

触法認知症高齢者の支援をめぐる研究課題

——先行研究から明らかになったこと——

山 中 俊 克

はじめに

日本における65歳以上の高齢者の人口は、2014年10月には、過去最高の3,300万人となり、総人口に占める高齢者の比率は26.0%に上昇し、いわゆる「団塊の世代」全員が高齢者となる2015年には3,395万人に達し、その後も増加を続けることが予想されている（高齢社会白書2015）。2014年10月1日現在65歳から74歳人口は1,708万人で総人口との割合は13.4%となっており、75歳以上のいわゆる後期高齢者人口は1,592万人となり、総人口に占める割合は12.5%に達し、4人に1人が65歳以上の高齢者、10人に1人が75歳以上と、どの国も経験したことがない高齢社会となっている（高齢社会白書2015）。

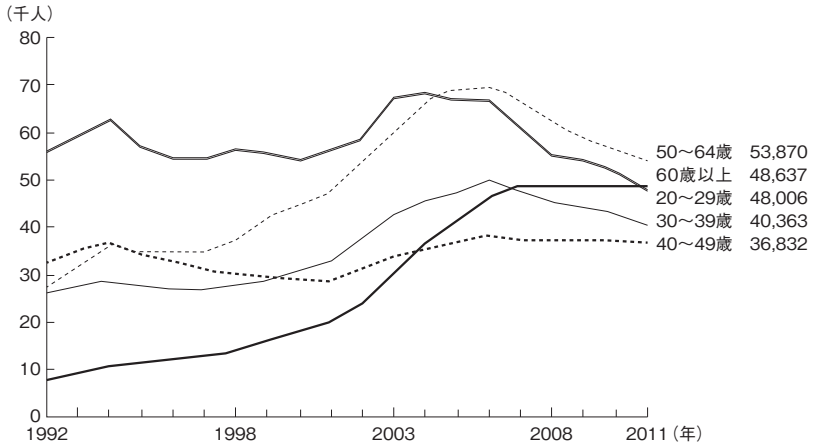
このように日本にみられる本格的な高齢社会では、介護の必要な高齢者数も増加しており、高齢者の介護は今後さらに高齢者福祉領域における重要な課題と考えられる。1997年に介護保険法が成立、2000年から介護保険制度が実施され15年を経過し、要介護者数も増加の一途をたどっている。介護保険制度における要介護者又は要支援者（以下、要介護者等とする）と認定された人のうち、65歳以上の人数をみてみると2001年度末の287.7万人対し、2012年度末では545.7万人となっており、258.0万人増加している（高齢社会白書2015）。さらに、介護が必要となった原因としては「認知症」が16.4%と高くなっており、認知症高齢者を中心とした介護の問題は大きく、その解決が急がれている。

日本における認知症高齢者数は増加傾向にある。2003年度の厚生労働省は

2025年におよそ323万人の高齢者が認知症により何らかの支援や介護が必要になるという推計を出した（厚生労働省老健局総務課推計2003）。その後、2012年8月には、日本における2010年度の認知症高齢者数はおよそ280万人であると発表し、これまでの推計よりも早い速度で認知症高齢者は増加しており、2012年においてはすでに305万人に達しているという推計結果を発表した（厚生労働省老健局2012）。さらに2025年にはおよそ323万人に達するという従来の推計をはるかに上回る470万人という新たな数字を示し、認知症高齢者数は65歳以上の高齢者人口の12.8%にあたり、10人に1人以上が認知症となることを伝えた（厚生労働省老健局2012）。

認知症は高齢期に発症する代表的な精神疾患であり、高齢者本人の生活を大きく変えるだけではなく、高齢者を取り巻く家族の生活にも大きな影響を与える。認知症は進行性を伴い、認知症そのものに対する治療方法も確立されていない状況において、認知症の診断を受ける高齢者への支援とともに、認知症高齢者の介護を行う家族への生活支援も課題となる。今後さらに増加することが見込まれる認知症高齢者およびその家族に対する生活支援は、すでに超高齢社会を迎えている日本では緊急課題といえよう。

また、超高齢社会では、社会的弱者とされている高齢者が犯罪の被害者となる可能性が高まることも予想される。振り込め詐欺の被害のうち、8割以上が60歳以上となっており、その他悪徳商法やひったくりなどの被害も高齢者に多い（高齢社会白書2015、警察白書2013）。さらに高齢者虐待という深刻な問題も起きている。2013年度に受け付けた高齢者虐待に関する相談・通報件数は、養介護施設従事者によるものが962件で、前年度の736件と比べて30.7%増加し、養護者によるものが25,310件で、前年度の23,843件と比べ、6.2%増加した。また、2013年度の虐待判断事例件数は、養介護施設従事者によるものが221件、15,731件となっており、養護者による虐待を受けている高齢者のおよそ7割が要介護者等となっている（高齢社会白書2015）。これまで高齢者と法的な問題



注 1 警察庁の統計による。
2 犯行時の年齢による。

出典：法務省『平成24年版犯罪白書』，デザインを変更

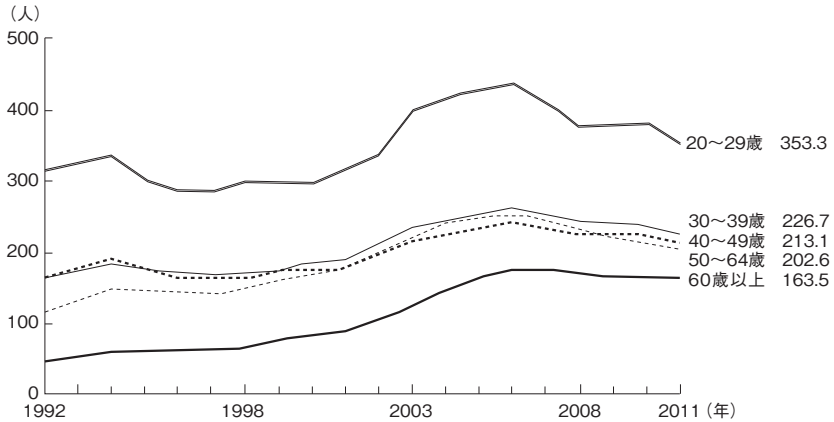
図1 一般刑法犯 検挙人員の推移（年齢層別）

については、このように犯罪事件における被害者、あるいは認知症により判断能力が低下し、民法の成年後見制度による人権の被擁護者としての高齢者が多かったように思われる。

しかし、近年高齢者による犯罪が急増しており、「加害者」としての高齢者と刑事法との問題が浮かび上がってきている。今後、高齢者犯罪が最も深刻な犯罪問題との一つとなることが指摘されている（五十嵐2013，太田2009）。

『平成24年版犯罪白書』によると、日本における65歳以上の高齢犯罪者数は、高齢者人口の増加の勢いを上回っており、その数は今後さらに上昇することが見込まれている（犯罪白書2012）。図1の1992年から2011年までの20年間の一般刑法犯の年齢層別の検挙者人員の推移で示したものである。この図をみると、2011年の高齢者の検挙人員数は1992年のおよそ6.3倍にあたる4万8,637人となっており、他の年齢層とは異なり高齢者の検挙人員の増加傾向が著しいことが分かる。

