

しておくことが必要であろう。そのために法テラスに精神障害者に対する支援のできる機能を与え、支援を得られるようにすることが良いように思われる。

・第3は、予防的外来治療である。アメリカにおいては、触法精神障害者による事件がいくつか発生したが、そうした加害者の多くが治療等を受けていない者であった。そこで、予防的外来治療法では、裁判官が、治療等を受けずに地域社会に住んでいる精神障害者に治療を強制することができるようにしたのである。換言すれば、予防的外来治療法は、伝統的な「危険性」という厳格な法律上の基準と共に、精神病の重篤さや既往歴を評価するというより医学的証拠に基づき、より長期の強制的な通院治療プログラムを提供するものである。我が国では精神保健及び精神障害者福祉に関する法律での精神障害者の入院措置等があるものの、社会内での処遇等の積極的な措置は講じていない。この施策はその間隙を埋めるものであり、我が国でも触法精神障害者による犯罪自体を減らすためにも採用すべきものと考えられる。

以上

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 論文発表

- ・ 藤本哲也「起訴猶予となり、保護観察所に更生緊急保護の申出を行った知的障害者の状況に関する調査(結果概要)について」『罪と罰』第48巻第4号・47-63頁・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。

別紙資料－1 アンケート調査結果

「起訴猶予となり、保護観察所に更生緊急保護の申出を行った

知的障害者の状況に関する調査（結果概要）について」

常磐大学大学院教授

中央大学名誉教授

藤本 哲也

1 はじめに

平成 21 年度から 3 年間にわたり、社会福祉法人・南高愛隣会理事長田島良昭氏を主任研究者とする厚生労働科学研究「触法・被疑者となった高齢・障害者への支援の研究」への分担研究者として「刑事法学からの触法被疑者の実態調査と現状分析」を課題として研究を進めているが、これは、平成 18 年から 20 年度にかけて行われた「罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究」の継続研究である。

「罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究」においては、刑事施設に收容されている知的障害者の実態調査をし、その調査結果を受けて、地域生活定着支援センター設立の理論的基盤を与えることができた。今回の調査は、刑事施設へ送られる前段階において、罪を犯した高齢者や知的障害者を福祉というネットワークに取り入れることにより、犯罪者としての経歴をたどらせることになる刑事司法手続からできるだけ早い段階において解放するという方策を模索するための資料収集である。

しかし、そのためには、たとえば、警察段階（微罪処分）、検察段階（起訴猶予）、裁判段階（執行猶予）において、どれくらいの高齢者・知的障害者がいるのか、その実数を知ることが必要となる。残念ながら、我が国の統計においては、そのような統計はどこにも存在しないのである。

そこで、研究助言者として研究に携わっていただいている法務省の中で、唯一、データとして収集可能なのは、保護局の持っている資料をもとに、「起訴猶予となり、保護観察所に更生緊急保護の申出を行った高齢者・知的障害者」を対象として、調査を実行するという方法である。

以下は、保護局の実施した「起訴猶予となり、保護観察所に更生緊急保護の申出を行った知的障害者の状況に関する調査」結果のデータに基づいて、推計・分析を行ったものである。

2 調査対象・方法等

調査対象者は、平成 21 年 12 月及び平成 22 年 1 月の 2 月間に保護観察所に更生緊急保護の申出を行った起訴猶予者である。調査方法は、全国の保護観察所において、担当保護観察官が、対象者本人との面接または前件記録を確認するなどして、所定の調査票に回答を行うという方法によった。

その結果得られた①調査対象者数は 227 人（うち 65 歳以上 37 人）となった。これを年間推計値に直すと、1,362 人（うち 65 歳以上 222 人）となる。また、既存の統計からは次のような数値が得られた。②更生緊急保護の申出人員（『保護統計年報』過去 5 年間における平均値）は 12,943 人、③更生緊急保護の申出をした起訴猶予者（『保護統計年報』過去 5 年間における平均値）は 1,838 人、④起訴猶予処分に付した事件の被疑者（『検察統計年報』過去 5 年間における平均値）は 108,599 人（注：自動車等による業務上(重)過失致死傷及び道路交通法等違反被疑事件を除く）である。

	平均値	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
更生緊急保護の申出人員	12,943	11,161	11,760	12,786	14,089	14,917
更生緊急保護の申出をした起訴猶予者	1,838	1,605	1,745	1,732	1,969	2,137
起訴猶予処分に付した事件の被疑者	108,599	100,611	108,838	111,436	111,416	110,692

(数値に関しては、四捨五入を使用しているため、若干の誤差あり)。

保護統計年報の平均値では、更生緊急保護の年間申出人員は 12,943 人おり、うち起訴猶予者は 1,838 人となっているため、更生緊急保護の申出を行った起訴猶予者の割合は 14.2%である。これに対し、調査結果による年間の推計は 1,362 人となっており、保護統計年報の平均値である 1,838 人と比較すると、約 26%も少ない結果となっているが、可能な限り、各種統計と比較し、どの程度、高齢者や障害者が含まれているかを提示したいと思う。

本分析の目的は、2月間の調査対象者をもとに、年間の起訴猶予者数を推計し、起訴猶予者のうち、知的障害あるいはその疑いがある者が更生緊急保護及び検察庁終局処理人員にどの程度含まれているかを把握することにある。

3 結果概要

(1) 年齢

年齢についてみると、保護統計上更生緊急保護の申出をした起訴猶予者の年齢別のデータが公表されていないため、検察統計の起訴猶予処分に付した事件の被疑者数と調査結果との比較を試みた(表-1)。

まず、調査結果における更生緊急保護の申出を行った起訴猶予者を年齢別にみると、51歳以上60歳以下が35.2%と最も多く、次いで、61歳以上70歳以下が22.0%、31歳以上40歳以下が15.4%、41歳以上50歳以下が14.5%、21歳以上30歳以下が9.3%、71歳以上が3.1%、20歳以下が0.4%の順となっている。一方、検察統計において、起訴猶予処分に付した事件の被疑者の割合をみると、21歳以上30歳以下が27.4%と最も高い数値を示し、次いで31歳以上40歳以下が22.7%、51歳以上60歳以下が16.1%、41歳以上50歳以下が16.0%、61歳以上70歳以下が10.8%、71歳以上が5.9%、20歳以下が0.8%となっている。

両者を比較すると、71歳以上及び20歳以下の順位は同じだが、それ以外は大きく異なっており、調査結果(更生緊急保護の申出をした者)では50歳以上が60.3%、検察統計(起訴猶予処分を受けた者)では32.8%と大きな隔たりがあり、また、検察統計では21歳以上30歳以下が27.4%と最も割合が高いが、調査結果では9.3%となっている。これは、20歳代の者は更生緊急保護に頼らずとも生活ができ、50歳以上の者は更生保護施設に頼らざるを得ないという現実の表れではないかと考えられる。

なお、「更生緊急保護の申出人員」欄の数値は、調査結果による年齢比から全体の数を推計したものである。しかし、更生緊急保護の申出をする者は、刑執行終了者が67%、起訴猶予者が15.2%であるということから、推計結果には限界がある。

