

精神障害を有する受刑者の社会復帰

松本 聡子／野村 俊明／土屋 悠華／奥村 雄介

1. 研究目的

我が国の裁判制度では、被疑者が精神症状ゆえに責任能力がないと判断された場合は不起訴ないしは裁判で無罪となり、矯正施設に収容されることはない。そして、その場合、医療観察法あるいは精神保健福祉法に基づき、病院で精神科的治療を受けることが求められることが多い。そのため、触法精神障害者の処遇は、その入り口で医療（病院）か司法（矯正施設）のどちらかにふり分けられることになる。

後者に属する刑務所という場では、犯罪者が自らの犯した罪に見合うだけの懲罰を受けるというだけではなく、更生の契機となることも期待される。すなわち、自らの犯した罪を反省し、今後の人生のあり方を修正するという、ある意味「生まれ変わり」の場となることが求められていると言えるであろう。中でも、精神疾患あるいは身体疾患のために一般の刑務所で受刑生活を送ることが困難だと判断された受刑者が収容される医療刑務所は、受刑者に生まれ変わりの機会を与えると同時に、刑務所として可能な範囲内で、一般の病院と大差ない治療の機会を与える場でもある。

医療刑務所は全国に4施設存在しており、身体疾患のみを扱う施設と精神疾患と身体疾患双方を扱う施設の2種類がある。

精神疾患を有する受刑者が医療刑務所に入所した場合、「退院」には次の

2通りのパターンが存在する。1つめは、症状が軽快し、一般刑務所に送致される場合である。この場合、受刑者は残りの刑期を一般刑務所で送ることになる。そして、2つめは、刑期の終了により出所する場合である。この場合、精神疾患に対する治療が終了しているか終了していないかは全く問題とされない。そのため、刑期が終了すると治療の途中でも出所することとなる。これは一般の病院に入院する場合とは最も異なる側面である。

精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的としている精神保健福祉法では、精神障害者が矯正施設を出所する際には、施設長がその旨を本人の居住地（居住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県知事に通報することを義務づけている。そして、各自治体ではこの通報を受け、措置鑑定と呼ばれる精神鑑定を精神保健指定医により必要に応じて行うことになっている。そして、措置鑑定の結果、自傷他害の恐れがあるとみなされた場合は、対象を措置入院という形で強制的に入院させることもある。

しかし、この法律の運用をめぐっては、矯正施設側と各自治体の間できちんと議論がなされることは少なく、矯正施設出所後の治療の継続性を確保するための取り組みは矯正施設の側も一般医療施設も十分だったとは言えないというのが実情である。

たとえば、東京都八王子市に位置する八王子医療刑務所では精神疾患を有する受刑者と身体疾患を有する受刑者の双方を受け入れている。医療刑務所では治療を継続しているため、現在の精神症状はある程度コントロールされているのが当然であるが、出所後に治療中断した後、症状の再燃とそれに伴う自傷他害のリスクの高まりが懸念されるケースも含まれている。

精神疾患を有する受刑者に関しては、満期出所する際は法律に基づいて受刑者の居住地（居住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県知事通報している。ただし、その通報内容は入院中の症状・病識・保護環境などによって様々であり、全例に入院の必要性を強調する必要があるわけではない。しかし、矯正施設において治療を担当した精神科医が措置入院の必要性

を強調しているにもかかわらず措置鑑定が実施されない場合も少なくないというのが現状であるため、一般に、矯正施設に勤務する精神科医の間に、措置鑑定の施行される割合が少なすぎるという疑問や批判が多い。一方、自治体側は増加傾向にある矯正施設からの通報に到底対応しきれないというのが実情であるらしい（武井、2007）。そのため、施設出所後に措置鑑定が行われないケースが少なくない。そして、その中には、病識が欠如している、経済的に余裕がない、家族のサポートが得られないなどの理由から施設出所後に治療が中断してしまい、そのことが精神症状の再燃や薬物乱用の再開、再犯につながるリスクが高い患者も少なからず存在する（野村ら、2007）。しかし、受刑者からすれば受刑生活を送った後に措置入院になることは「二重刑罰」としか理解されないかもしれない。

