


**弁護士のための
統合失調症と責任能力の判断について**

五稜会病院
 中島公博
 平成26年3月14日

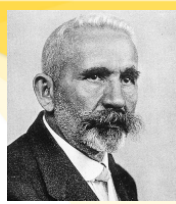


目次

- 統合失調症に関する基本的知識
- 統合失調症患者の治療
- 精神鑑定、医療観察法鑑定の手法について
- 統合失調症の刑事責任能力へ与える影響
- 刑事鑑定人、精神保健審判員での自験例
 - ◆ 精神保健福祉法改正
 - ◆ 精神医療審査会での事例

統合失調症 歴史


クレペリン
 ドイツの精神科医
 19世紀の終わり頃



- 循環病(双極性気分障害、躁うつ病)
- 早発性痴呆(精神分裂病)
 循環病はしばしば再発するけれども、回復する。
 早発性痴呆は回復せず、人格の荒廃状態にいたる。

統合失調症とは

E. プロイラー



- 精神分裂病 という名称を提唱
 必ずしも痴呆に終わらない、発症の時に特徴的な症状と徴候を持つ
 - ◆ 特徴: 現実との接触からひきこもり、空想・妄想に支配された内的な世界。
 - ◆ 情動反応: 浅薄で、状況に不適切なものになる。
 無力、風変わり、しだいにパーソナリティの変化。
 一見すると神経症的な症状(強迫、心気、離人症状など)を伴う。
 - ◆ 発症: 突然の場合、徐々に起こる場合もある。
 - ◆ 最終結果: 深い精神の荒廃。
 - ◆ 意識: 障害はなく、器質性精神病にみられるような知的障害はない。

疫学

一般人口では約 0.8% の発病率
 症例の75%は17歳から30歳で発症。
 思春期・青年期に好発。16歳～40歳。
 精神病の中で最も高い。

遺伝素質
 統合失調症患者の家系に高率に発生
 子供16%、同胞10%、孫 3%
 双生児の一致率 一卵性 65%、二卵性 15%

因みに
 札幌市の人口
 190万人 × 0.8% = 1万5千人 の統合失調症患者

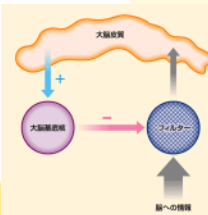
病因

遺伝性の内因性精神病、心理的ストレスが再発のきっかけ
 生物学的所見と病態生理 決定的なものではなく仮説段階

1 ドパミン過剰仮説 理由

- 〈1〉抗精神病薬が抗ドパミン作用をもつ
- 〈2〉ドパミン作動薬が妄想型統合失調症様の症状をひき起こす
- 〈3〉ドパミンが本能行動、情動に関係

2 フィルター仮説



- ◆ 視床は外部からの感覚情報を選択して大脳皮質に転送するフィルター機能を果たす。大脳皮質に到達した感覚入力は、貯蔵されている情報に照合され、基底核に信号を送る。
- ◆ 統合失調症の基底核においては、ドパミン神経系と、グルタミン酸作動性終末のバランスが不均衡になっていると仮定。

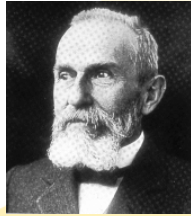
症状と徴候

幻覚や妄想もしくは興奮が特徴的と考える人が多い。
しかし、統合失調症の本質的な特徴は人間らしい意欲が失われ、閉じこもり、人格が荒廃することである。

フロイラーは、
統合失調症の本質は

- 連合弛緩
- 感情鈍麻
- 両価性(アンビバレンツ)
- 自閉

の4つであると論じた



徴候 1

[1] 思考障害

(連合弛緩)

言葉と概念と象徴はつながりがない、
別の言葉の概念や象徴性と結びつく。

(支離滅裂)

まとまりのない話になり、ついにはさっぱり理解できなくなる。

(思考途絶) 考えの流れが突然止められたりする。

(新語症) 自分にしか通用しない言葉をつくる。

[2] 感情障害

(感情鈍麻・感情の平板化)

細やかな感情のひだけが失われ、感情の体験が乏しい。

(感情疎通性の障害)

心が通い合っているという体験が失われる。

徴候 2

[3] 意欲の障害

エネルギーの欠如、イニシアチブや自発性の欠如が目立つ。
アンビバレントな考え：相反する感情、意思、行為などが同時に生じる。

[4] 行動の障害(カタトニックな障害)

