

任能力ありとされているケースは、入っていない？

ガン：

この 80 名というのは、当然、裁判所で精神障害者とされた人達のみを言っています。当然ながら、殺人が起こった場合は、必ずそこで行われるのは精神鑑定なのです。それによって、もちろん精神障害ではないとされて刑務所へ送られる場合もあります。この 80 名というのは、当然ながら、殺人が行われた中でも、きちんと精神鑑定によって精神障害とされている人達のことです。

吉川和男（埼玉県立精神保健総合センター；以下、吉川）：

日本の犯罪白書で、精神障害者で犯罪を犯したという数字にあたるのが、この 80 名です。

加藤〔久〕：

私の経験でいいますと、ブロードモアは、大体、収容者数が 500 名くらいで、そのうちの4分の1が、人格障害というようになっています。そういった人達は、殺人事件であろうが、何であろうが、とにかく人格障害という理由で、ハイ・セキュリティの所に送られるのか、それとも、殺人事件のように危険性があって、しかも、人格障害があるから、ハイ・セキュリティのグループに送られるのか。

私が留学した時代には、3分の1近くが 20 年以上収容されていた。先程、ハイ・セキュリティは 6 年という平均収容期間だと聞いたが、危険な人格障害者で、ブロードモアに送られたときに、そういった人達の収容期間は？

ガン：

もちろん、その 20 年以上という数字に関してですが、当然のことながら、両極端に分かれると思います。私のところの病院などでも、ずっといる人もいます。先程、言いました 6 年というのは平均です。一応、あるべき姿として、治療がうまくいった例としましては、ハイ・セキュリティで、治療を始めて 6 年くらいそこにいる、そして、良くなってきたところでミディアムに移って、最終的には自宅療養か、特別療養施設に入って、最終的には外来ということになる。当然のことながら、一生の間、治療を受けて、それでも、ちゃんとした人生が送れる、それが私達の理想としているものです。

加藤〔久〕：

例えば、20 年以上収容せざるを得ない人達には、一体、どういう治療をするのか。結局、社会に対する危険性があるから入れておくのか、治療の可能性はあるけれども、なお危険性を有するから入れておくのか、その辺のところは？

山上：

ハイ・セキュリティとミディアム・セキュリティと、両方の施設で、セキュリティの全体を見ているわけなので、その役割をどう分けて、患者の治療の在り方とか、患者自身も、どういう基準で分けて、どういう治療を行っているのか、ということもお聞きしたい。

ガン：

特に、治療施設に入れられている人達で多いのは、分裂症の人なので、その分裂症に限ってお話をさせて頂きます。

ハイ・セキュリティに関して、どういう治療がされるかといいますと、薬剤治療、サイコセラピー、教育作業を通じて、ソーシャル・ワーク、つまり、外の世界とどのように関わっていくかということをソーシャル・ワーカーと一緒にやっていきます。

ハイ・セキュリティからミディアム・セキュリティに移るときには、2つの病院のドクターが、移送に関わるということです。当然ながら、そこに移される時に、そこに移っても良いというふうに言うのは、全く医療的な見地から見て良いかどうかを、彼らは助言するわけです。

もう一つ、ミディアム・セキュリティの方から、治療チームが来て、一応、患者を診まして、大丈夫だということも必要になります。ただ裁判所において裁判にかけられる時に、この患者は、移してはいけないとされることがあったり、特に、内務省の方から、有名な事件とか、マスコミを騒がせたような事件の場合には、うるさく関与してくるわけですが、それでも、そ

うではないケースでは、通常、ドクター同士の意見が一致していれば、内務省は何もいわず、そのところで移ることができるということです。

患者さんが、もう1つ特別病院から出る方法としては、精神医療審査会に抗告する方法がある。精神医療審査会というのは、その医師と外部の医師と民間人の三者で構成されていますけれども、その人たちに訴えて、自分がもう病院にいる必要がないということについて、第三者機関に認められれば、それは内務省の意見によらずに退院させることができる。そのように、完全に自由になる。拘束命令まで外す。数は少ないが、完全に自由になって出るということも考えられる。それは、人権の擁護の観点から、拘束命令を監督しているような感じになるので、その場面で真面目に、内務省が監督してないと、人格障害の人を退院させてしまう。完全に退院させてしまうと困るから、ブロードモアから、もうちょっと軽い段階のところに移したりして、双方向の関係から患者の治療をしている。制限命令の対象者だけではなくて、精神科の患者は全部、抗告できます。

武井：

ハイ・セキュリティは本来役割として必要か。

ガン：

もちろん皆が皆、ハイ・セキュリティから始まることはないわけであって、ミディアム・セキュリティの場合もあるわけです。司法精神医学で、一番、大事なことは、扱っている事件が殺人だけではないということで、全てがハイ・セキュリティで扱っているわけではありません。そういったことの評価の上で、一番、大切なのは、まず社会にとって安全かどうかということと、この患者さんは治療にどれくらいかかるかということなわけです。もちろん、安全性を確保するために長期間いなければならないこともあるわけですが、やはり、このハイ・セキュリティ、ミディアム・セキュリティに関しては、私達が、一番、悩んでいるところでありまして、世論の中でも、やはりミディアム・セキュリティこそが、一番、必要なものであると言われています。しかし、やはり分裂病等の場合には、どうしてもハイ・セキュリティが必要な場合が数多く見られることも事実です。

先程のベッド数についても、これは要らないという声があって、500くらいで良いという声があることも事実です。

武井：

治らない人を何処が抱えるのですか。

ガン：

特別な施設というのは必要だと思いますけれども、それが高い壁で囲うという必要は絶対にはないわけです。イギリスで、どうしてハイ・セキュリティの施設があるかという、それは政治家達が、特に後押ししていることによります。高い壁で囲ったそういう施設を造れば、それだけで役に立ったような気がしているけれども、その壁自体は何の治療もしてくれない。

特に治療の関係で大切なのは、そこにいる人達はリスクを負っているということです。ですから、それに対して、その施設がどういうものであれ、普通の病棟と違うものがあってはいけないうのだけれども、そのために特別なナースとか、特別なスタッフということは必要になってくるだろうけれども。

本当に危険で処遇の難しい人達は、イギリスでも特別な所に入れる必要があるのだけれども、そういう人達でも治療という過程で、段々に保安の低い所へ移送されて、そこで治療を続ける。

オーストラリアのビクトリアにあるミディアム・セキュリティのところは、日本と大変似ている、英国モデルを使って行っているものですが、おそらくいちばん日本の状況と近く、しかも非常にうまくいっていると思うので、それを見られるといいでしょう。

山上：

日本ではセキュリティ・ユニットがないから、英国のようなあれだけのシステムで面倒をみきれない人達について、更に治療を、ということがあり得るだろうかという、そういう疑問があったのです。しかし、イギリスではそういった患者には、ハイ・セキュリティでの長い治療を想定しているのではないかと感じているのですが、面倒をみきれない、しかしスペシャル・ホスピタルではできるといふ治療のプログラムがあるのかどうか教えてください。

ガン:

まずハイ・セキュリティのところでは何ができるかということなのですが、レベルはあまり関係がないと思います。しかし、ハイ・セキュリティはサイズが大きいということで、そういった意味ではスペシャライズド・モード、つまり特別で専門的な治療をすることができる。例えば、小さめのコミュニティをつくりあげることでもできるわけです。但し、ミディアム・セキュリティ・ユニットでも、スペシャライズド・モードをつくっていきこうという動きはあります。例えば、私が勤めているベツレムでも、あと2~3年後には、そういった人格障害を抱えている人達だけの病院をつくらうと思っていますし、おそらくブロードモア等で働いている専門家達を呼び寄せることができるのではないかと思います。

一番、問題になっているのは、様々な精神的な問題を抱えている人達を受け入れていますから、大きなサイズがあれば、それなりの能力も伴うわけなのですが、ただ、そういったことが言えるだけで、治療には、あまり影響がないのではないかと思います。ただ問題として、あまりに特別化していきますと、最終的には、その治療施設の中だけで完結してしまって、薬剤を投与するだけに終わるといった危険性もあります。

しかしながら、小さければ小さいほど、そういったシェアが広がらないので、結局、薬物療法に限定されておさめてしまうということもある。だから、ある程度の広さは必要です。

山上:

そういったシステムの変化の時に、医療者はどういう体験をしたのか。新しい試みの中で、どういったことを最初に経験して学び、或いは、そこで治療される患者がどういったふうに変わっていったのか。

ガン:

患者を受け入れるために、ベッド数が少なすぎるということで、いつでも、どの患者の受け入れを採用するかということで、大変な問題が起こっています。しかし、ハイ・セキュリティにいるから、何かスティグマを受けるというような感じには、全然、なっていないし、例えば、ハイ・セキュリティとミディアム・セキュリティの間で動き回って、治療していくということも、私達には、良い経験になっています。但し、いつでもそういった意味での、緊張感があって、上から移送されてくる患者さんがいたら、そういった人達を受け入れることはできないということもあるし、そこに裁判所等も関わってくるとか、いろいろな問題がありますので、今の一番の問題は、ベッド数が少ないということです。

スペシャル・ホスピタルが、いっぱいになって、ミディアムの施設が、必然的に増えたという、ただそれだけの結果で、そこでやっている医療の中身は変わらない。

1970年代、バトラー委員会の報告以前におけるスペシャル・ホスピタルの問題というのは、とにかくあまりに患者が多すぎたということ、それに対して医者数が少なすぎて、また医者になりたいという人もいなかったし、同じように医者に対するトレーニング・システムというものも全くなかった。

バトラー委員会は、患者が多すぎるということから、出来た委員会でありまして、それまでに当然ミディアム・セキュリティ・ユニットを地域毎につくらうというような意見があったのですが、予算がつかなかった。

