

表1 精神保健福祉法第36条、第37条(処遇)

- 第36条 精神病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。
- 2 精神病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。
  - 3 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。
- 第37条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。
- 2 前項の基準が定められたときは、精神病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。
  - 3 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

表2 精神保健福祉法第36条に基づき厚生労働大臣が定めている行動の制限

第36条第2項の規定(どのような場合でも行うことができない行動の制限)に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生省告示第128号)

- 1 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)
- 2 都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限

第36条第3項の規定(指定医が必要と認めなければ行うことができない行動の制限)に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生省告示第129号)

- 1 患者の隔離(内側から患者本人の意思によつては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。)
- 2 身体的拘束(衣類又は縛入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

るいは処遇改善について審査を行う。必要であれば審査会委員による診察等を行う。精神医療審査会の審査の結果に基づいて、都道府県知事は病院に、退院あるいは処遇改善のために必要な措置を命ずる(精神保健福祉法第38条の5)。

この退院、処遇改善請求は、不当な入院、処遇に対する重要なセーフガードである。

請求は、電話あるいは書面でなされる。病院によっては、退院や処遇改善請求が出ることでマイナス評価につながると考え、患者に対し請求を抑制するような対応をるところがあるようだが、そのようなことは決してあって

表3 精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（患者の隔離、身体的拘束）

項目	内容
1. 基本的な考え方	<p>(1) 患者の隔離（以下「隔離」という。）は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。</p> <p>(2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。</p> <p>(3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。</p> <p>(4) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。</p>
2. 対象となる患者に関する事項	<p>隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。</p> <p>ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合</p> <p>イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合</p> <p>ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合</p> <p>エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合</p> <p>オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合</p>
3. 遵守義務	<p>(1) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。</p> <p>(2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。</p> <p>(3) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。</p> <p>(4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。</p> <p>(5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行うものとする。</p>
1. 基本的な考え方	<p>(1) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。</p> <p>(2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。</p> <p>(3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は絡入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。</p>
2. 対象となる患者に関する事項	<p>身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。</p> <p>ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合</p> <p>イ 多動又は不穏が顕著である場合</p> <p>ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合</p>
3. 遵守事項	<p>(1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。</p> <p>(2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。</p> <p>(3) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。</p>

(厚生省告示第130号より抜粋)

表4 精神保健福祉法第38条の4(退院等の請求)、第38の5(退院等の請求による審査)

- 第38条の4 精神病院に入院中の者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。
- 第38条の5 都道府県知事は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を精神医療審査会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。
- 2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。
- 3 (略)
- 4 精神医療審査会は、前項に定めるもののほか、第2項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て委員に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。
- 5 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は当該精神病院の管理者に対しその者を入院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならない。
- 6 都道府県知事は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る精神医療審査会の審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知しなければならない。

はならず、看護師も請求にあたっては患者(または保護者)に積極的に援助すべきである。

## 医療観察法における行動制限, 不服申立て

医療観察法は、重大な他害行為を行った者で、心神喪失・心神耗弱として不起訴処分、無罪、執行猶予などになった者を対象として、必要な観察および指導を行うことによって再び同様の行為を行うことなく社会復帰させることを目的としたものである。

医療観察法の概要については、本シリーズ第17巻『精神看護と法・倫理』第4章「医療観察法」<sup>2)</sup>に詳しいため、ここでは行動制限、不服申立ておよび処遇改善請求についてのみ触れる。

### 行動制限

医療観察法に基づいて入院処遇を受けている対象者には、精神保健福祉法における処遇に関する規定は適用されない(精神保健福祉法第44条)。

指定入院医療機関に入院中の対象者の処遇に関しては、「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に関する法律第92条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生労働省告示第337号)」「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第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準(厚生労働省告示第338号)」において、精神保健福祉法およびそれに基づく大

臣告示における行動制限の規定と同等のものが定められている。

しかし、鑑定入院中の処遇に関しては何らの基準も示されておらず、早急な改善が求められている。当面は精神保健福祉法に準じて運用するほかないであろう。

## ■不服申立ておよび処遇改善請求

不服申立て制度としては、処遇決定に対する抗告（第64条第1項）、再抗告（第70条第1項）、鑑定入院命令に対する不服申立て（第72条第1項）、鑑定入院命令の延長決定等に対する異議（第73条第1項）、退院許可等申立て（第50条）、処遇終了申立て（第55条）、処遇改善請求（第95条）などが規定されている。

しかし、抗告理由、不服申立て理由が限定されていること、また、最初の検察官申立て審判の決定に対する抗告以外は必要的付添人制度（国が対象者に必ず公費で弁護士を付添人としてつける制度）とはなっていないこと、処遇改善請求の審査をする機関が全国に1つしかない社会保障審議会であることなどから、これらの制度の実効性には疑問がある<sup>6)</sup>。早急に改善されなければならない問題であるが、当面はやむをえずながら、付添人をつけることができない患者には、看護師も含めた病院職員が、患者の不服申立て、処遇改善請求に際して積極的に援助を行う必要があるだろう。

## 精神科医療事故と法

これについては上述のとおり本シリーズ第1巻『リスクマネジメント』の「精神科医療における医療事故と法的課題」<sup>1)</sup>が詳しいが、さらに推奨文献として、『司法精神医学4 民事法と精神医学』<sup>7,8)</sup>を挙げておきたい。判例が多く提示されていて参考になる。また、2人の法律家がいくつかの同じ判例についていくぶん異なった解釈を示しており、それらを対比させて読むことによって、裁判においてどういったことが争点になるのかをより明確に知ることができる。判例（およびその解釈）を知ることは、事故を防ぐために必要なことを知るのに役立つだろうし、一方で事故防止のために過剰に防衛的にふるまうことで患者の自由が侵害されることを防ぐことにも役立つだろう。

