

ノルベルト・ネドピル教授（ミュンヘン大学・ドイツ）御講演

「ドイツ刑事法制度における司法精神医学の役割」

2001年11月11日、第4回医事刑法研究会において、ミュンヘン大学（München-Universität in Bayern/Deutschland）のノルベルト・ネドピル教授（Prof. Dr. med. Norbert Nedopil）を御招きし、同教授は、“Die Rolle der forensischen Psychiatrie im deutschen Strafrechtssystem”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）が通訳したものである。

加藤久雄（慶應義塾大学法学部教授；以下、加藤〔久〕）：

御多忙のところ、北は北海道の方から、また、南は北九州市から佐藤先生（北九州医療刑務所所長）にも来て頂き、約30名近い方に御出で頂いております。現在、刑法学会の東京部会とも重なっております、まもなく斎藤誠二先生（中央大学法学部教授）も、御見えになると思います。

本日の予定ですけれども、2時間程度、ネドピル先生の御講演が入りまして、その後、休憩を挟んで、各先生に自己紹介をして頂いた後に、質疑応答を行います。そして、5時過ぎくらいから、ここで軽い飲み物を用意しまして、ネドピル先生と歓談して頂こうかと思っています。

ネドピル（通訳 加藤久雄）：

御紹介有難うございます。日曜日にも関わらず、多数の方に御集まり頂いて光栄であります。私は今回で、来日が3回目になるのですけれども、毎回、素晴らしい方々に御目にかかれて感謝しております。

（スライド）皆様も、既に御存じだと思いますけれども、まず、地理的なことについて、日本とドイツを比較してみます。日本は、この世界地図でいきますと、端の方にありますけれども、ドイツは、この世界地図の丁度、真中辺りに位置しております。もう少し、拡大された地図で見ると、ここで分かるように、ドイツという国は、現在は、東側も含めましたので、ヨーロッパの中では、大きい国になりましたけれども……世界中の国の中で大きい国であるというわけではありません。人口は約8200万人ということになっております。現在、私が住んでおります故郷であるミュンヘンは、ドイツの南の方に位置しております。ミュンヘンを州都とするバイエルン州は、ドイツの南の方に位置しているのです。

[1] ドイツの刑事司法制度の概観

本日は、皆様方に、ドイツ刑事司法の実態と、この刑事司法制度における司法精神医学の果たす役割を御理解頂くために、ドイツにおける刑事司法に関して若干の御紹介を申し上げ、裁判所等、刑事施設との相互関係であるとか、精神科医と司法精神科医療との関係であるとか……そのようなことについて、御紹介申し上げたいと思います。

犯罪行為が起きますと、当然、これは何処の国でも同様だと思いますけれども、捜査が始まって、その捜査の結果、裁判所に起訴されるという構造になっております。

（スライド）これを見て頂けると、御理解頂けるとは思いますけれども、鑑定人は、比較的、刑事司法制度の早い段階から、例えば、捜査の段階、あるいは、起訴する前の段階に登場してくるわけです。しかしながら、ドイツの鑑定人は、そのまま直接に、裁判所に鑑定結果を提出したり、いろいろなアドバイスをしたりすることで、**決して検察官に対してアドバイスをしたり、鑑定をした結果を提出するということはありません。**

ここは日本の制度とは違う点ですけれども、犯罪行為が発生しますと、こういった鑑定にかかるケースは、ほとんど1年がかりです。捜査の方は、普通2～3ヶ月で終了するわけですけれども、**精神鑑定が十分に行われるためには、1年くらいの期間が必要である**ということになっております。

もちろん、そのように犯罪者が警察に逮捕されて、その逮捕された段階で直ぐに精神科医が関わるという制度もいいとは思いますが、現行法上は全くそういう規定がありません。したがって、法律の規定が無いところにおいて早目に精神科医が犯罪者に接触をするということは、なされておられません。ただ、弁護士を通して、様々な相談を受けるということはありますけれども、それは、いわゆる訴訟法上の正式な手続ということではない訳であります。つまり、繰り返しになりますけれども、捜査の段階では、精神科の鑑定、あるいは、司法精神科医というのは、警察・検察側と直接

的には関わってはいないのです。

(スライド) 皆様方に御渡ししてありますレジユメの 1 頁目の説明をしますけれども、精神科医の行う鑑定というのは、主として2種類、考えられます。

## [2] 司法精神科医の鑑定(1)

司法精神科医は、責任能力が有るか無いか、あるいは、責任能力が減弱しているかどうかということで、①**完全な責任能力**、②**限定責任能力**、③**責任無能力**、これらを判断する役割をまず有しております。

ドイツでは責任能力を2段階(生物学的要素と心理学的要素)に分けて判断するのですが、ドイツ刑法 20 条によって、その第1段階としての、生物学的、医学的なメルクマールが、きちんと規定されております。これはドイツ刑法の特徴ですけれども、「**列挙主義**」と言われております。その第 20 条の規定によると、

- 1) 病的な精神障害
- 2) 根深い意識障害(日本語で定訳がない)
- 3) 精神薄弱
- 4) 重いその他の精神的な偏り

と分類されています。ここにおいては、「人格障害(Persönlichkeitsstörungen)」といったようなものも含まれているとされています。

ドイツの精神鑑定医は、今、示しました4つのカテゴリーに該当するか否かを鑑定するわけですが、基本的に精神科医の場合、いわゆる臨床上的の疾病を、発見するといえますか、判断するということを、基本的にその課題として負わされています。いずれに致しましても、質的な事項が、こういうかたちで列挙されているので、精神科医の役割としては、一体、病状の程度がどのくらいのものであるかという量的な事項を判断するのが主であります。例えば、精神薄弱の場合、軽い精神薄弱は、こういったカテゴリーの中には含まれてはいませんが、どのくらい重いのかという程度の判定は精神科医が必ずやっているというわけです。

(スライド) これは、ドイツで責任能力を考える場合の常識的な用語ですが、日本でいうドイツの責任能力の判定は「**混合的判定**」という方法でやっております。先程の第1段階での要件というのは、日本で言われているところの「**生物学的要素**」とされるもの……私は、精神医学者ですので、「**精神医学的要素**」と言っておりますけれども、その第1段階の判断がなされた後、第2段階として……日本では「**心理学的要素**」といわれておりますけれども……それは「**規範的要素**」ともいうことができると思いますが、いずれに致しましても、ここにありますように心理学的か、あるいは、規範的なメルクマールということが、第2段階において判定されなければいけません。

この第2段階では、御案内のように、いわゆる「**是非弁別能力**」と、その弁別に従って自分の行動を統御する「**行動制御能力**」という、その2つが判定されなければならないわけです。例えば、精神分裂病を例にとってみますと、ある精神分裂病の患者さんが、どこからか「人間を殺してこい」という幻聴が聞こえたと言っている場合、ほとんどの精神分裂病患者は、この是非弁別能力、つまり、隣の人を殺すことは悪いことだということについては認識している。しかしながら、そういう妄想だとか幻聴に支配されて、行動制御能力に欠けるところがあって、隣人を殺してしまうというのが通常の場合だとされています。そういうような場合、「**是非弁別能力はあるけれども、行動制御能力がない**」として、ドイツでは責任無能力という判定をしているわけでありませぬ。

もう一つ、ドイツ刑法には第 21 条という、日本でいう 39 条 2 項の限定責任能力に該当する規定もございます。これも、第 20 条の規定と同じように 4 つの生物学的なカテゴリーに該当するか否かというのが、まず、第1段階の判断でなされまして、そう一体いわゆる「**生物学的要素**」が満たされた場合に、次に、第2段階として、是非弁別能力と行動制御能力を判定するわけですが、著しく制御能力に欠ける場合……それは完全に欠けているわけではなくて、著しく欠けている、著しく障害があると判断された場合に、限定責任能力と判定するわけです。

この判定で、一番、難しいのは、この「**著しい**」というのは、一体、どうやって決定するのかということでありませぬ。基本的にこれは精神科医の経験に任せられているということで、相当程度、裁量権といえますか……精神科医の自由裁量に任されています。

