



Title	イギリスの刑事司法における触法精神障害者とダイバージョン
Author(s)	三宅, 孝之
Citation	国際公共政策研究. 2002, 6(2), p. 103-117
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/6140
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

イギリスの刑事司法における触法精神障害者と ダイバージョン

Mentally Disordered Offenders:
Diversion from the Criminal Justice System in the U. K.

三宅 孝之*

Takayuki MIYAKE*

Abstract

This paper addresses developments in the treatment of vulnerable mentally disordered offenders in the U. K. and a growing trend since the 1990s of diversion from the criminal justice process into the treatment and care system, especially at the stages of arrest, police detention and prosecution. The diversion under the Mental Health Act 1983 and Home Office Circular 66/90 has been implemented throughout the country. Consideration should be given to the needs of offenders, the victims of their crimes, and the protection of the public.

キーワード：英国、精神保健法改正、ダイバージョン、触法精神障害犯罪者、逮捕・警察・検察、
諸機関連携

Keywords: the U. K., Revision of Mental Health Act, diversion, mentally disordered offender, arrest, police station and prosecution, inter-agency liason

* 島根大学法文学部 教授

はじめに

一 1990年代以降の精神医療と触法精神障害者問題の動向

二 刑事司法におけるダイバージョン

おわりに

はじめに

本稿は、イギリス（イングランドとウェールズに限定する。）における1990年代以降の精神医療と触法精神障害者問題の動向に触れたうえで、刑事司法からの触法精神障害者を可能な限りダイバージョンして扱おうとする今日の流れを、逮捕、警察および検察段階に限定して見ようとするものである。そこから、イギリスにおける触法精神障害者の扱いが、一律に司法（裁判所）の判断を要するものではなく、刑事手続きの段階に応じた多関係機関の連携とその充実こそが肝要であるとされ、多様なものであることを明らかにする。

一 1990年代以降の精神医療と触法精神障害者問題の動向

〔戦後のあゆみ〕 第2次大戦以後、イギリスは、1959年および1983年の精神保健法（Mental Health Act）として結実した2度の精神医療に関する法改正を行ってきた。これに伴い、1990年代以降、触法精神障害者を刑事手続の諸段階（警察署、裁判所）から「他機関へのダイバージョン（inter-agency diversion）」を行い、精神医療手続に付すイギリスの基本的性格から、触法精神障害者の扱いも地域社会での治療・援助・ケアへと重点を変化させてきていた¹⁾。

しかも、今日では、脱病院化の流れは大規模病院の閉鎖にあるが、依然として長期収容と救急収容の患者の収容は大きくは変化がない。十分な地域社会内（医療・）ケアは脱病院化とバランスがとれたものとなっていないのが実情である。そこで、脱病院収容からの転換が地域社会でのその受け皿の配置を含めバランスをもって促進されることが必要となっている。こうして、あらためて、入院形態での医療に代替するケアとして進められた地域社会ケアの総点検（オーバーホウル）が模索され、新たに厳選された患者自身の家庭ケア、受け入れ家庭（foster family）での治療の成功例にも注目がされている。一時入院、ホステルとのリンクをした、さらには家庭を含めた多様で段階的な形態による地域社会の治療・ケアが当面の精神医療の課題なのである²⁾。

1) JUDITH M. LAING, CARE OR CUSTODY?: MENTALLY DISORDERED OFFENDERS IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM, 1999. 1983年の精神保健法の改正から1991年までの状況につき、拙著・精神障害と犯罪者の処遇—英国の法改正と現状—（1992年）参照。

2) Cf. Anthony Boardman and Richard Hodgson, "Community In-patient Units and Halfway Hospitals", 6

四半世紀を経るに至った現行の1983年精神保健法は、精神医療および患者の人権を取り巻く状況の変化および地域社会内の多機関の協力の不十分さのある実態を踏まえ、さらに新たに地域社会の市民の安全要請に応えようとする精神医療の「現代化」問題が日程にのぼった。このなかで、“危険で重篤な”人格障害者の対策がクローズアップされてきたのである。

[労働党政権下での精神医療] 1990年台以降のイギリス（イングランドおよびウェールズ地方のみ。）において、1997年5月の総選挙によって政権の座に着いたブレア労働党政権では、それまでの保守党政権下（1979から1997年）で進められた精神医療分野での脱病院化および地域社会治療ケア（Treatment and care）³⁾の基本政策が継承され、さらには2001年6月の総選挙での2度目の労働党の地滑りの勝利によって、強力な精神医療改革が一段と強め推進されようとしている。確かに、イギリスにあって精神病院はもはや精神医療の中心部分ではなくなった。しかしながら、最近では、「地域社会の安全性（community safety）」が社会的に標語（watchword）化するにつれて、新しい、だが古くからの問題が（再）登場してきた。問題とは、強制的拘束下での治療の在り方・責任の所在、警察段階での被疑触法精神障害者の扱い、精神障害者の権利保護手続などである⁴⁾。

1998年7月、保健大臣ドブソン（Frank Dobson）議員は、現代的な精神保健ケアの支援を確実にする法的枠組のために精神保健法の徹底的な検討を実施すること（第3の道）を表明した。保健大臣は、精神保健全国基準の新設定の責任を負う外部の第三者組織の委員長ソーニクロフト（Graham Thornicroft）教授に書簡を送り、このなかで精神保健の今後の「第3の道」の方向を示した。このなかで、政府の現状認識と改革方向が如実に示されている。

「地域社会のケアは失敗している。施設からの退院・釈放者のある者は恩恵を受けているが、そうでない者は自身への危険と他人への妨害行為（の状況）になっている。余りに多くの困惑状態で病気の者が通りを徘徊し、粗野に眠るままにある。ごく少数だが重大な少数者（マイノリティ）は自身および公衆にとって危険（な存在）となっている」⁵⁾

Advances in Psychiatric Treatment 2, 2000, at 120.

