

令和5年3月24日実施 講演録及びパネルディスカッション録 「精神科医から見た 責任能力が問題となる裁判員裁判」

令和5年3月24日に当委員会は、精神科医である柏木宏子医師を招き、「精神科医から見た責任能力が問題となる裁判員裁判」についての研修会を実施した。

同研修会は二部構成となっており、当委員会の藤井裕子副委員長の司会のもと、第一部では柏木宏子医師の講演、第二部では柏木宏子医師、東京三弁護士会裁判員制度協議会の前田領副座長及び当会刑事弁護委員会の山田恵太副委員長を交えたパネルディスカッションが行われた。

同研修会は、会場とZoomを合わせて開催され、多くの当会会員に出席いただいたものであるが、この度同研修会の内容を本誌に掲載する機会をいただいた。そこで、本稿は、同研修会の内容を広く当会会員へと共有させていただき、いわば誌上研修として、日々の当会会員の刑事弁護業務に資することを目的とし、当委員会の制度検討部会を中心に企画執筆をしたものである。

柏木宏子医師は責任能力についての鑑定経験豊富な医師であるとともに、前田領委員及び山田恵太会員は、責任能力が問題となる刑事事件や裁判員裁判を多数経験している弁護士である。責任能力についての実務的な文献として本稿をぜひ活用していただけたら幸甚である。

裁判員制度センター 副委員長・制度検討部会長 伊藤 祐介 (68期)

CONTENTS

第1 講演録	2頁
第2 パネルディスカッション録	10頁

第1

講演録

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院 司法精神診療部 医長
精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 / 精神疾患病態研究部 併任研究員

柏木 宏子 氏



1 はじめに

今日の演題ですけれども、「精神科医から見た責任能力が問題となる裁判員裁判」ということでお話を

させていただきます。私は国立精神・神経医療研究センターの医療観察法病棟というところで勤務をしております。医療観察法病棟というのは、精神障害の影響で心神喪失や心神耗弱の状態になって、殺人

や放火などの重大な他害行為に至ってしまった方のうち治療が必要と判断された人を治療する病棟になります。

本日の内容ですけれども、精神科医から見た精神鑑定の面白味ということで、個人的な経験のお話や精神鑑定の実務、それから精神科医から見た裁判員裁判について、どういったことに着目しているか等をご紹介します。

2 刑事手続における鑑定

刑事手続の中で、治療のルートに乗るケースや鑑定のタイミングについて説明します。

まず逮捕されて、精神障害により自傷他害の可能性があるときは、精神保健法23条に基づく警察官の通報による措置入院のルートがあります。

検察官送致されると、起訴前簡易鑑定が行われます。起訴前簡易鑑定は大体2～3時間の簡易な鑑定です。もうちょっと詳しく見た方がいい場合には、起訴前の本鑑定になります。これは3か月ほど時間をかけて行う鑑定です。

不起訴になりますと、精神保健法24条に基づく検察官の通報が考えられ、措置入院となることがあります。重大な他害行為であれば、医療観察法のルートが考えられます。起訴後には、公判鑑定が行われます。裁判が行われて、心神喪失や耗弱により、執行猶予や無罪判決になった場合には、医療や福祉につながるケースですとか、重大な他害行為であれば、医療観察法に基づく入院等となることもあるかと思えます。医療観察法についても、再度、医療観察法鑑定入院が行われて、その医療の必要性について厳正に鑑定がされることになります。

3 最初の鑑定事例

最初に鑑定したのは、精神科2年目だったのですけれども、出禁になった飲み屋を3件放火したという事件でした。鑑定は、指導医と一緒に行いました。最初に受けた時は、入院歴もあるし、鑑定になるの

だから、気分の高揚ですとか、アルコールの影響などがあつたのではないかと考えました。

しかし、過去の入院カルテや、留置所での様子などの資料を取り寄せて精査していく中で、以前の入院の原因は薬剤性せん妄で、薬の副作用で起こっていたことが分かりました。犯行の前後には、客観的にも本人の主観でも特に気分の異常を疑わせる言動が見当たらず、アルコールの可能性も考えにくいというような結果になりました。圧倒的な資料の量に驚かされました。普段の臨床とは比べものにならない量の資料や、ご本人の診察などを基に診断を追求できるということが貴重な体験になりました。

4 精神鑑定に惹かれる点

幻覚妄想状態で殺人に至ってしまった統合失調症の典型例から、パーソナリティ障害や発達障害、認知症まで幅広く鑑定の経験をしています。どのケースからも深い学びがあります。精神鑑定の惹かれるところとして、様々な被鑑定人の人生から深い学びが得られて、犯行の背景や理由を理解するところと面白いです。臨床でも道徳感情とか価値は無視して臨むわけですけれども、こちらの道徳感情や価値で治療しなきゃいけないとかそういうことは挟まずに、被鑑定人の世界観を聴き出す作業は面白いです。

また、恐らく弁護士さんも同じようなことをされているのではないかと考えているのですが、被鑑定人が、他人から興味関心を持って話を聞かれた経験によって信頼関係ができる、というようなところも、良いかと思えます。臨床との大きな違いは先程もお伝えしたように、診察をかなり密にできるということです。立証責任のある検察官から詳細で確実な情報が得られ、普段の臨床では得られない圧倒的な量の証拠や資料のもと、真実、正確な診断の追求ができるというところがあります。それでも、結局真実は分からないことも多いということで、精神医学や責任能力の不確実性というところもまた、面白いです。興味深いところではないかと思えます。

5 精神科医から見た責任能力

次は、精神科医から見た責任能力になります。こんな話を法律家のみなさまにするのは恐縮ですが、法律の素人の精神科医がどう考えているかをお伝えします。犯罪が成立するには要件を満たす必要があるのですが、責任能力がないと判断された場合には犯罪自体が成立しないということになって、誰からも非難されずに普通の生活が保障されないといけないと考えております。

刑法39条ですけれども、1931年の大審院判決（大判昭和6年12月3日刑集10巻682頁）で、心神喪失というのは精神障害があるということが前提にはなっています。具体的には、事物の理非善悪を弁識する能力なく又はこの弁識に従って行動する能力なき状態となります。結構、意見が分かれていますので、弁識能力がなければ、制御能力もないという考えと、別箇に評価するという考えがあるように思います。

心神耗弱が、弁識能力又は制御能力が著しく減退している状態でありまして、完全責任能力は、弁識能力又は制御能力が減退していない場合と、減退している場合、この二段階があると思います。