(スライド) この表は、責任能力には、先程、言いましたように、「①責任能力が完全にある」というのと、「②限定的にある」というのと、「③完全に無い」というのがある。それに従いまして、法制度は、その各々に対応しているというこ

とを示しています。もちろん、完全な責任能力があれば、ドイツも、46条で責任主義というのをとっておりますから、責任があるのならば、刑事責任が問える、ということで、これは純粹に法律家の判断に任せられる。限定責任能力ということになりますと、日本の32条2項と同じように刑を減刑しなければならないということで、刑の減輕が行われる。しかし、これは、あくまでも有罪である、とされています。

全くの責任無能力という場合には、これは基本的に無罪を言い渡さなければならない、こういう3つのカテゴリーがドイツの刑法の中では使われているということでもあります。

### [3] 司法精神科医の鑑定(2)

ドイツでは、まずこういった責任能力の判断……有るか無いか、減弱している否か、ということが判断された上に、次に、精神科医がやらなければならないのは、「再犯の危険性」があるかどうかということ判断しなければならない。ある場合において、「全く再犯の危険性が無い」のか、あるいは、「減弱しているが、若干は有る」のか、あるいは、「再犯の危険性が、完全に有る」のかということ、精神科医が判断しなければならない。

「再犯の危険性が無い」という場合で、かつ、法律上、責任無能力であるということになれば、全くの無罪で放免しなければならない。しかし、「再犯危険性が若干は残っている」と判断されて、しかも、限定責任能力であるとされた場合には……これは後で申し上げますが、様々なかたちの刑事法上の対応があります。

ここは日本の刑法上の対応と大きく違うところですが、例えば……「完全な責任能力がある」、そして「完全に再犯の危険性が無い」という場合には、これは、責任主義に応じて刑罰が言い渡される。「限定責任能力である」けれども、やはり、その場合に「再犯の危険性が無い」という場合には、ただ、刑が減輕される。但し、この場合、「再犯の危険性がある」と判断されると、ここで刑が減輕されて、その減輕された刑罰と共に「処分 (Maßregel)」というものが併科されます。こういった限定責任能力者に関して「処分」執行を行われ、治療を受けさせるということになります。繰り返しになりますが、責任無能力という場合で、完全に再犯の危険性が無い、一過性のもので再犯の危険性が無いと判断された場合には、日本と同じように全く無罪で放免しなければいけない。しかし、そういった危険性が有るとされた場合には、この場合には責任主義に基づいて、刑罰を科すことはできませんけれども、その「処分」執行施設に収容することが義務づけられているということになっております。

こういった「処分」執行をしている施設というのは、極めて刑事施設に類似の雰囲気をもっており、しかも、刑事施設がもっている全ての保安上の要件等を備えております。これは、一般の精神病院では、とてもこういった違法行為を行った人達を扱うことができないということで、特別の設備を建築して、あるいは、特別の設備を持っている施設を建築して、こういった再犯の危険性のある者について収容し、治療をしております。

ドイツは全部で16州ありますけれども、ほとんどのドイツの州における刑事施設の管轄権は(全て刑務所・処分施設・病院は州の予算によって運営されているので、州独自の「処分執行法」であるとか、「収容法」といった行刑に関する法律を有している)、「社会省」というところが持っていて、若干の州で「法務省」が管轄権を持っております。

(スライド) 御覧のように、ドイツは犯罪を行った者に対して、この4つの刑事的対応があるというわけです。「完全に無罪」というものも含めれば5つの対応が考えられますけれども、主として、刑事的対応としては、この4つのカテゴリーに分類できるわけです。

先程も言いましたように、「責任が有る」というものについては、「処分」については考えずに刑務所に収容し、責任に応じて「刑罰」を科すこととなります。

(スライド) これは、順序が逆ですが……ドイツの一番重い保安処分で「保安監置処分」というのがあります。これは、例えば、「限定責任能力者」であって、なお「再犯の危険性が非常に高い者」で、「常習的に犯罪をやっているという者」について、保安監置施設に入れるという制度のことをいいます。刑罰については責任の程度に応じることになりますが、保安監置施設に収容する場合の基準としては、その者が犯した犯罪結果と併科される刑罰との関連で、どのくらいの期間入れておくべきかというようなことをもって判断します。

(スライド) 責任無能力者に対しては、全て特別の施設ではありませんけれども、刑罰ではない「処分」という名の収容……そこでは「治療」ということが行われています。以上の4つのカテゴリーがあります。

繰り返しになりますが、ドイツでは、「刑罰」を言い渡された場合には刑務所に、「処分」を言い渡された場合には処分執行施設、精神科の病院に収容されることとなります。

処分執行施設では、基本的に司法精神医学的な取り扱いを、当然のことですが、受けることとなります。限定責任能力者と責任無能力者についてのみ特別な司法精神病院で処遇が行われている。

**(スライド)** ここにございますように、一般の精神病院とこういった処分執行を行う特殊な精神病院での差違、状況をご説明したいと思います。

**(1)** まず、一般の精神病院での治療の目的というのは、どこにあるのかというと、その患者さんが持っている、いわゆる精神病理的な症状、これを減弱させる、あるいは、できれば治療するというのが、第1の治療の目的です。それが、犯罪とは無関係であるのは当然です。ところが、「処分執行施設」では、まず将来のこういった違法行為を行うであろう危険性……これをできるだけ低下させる、最小限にもっていく、要するに、そこにおいて「保安」という要素が入るわけですが……それが、まず第1の処遇の目的である。そういったことから、バイエルン州では、人口が 1100 万人のところ、こういった(一般の精神科の)ベッド数が 1 万床ある。これに対して、処分執行を受けている犯罪行為者、限定責任能力者は 935 人であるということでもあります。

**(2)** こういう病院なり施設なりの平均収容期間は、いわゆる処分執行施設では平均 6 年、統計的にいえば、もう少し長いかもしれない。一般の精神科では 6 週間いたら、大多数の者は退院してしまう。

**(3)** そういう場合に、仮退院させる基準についても大きな違いがある。一般の病院では、まず精神科の御医者さんによって、実際に病院に入院する理由になった臨床上の症状等が改善した、ということが1つの大きな理由になっている。それから患者の自由入院ですので、司法機関の関与というものはない。医師の裁量によって退院させることができる。そういった直接的な診断というものが、一般の精神科では行われている。しかし、処分執行施設では、そうはいかない。症状によって変わりますけれども、平均的な基準であるところの 6 年、例えば、再犯の危険性が、大体のところ減弱して、大丈夫であろうところまで収容する。そういう時期的なものが評価された時に、やっと仮退院の基準が登場する。ですから、症状という観点ではない。いくら精神障害が治ったとしても、減弱したとしても、なお再犯の危険性がある場合には、こういった施設の場合には、留め置かれてしまう。

**(4)** 診断の点でも非常に大きな違いがあって、一般の精神科では情動障害というのは対象とならない、そのほとんどが精神分裂病、適応障害というもの。一方で、処分執行施設の方は、分裂病のケースであるとか、あるいは、人格障害であるとか、あるいは、性的な障害であるとかといったようなものがほとんどで、御覧のように診断の区分についても大きな違いがございます。

**(スライド)** これは、レジュメの 3 頁の真中にある表の説明です。

ドイツ刑法で、いわゆる処分の対象になるという人達を、どうやって治療をしていくか、どういう障害が対象になるかということの説明した図であります。

まず、どういう疾病がこの処分の対象者として考えられるかですが……通常の精神病といったもの、こういったものが、単独の症状で出てくるわけではないし、精神病に罹っても、いわゆる、2番目の、あるいは、副次的な、あるいは、合併症のように重なって出てくる場合がある。精神病の場合には、麻薬ですとか、薬物の乱用、あるいはアルコールの乱用といったものと精神病が重なりあうと、犯罪を行いやすいということになります。ほとんどの患者さんが、いわゆる教育を受けていないとか、学校を完全に卒業していない、いわゆる中途退学という人が非常に多い。学習障害とか、教育障害といったようなものです。そういう患者さんは、社会的な能力というか、その問題性と致しましては、自分で自分を面倒みる、自立する、あるいは、自活するとか、自分で決定するといったようなことに非常に不慣れである。そういう人達に対して、できるだけこういった監督をして、そういう人たちにいろいろなかたちでの刺激を与えていくというような治療が行われています。

