

フランス司法精神医療における再犯予測

東京都立松沢病院精神科

田口 寿子

1. 危険性予測の一部としての再犯予測

フランスでは、触法精神障害者の再犯 *récidive* 予測の問題は、一般精神科臨床の中でより日常的に行われる危険性 *dangerosité* 予測という問題の特殊な一部分として位置づけられている。危険性とは、「ある個人が、特定はできないものの限定された期間のうちに危険な行為を犯すかどうかという可能性」(Archambault、Mormont)¹⁾ であり、再犯とは、厳密には同一犯罪行為の繰り返しを意味しており、両者は関連するものではあっても、常に一致するわけではない。また危険性の構成因子を、精神医学的危険性 *dangerosité psychiatrique* と犯罪学的危険性 *dangerosité criminologique* とに分けて考えることが多い。精神医学的危険性は、精神疾患や人格障害の存在、症状の重症度やそれに関連した暴力・自傷行為の既往、物質乱用の有無などから評価され、犯罪学的危険性は、非行・犯罪歴の有無、累犯回数、過去の犯罪の性質、社会適応度(家庭環境、就労、反社会的なグループとの交流など)などが指標となるものである。わが国での再犯予測に関する議論の中で、しばしば措置入院における精神科医の「自傷他害のおそれ」の判断が引き合いに出され、「自傷他害の予測ができるなら、再犯予測もできるはずである」という意見があるが、フランスでは、本来精神科医は精神医学的危険性の評価しかできず、犯罪学的危険性を含めた総合的判断であるはずの再犯予測は精神科医にはできないし、するべきではない、と考える傾向が強いようである。

まず、より一般的な危険性予測の現状について概観し、その後再犯予測に関する議論について述べる。

2. 一般精神医療における危険性予測²⁾

フランスの一般精神医療の中で最も明確に危険性判断を求められるのは、行政の命令による強制入院の決定、その維持や仮退院、退院の決定においてである。フランスの精神保健法(1990年6月27日法)³⁾は、精神医療機関への入院形態として、本人の自由意志と同意に基づく「自由入院」*hospitalisation libre*のほか、強制入院として、家族などの要請と医師の診断に基づく「第3者要請入院」*hospitalisation sur demande d'un tiers*と、県知事の行政命令による「職権入院」*hospitalisation d'office*を定めており、これらはそれぞれ、わが国における任意入院、医療保護入院、措置入院にほぼ対応している。わが国における措置入院においては、精神障害による「自傷他害のおそれ」が措置要件とされ、精神保健指定医の資格をもつ2名の医師の一致した判断に基づいて都道府県知事が決定する。フランスにおける職権入院は、「その精神障害が公共の秩序あるいは人々の安全を脅かす」

者に対して県知事が命ずるもので、その際、職権入院を要する精神状態であることを説明する 1 名の医師（精神科医でなくても可）の医療証明書が必要とされる。入院先の精神科医は、入院の 24 時間後、15 日後、1 ヶ月後、そしてその後も最低月に 1 回、職権入院継続の必要性の有無 - すなわち精神障害によって社会に対する危険性を有する状態が続いているかどうか - に関して、県知事と県精神科入院委員会 *commission départementale des hospitalisations psychiatriques* (CDHP) に医療証明書を提出しなければならない。また症状の改善により危険性がなくなったと判断した場合には、その旨を記述して仮退院あるいは退院を要請する医療証明書を随時提出し、知事は 24 時間以内に退院命令を出さなければならない。なお、責任無能力と認定された後に職権入院となった触法精神障害者の場合、仮退院ないし退院の決定にあたっては、入院先の病院に勤務しない精神科医 2 名を県知事が指名し、その 2 名が個別に診断した上で、症状が改善し「自分自身に対しても他者に対しても危険ではない」という一致した医療証明書を提出しなければならず、他の患者の場合に比べてより慎重な判断が必要とされる。

わが国では、措置入院者に対して入院日の翌月の初日から起算して 6 ヶ月ごとに定期病状報告書を提出するよう定められているが、フランスではそれに比してはるかに頻回に、また入院の初期の段階に重点を置いて、職権入院を理由づける医療証明書の提出が義務づけられている。このことから、職権入院の患者の治療にあたるフランスの精神科医には、症状評価と並行して、逐次危険性評価を行うよう求められていると言える。

3. 司法精神医療における危険性予測

フランスの司法精神医療の現場において危険性予測を求められるのは、刑事精神鑑定、困難者病棟への入退院の決定、矯正施設入所者の処遇の決定、の 3 つの場合である。

(1) 刑事精神鑑定⁴⁾

フランスの刑法は、日本の刑法 39 条に相当する 122-1 条で「行為時に、その弁識能力あるいは行動の制御を失わせる精神障害あるいは神経性精神障害に罹患していた者は、刑法上責任がない。行為時に、その弁識能力を変化させるか、行動の制御を阻害する精神障害あるいは神経性精神障害に罹患していた者は、刑罰を受け得るが、司法は刑罰を決定しその執行形態を指定するにあたって、その事情を考慮する」と定め、精神障害による刑事責任能力の減免を認めている。被疑者の精神障害及び責任能力の有無は、予審^(注)判事 *juge d'instruction* (稀に判決裁判所^(注)の判事) が精神鑑定を請求し、その結果に基づいて判断する。予審判事は裁判所に登録している精神鑑定医のリストから 1 名 (必要な場合は複数名) を指名して刑事精神鑑定を依頼する。鑑定事項は刑事訴訟法の適用に関する通達 C345 条によって以下のように規定され、第 3 項として危険性判断が明確に要求されている。

1. 精神医学的及び心理学的検査は、被鑑定人の心的・精神的異常を明らかにするか？
2. 訴追されている犯罪行為はその異常と関連があるか？
3. 被鑑定人は危険な状態を呈しているか？

4. 被鑑定人に刑罰を科すことは可能か？

5. 被鑑定人は治癒可能か、あるいは社会に再適応できるか？

このようにフランスの刑事精神鑑定では、精神医学的診断（1.）だけではなく、犯罪学的診断や予後（2.～5.）を問われる。再犯予測について明確に要請されているわけではないものの、言外に、触法行為を行った者に対する危険性予測に含まれており、これは精神科医の領分ではないという批判が多い。にもかかわらず、短時間の面接で安易に精神科診断や危険性判断を行う鑑定医もおり、誤診が少なくなく、重度の精神病患者が責任能力を認められて、治療されないまま矯正施設へ送られることもあるという。また近年では、フランス社会全体に精神障害者の責任能力を認めようとする傾向が強いため、精神病であると診断しながら刑罰を科せるとする矛盾した内容の鑑定書を提出する鑑定医もあり、精神鑑定の信用性が問題視されている⁵⁾。

