

刑事責任能力の判定に関するアンケート調査

小島 秀吾¹⁾, 橋爪 きょう子²⁾, 和田 久美子³⁾,
 簗下 成子⁴⁾, 森田 展彰²⁾, 中谷 陽二²⁾

Shugo Obata, Kyoko Hashizume, Kumiko Wada, Seiko Minoshita, Nobuaki Morita,
 Yoji Nakatani: A Questionnaire Survey on Judgment of Criminal Responsibility

我々は、精神科医師の、刑事精神鑑定における責任能力判断に対する見解の現状を明らかにすることを目的として、モデル事例を用いたアンケート調査を行った。急性統合失調症患者による傷害、慢性期統合失調症患者による強制わいせつ、うつ病患者による殺人未遂、アルコール精神病患者による放火、覚せい剤精神病患者による住居侵入、人格障害者による強姦・強制わいせつ、の6つのモデル事例のそれぞれについて、責任能力および適する治療形態を質問した。

幻覚と妄想を有する急性期の統合失調症の事例、重症うつ病の事例、人格障害の事例では、責任能力の判定に高い一致がみられたが、慢性期の統合失調症の事例、アルコール性精神障害の事例、覚せい剤精神障害の事例では責任能力の判定にばらつきがあった。責任能力判定にあたって、犯行当時の症状や状態像を重視するという意見が多くみられ、内因性精神病であるかどうかを重視する意見は比較的少なかった。

治療形態に関しては、多くの回答者が、幻覚と妄想を有する急性統合失調症患者に対しては措置入院が、人格障害者に対しては刑務所での治療が適切であると答えた。一方、慢性統合失調症の事例、アルコール性精神病の事例に対しては、医療的処遇を求める意見と、司法の対応を求める意見が分かれた。アルコール精神病患者と覚せい剤精神病患者に対する治療形態は、精神鑑定時の状態に応じて判断される傾向があり、必ずしも責任能力判断とは連動していなかった。

また、鑑定人が責任能力に言及することに対しては、明確な賛成・反対は少なく、中間的な意見が比較的多くみられた。

<索引用語：刑事責任能力，精神鑑定，アンケート調査，治療>

はじめに

近年、精神鑑定が社会に果たす役割はますます重要性を増しており、同時に社会の精神鑑定に対する関心の高まりも著しい。ところが、鑑定人の採る立場のちがいや専門的能力の差から精神鑑定

の質に不均一が生じ、法の下での平等が果たされえないという問題点も指摘されている⁸⁾。このような現状は、国民の精神鑑定への信頼を失わせかねず、司法精神医学の存在意義そのものが問い直される事態も懸念される。

著者所属：1) 東京医科歯科大学難治疾患研究所, Medical Research Institute, Tokyo Medical and Dental University
2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
3) 池田病院, Ikeda Hospital
4) 川村学園女子大学, Kawamura Gakuen Womans' University

表1 モデル事例一覧

犯罪	診断
事例A 傷害	統合失調症・急性期 (幻覚妄想状態)
事例B 強制わいせつ	統合失調症・慢性期 (欠陥状態)
事例C 殺人未遂	重症うつ病
事例D 放火	アルコール依存症, アルコール幻覚症
事例E 住居侵入	覚醒剤とアルコールによる急性の幻覚妄想状態
事例F 強姦・強制わいせつ	境界性人格障害, 小児性愛

そこで、我々は、全国の精神科医が刑事精神鑑定における責任能力の判定をどのように考えているのか、その見解の現状を明らかにすることを目的として、触法行為をおこなった精神障害者の刑事責任能力およびあるべき処遇に関してモデル事例を用いたアンケート調査を行ったので、その結果を報告する。

対象と方法

平成13年1月に日本精神神経学会会員を対象として「精神鑑定のあり方に関するアンケート」⁹⁾を行った際に再調査への協力に同意した精神科医345名に、アンケート用紙(資料として添付)を郵送した。回答は無記名であるが、報告のコピーを希望する場合は氏名と連絡先を記入するように求めた。調査結果の発表にあたって回答者の氏名・所属を記載しないことを明記した。調査期間は、平成14年2月5日～2月25日である。

本アンケートでは、1) 責任能力判定、2) 処遇に関する見解、3) 責任能力判定の要因、4) 責任能力判定における精神科医の役割に関する見解について調査を行った。精神科医は、心神喪失や心神耗弱を認められ刑罰を免れた者に対して事後の処遇決定(措置診察)や治療の場でも関与しうるため、処遇に関する回答者の見解を調べた。また、回答者の責任能力についての捉え方を明らかにするために、責任能力判断の要因を質問した。さらに、責任能力を判断する主体は鑑定人であるべきとする意見と法律家であるべきとする意見の対立がある⁸⁾ため、この点についても回答者の見解を質問した。

具体的には、アンケートの中で6つのモデル事例(表1、詳細は添付したアンケート用紙を参照)を提示し、それぞれについて責任能力と適切な治療形態を質問した。モデル事例は、いずれも実際の事例をもとに改変を加え作成したものである。モデル事例の障害種別は、主要な精神病として統合失調症、うつ病の事例を選び、また、責任能力判断について見解の混乱があるアルコール精神障害、薬物精神障害の事例をそれぞれ選び、これに非精神病性の精神障害として人格障害の事例を加えた。このうち、統合失調症については急性期と慢性期により責任能力の捉え方に幅があるためそれぞれ別に提示した。責任能力の判定は、それぞれの事例に対して「心神喪失」「心神喪失、心神耗弱のいずれか」「心神耗弱」「心神耗弱、完全責任能力のいずれか」「完全責任能力」の5つから最も適するものを選択するように求めた。治療形態については、「措置入院」「措置以外の入院」「通院」「刑務所での治療」「治療不要」の5つの形態のそれぞれについて、「適さない」「少し適する」「かなり適する」「非常に適する」の4段階で評価した。

また、幻覚妄想状態の有無、意識障害の有無など15の項目を挙げ、責任能力の判定に際してそれぞれをどの程度重要視するかを質問した。

さらに、「鑑定人は責任能力にまで言及するべきではない」という意見に対する見解を、「賛成」「どちらかと言えば賛成」「どちらかと言えば反対」「反対」の中から回答するように求めた。

なお、責任能力判定は厳密には法的判断であるが、実際には多くの場合、鑑定人の判定・見解が

表2 回答者の年齢分布

	N (人)	%
0～30 歳	3	1.6
31～40 歳	42	22.7
41～50 歳	37	20.0
51～60 歳	34	18.4
61～70 歳	40	21.6
71～80 歳	22	11.9
無回答・無効回答	7	3.8
合計	185	100.0

求められる。したがって、精神科医を対象とする本調査には意味があるものと考えられる。

責任能力判定の要因については項目ごとに重視するか否かを臨床経験年数によって χ^2 検定を用いて比較した。統計解析には SPSS 12.0 J for Windows を用いた。

結 果

1. 回答者

アンケートを郵送した 345 名のうち、185 名から回答が得られた (回収率 53.6%)。回答者の平均年齢は 53.8 ± 13.9 歳 (平均値 \pm 標準偏差) であり、年齢の分布は表 2 に示す通りであった。回答者の平均臨床活動年数は 25.4 ± 13.0 年であり、臨床活動年数の分布は表 3 に示す通りであった。また、回答者の主な勤務先は、国・公立病院が 30 名 (16.2%)、私立病院が 76 名 (41.1%)、診療所が 29 名 (15.7%)、精神保健福祉センターが 7 名 (3.8%)、大学が 23 名 (12.4%)、その他 15 名 (8.1%)、無回答・無効回答が 5 名 (2.7%) であった。刑事精神鑑定、いわゆる本鑑定の経験は、平均 6.7 件であり、93 名 (50.3%) が本鑑定の経験なく、81 名 (43.8%) が本鑑定の経験者であった。簡易精神鑑定の経験は 106 名 (57.3%) にあり、平均 15.1 件、鑑定助手の経験は、平均 1.7 件であった。

今回のアンケートの回答者中、本鑑定未経験者と本鑑定経験者が、ともに約半数ずつを占めていた。このことは、今回の結果が、司法精神医学を

表3 回答者の精神科臨床経験年数

	N (人)	%
1～5 年	4	2.2
6～10 年	19	10.3
11～15 年	31	16.8
16～20 年	30	16.2
21～25 年	12	6.5
26～30 年	25	13.5
31～35 年	19	10.3
36～40 年	17	9.2
41～45 年	11	5.9
46～50 年	13	7.0
51～55 年	0	0
56～60 年	1	0.5
無回答・無効回答	3	1.6
合計	185	100.0