脳機能障害の場合にも、今度は脳機能障害に伴って人格障害が併発、並存している場合がある。その場合も、学習障害といったようなことが起こる。人格障害ですから、特に他人との付き合いであるとか、いわゆるソーシャル・エンジニアリングに欠けているということになります。

性的な逸脱行為をする人達の多くに、こういった精神薄弱であるとか知能が低いといったような知能障害の人達が、かなりの場合に含まれています。特に、教育水準は義務教育過程で終了しているという場合が多い。更に、教育を高めていくというような志向が、なかなかできないということです。特殊学級等に入ってそのままドロップアウトしてしまうということですね。そういう人達は、特に、公的な様々な相談所であるとか、そういう場所で人間と付き合っていくという姿勢に欠けている。

人格障害者の場合にも、人格障害性の性犯罪といったようなものが、比較的多いということです。この場合、社会的な適応障害といったようなものに対して、社会復帰するときに、どのように、その方向性を考えていったらいいのか。そこで問題になるのは、こういった攻撃性といったようなものを、どのように除去していったらいいのかという問題となります。

精神薄弱、知能障害の方達については、最終的にはどれだけ遅滞を食い止めるか、遅滞というものに、どれだけ注

目するかということに尽きてしまっていて、あまり治療という観点はないわけです。したがって、こういった精神薄弱者の社会性が問題となる場合では、自由時間を如何にうまく利用していくかという点について、施設の中でいろいろと行ってみる。ですから、精神薄弱の施設に行きますと、そういう自由時間の使い方、あるいは、自分で今日一日をどうやって過ごすかといったような“geschüttelt(揺さぶること)”をしています。

もちろん、これは簡単に、このように分類していますけれども、それぞれの症状が、いろいろなかたちで結合しあっていて、それが複雑になればなるほど治療も複雑になってきます。

**(スライド)** 次に、そのような処遇を行う中で、徐々に社会復帰を図っていくプロセスについて御話をしてみたいと思います。

元々、いわゆる処分執行、あるいは、司法精神医学というものは、そういった危険性を除去したり、減弱させたりして、できるだけ社会に戻していくということが、その目的であるし、司法精神科の治療の目的であるということを前提に、話を聞いて頂きたいのです。

**(スライド)** これは、どうやってリハビリテーションをやっていくかという……段階的な治療環境の緩和を示しています。

最初は、付き添いといいますか、同伴を伴う外出というのを認めて、職員が付いて散歩に行く。その場合であっても、主治医とクライアントである患者さんの関係が非常に安定しているということが、まず前提になる。安定しているということであるならば、信頼関係もあるから、そういう場合には、まず同伴者付きの外出を認める。

それがうまくいくと、今度は非同伴者、同伴者のいない外出を認める。例えば、その人間が精神分裂病であったということで、しかし、その分裂病を克服して、ある程度、彼の持っている問題性を克服した……あるいは、性犯罪者で、精神に障害があって違法行為をやってしまったという場合に、そういった独自の問題性を回避することが、ある程度できるのだという、そういった進歩性といいますか、進展が認められる場合……非同伴者の外出ですので、社会に出すわけですから、施設の外の様々な社会的な機関……児童相談所であるとか、保健所であるとか、いろいろな社会の機関に、その患者をコントロールするネットワークがあるということが前提になって、非同伴者の外出を認める。

更に進みますと、今度は、かなり長期の休暇を与える。その場合には、同伴者も何もありません、これはまったく社会におけるコントロールに任せているということで……その場合には、どうやって社会に出た時に自分の時間を過ごすのかとか、あるいは、本当に治療上の進歩・改善の兆しが見られるのかということが、主治医によって十分に確認される必要があります。

今度は、完全に釈放、あるいは、仮退院させて自立させてやるという段階に至るわけです。この場合には、こういった者は、あくまでも施設に帰ってこないといけません、只今、申し上げたそれまでの段階が全部前提としてあるわけです。犯罪をやった時の問題性等が完全に治っているとか、あるいは社会に対して再犯の危険性がないという状態が非常に安定している……こういう判断要素の下で、このような開放的な処分執行を段階に自由を緩和化していくことによって、社会に、上手に復帰させていくという方法が良いのではないかとということでもあります。

当然、この表にはないことですが……これは、患者と主治医の信頼関係をつくっていく1つの方法ではあるのですけれども……外出から帰った時に、薬物をやっていたのではないかと、あるいはアルコールをやっていたのではないかと……血液検査をする。そうすると、患者の方は、「俺を信用していないのではないかと」ということで、かえって主治医を疑ったりする場合があります。あるいは、主治医の方が患者に対して信頼関係を示しているようであっても、帰ってきた時に直にそういう検査をやるということは、やはり患者にとっては負担になる場合もあるので、それは個別具体的に、主治医が、これはやる必要がない、患者も望んでいないということを察知した場合には、それを義務的にやらなくても、主治医と患者の信頼関係に任せていいのではないかとということです。

**(スライド)** ドイツでは、法律的にこのような処分執行施設に入れられている場合、2年毎に、きちんと収容者の収容基準を満たしているかどうか、あるいは、もう収容している必要はないのではないかと……ということを、特に、外部の精神科医がコントロールするシステムができています。その場合に、何を調べるのかというと、再犯の危険性が、司法精神医学的な視点から見るとあるのかないのか、ということが主です。その場合に、一体、何が再犯の危険性なのかというと、違法行為をしないであろうという予測をいいます。あくまでも精神科医はこういった違法行為を将来、起こさないであろうということを、裁判所に進言をする。そして、あくまでも最後の決定は裁判所が行う。

**(スライド)** 1998年に、刑法・刑事訴訟法・行刑法の分野で大きな改正がありました。刑罰からの釈放、仮釈放(日本では仮出獄)する場合、1998年以降、司法精神科医は、釈放してもいいのかどうかということに関する鑑定をしなればいけないというふうになった。

ここから、もう少し仮釈放に関する御話をしていくわけですが……、将来、違法行為をする危険性が無いというふう

に判断された場合には、これは、処分であろうが刑罰であろうが、そこで一旦、収容を中止して、そして、釈放しなければいけないということになりました。

こういった釈放については、刑の執行が3分の2まで至った段階で、仮釈放に関する条件の要否を考える。こういった施設からの様々な条件を具備した場合の釈放のことを「条件付釈放」というわけです。日本でいうところの保護観察の遵守事項には、必ず、釈放された後、特に、処分施設から釈放された後の人達には、「外来治療を受けなければならない」という遵守事項が付せられます。その遵守事項ですけれども、ドイツでは、外来治療といっても、一般のホーム・ドクターが、「おまえは刑務所から帰ってきたから、1週間に1回俺の所へ来い」というようなことをやっているわけではありません。あくまでも法的な保護観察の遵守事項として、こういった治療というのは、いわゆる司法精神医学的なアフターケアによってなされなければならないということの意味をしています。

(スライド) これは、御理解頂いていると思いますけれども、刑罰の場合には当然、ドイツでも不定期刑はございませんので、全て有期の場合には、定期刑です。従って、刑罰の終わる時点というのは、裁判の時に科せられた、例えば 10 年ならば 10 年、それをもって満期になって、それで釈放ということになるわけですが……処分の場合には大きな違いがありまして、これは原則として無期限ということで、限界はございません。しかし、先程、言いましたように、2年毎にその収容を継続するかどうか、これを精神科医が鑑定をしなければいけないというシステムになっております。

