

なってから改めて裁判を受け、自分の犯した罪を償うべきである」という考えには4年生、5年生は賛同率が少なかったが、6年生、研修医は賛同率が高くなっていた。

事例をあげた統合失調症の幻覚妄想状態による犯罪と、覚醒剤依存者の覚醒剤使用下での犯罪の場合では、前者は刑を軽く、後者は同じもしくは重くすべきだという考えが多く、治療は前者では特殊な環境下で、後者は入院治療を妥当とする考えが多かった。

2) 医学部4年生の講義前後の変化(資料4)

講義内容は「精神医学と社会、法律」とのタイトルで1時限(80分)実施し、精神障害者の人権、社会安全(保安)の考え、精神鑑定、責任能力、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法(心神喪失等の状態で重大な他害事件を行ったものの医療及び観察などに関する法律)、成年後見制度について解説を行なった(資料2)。

講義前後の比較には該当領域全てに回答が得られたものを解析したので、講義前が96名(回答率92.3%)、講義後が88名(回答率84.6%)を解析した。講義前後の比較では、知識は講義によって増加したと考えられる。語句説明が可能かを尋ねたところ、精神保健福祉法や成年後見制度、責任能力に関しては6-7割程度が可能と回答したが、司法精神医学や医療観察法に関しては3割強にとどまった。責任能力の判断や知識を問う問題への正答率は増加した。また犯罪に関する精神障害者への偏見は減少した。触法精神障害者への意識も当初は刑罰を課すべきではないと考えるものも多かったが、講義後は治療後に裁判を受け刑罰を課すほうがよいと考える生徒が増加しており、講義の影響が考えられた。

D. 考察

現在本邦では司法精神医学の観点からの教育は未整備である。しかしながら以前は専門家(もしくは一部の医師)にゆだねられていた財産処分に関する判断能力に関する鑑定(禁治産・準禁治産)も現在は成年後見制度となり、より広範に一般精神科医が担うようになってきている現状を考えると、司法精神医学の裾野は広がりつつある。そのため、卒前や卒後の精神医学教育にこれらをどう取り入れていくかは専門家養成とともに一般医に求められる法的判断に関する教育の必要性にも関連する重

要な問題である。

しかしながら精神医学の教科書への記載(資料5)は国内のものは司法精神医学の記載とともに成年後見制度や心神喪失者等医療観察法への記載があるものから司法精神医学にまったく触れていないものもあった。また海外の教科書の翻訳については司法精神医学や責任能力にふれているものの当然のことながら制度が違うため、精神鑑定についての記載はなかったし、国内で使用されている法律についての記載もない。このように各教科書の著者によりないように大きな差があった。

いままでの当院では、日ごろの臨床の延長として措置入院や心神喪失者等医療観察法の鑑定入院に携わった中から、内部の研究会で発表、討議を行なったり、学会報告をする中で医学部生や若手医師への啓発をしてきたのみで、系統的教育プログラムの提供は卒前、卒後ともになかった。

今回の4月時点での調査で学年を上がるごとに知識も増加し、偏見は減る傾向であった。しかしアンケートの回答率にはばらつきが多く、結果が全生徒の代表になっているかは疑問が残る。また最終評価としては6年生の終了時に実施したいが医師国家試験前に実施するのは困難なことから研修1年目に実施したが、この場合、出身大学によって学習した内容が異なることが予想され、本学医学部生と単純に比較することには問題があると思われる。

今回医学部生に対して系統講義の中に司法精神医学領域の内容を入れることで、どのような変化がおきていくかを検証することは、卒前教育を考える上で有効な資料となるであろう。

今回医学部4年の系統講義の中で「精神医学と社会、法律」とのタイトルで1時限(80分)実施し、精神障害者の人権、社会安全(保安)の考え、精神鑑定、責任能力、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、成年後見制度について解説を行ない、事例についてのディスカッションを短時間ではあったが実施した。それにより、知識の増加と偏見の減少、精神障害者への治療の保障と責任能力を認める考えが増加したことを考えると、偏見是正のためには積極的に講義に取り入れる意味があると思われる。最近メディアを通して精神鑑定や精神障害者による犯罪が取り上げられ、それが少なからず知識源となったり、意識の形成に影響していると考えられることから、正しい知識を教育課程の中で普及していくことは必要と考える。今回の調査は授業直後に行なわれているので知識に関しては今後どのように定着が図られるかを調査する必要があるだろう。

E. 結論

卒前教育における学年毎に知識は増加傾向にあったが、内容によっては学年を経るにつれて知識が増加していないものもあった。精神鑑定への興味は各学年を通じて80%以上と高率であった。また講義後の意識の変化や知識の増加が確認された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

(1) 論文発表

Inoue A et. al. Communication Skills of Medical Students Associated with their Quality of Life and Depressive Mood. 心身医学 (in press)

(2) 学会発表

上條真子、宮岡等. 事例活動研究報告「入院から通院への円滑な移行とより良い地域生活を求めて～他害行為をした精神障害者の社会復帰を促進するために～」第2回日本地域司法精神保健福祉研究大会. 平成19年3月3日. 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

