

精神分裂病（統合失調症）の鑑定を排斥した判例の妥当性について

— 診断基準のひとつに DSM を用いた検討 —

河 本 純 子

序論

- 1 はじめに
- 2 検討の方法

本論：精神分裂病を否定した裁判所判断の検討と筆者による診断の試み

- 3 裁判所の判断に妥当性を認めるもの
 - A いずれの精神障害にも該当しない例
 - B 人格障害に該当する例
- 4 裁判所の判断に疑問を残すもの
 - C 精神分裂病を否定しがたい例
 - D 情報不足のため不明な例

むすびにかえて

別表

序 論

1 はじめに

わが国の圧倒的多数の学説・判例は、責任能力判断につき生物学的要件と心理学的要件の両方を勘案した「混合的方法」を採っている¹⁾。

この「混合的方法」がはじめて示されたのは、昭和6年12月3日の大審院判決²⁾である。生物学的要件とは「精神ノ障碍」、心理学的要件とは「事物ノ理非善悪ヲ辨識スルノ能力ナク又ハ此ノ辨識ニ従テ行動スル能力ナキ状態」あるいは「上叙ノ能力ヲ缺如スル程度ニ達セサルモ其ノ能力著シク減退セル状態」である、という判決要旨はその後の裁判において責任能力判断のたびに踏襲されてきた。この判例をもう少し検討してみると、大審院が全面的に肯定しその判決理由にも引用している生物学的要件についての鑑定内容は、今日の診断基準（DSM-IV-TR）³⁾に照らしあわせてみ

でも通用するものである。

つまり、さきの判決では被告人は鑑定人遠藤義雄氏により「二年程経過シ妄覚起コル他人ノ話聲ヲ聞キテ恰モ冷笑スルカ如ク錯聴ヲ起コシ〔被害妄想〕或ハ人聲ナキニ自分ニ對シ罵聲ヲ洩ラストノ幻聴ヲ生シ幻視アリテ〔幻覚〕人又ハ獸物襲撃シ来ルト鎌又ハ刀器ヲ放擲ス同時ニ被害念慮アリ他人カ自己ヲ苦シメニ来ルト云ヒテ時折殺セト昂奮ス又常軌ヲ逸スル行為アリテ夜中ニ起キ出テテ水ヲ浴ビ〔行為心迫〕其ノ理由ヲ訊ルモ答ヘス〔疎通性障害〕最近ニ至リテ幻聴著シクナリ昂奮ノ度強クナリテ夜分モ睡眠不良〔睡眠障害〕ニシテ常ニ頭鳴ヲ訴フ當時早発性痴呆〔精神分裂病＝統合失調症〕トノ診断ヲ附セリ」と診断されている（引用部分の括弧書き挿入および下線は引用者による。以下同様。）。

『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引』（医学書院，2002）125頁には、精神分裂病の診断の基準として、「A. 特徴的症状：以下のうち2つ（またはそれ以上）おのおのは、1ヶ月の期間（治療が成功した場合はそれより短い）ほとんどいつも存在する」として、(1)妄想、(2)幻覚、(3)解体した会話、(4)ひどく解体した緊張病性の行動、(5)陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如、があげられているが、前掲の鑑定人遠藤氏の鑑定書において、DSMのあげるそれらの症状の(1)(2)(4)(5)が認められる。また「A. 特徴的症状」のほか、「B. 社会的または職業的機能の低下」「C. 期間」についても、鑑定書に十数年前から発病し徐々に悪化していた旨が記されていることから、今日のDSMの基準に合致する鑑定内容になっている。

ところで、弁護人の「制御能力の喪失だけでも心神喪失を認めるべき」との主張を斥け心神耗弱としたことについて、大審院は「心神障碍ノ程度ハ普通人ノ有スル程度ノ精神作用ヲ全然缺如セルモノニハアラス唯其ノ程度ニ比シ著シク減退セルモノニアリ」としか説明していない。また、鑑定人の結論も「心神耗弱」であったことから、一見、当時の裁判所は「心神耗弱」という結論も鑑定人の意見をそのまま肯定しているように見え、したがって、当時の裁判所が鑑定人の専門性を信頼・尊重しており、現代よりも截然とした役割分担があったかのようなように理解したうえで次のように批判している。「原審判決ハ恐ラク鑑定人遠藤義雄ノ鑑定ノ結果ヲ其ノ儘採用シタルモノナルヘシト雖該鑑定ハ其ノ内容ト其ノ結果ト一致セズ」つまり、重篤な精神症状の記述からなる鑑定内容部分を指して「心神喪失者、心神耗弱者ハ共ニ精神障碍ノ存スルモノニシテ其ノ差異は程度ノ差異ニ過キス〔心神喪失と心神耗弱の違いは精神障害の程度の違いである〕」という理由で被告人は心神喪失者であるはずなのに、「心神耗弱ナリ」という鑑定結果は矛盾しているから責任能力について「事実誤認」があるというのである。しかし、大審院はこの主張を、「心神喪失ト心神耗弱トハ孰レモ精神障碍ノ態様ニ属スルモノナリト雖其ノ程度ヲ異ニスルモノニシテ即チ前者ハ精神ノ障碍ニ因リ事物ノ理非善悪ヲ弁識スル能力ナク又ハ此ノ弁識ニ從テ行動スル能力ナキ状態ヲ指稱シ後者ハ精神ノ障碍未タ上叙ノ能力ヲ缺如スル程度ニ達セサルモ其ノ能力著シク減退セル状態ヲ指稱スルモノナリトス〔心神喪失と心神耗弱の違いは弁識能力・制御能力減

退の程度の違いである]という判断基準を示し、弁護人の主張を斥け、症状を示した鑑定内容と「是非弁別判断能力ノ歛如セル状態ニアリタリトハ認メラレス……(中略)……不充分ノ状態ニアリ」という鑑定結果の「記載に依って心神耗弱と認定した」原審は正当であると結論づけている。あくまでも原審は鑑定内容や鑑定結果を参考にして独自判断を行ったものであると、大審院は理解している。したがって、当時の裁判所は鑑定人の専門性を必ずしも尊重しているわけではなかったのである。

また、刑法学者である佐藤直樹教授は「本判決がリーディング・ケースとして果たした役割は、……(中略)……『生物学的』に精神病が明らかになったとしても、裁判所は〔裁判所が〕なかなか心神喪失を認定したとしない⁴先例となったことであると述べ、「我々がこれまで自明なものとして区別してきた生物学的／心理学的な構成方法というのが、むしろ『心理学的』なものに統合されるべきであることが示されているように思われる。とりわけ『生物学的』には確定しえない精神分裂病においては、そのようにいうことができるのではないか⁵と述べている。

さらに佐藤教授は、「責任能力判断は裁判官による『物語』の構成であり、わが国の判例における責任能力判断の基準として機能しているのは正常者／異常者に別々に適用されるような相互に矛盾する〈了解〉可能性である」すなわち、同じ犯罪動機でも、正常者〔異常性格者〕であれば「悪質な動機」であると裁判所は〈了解〉し、異常者〔精神分裂病患者〕であれば「〈了解〉できないほど重篤な精神状態」に基づくものであると〈納得〉するという矛盾があるから「『責任能力』の判断をやめ、それを『責任』判断に移すべきである⁶と提起している。筆者も前稿において⁷判例の検討から、現在の裁判所の責任能力判断が〈了解〉に依拠しているが、〈了解〉という基準は裁判所の主観的な基準であって病者の行為を特定する基準ではないことから、そのような「責任能力」判断はすべきでない、との結論に達した。筆者のこの結論は佐藤教授の先の提起と一致する。このような提起は、佐藤教授以前は、精神医学者のみによってなされていた^{8,9,10}。責任主義の壁を前に、法律家からのこうした提案は困難であり、佐藤教授の提起は勇気ある貴重なものである。筆者は、これに共感を覚えるものである。

一方、「精神分裂病の行為は原則として責任無能力¹¹という(旧)西ドイツのKonventionは、わが国の多くの精神医学者によって支持されていたが、近時は精神分裂病も早期の治療介入により軽症化しており、法律家はもとより医学者も、「Konventionを疑問視し¹²、精神分裂病患者の責任能力を肯定できる可能性も考慮する傾向にあるので、何らかの精神の障害の有無とその程度について正確な鑑定が求められるところであろう。

しかしながら、佐藤教授の研究および同様に判例を検討した先行研究¹³は、「精神分裂病の判例」と銘して、裁判所により精神分裂病の鑑定が排斥された判例も含めている。もっとも含めた理由が、裁判所は排斥しているとしてもそれらの研究者において精神分裂病との鑑定結果を支持しているからかは明確でない。また、「最高裁判所事務総局刑事部が、昭和22年10月から平成元年11月ま

での間に判例集、雑誌などに登載された責任能力に関する裁判例のうち、裁判所の執務上参考になるとと思われるものを分類して収録した¹⁴ものとされる『責任能力に関する刑事判例集』¹⁵においても、「精神分裂病の事例」として50例が搭載されている。そこには最終的には精神分裂病ではないと判断され完全責任能力を認められた故意犯の6例、これら以外に業務上過失致死（＝交通事故）の事案で完全責任能力を認められた1例も含められている。そして残りの心神耗弱16例、心神喪失27例は精神分裂病と判断されている。

そこで本稿では、責任能力判断の当否以前に、「精神分裂病」という鑑定結果（病名）が排斥されたそれら判例について、裁判所の病名判断の合理性を検討することとする。それは、鑑定人と裁判官の関係を知らずとも役立つものと考えられる。

