

会のガイドラインに基づく精神保健警察記録確認プログラムを展開している。このプログラムは、職務に関連する情報を雇用者に提供する際における、精神保健法下の身柄拘束情報を保護する施策であり、精神保健法下の身柄拘束情報を要請する全雇用者は、トロント警察サービスにあるメモランダムに加わらなければならない。そして、精神保健警察記録確認は、当該精神障害者が公開に同意する用紙に署名がなされた後にのみ行われることができるのである。⁸¹

X 日本における警察段階における触法精神障害者ダイバージョン・プログラム導入への示唆

最後に、カナダにおける警察段階における触法精神障害者ダイバージョン・プログラムの今後の課題を論じることに加えて、日本への本刑事政策の導入にあたっての示唆を行いたいと思う。

バンクーバー市警察における精神障害者関連の数値を述べると、2007年においては、精神保健法28条1項の下で身柄拘束がなされた事件は1,743件であったのであり、これに費やされる警察時間は、約13,000時間とのことであった。それに加えて、1,389件の精神保健法以外の触法精神障害者の事件が存在し、これに費やされる警察時間は、約6,000時間であったとされており、これらの事件に掛かる直接的な年間コストは、少なくとも1,100万ドルであったとされている。⁸²

しかしながら、バンクーバー市警察の調査によって立証された、警察サービスの約31%が、精神障害者であるという推計に従うのであれば、毎年バンクーバー市警察によって出動される190,000件ものサービス要請のうち、約58,900件もの精神障害者の事件が厳密には存在するものと推測することができるのであり、このことからすると、多くの触法精神障害者が潜在化していることとなる。また、各サービス要請に必要とされる平均職務時間を2.6時間とするのであれば、精神障害者事件に最低でも153,140警察時間が必要とされるとの概算が可能となるのである。⁸³ とりわけ、精神障害者のアセスメントのために病院へ連行する際、1人の精神障害者に2人の警察官が付くことが必要とされており、それに加えて、病院での待機時間を考慮すると、かなりの時間的コストが伴うこととなり、その場合、それらの警察官は他の事案に対応することが困難となる。このようなことから、カナダにおいては、社会福祉機関との連携を図り、触法精神障害者を警察段階において刑事司法機関からダイバージョンさせ、適切な社会福祉機関へ送致する施策が積極的に行われているのである。そこで、カナダで展開されているような警察段階での触法精神障害者のダイバージョンの日本への導入にあたり、以下、幾つかの点を検討することとしたい。

まず第1に、警察段階における触法精神障害者のダイバージョン・プログラムを、社会福祉機関との協働によってより発展化させることが、触法精神障害者の適切な資源への配置と警察官の職務負担の減少に貢献するものと思われる。触法精神障害者の側から見るのであれば、触法精神障害者を刑事司法機関ではなく、社会福祉機関に送致することは、触法精神障害者に対する適切な支援となり、ひいてはその者の再犯の危険性の除去につながるのである。

カナダにおいて警察段階における触法精神障害者のダイバージョン・プログラムが発展した背景には、非施設化政策があることは前述の通りであるが、その中でも適切な処遇・支援が行われた精神障害者は、警察との接触が少なかったことが指摘されたのであり、逆に社会福祉的支援が行われなかった精神障害者は、回転ドアのように警察機関と地域社会との間を行き来してしまうことが指摘されたのである。とりわけ、カナダにおいては精神障害者の失業とホームレスは重要な問題となっており、精神障害者の学習能力や差別による失業が、精神障害者を薬物や売春などの違法な市場へと向かわせており、これにより警察との接触のリスクを高めている。また、オンタリオ州では、ホームレスの61%が警察との接触歴がある者とされており、これらのホームレスの精神障害者は、刑事司法機関を住居とするために、再犯を繰り返していることが多い。このことからしても、精神障害者に雇用の機会と帰住先を与えることが、警察段階における触法精神障害者を減少させる大きな要因となっているのである。

そして、警察官は、そのような触法精神障害者を発見する最初の刑事執行機関なのであり、触法精神

⁸¹ Human Services and Justice Coordinating Committee Ontario, *ibid.*, p.42.

⁸² Wilson-Bates, F., *op.cit.*, p.13.

⁸³ Wilson-Bates, F., *ibid.*, p.13.

障害者に対する社会福祉の支援の迅速な対応という点からしても、警察官は重要な役割を担っている。また、触法精神障害者は時間的経過とともに障害が悪化するという点を考慮するのであれば、可能な限り、逮捕前に刑事司法機関から触法精神障害者をダイバージョンさせることが好ましいと考えられる。

また、触法精神障害者のダイバージョン・プログラムを警察官の側から見るのであれば、専門チームによる迅速な対応を図ることは、刑事司法機関に係る時間的・経済的コストの削減に貢献することにもなるものと思われる。例えば、ブリティッシュ・コロンビア州ヴィクトリア市における統合現場出動危機対応チームは、サービス要請から平均して約 30 分程度で触法精神障害者に対する何らかの処分決定を行うことができるとしており、その触法精神障害者を逮捕し、留置所に送致する時間的・経済的コストを考慮すると、それは触法精神障害者と警察機関の双方にとって、効果的なプログラムとなっているといわれているのである。

第 2 に、触法精神障害者のダイバージョン・プログラムを導入するにあたって、いかなるプログラムを採用すべきなのかという点を検討しなければならない。プログラムの採用に当たっては、その地域の地理的状況、社会福祉的資源、警察の現行実務、警察官の人員等の事項に加えて、各プログラムについて提起されている長所と短所を総合的に勘案する必要がある。この点、カナダは福祉が進んでいる国であることから、社会福祉の専門家と警察官が協働体制をとる MCT モデルや、それよりもより社会福祉基盤のモデルであるカー 87 モデルを実施しやすい制度的基盤があるとも考えられるのである。

そのため、我が国における導入に際しては、まず、警察官が精神保健的・社会福祉的知識を得て、特別に任命された警察官が触法精神障害者のアセスメントを行い、適切な社会福祉的資源への委託を行う任務を行う CIT モデルの採用、あるいはその任務を専門的に行う精神保健連絡官モデルを採用し、そして、そのモデルが定着した後、MCT モデルやカー 87 モデルの検討を行うことが、好ましい方策なのではないかと思われる。

CIT モデルは、危険性の多い地域においては、他の機関ではなく、警察官が中心となるのが安全であることから、適切なモデルであると考えられており、また、社会福祉機関があまり存在せず、またそれが実践的でない地域においても、好ましいモデルであるとされている。また、CIT モデルについては、警察官が行うため、毎日 24 時間対応可能である点、精神保健の知識が備わった警察官が直接触法精神障害者に対応していることが、地域社会の安心感につながっている点、コストが他のモデルよりもかからないといった利点が挙げられている。その一方で、CIT モデルは、警察官は訓練を重ねているとはいえ、現場でのアセスメントが困難となる場合があり、結果として病院へ移送させてしまうこともあることや、通報に対応しているのは、警察署の通信司令官であるため、対応に時間がかかる点の欠点も挙げられており、CIT モデルの採用にあたっては、これらの問題点を克服することが必要となる。

なお、CIT モデルにおける警察官は、通常は他の勤務についており、それらの職務への影響等を考慮するのであれば、触法精神障害者のダイバージョンを専門的に行う精神保健連絡官モデルの採用の方が好ましいと考えられる。

そして、第 3 に、CIT モデルあるいは精神保健連絡官モデルを採用するにあたっては、警察官に対する精神保健的・社会福祉的訓練を行う必要があるのであり、その訓練プログラムの策定を行わなければならない。カナダにおいては、その訓練プログラムの策定に協力しているのは、カナダ精神保健協会等の精神保健機関であり、日本においてもそのような精神保健・社会福祉機関が、警察官に対する訓練プログラムの策定に協力し、警察官に対する教育に貢献することが考えられる。

それらの訓練は、警察官が逮捕前に触法精神障害者のダイバージョンを行うにあたっての精神保健的な知識にとどまらず、逮捕後における触法精神障害者との意思疎通や理解についての知識の訓練も行われるべきである。

それらの必要性を論じるにあたって、ここで、カナダのアルバータ州における発達障害者の事例を引用することとする。発達障害を抱える女性が店で万引きを行い、店主が警察に通報し、警察官が呼び出された。店主は、その発達障害者の逮捕を希望しなかったため、警察官は彼女の行った万引き行為が犯罪であることを説明し、彼女を自宅までパトカーで送った。後に、警察官は、その女性が自宅まで帰る道が分からなくなり、ただ誰かに無料で、車で自宅まで送ってほしいためだけに、万引きを行ったということを知ったのである。すなわち、彼女は、自己の行為の重大性や万引きが犯罪に関係してい

るということを理解してはならず、単に、無料で、車で自宅まで帰る方法として、万引きを行うことを考えたのである。⁸⁴ この事例は、知的障害者や発達障害者についての十分な理解がないままに、その者が行った犯罪行為の説明を行うことは、その者の再犯の抑止にはつながらないことを表したものであると思われるのである。

とりわけ、逮捕と留置所における拘禁経験は、触法精神障害者の精神状態に様々な影響をもたらすことが言われている。具体的には、手錠をかける等の警察官の行為が、強い恐怖感情をもたらし、結果として、パニック発作、無気力、混乱、震顫、うつ、感情を統制できなくなる等の状態が生じることがある。そのような状態になると、触法精神障害者に学習の障害が生じ、警察官との意思疎通が困難となる事態が起こり、これは同時に、警察官が犯罪事実の要旨や弁護人依頼権等の権利があることを被疑者に伝えることが困難であることを意味するものであるといえる。また、とりわけ知的障害者や発達障害者は、警察官の尋問に迎会的となり、黙従してしまうことが多いとされており、警察官が尋問の際に知的障害者や発達障害者に「はい」と「いいえ」だけを答えさせる質問を行うと、その返答の信憑性はかなり疑わしいものになるともいわれている。⁸⁵

