

特集 重大犯罪を起こした精神障害者への対策

# 重大犯罪にあたる行為を行い不起訴処分になった精神障害者に対する対策の検討

\*津久江一郎 \*\*小沼 杏坪

\*日本精神科病院協会 重大な犯罪を犯した精神障害者の  
処遇のあり方に関する検討委員会委員長

医療法人せのがわ 瀬野川病院理事長・院長

\*\*医療法人せのがわ Konuma記念広島薬物依存研究所所長

日本精神科病院協会雑誌別刷

2002 Vol. 21 No. 2

創 造 出 版

# 重大犯罪にあたる行為を行い不起訴処分になった精神障害者に対する対策の検討

津久江一郎<sup>\*1</sup> 小沼 杏坪<sup>\*2</sup><sup>\*1</sup> 日本精神科病院協会 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方に関する検討委員会 委員長

広島 医療法人せのがわ 濑野川病院 理事長・院長

<sup>\*2</sup> 同 医療法人せのがわ Konuma 記念広島薬物依存研究所 所長

**Key Words** 司法精神医学、重大犯罪、不起訴処分になった精神障害者、触法日本精神病院協会緊急実態調査、行政的対策の経緯（触法）

## 第1部：わが国における他害行為を行った精神障害者に対するいままでの経緯

### はじめに

司法精神医療は、われわれ日常精神科医療に従事する者にとっても避けて通れない重要な分野である。しかし、実際には純粹な精神医学というより司法や行政的関与があるために、一般にわれわれ市井の臨床家にあっては日常、治療抵抗性のある処遇困難例を処遇する必要性を感じながらも、裁判鑑定等は等閑視するきらいがあったように思う。今日ようやく、重大な犯罪を犯した精神障害者に対する処遇に対して新たな法制度が検討されているが、ここに至るまでには、実に30数年の長い道程と紆余曲折を経ている。

日精協誌においてもこの問題を重視し、1990年より実に今回を含めて5回にもわたり“特集”を組んでいる。執筆者は会員のみならず、学者・厚生労働省の担当者等々幅広い方面的諸家からの意見を網羅して新しい法制度での対応を主張している。今回やっと次期国会に政府提案という型で新しい法案提出予定と聞き及んでいるときにあたり、こうした今までの経緯をまずまとめておくことは決して無駄とは思えない。

### ライシャワー事件

1964年（昭和39年）3月、精神分裂病の少年により駐日アメリカ大使ライシャワーが刺され（世にいうライシャワー事件）、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。事件

の責任をとって国務大臣（国家公安委員長）は辞任したが、このとき警察庁より厚生省に対し、法改正の意見を具申している。こうして精神衛生法の一部改正案が昭和40年6月に国会で可決した。

しかし実際には、新しく通院医療公費負担制度はできたが、この当該問題に関しては、措置入院制度の手続き上の改善、緊急措置入院制度等が加えられたのみで、具体的な司法精神医療患者に対する方策はなされなかつたし、また結果としていたずらに措置入院患者の増加（昭和45年の7.7万人）を招いてしまった。

### 保安処分

法務省の法制審議会で審議されている保安処分が精神医療および精神衛生法と関係の深いものであると認めて中央精神衛生審議会で部会を設置してこの問題の検討を行い、昭和44年1月23日（1969年）の総会で「保安処分に関する中央精神衛生審議会の意見」がまとめられた。実に33年前のこの報告が、司法精神病患者の処遇問題を公的に検討した最初のものとなる。

これによると当該患者が犯罪を行い、さらに将来、犯罪を重ねるおそれのある者に対しては、もっぱら責任能力の有無・程度によって、精神保健法の措置入院のほかに刑法によって保安処分の規定を設けることとしている。さらに収容施設は法務省管轄の特殊施設として設置し、その治療面は厚生省の協力を得て行う等々のこととかなり具体的に決められている。その後昭和49年、法制審議会の「改正刑法草案」が答申され、昭和56年法務省の「保安処分制度（刑事局案）の骨子」が公表されたが、日弁連、日本精神神経学会等のいわゆる人権派といわれる人たちによる強烈かつ執拗な反発にあい、その後保安処分という言葉を口

にすることすらタブー視されたのである。

結局、昭和60年に至って、自由民主党政務調査会「刑法に関する調査会」の中間報告によると、保安処分制度については日弁連を始め各種関係諸団体、野党から、種々の反対意見が表明されていることや、実情からして制度運用のために必要な施設および医療関係者の確保が必ずしも容易でないという困難な問題があるという精神医療関係者よりの意見や、精神衛生法改正の動きもあることに鑑みて、厚生省等関係省庁との間で所要の意見調整を行い、精神衛生法改正の動向を見守りながら同制度の新設を図ることが適當と切って捨てられた。結局、刑法改正という法務省サイドで検討されたため、厚生省に主導権が取れなかつたということだったのかもしれない。

### 処遇困難例

次いで、昭和62年より3年間、厚生科学研究「精神医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」の報告書（平成2年4月）が世に出た。俗に“道下研究班”と呼ばれるものであった。

この報告書では処遇困難例の医療施設における治療や処遇のあり方に対して、その体制、施設、職員配置、研究、研修体制等について言及されており、精神保健法が十分な財政的裏づけを伴って施行されることを期待し、精神科特殊領域としての処遇困難例への治療施策として、欧米諸国に劣らないわが国の国情にあった治療システムの実現を望んでいる。基本的な治療体系としては、現行の指定精神病院の再編成、地域医療計画による二次医療圏に1病院を目指しに指定病院を再編成し、施設基準も新たに制定するとある。対象者としては、措置入院患者および一般精神科病院では比較的軽度の処遇困難な患者を受け入れ、この運営には財政措置を考慮する。さらに重度な症例に対しては、国公立精神病院を中心に集中治療病棟（仮称）を併設し担当するという二重構造の治療体系がその骨子となっている。

### 処遇困難精神障害者治療に関する調査報告書<sup>1)</sup>（日本精神病院協会、平成3年3月）

昭和63年には新精神保健法の施行が行われた

が、これに伴って、病院の開放化のための条件の1つとしていわゆる処遇困難の人々の治療対策を講じる必要が強く認識され、前述の「精神医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」が厚生科学研究の一環として行われたのであった。この具体的な展開を図るために、精神科医、行政担当者および法律家等で諸外国の実情を調査することが必要となって調査団は4つの班に分かれてアメリカ、カナダ、フランス、スイス、オランダおよびイギリスの6カ国を訪問調査した。このとき、筆者もアメリカ（ニューヨーク・フロリダ・ワシントンD.C.）班の班長として9カ所の施設を訪れたが、詳しくは調査報告書にゆずる。

個々の報告内容については省くとして、4班の報告書に共通する政策上重要なキーポイントは、

- ① 地域ごとの医療福祉政策
- ② 知識と人員の集約
- ③ 多職種チームの必要性
- ④ 医療保健福祉と司法の連帯

以上の4点であった。諸外国の制度や施策そのままの移入には多くの疑問もあり、わが国の実情に合わせて、むしろ細部のノウハウを取り入れていく現実的解決を検討するべきであって、そのためには必要なガイドラインの作成を考える必要があると結んでいる。

### 処遇困難患者対策に関する中間意見（公衆衛生審議会、平成3年7月15日）

昭和63年7月に精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進を柱にした精神保健法が施行されたが、その病状や問題行動により病院内における治療活動に著しい困難がもたらされる、いわゆる処遇困難患者について、審議会の精神保健部会に“処遇困難患者に関する専門委員会”を設置して、海外の例も参考にし、処遇困難患者の判定基準、治療体系、施設、施設を運営するための財源、専門的な治療を行うための人材養成・確保の問題等々が浮かび上がり、処遇困難患者を治療するための病棟を試行的に整備する必要があるとの結論を得た。

処遇困難患者の定義については、昭和63年のものをそのまま引用している。数についても、こ

のときのものを用いて、設備、マンパワーが整っていても一般精神科病院では処遇困難の重度な患者は約400名と推定した。唯一、精神保健法第24条にある警察官通報が11.8%と実数を具体的に計上しているのみである。

また、基準看護に満たない病院36.9%とあり、処遇困難患者の多くは比較的看護職員の少ない病院において処遇されているとある。ということは、患者に対する対応処理能力により判定は異なってくるだろうが、国公立病院より民間病院がこれらに対して頑張り取り組んでいるということを表しているように思われる。

結論として試行的に整備する必要性があるとしているが、その後10年間を経過しているにも関わらず何ら実行されていない。国立の施設3カ所に施設改造のための予算がついたが、病院職員(労組)の猛反対にあって実行されなかつたと聞き及んでいる。医療提供者側としての病院とは一体誰のために存在するのかを忘れたというか、それまでの病院経営・運営を司っていた管理者自身には問題はなかったのか、これまで日頃より国立の病院長の姿勢が誤まっていたのか、国公立病院とは民間病院を補完するためにあるという前提条件を忘れた反応と言わざるを得ない。いまこそ触法問題をきっかけとして、国公立病院の構造改革を断行するときにあると思う。