受刑者が出所後、よりよい人生を送るためには、在所時に適切なサポートを受けると同時に、出所後も適切な治療の継続等のサポートを受ける必要があることは想像に難くない。そのため、出所後に治療中断の可能性が高く、症状再燃や自傷他害のリスクが高い事例に対し、精神保健福祉法に基づく施設長通報による措置鑑定をどのように適切に運用するのが重要な課題となると思われる。

しかし、施設長通報による措置鑑定の適切な運用に関し検討を行っている先行研究は極めて少なく、矯正施設からの施設長通報と措置鑑定および措置入院との関連を量的に分析したものは皆無であるというのが現状である。

そこで、本研究では、矯正施設からの通報に対しどの程度措置鑑定および措置入院が施行されたのかを調べることにより通報内容と措置鑑定および措置入院の実施の有無の関係について明らかにすることを目的とし、調査を行った。

2. 研究方法

以下に使用した調査票、対象、調査方法および解析方法について示す。

1. 対象

対象は、2003年1月1日～2005年12月31日までの3年間の間に八王子医療刑務所を満期出所したすべての精神障害受刑者109名である。全員が通報表作成時に担当医が診断した病名を有している。

2. 調査方法

所内の施設長通報に関する資料に記載された情報を心理技官および医師各々1名のスタッフが2006年10月～11月の間に本研究の調査票（「付録」参照）に転写するという形で行った。転写に際しては、判断が難しい場合は両者の討議の上決定した。

なお、本研究を開始するにあたっては、八王子医療刑務所の医療倫理委員会にはかり、個人が特定できないことを条件に認可を受けた。

3. 調査票

本研究は探索的な研究であるため、対象者の基本属性の把握と、医療刑務所から各自治体に送付した通報票の内容および対象者の基本属性と措置鑑定・措置入院の実施の有無の関係を検討することを目的とし、八王子医療刑務所の資料で記述されている項目の中から選択する形で調査票を作成した。

なお、鑑定自治体に関しては、対象の過半数は東京都が通報先自治体であり、その他の都道府県が通報先自治体となる対象の割合が比較的少なかったため、「東京都」「東京都以外の関東近県」「その他の県」の3つのカテゴリーに分類した。

東京都が最も多い理由としては、八王子刑務所は帰住先が東日本のものを主に受け入れていること、調査時点においては精神疾患を有する女性受刑者が入所できる医療刑務所は八王子刑務所に限られていたこと、帰住先を有していない受刑者が多く、そうした受刑者の通報先自治体は自動的に八王子刑

務所の所在地である東京都となること、などが挙げられる。

4. 解析方法

措置鑑定の有無に関し、性別、精神科診断（統合失調症、薬剤性疾患、器質性障害、不安障害、気分障害、人格障害、その他）、現在の服薬の有無（抗精神病薬を含む処方、抗精神病薬以外の薬の処方、処方なし）、本件罪名（詐欺、窃盗、性犯罪、放火、覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反、強盗、傷害・傷害致死、殺人、その他）、覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反による逮捕歴、少年院への入所回数、刑務所への入所回数、学歴（大卒、大学中退、専門学校もしくは短大卒、専門学校もしくは短大中退、高卒、高校中退、中卒、中学校中退）、職歴（ほぼ安定、やや不安定、不安定、就労歴なし）、鑑定自治体（東京都、東京都以外の関東近県、その他の県）に関して Mann-Whitney の U 検定を行い、年齢に関しては T 検定を行った。