触法認知症高齢者の支援をめぐる研究課題



- 注 1 警察庁の統計及び総務省統計局の人口資料による。
 2 犯行時の年齢による。
 3 「人口比」は、各年齢層10万人当たりの一般刑法犯検挙人員をいう。

出典：法務省『平成24年版犯罪白書』，デザインを変更

図2 一般刑法犯 検挙人員の人口比の推移 (年齢層別)

図2は、一般刑法犯検挙人員の人口比による推移である。65歳以上の高齢者の人口比は他の年齢層より低くなっているものの、2011年の人口比と1992年のものとを比較すると3.4倍になっており、20～29歳でおよそ1.1倍、30～39歳でおよそ1.4倍、40～49歳でおよそ1.3倍、50～64歳ではおよそ1.7倍、他の年齢層よりも増加が著しくなっていることが分かる。

一般刑法犯の高齢者の起訴人員についての1988年から2008年の20年間における比較ではおよそ7倍、新受刑者は6倍となっており、人口の高齢化のおよそ3倍の速さで刑事処分される高齢者が増加している（浜井2012）。高齢者による犯罪の罪名については、万引きや置き引きなどを含む非侵入窃盗や遺失物の横領など、比較的軽微な犯罪が大部分を占めているものの、殺人、暴行、傷害などの重大な犯罪の増加率も高くなっている（奥村2010，斎藤2010）。統計がやや古くなるが、1988年から2008年までの20年間で、高齢者による殺人はおよそ4倍、強盗に関してはおよそ13倍、暴行はおよそ42倍、傷害はおよそ8倍

に増加している（斎藤2010）。このような高齢者の犯罪率の増加は、年齢の高齢化に伴い犯罪率が低下する欧米の傾向とは異なり、日本における犯罪の特徴とされている（奥村2010）。

高齢犯罪者の増加は、高齢受刑者の受刑中および出所に関する課題にも影響が表れている。高齢受刑者の多くは家族とのつながりが希薄で、社会による受け皿も少なく、出所後に自立した生活を営んでいくことが困難となっており、そのため高齢犯罪者の再犯率が高くなっていると考えられている。

また高齢受刑者の中には、受刑中に加齢などにより身体機能が低下し、日常生活動作に対する介護を必要とする者も増えており、矯正施設ではその対応が難しい状況にもなっている。さらに、高齢受刑者の介護に関する課題は、出所後の帰住先の課題にもつながっており、複雑化している。出所後に特別養護老人ホームなどの入所施設の利用を必要とする高齢受刑者もいるなかで、入所施設の確保が難しいということや、入所施設を確保できた場合であってもすぐに入所できないことも少なくない。高齢受刑者への支援は介護や医療に関する生活課題を十分に検討して帰住先の確保を行ない、出所後の社会生活に移行するためのさまざまな生活支援が求められている。

法務省と厚生労働省は、刑事政策と社会福祉政策の相互的政策立案として2009年7月より地域生活定着促進事業を開始した。本事業は、触法高齢者または触法障害者が犯罪行為により起訴後、実刑処分となり受刑し、満期釈放により刑務所を退所するものへの再犯防止を目的として社会復帰にむけた支援とされる。退所後ただちに福祉サービス等につなげるための新しいシステムを導入するとして、厚生労働省の管轄により各都道府県に「地域生活定着支援センター」を設立し、保護観察所と協働して出所者の社会復帰の支援を行うこととした。

新たに開始された地域生活定着促進事業が対象とする触法高齢者、触法障害者に対する支援は、基本的には起訴され執行猶予あるいは実刑処分を受けた高

高齢者や障害者を対象とし、出所後の地域生活を見据えて受刑中より帰住先の確保や社会生活に必要なサービスを調整するという福祉的な支援が特徴である⁽¹⁾。そして、地域生活定着支援センターは、これまで縦割りであった司法領域と福祉領域とが協働し、社会復帰と再犯防止にむけて個別的な支援を触法高齢者や触法障害者に提供することを目指している。社会の受け皿がなく、自立した生活を始めることが困難とされている触法高齢者および触法障害者に対して、生活支援を行う地域生活定着支援センターは、地域社会において重要な役割を担っていくことが考えられる。

だが、地域生活定着支援センターによる支援につながらないような触法認知症高齢者への支援のあり方については現行制度による対応は困難であり、これからも十分に検討されなければならないと考える。

触法認知症高齢者が認知症により比較的軽微な犯行に及び、検挙された時点においてすでに顕著な認知症の周辺症状があると判断された場合、刑事的責任は問えないとする検察側による起訴便宜主義に基づき、不起訴処分となる。しかし、殺人や傷害などの重大な犯罪に及ぶ触法認知症高齢者に対する具体的な支援については明らかにされておらず、未だ十分な検討がなされていないように思われる。

また進行性のある認知症の症状を考えると、触法認知症高齢者のなかには、高齢者本人もまた、家族も早期認知症が発症していることに気づかず、認知症が原因で犯行に及び、裁判において実刑処分となる場合も十分に考えられる。だが、そのような触法認知症高齢者に対してどのような支援が提供されたのか、あるいは支援が提供されるべきかについても明らかにされていないように思われる。

このように触法認知症高齢者については、犯行にいたるまでの生活状況、検挙後の司法機関における各段階での関わり、医療機関や関連諸機関との連携などについて明らかにされておらず、生活支援を基本的な業務のひとつとしてい

る専門職である社会福祉士・ソーシャルワーカーによるソーシャルワークの実践のあり方についても検討がなされていないと考える。本論は、触法認知症高齢者が「触法・認知症・高齢」という司法・精神医療・福祉の三領域にまたがる生活課題を有しながらも、その実態が明らかにされておらず、支援の必要性や具体的な支援の実践について検討がなされていないのではないかという問題意識に基づいている。

本論では、まず触法認知症高齢者支援やその支援の実態の把握にむけて、触法認知症高齢者に関連する先行研究のレビューを行う。次に、触法認知症高齢者と関連する法制度に視点をあて、法制度における課題について考え、ソーシャルワーク実践の必要性について検討し、最後に触法認知症高齢者の支援にむけた研究課題を明らかにすることについて試みる。

1 触法認知症高齢者に関する先行研究

触法認知症高齢者支援に関する先行研究のレビューからは、研究の内容として触法高齢者に関する社会復帰と、心神喪失等の状態で重大な犯罪行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法とする）と高齢者に関するものが多くなっている。

（1）触法高齢者と社会復帰

大場（2006）の調査結果によると、高齢犯罪者の出所後の具体的な課題として、高齢犯罪者のほとんどが引取人となる家族や親族がなく「天涯孤独」の高齢者も少なくないという家族に関連する課題、高齢犯罪者は概して経済的に貧困であり、就労に意欲的であっても年齢、健康、学歴、資格、技能、保証人がいないなどあらゆる面において就労に不利という課題、そして調査対象となった高齢犯罪者全員が疾患を抱えており、一般の高齢者と比較してより深刻な健

康に関する課題があることをあげている。そして、これらの課題に対応するためには、矯正および更生保護の人的、物的体制を整える必要性和、刑事司法のみでは根本的な問題解決はできないとし、社会福祉との連携と協働が重要であると結論づけている。

津崎（2006）も、刑務所内の医務の現場では、介護士や理学療法士が必要な状況があり、高齢受刑者の心身の状況に沿った刑罰の執行をおこなうとともに、出所時に高齢受刑者の疾病に対する医療や、日常生活における介護の必要性などからソーシャルワーカーによる専門性の高い連携業務が不可欠であることを高齢受刑者支援への第一の課題として述べている。

