

## 5 所属機関

### (1)現在の所属機関

- a 国立病院 b 医学部付属病院 c 都道府県立病院 d 市町村立 国保立病院  
e 公的病院（日赤 済生会・医師会立など） f 民間病院 g 研究・教育機関  
h 公衆衛生機関 i 診療所 j その他

### (2)これまでに最も長く所属した機関

- a 国立病院 b 医学部付属病院 c 都道府県立病院 d 市町村立・国保立病院  
e 公的病院（日赤 済生会・医師会立など） f 民間病院 g 研究 教育機関  
h 公衆衛生機関 i 診療所 j その他

### (3)上記の所属地域（日本精神神経学会の分類による）

- a 北海道・東北 b 関東 c 中部 d 近畿 e 中国・四国 f 九州 g 海外

**ご協力、ありがとうございました！**

## 起訴前の簡易精神鑑定に関するガイドライン

2004年3月

厚生科学研究「責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究」研究班編

### 【ガイドライン作成の趣旨】

近代法治国家における刑事司法精神鑑定制度の中で、起訴前の簡易精神鑑定（以下「簡易鑑定」）は、わが国独特の制度であり、刑事司法鑑定件数全体の9割以上を占めている。簡易鑑定制度は、刑事責任を問えない精神障害者を迅速に識別し医療に導入する上で優れた制度である反面、責任能力評価における厳密性か迅速性の犠牲になる可能性のあることが指摘されてきた。

また、これまでの調査によれば、簡易鑑定書の形式と内容には著しい地域差と個人差のあることが判明している。はらつきの主たる要因は、鑑定医相互の情報交換や研鑽機会の乏しさにあると考えられる。簡易鑑定書におけるこうしたばらつきは、簡易鑑定に際しての精神医学的な評価基準が不統一なのではないかという疑念を生み、精神鑑定全般への信頼度を損ねる一因を形成する。

なお、触法精神障害者の処遇に関しては、平成15年7月に「心神喪失者等医療観察法」が制定され、平成17年7月までに施行されることとなったが、同法の対象がいわゆる重大6犯罪に限定されるため、同法の対象から外れる事例に対する簡易鑑定は、従来通りに行われる。また、重大6犯罪に該当する場合、被鑑定者が同法の対象者か否かに関する意見を簡易鑑定において求められることもありうる。したがって、精神医学的なプライマリースクリーニングとしての簡易鑑定は、同法の施行後も、その存在意義を減ずることはないものと予測される。

このような現状認識に立って、当研究班は、3年間にわたって起訴前の精神鑑定に関する実態を調査し、改革案を検討してきた。その研究成果をふまえ、刑事司法精神鑑定の中で最も大きな比重を占める簡易鑑定に関するガイドラインを提示することとした。

ガイドライン作成の目的は、第1に、必要最低限の鑑定事項を網羅しつつ迅速に作成可能な簡易鑑定書の書式モデルを提示することであり、第2に、刑事責任能力の評価を標準化するための方法論を提示すること、そして第3に、一定の鑑定能力を兼ね備えた精神科医を確保し養成するシステムを提示することである。

この目的に沿って、ガイドラインは次のように構成されている。

- 5 簡易鑑定に当たる医師の確保に関するガイドライン
- 6 検察官による簡易鑑定嘱託書作成に関するガイドライン
- 7 鑑定医による簡易鑑定書作成に関するガイドライン
- 8 刑事司法鑑定医の養成と研修システムに関するガイドライン

## 【1】簡易鑑定に当たる医師の確保に関するガイドライン

現在 多くの簡易鑑定は、各地検の刑事事務担当官か鑑定実績のある特定の医療機関や医師に鑑定を依頼し、依頼を受けた医師か日程を調整して鑑定業務に応ずる形で行われている。東京地検など鑑定頻度の高い地検では、特定の鑑定医グループか定期的に地検を訪問して鑑定業務を分担しているところもあるが、精神科医が年々多忙となる中で、鑑定医の確保に苦勞する地検も生じている。また、長年にわたって少数の特定医師か鑑定業務を独占的に行っている地検の中には、鑑定内容に疑問を感じる鑑定書が作成されているところもある。いずれにせよ、簡易鑑定に当たる医師の確保体制に関しては、各地の実情は、ばらばらである。

当研究班は、地検ごとに事情の異なる現状を勘案しつつ、迅速で的確な簡易鑑定業務を遂行するために、簡易鑑定医の確保に関する当面のガイドラインを以下のように提示する。いずれは、【4】刑事司法鑑定医の養成と研修システムに関するガイドラインに沿って、新たな鑑定医の確保システムが構築されるべきである。

