

件が満たされると、裁判所はそれ以前の自由刑・自由剥奪（上記①②）がなくても刑罰と併せて保安監置を命じることができる。

Nedopil<sup>18)</sup>によると、保安監置は1933年の常習犯罪人法よりもさらに遠く源流をたどることができる。Listzは、刑法犯を機会犯罪者と慣習犯罪者に分類し、後者をさらに改良が可能な者と不能な者に分けた。そして、改良不能の犯罪者に対して社会を防衛する手段が必要であると論じた。現在の規定でも、保安監置は犯罪への性癖（Hang）および公共に対する危険性を要件とする「刑事政策の最後の緊急措置」<sup>19)</sup>である。精神科病院収容と異なって責任能力とは基本的に無関係である。

保安監置の上限は10年であったが、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<sup>4,8,19)</sup>。これは1998年の法改正で設けられた「性犯罪及びその他の危険な違法行為を制圧するための法律（Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten）」に伴う保安監置の諸規定の厳格化によるものである。延長される場合、危険性が積極的に証明されなければならない。人権に抵触する可能性について、2004年の連邦憲法裁判所判決は長期にわたる保安監置は人間の尊厳に反しないとして法改正を合憲とした<sup>19)</sup>。

保安監置は犯罪予防を目的とするもので、治療のための処分ではない。しかし、人格障害との関連で精神医学と無関係ではない。すなわち、重い人格障害であれば「重いその他の心的変異」として21条の限定責任能力を認定され、63条の精神科病院収容を適用される可能性がある。したがって、21条の規準のとり方次第で、人格障害犯罪者は精神科病院収容か保安監置のいずれかに振り分けられることになる。

#### 4. 行状監督（Führungsaufsicht）

「法律が行状監督を特に定めている犯罪行為により6か月以上の有期の自由刑を受けらる者について、さらに犯罪行為をおかす危険が認められる場合、裁判所は刑罰と併せて行状監督を命じることができる。」

行状監督は、1975年の刑法改正で新たに導入されたもので、特に問題のあるグループへの援助と監視により犯罪の予防を図るものである。責任能力が完全な者にも責任無能力者にも適用される。期間は最長5年であるが、1998年の法改正で特別に必要と認められる場合は無期限とされた。

#### 5. 社会治療施設への移管（Verlagerung in eine sozialtherapeutischen Anstalt）

改善保安処分には含まれないが、制定の経緯からここで説明する。Rasch<sup>21)</sup>によると、社会治療施設は人格障害犯罪者の治療を目指す議論のなかでデンマーク、オランダなどの先行する制度を参考にして構想された。1969年の第二次刑法改正法に65条として採用された。しかし、「治療イデオロギーとの告别」を旗印に掲げる勢力は、偏向者を治療することの正当性や効果が疑わしく、個人を標的にすることで犯罪の社会的原因をバールで覆ってしまうなどの理由で批判を浴びせた。議論の末に刑法65条は破棄され、社会治療施設は1984年の行刑法改正で取り入れられた。再社会化のために特別な治療と援助が必要な被拘禁者を矯正施設内の社会治療施設に移管する方式である。詳細は、加藤<sup>9)</sup>を参照されたい。

前述の「性犯罪及びその他の危険な違法行為を制圧するための法律」は、性犯罪者、特にその累犯者を主眼とした対策であり、そのなかで社会治療施設が特別な役割をもった。すなわち、2年以上の自由刑の宣告を受け、

社会治療施設での処遇が指示されるとき、治療可能な性犯罪者は強制的に移管されなければならない。性犯罪者の特別視や財政を逼迫させることなど批判がある一方で、社会治療の発展の好機とみなされている<sup>4)</sup>。

### c. 改善保安処分の動向

改善保安処分の現況は興味ある問題である。以下、主な項目について最近の報告をみる。

#### 1. 精神科病院収容

Rasch<sup>21)</sup>によると、63条命令の件数は1980年代から常に増加している。ヴェストファーレン州の司法精神医学センターの1987年から1994年までの63条収容者を犯罪の種類別に分類すると次のような割合であった。暴力犯罪（対人的攻撃行為、殺人、強盗、暴力を伴う強要、身体傷害）50.5%、性犯罪（露出症など暴力を伴わない行為を含む）30.5%、放火9.5%、財産犯罪9.5%。このうち性犯罪の60%は強姦、暴力犯罪の58.5%が殺人であった。Raschは収容年数に関するいくつかの報告を引用している。全ドイツの横断調査（Leygraf, 1988）では、数か月から最長38年に及び、平均は6.3年で、5.4%は20年から30年、1.5%が30年以上であった。ヴェストファーレン州の司法精神医学センターでの1979年の横断調査（Schumann, 1983）では9.3%が10年から31年、45.8%が4年を超えた。ニーダーザクセン州立病院では、22%が2年以下、24%が10年以上であった（Rutzel, 1978）。

収容期間は、全般的に短縮傾向にある<sup>21)</sup>。ヘッセン州からのMüller-Isbernerらの報告<sup>19)</sup>によると、平均収容期間は1971年の10.8年から1982年の4.1年に短縮した一方、収容者数は1982年の141人から1998年の

311人に増えた。これは、主として移住者、慢性統合失調症患者、大精神障害に物質使用を伴う患者、強姦犯および小児性愛者の増加に負う。ヘッセン州では過去10年間に収容命令を受けた移住者は800%増加したが、現行法では強制送還は行えない。統合失調症については、一般の精神科施設が短期入院と開放的治療を進める一方で暴力のリスク評価を十分に行わないため、犯罪をおかす患者が増加している。物質使用を伴う患者は、暴力的でコンプライアンスが不良のために再犯をおかす。性犯罪者にも再犯が多い。Müller-Isbernerらは、最近数年間の激増により、ほとんどの州で精神科病院収容は過剰収容の危機的状态をきたしていると指摘する。同じくヘッセン州のNöckerの報告<sup>20)</sup>によれば、安全への公衆の懸念の高まりを背景として被収容者の増加が抑えきれず、新たな財源と病院増設が緊急に求められているが、司法精神医療、矯正、一般医療のあいだの協力が乏しいという。さらに最近の傾向としては、被収容者数は全国で1996年の2,956人から2003年の5,218人へと著増している<sup>19)</sup>。

#### 2. 禁絶施設収容

64条については、同じくRasch<sup>21)</sup>によれば、最も多いのはアルコール酩酊によるものである。アルコール消費およびそれと関係する犯罪は、1950年代半ばからのいわゆる奇跡的経済復興のもとで激増した。64条の被収容者は長く微増にとどまっていたが、1976/77年以降、急激な増加が続いた。連邦統制局の公表した数値では約1,200人であり、うち1/3から1/4を薬物依存者が占める。1960年代以降の薬物嗜癖の増加が背景にあり、それに応じて64条の被収容者のプロフィールも変化したという。

### 3. 保安監置収容

Nedopil<sup>19)</sup>によれば、保安監置の命令件数は、1996年の176人から2003年には306人へと顕著に増えている。

### 4. 社会治療施設（行刑法）

Egg<sup>2)</sup>によれば、2000年初頭には全国に27か所の設備があり、うち15か所は大規模の施設におかれた部門、他は独立の施設や支所である。多くは1970年代に開設された。室数の合計は1997年：853室、1998年：887室、1999年：948室と増加を示す。注目すべきは性犯罪者の動向である。収容者全体に占める性犯罪者の割合は、1997年：23%、1998年：26%、1999年：34%と増加している。なおかつ、そのなかで子どもに対する性的虐待（Kindesmißbrauch）がそれぞれ32%、39%、50%と著増をみせている。これは、各州が性犯罪者に対する治療可能性を考慮していることの表れであるとEggは評価している。

以上、全体像は必ずしも明らかではないが、改善保安処分の対象者数は全般に近年増加の一途をたどり、施設の過剰飽和の様相さえみせている。要因として移民の増加、物質乱用者の増加、性犯罪等への公衆の懸念などの社会的条件や一般精神科医療の変化などが

推測される。また近年は短縮しているものの、一部は非常に長期にわたって収容されている。

ドイツの司法精神医学は責任主義から出発して精神医学と刑法学の深い議論に支えられてきた。そして近年は、治療と再社会化を目指す実践的な領域に活動を広げている。このことは、日本の司法精神医学が進むべき方向を暗示している。同時に、日本とは異なる歴史、社会状況、安全に関する一般の認識も考慮しなければならない。ドイツでは伝統的な責任主義のうえに20世紀初頭の潮流であった保安思想を取り入れ、責任主義と保安処分の複線方式を採用した。しかし「責任なければ刑罰なし」という原理と、将来の犯罪の予防とは本来別の次元の問題であり、これを2本の柱とすることは木に竹を接ぐようなものである。そのような本質的な不安定さを抱えた制度が、近年の社会変動のもとで対象者の急増に見舞われている。それに対して精神医学の側は治療を目標に掲げて入り込む姿勢を示している。しかし、治療と犯罪予防が宿命的に表裏一体をなす領域への精神医学の積極的な介入には危うさも感じられる。今後の動向を注視したい。

