

(2) 簡易鑑定書の収集と分析

(a) 鑑定書作成者の所属施設

今回収集された簡易鑑定書は146通、鑑定医の所属施設は国公立病院を主体に17施設であった。鑑定の年度は指定しなかったが、平成8年度から14年度にわたっていた。以下に、各施設の鑑定書作成数を多い順に示す。

A 病院	73 通	J 病院	1 通
B 病院	23 通	K 病院	1 通
C 病院	12 通	L 病院	1 通
D 病院	9 通	M 病院	1 通
E 病院	6 通	N 病院	1 通
F 病院	6 通	O 病院	1 通
G 病院	5 通	P 病院	1 通
H 病院	2 通	Q 病院	1 通
I 病院	2 通		

(b) 分析対象の選定

別添資料1に示した調査項目に沿って、各鑑定書の様式・内容・分量のばらつきを分析した。後に説明するように、病院によっては、鑑定書の作成に関して一定の取り決めや慣例がある。すなわち、(ア)一人の鑑定医が全ての鑑定書を作成している病院(B病院)、(イ)所定のフォーマットを作成して、それに書き込んで行く方式を採用する病院(A・F病院)、(ウ)項目立ては定められているが、記載内容は鑑定医によってかなり異なる病院(C・D・E・G病院)などである。

このうち、(ア)(イ)のタイプは、様式と分量をはじめ、鑑定の着眼点も類似する。このため、鑑定書の実態分析に際しては、作成数の多い特定病院のデータによる影響を緩和するために1病院4通に分析対象を限定することとした。限定に際しては重大事犯を優先とした。また、(ウ)のタイプについては、同一病院からの鑑定書であっても多様性があるので、全ての鑑定書を分析対象とした。1病院から3通以下の場合も、全て分析対象とした。この結果、簡易鑑定書の実態分析の対象は58通に絞られた。

(c) 鑑定書各項目の記載状況

以上の操作によって抽出された58通の鑑定書の記載状況を以下に示す。

(1) 鑑定実施状況

① 罪名

罪名別内訳(重複あり)は、殺人9、殺人未遂2、傷害致死1、傷害5、現住建造物放火4、同未遂1、非現住建造物放火2、同未遂1、強盗致傷1、強姦未遂1、強制わいせつ2、保護者遺棄致死1、暴行1、窃盗7、器物損壊2、覚醒剤取締法違反7、劇毒物取締法違反1、銃刀法違反2、住居侵入2、建造物侵入1、建造物損壊1、未成年者略取1、不明(罪名の記載なし)3となっていた。殺人等のいわゆる重大6犯罪が30件(未遂7件)と過半数を占めていたが、これは、分析対象の選定に際して、重大犯罪事例を優先したためでもあろう。

② 鑑定場所

鑑定の実施場所は、鑑定医の所属病院が32、地検が22、警察署が2、不明が2であった。

③ 鑑定日数

被疑者本人への面接ないし検査が1日以内で終了している事例が39例と67.2%を占め、2日以上を要した事例は18例(最大は鑑定留置例の8日であったが、鑑定留置を伴う場合は簡易鑑定ではなく正式の刑事司法鑑定と考えるべきであろう)、不明1が例で、平均の鑑定所要日数は1.4日であった。

④ 鑑定書作成日数

最終鑑定日から鑑定書作成日までの日数は、最小が1日(鑑定日と作成日が同一)で13例、最大が29日で、平均5.0日であった。なお、不明が16例あった。

(1) 履歴的事項

① 家族歴

家族歴の記載のない事例が7例、記載不十分と思われた事例が11例あった。残りの40例は、必要な情報記載ありと評価された。

② 生活歴

生活歴の記載のない事例が6例、記載不十分

が9例、必要な記載ありが43例であった。

③既往歴

既往歴の記載のない事例が19例、記載不十分が4例、必要な記載ありが35例であった。

④精神科病歴

現在精神科に入院中の事例が1例、通院中が20例、過去に治療歴ありが17例、治療歴なしが16例、精神科治療歴に関する記載のない事例が4例あった。

⑤犯罪歴

犯罪歴のある事例が27例、ない事例が24例、犯罪歴の記載のない事例が7例あった。犯罪歴の記載のある事例中の有犯罪率は52.9%であった。精神科診断1、2のいずれかにF1群（物質依存）が含まれる事例が22例あるが、このうち15例（68.2%）に犯罪歴があり、非F1群36例中の犯罪歴ありの比率（33.3%）を大きく上回っていた。

(ウ)現在証

①身体的現症

身体的現症の記載のない事例が29例、記載が不十分な事例が3例で、必要な記載のある事例は26例と半数以下にとどまった。

②一般検査

一般検査を実施した事例は半数以下の20例、実施していない事例が23例、検査に関する記載のない事例が15例であった。病院で鑑定を実施している32例中12例は、一般検査を実施しているか情報がないかのいずれかであった。

