

家を交えての意見交換や討議を繰り返すことで有益な成果が得られることが確認できた。

なお、平成17年度以降の研究計画の骨子は次の通りである。

(1)平成16年度に収集した6事例だけでは拾い切れていない問題点を示すような事例の追加とそのまとめを今回と同様の形式で行う。最終的には収集事例の総合的なまとめを作成する。

(2)平成17年度から実際に医療観察法が施行される中で蓄積される事例も追加する。これまで医療観察法をめぐって検討されてきた点について、実際に施行してみた結果がどうであったのかを明らかにする。

(3)前年度までの森山班の成果に本研究班の成果を加えて発展させ、より確立された刑事責任能力鑑定に関する具体的なガイドラインを構築する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

【資料1】

事例1

対象行為	傷害, 銃刀法剣類所持等取締法違反
障害種別	アルコール・物質関連障害
診断名	F10.2 アルコール使用による依存症候群, F10.3 アルコール使用による離脱症候群, F15.75 精神刺激薬 (覚せい剤) 使用による残遺性・遅発精神病性障害, F60 非社会性人格障害

事例のサマリー

被疑者は38歳の男性であり、本件犯行は、見知らぬ通行人に対する、武器を用いた傷害である。被疑者は、思春期以降より暴走族・暴力団組織に所属し、暴力行為を中心とした多種方向性の犯罪傾向、および、15年間にわたる過去の覚せい剤乱用歴を持っていた。最近3年間は覚せい剤の使用はないものの、3年を経過した今でも、要素性幻聴、頑固な睡眠障害が長期間残遺していた。覚せい剤中毒後遺症症状に対する自己治療として飲酒を続けているうちに飲酒コントロールを喪失し、犯行の数ヶ月前には手指振戦や離脱性けいれんも出現するなど、アルコール依存症と診断できる状態にあった。本件犯行は、見知らぬ他人に対して武器を用いた暴力行為を行い、傷害を負わせるというものであった。その背景には、犯行の数日前より、体調を崩したために被疑者の飲酒量が減少しており、犯行の数時間前には、発汗などの離脱症状を呈し、犯行時には、幻視、幻聴、包囲攻撃状況などの精神病症状が活発な、アルコール性離脱せん妄の状態にあったと考えられる。

なお、実際には、本事例は、起訴前簡易鑑定の結果、不起訴となり、検察官通報を経て措置入院となった。報告者は入院治療中の主治医として本事例に関与した。措置入院時、すでに離脱せん妄の症状は消失していたが、覚せい剤後遺症としての幻聴と睡眠障害、および、アルコール依存症候群が残遺していた。そこで、措置解除後、幻聴と睡眠障害に対する薬物療法を実施しながら、任意入院・開放病棟・集団療法という典型的なアルコール依存症の入院治療に参加させた。しかし、入院治療中に院内飲酒および暴力行為などの反社会的な行動が繰り返されたために、入院時の治療契約にしたがって退院となった。以後も通院も途絶え、治療は中断している。

本事例の問題点についてのサマリー

1. 責任能力に関する問題: 本件犯行は、アルコール性離脱せん妄の幻覚妄想の影響下で行われている。一般には、離脱せん妄は、様々な程度の意識減損と幻覚妄想の出現を特徴とする病態であるが、本事例の責任能力を議論する場合、以下の3点を考慮する必要がある。(1) 本事例では、離脱せん妄は意識減損が軽度で、むしろアルコール幻覚症に近い病像であった。(2) 幻覚妄想による完全支配下での行為ではなく、幻覚妄想に対する粗暴な人格の反応という側面が強かった。(3) さらに、本事例の幻覚妄想には、覚せい剤急性中毒における、「不安状況反応」に類似した特徴がみられ、性的能力に関する劣等感、あるいは、以前所属していた暴力団組織への負い目意識と深く関わったものであり、一種の心因反応として了解できる側面があった。以上の3点をもって、有責性を問うことができると考えている。
2. 医療観察法を想定した場合の問題点: 通常のアルコール性離脱せん妄の場合、医療観察法の判定の際には、すでに離脱症状は消退し、医療観察法の治療対象とはならない依存症候群が残るだけである。しかし、本事例のような場合を想定すると、判定時にも、覚せい剤による残遺性・遅発性精神病性障害は存在していると予測される。このような症状を医療観察法による医療の対象とした場合、併存するアルコール依存症候群と非社会性人格障害も治療対象とするのかどうかを明らかにしておく必要がある。
3. 精神保健福祉法の枠組みにおける問題点: 本事例が医療観察法の治療対象とならなければ、検察官通報により一般精神医療に流れてくる可能性があるが、本事例のような非社会性人格障害の事例は、精神保健福祉法の枠組みでは対応が困難である。もしも行うとすれば、本人の主体的な治療意欲を尊重した、限定した形の援助となるが、容易に治療中断となり、再犯の可能性が高まることが予想される。

【資料2】

事例2

対象行為	傷害、強盗未遂、銃刀法剣類所持等取締法違反
障害種別	アルコール・物質関連障害
診断名	F18.0 揮発性溶剤使用による急性中毒, F15.0 精神刺激薬使用による急性中毒, F18.2 揮発性溶剤使用による依存症候群

事例のサマリー

被疑者は、20年以上におよぶ有機溶剤乱用歴を持つ、36歳の男性である。本件犯行は、主に有機溶剤による酩酊状態において、見知らぬ通行人に対する傷害、および、コンビニエンスストアでの強盗未遂事件を起こしたというものである。被疑者には、前歴として2回補導歴（少年院入院2回）、前科として5回の逮捕歴があるが、いずれも毒物及び劇物取締法違反という単一方向性犯罪傾向がみられ、このことは、被疑者が重篤な有機溶剤依存者であることを裏付けるものといえるであろう。

本件犯行は、被疑者が数日間に及ぶ有機溶剤の連続吸引をした結果、健忘を伴う酩酊状態のなかで行われている。かねてより被疑者は、有機溶剤吸引による酩酊を経験していたが、これまで、本件のような広範な健忘と粗暴性が顕著な酩酊状態を経験したことはなかった。さらに問題を複雑にしているのは、被疑者の供述によれば、この連続吸引中に、たまたま入手した覚せい剤口被疑者は覚せい剤の使用経験が乏しく、その薬理作用を熟知していたとは言い難い口を摂取したということであった。これが、かつて経験したことのない暴力的な酩酊状態の発言に関与している可能性も十分に考えられた。

本事例では、事件後に本人が、「事件に関する記憶が全くない」と主張したことから、起訴前簡易鑑定が実施された。鑑定の結果は、重篤な有機溶剤依存を根拠に医学的治療の必要性を強調し、さらに、限定責任能力を示唆するものであった。本事例は不起訴となり、検察官通報によって精神病院に医療保護入院、さらに、薬物依存専門病院に任意入院した。これらの医療機関では表面上何らのトラブルもなく治療を受け、入院治療プログラムが終了と同時に退院となった。しかし、この治療中に、自身の有機溶剤依存に対する問題意識に関して、何らの内的な変化が生じないまま、ただ入院していただけという印象はぬぐえなかった。それを反映するように、退院後ただちに通院が途絶えた。その後、入院中の主治医をつとめた報告者のもとに警察からの問い合わせがあったところをみると、何らかの違法行為によって司法的な対応がなされた可能性が高い。