（大下 顕）

### ■文献……

- 1) 角南 讓. 精神科医療における医療事故と法的課題. 坂田三允, 総編集. 櫻庭 繁, 編. 精神看護エキスパート1 リスクマネジメント. 中山書店; 2004. p.29-54.
- 2) 坂田三允, 総編集. 坂田三允, 松下正明, 櫻庭 繁, 編. 精神看護エキスパート17 精神看護と法・倫理. 中山書店; 2006.
- 3) 川副泰成. 2005年精神保健福祉法改正まで. 坂田三允, 総編集. 坂田三允, 松下正

明, 櫻庭 繁, 編. 精神看護エクスペール 17 精神看護と法・倫理. 中山書店; 2006. p.26-9.

- 4) 日本精神科病院協会医療政策委員会. 精神保健福祉法改正に関する Q&A. 日本精神科病院協会雑誌 2000;19(7):58-60.
- 5) 日本精神科病院協会医療政策委員会. 精神保健福祉法改正に関する Q&A. 日本精神科病院協会雑誌 2000;19(9):42-3.
- 6) 大杉光子. 心神喪失者等医療観察法の問題点の整理. 法と精神医療 2005;19:87-102.
- 7) 辻 伸行. 精神科医療事故と法. 松下正明, 総編集. 松下正明, 山内俊雄, 山上 皓, ほか編. 司法精神医学 4 民事法と精神医学. 中山書店;2005. p.164-81.
- 8) 木ノ元直樹. 精神科医療事故とその実態—法律の立場から. 松下正明, 総編集. 松下正明, 山内俊雄, 山上 皓, ほか編. 司法精神医学 4 民事法と精神医学. 中山書店;2005. p.182-90.

## 医療少年院における「箱庭」の取り組み

石 原 宏・西 口 芳 伯

---

### 1 医療少年院とは

少年法には、非行を犯した少年（原則として20歳までの男女）に対して、さまざまな処遇方法が規定されている。少年院は、その規定に従って家庭裁判所が決定した少年を収容し、「健全な育成」（少年法第1条）を目的とした矯正教育を行う施設である。

医療少年院もそうした施設の一つで、「心身に著しい故障のある、14歳以上26歳未満の者」（少年院法第2条第5項）を収容すると定められている。つまり、矯正教育に加えて専門的な医療措置が必要な少年が収容されてくる。したがって医療少年院の処遇では、医療措置としてそれぞれの専門科診察と治療が行われるが、通常の医療施設とは異なり矯正教育処遇の元で行われる。その内容は基本的に他の少年院と同じで、起床から就寝までの規則正しい集団生活を通した生活指導と、面接や日記による個別指導などを通じて規律や社会性を育むもので、専門職である法務教官が担当する。

### 2 「箱庭」の取り組み

京都医療少年院では、こうした従来からの処遇に加えて平成12年度より「箱庭指導」が試みられており、部外協力者による直接処遇の一つとして石原が担当している。

少年院で行われる処遇は、面接指導や日記指導など多くのことに「指導」という言葉がつく。そのためこの試みも「箱庭指導」と呼ばれるが、正確に

は「箱庭を用いた臨床心理面接」であり、少年院のスタッフではない部外の臨床心理士による少年への働きかけである。具体的には2週間に1回、時間は50分の継続面接である。少年院という事情から常に法務教官が室外に待機しているが、面接自体は少年と1対1で行っている。

対象となる少年は、主治医と法務教官の協議のもとに選ばれ、非行名は強制わいせつ、強姦、放火、殺人未遂、殺人など極めて重大な事件を単独で起こした少年である。また診断名は人格障害、統合失調症、アスペルガー障害などいずれも医学的治療が簡単ではない少年である。

こうした少年は人間関係の成立自体が困難であったり、集団の中に居られるようになること自体が課題となっているため、矯正教育を行う上で集団生活を前提としている少年院の処遇では、なかなか矯正の成果があがらないことが多い。今回紹介する「箱庭」の役割は、こうした少年に部外からの協力者として1対1で地道に時間をかけて付き合い、箱庭に表現されるもの、また語られるものを通して少年の存在を十分に受けとめていくことで、少年院の処遇に新たな可能性を探ることであると考える。

### 3 「箱庭」を通したかかわりの実際

ある少年（以下Aとする）との「箱庭」を通したかかわりの実際について簡単に事例を紹介したい。

Aが初めて「箱庭」に連れられてきたとき、まるでこの世で生きることへの執着など過去の昔に捨ててしまったような様子で、情の通った人間関係を結ぶことはとても難しいように思われた。初回に作られた箱庭は、生命感の全く感じられない死んだような世界で、処遇は困難を極めることが予想された。その一方で、Aには、箱庭という表現手段がとてもフィットしたようで、面接のたびに真剣な面持ちで黙々と箱庭を作った。面接開始当初は、セラピスト（以下Th.と略記）との間に言葉によるやりとりはほとんどなく、Th.はとにかく、箱庭を通して表現されるものを十分に受けとめ理解することに努めていた。

面接をはじめて3ヵ月目に、箱庭の中に赤ん坊が置かれた。Aの中で何かが動き始めたようであった。その頃、生活面では、食事のコントロールがう

まくいかなくなりはじめ、法務教官に対して、「苦しい」と訴えるようになった。少し時間差があったが、Th.に対しても少しずつ自分の弱みについて語るようになっていった。

面接開始後8ヵ月目の箱庭で、赤ん坊がはじめて自分の足で立ち、それを聖母マリアが見守っているという作品が作られた。母性とのつながりなおしを通して、心理的に生まれなおし、育ちなおすということがAのテーマとなってきたように思われた。