(精神運動興奮、緊張病性興奮) 極端な過活動、

(精神運動混迷、緊張病性混迷) 極端な活動減少。

(衝動) 顔をしかめたり、唇をすぼめたり、
風変わりな、もったいぶった印象

[5] ひきこもり

特徴的なアパシーと結びつき、ただじっと座っていたり、
空想の世界に彷徨う。

症状 1

[1] 妄想

① 現実にはありえないような内容

② 病的な確信をもっている

③ 客観的な証拠を提出しても、訂正できない

(妄想気分) 世界は何か隠された秘密や神秘に満ちている、隠された意味をおびていると感じる。

(妄想知覚) 偶然の観察や言葉から、強い個人的な意味や重要性が突然わかったとする。

(妄想着想) 突然ある考えが浮かんで、それですべての意味がはっきりとわかったりする。

妄想の内容は、迫害的、被害的な内容が多い。

症状 2

[2] 幻覚

幻聴が最も多く、人の声が聞こえることが多い。

声は一般に不愉快、おびやかすような内容、
攻撃的で口汚く、しばしば性的。

第三者が患者の行為をたえず批判し合っている

声の幻聴が統合失調症に特徴

その他、幻視、幻味、幻臭、幻触。

幻覚では、幻聴が最も一般的
幻覚と妄想を合わせて幻覚妄想状態とすることが多い。

誰かの声 (患者への説明)

1. 「誰かの声」が生じるわけ

「誰かの声が聞こえる」ことは、①不安 ②孤立 ③過労
④不眠が重なったときにしばしばみられる現象で稀ではない。

(例) 山や海で遭難した場合や、ICUに入院している場合
「受験、入学、就職、引越、人間関係のトラブルや破綻」などの「生活の節目」
に生じがち。

2. 「幻聴」のルーツは本人の気持ちや考え

精神科では「誰かの声」を幻聴と呼ぶ。

幻聴では他人の声が実際に聞こえる訳ですから、それを「本当に他人が話している声」と受けとめるのは自然。

幻聴のルーツは「本人の気持ちや考え」で「実際の他人の声」とは違う。
この区別がとても大切。

幻聴のルーツになりやすい気持ちや考えのトップ 3

① 後悔したり、自分の考えを責めたりする考え

② 自分でも気づきにくく、陰になりやすい気持ち

③ 他人の考えや言動の想像(あの人は私のことをこう思っている。)



被害関係妄想 例

1. 子供が私に手を上げて合図を送ってくる
横断歩道を渡る子供…横断歩道は手を挙げて
2. 工事現場の人がガラス越しに手を振って合図を送ってくる
住宅新築で働いている大工さん
3. 特別なステッカーを貼っている車が自分を狙っている
営業者の広告
4. 部屋に変な液体を撒かれた
数週間放置された生ゴミから出た液体
5. すれ違った人が咳払いをして私に合図を送った
咳をしている人とすれ違っただけ
6. 新聞、雑誌に特別な数字が書いてあり、自分に暗号を送っている
ただの記事です
7. テレビのタレントが自分に向かって話しかける。TV局に監視されている。
視聴者に話しかけているだけ
8. 電波攻撃で火傷を負わされた
ホットカーベットのボリューム最大での低溫火傷
9. 部屋中に盗撮カメラが仕掛けてある
画録の穴
10. ファミレスの店員が私を見るときいつも笑っている。
営業スマイル

犯罪を犯すことになりかねない

症状 3

[3] させられ体験(作為体験)

何か不思議な力が外から働きかけて、患者の思考や感情や行動に強い影響を与えるという体験。

[4] 自我障害の症状

- (思考伝播) 心が読まれてしまう
- (思考化声) 考えていることが声になって聞こえてくる
- (思考奪取) 考えが抜き取られてしまう
- (思考吹入) 考えが吹き込まれる

[5] 精神病理と精神力動

- (1) 現実吟味の失敗: 空想と事実が混じりあうこと
空想と事実の相違に気づくことができない。

現実検討能力の低下

- (2) 妄想や幻覚の精神力動的意味

妄想や幻覚は、病気が引き起こした心理的なダメージを回復させよう、現実の世界との接触を取り戻そうという試みとも見ることができる。

診断 1

症状や徴候をもって診断

これがあれば診断できる特有の症状や徴候はないが、シュナイダー(K. Schneider)の一級症状は診断に役立つ。

シュナイダーの一級症状

思考化声、自分の行為を絶えず批判する幻聴
作為体験、思考奪取その他の思考干渉
思考伝播などの自我障害の症状、妄想知覚



- シュナイダーの一級症状があることは、病気として重たいということではない。
- 自分が病気であるという認識は乏しいか、欠如している。
- 突然に不可解な行動があれば、統合失調症を疑う。
- ひきこもりが強い場合、不登校と誤診される場合がある。