なお、本報告は、薬物依存者の責任能力と治療・処遇のあり方について、薬物依存専門病院において治療を担当した者の立場からなされたものである。

本事例の問題点についてのサマリー

1. 責任能力に関する問題点: 本事例は、犯行そのものに関する記憶脱失を主張している。供述そのものの信憑性も問題であるが、この供述が正しいとすれば、本件犯行は急性薬物中毒による複雑酩酊下で実行されていると捉えることができる。これは、通常であれば、「原因において自由な行為」としてその有責性を問われる状態であるが、本事例は本件犯行前に、使用経験の乏しい覚せい剤を大量に摂取している。覚せい剤を摂取した理由は明らかではないが、摂取時点ですでに有機溶剤による酩酊下にあった可能性が高く、理論上、「原因において自由な行為」と見なすことには困難があるように思われる。
2. 医療観察法を想定した場合の問題点: 上述の理由から、本事例は、医療観察法において検察官申し立ての対象となる可能性がある。しかし、医療必要性の鑑定の時点では、すでに狭義の精神障害の症状は消退していることが予想され、薬物依存単独では治療の対象外とされることになる。その結果、検察官通報により通常精神保健福祉法の枠組みへと流れていく可能性がある。
3. 精神保健福祉法の枠組みにおける問題点: 精神保健福祉法における精神障害の定義には、薬物依存も含まれている。したがって、一般精神科医療機関で何らかの対応を迫られることになるものの、「依存」自体が強制的治療の枠組みにはなじみにくい性質がある。本人の治療意欲によっては容易に医療中断となり、刑事司法システムからも医療システムからも脱落してしまう可能性がある。その結果、本人の治療意欲を掘り起こす機会も得られないまま、悪循環がくりかえされることが危惧される。

【資料3】

事例3

対象行為	強姦未遂、強要
障害種別	人格障害、物質関連障害
診断名	F60.2 非社会性人格障害 F15.50 精神刺激薬による急性精神病

事例のサマリー

被疑者は34歳の男性である。中学時代より様々な非行を繰り返し、20代前半からは覚せい剤の乱用を開始している。暴力団準構成員として職業や住居を転々とし、粗暴事犯や覚醒剤取締法違反などのため、成人以降は人生の約半分を刑務所で服役してきた。両親は被疑者が幼少時に離婚しており、実母に統合失調症の治療歴があるものの、被疑者自身には精神科治療歴はない。

本件犯行は強姦未遂および強要である。具体的には、刑務所を出所して約2年後の某日深夜、覚せい剤を使用した被疑者は、性欲のはけ口を求めて自家用車を運転して市街地を徘徊中、たまたま見かけた残業から帰りの女性会社を脅して屈辱的な姿勢や言動を強要し、自慰行為にて射精に至ったのち、被害者を車で1時間ほど連れ回すという事件を引き起こした。犯行後は被害者を路上に放置して逃走したが、翌日、被害者を再び呼び出したため、被害者の通報により待機した警察官に逮捕されたものである。

本件犯行時、「自分には超能力がある」という主旨の妄想的言動があり、被疑者に家族内の遺伝負因があるため、犯行時の精神状態や刑事責任能力に関する簡易精神鑑定を検察官から依頼された。

鑑定の結果、本件犯行時、被疑者は、反社会的な人格障害を基盤とした覚せい剤乱用による急性精神病状態にあったと診断されたが、犯行様態などから限定責任能力を認定した。また、「周りから見張られている」「考えが読み取られる」といった精神病症状が持続し、ガンザー症候群（仮性痴呆）を思わせる疎通性の低下が認められたため、精神科的治療を推奨した。この鑑定結果を受けて、拘置所で治療を受けながら公判が開始され、公判鑑定においても限定責任能力が認定されたが、最終的な公判結果は不明である。

本事例の問題点についてのサマリー

1. 責任能力に関する問題: 生活歴から反社会性人格障害の診断は容易であるが、精神病症状が長期間持続したことから、本件犯行時と鑑定時現在の精神病症状を覚せい剤精神病として一元的に説明できるかどうかの問題となった。家族内の遺伝負因が認められたことから統合失調症である可能性も否定しえず、犯行から鑑定時点までの限られた情報から診断する作業は困難をきわめた。最終的に、犯行動機の詳細な理解可能性や行為の一貫性などを根拠に限定責任能力と判断したが、診断が覚せい剤精神病と統合失調症病態のいずれであるにしろ、病態は決して軽症とはいえず、責任能力の評価基準の曖昧さが改めて問われた事例ともいえた。なお、鑑定時の本事例の状態は、疎通性に大きな問題があり、公判過程では訴訟能力が問題になることが予測された。拘置所では向精神薬が投与されたが、十分な効果が得られないまま公判に移行した。本事例は、本件犯行時から公判鑑定にいたるまでの約2ヶ月、一貫して精神病状態にあったことを考えると、起訴前の留置、起訴後の拘置、そして、実刑確定後の服役の各プロセスにおいて、司法手続きを適切に遂行させるためにも、精神科治療の供給体制が再検討されるべきであると思われた。
2. 医療観察法を想定した場合の問題点: 公判で無罪もしくは執行猶予刑となった場合、本事例は、精神病症状のゆえに医療観察法の対象となりうるが、指定入院医療機関から退院した後も人格障害や薬物依存の問題は残るため、再犯の可能性は依然として高いままであると予想される。
3. 精神保健福祉法の枠組みにおける問題点: 本事例は、医療観察法の対象外とされた場合、精神保健福祉法の枠組みのなかで措置入院となる可能性がある。この場合も前記と同様、精神病症状の改善はできても、人格障害と薬物依存の問題は残るため、措置解除後に再犯の可能性はある。人格障害に対する医学的治療の効果は非常に限られたものであり、薬物依存の治療については、本人の主体的な治療意欲なしには成り立たず、さらにいえば治療意欲があるからといって、それは薬物の再使用がないことをいささかも保証しない。このような事例に対して、医療がとることのできる責任の範囲は、きわめて限られたものである。

【資料4】

事例4

対象行為	傷害、建造物等以外放火
障害種別	妄想性障害
診断名	F22.0 妄想性障害

事例のサマリー

被告人は、高校を卒業後、事件の1年半前までは就業していたという、23歳の無職の男性である。この間母親などにたびたび暴力をふるい、統合失調症の診断により二度にわたりそれぞれ約3ヶ月間、A精神科病院に措置入院をしたことがある。被告人は、この当時の入院について「病気扱いされて無理やり入院させられた」という受け止め方をしており、本件犯行の約1年前からA病院の主治医B医師、病院長らに対して謝罪と治療費の返還を求めて脅迫を繰り返していた。

本件犯行は、傷害および建造物等以外放火である。具体的には、某日、被告人は、B医師を病院前路上に呼び出し、B医師にあらためて謝罪を求めたが、B医師がこれに応じなかったことに立腹し、被告人はB医師を殴りつけた。さらに数日後には、A病院の駐車場にとめてあった病院長の車に放火をした。被告人は、病院長への傷害と車への放火のため逮捕された。

公判において、B医師らは、被告人は統合失調症圏の障害に罹患しているものの、責任能力は有すると意見した。弁護人の求めでV医師による公判鑑定がなされたが、途中で被告人がV医師に暴力をふるい中止された。再度鑑定人を替えて、報告者による鑑定が実施されることになった。

本事例の問題点についてのサマリー

1. 責任能力に関する問題点: 本事例の責任能力について検討しようとする、まず妄想性障害の責任能力論については必ずしも確立された考え方が示されていないという壁に直面する。これは本研究において取り扱うべき課題である。なお、本事例においては障害(妄想)と事件との間に直接の関係がないことから責任能力は完全に問うことができると考えられる。

