

Fig. 1. Mean ( $\pm$ standard deviation) of the proportion of correct response on each subtask of PAT in patients with schizophrenia and healthy participants.

participants (Table 1). The estimated PIQ was worse in the schizophrenic patients than in the healthy participants.

#### Behavioral measures

##### Benton Facial Recognition Test

There was no significant difference between the schizophrenic patients and the healthy participants in the BFRT (Table 1).

##### Perception of Affect Task

The ANOVA revealed significant main effects: GROUP ( $F(1, 38)=14.88, P<0.001$ ), SUBTASK ( $F(3, 114)=5.38, \epsilon_{HF}=1, P<0.02$ ), and EMOTION ( $F(6, 228)=32.77, \epsilon_{HF}=0.95, P<0.001$ ), a significant interaction between SUBTASK and EMOTION ( $F(18, 684)=16.22, \epsilon_{HF}=0.875, P<0.001$ ). No significant interaction was found between GROUP and SUBTASK ( $P=0.184$ ), between GROUP and EMOTION ( $P=0.482$ ), or a three-way interaction ( $P=0.424$ ). Planned contrasts revealed significantly lower scores in the patients group for all of the four subtasks: subtask 1 ( $F(1,38)=5.138, P<0.05$ ), subtask 2 ( $F(1,38)=8.908, P<0.01$ ), subtask 3 ( $F(1,38)=15.23, P<0.001$ ), and subtask 4 ( $F(1,38)=10.05, P<0.01$ ) (Fig. 1).

Linear contrast testing a priori hypotheses that the schizophrenic patients would show specific deficits in recognizing negative facial expressions (fear, anger, disgust, and sadness) as compared to non-negative emotional expressions was not significant ( $P=0.126$ ). Another linear contrasts assessing whether patients showed specific deficits in recognizing certain facial expressions revealed that the schizophrenic patients were significantly less accurate than the healthy participants in recognizing surprised ( $F(1,38)=5.63, P=0.023$ ) and angry facial expressions ( $F(1,38)=5.033, P=0.031$ ). No significant differences were found for the other emotional expressions.

#### Regional gray matter reductions in patients relative to controls

The schizophrenic patients showed reduced GMC relative to the healthy controls (Table 2, Fig. 2a) in left superior and middle temporal gyri, the medial prefrontal cortex (MPFC), right anterior cingulate gyrus, bilateral inferior frontal gyri, and right insula.

There were no regions wherein the patients exhibited reduced GMV relative to the controls. Therefore, the correlation analyses mentioned below were performed using the patients' regional GMC data.

#### Correlation analyses

##### Structure–symptom relationship

The Kolmogorov–Smirnov tests showed normal distribution of structural data (right anterior cingulate gyrus  $P>0.05$ , all other areas  $P>0.2$ ), and that of symptom data (negative scores  $P>0.05$ , all other scores  $P>0.2$ ). No significant statistical correlation was found, but there was a trend between the MPFC and negative symptoms (Pearson's  $r=-0.403, P=0.078$ ).

##### Structure–social cognition relationship

The Kolmogorov–Smirnov tests showed normal distribution of subtasks 1 ( $P>0.2$ ), subtask 2 ( $P>0.1$ ), and subtask 3 ( $P>0.2$ ), but not that of subtask 4 ( $P=0.006$ ). A significant positive correlation was found between the MPFC and subtask 4 (Spearman's  $r=0.464, P<0.05$ ) (Figs. 2b,c), indicating that with a greater MPFC concentration reduction, the accuracy with which subtask 4 was performed was less. Since the patients group was inferior in the estimated PIQ, the abovementioned correlation could be simply

Table 2

The regions of gray matter concentration reduction in patients with schizophrenia relative to healthy participants

Anatomical region	Brodmann's Area	Cluster centers <sup>a</sup>			Cluster size
		x	y	z	
Left superior and middle temporal gyri	BA21/22	-57	-17	-8	1424
Medial frontal gyrus	BA10	5	56	-3	3353
Right anterior cingulate gyrus	BA25	2	7	-6	1460
Right inferior frontal gyrus	BA47	36	24	-10	2176
Left inferior frontal gyrus	BA11/47	-39	48	-15	658
Right insula	BA13	34	-25	15	1477

<sup>a</sup> Coordinates from the stereotaxic atlas of Talairach and Tournoux (1988).

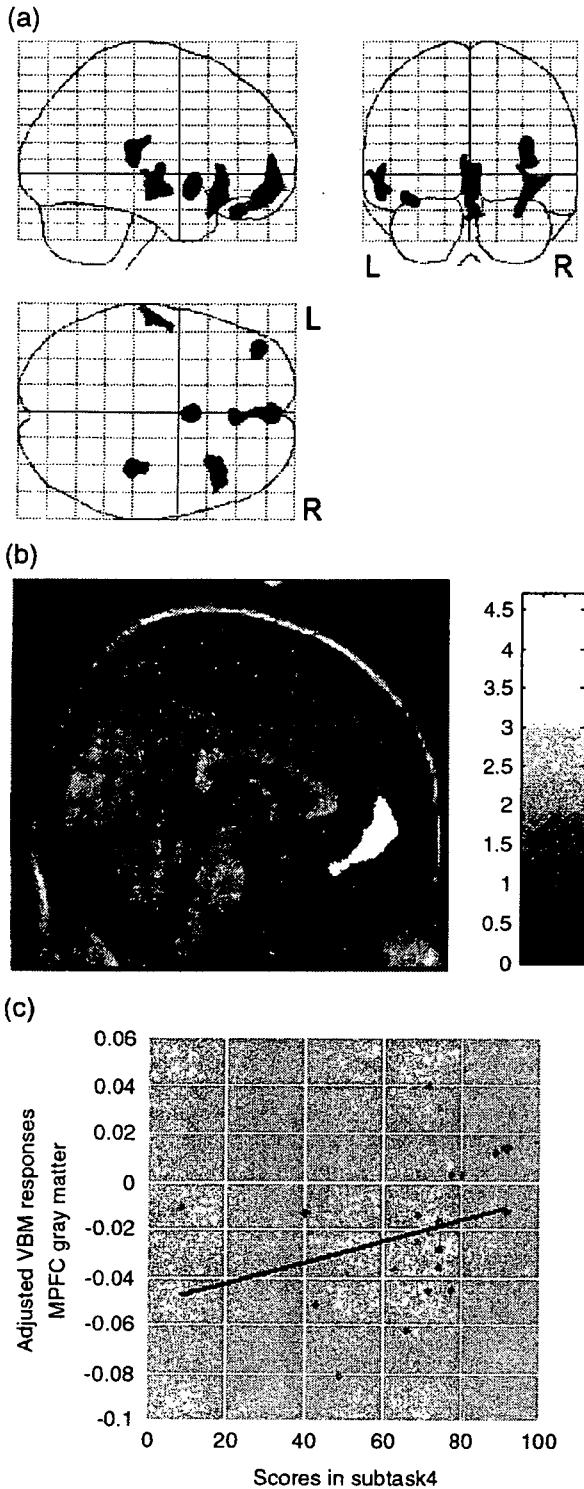


Fig. 2. (a) Gray matter concentration reductions in patients with schizophrenia were displayed on a glass brain. (b) Reduced concentration in the medial prefrontal cortex of patients with schizophrenia. (c) Adjusted concentration in the MPFC plotted against the scores in subtask 4 in patients with schizophrenia.

abscribable to the variation of the PIQ. However, such a possibility was eliminated because no significant correlation was found between the estimated PIQ scores and subtask 4 scores in the

patients group (Spearman's  $r=0.377$ ,  $P>0.1$ ). No other relationship was observed between regional GMCs and PAT scores (all comparisons:  $P>0.1$ ).

## Discussion

This study mainly aimed to explore the relationship between regional gray matter abnormality and social cognition in individuals with schizophrenia. The results yielded three main findings.