（2）困難患者病棟への（からの）移送

フランスはわが国と同様、治療処分制度をもたず、刑法 122 条の 1 の適用を受けて責任無能力と判断され、予審で免訴 *non-lieu*、あるいは判決裁判所で無罪 *relax ou acquittement* となった触法精神障害者は、直ちに刑事司法システムから離脱する。そのうち「精神障害によって公共の秩序及び人々の安全を脅かす」可能性がある者は、精神保健法に基づいて司法当局から県知事に通報され、職権入院となる。以後司法はその処遇に関して全く介入せず、触法精神障害者に対して強制的に精神医療を受けさせる決定は県知事が行う行政処分である点もわが国と同様である。

こうした触法精神障害者の多くが職権入院で入院するのは、困難患者病棟 *Unités pour Malades Difficiles (UMD)* である。UMD は矯正施設と同じく、ハード面でも人員面でもまず保安を重視した公立医療施設で、現在フランス全土に 4 つある。UMD の入院対象となるのは、1986 年 10 月 14 日の法令⁶⁾ で、①精神保健法での職権入院の要件を満たし、その上さらに②「重大で、明白なあるいは切迫した危険な状態 *un état dangereux majeur, certain ou imminent*」のため、一般精神病院での治療継続に適さず、その危険性ゆえに集中治療プロトコルと特殊な保安手段を必要としている患者、と定められている。具体的には、触法精神障害者の他、職員や他患に対する暴力などのため一般公立病院で対応しきれない、いわゆる「処遇困難患者」や、精神障害のため矯正施設内で処遇・治療できない未決拘留者及び受刑者が UMD に移送される。

UMD の使命は、精神障害自体の治療というよりも「患者の危険性を減らすこと」にあり、この目的が達成されると患者はすぐに元の施設へ戻ることが原則である。したがって、UMD での日常診療の中心は危険性評価にあり、各患者の危険性の特徴、前歴の評価、精神症状との関連性、状況因の分析などを行いながら、その結果に基づいて危険性を減らすための治療（薬物療法、精神療法、集団療法、作業療法、認知行動療法など）が行われる。UMD では、入院治療の他、一般の病院などから、患者の診断、危険性評価、対応方法など

に関する電話相談を受けており、移動医療チームが直接訪問して危機介入のためのアドバイスを果たしている。入退院自体は、依頼した医療機関ないし UMD の提出する医療証明書をもとに、UMD 所在地の県知事が指名する 4 名の医師（県社会衛生局精神保健課の監査医 *médecin inspecteur* と 3 名の常勤の病院精神科医で、3 名のうち 1 名は UMD 所在地の公立病院の責任者）から成る医療監視委員会 *Commission du suivi médical (CSM)* が、調査した上で決定することになっており、CSM もまたその決定に際し、危険性判断を求められる。

(3) 矯正施設内での処遇決定

フランスの矯正施設の一部には、精神医療部門 *Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)* が併設され、収監中に精神障害で治療を要し、本人が同意した場合に限り、SMPR で加療される。重い精神障害で治療を要するにもかかわらずそれを拒否する未決拘留者・受刑者については、刑事訴訟法 D398 条にしたがって、矯正施設の医師（精神科医でなくても可）がその旨の診断書を提出し、矯正施設長が県知事に通報する。通報によって職権入院とされると、医療機関（主に UMD）に移送される。精神障害者に責任能力を厳しく認める傾向が年々強くなっているフランスでは、収監者中の精神障害者の割合が急増しており、1997 年の統計では、男性では 17%、女性では 29%に達するという⁷⁾。そのため、最も多くの触法精神障害者を治療しているのが SMPR であると現状で、また刑務所内での暴力、自殺の頻度も高く、その予防や対応のために危険性評価が不可欠である。

矯正施設において最も明確な形で危険性を評価されるのは、性犯罪者である。殺人など残虐な行為に伴う性犯罪で服役中の者に対し仮釈放が検討される場合、必ず 3 名の鑑定医による精神鑑定が行われ、その危険性判断の結果に基づいて処遇が決定されるという。また、1998 年 6 月 17 日法⁸⁾ は、再犯予防のために性犯罪者を出所後一定期間司法の監督下に置く社会司法監視 *suivi socio-judiciaire* という新しい制度を制定した。この法律はすべての性犯罪者に危険性予測を含む精神鑑定を行うことを義務づけており、治療が必要と判断された場合、刑罰適用裁判官 *juge d'application des peines* は治療命令を出し、性犯罪者に受刑中から SMPR で精神科治療を受けることを勧めなければならない。

4. 危険性予測・再犯予測に関する考え方

フランスでは、危険性判断は、職権入院の場合など、精神科医だけでなく精神障害者に関わる医師ならば誰でも求められるが、再犯予測は、主として精神鑑定医が直面する問題である。そのため、刑事精神鑑定をめぐる問題の 1 つとして議論されることが多い。上述のように、フランスでも、精神科医に再犯予測はできない、するべきではないという意見があるが、実際には鑑定医にその判断が委ねられているのが現状である。

再犯予測の可能性について、フランスの司法精神医学者の共通する見解を列挙すると、以下のとおりである^{1, 9, 10)}。

・人間の1つの行為に関わる要因は複数あり、しかもそれらは互いに作用し合い、また予測し得ない要因（特に状況因）に最も影響を受けるという点から、危険性予測ないし再犯予測は可能であるとしても、常に不確実なものでしかない。

・さまざまな要因の変化に伴って、危険性レベルも常に変化しており、長期的な予測は不可能である。

・精神障害者の犯罪は症候学との関連が深く、それぞれの病態を十分に把握した上で精神医学的に評価することが重要であるが、再犯予測を行う際にはそれだけでは不十分である。

・危険性や再犯予測の臨床評価には、評価する側の主観や無意識が必ず反映する。多くの職種の方が関わり複数の視点から評価する、心理テスト、客観的な評価スケールなどを複数利用する、などより客観的な判断を行うよう努力しなければならない。

フランスには、再犯予測のための共通の評価スケールやガイドラインなどは存在せず、独自の研究もほとんどないと言ってよい。個々の鑑定医が自己の経験にのみ頼って判断している状況にあり、その点はわが国と変わらないようである。こうした現状を常に批判し続けてきた司法精神医学者の Bénézech は、従来の精神医学的危険性と犯罪医学的危険性という分類は実際的でないとし、特にカナダの先行研究を参考にしながら、性別（男性）と年齢（15-30歳）以外に検討すべき再犯予測因子を以下のように分類している¹¹⁾。

1) 幼少期に関わる因子

崩壊した、あるいは虐待のあった家庭環境／暴力的な親、外傷体験／早期の父あるいは母の死亡／冷淡な、あるいは敵意に満ちた、あるいは放任などの家庭教育／施設あるいは養親に預けられた経験／放火傾向や動物虐待／学業における失敗

