

Title	精神障害受刑者の釈放と26条通報
Sub Title	Release of mentally-disabled prisoners and notification for psychiatric treatment
Author	太田, 達也(Ota, Tatsuya)
Publisher	慶應義塾大学大学院法務研究科
Publication year	2017
Jtitle	慶應法学 (Keio law journal). No.37 (2017. 2) ,p.77- 110
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	井田良教授退職記念号#論説
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA1203413X-20170224-0077

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

精神障害受刑者の釈放と26条通報

太田達也

- I 刑事施設からの釈放と治療継続の必要性
- II 26条通報の運用状況
- III 26条通報の対象者像と再犯
- IV 26条通報を巡る運用上の問題
- V 26条通報の構造的限界
- VI 精神障害受刑者の釈放と社会内処遇との連携

I 刑事施設からの釈放と治療継続の必要性

検挙された触法精神障害者のうち起訴前鑑定により心神喪失又は心神耗弱と診断された者の多くは不起訴ないし起訴猶予となるが¹⁾、精神病などの精神障害がありながら責任能力が認められ、あるいは軽度の精神障害が見過ごされて起訴・有罪となり、自由刑を科せられる受刑者も多いことから、刑事施設には極めて多くの精神障害者が収監されている。年末在所人員に占める精神障害者の割合は18%にも達し、知的障害と人格障害を除いた、統合失調症などの精神病を含むその他の精神障害に限っても受刑者総数の17%近くを占める²⁾。

1) 森山公夫『『触法精神障害者』の精神医学的評価に関する研究』平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「措置入院制度のあり方に関する研究」分担研究報告書（2002）117頁以下によると、全国の地方検察庁で簡易鑑定が実施された事件の起訴率は55.1%、本鑑定実施事件の起訴率は48.3%となっている。

2) 法務省『平成26年法務年鑑』（2015）265頁。

しかし、これら精神障害受刑者のうち M（ラージエム）指標の判定を受け、精神障害者に対する専門的な処遇を行う医療刑務所に収容されている者は3%に過ぎず、精神障害のある受刑者の殆どが B 指標又は A 指標と判定され³⁾、医療重点施設あるいは一般の刑事施設において投薬と精神療法を中心とした処遇が行われているに止まる。

さらに問題なのは釈放後の治療継続である。精神障害のある受刑者全体の釈放事由に関する統計はないものの、M 指標受刑者については、その殆どが満期釈放となっており、仮釈放は8%程度である⁴⁾。従って、精神障害受刑者は、刑事施設において治療や処遇を受けていたとしても、満期釈放となった日から、保護観察も治療もない状態に置かれることになる。更生保護施設も、治療を要する精神障害者は受け入れに躊躇する場合は殆どである⁵⁾。長崎・南高愛隣会によるモデル事業を経て、2009年から法務省と厚生労働省の連携により特別調整と地域生活定着促進事業が導入されているが、この制度の対象となる精神障害受刑者は、福祉的支援が必要且つ相当な者が中心で、治療を要する統合失調症の受刑者は対象となり難い。結局、福祉的支援さえもなされないまま、社会に放置される精神障害受刑者は極めて多い。2005年から施行された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、「医療観察法」という。）に基づき入院となった者に対して充実した医療体制と恵まれた予算の下で手厚い治療が行われ、退院後は、社会の中で社会復帰調整官による精神保健観察と通院治療が行われるのとは対照的である。

3) 法務省・前掲注2) 265頁。現在、M 指標受刑者は、岡崎、北九州、八王子、大阪の4つの医療刑務所を中心に収容されているほか、M 指標施設に指定されている札幌、宮城、府中、名古屋、沖縄に僅かながら収容されている。

4) 2001年から2015年までの平均値による。法務省『2001年矯正統計』～『2015年矯正統計』e-Stat表80。但し、注意が必要なのは、医療刑務所に収容されたM 指標受刑者は、症状が改善した場合、一般刑務所に移送したうえで釈放となるため、M 指標が取れる場合がある。こうした「元」M 指標受刑者の釈放事由は明らかでない。

5) 太田達也「更生保護施設における処遇機能強化の課題と展望」犯罪と非行132号（2002）44-45頁。

しかし、精神障害受刑者に対し継続的な治療と処遇が行われなければ、社会復帰に支障が生じる可能性は極めて高いと言わざるを得ない。M指標受刑者の刑事施設への再入率は一般の受刑者よりもやや低いものの⁶⁾、再犯に対して不起訴や医療観察法といった刑罰以外の対応があることに加え、自殺や向精神薬による死亡リスクも考慮に入れる必要がある。

唯一、満期釈放後の治療に繋げる手段に措置通報制度がある。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）に基づき、刑事施設を含む矯正施設の長は、精神障害又はその疑のある収容者を釈放させようとするとき、あらかじめ一定の事項を本人の居住地の都道府県知事に通報しなければならないとされていて、根拠条文の名前を採って26条通報と呼ばれている。通報を受けた都道府県は、調査（以下、「事前調査」という。）を行い、必要があると認めるときは、指定医による診察（精神福祉27条。以下、「措置診察」という。）の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときには、本人の意思にかかわらず精神病院に入院させることができる。この措置入院制度が満期釈放となった精神障害受刑者に対し継続的に治療を行う唯一の道であるにもかかわらず、実際には、措置入院はおろか、措置診察も実施されず、釈放後の治療に結び付かないケースが非常に多い。結果、保護観察にも措置入院にもならず、病識の欠如、経済的困窮、家族による支援の欠如などと相まって治療が中断し⁷⁾、精神症状が悪化して、再犯のリスクが高まることになる。

精神障害のある受刑者に対しては、釈放後の継続的な治療と処遇が病状の安定と再犯の防止に有効であることは間違いない。そこで、本稿では、刑事施設における実態調査並びに各地の自治体で行った聞き取り調査を基に26条通報

6) 法務省『2011年矯正統計』～『2015年矯正統計』e-Stat表66。2003年頃までのMA・MB指標受刑者の5年再入率は一般のA・B指標受刑者よりも高かったが、その後、MA・MB指標受刑者の再入率は一般のA・B指標受刑者よりも低い値にまで低下している。

7) 野村俊明＝岩堀武司「矯正施設内処遇の課題と今後」こころの科学132号（2007）66頁。

の運用と課題について分析を行い、26条通報に基づく措置入院制度には運用上の問題に止まらない構造的限界があることを指摘したうえで、精神障害受刑者に対する刑事法的対応の在り方を釈放と社会内処遇を中心に考察することとしたい。

II 26条通報の運用状況

1 全体の動向——年次推移

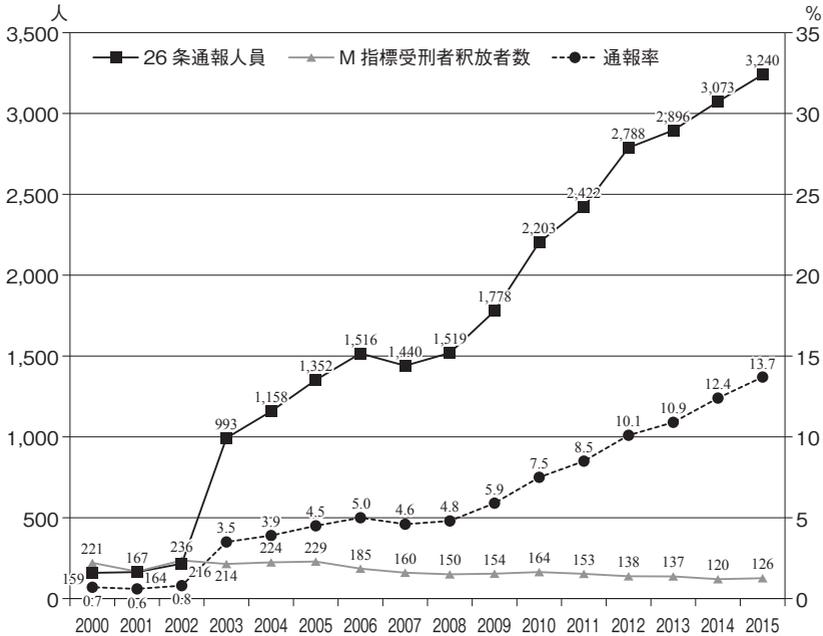
精神保健福祉法26条に基づく通報制度は、1950年、他の通報制度とともに、それまでの精神病患者監護法と精神病院法に代わって制定された精神衛生法によって新設され⁸⁾、その後、法律の名称が精神保健福祉法となるなど多くの改正が行われるなかでも、変更されることなく、維持されてきている制度である。

しかし、近年、その運用状況に大きな変化が見られる。2003年から、26条通報人員だけでなく、26条通報人員の出所人員総数に占める割合（以下、通報率という。）も急激に上昇している（図1）。これは、2001年4月浅草で自閉症の男性が通行中の女子大生を殺害した、いわゆるレッサーパンダ帽男事件⁹⁾や、2001年6月小学校に侵入して8名の児童を殺害したほか多くの児童や教諭に傷害を負わせた池田小学校事件¹⁰⁾が発生したことなどを受け、同年、矯正局から精神障害のある受刑者を釈放する際には原則として26条通報を行うようにとの指示がなされたためである¹¹⁾。

