

刑事精神鑑定 ハンドブック

編集

五十嵐禎人／岡田幸之

中山書店

序

刑事責任能力鑑定は、古くから司法精神医学の最重要課題のひとつとされてきた。2005年7月から施行された「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」(以下、「医療観察法」という。)による司法精神医療では、心神喪失・心神耗弱者の認定が要件とされており、質の高い刑事責任能力鑑定の重要性が増すこととなった。また、2009年5月から施行された「裁判員の参加する刑事裁判に関する法律」(以下、「裁判員裁判法」という。)による裁判員裁判では、口頭主義の徹底をはじめ審理の在り方が大きく変化したが、それに伴い、刑事責任能力鑑定の実施や報告にも大きな変化が要請されるようになった。さらに、医療観察法や裁判員裁判法の施行を契機として、刑事責任能力鑑定の在り方について、活発な議論が行われるようになった。

編者の一人である五十嵐が責任編集を担当した『刑事精神鑑定のすべて』は、《専門医のための精神科臨床リュミエール》シリーズ(総編集:松下正明)の第1巻として、2008年に刊行された。精神科医としての初期研修をすでに修了した医師が、初めて刑事精神鑑定を行うにあたりまず読むべき教科書として企画された同書は、新しい時代の刑事責任能力鑑定の在り方を示す書として、幸いにも多くの読者の好評を得ることができた。しかし、『刑事精神鑑定のすべて』は、裁判員裁判法が施行される前に刊行されており、裁判員制度による刑事責任能力鑑定の変化や最近の刑法学や司法精神医学における議論については、対応していない。

本書『刑事精神鑑定ハンドブック』は、『刑事精神鑑定のすべて』をふまえて企画された。五十嵐、岡田の両名で編集を行い、裁判員制度による刑事責任能力鑑定の変化に対応する内容とすること、刑事責任能力鑑定の経験をもつ精神科医が読んで、その技量の向上に役立つような内容の本とすることを目指して企画を行った。執筆者については、わが国の司法精神医学・司法精神医療の中核を担っている方々をお願いすることとしたが、『刑事精神鑑定のすべて』との重複を避けるとともに、なるべく若手の先生方をお願いすることとした。

総論では、刑事責任能力鑑定の基礎をなす概念の解説や刑事責任能力判定の具体的な方法論にはじまり、医療観察法、刑事訴訟能力、少年事件、犯罪被害者に関する精神鑑定の問題や犯罪心理学・臨床精神病理学の視点からみた精神鑑定の問題を取り上げた。次いで、鑑定を依頼する立場である法曹関係者が刑事責任能力鑑定に求めるものについて、裁判官、検察官、弁護士のそれぞれの立場から述べていただいた。各論では、刑事責任能力鑑定で問題となることの多い精神疾患について、自験例に基づいたモデル鑑定書を提示したうえで、責任能力判定のポイントや鑑定書の書き方などについて解説をしていただいた。

本書は、精神科医を主たる読者として想定しているが、刑事責任能力鑑定のめぐる諸問題を幅広く網羅しており、裁判官、検察官、弁護士などの法律実務家や刑事法学者、さらには精神鑑定に興味をもつ一般の方が読まれても、刑事責任能力鑑定に関する精神医学の現在の考え方を知るうえでの参考になるものと思われる。

本書の編集にあたり、松下正明先生には、企画当初から大所高所からの貴重なご助言を賜った。松下先生のご助言のおかげで、本書を、刑事責任能力鑑定をめぐる幅広い課題に対応した本とすることができた。ここに特記して、深謝の意を表したい。

刑事責任能力鑑定の件数が増加し、経験や知識が十分でない精神科医が刑事責任能力鑑定を依頼されることも少なくない。日本司法精神医学会では、研修・教育の場として刑事精神鑑定ワークショップを開催し、また、刑事責任能力鑑定に関する専門医資格として、学会認定精神鑑定医制度を実施している。本書は、学会認定精神鑑定医に必要とされる刑事責任能力鑑定に関する知識や鑑定書作成に当たり行われるべき作業をカバーする内容となっている。