- (1) 4人以下の精神科医が簡易鑑定業務を5年以上にわたって独占的に行っている地検では、合計5人以上の鑑定医を確保し、各鑑定医および検察官による意見交換の場を設けるべきである。その際には、簡易鑑定事例に関わる罪名、診断名、鑑定主文、処分内容、裁判結果、その後の医療状況などのデータが地検から示されるとともに、鑑定医の意見と検察官の判断が異なった事例を中心に、事例検討の行われることが望ましい。また、新たな鑑定医の養成システムや責任能力の評価基準についても議論がなされるべきである。
- (2) 5人以上の精神科医が簡易鑑定を実施してきた地検においても、各鑑定医および地検による意見交換の場を設け、上記の議題が議論されるべきである。

## 【2】検察官による簡易鑑定嘱託書作成に関するガイドライン

簡易鑑定書の作成に当たっては、履歷的事項（家族歴、生活歴、犯罪歴、精神科治療歴等）の記述に多くの時間が割かれることがある。記述に際しての主たる情報源は一件記録であるから、検察官による簡易鑑定嘱託書の中に履歷的事項を整理して記載してもらえれば、鑑定書の作成時間を短縮できる。そうすれば、鑑定医の負担が軽減され、鑑定医の確保にも寄与しうると考えられる。

別添資料3に、履歷的事項を追加した簡易鑑定嘱託書の書式モデルを提示し、解説を付記した。これをもって、この項目に関するガイドラインに代える。

## 【3】鑑定医による簡易鑑定書作成に関するガイドライン

前記のように簡易鑑定嘱託書が改変されれば、鑑定医は、精神鑑定の最重要事項である犯行時の精神状態および判断能力・制御能力（刑事責任能力にほぼ重なる）の評価に集中できる。また、鑑定時現在の精神状態の評価は、犯行時の精神状態を推測するための重要な情報であり、今後の治療の必要性と起訴後の訴訟能力を評価する上で不可欠の情報となるから、簡易鑑定書では現在証の記述が重要な比重を占める。

これらの条件を勘案して、別添資料4に、簡易鑑定書の書式モデルを提示し、解説を付記した。これ

をもって、この項目に関するガイドラインに代える。

#### 【4】刑事鑑定医の養成と研修システムに関するガイドライン

精神鑑定は、大きく行政鑑定（①精神保健福祉法に基づく措置診察および緊急措置診察）と司法鑑定とに分けられる。後者はさらに、民事鑑定（民事訴訟法に基づく②正式鑑定および③成年後見鑑定）と刑事鑑定に分けられる。刑事鑑定には、刑事訴訟法に基づく④起訴前および⑤公判開始後の正式鑑定と⑥起訴前の簡易鑑定、そして、⑦新設の医療観察法に基づく審判所（地方裁判所）での精神鑑定が含まれる。

以上7種類の精神鑑定のうち、④～⑥の刑事鑑定は、鑑定対象者の刑事処分に大きく影響し、刑事法廷で証人に立つ可能性があるという点で、鑑定医には他の鑑定においてよりも大きな心理的圧力がかかる。「責任能力を鑑定する責任」の大きさを鑑定医は実感せざるをえない。

したかつて、刑事鑑定に携わる精神科医（以下「刑事鑑定医」）の養成や研修のあり方には、特別の配慮が必要である。以下にそのガイドラインを示すか、これは今後の議論の素材にすぎない。

- (1) 簡易鑑定に当たる5人以上の精神科医による意見交換の場（【1】参照）を出発点として、地検単位で「刑事鑑定医協議会」（仮称）を設立し、少なくとも1年に1回の頻度で、責任能力評価の標準化を目指した鑑定事例検討会や意見交換会を開催する。参加者には、検察官等の法務省関係者も加えられるべきである。その際には、簡易鑑定事例に関わる罪名、診断名、鑑定主文、処分内容、裁判結果、その後の医療状況などのデータが地検から示されるとともに、鑑定医の意見と検察官の判断が異なった事例を中心に、事例検討の行われることが望ましい。また、新たな鑑定医の養成システムや責任能力の評価基準についても議論がなされるべきである。
- (2) 地検単位の刑事鑑定医協議会（仮称）を横断する「全国刑事鑑定医連絡協議会（仮称）」を厚労省と法務省が共同開催し、全国各地の刑事鑑定医や法務省関係者が意見交換を行う。
- (3) この全国会議の議題に、刑事鑑定医の認定要件と養成システムを含め、刑事鑑定医の認定医制度の構築を目指す。
- (4) 刑事鑑定医の認定継続要件の一例を以下に示す。
  - (ア) 過去5年間に1回以上の刑事鑑定（④⑤⑥⑦）を行っている。
  - (イ) 過去1年間に刑事鑑定医協議会（仮称）もしくは全国刑事鑑定医連絡協議会（仮称）に出席している。
- (5) 刑事鑑定医の新規認定要件の一例を以下に示す。
  - (ア) 精神保健指定医を取得している。
  - (イ) 正式鑑定（④⑤⑦）の鑑定助手を務めたことか1例以上ある。
  - (ウ) 簡易鑑定（⑥）の鑑定助手を務めたことか2例以上ある。
  - (エ) 過去1年間に刑事鑑定医協議会（仮称）および全国刑事鑑定医連絡協議会（仮称）に出席している。

