

り、施設に入れられたりした。彼はこれまで一度も女性と交際したことはなく、アルコールや薬物を乱用したことも、犯罪歴もなかった。数年の間に、彼は特定の奇妙なことに興味を持ち始め、厳密に1920年代に作られた電気製品を収集するようになった。彼はスイッチ、ワイヤー、ケーブル、電球、磁器、絶縁体などを収集していた。裁判所に対する鑑定では、自分のコレクションで博物館を作りたいと述べていた。彼は解体され修繕される古い家を探索していたが、その際、(自分自身で作った)特殊な皮革の服を身につけており、それを着ることで電気製品を探しに、例えば、むき出しの線のフェンスを横切ることができた。ある晩、彼は守衛に呼び止められた際に、台付きのてこで攻撃し、相手に頭蓋骨折と頭部外傷の重大な傷害を負わせた。精神鑑定で、彼は後悔していると述べたが、自分の行為の結果を情緒的に理解している様子はなく、自分のコレクションと博物館がとても重要なことであり、その他のことは二の次であると述べた。彼はこれまで幻覚の症状はなく、シュナイダーの一般症状は全く認められなかった。彼の言葉は多少古くさく、風変わりであったが、思考障害の兆候は認めなかった。彼にはいくぶん妄想的なところはあったが、明らかに妄想があるとは言えなかった。彼は社会的な理解に乏しいことを指摘された際、不安を示し、いくぶん攻撃的でもあった。外来ベースで作成した鑑定書には、彼は自閉症圏の障害があると診断されたが、精神病あるいはそれに相応する状態に罹患していると診断された(デンマーク刑法第16条)。

処遇

司法精神科医は精神科病院での処遇命令(ほとんど英国の制限命令と同等)を勧告し、裁判所はその助言に従った。A氏は閉鎖病棟に入院

し、少量の向精神薬と安定剤を用いた治療を受け入れた。彼が開放病棟に移されて4ヶ月後に、病院敷地内の外出許可が出され、次の4ヶ月後には病院外での3時間の外出が許可された。14ヶ月後に、担当の精神科医は裁判所に治療命令への切り替えを勧告し、担当精神科医が患者を退院させて、外来治療と保護観察官による監督を受けさせようとした。この命令では、もし、患者が外来治療に従わない場合や精神状態が悪化した際には、精神科医は保護観察官とともに患者を再入院させることができる。裁判所はこの勧告に従い、1ヶ月後、A氏は外来治療を受けるために退院となった。

表6. 事例評価研究

No.20 統合失調症による殺人未遂(日本)

	責任能力	処遇	期間
Japan	なし	入院治療	6ヶ月
Denmark	考慮せず	入院治療	数年
Sweden	考慮せず	入院治療	6年
Wales	考慮せず	入院治療	
Scotland	なし	入院治療	6年
New Zealand	なし	入院治療	4年
South Africa	精神不正	入院治療	0-6年
Quebec	なし	入院治療	

No.6 アスベルガー障害による傷害(デンマーク)

	責任能力	処遇	期間
Japan	あり	罰金刑	
Denmark	考慮せず	入院治療	15ヶ月
Sweden	考慮せず	入院治療	数年
Wales	考慮せず	入院治療	数年
Scotland	考慮せず	入院治療	長期
New Zealand	なし	入院治療	6年
South Africa	精神		
Quebec	あり	罰金刑	

表6に、この二つの事例に対する各国の責任能力判断と処遇結果、入院期間の評価のみをまとめた。日本の統合失調症の殺人未遂例に対する各国の評価であるが、刑事責任能力については日本と同じように「なし」と判断した国が3カ国あるのに対し、責任能力を全く考慮せずに医療の必要性のみで司法精神科の医療へつなげる国も3カ国に認められている。特に、北欧では刑事責任能力の規定が刑法上に存在せず、責任能力を司法から医療へのダイバーションの根拠として用いることがない。この場合のダイバーションの法的根拠は、わが国の措置入院や医療観察法の要件と同様に、他害のおそれ(リスク)と医療の必要性だけである。この事例では

各国ともに入院処遇となるとの判断がなされたが、入院期間については年単位で行うと評価していた点が大きく異なる。わが国で、この事例がわずか8ヶ月で退院したことを考えると果たして対象者の治療が十分になされたのかどうか疑問がもたれる。

デンマークのアスペルガー障害の事例では、デンマーク本国では司法精神科医療の入院対象者となって15ヶ月の入院治療を受け、スウェーデン、ウェールズ、スコットランド、ニュージーランドなどでも同じように司法精神科医療の入院対象者であると判断された。これに対して、わが国やカナダ、南アフリカでは対象とはみなされないか、議論となることが示された。また、責任能力判定についても日本とカナダが「あり」と判断したのに対してニュージーランドでは「なし」、その他の欧州の国々では考慮せずに医療にダイバーションしていた。

