

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17－19年度 総合研究報告書

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、医学部卒業後の司法精神医学人材育成のための臨床研修のあり方についてである。米国の司法精神医学の学部教育と司法精神医学専門医の教育内容の調査、わが国の医学部卒業後の臨床研修、精神保健指定医/精神科専門医研修、精神保健判定医、さらには生涯研修の実情を検討した。また、医療観察法施行前後から幾つかの地域に司法精神医学研究会や法と精神医学懇話会などが誕生している。具体的には「愛知 法と精神医学研究会」の実情を検討し、そのような地域学習組織が、司法精神医学の生涯研修組織として有用に機能できる点を明らかにした。これらの組織はまだ精神科医師と法曹関係者が主であるが、医療観察法医療の多職種チーム医療を反映した、司法精神医学にかかわる多職種の組織に発展させていく必要がある。

しかし、我が国の司法精神医学研修が要請される課題に応えるためには、精神保健判定医の講習程度では不十分であり、司法精神医学専門医制度の創設による研修・更新研修、さらには生涯研修という教育システムが確立される必要がある。また、司法精神医学専門臨床施設、たとえば起訴前鑑定や医療観察法鑑定入院などの鑑定を専門に担う地域鑑定センター、あるいは医学部・医科大学に司法精神医学講座の確立がひとつようである。

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。

B. 研究方法

初年度は、①医学部教育および卒後の専門研修における司法精神医学教育について、米国のハーバード大学の調査を行った。②すでに精神科医となった者への社会教育・生涯教育の1つの在り方として、医療観察法施行前後から地域ごとに誕生した、司法精神医学研究会や法と精神医学懇話会などに注目して調査した。具体的には「愛知 法と精神医学懇話会」の経緯、構成メンバーや会の内容について検討した。

二年目は、我が国の司法精神医学の教育および研修システムの現状をまとめ、その幾つかの側面について、外国の実情も踏まえて今後のシステムを検討した。

三年目は、以上の検討を統合して、司法精神医学の主に、医学部卒業後の精神科医の養成課程について、システムの提案を行った。

C. 研究結果

1. 現状のわが国の司法精神科医養成システム
わが国の現状は以下のとおりである。

A. 医学部教育

ごく簡単な精神保健福祉法、成年後見制度、医療観察法等の解説が行われている。
インフォームドコンセントは医療面接との関連にても比較的詳しく触れる機会がある。

B. 新医師臨床研修制度（医学部卒後2年間スーパーローテイト）

司法精神医学、広く法と精神医学にしても、精神科以外では取り上げられない。精神科の研修期間は、大部分の研修病院が1ヶ月で、3か月の病院は少ない。したがって司法精神医学はインフォームドコンセント、非自発的入院形態等を巡って精神保健福祉法に触れることはあるが、深く体系的にほとんどない。

C. 精神保健指定医（資格要件：スーパーローテイト研修後、3年の精神科研修）

司法精神医学研修は必須とされていないが、医療観察法成立後、症例報告（8例）に、医療観察法医療の症例も含めてよいことになった。しかし、精神保健福祉法の人権規定を中心とする患者の処遇については、深い理解が求められている。法と精神医学の勉強は、精神保健指定医申請のための研修と勉強の中で、初めて詳し

く学習されると言うてよい。

D. 日本精神神経学会専門医（資格要件：スーパーローテイト研修後、研修指定病院で3年の精神科研修）

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開始しており、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＞

(1) X. 法と精神医学（鑑定、医療法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、成年後見制度等）

＜一般目標＞

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＞

- 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＞

- 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。

(2) XI. 医の倫理（人権の尊重とインフォームド・コンセント）

＜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。

医療観察法における精神保健判定医（資格取得後5年経過した精神保健指定医で3日間の研修会で

研修を修了した者が指定される）

例えば、平成19年度第3回（福岡）初回研修の内容は以下の通りであった。

司法精神医学の歴史と概念（1. 5時間）

心神喪失者等医療観察法における医療の目的とその概要（1時間）

わが国の司法精神医療の現状と問題点（1時間）

法学（総論、審判手続き）（1時間）

法学（心神喪失者等医療観察法における医療と法律）（1時間）

司法精神医療における倫理的課題（1時間）

精神保健審判員の義務と責任（1. 5時間）

鑑定の理論と実際（1. 5時間）

医療観察法における入院医療について（1時間）

医療観察法における通院医療について（1時間）

社会復帰調整官の役割と地域処遇について（2時間）

パネルディスカッション「地域処遇をめぐって」（2時間）

心神喪失者等医療観察法と我が国の精神保健福祉（概論）（1時間）

心神喪失者等医療観察法における医療の現状について（1時間）

鑑定業務演習（1. 5時間）

事例検討1（審判シミュレーション）（1. 5時間）

事例検討2（審判シミュレーション）（1. 5時間）

精神保健指定医、精神保健判定医、精神科専門医共に、5年ごとの更新システムを採用しており、精神保健指定医は更新講習会出席、精神保健判定医は医療観察法の実務に携わること（精神保健審判員、鑑定医等）と更新研修会、精神科専門医は5年間に600点の研修ポイントを取得することを義務付けている。

2. わが国の司法精神科医養成システムの検討

わが国の司法精神科医養成システムに欠けているのは、司法精神医学専門医制度である。欧米諸国は専門医制度を早くから立ち上げて、すでに認定された専門医が司法精神科医療の中心になっている。わが国においても、日本司法精神医学会が将来の課題としており、いずれ創設されると思われる。