- 3) 治療ケアの意味するところは、病院施設における入院形式での薬物療法、電気ショック（ET）療法、作業療法、カウンセリング等以外に、半年か1年程度の間期間社会復帰施設（ホステル）、通院・所、すなわち地域社会に生活の本拠をおいた救急援助、各種療法、デイケア、社会復帰訓練等を含むものではあるが、ケアは主として後者の地域社会内での対応をいう。Cf. HOUSE OF COMMONS, BETTER OFF IN THE COMMUNITY?: THE CARE OF PEOPLE WHO ARE SERIOUSLY MENTALLY ILL, Vol. I, 1994, HMSO, paras. 17, at xi-xv. 地域社会ケアは、精神障害者の収容（在院）者数が1955年14万9000人から1986年の10万2607人を経て1991～1992年間に5万278人に減少したことが背景にある。Ibid., v. なお、1983年法での公式（強制）入院者は、1978～79年期には1万5400名であったが、上昇し1994～95年期には2万5600名、1997～98年期には若干落ち2万5100名であった。Department of Health, Announcement 98/533, 30 Nov. 1998. イングランド地方対人口万比90で、1998年3月末時点での収容施設別の内訳は、精神病院1万2700名（うち重度保安病院1300名）、その他の国民保健業務下の施設1万500名、民間ナーシングホーム850名であった。Ibid.
- 4) Cf. PHILIP BEAN, MENTAL DISORDER AND COMMUNITY SAFETY, 2001, at ix. なお、2001年の総選挙において労働党が掲げた選挙綱領は、地域社会の項で「最も危険な全ての犯罪者—危険で重篤な人格障害者に対処するために、新立法を通過させ、さらに刑事施設と病院に300余床の高度保安の場所を設ける」ことを掲げた。LABOUR PARTY, AMBITIONS FOR BRITAIN: LABOUR'S MANIFESTO 2001, 2001, at 32.

財政保障のある新規の精神保健である第3の道は、①24時間の危機ヘルプライン、②救急ニーズ対応の24時間危機（介入）チーム、③急性精神保健病床の増設、④ホステル、援助収容施設の増設、⑤家庭治療チーム、⑥プライマリーケア一般医師他の精神保健養成の改善、⑦保健センターでの特別なカウンセリングサービス、等として示される⁵⁾。

本格的には、1998年9月ロンドン大学教授のリチャードソン (Genevra Richardson) 女史を委員長とする行政から独立した1983年精神保健法を徹底的に検討する専門委員会 (11名) が設置され、1999年初めに最初の諮問提案を公表した⁷⁾。同年7月、保健大臣に報告し、後に (12月) 法改正提案の政府諮問文書と併せて公開された。

いずれにせよ、今回の精神保健法の改正の真骨頂はつぎの点に示されていた。

「精神保健、刑事司法法の二つとも、少数の重篤な人格障害のある危険な人々を管理 (マネージ) する強固な方策を現在提供できていない。内務省と保健省の両大臣は、ヨーロッパ (欧州) 人権条約上の諸要請に適合することを確保しつつ、公衆を保護するための一層効果的な評価および管理運営の枠組みを検討中である」⁸⁾

前後するが、政府は1998年12月に、保健省から諮問文書 (緑書) 『精神医療の現代化』を公表し、基本見解を示した⁹⁾。この緑書の詳細な検討は、改めて行うが、地域社会におけるケア政策の「過去の失敗」原因として、「①ケアが不十分で、諸資源がまずく運用され、財源不足であること、②まともな業務領域が人々の求めるケアと援助に必ずしも利用できていないこと、③患者と業務利用者が業務 (提供者) と接触を継続できていないこと、④ケア提供の役割を進んで果たそうとする家族が過重負担であること、⑤職員の採用、雇用継続に問題のあ

5) Department of Health, Announcement 98/311, 29 Jul. 1998. 翌年夏、外部委託のソーニクロフト委員会の提出した広範な証拠に基づき、7点に及ぶ最初の「精神保健全国基準」が公表された。ここでは、①公衆の脅えにもかかわらず、最重度の精神障害者も危険ではなく、他人に対してよりも自傷・自殺の可能性が高いこと、②イングランドでは約4000名が1人住まいにあり、適切なケアがあれば、彼らの生活への関与・支援の手が差し出され、他の何千人に対してもトラウマを減じさせようとする。基準は、定期的なケア・コーディネーターの観察を受け、1年中、毎日24時間、必要なサービスを受けるケア・プログラム (Care Programme Approach: CPA) が提示されている (第5基準)。DH, Announcement 99/572, 30 Sep. 1999.

6) *Ibid.*

7) Department of Health, Announcement 98/391, 22 Sep. 1998. 保健大臣 (閣外) ボーティング (Paul Boateng) の記者会見。リチャードソン教授は、適正な精神医療審査を保障する精神保健法委員会の委員であり、ロンドン大学の法学部 (クイーンメアリー・ウエストフィールド・カレッジ) の公法担当であった。

8) DRAFT OUTLINE PROPOSALS BY EXPERT GROUP REVIEWING MENTAL HEALTH ACT, April 1999. 大臣は精神医療の現代化を次の3点の目標として掲げた。第1目標は安全な (Safe) 業務 (サービス) であり、これは公衆を保護し、かつ精神疾患者に必要時に効果的なケアを提供することにある。ここには、サービスが行き届かない者にニーズに応じサービスを提供する新たな展開が含まれる。第2が健全な (Sound) 業務であり、これは患者と業務利用者が必要とする十全な範囲のサービスを確実に享受できるようにすることにある。ここには、効率的な資源活用、職務に対応した十分で協力的で習熟した配置の労働力の提供を伴う。第3が協力的な (Supportive) 業務であり、これはより健康な地域社会を築くために患者・業務利用者、その家族、ケア提供者 (ケアラー) との協働を掲げる。これには、情報の開示、参加、権限付与が対応し、少数人種集団のニーズの配慮、地域社会の疾病予防および保健向上を伴っている。DH, *supra* note 9, at 22. *Idem* (DEPARTMENT OF HEALTH), MODERN STANDARDS AND SERVICE MODELS: NATIONAL SERVICE FRAMEWORKS FOR MENTAL HEALTH, 1999, at 1-2, 9.

9) 予算、体制を含めた地域社会でのネットワークによる触法精神障害者への対応内容と問題点につき、拙稿「イギリスにおける精神障害犯罪者の社会内処遇—リード運用委員会レポート—」島大法学37巻2号 (1993年) 131頁参照。

ること、⑥病院外での効果的な治療がうまくいかない時代遅れの法的枠組みのあること」をあげている。しかも「急性期の精神病と暴力行為との関係がある」¹⁰⁾との認識から、その「個人が（医療）業務との接触をなくしたり、不十分なケアしか受けていない場合にはリスクが顕著に高くなる。公衆は暴行のリスクを明らかに心配する」として、精神保健ケアを向上させ、精神医療への公的信頼を築くための「根底的な改革」提案の1つとして「公衆に重大なリスクを及ぼす重篤な人格障害者に対する、新しい形態の更新可能な拘禁（reviewable detention）」を提案する¹¹⁾。成人の6人に1人が不安症や鬱病となるほどに精神保健問題は一般性のある問題であることを踏まえながらも、人口の1%弱が重篤な精神病に罹患していることから、上記提案を理由づけようとしている¹²⁾。