高齢受刑者の健康問題については鈴木（2006）が事例をあげて、高齢受刑者のなかには自立にむけた意欲をもっていても健康状態により医療および福祉機関につなぐ必要性があるものが少なくないとしている。また、釈放にあたって健康状態に問題が認められない場合でも、更生保護施設などで生活を開始した後、傷病により体調を崩す元高齢受刑者もいることを指摘している。このことから、高齢犯罪者には受刑中のみならず、出所後においても医療や福祉的な支援の必要性が高く、この点が高齢受刑者や元受刑者への支援にむけた課題であることが明らかにされている。

鈴木（2009）、大橋（2009）らは、増加する高齢犯罪者対策として、「再犯防止」にむけての高齢犯罪者の「生活環境調整」を行うと同時に、司法と福祉の連携の必要性を論じている。特に鈴木は、高齢犯罪者の円滑な社会復帰および再犯防止にむけては、保護観察所が中心となって矯正施設と連携し、また地域の福祉関連機関および団体との連携は、高齢者が矯正施設入所中の段階から生活環境の調整を始めることが出所後の自立にむけて重要であるとしている。

太田（2009）は、更生保護施設は要保護犯罪者を受け入れる施設であるが、中間施設として位置づけられているため、就労の可能性や家族などによる受入れ先の見通しが立たない高齢者は、最終帰住地の確保にむけて福祉との連携が

必要であることを示している。そのためには保護観察所や更生保護施設が中心となり、自治体の福祉課や福祉事務所との間で日常の連携を深めて、福祉事務所職員、保健師、医師、弁護士などの職種により構成される「高齢者サポートチーム」のような枠組みによる支援が望ましいと述べている。

吉田（2009）は、高齢犯罪者の更生保護の課題として、高齢受刑者の家族や親族のもとへの帰住調整あるいは受入れ可能な更生保護施設の確保、稼働能力のある高齢者の就労支援、司法と福祉の「制度の谷間」に陥ることから生じる再犯防止のための司法と福祉の「組織的・制度的緊密な関係」を結ぶことが大切であるとしている。

これらの先行研究は、司法領域の専門的立場から、高齢犯罪者の釈放後の再犯防止と社会復帰にむけた支援には、司法領域の専門的立場から、司法と福祉の連携の必要性を論じている。

高齢犯罪者の社会復帰を促進するための司法行政と福祉行政による連携の必要性についてさらに浜井（2011, 2012）は日本の刑事司法の問題として、刑罰（刑事手続）は応報を目的であるとして、犯罪者の社会復帰を目指す更生という視点に欠けていることを強調している。そして、高齢犯罪者の生活再建にむけて、犯罪者の支援は刑事司法内にて更生保護が担当すべきというこれまでの考えから、福祉の重要な役割として高齢犯罪者に対する経済的あるいは福祉的支援の必要性を示している。浜井は、北欧のノルウェーを参考にして、社会保障制度が充実し、高齢者に対する最低保障年金制度などが存在することにより、無年金者が存在しないことがノルウェーの高齢者犯罪が極めて少ないことにつながっていると説明している。さらにノルウェーと、高齢犯罪者が増加している日本の一般刑法犯検挙人員の人口比との違いを指摘し、社会的サービスの向上が高齢犯罪者の削減につながることを示唆している。

古川（2009）は、高齢犯罪者の釈放前調整における司法と福祉機関の連携について、「司法ケアマネジメント」の概念からとらえてようとしている。日本

で介護保険制度や障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（通称、障害者総合支援法）に基づくサービス提供を担うとするケアマネジメントであるが、司法においてもケアマネジメントを行う必要性を説いている。ここでは、ケアサービスを対象者の個別性や状況に応じて有機的にむすびつけるケアマネジメントの考えと同様に、司法領域において、「高齢受刑者の社会復帰の円滑化や安定化だけにとどめることなく、再犯防止などの予防的な環境調整をめざし、高齢受刑者の望ましい社会復帰を支え、高齢期にある本人尊厳を回復してゆく過程を支えるような視点と、積極的な社会資源の活用が不可欠である」（古川2009, p.219）としている。そのためには、更生保護、福祉、医療、介護サービスだけではなく、ホームレス支援を担うNPOおよび障害者へのボランティア団体や当事者による自立支援組織などによるフォーマル・インフォーマルの社会資源を活用して、社会復帰個別支援計画を立案・実践を行うことが必要であると論じている。このなかで古川は、司法ケアマネジメント実施に向けての連携上の課題として、矯正施設における高齢犯罪者についての基本情報は機密性の高く、ケアプランを作成する上で外部に情報を公開することが難しいということをあげている。さらに、矯正施設は釈放にむけて身元引受人確保を最優先するが、ソーシャルワークは釈放後を含めた生活の見通しを立てることを優先するという専門職による視点の違いや、高齢犯罪者の釈放後に関する高齢者の主体的な意思決定の尊重についても、矯正と保護の連携のなかでかならずしも円滑に実施されない課題を指摘している。司法と福祉の連携は、浜井（2012）がさきに述べて指摘しているように、応報を目的とした日本の刑罰は更生という視点が欠けているという点からも、社会福祉と刑事司法における専門的価値の違いが、司法と福祉の専門職間の連携の困難さを示していることが分かる。

また、古川（2010）は、矯正施設の現状では社会福祉士の専門性を生かすような支援の継続性、社会との関連性が確保できないことを指摘している。ソー

ソーシャルワーカーは、入所から釈放までの経過を通じた高齢受刑者へのアプローチ、高齢受刑者の釈放後の生活を見据え、社会資源との関係を構築していくソーシャルワークの実践こそが矯正施設において社会福祉の専門性を発揮できるとして、司法専門職との連携にむけ、司法専門職によるソーシャルワーカーの役割の理解の必要性を述べている。

2009～2011年に実施された厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「触法・被疑者となった高齢・障害者への支援の研究（研究代表・田島良明）」では、刑事司法手続における被疑者および被告となった触法高齢・障害者の刑事処分について課題としている。

この研究の背景として、万引きや軽微な犯罪の累犯化により高齢者や障害者が矯正施設に拘禁されている刑事政策上の問題を指摘し、その原因として刑事司法が判決まで応報に徹し、被疑者・被告人の更生をほとんど考慮していなかったことと、刑事司法と福祉の連携が行われず、生活課題を抱え、社会的に孤立している被疑者・被告人・受刑者が刑事処分を受けた後、福祉につながらず犯罪の背景にある社会的な困難が解消されなかったことの2つをあげている。このような高齢者や障害者の拘禁の回避する条件を整えるためには、刑事司法の目的を応報から更生に移し、刑事司法と福祉が連携し、福祉的な支援が必要な高齢者や障害者を刑事司法の早い段階で把握し、福祉につなげる必要があると述べている。この厚生労働科学研究では、被疑者・被告人となった高齢者の実態調査、法曹や更生保護関係者の意識調査、諸外国の法制度を参考にして、高齢者および障害者の拘禁を回避する方法を検討している。

この研究における被疑者・被告人となった高齢者の実態調査では保護統計年報等の公式統計分析により、1995～2009年のデータに基づいて行われ、触法および被疑者になった高齢者および障害者の動向をみると、高齢者は顕著に増加していることが明らかになった。また、矯正施設と自立生活との中間施設として更生保護施設があるが、限定的な入所期間中に高齢者や障害者が自立にい

