

特集 医療観察法の存続は可能か——5年後見直しを迎えて——

触法精神障害者医療はいかにあるべきか ——矯正精神医療を中心に——

中谷 陽二

矯正精神医療を中心に触法精神障害者医療をトータルな視点から捉え、医療観察法に期待される役割および改革の方向性について私見を述べた。医療観察法の施行により、触法精神障害者医療は一般精神医療、医療観察法医療、矯正医療の3形態で提供されているが、相互の関係は必ずしも明確ではない。重大な他害行為を行い、かつ救急対応が必要な事例で、警察官通報による措置入院と医療観察法の選択に混乱が見られている。他方、精神障害受刑者が近年明らかな増加を示しており、刑事施設で休養を要する受刑者の4割近くを統合失調症患者が占める。矯正精神医療は医師不足や制度的な制約の問題点を抱え、精神疾患の被收容者の増加が負担となっている。刑事収容施設は精神科医療に関する特別な規定を置いていない。一方で精神保健福祉法の医療・保護の規定は適用されないため、処遇の法的なセーフガードが不十分である。重篤な患者を刑事施設外の専門医療機関に移送して治療を行ういわゆるダイバージョンの制度は存在しない。長期・無期刑の患者は特に困難な状況にある。精神保健福祉法の矯正施設長通報件数が急増しているが、措置該当の者は少なく、出所後の治療継続が確保されていない。医療観察法対象者に比較して刑事施設の患者は厳しい医療環境に置かれている。ダイバージョンの受け入れ施設として医療観察法の指定入院医療機関を活用する方式が考えられる。しかし本法は実刑確定者を対象から除外しているため、別個の手続で移送するための法的整備が検討されてしかるべきである。矯正精神医療の改革とともに、触法精神障害者医療の中で医療観察法が果たすべき役割を明確にする必要がある。すなわち、一方で他害行為の再発リスクが高いため一般精神医療では対応が難しく、他方で疾患の重篤さゆえに矯正処遇に耐えない患者を対象とすべきである。この視点から法改正の主眼が対象者の適切な絞り込みであることに触れた。

〈索引用語：触法精神障害者、矯正精神医療、医療観察法〉

1. はじめに

最初に筆者の立場を明確にしておく。すでに1994年の論考¹⁶⁾で、措置入院とは別個に、触法精神障害者に特化した治療制度を設けるべきであると主張した（当時は保安処分反対運動の余波の中で、こうした意見表明はそれなりの勇気を要するものであった）。この基本的姿勢は変わっていない。医療観察法については、法案の作成や実施に向けた作業の中で、行政およびその関係の研究班などから参加の要請を一度もされなかった。し

たがって、筆者は制度化に関して直接関わる機会を持たなかったことにより、医療観察法問題については局外から発言する立場にある。5年後見直しについては、本法の成立を拙速立法とみなす立場から、制度設計そのものを再検討することを主張している¹⁸⁾。

医療観察法については学会などで多くが語られてきた。本稿では触法精神障害者医療の全体を視野に入れ、特に刑事施設における医療に注目して論じる。その上で医療観察法が果たすべき役割に

ついて述べることにしたい。

2. トータルな視点を

触法精神障害者に対する医療サービスはいかにあるべきか。現在、医療観察法に関心が集中している。しかし、確認しておきたいのは、医療観察法制度のみが触法精神障害者医療ではない。すなわち、何らかの触法行為を契機として医療に導入される精神障害者に対して、次の3つの領域で医療が提供される。①一般精神医療、②医療観察法に基づく医療（以下、医療観察法医療）、③矯正精神医療。

一般精神医療では精神保健福祉法により主に措置入院のかたちで、医療観察法医療では指定入院・通院医療機関において、矯正精神医療では刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）および少年院、少年鑑別所などにおいて、医療が提供される。医療観察法の場合に身を置くと、一般精神医療および矯正精神医療の実態が見えにくくなる。特に矯正精神医療は刑事施設という閉じられた場で行われるため、一般の医療者の視界から消えてしまいやすい。

わが国では長らく一般精神医療と矯正精神医療が触法精神障害者医療を分担してきた。医療観察法の施行に伴って医療形態が3種となり、これら相互の界面に錯綜した事態が生じている¹⁷⁾。医療観察法には専門的司法精神医療としての基幹的役割が期待されるが、一般精神医療、矯正精神医療との関係および役割分担は必ずしも明確ではない。

