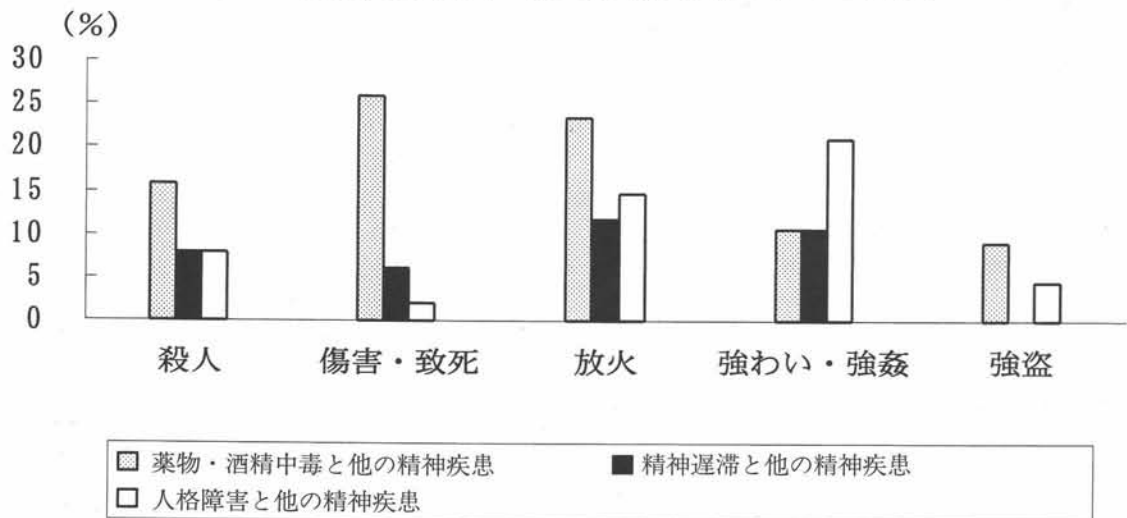


図174 精神障害複合型の研究対象者全総数に対する罹患率



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 研究対象者全総数に対する罹患率とは研究対象全総数中の当該精神障害複合型に罹患している者の占める割合を指す。

4 鑑定関係

(1) 鑑定の種別と結論

精神障害により是非弁別能力ないしこれに従って行動する能力に問題がある場合には、精神鑑定をした上で刑事処分を決定することになるが、起訴前の段階の「簡易鑑定」、起訴前正式鑑定、起訴後の段階の「起訴後正式鑑定」の3段階によって、その結論（完全責任能力、心神耗弱、心神喪失、その他^(注94)）の分布状況をみたところ、表170、図175のとおりの結果が得られた^(注95)。

いずれも、簡易鑑定、起訴前正式鑑定、起訴後正式鑑定の順で件数が少なくなるが、責任能力に疑問がある場合、通常は、まず、簡易鑑定を行い、明白に心神喪失のものについては不起訴とし、不明確な場合には起訴前の正式の精神鑑定を行うといった事件の選別をしており、起訴後に責任能力が争われた場合には、起訴前の鑑定の結果を法廷に顕出して明らかにし、起訴後の鑑定がなされるのは例外的場合に過ぎないからである。

群別に見ると、殺人群では、全体的に鑑定の件数が多い上、簡易鑑定、起訴前正式鑑定段階で心神喪失とされたものと並んで「その他」とされたものが多い。結論が明示されていないものであって、専門家でも判断が困難な限界的事例が多いためと思われる。他の群では簡易鑑定での心神喪失が多いほか、特に目立った特徴はない。

(注94) その他には、①心神喪失・心神耗弱、完全責任能力のいずれとも結論を下していないか択一的判断のため結論が不明確、②もう一度別の鑑定（正式鑑定等）をすべきである旨の意見に留まるもの等が含まれる。

(注95) 責任能力に関する判断は司法（検察官もしくは裁判官）の専権に委ねられており、鑑定において心神喪失という趣旨の結論が示されても法律上はそれに拘束される理由はないが、大多数の事件は、精神科医師の専門家としての判断を尊重してそのような場合には心神喪失と判断しているので、ここでは、便宜上、是非弁別能力あるいはこれに従って行動する能力なしという鑑定結果がでた場合を「心神喪失」、このような能力が著しく減弱しているとの結果が出た場合を「心神耗弱」、是非弁別能力とこれに従って行動する能力が心神耗弱に至らない場合に「完全責任能力」として分類した。

表170 鑑定の種別と結論

① 殺人

	総数	完全責任	心神耗弱	心神喪失	その他	全事件数
簡易鑑定	37	2	6	13	16	38
起訴前正式鑑定	17	—	6	6	5	38
起訴後正式鑑定	3	—	1	1	1	9

② 傷害・致死

	総数	完全責任	心神耗弱	心神喪失	その他	全事件数
簡易鑑定	31	3	11	14	3	50
起訴前正式鑑定	3	—	2	—	1	50
起訴後正式鑑定	4	—	4	—	—	7

③ 放火

	総数	完全責任	心神耗弱	心神喪失	その他	全事件数
簡易鑑定	26	5	6	12	3	34
起訴前正式鑑定	8	1	2	4	1	34
起訴後正式鑑定	5	1	4	—	—	9

④ 強わい・強姦

	総数	完全責任	心神耗弱	心神喪失	その他	全事件数
簡易鑑定	13	1	4	6	2	19
起訴前正式鑑定	5	—	2	3	—	19
起訴後正式鑑定	2	—	2	—	—	7

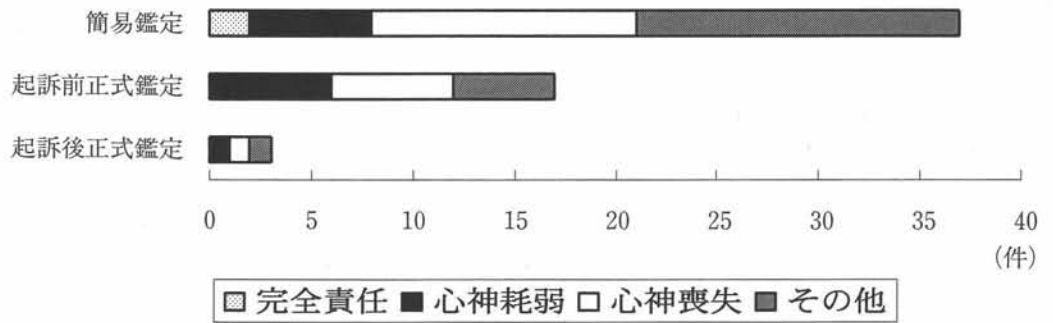
⑤ 強盗

	総数	完全責任	心神耗弱	心神喪失	その他	全事件数
簡易鑑定	20	1	7	10	2	22
起訴前正式鑑定	2	—	—	2	—	22
起訴後正式鑑定	1	—	1	—	—	4

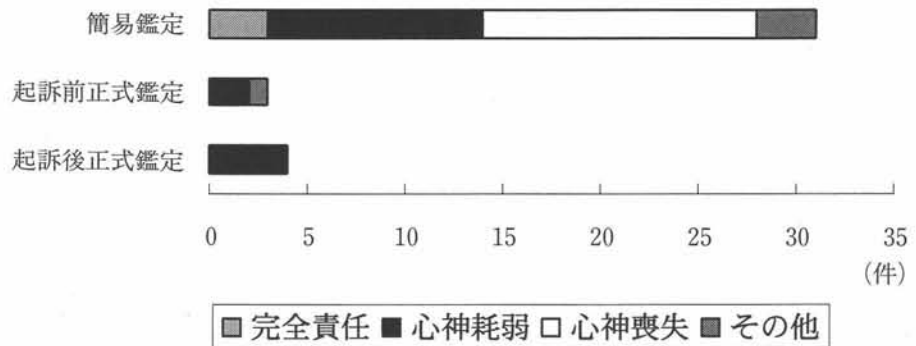
注 法務総合研究所の調査による。

図175 鑑別の種別と結論

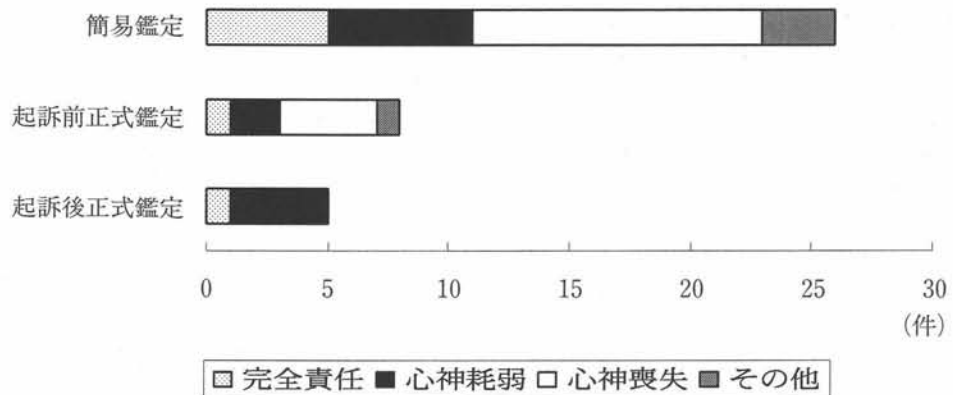
① 殺人



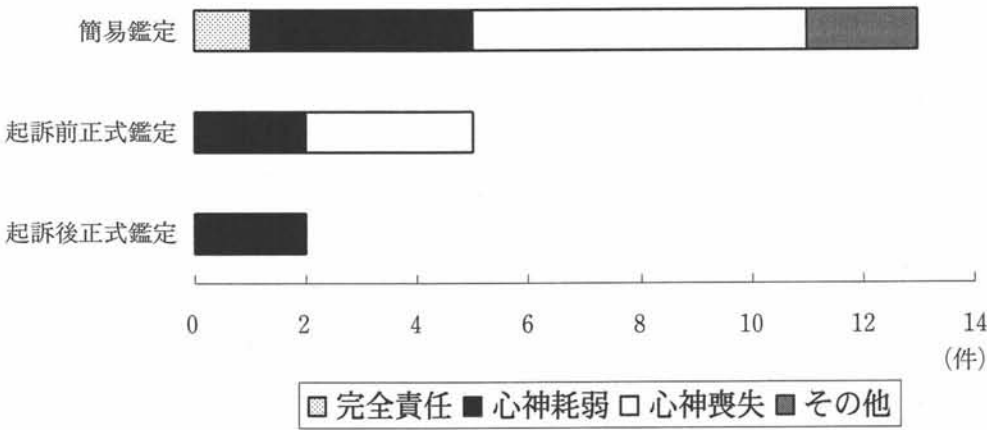
② 傷害・致死



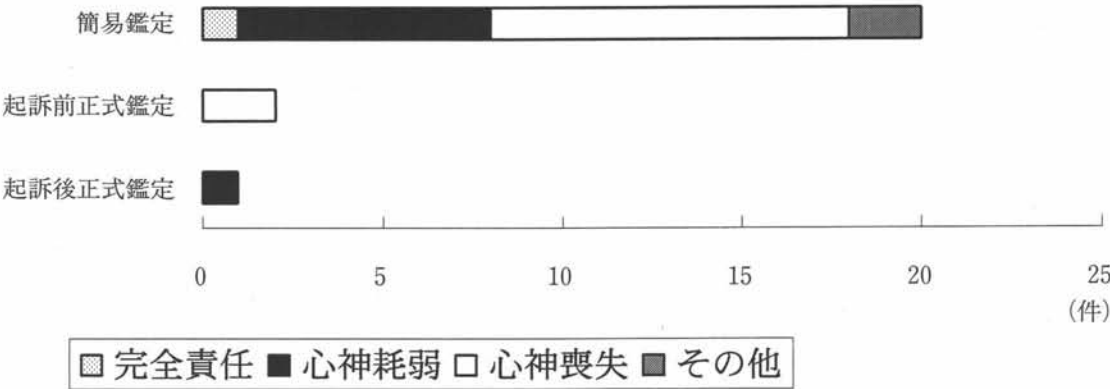
③ 放火



④ 強わい・強盗



⑤ 強盗



注 法務総合研究所の調査による。

(2) 複数鑑定と意見の異同

鑑定結果が得られた場合でも、再度鑑定をする場合があるが、その場合の意見の異同が公判等で問題となる場合がある。本件の調査対象者に対する鑑定でも意見が分かれたものが少数ではあるが認められたので、これを集計・分類したのが、表171、図176である。再度鑑定をしたものは、法定刑の重い殺人、放火群で多く、特にこのような犯罪では、少数ではあるが限界的な事例がみられ、検察官ないし裁判所も慎重に責任能力を判断する姿勢をとっていることがうかがわれる。なお、各群ごとに責任能力に関する意見の結論^(注96)ないしは病名^(注97)の一方又は両方が異なったものはせいぜい4件以下しかなく、比較的小さいことが判明した^(注97)。

表171 複数鑑定と意見の異同

	複数鑑定 総 数	責任能力のみ 異なる	病名のみ 異なる	責任能力と病名と が異なる	同一ないしは 矛盾なし
総 数	35	9	3	2	21
殺 人	19	1	2	1	15
傷 害・致死	3	2	—	1	—
放 火	8	3	—	—	5
強わい・強姦	3	2	—	—	1
強 盗	2	1	1	—	—

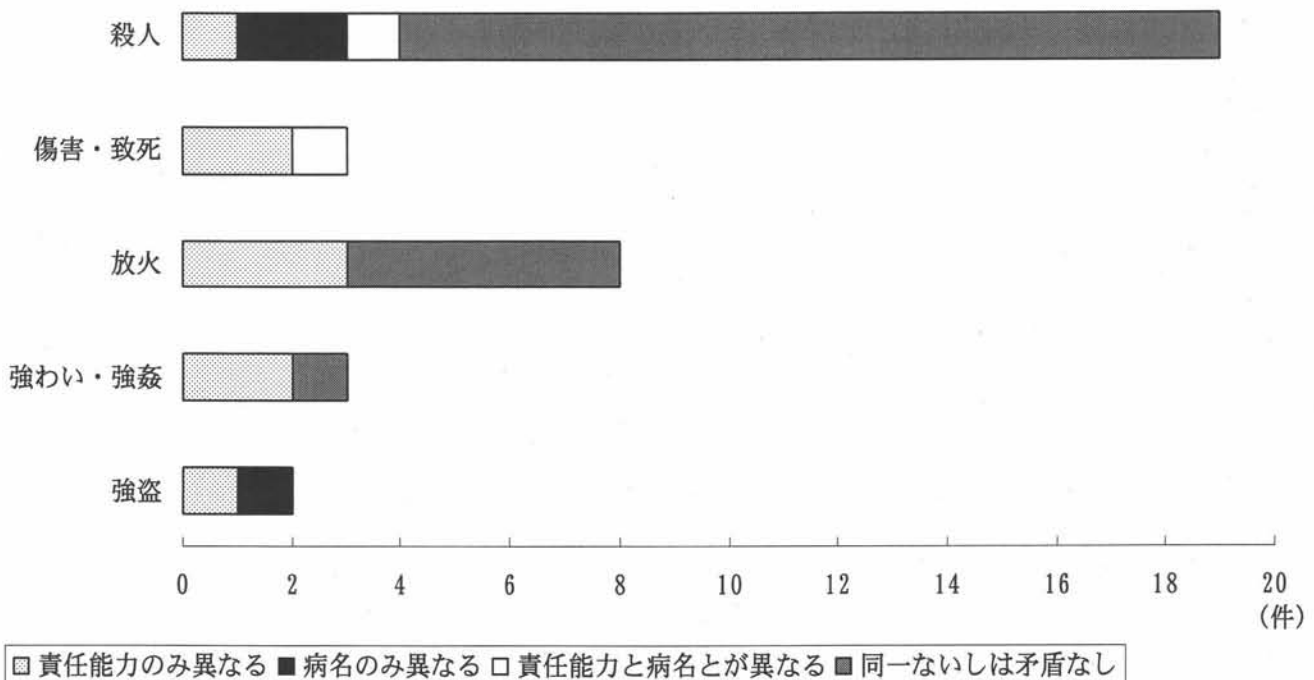
注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明及び非該当を除く。