つまり、警察段階においては、知的障害者や発達障害者に何らかの困難あるいは問題が生じる可能性が高いといえるのであり、それらの者の憲法上の権利を保障するためにも、警察段階においては何らかの対策を講じることが好ましいものと思われるのである。そして、それを改善するための措置としては、まず、ダイバージョンにふさわしい触法精神障害者を、できる限り逮捕前に刑事司法機関から釈放させることが挙げられる。そして次に、逮捕後においては、警察官は、触法精神障害者に理解できるようなことばや手法により、告知すべき権利を伝えることが必要とされる。そして、それにあたっては、伝統的かつ形式的な手法で何度も触法精神障害者に伝えるのではなく、何らかの意思疎通の技術を用いて伝えることが要求されるのであり、警察官はそのための訓練や教育を受けることが必要となるものと考えられる。

第4に、訓練を行った特定の警察官に加えて、一般の警察官についても触法精神障害者であることの識別をより容易に行うことができるためには、警察官に対してリスクアセスメント・フォームやチェックリストを配布することが必要である。ブリティッシュ・コロンビア州においては、ブリティッシュ・コロンビア州警察署長協会の精神保健委員会による警察選別ガイドや王立カナダ騎馬警察による精神保健事案・危機優先順位評価尺度が存在し、これらのツールは、警察官による触法精神障害者の識別やアセスメントを助ける手段となっている。

第5に、CITモデルや精神保健連絡官モデルを実施するにあたっては、都道府県による触法精神障害者のダイバージョンの施策のばらつきをできる限り抑えるために、ガイドラインを策定することが好ましいと思われる。カナダにおいては、カナダ警察署長協会によって策定されたガイドラインが存在するが、その徹底が不十分であるとされており、カナダ全土におけるプログラムの充実性という点からは、未だ課題が残る状況のようである。

また、警察官から精神保健施設及び社会福祉施設への委託を行うにあたっては、迅速な対応が求められるのであり、その点、カナダにおいては病院や精神保健施設・社会福祉施設との間でプロトコルを作成しており、事件が発生した場合には、触法精神障害者への対応を優先するなど、各施設において触法精神障害者の受け入れをスムーズに行う等の措置を採っているところである。

しかしながら、カナダの警察機関においては、触法精神障害者についてのマニュアルやガイドラインは存在しても、知的障害者や発達障害者に対する特別なマニュアルやガイドラインは存在せず、それらの必要性についても主張されているところである。なお、この点につき、オンタリオ州ポーリング基準マニュアルにおいては、発達障害者に対するダイバージョン・プログラムを推奨するような手続が規定されているが、それは他の精神障害と同様に、発達障害者に対する手続の基準を定めたものであり、発達障害に特化したプログラムを推奨したものではないものと考えられる。

⁸⁴ P.Monica, B.Monetta and P.Sheryl, op.cit., p.102.

⁸⁵ B.A.Shereen Hassan and Gordon R.M., *Developmental Disability, Crime, and Criminal Justice: Literature Review*. Criminology Research Centre Simon Fraser University.2003, p.13.

前述したように、とりわけ知的障害者や発達障害者は、警察官が告知する内容についての理解が困難となる場合が多いことが想定されるのであり、そのような意味において、警察官が知的障害者であると識別する技術が要求されるのである。警察官のその知識不足のために、カナダにおいては、知的障害者が精神病や薬物中毒であると誤信されることもあるようである。また、明らかに識別できる知的障害者は、警察官によって特別な措置を採られ、ボーダーライン上の知的障害者のような場合には、警察官に認識されず、通常の措置を採られることもあるのである。

第6に、いずれのモデルを採用したとしても、触法精神障害者のダイバージョンを警察段階において実施するにあたっては、触法精神障害者の行った前提犯罪は、軽微な犯罪であることが条件となる。このことは、オンタリオ州ポリシング基準マニュアルにも規定されているところであるが、前科や警察との接触回数、武器の使用の有無等も重要なメルクマールとなり、概して、暴力的犯罪を行ったり、前科や警察との接触回数が多い者については、警察官は逮捕することが多い。

そして、第7に、カナダにおけ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取組みは、あくまでも「精神障害者」に対する取組みであるという点についてである。この点、精神障害者の概念は、統合失調症、中毒性精神病、知的障害、精神病質などが含まれる大きな概念枠組みであり、またそれらに対する処遇のニーズは各々異なるものであると考えられるが、現在においては、それらに特化したプログラムは行われていない状況にある。

しかしながら、カナダにおける知的障害者についての概略的な数値について述べると、2007年のカナダ統計局(Statistics Canada)における「参加と活動制限調査」(Participation and Activity Limitation Survey: PALS)によると、カナダ人口の0.7%が知的障害者であるとしている。しかしながら、ブリティッシュ・コロンビア州児童・家族発展省(Ministry of Children and Family Development in British Columbia)の調査や、オンタリオ州地域社会・社会サービス省の発展サービス局(Ontario Developmental Services Branch of the Ministry of Community and Social Services)の調査をも勘案するのであれば、カナダ人口の約0.7%~3%が知的障害者の割合であると推計することができる。⁸⁶ その推計に従うのであれば、2011年のカナダの人口が3千448万2,779人であるので、24万1,379人から103万4,483人の知的障害者が存在するということになる。

そして、これらの知的障害者のうち、どれぐらいの者が警察官と接触し、あるいは犯罪を行っているのかということについての具体的な実証研究を行っていくことが、カナダの今後の研究課題となるのではないかと思われる。さらには、前述のブリティッシュ・コロンビア州バンクーバー市警察においては、サービス要請の約30%が触法精神障害者の事件であるとしているが、そのうち知的障害者の事件はどれぐらい存在するのかについての追跡調査を行うことが重要であると考えられる。

とはいえ、アルバータ州の刑務所においては、受刑者人口の約10~20%がIQ60以下であり、知的障害者が矯正における重大な問題となっているとしており、⁸⁷ さらには、ヒッチン(Hitchin)の研究によると、ブリティッシュ・コロンビア州の司法精神病院にいる者の約6.5%が発達障害であるとの推計が出されている。⁸⁸

そして、近年においては、胎児性アルコール・スペクトラム障害による発達障害について注目すべきであることが主張されているところであり、アルバータ州レスブリッジにおいては、地域社会刑事司法プロジェクトとして、青少年司法制度内のアルコール・スペクトラム障害による発達障害者の気づき、教育、ケースマネジメントを行っている。具体的には、まず、専門家と地域社会の機関との提携によるアルコール・スペクトラム障害調整委員会の委員の1人であるレスブリッジ警察署の警察官が、プロジェクト警察官として選任され、その警察官が、アルコール・スペクトラム障害による青少年事件を発見したならば、調整委員会を開く。そして、調整委員会においては、青少年のための最善と支援とその必要性に見合った地域社会の選択肢を考慮し、刑事司法制度からのダイバージョンを裁判所に勧告する

⁸⁶ Crawford, C., *No Place Like Home: A Report on the Housing Needs of People with Intellectual Disabilities*. Canadian Association for Community Living, 2008, pp.3-5.

⁸⁷ P.Monica, B.Monetta and P.Sheryl, op.cit., p.109.

⁸⁸ B.A.Shereen Hassan and Gordon R.M., op.cit., p.7.

のである。それにより、それらの青少年の刑事司法制度への関与のサイクルを遮断することが、このプロジェクトの最終目標となる。⁸⁹

レスブリッジと同様の制度は、アルバータ州エドモントンにも存在する。エドモントンのプロジェクトにおいては、アルバータ州の警察、検察、矯正施設、地域社会機関、学校協議会が共に、刑事司法制度に関与したアルコール・スペクトラム障害による発達障害者の青少年の問題について言及するために集まり、委員会を構成している。アルコール・スペクトラム障害による発達障害者が刑事司法制度に関与した場合、その事件が委員会に送られ、委員会は、当該青少年についての障害の特定、情報交換、適切な地域社会の資源の検討を行い、刑事司法制度からのダイバージョンが適切であると判断した場合には、地域社会における支援プランを計画するのである。⁹⁰

さらに、カナダ司法省の青少年司法再計画基金による資金助成を受けているアルバータ州カルガリーエンヴィロス・ワイルダーネス学校協会は、アルコール・スペクトラム障害による発達障害者の青少年犯罪者の再統合協働計画を行っており、当該青少年、両親、ケア提供者、その他の専門家への短期間の適度に集中的な指導を提供している。他のプログラムと同様に、再統合協働計画においては、警察官を含む司法関係者のアセスメントとケースプランを展開し、当該青少年を刑事司法機関からダイバージョンさせ、地域社会における生活技術、学校訓練等を行っている。

いずれのプロジェクトにおいても、発達障害者に対して効果的であるとされているようであり、事例の中では、発達障害者の夫婦間における配偶者暴力の事案において、専門家による委員会の勧告により、刑事司法制度からダイバージョンさせ、地域社会における適切な支援による代替策を行い、その方策が積極的な結果をもたらしたとの報告もなされている。⁹¹ このように、アルバータ州においては、触法精神障害者の中でも、とりわけ知的障害者や発達障害者に着目したダイバージョン・プログラムを行っているようであり、それを行うにあたっては、触法精神障害者のダイバージョン・プログラムとほぼ同様の課題が提起されている。具体的には、①知的障害者や発達障害者は、他の精神障害者とは特異な問題を抱えているということ、警察官を始めとする法執行機関の者が、きちんと認識し、それに対応したプログラムを刑事司法制度内に整備すること、②知的障害者や発達障害者は、他の精神障害者よりも認定が困難な面もあるため、警察機関内にアセスメントツールやチェックリストを設け、その使用方法についての警察官の訓練を行うことが重要であり、そのようなアセスメントツールを用いることは、警察官の知的障害犯罪者や発達障害犯罪者の気づきを増やすことに加えて、それらの犯罪者の公正な処遇へとつながる、③刑事司法機関内において、知的障害や発達障害についての知識を共有することで、刑事司法機関が一体となって、一定の知的障害者や発達障害者に対するダイバージョン・プログラムを実践していく、④地域社会における知的障害者や発達障害者の専門の社会福祉施設への委託を迅速に行うために、警察機関と社会福祉施設間のプロトコルを創設すべきである、等の事項が提起されている。⁹²