診断 2

ICD-10

- 一般的には思考と知覚の根本的で独特な歪曲、及び不適切なあるいは鈍麻した感情によって特徴づけられる。
- 意識の清明さと知的能力は保たれる。

- (a) 考想化声、考想吹入あるいは考想奪取、考想伝播
- (b) 支配される、影響される、あるいは抵抗できないという妄想で、身体や四肢の運動や特定の思考、行動あるいは感覚に明らかに関連づけられているもの、および妄想知覚
- (c) 患者の行動にたえず注釈を加えたり、仲間たち間で患者のことを話題にしたりする幻声あるいは身体のある部分から発せられるという他のタイプの幻声
- (d) 宗教的あるいは政治的な身分、超人的な力や能力といった、文化的に不適切でまったく不可能な、他のタイプの特続的な妄想(例えば、天候をコントロールできるとか別世界の宇宙人と交信しているといったもの)

診断 3

- (e) どのような種類であれ、持続的な幻覚が、明らかな感情的内容を欠いた浮動性の妄想か部分的な妄想、あるいは持続的な支配観念をとまったり、あるいは数週間か数カ月間、毎日継続的に生じているとき
- (f) 思考の流れに途絶や挿入があり、その結果、まとまりのない、あるいは関連性を欠いた話し方をしたり、言語新作がみられたりするもの
- (g) 興奮、常同姿勢あるいはろう屈症、拒絶症、緘黙、および昏迷などの緊張病性行動
- (h) 著しい無気力、会話の貧困、および情動的反応の鈍麻あるいは不適切さ、のような、普通には社会的ひきこもりや社会的能力の低下をもたらす、「陰性症状」。これらは抑うつや向精神薬の投与によるものでないことが明らかでなければならない
- (i) 関心喪失、目的欠如、無為、自分のことだけに没頭した態度、および社会的ひきこもりとして明らかになる、個人的行動のいくつかの局面の全般的な質にみられる、著明で一貫した変化。

診断 4

診断ガイドライン

- 統合失調症の診断のために通常必要とされるのは、上記の(a)から(d)までにあげられた中のいずれか1つに属するもので、少なくとも1つのきわめて明らかな症状(十分に明らかでなければ、普通2つ以上)、
- あるいは(e)から(i)にあげられた中から少なくとも2つからなる症状が、1カ月以上の期間、殆どいつも明らかに存在していなければならない。

分類 ICD-10

F2 統合失調症, 統合失調型障害および妄想性障害

F20 統合失調症

- F20.0 妄想型
- F20.1 破瓜型
- F20.2 緊張型分
- F20.3 鑑別不能型
- F20.4 統合失調症後抑うつ
- F20.5 残遺型〔残遺〕
- F20.6 単純型
- F20.8 他の統合失調症
- F20.9 統合失調症. 特定不能のもの

F21 統合失調症型障害

- F22 持続性妄想性障害
 - F22.0 妄想性障害
 - パラフレニア, 敏感関係妄想
 - F22.8 他の持続性妄想性障害
 - 退行期妄想状態
 - F22.9 持続性妄想性障害
 - 特定不能のもの
- F23 急性一過性精神病性障害

予後と経過

経過

- 統合失調症の経過はつづら折りの下り坂に例えられる。しかし、その傾斜は予測するのが難しい。
- 下り坂の経過が止まるかもしれないし、自然な寛解が起こるかも。
- 経過中にストレスや身体疾患などにより症状が再燃する。

予後

薬物療法の発達やリハビリテーションの進歩から予後は著しく改善。現在では、統合失調症で入院もしくは治療したもののうち

- 70%は3ヶ月以内に症状がなくなる
- 85%は1年以内に退院
- 5年後には 60%が社会的に回復し、その半分以上が就職
 - 30%は精神症状はあるが地域社会で生活
 - 10%は入院を続けている。

