

# 罪を犯したパーソナリティ障害を有する者の 刑事責任能力判断とその処遇

緒 方 あゆみ

## 1 はじめに

個人的なことになるが、筆者は父親が精神科医であった影響もあり、大学院博士課程では精神障害犯罪者の社会復帰支援について研究し学位を取得した。当時は、心神喪失者等医療観察法（「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」とする）が2003年7月に制定されたばかりの時期であり、罪を犯した精神障害者の処遇の在り方や国が心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に強制的に治療を受けさせることに関して激しい議論が繰り広げられていた。

ところで、「パーソナリティ障害」（Personality Disorder、従来の「人格障害」）、特に反社会性パーソナリティ障害というと、私たちは映画『羊たちの沈黙』（1991年）のハンニバル・レクター博士のような頭脳明晰で表面的には魅力的だが残忍で冷酷無比な異常犯罪を引き起こすなどの極端な人物像を思い浮かべるかもしれない。例えば、わが国では、特異な凶悪犯罪として世間の注目を集めた連続幼女誘拐殺人事件（1988～89年、後述（表2）<sup>③1</sup>判例）や大阪教育大学附属池田小学校児童殺傷事件（2001年、同（表2）<sup>③2</sup>）

---

1) 最高裁平成18年1月17日判決最高裁判所裁判集刑事289号15頁。本件の評釈として、本庄武「『連続幼女誘拐殺人事件』最高裁判決」法学セミナー617号(2006年)4頁以下。

2) 大阪地裁平成15年8月28日判決判例時報1837号13頁。本件の評釈として、城下裕二「小学校に侵入して児童八人を殺害するとともに児童等一五人を負傷させた殺人、殺人未遂等の事案につ

判例)等の影響により、そのような人たちは「危険」「暴力的」「怖い」「治らない」といったイメージが社会に浸透しているように思われる。また、最近では、相模原障害者施設殺傷事件(2016年)<sup>3)</sup>の被告人が、精神鑑定の結果、大麻使用障害のほか反社会性や自己愛性などの特徴があるパーソナリティ障害を有していたとの報道がなされたことが記憶に新しい<sup>4)</sup>。

医療観察法は2005年7月に施行して15年、国民が刑事裁判に参加する裁判員制度は2009年5月に導入されてから11年が経過したが、これらの新しい法制度は、わが国の刑法39条に規定する刑事責任能力判断や精神障害犯罪者の処遇についてどのような変化をもたらしたのであるか。以下本稿において、一般に完全責任能力が認められることが多く、また、医療観察法での処遇になじまないと理解されている罪を犯したパーソナリティ障害を有する者に焦点を当て、パーソナリティ障害とはどのような精神障害なのかを確認した上で、刑事責任能力判断に関する判例の変遷、刑事施設や医療観察法での処遇などについて検討したい。

## 2 パーソナリティ障害とは

### (1) パーソナリティ障害の概要

パーソナリティ障害について、現在、わが国の精神科医療での診察や刑事精神鑑定の際に広く用いられている米国精神医学会(APA)による精神疾患の(操作的)診断基準・診断分類である『精神障害の診断・統計マニュアル』

---

いて、被告人の完全責任能力を認め、死刑が言い渡された事例—大阪教育大学附属池田小学校児童殺傷事件判決—」判例評論563号192頁以下。

3) 横浜地裁令和2年3月16日判決 Lex/DB 文献番号25565679。

4) 「(やまゆり園事件裁判 法廷から)医師が出廷 起訴後鑑定・弁護側証人」朝日新聞2020年2月12日朝刊(地方・横浜)17頁。横浜地裁は、「大麻又はこれに関係する何らかの精神障害が本件犯行に影響を与えたとは考えられない」として被告人に完全責任能力を認め、求刑通り死刑を言い渡した(確定)。

(DSM-5、2013年改訂版)<sup>5)</sup>では、パーソナリティ障害の全般的診断基準 A において、「その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った内的体験および行動の持続的様式」が、①認知、②感情性、③対人関係機能、④衝動の制御の2つ(またはそれ以上)の領域に現れると定義している。この「偏り」に関しては、人は誰でもパーソナリティ(個人を特徴づける全体的な思考・行動様式の統一的全体、人格)に様々な偏りを有しているので、単に偏りがあるというだけでなく、その異常性のために自分自身が悩み、あるいは社会が悩むものでなければならないとしている。つまり、本人が自身の属する共同体にいる人たちの基準から著しく逸脱したパーソナリティにより、対人関係を保てない、情緒の不安定さから衝動的な行動をコントロールできないなど、周囲とトラブルを起こして迷惑や危害を及ぼしたり、周囲の環境に適応できないことに自分自身が苦痛を感じて社会生活に支障が生じたりしている状態をいう。

DSM-5では、「パーソナリティ障害群」の中に3群(A, B, C)10類型(301.0~301.4)が記載されている。A群(認知に偏りがあり奇妙で風変わりな行動を伴うもの)として、①猜疑性/妄想性PD(他人の言動や行為に対して極度な不信感や猜疑心を示す)、②統合失調質[スキゾイド]PD(他者への関心あるいはかかわろうとする欲求に乏しく社交性がない)、③統合失調型PD(非現実的で奇異な考えや言動がみられ、他人とのかかわりも少なく妄想癖あるいは被害妄想の傾向を示す)、B群(感情や対人関係が不安定で演技的で移り気な行動を伴うもの)として、④反社会性PD(社会的規範を守る意識に乏しく、衝動的な行動を示し、嘘について平気で人を騙す)<sup>6)</sup>、⑤境界性PD(対人関係のトラブルが多く、感情のコントロールがきかず衝動的あるいは攻撃的な行為を示し、見捨てられることに対する不安や孤独感が強い)、⑥演技性PD(他者からの注目を集めようとして演技的な行動を示し、

5) 日本語版は、高橋三郎=大野裕監訳『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』(医学書院、2014年)。

6) 反社会性パーソナリティ障害は18歳以上の場合に限り診断され、18歳未満は行為障害〔素行障害〕と診断される。

外見にも極端にこだわる)、⑦自己愛性PD(自分は優れた特別な存在だという自己意識にとらわれ、他人を無視して尊大な態度を示しかつ自己評価にこだわる)、C群(内向的で不安や恐怖を伴うもの)として、⑧回避性〔不安性〕PD(不安や緊張および恐怖を感じ人間関係を回避する)、⑨依存性PD(他者に対する依存性が高く、自分で決断することが難しく他者の意見に反論もできず、放っておかれる孤独に耐えられない)、⑩強迫性PD(一定の秩序や流儀を保つことへのこだわりが強いため融通のきかない完璧主義がかえって生活に支障をきたす)がある。なお、DSM-5とともに世界的に標準的な診断基準としてわが国の臨床現場で用いられているWHO(世界保健機関)の『国際疾病分類第10改訂版』(ICD-10、1990年、現在は2013年改訂版)<sup>7)</sup>では、F60「特定のパーソナリティ障害」において8類型(①妄想性PD、②統合失調質PD、③非社会性PD、④情緒不安定性PD、⑤演技性PD、⑥強迫性PD、⑦不安性〔回避性〕PD、⑧依存性PD)が記載されている。DSMとICDは互いをその改訂の基礎にしていて多くの共通点があり、例えば、パーソナリティ障害の診断基準として各類型の診断基準に加えて全般的診断基準を一定数満たすことを求めている<sup>8)</sup>。

パーソナリティ障害の原因はまだ十分に解明されていないが、発達期の養育環境等に関連があると考えられており、青年期または成人早期にかけて形成され、ある程度の持続があること、他の精神障害や薬物、外傷等の一時的な影響でないことも診断の要件とされる。最近、診断や病態についての新知見が明らかにされており、障害概念を巡る議論が再び活発になってきてい

7) 日本語訳は、融道男他監訳『ICD-10精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン』(医学書院、2005年)。なお、ICDは2018年6月に第11版が公表されている。<https://icd.who.int/en>(最終アクセス日2021年1月22日)。

8) この点に関して、野村俊明他監修『これからの対人援助を考える 暮らしの中の心理臨床②パーソナリティ障害』(福村出版、2016年)14-15頁。ICDは、第10版から『臨床記述と診断ガイドライン』(CDDG、1991年)と『研究用診断基準』(DCR、1993年)を併せて公表した。DCRは、研究における診断一致率の向上を目指し、DSM-5と対比される操作的診断基準を開発したものである。日本語訳は、中根允文他訳『ICD-10精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準〔新訂版〕』(医学書院、2008年)。

る<sup>9)</sup>。

## (2) パーソナリティ障害の名称の変遷とその治療

パーソナリティ障害の起源は19世紀初頭ごろと言われており、概念が比較的新しい精神障害である。かつては精神病質 (Psychopathy)、異常性格、人格異常などと称されていたが、その後、1980年に公表された DSM-Ⅲ から「人格障害」(Personality Disorder) 概念が精神障害の一つとして明確に位置づけられた<sup>10)</sup>。しかし、精神病質は生まれつきの修正不能の素質という意味合いが強く、また、人格障害も人格全体を否定するような価値判断的な印象があり世間の誤解や偏見を招きやすいとして、日本精神神経学会は2008年総会において人格障害を「パーソナリティ障害」に用語改訂することを発表し現在に至っている<sup>11)</sup>。なお、現行の精神保健福祉法(「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」、1995年7月施行)による精神障害の定義(5条)は、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」となっており、「精神病質」という用語が現在も使われている。

既述のように、パーソナリティ障害は、個人が持っている認知、感情、対人関係、衝動性といった内的体験と行動の一定の持続的な様式に著しい偏りがある場合に診断される。また、パーソナリティ障害は様々な臨床類型を包括しており、おしなべて反社会性があるわけではない。冷静な判断力や大胆な行動力といったパーソナリティ障害の特性を活かして社会的に成功を収めている人たち(有能な〔成功した〕サイコパス、Functional〔Successful〕Psychopaths)の存在も広く知られている<sup>12)</sup>。パーソナリティ障害の特性と

9) この点に関して、野村・前掲註(8)14頁。

10) この点に関して、森山公夫「人格障害論の史的展開」精神医療29号(2003年)71頁以下。

11) 本稿では基本的に「パーソナリティ障害」とするが、過去の判例や統計等で「精神病質」や「人格障害」と記載されている場合はそのままの表記とする。

12) Successful Psychopaths について、中谷陽二『危険な人間の系譜 選別と排除の思想』(弘文堂、2020年)305-307頁。

して、比較的持続的であるが治療になじまないわけでもなく、通院治療を中心とした認知行動療法やカウンセリング等の心理療法による障害の修正〔改善〕の可能性は十分にあるとされている。また、年齢の影響として、特に、境界性、反社会性パーソナリティ障害の患者は、年齢を重ねるとともに衝動的傾向や攻撃的傾向が落ち着く場合が多いとされる一方、自己愛性、演技性、強迫性パーソナリティ障害の患者は、年齢を重ねることにより独特の問題が生じる場合があるとされている<sup>13)</sup>。さらに、これまでパーソナリティ障害は統合失調症のような脳の疾患ではなく異常性格であり、本人は自由意思で行動していると理解されていたが、最近の研究では、脳の異常所見や従来は障害との関連性が弱いとしていた遺伝的な傾向も見い出されるようになってきている<sup>14)</sup>。なお、現在も「サイコパス」という用語が使われることがあるが、これは反社会性パーソナリティ障害を意味することが多い。

### 3 パーソナリティ障害を有する者の刑事責任能力判断

#### (1) パーソナリティ障害と刑事責任能力

##### ア. 一般的な傾向

後述のように、一般に、被告人の有する精神障害の診断名がパーソナリティ障害単独の場合、すわなち、パーソナリティ障害に加えて他の精神障害が併存していない場合、判例は完全責任能力を肯定する傾向にある。なぜならば、パーソナリティ障害は、本人の性格や人格（思考や行動のパターン）の極端な偏りが仕事や学業、家庭生活等の日常生活に支障を来たしている状態をい

---

13) この点に関して、アレン・フランセス著(大野裕他訳)『精神疾患診断のエッセンス DSM-5の上手な使い方』(金剛出版、2014年)169頁。

14) この点に関して、山口厚他「現代刑事法研究会〔第3回〕責任能力」ジュリスト1391号(2009年)96-97頁の岡田幸之医師のコメント。その他、パーソナリティ障害に関する最近の生物学的研究に関しては、上島国利他編『精神医学テキスト—精神障害の理解と治療のために(改訂第4版)』(南江堂、2017年)208頁。

うので、統合失調症等のいわゆる精神疾患とは性質を異にするからである。司法研究報告書『難解な法律概念と裁判員裁判』<sup>15)</sup>では、「人格の障害が『精神の障害』から排除されていないと思われるものの、人格障害とされた者の行動は多くの場合に了解可能であり、心神喪失や心神耗弱の心理的要素を満たさない場合が多い」と説明している。

統計上も、一般に公表されている比較的最近の数値として平成18年版犯罪白書によると、医療観察法が施行された平成17年（2005年）に検察庁において不起訴処分が付された被疑者のうち、精神障害のため心神喪失と認められた者及び心神耗弱と認められ起訴猶予処分が付された者並びに通常第一審において心神喪失を理由として無罪となった者及び心神耗弱を理由として刑が減輕された者の総数811人のうち、精神病質者は6人（0.7%）と非常に少ない<sup>16) 17)</sup>。