このように、知的障害者や発達障害者は、精神病等の他の精神障害とは異なり、警察段階での警察官との意思疎通を始めとする様々な問題を抱える可能性が高いことを考えると、知的障害者や発達障害者の犯罪者に対しても、警察段階において特別なプログラムを創設する必要があるのではないかと思われるのである。このアルバータ州における先駆的な知的障害者・発達障害者に対するダイバージョンの取組みは、現段階においては、まだプロジェクト段階のものも存在するのであるが、それがカナダ全土に普及することを期待したいところである。

第8に、このようにして、仮に警察段階において触法精神障害者に対するダイバージョンの取組みを発展させ、積極的に釈放させたとしても、釈放先である触法精神障害者を責任もって再犯の道へ進ませないように取り組む社会福祉施設を整備しないと、ただ闇雲に釈放させることとなり、触法精神障害者を地域社会に置き去りにすることに他ならないものと思われる。そのため、どれぐらいの社会福祉施設が触法精神障害者を受け入れることができるのか、そして、犯罪を行ったという点で、他の精神障害者

⁸⁹ P.Monica,B.Monetta and P.Sheryl, op.cit.,p.116.

⁹⁰ P.Monica,B.Monetta and P.Sheryl, ibid.,p.116.

⁹¹ P.Monica,B.Monetta and P.Sheryl, ibid.,p.117.

⁹² P.Monica,B.Monetta and P.Sheryl, ibid.,p.124.

とは異なる処遇が必要とされるものと思われるが、そのような教育をどれだけの社会福祉施設が触法精神障害者に対して行うことができるのかということも把握しておかなければならないものと考えられる。とりわけ、カナダにおいては、発達障害・知的障害者の行う犯罪のタイプとして、窃盗などの財産犯に加えて、性犯罪も多いという調査研究が出されており、性犯罪については、発達障害者・知的障害者間の性的虐待の問題も提起されている。そして、それにあたっては、加害者の虐待と被害者の問題に従来は焦点が当てられていたが、性的虐待の被害者が性的虐待の加害者となるという「虐待—反応」モデル(abusive-reactive models)が、バロー(Balogh)等によって主張されており、⁹³ これらのことからすると、釈放先の社会福祉施設での知的障害者・発達障害者に対する性犯罪抑止の指導をいかに行っていかかということも、今後の課題となるであろうと考えられる。

この点につき、カナダにおける触法精神障害者を含む犯罪者全般の援助を行う団体として著名であるのは、ジョン・ハワード・ソサエティ(John Howard Society)である。当団体は、1867年から犯罪者への住居や衣服の提供、雇用の援助等の活動を行っており、本部は、オンタリオ州オタワに存在するが、カナダ全州に支部が置かれている。そのうちブリティッシュ・コロンビア州ロウアー・メインランド支部について述べると、とりわけ罪を犯した知的障害者の援助については、バンクーバー・アパートメント(Vancouver Apartment)において処遇がなされているところである。バンクーバー・アパートメントでは、社会に貢献できるような責任のある、自律的な構成員となるのに必要な技術を学習する、家庭的な場を提供することが目的とされており、そのための社会的・教育的・職業的訓練が行われている。当該施設の適格者としては、罪を犯した19歳以上の成人で、知能がIQ50—70であり、精神保健問題や行動問題を抱えており、地域社会における危険性がある者とされている。⁹⁴ このような社会福祉施設においては、罪を犯した知的障害者が安定した生活を営むためには、いかなる指導が適切で、効果的であるのかということを常に模索することに努めているのである。

触法精神障害者に限らず、精神障害者一般は、社会的支援や社会的関係性が失われていることが多いとされている。しかしながら、精神障害者にとって、社会的支援や社会的関係性は、物質的な観点からばかりでなく、烙印押しを克服し、積極的なアイデンティティを構築し、自己の地位を通常的生活へと統合させるという意味においても最重要とされるものなのである。この点につき、社会的支援を豊かにすると、治療プログラムに参加し、成功する確率が高くなり、逆に社会的支援を乏しくすると、プログラム参加や成功についての確率は低くなるとの調査も出されているところである。

そのような意味において、触法精神障害者を刑事司法段階へ進ませるのではなく、社会福祉制度へと進ませることが、触法精神障害者の社会的支援や社会的関係性を構築させることとなり、結果として、本人の改善更生・社会復帰や、一般生活への積極的参入の点からも、最善の実務であると思われるのである。そして、それにあたっては、触法精神障害者の障害は、刑事司法段階が進行するにしたがって悪化することに鑑み、最初の接点である警察段階において触法精神障害者を可能な限りダイバージョンさせ、迅速な社会福祉機関への引渡しを行うことが必要であると考えられる。

⁹³ B.A.Shereen Hassan and Gordon R.M., op.cit.,p.9.

⁹⁴ John Howard Society of the Lower Mainland, *Annual Report 2009-2010*. John Howard Society of the Lower Mainland, p.29.

別添資料-3 海外文献の調査結果(ニュージーランド)

「ニュージーランドの刑事司法制度における知的障害者の取り扱いについて

—2003年知的障害(強制的ケア及びリハビリテーション)法の概要及び適用状況を中心に—

文責：研究協力者 藤田 尚

一、はじめに

藤本研究グループでは、平成21年度より、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(田島班)」において、「刑事法学からの触法被疑者の実態調査と現状分析」を担当している。しかしながら、日本の刑事司法制度における知的障害者の統計、すなわち、警察段階(微罪処分)、検察段階(起訴猶予)、裁 judgment 段階(執行猶予)における知的障害者の統計を調査したところ、我が国には知的障害者に関する統計が存在しないことが判明した。そこで、藤本研究グループでは、保護局が実施した「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」の結果を基に、知的障害者に関する推計・分析を行った¹。

また、実態調査以外にも研究課題として、主に、アメリカ、イギリス、カナダ及びニュージーランドに関する海外文献の調査研究も行っている。本報告は、ニュージーランドに関する調査結果に主眼を置いており、ニュージーランドの刑事司法制度における知的障害者の取り扱いについて調査したものである。日本では存在しなかった知的障害者に関する統計が、ニュージーランドでは存在するか調べたが、警察段階及び検察段階では統計が発見できなかったものの、ニュージーランドには2003年知的障害(強制的ケア及びリハビリテーション)法(Intellectual Disability[Compulsory Care and Rehabilitation]Act 2003)(以下、2003年知的障害法と略する)という法律が制定されており、裁判段階で知的障害のある被告人は、刑務所へ移送するのではなく、ケア施設において強制的ケアがなされ、社会復帰を目指すのである。これは、まさしく裁判段階において、知的障害のある被告人をダイバートするものであり、本来は、警察段階で知的障害者がダイバートされるのが理想ではあるが、今日の日本では、最も採用可能性のある制度ではないかと思われる。

したがって、以下では、まず、ニュージーランドにおける知的障害の定義を説明し、2003年知的障害法の概要、2003年知的障害法の現状及び問題点について言及した後、日本との比較を通して、提言を行いたいと思う。

二、ニュージーランドにおける知的障害の定義及び現状

本章では、ニュージーランドの刑事司法制度における知的障害者の処遇について論じる前に、ニュージーランドにおける一般的な知識、とりわけ、ニュージーランド国内において広く普及している知的障害の定義及び知的障害者の現状について述べたいと思う。

1、ニュージーランドにおける知的障害の定義

ニュージーランドでは、「知的障害(intellectual disability)」の定義は1つではなく、それぞれの機関が、サービスの受給資格を設けるために、様々な意味を採用しているとのことである。例えば、教育現場では、「知的障害のある子ども」とラベル付けすることを躊躇するため、一般的な用語である「知的障害」は使用しない等である。

しかしながら、多くの一致した見解を知るためには、代表的な保健省の知的障害に関する定義を見ることが最適である。保健省(the Ministry of Health)の定義によれば、①臨床医により一般的に使用されている標準検査によって評価されるようなIQ70あるいはそれ以下であり、②生活機能(例えば、意思伝達、自己管理、社会的技能、健康及び安全等)に関して、少なくとも2つの領域における重大な欠陥があ

ること、そして、③その状態が、発達期(一般的には人が18歳になる前)の間に現れるという3点に集約できる。これは、アメリカの精神医学会の診断と統計マニュアル(いわゆるDSM IV)の基準に類似しており、国家保健委員会(the National Health Committee)のようないくつかの組織は、IQ測定を要求している²。

2、ニュージーランドにおける知的障害者及び知的障害のある受刑者の現状

(1) ニュージーランドにおける知的障害者の現状

ニュージーランドには、マオリと呼ばれる原住民の他に、ヨーロッパ人、アジア人、太平洋地域の人々が居住しており、人口は、2008年には約4,260,000人、2009年には4,300,000万人を突破した。少々、古いデータではあるが、国際的な研究においては、全人口の2~3%が知的障害者であると認識されているが、刑務所に収容されている知的障害者は、19.1%も存在するかもしれないといわれている³。他方、ニュージーランドの研究では、国内の刑務所に収容されている知的障害者は少なく、約0.1%に止まっているとのことであった。しかし、2008年のデータを見ると、人口4,260,000人のうち、知的障害者は総人口の1%である42,600人であり、知的障害のある犯罪者は、総人口の0.84%である356人であった。世界的には低い数値ではあるが、前者の約8倍の数値を示していた⁴。他のデータでは、総人口の約17%が障害を持っており、そのうち5%である33,700人が知的障害者であり、24時間在宅支援を要する知的障害者が約6,500人いるとされている⁵。

