

高齢受刑者と末期受刑者に対する処遇 —イギリスの実践

古川 原 明 子

1. はじめに

出生率の低下と平均寿命の伸長による社会の高齢化は、いまや世界的な傾向となっている¹。同様に受刑者の高齢化も日本に特有の現象ではなく、多くの国が高齢受刑者の処遇と医療、とりわけ近年は末期受刑者に対する医療において課題に直面している。しかし、その背景と対策のあり方はそれぞれの医療制度および刑事司法制度の違いを反映して多様である。その中において、治療を理由とする刑の執行停止制度を設けたフランス²、2018年制定のファースト・ステップ法により早期釈放制度を拡充させたアメリカ³と並んで、刑務所内での医療体制を充実させてきたイギリスのあり方が注目される。

* 本稿におけるインターネット上の情報への最終アクセス日は2020年6月30日である。

1 労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2017」老年人口比率（65歳以上人口）参照。

2 安田恵美『高齢犯罪者の権利保障と社会復帰』（法律文化社、2017）、特に第4章及び5章参照。なお、神馬幸一「矯正施設における終末期ケアの在り方」（1）～（3）獨協法学第109号133頁（2019）、110号61頁（2019）、111号79頁（2020）も参照。

3 古川原明子「終末期の受刑者とファースト・ステップ法—Compassionate Releaseの拡大と課題—」龍谷法学53巻1号131頁（2020）参照。

本稿では、イングランド＝ウェールズの刑務所における高齢受刑者の処遇、そして末期受刑者の処遇とそれに対する施策を、いくつかの近年の取組みを紹介しながら概観する。

2. 刑務所の現状と課題

(ア) 2020年3月末の概況

司法省の統計⁴によれば、2020年3月末におけるイングランド＝ウェールズにおける刑事施設人口（受刑者、移民法又は民事法上の違法行為により収容された者、未決拘禁者を含む）は82,990人と前年とほぼ同水準であり、そのうち受刑者は72,187人であった。刑事施設人口は1900年から2018年にかけて4倍になった後、ここ数年は高止まりで推移しており、多くの施設が過剰収容状態を解消できずにいる。

刑事施設のうち刑務所に限った上で、年齢構成からみてみよう。刑務所人口全体に大きな変化はないものの、若年受刑者が減少している（15歳から17歳の受刑者は前年比で20%減少）のに対して、高齢受刑者は増加傾向にある。2020年3月末時点で、50歳代の受刑者は7,872人、60歳代の受刑者は3,216人、70歳以上の受刑者は1,745人で、後二者はそれぞれ前年より2%増加した。これら50歳以上の受刑者を合計すると、受刑者人口の約18%に達している⁵。

次に刑期の内訳をみると、刑期4年未満の受刑者が減少しているのに対

4 Ministry of Justice (2020). *Offender management statistics quarterly: October to December 2019 and annual 2019*; Ministry of Justice (2020). *Offender management statistics quarterly: October to December 2019*.

5 Ministry of Justice (2020), *Prison Population*: 31 March 2020. Table 1.3. 高齢受刑者の増加傾向についてはPrison Reform Trust (2019). *Prison: the facts, Bromley Briefings Summer 2019* at 8を参照。若年者についてはYouth Justice Board/Ministry of Justice (2020). *Youth Justice Statistics 2018/2019, England and Wales*を参照。

して、刑期4年以上の受刑者が増加している⁶。この増加は、もっぱら性犯罪による受刑者が増加したことによるものと言われている。近年になって性犯罪による受刑者数は減少に転じたものの（2020年3月末までの1年間で4%減少）、受刑者人口においていまだ高い割合を維持している（受刑者人口の18%にあたる）⁷。

また、公衆保護のための不定期刑（Imprisonment for Public Protection、以下「IPP」という。）⁸と、終身刑を含む不定期刑の受刑者数は2020年3月末時点で9,110人であった。このうち終身刑受刑者数はここ数年横ばいの7,071人であり、うち2人は保安病院（secure hospital）に収容されていた。終身刑受刑者のうち、絶対的終身刑を科されている者（whole-life prisoner）は、64人であった。なお、IPPの廃止後に導入された加重定期刑（Extended Determinate Sentence, EDS）を科された者が近年は増えており、2020年3月末時点で5,793人に達した（前年度比で10%増加）。2018年度の増加率は17%であり、顕著な増加傾向が認められる。さらに、2018年の政策転換以降に増えた自宅拘禁者が、遵守事項違反により再収容される例も増えている（2020年3月末までの1年間で24%増加）。

最後に、釈放の状況であるが、刑が長期化していることから釈放数は一

6 2018年度（2019年3月末までが対象）統計は、14年以上の確定判決を受けている受刑者数が1年間で7%（4,171人）増加したと述べている。Ministry of Justice（2019）. *Offender management statistics quarterly: October to December 2018 and annual 2018*.

7 他方、暴力犯罪（Violence Against the Person）の割合は低く、受刑者人口のうち4%に過ぎない。

8 2003年刑事司法法によって導入されたIPPによる受刑者は2005年の適用後に急増し、2012年の廃止後は減少に転じたものの、廃止が遡及効をもたなかったため、現在もかなりの数のIPP受刑者が服役している。2020年3月末時点でIPP受刑者は2,039人、過去12ヶ月間で15%減少した。その数は2012年6月のピーク時の6,080人から大きく減少したが、再収容されたIPP受刑者の数は増加し続けている（2020年3月末までの1年間で1,328人）。また、最低拘禁期間（タリフ）を過ぎたIPP受刑者数が多く、94%を占めるが、この割合も年々増加している。

定期間減少すると見込まれている。2019年に釈放された受刑者は62,019人で、2018年に比べて10%減少した。そのうち不定期刑からの釈放は752人であり、2018年から20%の減少をみた。釈放された不定期刑受刑者のうちIPP受刑者は377人（2018年比25%減）、終身刑受刑者（うち1人は20歳以下）は375人（2018年比13%減）であった。釈放までの平均服役期間（勾留期間を含む）は2015年以降伸長しており、2019年に釈放された者の平均服役期間は13.7ヶ月、中央値は4.8ヶ月である。なお、終身刑受刑者が釈放されるまでの期間は、平均すると15年以上に及んでいる。

以上のことから、イングランド＝ウェールズの刑務所人口数の全体に大きな変化はないものの⁹、高齢受刑者と比較的長期の刑を受けている受刑者の割合は上昇傾向にあり、今後もそれが継続することが予想される¹⁰。

3. 高齢受刑者の処遇

イギリスの刑務所において高齢化が著しく進んだのは2000年以降であり、60歳以上の受刑者が2002年から2012年にかけて142%増加した¹¹。その後も高齢受刑者数は増加の一途を辿り、前述のように2020年3月末の50歳以上の受刑者は、受刑者人口の約18%にあたる（未決拘禁者等を含めた被収容者数でみると全体の約16%）。2019年には、スコットランドの刑務所で最高齢となる104歳の男性が服役中との報道もあった¹²。この傾向は今後

9 なお10万人あたりの拘禁率はイングランド＝ウェールズは139人、スコットランドは150人であり、西欧諸国においては最も高い。Prison Reform Trust (2019), *Supra* note 5.

10 イギリスの人口は緩やかに上昇してきたが、その理由は移民の増加による。65歳以上の割合は約18%である（2018年）。Office for National Statistics (2019). *Overview of the UK population: August 2019*.

