本調査は、知的障害を有する成人と子どもの生活状況・仕事・教育・必要性・保健サービスの利用状況等に関する調査結果をまとめたものであり、成人を、①年齢が15歳以上で、②IHC やピープル・ファーストなどの団体の支援を必要としているか、③知的障害のために「特別学校 (special school)」や「特殊教育 (special education)」に参加したことがあるかどうか、子どもを、①年齢が0歳-14歳で、②何らかの知的障害、ハンディキャップ、発達遅滞があるかどうかで規定した。その結果、家庭で暮らす成人の約1%、子供どもの約2%に知的障害があるなどの結果が出たという。(Ministry of Health, *Living with Intellectual Disability in New Zealand*, Ministry of Health: Wellington, 2005.)

(4) 小 括

人口400万人程度の小国ながら、毎年多数の移民を受け入れると同時に送り出すという柔軟な国境を持つ「グローバル国家」¹⁸であり、様々なエスニック・アイデンティティを有する人々が共生する多民族・多文化社会であることはすでに見てきた通りである。それにもかかわらず、「強固なコミュニティと活発なNPOの活動によって支えられた福祉国家」といわれるニュージーランドだからこそ、本研究のテーマでもある「罪を犯した知的障害者」を刑事司法制度から除外し、病院やコミュニティ・ケア・ホーム等で処遇しながら、地域社会で自立した生活が送れるように支援していくことが、刑務所で受刑させるよりも適切な処遇なのではないかと模索し、実現することができたのであろう。

もちろん、すべての制度に長所と短所があるように、ニュージーランドの制度がすべて良いはずもなければ、わが国の参考になることばかりであるはずもない。しかし少なくとも、明らかにわが国よりも人的・財政的資源の面で劣る国であるにもかかわらず、作り上げてきた制度である。特に近年、コミュニティの力が弱くなってきたと指摘されるわが国だけに、彼らが今後どのような成果を挙げていくのかについて注視していく価値はあるのではないだろうか。そのためにも、「国とボランティア・セクターとソーシャル・サービスの三者の協働が、ニュージーランドの発展を支えてきた」と自負する国の、知的障害者政策の基盤である社会状況をまず踏まえておく必要があるのではないかと思ひ、ここに紹介させていただいた次第である。

2 ニュージーランドの精神障害者処遇の推移と司法精神医療の現状¹⁹

(1) ニュージーランドの精神障害者処遇の推移

知的障害者法が制定されるまで、ニュージーランドでも、知的障害者は精神障害者の一類型として扱われてきた。1990年代以降、特に、「精神保健に関する強制的なアセスメント及び処遇に関する1992年法(以下、「精神保健法」と略称する)」(Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992)の制定後、精神障害者に対する処遇が発展すればするほど、「治療」が重要なポイントとなる精神障害者の枠内に、治療行為では解決しない知的障害者を含めておくことが果たして妥当なのかどうかなどといった疑問が発生したことが、知的障害者法制定につながっていったという見解²⁰もある。そこで、知的障害者法制定に至るまでの推移を知るためにも、ニュージーランドの精神障害者政策の推移を簡単に見ていきたいと思う。

1960年代のニュージーランドは、6つの国立の大規模な精神病院が人口1万人あたり30床程度の精神科病棟を有していたが、諸外国と同様に1970年代²¹から、病院の閉鎖や脱施設化が始まり、地域生活が重視されるようになっていった。だが、十分な予算が確保されなかったために多くの当事

¹⁸ その後、法改正により永住権取得もずいぶん厳しくなったといわれるが、参照文献現在では、国会議員の被選挙権には国籍取得が必要だが、永住権を取得しさえすれば、国政選挙の選挙権も取得することができるなどの、かなり緩やかな移民政策が採られていた。その結果、多数の移民が流入することとなったのである(ポール・スプリング「ニュージーランドにおけるシティズンシップ」『NIRA政策研究』15巻1号(2002年)36頁)。

¹⁹ 2の内容は、佐賀大一郎「ニュージーランドにおける司法精神医療と地域支援の実態」『更生保護と犯罪予防』149号(2008年2月)127～140頁、および、横田・前掲論文に依拠したものであることを、ここにお断りしておく。