資料 1 卒前教育における司法精神医学の啓発に関する調査

1. 最初に、「あなた自身のこと」についてお聞かせください。

性別： 男 ・ 女 年齢： () 歳 学籍番号：
学年 () 年生

*本アンケートの研究目的の利用を 許可する ・ 許可しない

2. 司法精神医学という分野への意識について尋ねます。最もあてはまるものに○をつけて下さい。

Q1 精神科のなかに司法精神医学という分野があることを知っていますか。

1 知らない 2 少し知っている 3 知っている 4 良く知っている

Q2 精神鑑定に興味はありますか。

1 ない 2 少しある 3 ある 4 とてもある 5 下線の言葉がわからない

Q3 触法精神障害者の治療に興味はありますか。

1 ない 2 少しある 3 ある 4 とてもある 5 下線の言葉がわからない

Q4 医師となった場合、司法精神医学に携わりたいと思いますか。

1 思わない 2 少し思う 3 思う 4 強く希望する 5 わからない

3. 成年後見制度について下記の設問にお答え下さい。最もあてはまるものに○をつけて下さい。

Q1 成年後見制度の存在を知っていますか。

1 知らない 2 少し知っている 3 知っている 4 良く知っている

Q2 以下の場合どのような対応をすべきと思うか、あなたの考えをお教えてください

下記の精神疾患のために判断能力が低下している人が、保険金詐欺や株の取引で大損するなど
の被害にあったとき、その責任を全て負うべきである(こうむった損害を相手に請求できない)。

	そう思う	そう思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない
統合失調症：	1	2	3	4	5
うつ病：	1	2	3	4	5
躁病：	1	2	3	4	5
神経症：	1	2	3	4	5
人格障害：	1	2	3	4	5
認知症：	1	2	3	4	5
アルコール					
依存症：	1	2	3	4	5
覚醒剤依存症：	1	2	3	4	5
精神遅滞：	1	2	3	4	5

4. 精神保健福祉法、医療観察法（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行なった者の医療および観察等に関する法律）について下記の設問にお答え下さい。最もあてはまるものに○をつけて下さい。

Q1 措置入院や緊急措置入院という制度があるのを知っていますか。

1 知らない 2 少し知っている 3 知っている 4 良く知っている

Q2 医療観察法の存在を知っていますか。

1 知らない 2 少し知っている 3 知っている 4 良く知っている

Q3 以下の文章が正しいと思うときは○、間違っていると思うときは×をつけてください。なお、どうしてもわからない場合は△を記入してください。

- () 措置入院の決定は一名の精神保健指定医の診察結果に委ねられている。
- () 緊急措置入院は精神保健指定医の診察を省略してよい。
- () 応急入院は応急の入院なので精神保健指定医の診察を省略してよい。
- () うつ病の患者が、貧困妄想（お金がなくなり生活できないと誤って確信すること）に悩まされ、「自分のせいで家族が貧しくなるくらいなら心中したほうがいい」と思い詰めて、子供を殺した。本人は死にきれず自首し、警察官に逮捕された。その後、医療観察法による鑑定入院をうける。
- () 統合失調症の患者が、服薬をやめると悪化すると主治医よりいわれていたのに通院を自らやめ、病状不安定な状況で「殺されるぞ」との幻聴（周囲の人には聞こえないが本人のみに聞こえる声）におびえ電車内で他の客を殴り軽傷を負わせ警察官に保護された。裁判を受けずに措置入院のための診察を受ける。
- () 認知症の患者が一方通行の道路を逆走し他の車と正面衝突した。相手は軽傷ですんだ。裁判を受けずに措置入院のための診察を受ける。
- () アルコール依存症の患者が離脱せん妄（軽度意識障害）で自宅に放火し警察官に保護された。犯行時の記憶はなかった。裁判を受けずに措置入院のための診察を受ける。
- () 覚醒剤依存症の患者が覚醒剤を使用した後、家を警察に包囲され殺されるとの妄想にもとづき交番に放火し警察官に保護された。犯行時の記憶はなかった。裁判を受けずに措置入院のための診察を受ける。

5. 下記の事柄についてのあなたの考えをお教え下さい。

Q1 精神障害が重いほど犯罪の危険性は高いと思う。

1 そう思わない 2 少しそう思う 3 そう思う 4 強くそう思う

Q2 重大犯罪（殺人や強姦など）を犯した精神障害の患者は病気が重いはずである。

1 そう思わない 2 少しそう思う 3 そう思う 4 強くそう思う

Q3 近年、精神障害者の犯罪が増えている。

- 1 そう思わない 2 少しそう思う 3 そう思う 4 強くそう思う

Q4 殺人を犯した精神障害者が、入院治療により完全に回復しても、退院して社会の中で普通に生活するべきではない。

- 1 そう思わない 2 すこしそう思う 3 そう思う 4 強くそう思う

Q5 犯罪を犯した精神障害者は、症状がよくなってから改めて裁判を受け、自分の犯した罪を償うべきである。

- 1 そう思わない 2 すこしそう思う 3 そう思う 4 強くそう思う

6. 次のような事例ではどのような対応をするのがよいと思いますか。もっとも当てはまるものに○をつけて下さい。

Q1 26歳の男性が「目の前にいる青い服を着た男を刺さないとおまえが殺される」という幻聴（周囲の人には聞こえないが本人のみに聞こえる声）に左右されて、目の前にいる青い服を着た男を包丁で刺して重傷を負わせました。この人はこれまで精神疾患の治療を受けたことはなく、またこの幻聴の原因となった病気は以下のような性質をもっているとします。「親族に一定以上の割合で同様の疾患が発症することや別の環境で育った一卵性双生児であっても二人ともに発症することが多いことから遺伝的要因はある。しかし一卵性双生児で必ず二人ともに発症するわけではないことから生まれてからの環境の要因も少しは関係している」