③問診所見

精神医学的な問診所見が欠落している事例が1例、記載が不十分と思われる事例が10例あった。

④心理検査

病院で鑑定している32例中19例が心理検査を施行していた。このうち、鑑定日数が1日とされた事例は4例で、残りの15例では、鑑定日数が2日以上に及んでいた。

⑤精神科状態像の記載

精神科状態像およびその説明の記載されてい

ない事例が1例、不十分な記載が4例あった。

(I)鑑定事項等

①精神科診断

精神科主診断（精神科診断1）の内訳は以下の通りであった。

F0群（器質・症候性）	1
F1群（物質依存）	21
F10（アルコール）	7
F15（覚醒剤）	8
F18（有機溶剤）	4
その他	2
F2群（精神病群）	15
F20（統合失調症）	13
その他	2
F3群（気分障害）	5
F4群（神経症）	2
F5群（生理機能関連）	0
F6群（人格障害）	4
F7群（知的障害）	3
G40（てんかん）	5
無病	1
不明（記載が曖昧）	1

精神科の副診断（精神科診断2）の付されている事例が20例あった。内訳は、F0群1例、F1群3例、F2群1例、F3群2例、F4群1例、F5群1例、F6群4例、F7群6例、G40が1例と、物質依存、人格障害、知的障害が13例（65.0%）を占めていた。

②犯行時状態像の記載

犯行時の精神状態について記載が不十分と思われる事例（診断が曖昧など）が4例あった。

③犯行時の判断能力の記載

犯行時の判断能力では、A.心神喪失の判定が4例（6.9%）、B.心神耗弱が21例（36.2%）、C.正常範囲が29例（50.0%）、D.判断保留・本鑑定推奨が2例（3.4%）、E.その他が2例（3.4%）となっていた。「その他」と判定された事例は、記述が曖昧で一部に表現の矛盾が見られた。こ

これらの2例を含め、判定の説明が欠落ないし不十分と思われる事例が6例あった。

診断群別の判定を見ると、F0群(1例)はA、F1群(20例)では、Aが1例(複雑醜聞ケース。心神喪失の判定には疑問がある)、Bが7例に対して、Cが13例と、判断能力の保持を認める事例が6割以上に及んだ。これに対してF2群(15例)では、Aが2例、Bが7例、Cが3例、Dが1例、Eが2例と、判断能力の喪失ないし減弱を認める判定が6割以上を占めた。

④処遇に関する意見

処遇に関する推奨意見は、a.措置入院が9例(15.5%)、b.不要措置・要入院が8例(13.8%)、c.要通院が20例(34.4%)、d.医療不要が7例(13.7%)、e.その他が8例(13.8%)、記載なしが6例(10.3%)となっていた。「その他」とされた事例は、「意見なし」「医療刑務所への収容が妥当」「治療要否保留」「通報の要なし」(2例)とのコメントが付されていた。

前項の判断能力と処遇との関係を見ると、A.心神喪失と判定された4事例中3例には措置入院が推奨されていたが(1例は「その他の処遇」、B.心神耗弱(21例)に対しては、措置入院5例、非措置入院6例、通院4例、医療不要1例、その他2例、記載なし3例と、要医療が15例(71.4%)と多数派を占めたものの、処遇形態に関しては意見が割れた。判断能力がC.正常範囲とされた事例(29例)においても、非措置入院2例、通院14例と55.0%の事例に対して医療が推奨されており、医療不要の6例(20.7%)を大きく上回った。

すなわち、判断能力に関しては司法優先の姿勢を示しながら、医学的処遇に関してはパターンリズムを示すという、鑑定医のやや両面的な態度(あるいは、医療を受けつつ刑罰に服する医療刑務所での処遇志向)が窺われた。

⑤鑑定書本文の字数

鑑定書本文の字数は、最小320字から最大35,112字まで大きくばらついた(平均9,634字、標準偏差6,959)。最小文字数の鑑定書は、鑑定

本文のみを列記したもので、本文に関する説明は一切記載されていない。階級別の字数の分布は以下の通りであった。

～1,000 未満 : 4	15,000～16,000 : 4
1,000～2,000 : 2	16,000～17,000 : 1
2,000～3,000 : 0	17,000～18,000 : 3
3,000～4,000 : 5	18,000～19,000 : 0
4,000～5,000 : 4	19,000～20,000 : 0
5,000～6,000 : 4	20,000～21,000 : 0
6,000～7,000 : 4	21,000～22,000 : 1
7,000～8,000 : 6	22,000～23,000 : 1
8,000～9,000 : 3	23,000～24,000 : 1
9,000～10,000 : 5	24,000～25,000 : 0
10,000～11,000 : 2	25,000～26,000 : 0
11,000～12,000 : 1	26,000～27,000 : 0
12,000～13,000 : 5	27,000～28,000 : 1
13,000～14,000 : 0	28,000～29,000 : 0
14,000～15,000 : 0	29,000 以上～ : 1

(d)鑑定書の様式

A・F病院などでは、特定の様式に書き込むタイプの鑑定書が作成されていた。

A病院の様式が最も簡略で、「1.所見(鑑定時)」「2.所見(犯行時)」「3.理由等」「4.その他(本鑑定の要、県知事への通報の要)」の4項目で構成され、分量も大半はA4版1ページ以内に収められていた。ただし、事例によっては、「3.理由等」が「説明」と置き換えられ、その中に「犯行の概要」「診察時の精神症状」「被疑者の有する精神病」「犯行と被疑者の精神障害との関係」「まとめ」という下位項目が含まれる長文の鑑定書もあった。

