

ない場合であり(2)(a)(b)参照), その目的に沿った情報の提供・交換であれば, 損害賠償責任が生じることはないと解すべきであろう。

これに対して, ③と④では, 法令上の根拠がある情報提供であるとしても, 本人の同意を得ずに本人の利益を不当に害したとみられるときは, 情報提供した医療機関が損害賠償の責任を負うことがあるというべきである。⁽¹³⁾

(b) 人の生命, 身体又は財産の保護のために必要がある場合であって,

本人の同意を得ることが困難であるとき(個人情報保護法23条1項2号)

ここで「人」とは, 本人だけでなく他人も含まれると解されている。⁽¹⁴⁾ 精神科患者に自傷他害のおそれがある場合に, 患者本人又は他人を保護するために必要があるときは, 患者の医療個人情報を本人の同意がなくても第三者に提供できるというべきであろうが, 具体的にどのような場合これにあたるかが問題となる。

(ア) 心神喪失者等医療観察法の通院医療の対象者に自傷他害のおそれがあると認められる場合に, 指定通院医療機関の管理者又は保護観察所の長が最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報することは, すでに述べたように精神保健福祉法26条の3によって義務づけられており, 行政機関個人情報保護法8条1項又は独立行政法人等個人情報保護法9条1項の「法令に基づく場合」に当たる。また, 精神保健福祉法による精神科医療において通院患者に自傷他害のおそれがある場合に, 医療機関の管理者が保健所長を経て都道府県知事に対して症状の概要を記載して診察と必要な保護を申請できることは, 精神保健福祉法23条が規定しており, やはり「法令に基づく場合」に当たるといえる。しかし, これらは同時に, 精神科患者の保護のために行うものであるから, 患者の同意がなくても許容される場合でもであろう(個人情報保護法23条1項2号, 行政機関個人情報保護法8条2項4号, 独立行政法人個人情報保護法9条2項4号参照)。

(イ) 精神保健福祉法における精神科患者又は心神喪失者等医療観察法の対象者(以下, 精神科患者等という)について特定人に向けられた他害行為のおそれ

がある場合に、医療機関の管理者、指定通院医療機関の管理者又は保護観察所の長（以下、医療機関管理者等という）がその特定人に対して通報することについては、関係法令上に直接の根拠がない。そのため、精神科患者等の他害行為の危険やその他の医療情報がその者の同意なしにその特定人に提供された場合に、精神科患者等のプライバシーを侵害することにならないかが問題となるが、他人の生命や身体の保護のために必要がある場合で精神科患者等の同意を得ることが困難であるときは、第三者への提供は許容され、損害賠償責任を負わないと解すべきであろう（個人情報保護法16条1項2号、23条1項2号、行政機関個人情報保護法8条2項4号、独立行政法人個人情報保護法9条2項4号に該当するとみるべきことにならうか）。他方、医療機関管理者等が精神科患者等に特定人に対する他害行為を行うおそれがあると認めながら、その危険をその特定人に通報しなかったためにその特定人の生命又は身体が侵害された場合に、損害賠償責任を負うことにならないかが問題となる。このようなケースについて、米国カルフォルニア州の最高裁が医療側の損害賠償責任を肯定したことがある（⁽¹⁵⁾タラソフ事件）。医療機関管理者等に通報義務（作為義務）を負わせるか否か、どのような場合に負わせるかであるが、医療機関管理者等として精神科患者等との信頼関係を維持し、適切な医療を提供する利益と、他害行為を防止する利益との比較衡量によって決めるほかない問題であろう。したがって、一般的な言い方をすれば、医療機関管理者等は、他害行為の具体的なおそれが差し迫っていると確信したときは、他害行為の危険を放置することは許されず、目標となっている特定人にその危険を直ちに知らせ、他害行為を未然に防止すべき義務を負い（作為義務の肯定）、この義務を怠った結果他害行為が行われたと認められる場合には損害賠償責任を負うと解すべきである。⁽¹⁶⁾

(ウ) 精神科患者等に他害行為のおそれがある場合に、医療機関管理者等は警察へ通報（個人情報の提供）することが許されるかについても、差し迫った危険があるときは同様に、個人情報保護法23条1項2号等により許容され、損害賠償責任は負わないと解すべきであろう。

(c) その他

(ア)精神科患者の病状などを保護者や家族に説明する場合について

精神科医療を進める際に保護者や家族の同意を得ることが必要な場合には、その前提として病状を説明する必要があるし、また、患者の最も身近で世話をしている家族の強力なサポートが必要であるから、それを得るためには病状などを家族に説明することがどうしても必要となる。しかし、保護者や家族への病状説明は、患者の医療個人情報の第三者への提供となるから、これをするためには、個人情報保護法の下では原則として患者本人の同意をあらかじめ得ておかなければならないことになる（個人情報保護法23条1項）。しかし、これによって保護者や家族への説明が十分に行えず、精神科医療に支障を来すことがあってはならない。

ところで、ガイドラインによれば、医療一般についてであるが、次のような考え方が示されている。①医療提供のために通常必要な範囲の利用目的についての院内掲示等により公表する場合に、その内容に「家族等への病状の説明を行うこと」を含めておけば、患者から異議がない限りその同意があったものと考えられる⁽¹⁷⁾。②また、病状について患者本人と家族等に対して同時に説明を行う場合には、明示的に本人の同意がなくても本人の同意が得られたものと考えられる⁽¹⁸⁾。③そうであっても、病状の説明を受ける家族等をあらかじめ患者本人に確認し、本人の同意を得ることが望ましい⁽¹⁹⁾。④意識不明の患者や重度の認知症患者については、個人情報保護法23条1項2号により、本人の同意なくして家族等に対しその病状の説明ができる⁽²⁰⁾。

精神科病院に任意入院中の患者についても、家族の強力なサポートが必要であろうから、家族への説明は不可欠である。しかし、患者と家族との関係は様々であるから、患者と医療側との間の信頼関係を壊さないように、ガイドラインの上記①②③に沿って対処することが適切であろう。また、精神科患者が意思能力を欠き医療保護入院により医療を受けている場合、保護者については、精神保健福祉法22条（医師に協力し、その指示に従うべき義務）および同法41条（引き取り義務）で保護者の義務を定めている。そして保護者がこの

義務を行うためには、医療側から患者の病状等について説明を受ける必要があるから、個人情報保護法23条1項2号に該当する場合といえよう。措置入院患者や心神喪失者等医療観察法の入院医療の対象者についても、上記ガイドラインに沿って保護者や家族への説明が行われることが適切であろう。

(イ) 社会復帰を目的とする地域処遇における個人情報の取扱い

精神障害者本人が社会復帰施設などを利用するにあたり、医療機関が本人の個人情報をこれらの施設等に提供す必要があることも少なくないであろう。この場合、個人情報提供の必要性を十分に説明し、本人の同意を得て行うことが望ましいが、本人の同意を得ることが困難であるという場合に、本人の個人情報を社会復帰施設などに提供することはできないのか、提供できるとしてもどの程度の個人情報を提供することができるのかが問題となる。この点について、ガイドラインには明確な説明がない。