2. 医療観察法を想定した場合の問題点: 本事例を医療観察法で取り扱う場合を考えると、確かに医療によって“何らか”の対処はできるかもしれない。しかし妄想性障害という疾患が多くの場合薬物療法を含む精神科治療に対して極めて抵抗が強く、本事例でも過去の入院で実際にそのような経過が見られたこと、さらにその結果として治療者を巻き込んだ妄想を形成し本件の被害者としている点で、医療による処遇が“有効である”あるいは“適切である”といえるのかという問題がある。

3. 精神保健福祉法の枠組みにおける問題点: 従来の精神保健福祉法の枠での治療をするとするならば、本人の治療意思は全くないので、措置入院もしくは医療保護入院となることになる。前者について考えると、はっきりと今後の他害を明言している点は措置要件に該当するといえるかもしれないが、必ずしもそれは疾病の症状ということではできない。後者について考えると、(家族に選任の要件を満たす者はいるので家族の同意による手続きが行われることになるが)少なくとも本件の法廷においても家族は報復を恐れて出廷や証言を避けており、現実的には医療保護入院にあたっての家族の同意も得がたいと予想される。さらにいずれの形で治療に導入されたとしても、治療効果の点などについては医療観察法と同等か(直接には医師や家族の判断と同意で入院することになるため)、もしくは、より一層、難しい治療の状況が生まれる可能性が高い。

結果として、処遇の構造からすると矯正施設が最も適切な場ではないかと考えられ、またそれは責任能力の判断のうえでも本事例の場合には一致する。けれども、本事例では自ら公言してはばからないとおり再犯可能性は高いと思われるながら、矯正処遇によってその予防が可能であるのか(だからといって医療ならば可能であるというわけではないが)という点では疑問を抱かざるを得ない。

現在の法廷ではあまり取り扱われることがないので、今回は詳細には触れなかったが、訴訟能力や受刑能力についても今後は検討されていかなければならないことを示す事例であるといえる。

【資料5】

事例報告5

対象行為	傷害
障害種別	妄想性人格障害／妄想性障害
診断名	F60.0 妄想性人格障害〔狂信者（従来診断）〕〔起訴前囑託鑑定における鑑定人の診断〕 F22.0 妄想性障害〔報告者の遡及的診断〕

事例のサマリー

本事例は、32歳時および35歳時に傷害事件を起こし、39歳時に満期釈放後、26条通報により措置入院となり、現在まで約12年間にわたって入院治療を続けている者である。幼少時より高知能を示し、学業成績はつねに最優秀で、ストレートで一流大学に入学している。しかしその一方で、反面、学童期の多動傾向や大学時代に心身症を呈し、実母に精神疾患が疑われるなどの遺伝負因があり、青年期には、就職に際しての挫折体験、さらには、進路選択や財産問題をめぐって専横な実父との対立・葛藤を体験するなかで、父への怨恨を強めていったという内的な変化があった。

最初の犯行は、その怨恨にもとづいて、31歳から1年近くにわたって脅迫電話を繰り返した後に、32歳時、父を職場で待ち伏せし、武器を用いて重傷を負わせるというものであった。起訴前囑託鑑定で「偏執性格を基盤にした状況反応状態」と指摘され、実刑判決を受けた。その後、刑務所内で就業拒否を始めとする規則違反を繰り返し、誇大的、反権威主義的、攻撃的な態度のために処遇が困難となったことから、医療刑務所へと移送され、「異常性格を基底にした拘禁反応」の診断で投薬などの治療を受けている。満期釈放に際しては、26条通報が行われたが、診察実施されなかった。そのため、医療中断の状態での地域生活となったが、実父や自分にかかわった司法関係者に対して脅迫電話を繰り返した。

2回目の犯行は、釈放から半年後の35歳時である。事件内容は、公判に関与した司法関係者が住む公務員宿舍敷地内で、住人の中年女性を襲撃して負傷させるというものであった。さらに、逮捕後には、「被害者はオトリだ...父親と国家権力がグルになって自分を精神異常者扱いし、犯罪者に陥れた...でっち上げ裁判」と主張して供述を拒否するなど、一切の司法手続きに対して拒絶的・非協力的な態度をとった。鑑定では「『狂信者』に相当する精神病質の上に『支配観念』を形成して本件に及んだもの」として完全責任能力となり、実刑判決を受けて刑務所に服役した。しかしその際の服役中も、全快と同様、規則違反を繰り返して、処遇は困難をきわめた。刑務官を対象とする被毒妄想、迫害妄想も生じたために、精神医学的な関与が試みられたが、本人の拒否によって薬物療法は施行されなかった。

39才時の満期釈放に際して精神保健福祉法26条に基づく通報が行われ、「統合失調症, 妄想型」の診断で「他害のおそれ」が認定されて精神病院に措置入院となり、現在にいたっている。

なお、本報告は、この事例の治療者として関与した経験から報告である。

本事例の問題点についてのサマリー

1. 責任能力に関する問題: 本事例の診断は、32～35歳時には、「異常性格」もしくは「狂信者」という表現で示されるような、妄想性人格障害であったものが、39歳時には統合失調症へと変遷している。また、当初は父親に対する偏執的な怨恨は、様々な刑事司法システムにおける管理との衝突を繰り返すなかで、司法システムや国家までを巻き込んだ「支配観念」となり、最終的には「妄想」と呼びうる水準にまで発展している。かつて支配観念と捉えられ、妄想性人格障害と診断された本事例であるが、現在の状態像から遡及的に検討すれば、実はその段階においてすでに妄想と呼びうるものであり、診断的にも、少なくとも妄想性障害であった可能性は否定できない。この2つの障害のいずれと診断されるかは、責任能力の判定では非常に重要な岐路となる。治療者として関与した立場からいえば、本事例にとって刑事司法システムにおける厳格な処遇は、妄想の対象を拡大し、いっそう強固なものとしてしまった。その意味で、発症促進的な影響を与えたように思われてならない。

2. 医療観察法を想定した場合の問題点: 妄想性人格障害という診断では完全責任能力とされることが予測されるので、ここでは、妄想性障害と診断された場合を仮定して議論したい。一般に、妄想性障害の治療可能性・反応性は乏しいと考えられ、長期間に及ぶ入院処遇となり、コスト/ベネフィットという観点から検討を要する。しかしその一方で、他害行為のリスクはきわめて高い。したがって、両者を慎重に考慮すれば、最終的には医療観察法のなかで対応すべき事例であると考えられる。

3. 精神保健福祉法の枠組みにおける問題点: 措置診察においては、仮に本事例の独特な観念を「支配観念」とみなしたとしても、精神障害であることに違いはなく、さらに医療の必要性和精神障害に起因する他害のおそれの双方が認められることから、要措置と判断される可能性が高い。措置入院によって、一般精神科医療の病棟に入院した場合、他害リスクの高い精神障害者に対して十分に対応することができず、(1) 非自発的入院形態での入院の長期化、(2) 治療および社会復帰の難渋、(3) 他害リスク管理の困難、(4) 他害リスク管理のための過剰な行動制限などの問題が生じることが予測される。

【資料6】

事例6

対象行為	傷害致死
障害種別	知的障害
診断名	F20.0 妄想型統合失調症 F70.1 精神遅滞軽度 介助あるいは治療を要するほどに顕著な行動障害

事例のサマリー

本事例は犯行時34歳の男性であるが、軽度の精神遅滞があり、幼少期より暴力傾向があった。中学卒業後、左官、鳶などの職に就くものの長続きせず、母親の庇護のもとぶらぶらしていた。本件犯行の8年前、母親が大腸ガンで死去し、その葬式場で本事例の生活態度を集まった親戚の者から責められるという一見があり、路上生活を余儀なくされた。その後、犯行の1年前には、幻聴、被害妄想のため約1ヶ月間措置入院している。退院後、通院・服薬を継続していたが、路上生活に戻ったことを契機として、生活保護を打ち切られ、通院できなくなった。その結果、本件犯行の数日前より服薬を中断することとなり、精神病症状の急性再燃を呈していた。