表-1

	調査結果 227	年間 (推計) 1,362	更生緊急保護の申 出人員 (推計) 12,943	更生緊急保護の申 出をした起訴猶予 者(推計) 1,838	起訴猶予処分に付 した事件の被疑者 108,599
20歳以下	1(0.4%)	6	57	8	916(0.8%)
21-30歳	21(9.3%)	126	1,197	170	29,728(27.4%)
31-40歳	35(15.4%)	210	1,996	283	24,651(22.7%)
41-50歳	33(14.5%)	198	1,882	267	17,410(16.0%)
51-60歳	80(35.2%)	480	4,561	648	17,456(16.1%)
61-70歳	50(22.0%)	300	2,851	405	11,714(10.8%)
71歳以上	7(3.1%)	42	399	57	6,428(5.9%)
不詳者					296(0.3%)

注：年齢区分は異なるが、一般的に高齢者と呼ばれる65歳以上は37人(16%)となっている。

(2) 性別

男女別構成比についてみると、調査結果では更生緊急保護申出者は男性が65.6%、女性が34.4%となっているが、検察統計による起訴猶予処分者では男性が82.1%と8割以上を占め、女性は17.7%にとどまっている。調査結果でも、高齢者に関しては、男性の割合が73.0%となっている。

なお、「更生緊急保護の申出人員」の欄は、調査結果の構成比から全体を推計したものであるが、上記でも触れたように、申出人員の約7割が刑執行終了者であり、刑執行終了者の90%以上が男性であるので、実態を反映していない可能性がある。

表-2

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員 (推計) 12,943 (2,110)	起訴猶予処分に付 した事件の被疑者 108,599 (11,448)
男性	149(65.6%) 27(73.0%)	894 (162)	8,496 (1,540)	89,190(82.1%) 8,536(74.6%)
女性	78(34.4%) 10(27.0%)	468 (60)	4,447 (570)	19,232 (17.7%) 2,912(25.4%)
不詳者				176(0.2%)

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(3) 刑事処分歴

刑事処分歴に関しては、調査結果と検察統計とは項目が異なるため、正確な比較は困難だが、可能な限り、分析・検討してみたいと思う。まず、刑事処分歴の有無の比率に関しては、調査結果では半々であるが、検察統計では、刑事処分歴なしが75.3%となっており、多数を占めている。次に、調査結果では、刑事処分歴ありの内訳については、不詳の者が11.9%と最多のため、正確な数値であるとは断言できないが、以後、起訴猶予を言い渡された者が11.5%、実刑が9.7%、単純猶予が8.4%、罰金が4.4%、保護観察付執行猶予が2.6%、拘留・科料0%と続いている。他方、検察統計では、罰金が11.1%、執行猶予が6.8%、実刑が6.6%、不詳が0.3%となっている。両者を比較すると、調査結果は、実刑及び執行猶予の割合が高く、罰金の割合が低いという結果になっている。

しかしながら、高齢者についてみると、調査結果では刑事処分歴なしが 37.8%と減少し、処分歴ありの割合が高くなっているが、検察統計では、刑事処分歴なしは全体と同様、67.5%といずれも高い数値を示している。次に、刑事処分歴ありの内訳は、調査結果では、実刑が 16.2%と最も高く、次いで、執行猶予、罰金、不詳が同率で 11%を占めているが、検察統計では、罰金が 17.0%と最も高い割合を占め、次いで、実刑、執行猶予の順となっている。

したがって、起訴猶予処分を受けた者全体の傾向としては、刑事処分歴なしが多いということから、高齢で初犯の者が多く、次いで罰金の割合が高いことから、軽微な犯罪を犯す者が多いといえるが、起訴猶予処分を受けた者のうちで更生緊急保護を申し出る者は、刑事処分歴がある者が多く、その中でも、実刑や執行猶予という前歴を持っている再犯者が多く、その傾向は高齢者で顕著になると考えられる。

なお、「更生緊急保護の申出人員」欄は、調査結果の構成比から全体を推計したものであるが、実際に更生緊急保護を申し出る者には刑執行終了者が多いことから、実刑の割合はさらに高くなると推測できる。

表-3

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員 (推計) 12,943 (2,110)	起訴猶予処分に付 した事件の被疑者 108,599 (11,448)
なし	117(51.5%) 14(37.8%)	702 84	6,671 798	81,795(75.3%) 7,731(67.5%)
実刑	22(9.7%) 6(16.2%)	132 36	1,254 342	7,128(6.6%) 972(8.5%)
保護観察付 執行猶予	6(2.6%) 4(10.8%)	36 24	342 228	7,380(6.8%) 804(7.0%)
単純猶予	19(8.4%) 3(8.1%)	114 18	1,083 171	
罰金	10(4.4%) 4(10.8%)	60 24	570 228	12,005(11.1%) 1,941(17.0%)
起訴猶予	26(11.5%) 2(5.4%)	156 12	1,483 114	
不詳	27(11.9%) 4(10.8%)	162 24	1,540 228	291(0.3%)
拘留・科料	0 0	0 0	0 0	

注：下段は、一般的に高齢者とされる 65 歳以上の内訳である。

(4) 保護処分歴

保護処分歴については、既存の統計は少年院送致歴に関するものしかないため、起訴猶予処分に付した事件との比較は不可能である。そのため、調査結果を基に考察したいと思う(表-4)。

調査結果によると、不詳が 28.2%(高齢者においては 48.7%)と高い数値のため、データ自体に問題があるといわざるを得ないが、以下で詳細について検討する。まず、保護処分歴なしが 64.3%と過半数を占めており、保護処分歴ありの者については、少年院 4.9%以外はほとんどが 1%前後となっている。高齢者については、処分歴なし 48.6%と不詳 48.7%で 98%を占めているため、詳細な検証は不可能である。

通常、更生緊急保護の大半は刑執行終了者であるから、一般的には、犯罪傾向が進んでいるということになり、保護処分歴も高くなると予想されるが、調査結果は起訴猶予者のみに限定されているため逆

の傾向となっているようである。

なお、「更生緊急保護の申出人員」欄については、更生緊急保護では刑執行終了者が多いことから、保護処分歴は推計値よりも高くなると思われるし、起訴猶予者はどうなるかわからないが、サンプルデータを用いての推計には限界があり、不詳の割合が多いことも相まって、あまり断定的な推論はできないことに留意する必要があるであろう。

表-4

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員 (推計) 12,943 (2,110)
なし	146(64.3%) 18(48.6%)	876 108	8,325 1,027
少年院送致	11(4.9%) 1(0.3%)	66 6	627 57
保護観察	2(1.0%) 0	12 0	114 0
審判不開始	3(1.3%) 0	18 0	171 0
不詳	64(28.2%) 18(48.7%)	384 108	3,649 1,027
児童自立支援施設	1(0%) 0	6 0	57 0
不処分	0 0	0 0	0 0

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(5) 保護カードの有無

保護カードの有無については、「あり」が95.6%と大半を占め、「なし」が3.0%、「交付された」と述べるものの提示がない場合が1.3%という結果になっている。

高齢者に関しては、保護カード「あり」が91.9%、「交付された」と述べるものの提示がない場合が8.1%と、保護カードなしという者は全く存在しないという相違点がある。