## イ. 刑事責任能力鑑定

現在、精神鑑定は、わが国の精神医学にかつて大きな影響を与えていたド

15) 司法研究報告書61輯1号(2009年)282-284頁。

16) 精神病質者6人の内訳は、不起訴5人(心神喪失1、心神耗弱4)、裁判で心神喪失が1人である。過去の統計では、昭和60年、平成2年および平成7年版犯罪白書の「罪名・精神障害名別処分結果」表によると、昭和56年から平成6年までの15年間に心神喪失者・心神耗弱者と認められた者の累計総数11,479人のうち、精神病質者は127人で全体の1.1%に過ぎなかった。なお、不起訴(心神喪失、心神耗弱で起訴猶予)と裁判(心神喪失で無罪、心神耗弱で有罪)の割合は、精神分裂病〔統合失調症〕者のほとんど(95.5%)が不起訴であるのに対し、精神病質者が不起訴となったのは約7割(70.5%)であった。さらに、同年版の犯罪白書の「犯行後の治療状況」表によると、これらの者の犯行後の治療状況(不明者を除く)については、精神分裂病者のほとんど(95.4%)が精神衛生法または精神保健法の手続による入院(措置入院・その他の入院)や通院治療に繋がっているのに対し、精神病質者が治療に繋がったのは7割弱(67.5%)にとどまり、1割程度(11.9%)は治療なしであった。

17) 註(16)で示した数値よりさらに古い統計に関しては、昭和42年～44年にかけての精神病質者の刑事手続上の最終処理状況を分析したものと、岩井宜子＝村上尚文「精神病質者の犯罪」法務総合研究所研究部紀要15号(1972年)79-107頁がある。その内容を紹介したものと、岩井宜子『精神障害者福祉と司法〔増補改訂版〕』(2004年)245頁以下。これらの文献によると、精神病質と診断された299名のうち、①不起訴処分となった者が138名(46.9%)、②起訴された者156名(53.1%)のうち、最も多いのが懲役刑で93名(31.6%)、次いで執行猶予付懲役刑が42名(14.3%)であった。



イツ精神医学、特にシュナイダー (K.Schneider) 等が主張した、精神障害が人の意思や行動の決定過程にどのように影響するかを判定することはできないとする「不可知論」ではなく、できるとする「可知論」の立場から鑑定が行われている。すなわち、不可知論からは「弁識能力や制御能力は人の自由意思にかかるものであり、心理学的要因についての判断は何人にとっても不可能で、鑑定人は生物学的要因を証明しうるにすぎない」と結論づけられるが、可知論からは、精神医学的診断だけでなく精神障害〔症状〕の質や程度、その精神障害（とそれ以外）と行為との関係についての考察に基づき、心理学的要素がどの程度障害されたかについて判定している<sup>18)</sup>。また、最高裁昭和59年7月3日決定<sup>19)</sup>が、被告人が犯行当時精神分裂病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っ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との見解を示してからは、可知論的視点からの鑑定が広く支持されている<sup>20)</sup>。この最高裁昭和59年決定で示された刑事責任能力の総合判断の考慮要素の一つである「行為の了解可能性」に関しては、いかに犯行動機や態様が奇異であっても、軽度の一見精神病症状と見なしうる異常な精神状態を見いだしたとしても、そこに明らかな精神病を診断しえず、かつ行動において「人格の異質

18) 判決文中に可知論と不可知論の対立に関する説明がなされている最近の判例として、最高裁平成20年4月25日判決刑集62巻5号1559頁がある。本件の評釈として、拙稿「責任能力判断と精神鑑定：最二小判平20・4・25判タ1274・84(刑事)」明治学院大学法科大学院ローレビュー11号(2009年)111頁以下。

19) 刑集38巻8号2783頁。

20) 可知論的立場が優勢になった背景として、①統合失調症等に軽症例が増加したこと、②従来の外因性(認知症、中毒性精神障害等)、心因性(神経症、解離性障害等)、内因性(躁うつ病、統合失調症等)といった病因論的な疾患分類の境界が明確でなくなってきたこと、③新たな知見やDSM等の操作的診断の汎用が進むことにより従来の伝統的診断と疾患概念が異なっていること、④操作的診断基準の変更により慣例の構築が難しいこと、⑤精神機能を綿密に多面的に評価するようになってきていることがあげられるが、可知論的な視点を優位に考える方向性は、了解可能性や合目的性を過剰に評価するなど責任能力の減弱や喪失を認める範囲を狭くし過ぎる危険性があると指摘するものとして、三澤孝夫監修『医療観察法審判ハンドブック [第2版(改訂版)Ver.1.1]』(国立精神・神経医療センター、2014年)155-156頁。



性」を見ない場合は、精神医学的には了解可能と考えるべきと解されている<sup>21)</sup>。

## (2) 判例

(表1)～(表3)は、判例データベース上で確認できたパーソナリティ障害を有する者の刑事責任能力が争われた判例の一覧表である。表に記載したものは、起訴前本鑑定や公判鑑定が実施され、精神病質、異常性格、人格障害およびパーソナリティ障害と診断された者を対象としている。以下に、(表1)前掲最高裁昭和59年決定以前、(表2)(表1)以降から裁判員制度開始まで、(表3)(表2)以降から現在に分けて検討する<sup>22)</sup>。

### ア. 最高裁昭和59年決定以前

#### a. 背景

当時のわが国は、伝統的な病因論的疾患分類を内容とするドイツ精神医学の影響を大きく受けており、精神病質 (Psychopathie) 概念が精神医学だけでなく犯罪・非行の分野でも活用されていた。そして、シュナイダーの精神病質理論 (『精神病質人格』、1923年) の類型に沿った診断が多く行われ、精

21) 須藤徹=宮川明美「パーソナリティ障害と精神鑑定」五十嵐禎人編『専門医のための精神科臨床リュミエール1 刑事精神鑑定のすべて』(中山書店、2008年)158-159頁。この点に関して、本人の本来の(もともとの)人格であり異質性は見られないとすると、すべてその人格から了解可能ということになってしまうため、責任能力判断は行為の人格相当性のみではなく人格の社会的相当性も問題になることを想起すべきとする見解として、浅田和茂「責任能力と精神鑑定」犯罪と刑罰21号(2011年)52-53頁。

22) パーソナリティ障害を有する者の刑事責任能力判断に関する先行研究として、以下のものがある。河本純子「『人格障害』という鑑定の問題的な性格一反社会性人格障害を中心として」岡山大学大学院文化科学研究科紀要17号(2004年)197頁以下、箭野章五郎「精神病質者(人格障害者)の刑事責任能力について」大学院研究年報(中央大学)36号(2006年)179頁以下、加藤久雄「人格障害犯罪者に対する刑事制裁論 確信犯罪人の刑事責任能力論・処分論を中心にして」(慶應義塾大学法学研究会、2010年)、朴元奎「人格障害と刑事責任能力—刑事法学の立場から—」医学哲学医学倫理24号(2016年)116頁以下、林優貴「責任能力論における制御能力の意義の検討について—反社会性パーソナリティ障害を素材に—」大学院研究年報(中央大学)48号(2019年)285頁以下。

神鑑定にも用いられた。シュナイダーは、精神病質人格を「その人格の異常性（人格の平均幅からの偏倚・偏り）ゆえに本人が悩むか社会がそれに悩まされる」と定義し、精神病質人格として、①発揚型、②抑うつ型、③自信欠如型、④狂信型、⑤自己顕示欲型、⑥気分易変型、⑦爆発型、⑧情性欠如型、⑨意志欠如型、⑩無力型の10類型を示した<sup>23)</sup>。このうち、①④⑤⑥⑦⑧⑨は他者を悩ます類型のため犯罪に結びつきやすいとし、他方、②③⑩は自分自身が悩む類型なので犯罪との関連性は薄いとする。このシュナイダーの精神病質人格の定義や分類は、現在のDSM-5にも一部引き継がれている<sup>24)</sup>。

シュナイダーは、「精神病質は、身体的〔生命的〕なもの及び知能的なるものを除くその余のものにおける変質的素質を伴う異常人格であり、精神病質の多様な型はそれ自体では帰責能力を阻却しない」とし、不可知論的立場から、精神病質は生来性の「性格の異常」であり、そもそも「精神の障害」でないから生物学的前提に入らないとして責任能力が問題となる余地はないとした<sup>25)</sup>。その後、クレッチマー (E.Kretschmer) が、精神病質は正常人と精神病の中間状態、すなわち精神病の前段階的な状態に位置し、精神病患者、精神病質者、正常人の三者は相互に移行しあうものであり、その三者間を限界づけるメルクマールは不明確であるとして、責任能力は心理学的基準による量的判断に委ねられることとなり、正常からの偏りが激しい場合は限定責任能力、極端な場合は責任無能力と判断されるようになった。

23) それぞれの類型の特徴については、法務省矯正研修所編『研修教材矯正心理学〔増訂改訂版〕』（矯正協会、2020年）54頁。

24) この点に関して、岡田幸之「パーソナリティ障害」五十嵐禎人＝岡田幸之編『刑事精神鑑定ハンドブック』（中山書店、2019年）223頁、堀尾良弘「犯罪・非行と人格障害」犯罪と非行115号（1998年）181-182頁。

25) この点に関して、司法研修所『刑事責任能力と精神鑑定』司法研究報告書8輯7号（1956年）69-71頁。

## b. 判 例

(表 1)

	判決年月日	診断名	判断	量刑	備考
①	大阪高判昭27・5・15	軽度の精神薄弱を伴う性的精神病質人	耗弱		
②	札幌高判昭27・9・12	軽度の精神病質 (f, g) / 愚鈍		死刑	
③	京都地判昭29・12・16	精神病質 (a, e)			
④	大阪高判昭30・5・24			無期	③事件
⑤	東京地判昭31・11・20	精神病質人 (a, i) / 精神病質傾向		死刑	
⑥	最決昭32・2・15			無期	③事件
⑦	富山地高岡支判昭33・3・19	複合型精神病質者 (g, 分裂性)	耗弱		
⑧	鹿児島地判昭33・10・31	先天的異常素質者 (e, f, h, i) / 虐待淫乱症		死刑	
⑨	東京地判昭34・2・27	精神病質 (e, f) / 外罰的加虐性 / 冷情性等		死刑	
⑩	神戸地判昭34・5・18	中等度の精神病質人 (e, f, g, i)		死刑	
⑪	山形地判昭34・9・6	分裂性傾向を持った精神病質人		無期	
⑫	東京高判昭34・12・28			死刑	⑨事件
⑬	新潟地長岡支判昭35・3・1	性格異常又は精神病質者 (f, g, i, 不安定)		死刑	
⑭	大阪地堺支判昭35・10・20	精神病質 (g, 衝動性) を有する 精神薄弱		死刑	
⑮	大阪地判昭36・1・30	意志不定型精神病質		死刑	
⑯	最判昭36・8・17			死刑	⑨事件
⑰	神戸地豊岡支判昭39・12・5	中等度の精神病質人格者 (異常性格)		死刑	
⑱	旭川地判昭39・12・24	精神病質者 (異常性格者) (i)		死刑	
⑲	秋田地大曲支判昭40・1・29	人格異常性 (中等度) (h, 退避性, 小児性)			
⑳	静岡地判昭41・3・31	軽度の精神病質者		無期	
㉑	東京地判昭41・8・3	精神病質者 (e, 無情性, 自閉性, 粘着性, 嗜虐性等)			少年
㉒	東京高判昭41・10・12	精神病質者(e)	耗弱		少年
㉓	東京高判昭42・1・27				㉑事件
㉔	神戸地姫路支判昭42・3・28	てんかん性器質の異常性格者	耗弱		

	判決年月日	診断名	判断	量刑	備考
㉔	東京地八王子支判 昭44・2・28	異常性格者 (e, g, h, 破壊性) / てんかん		死刑	少年
㉕	静岡地判昭44・5・16	重症とはいえない精神病質			少年
㉖	東京高判昭45・12・26			無期	㉔事件
㉗	福井地判昭46・2・16	軽度の精神病質人(i) / 軽度愚鈍			
㉘	千葉地松戸支判昭46・9・9	分裂病性性格の精神病質人		無期	少年
㉙	名古屋高金沢支判 昭46・9・30				㉔事件
㉚	東京地判昭47・4・8	生来性の異常性格(自閉性, 分裂病質)		死刑	少年
㉛	千葉地判昭50・5・27	著しい異常性格 (a, f, g, h, 衝動性, 興奮性, 偏執性等) / 知能程度は境界域	耗弱		
㉜	横浜地小田原支判 昭50・10・20	異常性格者(h) / 神経性の頭痛持ち		死刑	
㉝	東京地判昭51・4・30	重篤でない精神病質者 (a, 意志不定性)			
㉞	東京高判昭51・11・24				㉔事件
㉟	東京地判昭54・7・10	性格の偏り (分裂病質)		死刑	少年
㊱	京都地判昭56・2・9	躁性の性格異常 (a, f, g) / 複雑醜態	耗弱		
㊲	東京高判昭56・8・21			無期	㉔事件
㊳	大阪地判昭57・7・27	強度の分裂病質という人格障害	耗弱		
㊴	東京地判昭57・12・23	異常性格を基盤とする心因性妄想 / 覚せい剤の影響	耗弱	無期	

\* シュナイダーの精神病質分類 (10類型) に該当するものは, a~j の記号を振っている。

a. 発揚型, b. 抑うつ型, c. 自信欠如型, d. 狂信型, e. 自己顯示欲型, f. 気分易変型, g. 爆発型,  
h. 情性欠如型, i. 意志欠如型, j. 無力型

(なお、自分自身が悩む類型である b, c, j および他者を悩ませる類型の d は確認できなかった。)

(表1)～(表3)に共通することとして以下の3点を指摘できよう。第1に、パーソナリティ障害は症状として単独ではなく複数の類型が見られることが多く、他の精神障害との診断合併も多いこと、第2に、責任能力判断では完全責任能力が認められることが多く、判例データベース上では心神喪失事例が見当たらず、心神耗弱事例も(表1)(表2)(表3)と時系列が進むにつれ件数が少なくなっていること、第3に、量刑に関して死刑や無期懲役といった非常に重い結論に至ったものが多いことがあげられる。