本書を手にした読者の方々が、刑事責任能力鑑定に関する知識を深め、質の高い刑事責任能力鑑定を行うことができるようになるとすれば、編者として望外の喜びである。

2019年1月

五十嵐禎人，岡田幸之

I. 総論

1	刑事責任能力鑑定の精神医学的基礎	五十嵐禎人	2
	はじめに 2 / 1. 刑法における犯罪と責任能力 2 / 2. 責任能力の判定基準 3 / 3. 刑事責任能力の歴史的な展開 4 / 4. 刑法学における責任能力 5 / 5. 精神医学からみた刑事責任能力 7 / 6. 可知論的アプローチによる刑事責任能力判定の実際 10 / 7. 刑事責任能力鑑定における中立性の問題 19		
2	刑事責任能力鑑定の実際	岡田幸之	22
	はじめに 22 / 1. ①精神鑑定の依頼を受ける 22 / 2. ②資料を精読する 24 / 3. ③本人への面接を行う 24 / 4. ④家族への面接を行う 26 / 5. ⑤心理検査を行う 26 / 6. ⑥医学的検査を行う 26 / 7. ⑦収集した情報をまとめる 27 / 8. ⑧精神医学的診断をする 27 / 9. ⑨事件を説明する 28 / 10. ⑩鑑定書を作成する 29 / 11. ⑪出廷する 30 / 12. ⑫鑑定を終了する 31 / 13. ⑬再鑑定をする 32 / おわりに 32		
	刑事責任能力の判定(1)		
3	刑事責任能力判断において精神科医の果たすべき役割	五十嵐禎人	33
	はじめに 33 / 1. 主な精神科医の見解 33 / 2. 精神科医の見解に対するコメント 36 / 3. 刑事責任能力判断における裁判官と精神科医の役割 38		
	刑事責任能力の判定(2)		
4	刑事責任能力判断の構造の8ステップについて	岡田幸之	42
	はじめに 42 / 1. 刑事責任能力判断の構造の8ステップ 42 / 2. 8ステップによる整理の活用 45		
5	医療観察法に関する精神鑑定	椎名明大	47
	はじめに 47 / 1. 医療観察法における鑑定 47 / 2. 医療観察法鑑定における原則 48 / 3. 医療観察法鑑定で評価すべき項目 52 / 4. 医療観察法鑑定の進め方 59 / 5. 医療観察法鑑定実務における留意点 62 / 6. 医療観察法鑑定書様式と鑑定書例 64 / おわりに 64		
6	刑事訴訟能力に関する精神鑑定	中島直	67
	1. 訴訟能力とは 67 / 2. 総論 67 / 3. 障害別検討 71 / おわりに 76		

7	少年の司法システムと精神鑑定	安藤久美子	78
	はじめに 78 / 1. 少年犯罪と少年法 79 / 2. 少年事件における司法システムの流れ 81 / 3. 少年における精神鑑定の実際 82 / 4. 精神鑑定の目的と治療の効果 87 / 5. 鑑定書の作成 88 / 6. 鑑定人尋問 88 / おわりに 89		
8	刑事事件における被害者の鑑定	小西聖子, 山本このみ	90
	はじめに 90 / 1. 鑑定の委嘱 91 / 2. 被害者の診断の方法について 93 / 3. 被害者への配慮 98		
9	犯罪心理学からみた精神鑑定	渡邊和美	101
	はじめに 101 / 1. 犯罪心理学とは 101 / 2. 犯罪原因論 102 / 3. 犯罪行動を理解する視点 105 / 4. 犯罪行動の評価 113		
10	臨床精神病理学からみた精神鑑定	古茶大樹	115
	はじめに 115 / 1. 伝統精神医学(ハイデルベルク学派)の思想 115 / 2. 詐病について 121 / 3. 健忘について 124		

II. 刑事精神鑑定に望むもの—法曹からみた刑事精神鑑定

1	裁判官の立場から	稗田雅洋	128
	はじめに 128 / 1. 責任能力判断の構造と法律家と精神科医の役割分担 128 / 2. 刑事精神鑑定に求められるもの 129 / 3. 訴訟能力に関する精神鑑定について 130		
2	検察官の立場から	高嶋智光	132
	はじめに 132 / 1. 責任能力が必要とされる理由をふまえた鑑定 132 / 2. 鑑定事項(検察官鑑定と裁判所鑑定の相違) 133 / 3. 可知論に立った鑑定 133 / 4. 「7つの着眼点」の活用 134 / 5. 行動制御能力を独立に判断することは可能か 134 / 6. 鑑定資料の不足 135 / 7. 鑑定資料の信用性への配慮 135 / おわりに 136		
3	弁護人の立場から	菅野 亮	137
	はじめに 137 / 1. 鑑定の種類と弁護人の関わり方 137 / 2. 弁護人が鑑定に望むこと 138 / おわりに 141		