1999年9月に保健大臣は、政府の精神保健医療政策（国家政策）を提示するさいに、何らかの精神障害（Mental Illness）が成人6人に1人が罹るほどの一般性をもっていることを示し、精神障害は十分には理解されていないために、人々を脅えさせ、余りに頻繁にスティグマ（烙印）をもたらしているとした。そのうえで、大半の精神障害者は傷つき易く、自身には別として他人へ脅威を及ぼすことは全くない。しかし、制度上から自身および他人の双方にニューサンスや危険となるごく少数の精神障害者に対処することが大変に困難であることから、彼らの多くが、必要な治療ケアを受けとっていないままであるとの現状認識を示していた¹³⁾。

〔特別病院問題〕 しかしながら、ここ10年余の間に精神医療分野で社会問題化してきたことは、精神病質の患者を主として収容したアシュワースを含めた旧特別病院（イングランドは3か所）における処遇のあり方であったことは銘記されなければならない。この高度保安病院である旧特別病院は、一般の精神医療手続で強制入院された患者のみならず、刑事手続からダイバージェンを受け精神医療手続に付されたた者（訴訟無能力者、「精神異常により無罪」触法精神障害者の一部など）など、「危険で、暴力的で、または犯罪性向のために高度の保安条件下での治療」¹⁴⁾を要する保安面を高度に重視した精神病院である。ここでの処遇、看護人・患者関係などが問題化し、調査委員会がリポートを公表し、将来的に設置規模を含めて現行形態を廃止すべきとの勧告を出しており、この分野での改革は急務であった¹⁵⁾。

10) DEPARTMENT OF HEALTH, MODERNISING MENTAL HEALTH SERVICES: SAFE, SOUND AND SUPPORTIVE, Dec. 1998, pp. 72.

11) *Ibid.*, 3.

12) *Ibid.*, 8, 41, para. 4-33.

13) *Ibid.*, 2.

14) Health Act 1999 (c. 8), s. 41.

15) DEPARTMENT OF HEALTH, REPORT OF THE COMMITTEE OF INQUIRY INTO THE PERSONALITY DISORDER UNIT, ASHWORTH SPECIAL HOSPITAL, Vols. 2, Cm 4194-I, II, SO, 1999. もっとも、委員長ファロン（Peter Fallon）は、危険な触法人格障害者に対する新しい更新刑（不定期刑）の創設する必要性を、過去のバトラー委員会リポートを踏まえ同時に勧告をしている。*Ibid.*, Vol. 1, paras. 6-9, 7-5., Recom. 50. しかし、それ以前に、アシュワース特別病院は、保健省管轄下の組織でありながら1948年以前の内務省系列の刑務職員組合（POA: Prison Officers' Association）の影

他方、確かに精神障害者による殺人事件も、同時に常に社会問題化してはいるが、精神病に罹患の者の犯罪は深刻なケースの場合、調査委員会が設置され、事故原因の解明と諸勧告が行われてきたのである¹⁶⁾。しかも、従来の保健省見解は、「精神病と犯罪との関係を説明する信頼のある研究は全くない。暴行（事犯）の最善の予測要因（predictor）は、暴行の既遂ないし未遂の前歴があるか否かにある」¹⁷⁾としていた。しかも、公衆の安全と精神保健に関して、当時の「会計監査委員会」提出の覚書は、つぎのように述べていた。

「（精神病者は一般公衆の安全に脅威を及ぼすとの証拠は何かあるのかに依って）大多数の精神病者は一般公衆に少しも脅威を及ぼさない。しかし、精神病者のごく一部が脅威を及ぼすことは否定できない。地域社会には精神病ではないが、危険な多くの人達もいる。精神病者はより容易に認知、識別されうるが、その1つの理由としてありうるのは精神病者について一般公衆のなかに肥大化したレベルの不安感があることによる。」¹⁸⁾

そして、救急の危機介入医療サービス（Emergency and crisis interventionservice）が重要であることを説いていたのである。

「精神病者のうち、他人を害すること以上に自身を害する行為をすることのほうが危険（リスク）の点で度を越えているとする明らかな証拠がある。すなわち、自殺の危険は、他人へ暴行の危険よりも約100倍高いのである。」¹⁹⁾

嚮下にある職員による患者4名に代表される重度暴行（傷害）、道徳的退廃（性的逸脱行為）、高い患者の自殺事故（突然死）、不適切なケアなどの疑惑告訴にかり、専門的調査委員会（ブロムクーパー Blom-Cooper 委員長ら4名）の調査を受けた。同委員会は、治療的雰囲気のない、制限的な環境、職員の不適切な対応・ケアに注意喚起をするとともに、収容総数は全特別病院で1700名程度であっても、施設の規模・配置を緊要な問題であるとしていた。DEPARTMENT OF HEALTH, REPORT OF THE COMMITTEE OF INQUIRY INTO COMPLAINTS ABOUT ASHWORTH HOSPITAL, Vols. 2, Cm 2028-I-II, HMSO, 1992. 医療に不適切な職員組織のあり方につき、Editorials, "The Future of Britain's High Security Hospitals", BMJ 1997; 314: 1292. こうした背景もあり、旧特別病院の組織は、国民保健業務（NHS）の組織形態の変化によって、1996年には独立した重度保安病院（High Security Hospital）として、2001年4月から一部は（Broadmoor病院当局のみ）精神保健NHSトラスト等に統合され、地域特別委員会グループが精神医療業務の執行責任を負うことになったが、全面改築は残されてきた。WEST LONDON MENTAL HEALTH, BROADMOOR HOSPITAL GENERAL INFORMATION, 2001, at 1. 約1500名収容の（最）重度保安精神病院は、次の何年にもわたって「病院に染み渡り続けている慣習化した刑罰的文化を取り除く唯一の方法として」（国民保健業務行政局勧告）その役割を継続すべきではなく、学習障害もある女性用の特別な建物を含んだ6～8ユニット（区画）の施設として建設すべきとする計画が1998年時点で既に公表されていた。The Times, 23 Mar. 1998. The Ashworth, Broadmoor and Rampton Hospital Authorities (Functions and Membership) Amendment Regulation 2000, S.I. 2000/2435.

16) HC, *supra* note 1, para. 34, at xv.