当面は、上記の新医師臨床研修制度、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医、精神保健判定医の研修内容を充実させるのが方針となろう。

そして、次に述べる地域研究会・勉強会は、わが国独自の生涯研修の場としては発展させるべきであ

ろう。

研究教育内容については、精神保健判定医研修会に一番詳しい内容が見えるが、精神科専門医に要請されている「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」を基本態度として、その上に精神保健福祉法の精神科医療における人権の尊重、その上に司法精神医学専門研修を位置づけるべきであろう。

わが国の司法精神医学教育の参考に米国のシステムを検討した。

<米国の司法精神医学卒後教育>

黒田は米国の実情を視察し、以下のような現状を把握した。

① 米国では、専門医制度と卒後臨床研修制度が、車の両輪のように巧みにリンクしている。前者は米国専門医試験委員会 (American Board of Medical Specialties; ABMS)、後者は卒後医学教育認可審議会 (Accreditation Council for Graduate Medical Education; ACGME) によって、それぞれ統括されている。

司法精神医学を始めとする精神医学領域の専門医認定には、ABMSの下部組織である米国精神医学・神経学専門医試験委員会 (American Board of Psychiatry and Neurology, Inc.; ABPN) が関与する。

図式化すれば、両制度は5層構造を成している

(図1)。下から順に、①卒後4年間の一般専門医研修 (residency training)、②一般専門医認定 (Certification in the Specialties)、③卒後5年目の高度専門医研修 (residency education in the subspecialties)、④高度専門医認定 (Certification in the Subspecialties)、⑤専門医資格維持プログラム (Maintenance of Certification; MOC)、である。最下層をクリアすれば2層目への「挑戦権」を獲得でき、2層目をクリアすれば3層目へ、というように、専門医を志す医師は順次、上層を目指す。反対に、1つ下の階層をクリアできなければ、その階層にいらなくなる (たとえば、高度専門医が一般専門医の資格を喪失すれば、自動的に高度専門医資格も失う)。

② 米国精神医学・神経学専門医試験委員会 (ABPN)

精神科領域においてABPNが認定する専門医には、スペシャリティである (一般) 精神医学に加えて、6種のサブスペシャリティ (児童思春期精神医学、老年精神医学、嗜癖 (addiction) 精神医学、司法精神医学、疼痛医学、心身医学) が含まれる。

③ 卒後医学教育認可審議会 (ACGME)

ACGMEには、28の専門研修医制度評価委員会 (residency review committee) が存在し、2005年からの1年間で、120種のスペシャリティとサブスペシャ

リティのための8186のプログラムが認可されており、精神医学領域では、181の一般精神医学専門医研修プログラム (residency training in psychiatry)、41の司法精神医学高度専門医研修プログラム (residency education in forensic psychiatry) が認可されている。

④ 一般精神医学専門医研修プログラムにおける司法精神医学教育と専門医認定

ACGMEの示す一般精神医学専門医研修プログラムの中で司法精神医学に関連する項目は以下の4点である：

- 卒後 2～4 年に行なわれる研修目標に「精神科医療に適用される医学倫理」「精神科医療の法的側面」についての講義が含まれる。
- 9 ヶ月間以上 (18 ヶ月未満) 必要とされる一般精神科入院施設での臨床実習の期間に司法精神医療施設での臨床実習が最長 3 ヶ月まで算入可能である。
- 精神科救急サービスでの臨床実習で習得すべき救急評価や危機介入 (crisis management)、患者のトリアージ (triage) に関する知識や技能の中に、自傷他害のおそれのある患者のリスク査定やリスクマネジメント、その他の司法精神医学に関連する知識が含まれている。
- 司法精神医学に関しても、「精神科医の指導下において、司法的問題を有する患者の評価を経験する」という範囲において臨床実習を受けることが要件とされている。

一般精神科医療の臨床においても、たとえば、非自発的入院・通院治療、可能的被害者への警告・保護義務、治療拒否権、治療を受ける権利など、司法精神医学領域の重要なトピックスについての知識や、それらの歴史的・法的背景についての理解は重要である。Lewisは、卒後4年間の一般精神医学専門研修の期間中に習得すべき司法精神医学に関連する基本的トピックスの候補を列举 (表1) し、これらをその重要性に基づいて、“Strongly Recommended”、“Recommended”、“Advanced”の3段階に分けて、特に重要なテーマについては、卒後1年目の研修医に対する「特訓速成講座 (crash course)」として提供されるべきであると主張している。

一般精神医学専門医認定試験のための受験要件は、

① 米国・カナダまたはWHO認定の医学部卒業、② 米国・カナダの医師免許所有、③ ACGMEによって認可された卒後4年間の一般精神医学専門研修プログラム修了、である。試験は一次試験と二次試験からなる。

一次試験は2部構成 (各3時間半) の電子テスト媒体を利用した選択肢形式の筆記試験であり、精神医学領域の問題だけでなく、神経学領域の問題も出題される。一次試験に合格すれば、二次試験受験資格

が与えられる。

二次試験は2部構成（各1時間）の口頭試問であり、実際の患者の診察によって受験者の臨床的能力を評価するPatient Sectionと、3例の症例記載文と1例のビデオ録画映像（4～5分程度）について、それぞれの症例の診断や治療計画に関する面接官からの質問に答えるVignette Sectionからなる。