しかし、繰り返しになるが、更生緊急保護の申出をしている者の7割は刑執行終了者であるため、実際のデータと異なる可能性があるであろう。

また、そもそも、サンプル（更生緊急保護の申出をした起訴猶予者）の保護カード被交付率から、起訴猶予者全体の保護カード被交付率（検察官が交付した数の割合）を算出することはできないので、年間推計の「あり」の数が、全体の起訴猶予者中の保護カード被交付者の数に近い数値であるとも考えられる。

表-5

	調査結果	年間（推計）
	227 (37)	1,362 (222)
なし	7(3.0%) 0	42 0
あり	217(95.6%) 34(91.9%)	1,302 204
交付主張・提示なし	3(1.3%) 3(8.1%)	18 18

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(6) 保護を申し出た理由

保護を申し出た理由に関しては、調査結果では、一時保護が48.9%、宿泊保護が44.5%と若干、一時保護の割合が高いものの、あまり差異はない。高齢者の場合は、一時保護が56.8%、宿泊保護が29.7%というように、明らかに一時保護を求めて保護を申請するケースが多い。

調査結果全体としては、既存の統計と差異が多々あるが、本調査は、我が国でも最初のサンプル調査であるから、調査自体の欠点は、今後の調査によって修正されることを期待し、今回は、あえてデータを明示したことにその意義を見出すことができるのではないかと思う。

表-6

	調査結果	年間（推計）	更生緊急保護の実施状況 (過去5年間における 起訴猶予の平均値)
	227 (37)	1,362 (222)	2,188
宿泊保護	101(44.5%) 11(29.7%)	606 66	623(28.5%)
一時保護	111(48.9%) 21(56.8%)	666 126	1,565(71.5%)
その他	15(6.6%) 5(13.5%)	90 30	

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

更生緊急保護の実施状況は、保護統計年報を使用して平成16年から平成20年までの平均値を計算したものである。その際、保護措置が複数計上されているため、総計は、宿泊保護の平均値と一時保護の平均値を合算したものとす。また、年齢別実施人員の統計がないため、高齢者欄は空欄となっている。

(7) 申出時の知的障害(の疑い)の有無

知的障害については、「なし」が95.2%と大半を占め、知的障害「あり」1.3%と知的障害の「疑いあり」2.2%を合わせても3.5%のみである。高齢者に限れば、知的障害ありは0%であったが、知的障害の疑いありは2.7%となっている。現行刑事司法制度では、知的障害があるならば、不起訴相当と判断される可能性が高いため、実際の数値としては知的障害者の割合がさらに高くなる可能性がある。前回の厚生労働科学研究の調査結果として、下記のような報告もある。

以前、厚生労働科学研究の一環として、罪を犯した、または、罪を犯すおそれのある知的障害者の実態調査を実施した際、平成13年から16年までの新受刑者を対象として、文部科学省の知的水準を測る

CAPAS を使用したところ、知的障害者の基準になる 69 以下が約 23%も存在しているという報告がなされており、調査結果の数値以上に起訴猶予者の中に、知的障害あり、もしくは疑いのある者が存在する可能性があるのではないかとと思われる。

逆に、知的障害のある方に対しては、検察官が更生緊急保護の申出をさせるようアドバイスする傾向があるのではないかと推察されるので、サンプル調査の結果は知的障害（の疑い）のある者の比率が高い可能性がある。そうした意味からも、更生緊急保護の申出人員全体への推計は相当に難しいといえるであろう。

表-7

	調査結果 227 (37)	年間（推計） 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員（推計） 12,943 (2,110)
なし	216(95.2%) 33(89.2%)	1,296 198	12,316 1,882
知的障害あり	3 (1.3%) 0	18 0	171 0
知的障害の疑い	5 (2.2%) 1(2.7%)	30 6	285 57
不明	3 (1.3%) 3(8.1%)	18 18	171 171

注：下段は、一般的に高齢者とされる 65 歳以上の内訳である。

(8) 療育手帳取得の有無

療育手帳に関しては、「なし」が 99.1%であり、「あり」が 1.0%という結果になっている。

高齢者においては、療育手帳「あり」は 0%である。表-7 の知的障害の有無に照らし合わせてみると、知的障害と診断された者で療育手帳がない者はわずかであり、療育手帳を取得できる者は、更生緊急保護を申し出る必要がないと考えられる。しかし、知的障害の疑いがある 5 人に関しては、療育手帳が発行されていないことが明らかなため、このような疑いがある者をどのように扱うかが今後の課題であろうと思われる。この項目に関しても、更生緊急保護申出人員全体への推計は相当難しいといえよう。

表-8

	調査結果 227 (37)	年間（推計） 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員（推計） 12,943 (2,110)
療育手帳なし	225(99.1%) 37(100%)	1,350 222	12,829 2,110
療育手帳あり	2 (1.0%) 0	12 0	114 0
取得主張・提示なし	0 0	0 0	0 0

注：下段は、一般的に高齢者とされる 65 歳以上の内訳である。

(9) 社会資源の有無とその内容

社会資源の有無については、「なし」が69.6%と過半数を占めており、次いで、「親族等」と「知人」がそれぞれ9.7%、「その他」が9.3%、雇主が2%の順となっている。

一方、高齢者では、「なし」が56.8%、「その他」が27.0%、「知人」が10.8%、「親族等」及び「雇主」が2.7%の順になっており、社会資源なしの数値が平均値よりは低いけれども、親族等の割合が低い点特徴的であるといえる。

もちろん、ここでもお断りをしておかなければならないのは、更生緊急保護の申出をした起訴猶予者と、そうでない者が大多数の起訴猶予者全体では、社会資源の状況は相当異なるものと考えられ、推計は困難であるということである。

表-9

	調査結果	年間（推計）	更生緊急保護の申出人員（推計）
	227 (37)	1,362 (222)	12,943 (2,110)
なし	158(69.6%) 21(56.8%)	948 126	9,009 1,198
親族等	22(9.7%) 1(2.7%)	132 6	1,254 57
知人	22(9.7%) 4(10.8%)	132 24	1,254 228
雇主	4(1.8%) 1(2.7%)	24 6	228 57
その他	21(9.3%) 10(27.0%)	126 60	1,197 570

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(10) 保護を申し出た理由別 措置の実施内容

保護を申し出た上で措置が実施された割合を理由別にみると、宿泊希望者に対する何らかの措置実施率は、重複措置を度外視すると84.1%、一時保護者に対しては48.6%となっている。

表-10-1-1

保護を申し出た理由	保護を申し出た人数	措置の実施内容			
		委託保護	自庁保護		
			食事給与	衣料給与	旅費給与
宿泊保護を希望	101(44.5%)	53(52.5%)	13(12.9%)	5(5.0%)	14(13.7%)
一時保護を希望	111(48.9%)	2(1.8%)	21(18.9%)	2(1.8%)	29(26.1%)
その他	15(6.6%)	0	1(2.9%)	1(12.5%)	1(2.3%)
総計	227	55	35	8	44