規定上は、重大な他害行為（対象行為）を行い、心神喪失または心神耗弱と認定され、不起訴もしくは無罪または実刑なしの有罪が確定した場合は、医療観察法の申立て対象者となり得る。逆に言うと、精神障害者が触法行為を行っても、次の2つの条件のいずれかを満たせば医療観察法の適用は不可能となる。①触法行為が「重大な」他害行為にあたらないこと、②実刑判決を受けたこと。①の場合、警察官または検察官が精神保健福祉法に基づいて都道府県知事への通報を行えば措置入院とされる見込みがある。他方、行為が重大であっ

てもなくても実刑が確定すると刑務所に収容される。

措置入院患者は国などの設置した精神科病院または指定病院が受け入れ、一般の医療者の目に触れやすい。それに対して刑事施設内の医療は、法務省の管轄で行われ、一般の医療とは文字通り厚い壁で隔てられている。しかし、精神障害の受刑者や被告人も医療の対象であることに変わりない。欧米の代表的な司法精神医学書を見ればわかるように、矯正精神医療は司法精神医学の重要な柱である。ところが、日本では医療観察法に注がれる熱い視線に比べて矯正精神医療への関心度はきわめて低い。また矯正の側からの情報の発信も多いとは言えない。

そこで、一般精神医療と医療観察法医療の界面の問題については簡単に触れ、矯正精神医療の制度と現状を重点的に論じることにしたい。

3. 一般精神医療と医療観察法医療

医療観察法では、捜査を経て検察官の申立てがなされ、2～3か月の鑑定入院および審判の結果、決定が下される。捜査段階で起訴前鑑定が行われる場合にはその期間が、また起訴された場合には公判の期間が加わる。したがって、発端となる他害行為から本格的な治療に乗るまでに相当な日数を要する。つまり、医療観察法は本来、救急向きにデザインされた制度ではない。医療観察法の対象行為に該当する行為を行い、なおかつ緊急の医療と保護を要する状態にある場合、対応に混乱が生じる余地がある。

小池ら⁹⁾が医療観察法施行後2年目に1自治体病院に措置入院となった223例を調べたところ、医療観察法対象行為に相当する問題行動を通報理由とする33例が見出された。うち32例は精神保健福祉法第24条による警察官通報、残る1例は第25条による検察官通報を経ており、大多数は警察レベルの判断で医療に送られたと考えられる。これらの事例では、現場での警察官の認知や事件処理のあり方が措置入院を選択させたと思像される。また、24条通報による措置入院が解除され、

その後に医療観察法の申立てが行われる事例があり、その問題点はすでに論じた¹⁷⁾。病状が安定し、すでに社会復帰の途上にある患者を、社会復帰の促進を目的に掲げる医療観察法のルールにあらためて乗せることに、どこまで実質的な意味があるのか疑問が持たれる。精神保健観察のもとでの通院という社会復帰の特別な枠組が必須と考えられる事例に限定すべきではないであろうか。

事例の特性や求められる医療の質を考慮して、措置入院と医療観察法の関係を明確にする必要がある。

4. 矯正精神医療の法的枠組

矯正精神医療について、まず法律の規定を見ておきたい。刑事施設被収容者の医療に関して、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律(監獄法の改正により2006年施行；以下、刑事収容施設法)の第56条は「刑事施設においては、被収容者の心身の状況を把握することに努め、被収容者の健康及び刑事施設内の衛生を保持するため、社会一般の保健衛生及び医療の水準に照らし適切な保健衛生上及び医療上の措置を講ずるものとする」⁸⁾と定め、被収容者に対する健康診断や診療に関する諸規定を置いている。あくまで医療全般に関するもので、精神疾患に特化した条項は含まれていない。通達のレベルでは、黒田¹¹⁾によると、1996年に法務省矯正局から「精神障害被収容者の取り扱いについて」が出された。入所時の精神障害の早期発見、適正な処遇指針の策定、専門医の診察の励行、出所時における医療・保護の便宜や精神障害者保健福祉手帳の取得の助言などについて注意を喚起する内容である。