バトラー委員会が出来て、2つのことが変わった。1つは、地方毎にミディアム・セキュリティ・ユニットをつくるための特別な資金ができたということで、もう1つは新しいトレーニング・システムを、パターン化して作られたということです。これは、別に、精神病院だけでなく、医者という全般に対してのトレーニング・システムのことをいっています。特に、モズレイが、リーダーシップをとって、このトレーニング・システムを作り上げてまして、このモズレイは、現在、司法精神医学に携わっている精神科医の半分以上を育て上げてきています。ですから、そういった意味でサービスの充実ということ、後は、医療従事者のトレーニング・システムを作り上げることが大事です。

五十嵐禎人（東京都精神医学総合研究所；以下、五十嵐）:

以上を補足しますと、イギリスでは、司法精神科医としての専門的な知識、臨床能力があるということの証明を学会が出す。一応、精神科医として独り立ちする前に、レジストラとしての研修を3年間やって、その間に2回にわたって試験をする。それに通ると、MRCEという会員になる、それで精神科医として一通りのことができる。そこから先にいろいろな種類の専門のトレーニングの部門が6つくらいあって、その中の1つ。3年間で、ミディアム・セキュリティ・ユニットとかハイ・セキュリティ・ユニットとか、刑務所の中の医療機関とか、コミュニティの中の診療所、或いは、拘留所みたいなところ、そういうところで半年くらいずつ研修を続けて、研修が終了すると、この人は一人前の医者であるという認定を学会がする。その認定を受けると、だいたいコンサルタントの職にも応募でき、採用されると、はれてコンサルタントになる、という経緯があります。

ガン：

強制入院させるために証明書を書くということに関しては、全く最低限の基礎的な精神科医としてのトレーニングを受けているということなのですが、当然のことながら、それだけでは絶対に駄目で、スペシャリストになるためには、ロイヤル・カレッジ試験というものを受けなければいけない。専門家としてのトレーニングが始まり、これがコースによって3年から4年で、コースについてはロイヤル・カレッジが監督をして、このトレーニング・コースに認可を与えている。そのトレーニング・コースを1つずつ終える際には、口頭試問みたいなものがある、そこでの研修がちゃんと終了したということ積み重ねていって、3年～4年で資格をとる。この資格はヨーロッパ中、何処に行っても通用する資格になっています。

加藤 [久]：

ドイツの研修システムに参加した時、検事、現役の最高裁判事、ソーシャル・ワーカー、スイスの司法精神医学の権威、ミュンヘン大学の学者、こういった人達がトレーニング・コースに立ち会って、若い人達に一週間合宿をして講師をしている。そういうことを、イギリスでも、しているのですか。或いは、こういうやり方はイギリスが始まりだということも聞いたように思うのだが。

ガン：

イギリスでは、精神科医がやることというのは、あくまで治療的な側面であって、法律的な問題というのは全く関係がない。あくまで、その患者が何が必要で、どういような治療をしていくか、治療が出来なければどういようなサービスをしていけばこの人が良くなるのか、あくまでメディカル的な問題に係わっていくのであって、トレーニング・コースに、法律家が入ってくるということはまずない。

あと、他に、ナース等も、ナース自身で、独自のトレーニング・コースをもち、ソーシャル・ワーカー等も同様である。あくまで、それぞれの分野でトレーニングしている。

加藤 [久]：

昨日の学会でもそうでしたが、新たに立法をする場合に、法律家が司法精神医学の実態をある程度知る必要があると思う、ドイツでもそのようなつもりでこのようなトレーニング・システムができていたと思うが、その点はどのように考えられるか。

ガン：

お互いに訓練しあう、お互いに学びあうということはとても大切だと思いますが、しかし、ドイツと私達のシステムは全く違うということです。

私達は、あくまで医療的な意見を言うという立場に立っているのであって、特に、裁判で判断をする場合というのは、双方の意見を聞いてどちらが正しいかということを法律的に判断することだと思います。そこにテクニカルな医学的で専門的な知識というものが、はたして必要なかどうかということは、2つの意見を聞いて正しさを法律的に判断することと、あまり関係がないと思います。

そういう意味では、法律というものと科学というものは全く違う世界のものだと思うのです。例えば、責任能力ということ先程からおっしゃっていますけれども、法律の世界では責任能力という言葉は、抽象的なものであり、或いは、主観的なものであったり、哲学的なものであったり、社会性を帯びていたり、個人的な問題であったりします。しかし、私達、科学を行う人間にとっては、責任能力という言葉は、何がこの人にとって最も大切なのか、どうしたらこの人のことをよりよくできるのか、そしてどうしてこの事態を管理していったらよいのか、そういったことを研究して、それがそのまま良い方向へ向かうこと、それを目指しているわけです。

また、責任能力ということに戻りますけれども、これは議会の行うことであります。ですから、科学者が口に出すことではないと思います。責任能力の問題というのは、あくまで政治の問題で、法律家の問題なのだと思います。ただ、それに対して、私達は、アドバイスを行うという立場にあるのであって、当然ながらそういった意味では、法律について勉強致します。但し、法律家のやっている領域に足を踏み入れようとは思いません。私達の行っている助言というものが、法律家に大きく役立っていることも事実だし、そういった意味で私達は何も抵触することなくうまく手と手を取りあっていると思います。

責任能力の問題で、特に医療関係の問題で有名な例を挙げておきたいと思います。19世紀の間中ずっと、20世紀に入っても前半はそうでしたが、イギリスでは、ホモセクシュアルは重罪に値したものです。有名な例は、オスカー・ワイルドというアイルランド系英国人の劇作家がいますけれども、彼はゲイとしても有名で、長年付き添ったボーイフレンドもいたわけですが、彼が行ったことは、常に世論を刺激し、公の場でホモであることを隠さなかった。映画になったのでお分かりのように、彼はその後で有名な裁判にかけられまして、有罪になりました。そして、4年間の刑、重労働を科せられました。その結果、彼はまったく金銭も失って、最終的にはフランスに逃亡して死ぬことになるのです。

つまり、システムによって、一人の人生を全く叩きのめしてしまったわけです。但し、その時から医学的な観点として、ホモセクシュアリティというものの考え方は変わりません、現在に至るまでそれは研究され続けてきています。しかし、法律的な扱いの細部は、変わってきている。特に1960年代には、ホモセクシュアリティは精神病でもなくなったし、罪に問われなくなっている。

私個人の意見としては、精神科医というものはリーガル・アセスメントに関わるべきではないと思います。そういうことを始めますと、最終的には裁判所で、判決について、私達が意見を言うようなことになるとも限らないからです。

一番、問題になっているのは、死刑のことで、アメリカで、やはり最終的にどうして死刑になったのかといえ、特に危険だからということなのですが、それに対して、本当に危険かどうかというのは、医学的意見が必要になってくるわけです。結局、死刑判決を行うのが法律家の方ではなくて、私達、ドクターの方になってしまう。これは、大変な脅威になるわけです。アメリカでは、実際にそれが起こっているわけですから、日本でも起こるかもしれません。

加藤 [久]:

治療は精神科医、治安は法律家というように分けていても、一般の人には、それが分からないと思うが。

ガン:

裁判官に対しては、ちゃんとしたトレーニングが与えられているわけですし、イギリスは陪審員制度をとっていますから、陪審員の人達にもそういった経験はしてもらうようにしています。例えば、刑務所を見に行ったり、病院を見に行ったりします。ブロードモアでは、私も一緒に見て回ったことがあります。見学者に、そこで目から鱗の経験してもらったこともたくさんあります。私自身も、もっと法律的な議論等にも加わりたいと思いますが、やはり役割分担というもの、しっかりと区別しておく必要は絶対にあると思います。

山上:

新しいシステムを日本でつくるときに、精神科医は非常に難しい立場になると思うのです。それで心配しているのですが、日本の法制度ですと、精神障害者を法的な能力がないということで、責任を追及しない、不起訴にする、その段階において、精神科医に、その患者は危険性があるから拘束しなければならないという判断をするための意見を求められることになります。それは精神科医の意見が、拘束面での最大の要素にされる可能性がある、それは私は決して好ましいことではなくて、やはり重大な犯罪をしているが、責任能力の問題で刑罰を科せないということから、治療的な拘束の命令が司法の側からあって、医者はその適切な治療の在り方を意見するという役割の分担があるべきだと思うのですが、日本の制度上それが難しくなると思って心配しています。

ガン:

精神科医は、精神障害があるから拘留する必要があるということは言えるわけですが、行った犯罪のために拘留するべきかというのは医療上の要請ではないわけです。というわけで、一番、大切なのは、やはり社会の安全性において、その人がどういう状態にあるかということが、きちんと裁判の段階で行われるということが大切になってくるわけです。

意思能力というのは、ごく限られたケースで、グレーゾーンの場合があります。意思能力がない人がそのまま裁判を受けさせられるのは、不正義であるけれども、出来るだけグレーゾーンを少なくするように医者はしなければならない。

武井:

日本でスペシャル・ユニットを造るときに、どういう場所に造ったらよいでしょうか。街の中か、山の中か、総合病院か。

ガン:

新しい施設を造るには、沢山の政治的な絡みや、大変な努力が必要なわけで、当然、イギリスの中でも石を投げられ

たり、非難されたりすることはあります。しかしながら、最終的に妥協に落ち着くということです。一番、大事なことは、ここでのヘルス・サービスの充実、あと政府がどれだけの資金を出すかということで、未だにそういったことの争いは続いております。ある意味で、昔からその場所にそういった精神病院があれば、そこに、また新たに造るということはできるわけですが、なかなかそういうことばかりではない。計画を立てて、着工するまでというのが、一番、大変なところで、最近の例では、ロンドンでミディアム・セキュリティ・ユニットを建てようという計画があったのですが、やはり住民の反対にあって、建てかけのまま止めなくてはならなかった。そこで、建てかけのまま、他の場所に移したのですが、そちらの方がずっと良かったというのは、それだけ地域社会に近かったということがあります。