それ以前の26条通報人員はM指標受刑者の釈放者数に近かったが、その後

-
- 8) 精神保健福祉研究会監修『三訂精神保健福祉法詳解』中央法規（2009）8頁。
- 9) 東京地判平成16年11月26日（LEX/DB）。第1審では、完全責任能力有りとし、無期懲役が言い渡されている（控訴取下により確定）。同事件の裁判経過については、佐藤幹夫『自閉症裁判—レッサーパンダ帽男の「罪と罰」』朝日文庫（2008）。
- 10) 大阪地判平成15年8月28日（判例時報1837号13頁）。著しく偏った人格傾向はあるとしながらも、精神疾患の影響はないとして、完全責任能力を認定し、死刑を言い渡した（控訴取下により確定）。
- 11) 西和吉ほか「出所時措置入院者について」矯正医学52巻2-4合併号（2004）78頁。

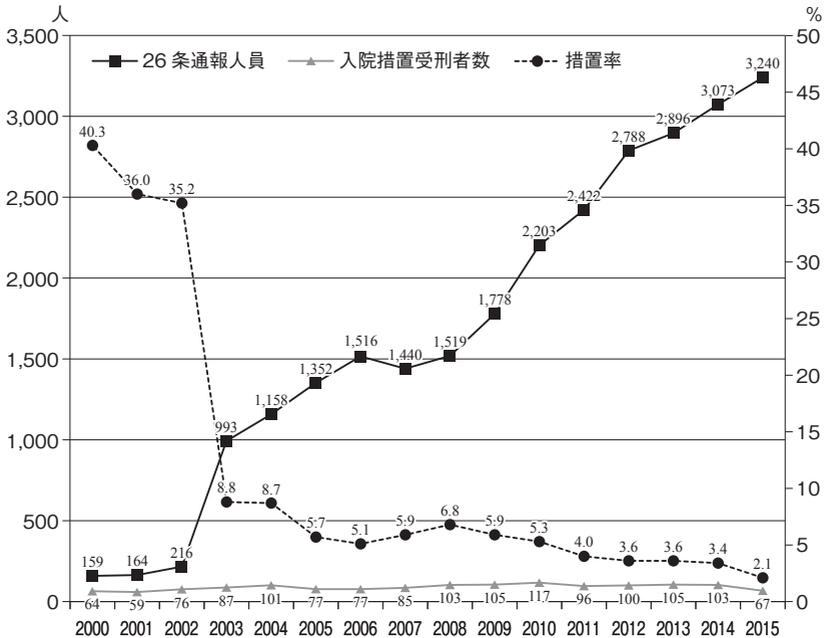
図1 26条通報人員と通報率の推移



大幅に増加し、現在はその20倍以上に達している。つまり、従来は、M指標受刑者を中心に通報していたものが、2001年（実際には2003年）以降は、M指標受刑者に限らず、知的障害や物質関連依存（薬物依存）を含め、精神障害を有する受刑者を極力通報するようになってきているのである。受刑者のうち、「精神医療のために医療を主として行う刑事施設等に収容する必要はないが、精神医療上の配慮を要する者」に対してm（スモールエム）という符号が別途付されることになっており¹²⁾、このm符合受刑者が26条通報の母集団となっていることが考えられる。しかし、m符合受刑者の全国統計は作られておらず、また睡眠導入剤を処方している者にまでm符合をつけている施設もあれば、何らかの精神障害のある受刑者のみm符合を付している施設もあるな

12) 受刑者の集団編成に関する訓令の運用について（平成18年5月23日矯正3315矯正局長依命通達）7(1)ア。

図2 26条通報人員と措置率の推移



ど、施設によって運用が大幅に異なる。m 符号受刑者であるからといって自動的に 26 条通報に付するわけではなく、釈放前の個別審査によって通報の有無が判断されているものと思われる¹³⁾。

そして、26 条通報人員が大幅に増加する一方で、措置入院となる受刑者は殆ど増えていないことから、通報人員のうち措置入院となった者の割合である措置率は 2000 年の 40% から 2015 年の 2% まで低下している（図 2）。

2 刑事施設毎の通報状況

26 条通報の運用は、刑事施設毎に大きく異なる（表 1）。2011 年から 2015 年までの通報人員で見ると、年平均 400 名以上の通報が行われている府中刑務所

13) 花田百造 = 酒井広隆「精神保健福祉法第 26 条に基づく通報をめぐる問題について」矯正医学 59 巻 2-4 号合併号 (2011) 103 頁。

を筆頭に、広島、福岡、大阪、札幌、横浜など非常に通報人員が多い施設もある一方、年に一桁の通報しかない施設もある。通報人員が上位の施設は、大規模施設や医療重点施設であるため、精神障害受刑者が多く収容されていても不思議ではない。そこで、施設毎の通報率で比較してみると、岡崎、岩国、府中、和歌山、広島、八王子、福岡、笠松、滋賀、岡山、北九州、横浜など、医療刑務所や一部の医療重点施設で高率となっており、こうした施設でより積極的に通報を行っていることがわかる。女子刑務所は、全ての女子受刑者を混合収容していることから精神障害受刑者も多く、覚せい剤事犯者が多いことから、薬物性の精神障害も多く含まれているからであろう。

このように通報人員が多い施設は通報率も高くなっているが、中には通報人員が一定数いながら、通報率が極めて低い施設もある。このうち島根あさひや美祢などの社会復帰促進センターは、収容者がいわゆる「スーパー A 指標」であるし、精神障害者の特化ユニットを設けているセンターでも極めて病状の良い者が中心であるからであろう。しかし、長崎、佐世保、鹿児島など九州地区の施設のなかには通報人員が一定数いながら、通報率が低いところもある。

また、施設毎に M 指標受刑者の収容状況が異なるため、当該施設から M 指標出所者数に対する 26 条通報人員の割合（以下、通報比という。）を計算すると、岡崎、北九州、八王子、大阪の医療刑務所は、通報比が 1 前後となっており、出所した M 指標受刑者を中心に 26 条通報していることがわかる。しかし、これらの医療刑務所以外で通報比が低い施設では、26 条通報人員も通報率も低く、対象者を厳選して通報していることがわかる。これに対し、札幌、黒羽、府中、横浜、加古川、大阪、京都、神戸、広島、福岡などの大規模施設や笠松、和歌山、岩国などの女子刑務所など通報人員や通報率が高い施設では、通報比が極めて大きな数値となっているか、M 指標出所者が 2011 年以降一人もいないため通報比が算出不能となっている。つまり、こうした施設では、M 指標受刑者が殆どいないにもかかわらず、積極的に 26 条通報を行っていることになる。

入院措置との関係では、措置率が高い施設ほど通報人員や通報率が低く、逆

表1 刑事施設における26条通報の状況

刑事施設名	属性	2011年 以降の 26条 通報人員 合計	2011年 以降の 出所者数	通報率 ※1	2011年 以降の M指標 出所者	通報比 ※2	2011年 以降の 入院措置 者数	措置率 ※3
府中 ◎※4	M,P,F,LB,B	2,244	6,847	32.8%	3	748	31	1.4%
広島 ◎	F,P,LB,B (I,A,B)	863	3,326	25.9%	6	144	27	3.1%
福岡 ◎	P,F,LB,B	819	3,946	20.8%	17	48	31	3.8%
大阪 ◎	F,LB,B	737	5,377	13.7%	3	246	14	1.9%
札幌 ◎	M,P,F,LB,,B, (W)	707	4,386	16.1%	16	44	13	1.8%
横浜	F,LB,B, (F,FJ,A)	631	3,664	17.2%	3	210	11	1.7%
京都	F,LB,B	554	3,757	14.7%	0		9	1.6%
岩国	W	545	1,118	48.7%	0		1	0.2%
黒羽	F,I,A,B	478	3,428	13.9%	0		19	4.0%
加古川	W,I,YA,A	462	2,742	16.8%	1	462	6	1.3%
神戸	F,LB,B	398	3,858	10.3%	0		8	2.0%
和歌山	W,W,F,WJ	397	1,403	28.3%	0		3	0.8%
名古屋 ◎	M,P,F,LB,B, (I,A)	391	5,719	6.8%	13	30	7	1.8%
岡崎 (医)	M,A	338	476	71.0%	336	1	27	8.0%
鳥根あさひ (社会)	PA,YA,A	305	3,651	8.4%	0		0	0.0%
高松 ◎	F,LB,B	293	1,842	15.9%	0		6	2.0%
笠松	W	290	1,485	19.5%	1	290	2	0.7%
滋賀	A,B	264	1,356	19.5%	3	88	4	1.5%
播磨 (社会)	A	242	1,844	13.1%	0		2	0.8%
前橋	F,B	212	2,097	10.1%	2	106	6	2.8%
栃木	W,W,F,WJ	211	2,023	10.4%	0		6	2.8%
新潟	F,B	210	1,993	10.5%	1	210	3	1.4%
福島	F,B, (W,WF)	206	3,827	5.4%	0		15	7.3%
松山	I,YA,A,B (W,A)	192	1,729	11.1%	3	64	8	4.2%
美祿 (社会)	W,YA,A	154	2,101	7.3%	0		0	0.0%
籠	W	145	972	14.9%	0		3	2.1%
月形	B	135	2,777	4.9%	0		1	0.7%
長崎	F,LB,B	129	1,684	7.7%	2	65	1	0.8%
佐世保	B	112	1,482	7.6%	2	56	1	0.9%
川越 (少)	I,F,FJ,JA,YA,A,B	107	1,847	5.8%	4	27	4	3.7%
鹿兒島	B	100	1,654	6.0%	10	10	8	8.0%
八王子 (医)	M,MW,P,PW,W,A	96	461	20.8%	87	1	7	7.3%
佐賀 (少)	JA,YA,A,B	95	1,108	8.6%	4	24	6	6.3%
鳥取	B	95	1,581	6.0%	3	32	5	5.3%
姫路 (少)	JB,YB,B	81	703	11.5%	0		0	0.0%
北九州 (医)	M,MW,W,A	76	435	17.5%	49	2	11	14.5%
函館 (少年)	I,JA,YA,A,B	76	1,448	5.2%	1	76	1	1.3%
千葉	LA,A	75	537	14.0%	4	19	18	24.0%
福井	A,B	63	739	8.5%	5	13	4	6.3%
宮崎	B	60	800	7.5%	6	10	4	6.7%

