

の二重に捻れた矛盾の中に、精神鑑定の諸問題が凝縮されている。

佐木 まったくその通り。そもそも刑法三九条の規定でいう「心神喪失」「心神耗弱」って何なんだ？ という疑問があるわけです。精神鑑定のテキストを読むと、①物事の是非善悪を弁識する能力（事理弁識能力）、②それに従って行動する能力（行動制御能力）が失われた状態を心神喪失とするとあります。いったい何を基準にして、事理弁識能力、行動制御能力を測っているんでしょう？

また、国や地域による基準の違いも非常に大きい。日本では①と②の両者を見て心神喪失・心神耗弱を判断しますが、フランスでは①の事理弁識能力のみで判断し、かつ心神耗弱という規定そのものがありません。欧州には心神耗弱規定を設けていない国が多いです。米カリフォルニア州でも、心神耗弱による刑の減免を廃止しています。こうした違いを見るにつけ、刑法三九条そのものを考え直すべきではないかと思えてなりません。

岩波 その疑問はよくわかります。事理弁識能力、行動制御能力は明確に線引きして「ここから責任能力あり」「なし」と判断できるものではありませんから、刑法三九条に疑念を持たれて当然でしょう。しかし、精神疾患のためにこれらの能力に障害のある患者さんも現実におられるわけで、単純に刑法三九条そのものを撤廃せよというのは現実的ではありません。むしろ重大事件を起こした患者の多くは、一見して三九条の規定に該当することの方が多くわけです。

その一方で、被害者の側には「犯罪者を野放しにするのか」という感情もあり、こちらを一方向的に切り捨てるわけにもいかない。現実的な解決手段としては、精神障害者が犯罪を犯した場合、その罪の量刑に相当する期間、治療を兼ねて施設に収容することもやむを得ないのかもしれない。

宮崎 犯罪をおかした者が精神障害者であった場合、かつては「措置入院」となるのが一般的でした。しかし、二〇〇一年の大阪池田小事件の犯人・宅間守（死刑）が犯罪→措置入院→退院を繰り返しながら犯罪をエスカレートさせて行ったことを教訓として、二〇〇五年に「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」（医療観察法）が施行されました。現時点で医療観察法はうまく運用されていますか？

岩波 措置入院の時のように、患者が制度の隙間をかいくぐって重大事件を起こしたようなケースは聞いていませんから、運用そのものは成功しているのでしょうか。しかし、患者の数に比べてベッド数、施設数が圧倒的に足りない現状があります。

おそらく裁判官も検察官も、自分の判断の責任を問われるのを回避したいからでしょう。最近では少しでも精神障害が疑われるケースだと、裁判ではなく医療観察制度に回してしまう傾向があります。それゆえ、必然的にベッド数が足りなくなる。新たに入って来る患者を受け入れるため、早めに退院させてしまうケースが多いと聞いています。事件の重大さと比べて、入院期間が短すぎる点が大きな問題だと思います。

大谷 本来であれば施設に居るべき人が、街を歩いているわけですね。また「野放し論」が復活しそうだなあ。

妹バラバラ殺人で「心神喪失」の矛盾

宮崎 三九条の話に戻りますが、近年、「心神喪失・耗弱」の領域が少しずつ拡大してきた印象があります。かつては統合失調症のような「れっきとした精神疾患」のみが、心神喪失・耗弱の範疇とされてきました。ところが最近では、精神疾患と診断されたわけではないのに心神喪失・耗弱と認定されるケースが増えています。

たとえば歯科医妹バラバラ殺人事件の精神鑑定では、殺害時の被告の精神状態は「完全責任

能力あり」なのに、遺体切断時には「解離性障害」で心神喪失だとしている。殺人と死体損壊は連続した一連の行為であるにもかかわらず、死体損壊の時だけ一時的に心神喪失になったとは常識的には考えにくいし、そのような例を聞いたこともない。

そもそも、解離性人格障害が心神喪失の対象になるのは極めて異例です。野田正彰・関西学院大学教授は今回の判決について「産経新聞」（五月二十八日付）で、「責任能力が問われるのは統合失調症のような精神障害であって、神経症の一種の多重人格では責任能力を認めるのが一般的」とコメントしています。私は野田氏の言説にはさまざまな矛盾点があると非難してきましたが、このコメントに限っては賛成です。

岩波 私も基本的には多重人格（解離性同一性障害）などの神経症圏の疾患に責任能力はあると考えています。多重人格はダニエル・キイス『24人のビリー・ミリガン』（早川書房）が大ベストセラーになったお蔭で人口に膾炙しました。しかし、被告がカウンセラーや精神科医の質問に誘導されて行くうちに、実際には存在しない“隠蔽された自我”が呼び覚まされ、別の人格が顕われるというケースが多くあると指摘されています。つまり多重人格は、医原性に捏造されるということです。アメリカでは、人格解離のもっとも進行した状態とされる解離性同一性障害（多重人格）を心神喪失と認めた判例も過去にはあったようですが、日本ではそのような鑑定が下されることは稀です。そもそも多重人格の患者さんが本当に存在するのかと疑問視する声も臨床現場では絶えません。

佐木 麻原の鑑定人を務めた内沼幸雄・帝京大学名誉教授は、法廷で「ビリー・ミリガンはインチキ」とはっきり証言されましたね。

大谷 今年二月六日に同じ東京地裁で出た別の事件の判決では、多重人格としながらも責任能力を認めています。被告は女性で、交際していた男性の悪口を言われたことに腹を立て、別の男性の胸を包丁で刺し死亡させたという事件です。判決は、「犯行時、別の人格が出現して被告を支配していた」とした精神鑑定を「十分信頼できる」と認定した上で、「別人格が現れていたとしても人間としての連続性は保たれている。責任能力はあった」として、「犯行当時の記憶がない。心神喪失状態で責任能力はなかった」との弁護側主張を退けています。

宮崎 ヘエー、それは妹バラバラ事件とは対照的な判決ですね。すでに米国の裁判所では、被告に人格の解離が認められたとしても、別の人格も有責な本人の一部であるとして、責任能力を認めるという傾向に変化しつつあります。日本の裁判所は、世界の精神医学のトレンドから一周遅れで歩みを進めているんです。

大谷 妹バラバラ事件の判決文がまた酷い（苦笑）。死体損壊時の精神状況について、「アスペルガー障害を基盤にして解離性障害を発症した症例に関する研究が十分になされていない状況の下ではあるが、死体損壊時、被告は解離性同一性障害による別の人格状態に支配され、自己の行為を制御する能力を欠き心神喪失の状態にあった可能性も否定できず、心神喪失状態にあったと認定した」と書いてあるんだけど、判断の前提となる研究が不十分としながら「可能性も否定できず」、最終的には心神喪失を認定してしまう。念のため、アスペルガー障害のお子さんを持つ親御さんたちの団体の方にも読んでもらいましたが、「アスペルガー障害を基盤にして解離性障害を発症」というくだりはどうしても理解できないと口を揃えていました。

佐木 日本語としておかしいのだから当然でしょう。判決文の理屈を援用すれば、魔女狩りだってできますよ（笑）。

宮崎 そもそもアスペルガー障害は人格障害とは違う広汎性発達障害の範疇に入るものであり、言語機能や知能は健常者と何ら変わるものがないとされている。それがなぜ解離性人格障害と繋がってしまうのか、全く理解不能ですね。

岩波 おそらく裁判官は、「もともとアスペルガー障害だった上に、解離性障害を併発した」と言いたかったんでしょう。ただし、この二つの疾患には因果関係も相関関係もありません。

佐木 この書きぶりから察するに、裁判官は鑑定書を読んでもチンプンカンプンだったのでしょう。理解できないから、持って回った言い回しになる。あるいは、他人が読んでも理解できないような鑑定書だった。