資料3 簡易鑑定嘱託書モデル

簡易精神鑑定に関する嘱託書

平成 年 月 日

医師 \_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 地方検察庁

検察官 \_\_\_\_\_ 印

次の被疑者につき、下記の鑑定を嘱託します。

事件番号 平成 年検 第 \_\_\_\_\_ 号

罪 名 \_\_\_\_\_

被 疑 者 \_\_\_\_\_ (性別 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 歳)

任 所 \_\_\_\_\_

1 鑑定事項 (修正可)

- (1) 被疑者の犯行時における精神状態
- (2) 被疑者の犯行時における事理弁識能力およびその弁識に従って行動する能力
- (3) 被疑者の現在の精神状態
- (4) 現在における治療の必要性および治療形態
- (5) その他参考となる事項

2 鑑定を必要と認めた理由

3 事件の概要

#### 4 参考資料

##### (1) 家族歴

(ア) 父

(イ) 母

(ウ) 同胞

(エ) その他の親族に関する特記事項

(オ) 現在の家族構成

##### (2) 生活歴

(ア) 養育歴

(イ) 教育歴

(ウ) 職歴

(エ) 婚姻歴

##### (3) 犯罪歴等

##### (4) 精神科治療歴

## 解 説

検察官か精神科医師に対して簡易精神鑑定を囑託するに際しては、従来より、鑑定事項、鑑定囑託理由、事件の概要等を記載した簡易鑑定囑託書が作成されてきました。このたび、鑑定書式の標準化を図るために、簡易鑑定囑託書に参考資料が添付されることとなりました。前記のような鑑定囑託書の書式を示すとともに、記載に際しての留意事項を以下に解説しますので、よろしくご参照願います。

### 1 鑑定事項

最も一般的と思われる鑑定事項を書式案に示しました。事例によっては、特別な配慮を要することがあると思われますので、適宜変更してください。

### 2 鑑定を必要と認めた理由

刑事責任能力に疑問があると判断して精神鑑定を依頼した理由を具体的に示してください。犯行動機や犯行形態が不合理、逮捕勾留後の言動が了解困難などの場合、被疑者の行動や言動を具体的に示してください。

### 3 事件の概要

鑑定医にも理解しやすいように、事件の概要を簡潔かつ平易に記載してください。

### 4 参考資料

供述調書に基づいて、被疑者の履歴に関する以下の情報を簡潔に記載してください。信憑性に疑問のある場合は、「被疑者によれば」などと情報源を特記してください。

#### (1) 家族歴

##### (ア) 父

生年月日、生育地、職業、精神障害や重篤な身体疾患の有無、生存している場合は現在の居住地（市町村名）と職業等を記載して下さい。

##### (イ) 母

上記に同じ。

##### (ウ) 同胞

被疑者本人との年齢差、職業ないし学籍、居住地、同居家族、精神障害の有無等を記載して下さい。

##### (エ) その他の親族に関する特記事項

三親等以内の血族に精神障害の既往を有する者のいることが明らかな場合に特記して下さい。

##### (オ) 現在の家族構成

犯行時の被疑者との同居者を記載して下さい。

## (2) 生活歴

### (ア) 養育歴

被疑者の出生地、主な養育者、就学前の重大な既往歴や障害の有無を記載して下さい。

### (イ) 教育歴

被疑者の教育歴を記載して下さい。知的障害があれば、その旨を記載して下さい。

### (ウ) 職歴

被疑者の職歴（概略）を記載して下さい。

### (エ) 婚姻歴

被疑者の婚姻歴を記載して下さい。

## (3) 犯罪歴等

被疑者に触法行為による補導・検挙・逮捕・勾留・服役等の履歴があれば、罪名・発生年月日・処分内容・勾留期間・服役期間等につき記載して下さい。

## (4) 精神科治療歴

被疑者に精神科治療歴があれば、病名 初診年月日・入院先と入院期間・現在の治療状況等につき記載して下さい。



資料4 簡易鑑定書モデル

簡易精神鑑定書

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_ 地方検察庁  
\_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 鑑定人医師 \_\_\_\_\_ 印