First, the behavioral task revealed that the ability to attribute emotions to facial expressions and to the story protagonists is significantly compromised in schizophrenic patients. Impaired emotion recognition observed in subtask 2 is compatible with previous reports (Mandal et al., 1998). In contrast to several other studies (Johnston et al., 2001), intact processing of facial configurations in BFRT in our patients suggested that deficits in facial expression processing in schizophrenic patients are specific to the emotional component. Furthermore, it is possible that this is specific for certain negative emotions, with the greatest difficulty in recognizing fear, and to some extent, anger or sadness (Mandal et al., 1998; Edwards et al., 2002). Our results indicated that schizophrenic patients were less accurate than healthy participants in recognizing surprised and angry expressions. There was no significant difference between groups on fear identification, although fearful expressions were poorly recognized by schizophrenic patients, which might reflect the difficulty with which fearful expressions are recognized (Ekman and Friesen, 1976).

In subtasks 1, 3, and 4, the participants were presented with verbal or nonverbal scenarios depicting various social situations and were asked to identify the emotion of the main protagonists. The schizophrenic patients were markedly affected in these tasks; this is similar to the observations of previous studies in which various ToM-related tasks were repeatedly applied and defective ToM performances by schizophrenic patients were demonstrated (Brune, 2005). However, in contrast to the ToM tasks in the previous studies, which mainly examined cognitive mental attribution, i.e., intentions or beliefs, our tasks focused more on the emotional component of mental attribution, in other words, empathetic ToM. Indeed, some researchers have begun investigating the possible fractionation of functional requirements of cognitive ToM and empathetic ToM (Hynes et al., 2006; Vollm et al., 2006). However, these two aspects (i.e., ToM and empathy) do not have to be mutually distinctive but can also share some sub-components. Notably, it was postulated that, a decoupling computational mechanism between self and other plays a critical role in both ToM and empathic understanding (Decety and Jackson, 2004; 2006). This would be further advanced by future studies. Based on the results of the present study, it appears likely that schizophrenic patients have more general deficits in representing the emotional states of others rather than a simple perceptual deficit in decoding emotional signals displayed by others.

The second finding of this study is the concentration reductions in the multiple frontal and temporal lobe structures, i.e., the MPFC, bilateral inferior frontal gyri, right anterior cingulate gyrus, left superior and middle temporal gyri, and right insula, in schizophrenic patients. In a recent meta-analysis of VBM studies conducted by Honea et al. (2005), reductions in the left superior and middle temporal gyri were most robustly observed in schizophrenic patients, followed by reductions in frontal lobes and insula, with which the present findings are consistent.

The third main finding of the present study is that among these abovementioned regions, we observed a specific association only between the MPFC abnormality and emotion-attribution deficit in schizophrenic patients. A number of neuroimaging and neuropsychological studies have indicated that the representation of mental states of others incorporates the MPFC (Brunet et al., 2000; Fletcher et al., 1995; Gallagher et al., 2000; Stone et al., 1998; Stuss et al., 2001; Vogeley et al., 2001). The relationship between the MPFC and emotion attribution in the present study would be in agreement with these earlier findings: the more pronounced the structural abnormalities of the MPFC, the greater is the impairment of the mentalizing ability. This view is also in line with the PET activation study that demonstrated abnormal activation within the MPFC during a ToM task in schizophrenic patients (Brunet et al., 2003).

However, as mentioned above, there appear to be functional and anatomical fractions in the ToM-related processes: cognitive ToM-attribution of cognitive states- and empathetic ToM-attribution of emotional states. These possible fractionations were directly investigated only very recently. Wider areas of activation in the MPFC in cognitive and empathetic ToMs have been demonstrated, using verbal (Hynes et al., 2006) or nonverbal scenarios (Vollm et al., 2006). Although some regions were activated in both the cognitive and the empathetic ToM, the ventral segments of the MPFC were activated strongly in the empathetic ToM. This region roughly corresponded to the abnormal concentration observed in the present study. Therefore, in contrast to the general mental attribution that is processed in the dorsal MPFC, the ventral sector could be associated with emotional components embedded in social interaction that would be particularly relevant to the empathetic aspects. Thus, based on the present findings, it may be speculated that the structural abnormalities of the ventral MPFC—the possible key structure for the empathetic ToM—underlie impaired emotional processes in real-life social interactive situations observed in schizophrenia.

The reason why only subtask 4 showed an association with the MPFC concentration clearly necessitates further investigation; nevertheless, one interpretation may be feasible. Although there appears to be general consensus that the MPFC plays a major role in social cognition, some authors assert that the role of the MPFC becomes particularly critical when the stimulus contains an explicit social context that can be directly identified (Vollm et al., 2006; Walter et al., 2004). Given that the same applies to the current findings, the photographs of actual social scenes used in subtask 4, which surpass subtasks 1 and 3 in explicitness or directness, may explain the selective association between this task and the MPFC abnormality.

The present study suggested only a weak association between clinical symptoms and the structural abnormalities. Further studies may discover a structure–symptom relationship by categorizing the clinical symptoms in a more scrutinized manner such as in Liddle's tripartite model of schizophrenic symptomatology (Liddle, 1987). Another limitation of the present study is that we obtained a significant group difference in the analysis of GMC but not in that of GMV. These two analyses are considered to detect the different aspects of GM abnormalities (Good et al., 2001); thus, the reason why one analysis yielded a significant difference whereas the other did not need further investigation. Moreover, even though we found the interesting association between the MPFC and a social cognitive task, we did not correct it for multiple comparisons. Thus, we should take this conclusion

as a preliminary one, though it would be expected for future studies by focusing on specific brain regions under specific hypothesis to verify the finding observed here. Finally, our tasks used static pictures as stimuli, but real-life social interactions are usually held in a dynamic way. Further experiments would be warranted to confirm the observed effect by using dynamic stimuli such as video-clips (Gross and Levenson, 1995) or moving faces (Yoshikawa and Sato, 2006).

In conclusion, the present study has exhibited a clear evidence of impaired social cognition in schizophrenia. Schizophrenic patients were impaired in attributing emotions not only to facial expressions but also to the story protagonists, which suggested general deficits in interpreting the emotional states of other people. Most importantly, it was demonstrated that the deficit in emotion attribution involving a social situation was correlated with concentration reductions in the MPFC of these patients. In this study, the possible link between social cognitive deficit and regional brain abnormality has been elucidated for the first time. This finding will help us to better characterize the nature of social dysfunctioning in schizophrenia and will further validate the neural basis of social cognition.

#### Acknowledgments

This research was supported by the Takeda Science Foundation, Uehara Memorial Foundation, Kobayashi Magobe Memorial Medical Foundation, Research Group for Schizophrenia, Japan, and a Research Fellowship of the Japan Society for the Promotion of Science.

#### References

- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H., Damasio, A., 1994. Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature* 372 (6507), 669–672.
- Antonova, E., Sharma, T., Morris, R., Kumari, V., 2004. The relationship between brain structure and neurocognition in schizophrenia: a selective review. *Schizophr. Res.* 70 (2–3), 117–145.
- Ashburner, J., Friston, K.J., 2000. Voxel-based morphometry—the methods. *NeuroImage* 11 (6 Pt. 1), 805–821.
- Baron-Cohen, S., Ring, H., Moriarty, J., Schmitz, B., Costa, D., Ell, P., 1994. Recognition of mental state terms. Clinical findings in children with autism and a functional neuroimaging study of normal adults. *Br. J. Psychiatry* 165 (5), 640–649.
- Benton, A.L., Hamsher, K.S., Varney, N.R., Spreen, O., 1983. *Facial Recognition: Stimulus and Multiple Choice Pictures*. Oxford Univ. Press, New York.
- Boik, R.J., 1981. A priori tests in repeated measures designs: effects of nonsphericity. *Psychometrika* 46 (3), 241–255.
- Brothers, L., 1990. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci.* 1, 27–51.
- Brune, M., 2005. “Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr. Bull.* 31 (1), 21–42.
- Brunet, E., Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M.C., Decety, J., 2000. A PET investigation of the attribution of intentions with a nonverbal task. *NeuroImage* 11, 157–166.
- Brunet, E., Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M.C., Decety, J., 2003. Abnormalities of brain function during a nonverbal theory of mind task in schizophrenia. *Neuropsychologia* 41, 1574–1582.
- Darwin, C., 1872. *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Univ. of Chicago Press, Chicago.

