

司法精神医学と統合失調症

Problems of schizophrenia in forensic psychiatry

筑波大学大学院人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻
社会精神保健学教授

中谷 陽二
Yoji Nakatani

要約

統合失調症への司法精神医学的な関心は、精神科医療の全般的動向を反映するという視点から、歴史と現状を論じた。①20世紀前半、変質や精神病質と比較すると統合失調症の犯罪学的な意義が低く見積もられていたことが Kraepelin, Bleuler, その他の論述からうかがわれる。その背景には、統合失調症患者は廃疾を運命づけられ、精神病院で生涯を送るという認識が存在した。20世紀後半の脱施設化と開放的医療の流れの中で、地域ケアのもとでの統合失調症患者の触法行為に対する関心が高まった。②わが国では1984年の最高裁決定を契機として、統合失調症患者の責任能力をより広く認める立場が司法と精神医学の双方で優勢となっている。これをドイツと比較すると、統合失調症の軽症例で責任を認める点は共通するが、わが国では責任無能力を認定する基準が非常に厳しいことが特徴である。③医療観察法のもとで責任能力が重要課題として残されていることを指摘した。

Key words

統合失調症, 司法精神医学, 犯罪, 脱施設化, 責任能力

はじめに

2005年7月から心神喪失者等医療観察法(以下、医療観察法)が滑り出し、これと軌を一にしてわが国でも司法精神医学の発展の気運が高まっている。新しい制度が想定する対象者の相当な部分を統合失調症患者が占めると予測され、統合失調症は司法精神医学の課題として改めてクローズアップされるであろう。

触法行為を行った統合失調症患者への対応のあり方は精神科医療の全体的動向と関係し、医療の理念を反映す

る鏡であるといってもよい。この視点から歴史の流れを素描し、今後の課題を考える手がかりとしたい。なお民事事件や成年後見との関わりも重要であるが、ここでは省略する。



Kraepelin/Bleuler の時代

司法精神医学を舞台に統合失調症がメインテーマとして登場したのは、意外なことに比較的近年になってからである¹⁾。まず Kraepelin と Bleuler は犯罪との関係を考えていたであろうか。Kraepelin²⁾の観点では、早

発性痴呆の本質は鈍化過程であり、生涯にわたり精神病院で介護される患者群の主たる部分を占める疾患に他ならなかった。彼がたびたび強調したように、精神病院(Anstalt)は人類の進歩の産物であり、まさしく患者に科学の恩恵を施す場であった。Kraepelin は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早発性痴呆ではなく、変質つまり先天性の劣悪な素因に基づく疾患であった。Bleuler もまた、刑事事件の精神鑑定を数多く手がけるなど司法問題に深く関わったことが知られている³⁾。しかし司法的な興味を中心は背徳症(moral insanity)、生来性犯罪者、性犯罪などにあった。『早発性痴呆または精神分裂病群』⁴⁾の中では司法的問題はほとんど論じられていない。この点はKraepelin と同様である。

やや時代が下って Birnbaum⁵⁾は犯罪精神病理学の著書の中で、統合失調症に関しては著しい犯罪傾向は想定されるべきではないと述べている。Birnbaum によると、統合失調症患者の犯罪は「心的分裂による場合」と「統合失調症性痴呆による場合」に区別される。そして社会的転落を媒介として犯罪(主に軽犯罪)につながる後者に対して、前者の犯罪学的な意味は限られているとした。同時期の Gruhle の著書⁶⁾でも、精神病質に比較して「本来の精神病では犯罪への傾向が驚くほど軽微」であり、統合失調症の場合、人格崩壊に由来する放浪や売春、稀にみられる病初期の了解不能の犯罪が問題になるにすぎないと述べている。

この時代、統合失調症患者の犯罪への興味は、もっぱら診断の確定が難しい病初期や辺縁の病態の事例に向けられた⁷⁾。代表的なものに、統合失調症前駆期における殺人衝動(Wilmanns⁸⁾)、犯罪性類破瓜病(Rinderknecht⁹⁾)、初期・緩慢発症の統合失調症でみられる空想的犯罪すなわち犯罪者ロマン(Glaser¹⁰⁾)などがある。これらは臨床的には定型的でない病態での犯罪行動に統合失調症の特異性がどれほど見出されるかに焦点を当てている。

20世紀前半のドイツでは、刑法に限定責任能力の規定を加えること、および保安処分の新設がもっぱら争点とされ、その議論の中で標的とされたのは精神病質など病氣と正常の中間をなす状態であった。精神病質者が犯罪を重ねることで社会に害を及ぼしつづけるのに対して、

廃疾を運命づけられた統合失調症患者はいわば精神病院への片道切符を渡された存在であり、刑事政策的には大きな意味をもちえなかった。



2 脱施設化の時代

1960年代から抗精神病薬の開発や地域医療の発展により統合失調症をめぐる状況は大きく転換した。いわゆる脱施設化の時代において、地域で生活する統合失調症患者の触法行為が問題視された。

ドイツ語圏での先駆的研究は、Böker らが1973年に出版した『精神障害者の暴力』¹¹⁾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、次のように結論づけた。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いえない。④被害者は親密な関係の人が高率である。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 の別の論文『精神障害者の暴力は開放的精神医療にとって真の危険か』¹²⁾は彼らの社会精神医学的な問題意識の所在を端的に表している。

視線をアメリカに転じると、脱施設化に連動する動きが注目される¹³⁾。州立精神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為に対する懸念も高まった。退院患者を追跡調査し、検挙率などを指標として触法行為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 Rapoport らの報告¹⁴⁾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 Rapoport らの結論が支持された。退院患者の激増に対して地域ケアの体勢が追いつかないことに検挙率上昇の原因を求める論調が共通している。

アメリカでの責任無能力抗弁(insanity defense)に対する批判や廃止論の顕在化¹⁵⁾も近年の注目される傾向である。無罪と認定される基準の厳格化、「有罪であるが精神異常の抗弁(guilty but mentally ill)」という折衷的な方式、さらには責任無能力そのものを廃止して故意(mens rea)の証明に替えるメンス・レアアプローチな

どの動きが起きている。1991年のカード・ケース(State v. Card)では責任無能力抗弁の廃止の効果が最も厳しく現れた¹⁴⁾。2件の謀殺罪に問われた犯人は、統合失調症によりいったんは訴訟無能力と認定されて治療を受けたが、再開後の審理で死刑が宣告され、州最高裁は抗弁廃止の合憲性は認められるとして第一審判決を支持した。刑事司法における非寛容的な態度と脱施設化には触法精神障害者を医療の対象から排除していくという共通する傾向がうかがわれる。

③

統合失調症と責任能力

責任能力というまでもなく司法精神医学の中心課題である。以下、ドイツと日本の流れについて述べる。

ドイツでは刑法の改正に沿って責任能力の定義や判断基準が変遷してきた。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つに分けられることになった。

旧51条では「行為者が、行為の当時、意識の障害のため、精神活動の病的障害のため、又は精神の薄弱のため、その行為が許されないものであることを弁別し又はこの弁別に従って行動することができないときには、罪となるべき行為は存在しない」とした。意識の障害、精神活動の病的障害、精神の薄弱は責任能力の「生物学的要素」、是非弁別能力と行動統御能力は「心理学的要素」と呼ばれる(この呼称については異論が多い)。新しい20条も骨格は変わらないが、「精神活動の病的障害」が「病的な心的障害」、意識の障害が「深い意識の障害」に改められ、総称概念である「重いその他の心的変異」が追加された。また「許されないこと(Unerlaubte)」が「不法性(Unrecht)」に改められた。

このようにドイツの刑法は生物学的要素として上記4つのカテゴリーを挙げ、なおかつ心理学的要素を法文に明記している。統合失調症が「病的な心的障害」にあたることは論を待たない。心理学的要素について、司法精神医学者は可知論と不可知論に分かれて議論を闘わせ

た。後者の代表とされるのがSchneider¹⁵⁾で、彼は責任能力論の前提に疾病概念を据える。すなわち「疾病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」との間に根本的な相違があるとする(「疾患」は常に身体的過程を意味する)。さらに前者は「病因が既知の疾病」と「病因は未知であるが自明なものとして仮定された(postuliert)疾病」に分けられ、これは循環病と統合失調症を含む。