この頃、矯正教育からのアプローチでは、実際の母親との関係の見つめなおしや、事件への内省が重点的に指導されていた。自分の内面を見つめることは、自らの影の部分に気づくこと、事件に対する責任の重さに気づくことを促し、Aの中に大きな不安が生まれることになった。死んだような世界である意味で安定していたAにとって、これは画期的なことであった。面接では、不安に向き合おうとして苦しむAにとにかく寄り添っていた。

この時点での不安は心では抱えきれず、極度の拒食という形で症状化された。主治医による体重の管理と栄養のコントロールを支えに、面接は続けられた（拒食が本格的になってから約3ヵ月箱庭は置かなかった）。また法務教官の方々は、固形物を全く受けつけなくなったAに、哺乳瓶を使って栄養補助剤を飲ませるところから、徹底的に関わっていかれた。非常に強烈な拒食であったが、医師による支えと、法務教官による日常生活の管理がしっかりと行われていたことは、医療少年院という厳重な枠組みの中で臨床心理面接を行うことの強みであったと言えよう。

Aは、この状態を自ら「子ども返りしているみたい」と言い、「母親に甘えたい」、「母親が恋しい」という思いが強く湧いてくるようになったと語った。Aの思いに呼応するように、母親も足繁く面会に通い、スキンシップなども積極的に行った。拒食のピークの中でAは、手応えをもって母親との関係を体験しなおし、「生きることにもがいている自分」がいることに気づいていった。

面接開始から1年目に、久しぶりに置かれた箱庭は、初回当時の生命感のなさからは考えられないほどに「普通」の家庭の風景であった。木々で飾られた庭には、柔和な表情の父母の間に守られるようにして赤ん坊が立っ



た。その後、拒食は徐々に影をひそめていった。

#### 4 連携の中の臨床心理面接

Aとのかかわりでは、医師に支えられながら、矯正教育の得意とする父性的アプローチと、臨床心理の得意とする母性的アプローチが互いに補い合うことで非常にバランスのよい構造が生まれていたと考えられる。一般に非行少年への臨床心理面接は、全てを受け入れようとする母性的なかかわりと社会のルールの中でしっかりと生活させようとする父性的なかかわりが一人の専門家の中で葛藤を引き起こしてしまう局面が訪れ、非常に困難である場合が多い。少年院の中で実践をしていると、強力な父性を提供する少年院の枠組みの中でこそ発揮される臨床心理面接の力があることをひしひしと感じる。少年院の中に臨床心理の専門家が入り、医師、法務教官と役割を分担しながら互いの専門性を発揮するという連携のあり方が、今後ますます実現されていくことが望まれる。

#### 〔参考文献〕

- ・岡田康伸編 箱庭療法の現代的意義 現代のエスプリ別冊 箱庭療法シリーズ I 至文堂 2002
- ・岡田康伸編 箱庭療法の本質と周辺 現代のエスプリ別冊 箱庭療法シリーズ II 至文堂 2002
- ・藤田淳子 非行少年の加害と被害 誠信書房 2001

〔いしはら・ひろし 佛教大学講師〕

〔にしぐち・よしのり 京都医療少年院医務課長・精神科医〕

## III 各種精神疾患と刑事精神鑑定

# 睡眠障害

睡眠障害が刑事事件に関係するとはにわかには信じがたいかもしれない。しかし、カナダでは夢中遊行症に絡む殺人事件につき、専門家の鑑定結果に従って最高裁判所において被告の無罪が確定したところである (sane automatism)<sup>8)</sup>。一方、わが国では筆者が調べ得た限りでは睡眠障害による刑事事件の鑑定例はないようである。

ここでは暴行に結びつきうる代表的な睡眠障害の特徴について解説する。

### 1 暴行を引き起こしうる睡眠障害

睡眠中の、あるいは睡眠から生じる異常行動は睡眠時随伴症 (パラソムニア (parasomnia)) と呼ばれる<sup>9)</sup>。アメリカの Schenck らは、夜間の自傷・他害行為を繰り返すことを主訴として睡眠障害センターを受診した連続 100 例の成人について、その原因を報告した<sup>7)</sup>。その報告によると、暴力的な行動の原因は、夢中遊行症ないしは夜驚症 (54 例)、REM 睡眠行動障害 (36 例)、解離状態 (7 例)、てんかん (2 例) であった。そこで以下に頻度の高かった夢中遊行症、REM 睡眠行動障害およびそれらと鑑別を要する解離状態の三者について解説を加える。

### 2 夢中遊行症 (睡眠時遊行症)

夢中遊行症 (somnambulism, sleepwalking) とは、深い睡眠状態から急激でしかも不完全な覚醒過程が現れ、その際に異常行動を呈す

るものである<sup>4)</sup>。開眼して単に歩き回る程度のことが多いが、時にはドアを開けて部屋を出て階下に降りるといったかなり複雑な行動をとるものもある。通常は小児にみられ、睡眠の前 1/3 の時期の深い NREM 睡眠から生じる。目覚めさせても何らの内省も得られないか、漠然とした映像 (例：クモ) の記憶しか得られない。

発症は 5 歳前後が多く、健康な小児の 15~30% に少なくとも 1 回以上の夢中遊行のエピソードがみられ、3~4% の小児では頻回にエピソードがみられる。家族歴があることが多い。通常は成人に達するまでに消退するが、成人に達しても改善しない、あるいは再び発症するものが 1% くらい存在するものと推測されている<sup>9)</sup>。