確認しておきたいのは、矯正精神医療は精神保健福祉法の範囲外にあることである。精神保健福祉法第43条2は「第25条、第26条及び第27条の規定を除く外、この章の規定は矯正施設に収容中の者には適用しない」と定めている(25条は検察官通報、26条は矯正施設長通報、27条は申請等に基づく指定医の診察)。「この章」とは第5章「医療及び保護」である。つまり、精神科病院

での処遇における隔離等の行動制限、精神医療審査会による審査、処遇に対する改善命令、退院請求などの患者の権利に関わる規定は刑事施設被収容者には適用されない。

他方、刑事収容施設法第7条は「刑事施設に、刑事施設視察委員会を置く。2 委員会は、その置かれた刑事施設を視察し、その運営に関し、刑事施設の長に対して意見を述べるものとする」と定めている。これは処遇全般に関する視察であるが、医療上の問題も取り扱う。公表された視察実績⁶⁾を調べた限りでは、2009年度の同委員会による意見603件のうち医療関連は79件、うち精神科診療関連は10件である。10件の内容は、速やかな診察など診療体制の充実の要望が6件、精神科医師、特に常勤医師の要望が3件、出所時の医療情報の提供が1件である。身体的拘束、信書の発受、面会等の患者の権利に関する意見は見られない。つまり、刑事施設視察委員会は一般精神医療における精神医療審査会を代替するものではないようである。また視察実績は、刑事施設では精神科を含めて医師不足が深刻であることをうかがわせる。

疾患が重篤な場合、刑事施設外の医療機関へ移送されて治療を受けることは可能であろうか。刑事収容施設法第62条3は「刑事施設の長は、前二項の規定により診療を行う場合において、必要に応じ被収容者を刑事施設の外の病院または診療所に通院させ、やむを得ないときは被収容者を刑事施設の外の病院または診療所に入院させることができる」と規定する(「前二項」は刑事施設の職員または職員でない医師等による診療)。福島⁹⁾によれば、2006年における刑事施設外の病院移送は1,018件であり、その相当数を心筋梗塞、脳梗塞などが占めるといふ。つまり基本的には急性の身体疾患への対応策である。精神疾患を理由とする病院移送の公表された件数は知り得ていないが、おそらく非常に少ないものと思われる。

他方で刑事訴訟法第480条、481条は、懲役等の言い渡しを受けた者が「心神喪失の状態」にあるときは、その状態が回復するまで執行を停止し、

その場合は、「監護義務者又は地方公共団体の長に引き渡し、病院その他の適当な場所に入れさせなければならない」と定めている。2006年～2009年の矯正統計⁷⁾を調べたところ、2006年の「精神及び行動の障害」の休養患者の中で「執行停止出所」の者が5名存在した。これが心神喪失に関する規定によるのか不明であり、仮にその理由であったとしても件数はわずかである。

イギリスの精神保健法 (Mental Health Act 1983) では、刑の宣告前の者 (35条, 36条), 有罪判決を受けた者 (37条, 38条), 服役中の者 (47条) について医療施設への移送がなされる²⁾。この中で47条は、服役中の者について病院への移送が公衆の利益に適うと判断された場合、2名以上の資格を持つ医師の報告のもとに、内務大臣が移送命令を発する。日本ではこのような刑事司法から医療へのいわゆるダイバージョンは制度化されていない。病院移送の規定は身体疾患を念頭に置いたものであり、そもそも、重度の精神疾患患者を外部の専門医療施設で治療するという発想それ自体が欠けているように思われる。医療観察法も実刑確定者を対象から除いている。医療観察法のモデルはイギリスの方式であると言われることが多いが、理念や本質においては似て非なるものである。

次に施設の現況について見ると、刑事施設での医療体制は一般施設、医療重点施設、医療専門施設 (医療刑務所) の3層に分けられる¹⁵⁾。医療刑務所4施設のうち2施設が精神科専門である。受刑者が専門的治療処遇を必要とする場合、一般刑務所から医療刑務所への移送が可能である。医療刑務所は医療施設であるが、収容者の法的身分はあくまで受刑者であり、刑務官による規律維持の対象となる。目的は、受刑者の精神障害を一般刑務所で処遇できる程度にまで改善し、刑の執行を全うさせることである¹¹⁾。つまり医療刑務所の治療は社会復帰を直接目指すものではなく、いわば受刑者としての本来の状態に復帰させることを目的とする。精神科医の中には触法精神障害者に対しても刑事罰を科すべきだという意見があり、医