地域の施設等は様々な種類があり、医療機関が精神障害者の医療個人情報を本人の同意なしに第三者に対して提供できるか否かは、一律に判断できるものではなかろう。①精神障害者の社会復帰を促進するためには、医療機関と社会復帰施設との連携が必要であり、その際情報の共有が不可欠である。この場合にも、本人の理解と同意を得ることがまず求められるが、本人の同意を得ることが困難であるときは、本人の同意がなくても必要な範囲で社会復帰施設への個人情報の提供（情報の共有）を行うことができると考えるべきであろう。個人情報保護法23条1項2号はこの場合を含むと解すべきである。もっとも、個人情報取扱規則に社会復帰施設との連携のため個人情報を提供することがある旨を明示しておけば、本人の黙示の同意があったとして取り扱うことができよう。②しかし、社会復帰がある程度なし得て一定の自立が可能である精神障害者についてまで、その個人情報をたとえばその雇主や家主に対して本人の個人情報を提供すべきではなかろう。しかも、雇主や家主は法律上守秘義務を負っていないのであるから、個人情報の拡散による被害の危険も考えておかなければならない。雇主や家主への個人情報の提供が個々のケースにおいて必要であると判断される場合には、提供する情報の

範囲と提供先を本人に知らせて、本人の理解と同意を得ることが必要である。この同意が得られないときは、個人情報の保護を優先し、別の方策を検討すべきであろう。

5 むすび

以上、精神科医療を中心に医療個人情報の取扱いを考えてきた。精神科医療においては、とくに医療個人情報がセンシティブなものであるため、その取扱いに慎重さが求められるが、他方で、医療情報の共有は当該精神科病院内だけでは十分ではなく、保護者やその他の家族のサポートが不可欠であるからこれらの者との情報共有が必要であるし、また、社会復帰施設等との情報共有にも支障があってはならない。そのためには、精神科病院内での医療情報の安全管理を徹底させるとともに、精神科患者に適切な医療等を提供するのに必要な医療個人情報の共有を確保することが求められているのである。

個人情報保護法が施行されて間もない。しばらくは精神科医療における個人情報の取扱いに試行錯誤があるであろうが、精神科患者の利益を最優先した医療個人情報の保護と利用を実現するために、精神科医療機関および医療従事者の積極的かつ自律的な取り組みが期待されているのである。

- (1) 個人情報保護法及びガイドラインが直接に対象としている医療機関は、いわゆる民間の病院・診療所である。医療機関を設置する主体が独立行政法人、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人である場合には、独立行政法人等個人情報保護法が、また、その設置主体が国である場合には、行政機関個人情報保護法が、さらに、地方独立行政法人及び都道府県・市町村である場合には、地方公共団体が制定する個人情報保護条例が適用されるので、個人情報保護法及びガイドラインの直接の適用対象とはならない。しかし、精神科医療における個人情報の取扱いが、民間病院と公的病院とで異なってよい合理的な理由はない。そこで、ガイドラインでは、公的な病院等においても、「本ガイドラインに十分配慮することが望ましい。」としている（ガイドライン1頁以下）。また、小規模の医療機関（特定個人の数の

合計が過去6カ月以内のいずれの日においても5000を超えない医療機関)は、個人情報保護法における個人情報取扱事業者にあたらないが(個人情報保護法2条3項5号, 同法施行令2条), 医療機関の規模によって医療個人情報の取扱いが異なるとよい理由はないであろうから、「本ガイドラインを遵守する努力を求めるものである。」としている(ガイドライン2頁)。

なお、ガイドラインを補完する事例集として、同じく厚生労働省が公表している「『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』に関するQ&A(事例集)」(2005年3月作成, 2006年4月21日改訂)がある。また、医療個人情報の保護に関する概説書として、開原成允・樋口範雄編『医療の個人情報保護とセキュリティ』(第2版)(有斐閣, 2005年)がある。

- (2) ガイドライン3頁。考え方・方針の宣言及び個人情報取扱規則の公表の仕方としては、病院内等に掲示、ホームページへの掲載、診療計画書や入院・療養の手引きなどのパンフレットなどに記載することが考えられる。
- (3) ガイドライン3頁。
- (4) ガイドライン3頁。
- (5) 精神科医療情報の保護に限っても、刑法134条(秘密漏示罪), 精神保健福祉法53条1項(資格者), 同53条2項(職員), 心神喪失者等医療観察法117条, 同118条, 精神保健福祉士法40条, 保健師助産師看護師法42条の2などの規定がある。
- (6) ガイドライン16頁以下。なお、2005年3月に厚生労働省が作成・公表した「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(2007年3月に第2版が公表された)も参照されたい。
- (7) ガイドライン7頁以下, 9頁以下, 21頁以下。
- (8) ガイドライン23頁以下。なお、ガイドラインでは、個人情報取扱規則で公表し院内掲示等を行うことにより黙示の同意が得られたと考えられる範囲を、患者本人への医療サービスの提供のために必要な利用の範囲に限定している(ガイドライン24頁②及び別表2掲載の「患者への医療提供に必要な利用目的」参照)。したがって、この範囲を超えた利用目的については院内掲示等により明示していたとしても、第三者提供について黙示の同意を得たことにならない点に注意すべきである。
- (9) この点については、樋口範雄「医療情報保護ガイドライン」法学教室291号2頁以下参照。
- (10) ガイドライン25頁。
- (11) ガイドライン26頁。
- (12) なお、東京地判平成10.3.20判時1669号85頁は、精神科病院に入院中の患者が無断離院して通行人を文化包丁で刺し重傷を負わせた事件で、精神保健福祉法39条1項の通知がなされていなかったとして、通知義務違反を理由に病院の損害賠償責任を認めた。
- (13) 弁護士法23条の2に基づく照会に関しては、弁護士会が本人と対立関係にある会社の弁護士の申し出に基づき区役所に本人の前科と犯罪経歴を照会した事例において、最高裁は、照会に応じて回答した区役所に対して、次のように判示して損害賠

償を命じた。すわわち、前科等は「人の名誉、信用に直接にかかわる事項であり、前科等のある者もこれをみだりに公開されないという法律上の保護に値する利益を有するのであって、市区町村長が、本来選挙資格の調査のために作成保管する犯罪人名簿に記載されている前科等のみだりに漏えいしてはならないことはいうまでもないところである。…市区町村長が漫然と弁護士会の照会に応じ、犯罪の種類、軽重を問わず、前科等のすべてを報告することは、公権力の違法な行使にあたる。」(最判昭和56.4.14民集35巻3号620頁)。同様のことは、捜査機関からの照会(刑事訴訟法197条2項)についてもいえよう。

- (14) 個人情報保護基本法制研究会編『Q&A 個人情報保護法』(第3版)77頁(有斐閣, 2005年)。
- (15) タラソフ事件については、飯塚和之「精神障害者の加害行為と精神科医の責任—タラソフ判決の検討」小樽商学討究35巻1号107頁, 岩井宜子『精神障害者福祉と司法』(増補改訂版)292頁以下(尚学社, 2004年)
- (16) 医療機関の管理者等にこのような作為義務を負わせることは、社会防衛的役割を医療機関、その管理者及び医療従事者に担わせることになり妥当でないとの異論もありえよう。しかし、ここでは、社会防衛というよりも具体的な特定人の生命・身体保護が問題となっていること、特定人を加害する危険性のある精神科患者の治療に参与している医療機関、その管理者及び医療従事者は、通行人などの単なる一般人と同日に論じられないことを考えるならば、これらの者に本文で述べた作為義務を負わせてもとくに不当とはいえないように思われる。
- (17) ガイドライン24頁。
- (18) ガイドライン25頁。
- (19) ガイドライン8頁。
- (20) ガイドライン8頁, 23頁。