本件犯行は、路上生活仲間の男性の腹部を4時間にわたり踏みつけて死亡させるというものである。この行動は、上述した精神病症状の急性再燃の状態に加えて、アルコールの単純酩酊が影響した精神状態において行われた。本事例は傷害殺人として逮捕されたが、嘱託鑑定を受け不起訴とされ、25条通報によって措置入院となった。

入院時は緘黙状態であったが、薬物療法によりほぼ寛解状態となり、任意入院で単独での院内、院外外出を繰り返していた。しかし、数ヶ月に1回、些細なことから他の入院患者に暴力をふるい、保護室を使用することもあった。X+2年6月には、精神保健福祉士と面接し、援護寮への退院とそれに向けて施設見学が決まった。その面接から約1週間後、友人宅へ外出し、その帰途、電車に乗り間違え電車賃がなくなり、女性のハンドバッグをひたたくり転倒させ、傷害を負わせ逮捕された。これによって24条通報され、他院へ措置入院となり、この他害行為そのものについては不起訴となった。

本事例の問題点についてのサマリー

1. 責任能力に関する問題点: 本事例では、統合失調症の病勢とは別に、幼少期から一貫して暴力傾向が認められた。まず、本事例の責任能力を考えると、傷害殺人を起こした時には統合失調症の病勢期にあったものの、統合失調症の症状と傷害殺人との関係が不明確であったこと、治療によって寛解状態となってからも暴力傾向が続いたこと、幼少期から暴力傾向を認めたことから、統合失調症の病勢期にあることだけをもって責任能力を判断せず、もともとの性格傾向や軽度精神遅滞を考慮して、責任能力を判断すべきである。また、外出時の傷害事件については、統合失調症は寛解状態にあり、責任能力についての検討を十分に行う必要があった。
2. 医療観察法を想定した場合の問題点: 本事例を医療観察法の対象者とした場合であっても、性格傾向や軽度精神遅滞によると思われる暴力傾向があり、このような傾向は治療によっても改善しないと予想される。本事例は、統合失調症の病勢期とは関係なく、些細なことから暴力行為を起こすことが予想され、入院の契機となった重大な他害行為と同様の行為を起こさずに、もって社会復帰させることは困難である。また、従来からの精神保健福祉法であっても、本来の性格や軽度精神遅滞による暴力傾向を治療することは困難である。したがって、はじめに述べたように、統合失調症の病勢期にあることだけから責任能力を考えず、対象行為と精神障害との関係を十分に検討し、性格傾向、精神遅滞の有無なども考慮し責任能力を判断すべきである。
3. 精神保健福祉法の枠組みにおける問題点: 本事例を精神保健福祉法の枠組みのなかで対応することの問題点は、すでに事例のサマリーのところで触れた通りである。代償不全による精神病症状の治療は可能であるが、生来の暴力的傾向は治療抵抗性である。知的な問題もあり、認知行動療法などの効果が、退院後生活にまで汎化されにくく、地域での他害行為を繰り返すことが危惧される。結果として、頻回の措置入院、もしくは、長期間の非自発的入院となることが予測される。

現行制度のもとでの
触法精神障害者処遇に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 山上 皓

東京医科歯科大学難治疾患研究所

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究
分担研究報告書

現行制度のもとでの触法精神障害者処遇に関する研究

分担研究者 山上 皓 東京医科歯科大学犯罪精神医学

研究要旨

本研究は、現行制度のもとでの我が国の触法精神障害者処遇制度の実態を明らかにし、その改善策のあり方について検討するために行われたもので、法務省の協力を得て、1994 年の触法精神障害者 1108 例について、2001 年 12 月末までの 7 年間の再犯追跡調査を行い、全体の 18.5%にあたる 204 例が 442 件の再犯事件を起こしていたことを見出した。

本年度は、①再犯をした 204 例にある再犯リスク要因を同定するための、触法精神障害者全例を対象とする決定木分析、②再犯事例 204 例中、医療観察法の対象とされる例は重大犯罪 6 罪種を再犯として行っていた 67 例についての、多角的犯罪学的分析、および③本研究成果に基づく、医療観察制度施行上の問題点についての検討を行った。

研究①においては、目的変数を再犯の有無とし、説明変数として個々の事例の性別、年齢、住居、精神障害名、治療歴、前科前歴など 11 変数を投入して決定木分析を行い、再犯リスクの最も高いのは【前科前歴—3 回以上、障害名—中毒性障害／精神病質／精神遅滞／躁鬱病、犯行時住居—自宅以外】とされる一群であることなどを見出した。

研究②においては、まず、触法精神障害者重大犯罪再犯例 67 例について、吉益らによる犯罪生活曲線の理論を用いて分析し、早発—異種・多種方向の者が多数を占めることなど、かつて累犯傾向の強い長期受刑者（その多くは人格障害者）を対象とする調査結果と多くの点で合致する所見を見出した。また、精神病の発症時期を特定できた 40 例について、発症が犯罪生活に及ぼした影響を調べたが、発症前から犯歴を有する者が 29 例見られ、その内の、犯歴が財産犯で始まる 19 例中 13 例は、発症後に暴力犯罪を繰り返すようになっていたことが分かった。さらに、事例に見る再犯に到る経過の分析では、退院後の生活環境と医療上のフォローアップが重要であることが明らかにされた。

研究③においては、上記研究成果をもとに、触法精神障害者の再犯防止を考えると、新制度の運用に際して、人格障害を伴う処遇の難しい事例への対応が重要であるとした。

研究協力者

小島秀吾（東京医科歯科大学犯罪精神医学）

岡田幸之（国立精神神経センター-司法精神医学）

吉川和男（国立精神神経センター-司法精神医学）

安藤久美子（関東医療少年院）

渡邊和美（科学警察研究所・東京医科歯科大学）

渡辺 弘（東京医科歯科大学犯罪精神医学）

花輪昭太郎（熊本県立心の医療センター）

二宮英彰（福岡県立精神医療センター-大宰府病院）

堀 彰（栃木県立岡本台病院）

川本哲郎（京都学園大学法学部教授）

田口寿子（東京都立松沢病院）

荘司美香（東京医科歯科大学犯罪精神医学）

A. 研究目的

本研究は、現行制度のもとでの我が国の触法精神障害者処遇の実態を明らかにし、その再犯に関わる様々な要因について検討することで、平成17年7月に予定される新法「心神喪失者等医療観察法」の施行に備えようとするものである。

この目的から、本年は、次の3種類の研究を進めた。

研究①、②は、法務省の協力を得て行った、1994年の触法精神障害者1108例の7年間追跡調査結果についての分析で、昨年度に引き続き、とくに、再犯に関わった諸要因について、詳細に亘る分析を進めた。

研究①は、決定木分析を用いた再犯要因の分析で、研究②は犯罪生活の理論等多角的な分析法を用いての再犯要因の分析であり、研究③は、新法施行を前にしての問題点の整理である。研究③は総説的なものとなるので、以下、研究方法等については、研究①、②を中心に説明する。

B. 研究方法

法務省の協力を得て、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（男性980例、女性128例）を対象に、1995年から2001年までの7年間の、再犯に関する追跡調査を行った。追跡期間中に、再度ないし複数回の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。

