

暴行等が含まれる。風俗犯には強姦や強制猥褻等が、破壊犯には放火、器物損壊等が含まれる。異種方向とは、2種類の犯罪群に属する犯罪を反復するもので、多種方向とは罪種が3種以上の犯罪群に亘るものをいう。(本研究においても原則としてこの分類に従ったが、器物損壊罪については、精神障害者の場合暴力の徴表となることが多く、暴力犯に分類した)。

これら3つの標識を組み合わせることによって、個々の犯罪者を一定の犯罪生活曲線の類型として捉えることができるようになる。(例えば、早発—異種方向—持続型、等) 本研究対象とされた重大犯罪再犯者67人の再犯経過を、この犯罪生活曲線の理論に従って分析する。これら67人が、本調査期間中に為した再犯事件の犯行罪名を基準として各事例の再犯経過様式を分類すると、以下の通りである。

①犯罪の始期と方向

表6に、犯罪の始期と方向を、指標犯行罪種類別に示す。全般的に見て、早発—異種・多種方向の者が多数を占め、その傾向は指標犯罪が暴力犯罪以外の者でとくに顕著である。これに対し、指標犯行が暴力犯の群には、遅発—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達してから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。

表6 重大犯罪再犯者67例の犯罪の始期と方向

犯罪の方向型	犯罪の始期(指標犯罪種類別)								
	暴力犯 殺人、傷害、損壊等			財産犯 強盗、窃盗、詐欺等			その他		
	総数	早発犯	遅発犯	総数	早発犯	遅発犯	総数	早発犯	遅発犯
総数	38	27	11	16	14	2	13	13	0
単一方向	3	1	2	0	0	0	0	0	0
同種方向	7	2	5	0	0	0	0	0	0
異種方向	23	20	3	12	10	2	8	8	0
多種方向	5	4	1	4	4	0	5	5	0

指標犯行時から、追跡期間中の再犯によって、犯罪の方向が変化した例が15例みられ、そのうち10例は単一方向から異種方向に変化していた。比較的高年で初犯が財産犯である者が、再犯ではその方向を暴力犯、破壊犯(放火)へと拡張している例が多かった。

表7 診断別に見た犯罪の始期と方向

犯罪の方向型	診断別犯罪の始期											
	統合失調症			アルコール中毒			覚醒剤中毒			その他精神障害		
	総数	早発犯	遅発犯	総数	早発犯	遅発犯	総数	早発犯	遅発犯	総数	早発犯	遅発犯
総数	20	14	6	12	11	1	13	11	2	21	17	4
単一方向	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0
同種方向	1	0	1	0	0	0	2	1	1	3	0	3
異種方向	11	9	2	9	8	1	9	8	1	14	13	1
多種方向	6	5	1	3	3	0	2	2	0	3	3	0

表7に、診断名別に犯罪の始期と方向を示す。どの診断類型においても、早発—異種・多種方向型が多数を占め、そのような傾向は中毒性精神障害において一層顕著である。これに対し、統合失調症と、その他の精神障害においては、遅発—単一・同種方向を示す者も2～3割を占め、それらの疾患の一部に比較的高年齢に達してから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。

表8 異種方向と多種方向の犯罪群の組合せ

異種方向（43例）の犯罪の組合せ

- ・暴力犯+財産犯 37例
- ・財産犯+破壊犯 3例
- ・財産犯+風俗犯 2例
- ・暴力犯+破壊犯 1例

多種方向（14例）の犯罪の組合せ

- ・暴力犯+財産犯+風俗犯 8例
- ・暴力犯+財産犯+破壊犯 6例

表8に異種方向と多種方向の犯罪群の組合せを示す。異種方向の犯罪群の組合せとしては暴力犯+財産犯の組合せが37例（86%）と8割以上を占め、財産犯+破壊犯3例、財産犯+風俗犯2例がそれに次ぐ。多種方向（14例）の犯罪の組合せにおいても暴力犯+財産犯は必ず含まれており、暴力犯+財産犯+風俗犯が8例と最も多い。

②犯罪の間隔

表9 犯罪の間隔

- ・ 持続型； 14例
- ・ 弛張型； 21例
- ・ 間歇型； 32例

表9には、犯罪の間隔を示す。ここで「持続型」には、犯罪の間隔がすべて2年半未満の事例（全持続型）を配し、「弛張型」には、全弛張型のほかに、弛張型に加え一部持続型を交える事例をも配した。「間歇型」には、間歇型を有するすべての全ての事例を配した。

「犯罪の間隔」の算定方法については、実刑判決を受け服役した事例では、刑期終了から次の犯行の処分日までの間とした。不起訴処分を受けた事例では、処分日から次の犯行の処分日までとした。このような基準に従って分類してみると、犯罪の間隔については持続型、弛張型、間歇型の順に多くなっていることが分かる。不起訴処分を受けた事例には、引き続き精神病院へ入院した事例が少なくないが、本調査では入院期間の把握ができず、これについての特別な配慮はしていない。そのため、これを受刑期間と同様に除外して算定する場合に比べ、持続型がより少なく、弛張型と間歇型がより多く算出された可能性はある。

2) 精神病の発病が犯罪の方向に及ぼす影響

犯罪の方向の変化と精神病の発病との関係を知るため、発病の前後で罪種がどのように変化していくか、重大犯罪再犯者67例のうち、発病時期が特定できる40例について調査した。

表10は発病時期が特定できる40例における発病と罪種の関係を示したものである。

発病時期が判明している40例について最初に発病前の犯歴の有無で分類し、さらに発病前に犯歴のある者を財産犯先行型、暴力犯先行型で分類した。

この40例を発病前の犯歴の有無で分類すると発病前に犯歴が有る者が29例(72.5%)、無い者が11例(27.5%)であった。

次に発病前に犯歴が有る者29例を、初犯が暴力犯か、財産犯かそれ以外かで分類すると暴力犯先行型が9例、財産犯先行型が19例、その他1例と分類された。

表10 発病時期が判明している40例における発病と罪質の関係

・発病前に犯歴あり；	29例
うち	
暴力犯罪先行型；	9例
財産犯罪先行型；	19例
その他；	1例
・発病前に犯歴なし；	11例

さらに発病前に犯歴がある29例について、発病の前後で罪質が変化しているかを調査した。

その結果、暴力犯罪先行型の9例中8例は発病後も暴力犯罪を繰り返していた。これに対し、財産犯罪先行型の19例中13例は、発病後に暴力犯罪を繰り返すようになったが、残り6例については暴力犯、風俗犯、破壊犯などが時折見られるものの、基本的には財産犯を中心に犯行を繰り返していた。

3) 事例に見る再犯に至る経過の概要

追跡期間中に再び重大事件を犯すに至った経過を、個々の事例において明らかにする目的で、事例研究を行った。この種の事例は、2005年7月から施行予定の医療観察制度の対象とされるものでもあり、これらの事例についての治療必要性の判定に関する検討も付記することとする。

以下、事例として提示するのは、統合失調症の3例、中毒性障害の3例、および脳器質性障害の1例である。まず触法精神障害者の中で最も多く、処遇の上でも重視される統合失調症の再犯例を3例紹介する。妄想型統合失調症による殺人の事例、破瓜型統合失調症による放火の事例、残遺型統合失調症の性犯罪、の3例である。