(中谷陽二)

### 文献

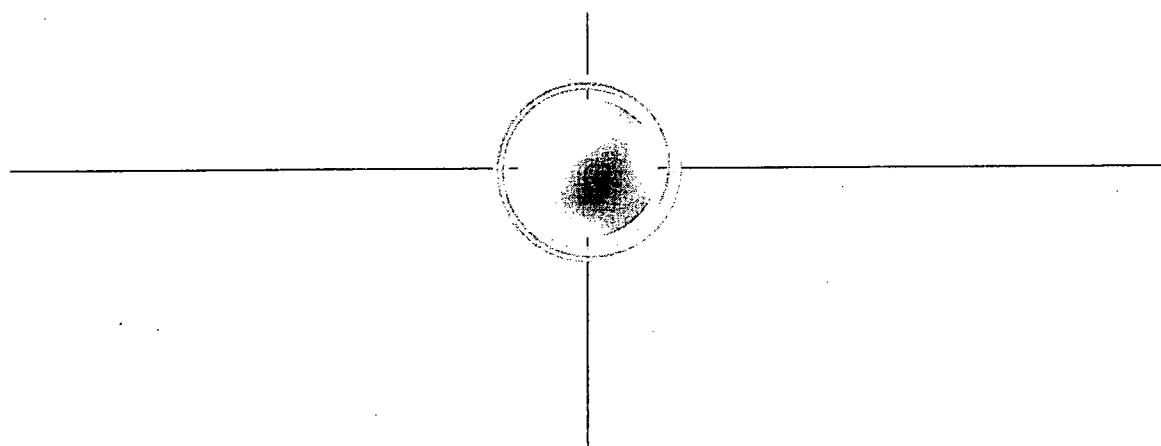
- 1) 新井 誠：精神障害者と成年後見制度。松下正明ほか（編），臨床精神医学講座22，精神医学と法，pp 307-314，中山書店，東京（1997）
- 2) 浅田和茂：刑事責任能力の研究，上巻，成文堂，東京（1983）
- 3) Aschaffenburg G：Zur Frage：Verminderte Zurechnungsfähigkeit. Die Reichsgerichtspraxis im deutschen Rechtsleben, Festgabe 5, Band 1929, p242（1929）（文献2より引用）
- 4) Egg R：Die Behandlung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutische Anstalten—Ergebnisse von Umfragen der Krim. Egg R（ed），Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug, Kriminologie und Praxis（KUP），Band 29, Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V.（KrimZ），Wiesbaden（2000）
- 5) Horn H-J：Der Maßregelvollzug im Spannungsfeld zwischen Besserung und Sicherung. Kerner H-J, et al（eds），Kriminologie—Psychiatrie—Strafrecht, pp485-493, Müller Juristischer Verlag, Heidelberg（1983）
- 6) Huber G：Das Problem der Schuldfähigkeit in der Sicht des psychiatrischen Sachverständigen. Fortschr Neurol Psychiatr 36：454-473（1968）

- 7) Jescheck H-H, Weigend Th : Lehrbuch des Strafrechts. Allgemeiner Teil, Fünfte Auflage, Verlag von Duncker & Humblor, Berlin (1996) —西原春夫 (監訳) : ドイツ刑法総論, 成文堂, 東京 (1999)
- 8) 加藤久雄 : 人格障害犯罪者と社会治療, 成文堂, 東京 (2002)
- 9) Koch JLA : Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Erste Abteilung, Otto Maier, Ravensburg (1891)
- 10) Kraepelin E : Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Monatschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1 : 141-157 (1904)
- 11) Langelüddeke A : Gerichtliche Psychiatrie. Dritte, vollständig neuarbeitete Aufl, Walter de Gruyter & Co., Berlin (1971)
- 12) Listz F v : Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit. AStW 17 : 70 (1896) (文献2より引用)
- 13) Müller-Isberner R, Freese R, Jockel D, et al : Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments, and current practice. Int J Law Psychiatry 23 : 467-480 (2000)
- 14) 仲宗根玄吉 : 西ドイツ刑法 51 条の改正と同条における病気概念. 精神神経学雑誌 77 : 259-284 (1975)
- 15) 仲宗根玄吉 : 責任能力に関する基礎的諸問題. 懸田克躬ほか (編), 現代精神医学大系 24, 司法精神医学, pp26-45, 中山書店, 東京 (1976)
- 16) 中田 修 : 責任能力の判定に関する実際の諸問題. 上掲書, pp46-78.
- 17) 中谷陽二 : 人格障害と刑事司法—精神医学史的考察. 新宮一成ほか (編), 新世紀の精神科治療 5, 現代医療文化のなかの人格障害, pp53-65, 中山書店, 東京 (2003)
- 18) Nedopil N : Forensische Psychiatrie : Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, 2, aktualisierte und erweiterte Aufl, Thieme, Stuttgart (2000)
- 19) 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
- 20) Nöcker S : Organizing and managing forensic mental health services. IAFMHS, Stockholm (2004)
- 21) Rasch W : Forensische Psychiatrie, 2, überarbeitete und erweiterte Aufl, Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln (1999)
- 22) Schneider K : Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit, Ein Vortrag, 2 Aufl, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1956)
- 23) Schreiber HL : Juristische Grundlagen. Venzlaff U (ed), Psychiatrische Begutachtung, Gustav Fischer, Stuttgart-New York (1986)
- 24) 臼井滋夫 : 責任能力に関する各国の法規 (わが国を含む). 懸田克躬ほか (編), 現代精神医学大系 24, 司法精神医学, pp11-25, 中山書店, 東京 (1976)
- 25) Venzlaff U : Probleme der forensischen Psychiatrie. Kisiker K, et al (eds), Psychiatrie der Gegenwart, Bd 3, 2 Aufl, Springer, Berlin-Heidelberg-New York (1975)
- 26) Venzlaff U : Ist die Restaurierung eines engen Krankheitsbegriffes erforderlich, um kriminalpolitischen Gefahren abzuwenden? ZStW 88 : 57-67 (1976)
- 27) Wilmanns K : Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, Springer, Berlin (1927) (文献2より引用)
- 28) Witter H : Zur gegenwärtigen Lage der forensischen Psychiatrie. Witter H (ed), Der psychiatrische Sachverständige im Strafrecht, pp1-34, Springer, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo (1987)

# 統合失調症の 治療

——臨床と基礎——

佐藤光源・丹羽真一・井上新平  
[編集]



朝倉書店

medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 33:376-386, 1992.

- 5) 金子晃一, 福島 昇: 機能圏域と医療連携—総合病院精神科における2つの圏域—, *精神経誌* 99:919-924, 1997.
- 6) 八田耕太郎: 精神科救急のABC 2000年版, *総合病院精神医学* 12(1):72-83, 2000.
- 7) 岩淵正之, 江畑敬介編: 精神障害者に対する身体合併症診療の実際, *新興医学出版社*, 東京, 1996.
- 8) 長嶺敬彦: 抗精神病薬の「副作用」がわかる. *医学書院*, 東京, 2006.
- 9) 桑原達郎, 野村総一郎, 福西勇夫, 他: MPUにおける精神分裂病の術後精神症状とその管理について. *精神医学* 41(2), 1999.
- 10) 土井永史, 岩淵正之: 身体合併症病棟—手術後の精神症状の管理を中心に. 黒沢尚他編: *リエゾン精神医学・精神科救急医療*, pp.194-200, *中山書店*, 1998.
- 11) 井川典克, 杉田憲夫: 統合失調症の急性期治療におけるrisperidone新剤型(Oral Solution)の使用経験. *臨床精神薬理* 6:785-788, 2003.
- 12) 中島一憲: インフォームド・コンセントにおける意思決定能力の臨床的分析. 石川義博編: *精神科臨床における倫理*, pp.163-182, *金剛出版*, 東京, 1996.
- 13) 仮屋暢聡, 江畑敬介: インフォームド・コンセントおよび法律上の問題. 岩淵正之他編: *精神障害者に対する身体合併症診療の実際*, pp.38-46, *新興医学出版社*, 東京, 1996.