しかし、裁判所は、シュナイダーが主張するような不可知論的な立場から、精神病質〔人格障害〕は性格異常者にすぎず精神病的異常者ではないから責任能力は阻却されないと単純に判断しているわけではなく、本人が有する精神病質による「異常〔正常からの偏り〕の程度」が心理学的要素にどれほど影響したかについて検討し、「軽度」(②<sup>26</sup>)②<sup>27</sup>判例)、「中等度」(⑩<sup>28</sup>)①<sup>29</sup>①<sup>30</sup>判例)、または「重度・高度とはいえない」(⑮<sup>31</sup>)⑮<sup>32</sup>)⑮<sup>33</sup>判例)場合には完全責任能力を、「異常の程度が著しい」(⑦<sup>34</sup>)③<sup>35</sup>)③<sup>36</sup>判例および(表2)④<sup>37</sup>判例)または「強度」(⑨<sup>38</sup>)判例)と認められる場合には心神耗弱と判断している傾向が見られる。例えば、⑦判例において富山地裁高

26) 札幌高裁昭和27年9月12日判決高等裁判所刑事判決特報18号93頁。

27) 福井地裁昭和46年2月16日判決刑事裁判月報3巻2号105頁。

28) 神戸地裁昭和34年5月18日判決下級裁判所刑事裁判例集1巻5号1239頁。

29) 神戸地裁豊岡支部昭和39年12月5日判決下級裁判所刑事裁判例集6巻11=12号1345頁。被告人は、鑑定で中等度の精神病質人格者(異常性格)と診断されていたが、神戸地裁豊岡支部は、「この程度の精神病質人格者はただそれだけの故をもって刑法にいう心神耗弱者に該当することはできない。…。刑法はこの程度のことによって犯人の刑事責任能力を限定することを拒否していると考えるのが相当である」との見解を示した。

30) 秋田地裁大曲支部昭和40年1月29日判決下級裁判所刑事裁判例集7巻1号82頁。

31) 大阪地裁昭和36年1月30日判決下級裁判所刑事裁判例集3巻1号87頁。

32) 静岡地裁昭和44年5月16日判決家庭裁判月報22巻4号119頁。

33) 東京地裁昭和51年4月30日判決高等裁判所刑事判例集29巻4号644頁。

34) 富山地裁高岡支部昭和33年3月19日判決 Lex/DB 文献番号25460125。

35) 千葉地裁昭和50年5月27日判決判例時報796号113頁。

36) 京都地裁昭和56年2月9日判決判例時報1021号145頁。

37) 札幌地裁平成元年10月24日判決判例タイムズ719号215頁。

38) 大阪地裁昭和57年7月27日判決判例時報1058号158頁。

岡支部は、「被告人が本件犯行当時…において所謂狭義の精神病者でなかった事は、…明である。従って…その異常であるという理由だけによつて被告人の責任能力が無条件に阻却されるものではなく、その異常の程度と本件行為との関連を詳細に心理分析して責任能力の有無を判断しなければならない」とし、「その異常の程度は、被告人の判断力と感情抑制力を喪失させる程度にまで至らないにしても、これ等を著しく減弱させるものであった」として、被告人は本件犯行当時心神耗弱状態であったと認定した。また、異常の程度に関して、「社会適応性〔社会的生活能力〕」を欠如するようなものであったかという観点から検討し完全責任能力を認めたものとして、⑩②⑥③④判例および(表2)④②<sup>39)</sup>⑤⑤<sup>40)</sup>判例がある<sup>41)</sup>。その他、完全責任能力を肯定した理由の一つとして、爆発的行動や衝動性等が認められる精神病質者の被告人に、犯行当時、意識障害〔意識の混濁〕が見られなかったことを指摘するものとして、⑨<sup>42)</sup>②③<sup>43)</sup>②⑥判例がある。

## イ. 最高裁昭和59年決定以降から裁判員制度開始まで

### a. 背景

既述のように、1980年(昭和55年)に米国精神医学会のDSM-Ⅲが公表され、精神障害の一つとして人格障害が初めて明確に定義された。また、1990年には現行のWHOのICD-10が公表され、この頃からわが国の精神医学はドイツよりアメリカからの影響を強く受けるようになり、精神障害の診断や刑事責

39) 東京地裁平成元年3月27日判決判例時報1310号39頁。

40) 東京地裁平成14年1月18日判決 Lex/DB 文獻番号28075340。

41) 「社会適応性」に関して、精神医学者の立場から、精神病質は甚だしく社会適応性が低下している性格異常であり、行為の不正なことはよく理解できても性格異常のために行動の発動を制御する力が乏しく、その結果として犯罪を繰り返すのであるから、いかに犯行そのものが常人とは思われないような異常に見えても、これと性質の類似した行為がなかったかまたは極めて稀にしかなく、その上被告人の日常生活が常人に近い生活力と社会適応性をもっている場合には責任能力者と判断すべきとの見解を示したものとして、池見猛『精神障碍者の刑事責任』(文久書林、1966年)154-156頁。

42) 東京地裁昭和34年2月27日判決刑集15巻7号1284頁。

43) 東京高裁昭和42年1月27日判決下級裁判所刑事裁判例集9巻1号6頁。

任能力鑑定はDSMやICDに依拠することが多くなった。

また、刑事責任能力判断に関して最高裁で2件の重要な決定が下された。第1に、最高裁昭和58年9月13日決定<sup>44)</sup>が、「被告人の精神障害が刑法三九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委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、右法律判断との関係で究極的には裁判所の評価に委ねられるべき問題である」と判示して、精神鑑定の結果は裁判所を拘束しないとすする立場（不拘束説）を明らかにした。そのため、鑑定医に対しては、鑑定主文に法律判断としての被告人は心神喪失／心神耗弱／完全責任能力であるという結論を示すことは避け、裁判官が刑事責任能力を判断する際の参考意見を述べるにとどめることが推奨されるようになった<sup>45)</sup>。第2に、前掲最高裁昭和59年決定が、（鑑定書の記載内容等により認められる）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、犯行当時、被告人が精神障害の影響により弁識能力および制御能力がどの程度障害されていたかを判断して責任能力を認定することを示した。このことにより、鑑定医は可知論的立場から鑑定を行うことが求められるようになったが、可知論に立脚しても不可知な部分が完全に否定されるものではない<sup>46)</sup>。

---

44) 最高裁判所裁判集刑事232号95頁。

45) この点に関して、拙稿・前掲註(18)114-115頁註(5)。ただし、責任能力判断は究極的には裁判所の評価に委ねられるべきものであっても、そこに至る過程は鑑定人と法曹が相互に議論を重ねていく共同作業であり、法曹側が鑑定医に対し生物学的要素の基盤である精神医学的診断を軽視し、心理学的要素に関する結論(有無・程度)には言及せず精神障害〔症状〕が犯行に及ぼした影響の機序の説明のみを求める傾向に懸念を示すものとして、田口寿子「精神鑑定の精神医学的意義を守るために」臨床精神医学47巻11号(2018年)1214-1215頁、五十嵐慎人「刑事責任能力鑑定について最近感じること」臨床精神医学47巻11号(2018年)1240-1242頁。

46) この点に関して、司法研修所編『裁判員裁判と裁判官一裁判員との実質的な協働の実現をめざして―』司法研究報告書70輯1号(2019年)105頁註(213)。



## b. 判例

(表2)

	判決年月日	診断名	判断	量刑	備考
④①	東京地判昭63・3・18	分裂的人格障害者		無期	
④②	東京地判平元・3・27	人格障害 (f, g 等) (中程度以下)		無期	
④③	札幌地判平元・10・24	著しい性格異常者 (e, h) / 軽度精神薄弱	耗弱		
④④	東京地判平元・12・21	特異な人格障害 / 軽度脳機能障害			
④⑤	広島地福山支判平3・6・25	異常性格 (g) / 軽度精神遅滞		死刑	
④⑥	東京地判平5・7・29	人格障害者 (g, i) / 軽度酩酊状態			
④⑦	東京高判平6・3・25	人格障害 / 覚せい剤精神病 / 多量飲酒	耗弱		④⑥事件
④⑧	千葉地判平6・8・8	精神病質 (g, 冷情性) / てんかん病質者		死刑	少年
④⑨	東京高判平8・7・2			死刑	④⑧事件
⑤⑩	東京地判平9・4・14	性格の極端な偏り (分裂病質型人格障害)		死刑	
⑤⑪	広島高判平10・2・10	性格異常 (g, 執着的) / 知的障害		死刑	④⑤事件
⑤⑫	名古屋地判平12・10・16	非社会性人格障害・分裂病型障害 (F21)		無期	
⑤⑬	東京高判平13・6・28				⑤⑩事件
⑤⑭	最判平13・12・6	非社会性人格障害		死刑	
⑤⑮	東京地判平14・1・18	分裂病質人格障害		死刑	
⑤⑯	新潟地判平14・1・22	人格障害 / 強迫性障害			
⑤⑰	岡山地判平14・5・28	分裂病質人格障害 / 対人恐怖 / 摂食障害			
⑤⑱	東京高判平14・12・10				⑤⑯事件
⑤⑲	東京地判平15・6・10	反社会性人格障害 / 覚せい剤精神病		死刑	
⑥⑩	最判平15・7・20				⑤⑱事件
⑥⑪	大阪地判平15・8・28	複合的人格障害者 (妄想性, 非社会性, 情緒不安定性 (衝動型)) 又は情性欠如を中核とする人格障害者で程度は非常に大きい		死刑	
⑥⑫	東京高判平15・9・29			死刑	⑤⑲事件

	判決年月日	診断名	判断	量刑	備考
⑥3	最判平18・1・17			死刑	⑤0事件
⑥4	名古屋地判平18・2・24	反社会性・境界性PD/軽度精神遅滞		無期	
⑥5	東京高判平18・6・27	反社会性人格障害/覚せい剤精神病等	耗弱	無期	
⑥6	広島高松江支判平18・9・25	妄想性人格障害/うつ状態	耗弱		
⑥7	最判平19・4・19			死刑	⑤5事件
⑥8	大阪地判平20・5・30	統合失調症型障害 (F21)	耗弱		

- \* シュナイダーの精神病質分類 (10類型) に該当するものは、a～j の記号を振っている。  
a. 発揚型, b. 抑うつ型, c. 自信欠如型, d. 狂信型, e. 自己顕示欲型, f. 気分易変型, g. 爆発型,  
h. 情性欠如型, i. 意志欠如型, j. 無力型
- \* 紙面の都合上, 診断名が「〇〇パーソナリティ障害」の場合は「〇〇PD」と表記する。
- \* ICD-10の統合失調症型〔分裂病型〕障害 (F21) は、DSM-5の統合失調型PDに相当するものである。

(表2)において心神耗弱が認められた判例 (④3<sup>47)</sup> ⑥5<sup>48)</sup> ⑥6<sup>49)</sup> ⑥8<sup>50)</sup> 判例は、⑥8判例を除いてパーソナリティ障害に加えて他の精神障害 (知的障害、中毒性精神病等) を有しており、これらの精神障害が競合・複合的要因として検討がなされ、被告人は犯行当時、心神喪失までには至っていなかったが心神耗弱の状態にあったとした。ただし、⑥6判例については、被告人のうつ状態は責任能力判断にそれほど影響を与えておらず、妄想性人格障害を有する被告人の妄想の犯行に対する支配力が大きかったこと、⑥8判例については、被告人が統合失調症型障害に起因する妄想観念に支配されていたことや被告人の平素の人格からの乖離の大きさや犯行動機の異常性等が考慮され、被告人の事理弁識能力および行動制御能力が著しく低下していたと認定された。したがって、これら2判例に関しては、裁判実務において定着している統合失調症や覚せい剤精神病等の影響を理由として責任能力が争われた場合に検

47) 東京高裁平成6年3月25日判決判例タイムズ870号277頁。

48) 東京高裁平成18年6月27日判決高等裁判所刑事裁判速報集(平18)号103頁。

49) 広島高裁松江支部平成18年9月25日判決判例タイムズ1233号344頁。

50) 大阪地裁平成20年5月30日判決 Lex/DB 文献番号28145328。

討がなされる「幻覚・妄想の人格支配性の程度」や「平素の人格からの乖離の程度」を指標として責任能力判断が行われている。

他方、被告人のパーソナリティ障害そのものが犯行の大部分に影響を与えたといえる場合には、障害それ自体では責任能力への影響は小さいとし、前掲最高裁昭和59年決定に従い、犯行動機<sup>51)</sup>の了解可能性<sup>51)</sup>や犯行の一貫性・合目的性などのほか、犯行時の意識が清明でその後の記憶も明瞭に保たれていることなども含めて総合的に判断している。例えば、㉔<sup>52)</sup>判例において東京高裁は、「一般的には、人格障害（精神病質）は、そのみでは是非弁別能力、行動制御能力を著しく低下させることはない」、「責任能力は、単に精神性の疾患にかかっているだけで、それが著しく減弱しているとみることはできず、その病状のほか、犯行前の生活状況、犯行の動機・原因とその了解可能性、犯行の手段・態様の異常性、犯行前後の言動の異常性の有無等を具体的に検討して決すべきものである」との見解を示している。そして、障害の影響の程度の判断に関しては、弁識能力および制御能力が（特に、爆発型性格等から制御能力が）通常人に比して劣っていても（㉕<sup>53)</sup>、㉖<sup>54)</sup>判例）、ある程度・幾分低下していても（㉗<sup>55)</sup>、㉘<sup>56)</sup>判例）、低下していたこと（の可能性）は否定できなくても（㉙<sup>57)</sup>、㉚<sup>57)</sup>判例）、著しく減退した状態にはなかったとして完全責任能力を肯定する傾向が見られる。例えば、㉛判例の被告人は、爆発性の異常性格および軽度知的障害を有していたが、広島地裁福山支部は、「その知的障害が軽度のもので、爆発性異常性格もそれ自体右の能力を著し

