

きがあり、1件に止まっている医師から5年間で30件を越える医師もいた。これは精神鑑定を引き受ける医師の力量の差によるものでもあろうが、依頼する検察側の要因も影響していると思われる。可能であれば、検察側が鑑定医を選任していく上でどのような要因をその判断材料としているのか調査し、司法精神医学的判断が特定の医師に集中することなく調整していく必要がある。そうすることにより、特定の医師に負担をかけることなく、司法関係機関との連携が円滑になり、ひいては精神科医全体の技能の向上にもつながると考えられる。

鑑定件数を所属機関別にみた結果では、公的機関に所属している医師が多く、本県では司法関係の業務は公的機関に依存していることが示唆された。特に、大学病院では、本鑑定が多数であった。これは、本鑑定が身体的および心理的な検査を実施する必要があるため、検査設備の整った大学病院がその役割を担っていることを反映していると思われる。ちなみに、大学病院への精神鑑定の依頼は、本鑑定のみならず簡易鑑定も増加しているわけであるが、精神鑑定を依頼する検察側の要因と、司法精神医学教育の充実が必要であると考へ、積極的に精神鑑定を引き受けている我々の姿勢が相互に関連した結果とも思われる。

今回のアンケート調査で、我々が最も把握しておきたかったことは、医療観察法の施行により、今後増加が予想される精神鑑定業務に本県の現状で対応できるか否かであった。そのことを予測するために行った質問では、冒頭で記述したような不安は払拭できる結果であり、「引き受けることが可能」とする精神鑑定件数は今回の調査結果では、少なく見積もっても36件あり、今後増加が予想される精神鑑定業務は、今回アンケート調査に回答した医師だけでも対応できる計算になる。我々は、本県の精神鑑定の総件数については把握していないが、本県での医療観察法における精神鑑定件数は、年間10件程度と予測して医療観察法がスタートした経緯を考慮すると、この結果は、本県では刑事訴訟法および医療観察法における精神鑑定に十分対応できることを示唆しているものである。しかし、その他に求めた自由意見におい

て、半ば独学に近い形で精神鑑定業務に関与していることへの不安とともに、その教育システム作りを求める内容のものが多かった。これは、アンケートに回答した医師らが、司法精神医療が立法化されたことに対する責任の重大さを、それぞれが個々に認識しているということと、今後増加することが予想される精神鑑定業務をいかに効率良く、かつ、的確に処理していくかを模索していることを反映している結果とも思われる。

今後の課題としては、本県における司法精神医学教育プログラムを作成し、司法精神医療に携わる人材の育成と、各関係機関と相互に協力・支援していくシステムの確立が必要と考へる。

(2) 医療観察法の運用上の問題提起

我々が経験した医療観察法上の鑑定入院期間中、身体合併症の治療が必要になった事例を通して、医療観察法の現実的運用面の問題点について検討する。この事例は、我々の内の一人が簡易鑑定を行い、「中等度精神遅滞に罹患しており、犯行時は心神耗弱の状態にあった」と判断した。精神遅滞は司法精神鑑定において、その処遇も含め様々な問題があるため、この問題に関しては、別報として報告する予定である。

さて、医療観察法は「触法精神障害者（犯罪行為を行った精神障害者）の処遇にある重大な制度的欠陥を是正し、国として責任ある医療的処遇を彼らに保障できるようになったことに最大の意義がある」と山上¹¹⁾が指摘している一方で、わが国初の司法精神医療に関する法律であるため、運用上の問題点も種々報告されている⁷⁾⁸⁾¹¹⁾¹³⁾。

岩成⁷⁾は、医療観察法は医療を必要とする対象者が、狭義の精神病を中心とした精神障害に絞られているため、人格障害や知的障害なども対象としうる精神保健福祉法と齟齬が生じる可能性があるとしている。また、中谷¹¹⁾は、条文中の「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、入院をさせて法律による医療を受けさせる必要」を“基本要件”とし、この“基本要件”が「明らかにないと認める場合を除く」と条文に謳われていることから、“基本要件”が多少ともあれば申し立てなければならないこと

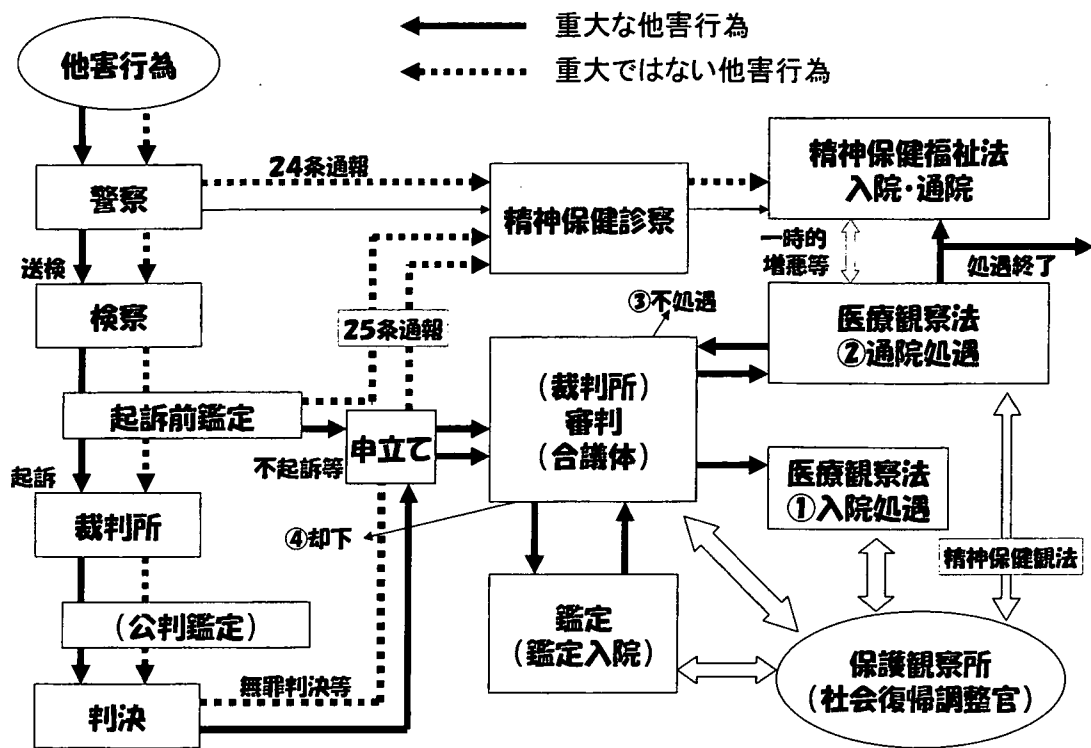


図 10 他害行為を行った精神障害者の処遇

になるとも述べている。つまり、中谷¹¹⁾は、対象行為を行い、心神喪失または心神耗弱を認められて不起訴処分とされたかなりの事例に対して、医療観察法の申し立てがなされる可能性を指摘している。

今回、我々の事例は、簡易鑑定をした医師が「精神遅滞は医療観察法の対象外とされている」といった内容を鑑定書には記載し、検察側もそれを熟知しているにもかかわらず医療観察法の申し立てがなされている。これは、重大な他害行為（殺人、放火、強姦、強制わいせつ、軽度を除く傷害など）を行った者が、心神喪失または心神耗弱を理由に不起訴か、判決において無罪確定または執行猶予等のとき、検察官は本法に係わる申し立てを地方裁判所に行うことになっている（図10）ため、本事例の事件内容が致死事件であったという点からは、やむを得ない措置であったのかもしれないが、中谷¹¹⁾が指摘している問題点が現実のものとなったともいえる。

一般に、医療観察法上の医療の必要性に関する判断は、「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要

因」の3つの軸を中心になされる。「疾病性」とは、精神障害の有無とその重症度のことである。「治療反応性」とは、精神医学的治療に対する対象者の精神状態が望ましい方向へ反応する強さのことをいう。また「社会復帰要因」とは、社会復帰を促進あるいは阻害する要因のことであり、以下の大きな5分類17項目をを考慮して判定される。すなわち、1. 精神医学的要素 ①精神病症状 ②非精神病症状 ③自殺企図 2. 個人心理的要素 ④内省・洞察 ⑤生活能力 ⑥衝動コントロール 3. 対人关系的要素 ⑦共感性 ⑧非社会性 ⑨対人暴力 4. 環境的要素 ⑩個人的支援 ⑪コミュニティ要因 ⑫ストレス ⑬物質乱用 ⑭現実的計画 5. 治療的要素 ⑮コンプライアンス ⑯治療効果 ⑰治療・ケアの継続性である。

このように、医療の必要性ありと判断するには、これら3つの軸のいずれかが一定水準を上回る必要がある。いずれか1つでも水準を下回る際には、医療観察法の医療の必要性はないと判断されることになるという⁶⁾。

本事例は、その後、我々が得た情報では、上記基準に準じた鑑定および審判がなされ、最終的には医療観察法上は「不処遇」となったようであるが、対象外とされている疾患に医療観察法が適用された場合は、対象者を不必要に拘束することにもなる危険があるため、判定に携わる医師らの迅速、かつ適切な判断が求められる。したがって、対象者あるいは被疑者の人権という観点からも、医療観察法や司法精神医療に関わる精神科医は自己研鑽を図りつつ、新たな人材育成のための教育システムを確立していくことが必要と考える。