この中間意見は、保安処分論が単に処遇困難患者対策論という言葉にすり替えられたに過ぎない。これまで多くの専門家の真摯な研究、検討を繰り返し膨大な国の研究費を用いてきたにも関わらず、病院内でできるだけ開放的処遇をし、社会復帰を最終目的とするというあまりにも理想的というか楽観主義というか、人権派に配慮したための妥協の報告書と言わざるを得ない。

## 「精神科救急医療システムの高度化に関する研究(平成5年9月)」

こうした保安処分、処遇困難患者対策は放置され現在に至っているが、こうした問題とそれ違いに、平成3~5年度の厚生科学的研究により「精神科救急医療システムの高度化に関する研究」がまとめられた。穿った見方をすれば、脱入院→コミ

ユニティケアを推進すれば、当然精神科救急医療のニードは高まつてくる。これを行政的に精神科救急システムを実行することによって、多年にわたる処遇困難問題(このうち20%が触法患者とされている)も大半は解消されるのではないかという目算もあったのではないかと推測するのである。

意見もあるが、確かに処遇困難例、触法患者に対する対応とはいさか質的に異なるが、精神科救急の問題は、精神障害者の社会復帰、社会参加という出口論の論議にばかり目を向けることこそ進歩的であり人権を守ることであるという風潮のあるなかで、精神保健福祉法で精神科医をがんじがらめにしている今日、唯一“入口論”として検討するという姿勢に対しては、日常現場で真面目に精神医療に取り組んでいる者にとって、やっと正しい精神医療の将来に対して曙光を見出した感すら抱かせた。

こうして平成7年10月27日、厚生省保健医療局長より“精神科救急医療システム整備事業の実施について”が各都道府県知事宛に、精神障害者等の休日、夜間等における緊急時の精神医療の確保のために、平成7年7月1日より実施することを通知した。すでに大都市(東京・大阪等)を中心とした精神科救急は先進6都市で行われていたが、これにより地域の実状に応じた精神科救急システムでの対応を促した。広島県は整備事業の最初の県であり、全国で第8番目の精神科救急システム<sup>2)</sup>はわれわれ33の民間精神科病院のみで発足した。この骨子は、①精神科医療システム連絡調整委員会、②精神科救急病院の地域の実情に応じ決められた医療圏ごとに病院群輪番制等により指定する、③搬送体制、④後方病院の確保であった。なお、平成13年4月になって、新たに「精神科救急情報センター」が24時間体制で精神科救急相談事業として加わり、広島県ではわれわれ民間の広島県精神病院協会が委託事業として行っている。

## 触法精神障害者プロジェクトチームについて

日精協では、どうしても触法精神障害の問題は

重大であり放置できないとし、平成11年12月日精協臨時理事会において、「触法精神障害者プロジェクト」の発足が承認されている。第1回（平成12年1月20日）より厚生労働省精神保健課を交えながら、月1回のペースで検討を重ねてきた。

なお、このプロジェクトの名称は未成年者の犯罪行為を“触法”と称するとの指摘があり、途中で“司法精神医療プロジェクト”と変更した経緯がある（平成12年5月31日）。ここで「重大犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方についての提言」（本誌11頁参照）としてまとめ、平成13年3月22日の第67回定期代議員会において、長尾卓夫先生（高岡病院）が現行の精神医療における限界と司法制度の必要性について説明し、審議した。

### 法務省・厚生労働省の合同検討会

平成11年6月「精神保健および精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案」の審議の際、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方については、幅広い視点から検討を早急に進めること」という附帯決議が衆参両院でなされている。また、同法案提出時に、自民党社会部会精神保健問題検討小委員会報告では、この問題を早急に結論を出すことが明記されている。

こうしてやっと保岡元法務大臣の肝煎りにより、平成13年1月29日より法務省および厚生労働省は合同検討会を設置し、今までに7回にわたり検討されている（また、保岡元法務大臣の私的勉強会としても、検討は続けられた）。検討を進めていた矢先、平成13年6月に不幸にして池田小学校児童殺傷事件が発生した。これにより官邸の強い意向の下に、両省において積極的に検討が進められると同時に、自民党および与党（公明党を加えて）においてもプロジェクトチームが結成され検討が進められた。この事件では、精神障害との関係が解明されぬうちに精神障害者による犯罪と報道され、かえって精神障害者への偏見は増幅されたと同時に、司法と医療の関係のあり方について、大きな課題を投げかけた。

日精協としてはいち早く「池田小学校児童殺傷事件に対する声明文」（日精協誌 Vol.20, No.7, p.3

参照）を平成13年6月21日に出し、関係諸機関および世間に對して現行制度での対応の限界を説き注意を喚起した。こうして新しい制度作成の気運は高まっていった。

### 「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方に関する検討委員会」

われわれ日精協の今までのプロジェクトチームは平成13年6月28日に新しく「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方に関する検討委員会」として再発足し、新しい制度の作成を目指した。

日精協では平成13年8月2日に、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する新たな法制度について」声明文（資料1）を出し、新たな法制度を講じる必要性を求めているところである。すなわち、①重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する対策としては精神医療の範疇を超えた対応が不可欠であるので、精神保健福祉法のはかに司法判断を行う趣旨の新たな立法措置を求める、②新たな立法措置の対象は「重大な犯罪を犯した精神障害者」とする、③司法精神医療裁判所（仮称）の新設、④司法精神医療病棟（仮称）の新設、⑤退院後の保護観察制度の導入、⑥司法精神医療研究所（仮称）の設立、の6項目の提案を行い、さらに、精神科医療全体の充実、質の向上を図るべきであることを附記した。すなわち、日精協としては、まず司法精神医療裁判所（仮称）を整備することを第一とし、次いで精神医療全般の底上げを図るという二段ロケット方式を考え、より現実的方法論を想定して行動することを主張した。この新しい法制度の作成に向けた日精協の提案書は、作成の段階より厚生労働省精神保健福祉課および、日精協議員懇談会、とくに長勢甚遠先生（元法務副大臣）のご指導、ご理解をいただき感謝している。また平成13年8月3日には、新しい法制度を立ち上げるとして、日本医師会でも「触法精神障害者問題検討委員会」が発足した。日精協からは長尾卓夫先生と筆者が参加しており、われわれのまとめた案を中心に検討を行い、平成13年12月に一応中間報告をまとめている。

## 自民党「心神喪失者等の触法及び精神医療に関するプロジェクトチーム（熊代昭彦座長、平成13年6月29日発足）

10回の開催の後、平成13年11月9日報告書をまとめた。これによると、精神障害者医療および福祉の充実強化のため、精神障害者医療保健福祉5カ年計画（ダイヤモンドプラン（仮称））の策定がなされており、ここには日精協の主張がほとんど盛り込まれており評価できる。

## 与党三党による「心神喪失者等の触法及び精神医療に関するプロジェクトチーム（与党政策責任者会議、座長佐藤剛男、平成13年11月12日報告書）」

これによると、

- ①裁判所の判定機関における処遇の決定を裁判官が行うのか、合議制により行うのか
- ②専門治療施設における治療費は、診療報酬で支払うのか、公費で負担するのか

の2点が不明瞭であり、日精協としては今後裁判官が決定することと、公費で負担すべきあることを関係者に働きかけている。それには、各支部において関係議員等の理解を求める支援を要請する必要があり、また全国精神障害者家族会連合会に対しても理解を求めていく努力をしていくつもりでいる。なお、この報告書は平成13年12月19日の「第1回社会保障審議会障害者部会」において、初めて正式に報告、紹介され世に出たことになる。こうした長い経緯を経て平成14年の通常国会に政府提案という形で新しい法案が提出される予定になっている。

十分な議論のうえ、われわれ日精協会員の長年の夢を実現し、多くの精神障害者の偏見をなくすことと、国民の不安除去のためになる新たな処遇制度の導入がなされることを祈っている。

## 六者懇（平成13年8月17日）について

精神科医療に携わる医療者団体は、①日本精神神経学会、②医学講座担当者会議、③国立精神療養所院長協議会、④全国自治体病院協議会、⑤日本精神科病院協会、⑥日本精神神経科診療所協会、

および⑦日本総合病院精神医学会の7つある。これを称して“七者懇”といい、諸問題については定期的会合を持っている。

この七者懇で、平成13年6月29日に「重大な犯罪を犯した精神障害者に関する緊急声明」を出して現行制度の見直し、国公立病院等に専門病棟を設置することを提案しておきながら、ようやく40年を経て陽の目を見ようとしている新しい制度ができる案が具体化してきたとたんに、「過去に重大な犯罪を起こした精神障害者がさらに精神障害による犯罪を起こすことはきわめて少数に過ぎない」とか、「この不幸な事態は精神障害者の対応策のみによって解決されるものではない」と、平成13年8月17日反対声明を出そうとしたのである。確かにごく少数の国公立病院を除いて、大半の病院は日常よりこうした患者を治療しているので、直視できないのは当然といえばそれまでであるが、日精協はこの時点では決を分かったため、六者懇として声明書を出すに至ったのは、日精協の矜持と評価されると同時に、このような人たちによる専門団体であるゆえ、今までこれほどの重要な大問題であるにも関わらず成就できなかつた原因が判明したような気すらしている。

## 文 献

- 1) 日本精神病院協会編：処遇困難精神障害者治療に関する調査報告書（平成3年3月）。日本精神病院協会、1991。
- 2) 津久江一郎：精神科救急医療システムとその問題点—民間病院の立場から：当県における精神科救急医療システム。日精協誌 17(5) : 526-538, 1998.