以前と比べ、詳細なデータが公表されるに至った理由は、ニュージーランドが、1996年、2001年、2006年と5年おきに全国的な障害に関する調査を実施しており、その成果と考えられる。2011年にも実施予定であり、その後は期間を短縮し、2013年に調査を実施するようである⁶。また、2008年から2010年にかけて、リスク評価を行っているようなので、近々、公表されると思われる。以下では、ニュージーランド全体における知的障害者の特徴を示すべく、ニュージーランドの最新データである2006年障害調査⁷を参照したいと思う。

まず、2006年の調査は、ニュージーランドの全人口の約17%である約660,300人が障害者であると報告している。そのうち、知的障害を有する成人の82%が在宅であり、知的障害のある成人の5%が居住施設におり、知的障害のある子ども(15歳未満)の14%が在宅であるとのことである。そして、障害を持つ人々のパーセンテージは、年齢と共に増加し、15歳未満の子どもは10%であるが、65歳以上では45%に達している。

表-1 障害のある人々の年齢別割合(1996年、2001年及び2006年)

	0歳-14歳	15歳-44歳	45歳-64歳	65歳以上	Total
1996年	11%	12%	25%	52%	20%
2001年	11%	13%	25%	54%	20%
2006年	10%	9%	20%	45%	17%

資料源：Geoff Bascand, "2006 Disability Survey - Hot Off The Press", Statistics New Zealand, 2007, p.3.

表-2 2006年における年齢層別障害の有無

	0歳-14歳	15歳-44歳	45歳-64歳	65歳以上	Total
障害あり	90,000 (10.4%)	141,500 (8.9%)	285,500 (20.1%)	220,300 (44.6%)	660,300 (16.6%)
障害なし	775,100 (89.6%)	1,448,100 (91.1%)	831,300 (79.9%)	273,900 (55.4%)	3,328,400 (83.4%)
Total	865,100	1,589,600	1,039,800	494,200	3,988,600

注：表-1と照らし合わせると、障害ありの45歳-64歳欄の数値に誤りがあると思われる。表-1との整合性を考え、障害ありとなしの欄を基準に割合を算出している。

資料源：Geoff Bascand, “2006 Disability Survey—Hot Off The Press”, Statistics New Zealand, 2007, p.3. を基に筆者改変。

表-1を見ると、1996年と2001年には大きな変化はないが、2001年と2006年を比較すると、14歳以下では顕著ではないが、それ以外の年齢層では、おおむね5%~10%も障害者が減少している。理由は提示されていないが、2000年に政府が打ち出した「ニュージーランド障害戦略(New Zealand Disability Strategy)」が、障害者の減少に影響を与えているのではないかと考えられる。表-2に関しては、人数では45歳-64歳が最も多いが、割合では65歳以上が最も高く、65歳以上のグループの約半数が、何らかの障害を持っている。

また、性別では、約334,600人の女性及び327,700人の男性が障害を持っており、65歳未満の場合、女性よりも男性の障害者が多いが、65歳以上になると、女性の割合が高くなる。

障害のタイプ別では、14歳以下については、注意欠陥障害や難読症のような特殊教育を要する障害が最も多く、次いで、約40%が脳性麻痺や重度の喘息等の持病や健康上の問題があるタイプで、知的障害者は約16~17%と5番目に位置している。15歳以上では、身体障害の次に感覚障害が多く、知的障害はその他の障害を除けば、最も低い割合を示している⁸。

居住環境については、居住施設に入居している者はわずか5%にすぎないが、居住介護施設に入居している99.7%の者は、障害を持っているとのことである。ニュージーランドはなぜ居住施設への入所者が少ないかという点、1980年代に非施設化とノーマライゼーションが唱えられ、かつては13もの大規模施設が存在したが、2006年のキンバリー・センターの閉鎖を最後に、大規模施設はすべて閉鎖されたことが影響を及ぼしていると考えられる⁹。より詳細なデータとして、10年前のデータであるが、2001年に調査が実施された報告書¹⁰がある。

この報告書によると、2001年当時、居住施設には、ニュージーランドにいる知的障害を伴う成人(15歳以上)32,400人のうち、3,500人(12%)が入居していたようである。その内訳は、男性が1,400人で女性が2,100人であった。また、3,500人のうち800人が重度の障害であった。そして、居住施設で暮らしている知的障害のある700人は、生まれつき知的障害を持っていたとのことである。知的障害のある成人は、居住施設で暮らしている他の成人よりも若く、居住施設にいる800人の知的障害者は、64歳以下であった¹¹。他方、在宅の知的障害者は、28,900人おり、そのうち男性が14,200人、女性が14,700人と、居住施設同様、女性の方が多かったようである。在宅の子ども(0歳から14歳)に関しては、13,000人が暮らしており、うち8,900人が男子で4,100人が女子であった。成人と異なり、子どもの場合には、男子の比率が女子の倍以上となっている。成人の民族性については、73%がヨーロッパ人であり、次いで、20%がマオリ族、5%が太平洋地域の人となっている。少年の場合も成人と類似しており、64%がヨーロッパ人、27%がマオリ族、5%が太平洋地域の人であった。他にもこの報告書は、仕事、収入、政府からの援助、教育等が記されているが、紙幅の関係から、割愛したいと思う。

三、ニュージーランドにおける2003年知的障害(強制的ケア及びリハビリテーション)法

1、2003年知的障害(強制的ケア及びリハビリテーション)法制定までの経緯

ニュージーランドの社会福祉の特徴は、保健・医療と福祉の結合性・連続性であるといわれている。法制度においては、2000年の「ニュージーランド公衆衛生障害法」があり、福祉体系では、児童福祉と障害福祉の二本立てであり、障害福祉には、身体、知的、精神障害が含まれ、高齢者福祉も「高齢障害者への福祉」として把握されている。

ニュージーランドの社会福祉の特色は、政府がまず「戦略」を打ち出し、それに基づいて様々な省庁等が福祉政策を展開するという手法が取られているため、政策に一貫性があり、計画的で透明性も確保されている点にある¹²。2003年知的障害法に関していえば、政府が2000年に打ち出した「ニュージーランド障害戦略(New Zealand Disability Strategy)」が障害者施策の基本となっている。他にも、警察段階における知的障害者の取り組みについては、特徴がある施策が発見できなかったため、言及しなかったが、2000年にニュージーランド警察が「警察障害戦略実施計画(the Police Disability Strategy

Implementation Plan)」なるものを公表している¹³。

このように、ニュージーランドは、政府が戦略として、大きな枠組みを提示するため、省庁間の連携が取りやすく、省庁等がそれぞれの施策を打ち出したとしても、戦略実施の目的等は一致しているため、首尾一貫した制度が生み出されると考える。日本の場合は、主に省庁が個別に案件を提示し、省庁間の連携があまり取れていないように見えるが、本研究を例に挙げるなら、知的障害者がより良い生活を送るための政策を立てるといふ点では共通しているのだから、いかに政策を成功させるかを考えるなら、ニュージーランドの法務省と保健省のように連携強化を図るべきである。また、ニュージーランドでは、対象者のことを第一に考えるため、処遇の際に適用する法律を変更することがあり、これは法的安定性を害するおそれがあるが、2003年知的障害法の対象者であれ、1992年精神保健法の方が適切である場合には、1992年精神保健法の条文を適用でき、逆もまた然りである。このように、刑事司法制度と社会福祉を連携させるなら、法律に柔軟性を持たせるのも1つの手段ではないかと考える。

さて、本題である2003年知的障害法制定の経緯については、以下に記す通りである。

1992年以前、知的障害のある者は、1969年精神保健法(the Mental Health Act 1969)が適用され、その法律の下で命令に服していた。1969年精神保健法は、1985年刑事裁判法(the Criminal Justice Act 1985)とリンクしており、このつながりは、裁判所に、刑務所へ送致するかあるいはコミュニティ内へ放つかという二者択一を行う1969年法の下に、知的障害者を置くように命じることを許可したものであった。

そして、1992年、精神保健法は1969年法に取って代わったのである。1992年法によってもたらされた最も重要な変化は、「精神障害(Mental Disorder)」という用語に関する新しい定義が紹介されたことであった。すなわち、この定義は、精神保健法の領域から、知的障害のある人々を排除したのであった。

2003年知的障害法は、知的障害者のために適切な強制的ケア及びリハビリテーションの規定を促進する新しい制度を生み出した。また、2003年には、新しい刑事手続法も制定された。この法律は1985年刑事裁判所法の第7編の規定に取って代わるものである。2003年知的障害法と2003年刑事手続(精神障害者)法(Criminal Procedure [Mentally Impaired Persons] ACT 2003)(以下、2003年刑事手続法と略する)は共に、裁判所に知的障害法によって生み出された制度内で強制的ケアとリハビリテーションを受け入れるために、刑務所に収容される犯罪で起訴される、あるいは、有罪とされた人々へ命令を下すものである¹⁴。

よりわかりやすく説明するならば、1992年、ニュージーランドでは、1992年精神保健(強制的評価及び処遇)法(Mental Health [Compulsory Assessment and Treatment] Act 1992)(以下、「1992年精神保健法」と略する)が制定され、「精神障害(mental disorder)」の用語が法律上定義された。しかしながら、この法律は、第4条(e)において、知的障害のある人々を排除したため、知的障害のある犯罪者は、もはや法律によって保護されなくなったのである¹⁵。つまり、知的障害のある犯罪者は、刑事司法制度の処分にのみ服することになり、知的障害のある犯罪者に対する支援の選択肢が制限され、裁判所は、犯罪者が知的障害を有するならば、強制的ケアに関する選択はもはや取りえなくなったのである。言い換えれば、「知的障害」が精神障害の要件から除外されたため、知的障害のある犯罪者は、障害があるにもかかわらず、強制的なケアを受ける権利を無くし、刑事司法制度の中で処遇が行われることになり、1992年精神保健法は、意図しない法律上のギャップを生み出したのであった。