次に、医療観察法、特に鑑定入院における問題点について考察する。

医療観察法における鑑定を担当する医師は、「精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の性格を考慮して」入院による医療の必要性に関する意見を付さねばならない。鑑定入院は、治療を行いながらの鑑定であり、「鑑定その他の医療的観察」のために行われるものである。このため、鑑定入院は、鑑定医の責任と判断において行われる。厚生労働省は、鑑定入院中に身体合併症の治療の必要性が発生した場合を想定して、「身体合併症のための転院先の確保については、日頃より医療機関同士の連携を密に行うことを基礎とし、適切な連絡調整のもとで各医療機関の責任において行う。転院先の職員の付き添いについては、個々の医療機関同士の相談により決せられる事項であるが、鑑定入院医療機関は、裁判所に対して、入院に要した費用及び精神障害の治療に要した費用を請求することができる。(転院先での職員の)付き添いのために支出した費用が、入院に要した費用、または、精神障害の治療に要した費用に該当する場合には裁判所にこれを請求することができる」と回答している。この回答は、鑑定医および鑑定入院機関は、対象者の鑑定および医療行為すべてに重大な責任を負うことになり、国の責任で施行されている医療観察法であるにもかかわらず、鑑定入院期間中に国が保障するのは金銭的な問題のみということにもとられかねない。また、

厚生労働省は、鑑定入院施設の要件として、「鑑定命令を受けることになる者については、これまで措置入院制度により処遇されてきた者であって、現行の措置入院患者を受け入れることができる施設であれば、鑑定入院を引き受けても差し支えない」と回答しており、対象者を措置入院患者と同等のものとみなしているため、本事例のように内々に指定されている鑑定入院機関以外での施設で精神鑑定が行われても法的には何ら問題はないわけである。しかし、実際は、重大な犯罪行為を行ったがために入院してきた対象者は、適用されている法律も異なる上に、本来、社会的、倫理的にも重大な責任を問われるべき立場にあるため、鑑定入院を受ける医療機関は、対象者を措置入院患者と同等な存在と認識することはできず、措置入院患者以上の厳重な管理態勢のもとで対処せざるを得ない。このため、精神鑑定以外の問題、つまり、本事例のような身体合併症の治療の必要性が発生した場合は、鑑定医および鑑定入院医療機関の管理者は、国側が想定している以上の負担を強いられることになる。そうなると、鑑定入院は「割が合わない」と、鑑定入院施設としての認定を取り下げようとする施設もでてくる可能性があり、今後さらに施設数の充実を推進していこうとする国側の方針とは逆行することになる危険性がある。

本事例は、鑑定入院後に対象者が、「人工妊娠中絶を受けたい」との意思表示したことを受け、鑑定入院先の管理者は、その時点での対象者の精神状態、移送の問題などを考慮し、一般の産婦人科病院でも対処可能な事例であると判断した。そして、一般の産婦人科病院に、その旨相談をしたが、その病院は触法精神障害者であるということもあったためか、「当院では対処できない」と対象者の受け入れを拒否した。その後、鑑定入院医療機関では転院先の確保について検討がなされ、精神科病床が併設された総合病院に対象者の受け入れを要請した。幸い、本事例は簡易鑑定を担当した医師が、いずれ合併症治療に関する問題が発生することを想定し、当該総合病院に事前に打診をしていたため、実際に転院の要請を受けた際には即座に対応することができた。

本事例は、医療観察法が適用されている対象者であったため、簡易鑑定を担当した医師が尽力する必要は全くなかったわけであるが、その医師は一般の身体科病院では対象者の受け入れが拒否された場合を想定し、精神科病床が併設された総合病院に打診をしていたことから、対象者の身体合併症治療に遅延なく対応できたと思われる。したがって、身体合併症を有する事例の場合は、司法精神鑑定も含めて、対象者に関係した医療関係者・施設の連携が円滑になされなければ、身体的処置が遅れ、最悪の場合は対象者の生命に危険が及ぶ可能性もあるため、厚生労働省が指摘している各関係機関の密な連携は極めて重要な課題であると考えられる。

現在、入院処遇のための地域ケア体制が未整備という問題があり、これらの課題を乗り越えていくためには、一般精神科医療の質の底上げにも力が注がれ、医療観察法とそれを支えるシステムのさらなる充実が求められている⁵⁷⁾。しかし、本事例のような事態が発生した場合の対応について厚生労働省は、「医療機関同士の連携を密に行う」と通達するのみである。では、具体的にどのようにして施設間で密な連携を図るのかということについてであるが、これは関係医療機関の医師同士の対人的つながりに尽きるのであろうが、医師同士の対人的つながりだけでは、いずれ限界が発生するであろう。つまり、対象者の受け入れに際しては、医師のみならず看護師など他の職種との連携も重視する必要がある。そのためには、各身体科医療機関に医療観察法の理解を深めるべく啓発活動が必要であると考えられる。しかし、既に法律として施行され全国各地で申し立てがなされている現段階では、地域の精神科医が個々に啓発活動を繰り返していくような時間的余裕はないため、全国レベルで一斉に各医療機関の協力を要請するような啓発活動が必要と思われる。その際、一般の身体科病院が危惧するのは、職員および他の患者の安全管理の問題であろう。したがって、保安員の配備も含めた指針を新たに打ち出し、そのことを包含した内容のものを啓発していくべきであると思われる。

次に、本事例は、身体合併症の治療期間中に本

法の執行を停止する手続きを行った上で身体的治療を行ったわけであるが、その妥当性について私見を述べたいと思う。

本事例は、鑑定入院先から身体治療を行う医療機関までの搬送は、鑑定入院機関の責任で行ったが、搬送した時点で医療観察法の執行を一時停止することになった。そして、対象者の身体治療は、精神保健福祉法に基づき行い、身体的治療が終了した後、鑑定入院先へ対象者の再移送に関しては検察側の責任で行った。これは、また、身体治療を請け負った医療機関にとっては、不慣れた医療観察法ではなく、日常の精神科医療で適用される精神保健福祉法に基づく入院であったがために、心理的には多少は負担が少ない状態で治療に臨むことができたと思われる。しかし、対象者は、重大犯罪を犯した事例であるため、職員および他の患者の安全面の管理も含め手厚い医療的処遇を要したのは事実である。我々は、医療観察法適用中に身体合併症の治療の必要性が発生した事例があるというのは、個人的に出席した会議で伝え聞いてはいるが、本稿のような事例報告としてはなされておらず、身体合併症問題をこのような形式で取り上げた報告は本邦初といっても良いであろう。したがって、身体的治療を行う期間に法の執行を停止したことが妥当なものであったのか否か、我々が経験した1例のみでは言及することができないが、身体疾患の種類によっては、その治療中に精神鑑定という本来の目的を一時的に中断せざるを得ない場合があることや、鑑定入院機関および転院先医療機関が請け負うことになる処遇上の責任を考慮すると、一時執行を停止し対象者の処遇上の責任を機動力のある検察側に差し戻すなど、司法・行政も何からの形で介入できるような入院形態で対処することが好ましいのではないかと考える。

最後に、この法律を適切に運用していくために、我々精神科医が近々できることは何かということについてであるが、医療観察法に関する事例の報告が極めて乏しい⁵⁸⁾現時点では、各地区の司法精神医療の現状を調査するとともに、実際に医療観察法の対象者が発生した場合には、その診断、処遇、さらに運用上の問題点を個々に検討していく

ことが精神科医としての責務であると考え。これまで我々は、司法精神鑑定の具体的事例を取り上げ、暴力・犯罪の防止を目的とした報告を行ってきた¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁹⁾¹⁰⁾が、今後は、医療観察法が適用された症例に関して、他害行為の防止と社会復帰を視野に入れた検証も必要であろう。そうすることにより、一般精神医療の水準は向上し、この法律もいよいよ画期的なものになっていくと思われる。

結 語

鹿児島県における精神鑑定の実状に関する予備的調査を実施した。さらに、事例を提示し医療観察法の運用上の問題点について検討した。その結果、司法精神医学教育システムの確立と、医療施設間の緊密な連携が重要であることが示唆された。特に身体合併症を有する対象者は、一般の身体科病院での対応が求められることもあり得るため、全国レベルでの啓発活動の推進が必要であることを指摘した。また、医療観察法が適用された対象者に関しては、他害行為の防止と社会復帰を視野に入れた検証を個々に行うことにより、精神医療の水準の向上と本法の円滑な運用が可能になると思われた。

本研究は、厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 「司法精神医学の人材育成に関する研究」(主任研究者 林 拓二)の一環として行った。また、本論文の一部は、第75回鹿児島県精神科医部会総会・研修会(2006年7月、於鹿児島市)において発表した。

(平成18年7月5日 受理)

