

な開発計画がなされていたにもかかわらず、速やかに、何の埋め合わせも伴わず、中止されることになった。その上で、一般的な刑事政策的な議論の関心は、テロリズム、薬物犯罪、若者達の暴動といった他のテーマに向けられることになった。

行刑における社会治療の「処分による解決」という方式への拘りにもかかわらず、もはや、そこに留まるべき根拠付けの余地というものは無くなっていた。1984年の秋において、刑法65条は、それまでに一度も、法律として適用されることもなく、刑法典から削除されることになった。そこにおいて、いわゆる「執行による解決」という社会治療の方式が残されることになった。すなわち、1977年に施行された行刑法9条というのは、「その社会復帰のための治療施設における特別な措置及び社会的な援助が適切とされた場合」において、収容者を社会治療制度の下に移送するように予定されていた。しかしながら、そのような治療に関する要請自体が、何かをもたらしているというわけではなく、そのような施設を制度化して整備するか、それとも何も予定しないままにするのか、については、各州に委ねられていた。そのことにより、社会治療制度の更なる発展というのは、実際、長期に渡って、停滞することになってしまったのである⁵。

1.2 社会治療の再出発？

1996年から1997年において、幾つかの悲惨な犯罪が引き起こされたことにより、再び、社会治療制度というものが、議論の動向に上がってくることで、刑事政策的な状況は激しく展開した。1998年1月26日において、「性犯罪及び他の危険な犯罪の撲滅に関する法律⁶」が公布された。その中でも、性犯罪、特に、常習犯的なものから、一般社会を保護することを強化されるべきとする一連の規定が重要である⁷。これらの新しく追加された規定によって、社会治療施設への収容に関し、従来の「同意に基づく執行による解決」という方式から、「義務的な執行による解決」という方式が補充されることで、収容者は移送される。すなわち、2年以上の自由刑の有罪判決を受けた性犯罪者に関して、この法律により、2003年以降は、社会治療施設への強制的な移送というのが、適切な治療が必要であるとされた限りで、予定されている(行刑法9条1項)。

そこにおいて、この新しい規定と言うのは、この従来の制度が良好な結果を残したことによるものとされているわけではなく⁸、むしろ、個々の重大な犯罪及びそれによって生じたところの常習的な性犯罪者からの一般社会の保護を改善すべきとする公的な要求の結果と評価されていることが強調される。したがって、60年代の社会復帰思想の蘇生というのが重要とされているわけではなく、むしろ、その目的は、潜在的な被害者の保護というところにある。それ故に、これらは、その実現可能性といったことや危険な犯罪者の取扱いを新しく始動できるための潜在する深刻な性犯罪者に関してのきちんとした議論を全く経ておらず、社会治療制度への高い期待感によってもたらされてしまったという点で、とりわけ問題を含んでいるのである。

これらの新しい規制というのは、社会治療制度の長期的な変化に連なるものであるが、その点については後で詳述する。喜ばしいことに、この新しい法律によって、とりわけ、社会治療施設の設置数(これまででは、行刑における全施設数の1%弱)が、今や、僅かながらも増加させなければならないという

⁵ Egg (1993, 1994, 1996)を参照。

⁶ BGBl. I S. 160 -163.

⁷ 例えば, Dessecker (2000), Schöch (1998)を参照。

⁸ 行刑における良好な治療結果を示す研究(例えば, Egg, Pearson, McClelland & Lipton 2001, 更には, Rehn et al. 2000における論文, 及び Steller, Dahle & Basqué 1994)は、全体として、性犯罪撲滅法への助言としての糸口を与えうるものであったが、その契機とされたわけではなかった。

事態が生じている。その上、この法律は、性犯罪者の収容に関する唯一の基準となるものであることから、社会治療施設におけるより明確な治療適応性の確立を強いることになる。このことは、また、社会治療のコンセプトを更に発展させるための可能性を広げるものである⁹。