- Decety, J., Jackson, P.L., 2004. The functional architecture of human empathy. *Behav. Cogn. Neurosci. Rev.* 3 (2), 71–100.
- Decety, J., Jackson, P.L., 2006. A social–neuroscience perspective on empathy. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 15 (2), 54–58.
- Edwards, J., Jackson, H.J., Pattison, P.E., 2002. Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clin. Psychol. Rev.* 22 (6), 789–832.
- Ekman, P., Friesen, W., 1976. *Pictures of Facial Affect*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Fletcher, P.C., Happe, F., Frith, U., Baker, S.C., Dolan, R.J., Frackowiak, R.S., Frith, C.D., 1995. Other minds in the brain: a functional imaging study of ‘theory of mind’ in story comprehension. *Cognition* 57 (2), 109–128.
- Gallagher, H.L., Happe, F., Brunswick, N., Fletcher, P.C., Frith, U., Frith, C.D., 2000. Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of ‘theory of mind’ in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia* 38 (1), 11–21.
- Genovese, C.R., Lazar, N.A., Nichols, T., 2002. Thresholding of statistical maps in functional neuroimaging using the false discovery rate. *NeuroImage* 15 (4), 870–878.
- Good, C.D., Johnsrude, I.S., Ashburner, J., Henson, R.N., Friston, K.J., Frackowiak, R.S., 2001. A voxel-based morphometric study of ageing in 465 normal adult human brains. *NeuroImage* 14 (1 Pt. 1), 21–36.
- Gross, J.J., Levenson, R.W., 1995. Emotion elicitation using films. *Cogn. Emot.* 9, 87–108.
- Gur, R.E., Turetsky, B.I., Cowell, P.E., Finkelman, C., Maany, V., Grossman, R.I., Arnold, S.E., Bilker, W.B., Gur, R.C., 2000. Temporolimbic volume reductions in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 57 (8), 769–775.
- Honea, R., Crow, T.J., Passingham, D., Mackay, C.E., 2005. Regional deficits in brain volume in schizophrenia: a meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Am. J. Psychiatry* 162 (12), 2233–2245.
- Hornak, J., Rolls, E.T., Wade, D., 1996. Face and voice expression identification in patients with emotional and behavioural changes following ventral frontal lobe damage. *Neuropsychologia* 34 (4), 247–261.
- Hynes, C.A., Baird, A.A., Grafton, S.T., 2006. Differential role of the orbital frontal lobe in emotional versus cognitive perspective-taking. *Neuropsychologia* 44 (3), 374–383.
- Inagaki, A., 2004. *Translation Table of Psychotropic Drugs*. Keio University, Tokyo.
- Johnston, P.J., Katsikitis, M., Carr, V.J., 2001. A generalised deficit can account for problems in facial emotion recognition in schizophrenia. *Biol. Psychol.* 58 (3), 203–227.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A., 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 13 (2), 261–276.
- Liddle, P.F., 1987. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive–negative dichotomy. *Br. J. Psychiatry* 151, 145–151.
- Mandal, M.K., Pandey, R., Prasad, A.B., 1998. Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophr. Bull.* 24 (3), 399–412.
- Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O., Lieberman, J., 2003. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 160 (5), 815–824.
- Premack, D., Woodruff, G., 1978. Chimpanzee problem-solving: a test for comprehension. *Science* 202 (4367), 532–535.
- Rau, J.C., 1993. Perception of verbal and nonverbal affective stimuli in complex partial seizure disorder [abstract]. *Dissertation Abstracts Int B* 54, 506B.
- Sanfilipo, M., Lafargue, T., Rusinek, H., Arena, L., Loneragan, C., Lautin, A., Feiner, D., Rotrosen, J., Wolkin, A., 2000. Volumetric measure of the frontal and temporal lobe regions in schizophrenia: relationship to negative symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry* 57 (5), 471–480.
- Shenton, M.E., Dickey, C.C., Frumin, M., McCarley, R.W., 2001. A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 49 (1–2), 1–52.
- Stone, V.E., Baron-Cohen, S., Knight, R.T., 1998. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J. Cogn. Neurosci.* 10 (5), 640–656.
- Stuss, D.T., Gallup, G.G.Jr., Alexander, M.P., 2001. The frontal lobes are necessary for ‘theory of mind’. *Brain* 124 (Pt. 2), 279–286.
- Talairach, J., Tournoux, P., 1988. *Co-Planar Stereotaxic Atlas of the Human Brain*. Thieme, Stuttgart, Germany.
- Vasey, M.W., Thayer, J.F., 1987. The continuing problem of false positives in repeated measures ANOVA in psychophysiology: a multivariate solution. *Psychophysiology* 24 (4), 479–486.
- Vogeley, K., Bussfeld, P., Newen, A., Herrmann, S., Happe, F., Falkai, P., Maier, W., Shah, N.J., Fink, G.R., Zilles, K., 2001. Mind reading: neural mechanisms of theory of mind and self-perspective. *NeuroImage* 14 (1 Pt. 1), 170–181.
- Vollm, B.A., Taylor, A.N., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S., Deakin, J.F., Elliott, R., 2006. Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *NeuroImage* 29 (1), 90–98.
- Walter, H., Adenzato, M., Ciaramidaro, A., Enrici, I., Pia, L., Bara, B.G., 2004. Understanding intentions in social interaction: the role of the anterior paracingulate cortex. *J. Cogn. Neurosci.* 16 (10), 1854–1863.
- Yoshikawa, S., Sato, W., 2006. Enhanced perceptual, emotional, and motor processing in response to dynamic facial expressions of emotion. *Jpn. Psychol. Res.* 48 (3), 213–222.

第101回日本精神神経学会総会

シンポジウム

医療観察法の諸問題と精神科医療

リスク評価・責任能力判断・治療適応性判断  
——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——

吉岡 隆一

精神神経学雑誌第108巻第5号別刷

平成18年5月25日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 108, Numerus 5, 2006

## 第101回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 指定討論

## リスク評価・責任能力判断・治療適応性判断 ——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——

吉岡 隆一（京都大学医学部精神医学教室）

## 1 リスク評価に関して

## 1) 二つの追跡研究が意味するもの

医療観察法はその下での処遇の開始、終了、再入院などの決定の際に、鑑定や審判において、リスク評価を要求している。白木<sup>8)</sup>の説明からすれば、心神喪失・心神耗弱の状態で大犯罪6罪種を行った者が、再び心神喪失・心神耗弱の状態で大犯罪をおこすリスクの評価が求められているのである。我が国でそうした予測を行うに当たって参考のできる資料として、山上らによる、1980年1年間で裁判官ないし検察官が心神喪失・耗弱を認めた精神障害者の11年間の長期追跡研究<sup>13)</sup>、および1994年の同様の対象者に対する7年間の追跡研究<sup>14)</sup>がある。

この二つの研究ではすべての罪種を含む再犯は追跡期間を7年ベースとして見ると、どちらも18-19%程度、重大犯罪の再犯は9%（80年）から6.1%（96年）と推移している。また、指標犯罪が重大犯罪であり、再犯も重大犯罪であったものを試算すると、568例中101（80年・追跡11年）、509例中44（96年・追跡7年）程度とみられる。これらのデータは、起訴・不起訴合計しての数字（すなわち責任能力を認められた再犯を含む）である。要するに、この両年度の間で再犯状況は悪化傾向にない。

ところで1980年は未だ精神衛生法の時代であったが、宇都宮病院事件を経て1987年精神保健

法が成立したのち、精神医療はコミュニティケアにシフトしてきた。1980年と1996年の患者調査を比較すればそれは明らかである。すなわち25-34歳年齢階級の退院者の在院期間は404.6日から175.6日、35歳-44歳のそれは720.9日から365.9日とおよそ半減となった。後に触れる日本精神科病院協会の調査における、重大触法行為を行った精神障害者の退院者在院期間の中央値は165.0日、平均でも637.3日であり、現在、在院期間の短縮傾向は触法患者の一部にも及んできているとみられる。

