

法務研究財団報告書

2024年4月30日

成城大学 指宿信

研究テーマと受給期間：

* 144号研究「刑事手続内での更生支援を目的とした刑事司法制度の構築に関する調査研究」2019年1月1日～2019年12月31日)

* 151号研究「社会的資源を活用した更生支援型刑事弁護に関する総合的研究」(2020年2月1日～2022年1月31日)

研究主任：指宿 信（成城大学法学部教授）

研究活動の概要：

144号研究

2019年1月10日に仙台で、25日に福岡で、それぞれ開催された法務研究財団主催による弁護士研修プログラム「情状弁護の質的転換を目指して」の企画・運営・進行に協力した。2月14日に千葉刑務所を参観。工場、独居・雑居房、浴場等の見学の他、長期受刑者に対する教育プログラムの録画映像を視聴、プログラム担当者らと質疑・意見交換を行った。2月15日に京都（キャンパスプラザ京都）にて「治療的司法研究会」を開催し、二年前から京都で「シャバカフェ」を毎月開催し出所者支援をされているソーシャルサービス協会ワークセンター京都市自立支援センター主任相談員、林明奈氏を招いて、出所者支援の実情、方法論、課題等について報告を頂き、質疑・意見交換を行った。4月末から5月上旬にかけて、米国シカゴ市でドラッグコートや刑務所における薬物治療の実情に関して調査した（渡航費用別資金）。5月25日（土）に一橋大学で開催された第97

回日本刑法学会第3分科会「刑の一部執行猶予制度について」において指定討論者として研究主任が報告した。6月4日（火）に米国ルイスアンドクラーク大学より Keiko Hillyer 教授をお招きして、大学生が刑務所に出かけて受刑者と一緒に学ぶ” Prison Inside-out Program” についてお話を伺った（オンラインジャーナル「成城大学治療的司法ジャーナル」第3号（2020年3月刊行）にて翻訳公表済み

<https://www.seijo.ac.jp/research/rctj/publications/journal/jtmo420000015hu-att/jtmo4200000wq9i.pdf>)。6月21日（金）に成城大学で第14回治療的司法研究会が開催され、高知地裁において常習累犯窃盗で起訴されたケースで常習性が落ち単純窃盗で有罪とされた事案について弁護人から事例報告が行われた（本報告書 第1部にお越し収録）。

6月22日（土）に鹿児島県弁護士会で開催された法務研究財団九州地区研修会で、研究主任が刑の一部執行猶予制度について講義をした。7月22日にかけてイタリア・ローマで開催される第36回世界法と精神医療学会において、日本における更生支援型刑事司法を目指す改革・取り組みや刑事弁護実践についてセッションを持った（渡航費用別資金）。8月下旬から9月上旬にかけて、研究主任が米国ハワイ州で少年ドラッグコートやガールズコートなど各種問題解決型裁判所の実情を調査した（渡航費用別資金）。11月22日（金）に京都で治療的司法研究会を開催した。

151号研究

2020年2月14日には東京で治療的司法研究会を開催し、ニューヨーク市のパブリック・ディフェンダー（公設弁護士事務所）において福祉的支援などを活用した包括的弁護活動に従事した経験を持つ大橋君平弁護士から報告を受けた。この後、パンデミック拡大（コロナ禍）の影響を受けて研究活動の停滞が懸念されたが、研究会についてはオンラインに切り替え、むしろ回数を増やして実施することができるようになった。2020年8月8日には、島根あさひ刑務所において受刑者による治療共同体の活動を指導監督されている藤岡淳子先生（大阪大学教授）に、9月12日には、刑務所における医療問題を研究されている赤池一将先生（龍谷大学教授）に、10月17日には、30年以上にわたって刑務所での精神科医療に関わった経験をお持ちの長谷川直実先生（札幌大通りほっとステーション）から、刑務所内での診療や社会内での出所者支援についてお話を伺った（本報告書第2部収録）。また、10月17日には菅原直美研究員が京都で出所者支援を展開するNPOしゃばカフェが主催するイベントに登壇することになり、開催に協力した。

更生支援や治療的司法といったテーマに社会の関心も高まっており、この間クレプトマニア（窃盗症）やギャンブル依存症などに関するメディアからの取材が増えている。2020年10月7日（東京版夕刊）9月28日（大阪版夕刊）には一面トップ6段抜きでギャンブル依存症が取り上げられ、研究主任のコメントが掲載された。

11月20日、従来対面で実施されていた財団の研修事業「情状弁護の高度化を目指して」シリーズが初めてオンラインで実施された。広島県弁護士会とのタイアップであった。企画準備段階から協力し、本研究主任が基調講演と後半の部（弁護報告・支援報告）のファシリテーターを務めた。ウェビナーを使った初めての研修会であったが、コロナ禍における地方単位会との共同開催モデルとして貴重な経験を得た。2021年2月26日（金）には「刑罰論から見た治療的司法、治療的司法から見た刑罰論」と題して治療的司法研究会をオンラインで開催した（ファシリテーター：城下裕二氏（北海道大学教授）ゲスト：松宮孝明氏（立命館大学法科大学院教授）コメンテーター：尾田真言氏）。同年4月17日には、「情状弁護の実践：心理士と弁護士の協働事例紹介」と題して治療的司法研究会をオンラインで開催した（ファシリテーター：西谷裕子氏（弁護士）ゲスト：大倉東子氏（臨床心理士））。6月18-20日に龍谷大学をホスト校として開催された第12回アジア犯罪学会において「治療的司法に基づく刑事弁護」のセッションが採択され、弁護士4名と研究主任が参加した（オンデマンド方式）。6月25日には、日本加除出版から『行為依存と刑事弁護』を刊行した著者グループとの対話を治療的司法研究会で実施した（オーガナイザ：丸山泰弘会員（立正大学）【ゲスト】渡邊宏美氏（編集御担当者・日本加除出版社）、中原潤一氏（弁護士）神林美樹氏（弁護士）、斉藤章佳氏（大船榎本クリニック、精神保健福祉士・社会福祉士）、菅原直美氏（弁護士）、林大悟氏（弁護士））。

2021年7月2日（金）には法務研究財団の研修がウェビナー方式で開催され（情状弁護の質的転換を目指して）、村木厚子氏（元厚生労働省事務次官）、後藤弘子氏（千葉大学教授）を講演者に迎え、女性の生きづらさを軸として、女子非行・女子犯罪の情状弁護における向き合い方を学ぶプログラムの企画立案、実施運営等に全面的に協力した。

8月7日には、「薬物事犯と薬物政策：薬物使用事例報告と大麻自己使用の犯罪化について」と題して治療的司法研究会をオンラインで開催した（オーガナイザ：丸山泰弘会員（立正大学）第一部 報告者：佐藤正子氏（弁護士）第二部 話題提供者：松本俊彦氏（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部部長 兼薬物依存症治療センターセンター長）11月6日には、日本評論社より『再犯防止から社会参加へ』を出版した著者グループとの対話を治療的司法研究会で実施した（オーガナイザ：城下裕二氏（北海道大学教授）、安田恵美氏（國學院大學）、船山健二氏（新潟県立看護大学）、徳永元氏（大阪市立大学）、井口尚樹氏（目白大学）、高橋康史氏（名古屋市立大学）、金澤真理氏（大阪市立大学））。

2つの研究助成受給期間はほぼコロナ禍と重なったため、対面で実施する「サイトビジット（各種施設や治療プロバイダー等への訪問）」は全く実施できなかったが、代わりにオンラインで研究会を係属し、対面では実施しにくい全国各地に執筆者が散らばる出版プロジェクトの関係者を一同に招聘して対話をおこなう企画や、遠隔地の登壇者を交通費なしでお話を伺う企画など、オンラインの強みを生かした研究活動が展開でき、その意味では研究

活動の停滞を最小限にとどめることが出来たと考えている。

改めて、本財団より継続的なご支援をいただいていることに深く感謝したい。

(以上)

第1部

窃盗症に対する常習累犯窃盗罪での起訴について常習性を否定した裁判例の紹介

林大悟（弁護士・東京弁護士会）

1 はじめに

今回報告をさせていただきますのは、平成31年1月24日に宣告されました高知地方裁判所の裁判例です。検察官によって常習累犯窃盗事件として起訴されたのですが、判決は被告人を懲役一年二月の実刑判決にしました。常習性を否定して、単純窃盗を認定したということになります。その意味で珍しい裁判例ということになりますので、ご紹介させていただきます。