## 7.4 触法行動と精神鑑定

### a) 司法精神医学と統合失調症

司法精神医学とは精神障害者に関わる法律問題全般を扱う精神医学の1分野であり、関連する法律に応じて問題は多岐にわたる。伝統的には刑事事件の被疑者・被告人の責任能力判定という診断学的側面に重点が置かれてきたが、「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（以下、医療観察法）」の2005年からの施行にともなって触法精神障害者の医療がクローズアップされている。他方、刑事事件ほど関心を向けられないが、成年後見、遺言その他の民事事件、労災補償、訴訟能力、医療事故などについても、精神科医はさまざまな法律問題で専門家としての意見を求められる。

司法精神医学の歴史は法制度の変遷を縦糸、臨床的パラダイムの変遷を横糸として発展してきた。精神障害者を取り巻く法律と医療が織りなす環境は時代とともに移り変わる。精神科医療は20世紀後半から開放

化と人権擁護の大きな流れにあるが、他方で刑事政策の動向も触法精神障害者の処遇と無関係ではあり得ない。精神鑑定は司法的処遇と医療的処遇の結び目をなす重要な役割を持つ。本稿では統合失調症患者の触法行動をめぐる精神鑑定や責任能力の問題を医療観察法施行に伴う状況変化を視野に入れながら論じる。

### b) 触法行動と精神医学

#### 1) 触法行動への関心

統合失調症患者の触法行動は司法精神医学の重要課題である。犯罪白書<sup>9)</sup>によれば、心神喪失者もしくは心神耗弱者と認められた者の6割強は統合失調症と診断されている。また医療観察法の対象者のかなりの割合を統合失調症患者が占めている。

歴史を振り返ると、意外なことに統合失調症が司法精神医学の主要な課題として論じられるようになったのは比較的近年になってからである<sup>8)</sup>。Kraepelin E. と Bleuler, E の時代、統合失調症（早発性痴呆）は鈍化過程で特徴づけられ、生涯にわたり精神病院で介護される患者群の代表的なものとして認識されていた。Kraepelin も Bleuler も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統合失調症よりも先天性の劣悪な素因に基づく変質（Entartung）やその周辺の疾患であった。同時代の司法精神医学者たとえば Birnbaum, K. は、統合失調症は社会的転落を媒介として軽犯罪につながる可能性はあるとしても、その全体としての犯罪学的意義は限られると述べている。統合失調症患者の触法行動が特別な関心を引く場合でも、定型的な病態よりも診断を確定し難い発病初期や辺縁病態が主に取り上げられた<sup>9)</sup>。代表的なものに Wilmanns, K. が記述した前駆期における殺人衝動、Rinderknecht, G が記述した犯罪性類破瓜病などがある。これらは統合失調症の初期徴候と犯罪行動の精神病理学的な関連を考察している。

1960年代から抗精神病薬の開発やコミュニティ医療の発展にそって統合失調症をめぐる状況が大きく転換した。いわゆる脱施設化の時代を迎えてコミュニティで生活する統合失調症患者の逸脱行動が問題視されるようになる。

ドイツ語圏での先駆的研究は Böker らが 1973 年に著した『精神障害者の暴力』<sup>9)</sup> 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、次のような知見を見出した。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言えない。④被害者と親密な関係にある場合が高率である。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 らの問題意識は精神障害者の暴力が開放的精神科医療にとって真の危険となるかということにある。

視線をアメリカに転じると、脱施設化に連動して注目される動きが起きた<sup>7)</sup>。公立精神科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動に対する懸念が高まった。退院患者を追跡調査し、検挙率などを指標として触法行動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<sup>9)</sup> 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 らの結果が支持されたが、見かけ上の変化に過ぎないという批判的意見もある。いずれにしても退院患者の激増に対するコミュニティ・ケア態勢の遅れが問題視された。

## 2) 開放的医療と触法行動

日本でも近年、新しい医療政策や治療理念と並行して統合失調症患者の触法行動に対する認識に変化が見られている。その契機の一つは社会復帰の理念を押し出した精神保健法改正（1987 年）である。当時の藤縄の論文「寛解期分裂病者の責任能力」<sup>3)</sup> は臨床精神科医の一般的立場を代弁したものと言える。藤縄は次のような理由で、分裂病者は著しい寛解例を除いて原則として責任無能力とみなすとする通説に異議を唱えている。すなわち、薬物療法の発展のもとで寛解者や通院で治療が可能な患者が増加し、分裂病を不治とみなす考え方は払拭されている。精神科医が「寛解」もしくは「通院により社会生活に支障なし」と判断するとき、意識するしないにかかわらず、市民としての権利とそれに付随する刑事責任能力も認めており、その

ことは安定した治療関係の維持にも必要である。藤縄はこのような理由から 1984 年最高裁決定（後述）を責任能力判断の指針として評価している。藤縄の主張は市民としての権利は応分の責任を伴うという観点に立っている。しかし医療の目標と刑法上の責任能力は次元が異なる問題であり、双方を同列に論じることには飛躍があるように思われる。

後述するように統合失調症患者の責任能力の判断基準は近年方向を変えている。その流れを検証すると、鑑定人が先鞭をつけ、その意見を裁判官が受け入れ、次にはそれが鑑定人の考え方を方向づけて行くという相互関係が見出される。鑑定人は他方で臨床医でもあり、責任能力の捉え方に治療者の観点が入り込むことは避け難い。

ところで、かつて統合失調症と刑事事件の関わりは未治療の患者の事例を通して論じられることが通例であった。それに対して近年は、現に治療中であつたり過去に治療歴を持つ患者による触法行動がしばしば問題とされる。おそらく受療率の上昇や通院医療の発展がその背景にある。山上市<sup>10)</sup> によると、1980 年に心神喪失・心神耗弱と認定された統合失調症の殺人・傷害犯の 6 割強に入院歴があり、通院歴のみの者を加えると 7 割弱が治療歴を有していた。とりわけ治療中の患者による重大事件の場合、医療に批判の矢が向けられ、被害者から病院に対して損害賠償請求がなされることもある。開放的な治療構造の中での触法行動のリスク評価が焦眉の課題となる。次の 2 つは象徴的な事例である。

①守山荘病院事件：平成 2 年 10 月、自衛隊記念式典に来賓として出席していた元大臣が守山荘病院に入院中の 47 歳の患者に背後からナイフで首を刺され、11 日後に死亡した。患者は過去に選挙のさいに政党の街頭活動を妨害して逮捕された経歴を持っている。13 年前に守山荘病院に初回の措置入院となり、短い退院期間を挟んで入院を続けていた。本事件当時も措置入院中であつたが、開放病棟において、外出も許可されていた。合同調査団の報告書<sup>6)</sup> から推測すると、発病から 15 年以上が経過している人格の崩れの少ない妄想型統合失調症で、政治家を対象とする迫害主題の幻覚妄想体験が慢性化する一方で、芸能人と婚約して

いるという願望充足的な妄想も見られた。病的体験が行動として表面化されることは少なく、院内では暴力行動はまったく見られず、作業能力は高いと評価されていた。しかし根底には入院への不満や退院への焦りがあり、生活状況も社会復帰に不利であった。危険な行動化の予兆とも解釈できる不穏な言動が過去に散発していたことは事実であるが、他方では事件直前に作業への意欲を表明するなど前向きな姿勢も示していた。本事件に引き続いて、多数の危険な精神障害者が放置されているという趣旨の見解がマスコミを賑わせた。

②北陽病院事件：措置入院中の患者が離院し、金員奪取の目的で通行人を殺害した事例である。被害者遺族による訴えに対して一審、二審が病院開設者である岩手県の損害賠償責任を認めた。県による上告を最高裁が平成8年9月に棄却した。結果発生の予見可能性、結果回避義務違反、離院と殺人の因果関係が争点となった。判決は、治療・社会復帰が精神医療の第一義的目的であるとしながらも、無断離院、殺人事件のいずれに関しても予見可能であり、他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を病院が尽くさなかったと判断した。最高裁の判決<sup>13)</sup>を参照すると、患者は統合失調症の破瓜・緊張混合型で、発病に伴ってドヤ街を転々とし、職務質問の警察官を崖から突き落とす、叔父を脅迫するなどの行為で懲役刑を受け、医療刑務所で加療した。本事件の2年余り前に出所し、北陽病院に措置入院となった。発明妄想や親族への被害妄想が見られた。病状が変化し、病棟外での作業療法が中止あるいは再開された。本事件の10ヵ月前、作業療法中に院内に駐車中の自動車で離院し、盗みや叔父への暴力を起し、保護され病院に戻った。この出来事により薬物増量と病棟内の作業療法への変更がなされた。徐々に開放的な治療へ戻され、本事件の2ヵ月前からの5回の院外散歩では問題がなかった。ところが集団での院外散歩中に路上のライトバンに乗り込んで離院し、捜索や保護要請がなされた。列車を乗り継いで横浜市内に到着し、民家に盗みに入ろうとしたが断念した。ナイフで人を脅すか殺すかして金員を奪うことを考えついた。睡眠薬がなく不眠と焦燥が募った。離院4日目の朝、路上で信号待ちをしていた男性