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)の発病と思われる。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。統合失調症の診断で昭和51年頃から精神病院への入退院を繰り返、これまで10回の入院歴がある。両親と兄と4人暮らし。

(指標犯行) 殺人未遂 不起訴 (心神喪失)

平成6年6月、自宅において近親相姦で生まれた兄を殺すのは自分の宿命だと思うようになり、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どまり、殺害の目的を遂げなかった。心神喪失とされ、不起訴とされ、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(10回目の)入院からの退院後4ヶ月で起こした事件。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、不起訴処分を受けて措置入院となった。

(医療観察法のもとで考えられる処遇)

再犯時点では、服薬中断により体系化された妄想が再び出現、持続し、妄想の直接的な影響下で犯行がなされた。治療により比較的速やかに妄想が軽減、消失することが期待されるが、服薬中断により再発と行動化が生じやすいので、指定通院医療機関において慎重にフォローアップをすべき事例と思われる。なお、このケースでは家族が患者の精神症状が悪化して来ていることに気づきながら、放置していた経緯があり、日頃からの家族に対する教育、啓発も重要と思われた事例である。

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) 昭和63年頃(14歳時)の発病と考えられる。症状は衝動性、抑制欠如、固執傾向が認められ、それにもとづく、家庭内暴力、器物損壊、突然の外出などの問題行動があり、7回の入院治療、及び通院治療を受けたが長期の安定はなかった。人格水準の著しい低下を認める

とともに、衝動性が高い。その衝動的な行動は突発的で予測困難であり、また、薬物の反応性も乏しいとされていた。

(指標犯行) 殺人未遂 不起訴 (心神耗弱)

(10回目の入院) 平成6年6月自宅において干渉される祖父の言動に憤慨し、包丁で頸部を約30回切りつけ、突き刺すなどしたが、弟に止められて傷害を迫わせるにとどまった。不起訴 (心神耗弱) とされ、措置入院した(468日間入院)。その後再犯に到るまでの間に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月祖父が自分の言うことを聞いてくれないと衝動的に祖父の部屋に放火し、自宅を全焼させた。(最後の退院から10ヶ月後の犯行)

(医療観察法のもとで考えられる処遇)

破瓜型統合失調症の衝動的、突発行為による放火の事例である。これまでの医療では治療効果があまり見られなかった事例であるが、統合失調症の事例であり、指定入院医療機関での手厚い医療であれば、衝動性の制御等の面で効果が期待できるかも知れない。ただし、入院による治療効果が上がらなければ、入院が長期化するおそれもある。将来的には、このような事例のために、より長期的な取り組みができる入院治療施設を整備すべきであるとする。

事例3 強制猥褻→強制猥褻一窃盗 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。20代に窃盗で何度か懲役刑を受け、服役している。発病はこの頃と考えられるが病歴の詳細は不明。1人暮らしで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 医療保護入院

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に唇に接吻した。精神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) 退院後もかかりつけのクリニックに通院していた。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判断され、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)とされた。

(医療観察法のもとで考えられる処遇)

残遺型統合失調症で通院治療中であったが、指標犯罪、再犯とも、小児に対する強制猥褻である。犯行は統合失調症の著しい人格水準の低下によるもので、常習化している。事例2以上に治療反応性の乏しさが窺われ、医療観察法による治療の対象外とされるべき事例といえるかも知れない。

次に覚醒剤中毒の2例を紹介する。1例は幻覚妄想状態が持続して殺人に到った事例で、もう1例は、陽性症状はみられず単純な憤激により暴力犯罪を繰り返している例である。

事例4 (強盗→覚醒剤取締法違反一殺人未遂・銃刀法違反) 男性、昭和30年生 覚醒剤中毒

(生活歴・病歴) 小学校のころから素行不良で、教護院で中学校を卒業した後もシンナー吸引で補導され、福祉施設での生活を経過的屋や暴力団事務所に入出入りしているうちに公務執行妨害、傷害の非行で保護観察処分を受け、昭和48年には上記と同様の非行をして医療少年院に入れられた。

成人後も昭和51年から平成8年8月にかけて毒物及び劇物取締法違反、現住建造物放火、住居侵入、

強盗等で16回検挙歴があり、このうち、覚醒剤事犯では多数回懲役刑に処せられ、服役している。

(指標犯行) 強盗、銃刀法違反 不起訴(起訴猶予) 措置入院

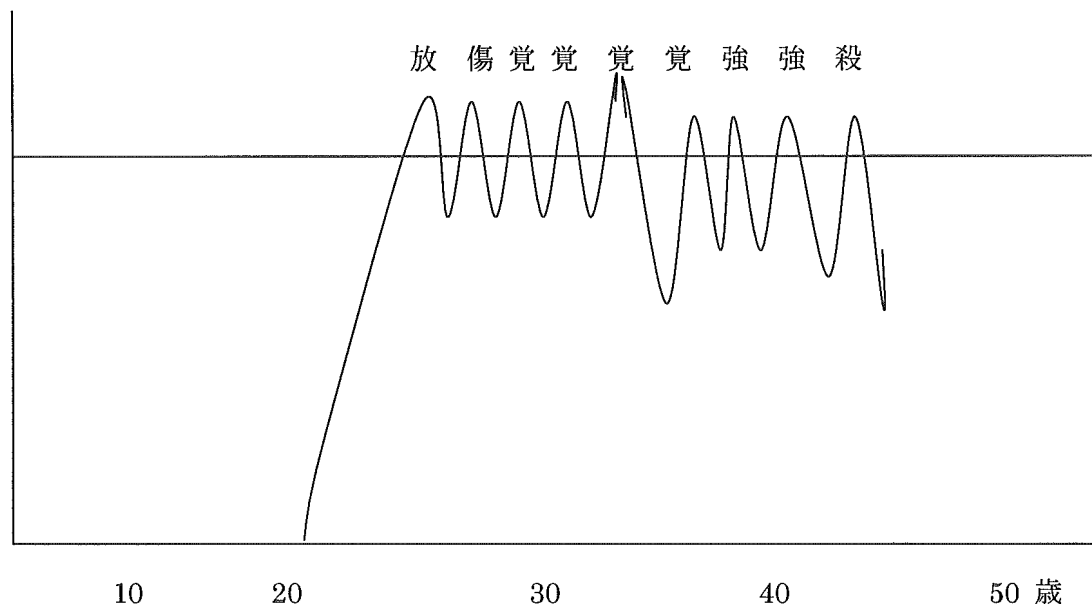
平成6年10月 工務店に押し入り、牛刀を突きつけ、金を出せと脅迫し、現金財布を強取した。犯行時幻覚妄想状態にあり是非弁別の能力は失われていたとされ、不起訴(起訴猶予)となり措置入院となった。

(再犯)平成7年8月にも強盗、銃砲刀剣類所持等で1年4ヶ月の実刑判決を受け、服役。平成12年5月に所出。26条通報により入院。同年9月退院。その後通院中断。平成12年12月から板金会社に住み込みで働き始める。平成13年2月板金会社の同僚に殺意を持ってペティナイフで胸部を突き刺したが、未遂に終わった。覚醒剤中毒者の飲酒によるフラッシュバックを呈した状態とされ、不起訴となり平成13年3月に措置入院となった。

(医療観察法のもとで考えられる処遇)