Schneiderの見解によると、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るため、常に51条1項つまり責任無能力とする十分な根拠がある。鑑定人は刑法の条文に沿って、「某々は統合失調症に罹患していた。従って51条1項(責任無能力)の適用をもたらす精神活動の病的障害が存在した」と答えることでよしとする。

一般にSchneiderは「統合失調症に罹患していれば例外なく責任無能力」という堅い原則の提唱者と理解されている。たしかに結論だけを捉えればそのようにいえるのであるが、彼はドグマを断定的に主張するわけではなく、むしろその逆である。51条の生物学的要素が認められれば、「弁別する能力またはこの弁別に従って行動する能力がなかったことを暗黙のうちに認めるだけである」¹⁶⁾と述べている。個々の犯罪行為が合理的な判断と意思決定に基づいて遂行されたか否かという究極的な問いに鑑定人は直接答えることはできない。それは暗黙のうちに推論できるにすぎないのである。「あまりに多くのことを答え得る鑑定人を信用してはいけない」という言葉からもわかるように、Schneiderは鑑定が経験科学の限界を踏み越えることを戒める。「暗黙のうちに(stillschweigend)推定する(schließen)」という微妙な言い回しは、経験科学の限界(自由意思に関する問いには答えられない)と、臨床的洞察(統合失調症における意味連続性の断裂)との拮抗関係を表しているように思われる。

Schneiderの言説のドグマ化の問題はさておいて、近年になって統合失調症患者を例外なく免責とすることへの批判的見解が示されている。しかしその種の見解は早発性痴呆の時代からすでに出されており、有責の可能性を、例外として消極的に主張するのか、より積極的に主張するのかというアクセントの違いにすぎない¹⁷⁾。

精神病理学の大御所ともいべき Huber と Janzarik の論述をみてみよう。欠陥概念の細分化を軸として独自の統合失調症論を展開した Huber は長期の予後調査をもとに責任能力論について論じた¹⁶⁾。調査結果によれば、統合失調症の予後がかつていわれていたほど不良ではなく、「統合失調症の不治性、影響不能性、根本的な異質性というドグマ及びそれと結びついた否定的な社会的先入観」は克服されたとする。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。急性シュープおよ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分析することが必要である。実際には、完全寛解および軽度の純粹残遺については完全責任能力を認める。

他方、構造力動的な視点から独自の統合失調症論を構築した Janzarik¹⁷⁾は、疾病現象(Krankheitsgeschehen)と疾病結果(Krankheitsfolge)を区別する立場から責任能力を考察した。司法的判断においては、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。急性精神病においてなされた違法行為が免責となることは論を待たない。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、免責を適用する。人格水準の低下については、それが統合失調症性の人格変化であっても、完全な免責に導くことはない。

戦後の司法精神医学の代表者である Witter¹⁸⁾は、人格変化を示す軽症の慢性・部分寛解の統合失調症患者の犯行では、動機分析によって病的行動因子の有無、具体的には動機の欠如や奇妙さを証明することを必要とする。そして、疾病結果とみなされる「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、行動の動機・態様に異常性が露呈されていない場合は責任能力を認める場合があるとする。

ごく最近の司法精神医学書¹⁹⁾でも、顕在的な精神病症状を示す統合失調症の急性期において、刑法上の責任無能力の精神病理学的前提が存在することに疑いはないが、軽度の残遺状態や完全寛解では判断が困難であると述べられている。

以上、ドイツの司法精神医学では近年、統合失調症に

ついて、軽症の例では責任能力を認めうとする立場が一般的であり、その基準はおおむね病的過程が進行中であるか、それが停止して疾病の残遺のみが認められるかに置かれている。しかしこの点については、後述するように日本の現状は大きく隔たっている。



4 日本の状況

ひるがえって日本での責任能力判断についてみてみよう²⁰⁾。三宅は鑑定例集²¹⁾の中で「現代精神病学者の多くは精神病患者、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を通説とし」と論じている。そして軽症例について心神喪失ではなく心神耗弱とする意見を「陳套な学説」か「素人論」として退けている。

統合失調症について限られた範囲でのみ責任能力を認める立場は戦後の内村²²⁾の論考でも同様である。「最初期、寛解期、軽い欠陥状態」については直ちに責任無能力と判定できない。しかしそれは「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、病歴を知らなければ診断が困難な例である。

同じ立場は裁判の実務でもある時期までとられていたようである。最高裁の刑事裁判例集²³⁾から拾うと、鑑定結果を受けて心神喪失と判断された1970年、1971年の2事例が見出される。これらでは言動や犯行手口にまともがあっても、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根拠の1つとされている。

1980年代は過渡期である。1981年の判例では、犯行の計画性・合目的性、幻聴の命令に従うまいとして苦しんだことなどが抑制力の残存を示すとされ、鑑定人から心神耗弱が示唆された。ところが裁判所はこれを排して心神喪失と判断した。鑑定人が後述の最高裁決定を先取りし、裁判所が逆に保守的な構えをとったことが興味を引く。

次いで1984年の最高裁決定が、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」判断へと方向を転換させた。この事件では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・態様等を総合して判定すべきである」²³⁾。

西山²⁴⁾はこの事件について、犯行時に緊張病性の精神運動興奮が前景にあったと推定し、決定内容に重大な疑問点が見出されるとしている。事例を離れて一般的指針として読むと、特に責任能力を否定する根拠として犯行と症状との動機的関連性の証明を要求していることが問題であろう。犯行時に一級症状が存在しても、犯行との関連が行為者の陳述を通して目にみえるかたちで証明されなければならない。前述したドイツの司法精神医学では、Schneiderとその後の論者の間で力点の違いはあるにしても、統合失調症の病勢期においては、疾患が行動に及ぼす影響は本質的に見通せないという認識から、症状と犯行との直接的関係の証明は考慮の外に置かれている。それに対して、日本の裁判所は鑑定人に対して過剰に可知論的な態度を当然のこととして求めている。もっともこの流れの先鞭をつけたのは鑑定人であり、その結果を裁判官が認め、次にはそれが鑑定判断を方向づけていくという過程が見出され、大本は精神医学の認識のあり方にある²⁵⁾。



5 展望にかえて

医療観察法は行為時に心神喪失もしくは心神耗弱と認められることを対象者の要件としており、責任主義を前提として組み立てられた制度である。ところが不思議なことに、法律制定および準備作業を通して責任能力のあり方が問い直されることはほとんどなかった。責任能力は単に処遇の振り分けの便宜的目安ではなく、精神障害

者に対して社会がどのように向き合うべきかという根源的な問題につながる。責任能力を司法精神医学を超えて精神医学・医療全般の中に位置づけて再考する視点が求められている。