宮崎 ということは、鑑定書もイカゲンなんだ！（怒）。

大谷 イカゲンな鑑定書をイカゲンに読んでイカゲンな判決出されちゃ困るんだよ（怒）。しかし、イカゲンな鑑定を批判できるだけの医学的根拠を裁判官が持っているかという、それは期待できない。結局、鑑定医にしっかりした仕事をしてもらえない。

宮崎 ところが精神鑑定には曖昧模糊としたものがつきまとうため、科学的な真実は立証不可能。ここでひとつの袋小路に入ってしまう。

少し話が逸れますが、統合失調症のような精神病は「責任能力なし」、人格障害は「責任能力あり」と単純に二分できるものなんですか？

岩波 さきほどの野田氏の解釈で、おおむね妥当ではあります。しかし同じ人格障害であっても、精神病に近い症例の場合、責任能力を問うのは難しくなってきます。統合失調症やボーダーラインに近いタイプでは専門家でも見分けるのが難しいですし、単純に二分できないケースもあるのは事実です。

また、国によって解釈が違うこともあります。日本では人格障害に責任能力を認めています。英国やドイツでは精神病質（サイコパス）に分類され、精神病と同等の扱いを受ける場合もあります。その場合は、責任能力は問われず、その代わり特殊病院や地域保安病棟などに隔離されて治療を受けることになります。

宮崎 もうひとつ、「簡易鑑定」についてお伺いします。二〇〇四年十二月十三日、さいたま市で発生したドン・キホーテ放火事件では、三名の従業員が亡くなり負傷者多数の大惨事となりました。犯人の女性はほどなくして逮捕されますが、放火事件直前、彼女は同じ店で窃盗事件を起こし、逮捕されている。しかし大宮区検の簡易鑑定では「責任能力に疑問がある」となり、処分保留で釈放。その直後に放火事件を起こし、あらためて簡易鑑定を行ったところ、今度は「責任能力あり」と出た。もし初回の鑑定をキチンとしていれば、少なくとも三名の人命は失われなかったでしょう。簡易鑑定における誤診の多発について、どうお考えですか？

岩波 簡易鑑定は数時間の問診と知能テストが主な内容で、一日か二日で終わります。被疑者に通院歴があれば、過去のカルテを取り寄せて分析する作業が加わります。結局、簡易鑑定が簡易すぎるのが根本的な原因ではないでしょうか。

宮崎 そんな雑な鑑定で起訴不起訴を決めているから、結果として大事件を未然に防げなかった。検察には猛省を促したいですね。

しかし、有罪率九九・八パーセントを誇る検察は、少しでも精神障害の可能性のある事件については起訴を躊躇してしまう。とくに家族殺の事件の場合、簡易鑑定で少しでも責任能力に疑問符がつくと、検察は比較的簡単に起訴を見送ってしまう傾向がある。たとえば二〇〇三年十二月、香川県さぬき市で子供二人と祖母を殺害した二十五歳の男性が起訴前の簡易鑑定で「心神喪失」と判断され、不起訴処分になった案件がありました。ところが実際はこの男性は犯行時の状況を詳細に記憶しており、精神疾患ではなく解離性人格障害と診断されていたのです。通常の基準からすれば責任能力はあったはずですが、なぜか高松地検は起訴を見送った。

大谷 家族殺の場合、不起訴にしても被害者から異議申し立てが来ないから、という事情もあります。これが被害者が赤の他人であれば、そうも行きません。無闇に不起訴とすれば間違いなく検察審査会に駆け込まれ、逆に検察幹部の首が飛びますから。

私も、起訴前の簡易鑑定という制度には非常に大きな問題があると思います。いわゆる「野放し論」についても、さきほどのドン・キホーテ放火事件をみれば、元凶は簡易鑑定にあるのは間違いありません。いっそのこと簡易鑑定を廃止して、起訴前であったとしても本鑑定を突

施すべきではないでしょうか。被疑者を長期間鑑定留置することには人権上の懸念もありますし、公判開始時期が遅れるという批判もあるでしょう。しかし、誤診による処遇ミス、あるいは裁判の迷走を防ぐという意味では、非常に効果が期待されます。また、安直に「医療観察法の処遇に回しておけばいい」と考える検察官や裁判官は減るでしょう。さらに、ロクな証拠もないのに知的障害者を犯人と決めつけ、簡易鑑定の結果のみで処遇を決め、裁判を受ける権利を奪った上で、闇から闇へと葬ってしまうケースもあるわけです。そうした人権侵害の重大さに比べたら、起訴前から本鑑定を実施することのデメリットなど取るに足りないものでしょう。

裁判員制度で精神鑑定はどうなる？

宮崎 さて、ガラリと話を変えましょう。いよいよ来年五月二十一日から裁判員制度が施行されますが、すでにさまざまな懸念が指摘されています。いわく、参加強制は憲法違反ではないか、秘密保持の義務を遵守できるのか、裁判員の資質が問題にならないか等々。なかでも精神鑑定の取り扱いについては、未だ判然としない部分が多くある。裁判員制度が適用される事件は「一定の重大な犯罪」とされており、必然的にバラバラ殺人や連続通り魔事件のような重大かつ難解な事件が対象となるはずですが、しかしながら現行裁判ですら、精神鑑定の取り扱いをめぐって数多くの問題を抱えている中、裁判員制度の導入によって精神鑑定はますます混乱をきたすのではないかと。

ときに佐木さんと岩波さんは裁判員制度の「模擬裁判」を傍聴されたそうですね？

佐木 私は福岡地裁小倉支部で開催された模擬裁判を三日間傍聴しました。

岩波 私はさいたま地裁の模擬裁判に参加し、鑑定人の役をやりました。シナリオは小倉と同じはずですが。

佐木 そうですね。模擬裁判は全国十九の地裁で開催されましたが、シナリオは全国共通で「統合失調症の四十歳の男性が、レンタカー店で借りた車を自分の車だと思い込み、返そうとしなかった。そして、車を回収しようとしたレンタカー店従業員を刃物で刺し殺した」というストーリーです。

模擬裁判は裁判所、検察庁、弁護士会の共催で、裁判官と検察官は現職が登場しました。残念ながら裁判員だけは北九州市内の企業に推薦してもらいましたが、結果的に管理職ばかり(苦笑)。

初日の午前中は、まず裁判員候補者の選任手続から入ります。候補者を面接した時の模様も法廷のスクリーンに映し出されます。次にどうしても都合の悪い人を外した上で、抽選で六人を選ぶわけです。午後から起訴状の朗読から始まり、双方の冒頭陳述と続きます。その後、裁判官三人と裁判員六人で中間評議を行い、それもスクリーンに写し出されて、われわれ傍聴者にも見えるようになっている。精神鑑定については、すでに公判前整理手続の中で二つの鑑定結果が出ています。それら証拠を論議して、三日目の夕方に九人で最終評議を行い、判決を出すわけです。

大谷 ずいぶんあっさりしたものです。検察側と弁護側の法廷での応酬を見慣れている僕らにとっては、何だか物足りませんねえ。

佐木 そもそも最高裁の用意したシナリオが薄味ですから(苦笑)。実際に裁判員制度で取り扱われる案件は「一定の重大な犯罪」であるにもかかわらず、死刑や無期懲役の選択を問うシナリオを用意してない。そんな腰の引けたやり方で、最高裁は何を考えてるのかと思います。

大谷 のっけから死刑事案をシナリオにすると、国民が引いてしまうのではないかと恐れたんでしょう。しかし、現実には裁判員制度にかけられるのは死刑や無期懲役を問う案件が非常に多くなることが予想されます。