17) 1992年12月に発生のパラノイア精神分裂病の罹患歴をもつクルニス（Christopher Clunis）によるロンドン地下鉄駅（Finsbury Park）でのジトー（Jonahan Zito）刺殺事件は、地域社会のアフターケアの不十分さに起因していた。NE THAMES AND SE THAMES REGIONAL HEALTH AUTHORITIES, REPORT OF THE INQUIRY INTO THE CARE AND TREATMENT OF CHRISTOPHER CLUNIS, 1994, pp.146. *Ibid.*, Recom. 44-0-3. 後に妻（Janey Zito）によってジトー基金が1994年に設立されたが、彼女は加害者クルニスの行為への非難をせず、むしろ地域社会のケア政策の財政的充実の不完全さがクルニスを治療と援助なく精神状態の悪化のままに放置し、結果としてジトー殺人事件となったことを力説しており、これが基金設立への共感を呼んだ。J. Zitto, "Learning the Lessons" in J. BRAGGINS AND C. MARTIN (Eds.) MANAGING THE RISK, 1996, at 68. 地域社会の（アフター）ケアの不十分さにつき、Glenda Cooper, Mental Health and Society, Independent, 25 Aug. 1995, at 3. パラノイアのナパー（Robert Napper）による連続殺人事件などが発生している。Scotsman, 10 Oct. 1995, at 8.

18) HC, *supra* note 1, Vol. II, Memorandum submitted by Audit Commission (MH6), at 141; Vol. I. para. 33, at xv.

精神病患者の人身への危険にかかる主要問題は自殺問題であり、地域社会内ケアによる危険介入によって自殺を防ぐ有効な対応措置が取れるかにあったことが分る。

〔重篤な人格障害者問題〕ところが、アシュワース病院での処遇対象者は、「治療可能な精神病質（障害）者（psychopathic disorder）」²⁰⁾であったことから、この処遇形態に問題があり、従来の形態での身柄の拘束ができないとすれば、その代替方法は何かが問われることに事態が展開したのである。そこには、市民の潜在的被害者意識化など安全意識への変化、犯罪への危惧感などをあげることもできる。精神医療政策は、保守党政権から第1次ブレア労働党政権を経て、極度に二分化させたリスクマネジメントの手法から、触法精神障害者分野への認識と対応を急速に展開し始め、現在に至っていると見ることができよう²¹⁾。すなわち、大半の（触法）精神障害者に対しては地域社会ケアを、そうではない少数（2000名余）の「危険で重篤な」人格障害のある触法精神障害者は別途、施設収容に担保された新たな処遇形態を模索する二極分化政策を貫こうとしてきたのである。ここにおいて、疾病名称の精神病質（障害）から人格障害への呼称変更を伴った用語・対象の現代化問題と同時に新たに「危険で重篤な人格障害者」への対策問題（刑事政策）とが現実化し、結合してくることになったのである。しかし、精神医療における主要問題は、病院内だけでなく、主として地域社会における精神障害による自殺、とりわけ重篤の精神病患者の自殺（12%）であり、この危険（リスク）が著しく高いことに変化はないのである²²⁾。

ここに示された、イギリスの精神医療の問題点は、急速に進められた患者の自発性に依拠した地域社会内の治療ケアが、人的・財政的な適正な資源供給・配置の不足、既存施設との連携、地域社会内の救急精神医療体制の不完全さから、患者本人のみならず地域社会の一般住民である公衆に危険をもたらしており、転換を余儀なくされている状況として読み取ることができる。そこでの自身および公衆への危険があるとされた主要な対象者は、重篤な人格障害者であり、精神分裂病などの精神病罹患患者ではないことも留意されるべきであろう。

以下、触法精神障害犯罪者に対する逮捕、警察、検察段階でのダイバージェンに触れる。なお、最近のイギリスの触法精神障害者問題を扱った論文に多くの示唆を受けている²³⁾。

19) HC, *supra* note 1, para. 35, at xvi.

20) 1983年精神保健法1、3、37、41条。

21) 保守党政権から引き継いだ「法と秩序」政策と新たな「寛容なし（ゼロトレランス）」政策を看取できる。拙稿「イギリスにおける保守党政権下の刑事政策」島大法学42巻3号（1998）39頁。

22) DH, *supra* note 6, at 2. 自殺は35歳未満では第2位の死亡原因であり、減少傾向あるものの、依然として年4000件を超えている。Ibid. para. 1-7, at 12.

23) P. R. Snowden（川島健治、北村俊則訳）「地域保安施設」精神保健研究39号（1993年）95頁。五十嵐禎人「英国における触法精神障害者に関する法制度と触法精神障害者専門治療施設の変遷」法と精神科診療1巻（1997年）1頁。同「イギリスにおける触法精神障害者の処遇」法と精神医療12号（1998年）64頁、植田清一郎「英国（イングランド・ウェールズ）の司法精神医療サービス」日精協誌17巻2号（1998年）55頁、川本哲郎「イギリスにおける刑事政策の動向」犯罪と非行120号（1999年）66頁、同「精神障害犯罪者の拘禁処遇—イギリスの動向—」産大法学34巻3号（2000年）80頁、同「イギリスにおける精神障害犯罪者の処遇」法と精神医療14号（2000年）1頁、同「イギリスの精神保健法改正の動き」京都学園法学2000年2・3号（2001年）27頁、中村恵・柑本美和「イギリスの司法

二 刑事司法におけるダイバージョン

[ダイバージョンの視座] 刑事司法は、最広義には、逮捕、警察、検察、裁判、処遇（刑事施設から病院への移送等）の各段階を指すが、ダイバージョンは触法精神障害者をこの刑事司法手続きのいずれかの段階で外し、保健・社会サービス（精神医療を含む）に委ねようとするものである。刑事司法におけるダイバージョンは、広義には逮捕の警察段階から訴追裁量をもった検察段階までのものを通常指しており、最狭義では裁判における触法精神障害者の処遇選択肢として、保健・社会サービスへのダイバージョンをいう²⁴⁾。刑事司法からのダイバージョンを図示すれば、[図1]となる²⁵⁾。

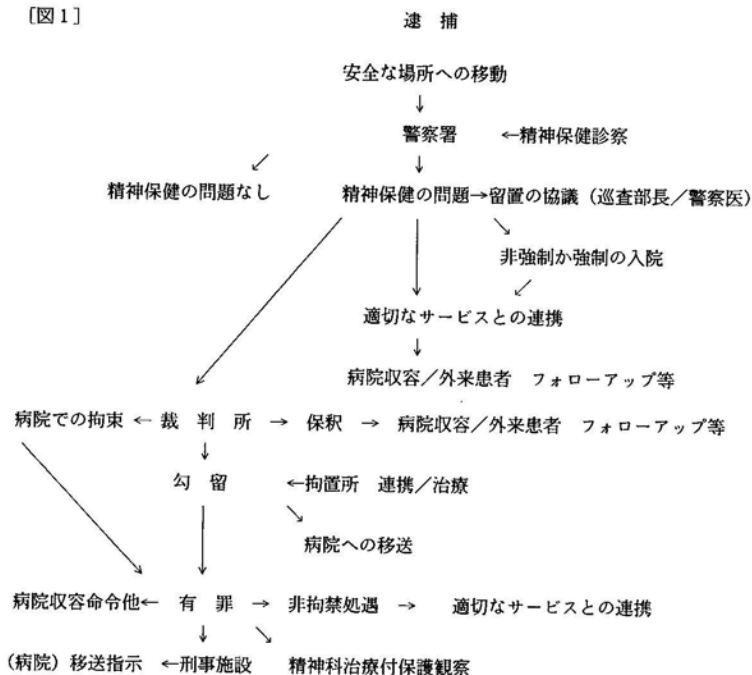
その際に留意すべきことは、ダイバージョンを導く「価値枠組み (framework of values)」²⁶⁾であり、どのような視座からダイバージョンを捉えるかが重要である。これまでのダ