11 PPO *end-of-life*, *infra* note 60 at 13.

12 BBC NEWS (22 October 2019). *Elderly prisoners' needs are not met*, SPS report says. Retrieved from <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-40657416>

も続き、2022年には50歳以上の被拘禁者が男性だけで14,000人以上にまで達するとの予測もある¹³。

こうした高齢受刑者増加の原因とされているのが、起訴、量刑、仮釈放の各段階における厳罰化であり、具体的には薬物犯罪の重罰化や必要的終身刑の導入、そして仮釈放の基準の厳格化である¹⁴。その結果、拘禁刑の宣告が増加すると共に刑が長期化したことで、刑務所の高齢化が進んだと言われている¹⁵。

また、イギリスの特徴として、高齢受刑者の中で性犯罪者がかなりの割合を占めていることが挙げられる。数十年前に犯した性犯罪（historic sexual offenceとも呼ばれる）により起訴される者の増加は、刑期の開始時点ですでに高齢に達している受刑者の大量服役を招いた。2015年の段階で、50歳以上の受刑者のうち42%以上は性犯罪者であったとの報告¹⁶や、1970から80年代に起きた30人の小児に対する性犯罪で101歳の被告人に13年の刑が2016年に言い渡されたとの報道¹⁷もあった。このような受刑者には、それまで刑事司法システムと無縁の生活を長く送ってきた者が少なくないが、それにも関わらず性犯罪者は公共に対するリスクが高いとして重警備刑務所に収容される傾向がある。まとめると、高齢受刑者には大きく分けて三つのタイプ、すなわち若年期の重大犯罪により長期間服役してきた者、何度も服役を繰り返してきた者、過去の性犯罪により高齢になってから服役した者がいるということになる。

13 *Id.*

14 *PPO end-of-life*, *infra* note 60 at 13.

15 新自由主義の影響を唱えるものとして、Turner, M. & Peacock, M. (2017). *Palliative Care in UK Prisons: Practical and Emotional Challenges for Staff and Fellow Prisoners*. 23 (1) *Journal of Correctional Health Care* 56がある。

16 Prison Reform Trust (2015). *Prison: the facts* at 6. また、下院法務委員会の調査によれば、性犯罪での有罪判決は2002年3月の4,111件から、2012年3月の5,951件へと45%増加した。*Justice Committee*, *infra* note 33 at 7 & note 6.

17 BBC NEWS (2019), *supra* note 12.

高齢受刑者の増加は、従来型の処遇では対応が困難な受刑者の増加を意味した。その理由は多岐に渡る。第1に、彼らの脆弱な健康状態である。受刑者の多くは受刑前の生活環境や習慣ゆえに、同年代の者よりも一般に10歳ほど老化が進んでおり、刑務所での生活がその状態を悪化させること、医療へのアクセスが悪い場合にはそれがさらに促進されることが広く認められている¹⁸。そのため、刑務所には複数の疾患を抱える高齢受刑者が少なくない。すでに2001年の段階で、イングランド＝ウェールズで60歳以上の男性受刑者のうちおよそ85%以上が何らかの慢性疾患を有していたという報告がある¹⁹。また、精神疾患を抱える受刑者も多く、特に鬱病の罹患率が高い²⁰。そうした受刑者にかかる医療費は刑務所のコストを増大させた。平均して3個の慢性的疾患を有している50歳以上の受刑者にかかる医療費は、受刑者全体を平均した場合の250%とも言われている²¹。これに加えて、刑務所人口の高齢化は、施設内で死を迎える受刑者の増加につながるため、受刑者に対する終末期ケアも必要となる。

高齢受刑者の処遇を困難にしている第2の理由として、刑務所という施設とのミスマッチがある。年齢が上がるにつれて、認知機能、運動機能、また視聴覚機能が低下することは避けられない。すると、健康な若年者向けに設計された刑務所での生活は、従前の機能を失った高齢受刑者にとっては困難で危険なものとなる。例えば、車椅子が通路を通れない、介護ベッドが独房に入らない、上層階への移動に際してエレベーターがないと

18 *Justice Committee, infra* note 33 at 8-9 & 13 (反論も紹介されている)。服役による影響については、受刑が寿命を10年短縮するとも言われている。Prison Reform Trust (2013). *Prison: the facts* at 3.

19 Fazel, S., Hope, T., et al. (2001). Health of elderly male prisoners: worse than the general population worse than younger prisoners, 30 *Age and ageing* 403.

20 HM Inspectorate of Prisons (2004). *infra* note 27 at 30-31.

21 Saunders L. (2013). Older offenders: the challenge of providing services to those aging in prison. 208 *Prison Services Journal* 43 at 45.

いった限界があり、特にビクトリア時代に建てられた築年数の古い刑務所ではそれが顕著である。他にも食事や入浴における困難、ベッドや階段からの落下や転倒の危険、図書館や面会所や運動場へのアクセスの悪さ、作業（activity）の断念（それに伴う収入の減少）、さらに指示を理解できないことによる懲罰の可能性があることが指摘されている²²。

第3に、こうした高齢受刑者の処遇が刑務官に与えるストレスも看過し得ない。疾患や機能低下を抱えた高齢者に対する知識や技能が不十分な刑務官が介護者として働き、時に受刑者の死に直面せざるを得ないことが問題とされている。

最後に、高齢受刑者の出所後の社会復帰の困難さがある。

これらの問題に対して、2000年以降に複数の調査が行われ、ガイドラインや提言が出されてきたが、その多くは医療体制に言及している。これは、高齢受刑者処遇における問題の大半が医療と切り離すことができず、提供する医療の質を向上させることが、直接的または間接的に処遇の改善をもたらすという関係にあるためである。また、施設とのミスマッチのようないわばハード面での問題においても、医学的見地からの評価が必要とされると同時に、そのミスマッチが医療の質向上を阻んできたとも言える。そのような処遇と医療の関係に鑑みれば、高齢受刑者の処遇対策が医療の改善を通じて進んだことは理解しやすい。そこで以下では、高齢受刑者に対する処遇の改善を、医療を中心に概観する。なお、イギリスでは保健省所管の国民保健サービス（National Health Service、以下「NHS」という。現在はNHS England。）が社会一般の医療保険制度を担っている。これに対して、国営刑事施設の医療は内務省行刑局（Prison Service）の所管となっていたところ、紆余曲折を経て2006年に保健省（Department of

22 Bedard R. et al. (2016). Ageing prisoners: An introduction to geriatric health-care challenges in correctional facilities. 98 (903) *International Review of the Red Cross* 917, Cognitive Impairment.