ドイツの司法精神科医に科せられた課題というのは、あくまでも裁判所から、「この点について鑑定をしてくれ」という、その依頼の範囲内で司法精神科医は働くといえますか、鑑定業務をやらぬといけぬ。そして、**鑑定業務の中には、ただ精神科医として症状だけを鑑定するのではなくて、将来の危険性を含めて、社会の安全も考慮した予防的な再犯の予測も含めて行う。これらを行っていくのが「司法精神科医の大きな2つの任務」ということになるわけです。**

そういう意味で、ドイツの司法精神科医に与えられた最も大きな課題というのは、法廷でこの被告人が一体将来犯罪を行う可能性、危険性があるかどうかという予測……そういった観点の判断を行っていく。処遇の段階に入りますと、今度は釈放するとき、果たしてこのまま釈放すると社会にどういう危険性を及ぼすかどうかという……そこでもやはり危険の予測ということで、**司法精神科医の最大重要課題**というのは、**その予測をいかに適切に行っていくか**ということになります。そのためには、これから、その御話をしますけれども、司法精神科医としての十分な能力、そのために、十分なトレーニング、教育を受けているということが前提になってまいります。

従来は、ドイツでも、「治療」、「処遇」という観点は、基本的には無いというふうに応報刑的な思想で考えられていました。しかしながら、この5年くらいの間に、徐々に法執行の過程を通して、随分とドイツの刑事施設も様相が変わってきた。最近では、約 1000 名以上の受刑者を施設の中で処遇を行ったり、「治療」を行ったりする部門が出てきた。これは、基本的に、ドイツ行刑法 9 条の「**社会治療施設**」への移送を含めたことをいっているわけですが……こういった施設では、再犯の危険性を除去していくために、刑務所ではあるけれども、社会復帰を目指した治療的処遇をやっている施設が、次第に増えてきて、現在、それが 1000 名近い受刑者に対して行われている。そういうところに収容されている者について、処遇・治療をしていくのも、司法精神科医の課題の1つであるということになります。

#### [4] ドイツにおける司法精神医学教育

(皆さんに、まだ、再校の段階できちっとした字句の修正がされていませんが、私(加藤)が今度、出版する予定である論文集の原稿の一部……ドイツの司法精神医学教育についてのものが渡っているかと思えます。それと、ドイツ語の4枚綴りになっているプログラムを見ながら話を聞いて頂きたい)

ここにありますように、ドイツでは最近、司法精神医学の専門医教育というものが盛んに行われています。非常に難しい再犯の危険性であるとか、犯罪の時に責任能力があったかどうかによって、先程来の話でも分かるように、様々な対応の仕方があるのですが、それを、たいたい司法精神科医がある意味では自主的に決めているということなので、1年に1回、ミュンヘン近郊の「**ニーダーベッキン**」というところで、4日間に渡って合宿セミナーというのを主催して、勉強会を行います。

1年目は入門コース、2年目に中級コースということで、その2年を終わると、今度は、病院で半年くらいプラクティカルとして働いて、そういう経験を積んで、資格試験を受けて、資格をもった精神科医になっていくわけです。

そのコースの前提として、どういふことを司法精神科医はやるのかということ、こういった診断セミナーといいますが、如何に診断をうまくやっていくかという、そういうテクニックを、私(ネドビル)を含めて、様々な精神科医や臨床心理士で

あるとかが教える。あるいは、刑法学者であるとか、あるいは、高等裁判所、最高裁の判事であるとか、検察庁からの検察官であるといった人が来て、法律上の問題、そしてこういった診断をするための前提諸条件、こういうようなものについての認識を深める。どうやって診断をしていくかという、いわゆる理論的な基礎を教えるとか、そういった診断方法というものをを用いることによって、どういう波及効果があるのかということも一緒になって考えます。それから、個別の診断、例えば、人格障害者に対する、様々なメルクマールが書いてありますが……（これらは、有名な人格障害者に対する判断基準ですが）、例えば、「HCR-20」というのは、危険性予測についての20項目を列挙したのですが、こういったものを、実際に、セミナーに参加した若い精神科医に徹底的に教え込んでいく。

診断をしていく前に、どういう規則があるのかとか、どういう根拠があるのかといったような診断の判定をする場合の様々な方法論について、将来、再犯を犯すであろうという診断をする際に、治療上、どういう重要な問題点があるのかといったようなことを、具体的な事例を使って教えていくわけです。

例えば、1つの特殊な問題として、人格障害とか性犯罪といったようなものを事例に挙げて、それに対してどういう診断をするかといったことを実際に検討する。診断書を、実際に書かせるわけで、最後の日に発表して、それに対して専門家がコメントを付ける。実際に、自分達でロールプレイをやって、自分が患者になったり、鑑定医になったり、あるいは、裁判官になったり、検察官になったりして、実際の法廷場面での司法精神科医の様々な働きというものをやってみる。そして、最後に、診断の結果を発表して、十分な理解をした上で、専門医になっていくという……こういったプログラムでセミナーを行っている。

特に、ロールプレイというのは、非常に困難な事例について、そのセミナーに参加した若い精神科医が、患者としての役割をする人と、診断を下していく医者としての役割をする人とを、2人設定しておいて、参加者がありとあらゆる方向から、「その診断は間違っている」、「その診断は、もう少しこうではないか」といったようなことを、その場面で質問したり、答えたりということを、実際にやっている。

もちろん、「処分」の前提となる違法行為というものが、ドイツの場合には、必ずあって、その前提となる違法行為が、何故、起こってきたのか、というところから追求していかなければいけない。そのような前提となる違法行為が起こって、それが、一体、何が原因だったのか、を追求する。将来の犯行の危険性があるか否かということ判断するのが鑑定の目的ですから、そうすると、その種の違法行為における統計上の再犯の蓋然性・可能性といえますか、統計上こういうタイプでこういう違法行為だと、この程度の確率で再犯を行うのではないかと、そういう調査法も勉強する。

ある犯罪者に対して、継続してきた精神病が、どの程度、影響を及ぼしたかのために、犯罪を起してしまったのか。あるいは、その犯罪が、その人の持っている人格障害と、どの程度の関係があったのかどうか、といったようなことを調べるとか、犯罪の動機というものと、その人が持っている障害というものは、どういう因果関係といえますか……どういった関連性があるか、そのような前提となる違法行為が起こってしまったのかということ、調べていく方法がまず検討されなければいけない。

（レジュメの5頁中段以下のところにもありますが、これを1つ1つ検討していくということは止めに致しまして……）

先程も言いましたように、再犯の予測というようなことについて、ある意味では、精神科医の鑑定の結果が大きな影響を与えるわけですから、できるだけそういった予測にしても、診断にしても確実性を持たせるためにはどうしたら良いか、を考える必要がある。一番、大切なことは、あまり精神科医自身の主観で、そういったことを決めてしまうというよりも、こういった様々な判断要素を設けて、そして、再犯の予測をも行っていくということが要求されているわけでありませう。

## [5] 司法精神科医の役割

最後の局面になりましたけれども、ここで皆様にドイツ刑法における司法精神科医の役割という点についてちょっと説明させていただきます。ドイツの司法精神科医というのは、様々な課題を背負っているわけですが、大きく4つに分けて皆さんに説明することができます。

- (1) 最初に、司法精神科医が刑事司法に登場するのは、被告人が果たして責任能力があったかどうか、あったとしても、再犯の危険性があるかどうかという調査と判定を行うという場面です。ここにおける大きな課題が、まずあります。
- (2) そういったことで、責任能力があり、更に、再犯の可能性があるとということになりますと、精神障害犯罪者は治療を受けなければならないということになります。そうしますと施設において、今度は、できるだけ再犯の危険性を減弱させるにはどういった治療をしていったら良いのか、ということが問題となる。あるいは、将来、再び犯罪を行って被害者を出すかもしれない、そういった第2次的な被害を避けるにはどうしたら良いのか、そういった犯罪者を社会に、特に、社会の

規範に順応するような生活を送れるように、社会復帰させるためには、どういことをしたら良いのかということ、施設内の処遇によって行っていく。これが司法精神科医の第2の役割であります。