なお、精神科診断、本件罪名、鑑定自治体に関しては、各々の選択肢に関し該当 =1、非該当 =0 とコード化しなおし、解析に使用した。

さらに、措置鑑定が行われた群に関し、鑑定後に措置入院に至った群と至らなかった群の 2 群に分けて同様の解析を行った。

解析には SPSS for Windows ver. 16.0 J を用い、有意水準は両側検定で 5% とした。

3. 研究結果

1. 対象の基本属性

① 年齢、性別

対象者 109 名の内訳は、

- ・男性 95 名：出所時平均年齢 38.8 (SD=14.6) 歳

・女性 14 名：出所時平均年齢 39.1 (SD=15.8) 歳であった。

② 精神科診断名の内訳

統合失調症が 52.3% (N=57) と過半数を占め、次いで薬剤性疾患（薬剤の使用が起因の精神疾患）が 18.3% (N=20)、器質性障害（脳そのものの器質の変化によって引き起こされる精神疾患）と不安障害がそれぞれ 9.2% (N=10)、気分障害が 4.6% (N=5)、人格障害が 2.8% (N=3) という順番で並んだ。なお、それぞれの平均年齢は、統合失調症は 37.1 歳、薬剤性疾患は 34.9 歳、器質性障害は 59.3 歳、不安障害は 33.5 歳、気分障害は 41.0 歳、人格障害は 40.0 歳であった。

③ 現在の服薬の有無

90.8% (N=99 名) はなんらかの薬の処方を受けており、内訳は抗精神病薬を含む処方があるものは 78.0% (N=85)、抗精神病薬以外の薬の処方を受けているものが 12.8% (N=14 名) であった。また、処方がないものは 7.3% (N=8)、データの欠損は 1.8% (N=2) であった。

④ 本件罪名

本件罪名に関しては、詐欺が 8.3% (N=9)、窃盗 26.6% (N=29)、性犯罪 0.9% (N=1)、放火 3.7% (N=4)、覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反が 19.3% (N=21)、強盗 1.8% (N=2)、傷害・傷害致死 15.6% (N=17)、殺人 8.3% (N=9)、その他 12.8% (N=14)、データの欠損は 2.8% (N=3) であった。

⑤ 覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反による逮捕歴

覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反による逮捕歴に関しては、ないものは 66.1% (N=72)、1 回のみあるものが 13.8% (N=15)、複数回あったものが 19.3% (N=21)、データの欠損が 0.9% (N=1) であった。

⑥ 少年院への入所

少年院への入所回数は平均 0.4 (SD=0.8) 回であった。

⑦ 刑務所への入所

刑務所への回数は平均 1.5 (SD=2.7) 回であった。

⑧ 学歴

大卒は 4.6% (N=5)、大学中退が 2.8% (N=3)、専門学校もしくは短大卒が 1.8% (N=2)、専門学校もしくは短大中退が 4.6% (N=5)、高卒が 10.1% (N=11)、高校中退が 20.2% (N=22)、中卒が 54.1% (59 名)、中学校中退が 0.9% (N=1)、データの欠損が 0.9% (N=1) であった。

⑨ 職歴

ほぼ安定 (すべて 3 年以上継続就労) していたものが 1.8% (N=2)、やや不安定だったものが 11.9% (N=13)、不安定 (日雇やアルバイト的なもののみ) だったものが 78.0% (N=85)、就労歴のないものが 7.3% (N=8)、データの欠損が 0.9% (N=1) であった。

2. 転帰

通報先自治体は全体の 52.3% (N=57) が東京都、30.3% (N=33) が東京都以外の関東近県 (群馬、栃木、茨城、埼玉、神奈川、千葉)、17.4% (N=19) がその他の県であった。

また、措置鑑定は行われたのは全体の 20.2% (N=22)、行われなかったのは 79.8% (N=87) であった。さらに、措置入院が行われたのは全体の 13.8% (N=15)、行われなかったのは 86.2% (N=94) であった。

通報先自治体別に見ると、措置鑑定実施率 (施設長通報した総数に対し、都道府県において措置鑑定が行われた割合) は東京が 10.5% (N=6)、関東近県が 33.3% (N=11)、その他の県が 26.3% (N=5) であり、措置入院

実施率（施設長通報した総数に対し、都道府県において措置鑑定が行われた後に措置入院に至った割合）は東京が8.8%（N=5）、関東近県が24.2%（N=8）、その他が10.5%（N=2）であった。そして、措置入院の施行が行われなかった場合の帰住先は家族が最も多く31.5%（N=29）、次いで病院（医療保護入院や任意入院など。たとえば、重度の認知症を有する受刑者が出所後に身を寄せる場所がない場合等は帰住先が病院となるケースもある）が9.8%（N=9）、知人が2.2%（N=2）、更正施設（家庭環境が恵まれなかったり、本人が飲酒や薬物などに関する問題を抱えている等さまざまな問題により出所後の自立が困難な人々を一定期間保護し、社会復帰を支援する施設）が1.1%（N=1）、その他（出所後に一人暮らしとなる場合など）が55.4%（N=51）であった。