精神障害者の犯罪

上智大学教授
町野 朔

II 立法の課題

I 刑法から医療観察法まで

1 呉秀三(1918年)

明治維新後、西欧の精神医学が日本に入って来たころ、日本の精神障害者は放置されているのが通例であり、せいぜい、家畜小屋や納屋に押し込められるか、財力のある家においては座敷牢に監禁されているかであった。旧中村藩主相馬誠胤が精神病と診断され、私宅監置されたのは不法監禁だという告発が1883年にあり(いわゆる「相馬事件」)、これをきっかけとして、明治政府は1900年に「精神病患者監護法」を作り、戸主などの「監護義務者」は、行政庁(警察署)の許可を得て、精

神障害者を「監置」することができるようにした。精神病院がまだほとんどない状態でのような「私宅監置」を制度化したのは、精神障害者が放置されている状態をなくし、警察の監視によって、監置の実行を適正にしようというものであった。しかし、医師も医療もない状態での精神障害者の処遇は悲惨を極めたという実態には変化はなかった。呉秀三の「我邦十何万の精神病患者は実に此病を受けたるの不幸の外に、此邦に生れたるの不幸を重ねるものと云ふべし」というのは、彼らが1918年に出した報告書における言葉であるが(後掲文献①138頁)¹⁾、これは、現在でもわが国の精神医療従事者が繰り返すものである(このことは、特に後掲文献②以降のことと思われる)。

呉は、精神障害者に適切な医療を与えるために、日本にもヨーロッパ諸国のように公的な精神病院を設置すべきだと主張した。そして、1907年の(100年を経た現在に至るまで、その骨格が基本的に維持されている)刑法は、犯罪を行った精神障害者を処罰しないとするだけで、法律がそのあと彼らに対して何等の措置も採らないのは不当であるという。

(a)「精神病患者に対する我邦の法律に不備あるは、惟り監護法のみにとまらず、我刑法には精神病患者の犯罪行為を以て心神喪失者の行為となし、之を罰せざる規定なるも、此の如くにして免訴となりし犯罪的精神病患者については、其後の処置に関し法律上にも何等の規定なく、行政上に於ても何等の処置を講ぜざるは奇怪に堪えざることなり。」(後掲文献①136頁)。

また、精神障害者を病院に収容することは犯罪行為の予防にもなるとして、次のようにいう。

(b)「実際の現状に照すに、今日の監置は精神病患者に社会的危険行為の発現ありたる後に初めて之を行ふの有様にて、精神病患者取

1) 後掲文献①の原文は片仮名、縦書き、旧漢字体。以下同じ。

容方としては理想的のものならず。時機に於て既に遅れたるものと称すべし。宜く危険又は犯罪行為の発現せざるに先ち、之を未然に防御せざるべからず。精神病院の普及は此点に関して亦社会に利益を与ふること多大なり。」(後掲文献① 140頁)。

1919年、政府は「精神病院法」を作った。これは、内務大臣が県に財政的補助を与えて精神病院を作らせる、私立の精神病院をそれに代用することもできる、というものであった。精神病患者監護法は廃止されないばかりか、依然として私宅監置が精神障害者収容の主役であり、私宅監置を行う監護義務者が存在しない精神障害者を入院させることができるとするなど、精神病院は私宅監置の補完物としての存在にすぎなかった。犯罪を行った危険な精神障害者を収容し得るとはされていたが、貧しい財政状況の下で精神病院の設置は進まず、精神病院法は正に「絵に描いた餅」であった(以上については、後掲文献③など参照)。

2 精神衛生法(1950年)

(1) 精神衛生法から精神保健福祉法へ

戦後1950年に、「精神衛生法」が制定され、精神病患者監護法と精神病院法は廃止された。これによって、私宅監置制度は廃止され、都道府県は精神病院の設置を義務づけられた。精神病院の増床計画を進める政府は、精神病院の設置・運営に国庫補助をつけることにし、これによって一気に「精神病院ブーム」が到来した。精神障害者は放置されてはならない、彼らは精神病院で医療を受けなくてはならない、という呉の主張は、形の上では実現した。しかし、精神衛生法体制下での相次ぐ精神病院スキャンダルは、「精神病院内の人権侵害」「強制入院中心主義」に対する強い批判を招くことになった。

1984年に発覚した宇都宮病院事件²⁾、それを契機とした日本の精神医療に対する国連人

権小委員会からの批判などがあり、1987年に精神衛生法は全面改正され、法律の名称も「精神保健法」に改められた。それは、精神障害者の権利保護のための仕組み(精神保健指定医、精神医療審査会など)を新たに導入するとともに、日本の精神医療全体を病院医療から地域精神医療へと移行させようとするものであった。1995年には、精神障害者の保健だけでなくその福祉も射程に入れることになり、法律の名称も「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法)に改められた(以上についても、後掲文献③参照)。

(2) 精神医療における触法精神障害者の処遇

精神衛生法はまた、(A)自傷他害のおそれのある精神障害者を都道府県知事の命令により精神病院に入院させる「措置入院」、(B)親族などの承諾を得て保護を必要とする精神障害者を精神病院に入院させる「保護義務者の同意による入院」、という2種類の強制入院制度を設けた。(A)の措置入院により呉秀三の(b)の主張は実現した。また、心神喪失により刑事責任を問われることがなかった触法精神障害者が、依然として犯罪を行う危険性があるときには、検察官等の通報により措置入院を行うことができることとしたから、呉の(a)の主張も実現したように見える。法改正によって「保護義務者の同意による入院」は「医療保護入院」と名称が変更されたが、上記の強制入院制度の基本は、現在に至るまで変更されていない。犯罪を行ったが刑事責任を問われ得ない精神障害者は、もっぱら措置入院によって対応されるのである。

しかし、措置入院制度は、直接には「犯罪を行った精神障害者」(以下、触法精神障害者)への対応を目的としたものでなく、処遇も一般の精神病院において他の精神障害者とともに行われるため、処遇上・保安上の問題があるというのは、精神医療関係者には根強い意見であり、法改正の度に繰り返されるものであった。諸外国の法制度を参照しながら、日

2) 宇都宮病院の看護師等のリンチ事件に関しては、宇都宮地判昭和61・3・20刑月18巻3号196頁参照。なお、当時の宇都宮病院長は、無資格者に医療行為を行わせたこと(エックス線技師法違反、保健婦助産婦看護婦法違反)、保健所の許可を受けることなく死亡患者の脳を摘出したこと(死体解剖保存法違反)などについて実刑判決を受けている。東京高判昭和62・1・28東高刑時報38巻1-3号6頁。

本でも新たな制度が必要でないかが研究されることになった(後掲文献④参照)。

刑務所出所後、県立精神病院に措置入院となっていた患者が、院外散歩中に離脱して強盗殺人を行ったという事案(北陽病院事件)について、1996年、最高裁判所は、精神病院側の過失を認め、国賠法によって、県に1億2000万円の損害賠償を命じた³⁾。後に見るように、精神医療従事者は、このような「処遇困難」な精神障害者も一般の精神医療の枠内で処遇することにしている精神保健福祉法に問題があると主張した。

2003年には、2年前に傷害事件を起こした後、不起訴・措置入院・退院となったという経歴のある者が小学校に乱入して、児童らを次々と殺傷したという事件が起こった(大阪池田小学校事件)⁴⁾。人々は、措置入院は重大な犯罪の防止に役に立たないと考え、ここにおいて、立法への動きは一気に加速され、その年に「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)が成立した。この法律は翌年から施行された⁵⁾。

