

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*, 安斎順子*, 中谷陽二*

抄録：解離性同一性障害への関心が高まっているが、マスメディアの情報や治療行為が被暗示性の高い人々において症状を誘発あるいは促進する可能性も考慮されなければならない。近年急速に普及しているインターネットがそのような媒体となったと考えられる解離性同一性障害の精神鑑定例を経験した。症例は犯行時21歳の女性で、幼少時より親族の男性から性的虐待を受けていた。高校生時よりパニック障害、境界性人格障害などの病名で医療機関を受診し、それと並行して一日の大半をインターネットの前で過ごすようになった。インターネット上に「Aの薬箱」というタイトルの向精神薬販売のホームページを開設し、医療機関で処方された向精神薬を多数の人に販売した。半年後警察が察知して連日取調べを行ったところ、急に声音が変わって「私はA」などと名乗り、犯行を供述するというエピソードを反復したが、取調べが終了に向かうにつれ消退した。インターネットは仮名を用いた不特定多数とのコミュニケーションを可能にする。本症例では、警察の取調べが人格交代の直接の誘発刺激となったことは明らかであるが、インターネットへの長期間の埋没がその下地を作っていたと考えられる。 臨床精神病理 26:139-146, 2005

Key words : dissociative identity disorder, the Internet, crime, psychiatric evidence

I. はじめに

1980年代から、北米を中心に解離性同一性障害（多重人格性障害）の報告が急増した。Ross, C. A. によれば¹⁾、1980年代を通して北米の精神保健専門家が診断した多重人格患者は合計1000例から5000例であり、北米の成人の1%が多重人格と推定されたという。近年、日本でも解離性

同一性障害の症例が報告されるようになってきている^{2,15)}。また、Billy Milligan の裁判を題材としたベストセラー³⁾やマスメディアなどの影響により、精神科医だけではなく一般の人々の間でも解離性同一性障害の関心や知識が高まっている。一方、マスメディアの情報や催眠をふくむ診断・治療操作が、被暗示性の高い人々に解離症状を作り出す可能性も考慮しなければならない⁷⁾。近年急速に普及しているインターネットもそのような媒体となることが想像される。われわれはインターネットを利用して向精神薬を違法に販売した症例の精神鑑定を経験したが、インターネットへの埋没と解離性同一性障害とのあいだに興味深い関連が見出されたので報告する。なお、プライバシー保護のため論旨に影響しない範囲で事実を省略した。

2005年7月19日受理

A case of crime using the Internet relationship with dissociative identity disorder.

*筑波大学大学院人間総合科学研究科

[〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1]

Shiho Suzuki, Junko Anzai and Yoji Nakatani : Graduate School of Comprehensive Human Sciences, Tsukuba University. 1-1, Tennodai, Tsukuba, Ibaraki, 305-8575 Japan.

II. 症例 (犯行時 21 歳, 女性)

1. 犯行内容

X年2月から8月の半年間、インターネットに「Aの薬箱」というタイトルの向精神薬販売のホームページを開設し、自分がクリニックで処方されていた向精神薬を販売した。また、購入代金の振込み用として、パソコンを使ってBという架空の人物名の銀行口座を偽造した。

2. 生活歴および現病歴

出生に特別な異常はない。2歳ころに両親が別居、4歳で離婚し、母親が本人の親権者となった。幼少時母親は仕事で多忙だったため、主に母方祖母に養育された。本人によると母親はほとんど世話をしてくれず、気に入らないことがあると金属のハンガーなどでよく殴られていたという。また、幼児期から、時折自宅をたずねてくる親族の男性から性的虐待を受けていた。小学生のころまでは体を触られたり物を体内にいれられるという行為をされ、12歳から17歳までは直接的な性行為を強要されていた。母親によると、本人が17歳のときに母親が性行為の形跡を見て初めて気がつき、その男性を問いただしたところ、男性はその事実を認め、以来、家に寄り付かなくなったという。

X-14年、私立の小学校に入学した。小学校の6年間、階段から突き落とされたり物を隠されたりといったいじめをうけていた。小学6年生のとき、母親の命令で家庭教師や塾での受験勉強を長時間させられ、「急にしゃべれなくなった。しゃべろうとしているのにしゃべれない」という状態に一時的になった。母親が精神科の受診を嫌ったため、治療はうけず、自然に回復した。X-8年、私立中学の受験に失敗し、公立中学に入学。中学入学後は、母親によると、「先生と面談したときに、先生から本人が学校で蹴られていると知らされた」という。また、中学入学後より母親と母親の内縁の夫の3人暮らしとなった。X-6年、いじめを理由に本人と母親が希望し、転校した。転校先では身体的暴力によるいじめはなかつ

たが、無視などのいじめを受けた。本人によると、小学校では記憶はよかったのに、中学生のころから記憶をなくし、「私はさっきまで何をしてたの」と母親に尋ねたり、ルーズリーフに自分で書いた覚えのないことが書かれていたりしたことがあったという。

X-5年、女子高校に入学。高校1年生時、アルバイトに行く途中のバスの中で急激に嘔気、めまい、恐怖感などに襲われた。その後もエレベーターや乗り物の中で同様の発作があったという。このころより前腕部を浅く切る自傷行為をはじめた。行為を覚えていることもあれば、知らないうちに血が出ていたこともあったという。このような状態のため、抑うつ状態、パニック障害、境界性人格障害などの病名で複数の医療機関を受診するようになった。高校3年のとき、当時22歳の男性Cと交際をはじめた。

X-2年4月、かねてから希望していたゲームデザイナーの専門学校に入学。同時に4歳年長のCと「父親のような安らぎを求めて」同棲をはじめた。生活費は本人がキャバクラなどで働いて賄い、Cは家にいるという状況で、同年7月から本人は登校しなくなった。12月には精神症状が悪化して外出できなくなり、翌年3月に退学した。またCから解離性同一性障害の病名や症状などの話を聞き、自分も解離性同一性障害だと思い、別人格の名前や健忘のエピソードをインターネット上の自分のホームページで公開するようになった。X-1年5月、Cの側から同棲を解消した。Cの供述調査によると、その後も本人は「別れるのは絶対嫌だ」と言って電話やメールを頻繁に送りつけたり、インターネット上でCの新しい交際相手の女性を中傷したりした。また本人のホームページには、「Cと別れた、壊れてしまいたい、生きる理由をなくした」というCに対する執着や、自分を傷つけたことに対する激しい怒りの言葉が綴られている。同年12月、生活が乱れて1人暮らしを維持できず、実家に連れ戻された。母親によると、本人は連絡の取れなくなったCに会えなければ自殺すると予告し、母親がCを探し出して会わせ、自殺を回避するという騒ぎがあった。その後は、「何もする気がおきない。身体が

だるい」などと言い、自室のパソコンの前で一日中過ごすという生活であった。パニック発作を恐れて1人で外出できず、母親らに送迎されてクリニックに通院した。母親によると、本人はそのように母親を頼る一方で、顔を合わせると必ず喧嘩になってしまったという。

3. 犯行の状況

このように自室に引きこもりきりで、寝ているかパソコンに向かっているかという生活で、食事や入浴も怠りがちであった。不安を軽減するために日中から睡眠薬を何錠も飲むなど、処方された向精神薬を規定量を守らずに服用していた。一方で余った向精神薬をインターネットで販売するようになり、その関係でインターネットの掲示板に本人に対する中傷が多数書き込まれ、「毎日何時間もパソコンに向かって必死になって戦う」という状況になったという。

インターネット上では2つのホームページを作成していた。1つのホームページでは自分の日記を公開し、きわめてプライベートな出来事、特に手首自傷や過量服薬などの自己破壊的行為をあけすけに告白している。手首からの出血をグラスに溜めて映像に撮り、ホームページ上で掲載を予告するなど、読者の反響を意識した文章もあり、実際それに対して賛否両論の大量のアクセスがあったと記載している。さらに、自分は解離性同一性障害であると告白するとともに、日記には、「記憶が曖昧」、「ほとんど昨日の記憶が残っていない」、「リスカ (wrist cutting) した後、気を失ってしまった」、「別人格に髪を染められた」など解離症状を示唆する記載がある。インターネット上では精神疾患に興味のある若者の間で解離性同一性障害は注目される疾患であり、本症例もインターネット上の掲示板でうわさの標的になるなど不特定多数の人々から注目を浴びていたようである。2つめのホームページは「Aの薬箱」という向精神薬を販売するためのサイトである。X年2月から、ここでAという名で向精神薬の広告を行い、不特定多数の人に販売した。また販売に使用するためにBという架空人名で銀行口座を開設した。その半年後、警察が犯行を察知して捜査を開