以上から、第1に、1980年から追跡期間終了の2001年までに取り組まれた約20年間のコミュニティケアは治安状況を悪化させていないことがわかる。かつて治療困難例に関する論争時にしばしば論者の立場を越えてみられた“暴力的な患者に対して保安的役割を引きうける特殊施設は、開放化・コミュニティケアの推進によって必要とされる・それがなければ開放化やコミュニティケアは困難である”というような主張<sup>5,6)</sup>は現実が反駁したといえよう。翻って、医療観察法が第一義的に保安目的のために運用されねばならない状況にはないと考えられる。

第2に、治療の形態が大きく変化しているにもかかわらず、精神障害者の再犯状況には大きな変化がもたらされていたとはいえないことを考えると、精神障害そのものと再犯との関連を過度に直

接的なものと考えすることは失当である可能性が高い。事実、先に挙げた二つの追跡研究での再犯事例はどちらの年度のものも半数以上が責任能力を認められて起訴されている。つまり、病状故に再犯が惹起されたと言い難いと認定されている。

第3に、心神喪失・耗弱者総体を対象としてみるとリスク評価の精度はかなり問題があることがわかる。実際に重大犯罪の再犯は10%以下にとどまり、しかもそのうち半数程度しか病状に結びついておらず、開放医療・コミュニティケアの進展が再犯率上昇をもたらしていない。つまり心神喪失心神耗弱者全体における重大再犯のベースレートは相当に低いと考えられるが、その場合偽陽性者が多くなり過剰拘禁されることになる。よって、(重大犯罪を犯した)心神喪失者・心神耗弱者総体の多くを直ちに医療観察法における指定入院医療によって閉鎖環境におくことは正当化されない(アメリカでも議論のある心神喪失者=自動的司法収容<sup>3,15)</sup>は、日本でもリスク評価の点からはより正当性に問題があるということでもある)。医療観察法での処遇決定は、リスク評価の限界からも、治療適応性の観点から判定されるべきであることが示されているといえよう。

## 2) 医療観察法の対象者に今日のリスク評価は適合しがたい

ところで日本の場合医療観察法の対象者は心神喪失・耗弱者であることが前提である。しかしリスク評価に関するBontaらの研究<sup>1)</sup>では、心神喪失は再犯と負の相関を示している。Bontaらの研究での心神喪失が我が国の判定と一致しているとはいえないが、外国では我が国とは異なって人格障害にも責任能力減免が認められる場合があり、かつ人格障害が暴力のリスクを高める危険因子であることが司法精神医学によってしばしば指摘されていることを考えると、現在のところ人格障害者を含まない心神喪失・耗弱者であるとされる医療観察法の対象者は、Bontaらの研究が示唆する以上に再犯のリスクと負の関連にある可能性があり、医療観察法は、そもそもベースレート

を低める要因(今の場合、心神喪失心神耗弱)を持った集団、すなわち、リスク評価が困難になる集団を対象としてリスク評価を行うという奇妙な構造になっていることになる。

またStoneのレビュー<sup>9)</sup>では、今日のリスク評価法は「結果的に普通家族メンバーである一人ないし二人を傷害したり殺人したりする人の暴力傾向を検索することが困難」とされているが、こういうプロフィールの患者こそ、心神喪失・耗弱の状態で触法行為にいたる医療観察法の対象者の多数である。つまり医療観察法の対象者の多数は、司法精神医学の現在の研究水準からしてみても、リスク評価が難しいことが既に知られているとも言える。

そもそも今日のリスク評価は、対象者のベースレートがある程度以上高いこと、かつリスク評価法の中軸に反社会性人格障害・精神病質をおくことで可能となっているのである。医療観察法の枠組みでは、ベースレートの高さにおいて疑義があり、人格障害はむしろ医療観察法の要件たる責任能力減免を否定する方向に働く以上、今日的なリスク評価はもともと医療観察法になじみにくいものであるといえる。法の構造と今日のリスク評価の構造両者からして、リスク評価が医療観察法処遇の主要な根拠となることは望ましくないと考えられる。

## 3) 対象者と重大再犯を繰り返す集団は一致しない

こうして(重大犯罪を犯した)心神喪失者・心神耗弱者=医療観察法にいう対象者総体に、リスクの大きさの観点から医療観察法がはらむ司法関与を必要とするほどの「自由にたいする制約」(第154国会6月28日の古田参考人の説明)を課することには正当化しがたい問題が存在することがわかる。そこで対象者集団のうちで重大犯罪再犯に至った事例の内実をよりつつこんで検討する必要が生まれる。

山上<sup>12)</sup>は、80年の事例の追跡研究から再犯に至った者の特徴を記述的にまとめている。すなわ

ち人格主導型と疾病主導型の区別であり、再犯に至った事例で多数を占めたのは前者のグループであった。前者は発病に先立つ前歴の存在が大きな特徴であった。

犯罪白書でも縷々明らかにされているとおり、精神障害者の犯罪一般も健常者と同じくやはり全体的には初犯が大きいのである。つまり医療観察法にいう対象者（重大犯罪6罪種を心神喪失心神耗弱の状態で行った者）総体のうち前科前歴を持たない者が多数である。

こうして対象者は二つの大きなグループに分けられることになる。つまり、発病前に前歴を有しない再犯のリスクが比較的少ない大多数群と、発病に先立ち前歴を有し再犯のリスクが比較的高い少数群である。対象者総体を、再犯のリスクの高いものであると考えることは誤りである。

#### 4) 厚生労働省案での治療適応性とリスク評価

ところで厚生労働省からは医療観察法処遇に際して「疾病軸・治療反応軸・リスク評価軸・時間軸で治療適合性を評価する」との方向性が示されている<sup>4)</sup>。これに従って鑑定や審判が行われるはずである。ここでいう「疾病軸・治療反応軸」による評価が意味するのは、医療観察法の処遇下におく事例を、疾病が触法行為に直接的に関連し治療可能性を有する事例に限定することであり、これは「ストライクゾーン構想」とも呼称されていると仄聞する。この構想は、責任能力基準を軟化させ人格障害にも責任能力の減免を広げてしまい治療可能性がないそれを拘禁・集積させる方向への批判としては一定の意味があるが、責任能力の判断は結局司法判断であり司法関係者を納得せしめる努力が必要であろう（この構想が医療的あるいは処遇的に持つ問題点は後に詳述する）。

「ストライクゾーン」への限定を行いつつ、共通評価項目17項目を軸としたリスク評価が行われることになる。厚生労働省案のリスク評価法では現在症やリスク管理に関わる因子に重点が置かれておりいわゆる歴史的因子は後景化されて、例えば犯罪歴などは「対人暴力」項目に含めてい

ば間接的に評価されるようである。リスク評価としては、歴史的因子の有用性は既に知られていることであり、一貫性にかけるともいえる。

また、鑑定や審判で行われる医療観察法下処遇に置くか否かの判断はできるだけ客観性を要求される。先に見たごとく（発病に先立つ）犯罪歴の有無は再犯のリスクを大きく左右する有力な参照事項である上に、客観的データであって恣意的な判断に対する歯止めともなりうる点を考えると、このように歴史的因子を後景化したり曖昧化したりすることはむしろ問題が大きいのではないか。

## 2 責任能力判断について

筆者は、従来も医療観察法においても、責任能力判断が行われた後に医療に導入されその逆の道筋はない運用・法構造となっていることを指摘し、責任能力判断時点での判断に問題があれば後々にそれが悪影響すること、治療導入で大幅な遅延をきたした事例の実際を報告した<sup>10)</sup>。

ほかにも、起訴前責任能力判断において、鑑定が行われていない事例が相当存在したり、鑑定が簡易鑑定に多くよっているがその体制が各地検でばらつきが大きいことや鑑定内容も精粗様々であること、精神病質が責任能力を減免されていたりすることなどが指摘されてきた<sup>2)</sup>。先に紹介した厚生労働科学研究でも1980年度と比して1994年で鑑定実施せずの例は増加していることが見出された。

これらの問題は今回の医療観察法では手付かずのままに置かれており早晚実態調査に基づいた見直しが必要である。

ところで責任能力判断では、病像と触法行為との直接的因果的関連の有無が問われるのである。（保険数理的）リスク評価においては、危険因子（たとえば犯罪歴）と触法行為は統計的に関連している。両者の性格は理論的には異なっている。