（津久江一郎）

## 第2部：日本精神病院協会による「重大犯罪を犯し法による鑑定後に入院した患者の緊急調査」結果の法精神医学的検討

### はじめに

平成13年12月の暮れも押し迫って、平成13年6月に大阪教育大学附属池田小学校で起きた児

童殺傷事件で殺人罪などに問われた被告に対する裁判が大阪地裁で始まった。新聞報道によると、この事件の被告は平成11年3月に薬物混入事件で精神障害を理由に起訴猶予となっていたことなどから、小泉総理大臣は「法的な不備と医療の点で対応しなければならない問題がある」と発言。政府・与党は平成14年春の通常国会提出に向け、重大犯罪を起こした精神障害者の処遇に関する新法案づくりを始めているという。

精神科七者懇談会は平成13年6月29日に“重大な犯罪を犯した精神障害者に関する緊急声明”を出したが、その中で、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関して、制度の見直しが論議されているが、新しい制度を創設するためには、現行制度の問題点を実証的なデータに基づいて検討することが急がれる」と述べている。その後、日本精神病院協会は他の七者懇構成の団体に先駆けて、8月2日に「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する新たな法制度について」の声明文(資料1)を出し、新たな法制度を講じる必要性を求めた。ここに、まず司法精神医療裁判所(仮称)を整備することを第一とし、次いで精神医療全般の底上げを図るという二段ロケット方式を考え、より現実的方針を想定して行動することを主張したのである。引き続き、日本精神病院協会では、平成13年9月1日を調査日としていち早く、全会員病院を対象として〈重大犯罪を犯し法による鑑定後に入院した患者の緊急実態調査〉を行ったのである。

今回実施された実態調査の結果からは、従来明らかにはされていなかった重大犯罪を犯し法による鑑定後に入院した患者の民間精神科医療施設における治療・処遇の実態の一部が非常に明確な形で把握されたため、本来なら本誌に掲載するのが順当であるが、今後の各方面からの検討に際して重要な資料として役立つと考えて、すでに日本精神神経学雑誌(以下、精神経誌という)第104巻第1号<sup>1)</sup>にその概況を取り急ぎ「資料」として投稿し受理され印刷中である。

ここでは、重複を避けて、精神経誌に掲載・公表される資料のうち、重要と思われる結果を要約して述べるとともに、同資料を補完する内容を盛

り込み、司法精神医学的見地から気づいたことをいくつか検討したい。

### 調査の目的・調査方法について(資料2)

平成13年9月上旬、重大犯罪を犯し精神保健福祉法第27条の規定により指定医が行う診察を受けて入院した患者について、会員病院における実態を把握するために、全1,216会員病院に対して緊急実態調査が行われた。調査対象は重大な犯罪(殺人、強盗、傷害、傷害致死、強姦・強制わいせつ、放火)を犯し、精神保健福祉法第27条による鑑定後、平成10年7月1日に措置・医療保護・任意入院をしている者および平成10年7月1日から同13年6月30日の3年間に新たに同様の形態で入院した者である。調査は第1次と第2次の二期に分け、急を要するのでFAXで回答してもらうことにした。第1次調査(資料3)では、各会員病院における、①該当入院患者数、有の場合は入院形態別の患者数、②上記期間に鑑定留置した事例の有無、有の場合はその人数を調べた。第2次調査では、第1次調査で報告のあった患者について個人調査票(資料4)を作成した。なお、患者のプライバシー保護のため、その姓名、生年月日は求めないこととした。第2次調査の最終的な締め切りは平成13年10月20日とした。

### 主な結果と考察

#### 1. 第1次調査の結果と考察

第1次調査の結果、短期の調査期間にも関わらず、日精協会員病院1,216病院中965病院から回答があり、回答率は79.4%であった。該当入院患者数は2,416名、その入院形態の内訳は措置入院1,685名、医療保護入院470名、任意入院261名であった。また、調査期間内に鑑定留置した事例も併せて調査したが、その数は253名であった。

日精協が新設を提唱している司法精神医療病棟(仮称)では、鑑定留置の機能をもたせることとしているが、今後も年間約100名近い鑑定留置が見込まれるものと思われる。

表1 第2次調査の都道府県別報告病院数および入院患者数

番号	都道府県名	報告 病院数	入院 患者数(人)	番号	都道府県名	報告 病院数	入院 患者数(人)
1	北海道	20	55	25	滋賀	3	15
2	青森	6	40	26	京都	7	38
3	岩手	5	15	27	大阪	18	105
4	宮城	6	16	28	兵庫	15	71
5	秋田	4	31	29	奈良	5	14
6	山形	4	9	30	和歌山	2	2
7	福島	11	43	31	鳥取	2	4
8	茨城	8	50	32	島根	2	6
9	栃木	11	38	33	岡山	8	19
10	群馬	5	19	34	広島	9	117
11	埼玉	20	105	35	山口	10	46
12	千葉	16	59	36	徳島	5	15
13	東京	17	181	37	香川	6	40
14	神奈川	21	181	38	愛媛	10	70
15	山梨	1	6	39	高知	3	13
16	新潟	13	30	40	福岡	34	118
17	富山	4	16	41	佐賀	6	41
18	石川	3	23	42	長崎	16	43
19	福井	2	2	43	熊本	13	57
20	長野	10	97	44	大分	8	20
21	岐阜	6	17	45	宮崎	7	19
22	静岡	8	36	46	鹿児島	18	105
23	愛知	19	73	47	沖縄	10	43
24	三重	4	30	48	無記名	—	10
	小計	224	1,172		小計	217	1,031

報告病院数：441病院 入院患者合計：2,203人

## 2. 第2次調査の結果と考察

### 1) 回収率について（表1）

表1に示す通り、最終的に441病院から2,203人の個人調査票の報告があったので、第1次調査で回答のあった調査対象に該当する入院患者数2,416人のうち、91.2%が回収されたことになる。会員病院のご協力のおかげで、この種の調査では非常に高い回答率を上げることができた。また、第2次調査日（平成13年9月1日）現在、入院中の該当患者数は表2の通りである。

### 2) 性別・年齢階級別の分布<sup>1)</sup>

報告症例について性別をみると、男性1,772人(80.4%)、女性392人(17.8%)、不明39人(1.8%)である。また、年齢階級別に占める比率をみると、19歳以下2.8%、20歳台22.0%、30歳台26.3%、40歳台23.7%、50歳台15.4%、60歳台6.9%、70

歳以上1.7%、不明1.2%である。この結果は、従来の日精協の調査による全会員病院に入院中の精神障害者全体に比べて、報告症例の年齢構成は10歳台、20歳台、30歳台の年齢階級が多くなっている。

### 3) 疾患分類別の患者数<sup>1)</sup>

疾患分類別の患者数を多い順にみると、第1位はF2<精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害>1,617人(73.4%)、第2位はF1<精神作用物質使用による精神および行動の障害>227人(10.3%)であり、上位の2つで全体の85%近い値を占めており、他の疾患分類はいずれも5%以下の比率となっている。全会員病院に入院中の精神障害者全体の疾患分類別分布と比較すると、今回の報告症例では、F1、F2およびF6<成人の人格および行動の障害>の占める比率が高く、

表2 第2次調査日（平成13年9月1日）現在入院中の患者数と都道府県別報告病院数

番号	都道府県名	報告病院数	入院患者数(人)	番号	都道府県名	報告病院数	入院患者数(人)
1	北海道	20	29	25	滋賀	3	13
2	青森	6	25	26	京都	7	17
3	岩手	5	12	27	大阪	18	21
4	宮城	6	5	28	兵庫	15	44
5	秋田	4	21	29	奈良	5	13
6	山形	4	5	30	和歌山	2	2
7	福島	11	27	31	鳥取	2	2
8	茨城	8	24	32	島根	2	0
9	栃木	11	19	33	岡山	8	14
10	群馬	5	10	34	広島	9	54
11	埼玉	20	53	35	山口	10	21
12	千葉	16	29	36	徳島	5	10
13	東京	17	57	37	香川	6	21
14	神奈川	21	68	38	愛媛	10	27
15	山梨	1	1	39	高知	3	5
16	新潟	13	17	40	福岡	34	58
17	富山	4	11	41	佐賀	6	24
18	石川	3	8	42	長崎	16	32
19	福井	2	1	43	熊本	13	32
20	長野	10	47	44	大分	8	14
21	岐阜	6	10	45	宮崎	7	6
22	静岡	8	16	46	鹿児島	18	80
23	愛知	19	44	47	沖縄	10	20
24	三重	4	17	48	無記名	—	7
	小計	224	556		小計	217	537

報告病院数：441病院 入院患者合計：1,093人

F0 <症候性を含む器質性精神障害>, F3 <気分(感情)障害>, F4 <神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害>およびG40 <てんかん>の占める比率は低くなっている。

#### 4) 犯した重大犯罪の罪名別の患者数<sup>1)</sup> (表3)

報告症例の犯した重大犯罪の罪名別患者数を多い順にみると、第1位は傷害1,136人(51.6%), 第2位は放火458人(20.8%), 第3位は殺人400人(18.2%)であり、これらの比率が圧倒的に高く、上位3位まで全体の90%以上を占めており、他の罪名区分の占める比率はいずれも5%以下の値である(表3)。

