

図2は、精神障害者が犯罪行為を行った場合の処遇の経過を、イギリスのそれと対比して、図示するものである。

#### ①触法精神障害者の実態把握の困難性

イギリスでは、触法精神障害者に対しては裁判により処遇を定め、再犯を防止しなから適切な医療サービスを提供する、司法精神医療システムが既に確立されている。入院施設も High Security Hospital(全国3施設、計1,200床)と Medium Secure Unit(各30~50床、計1,600床)を整えて機能を分けて収容し、地域医療サービスを充実させて社会復帰を推進している。

比較してみると、わが国の触法精神障害者処遇策は無きに等しい。触法精神障害者の大多数は、裁判を経ずに検察で不起訴処分を受けたり、警察による保護処分を受けたりし、その後の処遇は医療の側に委ねられている。問題は、制度的欠陥の故に、司法側の処分を受けた時点で彼らから一般患者に化してしまうことである。重大な事件を起こし、かつ強い再犯傾向を示す患者であっても、その後の処遇の一切は医療側に任せられ、司法側はその経過を知ることさえ出来ないのである。その上、検察による25条通報(精神保健福祉法による知事への通報)や警察による24条通報の結果、措置入院とされた場合でも、患者は全国1,000箇所にあつた指定病院に分散収容されることになる。このため我が国においては、司法や医療の専門家であっても触法精神障害者の実態について知ることは少なく、そのことか誤解や偏見に基づく反対論を横行させ、触法精神障害者処遇制度の導入を大きく遅らせてきたものである。

#### ②欠陥制度のもとで生じていたこと

今日の精神科医療は、開放化とノーマライゼーションを目指す流れのもとで、治療に際して患者の意志を最大限に尊重することか求められる。そのような一般医療の場で、重大犯罪を繰り返すような触法精神障害者(以下、重大犯と略称)を適切に処遇することなど、望むべくもない。筆者らの調査の結果、我が国の触法精神障害者処遇の現場においてか、次の様な悲惨な事柄が日常的に生じている事実が明らかにされた。図2により、司法から医療の側に委ねられた後の処遇と再犯に至る経路を類型化して(A~E)示し、以下に説明を付す。(具体例については、前掲書に詳しいので、それらをか参照いたしたい)。

Aのように、一部の県立病院等か試みる司法精神医療サービスを受けられる者もいるか、それはごく少数に限られ、受けられるサービスの質も、英国などのそれに遠く及ばない。

Bのように 重大犯か入院を拒否されたり、あるいは措置診察さえ拒否されたりして、入院治療も受けられぬまま、再犯に到ることもある。

Cのように 重大犯か、医師1人の判断でごく短期間で ときには危険たという理由で保護室に入れられたままそこから直接退院を許され、しきに再犯に到ることもある。

Dのように 重大犯か、入院した病院内で職員を傷付けるなど重大な問題行動を示したときには、それを理由に強制的に退院させられ、そこで再犯に及ぶこともある。

Eのように、重大犯か院内で殺人等重大事件を起こし、なおかつ、退院については地域社会からの強い反対にあうなどして その病院の立場上退院させることもできない事情か生じたような場合には、重大犯か保護室に終生閉しこめられるようなことも起きている。



法案には、問題点も多く残されているか、まずは、多くの犠牲者を生み出してきたこの法治国家にあるまじき制度的欠陥を解消されること、そしてそこに欧米並みの司法精神医療をスタートさせられることを多とし、一步を踏み出して行かなければならない。

また、実際に、新法には我が国の司法精神医療の確立に必要な二点かしっかりと押さえられている。すなわち、

第1点は、専門治療施設としての指定入院機関の整備で、英国の司法精神医療をモデルとして充実した治療環境が整えられ、スタッフについても、困難な治療に取り組むのに必要にして充分なだけのスタッフの配置が、国費によって保障される。

第2点は、退院後のアフターケア体制の整備で、保護観察所が新たにソーシャルワーカーを配置してこれにあたり、専門治療施設のスタッフとの連携のもとで、従来にない、責任あるフォローアップがてきることになる。

なお、新法には、他にも、触法精神障害者への弁護人の付き添いや、被害者 遺族の傍聴権の保障など、本来であればそれら単独でも改革が目指されるべき懸案であった、重要な人権面への配慮についても規定されている。

#### 4 法案論議の過程におけるいくつかの争点について

新法は、その成立にいたる論議の過程で、一部の人権論者の方々からの強い反対を受けた。反対の論拠の一つは、制度の存在そのものに向けられ、これを、精神障害者を不当に拘束し、新たな差別を精神障害者の間に持ち込む悪法であるとして非難する。もう一つの論拠は、入院の正当化根拠に向けられ、「再犯のおそれ」についての評価は正確になしえないので、正当化根拠とはなり得ないとするものである。ここに、これらの問題についての筆者の考えを整理して示したい。

##### 1) 特別処遇

先に図1の説明のところでも触れたように、新法は、重大な犯罪行為を行った触法精神障害者が一定の要件を備える場合に、法的な拘束を加えて一般の精神障害者とは区別し、特別な処遇を行おうとするものである。このような特別処遇は、次のような二つの理由によって正当化される。