宮崎 しかもそうした重大事案の場合、必然的に精神鑑定が問題になるケースが占める割合が多くなる。模擬裁判で示された二種類の精神鑑定はどんなものですか？

佐木 検察側鑑定人による簡易鑑定書と弁護側請求の本鑑定書です。つまり、本鑑定もすでに公判前整理手続の中で済んでいるのです。

裁判員制度下では、あらかじめ法曹三者（裁判所、検察、弁護士）で公判前整理手続を行います。争点を絞って裁判の迅速化をはかるとというのが眼目ですから、原則として公判前に精神鑑定はすべて完了しています。

大谷 ということは、公判の経緯を観察した上で、必要とあらば被告を鑑定留置してきちんと精神鑑定し直すという現在のやり方は、不可能になるということですね？

佐木 そうなるでしょう。とにかく最高裁は司法制度改革のメリットとして「裁判の迅速化」を謳っていますし、裁判員制度のPRでも「七割以上の裁判は三日以内に公判終了、最大でも五日以内」としていますから、公判を途中停止して鑑定をやり直すという作業は事実上不可能になるでしょう。

大谷 それは腑に落ちないなあ。裁判の迅速化といえば聞こえは良いけれど、公判の中で被告の受け答えの様子をじっくり観察する機会を奪われるわけですから、裁判官も裁判員も一発勝負で心証を取るしかなくなる。結局、公判前整理手続時の鑑定書が唯一にして最大の手掛りとなるわけですね。

一方で最高裁は「最大で五枚程度のわかりやすく表現した鑑定書が必要」という指針を示しており、鑑定書が大幅に簡略化される見通しとなっています。「鑑定を尊重せよ」という判例が示される一方で、鑑定書を大幅簡略化するというのも腑に落ちない。

岩波 もっとも、鑑定書の内容を素人にもわかりやすく説明する配慮はなされています。たとえば鑑定書のほかに、「統合失調症とは？」「責任能力とは？」などという項目別に説明したレジュメが配られ、レクチャーを受ける仕組みになっています。また、検察側と弁護側双方の鑑定医を法廷に呼び出して同時に質問する「対質」の機会も設けられています。事実上、対質が双方の鑑定の対決場所となります。

ただ、精神疾患や責任能力の概念を裁判員の方々に理解していただくのにどうしても時間がかかってしまうので、運用は難航するでしょう。裁判官と裁判員の評議も、専門家が中にいないため、混乱する可能性が大きいと思われます。

大谷 いまさらながら、裁判員制度の導入によって日本の刑事裁判のあり方が根底から変わってしまうことがわかります。それも、どうやら良くない方向にと。

そもそも「最大五日間」で本当に公判が終わるのか？ 公判途中で鑑定書に疑義が生じた場合、もう一度被告を鑑定留置して鑑定をやり直せるのか？ ……疑問が尽きません。

佐木 しかし、私は「国民の司法への参加」という裁判員制度の理念そのものには賛成です。しかも、国会でも全会一致で可決されたのだから、もうどうしようもないわけです。おそらく裁判官たちも本音の部分では「死刑にしても無期懲役にしても、国民からは非難轟々。だったらお前らも少しはこの苦しみを背負ってくれ」という思いがあるでしょう。私はひそかに、「裁判官よりも一般国民のほうが精神鑑定について常識的な判断が出来るのではないか？」という気もしているんですよ。

宮崎 確かに司法に国民の健全な社会常識を反映させることは喫緊の課題です。その意味では私も佐木さんに同意します。ストーカー行為で逮捕された裁判官や、高裁判事の妻が不倫相手の関係者を脅迫し、その捜査情報を検察幹部が当の判事に漏洩していた事件などを見ていると、裁判所と検察のモラルは著しく低下しています。いわゆるトンデモ判決の続出も、かねてから指摘されているところです。しかし、精神鑑定の評価能力そのものは比較のしようがないのでは？

佐木 世間を知らない裁判官よりも、普通の社会生活を営んでいる一般国民のほうが精神障害者に触れる機会も多いわけです。身内にいる場合もあるだろうし、会社や取引先、あるいは通勤電車の中で精神障害者に会えることだって多い。裁判官も精神疾患をもつ犯罪者に会う機会は多いけれど、法廷という限られた場所であり、本当に人間として向き合う場ではありません。「詐病」か否かを見抜く目は、裁判官より一般国民のほうが鋭いと思いますけれどね。

岩波 一般常識があるという意味では、そう言えるかもしれませんが。しかし、捜査段階の簡易鑑定で一度フィルターを通してありますから、もし詐病だとしたら、鑑定医でも見抜けなかった難しいケースだということになります。その難しいケースを、精神医学の知見のない裁判員の“一般常識”に委ねてしまうというのも危険な気がします。

われわれ精神科医でも、統合失調症を装っているようなケースは比較的簡単に見抜ける可能性が高いですが、宮崎勤や麻原彰晃のようなケースは非常に難しい。法廷でのふるまいを観察しての判断に期待するのは、ちょっと不可能だと思います。

大谷 佐木さんがおっしゃる「司法への国民参加」には僕も賛成ですし、「素人のほうが一般常識を持っている」というご意見にもおおむね賛成です。しかし、裁判員に判断を委ねるならば、鑑定の経緯を完全に可視化しておかなきゃだめですよ。最初に取調室に入ってきて弁解録取を聞く場面から、記録しておかなければならない。公判前整理手続きが一年近くかかるのだから、そこから出てきて公判の三日間眺めろというとき、被告人の精神状態は犯行時とは違っている可能性が高い。

ただし、警察に強要されて“自白”させられた場合などは、むしろ素人のほうが見抜く力があるかもしれない。私は知的障害者の冤罪を数多く取材していますが、知的障害者の中には極めて人格的に弱い人もいて、他人に強く「これはこうだろう！」と迫られると何でも認めてしまうこともある。警察はそうした被疑者をホテルに三日も四日も缶詰にして、“自供”させるわけです。そうした被告の場合、素人のほうが見抜きやすいでしょう。しかしこの場合も、警察が逮捕状をとらずにホテルに缶詰にして、四六時中見張ってたという状況も含めて証拠を示さないダメです。

いずれにせよ、公判前整理手続であらかじめ争点を絞るとするのは、「迅速化」という面では良いかもしれないけれど、弊害も大きいですね。公判時にしつこく尋問で崩したり、新証拠を突きつけて相手側を蒼ざめさせるなんて芸当は、もう見られなくなるでしょう。ヤメ検弁護士が得意とする「調書の信憑性」を争う手法なども、おそらく不可能になる。結果として、非常に面白くない裁判が多くなりそうな予感がします。

裁判員制度は百害あって一利無し

宮崎 模擬裁判は全国十九の地方裁判所で行われましたが、全く同じシナリオにもかかわらず、判決の量刑には大差がついたそうです。最も重い京都地裁判決では「心神耗弱」を認めて懲役十四年（求刑十年）、名古屋、福岡ほか八カ所で「心神喪失」を認めて無罪（求刑同）。京都地裁では求刑より判決が上回るという異例の判決となりましたが、これは裁判員役の市民から「被害者の遺族の思いも考えるべきだ」などの声が上がった結果だそうです。この差をどう考えますかね？

大谷 裁判所や裁判官によって量刑判断に差が出るのは現行制度でも同じですから、単純に比較は出来ません。しかし、無罪から懲役十四年までの違いは大きすぎる。

もうひとつ気がかりなのは、最後の量刑判断の際、職業裁判官が裁判員たちを“誘導”するのではないかという点です。量刑判断は法廷ではなく別室で協議しますが、お互い「あなた、

どう思う？」と意見を述べ合い、最後に多数決で決定し、法廷で言い渡しになる。その討議の際、裁判官が「この罪ならこのぐらいが量刑の相場です」と相場を示すに決まってるわけです。一般市民はそれに誘導され、結果として裁判官の思惑どおりの量刑となってしまうおそれがある。しかも、裁判員には守秘義務があるから、もし裁判官の誘導が行われたとしてもマスコミ等で公にすることが出来ない。裁判員制度は「開かれた司法」「司法への国民参加」と謳いながら、実際は法曹三者による公判前整理手続というブラックボックスの中で決められたことを、裁判官の誘導によって裁判員たちが「追認」するだけのシステムに墜してしまう可能性があるんです。