統合失調症の軽症化

1960年ごろからその徴候を示す報告

- Morrison 1920～1966年までの入院患者の調査から、緊張病型や破瓜型が顕著に減少、分類不能型や妄想型が増加。
- Bleuler 統合失調症の近年の病態変化の特徴
 - ◆ 緊張病型の減少
 - ◆ 破瓜型における児戯的行動を伴う興奮の減少
 - ◆ 極端に進行した荒廃状態がほとんど消失
- 統合失調症が軽症化しているというより、病型が変化している？

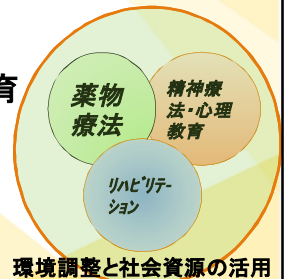
軽症化ないし病型の変化の原因

- ◆ 文化など多種多様な条件が次第に揃っていくことで起こる
- ◆ 発症から精神科での初診・薬物療法開始までの期間が短縮
- ◆ 患者や家族の努力、精神科受診の敷居が低くなってきた
- ◆ 保健所やその他の広報啓蒙活動によって精神的な知識が普及

治療

薬物療法が中心であるが、これ以外にも疾患教育が重要
実際には、これらの治療法を組み合わせることで患者に適用
患者と治療者との間の信頼関係は最も重要

- (1) 薬物療法
- (2) 精神療法・心理教育
- (3) リハビリテーション
- (4) 社会資源の活用
- (5) 環境調整



薬物療法

- フェノチアジン系やブチロフェノン系などの抗精神病薬や、セロトニン・ドーパミンアンタゴニストである非定型抗精神病薬は、統合失調症治療の頼みの綱。
- 妄想や幻聴などの異常体験には効果がみられる。
- 非定型抗精神病薬は自閉やひきこもりなどの陰性症状にも効果があるとされている。

向精神薬療法

- ◆ 1952年、Chlorpromazine (コントミン)
- ◆ 1954年、Reserpine (アホプロン)
- ◆ 1957年、Imipramine (トフラニール)
- ◆ 1958年、Haloperidol (セレネース) の効果が発表された。

薬物療法 効果と作用機序

- 幻覚・妄想・思考障害などの陽性症状を改善
- 不安・焦燥・興奮をやわらげ、神経を鎮静化
- 非定型抗精神病薬では下記の効果も期待される
 - ◆ 感情鈍麻、意欲低下、活動性の低下などの陰性症状を改善
 - ◆ 神経毒性からの防御、神経新生刺激、神経栄養因子の増加など
- 抗精神病薬の作用機序
 - ◆ 抗精神病薬は神経細胞の受容体に結合し、
 - ◆ 神経伝達の過剰な刺激を抑制することにより、
 - ◆ 脳内のバランスを修正

ショック療法

1. 発熱療法 1917年ウィーン大学J.Wagner von Jauregg
 - ◆ 進行麻痺患者にマリア発熱療法を報告
 - ◆ 熱性疾患罹患後に精神病の改善。
 - ◆ 1927年、ノーベル賞受賞
2. インスリンショック療法 1933年、ウィーンのSakel M.
 - ◆ モルヒネ中毒患者の禁断症状の対症療法。
 - ◆ インスリンによる低血糖昏睡による脳へのショック療法を考案
3. カルジアゾールけいれん療法 1935年、Meduna L.J.
 - ◆ てんかんと統合失調症の共存が稀、緊張病が好転
4. 電気けいれん療法 1938年、ローマ大学Cerletti U.
 - ◆ 簡便・確実・安価な方法として世界中に広まる
 - ◆ 薬物抵抗性うつ病や速効性を必要とする（自殺の切迫・昏迷）症例に対する治療

パルス波治療器 サイマトロン

- 米国の医療機器メーカーが開発、2002年に厚生労働省が認可。
- 従来の3分の1程度の電気エネルギー量を与えるだけでけいれんを誘発し、脳波や心電図、筋電図もモニターできるのが特徴。
- 事前に血液検査、心電図、脳CTをとり、全身状態をチェック。麻酔薬と筋弛緩薬を投与。全身麻酔の状態、前頭部に0.5～0.9アンペアの電流を5～8秒間流す。
- 治療は週1～3回、計6～12回程度行う。
- 「従来のECTは、患者に与える電気エネルギー量が多かった。」