(注96) 責任能力に関する最終的判断は、検察官（不起訴の場合）ないし裁判所（起訴した場合）に委ねられており、たとえ、精神科医である鑑定人が、「責任能力なし」との結論を鑑定に際して示したとしても法的にはこれに拘束されるものではなく、鑑定書にも「責任能力についての判断は、司法の専権に属するものであるが・・・」という留保付きで責任能力についての意見が付されているのが通例である。但し、実務上は、専門家である鑑定人の意見が不合理で納得しがたい結論を示しているか、明らかな誤りがある場合や、再鑑定等により、専門家の鑑定意見が分かれている場合等例外的な場合以外は、その鑑定人の意見を尊重しつつ責任能力に関する判断を下するのが普通である。

(注97) 「同一ないし矛盾なし」というのは、結論が同一趣旨の場合と一方の結論が「その他」すなわち、結論不明ないしは再鑑定の必要性を述べたに留まるものを含む。

図176 複数鑑定意見の異同



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明及び非該当を除く。

(3) 鑑定人等の再犯可能性等に関する言及の有無

記録等を精査したところ、鑑定書や医師からの回答書、供述調書等に被疑者の再犯可能性あるいは治療体制の強化の必要性、触法精神障害者に対する現行法制の不備についての意見が述べられていたものが散見されたので、これらの意見を集計した結果は、表172、図177のとおりである。

再犯可能性の有無については、判断が難しいという見解もあるが、現実に重大犯罪について再犯を犯している事犯の中には、あえて再犯可能性について記載している例も全体の約30%と少なからずあり、特に殺人、放火群などより重大な犯罪においてはかなり高い率（殺人約42%、放火約32%）で言及がなされている。

また、治療の限界を論じ、治療体制の強化や法制の不備についてまで言及している例もあった。

現実に医療や鑑定に携わった精神科医等の専門家の目から見ても、明らかに再犯可能性が認められる危険な事例があり、また、治療体制の不備、法制度の不備等重大犯罪の再犯者に対する制度上の問題点が目につくことから、このような意見を述べるに至っているものと考えられる^(注98)。

(注98) 現行制度や医療の限界等に関する意見の主な例としては、以下のようなものがあつた。

【殺人群】

「(アメリカの例を引き) 精神障害を理由として無罪判決を受けた者は多くの裁判管区において受け持ちの精神科医や病院長がもはや入院を要しないと結論しても退院することはできない。裁判所は退院に関する監督権限を持っており、医師の勧告を却下することができる。日本の法律では不可能であるが、こういうことが繰り返されないために措置入院後の処遇に十分な配慮を願いたい。」

【傷害・致死群】

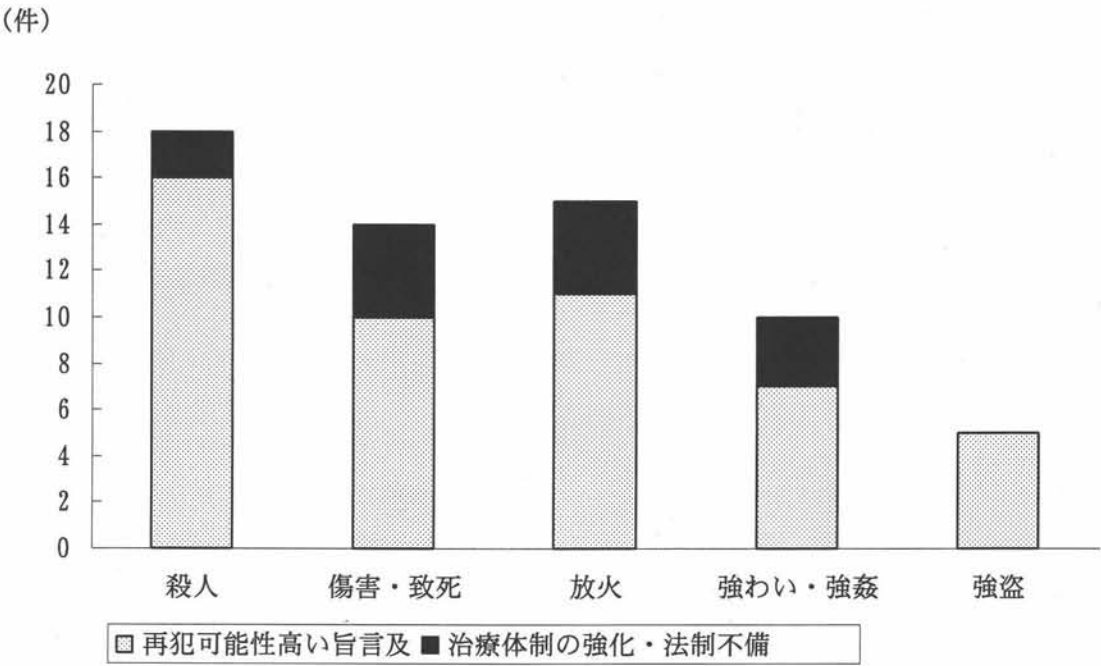
「躁状態の再発は必発・躁状態に飲酒による酩酊が重畳すればその犯罪は重大化する事も予想される。意思能力があると見られる時期に医療上の知識を学習・習得しているがそれに従って受療することを遵守する姿勢は認められず、現行の医療状況でこの姿勢を期待するのは困難(外来診療を義務づけることは困難)であり、措置入院も困難である。」、「被疑者の嫉妬妄想は人格に深く根ざしたもの・後日再び不測の事態を招く危険性すら危惧されるので精神医学的治療がど

表172 鑑定人等の再犯可能性等に関する言及の有無

	再犯可能性高い旨言及	治療体制の強化・法制不備に言及	研究対象総数
総 数	49	13	163
殺 人	16	2	38
傷 害・致死	10	4	50
放 火	11	4	34
強わい・強姦	7	3	19
強 盗	5	—	22

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明及び非該当を除く。

図177 鑑定人等の再犯可能性等に関する言及の有無



注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明及び非該当を除く。

うしても必要であるが、このような強固な妄想を完全に消たいさせることは精神医学的療法をもってしても必ずしも容易ではない。」「精神医学的治療による再犯の防止は困難な事例」

【放火群】

「主治医の指示通り断酒ができれば犯行に至らなかったと思われるが、今後も外来通院によって断酒が実現できる見通しは立たない。覚せい剤中毒残遺精神病としての幻聴・妄想状態は抗精神病薬の治療によっても消失することがないから将来飲酒したときに相乗作用で本件犯行と同様の状況に容易に陥ることが予想される。このような犯罪性精神障害者を医療のみで処遇することは限界があり、司法と医療との両方の機能をもった処遇システムが望まれる。」

【強わい・強姦群】

「軽度の欠陥状態は治療の見込みはなく再犯防止の観点からも保護観察下に置く必要あり」
いずれも具体的かつ高度な再犯への危険性を感じながらも現行制度では再犯予防が困難なことに対する深刻な苦悩がうかがわれる意見である。

5 処理関係（起訴・不起訴の別）

再犯時の起訴・不起訴の割合については、表173・174、図178・179のとおりである^(注99)。

全般的には、不起訴率は、63～86%と高く、起訴率は低い。が、重大犯罪の再犯者だけに、起訴した場合の実刑率は極めて高く、執行猶予付きの場合はほとんどない。事案の重大性が実刑の主たる理由と思われるが、再犯の危険性を考慮している影響もあるものと思われる。

群別に見ると、殺人では、心神喪失による不起訴が7割を超える高率であるのに対して、傷害・致死群では、不起訴率が86%と高い割には、心神喪失の割合が、50%と殺人に比して高くなく、起訴猶予が36%と高いのが目に付く。精神障害の程度が殺人群に比して軽い場合が多い可能性があるほか、傷害事犯の場合には、そもそも負傷程度が軽微である等の理由から起訴猶予と判断すべき事案も相当数含まれている可能性がある等の事情が起訴猶予率の高さの一因となっているものと思われる。

そのほか、強わい・強姦群の起訴率の高さ、不起訴率、特に心神喪失による不起訴率の低さが目立っている。精神障害の種別に精神遅滞等が多く、心神喪失に至らない場合が多いことに起因しているのではないかと思われる。

表173 刑事処分の種別（主文別）人員

	総数	懲役				不起訴			
		実刑	保護観察付執行猶予	執行猶予（保護観察なし）	懲役小計	起訴猶予	心神喪失	その他不起訴	不起訴小計
総数	163	34	1	1	36	32	94	1	127
殺人	38	9	—	—	9	1	28	—	29
傷害・致死	50	7	—	—	7	18	25	—	43
放火	34	8	—	1	9	5	20	—	25
強わい・強姦	19	6	1	—	7	2	9	1	12
強盗	22	4	—	—	4	6	12	—	18

注 法務総合研究所の調査による。

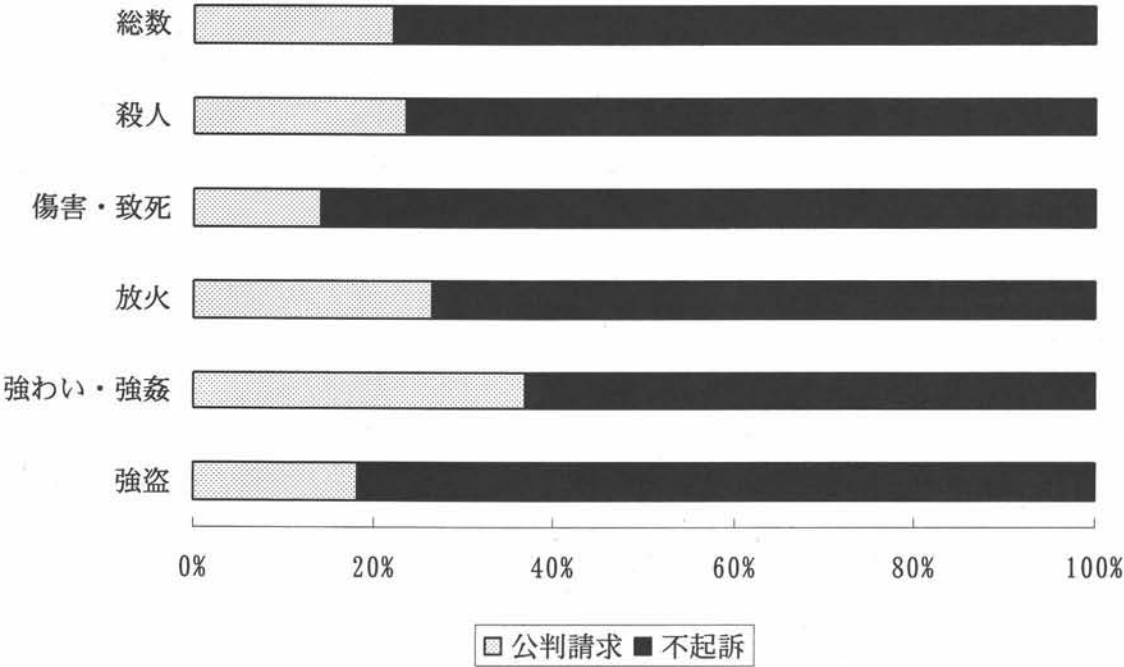
(注99) 本件対象事件中に心神喪失による無罪はなかった。心神喪失にあると認定できるような場合には、検察官が不起訴とするのが通例であるから、心神喪失を理由とする無罪判決は極めてまれである。

表174 刑事処分の種別（主文別）構成比

	総数	懲役				不起訴			
		実刑	保護観察付執行猶予	執行猶予（保護観察なし）	懲役小計	起訴猶予	心神喪失	その他不起訴	不起訴小計
総数	100.0	20.9	0.6	0.6	22.1	19.6	57.7	0.6	77.9
殺人	100.0	23.7	—	—	23.7	2.6	73.7	—	76.3
傷害・致死	100.0	14.0	—	—	14.0	36.0	50.0	—	86.0
放火	100.0	23.5	—	2.9	26.5	14.7	58.8	—	73.5
強わい・強姦	100.0	31.6	5.3	—	36.8	10.5	47.4	5.3	63.2
強盗	100.0	18.2	—	—	18.2	27.3	54.5	—	81.8

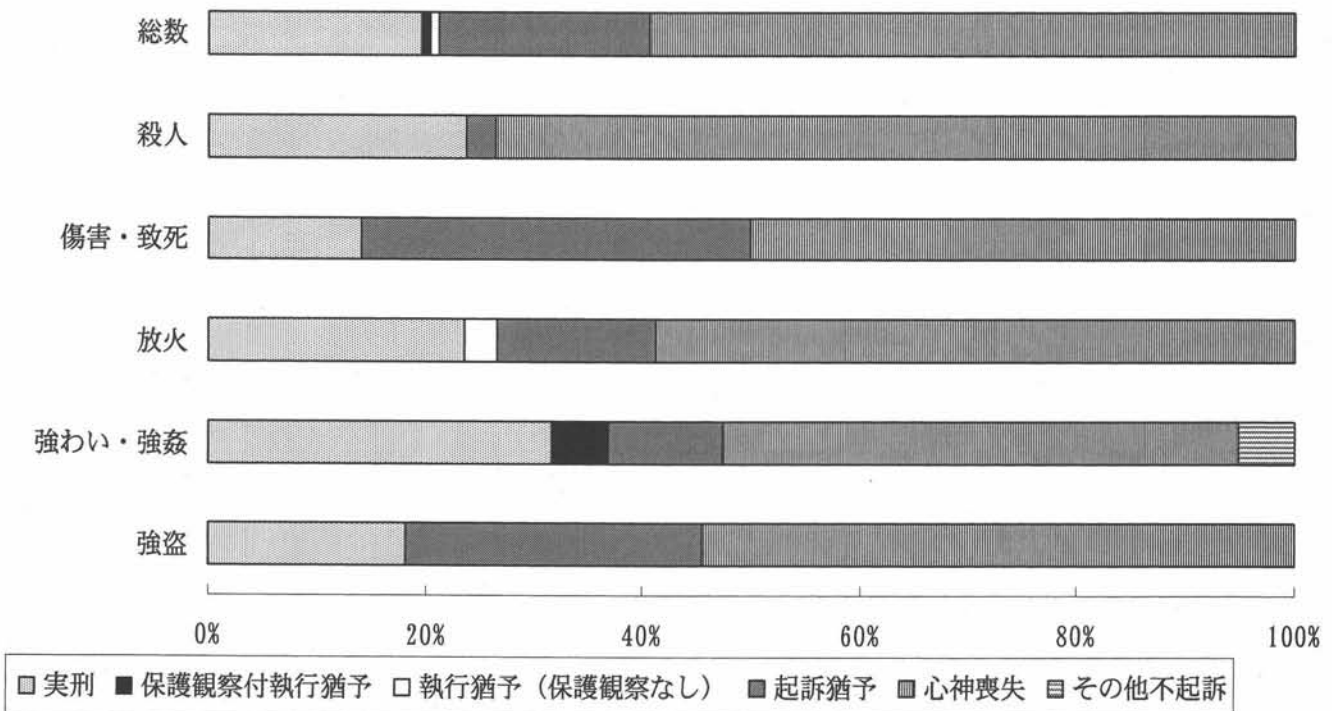
注 1 法務総合研究所の調査による。
2 色を塗った欄は特徴的な部分である。

図178 起訴不起訴別構成比



注 法務総合研究所の調査による。

図179 刑事処分（主文別）構成比



注 法務総合研究所の調査による。

6 事件後の入院関係

(1) 事件処理時の通報

現行法上は、精神障害者が犯罪を犯して検挙された場合に、自傷・他害のおそれがあれば、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健法」という。）24条に基づき警察官は、保健所長を通じて都道府県知事に通報しなければならないとされており、検察官は、精神障害者ないしはその疑いがある者について不起訴処分をした場合には、同法25条に基づいて都道府県知事に通報しなければならないとされている。それを受けて、都道府県知事は、2人以上の指定医に診察をさせた上、自傷他害のおそれがあると判断した場合には、同法29条に基づいて強制的に入院（措置入院）させることができる。