療刑務所で治療が可能だということがその理由付けにされる。こうした主張は医療刑務所ないしは矯正精神医療に関する無知に基づくもので、体のよい“触法精神障害者の、医療者による医療からの排除”である。

2007年4月の刑事施設全体の常勤医師充足率は88%で、医師確保が矯正医療の最大の課題となっている³⁾。同時期の常勤の精神科医師は全体で26名である¹⁵⁾。ほとんどの一般刑事施設には常勤の精神科医が配置されていない¹²⁾。矯正医療の医師不足の要因として、医師としての技術の向上に不利である、被収容者である患者と良好な関係を持ちにくい、報酬や兼業に制約があるなど、医師にとって魅力ある職場と言いが指摘されている^{3,15)}。

5. 刑事施設における精神障害者

犯罪白書⁵⁾によると2008年に新たに入所した受刑者のうち「精神障害者」は1,835人 (総数の6.3%) であった。内訳は「知的障害」237人 (0.8%)、「神経症性障害」384人 (1.3%)、「その他の精神障害」1,214人 (4.2%) である。「その他」は統合失調症、精神作用物質による精神および行動の障害などで、人格障害は含まれない。

図1に示すように、過去10年間、精神障害の入所受刑者は増加傾向を示している。あくまで推測であるが、経済不況のもとで生活力の乏しい精神障害者が窃盗、詐欺等の軽犯罪をおかす事例の増加がこの傾向の一因であろうか。日本の自殺者数は1998年から3万人を越えており、同種の社会経済的要因が働いている可能性がある。

刑事施設被収容者の疾病動向に関しては望月ら¹⁴⁾の詳細な分析がある。統計上は休養患者、非休養患者に区別される。休養患者とは、疾病で医師の診療を受けた被収容者のうち、医療上の必要により病室またはこれに代わる室に収容して治療を受けさせる者で、刑務作業などの矯正処遇が免除される。この必要のない者が非休養患者である¹⁵⁾。

図2, 3に見るように、1998年から2008年ま

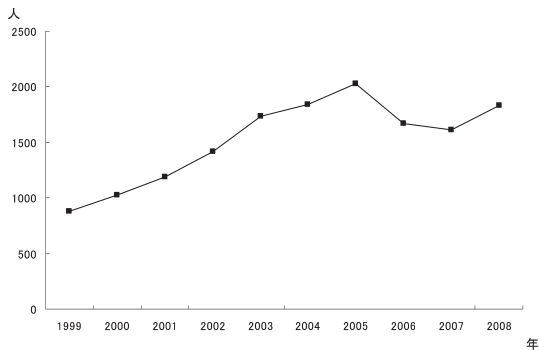


図1 精神障害を有すると診断された入所受刑者 (文献5をもとに作成)

知的障害, 神経症性障害およびその他の精神障害 (統合失調症, 精神作用物質による精神及び行動の障害などで, 人格障害を除く)。

での増加率が非休養患者では 217%, 休養患者では 123% で, いずれも増加している。2008 年において, 非休養患者では「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」が全体の 37% で最も多い。覚せい剤使用者がかなりの部分を占めると推測される。他方, 休養患者では統合失調症圏が 39% で最も多い。統合失調症圏の非休養患者も漸増を示している。

以上から, 近年, 刑事施設において精神障害者が顕著に増加していることを指摘し得る。特に, 刑務作業を免除されて病室などに収容される休養患者の 4 割近くを統合失調症圏の患者が占める事実は注目される。

6. 出所後の治療

精神障害受刑者の出所後の治療・ケアの継続は社会復帰と再犯予防のために欠かせない。精神保健福祉法第 26 条は, 矯正施設の長は, 「精神障害者又はその疑のある収容者」について釈放などを行うときは, 帰住地, 氏名, 症状, 引取人などを帰住地 (帰住地がない場合は当該矯正施設の所在地) の知事に通報しなければならないと定めている。