責任能力の有無・程度は法律判断であり、裁判所がこれを行うが、多くの場合、精神医学の専門家による鑑定を経て、それを参考にして判断が下される。もちろん、裁判所は鑑定結果に拘束されない¹⁶が、「事実認定の問題であり、裁判官が精神鑑定の結果を無視して判断しても構わないというわけではない」¹⁷あるいは「合理的な再審査に耐えるものでなければならない」¹⁸といわれるように、厳格な判断が要求される。裁判官の立場からも、「裁判所は究極的には鑑定に拘束されない。しかし事実認定は、経験則に従ってなされるべきものであるから、専門家が経験科学的判断を下した場合に、それを採用しないとするためにはそれだけの合理的根拠が必要である」¹⁹と述べられている。具体的には、生物学的要件の評価につき、DSMの採用や、鑑定人の資料の取捨選択が客観的事実に符合するか、鑑定の綿密さ、鑑定の判断過程に誤りがないか等の方法を挙げている²⁰。裁判所の判断に「操作的」²¹な立場をとるDSMの採用は必ずしも適してはいないが、客観性という面では試みるに値する基準であろう。したがって本稿における診断（病名）基準はDSMを用いる。

しかし、やや古い論考ではあるが、「自由心証主義が完全・無制限であるほど、鑑定人の介入の余地は少なく、その権限は小さい。反対に自由心証主義が制限・抑制されるほど、鑑定人依存の傾向は増大し、その権限は強くなる」²²とし、現代の西ドイツ（当時）は後者の状況であり、「（日本の）現行法のもとでは責任能力判断の主体は裁判官であり、鑑定人は裁判補助者であるとする学説・判例を容認しなければならない」²³という自説を、日本でも1960年代ごろから自由心証主義の行き過ぎに批判が高まったため²⁴、変更し「Konventionの復活を提案する」²⁵という、筆者には時代に逆行するかのような観の見解もあることから、鑑定人と裁判官が異なる分野の専門家として、それぞれにその専門性が活かされているのかを見極めることも必要である。両者の関係が対等・平等でないならば、望ましい鑑定も責任能力判断もできないからである。

2 検討の方法

鑑定結果が排斥された裁判例についての詳細な検討を行った先行研究に高橋省吾氏の報告²⁶があ

る。この報告においては、鑑定結果が排斥された裁判例を概観し、その理由を考察するとともに、主な精神障害に関する裁判所の責任能力の判断方法を明らかにすることを目的として、判例を病名ごとに分類しており、精神分裂病に関する判例は17例あげられている。そのうち、「精神分裂病の鑑定を排斥」した例は5例で、残り12例は精神分裂病であることは肯定し、責任能力判断を裁判所独自の方法、または複数の鑑定結果との比較で行ったものである。また、精神分裂病を否定した5例も、4例までは異なる鑑定結果との比較でより信頼性が高いと判断した鑑定を採用したことにより精神分裂病が否定されたものである。これら5例は、心神耗弱1例と完全責任能力4例であるが、本稿で検討する13例の判例の中に含まれる。また、異なる鑑定との比較検討を行わず、ただひとつの「精神分裂病の鑑定を排斥」した1例（本稿では「判例6」としてとりあげる）については特に考察されていないので、本稿においてできるだけ丁寧に検討する。

検討の基準は、高橋氏の観点をを用いる²⁷。すなわち鑑定が排斥される合理的理由を、①鑑定能力および公正さに疑問があること、②鑑定資料に問題があること、③鑑定の前提となる事実判断に疑問があること、④鑑定内容に問題があること、として検討する。

④についてはさらに、各事案の被告人の精神状態について、判例に記載された限りの情報で診断するならば、『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き』²⁸を参照し、どのような精神障害に該当するのかを考えることにより、精神鑑定における診断に信頼性があるのか、あるとする場合、被告人は精神分裂病との鑑別が困難な精神疾患にあったことになるが、それは何かについて検討を試みる。

検討に供する判例は、巻末に要点を別表としてまとめてある。順番に1から13の番号を付しているので、本稿中ではこの番号により、「判例1」「判例2」…と述べる。なお、判例1から判例6が『責任能力に関する刑事裁判例集』に搭載されているもので、判例7から判例13は筆者が検索した判例を年代が古い順にならべたものである。『責任能力に関する刑事裁判例集』の中から選んだ判例は、「精神分裂病の判例」として搭載されながら「精神分裂病ではない」と判断された以下の6例であり、それぞれ、判例1：東京地裁昭31. 12. 15(判時101号17頁)、判例2：東京高裁昭35. 12. 21(判時252号9頁／判例1の控訴審)、判例3：静岡地裁昭41. 3. 31(下刑集8巻3号506頁)、判例4：東京高裁昭44. 3. 26(判時571号87頁)、判例5：東京高裁昭50. 10. 22(東高刑時報26巻10号178頁)、判例6東京高裁昭60.6.20(高検速報昭和60年号162頁)である。ただし、このうち、過去に精神分裂病の治療歴もなく、最初から精神分裂病との鑑定結果も得られなかった事例が2例(しかもこれは同一事例の一審と控訴審である)、過去の精神分裂病との鑑定結果や病歴が再鑑定などで覆された事例が3例、「精神分裂病の鑑定(のみしかないもの)が排斥された判例」は1例である。また、筆者が検索・収集した判例のうち、「精神分裂病の鑑定が排斥された判例」7例(うち1例は同一事例の控訴審である)をそれぞれ、判例7：名古屋高裁昭32. 3. 19(高裁刑事判特報4巻7号152頁)、判例8：福井地裁昭49. 12. 19(判時784号127頁)、判例9：東京高裁昭

55. 9. 20（判時1004号136頁）、判例10：横浜地裁川崎支部昭59. 4. 25（判時1116号49頁）、判例11：横浜地裁平4. 5. 13（判タ819号203頁）、判例12：東京地裁平9. 4. 14（判時1609号3頁、判タ952号75頁）、判例13：東京高裁平13. 6. 28（判タ1071号108頁／判例12の控訴審）としてあわせて検討する。

本論：精神分裂病を否定した裁判所判断の検討と筆者による診断の試み

すでに述べたとおり、最高裁判所事務総局刑事部による『責任能力に関する刑事判例集』からの5例（判例1から判例5まで）は、「精神分裂病の判例」とされながらも、もともと精神分裂病であるという鑑定結果が得られていない。これらについて、本稿の「精神分裂病の鑑定が排斥された」判例として検討することには、いささかの疑問もある。病気であるか否か、どのような病気（病名）であるか、という専門的判断を提供するのが精神鑑定であり、裁判所がこれを評価する際の妥当性を検討することが本稿の目的の1つである。さらに、最高裁判所事務総局刑事部が「今後の執務の参考になる」として厳選した判例であることから、ともすれば精神分裂病と判断されかねない事例を、いかに「精神分裂病でない」と判断したかについて知ることも目的とする。

『責任能力に関する刑事裁判例集』に掲載された判例はその点で、最高裁判所事務総局刑事部が自信を持つ“裁判所の模範的判断例”と考えられるが、先に筆者の見解（検討の結果）を述べてしまえば、6例中、前述の5例は、責任能力判断や精神鑑定についての記述が判例集搭載の内容に乏しく評価が困難な2例を除いて、「精神分裂病ではない」という判断を「妥当性のある判断」とすることができる。（内容が乏しい2例は、被告人の精神状態について、裁判に関与しなかった者が追試することができるだけの明らかな情報を提供していないことから、「妥当性のある判断」に含めることはできない。）6例中の残り1例（この判例は、前述の高橋氏の研究でも考察されないままとまっている）については、裁判所が鑑定を排斥したことは「疑問のある判断」と考えざるを得ない。

さらに、他に収集した7例のうち、判例7と判例8も疑問を残すと考えられる。したがって、13例中8例までは「妥当性のある判断」とすることができる。

また、精神鑑定では精神分裂病以外の診断として、人格障害（精神病質）とされた例が多かったが、個々のケースをDSMなどの判断基準にしたがって人格障害と判断することは容易ではない。

精神病質は「平均基準から逸脱した人格」とされるが、何が平均基準なのか、どの程度の逸脱をいうのか、いずれも明確ではなく、従来、「屑かご診断」²⁹とも言われていた。今日ではかなり詳細な人格障害の診断基準があり、精神保健福祉法では第5条の精神障害者に精神病質者を含んで規定しているが、人格障害を精神障害に含むことには異論も多く、医療や福祉の対象から除外されかねない。実際に、稼働能力がないほど重度でも「障害年金の支給対象にはならない」³⁰など、すでに社会保障制度からは除外されている。責任能力判断においても心神喪失となることはなく、ほとんど

が完全責任能力、かなり重度であっても心神耗弱となっており、法律学の立場からも人格障害者の心神喪失を認めることは「刑事政策的に耐えられない事態になる」³¹とされている。精神医学の立場からも「精神病質者を医療刑務所に送り、拘禁をできるだけ長期間続けられる手段を考えればよい」³²と、医療的なアプローチは考慮しつつ、刑罰を基本とする見解が示されている。しかし、本稿では人格障害者は精神障害者に含めて論じる。人格障害犯罪者に関する問題は機会をあらためて論じるとして、犯罪行為、殊に重大な生命身体犯罪を敢行した者は誰でもその行為時は一時的には「平均基準から逸脱した人格」であったと考えられる。しかし精神疾患としての人格障害は、多くが児童期からその兆候を示し³³、成人期のほとんどをその特徴的な心性が遷延しつつ経過するものであるから、犯罪者の行為時および当該行為にかかわる精神状態のみで、あるいはそれ以外の精神疾患に断定できないことから人格障害ではないかと考えることは厳に慎むべきである。そのことを筆者による各被告人のDSM診断の試みにおいて強く感じた。

以下に検討の概要を述べる。

3 裁判所の判断に妥当性を認めるもの

裁判所が精神分裂病の鑑定を排斥、あるいは被告人の精神分裂病の病歴にかかわらず、「精神分裂病ではない」と判断したことが、妥当であると認められる8例について述べる。また、責任能力が問題となったケースである以上、精神分裂病以外の何らかの精神障害を有していることも考えられるので、今日の基準ではどのような精神障害に該当するのかをともに考察する。