Ⅲ. 各論—各種疾患の精神鑑定例

1	統合失調症（1）	岡田幸之 144
	はじめに 144 / 1. 精神鑑定書 144 / 2. 解説 148 / おわりに 151	
2	統合失調症（2）	五十嵐禎人 152
	はじめに 152 / 1. 統合失調症の症状と刑事責任能力 152 / 2. 精神鑑定書 153 / 3. 解説 158 / おわりに 161	
3	気分（感情）障害	赤崎安昭 162
	1. うつ病者の精神鑑定 162 / 2. 精神鑑定書 163 / 3. 解説および精神鑑定から得た教訓 170 / 4. 拡大自殺に対する私見 173	
4	アルコール関連障害	村田昌彦 175
	はじめに 175 / 1. 酩酊状態の判断 175 / 2. 精神鑑定書 177 / 3. 事例の考察 183 / おわりに 184	
5	薬物関連障害	今井淳司 186
	はじめに 186 / 1. いわゆる覚せい剤精神病と統合失調症の鑑別 186 / 2. 福島の不安状況反応 188 / 3. 操作的診断とわが国における慢性覚せい剤 中毒概念 188 / 4. 鑑別困難な場合の対処 189 / 5. 自招性の問題 190 / 6. 精神鑑定書 190 / おわりに 194	
6	解離性障害	安藤久美子 196
	はじめに 196 / 1. 解離症状と解離性健忘 196 / 2. 解離性同一症/解離性 同一性障害 (DID) 197 / 3. 精神鑑定書 198 / 4. 解説 204	
7	摂食障害	五十嵐禎人 206
	はじめに 206 / 1. 摂食障害と万引きの関係 206 / 2. 万引きを繰り返す摂食障害患者に対する嗜癖モデルによる治療 208 / 3. 万引きを繰り返す摂食障害患者の治療と司法処分との関係 209 / 4. 万引きを繰り返す摂食障害患者の責任能力に関する精神科医の見解 210 / 5. 万引きを繰り返す摂食障害患者の責任能力に関する司法の判断 212 / 6. 精神鑑定書 213 / 7. 解説 219	

8	パーソナリティ障害	岡田幸之	223
	はじめに 223 / 1. 各種のパーソナリティ障害と犯罪 223 /		
	2. 刑事責任能力の判断と機序の説明 224 /		
	3. 機序を説明するうえでのディメンショナル方式の利用 225 /		
	4. 鑑定実施とパーソナリティ障害 226 / 5. 精神鑑定書 226		
9	認知症・器質性精神障害	村松太郎	232
	はじめに 232 / 1. 鑑定書作成例 232 / 2. 鑑定書の書き方についての解説 239 /		
	3. 将来の展望 241 / おわりに 245		
10	知的能力障害	森 裕	247
	1. 精神遅滞者による犯罪 247 / 2. 司法精神医学における伝統的見解と刑事司法における		
	責任能力判断 247 / 3. 精神遅滞の精神医学的診断と評価 248 / 4. 精神遅滞者の		
	供述の取り扱いについて 249 / 5. 精神遅滞者の刑事精神鑑定の実際 250 /		
	6. 精神鑑定書 251 / 7. 解説 255		
11	自閉症スペクトラム障害	村杉謙次	259
	1. 自閉症スペクトラム障害とその責任能力 259 / 2. 鑑定事例の提示 260 /		
	3. 事例の解説と自閉症スペクトラム障害診断の留意点 267 / おわりに 271		
	索引		273

執筆者一覧 (執筆順)

五十嵐 禎人	千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門
岡田 幸之	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科精神行動医科学分野
椎名 明大	千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門
中島 直	多摩あおば病院
安藤久美子	聖マリアンナ医科大学精神神経科学, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
小西 聖子	武蔵野大学人間科学部 / 大学院人間社会研究科人間学専攻 / 心理臨床センター
山本このみ	武蔵野大学大学院人間社会研究科人間学専攻 / 心理臨床センター
渡邊 和美	科学警察研究所
古茶 大樹	聖マリアンナ医科大学神経精神科学
稗田 雅洋	早稲田大学大学院法務研究科 (元東京地方裁判所)
高嶋 智光	法務省人権擁護局 (最高検察庁)
菅野 亮	法律事務所シリウス
赤崎 安昭	鹿児島大学医学部保健学科・同大学院保健学研究科
村田 昌彦	国立病院機構 榑原病院
今井 淳司	東京都立松沢病院
村松 太郎	慶應義塾大学医学部精神神経科
森 裕	大阪精神医療センター
村杉 謙次	国立病院機構 小諸高原病院