たらないまま退所することを避けるために触法高齢者および障害者の入所の受け入れが困難になっている可能性を指摘している。

また、この研究における更生保護施設等に対する質問紙調査では、触法高齢者および障害者の受け入れが必要な状況下であるにもかかわらず、福祉との連携による課題の解決・改善についてかならずしも高い評価となっていない結果が出ている（浜井2013）。これについては、福祉との連携に対して積極的な意向がある施設もあるが、更生保護事業の従来の方針のまま不足する部分を福祉で補完することを期待している施設も多いことを示唆するとして、今後の更生保護のあり方に対する考えが多極化しているのではないかと考えられている。

加えて触法者・被疑者となった高齢者および障害者に関する弁護士に対する実態把握調査では、アンケートへの協力に消極的であり、アンケートの趣旨である弁護士が更生を意識する必要があること自体を理解しようとせずに拒否する反応からは、法曹のなかに更生という視点を持つことが容易でないことも明らかになっている。また、障害者に対する知識を有していないために、知的障害の有無を見逃している可能性、犯罪が生活困難を背景として起こるため福祉的支援の必要性を主張することにより実刑回避につながっていないこと、そして、弁護士は実刑を回避するためには引受人を特定し、示談とすることが最も有効な方法であると考えていることが明らかとなった。高齢者および障害者の弁護に関しては、弁護士への高齢や障害の知識に関する特別研修、判決前調査制度の実施、国選弁護への特別加算制度整備の必要性を感じているものが多い結果となった。

最後に上記厚生労働科学研究において、諸外国における刑事司法と福祉の連携についての紹介がなされている。ノルウェーでは刑事司法と福祉をつなごうとする特別な仕組みはなく、福祉によるセイフティネットが社会の中で整えられているため、日本が抱える触法高齢者および障害者の問題はほとんど存在し

ていないという。また、イタリアでは憲法において刑罰は更生を目指すものとされ、裁判で実刑となった場合、矯正処分監督裁判所が実刑の執行形態を受刑者の更生の視点から検討する仕組みが存在しており、高齢者や障害者の更生をふまえると刑務所は不適切であると判断するため、代替刑により保護観察や自宅また福祉施設での刑の執行が選択されるとしている。さらに、司法管内のソーシャルワーカーが代替刑の基礎資料となる社会調査報告書を提出し、受刑者の生活環境の調整を行っていることから、日本においても検察庁や裁判所に触法高齢者または障害者支援を専門とした社会福祉士の配置し、判決前調査を実施することにより触法高齢者や触法障害者に対する刑事処分の回避につながるのではないかと述べている。

(2) 触法高齢者と医療観察法

医療観察法は2003年成立し、2005年7月より施行された。これまで精神障害者の犯罪にむけた対策は主として措置入院制度によるところであった。医療観察法の成立の経緯としては、精神保健法が1995年に精神保健福祉法に改正され、従来の保健医療施策に加えて、精神障害者の社会復帰等の福祉施策についても法律上の位置づけが示された。そして、精神保健福祉法は1999年に改正され、精神障害者による触法行為に対する対応策の検討を要請する附帯決議がなされた。それにより法務省と厚生労働省が検討を行ってきたが、2001年6月に大阪池田小学校児童殺傷事件が起こり、政府は対策作成、法案作成にむけた取り組みを本格化させ、2003年の成立をみることになった。このように新たな法律が施行されたことに伴い、医療観察法と高齢者に関する先行研究は2007年以降に多く見受けられる。

村上（2007）は、医療観察法での医療必要性の要件である、①疾病性（現在の精神医学的な治療に対する対象者の精神障害と対象行為との関連性）、②治療反応性（現在の精神医学的な治療に対する対象者の精神状態が改善するか否

かの可能性), ③社会復帰要因(対象者が社会復帰という目的を果たすことを促進あるいは阻害する要因)の3つについて高齢者の場合において検討している。医療観察法におけるこの3つの要因の判断において最も重要なものが過去, 現在, 近未来までの時間軸を設定することであり, 認知症により認知機能が低下して対象となる犯罪行為に及んだのであれば, 時間軸のなかで医療観察法での治療による高齢者の社会復帰の促進を図ることはできないとしている。そのため, 医療観察法による医療必要性については触法認知症高齢者に対してはそぐわないとしている。また, 医療観察法による治療の必要性を決定するまでには時間がかかり, その間に認知症に伴う症状に対する精神科的救急の機動性および即応性が確保できないという問題点を指摘している。そして, 精神状態が固定して改善が望めず, 暴力リスクの少ない高齢者に対しては医療観察法による治療よりも, 早期に一般精神医療に移行し, 社会に近いところでの精神医療ケアがこの法律が目指す社会復帰の促進の目的に沿うのではないかと述べている。

樽矢と平林(2007)らは, 高齢犯罪者の増加は実数として, すべての年齢層の犯罪者のうち10人に1人が65歳以上となっており, 犯行についても粗暴な内容のものも増えていることは無視できないとしている。そして, 犯罪者のなかには精神障害を伴うものも少なくなく, 重大な他害行為に及んだ高齢の精神障害者が医療観察法の対象となりうることを指摘している。また, 医療観察法による高齢者に対する問題点としては, まず医療観察法の対象者の年齢分布, 対象行為, 診断名などに関連した統計資料が公表されていないために高齢者の処遇についての研究が困難であることを指摘している。次に, 医療観察法による入院医療は特定の年齢層を対象としたものではないため, 高年齢層に合わせた治療プログラムの開発の必要性をあげている。さらに, 加齢による身体機能や認知機能の低下のため, 治療プログラムへの適応が困難であるという基本的な問題をあげ, 医療観察法の目的としているところの, 病識をつけて自ら他害行

為を防止できる能力を獲得することは困難であり、医療観察法による認知症高齢者への治療の適正性を問題としてあげている。

斎藤（2010）は、医療刑務所の医務官であっても老年精神医療に関する知識や経験のあるものはまれであることを指摘し、医療観察法による施設は高齢者に対してその施設の役割として、適切なケアを提供しなければならないと述べている。また、増加傾向にある高齢粗暴犯についての研究がなされていないこと、そして、一般医療機関とはことなる法的に要請された医療観察法による病棟あるいは通院機関における「老年精神医療分野」としての高齢者のケアに関する研究の必要性を重要な課題としてあげている。その上で、老年精神医学における司法関連問題に関する研究の乏しさを指摘している。

医療観察法における高齢者を対象とした精神鑑定の問題については、黒田（2007）と五十嵐（2010）の研究が挙げられる。

黒田（2007）は医療観察法における高齢者に対する精神鑑定に関し、「高齢者についての司法精神医学的知見が乏しいこと」、「高齢者の呈する病態の複雑さや評価・診断・治療の困難さ」、「触法行為に及んだ高齢者が利用できる精神保健福祉関連機関資源の乏しさ」、「高齢者に対する鑑定を必ずしも老年精神医学の専門医が行うわけではないこと」の4つの非常に重要な問題をあげている。これらの問題は、重大な他害行為に及んだ触法高齢者は正確な鑑定結果により、適切な治療を受けられるのかという、医療観察法の核心をつく重要な問題点を指摘していると考ええる。そして、前述の樽矢、平林（2007）、斎藤（2010）らの研究と同様に、高齢者が罹患している精神障害の類型や重症度、対象行為の内容、裁判の結果等に関する情報は公表されていないため、医療観察法による高齢対象者の実態は不明となっている問題を指摘している。このことから、触法高齢者の臨床や支援についての研究の難しさ、先行研究の乏しさが理解できる。