2) 犯罪歴に関わる因子

早期の暴力的な非行／複数で重大な犯罪行為／身体的暴力および性暴力による服役／精神障害による予審免訴

3) 精神状態に関わる因子

心理的・知的・精神的に未成熟／不十分な言語化・思考化／内省の困難さ／他者とコミュニケーションできない／不安で外向的な性格／境界性人格／精神病性障害／嗜癖行動／病的な衝動性や自己統制の欠如／自傷行為／攻撃的・性的・加虐趣味的な、歪んだ空想／予見できない非論理的な態度／持続する怒り、敵意ないし恨み／自己中心性、共感の欠如、情性欠如／感情過敏、感情不安定／政治的・宗教的狂信

4) 生活様式や社会内行動に関する因子

家庭的・社会的な不適応／就労していない／逸脱行動、薬物乱用、売春／武器所持、凶器となり得る物への接近／危険な自動車運転などの危険な行動／非行グループとの交流／自己を被害者とみなす、不正を被る経験、社会への批判／過去の暴力的行動に対する否認ないし過小化

5) 犯罪前の状況に関する因子

危機状況／ストレス下の状態／うつ状態の出現／自殺ないし殺人願望／アルコール

あるいは物質乱用／活発な精神症状／妄想のエピソード／悪事を行おうとする強い意志／具体的な攻撃計画

6) 被害者に関する因子

情緒的・地理的な近さ／被害者に対する殺害脅迫／迫害者と特定される／敵意に満ちた、挑発的な、依存的な、軽率な、精神ないし身体障害のある、自由を奪われた、若い、女性、といった被害者

7) 今後の見通しに関する因子

何度も更正の努力を失敗している／現実的な将来展望の欠如／介入に対する否定的な態度／医学的・社会的支援の欠如／個人的・医療的に関わる者との関係の不良／精神医学的治療の欠如、あるいは拒否、あるいは無効

このような多岐にわたるさまざまな因子を検討した上で、再犯予測を行うべきであるが、Bénézech は、中でも最も重要なのは、犯罪前歴の頻度とその内容であると指摘する。しかしながら、危険性因子をある程度定量化して「再犯予測スケール」なるものを確立できるかどうかに関しては疑問視する声がある¹⁰⁾。

【参考文献】

- 1) Archambault J. -C., Mormont. C : Déviances, délits et crimes. Masson, Paris, 1998
- 2) Tyrode Y, Albernhe T : Psychiatrie Légale. Ellipses, Paris, pp. 253-368, 1995
- 3) Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisations.
- 4) Pradel J : Les aspects procéduraux de l'expertise psychiatrique. In : (ed.) Albernhe T, Criminologie et Psychiatrie. Ellipses, Paris, pp. 592-595, 1997
- 5) Bénézech M : Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques. « Le mieux est l'ennemi du bien. » Journal français de psychiatrie, n°13, 23-24, 2000
- 6) Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.
- 7) Fatome T, Vernerey M, Lalande F : L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. Juin 2001
- 8) Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
- 9) Senninger J. -L., V. Fontaa : Psychopathologie des malades dangereux. Dunod, Paris, 1996
- 10) Lavoine P. -L. : Le malade mental dangereux. Editions Hospitalières, Vincennes, 1998

11) Bénézech, M, Le Bihan, P, M, -L, Bourgeois : Criminologie et Psychiatrie. In Encyclopédie Médico-Chirurgicale, « Psychiatrie » 37-906-A-10. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, Paris, 2002

日本学術振興会 特別研究員
東京都精神医学総合研究所 平野 美紀

1 はじめに

現在審議されている「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(案)」は、我が国で初めて触法精神障害者に対する処遇の法的枠組みを規定するものであり、法が成立すれば、初めて触法精神障害者に対する法制度が運用されることになる。

一方、オランダでは、触法精神障害者に対する法制度は70年あまりにわたって運用されている。オランダでは、安楽死、麻薬、被害者保護など、ヨーロッパでも先進的で独自の政策をとり、法制度が柔軟に運用されている¹。そして触法精神障害者対策としては、特定の重大犯罪を行った、社会に危険のある者について、刑事法手続の枠組みの中でTBS処分と呼ばれる処分を科している。TBS処分の目的は、①精神医学的な治療を行い本人の社会復帰を行うこと、そして、②社会の安全を確保することである。そして、処分の特徴は以下の点である。

- ① 刑事「処分」であるので刑罰に付して科すことが可能であること、
- ② (刑罰ではないので責任の重さに比例することなく)、再犯リスクの保安的観点重視されていること
- ③ 処分を受けた者の8割近くは人格障害者であること
- ④ 処分の決定や終了などに対しては司法判断が下される一方、治療内容などは医療者に委ねられていること
- ⑤ 鑑定や治療、社会復帰などに関しては、膨大な予算をかけて多職種のスタッフが関与し、充実したケアを行っていること

TBS処分について、その決定や処分要件の変更、処分の期間延長、処分の終了等は、裁判所が決定するが、いずれも本人の危険性を中心に、精神医学的に評価した上で、最終的に

¹オランダの安楽死については、平野美紀「オランダにおける安楽死をめぐる諸問題」法学政治学論究 30号(1996)321頁以下、同「オランダにおける安楽死の現状とその背景」日蘭学会会誌 21巻1号(1996)1頁以下、同「オランダにおける安楽死問題の行方—シャボット事件を中心に」日蘭学会会誌 22巻2号(1998)19頁以下、同「死の自己決定：自殺と安楽死」精神保健研究 49号 supplement(2003)67頁以下、また最近の動向として、ベルト・ホルディン(川口浩一訳)「オランダにおける安楽死と医師による自殺幫助の寛容政策から法律的規制への転換」姫路法学 34=35号(2001)215頁以下、大嶋一泰「安楽死をめぐる課題と展望—オランダにおける『嘱託に基づく生命の終焉と自殺援助の審査法』の成立を契機として」現代刑事法 31号(2001)69頁以下、ペーター・タック(上田健二・浅田和茂訳)「オランダ新安楽死法の成立について」同志社法学 53巻5号(2002)179頁以下、土本武司「安楽死についての一考察—日・蘭の理論と実務を比較しつつ」判例時報 55巻2号(2003)253頁以下、山下邦也「オランダの安楽死—新法理由書を中心に—国際公共政策研究 6巻2号(2002)1頁以下、参照。麻薬政策については、Van Kalmthout, A., Intoxication and criminal responsibility in Dutch criminal law. *European Addiction Research*, 4, 102-106, 1998.被害者サービスについては、平野美紀「犯罪被害者の権利—オランダ」法律時報 71巻10号(1999)70頁以下を参照。

は裁判所が規範的な判断を下す。

本論文では、TBS 処分を中心に、制度の概要を説明してから、オランダにおける精神医学的評価について述べる。〈資料1〉として、オランダの精神鑑定施設で使用されているガイドラインを、〈資料 2〉として、オランダで開発されたリスクアセスメント評価尺度 (HKT30) を、それぞれ仮訳したものを添付する。しかし、筆者の立場は、刑事法学であり、精神医学的用語についての検討が不十分であることをあらかじめお断りしておきたい。今後、これらの資料を改めて検討し考察してゆくつもりである。