この人にどのような刑罰を科し、どのような治療を行うのがよいと考えますか。

A. 刑罰について

1. 精神疾患のない人が犯した犯罪の場合と同じ刑罰を科す。
2. 精神疾患の症状に左右されたことを考慮して少し軽めにする。
3. 刑罰を科さない。

B. 治療について

1. 精神症状に対する治療をする必要はない。
2. 精神症状に対する治療を刑務所内で行う。
3. 精神症状に対する治療は犯罪者専門の特殊な病院で行う。
4. 精神症状に対する治療を一般の精神科病院で行う。

Q2 覚醒剤を常用している24歳の男性が、覚醒剤を注射した6時間後に「A君を刺せ」という幻聴に左右されて、A君を包丁で刺して重症を負わせました。事件の数日後には覚醒剤を常用していたことを認め、「『A君を刺せ』という声に従わないと大変なことが起こるような気がして、夢中で刺した」と冷静に振り返っています。その後も覚醒剤を使用していない時は冷静に話ができる状態です。

この人にどのような刑罰を科し、どのような治療を行うのがよいと考えますか。

A. 刑罰について

1. 覚醒剤依存や精神疾患のない人が犯した犯罪の場合と同じ刑罰を科す。
2. 覚醒剤を意図的に使用したことを考慮して少し重くする。
3. 覚醒剤による精神症状に左右されたことを考慮して少し軽めにする。
4. 刑罰を科さない。

B. 覚醒剤を使用しなければ明かな精神症状はない現段階で、今後どのような治療を行うのがよいと思いますか。

1. 覚醒剤をやめさせるために入院治療を行う。
2. 覚醒剤をやめさせるために通院治療を行う。
3. 治療は行わない。

精神医学と社会、法律

担当：高橋 恵 2007/9/25

1. 精神障害者と社会

1) 収容中心の医療から地域の中での生活（ノーマライゼーション）

1950 精神衛生法が成立：それ以前はいわゆる座敷牢などでの対応がなされていた
(呉秀三による精神者私宅監置実状の調査→精神病院法成立)

1964 ライシャワー事件→社会的防衛が期待されるようになり精神病院が増加

1988 精神保健法の成立（背景として1984年の宇都宮病院事件）

患者の人権保護が問題となる→精神医療審査会設置

精神保健指定医の誕生

入院時の告知、退院請求

社会復帰の促進

1995 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）

自立と社会参加（ノーマライゼーション）

保健と福祉の一本化

このような変化は治療の進歩とも連動している

2) 患者の人権への配慮、社会の安全保障

患者の人権保護の観点では、病院の開放化、患者の行動の自由の保障が必要

社会の安全保障の観点では予測不能な危険行動をどう防ぐかが大切

両者は対立することもしばしばある

3) 精神障害者の犯罪、責任能力（精神鑑定）

歴史的に精神障害者の犯罪に社会が寛容でない

精神疾患患者の大多数は犯罪を決して起こさないし、犯罪のほとんどは精神疾患患者が起こすものではない。しかし、受刑者における精神疾患の有病率は一般人口に比べて有意に高く、イギリスの男性受刑者の3分の1は診断名のつく精神疾患を有する。またある種の精神疾患では犯罪との関連がある程度認められる。

動機の不可解な犯罪は注目を呼び、精神障害者との関連を推測されがち（偏見）

マスメディアは最終的な精神鑑定の結果を報道することは少ない。

法律上、心神喪失者（重症の精神障害のため善悪の判断ができないもの）の行為は罪を問われない（責任無能力）し、心身耗弱者（精神障害のため善悪の判断が不十分なもの）は刑を減じる（限定責任能力）ことが刑法 39 条（1908 年）で定められている。

このため、精神障害の有無や責任能力の鑑定が依頼される。鑑定には検事からの依頼でなされる簡易鑑定、起訴前鑑定（起訴可能かの判断の参考）と裁判所命令の精神鑑定（裁判中に実施され、判決の参考になる。刑事事件と民事事件がある）がある。

2. 精神保健福祉法（1995 年）

- ・精神保健法が基本
- ・精神障害者の自立と社会参加のためには福祉対策が必要との福祉理念が背景
- ・2000 年に改正され、精神障害者の人権に配慮した保健医療福祉サービスの確保（精神保健指定医の役割強化、精神医療審査会の権限・機能強化、社会復帰施設の基準の創設、保護者の義務軽減、市町村を中心とした在宅福祉施策の確立などが含まれる
- ・入院形態として 5 つの形態がある（措置入院、医療保護入院、任意入院、緊急措置入院、応急入院）（精神保健法で制定された形態を継続）