また、黒田はこの研究において医療観察法における医療必要性の3つの要件

の1つである「治療反応性」に関する問題点を指摘している。

具体的には、精神鑑定において高齢者が認知症と診断された場合、認知症そのものに対する治療方法が確立されていないため、治療反応性の有無の判断ができるのかという点を指摘している。また、認知症に付随する幻覚、妄想、衝動性、興奮、脱抑制など触法となった対象行為に関連していると考えられる症状については、薬物療法によりある程度抑える効果が期待できるため、それを治療による反応性があるかとみなすのか、見解の違いにより医療観察法による治療が必要とされているのかどうかの判断が大きく異なるという重要な問題点をあげている。このことは、必ずしも高齢精神医学に詳しいとはいえない鑑定医の判定により、触法認知症高齢者が医療観察法の対象者となるとした誤った判断を下してしまう危険性がある。さらにその誤った判断により、対象者は適切なケアを受けることができないという問題を生じさせてしまう危険もはらんでいるといえる。

さらに黒田はこの研究において、高齢者は加齢により、若年成人とは異なる臨床症状や病因、病態生理を呈するため、内科、神経内科、脳神経外科の専門医による精査を必要とするとして、医療観察法による高齢者を対象とした診断及び治療の難しさを指摘している。特に、高齢者は薬物の吸収や代謝に関わる臓器の機能低下などにより薬物選択、用量調整、投与方法などについては個々の高齢者の条件に応じ、治療は細心の注意を要することをあげている。しかし、認知障害のある高齢者については、診察や履歴聴取、神経心理学的評価を正確に行うことが困難なため、この点が診断や治療の難しさの要因となっている。黒田の結論として、触法認知症高齢者の診断および治療には「老年司法精神医学」の確立が必要であると述べている。

触法行為を行った高齢者の精神医学的特徴と精神鑑定に関する課題について五十嵐（2010）は、高齢犯罪者のおよそ半数は何らかの精神障害があると診断され、その多くは、認知症、統合失調症、アルコール関連障害、うつ病、パー

ソナリティ障害があると述べている。また、黒田（2007）と同様に五十嵐は、加齢に伴う高齢者の精神科診断はそれぞれの診断において高齢者特有の問題が存在するため難しく、認知症を刑事責任能力鑑定では多い精神科診断名としてあげ、その診断と治療のあり方が特に重要である点を指摘している。

さらに、五十嵐は、認知症高齢者の場合、医療観察法において刑事責任能力と訴訟能力という法的判断で問題が生じる可能性が高いことを指摘している。つまり、触法高齢犯罪者が裁判の過程で、刑事責任能力および訴訟能力をとものに有すると判断されても、裁判過程における時間の経過により認知症も進行するために、犯行の時点での刑事責任能力はあるとしても訴訟能力がなくなる可能性である。このように治療によっても訴訟能力回復の見込みがない高齢者の法的手続きや対応については、今後検討が必要であり、検察官が公訴を取り下げる以外に対処方法がないのではないかと述べている（五十嵐 2013）。

(3) 先行研究と触法認知症高齢者

触法認知症高齢者に関する先行研究からは、触法高齢者については実刑判決を受け、矯正施設から更正保護に移行する過渡期の段階で、司法と福祉の連携が再犯防止と社会復帰には必要であり、矯正と保護に、司法と福祉の両者がいかに関わっていくかが重要な課題としてあげられる。

また医療観察法による先行研究からは、高齢者は加齢に伴い、他の年齢層とはことなる臨床症状や病因など高齢者特有の問題を有するため、重大な他害行為に及んだ触法高齢者に対する適切な精神鑑定及び治療の難しさを課題としている。その上で、老年精神医学における司法関連問題の研究の乏しさも課題として指摘している。そして、医療観察法による先行研究の多くは精神科医によるものとなっている。ソーシャルワークの視点によるものがほとんどないことが明らかになった。

本論における触法認知症高齢者に関する先行研究レビューにおいて、「触法

認知症高齢者」を対象とした先行研究は見つからなかった。だが医療観察法による先行研究からは、精神疾患として認知症高齢者に対する精神鑑定および治療に関し、精神医学の臨床的な課題として明らかになったものもある。また、社会復帰に関する先行研究においても、その対象は実刑処分となった触法高齢者であり、「触法認知症高齢者」を対象としたものは見つからなかった。しかし、触法高齢者に関する先行研究で示されている、触法高齢者に対する早い段階での司法と福祉の連携の重要性については、「触法認知症高齢者」の生活支援にむけても非常に重要な指摘といえる。

先行研究から触法認知症高齢者の実態は明らかにはならなかったが、触法認知症高齢者に対する生活支援にむけて、触法認知症高齢者に対して医療からは高齢者を専門とした司法精神医療が必要であり、刑事司法における早期段階から司法と福祉が協働することが重要であることを示唆している。そして医療と司法と福祉の領域においてソーシャルワーカーがいかにその専門性を生かして触法認知症高齢者の生活支援を行うのかは、福祉領域における今後の大きな研究課題と思われる。

そのため、触法認知症高齢者への支援にむけて、今後の検討が必要と考えられる司法と医療における法的な問題点について次で見えていく。

2 触法認知症高齢者と法制度との課題

触法認知症高齢者に関する詳しい生活実態としては明らかになっていないが、先行研究における触法高齢者に対する支援の課題からも、触法認知症高齢者が抱える支援の課題として、刑事法および医療観察法などの法制度のしくみによって生じる諸問題が示された。

ここでは、触法認知症高齢者と関係する刑事法⁽²⁾、医療観察法そして精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）の制度

的に起きるいくつかの具体的問題点について見ていきたい。

(1) 刑事法

触法認知症高齢者は犯行要因が認知症を背景とするものであっても早期の認知症の場合は、その疾病が見過ごされ、犯罪者として刑事法により扱われる危険性を問題として抱えている。早期の認知症については、家族や高齢者本人も気づかないことが多い。

触法高齢者が犯行後に精神鑑定を受け、軽度の認知症が認められた場合であっても限定的に刑事責任能力があると判断され、認知症があるにもかかわらず刑事手続きは進められてしまい、認知症の悪化により、公判停止という事態も実際に起きている。このことは触法認知症高齢者の支援にむけて重要な課題として検討される必要がある。そこで、まずマスメディアで報道された1つの事例をもとに検討したい⁽³⁾。

96歳の男性が自宅で94歳の妻を包丁で切りつけたとして殺人未遂容疑で逮捕された。2ヶ月後に初公判が行われ、検察側の冒頭陳述では、被告は子どもが自分の子でないと思ひ込み、台所にあった包丁を妻の胸などに切りつけたとしている。妻は助けを求めて近所に逃げ、被告は自殺しようと包丁を研いでいたところを警察官に殺人未遂の容疑で現行犯逮捕されたとされている。弁護側は起訴事実を認めたが、老衰と認知症で、心身耗弱状態として被告の減刑を求めた。