2 触法精神障害者と刑事手続

2. 1. 刑事責任能力

オランダは、日本と同様、責任無能力者については、処罰しないと規定している(刑法 39 条)が、オランダには、触法精神障害者に対する刑事処分として①精神病院収容処分②TBS 処分がある。

①の精神病院処分は、責任無能力者が、自己、他人、あるいは人または財産の一般的安全に対して危険を呈する時に、刑事裁判所で1年間という期間に限定されて付される(オランダ刑法 37 条 1 項)。この場合、対象者は刑事手続から離れ、もっぱら精神病院収容法 (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) の規定による取り扱いを受けることになる。精神病院収容法 19 条によれば、裁判所は入院命令をさらに1年間延長することができ、継続的に5年間入院させているときには、その後は2年毎に延長することができる。この処分は、年間4件程度である²。

②のTBS 処分は、4年以上の自由刑を最高刑として有する犯罪(例えば、強盗・強姦・殺人等)や特定の重大犯罪を行った精神障害者に対して、特に公共安全を確保する必要がある場合に科される(刑法 37a 条)。

TBS 処分の目的は、対象となる精神障害者に対して治療を与えて社会復帰を実現させると同時に、社会の安全を確保することであり、従って、社会に危険を及ぼす危険のある者については、その危険性が存続する限り対象となる。社会の安全を確保することが目的のひとつであるので、その精神医学的評価のためには、リスクアセスメントが重要な要素となる。TBS 処分は刑事処分であり、精神医学的な評価に基づいて危険性の判断が行われるが、最終的には、処分に関しては司法判断が下されることになる。言い換えれば、司法判断のために、精神医学評価を下すことになる。

また、精神障害について、オランダ刑法は、その 37 条、39 条で、“wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens (知的能力の発達障害あるいは精神能力の病的障害ゆえに)”とだけ規定しているが、〈資料1〉の精神鑑定施設のガイドラインによれば「発達障害とは、人格障害、知的障害、静的倒錯などであり、病的障害とは…オーバーラップすることがある。病的障害は、…精神病、反社会性障害、気分障害…」としている。TBS 処分の場合は、限定責任能力の場合だけではなく、責任無能力の場合にも科せられることがある³。つまり、TBS 処分は、精神障害者を対象としているものの、責任能力とは直接にはリンクしていない。

そして、〈資料1〉に関して後述するように、オランダにおける責任能力を中心とした精神医

²Ministry of Justice, Dutch National Agency of Correctional Institutions, *Facts and Figures: April 2001*. (2001)p.32.

³TBS とは、オランダ語でいう Ter beschikkingstelling の略であり、日本語に直訳すると監置となる。TBS 処分は英文では hospital order, entrustment order などと翻訳され、最近では日本語で社会治療処分と訳されているが、本稿ではあえて訳さずにそのまま TBS 処分とする。

学的評価に関するガイドラインによれば、責任能力は、実務上、「責任能力」から「責任無能力」まで、5段階にわけて評価されている。しかし、オランダでは、裁判所で責任無能力とされることは、ほとんどない。

2. 2. 刑事手続の流れ

オランダでは、精神障害の疑いのある人による犯罪事件が起き、公判前の段階として予審が開始された場合、予審判事は、精神障害の疑いのある者について、精神医学的報告書を命令することができる。逆にいえば、この命令は予審判事の権限であるため、この権限の行使が必要であると検察官が判断した場合、あるいは弁護側が精神医学的報告書を要求した場合には、検察官は審問を請求しなければならないことになる⁴。また、被疑者段階から関与する保護観察員は、鑑定や処遇の期間中も関与し、社会復帰への援助を行う。^s

なお、訴訟能力がないとされた場合には刑事訴訟法 16 条により、治癒の報告を受けるまで訴訟手続が延期されなければならないが、判例上、最重度の障害に限定されると解されているため、この条文が適用されることはほとんどない⁵。

日本では、起訴前鑑定が刑事システムから医療システムへの流れの分岐点となっている。しかし、簡易鑑定は実態が明らかではない上、精神科医は、刑事事件での精神鑑定について関心はあっても実際に行うかどうかについては非常に消極的な態度であるという⁶。また、精神鑑定については、質差や地域差など、今まで多くの批判がされてきた⁷。この点について、オランダでも同様の批判が存在したが、鑑定施設の存在や、保護観察所やFPD (Forensische Psychiatrische Dienst 司法精神医療サービス)などの関係機関が全国に支部をもち、相互に協力している。そして、小さな国土も幸いして、現在では地域差のほとんどないシステムの運用が可能になっている。

裁判所では、精神医学的報告書を参考にして、刑罰ならびに刑事処分を決定する。刑事処分は、刑罰とは異なり責任の程度に比例することなく、また、単独で科すことも刑罰に併科することも可能である。リスクアセスメントを含めて精神医学的評価を参考にして、最終的に規範的な判断を下すのは、あくまで、裁判官である。その際に裁判官の重視するのは、犯行の性質と結果に関する犯行時の被告人の認識、被告人の違法性の意識、及び、自由に意思決定する能力が制限されていたかどうか、という3点に集約される。

TBS 処分には、条件付で施設への収容はせず処遇を行う条件付 TBS 処分 (TBS met voorwaarden) と、施設に収容して行う監護付 TBS 処分 (TBS met verpleging) とがある。いずれの場合も、オランダでは刑罰が先行して執行され、刑罰が科されればまず刑務所で、ついで、TBS 処分については TBS 施設を拠点として処遇されることになる。通常、刑罰の3分の1から3分の2を終了した時点で TBS 処分としての処遇が開始されることになる。

処分の決定や条件付TBS処分から監護付TBS処分への移行や、処分の終了などについては刑法や刑事訴訟法に規定されているのに対して、不服申立制度、懲戒等の法的権利に

⁴ オランダにおける刑事手続については、Nijboer, J.F., Criminal Justice System; In , Chorus, J.M.J., Gerver, P.H.M., Hondius, E.H., Koekkoek, A.K.(eds.) *Introduction to Dutch Law (3rd revised edition)*. Kluwer Law International, pp.383-433, 1999, ペーター・タック(中山研一・山下邦也・田中圭二訳)『オランダ刑事司法入門—組織と運用』(2000)を参照。

⁵ ペーター・タック(山下邦也・田中圭二訳)「オランダ刑法における社会治療処分」香川法学 21 卷 3=4 号(2002)295 頁以下。

⁶ 中谷陽二「刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・フランス・イギリス—」精神科治療学 17 卷 4 号(2002)399 頁以下。

⁷ 我が国の鑑定制度の問題点については、中谷陽二「刑事精神鑑定の国際比較—ドイツ・フランス・イギリス—」精神科治療学 17 卷 4 号(2002)399 頁以下参照。

