

行を行ったとするならば、おそらく心神喪失と判断されるであろう。しかし確固たる妄想は存在せず、衝動的、短絡的に犯行を行ったとしたら、どうであろうか。その場合は前後の状況によって、完全責任能力を認める場合から、心神耗弱、心神喪失まで様々に判断は分かれるであろう。

統合失調症では、突然強い不安と不気味な気分（これを妄想気分とよぶ）に襲われることが多い。あるいは瞬時に、見知らぬ人物に対して妄想を抱くこともある。このような場合、刑法の規定に沿えば、ある程度の減刑がされるべきである。

とはいうものの、犯行時には幻覚や妄想が活発であったにもかかわらず、犯行が計画的であったり、明らかに証拠の隠滅をはかっていたりする例もみられる。そのような場合、診断が他の疾患であれば完全責任能力を認める可能性が強いが、統合失調症であれば意見は分かれるであろう。

このように責任能力の判断については、判断に迷うことが多く、職業裁判官ではない裁判員には荷が重いように思えてならない。最高裁の資料においては、責任能力を判定するにあたって考慮すべき点として、動機が一般的に理解できるものであったか（妄想などによる奇異なものでないか）、犯行が計画的・合理的なものであったか、犯行後の証拠隠滅、弁明などから悪いことをしたという自覚があったかどうか、犯行前の生活状況が病気の影響を受けたものであったか、などの点をあげているが、裁判員制度の実施にあたっては上記の諸点について詳細に示すことを求められる。

精神鑑定への疑問

かつて高名な精神科医の多くは同時に司法精神医学の大家であり、精神医学は実学としての司法精神医学によって発展してきたという側面が大きかった。欧米においては司法精神医学が確立し、臨床医学としての精神医学とは別な分野として、専門分野としての独立性が認められていることはすでに述べた。

わが国においては医療観察法の施行とともにようやく司法精神医学という分野の存在が認められるようになったが、一方で精神鑑定に対する疑問の声が絶えない。

たとえば評論家の宮崎哲弥氏は、次のように述べている。学識者の意見として代表的なものであると思うので、少し長くなるが引用してみる。

そもそも精神医学は、他の医学と大きく異なり、病変部医を客観的に示すことが困難であり、その診断基準は極めて秘教的かつ曖昧である。

流派によって驚くほど見解が異なるし、同じ流派に属する医者の間ですら所見が分かれることも稀ではない。

例えば、宮崎勤の裁判では、起訴前に一回、一審の公判で二度の鑑定が行われた。しかも

公判二回目の鑑定では、鑑定医同士の意見が割れて、都合四通の異なる鑑定書が出されることになった。無論、鑑定が一致しないケースはこれだけではない。

幾度も鑑定医を務め、犯罪コメンテーターとしても高名な精神科医は、精神鑑定という作業はアートであり、鑑定書は作品であるとすら述べている。厳密に客観的な科学ではないと認めているのである。

だがアートや作品で一己の人間の生死に関わる運命を左右してよいのだろうか。

正常か、異常かを分ける根拠は、実は社会の中にある。社会的変動に連なって精神科の病像は大きく変わる。これは多くの精神医学者において確認されている事実だ。逆に言えば、精神医学は社会から完全に独立した診断基準を持っていないのである。(『正義の見方』 宮崎哲弥 洋泉社)

この宮崎氏の意見に共感する人は少なくないであろう。精神医学は曖昧なもので、それによって行われる精神鑑定など信用できない、精神医学に科学性はないのではないかという問いかけである。宮崎氏の見解は示唆に富むものであるが、現精神医学に対する誤解から発している側面も否定できない。宮崎氏の指摘に答える形で、精神科医としての見解を述べていきたい。

医学としての精神医学

精神医学は客観的な医学とは言えず、診断基準は「秘教的かつ曖昧」なものであろうか。確かに精神疾患においては、通常の身体的な病気のように、目に見える臓器の異常や血液など何らかのデータの異常という形で、病気が認識できることは多くない。そういった意味合いにおいては、客観性は高いとは言えない。

とはいうものの、明らかな検査所見の異常を示す精神疾患も存在する。その代表的な例をあげれば、てんかんとその類縁疾患である。てんかんにおいては、脳波検査において「発作波」と呼ばれる特有の波形が出現する。この発作波は抗てんかん薬による薬物治療によって、次第に消失する。

またアルツハイマー病などの痴呆性疾患や他の器質精神障害においては、周知のようにMRIなどの画像検査において、脳の形態的な異常所見を示すことが知られている。このような精神疾患の診断や治療については、身体疾患と大きく異なる点はない(あえて特徴的な点をあげるならば、患者本人に病気であるという自覚が乏しい場合があり、治療がなかなか進展しない点である)。

それでは、代表的な精神疾患である統合失調症やうつ病などの気分障害では、どうであろうか。診断や治療は客観的に行われているのであろうか。それとも、主観によって左右されているのだろうか？

精神医学の研究において、統合失調症やうつ病を対象として、何らかの検査指標が診断や治

療のマーカーとして有用でないか繰り返し検討が行われてきた。実際、そうした試みは、一定の成果をあげている。

脳波検査の中で事象関連電位という記録方法がある。これは認知、注意、期待などの精神活動と関連して出現する微小な脳波の成分であるが、脳波を数学的に処理することによって抽出することができる。統合失調症においては、この事象関連電位の中で、認知機能と関連する成分の振幅が減少していることが多くの研究者によって確認されている。

このように、精神医学で求めているものは、精神疾患の生物学的な指標であり、これは他の医学の分野と変わりがない。さらに成果はまだ不十分であるが、遺伝的な検索も盛んに行われている。精神疾患についての「医学的」な研究は、精神医学における中心的なテーマなのである。

それでは、精神医学における診断は曖昧で主観的なものなのか。確かに診断の困難な症例は存在しているが、主要な精神疾患についての診断や治療法の一致率はかなり大きいと思われる。