社会治療制度に関する最新の状況について、若干の基本的データを後述する。1997年以降、毎年度(各年の3月31日を期日にして)実施されてきた犯罪学中央研究所(KrimZ)¹⁰の調査は、その際における起点となる。

2 ドイツにおける社会治療制度の最新の状況について：犯罪学中央研究所(KrimZ)の期日調査

現在、全連邦州において、31ヶ所の社会治療施設、部分的な施設又は部門がある(表1参照)。これらの施設の大多数は、成人男性だけのために利用されることが予定されており、女性のための行刑施設は2ヶ所のみであり(ベルリン、アルフェルト)、男性と女性を収容するものが1ヶ所あり(ハンブルグ＝アルテンガメ)、少年(男性)のための行刑施設は、6ヶ所ある。

犯罪学中央研究所における1997年から2002年に至るまでの期日調査の結果は以下の通りである。

社会治療制度下において使用可能な拘禁場所の数というのが、1997年から、約35%増加した(888局から1201局)。それと共に、収容率、つまり、拘禁場所が、事実的に占有されている割合は、約93%から96%に上昇している(詳細は、表2参照)。

2002年において、年齢層の分布というのは、調査期日において、その収容者の過半数(52%)は、25才から40才の間であったことが示された。収容者の8.2%は、少年期か成年に達して間もない年齢層に属する者で、7.3%は、50歳以上の者である。前年との比較において、収容者の18才から35才までの年齢層の割合というのは減少する一方で、収容者の「35才以上」という年齢層の割合は増加しているのである。

現在のところ、自由刑又は少年行刑が終了するまでの期間は、2002年において、3-7年間というのに重心が置かれており(57.6%)、30.3%は、刑期が終了するのに、7年以上ということになっている。一方で、3年未満の刑というのは、むしろ、稀である(13.1%)。前年との比較において、長期に渡る拘禁刑の収容者(5年から終身に至るまでの群)というのは、増加している。一方で、短期刑の収容者(2年未満から5年に至るまで)は減少している。すなわち、社会治療制度の適用下にある者というのは、年齢と刑罰の程度という点において、明らかに、通常の拘禁における大方の傾向とは異なっているのである。

犯罪の分布について考察すると、その分布というのは(表5参照)、明らかに、1997年以降から、その収容者の構成における変化が生じていることが分かる。

23.2%から45.4%へと性犯罪者の割合が増加する一方で、資産・財産犯の分布は、44.5%から22.5%へと減少している。それとは対照的に、殺人犯の分布の割合は約20%で一定であり、そして、残ったところのそれ以外の犯罪(約10-13%)についても、ほぼ一定である。従って、これは予想されていたことでもあるが、社会治療制度において、その大多数の場所は、単に、性犯罪者によって占められているというよりかは、むしろ、優先的に、資産・財産犯のための場所を犠牲にすることで収容を実施しているのである。そのことから、大多数の(ほぼ65%)強盗や恐喝といった暴力的な財産犯の扱いが、重要課題となっている。

性犯罪者における犯罪類型の分布に関しても、変化していることが見ることができる。すなわち、

⁹ 総評として、Dessecker (2000)を参照。

¹⁰ 詳細は、www.krimz.deを参照。

その分布の重点というのが、性的暴力(強姦や強制わいせつ)から性的児童虐待の類型へと推移していることが示されている(詳細は、表6参照)。

社会治療制度における拘禁場所の増加と共に、担当する職員配置の数も増加したが、その量は、比例していない。既に述べたように、拘禁場所の増加は、約35% (888局から1,201局)になるのに対して、職員配置の数は、単に、17.7% (667局から785局)に増加するだけである。しかしながら、その配置において、様々な職務範囲の配分割合というのは、ほぼ変化のないままである。約67%が、一般的な行刑職員及び業務職員であり、約23%が専門職員であり、その内の、主たるものとして、今のところ、半分近くが心理学及び社会福祉活動・社会教育学の専門家であり、そして、約10%が、幹部職員及び管理職員である。職員と収容者の比率の状況を見てみると、そのように、全体では、1:1.3から1:1.5へと僅かに変化していることが分かる。専門職員に関しては、その比率は、1:5が理想とされているが、1:6.8という状況である。