これらの調査結果に基づいて、研究①では、

触法精神障害者全例（1108例）を対象とし、SPSS統計パッケージのAnswer TreeのCARTという手法を用いて、再犯リスク要因の分析を行った。研究②では、今回の追跡調査で見出された67例の重大犯罪再犯例を対象に、事件記録に基づく詳細な調査をもとに、犯罪生活曲線の理論を用いるなどして再犯経過の分析を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、統計的な解析が中心であり、個人のプライバシー等を侵害する可能性は少ない。一部に個別事例の分析を含むが、その記載、表現については、個人の特定が不能とされるように配慮した。

C. 研究結果

調査研究①（決定木分析）では、目的変数を再犯の有無とし、説明変数として個々の事例の性別、年齢、職業、住居、精神障害名、治療歴、前科前歴など11変数を投入し、再犯の高リスク群と見なされるのは、判別変数として下記のような変数を併せ持つ3群であることを明らかにされた。（リスクの高い順に記載）。

1) 前科前歴—3回以上、障害名—中毒性障害／精神病質／精神遅滞／躁鬱病、犯行時住居—自宅以外

2) 前科前歴—3回以上、障害名—中毒性障害／精神病質／精神遅滞／躁鬱病、犯行時住居—自宅

3) 前科前歴—2回以下、障害名—覚醒剤中毒等薬物中毒

一方、再犯の低リスク群と見なされるのは、次のような判別変数を併せ持つ群である

1) 前科前歴—2回以下、障害名—覚醒剤中毒等薬物中毒以外の障害

調査研究②(重大犯罪再犯者 67 例の犯罪学的分析)では、今回の追跡調査で見出された 67 例の重大犯罪再犯例の特徴が、多くの点で、かつて中田らが長期受刑中の多種方向犯罪者(その多くは人格障害)の調査で見出した所見に合致することを明らかにした。また、精神病の重大犯罪再犯者の 70%以上が発症前から犯歴を有していること(40 例中 29 例)、発症後、時とともに暴力犯罪に傾く傾向のあること(犯歴が財産犯で始まっていた 19 例中 13 例は、発症後に暴力犯罪を繰り返すようになった)なども明らかにされた。また、精神病性障害の場合には、半数近くで、通院中断や怠薬などが再犯にいたる契機となっていることも明らかになった。

D. 考察

研究①「決定木分析を用いた再犯リスク要因の分析」では、投入した説明変数が、記録調査の限界もあって比較的限られてはいたが、再犯の高リスク群を見出すのには有効で、過去の前科前歴回数が最も強く影響していることを明らかにした。これは、結果は過去の多くの研究結果にも一致する。今回の調査結果は、さらに、前科前歴回数が少なくても障害名が覚醒剤中毒や有機溶剤中毒などの中毒性精神障害であればそれだけで再犯のハイリスク群となりうることをも明らかにした。実際、今回の調査対象全体の再犯率は 18.2%(再犯者 204/1108)であるが、障害名別に再犯率をみると、覚醒剤中毒者やその他薬物中毒者ではそれぞれ 63.5%、53.3%と、高い再犯率を示している。

これに対し、統合失調症では再犯率は 10%に過ぎない。対象を重大犯罪に限るとこの傾

向はより一層顕著になる。本調査によれば、統合失調症、非定型精神病など精神病性障害の診断名を有するものは低リスク群とされた。統合失調症という診断自体は、中毒性精神障害や精神病質の診断と比較すると、むしろ、再犯リスクを低下させる要素と見なされるのである。

研究②「重大犯罪再犯者 67 例の犯罪学的分析」では、重大犯罪再犯例では、早発一異種・多種方向の者が多数を占め(67 例中 51 例)、多種方向と分類されるものの罪種には暴力犯+財産犯が必ず含まれていた。また、指標犯行が暴力犯の群には、遅発一単一・同種方向を示していた者が 7 例認められ、一部に比較的高年齢になって暴力犯罪を繰り返すようになる者たちの存在が推測される。これらの所見は、かつて中田らが長期受刑中の多種方向犯罪者(その多くは人格障害)の調査で見出した所見に、多くの点で一致する。さらに、精神病の重大犯罪再犯例ではその 7 割以上の事例(40 例中 29 例)が、発症前から犯歴を有していた事実を考え合わせると、触法精神障害者の再犯の予防のためには、元来の人格に犯罪傾向を有するような事例への対応がとくに重要であることが示唆される。重大犯罪再犯事例 64 例の再犯に到る経過を見ると、統合失調症等精神病性障害の場合には、半数近くで、通院中断や怠薬などが再犯にいたる契機となっていた。また、どの精神障害の場合も、退院後における、生活環境の問題と医療上のフォローアップの問題が重要であることが明らかにされた。

E. 結論

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、

再犯事件を起こしていた 205 名 (417 件) を見出した。

全 1108 例を対象に、再犯にかかわる要因を決定木分析によって分析し、「犯罪暦の存在」、「中毒性障害、人格障害等の診断」、「自宅以外での居住」などが、再犯要因として重要であることが明らかにされた。本研究では、調査の性質上、利用できるデータは静的データに限られているが、司法精神医療の実践が始まれば、臨床的介入によって改善させることのできる動変数をも加え、再犯要因のより深い分析を行う必要がある。

再犯事例 205 例中、医療観察制度の対象とされる重大犯罪 6 罪種を再犯として行っていた 64 例について、再犯に至る経緯を犯罪学的視点から分析してみると、得られた所見の多くは、かつて、累犯傾向を有する長期受刑者（その多くは人格障害者）を対象とする調査で得られた結果に合致していた。また、精神病の事例では、発症以前から犯罪歴を有するものが 7 割以上を占めており、重大犯罪再犯例では、患者が元来有する反社会的傾向が、再犯過程において大きな役割を果たしていることが明らかにされた。

これらの所見を考え合わせると、医療観察制度の運用に際して、触法精神障害者の再犯防止を考える場合には、人格障害を合わせ有する事例や中毒性障害への対応が、極めて重要な問題となると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

山上 皓：医療観察法施行の意義—司法精神医学の立場から— 日精協誌 24:309-313, 2005

2. 学会報告

1. 山上 皓：心神喪失者等医療観察法のもとでの触法精神障害者の処遇について。特別講演 第 16 回日本アルコール医学会。久留米大学 2004 年 9 月

2. 山上 皓：心神喪失者等医療観察法をめぐって。シンポジウム 第 20 回東京都精神病院協会学会 東京 2004 年 10 月

3. 渡辺弘、渡邊和美、片桐江里、小島秀吾、山上皓：1994 年の触法精神障害者 1108 例の 7 年間追跡調査—重大事件再犯者の特徴について—。日本犯罪学会第 41 回総会 野口会館 2004 年 11 月

4. 渡邊和美、渡辺弘、片桐江里、小島秀吾、山上皓：殺人・放火事件を行った触法精神障害者の犯行特徴と再犯状況に関する分析。日本犯罪学会第 41 回総会 野口会館 2004 年 11 月

5. 片桐江里、渡邊和美、渡辺弘、小島秀吾、山上皓：精神障害者による犯罪における性差。日本犯罪学会第 41 回総会 野口会館 2004 年 11 月

1994年触法精神障害者1108例の7年間追跡調査

～決定木分析を用いた再犯のリスク分析と重大犯罪再犯者67例に
ついての多角的な犯罪学的分析～

渡辺 弘、小島秀吾、山上 皓
東京医科歯科大学

抄 録

目的：触法精神障害者の追跡調査によって、その再犯に到る経緯を明らかにし、再犯防止に必要な対応策のあり方について検討することを目的とする。

対象：1994年の1年間に触法行為を行いながら、精神障害を認められて検察庁で不起訴処分を受けた者、および裁判所で心神喪失あるいは心神耗弱を認められ刑の減免を受けた者の総計1108例