3. 解析結果

解析の結果を Table 1～4 に示した。

Mann-Whitney の U 検定を行った結果、性別、精神科診断、現在の服薬の有無、本件罪名、覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反による逮捕歴、少年院への入所回数、刑務所への入所回数、学歴、職歴に関しては、措置鑑定が行われた群と行われなかった群の間に有意差は認められなかった。また、T 検定の結果、年齢に関しても措置鑑定が行われた群と行われなかった群の間に有意差は認められなかった。

しかし、鑑定自治体（東京都、東京都以外の関東近県、その他の県）に関しては、措置鑑定が行われた群と行われなかった群の間に有意差が認められた。措置鑑定が行われた群は、鑑定自治体が東京都である割合が有意に低く（ $Z=-2.618$, $p=0.010$ ）、東京都以外の関東近県である割合が有意に高い（ $Z=-2.244$, $p=0.037$ ）ことが示された。（Table 1）

また、措置鑑定が行われた群に関し、鑑定後に措置入院に至った群（N=15）と至らなかった群（N=7）に分けて Mann-Whitney の U 検定を行った結果、診断名が統合失調症であることと措置入院の有無（ $Z=-1.943$ 、

Table 1

鑑定自治体	措置鑑定あり (N=22)	措置鑑定なし (N=87)	検定統計量 (z)	p
	平均値 (SD)	平均値 (SD)		
東京都	0.27(0.46)	0.59(0.50)	-2.618	0.010
東京都以外の関東近県	0.50(0.51)	0.25(0.44)	-2.244	0.037
その他の県	0.23(0.43)	0.16(0.37)	-0.730	0.531

Table 2

診断	措置入院あり (N=15)	措置入院なし (N=7)	検定統計量 (z)	p
	平均値 (SD)	平均値 (SD)		
統合失調症	0.73(0.46)	0.29(0.49)	-1.943	0.074

Table 3

本件罪名	措置入院あり (N=15)	措置入院なし (N=7)	検定統計量 (z)	p
	平均値 (SD)	平均値 (SD)		
薬物	0.07(0.26)	0.43(0.53)	-2.003	0.077

Table 4

年齢	措置入院あり (N=15)	措置入院なし (N=7)	検定統計量 (t)	p
	平均値 (SD)	平均値 (SD)		
	40.13(14.54)	24.29(2.36)	-4.108	0.001

p=0.074)、本件罪名が覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反であることと措置入院の有無 (Z=-2.003、p=0.077) の間に有意傾向が認められた。すなわち、措置入院に至った群のほうが、診断名が統合失調症である割合と本件罪名が覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反ではない割合が高い傾向が示された。(Table 2、Table 3)

また、年齢に関し T 検定を行った結果、措置入院に至った群のほうが年齢が有意に高い (t=-4.108、p=0.001) ことが示された。(Table 4)

4. 考察

1. 対象の基本属性および転帰

本稿の中で示されたのは、八王子医療刑務所を満期出所した対象の属性である。平成19年度版犯罪白書（2007）によると、平成18年度における精神障害者等（精神障害者及び精神障害の疑いがある者）の一般刑法犯（道路上の交通事故に係る危険運転致死傷を除く）は2,545人であり、検挙人員総数384,250人の約0.7%を占めている。そして、その罪名の内訳は、殺人が約4.7%、強盗が約1.9%、傷害・暴行が約20.4%、脅迫が約1.1%、強姦・強制わいせつ等が約3.2%、放火が約4.9%、窃盗・詐欺・横領が約47.0%、その他が約16.9%であることも示されている。本研究の罪名の分類は平成19年度版犯罪白書（2007）のものとは異なっているものの、大まかな分布は類似していると言えるであろう。