このほか、チェックリストを兼ねた書き込み方式が様式化された鑑定書があったので、別添資料2に2例の様式を例示した。

一方、C・D・E・G病院等の鑑定書は、正式の刑事司法鑑定の様式に準じた項目立てで鑑定書が作成されていた。最も分量の多いC病院の簡易鑑定書は、「緒言(囑託検事、囑託事項、鑑

定日時、鑑定場所)」「第1章 事件の概要」「第2章 家族歴および本人歴」「第3章 現在証 1.身体的現在証 2.精神的現在証 3.心理検査」「第4章 犯行当時の精神状態」「第5章 診断と説明」「第6章 鑑定主文」という構成となっており、分量もA4版(1ページ1,600字)換算で22ページという大部のものも含まれていた。D・E・G等の鑑定書も概ねこの7章立てに準じた構成となっている。

また、B病院の診断書は、「まえがき(囑託検事、囑託事項)」「1.診断日時」「2.診断場所」「3.診断名等」「4.説明」「5.今後の処置に関する意見 (1)起訴の可否に関する意見 (2)25条通報の要否および入院の要否 (3)正式鑑定の要否」という構成になっているが、このうち「4.説明」は問診を鑑定助手が忠実に記録したのものとなっており、その項目の最後に生活歴、犯行時の精神状態と判断能力、現在の精神状態に関する総括的な記述が付記されている。

5. 考察

(1) 簡易鑑定のあり方の地域差

地検別の簡易鑑定データは、精神障害の診断率や不起訴比率に大きなばらつきのあることを示しているが、その要因のひとつに鑑定医の選任方法や鑑定医1人当たりの鑑定実施例数が挙げられよう。少数の鑑定医に鑑定を依頼している地検では、診断基準や責任能力の判断基準が鑑定医個人の偏りを投影してしまう危険性がある。逆に、多数の鑑定医に交代制で鑑定を依頼している地検では、鑑定医各人の基準の不均一を生ずるおそれが高い。

こうした判定基準の偏りや不一致は、鑑定医相互の意見交換の場がないこと、および、鑑定医養成のシステムが欠如していることに起因する。精神鑑定の信頼度に関する問題は、重要でありながら、妥当な鑑定のあり方に向けた検討が立ち後れている。被鑑定者の運命に及ぼす精神鑑定の重大性に鑑みて、幅広い議論が速やかに展開される必要があろう。

(2) 簡易鑑定書のばらつき

簡易鑑定書という社会的機密性の高い資料を収集することに伴う制約のために、今回の調査で収集された鑑定書はサンプル数の限定された任意抽出データにとどまった。したがって、定量的に厳密な分析を行うことはできなかったが、わが国における簡易鑑定のばらつきを示すには十分なデータを提供していると思われる。

今回収集された鑑定書群は、鑑定の精密さや信頼度を重視したC病院のような重厚型と、鑑定の迅速性を重視したA病院のような軽快型を両極としたスペクトルを構成している。このようなスペクトル構造は、もっとサンプル数を追加しても、おそらく相似形であろう。

地検データと比較すると、少数の鑑定医が多数の鑑定を行う寡占型の地域においては軽快型の鑑定書、多数の鑑定医が鑑定業務を分担する分散型の地域においては重厚型の鑑定書が作成される傾向にあった。

鑑定時間に余裕のある民事鑑定(成年後見鑑定)と異なり、起訴前簡易鑑定は通常、鑑定の数日前に地検から鑑定医に依頼があり、数日以内に鑑定書を提出することが要請される。簡易鑑定において迅速性と精密性を両立させるには、相当の熟練を要するが、熟練の鑑定医であっても鑑定作業にはかなりの負担を強いられる。さらに、民事鑑定に比べて報酬が低いことや、証人として法廷に立つリスクを負うなどの理由により、地域によっては、簡易鑑定を実施する精神科医を確保することが年々困難となっている。

司法精神医学関連の法整備に伴って、精神鑑定の制度も今後は変化して行く可能性がある。簡易鑑定という制度も変化を余儀なくされようが、近い将来に廃止される情勢にはない。今後も当面、簡易鑑定の実務を担う鑑定医が確保される必要がある。

こうした状況を踏まえて、精密性と迅速性とバランスのとれた簡易鑑定書の様式が考案され、精神医学的判断の信頼性を保つとともに、

鑑定医に過剰な負担を強いる現状が改善されなくてはならない。今回の研究結果を素材として、今後さらに幅広い議論が展開されることを期待したい。

6. まとめ

かねてから指摘されてきた起訴前簡易鑑定のばらつきを、地検別データと鑑定書サンプルの分析を通して検討した。その結果、いずれの分析においても、相当のばらつきのあることが確認された。今回の調査結果を素材として、厳密性と迅速性とを兼ね備えた簡易鑑定書のモデルを作成し、こうしたばらつきの解消を図る必要がある。わが国の司法精神医学の実務と研究・教育の発展のためには、今後さらに、犯罪被疑者の精神医学的評価の方法論に関する議論を展開しなくてはならない。

7. 研究発表

論文・口演とも未発表

参考文献

- 1) 山上皓、石井利文：精神鑑定の現状とその課題。法と精神医療 6 号、45-55、1993
- 2) 森山公夫、平田豊明、中島直他：「触法精神障害者」の精神医学的評価に関する研究。平成 13 年度厚生科学研究「措置入院制度のあり方に関する研究」報告書、2002