●文 献●

- 1) 中谷陽二：分裂病犯罪研究。東京、金剛出版、1996
- 2) Kraepelin E : Die endogenen Verblödungen . in Psychiatrie (8 Aufl), III Band. Leiptig. J. A. Barrrh. 667-1009, 1913(西丸四方, 西丸甫夫 訳：精神分裂病。東京、みすず書房、1985)
- 3) Möller A, Hell D : Eugen Bleuler als forensischer Psychiater. in Eugen Bleuler ; Leben und Werk. ed by Hell D, Scharfetter Ch, Möller A. Bern, Verlag Hans Huber. 140-148, 2001
- 4) Bleuler E : Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. in Handbuch der Psychiatrie, ed by von Aschffenburg G. Leiptig/Wien, Franz Deuticke, 1911 (飯田眞, 下坂幸三, 保崎秀夫, 他 訳：早発性痴呆または精神分裂病群。東京、医学書院、1974)
- 5) Birnbaum K : Kriminalpsychopathologie und psychologische Verbrecherkunde. Berlin, Springer, 1931
- 6) Gruhle HW : Geisteskrankheit und Strafrecht. Berlin-Leipzig, Walter de Gruyter, 1927(中田修 訳：精神病と刑法。精神鑑定と犯罪心理。東京、金剛出版、86-106, 1979)
- 7) Wilmanns K : Über Morde im Prodromalstadium der Schizophrenie. Z Neurol 170 : 583-662, 1940
- 8) Rinderknecht G : Über kriminelle Heboide. Z Neurol 57 : 35-70, 1920
- 9) Glaser J : Tötungsdelikt als Symptom von beginnender oder schleichend verlaufender Schizophrenie. Z Neurol 150 : 1-40, 1934
- 10) Böker W, Häfner W : Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, Springer, 1973
- 11) Böker W : Ist die Gewalttätigkeit Geistesgestörter eine ernste Gefahr für eine offene Psychiatrie? Sch Arch Neuro Neuroch Psychiat 129 : 93-104, 1981
- 12) 中谷陽二：犯罪と精神医学—最近の動向。懸田克躬, 島蘭安雄, 大熊輝雄, 他 編, 現代精神医学大系 年刊版'89-B. 東京、中山書店、243-261, 1989
- 13) Rapoport JR, Lassen G : Dangerousness ; Arrest rate comparisons of discharged patients and the general population. Am J Psychiatry 121 : 776-783, 1965
- 14) 岩井宜子：精神障害者福祉と司法(増補改訂版)。東京、尚学社、2004
- 15) Schneider K : Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. Ein Vortrag (2 Aufl). Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1953
- 16) Huber G : Die forensisch-psychiatrische Beurteilung schizophrener Kranker im Lichte neuerer Langzeitstudien. in Kriminologie-Psychiatrie-Strafrecht. ed by von Kerner H-J, Göppinger H, Streng F. Heidelberg, C.

- F. Müller, 463-480, 1983
- 17) Janzarik W : Die strafrechtliche Begutachtung Schizophrener auf dem Boden des psychopathologischen Schizophreniebegriffes. *Nervenarzt* 32 : 186-189, 1961
 - 18) Witter H : Die Beurteilung Erwachsener. in *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, ed by von Witter H. Berlin/Heidelberg/New York, Springer, 966-1094, 1972
 - 19) Nedopil N : Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart, Thieme, 2000
 - 20) 三宅鑑一 : 精神鑑定例. 東京, 南江堂, 1937, 再版1952
 - 21) 内村祐之 : 精神医学より見たる刑事責任能力. *精神誌* 53 : 41-57, 1951
 - 22) 最高裁判所事務総局 編 : 責任能力に関する刑事裁判例集. 東京, 法曹会, 1990
 - 23) 高橋省吾 : 精神分裂病者と責任能力. *ジュリスト* 827 : 76-78, 1984
 - 24) 西山詮 : 精神分裂病者の責任能力—最三小決(昭和59・7・3)の批判的検討—. 中谷陽二 編, 精神障害者の責任能力—法と精神医学の対話—. 東京, 金剛出版, 9-24, 1993

特集

動き出した医療観察法

国際比較から医療観察法をみる

中 谷 陽 二

Key Words

国際比較, 医療観察法, 保安処分, 困難患者病棟, 触法精神障害者

1 はじめに—グローバルな視点—

医療観察法とはどのような法律であろうか。立法および実施準備の過程で多くの議論が新制度のあり方に費やされてきたが、どちらかといえば関心は医療体制の整備などの技術論に向かい、本質論が置き去りにされてきた印象が否めない。わが国で前例のない制度が適正かつ効率よく運用され、また将来において改良が施されるためには、法律の基本的性格を常に問い直されなければならない。その1つの方法として、諸外国の制度との比較が有益であろう。

司法精神科医療は法的枠組みを前提として成り立っており、このことが国際比較を難しくする。いうまでもなく法制度はそれぞれの国に固有の歴史的、社会的、政治的な背景、さらには国民の法意識という“お国柄”と切り離せない、普遍性よりも特殊性が優越する領域である。法律家と協同し、比較法的な視点を加えることが是非とも必要となる。

筆者は過去7年間、法律家と精神科医療関係者から構成される精神医療法研究会（代表：町

野朔，上智大学教授）のメンバーとして海外事情の視察を重ねた。訪問国はドイツ，フランス，イギリス，イタリア，オランダ，フィンランド，カナダ，アメリカである（法律と精神医学の両面からの視察報告²⁾を参照されたい）。そこで、海外事情の調査をふまえながら、医療観察法の特質，ユニークさを重要な点に絞って論じてみたい。

2 保安処分との関連から

医療観察法は、保安つまり危険な行為から社会を防衛することを法の目的としてうたっていない。原案の「再び対象行為を行うおそれ」という文言は国会審議で削られ、社会復帰が前面に掲げられるなど、医療的色彩が強調されている。したがって、少なくとも建前は保安処分とは一線を画している。しかし、「重大な他害行為」という要件は再犯のおそれが隠れた要件として存在することを想起させ、刑法学者の中山¹⁰⁾は医療観察法の「隠れた保安処分」という性格を指摘している。

保安処分との異同は、そもそも保安処分とはどのようなものが正確に理解されなければ決着がつかない。わが国の精神医学界では長らく、保安処分をアプリアリに否定されるべきものと

する風潮が支配的であったが、そのような価値判断が生産的議論を阻害してきたことを認めなければならない。

保安処分とは、刑法学者の大谷¹²⁾によれば「刑罰を補充または代替するものとして、裁判所によっていい渡される自由の剥奪もしくは制限を伴う治療、改善、隔離などに関する刑法上の措置」と定義される。要するに、裁判所がいい渡す刑事処分であるが、刑罰とは異なるものである。保安処分の思想は欧米の近代社会に深く根を下ろし、ドイツおよびイタリアの制度がその代表である。歴史的経緯についてはすでに論じたので^{4,5,7,8)}、ここでは掻い摘んで述べる。

保安処分は「責任なければ刑罰なし」という近代刑法の原理をなす責任主義をめぐる論争から生まれた。19世紀末から20世紀初めにかけて刑法学で展開されたいわゆる旧派と新派の争いである。自由な意思決定を犯罪の前提とみなし、犯した罪に対する道義的非難として刑罰を捉える旧派に対して、新派は刑罰をむしろ犯罪者個人の危険性を除去する方策とみなした。新派はLombrosoの犯罪人類学など犯罪者に関する実証科学の発展に鼓舞された。ドイツの精神医学もこれに与した。広範な論争は「責任に対しては刑罰、危険性に対しては保安処分」という二元主義もしくは複線方式の採用で決着をみた。イタリアでは1930年のRocco法により、またドイツでは1933年の「危険な常習犯罪人及び保安改善処分に関する法律」によって実現をみている。

現行のドイツの改善保安処分(Maßregeln der Besserung und Sicherung)は精神科病院収容、禁絶施設収容、保安監置収容、行状監督、運転免許取消し、職業禁止から構成される^{3,11)}。このうちの初めの2つが精神障害を要件とする。すなわち、精神科病院収容は責任無能力、限定責任能力が認定された者について再犯の危険性が認められた場合に適用される。禁絶施設収容はアルコール・薬物の嗜癖と中毒の影響下で犯罪を犯した者を対象とする。

ドイツの精神科病院収容は次の刑法63条による。

「人が責任無能力(20条)もしくは限定責任能力(21条)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(für die Allgemeinheit gefährlich)ことが明らかであれば、精神科病院への収容を命じる」。

イタリアの保安処分(misure di sicurezza)はさらに多岐にわたる方式から構成される。社会的危険性(pericolosità sociale)および犯罪行為または準犯罪行為(不能犯および教唆の未遂)を犯したこと、という2つの条件が必須である。そのうち精神障害者が対象となるのは司法精神科病院収容および療治保護院収容である。

保安処分は犯罪予防の柱をなす制度である。確かにドイツは1975年の法改正で“保安改善処分”を“改善保安処分”へと改称し、社会の保安(Sicherung)よりも対象者の改善(Besserung)を優位に置く方向を明らかにした。とはいえ保安つまり危険防止が車の両輪の一方をなすという事情に変わりはない。適用の要件として公共に対する危険が法文上に明記されていることからわかる。