佐木 いや、まさに大谷さんが危惧されているようなことが模擬裁判で起こったんです。福岡地裁小倉支部での場合、当初は量刑判断の合議で裁判員六人全員が「責任能力あり」の判断でした。一方、三人の職業裁判官はどうかというと、まず左陪席が「私は心神喪失で無罪だと思っています」と言った。一方、右陪席も「検察官は責任能力の存在を立証しきれていない」と言った。裁判長は曖昧な言い回しをしていましたが、要するに「無罪」の印象を与えるような口ぶりでした。そこでもう一度裁判員六人の意見を採決したら、六人のうち五人がコロッと変わって「無罪」と言い出しちゃった（苦笑）。

宮崎 つまり引っ繰り返ったんですね。

佐木 ええ。裁判官の思う通りになった。で、最終的には八対一で無罪になっちゃったんです。

その数日後に福岡地方裁判所（本部）でも同じシナリオの模擬裁判がありました。こちらでも当初は裁判員六人全員が検察側の心神耗弱説を支持していたそうです。ところが判決言い渡し直前、裁判官に「被告の行為に飛躍はないか」と尋ねられると一転して「責任能力を認める検察の主張には合理的な疑いがある」と全員が無罪の判断に変わった。その結果、九対〇で無罪なんです。作家の夏樹静子さんがずっと傍聴に通っておられましたが、「私は呆れたー！」って（苦笑）。

宮崎 私も呆れましたよ（苦笑）。

岩波 さいたま地裁でも同じような状況でした。当初、裁判員六人は有罪・無罪が三対三に割れていました。ところが裁判官は三人とも心神喪失で無罪の判断だったんですね。それを聞いた途端、みんな裁判官の言う通りになって、最後は全員一致で「心神喪失で無罪」という結論になったんですね。

宮崎 結局、裁判官の言いなりじゃないか。こんなことなら裁判員なんて必要ないよ（怒）。

佐木 職業裁判官になびく裁判員が悪いという見方もあるかもしれないけれど、そもそも法律の知識のない一般市民が裁判官と対等に渡り合えるわけがない。裁判官に偉そうに「まあ、このケースは懲役〇年ですな」なんて言われたら、一般市民はそれになびいてしまうもんですよ。だから何よりもまず、裁判官自身が意識変革してもらわんと困ると思うんです。

宮崎 一般市民への啓蒙も、小学校や中学校の段階から始めていなければ無理でしょう。必修科目に「裁判」を設けるくらいの手を打たなければ、リーガルマインドを兼ね備えた裁判員など生まれるはずがない。

大谷 一審だけ裁判員制度にして、控訴審と上告は従来どおり職業裁判官だけが裁くというシステムも矛盾しています。一審で裁判員が頑張っても、お上が気に入らなければ控訴審で覆されてしまう。本当に「司法に民意を反映」と考えているのなら、最高裁まで裁判員を入れるべきでしょう。ふざけるなと思うよね。

岩波 そうなると、一審判決の破棄事例が増えるということでしょうか？

大谷 僕が法務省関係者に内々に取材した感触では、「わざわざ来てくれた六人の裁判員に失礼だろう」ということで、なるべく破棄は避けたいということのようです。すると、必然的に

「差し戻し審」になるわけです。

しかし、差し戻された六人は「職業裁判官は俺たちの判決が気に入らないんだな」という圧力を感じることになる。別の事件の裁判員たちは「また呼び出されてはかなわんから、高裁から差し戻されないようにしよう」と自己規制するようになる。結果として、裁判所の顔色を窺いながら裁判員たちは判断しなければならないわけです。

宮崎 「司法への国民参加」といいながら、職業裁判官の誘導、公判前整理手続によるブラックボックス化等々、負の側面が非常に多い。そのくせ、結局は職業裁判官による現行裁判制度と変わらない判決が下される見込みが高い……。これは膨大なコストの無駄にほかなりません。

しかも、肝心の精神鑑定取り扱いについては、まだまだ不明な点が多すぎます。とりあえず裁判員制度の導入は二年間延期するのが妥当ではないでしょうか？

佐木 私は裁判員制度の理念そのものには賛成ですし、もう国会で全会一致で決まったことなのだから、いまさら止めるわけにはいかないでしょう。しかし、精神鑑定をはじめ色々な問題を孕んでいるのは事実ですし、逐一改善して行かなければならないと思います。

大谷 私も理念には賛成しますが、いきなり重大事件の裁判を一般市民に担わせるのは時期尚早と考えます。米国の陪審員制度でさえ、否認事件だけに限っているんですよ。小田急線高架化問題のような行政訴訟や公害問題のような国家賠償訴訟に限定して裁判員制度を導入するとか、もっと上手なやり方があったはずですよ。

岩波 模擬裁判を見ている、責任能力や精神障害の概念を一般の方々に理解していただくのは簡単ではありません。鑑定書を読む前の段階でどうしても時間がかかってしまう。「裁判の迅速化」といいながら、運用には相当な困難が伴うと思います。

宮崎 四人も集まる座談会でこれだけ意見が揃うのも珍しい（苦笑）。というわけで、「裁判員制度は延期して抜本的な見直しを行うべし」というのが結論です。

病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方

松原三郎

医療法人財団松原愛育会 松原病院

日本精神科病院協会雑誌

第27巻 第5号

2008年5月5日発行

病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方

松原 三郎

石川 松原病院 理事長

Key Words 精神科救急病棟, 急性期治療病棟, 亜急性期病棟, 病棟機能分化

はじめに

平成16年に近代化工事を行って病棟の機能分化に着手した。総病床463床であるが、このうち30床は内科療養病棟である。建設当初から精神科急性期治療病棟は48床、半数以上を個室とし、将来的に救急入院料の算定を目論んでいた。平成19年には本格的に救急入院料の算定の準備に入ったが、医師数が充足することでようやく可能となり、平成19年12月から救急入院料の算定が可能となった。

救急入院料算定病棟（以下、救急病棟という）は、当該病棟で16対1の医師配置、365日24時間にわたる指定医の配置体制、さらに、措置入院や応急入院の受け入れ数の確保など地域の精神科救急の「基幹病院」としての役割と責任が求められる。病院は常時救急患者を受け入れるために医師、看護師の勤務体制を見直し、治療機能の高度化が求められ、さらに、病院全体の退院促進機能の効率化など、さまざまな整備をしなければならず、医師、看護師等への負担はきわめて大きくなる。

精神科救急病棟の現状

平成19年9月から救急入院料取得のための試行に入っており、実質的にはこの月から救急病棟が開始されたとと言える。平成19年中の平均入院患者数は、病院全体では52名/月であった。このうち、救急病棟（48床）に入院となった患者数をみると、過去6カ月間の平均では30.3名/月であった。また、3カ月以内の退院率はほぼ60%を超えており、救急病棟の平均在院日数は直

近で40.2日であった。1カ月半程度で、病棟全体の患者が入れ替わるという状況である（図1、2）。

救急病棟への入院患者の疾病分類をみると、全国的な結果、あるいは、この地区でもう1つの精神科救急病棟を持つ県立高松病院と比較してもほぼ同一である（図3）。統合失調症が50%弱で、その他は、気分障害だけでなく、物質使用障害、あるいは人格障害圏など多種類の疾病に及んでいる。精神科救急病棟が多様な疾患への対応が求められる現状が示されている。