精神医療」日精協誌19巻10号（2000年）43頁。

24) Cf. Judith M. Laing, "Diversion of Mentally Disordered Offenders: Victim and Offender Perspectives", *Crim. L. Rev.* [1999] 805.

25) Martin Humphreys, "Aspects of Basic Management of Offenders with Mental Disorder", 6 *Advances in Psychiatric Treatment* 1, 2000, at 22.

[図1]



出典：注25、ハンフリーズ（Humphreys）論文24頁。

26) ANDREW ASHWORTH, *THE CRIMINAL PROCESS: AN EVALUATIVE STUDY*, 1994, at 48.

イバージョンは、①犯罪者に必要とされており、②人道的関心から動機づけられている、いわば犯罪者志向のものであった。しかし、今日ではこの犯罪者の権利の尊重と並んで不利益処分の比例性 (proportionality) と権力行使の説明責任 (accountability) が加味され、新しく被害者の利益・権利を保護するダイバージョンであることが要請されている、とされる²⁷⁾。アシュワースが指摘するように、刑事司法過程において未成年者 (18歳未満) と同様に精神障害者などの弱者 (The Vulnerable) が保護を受けることは堅持されるべきなのである²⁸⁾。このことから、今日の刑事司法におけるダイバージョンは、犯罪者志向性 (視座) と被害者志向性 (視座) を共存させる枠組みが設定されることになる。

とりわけ、アシュワースの指摘のように、審理前におけるダイバージョンにおいては、その判断を決定づける価値として、①犯罪予防、②無実の者の保護のための自由と公正さ、③被害弁償、④犯行の重さとダイバージョン条件として同意して対象者に課される措置との均衡が考慮される²⁹⁾。総じて、触法精神障害者に対するダイバージョンを検討する政策判断は、法の適正手続に沿った公正な犯罪者保護とりわけ精神障害への医療保障を伴う保護の視座、成長過程にある被害者の権利保護の視座、そして犯罪予防という公衆保護の視座の三者に適正なバランスを取るようになる。いずれにせよ、イギリスにおいて、触法精神障害者は、逮捕段階から起訴段階においても、関係機関の当事者による法定されていないが裁量によるダイバージョンが実務運用として存在していること、およびダイバージョンの許容度はこの裁量決定とその前提となる地域社会の治療ケアの供給条件・担当者の同意に依存していることに留意をすべきである。

では、ダイバージョンの実務運用は何を基準にしているのであろうか。その基準は機関の内部指針 (ガイドライン) であるが、以下では、警察・検察・裁判所段階を中心に見ること

27) *Ibid.*, 34. 犯罪者志向の価値枠組みからは、審理前の個人 (被疑者・被告人) は自由の価値が配慮され、「最小限の負担 (minimum burdens)」の理念から、有罪判決があるまでは刑罰的措置 (punitive action) を執ることができないこと、同一の犯罪に対し重ねて訴追される2重の危険に曝されないこと、被疑者・被告人は被疑事実に対し無罪を主張する場合に刑事手続を進行させ裁判を受ける権利を保障されることなどがダイバージョンにおいても考慮されることになろう。さらに被害者志向的であることから、事件の進行状況について、被害者は情報提供と説明を受ける「権利」がある。Cf. *Ibid.*, 31, 40. Laing, *supra* note 51, at 810.

28) ASHWORTH, *ibid.*, at 38. Laing, *ibid.*, at 808. Cf. ANDREW SANDERS & RICHARD YOUNG, CRIMINAL JUSTICE, 2nd ed. 2000, at 51-63.

29) ASHWORTH, *ibid.*, at 39-40. 犯罪の被害者保護は刑事司法の内外で保障されるべきであり、刑事手続の捜査、訴追前段階での保護は、被疑者の訴追、重罰要求とかに向かうものではない。触法精神障害者を少年犯罪者と同様に位置付け、和解 (mediation)、ダイバージョン、犯罪者との共同活動など、従来の「犯罪者」・被害者の二項対立的な視座を転換する近時の動きは注目すべきである。青少年犯罪チーム、地域社会介入計画などが、参考になる。JUSTICE, VICTIMS IN CRIMINAL JUSTICE: REPORT OF THE JUSTICE COMMITTEE ON THE ROLE OF THE VICTIM IN CRIMINAL JUSTICE, 1998, at 33-57, 131. なお、イギリスにおける被害者保護の基本的な視座は、1990年の被害者憲章に始まり、改訂の2版は1996年に明文化されている。内務省回状としては1998年の以下参照。Home Office, Circular 55/98. 最近の邦語文献として、奥村正雄「イギリスの被害者政策」諸澤編・犯罪被害者 (現代のエスプリ) 336号 (1995年) 171頁、ヘレン・リーブス (岡本美紀訳) 「英国における犯罪被害者支援20年の歩み」警察学論集51巻5号 (1997年) 111頁、奥村正雄「イギリスの犯罪被害者対策の現状」産大法学32巻2・3号 (1998年) 68頁、岡田久美子「犯罪被害者の権利 [外国の動向] イギリス」法律時報71巻10号 (1999年) 72頁、岡田悦典「各国の刑事手続きと被害者①イギリスの場合」刑事弁護22号 (2000年) 115頁。

にする。

[ダイバージョンの根拠回状] 1990年代以降における触法精神障害者の刑事司法からのダイバージョンは、1990年の保守党政権下の内務省回状（以下、90年回状という。）に始まる³⁰⁾。保健省は、内務省回状に対応した同様のガイダンスを関係機関の専門家に対し発している。これは、1980年年代に見られた刑事施設への触法精神障害者の問題性のある収容実態を回避する措置であった³¹⁾。この90年回状に沿って、全国各地域で約200に及ぶ警察段階から裁判所までの間での種々の形態のダイバージョン計画（スキーム）が実施され、その地域は、1997年時点でも200以上に及んでいる。労働党政権もこれを継承し、多分野・機関間の連携を促進しており、ロンドン市、バーミンガム市などにおいてダイバージョンの新しい試みを見ることができ。