Health、2018年以降はDepartment of Health and Social Care) へと移管され²³、受刑者には社会と同水準の医療を受ける権利があることが行刑局規則²⁴で示された。これは歴史的な転換ともいうべきものであり、刑事施設医療に大幅な質の向上をもたらしたと評価されている²⁵。しかし、この移行期に重なって増加した高齢受刑者への対応はやや後手に回ってきたようにみえる。その流れを、2000年頃から追ってみよう。

移管前の2001年、保健省は高齢者に対する公正で質の高い医療・福祉サービスを保障するための10ヶ年計画を公表し、受刑者についても、彼らが服役中と出所後に渡って健康と社会的ケアに対する幅広いニーズを有していること、それらを満たすために、保健省と行刑局の連携が必要であることを指摘した²⁶。

当時、高齢受刑者の処遇にいかん課題が山積していたかは、2004年の刑事施設査察局 (HM Inspectorate of Prisons、以下「HMIP」という。) 首

23 移管の流れについては、三島聡「刑事施設独自の医療から社会共通的な医療へ イングランド刑事施設医療の保健省移管をめぐる」赤池一将編著『刑事施設の医療をいかに改革するか』(日本評論社、2020) 239頁以下に詳しい。また、英国が早くから受刑者に対する医療を健康格差の問題としても捉えていたことについては、高橋有紀「健康格差社会における受刑者等の健康」赤池同書 472頁以下。

24 HM Prison Service (2006). *Prison Service Order 3050: Continuity of health-care for prisoners.*

25 Public Health England (2016). *Rapid review of evidence of the impact on health outcomes of NHS commissioned health services for people in secure and detained settings to inform future health interventions and prioritization in England.*

26 Department of Health (2001). *National Service Framework - for older people* at 4. 他方で行刑局は、NHSの基準に沿って、受刑者に対してニーズに応じた医療を提供する体制の整備を刑務所に求めている。ただし、そこには高齢や終末期について特別の言及はなかった。HM Prison Service (2003). *Prison Service Order 3100: clinical governance - quality in prison healthcare*; HM Prison Service (2004). *Prison Service Performance Standard Manual 22: Health Services for Prisoners.*

席査察官による高齢受刑者についての報告書²⁷から読み取ることができる。タイトルの「No problems - old and quiet」とは、様々なニーズを抱えながらも、それを訴えることができないままにいる高齢受刑者の状況を表現している。報告書は、15施設の60歳以上の男性受刑者442人を対象とした現地調査に基づき、高齢受刑者のニーズの評価とそれに基づいたサービス提供に結びつくような包括的な戦略が存在していないこと、人権法や障害者差別禁止法²⁸が求める基準に達している刑務所がほとんどなかったことを指摘した。その上で複数の領域に渡る勧告を示しているが、医療については、高齢受刑者の慢性疾患やメンタルヘルス、さらに緩和ケア（palliative care）に全ての刑務所が対応できる体制を整えること、年齢や健康を理由とした早期釈放制度の基準を見直すべきであると提言した。

この報告書を受けて、保健省は2007年、高齢受刑者が服役中及び出所後に適切な医療を受けるプロセスを確立するためのガイドライン（以下、「NHS2007年ガイドライン」という。）²⁹を公表したが、これが高齢受刑者の医療の改善に大きな影響を与えてきた。

翌月、HMIPは首席査察官による追跡調査報告書³⁰を公表し、末期を含む高齢受刑者に対する医療が前回の報告書からの4年間で改善され、いく

27 HMIP (2004). *No problems - old and quiet: Older prisoners in England and Wales. A thematic review by HM Chief Inspector of Prisons.*

28 障害者差別禁止法（Disability Discrimination Act 2005, DDA）は受刑者を対象に含めている。Offender Health & Prison Reform Trust (2009). *Information book for prisoners with a disability.* 2010年に同法は平等法（Equality Act 2010）に統合された（現在は北アイルランドのみ適用）。HMIPは刑務所における知的障害者への対応について現地調査も行なっている。HMIP (2009). *Disabled prisoners: A short thematic review on the care and support of prisoners with a disability.* 法務総合研究所研究部報告52「知的障害を有する犯罪者の実態と処遇」（2014）第3章第1節も参照。

29 Department of Health (2007). *A pathway to care for older offenders: A toolkit for good practice.*

30 HMIP (2008). *Older prisoners in England and Wales: a follow-up to the 2004 thematic review by HM Chief Inspector of Prisons.*

つかの注目すべき取り組みがみられると評価した。ただし、全ての刑務所が高齢受刑者のニーズを確実に把握できているわけではないとして、前回報告書における提言の多くを繰り返し強調し、高齢受刑者のための国家戦略の必要性を説いていた。さらに新たな勧告として、高齢受刑者特有の社会的ケア（social care）の必要性を把握するよう求めた。ここで社会的ケアとは、食事・入浴・洗濯・移動などの日常活動に対する支援に加えて、自立や社会的交流に対する支援を含む広範なものをいう。

政府は、移管後の2011年になって、ようやく刑務所における社会的ケア提供の必要性を認め、責任の所在が不明確なためにそれが無視されてきたとの認識を示し、その責任が保健省にあることを明確にした³¹。この認識は、高齢受刑者の社会的ケアの必要性に応える刑務所がほとんどなかったとの調査結果を公表したHMIP首席査察官の2011-2012年の報告書（以下「HMCIP 2011-2012報告書」という。）³²でも裏付けられている。

このように、高齢受刑者の処遇に対する問題意識と対策の必要性は、刑務所医療の移管という混乱期中、関係機関において認識されつつあったことが認められる。しかし、統一的な改革が直ちにもたらされたわけではない。HMCIP 2011-2012報告書は、一般的には刑務所の状況は改善されているものの、高齢受刑者のメンタルヘルスについての懸念があること、障害のある受刑者や高齢受刑者を対象とした取組みを展開するための時間が不足していること、増え続ける高齢受刑者のニーズが軽視されていること、NHSが2011年に末期受刑者の処遇についてのガイドラインを公表して以来、いくつかの刑務所では高齢受刑者の処遇改善が進んだものの、それが個別の刑務所に留まっているために刑務所間に格差が生じていることを課題として指摘した。その上で高齢受刑者に特化した国家戦略の必要性を再

31 HM Government (2012). *Caring for our future: reforming care and support* at 33.

32 HMCIP (2012). *Annual Report 2011-12*.

度強調したものの、全国犯罪者管理局（National Offender Management Service、以下「NOMS」という。後にHer Majesty's Prison and Probation service。）がこれを退けたために、NHS2007年ガイドラインを除けば、高齢受刑者をターゲットにした具体的な国家戦略が存在しないという状況が続いた。

HMCIP 2011-2012報告書を受けて60歳以上の受刑者の処遇についての調査に乗り出した下院の法務委員会も、やはり高齢受刑者のための国家戦略の必要性を説いている。委員会は、多数の関連団体や専門家、さらに受刑者からの聞き取りを経て2013年に勧告³³を公表し、ニーズを満たすことのできる刑務所に高齢受刑者を収容すべきこと、ただし高齢受刑者の隔離には慎重であるべきこと、個々のニーズを入所時および服役中に定期的に調査すること、社会的ケアを提供する責任を明確にすること、NHS2007年ガイドラインに沿って医療を充実させること、地域の医療との連携を深めること、社会復帰における支援を手厚くすることの保証をNOMSに求めた。その後、ケア法（Care Act）と、ウェールズを対象とした社会福祉法（Social Service and Wellbeing Act）が2014年に成立したことで、社会的ケアの把握と提供の責任が地方自治体にあると明確に定められるに至って、NOMSは2016年にそれに即して通達を改定した³⁴。他方でNHSは刑務所医療における新たな5ヶ年計画を公表し、年齢によらず身体が脆弱な状態にある受刑者の医療における課題を提示したが、簡潔なケース・スタディを別にすれば高齢受刑者を特別に取り上げてはいない³⁵。なお、2017年には国立医療技術評価機構（National Institute for Health and

33 House of Commons Justice Committee (2013). *Older prisoners, Fifth Report of Session 2013-2014* [hereinafter *Justice Committee*]

