

矯正施設における医療と福祉

阿部 恵一郎 Keiichiro Abe

はじめに

日頃興味を抱いていることあるいは関心のあることについて話をする機会を頂きましたので、今日は勤務している矯正施設である刑務所の医療と福祉についてお話ししたいと思います。コミュニティ福祉学部で教鞭を執るようになり、以前にも増して「福祉」という言葉が身近になると同時にその意味がまだ私の中でぼんやりとした感じがするのですが、刑務所に勤務したばかりの頃に当時の所長が「刑務所での医療はいわば最低限の福祉である」と言った言葉が思い出されます。どんな意味でそのようなことを言ったのか真意のほどは図りかね、しかもその言葉に妙に反発を覚えた記憶があります。「福祉ってどんな意味？」と隣の研究室の住人である福山先生にお尋ねしたら明快な答えが返ってきました。曰く、「福祉とは幸せのこと、でもこの言葉の前に何かが付くと制度を意味することになる」。なるほど児童福祉や司法福祉という幸せという意味もあるかもしれないけれど、どちらかという児童福祉制度や司法領域での福祉的な制度を論じることになるようだ。件の所長の発言も最低限の医療などを保証する制度と言いたかったのかもしれない。

それはさておき、一般の方々にはあまり馴染みのない矯正施設での医療と福祉について、その紹介と現在の問題点、そして私が興味を持ち研究していることなどをお話しします。さらに「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」が成立したことでPSW(精神保健福祉士)の活躍の場が広くなり、今後の活動を通してその役割の重要性も増大すると思います。そうした点を踏まえながら、矯正施設での医療と福祉についてお話しします。

1. 矯正施設

まず矯正施設について簡単に説明してみましょう。矯正施設は少年施設と行刑施設に分けられます。少年施設には少年院と少年鑑別所があり、それぞれ全国に52庁あります。つまり各都道府県に最低1ヵ所はある勘定になります。14歳以上20歳未満の少年(女子でも少年と呼ぶのです)が事件を起し、家庭裁判所で審判を受けるまで入所し心理検査などを受けるのが少年鑑別所です。審判で保護処分として少年院送致になったり、凶悪な事件のために20歳未満でも刑事処分を受けたときにも、ある年齢までは少年院に入ることになり、その後少年刑務所に移送されることもあります。少年院は表1.に示すように4種類に分けられています。

表1. 少年院の種類：収容少年の年齢、犯罪性の程度及び心身の状況に応じて4種類
初等少年院：心身に著しい故障のない、14歳以上おおむね16歳未満の者
中等少年院：心身に著しい故障のない、おおむね16歳以上20歳未満の者
特別少年院：犯罪傾向の進んだ、おおむね16歳以上23歳未満の者（16歳未満の者も可）
医療少年院：心身に著しい故障のある、14歳以上26歳未満の者

行刑施設は全国に本所74（刑務所59、少年刑務所8、拘置所7）と支所（刑務支所5、拘置支所110）があります。私が勤務している千葉刑務所は拘置所が併設されていてこれを拘置区と呼んでいます。また、医療刑務所は全国に八王子（東京）、岡崎（愛知）、大阪（大阪）、北九州（福岡）の4カ所あります。かつてハンセン氏病の被収容者専用の菊地（熊本）医療刑務所もありましたが現在はありません。

犯罪白書（平成15年版）によると、少年施設では年間に2万2千人が鑑別所に入所し、そのうち約1/4に当たる5千9百人が少年院に入所します。行刑施設の収容人員は6万9千人ですから合計すると、一つの市の人口くらいになるでしょう。それぞれの少年施設や行刑施設には少なくとも医務課や医務部と呼ばれる部門が配置され、医師の定員が1名のところが多いのです。医師の希望者が少なく欠員になっているところもあります。因みに行刑施設の医療専門職員の定員は、医師226人、薬剤師35人、栄養士18人、診療放射線技師20人、臨床・衛生検査技師16人及び看護師252人となっています。後ほど触れるように医療ソーシャルワーカーは配置されていません。医療少年院や医療刑務所はCTなどの設備もある一般の中規模病院を、そしてそれ以外の施設にある医務課や医務部は小さな診療所を思い浮かべていただければ良いのではないかと思います。

