

精神障害を有する受刑者の社会復帰

——リスクアセスメントの観点から

松本 聡子／野村 俊明／奥村 雄介

はじめに

わが国の裁判制度では精神症状の存在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る。そうしたケースにおいては矯正施設に収容されることはなく、代わりに病院で精神的治療を受けることが求められるため、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）のどちらかにふるい分けられることとなる。こうした事情により、矯正施設で治療を受けている精神科患者は少なくない。平成 19 年度版犯罪白書 [文献 3] 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）検挙人員は 2545 人であり、検挙人員総数 384250 人の約 0.7% を占めている。そして、その中には精神症状が活発な患者、自傷他害や薬物乱用のリスクが高い患者も少なからずみられるのが実情である [文献 6]。

矯正施設において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、更生の契機とす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のである。中でも医療刑務所はそうした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

で一般の精神科病院と大差ない治療の機会を与える場でもある。しかし、矯正施設であるという性質上、精神障害受刑者は刑期が満了すれば治療経過と無関係に出所する。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一定以上の割合で存在している〔文献6〕。

そこで、矯正施設出所後も治療が継続されるために、出所時にどのような情報提供を地域に対して行うことが必要なかが大きな問題となると考えられる。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 26 条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。

八王子医療刑務所では、満期出所する精神科患者全員を法律に基づいて 26 条通報している。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、全例について入院の必要性を強調しているわけではない。しかしながら、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診察が実施されない場合も少なくない等、26 条通報の運用にはいろいろな問題が残されていると予測される。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。そこで、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が医療刑務所を出所した後も治療を継続できるよう、出所時にどのような情報提供を地域に対して行い、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かについて考察する必要がある。

こうした背景の下、26 条通報に関し、通報内容と措置鑑定の実施の関連を分析することを目的とし、厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物需要削減対策おける関係機関の連携」の一環として、八王子医療刑務所を出所した精神障害受刑者（26 条通報対象者）109 名を対象として通報内容と措置鑑定の実施の有無について平成 18 年度に調査を行ったが、通報内容と措置鑑定の実施の有無と

の間には鑑定自治体以外の項目に関して有意な関連を見出すことができなかった [文献 4]。そこで、平成 19 年度においては、平成 18 年度に行われた調査の結果を踏まえて調査項目を改変した上で、通報内容と鑑定の実施の有無との関連を分析することを目的として再調査を行った。本稿は、平成 19 年度に行われた調査の結果の報告である。

方法

以下に使用した対象、調査方法、調査票および解析方法について示す。

1. 対象

対象は、2004 年 1 月 1 日から 2006 年 12 月 31 日の間に八王子医療刑務所精神科を満期出所した受刑者全員 (N=101) 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

医療刑務所から各自治体に送付した通報票の内容と措置診察の実施の有無の関係を分析して検討するため、一般に自傷や他害 (犯罪行為) に結びつきやすいとされている PCL-R [文献 2] や HCL-20 [文献 1. 8] に含まれており、かつ、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。

通報票に記載された内容を読み、心理技官 1 名が調査票への転写を行った。また、コーディングの際、必要に応じて精神科医 1 名との討議を行った。

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. 分析

今回は探索的な研究であるということを踏まえ、通報内容と措置鑑定の実施の関連を検討・考察するため、調査票の転帰以外の各項目の値に関し、措置診察が行われた群・行われなかった群の2群間で比較を行った。字数に関してはt検定を行い、それ以外の全ての項目については χ^2 検定を行った。

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。

結果

コーディングの結果、各項目の平均値および人数、割合は以下のとおりとなった。

1. 診断名 [現在症]

主な診断名に関しては、統合失調症のものが50.5% (N=51) を占めており、ついで薬物関連が16.8% (N=17)、器質性精神障害が12.9% (N=13)、気分障害およびパーソナリティ障害が各々3.0% (N=3) であった。

2. 入院の必要性 [現在症]

入院の必要性に関しては、必要性が明確に示されたものが34.0% (N=34)、示されなかったものは66.0% (N=66) を占めていた。

3. 投薬状況 [現在症]

投薬状況に関しては、抗精神病薬の処方があるものは71.4% (N=70)、向精神薬の処方があるものは18.4% (N=18)、精神薬の投薬がないものは

10.2% (N=10) を占めていた。

4. 治療意欲 (病識) [現在症]

病識や治療意欲が欠如していると思われるものが92.9% (N=92)、あると思われるものは7.1% (N=7) を占めていた。

5. 自傷他害のおそれ [現在症]

自傷他害のおそれに関しては、おそれが明確に示されたものが21.8% (N=22)、示されなかったものが78.2% (N=79) の割合を占めていた。

6. 精神科入院歴 [病歴]

入院歴に関しては確認できたものが41.4% (N=41)、確認できなかったものが58.6% (N=58) を占めていた。

7. 社会での治療歴 [病歴]