²⁰ この点についての明確な論証は把握しきれていないが、知的障害者を矯正施設内で処遇することについては早くから様々な問題提起がなされ、1997年に実施された、「ニュージーランドの刑務所における知的障害受刑者調査」も、この路線の上で行われたものである。(Bradford, Sharon, *Intellectual Disability Among New Zealand Prison Inmates: A Study of the Prevalence of Intellectual Disability among Inmates in New Zealand Prisons in 1997*, Department of Correction: Wellington, 1997)

²¹ ニュージーランドにとって1970年代とは、オイル・ショックとイギリスのEC加盟によって、突然イギリスからの自立を求められた時代であり、ニュージーランド経済は、その後1990年代に至るまで、非常に困難な時代が続いていたということにも、注意を払う必要があるだろう。

者・家族・介護者に過大な負担がかかり、1980年代後半に非政府組織による精神障害者支援活動が活発になってからも、地域サービスは不十分なままという状態が続いていた。

1988年に、司法精神医療の見直しが発端となって提出されたメイソン・レポートにより、精神保健システム全体を見直す必要性が提示された結果、1992年の精神保健法の制定へと結実したのである。同法は、「強制的治療に関する指針を示し、精神障害自体と犯罪や宗教等の問題を切り離して対応し、精神障害者の権利を守ることを明示した」²²法律であると同時に、罪を犯した精神障害者のケアや処遇を実施する上での根拠法となったことから、その後、政府は積極的に精神保健サービスの開発に向けて取り組むことになるのである。

そして1996年、メイソンは再びレポートを提出し、精神保健サービスに対する当事者の参画を促進し、当事者の視点からシステムを継続的にモニターする必要性と、精神保健への費用確保の必要性を指摘した。これを受けて政府は、当事者の権利擁護と精神保健の地域資源の増加に取り組み、以後、地域サービスが急速に発展することとなる。そして、「現在では精神科病床は1万人あたり2.8床に減少し、数千人が地域内で居住サービスを受けている」²³ということである。

(2) ニュージーランドの精神保健システム²⁴

ニュージーランドの精神保健システムは保健大臣 (Minister of Health, Minister of Food Safety) が管轄し、保健大臣の下に①保健省 (Ministry of Health: 政策を策定)、②全国21地区の「地区保健機構」 (District Health Board: 医療・福祉サービスに予算を配分)、③精神保健委員会 (Mental Health Commission: 1998年創設の保健大臣直轄の委員会で、当事者を含む3人の委員が保健省と保健機構のモニターを行う) 組織が配置されている。

地区保健機構は、①プライマリ・ケアを担当する一般家庭医 (General Practitioner)、②危機介入や早期治療を含めた二次・三次ケアを担当する専門医療サービス、③生活支援を担当する NGO²⁵ に対して支払いを行うと同時に、直轄機関としてサービス評価や人材開発を行っている。なお、「強制入院は自傷・他害がある場合に限定されており、いわゆる触法者は一般の病棟ではなく、全国で120床ある法的措置病床に入院している」ものの、その一方で、「日本の常識では閉鎖病棟での治療が必要と思われるような重症の精神症状があっても、地域生活を可能にするために、積極的地域内治療 (Assertive Community Treatment) が行われている」²⁶といわれる。

以上のような組織の上に成り立つニュージーランドの精神保健システムの特徴として注目すべきは、様々な部署にスタッフとして「当事者」が参加していることであり、当事者自身がサービスの計画や実施へ積極的に参画すると同時に、様々なレベルで行われているサービスに対する監視と評価についても「当事者の声」が反映される工夫がなされていることである。本節が参照した植田論文もこの点を、現在世界が目にするニュージーランド精神保健システム発展の原動力として評価するとともに、「ここに重点を置くことができれば、日本の精神保健システムも大きく発展する可能性を持っていると感じられた。精神障害を持った当事者の力を信じ協働してシステム全体を發展させていく能力が、私たち専門家に求められる時がやってきたといえる」²⁷と述べているのである。

²² 植田・前掲論文・741頁。

²³ 植田・前掲論文・742頁。

²⁴ 本節の内容は、植田・前掲論文に依拠したものである。

²⁵ 精神障害者の地域生活を支え、居住施設運営や訪問サービス、最低賃金ながら農場での仕事の提供 (わが国の福祉工場のようなもの)、デイ・サービス、芸術活動等の多様な生活支援を行うのが NGO であり、管理者やスタッフとして参加している当事者もいる。