ところで、医療刑務所に入所した精神障害受刑者のうち、症状が軽快した者は一般の刑務所に戻る事となる。ゆえに、本研究の対象者たちのように満期出所し、精神保健福祉法に基づき矯正施設を出所する際に都道府県知事に通報されるということは、出所まで入院生活を送っていたのに近い。すなわち、医療刑務所に入所した受刑者の中でも、相対的に症状が重いケースが多く含まれていると予測される。本研究の対象は医療刑務所を満期出所した受刑者であることから、対象の診断の半数以上が統合失調症であったという事実は、その点にも合致していると考えられる。

さらに、薬物関連の精神症状はたいていの場合一過性であり、多くは元の刑務所に戻ることが可能になる。従って、薬物関連の障害で満期まで八王子医療刑務所に留まるのは、統合失調症との鑑別診断（診断の候補が複数存在している場合、最終的な診断名と、最終的な診断から外すその他の診断を見極めること）が問題になる事例、人格障害が重なる事例、薬物乱用の期間や量が多く症状が極めて重い事例などが中心となる。

その他、診断は様々ではあるが、対象の約80%が抗精神病薬の投薬を受

けているということは、薬物療法による幻覚・妄想の治療や鎮静を必要としている状態のまま出所していると考えられる。このことから、出所後も治療継続の必要性が高い事例が多く含まれていると推察される。

また、文部科学省が毎年行っている学校基本調査によると、平成 19 年度学校基本調査では、我が国全体としては中学校卒業後に高校に進学する割合は約 98% にものぼることが示されているにもかかわらず、本研究では中卒以下が 55% と高率である。さらに、同じく平成 19 年度学校基本調査によると、我が国全体としては高校卒業後に大学・短大・専門学校等へ進学する割合は約 51% であることが示されている一方で、本研究では高校卒業後さらに高等教育を受けた者は 15% に満たない。

さらに、職歴に関しては安定就労していた対象がほとんどいないこと、出所後の環境に関しては出所後に同居する家族がいる対象が半数以下しかいないこと、など対象の多くが決して恵まれない養育環境で生育したであろうことを示唆するデータも多く示された。

これらの数字から、満期出所者の出所後の「生」が困難に満ちていることは疑う余地がなく、残りの人生をよりよく生きるためにはなんらかのサポートや治療を必要としているケースが多く含まれていると予測される。

2. 解析結果

解析の結果、通報内容と措置鑑定・措置入院の施行の間に有意な関連を見出すことができた。

東京都が措置鑑定の実施の割合が低いことに関しては筆者らの印象と一致しており、その理由としては、他の都道府県と比し通報数が多いためマンパワーが不足していることが理由の 1 つであると考えられる。一方、東京都以外の関東近県において措置鑑定の実施の割合が高いことに関しては、関東近県の場合は地理的に近いという背景から、自治体の担当者（自治体によりシステムは異なるが、たとえば市町村の保健所に所属する保健婦など）と矯正施設の担当者が直接顔をあわせる機会も持ちやすく、ある程度密に連携を

取れることが影響していると考えられる。

また、措置入院に至った群のほうが診断名が統合失調症である割合が高い傾向にあったという結果は、統合失調症は他の疾患に比べ難治性であり、中でも犯罪が絡んだケースは治療が一層困難であると予測されやすいことと関連していると推測される。

さらに、本件罪名が覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反ではないもののほうが措置入院に至る割合が高い傾向にあることに関しては、薬物関連の犯罪は殺人や強盗、放火、傷害などと比較すると自傷他害の程度が低いとみなされるためではないかと推察される。

そして、年齢が高いほうが措置入院に至りやすい点に関しては、年齢が高いもののほうが両親が他界している等の事情により両親からのサポートが得られづらいので出所後の生活の基盤が安定しにくいことから、治療が中断される可能性が他のケースよりも高いとみなされることと関連しているのではないかと推測される。