社会治療の枠組みにおける一般的な行刑職員の職業養成・継続・再教育においては、特別に洗練されたコンセプト(例えば、ニーダーザクセンにおけるような)というのは、ほんの僅かに存在するが、それは、公刊されたものではない¹¹。そうとはいえ、そのような職業養成の措置は、一般的な行刑における職員のためのものを全体的に発展させたものが、その基礎となっているのである¹²。

3 社会治療における治療のコンセプト

治療プログラムの問題、つまりは、その具体的な内容に関する構想というのは、必然的に、その社会治療施設のコンセプトとして、その始まりから、重要な役割を担っていた。そのことについて、当初は、とりわけ、精神医学的・心理療法的に裏付けられた基本的考えに由来していた。そのことにより、治療処分の中心というのは、心理療法的な、特に、個人療法や集団療法といった精神分析的な方法に基づかなければならないとされた。すなわち、例えば、学校教育や職業教育といった提案というのは、単にそれを補充するものとしてだけ考えられていた¹³。治療の主要な目的というのは、そのような犯罪を惹起させる原因となっているところの精神障害というものを改善し、更には除去することであり、その上で、刑罰が無くとも生活を送ることのできるだけの行動の指針というものを構築し、促進すべきとされていた。

しかしながら、そのような社会治療の「古典的なコンセプト」とは対照的に、個々の施設においては、様々な財政上や人員上の理由により、当初から、精神分析的に熟練された療法士を僅かにしか確保することができなかつたため、その初期において、別の治療方針というのを求めなければならなかつた。そのことから、刑罰行刑として展開されるべき以外のものであるところの治療体制に、図式通りにおける収容者や刑罰行刑の状況を応用するということが、全く合理的ではないという点が、直ちに、明らかになるのである。至るところにおいて、そのような「純粋な」治療の修正や混合形態というのが生じることになった¹⁴。

それと並行するかたちで、全体のプログラムにおいての個人に対する精神療法の相対的意義付けに関しても、その考え方が変化した。今日において、それは、社会治療の核になるものとして考えられているわけではなく、単に、多くの治療提案の中の一つにすぎないものとされている。それに対して、犯罪を志向する集団においては、社会的な技術訓練課程、特別な再犯防止プログラム、更には、居住

¹¹ Roth (2002)を参照。

¹² Wydra (2001)を参照。

¹³ それに関しては、特に、Mauch & Mauch (1971)を参照。

¹⁴ それに関しては、Schmitt (1980, S. 147-175)を参照。

集団¹⁵及び社会的環境(家庭、職場)を取り入れた日常生活に関連する作業療法や出所者のアフターケアの処置といったことが、一段と重要性を増してくることになった。

このような展開というのは、社会治療施設内で勤務する心理療法士の役割というのを、当初において議論されていたものとは、大きく異なるように、今日において把握することをも導くことになった。従って、これは、古典的な治療を節制しなければならない理由により、施設内の生活から、そのような治療が排除されたというわけではなくて、むしろ、各部門の日常生活における多様な方法というものを、職員集団が他の者と共有している状態なのである。

まとめると、いわゆる「統合化された社会治療」というのは、要するに、様々な処置(心理療法、社会教育学、作業療法の手法等)が束になったものなのだが、それらが互いに組み合わされ、個々の治療計画というのが重ねられながら調整されるようなものなのである(また、そうでなければならない)¹⁶。

そのようなことから、具体的な構想というのは、その個々の場所において、様々なものがあり、全国的に統一された共通のコンセプトというのがあるわけではない。幾つかの社会治療制度において、特別な治療方法というのが考案され、試験されている¹⁷。最近において、特に、構成論的・認知行動的・多元様式的プログラムというのは、有望視されている¹⁸。

