

5 日本の触法精神障害者の処遇制度

—主として刑事施設内の処遇を中心として—

佐藤 誠

❖ 第1部 日本の触法精神障害者処遇の概要

最初に、日本の触法精神障害者の社会内治療制度である措置入院制度と、2003年に導入された治療処分ともいべき新法による治療処遇制度を紹介する。次に触法精神障害者による犯罪の実態、最後に刑務所での全般的な処遇体制を紹介する。

第2部では、精神障害受刑者処遇の専門施設である北九州医療刑務所の状況を詳しく報告する。

日本は責任主義の原則を採用しており、刑法39条で心神喪失者の行為はこれを罰せず、また、心神耗弱者の行為はその刑を減輕することとされている。したがって、検察官は捜査の結果、被疑者が心神喪失者であると認めた場合には、不起訴処分とし、裁判所は審理の結果、被告人が心神喪失者であると認めた場合には無罪判決を言い渡す。また、心神耗弱者の検察庁・裁判所での処分も、不起訴処分あるいは刑の減輕が必ずなされる。この結果、刑に服さないことになった触法精神障害者の処遇は、「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、一般精神病院へ患者の同意を必要としない措置入院制度に委ねられている。また、精神保健福祉法は、警察官に「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」のある精神障害者を、知事に通報する義務を負わせている。したがって、精神障害者が非違行為を犯した時点で、検察庁に事件送致される

ことなく措置入院させられることも多いとされている。更に、精神保健福祉法26条による、矯正施設の長の知事への通報によって、自傷他害のおそれがあるとされた精神を病む釈放・出所者も措置入院となる。措置入院及び解除は一定の資格を有する精神保健指定医が決定するのであるが、このように日本においては、数多くの触法精神障害者が、刑事施設である拘置所や刑務所以外に、治療の目的で市中の一般精神病院に措置入院患者として収容されてきた。1960、70年代の措置入院患者は6～7万人、1985年は約3万人、2002年は2,767人であった。

しかし、精神病院の開放化と精神医療の地域医療化が精神科医療の主流となっていく中で、措置入院となった触法精神障害者は、病院内で問題行為を引き起こす等により病院の大きな負担となった。また、彼等が合併する人格障害などに対する治療体制は一般の病院では不十分なことから、退院後も再び非違行為を犯し、公共の安全を脅かした事例が報告されてきた。結果として、精神障害者や精神科医療に対する社会からの誤解を招いた。

2001年大阪府池田市で発生した精神障害者による8名の学童の大量殺人事件をきっかけに、触法精神障害の治療と公共の安全を保障するために、新たな触法精神障害者の処遇制度を求める動きが社会で沸騰した。従来からの措置入院制度に並存して、2003年「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」(以下医療観察法案という)が国会で可決し、公布された。心神喪失等の状態で殺人等6種の重大な他害行為をなした精神障害者は、改めて精神鑑定を伴う裁判の手続きを経て、指定医療機関で治療を受けることになった。指定医療機関には巨額な予算とスタッフが投入され、多職種職員が責任を共有した、質の高い作業療法や行動療法等各種精神療法が可能となった。裁判所が決定する退院後の円滑な社会復帰のために、法務省管下の各地の保護観察所に社会復帰調整官という新しい官職も設けられた。こうした危険な精神障害者の入退院を決定する法的な仕組みと、退院後の経過観察と援助体制は、日本では画期的なこととされている。また、危険な人達の処遇に必須である数理統計的リスク評価とリスク管理の手

法の本格的な導入も、特筆されるべきである。この法律の施行と、指定病院内および退院後の治療実績は、日本の精神科診療全般の底上げの役割を果たすと関係者から期待されている。

1. 精神障害者の犯罪件数

2005年における一般刑法犯検挙人員38万6,955名のうち、統合失調症、中毒性精神病、知的障害、精神病質及びその他の精神疾患を有する者は962人、精神障害の疑いのある者は1,449名であった。