始した。

この時期、母親やその内縁の夫によると、「時々、目つきが変わり、乱暴な口調になることがあった」というが、明らかな人格交代を推測させるエピソードは観察されていない。X年8月上旬、本人がインターネットを通じて自分で応募し、テレビ局の多重人格についての取材を受けた。取材者が毎日訪れ、室内にテレビカメラを設置して取材した。本人によると、自分では記憶がないが、別人格になった様子を取材者から後で聞かされたという。つまり、人格交代は家族など周囲の人からは目撃されていなかったが、テレビの取材中に生じていた可能性がある。

4. 捜査開始後の精神状態

1) 警察の取調べでの様子

X年8月から10月のおよそ2ヶ月間、在宅のままほぼ連日、長時間にわたる取調べが行われた。捜査が開始された日、「犯行はAやBという別人格がやったことなので自分は知らない」「自分は解離性同一性障害で、女子高校生や子供、SMの女王など10くらい的人格がいる」と主張した。その日の夜に右腕約20ヶ所と手首を自傷し、翌朝、警察官に「AとBがけんかをしてAがBにきりつけた傷で、私はそのときのことは全く覚えていない」と説明した。さらに取調べがすすむと、急に「僕」と言い始め、「僕はBです。Aの薬箱のホームページは僕が作りました」といつもとは違う低い声で話した。母親に引き渡してからもBと名乗り続けた。捜査開始から12日後の取調べでは、「押収したパソコンを返してほしい」「弁護士に頼んで圧力をかけてもらう」などと訴えていたが、途中から突然普段よりも高い声でお嬢様口調になり、警察官に「誰に変わったんだ」ときかれると「私はDよ、女子高校生」と話した。開始13日後、少し高めの声で話し、警察官の「だれ的人格だ」との問いに「あたし、Eよ。SMの女王」と名乗った。それを警察官が無視していると、3分ほどで自身の声に戻った。開始21日後、犯行に使った偽名の通帳について追求されると、「記憶がないだから答えようがない」と大声で怒鳴り興奮した。そして「やっぱりAに

出てもらわないといけないのですかねえ」と言い、警察官が相手にしないでいると、低い声で「オレの話をききたかったんだろ」とAと思われる男性口調になった。しかし、たまたま携帯が鳴ると、「いま取調べ中なんですよ」と本人の声で話した。その後も、声の高さはかわらないが、男口調になったり女口調になったりした。さらにその後の取り調べでは、AやBの名前を名乗るもの声も話し方も変化しないという迫真性の薄いエピソードを経て人格交代は見られなくなった。

なお母親によると、捜査開始から数日後に次のようなエピソードがあったという。尿閉の治療のため病院に連れて行き、診察後、母親が本人を待たせて用事をすませるため本人一人を病院に待たせ、しばらくして戻ると、本人が子供に変わっていた。甘ったるい幼児言葉で、楽しそうに、「お母さん、お花摘んできたからあげる。きれいでしょ」と話しかけてきた。母親は「幼稚園くらいの子供になりきっていて、ぎょっとした」と語り、それまで見られなかった変化であるという。家に連れ帰ると自然にもとに復したが、その後も二、三度、同様のエピソードを母親が目撃した。また、警察に出頭する際、真っ赤なフリル付きの服という似つかわしくない出で立ちで、母親が運転する車の中で楽しげに歌いだすという、退行をうかがわせる状態も見られた。

2) 鑑定時 (X+2年3月)

本人はその後収監され、裁判所の依頼により鑑定を行った。鑑定時は抑うつ気分、睡眠障害、思考力低下、めまい、動悸、嘔気、耳鳴りなどの精神症状、身体症状を訴えた。見当識は良好であった。意識障害、幻覚や妄想は認められない。「F(子どもの人格)に突然考えを邪魔されたり命令されたりするが、行動に出ないように寸前で押さえられる」と述べ、解離性同一性障害に関連する主観的体験が残存しているが、面接中に人格交代の徴候は観察されなかった。相手の関心を引こうとする誇張的、演技的な態度はみられなかったが、過去の母親の暴力や学校のいじめへの被害感情をろこつに表し、母親を手厳しい言葉で批判した。本人によると、取調べ終了後は精神状態はおおむね安定し、「記憶が飛ぶ」ということはなく

なったという。しかし取調べの状況については記憶がないという。犯行に関しては「よく覚えてないから別人格がやったとしかいいようがない」という消極的な表現で、別人格の行為であると強く主張することはなかった。犯行時の生活については、「一日中パソコンに向かって、自分を中傷する掲示板の書き込みやメールと必死で戦っていた。まともな精神じゃ戦えないから、何錠も安定剤を飲んでた」と話した。また、「今でも朝起きて、パソコンの前に向かおうとして、しばらくして拘置所だからパソコンはないんだと気づく」と鑑定時でもインターネットへの埋没からぬけきれていない様子であった。心理検査では、WAIS-Rは言語性IQが85、動作性IQが92、全検査IQが85であった。DES (Dissociative Experiences Scale) は、平均86点とかなり高い数値であり、得点上は高い解離性体験をもつことが示唆された。ロールシャッハテストでは、カード2への「血」反応、カード8への「臓器」反応、ロールシャッハカードへの「恐れ、不安」の存在など境界性人格障害の特徴として従来の研究で指摘されている特徴が認められた。また、カード2への「血」反応から感情調節がうまくいかず、内部の不安が露呈しやすい傾向が見られた。

5. 鑑定結果

鑑定では病歴、面接所見などをもとにDSM-IVを参照して以下のように診断した。まず中学生のころから解離性健忘をたびたび生じ、高校生の頃からパニック障害に罹患し、さらに高校卒業のころから境界性人格障害の症状が顕著になった。犯行時 (X年2月から8月) において、解離性障害、パニック障害、境界性人格障害、物質依存の症状が悪化し、健忘及び自傷などの衝動行為が頻発する不安定な精神状態にあり、向精神薬の連続的服用及びインターネットによる心理的刺激などが悪化の要因と考えられる。警察の捜査開始前後から人格交代のエピソードが現れ、捜査の進展に並行して発展し、取調べの期間において解離性同一性障害に罹患していたと診断し得る。長時間にわたり取調べ及び直前のテレビ取材がその発言と発展を促す原因となった。他方、本件犯行時

には明瞭な人格交代を示唆する記録や他人の証言は見出されず、解離性同一性障害に罹患していた可能性は低い。仮に解離性同一性障害が発現していたとしても、犯行は利得を目的として手の込んだ技術を駆使した計画的行為であり、症状との関連性は考えがたい。鑑定時には取調べ当時と比較して精神状態は改善しており、解離性健忘が散発しているが、解離性同一性障害はほぼ消失していた。犯行当時における責任能力については、是非弁別能力及びこれに従って行動する能力に著しい低下はなかったという参考意見を付した。

III. 考 察

1. 診断について

本症例では思春期以降、多彩な精神症状が見られている。特に目立つのは解離性健忘と推定されるエピソードである。「さっきまで何をしていたか」と自分の行動を母親に尋ねたり、ルーズリーフに自分で書いた覚えのないことが書かれているという経験があった。高校生の頃からは、乗り物の中で急激にめまい、嘔気、恐怖感などに襲われ、同様の症状が反復するようになった。パニック発作と考えられる。また同じ頃から特にC、母親に対する著しく不安定な関係、見捨てられることへの恐怖、理想化と攻撃、および頻繁な自傷、慢性的な空虚感と気分変動などが顕著になり、これらからDSM-IV-TR¹³⁾の境界性人格障害の診断基準を満たすと考えられる。

問題は解離性同一性障害の診断である。DSM-IV-TR¹³⁾にあるように、はっきりと他と区別される同一性または人格状態が反復的に患者の行動を統制することが重要な診断基準である。特に司法鑑定の場合には、犯行以前からの人格交代と健忘の存在が客観的に確認されていることが重要視される¹³⁾。本症例ではX年8月以前には本人の人格交代を確認した第三者は存在しない。本人の日記には「記憶がない」といった記述があり、おそらく解離性健忘が頻発していたと思われるが、言うまでもなく健忘のみでは解離性同一性障害とは診断し得ない。ところが、間接的情報のため確実ではないが、X年8月上旬にはテレビ局の取材者が撮