1994年以降、ABPNが発行するすべてのスペシャリティ、サブスペシャリティに関する専門医認定は10年間の期間限定となったため、各専門医はABPNが策定した専門医資格維持（MOC）プログラムを通じて、継続的に生涯教育に取り組み、10年ごとの再認定試験に合格する必要がある。MOCプログラムには、①医師資格の維持、②PIPE（Psychiatrist in Practice Examination）などの自己評価プログラムと規定単位以上の生涯学習活動（continuing medical education; CME）への参加、③再認定のための筆記試験、④カルテ調査や治療実績比較などによる臨床実務評価などが含まれる。

⑤司法精神医学に関する高度専門医研修プログラムと専門医認定

米国において、司法精神医学に関する専門医制度や研修プログラムが標準化されたのは比較的最近である。必要性はすでに20世紀半ばには認識されていたが、精神医学と法学との間の複雑な関係の影響などによって、その具現化は遅々として進まなかった。その後、米国司法科学学会（American Academy of Forensic Sciences）や「米国精神医学と法学学会（American Academy of Psychiatry and the Law）」の協働のもとに、1980年代以降、Rosnerらが中心となって、全米規模での司法精神医学の卒後教育のための標準化作業が進められた。1992年、ABMSによって、「司法精神医学の追加資格（Added Qualification in Forensic Psychiatry; AQFP）」という資格が設けられ、司法精神医学が精神医学のサブスペシャリティとして公的に承認されることとなった。第1回目のAQFP試験は1994年に実施、1995年頃までに、司法精神科医研修プログラムは全米で38に増え、1997年、名称は現在の「司法精神医学高度専門医認定資格（Certification in the Subspecialty of Forensic Psychiatry.）」に変更された。この資格試験の受験要件は、①一般精神医学専門医の資格を有していること、②前記の資格取得後に、ACGMEの認可した1年間（非常勤の場合は2年以内）の司法精神医学高度専門医研修プログラムを修了したこと、である。

ACGMEは、このプログラムに関する詳細な要件を公表しており、①サブスペシャリティとしての司法精神医学の定義や研修期間、到達目標、②研修主催施設や関連施設、③研修プログラムにおける責任者や指導教官の役割や義務、資格および研修で利用可

能な関連資源、④研修医の資格、⑤カリキュラム、⑥研修環境、⑦研修医、指導教官、プログラムそのものに関する評価手法など多岐にわたる項目が含まれている。現在、全米で41施設がこの研修プログラムを実施している。

ABPNの司法精神医学専門医認定試験は、電子テスト媒体による選択肢形式の筆記試験であり、精神医学や民事法（civil law）、刑法、刑事施設、刑事施設における医療に関連する法制度、法体系や重要な法律、児童や家族、特殊な診断的・治療的問題、司法精神医学における特殊な手続き、司法精神医学領域のコンサルテーションや調査、リスクアセスメント（暴力、危険性、犯罪学的問題、自殺、精神医学的実地検証（psychiatric autopsy））、司法精神医療における問題などに関する200問の問題に4時間で取り組む。2006年12月現在、全米に1600名弱のABPN認定（board-certified）の司法精神医学専門医が存在している。

3. 生涯研修の場としての地域司法精神医学研究会または法と精神医学懇話会

たとえば、「愛知 法と精神医学懇話会」は、司法精神医学専門医のみでなく、精神保健判定医、精神科指定医・専門医で精神保健福祉法、成年後見制度、鑑定や医療観察法等に関わる職種すべてが参加している。司法精神科医療は多職種のチーム医療であり、そのすべての職種が参加できるばとなっている。この経験を踏まえて、粥川は、司法精神医学人材養成・生涯研修システムを以下のように提案している。

A. 日本精神神経学会に司法精神医学人材養成部会（あるいは委員会）を設ける。老年精神医学、犯罪精神医学、児童精神医学の3つの領域で、学識経験が最も豊かな役員で構成する。

B. 日本精神神経学会地方会（北海道・東北、関東、東海・北陸、近畿、中四国、九州）の中に司法精神医学人材養成地方部会を設ける。各々の部会執行部に、林班の研究員、および中島班の研究員と、老年精神医学、児童精神医学、司法精神医学の領域の専門家が加わる。

B-1：成年後見に関しては、日弁連の高齢者問題委員会と合同で、老健施設、老人病院、特養などに入所中で、成年後見鑑定が必要な事案で主治医、嘱託医では対応困難な事例について、鑑定依頼ルートを家庭裁判所との連携で構築する

B-2：少年非行に関しては、児童青年期精神医学会の理事・評議員を中心に、少年事件弁護士、家庭裁判所、少年院、医療少年院などの矯正施設のスタッフも含めて、合同研究会を構築し、非行→矯正→社会復帰の流れを、各事例毎の検討を踏まえて、実践的に進めてゆく。