3 医療観察法(2003年)

医療観察法は、「重大な他害行為」(放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗)を行った精神障害者の医療に関する法律であり、精神保健福祉法の特別法という性格を持つ⁶⁾。古くから立法の可否が争われてきた保安処分が、そのまま実現したものではない。

すなわち、同法の目的規定(1条1項)が明らかにしているように、この法律は、再犯防止は精神障害者の社会復帰の一内容であり、「社会復帰」が最終目的である。要するに、精神障害者による再犯の防止は、この法律が独自に追求しようとするものではない。これは、

「この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない」という条項(1条2項)を追加する、精神保健観察の実行者の呼称を「精神保健観察官」から「社会復帰調整官」に改める(20条等)、医療を言い渡す要件から「再び対象行為を行うおそれ」を削除して、「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」とする(42条1項1号・2号等)、などとした第155回国会における修正によって一層明らかになったと言える。

そうすると、医療観察法において裁判所の決定する「医療」(42条1項)は、精神障害者に適切な医療を強制的に確保しようとする点においては、精神衛生法以来存在している措置入院の趣旨と質的に異ならないのであり、医療観察法はそれを「補充・強化」したものにすぎないといえることができる⁷⁾。

II 保安処分の挫折と医療観察法

本章では、医療観察法によって、触法精神障害者への医療がこのようなものになるまでの事情を考察する。

1 改正刑法仮案(1940年)

19世紀末から20世紀初頭までのヨーロッパの刑法改正運動では、行為者の責任に対応した刑罰のほか、その危険性に対応した「保安処分」(Versicherungsmaßnahme)を認め、それらを裁判所が言い渡すという「二元主義」が主張されていた。しかし、保安処分がドイツ刑法典に導入されたのは、ナチスが政権を奪取した1933年のことである。この事情も保

3) 最三小判平成8・9・3判時1594号32頁(宇都木伸ほか編『民事法判例百選』(有斐閣, 2006年)72頁[宮下殿])。

4) 犯人には死刑が言い渡されている。大阪地判平成15・8・28判時1837号13頁。

5) 以上の経緯については、町野朔「精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法——保安処分から精神医療へ」後掲文献⑤69頁参照。

6) 町野朔「総論——医療観察法施行の意義」日本精神科病院協会雑誌24巻4号(2005年)14頁(後掲文献④761頁)など参照。

7) 町野朔「心神喪失者等医療観察法と触法精神障害者の治療を受ける権利」社会正義研究所紀要22号(2003年)85頁(後掲文献④229頁)。

安処分論議に大きな影響を与えてきた。

1940年に公表された「改正刑法仮案」(以下、仮案)⁸⁾は、精神障害者に対する「監護処分」、薬物習癖者に対する「矯正処分」、労働嫌忌者に対する「労作処分」、刑期終了後に重大な犯罪を行う危険のある者に対する「予防処分」の4種類の保安処分を規定した。しかし、間もなく日本が戦時体制に突入したことから、仮案に基づく刑法の全面改正は実現せず、保安処分も作られることはなかった。だが、仮案が保安処分として予防処分を提案したこと、1936年の「思想犯保護観察法」が、保護観察審査会の決定により、刑を終了した治安維持法違反者に対する保護処分を言い渡すことができるとして、一種の「予防処分」を規定したことは、さらに、戦後日本における保安処分論に暗い影を落とすことになるのである。

2 改正刑法草案(1974年)

戦後しばらくしてから再開された刑法改正作業は、仮案との継続性を意識しながら行われた。法務省内に設けられた刑法改正準備会は、1961年に『改正刑法準備草案 附同説明書』(以下、改正刑法準備草案)を公表したが、それは、「治療処分」と「禁絶処分」という2種類の保安処分を規定するものであった。これらは、それぞれ仮案の「監護処分」「矯正処分」に対応するものであり、「労作処分」「予防処分」に対応するものは提案されなかった。改正刑法準備草案が仮案を土台としたことについては、時代錯誤も甚だしいと批判する論者も、保安処分は必要であり、この2つに限ったことは「委員会の良識」を示したものと評価していた⁹⁾。

法制審議会は、準備草案を土台として改正刑法草案の作成作業を継続した。治療処分

については、その言渡しを受けた者を法務省所管の保安施設ではなく、厚生省(当時)所管の精神病院への収容を原則とするB案も提案されたが¹⁰⁾、これは採用されることはなく、法制審議会が1974年に公表した『改正刑法草案 附同説明書』(改正刑法草案)は、準備草案の保安処分をほぼそのまま受け継いだものとなった。

しかし、新しい世代の精神科医たちは、保安処分には濫用の危険がある、精神医療が保安化する、日本の拘禁中心の精神医療に更に保安処分を付け加えることは、精神医療全体を逆行させるものであるとして激しく反発した。刑事法研究者も精神医療従事者がこぞって反対している以上、このようなものを作るべきではないと考えるようになった。

保安処分問題が大きな原因となって、改正刑法草案自体も国会に提出されることはなかった。

3 刑事局案(1981年)と道下研究(1989年)

1981年に、法務省は「保安処分制度(刑事局案)の骨子」(以下、刑事局案)を公表し、①保安処分としては治療処分だけを残し保安処分の名称も「治療処分」とする(責任能力に問題のない者に対する禁絶処分は設けない)、②放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗の罪を犯したときに言い渡す(いわゆる「6罪種限定」)。改正刑法草案は「禁固以上の刑にあたる行為」一般を対象としていた)、④再犯のおそれなくなったときは治療処分を解除することとし、本人も解除請求ができるものとする(改正刑法草案には満期退所のほか、行政庁による仮退所しかなかった)、⑤治療施設として「国立の精神病院等」を用いることを検討する(前述のように、改正刑法草案では治療処分を行う「保安施設」は法務省の所管であることが予定され

8) 正式には「改正刑法仮案 刑法監獄法改正調査委員会総会決議及留保条項」といい、1931年に総則の部分が公表され、1940年に各則と併せて公表されたものである。仮案については、久禮田益喜「改正刑法仮案注釈」『改正刑法準備草案の総合的検討』法時臨時増刊32巻8号(1960年)334頁がある。なお、保安処分に関する提案は、仮案作成の出発点となった1927年の「改正刑法予備草案」にも存在していた。

9) 中山研一「改正刑法仮案の歴史的考察」前掲注8)法時32巻8号297頁、及び、宮内裕ほか「〔座談会〕準備草案総則の問題点」前掲注8)法時32巻8号456頁。

10) 平野龍一「触法精神障害者の処遇」後掲文献⑤3頁。なお、町野朔「平野龍一先生と日本の精神医療」ジュリ1281号(2004年)42頁(後掲文献④751頁)参照。

ていた)、などとした。

しかし、これによって保安処分論が収まる気配はなかった。

ところが、上述の宇都宮病院事件を契機とした精神衛生法の大改正により、精神医療従事者の態度には変化が見られるようになる。彼らは、精神医療を開放的なものとし、精神障害者の権利の制限を最小限に止めようとする一方、「危険な」精神障害者についてはこれと切り離された特別な処遇が必要であると考えようになっていったのである。ここには、日本の精神医療の改革が進み始めた現在、犯罪を行った精神障害者の処遇についても考えるべき時期が来ている、という精神科医の意識の変化が見られるのである。