1

刑事責任能力鑑定の精神医学的基礎

はじめに

刑事責任能力鑑定に関する論点は多岐にわたる。主なものをあげれば、自由意志をめぐる問題、可知論・不可知論の問題、限定責任能力の問題、鑑定の拘束性の問題などである。多くは、古くから論じられてきた論点であり、おおよそ2つの対立する立場が存在している。哲学的あるいは形而上学的な問題も含んでおり、自然科学の課題のように、実験を行ったり、何らかのデータを収集・分析することによって、対立する見解のどちらが正しいのかについて、検証することは事実上不可能である。こうした刑事責任能力鑑定に関する主な論点に関しては、これまでも種々の文献があり、最近では、仲宗根¹⁾、中田²⁾、西山³⁾、岡田⁴⁾、中谷⁵⁾、山上⁶⁾などが述べている。「刑事責任能力鑑定の精神医学的基礎」と題する総説的な論考としては、本来であれば、これらの論点をめぐるこれまでの議論を紹介・検討すべきとも思われる。しかし、筆者の能力の限りもあり、これらの詳細については、前掲の諸論文を参照していただくこととし、本項では、刑事責任能力鑑定に関する基礎的な概念を解説するとともに、精神医学からみた刑事責任能力とその判定の実際について、筆者の私見も含めて述べることにする。

1. 刑法における犯罪と責任能力

近代刑法では、ある人が行った行為が法律に規定された犯罪行為の型（構成要件）に該当し、その行為が法の保護しようとする生活利益（法益）を害するものであり（違法性）、かつ、その行為について行為者を非難しうる（有責性）場合にはじめて、その行為を犯罪として処罰することができる。つまり刑法上の犯罪とは、構成要件に該当する、違法にして有責な行為である。

たとえば6歳の幼児がライターをいたずらして火を出し、家を全焼させた場合を考えてみよう。その幼児の行為は、放火ないし失火の罪に該当する違法な行為であっても、その幼児を刑務所に収容して処罰すべきであると考え人はまずいない。それは、6歳の幼児には、自らの行為の善悪を判断する能力やその結果を予測したりする能力がほとんどないと考えられるからである。

「責任なければ刑罰なし」という法格言に示されるように、その行為者の判断能力が、何らかの理由で一般人と比較して著しく低い場合には、たとえ、構成要件に該当する違法な行為を行ったとしても、その行為者を一般人と同様に非難することはできず、したがって、その責任を問うたり、刑罰を科したりすることはできないと考えられている（これを刑法学で

は責任主義と呼ぶ)。刑法学では、こうした行為の善悪、すなわち違法性を認識・判断し、その認識・判断に従って自己の行為を制御する能力を責任能力と呼ぶ。

2. 責任能力の判定基準

多くの先進諸国の刑法には、刑事責任能力ならびに免責後の処遇制度が規定されている。しかし、なかには例外もある。たとえば、スウェーデン刑法には、責任能力に関する規定はなく、いかなる者も罪を犯した場合には相応の制裁を受けなければならないとされている。したがって、たとえ統合失調症のような重篤な精神障害に罹患している人が精神病状態で行った触法行為であっても免責されることはない。ただし、スウェーデン刑法には、重篤な精神障害の下で触法行為を行った者に対する治療処分が定められており、これらの人は、制裁として、刑務所ではなく、司法精神科病院へ入院することになる。

刑事責任能力に関する規定がある国の刑法における責任能力の規定の仕方については、① 精神病等の生物学的要素を基準とする生物学的的方法、② 自由な意思決定（弁別・制御能力）の排除といった心理学的要素を基準とする心理学的的方法、③ 両者を併用する混合的（複合的）方法の3つの方法がある。

①の手法を採用した例は、フランス旧刑法典やアメリカの一部で一時期採用されていたダラム・ルール（Durham Rule）である。1810年に制定されたナポレオン（Napoléon）刑法典の第64条は、「被告人が痴呆（*démence*）の状態にあった場合、又は抵抗不能な力によって強制された場合は、重罪もしくは軽罪とならない」と規定していた。また、ダラム・ルールでは、「被告人は自己の違法行為が精神の疾患または欠陥の所産であったときは、刑事上の責任を負わない」とされていた。

②の心理学的要素のみを基準とする方法を採用しているのは、最近改正されたスイス刑法である。スイス刑法19条1項は、「行為者が行為の時に自己の行為の不法を弁識し、又はその弁識に従って行動する能力を有していなかったときは、罰しない」、2項は、「行為者が行為の時に自己の行為の不法を弁識し、又はその弁識に従って行動する能力を部分的にしか有していなかったときは、裁判所は、刑を減輕する」⁷⁾と規定しており、生物学的要素を要件とはしていない。なお、スイス刑法は、ドイツ刑法と同様に刑罰と処分の二元主義を採用している。