専門にする者や司法精神医学に興味をもつ者のみに偏ることなく得られたものであることを示していると考えられる。

2. 分析結果

1) 責任能力について

各事例に対する責任能力の評価は、図 1 に示す通りであった。事例 A に対しては、「心神喪失」相当とする意見が過半数であり、「心神喪失、心神耗弱のいずれか」とする意見と合わせると 70% を超えていた。事例 C に対しても、「心神喪失」の回答と「心神喪失、心神耗弱のいずれか」の回答を合わせると 70% を超えた。事例 B, D, E に対しては判断のばらつきが目立った。事例 F に対しては、回答者の 77% が「完全責任能力」相当と判断していた。

2) 適する処遇について

各事例に対する処遇形態の適否の結果は図 2 に示す通りであった。ここでは、各処遇形態について、「非常に適する」という回答と「かなり適する」という回答をまとめて「適する」として解析を行った。事例 A に対しては 81.6% の回答者が措置入院が適すると答えていた。事例 B に対しては、58.3% の回答者が入院治療が適切とする一方で、刑務所での治療が適するとする意見も

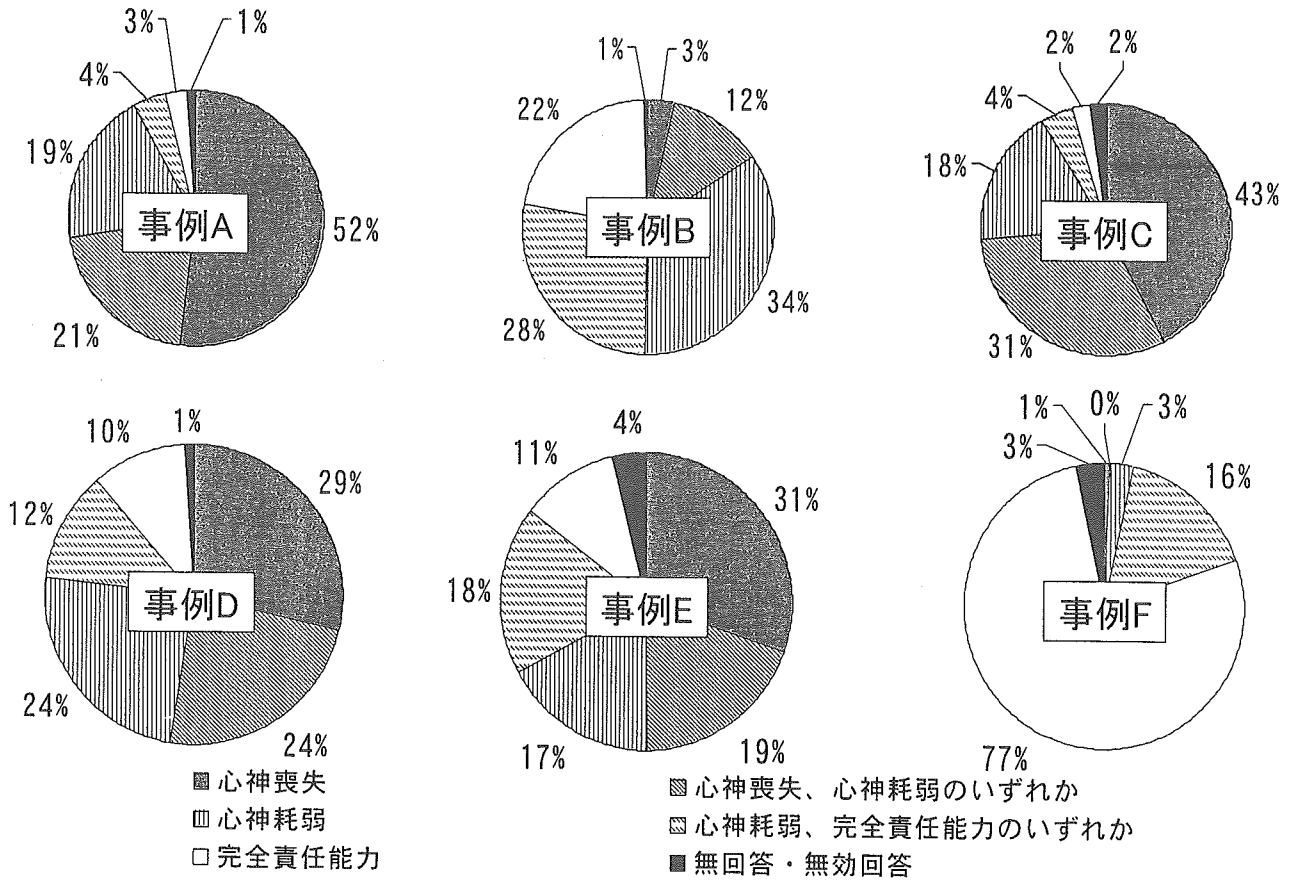


図1 責任能力の判定結果

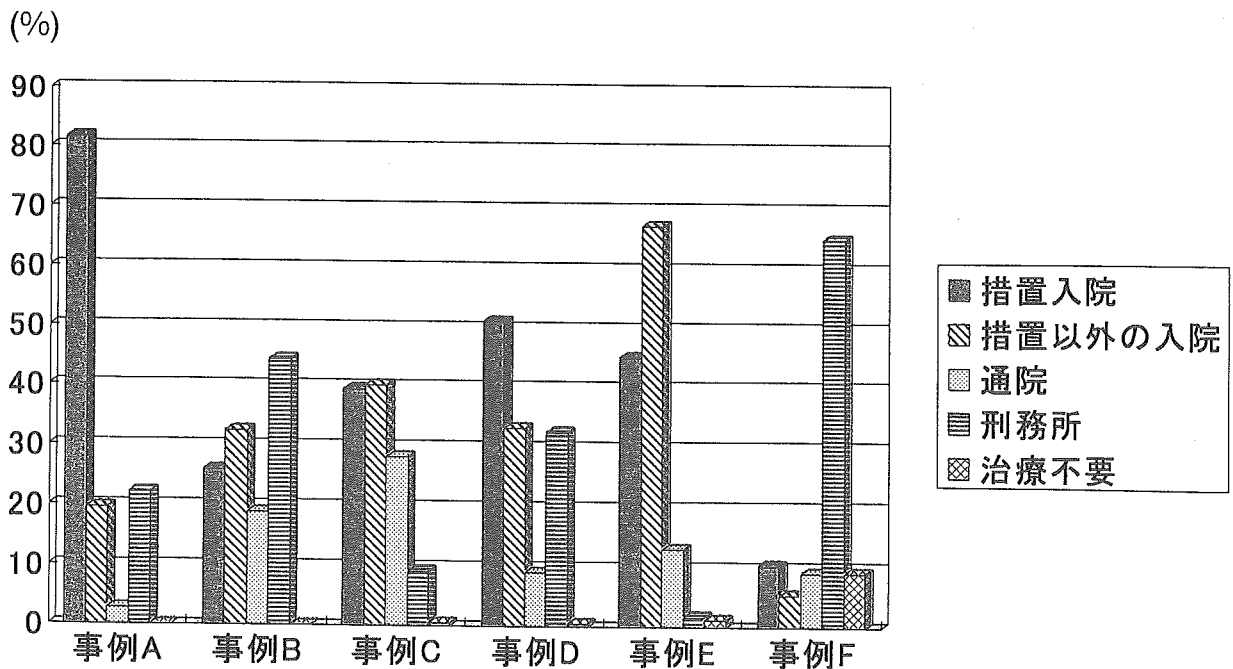


図2 適する処遇

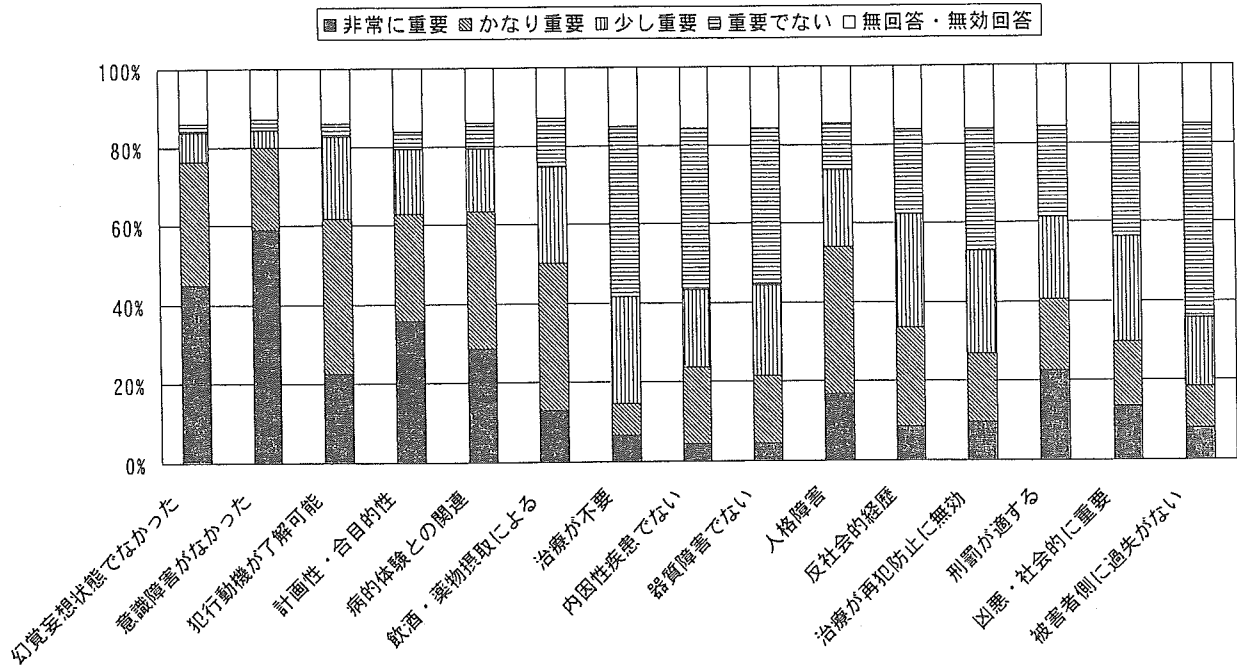


図3 責任能力があると判定する場合に重要な項目

44.3% みられた。事例Cに対しては、措置入院、措置以外の入院を適するとする意見がそれぞれ約40% ずつみられ、次いで通院治療が適するとする意見がみられた(28.1%) が、刑務所が適するとする回答は9.2%にとどまった。事例Eに対しては措置以外の入院を適切とする意見が最も多く(67.0%)、措置入院(44.9%)が続いた。事例Fに対しては、64.9%が刑務所への入所が適すると回答した。

3) 責任能力の判定の要因

責任能力があると判断する際にどの項目を重視するかについては図3に示す通りであった。

4) 精神科医は責任能力に言及すべきか

「責任能力は司法官が判断すべき法律問題である。従って、鑑定人は医学的診断を下せばよいのであり、責任能力にまで言及すべきではない」という意見に対して、「賛成」という回答は32名(17.3%)、「どちらかと言えば賛成」は60名(32.4%)、「どちらかと言えば反対」は57名(30.8%)、「反対」は15名(8.1%)、無回答・無効回答は21名(11.4%)であった。

考 察

責任能力、適する処遇のいずれについても障害の種類により判断に差がみられた。以下、それぞれの疾患での問題を考察する。

1. 責任能力判定について

1) 統合失調症