オランダに目を移すと、公共の安全がさらに強調されているように思われる(以下の紹介は平野¹⁾を参照する)。オランダ刑法は39条で責任無能力を定め、精神障害の疑いがある者については予審判事が精神医学的報告書を請求し、その結果を受けて裁判官が責任能力の認定と処分のいい渡しを行う。精神科病院収容法に基づく病院収容処分であり、期間は1年である。

オランダのユニークさは、精神科病院収容に加えて、監置処分(TBS; Ter beschikkingstelling)を設けていることにある。TBSは、精神障害で、4年以上の懲役にあたる行為を犯し、他人の安全を確保する必要とするとき、裁判所が命令する。刑罰に替えるか併科されるもので、後者の場合は刑罰が先に執行される。期間は通

常2年、延長は4年未満であるが、保安上の必要があれば無限定である。大多数は監視つきTBSつまりTBS施設で執行されるもので、残りは施設外での条件つきTBSである。2004年には13施設で1,346人が執行を受け、主として若い男性暴力犯である。TBSは責任無能力者にも適用可能であるが、統合失調症などのDSM-IVのI軸診断のみの者が13%であるのに対して、人格障害を有する者が約8割を占め、狭義の精神疾患よりも反社会性を主な標的とする制度であると想像される。

3 困難患者病棟との関連から

次はフランスについて検討したい^{7,8)}。歴史は古く、1810年の刑法および1838年の精神障害者に関する法律が触法精神障害者の処遇に関わってきた。すなわち刑法に責任無能力(démence)の規定、精神障害者に関する法律に職権入院(placement d'office)の規定が置かれた。職権入院は「公衆の秩序・安全を脅かす精神障害者」に対する行政的な強制入院であり、日本の措置入院に比較的近い。1994年にdémenceという用語の廃棄など責任能力に関する規定が改められ、また矯正施設内で精神障害者の治療を行う部門が創設された。

精神科医療の中で触法精神障害者を治療する主たる施設はUMD (unité pour malades difficiles) であり、直訳すれば“困難患者病棟”である。1910年にColinがパリ近郊のVillejuif療養所に、通常の病棟のトラブル要因になり、特殊な保安を要する精神病患者のための特殊部門を開設した。戦後になり、南東部のMontfavet (1947年)、北西部のSarreguemines (1957年)、南西部のCadillac (1963年) に同種の病棟が開設されて現在に至っている。

触法精神障害者がUMDに入院する主な経路は予審免訴(non-lieu)である。予審制度(instruction)では、検察官の請求を受けた予審判事は、犯罪の証拠が不十分である場合などに予

審免訴のかたちで公訴を打ち切る。その際、精神障害の疑いがある者について予審判事は鑑定を命令する。鑑定人は精神異常の有無、異常性と触法行為との関連性、危険な状態(état dangereux)の有無、刑罰の適合性、治療・再社会化の可能性、について回答する。予審免訴をくだされた者が公の秩序または人の安全に危険を及ぼすと考えられるとき、司法当局は知事に通報を行い、知事は職権入院を命じる。職権入院はUMDに入院するための十分条件ではない。1986年の布告によりUMDの対象者は「適切で濃厚な治療プロトコールと特別な保安処置を要する他人への危険—重大で確実もしくは切迫した—を示す者」とされた。UMDからの退院は医学監督委員会が知事に申請する。

要するに、フランス方式では、矯正施設内での治療を別とすると、触法精神障害者は刑事司法の手を離れたところで医療を受ける。それに対応して、UMDは濃厚な治療の必要性を基準として患者を受け入れる施設であり、ドイツの司法精神科病棟・病院のように触法精神障害者に特化した施設ではない。例えばSenningerらの報告¹³⁾では、UMD入院患者の75%は職権患者のうちの抑制不能な者、20%は犯罪を行ったが責任無能力者として予審免訴を受けた者、残りが拘禁中に精神障害を発症した者、である。

4 医療観察法の特徴

以上の比較材料からわが国の医療観察法はどのように特徴づけられるであろうか。

まず医療観察法が刑法の責任主義を堅持していることを確認したい。すなわち、行為時に心神喪失もしくは心神耗弱であったと認定されることが医療観察法のルールに乗るための絶対条件である。

イギリスについて簡単に触れると⁷⁾、責任能力と処遇がリンクしない点がわが国との大きな相違である。すなわち、治療の必要性に応じて、刑事手続きのさまざまな段階で保健医療システ

ムにダイバージョンされ、他方、責任能力のマクノートン準則の適用は稀とされている。

それでは責任主義を前提とするドイツ、イタリアなどの保安処分との関係はどうであろうか。確かに医療観察法を、衣の下に鎧を隠すかのように保安を隠れた目的とするとみることもし得る。しかし公共の安全を法律上で明示しているドイツなどに比べると、明らかに柔らかな方式であるといわざるを得ない。

触法精神障害者医療の方式をドイツ型とフランス型に分けることで問題がみやすくなる⁶⁾。この構図に当てはめると、医療観察法は一立法担当者は意識しなかったであろうが—2つの型の折衷あるいはモザイクをなすと考えられる。そしてこの折衷性は歴史的経緯とも無関係ではない。これについてもすでに論じたので⁹⁾、要約して述べる。

1907年に制定された現行刑法は39条に心神喪失者、心神耗弱者の規定を設けた。しかしそのように認定された者に対する処遇は刑法上は規定がなかった。1907年という年は、欧米において保安処分がようやく議論され始めた時期であり、具体的な立法の段階ではなかった。仮に現行刑法が20年遅く制定されていれば、保安処分が盛り込まれていた可能性が非常に高い。ともあれ保安処分は積み残し課題としてその後の刑法改正作業の中で検討されることとなった。1960～1970年代にかけて法務省から保安処分ついで治療処分が提案された。これは明らかにドイツの制度を手本にした内容である。日本精神神経学会をはじめとする反対の前で頓挫したことは記憶に新しい。

ついで登場したのが1988年の精神保健法改正と連動して旧厚生省が進めようとした処遇困難患者対策である。これは裁判所が関与せず、医療行政の枠内で、セキュリティの高い病院ないし病棟を建設することにより、触法精神障害者を含む一群の患者に対応しようとするものであった。これも推進者はおそらく意識していなかったであろうが、フランスのUMDと似たシ

ステムである。緻密な計画のもとで立案されていればわが国にフランス方式が誕生したかもしれないが、実際は頓挫をみている。

このようにみると、医療観察法はかつての法務省案(ドイツ)とも旧厚生省案(フランス型)とも異なる第3の道であり、折衷性をその本質としている。再犯のおそれや公共の安全という言葉を消し、対象者の治療と社会復帰を前面に押し出しているところは医療モデルである。他方、6種の重大な他害行為を要件としたり、裁判所や保護観察所が関与する点は刑事司法モデルである。その点でかつての保安処分案を引きずっていることも容易にみてとれる。

5 おわりに

以上、ごく限られた範囲であるが、国際比較の視点からわが国の現状を考察した。筆者は欧米の事情を知るにしたがい、社会の安全確保への関心が根強く、近年さらにそれが強まる様相を見せていることに印象づけられた。それに比べると、わが国の医療観察法およびそれに反映される考え方はかなり“柔らか”であるといっていよい。犯罪や薬物乱用の増加、移民や失業の問題などを抱える欧米と日本との違い、さらには国民性の違いもその背景にあるであろう。

折衷性それ自体は必ずしも否定すべきものではない。ただ、折衷性に無自覚であると、実際の運用においてさまざまな混乱や不統一が生じる。仮に“折衷性”を“統合性”というポジティブな意味あいに捉え直せば、刑事司法と医療が生産的に協働する道が開かれる。そのためにはまず、制度の要である裁判所の機能が明確にされ、強化されなければならないと考える。いずれにせよ、日本の制度や慣行を外部の視点から捉え直し、得失を客観的に評価することが必要であろう。