表1は犯罪名別検挙人員を示している。(2006年犯罪白書)

表 1

罪 名	総数	殺人	強盗	傷害・暴行	脅迫	強姦・強制わいせつ等	放火	窃盗・詐欺・横領	その他
検挙人員総数 (A)	386,955	1,338	3,844	41,100	1,522	5,676	791	298,184	34,500
精神障害者等 (B)	2,411	121	55	470	25	79	110	1,148	403
精神障害者	962	52	20	210	11	45	43	407	174
精神障害の疑いのある者	1,449	69	35	260	14	34	67	741	229
B/A (%)	0.6	9.0	1.4	1.1	1.6	1.4	13.9	0.4	1.2

2. 刑事手続き

表2は2005年の心神喪失者・心神耗弱者と認められた者の罪名・精神障害名別処分結果を示している。(2006年犯罪白書)

表 2

区 分	総 数	不 起 訴			裁 判		
		計	心神喪失	心神耗弱	計	心神喪失	心神耗弱 (刑の減輕)
総 数	811 (100.0)	745 (91.9)	370 (45.6)	375 (46.2)	66 (8.1)	1 (0.1)	65 (8.0)
(罪 名 別)							
放 火	81	68	58	10	13	—	13
強姦・強制わいせつ	22	20	13	7	2	—	2
殺 人	103	85	78	7	18	—	18
傷 害	194	178	92	86	16	—	16
強 盗	20	18	12	6	2	—	2
そ の 他	391	376	117	259	15	1	14
(精 神 障 害 名 別)							
統 合 失 調 症	515	492	265	227	23	—	23
そ う う つ 病	69	56	18	38	13	—	13
て ん か ん	7	7	2	5	—	—	—
アルコール中毒	28	24	14	10	4	—	4
覚 せ い 剤 中 毒	14	12	2	10	2	—	2
知 的 障 害	35	23	7	16	12	—	12
精 神 病 質	6	5	1	4	1	1	—
その他の精神障害	137	126	61	65	11	—	11

3. 刑事施設における精神障害受刑者とその治療体制

この数年刑事施設の処遇が大きく変化している。

受刑者の処遇については、1908年制定された旧監獄法に代わって、2007年に施行された、「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」(以下「刑事収容施設法」という)によって規律されることとなり、旧監獄法は廃止された。この新法は、刑事施設に収容された被収容者の権利と、施設の権限を明確に規定した。更に、受刑者処遇の原則として「その者の資質及び環境に応じ、その自覚に訴え、改善更生の意欲の喚起及び社会生活に適應する能力を図ること」とした。法の定める目的の実現のために、諸人間科学の成果を取り入れた処遇の導入と、社会の諸機関との連携が重要視されるようになった。刑事施設職員の意識改革と平行して、精神医学、心理学、社会学、看護学等の分野の知識の習得が、刑事施設職員の研修施設や刑務所で熱心に取り組み

れた。また、釈放後の継続した処遇のために、法務省管下の保護観察所、警察や地方自治体の諸機関との連絡・協議体制が強化されることとなった。旧監獄法下では十分な改善処遇が困難であった、薬物事犯受刑者の依存症の本格的な治療や、性犯罪者の認知行動療法に基づく処遇と釈放後の再犯防止対策が開始された。刑事施設の再編も進められており、精神科診療に関しては、2007年には、医療刑務所に収容するほどのレベルではない精神障害者を集め、障害、症状に応じた処遇を行う施設が2箇所新設された。来年、更に1箇所開設されることになっている。医療刑務所の改築も進められている。

日本全国で75の独立の刑事施設が存在し、80,595人が収容されている。うち既決の受刑者71,782人、未決の被告人は8,813人である。(2007年4月末日現在。)