影中に本人の人格交代を見たという。さらにX年8月下旬から10月までの警察の取調べ期間中には警察官の面前で明らかに別の人格に切り替わり、その間の状態について、完全ではないが健忘が認められた。取調べの場面に限らず、母親も同じ時期に本人が子供になりきるといった唐突な変化を目撃している。以上から解離性同一性障害に罹患した事実はあるが、あくまで警察の取調べないしその直前のテレビ取材の時点からであり、向精神薬の違法販売などを行っていた時期についてはその可能性は低い。

刑事訴追下での症状発現という点では、詐病および虚偽性障害との鑑別が必要となる。両者とも症状の意図的な産出あるいはねつ造であるが、DSM-IV-TR¹³⁾によると、前者では周囲の状況から理解できる外的動機が認められるのに対して、後者ではそれが存在せず、病者役割を演じ、患者として扱われたいという心理的欲求が動機となる。本症例では、刑事訴追という状況は続いていたにもかかわらず、取調べの終了とともに症状が消失している。すなわち、「訴追を逃れる」という一貫した動機が認められず、詐病は考えがたい。他方、虚偽性障害とみなすには、症状産出の目的が「解離性同一性障害の患者」という役割を演ずることではなければならない。しかし本症例では、患者として扱われたい、治療を受けたいという態度や動機はうかがわれず、従って虚偽性障害も否定してよいと考えられる。

2. インターネットとの関わりについて

インターネットは近年急速に普及した情報技術であるが、インターネットの使用に対する強迫的な欲求と自己制御の困難があり、利用中止によって焦燥感が出現する、「internet addiction」または「インターネット中毒」の症例が報告されている^{9,14)}。

境界性人格障害の患者がアルコールや覚醒剤などの物質乱用や物質依存を合併することはめずらしくない^{5,12)}とされるが、「インターネット中毒」との関わりはどう考えられるであろうか。本症例は、犯行時は毎日長時間にわたってインターネットを利用し、掲示板に中傷が書き込まれるという

不快な思いをしてもなお強迫的に利用を続けたことから、「インターネット中毒」とみなしてよいと考えられる。さらに具体的にみると、本症例にとってインターネットは、同じ悩みや嗜好をもつ人々からの反響を意識した過剰な告白の媒体であり、この点は境界性人格障害の基本的特徴と考えられる「他の人に一緒にいてもらいたい」「非常に個人的なことを詳しく分かち合おうとする」欲求と関連するようと思われる。問題は、通常の対人関係とは異なり、インターネットが不特定多数の人々とのコミュニケーション媒体という特質をもつことである。そのため、ホームページ上での告白に対して、賛否両論、さらには非難や中傷の膨大な反応が寄せられ、それに向かって毎日必死に戦うというかたちで巻き込まれる結果となっている。

それではこのようなインターネットの利用が、解離性同一性障害の症状形成にどのように関わったのであろうか。解離性同一性障害の病因として、Kluft⁴⁾は以下の4因子を挙げた。第1因子は、潜在的に解離能力をもつ催眠にかかりやすい人であること。第2因子は心的外傷として幼児虐待のような生活体験があること。第3因子は自己催眠、環境、医原性、メディアや文献など外的影響力。第4因子は、心的外傷を受けたあとの癒しや支えの環境の欠損である。本症例ではもともと解離性健忘が頻発し、解離傾向が高かったこと、幼児期から性的虐待をうけていたこと、そこから救出してくれる人が存在しなかったことが挙げられ、それぞれ第1因子、第2因子、第4因子にあたる。他方、第3因子つまり環境的、外的な影響としては、まずテレビ取材および連日の取調べというストレスフルで暗示性の高い状況が考えられる。さらにインターネットの影響も無視できない。従来から、メディアや文献などは解離性同一性障害の病因の一つとして挙げられてきた。インターネットの特性は、情報の供給源であるばかりではなく、双方向性をもつこと、そしてその世界では誰もが実際に別人を演じることができるといふ魅力を持つ⁸⁾ことである。このようなインターネットの世界への埋没が、その後のストレスフルな状況下で解離性同一性障害が発現するに至る下

地を形成したことは十分に考えられる。

3. 解離性同一性障害と犯罪について

中谷⁹⁾は米国で報告された解離性同一性障害が問題になった刑事事件の中には、別人格が犯行を行ったという本人の供述は疑わしく、実際には刑事訴追下ではじめて人格交代をきたしたと推測される事例が多いとして、その代表例の1つである Bianchi について以下のようにまとめている。Bianchi は、1977年から1978年にかけて Los Angeles で複数の若い女性を絞殺し死体を丘陵に遺棄するという事件を起こし、1979年、27歳で逮捕された。彼は生後3ヶ月で養子に出され、義母から虐待を受け11歳のときにチックや夜尿、不登校を呈していたという生育歴を持つ。6人による精神鑑定が行われ、3人が多重人格と鑑定した。多重人格と鑑定した Watkins の面接では催眠が用いられ、Bianchi は催眠下で別人格の名前を名乗り、犯行を供述した。反社会性人格と鑑定した Orne は、Watkins の面接が暗示的作用を及ぼしたことや過去において人格変換を裏付ける第三者の証言がないことから多重人格は疑問であるとした¹⁰⁾。Bianchi の診断をめぐるさまざまな見解を総合すると、刑事訴追の過程での刺激とりわけ診断での催眠の使用が人格交代を誘発した可能性が高い。

本症例でも濃厚な取調べという非常にストレスフルな状況で人格交代が出現したという点では Bianchi などの例と同様に考えることができる。ただしインターネットの利用が関わっていた点は本症例の特徴であろう。今後、わが国でも解離性同一性障害の罹患の有無が問われる精神鑑定も増えてくる可能性があり、インターネットも含め解離症状形成に関わるさまざまな要因を慎重に考慮していかなければならないであろう。

IV. まとめ

1) インターネットを用いて向精神薬を違法に販売し、診断で解離性同一性障害が問題となった精神鑑定事例を報告した。

2) 症例は思春期から解離性健忘、パニック障

害, 物質依存, 境界性人格障害に罹患しており, さらにインターネットの利用, テレビ局の取材や警察による取調べが誘因となって解離性同一性障害が発現した。しかし犯行と解離性同一性障害との関連性は疑わしいと考えられた。

3) 近年急速に普及しているインターネットと解離性同一性障害の病理との関係について考察した。

本報告の要旨は, 第 27 回日本精神病理学会で発表した。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. APA, Washington DC and London, 2000. (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) 青木 勉, 本吉正枝, 赤須知明: 憑依で発症し自殺企図を繰り返した解離性同一性障害の 1 例. 旭中央病院医報, 26; 7-13, 2004.
- 3) Keyes, D.: The Minds of Billy Milligan, 1981 (堀内静子訳: 24 人のピリー・ミリガン—ある多重人格者の記録—. 早川書房, 東京, 1992)
- 4) Kluft, R. P.: Treatment of multiple personality disorder. Kluft, R.P. (Ed): Childhood Antecedents of Multiple Personality. American Psychiatric Press, Washington, DC, 197-238, 1985.
- 5) 森川恵一: 有機溶剤・覚醒剤・コカイン・アルコール・睡眠薬・下剤・利尿剤の多剤乱用をきたした境界性人格障害の一例. 精神経誌, 8: 558, 1996.
- 6) 中谷陽二: 多重人格と犯罪—米国における最近の動向—. 臨床精神医学, 25: 247-255, 1996.
- 7) 中谷陽二: 多重人格に関する懐疑論. 精神科治療学, 12; 1169-1175, 1997.
- 8) 小此木啓吾: ケータイ・ネット人間の精神分析. 飛鳥新社, 東京, 2000.
- 9) O'Reilly, M.: Internet addiction: A new disorder enters the medical lexicon. Can. Med. Assoc. J., 154: 1882-1883, 1996.
- 10) Orne, M.T., Dinges, D.F., Orne, E.C.: On the differential diagnosis of multiple personality in the forensic context. Int. J. Clin. Exper. Hypnosis, 32: 118-169, 1984.
- 11) Ross, C.A.: Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Psychiatr. Clin. North Am., 14; 503-517, 1991.
- 12) 坂口正道, 仮屋暢聡: 境界例の薬物依存と自助グループのもつ治療意義. 臨床精神医学, 23; 1631-1639, 1994.
- 13) 関根義夫: 「多重人格」の司法鑑定における問題点. 臨床精神医学講座第 7 巻, 人格障害, 347-357, 中山書店, 東京, 1998.
- 14) 袖山紀子, 畑中公孝, 堀隆文: いわゆる「インターネット中毒」の 1 例. 精神医学, 45; 995-997, 2003.
- 15) 田中緑, 矢萩英一, 工藤静華ら: 解離性同一性障害の異種性について—発症背景が異なる 3 症例を通じて—. 臨床精神医学, 31; 961-968, 2002.

abstract

A case of crime using the Internet
—— relationship with dissociative identity disorder ——

Shiho Suzuki, Junko Anzai and Yoji Nakatani
Graduate School of Comprehensive Human Sciences, Tsukuba University

Dissociative identity disorder has recently attracted the attention of not only psychiatrists but also the general public. Possible psychological factors in the development of dissociative identity disorder are information from the mass media and psychotherapy techniques that could precipitate dissociative symptoms, particularly in people with high suggestibility. In addition to traditional media, information from the Internet may also precipitate dissociative symptoms.