治療 精神療法

- 洞察を求める精神療法は患者の不安を高める。
 - ◆ 統合失調症では不安を鎮めるのが第一
 - ◆ 薬は患者の感情を鈍くする面がある
 - ◆ 精神療法は、いかにして患者の感性を保つかが大切
- 病前の状態に戻るのが治療目標ではない。
 - ◆ 病前の状態よりも成熟することを目的。
- デリケートな平衡を達成し、維持することを目標とする。
- 治療のプロセスで、自己受容ができることを狙う。
 - ◆ 発病年齢が思春期で、これから人生が始まる時、長期にわたって改善しないために、本人や家族に大きな負担がかかる。
 - ◆ 患者本人もショック。ハンディキャップ、失われた自己像、失われた期待や希望を処理しなければならないが、多くは否認の機制を使ってやり過ごしている。

リハビリテーション

各種リハビリテーション、生活療法を行い、意欲や自発性を取り戻す。早期の社会復帰を目指す。

- 作業療法
 - ◆ 絵画、手芸、園芸、スポーツなどの作業療法は、言葉を主体にしない交流によってストレス解消や自分の価値観を高めるなどの効果が期待できます。
- 生活指導
 - ◆ 規則正しい生活は全ての病気治療の基本です。
- SST(生活技能訓練)
 - ◆ 認知行動療法のに基づき、対人関係におけるノウハウや、自分自身がどのようふるまえばよいのかなど色々なテーマによって訓練を行う。
- デイケア通所
- 就労支援プログラム

治療 社会資源の活用

社会的資源を活用し、対人関係を維持・拡大させながら社会参加を試みていく。

- グループホーム
 - 世話を配置して食事の提供・服薬指導などの生活援助を行なう事業
- 援護寮
 - 独立して日常生活を営むことが困難な精神障害者に、生活の場を与え生活指導を行なうか、通所による訓練・相談を行なう施設
- 福祉ホーム
 - 一定の自活能力があり、在宅の確保が困難な精神障害者に生活の場を与え、生活指導を行なう施設。
- 授産施設(入所・通所)
 - 雇用されることが困難な精神障害者に訓練・指導を行なう施設。
- 福祉工場
 - 就労困難な精神障害者に職業を与え、最低賃金を保証する施設。

治療 環境調整

- 入院や援護寮の活用、家族のコミュニケーションのあり方への介入を行う。
- 家族への心理教育を行う。
- 思春期での発病は家族、ことに両親にとってもその生き方まで考えなおさなければならないほどの出来事である。
- 混乱している両親に病気の成り立ちを説明し、現実的に子どものケアに取り組む姿勢を築くことが大切である。

精神鑑定

演者の略歴

平成17年4月 医療観察法精神保健判定医
 平成17年12月 医療観察法審判医
 平成20年8月 起訴前簡易鑑定
 平成20年10月 医療観察鑑定入院
 平成22年9月 起訴前鑑定入院(殺人事件)
 ……現在に至る

演者がこれまで経験した医療観察・精神鑑定

分類	医療観察		簡易鑑定	本鑑定	総計	
	判定医	鑑定入院				
総計	12	6	34	12	64	
男	7	5	16	8	36	
女	5	1	18	4	28	
F分類	F0	1	1	2	4	
	F1	1	3	2	6	
	F2	7	6	11	3	27
	F3	1	3	2	6	
	F4	1	4	2	7	
	F5		1	1	1	
	F6		2	2	2	
	F7	1	7	1	9	
	F8		2	2	2	

医療観察及び非鑑定者の罪名

分類	医療観察		簡易鑑定	本鑑定	総計
	判定医	鑑定入院			
現住建造物放火	6	1	4	2	13
傷害	4	2	5	2	13
殺人未遂	1	2	2	1	6
殺人		1		4	5
殺人幫助				1	1
窃盗			8	1	9
強盗	1		2		3
器物損壊			4		4
強制わいせつ致傷			3	1	4
ストーカー規制法違反			2		2
公務執行妨害			2		2
銃刀法所持違反			1		1
詐欺			1		1
総計	12	6	34	12	64

どのように鑑定作業を進めるのか

- 一件記録の熟読・精査
 - ◆ 被鑑定者の生い立ち、事件までの経過を時系列に整理
- 病院受入体制
 - ◆ 事前ミーティング、スタッフへの情報共有、問題点把握
- 病院での経過、クリニカルパス
 - ◆ 精神科診察(週2-3回)、スタッフミーティング(週1回)
 - ◆ 各種検査:血液、尿、心電図、XP、CT
 - ◆ 心理テスト
- 鑑定書記載
 - ◆ 診断、是非弁別能力及びそれによって行動する能力の有無