については、TBS 処分に関する監護法 (Beginselenwet verpleging terbeschikkingstelling) とその規則の規定に従う。これらは、1999 年より施行されている行刑法 (de Penitentiaire Beginselenwet) の規定と同様である。処分に付された者は刑務所での受刑者と同様、自由を剥奪された者として被拘禁者の権利を有するためである (行刑法 1 条 e および t 条)。たとえば、面会が最低でも週に1回、電話や手紙などの外部交通も積極的に行われている⁸。しかしながら、監護付処分では、通常受刑者には行うことのできない強制的な検査などによって、身体の完全性の権利やプライバシー権などの基本的人権が制限については、1997 年の TBS 処分に関する監護法に規定されている。

TBS 施設では、医師や心理士、ケースワーカー等の多職種が、社会治療を中心とした処遇を行う。治療の目的は、本人の危険性を減弱させそれによって社会復帰を進めることと社会の安全性を確保することにある。そのために、裁判所では通常2年間として言い渡されるが、1年か2年の延長が認められ、保安上の必要性があれば終身的に収容されることもある。

処遇が進むと、最終段階では帰休制度が援用され、段階的に社会復帰が進められる。帰休制度とは、刑罰休暇ないし休暇制、または外出・外泊制といわれ、収容者に一定の理由や要件の下で、機関や行き先を限定して外出ないし外泊を許可する制度であり、日本には存在しない。帰休制度の場合、条件違反の有無にかかわらず再度収容施設にもどらなければならないが、違反があった場合には、処遇段階はもどることになる。

3 TBS 処分と精神医学的評価

3.1. 精神医学的報告書

前述のように、TBS 処分の目的は、対象となる精神障害者に対して治療を与えて社会復帰を実現させると同時に、社会の安全性を確保することであり、従って、社会に危険を及ぼす危険のある者については、その危険性が存続する限り対象となる。危険性の判断を含めた精神医学的評価に基づき、最終的には、処分に関しては司法判断が下されることになる。言い換えれば、司法判断のために、精神医学評価を下すことになる。

処分を決定するにあたり、また決定したあと、リスクアセスメントの判断を含めた精神医学的評価が必要とされるのは、次の時点である。

- ① 刑事裁判所での処分決定時
- ② 処分の開始時
- ③ 施設収容の終了前

前述のように、公判の前段階である予審段階において、予審判事の命令によって、精神医学的報告書が請求されるが、その数は、年間約4000件から6000件である。予審判事に報告書の提出を命じられた司法精神科医やサイコロジスト等は、精神医学的評価を行う。その期間についても、予審判事が認定し、必要があれば、その期間の延長を命じることができる。予審判事は評価に費やされる日数についても考慮することになる。つまり、鑑定留置に要される約2ヶ月と、留置鑑定がおこなわれるまでの待機期間が、本人にとってどのような影響があるかを考慮する必要があるからである⁹。

精神医学的報告書の作成には2つの方法がある。第一の方法は、司法精神科医かサイコロジストが単独で拘置所に拘禁されている被疑者を外来で訪問し、報告書を作成するというものである。第2の方法は、専門施設で鑑定が行われる。後者の場合、通常、オランダのほぼ中央

⁸ 被拘禁者の法的権利について、詳細は、ペーター・J・P・タック (翻訳:平野美紀)「オランダにおける被拘禁者の法的地位(上)(下)」自由と正義 52 卷 10 号(2001)36 頁以下、11 号(2001)14 頁以下参照。

⁹ 2002 年 11 月 1 日の予審判事 Koopmans, I 氏とのインタビューによる。

に位置するユートレヒト(Utrecht)の精神鑑定施設ピーター・バーン・セントラム(Pieter Baan Centrum)で、約7週間かけて、精神科医等のグループによって報告書が作成される。このグループは、多くの場合、5人で構成される。つまり、リーガルカウンセラー、ソーシャルワーカー、グループリーダー、サイコロジスト、精神科医である。

リーガルカウンセラーは、法律の専門家で、鑑定全体の責任者であるが、直接に当人と面接することはない。グループリーダーは、被告人たちを監督する役目を担っている。ソーシャルワーカーは、生活史や家庭環境などの情報を、主に施設の外で収集する。グループリーダーも、ソーシャルワーカーと同様であるが、鑑定当人の日常生活や社会行動について、施設の中で、観察をおこなう。サイコロジストは、精神医学的テストなどをおこなうことによって、当人の知能検査や生物学的な知的能力について検査したり、面接をおこなう。たとえば、WAIS などを用いる。また、サイコロジストの作成した報告書は、鑑定書類に含まれる。精神科医は、当人と面接をおこなうほか、他のグループのメンバーが作成した報告書を統括する役目を担う。

しかし、当人が鑑定について非協力的である場合もある。その場合は、協力を強制することはできないが、臨床的観察をおこなうことによって、報告書を作成される。

1996年の統計では、3,800件に報告書の請求が行われたが、そのうち、留置鑑定250件中、220件がピーター・バーン・セントラムで行われた¹⁰。当施設では、対象者一人に対して1日約6万円の経費を要するとされる¹¹。

報告書に必要な内容は以下の通りである。

- ① 当人に病理学的にみた精神障害や発達障害があるか、
- ② 行為と、上記精神障害や発達障害との因果関係、
- ③ その関係の性質と程度
- ④ 責任能力の程度、
- ⑤ 再犯の危険性
- ⑥ 望ましい治療に関するアドバイス¹²。

報告書の最後に、裁判所に対してTBS処分を推薦する場合には、書類に精神科医そしてサイコロジスト双方のサインが必要となる。これは、TBSが非常に強力な処分であることに鑑み、2名の専門家による評価が必要とされるためである。多くの場合、裁判所は精神医学的報告書の勧告に従う。

近年は、施設による処遇の特色をなくしているため、かつての施設収容前の分類センターは存在しない。しかし特色がないといっても、TBS施設が収容者の処遇について、収容者が改善されないなどの問題がある場合には、他のTBS施設への移送の可能性や他の治療方法などのアドバイスを求めて、ピーター・バーン・セントラムに精神医学的評価を依頼する場合もある。どのような治療を施しても本人の状態は変わらないだろうと判断された場合、TBS施設への収容が継続されることになる。また、TBS処分に付された者が、収容6年が経過した後に、自身の再犯危険性や精神障害の状態について、再鑑定を要求した場合にもピーター・バーン・セントラムでの鑑定がおこなわれることがある。

3. 2. ピーター・バーン・セントラムで用いられるガイドライン(資料1)

¹⁰ Van der Leij, J.B.J., Jackson, J.L., Malsch, M., & Nijboer, J.F., Residential mental health assessment within Dutch criminal cases: A discussion. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 691-702, 2001.

¹¹1996年8月29日当施設訪問時の聞き取り調査による。

¹² Van Marle, H., Forensic psychiatry services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 5=6, 515-531, 2000.