可知論不可知論*1についてですけれども、これは1984年の最高裁決定（最三小決昭和59年7月3日刑集38巻8号2783頁）で、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」判定すべきということで、犯行当時、今は統合失調症と名前が変わっているのですが、当時は精神分裂病と呼ばれておりまして、精神分裂病に罹患していたことだけで、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いといった趣旨の決定がされております。

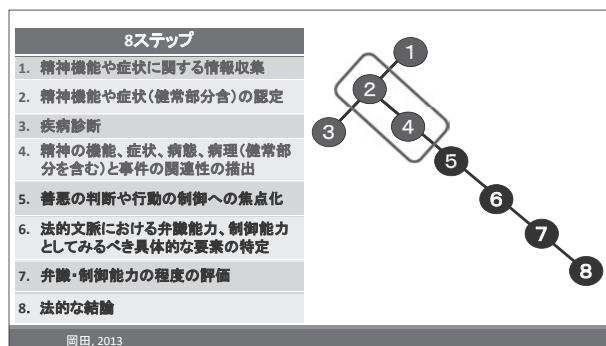
これらを簡単にまとめると、不可知論というのは、精神障害が犯行に与えた影響のメカニズムは分かりえないので、精神病の兆候があれば責任無能力とする

考えです。現在は可知論が優勢で、精神障害と正常部分とが犯行に与えた影響・メカニズムを詳細に分析可能という考え方になっていったと思います。

ただ責任能力の判定ですと、「精神の障害」というのは生物学的な要素、弁識能力や制御能力は心理学的な要素です。心理学的な要素というのは法的概念であり、規範的判断ですので、それは法律家、裁判官が行うことにしています。そして精神科医、鑑定人は精神医学の専門家の立場から、生物学的要素が心理学的要素に与えた影響やその機序に関する意見を述べることでとされてきました。最近はその心理学的要素への影響というものは求められないで、基本的には、精神の障害が犯行に与えた影響やその機序に関する意見を述べる、にとどまっているのではないかと思います。

6 いわゆる8ステップについて

東京医科歯科大学の岡田幸之教授が役割分担について8ステップにまとめております。法律家と鑑定人が双方の役割分担について共通理解を持つことを目指して責任能力判断の構造を提示したものです。



岡田幸之著「責任能力判断の構造と着眼点—8ステップと7つの着眼点—」精神神経学雑誌(2013)115巻10号

1から4が精神医学の専門領域で、5以降が、法の解釈と適用という法学の専門領域とされています。私達鑑定人の役割としては精神機能や症状に関する情報収集を纏めていくことで、精神機能や症状、健常部分も含めて認定することになっております。

*1：刑事責任能力の文脈でこれらの言葉が使われる場合、精神障害がその人の意思や行動の決定過程にどのように関わるかということ、評価することはできるとする立場（可知論）と、できないとする立場（不可知論）という意味合いで用いられる。

3が疾病診断、4が精神の機能、症状、病態、病理（健常部分を含む）と事件との関連性の描出、5が善悪の判断や行動の制御への焦点化で、6が法的文脈における責任能力としてみるべき具体的な要素の特定となります。

7 鑑定結果の採用に関する判例

裁判所がどこまで鑑定結果を採用するかについての最高裁決定を示します。1983年の最高裁決定（最一小決昭和58年9月13日裁判集232号95頁）では、責任能力は「法律判断であっ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」であることが言われております。

その後2008年の最高裁判決（最一小判平成20年4月25日刑集62巻5号1559頁）では、「鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定の前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」ものとされており、2009年の最高裁決定（最一小決平成21年12月8日刑集63巻11号2829頁）ではまた、「特定の精神鑑定の意見の一部を採用した場合においても、責任能力の有無・程度について、当該意見の他の部分に事実上拘束されることなく、」「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ることができる」、とされており。

まとめると、基本的には鑑定人の意見を尊重しつつも、責任能力の判断は専ら裁判所に委ねられ、裁判所は精神鑑定の意見の一部を採用したとしても、他の部分には拘束されずに、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できるというふうにされています。

8 精神鑑定の実務について

精神鑑定の実務の話をしていきます。刑事事件に

関する精神鑑定の種類は、刑事責任能力鑑定や訴訟能力鑑定及び情状鑑定、処遇決定のための鑑定、これには医療観察法鑑定などが含まれます。中でも今回は起訴前鑑定と公判鑑定についてお話しします。

日本司法精神医学会の刑事精神鑑定倫理ガイドラインに精神鑑定における注意点について示したものがあります。「鑑定は科学的知識にもとづいて誠実、公正、客観的に行う」、「確実な臨床データにもとづいて行い、根拠のない推測を避ける」ということ等が書かれています。

鑑定の方法ですが、本人との面接は、だいたい1回、よくしゃべる人だと、3時間位になるのですが、1時間から3時間ぐらいで、10回ぐらいで終わりにします。家族からも話を聞きます。心理面接ですとか、画像検査や血液検査も行っております。資料は、鑑定資料、検察庁から提出されたものを参考にします。最近ではDVDも届きます。さらに自分で必要だと思ったら、裁判所ですとか、依頼者に依頼して取り寄せる資料があります。例えば警察署に相談したとご本人が仰った場合、そういった記録が残っているかですとか。あとは、拘留所、留置所での様子というのは非常に重要だと思っています。他にも、母子手帳ですとか通知表ですとか、病院を受診していたことがわかる資料が入っていなかったりもします。ですので、そのような資料取得を依頼することもあります。それから、生活保護の記録や、介護保険の記録だったりですとか、ヘルパーやケースマネージャーの記録だったりとかを取り寄せることがあります。

起訴前の鑑定だと、最近では「その他」のところに含まれることが多くなったのですが、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及びその程度というものが起訴前では依頼、鑑定事項に含まれていることが多いです。公判鑑定だと、精神障害の有無、内容及び程度と、本件犯行に与えた機序です。機序って書いてあることが最近多いのですが、影響の有無及び程度が必要ということになります。ですので、起訴前の簡易鑑定と公判鑑定では鑑定事項がちょっと違うことが多いです。