性犯罪者の効果的な治療のために、その者は、更に個別の犯罪者集団(近親相姦の犯罪者、外国人犯罪者、性的暴力犯罪者、軽度の露出狂的犯罪者等)へと、徹底的に分類することが採用されている¹⁹。

4 社会治療の評価

ドイツにおける犯罪者の社会治療的な処遇というのは、どの程度、効果的なのか? この問題は、既に、70年代から、幾つかの評価研究の対象とされてきたものであった²⁰。この初期の研究における結果というのは、1987年に、F. レーゼルとその研究班によって公表されたメタ評価の枠組の中で、分析され、そして、評価された。重要な結果としては、その社会治療における緩やかな主たる影響であり、それは、ドイツにおける社会治療施設からの出所者は、「正規の行刑」からの出所者に比べ、その頻度において、8-14%の積極的な変化(例えば、全く再犯がない)を期待することができるというものであった。

更なる長期間の影響というものが考慮されている後の科学研究についても、このような結果というのは基本的に正当であるとされている²¹。レーゼルは、このような新しい調査評価を1987年に実施された彼らのメタ分析に統合し、1994年では、0.11という相関係数の総合的評価において、その変化は僅少であるとするに至った²²。また、2001年において、アメリカ人とドイツ人の共同で実施されたメタ分析による研究からも、同様の結果に至っている²³。それによると、ドイツにおける社会治療プログラムの平均的な影響度の相関係数は、0.13という値であった。

これらの影響度(0.10-0.13)というのは、他の国での犯罪者に対する社会治療的な処遇における報告

¹⁵ Michelitsch-Traeger (1991), Rehn (1996)を参照。

¹⁶ Baulitz u.a. (1980), Goderbauer (2001, S.119 ff.).

¹⁷ 例えば, Berner & Becker (2001), Pfaff (2001), Wischka et al. (2001).

¹⁸ Lösel (2001)を参照。

¹⁹ Kury (2001b, S.77ff), Rehder (1996a, 1996b, 2001)を参照。

²⁰ 一般的な行刑評価の方法論的問題として, Lösel & Bender (1997)を参照。

²¹ 例えば, Dünkel & Geng (1994), Egg (1990).

²² Lösel (1994, S. 15-20).

²³ Egg et al. (2001).

においても、ほぼ適合するものである²⁴。そのことから、行刑において治療を基礎とすることは、確かに、驚くべき効果が期待しうるものではないけれども、こういった方法論を続行していく価値というものはあるのである²⁵。

当然のことであるが、個々の治療プログラムにおいても、その影響度に関して差異が存在する。レーゼルとベンダーによる検証(Losel & Bender : 1997)を要約すると、「特に、認知行動学的で多元様式的な治療形態に加えて混合された強度の構成論的な治療の連携と社会治療的な糸口」というのは、相対的に、積極的な効果が証明できるものと評価されている一方で、「管理的でない純粹に精神力動的な又は弱度の構成論的な環境療法のコセプト」というのは、特に、高度の再犯傾向にあたり、反社会的な人格障害を有する犯罪者について、全く適切ではないということが証明された(前掲書189頁)。

しかしながら、性犯罪者の治療効果に関しては、数少ない社会治療の研究において、基本的に他の犯罪者群に関連付けられた僅かな情報が提供されるのみである。この点については、既に、ドイツにおいても、多くの研究が、現在、行われていることから、近いうちに、その結果について公表されるようになるだろう。

カナダにおける性犯罪者の治療に関する新しいメタ評価研究は、こういった点との関連性においては、最善化されたものとなっている²⁶。ここにおいては、43本の研究における合わせて9,454人の保護観察対象者に関して、総じて積極的な効果が生じたとされている(追跡調査の間隔:4-5年)。しかしながら、採用された処遇の全てが、同じように効果的であるわけではなかった。このように、1980年において、治療的な糸口が採用される以前では、何の効果も示していない一方で、その新しい方法論が、明らかに、一般的な再犯危険性と同様に、当該性犯罪の再犯危険性についても減少させていることを示している(51%から32%へ、場合によっては、17%から10%へ)。特に、そこにおいては(成人の犯罪者において)、いわゆる認知行動療法の方法論が、同様に、有効であるとされている。

