

第101回日本精神神経学会総会

シンポジウム

PTSD 診断と法的側面

PTSD 訴訟事例に関して
——精神科医にできることとしなければならないこと——

岩井 圭司

精神神経学雑誌第108巻第5号別刷

平成18年5月25日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 108, Numerus 5, 2006

第 101 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

PTSD 訴訟事例に関して ——精神科医にできることとしなければならないこと——

岩井 圭 司 (兵庫教育大学大学院学校教育研究科 臨床・健康教育学系)

本演題では、外傷後ストレス障害 (PTSD) の診断過程そのものではなく、PTSD 診断に携わる医師が司法場面において「できること」と「しなければならないこと」について論じる。

近年、精神的被害が民事・刑事を問わず司法の場で取り上げられることが多くなり、精神科医が法廷に立つ機会も急激に増えつつある。演者自身も、被害者が賠償をもとめて起こした民事裁判のほか、刑事裁判においても強姦事件の被害者や、子どもの虐待死事件の加害者が同時に DV 被害者であるという事件において、精神的被害に対する医学的評価を行った経験がある。(民事・刑事を問わず精神的被害の鑑定をひっくるめて、ひそかに私は「第 3 の精神鑑定」⁹⁾ (表 1) と呼んでいる。)

そのなかで今日、司法側にも精神科医側にもかなりの“混乱”が生じている。判例にも“揺れ”があるように思われるが、ここでは精神科医側の混乱をとりあげる。

残念ながら、裁判に積極的に協力しようとする精神科医は現状ではさほど多くない。そこには、

裁判制度や法に対する精神科医の無理解が関係しているといわざるを得ない (出廷することへの故なき恐怖感、鑑定と証言の混同、証言義務や偽証罪についての誤解、等)。その結果、「被害者」はしばしば、裁判に協力してくれる精神科医をさがしだすのに多大な労力を費やし、裁判の円滑な進行が妨げられることにもつながっている。

1. 自験例から：臨床医は裁判を怖れている？

まず、演者自身の経験からお話しさせていただく。私はこれまで ('94 年 4 月～'05 年 3 月) に 42 件の裁判に関与してきた。このうち裁判所の選任による“正式な”精神鑑定が 6 件あったが、それ以外の 36 件については私は「主治医意見書」の執筆者、あるいはいわゆる「私的鑑定」の施行者として裁判に関与した。

さて、さらにこの 36 件のうち、民事裁判において原告の精神的被害の評価をめぐる PTSD 診断の有無が争点になったものが 24 件あった。そこで、この 24 件について、受診歴をみみると、裁判で問題にされた当の精神的被害に関連し

表 1 公判上の精神鑑定の種類

裁判の種類別	鑑定の対象			
	(どの時点の)	(誰の)	(何を)	
1. 刑事	犯行時の	加害者 (被告人) の	責任能力	
2. 後見・保佐の決定	現在の	後見・保佐を受ける本人の	意志能力	従来の民事精神鑑定
3. 民事賠償請求		被害者 (たいていは原告) の	精神的被害	“第三の精神鑑定”

て精神医療機関を受診したことがあるものが83% (20件) あった。しかもそのうち80% (16件) が何らかの形で、精神科医の裁判への“非協力”を経験していた。「裁判所に出すのなら診断書は書かない」とか、もっと露骨に、「あなたが裁判を起こすなら、あなたを診ることはできない」と言われた者もいた。

もちろん、そういった経験をもつ患者（被害者）に限って私のところに——従前から比較的多くの裁判に関与してきた私のところに——多く紹介されてくるという事情はあるかもしれない。また、患者（被害者）の言うことをそのまま鵜呑みにすることもできない。

しかし、中にはご丁寧にも、「自分は治療者としてのポリシーから患者が裁判に訴えることはよくないことだと思っているが、あなた（岩井）はそうではないようなので、是非この患者を診てあげてほしい」という旨の紹介状を付けてきた前主治医も実際にいた。

今日精神科臨床医の中には「治療上のポリシー」や多事多忙を理由に、あるいはある種の“裁判フォビア” (?) のために、裁判への関与を忌避しようとする傾向が少なくとも一部にあることを否定することもまたできないように思われる。

2. 治療者は裁判に関与してはいけないか？

残念ながら、どうやら精神科医の一部には、治療者は本質的に患者の援助者であり中立な立場に立つことができないので、主治医は「患者の起こした裁判に関与することなどできない」とか「裁判に関与してはならない」という誤解があるようである。