(3) 第3の役割としては、そのような診断を行って、治療をし、その結果、そういった人達を社会に出さなければいけないという場合に鑑定を行うという役割です。ドイツの場合では、先程も言いましたように、処分執行施設というところから退所させる、あるいは、一般の精神病院から退院させる、というような場合の全てについて、処遇が効果を発揮しているかどうか、治療によって、その人の危険性、あるいは、病気の状態が改善されたかどうか、あるいは、再犯の危険性が減弱しているかどうか、.....そういった判断を、司法精神科医が行わなければならないという第3の役割があります。

(4) そして、最後に、こういった人達に対してアフターケアを行う。彼のそういった社会での問題行動が、非常に安定しているかどうか、保護観察を通して常に.....あるいは、平素であれば「行状監督」という制度によりますけれども、これらの制度を通して、そういった状態を常にウォッチングしている。これも司法精神科医の役割です。将来の危険性について、それを、どうやって避けるかということで、それらの者に対してどのような援助をしていくかということも、司法精神科医の大きな役割なのです。

## [6] 具体的な事例研究

レジュメに具体的な事例がありますので、それを説明することで、司法精神科医に与えられている課題がどういったものか、あるいは、どのように具体的な事例を扱っていくべきかということについて御話をしたいと思います。

(7頁の真中の段落“Ein Fallbeispiel”)というところから説明を致します)

ここで、特に、私が説明したいのは、刑事司法と司法精神科医の相互作用における様々な問題点についてです。皆様によく理解して頂くために、現在、ドイツの刑事司法で問題になった事例を紹介したいと思います。

この犯人は、一年近くに渡って、ある居酒屋に常連客として通っていた。ほとんど毎日、その居酒屋に現われ、同僚と每晚、4リットルから5リットルのビールを飲むのが常であった。

ある日、その犯人は、かなり夜遅くなってから、その居酒屋を訪ねた。仲間達は既に来ていて、日本であればカラオケボックスのようなところで歌を歌っていた。犯人は突然、被害者となる仲間に向かって、「そんなくだらない歌は直ぐに止める」と、大声で叫んだ。しかし、その仲間が、なかなか止めないということで、ウェイトレスに、非常に、凄みを利かせた声で、「あの歌を止めさせてこい」と言ったのだが、それでも、まだ止めないというので、やにわに持っていたピストルを歌っていた男に向かって発砲した。それが、被害者に命中して、数回の手術をしなければならないような重傷を負わせることになった(死亡するには至らなかった)。そして、犯人は、発砲後、静かに、警察が来るまで椅子に座っていた。

警察から事情聴取された時点では、犯人は「被害者が自分を軽蔑したのだ」という一点張りで、他の動機については何も申し述べなかった。しかしながら、警察が犯人の経歴を調べてみたところ、過去12年以上の長きに渡って、精神科の外来治療を受けていたということが明らかになった。この犯人は、この犯行の7ヵ月前に、精神医薬を飲むことを中断していたという経緯もあった。彼の主治医は、彼が「精神分裂病」の障害があると診断をして、それに対する、いわゆる薬物療法を行っていた。

更に、その精神科医は「精神分裂病」ということで薬物療法を施していたが、これは「司法精神鑑定」とは、全く関係がないことから、検察官は、犯人を精神科の鑑定に付した。

司法精神科医の診断によるならば、分裂病ではあるけれどもアルコール依存症との合併症であるということが確認された。

そして、犯人が説明するところによると、これは警察の聴取では分からなかったことではあるが、この司法精神科医に犯人が話したところによると、「イスラエルのスパイ組織に脅されている」というような、幻聴、あるいは、被害妄想のような症状が確認された。つまり、犯人は「スパイ組織が陰謀を企てている」ということを、イスラエル政府に直接警告をしたいがために、犯行当日、空港から飛行機に乗ってイスラエルに向かおうと思ったわけだが、空港の入り口で、挙動不審の男ということで、職員に「お前は帰れ」と言われ、結局、飛行機には乗れなかった。そこで、頭にきた犯人は、一旦、自宅に帰って、戸棚の中からピストルを取り出し、犯行現場である居酒屋に向かった。犯人は、居酒屋の仲間達が、犯人の計画を知っていて、わざと空港の職員に「こういう男が行くので通さないでくれ」と言ったのではないかと、彼のテルアビブ行きを邪魔したのではないかと邪推した。犯人は、特に、被害者について、彼の悪ふざけのせいでイスラエルに行く



ことができなかつたのではないかというふうに思いこんでしまったわけである。

この事例については、先程、示しました4つの生物学的(精神医学的)要素のカテゴリーの中でいいますと、これは、いわゆる「精神分裂病」に該当するわけです。情動的な精神病であるとか、精神分裂病的な障害であるといったようなものが確認されたケースであります。

先程、申し上げたドイツ刑法20条における第1段階の判断基準で、いわゆる責任能力判断の生物学的(精神医学的)要件である精神障害があったかどうかということは、比較的、簡単に判定できます。けれども、第2段階における行為時の「弁別能力」と「統御能力」を判断するのは、非常に難しい。従来、ドイツの精神医学では、分裂病と判定されると、弁別能力も無いというふうに言われてきました。しかしながら、最近の司法精神医学の領域では、分裂病であっても弁別能力は有るとされている。つまり、「殺すということは悪い」と識別する能力はある。しかし、いろいろな被害妄想の結果、自分の行為をコントロールする統御能力が、やはり分裂病の場合は欠けるのではないかと、という結論に達しています。

従って、次に問題となるのが、特に、統御能力があったか否かですが、これを明確に判断することも、非常に困難であります。そこで、21条の「限定責任能力」における「著しく減弱している」に該当するのではないかと。特に、そういう統御能力が著しく減弱していると疑われる場合を、ドイツの場合では、「限定責任能力」というふうに判断するわけでありす。

ここで、いわゆる刑法理論上の「原因において自由な行為」との関連というのも、出てくるのですけれども……まず、犯人が居酒屋に行って、被害者を射殺するという時点において、急性の精神病という状態にあったかどうかという判断についてですが……これも、なかなか困難なわけです。いずれにしても、そこで、仮に、急性の精神病的な状態であったと判断されるならば、責任無能力として「原因において自由な行為」の理論を使うことができます。例えば、犯人がビールを飲んで、何リットルか飲むと酒乱になる。その酒乱の状態を利用して何らかの犯罪を行う。その酒乱が「病的酩酊」の場合には、通常、ドイツでも、「責任能力が無い」というふうにされているわけです。

鑑定人の意見は、犯人の障害は、自らの犯罪行為を弁別できる状態ではあったけれども、刑法にいう「病的な精神障害」に該当し、その精神障害のために、その行動を統御する能力が著しく障害されていたというものであります。そして、鑑定人は、その妄想に基づく行為に加えて、「病的酩酊」の観点をも含めて、「責任無能力」と判断したわけでありす。

裁判所は、鑑定人の意見に従って、その犯人が、いわゆる「責任無能力」である、とした。著しく弁識能力を欠いている場合、通常ならば、限定責任能力になるのですけれども、裁判所は鑑定人の意見に従いつつ、その犯人は「責任無能力」であるとして無罪を言い渡したわけでありす。

裁判所は、次に、行為者の再犯危険性について、鑑定人に尋問をしたわけです。

とにかく犯人の場合は、精神分裂病による妄想があって、その上に毎日4リットルから5リットル、この時も3リットルから4リットルのビールを飲んでいてということで、精神分裂病とアルコールへの依存的な状態という症状が、非常に複雑に構造的に重なりあっていたということが認定されました。特に、御案内のように、ミュンヘン、あるいは、バイエルン州というのはビールの生産地で、水の代わりにビールを飲んでいるような地域ですから(笑)、そういうことを毎日毎日、犯人は精神病で12年間に渡って、外来治療に通いながら、その期間中はビールを飲み続けていたという状況があった。

結論として、裁判所は無罪にしたのだけれども、精神病院に收容する「処分」を命じました。そこで、これから御話するのは、犯人が、処分執行として、どういう取り扱いを受けたかということです。