D. 考察

司法精神科医療制度は国によって様々な形態を取り、その根拠となる法規定も様々である。しかし、司法精神医学の基本的な思想は、重大事件を起こした理由がその人の精神障害に起因するのであれば、その人の罪を免除して、その代わりに適切な医療を提供しようとする人道的配慮に基づくものと思われる。本研究の結果からは、このような人道的な見地に立った人権思想は、やはり欧州において特に発達しているという事実をあらためて確認させられた。

わが国の医療観察法制度は、欧州における司法精神科医療制度をモデルとして、法規定や病棟などの主にハード面を模倣したが、まだ、その人道的な人権思想については旧態然のままであると言える。この点で真っ先に指摘しておかなければならないことは、わが国の責任能力判

定の厳格さと二重基準の問題があげられる。医療観察法の対象者の大半は起訴前段階で簡易鑑定を受けて申し立てがなされるが、この際に、責任能力判定の根拠とされるのは検察官の委嘱による起訴前の簡易鑑定がほとんどである。簡易鑑定では、数時間程度の面接で十分な情報もないままに責任能力が判断され、その判断も一般的に緩いものである。これに対して、公判段階では、責任能力は厳しく問われる傾向が強く、犯行時に精神障害あるだけでは責任能力の減免は認められず、例えば、幻覚・妄想が全人格を完全に支配しているような状況でなければならぬとされる。しかし、このような公判段階における厳格な責任能力判断の基準を起訴前の鑑定で適用すれば、医療観察法の対象者はほとんどなくなってしまうであろう。

事例比較調査でも明らかなように、諸外国では統合失調症の者が犯行当時幻覚妄想状態にあれば、まず、何らかの形で医療へダイバーションするのが普通である。また、アスペルガー障害のような例であっても、その障害が犯行に影響を及ぼしていることが明らかな場合には、やはり医療へのダイバーションを施すのが普通である。このようなダイバーションを行う理由は前述したように、人道的な配慮からである。しかし、このような触法精神障害者を受け入れる司法精神科医療側はその精神障害者のリスクが治療や社会復帰支援等によって十分に下がるまで、十分な入院期間が設定されている。

わが国では、刑法 39 条「心神喪失者の行為は罰しない、心神耗弱者の行為はその刑を減刑する」の規定がありながら、その後の処遇に関する規定や制度が1世紀以上にわたって存在しなかったために、重大な他害行為を行った精神障害者に厳格に責任能力を課すことで対処してきた。このため、ドイツから輸入された責任能力規定は、ドイツ本国とはかけ離れた運用がな

されるようになってきている。しかし、このような対象者を受け入れる専門施設や体制が整備された現在においては、責任能力の運用についてもあらためて見直しを図るべく時期に来ているのではないであろうか。また、このような対象者を受け入れる司法精神科医療の施設も十分な入院期間をもって治療にあたり、司法関係者のみならず、国民の期待にもしっかりと応えていくべきである。

E. 結論

スウェーデン、英国ウェールズ、オーストラリアのビクトリア州、ニュージーランド、デンマーク、南アフリカのケープ州、日本、カナダのケベック州、英国スコットランドの9カ国の司法精神科医や心理学者の協力を得て、各国の司法精神医療制度の差異について各国の基本統計をベースに比較した。また、研究に参画した研究者から司法精神科医療の対象となる事例の典型例をまとめてもらい、これらの処遇方法に関する12項目の質問について互いの事例を評価し合い、分析した。

その結果、各国ともに司法精神科医療の制度には細かな違いはあるものの、根本的には、重大事件を起こした理由がその人の精神障害に起因するのであれば、その人の罪を免除して、その代わりに適切な医療を提供しようとする人道的配慮が重視されて処遇されていることが分かった。わが国においても、そのような人道的な見地から触法精神障害者の処遇を見直していく必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) Lindqvist, P., Dunn, E., Gagne, P., Kaliski,

S., Kramp, P., Taylor, P.J., Thomson, L., Yoshikawa, K.: A Comparative Study of Case Vignettes From Five Continents. 8th Annual IAFMHS Conference, Vienna, Austria, July 15th, 2008.