触法精神障害者の大半は、相対的に軽微な事犯を犯しており、また特別な保安条件とか整ったサービスを必要としていない。したがって、一般原理としては、触法精神障害者は刑罰よりも治療ケアを受ける手続を進行させるべきことになる。このことを、90年回状は、政府の政策は、可能な限り触法精神障害者は保健社会サービスからの治療ケアを受けるべきであるとする。検察官準則（検事規範 Code for Crown Prosecutors）の原則に沿って、触法精神障害者に犯行をなしたとする十分な証拠がある場合には、起訴が公共の利益から求められているか否かにつき慎重な考慮が払われるべきであるとする。その結果、訴追に代替する措置、すなわち警察譴責（のみ）、またこれに加えて精神状態が入院治療を必要としていれば病院収容といったことが、訴追の必要性判断よりもまず先に考慮されなければならないとする。この政策は裁判所および刑事司法諸機関が保健社会サービスと接触を持つと効果的であり得るとして、連携のとれた刑事司法から保健サービスへの協議と協力のとれたダイバージョンを基本とするものであることを認めている。この満足の行く緊密な連携のためのガイダンス（指針）が回状として関係諸機関に提示されたのである³²⁾。

[逮捕] 歴史的にも地域の精神障害者の扱いは多くが警察に委ねられていた。この点で、地域社会において触法精神障害者と最初に接点をもつ警察官が、逮捕時点で彼らを治療ケアの手続きに付すことがダイバージョンとしてある。1983年精神保健法136条は、公衆の出入りする（アクセス）場所で発見された、精神障害に罹患しているとの疑いのある者を、（令状なしに）同人自身のために、または公衆の保護のために必要と思料すれば「安全な場所」に移動

30) Home Office, Provision for Mentally Disordered Offenders, Circular 66/90, 1990, pp. 17. リード (Reed) 委員会リポートに転載がある。In DEPARTMENT OF HEALTH & HOME OFFICE, REVIEW OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES FOR MENTALLY DISORDERED OFFENDERS AND OTHERS REQUIRING SIMILAR SERVICES, FINAL SUMMARY REPORT, ANNEX D, Cm 2088, 1992, pp. 71-81. なお、90年回状は、1995年に改訂されたが、骨格に変化はない。Home Office and Department of Health, Mentally Disordered Offenders: Inter-Agency Working, HO Circular 12/95.

31) NHS, Management EL (90) 168, (90) 190, (92) 6. 前注のリード委員会リポート付録B参照。

32) HO, *supra* note 57, para. 2, at 2.

させる権限を警察官に与えている。この精神障害には、精神病、精神遅滞、精神病質、その他の精神障害・能力障害が含まれる（同法1条）。安全な場所とは、地方社会サービス局の居住施設、病院、精神看護ホーム、警察署などである。72時間内の抑留である³³⁾。

この規定は、触法行為の（またはその疑いの）ない「精神障害」者を対象にしているため、被疑犯行での逮捕という公共的利益を考慮する必要のないケースでの民事的（＝わが国の「行政的」）保護のものである。そこで、地方病院と地方社会サービス局は、「この136条の抑留者に対して、同人の治療またはケアのために必要な設備が可及的すみやかに取れるように、精神科医による診察（鑑定）および認定ソーシャルワーカーによる面接を受ける」³⁴⁾よう連携する協定を結ぶことになった。しかも、安全な場所は、警察署を例外的で逮捕権限がある場合に限定して用いるとした。

なお、イギリスにおける触法精神障害者の強制入院手続は、民事と刑事の2種類があり、民事の場合、患者の最近親者または認定ソーシャルワーカーが、収容先の病院管理者に対して行うことになっている。この強制入院は2名の登録医師である精神科医の書面勧告によって、同病院管理者が認める。通常の治療収容の場合、期間は、6か月以内で、更新はさらに6か月後、1年毎で限度がない³⁵⁾。必ずしも、強制入院（28日内の診察入院、72時間内の緊急診察収容を含む。）となる訳ではなく、地域社会にあつてガーディアンのもとでケアをする地域社会サービス局の発する保護委託命令（6か月、更新可）や不介入もある³⁶⁾。

したがって、警察官は限定はあるが裁量によって「触法」精神障害者を、ひとまず民事・刑事の手続追行を展望しつつ、警察署以外での治療ケアのために、その環境の整った場所に72時間移送するダイバージョンをとることが可能なのである。しかしながら、精神保健法136条による逮捕後のダイバージョンは、ロンドンのような都市部では活用度は高いが、地方では、対象者が夜間に発生的事件であり、また厄介な、時には暴力的であることから、活用度が低いのが実情であった。しかし、近時、警察と地方保健サービス局間での連携の欠如が自覚され、改善も見られるが、ダイバージョンモデルにおける地域社会司法精神科看護士の役割の重要性が指摘されて来ている³⁷⁾。1992年に南バーミンガム市で採用された「逮捕時ダイ

33) Mental Health Act 1983, ss. 1, 136 (hereafter cited as MHA 1983). 拙著・注1、106、114頁。なお、135条には、認定ソーシャルワーカーの誓約通知書によって、治安判事は精神障害の疑いのある者（他に、虐待、遺棄、適切な監護不能、不保護下の者）につき警察官が安全な場所に72時間内で、特定の家屋敷内から移送できる令状を発しうる。MHA, *ibid.*, s.136.

34) HO, *supra* note 57, para. 4-i, at 2.

35) MHA 1983, s. 11. 拙著・注1、109-110頁。診察収容は28日以内で治療収容と要件は同じ。

36) MHA 1983, ss. 4, 7. 拙著・注1、111-114頁。

37) LAING, *supra* note 1, at 85-87. 1984年には1959件であったものが、80年代末には1032件にまで半減していた。改善として、関係機関でのビデオを活用した改善などが企画されている。Ibid., 88. 逮捕時のダイバージョンにおいては、救急時に適切な保安の整えられ総合的な診断や配置ができる環境と情報入手が課題とする精神科医の指摘がある。Humphreys, *supra* note 52, at 23. もっとも、ロンドンの首都地域の多用を承知しつつも、136条の法規定が包括で乱用の余地があること（判例）から、運用の限定、抑留時間を72時間から危機介入の24時間以下に留めるべきとする見解がある。LARRY GOSTIN, MENTAL HEALTH SERVICES: LAW AND PRACTICES, 2000 (Suppl. Issue 17 of org.