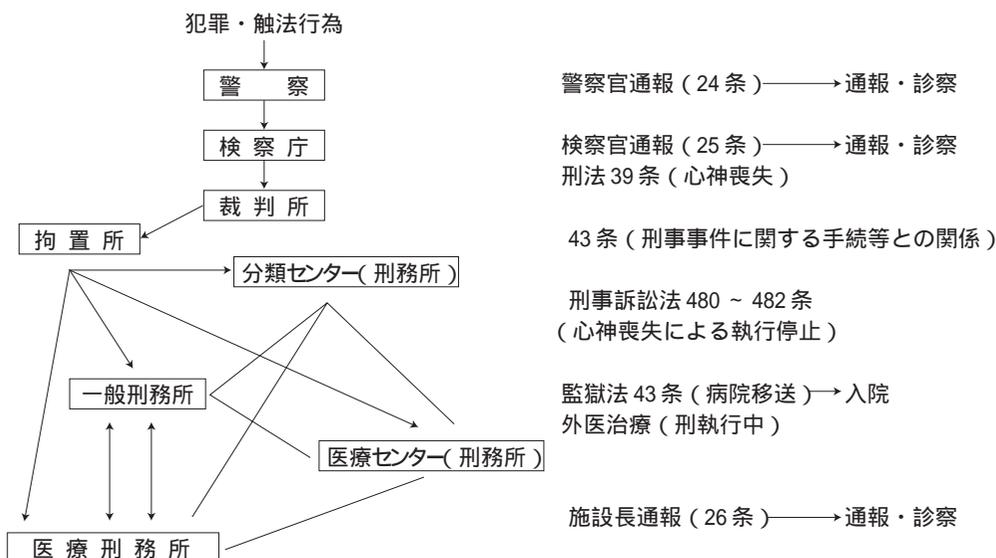
2. 行刑施設での医療

次に行刑施設で行われている医療についてお話しします。図1.に犯罪行為から刑務所入所までの流れと、さらに図の右側には精神障害福祉法との関係を示しました。裁判で刑が確定すると分類センターなどで犯罪の傾向、つまり初犯か累犯か、年齢、刑期が長いか短いかなどによって分類され、収容される刑務所が異なります。千葉刑務所は初犯で長期刑の受刑者が多く収容されています。ですからほとんどが殺人犯ということになります。

法的規定

刑務所内での医療や処遇に関する法的規定は、監獄法、刑事訴訟法、それに精神障害者の場合には精神保健福祉法によるものです。監獄法は明治41年に制定されたものが現在も使われています。監獄の種類は懲役監、禁錮監、拘留場、拘置監の4つあり、未決の被告でも既決の受刑者も収容される場所の名称は異なるとしても、同じ法律で処遇されるのです。ですから警察

図1．犯罪行為から刑務所収容まで



署や拘置所に入っている人はまだ有罪と決まったわけではないのに、受刑者と同じような扱いを法的には受ける可能性があるわけです。これはアメリカなどのように逮捕され起訴されても半分からいの人が無罪となるのと違って、我が国では起訴されると大多数が有罪になるという事情があるからかもしれません。検察官が起訴に持ち込むのは有罪にできると確信している時です。そうした事情があるためか、我が国の刑務所に入る人口比は諸外国に比べて半分以下とあって良いでしょう。さらに明治時代に監獄ができた当時と現在の被収容者数を比べてもそれほど変わらないのに驚きます(注)

ところで4種類の監獄で処遇のされ方について若干違うところもあります。警察署にいる間はタバコが吸えるけれども、拘置所に移るとタバコは吸えなくなります。それから拘置所では私服で構わないし、頭髪を伸ばしても良いのですが、刑務所ではそれもできません。食事は刑務所に併設してある拘置所では刑務所と同じものです。ただ拘置所では私費で食物を購入できるので好みの物を食べられますが、刑務所ではそうしたことは一切できないのです。身なりや食事などは未決囚と既決囚で処遇が少し違いますが、医療面ではどうか見ていくことにしましょう。

監獄での医療に関する規定は監獄法39条から44条にあります。伝染病の予防接種や伝染病患者が発見された場合には隔離処置などを行う規定があります。最近結核が増えていて刑務所内でも時々見かけます。それから被収容者がどうしても自分のかかりつけの医師に診察してもらいたい場合には自費治療ができる規定があります。これは費用を自分が払うと言えば必ず可能