他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 岡田幸之

国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部

他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究

分担研究者

岡田 幸之

国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨：「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（医療観察法）」の処遇の発端は、その法律の名前が示すとおり「心神喪失等の状態」で重大な他害行為を行ったことである。したがって制度の適切な運用をするうえで、この発端になる行為時の精神状態、ことに刑事責任能力の程度を適切に評価することが大前提となる。しかしながら、刑事責任能力の鑑定には、地域や鑑定人ごとのばらつきがあるということは長年にわたり、そして繰り返し指摘されてきた。本研究ではその解決のために、精神鑑定や精神鑑定書がいかにあるべきかを真正面からとらえ、まずはその現実的な議論の足掛かりとすべく、3カ年をかけて精神科医と法曹三者による議論、現場からのフィードバック、そして改訂を重ねて「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」を策定した。またこの改訂にあたっては、平成21年5月21日施行の裁判員制度での利用も念頭に置いた。この手引きは、一つのたたき台として、刑事責任能力鑑定に関する今後の一層の具体的な議論の出発点として有効に活用できるものと考えている。

研究協力者：（五十音順）

安藤久美子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

五十嵐禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

黒田治（東京都立松沢病院）

樽矢敏広（国立精神・神経センター病院）

野田隆政（国立精神・神経センター病院）

平田豊明（静岡県こころの医療センター）

平林直次（国立精神・神経センター病院）

松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

協力：（順不同）

内嶋順一（みなと横浜法律事務所）

山本健一（六番町総合法律事務所）

東京地方裁判所

最高検察庁

A. 研究目的

本研究は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の制度の運用はいうまでもなく、法の下での平等をまもったうえで行われるべきである。制度の中ではいくつかの時点で法的な評価と判断がおこなわれるから、こうした視点はそのたびに遵守されなければならない。

本研究では、個々のケースの処遇の発端となる処遇申立のところに注目し、その申立の条件となる「心神喪失等の状態」の検察官や裁判所の判断のための資料となる精神鑑定において、できるだけ均一化をはかることを目的として、鑑定や鑑定書の作成のための手引きを作成することにした。

また、平成21年5月21日から施行される、裁判員制度における精神鑑定においては、これまでの鑑定業務に加え、一般の人たちに鑑定の

経過と結果を報告するという作業が求められることになった。そこでは、(これまで以上に)丁寧さや緻密さを保ちながら、同時に、簡潔で分かりやすい鑑定を目指さなければならない。手引については、この、ときになかなか両立しがたい課題にも焦点をあてながら、作成することになった。

B. 研究方法

本研究ではまず、「厚生労働科学研究費補助金(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(研究代表者:松下正明)」の分担研究班のひとつである「責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究(分担研究者:樋口輝彦)」の成果であった平成17年度版の「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」をベースにし、これを試行的に実際の精神鑑定業務で利用した鑑定人と法曹からの意見などを収集した。

そして、これを参考にして、本研究班において精神科医と法曹によるディスカッションをして平成18年度版の手引きを作成した。

さらに平成19年度と20年度の2年間にわたって、18年度版の手引きの実際の鑑定業務における試行とその利用者からのフィードバックを得て、あらためて研究協力者の精神科医と法曹によるディスカッションをおこなってとりまとめ、総括版へと改定をおこなった。

C. 研究結果

試行とディスカッションを通じて、鑑定意見をまとめるにあたってもっとも重要な点として、精神障害の正確な診断をしなければならないことはもとより、その精神障害と事件の関係を丁寧に説明することが必須であるということがまとめられた。これは平成21年からの裁判員制

度における精神鑑定においてもやはり共通することであると考えられた。

手引ではこのこと中心にして以下の6つの推奨項目をあげた。

- (1) 責任能力の評価と検討は、可知論的な視点から行うことを推奨する。
- (2) 責任能力を構成する能力は、弁識能力と制御能力に焦点をあてて整理することを推奨する。
- (3) 責任能力を構成する能力(弁識能力と制御能力)の障害の程度については「完全に失っていた」「著しく障害されていた」「(単に)障害されていた」「障害されていなかった」の4段階を考えることを推奨する。
- (4) 当該行為時の弁識能力や制御能力の障害が「精神の障害」によるものであることを確認すること、および臨床的に何らかの精神医学的な診断名が付されたとしても、それがここでいう「精神の障害」に該当するかどうか慎重に検討することを推奨する。
- (5) 医療の必要性等は、刑事責任能力とは明確に区別して「参考事項」の欄に積極的に述べることを推奨する。
- (6) 鑑定における評価、判断の前提となる事実については細心の注意を払うこと。

また、この意見の整合性、ことに法曹の視点からの検証に耐えるものを目指すうえで、鑑定人としても自ら確認をしておいたほうがよいと思われる着眼点7つをまとめた。

今回、総括版として作成された「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」を添付資料とする。

D. 考察

今回策定した手引きはこれまでの多くの議論

をまとめたものであるが、必ずしも完全なエキスパートコンセンサスを得ているとは言い難い。つまり、未完成なものということにもなる。

しかし、これまでの責任能力鑑定をめぐる議論が膠着していた背景には、その議論をするための「たたき台」すら存在していなかったということが大きくかかわっていたといえる。