A いずれの精神障害にも該当しない例

【判例3】

《概要》仕事熱心であったが“ノイローゼ気味”（診断は精神分裂病）で、入院歴がある被告人が退院後に結婚相談所で見合いした女性Mと婚約したが、その後1か月ぐら経ち、Mが翻意から冷淡な態度を示すようになった。そのため、自家用車の中で話し合いをしていたが、被告人は思うように話し合いがすすまないため憤激してMの顔を持っていたナイフで切りつけた。被告人は「チャンピラに切られたことにしておけ」とMに命じて帰宅させたが、M宅では警察へ被害届を提出した。被告人の父親がM宅に謝罪するとともに被告人を前回とは別の精神病院に入院させた。（入院時の診断は精神分裂病）M宅では被害届を撤回し、婚約を解消した。

被告人は病院での処遇に不満を持ち、このような目にあうのはMのせいであると考えていたところ、父親から婚約解消を告げられ、Mの仕打ちに憎悪の念を持ち殺害を決意した。退院後、Mを殺害するため、夕方より鉄の棒とジャックナイフを持ってM宅で待ち伏せていたが、帰宅してきたMの姉をMと錯誤して鉄の棒で殴打してしまい、誤りに気づいたがジャックナイフで刺殺した。ま

た、偶然に家から出てきたMの母親を、騒がれるのを恐れて鉄の棒で殴打し、母親の悲鳴で家から出てきたMの妹、Mの父親も鉄の棒で殴打し、それぞれを負傷させた。

《検討》精神分裂病の診断で2度の入院歴のある者の犯行であったため、「精神分裂病者の判例」とされた。しかし公判では、溝口正美鑑定（妄想反応）、田原幸男鑑定（心因反応）、中田修鑑定（精神病質）と、3度の精神鑑定を経ても精神分裂病との結果は得られなかった。3鑑定のうち溝口鑑定と田原鑑定は反応性の妄想の存在を認め、特に溝口鑑定は妄想による犯行と結論したが、中田鑑定は感情興奮による犯行とした。

裁判所は入院していた病院の医師に照会し、入院時の精神分裂病との診断は暫定的になされたもの³⁴との回答書ならびに公判廷での供述を得たうえ、3鑑定を比較検討した。

中田鑑定人の証言に依拠してではあるが、溝口鑑定の「精神分裂病様の妄想反応」という表現は、非常に漠然としており、精神分裂病の症状として妄想反応が出現したのか、心因反応の症状が精神分裂病の様相を示していたのかわかりにくく、④内容上の問題があること、20日間の短期観察のみの診断であり、他の鑑定と比して、②鑑定資料が乏しいことを理由として裁判所は溝口鑑定を排斥した。裁判所は約4か月を費やした中田鑑定の①鑑定能力、②鑑定資料、③前提事実、④鑑定内容（心因性のものであるという点で田原鑑定とも矛盾しない）をすべて評価し、これを採用している。裁判所の判断としては概ね妥当であろう。

診断については、婚約者Mの誠意のない言動に対する「恨み」と、Mとのトラブルに起因する入院生活での不満という「逆恨み」による犯行であり、鑑定で述べられている「妄想」というほどの異常ではないと考えられる。一家皆殺しもあり得ると（思っていた旨、捜査段階で自供している）企図した婚約者殺害は異常な行為ではあるが、それだけでは、いずれの精神障害にも該当しない。裁判所が採用した「精神病質」という診断も、DSM-IV-TRの人格障害の診断基準に該当せず、恨みに起因する（心因性の）一時的な暴発行為であろう。

DSMの概念ではないが、恨みの執拗さ、殺人企図への発展は、常軌を逸した観があるものの、これは精神病質というよりも、下田光造（1942）の提唱した「執着気質」³⁵の発露と考えられる。執着気質とは、そううつ病の病前性格で、仕事熱心、凝り性、徹底性、正直、几帳面、責任感などを特徴とする。本件以前の最初の入院では精神分裂病と診断されているが、「それまで仕事熱心で家業を繁栄させていたのに、過労から意欲を失いふさぎこむようになった」という経過から考えれば、この時の病態は「気分障害」（うつ病）であったのではないかと考えられる。しかし、この病態は約3か月の入院治療で回復し、犯行時にも病的状態ではなかったと考えられる。

【判例9】

《概要》中学卒業後仕事に就いていたが、精神に変調を来して3回の入院歴（診断は精神分裂病）のある被告人は、回復して就労中に韓国籍の女性と知り合い、結婚し二児をもうけた。しかし、日本に帰化し2度の結婚に失敗した頑固で変わり者の父親が、この結婚に反対し、妻に対して

暴力を振るい、被告人夫婦に嫌がらせを続け、離婚・再婚・別居など生活形態を変えても改善しないため、父親と妻子の板挟みになった被告人は精神的に不安定な状態であった。その過程で他人の車のバックミラーを壊す、他人の家に無断で侵入する、等の警察沙汰を起こし、その都度、入院治療を受けた。2度目（住居侵入の後）の入院で、診断は非定型精神病に改められ、退院後も同病院に通院を続けて再就職も果たしていたが、父親が病気になったため介護に訪れた際、頑なな態度で拒否されたり、皮肉を言われるなどしたため、いっそ父親を殺して自殺しようかとの考えが脳裏をかすめ不眠が続くうちに、ふいに殺意を抱き、部屋にあったダンベルで父親の頭部を殴り殺害した。

最初の入院から本件犯行まで約20年を経過しており、犯行の約10年前には当初の精神分裂病という診断が非定型精神病〔精神分裂病に見られるような幻覚・妄想を生じたり、てんかん様の意識障害を生じたり、そう・うつ等の気分障害を生じたりするが、いずれも急激な発病と早期の改善が特徴であり、欠陥状態を残すことが少ない精神障害。現在の DSM-IV-TR では削除されている〕に変わり、犯行時は通院治療を継続中で比較的安定した生活ができていたが、父親の病気を契機に数日間で葛藤が高まった状態での犯行であった。犯行後の態度は冷静で、簡易鑑定で市川達郎医師からも非定型精神病と診断されていたが、公判時鑑定で大塚俊男医師からは精神分裂病と診断され、裁判官も犯行動機が唐突で了解困難であるとの判断から心神喪失で無罪判決に至った。控訴審での鑑定では逸見武光医師により、「行為時の精神状態は神経症状態であり、著しい心理的不安定さから非定型精神病に発展する可能性はあったが未だ精神病状態に入らない状態」であると診断された。裁判所は逸見鑑定および起訴前の市川鑑定を支持し、精神分裂病ではなく非定型精神病の前駆状態であり犯行動機も了解可能とし、心神耗弱を認め執行猶予付き有期懲役の判決に至った。

《検討》起訴前鑑定、一審鑑定、控訴審鑑定の3鑑定と主治医の意見、犯行までの20年に及ぶ病歴、被告人の生活歴、病歴と生活歴との相互関係を検討し、精神分裂病であるとする大塚鑑定は、「被告人の発病は精神的動機が原因とはなっておらず、発病の兆候が現れ始めると家庭や社会の問題を含めて自分の境遇を悩むという経過が認められる」と述べているが、結婚後の2度の入院は、1度目が離婚直後であり、その後離婚した妻に頼んで再婚したがやはり父親との関係が改善されず妻子が家を出てしまい再び離婚を余儀なくされた直後に2度目、というように、家庭内葛藤が高まると発病の兆候が現れ社会適応に破綻を来している事実からは、④鑑定内容に問題があるとして、むしろ、こうした経過から、「生理的、心理的に不安定な者が発病する非定型精神病」という逸見鑑定を採用したのは妥当であると考えられる。

また、寛解時〔精神症状がなく安定している期間〕の被告人は就労し妻子や父親を思い遣るなど人格の荒廃を示すことが殆どなく、一審無罪で釈放後も通院を続け、仕事・家庭ともに安定した生活を送っていることを挙げ、発病から20年を経過した精神分裂病を否定する根拠として述べている。この点に関して「人格が荒廃する精神病であるかそうでない精神病であるかを区別することは

刑法上も責任能力を判断するに当たり有用であるので、両者を区別するのが相当であると解される」と判示しているが、責任能力判断は罹患している精神障害の一般的性質に依拠して判断されるべきではなく、行為時の精神状態を評価すべきものであるので、「両者の区別」は「有用」というまでには及ばず、行為時の精神状態を理解する一助にすぎないものと考えられる。

DSM-IV-TRでは、非定型精神病という診断は存在せず、逸見鑑定で述べる「神経症状態」がDSM-IV-TRにおいて対応する「不安障害」「適応障害」にも該当する診断がないため、どこにも分類することができない。現に精神医療により安定した社会生活を送ることができている被告人がいずれの精神障害にも該当しないことは疑問ではあるが、憎悪とともにそれ以上の愛着が断ち切れなかった父親を自らの手で殺害しても苦悩せず安定した生活が維持できることに注目し、今後の生活状況や、そこに精神医療の果たしている役割、他の行動特性を検討することで改めて評価することが必要かもしれない。そこには、DSMの“限界”と「誰にでも精神障害の診断が下される」というDSM批判³⁶が指摘する“罨”の臨界をも考えさせる例でもあり、DSMが全てではないということとともに病名や病気の性質が責任能力判断の資料としては決して「有用」ではないことを指摘したい。

今回の検討主題である「精神分裂病診断（鑑定）の排斥」としては妥当であるが、責任能力判断（心神喪失）や、量刑（懲役3年・執行猶予4年）は、むしろ情状に左右された面も大きい感が否めず、全ての判断が妥当な判決とは考え難い。

【判例10】「川崎市金属バット殺人事件」地裁判決

《概要》大学受験のため2浪中（20歳）の被告人は、成績が伸び悩み勉学への意欲を失って怠惰な生活をしてきた。そのため母親から渡される小遣いでは足りず、父親のキャッシュカードを無断で使用して1万円づつ引き出していた。4度目に父親に発覚し、叱責されたうえ、身に覚えのない現金持ち出しについても責められ、弁解したものの信用されなかった。そのうえ、いつもは庇ってくれる母親も、父親に同調して被告人の弁解を信用しなかった。その鬱積を晴らすため自宅で飲酒していたところ、父親が訪室して足蹴りにされたため、両親殺害を企図し、その夜のうちに金属バットで両親を撲殺した。犯行後、着替え、第一発見者を装い叔母宅に行っていたが、警察の事情聴取と叔母からの説得で犯行を自供した。