かというところではありません。病気の種類や逃亡の危険や身元引受人がいるかなどが検討され、自費治療になるのは稀です。拘置所にいる間でも治療が必要な場合、その費用は税金で賄われるのです。裁判が終わっていないのに治療は国費で支払われるというのも何か変な感じがしますね。ですから、逮捕される前は病院などに全く行かなかった人が逮捕後に「薬をくれ」、「検査をしてくれ」と要求する場面に出会うと、治療を受けるために逮捕されたのではないかと思うこともあります。最も多いのは虫歯の治療です。事情は少年院でも同じで、私は少年達に向かって、時々「虫歯を治してから非行をやりなさい」と言うこともあります。一般の刑務所にある医療設備は診療所のようなものですから、勿論そこでは手に負えない病気はいくらもあります。その時には受刑者であれば図 1. に示したように医療刑務所に移送して治療を受けることになり、治癒すれば再び元の刑務所に戻ります。拘置所に入所中の未決囚では医療刑務所といえども刑務所ですからそこに移送するわけに行かないので、刑務所の近くにある一般の専門病院に移送して治療を受けてもらうのです。受刑者でも近くの病院で治療する方がよいと判断されれば同じように移送されます。移送には3名の看守がつきそうになっています。通院ですめばよいのですけれど、入院が必要な事態となると病室が監獄と見なされるので、病人に手錠をはめ、24時間体制で3名の看守が張り付きますから、病室の周囲は物々しい雰囲気になり病院から嫌がられることも多く、なるべく早く退院させられる傾向にあります。入院が長期化するようであれば、監獄法ではなく刑事訴訟法第482条（生命を保つことのできない虞があるとき）が適用されます。監獄法は刑務所長の指揮によるもので、刑事訴訟法は検察官の指揮によるものです。一般病院への入院が長期化する場合には刑期は中断してしまうので、治療終了後に刑務所に戻り残りの刑期をつとめなければなりません。ただ検察官が執行停止にする場合には、一時的にでも受刑者の身柄が司法の手を放れることになるわけですから、きちんとした身元引受人がいる必要があるのです。それは多くの場合家族なので、家族の引き受けがない限り認められることはほとんどないのが実状です。

精神疾患について

矯正施設内で病気になった時の法的規定を述べながら、身体疾患の場合についてお話してきました。これから精神障害者の治療に話題を移しましょう。刑務所に入所している精神障害者数ははっきりした数字を挙げることはできないように思うのです。表 2. は犯罪白書にいつも掲載される新受刑者に占める精神障害者数ですけれど、実際にはもっと多いに違いないのです。千葉刑務所では受刑者の25%が向精神薬を服用しています。向精神薬を服用しているからと言ってそうした人々をみんな精神障害者だというのは極端な見方もかもしれません。しかし表 2. に示されているような5%などという数字ではないことは確かなのです。また、表から分かるように最近では年々精神障害者数は増加しています。

表 2 . 施設内の精神障害者数

行刑施設新受刑者に占める精神障害者数（矯正統計年報より）平成12年度

新受刑者	精神障害者	知的障害	精神病質	神経症	その他の精神障害
27,498	1,200 (4.4)	226 (0.8)	170 (0.6)	152 (0.6)	652 (2.4)

行刑施設新受刑者に占める精神障害者数（矯正統計年報より）平成13年度

新受刑者	精神障害者	知的障害	精神病質	神経症	その他の精神障害
28,469	1,307 (4.6)	239 (0.8)	116 (0.4)	136 (0.5)	652 (2.9)

行刑施設新受刑者に占める精神障害者数（矯正統計年報より）平成14年度

新受刑者	精神障害者	知的障害	精神病質	神経症	その他の精神障害
30,277	1,548 (5.1)	284 (0.9)	133 (0.4)	165 (0.5)	966 (3.2)