警察官と検察官の通報の分布は、表175、図180のとおりである。

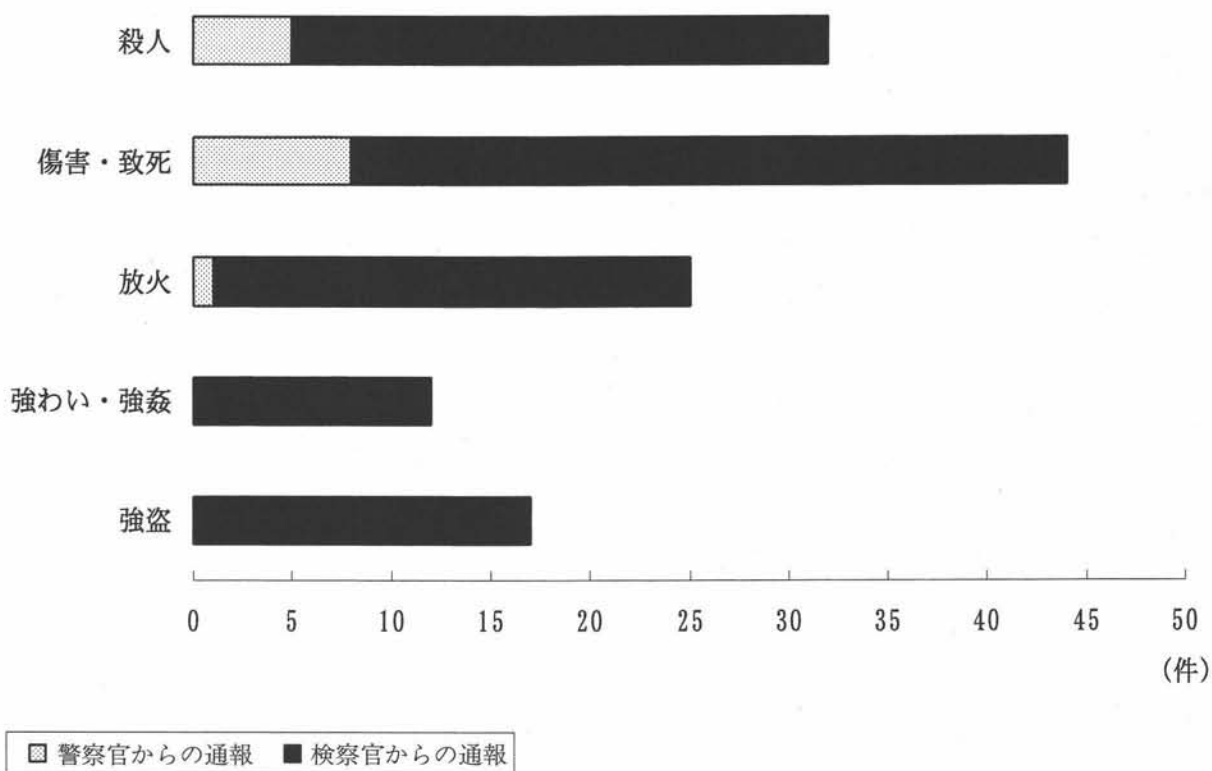
大半の事件について通報がなされているが、殺人、傷害・致死群では、警察官からの通報が目立つ。警察官からの通報がなされる事例は、一般的には、精神障害の程度が著しく、警察官の目から見ても明らかに心神喪失状態であって措置入院の必要性が高い（自傷他害のおそれがあるのが明らかである）者であることが多いので、これらの群では、そのような明らかに自傷他害の危険の高い場合が多く認められるものと思われる。

表175 警察官あるいは検察官からの通報件数

	総数	殺人	傷害・致死	放火	強わい・強姦	強盗
総数	130	32	44	25	12	17
警察官からの通報	14	5	8	1	—	—
検察官からの通報	116	27	36	24	12	17

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 重複回答である。
 3 通報なし及び不明を除く。

図180 警察官あるいは検察官からの通報件数



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 重複回答である。
 3 通報なし及び不明を除く。

(2) 通報後の入院種別

精神保健法による通報があった場合には、都道府県知事は、指定医2人以上が、精神障害により入院して医療及び保護を受けなければ、自傷・他害のおそれがあると判断した場合には、同法29条に基づいて強制的な入院（措置入院）をさせることができるが、検察官ないしは警察官が「自傷他害のおそれあり」として通報したとしても、その判断は拘束力を持たないので、場合によっては、措置入院とならない場合がある。ただ、その場合でも、本人の同意に基づいて任意入院（同法22条の3）ができるのはもちろん、医療及び保護のため入院の必要があって本人の同意が得られない場合であっても、保護者の同意があれば、医療保護入院（同法33条）が可能である。

再犯者の再犯時通報時の入院等の種別は、表176・177、図181・182のとおりである。検察官等が通報した場合で措置入院とならない場合にも、直ちに元の生活環境に復帰させることには治療上問題の多い場合があるため、保護者や医療関係者等の配慮により、医療保護入院や任意入院がなされる場合が多く、保護や医療のための措置がなされない場合は少数に留まっている。

群別でみると、措置入院率は、殺人群が80%近くと高い一方で、強わい・強姦群は60%未満と他に比して低く、医療保護入院比率は、強わい・強姦群が、任意入院比率は殺人群が、それぞれ他に比べると高い傾向にある。

表176 精神保健法による通報時の入院等種別件数

	総数	措置入院	医療保護入院	任意入院	なし	その他（不明・入院中）
総 数	128	95	8	11	8	6
殺 人	29	23	1	4	—	1
傷 害・致死	43	34	1	2	4	2
放 火	25	19	2	2	2	—
強わい・強姦	13	7	3	1	—	2
強 盗	18	12	1	2	2	1

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 非該当を除く。

表177 精神保健法による通報時の入院等種別構成比

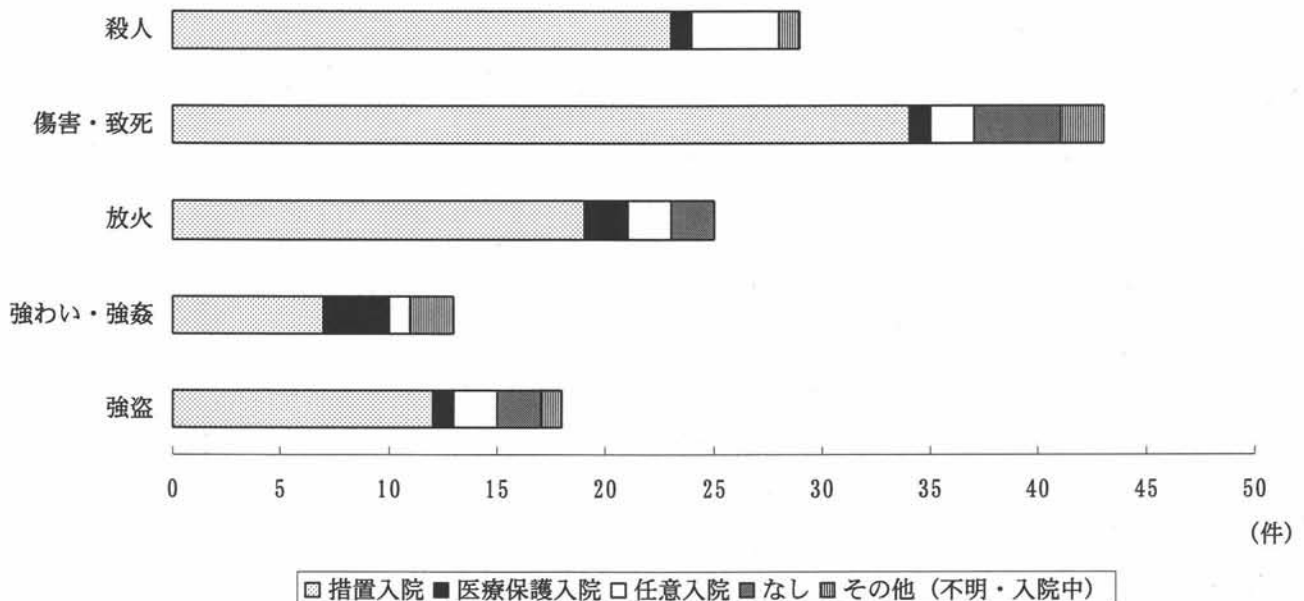
	総数	措置入院	医療保護入院	任意入院	なし	その他（不明・入院中）
総 数	100.0	74.8	6.3	8.7	6.3	4.7
殺 人	100.0	79.3	3.4	13.8	—	3.4
傷 害・致死	100.0	79.1	2.3	4.7	9.3	4.7
放 火	100.0	76.0	8.0	8.0	8.0	—
強わい・強姦	100.0	53.8	23.1	7.7	—	15.4
強 盗	100.0	66.7	5.6	11.1	11.1	5.6

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 非該当を除く。

3 色を塗った欄は、特徴的部分である。

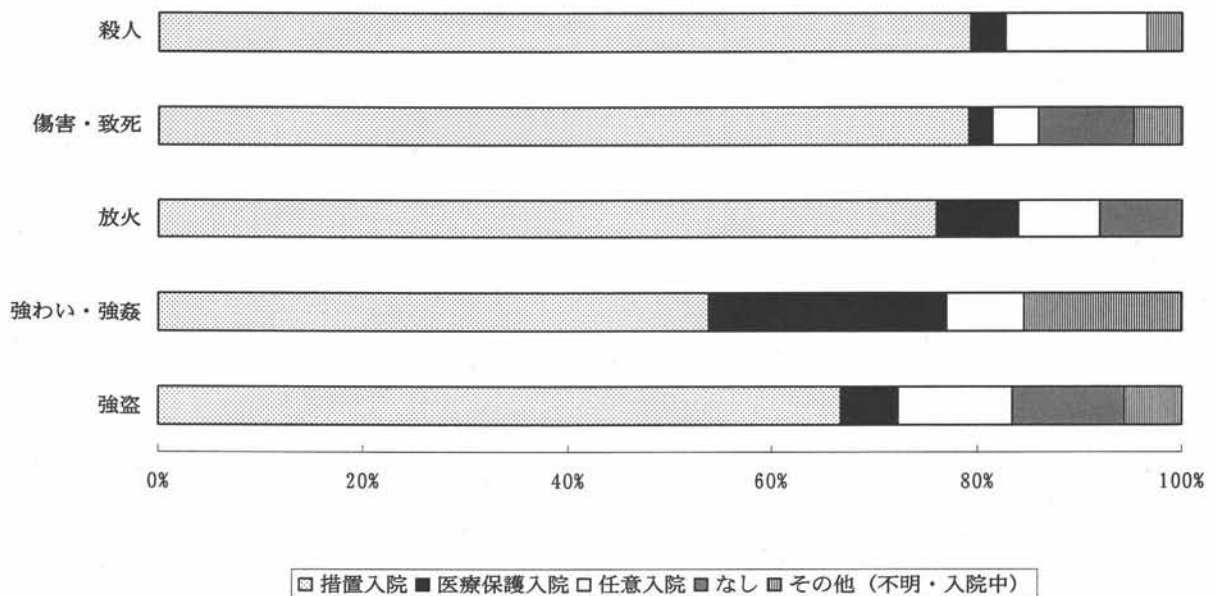
図181 精神保健法による通報時の入院等の種別件数



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 非該当を除く。

図182 精神保健法による通報時の入院等の種別構成比



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
2 非該当を除く。

(3) 退院後再入院の病院の異同

再犯前に精神病院に入院しており、退院させてから再犯を犯し、再度精神病院に入院させる必要がある場合には、もう一度退院前の同じ病院に再入院させるか、別の病院に入院させるかしか方法はないと思われ、いずれが適当かは指定医等医師の判断によることになる。再入院の病院の異同は、表178、図183のとおりである（ただし、退院時あるいは再入院時の病院名が不明の場合を除外した）。前に退院したのと同じ病院に再入院した割合は、全体として約36%、6割強が別の病院に入院させている。群別に見ると、強わい・強姦群のみが約11%と低く、他の群は30～40%程度と高いことが分かる。

病院で治療を受けて退院した後に再犯を犯している場合に、病院での治療が十分ではなかったのではないかと治療に対して疑問の目を向けるか、治療は十分だったが退院後に予想外の症状悪化が生じたのではないかと、治療外の要因による不可抗力ではないかを見るか、あるいは治療を拒否するなどして被疑者自身が自ら招いた被疑者に帰責事由があるのではないかと人的要因と見るかは、具体的事例の事情によるので、統計だけでは分からない難しい面がある。ただ、前回犯行時の病院と異なる病院に入院させるというのは、前回入院時の治療が十分ではなかったか、治療あるいは投薬等の管理体制が前回入院時には被疑者に適合していなかったか（例えば医師や看護師（婦）に暴力を振るった経歴のある患者の再入院を嫌がる病院は少なからずあるのが実情である。）、病状が進行するあるいは別の病気を併発するなどして更に治療体制を強化する必要がある等実質的な理由があるのが通常であろうと思われる。再入院先が退院時の病院と異なっていることは、こういった治療行為の難しい側面の出現を推測させる。