バージョン」計画（スキーム）は1993年11月から4年間の報告書492件（420名）の診察照会であった。うち、犯罪歴のある者は16名、67%が精神科診断歴があった。総じて、この計画は、触法精神障害者を不均衡な拘束から解き、精神科サービス・警察・諸機関が持続的で建設的な連携を育成した点で成功の評価が与えられている³⁸⁾。

〔警察、告発〕 警察は、被疑触法精神障害者につき、身柄が警察署またはその他の治療ケア施設等に置かれていようと、告発（Charge、最初の起訴手続）をするか否かの裁量をもっている³⁹⁾。1984年警察・刑事証拠法によって、警察署は被疑触法精神障害者を総じて最高96時間まで留置することができる。一般に留置は、24時間を超えてはならない（41条）。しかし、警視以上の階級の警察官は、留置期間の起算時から36時間以内で、条件を充たせば留置許可を与えることができる（42条）。治安判事裁判所は、警察官の請求に基づき、総時間で起算時から96時間を限度として警察留置を継続させる令状を発する権限をもっている（44条）。これらの起算時とは、警察署到着時（または逮捕時から24時間経過のいずれか早い時点）である⁴⁰⁾。なお、留置中の被疑者には、法的助言を受ける権利以外に、本人の請求によって友人、親族、知人、同人の福利に関心のある者のうちの一人に逮捕通知をさせる権利をもっている⁴¹⁾。

警察は、この間に、公式の刑事手続を進行させ訴追の最初の手続きを執るか否かを検討する。とくに犯行の性質から公益上、訴追が必要でない場合には、検察庁（Crown Prosecution Service）と協議し、手続打ちりの裁量を行使する。他に、警察による選択肢として、警察譴責（Police Cautioning, Warning）があるが、この条件を充たさない場合、ダイバージョンに

pub. 1986) para. 12.02.7. なお、適切な実務の法運用のために、実務準則が置かれている。Mental Health Act 1983 Code of Practice, para.10(Commencement 1 Apr. 1999). ロンドン市地域における警察段階でのダイバージョンモデルは、地域社会精神科看護士（CPN: Community Psychiatric Nurse）の諸機関連携の役割の重要性を示している。31か月に及ぶ診察712ケースの実証研究は、警察署における留置ケース（逮捕後70分以内の診察が50%近く）であり、申請の85%が警視からの申請であった。David James, "Police Station Diversion Scheme: Role and Efficiency in Central London", 11 Journal of Forensic Psychiatry 3, 2000, at 532.

38) S. Riordan and S. Wix et al, "Diversion at the Point of Arrest: Mentally Disordered People and Contact with the Police, 11 Journal of Forensic Psychiatry 3, 2000, at 683.

39) 一旦、告発（最初の訴追手続＝警察訴追）が行われると、被疑者は治安判事裁判所に継続勾留審理のため引致される。Luke Birmingham, "Diversion from custody", Advances in Psychiatric Treatment 7, 2001, at 199. この告発・引致（召喚）後の第2段階で法律専門家である検察官が送致ケースファイルを精査する。「警察、検察庁は共に訴追機関であり」、検察庁は警察に依存した制度である。SANDERS & YOUNG, *supra* note 28, at 159, 345. 両機関の緊密さは、検察の独立性、また捜査と訴追の明確な分離につき関心を呼ぶことになっている。RICHARD CARD & RICHARD WARD, THE CRIME AND DISORDER ACT 1998: A PRACTITIONER'S GUIDE, 1998, at 141. 警察が告発を行った場合、通例では翌日、有罪の見込みにつき最初の裁判所尋問（出廷）があり、身柄は裁判所による未決勾留の扱いとなる。*Ibid.* 告発から最初の出廷、審理開始は、期間の限定がある。正式起訴犯罪につき以下。The Prosecution of Offences (Custody Time Limits) Regulation 1987 (SI 1987/299). 1991年当時、審理開始までの勾留制限期間は、略式裁判70日、正式起訴裁判112日であったが、今日半減化が目指されている。期間超過すれば保釈となる。ROYAL COMMISSION ON CRIMINAL JUSTICE, REPORT (RUNCIMAN REPORT), Cm 2263, 1993, at 81. このランシマン・リポート公表の時期にも審理前段階でのダイバージョンの重要性が指摘されている。*Ibid.*

40) The Police and Criminal Evidence Act 1984 (hereafter cited as PCEA). 法務大臣官房司法法制調査部編・イギリス警察・刑事証拠法 イギリス犯罪訴追法（1988年）47-51頁。

41) PCEA, *ibid.*, ss.56, 58.

よって上記の精神保健法上の民事強制手続に委ねるか、地域社会サービス局による非強制(非公式)の援助を行うかのいずれかの代替措置を採る。いずれの場合にも、警察署と保健社会サービス当局との連携は、被疑触法精神障害者が建設的な反応を示すような満足のゆく対応を進めていくうえで必須の役割をもっている⁴²⁾。

警察留置の被疑者に精神障害の疑いがある場合、同人の医療処置の要求と関係なく留置管理官(Custody Officer)は即刻警察(嘱託)医(司法監察医。FME: Forensic Medical Examiner)を呼び出すことになっている。緊急の際には、同被疑者は病院に移送される⁴³⁾。公共の利益から被疑触法精神障害者に訴追が必要とされる場合であっても、警察段階で一般被疑者に与えられる告発後の保釈(bail after charge)の権利は保障される。被疑触法精神障害者は精神状態以外の要因(ホームレス、住所不定)から、警察保釈が難しくならないように、保護観察・保健社会サービス間で取り決めを行い、必要に応じ病院への収容やホステルへの入居が可能となる援助が得られるようにすべきあり、その際、民間のボランティアでの関与を基礎とすることが警察保釈を可能にするとされている⁴⁴⁾。

[検察・訴追の精査] 法務総裁は、警察署からの犯罪被疑事件の報告を受ける(検察庁送致受理)。法務総裁が指揮する検察長官を通じて、警察から引き継いだ刑事事件につき、訴追の維持または訴追決定がされる。具体的には、個別刑事事件において、検察長官が定めた前述の検察官準則に従って検察官が訴追裁量を行使する⁴⁵⁾。独立した訴追機関となった検察庁の検察官は相当な証拠を検討し、同準則に照らして、起訴が公共の利益となるかを判断する。検察官は、有罪判決の現実的見通しが立つほどの十分な証拠あるか否かを判断し、そのうえで公共の利害を考慮することになる。その際に、警察段階における被疑者の精神状態および裁判からのダイバージョンの当否についての他機関との協議内容が考慮される。精神科治療の緊急性はダイバージョンの判断の重要な要因であり、事案の重大性(殺人、同未遂、重度傷害)が決定的ではないとされる。検察庁は、被疑者の精神健康に見込める影響が個別事件における「正義の利益(interest of justice)」に優るほど著しいものである場合には、手続を

42) HO, *supra* note 57, para. 4-iii, at 3. 単純な譴責は問題であることから、他機関(ソーシャルワーク、保護観察)と連携し、クリニックや医師と接触が順守条件となることが望ましいとされる。LAING, *supra* note 1, at 100.