51) 犯行動機の了解可能性について、樋口亮介「責任非難の構造に基づく責任能力論」刑法雑誌58巻2号(2019年)327頁註(2)は、犯行動機が行為者なりの人格態度あるいは価値観を反映したものと見える部分があるか、行為者の人格態度あるいは価値観からみて動機には質的な断絶が認められるかといった形で責任能力判断の内実に沿った検討を行うべきとする。

52) 東京高裁平成15年9月29日判決東京高等裁判所刑事判決時報54巻1=12号61頁。

53) 広島地裁福山支部平成3年6月25日判決判例時報1407号120頁(福山市一家3人刺殺事件)。

54) 広島高裁平成10年2月10日判決判例時報1639号143頁。本判決は、㉜判例(前掲註(53))の控訴審である。

55) 名古屋地裁平成12年10月16日判決判例タイムズ1055号283頁。

56) 岡山地裁平成14年5月28日判決 Lex/DB 文献番号28072169。

57) 東京地裁平成15年6月10日判決判例時報1836号117頁(連続ホームレス殺人事件)。

く減退させるほどのものではないこと、犯行の動機が了解可能であること、周到な計画と準備に基づく犯行であること、犯行の前後の行動に特に異常な点は見受けられないこと、被告人の意識は清明で記憶も明瞭に保たれていること等の諸点を総合すると、被告人は本件各犯行当時、是非善悪を弁識し、かつその弁識に従って行動する能力が著しく劣る状態にはなかったと認めるのが相当である」と判示して完全責任能力を認めた。

その他、世間の注目を大きく集めた⑥判例（大阪教育大学附属池田小学校児童殺傷事件）において、大阪地裁は、本件が被告人の自己中心的で他人の痛みを顧みない著しく偏った人格傾向の発露であり、そこには精神疾患の影響はなく、本件犯行に至る経緯、犯行当時の状況、犯行後の供述状況等を検討し、精神鑑定結果を踏まえた上で被告人の人格の偏りや動機の非尋常性を再度検討しても、本件犯行当時被告人は刑事責任を問うのに十分な責任能力を備えていたと結論づけ、被告人に死刑を言い渡した。なお、⑥判例では、被告人の人格障害の程度は非常に大きいとされながら完全責任能力が肯定され、量刑においても有利に斟酌されなかった。この点に関して、パーソナリティ障害を有する者の犯罪は、規範意識の歪み（例えば、⑤判例の被告人は、一般的な違法性は認識していたが自己の行為は悪くないと思っていた）から概して残忍凶悪で無情なものや常習的なものが多く、そのことが刑を重くする方向で働き、障害を有していることが少なくとも刑を軽くするものとはなっていないとする指摘<sup>58)</sup>や、パーソナリティ障害、特に反社会的パーソナリティ障害という診断は、法曹関係者に矯正不能の印象を確固たるものにし（例えば、⑥判例は「もはやいかなる矯正教育によってもその改善など到底期待できないというほかない」と判示している）、鑑定人の意図とは別に厳しい刑罰を後押しする結果になっているとの指摘<sup>59)</sup>がなされている。確かに、

58) 山口厚他・前掲註(14)97頁の井田良先生のコメント。

59) 中谷陽二「パーソナリティ障害は完全責任能力者か？」精神科14巻3号(2009年)202頁。その他、弁護士立場から、パーソナリティ障害を有する被告人については情状鑑定を積極的に活用すべきとする見解として、関口正雄「被告人の将来のための情状鑑定『人格障害の有無』についての鑑定申請」季刊刑事弁護10号(1997年)149頁。

後述の(表3)には刑を重くする方向で再度の検討がなされた事案(69<sup>60</sup>)判例があるが、他方で、完全責任能力を肯定しながらも、犯行当時、被告人が有するパーソナリティ障害により弁識能力および制御能力が低下していたことを有利な情状の一つとして量刑において考慮したもの(46<sup>61</sup> 57<sup>62</sup>)判例および(表3) 72<sup>62</sup>)判例等)や、刑務所での矯正教育等による被告人の更生可能性を期待するもの((表3) 78<sup>63</sup>)判例等)もあることから、必ずしも上記の指摘や懸念は当てはまらないと考える。

## ウ. 裁判員制度開始後から現在

### a. 責任能力判断に関する2件の最高裁判例

2009年(平成21年)5月に裁判員制度が導入されて10年以上が経過したが、制度開始にあたり、刑事精神鑑定のあり方や精神鑑定書の書式に関して法曹関係者と(司法)精神科医との間で活発な議論がなされた。そして、裁判員の理解を困難にしないよう簡潔で分かりやすく、そして迅速かつ的確な精神鑑定立証を行うため、精神鑑定書の書式の大幅な見直しがなされ、現在はある程度の標準化が図られている<sup>64</sup>)。また、精神鑑定の扱いに関して注目すべき2件の最高裁判例がある。第1は最高裁平成20年4月25日判決<sup>65</sup>)、第2は最高裁平成21年12月8日決定<sup>66</sup>)である。

責任能力の有無・程度を判断するためには、その前提として、被告人にどのような精神障害があるのかについて精神医学に関する専門的知見をもとに事実を認定する必要があるところ、前掲最高裁平成20年判決は、精神鑑定の

60) 東京高裁平成21年7月6日判決判例タイムズ1319号277頁。

61) 東京地裁平成5年7月29日判決判例時報1513号179頁。

62) 福岡地裁平成22年10月28日判決 Lex/DB 文献番号25464359。

63) 福岡高裁平成24年2月16日判決 Lex/DB 文献番号25480524。

64) 鑑定書の書式例については、検察庁「精神鑑定書の書式参考例」[http://www.kensatsu.go.jp/saiban\\_in/shiryousyuu.htm](http://www.kensatsu.go.jp/saiban_in/shiryousyuu.htm)。(最終アクセス日2021年1月22日)。

65) 前掲・註(18)参照。

66) 刑集63巻11号2829頁。本件の評釈として、拙稿「精神鑑定の一部を採用した場合と責任能力の有無・程度の判断」判例セレクト2010 [I] 32頁。

信用性に関して、「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っている場合には、鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定の前提条件に問題があったりするなど、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」ものであると判示し、「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」とする前掲最高裁昭和59年決定の結論を前提としつつ、精神鑑定という証拠の証明力の評価に一定の指針を与えたとして注目を集めた。なお、その後の差戻審である東京高裁平成21年5月25日判決<sup>67)</sup>において、東京高裁は、「本件上告審判決…の説示は、一般論としては、誠に正鵠を射ている。鑑定人の意見を、裁判官も含め、いわば素人としての知見等で評価することは慎重でなければならぬ。その意味で、裁判員制度下において、上記説示は、実際的な運用指針としても、実務的であり、その意義は大きい。しかし、他方、責任能力は、その実質が犯人に対する非難可能性にあるところ、この非難可能性については、共同社会に身を置く以上、その秩序維持という観点からも、共同社会あるいは一般人の納得性を考えて、規範的に捉えるべきものである。したがって、それを固定的、絶対的なものとして捉えるのは相当ではなく、時代の推移、社会の流れの中で変容する可能性のあるものと考えらるべきであり、昭和59年の最高裁決定が示した総合的判断手法はその視点からも理解されるべきである。裁判員制度下において、責任能力についても裁判員の意見を求める意義はこの点に存する。その視点から見ても、鑑定意見は、少なくとも、その分析、推論過程においては、様々な考慮要素を取り上げ、総合判定をす

67) 東京高等裁判所刑事判決時報60巻1=12号67頁。本件の評釈として、田野尻猛「統合失調症による幻覚妄想の強い影響下で行われた傷害致死事件について、心神耗弱とした控訴審判決を最高裁判所が破棄差し戻した後の控訴審において、改めて心神耗弱が認定された事例」警察学論集65巻5号172頁以下。

る立場に立脚する方がその要請に応えられることは明らか」との見解を示した。そして、最高裁昭和59年決定で示された従来の総合判断的判断手法に基づき改めて被告人の責任能力について検討・判断した結果、最高裁平成20年判決が鑑定意見を採用しない合理的な事情としてあげた、①鑑定人の公正さや能力や②鑑定の前提条件に加えて、③鑑定意見の分析・推論過程について検討し、最高裁が被告人は心神喪失状態にあったと判断する際に基本的に信用するに足りるとした2件の精神鑑定の分析・推論過程の合理性には大きな問題があり、最高裁昭和59年決定の立場である総合判定とも齟齬しているとして、鑑定の信用性を否定した上で改めて心神耗弱を認めた。

次に、前掲最高裁平成21年決定は、責任能力の有無が問題となる場合の総合的な法律判断における精神鑑定の位置づけについて、前掲最高裁平成20年判決を確認した上で、責任能力の有無・程度の判断に関しては前掲最高裁昭和59年決定にいう「諸事情の総合判定」という枠組みを維持し、鑑定結果を参考にしつつも最終的には裁判所が検討・判断すべきであるとする立場を改めて示したものである。確かに、精神医学の専門家による精神鑑定や証言は責任能力判断において重要な資料となるが、刑法39条に規定する心神喪失・心神耗弱の概念は法律上の概念であることは従来の最高裁判例においてすでに確認されている。このことから、本決定では鑑定の前提資料や結論を導く推論過程に疑問があるとして2件の精神鑑定のうち1件の一部を採用したが、特定の精神鑑定の一部を採用した場合においても当該意見の他の部分に拘束されることなく、裁判所が総合的に法律判断を下すべきであることを示した。

最近では、2019年に公開された司法研究報告書『裁判員裁判と裁判官一裁判員との実質的な協働の実現をめざして—』<sup>68)</sup>において、裁判員裁判で責任能力が争われる事案に用いられる以下の3つの基本的な判断枠組みに関する検討がなされている。第1は、「精神障害の影響のためにその罪を犯したのか、正常な精神作用によって犯したのか」という前掲司法研究報告書『難解な法

68) 司法研修所・前掲註(46)参照。



律概念と裁判員裁判』が提言した概念を利用した判断枠組み、第2は、「精神障害の影響のためにその罪を犯したのか、正常な精神作用によって犯したのか」という第1の概念を変形させた判断枠組み、第3は、「精神障害の影響により、自分の行為について、してもよいことなのか悪いことなのかを判断する能力や、その判断に従って行動をコントロールする能力が失われていたため（著しく低下していたため）に、罪を犯したのか」という、第1の概念を用いずに責任能力に関する判例上の概念を平易化しつつそのまま用いる判断枠組みである。そして、第1および第2の判断枠組みに関して、統合失調症等の影響を理由として責任能力が争われ、犯行が妄想に直接支配されていたか否かが責任能力のポイントとなる事案では、「精神障害〔症状〕（圧倒的な又は著しい影響の）ためにその罪を犯したのか、もともとの人格に基づく判断によって犯したのか」という視点から検討するのが裁判員にとって理解しやすく、他の精神障害の場合にも、「平素の人格と極端にかけ離れたものであったかどうか」等、各類型に応じた表現による判断の対象を示すことは可能であるとしている<sup>69)</sup>。なお、この「もともとの人格」について、2019年司法研究報告書は、「正常に判断・制御する部分」、すなわち「残された正常な精神機能」の意味で理解されるべきとしている<sup>70)</sup>。

---

69) 司法研修所・前掲註(46)95-99頁。ただし、「もともとの人格」や「平素の人格」に関して、り患してから長期間にわたって治療を受けたことがなく、その発症時期や発症前の性格などが不明なため、人格異質性を判断の重要な要素にすることが難しい事案にはこの中間概念を使う必要はない。また、「もともと」や「平素」をいつの時点と捉えて検討するのか、精神障害発症前か、発症後であっても問題行動を起こしていない時点かについては統一した見解は示されていない。

70) 「もともとの人格」の理解について、安田拓人「責任能力と精神鑑定をめぐる諸問題」司法研修所論集123号183-184頁を引用して見解を示している。司法研修所・前掲註(46)98頁。この点に関して、2019年司法研究報告書が示した犯行に対する精神障害の影響や正常な精神作用の影響の程度を判断基準とする判断枠組について批判的に検討するものとして、佐野文彦「刑事責任能力の判断について—原理・基準・適用(一)」法学協会雑誌137巻9号(2020年)1551頁以下。

## b. 判例

(表3)

	判決年月日	診断名	判断	量刑	備考
⑥9	東京高判平21・7・6	特定不能 PD		見直し	
⑦0	岐阜地判平21・7・15	非社会性 PD			
⑦1	大分地判平22・1・13	境界性 PD/ 抑うつ状態			
⑦2	福岡地判平22・10・28	境界性人格障害			裁判員
⑦3	福岡地判平23・2・2	妄想性 PD (傾向) / 境界知能		無期	
⑦4	神戸地判平23・3・24	非社会性 PD/ アルコール依存症			
⑦5	東京高判平23・5・12	統合失調型障害 (F21)	耗弱		
⑦6	東京地判平23・7・5	器質性人格障害			裁判員
⑦7	東京地立川支判平23・11・7	境界性 PD/ 軽度精神遅滞			裁判員
⑦8	福岡高判平24・2・16				⑦3事件
⑦9	高知地判平24・5・23	妄想性 PD			裁判員
⑧0	大津地判平24・6・21	非社会性 PD/ 解離性障害			
⑧1	福岡地判平24・7・2	反社会性 PD/ 軽度精神遅滞			裁判員
⑧2	青森地判平24・10・2	シゾイド PD/ 軽度抑うつ状態			裁判員
⑧3	長崎地判平25・6・14	非社会性 PD		死刑	裁判員
⑧4	横浜地判平25・10・16	情緒不安定性 PD (境界型) / 慢性的うつ状態		死刑	
⑧5	横浜地判平26・2・14	境界性 PD			裁判員
⑧6	奈良地判平26・6・13	統合失調型 PD			裁判員
⑧7	福岡高判平26・6・24			死刑	⑧3事件
⑧8	奈良地判平26・8・8	妄想性 PD			裁判員
⑧9	金沢地判平26・11・10	境界性 PD/ 軽度精神遅滞			裁判員
⑨0	大阪高判平27・2・18				⑧6事件
⑨1	札幌地判平27・2・20	パーソナリティ障害			裁判員
⑨2	東京地判平27・5・28	非社会性 PD/ 覚せい剤急性精神病			裁判員
⑨3	千葉地判平27・6・12	反社会性 PD/ 自閉スペクトラム症		無期	裁判員
⑨4	神戸地判平27・10・8	自己愛的・情緒不安の PD			裁判員
⑨5	宇都宮地判平27・11・27	反社会性・シゾイド PD			裁判員