必ずしも精神医学に責任があるわけではないが、一般の人の誤解を招く大きな要因として、マスコミに流布される精神医学に関連した新奇な病名の問題がある。アダルトチルドレン、適応障害、ゲーム脳などといった用語がまるで学問的に確立したもののようにマスコミを駆けめぐることに対して、胡散臭く思う人も多いであろう。

こうしたタームは、元来は精神医学の用語であっても、その多くは誤った使い方をされている場合がほとんどであるし、そもそも「ゲーム脳」のようにまったくデタラメな言葉も独り歩きすることもある。というよりは、ジャーナリズムでもてはやされる「病名」の多くは根拠のないものである。

また正式な病名であっても様々な言い方があり、また正式な病名自体が時代とともに変化していくことも、事態をわかりづらくしている。このような背景には、国際的な診断基準が作成され、統一的な用語が用いられるようになってきていることも原因の一つである。例えば現在「統合失調症」と呼ばれる疾患は、古くは「早発性痴呆」と呼ばれ、その後は「精神分裂病」、または「精神分裂症」と名称が変わった。一時、「精神分裂病性障害」と呼ばれた時期もあった。

かつての「躁うつ病」は、「感情障害」、「気分障害」と呼ばれるようになっていく。「うつ病」は気分障害に含まれるが、さらに細かく分類され、精神病性うつ病、激越うつ病、非定型うつ病などのサブカテゴリがある。

このような下位分類は学問的に立証されたものであるが、一方で著者が勝手に命名した「病名」もあり、なかなか一般の人には区別がつけにくいことが事態を複雑にしている。例えば、タレントして活躍している女性精神科医が創作した「新型うつ病」という用語がある。マスコミの話題にはなったが、これはまったく医学的な根拠のない概念である。しかし、ジャーナリズムも含めて専門家でない人にはこうした新しい病名がジャルゴン（戯れ言）であるのか、意味のあるものか区別がつきにくい。

もっともこういう傾向は、精神医学だけに限ったことではない。一見もっともらしく医学的な根拠がありそうな身体疾患の用語に関しても、実は証拠の薄弱なものや、まったくのデタラ

メも少なくない。厚生省が推進して普及させた「メタボリック症候群」がそのよい例である。メタボリック症候群は定義さえもはっきりしない曖昧な概念であるにもかかわらず、中央省庁が積極的に推進し、多額の予算を費やしていることには疑問が大きい。

前述したように、精神医学は数値で測れる指標は数少ない。血液中のある物質の濃度を測定すれば、診断がつくことはない。内臓疾患で行われるバイオプシー（組織の一部を切り取り、病理学的に診断する手法）も、脳が対象の場合倫理的にはほぼ不可能である。手術で病変部を摘出するという外科療法は、側頭葉てんかんの一部に例外的に適用されるだけである（外科療法には、統合失調症に対して前頭葉を破壊するロボトミーという乱暴な治療法が用いられた不幸な過去がある。驚くべきことに、ロボトミーの考案者はノーベル医学賞を受賞した）。

とはいつても、主要な精神疾患について、その症状や病気の経過は詳しく調べられているし、治療に関しても世界的なスタンダードも確立している。病気の症状や経過の詳細がわかれば、通常の診療能力を持つ医師にとって正確に診断することは難しいものではなく、診断の不一致も一般に思われているよりははるかに少ない。問題となるのは、不十分な情報や資料しか存在していない段階で判断を下す必要がある場合である。不幸なことに精神鑑定では、こうしたことが起こりやすい。

多重人格

前項において、精神医学は医学の一分野として信頼に足るものであることを述べた。さらに付け加えて言うならば、精神疾患の病態の解明は不十分であるにもかかわらず、治療面における実績が大きいことはあまり知られていない。

精神疾患を比較する対象としてわかりやすいものが、やはり脳の機能障害による神経疾患である。神経疾患の診断は、運動障害や感覚障害などの神経症状が典型的である場合は、明確につけられる。病気の原因となる遺伝子が同定されているものも多い。例えば、筋ジストロフィー症などがその代表的なものである。それにもかかわらず、神経疾患の中で特に変性疾患とよばれる一群は、病状の進行が早くまったく治療法が解明されていないものが多いのである。

これに対して精神疾患においては、かつては「不治の病」と恐れられた統合失調症においても、普通の職業生活をこなすだけでなく、結婚生活も送っている例も少なくない数みられる。

しかしながら、精神医学が誤解を招きやすい側面があるのも確かである。

伝統的な精神疾患については、診断や治療のコンセンサスは大きい一方で、比較的新しく提出された疾患概念については、評価が定まらないことがある。そのような例として、「多重人格」を例にあげてみよう。

元来、精神医学の領域において、「多重人格」という症状が出現することは知られていたが、「解離」という現象の一部であるとみなされていた。解離とは脳に器質的な障害がみられないにもかかわらず、健忘などの精神的な症状を示す疾患で、一般的には強いストレスが原因であ

ると考えられている。

多重人格がクローズアップされたのは、一九七〇年代以降のアメリカにおいてだった。これを後押ししたのは、精神科医よりも、「精神分析」の亜流を信奉する心理療法家達である。彼らは心理療法を行っている患者において「多重人格」を発見し、時にはそれが幼児期の虐待が原因であるとまで主張し、さらには虐待の加害者として親を告発することさえ行った。またダニエル・キイスの作品にみられるように、フィクション、ノンフィクションに限らず、多重人格は表現された「作品」におけるキーワードとしても流行した。

作品の中だけであれば実害はなかったが、この多重人格の流行は大きな災厄をもたらした。多重人格患者の親たちは告発され、確かな証拠もなく、虐待を行ったとして刑務所に送られるものも出た。また刑事裁判においては、犯罪の被疑者が多重人格の症状を訴えると、責任能力がないと判断され、無罪となる例もみられたのである。