34 NOMS (2016). *Prison Service Instruction 03/2016: Adult Social Care*.

35 NHS England (2016). *Strategic Direction for Health Service in the Justice System: 2016-2020*. NHSにあるNHS commissioningが主体。なお、前掲・注23 高橋481、483頁参照。

Care Excellence, 以下「NICE」という。)が、高齢受刑者と慢性疾患を有する長期刑受刑者の健康管理にも触れた指針³⁶をもとに、刑務所で求められる基準³⁷を公表した。また、刑事施設・保護観察オンブズマン (Prisons and Probation Ombudsman、以下「PPO」という。)が2017年に公表した高齢受刑者についての調査報告³⁸は、社会一般と同水準の医療を受刑者に保障することを刑務所に求めると共に³⁹、刑務官にはNICEの指針に従うことを求めており、高齢受刑者という分野においても保健省と司法省が連携することの重要性を述べるものであった⁴⁰。

一連の高齢受刑者処遇の改善において、政府機関のみならず、刑事司法や医療に関わる人権団体が実践面で大きな役割を果たしてきたことも指摘しておかねばならない。例えば、刑事司法に関わるNGO団体であるブリズン・リフォーム・トラストは2010年の報告書⁴¹で既存の高齢受刑者対策の不備を指摘し、NOMS、司法省、保健省が連携して解決にあたることをはじめとした国家レベルでの対策が不可欠であると述べている。また、高齢者のための慈善団体が全国的にネットワークを有するAge UK⁴²は、刑務所内で受刑者によって運営される高齢受刑者フォーラムの開催を支援するなど、多くの施設と協力して高齢受刑者の処遇改善に尽力した。さらに高齢受刑者の社会復帰を支援するReCOOP (Resettlement and Care of

36 NICE guideline (2016). *Physical health of people in prison*.

37 NICE quality standard [QS156] (2017). *Physical health of people in prison*.

38 PPO (2017). *Learning Lessons Older Prisoners Thematic*.

39 Prison Service Order 3050の履行を求めたもの。

40 保健省と司法省の連携がみられるものとして他には、Offender Health Research Network (OHRN) による高齢受刑者の健康・社会的ケア評価プラン (OHSCAP) がある。(<<http://www.ohrn.nhs.uk/OHRNResearch/OHSCAP/>>)

41 Prison Reform Trust (2010). *BROMLEY BRIEFINGS, PRISON FACT-FILE*.

42 2009年に複数の慈善団体を統合する形で発足した。(<<https://www.ageuk.org.uk>>)

Older ex-Offenders and Prisoners)⁴³があり、ダートムーア（Dartmoor）刑務所との協調でよく知られている。

こうした様々な取り組みや検証が功を奏し、高齢受刑者の処遇と医療は徐々に改善されていった。ここまですべてを簡単にまとめると、まず受刑者一般の医療に関して、関係諸機関の連携が進む中で⁴⁴、社会と同水準の医療を塲の中でも提供すべきとの理念が具現化された。そこで個々のニーズに対応しうる体制が構築され、高齢により生じたニーズの把握がその一場面としてもたらされたのである⁴⁵。とはいえ、高齢受刑者の抱えるニーズはあまりに多様で複雑であり、改善は個々の刑務所次第という状態が続いているため、抜本的な改革の必要性が近年になっても指摘されている。HMIP 首席監察官の最新の報告書である2018-2019年報告書⁴⁶も、高齢で衰弱した受刑者が不必要に警備の厳重な刑務所に収容されるというケースを挙げて、高齢受刑者の数が増え続けているにも関わらずいまだ明確な戦略が打ち立てられていないと批判した。

43 受刑者、元加害者、その家族、刑事施設で働く者など幅広い対象に支援を提供している。〈<https://www.recoop.org.uk/pages/home/index.php>〉

44 近年のものとして、NHS England (2018). *National Partnership Agreement for Prison Healthcare in England*がある。

45 Public Health England (2019). *Health & Justice Annual Review 2018 to 2019* (成果として、特定の疾患のスクリーニングを導入するなど個別の刑務所での良い実践例や、世界保健機構の刑務所保健プログラムへの関与などを紹介)。

46 HMIP (2019). *HM Chief Inspector of Prisons annual report: 2018 to 2019*. また、2019年のBBCの取材に対して、HMIP首席査察官のPeter Clarkeは、高齢受刑者専用の居住区を新たに設けることを行刑局が検討すべきだと述べている。Prison Officers' Association (POA) の首席査察官Mark Fairhurstも、現在の制度は高齢受刑者のニーズを満たすことができておらず、彼らの独房を一階に設けてアクセスを改善することや、24時間体制の医療や刑務官の訓練を充実させることが必要であると指摘した。BBC NEWS (2019), *supra* note 12.

4. 末期受刑者の処遇

(ア) 末期受刑者に対する政策

刑務所人口の平均年齢が上昇するにつれて、施設内での自然死数は増加することが見込まれる。そのため、高齢受刑者の処遇に向けた医療体制の拡充が図られる中で、死が間近に迫った受刑者への対応も進んできた。結論から言えば、刑事施設医療の保健省への移管が医療の質向上の契機となったように、末期受刑者に対する医療も社会一般の終末期ケアに包摂されることで、問題の把握と改善が進んだと言える。また、地域の医療機関やホスピスとの連携を促進した背景要因として、拘禁中の死亡例についてのPPOによる綿密な検証が挙げられる。こうした検証と、それを可能とするような刑事施設の透明性なしには改革は実現しなかったであろう⁴⁷。以下では、世界をリードしてきたイギリスの終末期ケア制度が刑務所へ浸透していく流れを概観した上で、いくつかの刑務所の特徴的な取り組みを紹介する。

社会一般の終末期ケアの質向上に向けた取組みはNHSによる2004年の英国終末期ケアプログラム（National End of Life Care Programme）立ち上げにより始まった。そして、刑事施設医療の保健省への移管完了後の2008年には、終末期ケア改善に向けた戦略（End of life strategy）が発表された。NHSは其中で、当該プログラムがあらゆる場面にも適用されることが、それゆえに終末期における質の高いケアが刑事施設においても提

47 行刑局は、刑事施設で生じた全ての死亡は警察の調査、PPOの調査、検死審問の対象となるとして、その手続きを定めている。NOMS (2012). *Prison Service Instruction 64/2011*. なお、自殺や自傷行為の危険性があると判断された被拘禁者のケアについては、司法省にAssessment, Care in Custody and Teamwork (ACCT) がある。(<<https://www.gov.uk/government/publications/the-assessment-care-in-custody-and-teamwork-process-in-prison-findings-from-qualitative-research>>)

供されるべきことを明確に謳っている。また、その際には、障害や疾患を抱えた被拘禁者の多さを前提とすべきこと、外部の医療機関やホスピスと連携して、死までの期間をどこで過ごすかの選択肢を整えること、そのために保健省と行刑局の連携が必要であることも指摘した⁴⁸。

2011年にNHSはプログラムを更新し、刑事施設に特化したガイドラインを公表した（以下「NHS2011年ガイドライン」という。）⁴⁹を公表した。そこには被拘禁者に対する終末期ケアの質向上のための実践的アドバイスが盛り込まれており、Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP)⁵⁰とGold Standards Framework (GSF)⁵¹の枠組みを採用しながら、被拘禁者とその家族や介護者に対する社会的・精神的ケアの重要性を唱え、被拘禁者の希望を確認しながらの個別のケアプランの作成から死亡後の遺族に対するサポートまでも含んだ幅広い射程を有するものであった。