公衆衛生審議会の中間意見(1991年)は、国内の精神病院入院者の実態調査を行った「道下研究」¹¹⁾を踏まえて、措置入院の申請のあった精神障害者のうち、一般の精神病院では処遇困難な危険な精神障害者を「処遇困難者専門病棟」に収容して特別な処遇を行う、いわゆる「ウルトラ措置」を考えるという方向を示した。

これは、触法精神障害者の収容施設を国公立精神病院とするものであった。また、諸外国のように独立の保安精神病院を作り、そこに触法精神障害者を「集禁」するというものではなく、差し当たりは国立の精神医療施設内に専門病棟を併設し、そこで特定の患者を処遇しようとするものであった。これらの点では刑事局案を、厚生省が精神医療法の枠内で実現しようとするものであり、保安よりは医療に傾斜したものであった。

しかし、この構想も形を変えた保安処分にすぎないという激しい反発に遇い、厚生省は計画を断念しなければならなかった。

4 医療観察法(2003年)

(1) 処遇困難者問題

だが、触法精神障害者に特別な処遇を求めた声は、精神病院の側から強まる一方であっ

た。彼らによると、宇都宮病院事件以降、一層の開放化が進んだ精神病院では対応しきれない精神障害者がいる。彼らのような処遇困難な患者は、一般の入院患者と切り離して人的・物的に濃厚な精神医療を与えるべきであるが、現在の日本の精神病院ではこれができないため、彼らの入院を拒み、あるいはやっかい払い的にすぐに退院させてしまう。彼らを喜んで受け入れてくれるのは宇都宮病院のような劣悪で暴力的な施設だけであり、そのようなところで精神病院の不幸事が起こる。これは、触法精神障害者に対する独自のシステムを持たない日本の精神医療の構造上の問題である。1996年、最高裁は北陽病院事件において、脱院した措置入院患者の強盗殺人について精神病院側に責任があるとしたが(I 2(2)参照)、こうなると、このような患者は最初から受け入れないか、受け入れたら閉じこめて外に出さないようにするしかない。どうしても法律を作って、触法精神障害者を処遇困難者病棟に収容しそこで精神科治療を行うようにしなければならない。

もっとも、触法精神障害者と処遇困難者とは同じではない。道下研究によると、精神病院の中で処遇困難とされる精神障害者のうち、措置入院患者(そのほとんどは犯罪を行った者である)は20%程度にすぎない。また、処遇困難者は、心神喪失・心神耗弱を理由として自由刑の執行を免れた者であるとは限らない。北陽病院事件の患者は、刑務所出所後に刑務所長の通報によって措置入院となった者である。要するに、犯罪を行ったが責任能力に問題があるために刑務所に行かなかった精神障害者を一般の精神障害者処遇のシステムから切り離しても、処遇困難者問題の解決にそれほど大きな意味があるわけではない¹²⁾。

しかし、「触法精神障害者=処遇困難者」という図式の下で立法への動きは再開された。

1999年の精神保健福祉法の改正の際には、これは見送られたが、公衆衛生審議会答申書を受けて、衆議院厚生委員会と参議院国民福

11) 『厚生科学研究報告書 精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究(昭和62年度～平成元年度)』(主任研究者道下忠藏)。

12) 町野朔「保安処分問題の回顧と展望」後掲文献④214頁参照。

社委員会の附帯決議は、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を行うこと」とした。2001年になって、法務省と厚生省は担当者間の「法務省・厚生労働省合同検討会」（以下、合同検討会）を、外部のオブザーバーを招いて公開で開催することとした¹³⁾。これまで、法務省が保安処分問題で主導した後、厚生省（厚労省）が精神医療問題として担当した課題を、共同で担当することになったわけである。

(2) 再犯の防止

措置入院歴のある男性が殺人事件を行ったという大阪池田小学校事件（I 2(2)参照）が発生したのは、第4回の合同検討会が開かれる4日前のことであった。これによって、精神障害者の再犯防止のためには法改正が必要だという議論が一気に高まり、処遇困難者対策を求める精神医療側の意見を後押しした。合同検討会も2001年10月16日の第7回を最後として開かれなくなった。そして2003年7月10日に、心神喪失・心神耗弱を理由として自由刑の執行を免れた触法精神障害者に、裁判所が医療的処分を言い渡すことを内容とする医療観察法が成立したのである。その内容は、刑事局案骨子と道下研究・公衆衛生審議会中間意見とを併せたものであった。

しかし、この法律が大阪池田小学校事件の前から存在していたとしても、この事件は防止できなかったことに注意する必要がある。確かに、精神病院入院歴のあった犯人は2年前に傷害事件を起こし、不起訴処分、検察官通報により措置入院となり、3カ月くらい入院してただけで退院している。だが、検察官が最初の傷害事件で彼を不起訴処分としたのは被害者の傷害の程度が軽微だったためであり、彼が心神喪失あるいは心神耗弱で刑事責任を問うべきでないと判断したためではない。彼には少なくとも精神障害の疑いがあったため、検察官は精神保健福祉法（25条）に従って措置通報したにすぎない。要するに彼は精

神障害を理由として刑罰を免れたわけではないのであり、医療観察法の対象者とはなり得ない者であったのである。

III 医療観察法の意義と触法精神障害者の将来

1 司法精神医学

以上のように、医療観察法は、精神障害者の一部である重大犯罪を犯した精神障害者、そのまた一部にすぎない心神喪失者・心神耗弱者についてだけ、十分な精神医療を保障しようとするものであって、人々が期待した処遇困難者対策、再犯防止のいずれの目的にとっても不十分なものであることは明らかである。しかし、この法律は、これまでの日本の精神医療が未発達であった分野に、あえて踏み込んだものであり、日本の精神医療全体の向上に結びつく意義を有するものである。

医療観察法の施行をきっかけとして、日本においても司法精神医学が本格化することになる。

これまでわが国の精神医療は、犯罪を行った精神障害者の医療に向かい合うことについて積極的ではなかった。医療観察法は、上記のように限定された範囲の対象者についてであれ、日本の精神医療が積極的に関与すべきことを規定したのである。これまで日本では、ともすれば、「犯罪は司法、精神障害は医療」というような役割分担で考えられてきた。今や、精神科医は「精神保健審判員」として、裁判官とともに触法精神障害者の処遇を決定しなければならない¹⁴⁾。精神医療従事者は、裁判所と連絡を取りながら、処遇を実行していかなければならない。医療観察法の施行によって、わが国の司法精神医学が始まったという見解がある¹⁵⁾のも、理解し得るところである。

13) その議事録は、法務省及び厚生労働省のHPで見ることができる。

14) 医療観察法における審判手続については、後掲文献⑤ 285頁～287頁。

15) 例えば、秋元波留夫「司法精神医学の存在理由は何か——心神喪失者等医療観察法の施行と関連して」司法精神医学1巻1号（2006年）10頁。

2 地域精神医療

医療観察法が触法精神障害者に対する「精神保健観察」の制度を導入したことは、わが国における地域精神医療の新たな展開を支持するものである¹⁶⁾。

精神衛生法が日本に沢山の精神病院、沢山の病床をもたらすことに成功した後では、日本の精神医療も、精神医療先進国と同様に、精神障害者をその生活の本拠である地域の中で処遇し、社会復帰を目指すべきだと考えてきた。しかし、日本の精神医療法には強制入院制度はあるが、強制通院など、社会内で精神障害者の医療を確保する制度は設けられなかった。医療観察法は、「入院によらない医療」を受ける者は、保護観察所による「精神保健観察」に付されるものとし(106条)、彼が遵守事項に違反するなど医療中断のおそれがあるときには、保護観察所長の申立てにより、「入院による医療」に切り替えることができるものとした(59条・61条)。要するに、日本では、一般の精神障害者の医療より先に、触法精神障害者の医療について、強制患者(involuntary patient)の制度が作られたのである。地域精神医療の確保が十分でない、触法精神障害者を退院させることには大きなリスクがあり、どうしても入院が長期化することになる。医療観察法の導入した精神保健観察の制度は、触法精神障害者の早期の退院と社会復帰を可能とするものであり、指定入院医療機関における入院医療が意味を持つために不可欠なものなのである。

