

6 精神病犯罪者と刑務所内の事件防止策

陳 鵬忠 馬 彩燕

要旨：収容中の精神病犯罪者による刑務所内のセキュリティ事件は、刑事施設管理の安全に対する重大な脅威となっている。これに対処するためには、まず、犯罪者収容の可否を判断するための科学的根拠を提供するため、受刑能力鑑定メカニズムを確立する必要がある。便宜的な対策として、刑務所内に精神病犯罪者を収容する専門区域を設置し、規則制度を確立整備し、科学的・文明的方法で精神病犯罪者を治療・管理する必要がある。根本的な防止策は、やはり政府が精神病犯罪者の病院を設立することである。

キーワード：精神疾病 犯罪者 刑務所管理の安全 防止

近年、精神病¹⁾犯罪者の犯罪が年を追って増えつつある。また、精神病犯罪者は、警察の襲撃、脱獄、他の受刑者傷害、殴り合い、自殺自虐等のセキュリティ事件によって、刑務所管理の安全を脅かしている。

本稿は、精神病犯罪者が刑務所の安全を害するセキュリティ事件を最大限防止する方法に関し、実務経験をまとめたものである。したがって、各実務機関、のご参考になれば幸甚である。

❖ 1 受刑能力²⁾鑑定メカニズムを確立することにより、犯罪者収容の是非を判断する科学的根拠を刑務所に提供

理論界では、刑事責任能力（限定責任能力を含む）は、受刑能力に等しいと解されている。実際はそうではない。なぜなら、刑事責任能力とは、犯罪被疑者、刑事被告人の犯罪時における能力であって、受刑能力とは、受刑時における法的能力をいう。すなわち、受刑能力は、刑事責任能力があり、しかも刑罰を受ける者についてのみ問題となる。人道主義又は刑罰目的の実現という点から考えると、犯罪者は、刑務所に服役する生理的要件も精神的要件も備えていなければならない。生理的要件とは、犯罪者に重大な身体的疾患がなく、自ら生活することをいう、と解されている。精神的要件とは、犯罪者に重い精神障害がなく、刑罰の性質を理解することができることをいうが、この理解があって初めて刑務所の管理秩序に服従することができる。これらの両要件の1つでも欠ければ、受刑能力は存在しない³⁾。犯罪者の受刑能力の有無判断は、受刑能力鑑定メカニズムの確立に依拠する。刑事判決の効力が発生した後、被告人又は法定代理人は、裁判所に対し受刑能力判定を申し立てる権利を有し、裁判所は、その鑑定を司法精神障害鑑定センターに委託し、受刑能力ありとの鑑定結果を受けて、犯罪者を刑務所に移し収容する。このようなメカニズムの確立によって、精神病犯罪者の合法権利の保護のみならず、刑務所の監視・管理上のリスク減少にプラスになる⁴⁾。

❖ 2 受刑者が法的要件を充足し、かつ、家庭も受入要件を備える場合に適用すべき保釈医療

1994年施行の「監獄法」17条によると、刑務所は、刑罰執行のため引き渡されてきた受刑者に対し、身体検査をしなければならない。この検査の結果、無期又は有期懲役の判決を言い渡された受刑者について、重大な疾病

(もちろん精神障害を含む)のため刑務所外で医療を施す必要があると判明したときは、当分の間、収監をしないことができる。こうして一時的に刑務所外で執行されることとなった者に対しては、同人を刑の執行のために引き渡した人民法院が、当分の間、刑務所外執行をする旨の決定をしなければならない。ただし、その刑務所外執行の実施に社会的危険性の認められる者については、同人を収監しなければならない。刑務所外執行が認められた受刑者は、その居住地の公安機関が刑罰を執行する。当分の間収監を避けるべき事由が消滅した場合であって、原裁判の刑期執行がなお満了していない受刑者については、公安機関が同人を刑務所に引き渡し収監する。このほかにも、1996年施行の「刑事訴訟法」214条が「監獄法」と同趣旨の規定を定めており、それによると、人民法院は、有期懲役又は拘役に処せられた受刑者について保釈医療の必要があるときは、判決の宣告時に、「保釈医療」及び「一時刑務所外執行」の決定をすることができる。社会的危険性が認められた受刑者に対しては、保釈医療を適用してはならない。重大な疾病のあることが確実で、保釈医療を施さなければならない場合には、省級人民政府の指定病院が証明書を発行し、法定手続に従って審査・許可を行う。保釈医療を受ける受刑者がその要件を充足しないことが判明したとき、又は保釈医療の関連規定に対する重大な違反があったときは、直ちに同人を収監しなければならない。一時刑務所外執行に付される受刑者に関しても、その居住地の公安機関がこれを執行する。執行機関は、当該受刑者に対する厳格な管理監督をしなければならない、基層組織又は受刑者の原所在単位は、この監督に協力する。