²⁶ 植田・前掲論文・744頁。

²⁷ 植田・前掲論文・748頁。

(3) ニュージーランドの司法精神医療²⁸

閉鎖された国立病院の後継として、全国6か所に司法精神医療機関が設立されたのは1990年代のことである。当時は、一般精神保健の地域サポート体制が整備され始めた頃であったが、司法精神医療の対象となる患者に対するサポートシステムは脆弱なままであり、司法精神医療機関からの退院患者の処遇を巡る公共精神保健サービス・保健省・司法省間の責任分担や役割が明確になったのも、2001年になってからのことであった。

司法精神医療の対象となるルートは2つあり、①裁判所において、判事及び医療の必要性を判定する医師によって医療の必要性が認められた場合と、②刑務所において、医療の必要性があると判定を受けた場合である。入院期間の設定はなく、あくまでも本人の病状に応じた治療が行われるが、判事と医師による6か月毎の審査があり、状態に応じた治療命令が裁判所から出されることになる。

なお司法の関与は入院中までとなるため、退院後、刑務所から入院してきた患者は再び刑務所に戻されるが、それ以外の患者はNGOが運営するSupported Accommodation（司法精神医療専門ケア付中間施設）に入所し、数年間にわたって、服薬・金銭管理等の訓練を受けた後、独立して生活する。そして、司法精神医療機関所属の司法精神医療コミュニティチーム（Forensic community team）²⁹が、（一般成人）公共精神保健サービスに移行できる状態になるまで、無期限に地域生活をサポートしていくこととなるのである。

本節が参照した佐賀論文は、2007年2月に司法精神医療と地域生活支援等を参観した結果、「2001年以降対象者の重大再犯行為がなく、市民や対象者自身も安心して、安全に暮らせる環境が整備されている状況が分かり、その取組について、学ぶべき点も多くあったと感じる。」「充実した予算と人員はうらやましくも感じるが、制度の充実だけではなく、施設の充実や施設職員の意識の高さにも感銘を受けた。」ことも報告している³¹。

3 知的障害者法制定後のニュージーランドの知的障害者処遇

(1) 知的障害の定義

わが国で一般に説明される「知的障害」とは、①I Q70以下、②適応行動の水準が年齢の基準より明らかに低い、③発達期（18歳未満）に生じる、という3項目を満たす場合に診断され、成人の有病率は約1%で、障害の程度別の構成比は、①軽度（I Q50～70）が85%、②中度（I Q35～49）が10%、③重度（I Q20～34）が3～4%、④最重度（I Q20未満）が1～2%を占めるとされる。また、軽度及び中度の一部の人々は「作業能力がよく獲得されていると、就労できる人が少なくない」といわれるが、その一方で、「境界知能（I Q70以上85未満）や軽度遅滞を有する人たちの一部では、社会的不適応などが関連して、犯罪行為に加担させられることがある」³²という。

【ニュージーランドの精神保健法】（Mental Health Law in New Zealand）³³は、知的障害の定義を、一般にI Q70未満で、社会適応・コミュニケーション・日常生活のスキルにおいて困難が見られる人々であり、国民の1～2.5%を知的障害者が占めるとされるという。しかし本書はそれに加えて、

²⁸ 本節の内容は、佐賀・前掲論文に依拠したものである。

²⁹ ウェリントン・オークランド・ワンガヌイ・ハミルトン・クライストチャーチ・ダニーデンという、ニュージーランドの主要都市に1施設ずつ設置されていることになる。

³⁰ 医師・看護師・ソーシャルワーカー等で構成された医療の立場から地域支援を行う訪問中心のチームで、NGOや緊急時対応チームと協働して地域生活のケアを行うという。

³¹ 佐賀・前掲論文・140頁。

³² 栗田広「刑政時評／知的障害（精神遅滞）」『刑政』117巻12号（2006年）144～145頁を参照。

³³ 本章は、Bell, S. A., and Warren J. Brookbanks, *Mental Health Law in New Zealand*, Wellington, Brookers, (2005)を参照した。