統合失調症の2事例については、急性期幻覚妄想状態の事例Aでは責任能力の判定に比較的高い一致がみられたのに対して、慢性欠陥状態の事例Bでは責任能力の判定にばらつきが目立った。ここで、回答者の臨床経験年数の中央値が23.5であったことから、回答者を臨床経験年数24年以上の群と23年以下の群の2群に分けて比較したところ、事例Aでは両群で同じような判定結果となったが、事例Bに対しては、臨床経験23年以下の群の方が24年以上の群に比べて有責性をつよく認めていた(図4)。

日本では、1984年に最高裁判所第三小法廷が示した「被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるものではなく、

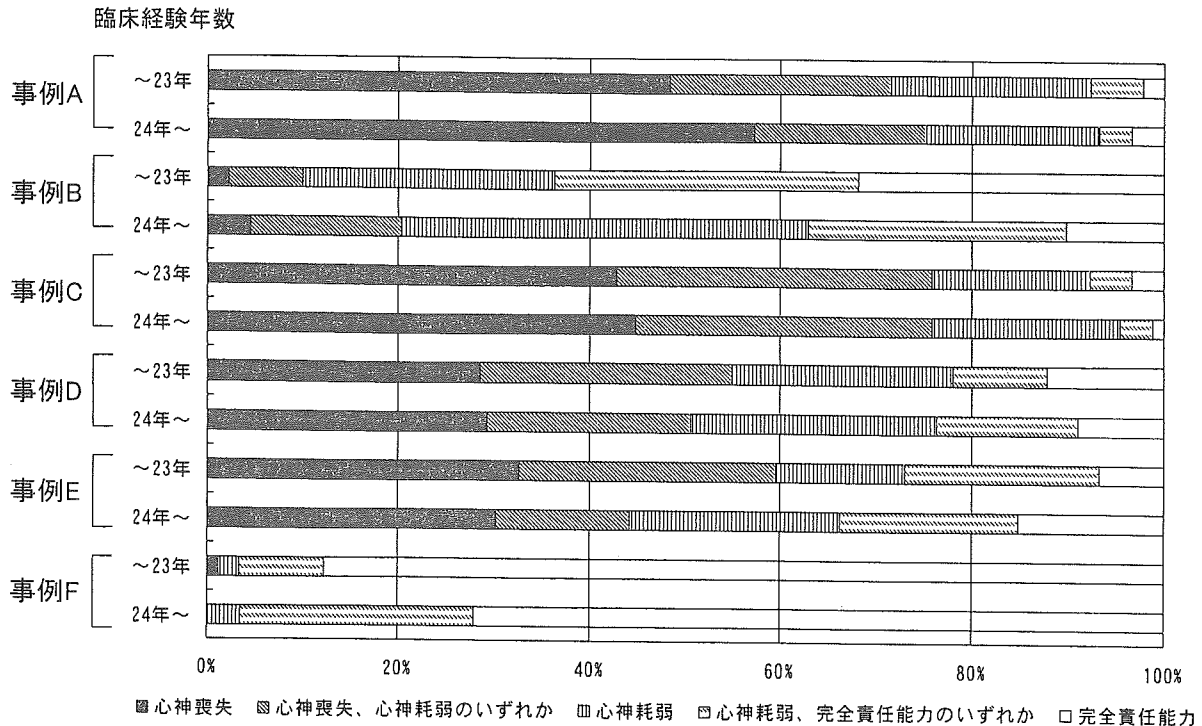


図4 臨床経験年数による責任能力判定の比較

その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様等を総合して判断すべきである¹²⁾という決定が、その後の統合失調症者の責任能力判断に重大な影響を及ぼすようになったとされる。すなわち、統合失調症であれば直ちに心神喪失をみとめる疾病論的原則を否定し、事例ごとに総合的に責任能力を判断することを指針として打ち出したのである。そして、その場合の判断の根拠としては、病的体験が犯行動機に直接に影響しているか否かという点に重点がおかれるようになった。

この1984年の最高裁決定前後における責任能力判断の原則の変化が、臨床経験年数による判定結果のちがいに反映していることが考えられる。年代的には、臨床経験23年以下の回答者は、最高裁決定にもとづいて責任能力判断が転換した1980年代以降に、主に臨床研修を受けていると推定される。しかし、本調査の回答者が司法精神医学の専門家に限られていないことを考えると、今回の結果が必ずしも最高裁決定を念頭において

なされた判断ばかりであるとは考えにくい。むしろ、最高裁決定が出現した状況に目を向けて考察するべきだろう。中谷⁷⁾は、刑事裁判例における責任能力判断の変遷を辿り、最高裁決定に司法精神医学が追随したのではなく、むしろ裁判所より精神医学の側にそれを先取りする動きがあったことを指摘している。そして、その背景には患者の社会的権利と責任を併置させる地域精神医学的治療観があるという。臨床経験23年以下の精神科医にとくにこのような治療観が強く浸透しており、それが、事例Bのような社会内生活がある程度可能であり、犯行に病的体験の直接的影響がうかがえないような事例に対して有責性をみとめる傾向にあらわれていることが考えられる。

責任能力の判定にあたり、幻覚妄想状態や意識障害の有無といった状態像が重視され、ついで犯行動機了解可能性や病的体験との関連が重視される傾向がみられたことは図3に示すとおりである。ここで、臨床経験年数による責任能力判定の要因の相違をみるために、各項目ごとに臨床経験