表1 地検別の簡易鑑定例数、鑑定医師数など

(1) 鑑定例数 (総計 2,134 例)

鑑定例数	9件以下	10～19件	20～29件	30～39件	40～49件	50～59件	60～69件	70～79件	80～89件	90～99件
地検数	11	15	6	4	3	1	1	1	1	1
		100～109	110～119	120～129	130～139	140～149	150～199	200～249	250～299	300～349
		1	2	0	0	0	1	1	0	1

(2) 鑑定実施医師実数 (総計 444 人)

鑑定実施医師実数	1人	2人	3人	4人	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～35
地検数	1	6	6	2	20	5	2	3	2	2

(3) 鑑定医1人当たり平均鑑定例数 (平均 4.8 例)

平均鑑定例数	2例未満	2～3	3～5	5～10	10～20	20～30	30～40	40～50	50～60
地検数	19	6	9	9	1	1	1	0	1
		60～70	70～80	80～90	90～100	100～110	110～120	120～130	
		0	0	0	1	0	0	1	

表2 精神障害の診断率 (平均 69.4%)

精神障害の診断率	10%未満	10～20	20～30	30～40	40～50	50～60	60～70	70～80	80～90	90～100	100%
地検数	1	5	1	4	5	6	6	9	6	2	4

表3 不起訴例数/精神障害の診断例数 (平均 62.8%)

不起訴/精神障害	10%未満	10～20	20～30	30～40	40～50	50～60	60～70	70～80	80～90	90～100	100%	100%超
地検数	0	2	3	4	2	5	7	3	5	0	6	12

資料1 起訴前簡易精神鑑定書調査票

事例番号等	歳		歳		歳		歳		
	男・女		男・女		男・女		男・女		
地 検 名									
罪 名									
鑑 定 場 所	地検・病院・他		地検・病院・他		地検・病院・他		地検・病院・他		
鑑 定 日 数	日		日		日		日		
鑑定書作成日数*	日		日		日		日		
履 歴 的 事 項	家族歴 *1	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	生活歴	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	既往歴	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	精神科病歴*2	ア・イ・ウ・エ・オ		ア・イ・ウ・エ・オ		ア・イ・ウ・エ・オ		ア・イ・ウ・エ・オ	
	犯罪歴*3	カ・キ・ク		カ・キ・ク		カ・キ・ク		カ・キ・ク	
現 在 証	身体的現症	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	一般検査*4	① ② ③		① ② ③		① ② ③		① ② ③	
	問診所見	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	心理検査*4	① ② ③		① ② ③		① ② ③		① ② ③	
	精神科状態像	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	その説明	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
鑑 定 事 項	精神科診断*5 (身体合併症)	()		()		()		()	
	犯行時状態像	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	その説明	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
	判断能力*6	A・B・C・D・E		A・B・C・D・E		A・B・C・D・E		A・B・C・D・E	
	その説明	1・2・3		1・2・3		1・2・3		1・2・3	
意 見	処 遇 *7	a・b・c・d・e・0		a・b・c・d・e・0		a・b・c・d・e・0		a・b・c・d・e・0	
	その他 *8								
字 数 *9									
コメント *10									

注)

* 鑑定書作成日数とは、鑑定終了日から鑑定書提出日までの日数とする。

*1: 1→必要な情報記載あり 2→記載あるが必要な情報が欠落 3→記載なし

*2: ア→精神科入院中 イ→通院中 ウ→過去に治療歴 エ→治療歴なし オ→記載なし

*3: カ→犯罪歴あり キ→犯罪歴なし ク→記載なし

触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 平野 誠

国立肥前療養所

触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究

分担研究者

平野 誠 国立肥前療養所

研究要旨

我が国において、「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」のもと、新たな司法精神医療システムの構築が導入されようとしている。

この新法下での再燃・再犯可能性を要件とする治療の必要性について、その判定のための基本的問題点を整理した。新法の適応対象、犯行時責任能力と審判時判断能力と治療可能性の3軸、治療可能性の概念導入と診断カテゴリー別のEBM、リスク予測因子の含め方などが主な論点であった。また、諸外国での治療の必要性(再犯予測性)に関する評価の在り方を先行研究、視察により検討し、代表的評価ツールや評価方法についてわが国の新法下での評価システム構築への応用可能性を検討した。英国における触法精神障害者への治療システムの蓄積から学ぶ点は多く、臨床医学的なリスクアセスメント、リスクマネージメントを参考にしつつ、我が国の新法下での評価システム導入をはかる上で明確化すべき枠組みを提示した。

研究協力者

村上 優、須藤 徹、壁屋康博(国立肥前療養所)

浦田重治郎(国立精神神経センター武蔵病院)

石塚伸一(龍谷大学法学部)

井原 裕(順天堂大学医学部)

佐藤 誠(北九州医療刑務所)

北村俊則(熊本大学医学部)

岡田幸之(東京医科歯科大学難治疾患研究所)

西村由貴(慶応義塾大学保健管理センター)

A 研究目的

治療の必要性に関する精神医学的評価とそれに基づく判定(判断)について、現在法案が準備されている「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