Here we report a case of the Internet crime committed by a 21 year-old Internet-addicted female who presented dissociative symptoms including dissociative identity disorder. Using the handle name A on the Internet, she illegally sold illegal psychotropic drugs that had been prescribed to her. To accept payment she opened a bank account under the pseudonym of B. At the time of arrest, she claimed to be suffering from dissociative identity disorder, and that the crime was committed by her alternative personalities named A and B. Furthermore, a change in her personality was observed during interrogation by the police. Subsequent psychiatric examination revealed that it was not until she was interrogated that her symptoms of dissociative identity disorder appeared.

The anonymity of the Internet allows one to communicate with unidentified individuals, and easily pretend to be a different person. In the present study we discuss the relationship between these conditions and dissociative identity disorder.

Jpn. J. Psychopathol., 26 : 139-146, 2005

医療観察法の本質を問う

折衷モデルの行方

中谷 陽二

筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授

Key Words 医療観察法、触法精神障害者、改善保安処分、困難患者病棟 (UMD)

はじめに

医療観察法が施行されて半年になり、現場ではさまざまな問題点が浮かび上がっていると想像される。施行に向けて医療体制の整備などが進められたが、議論や関心はもっぱら技術論に集中したように見える。しかし受け皿づくりはどのような人が対象者として想定されるかを前提として意味を持つ。それによって施設の構成や治療プログラムの内容が変わってくる。何よりもまず、法律の適用の基準や手続きが明確にされなければならない。この点は制度の根本性格—刑事司法モデルか医療モデルか—という問題につながる。ある人はこれを刑事司法モデルとみなし、またある人はこれを医療モデルとみなしている現状では混乱は避けられない。いま、あえて医療観察法の本質を問う理由である。

触法精神障害者医療—ドイツ型とフランス型

医療観察法がきわめてユニークな制度であることは諸外国の制度と比較するとわかる。ここではとくにドイツとフランスにおける触法精神障害者処遇システムを取り上げたい。両国はそれぞれが独自の歴史的背景のもとで対照的なシステムを発展させ、比較の材料とするにふさわしい¹⁾。

ドイツは日本と異なり、刑法の中で責任能力とともにいわゆる保安処分の条項を置いている。保安処分は1871年のドイツ帝国刑法典の責任能力規定をめぐる刑法学の論争に遡る。意思自由論に

立って道義的非難としての刑罰を主張する旧派と、社会的危険性に向けられた処分を主張する新派との論争である。この動きと連動して、精神医学界では完全責任能力者と責任無能力者の中間に位置する人びと—多くは危険性の高い累犯者—を対象とする限定責任能力および特別な処遇制度の導入を主張する意見が高まった。最終的に、1933年の刑法改正で、限定責任能力の導入と抱き合わせで「危険な常習犯罪人および保安改善処分に関する法律」が新設された。

戦後に刑法改正作業が続けられ、1975年の新刑法典では、その20条と21条で、責任無能力および限定責任能力の要件として「病的な心的障害」「根深い意識障害」「精神薄弱」「重いその他の心的変異」が規定され、人格障害を含む広い範囲の障害が対象とされた。処遇の面では、社会内処遇としての行状監督が新設されるとともに、従来の“保安改善処分”が“改善保安処分”と改称された。犯罪者の再社会化を重視する新しい刑法の理念に沿って、社会の安全確保である保安(Sicherung)に対して、治療や社会復帰を目指す改善(Besserung)が優先されることが明記されたわけである。

改善保安処分は次の各項から構成されている²⁾。精神科病院収容(63条)、禁絶施設収容(64条)、保安監置収容(66条)、行状監督(68条)、運転免許の取消し(69条)、職業禁止(70条)。ここで精神障害を主な対象とする精神科病院収容、禁絶施設収容について簡単に説明する。改善保安処分の詳細は拙論³⁾を参照されたい。

精神科病院収容は「人が責任無能力もしくは限定責任能力の状態において違法行為を行ったとき、裁判所は、行為者およびその行為の全体的評価に

に基づき、その者の状態の結果として著しい違法行為が予測され、そのため公共に対して危険であることが明らかであれば、精神科病院への収容を命じる」と定められている。

収容期間は無制限であるが、対象者の権利と公衆の安全との均衡性の原則が尊重されている。限定責任能力者については病院収容と自由刑を併科することができる。また行刑法136条は、被収容者に対して医療的視点からの監督、介護、看護を与えると定めている。このように医療的側面を重視しながらも、改善保安処分が“公共に対する危険性”を要件として法文上に明記されていることは、日本の医療観察法との大きな相違である。

禁絶施設収容は「アルコール飲料もしくはその他の酩酊薬を過量に摂取する性癖を有し、酩酊において犯したか性癖に由来する違法行為」を行い、「性癖の結果として著しい違法行為を犯す危険が認められるとき」に、裁判所が禁絶施設への収容を命じるものである。性癖(Hang)は嗜癖(Sucht)を、酩酊は薬剤の作用に基づく精神的变化を意味する。禁絶施設収容を適用するには、嗜癖が確認されるだけでなく、嗜癖と犯罪行為との直接的関係が証明されなければならない。

精神科病院収容、禁絶施設収容の入院先は地域の公立病院に設置された司法精神科病棟および基幹的な司法精神科病院である。最近の傾向を見ると、ドイツ全国の精神科病院収容の入院患者数は1996年の2,956人から2003年の5,218人へと増加傾向が顕著である⁴⁾。ほとんどの州で過剰収容の危機的状態を迎えているとさえ言われる⁵⁾。

なお、66条の保安監置収容は犯罪への性癖および公共に対する危険性を要件とするもので、責任能力とは無関係に命令される。収容期間の上限は10年であったが、最近の法改正で、再犯予後が不良とみなされる場合には無期限の収容が可能となった。行状監督はとくに問題のあるグループについて、社会内での援助と監視により再犯の予防を図るもので、完全責任能力者にも責任無能力者にも適用される。これも収容期間の上限5年から法改正により無期限まで可能となった⁶⁾。最近

は社会の安全重視へと振り子が戻る動きがある⁷⁾。

次にフランスについて検討する。触法精神障害者の処遇は1810年の刑法および1838年の精神障害者に関する法律のもとで行われてきた。1994年に責任能力に関する規定が改められ、1810年法以来のデマンス(démence)という用語が廃棄された。また矯正施設内で精神障害者の治療を行う部門が創設された。この変革の過程で、地域ケアであるセクトゥール制を進める医療と刑事司法との間で興味深い力動が展開された。これについては別に述べたので省略する²⁾。

触法精神障害者の主たる治療の場はUMD(unité pour malades difficiles 直訳すれば“困難患者病棟”)である。1838年の法律は職権入院(placement d'office)を規定した。これは「公衆の秩序・安全を脅かす精神障害者」を対象とするもので、日本の措置入院に近い(精神衛生法がフランスの法律を参考にした可能性がある)。つまり触法歴を持つ患者を医療の中で処遇したのであるが、19世紀後半から危険性の高い患者のための専門施設の要望が高まった。1910年にColinがパリ近郊のVillejuif療養所に、通常の病棟のトラブル要因になり、特殊な保安を要する精神病者のための特殊部門を開設した(現在もHenri Colin病棟と呼ばれている)。戦後になり、南東部のMontfavet(1947年)、北西部のSarreguemines(1957年)、南西部のCadillac(1963年)に同種の病棟が開設されて現在に至っている。