精神科救急病棟が常に新たな入院患者を受け入れるためには、それをサポートする病棟が必要である。当院では精神科救急病棟が2階にあるが、3階の病棟（58床の閉鎖病棟、保険区分では精神療養病棟）は亜急性期病棟としての機能を果たしている。この病棟では、救急病棟には該当しない患者（3カ月以内の再入院患者、救急病棟での滞在が3カ月を超えた患者、あるいは超えると予想される患者、病状が軽微で救急病棟に該当しない患者等）を中心に受け入れ、これによって救急病棟が円滑に回転し、さらに病床を空けて受け入れに備える体制を作ることができる。この亜急性期病棟は、平成19年1月では、平均在院日数は110日を超えていたが、救急病棟の高回転の影響を受けて、1年以内に70日台にまで低下している（図2）。当然のことながら、亜急性期病棟での入院の短期化は、さらに他の病棟にも影響を及ぼしている。図4で示すように、長期重症者を受け入れている閉鎖病棟（長期重症者病棟）であっても、平成19年1月では平均在院日数が454日であったものが、平成20年1月では280日にまで減少し、さらに病院全体でみると、平均在院日数は、平成19年1月では272日であったものが、平成20年1月では240日にまで減少している。

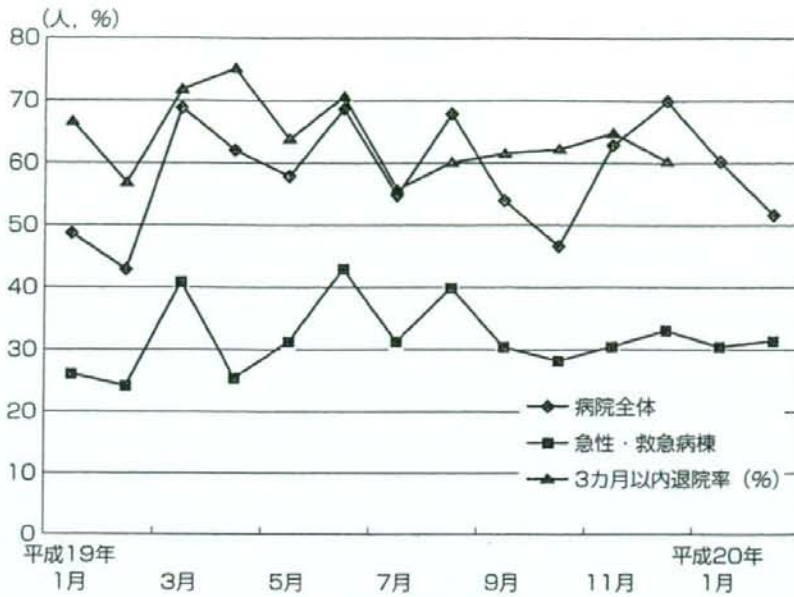


図1 入院患者数と退院率

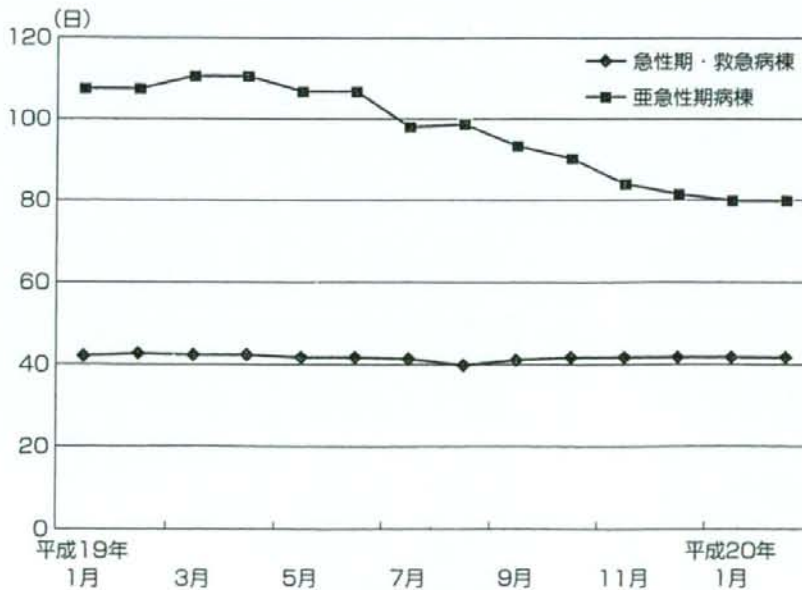


図2 病棟別平均在院日数

このように、精神科救急病棟の導入と、それに伴って生じた高回転化は、病院全体の医療構造を大きく変化させる原動力になっている。

精神科救急病棟：ハード面の整備

前述したように、平成16年から始まった当院

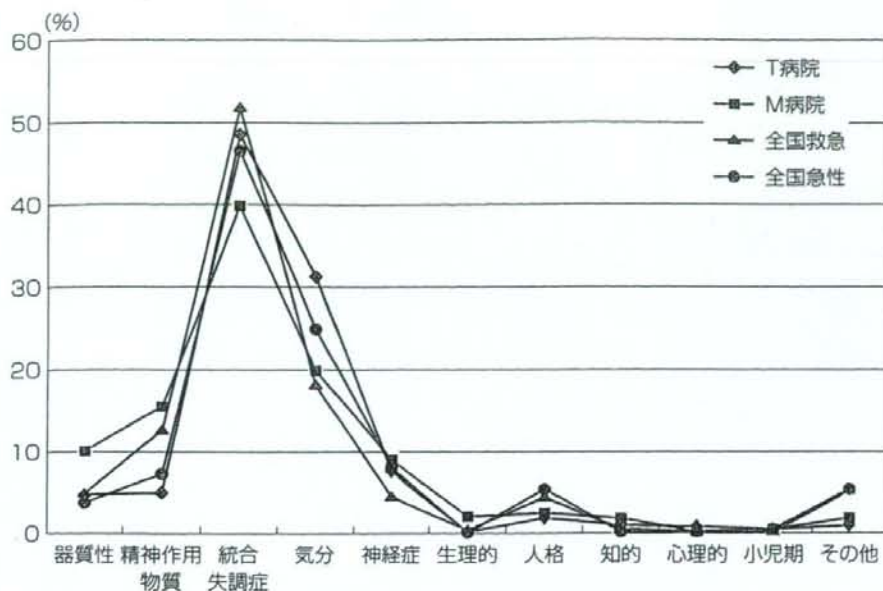


図3 救急，急性期病棟における診断構成（2006年1年間）

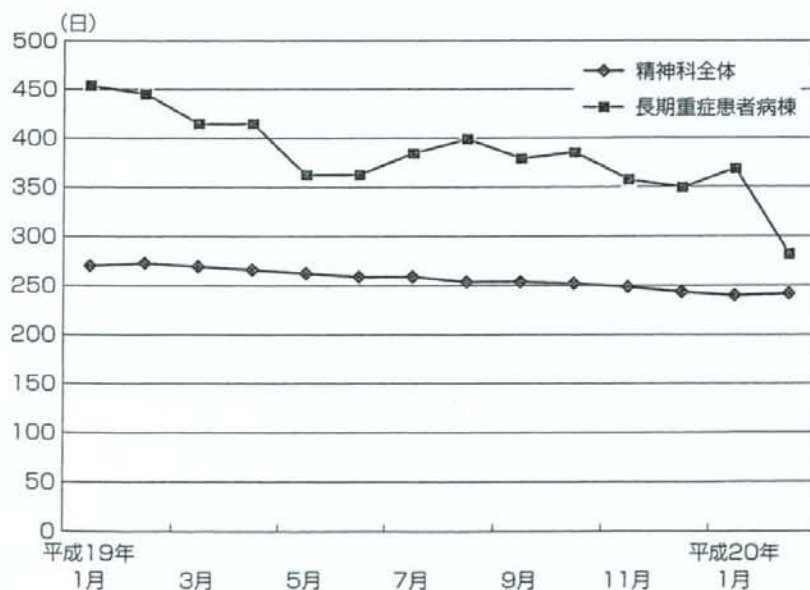


図4 平均在院日数

の近代化計画では、当初から精神科救急入院料の取得を目的として建築された。病床数は48床で医師数16対1への対応を容易にした。さらに、

特徴的な部分としては、図5に示すように、合計13室に及ぶ隔離病室を区画別に配置したことである。13室は、A、B、Cの3区画に分けられて

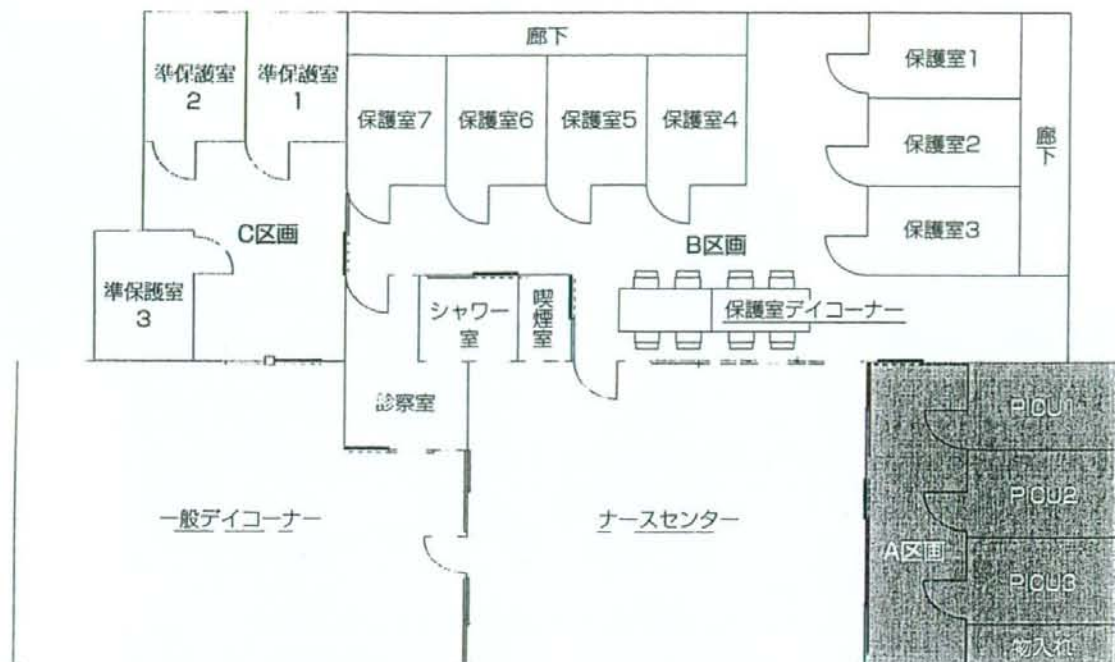


図5

いる。A区画はPICU室としての機能を持ち、各部屋に酸素吸引等の配管が行われ、夜間せん妄や身体合併症への対応が可能である。B区画の7室は、通常の隔離室として使用するが、中央に「保護室ダイコーナ」を持ち、食事、テレビ観賞、喫煙、シャワーなどが可能である。ダイコーナ利用時には、看護師1名がダイコーナに常に配置される。C区画は、一般病室のダイコーナと連絡しており、隔離が解除された一定期間、状態の変化がないか確認するために利用されている。もちろん、保護室が満床となった場合には、一般の保護室として使用することもある。このように、当院では、保護室の配置に十分に工夫をしたが、入院初期の治療にきわめて有効な結果を得ている。

精神科救急病棟：ソフト面の整備

救急病棟では、多数、多種類の患者さんが次々と入院してくる。単に医師数を整えるだけで済むものではなく、あらゆる面で治療機能の高度化が求められる。過去1年間、当院は救急病棟の高機

能化に相当の努力をしてきた。このような努力が、正確な診断と治療、そして医療の安全につながるものと考えてきたからである。

1. 多職種チームカンファレンス