成人例では深い NREM 睡眠のみではなく、すべての NREM 睡眠の段階から生じる。また、夢中遊行の際に運転するなどの複雑な行動や、ナイフを手にとって振り回す、家具を持ち上げて投げ飛ばす、配偶者の首を絞める、殴りかかるなどの凶暴な行動を呈する場合が少なくない<sup>7,9,10)</sup>。小児例と同様に、行動中の記憶を欠くもの、一部を記憶するもの、かなり鮮明な記憶をもつものなど、成人の夢中遊行症の際の記憶には個人差が大きい。

以下に、カナダ最高裁で争われた殺人例<sup>8)</sup>を簡単に紹介する。

## 事例① 夢中遊行により妻の母親を殺害したカナダでの例

症例PK, 23歳, 男性, 既婚, 店員. 夢中遊行, 夜驚, 夜尿の濃厚な家族歴をもつ. 11歳まで夜尿あり. 幼児期より今に至るまで, 寝言と夢中遊行がある.

事件当時PKは経済的悩みをかかえ不眠が続いていた. 事件当夜, PKはテレビを見ながら長椅子に座ったまま午前1時30分ごろに寝ついた模様である. 次に彼が気づいたときには絶命している妻の母の顔を見下ろしているところであった. それ以前の記憶は全くなく, それ以降の記憶も断片的であった. 階下に下りて車に乗り, そこで手にナイフを持っていることに気づいてナイフを振り落とし, 警察署に助けを求めにいった(午前4時30分ごろ). 警官に「どうやら人を殺してしまった, 手が…」と語った. 手の腱が何本も切れていたのに, そのとき初めて疼痛を感じたという. 後に本人の記憶が欠落している部分を警察が再現したものが下記である.

PKは長椅子から降り, 靴を履いて土着をはおり, 施錠しないで屋外に出た. その後, 23km離れた妻の両親の家まで自家用車を運転し, 屋内に侵入した. 義父の首を絞めて昏倒させ, 2階に上がって義母をナイフで何度も突き刺して殺した.

PKの鑑定で鑑別の対象となった病態を表1に示す<sup>9)</sup>. てんかんなどの神経学的疾患は医学的診察と脳波検査, 脳CT検査で否定された. 解離状態(後述)は, 今までに解離状態を示唆する病歴がないこと, 子ども時代の虐待の既往がないこと, 精神科的診察, 心理テストなどの結果により否定された. 詐病の可能性は, 本人と妻の両親との関係が良好で, 殺人の動機がないこと, 事件後の患者の精神症状などにより否定された. さまざまな睡眠障害のうち, 後述のREM睡眠行動障害は異常な

表1 ● 夢中遊行と鑑別を要する疾患と病態

1. 神経疾患
  - 1) てんかん(発作, 発作後もうろう状態)
  - 2) 血管障害(一過性全健忘)
  - 3) せん妄状態
  - 4) 占拠性病変(深部正中, 脳圧亢進)
  - 5) 頭部外傷
  - 6) 感染(脳炎, 特に辺縁脳炎)
  - 7) 中毒・代謝・内分泌障害
  - 8) 薬物(中毒と離脱)
2. 解離状態
  - 1) 心因性健忘
  - 2) 解離性同一性障害
  - 3) 解離性遁走
3. 詐病
4. 睡眠時随伴症
  - 1) REM睡眠行動障害
  - 2) 睡眠酩酊
  - 3) 夜驚症
  - 4) 夢中遊行

(Schenck CH, et al, 1989<sup>9)</sup>より改変)

REM睡眠がみられないことで否定され, 睡眠酩酊と夜驚症はその持続の違い(せいぜい数分しか続かない)により否定された. 最終的に夢中遊行による犯行とされた根拠は以下のとおりである.

本人の陳述が夢中遊行の際の行動や内省に合致すること, 夢中遊行・夜驚などの睡眠時随伴症についての濃厚な家族歴, 収監中にも夢中遊行と寝言が同房者により観察されたこと, 睡眠ポリグラフ検査で深いNREM睡眠からの急激な覚醒反応が繰り返し観察されたこと, 深いNREM睡眠が多いこと, その時期の過同期徐波の出現など夢中遊行を示唆する所見であること, などである.

本例と同様に, 夢中遊行の際に車を運転したという症例についてはほかにも報告があり, また, 夢中遊行の際には粗暴な行動をとることがまれではないことが報告されている<sup>7,9,10)</sup>. したがって, 夜間に生じた刑事事件のうち被疑者の犯行についての記憶が不十分で, 動機が不明な場合には夢中遊行による事

件の可能性をも考える必要がある。

### 3 REM 睡眠行動障害

高齢者で特徴的な睡眠時随伴症として、REM 睡眠行動障害 (REM sleep behavior disorder; RBD) がある。RBD とは、骨格筋緊張の抑制を欠く異常な REM 睡眠が生じるために、その時期の夢の精神活動が行動面に表出されて、自ら負傷する、傍らに休む配偶者に暴力を振るうなどの粗大な異常行動が現れる病態を指す<sup>1)</sup>。夢中遊行症が NREM 睡眠から生じるのに対し、RBD は夢みる眠りである REM 睡眠の異常であり、また、その行動は夢の表出であるとみなすことができるので、RBDこそは「夢中遊行」と呼ぶにふさわしいものである。