保釈医療に関するこれら2つの規定は、精神病犯罪者に保釈医療を行う法の根拠となっている。受刑能力を欠く精神病犯罪者に対しては、一時刑務所外執行が施されることもあるが、これは、同人に言い渡された刑罰を執行するための一種の融通措置である。この措置は、人道主義に基づき、精神病犯罪者⁵⁾の人権を保護すると同時に、刑罰の厳肅性を損なうことなく刑務所の

圧力を軽減する効果を有する。

❖ 3 治療と管理に有利になるため、精神病犯罪者を収容する専門司法病棟を刑務所内に設置

精神病犯罪者は、特別な犯罪者であると同時に、特殊な患者でもある。現在、精神科専門の医師・看護師が不足している刑務所もあり、そのようなところでは、分散式監視・看護、監禁、厳格管理などの原始的方法で精神病犯罪者に対応せざるをえない。これらの方法は、精神病犯罪者の治療・回復にとって極めて不利である。さらに、2人の犯罪者が1人の精神病犯罪者を保護・監視するケースもたびたび見られるが、そのために、一般犯罪者の正常な教育・改造にも不利な影響がもたらされている。これらの要因ゆえ、精神病犯罪者が刑務所内の安全を害するセキュリティ事件を防止するというこの目的は、今なお達成しえないままである。

なお、実務においては、精神病犯罪者が保釈医療の要件を充足したが、その家族が受入れを希望しないため、一旦は保釈医療に付されたものの、やはり人身上の危険があるとして、再び収監された事例もあった。もちろん、根本的な要因としては、国力の不足により、現在の政府には、専門の精神医療刑務所を整備し、受刑能力を欠く精神病犯罪者を集中的に収容・治療する能力がないことが挙げられる。

これらの見地から、現在採用できる便宜的な措置として、精神病犯罪者と他の犯罪者とを分離し、精神病犯罪者のみを収容する区域を刑務所内に設置して、専門の精神科医師・看護師をここに配置し、精神病犯罪者に対して集中的な治療・管理を行い、「治療を主とし、管理と治療を結合する」というガイドラインを堅持して精神病犯罪者に教育・改造を施すなど、治療・改造の同時実現をめざすことが考えられる。分散的管理方式に対して、かかる集

中的管理方式の優位性は、収容施設で精神病発病定則を探索し、犯罪者の精神病の予防、治療、看病のための経験を蓄積する上で有利になるだけでなく、最大限に刑務所全体の監視管理上の安全係数を高めることにある。

❖ 4 精神病犯罪者管理制度の探求・確立によって、有効な治療・管理を制度的に保証

精神病犯罪者は、特殊な群体である。なぜ特殊かといえば、精神病犯罪者は、精神（心理）活動の異常がその主要な行為・態度として現れるが、疾病の類型によって症状が異なることも多く、それゆえに、通常の犯罪者と異なり、全部又は一部の受刑能力を喪失しているからである。したがって、精神障害受刑者の管理・教育は、通常の犯罪者とはおのずから異なる。精神病犯罪者の実情に即して、刑務所の安全設備、係官の業務遂行法、精神病犯罪者の活動方式・衛生・医療条件などの面で実施可能な規則・制度を制定し、それに従って管理・教育を推進していく必要がある。

❖ 5 必要な警戒心を持ち、突発的事件に速やかに対応

精神病犯罪者の人的危険性・予測不能な攻撃性ゆえ、精神犯罪者に密接に接触する場合には、「監視管理安全」を常に心がけ、いつも大丈夫だからと安心することなく、自己防衛の意識を強化しなければならない。精神病犯罪者の入所以前の生活、娯楽施設など隔々にわたり当該犯罪の状況を的確に把握して、各種の潜在的な問題点を除去するとともに、適宜、相応の監視管理及び警戒の措置を整備し、発見された不良の兆候・現象に対し、即時に多角的な措置をとってこれを制御する必要がある。これらの措置には、行為制限法、グループ制御法、護監グループ制御法、包挟制御方法、専門刑務官制御法、独居制御法、戎具制御法、薬による制御法⁶⁾等が含まれる。刑務官は、状況に応じてこれらの方法を用いることで、臨機応変な対応が可能となる。