まず、裁判に関係あろうがなかろうが、医師は診断書の交付を請求されたら、正当な事由がない限りは拒否できない（医師法第19条2）。このことを忘れてはならない。また、何人も裁判所が求めたときには、証人としての証言を義務付けられている（伊藤³⁾）。医師の場合には、若干の証言拒絶権が認められている（刑事訴訟法149条、民事訴訟法第197条1項各号）が、それは医師の守

表2 証人と鑑定人

	証人	鑑定人
代替性	ない	ある
忌避	できない	できる (法214条1項)
報酬	日当 (費用法18条1項)	鑑定料 (費用法18条2項)
指定する者	当事者 (規106条)	裁判所 (法213条)
法的威嚇	偽証罪 (刑法169条)	虚偽鑑定罪 (刑法171条)
勾引	され得る (法194条)	されない (法216条)

*表中「法」とは民事訴訟法を、「規」は同施行規則をさす。

秘義務を確保して患者を保護することを目的としたものであり、保護されるべき患者がその利益を放棄した場合に医師が証言拒絶権を行使することは認められない。つまり、裁判所が求め当の患者が望むならば、医師はその患者に関して診療上知り得た“秘密”をも法廷で証言しなければならないのである。

これは、権利ではなく義務である。

3. 証人、鑑定人、そして鑑定証人

証人の役割と鑑定人のそれとが混同されてはならない。

端的に言って証人とは、自己の体験を語るものである。それに対し鑑定人とは、専門的経験則による判断を述べるものである。両者のちがいを表2に掲げておく。

ところで、他の専門職と同様われわれ医師が証人として法廷に立つ場合には、自己の体験した過去の事実について述べる際に、医学的知識がなければ知りえなかったであろう事実や、事実についての医学的判断が混入することは避けられない。そのような証人は「鑑定証人」と呼ばれる。わが国の法体系では、専門証人は鑑定人ではなく証人として扱われる（刑事訴訟法174条、民事訴訟法217条）。

このように、証人であっても専門的判断を述べ

ることはできる。

4. 精神鑑定 of 公正性

既に述べてきたように、医師は患者や裁判所からの要請に応じて診断書を書き、裁判で証言しなければならない。裁判当事者の主治医もその例外たり得ない。主治医であっても、裁判で医学的判断を述べることはできる。

しかし、鑑定——私的鑑定ではなく裁判所の選任による“正式な”精神鑑定——となると話は別である。鑑定の中立性の確保のためには、主治医が鑑定人（鑑定医）を兼ねるのは望ましいことではない。治療者としての役割性と司法的役割性とは区別されねばならない。

たとえば、治療者というものは患者の訴えを傾聴しそのまま受容すべきであるとされる（筆者は下坂¹⁰⁾と同様の理由で、治療場面においてもそのような立場はとらないが、ひとまずここは措く）のに対し、鑑定医は被鑑定人の言うことを“鵜呑み”にはしてはならないとされる。

このことは従来、もっぱら「鑑定医は、被鑑定人の作話や虚言にだまされぬよう細心の注意を払うべきである」という文脈で語られてきた。筆者とて、そのことの重要性を否定するものではない。しかし、それだけではまさに“片落ち”というものである。そういった被鑑定人の「過剰」な陳述に注意すると同時に、陳述が「過少」なものでないかということにも常に注意しなければならない。具体的には、解離性健忘が問題になる。

筆者が関与した裁判例を挙げる：

雇用者による強姦被害を訴える30代女性、A子。刑事不起訴決定後に民事訴訟を起こす。被害当日帰宅後にA子は加害者の名前を叫びながらシャワーを浴びていたと母親は証言したが、本人はまったく覚えていなかった。そのほかA子には、被害の前後の自己の行動について記憶の斑状の欠落があった。一審では、A子の陳述は全般的に信頼がおけないとされ、敗訴。二審では筆者が、「否認したところで自分には有利にならないようなことに関する記憶をA子は欠い

ており、この記憶の欠落は解離性健忘である可能性が非常に高い」という意見書を提出。二審では逆転勝訴となった。

敢えて不遜を省みずに言うならば、法律家には一般に、「核心においてあいまいな供述は信頼できない」という“ドグマ”があるようである。しかし、それは当事者が心的外傷体験をこうむった後や解離性障害に罹患しているときにはあてはまらないことがある。この点について法律家を啓発していくこともまた、われわれ精神科医に課せられた重要な責務であると、私は思う。