43) PCEA 66条に基づく「警察官による留置、取り扱い、取調べの実務準則」パラグラフ9・2. *Ibid.*, para. 4-iii, at 3-4. 警察署長は、警察医の役割を補充する精神科医のために地域保健当局と取り決めを行うことが助けとなること、また留置中の虚偽自白があることから、常に別の証拠収集が勧められることが指摘される。*Ibid.*

44) HO, *supra* note 57, para. 4-v at 4. 1998年には、38%が逮捕後に警察保釈であった。なお、訴追後の治安判事による通常の出廷を条件とする一般の裁判所保釈もある。SANDERS & YOUNG, *supra* note 55, at 511. その場合、保釈ホステル、病院での在所が条件となることもある。Bail Act 1976, s 4(1). その他、警察が保釈条件に在宅義務、居住指定を付加できる。LAING, *supra* note 1, at 100.

45) PCEA, *supra* note 65, ss. 1, 2, 8, 10. 警察裁量は非常に広いが、検察裁量は大変に狭い。従って、警察の多様性を欠いた訴追裁量をもつ危険を適正にコントロールすべきとの議論があり、警察と検察の連携計画も試行されている。Andrew Sanders, "The Limits to Diversion from Prosecution", 28 Brit. J. Criminol 4, 1988, at 513. LAING, *ibid.*, 104. この警・検の連携が諸機関の協力とダイバージョンの促進にも寄与している。Editor (A. Ashworth), "Review of the Crown Prosecution Service", [1998] Crim. L. R. 517; John Galdwin & Adrian Hunt, "Prosecutors Advising in Police Stations" [1998] Crim. L. R. 521.

中止することを考慮することになる⁴⁶⁾。以降、ダイバージョンされた触法精神障害者のケースは、警察段階と同様に、保護観察・社会サービス機関との連携によって非強制的な対応から、民事強制手続までの対応が執られる。

この検察段階を経て、刑事手続きが進行した治安判事裁判所、刑事裁判所における審理前段階、審理段階等にあっても、触法精神障害者のダイバージョンは行われことになるが、本稿では触れていない⁴⁷⁾。

おわりに

イギリスの各地において展開されている触法精神障害者を刑事手続からダイバージョンする流れの基本枠組みを、検察段階までに限定して見てきた。ダイバージョンは、触法精神障害者を刑事手続にのせ審理し、判決を得ようと進行させることがもつ問題、拘禁下での自殺や非治療ケア環境の現実認識から出発している。このダイバージョンの方向は、触法精神障害者を治療ケアを優先させつつ、一旦刑事手続きに付された場合における被疑者の権利と犯罪防止の公衆の利益とにバランスをとらせようとしていた。今日では被害者の権利を加えた形で設定するかの新たな時期を迎えている。これは、重大事犯であってもダイバージョン、それは時には民事強制手続への分離であったりするが、この地域社会の治療ケアの道が開かれている。また、場合によっては被告人を医療ケアの環境に置きながら、最終的な有罪・無罪の判決に至る刑事手続を経て、民事強制手続きに最終的に合流させている。このイギリスの触法精神障害者のダイバージョンの動向は、地域社会サービスを初めとした関与する諸機関の連携に支えられており、その前提となる多機関構成による審査・協力の必要性など、多くの課題は残しながらも、実験的なプロジェクトを含めて地歩を固め広がりつつある。イギリスのこの10余年間の歩みは、触法精神障害者の事件の扱いにおいて、刑事手続を裁判段階にまで過度に進行させ、また司法関与に過度の期待を寄せることの問題性を示すものがある。今日、労働党政権下で、治療との結びつきをもたない重篤な人格障害者を社会から除外する「二極

46) HO, *supra* note 57, para. 6, at 5. 検察庁は、具体的には、犯行の重大性、精神科治療の有無・期間、「犯行」時および現在の精神状態、刑事手続追行の有害性の諸要因を考慮する。GOSTINE, *supra* note 64, para. 12.04. 1994年の検察官準則の第3版以降、訴追裁量は証拠の十分性を前提に公衆の安全・保護、被害者の保護に傾斜が見られ、被疑者の医療的ケア・保護とのバランスが強調されている。それが、検察庁の判断の独立性、裁量権行使、同説明責任として論じられている。Andrew Ashworth & Julia Fionda, "The New Code for Crown Prosecutors: (1) Prosecution, Accountability and the Public Interest", [1994] Crim. L. R. 894; Roger K. Daw, "(2) A Response", [1994] Crim. L. R. 904.

バトラー委員会は訴追は最後の手段であり、有益な目的設定のできない安易な訴追を戒めていた。HOME OFFICE et al, REPORT OF THE COMMITTEE ON MENTALLY ABNORMAL OFFENDERS (BUTLER REPORT), Cmnd. 6244, 1975, para. 9.16-25, at 139. 拙稿「精神障害犯罪者の処遇動向」同志社法学153号(1978年)60頁。犯行の重大性は、差別的動機および継続・再犯性であり、訴追の重要要素であり、被害者の利益も考慮される。LAING, *supra* note 1, at 101.

47) 拙著、注1、115、269頁以下参照。拙稿「諸外国の動向①イギリス」法律時報2002年2月号50頁特集号。

分化政策」が推進されていることを見た。同時に、この政権のキャッチフレーズである「犯罪にタフ（厳しく）、犯罪の原因にもタフ」は、それが地域社会の安全性と予防を犯罪者への「処罰的排除」や「処罰ポピュリズム」と結びつく傾向に近時あることを見た⁴⁸⁾。しかし、触法精神障害者の扱いに相応しい地域社会の社会サービス、医療ケア組織との連携を基本にしたダイバージョンの基本政策は依然として説得的であることを実証するものであった。

48) Cf. Adam Crawford, "Joined-up but fragmented: Contradiction, Ambiguity and Ambivalence at the Heart of New Labour's 'Third Way'", in R. MATTHEWS & J. PITTS (Eds.), *CRIME, DISORDER AND COMMUNITY SAFETY*, 2001, at 74.