RBD の患者では夜間睡眠に骨格筋緊張の抑制を欠く異常な REM 睡眠が出現し、その時期に一致して、鮮明で活発な夢体験の内容が外部に表出されているものと判断される寝言、叫び、哄笑、寝具や寝間着をまさぐるなどの夢幻様行動、時にはベッドから飛び出すような激しい異常行動がしばしば観察される。このような時期に患者の名前を呼んで覚醒させると、異常行動はただちに中断し、起こされる直前の内的体験としての夢の内容を詳細に語るができる場合が多い。また、その内容が覚醒させる直前に患者が呈した異常行動とよく符合することから、異常な言動は夢の行動面への表出であると判断される。例を挙げると、「熊に襲われた妻を助けようと熊と格闘している」つもりであったが、妻の呼ぶ声で目覚めると、実際には妻に馬乗りになって首を絞めていたという具合である<sup>6)</sup>。

RBD の持続はせいぜい 10 分前後であり、行動中の患者は閉眼していることが多く、外

界の事物を認知できずに夢の中の対象に向かって行動する。したがって、道具を使う、階段を下りるなどの複雑な行動はとらない。激しい異常運動がみられても、自分の体を傷つけるか、ベッドパートナーを負傷させるにとどまるので、刑事事件となる可能性は低い。

### 4 睡眠から生じる解離性障害

解離性障害では意識、記憶、自己同一性の統合が障害されるので、複雑な行動をとりながらも記憶が欠損する (解離性健忘、解離性遁走)、あるいは、本来の人格とは異なる人格のもとで犯罪が犯される (解離性同一性障害) ことがある。なかでも遁走は一見正常の意識や注意力のもとに徘徊、乗り物を乗り換えての遠方への旅などのかなり複雑な行動がなされ、遁走からの回復は急速であり、正常の状態に戻ったときにその間の記憶を欠くという点で夢中遊行とよく似ている<sup>3)</sup>。

相違点は、

- ① 遁走は覚醒時の、夢中遊行は睡眠の前半から生じる不完全覚醒状態の行動であること、
- ② 遁走は数日に及ぶことがあるが、夢中遊行による異常行動の持続はせいぜい数十分以内である、
- ③ 遁走を呈する患者には何らかの人格障害が合併する頻度が高く、幼小児期の性的外傷体験や虐待の既往があるものが多いこと、  
などが挙げられる<sup>8)</sup>。

わが国の判例で「夢遊病」という言葉は解離状態を意味して使われていることが多いので、注意が必要である。

夢中遊行による犯罪がわが国では記載され

ていないことは、その頻度や行動の特徴から考えて不自然であるように思われる”。司法精神医学に携わる者にはこの領域の知識も必須のものではないかと考えられる。

謝辞：判例の検索に当たってご協力をいただいた神戸大学大学院法学研究科法曹実務教授，山田隆夫弁護士に感謝致します。

(清水徹男)

## 文献

- 1) Broughton R, Billings R, Cartwright R, et al : Homocidal somnambulism : A case report. *Sleep* 17 : 253-264 (1994)
- 2) Broughton RJ : Sleep disorders : Disorders of arousal? Enuresis, somnambulism, and nightmares occur in confusional states of arousal, not in "dreaming sleep". *Science* 159 : 1070-1078 (1968)
- 3) Broughton RJ, Shimizu T : Dangerous behaviours by night. Shapiro C, et al (eds), *Forensic Aspects of Sleep*, pp65-84, Wiley, Chichester (1997)
- 4) Diagnostic Classification Steering Committee (Thorpy MJ, Chairman) : International Classification of Sleep Disorders (ICSD) : Diagnostic and Coding Manual, American Sleep Disorders Association, Rochester (1990) —日本睡眠学会診断分類委員会 (訳) : 睡眠障害国際分類 ICSD—診断とコードの手引き, 日本睡眠学会, 東京 (1994)
- 5) 林 雅晴 : 夢中遊行, 悪夢, 夜尿など. 日本睡眠学会 (編), 睡眠学ハンドブック, pp432-433, 朝倉書店, 東京 (1994)
- 6) Moldofsky H, Gilbert R, Lue FA, et al : Sleep-related violence. *Sleep* 18 : 731-739 (1995)
- 7) Schenck CH, Bunlie SR, Patterson AL, et al : Rapid eye movement sleep disorder : A treatable parasomnia affecting older adults. *JAMA* 257 : 1786-1789 (1987)
- 8) Schenck CH, Milner DM, Hurwitz TD, et al : A polysomnographic and clinical report on sleep-related injury in 100 adult patients. *Am J Psychiatry* 146 : 1166-1173 (1989)
- 9) Schenck CH, Mahowald MW : A polysomnographically documented case of adult somnambulism with long-distance automobile driving and frequent nocturnal violence : Parasomnia with continuing danger as a noninsane automatism? *Sleep* 18 : 765-772 (1995)
- 10) 清水徹男 : REM 睡眠解離状態とせん妄の病態生理. 精神医学レビュー, No.26, せん妄, 一瀬邦弘 (編), pp32-40, ライフ・サイエンス, 東京 (1998)
- 11) Smith AM, Shapiro C : Sleep disorder and the criminal law. Shapiro C, et al (eds), *Forensic Aspects of Sleep*, pp29-64, Wiley, Chichester (1997)

## II 精神医療と心神喪失者等医療観察法の運用

# 刑事責任能力鑑定

現行刑法の39条が「心神喪失者の行為は罰しない。心神耗弱者の行為は減輕する」と定めているように、日本の刑法は「責任なければ刑罰なし」という責任主義を原理としている。責任能力の有無や程度は触法精神障害者の処遇の前提をなす問題である。

それでは新しい心神喪失者等医療観察法（以下「医療観察法」）において責任能力はどのように扱われるであろうか。医療観察法1条1項は法律の目的として次のように謳っている。

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等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（以下、略）」。

このように「心神喪失等」と明記され、その限りで責任主義という大枠の中の制度である。ただし、結論を先取りすると、医療観察法は責任能力をその直接の射程に含むものではない。そしてこの点は医療観察法の性格そのものに由来する。