厚生労働省の統計¹⁰⁾によると, 全国の 26 条通報件数は驚異的に増加している (図 4)。一方で

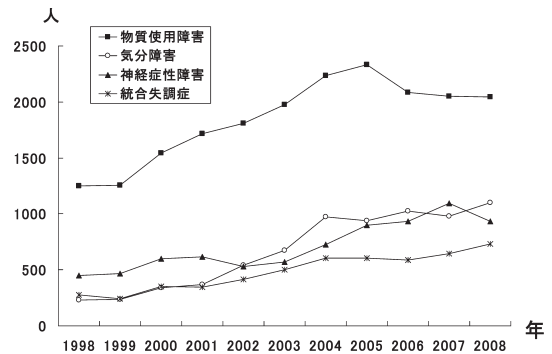


図2 疾患分類別の非休養患者の推移 (文献14をもとに作成)

刑事施設における毎年 10 月 1 日時点の罹患者数の調査による。非休養患者は, 疾病で医師の診療を受けたが, 病室などへの収容と刑務作業などの矯正処遇の免除が必要ではなかった被収容者。

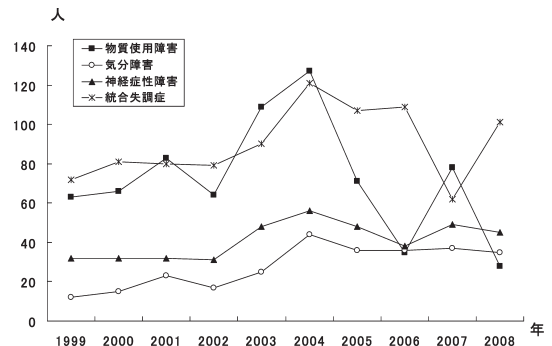


図3 疾患分類別の休養患者の推移 (文献14をもとに作成)

刑事施設における毎年 10 月 1 日時点の罹患者数の調査による。休養患者は, 疾病で医師の診療を受け, 病室などへの収容と刑務作業などの矯正処遇の免除が必要であった被収容者。

法第 29 条 (入院措置) 該当者の割合は一貫して少ない。その結果, 通報されながら措置入院とされない出所者が多数に上っている。芦名¹¹⁾は群馬県での 26 条通報件数の急増を報告し, 疾患は物質関連障害, 知的障害の順に多く, 通報与件では家庭外での物損 (器物損壊, 窃盗など) が最多で, その多くは帰住先未定者による低額の窃盗であった。そして, 26 条被通報者には入院治療よ

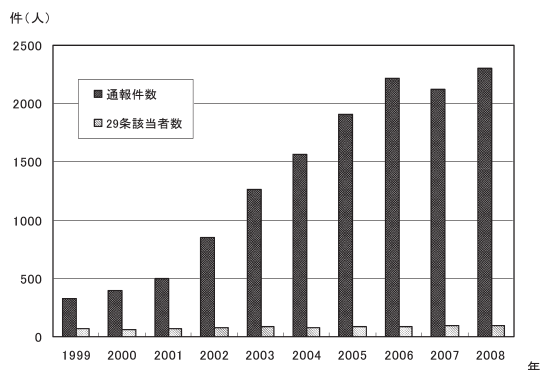


図4 精神保健福祉法第26条(矯正施設長通報)の通報件数および第29条(知事による入院措置)該当件数の推移

りも福祉的ケースワークを要する生活困難者が多いと指摘する。

刑事施設から出所する精神障害者は受刑の契機となった行為からすでに長い期間を経ており、多くは“他害のおそれ”という措置要件を満たさないと想像される。他方、医療観察法は、受刑者はもちろん出所者も法の対象者として全く想定していない。刑を終えて出所する精神障害者は“触法精神障害者”であるが、このような人びとに対して現行の司法精神医療は有効な受け皿を提供していないと言える。

7. 精神障害の長期・無期受刑者

拘禁状況は精神疾患の発症や増悪の要因となる。そのため長期の受刑者ではしばしば精神医学的ケアが必要となる。とりわけ、仮釈放を認められない限り拘禁から逃れられない無期受刑者では深刻な事態が予想される。

刑事施設からの仮釈放は「改悛の情」があるときに認められる⁹⁾。具体的には、悔悟の情・改善更生の意欲があり、再び犯罪を犯すおそれがなく、保護観察が改善更生に相当で、社会感情が仮釈放を是認する場合である。無期懲役の場合も刑が10年経過した後には許すことができると定められている。ただし、仮釈放率は全般に漸減傾向にある上、執行期間が20年以内の無期受刑者の仮釈