の腹部等を刺して殺害した。心神耗弱と認定され判決は懲役13年であった。

北陽事件は医療側に衝撃を与え、強い危機感をもたらした。医療開放化の下でどこまで自傷他害の防止義務を医療側に要求できるかが争点となり、治療と自傷他害防止義務のジレンマを浮かび上がらせた。判決を見ると、殺人の事実からさかのぼって過去の治療経過での危険性につながる事実を拾い上げている。他方、問題なく院外散歩を繰り返していたこと、離院から犯行までの偶然的要因の重なり、本事件（無関係の人への襲撃）と過去の問題行動（親族への暴行など）との異質性など、危険性の予測を低める方向に働いた要因には目を向けていない。守山荘病院事件と同様、統合失調症患者の触法行動のリスク評価の難しさを示す事例である。

## c) 責任能力

### 1) 責任能力の意義

刑事事件での精神鑑定は責任能力判断に資することを主目的とする。統合失調症患者の責任能力について多くの議論が積み重ねられてきたが、近年になり重要な変化が見られる。

刑法上の責任とは違法な行為をした者を道義的に非難しうることを指し、責任を負う能力が責任能力である。責任主義すなわち「責任なければ刑罰なし」は近代刑法の基本原則とされる。周知のようにわが国の刑法39条は「心神喪失者の行為は、罰しない。心神耗弱者の行為は、刑を減輕する。」と定めている。41条の「14歳に満たない者の行為は、罰しない」という責任年齢と並ぶ、責任能力に関する規定である。

責任能力は、①生物学的要素（精神の障害の有無・程度）、②心理学的要素（それが弁識・制御能力に与えた影響）、③刑法39条の「心神喪失者、心神耗弱者」に該当するか、という3つのレベルで判断するのが一般的である。法律概念である責任能力の有無や程度について医師である鑑定人がどこまで言及すべきかについては見解が分かれる。

この問題で1983年の最高裁決定<sup>10)</sup>は大きな影響を与えた。鑑定結果を否定して被告人の刑事責任能力を認めた原判決が重大な事実誤認であるとする上告を棄



却した事例である。これは次のように心神喪失又は心神耗弱の判断の性質、責任能力判断の前提となる生物学的要素及び心理学的要素についての判断権を論じた。

「被告人の精神状態が刑法 39 条にいう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であることはもとより、その前提となる生物学的、心理学的要素についても、右法律判断との関係で究極的には裁判所の評価に委ねられるべき問題である（以下、略）」

この決定は、前述の 3 つのレベルの③が裁判官の専断事項であることは論を待たず、①と②に関しても裁判官が最終判断を下すという趣旨である。法理論上は裁判官は鑑定結果に拘束されないという「不拘束説」を明示したものとされる。ただし事件は覚せい剤中毒の幻聴による窃盗の教唆の真実性が論点になった特殊なもので、裁判所が鑑定結果を否定したのはこの特殊性に起因するところが大きかったと思われ、リーディングケースとされることには疑問が残る。

## 2) 判断基準の変遷

統合失調症の異なる病期や状態に応じた責任能力の判定基準は大きな論点である。戦前、三宅<sup>5)</sup>は早発性痴呆について「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」ことを通説として主張した。戦後の内村<sup>15)</sup>になると、「最初期、寛解期、軽い欠陥状態」についてはただちに責任無能力と判定できないとしている。ただし具体的に見ると、「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、病歴抜きには診断が困難な場合を指している。

統合失調症に関して狭い範囲でしか責任能力を認めない見解は裁判の実務でもある時期までとられてきた。1970 年、1971 年に心神喪失と判断された事例では、言動や犯行手口にまとまり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理由

とされている（最高裁「刑事裁判例集」<sup>12)</sup>の事例 37, 39)。

1980 年代は転換期である。1981 年には、鑑定人が犯行の計画性、目的性、幻聴の命令に従うまいとして苦しんだことなどを抑制力残存の根拠として心神耗弱を示唆したが、裁判所はこれを排して心神喪失と判断した事例がある（同、事例 42）。裁判所が保守的な姿勢をとったわけである。他方、1984 年には、被害妄想に基づく大量殺傷事件について心神耗弱とした判決が現れている（同、事例 18）。特に犯行が妄想によって完全に支配されなかったことが判断根拠としてあげられている。

流れを明確に方向づけたのが 1984 年の最高裁決定<sup>11)</sup>であり、統合失調症患者の責任能力を考える場合、重要な今日的意味を持っている。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・態様を総合して判定すべきである。」<sup>11)</sup>

この決定は責任能力を事例ごとに「総合的に」判断する立場を明確にし、法律上は統合失調症患者と責任能力との関係について最高裁として初めて職権判断を示したものと評価されている。その後の判例を見ると責任能力の生物学的要素は相対的に軽く見積もられるようになっていく。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」判断へと方向を変え、統合失調症心性の異質性を重視する立場は影を潜めた。

## 3) ドイツにおける動向

日本の司法精神医学はドイツの学説に多くを負ってきたが、責任能力の規定や判断の指針には相違が少なくない。ドイツでは刑法の改正に沿って責任能力の概念も変遷してきた。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項に分けられた。20条は「行為の実行の時に、病的な心的障害、根深い意識障害、精神薄弱、若しくは重いその他の心的変異により、行為の不法性を弁別し、又はこの弁別に従って行為することができない者は、責任なく行為した者である。」、21条はこれらの能力が「著しく限定されている時」は「その刑を減輕することができる。」と定めている。

このようにドイツ刑法は生物学的要素として4つのカテゴリーを挙げ、なおかつ心理学的要素（弁識能力、制御能力）を法文に明記している。統合失調症が「病的な心的障害」にあたることに異論はない。

心理学的要素について可知論と不可知論の議論があり、後者の代表がSchneider, K.である<sup>9)</sup>。Schneiderの疾病概念によれば「疾病（身体的過程）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」との間には根本的な相違がある。その上で、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り、つねに責任無能力とする十分な根拠があるとされる。Schneiderは「統合失調症に罹患していれば例外なく責任無能力」というドグマの提唱者と理解されている。

これに対して近年はより柔軟な立場が主流である<sup>9)</sup>。欠陥概念の細分化を軸として統合失調症論を展開したHuber, G.は長期の予後調査をもとに責任能力論について論じた。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とする。急性シュープ及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、実際には完全寛解及び軽度の純粹残遺については完全責任能力を認めるとする。構造力動的な視点から統合失調症論を構築したJanzarik, W.は、疾病現象(Krankheitsgeschehen)と疾病結果(Krankheitsfolge)を区別し、責任能力に関して、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とする。急性精神病での違法行為は免責とされ、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されるとする。戦後の司法精神医学を代表するWitter, H.は、動機分析による病的行動因子の検討から、疾病結果である「軽く、わずかな社会的影響しか持たない人格変化」において動機・態様に異常性が露呈されていない場合、責任能力を認める場合があるとする。

ドイツの司法精神医学では統合失調症の軽症例では責任能力を認め得るとする立場が一般的で、概ね病的過程が停止して疾病の残遺のみが認められることを基準としている。顕在的な精神病症状を示す急性期の行為については責任無能力が適用され、この点は幻覚・妄想による行為の直接支配の証明までもが要求される日本の慣行と大きく隔たっている。

#### d) 精神鑑定

##### 1) 刑事精神鑑定

統合失調症患者が触法行動を契機として医療に導入される過程で精神鑑定の役割はきわめて重要である。医療観察法施行に伴い従来の刑事精神鑑定に加えて医療観察法鑑定が行われることになり、それぞれの役割と関係が問題となる。ここでは刑事精神鑑定と医療観察法鑑定の手続を概観した上で処遇について考察する。

刑事訴訟法は「裁判所は学識経験のある者に鑑定を命ずることができる」と定めている。捜査機関が囑託する場合も鑑定である。いずれの場合でも鑑定は刑事手続きに組み込まれた業務であり、司法判断に資することを一義的な目的とする。

検察官は、心神喪失の被疑者については不起訴処分、心神耗弱の被疑者について起訴または起訴猶予の決定を下す。この決定の資料とされるのが起訴前鑑定である。裁判所の許可と鑑定留置（鑑定のための身柄拘束）の手続きを経て行う場合が本鑑定、通常の捜査期間内に被疑者の同意により行われるものが簡易鑑定である。簡易鑑定は精神衛生診断などとも呼ばれ、全国の地方検察庁で実施されており、現在では触法精神

障害者の処遇の中で大きな役割を果たしている。起訴前鑑定では精神保健福祉法 25 条にもとづく通報の要否について意見を求められることが多い。医療観察法施行に伴って検察官による申立ての要否が起訴前鑑定で問われることが予想される。事後の処遇に関してどこまで意見を述べるべきかは議論の余地があり、措置入院の診察や医療観察法鑑定に予断を与えるという意味で慎重さが求められる。特に簡易鑑定は精神障害の早期発見と迅速な医療導入に有効である一方で、検察官による決定の材料として重大な法的意味を持つことに注意が必要である。