5. 鑑定における PTSD 診断と“事実認定”

伊藤⁹⁾によれば、裁判官が事実を認定するためには経験則の助けを借りなければならないが、経験則には一般に通常人が知っており当然裁判官にも備わっていることが期待されるものと、そうでないもの（高度に専門的な経験則）とがある。後者に関して、経験則の内容が当事者間の争いの対象となった場合に、裁判官は鑑定によって知識を補充する。

さらに伊藤⁹⁾によるならば、鑑定において——精神鑑定に限らず鑑定では一般に——、裁判官からの「鑑定事項」に答える際に鑑定人に求められるのは、一般的通用性をもつ経験則の（当該事例への）適用である。「事実」を認定するのは鑑定人たる医師の任務ではない。

日常精神科臨床においては、精神科医はまず、PTSDを生じせしめるような(DSM-IVのPTSD診断基準¹¹⁾のA項目を満たす)心的外傷体験が存在したことを確認し、次いでそれを原因として生じたと考えられるPTSD症状が出揃った(同診断基準のB~F項目を満たす)ときにPTSDという診断を下す。ところが、公判上の精神鑑定においては、その心的外傷体験となった出来事がほんとうに存在したかどうかということが裁判で争われていることが多い。

被鑑定人にPTSDへの罹患が疑われる場合に、PTSDの臨床症状(DSM-IVの診断基準¹¹⁾のB~F項目)が出揃っていることを根拠にして、い

みではないが、A市立病院では、院外薬局の調剤ミスによって生じた患者の被害について主治医が証言するのを、病院の幹部（事務方）が妨害したという事件があった。B県では県立女性センター（男女共同参画センター）の所長（当時）が職権で部下のカウンセラー（医師ではないが）の裁判証言をやめさせた事件があった。もちろんこれらは、わが国の法に照らして不法な行為である。

こういったさまざまな“逆風”の結果、精神科医は時代の要請に逆行して、裁判に対してますます“腰の引けた”状態に陥りつつあるような気がしてならない。私の杞憂であればいいのだが。

7. おわりに

しかし、逆風ばかりではない。順風も吹き始めている。

最高裁は最近になって、「鑑定人に配慮した鑑定手続き」をスローガンとして掲げ、「鑑定人の負担が大きい」「鑑定人尋問で不適切な尋問を受ける」などといわれる現状の改革を進めている⁸⁾。

私は本演題で、精神科医が裁判に関わる際の困難について、やや強調しすぎたかもしれない。実際には、ここで書いたような幾多の困難はあるにせよ、裁判に関与することでわれわれ精神科医が日常の実生活上——職務上あるいは私生活上——の不利益をこうむることはまず絶対がない。裁判は怖くない。

だから、精神科医には今後はどしどし裁判に関

与していただきたい。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. American Psychiatric Press, Washington D. C., 1994. (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996.)
- 2) 橋爪きょう子, 小西聖子, 柑本美和ほか: 司法に関連する外傷後ストレス障害 (PTSD) ——類型化の試み——. *トラウマティック・ストレス*, 4; 21-37, 2006
- 3) 伊藤 真: 民事訴訟法 補訂版. 有斐閣, 東京, p 326, 1998
- 4) 伊藤 真: 前掲書, p 342
- 5) 岩井圭司: 民事賠償裁判における精神的被害の法廷評価. *精神科治療学*, 17; 417-424, 2002
- 6) 岩井圭司: 被鑑定人死亡後の精神鑑定——PTSDから自殺に至ったと考えられた性被害の一例——. *トラウマティック・ストレス*, 4; 15-22, 2006
- 7) 岡田幸之: PTSDの精神鑑定ガイドライン. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 外傷性ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班編: 心的トラウマの理解とケア, じほう, 東京, p. 229-234, 2001
- 8) 最高裁判所: 鑑定人 CD-ROM. 最高裁判所.
- 9) Simon, R. I.: Forensic psychiatric assessment of PTSD claimants. *Posttraumatic Stress Disorder in Litigation 2nd Ed.* (ed. by Simon, R. I.), American Psychiatric Press, Washington D. C., p. 41-90, 2002
- 10) 下坂幸三: 精神病理学が目指すもの. *精神病理学的接近と心理療法的接近の協働*. *臨床精神病理*, 22: 121-127, 2001