一方、犯罪白書<sup>2)</sup>によれば、平成11年における交通関係業過を除く刑法犯検挙人員31万5,355人のうち、精神障害者は636人、精神障害の疑いのある者は1,361人であり(以下、精神障害者と

精神障害の疑いのある者をまとめて「精神障害者等」という)、交通関係業過を除く刑法犯検挙人員に占める精神障害者等の比率は0.6%となっている。全人口に占める精神障害者の比率が約2%であることから判断して、比較的低い比率である。ただし、重大犯罪の罪名別検挙人員総数中に占める精神障害者等の比率では、第1位放火の14.4%, 第2位殺人の9.4%が目立って高くなっている。さらに、平成7年から11年までの5年間に、検察庁で不起訴処分に付された被疑者のうち、精神障害のため、心神喪失と認められた者(1,877人)および心神耗弱と認められて起訴猶予処分に付された者(1,363人)および第一審裁判所で心神喪失を理由として無罪になった者(12人)および心神耗弱を理由に刑を軽減された者(377人)は、合計3,629人である。この5年間の累計による3,629人の「罪名・精神障害別処分結果」の表に

表3 罪名別、性別分布<sup>1)</sup>（重大犯罪を犯し精神保健福祉法による精神鑑定後に入院した患者の実態調査）

罪名別	殺人	強盗	傷害	傷害致死	強姦・強制わいせつ	放火	未記入	実人数合計	
男性	単独犯罪	265	66	841	41	79	293	67	1,652
	2罪重複	27	33	88	5	25	46	0	112
	3罪重複	5	2	7	1	3	6	0	8
	小計 (%) <sup>*1</sup>	297 (74.3)	101 (95.3)	936 (82.4)	47 (85.5)	107 (97.3)	345 (75.3)	67 (83.8)	1,772 (80.4)
女性	単独犯罪	94	3	169	5	0	98	11	380
	2罪重複	3	0	10	2	0	9	0	12
	小計 (%) <sup>*1</sup>	97 (24.3)	3 (2.8)	179 (15.8)	7 (12.7)	0 (0.0)	107 (23.4)	11 (13.8)	392 (17.8)
	性別不明	5	2	20	1	3	4	2	37
性別不明	2罪重複	1	0	1	0	0	2	0	2
	小計 (%) <sup>*1</sup>	6 (1.5)	2 (1.9)	21 (1.8)	1 (1.8)	3 (2.7)	6 (1.3)	2 (2.5)	39 (1.8)
	延べ人数合計 (%) <sup>*2</sup>	400 (18.2)	106 (4.8)	1,136 (51.6)	55 (2.5)	110 (5.0)	458 (20.8)	80 (3.6)	2,203 (100.0)

\*1 性別（縦方向）に対する百分率

\*2 罪名別（横方向）に対する百分率

（人）

表4 罪名別分布（平成12年版犯罪白書<sup>2)</sup> 平成7～11年の累計）

罪名別	殺人	強盗	傷害	傷害致死	強姦・強制わいせつ	放火	合計
人数 (%)	726 (35.2)	147 (7.1)	590 (28.6)	73 (3.5)	87 (4.2)	442 (21.4)	2,065 (100.0)

注：元の表から、その他（1,564人）を除き重大犯罪のみを取り上げて作表した。

（人）

基づいて、罪名区分のうち、その他（1,564人）を除いて、重大犯罪に限定して罪名区分別にその占める比率を計算してみると、総数2,065人のうち、殺人35.2%，強盗7.1%，傷害28.6%，傷害致死3.5%，強姦・強制わいせつ4.2%，放火21.4%となる（表4）。

この修正した精神障害のある重大犯罪の被疑者の罪名別分布と比較すると、今回の調査報告症例の罪名別では、傷害の占める比率が圧倒的に多く、殺人と強盗の占める比率が少ないことがわかる。

今回の報告症例において傷害の占める比率が高い理由としては、被疑者が精神病院に入院歴を有する場合には、傷害事件の多くは送検されることなく、精神保健福祉法第24条の警察官の通報により、精神鑑定を受け、入院となるためと思われる。

## 5) 入院期間中に実際にあった医療管理上の問題点<sup>1)</sup>（表5）

入院期間中に実際にあった医療管理上の問題点について、回答の多い順に上位第10位までをみ

ると、表5のようである。入院中の精神病者が一般的に示す病的体験に基づく不穏言動や興奮に加えて、暴力行為、威嚇的言動、看護者の指示・注意の無視など医療管理上、比較的困難と思われる問題が上位を占めているのがわかる（表5）。

このような医療管理上の困難な問題の多い患者に関しては、平成3年7月15日に公衆衛生審議会から出された「処遇困難患者対策に関する中間答申」においても、処遇困難患者の問題点の項で、「処遇困難患者を治療するにあたっては、一般的の患者と比べ多くのマンパワーと濃密な医療が必要であるにも関わらず、診療報酬の面においても一般的の患者と同じ取り扱いになっている。このため、精神病院においては、処遇困難患者の入院を拒否したり、問題がおきる前に未治療のまま退院させるケースもあるといわれている」との指摘がなされている。このように精神病院ではその処遇困難のゆえに、十分な治療を行わず、無責任に早期に退院をさせていたという批判を受けていた。はた

してそうであるのかどうかを、<粗暴的傾向><威嚇的傾向>および<操作的傾向>を表す指標などを取り上げて検証したところ、詳細は精神経誌<sup>1)</sup>を参照していただきたいが、今回の調査結果の解析からは日精協の会員病院全体でみると、医療管理上の困難な問題の多い患者に対しても、

精神病院としての治療的責任をきちんと果たしており、処遇困難性のゆえに十分な治療を行わず無責任に早期に退院をさせているという批判は当たらないと思われる。

表5 入院期間中の医療管理上の問題点<sup>1)</sup>  
(上位10位まで、重複回答あり)

順位	番号	問題点	人数(人) (百分率)
第1位	08.	病的体験に基づく不穏言動や興奮	1,154( 52.4)
第2位	04.	服薬拒絶	602( 27.3)
第3位	10.	暴力行為	552( 25.1)
第4位	11.	威嚇的言動	545( 24.7)
第5位	20.	看護者の指示・注意の無視	522( 23.7)
第6位	18.	自己主張が強く言動不一致	459( 20.8)
第7位	02.	入院拒否	407( 18.5)
第8位	19.	看護者に対する反抗・揚げ足取り	368( 16.7)
第9位	12.	他の患者に対して威圧的・命令的	359( 16.3)
第10位	17.	作業・レクへの参加拒絶	286( 13.0)
報告症例全体			2,203(100.0)

表6 疾患別分類別・在院期間別分布<sup>1)</sup> (平成13年9月1日現在)

実人数合計	~3カ月	~6カ月	~1年	~2年	~3年	~5年	~10年	10年以上	不明
F0 (%)	14人 (32.6)	7人 (16.3)	7人 (16.3)	3人 ( 7.5)	1人 ( 2.3)	2人 ( 4.7)	4人 ( 9.3)	5人 (11.6)	0人 ( 0.0)
F1 (%)	75 (33.0)	49 (21.6)	33 (14.5)	27 (11.9)	10 ( 4.4)	17 ( 7.5)	9 ( 4.0)	7 ( 3.1)	0 ( 0.0)
F2 (%)	193 (11.9)	222 (13.7)	192 (11.9)	185 (11.4)	98 ( 6.1)	138 ( 8.5)	169 (10.5)	419 (25.9)	1 ( 0.1)
F3 (%)	29 (36.3)	12 (15.6)	13 (16.3)	9 (11.3)	3 ( 3.8)	3 ( 3.8)	5 ( 6.3)	6 ( 7.5)	0 ( 0.0)
F4	6	6	4	0	0	0	0	1	0
F5	1	0	1	0	0	0	0	0	0
F6 (%)	33 (33.0)	21 (21.0)	8 ( 8.0)	9 ( 9.0)	4 ( 4.0)	7 ( 7.0)	5 ( 5.0)	12 (12.0)	1 ( 1.0)
F7 (%)	3 ( 5.1)	5 ( 8.5)	9 (15.3)	7 (11.9)	5 ( 8.5)	7 (11.9)	8 (13.6)	15 (25.4)	0 ( 0.0)
F8	0	1	0	0	0	0	0	0	0
F9	4	0	2	2	0	0	0	0	0
G40	0	1	0	0	0	0	1	0	0
不明	6 (12.8)	2 ( 4.3)	4 ( 8.5)	4 ( 8.5)	3 ( 6.4)	4 ( 8.5)	6 (12.8)	17 (36.2)	1 ( 2.1)
合 計	364 (16.5)	326 (14.8)	273 (12.4)	246 (11.2)	124 ( 5.6)	178 ( 8.1)	207 ( 9.4)	482 (21.9)	3 ( 0.1)
累積百分率	(16.5)	(31.3)	(43.7)	(54.9)	(60.5)	(68.6)	(78.0)	(99.9)	(100.0)

注：F0：症候性を含む器質性精神障害、F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害、F2：精神分裂症、F3：気分（感情）障害、F4：神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、F5：生理的障害おF6：成人の人格および行動の障害、F7：精神遅滞、F8：心理的発達の障害、F9：小児期および青年期に通G40：てんかん