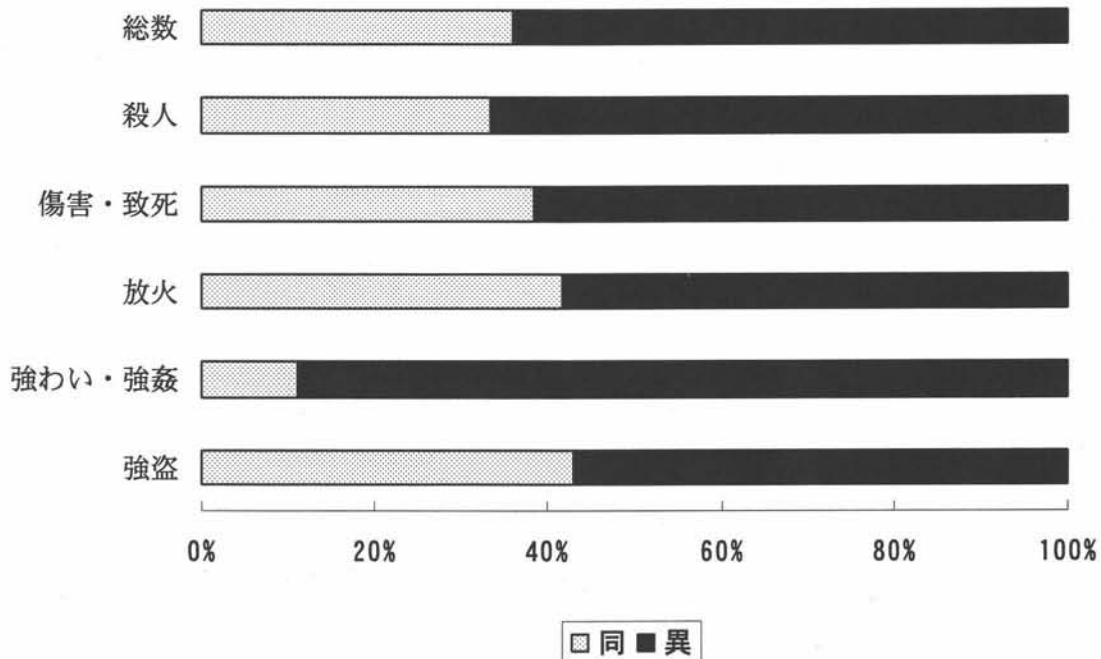
表178 退院後再入院病院の異同

	総数	同	異
総 数	61	22	39
殺 人	21	7	14
傷 害・致死	26	10	16
放 火	12	5	7
強わい・強姦	9	1	8
強 盗	14	6	8

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

図183 退院後再入院病院の異同構成比



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

7 治療状況関係

(1) 精神障害の種別

被疑者が罹患していた精神障害の種別については、既に検討したとおりで、精神分裂病の割合が突出して多く、ついでアルコール中毒、覚せい剤中毒、精神遅滞の割合が多い。

(2) 発病年齢

精神障害の罹患が明らかになった発病^(注100)時期について、鑑定書医師の病状照会回答書、医師の調書等から認定し、満年齢で分類した結果が、表179^(注101)・180、図184である。

(注100) 精神遅滞については、便宜上特に鑑定書等に記載がない限り、「当初から」として認定した。1，2年程度の幅がある場合はより遅い時期とし、幅が数年を超えて長すぎる場合には不明として除外した。

(注101) 表179について、 χ^2 検定を行ったところ、殺人群「当初から」、傷害・致死群の「1～19歳」で有意に少なく、同群の「40～49歳」、強わい・強姦群の「当初から」で有意に多いという結果が得られた。(巻末検定表23参照)

全体として20歳代が最も多く、約41％を占め、ついで30歳代、未成年者が続く。

群別に見ると、殺人群では、20歳代が50％を超え、傷害・致死群では、20歳代が約38％を占めて最も多いものの、30歳代約28％、40歳代約23％と比較的割合が高く、これら中年層で5割を占めている。放火群は、傷害・致死群と分布状況が似ており、20歳代約35％、30、40歳代の中年層で約31％を占める。強わい・強姦群は、他の群と異なり、当初からのものが20歳代と並んで35％を超えて最も多く、未成年者と当初からのものを合わせると5割弱となり、20歳代をも合わせると82％を超えるなど若年時に病気が発現しているものが大半を占めている。強盗群は、20歳代が約43％を占めて最も多いが、未成年者も多く、当初からと未成年者、20歳代を合わせると80％を超えるなど若年時が大半を占めている。

表179 精神障害の発病年齢別人員

	総数	当初から	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上
総 数	137	13	21	56	27	15	4	1
殺 人	30	—	7	16	5	1	1	—
傷 害・致 死	40	1	2	15	11	9	1	1
放 火	29	4	4	10	5	4	2	—
強わい・強姦	17	6	2	6	3	—	—	—
強 盗	21	2	6	9	3	1	—	—

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

表180 精神障害の発病年齢別構成比

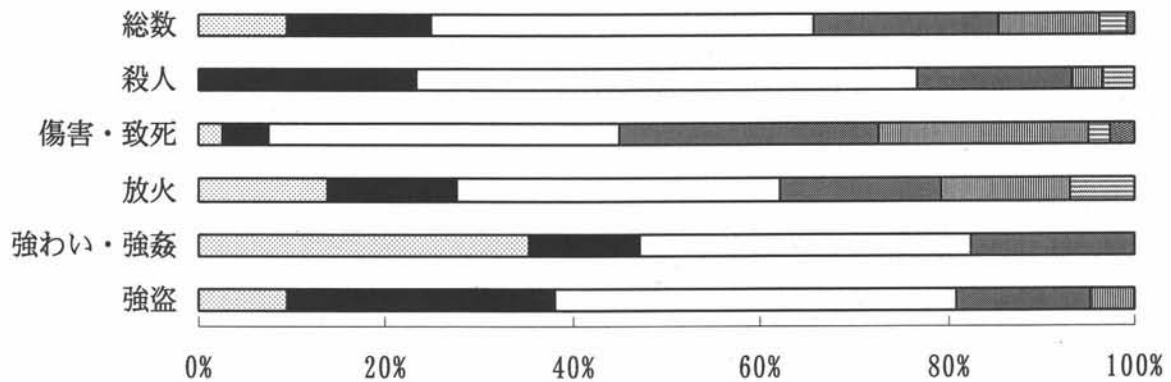
	当初から	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上
総 数	9.5	15.3	40.9	19.7	10.9	2.9	0.7
殺 人	—	23.3	53.3	16.7	3.3	3.3	—
傷 害・致 死	2.5	5.0	37.5	27.5	22.5	2.5	2.5
放 火	13.8	13.8	34.5	17.2	13.8	6.9	—
強わい・強姦	35.3	11.8	35.3	17.6	—	—	—
強 盗	9.5	28.6	42.9	14.3	4.8	—	—

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

3 色を塗った欄は、特徴的な部分である。

図184 精神障害の発病年齢別構成比



■ 当初から ■ 19歳以下 □ 20～29歳 ■ 30～39歳 ■ 40～49歳
 ■ 50～59歳 ■ 60歳以上

注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 不明を除く。

(3) 初診年齢

精神障害についての診察を初めて受けた時の満年齢の分布について見たものが、表181・182、図185である。

全体として見ると、20歳代が最も多く、30歳代、40歳代がそれに続く。

群別に見ると、殺人、強盗群が、20歳代が突出して多く、他が少ないのに対して、傷害・致死群では、20～40歳代がほぼ並んでピークを形成し、放火群では、30歳代が突出したピークを、強わい・強姦群では、20～30歳代がピークを形成している。

(2)で検討した発病年齢と対比すると、殺人、強盗群は、発病年齢と初診年齢の層のピークがほぼ一致しているが、傷害・致死、放火、強わい・強姦群では、発病年齢のピークより初診年齢のピークがより高年齢層側にややずれており、これらの層においては、発病の認識があってもなんらかの事情により診察を受ける時期が遅れている場合が多いのではないと思われる。遅れる事情として考えられるのは、病状ないしは精神障害の程度が軽い、あるいは、被害者が家族等に留まる家庭内での問題行動が多く、家庭外に対して迷惑をかけないため、外部に異常行動が発覚せず、異常行動に気づいた家族も医師の診察を回避している等の事情と思われる。

表181 初診年齢別人員

	総数	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	診察なし
総数	158	18	51	37	22	6	6	18
殺人	36	4	13	6	3	3	—	7
傷害・致死	47	2	15	11	14	1	4	—
放火	34	4	7	10	3	2	2	6
強わい・強姦	19	3	6	6	1	—	—	3
強盗	22	5	10	4	1	—	—	2

注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 不明を除く。

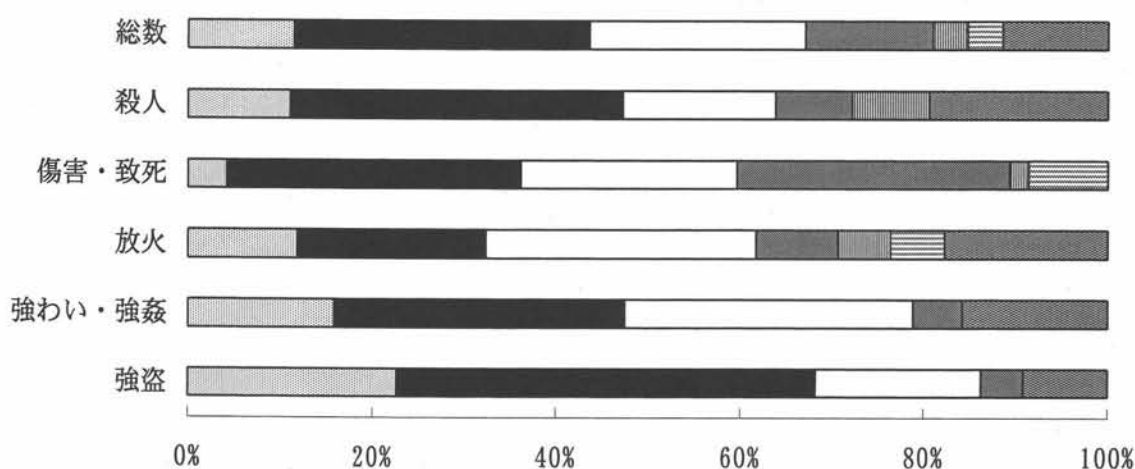
表182 初診年齢別構成比

	総数	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	診察なし
総数	100.0	11.4	32.3	23.4	13.9	3.8	3.8	11.4
殺人	100.0	11.1	36.1	16.7	8.3	8.3	—	19.4
傷害・致死	100.0	4.3	31.9	23.4	29.8	2.1	8.5	—
放火	100.0	11.8	20.6	29.4	8.8	5.9	5.9	17.6
強わい・強姦	100.0	15.8	31.6	31.6	5.3	—	—	15.8
強盗	100.0	22.7	45.5	18.2	4.5	—	—	9.1

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

図185 初診年齢別構成比



□ 19歳以下 ■ 20～29歳 □ 30～39歳 ■ 40～49歳 ■ 50～59歳 ■ 60歳以上 ■ 診察なし

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

(4) 初診時期（前科歴との前後関係）

精神障害の初診時期と重大前科歴の前後関係について、「不明」と「診察なし」を除いた上、「直近1～再犯」（直近重大前科歴1の刑事処分^(注102)の後再犯の刑事処分までの間に初診時期があるもの）、「直近2～直近1」（直近重大前科歴2の後、直近重大前科歴2の刑事処分までの間に初診時期があるもの、以下も同様。）、「直近3～直近2」、「直近4～直近3」、「直近5～直近4」、「直近5以前」、に分類した結果は、表183・184、図186のとおりである。

全体として見ると、初診時期としては、「直近2～直近1」の割合が最も高く、「直近1～再犯」が次いでおり、両時期で約74%を占めている。

群別に見ると、殺人、強盗群では、「直近2～直近1」の時期に初診が集中しており、いずれも85%前後と大半が同時期以前に診察を受けた経験がある（言い換えれば、精神障害の診察を受けて治療を受ける機会がありながら、その後に、「直近1」、「再犯」と2つの重大犯罪を犯している者の割合が85%前後を占めていることになる。）。

(注102) 前科歴1の刑事処分の日とは、第一審判決宣告日または不起訴処分の日をさす。

傷害・致死群では、「直近1～再犯」の時期が約44%と最大の割合を占め、他の群に比して初診時期が遅れており、初診後に2つの重大犯罪を犯している者の割合は約56%と他に比して最も低い。

放火群では、「直近2～直近1」の割合が約42%と最も高い割合を占め、初診後に2つの重大犯罪を犯している者の割合は約65%と傷害・致死群よりは高いが、殺人、強盗群よりは低い。

強わい・強姦群は、初診後に2つの重大犯罪を犯している者の割合は、約77%と放火群と殺人、強盗群との中間の値を示しているものの、その内訳を見ると、「直近3～直近2」の割合が38%を超えるなど他に比して診察時期が早い者が多く、同時期以前に診察を受けた者（すなわち、診察後に「直近2」「直近1」「再犯」の3回重大犯罪を犯している者）の割合は約54%と他に比して著しく高い。

殺人、強盗群、強わい・強姦群で、初診後にも2回以上重大犯罪を犯した者の割合が高く、傷害・致死群で比較的低いのは、前者の群では、早期に発病して診察を受け、継続して治療を受ける機会がありながら、①治療が困難なほど症状が重かった、②その後症状が進行した、あるいは、③被疑者及び保護者に治療の必要性についての意識が乏しかった、等何らかの理由でその機会を生かし切ることができなかったか、一時的には生かしてもこれを継続することができなかったこと等が理由となっているのではないだろうか。

また、後者の群では、①発病が比較的遅いか、②症状が軽く異常行動の程度が甚だしくなかったため、診察を受けるのが遅くなった、という理由が考えられよう。

表183 初診時期（重大前科歴との前後関係）

	総数	直近1～再犯	直近2～1	直近3～2	直近4～3	直近5～4	直近5以前
総数	123	37	54	16	8	1	7
殺人	26	4	17	2	1	—	2
傷害・致死	43	19	14	6	2	—	2
放火	26	9	11	3	2	—	1
強わい・強姦	13	3	3	5	—	1	1
強盗	15	2	9	—	3	—	1

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明及び診察なしを除く。

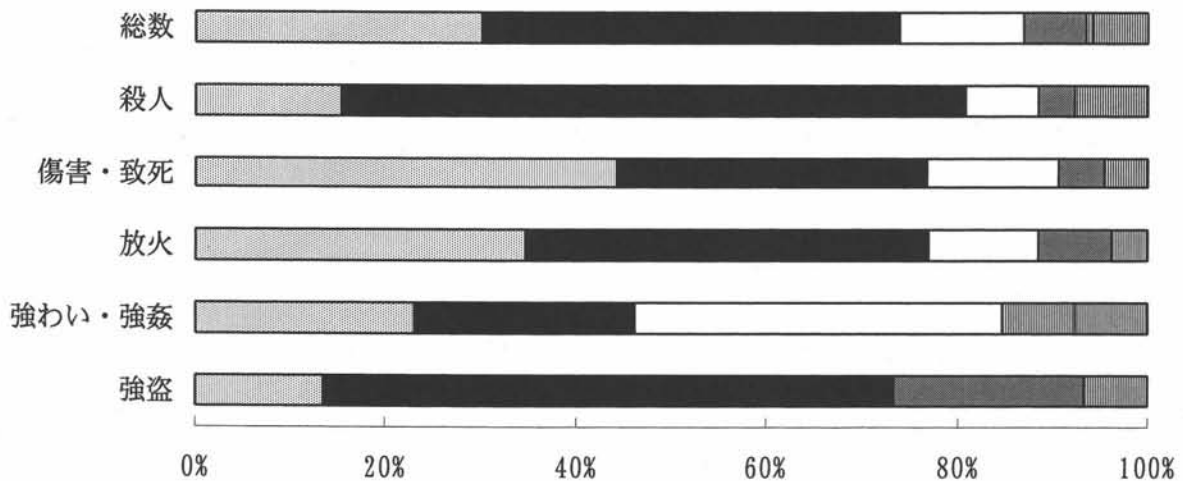
表184 初診時期（重大前科歴との前後関係）構成比 (%)