UMDに入院する主な経路は、予審免訴(non-lieu)である。予審(instruction)は公判前の手続きであり、検察官の請求を受けた予審判事は、犯罪の証拠が不十分である場合などに予審免訴のかたちで公訴を打ち切る。その際、予審判事は精神障害の疑いがある者について鑑定を命令する。鑑定人は精神異常の有無、異常性と触法行為との関連性、危険な状態(état dangereux)の有無、刑罰の適合性、治癒・再社会化の可能性について回答する。予審免訴を下された者が公の秩序または人の安全に危険を及ぼすと考えられるとき、司法当局は知事に通報を行い、知事は職権入

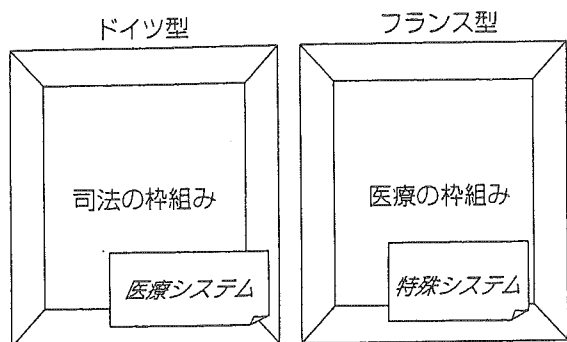


図1 ドイツ・フランスの比較

院を命じる。UMD への入院対象者は1986年の布告により「適切で濃厚な治療プロトコールと特別な保安処置を要する他人への危険—重大で確実もしくは切迫した—を示す者」とされた。したがって、職権入院だけでは十分条件とはならない。困難患者病棟からの退院は医学監督委員会が知事に申請する。

医療への経路は予審免訴以外にもあるが、いずれにしても、刑事司法の手を離れることが特徴である。この点はドイツの改善保安処分と本質的に異なる点である。他方、UMDは濃厚な治療の必要性を基準とする施設で、ドイツの司法精神科病棟・病院のように触法精神障害者に特化した制度ではない。たとえばSenningerらの報告⁸⁾では、UMD入院患者の75%は職権患者のうちの抑制不能な者、20%は犯罪を行ったが責任無能力者として予審免訴を受けた者、残りが拘禁中に精神障害を発症した者、である。

医療観察法の折衷性

以上のように、ドイツとフランスの方式は対極的である。図1に示すように、前者では刑事司法の内部に医療システムを、後者は医療システムの内部に特殊システムを設けて触法精神障害者を処遇する。前者を刑事司法モデル、後者を医療モデルとみなすことができる。

それでは医療観察法はどちらであろうか。おおかたの認識は医療モデルであろう。しかしそれと矛盾する点を指摘することは容易である。まず、

法律の正式名称に「重大な他害行為」を明記し、検察官の申立ての要件に6種（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつおよび傷害の行為にあたるもの）を定めていること。これは病状の重症度あるいは治療への適合性という医学的要件ではなく社会に対する危険性の重大さを意味する。第2に裁判所、保護観察所という司法・矯正機関が決定や観察に与ること。これらの点ではドイツの改善保安処分—およびそれを手本にしたと思われる、かつての法務省の治療処分案—と同じ刑事司法モデルの性格を持つ。国会での審議で「再び対象行為を行うおそれ」という文言が削られ、運用面で医療的色彩が強調されているにしても、あくまで「重大な他害行為」という危険性の要件が前提とされている。刑法学者の中山⁹⁾が医療観察法を「隠れた保安処分」と批判するように、再犯のおそれとは「隠れた要件」として依然存在している。そもそも池田小学校事件を契機に法整備へと急展開した経緯そのものが、刑事政策的配慮と切り離せないことを物語っている。しかし同時に刑事司法モデルにそぐわない特色も容易に見て取れる。目的として対象者の医療と社会復帰を謳い、「公共に対する危険性」はもちろんのこと、「おそれ」すらも法律上の文言として記されていないこと。決定を下すのは裁判所であるが、「裁判」ではなく「審判」であること。精神保健観察を行う保護観察所の役割が、「適当な接触を保つ」「生活の状況を見守る」というように控えめに規定されていることである。

結局、医療観察法はドイツ型、フランス型の折衷あるいは刑事司法モデルと医療モデルのモザイクとみなすことができる。

医療観察法の判断構造

次に折衷性との関連で医療観察法の構造を検討すると、検察と裁判所という2つの司法機関の役割と関係が問題となる。

33条1項は、検察官が地方裁判所への申立てを行わなければならない場合の要件として、対象行為を行ったことに加えて「心神喪失者若しくは

心神耗弱者であることを認めて公訴を提起しない処分をしたか、心神喪失者として無罪の確定裁判又は心神耗弱者として刑を減輕する確定裁判（執行すべき刑期がある者を除く）を受けた」ことを挙げる。すなわち心神喪失者または心神耗弱者であることが医療観察法に乗る大前提であり、実際は大多数が「公訴を提起しない処分」と予想される。責任能力は医療観察法の入り口ですでに決定済みということになる。

申立てを受けた裁判所は、合議体（1人の裁判官および1人の精神保健審判員）を設置し、審理を行って次の処遇を決定する（42条1項）。

- ①医療を受けさせるために入院をさせる。
- ②入院によらない医療を受けさせる。
- ③この法律による医療を行わない。

つまり裁判所の審判は医療的処遇に関する決定を目的とするもので、責任能力判断は少なくとも一義的には問題とされない。しかし裁判所が責任能力に立ち入ることができないわけではない。40条1項では、裁判所は次の各号のいずれかに掲げる事由に該当するときは決定をもって申立てを却下しなければならないとする。

- ①対象行為を行ったと認められない場合。
- ②心神喪失者および心神耗弱者のいずれでもないことを認める場合。

このように裁判所は、心神喪失者でも心神耗弱者でもない、言い換えれば完全責任能力者であることを認定できる。ただし白木¹⁰⁾の解説によると、これは完全責任能力を有する者であると積極的に認定できる場合を言い、心神喪失者または心神耗弱者でないという合理的疑いがある場合は含まれない。また裁判所が、心神喪失者として申立てがなされた対象者について心神耗弱者とみなす決定を下した場合、決定の告知を受けた検察官はあらためて起訴の要否を検討する。

これら2つの規定に従って裁判所には責任能力について独自に判断する余地が残されている。それではこれをどのような手続きで行うのであろうか。

11条2項は、申立てが適法かなど純粹に法的

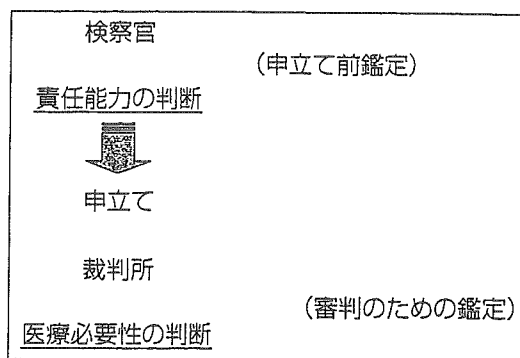


図2 医療観察法の判断構造

な事柄についての「合議体の構成員である裁判官のみとする」裁判を定めているが、心神喪失者・耗弱者かの判断もこれに含めている。それではその場合、裁判官は何を根拠に判断するのであろうか。医療観察法の条文はこの点を明示していない。前述したように、裁判所が心神喪失者または心神耗弱者でないと認めるには、単なる合理的疑いではなく、完全責任能力を有することが積極的に認定されなければならない。そうすると、裁判所は独自の鑑定を行って慎重に判断しなければならない。37条は裁判所が命じる鑑定について、「精神障害者であるか否か及び対象行為を行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うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否かについて」医師に鑑定を命じなければならないとする。また鑑定を行うにあたっては「障害の種類、過去の病歴、現在および対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無および内容ならびに当該対象者の性格を考慮する」とする。そして鑑定医は「当該鑑定の結果に、当該対象者の病状に基づき、この法律による入院による医療の必要性に関する意見を付さなければならない」とする。

条文の説明が長くなってしまったが、要するに、裁判所は責任能力をチェックする機能は保証されているものの、それは狭き門をくぐらなければできない仕組みになっている⁷⁾。したがって、図2