鑑定依頼のあった被疑者 \_\_\_\_\_ (事件番号 平成 年 検 第 号) \_\_\_\_\_ につき、  
以下の通り鑑定します。

1 鑑定主文

- (1) 被疑者の診断および犯行時の精神状態
- (2) 被疑者の犯行時における事理弁識能力およびその弁識に従って行動する能力
- (3) 被疑者の現在の精神状態
- (4) 現在における治療の必要性および治療形態
- (5) 本鑑定の要否
- (6) その他参考となる事項

2 鑑定経過

- (1) 被疑者の診察日時および場所
- (2) 関係者との面接日および場所
- (3) 鑑定に際して参考とした資料

3 生活歴等の補足事項

- (1) 家族歴
- (2) 生活歴

(3) 物質乱用歴

(4) 身体的既往歴

(5) 精神科治療歴

#### 4 犯行時の精神状態

(1) 犯行直近の生活状況

(2) 犯行当日の行動および精神状態

#### 5 現在証

(1) 身体所見

(2) 精神医学的所見

(ア) 精神病理学的所見

(イ) 知的水準

(ウ) 人格傾向

(3) 心理検査所見

(4) 問診経過

#### 6 考察

(1) 診断根拠

(2) 犯行時における被疑者の判断能力および制御能力の評価とその論拠

(3) 現在における治療の必要性および治療形態の論拠

(4) 現在の訴訟能力

(5) その他の特記事項

## 解 説

### 1 鑑定主文（修正可）

ここで例示した鑑定主文の項目は、一般的な鑑定事項に対応したものです。検察官による鑑定事項に特定の項目が指定されたり、鑑定人として特に強調したい事項があれば、鑑定主文の項目立ては修正が可能です。

#### （1）被疑者の診断および犯行時の精神状態

被疑者が精神障害と診断されない場合は、その旨を明記してください。精神障害と診断される場合は、診断名を記載してください。診断名の表記は、一般的なもので構いませんか、できれば、国際疾病分類第10版（ICD-10）のFコード（2桁以上）を付記してください（例 統合失調症（F20））。

主診断か身体因性精神障害の場合は基盤となった身体疾患を、精神症状に関連を有すると判断される身体疾患があれば、これを併記してください。

犯行時の精神状態の表記は、「幻覚妄想状態」「うつ状態」「躁状態」「せん妄状態」など、一般的なもので構いませんか、普及度の高い病状評価尺度（BPRS、GAS、PANSS など）や生活機能評価法（ICF など）を用いて定量的に表現することも可能です。必要ならば簡単な解説を付記してください。長文の解説が必要な場合は、4－（2）に記載してください。

#### （2）被疑者の犯行時における事理弁識能力およびその弁識に従って行動する能力

「事理弁識能力」とは、善悪に関する判断能力ないし現実検討能力であり、意識障害や感情障害、知覚障害、思考障害、知的障害等、精神機能の低下と混乱がある場合に損なわれることがあると解されます。

「事理弁識に従って行動する能力」とは、現実検討に従って自らの行動を制御する能力であり、せん妄状態や精神運動興奮状態、躁状態、抑うつ状態、知的障害等によって損なわれることがあると解されます。

これらの能力の評価法には定められた尺度はありません。鑑定医の臨床経験や鑑定経験に基づいて総合的に判断してください。前記の病状評価尺度や生活機能評価法を利用していたたいも構いません。

評価の結果は、判断能力と制御能力が「喪われていた（心神喪失）」、「著しく損なわれていた（心神耗弱）」、「保たれていた」という三分法で表記されます。必要ならば簡単な解説を付記してください。長文の解説が必要な場合は、6－（2）に記載してください。

#### （3）被疑者の現在の精神状態

現在の精神状態の表記は、「幻覚妄想状態」「うつ状態」「躁状態」「せん妄状態」など、一般的なもので構いませんか、前記の病状評価尺度や生活機能評価法を利用していたたいも構いません。必要ならば簡単な解説を付記してください。長文の解説が必要な場合は、5－（2）に記載してください。

#### （4）現在における治療の必要性および治療形態

鑑定依頼事項に含まれている場合に記載してください。含まれていなければ、この項目を削除してください。

記載する場合は、「措置入院を要する」「医療保護入院か適当」「通院治療か適当」「治療不要」などと具体的に記載してください。

#### (5) 本鑑定の要否

触法行為の重大性等に鑑みて、簡易鑑定による精神医学的評価が不十分と判断される場合には、刑事訴訟法 224 条および 225 条に基づく本鑑定（鑑定留置）を推奨してください。本鑑定の必要がないと判断される場合には、この項目を削除してください。