3. 障害者自立支援法（成立 2005 年 10 月、施行 2006 年 4 月）

- ・障害の種別（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず、利用できるサービスの仕組みを一元化。
- ・利用者が費用の一部を負担（利用料と所得に応じて）。
- ・就労支援の強化。
- ・市町村等に申請し、審査会により障害程度区分の認定をうける。
- ・サービス体系として障害福祉サービスと地域生活支援事業に大別され、前者は介護給付と訓練等給付に分けられる。

4. 心神喪失等の状態で重大な他害事件を行ったものの医療及び観察などに関する法律（心神喪失者等医療観察法）（2005 年 7 月施行）

- ・目的：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものに対し、その適切な処遇を決定するための手続きを定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために

必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること

- ・ 全ての触法行為が対象となるのではない

- ・ 対象：重大犯罪にあたる行為

殺人、放火、強盗、強姦・強制わいせつ、傷害致死、及びそれらの未遂

- ・ 流れ：検察官が地方裁判所に申し立て→鑑定の実施→指定入院医療機関

指定通院医療機関

保護観察終了

- ・ 特徴：精神科医のみの判断でなく、裁判所の判断となる

5. 成年後見制度（2000年4月施行）

精神障害（認知症、知的発達障害、精神疾患）が対象

財産の保護（処分の適切性の判断）と契約の代行（意思決定のサポート）を目的とする

以前は禁治産、準禁治産の判定がなされた（家庭裁判所）

本人の判断能力の程度により、後見、補助、補佐の3類型がある。

監督制度が強化された

分類	対象者	援助者
後見	判断能力が欠けている人	成年後見人
保佐	判断能力が著しく不十分な人	保佐人
補助	財産行為に援助が必要な場合がある人	補助人
任意後見	今は元気だが、将来判断能力が低下した時に備えて、あらかじめ任意後見人となるべき人と公正証書により契約をする	任意後見人

資料3 各学年の興味、知識、意識

2-1) 司法精神医学を知っているか？

	知らない	知っている	回答なし	計
M4	36	30	0	66
M5	39	29	7	75
M6	20	20	0	40
研修医	43	22	1	66

2-2) 精神鑑定に興味があるか？

	ない	ある	わからない	計
M4	7	58	1	66
M5	0	75	0	75
M6	5	33	2	40
研修医	4	61	1	66

2-3) 触法精神障害者の治療

	興味なし	興味ある	わからない	回答なし	計
M4	13	35	18	0	66
M5	5	34	36	0	75
M6	8	20	12	0	40
研修医	14	21	31	0	66

2-4) 司法医学に携わりたい

	いいえ	はい	わからない	回答なし	計
M4	30	20	16	0	66
M5	21	34	20	0	75
M6	14	11	15	0	40
研修医	26	21	19	0	66

3-1) 成人後見制度

	知らない	知っている	回答なし	計
M4	36	30	0	66
M5	34	40	1	75
M6	22	18	0	40
研修医	11	54	1	66

4-1) 措置入院・緊急措置入院

	知らない	知っている	回答なし	計
M4	13	53	0	66
M5	4	70	1	75
M6	0	40	0	40
研修医	1	65	0	66

4-2) 心神喪失者等医療観察法

	知らない	知っている	回答なし	計
M4	29	37	0	66
M5	23	51	1	75
M6	8	32	0	40
研修医	43	23	0	66

4-3) 精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法に関する知識

1. 措置入院の決定は一名の精神保健指定医の診察結果に委ねられている(×)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	35	18	13	0	66
M5	50	13	12	0	75
M6	29	9	2	0	40
研修医	63	3	0	0	66

2. 緊急措置入院は精神保健指定医の診察を省略してよい(×)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	37	15	14	0	66
M5	50	17	8	0	75
M6	30	9	1	0	40
研修医	64	1	1	0	66

3. 応急入院は応急の入院なので精神保健指定医の診察を省略してよい(×)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	42	10	14	0	66
M5	56	12	7	0	75
M6	28	8	4	0	40
研修医	55	8	3	0	66

4. うつ病の患者が、貧困妄想で無理心中を図り子供を殺害した場合、医療観察法による鑑定入院を行なう。(○)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	53	7	6	0	66
M5	57	9	9	0	75
M6	28	6	6	0	40
研修医	37	8	21	0	66

5. 統合失調症の患者が幻覚妄想状態で他人を殴り軽症をおわせた。裁判を受けず措置入院のための診察を受ける。(○)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	29	23	14	0	66
M5	35	32	8	0	75
M6	21	15	4	0	40
研修医	30	19	17	0	66

6. 認知症の患者が一方通行を逆走して事故(軽症)の場合、措置入院の診察を受ける(○)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	24	31	11	0	66
M5	28	34	13	0	75
M6	11	24	5	0	40
研修医	13	38	15	0	66

7. アルコール依存症の患者がせん妄可で放火した場合、措置入院の診察を受ける(×)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	34	20	12	0	66
M5	41	23	11	0	75
M6	19	16	5	0	40
研修医	32	16	18	0	66

8. 覚醒剤依存症の患者が覚醒剤使用時に幻覚状態で放火した場合、措置入院の診察を受ける(×)