指標犯行後、刑務所で服役中も精神病の症状が遷延し、出所後26条通報により入院したが、退院後のフォローがされておらず、その後、被害妄想が強まり、殺人に至った事例である。反社会性を有し、再犯のリスクも高いが、これまでの経過から、服薬により幻覚妄想など病的体験が軽減し、薬物の反応性もよく、治療反応性があることが知られている。覚醒剤中毒者については、治療反応性の乏しさや、治療的管理の難しさなどから、慎重に扱うべきであるとする考え方もあるが、本事例のように幻覚妄想状態が持続するような薬物中毒者に関しては治療対象とするのがよいと考える。

図2 覚醒剤中毒者の犯罪生活曲線の1例(早発—多種—持続型)



10 20 30 40 50 歳

放：放火 傷：傷害 覚：覚醒剤取締法違反 強：強盗 殺：殺人

次の事例は脳炎後人格変化の1例である。

事例7 (傷害→傷害) 脳炎後人格変化 男性 昭和32年生

(生活史・現病歴) 昭和59年(30歳時) 窃盗、遺失物横領で執行猶予となっている。

また、4年後の昭和63年に、公務執行妨害で執行猶予の処分を受けている。平成4年(37歳時)

結核性脳炎に罹患し、発病後、まもなくして易怒的、気分易変など人格変化が出現。

(指標犯行) 傷害 不起訴 (心神耗弱)

平成6年7月、路上で自転車走行中の5歳の子供を自分を攻撃してくるものと思い手拳で殴打、足蹴りした。脳炎後人格変化によるものとされ、不起訴 (心神耗弱) となり、医療保護入院となった。

(再犯) 傷害 実刑

退院後も通院は断続的で平成11年7月最終受診で以後中断。問題飲酒行動も見られるようになってきている。平成13年1月路上で9歳男児の顔面を手拳で殴打した。傷害事件前も異常行動が目立ち、子供を追い回したりしており、近所でも危険な人物と見られていた。事件前に近隣の住民らが保健所にも相談していたが事件を防止することができなかった。

(医療観察法のもとで考えられる処遇)

脳炎後人格変化の事例で、易怒生、気分が編成、衝動性の亢進などが見られる。これまでの治療には反応性が乏しかったが、指定入院医療機関における手厚い医療、看護のもとでは、治療効果が上がる可能性も考えられる。治療を試みる価値があるかも知れないと思われる事例である。

IV 考 察

本研究においては、触法精神障害者1108例の7年間の追跡調査により、見出された再犯者204例についての所見に基づいて、二つの角度からの分析、すなわち、決定木分析による再犯高リスク群の分類と、重大犯罪再犯者67例の再犯に至る経過の分析を行ったものである。それぞれの分析結果について、ここで検討を加えたい。

1 決定木分析による、再犯の高リスク群の分類

決定木分析で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いく。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のかが示されることになる。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。³⁷⁾ この手法を用いることにより、再犯の高リスク群、低リスク群を明らかにすることができる。この決定木分析は近年、データマイニングの一手法として市場分析、製造業における品質管理、金融業の信用度の判定など様々な分野において応用されている。精神医学の分野においても Monahan らの研究調査において退院患者のコミュニティにおける暴力の発生を樹形図状に記述した ICT (Iterative classification tree :反復分類図) 法はこの決定木分析の手法を用いている³⁰⁻³²⁾

今回の調査は、投入した説明変数が法務省の調査票にある項目の記載事項に基づいており、投入した変数も Monahan らの研究と比較して少なく、また、人口統計学的な静的変数に限られているが、再犯の高リスク群を見出すのには有効であった。本調査では、再犯の高リスク群には、過去の前科前歴回数が最も強く影響していることが明らかにしたが、この結果は過去の多くの研究結果にも一致する。^{15) 17) 38-41)} Baxstrom 研究においても過去の逮捕歴、有罪回数、

暴力犯罪の既往等が再犯の予測因子であったとされており⁴¹⁾、我が国では井上が1980年の触法精神障害者の追跡調査により、再犯と過去の前科前歴回数との間に高い相関を見出したという。³⁾

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、高率の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。このことは次の重大犯罪再犯者67例の再犯に至る経過の分析の中で、更に論じたい。

前科前歴が3回以上の高リスク群の障害名の1つに精神病質が含まれている。日本の刑事司法制度の下では、人格障害は完全責任能力が認められることが通例であるが、ごく一部の精神病質者は触法精神障害者として処遇されている。1994年の触法精神障害者1108例中に主障害名が精神病質である者が22例含まれていたが、これについて調べてみると、境界性人格障害や反社会的傾向を有していて、犯行時の飲酒や薬物の影響、過去の精神科通院歴が考慮されたなどの事情に基づいて触法精神障害者とされていた者が殆どであった。精神病質22例のうち追跡期間中に再犯のみられた者は8例(36.4%)で、再犯率は中毒性精神障害ほど高率ではないが、全体の再犯率(18.4%)の約2倍に相当する。医療観察法のもとでの人格障害者の処遇の扱いについては、後ほど、個別事例の治療必要性の判定基準の問題のところでも、より詳しく言及したい。

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。欠陥期の感情鈍麻や、現実検討能力の低下した状態で、窃盗や詐欺(無銭飲食など)を繰り返していた事例が30例ほど見られたが、母集団が大きいため(統合失調症648例)、再犯リスクを高めるものとはならなかった。

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ほどには、再犯リスク高めるものとはならない。これまで統合失調症と暴力犯罪に関係について多くの研究がされてきたが、⁴²⁻⁴⁵⁾ 暴力の予測をする際には、診断名という大きな枠組みではなく、暴力と結びつきやすい特定の症状、例えば危険な妄想や体系化された妄想、妄想複合体の形をとるものなど具体的な症状に着目してリスク評価がなされてきた。^{46) 47)} 先行研究では統合失調症で暴力犯罪のリスクが高まるとする研究も多く存在するが⁴²⁾、それを否定する研究もみられる。⁴³⁾ また、一度犯罪を行ったハイリスク群は、再犯のリスクを低くするという研究も多い。⁴⁴⁻⁴⁵⁾ 本調査では指標犯罪において統合失調症による殺人は92例みられたが、再犯はわずか2例に過ぎなかった。指標犯行後に殆どの者が不起訴処分を受け、入院しており、追跡期間終了時も入院継続中の者が少数いることを考慮しても、再犯率は著しく低い。統合失調症による殺人では、妄想や幻覚などの病的な症状が増悪する中で為されることが多く、治療が適切におこなわれれば治療効果も高く、再犯のリスクを顕著に低下させることを示唆していると思われる。

本調査の限界は予測因子となる説明変数が過去の前科前歴回数、罪名、住居、同居の有無、職業、過去の措置入院歴など、静的データに限られることである。実際の臨床の場において必

要とされるのは、臨床的介入によって改善させることのできる動の変数であり、犯罪や暴力がどのような状況でなされるのかという具体的な予測である。このように動の変数を考慮することは、調査時点でのリスクアセスメントに資するだけでなく、治療によってどの程度症状の改善が期待され、将来の再犯リスクが減少するかという、治療適性の評価の上でも重要である。このような本調査の限界を補う目的もあり、再犯事件についてより詳細なデータの得られた重大犯罪再犯者67例について、以下の調査を実施した。