刑事施設の精神障害の処遇について概説する。刑務所に入所している精神障害者は、国と施設長の責任において治療が行われる。全ての刑事施設に医師は最低1名が勤務している。身体疾患の治療に限らず、軽症の精神疾患の診療も行われる。一般の刑務所で診療が難しい受刑者は、全国4箇所に存在する医療刑務所に移送される。八王子医療刑務所と大阪医療刑務所は身体及び精神科診療を行い、岡崎医療刑務所と北九州医療刑務所は精神科単科の診療を行っている。2007年7月1日現在、全国4箇所の医療刑務所に入所している精神障害受刑者は381人である。

統合失調症等の狭義の精神疾患患者は触法行為に対し一律に責任無能力とされるのではなく、犯行当時の病状、犯行前の生活状況、犯行の動機・様態等から有責とされ、起訴処分、その後実刑を受ける事例も多い(表2参照)。また、刑事施設に収容された後に、狭義の精神疾患が発見される者もいる。従ってこの種の疾病者は刑務所に必ず存在し、刑事施設内で治療を受けている。この種の精神疾患の治療のために通常の刑務所から医療刑務所に移送される受刑者は多いが、市中の精神病院で入院治療を受けることはごく稀である。覚せい剤等違法な薬物の所持、使用及び密売等の罪名で入所している者は、全受刑者の25%、実数で15,000人を超えるが、少数の営利目的事犯者を

除けば、彼等の大部分は「薬物依存」の病者でもある。薬物依存の治療は刑務所の重要な課題になっている。またこの者達は刑事施設内で、中毒精神病等の症状を呈し、医療刑務所に移送されることも少なくない。精神遅滞の受刑者が、拘禁状況下で不適応を生じた場合、医療刑務所に移送される。日本の刑事施設を最も悩ましているのは高齢受刑者の急増である。近年、老人の犯罪率が上昇し、その結果刑事施設に高齢受刑者の新入所が増えている。既収容の長期刑の高齢受刑者と合わせると、2006年末の60才以上の受刑者は8,671人、全受刑者の約12.3%に達した。加齢による心身の衰えと拘禁という異常環境に置かれた彼等は様々な精神症状を呈するようになる。彼等は施設の職務量を増やし、医療費を圧迫している。釈放の際の引き受けの確保も極めて困難となっている。

刑事施設と少年施設に勤務する医療関係専門職の定員は医師332人、看護師278人、その他の医療専門職員は102人である。この他、准看護師の資格を取得した公安職職員593人が医療関係の実務者として勤務している。

刑事施設と少年施設に勤務する医療関係職員によって日本矯正医学会が組織され、研究と研修の場となっている。学会理事長は、医療関係専門職の職務姿勢を「違法行為には適切な処罰を、無知には教育を、疾病には医療を！」と表現している。

❖ 第2部 北九州医療刑務所の治療処遇

1. 沿革

北九州医療刑務所は日本で最も古い歴史を有する医療刑務所である。1946年、福岡県北九州市（当時は福岡県小倉市）の地で、旧陸軍刑務所を使用して収容業務を開始した。

以来50年、名称・建物・収容区分・組織・職員構成等に変化はあったが、日本における最も危険で治療が困難とされた精神障害受刑者の処遇施設として業務を続けてきた。しかし、狭隘な敷地と老朽化した建物は、収容及び治

療上多大な困難を生じるようになった。

1997年、現在の敷地に移転し、総敷地面積は76,345 m²となった。翌年から、収容業務および治療処遇を続けながら新築工事が始まった。2003年、全ての居室棟、診療棟、経理工場が完成した。診療棟と二つの居室棟は厚生労働省から精神科病棟としての認可を受けている。庁舎管理棟、講堂・療法棟等の工事が今後予定されている。

2. 職員構成と施設構造・設備

(1) 職員構成

2007年4月1日現在、職員定員125名で、内訳は以下のとおりである。

所長(医師)1, 公安職幹部職員18, 幹部以外の公安職職員85, 所長以外の医師4(現在1名欠員), 看護師12, 薬剤師・栄養士・X線技師・臨床検査技師各1, 行政職1である。なお、非常勤職員は11で、民間の企業からの派遣職員は9である。