	正解	不正解	わからない	回答なし	計
M4	38	17	11	0	66
M5	51	16	8	0	75
M6	21	14	5	0	40
研修医	32	18	16	0	66

3-2) 以下の疾患の患者が株取引などで大損した場合責任をとるべきだと思うか(判断能力)

統合失調症

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	7	31	8	19	0	1	66
M5	4	51	4	15	0	1	75
M6	9	19	6	6	0	0	40
研修医	8	41	6	11	0	0	66

うつ病

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	19	23	4	19	0	1	66
M5	9	36	10	19	0	1	75
M6	10	15	6	9	0	0	40
研修医	9	37	10	10	0	0	66

躁病

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	16	26	4	20	0	0	66
M5	8	41	9	16	0	1	75
M6	9	17	6	8	0	0	40
研修医	11	33	9	13	0	0	66

神経症

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	14	22	7	22	1	0	66
M5	10	32	11	20	1	1	75
M6	12	9	9	10	0	0	40
研修医	12	28	14	12	0	0	66

人格障害

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	8	27	10	19	2	0	66
M5	10	34	10	19	0	2	75
M6	9	14	5	12	0	0	40
研修医	12	25	13	16	0	0	66

認知症

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	11	37	5	13	0	0	66
M5	39	13	10	12	0	1	75
M6	6	26	2	6	0	0	40
研修医	9	40	7	9	0	1	66

アルコール依存症

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	35	11	6	14	0	0	66
M5	39	13	10	12	0	1	75
M6	21	8	6	5	0	0	40
研修医	24	18	14	10	0	0	66

覚醒剤依存症

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	34	13	6	13	0	0	66
M5	35	16	11	11	0	2	75
M6	21	6	7	6	0	0	40
研修医	26	18	11	11	0	0	66

精神遅滞

	思う	思わない	どちらでもない	判断できない	疾患を知らない	回答なし	計
M4	6	42	3	15	0	0	66
M5	5	60	1	8	0	1	75
M6	5	24	3	7	0	1	40
研修医	9	45	5	7	0	0	66

5-1) 精神障害が重いほど犯罪の危険性は高いと思う

	思う	思わない	回答なし	計
M4	37	28	1	66
M5	28	40	7	75
M6	25	15	0	40
研修医	34	32	0	66

5-2) 重大犯罪(殺人や強姦など)を犯した精神障害の患者は病気が重いはずである

	思う	思わない	回答なし	計
M4	43	22	1	66
M5	47	26	2	75
M6	16	24	0	40
研修医	19	47	0	66

5-3) 近年、精神障害者の犯罪が増えている

	思う	思わない	回答なし	計
M4	32	33	1	66
M5	22	51	2	75
M6	20	20	0	40
研修医	40	26	0	66

5-4) 殺人を犯した精神障害者が、入院治療により完全に回復しても、退院して社会の中で普通に生活するべきではない

	思う	思わない	回答なし	計
M4	27	38	1	66
M5	28	44	3	75
M6	29	10	1	40
研修医	29	37	0	66

5-5) 犯罪を犯した精神障害者は、症状がよくなってから改めて裁判を受け、自分の犯した罪を償うべきである

	思う	思わない	回答なし	計
M4	5	40	1	46
M5	15	57	3	75
M6	34	6	0	40
研修医	56	10	0	66

6. 事例に対する考え

事例1:統合失調症患者の幻覚妄想状態による殺人

刑罰

	同じ	軽く	科さない	回答なし	計
M4	20	42	3	1	66
M5	19	43	10	3	75
M6	12	20	7	1	40
研修医	18	36	12	0	66

治療

	必要ない	刑務所	特殊病棟	一般病棟	回答なし	計
M4	2	20	32	11	1	66
M5	1	13	44	14	3	75
M6	0	8	25	6	1	40
研修医	0	14	44	8	0	66

事例2:覚醒剤依存症者の覚醒剤使用時の幻覚妄想状態での殺人

刑罰

	同じ	重め	軽く	科さない	回答なし	計
M4	31	28	5	2	0	66
M5	45	22	2	1	5	75
M6	18	14	6	0	2	40
研修医	36	21	6	1	2	66

治療

	入院	通院	行わない	回答なし	計
M4	51	13	1	1	66
M5	60	7	3	5	75
M6	35	5	0	0	40
研修医	62	3	0	1	66

資料4 医学部4年生の講義前後での知識と意識の変化

I. 語句説明ができるか（講義後のみの調査）

	出来る	出来ない
司法精神医学	31	57
責任能力	55	33
精神鑑定	49	39
精神保健福祉法	52	36
措置入院、緊急措置入院	69	19
医療観察法	32	56
成年後見制度	53	35

II. 精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法に関する知識

1. 措置入院の決定は一名の精神保健指定医の診察結果に委ねられている(×)

	正解	不正解	わからない
講義前	50	27	19
講義後	76	12	0

2. 緊急措置入院は精神保健指定医の診察を省略してよい(×)

	正解	不正解	わからない
講義前	54	19	23
講義後	76	12	0

3. 応急入院は応急の入院なので精神保健指定医の診察を省略してよい(×)