加藤 [久] :

これは、ドイツの例ですけれども、24歳の精神分裂病の男が、病院の自由散歩の時間に7歳の女の子を強姦してナイフで殺したという事件がありました。小さな村なのですが、この事件が起きて3時間後に、病院近くの住民3000名の「出ていけ」という署名が集まった。ソーシャル・ワーカーが、自宅訪問を怠って、薬が切れた間の犯行だったので、結局、病院とソーシャル・ワーカーが責任をとらされた。

例えば、イギリスで中間施設でこういう事件が起きた場合、専門家として、どういうふうに住民感情と対していくのか。こういう事件が起きると、ドイツの場合は、直ぐに特別委員会をつかって、責任の所在を追及していくけれども、イギリスの場合も関係者の責任の所在というものを、どういう形でとるのか。

日本の大阪の事件の場合は、今のところ誰も責任はとっていないが。

ガン :

全てのシステムというのは、やはり危機を伴うものです、当然ながら政府が行っていることや、特にコミュニティ・ケア(社会の中で治療)では、間違いも起これば、失敗もあるわけです。

ドイツの例は、私も、詳しくは知りません。但し、大切なのは、ここで人が死ぬということよりも、システム自身に問題があるということに目を向けていかなければいけないわけです。システムの欠陥というものをどうやって補っていくか、そしてそういったことが起こらないために、どうやって予防処置をとっていくかということが、一番、大切なわけです。

新しいシステムをつくる時に、大々的に、物事が変わるといことはあり得ないわけで、全て物事はゆっくりゆっくり良くなっていくわけです。ただし、大切なものが4つありまして、これが1つでも欠けてはいけません。

1. まずは資金の問題
2. どれだけの専門家を揃えられるかということ
3. そのチームシップ
4. そのチームが物事に取り組むときの姿勢

このうち、どれか1つでも欠けると、上手くいきません。逆に言えば、それさえ揃えば、取り敢えず大丈夫だということが言えると思います。

あと、もう1つ大切なことは、あまりに速く物事を進めすぎる、又は、あまりに物事を大幅に進めすぎることをしてないことです、それが一番大切なことだと思います。先程、話に出たように、子どもが殺されたということは、その人達にとっては大変な悲劇でありますけれども、それよりも、もう一回立ち戻らなくていけないのは、そこで行われているサービスそのものが危ないというだと思われるわけです。但し、努力した結果得られる利益というものは、こういう小さな危機よりも、いつも大きなものです。そのことも頭に入れておかなくてはなりません。

武井 :

司法精神病院で治療する患者さんの対象ですけれども.....分裂病は分かりましたが、覚醒剤等の薬物関連の場合はどうでしょうか。人格障害の治療はやるべきではないと思うのですが、この辺りを全部ミディアム・セキュリティで引き受けているのでしょうか。

ガン :

先程、申し上げたことと少し関係することになりますが、たぶん、もう少し小さなユニットから開始することになると思います。まず最初に精神病を罹っている人達から、治療を始めるべきだと思います。もちろん、これに対しては有り難いこ

とに政府の方から予算が出ておりまして、精神病以外の他の病例も治療することが出来ます。例えば、人格障害や分裂症、これは時々オーバーラップすることもありますけれども、それに対しても予算が出ています。今のところは、別々のユニットでやるべきだと思います。

薬物乱用に対してなのですけれども、これはメディアム・ユニットの中では、治療しません。これが大変な問題になっているのは、どういうことかといいますと、セキュリティの問題があります。そういった者の全部が投獄されてしまう。但し、これはヘルス・サービスの問題として扱わなくてはいけないことでもありまして、これらの者に対する大々的なキャンペーンを行っております。そういった人達も、治療の対象にするべきだということで動いております。

もし、そうなった場合に、これも先程、挙げたような人格障害や分裂症の人達と違うユニットをつくるべきだというふうに考えております。

武井：

日本では、薬物患者をも、一般病院で抱え込んでしまうのです。警察へ戻せなくて。

ガン：

イギリスでは、やはり受け入れる段階で、ちゃんとした審査が行われています。医者の判断というものがきちんとなされているということで、例えば、刑務所へ行って手に負えなくなったような薬物乱用者は私達の所は絶対に引き受けないことになっています。よくあるのは、例えば、刑期の一環として治療があつて、その場合には治療が終わった後で、もう一回、刑務所に戻すということはやっています。向こうから一方的に送られるということはありません。

武井：

ほとんどの薬物乱用者は精神的な欠陥をもっている人達が多いのですが、最初、病院へ送られてくる場合にそういう患者がいる場合はどうですか。

ガン：

1年で6人くらいしか無罪という人がいないので、問題にはならないということです。そういう経緯で入ってきた場合に、とにかく良くなれば退院させることは、医師の判断で出来るということです。もう1つ、ホスピタル・オーダーで、内務省から「制限付きで」と言われた場合、その患者が、良くなった場合は、内務省に申し出て、「病状が良くなりました」ということを報告すればいいだけである。大切なのはフォローアップで、出した後でのアフターケアをどこまできちっとやるかということです。そのことが、一番、問題です。

薬物をやっていて同時に犯罪を犯したような人に対して、例えば、その人が良くなっても、その犯罪に対しては何らかの禊ぎを行わなくてはいけないのではないか、という考え方があります。それに対しては、その者が投獄されるべきなのか、それとも病院に収容すべきなのかということについて、裁判所で判断されるべきであります。病院がそこにどうやって関わってくるかといえば、医者のアドバイスを得た結果、この人は病院に入った方が良いというように判断した場合です。一番の問題は、刑務所以外のところで、こういった薬物患者に対するサービスが確立していないということですが、そういった問題を解決しなければいけない。

イギリスは、当然ながら特別な治療施設というものがあるのですけれども、重大な危険性を伴う人達というのは、そこでは面倒を見切れません。医師の間でもそういった者に対する特別のプログラムをつくる必要があるという意見があります。

ヘニング・ラトケ教授（ザール大学・ドイツ）御講演

「ドイツ刑法における改善・保安処分制度に関する最近の動向」

ザール大学 (Saar-Universität in Saarbrücken/Deutschland) のヘニング・ラトケ教授 (Prof. Dr. Henning Radtke) は、2001年10月10日における慶應義塾大学とザール大学の学術交流「Saar Tage」の特別シンポジウム「グローバル化した社会生活における日独法曹教育の役割」における講演のため来日された。

同月13日、第3回医事刑法研究会においてラトケ教授を御招きし、同教授は「*Neuere Entwicklungen bei den Maßregeln der Besserung und Sicherung im deutschen Strafrecht*」というテーマで御講演された。

以下は、同教授の御講演の内容について、研究会主催者（加藤久雄・慶應義塾大学法学部教授）が翻訳したものである。

[1] はじめに

私達は、人間社会が存在して以来、何時の時代にも社会の共同生活の規則を侵害する者と闘ってきました。彼らによって侵害されるものというのは、社会の法益や個人の利益、財産および諸権利に関するものであります。

個人が規則を犯すと、他の構成員の保護法益が危険に晒されることとなります。こうした法益侵害の危険性を防止するために、人間社会は「刑法」という道具を作ったのです。このように法により社会の秩序を維持する国家こそが「法治国家」と言われるものであります。刑法の課題は、国民あるいは国家の法益の保護にあるのです。法益保護の目的というのが、憲法によって保障された犯罪行為者の法的地位への刑法による介入を正当化するものなのであります[†]。

刑法は、様々な種類と方法で、法益を保護するその課題を実現します。刑法が規定されることによって、国民は刑法が規定している犯罪行為規範に従って、その行為を行うことになるし、それによって、国民が犯罪行為を行わないようになるという一般予防的な効果が生じるのです[‡]。

しかしながら、仮に、ある者が犯罪行為を行ったときに、国家は、この法侵害行為を行った者に対しては、典型的なやり方として刑罰の賦課をもって対応してきました。犯罪行為者に刑罰を科すことによってどのような効果が生じるかについては、長い間、様々な「刑罰理論 (Straftheorien)」[§]、または、「刑罰目的論 (Strafzwecktheorien)」の間で論争されてきました。

しかし、私は、本日は、ここでは絶対的・相対的刑罰論の間の論争や個別(特別)予防論・一般予防論の間の論争等については言及致しません[§]。

本日は、特に、ドイツにおける犯罪行為者に対する国家のもう1つの刑罰的対応である刑法61条から72条までに規定された「改善・保安処分 (Maßregeln der Besserung und Sicherung)」について検討していきたいと思えます。

[2] ドイツ刑法の制裁システムとしての二元制の概要

(1) ドイツ刑法は、1933年以来^{**}、犯罪行為を行った者に科せられる2つの異なった制裁形式を採用してきました。有期・無期の自由刑や罰金刑(刑法38条以下)といった伝統的な刑罰制度に加えて、改善・保安処分(刑法61条～72

* ヘニング・ラトケ教授は、1962年5月9日、リューベックで生まれた。1980年にカッセルで卒業資格試験に合格し、兵役を済ませた後、1983年から1987年まで、ゲッティンゲン大学法学部で勉強し、その間、1987年から1989年まで、ロース教授の副手、92年に助手となった。1997年7月に、同教授の受理した論文により学位を取得した。1997年11月に教授資格を取得した。1998年夏学期に、ザール大学教授(C3)の招聘を受け、99年夏学期に就任した。法学研究72巻11号(1999)7頁以下参照。

† Roxin, Strafrecht AT, Bd. 1, 3. Aufl., 1997, § 2 Rn.1-43.

‡ Vgl. Jakobs, AT, 2. Aufl., 1/14-16.

§ そのような様々な刑法理論については、Roxin, AT 1, § 3 Rn. 1-47.