第1に、他者に重大な危害を加える者か、一般人から区別されて特別な処遇を受けることは、どのような社会においても極めて当然のこととされている。一般の犯罪者であれば、受刑して矯正教育を受けるし、少年の場合でも、必要に応じて少年院送致かなされる。責任年齢に達しない触法少年の場合でも、高度の要保護性を認めれば、児童自立支援施設に収容する。精神障害者の場合でも、重大犯罪を繰り返す傾向のある者を一般患者から区別して処遇するのは、欧米諸国では当然のこととされ、そこに、専門医療としての司法精神医療が確立されてきた。比較してみると、我が国の精神医療が医療上のこの区別を排することによって被った損失は極めて大きい。一般精神医療は、過大な重荷を負うことで開放化や脱施設化の流れに遅れをとり、他方において、専門医療としての司法精神医療のスタートも数十年の遅れをとってしまった。

第2の理由は、特別に処遇することによってスタートする司法精神医療か、触法精神障害者に対して極めて質の高い専門医療サービスを提供できると考えられる点にある。この点については先にも触れたのでここで多くは述へないが、早くにスタートした諸外国の経験に学び、早急に新たな医療システムを確立しようものと考えている。

## 2) 入院の正当化根拠と「再犯のおそれ」

新法のもとでは、重大な罪（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を犯し、検察官によって心神喪失ないしは心神耗弱を認められて不起訴処分を受けた者、および、裁判官によって心神喪失ないしは心神耗弱を認められて実刑を受けなかった者か、処遇決定のための審判を受けることになる。新法の原案では、入院の要件として第42条に「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のため再び対象行為を行うおそれがあると認める場合」と規定されたことから、「再犯のおそれ」の正確な判定は困難で入院を正当化する根拠となしえないとする反対論が提起されたものである。その後この条文は衆議院において修正され、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」と改められた。しかし、この修正は、入院に際しての「再犯のおそれ」についての評価の重要性を、減じるものではない。

欧米諸国の司法精神医療の実践において、リスク評価は日常的に為されるものである。患者の暴力行為に関するリスク評価はスタッフが必ずすべき重要な業務で、治療目標の設定や退院許可の判断など、治療活動の様々な局面においてこれか活用されている。我が国においても、リスク評価の信頼性を高めて行く努力が、今後より一層強く求められて行くことになる。

なお、リスク評価に基づく処遇判定は、これまでも我が国の精神科医か、一般精神科臨床の場面で日常的に行なってきたもので、保護室への収容や、閉鎖病棟入院中の患者に対する外出や外泊の許可も、通常はこれに基づいてなされている。現行の措置入院制度も、「自傷他害のおそれ（リスク評価）」に基づいて、強制入院の可否を判定するものである。このように、これまでは精神科医か個々の経験と主観に基づいてなされてきたリスク評価か、新法のもとでは、より厳密で、客観性を備えた評価基準によって行えるよう、その研究か重ねられることになる。その成果は、司法精神医療のみならず、我が国の一般精神科臨床の場にも、好ましい影響をもたらすものとなるだろう。

## 5 再犯に関するリスク評価の実際

再犯に関するリスク評価を適切に行うためには、最初に、対象者か当該犯罪行為をなすにいたった原因・動機に関わる諸要因と、それに精神障害か及ぼした影響について、充分な解明かされなければならない。触法精神障害者の犯行は、精神障害に関わる諸要因に加えて、その者の人格に特徴的な諸要因、さらにはその者を取り巻く諸種の環境要因か、様々な形で相互に作用しあった結果として生ずるものである。その諸要因と相互作用のプロセスを可能な限り明らかにし、個々のケースにおいて犯行の鍵となるいくつかの重大要因を見出すことか肝要である。

人格要因としては、一般に、情性の希薄さや爆発性、衝動性、倒錯的性嗜癖、その他暴力や犯罪と結びつきやすい性格や行動の特徴が問題となることか多く、その重さを表す指標として、過去の犯罪行為を含む問題行動歴が重視される。疾病要因としては、反社会性人格障害や妄想性人格障害、人格発達の障害の存在等に加え、体系化された強固な被害妄想や、意識の変容・脱抑制等をもたらし易い精神障害の存在などが、重視される。環境要因としては、適応的な生活を阻害する家庭や社会の側の要因があげられるか、それらは、対象者自身に内在する問題とも複雑に関わっている。

これらリスクファクターについては、欧米では実践に基づく多くの研究があり、定式化された評価方法も数多く紹介されている。欧米では人格障害をも治療対象として重視していることなどもあり、それらをそのままの形で用いることはできないか、それらを参考にして、しきに日本版の評価法が確立されることになるであろう。ただし、評価ツールは、鑑定においてはあくまで評価の補助手段に過ぎない。実際のリスク評価は、個々の事例について、犯行に関わった諸要因を分析し、関わった要因の克服方法を厳密に検証する中で、判定されるべきものである。

なお、リスク評価に基づく要入院の判定は、指定入院医療機関と、その他（通院等）の医療機関における、リスク管理の水準を念頭に置いて、判定されることになる。したかつて、対象者のための社会復帰施設や通院医療機関が整備され、そこで高い水準でリスク管理がてきよくなるようになれば、それだけ指定入院医療機関の入院者数を減し、触法精神障害者の社会復帰を促進できることになる。

## 6 将来的課題

心神喪失者等医療観察法は、我が国が未経験の新たな司法精神医療システムを構築するものである。その上、法案検討の過程で各方面の意向に配慮して作られた、ある意味での妥協の産物でもあることから、今後取り組むべきいくつかの問題が残されているように思われる。将来的課題として、重要と思われる点を列挙して示すと、以下の通りである。