精神保健観察、入院によらない医療については、通院医療機関が量的にも不足し、人的資源も不十分であること、何よりも、精神保健観察を具体的に実行する社会復帰調整官が加重負担にあえいでいることなど、現在は問題が多い¹⁷⁾。一般の精神医療においても、退

院後の医療の中断を恐れての入院の長期化、精神障害者の「施設化」に至らないために、地域精神医療の確保は急がなければならないのであり、精神保健観察の充実は、日本の地域精神医療の発展のために求められているのである。

3 処遇困難者の医療

医療観察法は、心神喪失・心神耗弱と判定された精神障害者だけを対象とした。そうすると、人格障害者、薬物依存症者など、それだけでは心神耗弱にもなり得ない精神障害者は対象とはなり得ないことになる。さらに、「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、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要がある」と認める場合に「この法律による医療」を受けさせる決定をするという医療観察法の文言(42条1項等)からは、精神医療による改善が見込まれない場合、すなわち治療可能性がない場合には医療を言い渡すことができないと解される¹⁸⁾。精神医療関係者は更に進んで、犯罪行為の原因となった精神障害に「治療反応性」がない場合には医療を言い渡すべきでないとして理解している¹⁹⁾。

このような解釈に従うなら、人格障害・薬物依存・精神遅滞などによって犯罪を行い心神耗弱とされた者についても、医療を言い渡すことはできないということになる。要するに、処遇困難者は医療観察法の対象とすべきではないということである。これは、処遇困難者に特別の精神医療が必要だから新しい法律が必要だとしてきた精神医療従事者の主張(II 4(1)参照)からは、奇異なものである。しかし、現在の指定医療機関の整備状況からは、処遇困難者を引き受けて十分な医療を与えることは、不可能に近いことのようにである²⁰⁾。

16) 柑本美和「心神喪失者等医療観察法における社会内処遇」後掲文献⑤162頁参照。医療観察法における処遇のフローチャート、地域社会内処遇の実施体制については、後掲文献⑤288頁～289頁参照。

17) 町野朔「医療観察法と精神保健観察——法の意義と課題」犯罪と非行151号(2007年)39頁参照。

18) 白木功「審判手続を中心に」後掲文献⑤23頁、最高裁判所事務総局・後掲文献⑤169頁～170頁。

19) 司法精神医療等人材養成研修企画委員会・医師部会「医療観察法による医療の必要性について」(2007年)。さらに、社団法人日本精神科病院協会・財団法人精神・神経科学振興財団「司法精神医療等人材養成研修会教材集」(社団法人日本精神科病院協会、2007年)96頁～130頁参照。

だが、実際にはこのような処遇困難者に医療が言い渡され、指定医療機関が引き受けさせられているという。それは、これらの精神障害者が統合失調症などを併発していたために、心神耗弱と判断され、対象とされた場合が考えられる。また、精神科医の誤診により統合失調症などとして心神喪失・心神耗弱とされて不起訴とされる例もあるのかもしれない。さらに裁判所は、精神科医ほど治療反応性を重視していないのかもしれない。いずれにせよ、医療観察法は、これからは処遇困難者を受け入れるような医療体制を確立していかなければならないであろう。それが、現在の病棟の拡充で足りるのか、あるいは、諸外国のように専門病院を作らなければならないかは、更に検討しなければならないことである²¹⁾。

4 責任能力概念の変動

わが国には保安処分がないために、責任無能力・限定責任能力の範囲が狭められているという見方はかなり一般的である。すなわち裁判官、検察官は、保安処分がないために精神障害者を釈放することをためらうというのである。もしそうだとしたら、心神喪失・心神耗弱と判断された精神障害者に対する医療を規定した医療観察法の登場により、その範囲がこれまでより拡大されることになるだろう。また、「治療反応性」がないことを理由にして、処遇困難な触法精神障害者の受入れを拒む精神医療の立場を前提にするなら、そのようにならないどころか、むしろ前より狭まるかもしれない。

以上のような、精神医療の対応可能性と責任能力概念の実際上の連動を理論的にも是認するなら、医療によって対応可能な場合には、あえて刑罰を賦課する必要はないのであり、刑法上の責任能力を否定すべきだという見解

に至ることになる²²⁾。

医療観察法は、刑法の責任能力概念に影響を持ち得る存在でもある。

〈文献〉

- ① 呉秀三 = 榎田五郎『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察』（創造出版、2000年）。これは、1918年に出版された原著の翻刻版である。
- ② 精神医療史研究会編『精神衛生法をめぐる諸問題』（病院問題研究会、1964年）。
- ③ 広田伊蘇夫『立法百年史——精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』（批評社、2004年）。
- ④ 町野朔ほか編『触法精神障害者の処遇〔増補版〕』（信山社、2006年）。
- ⑤ 町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法〔ジュリ増刊〕』（有斐閣、2004年）。
- ⑥ 最高裁判所事務総局『「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」及び「心身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による審判の手続等に関する規則」の解説〔刑事裁判資料284号〕』（2005年）。
- ⑦ 町野朔「精神障害者の権利と精神医療」中嶋士元也ほか『法システムⅠ——生命・医療・安全衛生と法』（放送大学教育振興会、2006年）163頁。

（まちの・さく）

20) 町野朔「法律家の視点からみた医療観察制度の問題点」司法精神医学1巻1号（2006年）46頁。

21) 町野朔「日本における司法精神医療の現状と課題——法律家の視点から」司法精神医学2巻1号（2007年）36頁。

22) 町野朔『「精神障害」と刑事責任能力——再考・再論』内田文昭先生古稀祝賀論文集（青林書院、2002年）141頁（後掲文献④12頁）。このような考えに対する批判として、安田拓人『刑事責任能力の本質とその判断』（弘文堂、2006年）。さらに、第3回日本司法精神医学会（2007年5月24日）におけるシンポジウム「刑法39条を考える——責任能力の諸問題」の記録（司法精神医学3巻1号〔2008年〕掲載予定）参照。

「精神鑑定の信用性」

岩波明

精神科医

昭和大学医学部精神医学教室・准教授

精神鑑定は信用できるものなのか？四月末に一審判決が下った「夫殺害・切断事件」における精神鑑定の結論は、専門家を含めた多くの人々に疑問を抱かせるものだった。刑法の規定では、重い精神障害によって善悪の合理的な判断が出来ない時、刑罰は課されない。これが心神喪失である。しかし周到に犯行を準備し隠蔽工作まで行った加害者の歌織被告に、一時的に精神疾患がみられたことが事実としても、犯行時に責任能力がなかったとするのは不自然である。この点において、裁判所の判断は的確だった。

精神障害と犯罪をめぐる問題は錯綜している。その一因は司法制度の不備にある。わが国では長い間、重罪を犯した精神障害者に対する行政的な施策がほとんどなく、一般の精神病院に任せきりの状態だった。医療観察法の施行により状況は変化しつつあるが、新制度の定着には時間がかかるであろう。