このギャップを解消すべく制定されたのが、2003年刑事手続法及び2003年知的障害法であった¹⁶。これらの法律は、裁判所が、刑務所に収容することができる犯罪で起訴される、あるいは、有罪とされた知的障害者に対して、強制的ケアを命令することを許すものである。つまり、2003年知的障害法の下で知的障害のある犯罪者をダイバートする、あるいは、刑務所又は精神保健施設(Mental Health Facilities)にいる知的障害のある人々を移送するという選択肢を裁判所に与えたのである。

この法律が制定されるまでには、絶え間なく問題が出現した。例えば、犯罪は犯していないが、その人の行動が他人に重大な危険を引き起こすように見なされる人に対して民事拘禁(Civil Commitment)の要素を含むかどうか、あるいは、人格障害、ASD又は脳の損傷を持つ人を含むかどうか、さらには、17歳未満の子どもや若者を含むのか否か等が問題として論議されたのである¹⁷。一筋縄にはいかなかった法制定であるが、1992年精神保健法で救済手段を失った知的障害者を新たに法の枠内に組み込み、

早い段階で刑事法システムからダイバートできるようになった点に本法律制定の意義が見出せるのではないだろうか。

2、2003年知的障害(強制的ケア及びリハビリテーション)法の内容

1、2003年知的障害法の概要

2003年知的障害法は、刑務所に収容される犯罪で起訴される、あるいは、有罪となった知的障害者に対して、強制的ケア及びリハビリテーションの規定を制定したものである。言い換えれば、新しい立法体制は、被告人が「精神障害」(精神異常あるいは知的障害)であるかどうかを裁判所が決定でき、(拘禁の一部又は全部が病院のような閉鎖的な施設での拘禁によって果たされる)拘禁刑を科すことによって事件を処理する、あるいは、強制的ケアの命令(または、精神異常であれば、強制的処遇命令)の下にあるダイバージョンによって事件を処理するための権限が与えられるのである。

その法律の目的は、第3条に規定されており、3つの目的から成り立っている。すなわち、①裁判所に犯罪で起訴される、あるいは、有罪とされた知的障害者に対して適切な強制的ケア及びリハビリテーションの選択を与える、②法律に従事する人々の権利を認識し、保護する、③もはや刑事司法制度に従事するのではなく、この法律に従事している人々に対して、異なるレベルのケアを適切に行わせることを与える、という3つの目的がある¹⁸。

次に、重要な構成要素として、①犯罪で起訴された、あるいは、有罪となった人々や法律の第7条によって定義されるような「知的障害」のある人々をカバーする、②知的障害者は、3つの方法によって法律で制定された計画に参加することができるという要素がある。②における3つの方法とは、第1に、その人に対する刑事手続の過程においてなされた命令を通して参加する、第2に、その人が服役している刑務所から移送される、第3に、1992年精神保健法から移送されることを通して、2003年知的障害者法に参加することができるのである。

2003年知的障害法による強制的ケアが決定した場合、ケアを受ける人は2つのカテゴリーに分けられる。第1のカテゴリーは、特別なケアを受ける人(special care recipient)である。これは、常に、閉鎖的な施設でケアやリハビリテーションを受けなければならない人であり、このカテゴリーは、1992年精神保健法下の特別なケア(を要する)患者(special care patients)の分類に類似している。第2のカテゴリーは、ケアを受ける人(care patients)である。これは、個々の状況により、閉鎖的な施設か保護監督下にある環境のどちらかにおいて、ケアやリハビリテーションを受けることができる人である。

このケアを受ける人のために、保健省は、新しいサービスの枠組みを展開した。そのサービスとは、①ケア・コーディネーターを雇っている5つの地域知的障害ケア機関(Regional Intellectual Disability Care Agencies)、②地域知的障害安全サービス(Regional Intellectual Disability Secure Services)、③地域知的障害後援適応サービス(Regional Intellectual Disability Supported Accommodation Services)である。

ところで、2003年知的障害法がカバーする知的障害者は、①審判又は量刑まで拘束されている人、②刑事裁判所に知的障害者が2003年知的障害法に従事すべきかどうかを決定することを許可し、裁判所にどの種類の命令が適切であるかを決定することを助けるための評価を受けている人、③2003年刑事手続法の下でなされた裁判所命令に従事する人、④刑務所から移送された人及び精神保健サービスから移送された人である¹⁹。

その法律はまた、適切である文化的評価を与え²⁰、ケアを受ける人の権利を計画に従って整備し、独立した監視をその体制に供給するために、地区監査官(District Inspectors)を任命し、家庭裁判所にケアとリハビリテーションの適応性を検討すること要求する。地区監査官の他にもこの法システムの運営を促進するために欠かせない役割を担っている人々がいる。

その役割を担っているのは、①強制的ケアのコーディネーター、②ケア・マネージャー、③専門査定人(Specialist Assessor)、④専門医師、⑤地区監査官である²¹。

①の強制的ケアのコーディネーターは、保健省と契約している地域知的障害ケア機関(RIDCA)によって雇われており、その役割は、その法律によって生み出されたシステム運営を課されている。②のケア・マネージャーは、地域知的障害安全サービスと地域知的障害後援適応サービスによって雇われ、個々

にケアを受けている人のケアとリハビリテーションを法律上任せられており、個人のケアやリハビリテーションの計画の展開や実施へ責任を負っている。③の専門査定人は、保健局長によって計画された健康や障害の専門家で、提案されたケアを受ける人のケアニーズの評価過程において、主要な役割を果たしている。④の専門医師は、保健局長によって計画された医学の専門家である。彼らの役割は、個人がその状態にうまく対処するために薬剤を受け取るべきかどうかのセカンドオピニオンを与えることである。最後である⑤の地区監察官は、指定された場所で知的障害法に規定された職務を遂行するために、保健局長によって計画され、精神保健法の下で任命されている。彼らは、法に従事している人が法の権利を尊敬し、擁護することを保証するために独立した監視機能を与えられている²²。

最後に、強制的ケアからの釈放については、4つの方法がある。すなわち、①特別なケアを受けている人ならば、2003年刑事手続法の下で強制的ケア取り消された場合、公判を受けるのに適さないので裁判所へ送り返された場合、あるいは、刑務所へ移送された場合、②ケアを受ける人の強制的ケア命令の期間が終了した場合、③家庭裁判所コーディネーターからの申請でケアを受けている人の強制的ケア命令を取り消した場合、④高等裁判所の裁判官によって開かれた審問の後、ケアを受けている人が強制的な状況から釈放される場合である²³。

以上、簡潔に知的障害法の内容を説明し、法を実施するための新たなサービスや職業について論じてきた。次節では、2003年知的障害法における「知的障害」の定義について言及する。

2、2003年知的障害法における知的障害の定義

2003年知的障害法の下で許される強制的ケアに関して、人は、法律で定義された知的障害を持つことによって評価されなければならないとある。その評価のために、この法律では、第7条に知的障害が定義されており、第8条で知的障害から除外される規定が置かれている。

まず、第7条では、以下のような永久的な損傷(a permanent impairment)がある者を「知的障害」のある者としている。すなわち、①臨床医によって一般的に使用されている標準的な精神測定検査によって測定されるような著しく標準以下の一般知能であるという結果に至る、②実行可能な場合はいつでも、人の一般知能は、臨床医によって一般的に使用されている標準的な精神測定検査を適用することによって、評価されなければならない、③人の一般知能の評価は、70以下であり、少なくとも95%の信頼水準をもって表わされている知能指数の結果であるならば、著しく標準以下の一般知能の徴候がある、④第4項で列挙されている技能の少なくとも2つにおいて、臨床医によって一般的に使用されている標準的な精神測定検査によって測定されるような著しい欠損が生じる(その技能とは、意思伝達、自己管理、家庭生活、社会的技能、地域サービスの利用、自立(self-direction)、健康及び安全、読書・作文及び算数、余暇及び仕事である)、⑤人の発達期(人が18歳になった時に一般的に発達期は終わる)の間に明らかになる際に、知的障害者であると評価されるのである。そして、この条文は第8条を前提としている。

第8条で規定されているものは、第7条とは逆で、知的障害に該当しない人が列挙されている。すなわち、第8条は、人は以下の理由で知的障害を有していないというのである。つまり、①精神障害、人格障害、後天的な脳の損傷を有している、②人が他人にもたらす害について恥も自責の念も感じないことを理由に、知的障害を有していないと見なすのである。この除外の効力は、個人が記された分類の1つの範囲内にあるのみならず、知的障害を有しない限り、個人は法律の下で強制的ケアに従事することはできないということにある²⁴。

以上、第7条では、知的障害者と認定するための要件が列挙されており、第8条は、知的障害者から除外する要件が規定されているのである。

四、2003年知的障害(強制的ケア及びリハビリテーション)法の適用状況

2003年に制定された知的障害法は、2004年より施行され、7年が過ぎた。2003年知的障害法施行後、5年である2009年頃からリスク評価等が行われ始めたようで、それに伴い、ようやく法の適用状況に関する論文等を目にするようになった。本章では、数少ないデータから2003年知的障害法の適用状況について論じたいと思う。

最新のデータである 2010 年 4 月においては、約 150 人が知的障害法の下でサービスを受けており、140 人が「一般市民(civil population)」のクライアントとして支援を受けている²⁵。2009 年 2 月には、およそ 330 人が知的障害法及び精神保健法の下でサービスを受けていた²⁶。次に、近年、最も詳細な 2008 年のデータ²⁷について言及したいと思う。

表-3 2008 年度における知的障害法の適用状況

<p>2008 年 9 月現在</p> <ul style="list-style-type: none"> ○135 人が知的障害法の命令の下でケアを受けている人であった。 <ul style="list-style-type: none"> — 「閉鎖的な(Secure)」環境に 50 人 — 「保護監督(Supervised)の」環境に 85 人 ○加えて 209 人が、高度で複雑な「一般市民(Civil(voluntary))²⁸」のクライアントとして支援を受けた。 ○主として、精神保健支援のニーズを持っている 19 人が、知的障害法のサービスで支援を受けた。 ○75,500,000 ドルが、2008/2009 年間に知的障害法及び高度で複雑なサービスに分配された。 ○男性：女性比 おおよそ 7：1 ○ケアを受けている人の約 31%が、性犯罪で起訴された(最も共通する犯罪のタイプ)
--

資料源：Alixé Bonaldi, “The Balance between Choice and Control: Risk Management in New Zealand Intellectual Disability Services”, Ian Axford (New Zealand) Fellowships in Public Policy, 2009,p.27.