犯人は、そういった施設に收容されて、治療には比較的、協力的でありました。犯人は、その処分收容施設に4年間收容されました。その間、かつて、彼が12年間続けていたように、薬物、向精神薬を飲み続けた結果、犯人の妄想体験は急速に改善していきました。そのように、彼は、施設の中での治療には比較的、協力的で、4年半後に重警備の病棟から保安の程度の低い病棟に移送されることになったのです。更に、1年半後に、生活の自由が更に保障されている病棟に移されることになったわけでありす。ところが、先程の話でも言いましたが、どうしてもバイエルンの人達は、直ぐにビールを飲む習慣があるわけで、比較的、自由な空間を与えられると、再びビールを飲み始めてしまうわけでありす。

彼の場合、分裂病とアルコール乱用とは並存するもので、そのことにより、また、再犯の危険性が生じたわけです。そのため、比較的、良好であった診断結果も書き改められるということになりました。犯人は、それまでの治療には関係してこなかった司法精神科医……つまり、それまでの主治医ではない第三者の司法精神科医によって、新たに診断し

直されることになったわけです。患者(犯人)は自分が病気であって、定期的な治療が必要であるということを知っていることも、その医師に説明しています。しかしながら、その患者(犯人)は、もちろん彼が好んでやってきたことではあります。ビールを飲んではいけないということについて、いくらアルコール依存の合併症があるからといって、ビールを飲む習慣のあるバイエルンの住民としては、それを止めなければならないということに到底理解することができなかつた。そこで、犯人は、今度は、比較的、自由な病棟から、閉鎖病棟に移されるという危機に直面することになったわけであり、ます。

## [7] ドイツの現状 —— 統計的な観点から ——

最後に、少しまとめの意味も含めまして……繰り返しになりますけれども……ドイツ刑法では、結局、このように犯罪があつて、捜査が行われ、そして裁判が始まると、もちろん、そのような行為について、無罪ということもあるし、罰金刑、あるいは、保護刑という「**社会内での処遇を中心とする刑罰**」、それから施設内を中心とした「**自由剥奪処分である自由刑**」、そういった刑罰と保安監置が併科されるような「**66条のケース**」、それから刑罰と保安監置ではない精神病院収容処分とか禁絶施設収容処分という「**処分**」が併科されるというような限定責任能力者に対する「**21条のケース**」、完全に責任能力がない人に科せられる精神病院収容処分という「**治療処分のみ**」というように、5つのカテゴリーに分類される制度について、裁判所が全て関与しているということが御理解頂けたと思います。

(スライド) これは少し古い統計ですけれども……東西ドイツが統一されたのは1990年ですが、その90年より前の状況を御話すわけですけれども……その頃に、犯罪として認知された件数が550万ということ。有罪判決を言い渡された件数が81万4000件ということで、そのうちの84%がいわゆる無罪、ないし、ほとんどが罰金刑であつた。いわゆる刑事施設、刑務所に収容されるドイツでいうところの自由刑(日本でいえば懲役・禁固)を言い渡されたのが、その全体の15%です。処分執行施設に収容されたのが、実数でいくと、だいたい570件近く……パーセンテージでいいますと、0.001%ということになります。これは、当時における、人口6000万人中の統計です。

(スライド) いわゆる殺人事件に関して、これも古い統一前の統計でございましてけれども、一年間に2500件の殺人事件があつて、起訴された件数が1365件。そのうちが無罪、ないし、それに近いものが23%で、刑務所に収容されたのが67%です。起訴された1365名のうち、いわゆる司法精神科の病院に収容されたのは7%であります。

(スライド) 今度は、「**重度に攻撃的な性犯罪者**」に関する統計ですけれども、これも統一前の数字です。一応、認知され、逮捕され、捜査が開始されたということですが、その件数が5500件で、起訴された件数は2335件ということになっております。31%が、無罪ないし社会内処遇ということになっております。

(特に、ドイツの場合には、90年代後半に、アイケルボルン事件といった世間の耳目を集めるような女の子を殺す性犯罪が起こつたため、性犯罪者に対する厳格な処罰を要求するという動きがドイツ国内に起こり、1998年に刑法を改正して、そのような性犯罪について非常に重い刑罰が科されることになりました)

全体の8%の性犯罪者が、限定責任能力者として刑罰と処分が併科される状況で収容されているという状況が、この統計から御理解頂けると思います。

最後になりましたけれども、この全体の統計の数字を見て頂ければ御理解頂けるように、ドイツでは「**刑と処分の二元主義**」をとっているにも関わらず、刑罰以外の「**処分**」にかかる件数というのは、非常に少ない。そのほとんどが刑罰でもって対応しているという状況があるわけです。けれども、個々のケースを見てみますと、どうしても刑罰では対応できないケースがあつて、しかも、通常の処分施設では、取り扱ひのできないような処遇困難、あるいは、再犯の危険性があるといったものが存在する。そして、数は少ないけれども……少ないといひながらも、徐々に、その数が増えてきているということで、ますます司法精神科医の役割というものが重要視されてきているわけです。

そういった非常に危険性はあるけれども、従来、社会復帰の可能性がないといわれた人達に対して、司法精神医学が発展することによって、社会復帰の可能性を広げてきたという意味で、司法精神医学の役割というものは大きく評価できるものではないでしょうか。

どうも、御静聴有難うございました。(拍手)

## 加藤 [久]:

御帰りになる方もあるかと思しますので、このパンフレットを、今からお配りします。

これは、来年、ミュンヘンでネドビル先生が主催されるのですが、第2回司法精神医学会というのが開催されます。約500から600名の参加者が見込まれています。是非、興味のある方は、このパンフレットを御持ち帰り頂いて……

皆様が御出席して頂けることが、一番、喜ばしいことですが、同僚の方とか、専門の方にも宣伝して頂きたいと思っています。

これを見ますと、参加申し込みの締切りが、今月 15 日になっていますが、いろいろな事情があって、11 月 30 日まで延ばしたいということですので.....ミュンヘンの 3 月は、まだ寒いでしょうけれど、我々も伺いたいと考えております。是非これを御持ち帰り下さい。

## ～ 休憩 ～

加藤 [ 久 ]:

早速、始めたいと思いますけれども、各々、御所属と御専門について、簡単に自己紹介を御願います。

### 参加者自己紹介 (途中参加者は除く ; 順不同)

(自己紹介は原則として省略)

山上皓 ( 東京医科歯科大学難治疾病研究所 ; 以下, 山上 ) :  
西川寧 ( 静岡県立こころの医療センター ; 以下, 西川 ) :  
服部功 ( 静岡県立こころの医療センター ; 以下, 服部 ) :  
加藤俊治 ( 法務省刑事局局付検事 ; 以下, 加藤 [ 俊 ] ) :  
杉山治樹 ( 法務省大臣官房参事官 ; 以下, 杉山 ) :  
坂本昭一 ( 法務省刑事局局付検事 ; 以下, 杉本 ) :  
藤井千枝子 ( 慶應義塾大学看護医療学部 ; 以下, 藤井 ) :  
北潟谷仁 ( 弁護士 ; 以下, 北潟谷 ) :  
安部哲夫 ( 獨協大学法学部教授 ; 以下, 安部 ) :  
吉田敏雄 ( 北海学園大学法学部教授 ; 以下, 吉田 ) :  
田口寿子 ( 都立松沢病院 ; 以下, 田口 ) :  
武市尚子 ( 東京大学大学院医学研究科法医学教室 ; 以下, 武市 ) :  
五十嵐禎人 ( 東京都精神医学総合研究所 ; 以下, 五十嵐 ) :  
小林寿一 ( 警察庁科学警察研究所 ; 以下, 小林 ) :  
川本哲郎 ( 京都学園大学法学部教授 ; 以下, 川本 ) :  
佐藤誠 ( 北九州医療刑務所所長 ; 以下, 佐藤 ) :

## 質疑・応答

加藤 [ 久 ]:

それでは、御質問の方を、どうぞ。

川本:

先程、休憩中に直接、御聞きしたことなのですが.....この間、山上先生が団長をなさっていたのですが.....イギリスの精神病院の視察に行つて参りました。その視察に行く前から、分かっていたことですが、イギリスでは、"Multi-interagency", "Multi-disciplinary"といわれるチーム医療が実施されています。精神科医と看護婦、プロフェッショナル・オフィサー、ソーシャル・ワーカーといった方達が、チームをつくって治療をしているのです。そういったものがドイツにもあるのかどうか、そして、その治療の効果は、どの程度のものなのか。

先程、「そういったものはある」という御答えを頂いて、「ある程度、効果も上がっている」という御話でしたので、改めて皆様方に知って頂きたいということで、御願います。

## ネドビル：

基本的に、こういった司法精神医学の患者さんというのは、動機だとか、犯罪行為の対応であるとか、それに伴って診断面も様々であって、基本的には個別治療というのが基本になるわけですが、先程も、表で御示しましたように、特に、分裂病の患者さんにしても、人格障害の患者さんにしても、性犯罪者にしても、途中で、学校をドロップアウトしたり、学習障害があったりというようなケースについては、どうしても集団で治療をしていかざるをえない。そういった治療の場面で、いわゆる作業療法を中心とした……例えば、集団療法というかたちで、様々な専門家が関わっています。そういう意味で、チーム医療というものが行われています。

施設の中での日常生活が、退屈にならないように、また、そういう生活を通して欲求不満にならないように、様々なプログラムに工夫がなされているのですが、例えば、そういった日課表をどういうふうにするかという時は、専門のセラピストと一緒に作成する。自由時間を、どういうふうに過ごすかといったようなことに関しても、治療者側と十分に話し合っ、て、そういう話し合いが行われて、正に、そういった欲求不満の解消になっている。

それから、御尋ねのそういったチーム医療の効果ですけれども……チーム医療については、今いったようなかたちで行われているのですが、もっと概括的に言うならば、そういう濃厚な治療を受けたグループと受けなかったグループとの間には、20～30%の再犯の差があるので、そういう数字をもって治療の効果が上がったと言うことができるのではないのでしょうか。

## 山上：

たくさん御聞きしたいことがあるので、簡潔に御伝え願えれば助かるのですが……1つは精神鑑定の依頼が裁判官からあった時に、責任能力と再犯危険性の予測の両方を鑑定するとありましたが、そういった裁判所の依頼は具体的に、どのように依頼されて、鑑定には、最終的に、結論をどのようなかたちで報告されるのかというのが、第1点です。

## ネドビル：

良い御質問を頂きまして有難うございます。

「どういった依頼を、どういった表現でもって、裁判所が、鑑定人に行っているのか」という質問でいいのかと思うのですが、それは、やはり裁判官も、そういう司法精神医学に相当素養のある人の質問と、全くある意味では責任能力とかいうものに初めて触れたような、そういう事件に余り関係したことがないような裁判官もいます。後者の方の質問については、一体、何を訊きたいのか分からないようなこともある。

当然、最初は、犯罪行為の時に、どういった状態であったがために犯罪行為を行ってしまったかという調査鑑定をする。どういった精神状況が、こういう結果をもたらしてしまったか。それとの関連で1番重要なファクターとしては、その犯罪に至った動機。動機をきちんと調べるということが重要ではないでしょうか。犯罪者というのは、複雑な社会環境の中で生活しておりますし、精神症状というのも複雑な様相を呈しているの、それをうまく把握して、そのうちの何が犯罪行為を引き起こしたかということ、できる限り鑑定を行って報告する。

鑑定人は、処罰をするために登場するのではなくて、できるだけ対象者について、減刑事由というような有利な条件を探すということも、また、必要だともいえます。例えば、殺人の中でも、御案内のようにドイツでは、いわゆる謀殺というのと故殺というのがあるわけです。その犯行動機によっては、どちらにも含めることができるわけだけども、そういった点をきちんと調べるということ。被害者がどういった役割をしたかということも含めて、そういった処分、刑罰に関係する諸事情を精密に精査して鑑定書を書くということです。

やはり、精神科医の役割のほとんどが、責任とか、責任能力の前提としての精神状態を調べることであり、それを判定していくということが、具体的な任務であります。そういった第1の判定との関係において、そこから先程の御質問のように、予後と申しますか、将来の再犯危険性を減弱させるための治療が行われている。

## 山上：

精神科医の鑑定が行われた後で、裁判官が最終的に判定をすれば、精神科医の意見に加えて、裁判官はどのような要件を加えて最終的な判断をしているのでしょうか。

## ネドビル：

その御質問は、「精神科医が鑑定書を提出して、その後、処分なり刑罰なりを言い渡す時に、裁判官は、それ以外

の要件を検討しながら総合的に判断して判決を下しているのかどうか」ということですね。

御案内のように、ドイツ刑法では、仮に精神科医が「責任無能力である」という鑑定書を提出した場合には、無条件に裁判官は「処分」を言い渡さなければならないということになっております。もちろん、その判断には「安全管理」についてだとか、「均衡の原則」とか、そういう司法的な観点も含まれてはいます。しかしながら、いずれにしても、鑑定人が行為者について、精神障害があつて、完全に責任能力が無いと判断した場合には、裁判官は、それに従って収容処分に付きなければいけないということなのです。

問題は、限定責任能力の場合なのですが.....

(精神障害が有るか無いかということは鑑定医の専権事項ですから問題ないのですが.....)

先程もありましたように、「混合的方法」が採用されていますので、弁別能力と統御能力といった観点は、従来、裁判官が判断できるとも言われていたわけです。ドイツでは、特に、例えば、限定責任能力というような場合.....精神障害が偏っていて、著しく責任能力が減弱しているという場合であるとか、分裂病で、弁別能力はあるけれども統御能力は無いというような場合には、限定責任能力とするわけですが.....限定責任能力に該当する場合であっても、先程ありましたように、「精神に障害が無い」という場合、そして、また「再犯危険性が無い」ということであれば、刑を減刑するだけですけれども.....そういった限定責任能力に該当する場合で、かつ、将来の再犯危険性があるとか、精神障害がかなり影響しているということであるならば、これは「刑罰」と「処分」を併科しなければいけないので、裁判官と精神科医は協同作業によって判断を行わなければならないということになるのです。

先程、実際に、御話した居酒屋で仲間を撃って重傷を負わせてしまったというケースでは、分裂病と病的酩酊の合併症ですから、いわゆる他行為可能性が無かったということで、これは責任能力が無いということですが、例えば、非常に重い鬱病に罹っている女性が、自分の一人息子を殺してしまったという場合には、通常、再犯の可能性というのは、ある意味では一人息子についてですから、既に無くなっているわけです。そういうことで、再犯の可能性が無いから、精神病院に子殺しということで入所しても、比較的、早い段階で仮退院ということになります。しかしながら、その根っこに鬱病というのがある限り、確かに自分の子殺しはやらないだろうけども、鬱病に罹患している結果、それが何かに派生してくるかもしれないので、1年後に、その人を仮退院させたとしても、非常に慎重に.....例えば保護観察に付して、その鬱病が快復するまで、その婦人をウォッチングしていくということも考えられる。

先程の居酒屋のケースでは、他行為可能性が問われなかった。だから、この場合は、治療施設に入れるという可能性もあるし、一旦は、施設に入れるけれども、早期の段階で外来治療に切り換えるといったこともありうる。そういうことで、ケース・バイ・ケースに、非常にフレキシブルな対応を行う。何をどうすべきかということ判断するのは、なかなか難しいことでもあります。

川本：

それとの関連で、先程、弁別能力の鑑定よりかは、統御能力の方に重点が移ってきたというようなことをおっしゃったと思うのですが、その原因というのは何でしょうか。

ネドビル：

(これはドイツ人でも理解できる人は、そういないのではないかとということとして、日本でも、なかなか理解が難しい話で、「分かったか?」と、2回も念をおされました)