(2) 施設構造・設備

治療上の必要性から、精神障害受刑者の全員が単独室に収容されている。

建物の構造及び内部設備には精神障害受刑者の拘禁感・閉塞感を和らげ、職員の治療的な関わりを容易にする工夫が凝らされている。敷地は、極力コンクリート面を廃し広く芝生とした。ソフトボールの試合ができる運動場の周囲には、楠・桜・バラ等が植えられている。建物は原則平屋とし、各建物の間には緑の空間が設けられ、廊下や居室には自然光が多く差し込むように設計されている。失禁等で汚染した場合は終日温水による洗体が可能である。自傷・他害のおそれや、自殺企図・念慮のある受刑者を収容する保護室は10室存在する。炊場は、食中毒防止のために徹底した衛生的視点で設計され、各種病人食の調理が可能である。

診療区域の待合室・診察室・処置室・集中治療室の仕様は、治療的雰囲気を考慮して一般病院の体裁で整えられている。開腹術が可能な手術室、結核患者のための隔離室が設置されている。四肢障害者のリハビリと、痴呆老人

のケアのために特別の治療室があり、彼等の入浴室も安全に使用できる構造となっている。中庭は、身体機能の低下した者や自閉的となった者のための小運動場となっており、そこでは園芸やペットの放し飼いが行われている。

3. 収容対象者

総収容定員300名で、そのうち精神障害受刑者は230名であり、経理作業に従事する受刑者は70名である。

精神障害受刑者は、岡山県以西の各施設に収容されている成人男子のうち懲役刑が確定した受刑者であって、かつ精神疾患を有し専門施設での治療が必要とされた者である。2005年、2006年に入所した精神障害受刑者はそれぞれ58名、60名であった。同年度の出所者は、それぞれ55名、59名であった。その内「自傷他害のおそれがある」とされ、精神保健福祉法の規定に基づき措置入院となった者は、13名、17名であった。全員が刑期満了による出所であった。経理作業従事受刑者は犯罪傾向の進んでいない、初犯受刑者であって九州の各施設から移送されている。なお、ここ数年の全国的な過剰収容に対処するために、初犯受刑者の50名程度が収容されている。

2007年7月末日の収容人員は、精神障害受刑者110名、その他の受刑者は122名、合計で232名であった。

精神障害受刑者病名別人員を示す。

病 名	人 員
物質関連障害	37
統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害	30
気分感情障害	4
精神遅滞	14
血管性及び詳細不明の痴呆	3
てんかん	7
拘禁反応	10
器質性精神病	2
その他の精神及び行動の障害	3
合計	110

精神障害受刑者の罪名別人員（2007年7月末日現在）を表で示す。

罪 名	人員	罪 名	人員
殺人	41	強盗殺人	10
殺人未遂	3	傷害致死	1
強盗・同致傷・同未遂	10	強姦	1
強制わいせつ	3	放火	5
恐喝	4	覚せい剤	6
窃盗	24	詐欺	1
器物破損	1	合計	110

4. 治療・処遇

(1) 治療・処遇の柱

旧監獄法下にあつては、北九州医療刑務所の全職員は、職務の目的を「精神障害を病む受刑者に刑を全うさせ、名誉を回復させること」と理解していた。疾病の侵襲によって、あるいは不幸な生い立ちによって精神に著しい障害を受け、更に永年に亘って不適切な社会生活を営む中で、余りに多くの欠損を背負うことになった精神障害受刑者に刑を全うさせることは、受刑者のもとより職員にも過酷な課題となる。この課題を克服するために、刑務所という厳しい環境での精神科治療を可能にする重要な要因が施設全体の雰囲気であり、それは「精神障害受刑者の抱える苦悩を軽減することが受刑生活を可能にし、更には更生の可能性をも切り開くことになる。」との自覚を、全ての職員が共有することとされた。公安職と医療関係職員はその垣根を越え、渾然一体となってチームを形成し、薬物投与・作業療法としての刑務作業・改善作業・日常生活指導・集団精神療法・個別面接指導・個別学科教育・余暇時間の有用な形成を組み合わせ、受刑者に生じた健康な部分を施設挙げて辛抱強く育てていくのである。民間の宗教家や有識者による側面からの援助も大きな力となってきた。