	判決年月日	診断名	判断	量刑	備考
⑨6	東京高判平28・3・30			無期	⑨3事件
⑨7	前橋地判平28・7・20	特定不能 PD, 軽度広範性発達障害		死刑	裁判員
⑨8	最判平28・7・21			死刑	⑨3事件
⑨9	最決平28・10・11			無期	⑨3事件
⑩0	静岡地沼津支判令平29・10・24	情緒不安定性 PD (衝動型)			裁判員
⑩1	東京高判令平30・2・14			死刑	⑨7事件
⑩2	福岡地小倉支判令平30・11・27	非社会性 PD			裁判員
⑩3	千葉地判令平31・2・13	統合失調症型・境界性 PD			裁判員
⑩4	福井地判令元・6・6	情緒不安定性 PD/ 軽度精神遅滞 / 睡眠薬の過剰摂取			裁判員
⑩5	東京高判令元・8・16				⑩3事件
⑩6	福岡地小倉支判令元・11・5	反社会性 PD/ 軽度精神遅滞			
⑩7	山形地判令元・11・5	情緒不安定性 PD (衝動型)			
⑩8	仙台高判令元・4・16				⑩7事件
⑩9	札幌地判令元・2・7・7	境界性 PD/ 妄想性障害			裁判員
⑩10	最決令元・2・7・31				⑩7事件
⑩11	横浜地判令元・2・8・7	自己愛性 PD			
⑩12	福岡地判令元・2・10・23	非社会性 PD			

\* 紙面の都合上、診断名が「〇〇パーソナリティ障害」の場合は「〇〇 PD」と表記する。

\* ICD-10の統合失調症型障害 (F21) は、DSM-5の統合失調型 PD に相当するものである。

(表3)において心神耗弱が認められた<sup>71)</sup>判例は、被告人が、自宅で父親に対し殺意を持って顔面や頭部等を多数回肘打ちし、頸部にハサミを突き刺し、左眼に棒状のものを突き刺すなどして外傷性くも膜下出血等の傷害を負わせて殺害したという事案である。被告人の責任能力に関して、原審の東京地裁(判決年月日不明)は、基本的に捜査段階での鑑定に依拠して、被告人は本件犯行当時、DSM-IV-TRにいう統合失調型パーソナリティ障害であり、犯行は妄想に支配されたものではなく、動機も一応了解可能であるなどとして心神喪失状態ではなかったとしたが、被害者に対する激しい肘打ち行為や

71) 東京高裁平成23年5月12日判決東京高等裁判所刑事判決時報62巻1=12号46頁。

頸部等への刺突行為はその性格傾向とも異質で残忍な行為であること、犯行時やその後の行動に合理性を著しく欠く部分があることなどから、是非弁別能力は十全でなく行動制御能力は著しく障害されていた疑いが否定できないとして心神耗弱状態にあったと認めた。しかし、弁護人側は、被告人は妄想型統合失調症に罹患し、その影響で妄想に支配された状況で犯行に及んだのであり、弁護人側が依頼した鑑定に依拠して心神喪失状態にあったと認めるべきとして控訴したため、東京高裁が新たに鑑定を実施した。東京高裁は、その鑑定結果を踏まえて、被告人はICD-10という統合失調型障害に罹患していたと認め、①障害の程度については、犯行時の被告人は部分的に認知の歪みがあったが同時に正しい認知も併存していたこと、命令性の妄想や幻聴のような自らの行動を支配するような精神症状までは存在していなかったこと、少なくとも被告人が被害者の言動に反発し憤慨する感情を抱いて肘打ち行為等に及んだという点では了解可能であること、そのような感情を抱いた末の被告人の行動は被告人の平素の性格や行動と全く異質なものとはいえないとした。また、②犯行態様についても、被害者に対する行為は異常であり行動制御能力は著しく障害されていた疑いはあるが、周囲の状況を全く認知できていないわけではなくそれなりに合目的性を保っているといえること、犯行翌日に自宅を離れるなどしており犯行時に違法性の認識を全く欠いていたとは考え難いとした。そして、①②の事情によると、「犯行時の被告人の精神状態は、是非弁別能力は十全でなく、行動制御能力は著しく障害されていた疑いがあるものの、是非弁別能力及び行動制御能力は全くない状態ではなかったと認められ、当時の責任能力については、心神喪失ではなく、心神耗弱の状態にとどまるというべきである」と判示し、前掲最高裁昭和59年決定で示された諸事情の総合判定に基づき心神耗弱とした原審の認定を是認した。

既述のように、裁判実務では、パーソナリティ障害は生物学的要素としての精神の障害に含まれるが、人格〔性格〕の著しい偏りそれ自体が直接的に責任能力に影響を及ぼすものではないと解されている（<sup>72)</sup> <sup>73)</sup> 判例）。し

72) 長崎地裁平成25年6月14日判決 Lex/DB 文献番号25501675。

たがって、被告人が犯行当時、怒り等の感情のコントロールが困難で衝動性が高い状態にあった(㉑<sup>74</sup>)判例)など、パーソナリティ障害が犯行に間接的に影響を及ぼしたことは認めても、当該犯行は被告人の本来〔もともと〕の人格によって引き起こされたものであり(㉒<sup>75</sup>)㉓<sup>76</sup>)㉔<sup>77</sup>)㉕<sup>78</sup>)㉖<sup>79</sup>)判例)、平素の人格に対する犯行の異質性が認められないこと(㉗<sup>80</sup>)㉘<sup>81</sup>)判例)、犯行当時、被告人の行動を支配するような意識障害や妄想等の精神病的状态下でないこと(㉙<sup>82</sup>)㉚<sup>83</sup>)判例)等を理由に、従来からの総合的判断手法を用いて完全責任能力を肯定する裁判例が多い。例えば、㉖判例は、反社会性パーソナリティ障害を有する被告人の障害の犯行への影響の検討にあたり、「仮に…、パーソナリティ障害を有する者の中には、器質的に一般人とは異なる点があるとしても、それだけの理由で直ちに判断能力や行動制御能力が著しく劣っていると見えるものではなく、その者の生活史や犯行前後の行動、精神症状の有無やその犯行への影響等を総合的に考慮して、責任能力の有無、程度を判断すべき」とした上で、被告人の完全責任能力を肯定した。

なお、判決文中に、パーソナリティ障害は性格の偏りにすぎず、当該犯行は障害の影響ではなく本人の自由意思によるものである旨の言及がなされて

- 
- 73) 福岡高裁平成26年6月24日判決高等裁判所刑事裁判速報集(平26)号160頁。本件は、㉓判例(前掲註(72))の控訴審である。福岡高裁は、「同障害は広義の精神障害に含まれているとはいえ人格(性格)の偏りというものに過ぎず、それ自体では是非善悪を判断し、行動を制御する能力、すなわち責任能力に影響を及ぼすものでないばかりか、その偏りの大きさが責任の軽減に必ずしも結びつくものとはいえないと考えるべきである」との見解を示している。
- 74) 大分地裁平成22年1月13日判決 Lex/DB 文献番号25352671。
- 75) 奈良地裁平成26年6月13日判決 Lex/DB 文献番号25504222。
- 76) 奈良地裁平成26年8月8日判決 Lex/DB 文献番号25504799。
- 77) 千葉地裁平成27年6月12日判決 Lex/DB 文献番号25540581。
- 78) 宇都宮地裁平成27年11月27日判決 Lex/DB 文献番号25541869。
- 79) 東京高裁平成28年3月30日判決 Lex/DB 文献番号25542741。本件は、㉓判例(註(77))の控訴審である。
- 80) 大津地裁平成24年6月21日判決 Lex/DB 文献番号25481904。
- 81) 金沢地裁平成26年11月10日判決 Lex/DB 文献番号25505148。
- 82) 福岡地裁平成23年2月2日判決 Lex/DB 文献番号25470511。
- 83) 福井地裁平成24年7月2日判決 Lex/DB 文献番号25482184。

いるものがある(97<sup>84</sup>)判例)。確かに、人の意思は自由なものである。しかし、既述のように、最近の研究ではパーソナリティ障害についても脳の萎縮等が見られることが分かってきており、例えば、(表2)の⑥判例では、複合的なパーソナリティ障害を有する被告人のMRI画像に異常所見が確認されたが、裁判所は2件の鑑定意見の結果を踏まえて精神症状との原因となるものと断すべき脳の器質的障害は存しないと認定した。それでは、認知症等のように、パーソナリティ障害により脳に起きた問題〔機能障害〕が、本人の是非善悪の判断に関する意思や(是非善悪の判断はできたとしても)その意思に基づく行動のコントロールに影響を与えたと考えられる場合、責任能力判断にどのような影響が生じるのであろうか<sup>85</sup>)。今後は、パーソナリティ障害を有する者の責任能力が争われた際に、精神鑑定に加えて脳の損傷や異常を示す画像検査の結果についても参考意見として検討する必要がでてくるのであろうか<sup>86</sup>)。責任能力判断は最終的には法律判断であるので、鑑定意見の中に脳画像検査の結果が示されたとしても従来通り「諸事情の総合判定」の枠組みの中で検討することになるが、特に国民が参加する裁判員裁判では視覚的に強く印象付けられる脳画像の取扱いは慎重にすべきであろう<sup>87</sup>)。

---

84) 前橋地裁平成28年7月20日判決 Lex/DB 文献番号25543574。

85) 自由意思について脳神経科学の立場から検討するものとして、ローレンス R. タンクレディ著(村松太郎訳)『道徳脳とは何か ニューロサイエンスと刑事責任能力』(創造出版、2008年)。脳神経倫理学の立場から検討するものとして、久保田進一「反社会 性パーソナリティ障害者と自由意志」森下直貴編『生命と科学技術の倫理学 デジタル時代の身体・脳・心・社会』(丸善出版、2015年)112頁以下。

86) この点に関して、吉岡眞吾「精神鑑定と矛盾—相克と相互尊重のバランスを目指して—」臨床精神医学47巻11号(2018年)1289-1290頁は、サイエンスとしての医学の進歩が法律判断にどこまで反映されるべきかは難問でありバランスを求められる事項であるが、責任能力判断において科学性・客観性の欠如が精神鑑定不信の根底にあるとして、脳科学や神経科学の進歩を活用して反証可能性や科学性を備えた新しい精神鑑定のあり方を模索している精神科医もいると述べている。他方で、中谷・前掲註(12)313-316頁は、神経科学の進歩によりサイコパスと言われる人たちの脳の変化が証明されるようになると、科学の進歩は一面において社会的なステイグマ(邪悪さを脳に刻印された危険な人間とする社会の認知)を強める可能性があるとの懸念を示している。

87) この点に関して、拙稿「認知症と刑事責任能力」Chukyo Lawyer28号(2018年)4頁。また、樋口・前掲註(51)323頁は、あらゆる犯罪は脳から生み出されるのであり、脳に原因があれば

その他、被告人がパーソナリティ障害を有していたことを量刑上どのように考えるべきかについて、控訴審において量刑の見直し（原審<sup>88)</sup>の懲役20年から懲役28年）を行った<sup>89)</sup>判例は、「パーソナリティ障害は、いわゆる精神病等とは異なり、基本的には、個人の人格特性そのものに関するものであるから（…）、それ自体を、一般情状を超えて、被告人に有利に斟酌することが相当でない」と判示した。また、被告人に死刑を言い渡した<sup>90)</sup>判例も、「パーソナリティ障害はつまり性格の偏りであって、これをもって被告人に対する非難を大きく低下させるとはいえない」とし、パーソナリティ障害が犯行の動機形成等に影響を与えたことは否定できなくても、障害を有していたこと自体を有利に考慮すべきではないとしている（その他、被告人に死刑や無期懲役が言い渡された<sup>87)</sup><sup>93)</sup>判例や<sup>85)</sup><sup>89)</sup>判例も同様）。他方で、パーソナリティ障害が犯行に影響したことを考慮して量刑に反映させたものも多い（<sup>72)</sup><sup>76)</sup><sup>90)</sup> <sup>88)</sup>判例等）。前掲<sup>69)</sup>判例では、一般情状の検討に際しパーソナリティ障害を招いた環境要因についても被告人自身の責任が全面的に否定されるような事情はなかったとしたが、特に裁判員裁判においては、パーソナリティ障害が形成されたことには被告人の成育歴に不遇な面があることなど被告人のみに責任を問えないとした事案（<sup>77)</sup><sup>91)</sup> <sup>82)</sup><sup>92)</sup> <sup>103)</sup><sup>93)</sup>判例）があり、量刑判断において一定程度有利に考慮している傾向が見られる。