日本でも、そうですが、精神分裂病の患者さんの社会復帰とか、社会での生活ということを考えて、最近では心神喪失とか、人格喪失とか、改正前の民法等では禁治産といったようなことで、人格までも否定してしまうようなことが、従来の精神科医によって行われていた。現代の司法精神医学というのは、患者さんの人間としての尊厳というものを、まず大切にしなければいけない。だから、寛解(Remission)期にある時は、これは正常の健康な人とほとんど同じなのだというふうに考えるのが、現代の司法精神医学の状況であるということを前提として、これからの話をしていきます。

ある分裂病の患者さんが、例えば、他人に「御前、殺してやるぞ!」というような、他人に対して、生命を奪うといった脅しをかけた場合、これはそういった責任能力が、かなり減弱しているとしても、行為が良いか悪いかということについては、よほどの妄想に支配されていない限り、その点に関する弁別能力はあるのだと、通常、考える。そういう「人の生命を奪ってもいい」ということについては、通常の人であれば正当防衛の時に、何らかのかたちで他人の生命を奪っても法的に許容されるのですが.....そういうところまで、分裂病の患者さんは、基本的に分かっている。

そういったことを前提にして考えていくと、例えば、そういう分裂病といっても、根っこに弁別能力はあるけれども、やはり、先程の事例のように統御能力のところまで、どうしても減弱であると判断せざるを得ない。

例えば、嫉妬妄想から自分の弟が自分の妻と寝ているのではないかと考えた。その女性は、確かに弟以外ではあるけれども、浮気をしていた。しかしながら、そういった分裂病の嫉妬妄想から、その弟と妻の間に不倫関係があるというふうを考える。しかし、それが妄想なのか錯覚なのかを見分けるのは難しい。錯覚はあくまで錯覚であって、妄想というのは、あくまで病気が根っこにあるものですから、その辺のところは、なかなか見分け難い。しかしながら、錯覚だったら統御能力云々を問題にすることができないわけで、当然、統御能力は有るわけです。統御能力は有るけれども、錯覚して犯行をやってしまったということになるわけです。錯覚でなくて、妄想であれば、そういうことで確かに不倫関係は無かったのだけれども、「あるのだ」というふうに嫉妬妄想によって、そういう考えに捕らわれてしまった。その結果、弟を殺すなり、ピストルで撃って人を傷つけるなりということを行うというのは、やはり、統御能力に問題があるのではないかと、ということが言えるのです。

## 服部：

私は、精神科医として、地域の精神医療に携わっていますが、その立場からの質問ということでさせていただきます。

先程の御話の中で、患者さんが処分執行施設に入られて、そこから出た。その後、司法精神医学的なアフターケアをされているというふうな話があったと思うのですが、そのアフターケアですが、ドイツ国内で地域格差があるのかないかということが、最初の質問です。そして、次に、仮に、あるとするならば、処分執行施設を出る際の再犯予測性に影響しているのかどうかという点を御訊きたいのです。

## ネドビル：

非常に、興味の深い質問をして頂きまして、どうも有難うございました。

貴方の御質問の通り、ドイツでもそういったアフターケアの状況において、釈放のためのいろいろな基準が、地域毎に変わってくるのではないかと御話ですけれども……それは、社会的な受容能力といえますか、地域社会が、例えば、外来治療が非常に充実している、そして、行状監督なり、保護観察制度で、きちんとした専門家が配置されていて、若干の危険性があっても、社会に出して大丈夫だといわれているような地域では、当然、早目に退所させるでしょう。また、そういった条件が整っていないところでは、收容しておく正当な理由がなくても、その地域のことを考えて收容が長期化することはある。ただ、問題なのは、最近、收容施設に入れておくと、経費が非常にかさむということで、政治家の方で、できるだけ経費節減のために、危険性の保持よりも、ある程度のところまでいけば社会に出してしまい、外来とか、社会内処遇の方に回して、費用がかからないようにする……むしろ、そちらの方に傾く傾向もあるのです。

貴方の御質問は、言ってみれば司法精神医学的な問題ではなくて、政治的・実務的・臨床上の問題が大きく影響してくるのではないかと思います。

## 田口：

再犯危険性について、質問の前に感想なのですけども……

この点について、海外の司法精神医学の中で重要視されているということに、私は、いつも日本の精神科医として驚きを感じます。我々、日本の精神科医は、治療処分もなければ、処分執行施設も持っていないので、鑑定の場合においても、治療診療の場合においても、再犯危険性の判断を問われる機会は無いです。そして、そういった判断が精神科医に委ねられるということについては、多分、日本の精神科医の多くの場合、精神医学の問題ではないという意識を持っているのが大半なのではないかな、と、思っているものですから、そういうことを考えてみても、我々の意識と欧米における司法精神科医の意識の違いを強く感じます。

再犯危険性の判断ということで、我々が、ある程度、それに近いことをしているというならば、措置入院の解除をするときに、自傷他害の危険性が有るかどうかという判断をする場合があるわけなのですが、そういった時でも、主にメルクマールになるのは、精神症状の改善ということと、反社会性が強い人格なのかどうかということぐらいしか、多分、判断に入れていないと思うのです。

我々は、細かい再犯危険性を判断する基準というものを持ち合わせていないし、そして、当事者に対しても、自分が犯した違法行為について、どういう考えを持っているかということについても、ほとんど問うことがありません。むしろ、それに触れることを敢えて避けるようなところも、日本の精神科医の傾向としてはいえると思います。本人に責任を問うのではなくて、客観的な様々なデータから判断すべき、という方がほとんどなのです。

ドイツでは、本人(精神障害者)に対して、自分の犯した犯罪に対する意識というものを直面させて問いかけてみるのか、そのことで本人の意識を変えていくような働きかけというものを治療の中でしているのか、そして、そういったこと

---

は効果があるのか、ということについて御聞きしたいと思います。

### ネドビル：

基本的に、ある意味では、日本の場合は、幸か不幸か、「刑と処分の二元制」を採用していないということで、一般の（貴方も含めて）精神科医は、措置入院の場合に、社会に対する危険性や、自傷他害の恐れとか、そういうものも含めて、実際には、鑑定書を書く中で判断せざるを得ない。一方、ドイツの場合は、二元制を採用しているがために、一般の病院に、そういった危険性をもっている人は、そもそも来ない。来たとしても、そういう人は直ぐに司法精神科医がいる施設なり病院なりに送られて、そちらで社会的危険性を判断して下さいという診療が行われている。それも、そういう制度があつてのことなのですけれども、しかしながら、そういった危険性の判断というものは、何も司法精神科医だけが行うのではありません。基本的には、司法精神医学とか精神医学を取り巻く隣接諸科学、例えば、犯罪学とか、様々な行動科学の人達の知見を総合して、そういった危険性等を判断していくべきではないでしょうか。

最後に御礼の言葉を申し述べさせて頂きたいと思っておりますけれども、今日は日曜日に関わらず、北海道とか、九州とか、日本の精神医学の専門家で、最高の方々、わざわざ私のために来て頂いたことを、非常に名誉なことだと思っております。

その上、こういったドイツの司法精神医学に関して、東京でこのような機会を頂いて、紹介できるのはたいへん幸せで光栄なことと存じ上げております。

ドイツでも、「司法精神医学」というものについて、一般の精神科医から、好んで研究してみようと思われているわけでは決してありません。しかしながら、従来、再犯を犯す危険性があるとされたことから、施設の中に、閉じ込められてどうしようもなかった人達が、司法精神科医の質が向上することで、釈放されて、再び、一般の生活ができるようになる、再犯が発生しないように生活している、それが、司法精神科医の仕事であるということが、着実に認知されています。若い後継者達が、司法精神医学の方に進んで、もう少し勉強して、専門医になっていこうという傾向も見られます。ですから、やはり、この司法精神医学が発展していく基礎には、そういった臨床での経験の積み重ねと、司法精神医学に関する教育システムを十分に発展させていくこと。そのことによって、若い次世代に、このような仕事が、如何に社会的に有用であるかということをお理解頂けるのではないかと。そういった点について、御紹介できたとするならば、非常に幸いです。

今日は、どうも有難うございました。（拍手）