## 6) 転帰と退院直後の帰住先<sup>1)</sup>

平成13年9月1日現在の転帰は、入院中の者1,093人(49.6%)、他院に転院した者195人(8.9%)、退院した者915人(41.5%)となっている。転院と退院を区別したのは、東京都や大阪府のように精神科救急医療システムが整備されている場合には、緊急入院のケースは1週間以内のいまだ寛解する以前に他院に転院するシステムとなっているし、また長期に入院しているケースでは、重症な身体合併症の治療のために総合病院などに転院することもしばしば起こりうることであるので、治療によって一応改善がみられ、少なくともほぼ寛解状態に近い状態で退院する事例とは区別する必要があったためである。

退院者915人の退院直後の帰住先をみると、<自宅で家族と同居する者>が6割近い比率を占め、<自宅で単身生活する者>が2割近い比率を占める。一方、近年精神障害者の社会復帰施設が整備されつつあるもの、<施設に入所する者>の占

める比率は1割にも満たない。比較的大数の触法精神障害者について11年間にわたって追跡し、再犯の発生状況を調べた井上の報告<sup>3)</sup>によると、再犯に及ぶ精神障害者には、定職や定まった住居を持たず、単身で生活し、精神科治療を中断する者が多いためである。

今回の結果の意味するところは、同居する家族が高齢化すれば急速に自宅での単身者が増加する可能性を含んでいるものであり、井上の報告を考え合わせると、精神障害者全般に対する社会復帰施設の整備の必要性と地域精神医療の充実が急務であることを示唆しているものと思われる。

## 7) 報告症例全体の疾患分類別・在院期間別分

布<sup>1)</sup>(表6)

報告症例全体の疾患分類別・在院期間別分布をみると、表6に示す通りである。まず、報告症例全体でみると、治療努力にも関わらず、10年以上の在院期間の者が報告症例全体の実に2割強の比率を占め、5年以上10年未満の在院期間の者も1割弱の比率を占めており、5年以上の在院期間の者が報告症例全体の3割以上を占めていることになり、難治例の多い集団であるといえる。

比較的例数の多い疾患別に在院期間別分布をみると、F0, F1, F3およびF6のように、3カ月未満で30%以上が退院し、1年未満に60%以上が退院する比較的在院期間の短い疾患群と、F2, F7のように在院期間10年以上に25%以上の比率を占め、5年以上の合計が35%以上の比率を占める在院期間の比較的長い疾患群に区分されるようである。

ちなみに、犯罪白書<sup>4,5)</sup>から重大犯罪を犯した精神障害者について犯行前に措置入院のある者の措置入院期間を、①昭和54～57年、②同62～平成3年の2つの時期でみると(表7)、措置入院期間<6カ月未満>が50%近くおり、<3年以上>は10%程度である。

今回の調査で判明した5年以上の在院期間の者が報告症例全体の3割以上を占めているという今回の調査結果から判断すると、措置入院は解除されても、全てがすぐに退院し社会復帰するのではなく、なお相当数の患者が医療保護入院ないし任

合計	平均	標準偏差	中央値
43人 (100.0)	1,605.2日	3,445.2日	191.0日
227 (100.0)	517.9	901.2	146.0
1,617 (100.0)	2,770.9	3,902.8	779.5
80 (100.0)	806.8	1,659.5	168.0
17	650.5	2,214.9	120.0
2	129.5	139.3	129.5
100 (100.0)	1,327.3	2,774.2	160.0
59 (100.0)	3,414.6	4,760.6	1,255.0
1	109.0		109.0
8	213.8	206.9	185.5
2	1,236.5	1,506.8	1,236.5
47 (100.0)	3,858.3	4,573.2	1,611.0
2,203 (100.0) (100.0)	2,388.5	3,707.5	528.5

分裂病型障害および妄想性障害、  
および身体的要因に関連した行動症候群、  
常発症する行動および情緒の障害、

表7 措置入院者の措置入院期間

1) 昭和54~57年の累計(実数155人)

総数	6カ月未満	1年未満	3年未満	3年以上	期間不明
226	108	43	45	26	4
100.0%	47.8%	19.0%	19.9%	11.5%	1.8%

2) 昭和62~平成3年の累計(実数187人)

総数	6カ月未満	1年未満	3年未満	3年以上	期間不明
264	123	54	38	27	22
100.0%	46.6%	20.5%	14.4%	10.2%	8.3%

(犯罪白書<sup>4,5)</sup>より作表)

意入院という形態で入院継続しているものと解されるのである。したがって、犯罪白書のこの表は従来から罪を犯した精神障害者が措置入院した場合、非常に早期に退院させているという印象を与えてきたと思われるが、それは実態とはかけ離れたものといえるのである。

#### 8) 退院者(915人)の罪名別・在院期間別分布<sup>1)</sup>(表8)

次に、報告症例のうち、入院治療により症状が改善したことにより退院したと考えられる退院者(915人)に限定して、その犯した罪名分類別に在院期間別分布をみると、表8のようである。報告症例のうち退院者全体では、累積百分率でみると、半数以上が6カ月未満で退院し、約85%が2年未満で退院している(表8)。

刑法第39条では、「心神喪失者の行為は、罰しない」とされるが、実際に犯罪は行われ、その被害者は現に存在する。今後、重大犯罪を犯した精神障害者に対する治療・処遇、とくにその精神病院への入院治療や退院決定という医療と司法にまたがる検討を行う場合、今回の報告症例について、犯罪別にみた入院期間別分布とそれぞれの重大犯罪に対する刑法上の最低の罰則規定を一つの指標として比較検討することは重要な視点であると考える。心神喪失状態で重大犯罪にあたる行為を行った精神障害者には、原因となった精神障害の治療に専念して、同様な事件の再発を防止するという社会的責任はあると考えるからである。

そこで犯した罪名別に在院期間をみると、殺人

を犯した者77人のうち、3年未満で59.7%が退院していることになる。刑法第199条の規定によれば、殺人は死刑または無期もしくは3年以上の懲役が科せられることになっているのである。したがって、殺人に対する最低罰則3年未満で半数以上が退院していることになる。次に放火の場合、194人中2年未満で87.1%が退院している。ちなみに刑法第108条の規定では、現住建造物等放火は死刑または無期もしくは5年以上の懲役が科せられることになっており、刑法第109条の規定では、非現住建造物等放火は2年以上の有期懲役が科せられることになっている。したがって、放火に対する最低の罰則は非現住建造物等の2年とみて、それよりも早い時期にかなり高い比率で退院していることになる。また、平均の在院期間をみても、622.7日(1年9カ月未満)である。なお、表中には、刑法の規定による最低の罰則である懲役期間未満で退院した者の累積百分率を網掛けして示してある。傷害の場合には、刑法の規定上は最低の罰則は罰金30万円以下となってはいるが、起訴される場合には、最低でも3カ月以上、通常は6カ月以上の懲役が求刑されるという。

重大な犯罪を犯し心神喪失のため精神病院に措置入院した場合、重大犯罪を犯した精神障害者であっても、比較的早期に自傷・他害の措置症状は消退してしまう症例もあるため、退院させざるを得ない状況がある。今回の調査で判明したことは、もちろん退院できないで引き続き長期の入院を余儀なくされている事例はなお多く存在しているのであるが、入院治療を終えて退院となった患者に

表8 退院者(915人)の罪名分類別・在院期間別分布<sup>1)</sup> (平成13年9月1日現在)

在院期間	~3カ月	~6カ月	~1年	~2年	~3年	~5年	~10年	10年以上	合計
殺人	14 (18.2)	12 (38.8)	4 (39.0)	15 (58.4)	1 (59.7)	8 (70.1)	8 (80.5)	15 (100.0)	77 (100.0)
強盗	7 (16.7)	10 (40.5)	6 (54.8)	7 (71.4)	2 (76.2)	4 (85.7)	5 (97.6)	1 (100.0)	42 (100.0)
傷害	192 (34.9)	133 (59.1)	109 (78.9)	62 (90.2)	17 (93.3)	18 (96.5)	7 (97.8)	12 (100.0)	550 (100.0)
傷害致死	0 (0.0)	4 (26.7)	4 (53.3)	0 (53.3)	2 (66.7)	2 (80.0)	1 (86.7)	2 (100.0)	15 (100.0)
強姦・強制わいせつ	8 (16.0)	11 (38.0)	8 (54.0)	9 (72.0)	4 (80.0)	5 (90.0)	3 (96.0)	2 (100.0)	50 (100.0)
放火	48 (24.7)	47 (49.0)	41 (70.1)	33 (87.1)	5 (89.7)	7 (93.3)	4 (95.4)	9 (100.0)	194 (100.0)
実入数合計	267	224	169	121	29	40	27	38	915
累積百分率	(29.2)	(53.7)	(72.1)	(85.4)	(88.5)	(92.9)	(95.8)	(100.0)	(100.0)