❖ 6 収容施設の物理的な環境改善により、精神病犯罪者に落ち着いた雰囲気を

監視管理の場所は閉塞的で、四方を高い壁と通電網に囲まれ、その内側の施設は、低い構造の建物であることが多い。それゆえ、部屋の密度が高い、緑化環境が悪い、娯楽施設が少ないなどの特徴がみられるようになった。これらの特徴は、性格の欠陥、知能水準の低下を引き起こしやすく、心理的素質が低く又は本来的には精神に問題のなかった犯罪者を拘禁性疾病に罹患させる⁷⁾。したがって、精神病犯罪者の活動空間を広げ、刑務所の緑化面積も拡張し、文化娯楽の雰囲気を改善する必要がある。精神病犯罪者にとって安全、快適な環境は、治療管理の過程における妄想・幻覚を減少・制御するので、良好な治療効果を期待しうる。

❖ 7 精神病犯罪者を刑務所の弱者と認め、特別な人道的な配慮を

弱者とは、社会における生存、競争の能力が客観的条件によって制限され、それゆえに不利な地位に置かれている特定の群体をいい、例えば、失業者、身体障害者、知能指数の低い者、自立的生活の不可能な者等がこれに含まれる。精神病犯罪者は、その重大な疾病ゆえに、自立的生活の能力が低く、正常な意思疎通の能力も不足し、改造義務を履行することも、公的援助を得るために努力することも不可能となり、競争において著しく劣勢な立場にある。これらの現象面は、弱者の特徴と一致する。したがって、刑務所の刑務官は、精神病犯罪者に対して余裕のある管理をしつつ、人道的な側面にも配慮し、ひいては生活面の「保育士」となる必要がある。

❖ 8 良好な治療効果を得るため、薬物治療を前提とした科学的方法によって各種の精神病犯罪者に対応

薬物治療は、精神病犯罪者の回復を促進する主要な措置であるだけでなく、その危害行為を減少させる基本的な予防法である。特に、自殺、傷害などの攻撃行為に出る精神病犯罪者に対しては、適時で効果的な治療プランを採用し、迅速に病状を制御する方法を用いて、自傷他害の危険を解消する必要がある⁸⁾。

収容された精神病犯罪者を分析すると、その病状は、およそ興奮焦燥型、幻覚妄想型、憂鬱自責型、反復要求自殺型、敏感多疑型、易激惹型の6種に分けられる⁹⁾。

興奮焦燥型の精神病犯罪者は、外部から圧力を受けて憤怒し、脱獄、傷害、器物損壊などの行為を行う。このような精神病犯罪者に対しては、慰安を主とする接し方でその気持ちを静めるべきであって、圧力を加えてはならない。精神病犯罪者を叱責することは避けた方がよく、叱責したところで実際には何の意味もない。脱獄、傷害、器物損壊などの行為に出た精神病犯罪者に対しては、悪質な事件の発生を防ぐため、直ちに制御措置をとるべきである。

幻覚妄想型の精神病犯罪者の知覚や信念は、健常者にとっては病的状態にすぎないが、精神病犯罪者にとっては、その幻覚・妄想の内容は真実であり、修正されることも、遮断されることもない。精神病犯罪者は、妄想に陥ると、自己と無関係の者・物を敵とみなして暴力的攻撃に出る。それゆえ、精神病犯罪者に過度に干渉することもできないが、だからといって、まったくの無関心でいることもできない。このような精神病犯罪者については、同

人に対する理解と道義的な支持が重要となる。

うつ病は、失敗へと歪曲された自己の思考によって引き起こされる。犯罪者は、生活において受けた傷や失敗が刺激となって、憂慮の情緒が生じる。逆に、この情緒は、犯罪者が当初の刺激を認識する過程に影響を及ぼし、マイナス思考が形成される。何事も悪い方面へと考え、心の底から自己の過ちを咎めるため、気分がいつそう悪くなり、うつ状態となる。精神病犯罪者は、このようなうつの症状が強まるにつれて自殺志向の病的心理に陥り、死を考えるようになる¹⁰⁾。このような行為傾向からすると、認知療法を採用して行為治療理論と薬物治療とを結び付けることにより、憂鬱自責型精神病犯罪者の自殺欲求思考を治療する必要がある。これを実施する過程で治療者が果たすべき役目は、教育・説得方法を運用して積極的に指導することである。精神病犯罪者の非理性的な思考を変えるためには、説得と激励ばかりではなく、命令的な手段も用いるべきこともある。この方法には、刑務所刑務官にも通ずる部分があり、刑務所の刑務官は運用しやすいであろう¹¹⁾。