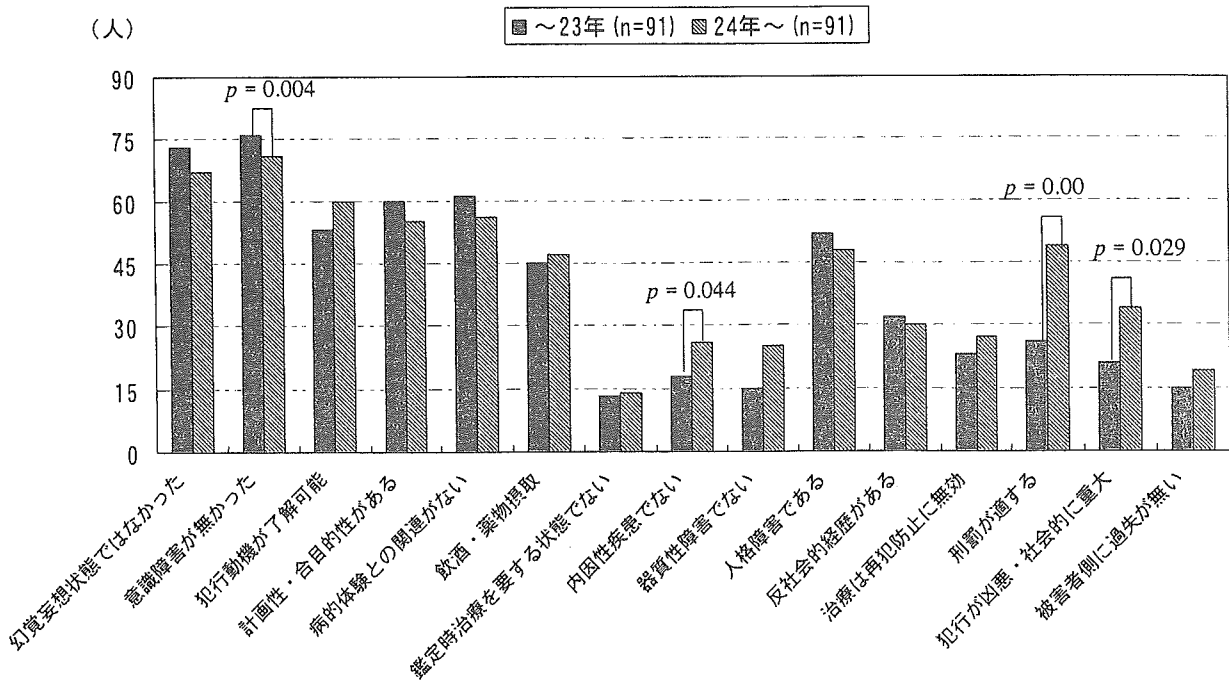


図5 臨床経験年数と責任能力判定項目

年数23年以下の群と24年以上の群を比較した。「非常に重要」「かなり重要」の回答をまとめて「重視する」とし、「少し重要」「重要でない」の回答をまとめて「重視しない」として χ^2 検定を行った。その結果、臨床年数23年以下の群は24年以上の群に比べて、意識障害の有無を重視する、内因性疾患であることを重視しない、刑罰の適否を重視しない、犯行の凶悪性・重大性を重視しない等の傾向が示された(図5)。臨床経験23年以下の群で、責任能力判定にあたって「内因性」の標識を重視しない傾向が示されたことは、責任能力そのものの捉え方の変化に由来しているだけでなく、若い精神科医の間で「内因性」概念が疾病体系の枠組みとしての重要性を失っていることを反映しているかもしれない。

中谷⁷⁾は、生物学的要素のレベルで鑑定人と裁判官の合意を可能にした「内因性」の概念が今日ほとんど死滅していることが、統合失調症の疾病概念とその責任能力の混乱をもたらしていることを指摘しているが、今回の結果はそれを裏付けるものと思われる。

2) うつ病(気分障害)

事例Cに対しては、「心神喪失」が相当であるとする回答が最も多く、大多数が責任能力の減免を認めていた。この傾向は、臨床経験年数によって比較しても差はみられなかった。

事例Cは、精神病症状を伴う重症うつ病エピソードと診断されている。従来診断で言えば、負因、病前性格、症状等から内因性うつ病であることが示唆される。しかし、すでに図5でみたとおり、臨床経験年数によって責任能力の判定に「内因性」の標識が重視される度合いには差があるにもかかわらず、臨床経験年数によらず責任能力に減免をみとめる意見が多かったのは、事例Cが内因性うつ病であることよりも、精神病症状を伴う重症例であり、この妄想が犯行動機に直接に影響していたことが大きく関与していると考えられる。

中田⁵⁾は、内因性うつ病には責任無能力をみとめる疾病論的原則をとる一方、心因性・反応性うつ病でもその程度が高度で生氣的基底にまで変調が生じている場合にも内因性うつ病と同様に責任

無能力をみとめるという見解を主張している。松下⁴⁾は、内因性の躁うつ病(双極性障害)についても、重症度と病相期/寛解期の区別に応じて責任能力に段階をつける考え方を示している。これらの傾向をまとめて、林²⁾は「内因、心因に過剰に縛られることなくうつの程度を重んじる意見が優勢となりつつある」としているが、今回の結果はそれに矛盾しない。

3) アルコール・薬物精神障害

アルコール依存症およびアルコール幻覚症である事例Dと、覚せい剤、有機溶剤、アルコールの多種の物質依存があり、物質使用による急性幻覚妄想状態下で犯行を行った事例Eに対しては、ともに責任能力の判定にばらつきがみられた。

アルコールや薬物などのいわゆる中毒性精神障害では、責任能力の評価基準について統一的な見解がなく、鑑定人による判定の相違が著しいとされる。たとえば、覚せい剤精神病の責任能力の判断基準としてしばしば言及される福島¹⁾の分類¹⁾は、覚せい剤精神病の、意識障害や心因反応的要素を含む病像の多様さに注目したものであり、その分類中、特に重要とされる「不安状況反応型」は幻覚妄想状態であっても犯行動機や行為の遂行を元来の人格や状況葛藤から了解可能とするものである。しかしこれに対して、了解可能性を強調しすぎるという批判や不安状況反応型の類型としての特異性に関する批判などが出されている。さらに中毒性精神障害の責任能力に関する混乱は、その精神病理学的現象の多彩さや複雑さに由来するだけでなく、刑事政策上の不備から生じているところも大きい。福島¹⁾は、アルコール酩酊や覚せい剤中毒では、多くの場合、責任能力が内因性、身体因性の障害と同様に評価されないのは、「理論的帰結というより刑事政策と理論との融和による慣例」であるとし、その理由に「自ら招いた精神障害であること」、「一過性の精神障害」であることを挙げている。

今回の調査では、責任能力の判定にあたって、障害が飲酒・薬物摂取によって自ら招いたことを「非常に重要」とした回答者は13.0%、「かなり

重要」とした回答者は37.3%であり、半数の回答者がアルコール・物質関連障害に対して自招性の点から有責性を認める見解をとっていた。しかし一方で、事例D、事例Eがともに犯行時、幻覚妄想状態にあったことは責任能力の減免を要求する。先述したような責任能力判定に犯行時の状態像を重視する傾向と、障害の発生に対する本人の責任を強調する立場の間でどのように比重をおくかにより、回答結果にばらつきが生じたことが考えられる。

4) 人格障害

人格障害および小児愛と診断された事例Fに対しては、多くの回答者が「完全責任能力」と判断した。日本では、人格障害も小児愛も、司法精神医学的にはそれ自体では責任能力の減免の対象にはならないとする考え方が一般的であり、今回の結果もそのような考え方に一致している。

「完全責任能力」以外の回答は責任能力の減免の可能性を認めているということであるが、これらの回答者の中には、事例Fを矯正施設で処遇しても改善は見込めないとし、治療に導入することを企図して責任能力の減免を認める意見もあった。人格障害者の責任能力は理論的にはさまざまに判定可能であるが、わが国の場合、治療的処遇制度が無かったことや治療体制が不十分であることが、實際上、人格障害者に心神耗弱や心神喪失を認めにくくしていると指摘されている¹³⁾。しかし今回のアンケートの結果は、治療的介入の必要性を重視し、処遇上の観点から心神耗弱等認めようとする意見も少数ながら存在することを示唆している。

2. 適する処遇について

1) 統合失調症

事例Aについては回答者の多くが措置入院が適当であるとしていた。一方、事例Bに対しては、責任能力の判定と同様に、適する処遇についても見解のばらつきが目立った。刑務所が適当とする意見が最も多かったが、法的処罰よりも措置入院、措置以外の入院、通院などの治療を優先さ