起訴前簡易鑑定		公判鑑定	
1. 被鑑定者	氏名 (男/女、生年月日、歳) 1 犯行当時における被鑑定者の精神障害の有無 (存在する場合はその症病名) 2 1が肯定される場合、その精神障害は本件犯行にいかなる影響を及ぼしたか 3 1が肯定される場合、犯行当時における被鑑定者の意思の形成能力及びその程度に就いて行動する能力の有無及びその程度 4 被鑑定者の現在の精神状態 5 精神障害及び精神障害者福祉に関する法律第24条に基く被鑑定者の 6 その他参考となる事項	1. 被鑑定者	氏名 (男/女、生年月日、歳)
2. 鑑定事項		2. 鑑定事項	1 被鑑定者の本件犯行当時における精神障害の有無、内容及び程度 2 精神障害が本件犯行に及ぼした影響の有無及び程度
3. 鑑定本文		3. 鑑定本文	
4. 診断 (病名)	註 (コード： 診断基準：)	4. 診断	<DSM-5/JDDP-10(1)その他> (鑑別診断・診断基準は、別紙診断に関する解説を参照) 【犯行時】
5. 鑑定内容 (精神科医の意見)		5. 精神障害等	被鑑定者の本件犯行に及ぼした影響
6. 鑑定内容 (精神科医の意見)		6. 精神障害等	被鑑定者の本件犯行に及ぼした影響
7. その他参考事項		7. その他参考事項	鑑定
8. 鑑定日時	以上の通り鑑定する。 鑑定人 ○○○○	8. 鑑定日時	令和 年 月 日 鑑定人 ○○○○
9. 鑑定人署名		9. 鑑定人署名	
10. 署名欄	(別紙1) 家族歴、生活歴、環境等 (別紙2) 犯行前後の精神状態に関する史的 (別紙3) 現在症 (精神科施設在、検査所見等) (別紙4) 鑑定前・後精神科医の意見 (鑑定人署名) (別紙5) 犯行と精神障害の関係の整理のための着目点	10. 署名欄	(別紙1) 事件概要、鑑定経過等 (別紙2) 診断に関する解説 (別紙3) 家族歴、生活歴、既往歴等 (別紙4) 犯行前後の精神状態に関する史的 (別紙5) 現在症 (精神科施設在、検査所見等) (別紙6) 犯行と精神障害の関係の整理のための着目点

東京医科歯科大学ウェブサイト 刑事責任能力に関する精神鑑定の各種ツール (<https://www.tmd.ac.jp/>)

9 いわゆる7つの着眼点について

特に起訴前簡易鑑定では犯行と精神障害の関係の整理のために、7つの着眼点を記載することもあります。7つの着眼点というのは、千葉県精神科医療センター名誉病院長の平田豊明医師によって、法律家から鑑定人が質問されることが多い項目がまとめられたものになります。

7つの着眼点
1. 動機 の了解可能性/了解不能性
2. 犯行の計画性、突発性、偶発性、衝動性
3. 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識
4. 精神障害による免責の可能性の認識
5. 元来ないし素人の人格に対する犯行の異質性/親和性
6. 犯行の一貫性・合目的性/非一貫性・非合目的性
7. 犯行後の自己防御・危険回避的行動

岡田, 2013

岡田幸之著「責任能力判断の構造と着眼点—8ステップと7つの着眼点—」精神神経学雑誌 (2013) 115 巻10号

1は動機 の了解可能性ですね。これも主観的評価になってしまうことがあるかと思いますが。2は、妄想などによって弁識能力が失われているような場合には意味がないのではないかと思います。3については、この行為の意味・性質というのを、狭く取るのか広く取るのかという問題があります。犯行自体、殺人ですとか、犯行自体は悪いことだと分かっていたかどうか、であれば、殆どのケースがそうでした、そこではなくて、その行為の本質でしたり、現実 に即して正しく理解していたかなども含めて考えているのではないかと思います。

5は元来の人格に対する異質性です。これは人格をどう定義するかということについてまだコンセンサスが得られていないように思います。ですので、主観が入りやすいのかなと思います。

これらの7つの着眼点の、どの項目が、責任能力の各要素のどこに該当するかというの、なかなか難しいと考えております。不明瞭かなど。最近新しい判例時報に、2023年の1月に岡田教授が論文を出されているのですけれども、責任能力に関して、4つの能力というものを説明しておりました。意味・性質を弁識する能力の障害や善悪を弁識する能力の障害、衝動に抵抗する能力や意思と一致した行為をする能力の障害を示しておりました。それと7つの着眼点の関連についても、論文の中で示しておられました。今後検証されていく必要があると思います。

10 いわゆる8ステップの判断過程について

ここで日本の8ステップを見てみると、公判鑑定で精神障害と事件との関連性や機序について明らかにするように依頼されますので、精神機能や症状とこれらの思考や知覚と気分、認知機能での影響について説明をします。精神障害が、思考や感情にどのように影響したかについて説明をします。思考、感情、認知機能ですとか、こういった弁識能力でどのように影響するかを説明します。この部分を判断するのが、裁判員ということになります。

5の部分ですけれども、どのように判断しているのか、疑問に思うこともよくあります。本当に難しい作業ではないかなというふうに思いますし、その意思決定過程の判断にコンセンサスは得られていないように思います。

11 精神科医から見た裁判員裁判の流れ

次に、精神科医から見た裁判員裁判の話になります。まず起訴後に一定の期間をおいて、弁護士か検

察から鑑定の請求がされて、それが認められたら、私たちに依頼がきます。まず、最初に鑑定人尋問が行われます。ここでの参加者は、裁判官や検察官、弁護士、あと被告人もいらっしゃる人が多いかと思ひます。公判鑑定が約3か月間行われます。その後、鑑定メモを提出。ここは、鑑定書でなくて鑑定メモになっています。裁判員裁判だと、裁判官は読まないことが多いです。これを提出すると、カンファレンスが行われて、裁判官・検察官・弁護士が参加をして、今後のスケジュール調整などを行います。その後、検察官の面談か弁護士との面談を行って、裁判員裁判で使用するパワーポイントを提出します。更にそのパワーポイントを見ながら、検察官との面談や弁護士との面談が行われることもあります。裁判員裁判は、被告人質問も傍聴するようにと言われることもあります。その後、鑑定人尋問が行われます。そこでの参加者は、裁判官、裁判員に検察官、検察官以外に被害者ご遺族がいらっしゃる、他に弁護士、あと傍聴人とか、事件によってはマスコミがいたりということがあります。そして判決が言い渡されるといふ流れ。殆どパワーポイントを使って説明をします。