《検討》起訴前鑑定で徳井達司医師により「精神病状態ではない」と診断されたが、公判においても福島章医師による鑑定が行われた。福島医師は、被告人が15歳頃に精神分裂病に罹り、未治療のまま軽度の欠陥状態であった「疑いが強い」と診断した。

他にも、予備校生の相談を受けている矢花美英子医師、および青少年の精神問題に取り組んでいる稲村博医師らが証人として出廷したが、それぞれが「受験生の無気力症」、「これまでの精神医学の体系にはない若者の新型症候群」など、自説を展開したにすぎず、裁判所はこれら証言は、④内容的に採用できないとした。

福島鑑定も、②資料に乏しく、結論も弱いことから、④内容上にも疑問があるとして裁判所は排斥した。結論としては、精神病状態を否定した起訴前鑑定に最も近い内容となったが、病気でないケースに診断を求めれば内容上の問題がある回答しか得られない例といえよう。したがって裁判所の結論は妥当であると考えられる。

【判例11】「悪魔祓い殺人、死体損壊事件」地裁判決

《概要》ミュージシャンになりたいと希望していた被害者Cを、従兄弟のAが「神の曲が作れる」と連れ出し、アパートの一室に軟禁状態にした。これにCの妻Bも追従し、3人で生活していたが、Aが「Cに悪魔が憑いているので悪魔祓いをしなければならない」と言い出し、最初は皮膚に擦り傷をつける程度であったが、次第に加虐行為がエスカレートし、これにBも加担してCを絞殺したうえ遺体を切断し、内臓等も取り出して台所の流しから下水に遺棄した。

《検討》A、Bの共犯事件であるが、訴訟能力判断のための起訴前鑑定で、鈴木二郎医師から「主犯者Aが精神分裂病であり、もし責任能力が否定されれば、訴訟能力云々の論議は意味を持たなくなる」との結論を得たことから、起訴後に2被告人の鑑定を、それぞれ2度行った。

中田修医師は「A、B、被害者Cともに三人精神病」〔「三人精神病」とは、感応性精神障害ともいう。DSM-IV-TRでは、「共有精神病性障害（二人組精神病）」といい、精神分裂病とは異なるが、精神病性障害に分類される。ある妄想が、すでに確立した妄想を持つ他の人々との親密な関係にあるという状況の患者に発展するもの。〕であると診断したが、起訴前鑑定の結果であった「Aが精神分裂病である」ことは否定した。

福島章医師は、脳波検査から「Aは側頭葉てんかん」と診断し、Bは被影響性の強い性格で支配観念にとらわれていたものと診断した。そしてAの精神分裂病は否定したうえで、中田鑑定のいう「三人精神病」も、A、B、C、いずれかの中にすでに真性精神病患者が居り、他の者がその影響を受けて同様の精神病状態になった状態ではないことから否定した。

しかし、鈴木医師や中田医師もAの脳波検査には所見はあるもののてんかんの診断が確定されるほどのものではなく、検査時の誤差の範囲であるからAはてんかんではないと述べている。

このように、3者の鑑定が異なる結果であるのみならず、3者の鑑定が相互に他の2者の鑑定結果を否定しあう内容であった。裁判所は、起訴前鑑定については「事実判断について被疑者Aやその母親の供述のみに依拠しており証拠の検討が不十分で、③前提事実に誤りがある」として排斥した。また嘱託鑑定についても被告人らの供述が捜査段階のそれと齟齬を生じる部分が多く、やはり③事実判断に問題があるとして排斥し、被告人らはいずれも精神障害は存しないと判断した。各鑑定人が相互に指摘した他の鑑定の疑問点は、各鑑定の④内容上の問題点を適切に述べており、裁判所の判断に大きく貢献し、鑑定結果に疑問がある場合には複数の鑑定を実施することの意義を示していると思われる。

本件は残虐な凶悪事犯であるが、いずれの精神疾患にも該当せず、病気ではないと考えられる。

なお、被告人A、Bいずれにも鑑定における言動に欺瞞的な側面があり、重大事犯が、詐病を試みないまでも、責任無能力で免責されることを意識的あるいは無意識的に期待する場合があることを示唆している。

B 人格障害に該当する例

【判例1・判例2】いわゆる「メッカ殺人事件」における主犯者の地裁判決と高裁判決

《概要》大学2年時にダンスホールで知り合った女性Sと交際していたが、Sの奔放な性格のみならず被告人が肺浸潤に罹ったことから交際が破綻した。被告人は失意から派手な生活や賭博で浪費し、何とか大学を卒業して証券会社へ就職するもわずか2か月で解雇された。仕事上でSの叔母から預かった30万円を費消しており、自己の生活費とあわせて40万円を得るため、研修で知り合った金融業者に架空の取引をもちかけ、バーに呼び出して、殺害し、現金等を奪ったうえ死体をバーの天井裏に放置し、逃走した。

高学歴者の犯罪として注目され、一番で林暉医師による精神鑑定を実施されたが、「分裂気質者の心因反応」との結果が出され、完全責任能力ありとして死刑判決となった。控訴審でも心神喪失ないし心神耗弱を主張し、吉益脩夫医師による精神鑑定を受けたが、「精神病質者、分裂病質」との結果から、完全責任能力で控訴棄却となった。上告も棄却され死刑が確定、執行された。

《検討》いずれの審理における精神鑑定も精神分裂病を否定し、人格障害と診断しており、裁判所もこの結果を採用している。事件以前も含めて一度も精神分裂病と診断されたことのないこの事案が、なぜ「精神分裂病の判例」と呼ばれるのかは疑問であり、また当時の判例には今日ほど詳細に責任能力判断や鑑定の検討に言及した記述が少ないため情報不足は否めない。ただ、この事件経過および鑑定結果、裁判における責任能力判断は『日本の精神鑑定』³⁷⁾に詳しい。

被告人はSとの交際が破綻したことを契機に2度ないし3度、短期間ではあるが、無気力や閉じこもり等の精神分裂病のような症状を呈したことがあり、本件の直接動機となった金銭の困窮に至る浪費もその延長上であり、犯行も同様の精神状態のもとで行われたとの弁護人の主張から、精神鑑定の焦点も精神分裂病によるものであるか否かにあった。そのため「精神分裂病の判例」とされているが、2度の鑑定は慎重に実施され、分裂病を認める確証を探しつつ、それが得られないことから「精神分裂病ではなく、もともと分裂病者と類似の人格特徴を有する者の失恋による反応であり、その状態も、犯行時にはほとんど回復していた」との結果が出された。裁判所はこの鑑定結果を採用したので、疑問は検討されなかったかもしれないが、『日本の精神鑑定』に見る限りでは、①鑑定能力や公正さには問題なく、面接を中心としているが、②資料の問題もなく、被告人が鑑定に協力的であり欺瞞的なところもないため、③前提事実や、④内容にも問題はない。

では、精神分裂病ではないとすれば、どのような精神障害であったのかという点であるが、被告人は2度の精神鑑定で、「分裂気質」ないし「分裂病質」と診断されている。分裂病質とは、ク

レッチマー (E. Kretschmer) によれば、分裂気質と精神分裂病の中間に位置づけられる精神分裂病の病前性格とされているが、今日では後に精神分裂病を発病するか否かにかかわらず、精神分裂病ではない状態での人格の偏りとして「分裂病質人格障害」に統一することができる。このことは、『日本の精神鑑定』の中で、控訴審鑑定人の吉益医師も「医学上分裂病質として一括しうる異常性格」³⁸と述べている。

しかし、DSM-IV-TR によれば、「分裂病質人格障害」よりも、本件犯行そのものが、「(1)現実に、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力」であり、(3)同一性障害、(7)慢性的な空虚感、(8)不適切で激しい怒りまたは怒りの制御の困難、(9)一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離症状、などの項目をみとめ、「境界性人格障害」に分類されると考えられる。

【判例12・判例13】 いわゆる「連続幼女誘拐殺害事件」の地裁判決と高裁判決

《概要》約1年足らずの間に、幼女5人を誘拐し、そのうち4人を、犯行の発覚を恐れて殺害し、死体を遺棄した。被告人はわいせつ目的での誘拐を否定するが、被害者らのいずれにも殺害前から下着や陰部が見える姿勢で写真撮影を行なっているうえ、殺害した4人のうち2人については死体にわいせつ行為や添い寝などをし、その様子をビデオ撮影し、その後に死体を切断するなどして遺棄している。また被害者宅やマスコミに犯行の告白文や被害者の衣服の写真、遺骨等を送付し、その反応に関心を持っていた。

被害者のうち殺害を免れた1人は、連れ去られて間もなく被害者の父親が追って来て、助けられたもので、この父親によって被告人は逮捕された。

徳井達司医師による起訴前鑑定では、精神分裂病の可能性を全く否定はできないが人格障害の域であると診断された。公判時鑑定は保崎秀夫ら慶応義塾大学精神医学教室の医師6人のチームによって、精神分裂病ではなく分裂気質ないし分裂病質であり、鑑定時の精神症状は拘禁反応であると診断された。裁判所はこれを採用し、完全責任能力を認め死刑判決、控訴審でも再鑑定を行なわず、一審での鑑定を再検討し、ほぼ同様の理由から死刑判決を維持した。現在は上告中である。一審での鑑定は保崎ら鑑定だけでなく、その後に弁護士から請求された、内沼幸雄医師と関根義夫医師による共同鑑定（離人症、解離ヒステリー、多重人格障害、と診断）、同じく弁護士請求の中安信夫医師によるもの（精神分裂病だが責任能力の減弱は少ない、と診断）があるが、それらは斥けられて保崎ら鑑定が採用された。