法ないし新法と略)」に基づき、以下の研究を行う。

1) 医療観察法における触法精神障害者の精神医学的評価方法とその手順、治療の必要性に関する判定とその基準に関する仮説、およびその妥当性を実証的に研究する。

2) 医療観察法は司法と医学の間で治療の必要性に関する評価とそれに基づく判定(判断)を行う。新システムを運用するために検察、裁判所(審判所)、指定医療機関、保護観察所の各段階で精神医学的評価のためのマニュアルとガイドラインを作成し、その妥当性に関して検証することを目的とする。

まず、新法の適応対象、評価にあたっての基本的問題を含む評価方法についての論点整理を行ない、次に諸外国での再犯

予測性に関する評価のあり方についての文献的考察と視察をおこなう。それらを参考にしてわが国の実情に合わせた治療必要性についての評価マニュアルと現実的指針を作成し、転帰調査によってその妥当性の検証に関する研究をおこなう基礎を作る。

医療観察法案の原案を修正し、入院の決定等の基準を「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行なうおそれ」から「対象行為を行なった際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行なうことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要」等に改められたことは、危険概念から医学的なリスクアセスメントを導入しようとする意図と理解して臨床的に有用な方法を検討するものである。

B 研究方法

新法下でのリスクアセスメントに基づき治療の必要性について、その判定のための基本的問題点を①新法の適応対象、犯行時責任能力と審判時判断能力と治療可能性の3軸、②治療可能性の概念導入と診断カテゴリー別の EBM、③リスク予測因子の含め方として、

1) 精神医学、司法精神医学、法律学、矯正医学の専門家による検討会による問題点の整理

2) 先行している英国での治療の必要性(再犯予測性)に関する評価の在り方の検討

3) 先行研究を文献により検討

4) 代表的評価ツールや評価方法についてわが国の新法下での評価システム構築

への応用可能性を検討する。

(倫理面への配慮)

個人的情報はコード化して匿名性を担保し、倫理委員会の検討を経て実施する。

C 研究結果

現在審議されている医療観察法では次の機会に評価や意見、報告を求められる。この評価は起訴前や裁判中に行われる従来の犯行時の責任能力に焦点を合わせた評価(鑑定)ではなく、臨床的な治療や処遇に関する評価と意見である。重大な犯罪行為を前提として、対象者に精神障害の有無があるか、それは治療可能性があるか、「対象行為を行なった際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行なうことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要」があるのか、リスクアセスメントとマネジメントに関する評価と意見で構成される。この他に第三者(審査機関など)が治療の経過や治療の継続を評価するための治療担当者の評価と意見も求められる。以下の場合に評価を行う。

- 1) 勾留ないし拘留段階での責任能力に関する意見
- 2) 審判所の指示で行われる治療の要否に関する鑑定
- 3) 審判所の審議で口頭による意見を求められる弁論
- 4) 指定医療機関サイドの治療可能性に関する意見
- 5) 専門治療ユニットでの初期評価・中間評価・終了評価を含む定期報告
- 6) 各治療に対する評価(看護、心理、作業療法、ソーシャルワーク、保護観察、医師)
- 7) 外出や外泊などの処遇を変更する場合

の評価

8) 患者やその代理人より改善などの請求が出た場合の社会保障審議会(第三者機関と位置づけられている)等に提出する評価。

9) 通院命令時(保護観察所)の評価

10) 入院時及び通院終了時の評価

である。これらの評価を基に審判所が決定を下す(図1)。

1. 精神医学、司法精神医学、法律学、矯正医学の専門家による検討会による問題点の整理

現在準備されている新法に照らして医療機関より国立精神医療機関、法律、特に刑事政策の研究者、英国モデルで司法精神医学臨床を学んだ医師、矯正医学の立場で北九州医療刑務所医師、精神医学の評価と医学統計の専門家、司法精神医学専門家を研究協力者として検討をおこなった。

1) 新法の適応対象

①新法では心神耗弱を対象にしているので人格障害が入る可能性は大きい。反社会性人格障害は除外しても、人格障害を背景にして精神病を発症した例は病院に沈殿する可能性がある。病床数の予測の根拠になる指定医療機関の入院者の回転率は予測できない。人格障害が入院すれば治療の時間が長くなり対象により病床数が増える。知的障害が対象になるか、ならないかも大きな問題である。病棟のイメージは regional secure unit と言いつつも長期入院の special hospital のようになる可能性がある。

②新法は強制治療を医療原理(paternalism)の範囲とするのか、司法原

理(侵害原理 dangerous standard)とするのか。実際は司法原理であるのに、外見は医療原則で粉飾されている。

③審判所の判断は指定病院入院命令、地域での通院命令、検事に差し戻し、新法の適応なしの4段階がある。薬物犯罪のように「犯行時責任能力なし」で「審判時判断能力あり」は本来「新法の適応なし」であるはずだが、重大犯罪では社会的なコンセンサスが得られるか。審判が科学的判断の正当性によって運用できるか、そこに専門家としての精神科医師の役割がある。

④「病気のために再犯のおそれ」の判断は、同種行為の反復と厚生省の見解を述べているが、犯罪類型化はどのようにするのか。

⑤統計的には重大犯罪は繰り返されない。病院に沈殿させるか、地域管理がきっちりしていれば地域に沈殿である。イギリスの地域医療の評価は地域での管理システムの強化と見ることができる。社会の側より見れば安定していたが、患者からみれば自由度は地域では高くない。地域の生活の質の高低が問題となる。脱施設化の功罪は患者の社会での生活の質を保証できるか否かで判断されるべきである。質の悪い地域医療・生活より、環境の整った病院が良い場合もある。Community prison の試みもある。また医療刑務所にいる精神障害受刑者は社会ではもっと苦しい立場が多い。社会でいるより命をつなぐには好都合という場合がある。刑事施設で具体的にできることはどの程度かを知る必要あり。これらを加味しての医療的な判断になる。