放は2003年以降、実施されていない⁵⁾。

精神障害の無期受刑者はどのような状況にあるであろうか。松野¹³⁾は無期懲役の判決を受け、在監中に発症または増悪をきたし、医療刑務所に移送された男性13事例について検討した。平均年齢は67.4歳で、3名では受刑期間が45年を越えていた。7例は統合失調症で、うち2例は犯行時すでに発症していた。残りは精神発達遅滞者の拘禁反応が3例、器質性障害が3例であったという。

無期受刑者でも上述の諸条件が整えば仮釈放の対象となり得るが、松野が言うように、これらは健康な受刑者を想定したもので、精神障害の無期受刑者は対象となりにくい。まして、仮釈放率が全般に低下している現状では、無期懲役である上に精神障害により「改善更生の意欲」を示すことのできない者にとって、仮釈放のハードルは極めて高い。

それでは前述した刑事訴訟法の規定による心神喪失の状態での執行停止およびそれに伴う一般精神医療への移行の可能性はないであろうか。松野は上述の13事例について、表面的には安定しており、心神喪失と認めるのは難しかったと述べている。それに対して、筆者が最近知る機会があった精神障害の無期受刑者(入所期間が長期に及ぶ統合失調症患者)では活発な陽性症状が持続しており、法を厳密に適用すれば心神喪失者として執行停止の対象とされてもおかしくない事例と思われる。刑罰の意味すら理解できない状態の者に刑を執行することには疑問が持たれる。しかし現状では、そのような場合でも医療刑務所に移し、病状の改善を待って一般刑務所に戻し、刑が続行される。すでに高齢であれば、刑務所で人生の終わりを迎える公算も小さくない。

8. 矯正精神医療と医療観察法医療

矯正精神医療に内在する問題として黒田は以下の点を指摘する¹¹⁾。①精神保健行政から完全に独立した自己完結的システムである、②精神保健福祉法の人権擁護の規定が医療刑務所に適用されず、

独自の倫理規範も存在しない、③精神医療審査会などのセーフガードが存在しない。医療体制がこのような制約を抱える一方で、刑事施設の精神障害者は明らかな増加傾向にある。手厚い治療とケアを受け、社会復帰への道が開かれている医療観察法対象者と比較して、精神障害の刑事施設被収容者、特に長期受刑者は非常に厳しい医療環境に置かれている。

矯正医療全般の改革としては外部委託や矯正医療センターの整備が検討されている³⁾。これらの方策に加えて、矯正処遇に堪えない重度の精神障害者に対しては刑事施設外の医療の場を利用するという発想も必要であろう。そうすることで、過剰収容を来した刑事施設の負担の軽減も期待される。

松野は先に引用した論文¹³⁾の中で、精神障害の長期受刑者の処遇について、関連する法の改正もしくは積極的運用により執行停止と病院移送を図る方法があるとしながら、その場合に受け入れ病院の負担が重くなることを懸念している。しかし、医療観察法の指定入院医療機関が稼働している現在、スタッフや安全面が整備されたこれらの施設が受刑者を受け入れることは十分に可能であろう。ただ問題は、受刑者を医療観察法の対象者として受け入れるには、法の骨組みを根本から変えなければならないことである。また、実刑を科しても高度の医療が保証されるとなると、精神障害者を安易に有罪化する動きが起きることも予想される。したがって、医療観察法とは別の手続によって、指定入院医療機関を重度の精神障害受刑者の受け入れ病院とする方策が現実的であろう。ただ、矯正当局が問題意識を持たないことには話が始まらない。

もう一点は処遇の入り口に関わる問題である。医療観察法の申立ての大部分が不起訴処分に引き続いてなされている現状では、刑事訴訟法の起訴便宜主義に基づく検察官の裁量が働く余地が少なくない。特に心神耗弱のレベルの被疑者に関しては、判断が起訴と不起訴のどちらに触れるか微妙な事例があると察せられる。起訴され、医療観察

法の申立てがなされなかった“非申立て事例”にも注意を払う必要がある。

高松地裁の判決¹⁹⁾の被告人は治療歴が長く、病院からの外出中に通行人を殺害した。慢性鑑別不能型統合失調症および反社会性人格障害の鑑定結果により心神耗弱と認定され、懲役25年の判決を下された。精神障害は明らかで、心神耗弱の状態であり、重い他害行為を行っており、犯行時も入院中であることから治療の必要性も認められる。事件発生は2005年12月つまり医療観察法施行後であり、検察官が不起訴(起訴猶予)とした上で申立てを行うことも制度上は可能であった。通り魔という犯行の性質や被害者感情への配慮から起訴が選択されたのかも知れない。いずれにしても、25年の刑が終了するまでは刑事施設で治療を受ける他ない。