方法：法務省の協力を得て前科調書、事件記録等に基づいて、1994年の犯行（指標犯罪）及びその後7年間（1995～2001年）の追跡調査期間中になされた再犯事件について次の2つの調査を行った。第1に全対象者1108例に関して決定木分析を用いた再犯リスクの分析を行った。第2に追跡期間中の全再犯者204例のうち、重大犯罪の再犯がみられた67例について吉益の犯罪生活曲線の理論等幾つかの角度からその犯罪経過を詳細に分析した。

結果：決定木分析により全対象者における再犯の高リスク群は①過去の前科前歴回数が多いこと②障害名が覚醒剤中毒等中毒性精神障害、人格障害、精神遅滞の者で、かつ③住居が自宅以外という属性を有していた。重大犯罪再犯者67例について障害名では統合失調症、覚醒剤中毒とアルコール中毒の3つの障害で7割近くを占め、その中でも暴力傾向が持続していた者は覚醒剤中毒者など中毒性精神障害者が多かった。その犯罪経過については犯罪の始期では早発犯が多く、方向では異種、多種方向が大部分を占め、暴力犯と財産犯を繰り返している者が多かった。また、多くの場合に生活能力や住居などの生活環境上の問題を有していた。さらに統合失調症を中心とした精神病性障害では通院中断、怠業が問題となり、中毒性精神障害では精神病症状による犯行は少なく、人格面の問題が大きく関与していた。

結論：再犯者全体においても重大犯罪再犯者においても中毒性精神障害者が再犯の高リスク群となっていた。医療観察法施行により、統合失調症の典型例などによる精神病性障害の再犯例は減少していくと考えられるが、精神病性障害の治療困難例、中毒性精神障害者の治療について今後、重要な課題となるであろう。

Key Words: mentally disordered offender, recidivism, follow-up survey,
classification tree, criminal life curve

I 緒言

我が国にはこれまで、精神障害の状態では法に触れる行為を行った者（以下、触法精神障害者と略記する）のための、欧米諸国にあるような特別な処遇システムは存在しなかった。このため、重大な触法行為を行った者でも、触法精神障害者の多くは、一般精神障害者を対象とする措置入院制度によって対応するほかはなかった。しかし、近年、精神科医療の開放化が進む中で、一部の暴力的な触法精神障害者が事件を起しても短期間で退院し、その後何のフォローも受けずに同様の事件を繰り返すようなことが続き、我が国の触法精神障害者処遇における制度的欠陥と、対策の立ち遅れを指摘する声が多くなってきた。¹⁻³⁾

そのような中で、2001年6月に起きた大阪池田小学校における児童大量殺傷事件を契機として、触法精神障害者処遇策に関する議論が急速に進展し、2003年7月、国会において「心神喪失等の状態で重大犯罪をおこなった者の医療及び観察等に関する法律（以下医療観察法と略記する）」が可決、成立した。この医療観察法の対象とされる罪名は、殺人、放火、強盗、傷害致死、強姦・強制猥褻、傷害の6罪種である。

東京医科歯科大学の犯罪精神医学教室では、これまでに触法精神障害者の処遇のあり方を検討する目的で、法務省の協力を得て、我が国の触法精神障害者に関する各種の全国調査を行ってきた³⁾⁴⁾。中でも、1994年の触法精神障害者についての調査では、その年に法務省に報告されたほぼ全例に相当する1108例についての詳細なデータを入手することができ、その一端をいくつかの先行研究の中で明らかにしてきた⁵⁾⁶⁾。

筆者等はこの度、法務省の協力を得て、これら1108例について、2001年末までの7年間についての再犯に関する追跡調査を実施することができた。我が国の触法精神障害者を取り巻く環境は、この10年ほどの間に急速に変化してきており、近年の触法精神障害者の実態と再犯に至る経緯を詳細に検討することは、この度制定され、2005年度から施行予定の医療観察法の運用を考える上でも重要な意義を持ちうるものと考え、本調査を実施したものである。この研究の中で、筆者等は、今回の調査で見出される我が国の触法精神障害者をめぐる様々な問題点が、新しい医療観察法の施行によってどのように改善され得るか、あるいは、施行後も処遇困難と予想される事例とはどのようなものか、などという点についても検討をおこなった。

触法精神障害者の全国規模の追跡調査は欧米諸国でも稀であり、その意味でも本調査研究は貴重で、今後の我が国の触法障害者対策を考える上で、重要な意義を有するものと思われる。

II 調査の対象と方法

本研究の追跡調査の対象は1994年1月1日から12月31日までの1年間に、わが国で犯罪行為を行いながら精神障害を理由に、検察庁において不起訴処分を受け、あるいは裁判所で刑の減免をうけた者、総計1108例(同一年内に再犯を行った者が24例おり、延べ数として数えると1132例)である。これらの事例の障害名別・罪種別構成を表1に示す。

表1 1994年触法精神障害者1108例の障害名と指標犯行の罪名

	殺人	放火	強盗	強姦猥褻	傷害	恐喝	器物損壊	暴行	窃盗	詐欺	覚醒剤	他薬物	暴力行為	銃刀法	その他	合計
統合失調症	92	52	26	9	104	5	34	27	158	11	5	3	2	25	69	648
躁鬱病	20	3	1	0	4	1	4	3	20	2	0	0	2	1	4	67
てんかん	3	2	0	0	7	0	0	0	7	0	0	0	0	0	1	21
アルコール中毒	8	17	4	2	15	3	13	0	14	5	0	1	2	10	9	103
覚醒剤	3	2	2	0	10	0	4	1	12	1	11	0	1	2	3	52
その他薬物	2	0	3	0	7	0	1	2	5	0	0	8	0	0	2	30
他の精神病	11	6	0	0	10	0	2	1	12	5	0	1	1	1	4	55
精神薄弱	1	6	0	1	3	1	0	2	18	0	0	0	1	0	3	38
精神病質	1	1	0	0	7	0	3	1	6	0	0	0	1	2	0	22
他の精神障害	14	5	7	0	7	0	4	2	15	2	1	0	1	2	9	72
合計	155	94	43	12	174	13	65	39	267	26	17	13	11	43	104	1108

1108例の男女別内訳は、男性1078例、女性130例で、男性が83%を占める。
年齢については、平均年齢が39.2歳（SD11.2歳）であった。

表1に示すように、罪種別では窃盗が267例と最も多いが、重大犯罪（傷害174例、殺人155例、放火94例、強盗43例、強姦・強制猥褻12例）も総計すると、全体の46.1%を占める。障害名別では、統合失調症が648例(58.5%)と最多で、アルコール中毒103例(15.9%)、躁うつ病67例(6.0%)、覚醒剤中毒52例(4.7%)がこれに次ぐ。

これら1108例について、次の2種類の調査を行った。

調査1：1108例全例を対象とする7年間再犯追跡調査、及び、これによって見出された再犯例204例に関する、決定木分析を用いた再犯リスクの分析。

調査2：上記再犯事例204例中、医療観察の対象とされる重大犯罪6罪種を再犯として行っていた67例についての、多角的な犯罪学的分析。

調査1の、1108例の追跡調査は、法務省の協力を得て閲覧できた事件記録等に基づいて行われ、1994年に最初の処分がされた犯行を指標犯行とし、2001年12月31日に至るまでの7年間（1995年～2001年）に記録された再犯を調査した。本論中の罪種罪名と精神科障害名は、原則として法務省の調査票の分類に従った。