社会での治療歴に関しては、あるものとなないものが半々 (50.0%、N=50) であった。

8. 本件以外の非行・犯罪歴 [非行・犯罪歴]

本件以外の非行・犯罪歴に関しては確認できたものが86.6% (N=84)、確認できなかったものが13.4% (N=13) を占めていた。

9. 少年施設歴（児童自立支援施設・鑑別所・少年院）〔非行・犯罪歴〕

少年施設歴に関しては確認できたものが38.1%（N=37）、確認できなかったものが61.9%（N=60）を占めていた。

10. 入所歴〔非行・犯罪歴〕

入所歴に関しては確認できたものが42.3%（N=41）、確認できなかったものが57.7%（N=56）を占めていた。

11. 本件犯罪〔犯罪傾向〕

本件犯罪に関しては、窃盗のものが32.0%（N=31）と最も多くを占め、ついで薬物関連19.6%（N=19）、傷害14.4%（N=14）、殺人・傷害致死6.2%（N=6）、放火5.2%（N=5）、強盗2.1%（N=2）、性犯罪1.0%（N=1）であった。

12. 粗暴性・衝動性〔犯罪傾向〕

粗暴性・衝動性に関しては、あると考えられたものが15.8%（N=16）、ないと考えられたものが84.2%（N=85）を占めていた。

13. 再犯のおそれの指摘〔犯罪傾向〕

再犯のおそれに関しては、あると考えられたものが25.7%（N=26）、ないと考えられたものが73.3%（N=74）を占めていた。

14. 反社会的集団との関係 [犯罪傾向]

反社会的集団との関係に関しては確認できたものが 27.7% (N=28)、確認できなかったものが 72.3% (N=73) を占めていた。

15. 非合法薬物使用歴 [物質乱用歴]

非合法薬物使用歴に関しては確認できたものが 47.5% (N=48)、確認できなかったものが 52.5% (N=53) を占めていた。

16. アルコール乱用歴 [物質乱用歴]

アルコール依存と診断された経歴に関しては確認できたものが 6.9% (N=7)、確認できなかったものが 93.1% (N=94) を占めていた。

17. 家族による受け入れの有無 [受け入れ]

家族による受け入れの有無に関しては、あるものが 34.7% (N=35)、あいまいなものが 13.9% (N=14)、ないと思われるものが 51.5% (N=52) を占めていた。

18. 家族以外の受け入れの有無 [受け入れ]

家族以外の受け入れの有無に関しては、あるものが 4.0% (N=4)、あることが確認できなかったものが 96.0% (N=96) を占めていた。

19. 通報票および身上書の字数 [通報状況]

通報票および身上書の字数に関しては、1000 字～1999 字の文字数で書

かれているものが70.3% (N=71) を占めており、ついで2000字～2999字が24.8% (N=25)、1000字未満が4.0% (N=4)、3000字以上が1% (N=1) であった。

20. 通報先自治体 [通報状況]

通報先自治体に関しては、東京都が47.5% (N=48)、関東近県が30.7% (N=31)、その他の県が21.8% (N=22) を占めていた。

21. 措置診察の有無 [結果]

26条通報の結果、措置診察が行われたものは21.8% (N=22)、行われなかったものは78.2% (N=79) であった。

22. 転帰 [結果]

26条通報の結果、措置入院となったものは13.0% (N=13)、医療保護入院もしくは任意入院となったものは13.0% (N=13)、入院とならなかったものは74.0% (N=74) であった。

また、解析の結果を表に示した。

解析の結果、入院の必要性、自傷他害の恐れ、粗暴性・衝動性の指摘に関し、措置診察が行われた群と行われなかった群で有意な差が認められた。

措置診察が行われた群の方が入院の必要性 ($\chi^2=34.464$, $p<0.001$) や自傷他害の恐れ ($\chi^2=50.833$, $p<0.001$)、粗暴性・衝動性 ($\chi^2=24.616$, $p<0.001$) が有意に認められた。

その他の項目に関しては、2群間で有意な差は認められなかった。

表

	措置診察あり (N=22)	措置診察なし (N=79)	検定統計量 (χ^2)	p
	平均値 (SD)	平均値 (SD)		
入院の必要性	1.14(0.35)	1.81(0.40)	34.46	***
自傷他害のおそれ	1.23(0.43)	1.94(0.25)	50.83	***
粗暴性・衝動性	1.50(0.51)	1.94(0.25)	24.62	***

***: $p < 0.001$

考察

解析の結果により、26 条通報においては自傷他害の恐れや粗暴性・衝動性が指摘されている等、自傷他害と直接的にかかわりがある要因の有無が重視されていることが明らかとなった。一方、これまでの先行研究 [文献 4, 5] で一般に言われていた自治体間の差や字数の多寡は、この研究では診察の実施との有意な関係が示されなかった。また、本研究により得られたデータから、措置診察の実施状況が示された。