文 献

- 1) 赤崎安昭, 長友医継, 森岡洋史, 内田将博, 橋口 渡, 富永雅孝, 滝川守国, 榎本貞保, 品川妙子: Capgras 症候群を呈した精神分裂病(統合失調症)患者の1鑑定例, 臨床精神医学, 28: 323-329, 1999.
- 2) 赤崎安昭, 長友医継, 森岡洋史, 松本聡子, 滝川守国, 国吉昌長, 日笠山大介, 富永雅孝, 橋口渡: 自宅放火に至った精神分裂病(統合失調症)患者の一考察-司法精神鑑定を通して-, 臨床精神医学, 29: 539-547, 2000.
- 3) 赤崎安昭, 長友医継, 森岡洋史, 杉本洋子, 滝川守国, 国吉昌長, 森蘭正樹, 室屋真二, 橋口渡, 内田将博: 自宅放火に至ったアルコール幻覚症患者の一考察-司法精神鑑定を通して-, 臨床精神医学, 30: 1121-1129, 2001.
- 4) 赤崎安昭, 森岡洋史, 富永雅孝, 橋口知, 堀切靖, 佐野輝, 高橋多鶴子, 杉本洋子, 川池浩二: 両親殺害および放火に至った統合失調症患者の一考察-司法精神鑑定を通して-, 臨床精神医学, 32: 1547-1555, 2003.
- 5) 花輪正太郎: 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, 心神喪失者等医療観察法について, 精神科治療学, 18: 1441-1445, 2003.
- 6) 平野誠: 触法精神障害の治療必要性の判定に関する研究, 平成16年度厚生労働省科学研究総括・分担研究報告書(主任研究者: 松下正明): 73-146, 2005.
- 7) 岩成秀夫: 心神喪失者等医療観察法の基礎知識, 精神科治療学, 21: 333-336, 2006.
- 8) 小沼杏坪: 医療観察法の事例報告-「平成の魔女狩り」の危険あり, 日精協誌, 25: 69-71, 2006.
- 9) 長友医継, 内田将博, 赤崎安昭, 滝川守国: 問題飲酒時に息子を刺殺した老人の司法鑑定例, 日ア精医誌, 6: 15-19, 1999.
- 10) 長友医継, 赤崎安昭, 橋口渡, 滝川守国: 非社会性人格障害の司法鑑定例, 九神精医, 46: 10-15, 2000.
- 11) 中谷陽二: 新制度の危うさ-決定の基準と鑑定, 精神医学, 46: 796-798, 2004.
- 12) 白石弘巳: 精神鑑定の現状, 精神科, 5: 388-392, 2004.
- 13) 富田三樹生: 心神喪失等医療観察法を批判する, 精神科, 3: 519-523, 2003.
- 14) 山上 皓: 心神喪失者等医療観察法制定の意義, 精神医学, 46: 802-804, 2004.

Current Status and the Tasks to be Fulfilled in Order to Demonstrate
Psychiatric Evidence in Kagoshima Prefecture, Japan
—Including the Problems of the New Law Regarding
Mentally Disordered Offenders—

Yasuaki Akasaki, Ph. D. M. D.¹⁾, Wataru Hashiguchi, Ph. D. M. D.¹⁾,
Kei Kodama M. D.¹⁾, Hirochika Shimo M. D.¹⁾, Yasushi Horikiri M. D.²⁾,
Satoshi Kodama, Ph. D. M. D.¹⁾, Shinji Muroya, Ph. D. M. D.¹⁾,
Masayuki Nakamura, Ph. D. M. D.¹⁾, Koichi Akaike, Ph. D. M. D.¹⁾,
Kaoru Takenouchi, Ph. D. M. D.¹⁾, Ryozo Yamahata, Ph. D. M. D.²⁾,
Shiro Igarashi, Ph. D. M. D.⁵⁾, Yukiharu Kotobuki, M. D.³⁾,
Toshiko Mure, Ph. D. M. D.³⁾, Tsuyoshi Fukuzako, Ph. D. M. D.³⁾,
Hirofumi Morioka, Ph. D. M. D.⁴⁾, Kunio Shinzato, Ph. D. M. D.⁶⁾,
Kenichi Ueyama, Ph. D. M. D.²⁾, Akira Sano, Ph. D. M. D.¹⁾

- 1) Department of Psychiatry, Kagoshima University Graduate School of Mental and Dental Sciences 8-35-1 Sakuragaoka Kagoshima 890-8520, Japan
- 2) Aira Hospital
- 3) Taniyama Hospital
- 4) Health Service Center, Kagoshima University
- 5) Kajikikinen Hospital
- 6) Otsuji Hospital

As the Law for Mentally Disordered Offenders is the first law relevant to forensic psychiatry to be established in Japan, various problems are expected to occur regarding its application. The work load may be increased for some psychiatrists because of psychiatric evidences must be based on Laws of Criminal Procedures and Law for Mentally Disordered Offenders. We carried out a questionnaire survey regarding the actual situation of psychiatric evidence in Kagoshima Prefecture, Japan among a group of psychiatrists who had been in charge of psychiatric evidences. In addition, we also considered problems regarding the treatment of patients who have been evaluated according to the Law for Mentally Disordered Offenders. As a result, in Kagoshima, an educational system for forensic psychiatry and a system which encourages the cooperation between medical facilities in the case of a patient who has developed a physical disease were suggested to be necessary. Hereafter, the problems regarding the diagnosis and treatment of patients subjected to the law should be considered to facilitate the smooth functioning of the Law for Mentally Disordered Offenders.

(Authors' abstract)

Kyushu Neuropsychiatry, 52 : 115-125, 2006


 症例

触法精神障害者の1鑑定例* —殺人に至った特異な経緯について—

竹之内 薫** 赤崎 安昭**
森岡 洋史*** 佐野 輝**

Key Words : schizophrenia, psychiatric evidence,
mentally disordered offender, murder

はじめに

統合失調症患者では、ときとして被害妄想をはじめとする異常体験に基づき、殺人などの罪を犯すことが認められる¹⁾。今回われわれは、統合失調症患者の殺人に至る動機が、警察と接触をもつことが目的であったという特異なケースの司法精神鑑定を経験したが、犯行の内実を精神病理学的側面から考察することは、治療および犯罪防止の観点から²⁾有益であると考えられたので、若干の考察を加えて報告する。

なお、病歴などは患者のプライバシー保護に配慮し、本論文の主旨に支障のない範囲で改変して記述する。

症 例

患者：男性 A, 犯行当時63歳, 無職。

鑑定に至る経過：Aは、某施設に入所中であったが、X年6月23日午後10時20分ごろ、同施設において、入眠中の60歳代男性Bの頸部にジャージズボンの腰ひもを巻きつけ殺害した。翌朝、Bが死亡しているのを職員が発見・通報し、警

察官による調査が行われたところ、捜査中の警察官に対して「私が殺しました」と自らの犯行であることを申し出てきたため逮捕された。その後、われわれが犯行時の精神状態などについての簡易精神鑑定を委嘱された。

家族歴：Aは同胞3名の第3子次男として出生した。兄は結婚しC町に在住している。Aの面倒はほとんど兄がみている。父母と姉はすでに死亡している。精神科的遺伝負因として、母方の叔父が精神科病院での治療歴があるが詳細は不明である。血族結婚の事実はない。

既往歴：特記すべき事項はない。覚醒剤や麻薬、シンナーなどの薬物使用歴は認められない。

生活歴および現病歴：AはC町で出生し、同町内の小学校、中学校を経て高校へ進学したが、高校2年時(17歳)に精神変調をきたし、X-45年7月にD病院を初診している。D病院のカルテによると、「思考が支離滅裂であり、徘徊する」などの症状が認められており、統合失調症(当時精神分裂病)との記載がある。D病院へX-45年8月から同年11月までの間に2回入院した記載がある。退院後は高校へ復学し、無事に卒業して

* A case of psychiatric evidence of mentally disordered offender who committed a murder.

** Kaoru TAKENOUCHI, M.D., Yasuaki AKASAKI, M.D. & Akira SANO, M.D.: 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野(☎890-8520 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8-35-1); Department of Psychiatry, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kagoshima 890-8520, Japan.

*** Hirofumi MORIOKA, M.D.: 鹿児島大学保健管理センター; Kagoshima University Health Service Center, Kagoshima, Japan.

いる。高校卒業後他県の会社に5年、引き続きさらに他県の会社に6年勤めたが、その後は失職しC町に戻っている。しかし、しばらくして再び精神変調をきたし、兄の家の窓ガラスを割るなどしたため、再びD病院へX-30年1月から約3年間入院した。その後の詳細は不明であるが、D病院へX-25年5月から約9年間再入院している。軽快退院後はD病院へ通院していたが、家での生活は母との二人暮らしで、母親と接触する以外はほとんど自閉的で、テレビをみたり、ブラブラとあてもなく外出したりで、他人との交流はなく、近所に住んでいる兄とも付き合うことはなかった。同居している母が高齢なこともあり、ときに食事の買い出しをすることもあったが、ほとんど出来合いの食品を買ってくるだけで、料理を自ら作るようなことはなかった。しばしば夜中12時ごろまでテレビゲームをすることもあったという。

X-7年になり、「兄が近所の高校生を使って自分を殴るよう仕向けている」などと言って、兄宅に押しかけて大声で怒鳴りつけるということがあり、兄からの要請で精神科病院を受診し、X-7年3月に再びD病院へ入院した。その後、とくに問題なく療養していたが、入院中のX-6年8月に、とくに理由もなく、いきなりほかの患者に激しく殴りかかるという暴力行為が認められた。そのときは、とくに興奮した状態ではなく、職員が理由を尋ねても淡々として要領を得ないあいまいな答え方しかしなかったという。結局、「衝動的暴力および疎通性不良」との理由で、その後約9カ月間、隔離室へ入室して治療を受けている。そのほかには問題行動はみられることなく入院生活を続け、X-4年に退院した。退院後はD病院へ通院しながら、しばらく家で生活していたが、X-2年母が死亡したため、生活のよりどころを失い、X-2年8月から事件を起こしたE施設に入所していた。

本件発生前後の状況：AはE施設にX-2年8月から入所中であったが、関係書類によると、本件発生前後の状況は以下のとおりである。

Aは、X年6月23日午後10時20分ごろ、E施設に入所中の被害者Bの部屋において、Bの頸部を両手で絞めた。その後Aはズボンの左ポケッ

トに入れていた腰紐を取り出し、紐をBの首の上から下に1回転させ、強く引っ張り窒息死させて殺害した。AはBが動かなくなったので、Bの左頸動脈と左手首の脈を触り死を確かめた。そしてBの手を体の上で組ませ、しばらくBをみていた。Aは見回りの職員が近づいてきたので、職員が気づいてくれるだろうと思い、立って待っていたが、職員はAに気づかず職員詰所へ引き返した。Aは職員が気づかなかったので、Bの近くに30分くらい座っていたのち、自室へ戻りしばらくしてから就寝した。