に示したように、判断構造は実質的に2段階をなす。問題は、行為時の責任能力—精神障害が弁識・統御能力にどの程度影響したか—と医療の必要性は不可分の問題であるにもかかわらず、裁判所がそれらを総合的に判断するかたちにはなっていないことである。これは従来からの起訴便宜主義（犯人の性格、年齢および境遇、犯罪の軽重および情状ならびに犯罪後の状況により訴追を必要としないときは、公訴を提起しないことができる—刑事訴訟法248条）が医療観察法においても堅持された結果と考えられる。裁判所が決定機関として位置づけられながら、その役割が不明確あるいは相対的に弱いというところに医療観察法の折衷性が現れている。本制度の要は裁判所である。審判を担う合議体の役割を明確化するとともに、構成メンバーの増員などを図って権限を強化することにより、申立てのプロセスへのフィードバックが可能になり、健全な運用が保証されると考える。

おわりに—折衷モデルを統合モデルへ

ドイツでは犯罪や薬物依存者の増加などを背景として改善保安処分の対象者が1880年代から増加の一途を辿り、司法精神科病院が飽和に直面している³⁾。他方、フランスでは、一般医療が攻撃性を示す患者に対して不寛容となり、その結果UMDでは一般医療から受け入れる患者の割合が増え、本来の触法精神障害者は矯正施設の医療部門で処遇されるという、玉突き的な流れが生じている²⁾。両国の現状は、刑事司法モデルも医療モデルも隘路に突き当たる可能性を示唆している。触法精神障害者の処遇において重要なことは司法と医療の間の風通しのよい枠組みの設定である。見てきたように医療観察法は—立法担当者が意図したか否かにかかわらず—刑事司法と医療を折衷

するかたちで構成されている。かりに折衷モデルをよりポジティブな意味での統合（integrated）モデルへと改革することができれば、日本独自のシステムとしての発展が期待される。その手がかりとして、まず制度の要としての裁判所の機能強化が必要と考えるが、具体的提案は次の機会に譲りたい。

文献

- 1) 中谷陽二：刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・イギリス・フランス。精神科治療学 17：399-407, 2002.
- 2) 中谷陽二：触法精神障害者—問題の広がりと深層。町野朔，編，ジュリスト増刊，精神医療と心神喪失者等医療観察法，pp.52-57，有斐閣，東京，2004.
- 3) 中谷陽二：ドイツの司法精神医学—責任能力と処遇制度。松下正明，他，編，司法精神医学1，司法精神医学概論，中山書店，東京（印刷中）.
- 4) Nedopil N: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Thieme, Stuttgart, 2000.
- 5) Müller-Isberner R, Fresse R, Jockel D, et al: Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent development, and current practice. Int J Law Psychiatry 23: 467-480, 2000.
- 6) Nedopil N: Die Sicherungsverwahrung nach den Urteilen des Bundesverfassungsgericht. 日独コロキウム，2005. 10. 30，慶應義塾大学.
- 7) 中谷陽二：刑事精神鑑定。松下正明，他，編，司法精神医学5，司法精神医療，pp.164-168，中山書店，東京，2006.
- 8) Senninger J-L, Fonta V: Les unités pour malades difficiles. Albernhe, Th. ed, Criminologie et psychiatrie, pp.670-681, Elipse, Paris, 1997.
- 9) 中山研一：心神喪失者等医療観察法の性格—「医療の必要性」と「再犯のおそれ」のジレンマ。成文堂，東京，2005.
- 10) 白木 功：審判手続を中心に。町野朔，編，ジュリスト増刊，精神医療と心神喪失者等医療観察法，pp.12-31，有斐閣，東京，2004.

司法精神医学と統合失調症

Problems of schizophrenia in forensic psychiatry

筑波大学大学院人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻
社会精神保健学教授

中谷 陽二

Yoji Nakatani

要約

統合失調症への司法精神医学的な関心は、精神科医療の全般的動向を反映するという視点から、歴史と現状を論じた。①20世紀前半、変質や精神病質と比較すると統合失調症の犯罪学的な意義が低く見積もられていたことが Kraepelin, Bleuler, その他の論述からうかがわれる。その背景には、統合失調症患者は廃疾を運命づけられ、精神病院で生涯を送るという認識が存在した。20世紀後半の脱施設化と開放的医療の流れの中で、地域ケアのもとでの統合失調症患者の触法行為に対する関心が高まった。②わが国では1984年の最高裁決定を契機として、統合失調症患者の責任能力をより広く認める立場が司法と精神医学の双方で優勢となっている。これをドイツと比較すると、統合失調症の軽症例で責任を認める点は共通するが、わが国では責任無能力を認定する基準が非常に厳しいことが特徴である。③医療観察法のもとで責任能力が重要課題として残されていることを指摘した。

Key words | 統合失調症, 司法精神医学, 犯罪, 脱施設化, 責任能力

はじめに

2005年7月から心神喪失者等医療観察法(以下、医療観察法)が滑り出し、これと軌を一にしてわが国でも司法精神医学の発展の気運が高まっている。新しい制度が想定する対象者の相当な部分を統合失調症患者が占めると予測され、統合失調症は司法精神医学の課題として改めてクローズアップされるであろう。

触法行為を行った統合失調症患者への対応のあり方は精神科医療の全体的動向と関係し、医療の理念を反映す

る鏡であるといってもよい。この視点から歴史の流れを素描し、今後の課題を考える手がかりとしたい。なお民事事件や成年後見との関わりも重要であるが、ここでは省略する。



Kraepelin/Bleuler の時代

司法精神医学を舞台に統合失調症がメインテーマとして登場したのは、意外なことに比較的近年になってからである¹⁾。まず Kraepelin と Bleuler は犯罪との関係をどう考えていたであろうか。Kraepelin²⁾の観点では、早

発性痴呆の本質は鈍化過程であり、生涯にわたり精神病院で介護される患者群の主たる部分を占める疾患に他ならなかった。彼がたびたび強調したように、精神病院(Anstalt)は人類の進歩の産物であり、まさしく患者に科学の恩恵を施す場であった。Kraepelinは社会問題や刑事政策に強い関心を向けたが、犯罪との関連で重視したのは早発性痴呆ではなく、変質つまり先天性の劣悪な素因に基づく疾患であった。Bleulerもまた、刑事事件の精神鑑定を数多く手がけるなど司法問題に深く関わったことが知られている⁹⁾。しかし司法的な興味を中心は背徳症(moral insanity)、生来性犯罪者、性犯罪などにあった。『早発性痴呆または精神分裂病群』¹⁰⁾の中では司法的問題はほとんど論じられていない。この点はKraepelinと同様である。

やや時代が下ってBirnbaum⁹⁾は犯罪精神病理学の著書の中で、統合失調症に関しては著しい犯罪傾向は想定されるべきではないと述べている。Birnbaumによると、統合失調症患者の犯罪は「心的分裂による場合」と「統合失調症性痴呆による場合」に区別される。そして社会的転落を媒介として犯罪(主に軽犯罪)につながる後者に対して、前者の犯罪学的な意味は限られているとした。同時期のGruhleの著書⁹⁾でも、精神病質に比較して「本来の精神病では犯罪への傾向が驚くほど軽微」であり、統合失調症の場合、人格崩壊に由来する放浪や売春、稀にみられる病初期の了解不能の犯罪が問題になるにすぎないと述べている。

この時代、統合失調症患者の犯罪への興味は、もっぱら診断の確定が難しい病初期や辺縁の病態の事例に向けられた¹¹⁾。代表的なものに、統合失調症前駆期における殺人衝動(Wilmanns¹²⁾)、犯罪性類破瓜病(Rinderknecht⁹⁾)、初期・緩慢発症の統合失調症でみられる空想的犯罪すなわち犯罪者ロマン(Glaser⁹⁾)などがある。これらは臨床的には定型的でない病態での犯罪行動に統合失調症の特異性がどれほど見出されるかに焦点を当てている。

20世紀前半のドイツでは、刑法に限定責任能力の規定を加えること、および保安処分の新設がもっぱら争点とされ、その議論の中で標的とされたのは精神病質など病氣と正常の中間をなす状態であった。精神病質者が犯罪を重ねることで社会に害を及ぼしつづけるのに対して、

廃疾を運命づけられた統合失調症患者はいわば精神病院への片道切符を渡された存在であり、刑事政策的には大きな意味をもちえなかった。



2 脱施設化の時代

1960年代から抗精神病薬の開発や地域医療の発展により統合失調症をめぐる状況は大きく転換した。いわゆる脱施設化の時代において、地域で生活する統合失調症患者の触法行為が問題視された。