そうした意味で本研究成果は極めてこの領域において、極めて有用なものであると考えている。

E. 結論

本手引きについては、これを精神鑑定のありかたや刑事責任能力についての議論を深め、そしてその均霑（きんてん）化を目指すための、ひとつの「たたき台」として位置づけたいと考えている。そしてさらに現場への浸透をはかり、実際に使用した精神科医や法曹からの意見、批判を今後も収集しつつ、今後も繰り返し改訂をしていく予定である。

なお、本手引きは分担研究者が所属する研究機関のホームページからダウンロードが可能であり、また各地方裁判所、各高等裁判所、最高検察庁、東京地方検察庁、各精神保健福祉センター、および裁判員制度の実施準備として全国各地で地方裁判所の主催で開催されてきた模擬裁判で鑑定人役をした精神科医のうち研究班で把握しえた医師らに配布したほか、平成 21 年度以降には医療観察法の運用のために開催される「精神保健判定医等養成研修会」におけるテキストとしてもその参加者に配布される予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 岡田幸之、安藤久美子：諸外国における刑

事精神鑑定—アメリカ—訴訟能力の判定。

司法精神医学 2. 刑事事件と精神鑑定（総編集：松下正明，編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二），中山書店，東京，2006

- 2) 安藤久美子，岡田幸之，小泉義紀：諸外国における刑事精神鑑定—カナダ—司法システムと精神鑑定。司法精神医学 2，刑事事件と精神鑑定（総編集：松下正明，編集：山内俊雄・山上皓・中谷陽二），中山書店，東京，2006
- 3) 岡田幸之，松本俊彦，樽矢敏広，吉澤雅弘，高木希奈，野田隆政，安藤久美子：米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その 1）：刑事責任能力判断の要点とその変遷—。犯罪学雑誌 72(6)：177-188，2006。
- 4) 岡田幸之：刑事精神鑑定—医療観察法施行後の変化—。こころの科学 132，42-46，2007
- 5) 岡田幸之，吉澤雅弘，高木希奈，野田隆政，安藤久美子，松本俊彦，樽矢敏広：米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その 2）：心神喪失抗弁における精神活性物質中毒と非伝統的な精神障害の扱い—。犯罪学雑誌 73(1)：15-26，2007
- 6) 岡田幸之，野田隆政，安藤久美子，松本俊彦，樽矢敏広，吉澤雅弘，高木希奈：米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その 3）：鑑定の実務と倫理にかんする留意事項—。犯罪学雑誌 73(2)：36-47，2007
- 7) 岡田幸之，安藤久美子，松本俊彦，樽矢敏広，吉澤雅弘，高木希奈，野田隆政：米国

の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その4）：鑑定人の意見のまとめかたと証言－、犯罪学雑誌 73(4)：108-120, 2007

- 8) 岡田幸之, 松本俊彦, 五十嵐禎人, 黒田治, 平林直次, 安藤久美子, 野田隆政, 樽矢敏広, 高木希奈, 平田豊明：刑事精神鑑定書の書き方－「刑事責任能力に関する鑑定書作成の手引き」の開発－、精神科治療学 23(3)：367-371, 2008
- 9) 岡田幸之：刑法 39 条とその周辺についての精神医学的視点からの考察。司法精神医学 3(1)：83-87, 2008
- 10) 岡田幸之, 美濃由紀子：医療観察法の鑑定入院で看護には何が求められているか。医学書院, 精神看護, 11(3), pp.24-36, 2008
- 11) 五十嵐禎人, 藤崎美久, 平田豊明, 分島徹, 村上優, 岡田幸之, 平林直次, 村田昌彦, 田口寿子, 原隆, 黒田治, 須藤徹, 宮川明美, 安藤久美子, 市川宏伸, 大倉勇史, 八木深：専門医のための精神科臨床リュミエール 1, 刑事精神鑑定のすべて。五十嵐禎人（編）中山書店, 63-76, 2008
- 12) 岡田幸之：精神鑑定と裁判員裁判。精神医療と法, 編集代表：中谷陽二, pp.105-121, 弘文堂, 東京, 2008

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究

分担研究報告書

(添付資料)「刑事責任能力に関する精神鑑定書の手引き」

分担研究者 岡田幸之

国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部

平成 18～20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究
分担研究 他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究

刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き

平成 18～20 年度総括版（ver. 4.0）

他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究班編

目 次

■はじめに 平成 18～20 年度総括版にむけて	419
■第 1 章 刑事責任能力の考え方	425
□参考 1 鑑定の考察にあたっての 7 つの着眼点 ～精神障害と事件との関係を整理し、法廷に備えるために	439
■第 2 章 刑事責任能力の鑑定書の整理方法 ～鑑定書式とその解説	447
1. 一体型書式 (ver.4.0c)	
2. 別紙型書式 (ver.4.0s)	
3. 別紙型書式 (ver.4.0s) 用の各種別紙例	
■第 3 章 刑事責任能力の鑑定書の作成 ～典型的なケースの作成例	465
1. 統合失調症 (急性期例) 別紙型	
2. 統合失調症 (慢性期例) 一体型	
3. うつ病 別紙型	
4. 発達障害 別紙型	
5. パーソナリティ障害 一体型	
6. 薬物・アルコール関連障害 一体型	
□参考 2 鑑定にあたっての問診 ～鑑定面接を効率よくおこなうために	509
□参考 3 鑑定での情報収集の効率化をめぐる法曹との協働 ～法曹に情報提供を依頼すること	519
●付録 書式各種	527
1. 一体型 ver.4.0c	
2. 別紙型 ver.4.0s	

はじめに

平成 18～20 年度総括版にむけて

この手引きは「厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究（研究代表者：山上皓）」の分担研究班のひとつである「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究（分担研究者：岡田幸之）」の主たる成果物です。

平成 17 年度にはじめて作成された「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き（※注）」に、毎年度の改定を重ね、最終年度であるこの平成 20 年度に一応の総括版となりました。

■総括版が目指すもの

本年度の改定にあたっては、平成 17、18 年度版について、鑑定をおこなっている精神科医、そしてそれを利用する法曹関係者といった方々からの意見をできるだけ幅広く聴取し、その結果をできるだけ偏りのないように反映する努力をしました。

今回とくに大きく改定された点は、これまで掲げてきた「(1) 鑑定の標準化」と同時に、「(2) 裁判員制度にそなえて」という発展的な課題を追加して、平成 21 年に開始が予定されている裁判員制度における精神鑑定の実施を標的に入れたことです。

■作成の経過

この二つの課題に注目して、この手引きが作られてきた経過をあらためて整理しておきます。

(1) 鑑定の標準化

まず、前者の「鑑定の標準化」についてですが、これまで精神鑑定をする精神科医という専門家の間でも、精神鑑定についてなかなか“標準”といえるものを共有することができていませんでした。そのことが法廷の混乱などをきたす大きな原因のひとつとなってきました。このことを解決しようという目標を立てました。

もともとこの問題は司法精神医学の長い歴史のなかでこれまで繰り返し指摘されながらも、なかなか解決に至らなかった、いわば“司法精神医学の永遠の課題”でした。その問題が精神医学の領域からしても、また法学の領域からしても、極めて深遠で重要なものであるがゆえに、これまで司法精神医学を支えてきた専門家たちも、じっくり時間をかけて慎重に議論すべき課題だと考えてきたといえるでしょう。

しかし、この数年の間にこの問題への取り組みにあたって、転機となるいくつかの出来事が起こりました。

その筆頭にあげられるのは、平成 17 年 7 月 15 日の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」の施行です。この法律のもとで医療をうける

対象者は審判によって決定されるわけですが、その手続きのいわば一番初めの関門になるのは「心神喪失」ないし「心神耗弱」であるというところです。その判断のばらつきがあるようでは制度が平等に運用されません。そこで、全国レベルでの責任能力鑑定の標準化が喫緊の課題となったのです。

このような流れの中で、私たちの研究班がこの手引きを平成 17 年度に「初版」として作成した時点では、精神科医という専門家の間でのコンセンサス作りこそが手引きが目指すところであったのです。

ただ、繰り返し述べるように、それは“司法精神医学の永遠の課題”であり、この手引きだけで一朝一夕に完成されるものではありません。そして責任能力そのものの結論は法律判断ですし、精神科医が完全に一致した答えを出すという意味での標準化はおそらく不可能です。

本手引きが目指すのは、その手法や考え方の道筋、その整理の視点に一定の標準を設けることです。その礎となればと考えてこの作業を進めてきたのです。

(2) 裁判員制度にそなえて

ちょうど私たちが(1)のような鑑定の標準化の作業にとりかかったころと前後して、平成 16 年 5 月 28 日に「裁判員の参加する刑事裁判に関する法律(裁判員裁判法)」が成立し、平成 21 年 5 月 21 日に施行されることになりました。一般人が参加するこの制度のなかで、精神鑑定をどのように組み込んでいくことになるのでしょうか。

上述のとおり、いまだ専門家の間でのコンセンサスができあがっていない状況で、さらに裁判員制度への対応も必要となったのです。裁判員制度のもとでの鑑定について求められるものは何かということが、私たちの班の議題となりました。

こうして今回の改定にあたって「裁判員制度にそなえて」という二つめの目的を追加することになったのです。この目的を追求するために私たちは、裁判員裁判における精神鑑定についての法曹関係者らの要請を確認しつつ、その重要なポイントをまとめました。