5 個々の連邦州における社会治療制度

既に言及したところの近時における大規模な各州に対しての期日調査に加えて、ヴィースバーデンにおける犯罪学中央研究所(KrimZ)では、(性犯罪者のための)社会治療制度の更なる発展に関する報告を行うために専門家会議(2002年)²⁷を実施した²⁸。

以下は、各連邦州の重要な点というのを選択して紹介するものである。個々の施設に関しては、後で、その建物や内部の様子について、スライドを用いることで視覚的に、実例を挙げながら説明を行う。

5.1 バーデン＝ヴルテンベルク州(Baden-Württemberg)における社会治療

バーデン＝ヴルテンベルク州の行刑というのは、1996年の末から、州全体として統一された性犯罪者に関する治療のコセプトに取り組んでおり、それは、定期的に更新されている²⁹。それは、特に、相互に補充されるところの以下における運営基準を念頭に置くものである。

²⁴ 例えば、Lipsey (1992), Lösel (1994)を参照。

²⁵ Müller-Luckmann (1994)を参照。

²⁶ Hanson & Bussière (2002)。

²⁷ 全ての論文は、報告集として要約されている(Kröniger 2002bを参照)。

²⁸ 連邦州における結果ないしは前述の調査に関しては、Egg (2002, S. 38-42; 2000, S. 81-93)を参照。

²⁹ それに関しては、緑の党による「性犯罪者のための治療場所」という議題に関しての大規模な質問に対するバーデン＝ヴルテンベルク州政府の2002年3月26日付けの回答も参照(Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 13/888)。

1. バーデン＝ヴルテンベルク州の社会治療施設における成人のための社会治療では、拘禁場所61局の内、60%近くが、性犯罪者のためのものであること
2. 計画としてオッフエンブルクにおける社会治療制度においては、拘禁場所60局の内、30局を性犯罪者のためのものとする
3. アーデルスハイムの少年刑務所における社会治療のために少年行刑部門として、拘禁場所20局があること
4. 定期的に実施される重点化施設内での精神療法に加えて、部分的に居住集団療法の実施を結び付けること
5. 性的虐待を行った犯罪者について、その嗜癖を抑制する作業療法のための施設内における解放処遇を行うこと
6. 刑の執行中及び猶予中における外来の精神療法を行うこと

更には、性犯罪者を取り扱う公務員のための監督や継続教育というのが予定されている。そのことを受けて、1998年の末から、シュトゥットガルト更生保護協会において、専門的な治療が必要とされた収容者、保護観察対象者の更生保護及び他の治療が必要な刑罰対象所の援助を提供するために、精神療法の外来の整備が行われている。

モデル施設：スライド

5.2 バイエルン州 (Bayern) における社会治療

バイエルン州では、1972年に開設されたエアランゲンにおける社会治療施設(41局)があり、そこでは、性犯罪者は収容していないけれども、それに加えて、1973年から、性犯罪者のために、ミュンヘン行刑施設内における社会治療部門が存在する。現在のところ、16局の拘禁場所があるが、24局に拡充する予定である。1997年からは、性犯罪者のための3ヶ所の新しい社会治療部門が、ヴュルツブルク(現在のところ、24局)、アンペルク(16局)、聖ゲオルゲンバイロート(16局)の行刑施設内に整備されている。その上で、間もなく、更に2ヶ所の性犯罪者のための社会治療部門において、各々16局、シュトラウビングとカイスハイムの行刑施設内に開設される。そのことから、本年中においては、総計で、性犯罪者のための社会治療部門における112局が、運用可能になるとされている。それに加えて、バイエルン州では、近年において、社会治療的な集団療法や性犯罪者のための居住集団療法を考案しているといったように、性犯罪者治療のための更なる可能性が広がられている。そして、バイエルン州における全ての司法行刑機関においては、必要があれば、適当な性犯罪者について、外部の心理療法士と連携しながら、治療措置を講じることが指示されている。