心理テストは

- 心理テストだけで診断を下すことはできないが、心理テストは精神鑑定では面接の補助としてなくてはならない道具である。
 - いくつかの種類のを組み合わせ使用(バッテリーを組む)
- 知能テスト
- 精神作業検査
 - ある作業(たとえば単純な計算作業)をやらせて、その結果から、性格を判断する。例:クレペリン検査
- 質問紙性格検査
 - いくつかの質問に回答させることで、性格を判断する。
- 投影法テスト
 - 絵を描かせたり、絵の解釈をさせたり、未完成の文章を完成させたりする。様々な絵や解釈や文章の中に、本人の性格が投影されていると考えられる。例:ロールシャッハテスト、バウムテスト

精神鑑定書 1

- 1.被疑者 氏名 性 年齢
- 2.事件概要
- 3.鑑定事項
 - (1) 犯行当時における被疑者の飲酒酩酊の有無及びその程度
 - (2) (1)が存在する場合、その飲酒酩酊状態が犯行に及ぼした影響の有無・程度
 - (3) (1)が存在する場合、犯行当時における被疑者の善悪の判断能力及びその判断に従って行動する能力の有無、程度
 - (4) 被疑者の性格傾向
 - (5) その他参考事項

精神鑑定書 1-2

4.鑑定主文
5.診断 ICD-10分類 F20.0 妄想型統合失調症
6.総合評価
(6-1)精神障害の犯行への影響
(6-2)犯行時の善悪の判断能力・行動制御能力
被疑者の「善悪の判断能力及びその判断に従って行動する能力」は著しく失われていたと考えられる。その理由は以下のとおりである。
.....
7. 鑑定日付 以上のとおり鑑定する。
鑑定人署名 平成26年3月13日 氏名 中島公博
別紙 犯行時の善悪の判断能力・行動制御能力に関する着目点の整理

精神鑑定書 1-3 別紙

■ 犯行時の善悪の判断能力・行動制御能力に関する着目点の整理

犯行前
(1)動機の了解可能性
(2)犯行の計画性
(3)犯行の意味や反道徳性、違法性の認識程度
(4)精神障害による免責可能性の認識の程度

犯行時
(5)精神状態の平素との質的懸隔
(6)犯行様態の合目的性・一貫性

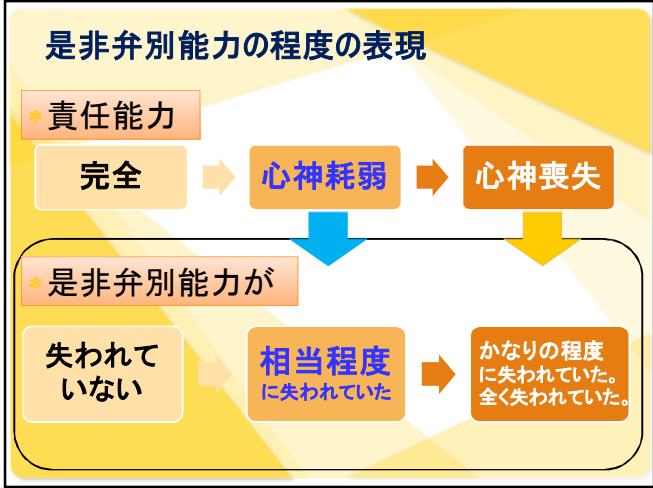
犯行後
(7)犯行後の自己防衛的ないし危険回避的行動

医療観察法 精神鑑定書

1 緒言
2 鑑定主文 医療観察法による治療必要性和治療処遇の意見
3 鑑定経過
(1)対象行為 (2)生育歴・生活歴 (3)家族歴・結婚歴 (4)既往歴
(5)薬物歴・飲酒歴 (6)現病歴 (7)犯罪歴 (8)対象行為前後の精神状態
(9)現在症：身体所見、精神現症、鑑定中の治療、臨床検査、心理検査
4 共通評価項目による評価
5 精神状態と考察
(1)医療観察法による治療の必要性の有無と治療処遇
a 疾病性 診断 b 疾病性 他害行為との関係
c 治療反応性 d 社会復帰要因
(2)現在の精神状態について
(3)その他