反復要求自殺型の精神犯罪者に対しては、優しい態度のみならず、言語表現の明確さも、より重要な意味をもつ。精神病犯罪者と自殺について討論し、積極的にその症状に触れることが必要で、精神病犯罪者を刺激することなどは心配しなくてよい。現実には、自殺を正視する者ほど自殺思考が弱く、逆に、自殺願望を秘めている者ほど自殺思考が強い。我々が精神病犯罪者の気持ちを理解していること、自殺は家族・友人にさらに大きな苦しみを残す利己的な行為であること、自殺など不要と考えることのできるたくさん理由が存在すること、心理治療と薬物治療によって病気が治療可能なことなどを精神病犯罪者に認識させることが重要である。

敏感多疑は、一種の人格的特徴であり、説得を受け入れることができる。しかし、その効果は長く続かず、再び同じような疑心が生じる。それゆえ、

敏感多疑型の精神病犯罪者に対しては、主に説得・説明を繰り返し、又は適切な保証を与えることが重要となる。また、日常生活においても、精神病犯罪者の誤解を避けるため、会話のときできるだけ精神病犯罪者を避けない、精神病犯罪者にはっきりと聞こえるよう意識的に話すといった心がけが必要である。

易激惹型の精神病犯罪者は、常に幻覚・妄想等の症状に影響されて焦燥感を抱いており、易激惹状況があると暴力行為をする。この精神病犯罪者に対しては、慎重な態度をとり、刺激を与えないよう配慮しなければならない。中でも、易激惹型の統合失調症犯罪者に対しては、同人の感受したことが真実だと知らせ、かつ、それに対する関心と理解を示すことである。その症状に反駁することや、それを弁解とすることもできない。易激惹焦燥憂鬱型精神病犯罪者に接触する場合には、積極的な回避、好みに迎合する、機嫌を取りつつ褒めるといった原則に則るべきである¹²⁾。

❖ 9 病状を制御する精神病犯罪者にも厳格管理により思想改造を

我々は、精神病犯罪者は患者であると同時に、犯罪者であることを冷静に認識しなければならない。病状を制御した場合には、その受刑能力は、通常の犯罪者と同じであり、したがって、精神病犯罪者であっても厳格な要求をしなければならない。積極的に行為規範に従わせ、「三課教育」を施し、適切な肉体労働に従事させるなど、厳格管理と文明管理を調和的に統一し、精神病犯罪者の回復と改造を同時進行する“二つの促進”を実現する。

❖ 10 精神病犯罪者看病区の設置，精神病犯罪者専門病院の設立を各地の専門精神病院に委託¹³⁾

事実、精神病犯罪者に受刑能力が欠けることを知りつつ収監することは、国際的な犯罪者処遇政策の発展動向と一致しない。1955年にジュネーブで開かれた犯罪防止及び犯罪者処遇に関する第1回国際連合会議で採択された「国連被拘禁者処遇最低基準規則」82条1項によると、法定の手続を経て、鑑定により確認された精神障害者は、刑務所で拘禁してはならず、新たな処遇に委ねるべきであり、精神障害者は、速やかに精神病院に引き渡されなければならない。また、たとえ刑務所に専門区域を設けたとしても、施設の欠陥、手段の欠乏、水準の限界などの原因により、治療の効果が得られないこともある。しかも、近年、収容した犯罪者が精神病を発症する比率が著しい増加を示しており、監視管理上の危険性が高まった。特に、統合失調症など重病の精神病は、犯罪者の健康及び監視管理に対する著しい脅威となっている。わが党の改造政策と社会主義人道主義の精神を体現するために、監視管理を強化し、精神病犯罪者に適切な治療を施し、医療紛争の危険を解消しなければならない。一部省では、省級刑務所管理機関は、法定の機関による鑑定で受刑能力が欠けると判断され、かつ、保釈医療の要件を充足しない重病の精神病犯罪者（例えば、統合失調症、焦燥症、焦燥憂鬱症、器質性精神病のうち監視管理及び人身の安全に対する著しい脅威となる者、自殺傾向の甚だしい憂鬱症精神病犯罪者）については、同人の収容・治療を可能な限り地方精神病専門医院に委託するものとしている¹⁴⁾。