12 鑑定意見が一致しないケース

症状の認定や診断ですとか、重症度や影響の程度について鑑定人間で一致しないことがあります。そのケースをご紹介します。

一審は死刑判決で、控訴審で心神耗弱となったケースになります。事件の概要ですけれども、被告人は被害者一族のことを、日本政府とともに電磁波兵器・精神工学兵器を使用し個人に攻撃を加えるという行為、すなわち精神工学戦争を行っている工作人員であると考え、被害者一族への報復及び隠蔽されている精神工学戦争の存在を裁判の場で明らかにすることを動機として、サバイバルナイフで近隣住民5名を殺害したというものになります。

ボイスレコーダーには「じいさん達のかたき」ですとか「拷問してくれたな」などが残っていました。

8ステップで1から4の比較ですけれども、地裁では2名の医師の鑑定書を参考にしています。高裁は別の医師の鑑定を採用しています。それで、精神機能や症状については、地裁では、思考を読み取られ、脳内に声を送信されることは異常体験であり、被害者を工作人員であると認識したのは「妄想」であって精神工学戦争というもの「世界観」というふうに判断されております。一方で高裁では体系化したこれらの妄想が非常に活発で、さらに衝動性や攻撃性も高まっていたというふうに判断をされています。地裁では、病状は犯行の時は悪化しておらず、意思決定、実行には大きく影響しないと判断しております。高裁では、非常に悪化しており、被害妄想の圧倒的な影響下にあったというふうに判断しております。

裁判所でどのように判断したか、8ですけれども、責任能力については地裁では妄想を前提としてはいるものの、思考過程には本人の、元来の世界観などの正常な心理が作用し、病気の影響は小さい。一方、高裁では、病勢は悪化しており、妄想の影響は極めて大きく、加えて衝動性や攻撃性が極めて高まっていた、としております。それで、結論が大きく異なっています。

8ステップ	地裁	高裁
1. 精神機能や症状に関する情報収集	F医師 G医師	H医師
2. 精神機能や症状の認定	「精神工学戦争」は世界観思考を読み取られる。脳内に声が送信される異常体験から被害者を工作人員であると認識したのは妄想	犯行時は病状が悪化し、長年かけて体系化した被害関係妄想、妄想知覚、被害妄想、解釈妄想、妄想温想などが非常に活発な状態衝動性、攻撃性も高まっていた
3. 疾病診断	リタリンによる薬剤性精神病	妄想性障害 自閉スペクトラム症
4. 精神症状や病理と事件の関連性の抽出	犯行当時病状は悪化していない 実行した意思決定には病気の症状は大きく影響していない 犯行の時点ではふだんの被告人の人格機能であった	犯行時その症状は非常に悪化しており、強い妄想を抱いていた 本件犯行は被害妄想の圧倒的な影響下にあった

LEX/DB 25448600, LEX/DB25570707

8ステップ	地裁	高裁
5. 善悪の判断や行動の制御への焦点化	動機は妄想を前提としたものだが、殺害という手段に出ることを決意した思考過程には、世界観を前提とする誇大感、正義感、被害者に対する悪感情など被告人自身の正常な心理が作用、病気の影響は小さい	動機は、妄想でしか説明が付かない 妄想が本件の決定的な原因であり、妄想の本件犯行に対する影響は極めて大きかった 病勢が悪化し、被害妄想が一層深刻なものとなって、衝動性、攻撃性が極めて高まった結果の犯行
6. 法的な弁論能力、制御能力としての特定	殺害の実行についても、病気の影響はほとんど見られない 切迫した恐怖(-)、直接的に殺害を促すような幻覚、妄想等の症状があったわけでもない	切迫した恐怖(-)、直接的に殺害を促すような幻覚、妄想等の症状があったわけではない
7. 弁論・制御能力の程度の評価		著しく減弱
8. 法的な結論	完全責任能力	心神耗弱

LEX/DB 25448600, LEX/DB25570707

大阪高裁令和2年1月27日判決(判例時報2515号77頁)、
神戸地裁平成29年3月22日判決(判例時報2515号90頁)

次に、7つの着眼点で動機の詳細可能性について、地裁では本来の人格から了解可能と判断し、高裁は、妄想の強い影響があると判断しました。また平素の人格に対する犯行の異質性についても、地裁では元々の人格で説明可能とされており、一方で高裁では、相当解離しているというふうに大きく評価が異なっております。

7つの着眼点	地裁	高裁
1. 動機の詳細可能性/了解可能性	世界観と妄想 本来の人格から了解可能	妄想の強い影響
2. 犯行の計画性、突発性、偶発性、衝動性	計画的	計画性はあるが妄想に従ったもの
3. 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識	違法性の認識あり	違法性の認識あり 自らの行為を何度も「天誅」と表現し、妄想を裏付けるもの
4. 精神障害による免責の可能性の認識		
5. 元来ない平素の人格に対する犯行の異質性/緩和性	元々の人格で説明可能	本来の人格からは相当解離
6. 犯行の一貫性・合目的性/非一貫性・非合目的性	行動が合理的で一貫しており、合目的	合理的だが、執拗さ、残虐性は、妄想の強さを表している
7. 犯行後の自己防衛・危険回避的行動	防衛的な言動あり	防衛的な言動あり

大阪高裁令和2年1月27日判決（判例時報2515号77頁）、
神戸地裁平成29年3月22日判決（判例時報2515号90頁）

13 精神科医はどのように診断をするのか

このように評価が異なる点について、私達はどのように診断をしているかですが、語られない所見というものもありまして、こういった語られない所見についても拾っていき、それらを基に標準的な診断基準、例えばDSM*2とかICD*3にあてはめていきます。さらには、統計学的な知識ですね。経過が多様なのか、好発年齢が近いのかですとか、あとは因子分析で明らかになった症状、特徴的な症状が要因になります。その症状にあてはまるか、など。そのほかに認知機能低下などのほかの特徴を有しているのか。矛盾があればほかの疾患の可能性がないかを検討します。更に、より客観的な評価尺度を使用して、症状の見落としはないかというものを見たりで

すとか、重症度を客観的に評価することも検討されます。最終的にはこの、WAISとJARTっていう知能検査なんですけども、JARTが元来の知能の推定値、WAISが現在の知能なので、その差を見て、認知機能の低下があるかっていうのを見たりですとか。または、PANSS（陽性・陰性症状評価尺度）の重症度のディメンションを使用したりはしています。あと大事なことは、鑑定カンファレンスによって他の精神科医によるピアレビュー*4を受けることが非常に重要だと考えています。診断や症状によって一致しないことが多いので。