医療観察法において実施されている多職種チーム医療の効果はきわめて大きい。各職種、とくに、看護師による評価と報告はチーム医療では欠かせない。そのほかに、臨床心理技術者、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、薬剤師、必要時には、訪問看護師、デイケアスタッフも参加して、カンファレンスが行われる。カンファレンスは毎朝8時40分から20分間、入院まもない2ケースについて行われる。入院後1週間程度でカンファレンスが実施され、診断、治療方針、問題点などが明らかにされる。この時点で、入院が3カ月を超えると判断された場合には、3階の亜急性期病棟へ移される。

2. クリニカルバスの導入

クリニカルバスの目的は、カンファレンス実施

時期や、家族へ説明する時期、各種療法参加等のタイムスケジュールを明確にすることである。とくに、家族面接を行う時期について明確にすることは重要である。決して疾患ごとの治療期限を目標化するためのものではない。

3. 急性期リハビリテーションの実施

急性期・救急病棟では、短期間に治療して、そのうえで回転ドア現象が生じないように、心理教育を始めとする各種の療法や支援が必要である。短期間で積極的に治療し、退院にまで結びつけるシステムは、「急性期リハビリテーション」としてすでに藤村ら¹⁾によって発表されている。正確な診断はもとより、個別に「心理教育」が行われるが、個人療法による部分と集団精神療法として行われる部分とがある。前者の主役は主治医であるが、同時に担当看護師の役割も重要である。担当看護師は、患者の精神状態を把握したうえで、個別に疾病教育的な接近を行う。その手法は症例によって異なっており、とくに、神経症性障害や人格障害圏では、臨床心理技術者との連携が必要になる。また、小集団による心理教育（統合失調症、気分障害など）も並行して実施されている。アルコール依存症については、病院全体で実施されているアルコール治療グループが行っている。しかしながら、当院においても看護師による個別の心理教育は、看護師が多忙であるために十分にこなせないのが現状である。さらに、必要に応じて院内の作業療法や退院生活訓練が実施される。

4. 内科医の専任配置

当院には、合計7名の内科医師（5名が常勤、うち1名は外科）が勤務しているが、このうち1名を救急病棟の専任とした。これによって、入院時の内科的チェックは全員に行われるが、同時に軽度な身体症状であっても内科医による診察が一般的である。

5. 修正型ECT

当院には、麻酔医の資格を持つ精神科医と外科医が常勤をしており、サイマトロンを用いたm-ECTを実施している。

6. 薬剤処方と検査オーダリングシステム

平成15年から処方ミスを少なくし、調剤や医事会計を円滑にするためにオーダリングシステムを導入してきた。今後、電子カルテの導入が必要である。

7. 病院機能評価の受審

平成19年3月には、当院は病院機能評価(ver.5)を得ている。このなかでは、病院倫理委員会や行動制限最小化委員会、医療安全委員会などがある。

退院促進のための活動

救急病棟の導入によって、退院促進の必要性がますます高まってきている。当院での退院促進活動の中心は以下の5点である。

1. 退院時ケアマネジメント

ケアマネジメントは、患者のニーズを把握する点では、きわめて重要な手法である。退院後の生活支援を行うためには、患者自身による支援プログラムの選択が必要になる。精神保健福祉士の援助によるケアマネジメントが必要であるが、残念ながら、急性期部分での実施率は10～20%にとどまっている。今後は、急性期・亜急性期での実施率の引き上げが必要であろう。

2. デイケア、デナイトケア、ショートケア

退院後のデイケア利用は、再入院を防止するためには、きわめて有用である。しかしながら、デイケア通所だけでは1年間の再入院率は、35%前後にも及ぶ。ところが、ケアマネジメントを併用することで、再入院率は10%台にまで低下する。