#### (6) その他参考となる事項

特記事項がある場合に記載してください。なければ、この項目を削除してください。

### 2 鑑定経過

鑑定の信頼度を担保するために、鑑定経過を以下の項目に沿って記載してください。

#### (1) 被疑者の診察日時および場所

被疑者を診察した日時（開始時刻と終了時刻）および診察した場所を記載してください。身体的検査や心理テストを実施した場合は、日時と場所を追加してください。

#### (2) 関係者との面接日および場所

親族や主治医、雇用主等、関係者と面接した場合は、面接の日時と場所を記載してください。

#### (3) 鑑定に際して参考とした資料

一件記録（捜査関係資料の綴り）のほか、鑑定の参考とした資料を記載してください。

### 3 生活歴等の補足事項

簡易精神鑑定嘱託書の参考資料のほか、鑑定によって新たに判明した履歴的事項があれば、以下の項目別に記載してください。補足・追加すべき情報がない場合は、「追加情報なし」と記載してください。物質乱用歴と身体的既往歴は、専門的観点から再確認してください。

#### (1) 家族歴

#### (2) 生活歴

#### (3) 物質乱用歴

#### (4) 身体的既往歴

#### (5) 精神科治療歴

## 4 犯行時の精神状態

### (1) 犯行直近の生活状況

犯行時の被疑者の精神状態か、平素の精神状態から連続したものか不連続なものか、不連続であったとすれば、いつ頃からどのような契機で変化したかを判別することは、犯行時の精神状態と判断能力・行為能力を評価する上で、重要な手かかりとなります。不連続であった場合は変化の時点、明らかな変化か同定できない場合は犯行前1週間程度に遡って、犯行当日に至るまでの被疑者の生活状況や精神状態を推測し、記述してください。

また、犯行前数日間の睡眠・摂食・清潔保持などの基本的な生活機能を再検討し、記述してください。精神科受療中の場合は服薬の遵守状況・物質乱用の介在する場合は乱用状況を、それぞれ具体的に記述してください。

### (2) 犯行当日の行動および精神状態

犯行当日の被疑者の行動を時間的経過に沿って再構成し、被疑者から見た行動の動機や意味を精神医学的に解説してください。精神状態の評価法に定まった基準はありませんか、1（鑑定主文）で示したような病状評価尺度や生活機能評価法を利用していたたいも構いません。

## 5 現在証

### (1) 身体所見

特記事項があれば記載してください。諸検査を実施した場合は、その所見を記載してください。

### (2) 精神医学的所見

#### (ア) 精神病理学的所見

意識、感情、記憶、意欲、知覚、思考など、古典的な精神病理学に則った異常所見を要素的に記載していたたいも構いませんし、1（鑑定主文）で示したような病状評価尺度や生活機能評価法を利用していたたいも構いません。

#### (イ) 知的水準

生活歴や病歴、過去の知能検査等から推測される知的水準を記載してください。新たに知能検査を実施した場合は、5－(3)に所見を記載してください。

#### (ウ) 人格傾向

生活歴や病歴、過去の心理検査等から推測される人格傾向ないし人格障害を記載してください。新たに心理検査を実施した場合は、5－(3)に所見を記載してください。

### (3) 心理検査所見

心理検査を実施しなかった場合は、その旨を記載してください。

#### (4) 問診経過

犯行時の精神状態（4－（2））や判断能力等の評価（6－（2））、および現在の精神医学的所見（5－（2））や治療の必要性等（6－（3））を裏付ける参考資料として必要と判断される場合に、問診経過を具体的に記載して下さい。その必要がないと判断された場合は、省略していただいても構いません。

### 6 考察

#### (1) 診断根拠

被疑者の診断を裏付ける医学的根拠を示して下さい。ICD-10 や DSM 等の診断基準を用いても構いません。

#### (2) 犯行時の判断能力および制御能力の評価とその論拠

「心神喪失」「心神耗弱」と判定する場合には、その具体的論拠を示して下さい。また、精神科治療歴があるにもかかわらず「判断能力・行為能力が保たれていた」と判定する場合にも、その論拠を示して下さい。判断能力・行為能力の評価法に定まった尺度はありませんか、1（鑑定主文）で示したような病状評価尺度や生活機能評価法を利用していただいても構いません。

犯行時の判断能力・行為能力の評価に際しては、精神状態に関わる精神医学的な重症度のほか、犯行直前の生活の自立度、犯行の計画性や合目的性、証拠隠滅行為などの自己防衛能力を総合的に勘案して下さい。