これに対してわが国をはじめとした多くの先進諸国の現在の立法は、混合的方法によって^{*1}。ただし、混合的手法を採っている国であっても、責任能力の規定の仕方は国によって異なっている。たとえば、ドイツ刑法では、責任無能力と判断される人を「病的な精神障害」「根深い意識障害」「精神薄弱」「その他の重い精神的偏倚」という4つのグループに分けて明示している。また、英米法では、精神異常抗弁（*insanity defense*）とは別に、自動症（*automatism*）の抗弁があり、てんかんや睡眠時遊行症（夢遊病）などは、自動症の抗弁の成否の問題として争われることになる。

*1：ちなみに1994年施行されたフランス新刑法典では、旧刑法典の①の方法から③の方法へと改正された。

4

刑事責任能力の判定 (2)

刑事責任能力判断の構造の8ステップについて

はじめに

日本の刑事精神鑑定の大半は、刑事責任能力の判断をするために行われる。けれども刑事責任能力がどのようにして決められるのか、精神科医と法律家のどちらがどこまでを判断するのかといったことは、最高裁判所の判決でも取り上げられるほどの難問となっている。

ここでは精神科診断から刑事責任能力の結論に至る過程を構造的に整理する。岡田¹⁾は、精神医学的な診断の作業から最終的な法的判断がどのようにして導き出されることになるのかを8つのステップに分けて説明している(図1)。近年では、鑑定事項の確認や争点整理の際に利用されることもあるので、この8ステップについて、若干の発展を加えて解説する。

1. 刑事責任能力判断の構造の8ステップ

ステップ①：精神の機能、症状、病態、病理（健常部分を含む）に関する情報の収集

本人についてのあらゆる情報のなかから精神症状や病理の理解に必要な情報を収集、整理

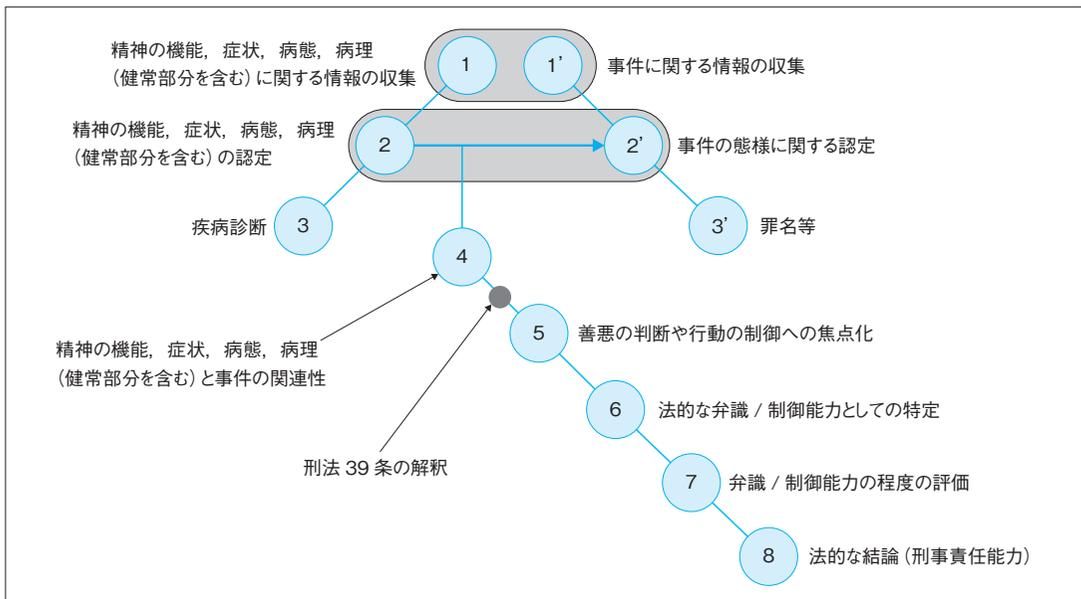


図1 刑事責任能力判断の構造の8ステップによる説明

する。鑑定人が多様な情報を集め、鑑定書の生活歴、病歴、心理学的検査、医学的検査、面接所見などにまとめる部分である。

ステップ②：精神の機能、症状、病態、病理（健常部分を含む）の認定

ステップ①で収集した情報について精神医学的に評価して、精神の機能、症状、病態、病理の特徴を特定する。どのような情報に基づいてどのような異常（あるいは正常）があるかという精神症状学の当てはめが行われる。「電磁波をかけられ、集団ストーカーにあっているといた被害妄想」、「一瞬でも座ってられないといった焦燥感」などである。