2 重大犯罪再犯者67例の再犯に至る経過の分析

調査期間中に重大犯罪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例については、その再犯に到る経過を様々な角度から分析し、対応策のあり方についても検討を行った。

(1) 犯罪生活曲線の理論から見た本調査所見の意義について

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脩夫によって1950年代に創設された犯罪生活曲線の研究が、内外で高い評価を受けているが⁸⁻¹²⁾、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。

犯罪生活曲線の理論は、初犯の時期、犯罪の反復と間隔、犯罪の方向の3つの標識により累犯者の犯罪経過を分析するものである。犯罪生活曲線は犯罪者個人に適用できることが実際上の利点を持ち、犯罪者個人において特異的である。犯罪生活曲線を用いた再犯者に関する研究は吉益とその門下生によって1960年代に盛んに行われ、坪井の暴力犯累犯者の研究⁸⁾、中田、小田らによる多種方向犯罪者や遅発犯の研究^{9) 10)}、市場による統合失調症と犯罪に関する研究¹¹⁾、武村の女子累犯者の研究¹²⁾、福島の窃盗累犯の研究¹³⁾など多数みられる。その後、1970年代の保安処分論争の影響を受けるなどして、それ以降このような研究は途絶えてしまった。これまでの犯罪生活曲線を用いた調査は刑務所など矯正施設内のものがほとんどで、そのため障害名も精神病質が多く、精神病性障害に関するものは統合失調症の入院患者を調査した市場の報告にみられるに過ぎない。¹¹⁾ この中からいくつかの研究を紹介する。

暴力犯累犯者の研究は、坪井によってなされた。刑務所に服役中の110名の犯罪経過を犯罪生活曲線を用いて分析したが、⁸⁾これによると現在20歳代の者が多く、暴力性の人格偏奇が顕著な中核群は辺縁群および一般犯罪者に比し、犯罪が多少遅発する傾向があり、ことに20歳前後に犯罪生活に入る者が最も多い。また、重い暴力犯罪の累犯ほど犯罪間隔が長い。また、精神病質ことに爆発性精神病質が特徴的であり、統合失調症、覚醒剤精神病などの精神病なども多い。既往歴としては重い頭部外傷、覚醒剤中毒か高率であり、さらに常習飲酒、異常酩酊が多くみられたという。

多種方向犯罪者については中田による受刑者等を対象とする研究がある。^{9) 10)} 多種方向犯罪者は大別して暴力犯罪を中核とする群(I群)と財産犯が優勢で本質的には単一・同種方向の群(II群)に分類された。暴力犯罪を中核とするI群では「暴力+財産+風俗」の組合せが最

も多く、診断名については精神病質が多数を占める。暴力犯罪を中核とするⅠ群では「暴力＋財産＋風俗」の組合せが最も多いとする。

今回の調査でも、多種方向（14例）の犯罪の組合せにおいては、暴力犯＋財産犯が必ず含まれており、暴力犯＋財産犯＋風俗犯の組合せが8例と最も多く、中田の調査書健に合致するところが多い。本調査が、触法精神障害者一般を対象とするもので、精神病質はそのごく一部しか占めていないのに、結果的には精神病質を主たる調査対象とする中田の調査結果と類似する所見を得たことは示唆的である。本調査における重大事件再犯者では主障害名は覚醒剤中毒、アルコール中毒であっても反社会的傾向を有する者が多く、発病前に犯歴がある暴力犯先行型は中田のいうⅠ群にほぼ対応するものと考えられる。本調査においては、発病前から財産犯の犯歴を有し、発病後も財産犯を中心として時折、暴力犯や風俗犯がみられる異種・多種方向者の一群が見られたが、これは中田の分類のⅡ群にほぼ対応するものと思われる。

統合失調症の患者の研究は市場によってなされた。¹¹⁾ 刑事事件を契機として入院した76名の犯罪経過を分析し、財産犯には早発犯がいちじるしく多く(67.9%)、犯罪の反復と間隔の型では、全体として持続型が圧倒的に多く(74.3%)、間歇群が少なかったという。持続型には早発犯が多い傾向がある。犯罪の方向の型では、単一方向、同種方向が財産犯に多く、異種方向は暴力犯と放火犯に多い。さらに、財産犯と暴力犯、放火犯との相違についても言及している。すなわち、財産犯には最もしばしば生来性の犯因性素質を認めているのに対し、暴力犯や放火犯についてはその犯因性を統合失調症の病的過程に求めている。

今回の調査所見を市場のそれと比較すると、触法精神障害者であっても早発犯罪が多いこと、単一・同種方向が財産犯に多く、異種方向には暴力犯が多いことなどの点で共通する。しかし、犯行の間隔については、市場の調査では持続型が圧倒的に多いのに、本調査では間歇型が最多という結果となった。このことは、対象対象事例の相違に加え、本調査では入院期間の算定が十分にできなかったことが影響している可能性がある。

（２）精神病の発病が犯罪の方向性などに及ぼす影響

精神病の発病は、その者の犯罪傾向に多様な影響を及ぼし得るものであるので、重大犯罪再犯者67例について、発病前後における犯罪の方向の変化等について調査してみた。

1) 発病前に犯歴がある者について

発病前に犯歴があり、初犯が暴力犯であった者たちにおいては、基本的に暴力傾向が持続していた。これらの多くは覚醒剤中毒であり、暴力団、元暴力団員など元来の反社会的人格傾向が強い者が多く、病院内ではいわゆる処遇困難者とされていた。現在症としては、明らかな幻覚妄想はないが、被害的な人格傾向を有し、鑑定を行われるたびに統合失調症、あるいは精神病質など、異なる診断名を付けられる事も多い。統合失調症の事例は2例みられたが、いずれも20歳代から暴力傾向を強く示していた。うち1例は、統合失調症にアルコール依存が合併し、入院中には症状が比較的安定しているが、無断離院を契機として治療中断による症状悪化に加えて飲酒の影響もあり、暴力犯罪を繰り返していた。もう1例は10代に暴力団に加入し、反社会的傾向が強く、20代終わりに発病、以後も暴力傾向が続いた。性格傾向も猜疑的で、しばしば衝動行為がみられ、現在は欠陥状態にある。過去に措置入院歴が何度もあり、病院内で

は処遇困難者とされてきた。財産犯罪先行型に属する事例でも、13例は発病を契機として暴力犯に移行していたが、その半数以上は覚醒剤中毒やアルコール中毒など中毒性精神障害を有していた。すなわち、暴力犯先行型で暴力傾向が持続していた者や財産犯先行型で暴力犯に移行した者は基本的に覚醒剤中毒など中毒性精神障害者がほとんどであった。

財産犯罪先行型で、発病を契機とする罪質の変化がみられなかった6例については、暴力犯、風俗犯、破壊犯などが、時折みられるものの、基本的には財産犯などが中心であり、たまたま暴力犯、風俗犯、破壊犯を犯し、異種多種方向犯罪者になった者であり、元来暴力傾向はなく、いわば機会犯であり、意志欠如者が多かった。