しかし、責任能力判断がリスク評価と実態的に全く無関連であるかといえば、そうともいえない。というのは最高裁によれば、責任能力判断は、①病状、②犯行の動機態様と並んで、③日常の生活



態度、を勘案することとされているが、病前に傾向的に反社会的行動が見られるとすれば、③に関連して責任能力減免を否定的に考える方向に働くからである。換言すれば反社会的人格傾向や精神病質的傾向が見られれば有責に傾く。一方でこうした場合に暴力のリスクが高まることを司法精神医学は教えている。となれば、1でふれた Bonta らの研究を考え合わせると、心神喪失事例総体と心神耗弱事例総体を比較すれば、前者はよりリスクが低い可能性がある。経験的データの検討が待たれる。

### 3 一般精神医療における治療適応性の判断

#### ：一般精神医療一元体制の経験から

1でみたように医療観察法処遇の判断では、リスク評価の役割は限定的であるべきで治療適応性の判断が主軸たるべきことがわかった。対象者が一般精神医療・司法精神医療いずれにより適応するのかを判断するためには、これまでの一般精神医療一元体制の元での触法事例の治療経験を振り返っておくことが必要であろう。

大木・中谷らは、保護病棟長期在棟者を調査しその類型化を行いつつ、統合失調症群に比べてそれ以外の群では、院内の処遇上の問題（操作的行動）や外来維持において後者に困難が見られることを指摘した<sup>7)</sup>。

岡江ら全国自治体病院協議会精神保健部会WGの調査では、殺人・傷害致死事例の調査を行い、被害者が（家族等ではなく）他人であったり入院中の事件であった場合には治療者からは退院が困難と考えられがちなることを指摘した<sup>17)</sup>。

日本精神科病院協会の調査では、触法行為を犯したが退院可能だったものについて、粗暴的傾向、拒絶的傾向、操作的傾向、自傷自殺企図、盗癖傾向なし、飲酒薬物持ち込みなし、性的逸脱などが見られない場合に、退院者の在院日数が短縮する傾向が指摘された<sup>11)</sup>。

田口らは内因性精神病群と薬物・人格障害群を区分して、前者では治療コンプライアンスが高く家族関係が維持されやすく症状安定が再犯予防に

結びつくこと、後者では治療コンプライアンスが低く家族関係が不良で社会適応も不良となりやすく、精神医療の再犯予防への寄与は限定的であることを見いだした<sup>10)</sup>。

これらの研究から、従来の一般精神医療一元体制下でも、統合失調症主体で薬物乱用や人格傾向に問題がなく、被害者が家族であったり事件の場所が病院ではないような精神障害者の触法行為としてのコモンケースにあたる事例は、治療の維持とそれによる再犯防止の上で有利なグループであったことがわかる。

このグループは、触法行為が病状と直接的に関連しており、責任能力上免責と考えやすいグループであり、「疾病軸」は明確で、治療反応性も一定確実であって、「ストライクゾーン」に属するといえるグループである。さらにまた Stone が指摘する「結果的に普通家族メンバーである一人ないし二人を傷害したり殺人したりする」事例とも近しく、低リスクである。

### 4 司法精神医療と一般精神医療の

#### 「ねじれ」と今後

こうしてみると、現在司法精神医療が引き受けようとしている「ストライクゾーン」の患者群は、従来一般精神医療が引き受けた伝統を有しかつ治療で有利だったものと相当重複することがわかる。そしてそうした群は、医療観察法の定義する「対象者」中の多数群である。この群は、再犯のリスクが低く、また精神医療が病状のコントロールを通じて再犯を一定程度防げる。これらが、二つの追跡研究が明らかにしたように、この20年来の精神医療の開放化・地域医療化へのシフトにもかかわらず、再犯状況の悪化が見られない一因である。

先述したとおり、そうした群を直ちに医療観察法に「自動的収容」して高度の人身の自由の制限を科することは、リスク評価の観点からしても正当化しがたい。

翻って一般精神医療と司法精神医療には体制的に表1に掲げるような対照的な特徴があって、

表1 司法精神医療と一般精神医療の相違点

一般精神医療	司法精神医療
生活圏から近い	生活圏から遠い
手続き簡略・迅速性に優れる	手続き煩雑・迅速性に不適
スティグマ 一般的	スティグマ 高度
施設・人員 軽装備	施設・人員 重装備

表2 司法精神医療と一般精神医療の適応判断のてがかり

一般精神医療適応に結びつく因子	司法精神医療適応に結びつく因子
病前の反社会的行動歴なし	病前の反社会的行動歴あり
統合失調症・内因精神病など	薬物乱用・人格障害の合併
病状と触法行為の関連 より大	病状と触法行為の関連 より小
被害者が家族	被害者が他者
触法行為の場所 家庭など	触法行為の場所 病院など
外来 維持しやすい	外来 中断しやすい
院内操作的問題行動 少ない	院内操作的問題行動 しばしば

「ストライクゾーン」に属する患者にはむしろ一般精神医療の方が有利な点が少なくない。統合失調症などの内因性精神病での精神病状態は迅速で柔軟な治療導入・提供が必要であるし、こうした群では家族関係が維持されやすい特性があるのだから生活圏に近い場所での治療は可能でもあり望ましくもある。院内での問題行動が少ないので施設人員の負担も少なくてもよい。反対にこの群をそっくり司法精神医療にゆだねることは、対象者には治療上の不利益やスティグマを負わせ、司法精神医療に過剰なケースロードを負わせその破綻を早めることにしかならない。現在すでに指定医療機関の整備が容易に見込めない状況であるにもかかわらず。

また司法精神医療がストライクゾーンを引き受けるのは、反面、非ストライクゾーンの患者群を一般精神医療が引き受けるということになる。この群には、病前の反社会行動歴、薬物乱用や人格障害、責任能力上直ちに減免と認めがたい、院内での処遇が困難、入院が長期化しやすい、外来が中断しやすい、再犯防止に精神医療が寄与することが難しい、再犯のリスクが高いなどの特性が認められることとなる。

こうしてストライクゾーン構想が墨守されればきわめて深刻な「ねじれ」を、一般精神医療と司法精神医療との間に引き起こすことになるであろう。

この「ねじれ」を解消するためには、一般精神医療は従来の体制下の治療の経験に学んで、自分たちの処遇下で治療可能と考えられる事例を積極的に引き受ける以外に道はない。

鑑定や審判は、単に、起訴前の責任能力判断を追認し、医療観察法の「対象者」の定義を満たすことを確認して、ほとんど「自動的に」司法精神医療への収容を決定するようなものであってはならない。鑑定医や審判員は、事例ごとに一般精神医療での治療適合性について検討し意見を表明する必要がある。そのための臨床経験はこれまでに蓄えられてきていたのであり、判断基準の手がかりの一端はすでに与えられていたといえよう（表2）。

#### 文 献

- 1) Bonta, J., Law, M., Hanson, K.: The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta analysis: Psychol Bull:

123: 123-42, 1998

2) 平田豊明, 中島 直, 吉岡隆一ほか: 簡易鑑定および矯正施設における精神科医療の現状精神科7者懇ワーキングチームからの調査報告と提言: 精神経誌 106 巻 12 号: p 1539-1582, 2004

3) 岩井宣子: 精神障害者福祉と司法: 尚学社 1997

4) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/index.html> から入手可能.