2 今回の事件の事案

事案なんですけれども、判決の1ページ目の「罪となるべき事実」のところを見ていただければと思います。万引き窃盗2件の罪でした。被告人は、平成28年の1月14日にドラッグストアにおいてガーゼなど17点、販売価格合計8,617円を窃取した当時、30代前半の主婦でした。妊婦だったので、そのまま在宅で捜査が続けられていたんですが、2ヶ月強後の3月27日にまたスーパーで歯ブラシ1点、歯磨き粉1点を窃取したということで、発覚してしまう。それで、いずれも高知地方検察庁によって起訴されてしまう。こういう事案です。

被告人は小学6年生から万引き窃盗を繰り返しておりまして、一時期止まった時期があったんですが、継続して万引きを続け、医療少年院と刑務所に合計で2,000日ぐらい、20代の大半を刑務所で過ごす。全部、万引き窃盗です。前回は前々回も常習累犯窃盗で有罪判決を受けて服役をしたという状態でした。今回の事件の前に、今の旦那さんと知り合いまして、ご結婚されて、今回の事件当時は妊婦さんだったということです。

3 今日のテーマ

事案は後々ご紹介するとして、まずレジメに沿ってお話をさせていただきたいと思います。A3のレジメを見ていただければと思います。この事案の説明をする前提として、窃盗症についての基本的なご説明をさせていただく必要があると思います。それから、関連精神障害として適宜、摂食障害と発達障害についてもご紹介します。その上で、常習累犯窃盗というのがどういうものなのか、盗犯等防止法3条の条文や立法経過をご紹介したあとに、

「窃盗症などと常習性について」という本件のテーマになった点についてご紹介して行きたいと思います。

4 窃盗症について

A 窃盗症の意義

まず、窃盗症の意義なんですけれども、【窃盗症】というのはクレプトマニアで、【病的窃盗】とも訳されます。クレプトマニアは、物を盗もうとする衝動に抵抗出来なくなることが繰り返されるといふ衝動制御の障害です。

アメリカの精神医学界が編纂した『DSM』というのが我が国の臨床の現場でも用いられていて、今5まで出ているんですが、一個前の4-TRというところでは【窃盗癖】と訳されていました。しかし、単なる癖と誤解される恐れがありました。DSM-5では【窃盗症】の訳が宛てられ、精神障害であることがより文字としても明確になっています。

また、WHOの『ICD-10』という文献にも【病的窃盗】の訳でクレプトマニアというのが紹介されています。

これは、物を盗もうとする衝動に抵抗出来なくなることが繰り返されるといふ病気なんですけれども、窃盗の社会類型としては万引きが念頭に置かれています。ですから、端的な定義としては、万引きが止められない病気と理解できれば良いかと思います。

B 窃盗症の原因

この万引きが止められない病気である窃盗症の原因なんですけれども、私は10年近くこの窃盗症の弁護をしている訳ですが、私の経験上と医師らから聞いたことをまとめたのが以下の文章なんですけど、環境的な要因と基礎疾患があることが少なくありません。

特に窃盗症と摂食障害・解離性障害の合併症例はよく見られます。この合併症状がある方の過去のお話、生育歴や経験を聞いていると、機能不全家庭での生育歴、たとえば親による暴力、アルコール依存症の父親が母親に暴力を振るうのを見て育ったとか、自分も暴力を振るわれていたとか、そういう問題がなくても、いわゆるエリート家庭のように見えても、子どもの進学や進路について親が口出しをして、過度に介入して来るといふようなところで、言いたいことを言えないで育ったご息女さんが多いです。こういう生育歴、現家庭に問題を抱えている特に女性の方、それから、性的被虐体験を有する方。

こういった後天的な問題がないにも関わらず、万引きを繰り返しているうちに癖になってしまうという方というのは、発達障害という基礎疾患が存在していることが非常に多いことが分かっていました。

C 窃盗症と解離機制

1・2 の場合には、良いことか悪いことかという区別は基本的に出来ていて、むしろ、規範意識は人一倍強いと言うか、万引き以外はほんとに真面目な人が多いので、自分のやってしまったことに対して、すごく自分を責めると言いますか、自己肯定感がどんどんそれで低くなって行くという状態もあります。犯行時の記憶を想起出来ないという解離機制が働くことが少なくありません。どういうことかと言いますと、解離性障害という疾病があるんですが、解離性障害のうちでも下位分類として解離性健忘という病気がございます。記憶にアクセス出来なくなっていく、虫食いの状態の記憶になって行くという状態です。分かりやすく言うと、自分に都合の悪いことについて、嘘じゃなくてほんとにアクセス出来なくなるということで、「万引きが悪いことだ。やっちゃいけない。自分は悪い人間だ。」と、ほんとに辛い思いをする訳ですが、万引きが発覚した直後にはっと我に返って、万引きした事実がすっぱり抜けてしまうと。ですから、お店に入るところまで覚えてるんだけど、ちょうど万引きをしてるところだけごっそり記憶が抜けてしまって、警察から「そんなことないぞ！」と怒鳴られるというような状態があります。これが解離の機制が働くというような状況です。解離性健忘だけではなく、離人症、自分のやることが何となく他人がやってるようなふわふわとした現実感を伴わないような行動に感じるというような状態もありますが、摂食障害とクレプトマニア、窃盗症の合併事例ではよく、解離の機制が働くというふうに言われます。解離の機制というのは、もう少しご説明すると、健常者でもあり得るが病的になって来ると解離性障害という病気になって行くということで、たとえば我々も、道慣れた駅から自宅への帰り道にいろいろ物思いにふけて考えていると、気付くと家に着いてるとかですね。こういったものも、解離の健常レベルの機制と言っています。

D 摂食障害と窃盗症の関係

次に、摂食障害と窃盗症の関係についてさらに詳しく見て行きたいと思います。

私が弁護を担当した裁判例を分析しますと、以下の 3 つの症例と言いますか、パターンがあることが分かります。

まず、盗癖が摂食障害の一症状であるという場合。つまり、摂食障害の患者さん、大量に物を食べて大量に吐くというような状態の人をイメージしていただくといいんですが、こういう方々が主に食品の万引きを伴うことは、摂食障害学会の先生方ではよく知られた事実です。この説明としては、摂食障害の一症状だと、診断基準には書いてないけれども、もうこれは経験上知られているんだということを説明されます。

それから、同じように摂食障害患者さんが万引きを繰り返す訳ですが、嗜癖行動学会、依存症の専門医の先生方は、これは摂食障害と窃盗症、クレプトマニアの合併症であると説明されます。

また、脳に詳しい精神科医は、衝動制御の問題というのが根本にあって、過食嘔吐や万引きへの一種の依存を形成している脳の病理があるんだと、この脳の病理が関与して、摂食障害と万引きの双方を引き起こすというような説明をされる方もいます。

これは相互に排斥し合うという関係ではなくて、事例性的の問題であって、患者さんごとにじっくり来る説明がそれぞれだと思います。たとえば、過去に食品の万引きをし、今も食品の万引きをし、捕まって、ずっと食品しか万引きしてない人には摂食障害の一症状と説明するのがじっくり来ます。過去には、摂食障害の影響で過食嘔吐用の食品を万引きしてた人が徐々に非食品も盗るようになって、今回捕まった事件では小物とか洋服を盗んだという事例であれば、摂食障害とクレプトマニアの合併という説明がじっくり来ます。というように、人によって、事例によって異なる説明が出来ます。主治医の人とよく相談をして、記録に沿って裁判で一貫した証拠関係、主張になるようにして行く必要があると思います。

E 摂食障害と窃盗症を繋ぐキーワード

次に、摂食障害と窃盗症を繋ぐキーワードというのをご説明したいと思います。

窃盗症、つまり、万引きが止められないという病気の治療の第一人者である群馬県の赤城高原ホスピタル医院長の竹村道夫医師によりますと、摂食障害患者の枯渇恐怖、減ってなくなることへの非常な恐怖と、溜め込みマインドという心理メカニズムこそが、窃盗衝動の原動力となるとされています。どういうことかと言いますと、摂食障害の患者さんはまず、生理的・心理的に飢餓状態にあります。これは皆さん、すぐ分かると思います。食べない訳ですから、おなかが空いてますし、非常に痩せています。心理的にも生理的にも飢餓状態にあります。飢餓の関連症状として、枯渇恐怖が生じるとされています。減ることへの恐怖。たとえば食べ物や生活用品、資金、自分に所属する物質や人間的な価値や評価。こういうことがなくなることに対する、減ることに対する非常な恐怖が生じると。これを枯渇恐怖と名付けます。この枯渇恐怖に対抗するため、ある意味では、枯渇恐怖を克服するための自己治療のために溜め込み行動が起こるというふうに説明されます。この溜め込み行動は普通の人か溜め込むのとは違って、皆さんがたまにニュースで見るようなゴミ屋敷をイメージされるといいと思うんですが、私の依頼者でも玄関開けたらゴミの壁で、上に20センチぐらい隙間が見えるぐらいで、「どうやってこの人入ってるんだろう？たぶん、後ろのベランダから入ってるのかな。」っていうような方もいました。入れないんですよね、そもそも。どうやって溜めたんだろうというものがありますが、最後に玄関の荷物が溜まったんですかね。ちょっと分からないですけど、ほんとにこのぐらい溜めます。予備の予備の予備の予備を溜め込みます。サランラップだと15本~20本は当たり前。冷蔵庫も入らない。後ろの方は腐ってるんですけど。入らないのでガムテープで留めるけど、留めてもドアが開いちゃうというような溜め込みが起こります。溜め込みに関しては、DSM-4-TRでは溜め込み症状として説明があったんですが、改訂版の現行の5では、溜め込み障害という立派な障害に格上げさ