逮捕されてから4ヶ月後、論告求刑公判が行われ、弁護側は認知症が進み、訴訟能力がないとして公判停止を要求し、裁判所は精神鑑定を実施し、半年経ってアルツハイマー型認知障害により訴訟手続きを行うために必要な防御の能力が著しく障害されているという医師の所見がでた。翌月、再び論告求刑公判が行われ、検察側は改めて、被告の責任能力は著しく障害されておらず、訴訟能力に関しても障害されているものの欠如していないとして懲役1年6ヶ月の実

刑を求刑した。一方、弁護側は被告の身体能力もなく、公判中の記憶が維持できないため、無罪を主張し、公判の延長は無意味であるとした。公判中被告は意識がもうろうとして何も分からないという発言や、体の不調を訴えて被告席で横になることが続いた。結審は持ちこされていたが、裁判所は1ヶ月後に公判停止を決定した。

このような事例が新聞などの報道を通して伝えられることは少ないが、実際にはこのように認知症が見過ごされて刑事裁判のプロセスが進行してしまった事例が存在するのである。この事例から刑事司法において認知症が見過ごされた触法認知症高齢者は、裁判の過程において認知症に必要な適切かつ専門的な診断や医療ケアを受けることができない問題が起きていることも推測できる。加えて、検挙後の急激な生活環境の変化により、認知症のある高齢者はその症状が悪化するとともに、認知症の診断のない高齢者であっても、混乱や認知能力の低下を起し、それらが環境の変化による一時的なものであっても、認知症があると判断されてしまう危険性もあると考えられる。事例にあるこの男性のように公判停止になってしまうような状況になる前に刑事司法の早い段階において公判過程を回避することはできなかったのか、支援のあり方について検討が必要である。

また、検挙後軽度の認知症が確認された触法認知症高齢者であっても、犯行に対して限定刑事責任能力が認められるとして、裁判の結果実刑判決が下される場合もあるとされるが、その後矯正施設に入所しても、触法認知症高齢者に対応できる専門的な刑務官やその他の職種が配置されていないという問題が指摘されている（斎藤2010）。さらに、矯正施設では高齢犯罪者の増加による高齢受刑者の入所の増加とともに長期刑務期間中に高齢年齢となるものと併せて、矯正施設における受刑者の高齢化が進んでいる。日常生活に介助や介護が必要な受刑者が増加するなかで、バリアフリー化など生活環境を整えて始めている矯正施設もみられるが、そのような高齢者や障害者に配慮した施設は全国

的には少なく、偏在している状況に留まっている⁽⁴⁾。そのため現状では、触法認知症高齢者が矯正施設において生活をしていくなかで、一人ひとりの高齢者の心身機能の低下に合わせた支援が提供されることは難しいといえる。このことから、矯正施設は触法認知症高齢者にとっては適していないことも明らかであり、触法認知症高齢者への支援として、犯行後検挙された段階で、拘禁を回避することができるような司法における福祉的な取り組みが必要であると考える。

(2) 医療観察法

医療観察法における触法認知症高齢者への支援に関連する問題として、医療の要否が挙げられる。

この法律の目的は第1条に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」と記されている。つまり、精神障害のために善悪の区別をつけることができず、刑事的責任を問うことができない心神喪失または心神耗弱の状態、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為をした者に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進するということである。この法律によれば認知症高齢者も心神喪失または心神耗弱の状態では他害行為を行い、不起訴処分あるいは無罪等が確定した場合には、検察官による医療観察法による医療および観察を受けさせるべきかどうかを地方裁判所への申し立ての対象になるかは限定的である。医療観察法による医療の要否の決定は、申し立ての対象者が、①対象行為を行った際の心神喪失または心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していること（疾病性）、②その精神障害が治療可能性のあるものであること

(治療反応性)、③本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があること(社会復帰要因)の3つの要件がいずれも認められる場合のみである。

認知症は、器質性の精神障害によるものが多く、進行性があり、治療反応性がないか短期間に限定される場合が多いので、この法律による医療の可否の要件は認知症高齢者には即していない。また、社会復帰に関する要件についても、認知症は軽度であっても認知機能や運動機能が進行性であり、徐々に低下するため、社会復帰を促進するため医療という法律の目的にも沿わない。医療観察法は、認知症高齢者や余命が限定されている身体合併症を有する高齢者に対する法律制度として運用するためには、その運用方法について検討する必要がある。そして、医療観察法の重要な問題は、触法高齢者の鑑定を行なう医師として、老年精神医学の専門医が必ずしも鑑定を行うことになっていない点である。この状況は、黒田も指摘しているように無視することのできない問題をはらんでいる(黒田2007)。

(3) 精神保健福祉法

刑事法では犯罪者に対して刑罰を求めて起訴するため、刑事責任無能力と判断されるもの、精神病院における治療が適切なものに対しては、検察官の判断により不起訴の措置がとられる⁽⁵⁾。そのため、認知症による精神疾患があると判断された触法認知症高齢犯罪者に対しては不起訴処分となり、刑事的責任が問われない場合が一般的である。不起訴処分になった触法認知症高齢者は精神保健福祉法第24条に基づき、検察官により都道府県知事に対して措置入院の通報がなされて、同法第29条により2名以上の精神保健指定医により、精神障害のため「自傷他害」のおそれがあると診断を受けた場合は措置入院となる。しかし、触法認知症高齢者が措置入院をする精神科病院には認知症の対応についてばらつきがある。病院によっては認知症のもの忘れや判断力低下などの認

知機能と、不安、抑うつ状態、幻覚、妄想、興奮、徘徊、不潔行為などの行動及び心理症状に対応できない場合もある。また、触法認知症高齢者は精神疾患とともに身体的合併症を有することが多く、高齢者の疾患特有の病因や症状へのケアが困難な病院があるとされる。そのため、措置により入院した病院がかならずしも触法認知症高齢者に対して専門的な治療を提供することができる医療環境が整っていない場合があるという、精神保健福祉法における医療面の制度的不備がある。このことは、触法認知症高齢者が必要とする適切な支援に結びついておらず、この点は触法認知症高齢者の人権に関わる問題となることを示している。

このように、触法認知症高齢者と関係している刑事法、医療観察法、精神保健福祉法などの法制度のなかには、触法認知症高齢者の生活課題の解決にむけての足かせとなる部分が含まれている。ことに、これらの法制度のもとに提供される精神医療が、触法認知症高齢者が必要とする司法、高齢に関する専門性の高い精神医療として精神鑑定及び治療がなされていない問題は直ちにその解決にむけての取り組みが行なわれなければならない。また、認知症の診断の難しさと認知症の治療方法が確立されていない現実をふまえて、医療観察法における認知症についての治療反応性と社会復帰要因の問題についても是正されるべきである。もし、医療観察法での対応が難しいと判断された場合には、新たな法的な枠組みにより、触法認知症高齢者が適切な支援を受けることができる老年司法精神医療への移行が可能となる仕組みを作ることが必要と考える。刑事司法から老年司法精神医療への移行では専門的医療チームメンバーとして、ソーシャルワーカーによるアセスメントに基づいた支援計画を立案し、実施することが重要である。触法認知症高齢者への対応は進行性のある認知症の特徴をふまえると、刑事手続きにおけるより早い段階から、例えば被疑者の段階からアセスメントが開始され、支援計画を策定し、不起訴、起訴猶予等の裁判に至らない刑事処分となってもすみやかに支援に結びつくようにするのである。

そのためには、警察や検察庁へのソーシャルワーカーの配置などを規定した法の整備も必要となるであろう。触法認知症高齢者への支援には触法認知症高齢者の医療ケアを含む生活のニーズに応じて、刑事司法から老年司法精神医療に移行できるシステムを作ることが重要といえる。