ドイツ語圏での先駆的研究は、Bökerらが1973年に出版した『精神障害者の暴力』¹⁰⁾である。Bökerらは約500例の暴力実行者(過半数は統合失調症)を統計的に調べ、次のように結論づけた。①精神障害者の危険性は全体として成人人口のそれを上回らない。②自殺と関連する暴力行為が高率である。③特定の疾患が暴力への特別な要因をなすとはいえない。④被害者は親密な関係の人が高率である。⑤暴力の遂行に一定の特徴はなく、著しい残忍さは稀である。Bökerの別の論文『精神障害者の暴力は開放的精神医療にとって真の危険か』¹¹⁾は彼らの社会精神医学的な問題意識の所在を端的に表している。

視線をアメリカに転じると、脱施設化に連動する動きが注目される¹²⁾。州立精神病院の大幅な縮小に伴うホームレスの発生や短期入院の反復(回転ドア現象)と並んで退院患者の触法行為に対する懸念も高まった。退院患者を追跡調査し、検挙率などを指標として触法行為の発生率を実証的に明らかにする研究が多数試みられた。その嚆矢は1965年のRappeportらの報告¹³⁾であり、一般人口に比較して退院患者では検挙率が高いという結果が示された。引き続いて同様の調査が多数行われ、おおむねRappeportらの結論が支持された。退院患者の激増に対して地域ケアの体勢が追いつかないことに検挙率上昇の原因を求める論調が共通している。

アメリカでの責任無能力抗弁(insanity defense)に対する批判や廃止論の顕在化¹⁴⁾も近年の注目される傾向である。無罪と認定される基準の厳格化、「有罪であるが精神異常の抗弁(guilty but mentally ill)」という折衷的な方式、さらには責任無能力そのものを廃止して故意(mens rea)の証明に替えるメンス・レアアプローチな

どの動きが起きている。1991年のカード・ケース(State v. Card)では責任無能力抗弁の廃止の効果が最も厳しく現れた¹⁴⁾。2件の謀殺罪に問われた犯人は、統合失調症によりいったんは訴訟無能力と認定されて治療を受けたが、再開後の審理で死刑が宣告され、州最高裁は抗弁廃止の合憲性は認められるとして第一審判決を支持した。刑事司法における非寛容な態度と脱施設化には触法精神障害者を医療の対象から排除していくという共通する傾向がうかがわれる。



統合失調症と責任能力

責任能力というまでもなく司法精神医学の中心課題である。以下、ドイツと日本の流れについて述べる。

ドイツでは刑法の改正に沿って責任能力の定義や判断基準が変遷してきた。1871年に制定された刑法の51条で責任無能力が規定され、1933年の改正により51条の2項として限定責任能力が加えられた。第二次大戦後の刑法改正作業で論議が重ねられ、1975年の新刑法の規定に結実した。その中で51条は20条(責任無能力)と21条(限定責任能力)の2つに分けられることになった。

旧51条では「行為者が、行為の当時、意識の障害のため、精神活動の病的障害のため、又は精神の薄弱のため、その行為が許されないものであることを弁別し又はこの弁別に従って行動することができないときには、罪となるべき行為は存在しない」とした。意識の障害、精神活動の病的障害、精神の薄弱は責任能力の「生物学的要素」、是非弁別能力と行動統御能力は「心理学的要素」と呼ばれる(この呼称については異論が多い)。新しい20条も骨格は変わらないが、「精神活動の病的障害」が「病的な心的障害」、意識の障害が「深い意識の障害」に改められ、総称概念である「重いその他の心的変異」が追加された。また「許されないこと(Unerlaubte)」が「不法性(Unrecht)」に改められた。

このようにドイツの刑法は生物学的要素として上記4つのカテゴリーを挙げ、なおかつ心理学的要素を法文に明記している。統合失調症が「病的な心的障害」にあたることは論を待たない。心理学的要素について、司法精神医学者は可知論と不可知論に分かれて議論を闘わせ

た。後者の代表とされるのがSchneider¹⁵⁾で、彼は責任能力論の前提に疾病概念を据える。すなわち「疾病の結果としての心的異常性」と「心的本性の変種としての心的異常性」との間に根本的な相違があるとする(「疾患」は常に身体的過程を意味する)。さらに前者は「病因が既知の疾病」と「病因は未知であるが自明なものとして仮定された(postuliert)疾病」に分けられ、これは循環病と統合失調症を含む。

Schneiderの見解によると、統合失調症では、より軽症の場合でも、人間の本性と行為に対する計りがたく見通せない侵襲があるため、常に51条1項つまり責任無能力とする十分な根拠がある。鑑定人は刑法の条文に沿って、「某々は統合失調症に罹患していた。従って51条1項(責任無能力)の適用をもたらす精神活動の病的障害が存在した」と答えることでよしとする。

一般にSchneiderは「統合失調症に罹患していれば例外なく責任無能力」という堅い原則の提唱者と理解されている。たしかに結論だけを捉えればそのようにいえるのであるが、彼はドグマを断定的に主張するわけではなく、むしろその逆である。51条の生物学的要素が認められれば、「弁別する能力またはこの弁別に従って行動する能力がなかったことを暗黙のうちに認めるだけである」¹⁶⁾と述べている。個々の犯罪行為が合理的な判断と意思決定に基づいて遂行されたか否かという究極的な問いに鑑定人は直接答えることはできない。それは暗黙のうちに推論できるにすぎないのである。「あまりに多くのことを答え得る鑑定人を信用してはいけない」という言葉からもわかるように、Schneiderは鑑定が経験科学の限界を踏み越えることを戒める。「暗黙のうちに(stillschweigend)推定する(schließen)」という微妙な言い回しは、経験科学の限界(自由意思に関する問いには答えられない)と、臨床的洞察(統合失調症における意味連続性の断裂)との拮抗関係を表しているように思われる。

Schneiderの言説のドグマ化の問題はさておいて、近年になって統合失調症患者を例外なく免責とすることへの批判的見解が示されている。しかしその種の見解は早発性痴呆の時代からすでに出されており、有責の可能性を、例外として消極的に主張するのか、より積極的に主張するのかというアクセントの違いにすぎない¹⁷⁾。

精神病理学の大御所ともいべき Huber と Janzarik の論述をみてみよう。欠陥概念の細分化を軸として独自の統合失調症論を展開した Huber は長期の予後調査をもとに責任能力論について論じた¹⁶⁾。調査結果によれば、統合失調症の予後がかつていわれていたほど不良ではなく、「統合失調症の不治性、影響不能性、根本的な異質性というドグマ及びそれと結びついた否定的な社会的先入観」は克服されたとする。責任能力は精神病理学的類型に対応して判断されるべきである。急性シュープおよび統合失調症特異的な体験・表出症状を伴う「特徴的残遺」では無条件に免責とするが、「純粹残遺」では普遍的な判断基準は存在せず、欠陥の弁別・統御能力への影響や動機との関連を個別的に分析することが必要である。実際には、完全寛解および軽度の純粹残遺については完全責任能力を認める。

他方、構造力動的な視点から独自の統合失調症論を構築した Janzarik¹⁷⁾は、疾病現象 (Krankheitsgeschehen) と疾病結果 (Krankheitsfolge) を区別する立場から責任能力を考察した。司法的判断においては、意味連続性を断ち切る病的現象と、急性精神病の後に残る非特徴的な損失である疾病結果を同列には扱えない。急性精神病においてなされた違法行為が免責となることは論を待たない。急性精神病の消退後も、一級症状が存続していれば、犯行動機との直接の関係が証明されなくても、免責を適用する。人格水準の低下については、それが統合失調症性的人格変化であっても、完全な免責に導くことはない。

戦後の司法精神医学の代表者である Witter¹⁸⁾は、人格変化を示す軽症の慢性・部分寛解の統合失調症患者の犯行では、動機分析によって病的行動因子の有無、具体的には動機の欠如や奇妙さを証明することを必要とする。そして、疾病結果とみなされる「軽く、わずかな社会的影響しか持たない人格変化」において、行動の動機・態様に異常性が露呈されていない場合は責任能力を認める場合があるとする。

ごく最近の司法精神医学書¹⁹⁾でも、顕在的な精神病症状を示す統合失調症の急性期において、刑法上の責任無能力の精神病理学的前提が存在することに疑いはないが、軽度の残遺状態や完全寛解では判断が困難であると述べられている。