### 1) 審判のあり方

まず、入院の要否を決める審判についてであるか、触法精神障害者の責任能力判定に関する従来の仕組みがそのまま残されており、検察あるいは裁判での決定を待って審判が開始されることになる。これでは効率が悪く、それぞれの段階での判定に食い違いが生じたりして、治療の開始も遅れてしまう。既存の法制度や、これに関わるそれぞれの機関・機構の事情よりも、むしろ、処遇される触法精神障害者のニーズを中心に据える方向で、制度面ならびに運用面での、手続きの一体化、簡略化、効率化が図られるべきであると考えている。

### 2) 要入院の判定

審判の入院決定に際しては、受け入れ施設のスタッフによる事前調査を許すなど、受け入れ側の意向がある程度及まれる仕組みを作るべきである。司法精神医療の質を高く保つには、触

法精神障害者の治療可能性や、治療施設の対応力等を配慮する必要がある。治療施設の対応力を無視した収容は、医療の停滞と、施設の収容所化を招く危険性があるので、避けなければならない。触法精神障害者の処遇における、矯正施設と司法精神医療施設、一般性新医療施設、それぞれの役割分担についても、検討が必要となるように思われる。

### 3) 専門治療施設

イギリスの司法精神医療システムは、次の三層の基本構造を持つ(病床数は2002年当時)。

① High Security Hospital (全国三施設、定床各400床)

② Medium Secure Unit (各施設、数十床平均。全国総計1400床)

③ 外來及コミュニティーケア施設のネットワーク

我が国にも、各地域に「小規模司法精神病棟」と、「外來及ひ地域ケア施設のネットワーク」を整備し、その上で、より長期的な治療を可能とする大規模な治療施設(研究や研修、教育等も引き受ける「司法精神医療センター」とも言うべきもの)を、いくつか整備する必要がある。

なお、将来的には、薬物乱用が問題となる事例に対しては、その特殊性に配慮した、別の専門治療施設が必要となるように思う。

### 4) 各治療施設間の患者の移送

もし、司法精神医療を支える三層の構造が我が国にも実現すれば、各医療施設は、患者の適性や、治療上の必要性に応じて、治療対象とする患者を相互に容易に移送しあえるような仕組みをつくることか望まれます。

### 5) 治療対象の拡大

より一層長期的な将来的な課題として、適切と見なされる場合には、司法精神医療施設と医療刑務所等矯正施設との間の、患者の移送も可能とすることか望ましい。また、医療のレベルが向上すれば、治療対象も欧米並みに(人格障害、非触法精神障害者等に対しても)拡大することも、考えられるようになるであろう。

### 6) 大学への司法精神医学関係講座の整備

司法精神医学 医療の領域における専門的な研究と教育を推進するため、大学に司法精神医学専門講座をいくつか整備し、専門治療施設との交流と協力を密にするとともに、欧米の司法精神医学界との交流を深めることか望まれる。

### 7) 学会や委員会等の設立

また、新たな法制度の運用や、規定の見直しなども、随時検討して行かなければならず、省庁の壁を越えて、この領域の課題について検討し、提言できる学会(司法精神医学会等)や委員会などを整備して行く必要もあると思われる。

## 7 おわりに

新たに制定された心神喪失者等医療観察法のもとで、我が国においてもようやく 欧米並みの司法精神医療の確率を目指す歩みが始まる。欧米に範とするに足るモデルがあり、意欲的にこれに取り組もうとされる精神医療関係者も多く見られることから、数十年の遅れもしきに取

り戻してゆけるものと期待している。

新法制定に至る過程を振り返ってみて、あらためて、この国で制度的欠陥を改めることの難しさを思う。どの国にもある制度で、医療の向上に明らかに資する制度であっても、数十年にもわたる不毛の論議を経なければならなかった。

制度的欠陥のしわ寄せを最も強く受けたのは、触法精神障害者による犯行の被害者たちである。日本国憲法は、国民の基本的人権を最大限尊重すべき国の責務について定めているが、それには、「公共の福祉に反しない限り」という条件が付けられている。重大な犯罪行為は、被害者（国民）に対する人権侵害の最たる行為であり、触法精神障害者が必要に応じてその人権を制限されるのはむしろ当然のことである。新法の制定は、このような当たり前の論議が国民の支持を得て実現されたもので、その意味においても、社会的に重要な意義を持つものと思われる。

#### 参考文献

- 1) 山上 皓 精神分裂病と犯罪 金剛出版 1992
- 2) 山上 皓 精神障害と犯罪 精神医学 36 786-797, 1994
- 3) 山上 皓 精神障害犯罪者をめぐる諸問題 精神経誌 100 958-975, 1998
- 4) 山上 皓 我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点 精神経誌 102 15-22, 2000

平成6年に刑事手続きにおいて心神喪失者又は心神耗弱者と認められた者の  
その後の再犯状況について

小島秀吾（東京医科歯科大学）

I 調査結果の統計的分析

1 はじめに

われわれは、精神障害者による触法行為の実態と、現行制度下での触法精神障害者に対する処遇およびそれらの者による再犯状況を明らかにするために、法務省の協力を得て、7年間にわたる全国規模の触法精神障害者の追跡調査を行った。その結果を報告する。