モデル施設：スライド

5.3 ニーダーザクセン州 (Niedersachsen) における社会治療

ニーダーザクセン州では、基本的に、三つの領域というのが、「性犯罪及び他の危険な犯罪の撲滅に関する法律」の施行に関連している。

- a) 社会治療制度の下において追加された場所を有する施設
- b) 当該制度の下での受刑者収容における調整
- c) 社会治療を施す必要がないとされた性犯罪者のための治療方法の発展

a) について

ニーダーザクセンにおいては、2003年までに、総計で、社会治療部門として、107局の追加された場所が整備され、特に、リンゲンにおいては30局、メッペンにおいては20局、フェフタにおいては25局、ウェルツェンにおいては32局となっている。これらの数においては、ブレーメン市のために設置が準備された場所というのも含んでいる。2004年中頃までには、更なる拡充として、ハノーファー地域においては30局、メッペンにおいては20局が予定されているが、今のところ、最終的な構想が出されているわけではない。

b) について

社会治療制度における受刑者の収容及び社会治療の継続的教育が要請される領域の調整に関しては、現在、そして、将来的な社会治療制度を代替する全てのものにおいて、コーディネーター・スタッフにより、確立されることになる。

c) について

社会治療を施す必要がないとされた性犯罪者のための治療に関しては、ニーダーザクセンでは、イギリスの性犯罪者治療プログラム (SOTP) を基礎とする治療プログラムを発展させ、職員の特異な継続的教育措置への適用が予定されるように紹介されている³⁰。

現在のところ (2002年3月31日における期日調査)、ニーダーザクセン州にある113局の社会治療制度下にある場所において、約半数が、性犯罪者によって占められている。それに加えて、総計で、特別なSOTP治療が必要な集団としての受刑者50局分及びその他の性犯罪者の集団についても同様に約50局分について、その個別の施設というのが、特に、ハーメルン行刑施設内において存在する。2003年中においては、219局の場所について、社会治療制度の下で運営可能であり、その内、110局は、性犯罪者のためのものである。同様に、前述の治療集団に関する場所数についても、2倍に至るものとされている。

モデル施設：スライド

5.4 ノルトライン＝ヴェストファーレン州 (Nordrhein-Westfalen) における社会治療

ノルトライン＝ヴェストファーレン州には、現在、総計で、120局の社会治療施設を有しており、それらは、ゲルゼンキルヒェンにおける社会治療施設、アーヘン、オイスキルヒェンにおける司法行刑施設の社会治療部門 (解放処遇)、ジークブルグにおける少年行刑施設といったものである³¹。

ヴェストファーレン＝リッペ地方における矯正局長管轄の研究班が、刑務所職員の報告や知見による評価に基づいて算出した値によると、調査期日 (1999年5月1日) において、入所している性犯罪者の内、約36%の者が、社会治療施設での治療が必要であると申請されている。

例えば、他の犯罪者のための治療に関する提案ということも考慮しなければならないとすると、約300局分の拘禁場所についての補充が認められなければならない。当初における計画された拡張というのは、2002年度の予算においても盛り込まれることはなかった。その代替として、当面のところ、5ヶ所の社会治療部門の治療担当において、その拡充が予定されており、当該行政施設としては、アー

³⁰ Berner & Becker (2001)を参照。

³¹ この計画状況(2002年夏期)は、Roth (2002)の論文より引用。

ヘン(17局)、ヴィリッヒ(24局)、ポッフム(15局)、デトモルト(15局)、シュヴァルテ(13局)において、総計で、84局の社会治療のための拘禁場所の増加が見込まれている。今のところ、2003年の予算法において、どの程度の計画が盛り込まれるのか、についての情報は入手できない。