精神障害受刑者の釈放と26条通報

刑事施設名	属性	2011年 以降の 26条 通報人員 合計	2011年 以降の 出所者数	通報率 ※1	2011年 以降の M指標 出所者	通報比 ※2	2011年 以降の 入院措置 者数	措置率 ※3
松本(少)	JB,YB	60	570	10.5%	0		2	3.3%
岡山	LA,A	59	317	18.6%	2	30	2	3.4%
長野	LA,A,B	58	1,656	3.5%	0		2	3.4%
松江	B	55	1,794	3.1%	1	55	8	14.5%
高知	B	53	1,180	4.5%	2	27	4	7.5%
山口	A,B	50	881	5.7%	5	10	11	22.0%
奈良(少)	F,FJ,JA,YA,A,B	43	960	4.5%	0		2	4.7%
盛岡(少)	JB,YB,B	41	562	7.3%	0		6	14.6%
富山	B	37	1,274	2.9%	5	7	2	5.4%
三重	A,B	36	1,343	2.7%	9	4	2	5.6%
青森	B	33	1,553	2.1%	4	8	5	15.2%
水戸	B	33	1,497	2.2%	5	7	0	0.0%
大分	I,LA,A,B	32	1,513	2.1%	2	16	2	6.3%
宮城◎	M,P,LB,B	26	667	3.9%	1	26	9	34.6%
山形	I,LA,A,B	22	1,061	2.1%	0		6	27.3%
金沢	F,B	19	1,614	1.2%	9	2	5	26.3%
沖縄	I,M,P,YA,YB,A,B	18	1,371	1.3%	11	2	18	100.0%
甲府	F,I,B	18	1,318	1.4%	1	18	10	55.6%
岐阜	LB,B	15	550	2.7%	5	3	6	40.0%
熊本	LB,B	15	306	4.9%	6	3	4	26.7%
帯広	B,(A)	15	1,579	0.9%	0		1	6.7%
秋田	B	13	1,326	1.0%	1	13	2	15.4%
東京(拘)	W,A	13	997	1.3%	0		2	15.4%
立川(拘)	W,B	12	324	3.7%	0		0	0.0%
福岡(拘)	W,A	9	466	1.9%	3	3	1	11%
旭川	LB,B	8	243	3.3%	0		3	38%
徳島	LB,B	7	452	1.5%	0		6	85.7%
市原	I,YA,A	7	1,018	0.7%	0		0	0.0%
大阪(拘)	W,A	6	512	1.2%	1	6	5	83.3%
名古屋(拘)	W,A	4	394	1.0%	2	2	3	75.0%
大阪(医)	M,MW,P,PW,W,A	3	235	1.3%	12	0	3	100.0%
網走	B	3	2,763	0.1%	0		1	33.3%
広島(拘)	W,A	3	166	1.8%	0		0	0.0%
京都(拘)	W,A	2	216	0.9%	0		2	100.0%
静岡	F,A,B	2	1,909	0.1%	3		2	100.0%
神戸(拘)	W,A	1	239	0.4%	0		1	100.0%
喜連川(社会)	A	0	3,804	0.0%	0		0	0.0%

注 Jt施設(少年院)は除く。属性の括弧内は支所の収容対象者である。

※1 通報率は、出所者数に占める26条通報人員の割合。

※2 通報比は、M指標出所者に対する26条通報人員の比率。

※3 措置率は、26条通報人員に占める入院措置者数の割合。

※4 刑事施設名の◎は医療重点施設を意味する。

に通報人員や通報率が高い施設は、医療刑務所を除くと、措置率が低くなっている。岡崎は、精神障害受刑者専用の医療刑務所であることもあり、通報者数、通報率いずれも高いが、措置率は平均10%以下であり、同じく、M指標指定の医療刑務所である北九州は、通報率は低いものの、措置率は15%程度となっている。

以上のことから、26条通報の対象を広く取り、積極的に26条通報を行っている刑事施設では結果的に措置率が低くなる一方、26条通報を自傷他害のおそれが高い者に限定して抑制的に行っているところでは、通報者数が少ないものの、措置率が高くなっていることがわかる。医療刑務所や医療重点施設を除く一般の刑事施設に収容されている精神障害受刑者の実数や障害の程度にこれほどの差があるとは考えられないことから、26条通報の運用の差は各施設の方針や基準の違いによって生じていると思われ、措置率については自治体側の体制にも大きく左右されていよう。

3 自治体の通報受理状況

26条通報は刑事施設から釈放された後の帰住地の都道府県知事に対して行い、帰住地がないか、定まっていない場合には、当該刑事施設所在地の都道府県知事に対して行うことになっている（精神福祉26条）。従って、多数の受刑者が帰住する都市部については26条通報が自ずと多くなるほか、M指標受刑者を始め精神障害受刑者の釈放（特に、満期釈放）が多い施設のある自治体も26条通報の受理件数が多くなる傾向がある。厚生労働省の衛生行政報告例を用いて26条通報の件数と処理状況を調べてみると、東京、愛知、大阪、福岡、兵庫、京都、神奈川、埼玉、千葉、広島順に26条通報件数が多くなっており（表2）、釈放者の帰住予定地（生活環境調整先）の多い地域とほぼ一致している¹⁴⁾。

しかし、26条通報の後、措置診察（1次診察又は2次診察）を実施した診察

14) 法務省『2015年保護統計（保護観察所）』e-Stat表51。

表2 自治体の26条通報処理状況(2014年)

	通報件数	調査により 診察の必要 がないと 認めた者	1次診察 のみ実施	2次診察実施		診察率	措置率	診察対象 者中の 措置率	
				法第29 条該当症 状の者	法第29条該当症 状でなかった者 措置以外 の入院 入院以外 の処遇				
東京	617	608	—	8	—	1	1.5%	1.3%	88.9%
愛知	338	339	2	5	—	1	2.4%	1.5%	62.5%
大阪	325	317	—	8	—	—	2.5%	2.5%	100.0%
福岡	308	304	—	3	—	—	1.0%	1.0%	100.0%
兵庫	256	247	1	4	1	3	3.5%	1.6%	44.4%
京都	238	231	2	4	1	—	2.9%	1.7%	57.1%
神奈川	224	222	—	2	—	1	1.3%	0.9%	66.7%
埼玉	208	204	3	—	—	1	1.9%	0.0%	0.0%
千葉	192	185	—	4	—	4	4.2%	2.1%	50.0%
広島	192	186	—	3	—	3	3.1%	1.6%	50.0%
北海道	180	178	—	1	—	1	1.1%	0.6%	50.0%
静岡	108	108	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
栃木	105	94	—	9	—	1	9.5%	8.6%	90.0%
岡山	93	89	3	1	—	—	4.3%	1.1%	25.0%
新潟	78	73	3	1	—	1	6.4%	1.3%	20.0%
群馬	74	70	2	2	—	—	5.4%	2.7%	50.0%
熊本	69	69	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
愛媛	68	67	—	1	—	—	1.5%	1.5%	100.0%
沖縄	67	63	1	3	—	—	6.0%	4.5%	75.0%
山口	66	54	9	3	—	—	18.2%	4.5%	25.0%
香川	65	57	1	4	—	—	7.7%	6.2%	80.0%
茨城	64	62	1	1	—	—	3.1%	1.6%	50.0%
鹿児島	48	45	—	3	—	—	6.3%	6.3%	100.0%
長野	48	47	—	1	—	—	2.1%	2.1%	100.0%
奈良	46	44	2	—	—	—	4.3%	0.0%	0.0%
岐阜	46	46	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
高知	45	45	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
長崎	44	44	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
山梨	42	38	—	3	—	—	7.1%	7.1%	100.0%
滋賀	37	37	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
和歌山	37	37	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
宮城	36	30	—	4	—	—	11.1%	11.1%	100.0%
福島	35	31	3	1	—	—	11.4%	2.9%	25.0%
三重	34	32	1	1	—	1	8.8%	2.9%	33.3%
宮崎	28	28	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
徳島	25	28	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
佐賀	24	23	—	1	—	—	4.2%	4.2%	100.0%
大分	23	22	—	1	—	—	4.3%	4.3%	100.0%
青森	22	12	5	3	—	—	36.4%	13.6%	37.5%
秋田	21	16	3	2	—	—	23.8%	9.5%	40.0%
山形	21	19	—	2	—	—	9.5%	9.5%	100.0%
富山	20	17	—	1	1	—	10.0%	5.0%	50.0%
石川	19	17	—	1	—	—	5.3%	5.3%	100.0%
鳥根	17	15	1	1	—	—	11.8%	5.9%	50.0%
福井	17	16	—	1	—	—	5.9%	5.9%	100.0%
岩手	17	17	—	—	—	—	0.0%	0.0%	0.0%
鳥取	13	13	2	1	—	—	23.1%	7.7%	33.3%

率を計算すると、こうした通報件数の多い自治体では概して診察率が低い。逆に診察率が高いのは、東北や山陰など26条通報件数が少ない自治体である。措置率も、東北各県など、通報件数が少ない地域において高くなっている。このことから、多数の26条通報を受理する自治体では、措置通報に対する調査や措置診察が通報に追いついていないことが推察される。