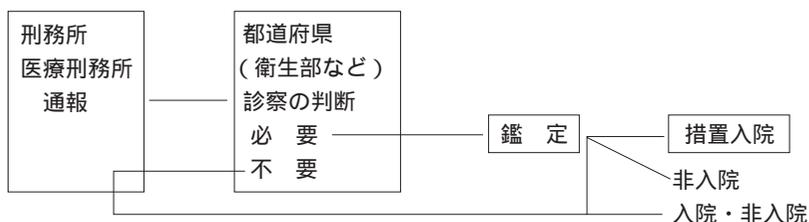
では、どうして刑務所に精神障害者が大勢いるのでしょうか。まず精神保健福祉法との関係から見ていくことにすると、図 1. に示したように犯罪行為を行っても心神喪失の状態と検察官が判断すると25条通報でこれまでは精神病院に入院しました。今後は観察法の成立によって指定医療機関で治療を受けることとなります。この法案については後でお話しします。それから裁判で刑法39条(心神喪失)が適用される場合にも無罪となり、刑務所に入ることはありません。しかし最近の傾向として、統合失調症の軽症化、精神障害者の社会復帰促進と相まって責任能力を認めることが多く、従って精神障害者でも有罪となり刑務所に入る人が多くなっているのです。それから逮捕以後ずっと拘禁状況に置かれることから意識が朦朧としたり、そのために幻覚や妄想が出現する拘禁反応を起すこともあります。あるいは犯行後に精神病を発病するという場合や精神鑑定では責任能力ありとされたけれども精神病であったりする例もあります。さらには犯行自体が外傷体験となり加害者のPTSD（外傷後ストレス障害）が見られることもあり、陰惨は犯行場面や被害者の姿や声が幻覚となって繰り返し出現すると訴える人もいます。精神保健福祉法では精神障害者を精神病院以外に収容してはならないことになっています。これは戦前の我が国に多く見られた私宅監置（座敷牢など）に対する反省から規定されたものなのですが、犯罪者については精神保健福祉法43条で、刑事事件に関する手続きを行っている者については精神保健福祉法の適用外としています。この43条はいわば精神障害者でも司法領域にあれば司法が処遇し、一般の医療制度から切り離すことを可能にしています。図 1. の法的規定の部分を見ていただくと分かると思いますが、すべてが司法から医療への一方通行になっているのです。拘置所内で精神障害に罹患し精神病院への入院が必要と判断され入院の際には、精神保健福祉法にある任意入院、医療保護入院、措置入院などの形式をとらずに、身体疾患の場合に入院するように普通の「入院」ということとなります。刑が確定した受刑者で一般刑務

所の治療では困難な場合には医療刑務所に移送されます。治癒すれば再び元の刑務所に戻ります。精神障害に罹患し外の病院で治療を受ける必要がある場合にも身体疾患と同様に刑事訴訟法第482条（心神喪失による自由刑の執行停止）が適用されるのですが、身体疾患と異なり精神疾患は治療が長期化する傾向にあるため、受刑者は治療期間の間刑期が止まって出所が遅れるのを恐れて外の病院に入院するのを拒否する 경우가ほとんどです。ここでいう心神喪失は刑法39条のように犯行時の責任能力ではなく、刑罰を受けることが可能な精神状態にないという意味になります。ですから、心神喪失と思われる被収容者が懲役刑を受けているのも稀ではないのです。

精神障害者の治療は主に薬物療法です。一般の精神病院での治療も薬物療法が主体でそれに作業、レクリエーション、カウンセリングなどの方法などありますが、最も異なる点は家族療法を含めた家庭や社会復帰と治療が連動していない点でしょう。病院では症状が改善されれば患者さんは家族の元に戻ることが可能かどうか検討され、繰り返し外泊（一時帰宅）を行い入院継続が必要ないと判断されれば退院になります。これに対して、精神障害のある受刑者では、症状の改善は懲役刑を恙なく受けられるかどうか治癒の基準になります。従って一般の精神医療と治癒像が異なると考えられるかもしれません。

刑務所から精神障害のある受刑者あるいはその疑いのある受刑者が出所する時に施設長通報（精神保健福祉法26条）が行われます。図2.に示したような流れになっていて、自傷他害の恐れがある受刑者を出所先の都道府県知事宛に通報します。その時の書類を私たち精神科医が治療状況を書き、それに犯罪歴も添付します。その書類を読んで都道府県は入院のために診察が必要か判断します。診察が必要と判断されしかも措置入院となった割合は私が調べた時には通報全体の15%でした。こうしたルート以外でも出所時に精神病院への入院が必要な受刑者に関しては極力入院するように説得したり、あるいは継続的に服薬する必要があることが多いのでせめて精神科医療に繋がるように通院し投薬を受けるように働きかけます。しかし出所すると同時に断薬してしまい幻覚や妄想などの症状が再燃することもしばしばです。

図2．第26条通報の実際



3. 医療上の問題点

ここまで矯正施設の処遇の流れと医療システムについてお話ししてきたところで、現在私が感じている問題点を指摘したいと思います。最初に言いましたように矯正施設の人口は約7万人弱といったところです。しかし、ここに住む人々の病気や健康度は人口7万人の都市に住む人々とは違うのです。勿論全ての人为非行や犯罪をしてきたということ以外に、全体の25%は実は覚せい剤取締法違反で刑を受けているものですから、覚せい剤による身体的影響、つまりC型肝炎の比率が以上に高かったり、あるいは拘禁状況下にあるので精神的に不安定になる要素も一般社会よりも遙かに多いのです。さらには人格に偏りのある人もいるし、絶えずイライラを抱え処遇に対する不満を医療にぶつけたり、好訴的な人も稀ではありません。