	正解	不正解	わからない
講義前	54	19	23
講義後	73	15	0

4. うつ病の患者が、貧困妄想で無理心中を図り子供を殺害した場合、医療観察法による鑑定入院を行なう。(○)

	正解	不正解	わからない
講義前	73	9	14
講義後	76	10	2

5. 統合失調症の患者が幻覚妄想状態で他人を殴り軽症をおわせた。裁判を受けず措置入院のための診察を受ける。(○)

	正解	不正解	わからない
講義前	44	33	19
講義後	58	27	3

6. 認知症の患者が一方通行を逆走して事故(軽症)の場合、措置入院の診察を受ける(○)

	正解	不正解	わからない
講義前	34	44	18
講義後	55	32	1

7. アルコール依存症の患者がせん妄可で放火した場合、措置入院の診察を受ける(×)

	正解	不正解	わからない
講義前	34	44	18
講義後	45	40	3

8. 覚醒剤依存症の患者が覚醒剤使用時に幻覚状態で放火した場合、措置入院の診察を受ける(×)

	正解	不正解	わからない
講義前	57	21	16
講義後	50	34	4

精神障害と犯罪に関する意識

1) 精神障害が重いほど犯罪の危険性は高いと思う

	思う	思わない	わからない
講義前	53	42	1
講義後	4	83	1

2) 重大犯罪(殺人や強姦など)を犯した精神障害の患者は病気が重いはずである

	思う	思わない	わからない
講義前	66	29	1
講義後	15	73	0

3) 近年、精神障害者の犯罪が増えている

	思う	思わない	わからない
講義前	49	46	1
講義後	9	75	4

4) 殺人を犯した精神障害者が、入院治療により完全に回復しても、 退院して社会の中で普通に生活するべきではない

	賛成	反対	わからない
講義前	39	56	1
講義後	28	56	4

5) 犯罪を犯した精神障害者は、症状がよくなってから改めて裁判を受け、 自分の犯した罪を償うべきである

	賛成	反対	わからない
講義前	9	86	1
講義後	64	22	2

資料5. 教科書における司法精神医学関連の記載の有無

出版社	教科書名	著者	作成国	出版年	司法精神医学	責任能力	精神鑑定	成年後見制度	心神喪失者等 医療観察法
金芳堂	精神医学 第11班	加藤伸勝	日本	2008	○	○	○	○	○
医学書院	標準精神医学	野村総一郎、樋口輝彦	日本	2006	○	○	○	○	○
創元社	精神医学ハンドブック	小此木啓吾他	日本	2007	○	○	○	×	×
中山書店	はじめの精神医学	渡辺雅幸	日本	2007	×	○	○	○	○
南山堂	精神医学	加藤進昌、神庭重信	日本	2007	×	×	×	×	×
医歯薬出版	学生のための精神医学 第2版	太田保之、上野武治	日本	2006	×	×	×	×	×
メデikal・ サイエンス・ インターナ ショナル	精神科シークレット	Jacobson AM, Jacobson JL	アメリカ	2004	○	○	×	×	×
金芳堂	クラッシュコース速習精神医学	Cameron, Bloye, Davis	イギリス	2005	○	○	×	×	×

○;記載あり、×;記載無し

厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
平成19年度 分担研究報告書

司法精神医学の人材育成等に関する研究
分担研究者 岡崎祐士
東京都立松沢病院 院長

研究要旨 分担研究テーマは、司法精神医学の人材育成等の課題のうち、医師の医学部卒業後の臨床研修、精神科専門医研修、司法精神医学専門医研修、さらには生涯研修という教育システムのあり方とその機能を検討する課題である。本年度は、卒後の専門研修（精神科専門医研修→司法精神医学専門医研修）に関してはワーキンググループが分化した。研究協力者の黒田と五十嵐がそちらに参加したので、その見に関してはワーキンググループの検討に任せることにして、今年度は、卒後の新臨床研修制度及び生涯教育システムのあり方について昨年度を踏まえて、再検討したので、それを報告する。

A. 研究目的

本分担研究課題は、司法精神医学の人材育成等の課題のうち、医師の医学部卒業後の新臨床研修制度による2年間の臨床研修、その後の3年間の精神科専門医研修、機関は未定であるが司法精神医学専門医研修、さらには一生に及ぶ生涯研修という教育システムのあり方とその内容を検討する課題である。

本年度は、卒後の専門研修とりわけ司法精神医学専門医研修に関してはワーキンググループが分化した。研究協力者の黒田治と五十嵐禎人がワーキンググループに参加したので、その課題に関してはワーキンググループの検討に任せることにして、今年度は、卒後の新臨床研修制度、日本精神神経学会精神科専門医制度及び生涯教育システムのあり方について昨年度を踏まえて、再検討した。

B. 研究方法

新臨床研修制度における司法精神医学教育については、もっぱら精神医学に委ねられている。しかも司法精神医学、広く考えて法と精神医学の位置づけは、インフォームドコンセントを除いては弱く不十分である。臨床が一つには種々の法的基盤の上に行われるものであること、法と臨床校医との種々の接点、そこにおける判断には法の側からも事態を見ることができるようになることが必要であることが、もっと強調されるべきと思われる。そのような視点立って、原稿の新臨床研修制度における広い意味での司法精神医学に関係する内容の研修を充実させることが重要である。その点を検討した。研修指導経験等を踏まえた議論によって検討した。