Ⅲ 26条通報の対象者像と再犯

法務省矯正局の協力を得て香川大学の平野美紀教授と共同で行った精神障害受刑者の処遇に関する実態調査において¹⁵⁾、26条通報と通報対象者の再犯（再入）状況について分析を行った。調査は、4つの医療刑務所とM指標施設に指定されている4つのB指標刑事施設におけるMB指標受刑者97名を対象とする調査、11のB指標刑務所（LB指標を含む）と2つの女子刑務所におけるm符合の付いた受刑者89名を対象とした調査及び知的障害者（CAPAS50以下）111名を対象とした調査の3つから成る。再犯状況や過去の26条通報を調査するため、いずれの調査も刑事施設への入所歴がある日本国籍の成人受刑者（懲役刑受刑者）を対象とし、調査対象者を絞るため、受刑罪名を殺人、強盗、傷害・傷害致死、強姦、強制わいせつ、放火、窃盗、詐欺、恐喝、覚せい剤取締法違反、麻薬及び向精神薬取締法違反（強盗、強姦、強制わいせつは、同致死傷を含み、強盗は、強盗強姦・同致死を含む。）に限定した。m符合調査については、睡眠導入剤を処方されているだけの受刑者等を排除するため統合失調症又はうつ病（躁うつ病を含む）又はその疑いがあると診断されている者に限定し、m符合調査と知的障害者調査については対象者を限定するため罪種毎に無作為で調査対象者を抽出した。従って、本調査結果は、精神障害受刑者全体は勿論、各調査対象者の母集団を代表するものではないことに注意されたい。

15) MB指標調査の概要は、平野美紀「精神障害を有する受刑者の再犯の現状と課題」岩瀬徹ほか編『町野朔先生古稀記念一刑事法・医事法の新たな展開・下巻』（2014）307頁以下を参照されたい。

26条通報についてはMB指標調査を中心に分析を行った。同調査のうち、前刑の釈放時に26条通報の対象となった者は51%であり、45%は通報対象外であった（不明4%）。通報対象者のうち入院措置が取られた者は18%（調査対象者全体の9%）で、入院措置が取られなかった者は76%であった（不明6%）。もっともMB指標というのは調査対象となった今回の受刑時の属性であって、前回の受刑時にもM指標だった者は33%に過ぎず、LB、YBを含むB指標が56%で過半数を占める。それにもかかわらず、通報率や措置率が受刑者全体の平均より高いのは、今回の受刑時にMB指標に判定されるような再入者のみを対象としているからであろう。一方、m符合調査では、前刑釈放時の通報率は21%、措置率は11%（調査対象者全体の2%）であり、知的障害受刑者調査での同割合は、それぞれ9%と10%（調査対象者全体の0.9%）であった。m符合調査や知的障害受刑者調査にも前刑時M指標の付いている受刑者はいるが、M指標の付いていないm符合受刑者（22%）や知的障害受刑者（9%）でも通報の対象となっている者が見られた。

MB指標調査対象者の前刑の出所事由は86%が満期釈放であり、残りの14%が仮釈放である。満期釈放者のうち通報対象となっていたのは57%で、40%が通報対象外であった。仮釈放者では79%が通報対象外である一方、26条通報の対象となった者も14%見られた。措置入院となった者は、満期釈放者の11%であり、仮釈放で入院措置が取られた者はいなかった。

前刑時の罪名を、殺人、傷害、強姦、放火など「身体に対する侵襲又はその危険性がある罪」（以下、「暴力犯」という。）、覚せい剤取締法違反などの「薬物関連の罪」（以下、「薬物犯」という。）、窃盗や詐欺を中心とする「その他の罪」（以下、「財産犯等」という。）の3つに分類して26条通報との関連性を調べたが、財産犯等でも53%が26条通報の対象となっており、暴力犯（47%）や薬物犯（50%）と有意な差は見られなかった。通報対象者の措置率も薬物犯（29%）や暴力犯（21%）でやや高いが、やはり有意な差でなく、財産犯等（14%）でも措置入院となっているケースが見られた。

精神障害別では、通報率に有意差は見られず、知的障害者で通報率が高く

表3 精神障害の種別と措置入院の有無（26条通報対象者のみ）

	措置入院	入院なし	不明	全体
統合失調症	6 40.0%	6 40.0%	3 20.0%	15 100.0%
薬物性精神障害	2 15.4%	11 84.6%	0 0.0%	13 100.0%
知的障害	1 9.1%	10 90.9%	0 0.0%	11 100.0%
その他	0 0.0%	10 100.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計	9 18.4%	37 75.5%	3 6.1%	49 100.0%

$\chi^2=0.010$, $df=6$, $p<.01$

らいであったが、措置率では薬物性精神障害や知的障害者は低く、統合失調症で有意に高くなっていた（表3）。MB指標受刑者では知的障害者の通報率も高くなっているが、やはり統合失調症の方が措置入院の対象となりやすいことが伺われる。

精神障害受刑者は帰住先がないことが問題とされているが、本調査でも、前刑時、満期釈放者の46%が帰住先不明となっている。帰住先がない者（全て満期釈放）で通報率が有意に高くなっているほか（58%）、帰住先が父母とする者でも通報率が64%と高くなっているが、その89%が満期釈放である。但し、帰住先別の措置率には有意な差が見られなかった。

本調査は再犯調査であるから¹⁶⁾、全ての調査対象者が2入以上であるが、MB指標調査対象者の前刑釈放時から調査時の受刑に係る犯罪の犯行日までを見ると、3月未満が18.1%、6月未満16.0%、1年未満19.1%、2年未満19.1%、3年未満16.0%等となっていて、矯正統計に基づく全再入者の再犯期間と比べて有意に短い。帰住先別では、更生保護施設がやや再犯期間が短く、不明の者に再犯期間が短い者が多かったが、有意な差ではなかった。

出所事由や26条通報の有無別の再犯期間では、いずれも有意差は見られな

16) 26条通報後の措置入院対象者が再犯により釈放後5年以内に同じ刑事施設へ再入所となった割合は20%であったとするものとして、西和吉ほか・前掲注11) 78-79頁。

表4 26条通報と措置入院の有無と再犯期間

	1年未満	1年以上	全体
通報あり入院あり	2 22.2%	7 77.8%	9 100.0%
通報あり入院なし	25 69.4%	11 30.6%	36 100.0%
通報あり入院不明	2 66.7%	1 33.3%	3 100.0%
通報なし入院なし	18 42.9%	24 57.1%	42 100.0%
通報不明(入院不明)	3 75.0%	1 25.0%	4 100.0%
全体	50 53.2%	44 46.8%	94 100.0%

$\chi^2=10.07$, $df=4$, $p<.05$

かった。しかし、措置入院の有無と再犯期間とには有意な差が見られ、措置入院対象者の方が再犯期間が有意に長く、通報と入院の有無別の再犯期間にも有意な差が見られた(表4)。このことから推測されることは、措置通報の対象となるような病状の重い者でも、入院措置が取られれば再犯までの期間が延びるが、入院措置が取られない者は、満期釈放となっていて保護観察が行われないこととも相まって、再犯期間が短い一方、措置通報の対象とならなかった者は、病状が重くはないものの、継続治療が行われていない可能性が高く、入院措置が取られた者よりは再犯期間が短いということであろう。出所事由の違い(満期か仮釈放か)だけで再犯期間に有意な差が出ないのは、満期釈放者の中に措置入院となって再犯期間が長くなっている者がいることと、推測として、仮釈放となっても、保護観察の期間が短いために、満期釈放との差が出にくいからではないかと考えられる。但し、今回の調査は再入者(の再犯期間)だけを対象とするものであるため、出所事由や26条通報、入院措置別の再犯(再入)の有無を調べることができず、これについては将来の課題となろう。

IV 26 条通報を巡る運用上の問題

1 通報対象

通報の対象となった受刑者が措置診察や措置入院に結び付いていない原因の一つに26条通報を巡る運用上の問題が考えられる。まず、26条通報の対象拡大の影響である。精神保健福祉法は、26条通報の対象を「精神障害者又はその疑のある収容者」としている。警察官通報である23条通報と異なり、法律上、26条通報には「自傷他害」の要件はないが、従来、その対象は、精神保健福祉法29条の措置入院の要件を充足する者だけでなく、医療保護入院等何らかの入院治療を要する者と解すべきであるが、極めて症状の軽い者までを通報義務の対象とすべきでないとする見解が取られていた¹⁷⁾。それは、精神保健福祉法に基づく通報制度が、29条の措置入院を含め、同法による医療及び保護を必要とする者を把握するために設けられたものだからであった¹⁸⁾。

しかし、法務省は、2001年より、措置通報の対象を大幅に拡大し、精神障害のある受刑者全てを26条通報の対象とした結果、医療及び保護を必ずしも要しない者までもが通報対象となることとなった。その意味では法律の文言通りの運用になったとも言えるし、26条通報の目的が刑事施設等から釈放される者の中で精神障害を有する者を自治体が最大限把握し、精神保健福祉上の対応を取り得るようしておくことであるとすれば、こうした運用がむしろ望ましいということになろう。法務省が、以前から、治療や保護が必要な本通報とそれ以外の簡易通報に分けて26条通報を行うようにしてきたのも、こうした目的に沿うものである。それでも、2001年以前は、精神障害があっても簡易通報の対象としない場合が多く、ある程度、折衷的な運用を行ってきたとも言える。それが、同年より、これを徹底することになったため、26条通報の数