注1：表中各項目下段のカッコ内の数値はそれぞれの在院期間未満で退院した者の累積百分率を表す。

注2：表中の網掛け部分は刑法の規定による最低の罰則である懲役期間未満で退院した者の人数を表す。

限定してみると、かなり考えさせられる結果となっている。

これらの結果は、重大犯罪を犯し法による鑑定後に入院した精神障害者の場合でも、入院治療により退院できた事例に限定すれば、自傷・他害という措置要件を基準とした措置入院で対応しているために、罪をまったく償うことなく、比較的高率に短期で社会復帰していることを示しており、被害者の感情あるいは一般人の感情からしても、かなりの矛盾を感じるものと思われる。

一方、精神障害者の立場に立っても、重大事件を犯して精神病院に入院し比較的早期に寛解状態となり、たとえ精神病状態のこととはいえ、自らの犯した罪の重大さを認識し、あらためて罪を償いたいと考えたとしても、現行法制上はその方途は完全に閉ざされているのである。

したがって、「重大な犯罪を犯し法による鑑定後に入院した精神障害者に対して、司法精神医療裁判所（仮称）において、精神障害の医学的判断に加え、犯罪の種類・程度・犯罪歴等を勘案し、人権擁護と社会的公共性とを尊重して、新たに司法入院（仮称）を導入し、その入院・退院の決定、退院後の通院指導等に関して総合的に司法判断を行う」という平成13年8月2日の日精協の声明文に盛り込まれた内容には、必要性と妥当性があると思われる。

## おわりに

今回、日精協が実施した「重大犯罪を犯して精神保健福祉法による鑑定後に入院した精神障害者に関する実態調査」では、従来報告されてなかつた重要な知見が含まれている。不幸な事件を契機としてではあるが、将来の精神科医療のあるべき姿をきちんと議論し見据えながら、精神医療行政上の積み残し部分について、改善へ向けて現在の追い風を利用して、二段ロケット、三段ロケット方式で少しずつでも進んでいくためには、本資料は精神科医療にかかわる全ての人たちに、議論し乗り越えるべき課題を提示しており、非常に重要であると確信する。

付記：この資料は日精協が会員1,216病院を対象に調査し、日精協「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方に関する検討委員会」に報告し了解を受けている。また、日精協の代議員会・総会においても報告したことを付記する。

本来なら本誌に投稿するのが順当のところ、今後の各方面からの検討に際して重要な資料として役立つと考えて、すでに精神経誌第104巻第1号にその概況を取り急ぎ「資料」として投稿、掲載の見込みであることを重ねてお断りいたします。

謝辞：今回の緊急調査の重要性を理解され、ご多忙にも関わらず、短時間に多くの事例の報告をいただいた日精協の会員病院の先生方に心からお礼申し

上げます。本調査では、医療法人せのがわにおいてデータの集計・解析・検討を実施したことを申し添えます。また、データの統計的な検討に関して懇切な指導をいただいた福山大学人間学部正法地孝雄教授に心から感謝申し上げます。

### 文 献

- 1) 津久江一郎, 小沼 杏坪: 重大犯罪を犯し精神保健福祉法による鑑定後に入院した患者の緊急実態調査の結果について. 精神経誌 104(1): 86-97, 2002.
- 2) 法務省法務総合研究所編: 平成12年版犯罪白書. p.239, 大蔵省印刷局, 2000.
- 3) 井上俊宏: 触法精神障害者の追跡調査. こころの科学 75, 特別企画精神鑑定, 山上 皓編, pp.85-90, 日本評論社, 東京, 1997.
- 4) 法務省法務総合研究所編: 昭和58年版犯罪白書. p.90, 大蔵省印刷局, 1983.
- 5) 法務省法務総合研究所編: 平成4年版犯罪白書. p.59, 大蔵省印刷局, 1992.

(津久江一郎, 小沼 杏坪)

題について、箇条書きに私案を提示し、考察していきたい。

### 治療措置判定機関において入院措置の要否を審査するべき対象について

重大犯罪にあたる行為を行った精神障害者の処遇については、送検・起訴されない場合には、大きく分けて以下のような経路をたどる。すなわち、①精神科への入院治療歴がある場合、いわゆる起訴前鑑定もなしに、精神保健福祉法第24条による警察官の通報に基づき、県知事の命令によって2名以上の精神保健指定医による措置入院の要否に関する精神鑑定を受け処遇が決定される。また、②検察庁で精神障害のため心神喪失と認められた者および第一審裁判所で心神喪失を理由として無罪になった者は、精神保健福祉法第25条による検察官の通報により、措置入院の要否に関する精神鑑定を受け処遇が決定される。③精神障害のため心神耗弱と認められ、さらにその精神状態から訴訟能力がない状態が続くと判断された場合には、公判手続きが停止され、その回復をまたなければならぬ。公判手続きが停止されると、勾留の執行が停止され、精神病院において治療が行われる。訴訟能力がなかなか回復せず入院が長期となつた場合には、検察官が公訴を取り消し、裁判所は公訴棄却で処理されるようである。こうして、不起訴処分となり、引き続き精神病院において治療が継続されることになる。とくに③の場合には、病状が改善し訴訟能力が回復した後に、相当の期間を経ていても刑事手続きを再開するべきという意見が医療の現場では強いと思われる。したがって、創設する「治療措置（仮称）」制度による入院措置の処遇対象は、「精神障害のため心神喪失と認められた者」に限るべきであることを主張しておきたい。従来、いわゆる起訴前鑑定なしに警察官通報によって措置入院していたものの一部は、その犯罪の重大性を勘案して、積極的に起訴前鑑定がなされ、心神喪失者については、治療措置判定機関において入院措置の要否を審査するべき対象とすることには、賛成であることを付記する。

### 第3部：重大な犯罪にあたる行為を行った精神障害者に対する新処遇案に関する細部具体的な事項の検討

#### はじめに

第1部に述べられているように、新法案づくりを目指して、現在、重大犯罪に当たる行為を行った精神障害者の処遇について、政府・与党は具体的なとりまとめに入っており、「治療措置（仮称）」制度を創設するという。心神喪失者または心神耗弱者と認め、不起訴処分をしたときは、地方裁判所に治療措置判定機関を置き、入院措置および退院を決定することとなっているが、今後の課題としては、対象者に対して有効な治療を実施・継続する具体的な体制作りが課題となっている。しかし、筆者には、政府・与党のまとめた触法心神喪失者等の処遇改革案についても、設置する病棟がカバーする管轄地域・設置場所、病床規模などの細部については、もう少しきちんと議論し、永続性の見込める一層具体的な体制を検討し、形成する努力をする余地の多いものと思われる。

そこで、本論では、今後の細部にわたる検討課

## 専門治療病棟の管轄地域・設置場所とその規模について

「治療措置（仮称）」制度による専門治療病棟の管轄地域・設置場所とその規模については、新聞報道によると、まず50床規模の病棟を東日本と西日本に1カ所ずつ国立の精神療養所に併設する案のようである。

### 1. 専門治療病棟の規模について

筆者はこれまでに25年以上にわたり国立下総療養所の、薬物依存・中毒専門治療病棟において、一般精神病院ではその処遇困難性から比較的に敬遠される対象である覚せい剤を始めとする規制対象薬物関連の精神障害者の診療に関わってきた経験を有する。その立場から発言させてもらうと、50床規模の病棟では、実際の病棟運営は非常に困難であり、「治療措置（仮称）」制度自体の永続性は望めないと考えるのである。

国立下総療養所では過去の薬物専門病棟の運営経験を生かして、平成11年4月から定床40床の新しい薬物依存・中毒専門治療病棟が開設され、精神科急性期治療病棟として運営されているが、入院中の患者同士の喧嘩が比較的頻回に起こり、また入院患者による看護職員の暴力被害も複数回経験している。現在、当該病棟では、入院患者定数2に対して看護職員数1の割合で、看護職員20人が重点的に配置され運営されているが、入院治療の効果を上げ、かつ入院患者および看護職員の暴力被害をできるだけ少なく、また起こってもその被害を最小限に止めるためには、入院患者定数1に対して看護職員数を2ないし2.5の割合で配置することが必要であると思われる。ちなみに、筆者が1986年訪問したスウェーデンのストックホルム市南部地区（人口35万人）全域を診療圏域としているHuddinge大学の薬物依存病棟（入院定床11床）では、看護職員数は入院患者定数のほぼ2倍の看護婦（士）20人と看護助手1人が配置され、3交代3人夜勤の体制で運営されていた。ちなみに、医師数は2人、臨床心理士1人、精神科ソーシャルワーカー1人が配置されていた。

したがって、定床40床の病棟で入院患者定数1

対看護職員数2の割合で職員を配置するとすれば80人の看護職員数となるため、非常に広大なナースステーションが必要となり、また医療チーム内の意思疎通がきわめて困難となるので、現実的にそのような入院患者定数の多い病棟の運営は無理ということになる。したがって同比率の看護職員を配置するとすれば、結局のところ、専門治療病棟の円滑な運営上、1病棟あたりの患者定数はせいぜい10床、最大としても15床までが限度と思われる。

### 2. 専門治療病棟の管轄地域・設置場所について

次にこの規模でどの程度の診療圏域をカバーすることを想定するのかであるが、まずは地方厚生局のある北海道、東北、関東甲信越、中部北陸、中国四国、九州の6管轄あるいは沖縄を加えて7管轄地域に区分し、管轄地域に1カ所ずつ設置することとし、その後に各都道府県および指定都市にちょうど精神保健福祉センターの数に相当して1ないし3病棟を併設するのが適当と思われる。このように配置すれば、重大な犯罪にあたる行為を行って心神喪失と認められる精神障害者は、各管轄地域で責任を持って、その診療を受け持つ体制が整うこととなり、将来さらに整備し底上げするべき地域精神医療についても、管轄地域ごと、各都道府県および指定都市ごとに、独立して対策を講じることが可能であると思われる。