5) 道下忠蔵: 処遇困難問題と取り組んで: 日精協誌: 第9巻10号: p 4-8, 1990

6) 小田 晋: 処遇困難患者をどう処遇するか——security unit の条件と問題点: 日精協誌: 第9巻10号: p 12-18, 1990

7) 大木 進, 中谷陽二, 山田秀世ほか: 「精神科保護病棟の長期在棟者についての臨床的研究 いわゆる「処遇困難例」との関連で」第1報: 精神医学 33巻4号 p 351-358, 1991 第2報: 精神医学 33巻5号 p 471-478, 1991

8) 白木 功: 「審判手続きを中心に」精神医療と心神喪失者等医療観察法, 町野 朔編, ジュリスト増刊 p 12-p 31 有斐閣, 2004, 東京

9) Stone, M. H.: Prediction of violent recidivism: Acta Psychiatr scand: Suppl: 412: 44-46, 2002

10) 田口寿子, 田村みずほ, 陶山満男ほか: 「重大触法歴を有する精神科通院患者に関する4年間の追跡調査」厚生労働科学研究平成14年度「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」総括分担報告書松下正明 (主任研究者) p 413-p 427

11) 津久江一郎, 小沼杏坪: 重大犯罪を犯し精神保健福祉法による鑑定後に入院した患者の緊急実態調査の結果について: 精神経誌 104巻1号 p 86-97, 2002

12) 山上 皓: 精神分裂病と犯罪: 金剛出版 1992 東京

13) 山上 皓・小畑秀吾, 渡辺 弘ほか: 「現行制度のもとでの触法精神障害者処遇に関する研究」平成15年度厚生労働科学研究「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」総括分担報告書松下正明 (主任研究者) p 57-p 89

14) 山上 皓, 小西聖子, 吉川和男ほか: 触法精神障害者946例の11年間追跡調査 (第1報) ——再犯事件487件の概要: 犯罪学雑誌 61巻5号 p 201-206, 1995

15) 横藤田 誠: 法廷の中の精神疾患—アメリカの経験: 日本評論社, 2002, 東京

16) 吉岡隆一: 刑事手続きと治療提供をめぐる起訴前簡易鑑定とその帰結: 精神経誌 105巻6号: p 795-802, 2003

17) 全国自治体病院協議会・精神病院特別部会「重大な犯罪を犯した精神障害者の治療・処遇に関するワーキンググループ」委員長岡江晃: 殺人傷害致死の犯罪歴をもつ精神障害者自治体病院アンケート調査: 2001年4月1日現在の入院および外来患者



視点

# 12

## 医療観察法37条鑑定と 審判をめぐる言説の分析

——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

Yoshioka Ryuichi

吉岡隆一

(京都大学医学部附属病院精神科)

### ●はじめに

医療観察法施行後1年半の今日の時点では、指定入院医療機関はなお整備途上であり、指定通院医療機関での通院例はまだそう多くはなく、特に指定入院医療から指定通院医療へ切り替えされた事例は少数である。しかしながら反面、すでに医療観察法37条鑑定と審判決定はそれなりの事例が集積し始めている。それと並んで年数回の司法精神医療等人材養成研修会が持たれ、医療観察法の運用に当たる審判員、参与員、指定医療機関医療従事者、社会復帰調整官などへの教育が行われている。

要するに現在の時点では、今後の医療観察法制度の走る軌道が敷かれつつある段階といえよう。しかしながら、この軌道整備には何の揺らぎや矛盾もないのではない。それどころか実際には、医療観察法の推進に積極的に関与した人々の間でさまざまな言説上の「火花」が散らされているのである。

以下の文章では、司法精神医療等人材養成研修会での私の見聞、また、医療観察法以来発表された司法精神医療関連の諸文献、私の鑑定経験、関連団体の動向などをつき合わせながら、上記の火花をたどり、最後に言説がわれわれの現実と持つ関連を考察してみよう。

参考文献を挙げる掲載スペースはないとのことであったので変則的だが本文に不十分ながらの出典を示す。

### I ● 鑑定事項をめぐる言説

医療観察法37条の文言は「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の医療を受けさせる必要があるか否かについて」鑑定を命令することになっている。

煩瑣だが、鑑定事項に関する行政や司法の動き、研究者、社会団体の反応を見てみる。

1-1) 「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」(厚生労働科学研究)を参照しつつ、厚生労働省が平成16年10月15日に自治体障害保健福祉主管課長会議で示した鑑定ガイドライン(案)では、疾病性・治療反応性・リスクアセスメントという3つの軸を評価して医療観察法医療必要性を判定するとされていた。そしてリスクアセスメントに当たって「共通評価項目17項目」が用いられるとされた。平成16年度版の「司法精神医療等人材養成研修教材集」中、村上優執筆文では「医療観察法による医療の必要性」は、疾病性、治療反応性、に加えて「再発時に同様な行為のリスクを有するもの……リスクアセスメント」の上に判定されるものとされていた(p17)。

1-2) 日弁連は医療観察法原案修正の経緯(再犯のおそれの予測に対する批判)を無視して、再犯のリスクアセスメントが取り上げられたことに抗議した。

1-3) 抗議に対して厚生労働科学研究者および厚生労働省の側でどういう検討がなされたのかは不明であるが、平成17年7月14日、厚生労働省からは行政上の位置づけを持った公式のものとしての地域処遇ガイドラインや指定入院医療機関ガイドラインが発表された一方、正式な鑑定ガイドラインは策定されず、また平成18年度版の同教材集(p32)では先の教材集と同じ箇所の表現からはリスクアセスメントということばは消失し「社会復帰のために医療が必要なものとなる(社会復帰要因)」の評価と改められた。

もっとも日弁連は現在も、厚生労働科学研究の一部が修正されたものが公式とはいえないまでも鑑定ガイドラインとして研修会等で流布され、そこでは再犯のリスクファクターが社会復帰要因と言い換えられたに過ぎないものとして反発している。

2-1) ところで、37条鑑定の鑑定命令に際して示される鑑定事項の文言は、平成17年3月、最高裁判所事務総局刑事局「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」が示すように、①精神障害者であるか否か ②精神障害者である場合には、その精神障害は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様のものであるか ③同様の精神障害を有している場合には、その精神障害は治療可能性のあるものであるか否か ④治療可能性が認められる場合には、本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか否か である。

2-2) 同解説は、「ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること イ 精神障害の改善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、本法による医療を受けさせる必要があると認められること」の「両者が認められる場合に入院決定または通院決定がなされる」と定式化する。とするとアは、疾病性と治療可能性を意味し、イはアにいう医療を受けさせること一般とは別立てで、即ち、“同様の行為を行わないための要因”を「社会復帰要因」といいなしていることがわかる。

2-3) さらに鑑定事項④は「対象行為を含む問題行動(=より軽微なものを含むと読める：筆者注)に出ることがありうるか」(p141)の判断とされたり、「重大な他害行為、すなわち第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為(=p141解説より絞られている)」(p169)の可能性の判断とされたりしている。また、「特定の犯罪行為(=予測すべき事象；筆者注)やそれが行われる時期(予測を成り立たせる期間；筆者注)などの不可能な予測をもとめるものではない(p141)」ともされる。要するに予測すべき事象の相矛盾した定義が持ち出されている上に、予測そのものの枠組みを理解していないのである。一方で、措置入院に際して求められる判断と同様のものであるともいう。これらは国会審議での原案修正の提案理由(とその混乱)をそのまま引き継いだ説明である。

2-4) 前項までを考え合わせれば、結局「解説」は、なにがしかの問題行動の有無こそが「社会復帰」に決定的であるがゆえにそれを阻む「社会復帰要因」の評価を疾病性とは別に行うということが法に盛り込まれているというところまでを宣言しているが、その評価の具体的なあり方の理解はこの「解説」にはうかがえないことがわかる。そしてその内実は1にみたような厚生労働科学研究や教材集でのリスクアセスメントであるということがわかる。

3 さて、山上皓や吉川和男(臨床精神医学 35(3)「動き出した医療観察法」特集所収：p245-249、同p251-257)は現在の医療観察法の軌道に強い違和感と警戒を表明している。まず山上は医療観察制度が反対論に「妥協」せざるを得なかったところから、欧米諸国では「司法精神医療の治療対象者をわが国のように罪名や障害名によって厳しく限定するようなことはない」点でわが国は「欧米諸国の同種制度とは若干様相を異にする」といい、具体的には責任能力判断にかかわらず柔軟に司法精神医療が引き受けることがあるべきといい、また鑑定が責任能力面と医療観察法適応面と2回以上行われるのは効率が悪いというのである。山上の主張は反面から言えば、医療観察法制度の対象者を広げるために、責任能力判断を軟弱にすることを責任能力鑑定者に推奨し、あるいは独立した責任能力の判断の機会を回避ないし医療観察法適応に従属させようとする提案である。(その正否は後に検討しよう。)吉川の主張はより率直に危機感にあふれており、「司法精神医療といえども精神医療が治療可能性のない者を医療の枠の中に安易に引き受けるべきではな」という見地に立つ「保守派」が「対象者に絞りをかけようとしているようにさえ思われる」とまでいうのである。