** “Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Besserung und Sicherung” vom 24.11.1933, RGBl. I, S. 995.

条)制度が採用されました。

この2つの異なる制裁形式のことを一般に、制裁システムの「二元制(Zweispurigkeit)」と言っております*。この二元制は、既に1882年の「フランツ・フォン・リスト(Franz von Liszt)」の「マールブルグ綱領」の中で、提唱されたものでした。そして、ドイツ刑法が、この二元制を採用することにより、犯罪行為者の(個別の)多様なタイプに対する予防的・効果的な最大限の法的効用の可能性が期待されたのであります。

およそ15年程前から、ドイツ刑法学や犯罪学の分野において、上述の「刑罰」と「処分」の二つのシステムに加えて第3の制裁システムとして「加害者＝被害者＝和解(TOA)制度(Täter-Opfer-Ausgleich)」と呼ばれている新たなシステムが加わりました†。

この「加害者＝被害者＝和解(TOA)制度」は、基本的には、加害者と被害者が物質的・精神的に納得のいく和解が得られる時に、もはや犯罪行為に対する国家の介入の必要はないとするものです。

この和解制度は、軽い刑罰を必要とする犯罪に限定して適用され、刑罰適用を出来るだけ限定的に、謙抑的にしていくことに資するものです。この制度は、ドイツ刑法の46a条(Täter-Opfer-Ausgleich: Schadenswiedergutmachung)に規定されています。

この刑法の規定は、手続き的には、刑事訴訟法の153a条1項以下で補強されています。この「TOA制度」は、刑法の中に「Mediation(調停・仲裁)」という形式を導入したものです。

(2) ドイツの刑法は、その制裁制度において刑罰と処分についての2つの異なった目的をもっています。つまり、その目的は、憲法と刑法の最も重要な原則である「責任原則(Schuldprinzip)」から導かれます‡。ドイツ刑法は、周知のように、厳格な「責任刑法(schuldstrafrecht)」を採用しています。つまり、責任刑法とは、ある行為者が、違法な行為を責任ある状態で行った場合にのみ、憲法原則に従って、刑罰(Kriminalstrafe)によりその者を処罰できるとする考え方があります。その行為者が、他に行為する能力があったにもかかわらず、具体的な「行為の時」に、違法に行為した者は「非難」されるとするものです。しかし、精神病であるとか、子供(14歳未満)であるために、自身の行為が禁止されているものであることを認識できなかったり、その認識に従って行為できなかったりということが明らかである場合には、もはやその行為には、責任を問うことができません。しかしながら、その責任無能力であるが故に他の市民や国家の法益を侵害する危険性が生じることがあります。改善・保安処分の目的は、こうした完全な責任能力がない者の危険性を防止するところにあります。

[3] 処分適用の一般的諸要件

ドイツ刑法には、3種類の改善・保安処分が規定されており、それらの処分を命令する場合の「一般的諸要件」も規定されています。これらの要件は、刑法の条文という形で規定されています。そして、処分の目的は、行為者の将来の危険性を予防したり、減弱させたりすることにあります。

【要件1】 先ず、処分は、構成要件に該当し、かつ違法な行為が行われた場合にのみ、当該行為者に対して適用することができます。もし、犯罪行為以外から、ある者の危険性が生じた場合には、その者に刑法上の処分を言渡すことはできません。予防可能な方策(Abwehrmöglichkeit)ということだけを求めるならば、他の法的手段、例えば、警察法等によっても行うことができるからです。

【要件2】 処分は、当該行為者に(将来の危険性があるという)否定的な診断がなされたときにのみ命令されます。この(将来の危険があるかも知れないという)否定的な予測の意味は、当該行為者が、将来重大な犯罪を行うかもしれないという「蓋然性(Wahrscheinlichkeit)」が裁判時に存在していることが必要であります。このような(危険性の)診断は、行為者のこれまでににおける行動(内容・傾向)等を、全体的に合わせて行うべきであります§。このような「危険性の予測」

* その簡単な紹介については、Stree, in: Schönke/Schröder, StGB, 26. Aufl., 2001, Vorbem. § 38 ff. Rn. 23 und 24 m.w.N.

† Roxin, AT I, § 3 Rn. 65-67.

‡ Arthur Kaufmann, Das Schuldprinzip, 1961; 2. Aufl. 1976によっても同様に基礎付けられる。

§ その簡単な紹介については、Stree, in: Schönke/Schröder, StGB, 26. Aufl., 2001, Vorbem. § 61 ff. Rn. 8-11 m.w.N.

(Gefährlichkeitsprognose)こそが、全ての処分の命令とその執行の中心的な要件であります。

【要件3】 処分の命令とその執行は、「均衡の原則(Verhältnismäßigkeitsgrundsatz)」によって実施されなければなりません。この間接的にはドイツ憲法より導かれ、直接的には刑法 62 条に規定されている「均衡の原則」は、自由剥奪(施設収容)を伴う処分の場合に、とりわけ重要な意味を持っています。なぜなら、この「均衡の原則」規定が軽微な犯罪に対してこれらの(自由剥奪を伴うような)重い処分を科す場合には謙抑的に働くことになるからです。

[4] 施設収容を伴う改善・保安処分の実態の概観

ここでは、改善・保安処分のうち、自由剥奪を伴う処分に限定して論じてみたいと思います。と申しますのも、この施設収容処分は、当該犯罪行為者にとっても、大変重要でありますし、加藤久雄教授からの情報で知りました大阪の事件との関連で、まさに皆様におかれましても、この自由剥奪を伴う処分に特別の関心を持っておられることと思うからであります。

1 自由剥奪を伴う処分の個別的説明

ドイツ刑法は、以下のそれぞれの処分毎に異なる適用要件を持った3つの処分制度を持っています。それらの処分制度というのは、(a) 刑法 63 条の精神病院収容、(b) 64 条の禁絶施設収容、それに (c) 66 条の保安監置、であります。ここにおいても、こうした処分を言い渡す場合に、刑罰は行為者の責任に応じて科せられるという(刑法上の)機能が、「均衡の原則」として生かされているのです。この「均衡の原則」は、行為者に科せられる処分の種類と期間の上限を画する機能を持っているのであります。

これらの 3 つの処分を科すための一般的必要要件(前述 [3])に関しては、各処分の個別の命令要件にも当然に含まれています。

a) 「精神病院収容(Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus)」は、精神の障害(psychischen Erkrankung)の者が、この障害の故に犯罪行為(Straftat)を行った場合に科せられるものです。

この刑法63条の処分は、刑法20条に言う長期的な精神障害により、当該行為が行われたという前提を要求しています。この原因行為を前提にして、更に、収容要件として「将来の危険性」という要件が必要とされています。

但し、この場合、医師による当該「精神病」が治療可能であるかどうかは、収容の前提要件ではありません。ここでは、治療の必要性が要求されるのであります。

この処分は、14歳以上の者には適用可能です。

b) 「禁絶施設収容(Unterbringung in einer Entziehungsanstalt)」は、嗜癖傾向を持つ犯罪者に科せられるものです。

その収容には、責任能力の有無は関係ありません。治療の必要性と将来の危険性が収容の要件です。

この処分も、14歳以上の者にも適用可能です。

収容期間は、2年以下です。

c) 刑法66条の「保安監置命令(Sicherungsverwahrung)」は、ドイツ刑法が規定する最も重い施設収容処分です。この処分の特徴は、前述の「精神病院収容処分」や「禁絶施設収容処分」のように、疾病であるとか嗜癖のために治療が必要であるため施設収容するものとは違って、「特に危険と判断された常習的犯罪者」に対して科せられるところにあります。刑法66条1項と2項によれば、当該行為者が過去において、既に何度も重大犯罪を行っているという場合には「特別な危険性」があると評価されるのです。しかし、例外的な場合としては、1998年の刑法の改正以来(後述[5])、この「保安監置」を(過去に重大犯罪がなくても)初犯の場合であっても命令することが出来るようになりました。例えば、66条3項2文により、「特に重大な性犯罪を行った者」に対しては、(初犯であっても)この「保安監置」を命ずることが出来るようになりました。

通常、「保安監置」を言渡すためには、形式的な命令要件として刑法66条1項1号、2号と第2項により、その前提として「数回の自由刑が言渡されていること」が必要とされます。実体的な適用要件としては、それにつけ加えて、「当該行為者の性癖(Hang)のために重大犯罪が行われ、そのことにより公共に危険をもたらしていること」という犯罪行為者の要素が問題とされなければなりません。

この実体的な要件は、2つの構成要件要素を含んでいます。1つは「性癖犯罪者(Hangtäter)」という要素であり、この古い概念というのは、こうした行為者の新たな行為が素質的(Anlage)なものや継続的な行状等から習得された性格傾向に基づいているということの意味です*。

他の要件としては、犯罪行為者が将来も公共に危険であることが、その予測(診断)に関する鑑定の中で証明されなければならないことです。

この「公共性(Allgemeinheit)」の概念の中には、社会の個々の構成員も含まれております。

従って、公共の危険性は共同体の法益への侵害行為だけではなく、単なる個人人の法益への侵害行為においても存在しているのです。

但し、「保安監置」は成人の犯罪者に対してのみ命令されます。

「保安監置」の最高収容期間は、刑法では規定していません。もちろん、管轄の裁判所は「保安監置」の執行を中止して「保護観察」に付すことが出来るかどうかについて2年ごとに吟味しなければなりません(刑法 67e 条 1 項, 2 項)。「保安監置」の執行が 10 年を経過したときは裁判所はその執行を終了してもいいかどうかを決定しなければなりません。そして、当該行為者に、将来において、被害者(潜在的なものを含めて)の精神的・身体的に重大な侵害をもたらすような重大な行為を行う危険が尚も存在している場合にはこの限りではありません。つまり、10 年を経過しても収容が継続できるわけです(67d 条 3 項)。