---

本人に責任はないとする刑罰制度は成り立たないから、脳に原因がないかを探求し、原因があるか、原因がありそうであれば免責するといった議論は慎むべきであるとする。

88) 横浜地裁小田原支部平成20年12月22日判決判例集未登載。

89) 横浜地裁平成26年2月14日判決 Lex/DB 文献番号25503083。

90) 東京地裁平成23年7月5日判決 Lex/DB 文献番号25473548。本件弁護人によるレポートとして、脇田敬志＝町田伸一「事例報告⑦東京地判平23・7・5 器質性パーソナリティ障害、フェティシズム、てんかん、局所性脳損傷 弁護人の再鑑定請求が認められた事例」季刊刑事弁護69号(2012年)108頁以下。

91) 東京地裁立川支部平成23年11月7日判決 Lex/DB 文献番号25563822。

92) 青森地裁平成24年10月2日判決 Lex/DB 文献番号25483112。

93) 千葉地裁平成31年2月13日判決 Lex/DB 文献番号25562761。



## 4 パーソナリティ障害を有する受刑者 および医療観察法対象者の処遇

### (1) 刑事施設

#### ア. 刑事施設における処遇

刑事施設に新規入所する者に対しては、刑の執行開始時にその者の資質や環境調査のための処遇調査が行われる。そして、精神上の疾病・障害を有すると診断された者は、①医療刑務所、②（医療重点施設を含む）一般刑務所、③官民協働（PFI）の刑務所である社会復帰促進センターにそれぞれ収容される。①医療刑務所（東日本成人矯正医療センター、岡崎、大阪、北九州医療刑務所の全4か所）には精神科医が常駐しており、専門的処遇として認知行動療法等の精神療法、薬物療法、カウンセリング等の治療のほか、作業療法が行われている。しかし、医療刑務所に移送されるのは刑の執行を妨げるような精神状態であると判断された者であり、その者が専門的な治療を受けて受刑に耐えうる状態にまで回復すれば一般刑務所に戻されることになる。②一般刑務所では投薬と精神療法が中心となるが、精神科医（非常勤）による診察は不定期である。医療重点施設（札幌、宮城、府中、名古屋、大阪、広島、高松、福岡の各刑務所と東京拘置所の全9か所）は、医療法上、診療所扱いとなっている施設であり、管区内の一般刑事施設では対応が難しい比較的長期の療養を要する者を受け入れている。また、③犯罪傾向の進んでいない概ね26歳以上の者を収容する社会復帰促進センターでは、パーソナリティ障害を含む精神障害や知的障害を有するため集団処遇に困難を伴う者を収容する「特化ユニット」（島根あさひ、喜連川、播磨社会復帰促進センターの全3か所、すべて男子のみ）が設けられており、障害別にアプローチがなされている。特化ユニットでは、認知行動療法に基づく教育プログラム<sup>94)</sup>

94) 認知行動療法により、受講者に犯罪的な行動を繰り返させる思考と感情を変化させるとも

や作業療法等の特別な改善指導プログラム<sup>95)</sup>を個別・集団で実施している。後述の統計で示すように、刑事施設にはパーソナリティ障害と認められる者が一定数おり、他人を操作しようと画策する者、薬などの要求事が多い者、願いどおりにならないとすぐに不安定な状態に陥る者など、いろいろなタイプの処遇に配慮を要する者がいる。したがって、そのような被収容者に対しては、パーソナリティ障害の特徴を理解した上での教育や指導を行うことが重要となる<sup>96)</sup>。

## イ. 統計

既述のように、処遇調査で精神障害を有すると診断されても、すべてがM指標（精神上の疾病又は障害を有するため医療を主として行う刑事施設等に収容する必要があると認められる者）として医療刑務所等で処遇されるわけではない。令和2年版犯罪白書によると、2019年末に処遇指標がM符号とされた者は246人であった。それでは、刑事施設において精神障害を有すると診断された者のうち、パーソナリティ障害を有する者はどの程度いるのだろうか。

以下の（表4）および（表5）は、犯罪白書（昭和43年～平成8年版）の「矯正施設収容中の精神障害者数」の表の数値を、行刑施設〔刑務所〕受刑者と少年院在院者とで区分して加工したものである。期間は昭和42年から平成7年までである。なお、表の「精神障害者」は、精神薄弱〔知的障害〕<sup>97)</sup>、精

---

に、自身が犯罪を起こすに至る行動のサイクルを考えさせ、その上でそのサイクルから脱却するプランを考え実行する力を身に付けさせる。社会復帰促進センターで実施されている教育プログラムとして、鳥根あさひの「回復〔治療〕共同体(TC: Therapeutic Community)プログラム」や喜連川の「反犯罪性思考プログラム(Anti-Criminal Thinking Program)」がある。

95) 播磨社会復帰促進センターの特化ユニットにおける改善指導プログラム(作業療法)について、上原央=足立一「PFI 刑務所における作業療法のかかわり」作業療法ジャーナル54巻5号(2020年)421頁以下。

96) 法務省矯正研修所編・前掲註(23)50頁。

97) 「精神薄弱」は、白痴(精神遅滞の重度)、痴患(中等度)、魯鈍(軽度)のすべてを指す。

神病質、神経症、その他の精神障害〔精神病〕<sup>98)</sup>を合わせたものである。(表4)によると、昭和40年代～平成初期にかけて、刑務所には精神障害を有する者が一定数おり、全体の1割前後(7.1～15%)を占めていた。また、精神障害者のうち神病質者の比率は、昭和40年代半ばまでは半数を超えており(最高値は昭和46年の54.1%)、人数も昭和45年(2,914人)を除いて3,000人台(最多は昭和44年の3,661人)と多かったが、その後は減少傾向にあり、最少の平成7年は、精神障害者数3,175人(受刑者総数の8.4%)のうち神病質者は472人(14.9%)であった。

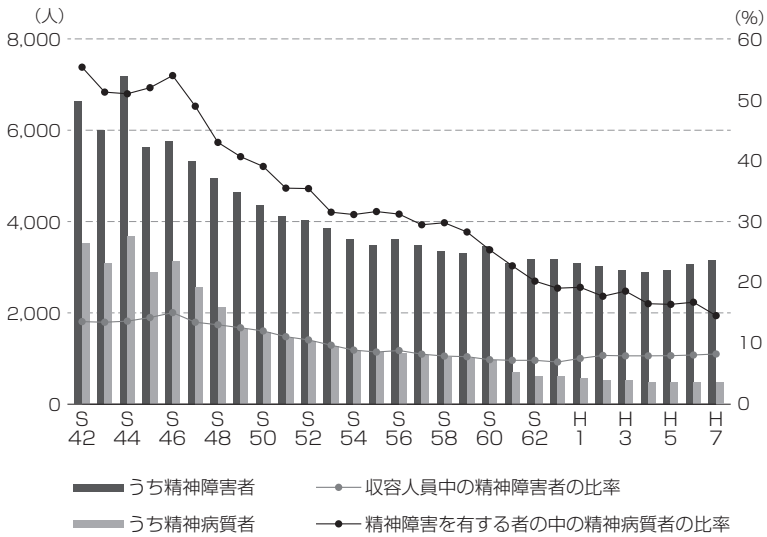
同様に、(表5)によると、少年院収容者のうち精神障害を有する者の比率は、昭和40年代半ばまでは刑務所よりも高く15%を超えていたが(最高は昭和42年の18.7%、559人)、その後は逆転して減少傾向にある。また、精神障害者のうち神病質者の比率は、昭和40年代半ばまでは3割を超えていたが(最高は昭和42年の37.4%、559人)、その後は大きく減少傾向にあり、昭和52年以降は1割を下回っていた(最低は平成2年と6年の0%)。なお、昭和40年代半ばの時期において、刑務所と比べて少年院の神病質者の比率が低いのは精神薄弱〔知的障害〕者が多かったためである。他方、刑務所の神病質者の比率が高かった理由は、当時、精神分裂病など「その他の精神病」に区分される疾患を有する者は、精神科病院に措置入院させることが多かったためである。また、昭和35年～45年頃までの犯罪白書の記述では、神病質者による犯罪の特徴として、「社会的予後が不良で、再犯の危険性が著しく高く、常習化ないし累犯化の傾向があるが明らか」と繰り返し指摘しており、神病質を有する新受刑者の7割以上が3度目以上の入所者であるとして犯罪との結びつきを強調していた。例えば、昭和43年は、昭和44年版犯罪白書によると、精神診断別の新受刑者中に入所度数3度以上の人員の占める比率が正常の26.1%に比べて神病質は75.6%と高く、精神薄弱は51.4%、神経症・その他の精神障害は45.4%であった。

98) 「その他の精神障害」は、精神分裂病(統合失調症)、躁うつ病、てんかん、アルコールや覚せい剤などの中毒性精神病などを指す。

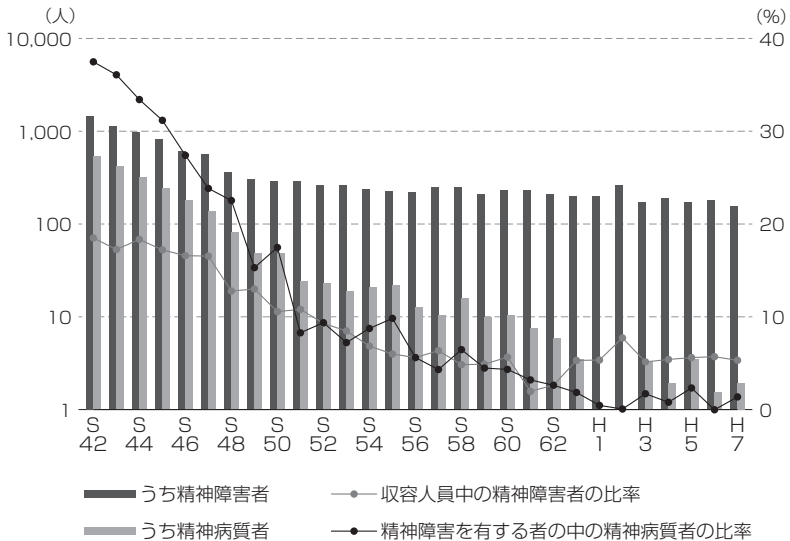
(表6)は、犯罪白書(平成14年～17年版)の「行刑施設新受刑者に占める精神障害者数」の表および矯正統計年報(2006年～2019年)の「新受刑者の罪名及び入所度数別精神診断」の表をあわせて加工したものであり、(表7)は、同じく犯罪白書の「少年院新収容者に占める精神障害者数」の表および矯正統計の「新収容者の非行名別精神診断及び知能指数」の表をあわせて加工したものである。期間は平成元年および平成4年から令和元年までである。なお、表の「精神障害を有する者」は、知的障害、パーソナリティ障害(人格障害、精神病質を含む)、神経症性障害(神経症を含む)およびその他の精神障害(精神作用物質使用による精神及び行動の障害、統合失調症、気分障害、発達障害等を含む)を有すると診断された者をいう。(表6)によると、新受刑者総数に占める精神障害者の比率は近年著しく上昇しており、平成22年までは1桁台で推移していたが(最低は平成元年の3.1%、最高は平成22年の8.6%)、その後は1割を超え、令和元年は15.1%と(表4)と比べても高い数値となっている。人数についても、700人台(最低は平成4年の708人)から、最近では3,000人近く(最多は平成28年の2,922人、新受刑者総数の14.3%)まで増加している。他方、精神障害者のうちパーソナリティ障害を有する者の比率は、平成12年の14.2%をピークに減少傾向にあり、令和元年は最少の2.5%であった。また、人数についても、平成8年以降は毎年100人を超えていたが(最多は平成23年の181人)、令和元年は最少の65人であった。

少年院についても刑務所と同様の傾向が見られ、(表7)によると、少年院新収容者のうち精神障害者の比率は、最低の平成元年の3.6%から令和元年は最高の24.0%と刑務所よりも上昇傾向が著しい。人数についても、平成24年以降は毎年400人を超えており(最多は平成28年の491人)、令和元年は414人であった。他方で、(表5)と異なり、精神障害者のうちパーソナリティ障害を有する者の比率は刑務所と比べて常に下回っており、最高は平成15年の6.4%(18人)であり、ここ10年は1～2%台で推移していたが、令和元年は3.1%(13人)であった。少年院が刑務所よりもパーソナリティ障害を有する者の比率が低い理由の一つとして、近年、発達障害を有する者の比率

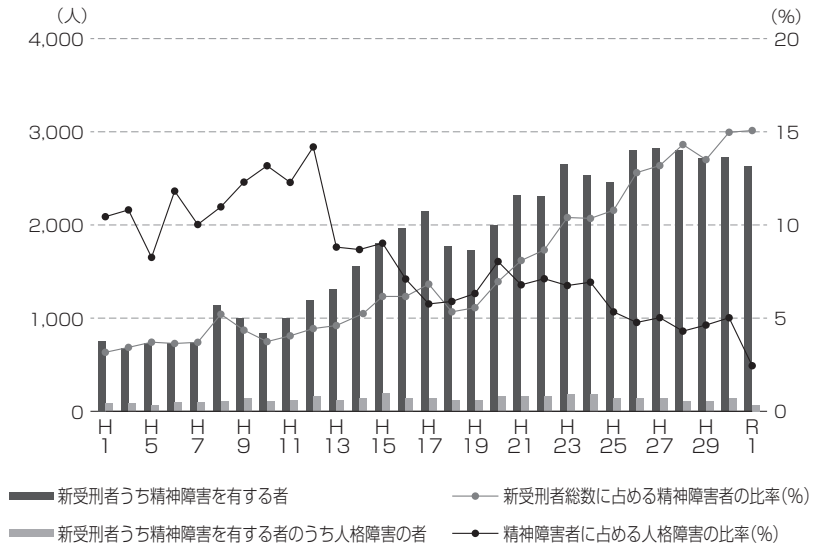
(表4) 矯正施設収容中の精神障害者(刑務所) (各12月20日現在)