新しい刑事収容施設法では、刑の執行は「改善更生の意欲の喚起及び社会生活に適応する能力の育成を図る」こととされた。従って今後は北九州医療

刑務所のチームに、新たな専門職が加わるであろうし、また、社会から新しい知恵と技がもたらされ、当初の処遇は格段に奥深くなると確信している。しかし、旧監獄法下での全職員の渾然一体感・粘り強い職務意欲は、新法下にあっても、治療処遇の根本の柱であり続けるであろう。

当所での治療処遇の最大の担い手は、職員数の大部分を占め、最も頻繁にかつ身近に精神障害受刑者に接する公安職職員である。彼等は警備に従事しながら、昼夜を問わず、病状とその変化の把握、訴えの聴取、有効な言葉の投げかけ及び生活指導を行っている。彼等の精神的治療を意識した処遇者としての姿勢の確立と、医療職職員とのチーム医療を可能にする医学的知識及び技法の習得が、施設の治療処遇を全般的に支えている。公安職職員の職務能力向上のため、施設勤務の医師、心理専門職及び看護師等による施設内での活発な研修が行われているほかに、近隣の精神病院の見学、精神科治療関係者を対象に開催される各種研修会への参加が命じられている。一方、医療職職員には、患者は精神科疾患を病む者であると同時に懲役刑を科せられた受刑者でもあることの認識と、法律及び各施行規則の理解が命じられる。

参考までにチーム医療や施設全体の治療的雰囲気的重要性を示す印象的なエピソードを紹介する。数年ぶりに帰任した職員の体験であるが、某受刑者が庭で看護師と花に散水しながら、巡回中の筆者に少し離れたところから笑顔で挨拶をしたのを目撃して驚嘆の声を上げたことがあった。支離滅裂な独語と興奮のため長期間保護室から出ることができなかった患者であったことをその職員は知っていたからである。施設の処遇方針の確立により、処遇職員と看護師が連携して重症患者を園芸や掃除に根気強く連れ出すようになり、共に時間を過ごす中で驚くべき回復を遂げた一例である。こうしたエピソードの積み重ねが、全ての職員の職務意欲を一層向上させ、職員間の凝集力を強固にする。

(2) 精神科治療

現在、精神科医師3名及び看護師12名が勤務している。診療の当面の目標は、受刑生活の障害となっている精神症状及び障害の除去である。当所への

入所の時点で、拘禁による発病乃至症状の悪化、或いは治療の中断による病状の重篤な者も多い。施設が拘禁施設であること及び患者は刑務作業を科せられているという制約下でありながら、一般社会の医療施設と同等の治療成績の達成をめざしている。

患者の診察は、職員が必要と判断した場合の外、被収容者が診察を希望した場合は、現場の公安職から看護師を経由し医師に伝えられる。また、居室や工場を訪れる看護師に被収容者から直接希望が表明される。

入所の最初の2週間は、毎日必ず医師による診察が行われる。新入所者には、当所が治療施設であるというメッセージが伝わることになる。機会ある毎に判りやすい言葉で、規律ある生活と作業に従事することが、症状の消失をもたらすことを強調しておく。診察の結果及び医療上の重要な注意点等は、診察に立会する公安職職員を通じて居室及び工場の責任者に連絡される。保安警備体制が確立しているため、鎮静の目的で過剰に薬物を投与する必要は全くない。