しかし、収容された犯罪者の精神病発症率が著しく高いというこの現実を目を向けると、地方の精神病専門医院が精神病犯罪者区域を設けて重症精神病犯罪者を収容・治療する現在の努力は、焼け石に水といわざるをえない。精神病犯罪者区域のベッド数が少なく、刑務所の需要をすべて満たすことは

できない。また、非常に高額な治療費も、刑務所の負担として重くのしかかる。これらの事情からすると、問題の根本的な解決は、政府が精神病犯罪者専門医院を設立すること、ソフトとハードの両面で保障することによってなされるべきである。一方では、国際的な犯罪者処遇政策の発展動向と歩調を合わせつつ、社会主義人道主義の精神を体現することであり、他方では、これにより、刑務所は、社会が負担すべき義務から完全に脱却し、刑務所の監視管理に支えられた安全係数を高上させることを基礎としつつ、刑務所の機能が純化し、監視・管理・犯罪者の更正に一層専念し、これらの任務の効率化を高めるようになる。

注

- 1) 本稿において、「精神病」とは、重度の精神障害をいう。医学界では、病状の軽重によって、これを重障害精神障害と軽精神障害とに分類する。一般に、重精神障害は、脳器質性精神障害、体躯疾病による精神障害、精神活性物質及び他の物質による精神障害、精神分裂症、情感性精神障害、心因性精神障害、精神発育遅滞に分けられ、軽性精神障害は、神経症、人格障害、性功能障害、性変態などに分けられる。劉白駒・精神障害と犯罪（上）、社会文献（2000）12頁。
- 2) 受刑能力とは、既に効力の生じた判決により刑に服する者が、一部の權益を剥奪される懲罰を受けることを通じて、自己の犯罪行為の性質、結果を明確に識別し、合理的に刑罰の性質、目的及び意義を理解し、かつ、合理的に自己の言動を制御することによって、有効な改造を受けることのできる能力をいう。王亜輝「精神分裂と司法精神鑑定」法医学雑誌2007年1期58～59頁。
- 3) 劉白駒・精神障害と犯罪（上）社会文献出版社（2000）724頁。
- 4) 「監獄法」17条と「刑事訴訟法」214条は、その適用対象が競合している。「刑事訴訟法」は、「監獄法」よりも高次の法であるゆえ、「刑事訴訟法」214条を適用すべきである。
- 5) 精神病犯罪者は、単に「病犯」といわれることもある。
- 6) 孫平「刑務所内異常行為犯罪者制御方法検討」中国監獄学刊2004年3期61～64頁。
- 7) 拘禁性疾患の症状は、拘禁性意欲反応、拘禁性興奮状態、拘禁性意識障害、拘禁性硬直状態、拘禁性幻覚妄想状態、類似幻想性妄想症、拘禁性うつ症などに分けられる。曾緒承・司法精神病学、群衆出版社（2002）136～138頁。
- 8) 劉協和・法医精神病学、人民衛生出版社（2004）199頁。
- 9) これは、より合目的な矯正・治療のため、被収容者の病状に応じてなされる分類である。この分類は、中国精神疾病分類方法と診断標準第三版（CCMD-3）による分類の両者に重なる部分がある。

- 10) 研究統計によると、うつ症患者の20%に自殺行為があり、正常人の20倍の自殺率となっている。また、自殺未遂は、自殺件数の10倍に及ぶ。劉安求・司法精神病学基層知識，群衆出版社（1983）140頁。
- 11) 陳卓生「うつ症と犯罪者自殺及び認識治療法」中国監獄學刊2002年6期73-76頁。
- 12) 孫潔「暴力的傾向のある精神病患者の社会危害の現状，成因及び対策」四川警官高等專課學校學報2005年3期10頁，12～13頁。
- 13) 実務において，刑務所内に設立された精神病犯罪者専門区域，省級刑務所管理機關が設立した精神病犯罪者看病区域を地方精神病専門病院に委託する方法以外に，安康医院という類型もある。これは，公安体系の管轄下の危害行為精神病患者を収容する専門病院であって，治療と監視管理をその職責とする。この類型も，実際には経費，人員，施設，技術などの複雑な問題を抱える。劉協和・法医精神病学，人民衛生出版社（2004）201～202頁。
- 14) 研究によると，精神分裂症，情感性精神病及び器質精神病犯罪者は，受刑能力を欠く。拘禁性精神病犯罪者における受刑能力喪失者の割合は，93.7%と高い。黃富顥「受刑能力司法精神病鑑定研究」法医学雜誌2000年1期38～40頁。