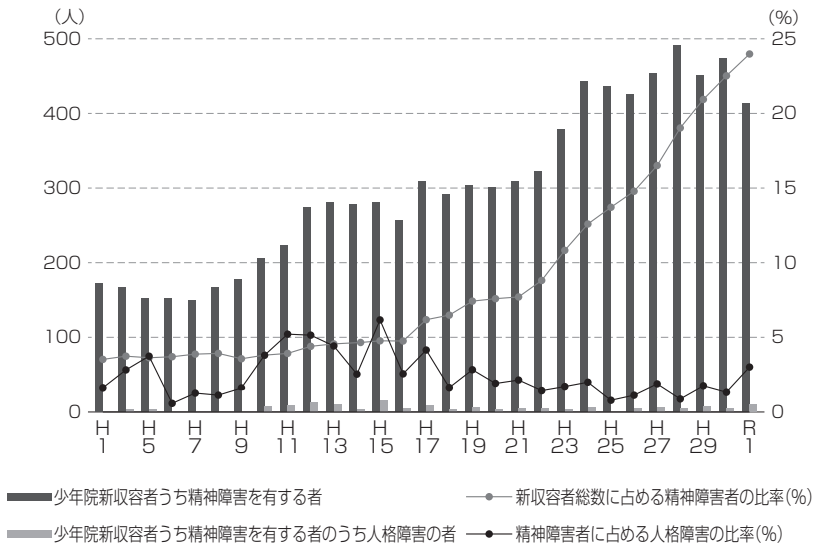
(表5) 矯正施設収容中の精神障害者(少年院) (各12月20日現在)



(表6) 精神障害を有すると診断された入所受刑者の人員の推移



(表7) 精神障害を有すると診断された入所収容者の人員の推移



が高まっていることがある<sup>99)</sup>。

## ウ. 出所後

精神障害(パーソナリティ障害を含む)を有する受刑者が釈放される際は、地域社会での医療への移行が円滑に行われるようにするため、精神保健福祉法に基づく都道府県知事への通報(26条「矯正施設の長の通報」)がなされる<sup>100)</sup>。この精神保健福祉法26条通報に関しては、刑事施設側は原則として全件通報をしている。通報後は、同法の手続により必要があると認められると医師の診察を受け、自傷他害のおそれがあると判断されると入院の措置がとられる。そのため、自傷他害のおそれ(の傾向)が認められない者については診察にも至らない可能性があり<sup>101)</sup>、出所後に治療の継続が望ましい場合でも、本人がその必要性を感じて自発的に医療、福祉および行政の支援を求めない限り、本人の心身の様子や自立した生活および社会復帰に向けての過程を継続的に見守ってくれる人や機関との関係が途切れてしまうことになる。そして、治療の中断により新しい環境に適応できないストレス等から症

99) 令和2年版犯罪白書3-2-4-9表「少年院入院者の人員(矯正教育課程別)」によると、令和元年(2019年)の少年院入院者のうち、2015年に施行された新少年院法による矯正教育課程N2またはN5の「情緒障害若しくは発達障害又はこれらの疑いのある者及びこれに準じた者で処遇上の配慮を要するもの」の人員は86人、比率は5.0%であり、最近は4~5%台で推移している。

100) 精神保健福祉法26条の「矯正施設の長による通報」の運用状況等に関して、太田達也「精神障害受刑者の釈放と26条通報」慶應法学37号(2017年)77頁以下、小山田静枝「矯正施設における精神科医療 26条(矯正施設の長の)通報について」司法精神医学13巻1号(2018年)84頁以下。

101) この点に関し、小山田静枝他「26条(矯正施設長)通報の実態調査—東京都における調査を中心に」司法精神医学7巻1号(2012年)7-8頁は、26条通報をしても措置診察に至る割合が低いのは、刑事施設側が治療の継続性と近未来リスクを重視して通報しているのに対し、行政機関側は行政処分であることを重視し通報時における自傷他害のリスク評価を厳密に行い措置診察の可否を判断しているのではないかと指摘している。しかし、被通報者は刑事施設内で何らかの治療を受けているので、通報時に自傷他害のおそれがあると判断される者が少ないのは当然である。同8頁。したがって、特別調整制度の活用などにより、刑事施設、医療機関、行政等の多機関が連携して、本人の意向を反映させながら、出所後も継続した治療が必要と考えられる者に対し、強制によらない形で入院治療や通院治療、福祉の支援につなげる機会を作るべきであろう。26条通報と特別調整を連動させた制度を提案するものとして、太田・前掲註(100)105-106頁。



状が悪化し、刑事施設に入る前と同じ状態に戻ってしまうのである。

そこで、現在、刑事施設では社会福祉士や精神保健福祉士の資格を有する職員を配置して、出所時の特別調整（釈放後速やかに、必要な介護、医療、年金等の福祉サービスを受けることができるようにするための取り組み）を実施している。令和2年版犯罪白書によると、2020年度は全国58庁の刑事施設（支所含む）に常勤の福祉専門官が配置されており、2019年は317名の精神障害を有する者が支援を希望して特別調整の対象となり、各都道府県に設置されている地域生活定着支援センターを中心に帰住先の確保や福祉サービス等の生活環境の調整を受けている。しかし、パーソナリティ障害を有する者に関しては、一般に本人にその病識がないことが多く、治療や福祉の支援の必要もないとして医療や福祉機関につながりにくい傾向があるとの指摘がなされている<sup>102)</sup>。

## (2) 医療観察法での処遇

### ア. パーソナリティ障害と治療反応〔可能〕性

医療観察法による医療の必要性（42条）の判断の際に考慮される要素（要件）は、①疾病性（対象行為時と同様の精神障害の存在）、②治療反応〔可能〕性（同法による医療により対象行為の原因となった精神障害の改善が期待できるか）<sup>103)</sup>、③社会復帰（阻害）要因（同法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるか）の3つである。一般に、パーソナリティ〔人格〕は本質的に変化しないものであることから、精神科医療の現場ではパーソナリティ障害は治療反応性が低い〔治療抵抗性が強い〕と理解されており<sup>104)</sup>、本

102) 保護観察処遇の現場からの指摘として、法務省保護局観察課「精神障害を有する保護観察対象者に対する処遇上の留意点」更生保護令和2年3月号(2020年)14頁。

103) 医療観察法における「治療反応性」に関しては、司法精神医学7巻1号(2012年)73頁以下に特集が組まれている。

104) 特に、反社会性パーソナリティ障害は治療不能とする見解が優勢である。椎名明大「医療観察法に関する精神鑑定」五十嵐＝岡田編・前掲註(24)54頁。

人が治療の必要性を感じていないことが多く、患者側と医療従事者側が適切な距離感でよい信頼関係を築き維持することは困難とされている。したがって、責任能力を問うことができ、治療反応性に乏しいパーソナリティ障害を有する者は、他の精神病の症状が見られない限り同法の対象とせず、刑事施設において処遇し罪を償う機会を与えるべきということになる<sup>105)</sup>。

## イ. 判例

パーソナリティ障害を有する者の医療観察法における治療反応性が問題となった事案として、東京高裁平成18年8月4日決定<sup>106)</sup>がある。本件は、指定入院医療機関の管理者が、裁判所に対象者につき医療観察法による医療終了を求める退院許可を求めて申立て（49条1項）を行ったところ、原裁判所の横浜地裁は、入院を継続させて対象者に同法による医療を受けさせる必要があると判断して棄却決定（51条1項1号）を下したため抗告をしたという事案である。対象者は、入院決定（42条1項）時になされた鑑定では「自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害」と診断されていた。原裁判所は入院決定時の裁判所の構成と同じであり、横浜地裁は、対象者は精神科病院への（任意・措置）入院を繰り返しており、そのほとんどに統合失調症の診断が下されていることなどを考慮して同法による医療の必要性を認めて入院決定の判断を下していた<sup>107)</sup>。そのため、指定入

105) この点に関して、三澤・前掲註(20)112頁は、パーソナリティ障害は明確な構造化を有する矯正処遇が適しており、当事者参加を基礎とする回復モデルや医療福祉モデルでは改善せず、むしろ対人操作性(自分の都合のよいように人を操ろうとする)を増して処遇困難を憎悪させる原因ともなると指摘している。

106) 東京高等裁判所刑事判決時報57巻1-12号35頁。本決定の評釈として、横内豪「判例研究」医療観察法の退院不許可決定が取り消された事例」上智法学論集53巻3号(2010年)239頁以下。

107) 横浜地裁は、「鑑定時あるいは近時の状態像からは人格障害とすることが相当であったとしても、統合失調症ないしは統合失調症圏の疾患を完全に否定することは困難であると考えられ、人格障害か統合失調症圏かという二者択一的な判断に拘泥せず、…、他害行為を繰り返していたという事実的側面を重視して、今後の処遇を決するのが相当と判断される」として入院決定の判断を下した。横浜地裁が、対象者が精神科病院に（任意・措置）入院を繰り返しており、そのほとんどにおいて統合失調症の診断が下されていた点を考慮したことについては、入院決定時の鑑定において、症状の捉え方や解釈に必ずしも適切とはいえない部分があったために統合

院医療機関は、統合失調症等の可能性も視野に入れながら対象者への入院治療を4か月間行うとともに症状等のアセスメントを多職種チームで行った結果、対象者は上記の混合性人格障害であり診断として間違いないこと、人格障害の治療の中心は投薬ではなく長期間の心理療法であるが、強制的で制約の多い治療環境下で実施される心理療法ではその改善を期待することはできず治療反応性が極めて低いことは明らかであるとして退院許可申立てに至ったものである。

東京高裁は、指定入院医療機関の管理者等の意見は合理的かつ妥当であり、「人格障害についての治療反応性は極めて低いことが認められ、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないといわざるを得ない」とし、また、同法51条1項の決定に際しては指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とすべきところ、同法52条による鑑定を命ずることなく裁判所独自でその意見を排斥する判断をしてよいのかについても疑問があり、退院許可の申立てを棄却した原決定には重大な事実の誤認があるとして原決定を取り消し、原裁判所に差し戻した(68条2項)。本件は、対象者の主診断が人格障害であり、副診断として医療観察法による医療が必要とされる精神障害もなかったのであるから、そもそも審判において「この法律による医療を行わない決定」(不処遇決定、42条3項)を検討すべき事案であり、少なくとも指定入院医療機関から退院許可の申立てがなされた際は、管理者の意見を基礎として同法による医療終了の決定(51条1項3号)を下すべき事案であったといえる<sup>108)</sup>。

本件以降も、判例データベース上で類似事案が1件確認できた。東京高裁平成28年4月19日決定<sup>109)</sup>は、指定入院医療機関が対象者の診断を統合失調症

---

失調症という診断がなされてきた可能性があるとの指摘がなされていた。

108) この点に関して、三澤・前掲註(20)112頁は、パーソナリティ障害の対象者等でも、対象行為時に精神病状態が等価と思われる精神症状が存在すると医療観察法の対象となりうるが、これらの精神病状態は一過性であることが多く、当初審判において精神病状態は改善して基礎となる人格や発達の問題が重要視されるケースについては治療反応性の乏しさを指摘して不処遇とすべきとする。

109) 東京高等裁判所刑事判決時報67巻1-12号35頁。その他、診断名が異なり(高度の脳の萎縮や中度知的障害等)、診断変更の問題も生じていないが、医療終了の申立ての棄却決定の再抗告

から境界性パーソナリティ障害に変更するとした上、同障害は医療観察法による医療の対象とは想定されず、治療反応性も乏しいなどとして退院許可の申立てをしたところ、申立てが棄却されたため抗告をしたという事案である。本件対象者の疾病に関しては、入院処遇申立ての段階から複数の専門家の診断が（境界性パーソナリティ障害、うつ病、統合失調感情障害、統合失調症と）いずれも異なっていたが、原裁判所は審判期日を開かず鑑定を実施することもないまま、審判の構成員である精神保健審判員（一定の資格・要件を満たした精神科医）の意見書（対象者が境界性パーソナリティ障害を有しているとの管理者の意見は根拠を欠くというもの）に沿って、入院決定時の対象者が統合失調症にり患していたとの認定が正当であることを前提に管理者の申立てを棄却した。

東京高裁は、原決定<sup>110)</sup>は2年あまりに及ぶ対象者の経過を見てきた管理者の意見の合理性・妥当性を確認するために必要な審理を尽くすことのないまま管理者の意見を排斥したものであるというほかなく、審理不尽の違法がありひいては事実誤認の疑いがあるとして、原決定を取り消して原裁判所に差し戻した。本件は、医療観察法51条1項が、裁判所は退院許可の申立てがなされた際は管理者の意見を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮して入院を継続させて同法による医療を受けさせる必要があるかどうかを判断するとしているところ、管理者の意見の合理性・妥当性について審判期日を開かず裁判の構成員である精神保健審判員の意見を主たる材料として判断したことに問題があり、裁判所が管理者の意見の合理性・妥当性に疑問があるならば同法52条に基づき他の精神保健判定医等に鑑定を命じてその意見を基礎として総合的に判断すべき事案であったといえる<sup>111)</sup>。

---

事件として、最高裁平成29年12月25日決定刑集71巻10号627頁がある。本決定の評釈として、丸橋昌太郎「医療観察法による指定入院医療機関の管理者からの退院許可の申立てについて、管理者の意見の合理性等の審査を尽くすことなくこれを排斥した点において違法があるとされた事例」論究ジュリスト33号(2020年)117頁以下等。

110) さいたま地裁平成28年3月9日決定(判例集未登載)。

111) この点に関して、判例タイムズ1428号(2016年)82-83頁の本件解説記事。

その他、パーソナリティ障害への診断変更と治療反応性の判断に関して、入院継続確認の申立て（49条2項）において、原審が入院決定時と異なる診断名の疾病（統合失調感情障害から妄想性障害または妄想性パーソナリティ障害へ）を認定した上で入院継続確認の決定を下したため付添人が抗告をしたところ、抗告審が疾病性や治療反応性等について更に調査をした上で入院継続の必要性の有無を判断すべきとして、原決定を取り消して事件を原裁判所に差し戻した事案として、東京高裁平成30年1月12日決定がある<sup>112)</sup>。