統合失調症を例にすると、幻聴や妄想が目立たない時期に本人を見ると、まるでパーソナリティ障害のようにみえて誤診されることがあります。また、幻聴がたまたま目立ってない時期に妄想性障害のようにみえることもあります。ですので、縦断的な評価が極めて重要になります。幻聴や妄想は本人の語った内容から判断することになりますので、そういった意味で限界点もあります。また、幻聴についても1か月以上持続するという診断基準があるのですが、例えば50歳の人で、20歳に発症したとして、過去の30年くらいの間で、幻聴が1か月以上続いた時期があったかどうかで判断するのは極めて難しい。陰性症状というのは、感情表出の抑制・意欲低下などですけども、これらは診察所見で診る時も、軽度だと分かりにくい場合もあります。元々感情表出が少ない人もいますし。判断がわかれるところだと思えます。結局のところ、徹底した資料や情報収集による縦断的な評価が極めて重要だと考えられます。

14 人格の評価について

検察側は、この部分は正常心理で説明できますよ

* 2 : DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Disorders) とは、米国の精神医学会が作成した世界共通の診断基準として精神疾患の基本的な定義を記したものである。本稿執筆時点での最新版は第5版の「DSM-5」である。

* 3 : ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) とは、世界保健機関 (WHO) が作成した国際的な疾病等の分類である。本稿執筆時点での最新版は第11版の「ICD-11」である。

* 4 : ピアレビューとは、一般的には、ある対象について共通の専門的知見を有する研究者等が同業者・同僚 (ピア) から成果物の審査・評価等を受けることを指す。

ね、元来の人格に親和性がありますよね、了解可能ですよね等と言うことが多いかなと思っています。その正常心理、健常部分については、精神科医の専門領域ではないと思います。これを誰がどのように評価するのかというのは、まだコンセンサスが得られていません。そのため、鑑定書をみると、主観的な評価をしているものは比較的多いと思います。この人格の定義についてもコンセンサスが不十分だと思います。

元来ないし平素の人格との異質性の評価についてですけども、判決文には、犯行は元来の人格機能であった、というものが割と見られます。しかし、その根拠をどう判断しているのかについては、かなり不明瞭です。

判断に迷うのは発症以前から、暴力などの行動がみられるケースと思われる。過去の暴力と今回の殺人とが異質なのか連続しているのかで意見が分かれることもあります。発症後の人格変化の可能性と、幻覚妄想状態や興奮などの精神症状が普段の人格機能を修飾*5している可能性があります。犯行は元来・平素の人格機能であったというためには、両方が否定される必要があるのですが、なかなかこれも判断が難しいのではないかと思います。私の場合は徹底した資料・情報の収集と表を作成するなどして、過去のひとつひとつの問題行動をひとつの表にして、今回の殺人との類似点と違いなどをみていくということをしております。それでも、なかなか判断が難しいこともあるかと思います。

15 治療法について

治療法について裁判員から質問されることがちょこちょこあります。治療法はあるのですかと聞かれたりすることもあります。鑑定結果を報告する際、触れていいか迷うことがあります。治療については触れないようにと言われることもあります。でも、今後は変わっていくかもしれないし、弁護士さんが

どのように考えて、どのように法廷で治療のことを話しているのかについては教えていただきたいと思っています。実際は病気による症状の影響なのですけど、被告人に病識がなくて「病気ではありません」とか、「被害者のことは絶対許せません」というようなことを話することがありますが、そうすると反省していないと思われてしまって、厳罰化の方向に行くこともあるかなと思います。発達障害などで、相手がどう思うかが想像できなかつたりしてこのような発言をすることもあります。そういった発言をする病理については、上手に鑑定人に尋問していただければと思います。

16 小括

鑑定や裁判員裁判で気をつけていることのまとめですけれども、情報収集の徹底と、縦断的な評価を緻密に行うことです。それと、直感とか決めつけるような主観を排除していくことが大事で、しっかりとデータを積み重ねていくことが重要だと思います。あとは、動機など裁判で認定されるかわからない部分は、場合分けをすることもあります。限界をしっかりと知っておくことが大事で、鑑定カンファレンスのピアレビューは重要だと思っています。

最後に、あまりこういった言葉を使わない方がいいのではないかなという用語があります。結構鑑定書を読んでいると出てくるのですが、「自分本位な性格」だとか、「了解可能」とか「支配された」、そういった言葉はあまり使わずに説明を尽くした方がいいかなと思います。

私からは以上になります。

(本文表は、出典元の論文・記事をもとに講演者が編集・作成)

*5：柏木医師は、幻覚妄想状態等の精神症状が、被告人の「平素の人格に影響を与えている」という意味合いで「精神症状が人格機能を修飾」という表現を用いている。

第2

パネルディスカッション録

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院 司法精神診療部 医長
精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 / 精神疾患病態研究部 併任研究員

柏木 宏子 氏

東京三弁護士会裁判員制度協議会副座長 前田 領 (60期)

刑事弁護委員会副委員長 山田 恵太 (65期)

柏木先生の講演を受けて、弁護人が責任能力を争う場合にどのような点について留意すべきか、刑事事件における鑑定に関して実践的に話をお聞きします。

1 起訴前鑑定と起訴後鑑定の整合性

前田委員：起訴前鑑定で、検察官から、責任能力について「完全責任能力」、「心神喪失」や「心神耗弱」という結論まで要望されることはありますか。

柏木医師：基本的には鑑定事項には書かれていると思います。最近の流れとして、鑑定事項の「その他」のところ書かれていることが多くあります。

前田：裁判所が行う起訴後の鑑定では、それらのことを記載しているのでしょうか。

柏木：書かないようになっておりますので、8ステップに従って機序までにとどめております。

前田：その違いについてはどのようにお考えですか。

柏木：整合性がないと思うことはあります。裁判員裁判に関しては、精神症状が犯行の時の感情や思考にどのように影響したかというところをお伝えします。それを基に裁判員や裁判官が、思考や感情や認知機能ですとか、そういったものが弁識能力や制御能力それぞれにどのように影響するかについてどのように判断しているのかが非常に気になります。