いずれにせよ、本研究の対象の転帰から、一旦措置鑑定が行われた場合はその約7割が措置入院まで至っていると言えるので、自傷他害のおそれが極めて強く、自分自身もしくは他者の「生」が、精神疾患の存在により著しく損なわれると強く予測される事例にしか措置鑑定が実施されていないというのが現状であると考えられる。しかし、先述したとおり、満期出所者たちの出所後の「生」は困難に満ちていると推察されるのもまた事実である。一方、矯正施設の立場からすると、出所した人々に関し直接なにかを働きかけることはできない。そのため、病識の欠如や経済的困窮、家族のサポートの乏しさなどの理由により施設出所後に治療が中断してしまい、精神症状の再燃や薬物乱用の再開、再犯につながる可能性が高い事例をすくいあげ、それらに対しなんらかのサポートを与え、彼らの出所後の人生をよりよいものにするためには、矯正施設側が措置鑑定・措置入院の必要性を都道府県に対しより効果的に伝えることが有用であると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べる。まず、本研究の対象は全国に4つある医療刑務所（内、精神疾患を扱う施設は2つ）のうちの1つであり、また、調査期間も限られているという点で、サンプル数の少なさについて限界が生じていると考えられる。本研究は探索的な研究であったため、今後は本研究の結果をもとに調査票に関してさらなる改訂を行い、また、サンプル数を増やした上で矯正施設側における再調査を施行することと、地方自治体側に対し調査を施行することにより、通報内容と措置鑑定・措置入院の実施の有無の関係をより明らかにする必要があると考えられる。

5. 結論

矯正施設からの通報内容と措置鑑定および措置入院の実施の有無の関係について明らかにすることを目的として解析を行った結果、措置鑑定自治体は東京都である割合が有意に低く、東京都以外の関東近県である割合が有意に高いことが示された。また、措置入院に至った群のほうが診断名が統合失調症である割合と本件罪名が覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反ではない割合が高い傾向にあり、さらに、年齢が有意に高いことも示された。

今後は本研究の結果をふまえさらなる調査を行うことで、精神保健福祉法に基づく施設長通報の適切な運用についての理解が深まり、矯正施設において治療を担当した精神科医が措置鑑定・措置入院の必要性を都道府県に対しより効果的に伝えることができるようになれば、措置鑑定および措置入院が必要な対象に対し施設長通報が適切に施行され、困難に満ちていると推察される満期出所者たちの出所後の「生」がよりよいものになると考えられる。

付録

記入日 年 月 日

施設長通報に関する調査

データ番号 _____

[生年月日]

出所時 満 歳

男性 = 2 ・ 女性 = 1

[精神障害名]

- 1 = 統合失調症
- 2 = 薬剤性（アルコール含む）疾患
- 3 = 器質性障害
- 4 = 不安障害（神経症性、心因性）
- 5 = 気分障害
- 6 = 人格障害
- 7 = その他

[現在の服薬]

なし = 1 ・ 抗精神病薬以外のみ = 2 ・ 抗精神病薬を含む = 3

[本件罪名]

- 1 = 詐欺
- 2 = 窃盗
- 3 = 性犯罪
- 4 = 放火
- 5 = 覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反
- 6 = 強盗
- 7 = 傷害・傷害致死
- 8 = 殺人
- 9 = その他

[覚せい剤取締法違反もしくは毒物及び劇物取締法違反による逮捕歴]

なし = 1 ・ 1 回のみあり = 2 ・ 複数回あり = 3

[少年院入所回数]

_____ 回

[刑務所入所回数]

_____ 回

[最終学歴]

大卒 = 1 ・ 大学中退 = 2 ・ 専門学校（もしくは短大）卒 = 3
 専門学校（もしくは短大）中退 = 4 ・ 高卒 = 5 ・ 高校中退 = 6
 中卒 = 7 ・ 中学校中退 = 8

[職歴]

ほぼ安定（すべて3年以上継続就労） = 1 ・ やや不安定 = 2
 不安定（日雇やアルバイト的なもののみ） = 3 ・ 就労歴なし = 4

[措置鑑定]

あり = 2 ・ なし = 1

[措置入院]

あり = 2 ・ なし = 1

↓ 「なし」 の場合

[追加質問) 措置なしの場合の帰住先]

家族 = 1 ・ 知人 = 2 ・ 更正施設 = 3 ・ 病院 = 4 ・ その他 = 5

■文献

武井満 (2007). 医療観察法以後の精神科医療システム 「刑罰法令に触れる行為」をめぐって その処遇システム. こころの科学、132、83-88.