翌朝午前7時30分ごろ、ほかの入所中の者によりBが死亡しているのが発見され、同施設の職員が警察へ通報した。午前9時30分ごろ、同施設で職員の事情聴取をしていた警察官に、「殺したのは私です」とAが申し立てた。Aが本件殺人被疑事件の犯人である蓋然性が高いと認められたことから、詳細な事情聴取を受けるため警察署へ任意同行され、同日午後7時15分、警察署にて逮捕された。

精神的現在症(司法精神鑑定時)：意識は清明で、睡眠、食欲、便通などは良好である。表情は穏やかで、笑顔も時折認められる。態度、身だしなみは整っており、礼節も保たれている。質問に対する返答はおおむね円滑で、その内容もまとまっており、思路の異常は認められない。幻聴、幻視など知覚の障害は認められず、自我障害も認められない。精神的症状として、Aは「E施設の施設長から挑発を受け、暴れさすように職員や入所者を使って仕向けてくる。一生施設に閉じ込めさせようとしている。薬を飲まされ合法的に殺される」と訴え、その理由として「便秘薬を飲んだあと、胃が痛いと言ったのに、職員が何もしてくれなかったから」と被害妄想に支配された言動が認められた。また、「施設長の不正を暴くには、殺人を犯し、警察に介入してもらわないと思った。ほかの方法は考えられなかった」と言い、一方Bに対しては「申し訳ないことをしたと思う」と述べた。

簡易精神鑑定の結果、Aは本件犯行時に「善悪を判別し、それに従って行動する能力は失われていた」と考えられた。したがって、本件は鑑定結果を参考に、不起訴処分となり、措置入院と

なった。

考 察

Aは17歳時に減裂思考、徘徊などの症状で発症し、D病院へ2回入院しているが、退院後は高校を卒業し、他の県で比較的長く仕事にも就いていることから、この間は精神症状も落ち着いていたものと考えられる。しかし、その後C町に戻ってからは仕事もせず、被害妄想などが出現してはD病院へ入院し、退院後は近隣の兄との交流も認められず、自宅で自閉的な生活を送ったことなどから再発し、結局入退院を繰り返すという経過をとったものと思われる。とくに、3回目の入院時は、兄に対する被害的な言動が認められ、実際兄宅の窓ガラスを割るという行動が契機となって入院しており、5回目の入院時にも兄に対する被害妄想が認められている。また、この5回目の入院時には、とくに理由は認められない状況で、他入院患者への暴力行為を起こしており、この暴力行為についての詳細は不明であるが、これも被害妄想に基づく行動の可能性が高いものと考えられる。

今回の殺人事件については、以下の経過で起こっている。すなわち、事件当日Aは便秘薬を服用後、胃の痛みを感じたため、職員にそれを伝えたが何も対応してくれなかった。そこで、普段から「施設長は、自分にいろいろ仕掛けてきて凶暴性を出させ退所できないように仕向けている」という妄想をもっていたAは、「施設長から薬を使って病気にさせられ、しまいには合法的に殺される。今やらないと逆にやられる」という被害妄想が起り、「施設長のこれらの不正を世間に知らせるためには殺人事件を起こすしかない」との考えから犯行に至ったものである。しかし、殺害したBに対しては「申し訳ないことをした」と反省していることから、被害者に対する恨みは一切なかったものと考えられ、対象を特定した殺人ではないことが伺える。

診断については、本症例は被害妄想と陰性症状が少なくとも1カ月以上存在しており、また、今回の事件前には長期に入院生活を送り、社会的または職業的機能の低下が認められ、その症状は少なくとも6カ月間は持続している。また、

統合失調感情障害と気分障害は認められておらず、物質の使用や一般身体疾患、ならびに自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往も認められない。以上からDSM-IV(米国精神医学会：精神疾患の分類と診断の手引)²⁾により、統合失調症と診断することができる。

次に、本症例の被害妄想の内容について検討してみると、特異なことは「施設長が自分を退所できないように仕向けている」とか、「薬を使って合法的に殺される」とかいう、被害妄想上の迫害事実を認めてもらう手段として、施設長の不正を世間に知らせるためには殺人しかないという考えをもち、違法性を承知しながら殺人を犯したという点である。これは、警察に被害そのものを直接訴えるのでは効果がなく、殺人という非情かつ強行な手段をとることによってしか、この窮地を打開することはできないと判断した、いわば間接的手段によって妄想上の迫害を告発したことになる。

影山ら³⁾は、妄想病者群について、妄想上の迫害に対する対応や反応の仕方に注目し、行動および動機的面から受動および能動型群に分け、さらに下位分類を行っている(表1)。

この中で影山ら³⁾は、「妄想上の迫害を警察で調査してもらうために、自ら犯罪を実行し、自首し、故意に逮捕されることによって、警察に接触し、自らの窮状を訴えようとする」場合があり、このような動機に基づき犯罪を行ったものを間接告発型と命名した。また、影山⁴⁾はその特徴を次のようにまとめている。①迫害者は明確に限定されており、②迫害者に対する攻撃は最初から犯罪行為となることを目的としており、③犯罪行為は患者自身逮捕されることを目的として、証拠をわざと残したりして公然と行われ、自首する場合さえあり、④以上の諸特徴を導くものとして、犯行動機は迫害者を警察に告発するためであり、患者によって、警察で病的被害体験が隠されずに語られ、患者は警察がその捜査に乗り出すことを期待している。以上の4点であるが、さらに、この間接告発型のうち、迫害者以外に対する犯罪がなされる反応類型を「間接告発型I」と命名し、迫害者自身や自宅を攻撃し、犯罪を行うことによって迫害者とその迫害

表1 迫害妄想者の迫害に対する反応類型

I. 受動型群(迫害に対しては防衛手段のみで、攻撃はしない：迫害者は不特定多数のことが多い)
A. 単独孤立型(孤立し、忍従するのみで他人に救助を求めない)
B. 依存型(他人に迫害からの救助を求める)
1. 救助依頼型(妄想上の「包囲攻撃状況」下で救助を求め、煙りを危険信号とするために放火する。アルコールや覚醒剤の幻覚症に多い)
2. 避難型(知人や警察などの保護を求める)
3. 直接告発型I(警察などに直接迫害の調査を依頼したり、犯罪として告発する。迫害者に対する攻撃というよりも迫害の防止が目的)
4. 間接告発型I(犯罪を起こして、自首、逮捕されることによって、警察と接触し、迫害を告発しようとする。迫害者に対する犯罪がなされない点でII型と異なる)
II. 能動型群(迫害者を攻撃する：迫害者は特定されていることが多い)
1. 復讐・怨恨型(以下の2同様に迫害者に対する直接的行動をとる)
2. 先制攻撃・過剰防衛型
3. 直接告発型II(裁判により相手と争い、攻撃的、好訴妄想に特徴的)
4. 間接告発型II(迫害者自身や自宅を攻撃し、犯罪を行うことによって迫害者とその迫害を警察に告発しようとする。このため自首して、逮捕される)

(文献³⁾より引用)

を警察に告発しようとするものを「間接告発型II」としている。

ところで、本症例が犯行に至った経過は、まさに「間接告発型I」に該当している。Aは殺人を犯したときも、しばらくは被害者の元に座っており、職員に発見されるのを待っていたかのような様子である。また殺人を犯した日、警察が職員に事情を聴取しているときに自らが犯人であることを伝え、そのまま警察に連行され逮捕されている。

竹内ら⁵⁾は、同様な動機に基づき殺人に至った妄想性障害の1例を報告し、この「間接告発型」は、妄想性障害の患者に特徴的なものであると述べている。

また、影山ら³⁾は、パラノイア(妄想性障害)の症例で、妄想の対象は当初より現実の人物に特定され、しかも元上司、実妹、主治医や調査官、妻や愛人など密接な接触があった既知の人物に特定されていると述べている。また、とくに迫害妄想では時間とともに妄想上の迫害者がこれら特定の人物を中心として漸次数を増し、組織化され、場所的にも拡大されていったとも述べている。

本症例において妄想の対象となったのは、こうした妄想性障害患者の例と同様、自分が入所している施設の長という現実的で非常に身近な存在であったが、前述のように本症例の診断は

統合失調症である。統合失調症者による殺人の際の特徴として、被害者となるのは一般殺人と比べて家族が多く、家族以外の場合でも親しい友人や仲間であり、まったく見知らぬ人は非常に少ないとされ、さらに、犯行前に依存対象または庇護者という立場にあった者が被害者となる場合の方が多い⁶⁾という。それについて中谷⁷⁾は、患者の生存を左右する立場の人物が中心的迫害者に変貌するとき、迫害はそれだけ重大で差し迫ったものとなり、対処する行動を余儀なくされるからではないかと述べている。今回の場合は、このように本症例を庇護する立場の施設長が迫害の対象になったのであるが、その不正を暴くという目的が間接告発の形をとり本犯行に至ったものと考えられた。

また、本症例では、犯行当日に便秘薬を服用後、胃の痛みを訴えたが、職員が何も対応してくれなかったとのことから、施設長から薬を使って合法的に殺される、やらないとやられるとの妄想発展に至っているが、このように本症例の犯行の直接のきっかけとして、身体へのこだわり(胃痛)が認められている。このように身体へのこだわりから妄想的他者への攻撃性が出現し、殺人および殺人未遂を犯した統合失調症者を検討した大饗ら⁸⁾の報告によると、犯行の直前に妄想的他者との間に、「やるかやられるか」といった際立った相剋状況が生じていると述べ、その