せるべきであるという意見も多くみられた。ただし、どちらの事例でも治療不要とする意見はなかった。

事例 A では、多くの回答者において、犯行に影響したとみられる病的体験が鑑定時にも持続していたことが危険性の判断に結びつき、措置入院を適当とする回答を導いたことがうかがわれる。刑務所を適当とする回答も一部にみられたが、その中には、措置入院を初めとする医療の有効性に対して疑念を表明し、消極的に刑務所での処遇を選択した回答もあった。

これに対して、事例 B では、責任能力判断におけるのと同様に、その犯行動機が病的体験に直接的に影響されたものでないことから、疾病を犯行とは無関係とする見方が少なくなく、これが刑務所での処遇を適当とする回答に結びついたり考えられる。また、措置入院を適当とする回答が比較的低率であったことは、鑑定時に病的体験がないことが危険性の欠如とみられたことによると考えられる。

2) うつ病（気分障害）

事例 C に対しては、措置入院、措置以外の入院を適切とする回答がともに約 4 割でほぼ同程度であり、次いで通院治療を適切とする回答がみられた。刑務所における処遇より医療的処遇を求める意見が多いが、適する治療形態については意見が分かれていた。鑑定終了時には症状の改善がみられ寛解状態に達していたことから、うつ症状に焦点を当てた濃厚な治療は不必要とする判断と、うつの再燃や自殺の危険性に留意して入院の必要を認める判断の間で処遇の判断に差が生じたと思われる。

3) アルコール・薬物精神障害

事例 D と事例 E に対しては、ともに半数近くの回答者が「措置入院」を適当とした。これに対して、「措置以外の入院」と「刑務所での治療」に対する意見については、2 事例の間に差が見られた。すなわち、3 割強の回答者が事例 D に対して「刑務所での治療」を適当とした一方、事例 E に対して「刑務所での治療」を適当としたのは

ごくわずかであった。また、「措置以外の入院」が事例 D に適するとしたのは 3 割強であったが、事例 E に対してこれを適するとした回答者は 7 割弱にのぼった。これは、事例 D では鑑定時、明らかな症状がないのに対し、事例 E は鑑定時にも幻聴やいらいら、頭痛などの症状が残存していたため積極的な治療が必要とみなされたことによると考えられる。つまり、処遇に関する判断は、必ずしも責任能力判断と連動しておらず、鑑定時の状態から下されることがうかがわれる。

アルコール酩酊下や薬物使用時の犯罪については、犯行当時に存在した症状がその後の診察場面では消失していることから、司法的判断と医療的判断（たとえば、措置診察）の間にしばしばずれが生じることは、これまでたびたび指摘されている^{1,9,10,14}。この点について、岡田⁹⁾は、制度システムの限界を指摘し、鑑定における責任能力判断と通報要否の判断との関係のあり方について問題を提起している。

4) 人格障害

事例 F では刑務所での治療が適当とする回答が圧倒的に多かったが、これは、多くの回答者が「完全責任能力」と判断したことに対応していると考えられる。しかし、治療不要とする回答は 1 割弱にとどまり、回答者の多くは何らかの治療的対応の必要性を感じていることが示された。

精神鑑定で責任能力の減弱を認められた人格障害の触法事例について、臨床的感覚からは措置不要と思われる場合でも精神鑑定の結果と社会的要請に影響されて要措置と判断される傾向があること、また、そのような入院を引き受けた医師が临床上、苦慮することが指摘されている⁹⁾。本調査の回答者の多くは私立病院・診療所に勤務する臨床家であり、実際にこのような事例の治療に関わりうる立場の医師であると思われる。ここから、入院・通院よりも刑務所での処遇を適当とする見解が多数を占めた今回の結果は、十分な治療環境や責任体制が整備されない中で医療を行うことに対する、現場の医師の拒否感や抵抗感を反映していることも考えられる。

3. 責任能力判定における精神科医の役割

「鑑定人は責任能力に言及すべきでない」とする意見に対する明確な賛成と反対はともにごく少数であり、「どちらかと言えば賛成」と「どちらかと言えば反対」という、より中間的な見解をとる回答者が比較的多くみられた。

鑑定人が責任能力に言及することの可否については、司法精神医学の専門家の間でも、鑑定人が責任能力を確実に判断するべきであるとする立場、責任能力に言及することも許されるとする立場、鑑定人は精神状態に関する事実の意見を裁判官に報告するにとどめ責任能力判断は法律家に委ねるべきであるとする立場など意見の相違がある。最高裁判所第三小法廷 1983 年 9 月 13 日決定は心神喪失・心神耗弱の判断およびその前提となる生物学的、心理学的要素の判断は裁判所にゆだねられるべきであるとした¹¹⁾。しかしこれに対しては、十分な医学的専門知識をもたない司法官が病状の程度を推し測ることには大きな危険性が伴うことが指摘されている⁸⁾。鑑定結果と裁判決定の一致率は 8 割を超えるとされる。その背景には、裁判官が鑑定結果に依存して決定を下したり、鑑定人が刑事政策的な見地を先取りして鑑定に結論を下したりすることがあると言われているように⁹⁾、實際上、鑑定人が責任能力判断に決定的な影響を及ぼすことが多い。今回のアンケート調査で、鑑定人の責任能力への言及可能性について、中間的な見解が多くみられたことは、責任能力判定は法的判断であり、司法官の職域であるとする原則論と責任能力判定における精神科医の臨床経験と専門的知識の実際上の必要性との双方に配慮した結果と考えられる。

ま と め

1 全国の精神科医の刑事責任能力判定に対する見解を明らかにする目的で、モデル事例を用いたアンケート調査を行った。

2 責任能力の判定については、急性期の統合失調症(幻覚妄想状態)、重症うつ病、人格障害の事例で高い一致がみられた。一方、慢性期の統

合失調症(欠陥状態)、アルコール精神病、覚せい剤精神病の事例で見解が分かれた。

3 慢性期の統合失調症、アルコール精神病の事例に対しては、医療的処遇を求める意見と司法的処遇を求める意見に分かれた。

4 責任能力判定にあたっては、犯行時の患者の病像を重視するという意見が多く、内因性の標識は比較的重視されていないことが示された。

5 適する処遇について比較的高い見解の一致がみられたのは、急性期統合失調症の幻覚妄想状態に対する措置入院、人格障害の事例に対する刑務所での治療であった。アルコール・薬物精神障害に対しては、鑑定時の状態に応じて処遇が判断される傾向がうかがわれ、責任能力判断と必ずしも連動しないことが示唆された。

6 鑑定人が責任能力に言及することに対しては、明確な賛成・反対は少なく、中間的な意見が比較的多くみられた。

アンケートにご回答いただいた皆様に厚くお礼を申し上げます。

文 献

- 1) 福島 章：覚せい剤犯罪の精神鑑定。金剛出版、東京、1994
- 2) 林 幸司：精神鑑定実践マニュアル。金剛出版、東京、2001
- 3) 平田豊明：人格障害ケースの措置入院を考える。精神科治療学 16, 669-673, 2001
- 4) 松下昌雄：躁うつ病者の責任能力。中谷陽二編集：精神障害者の責任能力, pp. 139-158, 金剛出版、東京、1993
- 5) 中田 修：内因性うつ病の殺人とその責任能力。精神鑑定と供述心理, pp. 83-100, 金剛出版、東京、1997
- 6) 中谷陽二、本間久美子、簗下成子：刑事精神鑑定のあり方に関するアンケート調査。精神経誌 104: 158-167, 2002
- 7) 中谷陽二：分裂病者の責任能力——『刑事裁判例集』を読む——。分裂病犯罪研究, pp. 181-198, 金剛出版、東京、1996
- 8) 岡田幸之：精神鑑定の現状と問題点。風祭 元、

山上 皓編集：臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定，pp.106-116，中山書店，東京，1998

9) 岡田幸之：刑事簡易鑑定の問題点，*こころの臨床 a la carte* 19(4)，419-423，2000

10) 庄司正実：薬物依存（有機溶剤），小田 晋編：司法精神医学と精神鑑定，pp.202-209，医学書院，東京，1997

11) 最高裁判所第三小法廷：決定（昭和58年9月13日），判例時報 1100，156-159，1984

12) 最高裁判所第三小法廷：決定（昭和59年7月3日），最高裁判所刑事判例集 38，2783-2793，1984

13) 山上 皓：人格障害者における責任能力，新宮一成，加藤 敏編集：新世紀の精神科治療5 現代医療文化のなかの人格障害，pp.95-107，中山書店，東京，2003