近年、知的障害者に対する理解や、知的障害者自身の能力を伸ばす教育・訓練等についての研究が飛躍的に発達しているため、将来的に彼らの困難が改善されていく可能性も高まってきていると指摘する。また、知的障害者を精神障害者と同一視し「医療上の問題を抱える者」として捉えることに非常に批判的であり、何よりも重要なことは、知的障害者は医療上の治療を必要とする対象なのではなく、人種や階級等の問題と同様の「困難を抱えた者」であるという認識の転換が必要になってきていると、強調しているのである。

とはいえ、知的障害者法が強制的なケア及びリハビリテーションの対象としているのはこのような支援が必要な知的障害者ではなく、わが国で「罪を犯した知的障害者」として特に問題になるのが軽度あるいは境界知能の人々であるように、ニュージーランド政府が最も問題だと考えているのは、境界知能（IQ70以上85未満）のグループなのである。

(2) 知的障害者法の対象者とケア・プランの設定・評価

本法の対象者となるのは、知的障害者と判断された、①対人事件を起こし、刑事訴訟手続きの中で送致を命じられた者か、②「刑事施設に関する1954年法（Penal Institution Act 1954）」及び「精神保健に関する1992年法」の下で処分が確定した者が、知的障害者法制定の結果、法制度の変更に伴い送致される場合である。

こうして対象者となった者は、本法の本質的な目的である、適切な「強制的ケア及びリハビリテーション」を受けることとなる。その際のケア及びリハビリテーションプランは、対象者一人一人が有する様々な必要性に応じて細かく規定される。例えば、対象者ごとの①社会的・文化的・精神的（spiritual）な必要性、②医療・心理療法的な処遇、③投薬の要望、④リスクの可能性に対する懸念、⑤その他対象者が必要とする特別な事柄など、決定すべきことは詳細かつ多岐にわたるが、対象者自身に対するケアやその他の対象者の保護のために、警備の程度をどこに設定するのも重要な問題である。

もちろん、対象者の権利について、国際基準を参照しつつ様々な配慮していることはいまでもないことである。そして知的障害者法の適用が確定してから14日以内に、家庭裁判所裁判官による審査が行われなければならないと規定されているが、手続的にも法律的にも概ね「精神保健法」に準じた手続きが行われることになっているという。しかし、評価過程（Review Process）について知的障害者法は、ケア対象者の状態と地位に関しては詳細な規定を作ったものの、評価に対する裁判の実施については、特定の司法管轄を設定していないというのである。評価は①家庭裁判所の評価、②医療上の評価、③高等裁判所裁判官の問合せの3つがあるが、最終的に、どの管轄が優先するのか規定がないものの、高等裁判所の裁判官の照会が優先するとみなされている。

(3) 最終目標

以上のように、2003年に制定され、その翌年から動き出したこの法律が現在どのような動きを見せているのかについては、残念ながら、本稿が参照した2005年刊行の論文からは何も見えてこない。しかし、知的障害者法は精神保健法から法律上は独立したとはいえ、具体的な手続等の話になると、その多くは今なお精神保健法に準ずるものとして規定されているようである。つまり、司法精神医療機関で治療を受けた罪を犯した精神障害者も、いずれは地域社会においてNGO・NPOなどが運営する施設やプログラムに参加することになるのであるから、「罪を犯した知的障害者」の社会復帰に向けた取り組みが行われるようになることは間違いのないであろう。

そして、何よりも一番重要な問題は、「罪を犯した知的障害者」を今後どのように社会に再統合していくのかということである。具体的に、知的障害者自身が努力をし、主張することを覚えていくことも重要であろうが、知的障害者がどのような人たちなのかを知ってもらうことも必要であろう。特に、知的障害者の手助けをしてもらうことの多い警察官・弁護士・看護師等には「知的障害者が何を望んでいるのか等を知ってもらうためのキット」を作って、知的障害者に接したり、コミュニケーションを取ったりするにはどうすれば良いのか等について、ガイドラインを作成することも有効ではないかという指摘もある。一見地味ではあるが、お互いに相手を理解しようとし、コミュニケーションを取ろうと努力することが、社会への再統合を図る上で一番確かな方法といえるのかもしれない。

おわりに

ニュージーランドは、多民族・多文化社会でありながら「強力なコミュニティと活発な NGO・NPO を持つ国である」といわれているが、それでも、精神障害者の地域社会への統合がスムーズに行くまでには様々な努力が必要であった。