B-3：医療観察法に関しては、二つの専門部会を構築する。

刑事鑑定研究会

起訴前鑑定を担う精神科医が圧倒的に不足しており、開業医、民間病院勤務医の極一部が、診療の合間に、検察庁の依頼で年間数件実施している現況にある。刑事鑑定の事例研究会を都道府県単位で立ち上げ、起訴前鑑定（司法鑑定を含む）の事例研究を通じて、若手医師に司法鑑定への関心興味を喚起する。そして司法鑑定の補佐を精神科研修期間中に2例を目標に経験出来るようにする。精神神経学会専門医となつてからは、3年間で1例を目標に鑑定を経験する。自ら鑑定した事例をクローズドの刑事鑑定研究会で報告し、司法鑑定の水準を高めるべく研鑽に努める。そうした事例の蓄積の上で、司法精神医学の専門家を招聘し、司法精神医学に関する講演会・研修会を年1回精神保健弁護士（付添人）、社会復帰調整官、精神保健福祉士、医療観察法入院病棟スタッフ（看護師、臨床心理士）とともに、都道府県単位で実地する。

地域の司法精神医学研究会

医療観察法入院から社会復帰まで精神保健判定医、付添人（精神保健弁護士）、社会復帰調整官の3者で医療観察法の処遇を受けた事例をつぶさに報告し、犯罪の発生→検察の対応→医療観察法の申立→処遇→転帰のすべての段階で、医療観察法の間からみて問題点はなかったか、最終目標である社会復帰に向けての住処、仕事、経済保障、支援者（家族を含む）の現状と展望、さらに医療の継続を行う上での通院医療機関のケア（服薬通院中断時の対応、病状再燃時の対応、合併症出現時の対応）についても、仔細に検討を行う。

上記の三つの分野における活動を、日本精神神経学会（含む地方会）、日本犯罪精神医学会、老年精神医学会、児童青年期精神医学会、2年に1回それぞれ報告を行う。

日弁連の刑事問題委員会、精神保健部会との合同で、可能なところは都道府県単位で、人口の少ない地域はブロック単位で進めて行くことが望ましい。

この領域は、池田小学校児童殺傷事件以来、特にメディアの暴走が激しく、とりわけ個人情報保護、人権に関わるセンシティブな領域なので、事例の扱いについては慎重の上に慎重を重ねることが肝要である。また医療観察法病棟の新設をめぐって近隣住民の反対運動が各地に起きて、建設開始の遅延を余儀なくされたところが少なくないこと、さらに、医療保護入院はもとより、精神保健福祉法の措置入院制度、医療観察法の施行に関しても疑念や異論を抱く精神科医、弁護士、患者集団も存在している現状がある点についても、引き続き十分な配慮が必要で

ある。

同時に、障害者基本法が成立し、障害の区別なく社会参加が可能となるように国民がそれを支援することが義務づけられているノーマライゼーションの時代の今日的課題を鑑みて、認知症をはじめとする患者の財産や生命の保護、少年非行の社会復帰と自立、重大犯罪の有無にかかわらず精神障害者の社会復帰と自立など包括的な精神科医療・リハビリテーションの充実をすべての精神保健に携わる人々が確信を持って推進出来る様な条件整備が、精神科医療供給の財政的・空間的・人的側面で、なお一層図られなければならないと考える。

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）の確立がなければ十全なものとはならないであろう。

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）

伊藤雅之（三重大学大学院）

以下資料。

表1 一般精神医学研修期間に習得すべき司法精神医学関連テーマの候補(文献10)	
ローテーション	テーマの候補
入院医療施設	民事的強制入院命令 インフォームド・コンセント 強制薬物療法 治療を受ける権利 治療を拒否する権利 入院患者の権利 守秘義務 成年後見制度
外来通院施設	第3者保護の義務 米国障害者支援法 通報義務 医療過誤 リスク・アセスメント 詐病
小児	小児の保護監督権(親権) 児童虐待・ネグレクト 青少年のリスク・アセスメント インフォームド・コンセント 青少年専門裁判所(Juvenile court)
コンサルテーション・リエゾン	治療を拒否する権利 リスク・アセスメント 医療過誤 終末医療
救命救急室	リスク・アセスメント 通報義務 民事的強制入院命令 強制薬物療法
退役軍人病院	物質乱用治療に関連する診療情報についての守秘義務
老年期	成年後見制度 終末医療 インフォームド・コンセント 老人虐待・ネグレクト
研究	インフォームド・コンセント 医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律(Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA))
司法精神医学選択	裁判を受ける能力 刑事責任能力 刑事施設内での精神保健(矯正精神保健) 死刑

表 2 一般精神医学研修医のための司法精神医学関連テーマ(文献 10)

特に推奨されるテーマ	推奨されるテーマ	発展的なテーマ
第 3 者への警告／保護の義務※ 法的通報義務※ 民事的強制治療命令※ 治療を受ける権利※ 治療を拒否する権利※ リスク・アセスメント インフォームド・コンセント※ 診療情報記録 基本的法令 守秘義務※ 児童虐待／ネグレクト 召喚状への対応 HIPAA※ 基本的倫理※ 法的能力 治療の限界※	医療過誤 法廷での証言 刑事施設での精神保健 成年後見制度 米国障害者支援法 死ぬ権利 裁判を受ける能力 離婚／子どもの親権 障害を有する小児が教育を受ける権利 専門家証人の役割 マネジド・ケア 労災補償	死刑 性犯罪者 より発展的な倫理的課題 職場での暴力 セクシャル・ハラスメント 精神医学的手法による実地検証 青少年の司法 司法精神医学報告の書き方 機能障害を負った医師 情緒的危害
※卒後 1 年目の研修医のための「特訓速成講座」に適したテーマ		