文部科学省生涯学習政策局調査企画課 (2008). 平成 19 年度学校基本調査報告書. 文部科学省.

野村俊明、岩堀武司 (2007). 矯正施設内処遇の課題と今後. こころの科学、132、63-67.

法務総合研究所 (2007). 平成 19 年度版犯罪白書. 佐伯印刷株式会社.

(まつもと・さとこ グローバル COE プログラム特任研究員)

(のむら・としあき 日本医科大学教授)

(つちや・ゆうか 八王子医療刑務所心理技官)

(おくむら・ゆうすけ 府中刑務所医務部長)

Social Rehabilitation of Prison Inmates with Mental Disorders

Satoko Matsumoto / Toshiaki Nomura /
Yuka Tsuchiya / Yusuke Okumura

Analysis was made with the goal of clarifying the relationship between the contents of administrative orders issued from correctional facilities (below, “order contents”) and whether or not psychiatric examinations of inmates (below, “psychiatric exams”) and involuntary hospitalization of inmates (below, “involuntary hospitalization”) are performed accordingly. The results showed that for the group for whom psychiatric examinations were performed (below, “examination group”), the number where the local government authority (below, “local authority”) was the Tokyo Metropolitan Government (below, “Tokyo Prefecture”) was significantly low, while the number where the local authority was a prefecture in the Kanto vicinity (below, “Kanto-region Prefectures”) other than Tokyo Prefecture was significantly high. Meanwhile, for the group for whom even involuntary hospitalization was performed (below, “hospitalized group”), the trend showed high figures for two items: cases where the diagnosed disease was “schizophrenia,” and cases where the current criminal offense was something other than “violation of the Stimulants Control Law” and/or “violation of the Poisonous and Deleterious Substances Control Law.” Further, as for age, it was shown that the age in years of the hospitalized group was significantly higher.

In regards to the fact that the number of psychiatric exams performed by Tokyo Prefecture was low, one reason is thought to be that compared with other Prefectures, Tokyo Prefecture issues a large number of orders, and there are insufficient human resources to respond. Conversely, as to the fact that the

number of psychiatric exams performed by Kanto-region Prefectures other than Tokyo Prefecture is high, it is thought that since the Kanto-vicinity Prefectures are located geographically near to correctional facilities, it is relatively easy to find opportunities for responsible personnel of local authorities to meet face-to-face with responsible personnel of correctional facilities; thus, such entities can work together relatively easily.

When, for the examination group, comparison was made between the hospitalized group and the non-hospitalized group, the hospitalized group showed comparatively high numbers where the diagnosed disease was “schizophrenia” and where the current criminal offense was not “illegal drugs,” and also a significantly higher age in years. These results are thought to be due to the following facts: compared with other diseases, schizophrenia is comparatively intractable, and it can be assumed that cases also involving crime are even more difficult to treat; crimes related to illegal drugs [usage] have a relatively low degree of self-injury and/or harm to others compared with other crimes such as homicide, robbery, arson, bodily injury, etc.; and as aged persons experience difficulties receiving support from their parents due to varying circumstances, including death of parents, etc., and since after release from prison, it is difficult for older persons to stabilize their daily lives, there is a possibility that treatment in their cases has been interrupted, etc., at a higher rate than treatment in other cases.

Since the present research was exploratory research, in the future, further revision is planned using a survey form based on the results of the present research. Also thought to be necessary to clarify the relationship between order contents and the performance or non-performance of psychiatric exams/involuntary hospitalization will be the following: increasing sample numbers, and performing resurvey within the correctional facilities side as well as performing surveys regarding the local authorities side. As a result, considerations can be made regarding the appropriate handling/implementation of orders issued by correctional facility heads as based on the Law Related to Mental Health and Welfare of

Persons with Mental Disorders (the “Mental Health and Welfare Law”). By having psychiatrists responsible for treatment within correctional facilities more effectively communicate to Prefectures the need for psychiatric exams/involuntary hospitalization, it is expected that psychiatric exams (diagnoses) and involuntary hospitalization can be performed even more appropriately for those truly in need, and that after fulfilling their sentences, former offenders can enjoy lives—lives which are surmised now to be replete with difficulties—that are better and more successful.