さらに大きな問題は精神鑑定そのものにある。残念なことに、日本の精神鑑定の質は必ずしも高いとは言えない。欧米では精神疾患の法的側面を扱う司法精神医学が長い歴史を持つが、日本では医学部に講座はなく真の専門家は少ない。このため被害者感情や世論の動向を気にするあまり、バイアスのかかった鑑定結果を呈示する例もある。

加えて精神疾患の新しい概念に、司法も精神医学自体も対応しきれていない。その一例は広汎性発達障害の問題である。供述調書の漏洩が問題となった「奈良母子放火殺人事件」の加害者の少年はこの障害であるとされたが、犯行と障害がどのように関連しているのか納得のいく説明をぜひ聞きたいものである。

鑑定の診断と実際の処遇が混乱している様子を、例をあげて示そう。症例は犯行時二十四歳の男性で、五歳より養護施設に入所していたが、粗暴で衝動的な行為が多くトラブルが絶えなかった。十七歳、初めて精神科を受診、「アスペルガー障害」と診断された。この頃より突発的な暴力行為がさらに激しく、精神病院に三年あまり入院となった。病棟内でも暴力行為のため、隔離室の使用が長期に及んだ。診断は前記の他、「高機能自閉症」、「統合失調症」などと一致しなかった。退院後も、母親や近隣に対する暴力沙汰が絶えなかった。事件の被害者は住宅の管理人である六九歳の男性だった。被害者が他の住人と立ち話をしていたとき、自分の悪い噂をしていると急に怒り出して全身打撲などの傷害を負わせた。

拘留直後の簡易精神鑑定では、「精神発達遅滞」と診断され、検察は彼を不起訴とし医療監察法を適用した。その後の再鑑定では、脳波の異常所見によりてんかんの類縁疾患とされ、遠方の国立病院に入院した。ところがそこで再度診断が発達障害に変更になり、改善の可能性がないと判断され、地元の精神病院に戻された。医療観察法では発達障害は扱わないからである。

発達障害の治療経験のある医師は少なく、専門医の理解も不十分である。二〇〇三年に長崎市で起きた中学一年の少年による四歳男児の誘拐殺人事件など、思春期の重大犯罪の一部に、広汎性発達障害における観念的、強迫的な思考・行動様式が関連を持つことは確かであるが、その詳細は明らかではない。

かつての精神鑑定は犯罪に関心が深い一部の医師や著述家たちのマニャックな世界だったが、裁判員制度が間もなく始まる現在、一般の人にも理解しやすい納得のいく内容を求められている。少年犯罪であろうと、実際の鑑定例について情報をできるだけ開示し、オープンな場で医学的な検討を重ねることが、治療的側面からも、犯罪の予防においても、今や重要な課題になっていると思われる。

「精神鑑定の暴走を許すな」(佐木隆三、大谷昭宏、岩波明、宮崎哲弥)

迷走する精神鑑定の影に

宮崎 奇しくも大阪池田小児童殺傷事件から七周年目にあたる今年六月八日、東京・秋葉原で死者七人、負傷者十人を数える連続通り魔事件が発生しました。通り魔事件としては過去三十年間で最悪の事件となりましたが、ここ最近、猟奇殺人や通り魔事件の頻発ぶりには刮目させられます。この半年以内に限っても、江東区女性バラバラ殺人(二〇〇八年五月)、土浦連続通り魔事件(二〇〇八年三月)、JR岡山駅突き落とし事件(二〇〇八年三月)、渋谷セレブ妻バラバラ殺人(二〇〇七年十二月)、歯科医妹バラバラ殺人(二〇〇七年十二月)等々、五指に余りあります。こうした事件の増加の背景には「格差」に象徴される社会不安や閉塞感の瀰漫等が指摘されていますが、精神鑑定と裁判のあり方にも深刻な問題を投じています。

日本の刑法第三十九条は、「心神喪失者の行為は、罰しない」(第一項)「心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する」(第二項)と規定しています。つまり、いかに重大な殺人事件の犯人であっても、事理弁識能力、行動制御能力に欠陥がある者の刑事責任を問うことはできない。これは被害者側の心理としては受け入れ難いものですが、だからこそ、精神鑑定は厳密かつ精確に行われなければならないはず。もちろん、裁判は精神鑑定の尊重したうえで判決が下されなければなりません。

ところが、精神鑑定と裁判への信頼を揺るがすような判決が立て続けに示されました。

ひとつは渋谷セレブ妻バラバラ殺人事件の判決(四月二十七日)。この事件では、三橋歌織被告の精神鑑定において弁護側と検察側の鑑定結果が「心神喪失」で一致するという、極めて異例の事態となりました。しかし、東京地裁は鑑定書を実質的に無視し、判決では歌織被告の犯行時の精神状態について完全責任能力を認め、懲役十五年の実刑判決が下されました。

二つ目は歯科医妹バラバラ殺人事件の判決(五月二十七日)。東京地裁は武藤勇貴被告に対し、殺人については責任能力を認めて有罪にした一方、「死体損壊時は心神喪失状態」との鑑定結果を採用して無罪と認定し、懲役七年(求刑十七年)を言い渡すという奇妙な判決でした。三橋被告と武藤被告の犯行内容は酷似しているにもかかわらず、なぜこれほど異なる判決となったのか? 殺人と死体損壊は連続した行為であるにもかかわらず、死体損壊時のみ心神喪失になることがあるのか? 甚だ疑問です。

剩え、来年五月二十一日から施行される「裁判員制度」は、「死刑又は無期の懲役・禁錮に当たる罪に関する事件」「法定合議事件であって故意の犯罪行為により被害者を死亡させた罪に関する事件」を対象としており、猟奇殺人事件や連続通り魔事件等が精神医学の素人たる一般市民によって裁かれる事態が出来るわけです。精神鑑定と司法への信頼が揺らぐ中、このままでは取り返しのつかない混乱を招くのではないかという危惧を抱かざるを得ません。

佐木 ご指摘のように、裁判員制度で審理されるのは重大事件ですから、必然的に被告の精神鑑定が焦点となるケースが増加するでしょう。精神鑑定が裁判員制度のカギを握るといっても過言ではない。

ところで渋谷セレブ妻事件の判決の二日前(四月二十五日)、ある事件に関連して最高裁が「精神鑑定の尊重せよ」との判断を示しています。何をいまさらと思うかもしれませんが、この判断は裁判官にとって非常に重要です。「鑑定書はあくまで意見書で、最終的に採否を判断する権利を持つのは裁判官」という従来の刑事裁判の“常識”を、根底から覆すものですから。

対象となった事件は、二〇〇三年、東京都北区で元雇用主の男性を殴り殺したとして塗装工

が傷害致死罪で起訴された裁判。一、二審で計二回実施された精神鑑定はともに「心神喪失」と結論しました。一審は鑑定に基づき無罪とされたものの、二審は「犯行態様に異常はなく、当時の状況も詳細に記憶している」として鑑定結果を採用せず懲役三年を言い渡していました。結局、最高裁は高裁判決を破棄して審理を差し戻したのですが、この際、最高裁第二小法廷（古田佑紀裁判長）が「鑑定結果は合理的な理由がない限り十分に尊重すべきだ」との異例の判断を示したのです。このニュースを聞いた時、私は非常に意外な印象を受けましたね。