医療観察法 共通評価項目による評価

(1)精神病症状	(10)コミュニティ要因
(2)非精神病性症状	(11)個人的支援
(3)自殺企図	(12)ストレス
(4)内省・洞察	(13)物質乱用
(5)生活能力	(14)現実的計画
(6)衝動コントロール	(15)コンプライアンス
(7)共感性	(16)治療効果
(8)非社会性	(17)治療・ケアの継続性
(9)対人暴力評価	



是非弁別能力とそれに従って行動する能力

■ 弁識能力と行為能力を厳密に区別することは難しい。

■ マクノートン判例(1891年)は行為能力に言及していない。

(例) 摂食障害
食べ物を盗むことは悪いこと、でも渴望する食事欲求に抗しきれなくて盗食を繰り返す。

是非弁別能力と それによって行動する能力

宅間守
精神
鑑定書

宅間守精神鑑定書:岡江晃(亜紀書房)

- 本件犯行当時、宅間守の是非善悪を弁識する能力およびその能力によって行動を制御する能力は、相当に低下していたと判断する。
- なぜならば、是非善悪を弁識する能力は十分に保たれていたが、しかし弁識に従って行為する能力は、主に情性欠如故に、相当に低下していたからである。
- なお、鑑定人は責任能力について意見を述べる立場にないが、人格障害者あるいは精神病質者の制御能力低下は責任能力を減免するものではないという見解であることを付記する。

責任能力判断の基準 統合失調症の場合

難解な法律概念と
裁判員裁判

「精神障害のためにその犯罪を犯したのか、 もともとの人格に基づく判断によって犯したのか」

- ◆ 「統合失調症の圧倒的な影響によって犯したもので、もともとの人格に基づく判断によって犯したと評価できない場合か」(心神喪失)
- ◆ 「統合失調症の影響を著しく受けているが、なお、もともとの人格に基づく判断によって犯したといえる部分も残っていると評価できる場合か」(心神耗弱)
- ◆ 「統合失調症の影響があつたとしても著しいものではなく、もともとの人格に基づく判断によって犯したと評価することができる場合か」(完全責任能力)

責任能力判断は裁判所の専権事項

- 被告人の精神状態が刑法39条にいう心神喪失又は心神耗弱に該当するかどうかは**法律判断**であつて**専ら裁判所にゆだねられるべき問題**であることはもとより、その前提となる生物学的、心理学的要素についても、上記法律判断との関係で**究極的には裁判所の評価にゆだねられるべき問題**であり、**専門家の提出した鑑定書に裁判所は拘束されない。**
(最決昭和58年9月13日)
- 裁判で心神喪失とされた者の数は極めて稀で、年平均で 2.1名。
- 裁判で心神耗弱とされた者の数は年平均で80.4名
(平成17年版 犯罪白書)

統合失調症の責任能力判断

- 被告人が犯行当時統合失調症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つ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。
(最決昭和59年7月3日)

精神鑑定に対する最高裁判断

- 統合失調症の被告人の傷害致死事件
(最判平成20年4月25日)
- 生物学的要素である精神障害の有無及び程度並びにこれが心理学的要素に与えた影響の有無及び程度については、その診断が臨床精神医学の本分であることにかんがみれば、**専門家たる精神医学者の意見が鑑定等として証拠となつている場合には、鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定的前提条件に問題があつたりするなど、これを採用し得ない合理的な事情が認められるのでない限り、その意見を十分に尊重して認定すべきものである。**

犯罪の種類によって責任能力の 判断に違いがあるのか

- 現住建造物放火事件(死亡者なし)と殺人事件の場合
- 軽微な事件は医療観察、重大事件は実刑?
- 違いがあるとすれば、
 - ◆ 是非弁別能力の判断は
⇒ 精神鑑定では、ある程度の方向性をつける
 - ◆ 責任能力の判断は
⇒ 裁判所の仕事、事件の重大性と相対的なもの

簡易鑑定・本鑑定での問題点

- 簡易鑑定は、鑑定時間は面談が1時間、検査等で1時間、計2時間。こんな短時間で良いのか。
- 是非弁別能力およびそれに従って行動する能力の判断基準が曖昧、試行錯誤の連続。文言をどうするか。
- 鑑定後の経過についての連絡がない。
⇒ 鑑定書がどのように利用されたか、是非知りたい。
- 簡易鑑定で裁判所に召喚されたことはない。
⇒ 簡易鑑定では出頭して証人として述べることは出来ないと説明しています。
- 裁判になれば、証人として出頭する必要がある。
これが大変苦痛を伴う。 ⇒ 3例経験。