ア 委託保護の有無

委託保護に関しては、委託保護「なし」が75.8%を占め、「あり」は24.2%にとどまっている。しかし、高齢者の場合、委託保護「なし」が94.6%、更生保護施設への委託保護「あり」が5.4%となっていることから、委託保護が困難であることがうかがえる。

表-10-1-2

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の申出人員 (推計) 12,943 (2,110)
なし	172(75.8%) 35(94.6%)	1,032 210	9,807 1,996
あり(更生保護施設)	55(24.2%) 2(5.4%)	330 12	3,136 114
あり(その他)	0 0	0 0	0 0

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

イ 自庁保護の有無

自庁保護については、「なし」が61.7%と過半数を占め、「あり」は38.3%である。高齢者に関しては、自庁保護「なし」が29.7%、「あり」が70.3%と数値が逆転しているため、高齢者になるほど、自庁保護が実施される確率が高くなると考えられる。

表-10-1-3

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の申出人員 (推計) 12,943 (2,110)
なし	140(61.7%) 11(29.7%)	840 66	7,982 627
あり	87(38.3%) 26(70.3%)	522 156	4,961 1,483

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

ウ 自庁保護の内容

(7) 衣料給与

衣料給与では、「なし」が96.5%を占め、「あり」が3.5%のため、ほとんど実施されていないと思われる。高齢者に関しては、「なし」が100%のため、同様のことがあてはまる。

表-10-1-3-1

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員(推計) 12,943 (2,110)
なし	219(96.5%) 37(100%)	1,314 222	12,487 2,110
あり	8(3.5%) 0%	48 0	456 0

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(イ) 医療援助

自庁保護のうち医療援助は、データを見る限り、皆無に等しい。

表-10-1-3-2

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員 (推計) 12,943 (2,110)
なし	227(100%) 37(100%)	1,362 222	12,943 2,110
あり	0 0	0 0	0 0

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(ウ) 食費給与

食費給与は、「なし」が84.6%と大半を占め、「あり」は15.4%に過ぎない。高齢者の場合、「なし」が91.9%、「あり」が8.1%なので、高齢者の方が保護を受ける割合が減少している。

表-10-1-3-3

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員 (推計) 12,943 (2,110)
なし	192(84.6%) 34(91.9%)	1,152 204	10,947 1,939
あり	35(15.4%) 3(8.1%)	210 18	1,996 171

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(エ) 旅費給与

旅費給与の場合、「なし」が80.6%、「あり」が19.4%となっている。高齢者については、「なし」が97.3%とさらに割合が上昇し、「あり」は2.7%にすぎない。

表-10-1-3-4

	調査結果 227 (37)	年間 (推計) 1,362 (222)	更生緊急保護の 申出人員 (推計) 12,943 (2,110)
なし	183(80.6%) 36(97.3%)	1,098 216	10,434 2,053
あり	44(19.4%) 1(2.7%)	264 6	2,509 57

注：下段は、一般的に高齢者とされる65歳以上の内訳である。

(4) 更生保護関係団体による援助

更生保護関係団体による援助では、金銭の給与が 62.6%と最も高く、次いで、「なし」が 25.1%、金銭及び物品の給与が 8.4%、物品の給与が 4.0%と続いている。他方、高齢者に関しては、金銭の給与が 73.0%、「なし」が 18.9%、物品の給与が 5.4%、金銭及び物品の給与が 2.7%となっており、援助なしが減少し、金銭の給与の割合が高い傾向にあるといえる。

表-10-1-3-5

	調査結果	年間（推計）	更生緊急保護の申出人員（推計）
	227 (37)	1,362 (222)	12,943 (2,110)
なし	57(25.1%) 7(18.9%)	342 42	3,250 399
金銭の給与	142(62.6%) 27(73.0%)	852 162	8,097 1,540
物品の給与	9(4.0%) 2(5.4%)	54 12	513 114
金銭及び物品の給与	19(8.4%) 1(2.7%)	114 6	1,083 57

注：下段は、一般的に高齢者とされる 65 歳以上の内訳である。

4 おわりに

今回の調査結果で注目すべき点は、知的障害のある者とその疑いのある者を合わせると、推計値ではあるが、更生緊急保護では 456 人存在するという点である。これに保護を申し出なかった起訴猶予者、警察段階での微罪処分対象者や裁判段階での執行猶予対象者に含まれている知的障害者とその疑いのある者を含めると、刑事施設収容前段階で、相当数の対象者がいるのではないかと思われる。触法・被疑者となった高齢・障害者の再犯防止の側面からは、一刻も早い福祉的支援の望まれるところである。

現在、触法・被疑者となった高齢・障害者への良質かつ適切な弁護活動が未整備であり、これら対象者に対する弁護活動を行うためには、生活支援を含む保健、医療、福祉的な援助の必要性が指摘されてきた。2010 年 10 月、長崎地裁で、精神科に通院・入院歴がある無職男性（34 歳）に対して、自立訓練施設での受け入れを前提とした執行猶予付判決が言い渡された。この判決は、われわれの研究を先取りした形での画期的な判断であり、一般の受刑者と同じ矯正教育では再犯防止が難しい、知的・精神障害者の現状を重く捉えた判決であると思う。しかし、残念ながら、執行猶予判決の言い渡しを受けたものの、当人は施設入所を拒否しているようである。判決を言い渡すとき、保護観察付執行猶予とし、施設入所を特別遵守事項とする等の対応が、今後必要ではないかと思われる。

現在、全受刑者のうち知的障害者が 2 割を占め、その 7 割が出所後 1 年未満で再犯に陥っている現状を考えると、われわれ刑事政策にかかわっている者は、ここら辺りで真剣に、罪を犯した高齢者や知的障害者の再犯防止を、刑事司法制度と社会福祉制度の連携によって解決する途を検討する時期に来ているのではあるまいか。この点、大阪弁護士会では知的障害者の弁護活動について実践的な活動が展開されているようであり、また、日弁連でも研究会が行われているようなので、整備が進みつつあるように思われる。

これは今後の課題としてはあるが、現行の障害者基本法には、民事あるいは刑事手続に関する規定がないので、知的障害者を含めて障害のある者にも平等な司法手続の利用が保障されるように、「障害者の権利に関する条約」に沿った基本法改正の検討が必要なのではあるまいか。

別添資料-2 海外文献の調査結果 (カナダ)

厚生労働科学研究(障害者対策総合研究事業)(田島班)藤本グループ
カナダにおける被疑者・触法障害者に対する刑事司法制度と社会福祉制度との連携
—カナダにおける警察段階の触法被疑者のダイバージョンの考察—

文責：田崎倭文香（日本比較法研究所嘱託研究所員）

I カナダにおける精神障害の定義

カナダの裁判段階において、カナダ刑法典上の訴訟能力や刑事責任能力を争うときに用いられる「精神障害」とは、「精神の病気」(disease of the mind)を指すものであり、これは法律的な観点から評価されるものであって、医学上の精神病の概念に限定されるものではなく、内的な条件により引き起こされた精神の異常な誤機能であると解されている。そのため、薬物中毒によるものや、頭部への衝撃などによって引き起こされた、外的な条件により引き起こされた精神の異常な誤機能は、精神障害には該当しないとされている。