本調査時に、事件記録等に、同一事例について複数の障害名が記録されている場合には、精神病等、最も重い障害名を採用し、同一事例に複数の犯行罪名が含まれている場合には殺人等、最も重い罪名を採用した。また、1994年に同一事例が複数回逮捕されていた場合には、後でなされた犯行を再犯事件として扱った。統計解析にはSPSS for Windows 12.0とAnswer Tree3.1を使用した。なお、調査対象期間に相当する1995年と1996年の不起訴事件については、事件記録が既に廃棄されていたため、分析の対象から除外した。

III 結 果

1 再犯調査結果の概要と、再犯者 204 例の特徴

(1) 再犯調査結果の概要

表 2 に示すように、調査対象とされた 1994 年の触法精神障害者 1108 例中、2001 年までの 7 年間に再犯を行っていた事例は総計 204 例(男性 192 例、女性 12 例)で、再犯事件の件数は総計 442 件(1 人平均 2.17 件)であった。

再犯率を障害名別で見ると、覚醒剤中毒 (63.5%)、アルコール中毒 (25.2%)、その他薬物中毒 (53.3%) など中毒性精神障害で高く、また、再犯罪名では財産犯の割合 (42.3%) が高いことが分かる。再犯事例それぞれの再犯回数を見ると、1 回が 91 例と半数近くを占めるが、2 回(48 例)、3 回(33 例)、4 回(17 例)、5 回以上(15 例)と、回を重ねるものも多く、最多は 9 回(1 例)にも及ぶ。

表 3 には、再犯者 204 例の指標犯罪名と再犯事件の罪名との関係を示す。

指標犯罪が殺人であった者 6 人により、殺人を含む 10 件の再犯事件がなされていた。指標犯罪名がいずれの場合でも、再犯率にあまり差は見られない。どの罪種でも、再犯事件罪名は多様に分布する傾向が見られるが、その中で、窃盗等財産犯や、傷害、その他の粗暴犯では、同種の犯罪を反復する傾向が比較的強いことが特徴的である。

表 2 再犯者 204 例による再犯事件の概要

	調査事例総数	再犯事例総数	再犯事件合計	再犯事件罪種別事件数									
				殺人	放火	強盗	傷害致死	強姦猥褻	傷害	他粗暴犯	財産犯	薬物犯	その他
再犯・合計		204	442	9	7	3	1	6	50	23	187	75	81
統合失調症	648	70	143	3	2	2		3	14	6	78	15	20
躁鬱病	67	11	16					1	1	2	5		7
てんかん	21	5	10	1	2					1	3	1	2
アルコール中毒	103	26	57	1	1	1	1		7	7	27	5	7
覚醒剤中毒	52	33	73	1					12	4	10	32	14
他薬物中毒	30	16	38		1				3	1	10	17	6
他の精神病	55	12	25						4		19		2
精神薄弱	38	11	37	1	1			2		2	20		11
精神病質	22	8	15	2					1		5	2	5
他の精神障害	72	12	28						8		10	3	7

表3 再犯者 204 例の指標犯罪名と再犯時の罪名

指標罪名	再犯 罪名 (総人員)	殺人	放 火	強 盗	強 姦 猥 褻	傷 害	他 粗 暴 犯	財 産 犯	そ の 他	総 計
殺人	6	1	1			1	2	2	4	10
放火	7	1	1				1	1	6	10
強盗	9	1		1		2	3	4	6	15
強姦猥褻	3				1		1	1	1	4
傷害	30	2	1			15	6	3	20	44
他粗暴犯	13	0	1			7	2	6	8	30
財産犯	79		2	1	2	8	13	140	29	187
その他	58	2	1	1	1	7	25	21	73	124
総計	204	9	7	3	6	40	71	180	147	442

(2) 再犯事例における危険因子の分析

これら 204 例の再犯事例について、再犯の危険因子の同定するため、決定木分析 (Classification Tree) を行った。この分析手法は、説明変数と目的変数との関係に基づいてデータセットを次々に分割して行き、これが成功した場合、結果として得られる樹木においてどの説明変数が最も強く関係しているかが示される。ここでは、目的変数を再犯の有無とし、説明変数を個々の事例の性別、年齢、職業、住居、治療歴など今回の調査項目にある人口統計学的データにとって、決定木分析を行った。決定木分析には CHAID (Chi-Square Automatic Interaction Detection) や CART (Classification and Regression Tree) などの手法があるが、今回使用したのは SPSS 統計パッケージの Answer Tree の CART という手法である。

再犯の有無を 2 変数として 0, 1 でコードし、説明変数として ①性別 ②指標犯行時年齢 ③住居 ④同居者の有無 ⑤職業 ⑥学歴 ⑦精神障害名 ⑧発病年齢 ⑨犯行時の治療状況 ⑩過去の措置入院歴 ⑪過去 10 年の前科前歴回数 (5 回以上はすべて 5 とコードした) の 11 変数を投入した。図 1 は、その結果を示すものである。

図 1 から、再犯の高リスク群、低リスク群は次のような特徴を有することが分かる。すなわち、再犯リスクの判別に最も有効な変数は、障害名の別と、前科前歴回数で、その他に、犯行時住居も重要な意味を持ちうるようである。

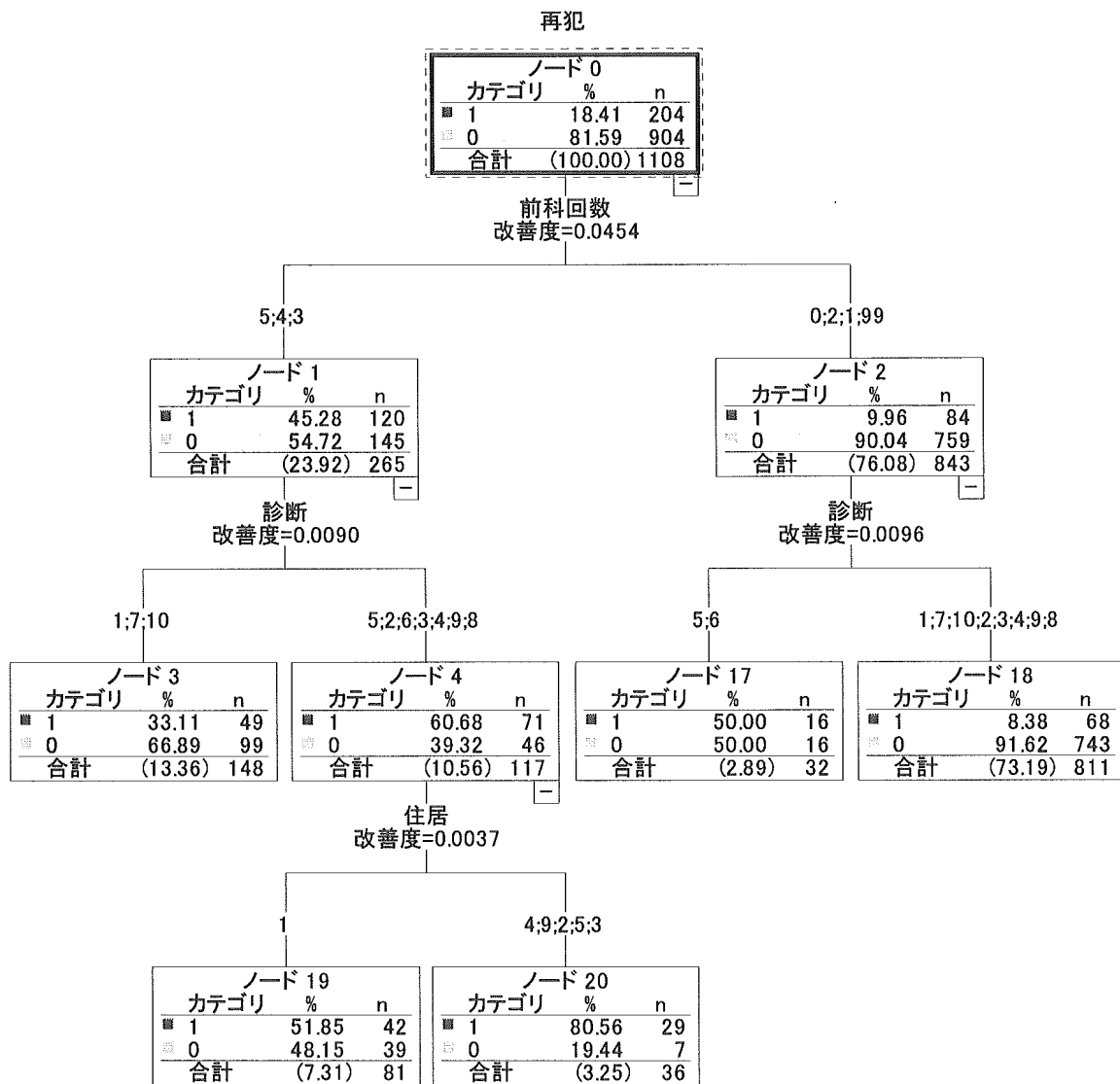
再犯の高リスク群と見なされるのは、判別変数として下記のような変数を併せ持つ 3 群である (リスクの高い順に記載)。