表-3 を見ると、135 人が知的障害法の命令の下でケアを受けおり、うち、「閉鎖的な(Secure)」環境にいる者が 50 人、「保護監督(Supervised)の」環境にいる者が 85 人であった。加えて、209 人が、高度で複雑な「一般市民」(High and Complex ‘Civil’)のクライアントとして支援を受けた。また、主として、精神保健支援のニーズを持っている 19 人が、知的障害法のサービスで支援を受けていた。そして、2007/2008 年には 72.5 万ドルであった資金²⁹が、2008/2009 年では 75.5 万ドルと資金が増えており、知的障害法及び高度で複雑なサービスに分配された。さらに、男女比は、約 7：1 であり、ケアを受けている人の約 31%が性犯罪で起訴されたとのことである。

表-4 2003 年知的障害法及び高度で複雑なサービス人口の総数

	2006 年 8 月	2007 年 8 月	2008 年 1 月
2003 年知的障害法	68 人	101 人	125 人
精神保健法	25 人	21 人	20 人
高度で複雑な「一般市民(Civil)」	212 人	208 人	211 人

資料源：Lester Mundell, “Presentation to the 7th International Conference on the Treatment of Offenders with a Learning Disability: THE INTELLECTUAL DISABILITY (COMPULSORY CARE AND REHABILITATION) ACT 2003— The interface between intellectual disability and the criminal justice system in New Zealand”, Ministry of Health, 2008, p.9.

表-4 では、2003 年知的障害法においては、年々、適用者数が増えているが、精神保健法の適用は減少しており、高度で複雑な「一般市民」への適用は、210 人前後で停滞しているようである。先述した 2010 年のデータと比較すると、2003 年知的障害者法は増加しているが、「一般市民」への適用は 140 人と停滞していた数値が減少の方へ向かっているようである。

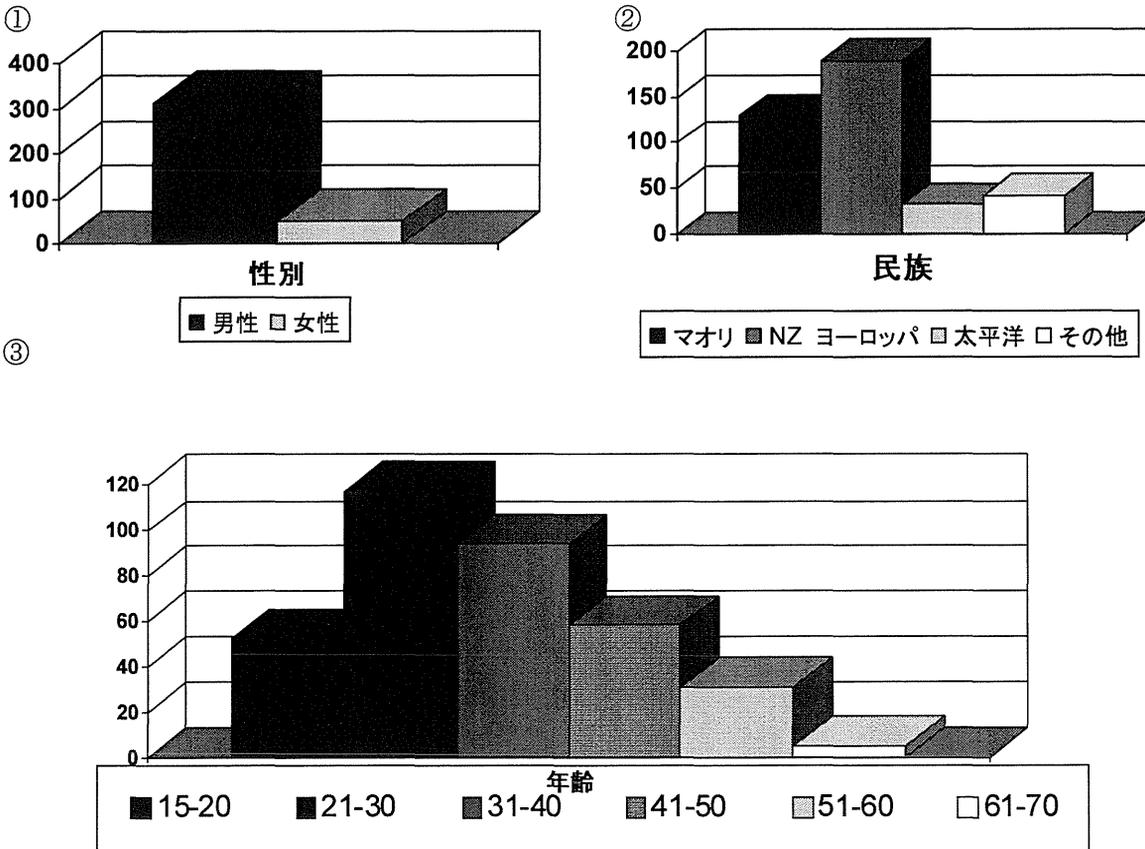
表-5 2003年知的障害法の命令数

	2006年8月	2007年8月	2008年1月
閉鎖的(Secure)	31人	40人	42人
保護監督(Supervised)	37人	60人	83人

資料源：Lester Mundell, "Presentation to the 7th International Conference on the Treatment of Offenders with a Learning Disability: THE INTELLECTUAL DISABILITY (COMPULSORY CARE AND REHABILITATION) ACT 2003 – The interface between intellectual disability and the criminal justice system in New Zealand", Ministry of Health, 2008, p.9.

表-5からは、2003年知的障害法の適用が増加しているのに比例し、閉鎖的な環境及び保護監督下にある環境共に命令数が増加していることから、刑務所へ入所するはずであった知的障害者もしくは、刑務所からケア施設へ送致されている者が増加していることが窺え、法律の効果が表れていると考えられる。

図-1 2003年知的障害法及び高度で複雑なサービス人口の総数の分析(2008年1月)



資料源：Lester Mundell, "Presentation to the 7th International Conference on the Treatment of Offenders with a Learning Disability: THE INTELLECTUAL DISABILITY (COMPULSORY CARE AND REHABILITATION) ACT 2003 – The interface between intellectual disability and the criminal justice system in New Zealand", Ministry of Health, 2008, p.9

図-1は、表-4で見た数値を性別、民族性及び年齢によって分析したものである。性別に関しては、

2008年の男女比が7:1というのに比べて、正確な数値は不明だが、図を見る限り、若干、女性の割合が高まり、6:1ぐらいの比率と思われる。次に、民族性の分析結果を見ると、ニュージーランド・ヨーロッパ人が約180人と最も多く、次にマオリ族が約125人、その他約40人、太平洋地域の者が約30人となっており、ニュージーランドにおける人口比の順番と同様である。最後に、年齢別では、15歳-20歳を除くと、21歳-30歳グループ以降の適用は減少傾向にあり、これは犯罪を犯していない知的障害者数と比例しておらず、改善の余地がある者へ命令を出すので、若い年代に集中しているのではないかと考える。

五、2003年知的障害(強制的ケア及びリハビリテーション)法の問題及び改善点

順風満帆に見える2003年知的障害法だが、多くの法律との関係から生じている問題及び様々な機関が連携しているために生じる課題等がある。そこで、下記では、問題点及び改善点を列挙し、日本でも類似の法律を制定するならば、参考にさせていただきたいと思う。

①新しい立法制度と他の制定法との間の共通領域から生じた複雑な法と運用上の問題がある。例えば、2003年刑事手続法、2003年知的障害法及び1992年精神保健法が接する面から生じる問題や、パロール、量刑、及び1989年児童、青少年、家族法の領域面から生じる問題である。

②閉鎖的な環境でのサービスにおいて、最近、スタッフによる暴行事件が2件起き、刑事告訴を取り下げられたケースと刑事告発されたケースがあった。したがって、専門家の特別な訓練がないことが問題であり、専門家の基準を上げることが必要である。

③障害のある受刑者及び1992年精神保健法と2003年知的障害法、すなわち、矯正局と保健省で管轄が分かれている点に問題があり、これらのギャップを埋めるために協働すべきであるとされた。つまり、矯正局と保健省は情報の必要性を議論し続けるべきであるとされている。

④刑事司法部門の機関は、犯罪者へ与えられる健康サービスに関する公的統計、特に刑事司法システムに関する評価の数値、及び、受刑者の健康状態に関する情報を調査すべきである