具体的には、裁判所によって訴訟無能力と言い渡される被告人は、「精神障害のために、判定が下される以前のいかなる訴訟手続段階においても、防御を行うことができない場合、あるいは弁護士に防御のための指示を与えることができない場合であり、とりわけ精神障害のために、(a)訴訟手続過程の性質または対象を理解すること、(b)訴訟手続過程から生じ得る結果を理解すること、(c)弁護士と意思疎通を図ることができない者を意味する（カナダ刑法典 2 条）。¹

また、責任能力については、「行為時に精神障害を患っており、そのために作為もしくは不作為の性質及び属性を弁別する能力を欠いているか、あるいはそれらが悪いものであることを認識する能力を欠いている間になされた行為もしくは不作為については、刑事上の責任を問わない」と規定している（カナダ刑法典 16 条 1 項）。²

一方、ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法の「精神障害者」の定義については、「処遇を必要とする精神の障害があり、(a)自己の環境において適切に反応する能力、あるいは(b)他者と関係する能力の重大な遅滞がある者」を指すとされており（ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法 1 条）、警察官は、自他の安全に危険を与える方法で行動している精神障害者を発見した場合においては、即座にその者を診断のために、令状なくして身柄拘束を行い、病院や地域社会の内科医への移送を行うことができる（ブリティッシュ・コロンビア州精神保健法 28 条 1 項）。³

このように、警察段階における精神保健法やその他の触法精神障害者に関する取組みについては、統合失調症、中毒性精神病、精神病質、知的障害、発達障害などを含む、裁判段階よりも広範な精神障害の概念枠組みが採用されているため、本稿では、その概念枠組みで行われている、カナダの警察段階における触法被疑者のダイバージョン・プログラムについて検討したいと思う。

II カナダの刑事司法段階における触法精神障害者の割合についての概観

近年、カナダにおいては、精神障害者による生活妨害、秩序紊乱、軽微な財産犯罪、攻撃的な物乞いが多発しており、またそれに加えて精神障害者の自殺も増大しているといわれている。その結果として、精神障害者と警察官との接触が過剰に現れており、カナダ警察においてはその原因と対策を把握することが急務となっている。

ここで、カナダの警察段階における触法精神障害者の割合についての研究を概観すると、例えば、クロッカー(A.G.Crocker)などの研究によれば、オンタリオ州ロンドン警察署サービスの 6 年間のデータを分析したところ、警察サービスと接触した者の 1%以下が、重大な精神障害を有している者であり、

¹ Criminal Code of Canada §2, 町野朔＝中谷陽二＝山本輝之『触法精神障害者の処遇[増補版]』信山社(2006年)555-556頁。

² Criminal Code of Canada §16(1), 町野＝中谷＝山本・前掲書・556頁。

³ British Columbia Mental Health Act §1, §28(1).

それらの者は精神障害を有していない被疑者よりも、接触回数、犯罪数、再犯までの期間などの点において、リスクが高いことを示している。⁴

また、ハートフォード(K.Hartford)などは、触法精神障害者の警察との再接触についての研究を行った結果、触法精神障害者は刑事司法制度との関与のリスクが、他の精神障害者の2倍であったことを報告している。⁵

そして、オンタリオ州ベルビル警察署の2005年における調査によると、サービス要請の約6%が触法精神障害者の事案であったとしている。⁶

さらに、オンタリオ州とブリティッシュ・コロンビア州の警察についての調査によると、警察官の25.7%が1週間に1回は精神障害者と接触しており、75.7%が月に1回以上は精神障害者と接触していることを報告している。⁷

しかしながら、ブリティッシュ・コロンビア州バンクーバー市警察署の調査によると、2007年9月9日から9月24日までの16日間だけでも、サービス要請の31%が精神障害者関連の事件であったのであり、バンクーバー市の一部の区域においては、その割合は約50%であったと推計されているのであり、近年における警察段階での触法精神障害者の急増がここにおいて見受けられるのである。⁸ そして、これはあくまでも推測であるが、この推計を基にすると、2010年におけるブリティッシュ・コロンビア州の認知件数38万772件の31%の約11万8,039件が、そして、カナダ全体においては、認知件数209万5,921件の31%の約64万9,736件が、触法精神障害者であるとの概算をすることが可能であるかと思われる。

また、刑事司法段階が進み、公判前段階については、メトロポリタン・バンクーバーの公判前センターに収容されている15%から20%が精神障害者であるとの報告がなされている。⁹ さらには、矯正段階についての調査によると、1999年から2000年におけるブリティッシュ・コロンビア州矯正施設における被収容者約52,000人(成人:43,859人、青少年:8,234人)のうち、約15,000人(29%)が精神障害者として分類されており、¹⁰ そして、2006年における「社会問題、科学技術に関する常任上院委員会」(Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology)の最終報告書においては、カナダ矯正調査官のハワード・サパーズ(Howard Sapers)が、2004年における連邦矯正施設入所時における精神障害者の数は、1967年と比べて60%増大しており(男性57%、女性65%)、それに薬物中毒を入れると、84%の増大がみられるとの言及を行っている。¹¹

また、2009年から2010年における矯正調査官(correctional investigator)の年間報告書によると、連邦矯正施設の新受刑者の少なくとも約4分の1が、何らかの精神保健問題を抱えているとのことである。そして、カナダ大西洋沿岸地域における矯正施設の男性受刑者の35%が、精神保健サービスを受けており、カナダ太平洋沿岸地域における矯正施設の37%が、何らかの精神保健問題や知的障害を抱えている。女性受刑者については、男性受刑者よりも深刻であり、太平洋沿岸地域における女性受刑者の少なくとも

⁴ Sinha, M., *An Investigation into Feasibility of Collecting Data on the Involvement of Adults and Youth with Mental Health Issues in the Criminal Justice System*. Canadian Center for Justice Statistics, 2009, pp. 19-20.

⁵ Sinha, M., op. cit., p. 20.

⁶ Cotton, D. and Terry G. C., *Understanding Mental Illness: A Review and Recommendations for Police Education & Training in Canada*. Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, 2010, p. 7.

⁷ Commission for Public Complaints Against the RCMP, *Policing Persons with Mental Illness: Issues and Trajectories*. Commission for Public Complaints Against the RCMP, 2010, p. 3.

⁸ Wilson-Bates, F., *Lost in Transition: How Lack of Capacity in the Mental Health System is Failing Vancouver's Mentally Ill and Draining Police Resources*. Vancouver Police Department, 2008, p. 1.

⁹ Livingston, J. D., Camia, W., Nancy, H. and Simon Verdun-Jones, *Criminal Justice Diversion for Persons with Mental Disorders*. Canadian Mental Health Association BC Division, 2008, p. 11.

¹⁰ Hall, N. and Camia, W., *Keeping People with Mental Disorders Out of Trouble with the Law*. Canadian Mental Health Association BC Division, 2008, p. 5.