そこで、医療観察法と責任能力鑑定のかかわりを問題にする場合、2つの視点が可能である。①医療観察法のどのような規定が責任能力と接点をもつか。②医療観察法施行後の触法精神障害者処遇の中で責任能力判断はどのように行われるか。以下にこれら2つの視点から刑事責任能力鑑定について述べる。

### 1 医療観察法の構成と責任能力

まず医療観察法の手続きの流れに沿って検討する。医療観察法の手続きは検察官による地方裁判所への申立てからスタートし、裁判所が設置する合議体（1人の裁判官および1人の精神保健審判員）が審理を行って処遇を決定する。

#### a. 検察官の申立て

検察官は次の要件を満たす者について地方裁判所への申立てを行わなければならない（33条1項）。

- ① 対象行為を行った。
- ② 心神喪失者も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また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。

すなわち、心神喪失者もしくは心神耗弱者であることが医療観察法のルートに乗る大前提の一つである。言い換えれば、責任能力は医療観察法の入口のところすでに決定されているわけである。したがって、検察官による心神喪失・心神耗弱の認定および起訴・不起訴の決定は医療観察法の範囲外の問題となる。

#### b. 裁判所の審判

申立てを受けて裁判所は次の決定を行う

(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。

つまり裁判所が審判によって決定する事項に対象者の責任能力の有無や程度は含まれない。法務省刑事局で法制定にかかわった白木<sup>9)</sup>によると、審判の目的は「本法による処遇の可否及び内容を適切に決定すること」である。審判は訴訟事件の裁判とは異なるが、人身の自由に対する制約や人権の保障などへの配慮のため、医療的判断に併せて裁判官による法的判断が重要であるという。

要するに裁判所の審判は、裁判官が加わるにせよ、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ならない。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。それは次の条項である。

裁判所は（対象者について申立てがあったとき）「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。

- 1 対象行為を行ったと認められない場合。
- 2 心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないとする場合」(40条1項)。

「裁判所は、検察官が心神喪失者と認めて公訴を提起しない処分をした対象者について、心神耗弱者と認めた場合には、その旨の決定をしなければならない（以下、略）」(同2項)。

このように、まず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を有する者であるという認定を裁判所が行う場合がある。白木<sup>9)</sup>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いい、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。他方、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ことでそれを否定する決定を下すこともできる。この場合、限定的であれ責任能力を有するわけで、決定の告知を受けた検察官はあらためて起訴の可否を検討することになる。

いずれにせよ、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で行うのであろうか。

11条2項は「合議体の構成員である裁判官のみでする」裁判の中にこれら2つの場合を含めている。ちなみにこれら以外には、対象行為を行ったと認められるか、申立てが不合法か、裁判所の管轄が適当か、など純粋に法的な事柄が裁判官のみでする裁判に属する。

確かに、1983年の最高裁決定が「心神喪失又は心神耗弱に該当するかどうかは法律判断であって専ら裁判所に委ねられるべき問題」とみなしたように、責任能力の有無や程度は裁判官の専決事項である。しかし責任能力をめぐる多くの議論が明らかにしてきたように、法的判断が拠りどころとする事実、特に責任能力の生物学的要素に関しては、専門家の意見が尊重されなければならない。

そこで次の問題は、裁判官が何を根拠に責任能力を判断するかである。医療観察法の条文はこの点を明示していない。実際には合議の場で精神保健審判員が精神医学の立場から意見を述べるのであろうか。仮にそうであっても、意見を陳述するにあたって資料が必要であろう。それは裁判所に提出された対象者に関する資料であろうか。申立てをした検察官は裁判所に対し必要な資料を提出する義務を負う(25条1項)とされ、白木<sup>9)</sup>によれば、「必要な書類」とは対象行為を行ったことおよび心神喪失者または心神耗弱者である

ことを明らかにする資料などである。

それでは資料に基づく判断はどこまで有効であろうか。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とされている。そうすると、独自の鑑定を行うことなく、提出された資料のみで判断することは事実上困難である。したがって、裁判所が命じる鑑定の目的や性格がここで検討されなければならない。

### C. 鑑定

37条は裁判所が命じる鑑定について次のように定める。

「裁判所は、対象者に関し、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、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命じなければならない。ただし、当該必要が明らかでないことを認める場合は、この限りでない。」(37条1項)

「前項の鑑定を行うに当たっては、精神障害の種類、過去の病歴、現在及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及び内容並びに当該対象者の性格を考慮するものとする。」(同2項)

「第1項の規定により鑑定を命ぜられた医師は、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。」(同3項)

このように、鑑定を命じられた医師は

「(本法による)医療の必要性」について鑑定し、意見を述べるのである。つまり責任能力は鑑定事項に含まれない。「対象行為を行った当時の病状」は責任能力とつながる内容であるが、あくまで医療の必要性を鑑定するにあたって考慮すべき事項の一つとされるにすぎない。

なお「鑑定ガイドライン案」<sup>9)</sup>を、未完成の内容であることを承知のうえで参照しておく。それによると、「刑事司法で行われる精神鑑定の目的は、被鑑定人が当該行為を行ったときの精神状態を精査し、その責任能力の有無について言及することである。それに対して、本法に係る鑑定の主たる目的は、対象者の医療観察法医療必要性についての意見を述べることである」という。この文章は医療観察法の鑑定を、責任能力を主な標的とする通常の刑事事件で行われる鑑定と対比的にとらえている。ただし、医療の必要性に係る評価軸の一つである疾病性について論じた別の箇所では「疾病による弁識能力・制御能力の障害についても評価する」とある。これは責任能力の評価そのものである。その意味でガイドライン案の記述は一貫性を欠いている。