17) 大谷實ほか編『条解精神保健法』弘文堂（1991）131頁。

18) 官報号外第7回国会参議院本会議録40号（昭和25年4月8日）670頁（藤森眞治議員の厚生委員会における審議経過・結果の報告）、第7回国会参議院厚生委員会議事録第25号（昭和25年4月5日）3頁（中原武夫参議院法制局参事の立法趣旨説明）等。

が膨大なものとなっている。

26 条通報の増加は、知的障害や薬物依存の通報増加分が大きいものと考えられる¹⁹⁾。知的障害は、治療効果や危険行動の予測という観点から措置診察や措置入院の対象とならないことが多いとされるが²⁰⁾、実際には入院措置が取られるケースもあるし、薬物依存者も、措置入院の対象になり難いとはいえ²¹⁾、薬物性精神障害や重複障害のほか、統合失調症と判別が難しい場合もあり、措置診察や措置入院となることも多い。従って、知的障害や薬物依存を含め非常に多くの措置通報がなされているとすれば、自治体側の事前調査や措置診察の負担が大幅に増加しているであろうことは想像に難くない。23 条通報（警察官通報）も激増するなかで、措置通報を受ける自治体が負担超過となって十分な対応ができなくなり²²⁾、治療継続が必要な患者を見逃すおそれが増している。

2 通報形式

26 条通報には、通報事項である「症状の概要」に関する記載との関連で、

19) 自治体や刑事施設における 26 条通報の調査では、物質関連障害が最も多く、これに統合失調症が続くが、知的障害者も一定数見られる。芦名孝一ほか「近年の 26 条（矯正施設長）通報の動向とその問題点—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 巻 1 号（2008）48 頁、小山田静枝ほか「26 条（矯正施設長）通報の実態調査—東京都における調査を中心に」司法精神医学 7 巻 1 号（2012）5 頁、主藤順也ほか「26 条通報事例の多変量解析」矯正医学 58 巻 2-4 号合併号（2010）103 頁、主藤順也「26 条通報事例のモデル解析」矯正医学 60 巻 1 号（2011）10 頁。府中刑務所では、精神障害に至らない覚せい剤依存者のほか、不眠症までも軽症通報しているという。荒田智史ほか「府中刑務所における 26 条通報のこれまでの現状」矯正医学 59 巻 2-4 号合併号（2011）104 頁。

20) 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」精神科治療学 16 巻 8 号（2001）19 頁、芦名孝一ほか・前掲注 19）50 頁、小山田静枝ほか・前掲注 19）6 頁。

21) 松本聡子ほか「精神障害を有する受刑者の社会復帰」死生学研究 11 号（2009）110-111 頁、114 頁。

22) 松本聡子ほか・前掲注 21）113 頁、小山田静枝ほか・前掲注 19）7 頁。荒田智史・前掲注 19）104 頁。

実務上、本通報と簡易通報と呼ばれる二種類の形式がある。一般に、本通報とは受刑者のもつ精神障害の症状を詳細に記載したうえで、社会内での治療が必要である旨の意見を付したものであるのに対し、簡易通報は簡略化された症状のみを記載し、社会内での治療や保護が必要ない旨の意見を付したものとされている²³⁾。2003年以降、26条通報件数が飛躍的に増加したが、その大半が簡易通報であることは間違いなからう。

しかし、簡易通報においても、自治体側は措置診察の要否を判断するための事前調査は行わなければならない。簡易通報では、受刑者を収容し（且つ治療し）ている刑事施設が精神保健福祉法に基づく医療や保護の必要性がないと判断しているのであるから、自治体側も当該刑事施設の分類担当者に電話で確認する程度で調査を終えることが一般的である。それでも、全く調査が不要という訳ではないし、後述するように、26条通報の書式が統一されておらず、本通報と簡易通報の見分けが付き難い場合もあるとされることから²⁴⁾、自治体としては、結局、いずれの通報においても、ある程度事前調査をしなければならないことになる。そこに多くの簡易通報がなされるとなれば、干し草の中から針を探すことになりかねない。反対に、大量の通報を処理するため、簡易通報（と思しき）ものにおいては形式的な事前調査で済むことになれば、簡易通報か否かがその後の処理のうえで決定的ということになり、そうなれば、いくら簡易通報を増やしたところで、自治体独自の調査を行わないのであるから、26条通報の拡大にどれだけ実質的な意味があるかは疑問である。

3 通報事項

精神保健福祉法は26条通報において一定の事項（以下、法定通報事項とい

23) 26条通報の方式については、「被収容者の釈放に関する訓令の運用について（平成18年5月23日矯成3373矯正局長依命通達）」に規定がある。同様の規定は、それ以前の「精神障害者等収容者の釈放、退院、退所時の取扱について」（昭和30年7月6日矯成甲846号矯正局長通知）や「精神障害被収容者の取扱いについて」（平成8年1月5日矯医二矯正局長通達）にも置かれていた。

24) 小山田静枝ほか・前掲注19)5頁。

う。)の通報を義務付けているが、その書式や内容は統一されていないばかりか、社会内での医療や保護の必要性を判断するうえで必要な情報が十分に網羅されていない。医療刑務所から釈放される場合には詳細な内容を記した通報書が作成されているようであるが、常勤の精神科医のいない施設では、本通報であっても比較的簡単な書式となっており、これに医師の診断書が添付される形となっている。簡易通報となれば、一枚の書式に簡単な記載をした程度の施設もある。

こうした限られた情報で、措置診察や措置入院の要否を判断できるのか疑問なしとしない。通報後の調査において必要な情報は補うことができるとはいえ、だからといって、通報時に必要な情報を記載しなくてよいことにはならない。ましてや、通報後の事前調査が限定的であるとすれば尚更である。法定通報事項以外の項目についても裁量的に通報している施設や独自の書式を採用している施設もある²⁵⁾、群馬県のこころの健康センターのように、措置診察の要否を判断するための調査に必要な項目を含めた独自の通報情報提供書を開発し、26条通報の際、刑事施設の担当者に記入して貰うこととしている自治体もある²⁶⁾。個人情報の保護も考慮しなければならないが、やはり、医療や保護の必要性を判断するうえで重要な事項を網羅した通報書の規格を設けていくべきであろう²⁷⁾。

具体的な通報事項としては、法定通報事項に加え、(1)既往歴と治療歴、(2)措置入院や医療保護入院を含む入院歴、(3)本件罪名とその概要、(4)前科・前歴又は医療観察法に基づく入院・通院歴、(5)再入者であれば、前回の釈放事由と保

25) 荒田智史ほか・前掲注19) 104-105頁。

26) 通報情報提供書には、病名、服薬している薬の名前・回数・量、知的判定、現在の問題行動、施設の医師の判断(意見)、事件の内容、覚せい剤等の逮捕歴・刑事施設入所時期・罪名・刑期、病気と関係のある規律違反等を記載するようになっている(平成21年3月23日訪問時配布資料)。また、向田律子「群馬県の精神保健福祉法第26条における調査の実際と効果」(配布資料)。

27) 小山田静枝ほか・前掲注19) 6-7頁、荒田智史ほか・前掲注19) 104頁、平野美紀・前掲注15) 320頁。

護観察の成績、再犯期間、(6)刑事施設内での処遇内容と成績、(7)刑事施設内での遵守事項違反・懲罰状況、(8)仮釈放の申出状況と審査結果、(9)担当の保護観察官（主任官）と担当保護司の連絡先などが必要であろう。(3)の罪名については通知している施設もあるが、特に(4)以降の項目が26条通報に含まれていることは殆どないと思われる²⁸⁾。筆者が行った自治体への聞き取り調査でも、26条通報を受理する自治体の側がこうした「司法」的な情報を必要とは考えていないようであった。また、調査したいずれの自治体でも、26条通報対象者が満期釈放か仮釈放かすら把握していない状況であった。

医療側には、こうした精神障害受刑者の犯罪歴や処分期歴を評価することは、事実上の「二重処罰」（刑罰プラス措置入院）に当たるのではないかとの懸念から、否定的な見解も見られる²⁹⁾。確かに、医療や福祉の理念を純粋に貫けば、患者の罪状や前科・前歴という、一見、疾患とは関係のない情報は治療や支援のうえでは必要ないということになるのかもしれない。目の前にいる受刑者の症状から治療の必要性を判断できるし、そうすべきだということであろう。しかし、措置入院の要件たる「自傷他害のおそれ」の他害行為の典型は犯罪であるから、その可能性を判断するうえで、受刑者の病状だけではなく、過去の他害行為歴、即ち犯歴などが参考にならないとは言えないであろう。もし、犯歴や受刑歴についての情報は必要ないとすれば、精神障害受刑者の「改善更生と再犯防止」を精神保健福祉やその一環としての通報制度に委ねることには限界があると言わざるを得ない。

28) 26条通報において刑事施設入所中の医療の状況や罪状等の資料について、通報時に添付されている場合が32.3%、刑事施設に要求すれば提供されるが25.4%、電話などで情報を得られるが33.9%となっている。竹島正（研究分担者）ほか「都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用システムに関する研究」平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）「措置入院制度のあり方に関する研究」研究協力報告書（2002）43-44頁。

29) 小山田静枝ほか・前掲注19）7頁。刑と保安処分の二重処分ないし二重のラベルであるとするものとして、西山詮「寛解期精神分裂病者の刑事責任能力について」精神神経学雑誌94巻（1992）198頁、中谷陽二ほか「検察官・矯正施設長通報による措置入院者の治療について」精神神経学雑誌94巻11号（1992）1102頁。