れました。ですから、クレプトマニア、窃盗症の合併精神障害として溜め込み障害というのがあります。ですから、摂食障害患者さんは、溜め込み障害・摂食障害・クレプトマニアという 3 つが併存していることが非常に多いということが言えます。クレプトマニアの弁護をされた方は、あるなあということはお感じになると思います。この溜め込むというマインドの中には物を溜め込むだけではなくて、物は買えばいいんですけど、資金が減ることについても恐怖を感じますので、資金は減らないまま物を溜め込みたいという状態になります。これが万引きの心理メカニズムと言われていています。お金が減るのはすごい恐怖だけでも、物は必要以上に溜め込みたい。必要ない物でも溜め込むという心理的な機制が窃盗症の衝動の原動力であるというふうに説明されています。まだ通説はありません。一つの仮説と言いますか、有力な説ですが、私にはすごくじっくり来る説明です。枯渇恐怖と溜め込みマインドというものです。

F 窃盗症の診断基準

窃盗症の診断基準について簡単にご説明します。

A から E まで、DSM というアメリカの精神医学界の診断基準を抜き書きしたのですが、「個人的に用いるためでもなく、または、その金銭的価値のためでもなく、物を盗もうとする衝動に抵抗出来なくなることが繰り返される」というのが A の基準で、窃盗症診断にあたっての中核的な条項です。B が、「窃盗に及ぶ直前の緊張の高まり」。C が、「窃盗に及ぶときの快感・満足、または開放感」。D、E は、他の病気や他の動機との鑑別のための消極的な要件です。

A・B・C が積極的な要件で、その中でも A が中核的な要件と言いますか、診断基準となります。ここは窃盗症についての詳しいお話をする場面ではございませんので、簡単にご説明しますが、司法の現場で今も熾烈に争われているのは、この A の基準の該当性についてです。弁護人側は、A の基準の後段の「物を盗もうとする衝動に抵抗出来なくなることが繰り返される」、一言で言うと、窃盗の不合理性・反復性、これが窃盗症の中核的な要素だと主張します。検察官は、A の前段の個人的な使用目的とか金銭的価値のためという動機が少しでもあれば、この基準に当てはまらないから、窃盗症ではないという主張をします。いずれが正しいのかということですが、これはもう決着が付いているお話でして、DSM 自体に、「窃盗症は摂食障害が併存する」というふうに書かれています。先ほどご説明したように、窃盗症と併存する摂食障害の患者さんは、自分が食べる食品を盗んでます。ですから、自分が食べる食品を盗んでいる人を、DSM は摂食障害とクレプトマニアの併存というふうに説明してる訳ですね。ですから、その DSM の説明を前提にすれば、「個人的に用いるためでもなく」というところを文理解釈していないことは明らかです。これを検察側の医師にぶついたら、最初、「DSM は文理解釈するべきなんだ。しっかりと形式的にやらないと司法の場では駄目なんだ。弁護側のお医者さんの見解は緩めてるから駄目だ。」というふうに言った

んですが、「DSMに摂食障害と併存するって書いてある。」って言ったら、「それはDSMがおかしいな。」って尋問の中で崩れまして、判決でもこちらの意見が採用されました。刑法は厳格解釈しなければいけません、この診断基準というのは、あくまでお医者さんが「どんな治療方針を立てようか？この人、どうやったらいいか？どんな薬が適合するか？」という参考のために用いるものです、そんなに厳格解釈するものではそもそもないというものです。この点を指摘させていただきます。

G 発達障害と窃盗症の関係

次に、発達障害について見たいと思います。

摂食障害と窃盗症については合併することが多いということをご説明しました。また、機能不全家庭に育っていると性的虐待体験がない、後天的な事情が特にないのに万引きを何故か繰り返してしまっただけで窃盗症に至るという方については、発達障害という基礎疾患があることが多いと先ほど申し上げました。

この発達障害について、どういうものかと言いますと、従来「広汎性発達障害」と言われていたものを、今はスペクトラムとして捉えて、「自閉症スペクトラム障害」というふうに言われます。自閉症、アスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害などを含む疾患概念です。それから、それとは別の発達障害の類型としてADHD「注意欠如多動性障害」というものもあります。これは、「注意欠如優位型」と「多動性優位型」があるんですけども、不注意・多動、落ち着かないと、それから衝動性、考える前に行動するというのを特徴とする発達障害です。この発達障害の特徴としては、2ページ目の2(2)に書かせていただいておりますが、習慣への頑なな拘りがあります。それから、柔軟性のなさがあります。限定され、執着した興味、独特な思考により、一般常識が通じない。まあ文化が違うと思ってください。これらの症状によって万引きを繰り返し、窃盗症を発症するケースが少なくないというのが分かっていました。

5 今回の事件について

A 被告人について

今回取り上げます高知地裁の被告人ですけれども、この方は、今回初めて、この病気についてしっかりと調べられて裁判の場で争われたんですが、生来のADHD、それから、自閉症スペクトラム障害があり、3歳のときかな、お母さんが家を出て行ってしまっただけで、お父さんと兄2人と過ごしていたんですが、当時、電気やガスを止められ、雑草を食べるようなこともあったというような貧困と、頑なな拘りとか、何か物を取っちゃったときにすぐ叱って、是正してくれる母親というのがないという状況で、いろんな先天的な疾病や後天的な環

境要因があったと思われませんが、小学校 6 年生から万引きを始めるようになったという人でした。今までの裁判では、これらの疾病性や環境要因が顧みられることはなく、常習累犯窃盗での前科が 2 件ほどありますし、20 代の大半を刑務所で過ごすという状況でした。医療少年院だったので、摂食障害は酷かったのかなあと思うんですが、過去のことから聞いても医療少年院に行った理由はよく分かりませんが、こういうことで高知警察所ももう娘のように心配していて、10 代からお世話になってる訳で、優しいですよ。調書も普通だと悪い人間像で書かれるんですけど、そのまま素直に書いてくれて。衝動性とか。そういう意味では、一審の判決の前提となった基礎資料は、検察官が出して来た KS も PS も、こちらがそのまま情状としても使えるものになっていました。

それから、責任能力を知ろうとして当初争っていたので、検察官は完全責任能力だということを言えればいいと思ったのか、主治医や被告人を診たことがある医師 2 人から意見書を取ったんですけども、意見書や供述調書では、「注意欠如多動性障害や境界線知能とか窃盗症とか摂食障害が複雑に絡み合って犯行に影響を与えていて…」というようなことが書いてあって、「出来れば治療の方を優先した方がいい」という内容だったんですね。これも当然、同意をしました。ですから、本件の一審の証拠関係は、今申し上げた発達障害や摂食障害、クレプトマニア、境界線知能に争いはなく、それらが複雑に影響を与えて犯行に至った、繰り返していた、刑罰より治療が望ましいということは、検察側の証拠・弁護側の証拠、共通した前提になっていました。

B 起訴に至った経緯

今回の事件の方に入っていきますが、この事件は私が起訴前から付きました。窃盗症の回復支援をしている団体からの紹介で起訴前から付いて、示談をしたり、検察官に働き掛けたり、医師の診断を受けさせたり、治療を開始したりということをやっていたんですが、彼女が在宅で治療開始してから非常に真面目に治療を続けていて、取れる環境でずっと取らないでいたんですね。妊娠中だったのもあって、在宅のまま結構起訴まで時間があって、その間も治療を続けて。すごい真っ直ぐな被告人なんですね。これも特徴なんだと思うんですけども、万引きって決めたら万引きにすごい突き進むんですけど、治療って決めたら治療の方にすごい拘るので、どんどん良くなって、取れる環境でも取らない状態になった。自分のやってしまった行為責任についてはもう脇に置いて、とにかく今頑張っていることをすごく熱烈に泣きながら女性の副検事に語って、女性の副検事も、「あなたが頑張っていることとか子どものこととかよく分かる。」と言いながら、「ただ、仕事だから、あなたを起訴するかも知れない。」と、泣きながら起訴するんですね。2人でわんわん泣いたそうなんです。ただ、同じ検事のはずなんですけど、僕が会いに行ったら、すごい冷たかったです。全然駄目でした。のれんに腕押しと言うか、何言っても、「先生が言うことが正しいんだったら、法律変えてください。そしたら、我々も従います。」「いや、刑訴法 248 条の話なんですけど…。」