2 自由剥奪を伴う処分の終了

「刑罰」と自由剥奪を伴う「処分」との間には、大きな違いがありますが、それぞれの制裁の終了の仕方に於いても同様に大きな違いがあります。

犯罪行為者は最初から、期間に一定の定めのある自由刑を言渡されます。「刑罰」の執行は遅くとも科された刑の満期をもって終了します。

2 年以上の自由刑を言渡された者には、その執行が 2 年経過後に刑務所を出所することができます。この自由刑の満期以前の執行の終了は、刑期の残りの期間の執行を中止して、「保護観察」に付せるときに可能となります。

それに対して、殆どの自由剥奪の「処分」は、「刑罰」とは全く異なっています。つまり、最高収容期間が 2 年である「禁絶施設収容」を除いては、「処分」執行の最高期限もないし、「処分」を命じる刑事判決においても執行期間は言渡されません。例えば、自由刑を言渡された者は、「被告人は強盗により 2 年の自由刑に処する」という形で刑が宣告されますが、それに対して「精神病院収容処分」が言渡される場合には、「被告人を精神病院へ収容することを命じる」というようになります。従って、「処分」の場合には、最初から執行期間は決められていないのです。この両者の差は、「刑罰」と「処分」のそれぞれ異なった目的によっています。自由刑の期間(刑期)の場合には、行為者の責任に応じて決められますが、「処分」の期間は、それに対して行為者の「治療の必要性」の程度と共に「将来の危険性」の程度によって決められます。「処分」における両者の要件とも、行為者に対する「判決の時点」ではなく、「将来の状態」においてその程度が決定されるのです。それらは、個々の行為者に対する自由剥奪を伴う「処分」の執行の経過に依存しています。それでは、その自由剥奪を伴う「処分」は、どのように、どのような理由で終了させるのでしょうか？

私は、ここで、特に以下の 3 つの理由を挙げておくことにします。

- (1) 収容を命令する際の要件がなくなった場合
- (2) 「禁絶施設収容」のように 2 年という最高期限が経過した場合
- (3) 自由剥奪処分が「保護観察」のために中止され、かかる「保護観察」が付される場合

「処分」は、確かに、終了のための重要な理由があれば終了しますが、その後も「行状監督(Führungsaufsicht)」に付せられることとなります。

もちろん、処分の終了条件で重要なことは、もし、治療の結果、その疾病が治ったという場合には、退院させなければならないという事であり、

3 自由剥奪を伴う処分の統計的実態

あなた方は、おそらく、私の長い説明によって、一体、ドイツ刑法の実務(適用状況)がどういう状態であるかと御質問になられたいことと思います。

そこで、以下において、私は、統計報告や統計表等を用いて、あなた方に法の適用状況における若干の概観をして

* 確立した BGH の判例である。BGH, NStZ 1988, S. 496; NStZ 1995, S. 178; 他の文献では、Tröndle/Fischer, StGB, 50. Aufl., 2001, § 66 Rn. 18.

みたいと思います。

ドイツでは、約 59,000 人の受刑者、つまり、刑事施設には自由刑とその代替的自由刑(労役留置)を執行されている者が収容されています。

この受刑者数は、もう20年以上も前から比較的コンスタントであるのに対して、処分収容者は増加しており、約1,500人が禁絶施設収容者、約200人が保安監置収容者、約3,800人が精神病院収容者となっています。

これらの数値から、まず、関心をひくのは、自由刑の執行を受けている者の数は微増であるのに比べて、自由剥奪を伴う処分収容されている者の数が急激に上昇していることです。

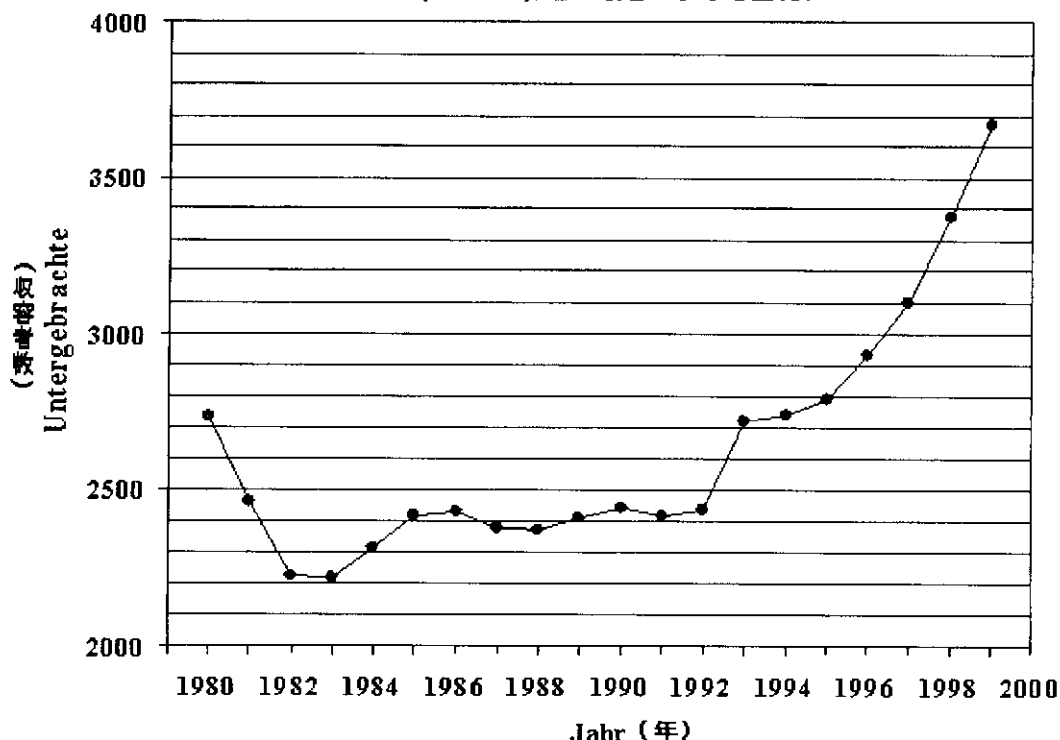
ドイツの刑事政策は、この10年程、他の制裁形式のため、例えば、外来的制裁(例えば、罰金)によって自由刑の執行を抑制しようと試みられてきたにも関わらず、(相変わらず施設収容者の数が減少していない)状況は、将来においても、また、大きな変化はもたらさないと考えられます。

また、私のこの講演の初めのところで紹介しました第3の制裁システムとしての、「加害者＝被害者＝和解制度」も、執行される自由刑におけるそのような執行の抑制のためのものでもあります。

また、興味のあることは、精神病院に収容される精神障害犯罪者の収容件数が増加していることです*。

Entwicklung der Unterbringung psychisch kranker Straftäter

(精神障害犯罪者の収容における動向)



90年代の中程までは、刑法63条による精神病院収容は、裁判所の決定に基づくため、かなり長い間、コンスタントに約2,500名ぐらいでありました。しかし、1999年には、その数は、3,800人にまで増加しています†。

この上昇は、以前の状態とは異なって、精神病院への入退院の数は、両者とも同じぐらいでありました。しかし、そうするうちに入院数が退院数を明らかに上回るようになりました。

例えば、1990年には、710名が入所し、733名が退所しました。それに対して、1998年には、987名の入所に対して、単に696名の退所のみでありました‡。

何故、こういう変動が起きるかを確定的に断言することはできません。しかし、大まかに以下の2つの可能な根拠を示

* 本文中の図は、ラトケ教授がプレゼンテーション用に作成されたものである。

† Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, Reihe 4.2. und Reihe 4.1

‡ 同上。

す事ができます。

ドイツでは、幼女に対する強姦殺人事件^{*}以来、マスメディアの影響もあり、裁判所が比較的、簡単に精神病院収容処分を適用していることが1つの理由です。

更に、もう1つの原因として、退院数が減少していることが挙げられますが、こうした性的な幼女殺人事件が「保護観察」中に多発したため、処分の執行を停止して保護観察(行状観察)に付す決定が少なくなったからであります。そして、更に、1998年の法改正で刑罰の厳罰化と長期化と共に仮釈放や仮退院の要件が厳しくなったことも影響しています。

精神病院平均収容期間は、最近では、4年程度になっていますが[†]、病院収容後も引き続いて10年程刑務所に収容されるケースがほとんどです。精神病院に10年以上収容されているのは約15%程です[‡]。この傾向は、「保安監置」の4~5年という収容状況についても同様です[§]。

[5] 改善・保安処分の最新の動向について

私は、前述の[4]3において、「処分」執行の現状について、実証的データを示しながら言及しましたが、近年において、「処分(執行)法」のラジカルな改正が行われました。では、このような改正とは、どのように行われたものか、と申しますと、まず、刑事裁判における裁判実務を通して行われ、他方で、特に「執行法」の法律上の規定が改正されたことにより行われました。

1996年に起きた子どもへの2件の強姦殺人事件が契機となって、ドイツの立法者は1998年に「性犯罪および他の重大犯罪への闘争に関する法律^{**}」を成立させました。

この新法導入の根拠として、立法者は以下のような点を挙げています。すなわち、「最近、耳目を集めた重大犯罪、特に、子供に対して行われた性的な犯罪、すなわち、性犯罪や、その他の危険な犯罪から国民を保護していかなければならないからである。」という理由を挙げています[‡]。

私は、ここで今、皆様に、ドイツにおける「処分法」の法律による重要な改正点を手短にご紹介する前に、子供に対する性的殺人事件に関する犯罪統計について少し御説明したいと思います。

1988年から1997年の間におけるドイツにおける警察統計の内、この期間において多い年には9件の子どもに対する性的殺人事件が発生しています。しかし、その間の数年は、このような事件は1件も起こっていませんでした[‡]。

この期間より前の10年間と比較してみると、子供に対する性的動機から行われた殺人事件の数は、むしろ少なくなっています。しかし、1996年に起こった(かの有名な2つの)事件に関するマスコミの集中的(センセーショナルな)報道は、明らかに全く異常なまでに政治的圧力を生み出しました。

1 立法による改正

a) 刑法では、「改善・保安処分」の規定について以下の3点について改正しました。

(1) 「保安監置」については、前規定にあった保安監置の第1回目の最高収容期間(10年)が廃止されました。それと共に、前提となる「数回の自由刑が言渡されていること」という要件の必要数についても、その形式的要件が削減されました。

(2) 全ての自由剥奪を伴う処分に関しては、処分執行を停止して「保護観察」に付する場合の条件が厳しくなりました。1998年までの法律では、「この処分の中止によって残りの執行期間中に新たな犯罪行為が行われるという危険性が認められる」という条項が含まれていました。

^{*} “Natalie Astner”事件(DER SPIEGEL, Heft 40/1996 S. 31)や“Kim Kerkow”事件等。Vgl. Kusch, ZRP 1997, S. 89.