ここでは、触法認知症高齢者に関する法制度から触法認知症高齢者支援への精神医療に関する課題についてみてきた。次に、触法認知症高齢者に対する支援の確立にむけての研究課題について述べる。

3 触法認知症高齢者支援の研究に関する課題

本論における先行研究のレビューの結果からも分かるように、「触法認知症高齢者」を対象とした支援に関する研究はみ見当たらなかった。そのため、レビューからは触法認知症高齢者の生活の実態や、具体的な支援についての課題については明らかにすることはできなかった。しかし、触法認知症高齢者に関連する先行研究のレビューからは、「触法認知症高齢者」が実存していることとともに、触法認知症高齢者に関する支援の課題や方向性についてはある程度見出されたと考える。

これをふまえて触法認知症高齢者の支援に関する研究にむけて以下の課題をあげる。

第1に、触法認知症高齢者に関する先行研究が非常に少ないことである。触法認知症高齢者の属性については、司法関連機関における非常に機密性の高い情報であり、それを明らかにすることは対象者個人のプライバシーにも関わるものであるため、司法における精神鑑定などに関する内容やデータ等を公表することは非常に難しいことがあげられる（黒田2007，樽矢・平林2007，五十嵐2010，斎藤2010）。精神科医は触法認知症高齢者に対して精神鑑定を行なう場合もあることが分かっているが、精神鑑定という単発的な関わりに止まり、鑑

定後の高齢者の処遇やケアの行方については鑑定医であっても関知することはできないとされている。そのため、触法認知症高齢者が存在することや、触法認知症高齢者が抱える生活課題について広く認識されていないことも触法認知症高齢者に関する支援の研究がなされていない要因になっていることも考えられる。

触法認知症高齢者を対象とした研究を行うにあたり、機密性の高い詳しい情報を入手し研究を行うことは倫理的な問題にも関わることも考えられる。しかし、今後増加することが予測される触法認知症高齢者の支援について研究を行うことは、触法認知症高齢者の実態を明らかにし、それにより最善のケアの提供へとつながるものであると考えるため、この矛盾を解決する必要がある。

第2に、触法認知症高齢者は研究の対象としては複数の領域にまたがるため、研究を遂行するうえで難しさが生じていることが考えられる。それゆえに先行研究が少ないことも考えられる。触法認知症高齢者の支援に関する研究には自らの専門領域以外に、関連領域にも関する一定の専門的見識が求められる。これまで触法認知症高齢者を対象とする研究と関連する領域については、先行研究からも司法と精神医療の2つの領域が基本的な枠組みになっていることが分かる。しかし、触法認知症高齢者を研究対象とするのであるなら、他領域の知見も必要となる。少なくとも、司法、老年精神医療、老年医療、高齢者福祉にまたがるある程度の専門知識を得ていることが必要となる。このような複数の領域を含む研究へのアプローチは困難を伴うと考えられるが、今後触法認知症高齢者の支援に関する研究を進めていくためには、各領域からの複数の研究者による学際的研究を実施していくことが必要である。

第3として、触法認知症高齢者に関する研究が少ないことはすでに指摘しているが、これまでの先行研究からは、精神医療を専門とする立場の研究者によるものが多いことが分かる。

触法認知症高齢者の各種精神鑑定は精神科医により実施される。そのため精

神医療の臨床の場における課題から、触法認知症高齢者の研究が行われてきた経緯によるものと考えられる。しかし、司法領域と精神医療領域にまたがる司法精神医学は日本において発展しているとはいえない。触法に関する研究を深めていくためには、まず司法精神医学の今後の発展が欠かせないとしている（新福2003）。さらに触法認知症高齢者への研究のためには、司法精神医学の発展に加えて、高齢者を対象とする老年司法精神医学の確立も重要になる（黒田2007）（五十嵐2010, 2013）。

第4に、社会福祉領域による触法認知症高齢者に関する支援の実践についての研究が見当たらない点である。

触法認知症高齢者へのソーシャルワーク実践に関する研究が乏しい原因としては、第1と第2で述べた点と関連して、機密性の高い触法認知症高齢者の情報へのアクセスの問題、触法認知症高齢者が認識されにくいこと、そして複数領域にまたがる研究の難しさが関連しているのではないかと考えられる。そして刑事司法領域におけるソーシャルワーカーの場がなかったことも研究の難しさといえるであろう。

2009年より開始された法務省と厚生労働省による地域生活定着促進事業の実施に伴い、触法高齢者および障害者の社会復帰に関する研究も始められており、この点は成人刑事司法領域においてソーシャルワークの実践の場が開けたことによるものと考えられる。このことについては、これからも触法高齢者および触法障害者の社会復帰の研究が進み、司法におけるソーシャルワークの実践のあり方の検討がなされていくと思われる。しかし、そのなかで、ソーシャルワークの実践については、共通の基盤があるものの、支援の対象者として触法高齢者と触法障害者とを分け、領域の特性をふまえて、それぞれ特化したソーシャルワークの実践についての検討が必要と考える。同様に、触法認知症高齢者に対するソーシャルワーク実践についての研究は、触法認知症高齢者に特化したソーシャルワークの実践として研究を進めていくべきである。

おわりに

医療観察法が2005年に施行され、法務省と厚生労働省により実施された地域生活定着促進事業が始まり、厚生労働省管轄で地域定着支援センターが開設されたのは2009年からである。日本における成人刑事司法領域におけるソーシャルワークの実践についてはまだ手についたばかりの段階にあるといえるかもしれない。しかし、今後も触法高齢者は増加することが予想され、触法認知症高齢者の増加も見込まれている。触法認知症高齢者支援には司法と福祉に加えて、精神医療との綿密な連携および協働が不可欠であろう。そして触法認知症高齢者へのソーシャルワークは司法手続きのいかなる段階においても行われることが必要であるが、特に初期段階を中心に実践されることが重要と考える。

つまり、触法認知症高齢者が犯行後検挙された時点より、ソーシャルワーカーによるアセスメントを行ない、それに基づいた支援計画を実施していくのである。精神医療にあつては触法認知症高齢者に対して初期段階における老年司法精神医療を専門とする精神科医による正確な精神鑑定により診断を行い、認知症の診断がされたならば、すみやかに適切な医療ケアの提供にむけて司法及び福祉の連携を図ることが必要である。そして、司法も福祉と精神医療の専門職により構成された多職種連携チームのメンバーとして、触法認知症高齢者の支援者としての視点と今後の支援にむけた取り組みは欠かすことのできない点であるといえる。

注

- (1) 地域定着生活支援センター「特別調整」により、矯正施設入所者の触法高齢者および障害者に対して、帰住先の調整など出所後の生活にむけた福祉的支援を調整することであるが、「地域生活定着促進事業実施要領」が2012年度改められ、「その他、センターが福祉的な支援を必要と認めるもの」が加えられた。これにより出所にむけた支援だけでなく、公判段階にある触法高齢者および障害者への支援の根拠が示された。長崎県地域生活定着支援センターでは2009年の開設時からこのような支援を行っている。