ピーター・バーン・セントラムで現在用いられている、2002年作成のガイドラインでは、前述の6点について、質問事項が定められている。この質問事項に回答して、最終的に、裁判所の決定する刑罰ならびに処分に対するアドバイスを与える。特に再犯の可能性については、

- ① 本人が有する障害に関する因子のうち、再犯の可能性に結びつくのは、どの因子か。
 - ② その他の因子や条件で、調査の対象とすべきものはどれか。
 - ③ これらの因子や条件で相互に影響しあう可能性を有しているのはどれか¹³。
- という質問が設定されている。

また、危険性の判断について、ガイドラインでは以下のように説明される。つまり、「再犯の可能性は、障害と当該行為との間に、少なくとも相当な因果関係が存在する場合にのみ、評価することができる。因果関係が弱い場合、評価は根拠がうすくなる。そして、犯罪行為が繰り返される場合や、法秩序が大きく侵害される場合とは異なり、明白で有効な論拠という価値が見られないことになる」。

そして、ガイドラインは、再犯の危険性について、「非常に大きい、高い、やや高い、わずかなであるが無視・除外できない、非常に小さい、無視できる」の6段階に分けている。

期間については、5段階に分けており、「直ちに、短期間、中程度の期間、長期間、非常に長い期間」である。それぞれ想定されている単位は、時間と日数、週、月、5年未満、5年以上に対応する。

4. 再犯予測の尺度(HKT30)(資料2)

既に述べたように、裁判所での処分が決定時、TBS 処分が開始される際、また施設収容の終了前には、改めて精神医学的評価が加えられるが、特に再犯予測、危険性の判断が重要な要素となる。

オランダでは、もともと、一般的に用いられている危険性の尺度はなく、施設によってあるいは地域によって、その判断が異なるのではないかという批判もあった。そのため、1999年、テン・ホールン(Ten Horn)グループによって、一般的な尺度の導入が提案され、それを受けて、司法省矯正局の研究班が結成された。これが、司法精神医学ツール委員会(Comite Instrumentarium Forensische Psychiatrie=CIFP)である。CIFPは、これまで用いられてきたオランダでの尺度や諸外国で用いられているPCL-R、VRAG、VPS、HCR-20、SVR-20などをもとに、オランダで統一的に利用できる尺度を開発した。これが、HKT30と呼ばれるものである。

HKT30は、それぞれH(過去の履歴因子)11因子、K(臨床的因子)13因子、T(将来の状況因子)6因子を、項目ごとに5段階にわけ、点数化している。

4.1. 過去の履歴因子(H)

過去の履歴因子とは、裁判歴、治療や監視に関する条件違反、12歳までに見られる問題行動、児童期(18歳まで)における暴力による被害、支援施設との接触、就労歴、物質使用、精神障害、人格障害、精神病質、性的逸脱である。

これらの項目は、一度評価されれば、そのあと、他の要素からの影響を受けることはほとんどない。履歴因子は再犯に大きく関連し、危険性の評価について、起点となるとされている。特に、性犯罪者に関しては、その重要性が高い。

4.2. 臨床的因子(K)

臨床的因子とは、問題認識、精神病症状、物質使用、衝動性、共感性、敵意、社会的自立および対人関係能力、日常生活能力、異文化適応問題、治療に対する態度、行為に対する

¹³ De Kom, A.A.R., Van Mulbregt, J.M.L., Oudejans, Richtlijn advisering Pro Justitia. (2002) Pieter Baam Centrum.

責任、性的執着、対処能力の因子である。

これらの因子は、刑罰の枠組みの中において、再犯の確立を評価するために非常に重要である。通常は、評価実行前の12ヶ月間の評価に基づく。

たとえば、K10の治療に対する態度については、研究によって、治療における反応や、治療に対する協力は、将来の再犯との関連が見られるとされる。これは、「0治療に関して肯定的な態度で積極的に取り組む」から、「4治療に積極的に反抗し、治療の支持を受け入れることができない」の5段階に分かれている。

K13の性的執着については、TBS処分に付される者の内で性犯罪者の割合が高く、再犯の危険性が非常に高いことから、評価に加えられている。つまり、窃視症、露出症、フェチズムなどの性的逸脱者は、この項目の数値が高くなり、暴力的な要素を伴う性的執着の場合、再犯の危険性はさらに高くなる。

4. 3. 将来の状況因子(T)

将来の状況因子については、条件に関する同意、物理的要件、退院後の過ごし方、能力、社会的支援とネットワーク、ストレスを強いられる状況、の6因子である。

5. おわりに

オランダでは、刑事司法モデルによる触法精神障害者処遇としてTBS処分が行われているが、精神障害との因果関係や、責任能力、刑事裁判所での処分の有無について、また、再犯の危険性について、精神医学的評価が必要となる。そのために、諸外国での精神医学的評価尺度をもとに、オランダ式のツールを開発してきた。これが、HKT30である。また、精神鑑定施設では、7週間かけて、当該本人の精神医学的評価を行っている。また、一度、TBS処分が決定した後も、処分の条件の変更、処分の終了の際にも再度精神医学的評価が必要となる。

現在審議されている日本での触法精神障害者処遇制度とは、その根拠となる法の性格がオランダとは異なるため、オランダでの議論がすべて妥当するとは思えないが、70年以上にわたって運用してきた触法精神障害者制度から学ぶべき点は多いと思われる。今回、筆者の時間的および能力的制約によって行い得なかったか、今後、仮訳した精神鑑定のガイドラインとリスクアセスメントについて、詳細に検討してゆくつもりである。

1・はじめに

本ガイドラインは、Pro Justitia (司法のための) アドバイスの指針として使うために作成され、一般の刑法に関わるものである。個々のケースでは、本ガイドラインに拘束されずに論議してよい。法的な問題点については、それぞれの段階で後述する。ガイドラインは問題点についてプロトコールとしての役目を果たしているが、専門的に厳密な拘束力や強制力を有するものとして作成されたわけではない。しかし、法的な問題設定として出発点と到着点が法の枠組み内であれば、専門的な比較検討や決定の根拠付けをして、精神病理的な検討や合理的論理的考察を行なう余地が残されているのである。

本ガイドラインは、今日、精神医学を専門とする者にとって、一般的とされている科学的な知識と見解に基づくものである。本ガイドラインではこれらの知識と見解が出発点になっており当然のこととされている。司法のアドバイスは、これらの知識と見解を更に磨き上げて普通のオランダ語で記述したものである。それらの知識は、可能なかぎり、いわゆる「EBM (証拠に基づく医療)」と同様、自然科学的なモデルに従って数量化され分類されている¹。しかし、司法精神医学では、そのようなアプローチをとると、被疑者は当該行為を十分に認識していないという印象をもたらす。解釈学的アプローチをとれば、感覚的な理解、合理的な再構成およびコンテキストの検討を通して、認識を深めることができる。コンテキストを検討する際の基準は、注意深さ、詳細さ、首尾一貫性の三点である²。

本ガイドラインは、このアドバイスの基礎づける専門家間の論議に代わるものではない。また、このガイドラインを適用しても実際的なアドバイスが公判での事実解明に必ずしも寄与するとは限らない。