これに対して公判鑑定は被告人の責任能力を裁判官が判断するための鑑定であり、多くの場合は弁護人からの申請にもとづいて施行される。鑑定人は法廷で宣誓を行い、証人として尋問を受ける。

現状では心神喪失者・心神耗弱者と認定される者の 9 割強が不起訴処分とされている。裁判で心神喪失を理由に無罪とされる事例は年間に 1～2 件と僅少である。平成 17 年に心神喪失者・心神耗弱者と認められた統合失調症患者は 515 人である。その中で 492 人 (95.5%) は不起訴処分とされた (うち 53.9% が心神喪失、残りが心神耗弱)。裁判では心神耗弱により刑の減軽を受けた者は 23 人いるが、心神喪失は皆無である<sup>4)</sup>。

## 2) 医療観察法鑑定

医療観察法 33 条は、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 (殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害) を行ったこと、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軽する確定裁判 (執行すべき刑期がある者を除く) を受けたことを挙げる。申立てを受けて裁判所は合議体を設置し、審理を行って次の処遇を決定する (42 条)。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。裁判所は「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 (37 条)。鑑定医は鑑定結果に「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。

鑑定の実際については現場で準拠されている厚生労働科学研究班の『鑑定ガイドライン』<sup>4)</sup>を参照する。

鑑定の目的は、①対象者が精神障害者であるか否か、②医療観察法の医療必要性、である。刑事訴訟手続における鑑定とは異なり、医療観察法鑑定は「対象者の医療観察法における医療必要性についての意見を述べるもの」とされる。医療必要性は 3 つの軸すなわち疾病性、治療反応性、社会復帰要因に沿って評価され、これらのいずれもが一定水準を上回ることによって認定される。

疾病性とは、診断、重症度、精神障害と当該行為の関連性である。診断は原則として ICD-10 に拠り、重症度は臨床的記述及び ICF, GAF などに拠る。また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。

治療反応性とは、精神医学的な治療に対する対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さである。精神障害が治療及び医学的なケアの可能性のないもの、すなわち治療可能性がない場合は本法に係る医療の対象とはならない。治療可能性は精神障害を有すること、治療反応性を有することから査定される。

社会復帰要因については、仮に対象者が高い疾病性を有しており治療反応性が認められたとしても、対象者の社会復帰を阻害するような確たる要因が何ら認められないのであれば、あえて本法による処遇を行う必要はないとされる。

条文及び『ガイドライン』を検討すると医療観察法鑑定には次の問題点を指摘し得る。

(1)本法による医療が必要か否かについて意見を述べるもので、当該行為時の責任能力と医療必要性を共に評価するかたちにはなっていない (『ガイドライン』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」としており、これは責任能力そのものであるので、論理に混乱が見られる)。

(2)治療反応性として比較的高いハードルを設定している。

(3)社会復帰の特別な阻害要因がない、言い換えれば疾患が仮に重度であっても通常の医療で社会復帰が可能であれば本法の対象とはしない。他方、33条によると「この法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認められる場合」でなければ検察官は申立てを行わなくてはならない。従って申立ての除外対象よりも『ガイドライン』の除外対象は広くなり、結果として「この法律による医療を行わない決定」が少なくないと予想される。

医療観察法の施行から1年間の状況<sup>2)</sup>について見ると、申立てのさいの刑事処分別では、合計355人中88.5%が不起訴処分、11.3%が確定裁判での執行猶予であり、無罪は僅か1人である。申立て時における認定病名別では統合失調症を主な病名とする者が64.8%を占める。対象行為別では、傷害等37.3%、殺人等25.3%、放火等24.3%などの順である。地方裁判所での決定は、入院決定が54.6%、通院決定が24.9%、医療を行わない決定が16.7%、申立て却下決定が3.4%、申立て取下げ0.3%となっている。

数値から見る限り、不起訴処分を経て申立てられる事例が圧倒的に多く、病名別では統合失調症が過半数、裁判所の決定では入院以外が半数近くを占めている。病名別のデータが得られないため統合失調症に関する状況は不明である。詳細な情報の分析が待たれる。

### e) 触法統合失調症者の今後

医療環境と司法環境がともに変わりつつある現状で、狭間に位置する触法精神障害者の処遇も流動的である。触法統合失調症者を取り巻く情勢の変化として次の3点が特筆される。①1984年の最高裁決定を転換点とする責任能力判断基準の一より責任を認める方向への一変化、②刑事政策全般の厳罰化、③医療観察法が対象者の範囲を比較的狭く設定していること。

言うまでもなく鍵の役割を果たすのは医療観察法である。新しいシステムの性格は未だ明らかではないが、施行から一年半余りが経過した時点では医療・福祉関連法としての性格を鮮明にしつつあるように見受けられる。対象者への濃厚な医療と社会復帰援助の提供が強調され、社会の安全確保への配慮は背景に退い

ている。この点は法案が審議される過程で「再び対象行為を行うおそれ」という文言が削除された時から方向づけられていた。ちなみにドイツの改善保安処分は精神科病院収容を「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時、裁判所は、行為者及びその行為の全体的評価に基づき、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、公共への危険性を明記している。医療観察法の条文を比較すると性格の相違は明瞭であろう。

医療・福祉関連法として純化して行くことはもちろん一つの選択である。しかしその場合、医療観察法の対象から外れる事例についても医療は何らかの責任を負わなければならない。たとえば先に述べた北陽事件のような例である。統合失調症の治療歴が長く、将来的にも医療が必要なことは明らかである。他方、地域住民の不安や被害者側の処罰感情は著しく強い。類似の事件が発生した場合、検察は起訴するであろうし、現在の厳罰化の流れのもとでは重い刑罰を科せられると予想される。実施が決まった裁判員制度や被害者の裁判参加制度の影響も無視できない。医療観察法を自己完結的なシステムとするのではなく、触法精神障害者の処遇の全体を視野に入れた医療サービスの提供体制が必要であろう。

(中谷陽二)

### 文 献

- 1) Böker W, Häfner W: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin, 1973.
- 2) 江見健一: 心神喪失者等医療観察法の施行の状況について。法律の広場 12:4-10, 2006.
- 3) 藤縄 昭: 寛解期分裂病者の責任能力。精神科MOOK 17, pp.125-133, 1987.
- 4) 法務総合研究所: 平成18年版犯罪白書。2006.
- 5) 三宅 鑽一: 精神鑑定例。南江堂, 東京, 1937, 再版1952.
- 6) 守山荘病院合同調査団: 守山荘病院調査報告書。精神経誌 97:867-900, 1995.
- 7) 中谷陽二: 犯罪と精神医学—最近の動向。懸田克躬, 島薗安雄, 大熊輝雄, 他編, 現代精神医学大系年刊版'89-B, pp.243-261, 中山書店, 東京, 1989.
- 8) 中谷陽二: 分裂病犯罪研究。金剛出版, 東京, 1996.

- 9) Rappeport JR, Lassen G: Dangerousness-arrest rate comparisons of discharged patients and the general population. *Am J Psychiat* 121:776-783, 1965.
- 10) 最高裁第三小法廷決定昭和58年9月13日。判例時報1100:156-159, 1984.
- 11) 最高裁第三小法廷決定昭和59年7月3日。ジュリスト827:76-77, 1984.
- 12) 最高裁判所事務総局(編): 責任能力に関する刑事裁判例集。法曹会, 1990.
- 13) 最高裁第三小法廷判決平成8年9月3日, 判例時報1594:32-35, 1997.
- 14) 「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」(医療観察法) 鑑定ガイドライン。厚生労働科学研究班研究費補助金こころの健康科学研究事業「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価, 治療, 社会復帰等に関する研究」成果報告, 2005.
- 15) 内村祐之: 精神医学より見たる刑事責任能力。精神経誌53:41-57, 1951.
- 16) 山上 皓, 石井利文: 精神鑑定の現状と課題—精神分裂病犯罪者の実態調査に基づく分析—。法と精神医療 6: 45-55, 1993.