⑥責任能力は法律家の判断であるが、司法ルート(矯正)でとりたくないとの判断が入れば新法に送り込まれる可能性があり、そうなると責任能力の基準が変わってくる

可能性がある。

⑦ 罪名中心に予測すべき。罪名によって再犯パターン、頻度はことなる。再犯の定義が問題。暴力犯罪と性犯罪、放火では各々の間の再犯率は同一ではない。ある犯罪と同種の再犯予測は当たらない、ある犯罪と違法一般予測は当たる。

2) 評価にあたっての新法の問題点と検討事項

① 法的には家庭裁判所モデルと類似しているが、家裁の調査官 profession officer にあたる役割がない。審判所で鑑定するにしても医師の生物学的な判断だけでなく、社会心理的な評価を行い裁判官が判断する根拠を提供する役割が必要である。保護観察所を中心とする社会復帰ステップなら事前に保護観察所 (profession officer を配置する) が関与し調査する必要がある、その意味で profession officer が重要で、保護観察所の役割になるが現在はその体制がない。

② 責任能力の鑑定 (検察による簡易鑑定や本鑑定) を行い責任能力なしと判断され、新法で審判所での「再燃・再犯を要件とする治療の必要性」の鑑定が行われる。両者の判断は一致する場合は多いとは予測されるが、一致しない場合も相当数出る可能性がある。「再燃・再犯を要件とする治療の必要性」は治療原理であるはずで、強制治療の要件は対象者の治療に関する判断能力の鑑定であり、責任能力の鑑定とは異なる。今後精神鑑定の在り方が犯行当時の責任能力より治療の必要性に重点を移す必要がある。

③ 「再燃・再犯を要件とする治療の必要性」の生物学・医学的な正当性は必要条件ではあるが、十分条件にはならない。社会的判断 (対象者の環境やソーシャルサ

ポートの有無など) でケア可能性 (処遇) が決まる。再犯に社会的な要因 (例えば生活苦) が寄与していれば、生物学・医学的な疾病による再犯ではなく、論理的には新法の対象で無くなるはずである。これらのことを裁判官が判断するための社会学・心理学・医学的な根拠を示す必要があるが、先にあげたように家裁調査官のような profession officer が入らないと動かない。

④ 社会に戻っての再犯予測を考える上で、どの社会に戻るのか、具体的には環境の悪いところに戻るのか、環境が整ったところに戻るのかでも大きく異なる。入院から通院に切り替える際の判断に影響する。

⑤ 再犯率は以下の群で調査されるべき。

a) 審判所で処分を受けずに地域に戻った人の再犯率 vs. 一般人口での犯罪率

b) 入院命令から通院命令に変更後の再犯率

c) 通院5年目 (処分の終了時) 後の再犯率

⑥ 危険性予測と処分の「重い／軽い」のバランスは less restrictive alternative 原則による比例性原則を導入する必要がある。すなわち再犯の予測をしても入院か通院を決めるのは再犯危険性だけではなく社会的要因 (起こした出来事の軽重) のバランスによって判断されるべきである。

⑦ community commitment (通院命令) の強制力の度合いが強ければ社会内処遇で多くのことができる。逆に5年原則で通院命令が解除され治療からの脱落が予想されると疾病の再燃による再犯の可能性が予測され病院に収容される可能性もある。処分終了のガイドラインが必要となる。

⑧ 再犯の恐れは科学的に立証可能であるべき。因みにドイツの保安処分要件は累犯型保安監置で同種行為の反復3回で処分対象となるか、犯罪と疾病の因果関係を

証明して治療を要する因果型よりなる。新法での評価はいずれを証明するのか。

⑨ 原則として精神医学的に再犯予測を評価することはどの範囲かを明記すべきで、医学ができることの限界を明確にすべきである。その範囲を超えた出来事には社会が応分の負担を負うべきである。さもなければできない医学的な判断で、社会の要請だけで長期入院する危険性がある。新法ができれば、対象者を発掘し、検察が新法適応を進めて増える可能性がある。

⑩ PCL-R は知的レベルがないとかかかってこない。PCL-SV は PCL-R が前提となっている。PCL-SV のみを使用するのは妥当でない。日本人の心性から馴染まない面もある。何に比べて危険なのかとのコントロールの問題。入院患者か外来患者か状況設定によっても違って来る。

⑪ リスク予測因子について、state と trait と分けて考えるべき。年齢や過去の前科前歴は変えようがない。State の評価をなるべく多くとり入れる。例えば治療効果など。Trait も変わりうる。パーソナリティーの「成熟」など測定できるようにすれば、また人格要因の可変性を高く見積もれば入院から外来への以降の基準として評価できる。PCL スコアは動かし難い。治療プログラムに乗せ難い。したがって分類を行うツールとしては都合がいい。