4 事前調査の方法

都道府県の担当部署が26条通報を受理すると、指定医による診察を行う必要があるかどうか判断するための事前調査を行うことになっている。法律上、26条通報の通報先は「都道府県知事」とされているが、東京都や京都府のように、26条通報の受理と事前調査を都道府県の中央部局で一括して行っているところもあれば、茨城県のように受刑者が帰住する都道府県内の住所地を管轄する保健所に委託して行っているところもある³⁰⁾。

問題は事前調査の実施方法である。措置診察の事前調査は、26条通報を行った刑事施設の分類担当者に対する電話調査という形で行われることが殆どである。26条通報は全国の刑事施設からなされるものであるから、調査担当の自治体職員が遠方の刑事施設にまで出張して、面接を行うことは不可能に近く、調査が必要な場合でも電話という手段を用いざるを得ない。どうしても面接が必要と判断された場合、受刑者を収容する刑事施設から通報先の都道府県内にある刑事施設に移送したうえで面接を行うことはあるが、常に移送が可能とも限らない。それでは、県内に所在する刑事施設からの通報であれば基本的に受刑者に面接に行くかと言えば、そうとも限らない³¹⁾。電話連絡にしても、通報時になされた情報の確認に止まるだけで、分類担当者から新たな情報が得られるとは考えにくい。

また、受刑者の過去の治療歴や入院歴も重要な調査項目であると思われるが、刑事施設からの通報書に記載されている治療歴を参照するだけで、事前調査において過去の入院歴を調査することは殆どない。受刑者に通報先の都道府県での措置入院歴や医療保護入院歴があれば、それに限って調べることはあるとさ

30) 竹島正ほか・前掲注28) 40頁によると、26条通報の受理機関は、59自治体中44が精神保健主管課、11が保健所となっており、事前調査の実施機関は、主管課が29、保健所が26となっている。

31) 竹島正ほか・前掲注28) 41頁によると、26条通報の場合、面接による事前面接が原則としているところは28.8%で、申請者等との連絡によるところが59.3%であるという。群馬県のこころの健康センターでは、県内の刑事施設等からの26条通報の場合、原則として全て刑事施設に赴いて調査を行っているという。

れるが、それさえも行わないところもある。ましてや、任意の治療歴や他府県での入院歴などは調べようもない。通報書に引受人が記載されていれば、引受人に電話連絡はするようであるが、26条通報となる受刑者の大半は満期釈放であるから、引受人がいないことが圧倒的に多い。帰住地がない場合、刑事施設の所在する都道府県に26条通報がなされるので、受刑者とは縁もゆかりもない土地であり、調査の術がない。通報対象者が仮釈放となる場合は勿論、満期釈放の場合でも主任官（保護観察官）や保護司は決まっているが、調査担当者が調査において主任官や保護司と連絡をとったという話は終ぞ聞いたことがない。

26条通報の時期についても問題がある。現在の運用では、釈放前の1か月程前に通報することが一般的なようであるが、中には釈放の1週間前に通報書が送達されるなどという場合もあるという。こうした場合、事前調査のため十分な時間を取ることができず、せいぜい刑事施設に電話調査を行うに止まらざるを得ないであろう。

また、事前調査の担当者が精神保健の専門家であるとは限らない。聞き取り調査を行った自治体の中にも、精神医療や保健は全くの専門外という一般の事務官が調査を担当しているところが散見された³²⁾。担当者が専門家でないため、「疑わしきは措置診察」という方針でやっているという良心的な自治体も見られるが、当然ながら、こうした自治体は措置通報の多い都市ではない。

このような限定的な事前調査の方法で、措置診察の必要性についての確な判断ができるかは疑わしい。事前調査は、指定医による措置診察の可否を判断するために行われるものである。いくら措置診察の基準が整備され、診察の精度が向上しようが、その前の調査の時点で不正確な選別が行われては元も子もない³³⁾。記録を精査し、必要に応じて引受人や関係者から聴取を行うなどして、刑事施設側とは異なった視点から措置診察の可否を判断してこそ意味のある事前調査となる。

32) 事前調査担当者の資質を問題視するものとして、松本聡子ほか「精神障害を有する受刑者の社会復帰—リスクアセスメントの観点から」死生学研究 14号（2010）120頁。

V 26 条通報の構造的限界

1 目的の相違

26 条通報には、前章で指摘したような運用上の問題のほか、より構造的な限界がある。それは、通報制度を含む精神医療や精神保健が「精神障害者の医療及び保護を行い、……社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行」(精神福祉 1 条)うことを目的とし、犯罪者の改善更生や再犯防止という矯正や刑事司法の目的のために行われるものでないことに起因する。精神医療も、司法精神医学として、国を如何に安全で、且つ人権が守られた国にするかという国家的命題を避けて通ることはできない立場にある³⁴⁾ とはいえ、刑事司法とは本質的な違いがあることは否定できない。この刑事司法と精神医療との目的の相違が、以下で述べる 26 条通報や措置入院における構造的限界の本質的原因である。

2 要件判断の時期・材料・内容

まず、措置入院は、刑事施設から釈放される現在の患者(受刑者)の状態を基に、現在ないし切迫した「自傷他害のおそれ」を判断するものであって、その者が将来違法な自傷他害行為を行うかどうかという視点に欠ける³⁵⁾。「自傷他害のおそれ」の「おそれ」は将来の自傷他害行為の可能性であるにもかかわらず、判断の時期と中心的材料は現在の受刑者の状態であり、求められる判断の内容も現在又は極めて近未来の自傷他害行為の可能性である³⁶⁾。

33) 刑事施設の精神科医が自傷他害のおそれや措置入院の必要性を強調しているにもかかわらず措置診察すら実施されない状況に対する批判として、野村俊明＝岩堀武司・前掲注 7) 66 頁、松本聡子ほか・前掲注 21) 104-105 頁。

34) 武井満「医療観察法以後の精神科医療システム『刑罰法令に触れる行為』をめぐって—その処遇システム」こころの科学 132 号 (2007) 83 頁。

35) 八王子医療刑務所で満期釈放となった 26 条通報の調査では、「再犯のおそれあり」とされた者が 26% いるにもかかわらず、措置診察が行われた者は 22%、措置入院となった者は 13% に過ぎなかった。松本聡子ほか・前掲注 32) 119-120 頁。

さらに、26条通報においては、次節で述べるように、過去の情報である受刑罪名や犯歴が一定の重みをもつが、犯罪行為を行った過去の時点と、裁判と受刑を経た現在の間には相当の時間的ずれがあるため、将来の自傷他害のおそれの判断は非常に複雑且つ困難となる³⁷⁾。しかも、受刑者は、23条通報（警察官通報）などと違って、通報の時点まで刑事施設に収容され、治療や処遇を受けているため、病状はそれなりに安定している³⁸⁾。刑事施設で治療を受けていながら、釈放前の時点で自傷他害のおそれがあるというのは、難治性の精神障害のようによほど病状が重いか、刑事施設での治療が功を奏していないかのどちらかである。そのため、精神障害受刑者は、26条通報の対象となつたとしても、措置診察や措置入院の対象にはなりにくいという構造的な限界があるのである。刑事施設から釈放された後一定の期間、受刑者又は元受刑者の病状を見守ることができるのであれば、予後の状態を基によりの確な判断ができるかもしれないが、満期釈放ではそれも叶わない。

3 他害行為と罪種

措置入院の要件たる「自傷他害のおそれ」に言う「他害」には、殺人、強盗、傷害、暴行、脅迫、強姦、強制わいせつ、放火、器物損壊といった人の生命身体や物に対する侵襲又はその危険性を有する行為（暴力犯）のみならず、窃盗や詐欺といった財産犯も含まれることについて異論はない³⁹⁾。しかし、一般に「自傷他害のおそれ」の他害行為とは、暴力犯を指すことが多く、有形力の

36) 小山田静枝ほか・前掲注19) 7-8頁、荒田智史ほか・前掲注19) 104頁

37) 中谷陽二ほか・前掲注29) 1102頁。

38) 中谷陽二ほか・前掲注29) 1102頁、芦名孝一ほか・前掲注19) 50頁、平野美紀・前掲注15) 319頁。

39) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第28条の2の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準」(昭和63年4月8日厚生省告示第125号)(以下、「厚生省告示」という。)は、他害行為として、殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物損壊、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産又は社会的法益等に害を及ぼす行為を挙げている。違法薬物の自己使用については明らかでないが、「自傷」行為に含まれるという解釈も成り立つであろう。

行使を伴わない財産犯は他害行為として認められ難い。

加えて、「自傷他害のおそれ」にいう「他害のおそれ」は、(近い)将来の他害行為の可能性を評価するものであるが、受刑者は既に過去の犯罪行為によって受刑中であることから、受刑に係る罪名という過去の犯罪行為の内容が評価の上で重みをもつことになる⁴⁰⁾。本来、26条通報においては、受刑罪名や前科前歴が何であろうと、刑事施設内における病状や行状等から、あらゆる他害行為の可能性を検討することが求められているのかもしれないが、そうした評価を受刑に係る罪名や前科前歴という過去の犯罪行為を完全に捨象して行うことは難しく、またそれが適切であるとも思えない⁴¹⁾。