とくに重要なこととして以下の 2 点をあげることができました。

- 1 鑑定書が短い公判期日のなかで証拠として採用され、さらに法廷で朗読される可能性もある。そして一般人である裁判員にも理解されなければならないので、鑑定書はできるだけ簡潔で理解しやすいものである必要がある。しかし、同時に従来からの精神鑑定が大切にしてきた、専門性の高い考察の精緻さなどを失ってはいけない。その両立を求める必要がある。

具体的には、その方策として、本体自体は簡潔な鑑定書とし、その説得力の厚みを持たせる必要がある部分については任意に付加する部分として「別紙」に移動するという方法も考えられるであろう。

- 2 裁判官から裁判員に対して行われる説示の中で、責任能力の考え方について、今までのように弁識能力や制御能力などは異なった言葉を使って説明が行われる可能性があるため、そうした法曹の説明の動向をみすえつつ、その変化にあわせることができるものとする必要がある(※)。

具体的には、必ずしも弁識能力や制御能力という言葉によるのではなくても、法曹の求めに応じて、つまりその法廷での責任能力の考え方の定義にしたがって、鑑定書のまとめをするのがよいであろう。

※もっとも、捜査段階での鑑定では、検察官の求める説明の形式はわかるとしても、起訴後に裁判所や弁護士がどのようなものを求めるかについてあらかじめ予測することはできない。

ところで、現時点に至ってさえ、裁判員制度そのものの実施の是非から論じられています。まして精神鑑定という現行の裁判のなかでも問題が多く指摘されているものを、この新しい制度で本当に扱うことができるのかということになると、一層の疑問がもたれるかもしれません。

けれども私たちの研究班では、裁判員制度の是非とか、その制度のなかで鑑定が関連するような事件を扱うことの是非については——非常に大切な問題ではありますが、あえて——取り扱わずにおくことにしました。私たちは、これをむしろ鑑定の標準化をすすめる絶好の機会としてとらえ、本研究を進めることにしたのです。

ですから、もし将来、万が一、裁判員制度が行われなくなるとか、精神鑑定が関連するような事件はその制度のなかでは扱わなくなる、といったことがおこったとしても、私たちのこの研究は無駄にならないと確信しています。

■ 2種類の書式について

今回の版では、2種類の書式を掲載しました。従来から紹介してきたものを一体型とし、これに別紙形式を追加しました。

2つの形式の区別のためバージョン番号の下位に一体型にはc (complex, combined などから)、別紙型にはs (separated, segmented, summary などから) の符号をつけました。

■ 「7つの着眼点」について

最後に（とくにこれまでの版の手引きを使用してくださっていた方たちにとって）重要なことがらとして、今年度の手引きでは「7つの着眼点」について改定したことをお伝えしておきます。その要点は次のとおりです。

- 1 「7つの着眼点」は、あくまでも法律家の視点から法廷などで問われる可能性の高い質問などを経験的に列挙したものである。
- 2 法律家からの質問にも鑑定人が十分に対応し、彼らの納得が得られるようにするためには、まえもって法律家からの質問を想定して、鑑定書のロジックを確認しておくのがよい。 今回の改定では「7つの着眼点」がこうした視点から（法律家ではなく）精神科医が（法律家への説

明の準備のために)用いる「整理のツール」であるという位置づけを明確にした。

- 3 「7つの着眼点」の位置づけをこれまでの「推奨」の事項から「参考」に変更した(書式のなかでは別紙へ移動した)。

まず1、2についてですが、「7つの着眼点」としてあげられている項目は、精神科医の専門分野からの視点というよりも、法実務家の視点であるという指摘があります。この指摘はある意味で妥当なものです。ただ、そうではあるのだけれども、結局、私たちが法廷に出たときには、その法実務家の視点からの尋問が行われます。ですから、こうした項目にどこまで答えられるのか、答えるのが難しいとしたらその事例の場合にはどういうことが理由となっているのか、ということも含めて、法曹の疑問に答えるために、そして法廷にむけた準備として、確認しておいたほうがよいと考えています。

そして3についてですが、「7つの着眼点」が、「評価基準」のように誤解されるとか、責任能力が「ある」という判断へ向かわせる傾向が強いという指摘があります。これまでニュートラルな視点にたった確認のための「着眼点」として用いるように提言してきましたが、今回は念のため、7つの着眼点を従来の「推奨」から「参考」に変更し、書式の中でも「別紙」に移動し、この着眼点の採用については任意のものであることがはっきりとわかるようにしました。

■手引き作成の協力関係について

こうした手引きは精神科医が中心にならなければ現実的には作成ができるものではないでしょう。その作業には今回の研究班では多くの精神科医に協力を得ることができました。

そしてこのこと以上に重要なこととして、法実務家の協力を得ることができたということも指摘しておかなければなりません。裁判官、検察官、弁護士の法曹三者の参加がえられたことは極めて有意義なことであったと思います。