と言いながらいろいろやったんですけど、冷たかったです。でも、いい検事なんだと思います。泣きながら起訴したのは確からしくて、この女性の副検事も第一審の公判途中まで立ち会いの一人としていて、その検事がいるところでこのエピソードをぶつけたんですけども、特に異議とか「そんなことない」ということも、反対尋問でも質問でも出なかったですし、黙って聞いてらっしゃいました。ということで、検察官も起訴は心苦しいという事案だったんだろうと思います。恐らく上司の決裁が下りなかったのか、起訴されてしまいました。

C 裁判の経過

裁判の経過なんですけれども、第1子はもう生まれていて、裁判途中で2人目を妊娠するんですよ。それで一審が長引くんですが、最初に聞いたときはちょっと無責任なと思って。私の肩にもう一人の人生が乗っかっちゃった訳ですよ。「もう少し計画立てろよ。なんだ、この夫婦は!？」と思ったんで、進行協議期日で女性の裁判官とその副検事の前でも「ほんと申し訳ない。」って言ったら、2人とも「おめでたいことですから。」って。「ああ、俺だけが問題にしてる。何て冷たい弁護士だ。」って反省したんですけども。第2子の懐妊もあり、一審は在宅だったのもありますし、長引きました。その間も治療を続けていて、ずっと取れる環境で取らない状況が続いていたんですけども。

それで、最初に弁護側が争点を形成したのは、不当起訴だと、裁判を打ち切るべきだということで、指宿先生にも法律鑑定書を書いていただいて、それが討議・主張の柱で、それから責任能力、常習累犯窃盗。最初は憲法違反だと、14条違反だという主張をしました。通常の窃盗に比べて下限が36倍になっていると。これは不合理な区別・差別だということで。この3点セット、常習累犯の該当性を争い、責任能力を争い、起訴の当否を争うということで進めて行きました。これで行ったんですけども、法律鑑定書関係は全部、ヤマダ裁判長という方なんですけど、「我々裁判所の専権だから、弁護人は法律鑑定書に書いてある理屈は弁論で主張してください。」ということで、証拠採用には至らなかった。責任能力に関しての鑑定請求も却下されました。

そして、その前に丸亀支部というところで、同じように常習累犯窃盗の憲法適合性を争ったんですけども、同じ高松高裁管轄で負けて、高松高裁に控訴したんですけど、やっぱり憲法論では負けたんですね。それで、同じ裁判長なんで、同じ主張してもまた負けるなって思って、弁論要旨を書ける前日、方針を変えて、憲法論じゃなくて条文解釈をもう一度見直そうということで、条文を見て、「常習トシテ」というところで、「常習って何だろう？」って言って判例集とかで過去の裁判例とかを見て常習性の定義とかを確認して行ったら、「習癖」って書いてあったんですね。それで、「習癖って何だ？」って言ったら、「性格的傾向」みたいなことが書いてある訳ですね。繰り返してるうちに癖になっちゃうってことなんですけども。私が日弁連で責任能力PTに所属している関係で、司法研究とかもよく見ていたんですけども、平成19年の司法研究で、裁判員に法律概念を分かりやすく説明するって

うので、「病気のせいで犯行に至ったのか？元々の人格でやったのか？」みたいな説明を推奨する有名なあれが頭の片隅にあったんですよね。それで、「習癖」の定義とこの平成19年の説明が繋がったんですよね。「あれ？病気のせいでやってる場合には習癖に当たらないんじゃないか？」って思って。A3のレジメの4ページ目の3の「窃盗症等と常習性について」というところなんですけど、これ、これだけしか書いてないんですよ。20ページぐらいの弁論要旨だったんですけども、責任能力と起訴が不当だっていうことが18.何ページで、今回のテーマのところは、これだけしか書いてないんですね。読みますが、〔この点、判例は一貫して常習性を行為者の属性と理解している。そして、「常習」とは犯罪行為を反復累行する習癖を意味するのであり、「常習トシテ…犯シタ」と言えるためには、一定の犯罪行為の習癖を有する者が、その習癖の発現として犯罪行為に出ることを要する。しかし、「習癖」とは、判例によれば、性格的ないし人格的特性、傾向として理解されているところ、本件では、後述の通り〕、この「後述」っていうのは、責任能力の議論をしていたので、そのことですが、〔被告人は複数の医師から異口同音に少なくともクレプトマニア・摂食障害・境界知能・注意欠如多動性障害等と診断されており、これらの精神の障害が本件犯行に影響を与えていた旨の意見が述べられている。即ち、被告人の本件を含む繰り返す万引き行為は性格的ないし人格的特性・傾向の発現、即ち、「習癖」の発現としての行為ではなく、上記の各精神障害のために万引き行為を犯したものであるから、「常習トシテ…犯シタ」とは言えない。平成19年度司法研究36ページには、責任能力の判断に関し、精神障害のためにその犯罪を犯したのか、元々の人格に基づく判断によって犯したのかという視点が推奨されており、精神障害に基づく犯行と人格に基づく犯行を対比させていることを想起されたい。よって、本件においては盗犯等防止法3条の常習累犯窃盗罪は成立しない。〕これだけですね。弁論期日は、私は他の予定と重なったので、それまで1人でやってたんですが、急遽、勤務弁護士の方に行ってもらって代読してもらったんですが、前日の夜、ギリギリのところまで思い付いて書いたというものです。ですから、ちょっと理屈とかが今思うと荒いんですけども、こんな発想で常習性を否定しました。憲法論では太刀打ち出来ないと思ったので、こういう主張をしました。

D 判決

判決なんですけれども、判決文の6ページ・8ページのところに、これに関する判断が示されています。判決文の6ページの一番下、「3、常習性についての検討」というところ。短いので読みます。〔前記の通り、被告人は10件を超える窃盗または常習累犯窃盗の前科前歴を有し、その殆どが本件と同種の万引き窃盗事案である。そして、被告人は公判廷において、前刑執行終了時から本件第一窃盗までの間も窃盗を繰り返していた旨を述べている。また、被告人自身が認めるところによれば、初めて窃盗に及んだのは小学校高学年のときであり、小学六年生の頃には日常的に万引きを繰り返し、その後、中学生の頃に一時万引きが収

まった時期を除いて日常的に万引きを行い、少年院への入院や服役を繰り返して来たというのである。以上によれば、被告人には窃盗の反復累行または、その性格的素質によって新たな窃盗への人格的ないし性格的な傾向もしくは意思傾向、即ち、窃盗を反復累行する習癖があり、本件各犯行においてもそれが発現したものと追認されないでもない。しかしながら、他方で、被告人を診察するなどした医師らは、自閉症スペクトラム障害についてはともかく、そのいずれもが、本件各窃盗について、窃盗症等の影響により窃盗の衝動が高まり、行動制御能力が低下したことによるものであることを指摘する。そして、本件各窃盗を仔細に見ると、本件第一窃盗においては次々と商品を手提げバッグ内等に隠匿するという対応の大胆さが指摘出来る一方で、被告人は商品を詰め込むことによって同バッグの外観が変形することを気に留めることもなく、窃取した商品の一部がバッグの口から見えるほどになるまで多くの商品を窃取したものであり、その対応は大胆さを超えて、むしろ稚拙で、いささか異常とも言う。本件第二窃盗においても、被告人の供述によれば、他店で万引きした商品を入れたバッグにさらに商品を詰め込んだと言うのであり、犯行を見咎めた警備員が被告人を注視するに至った契機が、前記バッグに入店時より明らかに膨れる変化があったことであることを合わせ考えると、犯行の対応はこれまた稚拙で、いささか異常と言う。ようするに、本件各窃盗の対応は、窃盗を反復累行した経験により窃盗に対する規範意識が希薄となり、あるいは、性格的素質に基づき窃盗に対する規範意識が希薄で窃盗の対応が大胆になったと言うよりは、むしろ精神状態が不安定となり、衝動性の制御に困難を来し、そうした状況下で甚だ稚拙な犯行に及んだものと見る方が妥当なようにも思われるのである。以上の検討によれば、本件各窃盗は被告人の人格的ないし性格的な傾向もしくは意思傾向、即ち、窃盗を反復累行する習癖が発現して敢行されたものというより、むしろ窃盗症という精神疾患や多動性障害等、矯正教育による矯正のみによっては改善の出来ない障害による影響のもとに敢行されたものと見る方が適切であり、これを覆すに足る証拠はない。結局、本件各窃盗が窃盗を反復累行するという習癖の発現によるものとして常習性を認めるには合理的な疑いが残ると言わざるを得ないのである。以上より、本件各窃盗については盗犯等防止法の常習性の要件の充足について合理的な疑いが残るので、常習累犯窃盗罪の成立を認めることは出来ず、各窃盗について窃盗罪の成立が認定出来るにとどまるものと判断した。) 这样一个判決になりました。