以上のことから、受刑罪名や前科前歴が暴力犯であると措置診察や措置入院の対象となりやすく、反対に窃盗や詐欺（無銭飲食も含む）といった財産犯の場合、26条通報をしたとしても、「他害のおそれ」なしとして、診察や措置不要とされる傾向が強くなるのである⁴²⁾。筆者らのMB指標受刑者の調査でも、有意差こそなかったものの、財産犯の措置率は暴力犯の措置率の3分の2程度であった。財産犯の場合、精神保健福祉法に基づく措置通報や措置入院には結び付きにくいという「他害行為」の内容から来る内在的制約があるのである。

4 要通院受刑者

精神障害受刑者の中には、釈放後、非自発的入院や任意入院といった入院治療までは必要ないものの、通院治療は必要だという者がいる⁴³⁾。こうした受

40) 小山田静枝ほか・前掲注19) 7頁。

41) 厚労省告示は、自傷他害のおそれの認定にあたっては、既往歴、現病歴以外に「これらに関連する事実行為等」を考慮するものとしている。

42) 岡田幸之＝安藤久美子・前掲注20) 18-21頁、竹島正ほか・前掲注28) 74頁、80頁、主藤順也ほか・前掲注19) 103頁、主藤順也ほか「事例からみる26条通報の課題」矯正医学59巻2-4号合併号(2011)102頁、主藤順也・前掲注19) 10頁。筆者による自治体での聞き取り調査でも同様の見解が聞かれたが、窃盗でも器物損壊が伴っていたりすると措置の対象となることがあるとの意見も見られた。

43) 小山田静枝ほか・前掲注19) 7頁。

刑者は、対象者が大幅に拡大された26条通報の対象になる可能性はあっても、措置診察は措置入院の必要性を診断するものであるから、結局、措置不要となってしまう。引受人がいれば、通院の可能性もあるが、精神障害受刑者には引受人がない場合が多く、結局、何らの継続的治療にも繋がらない。入院を前提とした26条通報は、通院治療を要する受刑者をカバーできないという限界があるのである。

5 刑事施設所在地と通報先自治体の関係

26条通報は受刑者が帰住予定の自治体（都道府県知事）にしなければならないとされていることから、刑事施設の所在地に受刑者が帰住する場合と、帰住地がないため刑事施設所在地の自治体に通報しなければならない場合を除き、刑事施設所在地と通報先の自治体が一致しないことが多い。特に、帰住地が刑事施設所在地から遠方の場合、通報先の自治体職員が通報元の刑事施設を訪問して調査・面接を行うことは困難であり、ましてや大都市など全国から26条通報を受理する自治体では、全国に散らばる通報元の刑事施設と連絡をとり、事前調査を行わなければならないわけであるから、刑事施設を訪問するなどということは到底考えられない。

筆者は、かつて通報先の自治体が刑事施設所在地の自治体に面接だけ委託するか、協力要請するという仕組みも考えてみたことがあるが、制度化は現実味に乏しい⁴⁴⁾。措置診察に進んだ場合も、指定医を他県の刑事施設に派遣することは、指定医の確保も容易でないなか、およそ不可能である。措置診察のため受刑者を帰住予定地の刑事施設に移送する場合もあるが、常に移送ができるとも限らない。こうした刑事施設の所在地と通報先自治体との隔たりから生ず

44) 昭和40年の改正で追加された精神保健福祉法27条2項には、自傷他害のおそれ明らかである者については、通報等がなくても、措置診察を行わせることができる旨の規定があるが、他府県への委託や協力要請に用いることは難しいであろう。同改正については、武藤昭「精神衛生法の一部改正に寄る雑感（1）」警察研究36巻9号（1965）51頁、65頁。

る問題も単なる運用上の問題に止らない 26 条通報の構造的限界と言って差し支えないであろう。

さらに、満期釈放の場合、受刑者が帰住地とした自治体か刑事施設所在地の自治体に 26 条通報をすることになるが、仮釈放と異なり、受刑者が当該帰住予定地に帰住するとは限らず、その義務もない。入念な調査をしても、結局、当該自治体に在住しないということもあり得る。こうした状況が事前調査に対する自治体職員の士気に水を差すことになっていなければよいと考えるのは筆者だけであろうか。

6 措置解除の判断と継続的治療の欠如

26 条通報の結果、入院措置が取られることになった場合にも問題がある。26 条通報に続く措置入院の場合、23 条通報（警察官通報）後の措置入院と違って、刑事施設での治療により入院時に精神症状が軽減していることが少なくなく、他害行為時の状態像を医師が直接診断することができないため、どのような変化をもって他害のおそれの消失とするか判断は容易でないといわれる⁴⁵⁾。

さらに、非自発的医療としての措置入院はあっても、措置「通院」はない。症状が消退したとして短期間の間に措置解除となって退院する者が多いが⁴⁶⁾、医療観察法と違って、退院後の通院を義務付ける制度がないことから、継続的な治療に結び付く保証はない。措置解除後も医療保護入院や任意入院に繋がるケースも多いようであるが⁴⁷⁾、26 条通報の対象者には家族などの引受人がない者が多いため⁴⁸⁾、退院後、措置に拠らない医療継続の機会がなく⁴⁹⁾、症

45) 中谷陽二ほか・前掲注 29) 1103 頁。

46) 吉住昭（研究分担者）「医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究」平成 22 年～平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」総合研究報告書（2013）85 頁では、僅かな 26 条通報しか含まれない措置入院対象者についての調査ではあるが、措置解除までの措置入院機関は平均 56.1 ± 50.4 日であったという。

47) 吉住昭・前掲注 46) 60-61 頁、85 頁、94 頁。

状が悪化する危険性が高い。

VI 精神障害受刑者の釈放と社会内処遇との連携

1 刑事司法の枠組みにおける社会内処遇の必要性

精神保健福祉法に基づく26条通報とその後の継続的治療には、運用上の問題に加え、構造的な限界があることが明らかとなった。そもそも、措置通報や措置入院など精神保健福祉法上の対応は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るものであって、犯罪者の改善更生や再犯防止を目的としたものではない。精神障害受刑者の再犯防止を、目的の異なる精神医療や福祉だけに委ねることには限界があると言わざるを得ない。精神障害受刑者の社会復帰と再犯防止のためには、措置通報制度や措置入院制度の改善を図っていくことも重要であるが、それとは別に、刑事司法の枠組みにおける社会内処遇制度を構築していくことが不可欠である。

そのためには、まず刑事施設内における治療や処遇をより充実させる必要がある。専門的な精神科矯正医療をごく一部の医療刑務所に委ね、精神障害受刑者の殆どは通常の刑事施設の限られた人的・物的資源の下で治療が行われているという状況を改めなければならない。私見では、韓国の刑務所で設置が進められている精神保健センターのように⁵⁰⁾、精神科医や公認心理師、精神保健福祉士などの専門家を配置した「精神医療矯正センター」といった施設を管区毎に指定して、M指標以外の精神障害受刑者に対しても専門的治療と処遇を行う仕組みを設けるべきであると考えている。

48) 芦名孝一ほか・前掲注19) 50-51頁、小山田静枝ほか・前掲注19) 6頁。

49) 主藤順也ほか・前掲注42) 102頁。

50) 太田達也（研究分担者）ほか「触感性発達障害者の刑事法的対応に関する比較的研究（韓国とドイツ）」厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）青年期・成人期発達障がい対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究平成25年度・27年度総合研究報告書（2016）4-5頁、同「精神障がい犯罪者の処遇を巡る韓国の動向」犯罪と非行178号（2014）153-155頁、160頁。

しかし、それだけでなく、やはり刑事施設から釈放した後も一定期間の社会内処遇を確保するための仕組みを設けることが不可欠である。現在も特別調整や刑の一部執行猶予など社会内で継続的な支援や処遇を行うための制度があることから、まずはこれらの取組みの限界と可能性について言及した上で、新たな法的枠組みの創設について提案することとしたい。

2 特別調整

長崎でのモデル事業を経て、2009 年より受刑者や少年院収容少年に対する特別調整の制度が導入されている。高齢者や障害者のうち、釈放後の帰住先がなく、福祉的支援が必要な受刑者を福祉施設や福祉サービスに結び付ける仕組みは画期的であり、今後も制度の発展と運用の改善が望まれる。特に、知的障害のある受刑者については、この制度に乗りやすいため、釈放後の福祉的支援に繋がることが期待される。

もともと、刑事施設にいる精神障害受刑者のうち、特に 26 条通報の対象となるような受刑者がどの程度特別調整の対象となっているかは明らかでなく、特別調整と 26 条通報の関係も定かではない⁵¹⁾。実際、特別調整の対象となる知的障害者と精神障害者は年間 400 人強であるから⁵²⁾、精神障害受刑者や 26 条通報対象者のごく一部に止まっていることは確かであろう。

そもそも、特別調整は、受刑者本人が福祉的支援を希望することが要件とされているため、これを拒否する者や同意能力に欠ける精神障害受刑者には適用がない⁵³⁾。さらに、特別調整の対象となるのは専ら知的障害者や軽度の精神病受刑者であり、病院に帰住する例はあるものの、精神科治療を要する精神障害受刑者は対象になり難い⁵⁴⁾。もともと、これは運用の問題であるから、将

51) 太田達也「精神障害犯罪者の社会復帰—司法と福祉の連携—」刑法雑誌 52 卷 3 号 (2013) 518 頁。

52) 法務総合研究所『平成 27 年版犯罪白書』(2015) 74 頁、厚生労働省「地域生活定着支援センターの支援状況 (平成 27 年度中に支援した者)」(2016)。