2 調査の対象

本調査の対象は、1994年の一年間に、全国で、触法行為をおこないながら精神障害を理由に検察庁で不起訴処分を受けたか、または裁判所で刑の減免を受けた者、総計1108例である。性別の内訳は、男性が980例(88.4%)、女性が128例(11.6%)であった。対象者1108例の障害名別・罪種別構成は、表1に示す通りである。罪種別では、殺人155例、放火94例、傷害185例と重大犯罪が多い。障害名別では、統合失調症が649例で最も多く、次いでアルコール中毒の103例が多い。

表1 対象事例1108例の障害名別・罪名別内訳

	重大犯罪							その他	総計
	総数	殺人	放火	強盗	強姦	猥褻	傷害		
統合失調症	310	92	52	26	26	114	339	649	
躁うつ病	31	20	3	1	2	5	36	67	
てんかん	13	3	2	0	1	7	8	21	
精神薄弱	12	1	6	0	2	3	26	38	
アルコール中毒	45	8	17	4	0	16	58	103	
覚醒剤中毒	17	3	2	2	0	10	35	52	
その他	81	28	12	10	1	30	97	178	
総計	509	155	94	43	32	185	599	1108	



なお、本論中の罪種名、障害名は法務省の分類に従った。同一事例に複数の障害名が記録されている場合は、法務省の基準に拠って最も重い障害のみを採用した。同一事例に複数の犯行が含まれている場合も、同様に最も重い罪種のみを採用した。また、本論では殺人、放火、強盗、強姦、強制猥褻、傷害の6罪種を重大犯罪とする。また、1994年に最初に裁定・処分がなされた犯行を「指標犯罪」と呼ぶことにする。

### 3 調査方法

上述の対象者 1108 例について、2001 年までの 7 年間に再度ないし複数回、触法行為に及んだ者について罪名、処分などの情報を得、さらに捜査記録、精神鑑定書、判決文などの資料の閲覧が可能な事例については、これをもとに再犯に至った経緯を調べた。なお、対象者のうち 22 例が 1994 年内に 24 件の再犯を示したが、これらの者については、同年内に最初に裁定を受けた事件を指標犯罪とし、それ以後の事件は再犯として計上した。

1995 年、96 年の再犯事例のうち不起訴処分が下されたものについては、本調査着手時点ですでに資料が廃棄されており情報を入手することかできなかったため、今回の集計からは除外している。

### 4 調査結果

#### 1) 再犯事例概要

対象者 1108 例のうち、205 例が総計 417 件の再犯事件を起こしていた。この中には、再犯時にも心神喪失・心神耗弱をみとめられ法務省に報告された者も、完全責任能力者として有罪判決を受けた者も含まれる。再犯回数を調べると、一回のみの再犯が 94 例であり、その他、二回か 53 例、三回が 31 例、四回が 15 例、五回が 8 例、六回が 4 例、であった。

205 例 417 件の再犯について、指標犯罪名別・再犯罪名別に整理すると、表2のようになる。どの罪種においても同種犯罪が反復される傾向がみられた。とくに、粗暴犯罪の反復 26 件のうち、11 件が傷害の反復を示していた。また、件数では、窃盗・詐欺などの財産犯の反復が最も多くみられた。

表2 再犯者 205 例の指標犯罪名と再犯時の罪名

再犯罪名		殺人	放火	強盗	強姦 猥褻	粗暴犯	財産犯	その他	総計
指標罪名									
殺人	6	1	1			2	2	4	10
放火	7	1	1			1	1	6	10
強盗	9	1		1		3	4	6	15
強姦 猥褻	3				1	1	1	1	4
粗暴犯	43	2	2			26	9	28	67
財産犯	79		2	1	2	13	140	29	187
その他	58	2	1	1	1	25	21	73	124
総計	205	7	7	3	4	71	178	147	417

障害名別・再犯罪名別に整理すると、表3の通りである。再犯者中では、統合失調症者が70例で最も多い。それに次いで、覚せい剤中毒(33例)、アルコール中毒(26例)、その他の薬物中毒(16例)が多く、再犯者における中毒性精神障害の占める率の高さが示された。

表3 再犯者 205 例の障害名別・再犯罪名別内訳

再犯罪名		殺人	放火	強盗	強姦猥褻	粗暴犯	財産犯	その他	総計
障害名(総人員)									
統合失調症	70	2	2	1	2	20	71	33	131
躁うつ病	11				1	4	5	6	16
てんかん	5		3			1	3	3	10
その他の精神病	12					3	19	1	23
アルコール中毒	26	1	1	1		14	27	12	56
覚せい剤中毒	33	1				15	11	42	69
他の薬物中毒	16					3	7	22	32
精神薄弱	11	1	1		1	2	20	12	37
精神病質	8	2				1	5	7	15
他の精神障害	13			1		8	10	9	28
総数	205	7	7	3	4	71	178	147	417

## 2) 再犯率

指標犯罪名別に再犯率を比較すると、表4のようになる。重大犯罪の中では、強盗が43例中9例(20.9%)と比較的高い再犯率を示していた。この他、詐欺を指標犯罪とする者が50%と最も高い再犯率を示し、覚醒剤取締法違反(41.2%)がこれに次ぐ。一方、再犯率が低いのは殺人(3.9%)、放火(7.4%)であった。一人あたりの反復回数の中でも詐欺が平均3.2回で最も多く、常習者の存在がうかがわれる。