	総数	直近1～再犯	直近2～1	直近3～2	直近4～3	直近5～4	直近5以前
総数	100.0	30.1	43.9	13.0	6.5	0.8	5.7
殺人	100.0	15.4	65.4	7.7	3.8	—	7.7
傷害・致死	100.0	44.2	32.6	14.0	4.7	—	4.7
放火	100.0	34.6	42.3	11.5	7.7	—	3.8
強わい・強姦	100.0	23.1	23.1	38.5	—	7.7	7.7
強盗	100.0	13.3	60.0	—	20.0	—	6.7

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明及び診察なしを除く。

図186 初診時期（重大前科歴との前後関係）構成比



■ 直近1～再犯 ■ 直近2～1 □ 直近3～2 ■ 直近4～3 ■ 直近5～4 ■ 直近5以前

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明及び診察なしを除く。

(5) 精神病院入院回数

重大犯罪を犯して検挙されて不起訴となり、精神病院に入院して治療を受けた経験がありながら、再犯に及ぶ者が多いが、再犯者の精神病院入院回数^(注103)の分布は、表185・186、図187のとおりである。

全体としてみると、65%以上の者が1回以上、5割弱が2回以上、2割が5回を超え、1割が10回を超えている。

群別にみると、殺人、強盗群では、他の群に比して全体的に入院回数が多く、平均入院回数も5.5回(殺人)、4.4回(強盗)と多い。傷害・致死、放火、強わい・強姦群はほぼ似たような分布を示している。

いずれの群にしても、半数以上が、精神病院への入院を経ているながらも、重大犯罪を繰り返していることから見ると、医療による症状改善が十分ではないことがうかがわれる。

表185 精神病院入院回数

(人)

	総数	なし	1回	2回	3～5回	6～10回	11～20回	21回以上
総数	163	56	30	21	23	16	11	6
殺人	38	10	7	4	6	3	4	4
傷害・致死	50	18	11	7	5	6	3	—
放火	34	17	3	1	5	5	3	—
強わい・強姦	19	6	5	3	3	1	1	—
強盗	22	5	4	6	4	1	—	2

注 法務総合研究所の調査による。

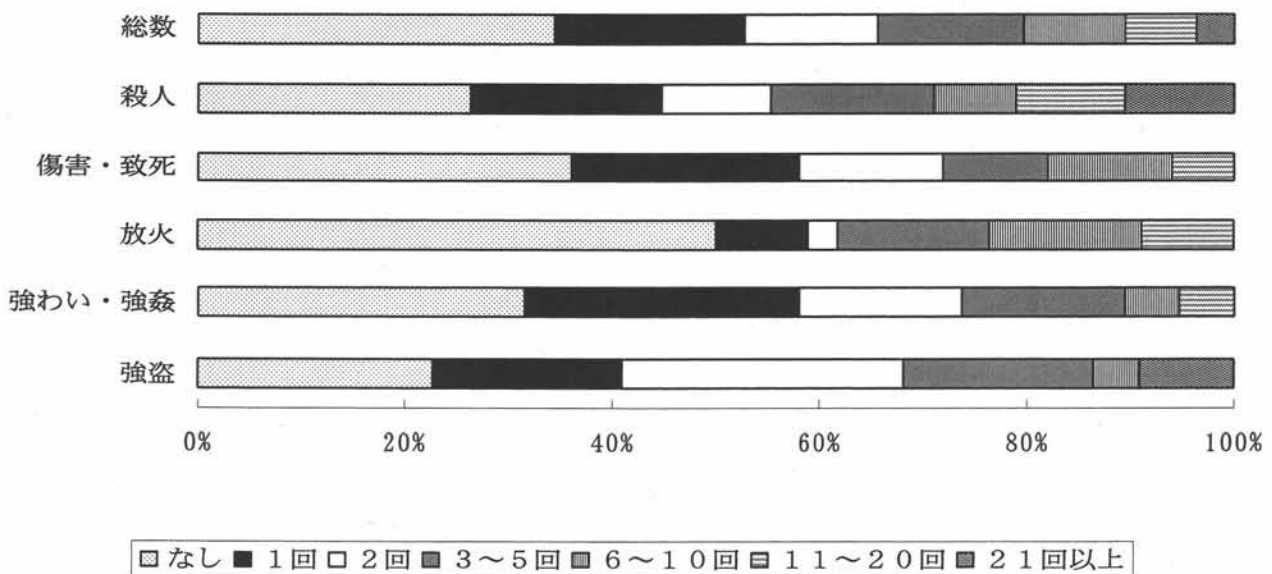
(注103) 精神病院入院回数については、記録上、数回、十数回、3回以上、20～30回等不確定な場合には、最低限度間違いなく認められる回数、すなわち、それぞれ、2回、10回、3回、20回とみなして計算した。従って、実際の入院回数は、もっと多いことになる。

表186 病院入院累積回数構成比 (%)

	総数	1回以上	2回以上	3回以上	6回以上	11回以上	21回以上
総数	100.0	65.6	47.2	34.4	20.2	10.4	3.7
殺人	100.0	73.7	55.3	44.7	28.9	21.1	10.5
傷害・致死	100.0	64.0	42.0	28.0	18.0	6.0	—
放火	100.0	50.0	41.2	38.2	23.5	8.8	—
強わい・強姦	100.0	68.4	42.1	26.3	10.5	5.3	—
強盗	100.0	77.3	59.1	31.8	13.6	9.1	9.1

注 法務総合研究所の調査による。

図187 病院入院回数構成比



注 法務総合研究所の調査による。

(6) 通算入院期間（月数）と平均入院期間（月数）

再犯者の再犯までに精神病院に入院した月数^(注104)の集計結果は、表187・188、図188、平均入院期間月数^(注105)は、表189・190、図189のとおりである。

通算入院期間を、全体としてみると、6月以内で33%、1年以内で50%、2年以内で約62%、5年以内で84%を占めており、群別に見ると、6月以内の短期入院が多いのが、強わい・強姦群と傷害・致死群であり、殺人群は比較的入院期間が長い傾向がある。

精神障害の程度・進行状況において前者より後者がより悪化しているため治療期間を要することによるのではないと思われる。

また、平均入院期間についてみると、全体の65%程度が6月以下であって、入院期間が1年を超えるものはごく少なく、群別ではそれほど特徴的な差はないことが分かる。

(注104) 便宜上、端数は、1日でも繰り上げて1月として計算した。従って、実際の通算入院期間は、この計算値よりも短いと考えられる。

(注105) 平均入院期間（月数）は、通算入院月数÷入院回数で算出した。

表187 累積入院期間

	1～6 月	～12 月	～24 月	～36 月	～48 月	～60 月	～72 月	～84 月	～96 月	～108 月	～120 月	121月 ～
総 数	35	53	66	74	83	89	92	98	100	102	104	106
殺 人	7	11	16	19	22	23	24	26	26	26	26	27
傷 害・致死	12	17	18	20	22	24	25	27	28	28	29	30
放 火	5	7	10	12	14	14	15	16	17	17	18	18
強わい・強姦	6	7	9	10	11	13	13	13	13	13	13	13
強 盗	5	11	13	13	14	15	15	16	16	18	18	18

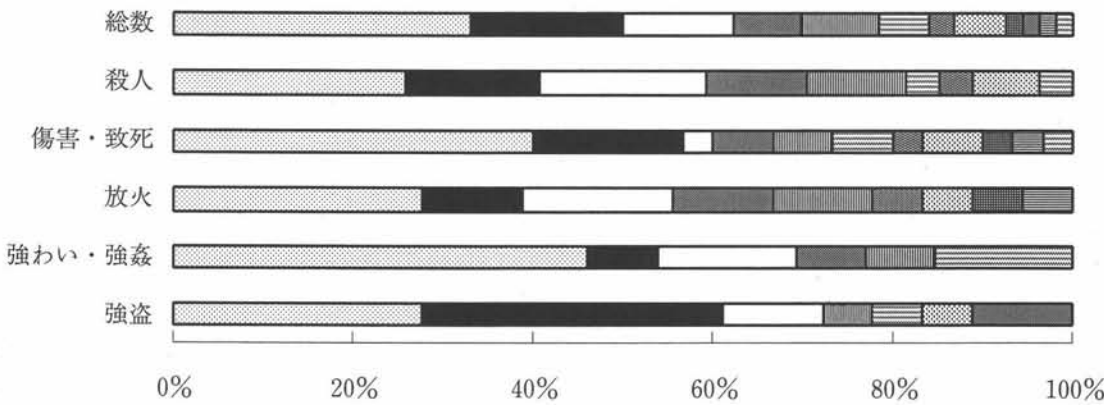
注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明及び非該当を除く。

表188 累積入院期間の構成比

	1～6 月	～12 月	～24 月	～36 月	～48 月	～60 月	～72 月	～84 月	～96 月	～108 月	～120 月	121 月～
総 数	33.0	50.0	62.3	69.8	78.3	84.0	86.8	92.5	94.3	96.2	98.1	100.0
殺 人	25.9	40.7	59.3	70.4	81.5	85.2	88.9	96.3	96.3	96.3	96.3	100.0
傷 害・致死	40.0	56.7	60.0	66.7	73.3	80.0	83.3	90.0	93.3	93.3	96.7	100.0
放 火	27.8	38.9	55.6	66.7	77.8	77.8	83.3	88.9	94.4	94.4	100.0	
強わい・強姦	46.2	53.8	69.2	76.9	84.6	100.0						
強 盗	27.8	61.1	72.2	72.2	77.8	83.3	83.3	88.9	88.9	100.0		

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

図188 入院期間別構成比



□ 1～6月 ■ 7～12月 □ 13～24月 ■ 25～36月 ■ 37～48月 ■ 49～60月
■ 61～72月 ■ 73～84月 ■ 85～96月 ■ 97～108月 ■ 109～120月 ■ 121月～

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

表189 平均入院期間

	総数	1 月	2 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 12 月	13 ～ 24 月	25 月 ～
総 数	105	7	36	26	20	11	5
殺 人	26	2	9	8	2	4	1
傷 害 ・ 致 死	30	2	9	7	7	3	2
放 火	18	2	7	1	5	2	1
強わい・強姦	13	—	5	4	3	1	—
強 盗	18	1	6	6	3	1	1

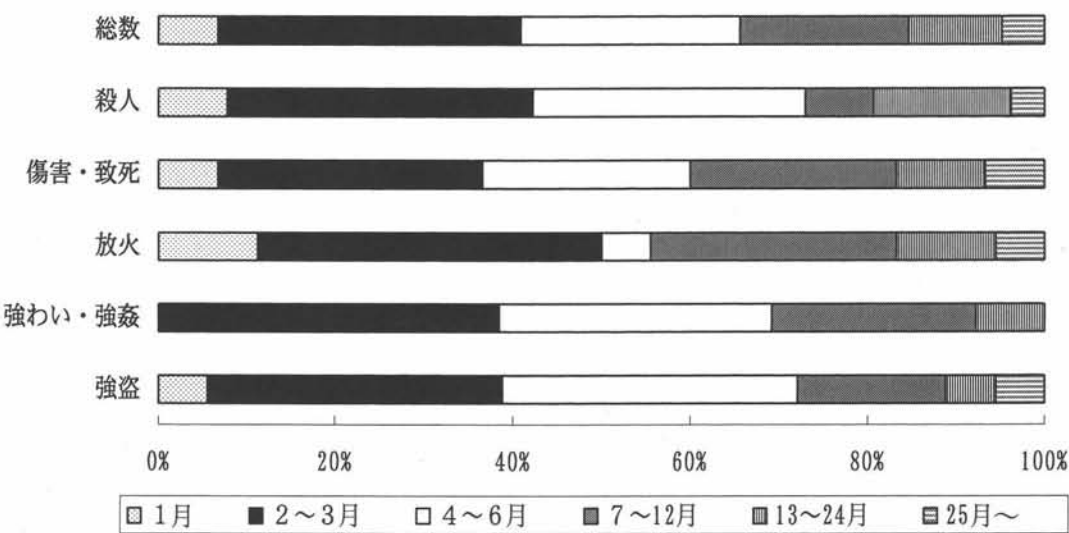
注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

表190 累積平均入院期間構成比

	～ 1 月	～ 3 月	～ 6 月	～ 12 月	～ 24 月	25 月 ～
総 数	6.7	41.0	65.7	84.8	95.2	100.0
殺 人	7.7	42.3	73.1	80.8	96.2	100.0
傷 害 ・ 致 死	6.7	36.7	60.0	83.3	93.3	100.0
放 火	11.1	50.0	55.6	83.3	94.4	100.0
強わい・強姦	—	38.5	69.2	92.3	100.0	
強 盗	5.6	38.9	72.2	88.9	94.4	100.0

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

図189 平均入院期間別構成比



注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

(7) 再犯前の措置入院回数

再犯前に、精神障害により自傷他害のおそれありとして精神保健法に基づく措置入院のなされた経験^(注106)を有する回数の分布については、表191・192、図190のとおりである。

全体としてみると、措置入院1回以上が約38%、2回以上は、約13%であるが、群別に見ると、殺人群では、措置入院1回以上が約54%、2回以上が約22%、3回以上も約11%認められるなど、措置入院回数が多いものの割合が他の群に比して高い。次いで、強わい・強姦、強盗群が続き、傷害・致死、放火群は比較的割合が低い傾向にあるが、それでも措置入院1回以上が2割以上を占めるなど無視できない割合を占めている状態にある。

措置入院経験者は、自傷他害のおそれがあるとして強制的に入院させられた者であるから、それに対しては適正な入院治療がなされているはずである。しかし、退院後に重大犯罪の再犯に及んでいる者の割合が無視できないほど大きいこと、特に、殺人行為に及んでいる殺人群において、その割合が過半数を超えているのは、入院医療が何らかの理由で不十分であるか、退院後の治療等アフターケアが不十分であるかなどといった、現在の制度の限界を示唆しているものと思われる。

表191 措置入院回数

	総数	なし	1回	2回	3～5回	6～10回
総数	162	101	40	14	4	3
殺人	37	17	12	4	3	1
傷害・致死	50	35	11	3	—	1
放火	34	25	7	2	—	—
強わい・強姦	19	11	4	3	—	1
強盗	22	13	6	2	1	—