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書 籍

林 拓二

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
林拓二	精神疾患の分類と診断- 司法精神医学のために	松下正明	司法精神医学第1巻・概論	中山書店	東京	2006	19-32
林拓二（編）		林拓二	第1回京都法精神医学研究 会プロシーディング	京都法精神 医学研究会	京都	2006	1-80
林拓二	SPECTを用いた精神疾患 の研究	林拓二	非定型精神病の客観的な診 断法の確立に向けた総合的 研究	—	京都	2007	39-69
大下顕	精神障害者の安全を守る 法体制	坂田三允	患者の安全を守る看護技術 (精神看護エクスペール19)	中山書店	東京	2006	184- 190
Huber G(著) 林拓二（訳）		(単著)	精神病とは何か—臨床精神 医学の基本構造	新曜社	東京	2005	1-232
林 拓二		(単著)	非定型精神病—内因性精神 病の分類と診断を考える	新興医学出 版	東京	2008	1-222
石原宏、 西口芳伯	医療少年院における「箱 庭」の取り組み	伊藤良子	臨床心理面接研究セミナー	至文堂	東京	2006	271- 274

清水 徹男

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
清水徹男	各種精神疾患と刑事精神 鑑定-睡眠障害	山内俊雄、 山上皓、 中谷陽二	司法精神医学 第2巻、 刑事事件と精神鑑定	中山書店	東京	2006	236- 239

中谷 陽二

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
中谷陽二		(単著)	司法精神医学と犯罪病理	金剛出版	東京	2005	
中谷陽二	刑事責任能力鑑定	松下正明、 山内俊雄、 山上皓、 中谷陽二	司法精神医学5、司法精神 医療。	中山書店	東京	2006	164- 168

中谷陽二	刑事精神鑑定の歴史と現状—争点と課題	松下正明、 山内俊雄、 山上皓、 中谷陽二	司法精神医学2、刑事事件 と精神鑑定	中山書店	東京	2006	2-10
中谷陽二	イタリア—保安処分と精神鑑定	松下正明、 山内俊雄、 山上皓、 中谷陽二	司法精神医学2、刑事事件 と精神鑑定	中山書店	東京	2006	291- 297
Nakatani Y	The birth of criminology in modern Japan	Becker P, Wetzell RF	Criminals and their cientists	Cambridge University Press	New York	2006	281- 298
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、 山内俊雄、 山上皓、 中谷陽二	司法精神医学1、司法精神 医学概論	中山書店	東京	2006	34-45
町野朔、 中谷陽二、 山本輝之		(共編)	触法精神障害者の処遇、増 補版	信山社	東京	2006	
中谷陽二	触法行動と精神鑑定	佐藤光源、 丹羽真一、 井上洋平	統合失調症の治療—臨床と 基礎—	朝倉書店	東京	2007	535- 542

伊豫 雅臣

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
伊豫雅臣、 藤崎美久、 羽間京子		伊豫雅臣	第一回千葉司法精神保健研 究会—鑑定入院について—		千葉	2006	
伊豫雅臣、 橋本謙二、 藤崎美久、 小松尚也、 岡田真一	脳器質的検査	松下正明	II刑事精神鑑定の実際 脳 器質的検査；司法精神医学 2	中山書店	東京	2006	88-99

岡崎 祐士

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
粥川裕平 監訳、 木村哲也訳	(単著)		統合失調症を正しく理解す るために	萌文社		2005	

研究成果の刊行に関する一覧表

雑 誌
林 拓二

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Fukui H, Murai T, Fukuyama H, Hayashi T, Hanakawa T	Functional activity related to risk anticipation during performance of the Iowa Gambling Task	Neuroimage	24	253-259	2005
福井裕輝、並木千尋、 山田真希子、村井俊哉	反社会性人格障害/サイコパシー ー人格 の病理と情動ー	精神科治療学	20巻4号	363-371	2005
林拓二	司法精神医療の人材養成と地域ネットワー クの構築に向けて	臨床精神医学	35	321-324	2006
岡江晃	精神鑑定の課題ー人格障害に関連して	司法精神医学	1	65-73	2006
Fukui H, Murai T, Shinozaki J, Aso T, Fukuyama H, Hayashi T, Hanakawa T	The neural basis of social tactics: An f MRI study	Neuroimage	32	913-920	2006
吉川和男、福井裕輝、 野田隆政、吉住美保、 松本俊彦、岡田幸之	脳腫瘍によりアスペルガー症候群を発症し 母親を殺害した事例	犯罪学雑誌	72(4)	105-119	2006
Yamada M, Hirao K, Namiki C, Hanakawa T, Fukuyama H, Hayashi T, Murai T	Social cognition and frontal lobe pathology in schizophrenia: A voxel- based morphometric study.	Neuroimage	35	292-298	2007
吉岡隆一	リスク評価・責任能力判断・治療適応性判 断ー一般精神医療一元体制の経験の総括と 司法精神医療の今後ー	精神神経学雑誌	108	521-526	2006
吉岡隆一	医療観察法37条鑑定と審判をめぐる言説の 分析ーリスク評価と治療適合性はわが国精 神医療の歴史にとってなにを意味するかー	精神医療	46	82-93	2007
吉岡隆一	自殺は病理か；労災事例をめぐって	法と精神医療	20/21	141-151	2007
吉住美保、上田敬太、 大東祥孝、村井俊哉	前頭葉機能に関する行動評価尺度Frontal Systems Behavior Scale 日本語版の標準 化と信頼性、妥当性の検討.	精神医学	49	137-142	2007