従来より措置診察が施行される割合が矯正施設側が必要と考えるより低いと言われている理由はこの研究の対象ではないので明確に述べることはできない。ただ、以下の事は指摘できる。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。一方、諸条件から出所後に治療中断するリスクが極めて高いと考えられる場合、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。矯正施設で治療を担当した者が認識するこのような「近い将来のリスク」は、現時点での自傷他害を主な要件とする措置診察の実施に関して考慮されにくいのではないだろうか。

一般に、触法精神障害者の再犯リスクに関しては、犯罪歴（ヒストリカル）・現在の精神症状（クリニカル）・将来的な不安定要因（リスクマネジ

メント)の3つの角度から検討することが推奨されている〔文献8〕。しかし、既述のように措置入院は「将来のリスク」に基づいて行われるものではない。その点をクリアすることも出所後の再犯リスクを低下させるためには必要であろう。ただし、矯正施設出所後に措置入院や医療保護入院を継続することは受刑者からすれば「二重刑罰」としか受けとれない可能性もある。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人生がよりよいものになるよう、26条通報を適正に運用する方法を模索すると同時に、受刑と治療の関係についても検討すべき事柄が多々あると考えられる。

26条通報の運用に関しては、矯正施設側の認識が重視されて然るべきであると思われる一方で、矯正施設からの通報も主観的な記述だけでなく、HCR-20 (Historical, Clinical, Risk management 20 items) 等のように公共性のある尺度を援用することで説得力を増す必要もあると考えられる。また、このように矯正施設が自治体に対して行う26条通報に対し、現在は多くの自治体で措置診察の実施を事務官が決定しているが、それで十分に適正な運用が行われるのかどうか、あるいは医療関係者、たとえば医師や看護師や心理士等が決定する方が良いのか、そして、どうやって決定するのが最も良いのかなどを含め、システム自体の検討も行う余地があると思われる。更に、矯正施設を出所した者を対象に措置診察を行うためには財政的な裏づけが不可欠である。通報数が増え、それに対応して措置診察の実施数が増えれば、各自治体の財政上の負担も増えることになる。しかし、多くの自治体ではそれに見合った予算および人員は確保されていないと思われる〔文献7〕。そのため、26条通報の運用に際してはこうした行政的な面の整備も必要であると考えられる。

また、矯正施設で治療を担当した者が入院の必要性を強調した場合の方が措置診察に至る割合が高いという結果も示されたため、矯正施設側が重要視する「近い将来のリスク」が高い事例と自治体側が重視していると思われる「自傷他害の恐れ」が高い事例は重複するケースも少なからずあると予測される。今後は地方自治体側に対する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思

われる。

まとめ

八王子医療刑務所を満期出所した精神科患者を対象に行った 26 条通報の結果を分析した。解析の結果、26 条通報においては自傷他害の恐れや粗暴性・衝動性が指摘されている等、自傷他害と直接的にかかわりがある要因の有無が重視されていることが明らかとなった。また、本研究により得られたデータから、措置診察の実施状況が示された。以上を踏まえ、26 条通報の適正な運用に関して考察を加えた。

■文献

- 1 Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., Ogloff, J.R.P: HCR-20 コンパニオン・ガイド, 星和書店, 東京, 2007.
- 2 Hare, R.D.: Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised. MultihealthSystems, Toronto, 1991.
- 3 法務総合研究所:平成 19 年度版犯罪白書, 佐伯印刷株式会社, 東京, 2008.
- 4 松本 聡子, 野村 俊明, 土屋 悠華, 奥村 雄介: 精神障害を有する受刑者の社会復帰. 死生学研究 11: 334-319, 2009.
- 5 中元 総一郎, 平井 慎二: 出所(院)後の薬物乱用者に対する援助と観察の円滑な提供. 矯正医学 56: 111-112, 2008.
- 6 野村 俊明, 岩堀 武司: 矯正施設内処遇の課題と今後. ころの科学 132: 63-67, 2007.
- 7 武井 満: 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」をめぐるその処遇システム. ころの科学 132: 83-88, 2007.
- 8 Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D.: HCR-20 第 2 版, 星和書店, 東京, 2007.

(まつもと・さとこ 東京大学特任研究員)

(のむら・としあき 日本医科大学教授)

(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 from the risk assessment point of view

Satoko Matsumoto / Toshiaki Nomura /
Yusuke Okumura

Mental disorders are common among prison inmates. Article 26 of Japan's Mental Health and Welfare Law requires prison governors to report the impending release of inmates with mental disorders to the Prefectural governor; at the same time, documentary evidence of such inmates' psychiatric status must be submitted if they are assessed as likely to exhibit violent behavior. However, no research has been done on the implementation of this law. The goal of this study was to clarify the extent to which documentary evidence is actually included in reports issued by correctional institutions. It was found that documentary evidence is included high rates when inmates fall into 1 or more of the following 3 categories: the prison psychiatrist stated in the release report that hospitalization was necessary for psychiatric treatment; the risk of the inmate's inflicting harm on others is recognized; a violent nature and/or impulsiveness are recognized.