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

表192 累積措置入院回数の構成比

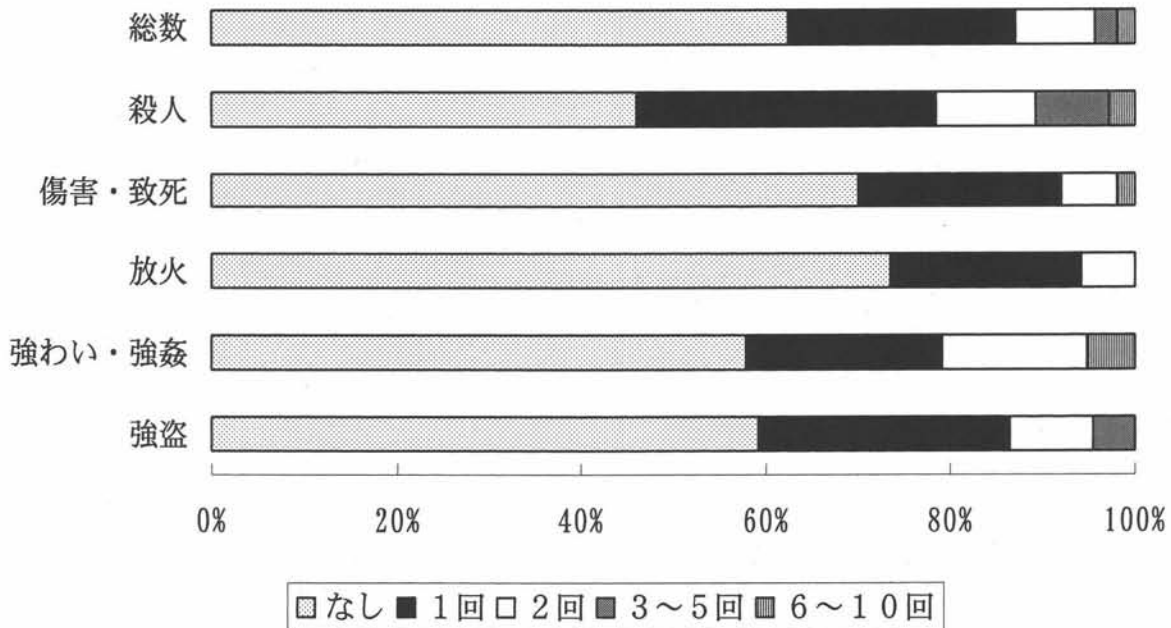
	総数	1回以上	2回以上	3回以上	6回以上
総数	100.0	37.7	13.0	4.3	1.9
殺人	100.0	54.1	21.6	10.8	2.7
傷害・致死	100.0	30.0	8.0	2.0	2.0
放火	100.0	26.5	5.9	—	—
強わい・強姦	100.0	42.1	21.1	5.3	5.3
強盗	100.0	40.9	13.6	4.5	—

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

(注106) 措置入院は、必ずしも犯罪行為がなされたことを前提としていないので、重大犯罪の前科歴がなくとも、措置入院歴のあることがある。

図190 措置入院回数別構成比



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

(8) 再犯前の前歴後入院回数

再犯前に、重大犯罪を犯したが、不起訴となり、その直後に精神病院に入院して治療を受けたものを「前歴後入院」と定義付けて^(注107)、その回数の分布を見たところ、表193・194、図191のとおりであった。

全体として見ると、前歴後入院1回以上を有する者の割合は約42%で、2回以上が約14%である。

群別に見ると、強盗、強わい・強姦群では、前歴後入院1回以上を有する者がいずれも50%を超えるなど高く、次いで、殺人群が続き、傷害・致死、放火群は約33%と他に比して割合が低い。

重大犯罪を犯してその後入院治療を受けていながら、再犯に及んでいる者の再犯者中に占める割合が高率であるのは無視できない状況であり、入院治療が何らかの理由により不十分であるか、退院後の治療等アフターケアが不十分であるかなど、現在の制度の限界を示唆しているのではないかと思われる。

表193 再犯前の前歴後入院回数 (人)

	総数	なし	1回	2回	3～5回	6回以上
総数	159	92	45	16	5	1
殺人	37	20	10	4	3	—
傷害・致死	48	32	9	6	—	1
放火	33	22	9	2	—	—
強わい・強姦	19	9	7	2	1	—
強盗	22	9	10	2	1	—

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

(注107) 「前歴後入院」は、重大犯罪を犯して不起訴になったことを前提とした入院であり、かならずしも前科歴を前提としない措置入院とは一致しない上、その入院形態も、措置入院ばかりではなく、医療保護入院や任意入院の場合もあるので、前述の措置入院回数の集計結果とは一致しない。

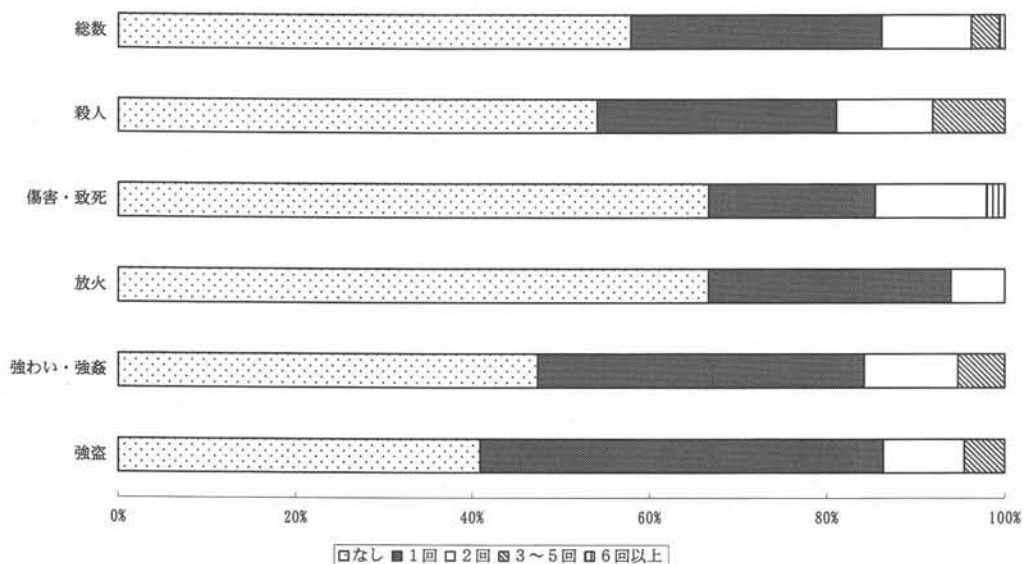
表194 再犯前の前歴後累積入院回数構成比 (%)

	総数	1回	2回	3～5回	6回以上
総数	100.0	42.1	13.8	3.8	0.6
殺人	100.0	45.9	18.9	8.1	—
傷害・致死	100.0	33.3	14.6	2.1	2.1
放火	100.0	33.3	6.1	—	—
強わい・強姦	100.0	52.6	15.8	5.3	—
強盗	100.0	59.1	13.6	4.5	—

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

図191 再犯前の前歴後入院回数構成比



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

(9) 入院時間問題行動

再犯者が入退院を繰り返している理由の一つとして、入院時に医師の指示に従わない、無断で退院する等の問題行動を起こして医療行為が困難となる場合が散見される。

その分布状況は、表195、図192のとおりである。

「暴力的」とは、医師や看護師に対する暴力・暴言、「左記以外で拒否的」とは、医師や看護師に対する反抗的態度、拒薬等、「無断退院」とは、医師の指示を無視して勝手に退院・あるいは脱院すること、「その他問題行動」とは、他の範疇に入らないが問題視される行動（例えば、院内での飲酒等）と定義付けて分類した。

結果として、少なからぬ問題行動が存在することが判明した(注108)。

こういった問題行動に対処するには、一般の病院では限界があり、問題行動を行う再犯者に対しては、十分な対処ができるだけの特別の訓練と施設が必要なのではないかと思われる。

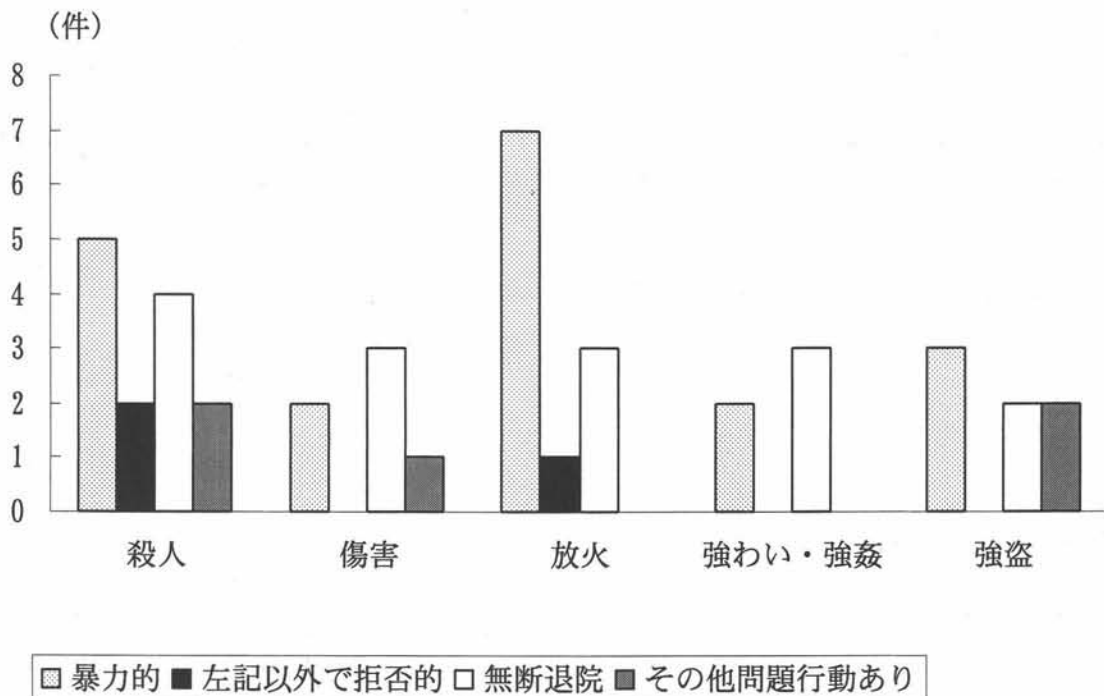
(注108) 具体的には、以下のような事例があった。

表195 入院時間問題行動

	総数	暴力的	左記以外で拒否的	無断退院	その他問題行動あり
総 数	42	19	3	15	5
殺 人	13	5	2	4	2
傷 害	6	2	—	3	1
放 火	11	7	1	3	—
強わい・強姦	5	2	—	3	—
強 盗	7	3	—	2	2

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
2 重複回答である。
3 不明及び非該当を除く。

図192 入院時間問題行動



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
2 重複回答である。
3 不明及び非該当を除く。

【殺人】〔医師に対して『薬を飲ませたら薬事法違反で訴えるぞ、だめなら暴行で訴えるぞ。』と暴言。入院後喫煙室の鉄格子を壊して脱院を図る。捕まると『俺はここを退院したら訴えやっつけてやる。』と高圧的で人の話を聞かない。〕

【傷害・致死群】〔看護師等への暴言が頻繁なため退院させられた。〕,〔入院中の病院内で覚せい剤使用〕,

【放火群】〔無断離院・外出時に飲酒酩酊して再入院・転院・治療を拒否して無断飲酒を反省せず。暴言暴力〕,〔精神病ではないのに精神分裂病患者と一緒に入れられたと反発し3日後に退院〕,〔暴力・暴言・幻聴により他患者と問題起こす。大声出してドアガラス壊す。〕,〔医師に対して幻聴がないとのおそをついて退院〕,

【強盗】〔規則守らず秩序乱す。他の患者や看護師にすごむ一方医師には低姿勢の処遇困難者〕,〔他の患者や病院職員に殴り掛かる。〕,〔看護師にわいせつな言動あり。〕 様々な問題行動のために、病院側が治療に苦悩している状況がうかがわれる。

(10) 通院歴

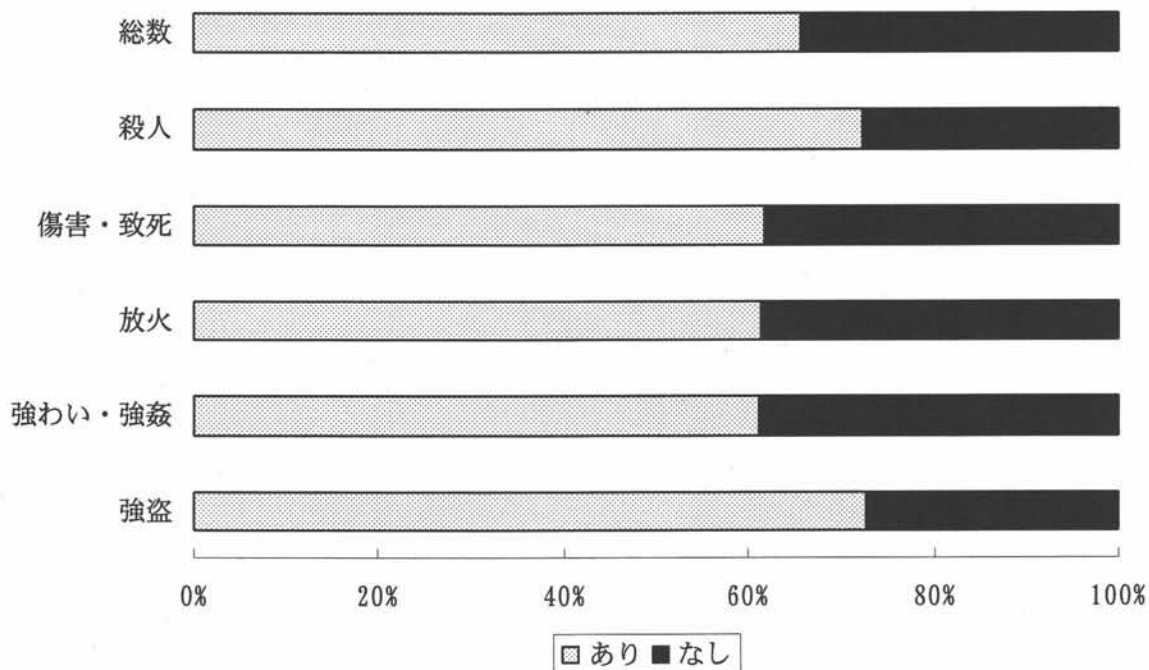
再犯者のうち、通院歴を有する者の割合は、表196、図193のとおりであり、全体では、約66%であり、群別に見ても、60～75%程度でそれほどの差はない。

表196 通院歴の有無

	総数	あり	なし
総 数	154	101	53
殺 人	36	26	10
傷 害・致死	47	29	18
放 火	31	19	12
強わい・強姦	18	11	7
強 盗	22	16	6

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

図193 通院歴の有無構成比



注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

(11) 通院状況

ア 通院の定期性

再犯者のうち、通院歴のある者の中にも、毎週ないしは隔週と定期的に通院していた者もいれば、1回のみで通院をやめた者、不定期に通院している者など通院の定期性にばらつきがあり、必ずしも、医師の指示どおり治療を受けている者ばかりではなく、そのことが、通院中でありながらも再犯に及んだ者が多い一つの原因をなしているのではないかと推測される。そこで、通院歴のある者の中で、通院の定期性の有無について確定できる者（頻度不明を除く）の分布状況を見たのが、表197、図194である。

強わい・強姦群で定期性が最も高く、次いで傷害・致死、殺人群が続き、強盗、放火群が低いということが分かる。

不明の者が多いので注意は必要であるが、強わい・強姦、傷害・致死、殺人群での通院治療で効果を上げることに対する困難性、強盗、放火群で定期的に通院させることの難しさが、うかがい知られるところである。