6 常習累犯窃盗罪について

A 条文構造

順番が逆になりましたが、ここで「常習累犯窃盗罪ってそもそもどんな犯罪か？」というのを、レジメの2ページ目から見て行きたいと思います。条文としては、盗犯等防止法の3条の問題なんですけれども、昭和5年ですね、盗犯等の防止及び処分に関する法律、非常に

古い法律が今も残っている訳です。3 ページ目に第 1 条・第 2 条・第 3 条・第 4 条と書いてありますが、全部読んでみると、カタカナで見辛いので、第 2 条と第 3 条、構造としましては、第 3 条が常習累犯窃盗なんですけど、第 2 条で、特殊な方法でやった場合に窃盗をもって論ずべきときは三年以上の有期懲役に処す、と書いてあって、凶器を携帯して犯したときとか、2 人以上現場において共同して犯したときとかいろいろ書いてあるんですけど、これを受けて、「前条ノ例ニ依ル」として書かれてるのが第 3 条で、常習として窃盗を犯して、10 年以内に 3 回以上六月以上の懲役を受けたのにまたやっちゃった 4 度目は、前条の例によると、つまり、最低でも 3 年以上ですよと、こういう構造になっています。

B 常習累犯窃盗罪の問題点

これ、弁護をしていていつも非常に疑問に思っていました。最初の方は争うっていう頭もなく、重いなあと思っていたんですが、段々クレプトマニアなどの病気を抱えた人を弁護して行くにあたって疑問に思ったのが、通常の窃盗罪で病気の影響があって繰り返してる人が、行動制御能力が低下してるということで、完全責任能力を前提としても責任非難が軽くなって再度の執行猶予になるっていうのを多数経験して来ると、「何で常習累犯だと重くなるんだ？」って。「この整合性はどうなんだ？」って。それで、いろいろ調べると、ドイツやスイスでは、「精神障害を抱えた人とか貧困の人とかは、逆に繰り返すと責任が軽くなるんじゃないの？」っていう累犯加重の議論が学会でなされて、累犯加重規定が削除されるに至ったっていうのがあるんですね。まさにそうだろうというふうに思っていて、常習累犯窃盗自体争うべきじゃないかっていうのはここ数年思っていたところで。ただ、争い方としては憲法違反ぐらいしか思い付かなかったんで、憲法違反を何度かやったんですけど、2~3 回やって全部駄目で、何度やっても実務では勝てないなと思って。直近で丸亀支部で負けて、同じ高松高裁で控訴棄却になったので、違うことやらなきゃというのが、今回、弁論要旨を書いているときに思い付いたと。やっぱり根本的に矛盾と言うか、おかしいんだろうと思っていて、でも、累犯性は争えないとすると、常習性のところなんだろうと思っていたところで。

C 常習性の定義

そこで、判決文の 3 ページを見ていただくと、こんなことを今までの裁判例は言ってるんですね。「常習性とは何か？」というところなんですけども、よくまとめてくれています。判決文の 3 ページ目ですね、「常習性の要件について」。「盗犯等防止法 3 条に言う常習累犯窃盗罪の成立には、その行為前に窃盗罪等で 3 回以上 6 ヶ月の懲役刑以上の刑の執行を受けたことの他に、当該窃盗の犯行が常習として行われたこと、即ち、当該犯行が機会があれば抑制力を働かせることなく安易に窃盗を反復累行するという習癖の発現としてなされた

ことが必要であり、ここに言う習癖とは、窃盗の反復累行によって生じたか、または性格的素質に基づいて存在するかを問わず、新たな窃盗への人格的ないし性格的な傾向もしくは意思傾向を言うものと解される。そこで、本件各犯行が機会があれば抑制力を働かせることなく容易に、安易に窃盗を反復累行するという習癖の発現として敢行されたものと言えるかにつき以下検討する。]と書かれている訳です。こんな定義で、裁判例が集積しているところでは。

D 立法経緯

常習性の定義はこんなものなのですが、今回、控訴審をやるにあたって、立法趣旨と言うか、立法経緯を調べてみました。「帝国議会委員会会議録第3回抜粋」と書いてあるレジメの方の3ページのどこなんですけど、泉二（モトジ）さんという政府委員、これは裁判官ですね。読ませていただきます。元々は難しい漢字とかカタカナで書いてあって、私が適宜ひらがなに変えました。セキグチ委員さんが、「『常習トシテ』という字は、これは他の条文に規定してあるところと同様なんですか？」と。泉二政府委員は、「『常習トシテ』という言葉は刑法の法典の中にもごく少ないのでありまして、刑法186条に『常習トシテ賭博ヲナシタル者』という文字があるだけでありますが、ここに書いてあります言葉もだいたい趣意は同じこととご理解くださってよろしかろうと思います。」。泉二政府委員は、別のところで、「厳罰主義を持って臨むという趣意でないことは構文をご覧ください分かります。」「起訴猶予はやはりなし得るのでありました。」「常習としてやるということを容易く裁判所は常習と認めないだろうと考える。」とか、結構謙抑的に使われることを想定と言うか、希望してるんですね。期待してると言うか、前提としてるような箇所がございます。「現行刑法186条の常習という条件の認定は、幾分常習の認定が多くなっておりはせぬかという感じもありますけれども、この法律案では第3条をご覧くださいとなると、3回以上六月以上の懲役以上の刑に処せられた者が今度4回目に処罰をされるという場合においても当然に常習とは認めておらない。やはり常習的なものであるや否やということは裁判官がさらに他の事情を斟酌して認定するという事になっている。そういうことになりますと、この法律としては、常習ということは、これは3回やったからすぐ常習だ、こういうことには決して認定ならないだろうと思うのであります。」と。「殆ど職業的にやる場合をこれは見ている規定であると考えてよろしいのであります。」って言ってるんですね。だから、元々精神障害が原因で繰り返すとか、認知症が原因で繰り返すとか、貧困で繰り返すとかですね。まあ貧困はちょっと微妙かも知れないですけども。つまり、精神障害の人が繰り返すっていうものを想定してないはずですね、ここでは。だから、「おなかが空いて、ちょっと仕事もお金もないや！」っていうときに安易にこういうこと繰り返してしまう人が念頭に置かれている。「そういうことで十分に条件は限定しておりますから、決してこれが過酷に過ぎるということは考えられないのであります。」と。あと、泉二さんは、この議会で、「ほんとは窃盗は

10年以上って重すぎて、1年ぐらいでもいい。」って言ってるんですね。ただ、この時代の時代背景があって、「社会防衛の必要から、どうしてもこういう常習的なものに対しては軽い刑期ではいかんということ認めて、この特別な規定を設ける必要を認めたのであります。」と。立法趣旨は今、通用するのか。社会防衛というものを前面に出している。こういう立法経過が分かりました。考え方の要旨としては、刑法 186 条の常習と同義であるということ、検察官の起訴猶予による合理的な処置を当然の前提としているということ、これが立法趣旨で説明されています。検察官が合理的に起訴猶予をしてくれるだろうということ期待していました。重すぎることにはならないんだということ。今回の事件のテーマにも関わって来ると思うんですけど。それから、裁判官は回数のみならず、他の事情も斟酌し、常習か否かを判断出来るので、何でもかんでも常習にはならないよということとか、職業的にやる場合を想定しているよとか、社会不安のための規定であって、重い刑期はその趣旨だというようなことが見えて来た訳です。