表4 指標犯罪名別再犯率

指標犯罪名	人数	再犯者数(%)	件数(一人平均)
殺人	155	6(3.9)	10(1.7)
放火	94	7(7.4)	10(1.4)
強盗	43	9(20.9)	15(1.7)
強姦・強制猥褻	32	3(9.4)	4(1.3)
恐喝 傷害	198	35(17.5)	50(1.4)
暴行	40	7(17.7)	15(2.1)
器物損壊	65	15(23.1)	29(1.9)
窃盗	268	67(25.0)	149(2.2)
詐欺	24	12(50.0)	38(3.2)
覚取法違反	17	7(41.2)	12(1.7)
銃刀法違反	44	5(11.4)	14(2.8)
その他	128	32(25.0)	71(2.2)
総数	1108	205(18.5)	417(2.0)

障害名別に再犯率を比較すると、表5のようになる。最も再犯率が高いのは覚醒剤中毒(63.5%)であり、次いで、その他の薬物中毒(53.3%)と、中毒性精神障害の再犯率の高さがうかがわれる結果であった。一方、統合失調症では10.8%、躁うつ病では16.4%と、精神病の再犯率の低さが示された。一人あたりの反復回数では、精神薄弱で平均3.4回と最も多く、同一事例が反復していることが示唆された。

表5 障害名別再犯率

障害名	総数	再犯者数 (%)	件数 (一人平均)
統合失調症	649	70 (10.8)	131 (1.9)
躁うつ病	67	11 (16.4)	16 (1.5)
てんかん	21	5 (23.8)	10 (2.0)
その他の精神病	54	12 (22.2)	23 (1.9)
アルコール中毒	103	26 (25.2)	56 (2.2)
覚醒剤中毒	52	33 (63.5)	69 (2.1)
その他の薬物中毒	30	16 (53.3)	32 (2.0)
精神薄弱	38	11 (28.9)	37 (3.4)
精神病質	22	8 (36.4)	15 (1.9)
その他の精神障害	72	13 (18.1)	28 (2.2)
総数	1108	205 (18.5)	417 (2.0)

3) 再犯事件の裁定 処分

追跡期間中の 417 件の再犯事件に対してどのような裁定 処分が下されたかを整理したのが表6および図1である。

表6 再犯事件の裁定・処分

		再犯1	再犯2	再犯3	再犯4	再犯5	再犯6	計
不起訴	心神喪失	11	4	3	1	1	0	20
	心神耗弱	22	7	3	1	0	0	33
	起訴猶予	25	10	8	3	1	1	48
	その他	1	1	0	0	0	0	2
有罪	実刑	78	68	37	20	10	3	216
	執行猶予	39	8	2	0	0	0	49
	罰金	28	13	5	2	0	0	48
	その他の刑	1	0	0	0	0	0	1
無罪		0	0	0	0	0	0	0
								417

314 件(75.3%)が有罪判決を受けており、とくに実刑が 216 件で最も多い。また、再犯回数を重ねるにつれて、有罪率および実刑を受ける率が高くなる傾向がうかがえる。頻回(三回以上)の再犯は、内容的には、窃盗、覚醒剤取締法違反などの、比較的軽微で、かつ反復傾向の強い罪種が大部分を占める。

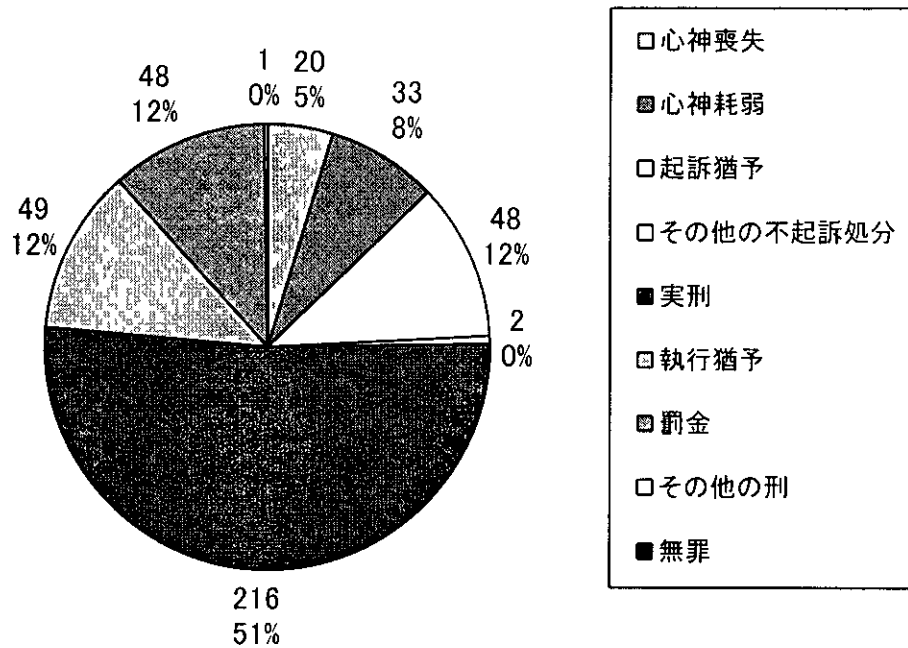


図1 再犯事件417件の処分・裁定

#### 4) 再犯にかかわる要因

触法精神障害者の再犯に関わる要因を明らかにすることを目的として、対象者 1108 例を、追跡期間中に再犯をなした者 205 例と再犯を行わなかった者 903 例に分け、それぞれを再犯群、非再犯群として、比較検討を行った(表7)。