この事例は医療観察法の試金石として議論される価値がある。筆者は、この事例も——と言うよりこのような困難な事例こそ——医療観察法が担うべきであると信ずる。標準の入院期間が1年半に設定された現行の運用方式には馴染みにくく、世論の是認も得にくいかも知れない。しかし、葛藤を抱えて当然なのが司法精神医療である。

9. おわりに

司法精神医療の原則は、どのような法的立場に置かれた人であれ、その人が必要とする医療を提供することにあると筆者は考える。ところが現実には、一般精神医療、医療観察法医療、矯正精神医療の間で、特に後2者の間で、医療の質に格差がある。これら3つの形態は、個々の患者のニーズに応じて選択されるよりも、どのような法的手続のルールに乗せられるかによって決定される部分が少なくない。しかも、それぞれの形態は自己完結的で、互いに風通しが悪く、いったん乗ったルールを事後に乗り換えることは容易でない。

それでは、医療観察法に期待される役割はどのようなものであろうか。法42条は「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」ために「この法律による医療を受けさせる必要があると認める」ことを要件としている。

「この法律による医療」とは何を意味するのだろうか。筆者はこれを特別な質の医療すなわち“高度な専門的医療”と理解する。言い替えば，“安全に配慮した濃厚な治療とケアを提供できる医療”である。このように理解するのでなければ、触法精神障害者医療の全体の中で医療観察法が持つべき固有の役割が曖昧になる。他害行為の種類や責任能力の程度に加えて、必要とする医療の質を法適用の基準として明確にすべきである。医療観察法の本来の対象者とは、一方において他害行為の再発リスクが高いために一般精神医療では対応が難しく、他方において疾患の重篤さゆえに矯正処遇に耐えない人である。このような役割の明確化、対象者の適切な絞り込みを法改正の指針とすることを筆者は司法精神医学会の場で提案した¹⁸⁾。5年後見直しで求められているのは、技術論に終始することなく本質論に踏み込むことである。

文 献

1) 芦名孝一, 太田知幸, 向田律子ほか: 近年の26条(矯正施設長)通報の傾向とその問題点—2001年度から2006年度までの群馬県の事例の分析を通して。司法精神医学, 3; 44-52, 2008

2) Briscoe, O., Carson, D., d'Orbàn, P., et al.: The law, adult mental disorder, and the psychiatrist in England and Wales. Forensic Psychiatry. Clinical, Legal & Ethical Issues (ed. by Gunn, J., Taylor, P.J.). Butterworth-Heinemann, Oxford, p. 21-117, 1993

3) 福島靖正: 矯正医療の現状と課題。刑政, 118; 24-33, 2007

4) 法務省: 平成8.1.5 矯医2 矯正局長通達(文献11より引用)

5) 法務総合研究所: 犯罪白書, 平成12年版~平成21年版

6) 法務省: 各刑事施設視察委員会の意見に対する措置等報告一覧表, 平成22年4月末日現在 (<http://www.moj.go.jp/content/000003118.pdf>)

7) 法務省: 矯正統計統計表 (www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_kousei.html)

8) 刑事収容施設及び被収容者の処遇に関する法律。刑政, 117巻, 臨時増刊号, 2006

9) 小池純子, 森田展彰, 針間博彦ほか: 措置入院の現状に関する研究—医療観察法施行の影響に着目して—。精神雑誌, 111; 1345-1362, 2009

10) 厚生労働省: 衛生行政報告例, 平成11年度~平成20年度 (<http://www.dobk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>)

11) 黒田 治: 医療刑務所における精神科医療の現状と問題点。触法精神障害者の処遇, 増補版(町野 朔, 中谷陽二, 山本輝之編)。成文堂, 東京, p. 154-170, 2006