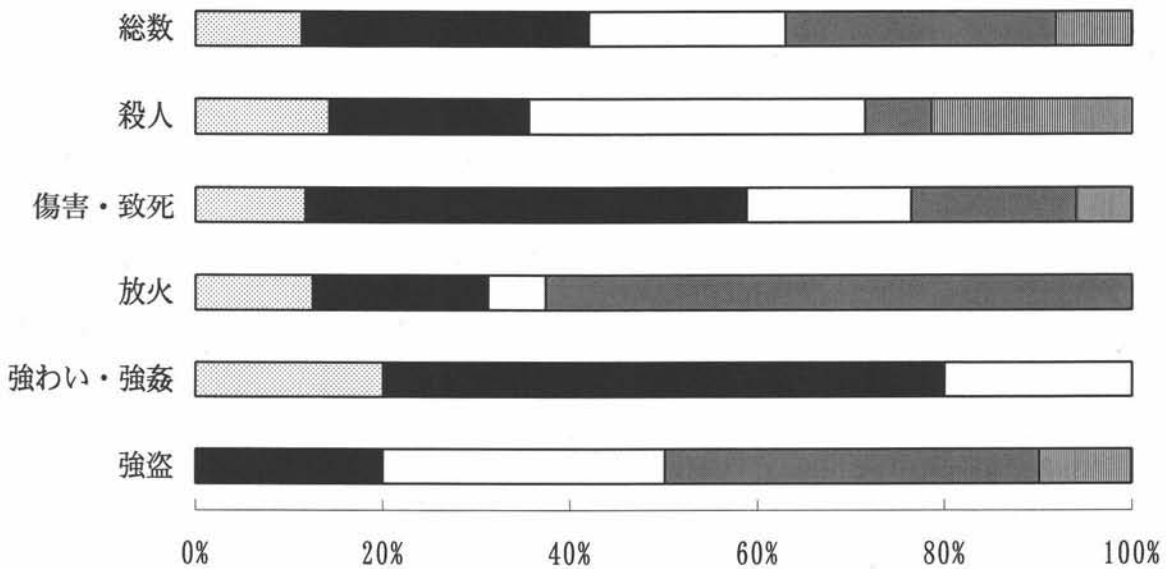
表197 通院定期性の状況

	総数	毎週	隔週	毎月	定期性なし	1回のみ
総 数	62	7	19	13	18	5
殺 人	14	2	3	5	1	3
傷 害・致 死	17	2	8	3	3	1
放 火	16	2	3	1	10	—
強わい・強姦	5	1	3	1	—	—
強 盗	10	—	2	3	4	1

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 頻度不明及び通院なしを除く。

図194 通院定期性の状況構成比



□ 毎週 ■ 隔週 □ 毎月 ■ 定期性なし ■ 1回のみ

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 頻度不明及び通院なしを除く。

イ 通院の態度

通院歴を有する者の中にも、病識がないか、あるいは、治療に対する嫌悪感から、通院を拒否するようになったり、通院はしていても薬を捨てるなどして服薬を事実上拒否している事例が散見された。そのような事例について「通院拒否」「通院するも拒薬傾向」に分類して集計したのが、表198、図195である。

事例数が少ないので、一般化することには注意が必要であるが、殺人、放火群では、通院拒否という医療行為に対する反抗的態度が端的に現れているが、強わい・強姦、傷害・致死群の場合には、通院拒否はしないものの、実際には拒薬するなどして実質的な医療行為を拒んでいる例の方がむしろ多く、これらに対する通院時の医療行為の難しさが端的に現れているのではないかとと思われる^(注109)。

表198 通院時の態度

	総数	通院拒否	通院するも拒薬傾向
総 数	25	11	14
殺 人	9	6	3
傷 害・致 死	5	1	4
放 火	4	3	1
強わい・強姦	6	1	5
強 盗	1	—	1

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明及び非該当を除く。

(注109) 拒薬の具体的な事例としては、次のようなものがあった。

【殺人群】〔薬を飲むと体が動かなくなり、食欲がなく、目がはっきり見えなくなるので、飲まない。〕、〔シンナーが醒めればまともになるんだから治療はいらない。自分としては入院する必要ないと思っている。医師の通院・投薬指示を無視〕、〔服薬により吐き気がする。苦しくなる、精神的におかしくなると考えており、再犯前あまり服薬せず。〕、〔薬が合っていない・強すぎるので飲まないと反抗〕、〔薬を飲むと体が重いと勝手に投薬を中止してシンナーを吸引〕、〔退院後に断酒自助グループに通うことを約束したが、退院した日から飲酒をし、治療を中断〕

【傷害・致死群】〔自分はおかしくないので飲む必要ないとして薬を全て捨てている。〕、〔母が注意しても『食事です。』と言い張り服薬せず。〕、〔飲酒時にハルシオンを服用すると効きすぎて泥酔することは医師からも注意されており、被疑者自身も体験して知っていたにもかかわらず泥酔時に服用して再犯〕、

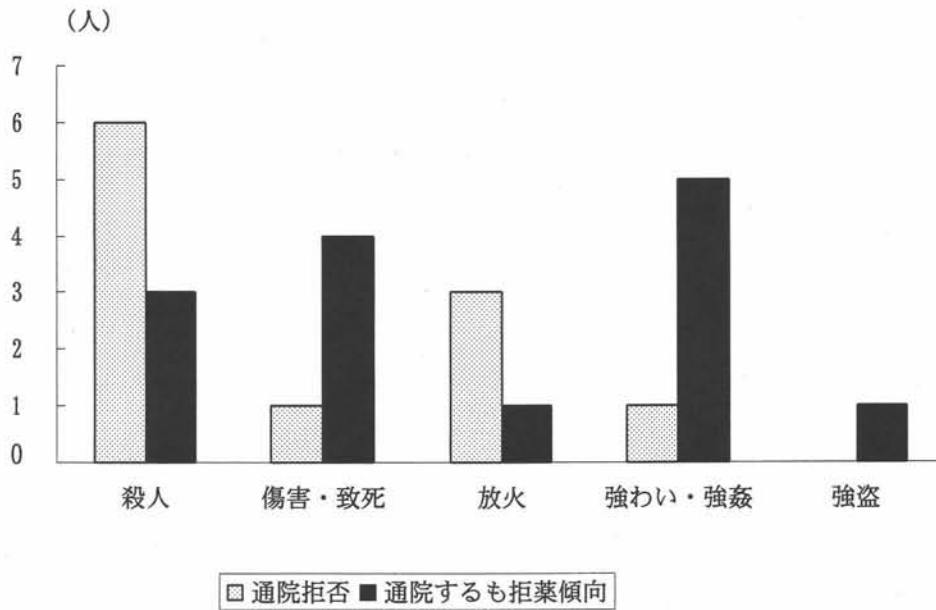
【放火群】〔抗酒剤・睡眠導入剤・緩和剤の投与受けるが、その間も時々飲酒〕、〔通院中の医師の紹介で診察を受けたが精神病院医師の診察内容に不満を抱き放火〕、〔断酒を誓って退院した後、断酒会に入りながら飲酒〕、〔一日3回飲むように指示されていたが、飲むと体がしんどくなるので朝や昼の薬のみ飲む。医師から、変わったことがないかと問われても入院するのがいやで『何もありません順調です。』と答えていた。〕、〔退院後断酒できず再飲酒〕、〔保健所の保健婦も入院を促すも拒否し、措置入院もできず入院させられず。〕、〔定期的通院中、犯行の一週間前に1か月効果があるとされるデポ剤注射をしていながらも幻覚妄想下で犯行〕、

【強わい・強姦群】〔母が目を離すと薬を飲まない。〕、〔無断退院してからは抗酒剤も飲まず毎晩飲酒して自己抑制できず。〕、〔身体がだるくなるなどといって薬をほとんど服用せず。〕

【強盗群】〔薬を飲むと体の調子が悪くなるので余り飲んでいない。〕

精神分裂病のように本人に病識のないため拒薬したり、通院しなくなったりする例や、アルコール中毒のように依存性が高いため、退院した途端に飲酒を再開して中毒症状を生じてしまう等の例が多く、通院の確保とともに、どのようにして服薬をさせ、中毒の原因となるものから遠ざけるかが今後の課題となろう。

図195 通院時の態度



注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明及び非該当を除く。

(12) 再犯時治療状況

再犯時の治療状況について、「(精神病院)入院中」「退院後通院中」「その他通院中(入院歴のない通院)」「通退院後5年内(最終通院ないし最終退院後5年以内に再犯)」「5年内治療なし(最終通院ないし最終退院後5年を超えてから再犯,あるいは,治療経験全くなし)」に分類して集計した結果は,表199・200,図196のとおりである。

全体として見ると,「5年内治療なし」が最も割合が高く,次いで,「通退院後5年内」,「退院後通院中」が続く。「退院後通院中」「その他通院中」を合わせると約33%となり,再犯者の場合,通院治療中でも再犯に及んでいる場合が相当高いことがわかる。さらに,「通退院後5年内」の再犯は約30%に上っており,通院中と治療後の十分なケアが必要であることがうかがえる。

群別で見ると,放火群では,「その他通院中」の割合が高く,強盗群では,「5年内治療なし」の割合が低い以外はほとんど傾向は同じである。

表199 再犯時治療状況

	総数	入院中	退院後通院中	その他通院中	通退院後5年内	5年内治療なし
総数	159	5	44	8	48	54
殺人	37	1	11	1	10	14
傷害・致死	50	2	11	2	18	17
放火	33	1	7	5	7	13
強わい・強姦	17	—	5	—	5	7
強盗	22	1	10	—	8	3

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

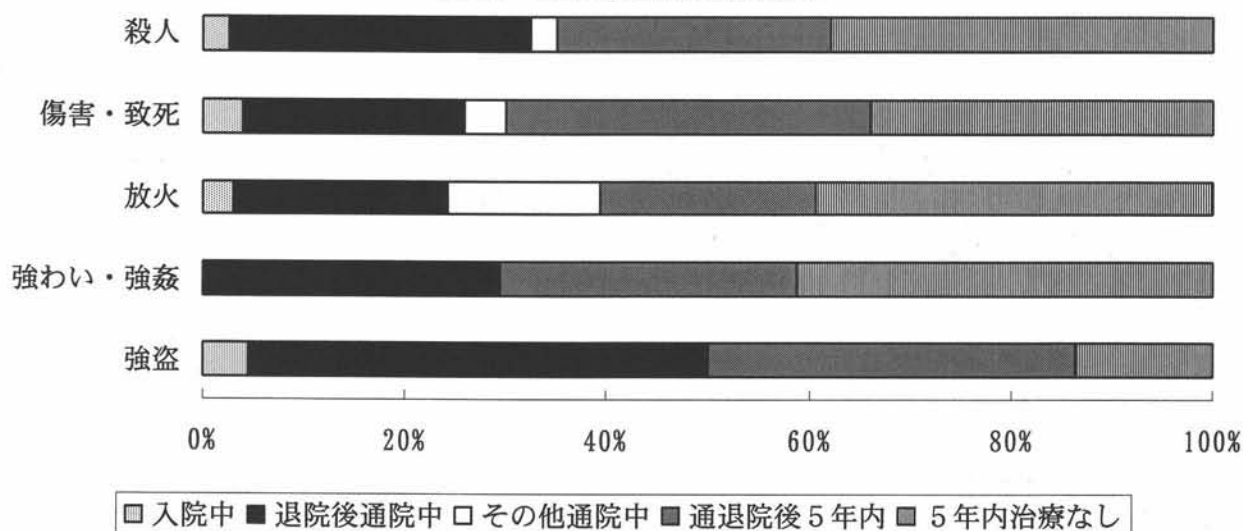
表200 再犯時治療状況構成比

	総数	入院中	退院後通院中	その他通院中	通退院後5年内	5年内治療なし
総 数	100.0	3.1	27.7	5.0	30.2	34.0
殺 人	100.0	2.7	29.7	2.7	27.0	37.8
傷 害・致 死	100.0	4.0	22.0	4.0	36.0	34.0
放 火	100.0	3.0	21.2	15.2	21.2	39.4
強わい・強姦	100.0	—	29.4	—	29.4	41.2
強 盗	100.0	4.5	45.5	—	36.4	13.6

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

図196 再犯時治療状況構成比



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

(13) 再犯者を取り巻く環境等

ア 保護協力者

研究対象記録中に、精神障害者の治療にあたる医師等病院関係者以外で、その生活面や犯罪防止の面等について相談等に応じるなどして協力している者が存在する場合も認められたので、医師等病院関係者以外にその保護・指導にあたる関係者を、「保護協力者」として、自宅の内外に分け、自宅内の「父母」「配偶者」「子」「兄弟」「その他」、自宅外の「保健所・福祉施設」「警察」「親族」「その他」と分類して集計した結果が、表201、図197である。

保護協力者は、ほとんどが自宅内の父母であって、自宅外に保護について相談して協力してもらえる者が存在した者はごく少数である。病院以外では、父母による保護にもっぱら頼っている状態であろうと推測される。

病院関係者以外の公的機関、あるいは地域の住民や民間の援助組織による適切かつ十分な保護協力の場があれば、再犯に至らなかった場合もあるのではないかとと思われるところである^(注110)。

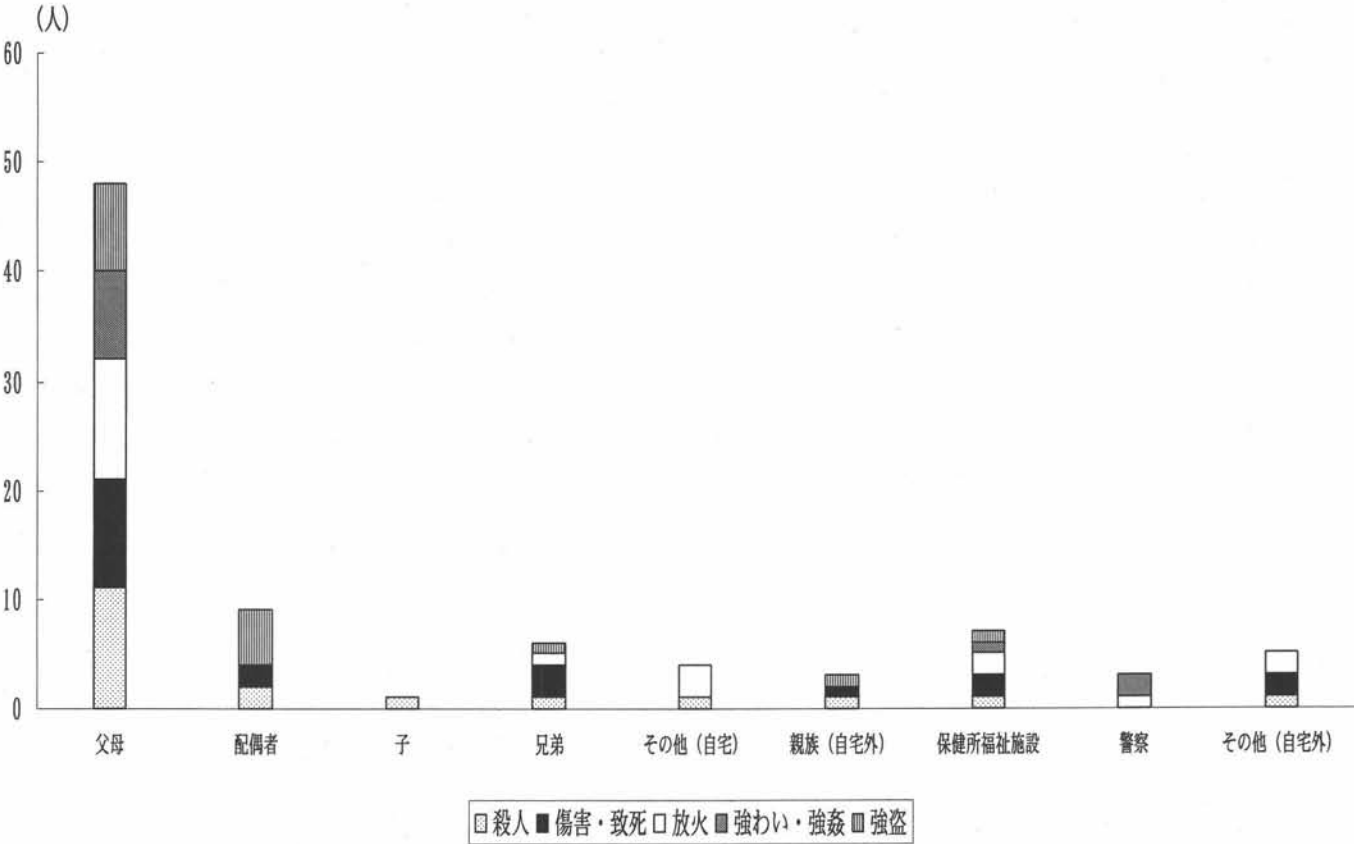
(注110) もっとも、対象とした記録が捜査記録であるため、被疑者の生活指導や保護の面については網羅的に記録されているとは限らないので、この結果のみから断定的な結論は導き得ないであろう。