¹¹ Sinha, M., op. cit., p. 21. なお、カナダにおける連邦刑務所は、刑期2年以上の受刑者の収容を行い、一方、州刑務所は、刑期2年未満の受刑者及び未決被収容者の収容を行う。

も50%が、精神保健問題を抱えているようである。¹²

なお、上記の矯正調査官による報告書によると、カナダの連邦矯正施設の支出額は、年々増大しており、連邦矯正施設の被収容者にかかる年間コストは、2003年から2004年にかけては、平均約83,000ドルであったのが、2009年から2010年においては、平均約100,000ドル(1日当たり275.00ドル)にまで増大しており、とりわけ、女子受刑者については、年間約180,000ドルものコストがかかることとされている。一方、地域社会において監督される犯罪者は、矯正施設の被収容者にかかるコストの約8分の1であり、そのような意味において、地域社会の防衛、再犯の防止、コストの観点から最善の方策を採ることを考える必要があることが、本報告書には明記されている。¹³

つまり、矯正施設にかかるコストのうち、最低でも約25%~35%が精神保健問題を抱える受刑者についてのコストであると概算することができるのであり、近年の精神障害を抱える受刑者の増大が、矯正施設の年間コストの増大に大きな影響を与えていると思われる。そして、この連邦矯正施設での精神障害者の増大を抑止するためには、精神障害者が刑事司法制度と地域社会の間を行き来することを避けるための方策を採らなければならないのであり、そのためには、精神障害犯罪者と刑事司法制度の最初の接点である、警察段階において、触法精神障害者に対する適切な対応を採ることが求められていると考えられるのである。

Ⅲ カナダの刑事司法段階における触法精神障害者の増大の要因

カナダの刑事司法段階において触法精神障害者が増大している原因として、主に主張されているものとしては、精神保健制度における非施設化政策によるものであるということである。ここで、カナダにおける精神保健制度の歴史について述べると、カナダでは1700年代に精神障害者の施設化運動が広範に行われた結果、18世紀と19世紀に精神保健機関が急増したのであり、1714年にケベック州ケベック市において創設された女性患者のための精神病院が、カナダにおいて最初の精神病院であるとされている。それに引き続き、多数の精神病院が創設され、1856年には通常の精神障害者とは区別された、精神障害犯罪者の収容施設が、オンタリオ州キングストン市のロックウッドにおいて登場した。¹⁴

しかしながら、1970年代に入り、精神障害者の施設化は非人道的であり、スティグマの面からも好ましくないとの精神障害者の権利を尊重する立場からの強い批判がなされ、それに加えて精神薬理学処遇モデルの登場したことにより、地域社会における薬物治療の重要性が主張された。その結果として、カナダにおいては、1985年以降、精神障害者に対する非施設化政策が行われるのである。すなわち、非施設化政策により、地域社会における適切な薬物治療を展開することで、精神病院における入院を減少させ、精神病院での治療から地域社会における治療へと精神障害者の処遇を変化させることが行われたのである。その非施設化政策により、カナダにおける精神病院の日中看護の平均数は41.6%と減少し、精神障害者の患者は地域社会へと移行し始めたのであり、一部の精神障害者はグループ・ホームやアパートにおいて生活しながら、利用可能な医療を受けることができた。

しかしながら、非施設化政策は、このような精神障害者については成功をもたらしたと主張されているが、その一方で、一部の者についての非施設化は、劇的な失敗をもたらしたと主張されている。すなわち、非施設化政策による病院のベッド数の減少に見合った地域社会における支援システムが構築されておらず、またそれのための財政的基盤も不十分であったため、一部の精神障害者は、適切な住居を獲得することができずにホームレスとなるか、あるいは危険な収容施設に存在していることが明らかとなったのである。とりわけ、ブリティッシュ・コロンビア州バンクーバー市のダウントウン・イーストサイドは、非施設化政策の結果として、他の地域の3倍程度の精神障害者が存在して集中化しているため、薬物ディーラーや売春あっせん業者、悪質な賃貸業者は、これらの精神障害者の脆弱性を利用することがあり、結果として、コカインやヘロインといった違法薬物の中毒となり、路上で生活することを余儀

¹² Sapers, Howard, *Annual Report of the office of the correctional investigator 2009-2010*. Correctional investigator Canada, 2010, p.5.

¹³ Sapers, Howard, *ibid.*, p.5.

¹⁴ Sinha, M., *ibid.*, p.13.

なくされた精神障害者が多数存在している。また、違法薬物を入手し、自己医療でもって精神障害を緩和化させるために、薬物ディーラーに接近する精神障害者も存在しているようである。そのため、当然の如く、これらの精神障害者は警察サービスとの接触の機会を多くもたらしこととなり、それは地域社会の住民の不安感をも醸成しているとのことである。¹⁵

そこで、カナダにおける刑事司法関係者と精神保健関係者の間においては、非施設化政策の中、適切な処遇が行われた一部の精神障害者は、警察との接触が少なかったことが指摘されており、逆に犯罪を行い、警察と接触した精神障害者の存在は、それらの者が適切な精神保健サービスへアクセスすることができないことの表れなのであり、そのため刑事司法制度を通じて処理され、処罰されるよりも、精神保健制度におけるサービスや支援のための機会が提供されることが、それらの者に対する最善の実務となることについての同意が存在しつつあるのである。

すなわち、非施設化政策が露わにした問題を要約すると、まず第1に、触法精神障害者が適切な社会福祉サービスへアクセスすることができないということである。その結果として、精神障害者は、違法薬物を入手することで障害の緩和化を図ろうとし、薬物中毒問題を引き起こしているのである。精神障害者が薬物中毒をも同時併発していることは、警察との接触の確率を増大させるばかりでなく、暴力性のリスクをかなり増大させることとなる。またそれに加えて、それは犯罪を常習化させるリスクとしても指摘されている。¹⁶

第2に、触法精神障害者の貧困も、警察との接触のリスクを上昇させている。その要因の多くは失業にあるとされており、学習能力の問題や職場での差別などにより、多くの精神障害者が職に就けない状況にあるか、または薬物や売春などの違法な労働市場へと向かうのである。

第3に、触法精神障害者の多くがホームレスであるということである。この点につき、シュライ(A.B.Shlay)とロッシ(P.H.Rossi)は、精神障害者の間でのホームレスの数を調査するために精神障害者にインタビューを行った結果、ケベックとモントリオールにおいては、インタビュー当時にホームレスである精神障害者は36%であり、過去にホームレスとなった経験のある精神障害者は48%であったとのことである。¹⁷ また、リオードン(T.Riordan)の研究によると、ホームレスとなった者の66%が精神障害を有しており、その大多数が薬物中毒問題をも引き起こしているとし、さらにはホームレスの30%が、警察の留置所で勾留された経験がある者であるとしている。また、ザクリソン(Zakrisson)、ハメル(Hamel)、ワン(Hwang)の研究によると、オンタリオ州トロントのシェルターに収容されているホームレスの人々の61%が、過去に警察と接触した経験をもっているとの報告がなされているのである。¹⁸