## 7.5 抗精神病薬の副作用

抗精神病薬による副作用は、ごく軽度の全身倦怠感や眠気から突然死に至るまでその種類は多く、抗精神病薬との関係についても明確なものとはそうでないものがある。

その原因の多くはそれぞれの薬剤が有する各種受容体に対する遮断作用によると考えられる。また薬剤の代謝、吸収、排泄の過程が促進、および阻害されることによっても副作用の発症率や程度も違ってくる。また、抗精神病薬服用による妊娠及び胎児への影響もある。

ところで、わが国の精神科薬物療法は欧米のみならず東南アジア諸国と比べても遅れをとっているが、risperidone (RIS) に続き quetiapine (QEP), perospirone, olanzapine (OLZ), aripiprazole などの第二世代抗精神病薬が使用されるようになって、その効果に対する関心だけでなく副作用についても従来薬の副作用が軽減できる可能性が期待されている。

本稿では主な抗精神病薬の副作用について、臨床症状とその対策を簡単に紹介する。また最近導入された第二世代抗精神病薬にも副作用があることを報告する。

### a) 抗精神病薬の主な副作用

抗精神病薬の副作用は臨床的に中枢神経系及び末梢神経系に対する副作用に大別され、発症様式からは急性あるいは慢性に発症するものに分けられる。さらに、前述したように各種受容体に対する遮断作用からも副作用は分類されるが、それは薬剤の投与量とも関連しており、高用量、中等量および低用量によって、それぞれ臨床症状は異なる。

抗精神病薬の副作用の機序としては、中枢及び末梢に存在するドパミン (特に  $D_2$ )、ヒスタミン (特に  $H_1$ )、アセチルコリン (Ach)、アドレナリン ( $\alpha_1$ )、セロトニン ( $5-HT_2$ ) 受容体などに対する阻害作用及びアレルギー反応などが関連しているとされる。

$D_2$  受容体阻害作用としては、錐体外路系副作用があり、自律神経系副作用としては、主に抗コリン作用によると考えられる口渇、便秘、視力障害 (調節障害、緑内障の悪化) などがあるがその他、内分泌系に対する影響や薬剤アレルギー反応とされる肝機能障害や造血系への作用、皮膚への影響やその他、最も致死的な悪性症候群などがある。また、薬物は受動的拡散によって脂質膜を通過すると考えられており、抗精神病薬は血液脳関門を通過するため脂溶性である。その結果、ほとんどの抗精神病薬は胎盤を通過すると考えられ、母親が抗精神病薬を服用している場合には、胎児への影響を考慮しなければならない。したがって、催奇性、新生児中毒症状・行動異常などが考えられる。また第二世代抗精神病薬では体重増加や糖尿病発症などの代謝性障害が危惧されている。

さて、抗精神病薬の副作用の主なものは、前述のようにその作用機序から  $D_2$  受容体の遮断作用に関連したものが多く、しかし、実際の臨床では他の受容体遮断作用やアレルギー反応によるものも多い。これは抗精神病薬の作用が、ある種の神経伝達物質の受容体に対する選択性が高まったとしても、ただ一つの受容体だけを選択的に遮断する薬剤は現在までのところ存在せず、数種の受容体遮断作用を有し、各種受容体遮断作用の複雑な組み合わせによって、作用及び副作用を発揮しているのが実際の薬理作用であるからである。したがって、厳密には一つの受容体遮断による副作用だけが誘起されることはないといえる。表V-26に本

## II 刑事精神鑑定の実際

# 脳器質的検査

心神喪失を考える場合には、まず対象者が精神障害に罹患しているかどうかが重要となる。したがって、刑事責任鑑定において精神医学的診断は非常に重要となる。ところで、いわゆる「心神喪失者等医療観察法」では、治療や社会復帰支援が強調されており、この法に基づく鑑定入院では治療反応性についての評価も求められている。適切な治療の提供や適切な評価のためには綿密な精神医学的な診断が必要となる。

ところで、責任能力や是非弁別能力を考慮する場合には臨床的な精神症状が重要であるのに対し、適切な治療の提供や治療反応性の評価にはさまざまな視点からの評価・検査が必要となる。たとえば、統合失調症という疾患で同様の妄想があっても、自殺・自傷に向かうか、攻撃的・暴力的となるかは個人によって異なるであろう。すなわち、後者の場合には単に幻覚妄想の治療だけではなく、攻撃性や暴力性についての治療的アプローチが必要となるかもしれない。しかし統合失調症や双極性障害などの非器質的精神疾患の診断を下す際の有力な特異的脳器質的検査法は現在のところ確立されていない。そのため、脳器質的検査法はてんかんや認知症（痴呆）などの器質性精神疾患の診断またはその除外診断のための補助診断法として位置づけられている。しかしながら、近年、攻撃性や易怒性、暴力性についての画像診断法などによる知見も得られている。したがって、このような研究を進展させることにより攻撃性や易怒性、暴力性を評価するときにも脳器質的検査

法は有用となり、治療や社会復帰支援へのアプローチにおいても重要な示唆を与えるものと思われる。

本項では脳器質的検査法の概略を述べるとともに、脳器質的検査法による攻撃性や易怒性、暴力性についての知見、代表的な脳器質的精神疾患の検査所見について述べる。ところで覚せい剤精神病と統合失調症の鑑別は困難なことが多い。ここでは参考として、覚せい剤使用者の精神病や攻撃性について最近得られた画像診断の知見についても述べる。

### 1 脳器質的検査法

脳器質的検査法は脳形態学的検査法、脳機能的（生理学的）検査法、そして脳生化学的検査法に分類できよう。

脳の形態学的検査には形態画像診断法としてX線CTとMRI（magnetic resonance image；核磁気共鳴画像）がある。脳の機能的検査法には脳波検査やMEG（magnetoencephalography；脳磁図）に加え、機能画像検査としてSPECT（single photon emission tomography；単光子放出コンピュータ断層撮像法）やPET（positron emission tomography；陽電子放出断層撮像法）、fMRI（functional MRI）があり、脳局所の血流や糖代謝が測定対象となる。脳局所の生化学的情報、すなわち神経受容体や伝達物質の再取込み部位（トランスポーター）、酵素活性、脳内物質質量などはPETやMRS（MR spectroscopy）により得られる。

ここでは、特に器質的障害の補助診断として有用と考えられる検査法について概略を述べるが、詳細については成書を参考にさせていただきたい。

### a. 脳波検査

臨床脳波は脳機能障害の評価法として、簡便で非侵襲的であり、また時間解像度も高く、機能的焦点部位の判定に優れている。その一方で、脳波は大脳皮質錐体細胞のシナプス後電位が集合したもので、これには視床や脳幹網様体などの皮質下構造も影響を与えているため、年齢や睡眠などの状態、向精神薬など多数のパラメーターが影響する<sup>10)</sup>。したがって、臨床脳波検査は脳器質的異常のスクリーニングやてんかんの診断に有用であるため、一般精神科臨床には頻用されている。

誘発電位 (evoked potential ; EP) は、種々の感覚刺激が感覚受容器に入力されてから大脳皮質に達するまでのさまざまな部位で記録される一過性の電位変化である。これら誘発電位は刺激から発現するまでの時間である潜時と振幅、発現部位がパラメーターとなる。事象関連電位 (event related potential ; ERP) は、被検者に課題を与え、その課題に関連して誘発される電位であり、認知機能の客観的指標となる可能性が示唆されている。たとえば、オドボール課題と呼ばれる、簡単に弁別できる2種類の刺激をランダムな順序で与え、出現頻度の少ないほうの刺激回数を数えるなどの課題を与えると、数えることを指示されている刺激提示後250~500ミリ秒に最大頂点をもつ陽性徐波が出現するが、これをP300と呼んでいる。これらの誘発電位は精神科領域においても種々の疾患において研究されている。

### b. 画像診断法

X線CTはX線を脳に直接投射し、脳を通過した放射線を検出器で検出する。透過する物体によりX線吸収が異なり、検出器で検出される放射線量も異なり、それらをコンピュータにより処理して画像とする。脳萎縮、脳内腫瘍病変、脳梗塞、白質病変など、脳の形態的変化の検出に有用である。その一方で、頭蓋骨での放射能吸収が高く、骨と脳実質部境界の描出が不鮮明であることが多い。

MRIは、一定方向を向いている静磁場に被検者を置き、この向きを90°変えるような短いラジオ波を加える。すなわち、水素は一定方向を向いていたのが向きが変わり、ラジオ波がなくなると元に戻る。このとき、水素はエネルギーを放出するが、そのエネルギーは水素密度に依存するので組織間で異なる。それを検出器でとらえ、コンピュータ上で処理し画像とする。X線CTと異なり複数の方向での断面撮像が可能である。脳萎縮や虚血性病変、脱髄などの病変の描出に優れているが、石灰化の検出能は低い。また、検査中の騒音、狭い撮像空間、比較的長い検査時間のため、患者によっては協力が得られない。

SPECTは<sup>99m</sup>Tcや<sup>123</sup>Iなどの放射性物質を薬剤に標識した放射性薬剤(トレーサ)を静脈投与などで生体内へ投与する。放射性物質からは1本のγ線が放出され、その放射線を検出器で検出し、コンピュータ上で処理して画像とする。感度や画像分解能は次に述べるPETに比べて低く、また定量性にも問題がある。しかし、放射性物質の消失半減期が長いこと、臨床現場で標識合成する必要がなく、またSPECT装置そのものもPETに比較すれば安価であるため、わが国では数多く