しかし、伝統的な精神医学者は、多重人格の流行に疑念を持っていた。その後の真摯な医学的な検討によって、多重人格の症状の大部分は元々存在しているものではなく、心理療法における治療者の誘導によって「捏造」されていることが明らかになった。

ビリー・ミリガンの例は書籍、映画ともたいへんな評判となったが、症状の経過を検討すると、ミリガンに元来多重人格の症状はなく、彼が警察に拘留されてから心理療法家が熱心に面接を行った後に、多彩な多重人格の症状が出現した。つまり、ミリガンの多重人格は心理療法家を作り出した「偽物」だったのである（『精神鑑定の事件史』 中谷陽二 中公新書）。

今や多くの精神科医は多重人格の症状は散発的に出現することはあっても、解離の一症状であり、固定的なものではないこと、また病気の主要な症状ではないことを知っている。したがって、多重人格に興味を示す精神科医は多くない。しかし多重人格の流行は、精神医学に対する不信感を増大させたことは確かであり、そのような流行をはっきり糾弾できなかった点において、精神医学の責任は大きい。

歯科医宅妹バラバラ殺人事件

平成十八年十二月末、三浪中の予備校生武藤勇貴は、渋谷区の自宅において妹の武藤亜澄を殺害し、死体をバラバラに切断した。彼は妹の首を絞めた後、浴槽内の水槽に被害者を沈めて窒息死させている。殺害の動機について勇貴は、妹から「『勇君が歯医者になるのは人まねだ』」などとばかにされ、一気に怒りが爆発した」と供述した。以下の記述は、被告の公判を記録した産経新聞のウェブサイトを参考とした。

事件のあった日、些細なことから口論となり、被告は被害者を木刀などで何回もなぐりつけた。彼はいったんは冷静になったが、再度被害者から、「私には女優になってスターになる夢がある。勇君とは違う。勇君が歯医者になるのは、パパとママのまねじゃないか」と罵倒されて逆上し殺害に至った。

勇貴は、被害者が肩に掛けていたタオルを被害者の首の前で交差させて巻きつけ、タオルのそれぞれの端を右手と左手で握り、両手を力いっぱい伸ばして被害者の首を絞めた。被告は、以前ドラマで180秒首を絞めれば人は死ぬという場面を見たような記憶があったことから、被害者の首を3分間絞め続けようと考え、1から180まで数えながら首を絞め続けた。

しかしこれによっても被害者は死亡しなかったため、風呂場までひきずっていき、水が張られた浴槽に仰向けの状態で入れ、被害者の首を右手でつかんで押し下げ、頭を浴槽の底に付けて頭全体を水の中に沈めることによって命を絶った。

勇樹は事件後の隠ぺい工作を丹念に行っている。家の中の血痕をふき、さらに遺体を隠すために切断し、四つのビニール袋に分けて入れた後、自室のクローゼット内などに隠した。

事件の翌日被告は、午後3時ころ、予備校の冬期合宿に参加するため、父親の運転する自動車ですぐに都内の予備校まで送ってもらった。その際、勇貴は、普段と変わらない様子で、父親に対して「自分の部屋に鮫の死体がある。合宿から帰ったら自分で始末するから、部屋には入らないでほしい」などと話している。彼は予備校には通っていたが、ほとんど受験勉強はせず、一日中自宅でアクアリウムを見て過ごしていた。

この事件は富裕な歯科医宅で起きた猟奇的な犯罪としてセンセーショナルに報道されたが、勇貴の犯行は間もなく露見し一月四日に逮捕され、彼は犯行について詳しく述べた。しかしその後東京地裁で始まった裁判で、被告は犯行の動機や殺害の手順など、犯行にかかわる大部分に関して「わからない、覚えていない」という発言を繰り返した。次のような具合である。

検察官 「妹さんのセリフは覚えていたのか？」

被告 「そのように言われたように思う、とあったところでしょうか」

検察官 「妹さんのセリフで『パパとママのまねじゃないか』というのは？」

被告 「そのように思う」

検察官 「この発言を、当時はどう思った？」

被告 「分からない」

検察官 「今、妹さんに言われたら腹が立つ内容ではないのか？」

被告 「ちょっと分からない」

検察官 「妹さんの発言に対して、何も思わなかったのか？」

被告 「何かしら感じていたとは思いますが」

検察官 「それでタオルで首を絞めたのか？」

被告 「それは断言できない」

鑑定の結論

勇貴被告の公判は、精神鑑定のために半年間休廷した。鑑定人は、元私立大学教授のU医師

である。この鑑定を、日本における精神鑑定の問題点が顕著にみられたケースとして、取り上げたい。もちろん筆者には、U医師を個人的に攻撃する意図はない。

U医師は九州大学の出身で、精神分析、精神療法を専門とし、精神医学界においては比較的知られている人物である。しかしながら、司法精神医学に関する経験は多くはないようである。この事件の被告の示す症状から、専門分野が近いということでU医師は鑑定人に依頼されたものであろうが、鑑定においては、逆にこれがマイナスとなったように思える。

第一にこの鑑定のもっとも大きな問題点は、被告を多重人格と診断し、そのため犯行時の責任能力がないか不十分であるとしている点である。その根拠として鑑定人は、被告が被害者の死体を左右対称に十五のパーツに解体しているが、その意図が不明であることに加えて、犯行時の記憶がないことなどをあげている。

しかし、ここで鑑定人は、アメリカにおけるビリー・ミリガンのケースと同様の過ちを犯している。心理療法家の面接によってミリガンの多重人格が誘導されたが、それ以前のミリガンに多重人格の症状はみられなかった。U医師は武藤被告が多重人格であると推定したが、驚くべきことに、勇貴被告自身は「多重人格」の症状を訴えてさえないのである。これは明らかに鑑定人の勇み足であった。