以上、ドイツの司法精神医学では近年、統合失調症に

ついて、軽症の例では責任能力を認めうとする立場が一般的であり、その基準はおおむね病的過程が進行中であるか、それが停止して疾病の残遺のみが認められるかに置かれている。しかしこの点については、後述するように日本の現状は大きく隔たっている。



日本の状況

ひるがえって日本での責任能力判断についてみてみよう²⁰⁾。三宅は鑑定例集²⁰⁾の中で「現代精神病学者の多くは精神病者、即、心神喪失者とし、その病症の如何を論ぜず、又、其の経過時期の何たるやを問わず、苟くも著明なる精神病と診断せらる可きものはたとひ、その初期なりとも之を心神喪失者とするを通説とし」と論じている。そして軽症例について心神喪失ではなく心神耗弱とする意見を「陳套な学説」か「素人論」として退けている。

統合失調症について限られた範囲でのみ責任能力を認める立場は戦後の内村²¹⁾の論考でも同様である。「最初期、寛解期、軽い欠陥状態」については直ちに責任無能力と判定できない。しかしそれは「数週間の短い分裂病性の病期を経過した後に軽い性格変化を残し、その後多少の性格異常を後遺しながらも、なお社会生活を営み得ているもの」が何年か何十年かの後に犯罪を犯したという、病歴を知らなければ診断が困難な例である。

同じ立場は裁判の実務でもある時期までとられていたようである。最高裁の刑事裁判例集²²⁾から拾うと、鑑定結果を受けて心神喪失と判断された1970年、1971年の2事例が見出される。これらでは言動や犯行手口にまともなものがあっても、統合失調症の心性が正常な心性と根本的に異質であることが根拠の1つとされている。

1980年代は過渡期である。1981年の判例では、犯行の計画性・合目的性、幻聴の命令に従うまいとして苦しんだことなどが抑制力の残存を示すとされ、鑑定人から心神耗弱が示唆された。ところが裁判所はこれを排して心神喪失と判断した。鑑定人が後述の最高裁決定を先取りし、裁判所が逆に保守的な構えをとったことが興味を引く。

次いで1984年の最高裁決定が、犯行の計画性や生活能

力がある程度認められる事例について、「それにも拘わらず責任無能力とする」判断から、「それゆえ責任能力を認める」判断へと方向を転換させた。この事件では大量殺人事件の被告人について計5回の精神鑑定が施行され、病状の重さと責任能力が争点になった。決定は次のような趣旨で心神耗弱を認め、無期懲役とした差戻二審の判断を正当とした。

「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心神喪失の状態にあったとされるものではなく、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定すべきである」²³⁾。

西山²⁴⁾はこの事件について、犯行時に緊張病性の精神運動興奮が前景にあったと推定し、決定内容に重大な疑問点が見出されるとしている。事例を離れて一般的指針として読むと、特に責任能力を否定する根拠として犯行と症状との動機的関連性の証明を要求していることが問題であろう。犯行時に一級症状が存在しても、犯行との関連が行為者の陳述を通して目にみえるかたちで証明されなければならない。前述したドイツの司法精神医学では、Schneiderとその後の論者の間で力点の違いはあるにしても、統合失調症の病勢期においては、疾患が行動に及ぼす影響は本質的に見通せないという認識から、症状と犯行との直接的関係の証明は考慮の外に置かれている。それに対して、日本の裁判所は鑑定人に対して過剰に可知論的な態度を当然のこととして求めている。もっともこの流れの先鞭をつけたのは鑑定人であり、その結果を裁判官が認め、次にはそれが鑑定判断を方向づけていくという過程が見出され、大本は精神医学の認識のあり方にある²⁵⁾。



展望にかえて

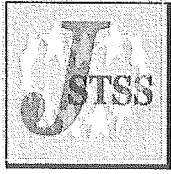
医療観察法は行為時に心神喪失もしくは心神耗弱と認められることを対象者の要件としており、責任主義を前提として組み立てられた制度である。ところが不思議なことに、法律制定および準備作業を通して責任能力のあり方が問い直されることはほとんどなかった。責任能力は単に処遇の振り分けの便宜的目安ではなく、精神障害

者に対して社会がどのように向き合うべきかという根源的な問題につながる。責任能力を司法精神医学を超えて精神医学・医療全般の中に位置づけて再考する視点が求められている。

●文 献●

- 1) 中谷陽二：分裂病犯罪研究。東京、金剛出版、1996
- 2) Kraepelin E : Die endogenen Verblödungen . in Psychiatrie (8 Aufl), III Band. Leiptig, J. A. Barth, 667-1009, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫 訳：精神分裂病。東京、みすず書房, 1985)
- 3) Möller A, Hell D : Eugen Bleuler als forensischer Psychiater. in Eugen Bleuler ; Leben und Werk, ed by Hell D, Scharfetter Ch, Möller A. Bern, Verlag Hans Huber, 140-148, 2001
- 4) Bleuler E : Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. in Handbuch der Psychiatrie, ed by von Aschffenburg G. Leiptig/Wien, Franz Deuticke, 1911 (飯田眞, 下坂幸三, 保崎秀夫, 他 訳：早発性痴呆または精神分裂病群。東京、医学書院, 1974)
- 5) Birnbaum K : Kriminalpsychopathologie und psychologische Verbrecherkunde. Berlin, Springer, 1931
- 6) Gruhle HW : Geisteskrankheit und Strafrecht. Berlin-Leipzig, Walter de Gruyter, 1927 (中田修 訳：精神病と刑法。精神鑑定と犯罪心理。東京、金剛出版, 86-106, 1979)
- 7) Wilmanns K : Über Morde im Prodromalstadium der Schizophrenie. Z Neurol 170 : 583-662, 1940
- 8) Rinderknecht G : Über kriminelle Heboide. Z Neurol 57 : 35-70, 1920
- 9) Glaser J : Tötungsdelikt als Symptom von beginnender oder schleichend verlaufender Schizophrenie. Z Neurol 150 : 1-40, 1934
- 10) Böker W, Häfner W : Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, Springer, 1973
- 11) Böker W : Ist die Gewalttätigkeit Geistesgestörter eine ernste Gefahr für eine offene Psychiatrie? Sch Arch Neuro Neuroch Psychiat 129 : 93-104, 1981
- 12) 中谷陽二：犯罪と精神医学—最近の動向。懸田克躬, 島藺安雄, 大熊輝雄, 他 編, 現代精神医学大系 年刊版' 89-B. 東京, 中山書店, 243-261, 1989
- 13) Rappeport JR, Lassen G : Dangerousness ; Arrest rate comparisons of discharged patients and the general population. Am J Psychiatry 121 : 776-783, 1965
- 14) 岩井宜子：精神障害者福祉と司法 (増補改訂版)。東京, 尚学社, 2004
- 15) Schneider K : Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. Ein Vortrag (2 Aufl). Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1953
- 16) Huber G : Die forensisch-psychiatrische Beurteilung schizophrener Kranker im Lichte neuerer Langzeitstudien. in Kriminologie-Psychiatrie-Strafrecht, ed by von Kerner H-J, Göppinger H, Streng F. Heidelberg, C.

- F. Müller, 463-480, 1983
- 17) Janzarik W : Die strafrechtliche Begutachtung Schizophrener auf dem Boden des psychopathologischen Schizophreniebegriffes. *Nervenarzt* 32 : 186-189, 1961
 - 18) Witter H : Die Beurteilung Erwachsener. in *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, ed by von Witter H. Berlin/Heidelberg/New York, Springer, 966-1094, 1972
 - 19) Nedopil N : Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart, Thieme, 2000
 - 20) 三宅鑽一 : 精神鑑定例. 東京, 南江堂, 1937, 再版1952
 - 21) 内村祐之 : 精神医学より見たる刑事責任能力. *精神誌* 53 : 41-57, 1951
 - 22) 最高裁判所事務総局 編 : 責任能力に関する刑事裁判例集. 東京, 法曹会, 1990
 - 23) 高橋省吾 : 精神分裂病者と責任能力. *ジュリスト* 827 : 76-78, 1984
 - 24) 西山詮 : 精神分裂病者の責任能力—最三小決(昭和59・7・3)の批判的検討—. 中谷陽二 編, 精神障害者の責任能力—法と精神医学の対話—. 東京, 金剛出版, 9-24, 1993



トラウマティック・ストレス

Japanese Journal of Traumatic Stress

別 刷

第4巻 第1号
2006年2月発行

発行 日本トラウマティック・ストレス学会