Fujiwara H, Hirao K, Namiki C, Yamada M, Shimizu M, Fukuyama H, Hayashi T, Murai T	Anterior cingulate pathology and social cognition in schizophrenia: a study of gray matter, white matter and sulcal morphometry.	Neuroimage	36	1236-1245	2007
Fujiwara H, Namiki C, Hirao K, Miyata J, Shimizu M, Fukuyama H, Sawamoto N, Hayashi T, Murai T	Anterior and posterior cingulum abnormalities and their association with psychopathology in schizophrenia: a diffusion tensor imaging study.	Schizophr Res.	95	215-222	2007
深津隆英、杉浦明夫、河田晃、清水光明、深津尚史、兼本浩祐	医療刑務所における拘禁反応の臨床的検討	臨床精神医学	36	1203-1210	2007
Miyata J, Hirao K, Namiki C, Fukuyama H, Okada T, Miki Y, Hayashi T, Murai T.	Interfrontal Commissural Abnormality in Schizophrenia: Tractography-Assisted Callosal Parcellation	Schizophr Res.	97	236-241	2007
Saze T, Hirao K, Namiki C, Fukuyama H, Hayashi T, Murai T	Insular volume reduction in schizophrenia.	Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci	257	473-479	2007
Namiki C, Hirao K, Yamada M, Hanakawa T, Fukuyama H, Hayashi T, Murai T.	Impaired facial emotion recognition and reduced amygdalar volume in schizophrenia.	Schizophr Res.	156	23-32	2007
福井裕輝	サイコパス：情動の病、そして扁桃体機能不全仮説	臨床精神医学	36	883-890	2007
Shimizu M, Fujiwara H, Hirao K, Namiki C, Fukuyama H, Hayashi T, Murai T	Structural abnormalities of the adhesio interthalamica and mediodorsal nuclei of the thalamus in schizophrenia. in press	Schizophr Res.		in press	2008
大下 颯、村井俊哉	前頭葉と道徳（モラル）	分子精神医学	31	印刷中	2008
大下颯	殺人事件で医療観察法の鑑定がなされた統合失調症の3例の検討	精神神経学雑誌	110	38-42	2008

清水 徹男

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
清水徹男、武田忠厚	医学生の司法精神医療に関する知識と意識についての調査	司法精神医学	3	印刷中	2008

三國 雅彦

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ito M	Increased and Decreased Cortical Reactivities in Novelty Seeking and Persistence: A Multichannel Near-Infrared Spectroscopy Study in Healthy Subjects.	Neuropsychobiology	52	45-54	2005
Kameyama M	Frontal lobe function in bipolar disorder: A multichannel near-infrared spectroscopy study.	Neuroimage	29	172-184	2006
Ariga M, Uehara T, Takeuchi K, Ishige Y, Nakano R, Mikuni M	Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in delinquent female adolescents	Journal of Child Psychology and Psychiatry	49 (1)	79-87	2008

中谷 陽二

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小島秀吾、橋爪きょう子、和田久美子、簗下成子、森田展彰、中谷陽二	刑事責任能力の判定に関するアンケート調査	精神神経学雑誌	107(5)	437-455	2005
鈴木志保、安斎順子、中谷陽二	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	臨床精神病理	26巻2号	139-146	2005
中谷陽二	医療観察法の本質を問う—折衷モデルの行方	日本精神科病院協会雑誌	25(2)	16-20	2006
中谷陽二	司法精神医と統合失調症	Schizophrenia Frontier	7(1)	7-12	2006
中谷陽二	国際比較から医療観察法をみる	臨床精神医学	35(3)	315-319	2006
中谷陽二	重大事件の精神鑑定—統合失調症を中心に	司法精神医学	1(1)	49-56	2006
中谷陽二	責任主義の行方と精神鑑定	司法精神医学	2(1)	72-79	2007
小池純子、森田展彰、中谷陽二	心神喪失者等医療観察法に対する弁護士の関心—アンケート調査から—	臨床精神医学	36(9)	1213-1219	2007
中谷陽二	医療観察法後の責任能力	精神科	10(3)	211-215	2007
中谷陽二	法と精神医学(専門医制度企画)	精神神経学雑誌	109(9)	882-886	2007