この点につき、カナダにおいては、触法精神障害者に対するダイバージョンは、警察段階、公判前段階、公判段階、矯正段階の各段階において存在しているのであるが、警察機関は、触法精神障害者が刑事司法制度に接触する最初の地点であるため、最も重要な役割を担う者であるといえるのであり、そのような意味において、警察官は「警察官の精神科医」という呼び名が与えられてもいるのである。¹⁹ つまり、警察段階における触法精神障害者に対するダイバージョンを充実化させることで、それらの者がより早く社会福祉制度の援助を受けることが可能となり、それはひいてはその者の社会復帰に資することとなると考えられるのである。

IV カナダにおける警察機関と触法精神障害者との間における問題点

しかしながら、触法精神障害者については精神保健制度サイドばかりでなく、警察機関サイドからも、従来から幾つかの問題点が指摘されてきているところである。

まず、第1として、触法精神障害者の大多数は、重大でない犯罪を行っており、その一般例としては生活妨害、秩序紊乱、軽微な窃盗、法廷への不出廷などが挙げられる。この点、ウェルス(W.Wells)とシャファー(J.A.Schafer)の研究によると、警察と触法精神障害者の接触の1%が重大な犯罪を行っており、

¹⁵ Wilson-Bates, F., op.cit., pp.14-17.

¹⁶ Commission for Public Complaints Against the RCMP, op.cit., p.16.

¹⁷ Commission for Public Complaints Against the RCMP, ibid., p.15.

¹⁸ Sinha, M., op.cit., p.13, Cotton, D. and Terry G.C., op.cit., pp.8-9.

¹⁹ Livingston, J.D., Camia, W., Nancy, H. and Simon Verdun-Jones, op.cit., p.11.

69%が一般的な秩序紊乱行為、8%が軽微な犯罪、22%がその他に分類されるとしている。また、行った犯罪の特徴としては、2%が暴力的・財産犯罪であり、85%が秩序関連犯罪であった。

これと同様の傾向は、グリーン(T.M.Green)によっても指摘されており、警察と触法精神障害者の接触の27.7%が秩序違反行為、7.5%が侵害行為、6.1%が侮辱、13.4%がその他、45.3%が犯罪ではない行為を行っており、総じて、触法精神障害者の警察官との接触の誘因となる行為としては、公衆の秩序に関連する軽微な破壊行為や侵害行為であるということができるとしている。²⁰

しかしながら、精神障害者が暴力的な犯罪を行った場合、逮捕歴がある場合、身元が不安定な場合、さらには被害者が児童や高齢者である場合においては、警察官はその者を逮捕する確率が高く、それらは警察官が触法精神障害者を逮捕する重要なファクターとなっていることも主張されている点は、注目に値する。²¹

第2として、警察官の意識についての調査においては、触法精神障害者が暴力的な犯罪を行う割合はごくわずかであるにもかかわらず、触法精神障害者を危険な者とみなし、接触の最中においても「脅された」と感じている警察官が未だ多く存在していることが示されている。

また、ラグラング(T.C.LaGrange)は、警察官の勤続年数が触法精神障害者の逮捕と非公式の処分の選択に影響を与えていることを指摘し、勤続4年以上の地位にある警察官は、その地位に満たない警察官よりも、触法精神障害者を逮捕することを好ましく思わない傾向にあることを論じており、²² 警察官の職務経験の蓄積は、触法精神障害者に対する寛容さをもたらすことが理解できる。

第3として、警察官は、サービス要請を行っている当事者の性質により、反応が異なることが主張されている。この点の詳細な研究は、ビトナー(E.Bittner)が行っており、医者、教師、雇用主、家主といった立場にある者が入院の要請を行った場合、それは警察によって考慮される傾向にあり、入院以外の手段を不毛にしてしまうとしている。その一方で、近隣者、友人、家族構成員といった、精神障害者より私的な立場にある者による入院の要請は考慮されない傾向にあるとしている。

また、テプリン(L.A.Teplin)も同様の研究を行っており、まず触法精神障害者が地域住民の一員として以前から警察官に認知されていれば、その触法精神障害者についての一定程度の予想される結果についても把握することができるのであり、予想の範囲を大幅に超えない限り、警察官は触法精神障害者に対して寛容な態度を示し、非公式の措置を選択するとしている。その一方で、触法精神障害者が、地域住民の一員として警察官によく認知されていなければ、刑事司法制度における措置を選択するとしている。また、触法精神障害者が控えめで、大人しい性格である場合には、非公式の措置を選択する傾向にあることが指摘されている。しかしながら、近年の警察におけるポリシーリング・スタイルの実践により、その事件が「公共性」を有するか否かが非公式の措置を選択する際の重要なメルクマールとなりつつあるのであり、そのため個々の触法精神障害者の性格や障害の性質はあまり重要とされなくなっており、そのような意味において、警察の裁量は限定的なものとなっているとしている。²³

第4として、警察官は触法精神障害者を診断のために病院へと連行する際に、そこにおいて長時間待機させられることを好ましくなく思っており、また犯罪を行ったため入院の基準を満たさず、病院側が拒絶するであろうとか、さらには入院させることができたとしても、すぐに退院してしまうであろうと考えているとされており、一般的に警察官は触法精神障害者を精神保健ルートに乗せることは、犯罪の責任を回避することであり、それらの者を刑事司法制度のルートに乗せることが、自分たちの職務であるとする傾向にあるということも指摘されている。²⁴

第5として、致命的兵器の使用が挙げられる。ペアレント(Parent)の研究によると、警察官による発砲件数の多くは、触法精神障害者による事件であり、これらの多くは「警察官を利用した自殺」現象として知られている。すなわち、警察官が現場に到着すると、精神障害者は自分を射殺する方向性へと警

²⁰ Commission for Public Complaints Against the RCMP, op.cit., p.3.

²¹ Adelman, J., *Blue and Grey, Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. Canadian Mental Health Association BC Division, 2003, p.7.

²² Commission for Public Complaints Against the RCMP, op.cit., pp.9-10.

²³ Commission for Public Complaints Against the RCMP, ibid., pp.8-9.

²⁴ Adelman, op.cit., pp.7-8.