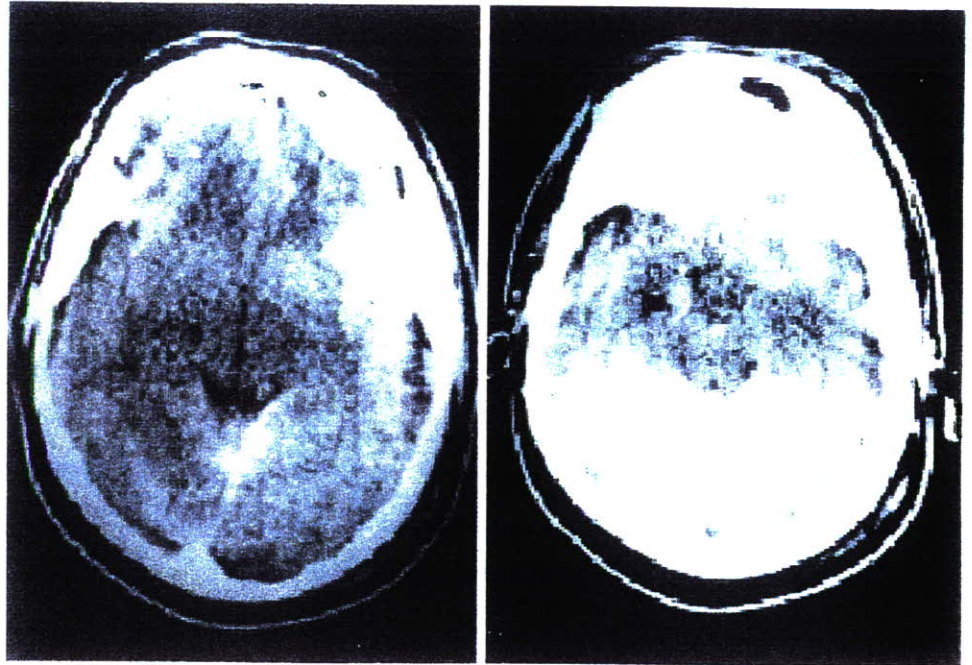
**図1** 両側前頭葉外傷後に反社会性人格障害を呈した症例 (56歳, 男性)

右利き。前頭葉に傷害を受け、その後、攻撃的で非情な性格となった。

a: 両側前頭に異常な低吸収域がみられ、両側の眼窩前頭葉が傷害されている。

b: 左側側頭葉に低吸収域がみられる。左側で鉤がわずかに低吸収、側頭角は見えず、扁桃体も異常である。

(Blair RJ, et al, 2000<sup>9)</sup>より)



a. enhanced CT

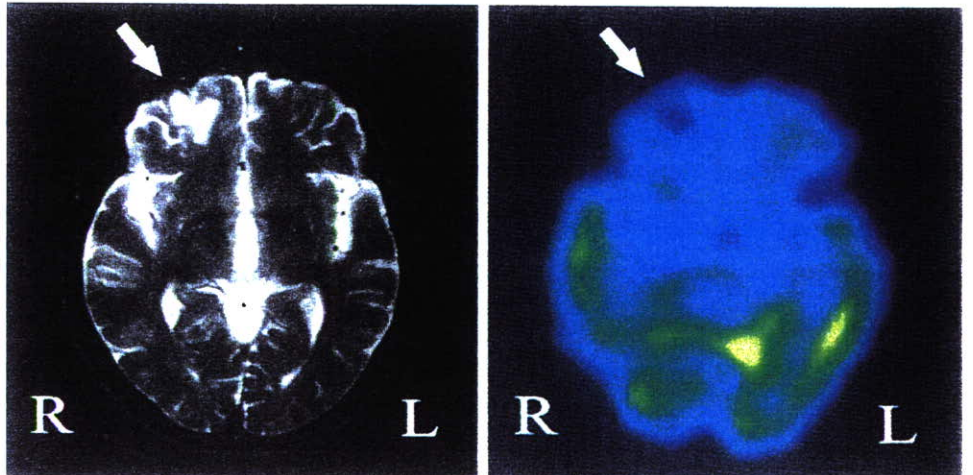
b. enhanced CT

**図2** 右前頭部打撲後に強迫性障害を呈した症例 (59歳, 男性)

右利き。52歳時に交通事故にて右前頭部打撲。その後、収集癖、潔癖、確認などの強迫症状が出現した。

a: MRIにて右眼窩前頭部に脳欠損所見と皮質の萎縮を認める (矢印)。

b: SPECTにて同部位の脳血流欠損を認める (矢印)。



a. MRI

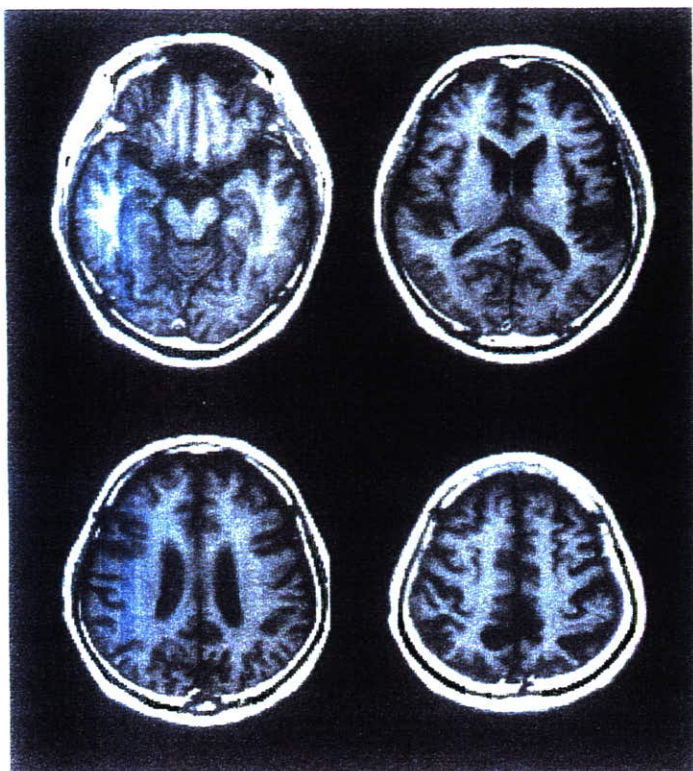
b. SPECT

の臨床現場に設置されている。わが国では脳血流測定用トレーサが発売されている。

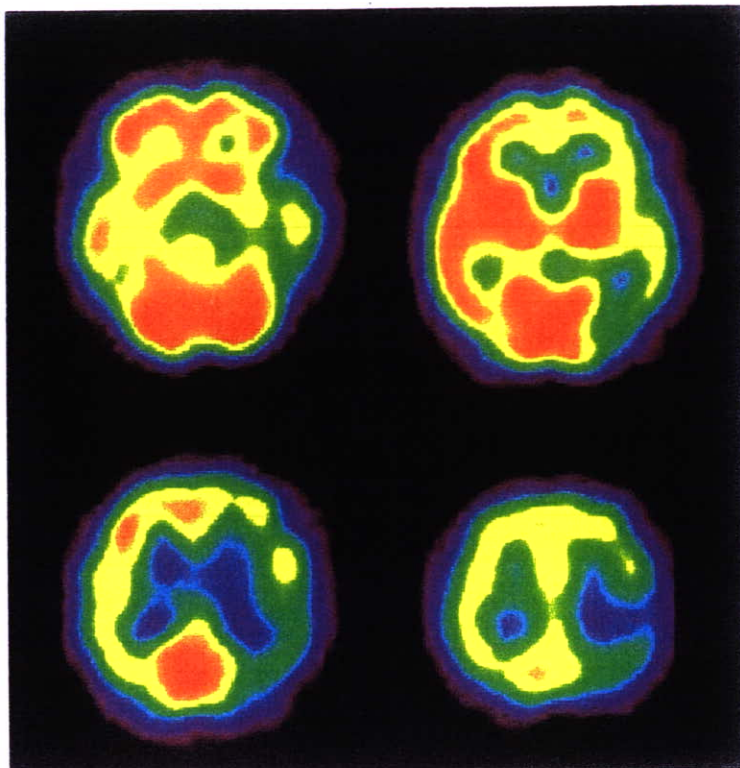
PETは<sup>11</sup>Cや<sup>18</sup>F、<sup>15</sup>Oなどの生体内に存在する原子の放射性同位元素を用いる検査である。薬剤にこれらの放射性同位元素を標識合成し静脈投与などで生体内に投与する。原子内のポジトロンはわずかに移動し電子と結合して2本のγ線が180°方向に放出され、それを検出器で検出し、コンピュータ上で処理して画像とする。トレーサ投与前には外部線