[†] Desecker, Straftäter und Psychiatrie, 1997, S.121; Jöckel/Müller-Bergmeyer 1994, S.353(356).

[‡] Desecker, a.a.O., S. 120; Vgl. Gebauer, Entwicklungen und Struktur der strafrechtlichen Unterbringungspraxis, in: Gebauer/

Jehle(Hrsg.) Die strafrechtliche Unterbringung in einen psychiatrischen Krankenhaus, 1993, S. 54. 特に、精神疾患のある性犯罪者については、Nowara, Sexualstraftäter und Maßregelvollzug, 2001, S. 62-64.

[§] NK-Böllinger, StGB, § 66 Rn. 8 を見よ。

^{**} BGBl. 1998 I, S. 160 ff.; この法律の詳細については、Schöch, NJW 1998, S. 1257 ff.

^{††} BT-Drucks. 13/8989, S. 2.

^{‡‡} Desecker, Behandlung von Sexualstraftätern im Strafvollzug und in Freiheit, in: Egg(Hrsg.), Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug, 2000, S. 27(28).

b) 更に、その他の新しい規定について言及したいと思います。ごく最近になって、バーデン＝ヴュルテンベルク州(Das Bundesland Baden-Württemberg)の州法が成立し、その州法では「保安監置」の2度目の言渡しを認めています。刑法の66条に規定されている「保安監置」は、ある犯罪行為が行われたというだけで刑事裁判所によって言渡す(命令する)ことができると共に、この新しい州法では、自由剥奪を伴う制裁の執行中における行為者の行状を理由として「保安監置」を事後的に命令することができるとしたものであります。ドイツでは、この州法について、憲法上、刑事政策上の問題があるとして激しく論じられています。

この点については、時間の都合上、詳細は省略させていただきます。

2 裁判実務における(実質的)改正

この点についても、時間の都合上、詳細は省略させていただきます。

[6] 評価と将来の展望

では、以下に簡単ですけれど短い結論を述べてみたいと思います。

1 先ず、ドイツで行われているような「刑罰」と「改善・保安処分」の両方をもつ二元的制裁システムは刑事政策的に有効であることが証明できたと思います。

特に、精神障害や薬物依存症の行為者についていえば、彼らの疾病や嗜癖の故に他人の法益を侵害するこれらの者には、この「処分法」はこれらのものを治療することにより、彼らの犯罪の原因を克服させる良い機会となります。自由を剥奪する処分の範囲内で、処遇(治療)を通して犯罪者を改善することは、行為者に単に刑罰を科すよりも効果的であるように思われます。

ドイツ法の理解からすれば、刑罰の上限と期間は過去に行われた行為に基づく行為者の行為責任によって制限されることになります。

しかし、処分執行の長さは、刑法64条(禁絶処分の2年以下)の例外を除いては(原則として)無期限であるので、処分の命令によっては、各人の処遇の効果を図ることができるのです。治療が必要な行為者で、かつ、他者への侵害の危険性が存在する場合には、その執行を継続せざるを得ないのであります。

2 もちろん、「処分」という制裁制度は、当該行為者の有する様々な自由権を侵害する大きな危険性を伴うことも事実であります。なぜなら、行為責任の範囲内で制裁をどの程度まで科せられるかという限界づけの基準がないので、軽微な犯罪行為であっても、原則的には、重大犯罪に対して科せられるような長期の自由剥奪(処分)を言渡すことができるからであります。

それに加えて、特に処分執行を受けている行為者が、尚、危険であるかどうかを判断する権限というのは、とりわけ精神障害犯罪者(psychisch kranker Straftäter)の場合に、実際には、専ら主治医(担当の治療者)によることとなります。「処分」の命令と執行を行う裁判所と刑事訴追担当管庁というのは、殆ど完全に処分執行施設、例えば、精神病院の意向によって左右されることとなります。

とりわけ、「保安監置処分」の場合には、この処分が(この処分を受ける)行為者(の危険性)から、公共の安全を確保するために科せられるものであるため、その行為者の自由権の確保という点で疑念があると言われています。

また、「保安監置」に付せられる行為者の法律上の処遇も、実質的な処遇も、経済的な面から言って殆ど不可能であるとも言われています。

3 ドイツにおける犯罪者処遇や刑事政策の最近の動向は、次の通りです。

つまり、刑事政策は、犯罪に関するマスメディアによって行われる報道の圧力に負けてしまうほど、あまり発達しているとは言えません。

私が既に述べました「性犯罪ないし他の危険な犯罪に対する闘争のための法律」の改正の必要性は、犯罪統計を見る限りないよう思われます。つまり、上記のような重大犯罪の件数は、最近では、むしろ減少しているし、決して増加はしていません。幾つかの改正は、部分的には既に行われました。しかし、例えば、「保護観察」のために行われる自由剥奪を伴う処分を中止する際に、鑑定人による必要的な鑑定を行うべきだ、という点等は実務的には実際に不可能であります。特に、精神病院収容処分の場合には、短期間のうちに鑑定を行うことのできる十分に経験を積んだ司法精神科専門医の数は不足しています。この専門医の不足については、立法者も、また充分知っています。

4 市民の自由権を考慮する社会では、私達の法益を(こうした)危険な犯罪者から完全に守ることはできません。もし、行為者と潜在的被害者の自由権を過度に制限しようとする場合には、何がができるかもしれません。しかし、刑事政策

の課題は、危険な犯罪者よりもたらされる危険を減弱させることにのみあると考えるべきであります。そのために、私見によれば適度(maßvoll)で、かつ、長期的な刑事政策が必要とされているのです。

参加者自己紹介（途中参加者は除く；順不同）

加藤久雄（慶應義塾大学法学部教授；以下，加藤〔久〕）：

それでは、先程言いましたように、本当は冒頭でやれば良かったのですけれども、まだ来ていらっしゃる先生がたくさんいらしたので、山上先生の方から、どうぞ。

（自己紹介は原則として省略，但し，内容的に踏み込んだものだけ反訳）

山上皓（東京医科歯科大学難治疾病研究所・司法精神科医；以下，山上）：

省略

佐藤誠（北九州医療刑務所所長；以下，佐藤）：

私は、北九州医療刑務所の所長の佐藤でございます。

私のところには、今 122 名の精神障害受刑者がいるわけですが、そういう人達をどういうふうに処遇するかということについて、きちっとした制度というか、処遇のやり方が私の施設にはないように思われるわけです。今、教授の御話を聞いて、大変、羨ましく思ったのです。

ただ、私の施設で何を根拠に患者の治療をしているか、ということについて、正直に、ここで述べてみたいと思うのです。やはり、刑務所ですから、満期まで預かるというか、刑罰を終了させるということが、どうしても主な目的になっていくわけです。その施設の中で、問題行動を起こさせないというか、精神関連でいえば、落ち着いた生活を送らせるということを主な目的で治療がなされていると思うのです。そして、そういう混乱した受刑者の人達について職員の人達が診るといっても辛いと思うのです。たぶん、そういったことが、一番の根拠になって皆で治療しているのではないかと、いふふうに思います。

社会の安全というようなことについても、余り考えていないと思います。というのは、社会にそういうシステムがありませんから、それに受け継がせることができないわけです。ただ、北九州医療刑務所では、とりあえず分裂病等が入ってきた人達の治療をやるわけですが、特に、その人の性格というか、例えば、薬物事犯者とか、性犯罪者について、何らかの取り組みをする責任はあるということを施設や医局の方で感じてきています。例えば、覚醒剤の人達については、この数年間グループ・ミーティングを熱心にやってきたつもりなのです。日本の刑事政策の中で集団療法をやるといふのは、とても異質な治療法になるのですが.....だけれども、非常にかんりのレベルのところまで、できる限りの治療の取り組みができたと思自負しているのです。

もう一つは、性犯罪者について、まだ、調査とか面接、あるいは、文献を集めるくらいしかできなかったのですけれども、施設として何ができるかということについて問題意識をもって治療を開始していたのですが.....ただ、そういう治療に携わった医師が2人退職されてしまい、もう一度、また司法精神医学に全く経験の無い先生を迎えて、もう一度、一からやり直さないといけないという、そういうふうなのが正直なところのレベルになると思います。

私の現在の目標なのですが、日本の刑事施設には、専門家の人が非常に少ないわけです。122 名の患者がいるわけですが、欠員もありますけれども、精神科医は2名しかいないわけです。心理技官の人は、今年はいません。教育に携わる教育専門家の人も、実は1人、名称だけはそういう人がいるのですけれども、この人は能力がないので、殆ど 110 名くらいの刑務官の人達が治療にあたっているわけです。しかし、彼らの立場というのは、刑罰の執行官ということで、重なるところもあると思うのですが、治療とは、やはり、別の領域だと思うのです。そういう乏しいスタッフの中でどうするか、ということなのですが、やはり、とりあえず様々に生じた精神症状について、刑事施設であっても、どれだけ治療ができるのか、その限界に挑戦したいと思うのです。