もちろん、この総括版が、精神科医、裁判官、検察官、弁護士の、全国の専門家たちの完全なコンセンサスにもとづくものということはありません。

しかし、このような共同作業が可能であることを確認できたことは確かです。そして今後そうした共同作業を行っていくうえで一つの土台としてこの手引きを位置づけることができればと思っています。

■むすびに

繰り返しになりますが本手引きの作成の作業は、精神鑑定というものを法の下での平等の原則をまもるべく、その標準とは何か、そしてそれをめざすためにはどうすればよいのかという視点から着手されたものです。

したがって、本手引きやその書式、あるいはここで説明されている理論は、簡易鑑定、起訴前本鑑定、そして刑事裁判の公判鑑定の場面などではもちろんのこと、たとえば心神喪失者等医療観察

法の審判で刑事責任能力について再検討が必要であるような場合の参考資料を作成するときなど、さまざまに応用して使っていただければと思っています。

冒頭にも示したとおり、この平成 20 年度版は、今年度で研究補助金が最終年度となりますので、とりあえずの総括版と位置づけます。しかしながら、今後も必要に応じた改訂をおこなっていきたいと考えております。どのようなかたちでも結構です。各方面の専門家の方々に積極的に、実務に活かしていただき、そしてご意見やご批判をお聞かせいただければと思います。

今後とも皆様には一層のご協力をいただきたくお願い申し上げます。

平成 21 年 3 月 31 日

分担研究代表者

岡田 幸之 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

分担研究班員

安藤久美子	(国立精神・神経センター精神保健研究所 室長)
五十嵐禎人	(千葉大学社会精神保健教育研究センター 教授)
黒田 治	(東京都立松沢病院 医長)
樽矢 敏広	(国立精神・神経センター病院 医長)
野田 隆政	(国立精神・神経センター病院 医師)
平田 豊明	(静岡県こころの医療センター 院長)
平林 直次	(国立精神・神経センター病院 医長)
松本 俊彦	(国立精神・神経センター精神保健研究所 室長)

協力	内嶋 順一 (弁護士：みなと横浜法律事務所)
	山本 健一 (弁護士：六番町総合法律事務所)
	東京地方裁判所
	最高検察庁 (順不同)

※注) 初版(平成 17 年度版)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) 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(研究代表者:松下正明)」の分担研究班のひとつである「責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究(分担研究者:樋口輝彦)」によるものである。

第1章

刑事責任能力の考え方
～鑑定書に何をどう記すか～

第1章 刑事責任能力の考え方～鑑定書に何をどう記すか

精神科医が刑事精神鑑定を求められたときに直面する、もっとも重要で、もっとも難しい問題は、刑事責任能力の評価である。本章では、その考え方をできるだけ簡単に解説する。

■推奨1 ■ 可知論と不可知論

【要点】

責任能力の評価と検討は可知論的な視点からおこなうことを推奨する。

※ただし、同時に、可知論の限界も熟知しておくべきである。

責任能力の考え方は大きく「不可知論」と「可知論」の2つに分けることができる。この2つはもともと、人の精神あるいは人生や運命の決定に関わる、哲学的命題による。それは神の存在にまで言及しうる深遠な課題であるが、刑事責任能力の文脈では、両者は「精神障害」がその人の意思や行動の決定過程にどのように関わるかを、評価することはできないとする立場（不可知論）と、できるとする立場（可知論）のちがいがあたる。

この二つの立場からの責任能力の判断は以下のようなになる。

(1) 不可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下した時点で判断を停止する。あとは、あらかじめ精神医学者と司法関係者との間で、診断と責任能力との間に一対一対応で決めた「慣例」に基づいて責任能力の結論を導く。

(2) 可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下し、

さらに個々の事例における精神の障害の質や程度を判断し、その精神の障害と行為との関係についての考察に基づいて、責任能力を判断する。

ところで、人の意思決定過程は究極的には説明できない部分があるのは確かである。この点で不可知論はある程度支持される。一方で精神症状が行動の動機づけに関わることがあるのも確かである。つまり可知論もそれなりに支持される面がある。

したがって、どちらの立場に立っても、現実的に責任能力の考察をおこなっていくうえでは、完全に他方の視点を排除することはできない。つまり、評価を「厳密にはできない」という点を重視するのが不可知論“的”立場であり、「かなりの程度までできる」という点を重視するのが可知論“的”立場であるということになる。

鑑定にあたって、このいずれの立場にたつのかは、個々の鑑定人にゆだねられている。しかし、近年は可知論“的”な立場をとる鑑定が多くなり、そしてそれを採用する法廷も多くなっ