⑫ 治療必要性について、重大な触法行為をおかし危険性が大でも治療可能性がなければ本来的にはこのシステムには乗せない。ドイツにあるような保安監置システムが日本にはない。危険性ということだけで医療に送り込まれる流れを押し返し、精神科医は医療の限界を提示すべき。Treatability の概念はとりあえず狭く絞る。引き受けられる範囲の明確化。その目安と

して、i) 疾病診断と治療可能性、ii) 本人の同意性、iii) 責任能力がある場合は除外、iv) PCL スコアが何点以上は除外するという基準、v) 心神耗弱は基本的に司法ルート。

⑬ 上記の場合、最もリスクの高いものが社会に出ることになり、社会が困るという声は高まる。現在英国で検討されている DSPD (dangerous people with severe personality disorder) に対する処遇問題が早晚日本でも問題になる。矯正施設での治療が徹底されればいいが現状では課題が多い。

⑭ 触法行為の重大性と治療可能性は必ずしもつながらない。重大で疾病との因果性があり、かつ治療可能であることが同じに満たす場合が要件となる。

⑮ 例えば殺人に対して「重み」、プラス α の裁量ファクターは入らない方がいい。リスク予測は誰がやっても同じになるもの、シンプルである方がいい。ドイツでは expert であれば誰が行なっても変わらないもの、再現性があるもの、具体的チェックポイントを指向しており、要件がはっきりしている。そのためには、精神科医のレベルを上げる、その前に構造化することが必要。例えば PCL-R の高スコアは北米では 26、他国では 21 になっているが日本ではどうするか。

⑯ 出口(終了の精神医学的判断)の判断は困難、エビデンスは日本にない。それを担保できるものを指向。担当医の評価もいれる。審判所の判断はそれより高い、客観的基準になろう。当初の危険性がなくなったことを病気と人格の両面で評価しなくてはならない。

⑰ 入口の評価の際は「入院期間の目標」も評価する。

3) 治療可能性 (Treatability) の概念

① 新法の治療適応に治療可能性の概念を導入する場合に、個人レベルか、疾患レベルでの判断か。現在疾患レベルの治療可能性を取り上げているとしたら、人格障害の治療可能性のエビデンスはない。では同様に疾患レベルで治療可能性のエビデンスがないパラノイアはどうするのか。

② 治療可能性がないと過去のデータで決めていいのか、展望的で実験的 perspective な治療可能性で治療可能性を論じる必要があるのか。治療可能性の評価はどの基準で行うかも検討を要する。実際では人格障害で分裂病状態にある者や、覚せい剤で事件を起こし心神耗弱で審判所に判断を求められる場合が予想される。この時人格障害は治療可能性がないとしても、収容するのか、しないのかの判断は分かれるところである。治療可能性が治療的な収容の前提であれば行為時の責任能力と治療可能性の2元の判断の矛盾をどのようにするのか。perspective に“may be treatable”として治療導入できるためには、本人の同意を前提とした明確なガイドラインによる判断が必要である。治療可能性と責任能力の抗弁が同一のラインで判断するイギリスであれば治療可能性ない者には責任能力の抗弁を行わないと明確になるが、我が国はそうではない。

③ 知的障害の性犯罪 (小児性愛など) は治療可能性がないと考えられている。現在は司法施設に収容されているが、この制度ができたなら責任能力判断の基準が変化する可能性がある。重い人格障害で性犯罪は社会治療施設へ保安監置する方向で進む可能性がある。

④ 診断カテゴリーでの治療可能性は

EBM (retrospective) か、実験的 (perspective) な治療可能性かで判断は異なる。新法の適応を治療可能性の有無で進めると、治療可能性がない症例は従来の精神医療システムに送られる可能性がある。

⑤ 今後は病名診断の手順は従来の精神医学的な方法を用い、再燃／再犯予測に関して先行研究を参考にし、治療可能性は治療開発を考慮に入れて、またドイツの危険性概念の変遷、概念、再犯予測を参考に研究を進める。エビデンスのない項目は医師の裁量権としてエキスパートコンセンサスでまとめるしかないか。

2. 先行している諸外国 (英国) での治療の必要性 (再犯予測性) に関する評価の在り方を視察

英国では1800年代後半より特別病院をもち、臨床的な司法精神医学の歴史は長く、近年では精神保健法1983に沿って触法精神障害者への治療を行ってきた臨床的な蓄積と研究的視点よりの検討がなされてきている。英国でのリスクアセスメントの特長は、

① 犯行時の行為における責任能力より、治療の必要性に基づいた臨床的な判断が重視されている。

② 専門家 (コンサルタント司法精神科医師) の養成が進んでおり他害行為のリスクアセスメントに関して臨床体験の蓄積がある。

③ 入院 (入院や通院命令) を決める裁判所 (司法)、第3者機関 (Mental Health Review Tribunal)、退院制限が付いた触法精神障害者の処遇の決定権を持つ内務省 (行政) が医療と連携し、時には対峙して

存在している。患者サイドには法律扶助で事務弁護士 (solicitor) や患者の扶助者 (Patient Advocacy) がボランティアで付き、医療側の判断ではセカンドオピニオンを得る Mental Health Act Commission 等が病院にあり、常にバランスを取りながら議論しながら処遇を決定する体制がある。民主的手法とでも表現できるが、その判断の基本は資格を有する医師のアセスメントである。医師のアセスメント(鑑定)の方法は臨床的なリスクアセスメントが中心で、保険計数的な手法は参考までに行っている現状である。