#### (3) 現在における治療の必要性および治療形態の論拠

現在証の所見に基づいて、鑑定時現在における被疑者の治療の必要性および治療形態を推奨する論拠を示して下さい。

#### (4) 現在の訴訟能力

刑事手続きにおいて自己を防御する能力に問題があると判断される場合は、その程度と論拠を記述して下さい。

#### (5) その他の特記事項

その他、特記すべき事項があれば記載して下さい。

現行制度のもとでの  
触法精神障害者処遇に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 山上 皓

東京医科歯科大学難治疾患研究所

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究  
分担研究報告書

## 現行制度のもとでの触法精神障害者処遇に関する研究

分担研究者	山上 皓	(東京医科歯科大学犯罪精神医学)
研究協力者	小畠秀吾	(東京医科歯科大学犯罪精神医学)
	岡田幸之	(国立精神神経センター司法精神医学)
	吉川和男	(国立精神神経センター司法精神医学)
	安藤久美子	(関東医療少年院)
	渡邊和美	(科学警察研究所 東京医科歯科大学)
	渡辺 弘	(東京医科歯科大学犯罪精神医学)
	花輪昭太郎	(熊本県立心の医療センター)
	二宮英彰	(福岡県立精神医療センター太宰府病院)
	堀 彰	(栃木県立岡本台病院)
	川本哲郎	(京都学園大学法学部教授)
印は、	田口寿子	(東京都立松澤病院 東京医科歯科大学)
今回報告者	荏司美香	(東京医科歯科大学)

### 研究要旨

現行制度のもとでの我が国の触法精神障害者処遇制度の実態を明らかにし、その改善策のあり方について検討するために、本研究は行われた。今年度は、①山上らの触法精神障害者に関するこれまでの研究成果に基づく、現行制度上の問題点の整理と、②法務省の協力によって可能となった、1994 年の触法精神障害者 118 例の再犯実態についての調査を行った。

研究①においては、現行制度のはらむ様々な問題点を明らかにするとともに、平成 15 年 7 月に制定された新法「心神喪失者等医療観察法」のもとで取り組むべき課題について検討を進め、成果を得た。

研究②においては、1108 例を対象に、1995 年から 2001 年までの 7 年間の追跡調査を行い 205 名か 417 件の再犯事件を起こしていたことを見出した。事件記録等に基づき再犯に至った経緯を調べた結果、再犯群と非再犯群との比較から、男性、職業・住居の不安定さ、逮捕歴の存在、か再犯の危険要因として示唆された。先行の調査研究との比較から、1) 比較的軽微な罪種が増加し、全体に認知件数が増加したこと、2) 正式鑑定が減少し、簡易鑑定のみ、あるいは、鑑定が行われない場合が増えていること、3) 再犯者数、再犯件数が増加した一方、重大犯罪の占める割合が低下したこと などが明らかとなった。また、重大犯罪を繰り返す事例の実態について、詳しい事例調査を進めている。

### A 研究目的

本研究は、現行制度のもとでの我が国の触法精神障害者処遇の実態を明らかにし、その再犯に関わる様々な要因について検討するこ

とて、平成 15 年 7 月に制定された新法「心神喪失者等医療観察法」の施行に備えようとするものである。

この目的から、本年は、次の 2 種類の研究



を進めた。

研究①は、触法精神障害者の実態等に関して山上らか長年に亘って実施してきた調査結果に基づき、現状分析と、今後の課題についての検討である。

研究②は、この度法務省の協力を得て開始された、1994年の触法精神障害者11029例についての、7年間追跡調査結果の分析である。研究①については、総説的なものとなるので、以下、研究方法等については、研究②を中心に説明する。

## B 研究方法

法務省の協力を得て、1994年の一年間に、全国で、触法行為をおこないながら精神障害を理由に検察庁で不起訴処分を受けたか、または裁判所で刑の減免を受けた者、総計1108例（男性980例、女性128例）を対象に、1995年から2001年までの7年間の追跡調査を行った。追跡期間中に、再度ないし複数回の触法行為に及んだ者について罪名、処分などの情報を得、さらに捜査記録、精神鑑定書、判決文などの資料の閲覧が可能な事例については、これをもとに再犯に至った経緯を調べた。

（倫理面への配慮）

本研究は、統計的な解析が中心であり、個人のプライバシー等を侵害する可能性はない。

## C 研究結果

結果と考察=追跡期間中、対象者1108例のうち、205例が総計417件の再犯事件を起こしていた。再犯回数は、一回のみの再犯が94例であり、その他、二回が53例、三回が31例、四回が15例、五回が8例、六回が4例であった。再犯者を指標犯罪（1994年時点での基準となる触法行為）名別にみると、殺人