文献

- 1) 平野美紀：オランダにおける触法精神障害者対

- 策の現状と課題。町野朔ほか編：触法精神障害者の処遇。信山社，東京，pp233-250，2005
- 2) 町野 朔，中谷陽二，山本輝之：触法精神障害者の処遇。信山社，東京，2005
 - 3) Müller-Isberner R, Fresse R, Jockel D et al : Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent development, and current practice. Int J Law Psychiatry 23 : 467-480, 2000
 - 4) 中谷陽二：イタリア—保安処分と精神鑑定。松下正明ほか編：司法精神医学5，刑事事件と精神鑑定。中山書店，東京，pp291-297，2006
 - 5) 中谷陽二：ドイツの司法精神医学—責任能力と処遇制度。松下正明ほか編，司法精神医学1，司法精神医学概論。中山書店，東京（印刷中）
 - 6) 中谷陽二：医療観察法の本質を問う—折衷モデルの行方。日本精神科病院協会雑誌25：16-20，2006
 - 7) 中谷陽二：刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・イギリス・フランス—。精神科治療学17：399-407，2002
 - 8) 中谷陽二：触法精神障害者—問題の広がりと深層。町野朔編：ジュリスト増刊，精神医療と心神喪失者等医療観察法。有斐閣，東京，pp52-57，2004
 - 9) 中谷陽二：犯罪と精神保健行政—戦後の動向。風祭元ほか編：臨床精神医学講座19，司法精神医学・精神鑑定。中山書店，東京，pp421-428，1998
 - 10) 中山研一：心神喪失者等医療観察法の性格—「医療の必要性」と「再犯のおそれ」のジレンマ—。成文堂，東京，2005
 - 11) Nedopil N : Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Thieme, Stuttgart, 2000
 - 12) 大谷 實：保安処分問題の現状と論点。ジュリスト，合併特大号772：15-28，1982
 - 13) Senninger J-L, Fonta V : Les unités pour malades difficiles. Albernhe TH (Ed): Criminologie et psychiatrie, pp670-681, 1997

*

*

*

☐お知らせ

学校法人東海大学エクステンションセンター 関係発達臨床講座 入門編の開催について

講座名：関係発達講座 入門編

日 時：2006年4月22日（土）11：00～16：40

会 場：東海大学短期大学部高輪校舎（東京都港区高輪2-3-23）

対 象：保育士，教師，施設職員，医師，看護師，保健師，臨床心理士，言語聴覚士，音楽療法士，学生，家族，その他，自閉症の人々に関わっている方々どなたでも参加できます。

受講料：6,000円（講義の資料は当日配布します）

定 員：50名（先着順に受け付け，定員になり次第締め切ります）

講 師：小林隆児（東海大学大学院保健科学研究科教授）

申込方法：電話，FAX，もしくはE-mailでお申し込み下さい。ホームページからもお申し込みができます。

申込先・問い合わせ先：

学校法人東海大学エクステンションセンター

担当：井波・上田・関根

TEL 03-5793-7133 / FAX 03-5793-7132 / E-mail ext@ttc.u-tokai.ac.jp / <http://ext.tokai.ac.jp>

重大事件の精神鑑定

—統合失調症を中心に

Forensic psychiatric examination of schizophrenic patients who committed serious crime

中谷陽二
Yoji Nakatani

Summary 重大な刑事事件における責任能力判断および処遇上の問題点を統合失調症の2症例を基に検討した。症例1は通行人1人を殺害し、両親と通行人3人に傷害を負わせた。行為に先だって緊張型統合失調症の増悪が急速に進行し、昏迷、幻覚、貰い子妄想、精神運動興奮が現れた。心神喪失を示唆した鑑定結果が一審では部分的に、二審では全面的に認められて無罪とされた。症例2は通行人を殺害し、発覚することなく約2年後に同様の殺人を行った。行為時には統合失調症の间歇期にあったが、残遺症状に影響された衝動行為と考え、心神耗弱を示唆する鑑定結果を提出した。判決は心神耗弱を認定して無期懲役とした。わが国では統合失調症患者が心神喪失と認定されるハードルが高いことをドイツとの対比のもとで明らかにした。また、ドイツの改善保安処分と比較して医療的色彩の濃いわが国の新制度では、特別に重大な事件が法の適用から外れる可能性があることを論じた。

Key words 精神鑑定 (forensic psychiatric examination), 重大事件 (serious crime), 統合失調症 (schizophrenia), 責任能力 (criminal responsibility), 医療観察法 (Act for the Medical Treatment and Supervision of Insane Person Who Caused Serious Harm)

はじめに

責任主義すなわち「責任なければ刑罰なし」は近代刑法の基本をなす原則であり、精神鑑定の存在理由をなす。責任能力は法律判断に属し、鑑定人の任務はその精神医学的な前提条件を解明することにある。つまり鑑定人は本来、専門知識の提供者の地位に甘んじる。しかし多くの場合、責任能力に関する具体的な証言を求められ、裁判官のフィルターを通してであれ、鑑定人の意見は判決を左右する。そのため、鑑定人は判決を予測するなかで被害者感情や地域住民の不安、さらには社会の処罰要求を意識しないわけにいかない。他方

で、責任能力が減免される以外に極刑を免れる道がない事件では、鑑定人は被告人の運命の切り札を握ることもまた意識せざるをえない。

責任主義の原則が最も試されるのは精神障害者が起こした事件が特別に重大な場合である。わが国ではこれにつながる議論が主に統合失調症と覚せい剤中毒をめぐって展開されてきた。ここでは統合失調症の2症例を紹介しながら重大事件の鑑定で経験される問題点を考察し、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（以下、医療観察法とする）との関連にもふれることにしたい。なお症例の記述では論旨を損なわない範囲で省略、改変を加える。

1. 症例の呈示

症例A 事件当時25歳、男性。
公訴事実には殺人、殺人未遂、傷害、銃刀法違反。自宅で実父に加療6か月、実母に60日の傷害を負わせ、引き続いて通行人の68歳女性を刺殺し、49歳男性、11歳男児、5歳女児にそれぞれ約2週間の傷害を負わせた。以下、事件の年をX年と表記する。

両親の家系に精神疾患と推定される者がいるが詳細は不明。同胞3人の二男として出生。子どものない父方伯父にAを養子縁組させることで両親が対立した。幼少期から空想癖（貰い子空想）があった。気持ちの優しい子どもで、1歳上の兄の家庭内暴力の緩衝剤となっていた。中学3年のときに家庭の都合で父方伯父にしばらく預けられた。高校を退学して建設作業員となり、実家から遠い都市にたびたび出張した。

18歳から統合失調症の増悪を反復し、しばしば遠隔地で稼働するうちに発症した。初回は昏迷状態で、通院のみで寛解した。20歳で2回目の増悪を示し、昏迷状態で路上を徘徊し、警察に保護されたが、このときも通院により寛解に至った。3回目の増悪は22歳で、不調を感じて帰省すると、たまたま妻が妊娠しており、自分の子であることに疑念をもった。妻の出産を契機に幻覚妄想状態を呈して入院した。「自分はジミヘンという名で、有名なアメリカ人の息子で、幼いころに今の親の子と交換された」という家族否認妄想が顕在化した。さらに「貰い子の自分を虐待し、実の親のように演技してきた」と言って両親に謝罪を要求した。4か月で軽快退院した。その後、短期間の入院を挟んで病状はおおむね安定し、X-4か月に就労した。X-3か月、眠気を苦にして服薬を中断した。遠隔地に出張したが異変はなかった。X-1か月、再び出張したところ、2、3週目から急に不眠が始まり、幻聴が再燃した。こらえきれず、家族に電話し、飛行機で事件の前日夕刻に帰宅した。

帰宅後、精神状態が加速度的に悪化した。口渇、発汗、焦燥が強まり、幻聴を払いのけるような動作を繰り返し、タバコを手にも屋内を徘徊した。病

院に行く予定で帰省したが、「気の持ちようだ」という幻声に妨げられて受診しなかった。家族は病状の悪化に気づいたが、いつものことと思い、深刻には受け止めなかった。

事件当日の午前2時、「本当の親のもとに帰ってこい」という伯父の幻声に呼び出されて家を出、幻聴に翻弄されて町中を徘徊した。早朝に伯父宅に現れ、安心して佇立し、唐突な独語を発した。様子を見た伯母が異変に気づいたが、本人は立ち去った。その後、幻覚妄想体験はいっそう多彩で混沌とした内容になった。外国の俳優や政治家、巨人、竜やミミズ、魔法使い、月面に浮かんだ顔、幼いころの自分の姿など、神秘的で非現実的な形象が無秩序に入り乱れる夢幻的情景が現れ、それと並行して幻覚に対する批判力が失われた。