3. 訪問看護チーム

現在、5名の訪問看護師が配置され、精神保健福祉士と連携をしながら訪問看護を実施している。訪問看護を受けている外来通院患者の数は次第に増加して、現在は189名にまで広がっている。訪問看護の範囲は原則として、病院から車で30分以内の範囲に限られているが、これを超える場合には、各地域の訪問看護ステーションに依頼するこ

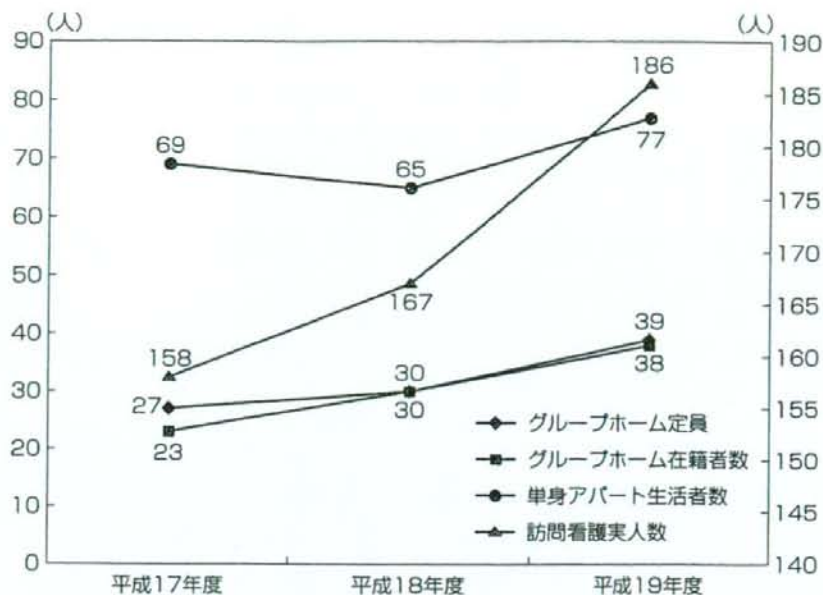


図6 グループホーム利用者・訪問看護数推移

となる。地域においては、訪問看護による医療と生活支援はきわめて有効であり、今後は、訪問看護（精神保健福祉士によるものも含む）が地域医療の主役となるのではないかと。

4. グループホーム

当院には、現在39人分のグループホームがあるが、今後は、その増設には困難が予想される。むしろ、一般アパートへの退院を促進する必要がある。この結果、図6に示すように、グループホーム入所者数だけでなく、単身アパート入居者数も急速に増加している。

5. 障害者自立支援法を利用した就労プログラム

就労継続B、就労移行支援、生活自立訓練の自立支援事業がすでに開始されているが、これに加えて、活動支援センターがある。

おわりに

急性期治療病棟の導入以上に、精神科救急病棟

は大きな変化を病院にもたらしつつある。多数、多様な入院患者に対応するために、救急病棟の高機能化が必要となった。そして、円滑な患者受け入れのためには、他の病棟の機能向上も欠かせない。とくに亜急性期病棟の機能整備が今後必要となる。さらに、退院促進機能としては、訪問看護や障害者自立支援サービスの充実も欠かせない要素である。

このように、精神科病院の機能を向上させながら、少しずつ地域への貢献が果たせるのではないかと考えている。

文献

- 1) 藤村尚宏, 蜂矢英彦: 精神科急性期病棟, 金剛出版, 東京, 1998.

参考文献

- 1) 石川県立高松病院: 病院の概要 平成19年4月, 2007.

医療観察法の地域サポートとACT

松原 三郎

臨床精神医学 第37巻 第8号 別刷

アークメディア



医療観察法の地域サポートとACT

松原 三郎

Key Words

医療観察法, 通院処遇, 処遇の実施計画, ACT

1 はじめに

医療観察法が施行されてから、本年7月でまる3年を迎える。3年を経た時点での事例集計結果はいまだ不明であるが、検察庁からの申し立て件数は1,000件をこえ、退院者(約80人)も含めて、通院対象者は250人をこえているものと推定される。この間の施行状況をみると、大きく3つの問題点が浮かび上がっている。第1に、責任能力鑑定やこの法律による医療への適合性に関する精神鑑定など、精神鑑定に関する平準化が十分でないことである。特に人格障害、薬物依存、発達障害、さらには、解離性障害に関する部分に判定のばらつきが認められる。第2に、指定入院医療機関の病床数の不足である。都道府県立病院での開設が進まず、また、次第に長期入院に及ぶ事例も認められるようになってきている。第3に、通院医療ならびに地域処遇のサービスの不十分さである。わが国では、通院医療や地域生活支援のサービスは、質・量ともに極めて貧困であり、また、本法での報酬額が不十分であるために、基本的な「多職種チー

ム」を揃えることもできない状態である。このような中にあっても、通院となった対象者への医療と生活支援は、これまでとは比較にならないほどに充実したものとなっている。これは、少ないマンパワーのもとにあっても、医療観察法関係者の懸命に努力することで支えられているといっても過言でない。

本稿では、医療観察法において実施されている通院医療と地域サポートの現状を分析しながら、犯罪を起こした精神障害者の通院医療と地域サポートのあるべき姿を検討したい。

2 医療観察法の施行状況

平成19年11月時点での審判の状況では、入院決定は58%、通院決定は21%であり、通院は入院決定の半数以下である(図1)。しかし、審判結果の割合は地区によって大きく異なる。特に近畿地区では入院決定と通院決定は同数になっている。このことは、指定入院医療機関への距離が遠方であるが最も大きく影響していると思われるが、実際には、この地区では通院処遇になった対象者を地域で支えるだけの医療・

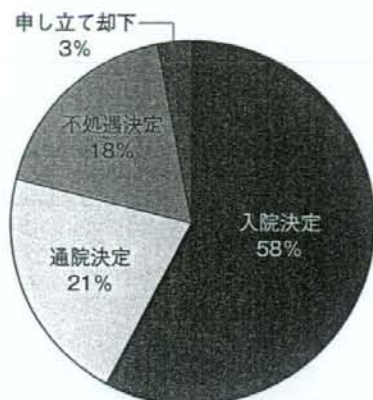


図1 当初審判の状況 (811件, H19.11.30現在)

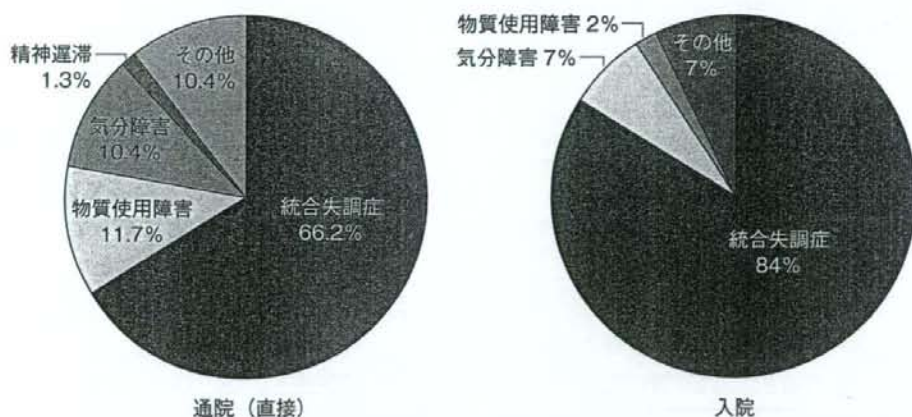


図2 入院処遇と通院処遇 (直接) の疾病分類

生活支援のサービスが比較的充実している影響も無視することはできない。

さらに、通院対象者の疾病分類をみると、直接通院となった対象者では、統合失調症患者は66.2%と入院処遇よりも18%程度少なく、その代わりとして、物質使用障害(11.7%)、気分障害(10.4%)の割合が増えている(図2)。通院処遇となった対象者は、疾病分類が多岐にわたるために、治療プログラムの多様性が求められることとなる。これらの現状に対応するために、平成19年度厚生科学研究の成果物として「通院治療プログラム」が編集された⁵⁾。