際自己身体の変化が相剋状況の契機になりやすいことを述べている。すなわち、大饗ら⁸⁾はほとんどの症例でなんらかの形で身体へのこだわりが観察されると述べ、この身体的な不全感や侵襲感が、単に受動的なものに終わるのではなく、統合失調者に対抗姿勢をとらせ、殺人などに至る点を強調している。つまり、ときに彼らは治療スタッフに対して接触希求的な態度を示すが、それはいつ反転して拒否的、被害的になるかもしれないような緊張感を宿しているのだと述べている。また、さらに彼らが身体へのこだわりを示すときに、薬物投与との絡みで緊張は増大するように見受けられ、一般に医療行為が身体へのこだわりに抵触する際には状況が切迫したものになることが多いと述べている。本症例でも職員が胃の痛みに対して対応してくれなかったことから、合法的に殺されると一転被害的な思考となり、まさしくこの大饗らが述べる「やるかやられるか」という状況で犯行に至ったものと考えられる。

なお、本症例が、間接告発型という形で暴力行為が発動されたことについては、管理者でもある他者、すなわち施設長が「中心的迫害者」であったということが関係しているのではないと思われる。つまり、患者にとって施設長という「絶対的権力者」が「中心的迫害者」であったがために、「殺人を犯して、管理者よりも権威のある存在である国家権力すなわち警察にすがろうとした」といえるのではないだろうか。この「権威」への怯えということについては、何か問題行動を起こす度に強制的に自分を入院させる権威的「兄」の存在という家族力動が関与していた可能性もあり、また、権威に怯えた生活をしてきた患者であったからこそ、権威のない弱い患者(被害者)に容易に攻撃性が向いたとも考えられた。

ま と め

被害妄想上の迫害者を告発するために殺人を犯した統合失調症の1鑑定例を経験した。その犯行当日には、本症例は自分の身体症状を契機に「やるかやられるか」という相剋状態が認められ犯行に至ったものと考えられた。

文 献

- 1) 赤崎安昭, 森岡洋史, 富永雅孝, ほか. 両親殺害および放火に至った統合失調症患者の一考察—司法精神鑑定を通して—. 臨床精神医学 2003 ; 32 : 1547.
- 2) American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington DC : Amer Psychiatric Pub ; 1994. [高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸・訳. DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引. 東京 : 医学書院 ; 1995.]
- 3) 影山任佐, 長谷川直実. パラノイアの犯罪と迫害妄想者の類型分類—起訴前鑑定10年間の分析—. 臨床精神医学 1993 ; 22 : 1633.
- 4) 影山任佐. 「間接告発」による犯行事例—病的被害者の類型. 犯罪学雑誌 1977 ; 43 : 102.
- 5) 竹内 賢, 富田 香, 宍戸壽明, ほか. 「間接告発型I」の動機に基づき殺人に至った妄想性障害の1例. Acta Crim Japon 2003 ; 69 : 130.
- 6) 稲村 博. 精神障害と犯罪(精神分裂病). 現代精神医学大系24. 司法精神医学. 東京 : 中山書店 ; 1976. p. 165.
- 7) 中谷陽二. 妄想上の迫害者に対する攻撃—分裂病者の暴力に関する一考察—. 精神経誌 1983 ; 85 : 83.
- 8) 大饗広之, 武藤 太. 「激しい他害傾向」をともなう分裂病の精神病理—殺人および殺人未遂症例の検討から—. 臨床精神病理 1998 ; 19 : 185.

* * *

特集◆触法精神障害者のアセスメントと治療

鹿児島県における司法精神医学の現状と課題
—司法精神医学教育システムおよびネットワークの確立に向けて—

赤崎安昭¹⁾ 児玉 圭¹⁾ 森岡洋史²⁾
福迫 剛³⁾ 上山健一⁴⁾ 佐野 輝¹⁾

抄録：本邦では、司法精神医学の研究や教育に携わる機関が乏しいとの指摘があるように、鹿児島県(本県)でも系統だった教育システムは確立されていない。そこで、今回、アンケート調査を実施し、本県における司法精神医学の現状と課題について検討した。さらに、司法精神医学教育システムおよび、そのネットワーク作りに必要な具体的な方策を抽出した。その結果、本県では現状のまま、今後増加が予想される精神鑑定業務には対応できることが判明した。司法精神医学教育に関しては、鑑定医の養成のみならず、卒前教育の段階からカリキュラムなどを検討する必要があると思われた。また、鑑定医の技能向上のためにも、医療関係者と司法関係者の意見交換の場を設定し、司法精神医学教育の中核的施設・部署の設置を推進していく必要があると考えられた。最後に、今回は具体的に事例の提示を行わなかったが、医療観察法が適用された事例を検証することは、精神医療水準の向上、法律の適切な運用、さらに司法精神医学教育に有益であることを示唆した。

臨床精神医学 36 : 1083 ~ 1091

Key words : 司法精神医学 (forensic psychiatry), 精神鑑定 (psychiatric evidence), 医療観察法 (mentally disordered offenders), 医学教育 (medical education), 刑事訴訟法 (criminal proceedings)

1 はじめに

本邦では、司法精神医学の研究や教育に携わる機関が乏しいとの指摘があるように⁷⁾、鹿児島県(以下、本県)でも司法精神鑑定(以下、精神鑑定)業務は限られた一部の精神科医が個人の責任で請け負い、自らの臨床経験に基づいて、またときには鑑定および精神科臨床の経験を積んだ上級医師に指導・助言を仰ぎながら、半ば独学に近い形で行ってきた。さらに、「心神喪失等の状態で重大

共同研究者一覧

氏名	所属
堀切 靖	鹿児島県立始良病院
山畑 良蔵	〃
小玉 哲史	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 精神機能病学分野
室屋 真二	〃
中村 雅之	〃
赤池 浩一	〃
竹之内 薫	〃
寿 幸治	財団法人慈愛会谷山病院

Current status and the tasks of forensic psychiatry in Kagoshima prefecture, Japan

¹⁾ AKASAKI Yasuaki, KODAMA Kei and SANO Akira 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野
〔〒 890-8520 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1〕
²⁾ MORIOKA Hirofumi 鹿児島大学保健管理センター ³⁾ FUKUSAKO Tsuyoshi 財団法人慈愛会谷山病院
⁴⁾ UYAMA Kenichi 鹿児島県立始良病院

な他害行為を行った者の医療および観察などに関する法律」(以下、医療観察法)が施行された現在、刑事訴訟法上の精神鑑定業務に加えて本法の業務が加わることで、これらの精神科医の負担が増加することが予想された。

このような現状を踏まえて、筆者らは平成17年、本県における司法精神医学人材育成のための系統だった教育システムを確立する目的で、精神鑑定業務を担当した一部の精神科医を対象として司法精神医学教育および精神鑑定業務に関する予備的調査を実施したり。その結果、本県では、現状のまま一部の精神科医が精神鑑定業務を担当することでほぼ対応できることが明らかになった。しかし、アンケートの内容からは、系統的教育を受けていないまま、司法領域の業務を担当することへの不安が示されるとともに、司法精神医学教育システムが本県においては確立されていない実状を憂慮する意見が認められたり。

そこで、今回は、司法精神医学教育システムおよび、そのネットワーク構築に必要な具体的な方策を抽出し実施する目的で、一部修正を加えたアンケート調査を行った。すなわち、前回より調査対象者および対象期間を拡大し、本県でも導入が可能な意見を抽出し、今後の司法精神医学人材育成に関して検討を行った。なお、アンケート調査は、無記名とし、鑑定内容に関する質問項目に関しては、被鑑定人が特定されることがないように倫理面への配慮を行った。

2 研究方法

鹿児島大学病院も含めた本県全域の精神科病院51施設、精神科を標榜する医院・クリニック17施設および精神保健関連の2施設のうち、事前に承諾の得られた7施設に表1に示したようなアンケート用紙を送付した。精神鑑定例は、アンケート調査時点で担当している精神鑑定も網羅できるように平成18年度も含んだ過去10カ年、すなわち平成9年4月1日～平成18年3月31日までの期間に担当した事例を対象とした。さらに、司法精神医学教育や医療観察法に関する自由意見を求める形式の質問も併せて行った。

3 結果

アンケートに回答した医師は、精神鑑定業務を担当した経験のある24名(男性:23名、女性:1名)であった。年齢層は、30歳代が3名、40歳代が9名、50歳代が7名、60歳代が3名、70歳以上が2名であった。勤務先別にみると、大学病院に所属している医師が6名、公立病院に所属している医師が4名、精神科病院に所属している医師が8名、医院・クリニックに所属している医師が5名、その他の施設に所属している医師が1名であった。

精神鑑定業務を行った医師の精神科臨床経験年数は、10～14年が6名、15～19年が3名、20～24年が5名、25～29年が6名、30年以上が4名であった。また、全員が精神保健指定医であった。

図1には、明確な回答が得られた19名の医師が担当した精神鑑定の件数と種類を示した。本県では、限られた一部の精神科医が精神鑑定業務を担当しているわけであるが、図1に示すように、その一部の精神科医の中でも担当した件数については、1件～50数件とばらつきがあった。担当した精神鑑定の内容に関しても、起訴前簡易精神鑑定(以下、簡易鑑定)のみ担当している医師、簡易鑑定と比較すると起訴前嘱託精神鑑定(以下、本鑑定)の割合が圧倒的に少ない医師、逆にその割合が圧倒的に多い医師、公判鑑定が多い医師などばらつきが認められた。