2) 発病前に犯歴がない者について

発病前に犯歴が全くない者は、全40例のうち11例(27.5%)出合った。この型に関しては犯罪の発生そのものに発病の影響が強く示唆される。障害名は、統合失調症が多く、7割を占め、急性期、病的過程期の犯行が多く、破瓜型による犯行は1例にすぎない。他はアルコール中毒(有機溶剤依存、軽度精神発達遅滞を伴う)、精神病質(ヒステリー傾向を伴う人格障害、パラノイア)であった。発病から指標犯行の期間については発病後間もないものから発病後20年以上経過した者も含まれる。経過が長い者では傷害、放火など重大犯罪が見られる者も存在するが、元来、犯罪傾向がそれほど高くない群であり、治療の継続が重要で、症状悪化時にいかに速やかに精神医療に繋げるかが問題となる。

また、初犯時に行動や動機の異常さにより発病が判明し、事件を契機に入院していたにも関わらず、病的体験が持続したまま短期間で退院し、その後、間もなく再犯に至る例がみられた。統合失調症において発病前後に暴力、放火など重大犯がみられることがしばしば存在するが、初犯の事件を契機として入院した場合、退院に際しては慎重なリスク評価が求められる。

(3) 触法精神障害者の再犯研究から見た本調査所見の意義

欧米諸国では1970年代から80年代にかけて司法精神病院を退院、或いは矯正施設を退所した触法精神障害者を母集団として追跡し、調査期間中に逮捕率を調べた再犯の実態調査が多数行われてきた。¹⁴⁻²⁰⁾ また、スウェーデン、フィンランドなどの北欧諸国では古くからコホート研究が盛んに行われ、再犯に関する様々な研究成果が報告されている。²¹⁻²⁴⁾

我が国では山上らによる1980年の触法精神障害者946例の11年間追跡調査がある。^{3) 25)} その概要を記すと946例の指標犯行の罪名は殺人205例(22%)、放火139例(15%)、強盗35例(4%)、強姦・強制猥褻35例(4%)、傷害(致死を含む)154例(16%)などであり、病名別では統合失調症542例と過半数を占め、アルコール中毒124例、躁鬱病73例がこれに次いでいた。1980年～1991年までの11年間の全再犯事例数は総計207例で、再犯事件総数は487件であった。再犯罪名は殺人14件、放火4件、強盗10件、強姦・強制猥褻10件、粗暴犯125件、財産犯156件、その他169件であった。再犯事件中には殺人14件が含まれるが、犯人の前回(1980年)の罪名をみると、4件は殺人、7件は傷害等、粗暴犯罪によって占められており、危険な暴力犯罪を繰り返す一部の精神障害者の存在が窺われた。

今回調査対象とされた1994年触法精神障害者の精神科診断名別分布は、先の1980年のそれとほとんど変わりがなかったが、再犯に関する追跡調査結果には差が見られた。すなわち、今

回調査した再犯では、罪名に関しては、重大犯罪の占める割合が低下し、窃盗罪など軽微な罪種が増加していた。また、精神鑑定については、正式鑑定が減少し、簡易鑑定のみや、鑑定が行われない事例が増加していたなどの違いが見られた。

触法精神障害者の再犯を巡る論議は、その後の欧米諸国における司法精神医療の進展のもとで、80年代後半からは精神障害者による暴力の危険因子の評価へと関心を移し、90年代以降はリスクアセスメントツールを利用した暴力犯罪や性犯罪の再犯の予測に関する研究が盛んに行われ、様々なリスクアセスメントツールが開発されてきた。暴力のリスクアセスメントツールとしてPCL-R(psychopathy Check List-Revised)、VRAG(Violence Risk Appraisal Guide)、HCR-20(Historical, Clinical and Risk Management 20 Items)などが有名であるが、その中から最近の研究のいくつかを紹介する。スウェーデンのTengstromらは統合失調症106例の暴力犯罪者にHCR-20を適用し、86ヶ月間の追跡調査を行った。暴力犯罪の再犯はROC曲線(Receiver operating Characteristic Curve:受信者動作特性曲線)のAUC(Area Under Curve:0.5-1.0の間の値をとり、予測の確実性では0.5では偶然と変わらず、1.0に近いほど精度が高い。0.60より大きければ有効。0.70以上あれば比較的大きなeffect sizeがあるとされる。)において0.76の高い値を示した。²⁸⁾ また、別の評価スケールであるPCL-Rを202例の統合失調症の暴力犯罪者に適用し、51ヶ月間の追跡調査を行ったところPCL-Rにより反社会的とされたものは有意に暴力犯罪の再犯と関連しており、AUCは0.64から0.75と比較的高い値を示していたという。²⁹⁾

アメリカではMonahanらがマッカーサーリスクアセスメント研究の一環としてICT法によりコミュニティにおける暴力の高リスク群と低リスク群を分類した。³⁰⁻³²⁾ 具体的には精神病院を退院した1136名の患者を対象に、退院後から1年間の追跡調査を行なった。そして、10週目ないし20週目の追跡を実施できた939人についてコミュニティにおける暴力の発生を樹形図状に記述した。説明変数として入院形態、主要精神病と物質乱用、前科歴(頻度)、逮捕歴(重大度)非虐待歴、入院時の年齢、父親の薬物乱用歴、自傷念慮等の臨床的に利用できる106個のリスクファクターを投入し、3つの高リスク、4つの低リスク、4つの未分類群を同定した。これによれば①財産犯、薬物などの逮捕歴があり、父親に薬物乱用がみられる者、②殺人、強姦、強盗などの重大犯罪の逮捕歴があり、最近、暴力に関係する妄想を抱いていたもの、③精神障害名が統合失調症ではなく、「怒りの反応」が高く、雇用されておらず、入院形態が強制入院であった者などのグループが暴力の高リスク群と同定された。我が国においても吉川が触法精神障害者の再犯予測を行っている。²⁷⁾ 1980年も触法精神障害者のうち統合失調症による殺人の111名例を選び、これに、その後の11年間の追跡調査で、再犯としてから統合失調症殺人犯にみる再犯要因をロジスティック回帰分析を用いて解析した。これによると同モデルに対し最も寄与率が高かった変数は、殺人の動機に関与した精神病理現象としての「妄想体系」であったという。

このような暴力犯罪の再犯予測だけでなく、近年の欧米諸国に関する性犯罪者の処遇に対する機運の高まりを受けて、性犯罪者に関する再犯予測も盛んに行われるようになってきている。³³⁻³⁶⁾ 性犯罪においてもStatic-99やSORAG(Sex Offender Risk Appraisal Guide)、SVR-20(Sexual Violence Risk20)などの様々なリスクアセスメントのツールが開発されている

が、最近の研究ではアメリカのアリゾナ州において Bartosh らが 1996 年から 1997 年にかけて釈放された性犯罪者 186 名を 60 ヶ月から 66 ヶ月追跡した調査がある。³⁴⁾ そのうち、103 名に新たな犯罪で逮捕され、22 名は再び性犯罪を犯しており、Static-99 や SORAG などのリスクアセスメントスケールを用いた再犯予測は暴力犯罪やその他の犯罪に関しても高い予測率を示したという。以上のように、再犯に関する追跡調査は、近年ではリスクアセスメントのツールを用いた再犯予測の研究に重点が移りつつあり、以前の再犯研究に比べ、再犯の予測も精度が増し、手法もより洗練されてきている。