倉知 正佳

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Suzuki M., Zhou S.-Y., Takahashi T., Hagino H., Kawasaki Y., Niu L., Matsui M., Seto H., and Kurachi M.	Differential contributions of prefrontal and temporolimbic pathology to mechanisms of psychosis.	Brain	128	2109-2122	2005
Suzuki M., Zhou S.-Y., Hagino H., Niu L., Takahashi T., Kawasaki Y., Matsui M., Seto H., Ono T., and Kurachi M.	Morphological brain changes associated with Schneider's first rank symptoms in schizophrenia a MRI study.	Psychol. Med.,	35	549-560,	2005
Takahashi T., Suzuki M., Zhou S.-Y., Hagino H., Tanino R., Kawasaki Y., Nohara S., Yamashita I., Seto H., and Kurachi M.	Volumetric MRI study of the short and long insular cortices in schizophrenia spectrum disorders.	Psychiatry Res. Neuroimaging	138	209-220	2005
Takahashi T, Suzuki M, Zhou S-Y, Tanino R, Hagino H, Kawasaki Y, Matsui M, Seto H, Kurachi M	Morphologic alterations of the parcellated superior temporal gyrus in schizophrenia spectrum.	Schizophr Res	83	131-143	2006
Takahashi T, Suzuki M, Zhou S-Y, Tanino R, Hagino H, Niu L, Kawasaki Y, Seto H, Kurachi M	Temporal lobe gray matter in schizophrenia spectrum: a volumetric MRI study of the fusiform gyrus, parahippocampal gyrus, and middle and inferior temporal gyri.	Schizophr Res	87	116-126	2006
Matsui M, Sumiyoshi T, Yuuki H, Kato K, Kurachi M	Impairment of event schema in patients with schizophrenia: Examination of script for shopping at supermarket	Psychiatry Res	143	179-187	2006
Sumiyoshi T, Higuchi Y, kawasaki Y, Matsui M, Kato K, Yuuki H, Arai H, Kurachi M	Electrical brain activity and response to olanzapine in schizophrenia: A study with LORETAimages of P300.	Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry	30	1299-1303	2006
倉知正佳	統合失調症：自己意識の障害と社会性関連回路	神経研究の進歩	50	142-152	2006
Kawasaki Y, Suzuki M, Kherif F, Takahashi T, Zhou S-Y, Nakamura K, Matsui M, Sumiyoshi T, Seto H, Kurachi M.	Multivariate voxel-based morphometry successfully differentiates schizophrenia patients from healthy controls.	NeuroImage	34	235-242	2007

Takahashi T., Suzuki M., Tanino R., Zhou S.Y., Hagino H., Niu L., Kawasaki Y., Seto H., and Kurachi M.	Volume reduction of the left planum temporale gray matter associated with long duration of untreated psychosis in schizophrenia: a preliminary report.	Psychiatry Res. Neuroimaging	154	209-219	2007
Kawasaki Y., Sumiyoshi T., Higuchi Y., Ito T., Takeuchi M., Kurachi M.	Voxel-based analysis of P300 electrophysiological topography associated with positive and negative symptoms of schizophrenia.	Schizophr Res	94	164-171	2007
Uehara T., Sumiyoshi T., Matsuoka T., Itoh H., Kurachi M.	Effects of prefrontal cortex inactivation on behavioral and neurochemical abnormalities in rats with excitotoxic lesions of the entorhinal cortex.	Synapse	61	391-400	2007
Takahashi T., Suzuki M., Hagino H., Niu L., Zhou S.Y., Nakamura K., Tanino R., Kawasaki Y., Seto H., and Kurachi M.	Prevalence of large cavum septi pellucidi and its relation to the medial temporal lobe structures in schizophrenia spectrum.	Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry	31	1235-1241	2007

佐野 輝

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
赤崎安昭, 佐野輝ほか	鹿児島県における司法精神鑑定の現状と課題-医療観察法運用上の問題提起も含めて-	九州神経精神医学	52	115-125	2006
竹之内薫, 赤崎安昭, 佐野輝ほか	触法精神障害者の1鑑定例-殺人に至った特異な経緯について-	精神科	9	269-273	2006
赤崎安昭, 佐野輝ほか	鹿児島県における司法精神医学の現状と課題-司法精神医学教育システムおよびネットワークの確立に向けて-	臨床精神医学	36(9)	1083-1091	2007
赤崎安昭, 佐野輝ほか	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の概要と課題	鹿児島県医師会報	第675号	89-91	2007

宮岡 等

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Inoue A et. al.	Communication Skills of Medical Students Associated with their Quality of Life and Depressive Mood.	心身医学			In press

岡崎 祐士

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
粥川裕平, 吉岡真吾; 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	第13巻 第12号	159-166	2008

IV. 研究成果の刊行物・別刷

I 精神医学と法

精神疾患の分類と診断——司法精神医学のために

1 精神疾患の分類体系

司法精神医学の領域では、鑑定時の精神医学的診断の不一致がまれならず問題となる。典型的な精神病患者の場合には診断が相違することはほとんどないが、近年発生した重大殺人事件の多くで、複数の鑑定の診断が大きく相違したことは、マスコミでもしばしば報道されたとおりである¹⁾。たしかに、従来の概念では理解しがたい病像を示す症例が近年増えており、診断が困難な場合が多くなっているとはよくいわれることである²⁾。病像は時代を反映し、これまで日本ではさほどみられなかった多重人格などの解離症状を示す症例もまれではない。最近では、精神障害に関する書物が世に氾濫し、精神症状に関する知識は一般的となり、精神障害者が罪を軽減され、あるいは罪を免れうることもまたよく知られるところとなっている。そこでは、意識的か無意識的かはともかく、精神障害が装われることも少なくない。

伝統的な精神医学は、統合失調症（精神分裂病）や躁うつ病などの内因性精神病を主体として、精神科病院での経験をもとに発展してきたが、今日の精神医療は、境界例、摂食障害、そして軽症うつ病や睡眠障害などに守備範囲を拡大し、今や、多くの悩みを訴えて外来に溢れる患者への対応を迫られている。そして、司法精神医学の領域では、人格障害か精神病かに迷う症例も多く、Asperger 障害^{*1}などの広汎性発達障害を考えるべき症

例に遭遇する機会も多くなっている。さらに、近年の脳画像診断の所見は、統合失調症のみならず、ある種の人格障害においても異常所見が見いだされることもまれではない。このような状況のなかで、精神医学もまた、時代に即応した変化を必要としている。