- (2) 刑事法は、刑法、刑事訴訟法、行刑法、犯罪被害者法を含むが、本論では触法認知症高齢者に対する刑事司法の過程における支援についての考察を試みているため、主として犯罪と刑罰に関する手続法である刑事訴訟法を意味している。
- (3) この事例は、朝日新聞佐賀県版朝刊：31、2009年9月13日、朝日新聞西部版夕刊：9、2009年10月22日、毎日新聞佐賀県版朝刊：21、2008年12月18日、毎日新聞佐賀版朝刊：21、2009年9月15日、毎日新聞西部版朝刊：25、2009年10月23日、読売新聞佐賀版朝刊：27、2009年2月19日、読売新聞佐賀版朝刊：29、2009年9月15日、読売新聞朝刊：38、2009年10月22日、読売新聞朝刊：35、2009年10月25日、および五十嵐（2013）を参考している。
- (4) 官民協働による刑務所の警備・運営事業、いわゆるPFI（Private Finance Initiative）方式により開設された刑務所で全国に4施設ある。その1つである喜連川社会復帰促進センターでは、段差のないバリアフリーの構造が一部取り入れられている。
- (5) これまで精神保健福祉法によるところの検察官通報の対象は、微罪処分で不起訴となったものだけではなく心神喪失・心神耗弱を含む精神障害者及びその疑いがあるものとなっていた。その後、2005年に施行された医療観察法により心神喪失・心神耗弱者については地方裁判所に設置される裁判官と精神科医によって構成される合議体によって入退院の決定がなされ、検察官による不起訴について検討することを可能にしている。

参考文献・資料

- 朝比奈次郎、三澤孝夫、平林直次、2010、「高齢者にかかわる民事、刑事事件の状況」『老年精神医学雑誌』21（7）：741-745.
- 藤原正範、2006、「司法福祉学の本質と対象領域に関する考察」『鈴鹿医療科学大学紀要』13：73-84.
- 福岡県弁護士会精神保健委員会編、2002、『触法精神障害者の処遇と精神医療の改善』明石書店.
- 古川隆司、2013、「更生保護施設と社会福祉の連携－調査と展望－方法に注目して」『龍谷大学矯正・保護総合センター研究年報』No.3：70-78.
- 古川隆司、2010、「高齢犯罪者の釈放前調整における外部との連携について－社会福祉の立場から－」『刑政』121（2）：76-85.
- 古川隆司、2009、「高齢犯罪者の釈放前調整におけるソーシャルワークとの連携－司法ケアマネジメントの可能性－」『犯罪と非行』160：209-223.
- 我藤諭・浜井浩一、2013、「被疑者・被告人となった高齢者・障がい者への弁護活動と弁護士の意識調査」『龍谷大学矯正・保護総合センター研究年報』No.3：88-115.
- 浜井浩一、2013、「企画の趣旨に代えて－厚生労働科学研究（障害者対策研究事業）『触法・

触法認知症高齢者の支援をめぐる研究課題

- 被疑者となった高齢者・障害者への支援の研究』浜井班研究の概要と政策提言』『龍谷大学矯正・保護総合センター研究年報』No.3: 50-68.
- 浜井浩一, 2012, 「触法高齢・障がい者の支援における刑事司法の問題点と社会福祉の役割」『社会福祉研究』119: 2-11.
- 原田和明, 2013, 「福祉的ニーズのある被告人に対しての刑事裁判における福祉的支援－フィレンジック・ソーシャルワーク実践についての一考察」『龍谷大学矯正・保護総合センター研究年報』No.3: 40-47.
- 平尾博志, 2007, 「『医療観察法』の施行状況」『老年精神医学雑誌』18 (5): 479-484.
- 樋澤吉彦, 2008, 「心神喪失者等医療観察法における強制的処遇とソーシャルワーク」『Co Ethics』4: 305-317.
- 法務省法務総合研究所編, 2008, 『平成20年版犯罪白書－犯罪高齢者の実態と処遇－』太平洋印刷.
- 法務省法務総合研究所編, 2012, 『平成24年版犯罪白書－刑務所出所者等の社会復帰支援－』日経印刷.
- 市村大三, 2009, 「障害者の地域生活と権利擁護－犯罪をめぐる状況との関連から」『社会福祉研究』105: 10-19.
- 五十嵐慎人, 2013, 「高齢者（認知症の人）の犯罪について考える『精神医学の立場から』」『認知症ケア事例ジャーナル』6 (2) 154-163.
- 五十嵐慎人, 2010, 「刑事精神鑑定と高齢者の精神障害」『老年精神医学雑誌』21 (7): 770-778.
- 池原毅和, 2010, 「精神障害者を取り巻く医療・司法・社会福祉の現状－障害者権利条約の締結と国内法整備の課題－」『社会福祉研究』109: 31-37.
- 岩井宜子, 2007 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の概要」『老年精神医学雑誌』18 (5): 473-478.
- 岩井宜子, 2009, 「平成20年版犯罪白書を読んで－最近の犯罪動向と刑事政策の動き」『法律のひろば』1: 4-13.
- 伊豆丸剛史, 2013, 「被疑者・被告人となった触法障がい者・高齢者への支援－『障がい者審査委員会』（新長崎モデル）を中心として－」『龍谷大学矯正・保護総合センター研究年報』No.3: 116-125.
- 黒田治, 2007, 「『医療観察法』における精神鑑定の問題－高齢対象者に焦点を当てて－」『老年精神医学雑誌』18 (5): 499-507.
- 厚生労働省老健局総務課推計, 2011, 「平成23年版高齢社会白書」(www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w) 2015年5月26日閲覧.
- 内閣府, 2006, 「今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像」(www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s09) 2012年5月26日閲覧.

触法認知症高齢者の支援をめぐる研究課題

- 内閣府, 2013, 「平成25年版高齢社会白書」(www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w) 2015年5月26日閲覧
- 大場玲子, 2006, 「高齢犯罪者の処遇上の課題－更生保護を中心にして－」『犯罪と非行』(150): 5-18.
- 大橋哲, 2009 「高齢受刑者の処遇の実情と課題」『法律のひろば』1: 40-47.
- 太田達也, 2009, 「高齢犯罪者の実態と処遇」『法律のひろば』1: 22-29.
- 奥村雄介, 2010, 「刑事施設における受刑者の高齢化問題」『老年精神医学雑誌』21 (7): 763-769.
- 斎藤正彦, 2010, 「司法精神医学における老年精神医学の位置と役割」『老年精神医学雑誌』21 (7): 735-740.
- 斎藤司, 2013, 「刑事手続における触法高齢・障がい者の未決拘禁の短縮・回避」『龍谷大学矯正・保護総合センター研究年報』No.3: 79-87.
- 新福尚隆, 2003, (公) ファイザーヘルスリサーチ振興財団「精神医療政策 特に触法精神障害者に対する政策形成に関する国際比較研究」『ヘルスリサーチニュース』37: 10-11. 「ヘルスリサーチニュース」(http://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum10/fo10_ara.pdf) 2015. 5. 26閲覧
- 鈴木亨, 2009, 「高齢犯罪者の現状と対策の在り方」『法律のひろば』1: 30-39.
- 鈴木庄市, 2006, 「更生保護施設における高齢者処遇をめぐる諸問題」『犯罪と非行』150 (12) 55-74.
- 樽矢敏広・平林直次, 2007, 「『医療観察法』における指定入院医療機関における実態－とくに高齢者対象者の場合－」『老年精神医学雑誌』18 (5) 492-497.
- 津崎秀樹, 2006, 「高齢受刑者の処遇の現状と課題」『犯罪と非行』150: 19-35.