3 通院処遇の枠組み

通院処遇は、指定通院医療機関による「通院医療」と保護観察所(特に社会復帰調整官)が行う「生活支援と精神保健観察」の2つのチャンネルで行なわれる(図3)。この両者を調整するシステムとして保護観察所が開催する「ケア会議」があるが、この会議では対象者に関わる「処遇の実施計画」が策定される。指定通院医療機関をはじめとする関係機関は、この処遇の実施計画に沿って各種のプログラムを実施することになる⁶⁾。

処遇の実施計画の内容は、①指定通院医療機

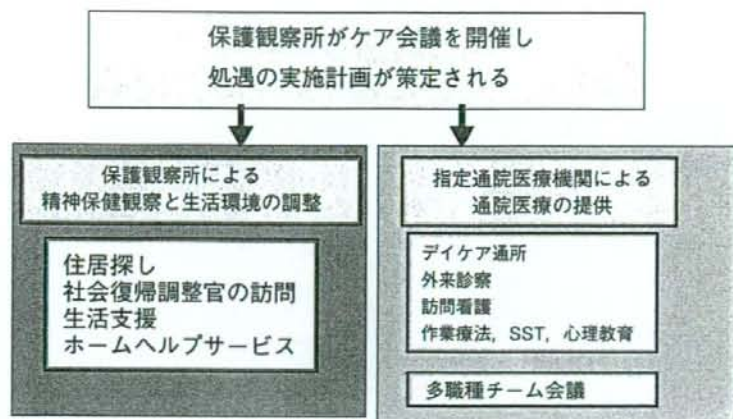


図3

表1 処遇の実施計画の策定(第104条)

- 保護観察所の主催によるケア会議の開催
- 常時参加する機関
指定通院医療機関, 精神保健センター, 保健所,
市町村保健センター, 対象者(及びその家族)
- 対象者の状況に応じて参加する機関
都道府県主管課, 福祉事務所, 社会復帰施設,
その他の機関

関の行う医療の内容と、その担当者名、実施日時・頻度などであるが、具体的には、外来受診、デイケアセンター通所、訪問看護、作業療法、心理面接、集団精神療法などである。②保護観察所が行う環境調整の内容(住居探し、訪問介護など)、精神保健観察の内容(守るべき事項に沿った日常生活)であるが、実際には社会復帰調整官が行うことになる。③その他の関係機関が行う援助(就労支援、介護保険サービスの利用、行政的な諸手続きへの援助など)、④病状悪化時、特に緊急時の対応策をあらかじめ明確にしておく、⑤本法による処遇の終了から一般精神医療への移行をできるだけ明確にする、⑥本人の権利条項を明確にする。

処遇の実施計画は、法第104条に規定されたものであるが、第108条・第109条には、各種関係機関の保護観察所との連携協力が求められている(表1, 2)。処遇の実施計画は、対象者の参加のもとで、医療と生活の広範囲にわたっ

表2

- 対象者が「守るべき事項」(第107条)
 1. 一定の住居に居住すること。
 2. 住居の移転、長期の旅行はあらかじめ保護観察所に届け出ること。
 3. 保護観察所の長から出頭・面接を求められたときには、これに応ずること。
- 指定通院医療機関の管理者の通報義務(第111条)
指定通院医療機関の管理者は対象者が通院による医療を受けない時、守るべき事項に違反する時には保護観察所の長に通報しなければならない。

て「ケアマネジメント」を実施していることになる。その点では、対象者のニーズの把握が前提であり、また、「通院による医療の継続」や「一定の住居に住まい面接に応ずる」などの強制的な側面をもつ精神保健観察がかせられるという二面性が存在している。いずれにせよ、ケアマネジメント(処遇の実施計画)がこのように法で定められ、さらに、関係機関はこれに協力が求められるといった状況は、わが国では初めてである。医療観察法の施行状況の中では、入院医療に比較して、通院医療・生活支援の部分は貧困なままであるが、社会復帰調整官の参加と、そしてこの法で規定されたケアマネジメントは、これまでにない強力な部分といえる。

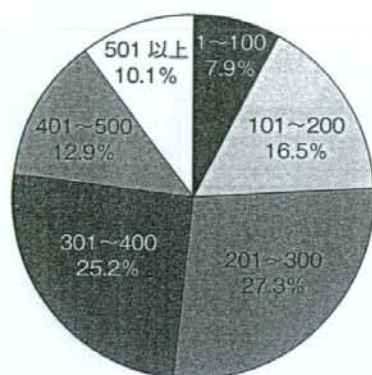


図4 精神病床数 (回答 139 件)

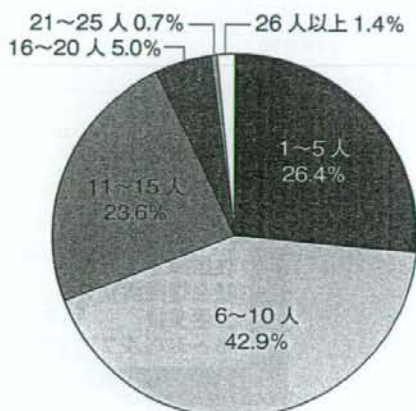


図5 常勤医師数 (回答 140 件)

4 わが国の脆弱な地域精神科医療体制と指定通院医療機関の状況

地域で生活する精神障害者に対しては、「医療」と「生活支援」は一体のものとして提供されなければならない。諸外国では、これらが国の事業として一体化されて実施されてきている。そして、ケアマネジメントとそれを実施するサービスとが常に連携したものでなくてはならない。例えば、英国ではすでに「Care Program Approach (CPA)」として実施されてきたことであるが、それを実施するための地域ケアチームが背景に控えている。

わが国では、精神障害者が地域で生活をする状況は家族との同居を前提として構築されてきた。ところが長期(1年以上)の入院群では、自宅へ退院する割合は極端に低下して(病床利用調査では15%以下)おり、長期入院の問題の解決には、居住場所の問題と、生活支援の2つの要素がかかわっている。逆にこの2つを解決できないことが長期入院を生み出している原因でもある。そして、自宅に戻ることが無理な場合には、「福祉ホームや生活訓練施設」などの中間施設(通過施設)を準備することと、さらに、その後の単身アパート生活を可能にする「生活支援」のシステムを整備することが必要で極めて重要である。

地域で利用可能な各種サービスをみると、医療保険サービスでは、「精神科デイケア、ダイナイトケア」「訪問看護」「訪問診療」などが主体であるが、その他に外来機能として、作業療法、集団精神療法(SST、心理教育など)をあげることができる。障害者自立支援法サービスとしては、居住(グループホーム、ケアホーム)、日中活動(自立生活訓練、生活介護、就労継続、就労移行)、地域支援事業(活動支援センター、ショートステイ、訪問介護)などをあげることができる。これらの中で、アウトリーチ機能としては、訪問看護、訪問診療、訪問介護の3つに絞られる。少なくともチームとして医療と生活支援の双方に対応できるメニューはない。

医療観察法の指定通院医療機関の状況を平成18年12月に実施したアンケート調査からみると⁵⁾、現状の指定通院医療機関は病床数300床以上が約半数を占め(図4)、常勤医師数も6名以上が4分の3以上を占めており(図5)、比較的大型で治療機能の高い精神科医療機関が参加していることがわかる。社会復帰の機能として精神保健福祉士数では、4名以上が70%以上を占めているが(図6)、アウトリーチ機能として訪問看護師数を見ると、66%が2名以下にとどまっている(図7)。しかも、訪問看護の頻度を医療観察法対象者1人あたりでは、最も多いときでもほとんどが週に1回でとどまっている(2