14) 山内惟光：起訴前精神鑑定の現状と課題，山上皓編：精神医学レビュー 19 精神鑑定，ライフサイエンス，東京，1996

——<2005. 3. 5 受理>——

A Questionnaire Survey on Judgment of Criminal Responsibility

Shugo OBATA¹⁾, Kyoko HASHIZUME²⁾, Kumiko WADA³⁾,
Seiko MINOSHITA⁴⁾, Nobuaki MORITA²⁾, Yoji NAKATANI²⁾

1) *Medical Research Institute, Tokyo Medical and Dental University*

2) *Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba*

3) *Ikeda Hospital*

4) *Kawamura Gakuen Womans' University*

The authors conducted questionnaire surveys utilizing model cases with the aim of investigating the current views of psychiatrists regarding criminal responsibility judgments in forensic psychiatric evaluations. Six model cases—*injury by a person with acute schizophrenia, indecent assault by a person with chronic schizophrenia, attempted murder by a woman with depression, arson by an alcohol abuser, burglary by an amphetamine abuser, rape and indecent assault by a person with personality disorder*—were presented to 345 psychiatrists, who were asked about criminal responsibility and appropriate treatment for each of the cases. One hundred eighty-five of the psychiatrists responded.

In the case of acute schizophrenia with hallucination and delusion, the case of severe depression, and the personality disorder case, there was a high level of agreement between the evaluations of criminal responsibility made by the different respondents, but in the case of chronic schizophrenia, the case of alcohol-induced psychotic disorder, and the case of amphetamine abuse, there were variations in the evaluation of criminal responsibility, with many respondents emphasizing the patient's symptoms and condition at the time of the offense, and relatively few emphasizing whether the disorder was endogenous.

Regarding the form of treatment, many of the respondents recommended compulsory

hospitalization for the case of acute schizophrenia with hallucination and delusion, while at the same time recommending treatment in a prison environment for the personality disorder case. In contrast, for the case of chronic schizophrenia and the case of alcohol-induced psychotic disorder, opinion was divided as to whether the subject should be handled with a medical or a judicial approach. Regarding treatment for the case of alcohol-induced psychotic disorder and the case of amphetamine abuse, there was a tendency to make a judgment based on the subject's condition at the point of psychiatric evaluation, which was not necessarily linked to the criminal responsibility.

(Authors' abstract)

<Keywords : criminal responsibility, psychiatric evaluation, questionnaire survey, treatment>

資 料

「刑事責任能力の判定に関するアンケート」のお願い

各位

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成 13 年 1 月に実施しました「精神鑑定のある方に関するアンケート」にご協力いただき誠に有り難うございました。結果は精神神経学雑誌に資料として掲載されますので、ご一読いただければ幸いです。

前回、協力の意志表示をして下さった皆様に本状をお送りします。

アンケート結果では、精神鑑定での診断および責任能力の判定に不一致が多く、鑑定への信頼を高めるには何らかの基準づくりが必要ではないか、という指摘が多数ありました。そこで今回、基準づくりの基礎資料を得るため、責任能力の判定に的を絞り、再度ご回答をお願いする次第です。

本アンケートはモデル事例を提示してお答えいただくかたちです。鑑定を実地に経験されていない方も是非ご回答ください。

本調査は平成 13 年度厚生科学研究費補助金「精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究」(主任研究者：鈴木二郎教授)の分担研究として行います。結果は班報告書および精神医学関連の雑誌・学会で発表する予定です。発表にあたって回答者のお名前、所属機関は記載致しません。

ご多忙中恐れ入りますが、平成 14 年 2 月 20 日までに同封の封筒でご返送下さいますようお願い申し上げます。

敬具

平成 14 年 2 月 1 日

厚生科学研究「精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究」分担研究者
筑波大学社会医学系精神衛生学教授 中谷陽二

◇ご質問等は下記にお願いします◇

〒 305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1
筑波大学社会医学系精神衛生学
TEL/FAX 0298-53-3068
e-mail ynakatan@md.tsukuba.ac.jp
中谷陽二

刑事責任能力の判定に関するアンケート

◆お答えいただく前に◆

日本の刑法は「心神喪失者の行為は、罰しない。心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する」と定めています。また判例では、心神喪失とは“是非善悪を弁別し、その弁別に従って行動する能力”を欠く状態、心神耗弱とはこれらの能力が著しく低下した状態と解釈されています。低下がなければ完全責任能力とみなされます。法律上はこのように定義されていますが、実際の鑑定事例では判定に迷うことが少なくありません。

下記の6事例は調査者の自験例を改変して作成したものです。

仮にこれらの事例の鑑定を委託され、裁判官または検察官から「責任能力の有無、程度」の判定を求められたと想定して、別紙の回答用紙にお答えを記入して下さい。情報が限られているため判定に迷われると思いますが、可能な限りどれかの選択肢をお選び下さい。

事例 A

26歳の男性。会社員の家庭で両親に養育され、発育に異常はなかった。小中学校では中の上の成績。おとなしく温厚な性格で、非行はなかった。中学校の終わり頃から、腋臭のため他人が不愉快な態度を取るようになった。しかし周囲から変化を気づかれることなく、高校を卒業した。両親は地元での進学を望んだが、本人は都内の一流大学を希望し、親元から離れて予備校に通った。浪人中も腋臭が気になり、皮膚科の手術を受けた。2年後に大学法学部に入学したが、友人たちが何か隠しているように感じ、通学が苦痛になり、翌年には両親の反対を押し切って退学した。単身で働いたが、どこでも疎外感を抱き、職を転々とした。家族にも不信感を向け、接触を避けるようになった。本件犯行の半年前、「アパートの隣室から物音でマインドコントロールされる」という体験があり、隣の窓に石を投げるという出来事があった。犯行3ヵ月前には「肉体的にも精神的にも限界」になり、警備会社を辞めた。「車を運転していると前方の車がわざと急ブレーキをかける」などの被害妄想が強まり、護身用ナイフを持ち歩くようになった。精神科治療歴はない。

本件犯行は電車内で無関係の男性に対し、いきなり無言で喉元をナイフで浅く切り、加療約15日間の切創を負わせたもの。逃げる素振りはなく、駆けつけた駅員に「俺がやった」と冷静に応じた。警察で犯行動機を問われると、「理由は被害者に聞けば分かる」、「殺してしまうと相手がしゃべれなくなり、目的が達せないから、わざと力を抜いて切った」などの奇妙で婉曲な発言に終始した。鑑定では、陰気で寡黙であるが、独語や空笑は見られず、差し障りのない会話には応じた。しかし質問が妄想体験や犯行に触れると、急に硬い表情となって黙り込み、相手を凝視し、警戒心をあらわにした。「音で引っ張られ、催眠状態にさせられる」という体験が認められた。被害関係妄想、幻聴、被影響体験、性格変化を症状とする精神分裂病（妄想型）と診断した。

事例 B

犯行時34歳の男性。農家に生まれた。幼少期に特別な病気はなかったが、おっとりして動作の鈍い子どもであった。中学1年の時に両親が不仲のため別居し、本人は父方の祖母に養育された。中学校と高校では、成績は平均を下回り、素直であるが積極性に欠ける性格で、異性との交際はなかった。怠学や非行はなかった。高卒後、ガソリンスタンドや自動車部品工場などに勤め、黙ってこつこつ働く青年と評された。28歳、職場のトラブルに巻き込まれ、嫌気がさして退職した。その後は就職しても長続きせず、家で独語が気づかれるようになった。31歳、幻聴、被害妄想、自我障害が現れ、精神分裂病の病名で通院するようになった。犯罪の前科として、本件犯行の約2年前、路上で16歳女子の自転車を転倒させて抱きつき、強制わいせつ未遂により逮捕された事件が1件ある。その時は精神鑑定は施行されず、執行猶予付きの懲役刑を言い渡された。本件犯行の半年前から塗装会社に勤めたが、2、3ヵ月して幻聴、不眠、独語が現れ、退職した。通院により状態は次第に安定し、自分から職探しを始め、就職が決まっていた。

本件犯行は、犬を連れて自宅近くを散歩中、路上で遊んでいた9歳の女兒に「犬にさわってみな」と言いながら近づき、背後から抱き上げ、下着の下に手を差し入れて臀部、陰部をさわったもの。女兒が泣いて暴れると「ごめんね」と言って下ろした。強制わいせつにより逮捕された。動機については「犬に乗せようとして抱っこしたら手がお尻に行っちゃった」と供述し、犯行時に病的体験は存在しなかった。鑑定時は、感情が平板で、関心が乏しく、精神内界が貧困であった。病的体験は認められず、独語、空笑、興奮も観察されなかった。精神分裂病の欠陥状態と診断した。