4 山上・吉川らのこうした焦燥が生まれる原因は、平成14年10月26日の精神医学講座担当者会議の「要望書」（山内俊雄、三國雅彦）発表時にすでに胚胎していた。この要望書は、その3日前に発表された国立精神療養所院長協議会の要望書とほぼ同じ趣旨にたっていた。この両団体は、要望書発表によって医療観察法案の推進に舵を切りなおした。講座担当者会議の要望書は、治療適応性について一般的な療法の確立していない「薬物依存、知的障害、人格障害等は当面本法案の対象から外す必要がある」といい精神科医は「病気の再発の予測」を行う一方、「調査官らによるソーシャル・サポートの評価に基づく、再犯のおそれの判断」は「裁判所の責任で行うことを明確にする必要」をうたったのである。山上の先の記述（反対論への「妥協」）どころか、両団体は、法案の対象を限定する方針のもと、自らが主体的に、法を推進する立場に立ったのであった。

5 さて厚生労働科学研究と研修会教材集に立ち返ろう。そこでは、暴力のリスクアセスメントツールと「共通評価項目17項目」はどう位置づけられつつあるのだろうか。

厚生労働科学研究における「触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究」（分担研究者 平野誠）平成15年度報告書での構想では、暴力のリスクアセスメントツール、たとえば、精神病質チェックリスト（PCL）得点やVRAGの得点は、指定入院医療機関診療録における「データベース」中にとりあえずは蓄積されてゆくものとみえる。また「再犯予測としてではなく治療の指針」であるとしながらも「リスクアセスメントを中心とした共通評価項目を提案した」（p107）という。

研修会教材集（平成16年度版p60、18年度版p82）では「PCL-Rは、該当者を医療観察法の対象者から除外する基準としては使用できる可能性もあるが、わが国での検証を経る必要がある」とされている（村上優）。要するにPCL-Rで精神病質的傾向のあるものが判定できればその反社会的行動に対する医学的治療法はないから医療観察法の対象から除外し、反面そうした傾向のない責任能力の障害された精神病状態は治療によって改善すれば同様の行為のリスクは減少するから、「病気の再発予測」に精神科医の持分を限定するというかつての講座担当者会議や国立精神療養所院長協議会と連続する主張が導くことができるというわけである。こうした立論が吉川の「保守派」非難を招いたわけである。

## II●研修と鑑定の経験から

1 筆者も実際の鑑定に当たって最高裁判所事務総局解説で示された鑑定事項を受け取った。もっとも解説は後日参照することになった。ともかく先述④に関しては当惑せざるを得なかった。他害行為の幅をどれだけ取るのかはおくとしてもその「可能性」の判断が求められているらしいことは分かる。しかし「具体的・現実的」という文言はなにを指すのか。筆者は

非公式の鑑定ガイドラインと平成16年度版教材集を参照したが、「具体的・現実的」可能性という文言は見当たらない。経験科学的な見地からは、予測すべき事象（アウトカム）と予測すべき期間という枠組みを持たない予測は、それこそ具体的・現実的意味がない。臨床的予測方法への批判とリスク概念の採用こそがこの間の司法精神医学の知見であったことはすでに精神神経学会法委員会での文献検討で展望したとおりであった。

1-1) 筆者の採った方策は、審判を通じてこの文言の意味が開示されるであろうことを期待して、審判の検討素材となるような意見を簡潔かつ広範にまとめることであった。

④に先だって鑑定事項③が求められているから、事件以降鑑定入院にいたるまで通例想定されているのと比べれば長い期間の経過中で通常の急性期治療に非常に良好な反応がえられ、急性期を終了していることに立脚した意見を述べた。

④にかかわる事項としては、鑑定書の考察本文中にいわゆるリスクアセスメントについてという一節を設けた。そこではまず、本来予測に関しては枠組みが必要であるがわが国にはそれにそったデータ集積は十分ではないから定量的評価は慎重に行う必要があることを記述した。その上で第2にわが国でも諸外国の経験でも確認されている代表的な保険数理統計的リスクファクターとして、病前の反社会的行動歴、精神病質的傾向、薬物関連障害をあげてこの事例での有無を示した。第三に従来の臨床的観点からする予後診断を説明し、治療継続上必要な事項を考察した。以上を元に保険数理統計的観点からも臨床的観点からもこの事例は恵まれていた事例であったから、鑑定主文としては同様の行為の「具体的現実的可能性」は少ない趣旨の表現をとった。

1-2) 鑑定書提出の後には裁判官、審判員、検察官、付添い人の会した「打ち合わせ」が行われ論点の整理が行われた。検察官からは鑑定人に強い不満が表明され、打ち合わせ以降審判までに、病状の急性再燃による同様の他害行為のおそれや、人格変化の進行のおそれに関する質問書が提出された。

審判の席では鑑定事項④に関係する範囲内で、1980年と1994年のわが国の心神喪失者心神耗弱者とされた触法精神障害者の長期追跡調査結果（これらは山上皓「精神分裂病と犯罪」や平成15年度厚生労働科学研究にまとめられている）を説明した。というのも、一知半解の知識の上で裁判官が予断を持って審判に臨む可能性があると考えていたからである。（私のこの危惧は次章の記述も参照して理解してほしい。）審判員からこの調査結果について確認の質問がなされたところをみれば、言及した意味はあったのだろう。純粋にリスクアセスメントの点からは、事件の重大性は、それゆえに再犯リスクが低いとの判断につながりうることも審判の席で付言した。

検察官の質問書に対しては、予後診断上、過大なおそれの評価は不適當であることを改めて回答した。

最終的には、鑑定書と同じく治療継続の枠組み保障の観点に立脚して決定が行われ、④に



に関して同様の行為の可能性は「ないとはいえない」と評価され控えめな意義があたえられたに留まった。

2 また研修会（指定通院医療機関と審判員むけのそれ）に参加して次のような経験をしたから現時点でのコメントもあわせて記す。

1) 治療すべき精神障害について

研修会では柑本美和（城西大学現代政策学部社会経済システム学科）は法案修正の意義として「心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害」という原案の文言が「対象行為を行った際の精神障害」に変更されたことにふれて、責任能力減免に関係しない精神障害、たとえば人格障害や薬物依存などの合併にも、「再犯防止というリスクマネジメントとしての医療の必要性」から改善させる責務があるむね述べた。筆者はこの点に関して医療関係の講師の意見を求めたが明瞭な返答は得られなかった。

もっともこれについては前記「解説」には「対象行為を行った際の精神障害」とは「心神喪失または心神耗弱の状態の原因となった精神障害をいい」（p169）とあって、柑本とは明らかに異なっている。

2) 審判決定に際して、「精神保健福祉法による医療で足りるからあえて医療観察法による医療を行う必要がないという論理を認めることは困難」と柑本は主張する。これは前記「解説」p175における「本法による医療を行わない旨の決定をする」事例に抵触するおそれがある。

また医療観察法での処遇が高度の危険性を要件とされるとも言及された。

3) 審判決定が本法による医療のうち通院ないし入院のいずれかを選択する際に least restrictive alternative 原則を考慮すべきでないという法律家の主張が見られた。これは医療観察法内での治療環境選択が研修会「資料集」に収められた国連原則9の例外であることを意味するのであろうか。教材集で別の法律家は国連原則11第9項をひいて可能な限りの代替医療を知らせることを推奨しているのであるが。

4) 共通評価17項目の位置づけに関しては、研修会の席上、村上優はリスク評価方法ではない、たとえばこの得点を合計して観察法の処遇の開始や終了のカットオフ点を決めるものではない旨言及したが、通院医療関係の講師を勤めた松原三郎のスライドはリスクアセスメント＝共通評価項目として言及していた。

この矛盾と見える事態は、両者が医療観察法の処遇を受けるものを、人格障害や薬物依存を排除する方向で考える前提に立っているとすれば、理解しやすい。

村上は欧米司法精神医学のリスクアセスメントの知見を脳裏において、可変的リスク因子に限定されている共通評価項目はリスク評価のツールとしては弱いものでしかないことを理解していたのである。だからかれはリスク評価ではないと強調したのである。