⑤保健省は、次のメンタル・ヘルス・レポートにおいて、精神保健法と知的障害法の下に拘禁されている人々に関する統計を出版すべきであるとされている。

⑥高度な専門化技術を持っている臨床医をさらに活用すべきである。

⑦リスク評価及びリスク管理戦略の分析を含むプログラムの評価を研究者と協力して実行すべきである。

⑧知的障害者のようなサービス利用者に関しては、自己の権利を認識し、積極的に権利擁護の技能を学ぶための訓練に参加すべきである。

⑨臨床医については、宣伝と仲間の支援を通して、良い実践を広げるべきである³⁰。

上記の問題点と改善点を踏まえ、第6章では私見を述べたいと思う。

六、ニュージーランドと日本の比較

ニュージーランドでは、裁判段階で知的障害者に対するダイバージョンが行われているが、日本には、このような制度がないため、刑事司法制度におけるどの段階でダイバージョンすることが最適であり、どのような政策がよいかを以下で検討したいと思う。

1、日本における知的障害者の現状

1、警察段階

表-6 刑法犯 罪種別 被疑者の精神障害等の有無別 検挙人員

刑法犯 総数	精神 障害者	精神 障害の 疑いの ある者	性格 異常者	覚せい 剤常用 者	麻薬 常習者	大麻 常習者	その 他薬 物 常習 者	有機 溶剤等 乱用者	アルコ ール 中毒者	該当 なし
322,62 0	1,326	1,556	190	632	9	23	83	58	390	318,35 3
(うち 女性)	355	447	41	53	1	1	13	3	39	68,515

注1:「精神障害者」とは、統合失調症、中毒性精神病者、知的障害者、精神病質者及びその他の精神疾患を有する者をいい、精神保健指定医の診断により医療及びケアの対象となる者に限る。

注2:「精神障害の疑いのある者」とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第24条の規定による都道府県知事への通報の対象となる者のうち精神障害者を除いた者をいう。

資料源:警察庁「犯罪統計書 平成22年の犯罪」(2010年)276-277頁
(http://www.npa.go.jp/archive/toukei/keiki/h22/pdf/H22_ALL.pdf)。

表-7 心神喪失者医療観察法における疾病別、男女別内訳(平成23年6月30日現在)

疾病	男性	女性	合計
症状性を含む器質性精神障害	5名	3名	8名
精神作用物質使用による精神および行動の障害	29名	5名	34名
統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	397名	100名	497名
気分(感情)障害	13名	13名	26名
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	3名	1名	4名
成人のパーソナリティおよび行動の障害	2名	3名	5名
精神遅滞(知的障害)	4名	1名	5名
心理的発達の障害	11名	0名	11名

資料源:厚生労働省 HP「医療観察法の入院対象者の状況」(2011年)
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/nyuin.html>)。

前回の厚生労働科学研究における「我が国の矯正施設における知的障害者の実態調査」によると、2006年10月31日の時点で、全国15庁の刑務所に収容されている受刑者27,024人のうち、知的障害者又は知的障害が疑われる者が410人(1.5%)いるとの結果が報告されている³¹。2010年、受刑者は75,250人存在するので³²、上記の実態調査から導くならば、1,126人の知的障害のある受刑者が存在すると推計できる。表-6で見たように、警察段階では、知的障害者だけに限って数値を見るのは困難だが、何らかの精神障害を有する者が1,326人もおり、刑務所における知的障害者数が1,126人、表-7における心神喪失者等医療観察法の適用状況では、知的障害者がわずかに5名ということから、現在の日本において、知的障害者が刑事司法制度からダイバートされることはほとんどないといえる。

その点、上述したように、ニュージーランドでは、知的障害者に関する法律として、2003年知的障害法があり、適用状況も、日本よりも少ない受刑者に対して、2008年度では、135人に適用があることから、被疑者段階では知的障害者をダイバートするのは難しいものの、裁判段階ではダイバートする、もしくは、刑務所から別の施設へ移送し、強制的ケアをできるという点では、日本よりも進んでいるといえるのではないだろうか。

知的障害者の処遇として、警察段階で知的障害者を発見し、福祉施設へ送致することが最も理想ではあるが、現在の日本の刑事司法制度から見れば、この政策は難しいと考える。その理由は、

警察もおそらく重度であろうが軽度であろうが知的障害があると認識はしているとは思いますが、措置入院は必ずしも通報したすべての者が受け入れられるわけではないため、重度の知的障害者に関してのみ、精神保健福祉法第 24 条通報を行っている可能性があり、刑事手続上、時間的制約から知的障害かどうか判別が困難なケースには対処できないのではないかと思うからである。警察官の実情を見る限り、人員の余裕はなく、知的障害と判断する訓練をしたとしても、医師でも判断するのに時間を要するであろうから、警察に精神科医が常駐する施策ができない限り、現状では警察段階でダイバートすることを考えるのは厳しいと思われる。そうであるならば、検察段階及び裁判段階ではどうであろうか。

検察段階では、そもそも知的障害者に関して統計さえもない状態にあり、知的障害者をダイバートさせ、福祉へ繋げる施策を実行するのはこれまた困難であると思われるが、今後、勾留期間中もしくは新しい制度によって、知的障害か判別できる体制が整えば、ダイバートできる可能性はある。しかしながら、現段階では、裁判段階で知的障害者をダイバートするのが最も実現可能性がある施策ではないだろうか。

そのためには、新たな法律を制定し、他の段階よりは精神医療と結びついている裁判所段階で知的障害者を判定できる枠組みを作り、ニュージーランドと同様に知的障害者と判断された場合はダイバートし、福祉施設に入所させるのが最適であると考ええる。また、新法制定までにはかなりの労力及び時間が必要であり、現在の刑事司法制度を考慮し、被害者感情に配慮するならば、対象者の選定、病床数の不足及び予算面からの問題等はあるが、既存の心神喪失者等医療観察法を改正して使用することも考えられる。現在、医療観察法では、①疾病性、②治療反応性、③社会復帰要因が必要とされるため、②の治療反応性を欠く知的障害者は法律の対象外とされる傾向にある。しかしながら、治療反応性の有無は実際に治療してみないとわからないため、この定義を修正し、知的障害者も医療観察法で指定された施設に収容して治療を施し、治療の効果がほとんど見られなければ、社会適応訓練をさせるべく、社会福祉の援助を受けて「早急に」地域生活へ移行するというのも 1 つの手段だと思われる。すなわち、刑事司法制度からすぐにダイバートさせて福祉へ繋げるというのは、被害者等の観点から少々問題があるため、医療観察法を修正し、法律の規定によって、医療観察法で指定された施設に収容する等のワンクッションを置き、治療の効果がほとんど見られなければ、社会に適応させるための訓練が必要となるため、社会福祉の援助を受けて迅速にすでに整備されつつある地域生活定着支援センター等へ繋げ、知的障害のある犯罪者を収容する場所とケアする人材を確保し、ダイバートする方向へ持っていくことも考えられるのではないだろうか。

筆者個人の見解としては、新たな法律を制定し、裁判所段階で知的障害者を判定できる枠組みを作り、知的障害者と判断された場合はダイバートし、福祉施設に入所させることが最も実現可能性があると考ええる。その際には、本稿で論じたニュージーランドの法律を参考に、知的障害者に関する法律を設け、再犯へ陥らない環境整備をすることが最も重要ではないだろうか。

しかし、新法制定までにはかなりの労力及び時間が必要なため、対象者の選定や病床数の不足という問題等もあるが、既存の心神喪失者等医療観察法を改正して使用することも考えられる。現在、医療観察法では、①疾病性、②治療反応性、③社会復帰要因が必要とされるため、②の治療反応性を欠く知的障害者は法律の対象外とされている。しかしながら、治療反応性の有無は実際に治療してみないとわからないため、この定義を修正し、知的障害者も医療観察法で指定された施設に収容して治療を施し、治療の効果がほとんど見られなければ、社会適応訓練をさせるべく、社会福祉の援助を受けて「早急に」地域生活へ移行するというのも 1 つの手段だと思われる。

七、おわりに

以上、ニュージーランドの刑事司法制度における知的障害者の取り扱いを紹介した。筆者は、少年矯正を専門に研究しており、知的障害に関する研究は、この研究会に参加するまで、特に研究に従事していたわけではなかった。しかし、この研究会に参加させていただくうちに、知的障害者

が矯正施設へ入り、再犯を繰り返すのかが理解でき、いかにその人たちが犯罪を犯さなくて良い環境を作るかが問題であることがわかったような気がする。今回の研究は、前回の研究を踏襲しているが、知的障害者が、警察・検察・裁判段階にどのくらい存在するかを調べる点は、少々、異なっている。実際、調査を始めたところ、精神障害者という括りで統計が存在する段階もあったが、すべての段階において、「知的障害者」に限定する統計は取られていなかった。それに比べ、ニュージーランドでは、知的障害者に関する様々な統計がすでに存在しており、この点は見習うべきだが、この研究会の成果だと思われる最高検での知的障害者に関する委員会が発足したことは評価に値する。なぜなら、今後、警察段階では、まだ実現可能性が少ないが、検察段階では、知的障害者に関する統計を取る可能性が見出されるからである。

まだまだ研究不足である感は否めないが、この研究会に参加し、様々な分野の方から学ぶ機会を与えていただいたことに、感謝の意を表したいと思う。今後は、刑事政策という政策論を考える研究者として、本研究会で問題提起された案件について、少しでも解決できるよう貢献できたらと思う。また、少年矯正においても、知的障害に限らず、近年は、発達障害、行為障害、人格障害等、様々な障害を持つ少年達が存在するので、その少年達についても福祉と連携した処遇等について考えていきたいと思う。