《検討》捜査段階から被告人の供述は、前日の供述の一部訂正を求めるなど変遷したが、特に鑑定や公判においてはより著しく変遷する部分が見られた。これを「早ければ犯行の10年前、遅くとも数年前から精神分裂病に罹患しており、供述が変わるのは病状が進行しているため」とした中安信夫鑑定を、裁判所は排斥した。その理由として捜査中に警察官と冗談を交わすなどした際の生き生きとした未治療の精神分裂病患者には見られない被告人の表情や態度などをあげ、鑑定時の精神状態の

異変は「拘禁の影響」と解した。また、捜査段階の供述は警察官の強要であると述べる被告人の、鑑定や公判での供述をそのまま採用した内沼・関根鑑定も排斥した。結局、裁判所は中安鑑定、内沼・関根鑑定を、③鑑定に前提となる事実判断の問題として排斥したのである。

被告人の精神状態を精神分裂病も考慮しながら観察したうえ、最終的に精神分裂病を否定して拘禁反応と診断し、犯行時は分裂気質ないし分裂病質の人格特性があったのみとした保崎ら鑑定を採用することで、起訴前鑑定での「人格障害の範囲と思われるが、精神分裂病を否定しきれない」という疑問に回答を与えている。

この被告人の診断についても、保崎ら鑑定では「分裂気質」ないし「分裂病質」と述べられている。また排斥された内沼・関根鑑定においても「人格発達の障害」が指摘されている。DSM-IV-TRにおける「分裂病質人格障害」の基準7項目の中で、犯行時の被告人の生活歴に見られる交友関係の乏しさから、(1)家族の一員であることを含めて親密な関係を持ちたいと思わない、(2)ほとんどいつも孤立した行動を選択する、(5)第一度親族以外には親しい友人または信頼できる友人がいない、さらに、(7)情緒的な冷たさ・よそよそしさ・または平板な感情、の4項目が見出されるので「分裂病質人格障害」に分類される。そして7項目の中でそれ以外の3項目とは、(3)他人と性体験を持つことに対する興味がもしあったとしても少ししかない、(4)喜びを感じられるような活動がもしあったとしても少ししかない、(6)他人の賞賛や批判に対して無関心にみえる、といったものである。それらは性の対象として幼女を誘拐し、膨大な数のビデオ収集に被害者を撮影したビデオテープを「誰も持っていない自分だけの宝物」として加え、何度も告白文などの手紙を送りマスコミ報道に注目していた本件犯行態様とはかけ離れたものであり、これらの該当しない項目を被告人に照らし合わせて検討することなく、カット・オフ・ポイント〔その精神障害に分類されるために該当すべき項目数〕をみただけからと安易に分裂病質人格障害とすることには疑問もある。少なくとも、人格障害の全般的診断基準はみだしているため、ここに分類した。しかし、より多面的な考察が必要であり、その点についてはDSMだけでは診断を確定することができないことに注意しなければならないという問題が具体的に顕在する例である。

4 裁判所の判断に疑問を残すもの

裁判所が精神分裂病を否定するだけの根拠を持ち合わせていないにもかかわらずその判断を下したと考えられる例について述べる。これらの判例は、責任能力判断における生物学的要件の位置づけが無視されていない今日においては、いま一度の鑑定や、さらなる検討が必要であったと考えられるものである。被告人に精神分裂病の疑いを残す例と、判例の記載では精神状態の判断が著しく困難であった例を述べる。

C 精神分裂病を否定しがたい例

【判例6】

《概要》本件の約18年前より、異なる4病院でいずれも精神分裂病と診断された入院歴があり、本件の約10年前に強盗強姦未遂事件を起こした際、精神鑑定を実施された。一審では「軽度の精神分裂病の寛解状態とともに即行的傾向の強い性格異常による心神耗弱」、二審では「軽症精神分裂病による心神耗弱」を各認定され、上告棄却で刑が確定し服役した。

しかし、その後もさらに、建造物損壊、器物損壊、窃盗等3件を次々に起こし、その都度起訴されているが、それら3件については責任能力が問題にはならず、刑を終えた後、5件目の本件自動車窃盗およびガソリン詐欺の控訴審において「精神鑑定をしてほしい」と被告人が申し出たものである。

辰沼利彦医師による精神鑑定では「精神分裂病で、観念連合弛緩と幻覚幻聴による妄想があり、これは(18年前の)初回入院時から持続していた。妄想があるという訴えは虚言ではない」と診断された。しかし、裁判所は18年前の県立岡山病院入院時のカルテに「演劇的な感じ」と記載されていることや、被告人自身の「入院を重ねていた頃は親戚から気狂い扱いされており、逆手にとって佯狂を装っていた」との供述、10年前の「佯狂ではなく妄想型精神分裂病」と診断した浜鑑定の中で「妄想は真性妄想ではない」と述べられており矛盾することを理由に、辰沼鑑定は信用できないとして排斥した。

《検討》これらの裁判所の判断(排斥)の理由は合理的でないと考えられる。

まず、カルテに「演劇的な感じ」と記載されていることだけでは、患者のどのような側面についての記述かもわからないうえ、診断を否定するには至らない。

次に、被告人が「佯狂だった」と述べても、多くの精神分裂病患者が「自分は病気ではない」と述べるように、本人が「病気でなく佯狂」と思っているとしても医師が診察すれば病気である場合も少なくないということである。偶然、被告人が「佯狂を装い入院しよう」と考え病院を訪れたところ、精神分裂病であると診断された可能性も否定できない。10年前の鑑定で「佯狂ではない」と診断されたことはその裏付けにもなる。

さらに、10年前の浜鑑定の「真性妄想ではない」という診断と本件辰沼鑑定の「幻覚幻聴による妄想」という診断は矛盾しない。『真性妄想』という概念はヤスパース(K.Jaspers)によって用いられ、精神分裂病以外の妄想は真性妄想ではないとされたが、精神分裂病でも真性妄想でない妄想が生じることはあり、「幻覚幻聴」を説明する妄想も真性妄想の範疇には入らない³⁹。

被告人は、精神病を装ったことがあると供述し、犯罪を重ね、突然に精神鑑定を求めると疑わしい言動が多いが、10年前に初犯で心神耗弱を認められたのであれば、その後も心神喪失や心神耗弱の抗弁を用いることも考えられるのに普通に裁判を受け服役していることも奇妙であり、本件鑑定が信用できないのであれば、再鑑定を行うなどして判断すべきであろう。

少なくとも本件公判時鑑定において、(1)幻覚、(2)妄想、(3)解体した会話、を認められていることから DSM-IV-TR を用いれば精神分裂病に分類される。妄想や幻覚にとらわれていること、解体した会話は顕著ではない〔解体した会話とは「支離滅裂」なことであるが、その軽度なものを、本件辰沼鑑定で被告人にも見出された「連合弛緩」という〕ことから、さらに「妄想型精神分裂病」に分類することができる。

D 情報不足のため不明な例

【判例4】「三芸プロ事件」控訴審判決

《概要》会社の総務課長であった被告人が殺し屋に依頼して社長を殺害したが、一審で松本胖医師および竹山恒寿医師の鑑定により精神分裂病と診断され、心神喪失により無罪判決を得た後、精神衛生法（当時）25条による検察官の通報で移送された精神病院で詐病であったことが判明し、控訴されたものである。

《検討》一審鑑定に至るまでに被告人は警視庁監房内に拘留中、5日間を精神分裂病の同房者と起居を共にし、その言動をつぶさに観察し、さらに東京拘置所へ移監後は、妻に依頼して精神鑑定に関する書籍を複数購読のうえ精神鑑定に臨んでいたという事情がある。控訴審であらためて三浦岱栄医師の鑑定により「詐病」との診断を得ており、②資料、③前提事実、④内容ともに問題ないものであろうが、判例中にはそれほど詳しい検討ができるほどの鑑定についての記載がない。したがって、この判断が妥当であるか否かについて述べることはできない。

しかし、裁判官は一審での鑑定にふれ「精神分裂病患者特有の症状だけを収集し、精神分裂病者にはあり得ない動作挙動の有無を観察していない」と批判しており、これは前述した判例12において中安鑑定を排斥した理由の一部に重なり、困難な要請ではあるが、一審鑑定人の①鑑定能力および公正さに問題があるとされた判決であるといえる。

この被告人は、詐病が発覚したとのことから、前節Aに分類されるべきであろうが、再評価を試みるには、精神状態に関する情報が不足しており、如何とも判断はできない。三浦鑑定では「顕示性・欺瞞性の強い精神病質者」と診断されているが、殺人を犯して詐病により罪を免れようとしたことだけでは人格障害の診断には情報が足りない。前述の判例11のとおり、重大な罪を犯した者が詐病を試みることは稀なことではないと考えられ、それらの者すべてが人格障害者であるとは考えられない。

【判例5】

《概要》被告人は、本件の約15年前に別件で、石橋俊美医師、菅又淳医師、岩佐金次郎医師ら3者による精神鑑定でそれぞれ軽度の精神分裂病と診断された。しかし、約6年前の別件では金子嗣郎医師、西尾友三郎医師、元吉功医師ら3者の精神別鑑定で、いずれも精神分裂病とは診断されず、人格障害や詐病と診断された。本件一審で市川達郎医師および家近一郎医師ら2人の鑑定人か

らも人格障害と診断されたうえ、家近鑑定人からは、「15年前の精神分裂病診断も実際には詐病の可能性が大きい」と指摘され、裁判所では完全責任能力を認められ、控訴した。

《検討》控訴審ではあらためて鑑定を実施していないが、家近鑑定人から精神分裂病の病歴を否定されていることや、6年前以後の別件でも3人の鑑定人から精神分裂病の罹患にはその疑いさえ持たれていないこと、検察官調書の妻の供述などからの情報を総合して、精神分裂病ではないとの判断に至った。市川鑑定および家近鑑定は③前提事実、④内容で評価されたものと考えられる。