ている。

その理由として、たとえば①臨床では統合失調症などに軽症例が増えていること、②疫学的研究や生物学的研究からも従来のように外因性、心因性、内因性という疾患の病因論的な分類が必ずしも明確な境界線を引くことができなくなっていること、③生物学的研究や疫学的研究が新たな知見を明らかにし続けており、かつ操作的診断基準の汎用がすすむことで、従来の慣例の基礎となっていた従来診断（伝統的診断）とは疾患概念が異なってきていること、④その操作的診断基準は将来確実に変更されていくから「慣例」の構築が難しいこと、⑤精神障害者のノーマライゼーションや社会復帰の動きなどとあいまって、精神障害者をあたかも社会的な機能を失った人たちとしてひとくくりにするのではなく、その精神機能をより綿密に多面的に評価するようになってきていること、などがあげられる。

このように精神医学や精神医療の状況は、可知論的な精神鑑定に親和性がより高まる傾向にある。また、裁判所の判断もおおよそ、そうした動向に一致しており、その立場を支持する法曹の見解として、1984年7月3日の最高裁第三小法廷決定の判旨にはつぎのようなものが示されている。

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被告人が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

※下線は著者による。

また、平成21年から開始される予定である裁判員制度では一般人が裁判に参加すること

になる。彼らに対しては、おそらく「重症の統合失調症ならば原則として心神喪失ということになっている」と不可知論的に述べるよりも、精神障害と事件との関係を整理して、可知論的な説明をするほうが（鑑定の結論自体に裁判員が同意するかどうかは別としても）、少なくとも裁判員の間で行われる議論を現実的なものにするのでないかと思われる。

研究班では、このように「可知論と不可知論のどちらがより望ましいのか」という議論を十分に重ねたうえで、研究班では、可知論的な立場に立った鑑定を精緻なものにする作業をすすめることが、現実的であると考えた。本手引きも、そういった方向で作成されている。

ただ、こうした可知論的な視点を優位に考える方向性は、一方では責任能力の減弱や喪失を認める範囲を狭くしすぎる危険性もあるし（了解可能性や合目的性を過剰に評価するなど）、逆に、責任能力の減弱や喪失を認める範囲を広くしすぎる危険性もある（犯罪をしたということは制御能力がなかったからであるといった説明を取り入れすぎるなど）。両方の危険性に注意した慎重な評価をしなければならない。

なお、具体的な可知論的な考え方については、岡田の論考（岡田幸之：刑事責任能力再考—操作的診断と可知論的判断の適用の実際。精神神経学雑誌107(9):920-935, 2005）などが参考になるであろう。

■ 推奨2 ■ 鑑定書意見の観点～弁識能力と制御能力

【要点】

責任能力を構成する能力は、弁識能力と制御能力に焦点をあてて整理することを推奨する。

※かならずしもこの両者が明確に区別できるというわけではない。

※法曹が別の視点や言葉をつかったかたちでの報告を求めるならば、この限りではない。したがって、個々の鑑定をするにあたっては、事前に、その鑑定依頼者とのあいだで、どのような観点から整理すべきかをよく協議しておくことが望ましい。

※とくに裁判員制度の運用にあたって、こうした用語や概念の法廷での扱いが変更される可能性があることに注意が必要である。

刑法第39条には次のように記されている。

心神喪失者の行為は罰しない。

心神耗弱者の行為はその刑を減輕する。

しかし、ここにある「心神喪失」「心神耗弱」がそれぞれ何をさすのか、ということは法律の中にはどこにも記されていない。

法律家はこれをどうみているのかというと、その基本的な見方をあらわしているもののひとつとされているのは、1931年の大審院判決である。そこには次のように記されている。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により、①事物の理非善悪を弁識するの能力なく、または②この弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

※原文より読みやすくするために現代表記に変更した。

また、下線は著者による。

上記のうち、下線部の前者①が弁識能力（あるいは弁別能力、判断能力、認識能力など）、後者②が制御能力（あるいは統御能力など）と

解せられる。

そして、現在の法学理論や法曹の実務のなかでは、刑事責任能力について細かく検討する場合には、この二つの能力についてみるのが一般的であるといえる。

ここで、海外の例をみると、有名なマクノートン準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の本質がわからないほど、もしくはわかっていたとしても②その行為の善悪がわからないほど、理性が欠如した状態であった」ものを心神喪失ととらえている。つまり、弁識能力（のみ）を採用している。また、米国のALI（米法協会）準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の善悪がわからなかった、もしくは、②行為を法に従わせることができなかつた」ものを心神喪失としており、弁識能力と制御能力との両者をみている。

この①弁識能力と②制御能力をどう扱うかについては、①弁識能力のみに依拠すべきか、①弁識能力と②制御能力の両者に依拠すべきかといった議論がある。

実際、米国の現状では、ALI 準則が②制御能力を考慮するためにあまりにも幅広く心神喪失を認定することが問題視されるようになり、多くの州でマクノートン準則への回帰をはかる、つまり①弁識能力のみによる判断を採用す