図2には明確な回答が得られた医師を対象とし、精神鑑定の件数および種類を年代別・所属機関別に示した。10年間の対象期間中に所属が異動となった医師に関しては、精神鑑定を担当した時点での所属機関の件数に含めて表記した。これによると、大学病院が41件(本鑑定13件、簡易鑑定26件、公判鑑定2件)、公立病院が64件(本鑑定4件、簡易鑑定57件、公判鑑定3件)、精神科病院が3件(本鑑定1件、簡易鑑定1件、公判鑑定1件)であった。なお、医院・クリニックに関しては、医師が開業後に、精神鑑定を担当した例がなかったため表記しなかった。

精神鑑定業務を初めて担当した時点での、精神

表1 アンケート用紙

- (1) 回答される先生の性別と年齢についてご記入下さい。
性別：①男 ②女
年齢：①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤60歳代 ⑥70歳以上
- (2) 回答される先生の職場についてご記入下さい。
①大学病院 ②公立病院 ③精神科病院 ④医院・クリニック ⑤その他
- (3) 回答される先生の精神科経験年数をご記入下さい。
()年目
- (4) 回答される先生の精神保健指定資格の有無および資格取得後の年数をご記入下さい。
①ある ()年目 ②なし
- (5) 回答される先生が過去10年間に担当した司法精神鑑定の件数をご記入下さい。
a. 起訴前簡易鑑定 ()件
b. 起訴前嘱託鑑定(本鑑定) ()件
c. 公判鑑定 ()件
*鑑定書の提出年月日が、平成9年4月1日から現在の間であった事例。現在担当している事例も含む。
- (6) 回答される先生が司法精神鑑定を初めて担当した時点での精神科経験年数と、その鑑定の種類をご記入ください。
()年目 a. 起訴前簡易鑑定 b. 起訴前委託鑑定(本鑑定) c. 公判鑑定
- (7) 回答される先生が医療観察法における精神鑑定を担当した件数をご記入下さい。
()件
- (8) 精神鑑定業務を行うに際し、修正すべき点がありましたらご記入下さい。
(医療観察法の精神鑑定も含む)
(例：検察官との連携、鑑定料、時間的制約など)
- (9) 司法精神医学の教育において、必要と思われることをご記入下さい。
(例：講演会の開催、事例検討会、研修会への参加など)
- (10) 現在の日常生活を継続するという条件で、司法精神鑑定は年間何件引き受けることが可能かご記入下さい。
a. 起訴前簡易鑑定 ()件
b. 起訴前嘱託鑑定(本鑑定) ()件
c. 公判鑑定 ()件
- (11) 司法精神医学の教育システムを確立していく上で何かご意見がありましたらご記入下さい。
- (12) 医療観察法について、何か感想がありましたらご記入下さい。
- (13) 鑑定した事例の事件名、性別、年齢、鑑定結果、その後の処遇について可能であれば記載してください。
(記入欄が足りない場合はコピーしてご記入下さい)

事件名	提出年月日	年齢・性別 (鑑定開始時)	鑑定の種類 (簡易・本鑑定(起訴前・公判)、医療観察法など)	犯行時の鑑定結果 (例：有責、心神耗弱、心神喪失)	その後の処遇 (知り得た範囲で)	鑑定担当時の 所属機関

科臨床経験年数と、その際の鑑定の種類については、簡易鑑定は10年以下が3名、11～15年が4名、16～20年が1名、21年以上が1名であった。一方、本鑑定を10年以下で担当した医師はおらず、11～15年が5名、21年以上が1名であった。また、

初めての精神鑑定で、公判鑑定を担当した医師が2名いた。なお、初めて担当した精神鑑定としては、簡易鑑定が圧倒的に多く、10年未満という短い精神科臨床経験でも担当していた。

平成17年に施行された医療観察法における精

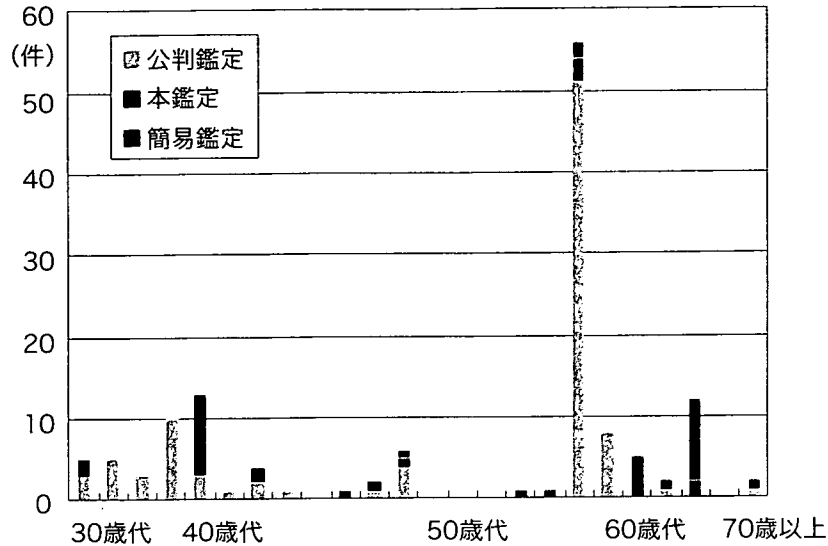


図1 アンケートに回答した医師が過去10年間に担当した司法精神鑑定業務の件数・種類

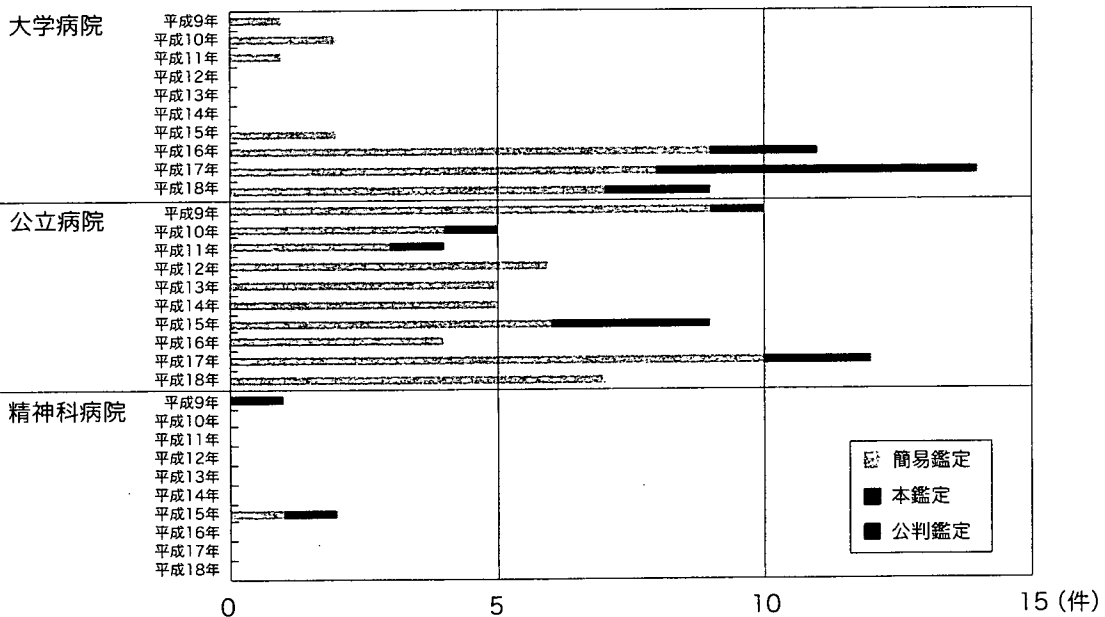


図2 年代・所属機関別の司法精神鑑定件数・種類

神鑑定については、調査した時点で6名の医師が担当しており、そのうち1名は、2件の鑑定業務を担当していた。ただし、この件数は、本県における医療観察法の適用状況のすべてを反映しているものではない。

次に、今後、増加が予想される精神鑑定業務について、それが実際に増えた場合、現状のままで対応できるか否かを予測する目的で、年間に引き受けることが可能な精神鑑定の種類と、その件数について質問を行ったが、その回答結果を図3に

示した。

図4には、起訴前精神鑑定の結果と、その後の処遇について示した。明確な回答が得られたうち、触法精神障害者107名中、「心神喪失」と判断された者が44名(44.1%)、「心神耗弱」と判断された者が27名(25.2%)、「有責」と判断された者が36名(33.6%)であった。また、公判鑑定では、いずれも懲役刑が下されていた。しかし、被告人の判決に精神鑑定の結果が反映されたか否かについては不明であった。これは起訴前精神鑑定でも同様で