が6例、放火が7例、強盗が9例、強姦・強制猥褻が3例、粗暴犯43例、財産犯79例、その他58例であった。どの罪種でも同種犯罪が反復される傾向がみられ、とくに、窃盗・詐欺などの財産犯の反復件数は140件で最多であった。再犯者を障害名別にみると、統合失調症が70例で最多であり、その他、躁うつ病11例、てんかん5例、アルコール中毒26例、覚せい剤中毒33例などであった。指標犯罪名別に再犯率をみると、重大犯罪では、強盗が20.9%と比較的高い再犯率を示していた。この他、詐欺が50%、覚醒剤取締法違反が41.2%と高い再犯率を示した。障害名別の再犯率では、覚せい剤中毒をはじめとする中毒性精神障害の再犯率の高さがかかえ、一方、統合失調症、躁うつ病では低率であった。再犯事件417件のうち、314件（75.3%）が有罪判決を受けており、とくに実刑が216件で最も多かった。

## D 考察

今回調査の対象者1108例を、追跡期間中に再犯をなした者205例と再犯を行わなかった者903例に分け、それぞれを再犯群、非再犯群として、比較検討を行ったところ、再犯群では、男性、日雇い労働者、住居不定者、過去に逮捕歴を有する者が高率にみられた。

今回の調査結果を、1980年一年間の全国の触法精神障害者946例について11年間にわたり再犯状況を追跡調査した先行研究の結果と比較した。ふたつの追跡調査の対象者を比較すると、障害名別の構成はほぼ同様であった。前回調査の対象者946例の指標犯罪中、重大犯罪は568件（60.0%）であったが、今回の調査では1108例（件）中、509件（45.9%）であった。窃盗が149件から268件に増えるな

と比較的軽微な犯罪の認知件数の増加により、対象者全体が増加し、それにともない重大犯罪の占める率が相対的に低下したと考えられる。指標犯行後の精神鑑定の実施状況を見ると、本調査では前回調査に比べて、鑑定なしが218例から342例に、簡易鑑定が466例から577例に増加しており、一方、正式鑑定が262例から189例と減少した。事後の処遇については、措置入院が417例から595例に増加した一方、入院なしが221例から193例に減少した。両調査の追跡期間中の再犯状況は、前回調査では再犯者数207例、再犯件数487件であり、そのうち重大犯罪は110件(22.6%)であった。一方、今回の調査では再犯者数205例、再犯件数417件であり、そのうち重大犯罪は67件(16.1%)であった。しかし、前回の調査は11年間の追跡によるものであり、今回の調査とは追跡期間が異なるため、比較は困難である。そこで、前回調査結果について、追跡開始時点から最初の7年間(1981~1987年)に限定してみたところ、184名が380件の再犯事件を起こしており、そのうち重大犯罪は85件(22.4%)であった。ふたつの調査を、追跡期間を揃えて比較すると、今回の調査では、再犯者数、再犯件数とともに増加している。対象者中に窃盗、詐欺などの軽微な罪種の事例が増えたことは既に述べたが、これらの者が同種犯罪を常習的に反復する傾向にあることか、再犯者数および再犯件数の増加に結びついたと考えられる。一方で、重大犯罪の件数は減少しており、さらに加えて軽微な事件の反復による再犯件数全体の増加

により、重大犯罪の比率が低下している。

## E 結論

1994年の一年間に法務省に報告された触法精神障害者1108名を、7年間追跡調査した結果、205名が417件の再犯事件を起こしていることが明らかになった。再犯群と非再犯群との比較から、男性、職業・住居の不安定さ、逮捕歴の存在、か再犯の危険要因として示唆された。先行の調査研究との比較から、1) 比較的軽微な罪種が増加し、全体に認知件数が増加したこと、2) 正式鑑定が減少し、簡易鑑定のみ、あるいは、鑑定が行われない場合が増えていること、3) 再犯者数、再犯件数が増加した一方、重大犯罪の占める割合が低下したこと、が明らかとなった。