しかし本例は、被告人の精神状態を判断するには、判例中に記載された情報では不十分である。精神分裂病を否定するだけの根拠もなく、それ以外の精神疾患のいずれかを判断することも困難である。この被告人は、何度も服役してもその矯正効果がなく、いつも詐病を試みるなど、鑑定結果にもあるように「反社会性人格障害」の存在は考え得るが、生育歴の情報がなく、「15歳以前に行方障害の証拠がある」という基準が不明であるため、判断はできない。

【判例7】

《概要》作家になることを志望していた被告人は、日頃から小説のテーマは虚構ではなく体験に基づくものでなければならぬと信じ、殺人をテーマとした作品を執筆するために殺人者の心理を体験しようと思い、夜間散歩中に会った女子中学生を甘言を用いて田圃道に誘い込み、両手で首を絞めたが、抵抗した被害者が水田に転がり込んだので、その上に乗りかかり被害者の頭部と顔を深く水田内に押さえつけ溺没により窒息死させた。さらに死体を隠すため、自転車で自宅まで運び、自室の床下に遺棄した。一番で3人の医師によってそれぞれ精神鑑定が実施されたが、詫間武元医師および岡本重一医師は精神分裂病と診断し、松村常雄医師は「高度な性格異常で妄想様異常思考、性欲倒錯による犯行」と診断した。裁判所は松村鑑定に依拠し、精神分裂病との診断は採用せず、性格異常者の行為であるとして完全責任能力と判断、懲役15年を言い渡した。控訴審での弁護人の心神耗弱の主張は、再度の鑑定を行わず、一番での3鑑定と犯行動機、犯行態様、公判時の被告人の供述や態度を併せて再検討されたが、松村鑑定を支持しつつも、松村鑑定が「性格異常は相当高度で心神耗弱もあり得る」とした点は、小説の題材に殺人を犯すことを思いついてから実行に至るまでに数か月経過していたこと、公判時の被告人供述で「行為後、良心の呵責や責任感を強く感じ、また罪の発覚の恐怖が大きく、当初の目的（殺人体験）を果たした満足は抹殺されてしまった」という部分から、「性格異常は軽微」と判断し、同じく松村鑑定の「性欲倒錯」は詫間鑑定および岡本鑑定で否定されていることも加えて、控訴棄却とした。

《検討》詫間医師および岡本医師がどのような観察から精神分裂病と診断したのかが、判例の記載からは全くわからず、これについて評価する資料がない。また松村医師が「高度の性格異常で妄想様思考や性欲倒錯の状態にあった」と診断した経緯も記載されておらず、これについても判断することができない。従って、裁判所が精神分裂病を認めなかった理由として挙げられているのは「松村鑑定によって性格異常者と診断された」ということだけである。この松村鑑定の合理性を担

保する情報は示されておらず、むしろ、詫間鑑定や岡本鑑定によって松村鑑定の一部は認められないということが述べられている。裁判所の見解として、被告人は殺人行為の悪質さを理解していながら、あえて「殺人による損失よりも大きな利益（体験および体験による優れた文学作品）がある」との考えから犯行に及んだのであるから責任能力はあるということが強調されている。関係証拠として、公判時の被告人供述が引用されているが、前後関係の推定できない一部引用であり、被告人の精神状態を判断する資料としては乏しい。

鑑定そのものの評価もできず、被告人の精神状態を追試できない程度にしか述べていない判決要旨は妥当であるとは考えられない。

本判決に関しては、次に挙げる判例8とともに、佐藤教授の検討でも「裁判所は鑑定の中の自らに都合のいい部分のみを利用しつつ『独自』の判断をしている」⁴⁰と指摘されているが、それも止むを得ないであろう。

【判例8】

《概要》少年時より窃盗や強姦などを繰り返し10回の服役歴を有する被告人が、その刑の執行後ただちに、連続して女子寮や民家に侵入し窃盗13件を行ない、強姦目的・わいせつ目的で窃盗の被害者宅である民家に侵入したところ、その家人（男性）に気づかれ、逮捕をのがれるために鉞で切りつけ負傷させた（殺人未遂）。さらに、その逃走途中でも、わいせつ目的で女子寮に侵入した。

起訴後、弁護人の主張により2医師による精神鑑定が実施された。鳥居方策医師は「接枝分裂病〔知的障害者が精神分裂病に罹患したものをいうが、現在では特に知的障害者の精神分裂病を区別しておらず、この病名は用いない〕のため心神喪失」と診断し、中山宏太郎医師は「シンナー精神病のため心神耗弱」と診断した。裁判所は、診断については、接枝分裂病（鳥居鑑定）を排斥し、心理テストなどの多くの資料から導き出されたシンナー精神病（中山鑑定）を採用したが、責任能力については独自の判断で完全責任能力を認めた。

《検討》確かに詳細に多くの資料を収集しているのは中山鑑定であるが、その鑑定書にはシンナー嗜癖についての記述がなく、シンナー精神病に至る経緯がまったく不明であり、心理テストを実施したとあるも、鳥居鑑定が接枝分裂病と診断していることに対して知能の程度も述べずに否定しており、資料がどこまで活用されたのか疑問である。どちらの鑑定も幻覚の影響を認めており、その原因である疾患が異なるだけだが、鳥居鑑定が心神喪失、中山鑑定が心神耗弱を示唆していることから（裁判所の判断は完全責任能力ではあるが）、責任能力の独自判断を行なうために鳥居鑑定を病名ごと排斥したと考えられても仕方のない判断である。

判決理由の中で「過去に数回の性犯罪、多数の窃盗前科がある場合においては、その犯罪傾向の延長線上のものとしての色彩を濃厚に持っているものと理解すべきであり、病的なものによって人格の著しい変容を来しているわけではない」と述べているように、責任能力の独自判断について確固とした心証があれば、鑑定結果には拘束されないのだからこそ、鑑定結果に対して公正な評価が

求められる。

この被告人の診断については、精神分裂病、シンナー精神病のほか、反社会性人格障害をも疑い得るが、情報不足で判断できない。この被告人の場合は、まず知的障害についての考察が必要であろう。

むすびにかえて

裁判所は、13例中8例についてまで、病名に関してだけでも精神鑑定の結果を「妥当に」排斥している。この割合の高さからは責任能力判断についての「科学」の限界をも考えざるを得ない。

一方で、裁判所のこの高度な知見が発揮できていない判例が13例中4例あった。このような例は裁判所の知見が評価されないと同時に精神鑑定も評価されないのである。また、裁判所が十分な鑑定を得ないままに判断してしまったと考えられる例も1例だけが見出され、これらは「責任能力判断に科学（精神鑑定など、医学的な情報）は必要ない」と裁判所が無言のうちに述べていることとも解される。そうであるならば、多くの時間と経済的負担を費やし精神鑑定を行うことの意義は乏しくなる。人間の行動は脳につかさどられるものであり、脳の機能そのものが科学的にも未知の部分も多く残してはいるが、可能な限りにおいて人間の行動を解明しようとするれば、やはり科学の知見は不可欠である。それを軽視して個々の犯罪者の責任の有無が異なる決定をされるのは不合理ではなからうか。

また精神分裂病を否定するにあたり、人格障害（精神病質）が用いられることの多さからは、Konventionに引きずられる傾向や、人格障害が「屑かご診断」診断から脱皮できずにいることも窺われる。今回の検討はDSMを用いたが¹⁾、その経験からは客観的基準では診断できない精神状態もあるということ、そのようなケースにあえて診断をしようとするれば、多くの主観による脚色がなされるおそれのあることが考えられた。これらもまた不合理なことである。

以上のような不合理からの決別は、やはり心神喪失・心神耗弱を争点とする裁判の終焉しかないのではなからうか。

1 佐藤直樹：責任能力判断の「心理学的」再構成—わが国の分裂病判例の批判的検討を契機として—。九大法学56。233頁，1988。

2 刑集10巻。682頁。

3 American Psychiatric Association：高橋三郎，大野裕，染矢俊幸〔訳〕『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引』。医学書院，2002。

4 佐藤：前掲論文。234頁。

- 5 佐藤：前掲論文。235頁。
- 6 佐藤：前掲論文。240頁以下。
- 7 拙稿：精神分裂病（統合失調症）者の責任能力に関する近時下級審の判断基準についての問題性。岡山大学大学院文化科学研究科紀要15号。299頁，2003。
- 8 山本巖：精神鑑定について。精神医学20(12)。1370頁，1978。においては、「精神分裂病圏の患者も、かなり病状悪化していても、『理非善悪』を日常の倫理、善悪と解するならば、かれらはこれを弁えている。かれらは人を殺してはならない、物を盗んではならない、さらにこれは法に触れる、ということも心得ている。被害妄想を持つ患者が、妄想上の加害者を殺したいほどに憎みながら、人としてそれはできないと懸命に耐えていることは、日常このような患者に接していないとわからない。かれらがなにかをするのは、異状体験（ママ）など逃げ場のないまでに追い詰められた時である。大抵の場合事後に訊くと理由がある。自分でもまったく理由が分からず、医師にも推測しがたいことはむしろ稀である。理由は大部分病的体験等であり、むしろ情状とみなすこともできよう。かれらは『舞台上の愚か者』ではなく、『了解不能』の故に責任阻却されるべきなのではない」と指摘されている。
- 9 糸井孝吉：刑事責任能力判断の一基準。矯正医学39（2-4）。13頁，1990。においては、「法の下に人間は平等であって、刑法39条の規定はこれにあたらぬ稀な例外であると考えている。精神障害者であっても必要な治療を受け、それによって自分が自傷他害のおそれある状態に陥ることを防ぐべきであって、それを怠るものは精神病院を退院し、社会復帰を望む資格がない」と述べられている。さらに、同論文14頁では、「(前述のような考えは) 社会で通院服薬しながら社会復帰に努力している精神障害者に対して、より多くの社会の理解を得るために必要なことである」と結ばれている。