### 3. 韓国の「国立監護精神病院」の状況とその教訓をふまえた「治療措置（仮称）」制度の運用法

韓国では、まだ精神保健福祉法の成立する以前の1987年からすでに、広大な土地に建築構造のハード面、人的配置のスタッフ面、提供する治療プログラムのソフト面という全ての領域で、当時の韓国における一般精神科医療では考えられないほどに十分な設備の整った司法精神病院（治療監護所）を設置・運営している。筆者はこの法務省管轄の治療処分・禁絶処分を機能とする施設を1991年と3年後の1994年の2回訪問した。2度目に訪問したときには、後方にさらに500床の病

棟を建設中であった。

この施設<sup>1)</sup>は法務省の社会保護・リハビリテーション局の管轄であり、社会保護法に従って、裁判所が「治療監護」すなわち治療のための収容を命令する。治療監護所では、裁判所、検察庁、警察から委託される精神鑑定も施行している。さらに刑務所から治療のため一時的に患者を受け入れる病棟を持つ。健康省から研修病院に指定され、レジデントを受け入れている。開設当時500床であったが、収容対象者は毎年7%ずつ増加し、それに応じて1995年からは500床が増設され、現在は1,000床で運営されている。1997年から「国立監護精神病院」の病院名を併用している。ここでの治療プログラムとしては、精神療法、薬物療法、作業療法、心理劇、芸術療法、環境療法、SST(生活技能訓練)、職業訓練、宗教指導などが提供される。社会保護法では、治療監護の期間はあらかじめ決定されていない。医師による治療監護終了の申請を法務省の社会保護委員会(community protection committee)が審査し、下記の3つの方式に従って決定する。すなわち、①治療委託による退所：2年以上収容された者に対して他の施設での治療に移される。②特赦による退所：重症な身体疾患、高齢者、妊婦などが対象で、地区的警察の保護観察下におかれる。③計画治療後の退所：6カ月の治療終了後、危険性が認められず、通院治療が可能で、家族が全責任を負う場合である。再発予防のために、5年間の通院治療が施される<sup>1)</sup>。

韓国における治療監護制度の最大の問題は、その入り口においては、収容を命令する裁判官にとつては従来触法精神障害者の処遇に苦慮していたが、治療処分・禁絶処分の専門施設ができることにより、この施設に送るための免罪符を与えられたようなもので、治療命令によってどんどんと収容者が増加するのに対して、その出口において退所を審査する委員会の側からは再犯を犯すことを危惧するあまり、退所の閾値は高くなる傾向があるため、当初の収容者数では足りず、収容者数を受け入れるために増築せざるを得なかつた状況が窺われることである。

これらの事情を教訓とするならば、新設する専

門治療病棟からの退院は直接、社会復帰させるのではなく、広域管轄地域の専門病棟から退院予定の2~3カ月前に、各都道府県が設置している自治体立精神病院に併設した専門治療病棟に治療の場を移して引き続き入院措置とした後、状態によつては医療保護入院や任意入院に変更して、一般精神病患者とともに処遇して後、表現は悪いが、当初の「治療措置制度(仮称)」による入院措置であることを薄めて後に退院に持っていくという操作がどうしても必要であると思われる。こうして地域精神医療に密着して、治療者・患者関係を形成した後に退院に導くことが、その後の経過観察と治療継続には重要なことである。退院後は、①保護観察所の保護下に通院義務を負わせるものの義務付けが大切であり、さらに、②一般精神障害者に比べてさらに一層その社会復帰を支援するべき家族などの支援者を欠いている対象者のために、地方自治体は精神障害者社会復帰施設の整備のほか、地域生活援助事業、社会適応訓練事業などをさらに積極的に推進する必要がある。

#### 4. 専門治療病棟の保安・警備上の管理体制について

処遇困難性を有する覚せい剤等薬物関連の精神障害者の診療を専門に扱う病棟運営上の困難性については、入院中の患者同士の喧嘩が比較的頻回に起こり、また看護職員の入院患者による暴力被害も複数回経験していることをすでに述べたが、看護者の重点的配置の他、以下のような保安・警備上の整備もまた、必要である。

わが国の精神科医療は一般精神病患者に対して開放的処遇を旨としてきたため、保安・警備上の設備等の危機管理体制はほとんど考慮されていないといつていよい状況である。その面では、暴力団組員やその組織からも落ちこぼれた経験の比較的多い患者が多く入院する薬物依存・中毒専門治療病棟での経験は、参考にするべきところが多くあると思われる。

#### 1) 専門病棟の主治医に入院患者の退院の時期決定権がないことの意味

刑務官がいて入所者の違反行為に対して懲罰を

科すことができる刑務所とは異なり、薬物依存・中毒専門治療病棟においては主治医が入院患者の退院の時期を決定することは、力の強い者がわが物顔にふるまうようなことのないように入院患者に病棟規則を守らせ病棟秩序を維持することに関して、病棟治療スタッフの有している唯一の力なのである。今回の「治療措置（仮称）」制度においては、専門治療施設の長は退院を許可すべきと考えるとき、地方裁判所に退院の申し立てをし、治療措置判定機関において審議し裁判所が決定することになっている。したがって、専門治療病棟の主治医は退院を許可すべきという意見を専門治療施設の長を通じて反映することはできるが、必ずしも思い通りにいかないこともありますのであり、それは当然、治療スタッフと患者との間の関係にも微妙に影響を与えるものである。したがって、現在検討中の専門治療施設において保たるべき病棟秩序の維持にはかなりの困難が予想されると思われる。

## 2) 専門病棟における警備対策の必要性

近年、ようやく犯罪の被害者に対する社会的支援の体制が整備されてきたことは喜ばしいことである。精神障害のためとはいえ、心神喪失と認められ不起訴となって、「治療措置（仮称）」制度による専門治療病棟に治療措置されることは、従来の処遇状況からみれば一步前進ではあるが、犯罪被害者やその家族の立場からすれば、やはり加害者が法による処罰を受けないのは無念なことである。今後、可愛いわが子を殺害されたとなれば、被害者の親がひそかに組織暴力団に大金を積んで、その無念を晴らすため専門病棟に入院中の加害者を襲撃するように依頼することだって可能性がないとはいはず、病棟内での喧嘩の被害を恨みに思って退院後に入院中の加害者を襲撃しようとすることも十分に考えられることなのである。

## 3) 専門病棟の保安管理体制について

さらに重要なことは、専門病棟に入院治療中の患者が勤務者の人数の少ない夜間に、共謀して複数で看護職員を襲撃して所持する鍵を奪い、看護職員を保護室などに監禁して後、病棟の正面扉の

鍵を開けて集団で無断離院する危険も考えられるのである。さらに、入院している患者同士の喧嘩も困難な問題である。刑務所では保安訓練を受けた刑務官がいて保安体制が整備されているが、精神病院では、せいぜい警報装置を整備し当直職員などによる応援体制をしくくらいが闇の山であり、危機管理体制に不慣れな精神病院にこれらの警備・保安の責務を負わせるのはかなり大変なことである。したがって、勤務する病院職員からすれば、とくに広域管轄地域に設置する専門治療病棟は現在ある刑務所内あるいは医療刑務所内に併設する以外に早急な対応は無理と思われる。その場合、地方厚生局や都道府県・政令都市は専門治療病棟に支配下の医療職員を派遣する体制をとる必要がある。こうして司法精神医学の知識を有し、かつ病院精神医学にも通じた精神科医師等職員が養成されていくものと期待される。身の危険があまりに大きな状況では、国立精神科医療施設の職員といえども、診療に専念することが難しいと思われる。

## おわりに

以上、現在、重大犯罪にあたる行為を行った精神障害者に対する新処遇案が議論されているなかで、処遇困難性の多い覚せい剤関連精神障害を有する患者等を薬物依存・中毒専門治療病棟において長年にわたって診療してきた経験から、専門病棟の設備・運用面等の細部検討事項に関して、老婆心をもって述べた。過去に保安処分制度導入に失敗している法務省が二の足を踏んでいる状況において、厚生労働省サイド主導の今回の新処遇制度が運用を失敗すれば、わが国においては、重大犯罪にあたる行為を行った精神障害者の処遇は今後、半永久的に等閑に付されることを危惧するからである。

## 文 献

- 1) 中谷陽二：薬物依存・中毒者に関する医療と司法の重なりについての研究。平成11年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田 清），研究報告書，pp.139 - 146, 2000.