精神医学的鑑定の Pro Justitia の際、論議の対象 (テーマ) については、出来る限り綿密に根拠付けをし、入手可能な資料に基づいて、個別的な評価をせねばならず、統計的・経験的な予想は避けなければならない³。つまり、統計的な予想は、鑑定母集団全体を対象にした場合には適用できるが、個々の行為者に対しては適用できない。いずれにせよオランダ刑法では、常に個々の行為者の責任能力および原因となっている潜在的な障害に関連する標準化された再犯可能性(kans op herhaling)、双方に関する資料に基づいて判断される⁴。非常に現実的で犯罪学的に方向付けされ、かつ、現在の「疫学的」という意味での、リスク評価(risicotaxie)は、被疑者そのものよりも行為に重点を置いてなされる。そのため、Pro Justitia アドバイスでは、この数学的な努力に対しては現実的には適用されていない。

「Pro Justitia アドバイス」の第1版では、いくつかの重要な事項、例えば TBS 処分延長、拘禁不適、訴訟無能力などを取り上げることができなかった。これらの事項につ

いては次の版で取り上げる予定である。

このガイドラインは、第三者的な立場にある司法精神医学の専門家で、3名の医師で構成されたチームが司法省の精神医学的鑑定施設ピーター・バーン・センター（PBC）での臨床経験に基づき作成したものである。

司法精神医学的鑑定は、法的なアドバイスの枠組みの中で、色々な結論やアドバイスを提示している。その点に関しては一般の臨床的報告や通院カルテと同じである。またこのガイドラインは臨床的なPBCの報告書に基づくものであるが、通院治療の分野にも適用できるものと思われる。

2. 法的な問題点と本報告書

司法精神医学鑑定と本報告書についての問題提起をおこなう。本報告書は、結論部分と、論理的根拠に基いてアドバイスをおこなう結論にいたるまでの解説部分とで構成される。

鑑定の依頼権限者（ここでは「裁判所」）が提起する、一般的かつ形式的な問題は下記の質問リストの通りである。

1. 知的能力に病的障害および／または発達障害があったか。そうである場合、どのような鑑別診断が下されているか？
2. 当該行為の時点で、それ（知的能力の病的障害および／またはその発達の不完全さ）はどのような状態であったか。
3. 精神発達障害および／またはその発達の不完全さは、当該行為時に、行為者の行動選択に影響を及ぼしたか（当該の行為を回避できたか否か）？
4. そうであるなら、専門家は以下のことを詳細に説明することができるか：
 - a. どのようにか？
 - b. どの程度までか？
 - c. 責任能力についてどのような結論をアドバイスすべきか？
5.
 - a. 行為者が有する障害に関する因子のうち、再犯を起こす可能性に結び付くのはどの因子か。
 - b. この場合その他の因子や条件で鑑定の対象にすべきものはどれか。
 - c. これらの因子や条件で相互に影響しあう可能性を有しているのはどれか。
6. 行動科学やその他の分野の専門家は、上記の因子や条件および相互作用に介入する場合、どのようなアドバイスをすべきか、アドバイスをどの法的枠組みに適用すべきか？

上記のリストは答えを要求しているが、アドバイスにいたる過程を再現し提示することは必要としていない。この場合、理論的に互いに関連する思考プロセスを反映する質問リスト、必ずしも思考プロセスを再現するとは限らない形式的質問リストには項目ごとに答える必要がなく結論とアドバイスを可能にする思考プロセスを反映する質問リストがあれば、非常に便利であろう。

そのような実際的な質問リストは存在する。形式的な質問リストは整理され再編成されて、最終的には結論とアドバイスを導き出す6段階の思考プロセスを反映する6つの質問に集約される。これらの段階は13ページに記載されている円形グラフに再現されている。

1. 知的能力に病的障害および／または発達障害があったか。そうである場合、どのような鑑別診断が下されているか？
2. 当該行為の時点で、それ（知的能力の病的な障害および／またはその発達の不完全さ）はどのような状態であったか。

これは、当該の障害に起因し、当該行為の時点で一定の役割をもつ個人的特徴と機能不全を求めることにより、第Ⅰ段階になる。

3. 精神発達障害および／またはその発達の不完全さは、当該行為時に、行為者の行動選択に影響を及ぼしたか（当該の行為を回避できたか否か）？
4. そうであるなら、専門家は以下のことを詳細に説明することができるか：
 - a. どのようにか？

これは、機能不全が犯行の時点で周囲の状況と競合しながら表面に出現した方法を求めることにより、第Ⅱ段階になる。この場合、「犯行追求」とは、責任追求の主たる要素から出発して、犯行のいきさつを行動学的に関連性を持つように再構成することを指す。

- b. どの程度か？

これは、機能不全が周囲の状況と相俟って表面に現れる程度を求めることにより、第Ⅲ段階となる。

- c. 責任能力についてどのような結論をアドバイスすべきか？

これは責任能力を求めることにより第Ⅳ段階になる。

5.
 - a. 行為者が有する障害に関する因子のうち、再犯の可能性(kans op recidive)に結び付くのは、どの因子か？
 - b. この場合その他の因子や条件で鑑定の対象にすべきものはどれか？
 - c. これらの因子や条件で相互に影響しあう可能性を有しているのはどれか？

これは犯行シナリオが繰り返される確率を求めることにより、第Ⅴ段階になる。

6. 行動科学やその他の分野の専門家は、上記の因子や条件およびそれらの相互作用に介入する場合どのようなアドバイスをすべきかまた、アドバイスをどの法的枠組みに適用すべきか。

これは、思考スキームにおいても第Ⅵ段階になる。

13ページの円形グラフには、上記の6つの段階が示されている。行為者の鑑定の際や報告書を作成する際、あるいはそれらに基づき結論とアドバイスを作成する際に、ガイドラインとなるのは、これら6つの段階や質問である。これらの段階を経て最終的に全体がまとめられて結論とアドバイスが導き出される。

6つの質問群においては、3つの環状質問と3つの開始・終了質問とを区別すべきで

ある。

環状質問は、刑事関係の資料と報告から得られる全資料を出発点として、結論とアドバイスをいたる思考の中心核を形成する。同時に3つの環状質問は円グラフを一周して元に戻るため、それらに対する回答は互いに補完し合い、首尾一貫した全体像を形成する。すなわち3つの環状質問に対するそれぞれの回答は、次の環状質問の出発点になっている。環状質問は、それに先行する環状質問に関連している。13ページの図に、これらの相互関係が示されている。最初の質問または最後の質問はそれ自体独立し、それ自体独立している回答につながっていて、円形グラフには記載されていない。それらの質問は円形グラフに示されているか、そこから派生している。