表7 再犯群と非再犯群の比較

		再犯群(N=205)		非再犯群(N=903)	
性別		N	%	N	%
	男性	193	94.1	787	87.2
	女性	12	5.9	116	12.8
職業		N	%	N	%
	事務職員	2	1.0	13	1.4
	工員 店員	10	4.9	39	4.3
	自営業	8	3.9	27	3.0
	技能工	3	1.5	17	1.9
	労務者	23	11.2	42	4.7
	その他	14	6.8	76	8.4
	学生	1	0.5	11	1.2
	主婦	0	0	20	2.2
	無職	144	70.2	650	72.0
	不明	0	0	8	0.9
居住		N	%	N	%
	自宅 借家	144	70.2	709	78.5
	下宿 アパート	3	1.5	12	1.3
	精神病院	1	0.5	17	1.9
	住居不定	51	24.9	143	15.8
	その他	0	0	7	0.8
	不明	6	2.9	15	1.7
過去の逮捕歴		N	%	N	%
	0回	45	22.0	553	61.2
	1-2回	40	19.5	198	21.9
	3-5回	75	36.6	85	9.4
	6回-	44	21.5	40	4.4
	不明	1	0.5	27	3.0

主な結果は、以下に記す通りである。

①性別

男性と比べて、女性で再犯傾向が低い。

②職業

再犯群で、日雇い労働者の占める率が高い。

③住居

再犯群で、住居不定者の占める率が高い。

④過去の逮捕歴

1994年を基準にそれより過去十年間の逮捕歴・逮捕回数について再犯群と非再犯群を比較すると、非再犯群で逮捕歴のない者の率が高く、再犯群では三回以上の頻回の逮捕歴を有する者の率が高い。

## 5 考察—先行調査との比較

かつて東京医科歯科大学犯罪精神医学教室は、法務省の協力を得て、1980年一年間に法務省に報告された触法精神障害者946例について情報を得、その後1991年までの11年間にわたりその再犯状況の追跡調査を行った。以下に、今回の調査結果を、先行研究で得られた結果と比較し、近年の触法精神障害者をめぐる処遇のあり方の変化とその影響を見ることにしたい。

ふたつの調査の基準年(1980年および1994年)時点での、対象者の障害種別、重大犯罪種別、精神鑑定施行状況、事後の処遇をまとめたものが表8である。

両調査の対象者群において、各障害の比率はほぼ同様である。

前回調査の対象者946例の指標犯罪中、重大犯罪は568件(60.0%)であったが、今回の調査では1108例(件)中、509件(45.9%)であった。窃盗が149件から268件に増えるなど比較的軽微な犯罪の認知件数の増加により、対象者全体が増加し、それにともない重大犯罪の占める率が相対的に低下したと考えられる。

指標犯行後の精神鑑定の実施状況をみると、本調査では前回調査に比べて、鑑定なしが218例から342例に、簡易鑑定が466例から577例に増加しており、一方、正式鑑定が262例から189例と減少した。

表8 前回調査と今回調査の比較(1)

	前回調査(1980年)	今回調査(1994年)
対象者	946	1108
障害名		
統合失調症	542 (57.3%)	649 (58.6%)
躁うつ病	73 (7.7%)	67 (6.0%)
てんかん	15 (1.6%)	21 (1.9%)
精神薄弱	45 (4.8%)	38 (3.4%)
アルコール中毒	124 (13.1%)	103 (9.3%)
覚醒剤中毒	47 (5.0%)	52 (4.7%)
その他	100 (10.6%)	178 (16.1%)
重大犯罪	568 (60.0%)	509 (45.9%)
殺人	205	155
放火	139	94
強盗	35	43
強姦 猥褻	35	32
傷害	154	185
精神鑑定施行状況		
鑑定なし	218 (23.0%)	342 (30.9%)
簡易鑑定	466 (49.3%)	577 (52.1%)
正式鑑定	262 (27.7%)	189 (17.1%)
事後の処遇		
措置入院	417 (44.1%)	595 (53.7%)
措置以外の入院	269 (28.4%)	272 (24.5%)
入院なし	221 (23.4%)	193 (17.4%)
不明	39 (4.1%)	48 (4.3%)

事後の処遇については、措置入院が417例から595例に増加した一方、入院なしが221例から193例に減少した。

表9に、前回調査および今回調査の追跡期間中の再犯状況を示す。

表9 前回調査と今回調査の比較 (2)

追跡期間	前回調査		今回調査
	11年間 (1981-1991)	7年間 (1981-1987)	7年間 (1995-2001)
再犯者 (人)	207	184	205
再犯件数 (件)	487	380	417
重大犯罪 (件)	110	85	67
殺人	14	11	7
放火	4	2	7
強盗	10	6	3
強姦 強制猥褻	9	8	4
傷害	73	58	46
再犯事件裁定 処分			
不起訴	130	106	103
心神喪失	45	37	20
心神耗弱	44	35	33
起訴猶予	39	32	48
その他	2	2	2
有罪	356	273	314
実刑	227	192	216
執行猶予	36	4	49
罰金	90	75	48
その他の刑	3	2	1
無罪	1	1	0