53) 平野美紀・前掲注 15) 317 頁。

54) 太田達也・前掲注 51) 517-518 頁の平野美紀教授と田島佳代子氏の発言。

来は、精神科治療を要する受刑者も積極的に特別調整の対象とし、地域生活定着支援センターが措置入院や任意入院といった継続的治療に結び付くようコーディネートしていくことも検討されてしかるべきである。

さらに、将来、26条通報手続と特別調整を連動させることもあながち考えられない訳でもない。地域生活定着支援センターの体制強化が前提となるが、26条通報の情報を通報先自治体の地域生活定着支援センターに提供し、自治体の担当部署と連絡を取りながら、センターがフォローアップを行っていくのである。センターには福祉や精神保健の専門家がいるのであるから、事前調査自体をセンターが行うことも考えられる。

また、特別調整にせよ26条通報にせよ、対象者の多くは満期釈放となり、保護観察が付かないという事態は避けなければならない。福祉施設に帰住後、問題行動を繰り返したり、再犯に及ぶ者がおり、特別調整を受け入れている福祉関係者からも、対象者が地域に定着するまで司法が協働して働きかけを行うべきであるとの主張もなされていることから⁵⁵⁾、特別調整対象者に対し仮釈放なり刑の一部執行猶予なりを適用することによって保護観察への道を開くべきである。

3 刑の一部執行猶予の限界と可能性

満期釈放となりがちな精神障害受刑者に一定の保護観察期間を設定する手段として刑の一部執行猶予が考えられる。一部執行猶予であれば、たとえ仮釈放が認められなくても、実刑部分の終了後に猶予期間があり、保護観察が付されていれば、その間に最終居住地を調整することができ、病状や障害の状況を見ながら、任意入院を促したり、措置入院や医療保護入院といった非自発的入院を取ることもできる⁵⁶⁾。

もっとも、一部執行猶予は宣告刑や前科要件など厳しい要件があるため、こ

55) 太田達也「刑事政策と福祉政策の交錯—〈司法の福祉化〉と〈福祉の司法化〉—」罪と罰 50 卷 3 号 (2013) 64-65 頁。若年者に対する刑事法制の在り方に関する勉強会第 8 回ヒアリング及び意見交換（平成 28 年 3 月 18 日）議事録。

れを満たさない者は全くの対象外となるし、精神障害犯罪者に対し必要性・相当性が消極的に捉えられるおそれもある。しかも、制度施行後、被告人に帰住先がない場合、釈放時（実刑部分執行終了時）までの生活環境調整に困難が予想されるため、検察官が一部執行猶予の求刑を躊躇する風潮さえあると聞く。しかし、自立更生促進センターや自立準備ホームとして登録されている障害者施設などを一時帰住先として活用することも考えられるので、帰住先がないだけで一部執行猶予の適用に消極的になるのは残念な運用である。

薬物依存者が保護観察付一部執行猶予の主要な対象となっていることから、薬物性の精神障害者を含め、その他の精神障害者についても、施設内処遇と社会内処遇の有機的な連携を確保する手段として、（特に保護観察付）一部執行猶予は有効な方法となり得るはずである。一部執行猶予の実刑部分の執行終了前に26条通報を行うと同時に、釈放後の保護観察の間は、新設された規制薬物依存者に関する指導監督のように、精神障害者に対しても、公共の医療機関が行う精神症状の安定に資する精神科医療を受けるよう必要な指示その他の措置を取ることができる。そうなれば、たとえ入院措置が取られずとも、社会において、一定期間、治療を継続することができる。

4 仮釈放の限界と精神医療条件付釈放の提案

多くの精神障害受刑者が、仮釈放を認められず、満期釈放となる。その理由は、精神障害や犯行から家族との関係が悪化し引受人を確保できないこと、精神障害故に仮釈放の許可基準である「悔悟の情や更生の意欲」が認定し難いこと、特に再入者の場合、精神障害とも相まってもう一つの仮釈放許可基準である「再犯のおそれ」が否定できないこと、従来の保護観察の体制では精神科の継続的治療を確保することが容易でないため、保護観察相当性も欠ける場合が多いからである。

仮釈放による保護観察もなく、26条通報や措置入院制度にも限界があるこ

56) 太田達也『刑の一部執行猶予一犯罪者の改善更生と再犯防止』慶應義塾大学出版会(2014) 63頁。

とから、精神障害受刑者に対しては、別途、刑期満了前に刑事施設から釈放し、社会内で保護観察に準じた指導監督を行いつつ、精神科治療に繋げていく何らかの制度的工夫が必要である。私見では、「再犯のおそれ」や「悔悟の情」に比重を置き過ぎる現在の仮釈放基準は改めるべきであると考えているので⁵⁷⁾、新たな許可基準の下で、精神障害受刑者を仮釈放とし、保護観察において精神科治療を受けるよう指導監督していくことは可能であると考えている。

しかし、それでは既存の仮釈放の基準が拡大（弛緩）し過ぎるというのであれば、精神障害受刑者を念頭に置いた新しい仮釈放制度を設けることも検討に値する⁵⁸⁾。一般の仮釈放とは異なる「社会内で継続的な精神科医療を行うため精神医療保護観察に付することが社会復帰及び再犯防止のために必要且つ相当であると認めるとき」という要件の下、社会内で精神科医療を継続することを前提として釈放し、医療観察法の精神保健観察に準ずるような保護観察を行いながら通院治療を行うこととし、病状と病識に応じて入院治療を行うことにするものである。ここでは、仮にこの新しい仮釈放を「精神医療条件付釈放」と呼び、それに続く保護観察を「精神医療保護観察」と称することにする。

精神医療条件付釈放の審査には、従来の地方更生保護委員に加え、精神科医師や精神保健福祉士など精神医療の専門家が委員又は審査補助員として合議に加わることが望ましい。さらに、後述する特別遵守事項や考試期間主義との関係から裁判官が加わる仕組みもあり得る⁵⁹⁾。

引受人については、家族が引受に同意すればよいが、引受人がいない場合、特別調整ないし生活環境調整を通じて、受入先の病院や障害者施設を確保しておくこととする。「自傷他害のおそれ」のあるような受刑者が26条通報となっ

57) 太田達也「仮釈放要件と許可基準の再検討―「改悛の状」の判断基準と構造」法学研究 84巻9号（2011）13頁以下。

58) 精神障害者を矯正施設外の専門医療機関に移して治療を行う「ダイバージョン」の導入を提案する見解として、小山田静枝ほか・前掲注19）8-10頁。

59) 私見では、仮釈放自体も裁判所が決定する制度や裁判官が地方更生保護委員会の合議体に加わることもあり得ると考えている。太田達也「仮釈放と保護観察期間―残刑期間主義の見直しと考試期間主義の再検討」研修705号（2007）19頁。

て措置入院となる場合は、入院先病院が受入先となる。

精神医療条件付釈放後は、一定期間、精神医療保護観察を行い、通院などの精神科治療を受けることを特別遵守事項として設定する。医療を特別遵守事項として義務付けることには抵抗もあろうが、現在でも「精神科医の指示に従って、幻覚、妄想の症状抑制又は緩和に必要な服薬を継続すること」という特別遵守事項は設定されている⁶⁰⁾。これが難しいということであれば、次善策として、2013年の更生保護法改正で導入された薬物依存がある保護観察対象者に対する指導監督の特則のような形で医療を受けるよう必要な指示その他の措置をとることでよい。但し、現行の残刑期間主義を採る仮釈放制度では極めて短い保護観察期間しか確保することができないので、この精神医療条件付釈放は、考試期間主義を採り、釈放後1年から5年を仮釈放期間とする。

精神医療保護観察の指導監督や補導援護は、保護観察官と社会復帰調整官が共同で担当するのが相応しいであろう。しかし、社会復帰調整官がこの新しい社会内処遇に関わることができるよう法改正するくらいであれば、精神医療保護観察という新たな制度を設ける代わりに、医療観察法の精神保健観察の枠組みを用いることも考えられないわけではない。かなり大胆な主張であることは承知しているが、医療観察法の入院や通院は全部執行猶予となった者も対象とし、全部執行猶予の保護観察と精神保健観察が同時に行われる場合もあるのである。身柄拘束下で治療の機会もある自由刑と全部執行猶予とは事情が異なるが、自由刑の実刑となった者に対しても、精神保健観察という社会内処遇（と通院）の部分だけであれば、刑事施設から条件付釈放となった後にその対象とする仕組みが理論的に絶対あり得ないというわけではないであろう。精神医療条件付釈放の法的性質を、現在の仮釈放とは異なる残刑の執行猶予制度と位置付けるならば尚更である。

精神医療保護観察中の入院治療は、さすがに医療観察法の指定入院施設の病棟を用いるわけにはいかないのが、一般の精神科医療に委ねざるを得ない。精

60) 「犯罪をした者及び非行のある少年に対する社会内における処遇に関する事務の運用に就いて」平成20年5月9日保観325矯正局長・保護局長依命通達。

神科医療を受ける特別遵守事項を設定したうえで、対象者の病状と病識に応じて、任意入院、医療保護入院、措置入院といった対応を取ることになる。

自由刑を宣告されて刑事施設に収容され、措置入院の対象にもならず、引受人も帰住先もないまま満期釈放となっていく者の予後が悪くなるのは自明である。精神障害受刑者の社会内処遇を確保し、その過程において精神科治療を継続することによって、症状の安定と社会復帰を図る仕組みが是非とも必要である。

最後に、誌面を借り、精神障害受刑者の調査に協力して頂いた法務省矯正局及び各刑事施設の関係者に御礼申し上げたい。

調査にあたっては、慶應義塾大学学事振興資金の助成を受けた。