事例 C

犯行時34歳の女性。母にうつ病、母の姉に精神分裂病による治療歴がある。職人の家庭に生まれ、発育は順調。中学、

高校とも怠学や非行はなく、成績は平均をやや下回った。高卒後はデパートに勤めた。23歳の時、会社員と恋愛結婚し、専業主婦となった。24歳で長男、27歳で次男を出産した。気さくで明るく、人を楽しませようとする性格で、夫婦仲も円満であった。本件犯行の1年半前に実父が脳卒中で倒れた。うつ病で治療中の母に代わり、本人が病院で父に付き添った。そのため次男に幼稚園を休ませ、母親同士の付き合いもできなくなり、毎日のストレスが溜まって行った。不眠、食欲不振、いらいらが現れ、犯行の約1年前に精神科通院を始めた。ほどなく父が他界し、看病から解放されたが、うつ状態の母への対応に追われ、「つねにせき立てられる感じ」で、疲労感が募った。犯行の約5ヵ月前、小学校に入学した次男に友だちができないという取り越し苦労、抑うつ気分、体重減少が著しくなった。「周りの人たちが連絡を取り合って悪い噂を流している」と言い始め、パトカーのサイレンや電話の音に怯えるようになった。「悪いことをしたから捕まる」と言って子どもたちに外出を禁じた。通院を続けたが、怠業がちであった。突然実家を訪ねて「危ないから現金を隠しなさい」と言うなど、妄想が顕著になり、希死念慮も現れた。担当医に入院を勧められたが承諾せず、薬剤の増量で症状は一時的に緩和した。しかし犯行の数日前からは服薬を止め、茫乎として徘徊し、「恐ろしい危害が起きて家族みなで死んでしまう」という胸騒ぎを訴え、強度の不眠となった。

犯行当日、夫の出勤後、テレビニュースで洪水の被害者に身内の名前が出ていると思い、「もう駄目だ。恐ろしい殺され方をするなら、子どもを殺して自分も死のう」と、包丁で2児に切りつけた。死ぬのがこわくなり、おろおろしているうち我に返り、子どもを助けようと救急車を呼んだ。留置後ただちに向精神薬の投与を受け、鑑定開始時には症状は緩和しつつあり、終了時にはほぼ寛解に達した。犯行時の状態は精神病症状を伴う重症うつ病エピソードと診断した。

事例 D

犯行時56歳の男性。僻村の農家に生まれた。5、6歳頃に足を怪我し、医療機関が遠いため十分な治療を受けられず、跛行をきたした。そのため小学校に満足に通えず、さらに10歳頃に肺結核に罹患したため、学業は不振で、友だちも少なかった。中卒後、ボーリング会社に就職したが、人員削減のため1年で解雇された。土木作業やパチンコ店員などで働いた後、27歳から鉄工所に勤め、組立工として働いて本件犯行に至っている。婚姻歴はない。職場では寡黙で、与えられた仕事を黙々とした。家賃の滞納や周囲とのトラブルはなく、犯罪歴はない。ボーリング会社の頃に飲酒を始め、鉄工所では連日のように同僚と飲み歩いた。30歳頃には一晩でウイスキーをボトル1本空けることもあった。50歳を越えてからは酔いやすくなり、外を飲み歩くとバス停で寝込んで警察官に保護されたり、記憶が脱落することがたびたびあった。宴会では同じことをくどくど言い続けるため、同僚から敬遠された。時に「盗聴器を仕掛けられた」、「金を盗まれた」という発言で同僚を不審がらせた。

本件犯行は自宅への放火である。犯行3日前から不眠、幻聴が強まった。当初は夜間だけであったが、前日には通勤中も聞こえ、夜から翌朝にかけて、「こっちから殺しに行く」、「表に出たら殺す」などの幻聴が激化し、包囲されているという恐怖が高まり、ドアのノブをチェーンで縛り、包丁と棒で槍をこしらえた。正午頃、「声の言うとおりに死んでやろう」と、焼け死ぬ目的で布団に火を付けた。隣人が気づいてドアを壊して入ると、本人は槍を手にして便所に立てこもっていた。逮捕後しばらく手指振戦が見られた。鑑定時には意識清明で、幻覚、妄想、意識障害、記憶障害、知能低下、振戦は認められず、脳波検査、頭部CTスキャンでも器質的障害は明かでなかった。犯行時の記憶はほぼ保たれていた。アルコール依存症及びアルコール幻覚症と診断した。

事例 E

犯行時37歳の男性。父はテキ屋で酒癖が悪く、母は夫の暴力を恐れてたびたび幼い本人らを連れて家を出た。8歳の時に両親が離婚し、母は再婚、父も別の女性と同棲した。本人は父方祖父母に引き取られた。成績は下位で、盗みや放浪癖があった。10歳から中学卒業まで教護院に入院した。父も祖父母も養育にはまったく関心を示さなかった。中卒後に造船工となったが、飽きやすく、工場、キャバレーなどを数ヵ月で転々とした。常習窃盗により少年院3回、刑務所6回の入所歴をもつ。小学校低学年の頃から父を真似て酒を隠れ飲みし、15歳頃からシンナー吸引が習慣になり、17歳頃から覚せい剤を始めた。34歳の時、1日3、4本の連用が半年続き、非使用時にも幻聴が持続するようになった。逮捕され、覚せい剤取締法違反で服役した。本件犯行の3ヵ月前に出所し、暴力団事務所に住み込み、覚せい剤、シンナーを続け、幻聴、徘徊が頻繁にあった。精神科治療歴はない。

本件犯行は飲酒して覚せい剤を注射した後、無関係のマンションに侵入した住居侵入である。寝ていた女性2人に目隠しをしたが、強盗や強姦の行為はなく、水風呂に入ろうとする、「自殺」と口走ってネクタイを千切る、自分の指を切断する、急に泣き出す、所持していた覚せい剤を嚙下するなど、まったく一貫性のない行動をとった。「お兄ちゃん、入っただい」と聞こえて侵入し、「指を詰める」という声に命令されて切断したという。逮捕後、大量の発汗、振戦が見られた。鑑定時はすでに平静にもどっていたが、内緒話のような小さな声で「まだ分かんねえのか」とと批評する幻聴が散発し、

いらいら、頭痛が続いていた。脳波および頭部 CT 検査に異常は認めなかった。覚せい剤・有機溶剤・アルコールの依存および急性中毒が反復され、本件犯行時は覚せい剤とアルコールによる急性の幻覚妄想状態にあったと診断した。

事例 F

犯行時 21 歳の男性。会社員の家庭に 2 人兄弟の長男として生まれた。母は病弱な弟の世話にかかりきりで、本人の養育には手が回らなかった。幼い頃から人見知り、情緒不安定で、友だちに怪我をさせたことが誘因でヒステリー性の失立失歩が一時見られた。父は自分が果たせなかった夢を本人に向け、スパルタ式教育に徹した。中学校と高校では、自分ひとりが浮き上がっているという疎外感とむなしさを感じた。好成绩をあげて一目置かれ、人気者になることで、友だちと付き合うことができた。そのため勉強に埋没し、高卒までトップクラスであった。小学校の半ば頃から、年少の女兒に身体を密着させ、快感を覚えるようになった。最初の自慰は 10 歳頃、中学校では女兒への接触が習慣になり、触れながら勃起し、射精することもあった。3 年生の時に現場をみつきり、警察に突き出された。処分は受けなかったが、これに懲りて行為を中断した。女兒へのいたづらを除いて非行はない。精神科受診歴はない。

「恰好良い職業」の一級建築士を志望して大学に入った。ところが高校と違い、勉強で優越感をもつことができず、また運動が苦手で、サークルでもうまく行かなかった。同年輩の女子と性交渉をもったが、インポテンスに陥り、自信を失った。空虚感が募るうち、再び女兒への性行為を始めた。路上で 11 歳～13 歳の女兒に言葉巧みに声をかけ、警戒心を解いて空き地に連れ込み、性行為を強制した。暴力的手段は用いないが、男性的、支配的に振る舞い、怯えた被害者が服従するのを見て、「女の子が好意をもって積極的に応じてきた」と、歪んだ認知をした。7 件の強姦・強制わいせつにより逮捕された。鑑定では、精神病の徴候、性機能異常の原因となる脳器質障害、内分泌異常などは認められない。犯行については、「なぜ恨まれるのか分からない」と、罪責感が希薄である。知能検査では優秀段階の知能である。ロールシャッハ等の投影法検査では、自己イメージの分裂、思考の歪み、対人認知の歪み、不安耐性の低さ、衝動統制力の弱さ、同一性拡散などが特徴的であった。境界型人格障害および小児性愛と診断した。