夕刻に帰宅したときは滝の汗で、目がすわった茫乎とした表情で独語を発し、明らかに昏迷状態であった。兄が気づいて外出中の母を呼び戻した。Aは帰宅した母に向かって「みんな俺をだましているんだね」などと追及する言葉を繰り返した。母がたしなめて服薬を促すと、「うるせえ」と捨てぜりふを残して部屋を出た。母はAが服薬の水を取りに行ったと思い、警戒しなかった。ところがAは包丁を手に戻り、「お前たちの魂胆はわかった、謝れ」と言いながら両親を襲った。直後に路上に飛び出し、「お前たちは悪魔だ」「俺は神だ」と絶叫しながら通行人を連続的に襲った。駆けつけたパトカーに向かって突進して「悪魔退治だ」と威嚇した。逮捕直後には「偽お父さんとお母さんをやった」「俺は神を超え王になった」という言葉を発した。警察では不眠、滅裂、独語、興奮、奇異な身振りが盛んで、事件翌々日には次のような動静が報告されている。

「突然起き出したが、呼びかけには応じない状況（中略）風呂に入るも考え事をし、途中で動きが止まる。指示には応じるも、時々繰り返して鳴咽する（中略）運動するかと申し向けたところ、答えず突然トイレに引きこもる（中略）トイレから出て、意味不明の言動を発しながら部屋中を歩き回る（中略）『今から私に使いの者から電話がきます。私の名前はAではなく天皇の子供です』（中略）取調べを終え、室内を歩き回り意味不明の言動を発

し続け（中略）指示に従わず壁に向かって意味不明の言動」。

事件の3日後に服薬が再開されると急速に鎮静に向かった。

起訴前鑑定で責任能力ありと判定されて起訴され、第一審で筆者が鑑定を命じられた。問診および関連資料を基に事件前後に次の症状を見いだした。①家族否認妄想、貰い子妄想（両親や周囲の者が自分をだまして育てた）、②短時間の昏迷の挿間、③誇大妄想、変身妄想（自分は神、王）と悪魔妄想（人々は悪魔）、④指示、命令、煽動する声の幻聴、夢幻的な幻視、⑤激しい精神運動興奮。

鑑定の結論は以下のように要約される。①18歳から統合失調症に罹患しており、本件犯行時を含めて4回の増悪を繰り返した。2回目までの増悪は昏迷が主症状で、3回目から幻覚、妄想が加わっている。複雑な生育史および幼少時の空想癖を反映して、家族否認妄想、貰い子妄想が形成されたことが特徴である。②本件犯行の約2週間前から緊張型統合失調症の増悪が始まった。特に犯行の前日から急速に病状が進行し、不眠、昏迷、行動を指示する幻聴、夢幻的な幻視、貰い子妄想、誇大妄想、精神運動興奮などが顕著になった。一連の犯行を通して緊張型統合失調症の増悪の状態にあったと考えられる。③鑑定時は残遺型統合失調症と診断され、感情の平板化、活動性の低下、散発的な幻覚などが認められる。責任能力については各行為について心神喪失を示唆した。

第一審判決は、両親の傷害については心神耗弱、その他の行為については心神喪失として懲役3年（求刑15年）を言い渡した。検察官が控訴し、弁護人からも有罪部分について控訴がなされた。第二審は筆者の鑑定結果を認め、有罪部分を破棄して無罪を言い渡した。精神保健福祉法に基づいて措置入院とされた。

症例B 事件当時27歳および29歳、男性。

公訴事実が殺人、銃刀法違反、器物損壊であるが、1年10か月の間隔を置いて類似した行為を反復したものである。以下、事件1、事件2と表記し、前者の時点がX年とする。

父親と父方祖母に精神障害が疑われるが詳細は不明。同胞2人の長男として出生。動作や言葉の

発達が遅れ、算数が苦手で、小学校での成績評価は最低に近かった。忘れ物が多く、集中力が乏しく、「鉛筆を握ったままぼんやりして動作が止まる」ということがあった。小学校高学年で両親が別居し、祖母、母、弟との4人暮らしとなった。中学校では明朗で活発となり、人気歌手のニックネームを付けられた。非行や暴力はなかった。学力不足のため専門学校進学を勧められ、1年で大過なく終了した。製作所就職と同時に定時制高校に入学したが、まもなく欠席がちとなり、17歳で学校も職場も辞めた。このころから理由なく暴力を振るうことがあり、「頭の中に天使と悪魔がいる」という言葉が聞かれている。

就職し、実家を離れて寮に入った。「壁に仏が浮き出す」「頭に声がする」「刑事が調査に来ている」という幻覚様体験と関係念慮が出没したが、2年間は破綻なく勤務した。19歳、寮内で急激に興奮が始まり、「自分の中にもう一人の自分がいる」「とんでもないことが起きそうだ」と口走り、職場関係の病院で「分裂病（緊張病）」と診断されて入院した。少量の抗精神病薬により鎮静し、10日で退院して実家に戻った。しかし、退院の2週間後に自傷行為を起こし、C病院に入院した。

C病院入院の約1年間、活発で多彩な幻視、幻聴、体感幻覚、「悪魔が乗り移った」という憑依妄想、「ターミネーターになった」という万能的な変身妄想、「UFOが襲ってくる」という被害妄想が持続した。これらの病的体験が緊迫感を伴って急激に強まる点が特徴で、穏やかな態度から一変して予測不能の衝動行為を頻発させ、他の患者や病棟スタッフに暴力を振るうため、長期の隔離室使用を余儀なくされた。大量の抗精神病薬（最大でchlorpromazine 1,200mg）が投与されたが、薬剤への抵抗性が顕著であった。

大きな改善をみないままD病院に転院し、本件の事件を挟んで5回の入院を繰り返すことになる。X-6年（21歳）での1回目入院では漸次鎮静し、デイケアを経て1年半で退院となった。X-3年での2回目入院では高揚気分、暴力、自傷、妄想がみられ、隔離室が使用された。X-2年5か月で退院したが、このころから幻覚、妄想に替わり躁とうつの気分変化などの残遺症状が前景にみられた。

浪費、飲酒、女性患者への性的接近などの逸脱行動が頻発した。X-4か月に退院し、祖母・母と同居してデイケアに通った。X-2か月、浪費をとがめられて母と祖母に暴行したことで家族と溝ができ、患者仲間の家に居候したが、不活発で過眠の傾向があった。X-1か月に自宅へ戻った。冷淡になった母に対して不満が蓄積していたと想像されるが、表面上は特記すべき行動や状態の変化は気づかれていない。

事件1の前々日には女友達を誘って何事もなく遊びに出かけた。前日夕方に起床した際、母と祖母は不在であった。深夜に自宅近くの駐車場でタイヤ14本を損壊した後、たまたま通りかかった64歳の男性を襲い、多数回突き刺して殺害した。母が帰宅したときにはBは寝ており、母が近所で事件が起きたと話しても興味を示さなかった。1週間後から平然とした様子でデイケア通所を再開した。

その後も同じような生活態度で、母のキャッシュカードを無断使用して自宅を出ることになり、仲間の家に転がり込んだ。デイケアは中止され、周囲に促されてアパートでの自活を図ったが、食事のままならず憔悴し、仲間の家に入り浸った。

事件1から1年10か月後に事件2を起こした。その2週間前に不眠のため過量服薬した。事件直近の受診は5日前で、特記される変化は認められていない。前夜は行きつけのスナックに、女性店員の誕生日の花束を持参して訪れたが、そこでも異変は気づかれていない。帰宅後は眠らずに友人に他愛ない内容の電話を頻繁に掛けた。朝になり、近所の公園に行き、散歩中の76歳の男性を多数回刺して殺害した。帰宅してから現場に引き返し、第一発見者を装って警察に通報した。翌日には外来を受診し、世間話のように事件を話題にしている。1か月後に自殺を企図したことから事件が発覚して逮捕された。