司法精神医学の生涯研修のあり方については、昨年度までに「愛知 法と精神医学懇話会」を紹介しながら、地域の司法精神医学に関わるすべての職種が参加する研究会の有用性を示した。今年度はその

後の取り組みをも参考にして、生涯教育のシステムについて、分担研究者・研究協力者が調査及び議論を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、個人情報を含む資料を用いることはなく、ヒトの体に侵襲を加えるような操作を加えたり、生体からの試料を採取することはない。従って、倫理審査委員会への提出課題には該当しないが、研究の過程において、「愛知 法と精神医学研究会」の活動内容の記述などにおいて、個人情報を含むような記載にならないように注意するなど人権に対して十分な配慮を払うよう心がけた。

C. 研究結果

司法精神医学専門医制度が存在しない現在では、司法精神医学を学ぶ機会は、新医師臨床研修制度2年→精神保健指定医（8症例報告、3日間の新規指定医対象研修会）または日本精神神経学会精神科専門医研修3年（研修指定病院での3年以上の指定研修ガイドラインにもとづく研修、30例以上の経験、10例の症例報告、筆記試験、面接試験）→精神保健指定医取得後5年経験後精神保健判定医（3日間の講習）→それぞれの更新のための研修・研修ポイント獲得および生涯研修というコースになっている。

精神保健判定医資格要件が、司法精神医学専門医制度（日本史法制審医学会が実施することになる）とリンクするか否かは不詳であるが、精神保健判定医の講習が3日間だけというのは、国際的に見ても明らかに不十分である。当面は、精神科専門医制度の各種研修と精神保健指定医の新規・更新の講習会に盛り込む司法精神医学の内容を充実させることが、最も現実的である。

1. 新医師臨床研修制度における司法精神医学研修
卒後2年間の新臨床研修制度においては、法的問

題は個々の研修科において任意に行われていると思われるが、体系的ではなく不十分であることは明らかである。卒前教育における医事法制の教育も十分とはいえない現状があり、臨床経験の早期に医事法制について、実際に即した研修を行っておくことは極めて重要と思われる。

具体的には、研修開始当初に、医師法、医療法、民法（成年後見制度）や医の倫理について、要点の講義を受ける。

インフォームドコンセントについては詳しい講義と演習を行い、指導医診察の見学を行う。インフォームドコンセントに必要な書類や病歴への記載を知る。

精神科研修においては、精神保健福祉法、心身喪失者等医療観察法、自立支援法、自殺対策基本法、少年法について、要点の講義を受け、精神保健指定医の診察、とくに非自発的入院の診察、に陪席することが望ましい。そして精神保健福祉法による非自発的入院の手続きを知り、非自発的入院に必要な書類や病歴記載の実際に触れる。

隔離や身体拘束が避けられない場合には、どのような手続きを経て行われるか、通信・面会の自由の権利の重要性とその制限が許される場合の手続き、必要な書類や病歴記載の実際の説明を受ける。

2. 精神科専門医制度研修における司法精神医学

日本精神神経学会は平成15年に医師免許を取得した者は過渡的措置私見を実施しているが、平成16年以降に医師国家試験に合格した医師については、研修手帳に基づく精神科専門医研修を行っており、22年度には第1回の専門医試験を実施する予定である。精神科専門医としての研修目標と方法：研修ガイドライン総論には、X. 法と精神医学（鑑定、医療法、精神保健福祉法、心身喪失者等医療観察法、成年後見制度等）があり、＜一般目標＞には、日常の臨床で、自らの行動を「法」の視点から点検する態度を身につけるとともに、司法精神医学に関する問題を理解する。＜行動目標＞として①精神保健福祉法を理解し、とくに行動制限事項について把握できる。②成年後見制度を理解できる。③心神喪失者等医療観察法を理解できる。④簡易鑑定、精神鑑定の実際を理解できる（必須自校ではない）。＜方法＞として、①精神保健指定医の措置診察を見学する。②成年後見制度については指導医の指導の下に診断書を作成する（最低1件）。③可能であれば簡易鑑定ないし精神鑑定の際に助手となって鑑定書を作成する。④教材およびビデオを用いて学ぶ、が含まれている。また、XI. 医の倫理（人権の尊重とインフォームド・コンセント）には、以下が含まれている。＜一般目標＞日常の臨床で、自らの行動を人権及び自己決定権の尊重という視点から点検する態度を身につける。＜行動目標＞①日常の臨床で、自ら

の行動を「医の倫理」の視点から点検する態度を身につける。②インフォームド・コンセント（informed consent）に基づく診療を行うことができる。＜方法＞研修医は、指導医の臨床姿勢を観察することにより、自らの行為を点検し、上に挙げた点について指導医と討論する。

おおむね妥当な目標と思われるが、インフォームド・コンセントについては、患者の権利についての十分な理解の促進と、医学に絶対はなく、どのような治療法も限界や副作用があることを理解し、随伴するリスクを含む複数の治療法・対処法について説明し、インフォームド・チョイスの機会を提供することの必要性を学ぶ必要がある。