回答用紙 (本紙のみご返送下さい)

各事例について適当な選択肢に○をお付け下さい。コメントは自由意見欄にお書き下さい。

事例 A

質問 A-1 責任能力をどう判定されますか。

1. 心神喪失
2. 心神喪失, 心神耗弱のいずれか
3. 心神耗弱
4. 心神耗弱, 完全責任能力のいずれか
5. 完全責任能力

自由意見:

質問 A-2 この事例では、どのような形態の治療が適するとお考えですか。

	適 さ な い	少 適 し す る	か 適 な り す る	非 適 当 す に る
1. 措置入院	1	2	3	4
2. 措置入院以外の入院	1	2	3	4
3. 通院	1	2	3	4
4. 刑務所・医療刑務所での治療	1	2	3	4
5. 治療は不要	1	2	3	4
6. その他 ()				

自由意見:

事例 B

質問 B-1 責任能力をどう判定されますか。

1. 心神喪失
2. 心神喪失, 心神耗弱のいずれか
3. 心神耗弱
4. 心神耗弱, 完全責任能力のいずれか
5. 完全責任能力

自由意見:

質問 B-2 この事例では, どのような形態の治療が適するとお考えですか。

	適 さ な い	少 適 す る	か 適 な り す る	非 適 常 に す る
1. 措置入院	1	2	3	4
2. 措置入院以外の入院	1	2	3	4
3. 通院	1	2	3	4
4. 刑務所・医療刑務所での治療	1	2	3	4
5. 治療は不要	1	2	3	4
6. その他 ()				

自由意見:

事例 C

質問 C-1 責任能力をどう判定されますか。

1. 心神喪失
2. 心神喪失, 心神耗弱のいずれか
3. 心神耗弱
4. 心神耗弱, 完全責任能力のいずれか
5. 完全責任能力

自由意見:

質問 C-2 この事例では, どのような形態の治療が適するとお考えですか。

	適 さ な い	少 適 す る	か 適 な り す る	非 適 常 に す る
1. 措置入院	1	2	3	4
2. 措置入院以外の入院	1	2	3	4
3. 通院	1	2	3	4
4. 刑務所・医療刑務所での治療	1	2	3	4
5. 治療は不要	1	2	3	4
6. その他 ()				

自由意見:

事例 D

質問 D-1 責任能力をどう判定されますか。

1. 心神喪失
2. 心神喪失, 心神耗弱のいずれか
3. 心神耗弱
4. 心神耗弱, 完全責任能力のいずれか
5. 完全責任能力

自由意見：

質問 D-2 この事例では、どのような形態の治療が適するとお考えですか。

	適さない	少し適する	かならず適する	非常に適する
1. 措置入院	1	2	3	4
2. 措置入院以外の入院	1	2	3	4
3. 通院	1	2	3	4
4. 刑務所・医療刑務所での治療	1	2	3	4
5. 治療は不要	1	2	3	4
6. その他 ()				

自由意見：

事例 E

質問 E-1 責任能力をどう判定されますか。

1. 心神喪失
2. 心神喪失, 心神耗弱のいずれか
3. 心神耗弱
4. 心神耗弱, 完全責任能力のいずれか
5. 完全責任能力

自由意見：

質問 E-2 この事例では、どのような形態の治療が適するとお考えですか。

	適さない	少し適する	かならず適する	非常に適する
1. 措置入院	1	2	3	4
2. 措置入院以外の入院	1	2	3	4
3. 通院	1	2	3	4
4. 刑務所・医療刑務所での治療	1	2	3	4
5. 治療は不要	1	2	3	4
6. その他 ()				

自由意見：

事例 F

質問 F-1 責任能力をどう判定されますか。

1. 心神喪失
2. 心神喪失, 心神耗弱のいずれか
3. 心神耗弱
4. 心神耗弱, 完全責任能力のいずれか
5. 完全責任能力

自由意見：

質問 F-2 この事例では、どのような形態の治療が適するとお考えですか。

	適さない	少し適する	かならず適する	非常に適する
1. 措置入院	1	2	3	4

2. 措置入院以外の入院	1	2	3	4
3. 通院	1	2	3	4
4. 刑務所・医療刑務所での治療	1	2	3	4
5. 治療は不要	1	2	3	4
6. その他 ()				

自由意見：

一般論としてうかがいます。

質問 G-1 責任能力がないと判定する場合、どの項目が重要とお考えですか。

	重要でない	少し重要	かなり重要	非常に重要
1. 犯行時に幻覚妄想状態であった	1	2	3	4
2. 犯行時に意識障害があった	1	2	3	4
3. 犯行動機が了解不能	1	2	3	4
4. 犯行に計画性・合目的性がない	1	2	3	4
5. 病的体験と犯行に直接の関連がある	1	2	3	4
6. 犯行はアルコール・薬物摂取と無関係	1	2	3	4
7. 鑑定時に治療を要する状態である	1	2	3	4
8. 内因性の疾患である	1	2	3	4
9. 器質性障害である	1	2	3	4
10. 人格障害ではない	1	2	3	4
11. 反社会的経歴がない	1	2	3	4
12. 治療は再犯防止に有効	1	2	3	4
13. 刑罰は適さない	1	2	3	4
14. 犯行が凶悪・重大ではない	1	2	3	4
15. 被害者側にも過失がある	1	2	3	4

質問 G-2 責任能力があると判定する場合、どの項目が重要とお考えですか。

	重要でない	少し重要	かなり重要	非常に重要
1. 犯行時に幻覚妄想状態ではなかった	1	2	3	4
2. 犯行時に意識障害はなかった	1	2	3	4
3. 犯行動機が了解可能	1	2	3	4
4. 犯行に計画性・合目的性がある	1	2	3	4
5. 病的体験と犯行に直接の関連がない	1	2	3	4
6. 犯行はアルコール・薬物摂取と関係がある	1	2	3	4
7. 鑑定時に治療を要する状態ではない	1	2	3	4
8. 内因性の疾患ではない	1	2	3	4
9. 器質性障害ではない	1	2	3	4
10. 人格障害である	1	2	3	4
11. 反社会的経歴がある	1	2	3	4
12. 治療は再犯防止に無効	1	2	3	4
13. 刑罰が適する	1	2	3	4
14. 犯行が凶悪・重大である	1	2	3	4
15. 被害者側に過失がない	1	2	3	4

質問 G-1, G-2 に関する自由意見：

回答者ご自身についてうかがいます。

質問 H-1 現在の主なお勤め先は：

- (1) 国立病院 (2) 都道府県立病院 (3) 市町村立・その他の公的病院 (4) 医療法人・個人病院
 (5) 診療所 (6) 精神保健福祉センター・保健所 (7) 大学(医学部) (8) 大学(医学部以外)
 (9) その他 ()

質問 H-2 精神科の臨床経験は： 約 _____ 年

質問 H-3 刑事精神鑑定（簡易鑑定および助手を除く）の経験数は： 約 _____ 例

質問 H-4 簡易鑑定の経験数は： 約 _____ 例

質問 H-5 鑑定助手の経験数は： 約 _____ 例

質問 H-6 精神保健指定医の資格は： (1) ある (2) ない

質問 H-7 日本精神神経学会の所属地区は：

- (1) 北海道・東北 (2) 関東 (3) 中部 (4) 近畿 (5) 中国・四国 (6) 九州

質問 H-8 年齢についてうかがいます。 _____ 歳

ご協力を有り難うございました。

報告書のコピーをご希望の方はご記入下さい。

お名前：

送付先：

ご意見等がございましたらお書き下さい。

注：本アンケート用紙の文中に「精神分裂病」という旧来の表現が用いられているが、これは、本アンケート調査が平成14年2月に行われたものであることによる。

解離性同一性障害との関わりが問題となった
インターネット犯罪

——精神鑑定例から——

鈴木志帆, 安齋順子, 中谷陽二

*Japanese Journal
of
Psychopathology*
Vol.26, No.2 2005

Published
by

The Japanese Society of
Psychopathology and Psychotherapy

臨床精神病理

第26巻2号 2005年8月 別刷

日本精神病理・精神療法学会