(4) 事例に見る再犯経過の分析と、対策のあり方

重大犯罪再犯者 67 例における再犯に至る経緯を詳細に検討することは我が国の触法精神障害者の問題点を考える上で非常に重要である。これらのほとんどの者が指標犯行後、入院治療や通院治療を受けていたが、その後、どのようにして再犯に至ったのか、その経緯を個々の事例についての検討したところ、次のような問題点が明らかになった。

1) 生活環境の問題

多くのケースにおいて単身者や家族の受入れ困難など、住居の問題、経済的問題、就労問題などの生活能力といった生活環境上の問題が大きく関与していた。中には退院や出所後まもなくホームレスとなり再犯に至る例も見られた。先の決定木分析においても、再犯の高リスク群の中には「住居が自宅以外の者」が含まれていたが、その多くは住居不定者であり、不安定な生活環境の下で再犯に至っているという事実を裏付けている。

2) 治療中断の問題

統合失調症などの精神病性障害では、およそ半数近くで通院中断、怠薬などがみられた。治療中断に至る経過を見ると理由として、「病状の悪化による病識の欠如」、「単身者でサポートが不足」、「居住・生活環境の劣悪さ」、「生活能力の不足」など、これら単一或いは複数の要因が重なり、治療中断から症状悪化に至っている例が多かった。

3) 退院後のフォローアップの問題

統合失調症の中ではごく一部であるが、飲酒、薬物の影響により、統合失調症の症状自体は寛解状態にあるにもかかわらず、入院中に何度も無断離院し、治療中断に至り、時に飲酒酩酊下で、時に症状悪化による被害妄想によって、暴力犯罪を繰り返している者がみられた。このように、現行制度の下では、重大触法行為を行う者に対して司法の関与はなく、短期間で退院し、退院後も何のフォローも保証されない。このような経過で再犯を繰り返す者が、我が国には少なくないことが、先の井上等³⁾の研究でも指摘され、これに対し、諸外国では、ドイツの行状監督制度、イギリスの保護観察制度、アメリカ等における地域外来通院プログラムなどの強制的な外来治療など、触法精神患者に対する退院・出所後の地域でのフォローアップのシステムが完備されていることを挙げ、我が国においても早急にかかる医療体制を敷くべきであると強く主張がされてきた。¹⁾²⁾

今回の医療観察法制定により、我が国もようやく国家の責任において触法精神障害者の処遇に司法が関与して、退院後のフォローアップをするシステムが創設されたことは大きな進歩といえる。先に述べたような治療中断による再犯例に関しては医療観察法下における保護観察の

制度、社会復帰調整官の役割により、大きな改善が期待されると考えられる。

4) 治療反応性の乏しい統合失調症事例の問題

統合失調症の事例の中にも、再犯防止が困難な事例も存する。すなわち犯行が病的体験など陽性症状によるものではない破瓜型や人格水準の低下が著しい欠陥状態の一群である。これらの者は、治療反応性の点でも乏しく、行動は突発的で予測困難ことも往々にしてみられ、通院を継続していても再犯防止ができないような事例もある。

今回調査した重大犯罪再犯例の中にも、このような事例の一群がおり、退院数日後や、通院の翌日に、些細な理由により放火などに至った例がみられた。このような破瓜型や残遺型の統合失調症が重大犯に至る動機、経緯を見ると、精神遅滞者のそれと共通するところも多いように思われる。すなわち、どちらも犯罪行為に対する見通しや抑制に乏しく、欲求不満耐性が低いことから、些細な動機によりすぐに衝動的行為に赴きやすいところがある。これらの者に対しては、一般に治療可能性は乏しいと考えられてはいるが、医療観察制度のもとで、通常の薬物療法に加えて社会生活能力を高める訓練などを通して自我機能の強化を目指し、生活環境の構造化をしていくなど、最大限に治療の可能性が追求されるべきであると考えられる。

5) 中毒性精神障害の問題

覚醒剤やアルコール中毒者など中毒性精神障害の場合には、その再発防止上重要な問題点となる「薬物やアルコールの乱用」や、「違法な薬物の入手」、「反社会的集団との交流」などへの、医療側からの介入が困難である。その上、本調査によれば、再犯時の本人の精神状態には、指標犯行と比較して、薬物使用や飲酒による幻覚妄想状態や意識変容が存在する例は少なかった。覚醒剤中毒者の実際の再犯事例をみても、単純な憤激、単純酩酊下の暴力など、元来の反社会性、衝動性制御困難によるものが多く、陽性症状による犯行は、持続する被害妄想による犯行が1例、フラッシュバックによる犯行が2例の、総計3例のみであった。アルコール中毒の場合も同様で、元来の反社会性に加えて、飲酒酩酊下の脱抑制により暴力を繰り返す者が多く、アルコール幻覚症や病的酩酊などによる犯行はほとんど見られなかった。

これら中毒性精神障害の犯行に関しては、根底には衝動性制御困難、反社会的傾向など人格面の問題が存在し、通院継続し、服薬していたからといって必ずしも犯罪を予防できるものではなく服役しても刑罰から何も学ぶことなく、出所後もすぐに同様の犯罪を繰り返す者も多く、現在の犯罪者処遇の限界とも考えられた。

現在の精神医療では依存症の治療の対象となるのはあくまでも自発的な治療意思を持つ者のみである。依存症に対する治療をしなければ再犯の危険性が非常に高いことが分かっているにも関わらず治療の任意性の原則を貫けば、これらの者に対しての治療はできないことになる。中毒性精神障害を有して暴力犯罪を繰り返す者に対しては、禁絶処分のような強制的な医療のあり方が必要という考えも十分に成り立ち、今後、これらの者たちの処遇に関する論議が必要と考える。

3 司法精神医療における今後の課題

これまで示してきたように、筆者等の調査は、新しい医療観察法の対象となる可能性のある

重大犯罪 6 罪種の再犯者においては、統合失調症など精神病性障害の症状増悪時に犯行に及ぶような例は比較的になく、精神病性障害であっても治療困難例や、反社会的人格傾向を伴った中毒性精神障害が多く認められた。

医療観察法は、対象者を心神喪失、心神耗弱者に限定しているため、人格障害を原則として完全責任能力とする我が国の現行の責任能力判定基準を維持すれば、彼らは原則として新しい医療の対象とはされない。欧米諸国においては人格障害も治療の対象とされており、新しい医療がこれを対象から除外することについて批判もみられるが、^{48) 50)} 医療観察法の目的からしても、我が国の責任能力判定の原則からしても、また、我が国の精神科医療の歴史から見ても、人格障害を直ちに医療観察制度の枠組み入れることには無理がある。当面は統合失調症など精神病性障害の治療を中心に行うべきであろう。

しかし、実際の重大事件再犯の事例を見ると、特に発病前から犯罪歴があるような事例（犯歴先行型）では、内因性の精神障害にせよ、中毒性精神障害にせよ、精神遅滞にせよ人格障害の診断が併存する例がほとんどである。したがって、このような事例の治療を通して、我が国の司法精神医療も早晚、人格障害の治療と取りまざるを得ない時期が来るものと思われる。