精神障害者が自らの病を自覚し、すすんで医療を受けることが困難であることについて、中井久夫：働く患者—リハビリテーション問題の周辺—。吉松和哉【編】『分裂病の精神病理11』。304頁。東京大学出版会，1983。においては、「明確な苦痛を伴わない病は『身体』病といわれるものでも病識を持つことはやさしくない。一般に、生命の脅威の、それとない、権威的な言及が死への恐怖を誘い出すことによって、患者に病人であるという自己規定を刻印することが実行されている。精神科の病の場合、生命への脅威は一部の例外を除き、さし当たらないとされ、逆に『病気であること』を承認すれば、社会的なセキュリティーの大幅な減少をもたらすことが明々白々であるのみならず、原理的に自分の判断が信頼できず、また周囲に信頼されないことを含意しているという結論にみずからも達せざるを得ないからには、この承認は、病から独立した別の危機である」と述べられ、「病感はいくつもの人々の認めるように確実に存在し、『身体』病をも経験した多くの患者は『身体病などもの数ではない』と、たとえば自らの味わたった急性虫垂炎の苦痛と較べて証言する。患者は、病感の欠如ではなくて、あまりの病感に圧倒されて、とても眼前の治療者や薬などで現状から脱出できそうにないという感じのために治療を拒むのかもしれない」と、治療を阻害するのは一概に精神障害者の病識欠如が原因ではなく、「病から独立した別の危機」と「強い病感」を挙げている。そのうえで、「この切迫感のためであろうか、治療への協力に関して、『精神』病患者は『身体』病患者以上ではある

まいか。精神科において、期限を告げられないまま多種類の薬を服用し、長年月通院する患者が多いのは実に驚くべきことである。『治療への意欲』は、漠然とした“脅かし”によってしか鼓舞強化されないにもかかわらず。」と述べ、だからこそ、「患者の安全保障感を今以上に掘りくずすことない」アプローチは、「かなりの工夫と努力を必要とするが、医師すべての基本訓練の一つである」いう結論は、糸井氏とは別の論点でありながら、治療に励んでいる精神障害者への姿勢として共通するものである。

- 10 平田豊明：「重犯精神障害者の処遇政策」論考。精神医療26。36頁，2002。においては、「たとえ精神分裂病の幻覚妄想状態にあったとしても、完全に判断能力が失われていたら、重大犯罪（とりわけ強盗と性犯罪）を企画・遂行することは不能と考える」と述べられている。
- 11 中田修：責任能力の判定に関する実際の諸問題。『現代精神医学大系24・司法精神医学』。中山書店，1976。53頁。
- 12 中谷瞳子：精神分裂病者の刑事責任能力をめぐる一最高裁昭和59年7月3日第三小法廷決定を契機として一本決定の概要と意義並びに本稿の目的。判タ550。29頁，(1985. 5. 15)
- 13 遠藤浩史：責任能力判断基準の検討。明治学院大学大学院法学ジャーナル18。1頁，2003。および、高橋省吾：精神鑑定と刑事責任能力。『刑事事実認定(上)－裁判例の総合的研究』。判例タイムズ社，1992。397頁。など
- 14 中山宏太郎：うつ病と精神鑑定。こころの科学75。46頁，1997。
- 15 法曹会，1990。
- 16 裁判所のこの姿勢は、覚せい剤事犯である昭和58年9月13日の最高裁第三小法廷決定(判時1100。156頁。(1984. 2. 21))で判示されている。
- 17 浅田和茂：刑事法における責任主義。法律時報74(2)。4頁，2002。
- 18 浅田和茂：『刑事責任能力の研究・下巻』。成文堂，1999。217頁。
- 19 仙波厚，榎本巧：精神鑑定の証明力。判タ767。62頁，(1991. 12. 1)
- 20 仙波，榎本：前掲論文。60頁。
- 21 「操作的」とは、診断基準に列挙された行動特徴に一定数以上合致すれば、その診断をつける方法である。もともと DSM は診断統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual) であるため、DSM での診断名は、統計学でいう「操作的定義(operational definitions)」と同じ位置づけと考えてよい。したがって、この DSM による診断が医学はもとより法学的にもすべての面で通用するというわけではない。
- 22 仲宗根玄吉：『精神医学と刑事法学の交錯』。弘文堂，1981。246頁。
- 23 仲宗根：前掲書。247頁。
- 24 仲宗根：前掲書。248頁。
- 25 仲宗根：前掲書。250頁。
- 26 高橋省吾：精神鑑定と刑事責任能力。『刑事事実認定(上)－裁判例の総合的研究』。判例タイムズ社，1992。397頁。

- 27 高橋：前掲論文。448頁。
- 28 高橋三郎，大野裕，染矢俊幸〔訳〕。医学書院，2002。
- 29 丸田敏雅：パーソナリティのかたより。こころの科学38。82頁，1991。
- 30 大月三郎：『精神医学』。文光堂，1978。338頁。
- 31 墨谷葵：『責任能力基準の研究』。慶応通信，1980。223頁。
- 32 仲宗根：前掲書。33頁。
- 33 人格障害の診断にあたっては、対象者が18歳に満たない場合は、未だ人格形成の途上であるという考え方から、診断基準を満たしていても診断しない。近年の重大非行を行った少年について「行為障害」と診断されることが多く見られるが、行為障害は、DSM-IV-TRにおいては「破壊的行動障害」に分類され、現に顕在する行動に対する診断であり、「人格の障害」ではない。
- 34 病院における安易な「精神分裂病（統合失調症）」診断には批判が多い。

たとえば、大阪池田小学校児童殺傷事件（2001年6月8日）の大阪地裁における論告求刑（2003年5月22日）の中で、検察官は精神障害を装おうとした被告人が過去に統合失調症と診断されていたことについて「うそをついたり、誇張した話で明確な根拠もない。診療報酬を得るためにあえて病名をつけた医師もいた」と述べた（山陽新聞2003年5月23日朝刊。4頁。）ことが報道されている。

また、高橋三郎，塩入俊樹：起訴前簡易鑑定とDSM診断。精神医学45(2)。153頁，2003。においては、「医療従事者側での便宜的診断名の多用」を問題視し、「逮捕前に精神科を受診して精神分裂病と診断されていた14名を、DSM-IVの基準で起訴前簡易鑑定したところ、3名のみしか精神分裂病に該当しなかった」と報告されている。
- 35 細川清〔編著〕『精神科診療ガイド』。中外医学社，1994。160頁。
- 36 ハーブ・カチンス，スチュワート・A・カーク／高木俊介，塚本千秋〔訳〕『精神疾患はつくられる—DSM診断の罨—』。日本評論社，2002。まえがきiii頁には「この社会では、医学的な問題でないものまで、医学的な問題としてしまうようになってきた。そこにはパトス（苦しみや悲しみ）しか存在しないように、無理やり精神の病気を見つけ出す。目の前の現象にラベルを貼り、コードナンバーをつけることでその現象を理解したつもりになっている。」という問題提起を行っている。
- 37 福島章，中田修，小木貞孝〔編〕。みすず書房，1972。315頁。
- 38 『日本の精神鑑定』。382頁。
- 39 三浦四郎衛，大塚俊男，浅井昌弘〔編〕『精神科ポケット辞典』。弘文堂，1981。219頁。
- 40 佐藤：前掲論文。246頁。
- 41 『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き』。20頁。医学書院，2002。には、「注意書き」として、DSMに記載されているすべての障害について「精神疾患、精神障害、精神機能低下などを構成するものに関する法的または他の非医学的基準を満たすことを意味するものではないと理解すべきである。…（中略）…例えば、個人の責任、無能力の決定、責任能力などを問題とする法的判断とはまったく関係ない」と記されている

る。したがって、今回の試みは責任能力判断についてではなく、精神鑑定における診断（病名）が、既成の基準と照らしてどの程度合致するか、あるいは鑑定人が診断において既成の基準をどの程度活用しているかを検討するものであり、本稿で筆者によって分類された診断が絶対的に正しいものであるということではない。また、今回の資料とした同書は、『DSM-IV-TR 精神疾患の診断統計マニュアル』からの抜粋で、通称「MINI-D」と呼ばれるものであり、日常的に携帯するには便利であるが、完璧な DSM 診断を行なう場合は、親本である『DSM-IV-TR 精神疾患の診断統計マニュアル』の記載にしたがってより丁寧に個々の事例を評価しなければならないことを付記しておく。本稿での DSM 診断はあくまでも「試み」にすぎないものである。