精神障害者の差別と偏見の改善を目的に、2000年に Like Minds Like Mine と名付けられた政府の諮問機関が作られ、5年間に1260万ドル（8億8千万円）の予算と、9人の強制入院経験者を含む16人の当事者がスタッフとして参画し、テレビの全国コマーシャル等を活用した差別と偏見改善キャンペーンや、精神障害に対する教育キットの開発、学校で人形劇による精神疾患の教育を行うなどの教育活動や、地域で当事者自らが体験を語ることを推奨する等の活動が行われた。特に、コマーシャルに対する反響が大きく、大きな社会的効果を上げたといわれている。精神障害とは無縁と感じている、一般大衆の興味を引くために、ラグビーのオールブラックスのジョン・カーワン選手等を起用し、「自分は周りの人とコミュニケーションを取るのが大変だった」というような、自らの病気の体験を語る構成をとっていたという。³⁴

自身も傑出した選手であり、かつ、ニュージーランドで最も人気のあるラグビーのニュージーランド代表チームの司令塔でもあったカーワンの「自分も精神障害のためにコミュニケーションを取るのが大変だった」という告白は、いつもテレビの中で目にすることで何だか身近な人のように思ってしまうがちな存在である著名人だけに、一般大衆にとって衝撃であったとともに、精神障害者は一緒に生活していくこともできる存在であるという安心感を与えることもできたのだろう。

あるいは、義務教育の段階から特殊学級をなくし、障害のある子もない子と一緒に学ぶ経験をしてきたこと等が、「異質なモノ」として排除するのではなく、共生していく訓練としての効果もあったのだろうか。

いずれにせよ、現在、ニュージーランドでは司法精神医療を経験した「罪を犯した精神障害者」の社会復帰に対する取り組みが、今も進んでいるのである。現在はまだその成果を評価する段階にはないのかもしれないが、今後「罪を犯した知的障害者」の処遇や社会復帰が進んでいけば、わが国の参考になる日も来るのではないかと考え、言葉足らずながらも、あえてニュージーランドの社会状況等の周辺情報を加味しながら、ここに紹介させていただいた次第である。

³⁴ 植田・前掲論文・747頁を参照。

Ⅳ 結 び

今回、研究分担者として行った知的障害犯罪者に関する実態調査は、我が国において初めての試みであり、調査対象者に限界はあるものの、従来、ともすれば、法務サイドと福祉サイドの連携がないままにそれぞれの立場から施策が進められ、出所後の生活環境の改善や支援体制が充分に行われず、再犯に陥っていた状況を改善するための指針を提供する基礎データが収集されたことに、今回の研究の意義があるのではないかと思う。

プライバシーの保護を理由に、受刑や出所の情報が、地元自治体や福祉関係者に伝わらず、知的障害者に対する十分な支援がなされなかったという、いわば「見捨てられた存在」となっていた現実には、ある程度の実態を示すことができたことにも、また、意義があろう。

政策的な提言としては、たとえば、療育手帳取得申請についても、認可基準の統一化や診断場所を矯正施設でも可能とするなど、認可や診断の確実性を担保しつつ、行政手続を柔軟化・簡素化するような整備をすることが提言できるのではないかと思われる。

また、諸外国における知的障害犯罪者の文献研究は、我が国においてきわめて少ない研究分野についての紹介であり、犯罪学、刑事政策、被害者学、ひいては社会福祉学の分野においても注目すべき参考資料となるのではないかと思われる。

最後になってしまったが、今回の調査研究に当たっては、ご協力いただいた関係施設の職員各位に対して、心から感謝の意を表したいと思う。

触法等の障害者の社会復帰における更生保護と福祉等の連携に関する現状と課題

研究分担者 更生保護法人 日本更生保護協会 常務理事・事務局長 清水 義恵

研究協力者

藤本 信次（更生保護法人 清心寮 常務理事・施設長）

生島 浩（福島大学大学院 教育学研究科 教授）

小長井賀與（立教大学 コミュニティ福祉学部 准教授）

福田 順子（更生保護法人 静修会荒川寮 補導主任）

I 研究目的

II 研究方法

III 研究結果及び考察

1. 更生保護の概要
2. 更生保護と触法知的障害者との関わり
3. 触法障害者の受け入れに関する更生保護施設の実態調査結果及びその課題について
4. 知的障害等を持つ少年院在院者の社会復帰に関する諸課題

IV 結 論