多重人格の診断においては、精神科医や心理療法家の面接に先立って、その特徴的な症状が存在していることが必須である。しかしベテランの精神科医であるはずの鑑定人はこの点で基本的な過ちを犯した。なぜこういう事態になったかという点、推測するしかないが、鑑定人が被告に対して感情移入し過ぎたからではないかと思われる。

第二の問題点は責任能力の判断である。この事件の犯人は犯行の計画性こそないものの、事後の隠ぺい工作は綿密に行っている。したがって自分が悪いことをしたという自覚は持っていたことは明らかである。それにもかかわらず、責任能力は完全とは言えないと判断するのは、明確な誤りであろう。さらに殺害時と死体損壊時における責任能力が異なるものとしている点も不可解である。犯行はといったいものとして理解すべきであり、それが精神障害を原因としたものであったとするならば（この場合はそれも疑わしい）、共通の原因を想定するべきであろう。

第一審の判決は殺人については被告の有罪を認め、懲役7年（求刑懲役17年）を言い渡したが、死体損壊についてはその時点では心神喪失であったとして無罪とした。裁判官は精神鑑定の結果について困惑し、折衷的な結論を出したものと思われる。

鑑定の逸脱

このように妹バラバラ殺人事件の精神鑑定には大きな疑問が存在している。とはいっても、おそらくU医師は誠実に鑑定を行ったために、被告に対して過剰な思い入れが働いた結果、鑑定の誤謬につながったようにも思える。その意味では、鑑定の結果は検証すべきであるが、鑑

定人を非難すべきではない。

しかしながら、精神鑑定を恣意的に濫用しようとしているとしか思えないケースもある。結論が先にあり、その結論に沿って鑑定のロジックを組み立てるといったものである。

光市母子殺人事件の犯人に対する精神鑑定について、藤井誠二氏は宮崎哲弥氏の文章を引用して次のように語っている。

まず、以下の文章を読んでください。畏兄・宮崎哲弥さんの筆によるものです。（産経新聞 2007.7.5）

精神鑑定医のねつ造

司法精神鑑定について、こんな正論がある。

「精神鑑定とは、厳密に言えば、犯行時に精神病であったか否かを診断し、裁判官や検察官に心神喪失者か心神耗弱者か否かの判断の資料を提供するものである。決して「『動機や動機形成の過程』を解明したり、『心理状態などを調べる』ものではない」「『なぜこんな凶悪な事件が起こったのか』、低俗な物語作りに加わってはならない。精神鑑定はあくまでも、専門の精神科医によって、被告が犯行時に精神病であったか否かを判断するものでなければならない。それ以上でも、それ以下でもあってもならない」

まったく筋目の通った議論だ。書き手は精神科医の野田正彰（『世界』二〇〇〇年七月号）。

ところが、この文で精神鑑定の濫用、鑑定医の越権を厳しく戒めた野田が、光市母子殺害事件の弁護側精神鑑定では、自らその規戒を平然と破っているようにみえる。

野田鑑定にある「（被害者に）抱きついたときの被告人の意識は、被害者に義母を見て、その先に（被告人の自殺した）母親を見ている」という分析は、果たして「精神病か否かの診断」に当たるのだろうか。

「（被告人の脳裡に）子どもを産むことのできる精子なら、女性を生き返らせることができるという、マンガで読んだ思考が浮かんできた。そこで、被告人は、ペニスを入れようとした」という被害者死因の説明は「低俗な物語作り」への加担ではないのか。

そもそも、弁護団は心神の喪失、耗弱を主張していない。殺意を否認しているだけだ。そのような裁判に関わることで自分が鑑定医の越権行為ではないのか。

野田に問い質したい。

（中略） 宮崎さんが指摘するようにこれは、精神病か否かを判断する鑑定行為をこえた「低俗な物語」への関与以外のなにものでもないとおくは思います。もっとも弁護団からすれば「低俗」などではなく、こちらが真実だと言いたいのでしょうけど（『藤井誠二のブログ』二〇〇七年六月六日）。

精神鑑定において、結論が先にあるということは、あってはならない。しかし、現実には、この光市母子殺人事件の例のように、鑑定人の頭の中にある結論に沿って鑑定書が書かれているとしか思えないものも少なくない。あくまで少年事件として被告の刑を軽くしたいという弁護団や鑑定人の意図は明らかであるが、こうした一方の側に偏った精神鑑定は、もはや鑑定と呼ぶこともできないものであろう。

検察寄りの精神鑑定

精神鑑定がねつ造されるのは、鑑定人が弁護側の代弁者になった場合だけではない。世論の関心が高い重大事件の場合、鑑定人はどうしても世論に従おうという傾向からのがれることは難しい。この事件の犯人に心神喪失、あるいは心神耗弱という結論を出してしまうと、ジャーナリズムから激しい批判をされるのではないかと、そう考えてしまうわけである。あるいは鑑定人に予断があり、警察、検察側の資料を無条件で信じてしまった場合、精神鑑定の結果は検察寄りのものとなる。

一九五四年三月、静岡県島田市で少女誘拐殺人が発生した。日本における代表的な冤罪事件である、通称「島田事件」である。この日、島田市の快林寺の境内にある幼稚園で卒業記念行事中に六歳の女兒が行方不明になり、三日後女兒は大井川の蓬莱橋を渡った対岸の山林で遺体となって発見された。

捜査は難航したが、三か月後、赤堀正夫氏が別件で逮捕され、強引な聴取によって犯行を自白した。公判で赤堀氏は自白を強要されたものであると撤回したが、いったんは死刑が確定する。しかしその後の再審の結果、無罪の判決が得られた。

ジャーナリストの佐藤友之氏の著書『ドキュメント精神鑑定』現代書館)から、島田事件における精神鑑定の問題点をとりあげてみよう。

公判の中で、弁護側から申請された被告の精神鑑定が行われた。鑑定人は松沢病院の林暲院長と鈴木喬医師である。検察側と弁護側は真っ向っから対立していた。主な争点は、犯行時のアリバイと殺害方法であった。