ステップ③：疾病診断

ステップ②の情報に、操作的診断の診断基準や従来診断の疾病概念を当てはめて、精神障害としての精神医学的認定をする。つまり診断名をつける。ステップ①②にまとめられる情報について③の精神医学的な経験則を当てはめることによって、その妥当性や整合性が検証できるわけである。たとえば詐病の場合には本人が訴えている症状、その現れ方、その変化の様子などをいろいろな精神疾患概念に照らし合わせてみてもどうしても合理的な説明が見つからないといったことになる。

ステップ①'：事件に関する情報の収集

あらゆる情報のなかでも特に、事件の態様や性質の理解に必要な情報の収集と整理をする。鑑定時の本人の供述のほか、各種の捜査報告書や調書に多くの情報を頼ることになる。実質的には、①とは共通で不可分の情報もある。

ステップ②'：事件の態様に関する認定

犯罪学的な特徴の特定をする。事件前から事件後に至るまでの犯罪としてのさまざまな態様を整理することになる。たとえば、犯行の動機、犯行の発想、犯行計画、凶器の準備、犯行現場や時間の選択、被害者の選択と接近・接触・抑制、着手の契機、瞬時の犯意、犯行手口、実行行為、犯行の反復性や継続性、犯行後の逃走、証拠物品の隠匿、犯行についての回想や供述の様子などである。たとえば「長期に抱いていた被害妄想から、反撃を考え、直前の口論を契機に、あらかじめ犯行に使用しようと考えていたナイフを持ち出し、待ち伏せをしていたところに帰宅した被害者に対して、殺意をもって、ナイフでの刺突を試みたが、一瞬それをかわされたところ、被害者を押し倒すなどして馬乗りになり、ナイフで12回にわたって前胸部を突き刺していた（ところ、警官に取り押さえられた）が、事件後は刺し始めてからはよく覚えていないと供述している」といったものである。

ステップ③'：罪名等

ステップ②に犯罪としての法的認定を行う。つまり刑法を当てはめて罪名や量刑の決定にかかる法的評価が決定される。上の例でいえばたとえば「殺人罪」として取り扱うといったことである。

1

裁判官の立場から

はじめに

当職は、長年にわたり刑事裁判を担当するとともに、医療観察法施行後は、東京地裁と千葉地裁で数多くの医療観察事件を担当するなかで、多数の精神鑑定を評価し、責任能力について判断してきた。その経験をふまえて、裁判官の立場から、刑事精神鑑定に望むものについて簡単に述べる。

1. 責任能力判断の構造と法律家と精神科医の役割分担

責任能力判断の難しさは、法律判断でありながら、精神医学の知見に負うところが大きく、精神医学的な判断と法律的な判断が絡み合っているため、鑑定人となった精神科医と最終判断を行う裁判所との役割分担が曖昧になりがちであることに起因する。まず、この点について整理する¹⁾。

刑法 39 条は、1 項で「心神喪失者の行為は、罰しない」と定め、2 項で「心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する」と定める。そして、大審院判決^{*1}以来、裁判実務では、心神喪失とは「精神の障害により善悪を弁識する能力を欠くか、又はこの弁識に従って行動する能力を欠く状態」を、心神耗弱とは「精神の障害がこれらの能力を欠く程度ではないが、その能力が著しく減退した状態」を意味すると解され、学説もこれを支持している。この定義のうち精神の障害を生物学的要素と呼び、弁識能力・制御能力を心理学的要素と呼んで、責任能力はこの2つの要素による複合的（混合的）判断により行うべきと解されている。

このように、心神喪失・心神耗弱という概念は、精神医学と密接に関連し、特に精神の障害とその症状という生物学的要素や、その症状が犯行に与えた影響という心理学的要素の認定は、精神医学の専門的知識と経験なしには困難であるため、責任能力が争われる場合、精神科医の精神鑑定を実施し、その結果をふまえて責任能力に関する判断をすることが多い。

他方、心神喪失・心神耗弱は法律的概念であり、その判断は法律判断であって裁判所の専権事項であることについては、通説判例が認めるところである^{*2}。そうであるとすれば、精神鑑定において、精神科医は、あくまでもその専門分野である精神医学の領域において意見を述べることになり、これを法律的に評価し、心神喪失・心神耗弱という法律判断の結論に結びつけることは、法律家である裁判官、検察官、弁護人の役割となる。