7 今回の事件の控訴審について

控訴審で、検察官は、一年二月は量刑が軽くて不当だというよりも、法律の解釈を間違っただということ控訴しました。弁護側としては、責任能力の判断が誤ってるということと、検察官の起訴、裁判を打ち切らなかつたことについても間違いだということで、双方控訴しました。今、高松高裁で第1回が終わったところで、検察官の控訴趣意書は、仮に第一審のように常習性を認めない場合があるとしても、それは、極限的な状態みたいなことを言って来て、被告人が完全責任能力だって言うんだったら、意思の力で十分止められたんだろうから、やっぱりこれは意思的な傾向とか本人の人格的な傾向で、常習性を認めることは出来るんだという、責任能力と常習性の判断を連動させるというか、並行的に理解する主張をしています。弁護側は、何点かの公刊物の資料を請求して職権で採用されて、検察官は、酷いんですけど、最近常套手段でやるんですけど、被告人を診察したこともない医師にあとから記録だけ読ませて、人格的な要素の影響が大きいっていう意見を、聖マリアンナ医科大学の安藤久美子さんというお医者さんに言わせて、「やむを得ない事由ないでしょう。」っていうことを言って、却下されたんだけど、職権でこのお医者さんの証人尋問をするということを高松高裁の裁判体が決めました。8月2日に検察側の医師の証人尋問が開かれます。あともう一つ供述調書みたいなものを出して来たんですけど。意見書かな。一審で治療を優先して上げて欲しいということとか、病気の影響が強かったとか言ってくれたお医者さんに再度検事が聞き取って、人格的な影響があったみたいな、もう露骨なんですけど、そんな供述調書も出て。まあそれは却下されたままで、特に尋問とかないんですけど、形振り構わないなと思いました。今こういう状況ですので、検察官側のお医者さんのこれまで書いた論文とか公刊物を全部 Amazon で取り寄せて読んでいて、付箋貼って何か使えることがないかというふうに分析しているところです。そういう状況で、まだ、この判決自体は確定しておりません。

結論は懲役一年二月ということですね。検察官の求刑は四年でした。常習累犯窃盗罪が適用されることを前提に求刑四年。前回は常習累犯窃盗で懲役二年四月でしたので、前刑の半分の刑期が言い渡されたということですね。引き続き控訴審頑張りますということで、だいたい1時間になりましたので、私の報告は以上です。

第2部

矯正医療の経験について ―中での関わりと外からの関わり―

長谷川直実氏

(医療法人社団ほっとステーション
大通公園メンタルクリニック院長)

1 はじめに

今日は、「矯正医療の経験について―中での関わりと外からの関わり―」ということで、私が医療刑務所の中で働いていたときと、クリニックの医師をしながら、外から関わってる現在の経験についてお話ししたいと思います。まず、医療刑務所での経験と、矯正施設での精神疾患についてお話をし、北海道に戻ってきてからの矯正施設での経験と、現在のクリニックの医師としての矯正施設との連携についてお話しします。

2 医療刑務所での経験

まず、八王子医療刑務所、今は昭島の国際センターのほうに統合されましたけれども、医療刑務所での経験についてお話しします。

A 精神障害を有する受刑者の統計

これは犯罪白書ですけども、精神障害を有する入所受刑者の推移で、知的障害者、その他の精神障害者について、総数、比率は少しずつ増えてるように見えますけども、これは、きっと認知されてきているから数上に増えてきているのであって、昔は、もっと暗数が多かったのかなというふうに思います。

そして、これは平成29年の統計で、新規受刑者の中で精神障害を有する者ということで、知的障害と人格障害と神経症性障害、その他の精神障害とに分けられて統計がありますけども、新規受刑者は男性が42841人、女性が3861人ですけど、成人だけで6000人以上が何らかの精神障害を有すると、診断されてる人だけですが、そうなっています。しかし、これには嗜癖を持つ人の多くは含まれていません。例えば、覚醒剤取締法違反で受刑した人は覚醒剤の乱用を繰り返していて、物質使用障害の覚醒剤っていうふうに外では診断される

かと思うんですけども、そういう人は含まれていないわけです。

私が医療刑務所に入ったのは1989年ですけども、これは私の上司だった滝口直彦先生が統計をまとめたもので、先生は1985年から2005年まで医療刑務所にお勤めで、その中で物質使用関連障害、主に覚醒剤、もしくは有機溶剤、または大麻ですね、これは1989年から1996年ぐらいをピークに、以後どんどん減っているっていうことになっています。覚醒剤の逮捕者が、再犯率は一定を保っているんで、4、50代の方はむしろ増えているんですけども、新しい20代、30代の方が減っているんで、それに伴って減っていると思います。統合失調症の人が3割前後で推移して、拘禁反応の人も1、2割前後でちょっと減っているということです。摂食障害や、認知症、発達障害が増えているということになります。摂食障害は、窃盗で入ってる人がほとんどだと思います。

B 松沢病院にて

私は、平成元年7月から平成9年4月まで医療刑務所に勤めました。卒業したのが平成元年の3月ですから、少しの間、民間の病院に勤めたんです。拝命はちょっと遅れたので、7月に拝命になって東京に行ったんですが、まだ新人で何も分かりませんので、研修医先を探しまして、9月から松沢病院のほうで研修しました。

ここにDの40とかCの32とか書いてありますが、これは病棟の番号で、今はこういうのはもうなくて、病床もだいぶ減っているんですけども、最初のDの40棟っていうのは、触法のかかなり重たい方が入っていた所です。有名な犯罪を犯した方なども入っていました。中でも不穏になることが多くて、全員保護室ってような病棟でした。そこから始まって、慢性期女性病棟や急性期病棟、合併症病棟などに移りました。精神科病棟は男性のみで、女区とって、女性の病棟は混合病棟だったので、精神疾患も身体疾患も一緒に入っていました。何室か感染症病棟がありまして、精神科病棟は南病棟だったんですけど、北病棟の一角が結核病棟になっていて、結核の人と当時HIVの人も入っていました。女区のほうは、何室かは感染症の部屋として別にされていて、そこに結核の人もHIVの人も入っていました。全部個室です。女区の精神科患者を担当していました。

松沢病院から学んだことを医療刑務所で実践しまして、薬物療法についても、SST、Social Skills Trainingについても、社会資源の知識などについても、医療刑務所の実践で生かせたと思います。

C 医療刑務所にて

平成4年ごろから、医療刑務所の中でグループワークをしていました。SSTやモラルジレンマディスカッションなどですけども、今は法務省の指導のプログラムの中にSSTが入っているんですけども、当時はどこもやっていなくて、結構見学にいらっしゃる方が多かつ

たと思います。SSTは松沢病院で学んで、医療刑務所で行っていたものです。後にまた説明します。

そのときに、保安職員と医療職員のチーム医療が非常に面白かった経験があります。保安職員っていうのは、非常に厳格なイメージですけども、医療刑務所の保安職員は非常に優しくかったです。厳しい人もいましたけれども。医療刑務所も、治療作業ということになってはいますけど、一応懲役なので、皆さん基本的に作業しなければいけません、中には病状でとても作業にはならなくて、個室の中で簡単な作業をしていたり、それすらも、作業品を汚してしまったりして、全く作業にならないような人もいましたけれども、それを何とかなだめたり、時には作業をするように促したりして、保安職員は頑張っていたと思います。私は女性だったので、連行権っていうのがないんです。男性は1人につき5名まで連行権があったんですけども、私は女性なので連行権がないために、必ず男性が1人入っていないとグループワークができないというふうな決まりになっていました。人数によってはもう1人男性職員が入らなければいけないので、大抵は男性看護師が入っていましたけれども、時には保安職員が入ってくれることがありました。

出所後に社会につなげるっていう難しさを感じたのも現実でした。この頃、まだ紹介状を外に書いてはいけないということになっていたんです。今は所長名では書けるんですけど。医師が書いた物だとしても、医師の名前は書くことができなくて、所長の名前で外の病院への紹介状を出すことはできるんです。以前はそれも全くできなかったわけです。こっそり書いたりしていましたが。松沢病院につなげるときに、松沢病院なので口頭で伝えたり、こっそり書いた物を渡したりして、つなげることはしていたんですけども、本当は駄目だったわけです。今は大丈夫なんですけど。精神科の紹介状っていうのは、非常に詳しく生活歴や病歴を書くんですけども、今もそれは許されていないです。あんまり生活歴や犯罪歴を詳しく書くと、やっぱりそれはカットされてしまうので、簡単な病状だけ書いて、もし知ってる所につながったとしたら、口頭で補足したりすることがあります。

また、無期懲役の人とかも入ってまして、無期懲役の人が、新人の私でも何人か担当が付いたんです。それは、新人だけ見込みがあって難しい患者を付けられたわけではなくて、統合失調症が当時分からなくて、昭和30年代、40年代ぐらいからずっと入ってるっていう人もいらっしゃったんですが、そういう人は、もうやることがないわけです。だから新人の私でも務められたというか、そういう形で担当が何人かありました。