被告は小児期に脳炎を患い、軽度の知的障害があった。経済的にも恵まれず早くから仕事についたが長続きしなかった。窃盗などによる服役したことがあることに加え、数回の自殺企図のため精神科で治療を受けていた。このため、弁護側は自白の信用性を問うために、精神鑑定を申請した。

しかしこの思惑は逆に作用した。鑑定人に提供されたのは警察側のシナリオに沿った捜査資料であり、鑑定人はほぼ無条件でこれを受け入れたのである。その結果、犯行時の被告の行動などに関して鑑定書の大枠は検察の主張に沿ったものになった。鑑定人の結論は、「軽度の精神薄弱者で、感情的に不安定、過敏で衝動的な面もある」としたにもかかわらず、自白の信用性に大きな問題がある点については断定を避けている。

島田事件は物証に乏しく、検察側の主要な証拠は被告の自白であった。知的な障害があり、過去の精神科治療歴のある人物が、警察の取り調べによって動揺し、警察、検察の筋書きに沿った形で「自白」をしてしまうことは想像に固くない。実際後に赤堀氏は警察による自白の強要について語っているし、他の事件においても、同様の問題は散見している。ベテランの精神科医がこのような点を見逃すことは不自然である。

前述の佐藤氏は、このような鑑定人の姿勢について、被告は「知能が低く、自分のしたことの意味を深く考えることもなく、その場その場の感情に従って出まかせのウソをいう幼稚な人間」という警察が用意した先入観でとらえていたと主張しているが、そのとおりではないかと思う。実際別のケースであるが、高名な精神鑑定医が冒頭から被告を「危険な性格異常者」と決めつけ、誤った結論を下した例について述べたことがある（『心に狂いが生じるとき』 岩波明 新潮社）。

後に松沢病院院長となった秋元波留夫氏は、この島田事件の鑑定書について、被告が犯人であることを前提としていると批判している（『刑事精神鑑定講義』 創造出版）。鑑定人の一人である鈴木喬氏は、昭和六一年になって、鑑定の結果は警察情報を主な資料とし公平性を欠くものだったとして裁判所に撤回を申し入れたが、その申し入れは無視された。

刑務所内の精神障害者

ここまで述べてきたのは、精神鑑定の「誤用」である。それは鑑定医の未熟さが原因であったり、あるいは弁護側の法廷戦略の結果だったりする。あるいは前項に記したように、検察側の主張に寄り添う鑑定も散見する。

このように書くと、数多くの精神鑑定が誤用さえているように思えるが、実はまったく逆のケースもある。つまり、明らかな精神障害者、知的障害者であるにもかかわらず、その障害がまったく考慮されず、取り調べや裁判を行われるケースである。

元国会議員の山本譲司氏は、自らの受刑経験を元にして、刑務所内でいかに多くの精神障害者、知的障害者が受刑しているか明らかにし、刑務所が福祉施設化している実態を述べた（『獄窓記』 新潮文庫）。彼らの多くは明らかな障害があるにもかかわらず、刑法三九条の規定はまったく考慮されることはなかった。

山本氏が受刑したのは、栃木県の黒羽刑務所である。黒羽刑務所には、比較的微罪の受刑者が多い。収容定員は千八百人あまりであるが、過剰収容の状態である。ここには、木工・印刷・金属・革工工場・ほうき製造工場などを併設している。また建設機械操作の訓練施設があり、全国の刑務所から受講する受刑者を募っていることでも知られている。

一九九六年の衆議院選挙において東京二十一区から初当選した山本氏は、二〇〇〇年六月の総選挙でも再選された。山本氏は菅直人氏の側近であり、民主党の若手のホープとみなされていた。しかし同年九月、山本氏は秘書給与流用の詐欺罪で逮捕され、翌年二月に東京地方裁判

所で懲役一年六か月の実刑判決を受けた。その後彼は控訴を取り下げ、黒羽刑務所で約一年あまりの服役生活を送った。

山本氏は著書の中で、刑務所で受刑している数多くの知的障害者、精神障害者の問題を取り上げた。黒羽刑務所で山本氏は、刑務官をサポートする寮内工場の指導補助として配属されたが、そこは工場とは名ばかりの「刑務所内の掃き溜め」であり、知的障害、精神障害、聴覚障害、視覚障害、肢体不自由など、さまざまな障害を持つ受刑者五十人余りを管理するための場所だった。そこでは作業らしい作業が行われることはほとんどなく、山本氏の役割は彼らの日常生活の監視と介護だったという。

同僚の受刑者は、戸惑う山本氏に次のように説明した。

「この人たちには、まともな仕事なんか無理ですからね。おとなしくじっと座っているように、監視してればいいんですよ」

「あの人なんかは、ズボンから小便をしたたり落ちてるでしょ。もうすぐ周りの人間が、臭いの汚いのって騒ぎだしますよ。そしたら自分らは、あのおじいちゃんを更衣室に連れて行って、ズボンとパンツを着替えさせるんです。当然、床に落ちた小便の後始末もします」

はじめはあまりの現実に圧倒されていた山本氏であったが、次第に日本の刑務所がおかれた奇妙な現状を認識するようになる。今や刑務所は本来の矯正施設としての機能を果たせなくなり、福祉施設化しているのだ。

強烈な臭いが充満し、糞尿や吐物がこびりついた独居房で無言で寝ころがる痴呆の老人や、視点が定まらず絶えずよだれを流し続ける知的障害者など、本書で山本氏が記述する受刑者の多くは、「心神喪失」に相当する精神状態である。こうした障害者は刑事事件に対する責任能力がないばかりか、訴訟をする能力も、刑罰を受ける能力もない。本来彼らは治療や介護を必要とするため、医療刑務所に送致されるべきであろう。しかし医療刑務所の現状では、多くの患者を受け入れることは困難である。

裁判の現場

法曹関係者の話からすると、日本の刑事裁判においては、よほどの重大事件を除いては、被告人の知的能力や精神状態をきちんと検討することは、行われていないという。むしろ刑法三九条が問題となり、精神鑑定が行われるケースが例外的らしい。