こうした施策により刑務所内での終末期ケアの質が徐々に高まっていっ

48 NHS (2008). *End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life* at 103.

49 NHS (2011). *The route to success in the end of life care - achieving quality in prisons and for prisoners*.

50 1997年に大学病院の緩和ケア専門チームがマリー・キュリー病院と共同で開発。末期患者の身体的、社会的、精神的、心理的ニーズを考慮しながら治療計画を立て実践するための医療従事者向け原則を示している。終末期のベストプラクティスとして多くの政策に影響を与えたものの、数々の批判を受け、保健省の独立機関による検証の後、2014年に廃止され、NICEのガイドラインに取って代わられた。David Albert Jones (2012). *Comment on the Liverpool Care Pathway*. *Anscombe Bioethics Centre, Essays & Articles*. Retrieved from <https://www.bioethics.org.uk/article/1/0/Comment%20Bon%20the%20BLiverpool%20BCare%20BPathway%20B%20282012%2029>; Seymour J. & Clark D. (2018). The Liverpool Care Pathway for the Dying Patient: a critical analysis of its rise, demise and legacy in England. 3 *Wellcome Open Research* 15.

51 最良の終末期ケアを提供するための医療従事者向け基準。非営利団体であるGSFセンターが基準充足に向けたトレーニングとサポートを提供している。
(<https://www.goldstandardsframework.org.uk>)

たことが、PPOのいくつかの報告書からも確認できる。まず2008-2009年の報告書⁵²によると、PPOが調査した181件の死亡例（うち一件は温情的理由により釈放）のうち、成人刑務所での自然死は96件であった。死亡例の中には、緊急時の対応に不備があったり、十分なケアが施されていないかかったりしたケースがあり、特に死が切迫した状況にあっても公共に対する危険性を理由に手錠などによる身体拘束が用いられるケースがあったことが問題視されている。また、遺族への連絡に問題のあったケースもみられた。PPOは遺族への連絡や情報開示を重視しており、遺族を対象とした聞き取り調査をまとめた初めての報告書⁵³を2010年に公表している。

次に、2007年から2010年末の間に起きた自然死402件を対象とした2012年の調査報告書⁵⁴をみてみよう。この時期、50歳以上の者の割合は2004年の7%から10%程度にまで上昇しており、刑務所の高齢化は年々進むものと予測されていた。また、死亡例のうち55歳以上の者の割合は55%、死亡時の平均年齢は56歳と、死亡時期が平均寿命よりもかなり早いことから、地域社会の同年代の者に比べて受刑者の健康状態が悪化していたことが窺われる。次に、自然死事例は刑期の長い不定期刑受刑者に集中していたものの、死亡までの服役期間との相関関係は低く、死亡者のうち約半数の服役期間が2年未満であった。多くの受刑者は、地域の病院へのアクセスが良く、かつヘルスセンターを有する刑務所に移送されており、死亡の場所は約半数が施設内で、そのうち65%が通常の独房（cell）、約30%がヘルスケアセンター内の個室であった。他方、施設の外で死亡した事例での内訳は、病院が約40%、ホスピスが7%となっていた。死が予見できた（末期で不治の病気により終末期を経て死亡に至った）事例、すなわち終末期に

52 PPO (2009). *Annual Report 2008-2009*.

53 PPO (2010). *Bereaved families survey 2009*.

54 PPO (2012). *Learning from PPO investigations: Natural cause deaths in prison custody 2007-2010*.

あると診断された事例の大半では、医療スタッフが専門医からのサポートを受けていたことなど、マクミラン・サポート⁵⁵とNHSとの連携のもとでホスピスが全国の刑務所に普及してきたことが認められるという。

社会一般の終末期ケアが刑務所の中でも提供されるようになる過程で、マクミラン・サポート以外にも、官民を問わず様々な団体が刑務所と協調してきた。例えば、王立がん研究基金（Cancer Research UK）は、終末期にどこでどのような治療を受けたいかといった個別の希望をケアプランに反映させるためのフォーマット（The Preferred Priorities for Care、PPC）⁵⁶を提供しているが、多くの受刑者がこれを用いて終末期ケアについての要望を伝えている。

他方、行刑局は2012年の通達で、末期や重病の受刑者の処遇について独立の章を設け、NHS2011年ガイドラインを参照しながら、近親者への連絡支援や緩和ケア提供を刑務所側に求めた⁵⁷。およそ10年前の2003年に発出した規則⁵⁸では、受刑者には一般社会と同水準の医療を受ける権利があるとしながらも、高齢や終末期に関しての特別の言及がなかったことと対比させると、この期間に政策の変化があったといえるだろう。下院法務委員会の高齢受刑者に関する勧告⁵⁹も末期受刑者の問題を取り上げて、多くの刑務所で終末期ケアが提供されていることを評価しており、この時期までには「受刑者の死のあり方」に向き合う刑務所が増えてきたことが分か

55 癌患者のサポートのために1911年に設立された民間団体。2011年には、刑務所での終末期ケア向上のための基準やツールを提供するMacmillan Adopted Prison Standards (MAPS) を作成し、刑務官に緩和ケアについての研修を行うなど精力的に活動している。末期癌の受刑者のためのガイドブックも出している。〈<https://be.macmillan.org.uk/be/p-25436-a-guide-for-prisoners-at-the-end-of-life.aspx>〉

56 National PPC Review Team (2007). *Preferred Priorities for Care*.

57 NOMS (2012). *Prison Service Instruction 64/2011*, Chap. 11.

58 HM Prison Service (2003). *Prison Service Order 3100: clinical governance - quality in prison healthcare*.

59 *Justice Committee* at 35-39.

る。

2013年にPPOが公表した終末期ケアについての報告書（以下「PPO終末期報告書」という。）⁶⁰からも、この間の変化がみてとれる。なお、2013年春からイングランドにおける刑務所内での受刑者の看取りは、NHSの管轄となっている。報告書は、2007年1月から2012年10月の間に自然死に至った647件のケースのうち、死が予見できた214人に焦点をあてた調査に基づいている。調査の過程で、調査官は医療記録や保安情報を含んだ刑務所の記録にアクセスできた上に、必要な情報があればそれを請求することができた。それに加えて、保安スタッフや医療スタッフ、受刑者を含む広範なインタビューも行われた。報告書によれば、調査対象となった受刑者の死亡時の平均年齢は61歳で、60歳以上がおおよそ60%にのぼった。死亡時に80歳以上であった受刑者は11人、最高齢は88歳であった。次に、重警備刑務所では死亡率が19%と、それ以外の刑務所の7%に比して高く、刑期の長い受刑者の死亡が多かった。また、調査対象のおおよそ3分の1が移動や視聴覚に関わる障害を有していた。

85%は社会一般と同等の治療を受けていたものの、刑務所によって医療体制が異なり、約30%の受刑者には終末期ケア計画が作成されていなかった。ただし作成されているケースのほとんどでは、受刑者自身がそこに参与することができていた。終末期の治療中止については、おおよそ半分にあたる99人が蘇生禁止命令（DNRオーダー）を作成していた⁶¹。

死亡した場所は病院が約半数、刑務所内が約30%、ホスピスが15%で

60 PPO (2013). *Learning from PPO Investigations: End of Life Care* [hereinafter *PPO end-of-life*].

61 重警備刑務所で11年服役後に81歳で死亡した受刑者のケースでは、病院でDNRオーダーを作成し、退院後は刑務所のヘルスケアセンター内にある緩和ケア特別個室に移った。LCPとGSFを用いたケアプランがスタートし、Macmillan cancer palliative careの看護師が訪問、最後の二日間はドアが開け放たれ、他の受刑者やスタッフがたびたび訪れていた。PPO *end-of-life*, Case Study B.