処遇審査会で、病状の改善に合わせて処遇が決定される。

統合失調症及び癲癇等狭義の精神疾患に対しては、薬物の投与が治療の中心となっている。作業特に工場出役は、対人ストレス等により病状を悪化させる可能性があるため慎重な判断が求められるが、出所後の病院や家庭での生活を考慮して、最終的には工場出役を目指して処遇を行っている。

覚醒剤を主とした中毒精神病患者に対しては、薬物投与によって病的体験の消失及び興奮性・衝動性の鎮静を図っているが、公安職職員による改善指導、生活指導及び早期の工場出役も重要な治療手段となっている。適応例には集団精神療法が行われる。

狭義の精神疾患や薬物使用歴によって生じる精神症状を欠きながら、元施設での処遇が困難になり、保護室使用等を繰り返して当所へ移送されてきた者に対しては、興奮が高まっている時点及び自殺念慮が強い時点で薬物を使用している。工場での作業を早期に導入し、早い段階で元施設に還送している。

元施設で、暴力行為・自殺企図・退行・拒食・失禁等の問題行動を起こして入所してきた知的障害者に対しては、処遇部職員が中心となって、支持的な態度で接近し、身だしなみ、自室の清掃、入浴、挨拶の仕方等の生活指導をきめ細かく繰り返し行っている。従来からのこうした処遇部職員の生活に即した指導に加えて、看護師が施設の整備に合わせ園芸やウサギの世話等を治療に応用する試みを導入した。2002年に始まった20歳代及び30歳代前半の知的障害者に対する教育専門官による個別の学習指導は、対象者の自己評価を高める上での一層の効果をもたらしている。比較的年齢の若い知的障害者は、長期刑の高齢受刑者及び統合失調症の被収容者と同じ工場で作業させた場合、比較的よく適応する。工場出役が、生活指導や個別学科教育と相乗効果をもたらし、対人関係技能の習得及び感情表現に優れた効果を発揮することを目指している。

(3) 刑務作業

日本の受刑者の大部分は懲役受刑者であり、刑法第12条2項によって「刑事施設に拘置して所定の作業を行わせる」ことが定められている。当所での精神障害受刑者の刑務作業は、「仕事は天然の医師なり」という先人の言葉に学び、作業療法と位置付けられている。作業内容は紙細工と窯業であり、居室内作業と工場出役の比率はほぼ6対4である。作業指定は、障害の種類・程度、発病前の発達程度、年齢及び合併症の有無等に留意して個別に実施しているが、精神障害を理由に作業に従事していない者は常時7～8名に過ぎない。刑務作業は、確かに治療の機能を果たしている。入所間もない時期は、拘禁にともなう反応、病的体験等によって現実の受刑生活の把握が十分ではないが、簡単な作業に参加するようになると、彼らは注意力を働かせ、関心を外界に向け、意識もより清明になって、身体の運動も活発化する。病状が改善して作業場に出役するようになると、所内の各種行事への参加の幅が広がり、自由チャンネルでのテレビ観賞が可能となる。工場での他囚との交流によって、対人関係改善の訓練を受けることになる。公平な処遇を受けているという安心感や達成感、耐久力をもたらし平穏な一日を保証

する。また、作業報奨金も得られることから受刑生活の動機は強化される。

一方職員にとって、作業動作を通じて精神状態の把握がより容易になり、指導もより具体的で日常生活に即したものとなる。

幻聴や妄想の存在が確認されても、作業場出役が治療上有益であると判断されれば作業場に出役させている。回復の段階に合わせ、あるいは一層の病状改善に資するよう作業計画は作成されるべきと、施設職員は認識している。受刑者には作業の正確さは要求されるが、出来高は原則として要求されない。作業拒否は必ず反則行為であるか否かの調査が伴う。調査の結果、反則行為であるとされれば医師の診察後精神医学的観点から妥当であれば、引き続き懲罰が執行されることになる。