表201 保護協力者種別人員

	総数	自宅内での保護協力者						自宅外での保護協力者				
		父母	配偶者	子	兄弟	その他	自宅内小計	保健所福祉施設	警察	親族	その他	自宅外小計
総数	86	48	9	1	6	4	68	7	3	3	5	18
殺人	19	11	2	1	1	1	16	1	—	1	1	3
傷害・致死	20	10	2	—	3	—	15	2	—	1	2	5
放火	20	11	—	—	1	3	15	2	1	—	2	5
強わい・強姦	11	8	—	—	—	—	8	1	2	—	—	3
強盗	16	8	5	—	1	—	14	1	—	1	—	2

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 協力者なし及び医師・看護師等病院関係を除く。

図197 保護協力者種別人員



注 1 法務総合研究所の調査による。
2 協力者なし及び医師・看護師等病院関係を除く。

イ 親族等の希望・受入意思

(ア) 再犯者親族の処分についての希望

親族がいる場合に、捜査機関において、再犯者の刑事処分ないしは入院等の治療行為について意見を聴取している場合が多いが、その意見を「長期隔離希望」（長期服役ないしは長期入院を希望する。），「その他隔離希望」（服役・入院を希望），「早期復帰希望」（通院治療を受けさせたい・服役や入院に触れず寛大な措置を望む等社会内処遇を望む。）に分類したところ、表202、図198のとおりの結果を得た。

親族自体の所在が不明、意見を聴取していない等の理由から不明も多く、身内のことだけに率直な意見が述べられず、「特に意見なし」となっている者の数も多いが、意見を述べたものをみると、重大犯罪も2度以上犯すに至っていること、既に前回被害者になったため別居をしている場合も多いこと、障害の程度が著しくなって親族の手には負えないこと等の事情から、親族であっても、「長期隔離希望」「隔離希望」の厳しい意見を述べている例も少なくない^(注111)。

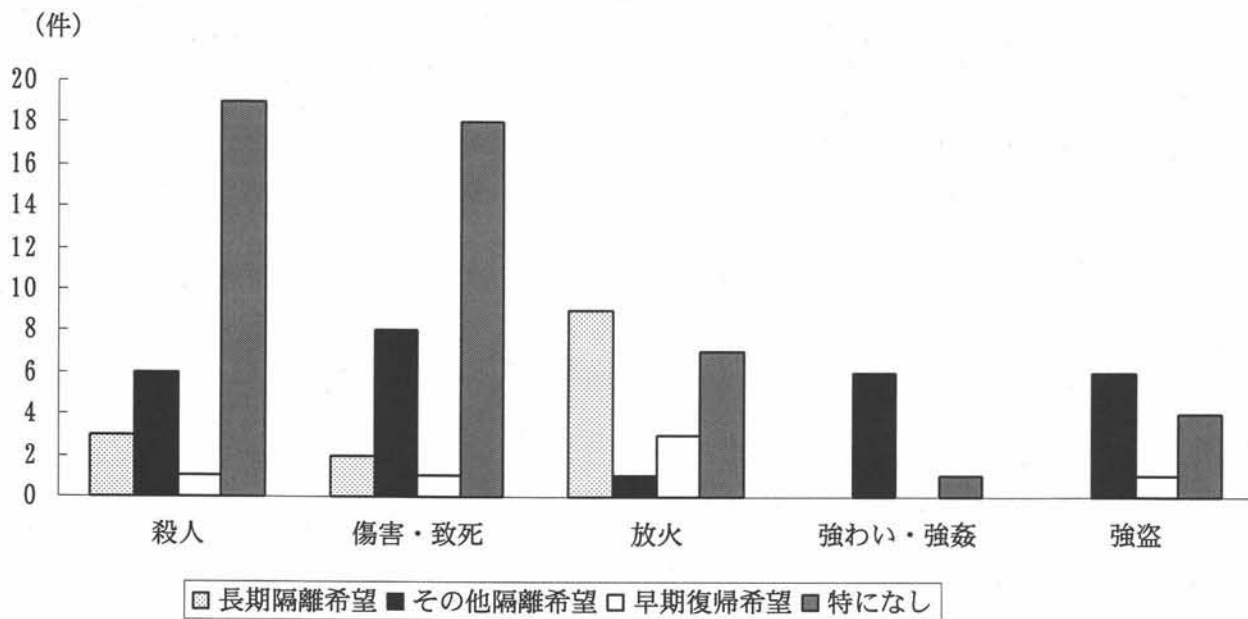
表202 親族の処分についての意見

	総数	長期隔離希望	その他隔離希望	早期復帰希望	特になし
総 数	96	14	27	6	49
殺 人	29	3	6	1	19
傷 害・致死	29	2	8	1	18
放 火	20	9	1	3	7
強わい・強姦	7	—	6	—	1
強 盗	11	—	6	1	4

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

図198 親族の処分についての意見



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 不明を除く。

(注111) たとえば、以下のような親族の意見がみられた事例があった。

【殺人群】〔一生病院に収入れておいてほしい。体力的にもかなわない。このままでは必ず人を殺してしまうと思いますが、私としてはもうどうすることもできません。〕、〔関わりたくない。〕

【放火群】〔病院も両親の監視も限界であり嚴重処罰望む。〕、〔精神的にも金銭的にも疲れて自殺も考えた。これ以上面倒見られないので警察で厳しく処罰してほしい。〕、〔刑務所に入れて性根を叩き直してほしい。〕、〔このまま一生刑務所にいてくれたらと思う。〕、〔このままでは私までだめになりそうなので一日でも長く収容施設に入れて反省をして更生してもらいたい。〕、〔一生出てきてほしくない。〕

ここには、身内でありながら、もはや手に負えず、病院なり司法なりの手に委ねるしかないという親族の苦渋に満ちた心情をかいま見ることができる。

(イ) 親族の受入意思の有無

再犯者が治療あるいは服役を終えて社会復帰した際に、親族が受け入れる予定があるかについて聴取したものが散見されたので、「受入」（将来は受け入れて保護ないし監督する。），「受入拒否」（「社会復帰しても面倒は見ない。一生戻ってきて欲しくない。」等拒否的態度が明白なもの），「特になし」（事情聴取はしているが意見なし。）に分類した結果が、表203、図199である。

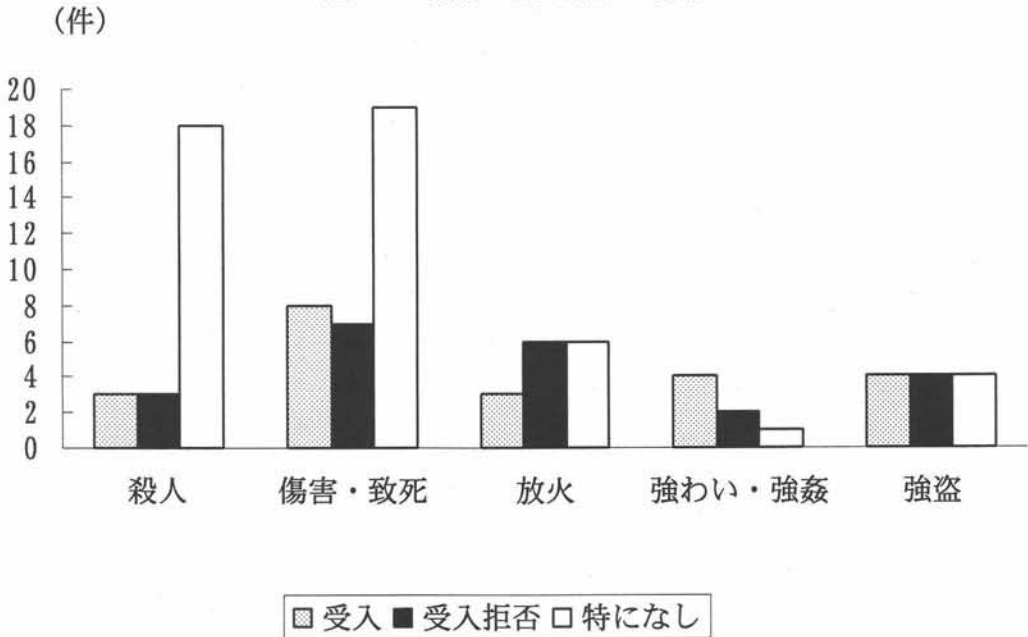
「特になし」が多く、率直な意見は期待しがたい問題ではあるが、その中でも、受入を明確に拒否している例が少なからずある。重大事犯も2度目以上となり、入退院もくりかえしている状態となると、親族といえども拒否意見を言わざるを得ないような極限状況に追い込まれることもあることを示している。

表203 親族の受入意思の有無

	総数	受入	受入拒否	特になし
総 数	92	22	22	48
殺 人	24	3	3	18
傷 害・致 死	34	8	7	19
放 火	15	3	6	6
強わい・強姦	7	4	2	1
強 盗	12	4	4	4

注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

図199 親族の受入意思の有無



注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。

ウ 被害者の処分についての希望

再犯者の社会復帰等を考える上で、無視できないのが、犠牲となった被害者の感情である。記録上明らかとなった、再犯直後の再犯者の処罰・処置等についての意見を、「厳罰希望」(極刑・無期刑・できるだけ長く刑務所に入れて欲しい等)、「入院希望」(入院させて再犯をしないようにして欲しい。),「宥恕」(寛大にしてほしい。),「その他」(立場上言えない, 法に従った処分をしてほしい等),「特になし」(事情聴取しているが希望について記載なし。)に分類した結果は、表204、図202のとおりである。

再犯であること、事案が重大であること、入退院をくり返すなどして治療環境もよくないこと、親族も別居するなどして保護監督できない状態にあること等の事情から、厳罰を希望するものが多いものと思われる^(注112)。

表204 被害者の処罰・処置等についての希望

	総数	厳罰希望	宥恕	入院希望	その他	なし
総 数	136	107	8	6	3	12
殺 人	33	22	2	3	1	5
傷 害・致死	49	42	3	—	1	3
放 火	22	14	1	2	1	4
強わい・強姦	12	12	—	—	—	—
強 盗	20	17	2	1	—	—

注 1 法務総合研究所の調査による。

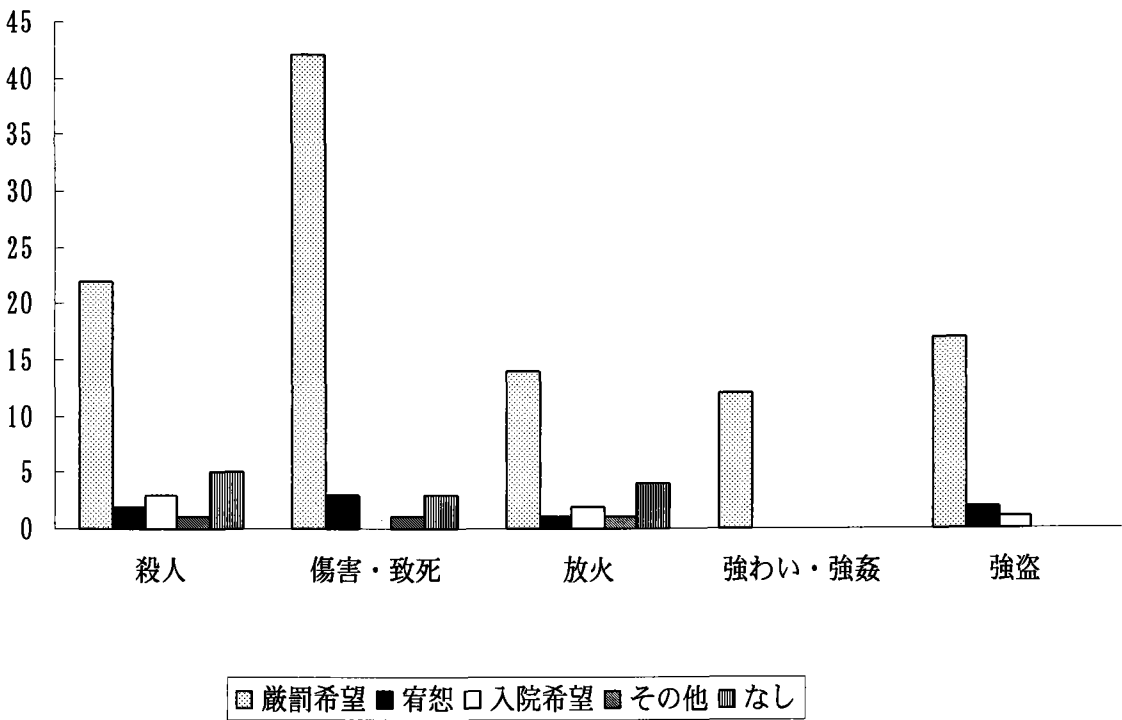
2 不明を除く。

(注112) 被害者が親族や知人等近い関係にある、あるいは、福祉関係の仕事に就いている、警察等公務に就いている、等特殊事情から厳重処罰を望まない例もある。その一方で、以下のような深刻な心情の吐露があることも無視できないところである。

【放火群】「(連続放火で5人が死亡した事案)同じ目に遭わせてやりたい。死刑を望む。」「死ぬまで刑務所に入れて置いてください。」「(分かれたかつての交際相手の女性の家に火をつけた前歴がありながら再度火をつけたもの) また火をつけられるのではないかと不安・一生刑務所でいてほしい。」「今のままでは母である私までだめになりそうなので一日でも長く収容施設に入れて反省をして更生してもらいたい。」

図200 被害者の処罰・処置等についての希望

(件)



注 1 法務総合研究所の調査による。
2 不明を除く。