警察官を誘発することがあるのであり、その誘発の際に精神障害者は警察官への発砲、ナイフの振り回し、人質の使用を行うのであるが、それらの精神障害者は薬物中毒を併発していることが多いとされている。また、精神障害者の錯乱状態により、その者が武器を所持しており、それを自分に向けていると誤信した警察官が発砲した事件もわずかながら存在するのであり、概して、これらの事件に関与した警察官は様々な圧力により、身体面と精神面の双方に長期間のストレスを抱えることとなるようである。その一方で、警察官の致命的兵器による威嚇が、精神障害者の自殺の軽減に成功している事案もあるとされており、警察官による発砲事件数はわずかであるとはいえ、その点についての詳細な検討が必要であるものと考えられる。²⁵

なお、カナダにおける触法精神障害者に対する警察官の武器の使用について参考となるのは、エドモンド・ユー(Edmond Yu)事件である。ユーは、35歳の中国系カナダ人の男性で、精神分裂病のホームレスであった。1985年に、ユーは、精神分裂病により、精神病院の強制入院患者となり、1988年と1992年においては、他人に暴行を加えた事件を起こし、再度、精神病院の入院患者となった。その後1997年に、ユーは、バス停にいる女性に暴行を加え、バスを乗っ取る事件を起こした。その際、サービス要請を受けたトロント警察は、後部座席にいたユーと交渉を始めたのであるが、ユーがコートからスチール製のハンマー（これは玩具であったともいわれている）を取出し、それを頭上に振り上げたため、警察官は、ユーに6発の銃撃を加え、ユーは死亡したのである。この事件により、警察官の触法精神障害者に対する武器の使用に加えて、精神障害者についての知識を持つことの重要性が、指摘されるに至ったのである。なお、この事件により、精神障害者に対する住居提供の必要性が主張され、現在では、ユーの名前を用いた「精神保健問題を抱えるホームレスのための住居支援プロジェクト基金」が創設されている。

さらには、第6として、犯罪についての法規を執行し、触法精神障害者を刑事司法制度において処理することを重視する伝統的なポリシング・スタイルに加えて、精神科医の如く、触法精神障害者を刑事司法制度よりも社会福祉制度における治療・処遇を優先させる新たなポリシング・スタイルを担うことに対する警察官の負担についての困惑が存在していることが論じられている。²⁶

第7として、これが結局のところ、上述の点の最大の要因であると思われるのであるが、警察官の精神障害者についての知識あるいは精神保健機関との協議の欠如についてである。換言するのであれば、警察機関と精神保健機関の枠を超えた、横のつながりの情報の共有や教育の欠如である。具体的には、事件発生時に、通信司令官がその者の精神障害の存否、状況の危険性、想定される事態についての情報を現場に向かう警察官に伝達することをしないこと、また警察官の精神障害者に対する先入観や偏見が存在すること、重大な精神障害を有する者は、自殺を図る高度な危険性があると同時に被害者となる確率も高いということについての知識が欠落していること、触法精神障害者と効果的なコミュニケーションを図り、危険性や暴力性を最小化する技術を会得していないこと、触法精神障害者の処分について精神保健関係者のアドバイスを受け、協議を行うことをせずに、直属の上官の指示に従って行動していること、どれぐらいの触法精神障害者が警察と接触し、その際どの警察官が対応を行ったのか、さらには触法精神障害者と警察官の接触の成功例などについての情報がデータベース化されていないことが挙げられている。²⁷

第8として、公衆への警察サービスについての情報伝達の不徹底である。一般的に、触法精神障害者についてのサービス要請は、911に電話をすることによることが多い。その理由としては、触法精神障害者専門のダイヤルであり、精神保健危機に関わる専門のスタッフに直接つながる24/7危機電話ダイヤル(24/7 crisis phone lines)やウォーム・ライン(warm lines)の存在を公衆が認識していないことによる。公衆がこの専門ダイヤルの存在を認識していれば、迅速な危機介入と社会福祉制度との連携が実現できるのである。

カナダでは、このような警察機関における問題点が提示されていたのであり、現在、上記の精神保健

²⁵ Adelman, ibid., pp. 8-9.

²⁶ Adelman, ibid., p. 5.

²⁷ Adelman, ibid., pp. 6-7.

制度における問題点と警察機関における問題点の両者を克服するべく行われているのが、以下で論じる警察段階における触法精神障害者のダイバージョンの実務なのである。

V カナダにおける警察段階の触法精神障害者のダイバージョン

(1)触法精神障害者のダイバージョンの手続

警察官は、触法精神障害者の事件については、幾つかの選択肢を考慮することとなる。その選択肢とは、①釈放、②警告、③社会福祉施設への委託、④精神保健法による身柄拘束、⑤逮捕である。このうち、①釈放、②警告、③社会福祉施設への委託、④精神保健法による身柄拘束は、触法精神障害者の逮捕を行わず、刑事手続の過程へと乗せない方向性、すなわちダイバージョンの方向性である。²⁸

そして、どの選択肢が当該触法精神障害者にとって適切であるかを判断するにあたっての警察官の裁量処分は、①犯罪の重大性、②自傷他害の危険性、③犯罪の前歴、過去における警察との接触回数、④武器の使用の有無、⑤利用可能な支援の有無(家族、友人、社会福祉施設)、⑥利用可能な代替策(家族・友人の元への釈放、社会福祉施設への収容・通所、任意入院、精神保健法下の強制入院等)により異なることとなる。

具体的には、第1に、触法精神障害者がより重大な罪(暴力的犯罪)を行ったり、または武器を使用した場合には、警察官は触法精神障害者を逮捕することとなる。

第2に、触法精神障害者の行為が軽微であり、また前科や警察との接触回数がなく、自傷他害の危険性がない場合には、警察官は触法精神障害者に警告を与え、その場限りで触法精神障害者を釈放させることとなる。釈放は、無条件の釈放の場合もあれば、家族・友人の元へ釈放させることもある。

また、第3に、触法精神障害者の行為が軽微であり、また前科や警察との接触回数が少なく、自傷他害の危険性がない場合には、警察官は触法精神障害者を逮捕せずに、社会福祉施設へその者を委託することとなる。

第4に、触法精神障害者の措置として、逮捕と社会福祉施設への委託の選択肢の中間に属する事件の場合、すなわち、触法精神障害者の行為は軽微であり、また前科や警察との接触回数についても問題はないが、自傷他害の危険性がある者については、精神保健法下の身柄拘束を行うこととなる。²⁹

上記の第2から第4までの処分については、触法精神障害者を逮捕する前に、刑事手続に乗せないというダイバージョンの処分を行っているため、「逮捕前ダイバージョン」の選択肢であるといえることができる。

そして、とりわけ第3の選択肢である、触法精神障害者を社会福祉施設へ委託するにあたっては、一般の警察官のみの判断では当該措置を行うことが困難であることが多いと思われる。そのため、カナダにおいては、精神医学的知識をもった特定の警察官、あるいは一般の警察官と社会福祉の専門家が協働チームを編成するなどして、当該触法精神障害者のアセスメントを行い、適切な資源への委託を行っているのである。

そこで、以下においては、逮捕前ダイバージョンの方策である精神保健法によるダイバージョン・プログラムと精神保健法以外によるダイバージョン・プログラムについて、検討することとする。なお、精神保健法については、様々な州において制定されているところであるが、本稿においては、その中でもブリティッシュ・コロンビア州の精神保健法によるダイバージョン・プログラムについて考察することとしたい。

²⁸ Ontario Police College, et al., *Not Just Another Call...Police Response to People with Mental Illnesses in Ontario: A Practical Guide for the Frontline Officer*.2000, p.11, A Publication of the Kitchener Human Services and Justice Coordinating Committee, *Mental Health, the Justice System, and You*. Publication of the Kitchener Human Services and Justice Coordinating Committee, 2010, pp.6-8.

²⁹ Ontario Police College, et al., *ibid.*, p.11, A Publication of the Kitchener Human Services and Justice Coordinating Committee, *ibid.*, pp.6-8.