前田：検察官から依頼をされる起訴前鑑定と、裁判所からの起訴後鑑定について、必要な時間に違いはありますか。

柏木：基本的には同じで3か月程度を予定されています。

前田：短くして欲しいと言われることはありますか。

柏木：ないですね。延びることはあると思います。

前田：延びる場合はどういうときなのでしょう。

柏木：情報がちょっと足りなかったと判断した場合、詳しい面接が必要になった場合、新たな情報を本人が話した場合等々です。

2 起訴前鑑定において 弁護人は鑑定人に会えるか

前田：まず起訴前鑑定についてお聞きします。弁護人が先生にお話をお伺いしたいときには、先生はどのように対応されていますか。

柏木：基本的にはお会いします。

前田：山田さんは責任能力が問題となる事件のご経験が豊富だと思えますが、起訴前の段階で鑑定人に会えたかどうか、ご経験があれば教えてください。

山田会員：私自身は起訴前鑑定だと会うことができた経験はほとんどないです。連絡をしても検察官を通してほしいと言われてしまい、検察官に話をする断られてしまう、ということが多いです。

前田：柏木先生にお聞きしますが、鑑定人の方々に、弁護人に起訴前に会うか会わないかについて、共通の見解はありますか。

柏木：全くありません。

前田：少し話をかえまして、起訴前鑑定について、弁護人が戦略的に検討した上で、仮に渡すことができればという前提になりますが、弁護人からの資料の中では、どのようなものがお役に立ちますか。

柏木： 拘置所や留置所内での様子は大事だと思います。また、検察官から提供される資料に含まれていないもので、重要なのは過去の精神科受診歴がある場合にはその診療録、発達障害が疑われる場合には通知表などです。母子手帳も持って来てもらえると助かります。

3 起訴前鑑定の段階での被疑者の黙秘

前田： 起訴前鑑定つまり被疑者段階では、被疑者が黙秘をしているときがあると思います。この場合に、起訴前鑑定になったとき、鑑定人の先生にお話しするかどうか悩むことも多いと思いますが、この点について山田さんはどのようにされていますか。

山田： 事件によっては、捜査機関に対しては黙秘していても、鑑定人に対しては解除して話をしてもらうことはあります。特に、鑑定の結果、不起訴となる見通しが高い事件ではこのような判断をすることがあるかなと思います。一方で、起訴必至の事件の場合に鑑定人に対しても黙秘をする選択をしたこともあります。

前田： 被疑者が鑑定中に黙秘したことはありましたか。

柏木： 私は今までありません。

前田： 接見メモなどの資料を渡すかについてですが、黙秘していればお渡ししないということになるのでしょうか。

山田： そうですね。渡す資料は検察官も当然目にすることになるので、それを前提に判断をしなければなりません。特に接見メモなど、弁護人に対する供述内容については、すごく慎重な判断が必要だろうと思います。私としては、特に供述内容については安易に提供することは控えるべきと考えます。一方で、客観的な医療記録はいずれ収集される可能性があるので提出するという考えはあると思います。

4 起訴後鑑定において弁護人は鑑定人に会えるか

前田： 次に起訴されてから、裁判所から依頼を受ける鑑定の場合についてですが、山田さんは、鑑定人に会えなかった経験はありますか。

山田： 起訴後の鑑定では裁判所でのカンファレンスを行ったり、カンファレンス以外でも実際お会いして鑑定の内容について改めて伺うということを経験していただくことが多いかなと思います。カンファレンスの方法などで調整が必要になったことはありますが、鑑定人と会えなかったということはないです。

前田： 柏木先生は起訴前も会われておられるとのことですが、起訴後も同様ですか。

柏木： はい、検察官にお伝えした上で会うと思います。起訴後についても、ほぼ会っています。

5 鑑定人に見てもらうべき資料

前田： 起訴後の段階になると、弁護人として鑑定人に見てほしい資料が増えることはありますか。

山田： 捜査段階に比べると弁護人自身がいろいろ収集できているものが増えると思いますし、起訴後の段階ではケースセオリーがある程度固まっていて、そういった意味で出せる資料の範囲も広く捉えることができると思います。

前田： 柏木先生は弁護人からの資料を見て、何か追加で依頼をすることはありますか。

柏木： 留置所での様子ですね。あとは、介護保険を受給している方であればその記録ですとか、そういったものがいただいた資料に入っていないことがあります。本人がこれまで話していないようなことを話した場合に、それが事実かを確認するための記録を取り寄せることもあります。

前田： 確かにそれらの資料は証拠一覧表に載っていないことが多いのですが、検察官はそれらを収集すらしていないということになるのでしょうか。

山田： そういったものが証拠となっていないことは

かなり多いです。検察官としては、事件に近接した時点での医療記録や診断書については収集すると思いますが、時期的に少し遠いような医療記録、生活保護や福祉サービスの記録あたりまでは収集しないことも多いように思います。

6 カンファレンスについて

前田：カンファレンスというものが、公判請求後に行われていますが、そもそもカンファレンスとは何ですか。

山田：カンファレンスは、法律で明確に決められているものではないですが、事実上、鑑定人の先生に来ていただいて、尋問の方法などについて、法曹三者と話し合いをする場になります。

前田：検査官が頼んだ起訴前鑑定人であったり、裁判所が起訴後に鑑定を依頼した鑑定人であったり、弁護人がお願いした当事者鑑定人だったり、色々な鑑定人がいると思いますが、カンファレンスという点では違いはないのですか。

山田：いずれにしてもなんらかの形で精神鑑定の結果を法廷で顕出しようとする時にはカンファレンスなどが必要になることはあるかなと思います。尋問方法については、カンファレンスという形式か否かは別としても、事前に調整をする必要性は高いです。特に複数の鑑定人が出てくる場合などは、尋問の順番や、対質にするのかどうかを含めて、その方法について事前に話しておくことは必要でしょう。

前田：対質というのは、法廷で証言席に二人の鑑定人に座っていただいて、それぞれ交互に質問する、という尋問形式ですね。

山田：はい。交互にその場で答えていただく形ですね。

7 カンファレンスと裁判所の関与について

前田：カンファレンスには誰が参加するのですか。

山田：カンファレンスに参加するのは、基本的に裁

判官、検察官、弁護人、そして鑑定人の先生ですが、裁判官がどの段階まで出席をするのか、というところはひとつの課題だと思います。

前田：山田さんとしては、裁判官の参加はどの段階までが適切だと思われていますか。

山田：あくまでも形式的なところに関しては、裁判官が同席して良いのではないかと思います。例えば尋問をプレゼン形式でやるかどうかとか、そういった点ですかね。しかし、鑑定の内容に立ち入るようなことに対しては、裁判官は立ち会うべきではないと思っていますし、そのようなカンファレンスは法的にも許容されないと考えます。基本的には最近の裁判所は、その段階では退席をする人が多いとは思いますが、裁判官によっては、かなり介入して鑑定の内容まで整理しようとする裁判官もいるので、それに関しては不当だということと議論することになります。