しかし、現在の運用では、パーソナリティ障害のみを有すると診断された者は医療観察法による処遇対象になっていないものと考えられる。同法は2005年7月に施行され本年で16年目となるが、厚生労働省医療観察法医療体制整備推進室調べによると、2019年および2020年4月1日現在、主病名がパーソナリティ障害で入院処遇を受けている者は0名である<sup>113)</sup>。治療反応性がないことを理由とする不処遇決定が下された場合、対象者は、犯罪を引き起こす原因となった自身が有する精神障害により再び同様の行為を行う可能性がありながら、刑事司法および司法精神科医療のいずれの処遇や治療を受けられないことになる。しかし、医療観察法による医療は対象者に強制的に治療を受けさせることを内容とするので<sup>114)</sup>、同法による医療の必要性の判断は

112) 判例タイムズ1453号149頁。本決定の評釈として、稗田雅洋「医療観察法の入院継続確認申立て事件において、入院決定時と異なる診断名の疾病を認定した上で、同法51条1項1号の該当性を認めて対象者の入院を継続すべきことを確認した原決定について、一件資料のみからは、診断名が変更された具体的理由、新しく認定された疾病と『対象行為を行った際の精神障害』との実質的同一性や本件対象行為との関係性、治療反応性が明らかとはいえず、十分な資料に基づく合理的なものとはいえないから、疾病性、治療反応性等について更に調査を遂げた上、その結果を踏まえて入院継続の必要性の有無を判断すべきであるとして、これを取り消して原裁判所に差し戻した事例」刑事法ジャーナル61号(2019年)165頁以下。

113) 厚生労働省「心神喪失者等医療観察法による入院対象者の状況」[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisahukushi/sinsin/nyuin.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/sinsin/nyuin.html)(最終アクセス日2021年1月22日)。この点に関して、三澤・前掲註(20)112頁は、医療観察法病棟の高いレベルの治療環境にあっても限界があり、疾病性では対象行為が人格要因で行われている場合の対象者には治療反応性は限局的であるとする。

114) 医療観察法による処遇制度の合憲性を最高裁として初めて認めた判例として、最高裁平成29年12月18日決定刑集71巻10号570頁がある。本決定の評釈として、稲谷龍彦「医療観察法による強制入院の合憲性」論究ジュリスト31号(2019年)196頁以下、稲葉実香「心神喪失者等医

慎重に行われなければならない。したがって、同法による医療（治療プログラム）を提供したとしても対象者の治療反応性が低いと判断された場合は、本人の意向を十分に考慮した上で地域精神科医療に移行させ、行政や民間の社会資源等とも連携しながら必要な支援や見守りを続けていくしかないであろう<sup>115)</sup>。

#### ウ. ダイバージョン制度の導入

わが国では犯行当時の責任能力の有無により、刑務所に収容されるか重大な他害行為については医療観察法の手続に進むかに分かれるため、その後、本人の症状が変化しても受刑者と医療観察法による処遇を受けている対象者が刑務所と指定（入院・通院）医療機関との間で行き来することはない。ところが、例えば、わが国が医療観察法制定に際し参考にしたイギリスの法制度（精神保健法、The Mental Health Act 1983, 2007）では、刑務所に収容後でも治療が必要な精神障害が発見された場合には、保安機能を有する精神科病院に移送して入院治療を受けることが優先され、回復次第、再び刑事司法の枠組みに戻すという双方向の制度を採用している<sup>116)</sup>。そして、パーソナリティ障害を有する者、特に「重度のパーソナリティ障害を有する危険な

---

療観察法の規定する処遇および要件が憲法に違反しないとされた事例]年報医事法学34号(2019年)179頁以下等。

115) この点に関して、拙稿「心神喪失者等医療観察法と刑事責任能力判断」川端博他編『理論刑法学の探求⑥』（成文堂、2013年）88-89頁。治療への反応性が水準以上に存在しなければ医療を言い渡すべきではないというのは、「精神障害を改善し、これに伴って同様の医療を行うことなく、社会に復帰することを促進するため」（法42条）医療を行うとする医療観察法の文理から直ちにでてくる解釈ではないとする見解として、町野朔「精神医療と犯罪—医療観察法の回顧と展望—」森島昭夫＝塩野宏編『変動する日本社会と法』（有斐閣、2011年）822-824頁。

116) この点に関して、拙稿「精神障害犯罪者の処遇と心神喪失者等医療観察法」刑法雑誌50巻2号(2011年)225頁以下。わが国およびイギリスにおける罪を犯したパーソナリティ障害を有する者の処遇に関する先行研究として、三宅孝之「人格障害犯罪者の処遇—施設内処遇から社会内処遇への展望—」瀬川晃編集代表『大谷實先生喜寿記念論文集』（2011年、成文堂）53頁以下がある。その他、イギリス精神保健法の精神障害犯罪者の処遇に関する規定については、尾澤恵「触法人格障害者への対応」調査と情報(国立国会図書館)372号(2001年)4頁以下、柑本美和「英米における触法精神障害者処遇制度—矯正医療の視点から—」司法精神医学13巻1号(2018年)39頁以下が詳しい。



人々」(Dangerous People with Severe Personality Disorder; DSPD)の処遇については、特別な治療ユニットを設けて対応するプログラムが国内外からの注目を集めた。2007年改正精神保健法により、強制治療を受けさせる必要性の判断を「治療適合〔可能〕性基準」(Treatability test)から「適切な治療基準」(Appropriate medical treatment test)<sup>117)</sup>に変更したことにより、DSPDと診断された者に対し、自傷他害のおそれがあるとして精神科病院での治療が本人の精神障害に有効〔可能〕であると証明できなくても、適切な治療が利用可能であると認められれば同法に基づく強制治療を行うことにより本人および国民の安全を守ろうとしたのである<sup>118)</sup>。

この危険で重度のパーソナリティ障害(DSPD)を有すると判断された者に関する精神保健法の改正は、1996年7月に発生したStone事件がきっかけの一つとされている。Stone事件は、ヘロイン中毒者で、強盗や傷害事件で前科があり保護観察中のイギリス人男性マイケル・ストーン(事件当時36歳)が、子の水泳競技会から犬を連れて帰宅中の田舎道を歩いていた女性(45歳)に金を要求したところ手持ちがなかったため、女性とその娘2人(9歳と6歳)を雑木林の中で拘束し目隠しをした上で、クロー・ハンマーで頭部を何度も激しく殴って2人を殺害し1人に重傷を負わせたという事件である。2006年12月、控訴院は被告人に無期懲役(最低刑期25年)を言い渡したが<sup>119)</sup>、この

---

117) Appropriate medical treatment は、精神障害に対する治療行為であって、その精神障害の性質、程度その他の事情〔状況〕、すなわち、治療の臨床的妥当性とより一般的な妥当性を考慮して適切であると認められるものをいう。その適用に際しては、現実には患者が利用できるものでなければならず、理論的に適切な治療が提供される可能性があるだけでは不十分である。また、患者が治療への協力を望まないからといって自動的に不適切なものとなるわけではなく、患者が治療に参加した場合に提供される限り適切であり利用可能であると判断されることもある。Department of Health, Mental Health Act 1983: Code of Practice (2015) Chapter 23(23.11-23.21), at pp.247-249.

118) この点に関して、拙稿・前掲誌(116)228頁。2007年改正精神保健法については、川本哲郎「イギリスの新しい精神保健法」産大法学41巻4号(2008年)1頁以下。

119) “Stone to serve at least 25 years”, *BBC News*, 21 December, 2006. なお、Stone は現在服役中であるが、無罪を示す新証拠があるとして2010年以降、刑事事件再審委員会(CCRC)に3回申請したがいずれも却下されている。“Double murderer Michael Stone’s ‘appeal bid turned down””, *BBC News*, 6 November, 2019.



際に問題になったのが、被告人は当該事件を引き起こす前から反社会性パーソナリティ障害を有していることが認識されており、保護観察期間中も薬物依存やその他の精神上の問題に対する支援を受けるため司法および地域精神科医療との繋がりがあったということであった。1983年精神保健法では、パーソナリティ障害は治療不可能な精神障害とみなされていたため、刑務所においても（司法）精神科病院においてもこれらの者に対応した処遇や治療はほとんどなされておらず、裁判所はDSPDに該当する者に対し同法により保安病院に入院をさせ強制的に治療を行う命令を出すことができなかったのである。

NHS（National Health Service, 国民保険サービス）や政府に対する世論の激しい批判を受け、政府は、危険で重度のパーソナリティ障害を有する者から公衆を保護し、その者に対して効果的な治療を行うため、2000年からパイロット事業として巨額の費用をかけてホワイトモア（Whitemoor）、フラン克蘭ド（Frankland）、ロウ・ニュートン（Low Newton）の最高度保安〔重警備〕刑務所（カテゴリーA）、ブロードモア（Broadmoor）、ランプトン（Ramptom）高度保安病院にDSPD専用のユニット（病棟）を設置した。

しかし、強制治療の根拠を危険性のみを理由とするのは保安処分的な色彩が強く、また、一般的にパーソナリティ障害で有効とされる心理療法は長期間の治療の継続が求められ、患者が自発的に治療に関与していない強制下においては医療従事者と患者との信頼関係を築くことができず効果がないとして批判を集め、DSPDに対する特別な処遇の試みは結果的に失敗に終わった。

また、費用便益評価の結果、高度保安病院よりも刑務所の方が費用面でもリスク低減効果の面でも良い成績であることが分かったため、政府は2011年にThe Offender Personality Disorder (OPD) Pathwayを発表し、DSPD事業は2012年から段階的に廃止することとした<sup>120)</sup>。現在は、精神保健法および

---

120) この経緯について批判的に検討するものとして、Ailbhe O'Loughlin, "The Offender Personality Disorder Pathway: Expansion in the Face of Failure?", *The Howard Journal*, Vol.53 No.2 (2014), pp.173-192.

同法実務規範の下で適切な治療の可否が判断された上で、スクリーニングの結果、他人に危害を加えるリスクが高いと判断された処遇が困難な罪を犯した重度のパーソナリティ障害を有する者に対しては、刑務所内の専門治療ユニット（例えばホワイトモア刑務所の FENS UNIT 等）での治療および処遇とともに、NHS と地域の保護観察所が連携をして OPD パスウェイに基づいた地域移行のための支援が行われている<sup>121)</sup>。

ここでわが国の制度に置き換えて考えてみると、パーソナリティ障害を有する被告人の刑事責任能力が問える場合は、刑事司法制度の枠組みで対応することが前提となる。しかし、犯行当時、心神喪失等の状態であったとして医療観察法の手続に進んだものの、これまでは治療反応性の問題から不処遇や同法による医療の終了となっていた対象者については、今後の治療および処遇プログラムの開発により、指定医療機関においてもパーソナリティ障害の特性への配慮や対応ができるようになれば、「対象者の社会復帰にとってよりよい処遇は何か」という観点から同法による医療の必要性を審判で判断すべきであると考ええる。また、イギリスのように、刑事司法制度と司法精神科医療制度が双方向の関係となれば、刑期の範囲内で本人の症状に応じて最適な環境での適切な治療および処遇が可能となり、罪を償いながら犯罪の原因となった精神障害を改善することで再び犯罪に手を染めないよう社会復帰を目指していくことが期待できるかもしれない<sup>122)</sup>。そのためには、関連する法制度を根本から見直すことになるためスピード感のある改革は難しいが、現段階では、司法精神鑑定の質の向上と均質化を図ることで初期対応を確実にすることのほか、矯正領域における精神科医療の拡充、そして、矯正

121) 刑務所内の専門治療ユニットに関して、法務総合研究所研究部報告50「無差別殺傷事犯に関する研究」(2013年)169頁以下。内務省は、当初約2万人の犯罪者がこのパスウェイの対象となると見積もっていたが、2016年には全国の保護観察サービスの約3分の1にあたる36,459人がパスウェイの基準を満たしていることが確認された。Julie D. Trebilcock and Samantha K. Weston, *Mental Health and Offending: Care, Coercion and Control*, (Routledge, 2020), at pp.92-93.

122) 同様の見解として、山本輝之「医療観察法と司法医療体制の改革—刑事司法と精神医療の連携についての提言」*司法精神医学*14巻1号(2019年)38-40頁。

医療と医療観察法医療、さらには地域精神科医療が互いに情報共有や意見交換の機会をこれまで以上に積極的に持ち、行政等も含めた多機関による連携を一層深めていくことが求められよう<sup>123)</sup>。

## 5 おわりに

以上、罪を犯したパーソナリティ障害を有する者の刑事責任能力判断に関する判例の考え方および刑事施設および医療観察法での処遇を中心に検討した。パーソナリティ障害は、その者が属する共同体や文化の基準からの人格の著しい偏りに自分自身が悩むか社会が悩まされている状態のことであり、後者の社会が悩まされている状態の場合、本人は日常生活に特に支障が生じていないので、犯罪を引き起こすなどして司法や医療との接点が発生して初めて自身が有する障害を認識する機会を得ることになる。そのような者に対して、刑事司法手続の入口段階、刑事施設内および刑事施設から社会に戻る出口段階、そして地域の中で、自身が有するパーソナリティの偏りと上手く折り合いをつけながら再犯に至らないようにするためにはどのような支援や法制度設計が必要なのであろうか。イギリスにおける刑事司法と司法精神科医療の双方向の関係による処遇の効果と現状と比較検討しながら、わが国のあるべき方向性を考えていきたい。

---

123) 矯正医療に従事する立場から同様の指摘をするものとして、奥村雄介「矯正施設における精神医療」こころの科学199号(2018年)96頁。