(これらをあわせた)6つの質問は思考プロセスの各段階を反映している。3つの環状質問は主たる質問II、IIIおよびVに対応する。これらの主たる質問より前に、最初の質問、すなわち質問Iが行われる。そして、診断、個人的な特徴および犯行時に現出する機能不全(disfunctions)につながっている。犯行時の機能不全は、周囲の状況と相俟ってどのように表面に現れるのか(II)?それらの機能不全は、周囲の状況と相俟って犯行にどの程度の影響を及ぼすのか(III)?どの条件の時、犯行シナリオを再び繰り返す確率が高くなるのか、その確率はどれほどの高さになるのか(V)?暫定的ながら、これらの質問に対する回答が見つかり、機能不全が周囲の状況に影響されて、少なくともある程度まで進行すると環運動は再び開始する。将来、同じような犯行が再びなされる場合、機能不全が周辺状況と相俟って、どのように関与すると予想すべきか(II')?関与の程度はどれほどか(III')?再犯の発生に関する予想確率に適合しているか(V')?過去、現在および将来という概念は内容的に同質で互いに両立できるか。上記の質問の答えがイエスならば、円グラフは第IV段階の前で中断され、第VI段階で分解する。

環状質問の答えが互に関連しており、入手できる全資料に対応していることが確認された場合にのみ、責任能力に関する質問(IV)と、科される可能性のある処分に関する質問(VI)に正確に答えることができる。

3つの環状質問の相互関係について十分に鑑定されて解明されると、その他の質問の回答は、ちょうど車輪が回転する場合のように、中心核的なプロセスのspin-offとして得られる。その動きが一旦停止し、3つの環状質問がすべて矛盾なく回答されると、責任能力(IV)は第III段階に関連させて決定でき、第V段階に引き続き、科される刑法上の処分(VI)について記述できる。

犯行時に機能不全については十分な鑑定がなされない場合は、第III段階より後の円運動は第IV段階で停止する。何故ならば、それにより障害と犯行の関係は消滅するか希薄になり、その結果、再犯の可能性(kans op herhaling)に関して自信をもって予想することができなくなる。そして、刑法の枠組み内の援助(begeleiding)または治療についても、アドバイスすることができなくなる。

これらの合計6つの質問は、それぞれ別々に処理され説明される(14ページから21

ページに記載)。結論とアドバイスを作成することは、6つの質問に対応する各段階を設定することにより可能となる。13ページの図から作成される短い質問は進むべき方向を示すビーコンである。22ページには最終結果の例を示す。この6段階による構造は、そこに示されているように、結論とアドバイスの構造を決定する。

Pro Justitia アドバイスには結論とアドバイスが含まれる。結論は障害の影響を受ける。障害とは精神疾患に関する概念である。結論は障害の範疇を越える。結論には責任能力の司法精神医学的な概念も包含される。結論に関する解説はアドバイスの中で行われる。本来のアドバイスは、再犯のリスク(recidivegevaar)に基づく治療または指導(begeleiding)に関係する。裁判所は、(PBCの)結論とアドバイスに基づいて、実際の責任を検討し、処すべき処分について、判断を示すことになる。

このガイドラインは、6つの段階から構成されている。それらの段階では、責任を課すべきすべての犯罪行為(「事実」)に対して、結論とアドバイスを導き出すための、コンセプトを提供する。事実は、毎回ではないが、すべて一緒にされ、あるいはグループごとに取り上げられて、議論の対象にされることがある。そして、テキストを作成する際、事実または事実グループごとに独立した註を設定することが必要となる。結論的にいえば、結論とアドバイスは、提起される質問の回答を項目別に示したものではない。むしろ発見された関係をできるだけ明快に言語で示したものであり、論理的な理由を添付した論証である。専門家は、この論証の中からどのようにして結論を導き出すかを決めなければならない。そのため結論とアドバイスを作成することは、規律と工夫の両方を必要とする課題である。

3. 結論とアドバイスにいたるプロセス

1. 第I段階

診断と個人的特徴は？

当該行為の時点で、どの機能不全が決定的な役割を果たすのか？

2. 第II段階

行為の際、どの機能不全が、周囲の状況と相俟って表面化したのか、または表面化するのか？

3. 第III段階

どの程度、それが表面化するのか？(まったく表面化しない場合、または僅かに表面化する場合はIVに移る。かなり表面化する場合は円に従って移行する)

4. 第V段階

将来そのようなことが再び起きると予想されるか。起きる可能性はどれ位か？

5. 過去、現在、将来という概念は互いに両立するか。両立する場合は、IV、VIを通じて円から離れる。

6. 第IV段階

責任能力についてはどうか。

7. 第 VI 段階

刑法の枠組みの中で援助(*begeleiding*)か治療か？

I 段階

診断、機能不全および個人的特徴

行為の時点で、どの機能不全が役割を果たすのか。

「アドバイス」という見出し（従って、「結論」という見出しの後）で、関連性を有する人口統計的特徴と個人的特徴、例えば年齢、性別、生活形態、学歴、知能程度、職業歴、現在の職業、人種（文化適応度と移住の形態も含む）、宗教、言語習得度、住所および滞在資格などが含まれる。

例：行為者はポーランドから移住してきた、35歳の独身の男性。学歴はなく失業中。ポーランド語しか話さず、住所不定で滞り場所も一定せず、正式な滞在資格もない。障害を DSM-IV-TR の用語で、診断の内容を普通のオランダ語で分かりやすく説明する。その場合、行為時に現れたと推定される、司法精神医学的に見て作用可能な機能障害について検討する。例えば、攻撃的な易怒性（敵意）、衝動性、性的な強迫観念、一般的欲望から性的欲望への変換、防御構造と防御強度を背景にする侵襲や遺棄に対する固有の衝動制御、あるいは侵襲や遺棄に対する固有のフラストレーション耐性、意識能力・観察能力・思考能力・知覚能力に関係する現実見当調査、客観関係の利用、共感・反省・期待・内省の能力、到達・統合・区別化を求める良心機能、社会的能力。

例：ある行為者が、半年以上の期間、逆行的で強烈な性的興奮状態にあり、その欲望に支配され、未成年に向けられた空想から脱却することができず、そのために、見知らぬ少年や少女に、性的目的で接触を求めている。この小児性愛は、人格レベルの重大な障害に基づくものである。この重大な人格障害は大人に対する深い不信感に基づいており、世間からは継続的に侵襲され見捨てられているとして、非常にネガティブな自分像をいだいている。行為者は冷淡で、即物的な性格をしている。良心機能は大幅に低下している。

行為者は身体的に（生理的に）ヘロインに依存しており現在はその点について監督下（*onder toezicht*）にある。この男性はヒト免疫不全、すなわちエイズ・ウイルスに感染しており、心理学的テストで検出された脳障害、特に重度の記憶障害を有し、進行性の衝動症に罹り、最近ではエイズに起因する痴呆プロセスに基づく徘徊がひどくなっている。本人はこれらの重大な病的徴候の他にも、重大な社会的規制の必要性、環境・就労・住居・経済問題に悩まされている。公的な犯罪記録によると特に財産犯が多い。

As I から III までをカバーするコーディングを選び、As V についても、両方が同一のページでスタートしている結論の脚注に記入する。As IV インフォメーションを処理して、アドバイスの主たる文章中で明確に見分けられるようにする。その他の点については添付 A と B（未翻訳）を参照のこと。