- 1) 前科前歴—3 回以上、障害名—中毒性障害／精神病質／精神遅滞／躁鬱病、犯行時住居—自宅以外
- 2) 前科前歴—3 回以上、障害名—中毒性障害／精神病質／精神遅滞／躁鬱病、犯行時住居—自宅
- 3) 前科前歴—2 回以下、障害名—覚醒剤中毒等薬物中毒

一方、再犯の低リスク群としてあげられるのは、次のような判別変数を併せ持つ群である

- 1) 前科前歴—2 回以下、障害名—覚醒剤中毒等薬物中毒以外の障害

図1 全対象者 1108 例における決定木分析



診断名： 1.統合失調症 2.躁鬱病 3.てんかん 4.アルコール中毒 5.覚醒剤中毒
6.その他薬物中毒 7.その他の精神病 8.精神遅滞 9.精神病質 10.その他の精神障害
住居： 1.自宅借家 2.間借 3.病院 4.住居不定 5.その他 9.不明

2 重大犯罪再犯者67例の再犯の特徴と、再犯経過の分析

再犯事例全204例中には、再犯事件中に重大犯罪6罪種、すなわち殺人、放火、強盗、強姦強制猥褻、傷害致死、傷害がみられた者は67例であった。2005年より施行される心神喪失者等医療観察法では、これら6罪種が対象罪名とされており、これら67例の再犯に到る経緯の分析は、新制度下での医療のあり方を考える上で特別な重要性を持つことから、本研究ではこの点について詳細に亘る調査と分析を行った。

(1) 重大犯罪再犯者67例による再犯の特徴

表4に全67例の診断名と追跡期間中にみられた重大犯罪の再犯罪名を示す。67例によって75件の重大犯罪がおこなわれていた。再犯事例の性別は、1例を除きすべて男性であった。指標犯行時年齢別では、30代が22例(32.9%)と最も多く、ついで20代と40代がそれぞれ17例(25.4%)と同数であった。再犯としてなされた重大犯罪を財種別で見ると、件数の最も多いのは傷害の51件で、殺人7件、放火7件、強姦・強制猥褻6件がこれに次ぐ。

障害別に再犯件数を比較してみると、統合失調症が20例(29.8%)と最も多く、覚醒剤中毒13例(19.4%)、アルコール中毒12例(17.9%)がそれに次ぎ、この3つの精神障害で重大犯罪再犯者の7割近くを占める。

表4 重大犯罪再犯者67例の障害名別・再犯罪名別内訳

罪名 障害名	再犯事例 総数	再犯事件 総数	殺人・傷 害致死	放火	強盗	強姦強 制猥褻	傷害
総数	67	75	8	7	2	6	51
統合失調症	20	22	2	2	1	3	14
躁鬱病	2	2				1	1
てんかん	2	3		3			
アルコール中毒	12	12	2	1	1		8
覚醒剤中毒	13	14	1				13
他薬物中毒	4	4		1			3
他精神病	3	3					3
精神薄弱	3	4	1	1		2	
精神病質	3	3	2				1
他精神障害	5	8					8

表5は、重大犯罪再犯例67例について、指標犯行罪名別に再犯事件の罪名を示す。指標犯行罪名が傷害であるものが19例と最も多く、器物損壊、窃盗が8例ずつ、次いで暴行が6例となっていた。指標犯行、再犯ともに重大犯罪がみられた者は29例である。

表5 重大犯罪再犯者67例の指標犯行罪名別再犯罪名

再犯 指標犯行	再犯事 例総数	再犯 総件数	殺人・傷 害致死	放 火	強盗	強姦・強 制猥褻	傷害
殺人	3	3	1	1			1
放火	3	3	2	1			
強盗	3	3	1				2
強姦強猥	1	1				1	
傷害	17	17	2	1			14
恐喝	2	2		1		1	
器物損壊	9	13	1	1	1		10
暴行	5	6					6
窃盗	9	10		2	1	2	5
詐欺	3	3					3
覚醒剤	1	1	1				
毒劇法	3	3		1			2
銃刀法	2	2					2
その他	6	8				2	6
総計	67	75	8	8	2	6	51

(2) 事例に見る重大犯罪再犯者67例の再犯に至る経過

次に、これら67例がどのような経過を辿って再犯に到るかという問題を、犯罪生活曲線の理論に基づく経過形式の分析、および個々の事例研究によって調査した。

1) 犯罪生活曲線の理論に基づく犯罪経過形式の分析

再犯研究の領域においては、犯罪者の縦断面的研究に着目した東京医科歯科大学の吉益らによる犯罪生活曲線の研究が、諸種の大規模な調査によって進められ、内外で高い評価を受けているが、従来、この研究手法を触法精神障害者に適用した研究はほとんど無い。本研究においては、触法精神障害者の再犯経過形式を一般犯罪者のそれと比較する目的をもって、個々の事例の再犯に到る経緯の分析と犯罪生活の図式化を試みた。

犯罪生活曲線に関しては、3つの標識、すなわち①犯罪の始期、②犯罪の反復と間隔、および③犯罪の方向、が重要である。

①犯罪の始期により「早発犯」と「遅発犯」とを区別する（25歳を境界とする）。

②犯罪反復の間隔により、「持続型」と「弛張型」および「間歇型」を区別する。（持続型は犯罪の間隔が2年半未満、弛張型は2年半～5年未満、間歇型は5年以上を言う）

③犯罪の方向は、まず、罪種により「財産犯」「暴力犯」「風俗犯」「破壊犯」「逃走犯」の5群に分類し、次いで、「単一方向型」「同種方向型」「異種方向型」「多種方向型」の四型が区別される。ここで、財産犯には窃盗、詐欺、強盗、恐喝等が含まれ、暴力犯には殺人や傷害、