もう一つは、ベテランの医師を退職で失ったわけですが、犯罪者に、なるべく多くの医師が接してもらいたい。刑事施設の現在のシステムや、それぞれのやり方について、本当に現場で体験してもらいたい。そういうことで、犯罪者の改善ということについて取り組む先生を、うちの施設で働いてもらいたいというようなことを今考えています。

吉川和男（ 埼玉県立精神保健総合センター；以下，吉川 ）：

省略

寛淳夫（ 国立医療・病院管理研究所；以下，寛 ）：

省略

林美紀（ 国立精神・神経センター精神保健研究所；以下，林 ）：

省略

藤井千枝子（ 慶應義塾大学看護医療学部；以下，藤井 ）：

慶應大学の看護医療学部の藤井と申します。

私は、遺伝のことで後は精神障害者の社会的な理解を促進するということを、今、行っています。現在、看護の方の人達が、精神障害者に理解をもつということが必要だと思うのですが、例えば、精神障害者に対して怖いという気持ちがあったことについて、実習を通して、その気持ちが少なくなったというような研究等が多く出されています。今、看護生の教育については、この10年間で10校しかなかった看護系の学部や大学が、80校増えて90校にまでなっています。その中で、精神科の経験のない教授が約半数といわれていまして、そういうような精神障害者の理解というものを、もっと促していけないといけないと思っています。

やはり、教育施設をもつ病院などで、一般の看護婦等が勉強して、また実践に役立てるようになっていけばいいと考えております。

五十嵐禎人（ 東京都精神医学総合研究所；以下，五十嵐 ）：

省略

澤口聡子（ 東京女子医大医学部；以下，澤口 ）：

省略

滝沢武久（ 八代事務所；以下，滝沢 ）：

省略

小川忍（ 朝日俊弘民主党参議院議員秘書；以下，小川 ）：

省略

井田香奈子（ 朝日新聞社 社会部記者 [法曹記者クラブ・法務省担当]；以下，井田 ）：

省略

加藤俊治（ 法務省刑事局局付検事；以下，加藤 [俊] ）：

東京地方検察庁検事の加藤でございます。

身分は、現職の検事なのですが、普段は法務省の刑事局というところで、刑法、あるいは刑事訴訟法といった、刑事の基本法の立法企画にあたっているという仕事をしております。ただ、元は実務家でございますので、こういう割と日本と似通った制度だといわれているドイツで、精神障害者の問題ですとか、今日、ちょっと最初の方で触れられたところがありました。被害者と加害者の和解システムですとか、こういったシステムが実際にどういふふうに動いているのかというところには、非常に興味がございます。

現在、日本でも、いろいろ議論になっておりまして、あるいは法務省でも検討中の精神障害犯罪者の問題につきましても、ドイツにおけるプラクティスといったようなものを、直接、伺える機会を得させて頂きたいへん有難うございました。

吉田敏雄（ 北海学園大学法学部；以下，吉田 ）：

省略

安部哲夫（獨協大学法学部教授；以下、安部）：

省略

質疑・応答

加藤〔久〕：

それでは、今日、御話して頂いたところで、先程、途中で御発言もありましたけれども、できるだけいろいろな方から御発言、御質問、御意見がございましたら、御自由にどうぞ。

小川：

我が国の精神科医の皆さん方は、犯罪の予測について、多くの方が将来の犯罪の予測については、なかなか難しいとおっしゃっているのですが、ドイツでは、そのことについてどのような状況にあるのか。予測の、いわゆる程度というか、信頼性というか、その点等も含めて、ちょっと教えて頂けたらと思います。

ラトケ（通訳 加藤久雄，以下同じ）：

まず、今の御質問に3つの視点から、御答えしたいと思います。原則的な問題で、将来の危険性は、基本的には誰が判断するかというと、これは刑事裁判所で刑事裁判官がこれを判断する。その場合に、3つのやり方、いってみれば判断の仕方があるということである……

まず、最初は、司法精神科医が書く鑑定書、それをクリニックの予測といいますか、御医者さんの側面からの予測というものがある。それを裁判所がどういふふう採用したり、どういふふう信用したりするかという問題があるわけですが、3つの方法のうちの1つは、このクリニックでの診断、御医者さん側からの診断というものがああります。

次に、犯罪学的診断といいますか、これは主に犯罪統計から従来の犯罪者の傾向というものを予測していくやり方があるわけですが。これは、一定のマニュアルというか、診断基準みたいなものがあって、大体、統一的なもので、統計で、どういふ生活状態だったかとか、あるいは、再犯の傾向があるかないか、例えば、犯罪をやる前の生活状態はどうだったか、あるいは、再犯後の生活状態はどうだったか、そういった全体的なその人についての統計的な診断をしていくということになります。こういった診断は、当然、裁判所に対して提出される資料の中に書き込まれるということになるわけですが。ただ、全体的にドイツの状況を見ていくと、先程もちょっと言いましたけれども、こういった非常に難しい診断をする場合に、どうしても専門家が必要なのですけれども、司法精神科医といわれる人が、非常に不足しております。私がおりますザールラント州の例について紹介してみたいのですが……ザールラントでは、州の人口は100万人いるわけですが、そこに1人の司法精神科医しかいない。ということで、もし、こういう精神的に問題のある人がいて、しかも将来の犯罪の予測を書かなければいけないという時には、全て、その1人の人が書きますから、長期間待たされることとなります。つまりは、この問題を早急に解決するという、そういう事態ではなくて、言ってみれば話にならないような状態であるということで、専門家が非常に不足している。そういうことは、私のさっきの講演の中でも申し上げた通りであります。

3番目は、日本でいふような裁判官のいわゆる量刑相場というものがドイツにもありますけれども、それに近いものだと思うのですが、結局、（ラトケ教授も裁判官をやった経験があるのですけれども、若い時ですから……）経験15年とか20年という裁判官になると、目の前にいる被告人に将来の危険性があるかどうかということは、まさに経験から割り出す。その経験というのが割と合っている、そんなに大きなズレはない。しかし、先程、言った2つのうち、1つは御医者さんの鑑定書というものがあ、1つは統計的な証拠があ、その中間に属するのが、裁判官のカンというか経験則といえますか……そういったものです。

この3つがあれば、そういった将来の危険性に対してそう大きく道を外れることはないであろうと……こういうことがドイツでは言われているということです。

寛：

大変に興味のある議論なのですが、将来の犯罪の予測を、その3つの中で、ドクターの鑑定と裁判官の量刑相場と

というのが、システムとして……つまり、そういった判断によって処分をした時に、それが巧くいく場合には問題がないわけです。逆に、処分をしなかった時、または、先程のケースのように社会へ出した場合に問題を起こしたりすると、判断のレベルの設定が、どんどん低くなっていく、そういった処分につながりやすくなっていく。また、そういった判断のレベルを、今度は逆に上げるシステムというのが他にあるのかなと思いました。今の3つの御説明の中の、例えば専門医による鑑定にしても、量刑相場にしても、そのレベルを上げていくファクターというものは、何かあるのですか。下手をすると、ただ単に、その判断レベルが、どんどん下がっていく、あるトラブルが起きた時に、レベルを下げて、先程のように処分数が増えていくということに結びつくのではないかと、ちよつと思つたのです。

(加藤：補足)

現在、ドイツは16州あるわけです。州によっては、将来の危険性に関する裁判所の判断に違いが出てくるのではないのでしょうか。

ラトケ：

ドイツは、先程から言っていますように、処分執行法とか、各施設、量刑施設の規則というのは、予算等も州によって賄われているのですけれども、当然、量刑法というのは連邦法ですから、連邦法できちんと、差が出ないように、法律で決められている。裁判官も当然そういうものに従って運用しているということがあるので、大きな差はないのです。しかし、第一審では、そうだけれども、上級審にいくと、その辺のところでは若干の違いが出てくる場合があるかもしれない。

やはり、ドイツの場合は、二元制をとっているから、責任能力の判断というのは、そんなにシャープではなくて、かなりアバウトではあります。いずれにしても「刑罰か、処分か」ということで、刑事制裁であることには変わりはないから、そこで先程から言っている「均衡の原則」が働いてきます。重い犯罪ではないのに、重い処分としての精神病院収容処分、10年以上も入れておくということにでもなれば、これは大変な乱用になるけれども、そういった場合には、必ず、ドイツには連邦憲法裁判所というのがあって、そこに訴える機会が必ず設けられています。もし、執行裁判官に乱用があった場合に、現に、そういうケースが何件も連邦裁判所で審理されていて、そういう乱用があった場合に、必ず裁判所は釈放しなければいけないという連邦裁判所の判決がありますから、言われるようなそういった問題はそうないのではないのでしょうか。

特に、もし、そういった問題があるということからこういったドイツ的な二元制ではなくて、フランスや日本と同じように行政処分として、患者を行政の方に任じた場合、これはポリス・パワーが働くことにより、「連邦憲法裁判所」のようなものがないところでは、実際に乱用があった場合、普通の刑事裁判で行われるような乱用と比べたら、行政裁判所あるいは、行政法のレベルで行われる乱用の方が、よほど大きいんじゃないかという考え方もあります。そういう意味では、ドイツのこういう制度にそんなに欠陥があるわけではないと思います。

山上：

精神鑑定の実際について、具体的なことを御訊きたいのですが、精神鑑定の際における「責任」の判断について判断の問題を、まず最初に伺います。

責任能力に関する鑑定というものと、危険性の評価というのと、精神鑑定医は両方同時にするのでしょうか。それは、どういう手順によっているのかということ。実際に、治療処分がある時には、責任能力に関する鑑定というのが、昔のようあまり厳しく論議されるようなことがなくなっているのではないかと、というような印象を受けるのですが、それが事実であろうかということが第1点です。