前田：柏木先生はカンファレンスにご参加された経験はおありですか。

柏木：はい。

前田：カンファレンスでは、裁判官はどのタイミングまでいらっしゃったことが多いですか。

柏木：鑑定の中身に関する議論の場にはいないです。

前田：カンファレンスで裁判所から何か注意される事項があれば教えてください。

柏木：責任能力についてはお話ししないでください、と言われることはあります。

8 鑑定内容の法廷での証言方法

前田：法廷で証言される際、先生はプレゼン方式で証言されていますか。

柏木：はい。プレゼン方式が殆どです。

前田：プレゼン方式と尋問方式とどちらの方がやり易いですか。

柏木：プレゼン方式です。自分が準備したパワーポイントで説明する方が断然やり易いですし、裁判員も手元に持っていますので、それを見ながら議論していく方法がいいと思います。

前田：山田さんは弁護人の立場から、鑑定人はプレゼン方式と尋問方式と、どちらが良いと思いますか。

山田：プレゼン方式で説明していただいた方が裁判員に伝わりやすいのではないかと思いますことが多いです。私自身の経験としても裁判員裁判の場合、私的鑑定、起訴後の鑑定も含めて、基本的にはプレゼン方式で証言していただいています。

前田：柏木先生は、先ほどのご講義の中で、プレゼンの資料については事前に検察官・弁護人に開示すると仰っていましたが、開示の時期はいつ頃ですか。

柏木：2～3週間前です。

前田：プレゼンの資料について、検察官や弁護人から何か言われたことがございましたら教えてください。

柏木：特にはないですけども、犯行に影響した程度についてはあまり言わないようにということになっています。

9 望ましい鑑定人への尋問

前田：実際の法廷での尋問で、犯行に影響した程度についての質問が困るとのことでしたが、医療の素人からすると、どうしても質問したくなってしまうようにも思います。

山田：難しいですよ。評価につながり易い言葉を求めてしまうこともありますので、弁護人として一足飛びにその評価に飛びつくのではなくて、段階的に質問して行って、グラデーションでお答えできる範囲の部分までを見つけていくことが必要なのではと思います。

前田：弁護人への要望がありましたらぜひ教えてください。

柏木：そうですね、比較的認められていないような、標準的でない手法や、検査の結果の細かい所に飛びついたりするのは、推測が行き過ぎたりしますので、あまり良くないと思います。

前田：我々は医療については素人なので、医師の論文が医学的に標準的なのかについては判別しづら

いと思います。カンファレンスの場や、事前の打ち合わせで率直に聞いてみることは可能ですか。

柏木：はい。学会でどういった考え方が一般的なのかについてお伝えできます。

前田：この点、事前にどこまで鑑定人に尋ねるのかについては、反対尋問の内容を明かすことにつながる可能性もあるので悩ましいという意見もありますが。

山田：そうですね。僕自身は、事前に鑑定人に聞いてみた上で、その返答について、論文を読んだり他の医師に意見を聴いたりして検討することが多いです。柏木先生が先程仰っていたような検査の数値について、私たちとしては気になるというか、1つ標準的に値が低いとか、ポイントを越えているとなると、そこをどうしても検討しなければならないと考えます。それ自体は必要なことでもあると思いますが、数字に飛びついても効果的な反対尋問にならないこともあります。その意味で、数字だけに飛びついてしまうと、危険なのかなと思います。私自身も反省するところがあるので、考えていかないといけないです。

前田：先生のご経験の中で、弁護人がもう少しこの点を聞いてくれれば、被告人にとって有利な話もできたのに、というご経験があれば教えてください。

柏木：機序ですね。みなさん病気のことをしっかり理解できていないと思いますので、本質のところを聞いていただくのが一番です。この事件の本質は何かってことです。

前田：我々は素人ですので病気の本質、例えば妄想と一言で言っても、体系的なものなのかとか、一時的なものなのかとか、そういう区別すらできないので、カンファレンスで直接確認するべきですね。

柏木：そのあたりは解決しておくのがいいと思います。

10 7つの着眼点の問題について

前田：先程の講義で「7つの着眼点」について話していただきましたが、この「7つの着眼点」が重視され過ぎていて、適切ではないのではという意

見が弁護人にはあるようですね。

山田： 検察官は「7つの着眼点」を取り上げ、一つでも正常であれば能力が保たれていただろうと、そういう使い方をしていくことが多いですね。しかし、通常、合目的性を突き詰めていくと、全ての事件で大体そのような結論になるわけですよ。そうでなければ、そもそも犯罪行為自体を行えないはずなので。そこの認定がどうしても行き過ぎているところがあると思います。ですので「7つの着眼点」については慎重に考えていく必要があると思います。

柏木： 仰るとおりだと思います。「7つの着眼点」を重視しすぎると本質部分が軽視されることになりかねないと思います。だから、何が影響したかというところを軸に考えて「7つの着眼点」は参考程度にすべきですね。

前田： 特に、動機の詳細可能性という項目について、例えば、妻が浮気をしていないのに、妻が浮気をしていると妄想して、妻を殴ってしまったケースでは、浮気をしていると思えば殴ること自体は動機として了解できる、動機が了解可能であるとして責任能力があるという主張に流れやすいと言われています。しかし、妄想しているからこそ殴ってしまったのであり、本来、動機は了解できないはずですので、この点は特に誤解を招きやすいですね。

山田： 少なくとも検察官は「7つの着眼点」をかなり重視していますね。裁判官も「7つの着眼点」を割と広くとらえていることが多いと思うので、事件ごとにちゃんと注意喚起して、弁護人がそこで諦めないということも大事なのだろうなと思います。

11 責任能力を争う事件の留意点

前田： 山田さんは責任能力を争うかどうかについて、どういうところを注意されているのでしょうか。

山田： 精神障害が疑われるケースは、まずは責任能力、訴訟能力について争うのかを必ず検討しなけ

ればいけないと思います。そして、結局は、その人の障害の重さがどの程度か、事件への影響はどの程度かということを検討していくこととなります。素人判断でできるのかという問題もありますが、まずは責任能力を争っていく方向が基本的なスタンスかと思います。難しいのが、心神喪失とまではいえないかもしれない場合。心神耗弱だと、現状として、事件類型にはよるものの、裁判所としてはあくまでも量刑事情の1つくらいの扱いで、大幅に刑が減輕されないことが現実的な運用だと思います。加えて、心神耗弱認定がされることによって、医療観察法の対象になるので、更なる強制処分を招くおそれがあります。この点は、弁護人として、慎重に考えなければいけないと思います。結局は長期の実刑が予想されるのか否か、執行猶予が予想されるのか否か、そして医療観察法の対象事件なのか否か、この3つの要素を鑑みて判断していくことになると思います。