医療観察法のもとで、触法精神障害者に対する退院後のフォローアップのシステムが機能し始めれば、統合失調症の典型例などによる精神病性障害の再犯事例は次第に減少していくと考えられる。その分、治療の重点は、人格障害を伴う事例に向けられるようになり、人格障害に対する治療技術も深められて行くものと思われる。司法精神医学の長い歴史を有する欧米諸国では、長い試行錯誤の時を経て、現在では積極的に人格障害の治療に取り組んでいる。⁴⁸⁻⁵⁰⁾

V 結 語

1994 年の触法精神障害者 1108 例について 7 年間の追跡調査を行い、再犯者 204 例の再犯要因を分析し、重大犯罪再犯者 67 例については多様な角度から詳細な分析を加え、いくつかの新たな知見を得た。ここで得られた新たな知見が、2005 年 7 月より施行される医療観察制度の実践の中に生かされることを期待している。

今回の医療観察法の制定は、刑法や刑事訴訟法、監獄法などの改正を伴うものではなく、司法・法務と医療の間には、越えがたい壁が残されたままである。このため、イギリスなど司法精神医療先進国で実現されているような、司法精神医療施設と強制施設の間での患者の移動や、医療施設から再度司法手続きに戻すなどということは、出来ない仕組みとなっている。まだ、多くの課題が残されているが、それでも、触法精神障害者の処遇に対して司法が関与し、初めて国家が触法精神障害者の処遇に対して責任を持つようになったことの持つ意義は、極めて大きい。

触法精神障害者に対する制度的不備のために、これまで多くの被害者が生まれていたが、幾多の困難を経て医療観察法が成立し、我が国において司法精神医療が始動しようとする時期を迎えられたことを、心からよろこびたい。本論が、触法精神障害者の再犯防止の一助になれば、幸いである。

参考文献

- 1) 山上皓：触法精神障害者の処遇のあり方 現代刑事法 44(12):24-30(2002)
- 2) 山上皓：我が国における触法精神障害者の処遇と問題点 精神経雜 102:15-22(2000)
- 3) 井上俊宏：触法精神障害者の再犯についての多角的研究 犯罪誌 61(5):207-215(1995)
- 4) Xie L.: Impact of social changes on female mentally disordered offenders from 1980 to 1994 in Japan. J Am Acad Psychiatry Law. 1997;25(3):295-310.
- 5) Okada T, et al: Criminal acts by mentally disordered persons undergoing treatment in psychiatric hospital Acta Crim. Japon.,65(3):91-102,1999
- 6) 岡田幸之、安藤久美子 司法精神医学的視点からみた措置要件 16(8):785-790,2001
- 7) 吉益脩夫：犯罪学概論、有斐閣 1958
- 8) 坪井孝幸：暴力犯累犯者の研究 精神神経学雑誌 61(16):23-44(1959)
- 9) 中田修：多種方向犯罪者について多種方向犯罪者の犯罪学的研究(1)犯罪誌 28(2):8-23(1962)
- 10) 中田修、小田晋：長期受刑者における多種方向犯罪者について 犯罪誌 28(2):8-23(1962)
- 11) 市場和男：統合失調症と犯罪 犯罪誌 26(5/6):1-20(1960)
- 12) 武村信義：女性累犯者の犯罪生物学的研究 精神神経学雑誌 61(16):23-44(1959)
- 13) 福島章 窃盗累犯の研究 犯罪誌 34(3):27-36(1967)
- 14) Pantle ML, Pasewark RA, Steadman HJ : Comparing institutionalization periods and subsequent arrests of insanity acquittees and convicted felons. The Journal of Psychiatry & Law 8 : 305-316 (1980)
- 15) Bowden LP. : What Happens to Patients Released from the Special Hospitals? Brit J Psychiat 138: 340-345,1981
- 16) Pasewark RA, Pantle ML, Steadman HJ: Detention and rearrest rates of persons found not guilty by reason of insanity and convicted felons. Am J Psychiatry 139(7): 892-897 (1982)
- 17) Gibbens,T.C.N., Robertson,G.: A Survey. of the Criminal Careers of Hospital Order Patients. Brit J Psychiat 143:362-369, 1983
- 18) Hodgins S : A follow-up study of person found incompetent to stand trial and/ or not guilty by reason of insanity in Quebec. Int J Law Psychiatry 6 : 399-411 (1983)
- 19) Bieber SL, Pasewark RA, Bosten K, et al : Predicting criminal recidivism of insanity acquittees. Int J Law Psychiatry 11 : 105-112 (1988)
- 20) Harris V, Koepsell TD. Rearrest among mentally ill offenders. J Am Acad Psychiatry Law. 1998;26(3):393-402
- 21) Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 2000 May;57(5):494-500.
- 22) Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., Engberg, M. : Mental disorder and crime : Evidence from a Danish birth cohort. Arch. Gen. Psychiatry, 53 :

489-496, 1996.

- 23) Tiihonen, J, Isohanni, M., Rasanen, P Koiranen, M., Moring, J : Specific major mental disorders and criminality : A 26- year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am. J. Psychiatry*, 154:840,1997
- 24) Tiihonen, J, Isohanni, M., Rasanen, P Koiranen, M., Moring, J:Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow-up study of an unselected birth cohort.*Schizophr Bull.* 1998;24(3):437-41
- 25) 山上皓、小西聖子、吉川和男ほか：触法精神障害者946例の11年間の追跡調査（第1報）－再犯事件の概要 犯罪誌 61(5):201-206(1995)
- 26) 井上俊宏、小西聖子、吉川和男ほか：触法精神障害者946例の11年間の追跡調査（第2報）－触法行為を頻回に反復する2事例 犯罪誌 61(5):207-215(1995)
- 27) 吉川和男：統合失調症殺人犯にみる再犯予測の要因と予測可能性 犯罪誌 61(6):216-234(1995)
- 28) Tengstrom A. Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. *Nord J Psychiatry.* 2001;55(4):243-9.
- 29) Tengstrom A, Grann M, Langstrom N, Kullgren G.: Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law Hum Behav.* 2000 Feb;24(1):45-58.
- 30) Monahan J, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Grisso T, Roth LH, Banks S. A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Hum Behav.* 2000 Feb;24(1):83-100.
- 31) Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, Roth LH, Grisso T: Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry.* 2000 Apr;176:312-9.
- 32) Monahan, J. et al *Rethinking risk assessment: The Macarrter study of mental disorder and violence* Oxford University Press 2001
- 33) de Vogel V, de Ruiter C, van Beek D, Mead G.: Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law Hum Behav.* 2004 Jun;28(3):235-51.
- 34) Bartosh DL, Garby T, Lewis D, Gray S.: Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2003 Aug;47(4):422-38.
- 35) Craig LA, Browne KD, Stringer I. Comparing sex offender risk assessment measures on a UK sample. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2004 Feb;48(1):7-27.
- 36) Doren DM. Stability of the interpretative risk percentages for the RRASOR and Static-99. *Sex Abuse.* 2004 Jan;16(1):25-36.
- 37) Breiman F: *Classification and Regression Tree.* CRC press Boca Raton , 1984