司法精神医学

- 司法精神医学の教育はどうなっているのか
 - ◆ 大学に専門講座はありません。
 - ◆ 法医学はあります。
- 学生の興味、精神科医の興味はあるのか
 - ◆ 余り興味はありません。
 - ◆ 裁判所には行きたくありません。
- 学会の動きは
 - ◆ 平成17年5月、日本司法精神医学会が設立
 - 平成26年、学会認定精神鑑定医制度発足
 - ◆ 平成20年、北海道法と精神医学懇話会設立

鑑定医の問題点

- 精神鑑定医の数が少ない
 - ◆ 鑑定医の鑑定業務のメリットが少ない
- 鑑定医の質がバラバラである
 - ◆ 研修する場がない。鑑定医同士のコミュニケーションはない
 - ◆ 鑑定書の結果がフィードバックされない
- 鑑定医の基本的スタンスで判断が異なる
 - ◆ 慣例・不可知論的立場と可知論的立場
 - ◆ 鑑定医自身の主義主張を述べたい

事例呈示

責任能力の判断基準 例えば

心神喪失者等医療観察法関係研究協議会

平成26年2月7日 札幌地方裁判所

- 協議事項
 - ◆ 保護観察所から医療観察法の状況
 - ◆ 裁判所から
 - <1>鑑定を行う際に、捜査段階の鑑定書を利用して、鑑定人の負担を軽減することは可能か。
 - <2>精神障害を有している者に対する認知療法・行動療法的アプローチについて
 - <3>鑑定に係るカンファレンスの在り方について
 - <4>鑑定人の審判出席についてご意見があれば伺いたい。

協議会の参加メンバーは裁判官・判定医・参与員
⇒ 検察官、弁護士も入った方が良いのではないかと



改正精神保健福祉法

平成26年4月1日施行

精神保健福祉法改正

平成26年4月1日施行。
一部は28年4月1日施行

平成25年6月13日衆院で可決

1. 厚生労働大臣は、精神病床の機能分化等精神科医療の提供に関する指針（厚生労働大臣告示）を定める。
2. **保護者に関する規定を削除する。**
3. **医療保護入院の見直し**
4. 精神科病院等の管理者の精神障害者に対する相談、援助に関する努力義務を定める規定に、精神障害者の意思決定の支援を行う者（ピアサポーター等を想定）との連携を追加する。
5. **精神医療審査会の見直し**
6. 医療保護入院等のための移送 保護者の同意要件除外
7. 市町村等の後見等を行う者の家庭裁判所への推薦等に関する努力義務を定める。

退院請求が増える？

（退院等の請求）

■ 第三十八条の四 精神科病院に入院中の者又はその**家族等**（その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合にあっては、その者の居住地を管轄する市町村長）は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神科病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

■ 患者本人

■ その保護者 **2人**

➡

■ 本人 **複数**

■ 「家族等」

■ 代理人依頼が増える？

代理人による退院請求についての疑問

- 本人の退院希望とどのように違うのか
- 本人の言葉を丸呑みで良いのか
- 病気についての理解はどの程度か
- 代理人（専門職）としての、他の働きかけをしているのか
- 家族（保護者）との調整、働きかけをしているのか
- 退院後の生活を具体的に考えているのか
- 退院先の確保、受け入れ先を探す努力をしているのか
- 本当に退院して欲しいのか
- 病状が再燃した時に誰が面倒をみるのか
- 問題が発生した時の責任は誰がとるのか

代理人へ期待すること

- 精神科病院の入院は悪ではない
 - ◆ ……と思います。
- 精神病状の理解
- 現実的な検討を行って欲しい
 - ◆ 退院先の住居、施設の確保
- 家族調整 退院を拒んでいる家族への説得
 - ◆ 「家族等」からの情報も収集して欲しい
- 明らかに退院できそうも無い場合には患者指導も必要
 - ◆ 自己決定権が何処まで許されるのか

まとめ

- 統合失調症の理解
 - ◆ 一般的な症状
 - ◆ 診断・治療等
- 統合失調症患者の責任能力
- 事例紹介
 - ◆ 起訴前簡易鑑定、入院による鑑定
 - ◆ 医療観察法審判、鑑定入院
- 改正精神保健福祉法
- 精神医療審査会での話題

ご静聴、有り難うございます。