別表「精神分裂病」の鑑定が排斥された判例一覧

No	判決・出典	事件名・概要	鑑定での診断（鑑定人：病名）	裁判所の判断
1	東京地裁 S.31.12.15 判時 101 号 17 頁 (57.2.21)	強盗殺人 学生時代に知り合った女性との交際が破綻したものの愛着が絶ち切れず、浪費から多額の負債を有し、就職したもののすぐに解雇された被告人が、仕事で知った金融業者を殺害後、現金等を窃取し死体を行きつけのバーに遺棄した。	林暉：分裂気質（分裂病質という程でもない）心因反応（精神分裂病ではない）	平常時の精神状態とは異なるであろうが、その程度において、自己の行為の是非善悪の弁識能力およびその弁識に従って行為し得る能力を欠く状態とも著しく減退した状態とも認めることはできない ／完全責任能力 死刑
2	東京高裁 S.35.12.21 判時 252 号 9 頁 (61.3.12)	強盗殺人	※No 1 の控訴審 吉益精夫：背徳性タイプの情性精神病質者 分裂病質	心身耗弱の状態ではなかったとの心証を得た ／完全責任能力 死刑
3	静岡地裁 S.41.3.31 下刑集 8・3 号 506 頁	殺人・殺人未遂 結婚相談所で知り合った女性に婚約解消されたことを恨み、女性を殺害する目的で待ち伏せ、偶然現れた女性の姉、母、妹、父を襲い、姉を死亡させた。	(病歴)朝山病院：精神分裂病 三方原病院：精神分裂病 溝口正美：分裂病様妄想反応 田原幸雄：心因反応妄想状態 中田修：小心、無口、几帳面、情性希薄、爆発性の精神病質の感情興奮	入院時の診断は慎重な診察に基づいたものでなく、中田鑑定は長期に亘り、心身の精査、関係者の陳述、心理テスト、麻酔分析から得たもので信用に値する／完全責任能力 無期懲役
4	東京高裁 S.44.3.26 判時 571 号 87 頁 (69.11.21)	殺人 総務課長であった被告人が殺し屋に依頼して社長を殺害したが一審で心神喪失と認定され無罪判決を受けた後、詐病であったことが発覚した。	(原審)松本祥：精神分裂病 竹山恒寿：精神分裂病 無罪判決後入院時：詐病 (控訴審)三浦岱栄：顕示性・欺瞞性精神病質者の詐病	拘留中、精神分裂病患者と同房であり、また精神鑑定に関する書籍を読み鑑定に臨んだが、原審鑑定人らはその点の考慮がなかった ／完全責任能力 無期懲役
5	東京高裁 S.50.10.22 東高刑時報 26・ 10 号 178 頁	詐欺	(別件) 石橋俊美：精神分裂病 菅又淳：精神分裂病 岩佐金次郎：精神分裂病 金子嗣郎：精神病質人格 西尾友三郎：拘禁予期詐病 元吉功：拘禁反応・詐病 (原審) 市川達郎：精神病質 家近一郎：欺瞞・反社会性人格障害 分裂病でない	各被害者とも容易に偽網されており、被告人の妻も平素の行動は不自然でないと述べ、過去の分裂病の鑑定は採用できず、控訴審においても再鑑定は実施しない 詐病／完全責任能力 控訴棄却（上告棄却）
6	東京高裁 S.60.6.20 高検速報 S60 号 162 頁	詐欺・窃盗 自動車を盗み、ガソリンスタンドで給油してもらったがその代金を支払わずに逃走した。	(病歴) 県立岡山病院：精神分裂病 徳山精神病院：精神分裂病 慈圭病院：精神分裂病 根岸国立病院：精神分裂病 (別件) 浜：佯狂ではなく妄想型精神分裂病 (当審) 辰沼利彦：観念連合弛緩と体系的妄想を持つ精神分裂病で、これは初回入院時より持続していた 妄想は虚言ではない	入院前、被告人は親戚から気狂い扱いされ、それを逆手に佯狂を装っていた。浜鑑定が妄想を「妄想的観念」とするが辰沼鑑定は「真性妄想」とし、矛盾する。浜鑑定以後約 10 年間、別件で何度も逮捕されているが精神障害の抗弁は当審までなく「持続していた」とする辰沼鑑定は信用できない／完全責任能力 控訴棄却（上告棄却）
7	名古屋高裁 S.32.3.19 高裁刑裁特報 4・7 号 152 頁	殺人・死体遺棄 小説のテーマである殺人者の心理を体験するため、通りがかりの女子中学生	(原審) 詫間武元：精神分裂病 岡本重一：精神分裂病 〈いずれも性欲倒錯は否	(原審)松村鑑定により分裂病は否定され、被告人は性格異常者であるが、詫間鑑定および岡本鑑定により性欲倒錯は

		の首を絞め田圃の水に顔を押し付け窒息させたうえ、死体を自転車で自宅まで運び床下に隠匿した。	定) 村松常雄：高度な性格異常・妄想様異常思考・嗜虐性の性欲倒錯 (精神分裂病は否定)	認められない。したがって松村鑑定を示唆する心神耗弱は認めない/完全責任能力 懲役 15 年 (控訴審)原審証拠を詳細に検討したが被告人の異常性は軽微である/完全責任能力 控訴棄却
8	福井地裁 S.49.12.19 判時 784 号 127 頁(75.9.11)	常習累犯窃盗・殺人未遂・住居侵入 17 歳頃より窃盗や強姦などを繰り返し 10 回の服役後、また民家や女子寮等に侵入し複数の窃盗を行い、強姦目的で民家に侵入したところ、女性の隣で眠っていた夫が目覚めたので逮捕を逃れるため鉋で切りつけた。	鳥居方策：接枝分裂病のため情操や道義的感覚が著しく鈍麻し理性的抑制も殆ど欠如し、幻覚、妄想に支配されて行為 中山宏太郎：シンナーによる器質性精神障害及び中毒性幻覚症のため幻覚に支配され、弁識能力、制御能力が著しく障害されていた	犯行時の幻覚、妄想を、鳥居鑑定は分裂病によるものとし、中山鑑定は鳥居鑑定を参考にしつつさらに詳細な心理テストや投薬を試み、新たな資料に基づき被告人には分裂病特有の人格荒廃を認め難いとしたうえ、器質的精神障害を認定しており精神医学的所見は中山鑑定に従うのが相当 /完全責任能力 懲役 4 年 6 月
9	東京高裁 S.55.9.2 判時 1004 号 136 頁(81.8.1)	殺人 日本に帰化した父親が、韓国籍である被告人の妻につらくあたることを苦にしていたが、父親に対しても強い態度を示すことができず、妻と離婚・再婚・別居を繰り返す中で父親が老衰し病気になるので介護しようとしたが、父親に頑なな態度で拒絶され、思い詰めて父親をダンプで撲殺したのち 110 番通報し、自首した。	(病歴) 井の頭病院：精神分裂病 足立病院：精神分裂病(10 年) ⇒非定型精神病 (簡易鑑定) 市川達郎：非定型精神病 (原審)大塚俊男：精神分裂病 (発病には精神的動機が関与しているのではなく、発病すると環境に悩む) (当審)逸見武光：神経症状態で、家族葛藤から非定型精神病に発展する直前	初発から 20 年以上経過(治療は継続)しても人格の荒廃がなく、真面目・小心・過敏な被告人は、職場や殊に家庭内での葛藤が過重となると発病し、短期間の入院で回復することを繰り返していた。発病時は分裂病と同様な症状や意識障害を生じるが本件犯行当時は逸見鑑定が指摘する通り、非定型精神病に発展する可能性はあったが、幻覚・妄想もなくいまだ精神病状態ではなかった/限定責任能力 懲役 3 年・執行猶予 4 年
10	横浜地裁 川崎支部 S.59.4.25 判時 1116 号 49 頁 (84.7.21)	殺人 二浪中の被告人が父親のキャッシュカードを無断で使用したことを叱責され、覚えのない現金持ち出しも疑われ、母親も庇ってくれなかったことから、ウイスキー約 320ml を飲んだうえ、両親を金属バットで撲殺した。	(起訴前鑑定) 徳井達司：精神病状態ではなく、病的酩酊否定 (公判時鑑定) 福島章：15 歳頃に精神分裂病に罹り、現在は軽度欠陥状態・単純酩酊 (公判時証言) 矢花美美子：無気力症の暴発行為 稲村博：最近の青少年に見られる従来の精神医学体系にはない挫折症候群	酩酊に関しては両鑑定を援用できるが、精神分裂病に関しては福島鑑定人も「異常性は周囲の者にはわからず、心理テスト等で初めて証明される程度」と述べ、中軸症状の思考障害があったとは認め難い。矢花および稲村証言は、被告人の問題行動は本件以外になく該当しない /完全責任能力 懲役 13 年
11	横浜地裁 H.4.5.13 判夕 819 号 203 頁 (93.9.1)	殺人・死体損壊 被告人 A が従兄弟 C の妻 B とともに、C を悪魔祓いの目的で扼殺し、死体の皮を剥ぎ眼球や内臓を取り出し骨を切断するなどした。	(簡易鑑定) 鈴木二郎：A は精神分裂病 (てんかんではない) (公判時鑑定) 中田修：ABC 共に三人精神病 (A は分裂病でもてんかんでもない) 福島章：A は側頭葉てんかん B は支配観念にとらわれていた (A は分裂病ではなく ABC は三人精神病	A は、中田鑑定・福島鑑定で否定されているように分裂病ではなく、簡易鑑定・中田鑑定で否定されているように側頭葉てんかんでもない。中田鑑定のいう三人精神病とは、3 人の中に誰か真性精神病者が居り他の 2 人がその影響を受けて病的状態になることだが、その精神病者に該当する者がいない /AB ともに完全責任能力 A：懲役 14 年 B：懲役 13 年

			でもない)	
12	東京地裁 H.9.4.14 判時 1609号 3頁(97.10.1) 判夕 952号 75頁(97.12.15)	誘拐・殺人・死体損壊・死体遺棄・猥褻誘拐等 1年足らずの間に猥褻行為を目的に幼女5人を誘拐し、そのうち4人を殺害後、2人の死体を遺棄し、2人の死体を陵辱しながらビデオ撮影した後、切断するなど損壊し、遺族や新聞社に偽名の手紙や被害者の遺骨を送った。	(簡易鑑定) 徳井達司：分裂病の可能性を全く否定はできないが人格障害の域 (公判時鑑定) 保崎秀雄ら慶応大学班 ：分裂気質ないし分裂病質であり分裂病ではない 拘禁反応 内沼幸雄・関根義夫 ：人格発達障害のもと反応性精神病(離人症及び解離ヒステリー、多重人格) 中安信夫：精神分裂病だが免責される部分は少い	内沼・関根鑑定は被告人の公判段階の供述をそのまま犯行時の体験と理解し、犯行時の別人格の出現は捜査段階の状況の認識を前提としたものと認められ採用できない。中安鑑定は拘禁後に生じた症状を分裂病の進行とし、被告人が稀に示す生き生きした態度を見落としており、人格障害者であるとする保崎ら共同鑑定を採用 ／完全責任能力 死刑
13	東京高裁 H.13.6.28 判夕 1071号 108頁(01.12.1)	誘拐・殺人・死体損壊・死体遺棄・猥褻誘拐等	※No12の控訴審(再鑑定はせず、簡易鑑定および原審における鑑定結果を再度検討)	保崎ら共同鑑定がもっとも疑問がない ／完全責任能力 死刑