前回調査では再犯者数 207 例、再犯件数 487 件であり、そのうち重大犯罪は 110 件 (22.6%) であった。一方、今回の調査では再犯者数 205 例、再犯件数 417 件であり、そのうち重大犯罪は 67 件 (16.1%) であった。しかし、前回の調査は 11 年間の追跡によるものであり、今回の調査とは追跡期間が異なるため、比較は困難である。そこで、前回調査結果について、追跡開始時点から最初の 7 年間 (1981～1987 年) に限定してみたところ、184 名が 380 件の再犯事件を起こしており、そのうち重大犯罪は 85 件 (22.4%) であった。

ふたつの調査を、追跡期間を揃えて比較すると、今回の調査では、再犯者数、再犯件数がともに増加している。対象者中に窃盗、詐欺などの軽微な罪種の事例が増えたことは既に述べたが、これらの者が同種犯罪を常習的に反復する傾向にあることか、再犯者数および再犯件数の増加に結びついたと考えられる。一方で、重大犯罪の件数は減少しており、さらに加えて、軽微な事件の反復による再犯件数全体の増加により、重大犯罪の比率が低下している。

なお、既述したように、再犯事件のうち 1995 年、96 年に不起訴処分を受けた事件は資料の欠落のため今回の統計に含まれていない。すなわち、表に示した再犯者数、再犯件



数、重大犯罪件数は実際よりも少なく計上されていると思われ、今回の調査にみられた重大犯罪の件数の減少には、そのことが影響している可能性も考えられる。

再犯事件に対する裁定・処分についても、上述のデータの欠損があるため限定的にしかな言及できないが、有罪判決の増加がみられ、とくに執行猶予の増加が目立つ。また、起訴猶予処分の増加は、軽微な再犯事件が増加したことを反映していると考えられる。

## 6 まとめ

1994年の一年間に法務省に報告された触法精神障害者1108名を、7年間追跡調査した結果、205名が417件の再犯事件を起こしていることが明らかになった。再犯群と非再犯群との比較から、男性、職業・住居の不安定さ、逮捕歴の存在、が再犯の危険要因として示唆された。

先行の調査研究との比較から、1) 比較的軽微な罪種が増加し、全体に認知件数が増加したこと、2) 正式鑑定が減少し、簡易鑑定のみ、あるいは、鑑定が行われない場合が増えていること、3) 再犯者数、再犯件数が増加した一方、重大犯罪の占める割合が低下したこと、が明らかとなった。

# 重大犯罪を繰り返していた事例の経過概要(資料)

渡辺 弘(東京医科歯科大学)

本調査対象事例の中で、指標犯罪と再犯のいずれにも重大犯罪6罪種(殺人、放火、強盗、傷害致死、強姦・強制猥褻、傷害)が含まれ、かつ、事例分析に必要な資料が入手してきたものが13例含まれていた。

事例分析はまだ終了していないが、参考資料として、以下に、これらの事例の経過の概要を報告する。

## 1 統合失調症の事例

### 事例1 (殺人未遂→殺人)男性 昭和26年生 統合失調症

(生活史・現病歴)大学2年頃(20歳頃)の発症と思われる。その頃から奇異な言動が見られるようになり、大学も中退。統合失調症の診断を受け、昭和51年頃から入退院を繰り返す。これまで10回の入院歴がある。両親と兄と4人暮らし。事件の被害者の実兄も統合失調症。

(指標犯行)殺人未遂 不起訴 (心神喪失)

平成6年6月、近親相姦で生まれた兄を殺すのは自分の宿命だと思ふようになり、実兄の背部を包丁で突き刺したが、父に制止されたため、加療1ヶ月の傷害をおわせるにととまり、殺害の目的を遂げなかった。心神喪失とされ、不起訴となり、措置入院となった。(半年後に退院)

(再犯)殺人 不起訴 (心神喪失)

最後の入院(10回目の入院)の退院後4ヵ月後の事件。最終受診は犯行1ヶ月前。犯行3週間前から服薬が不規則になった。再び、近親相姦で生まれた兄を殺すのは宿命という体系化された妄想が増悪。事件前日には全く服薬せず、兄殺害を決意し、自宅において文化包丁で兄の胸部を突き刺し、殺害した。統合失調症に罹患し、犯行時も幻覚妄想状態にあったとされ、心神喪失が認められ、措置入院となった。

### 事例2 (殺人未遂→放火) 昭和48年生 統合失調症

(生活史・現病歴)幼少時は物静かで大人しい子供だった。中学3年の終わりころから動作緩慢、寡言、自閉が出現。中学卒業後1~2ヶ月眼鏡部品工場に勤めるが、以後入退院を繰り返す。これまで7回の入院歴があるが、薬物治療は効果に乏しく、長期間の症状の安定はなかった。

(指標犯行)殺人未遂 不起訴 (心神耗弱)

平成6年6月自宅においていろいろと干渉する祖父の言動に憤慨し、包丁で祖父の頸部

を約30回切りつけ、突き刺すなどしたが、弟に止められたため傷害を追わせるにとどまった。不起訴(心神耗弱)となり、措置入院となった。その後も再犯事件まで2回入院している。

(再犯)現住建造物放火 不起訴 (心神喪失)

平成9年3月、祖父が自分の頼みを聞いてくれないとって衝動的に祖父の部屋に放火し、住宅1棟を全焼させた。犯行時精神分裂病に罹患していて心神喪失の状態にあったものと認められ、措置入院となった。