つまり、責任能力（心神喪失・心神耗弱）の意味内容に関する解釈は裁判官の専権事項で

* 1：大判昭和6年12月3日刑集10巻682号。

* 2：最決昭和58年9月1日裁判集〔刑事〕232号95頁。

あり、具体的な事実関係から被告人が心神喪失または心神耗弱に該当するかという当てはめも、法令の適用として、裁判官が(裁判員裁判では裁判員とともに)判断すべき事項となる。そして、この法令の適用としての責任能力判断を行うに際し、前提事実である被告人の精神障害の内容やその症状が犯行に及ぼした影響について精神科医の専門的意見を求めるため、精神鑑定が行われるわけである。

2. 刑事精神鑑定に求められるもの

a. 岡田の8段階ステップ

刑事精神鑑定において精神科医がどの範囲で意見を述べるべきかに関し、岡田が、精神鑑定から責任能力判断に至る過程について8段階ステップに整理している(本書「I. 総論／2. 刑事責任能力鑑定の実際」(p.22)参照)²⁾。この整理は、特に心理学的要素の検討において、前提となる事実認定の部分と法的な評価の部分の区別が難しいことが多いなかで、きわめて有益な整理の方法と思われる。

これに関連して、かつては精神鑑定を依頼する際の鑑定事項について、①犯行当時の被告人の精神障害の有無および程度に加えて、②弁識能力・制御能力の有無・程度を加えることもあったが、最近では、責任能力判断における精神科医の専門領域を意識して、裁判所からの鑑定事項において、②については「精神障害が犯行に与えた影響の仕方(機序)」として、弁識能力・制御能力の有無・程度については意見を求めない運用が広まっている(岡田による8段階ステップの①～④が最近の鑑定事項に当たる)。これに対し、起訴前鑑定では、検察庁の方針として、鑑定医に心神喪失・心神耗弱・完全責任能力という結論について意見を求めている。迅速に起訴・不起訴の判断をしなければならないことを考慮するとやむをえない面があるが、検察官も、法律家として、精神科医の鑑定結果が提示した精神障害の内容と程度、その症状が犯行に与えた影響の仕方に関する生の事実をふまえて、自ら責任能力の有無・程度に関する法的な評価を行うことが求められている。

結局、裁判官の立場から刑事責任能力鑑定に望むこととしては、前記8段階ステップを意識して、①「被告人・被疑者の精神障害の有無とその内容(特にどのような精神病症状が生じているのか)」、そして、②「その精神障害の症状が犯行に与えた影響の仕方(反面として被告人の正常な精神機能が犯行に与えた影響)」について、専門的な知見から、具体的な事実(あるいは仮説)を提供していただくことが最も重要である。

b. 7つの着眼点

これに関連して、「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」は、精神鑑定において留意すべき7つの着眼点(①動機了解可能性/不能性、②犯行の計画性/突発性/偶発性/衝動性、③行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識、④精神障害による免責可能性の認識、⑤元来ないし平素の人格に対する犯行の異質性・親和性、⑥犯行の一貫性・合目的性/非一貫性・非合目的性、⑦犯行後の自己防御・危険回

2

統合失調症 (2)

はじめに

統合失調症は、現在においても原因不明の精神疾患であり、わが国で精神科医療を受けている患者のなかでも最多の精神疾患である。精神疾患の範囲が拡大し、精神科医療の対象とされる疾患が多様化した現在においても、やはり統合失調症に罹患している人の治療や処遇は、わが国の精神医学・精神科医療の最大の課題といえる。統合失調症の症状は、思考・情動・意欲など人格全体に現れ、病状悪化時には、患者はしばしば病気の症状の影響で判断能力に重篤な障害が生じている。統合失調症は、刑事責任能力の要件の一つである「精神の障害」に該当する代表的な精神疾患であり、わが国の刑事責任能力をめぐる議論においても、統合失調症に罹患している人の責任能力の問題は中心的な課題の一つである。

1. 統合失調症の症状と刑事責任能力

統合失調症に罹患した人の責任能力について、かつて不可知論に立つ精神科医からは、統合失調症という診断が確定すれば、ほぼ常に責任無能力と判定すべきという主張がなされてきた。しかし、こうした主張は裁判実務では必ずしも受け入れられてはいなかった。ノーマライゼーション運動の進展による障害者観の変化、コミュニティケアへの移行、向精神薬療法の進歩、病因より症状を重視する操作的診断基準の普及などによる精神科医療の進歩・変革を考えると、統合失調症という診断が確定しただけで統合失調症に罹患している人の触法行為を原則として責任無能力と判定することは、精神医学・精神科医療の立場からも、もはや適切なものとはいえない。好むと好まざるにかかわらず、現在の刑事責任能力鑑定においては、可知論的アプローチをとることが要請されている。しかし、その一方で、刑事責任能力が、過去のある時点における判断能力の有無・程度についての判定であることを考えれば、「統合失調症の急性期に行われた行為の場合には、被鑑定人の判断能力は全般的に低下している可能性が高く、心神喪失や心神耗弱に該当する可能性が高いと考えられる」というような、一定の臨床状態を前提とした司法との間の取り決めはやはり必要なのにも思われる¹⁾。