あった。刑務所内で死亡する場合は、その多く（73%）がヘルスケアセンターで死を迎えており、独房での死亡例は17件であった。刑務所内で死亡した受刑者のうち、少なくとも53%では、医療スタッフがいつでも受刑者の個室に入ることができた。少数の刑務所では終末期ケアを提供できる建物の個室へ、その他の刑務所では末期刑者のためのヘルスケアセンターの病床へと受刑者を移していた。また、終末期ケアのための個室やユニットを設けた刑務所がある一方で、地域のホスピスと連携することで施設外での終末期ケア提供を可能にした刑務所があった。

以上のことから、2008-2009年の報告書と比べると、刑務所内で終末期ケアを提供する体制が徐々に整ってきたことが分かる。また、刑務所内で死亡する割合はさほど変わらないものの、独房ではなくヘルスケアセンターなどの医療的措置が施される場所で死を迎える者の割合がかなり増えている点が注目される。死を目の前にして刑務所の外へ出ることも、見知った受刑者や刑務官に囲まれていたいと考える受刑者の希望に対応した結果とみることができるだろう。

他方、問題が認められたケースとして、外部の医療機関やホスピスとの連携の不備により連絡漏れや行き違いが発生していたケース、家族への連絡が不十分だったケース、終末期ケア計画実行のための設備が不足していたケースが報告されている。また、保安的観点を優先したために終末期ケアの質が低下したケースとして、看護師が受刑者の独房に入る際には刑務官の立ち合いが必要となるものの人員不足ゆえに夜間の急変時に対応できなかったケース、もはや自力で動くことのできないほど死期が切迫した受刑者の移送や治療時にまで身体拘束が継続されたケースがあり、特に後者の場合には受刑者の尊厳が損なわれたとして厳しい批判があった。

（イ）末期受刑者への身体拘束の使用

外部の医療機関やホスピスへの移送（escort）における受刑者の身体拘

束は、保安と医療の衝突が先鋭化する場面である。高等法院の2007年判決⁶²を受けて、NOMSとNHSは末期患者や重症患者に拘束具を使用することは、治安上の配慮から正当化された場合を除いて非人道的であるとの合意書を公表した⁶³。また、英国医師会（British Medical Association、BMA）も、拘束や刑務官の同席が受刑者に対する治療の妨げとなる場合で、逃亡や他害の危険がないほどに受刑者が衰弱しているならば拘束の不使用が相当であるとする旨のガイダンス⁶⁴を公表していた。これに対して、刑務所の対応は分かれている。ある刑務所では、NHS2011年ガイドラインや地域のガイドラインに従ってホスピスでは受刑者に手錠をかけず、付き添いの刑務官は制服を着ないという運用を行った⁶⁵。他方で、保安上の観点から拘束の緩和を許さないケースも少なくなかった。身体拘束に関するPPOの報告書からは、昏睡状態で拘束された受刑者、死が間近に迫るまで手錠を付けられていた受刑者、さらに付き添いの刑務官とエスコートチェーンで繋がれたまま死亡した受刑者がいたことが明らかになっている⁶⁶。

移送中や治療中に身体拘束を用いるか否かは、受刑者の逃亡の可能性、逃走した場合の他害の可能性をいれたリスク評価によって決定されている。しかし、病状を考慮に入れた上での逃亡の可能性ではなく、どのような犯

62 R (on the application of Graham) v Secretary of State for Justice [2007] All ER (D) 383 (Nov).

63 PPO (2012). Fatal Incident Report: *Investigation into the (circumstances surrounding the death) of a man at Addenbrooke's Hospital, in May 2012, while in the custody of HMP/YOI Littlehey* at 17.

64 BMA (2009). *The medical role in restraint and control: custodial settings*. Retrieved from <https://www.bma.org.uk/media/1860/bma-medical-role-in-restraint-2009.pdf>

65 Justice Committee at 37. これは受刑者本人の尊厳のためだけでなく、他の患者に無用な心配をさせないための配慮でもあるという。

66 PPO (2013). *Learning Lessons bulletin, Fatal incidents investigations issue 2: Restraints* (170件の死亡例のうち32件で不適切な身体拘束があった)。

罪で服役しているかでリスクが判断されることがままある。そのため、末期で意識すらない状態であっても、罪種や収容されている刑務所のカテゴリーレベルによってはリスクが高いという評価を受けてしまう。ここでは、性犯罪により服役中の末期受刑者のリスク評価が特に問題となる。PPOの報告書によれば、入所時のリスク評価がそのまま継続的に用いられて見直しがなされていないケースや、そもそもリスク評価がなされていないケースがあったことが分かっている。さらに、医療関係者が治療上の必要性から拘束を外すよう求めても、刑務官がそれを尊重しない傾向がみられたという。NOMSが2015年に、移送や病院での監視などの場面でどのような身体拘束手段がどのような条件下で正当化されるかについての詳細な通達⁶⁷を出し、過剰な身体拘束の利用を避けるよう求めたが、改善は部分的なものにとどまっている。

(ウ) 個別の刑務所の取り組み

高齢または末期受刑者に関する調査報告書の多くは、問題のあるケースを分析して課題を提示する一方で⁶⁸、成功事例も示している。以下では、そこから三つの刑務所を取り上げる⁶⁹。

まず、イングランド東部ノーフォーク州にあるカテゴリーBの男性刑務所、ノリッジ刑務所（HMP Norwich）が挙げられる。同刑務所はNHSノーフォークやAge UKノーフォークなどと協調して2004年に終身刑に服している高齢受刑者のために刑務所内に特別のユニットを設け、慣れ親し

67 NOMS (2015). *Prison Service Instruction (PSI) 33/2015: National Security Framework: External Escorts-NSF External Prisoner Movement*.

68 例えばダートムーア刑務所（HMP Dartmoor）のように、2013年の時点で入院施設も緩和ケアユニットも有していない刑務所があった。Justice Committee at 39.

69 その他、Downview女性刑務所やStafford刑務所の例がある。PPO *end-of-life* at 10.