④ 医師の鑑定書が作成されまでの過程が重要で、多くの専門家が関与することが義務づけられている。その中心は他職種専門家によるチーム医療 Multi-Disciplinary Team MDT で、リスクアセスメント・マネジメントを軸に検討会を持ち、治療と処遇の方針を決めて行くが、それには所定の記載を指定する Case Programme Approach CPA が法律のより義務づけられている (MHA1983 ,117 条)。

⑤ 各専門職は独自にリスクアセスメントを行う。作業療法士や看護はリスクを含めた患者評価基準をもち、心理療法士は各種の心理テストや心理面接、また性行動の分析、HCR-20 などのリスクアセスメント・ツールを用いて危険に関する評価と意見を持ち、ソーシャルワーカーは生活援助や生活史や犯罪歴、家族歴の聴取の中から、保護観察官は犯罪歴や保護観察中の行動記録から危険に関する評価を行う。医師はそれらを意見として採用しながら最終的なリスクアセスメントとして評価と、今後についての意見を述べている。大きくは入院などの処遇の決定場面でも、小さくは毎日の治療や処遇の決定まで同じ手法が用いられている。多くの専門職はリスクアセスメント

のためのガイドラインを持っている。

⑥ 内務省よりリスクアセスメントに関して検討すべき事項が示されている。

「内務省の役割は重篤な害より公共を守ること」と明確に立場を示し、そのために、A) 何故患者は過去に置いて危険だったのか、B) 彼らはなお危険なのか(そうなら何故、そうでなければ何故無くなったか、またどんな環境で再び危険となるか)、C) 治療プランは何かの報告を求めている。次に退院制限付きの患者について内務省に報告する際に記入すべきポイントを以下のように指定している。

患者はまだ拘留されるべきか、その理由は:

- a) もしそうなら、患者に要する保安はどのレベルか。
- b) 問題になった犯罪の根拠になる要因と過去の危険な行動の(治療)チームの理解は。
- c) これらの要因に何の変化が起こったか(危険のレベルへの影響は)。
- d) 将来の問題になるリスクファクターは何か(服薬遵守、薬物使用、問題になる将来の環境要因)。
- e) 起こした犯罪、その他の危険な行動、そして過去の被害に対する患者の態度はどうか。
- f) 変化の外に現れた証拠は(病院での行動、外出時、スタッフや患者や犯罪被害者グループへの態度)。
- g) ストレスのある状況にはどう対応するか。如何なる暴力や言葉による攻撃を記載する。
- h) 過去においてアルコールや不法薬物は患者に影響を有したか、また犯罪行為に影響したか。もしそうであれば病院においてまだ問題であるのか、アルコール

ル・薬物に対する患者の最近の態度はどうか。どんな特別な治療が薬物依存になされたか。

i) その他記載を要する事項、また短期・長期の治療プラン。

j) 患者は被害者や被害家族の状況について何を知っているか。

精神病患者には:

a) 精神障害に関して患者の危険な行動はどうか。

b) どんな精神症状が残っているか。

c) 異なった環境下で安定は保たれるか。

d) 服薬は助けになっていたか、患者の安定にどれほど重要か。

e) 患者が病識と服薬の必要性の自覚を持つのに何が必要か。

f) 患者は病院で服薬を遵守していたか、抵抗があるか、病院を出て遵守するか。

人格障害:

a) 人格障害の個別の特徴は何か。

b) 特別な問題に対する治療は何がなされたか。

c) 患者は現在より成熟し、予見可能性があり、他人への配慮があるか。その証拠を挙げてください。

d) ストレスや葛藤に耐性があるか。その証拠を挙げてください。

e) 患者は行動の結果に配慮するか、また体験から学ぶか。その証拠を挙げてください。

知的障害者:

a) 患者が治療や訓練からどのような利益を受けたか

b) 行動をより受け入れられるものか。その証拠を挙げてください

c) 患者の行動は爆発的で衝動的か。その証拠を挙げてください

d) 患者は体験から学んだか。行動の結果を配慮できるか。その証拠を挙げてください

危険な性行動を有する精神障害者:

a) 患者は被害のタイプに好ましくない関心を示すか。

b) 被害のタイプとこのグループに対する患者の態度への評価を書く。

c) 病院での性行動の形は何か。

d) 心理テストや他の評価は何を示すか。

e) 最近の空想物 (fantasy material) は何か。

放火に絡んだ精神障害者:

a) 患者はまだ火に何の関心があるか。

b) 病院で放火したか。

c)ライターやマッチにどんな関心(求め)を持つか。

d) 最近の空想物で火はどのように現れるか。

e) 患者は過去の放火行動に洞察はあるか。

⑦ 英国の代表的の司法精神医学の教科書 (「 FALK'S BASIC FORENSIC PSYCHIATRY 」と D, Chiswick 編著「 seminars in Practical Forensic Psychiatry」)では、その臨床的なリスクアセスメント行う根拠を示して、その限界を明記し慎重な判断を求めている。(資料-1)

⑧ 心理療法士によるHCR-20の評価モデルを示した。(資料-2)

3. 代表的評価ツールや評価方法についてわが国の新法下での評価システム構築への応用可能性を検討

1)PCL-R

今日のリスク評価ツールの嚆矢であるPCL-R(表 1)について概観する。