- 38) McNeil, D. E., Binder, R. L. : Relationship between preadmission threats and later violent behavior by acute psychiatric inpatients. *Hosp. Community Psychiatry*, 40 : 605-608, 1989 .
- 39) Torrey, E.: Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hosp. Community Psychiatry*, 45 : 653-662, 1994.
- 40) McNeil, D. E., Binder, R. L.: Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatient's risk of violence. *Am. J. Psychiatry* 152: 901-906, 1995
- 41) Cocozza, J. J., Steadman, H.J.: Some refinements in the measurement and prediction of dangerous behavior. *Am. J. Psychiatry*, 131 : 1012-1014, 1974.
- 42) Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmet, S., Rtischena, D., Browne, C.: Serious criminal offending and mental disorder. *Br. J. Psychiatry*, 172 : 477-484, 1998.
- 43) Belfrage, H.: Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital : Integrating research and clinical practice. *J. Forensic Psychiatry*, 9 : 328-338, 1998.
- 44) Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G.: Does psychiatric disorder predict violence? *Am. Psychol.*, 49 : 335-342, 1994
- 45) Rice, M. E., Harris, G. T. : Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *Int J. Law Psychiatry*, 18: 333-342, 1995.
- 46) Boker W, Hafer H: *Gevalttaten Geistesgestorter* . Springer-Verlag , Berlin , 1973
- 47) Monahan J, Steadman: *Violence and mental disorder* The university of Chicago Press, Chicago 1994
- 48) 加藤久雄 : 触法精神障害者の処遇のあり方—医事刑法の立場から—現代刑事法 44(12):24-30,2002
- 49) 山上皓 : 人格障害者における責任能力 : 新世紀の精神科治療 第5巻現代医療文化の中の人格障害 東京 : 中山書店 : 95-107,2003
- 50) 加藤久雄 : 人格障害と司法精神医学—人格障害者の刑事責任能力と社会治療処遇 精神科 : 3:351-362, 2003

医療観察法施行の意義—司法精神医学の立場から（概説）

山上 皓 東京医科歯科大学

1. はじめに

この数ヶ月の間に、30代の小児性愛者による少女誘拐殺人事件、17歳の少年による突発的な母校（小学校）教師殺傷事件、50代の福祉施設事務局長による家族6人殺傷事件など、社会の耳目を集める悲惨な事件が相次いで生じている。治療処分制度を整備した欧米諸国であれば、このような事例には刑罰に替えて治療を与えることが考えられ、人格と行動の障害に視点を当てる司法精神医療の対象とされることも多い。それぞれの事例の犯行に至る経緯から見ても、彼らが刑罰から多くを学ぶとは思われず、司法精神医療によって彼らが自らの内面の問題を自覚し、これを克服できるように導くことができれば、本人にとっても、社会にとっても、はるかにましなことに思われる。

しかし、上記した事例はいずれも、わが国の司法精神医療の対象からは、当面除外されることになると思われる。治療処分の導入が根強い反対に遭ったことから、わが国の司法精神医療は、欧米諸国のそれとは異なる枠組みの中で始められなければならなくなった。この、異例のスタートを切ることになったわが国の司法精神医療に期待されるものは何か、そこで実現に際して問題とされることは何か、本小論ではこのような問題点について、私見を述べさせていただく。

2. 医療観察制度に期待されるもの

医療観察制度に期待されるものについては、人により見解も分かれるであろうが、筆者は以前より、以下のような点にあると考えてきた。

1) 触法精神障害者処遇制度の確立

触法精神障害者は、精神障害者であると同時に犯罪者としての側面をも併せ持っており、その処遇には一般精神医療とは異なる慎重さと、再犯防止を視野に入れた長期的な治療的取り組みが必要とされる。当然のこととして、これは国の責任でなされなければならない。然るにわが国では、制度的欠陥の故に、国の責任は、検察官が彼らを不起訴処分とする時点で放棄され、その後のフォローも一切されることがなかった。触法精神障害者の中には、きわめて強い再犯傾向を示すものも含まれており、筆者らによる全国の実態調査は、彼らによって為される頻回の再犯事件と、多発する精神病院内での殺傷事件の存在を明らかにするものとなった¹⁾ ²⁾。すなわち、触法精神障害者処遇にある制度的欠陥のしわ寄せを、再犯事件の被害者とされる国民と、困難な条件のもとで彼らの医療の責任を負わされる一般精神病院およびそこに入院中の他患者が、分かち合う結果となっているのである。

医療観察制度への期待の第1点は、この制度的欠陥の是正、すなわち、再犯傾向を有する触法精神障害者の処遇に、国が責任を持つ、欧米並みの制度を確立した点にある。

2) 専門医療としての司法精神医療の確立

欧米諸国は早くから、再犯傾向を有する触法精神障害者を一般患者とは区別して処遇してきた。精神障害を有していても犯罪者である以上は処遇に安全を期す必要があり、処遇基準も一

般の患者と区別するのが当然とする考えによる。処遇の実際を考えても、処遇基準の大きく異なる者を一緒に処遇することは、効率も悪いし、事故も起き易い。区別して処遇することから、専門医療としての司法精神医療がスタートしたのである。この種の施設は、一時は巨大な収容所と化して問題とされた時期もあるが、その反省のもとに、施設の小規模化、地域化と社会復帰の推進を図ることで、司法精神医療は大きく進歩し、近年では、関係者の最大の関心が、地域における患者のサポートに向けられるまでになって来た。

再犯傾向を有する触法精神障害者に対して、社会復帰を目指す効果的な治療を提供するには、一般医療の何倍ものコストがかかる。年単位の治療に適する良好な居住環境、患者個々のニーズに応える多様な治療プログラム、患者数に倍する看護者の配置、退院に向けての慎重な社会生活訓練、退院後の住居の提供と定期的な訪問等々、欧米諸国は高いコストを負担して、触法精神障害者の治療と社会の安全とをバランス良く実現する、質の高い司法精神医療を展開してきた。数十年の論争の時を経て、我が国も今ようやく、司法精神医療の展開へのスタートにつくことになる。

医療観察制度への期待の第2点は、再犯傾向を有する触法精神障害者のための、入院から地域ケアに到るまでの、専門医療としての司法精神医療の確立にある。

3) 一般精神医療への波及効果

司法精神医療の確立は、次の2点において、一般精神医療に大きな波及効果を及ぼすことが期待される。

その第1点は、司法精神医療が、暴力傾向が強く、処遇の難しい事例を集中的に引き受けることによって、一般精神病院の負担を大きく軽減することにある。これが実現されれば、一般の精神病院内で生ずる暴力事件は大幅に減少し、一般精神病院の一層の開放化が促され、社会復帰に向けた治療活動の展開が容易となることであろう。

その第2点は、司法精神医療が、充実した治療環境と治療スタッフのもとで展開する多職種チーム医療、および、個々の患者の特性に応じて開発される治療プログラムとその実践が、我が国の精神医療の質的向上に寄与することにある。司法精神医療の成果はさまざまな形で一般精神医療の場に応用されるべきであり、その実現のために、一般精神医療の側のスタッフ増員等を促す施策も求められるようになるであろう。

医療観察制度への期待の第3点は、司法精神医療確立の波及効果としての、我が国の一般精神医療の開放化、地域化、社会復帰の推進と、精神科医療全般の質的向上にある。

3. 司法精神医療の治療対象

我が国の司法精神医療は、欧米のそれとは異なる枠組みの中で開始されることになるが、そこでまず、我が国の司法精神医療はどのような事例に対して対応しうるのかを、司法精神医療の先進国であるイギリスの実態と比較しながら論じてみたい。参考までに、表1に、イギリスにおける司法精神医療が対象とする事例の概観を示す。