字の読み書きも手話もできないため、意思の伝達がまったく不可能なろうあ者が犯行を自白したとして、刑事裁判にかけられた例もある。こうした司法手続きの結果、本来は精神病院に入院したり、あるいは福祉施設に入所すべき障害者が、刑務所で受刑することになっている。

弁護士の入野田泰彦氏は、裁判の現場について次のように語った。少し長くなるが、裁判の現場の実態についてよくわかるので引用する。

入野田 その点なんですけれども、裁判の現場では基本的に責任能力を争うということはちょっと躊躇があります。クライアントというか被告人を僕が弁護する場合であれば、依頼者である被告人が、「いや私は責任能力はありません」と言ってくれば、あるいは目に見えてそうであれば、ある程度配慮して主張するという、立証するというのを考えますけれども、一般的なことを言えば、ほかの弁護士の先生方とか裁判の実務を言えば、責任能力を争うということはあるまりしたがるというのが現実だと思います。

入野田 (中略) 実際に法廷に立つと、「被告人、そこに座っててください」、その言葉が理解できない被告がおります。

例えば放火罪の場合は、放火罪は非常に立証が難しいんですね。現行犯でやらないといけない。現場近くでにやにやして立っている。あいつはいつも立っているなど。おかしい、捕まる。で、当然のことですけども、IQはぎりぎりです。50いくか、60いくかよくわからないけれども、簡易鑑定にかけるわけですね、大体、放火という。ちなみに簡易鑑定は大体25万ぐらいするんですけども。放火だと割合と簡易鑑定というのはとりやすいという傾向があります。というか、大体とりますね。それをやりますとIQの値というのはぎりぎりが出ます。

ぎりぎりが出たときに、じゃあ裁判所はどうするか。で、さっきの世間体の話をすると、放火罪で捕まえましたと、で、捕まえた人間を刑務所に送らないとたたかれるだろうと。一つはそういう恐怖心みたいなのを裁判所は持ちます。検察官も同じです。これは責任能力を争わないというか、そこを問題にしない方向で行こうという、一種の談合的なものが生まれます。

じゃあ弁護側はどうするか。一応争うふりをします。ふりをしていて、僕がそうやったということをお願いはありませぬけれども。一応争うということをとったとしても、しよせん材料がない。じゃあどうすればいいかという方向が正直言って見えないのです。で、刑務所に行ってしまう。弁護人のほうはどうするかといったときに、さっき言ったのは、横でにやにやしているという状況で、もしかするとこれは無罪なんじゃないかというケースがあるので、正直言って。責任能力がないという方向での無罪で争うことはもちろんあるんですけど。話を聞いていて全然支離滅裂なんですね、被告人の言っていることというのは。

あるいは、スーパーでカートに電化製品やら大きななべやいろんなものに乗っけるわけですね。乗っけて、ものすごい山盛りになっているわけです。山盛りになったまんま、そのまま店の外に出ていったりする人がいる。それを万引きだといって、窃盗犯だといって捕まえてくる。さあ、どうするか。それは簡易鑑定にかければいんですけど、多くはかけない、窃盗だから。

こちらから見れば明らかにまずいなど。これは責任能力はないんじゃないのかと。いくら何でもこんなことをする、といったらあれだけ、やらないだろうと。なんですけれども、裁判の現場で何が起きるかという、じゃあこの人どうするのと。じゃあ無罪放免にします

か。無罪放免にするというところの判断が、司法の側の人間はきかないのです。裁判所はもちろんのこと、検察官もそうですし。多くのケースで、例えば万引きを何回もやっちゃうような、非常に不安定というか、いわゆる責任能力の点で問題があるケースというのは何人か扱ったことがあるんですけども、そこは起訴しないのですね。起訴しないということで落とす。

ところが、上がってくると、極めて硬直化してしまっていて、裁判の場でいくら責任能力を争ってもまずほとんどだめなんです。とってこない。まず裁判所は責任能力の点については争うこと自体を否定的に見る。本人を前にすると、やはりこの人は弁舌能力はまずないのじゃないかと。少なくとも、いいか悪いかぐらいは多少はわかるかもしれない。ところが、一応刑法の建前では、いいか悪いかという判断がきいて、その判断したところに従って動けなきゃいけない。ところが動くことができない。おなかがすいたら人のものをとって食べちゃう。そういう人が多々いて、それが裁判に上がってくる。上がってきてどうするか。起訴された以上は基本的にはほとんど有罪になってしまうという方向でしか答えが出せない。

つまり非常に硬直化したシステムになっちゃっていて、弁護側としてはその結論がある程度見えてしまっているから、どうするかというと一種の弁護側のアリバイづくりをする。責任能力を争います。これは無罪ではないかという主張を立てます。この点について異議があるという主張を立てます。そういう記録だけは残しておく。で、何をやってたのかというと、実質的に弁護活動というのはできていない。申しわけないけどできていない。(『精神障害と犯罪』 岩波明編 南雲堂)

前述の山本氏は別のところで、日本の司法システムについて次のように批判をしているが、これは問題の本質を的確に述べている。

「日本の刑事裁判の場合、その7割以上は、国選弁護士が弁護活動を担います。私選弁護士と違って、国選弁護士の多くは、『刑法39条を盾に、被告人の責任能力の有無を争う』といった本格的弁護はしてくれません」

「根拠のない社会防衛論(マスコミのミスリードによるところが大きい)に基づき、司法の側にも、『罪を犯した者は、何が何でも刑務所の中へ』という意識が働くのでしょ」(『季刊 地域精神保健福祉情報 Review 14巻』)

しかし一方、障害者自身が刑務所における生活に肯定的である点は、衝撃的である。本書に記された次の言葉は、出所を控えたある三十代の障害者のものである。現在の日本においては障害者にとって、刑務所の外ではどこにも居場所がないというのだ。