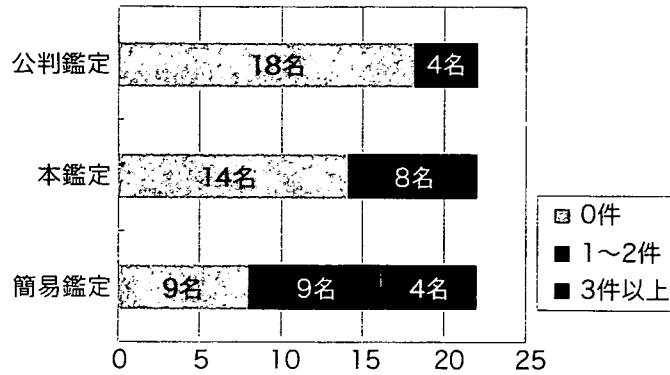


図3 年間に引き受けることが可能な司法精神鑑定の件数・種類

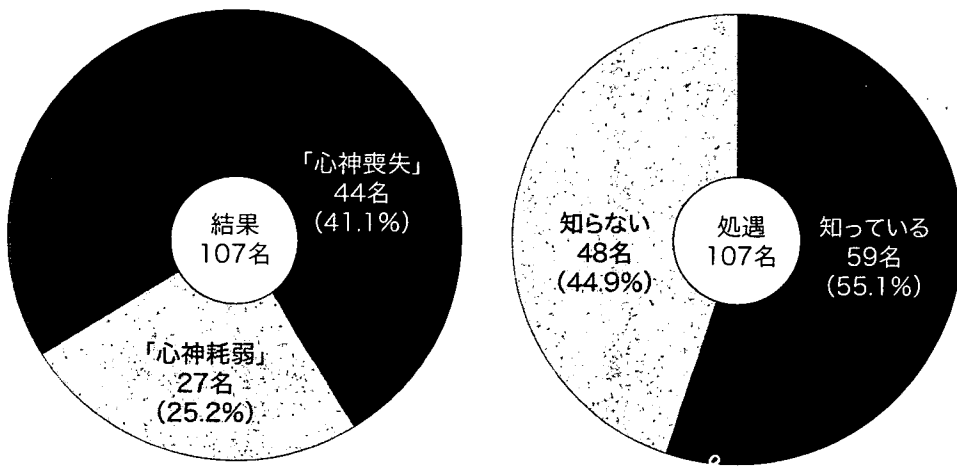


図4 起訴前精神鑑定の結果と被鑑定人の処遇

あり、被疑者が、その後どのように処遇されたのか、ということに関しては、鑑定人本人が「知らない」とする事例が48例あり、これは全体の半数に近い44.9%を占めていた。

最後に、自由な意見を求める形式で質問した内容について示すが、これは筆者ら自身の考えではなく、あくまでもアンケートで得られた自由な意見であることを付記しておく。

まず、「精神鑑定を行うに際して改善すべき点」については、①時間的な制約が大きいこと、それに見合う報酬が望ましい、②通常の業務を行いながら、何回も拘置所に行くため診療業務に支障が生じることがある、③検察官によって調査資料が異なり、鑑定開始後に鑑定人が新たに調査依頼をしなければならないほど資料が乏しいことがある、④キーパーソンの供述調書がなかったり、学籍簿がないなど犯行前の資料が乏しいことがある、⑤鑑定書作成の効率を良くするために、資料

の電子化を検討してほしい、⑥簡易鑑定でもCTやMRIなどの検査に費やす費用を認めてほしい、⑦鑑定終了後の被疑者の処遇について、検察側からフィードバックがない、⑧司法精神鑑定は、面接および鑑定書作成にかなり時間を要するため、診療時間を割いて鑑定面接に向く時間的余裕がなく、報酬面から考えても鑑定を引き受ける動機づけとしては乏しい、といったことが自由に記載された意見であった。

次に、「司法精神医学の教育において必要と思われること」、「司法精神医学の教育システムを確立していく上で必要と思われること」に関しては、重複する内容が多かったため、一括して表2に「本アンケートに記載された自由な意見—司法精神医学教育に関して—」として表記した。

一方、「医療観察法についての感想」については、少数ながらもさまざまな意見が記載されていた。すなわち、①指定入院機関の整備を進めるべ

表2 本アンケートに記載された自由な意見
—司法精神医学教育に関して—

- ・検察官、裁判官、医療関係者が一同に会する研修会の開催。
- ・判定困難な事例などの検討会の開催。
- ・参考図書を紹介。
- ・専門家による講演会の開催。
- ・警察、検察庁、弁護士、消防、行政、県立・民間病院長、大学精神科医局等による精神保健ネットワークの形成。
- ・大学等の教育機関でのカリキュラムを見直し、司法精神医学に関する教育を卒前から行っていく必要がある。
- ・研修会の開催は、大学病院が主導で行ってほしい。
- ・鑑定を担当する医師は、後輩医師を鑑定助手として、鑑定技術の指導を行っていきべきではないか。

きである、②鑑定入院期間中に発生した身体合併症への対応を整備し、移送システムを作ってほしい、③鑑定入院期間中の保安員の配備を検討してほしい、④「治療反応性」という観点から対象外とされている精神遅滞や認知症が疑われる事例にも適用されていることに疑問を感じる、⑤医療観察法の制度下では監視重視に傾き、社会復帰を促す精神保健福祉法との間に齟齬をきたすのではないかと、⑥精神保健審判員、精神保健判定医にこだわらず、推薦する形で医療観察法の精神鑑定を引き受けてもらいたい、⑦申し立てがあった場合、裁判官が単独で受理するか否かを決めのほうかと思う、といったことなどが本アンケートに自由に記載された意見であった。

以上をまとめると、精神鑑定業務を実際に担当した際、資料が不足していることを指摘している意見や、通常業務が時間的にかなり制約されるということも含めて鑑定業務の効率化を求める意見がみられた。次項で詳述するが、業務内容のわりに報酬が低いことを指摘している意見もみられた。司法精神医学教育に関しては、事例検討会や研修会の開催を求める意見が多かった。また、触法精神障害者に接する可能性のある関係機関が参画し、移送も含めたネットワーク作りを求める意見があった。司法精神医学教育システムの確立については、総じて必要であるとする意見が多く、精神鑑定のみならず、触法精神障害者の処遇など

も含めて、それらを統括する施設・部署の設置、司法精神医学教育のネットワーク作りを求める意見がみられた。

平成17年から施行された医療観察法に関しては、本県で実際に対象者が発生したこともあったか、鑑定入院期間中に併発した身体疾患への対応の問題¹⁾や、医療観察法の対象外とされている精神遅滞や認知症が疑われる事例にも適用されていることに対し、「治療反応性」²⁾という観点から疑問を指摘する意見もみられた。さらに、合議体による判断で運用される医療観察法が、実際に検察官から申請がなされた段階では裁判官の単独の判断で受理するか否かが決定されていることへの疑問を指摘する意見もみられた。

4 考察

本県における精神鑑定業務は、一部の精神科医が担当しているわけであるが、アンケート調査の結果、鑑定件数および内容ともに、前年度の調査でのばらつきが、より顕著となった。まず、件数としては、本年度も含む10年間で1件にとどまっている医師がいる一方では、50数件に及ぶ医師もいた。これは、精神鑑定の経験年数や、それに対処できるという医師の力量の差によるものでもあろうが、それを見越して依頼する司法側の要因も影響していると思われる。また、今後増加が予想される精神鑑定業務に本県の現状で対応できるか否かを予測するために行った質問では、「引き受けることが可能」とする意見が多く、この回答をみる限りにおいては、本県では年間に最低でも33件、最大で54件、あるいはそれ以上の精神鑑定に対処できる計算となる(図3)。われわれは、本県の精神鑑定の総件数については正確には把握していないが、公的あるいはそれに類する機関で引き受けている年間の件数や、本県での医療観察法に関連する業務が年間10件程度と想定してスタートした経緯を考慮すると、この結果は、刑事訴訟法および医療観察法における精神鑑定に対して、本県では十分対処できることを示唆している。司法精神医学人材育成という観点からは、「引き受けることが可能」とする医師の積極的な姿勢を

均等に尊重できるように、経験豊かな医師らが中心となり、関係機関との連携を図り、鑑定業務を適宜、統括・采配をするようなシステムとネットワークを作ることにも必要と思われる。ちなみに、「引き受けることが可能な精神鑑定の件数」の結果は、前回の調査¹⁾とほぼ同様の結果であり、今後増加が予想される司法精神医学領域の業務に関しては、医療観察法施行前に懸念されていた「鑑定人の確保が困難なのではないか？」といった事態が現在でも引き続き回避できていることが示されているといえる。

次に、鑑定件数を所属機関別にみた結果では、前回の結果¹⁾と同様に大学病院および公立病院における件数が圧倒的に多く、本県では精神鑑定の業務は公的機関あるいはそれに類する機関に依存していることが明らかであった。特に、大学病院では、本鑑定の件数が多かった。これは、本鑑定が身体的および心理的な検査を実施する必要があるため、検査設備の整った大学病院がその役割を担っていることを反映していると思われる。

ところで、結果の項でも示したが、大学病院および公立病院に精神鑑定が集中している要因と思われる意見が、医院・クリニックの医師から出ている。すなわち、「司法精神鑑定は、面接および鑑定書作成にかなり時間を要するために、診療時間を割いて鑑定面接に出向く時間的余裕がなく、報酬面から考えても鑑定を引き受ける動機づけとして乏しい」といった意見である。これは、精神科医院・クリニックに比べるとマンパワーが豊富な公的機関あるいはそれに類する機関に精神鑑定が集中する要因を象徴する意見であると考えられる。「報酬」に関する意見は、その他の医師からも「時間的な制約が大きいので、それに見合うことが望ましい」との意見も出ており、日常の診療の合間をぬって行われる業務であることや、起訴前鑑定であった事例(被疑者)が、起訴され被告人となり、裁判という場で責任能力が争われることになった際の鑑定人の労力を考えると、鑑定料が労力に見合ったものであるべきであろう。特に、今後導入される裁判員制度が適用されるような事例の精神鑑定を担当した医師は、裁判員らが適切に判断するための工夫が求められることになる²⁾た

め、これまでの公判での労力に比べ相当な負担が強いられることが予想され、報酬に関する批判的意見は増加する可能性がある。しかし、この問題を「教育」の観点からみると、精神鑑定を引き受けることの阻害要因が、「時間がない」、「報酬が低い」といったものだけであれば、仮に本県における司法精神医学教育システムが確立されたとしても、その運用は空回りしてしまうことが予見される。