精神障害受刑者の作業で得られる報奨金（2007年7月皆勤した者の平均額）は、工場出役者で月平均3,371円、居室内作業者は2,065円である。

（4）覚醒剤事犯者に対する断薬指導

以前から日本の刑事施設内で薬物事犯者に対して断薬指導が実施されてきたが、刑事収容施設法では、薬物事犯受刑者に対する薬物依存離脱指導等を義務付けにより行うこととされた。

違法な薬物の入手が不可能であるという環境下、受刑という底尽きを体験させることから指導が開始される。彼等が高頻度に合併する粗暴な言動への対処も刑務所では容易である。こうした刑事施設の利点に加えて、刑罰のみでは薬物の使用を中止させることはできないとの批判を受け入れて、治療的な断薬指導が重視されるようになった。即ち、薬物の使用は疾病であり治療が必要であること、及び刑務所での治療は社会でも継続される治療への橋渡しに過ぎないことの認識である。依存症の最も優れた治療手段は集団精神療法とされている。1997年、近隣の病院で研鑽を積んだ職員によって、当所の集団精神療法は開始された。参加メンバーは、依存に至った経緯、病者としての苦悩、家族、友人や社会に及ぼした害悪に真摯に向き合い、体験や感情を言語化するように促され、対人関係の障害や感情の制御困難等の歪みの修正が図られている。集団精神療法の場には、薬物事犯受刑者・精神科医師・

看護師・心理専門職・教育担当職員に加えて、嘗て薬物使用者であった人達の団体である Drug Addiction Rehabilitation Center のメンバーが回復のメッセージを携えて参加している。

(5) 性犯罪受刑者に対する再犯防止指導

刑事収容施設は専門的な性犯罪者調査の結果、プログラム受講が必要であると認められた性犯罪受刑者に対して「性犯罪再犯防止指導」の受講を義務づけている。日本の刑事施設では、平成18年度から、認知行動療法に基づいて策定された処遇プログラムを、全国20庁の指定施設で実施している。仮釈放された場合は保護観察所で再犯防止指導がなされることになった。更に、特に悪質な性犯罪者は、釈放時所管の警察署に通報される。

当所は、上記20庁には指定されていないが、法務省矯正局が作成した性犯罪者処遇プログラムをの一部を活用し、独自に、精神科医師・心理職・教育担当職員によって指導を実施している。知的障害のレベルにある者には、認知行動療法の技法を用いたプログラムの理解が困難なため、現在当所で実施している対象者は狭義の精神障害のない初犯の受刑者に限られているが、彼等もある意味では性嗜好異常を病む病者である。

(6) 教育行事

教誨師・篤志面接員34名の諸氏が定期的に施設を訪れている。運動会やボランティアによる慰問活動には精神障害受刑者を極力参加させている。

(7) 身体合併症の治療と管理

65歳以上の高齢受刑者の比率が15%に達し、また無期受刑者が23名収容されている。また身体疾患が原因で精神症状を呈する受刑者も入所してくるので、身体疾患の発症が多くその診療は重要である。近くの病院、開業医及び近隣の刑事施設の医師の応援を得て対処している。

(8) 懲罰

精神障害受刑者の反則行為については、その性質、軽重、動機等に照らし、懲罰を科している。件数については、2006年は46件であった。全ての懲罰事例について精神科医師の慎重な判断を求め、事案と病状を総合的に勘案

して懲罰が科せられる。教育効果を期待してのことである。

5. 今後の課題と展望

刑事収容施設法は法律による受刑者の尊厳と自律性の保証の下、高度に専門化された処遇による改善指導を執行施設に求めた。従来的一般刑務所での正常な受刑生活への復帰を目標にした精神症状の治療と生活指導に止まらず、社会での実生活に即して葛藤状況に対処できる精神科治療と改善指導が今後の課題である。施設の整備、専門職員の採用に加えて、職員のこれまで以上の意識改革が展望を開くことになる。