前田： 例えば精神疾患で病院に通っている事実が明らかであれば、判断しやすいと思いますが、そういった事情がないケースはどのように考えればよろしいですか。

山田： 妄想があるケースはわかりやすいですよ。事件自体が明らかに事実と違う前提に立っていて、ご本人は悪魔が入っていたから、みたいな供述をされていれば、弁護人としても、これは妄想だなと気づきます。しかし、例えば知的障害とか、発達障害は凄く見えづらいし、事件との関係もわかりにくいと思います。そうなってくると、接見でコミュニケーションしている中で、ちょっとした違和感をきちんと見つけていくことが必要です。それは言葉だけじゃなくて、例えばしぐさとして、全然視点が合わないとか、そういったことを見ていくことが必要となります。また事件のエピソードを聴く場合にも、なぜその行動をとったのかということ突き詰めていくことが重要です。そうしていく中で、チグハグ感とか違和感を感じるところから精神障害に気付くこともあります。このような方法で、精神障害があるかどうかや責任

能力を争うべきかどうかというところを検討する必要があると思います。

前田：実際に責任能力を争う場合、どういう争い方がありますか。

山田：起訴前はこちらがコントロールできるところが少ないです。黙秘をするかどうかについては先ほどお話ししましたが、場合によっては、鑑定をこちらから積極的に求めていくこともありえるかなと思います。例えば、起訴前鑑定をやってくださいとか、こちらから積極的に通院歴などがあるという情報を提供して促していくことはあるかと思っています。起訴後には、まずは鑑定請求をする。鑑定請求が認められなければ当事者鑑定をするという流れが想定されます。また、鑑定費用を準備できる場合などは、当事者鑑定を最初からすることもあります。

12 当事者鑑定のメリット・デメリット

前田：当事者鑑定のメリット・デメリットについて教えてください。

山田：メリットは二つあると思います。一つは、直接依頼ができるので専門的知見のある先生に依頼できることです。もう一つは弁護人の問題意識を鑑定事項として依頼しやすいことです。検察側の資料とか刑事記録もそうですが、その信用性自体に疑問がある場合、当事者鑑定の方が、そういった事前情報を丁寧に伝えることができ、足並みを揃えてやりやすいと思います。逆にデメリットというか、ハードルとなるのは、身体拘束をされている場合には、基本的には拘置所で面会をしなければいけないということですね。この場合には、面会時間があまり多く確保できない。先程柏木先生は1時間から2～3時間くらいということを仰っていましたが、東京拘置所だと現状としては、1時間が限度かと思っています。そして、アクリル板があるので、検査器具を入れて心理鑑定、心理検査をすることも難しく、脳画像の診断もできません。そこで、勾留執行停止をして、一日だけでも医療

機関に行って検査をすとか、そういった工夫をすることが必要になります。あとは費用負担も大きいですね。費用に関しては裁判員裁判対象事件であれば弁護士会の援助制度を使える余地もあるので、それを検討される方は是非弁護士会の方に問い合わせただければと思います。

前田：柏木先生は当事者鑑定のご経験はありますか。

柏木：はい、あります。面会は制限はありましたけれども。2～3時間話しました。

前田：東京拘置所ですか。

柏木：違います。

前田：弁護人から直接依頼があったのですか。

柏木：はい。診断したことで再鑑定が認められたのです。

前田：弁護人が当事者鑑定を希望しても、どなたにお願いしていいのか悩むことも多いかと思っています。そこで、どのような方であれば安心して依頼できるかについて何か手がかりがあれば教えていただきたいです。

柏木：そうですね。日本司法精神医学会で認定精神鑑定医というのがあります。ウェブサイトで公開されているので、そこから選んでもらえば、はずれた鑑定にはならないかと思っています。

13 情状鑑定について

前田：鑑定の中には情状鑑定というものもあるようですが、この情状鑑定について簡単に教えてください。

山田：責任能力は争わないけども、障害等が事件に影響を与えたのではないかという場合に、障害だけではなく心理的な特性とか性格、成育歴も含めて、その影響について分析していただくというものになります。死刑事件、長期の実刑が想定されるような事件、被告人が少年・若年であったりとか障害のあるケースで、情状鑑定が実施される場合があると思います。

前田：柏木先生は情状鑑定のご経験はありますか。

柏木：ありません。

14 パーソナリティ障害について

前田：山田さんはパーソナリティ障害について、法廷で責任能力や情状に関連し、主張して争うことについてはどのようにお考えですか。

山田：障害が事件に影響を与えているのであれば、それは適切に主張していかなければいけないし、見えづらい障害についても目を向けて、活動していくべきと思っています。パーソナリティ障害のみの診断で心神喪失と判断されたケースは寡聞にして知りませんが、実際に心神耗弱と認定されたケースは存在しますし、その意味では積極的に主張していくべきかと思います。ただパーソナリティ障害とか発達障害と主張すると、なんとなく危ない人とか、再犯性の高い人みたいに写ってしまうことがあります。そのあたりをきちんと説明していかないと、量刑としては一般情状の面で不利に捉えられてしまう可能性があるところには注意が必要かと思います。

15 今後の治療についての立証

前田：柏木先生から、弁護人が治療についてどのように法廷で主張されるのか、興味がある、とお話をいただいていたのですが、山田さんはいかがですか。

山田：私は鑑定人の先生に尋問させていただく時には、責任能力に関することを聞いた上で、最後にこれからの治療や支援にとって必要なことを質問させていただくことが多いです。カンファレンスの時点でそういう話を聞いておいて、それをベースに実際にこれからの治療とか支援の体制を準備して、立証していく必要があると思います。例えば社会福祉士とか精神保健福祉士の方に証人として出廷いただいたりとか、他の方法もあると思いますが、いずれにしても、ちゃんと立証していくことが必要です。東京だといわゆる入口支援に関わっているのは東京社会福祉士会と東京精神保健福祉士協会と、あと私自身も関わっている東京TSネットという団体があるので、これらの団体に依頼していただければと思います。