12) 黒田 治: わが国の刑事施設における精神科医療の現状と課題。OT ジャーナル, 42; 1008-1013, 2008

13) 松野敏行: 精神障害無期囚に関する臨床精神医学的考察—医療刑務所において30年以上服役している無期囚について。矯正医学, 48; 1-12, 2000

14) 望月 靖, 加藤昌義, 北村薫子ほか: 刑事施設における最近10年間の疾病動向及び今後の課題について。矯正医学, 58; 27-35, 2010

15) 中根憲一: 矯正医療の現状と課題。レファレンス, 680; 95-106, 2007 (http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/20079_680/068005.pdf)

16) 中谷陽二: 触法精神障害者の治療—現状分析と提言—。精神障害者の強制治療(西山詮編)。金剛出版, 東京, p. 15-36, 1994

17) 中谷陽二: 触法精神障害者にとって、医療環境はどう変わるか。臨床精神医学, 38; 513-518, 2009

18) 中谷陽二: 医療観察法改正に関する意見(日本司法精神医学会医療観察法検討委員会に提出)。2009.8.25

19) 高松地判平成18年6月23日(未掲載)

Treatment of Offenders with Mental Disorders : Focusing on Prison Psychiatry

Yoji NAKATANI

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

Forensic mental health services exist in a nebulous space at the intersection of two different systems—criminal justice and mental health—and the entanglement of these systems poses intricate problems for psychiatrists. This article discusses the present circumstances of forensic mental health services in Japan, focusing on trends in prison psychiatry.

In the traditional Japanese system, offenders with mental disorders were treated within general psychiatry as involuntarily admitted patients, or within the prison system as mentally ill inmates. As a consequence of recent legal reform, however, this situation has radically changed. The Medical Treatment and Supervision Act of 2005 aimed to provide intensive psychiatric treatment to offenders with mental disorders, attaching great importance to their reintegration into society. Under the new system, a person who commits a serious criminal offense in a state of insanity or diminished capacity shall be referred by the public prosecutor to the district court ; following a treatment order of the court, the person shall be treated in psychiatric facilities established by the law.

While the new system is expected to play a role in the context of specialist forensic psychiatry, its distinction from general psychiatry remains unclear. For example, persons who commit serious crimes, such as assault, in an acute psychotic state are occasionally admitted to general psychiatric hospitals, even if they meet the criteria for a treatment order under the Medical Treatment and Supervision Act.

The relationship between prison psychiatry and specialist forensic psychiatry is still more problematic. Compared to the intensive, rehabilitation-oriented care provided under the Medical Treatment and Supervision Act, mental health services in penal institutions have a number of disadvantages, and it is unlikely that mentally ill prisoners have benefited from the recent progress in forensic psychiatry.

Statistics show that the number of sentenced prisoners with mental disorders has steadily increased during the last decade. Although a majority of these individuals are substance abusers, the number of patients with schizophrenia who are unable to serve a sentence due to severe illness is not insignificant. Although patients are sometimes transferred to medical prisons, a substantial number of inmates with mental disorders remain in general prisons, most of which lack adequate medical staff. Accordingly, the growing number of mentally ill inmates is imposing a heavy burden on the penal administration system.

Provisions of the Mental Health and Welfare Act pertaining to general psychiatry are

not applicable to patients in penal institutions. The Psychiatric Review Board established in each prefecture does not intervene in the management of these facilities. As a result, legal safeguards against the violation of patients' rights are not sufficiently guaranteed in penal institutions.

There are no legal provisions for transferring patients with severe mental disorders from prisons to psychiatric hospitals. Once sentenced to imprisonment, offenders with mental disorders are treated almost exclusively within the prison system. This situation is particularly serious in the case of patients with long-term sentences. In addition, the continued availability of psychiatric care after discharge from prison, which is crucial for preventing relapse of illness and recidivism, is not assured. When a mentally ill inmate is discharged, the head of the institution is required to report the discharge to the prefectural governor, in accordance with the Mental Health and Welfare Act. Recently, although the number of such reports has sharply increased, in actuality many of the persons reported are not admitted to hospitals because they do not meet the criteria for involuntary admission, and the provisions of the Medical Treatment and Supervision Act do not apply to them.

In conclusion, more attention should be paid to the reform of prison psychiatry. Coordination of the separate functions of general psychiatry, specialist forensic psychiatry, and prison psychiatry is also important.

<Author's abstract>

<**Key words** : offenders with mental disorders, prison psychiatry, Medical Treatment and Supervision Act>