源により被検者の放射線吸収パターンを調べる transmission scan を行うので、定量性は高い。しかし、たとえば<sup>11</sup>Cの消失半減期は約20分ときわめて短いため、この検査にはPETカメラだけではなく、サイクロトロンや標識合成技術がなければ検査はできない。トレーサにより検出対象は異なる。近年、保険診療として認められた<sup>18</sup>F-フルオロデオキシグルコース (FDG) 検査では脳局所の糖代謝が測定できる。また、<sup>15</sup>O-H<sub>2</sub>Oでは局所脳血流





a. MRI



b. <sup>99m</sup>Tc-ECD-SPECT

図3 ● Alzheimer病 (60歳, 男性)

MMSE 14/30, HDS-R 9/30.

a: MRIで頭頂葉に強い脳萎縮があり, 海馬の萎縮もある.

b: <sup>99m</sup>Tc-ECD-SPECTで, 両側頭頂-側頭葉に血流低下を認め, 左に強い. 典型的なAlzheimer病パターンである.



a. MRI



b. <sup>99m</sup>Tc-ECD-SPECT

図4 ● Pick病 (60歳, 男性)

MMSE 26/30, HDS-R 20/30, WAIS-R: VIQ 78, PIQ 75, FIQ 75. 人格変化と異常行動. 次第に仕事をさぼるようになり, 無為無関心な生活態度になる. 賽銭泥棒を白昼堂々として行って, 警察に捕まる. 自発性低下, 感情平板化.

a: MRIで, 両側前頭葉から側頭葉前方の楔状萎縮を認め, 特に左に強い. また, 側脳室前角の拡大がみられ, 尾状核の萎縮もある.

b: <sup>99m</sup>Tc-ECD-SPECTで, 両側前頭-側頭葉に血流低下を認め, 左に強い.

測定が可能である。そのほかにドパミン D<sub>1</sub>、D<sub>2</sub> 受容体、ドパミントランスポーター (DAT)、セロトニン 2A (5-HT<sub>2A</sub>) 受容体、セロトニントランスポーター (SERT)、アセチルコリンエステラーゼ活性などが測定できるが、これらには特殊な標識合成技術が必要とされるため、測定可能な施設はきわめて少数に限定される。

## 2 脳の器質的障害と犯罪、怒り、攻撃性

### a. 犯罪者における脳器質的障害

脳の器質的障害、特に頭部外傷や脳の局所病変による人格変化や怒り、攻撃性、犯罪に関する研究がなされてきている。

Slaughter ら<sup>20</sup>によれば、刑務所に入所している者の頭部外傷既往者の割合は 87%にも上り、犯罪の前年に頭部外傷を受けた者も 36.2%であり、その人たちは怒りと攻撃性が高く、認知機能も低下傾向であり、精神医学的障害の有病率も高いとしている。また、Martell<sup>12</sup>によれば、精神障害を有する犯罪者で最高度保安精神科病院に入院している者を対象とした調査で 64%に脳機能障害があり、脳機能障害の診断またはその既往が疑われるものでは暴力的な犯罪をする傾向にあるとされている。さらに、Hibbard ら<sup>6</sup>によれば、外傷後の人格変化としてよくみられるものは、境界性人格障害、回避性人格障害、妄想性人格障害、強迫性人格障害、自己愛性人格障害であり、男性では反社会性人格障害と自己愛性人格障害と診断されるものが多いという。Lewis らは、補導された非行少年 18%に精神運動てんかんが見いだされたと報告している。一般人口におけるそれが 0.5%であるのに比べて非常に多い。そしてこの精神運動性の症状は暴力の程度と関係し

ており、また精神病症状とも関係していたという<sup>11</sup>。

このような脳の器質的障害により情動や衝動制御の障害が生じ、暴力的行為に結びついている可能性がある。すなわち、怒りや攻撃性の背景に脳の器質的障害が大きく関与しており、それが犯罪に結びついていることが示唆される。

### b. 脳局所領域と怒り、攻撃性、犯罪

暴力行為や犯罪行為と前頭葉機能障害が深い関係にあることが示唆されている<sup>21</sup>。特に眼窩前頭葉（または前頭葉腹内側）の傷害は人格変化、すなわち反社会性人格障害を引き起こすと報告されている。これは従来、両側の傷害により生ずるとされているが、下垂体腫瘍術後の症例で左側のみでもこのような人格変化が生じることが報告されている<sup>13</sup>。また、ベトナム戦争帰還兵と健常者を対象とした研究<sup>9</sup>によれば、ほかの領域の傷害を有する者よりも前頭葉腹内側の傷害を有する者では攻撃性と暴力性が有意に高い。このように眼窩前頭葉の傷害で攻撃性や暴力性、衝動性が増すのは、前頭前野が環境刺激に対する原始的行動反応を制御しており、その障害の結果であろうと考えられる。図 1 に、両側前頭葉外傷後に攻撃的で非情な性格となった症例の X 線 CT 画像を示す<sup>11</sup>。

ところで、右側の眼窩前頭葉障害に関しては強迫性障害との関係についても報告がなされており、筆者らも報告している。交通事故により右前頭部を打撲し、その後、駅などにあるパンフレットを集めたり、店舗の外に置き忘れられた傘を集めたり、カーテンの丈を異常に気にするなどの強迫症状を呈した症例である<sup>10</sup>（図 2）。

また、統合失調症と精神病質ではともに衝

動的行動や短絡的な行動をとり、その行動は反応制御機構の脆弱性からくるのではないが、そして不適切な反応を抑制するあいだの神経伝達過程の異常に関係するのではないか、という仮説のもとでの研究が報告されている。対象は高度保安精神科病院に入っている統合失調症患者と非精神病性の精神病質、健常者であり、刺激への反応的行動と事象関連電位が調べられている。予想どおり、健常者では No Go 刺激に対して Go 刺激よりも大きな前頭葉の ERP negativity (N275) がみられた。これは統合失調症患者では小さく、精神病質者では欠損していた。精神病質者では P375 ERP component が No Go よりも Go に関して大きく、統合失調症ではこのような差異はみられなかった。この知見は統合失調症においても精神病質においても反応抑制に関係する神経伝達過程に異常があることを示しているが、その性質は両者で異なっていることを示している<sup>9)</sup>。両者とも反応制御機構の障害に関与することが示唆されるが、その様式は統合失調症者と精神病質では異なる。

側頭葉の関与も報告されている。きわめて暴力的な行為の既往を有する者7人を対象とした FDG-PET と脳波、MRI、神経心理学的検査により、このような人たちでは側頭葉での糖代謝が健常者に比し低下しており、特に中側頭葉の代謝が低下していたというものである。そして、この異常は大脳辺縁系に関する神経心理学的検査や脳波検査と関連していた<sup>17)</sup>。この対象者7人のうち6人は薬物またはアルコール乱用者で、4人はアンフェタミン乱用者であった。

また、高度保安精神科病院の男性患者を対象とした研究で、暴力の程度で3グループに分けて X 線 CT と脳波が検討されており<sup>22)</sup>、最も暴力的なグループの者では 20% で側頭葉での脳波異常 (slowing and/or sharp

waves) がみられ、41% において CT 上側頭葉領域に形態異常 (側頭角の拡大や側頭葉の縮小) がみられた。このように、側頭葉の CT 上の異常や脳波異常は暴力性の高さと関係がある。

さらに、Wong ら<sup>21)</sup> は暴力犯罪を行った精神障害者 (統合失調症、躁うつ病など) を対象とした研究を行っており、暴力を繰り返していた者とそうでない者について解析している。暴力を繰り返す者では脳波で側頭葉、側頭・頭頂領域において非対称的パターンを示していたという。

Dolan ら<sup>9)</sup> は衝動的で攻撃的な人格障害者に MRI を行い、定量的に前頭葉と側頭葉の構造を調べた。その結果、人格障害では健常者に比して側頭葉のボリュームは 20% 小さいが前頭葉に関しては差はなかった。したがって、側頭葉が重症の人格障害の病因に関与することが示唆された。

前頭側頭葉型痴呆患者における反社会的行動に関しての報告もなされており、右の前頭側頭葉萎縮が社会的に望まれない行動をとることが報告されている<sup>15)</sup>。

このように、精神障害の有無とかかわりなく、暴力的な者たちや反社会的な人格を有する者では脳波や画像検査で側頭葉の異常が検出されることが示唆されている。

### 3 脳器質的精神疾患の画像所見

脳器質的障害で精神医学的問題が生じることがある。せん妄や急性錯乱状態などの一過性の精神障害や持続する幻覚妄想が生じることもある。ここでは、代表的な脳器質的精神疾患について画像を中心に提示する。

図 3~9 までは痴呆疾患である。図 3 は Alzheimer 病で頭頂・側頭の変化が特徴的であり、図 4 の Pick 病では前頭での変化、図