身体疾患

高齢者の増加が目立ちます。これを身体疾患に入れて良いのか分かりませんが、高齢になるとさまざまな身体疾患を引き起こしやすいのでここで述べることにしましょう。犯罪白書（平成15年度版）によると、60歳以上の受刑者全体に占める割合は10.3%です。そのうち1/5は70歳以上なのです。定年が60歳だとすると全体の1割の受刑者は定年を過ぎているのに懲役刑を受けて刑務所内で働くように命じられていることになります。私が受け持った患者の中に、「俺はもう60歳だ。働かなくて良いだろう」と、診察中に話すのを聞いて、「なるほど、そうか」と、返答に窮したことがあります。特に70代になると痴呆症状が出現する受刑者も多いのです。それに癌患者がすでに末期を迎え、監獄内で死んでいきます。確かな身元引受人がいないと検察官は刑の中断をしないのです。最近では毎年約200名くらいの受刑者が監獄内で死亡します。そのうち約50人が自殺、残りは病死です。もっとも一昨年に問題となった名古屋刑務所のような事件もあるのですが、だいたいこういった数字でしょう。覚せい剤の注射回し打ちのためにC型肝炎から肝硬変、そして肝臓癌に移行するので癌患者は一般人口の比率よりも高いと言いましたが、そのため肝炎の治療としてインターフェロン療法を希望する受刑者もいます。ところがインターフェロンは1ヵ月に約30万円の費用がかかりとてもそんな予算はないし、効果のある人の割合はそれほど高くないのです。刑務所にはいる前に治療していたわけでもなく、犯罪行為で刑務所に入ったついでに高額の治療をしかも税金で受けるのを、一般社会の人が知ったらどのように思うだろうと考えたりします。犯罪被害者は自費で治療を受け、犯罪者は税金で治療を受ける。変ですね。それでも受刑者の人権とか福祉を考えると治療拒否するわけにもいかないというのが本音です。

精神疾患

すでにお話ししたように矯正施設には大勢の精神障害者が収容されています。責任能力重視の傾向、精神病の軽症化さらに事件後の精神病発病などさまざまな要因があることも言いました。ここでは「刑務所でしか生きられない人々」、精神障害のある無期懲役囚、ソーシャルワーカーの必要性についてお話ししましょう。

まず「刑務所でしか生きられない人々」とは、社会で生きていく手段を持たない人々のことです。どうしてこれが精神疾患と関係があるかという、矯正施設内にいる精神障害者で最も多いのが統合失調症の残遺状態、つまり生活障害を抱えている人々なのです。彼らは何度か精神科医療を受けるのですが、結局ドロップアウトして微罪を繰り返します。殺人などの重大事件でないと精神鑑定を受けることも少ないので、あまり注目されることもない。罪名は窃盗累犯です。精神科医療の緩やかな枠では自己コントロールできず、矯正施設の堅い枠でやっと行動が制限されるのです。社会資源やサポートがあれば何とかできるのではと考えるのですが、国家予算を考えると医療よりも矯正施設のほうが安価であればこの状態もやむを得ないかもしれない。ただ単純にどちらで処遇する方がコストが安く済むかという問題ではなく、被害の問題も考えないといけない。答えは出ませんね。これはもう政治の問題でしょう。

次に精神障害のある無期懲役囚について。無期懲役はご存じのように終身刑ではありません。無期ですから理屈から言えば1年のこともあれば100年かもしれない。現実にはだいたい20～25年くらいで出所します。ところが精神障害に罹患しているとなかなか仮釈放が認められない。ですから、死ぬまで刑務所にいることになります。仮釈放を認めてもらうにはしっかりした身元引受人がいないと難しいと言いましたが、それだけでなくもし仮釈放が認められたとしても出所先は精神病院になります。ところが入院を引き受けてくれる精神病院が少ないのが実状です。これは精神疾患だけでなく身体疾患でも同様で、犯罪者に対して一般の医療は極めて拒否的です。勿論、それなりに理解のある病院もありますが、精神疾患と結核などの感染症の場合には「人殺しはうちの病院に置いておけない」と言われることもあります。