## F 健康危険情報

なし

## G 研究発表

### 1 論文発表

山上 皓 新法制定の意義と今後の課題 日本精神科病院協会雑誌 22 17 20, 2003

### 2 学会報告

山上皓 新法のもとでの司法精神医学 医療のあり方 第21回全国精神医学講座担当者会議・基調講演 2003年8月29日 田沢湖

# 我が国の触法精神障害者処遇の現状の問題点と今後の課題—概説

山上 皓（東京医科歯科大学犯罪精神医学）

## 1 はしめに

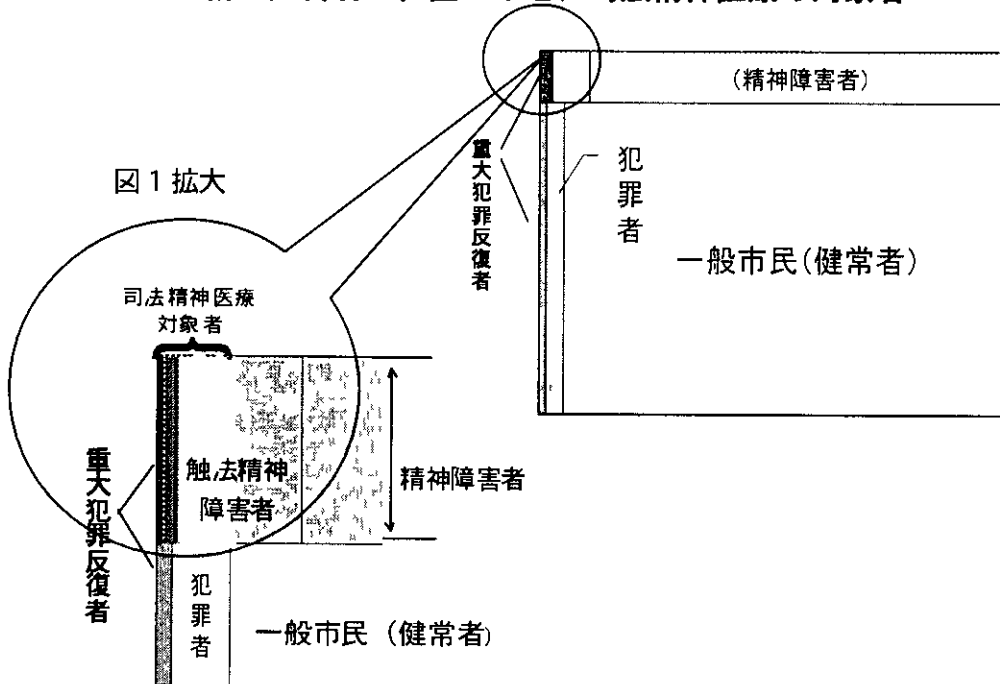
筆者らは、これまで、我が国の触法精神障害者に関する各種全国調査を行ってその実態を明らかにし、触法精神障害者処遇制度の欠陥が数々の不幸な事件を生み出している事実を指摘してきた。平成16年7月に制定された「心神喪失者等医療観察法」は、この現状の改善に大きく寄与するものと期待しているが、今後に残される課題も多い。ここでは、現状の問題点を整理して示すとともに、新法の導入に伴い予測される変化と、今後の課題について述べてみたい。

## 2 現状の問題点

### 1) 触法精神障害者専門処遇制度と司法精神医療の必要性

触法精神障害者、なかでも重大事件を反復する者の多くは、精神病を発症する以前から何度も犯罪行為を繰り返している。重大犯罪反復者を一般市民から区別して処遇するのは、どの国においても当然とされており、精神障害者の場合でも、欧米諸国では早くから彼らを一般患者とは区別して処遇する制度を定め、そこに専門医療としての司法精神医療が確立されてきた(図1)。しかし、我が国ではこれを「差別」として拮撃する専門家が制度導入に抗したため、重大犯罪反復者が一般患者と一緒に処遇せざるを得ない状況が長く続いてきた。このことは、司法精神医療の遅れを招いただけでなく、一般精神医療のあり方にも様々な歪みをもたらしてきた。

図1 触法精神障害者の位置づけと、司法精神医療の対象者



制度的欠陥の歪みは、精神病院内外での事件・事故の多発を招くこととなったか、その実態は長く明らかにされることできなかった。筆者ら<sup>1)2)3)4)</sup>が法務省の協力を得て10数年に亘って実施してきた触法精神障害者に関する一連の全国調査は、その悲惨な実態を明らかにし、この問題の重要性を社会に広く知らせる役割を果たした。それとともに、イギリスやオランダ、ドイツなど、ヨーロッパ諸国がこの30年間ほとんどの間に達成した、司法精神医療領域における急速な進歩と、我が国が大きく遅れを撮っている事実も、広く社会に知られるようになってきた。このような社会の側の理解の広がりか、国会における新法「心神喪失者等医療観察法」の制定の動きを後押しし、新たな処遇制度の制定と、専門化された高度医療としての司法精神医療の整備を促すこととなったものである。

## 2) 触法精神障害者処遇の現状

わが国においては、触法精神障害者問題について長期に亘って論議が錯綜した最大の理由は、その実態が誰の目にも見え難く、現状の認識が識者の間でも様々に異なったためである。制度的欠陥から生じている個々の事故や事件の記載は、先にあげたいいくつかの研究報告に詳しく記しているのを省き、ここでは、このような事態を招いた我が国の処遇システムの構造的欠陥について、イギリスの司法精神医療システムと比較しながら、説明させていたたく。

図2 触法精神障害者処遇の現状—イギリスの司法精神医療システムとの比較