んだ刑務所で治療やケアを受けることを選ぶ受刑者への対応を可能にしている。地域の病院やホスピスとの関係が密接になるにつれて刑務官に対する終末期ケアの研修を地域のホスピスが担うといった機会も生まれ、刑務所内での終末期ケアの質向上がもたらされた。例えば、終末期ケア計画の作成の際に、死を迎える時に誰と一緒にいたいのか・どこで死にたいのか・蘇生についてはどうするかといった事柄を本人及び家族が共に話し合う手順が用意されている。家族や友人は死期が近くなると受刑者を定期的に訪問し、死後はその死を悼みながら静かに時間を過ごすことができる。これらはイギリスの刑務所では初めての取組みであったため、他施設から終末期ケアを必要とする受刑者を受け入れてもいた⁷⁰。

次に、ワイト島にあるワイト刑務所（HMP Isle of Wight）は、多くの高齢受刑者を収容しており⁷¹、高齢受刑者向けの調度品の提供や、身体機能が低下した受刑者でも利用が可能なデイセンターの設置など、様々な対策をとってきた。末期受刑者に対しては、まずキング財団（King's Fund）から基金を得て終末期ケアとレスパイト・ケア⁷²のための部屋がある特別棟を建設し、そこにソーシャルワーカーを配置した⁷³。また、精神的・社会的ケアの必要性まで含めた評価を入所時に行うことができる制度の確立をはかった。さらに、高齢受刑者と若い受刑者をペアにして高齢受刑者の社会的ケアを支援する制度（バディ・システム）を導入し、支援を行う受刑者が同島の大学で訓練を受けて健康と社会的ケアの学位が取れるようにするなど、様々な独自の取組みで注目を集めた⁷⁴。

70 NHS (2008), *supra* note 44 at 104; *Justice Committee*, EV 80.

71 2020年3月末における50歳以上の受刑者は全体の約40% (1027人中413人)。

Ministry of Justice (2020). *Offender management statistics quarterly: October to December 2019*. Prison population data tool.

72 介護から離れての休息など、介護者のためのケアを指す。

73 *PPO end-of-life* at 12.

74 *Justice Committee* at 30, 33-34.

最後に、ノッティンガムシャー州にある男性の性犯罪受刑者を収容するカテゴリCのワットン刑務所（HMP Whatton）である⁷⁵。同刑務所は、不定期刑や終身刑で長期間服役している受刑者を多く収容しており、高齢化が進んだ施設の一つである⁷⁶。まず、高齢受刑者の処遇改善からみてみよう。高齢受刑者は機能低下等に伴って無気力になる傾向がある。特に性犯罪者は羞恥心やスティグマゆえに他者と距離を置きがちで、家族や友人とも疎遠になっている場合が多い。こうした活動低下と孤立が心身の更なる衰弱をまねきうるとして、2008年にAge UKと提携し、さらに慈善団体からの基金も得て高齢者が参加できる場を増やすことを試みた。高齢受刑者向けの作業と講習の見直しでは、矯正プログラムにおけるグループワークに車椅子での参加を可能とし、資料には大きなフォントを使うといった工夫などがみられる。

また、入所時に行う健康診断をもとに、特別な椅子や移動補助具などを貸し出している。さらに、食事や洗濯物を運ぶ、車椅子を押すといった形で高齢受刑者の手助けをする受刑者（Disability Awareness Coordinators, DACs）がおり、彼らには給与が支払われている⁷⁷。これらに加えて、アルツハイマーや認知症に罹患し手厚い支援が必要な高齢者向けの特別な施設を2013年に完成させた。

末期受刑者については、緩和ケア専門の看護師を雇い、受刑者とその訪問者のための宿泊施設を大規模改装した。施設には家族が滞在するための部屋も用意されている。ワットン刑務所が施設内での緩和ケアや終末期医

75 Saunders (2013), *supra* note 21 (掲載号はワットン刑務所の特集号になっている) ; HMIP (2016). *Report on an unannounced inspection of HMP Whatton by HM Chief Inspector of Prisons*.

76 2020年3月末における50歳以上の受刑者は全体の約40% (801人中317人)。Ministry of Justice (2020), *supra* note 71.

77 排泄や入浴の介助といった親密なケア (intimate care) は、保安上の理由により許されていない。

療の充実に舵を切ったのは、たとえ終末期に外部のホスピスへの移送や温情的な理由による（仮）釈放が可能だとしても、家族からの支援が望めない受刑者にとっては、刑務所に残るという選択肢が必要だったためである。その上で、保安上の観点から施錠されていた独房に夜間であっても医療スタッフが入室することを認め、さらに訪問者が望めば居住区画での面会に切り替えるなどの整備を行った。これによって受刑者は馴染みのある刑務官や他の受刑者に囲まれながら死を迎えることが可能となった。

ところが、受刑者が独房で死ぬということには問題もあった。他の受刑者に動揺をもたらすだけでなく、それが拘禁中の死亡（death in custody）にあたることから警察の立ち会いなしには遺体を移動させることができなかったためである。そこで、キング財団からの基金を得て、末期受刑者専用のユニットを2011年に完成させた。これによって末期受刑者が受刑者仲間からの援助を受けながらできるだけ居住棟で過ごし、死が切迫した段階で病棟のユニットに移ることが可能となった。この先駆的な取組みは国際的にも高い評価を得ている⁷⁸。

以上の3つの刑務所の取組みは、拘禁下にある受刑者を患者として扱い尊厳ある死を迎えさせるために、地域医療や民間団体との協力関係の中で多様な知見が活用されてきた結果であろう。とりわけワットン刑務所は、保安と医療がうまく分離された例とも言えそうである。とはいえ、自力での逃亡が不可能なほどに弱った高齢受刑者をセキュリティレベルの高い刑務所に収容し続けることがそもそも合理的なのかという疑問も生じるところである⁷⁹。

（エ）末期受刑者の早期釈放制度

78 HMIPもワットン刑務所に最高評価を与えている。HMIP (2016), *supra* note 75 at 5.

79 *Justice Committee* at 20.

終末期の受刑者が刑務所外で死を迎えることを可能にする制度の代表的なものとして、早期の釈放（early release）、一時的釈放（release on temporary licence, ROTL）、自宅拘禁（release to Home Detention Curfew, HDC）が挙げられる⁸⁰。

まず、末期受刑者の温情的理由による早期釈放（compassionate release on medical ground、以下「温情的釈放」という。）制度である。PPO終末期報告書によれば⁸¹、2007年から2012年の期間に温情的釈放を検討した78件のうち、容認されたケースは13件とごく少数であったのに対して、申請中に死亡したケースが26件あった。その理由としてあげられるのが、厳格な要件と消極的な運用である⁸²。行刑局規則6000第12章は、有期刑受刑者の温情的釈放は「極めて例外的な場合（most exceptional case）」のみに許されずとして以下のように定めている。

—受刑者が末期でおおよそ余命3ヶ月以内であると診断されていること、又は寝たきり若しくはそれに近い状態であること。

—仮釈放委員会によって再犯の危険性がないと判断されていること。

—早期釈放が受刑者もしくはその家族にとって大きな利益をもたらすこと。その他に、予後や刑務所外での治療やケアについての手配がなされていることが求められる。なお、一時的な釈放で足りる場合にはそれを優先しな

80 Criminal Justice Act 2003, section 244, 245, 248, Crime (Sentences) Act 1997 section 30; Beard J. (2020). *Release from prison in England and Wales*. House of Commons Library.