松原の意見は、村上のように司法精神医学の知見に忠実にそわなくても、上記のように限定された対象者では、精神症状の回復を含めた可変項目に対するマネージメントを行えばリスクは減少するであろうし、そうしたものとしてリスク評価といえるという観点にたったのではないかと推測される。

だがここで問題になるのは、かりに、人格障害や薬物依存を排除する方向で医療観察法の対象者を限定すればベースレートは低くなる（したがってリスク評価は擬陽性者を多く含む点で問題が大きくなる）ということが明示的に言及されないでいることである。リスク評価の観点からは、当初審判では入院決定でなく、通院決定や不処遇の選択がなされるべき事例がある筈となる。

それにまたいずれ入院処遇終了を決定する時点が来る以上そこではリスク評価は確かに低くなったはずといえ、その判断が可能である以上、当初審判でもリスクは低いと考えられる事例が存在するはずであるということになる。

松原は入院処遇を経由しない直接通院処遇決定は回避されるべきであることを強調するかのように説明していた。彼の主張を「危険性」評価から根拠付けようとすれば、最初の審判決定時点で触法行為と疾病との関連性（すなわち責任能力判断と共通する判断）としての疾病性を強調し、疾病の存在を「危険性」と結びつけるしかなくなるのではないかと危惧された。

#### 5) 教材における記述について

本稿の論点にかんする記述の問題点に限るが、研修会教材で、山上は医療観察法指定入院医療機関のモデルはバトラー委員会報告（1975）の提唱した英国の地域保安ユニットであることを説明している反面、その委員会が精神病質者の精神医学的処遇に関して消極的な評価を与えたことには言及していない。これは対象者に精神病質的傾向を持つものを含ませるべきという彼の示唆とは矛盾するであろうが、歴史記述としては片面的である。

さらに問題なのは、山本輝之（名古屋大学法科大学院教授）の記述である。かれは精神神経学会理事長（佐藤光源）・法委員会委員長（富田三樹生）による「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案」の国会審議に際しての抗議声明——再犯予測は不可能である——（2002年5月11日）を引いて「精神医療の役割は、精神障害者に医療を行うことだけであり、他害行為の再発防止を図ることはそうではない、精神障害者に精神医療を与えることによって他害行為の防止を図るということは認めるべきではないとする立場」と精神神経学会の立場を歪曲（平成16年度版p43、18年度版p65）している。抗議声明には山本の言うような立場はまったく記されていないし、7者懇で司法と精神医療の関係から生ずる問題点の検討に取り組んでいた精神神経学会に対する中傷である。この記述は、1) から4) までの各論者の主張とは質が異なる悪質なものであって、いかに山上皓が教材冒頭で「執筆者の個人的な意見といった部分もありテキストと称することがはばか

られ教材集というタイトルとなった」と弁明しているようだが、削除すべきである。

### III ● 鑑定・審判をめぐる言説は現実の文脈のどこに位置するのか？

さて医療観察法の軌道めぐって二つの流れの間に散る火花を検討してきた。以下では医療観察法の処遇対象を精神病質や依存などに広げる志向性を持つものを積極派とし、そうした拡大に慎重な姿勢をとるものを（「保守派」という政治的レッテル然とした呼称を避けて）慎重派としておこう。医療関係者のみならず法律家にも色合いの違いはあり、私の出席した研修会の法律家講師はどちらかといえば積極派に近いようにおもわれたが、最高裁事務局の解説は、慎重派に近い主張も行っている。

ところで、触法精神障害者と呼ばれる集団には、おおきくわけて二つのタイプがある。すなわち、再犯リスクが少なく、反社会的行動歴がないことが多く、統合失調症が過半を占める多数群。再犯リスクが高く、反社会的行動歴を持つことが多く、薬物関連障害や人格障害がめだつ少数群である。

医療観察法処遇の力点あるいは意義を後者に多く求めるのが積極派、前者に大きく求めるのが慎重派とひとまずはいえるであろう。

ところで最高裁の「解説」や法律家がいうように、医療観察法は確かに何らかの「危険性」の判断を前提あるいは正当化の理由として、司法関与の必要なほどの強制的な医療を行うことになっている。だがこの「危険性」に関する把握こそ司法精神医学のこの20年以上のホットイシューであった。

今日の慎重派は、実は対象者多数群が今日の司法精神医学的にいえば低リスクであることを知っている。「再犯の予測ということに関しては犯罪歴や非行歴、あるいは精神病質の傾向など不変な要因がもっとも大きく寄与しているとされている」（平成15年度厚生労働科学研究p107）。そういった要因のない事例には、したがって、リスクの観点のみからすれば必ずしも医療観察法処遇がふさわしいといえない事例が多いことを認識している。それゆえにこそ、疾病性と治療適合性を強調して当初審判での入院適応判断を導こうとしている。だがそれが大きな歪曲を生む可能性がある。

法曹の危惧される認識の一例をあげておこう。「人を殺す確率が50%以上ある人が自由に歩き回ったのでは一般の人は外出できなくなる。その危険性が問題なのである……この50%を10%に減少させるために強制入院という強制が認められるのである」（平野龍一東大名誉教授、ジュリスト「精神医療と心神喪失者等医療観察法」増刊）。「精神障害者」は「一般の人」ではないゆえに「人を殺す確率が50%以上ある」グループに属して

おりしたがって危険である。患者であるがゆえに一般の人と違って危険である。これこそ旧来の危険性概念である。しかし第2世代の司法精神医学はこうした単純な意見にもはや同意しない。司法精神医学にとってリスクといえるものは、ある文脈や条件の中で見込まれる状態である。ところで現在までの慎重派がそうであるように、多数群は再犯の低リスク集団であることに積極的に言及しようとせず、医療観察法入院処遇の必要性を強調することは、法の構造が前提する、医療観察法処遇下のもものは危険である、という法構造のもたらず認識に回収されて、法曹の中にある精神障害者＝危険という偏見を強化することに終わるのである。もちろんある疾患の存在＝危険性という先の判断が横行するのであれば、一般精神医療において原則的にコミュニテイケアは不可能である。

歪曲の第2は意外なことに治療反応性判断に波及する。リスク評価によらずに対象者を当初審判においてしゃにむに入院処遇に置こうという志向を持って治療適合性を判断しようとするれば、結局個別事例での治療反応性や、想定上の医療観察法処遇と精神保健法処遇との治療の比較といった判断を断念し、統合失調症は一般に薬物治療を中心とした治療適合性があるというていのきわめて抽象的・観念的な治療適合性判断をおこなうことになる。ところが、これはほとんど疾病性判断への解消であり、ほとんどの場合、責任能力判断に帰一・追認に終わり何の内容もない。こうして医療観察法の処遇を決定する要素は、責任能力判断に収斂して、責任無能力者は危険であるという先の虚偽意識がまた強化されるのである。ここまで来ればもはや審判員が独自に行う判断の内実はきわめて乏しく、裁判官単独で足りる判断ともいえ、医療観察法はもはや刑法の中に手続きを規定された保安処分に置き換えることが合理的とさえいえよう。

この二つの歪曲を招かないためには、慎重派のみならず、鑑定と審判に携る医療者が、低リスクであると考えられる事例に関するリスク評価を回避したりあいまい化せずに低リスクとして明示すべきである。そこでは、私があげたようなリスク因子の存在のみならず、妄想の存在を持ってリスク因子とは直ちにできないとするマッカーサー研究の成果や、重大犯罪の場合のほうが再犯率が低かったわが国の追跡研究やVRAGの知見も言及されてよい。旧態依然の危険性判断に傾く法曹とは議論になるだろう。これは司法精神医学がいうところのリスクコミュニケーションの実践に他ならない。

実際に対象者のうちの多数者群は低リスクであることが見込める。が、すでにその3/4という多数が入院処遇におかれている現状は、医療観察法処遇決定が真実にちかいリスク評価に立脚しているというよりは、旧態依然の偏見・従来<sup>1</sup>の危険性判断に立脚していることを示しているか、あるいは何らかの治療適合性判断によるのである。では、リスク評価とは別に、医療観察法処遇が必要とされうる実質的な治療適合性判断があるとすれば、それは何を意味するのか？