ともあれ、鑑定を命じられた医師が、たまたま検察官の判断あるいはその基礎となった鑑定結果に疑念を抱くということでもない限り、裁判所の鑑定は通常、責任能力の問題には踏み込まないであろう。鑑定入院期間は2月を超えず、延長が必要と認められても1月を超えない(34条3項)とされているので、複雑な事例についてあらためて責任能力を検討することは時間的にもかなり困難である。それでは、責任能力に関して疑問が生じた場合、それを明らかにするための鑑定を裁判所があらためて命じることができるであろうか。しかしこの方法を可能にする規定は条文にみあたらない。



## 2 医療観察法施行後の責任能力

以上、重箱の隅をつつく議論になってしまったが、さまざまな可能性を考慮しても、責任能力判断は医療観察法の射程外に置かれていることを認めざるをえない。責任能力は医療観察法の手前ですでに決着のついた問題として扱われ、裁判所の審判および鑑定には責任能力の検討は期待されていないといつてよい。

そこで、より広い視点から、医療観察法の施行後における責任能力判断のあり方を考えてみたい。

責任能力を扱う鑑定としては次の2つが想定される。① 検察官が申立ての資料とする鑑定。② 検察官が起訴した事例について裁判の中で行われる鑑定。

前者は“申立て前鑑定”と呼ぶべきもので、従来の起訴前鑑定に相当する。ただし、予測される処遇が精神保健福祉法の措置入院であるのか、医療観察法の医療であるのか、という点が異なる。申立て前鑑定が従来の簡易鑑定と同レベルの短時間の方式を含むのか、あるいは審判での吟味に耐えられる濃厚な鑑定の方式が主となるか、これは現段階では想像の域を出ない。

他方、起訴を受けた裁判での鑑定は従来の公判鑑定と基本的に同じものであろう。ドイツ等の保安処分が刑事裁判で命じられるのと異なり、医療観察法にかかわる決定には刑事裁判は関与しない。あくまで刑法39条の心神喪失者、心神耗弱者に該当するか否かの判断に留まる。ただし、その場合の判断にさいして医療観察法による処遇につながる可能性が非明示的であるにせよ考慮されることも考えられる。しかしこれも推測するしかない。

わが国で心神喪失者、心神耗弱者と認定さ

れる者の圧倒的多数は裁判を受けることなく不起訴処分とされている<sup>2)</sup>。特に裁判で心神喪失者として無罪を言い渡された者は最近10年間で年平均2人強であり、心神喪失者として不起訴処分とされた者の約370人とは数の上で比較にならない。

近年の刑事司法の動向をとらえて加藤<sup>3)</sup>は、日本では検察官が、裁判官が行うべき判断に先立って、起訴前に責任能力の「前倒し判断」を行っており、責任能力判断の主な舞台が裁判所から検察庁に移行したと批判的に述べている。他方、同じ心神喪失であっても、不起訴の理由とされる心神喪失の基準に比較して、裁判での心神喪失の基準が著しく狭いという「ダブルスタンダード」<sup>4)</sup>も、検察官による責任能力判断の問題点として指摘されている。これらはわが国の刑事司法の特色である起訴便宜主義に基づく検察官の強い権限と関連する。

それでは医療観察法施行後に責任能力判断の構造は変化するであろうか。これもまた推測の域を出ないが、おそらく大きな変化はないであろう。なぜなら、医療観察法そのものが検察官による責任能力の前倒し判断を前提として組み立てられているからである。仮に変化が起きるとすれば、裁判所の合議体が主体的な力を発揮し、責任能力にまで踏み込んで審査を行う場合であろう。しかし法律の構造自体がこれを困難にしていることはすでに検討したとおりである。

医療観察法が制定される過程で議論は他害行為の予測可能性に集中し、次いで施行の準備段階では医療の受け皿整備に関心が注がれた。一方、起訴便宜主義のもとで検察官が裁判所に代わって責任能力判断を行う既存の構造は温存された。その中で責任能力の問題は置き去りにされた観がある。しかし冒頭でも

述べたように、責任能力は触法精神障害者処 して再度検討される価値がある。  
遇の根幹をなす問題であり、新しい体制に即

(中谷陽二)

文献

- 
- 1) 浅田和茂：刑事手続と精神鑑定．季刊刑事弁護 17：21-26（1999）
  - 2) 法務総合研究所：平成 16 年版犯罪白書．
  - 3) 加藤久雄：触法精神障害者と検察官の訴追裁量権—心神喪失者等医療観察法における検察官の役割を中心に．ジュリスト増刊，町野 朔（編），精神医療と心神喪失者等医療観察法，pp127-136，有斐閣，東京（2004）
  - 4) 厚生労働省：鑑定ガイドライン案：医療観察法ガイドライン（案）集．pp1-13．
  - 5) 白木 功：審判手続を中心に．ジュリスト増刊，町野 朔（編），精神医療と心神喪失者等医療観察法，pp12-31，有斐閣，東京（2004）

## I 刑事精神鑑定の方法

## 刑事精神鑑定の歴史と現状 — 争点と課題

刑事精神鑑定は刑事司法と精神医学が交錯する領域である。鑑定は法律制度に組み込まれているが、ある局面では疾病学や治療理念が鑑定人の意見を媒介として裁判所の判断を方向づける。つまり関係は双方向的である。ここでは日本の刑事司法と精神医学の特殊事情を考慮しながら争点をまとめ、心神喪失者等医療観察法を視野に入れて課題にふれる。