### 事例3 (傷害→傷害)昭和31年生 統合失調症

(生活史・現病歴)地元の小中を卒業し、高校に進学したか腎臓疾患のため2年留年し、昭和50年に中退した。6年間就職せずぶらぶらとすごしていた。昭和56年(25歳)に自動車整備工場に2年半勤務した。発症はこの頃と考えられる。その後パチンコ店に勤務、1年で退職し、実家に戻った。昭和61年(30歳時)に他人の家に上がり込んだり、事務所に居座わるなど奇異な行動がみられたことがある。足のしびれ、不眠のため地元の病院を受診したが数回通院したのみ。平成元年以降通院歴なし。

(指標犯行) 心神耗弱 入院なし

平成6年8月にパチンコ屋で従業員の顔面殴打、膝蹴りを加え、傷害を負わせたが、統合失調症に不起訴(心神耗弱)となったが事件後も入院せず。その後もパチンコ店の出入りを禁止されていたにもかかわらず、出入りを繰り返した。

(再犯)平成6年12月末、再び店の経営状態を尋ねるためにパチンコ店の従業員食堂に入ったので退出を命じられたところ、憤慨し、従業員2人にそれぞれ顔面を殴打したり指に噛み付くなどして傷害を負わせた。精神鑑定で統合失調症に罹患し、妄想に基いて犯行に及んだとされ、不起訴(起訴猶予)となり、措置入院となった。

### 事例4 強制猥褻→強制猥褻—窃盗 昭和19年生 不起訴(起訴猶予) 医療保護入院

(生活史・病歴)中学卒業後は鉄工所、船の積み下ろしの仕事など職を転々としていた。窃盗等前科16犯、犯歴2回。20代に窃盗で何度か懲役刑を受け、服役している。発症はこの頃と考えられるが病歴の詳細は不明。1人暮らして生活保護を受けている。指標犯行時もクリニックに通院中であった。

(指標犯行)強制猥褻 心神耗弱 任意入院

平成6年4月、路上で登校中の6歳女兒の頬を両手で挟み、唇に接吻した。鑑定で統合失調症のため心神耗弱、措置非該当とされ、医療保護入院となった。

(再犯) 指標犯行後の詳細は不明。退院後もかかりつけのクリニックに通院していたようである。最終受診は事件の10日前。平成12年5月病院待合室で5歳女兒の肩を抱き接吻をした。簡易鑑定で統合失調症により高度に人格が崩れた状態であり、法律による処遇より医療による処遇の方が適切とされ、不起訴となり、I 病院に医療保護入院となった。

その4ヶ月後に窃盗事件を起こし、同様に不起訴(心神耗弱)となっている。

## 2 アルコール中毒の事例

### 事例1 (現住建造物放火→殺人未遂)アルコール中毒 男性 昭和9年生

(生活史・現病歴)20代から多数の犯歴があり、暴力団に出入りしていた時期もある。前科前歴10回(殺人1件、強盗1件、傷害2件、暴行2件、恐喝1件、強迫1件、覚醒剤1件、窃盗1件)、昭和39年(30歳時)に殺人罪で懲役13年の実刑判決を受けている。精神科入院歴はこれまで3回あり、初回入院は昭和62年(53歳)にアルコール幻覚症で同意入院している。その後2回の入院もアルコール依存症である。1人暮らして生活保護を受けている。

(指標犯行)現住建造物放火 不起訴 (心神喪失)

平成6年2月幻覚により何者かに殺されると思い、殺されるならいっそ放火して自殺しようと思ひ、居間に灯油を散布した上、石油ストーブを蹴り倒して火を放ち、他人宅を全焼させた。鑑定にて犯行時心神喪失とされ、措置入院となった。

(再犯)殺人 不起訴 (心神喪失)

指標犯行後より平成9年5月まで入院していたが、9年8月知人宅において知人を殺害する目的で刃物で知人およびその妻の胸部を切りつけたがその場から逃げ出したため胸部裂創を負わせるにとどまり、殺害の目的を遂げなかった。犯行時多量のアルコールを摂取していたことが認められ、警察で保護された後も刃物で切りつけたことを全く覚えておらず、体に虫が這っている。眼をつぶるといろいろな物が見えると供述していることから犯行時もアルコール精神病が出現し心神喪失に陥っていたと認められ、同日措置入院となった。

### 事例2 (傷害、窃盗→覚醒剤—傷害—詐欺未遂—器物損壊、威力業務妨害) 男性 昭和21年生 アルコール中毒

(生活史、現病歴)中卒後製靴会社に就職するが5ヶ月でやめ、土木作業員として各地の工事現場を転々としていた。

傷害、詐欺など前科17犯。飲酒して暴力事件をおこしていた。昭和57年には入院中に病院職員と散歩中、「逃がしてほしい」と頼んだか、断られたため、職員をナイフで切りつけた。昭和62年にも飲酒により傷害事件を起こしている。

(指標犯行)傷害、窃盗 不起訴(心神喪失) 措置入院

平成6年5月 刺身包丁を窃取し、通行中2名の男性の背中を包丁で切りつけた。犯行時心神喪失が認められ措置入院となった。

(再犯)4ヶ月後に退院。退院後まもない同年11月覚醒剤取締法違反により 懲役1年10月の実刑判決を受け、平成8年9月刑期終了し、出所。その9ヶ月後の平成9年6月、駅改札口付近で14歳女性に対し、熱湯をかけ、また、手拳で顔面を殴打し、傷害罪で1