- 1 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(2011年)47-63頁。
- 2 Alixe Bonaldi, "The Balance between Choice and Control: Risk Management in New Zealand Intellectual Disability Services", Ian Axford (New Zealand) Fellowships in Public Policy, 2009, pp.20-21.
- 3 Ministry of Health, "Guidelines for the Role and Function of Specialist Assessors: Under the Intellectual Disability (Compulsory Care and Rehabilitation) Act 2003", Ministry of Health, 2004, p.17. (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/1b6468406f6672eccc2570bb006b4d00/4b95424e22eaa5b6cc256f08000e8052?OpenDocument>)参照。
他にも、知的障害者だけに限らず、刑務所内における精神病の詳細な分析結果が記された文献として、Ministry of Health「Census of Forensic Mental Health Services 2005」がある。
- 4 Lester Mundell, "Presentation to the 7th International Conference on the Treatment of Offenders with a Learning Disability: THE INTELLECTUAL DISABILITY (COMPULSORY CARE AND REHABILITATION) ACT 2003—The interface between intellectual disability and the criminal justice system in New Zealand", Ministry of Health, 2008, p.10. (<http://www.ldoffenders.co.uk/filefinder.htm#g>)参照。
- 5 Alixe Bonaldi, *ibid*, p. v.
- 6 Statistics New Zealand, "Disabilities", Statistics New Zealand, 2011. (http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/disabilities.aspx)参照。
- 7 Geoff Bascand, "2006 Disability Survey—Hot Off The Press", Statistics New Zealand, 2007, pp.1-35. (http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/Disabilities/DisabilitySurvey2006_HOTP06/Technical%20Notes.aspx)参照。
- 8 Geoff Bascand, *ibid*, pp.2-8.
- 9 Alixe Bonaldi, *ibid*, pp.11-12.
Ruth Dyson, "NEW ZEALAND: NEW ZEALAND DISABILITY STRATEGY 5TH ANNIVERSARY TIME TO REFLECT PROGRESS MADE SINCE APRIL 2001, SAYS RUTH DYSON", *US Fed News Service, Including US STATE News*, Washington, D.C., 2006, p.1.
八巻正治「人間のための福祉支援実践論研究—アオテアロア/ニュージーランドにおける権利擁護システムの分析—」『尚桐学院大学紀要』第58集(2009年)89頁。
八巻正治「インクルーシヴ福祉支援実践論研究[Ⅱ]—アオテアロア/ニュージーランドにおける施設解体閉鎖について」『弘前学院大学大学院社会福祉学研究科 社会福祉学研究』第3号(2008年)。
- 10 Ministry of Health, "Living with Intellectual Disability in New Zealand", Ministry of Health, 2005, pp.1-22. (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/by+unid/D359AB374BD30DA8CC257019007C5B14?Open>)参照。
- 11 Ministry of Health, *ibid*, p.23.
- 12 山田晋「ニュージーランド社会福祉法制の体系と構造」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』第122号(2006年)69頁。
- 13 New Zealand Police, "People With Disabilities' Satisfaction with Police Services: Evaluation Unit

- Office of the Commissioner of Police”, 2003,p.6.
- ¹⁴ Ministry of Health, “A Guide to the Intellectual Disability (Compulsory Care and Rehabilitation) Act 2003”, Ministry of Health, 2004, pp2-3.
- ¹⁵ 現在、第4条(e)には、「知的障害(intellectual disability)」と書かれている。New Zealand Legislation:Act 「Mental Health [Compulsory Assessment and Treatment] Act 1992」 2009年 (<http://www.legislation.govt.nz/act/public/1992/0046/latest/DLM262783.html>)参照。
- ¹⁶ 2003年刑事手続法は、「障害の状態によって法廷に立つのに適していなかったり、精神障害のために無罪になったりする人や、有罪ではあるが、精神障害のために刑務所よりも病院やケア施設に収容される方がよい人の拘留について規定した法律」であるともいえる。また、2003年知的障害法は、「知的障害者の監督と知的障害者に対する安全なケアについてのニーズ評価のプロセスについて規定している。同法は、拘束、拘留、移送に使用される合理的な権限、隔離と介入の権限、ケアが必要だと判断される場合のそのケアに対して強制的に承諾を求める権限を規定している」と要約する文献(澤邊みさ子=竹田紘子=山中冴子共著「第4部 オセアニア」『平成20年度内閣府「障害者の社会参加推進に関する国際比較調査研究」委託報告書』WIP ジャパン株式会社(2009年)298頁がある。
- ¹⁷ Lester Mundell, Ibid, p.3.
民事拘禁の要素を法律で規定することは拒否され、人格障害、ASD及び脳の障害を伴う人々は、知的障害のための法律では制限されることが決定し、子ども及び若者に対しては、殺人(故殺)のような極めて重大な犯罪で起訴され、そのような事件が高等裁判所で開かれるであろう場合のみ、含まれることが決定している。
- ¹⁸ Ministry of Health Ibid, pp.1-2.
- ¹⁹ Ministry of Health, ibid, pp.1-3.
- ²⁰ 詳細は、「Guidelines for Cultural Assessment-Maōri」にある。
- ²¹ 詳細は、「Guidelines for the Role and Function of Compulsory Care Co-ordinators」、「Guidelines for the Role and Function of Care Managers」、「Guidelines for the Role and Function of Specialist Assessors」(<http://www.moh.govt.nz/idccr>)にある。
- ²² Ministry of Health, ibid, pp.5-6.
- ²³ Ministry of Health, ibid, pp.25-26.
- ²⁴ Ministry of Health, ibid, pp.3-4.
- ²⁵ Ministry of Health, ibid, 2010.
- ²⁶ Alixe Bonaldi, ibid, p.27.
- ²⁷ Alixe Bonaldi, ibid, p.27.
Kate Prebble and Russell Vickery, “Legislating for Care: An Exploration of the Role of Care Managers under the IDCCR ACT”, NZASID Conference, 2009,p.9. (http://asid.asn.au/Portals/0/Conferences/NZConf09/Prebble_vickery_legislating_for_care.pdf#search='Legislating for Care: An Exploration of the Role')参照。
- ²⁸ おそらく、「Civil Population」と同義であり、強制的ケアに従事していない高度で複雑な行動に関するニーズを持つ人を意味していると思われる。
Ministry of Health Service Specification (National), “SERVICE SPECIFICATION: Regional Intellectual Disability Community Care Agency (RIDCA)”, Ministry of Health Service Specification (National), 2008, p.2. ([http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/Files/disability/\\$file/service-spec-ridca-08.pdf#search='IDCCR high complex civil population mean'](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/Files/disability/$file/service-spec-ridca-08.pdf#search='IDCCR high complex civil population mean'))参照。
- ²⁹ Lester Mundell, Ibid, p.8.
- ³⁰ Statistics New Zealand “Review of Crime and Criminal Justice Statistics Report 2009”, Statistics New Zealand, 2009. (http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/people_and_communities/crime_and_justice/review-of-crime-and-criminal-justice-statistics.aspx)参照。
Alixe Bonaldi, ibid, pp.75-76.
Lester Mundell, Ibid, p.13.
- ³¹ 藤本哲也「我が国の矯正施設における知的障害者の実態調査と諸外国の文献調査」『罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究』昭和堂(2009年)21-22頁。
- ³² 法務省「施設別1日平均収容人員」『矯正統計』 (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001076421>).

カナダ視察報告書

一、カナダ視察における日程及び訪問先

1、概要

触法・被疑者となった高齢・障害者への支援の研究（田島班）の一環として、2012年2月13日から18日にかけて、本研究の分担研究者である藤本哲也を中心に、研究協力者である鮎田、野村、田崎、藤田の総勢4名で、カナダにある知的障害者を対象とした裁判所、拘留所の2か所を視察し、検察官、裁判官及び拘留所職員から犯罪を行った知的障害者等に対する処遇の実態等について話を伺った。また、連邦警察との会合も設け、精神障害専門官がいること等をうかがった。以下、各施設ごとに詳細を報告する。

2、日程及び訪問先

日程	訪問機関名	訪問先住所
2/14	Vancouver's Downtown Community Court	211 Gore Ave. Vancouver, B.C. Va6 0B6
	Crown Counsel	600-865 Hornby Street Vancouver, BC V6Z 2G3
2/15	North Fraser Pretrial Center	1451 Kingsway Avenue Port Coquitlam
2/16	RCMP (Royal Canadian Mounted Police)	6355 Deer Lake Avenue Burnaby, BC V5G 2J2

二、各施設の概要

1、RCMP (Royal Canadian Mounted Police) (連邦警察に対する視察報告)

①施設の概要

(1)平成24年2月16日(木)午前10時、滞在先のホテルであるハイアット・リージェンシー・バンクーバーにおいて、カナダ連邦警察官であるLorin Lopetinsky氏とMike Aubry氏に対して、カナダ連邦警察の知的障害者(触法精神障害者)への対応策の実態についての質疑応答を行った。

(2)連邦制という国家的性質により、カナダの警察の管轄権については、州警察が存在するオンタリオ州とケベック州については州警察が管轄を有し、州警察は存在しないが市警察が存在する区域については市警察が管轄を有し、州警察も市警察も存在しない区域については、契約に基づいてカナダ連邦警察が管轄を有することとなる。そのため、カナダ連邦警察は、オンタリオ州ケベック州を除く8州と3つの準州の190以上の市町村、184のアボリジニーのコミュニティ、3つの国際空港を管轄している状況にある。

②処遇の内容

(1)カナダの警察実務においては、知的障害者に特化した取組みはなされておらず、統合失調症、中毒性精神病、精神病質、知的障害、発達障害等を含む、広範な精神障害の枠組みでもって取組みがなされている。そして、バンクーバーにおいては、警察サービス要請の31%、一部の区域においては、その50%が触法精神障害者の事件であるとされている。とりわけ、近年、バンクーバーでは、精神障害の中でも、薬物中毒・アルコール中毒の増大が顕著であり、またそれらの触法精神障害者は貧困的状況にあり、そのことが警察官との接触のリスクを上昇させているとのことである。さらには、触法精神障害者が警察官を利用して自殺を図る事件も多発しており、警察官が現場に到着した際に、触法精神障害者が警察官への発砲、ナイフの振り回し、人質を用いるなどをすることで、自分を射殺する方向性へと警察官を誘発することがある。これらの事件に関与した警察官は、身体面と精神面の双方において長期間のストレスを抱えることとなるようである。そのような意味