以上が、精神科専門医の研修に要請される司法精神医学的研修内容である。「日常の臨床で、自らの行動を人権及び自己決定権の尊重という視点から点検する態度を身につける」という目標は、内面化されるべき品位の高い目標が掲げられている。それを具体化する行動目標と方法については、さらに豊富な内容に改善するひつようがある。

3. 地域司法精神医学研究会

現在、医療観察法の施行に伴って、地域ごとに法と精神医学あるいは司法精神医学に関する勉強会や研究会が組織され、地域の精神科医療従事者と法曹界の諸職種の人々の合同の検討が始まっている。これは司法精神医学の生涯研修の基本組織になりうる可能性があり、医療観察法病棟の存在などの適切な地域区分ごとに設けられることが望まれる。

平成17年度、18年度にも「愛知 法と精神医学懇話会」を例に検討したが、また、平行して刑事鑑定研究会も行われている。19年度の2つの会で話題になったのは、以下のような問題であった。

（1）年2回の愛知法と精神医学懇話会では、事例を付添人弁護士から報告し、それに対して、判定員、あるいは鑑定人精神科医がコメントし、さらに社会復帰調整官が、生育歴と社会復帰の見通し（住む家、就労、家族の受け入れ）などについて具体的に述べて、指定医療機関へのアクセスなどについて、精神保健福祉士が追加をするという形で、医療観察法の対象者の鑑定入院から退院後の生活まで、一貫した流れの各段階で課題を明確にする事例検討を重ねている。

（2）刑事鑑定研究会では、診療所医師、勤務医、矯正施設勤務医に加えて、鑑定入院指定病院の医師、医療観察法病棟の担当医などが参加し、事例を丹念に検討する作業を行って、診断、対象行為時の思慮弁別能力判定、行動制御能力判定の可否などについて、つっこんだ議論を行っている。

（3）＜医療観察法の対象者について＞検察側が、医療観察法に持っていこうとする意図があったと思われるケースも見られ、精神保健福祉法下での、医

療保護入院（場合により措置入院）で十分と思われる症例まで、医療観察法の「適応」にされている可能性がある問題も指摘されている。

未治療で、対象行為が初発という事例は極めて少なく、精神保健福祉法の入院適応であるのに、主治医や病院の対応のタイミングが不適切で招いた重大な他害行為の事例など、全般的精神科医療の質が問われることが多く感じられている。通院医療の自己決定権という人権への配慮と再発予防のためのサイコエデュケーションの推進という医療側の課題が、治療中断による対象行為の事例では如実に明らかとなっている。

（４）＜鑑定の問題点＞医療観察法の鑑定入院に関しては、なお担当病院間の質的ばらつきの大きさは、放置できない問題点の一つである。

検察庁で行われる起訴前鑑定の QC については、従来と同じ状態が持続していることも多く、まったく改善の手立てがない。起訴前鑑定を行う精神科医は、司法精神医学会、犯罪心理学会などで中心的な役割を果たせる実力を持った人によって担われる必要がある。

これらの問題は当該被疑者や患者の人権状況に不平等をもたらすものであり、これらの問題点を解決するためには、起訴前鑑定と鑑定入院に携わる鑑定人の司法精神医学の力量を強化する必要があり、専門医制度とともに、地域鑑定センターなど専門機関の確立も考慮する必要があるだろう。

D. 考察

医療観察法の施行によって、司法精神医学人材養成の課題は緊急に量的のみならず、質的にも差急な強化が図られるべき事態になっている。司法精神医学は人間の触法行為における精神疾患のかかわりという人間性、精神の病、犯罪の関係という奥深い問題に関わる領域である。それに応えるためには、人間性の理解と人権についての深い理解を前提とした、卒前の医学教育から、卒後の医師、精神科専門医、司法精神医学専門医、そして生涯研修に至る法と精神医学、司法精神医学の研修をシステムを確立する必要がある。そのためには、それを専門とする司法精神医学専門機関（医学部・医科大学における司法精神医学講座、大学における司法精神医学医療従事者養成学科、地域鑑定センターなど）の確立が必要である。

E. 結論

当面の司法精神医学人材養成は、新医師臨床研修制度 2 年→精神保健指定医または日本精神神経学会精神科専門医研修 3 年→精神保健指定医取得後 5 年経験後精神保健判定医→それぞれの更新のための研修、生涯研修というコースになっている。この中で

幅広い司法精神医学の教育研修を盛り込みつつ、司法精神医学専門医制度の創設を待って、そこを基軸として、司法精神医学と医療の質的刷新強化が図られるべきであろう。もちろん座視して待つのではなく、地域ごとの司法精神医学または法と精神医学に関する研究会や懇話会を設け、医療観察法医療に携わるすべての職種からなる症例検討会を軸とする検討、研修、勉強会を開催していくことが必要であろう。大学医学部・医科大学精神科や医師も積極的に参加して人材養成を行っていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

粥川裕平・吉岡眞吾・村田昌彦・富永 格・舟橋龍秀・古田寿一・岡崎祐士：医療観察法の現状、今後の展望. 最新精神医学 13(2):159-165, 2008

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究協力者

粥川裕平（名古屋工業大学大学院）

黒田 治（東京都立松沢病院）

五十嵐禎人（千葉大学大学院）