もう1つ、危険性の評価に関しては、0から100までの連続の中に評価されると思うものですから、それを処分が必要だという時に、それをどこで切るのか。皆が同意するような根拠を、どこに線を引きけるのだろうか、その決め手になるようなところは、法律家あるいは司法精神医学者の中で、どういふふうにかえられているのかということ。

もう1つは、先程の講義の中で、「治療の可能性」ではなくて、「治療の必要性」が問題だと言われたのですけれども、実際に、こういう治療の処分を考へるときに、治療は必要であるけれども、治療できる可能性がないというのであれば、むしろ、刑罰をさせた方が良いかもしれないということ、日本であれば一般の精神科医は考へると思うのですけれども……あるいは、可能性がないのに治療処分にするのであれば、むしろ無期限の拘束を社会の安全のためにするというふうにご利用されるというような面も感じられるものですから、その点についてはどういふような論議がされているのかを御訊きたいのです。

ラトケ：

まず、第1点の責任能力の判定と危険性の判定の順番の問題ですけれども……これは法律的に言いますと、刑法の20条で、まず責任能力があるかどうかということで、責任能力があるかないかによって収容するかどうかが決まるわけですから、まず責任能力の鑑定をする。その場合に、鑑定医は、その人間の前科であるとか、あるいは、病状の前歴であるとか、その人の病歴といいますか、”Pathography (病跡学:個人を生涯を疾病、殊に精神病理学的な観点から研究分析し、その活動における疾病の意義を明らかにしようとする学問=校正者注)”といいますか、そういうものも全て、詳しい書類によって検査をした上で、今度、行われた犯罪行為の時の精神状態、それから現在の精神状態というものをきちっと鑑定書に書いて、まず、責任能力の判断をする。

その後、「治療の必要性」というものが出てくるわけです。治療の必要性というものはあるけれども、その人に(危険性の判断というのは2回行われる。1回目の危険性の判断は収容する時に実施され、危険性がなければ先程の「均衡の原則」により、これは普通の病院で治療すればよいわけですから、処分施設に入れるわけにはいかない)、1回目の危険性の判断が行われる。精神病院に収容して治療していく過程で、今度は、先程もありましたように、保護監察にするために、この症状が治っているかどうかということ、このまま社会に出しても危険ではないかということ、執行裁判所が、現在の症状について、担当医に鑑定させます。その鑑定に基づいて執行裁判官が執行を停止して仮釈放して、保護監察にしてもいいかどうかというその場面で、2番目の(治療の後の)危険性の判断が行われるという、そういう順番になっている。

この問題は、基本的にパーセンテージの問題ではないので非常に難しいのですけれども、しかし、いずれにしても98年の改正以来、非常に、ある意味では、治療施設に入れる方向で考えられてきているということは間違いない事実で、フィフティ・フィフティというような場合には、これは保護監察のために執行停止で出すというようなことは、98年以降は殆どやられていないということです。中間的なものについては、これはしない。

それで問題になってくるのは、過去にどれだけ再犯をやっていたか、その内容がどうであったかということが、やはり判断材料になってくる。しかし、先程も言いましたように、98年以降は、例えば、保安監置にしても、初犯であっても非常に危険な犯罪であれば施設に入れる。刑罰ではなくて、そういう処分施設に入れてもいいということになったわけです。そこで、例えば、将来の危険性が10%くらいだといっても、実際に行われた犯罪の危険性が非常に高い場合における10%、その中間的なものだと50%とか、更に軽いものだと80%というふうには、必ずしも断定できません。その辺はそれぞれの裁判所の判断ということになるわけですけれども、いずれにしても、これは何%というのではなく、担当する裁判官の経験則、それが大きく作用してくるのではないかと思います。

山上：

それに関連して、鑑定の事項というのは、精神科医に危険性のあるなしを求めているのですか。具体的に何を鑑定に答えさせているかを聞きたいのですが……何%ということではなくて、施設に入れる必要があるかないかということですか。評価については、危険があるかないかとか、裁判官が具体的に鑑定事項について、精神科医に何を求めているのか。危険であるか危険でないか、あるいは処分に必要があるか必要がないか、具体的に何を、どういうことを証言させるのか。

ラトケ：

釈放にしても収容にしても、精神科医が、要するに「危険性がない」という鑑定書を書くということが、全ての決定が行われる前提になっています。しかし、ある意味では、社会に出した方がこの患者にとっては良いのではないかと、そういう鑑定書を書いたとしても、施設として、あるいは裁判官としては、そう簡単に「はい、では、次の日から」というわけにはいきません。もし、そういうポジティブな診断書が出た場合には、まず、半開放の処遇をして、散歩に行く場合にも職員がついていくとか、あるいは、昼間だけ1人でいて夜は部屋に戻ってこなければいけないとか、週末だけ家に帰して、その週末の間、何も起こらなかった、あるいは、かつて病院に入っていたことがあるとか、施設に入っていたことがある場合には、それを扱っていた保護監察官であるとか、行状監督官であるとか、昔の書類であるとか、彼の前歴であるとか、そういうものを総合的に判断して、そして、初めて執行を停止した上で「保護監察」に付すという形がとられています。

その前提として、いずれにしてもそういう治療のために、社会に出しても良いのだという、「そんなに危険性はない、しかし、ちょっと社会でやってみましょう」という試みをやって、かなり長い間、何も問題はないではないかということになって、初めて最終的な決定にもっていくということです。

今の御質問には、ドイツの処分制度について、2つの視点から御答えしなければいけない。

まず1つは、精神病院収容処分の場合には、「治るか治らないか」ということは問題にならないということです。

犯罪行為の時に、精神障害があって、その行為が精神の障害に基づいている場合には、治る、治らないの問題ではなくて、これは、刑罰を科すか科さないかの問題なので、これは精神病院に収容することができる。

例えば、性犯罪者の場合に、去勢すると、性犯罪は基本的には実行犯にはなり得ないということですがけれども、しかし、性犯罪の傾向がいくら去勢したところで、それが精神傷害のいわゆる性的精神障害というものであれば、当然、これは治療の対象になるけれども、それは「治るか治らないか」の問題ではないから、これは63条の精神病院収容処分を適用するか、しないかの前提条件にはならない。

ところが、例の「均衡の原則」というものがあるため、治る可能性がない、あるいは、治療の必要がないという場合(治る、治らないではなくて)には、基本的に63条「精神病院収容処分」を適用しない方がよいということになっています。しかし、そこに、精神病院に入れなければ、危険性を除去することができないとか、あるいは抑えることができない場合、社会の安全を守ることができないという場合には、現行法では、この63条を適用することができるようになっていますから、治療の「必要性」とか「可能性」とかいうものとは別にもう1つ、まさに、そこが保安処分という側面があるわけですがけれども、「危険性」に対して収容しても良いということなので、63条の趣旨というのはそういうところにあります。

ところが、64条の「禁絶治療施設」に、アルコールとか薬物の依存者を施設に入れる場合には、これは治すということが前提ではない。この場合、先程言ったような責任能力には関係なく、依存症状態を治すために、“Sucht(薬物等による病的な欲求・嗜癖＝校正者注)”の状態を“entziehen(禁断治療を施す＝校正者注)”するために施設に入れるわけですから、その必要がないということになれば、最初から重い刑で刑務所に入れて、そこで治療すれば良いということになります。64条の場合には、治療の「必要性」と治療の「可能性」というものがドッキングしているということですがけれども、63条の場合には、それらは必ずしもドッキングしていないということになります。

安部：

今の山上先生の質問と、ちょっと関連するのですが、まず私の基本的な立場としては、理念主義といいますか、司法的な処分を念頭においた新たな制度の導入に向けて、前向きに検討すべきであろうという、私の立場を前提にお話します。

その意味で、日本でこれから議論していく場合に、制約原理といいますか、これが乱用される危険性、そういうものをどこでどういうふうに抑制していったらよいのか。制約原理として、例えば、ドイツでは、「比例制の原則」というふうにこれまで紹介されてきて、加藤(久)先生が、今日は「均衡の原則」というように御紹介されていますが、それがドイツの場合に、この「均衡の原則」というものであって、どの程度制約ができるのだろうか。個々の事例に関しては、まさに憲法裁判所で争うことも可能ですから、それは判例の積み重ねでやっていくしかないということになるのかもしれないのですが、私が、これまでいろいろな注釈書等で見ても、あまり「均衡の原則」に関する積み重ねというものがないように思います。

私の理解として、「比例制の原則」、「均衡の原則」というものを考えますと、例えば、性犯罪で5年の刑に相当するものであれば、5年間の収容というものが、まさに比例といいますか、バランスがとれている。だから、その人に対して、通常、刑罰であれば、5年の刑が言い渡されるのだろうけれども、その人を10年の長い間拘束するのは、これはバランスが崩れているだろうと、せいぜい5年でしょうねというのが、バランスだろうというふうに考えますけれども.....そのような理解からすると、例えば、性犯罪について、98年から保安官庁の対象に該当すれば、重い処分、しかも、これは無期限のものが科せられることになるわけです。それまでにおける10年という1つの歯止めをとっばらってしまったわけですから.....しかし、性犯罪というのは、それ程までに、重いものを科すことができる犯罪なのかどうかということを考えたとき、それまではそれ程まで重い犯罪ではなかったというドイツの認識だったものが、性犯罪に対して重く処罰するように変えることによって、つまり、立法的に重くすることによって、同時に「均衡の原則」のバランスをもとろうとしているのかな、というふうに見えてくるのです。ということは、「比例制の原則」、「均衡の原則」というものも、非常にファジイなものではないか。つまり、状況次第で段々そのハードルが曖昧になる可能性もある。

そういうに考えますと、私が理解できていないのは、ドイツで「比例制の原則」、「均衡の原則」というものが、どの程度処分の歯止めとして使い得るのかということについて、ちょっと教えて頂ければと思います。

(以下、収録の都合により脱落)