ソーシャルワーカーの必要性については、受刑者が出所に際して精神科治療の継続が必要だということだけでなく、多くの受刑者は生活の基盤がないことが多く、そのため容易に再犯を犯します。矯正施設では矯正教育としてさまざまな教育、たとえば薬害教育、贖罪教育、資格の取得などを行っています。しかし、どれも塀の中で身につけることを念頭に置いていて、現実に復帰する社会に合った援助がなされていないように思います。これは矯正施設だけではなく、児童自立支援施設や児童養護施設などの児童福祉施設でも言えることなのですが、我が国の施設はどうも自己完結的な発想が強いように思います。従って援助も塀の中という範囲に限定されがちです。それは縦割りと言算の問題もあるのです。出所したら矯正施設ではなく保護観察所が管轄するということに役割をきちんと分けています。ですから、受刑者が刑務所にいる間は彼らが外でどのように暮らしていくかを一緒に考えてくれる職員はいないし配置されてもいないのです。矯正施設だけでなくさまざまな施設でカウンセラーの必要性がさげばれているけれど、私はソーシャルワーカーの役割も重要だと思います。

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

この法律は2003年7月10日に成立し、施行は2004年春以降の予定になっています。今日のテーマと直接に関係ないのですが、さきほど言いましたようにこれまで犯罪行為を行った人が心

神喪失や心神耗弱で矯正施設に入らず、検察官通報で精神病院に入院していたのに対して、指定医療機関（国立）を創設しそこで治療を受けさせるために、刑事事件の裁判後に、改めて地方裁判所でこの医療機関の治療に関する裁判を行うわけです。一つの事件で異なる二つの裁判を行うというのも変な話ですね。その際、裁判では精神保健審判員（精神保健福祉士など）また社会復帰に関しては保護観察所に社会復帰調整官という名称で同じく精神保健福祉士が配置されることになりました。

この法律が成立するまでに紆余曲折があり、反対意見も多く廃案になるのではと心配しました。ということは、私はこの法律に全面的に賛成かという決意してそうではありません。ただこれまで犯罪をした精神障害者の処遇について、今までお話ししてきたように司法か医療かというように、日本の法律ではお互いに丸投げしていたような気がします。それに公立病院で多くの心神喪失や心神耗弱の患者さんを治療してきた経験から、担当医はまるで裁判官と検事と弁護士とそれから治療者の役割を無理矢理持たされていたと感じることがしばしばありました。この法律は5年後の見直しが付記されていますし、今後より良いものになってくれればと思うのです。

4. 終わりに：被収容者に人権はあるか？

矯正施設は社会防衛と懲罰執行の場という見方があります。勿論受刑者は矯正施設の中で生活をし、それなりに人権は保障されなければならないかもしれない。しかし、人権が制限されるいは奪われるのが刑罰なのです。その意味で制限された医療・福祉とならざるを得ないでしょう。それでもやはり、これまでお話ししてきたような問題や矛盾が多くあります。矯正施設内での医療や処遇に関する法的規定、特に監獄法や刑事訴訟法を改正する必要もあるでしょう。また矯正施設には食事、入浴、居室、作業賞与金など受刑者の日常に関する取り決めが詳細に規定されています。今日は、矯正施設における医療を中心にお話ししましたが、犯罪者の人権、刑罰と福祉などさまざまな視点から考えて行かなくてはいけないと思います。

最後に、ある有名な事件を起した受刑者が診察場で私にこう言いました。「ストレスが加わらなければ、強迫症状（不潔恐怖）は出ないし、安定していると思います」と。それに対して、私はこう答えました。「無理です。ここはストレスが多い環境なのです。ストレス関連疾患という精神障害を作り出しているところかもしれないよ」と。

注) 主な年代の矯正施設における年末被収容者数

1875年（明治8）19,061

1894年（明治27）80,600

1920年（大正9）51,131

1949年（昭和24）96,609

1974年（昭和49）44,916（戦後最低の人数）

2001年（平成13）65,508

* 手元にある我が国の人口総数をみてみると、

1920年（大正9）55,963,000

1975年（昭和50）111,940,000

2000年（平成12）126,920,000

戦前と比較して戦後、特に昭和30年代以降矯正施設に入所する人口比が少ない。最近被収容者が増加したといっても、おそらく矯正施設被収容者の一般人口に対する比率は戦前の1/3～1/2と思われる。