「俺さ、これまでの人生の中で、刑務所が一番暮らしやすかったと思ってるんだ。誕生会やクリスマス会もあるし、バレンタインデーにはチョコレートももらえる。(中略)ここは、俺たち障害者、いや、障害者だけじゃなくて、恵まれない人生を送ってきた人間にとっちゃ天国そのものだよ」

冒頭で述べたように、まもなく裁判員制度が始まり、精神鑑定は一般国民にとってより身近

なものになるであろう。刑法三九条の是非やその運用は重要な問題である。しかし問題はそれにとどまらず、精神障害者や知的障害者を社会がどうやって支えていくかというより困難な課題が存在していることを自覚すべきであろう。

医療観察法における指定通院医療機関の 役割と課題

松原三郎

- I はじめに
- II いくつかの問題点
- III 指定通院医療機関の現状
- IV 医療観察法における指定通院医療機関の役割
- V 指定通院医療機関における医療
- VI 通院医療上の課題
- VII おわりに

I はじめに

平成17年7月15日から施行された「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」は、2年を経て755件の申立てが行われた。審判が確定した667件では、入院医療57%、通院医療22%、不処遇18%、却下3%であった。この間、当初の不確定な時期であることも影響して、種々の問題点が浮き彫りになってきている。このような中において、指定通院医療機関の機能が指定入院医療機関以上に重要な役割を求められることが明らかとなり、また同時に、わが国における地域精神医療サービスの貧困さが、指定通院医療機関の機能を十分に発揮できない状況に追い込んでいる実態も明らかとなってきている。これら指定通院医療機関が抱える問題点を指摘しながら、本来あるべき指定通院医療機関のあり方を再度検討したい。

II いくつかの問題点

施行1年を経て指摘されてきた問題点としては、鑑定入院を中心に以下

のようなものが挙げられており、早急な改善が求められる。

(1) 検察官による申立てにおいては、微罪と思われる傷害の例が多数申し立てられており、本来、手厚い医療が必要な人達への医療であるべきものが、罪名だけで自動的に申し立てられていることには疑問が残る。また、処分保留のまま措置入院となり、本法による申立てを行うか否か判断を急ぐように医療機関側から求めてあったにもかかわらず、治療が進み、すでに退院し、社会復帰状態にあるにもかかわらず、その時点で申立てが行われるなど、法の本来の趣旨とは異なった状況が散見されている。

(2) 鑑定入院と鑑定については、鑑定入院のガイドラインが未整備であることで、対象者の権利擁護に関する部分が不明確であり、また強制的治療に関する規定も不明確なままである。さらに、鑑定医が行う鑑定の様式や判定基準が不明確であるために鑑定結果について鑑定医間の平準化が十分に図られていない。とくに、人格障害合併例、薬物依存例などに判定の差が認められ、さらに、入院・通院の判定についても差異が大きい。

(3) 対象者が他害行為により逮捕されたのち、指定入院医療機関に収容されるまでには、4か月以上を要しているのが現状である。対象者によっては、他害行為の内容は軽微であり、また、それをくり返す可能性も低い場合には、従来の措置入院で十分に対応可能であり、また、その方が早期に治療を開始することができ、予後も良好であるものと思われる（実際に早期治療の効果が示されている）。本法への申立ての基準を再考する必要がある。

(4) 鑑定入院中の治療が大きな効果をあげている。近年、急性期における薬物療法の効果には目覚ましいものがあり、事件後2～3か月間に相当する鑑定入院の時期はきわめて重要な治療時期である。この治療内容を高めるために、鑑定入院医療機関の数を限定して、その質を向上させる必要がある。

(5) 通院による医療が適当であると判定する場合には、対象者が「医療を継続することの必要性を理解している」ことが必要であるが、このことが十分に吟味されないままに通院医療となり、この結果通院医療でありながら、病状の悪化のために精神保健福祉法による入院となっている例も少なくない。

(6) 入院医療を行った対象者の中には、人格障害や薬物（アルコール）依存例が少なからず混入している。これらの事例が入院当初に示した一過性の幻覚妄想は、入院による治療が行われた結果、人格障害と依存症だけが残遺した状態となる。この状態では、本来、この法律による医療には該当しない「不処遇」との審判が下されるべきであるが、実際には「通院処遇」に審判が下され、安易に指定通院医療機関に移行することになってしまっている。本来、指定入院医療機関が責任をもって不処遇の判定を具申すべきものがなされないままに通院処遇に流れている状況である。

(7) その他、指定入院医療機関における人員や費用の不足については、後節で述べたい。

III 指定通院医療機関の現状

平成20年3月時点では、鑑定入院医療機関は382か所必要のところ、236か所であり、このうち国公立病院は52か所（22%）である。指定入院医療機関は24か所必要とされているが12か所にとどまっている。指定通院医療機関は382か所必要のところ、260か所でこのうち国公立病院は49か所（19%）である。指定通院医療機関の主力は民間精神科病院であることは明らかである。

指定通院医療機関の推薦においては、各都道府県に最低2か所、100万人に対して3～4か所、看護基準3対1以上、精神保健指定医が常勤し、訪問看護を実施している。補完型施設としてデイケアや訪問看護のみ実施、などが条件であった。これら当初の基準については、各指定通院医療機関はほぼ満たしているものと思われるが、実際には、ガイドラインから多職種チームを構成する必要があることから、複数の精神保健指定医、複数の精神保健福祉士や訪問看護師が必要となる。さらに、訪問看護が実施されているだけでなく、デイケアや作業療法が実施され、臨床心理士も配置されていることが好ましい。

指定通院医療機関における医療の中心は、外来受診、デイケア、訪問看護の3者である。とくに、対象者の生活そのものに入り込み、指導援助を行う訪問看護の役割は重要である。地域において精神障害者を援助し再燃