裁判で筆者が鑑定を命じられた。連合弛緩、途絶、疎通障害、気分変動、感情の浅薄化、知覚過敏、仮性幻覚が認められ、鑑定の終了時には幻聴と精神運動興奮が現れ、新たな増悪が推察された。WAIS-Rでは全検査IQが67（言語性IQ：70、動作性IQ：70）であるが、脳研式知能検査では合計点56点で、総合して境界線知能と判定した。

2件の行動に共通する特徴が見いだされた。①無関係の高齢者をねらい、殺害のみが目的である、②統合失調症間歇期にあり、事件に先だって状態の変化はなかった、③不満の蓄積が想像されるが、暴力行為の引き金となる出来事はなかった、④殺人衝動が理由なく生じて強まり、行動に至った、⑤幻覚、妄想、作為体験などの関与は否定される。

殺害の動機を次のように語った。「ふと頭に浮かんだ」「タバコを吸っているとき、ふと誰か殺してみようと思った」「タバコを吸いながら外を見て、今日もいい天気だな。ぼーっとしていると、ふと、頭の中に（前回の）刺した場面が浮かんできた。ああ、2年捕まらなかったから、もう一度勝負してみようかと思った」。これらの体験は自生思考を表すものと考えられた。

鑑定の結論として以下の項目を挙げた。①統合失調症に罹患し、17歳で前駆症状、19歳で活発な幻覚、妄想、精神運動興奮が現れ、その後も軽快、増悪を反復している、②間歇期は意欲低下、気分変動、抑制低下による逸脱行動などの残遺症状、社会的機能の低下が認められる、③鑑定時は残遺症状が前景にあり、新たな増悪の徴候もみられる、④境界線段階の知能、⑤事件時は残遺症状を伴う間歇期にあり、直接の誘因や了解可能な動機が見いだしがたく、殺人衝動が理由なく現れ、制御しがたい興奮により行動に及んだ、⑥統合失調症の残遺症状が犯行に強く影響した。

責任能力に関しては心神耗弱を示唆した。裁判官は心神耗弱と認定し、無期懲役（求刑も同じ）の判決が確定した。判決文は、殺害態様が執拗、残虐で真摯な反省がないこと、遺族の処罰感情が峻烈であること、社会的影響が大であることを指摘したうえで、殺意形成に結びつく状況が存在しないこと、盲目的・衝動的な行動であること、統合失調症の残遺症状と犯意形成が密接に関連することを認め、「通常であれば極刑をもって臨むほかないところであるが（中略）各犯行時に心神耗弱状態にあったものであり、刑法上、非難可能性の前提となる完全責任能力を備えていない以上、刑法39条2項所定の法律上の必要的減軽をなし、被告人を無期懲役に処し、精神疾患の治療と同時に生涯に渡って被害者2名の冥福を祈らせ、贖罪の

生活を送らせることが相当である」と述べている。

2. 考察

表に示すように、2症例は急性期と間歇期の差はあるが、すでに数回の入院歴を重ねた診断上疑問のない統合失調症である。いずれも複数の通行人を無差別に標的とした事件である。特に症例Bは類似の殺人を2年弱の間隔で反復しており、地域住民を不安に陥れたことは想像に難くない。裁判では症例Aは心神喪失、症例Bは心神耗弱が認定され、結果として鑑定人の意見が採用される形となった。しかし、その過程では少なからぬ障壁があり、統合失調症患者の責任能力判断の現状を知るうえで示唆に富む。以下、ドイツとの比較を視野に入れながら検討する。

a. 統合失調症と責任能力

1984年の最高裁決定は統合失調症患者の責任能力の指針としてしばしば引用される。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・態様等を総合して判断すべきである」¹⁾。

この決定は統合失調症と責任能力の関係について最高裁が始めて職権判断を示したものであり、それまでの下級審裁判例の動向を是認したとされる¹⁾。当該事件に即して吟味すると決定内容に疑問点が多々見いだされることは西山²⁾がつとに指摘

している。他方で、これが統合失調症患者について心神喪失が認定されるハードルを高くしたことが見逃せない。

最高裁決定の意義は時代的変遷に位置づけることで明らかになる。戦前、三宅は鑑定例集³⁾のなかで「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を通説とし」と論じている。そして軽症例について心神喪失ではなく心神耗弱とする意見を「陳套な学説」か「素人論」として退けている。責任能力を狭い範囲でしか認めない立場は戦後の内村⁴⁾の論考にも読みとれる。すなわち、「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するが、それは「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事例、つまり病歴を知らなければ診断が困難なほど軽症の場合を指している。

裁判の実務でも、これと同様の立場がある時期まで採られていたと想像される。最高裁の刑事裁判例集⁵⁾から拾うと、1970年と1971年の2判例は鑑定結果を受けて心神喪失を認定したもので、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を根拠として挙げている。1980年代は過渡期である。1981年の判例では、犯行の計画性・合目的性、幻聴の命令に従うまいとして苦しんだことなどが鑑定人により抑制力の残存を示すとみなされ、心神耗弱が主張された。ところが裁判所はこれを排して心神喪失と判断した。鑑定人が1984年の最高裁決定を先取りし、裁判所がそれとは逆に伝統的立

表 2 症例の比較

事例 A	事例 B
家族・通行人の殺傷 緊張型の急性増悪 鑑定判断：心神喪失 判決：心神喪失・無罪	通行人殺害2件 残遺症状を伴う間歇期 鑑定判断：心神耗弱 判決：心神耗弱・有罪（無期懲役）

場をとったことが興味を引く。1984年の大量殺人事件では鑑定結果が統合失調症とパラノイアに分かれ、判決は前者を採用したが、次の理由で心神耗弱を認定した。すなわち犯行が妄想によって完全には支配されていないこと、生活の広い範囲で正常な精神状態が支配したこと、犯行の準備、好都合な時間帯の選択、逃走などの事実である。症状による行動支配の不完全さとともに計画性や生活能力の保持が有責性の証左とされている。

その後の判例はおおむね有責性の幅を広げる方向に進んだ。流れの先鞭をつけたのは鑑定人であり、その結果を裁判官が認め、次にはそれが鑑定判断を方向づけていくという相互的な影響関係を見いだすことができる⁶⁾。1984年の最高裁決定は明らかにこのような流れの中軸をなす。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」判断への転換が図られたわけである。

ここでドイツの状況をみてみよう。ドイツでも近年、統合失調症患者を例外なく免責とはしない見解が一般的となっている。もっともその種の見解は早発性痴呆の時代からすでに出されており、有責の可能性を例外として消極的に主張するのか、より積極的に主張するのかというアクセントの違いにすぎない⁶⁾。統合失調症の増悪ないし病勢期に関しては、疾患が本質的に見通せない影響を行動に及ぼすと理解され、症状と犯行との直接的関係は証明を要しないとされている。

代表的な見解を紹介すると、まずHuber⁷⁾が欠陥や残遺症状の緻密な分析に基づく統合失調症論から責任能力論を展開した。長期予後の調査によれば、統合失調症はかつて言われていたほど予後不良ではなく、統合失調症の不治性のドグマと結びついた否定的な先入観は克服されたとする。責任能力はさまざまな精神病理学的類型に対応して判断されるとする。急性増悪および統合失調症に特異的な体験・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、欠陥が弁別・統御能力に及ぼす影響や動機との関連を個別的に分析することが必要である。完全寛解および軽度の純粹残遺につい

ては完全責任能力を認めうとする。

構造力動的視点に立つJanzarik⁸⁾の主張もほぼ同じ方向にある。Janzarikは疾病現象(Krankheitsgeschehen)と疾病結果(Krankheitsfolge)を区別する立場から責任能力を考察した。司法的判断においては、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。急性精神病においてなされた違法行為について免責されることは論をまたない。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が適用される。急性期後の水準の低下の場合は完全な免責とはされない。

戦後の司法精神医学を代表するWitter⁹⁾は、人格変化を示す軽症の慢性・部分寛解の統合失調症患者の犯行では、動機分析によって病的行動因子の有無—具体的には動機の欠如や奇妙さ—を証明する。そして、疾病結果とみなされる「軽く、わずかな社会的影響しかもたない人格変化」において、行動の動機・態様に異常性が露呈されていない場合は責任能力を認める場合があるとする。