統合失調症の症状というと、幻覚や妄想が代表的な症状として知られている。実際、幻覚や妄想の影響下で他害行為に及ぶ統合失調症の人は少なくない。しかし、『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版』(DSM-5)²⁾で、統合失調症の特徴的症狀として、①妄想、②幻覚、③まとまりのない発語、④ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動、⑤陰性症状(すなわち情動表出の減少、意欲欠如)という5つの症状が掲げられているように、統

合失調症の症状は、幻覚や妄想だけではない。病的体験が幻覚や妄想だけの場合には、患者は病的体験を明確に言語化できる場合も少なくない。しかし、③、④のような思考過程・会話の障害が重篤な場合、すなわち、解体症状のみられる患者の場合には、自らの病的体験を言語化すること自体が困難である場合も少なくない。

ここでは、病的体験を自ら言語化することが困難な状態で犯行を行った鑑定事例を提示し、幻覚・妄想よりも解体症状が前景に立つ事例の鑑定での注意点について検討したい。

2. 精神鑑定書

精神鑑定書

1	被告人	氏名 ○○○○○ (男)・女 生年月日 ○○○○年○○月○○日 現在満 48 歳)
2	事件概要	被告人は、X年Y月Z日午後6時20分頃から翌Z+1日午前11時50分頃までの間に、自宅6畳間において、母(当時75歳)に対し、殺意をもって、片刃の刃物等で同人の顔面及び頭部等を多数回突き刺し、切り付けるなどし、よって、その頃、同所において、同人を出血性ショックにより死亡させて殺害したものである。 罪名及び罰条 殺人 刑法199条
3	鑑定事項	1. 犯行時における被告人の精神障害の有無及び程度 2. 上記精神障害が本件犯行に与えた影響の有無、程度及び機序
4	鑑定主文	1. 本件犯行時の被告人は、統合失調症(鑑別不能型統合失調症)に罹患していた。本件犯行時の被告人は、怠薬により病状が悪化しており、急性増悪期にあったと考えられる。被告人は、固定化した妄想や物事を被害的・妄想的に解釈する幻覚妄想状態にあり、著しい思路障害があり、一定の意思を形成し、その意思に基づいて一貫した行動をとることが難しい状態にあったものと考えられる。また、亜昏迷状態にある一方で、被刺激性は亢進しており、衝動制御が困難な状態にあったと考えられる。 2. 本件犯行時の被告人は、統合失調症の急性増悪期にあり、本件犯行に被告人の統合失調症が与えた影響は甚大であり、それ以上の機序の解明は不要と思われるが、精神医学の立場から犯行時の状況を推測すれば、被害者との間にあった些細なトラブルがきっかけとなって、自身の行動を制御することが困難となり、結果として、本件犯行に及んだものと考えられる。
5	鑑定経過	鑑定助手 ×× 平成X+2年2月×日、3月×日 ○拘置所にて面接 平成X+2年3月×日から3月△日 ○○病院に鑑定留置 平成X+2年4月×日 姉との面接
6	診断	#1 鑑別不能型統合失調症(コード:F20.3 診断基準:ICD-10)(犯行時) #2 鑑別不能型統合失調症(コード:F20.3 診断基準:ICD-10)(現在) ----- 上記診断を支持する主たる所見等: 被告人に認められた精神症状は、病初期に見られたものも含めると、思考・社会関係・行動に影響する妄想と幻聴、連合弛緩を主とした概念の統合障害、拒絶・易怒性・攻撃性・被刺激性、周囲に対する反応性の低下・活動の減退を伴う亜昏迷、判断力と病識の欠如、対人交流を極めて限定的にしている無為・自閉傾向、常同的な思考、注意の障害と推察される。病型としては、破瓜型統合失調症の要素が多いが、一方で経過中に継続的に固定化した妄想、複数回にわたる亜昏迷症状を認めるため、鑑別不能型統合失調症(コード:F20.3 診断基準:ICD-10)と診断される。