を防ぐためには、医療と生活支援が統合的に継続的に行われる必要がある。しかし、対象者に対する医療と支援をアウトリーチ型で行う時には、訪問看護（医療）だけでなく、ホームヘルプサービス（福祉サービス）や保健師（地域保健）の援助が必要であり、この部分は後述するケア会議において調整が図られることになるが、実際の例をみると医療側の訪問看護師の負担がきわめて大きい。アンケート調査では、医療観察法のために専用の職員を配属している医療機関はなく、すべてが兼任で行われている。

しかし、実際には、かなり密度の高い医療・援助を行っても、本来の病状の不安定さから症状が再燃して精神保健福祉法による入院が行われてしまったり、あるいは、人格障害・アルコール依存については、指定通院医療機関はほとんど対応ができない状況も明らかとなっている。

IV 医療観察法における指定通院医療機関の役割

医療観察法の第1条には「……継続的かつ適切な医療及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」とあるが、この中では、継続的な医療と指導が重要な要素となっている。指定通院医療機関は第42条第2項に示された「入院によらない医療」の決定から、第56条に示された「処遇終了の決定」までの間、原則3年以内（延長で最大5年まで、第44条）にわたって、前述した「医療と指導」を保護観察所と連携しながら実施することになる。第91条には、指定通院医療機関は対象者の「相談に応じ、必要な援助を行い、医療・保健・福祉の関係機関との連絡調整に努めなければならない」とされ、さらに、「保護観察所の長との連携を図らなければならない」と規定されている。

指定通院医療機関における医療と指導は厚生労働大臣の行う指導（第82条）に従って実施される。この指導は具体的には、「指定通院医療機関運営ガイドライン」と「通院処遇ガイドライン」であり、必要に応じて「地域処遇ガイドライン」を参考とすることになる。

第104条には、保護観察所の長によるケア会議の開催と「処遇の実施計画」の策定が規定されている。第2項では、「指定通院医療機関による医

療」、「指定通院医療機関による第91条に基づく援助」、「保護観察所による精神保健観察」、「地域行政による保健・福祉の援助」が記載され、対象者に対する医療と指導・援助は「指定通院医療機関、保護観察所、地域保健福祉」の3者によって構成されていることがわかる。そして、指定通院医療機関による医療も保護観察所による精神保健観察のいずれもが、処遇の実施計画に基づいて行われなければならない（第105条）。

「地域社会における処遇のガイドライン」によれば、処遇の実施計画に記載すべき内容は、指定通院医療機関に関しては、主治医、医療方針、通院・訪問等の頻度、精神保健観察では、目的、接触の方法、指導事項、地域保健福祉では援助の内容・方法、症状悪化時の緊急時の対応などであるが（抜粋）、計画の内容については、対象者に「懇切・丁寧に説明し、同意を得るように努める」とされている。いずれにせよ、指定通院医療機関は処遇の実施計画に基づいて医療と援助を行い、医療機関内では「多職種チーム」を構成し、あらためて対象者について「個別の治療計画」を作成する必要がある。

とくに保護観察所との連携は重要である。保護観察所は処遇の実施計画に基づく生活環境の調整（第101条）とともに、精神保健観察（第106条）を行う。精神保健観察の枠組みは、第43条2項に示されている、「(対象者)は厚生労働大臣の定める指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない」、さらには、第107条において、対象者が「守るべき事項」が定められている。その内容は、一定の住居に居住し、移転・長期の旅行の届出、保護観察所の長の出頭の求めに応ずることである。

対象者の病状については、指定通院医療機関は「この法律による医療の必要が認められなくなった時」「病状が悪化し再入院の必要を認めた時」にはただちに保護観察所の長に報告する義務がある（第110条1項）。また、「通院医療の期間の延長の必要があると認めた時」にも通知する（同条第2項）。また、指定通院医療機関の管理者は、医療を受けていない（第43条）ならびに、守るべき事項（第107条）が遵守されていない状況では、すみやかに、保護観察所に通報すべきとされている。いずれも保護観察所への報告と連携が重要である。

保護観察所の長は、対象者の病状が悪化したことを受けて、精神保健福

社法第26条3項に基づき措置通報を行うことができ、さらに、本法第59条には、保護観察所の長による再入院の申立てが規定されており、地方裁判所に対して「指定通院医療機関の管理者の意見を付して」再入院を申し立てるとされているが、第2項では「緊急を要するときは、意見を付さないことができる」とされており、症状悪化時の保護観察所の役割は重要である。

V 指定通院医療機関における医療

通院処遇ガイドラインには、通院処遇の目標・理念について、①ノーマライゼーションの観点をもとにした社会復帰の早期実現、②標準化された臨床データに基づく多職種チームによる医療の提供、③プライバシー等の人権に配慮した透明性の高い医療の提供。この理念に基づいたガイドラインには、本法によって提供される医療が、精神保健福祉法に基づく精神保健福祉サービスを基盤として行われるものであることを確認している。

実際の通院医療の提供については、①通院医療における専門的医療の提供と同時に、一時的な病状の悪化時には、精神保健福祉法による入院医療を提供する。②通院期間を「通院前期（初期の6か月間）」「通院中期（6～24か月間）」「通院後期（24か月以降）」に分けて目標を設定し、3年以内の一般医療への移行をめざす、③対象者ごとに「個別の治療計画」を作成し、定期的な評価を行う。また、本人に十分な説明を行い、同意を得られるように努める、④保護観察所、他の保健医療福祉の社会資源と連携をとりながら対象者を支援する。

これらを受けて、指定通院医療機関運営ガイドラインでは、①多職種チーム会議の設置とスタッフの研修による質の向上、②適正な医療の提供として、訪問看護、精神科デイケア、医療安全管理体制の確保、症状悪化時における入院医療体制の確保（連携を含む）③その他、記録の保存体制、情報の共有化、保護観察所等との連携の確保などである。

1 通院開始前の対応

入院処遇中の対象者は、社会復帰期に該当すると、地域での生活に向け