## 1 歴史

## a. 戦前

明治初期から法律と医学の近代化に伴い、早くから民事と刑事の精神鑑定が実践され、裁判所から大学に要請される実務とされた。1882 (明治 15) 年に施行された最初の近代的刑法典である旧刑法はフランス刑法の影響が強いとされている。その中で責任無能力は「罪ヲ犯ス時知覚精神ノ喪失ニ因テ是非ヲ弁別セサル者ハ其ノ罪ヲ論セス」と定められた。

法律の枠組みが作られる一方で、榊俣、呉秀三、片山国嘉らによって、法医学 (裁判医学) と密接な関係をもちながら、鑑定の基礎が築かれた。1889 年に東京帝国大学に設けられた国家医学講習科には衛生学や裁判医学と並んで精神病学が置かれ<sup>24)</sup>、当初から国家的有用性を期待されたと思われる。

1897 年に榊と呉の共著で最初の司法精神医学書『増補改訂法医学提綱下編』<sup>25)</sup> が著された。主に Krafft-Ebing が参照され、刑事、

民事の両面にわたる諸問題が解説されている。また呉は 1892 年に司法省から東京地方裁判所医務を嘱託され、榊とともにしばしば鍛冶橋監獄に出張して鑑定を行ったとされる<sup>24)</sup>。呉の『精神病鑑定例』<sup>11)</sup>には 1892~1907 年の計 45 例の鑑定事例が収められ、すべて旧刑法下での事件である。

1907 (明治 40) 年に施行された現行刑法では「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」と限定責任能力が加えられた。心神喪失・耗弱については現在まで次の 1931 年の大審院判例の定義が通用している。

「心神喪失と心神耗弱とは、孰れも精神障礙の態様に属するものなりと雖、其の程度を異にするものにして、即ち、前者は、精神の障礙に因り事物の理非善悪を弁識するの能力なく、又は此の弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障礙未だ上叙の能力を欠如する程度に達せざるも、其の能力著しく減退せる状態を指称する」<sup>26)</sup>。

三宅の『精神鑑定例』(1937 年)<sup>12)</sup>は戦前の鑑定の有益な資料である。詳細な問診をもとに海外の学説も交えて考察され、水準の高い内容である。呉や三宅の著書から当時の鑑定実態を推し量るには限界があるが、鑑定が学術的に重視されていた事情がうかがわれる。また戦前まで、今日と比較すると刑事よりも民事の鑑定により大きな比重がおかれていたようであり、刑法よりも民法が先に整備されたことが関係するかもしれない。

## b. 戦後

1970年代後半に司法精神医学が批判の俎上にのせられるまで、鑑定は精神医学がその専門知識を生かして司法に寄与するという、それなりに安定した役割を果たしていたように思われる。その現れは内村らによる『日本の精神鑑定』（1973年）<sup>30)</sup>や村松・植村による『精神鑑定と裁判判断』（1975年）<sup>31)</sup>にみることができる。前者では昭和史に残る重大事件の鑑定が収載、解説され、後者では科学的知識の提供者である鑑定人と法律家との協力の必要性が説かれている。診断学や犯罪学への関心が強くうかがわれる反面、精神科医療の中での鑑定や司法精神医学者の役割という問題意識は薄い。戦前の延長として大学のアカデミズムを基盤として鑑定が実践されていた事情が推察される。

1978～1981年にかけて日本精神神経学会の総会で精神鑑定をテーマとする4回のシンポジウムが組まれた。保安処分案を盛り込んだ刑法改正への反対運動と連動して、鑑定そのものに対する批判的論調が目立ち、冤罪や再審請求事件への鑑定の関与が標的とされた。学会を舞台にした動きは、障害者である被鑑定人と国家権力とを対置し、鑑定を捜査機関に与して障害者の人権を侵害する危険性を孕むものとみなす図式をとった。司法精神医学者個人を断罪する姿勢が議論の生産的発展を阻害したことは否めないが、鑑定の倫理にかかわる重要な問題が提起されたことも認めておきたい。

鑑定に携わること自体が否定的にとらえられ、精神医学が「司法離れ」をきたしたことは鑑定批判がもたらした負の遺産である。鑑定を引き受ける医師が限られ、司法問題が臨床の場から遠ざけられた結果、指導者が育たず、さらに沈滞するという縮小再生産が生じ

た。2000（平成12）年の新しい「成年後見制度」、2005年の「心神喪失者等医療観察法」の施行という司法側の動きに触発されてようやく鑑定の重要性が再認識されているのが現状である。

## 2 責任能力をめぐる争点

### a. 責任能力判断と鑑定の役割

「責任なければ刑罰なし」という責任主義は近代刑法の基本原則とされ、精神鑑定の存在理由をなす。責任能力の判断構造や鑑定人の役割は古くから論じられている。青木<sup>32)</sup>は責任能力判断の構造を次のように示している。

#### ① 事実認定

生物学的事実：精神の障害の有無・程度。

心理学的事実：それが弁識・制御能力に与えた影響。

#### ② 規範的評価

刑法上の喪失、耗弱、完全のいずれが妥当か。

弁識能力とは当該行為の反道義性ないし違法性を弁識する能力、制御能力とはその弁識に従って道義的、適法な行為を選択する能力である。事実認定のレベルでは鑑定人の専門知識が重要であるのに対して、規範的（法的）評価は裁判官の専決事項であり、鑑定人に法的評価が求められるにしても、あくまで参考意見とされる<sup>33)</sup>。伝統的見解の例として1975年の村松らの著書<sup>34)</sup>を参照すると、「生物学的要件の存否判断においては精神医学者がある程度優位に立つが、心理学的要件の存否判断においては裁判官がある程度優位に立つ」とされている。その理由は、前者はすべて経験の応用で行われるのに対して、後者は確定された事実関係に対する法律的観点から