したがって、鑑定人となった医師の診療行為の代行を他の医師が請け負うとか、報酬を増額するといったようなことが不可能と思われる現状においては、時間的制約や報酬を度外視し、司法精神医学領域に興味を持つことができるような意識改革も視野に入れた魅力ある教育システムの確立が必要となる。そのためには、教育機関でもある大学病院に所属するわれわれが、積極的に精神鑑定を引き受け、鑑定医の養成のみならず、医師になる前からの教育、つまり卒前からの医学部生に対する包括的教育システムを確立していく必要があると考える。

具体的に示すと、精神鑑定医の養成に際しては、前回と今回の調査結果から、経験を積んだ医師の鑑定助手としての業務を担当させることから導入し、実際に精神鑑定の依頼があった場合には、事前に鑑定内容を上級医師らが可能な限り吟味し、鑑定人候補者の中から経験と力量を考慮したうえで鑑定人を決定していくことが好ましいと考える。ところで、第103回日本精神神経学会総会の教育講演において、中谷³⁾が「簡易鑑定は責任が重く、判断に迷うような事例に関しては、積極的に本鑑定まで行う必要がある旨を記載すべきである」と述べていたが、われわれの調査結果では、初めて担当した精神鑑定は、簡易鑑定が圧倒的に多かった。このことは、依頼される精神鑑定は簡易鑑定が多いということも関係しているのであろうが、中谷の指摘⁴⁾からすると好ましくない状況であるといえる。とはいえ、これまでのわれわれの経験からは、本鑑定は起訴され裁判になった場合に、司法側から証人尋問の依頼がくる可能性の高い精神鑑定である。したがって、中谷の指摘したように、「簡易鑑定は司法側に都合良く利用される可能性のある責任の重い鑑定」でもあるかも

しれないが、本県の現状からは、初めて担当する精神鑑定の種類は、簡易鑑定および本鑑定といった鑑定種別にこだわらず、いずれの精神鑑定を引き受けるにせよ、事前に可能な限り吟味したうえで、精神鑑定の“初心者”に依頼するか否かを判断していくしかないであろうと思われる。そして、中谷⁶⁾が指摘しているように、簡易鑑定の段階で判断に迷うような事例に関しては、積極的に本鑑定まで行う必要がある旨を記載すべきであろう。

一方、卒前教育は、この分野への動機づけに大きく影響を与えることが予想されるため、精神科カリキュラムの見直し、教員の講義形式や臨床実習の進め方などを再検討し、さらにすでに実践していることではあるが、大学病院に勤務する医師が、これまで以上に積極的に精神鑑定業務を引き受け、卒前教育に反映できる鑑定事例の集積を図っていく必要があると思われる。そして、これらが実践され魅力ある教育システムが確立されると、精神鑑定に対する動機づけを「時間的制約」や「報酬」に帰結させるような事態は解消されると思われる。

次に、精神鑑定の結果についてであるが、「有責」と判断されている事例に比べ、「心神喪失」あるいは「心神耗弱」といった結論に至っている事例が多いことから、司法関係者からの精神鑑定の要請は適切なものであることが示唆される。しかし、その後の被疑者の処遇に関しては、鑑定人が「知らない」とする回答が全体の半数近くに及んでいること、被告人の判決にどの程度鑑定人の意見が反映されたのか不明であること、さらに、自由意見において、「検察側から鑑定人へのフィードバックがない」といった指摘がなされているようなことは、司法精神医学教育という点からは好ましくない事態である。なぜなら、鑑定人自身が精神鑑定の結果を知ることは、自ら行った精神鑑定が司法判断にどの程度貢献できたものであったのかを知るうえで重要であり、検察官などの司法側からフィードバックを受けることは、鑑定医としての技能向上に繋がるからである。マスコミで報道されるような重大犯罪・触法行為の場合は、テレビや新聞などで、その後の被告人・被疑者の処遇を知る機会があるわけであるが、マスコミが報

道しない犯罪・触法行為に関しては、司法側からの情報提供に依存するしかなく、司法側のフィードバックがなければ鑑定人はその後の処遇を知る術がない。したがって、精神鑑定の技術向上のためにも、今後は司法関係者との意見交換の場として、鹿児島県司法精神医学研究会(仮称)を発足させる必要があると思われる。

また、司法人材育成のシステムおよびネットワーク構築に関する具体的方策として、本県でも導入が可能と思われるものを自由意見の中から抽出すると、「事例検討会や研修会の開催」、「司法精神医学教育の中核を担う施設の設置」があげられる。中でも「事例検討会や研修会の開催」を希望する意見は非常に多かった。これは、調査に回答した医師らが、半ば独学に近い形で行っている精神鑑定業務への不安と、司法精神医療が立法化されたことに対する責任の重大さを感じていることを反映しているものと思われる。

その他に「研修会の開催は、大学病院主導で行ってほしい」との自由意見もみられた。これらの意見を実現する方向で検討すると、司法精神医学教育の中核を担う施設・部署の設置は必至であり、それは卒前からの教育をも担っている大学病院に設置するのが好ましいと思われた。ちなみに、その中核を担う機関の呼称としては、前回の調査¹⁾では「司法精神医学教育センター」、今回は「精神保健ネットワーク」という名称も提案されているが、呼称については、精神鑑定業務が一極集中を煽るような事態にならないようなものが望ましいと考えている。

以上を総括すると、精神鑑定をはじめとする司法精神医学領域の業務に豊富な経験を持つ医師らが中心となり、司法精神医学教育の中核的施設・部署を設置し、関係機関とのスムーズな連携を図り、精神鑑定業務の統括およびデータの集積を行っていくという方策がより現実的かつ合理的である。これは、今回の調査において、本県で対応できる精神鑑定件数が、年間最低でも33件、最大で54件、あるいはそれ以上といった結果が得られているように、本県には司法精神医学に興味を示す医師が比較的多いことから極めて実現可能性の高い計画と考えている。今後は、上記方策

を実現していくために各関係機関と具体的調整を行っていく必要がある。

最後に、本アンケートとは直接関連がなかったため今回は提示しなかったが、われわれは、簡易鑑定と医療観察法に基づく鑑定入院の両方を担当した事例経験を持っている。医療観察法は「触法精神障害者(犯罪行為を行った精神障害者)の処遇にある重大な制度的欠陥を保障できるようになったことに最大の意義がある」と山上¹⁰⁾が指摘している一方で、われわれが前報で指摘した問題¹⁾も含め運用上の問題が報告されている^{3,4,5,8,11)}。このため、今後は、一般精神医療水準の向上、医療観察法の適切な運用、さらに司法精神医学における人材育成といった観点から同法が適用された症例を個々に検討していく予定である。

5 まとめ

1) 本県では現状のままで、今後増加が予想される精神鑑定業務には対応できることが示唆された。

2) 司法精神医学人材育成に関しては、精神鑑定医の養成のみならず、卒前教育の段階から司法精神医学カリキュラムを検討し工夫する必要がある。

3) 精神鑑定医の技能向上のためにも、医療関係者と司法関係者の意見交換の場を設定していく必要がある。

4) 精神鑑定など司法精神医学領域の業務に豊富な経験を持つ医師らが中心となり、司法精神医学教育の中核的施設・部署の設置を推進していく必要がある。

5) 中核となる施設・部署が設置できた場合は、各関係機関とのスムーズな連携および精神鑑定業務の統括・データの集積、研修会・事例検討会の企画および運営を図る。

6) 上記方策は本県においては、実現可能なものであり、司法精神医学システムおよび、そのネットワークの構築は近い将来実現するであろう。

7) 医療観察法が適用された事例を検証するこ

とは、適切な法律の運用のみならず、一般精神医療水準の向上および司法精神医学における人材育成といった観点からも有益と思われるため、今後は事例に関する個々の検討を行っていく予定である。

本研究は、厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「司法精神医学の人材育成等に関する研究」研究班(主任研究者 林 拓二)の一環として行った。本論文の要旨の一部は、第103回日本精神神経学会総会(於：高知市)で発表した。

文献

- 1) 赤崎安昭, 橋口 渡, 児玉 圭ほか: 鹿児島県における司法精神鑑定の現状と課題—医療観察法運用上の問題提起も含めて. 九神精医 52: 115-125, 2006
- 2) 平野 誠: 触法精神障害者の治療必要性の判定に関する研究. 厚生労働省科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 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 平成16年度 総括・分担研究報告書(主任研究者: 松下正明). pp73-146, 2005
- 3) 岩成秀夫: 心神喪失者等医療観察法の基礎知識. 精神科治療学 21: 333-336, 2006
- 4) 小沼杏坪: 医療観察法の事例報告—「平成の魔女狩り」の危険あり. 日精協誌 25: 69-71, 2006
- 5) 中谷陽二: 新制度の危うさ—決定の基準と鑑定. 精神医学 46: 796-798, 2004
- 6) 中谷陽二: 司法精神医学入門. 第103回日本精神神経学会総会—精神医学へのこれからの期待・精神医療の新たな試みの発信—抄録集: S126, 2007
- 7) 白石弘巳: 精神鑑定の現状. 精神科 5: 388-392, 2004
- 8) 富田三樹生: 心神喪失者等医療観察法を批判する. 精神科 3: 519-523, 2003
- 9) 和田雅樹: 裁判員制度における精神鑑定をめぐる. 司法精神医学 2: 87-92, 2007
- 10) 山上 皓: 心神喪失者等医療観察法制定の意義. 精神医学 46: 802-804, 2004
- 11) 山上 皓: 医療観察制度に期待される役割. 司法精神医学 1: 19-25, 2006