（小沼 杏坪）

## 資料1

平成13年8月2日

## 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する新たな法制度について

社団法人 日本精神病院協会  
会長 仙波恒雄

重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、すでに昭和40年以来論議されてきているが、未だその結論を得るに至っていない。

本来、国の責任においてなされるべき法整備等の対策が講じられないまま、結果責任のみ精神科病院や精神科医に押しつけられてきているのが現実である。

こうした一部の重大犯罪を犯した精神障害者の扱いについて無策のまま等閑視され、その結果、多くの一般精神障害者に対する偏見は増幅され、且つその処遇のありようまで大きく制限せざるを得ないことは容認し難いことである。

よって、重大犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方について、速やかに合意形成を図り、新たな立法措置が講じられなければならない。

日本精神病院協会はこの新しい法制度について、以下のように提案するものである。

1. 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する対策としては、精神医療の範疇を超えた対応が不可欠であるので、精神保健福祉法の他に司法判断を行う趣旨の新たな立法措置を求める。

2. 新たな立法措置の対象は「重大な犯罪を犯した精神障害者」とする。

3. 司法精神医療裁判所（仮称）の新設

(1)行政機関である精神保健福祉法上の現行の精神医療審査会とは別の司法機関とし、各県に設置する。

(2)判断機能について

判断の基準は次のとおりとする。

障害の医療的判断を踏まえ、犯罪の種類、程度、犯罪歴等を勘案し、人権擁護と社会的公共性を尊重し、総合的な司法判断を行う。

(3)所管：裁判所に置く。

(4)構成について

①裁判官の他、精神科医師等が評議に加わる。

②任命権者は、最高裁判所長官とする。

(5)手続き：検察官が裁判申し立てをなし、司法精神医療裁判所（仮称）において司法判断を行う。

(6)権限：①入院、退院の決定

②治療施設の指定

③定期的な入院治療の必要性の審査

④退院後の治療及び保護観察に附する決定及び解除

4. 司法精神医療病棟（仮称）の新設

(1)設置は原則として国立病院に併設する（地域性を考慮して一部県立病院に委託することが出来る）。

(2)司法精神医療裁判所（仮称）の判断に基づき入院した者の治療を行う。

(3)病棟規模は、10床から30床程度とし、地域特性を考慮する。

(4)病棟等の医療環境を整備し、十分なマンパワーを配置する。

(5)専門治療プログラム（たとえば矯正医療等）を実施する。

(6)入院形態は、司法入院（仮称）とする。

(7)費用は国費による。

(8)鑑定留置の機能を果たす。

5. 退院後の保護観察制度の導入

(1)退院後の治療確保のため、通院の義務付けをする。

(2)医療中断による再発、再犯を防止する目的で一定期間保護観察に附する制度を導入する。

6. 司法精神医療研究所（仮称）の設立

(1)重大な犯罪を犯した精神障害者に関する治療や社会復帰に関する研究及び専門家を育成する。

(2)精神鑑定に関する研究及び研修を行う。

（附）重大な犯罪を犯した精神障害者及びその周辺にある精神障害者とともに国民が安心して生活が出来るような適切な治療と再発防止の観点より、この際、精神科医療制度の見直し論にとどまらず精神科医療全体の充実、質の向上を図るべきである。

## 資料2

平成13年8月29日

会員各位

社団法人 日本精神病院協会  
会長 仙波恒雄

## 日本精神病院協会 緊急実態調査依頼

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は当協会の運営につきまして、格別のご指導、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当協会ではすでにご承知の通り“重大犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方についての提言”（司法精神医療プロジェクト中間報告）を平成13年3月23日開催の代議員会総会において承認され提言を行ってきています。

次いで“重大犯罪を犯した精神障害者の処遇に関する新たな法制度について”平成13年8月2日に声明文を出し、新たな法制度を講じる必要性を求めていきます。

また、日本医師会でも触法精神障害者問題検討委員会（プロジェクト）が発足しております。

こうした状況下において別紙のように調査を緊急に実施し、日本精神病院協会会員病院における実施を把握する必要性に迫られています。

お手数ではございますが、最初に《第1次調査》FAX報告票にご記入の上、9月7日(金)までにご回答下さい。引き続き、該当者については、恐れ入りますが“重大犯罪を犯し法による鑑定後入院した患者の実施調査《個人調査票》”を人数分コピーしていただき、ご記入の上、9月15日(土)までにご返送下さい

謹白

返信先 FAX: 03-5418-7721  
 問い合わせ先 TEL: 03-5232-3311 (日精協事務局)

## 資料3

FAX調査報告票  
《第1次調査》  
重大犯罪を犯し法による鑑定後に入院した患者の緊急実態調査提出期限: 平成13年9月7日  
返信先 FAX: 03-5418-7721

■調査対象: 重大な犯罪（殺人、強盗、傷害、傷害致死、強姦・強制わいせつ、放火）を犯し法による鑑定後、

- ・平成10年7月1日に措置・医療保護・任意入院をしている者
- ・平成10年7月1日から平成13年6月30日の期間に新たに同様の形態で入院した者

(1)日精協会員番号 \_\_\_\_\_

(2)該当入院患者

1 無 2 有

有の場合 | 措置入院 : \_\_\_名  
                   医療保護入院 : \_\_\_名  
                   任意入院 : \_\_\_名

(3)上記期間内に鑑定留置した事例

1 無

2 有 \_\_\_名

是非、本FAX報告票にて9月7日(金)までご回答下さい。

## 資料4

重大な犯罪を犯し法による鑑定後入院した患者の実態調査  
 <個人調査票>

- 調査の対象：重大な犯罪（殺人、強盗、傷害、傷害致死、強姦・強制わいせつ、放火）を犯し法による鑑定後、  
 （平成10年7月1日に措置・医療保護・任意入院をしている者  
 平成10年7月1日から平成13年6月30日の期間に新たに同様の形態で入院した者）

●調査日：平成13年9月1日

●提出期限：平成13年9月1日 返信先FAX番号：03-5418-7721

注) 同一人が複数回犯罪を犯して入院した場合、個人調査票は1回の入院につき、各1部ご記入下さい。

1) 日精協会員番号：\_\_\_\_\_

2) 患者 No. : \_\_\_\_\_ 注) 各患者に通し番号を記入してください。

3) 入院時年齢：\_\_\_\_歳

4) 性別： 1 男 2 女

5) 罪名（複数回答可）： 1 殺人 2 強盗 3 傷害 4 傷害致死  
 5 強姦・強制わいせつ 6 放火

7) 確定主病名（ICD-10による上位4ヶタ）：F \_\_\_\_\_

8) 経過：

①入・退院について

ア) 入院年月日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

イ) 退院した場合の年月日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

②入院形態について

ア) 入院時の入院形態※： 1 2 3

イ) 入院後の変更： 1 無 2 有

	変更した入院形態※	変更年月日
有の場合	1回目： 1 2 3	____年____月____日
	2回目： 1 2 3	____年____月____日

注※：②と⑥の設問の入院形態の選択肢の記号は、それぞれ下記のように表します。

1 措置入院	2 医療保護入院	3 任意入院	4 応急入院
--------	----------	--------	--------

③処遇について

ア) 身体的拘束：\_\_\_\_日間

イ) 隔離室（入院当初の使用日数：\_\_\_\_日間）

その後の使用日数：\_\_\_\_日間

ウ) 個室（隔離なし）使用日数：\_\_\_\_日間

エ) 閉鎖病棟での合計在棟期間：\_\_\_\_年\_\_\_\_カ月\_\_\_\_日間

オ) 開放病棟での合計在棟期間：\_\_\_\_年\_\_\_\_カ月\_\_\_\_日間

注) 在棟期間の計算は満年齢と同様の計算法により記入して下さい。

④入院期間中に実際あった医療管理上の問題点（複数回答可）

1 問題なし 2 入院拒否 3 無断離院 4 服薬拒否 5 拒食 6 自殺企図・念慮

7 自傷行為 8 病的体験に基づく不穏な言動や興奮 9 盗癖 10 暴力行為

11 威嚇的言動 12 他の患者に対して威圧的、命令的である

13 他患扇動 14 院内飲酒 15 酒・シンナー等の薬物や危険物を病棟内に持ち込む

16 性的逸脱行動 17 作業・レクへの参加を拒絶する

18 自己主張が強く言動不一致のことが多い 19 看護者に対して反抗、揚げ足取りをする

20 看護者の指示や注意を無視する

21 医師に対する態度と看護者に対する態度に目立った差がある

22 借金、民事事件など複雑な問題を持っている

23 面会人に問題のある人が多い 24 その他の医療上の問題 25 その他の管理上の問題

## ⑤入院の長期化に関する事項（複数回答可）

1. 入院の期間がまだ6ヶ月未満である
2. 幻覚、妄想など狭義の精神病症状が難治性である
3. 明確な幻覚はないが関係念慮が持続し自閉的である
4. 症状が不安定でありしばしば増悪がみられる
5. 家族の受け入れが悪く適切な社会復帰施設がない
6. 人格障害を伴うため
7. その他

## ⑥転帰について

ア) 退院直後の帰住先：自宅（1 家族と同居 2 単身）  
                           3 施設 4 転院 5 その他

イ) 現在までの再入院：（1 無  
                           2 有

有の場合	入院形態※ (②参照)			
	1回目：1	2	3	4
	2回目：1	2	3	4
	3回目：1	2	3	4

⑦現在の治療状況：1 治療終了 2 外来通院中 3 入院中  
                         4 治療中断 5 刑事手続きによる中断 6 不明

せっかくの資料ですので、今一度記入漏れがないかお確かめの上、取りまとめてご返送ください。

提出期限：平成13年9月15日  
 返信先 FAX：03-5418-7721