わが国のみならず、多くの国において精神疾患の分類に大きな影響を与えてきたのは、Kraepelin, Jaspers, そして, Schneider によって代表されるドイツ精神医学である。ただし、フランスでは Pinel や Esquirol 以来の自国の伝統を重んじて Kraepelin を採用しなかったし、アメリカでも Meyer の精神生物学と Freud の精神分析の影響が強く、それ以外の研究には目を向けることが少なかった。わが国では、日本の精神医学の設立者ともいうべき呉秀三が、ハイデルベルクの Kraepelin のもとにも留学し、その学説を紹介したこともあり、その後はドイツ精神医学の大きな影響を受けることとなる²⁾。

精神疾患の分類における Kraepelin の功績はきわめて大きい。いうまでもなく、Kraepelin は原因・症状・経過・転帰、脳病理所見によって区別される疾患単位を求めて努力し、経過と転帰に疾患の本質が現れるとして分類の標識として重視した。そして、厳密な症例観察に基づいて早発性痴呆と躁うつ病とが区別されるとしたものの、改訂に改訂を重ねた「精神医学」教科書にみられるように、彼の目指す疾患単位に基づく分類はついに完成に至ることはなかった。

その後、Jaspers や Schneider によって代表

*1 近年、司法精神医学領域でもしばしば登場する広汎性発達障害の一種。自閉的精神病質とも呼ばれていた。知能は良いにもかかわらず、状況の把握ができず、周囲とのずれや誤解が生じやすい。強迫的なこだわりと固執が特徴的であり、寡症状性の精神病との鑑別がしばしば困難である。

されるハイデルベルク学派は、疾患単位の確立を目指しながらも、なお多くの精神障害の原因が不明であるために、疾患単位を仮定してとりあえず分類しておこうとする立場をとっている。そこでは、身体に基盤のある精神病（外因性精神病）、統合失調症や躁うつ病などの内因性精神病、そして、心的資質の異常な変異（正常からの偏倚）という三分体系が考えられ、その明快さとともに、それが臨床経験ともうまく合致していたことから、今日でもなお多くの臨床精神科医によって支持され、使用されている。

このような分類の基本的考えには、脳機能の解体の深さによって疾患が階層をなしているとの仮定がある。すなわち、器質性の疾患が最も深い病態であって、意識障害や痴呆に限らずあらゆる症状が出現するが、解体の程度が軽くなるに従って、精神病（統合失調症）症状、感情病（躁うつ病）症状、神経症症状が出現する。そして、深い病態ではそれより浅い病態の症状が出現するが、浅い病態ではそれより深い病態の症状は出現しない。すなわち、意識障害があれば身体に基盤がある精神病であり、統合失調症ではありえない。また、Schneiderによって統合失調症に特異的であるとされる一級症状^{*2}は、脳器質性疾患には出現するが、躁うつ病や人格障害には出現しない。このような階層理論は、現実の臨床の診断場面で何の疑いもなく適用され、暗黙の了解となっているが、個々の症例を検討した際、いかなる証拠も妥当性があるとも思われない。しかし、このような仮定によって、原因がなお不明である精神疾患の体系的な分類が、暫定的であるにしても可能となっているのである。

今日、わが国で伝統的精神医学といえば、Schneiderらのハイデルベルク学派の精神医学を指している。しかし、精神疾患の分類に

関して特異な立場にある、あるいはなお大きな影響をもつ2つの学派をここで取り上げておく。一つは、Wernicke, Kleist, Leonhardとつながるフランクフルト学派の精神医学である。彼らは、脳の局在論を下敷きに内因性精神病を脳の疾患と考え、臨床遺伝学的な調査と臨床症状の詳細な分析によって、内因性精神病を多数の疾患に分類し記載している¹²⁾。しかし、彼らの主張は今後の研究によってなお検証されねばならないものである。他の一つは、Kretschmerを代表とするチュービンゲン学派である。彼らは、Schneiderのように正常と精神病とのあいだの断絶を認めず、正常の範囲にある統合失調性気質と統合失調症という疾病とのあいだに、中間的な精神病質（人格異常）をおき、これらのあいだの連続性を考えている。この点で、Schneiderの立場とは根本的に相違している。彼らはまた、統合失調症と躁うつ病との中間に「混合精神病」をおき、両疾患の素因の混合によって生じると考え、さらに、疾患の成立に関与するあらゆる因子、すなわち脳器質因子、性格因子、環境因子、それに体験因子などを詳細に検討して診断するという多次元診断を主張している¹³⁾。後述するアメリカの診断基準（DSM）が多軸診断を取り入れ、複数の障害の合併をも認めているが、ここにKretschmerの影響をみてとることができるかもしれない。

表1と表2に、JaspersとSchneiderの分類を示す。

Schneiderによる伝統的な分類に対し、古典的な疾病論を放棄し、原因のはっきりしている病気以外は主として症状群や状態像で分類しようとする立場が、WHOによる国際疾病分類²²⁾（ICD-10）とアメリカ精神医学会（APA）が1980年に作成した「診断と統計用のマニュアル¹⁾（DSM-III）」である。そこ

*2 統合失調症に特異的な症状として K. Schneider が臨床経験から取りあげた症状 妄想知覚、幻声（対話性、批判性幻声、思考化声）、統合失調症性自我障害（身体幻覚などの作為体験）の3グループにまとめられる。