最近のNedopilの司法精神医学書¹⁰⁾でも、顕在的な精神病症状を示す統合失調症の急性期については疑いなく責任無能力の精神病理学的前提が存在するとされる。軽度の残遺状態や完全寛解では判断が困難であるが、その場合も批判力や価値構造の障害を慎重に考慮しなければならない。

このようにドイツの司法精神医学では統合失調症の軽症の病態では責任能力を認めうとする立場が一般的であり、その線引きはおおむね病的過程が進行中であるか、停止して疾病の残遺のみが認められるかに置かれている。この基準とわが国の傾向との落差は大きい。前述したように、わが国では近年、責任能力の減免の理由として、犯行と症状との動機的関連あるいは症状による行動の完全支配の証明が当然のこととして要求されている。行為時において命令する声の幻聴などの一級症状が存在したことが明白でも、それが犯行を動機づけたことが行為者の陳述を通して証明されなければならないのである。

行為時に弁識と統御が可能であったか否かは証明しえないとする立場は不可知論と呼ばれ、ドイ

ツの戦後の精神医学界では可知論者と不可知論者の論争が展開された。他方、今日のわが国では不可知論の入り込む余地は全くないといってよい。議論の積み重ねがほとんどないところへ裁判所が可知論的態度を当然のように求め、鑑定人も疑義を呈さないという状況にある。

症例に戻って検討する。症例Aでは緊張病性の増悪において活発な幻覚妄想体験の渦中で行為がなされた。第一審では一部について有責とされ、第二審で全面的に心神喪失が認定された。しかし、裁判では検察側が有責の主張を譲らず、症状と犯行との関連が主たる争点とされた。このような事例においてさえ高いハードルを越えなければ心神喪失が認定されないのである。他方、症例Bでは心神耗弱が認定されたのであるが、「通常であれば極刑をもって臨むほかないところであるが」などの判決文の文言には非常に厳しいものがある。

b. 処遇をめぐる

症例Aは無罪判決を受けて措置入院となり、症例Bは無期懲役の有罪判決が確定した。いずれも医療観察法の施行以前の事例である。仮に医療観察法下であればどのような処遇が考えられるだろうか。

医療観察法によれば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(第33条1項)。①対象行為を行った、②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。

これに照らすと、症例Aは「心神喪失者として無罪の確定裁判を受けた者」に該当し、検察官による申立ての対象となる。それに対して症例Bは「心神耗弱者として刑を減輕する確定裁判を受けた」が「執行すべき刑期がある」ことになり、申立ての対象にはならない。つまり医療観察法のルートには乗らないわけである。

ドイツでは刑法第20条で責任無能力、第21条で限定責任能力を規定する¹⁰⁾。条文には精神医学的

メルクマールとして4つが明文化され、統合失調症は「病的な心的障害」にあたる。わが国と決定的に異なる点は刑法に改善保安処分の規定が存在することである。そのうちの精神病院収容では、裁判官が障害により責任能力が欠如もしくは減弱している被告人について下記事項を検討したうえで司法病院の閉鎖病棟への入院を命じる。①第20条または第21条を満たす、②障害が一過性ではない、③犯した行為および将来おそれのある行為が障害と密接な関係をもち、身体・生命に対する犯罪または重大な財産犯である。

症例Aが、ドイツであれば精神病院収容の対象となることは間違いない。症例Bは限定責任能力者であり、障害は一過性ではないので、①と②を満たす。犯行動機と残遺症状、つまり行為と障害とのあいだに関連が認められ、③も満たす。したがって、症例Bについても精神病院収容が命じられる可能性が少なくない。

おわりに

医療観察法施行によって触法精神障害者を取り巻く環境は大きく変わりつつある。新制度では行為時に心神喪失もしくは心神耗弱と認められることが対象者の要件とされ、前提としての責任主義が堅持されている。ところが法律制定と実施準備の過程では再犯予測や医療の受け皿作りに議論が集中し、責任能力が突き詰めて論じられることはほとんどなかった。責任能力の問題をよけて通ったところに医療観察法が成立したといっても過言ではない。

新制度においても検察が起訴便宜主義をふまえて裁判以前に責任能力の「前倒し判断」¹¹⁾を行う方式が温存されている。そしていったん裁判となると心神喪失の認定のハードルは高い。他方、社会復帰を主眼とする医療観察法は、公共の安全を法の目的として掲げるドイツの改善保安処分と比較してはるかに穏健な方式である。これらの条件が重なることで、社会的影響が重大な事件が医療観察法からこぼれ落ちる可能性があり、その処遇は新たな検討課題として残される。

文献

- 1) 高橋省吾：精神分裂病者と責任能力。ジュリスト No 827：76-78, 1984
- 2) 西山 詮：精神分裂病者の責任能力—最三小決（昭和59・7・3）の批判的検討—。中谷陽二（編）：精神障害者の責任能力—法と精神医学の対話—，金剛出版，東京，pp9-24, 1993
- 3) 三宅鑛一：精神鑑定例，南江堂，東京，1937
- 4) 内村祐之：精神医学より見たる刑事責任能力。精神神経学雑誌 53：41-57, 1951
- 5) 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，東京，1990
- 6) 中谷陽二：分裂病犯罪研究，金剛出版，東京，1996
- 7) Huber G：Die forensisch-psychiatrische Beurteilung schizophrener Kranker im Lichte neuerer Langzeitstudien. In von Kerner H-J, Göppinger H, Streng F (Eds.)：Kriminologie-Psychiatrie-Strafrecht, C.F. Müller, Heidelberg, pp463-480, 1983
- 8) Janzarik W：Die strafrechtliche Begutachtung Schizophrener auf dem Boden des psychopathologischen Schizophreniebegriffes. Nervenarzt 32：186-189, 1961
- 9) Witter H：Die Beurteilung Erwachsener. In von Witter H (Ed.)：Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Springer, Berlin/Heidelberg/New York, pp966-1094, 1972
- 10) Nedopil N：Forensische Psychiatrie. In Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Thieme, Stuttgart, 2000
- 11) 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として—。ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法，pp127-136, 2004

責任主義の行方と精神鑑定

‘Das Schuldprinzip’ and forensic psychiatric evidence

中谷陽二

Yoji Nakatani

Summary 近代刑法の基本原則である責任主義「責任なければ刑罰なし」と精神鑑定とのかかわりを論じた。心神喪失者と心神耗弱者を規定した刑法39条の成立と意味の変遷について、転機となった司法判断を基に再検討した。1931年の大審院判決は心神喪失・耗弱という抽象的規定が心理学的要素も含意するとして混合的方法を明確化した。1983年の最高裁決定は生物学的要素も含めて判断権を裁判所にゆだねた。総合的判定を謳う1984年の最高裁決定は生物学的要素の比重を相対的に低めた。法の解釈における心理学的要素への重心移動と精神医学における疾病観・治療観の変化が相まって精神鑑定の存在意義が後退している。現状では、起訴便宜主義のもとで責任能力は裁判以前に決着をみることが多く、また医療観察法は処遇決定に重点をおいているため、責任能力問題は背景に退いている。裁判員制度も視野に入れ、責任主義を司法精神医学の基本課題としてとらえ直す必要がある。

Key words 責任主義 (Schuldprinzip), 刑法39条 (Article 39 of Penal Code), 心神喪失 (irresponsibility), 心神耗弱 (diminished responsibility)

はじめに

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、責任とは「構成要件に該当する違法な行為をしたことについて、その行為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¹⁾。責任能力は法律概念であるが、刑事事件の精神鑑定は多くの場合、責任能力の評価を目的とするので、責任主義は精神鑑定の法的な枠組みをなすものといえる。したがって、司法精神医学は責任主義の行方に無関心ではありえない。本稿では、わが国における責任能力の刑法上の規定である39条の成立と意味内容

の変遷を精神医学の動向とからめて検討し、医療観察法および裁判員制度を視野に含めて精神鑑定の課題を論じる。

1. 刑法39条の成立

a. 刑法39条の成立過程

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。この条文が成立する過程を振り返ることは現状の理解につながる