81 PPO end-of-life at 22.

82 Turner M. et al. (2009). How notorious do dying prisoners have to be to receive high quality end-of-life care? 15 *International Journal of Palliative Nursing* 472-473 (パンナム機爆破事件で有罪判決を受けた受刑者が前立腺癌により余命3ヶ月であるとしてスコットランドの刑務所を温情的釈放により出たのちに3年間生存したために国際問題となったこと、脱獄後に有名になった列車強盗事件の受刑者が再度服役中に温情的釈放を受け、その後4年以上生存したことが、温情的釈放に批判的な気運をもたらしたとする)。

なければならない⁸³。

無期刑受刑者の場合は基本的な要件は同じであるが、性犯罪や暴力犯罪による受刑者は再犯の危険性が特に厳格に判断されること、16歳未満の子どもに対する性的リスクの有無が考慮されること、「これ以上の服役が受刑者の寿命を短縮するおそれがあること」との要件がある点が異なっている⁸⁴。なお、性犯罪の被害者は、受刑者の出所についての情報を得ることができる。

要件の中で、とりわけ問題が大きいと思われるのが、余命3ヶ月以内とされている点である。温情的釈放の煩雑な手続きに要する時間を考えると、少なくともこれを一年に延長しなければ現実的ではないだろう⁸⁵。また、釈放後の環境調整を病状の進んだ受刑者が一人で行うことは難しい。家族と疎遠な受刑者にとっては、とりわけ困難だと思われる。実際に、釈放後の家族等のサポートが期待できないとして、申請が退けられたケースがある⁸⁶。

次に一時的釈放は、病院への通院のために認められることがあり、認められれば受刑者は身体拘束や付き添いなしで病院に通うことが可能となる。一時的釈放を受けながら、温情的釈放を申請する受刑者もあり、これが認められたケースもある⁸⁷。

83 HMPS (2005). *Prison Service Order 6300: Parole Release and Recall*. Covid-19の流行が温情的理由による釈放の運用に与える影響については、一時的釈放規定に従うことが望ましく、NHSガイドラインに従えばCovid-19に対して極めて脆弱であると定義される受刑者は特別な目的のための仮釈放が可能となりうるとの見解が公表されている。Ministry of Justice, HM Prison & Probation Service (2020). *Covid-19: Use of Compassionate ROTL*.

84 2019年以降、Prison Order 4700のうち医学的理由による温情的釈放を定めた12章のみが残る。

85 Prison Reform Trust (2010). *Doing Time, Good practice with older people in prison – the views of prison staff* at 7.

86 Turner M. et al. (2009), *supra* note 82 at 473.

87 *PPO end-of-life* at 22.

最後に、自宅拘禁は、社会への早期移行をはかるもので、電子監視装置が用いられる。対象は刑期が12ヶ月から4年の受刑者のみであり、性犯罪や重大犯罪で有罪判決を受けた者も適格を有しないから⁸⁸、原則として高齢受刑者の多くはこれを申請することができない。ただし特別な事情（exceptional circumstance）がある場合には可能であり、死が切迫していることはその一例と考えられる。

以上のことから分かるように、イングランド＝ウェールズにおいては、長期刑に服す末期受刑者が拘禁から早期にかつ恒常的に解放されることは相当困難であると言っていい。このことが、刑務所内での終末期ケアの充実化をさらに促進する方向へ政策を向かわせたものと思われる⁸⁹。こうした動向に対しては、過剰収容の解消のために早期釈放制度を活用すべきであり、末期受刑者、高齢により公共に対するリスクが最小限になった受刑者、あるいは末期ではないが疾病や障害ゆえに施設内処遇が困難となった受刑者を早期に刑務所から解放するべきとの批判がある⁹⁰。

5. おわりに

イングランド＝ウェールズにおける末期や高齢の受刑者に対する医療は、2000年初頭から大きく前進したと言ってよい。それを可能にしたのは、まずは刑事施設医療の保健省への移管であり、それによって社会一般の医療と同水準の医療を受刑者に保障する道筋が整えられた。地域医療や患者の権利団体との連携が緊密になったことで、学際的な知見の活用や、刑事司

88 Ministry of Justice (2020). *Guidance: Home detention curfew*.

89 Justice Committee at 39（ただし、施設内での終末期ケアが十分ではない刑務所で服役している場合は、そのことを考慮に入れて、温情的釈放等の可否を判断すべきともいう）。

90 BBC (14 September 2017). 'Release ill and elderly prisoners' to reduce jail numbers. Retrieved from <https://www.bbc.com/news/uk-politics-41254179>

法以外の専門家・団体と受刑者・刑務官との間に直接的な連携が実現されたのである。いわば、塙の中へ地域社会を流れ込ませることによって、社会一般の医療制度との統合へと進んできたとも言えるだろう。同時期に生じていた高齢受刑者の増加に対しても同様である。地域医療や専門団体の協力を得ながら、高齢受刑者向けの処遇や医療の質は高まり、終末期ケアの水準も社会一般のそれに包摂されつつある。ただ、高齢者受刑者に関しては、彼らに特化した国家戦略が立てられなかった点が刑事施設医療一般の改善と異なっており、網羅的な改革を直ちにもたらすことができなかった。

ところで、高齢受刑者が向き合っている問題を検討する際には、留意すべき点もある。高齢受刑者を単一の特徴を持ったグループとして捉えることにより、年齢とは関わりのない個々の多様なニーズと特性が捨象されかねないという点である⁹¹。高齢受刑者を若年受刑者から隔離するという方策に対しては、そういった視点からも慎重な検討が求められる⁹²。高齢受刑者は刑務所内での暴力に対して脆弱になりやすいが、他方で、高齢受刑者だけを集めるならば不活発さが醸成されることで受刑者の心身に悪影響を及ぼすことにもなる⁹³。また、異なる年齢層の受刑者を同じ場所に収容した方が刑務所は安定すると言われており、高齢受刑者が共在することで、若年者同士の直接的な衝突が緩和されうるとの見解もある。さらに、次世代育成という観点からは、高齢受刑者との切り離しは若年受刑者にとっても損失となりうる。したがって、高齢受刑者の専用棟を作ることや、高齢受刑者だけを収容する刑務所を設けることが必ずしも最善の策とはいえない。この問題の背後には、「高齢」の定義、すなわち高齢とは何歳以上を

91 *Justice Committee* at 14.

92 *Justice Committee* at 21. 受刑者の選択権についても検討が必要であるが、本稿では取り上げることができなかった。

93 NHS England (2016), *supra* note 35 at 19.

指すのか、そもそも年齢で区切ることが妥当なのかについての議論がある。司法・医療・福祉それぞれの観点を踏まえながら、高齢の定義を統一すべきか否かも含めて検討を要する論点であると思われる。

また、高齢受刑者の施設内での処遇と終末期ケアの充実によって、温情的釈放制度の拡充へのインセンティブが高まらないこともイギリスの問題である（温情的釈放制度の門が狭いために施設内での終末期ケアが発展したともいえる）。社会一般における終末期ケアについての国家戦略が、どこで誰に囲まれて死ぬかについての選択を尊重している以上、末期受刑者も施設内と施設外での死を可能な限り同じように選ぶことができるようにすべきであろう。

とはいえ、世界的にも突出したイギリスの終末期ケア制度が刑務所で普及してきたことが与えるインパクトは大きい。PPO終末期報告書は、刑務所に対して以下のような設問リストを提示した⁹⁴。「緩和ケアの訓練を受けた者がいるか」、「末期と診断された受刑者が刑務所で死にたいと望んだ場合、対応は可能か」、「受刑者が末期であることを把握できるか」等々。日本で、高齢受刑者を収容する刑務所はこれらの設問にどう答えるのだろうか。ただ、たとえ回答が得られたとしても、刑事施設内での死亡例検証のための情報開示が乏しい日本では、それが真実なのか否かを判断することは難しいと言わざるを得ない。

本研究は科学研究費基盤研究（B）「危険社会における終身拘禁者の社会復帰についての総合的研究：無期受刑者処遇の社会化」（17H02466）の助成を受けたものである。

本稿は2019年度国内研究員の研究成果である。

94 PPO *end-of-life* at 26.