そして、その当時やっぱり制限もありましたし、できることが少なかった。1回外に出てまたすぐ戻ってくる人がいたり。医療刑務所は、いったん病状が良くなると、一般刑務所に原則移送して満期を迎える、出所を迎えるっていうことが原則なんですけども、刑期が短くて、医療刑務所から出所する方もいらっしゃいました。だけど、元刑っていうんですけど、元の刑務所に移送してもまたすぐ戻ってきてしまったり、出所しても、またすぐ再犯して戻ってきてしまったりというようなことを繰り返してしまっていて、難しかったという思いがあります。

また、精神鑑定もやっていたんですけども、当時、現在も活躍されていますが、影山任佐先生が千葉の拘置所で簡易鑑定、起訴前鑑定を全部請け負っておられて、その助手をしていました。自分でも何人か 1 人で先生の指導の下に鑑定をしたりすることがありましたし、松沢病院の関係で助手をすることもあったんですけども、鑑定はあんまり面白くないといえますか、まあ面白いですけども、リハビリテーションとか、更生に関心がありました。

D SST について

先ほどの SST、Social Skills Training ですけども、ちょっと一般的なことを説明しますが、これはグループワークで、例えば職場であいさつができないとか、そういうような課題の提示をして、課題場面をそのグループの中で設定して、そこでロールプレイをするんです。ドライランっていうんですけど、ロールプレイをして、そこでポジティブフィードバックを与える。「今、声が出てたのが良かったです。」とか、「相手の人の顔を見ていましたね。」とか、何でもいいから、いいところを見つけて言うわけです。この、参加者がその人のいいところを見つけるっていうことも、治療的な意味合いがあるんですけども。それを前提に、改善すべき点っていうのを指摘し合いまして、もう一度ロールリハーサルをするという感じです。場合によっては、誰かに代わってモデリングをしてもらって、もう一度やってみるっていう、新しい行動のロールプレイをするという、こういうようなパッケージになっていまして、これは大抵の精神科デイケアでプログラムにあります。うちも 2 グループありますけども、いろんなところでやっています。今、刑務所や少年院などでもやられています。

これは、事前にお示ししている資料にもあるかと思いますが、私がやっていたときの SST の課題例です。これは、刑務所内の課題になります。他の収容者と肩がぶつかった時とか、新しく来た保安担当の人に自分の状態を伝えるとか、夜中に起こされて責められた時とかです。そういうような課題を出してもらってするんですけども、刑務所内の課題だけですと、あまり治療的でないというか、なるべく懲罰を逃れて、うまく刑務所の中の生活をするというような感じの会になってしまっていて、あまり治療的じゃなかったっていうことが反省点としてありました。また、せっかく笑顔で担当さんにあいさつするっていうふうなのをやっても、勝手に笑顔であいさつしてはいけないので、タイミングを間違えると、静謐乱しといって、静かな状態を乱すとそれもまた懲罰になりますので。規則違反ですね。あと、工場ですぐ勝手にあいさつしたりすると、よそ見をしてるとか、勝手に発言したっていうことで、それもまた規則違反になって懲罰の対象になりますので、それに合わせていると、本当に社会的な訓練になるかっていうことを疑問に思いはじめたので、刑期の長い人には SST をしないで、出所前 6 カ月ぐらいになってから SST をするようになりました。

出所後の社会生活へ向けての課題例としては、就職面接ですとか、借金を断るとか、事件で迷惑かけたところに謝りに行くとかがありますが、これが「自分が出所してから役に立ちました」って言って手紙をくれた方がいて、大変うれしかった覚えがあります。

そういう経験を踏まえて、北海道に来てからは、網走刑務所に、ルーテル大学の名誉教授の前田ケイ先生と一緒に、SST のデモンストレーションに行ったことがあります。そのときにもお伝えしたんですけども、出所を数カ月後に控えた人を対象にしたほうが、社会的にはいいんじゃないかということと、あと、セッションの外の環境を見定めて導入するということ。新しいプログラムを導入するとき、やっぱり保安職員の協力が必須です。保安職員と連携の土台を作っておいて、それからプログラムを入れないと、保安職員が反感を持ちながらプログラムを入れると、それはあまり良くないわけです。参加してる人に遠回しに影響がありますので、やっぱりそこは、その刑務所の中に入って連携を築いてから、プログラムを入れたほうがいいのかと思いました。あと、職員の一方向的な、教育的な、または矯正的な指導、「ここはこうしたほうがいいんだ。」とか、そういう自分の思った指導をしないで、ここはこういうふうにしたほうがいいんじゃないかなと思って、まずはグループに参加してる他のメンバーの意見を優先するというような、グループの雰囲気的大事にするというのがいいかと思います。

E ケースの紹介

ケースについて簡単にお伝えしますが、20代の女性で知的障害がありました。被虐待ケースで、親からの虐待、あと義父からの虐待です。シンナーや覚醒剤乱用のために、まだそのとき20代後半だったんですけど、歯は全部なかったですし、髪の毛も真っ白でした。少年院や女子刑務所に服役して、その合間に水商売というか、風俗で働いたりとかしてた方だと思います。肝機能障害、B型肝炎があって、さらに肺結核にもなっていて、医療刑務所に移送されたというケースです。この人、肺結核は医療刑務所に来てから分かったんですけども、その後、内科治療の継続が必要で、内科治療の途中で満期が来てしまったので、出所後に、都立松沢病院のことですけども、公立の精神科病院の合併症病棟に入院するように、いろいろと手はずを整え、一応その合併症病棟に入院しました。ところがそのときに、松沢病院のソーシャルワーカーで、ベテランの男性でしたけれども、何ていうか高圧的な感じの人がいまして、この人は覚醒剤で服役してたんですけど、「お前盗みはしないんだよな。」と言ったんです。その態度に不満を持って、病院を勝手に抜け出して、そのまま行方不明になってしまったというケースもありました。

今なら、服役中から知的障害の障害者手帳の取得を検討したり、地域定着支援センターにつなげることができると思います。当時よりは、だいぶ社会復帰に向けての活動が良くなってると思いますので、そうなる、退院してから入所できる施設などを準備していきなり行方不明ってようなことはないかと思いますが、複数の支援機関がケア会議などで顔を合わせて本人を応援するということもできるようになっています。

F 地域生活定着支援センターについて

地域生活定着支援センターはご存じだと思いますが、これは北海道地域生活定着支援センターのパンフレットですけども、矯正施設に入所中の高齢者や障害者に対して、特別調整という枠組みで、出所後の住む所や医療機関や福祉施設などにつなげることを、矯正施設の社会福祉士さんと、地域生活定着支援センターとが共同してやっていくということになっています。まず、矯正施設内の社会福祉士さんが、「こういうケースがあるんですけども、地域調整できませんか。」というふうに定着支援センターのほうに申し込みをしまして、そこから定着支援センターが動いてやっていくということになっています。私たちの病院にも、何人もの人が、地域生活定着支援センターからのご紹介でいらっしやっています。ここにもあるように、矯正施設のほうに、地域生活定着支援センターの職員の方が出向いて調整します。そして、私たちのほうにも、服役中に1回アセスメントしてほしいということが時々ありまして、函館刑務所や帯広刑務所、網走刑務所っていうこともありましたけど、などに行って、ご本人にお会いして、グループホームが空いていれば、そちらでお迎えするという手続きを取ります。出所後も、ある程度継続的に関わってくれるので、ケア会議などでも集まって支援を続けることができます。

3 矯正施設での精神疾患

次に、矯正施設での精神疾患について皆さんにお伝えしたいと思います。

元々のパーソナリティや精神疾患に拘禁着色がされて、矯正施設内の精神状態が現れてきます。

A 拘禁反応

拘禁反応という言葉聞いたことがあるかと思いますが、これはいろんな症状が出ますが、軽いもので不安や単なる抑うつ気分、初めて服役した人なんかは当然そうなるかと思いますが、焦燥感などがあったり、身体症状でも多彩な症状が出ます。また、問題行動としては自傷行為や自殺企図、器物破損や拒食、異物嚥下や不潔行為など、さまざまな激しいものなどもあります。

ガンザー症候群とか、ガンザーのもうろう状態っていうような言葉もありまして、軽い意識障害といいますか、応答が的外れになったり、ぼーっとした状態になったりっていうような拘禁反応が現れることもあります。また、あんまり聞きなじみがない言葉かと思いますが、レッケの昏迷という言葉もありまして、これは、動物が敵が来たときに死んだまねをするような感じに似ていて、外界の刺激に反応がなくなるというような状態です。また、拘禁爆発っていう言葉もあるそうで、私はカルテに書いたことはないですけども、大声を出したり暴れたりというようなことです。ご赦免妄想っていうのも古くから言われてまして、長期拘禁