岩波 われわれ精神科医の立場からすると、遅きに失した感じですね。今までの刑事裁判では、鑑定結果を無視した判決が少なくない印象がありましたから。私自身の経験でも、裁判官が鑑定結果についてまったく聞く耳を持ってくれないケースが何度かありました。

大谷 今回の最高裁判断は、裁判員制度の導入を見据えたものでしょう。裁判員制度下では、法曹三者（裁判所、検察、弁護側）が「公判前整理手続」で争点を絞り込み、公判は数日（標準三日、最大でも五日間が目安）で終わることになっています。精神鑑定も公判前整理手続の中であらかじめ行われ、裁判員たちはその鑑定書をもとに責任能力を判断することになりますから、最高裁としては「鑑定書を尊重せよ」というお触れを出しておかないとマズイということでしょう。

また、社会の複雑化によって、専門家でなければ判断できない事件が増えていることも遠因にあります。知的財産や権利関係の訴訟を争う場として「知財高裁」が設立されたことが象徴的ですが、特許やIT技術にかんするケースは、もはや裁判官の扱える領域を越えています。ましてや難解な精神医学について、裁判官に十分な知見などあるはずない。それに加えて裁判員制度では八つつあん熊さんも司法に参加するようになるのだから、素人が軽々な判断をするのではなく、専門家の鑑定結果を尊重すべしというのは当然です。逆に言えば、今まで裁判官が鑑定を軽視していたのは異常な事態だったと思います。裁判官は全知全能ではないのですから。

セレブ妻はなぜ無罪にならない？

宮崎 ところが、鑑定医も全知全能ではありません。同じ被告を鑑定しても、鑑定医によって結果がバラバラになることも少なくない。東京・埼玉連続幼女誘拐殺人事件（一九八九年）の宮崎勤死刑囚については、第一回鑑定で「人格障害」とされ、第二回鑑定では三人の鑑定医によって一年半以上もの期間をかけて入念に鑑定されたものの、一人は「統合失調症」、二人が「解離性同一性障害」の鑑定結果を出すという事態になりました。宮崎勤ほどではなくても、精神鑑定が混乱を極めるケースは非常に多い。精神鑑定の振幅が非常に激しいが故、結局、裁判官が行司役を務めてきたという側面もあるのでは？

大谷 しかし、渋谷セレブ妻事件の精神鑑定では、検察側と弁護側の鑑定結果が「心神喪失」とドンピシャで一致したじゃないですか。「精神鑑定を尊重せよ」という最高裁判断の精神に則るならば、歌織被告を無罪にしなければ理屈に合わない。わずか二日前に「鑑定を尊重」と言っておきながら、その舌の根も乾かないうちに鑑定書を無視するなんて、まったく矛盾してないじゃないですか。

佐木 ちょっと待って下さい。渋谷セレブ妻事件には少し特殊な事情があるんです。『サンデー毎日』（三月三十日号）がスクープしたように、歌織被告の鑑定の際、弁護側と検察側の鑑定医と一緒に歌織被告に面接して鑑定作業を行ったことが判明しています。利害が対立するはずの両者が密室で共同作業を行うのは極めて異例です。双方の鑑定医の質問から被告が同時に影響を受けてしまう可能性がありますから、厳密性という点では失格でしょう。あるいは“談合”があったと勘ぐられてもおかしくない。これでは鑑定に信憑性がないということで、裁判官は

鑑定書を重視しなかったのではないのでしょうか？

岩波 確かに検察側と弁護側の鑑定医が一緒に面接するという話は聞いたことがありませんね。宮崎勤事件のような非常に稀なケースでは共同鑑定というかたちがとられたことはありましたが、この場合も検察側、弁護側のそれぞれで共同で行ったものです。通常の刑事裁判では問診から検査まで検察側と弁護側がそれぞれ別個に行いますから。

今回のような事態が発生したことの遠因として、精神鑑定の専門医がほとんど存在していないという事実が挙げられます。必ずしも望ましい状態ではありませんが、以前は司法鑑定に特化した「鑑定屋」とでも呼ぶべき専門家の一群が存在していました。鑑定屋さんが数多くいた頃は、彼らが率先して鑑定依頼を捌いてくれていたため、うまくローテーションが回っていました。

しかし、鑑定屋の致命的欠点は、患者を治療するという臨床経験がほとんどないために精神医学の進歩から取り残され現場感覚が鈍いことです。結果として、鑑定屋による鑑定はマニアックなものとなり、誤診が増える傾向にありました。さすがに裁判所もそれを危惧し、なるべく精神医学者として高名な先生に鑑定を依頼するようになってきたのです。

大谷 なるほど。しかし、現場を知らない鑑定屋を外したことは歓迎すべきことでしょうか？

岩波 ええ。しかし、今度は別の問題が生じてきたのです。第一に、世間的に高名な先生だからといって、必ずしも司法鑑定に詳しいわけではありません。実際、学問的に高名な先生方は基礎的な研究に熱心な場合がほとんどで、触法精神障害者の鑑定や治療といった泥臭い世界には無縁であることが多いわけです。第二に、高名な先生であればあるほど多忙なのが世の常で、じっくり時間をかけた鑑定が困難になってきます。

渋谷セレブ妻事件の検察側鑑定医を務めた国立精神神経センター部長の金吉晴氏は、PTSDがご専門です。その分野では第一級の先生ですが、司法鑑定経験は豊富ではないようです。弁護側鑑定人を務めた「こころのクリニック石神井」の木村一優院長も、児童精神医学を専門とされていますが、司法精神医学には造詣の深い方ではないと聞いています。しかもご両人も現役の部長と院長ですから、どうしても本来のお仕事のほうが多忙で、スケジュールにも制約がある。対立する立場の鑑定医と一緒に面接せざるをえなかったのは、そうした事情があったと思いますね。

佐木 そうだったんですか。それにしても、こんなことを言うのは岩波さんに失礼かもしれないけれど、鑑定医は本当に自らの職務に忠実かつ客観的に鑑定を行っているのか、非常に疑わしいと思うんです。私はオウム真理教事件の麻原彰晃被告（当時）の裁判を長年傍聴してまいりましたが、麻原の受け答えの様子を見る限り、私は「詐病」だと確信しています。傍聴を続けてきた他のジャーナリストたちの意見を聞いても、おおむね「詐病」で一致しています。裁判所の依頼による鑑定人は「訴訟能力あり」としましたし、検察側の鑑定人も「責任能力あり」とした。しかし、弁護側の鑑定人を務めた人々は、なぜか皆「責任能力なし」「訴訟能力なし」という判断を下す。

結局、検察側に頼まれたら検察側に有利な鑑定を出し、弁護側に依頼されたら弁護側の意に添うような鑑定を出しているんじゃないか、という疑問が拭えません。精神鑑定の結果を見るたび、しょせん「医者さじ加減」ではないかと。

大谷 実際、検察側は入念に鑑定医のリサーチを進め、「この先生なら『責任能力あり』と書いてくれるだろう」という鑑定医を選んでますよ。もちろん弁護側とて同じでしょうけど。

宮崎 ガンや心臓病であれば、対象となる臓器の科学的データによって疾患の有無が裏づけられる。しかし、鑑定医は「心」というよんどころのないものを扱うだけに、依頼主の意向に左右され易い。精神医学は科学の領域ではない、否、医学ですらないという論者もあり、私も半分はそう思います。科学的ではない精神鑑定をもって、神ならざる裁判官が人を裁く……こ