下で願望充足的に出現して、聞いたところによると、皇室で何かあったり、政府で何か大きなこと、日本でオリンピックとか、そういうことがあったりすると、何か大きいことがあるから釈放されるんじゃないとか、そういうような人が増えるようです。

拘禁反応を起こしやすい条件としては、未決拘禁が長い人とか、初犯の人とか、重罪の人や外国の方、知的に低かったり、若い人や子供っぽくて未熟な性格、こだわりが強い人などが起こしやすいといわれています。

B 薬物乱用者

薬物乱用者の人もたくさん服役していますけども、刑務所適応が良好な人は、薬物乱用による幻覚妄想などの精神病症状や残遺症状がない人、また発達障害や知的障害の合併がない人で、しばしばそういう人は売人だったりして、要領が良かったりします。工場にも出役して働いていて、雑居処遇もうまく適応してるような人です。そういう人は、懲罰がほとんどない、もしくは、すり抜けているということになります。こういう人は適応良好なので、R1という認知行動療法のテキストを使った法務省が押し勧めてるプログラムなども、参加オーケーになってるわけです。

刑務所の適応がうまくない人は、精神病症状がある人、もしくは発達障害などの併存障害のある人で、そういう人は独居、独居でも級が上がってテレビ付きの独居に行ける人もいますけど、そういう独居ではなくて具合が悪い人が行くような独居、カメラ付きの独居だったり、房内作業に従事していたりしまして、懲罰行為を繰り返してしまいます。そういう人は、もちろん、従ってプログラム参加はできないということになります。

そうすると、しばしば薬物乱用のプログラムなんかには売人が多くなっていたりして、本来に必要な人にはいていないというようなことも起きかねません。

C 認知症

また、矯正施設内の認知症も、近年問題になっています。受刑者の高齢化があって、まるで保安職員が介護職員になって、介護施設のようになってる場合があります。また、長年のアルコール依存症者とホームレス経験者なども、多発性脳梗塞などを起こしていたりして、認知機能が下がっています。こういう人たちは、夜間せん妄を起こして、騒音や不潔行為などで周囲への影響もあります。矯正施設内の生活も単調で、認知症を進行させてしまうこともあります。私がまだ新人のころは、梅毒のために進行認知症になってる方もいらっしゃいました。

D 詐病と転換性障害

よく言われるのが詐病なんですけども、詐病っていう言葉は、病気のふりをするということですが、刑務所の中では、しばしば何かの利益を得るために詐病が問題になります。何らかの利益を求めて、意識的に病気のふりをしたりする人です。いろんな症状が出ます。

拘禁反応の一種で、転換性障害、いわゆるヒステリーというもので、紛らわしい病状が出ることもあります。これは、本人は意識してやってるわけではなくて、あらゆる身体や精神症状が出ます。

ここの鑑別が難しいですけども、ある程度意識して問題行動、例えば、何か飲み込もうとしたりとかする方もいるんですが、そういう方も詐病に含んでしまうと非常に冷たい対応になってしまうので、詐病という病気ではないかとか、精神科医の中ではそういうような意見もあります。

私の上司、内科の先生ですけども、が一度だまされたのは、布団の綿を取って皮膚の傷口か何かに入れたりとかして、あとカーボン紙の裏の黒い所を皮膚になすり付けたりして、黒皮病っていうふうに診断が付いて、それを学会報告した医者がいるとかっていうふうに聞いたことがありますけども、何かそれで処遇を改善してもらおうっていうふうに、ふりをすることもあります。

E 医療刑務所でのエピソード

医療刑務所で印象に残ってることは、いろいろあるんですけども、私がまだ新人だったときは、有機溶剤、シンナーで入ってる人がたくさんいまして、シンナーをひどい使い方をした成れの果てみたいな人がたくさん入ってまして、無動機症候群、アモチベーショナルシンドロームっていうものがあるんですけども、シンナーを長く使うと、シンナーのほうは脳へのダメージが覚醒剤よりも大きくて、廃人のようになってしまうんです。そうすると、統合失調症の慢性期のような状態なのか、拘禁反応でこうなってるのか、鑑別に迷うことがあるので、しばしば問題になっていました。

拘禁反応と統合失調症も、長期の服役の場合は、非常に鑑別が難しくなることがありました。

先ほど申しましたように、医師にとっても、外につなげるときに難しい規則があったり、あるいは患者さんから手紙が来ますね、出所してからも。出所してからの手紙に励ましのお返事などを書いて私も処分を受けたことがあります。外と交通といいますか、やりとりしてはいけないということになっていまして、精神科医としてはリハビリテーションを推し進めるために、頑張ってる人に励ましの手紙を送るっていうのは当然だと思うんですけども、私も処分されたということがありました。

あと、薬物乱用者の中でも、特に女性ですが、HIV になっていたり、薬物乱用プラス売人の夫からの DV のために顔中傷だらけだったり、非常に不幸な、今クリニックで診ている患者さんよりは、かなり大変な状態の人がたくさんいたというような記憶があります。

4 北海道の矯正施設での経験

北海道に戻ってきたのは平成9年ですけども、平成9年からちょっと違う民間病院に勤めまして、平成11年から今のクリニックです。いったんは刑務所関係の仕事は辞めるってようなことを言っていたんですけども、いろんなつてから紹介がありまして、平成15年から平成31年、去年の4月まで月形刑務所の精神科嘱託医として、といっても月に2回しか行かないんですけども、行っていました。プラス、途中からは、一般改善指導としてプログラムに参加してます。酒害教育だったり、薬物離脱指導だったり、ギャンブル離脱指導だったりしています。このときは、結構、出所後の医療機関を紹介できましたので、いろんなことをしてました。また、途中から社会福祉士さんが来ましたので、その方が来てから、さらに連携して外につなげやすくなったというような記憶があります。

道内の他の刑務所としては、札幌刑務所でR1、覚醒剤の離脱指導のプログラムの中の1講義を担当してました。覚醒剤による精神および身体の症状とかですね。「依存症とは…。」とかってというような講義になります。あと、主に地域生活定着支援センターや保護観察所の依頼で、出所後の治療を引き受けるようになりました。

月形刑務所での精神科診療では、物質使用障害が多くを占めていて、知的障害や発達障害も多かったです。あと、未治療の統合失調症の患者さんも何人もいて、未治療の統合失調症の患者さんを見つけたときは、定着支援センターなどにつなげられるので、非常にうれしかったです。認知症患者もたくさんいました。ダルクやマックや医療機関などの情報提示を自由にできるようになったのが、とても良かったと思います。

平成20年頃は、月形刑務所で、薬物離脱指導の8回のセッションのうち、初回と最終回を担当していて、依存症とかC型肝炎のことは必ず話すっていうふうになっていました。あと、社会資源についての情報提供をソーシャルワーカーも一緒にやったり、ワークシートを使ったり。ロールリハーサルでは、先ほどのSSTのような形で、売人が誘ってきた時どうするかってようなことを話し合ったりしていました。ロールリハーサルは、このとき、まだ私は条件反射制御法をやるようになる前ですけども、実際の場面を想像しやすくするために砂糖の入ったビニール袋とか注射器を用意すると、かなりの反応があったのを覚えてます。その反応を見て、やはり地元に戻るのを考えてもらうとか、帰住先を元薬物を使っていた所にしないほうがいいんじゃないかっていうような話し合いをしていました。

先ほどのR1を含めて、矯正施設で行われてるプログラムは、暴力団離脱指導や性犯罪者のプログラム、交通事故防止や就労支援、またSSTなどもあります。

2010年から条件反射制御法を実施するようになってからは、月形刑務所での一般改善指導も、このCRCTを土台としたプログラムになっています。ギャンブルからの離脱や、アルコールからの離脱プログラムになります。教育プログラムとしてCRCTを実施していたのと、あと、個別では、出所後にCRCTをやっている所につなげられそうな人に、一部第1

ステージまで入れていました。あと、特定の人物に強い恨みを抱いて出所後事件を起こしそうな人にも実施していて、外の医療機関につないでいました。

現在は、帯広刑務所で一般改善指導の中の一つとして覚醒剤離脱指導プログラムと、今年には盗癖を抱える人のためのプログラムをやっていますが、いずれも条件反射制御法を土台としたプログラムです。

その他の刑務所では、札幌刑務所や紫明女子学院、女子少年院（今は北海少年院と統合されましたが）で薬物離脱指導プログラムの中の疾患の説明などを1回担当したり、網走刑務所でSSTのデモンストレーションをしたり、月形少年院（これも今はもう閉鎖されてしまいましたが）でSSTや酒害教育を行いました。また、症例について相談を受けたりして、少年院でカンファレンスを行っています。