モデル施設：スライド

5.5 その他の連邦州における社会治療制度

引き続き、その他の連邦州における個々の社会治療制度についての一定の特徴に関し、更に個別に言及されなければならない。

モデル施設 例えば、少年収容者に関して：スライド

モデル施設 例えば、婦人収容者に関して：スライド

5.6 総評

要約するならば、「性犯罪及び他の危険な犯罪の撲滅に関する法律」の実施に関連するところの各州における現在の状況というのは、以下のように特徴付けることができるだろう。

- 全ての州において、その要請に応えられるような、性犯罪者の治療可能性を拡げるための計画やコンセプトというのが存在する。そこにおける適切な計画において、専門職員の新しい配置場所を開設すること、性犯罪者の治療に関する職員の資格化といった新しい社会治療制度に基づく部門や施設といったものは十分な状態である。
- もっともなことではあるが、より小さい州(例えば、ブレーメン市、ザールラント州、メクレンブルク＝フォアポンメルン州)におけるこれらの計画というのは、より大きい州に比べて、小規模で控え目なものになっている。
- 幾つかの州においては、研究グループによる部分的に大規模な総括を用いることで、その段階的な計画というのを準備され、詳細なコンセプトというのを考案している(例えば、ベルリン市、ヘッセン州、ノルトライン＝ヴェストファーレン州、ニーダーザクセン州、ザクセン＝アンハルト州において)。
- このような幾つかにおいて生じた計画というのは、既に実施されたものや、他には、間接的ではあるが実施が目前に迫っているものや、更には長期に渡って構想中のものがある。
- 2003年までに、すなわち、行刑法9条1項が完全に施行されるまでに、社会治療制度における拘禁場所といった施設整備が、明らかに行われなければならないが、しかしながら、現在におけるまで、実際に、性犯罪者の治療に必要とされる設備を全面的に準備している州は、ほとんどない。
- 必要な治療設備における早急で十分な開設に対し、根本的な障害となっているのは、州予算の限界である。そのことから、例えば、職員体制や場所的定員容量に関する都合を付けることで妥協による解決が図られなければならない。
- 性犯罪者の治療において、社会治療の整備により、その可能性が改善されることは、疑いもなく歓迎されるべきことである。それにも関わらず、以下の点においては、批判的に考慮され、場合によっては、変更されなければならない。
- 性犯罪者のための治療設備の設置というのは、通常の場合(例外として、例えば、バイエルン州)、他の危険な犯罪者、特に、暴力的な財産犯を行った者のために適切な場所というものを減少させるといったことを伴う。このような転嫁というのは、刑事政策的に重大な新しい危険というもの

を創出する。

- 新しい法律というのは、専ら成人の有罪人員に関係するものであるが、少年法の有罪人員には関係していない。しかしながら、少年の性犯罪者(いわゆる、「若年初犯者」というのは、全くもって、より高年齢の犯罪者と比べ、好ましくない予兆を示すものであると評価される。
- いわゆるアフターケア、つまりは、退所した後において犯罪者を外来で世話をすることに関しても、改善の必要性がある。そして、これは、長期間に渡る治療を成功させる必須の条件でもある。幸いにも、既に、効果の期待できる方法論が存在することから、早急に、それらを補充し、増強しながら適用することが必要なように思われる。
- この法律は、新しい処置の実施と評価に関する組織的な追跡調査というのを予定していない。しかしながら、幾つかの州では、従来において欠けていた個々の計画の調整及び協調という方向性の兆しが見え始めている。

ドイツにおける触法精神障害者に対する刑事治療処分と司法精神医学教育システムについて—ネドピル教授の講演原稿を中心に—*

[I] 刑事治療処分制度の種類・実態と最近の改正について

(1) ドイツにおける触法精神障害者の強制入院形態について

わたしは、拙稿「西ドイツにおける精神障害犯罪者に対する『精神病院収容処分』執行法に関する諸問題」(法学研究 60 巻 2 号 1987 年 133 頁以下)以来、ドイツにおける刑事法令に触れた精神障害者の自由剥奪を伴う施設収容形態について詳しく検討してきた。

ドイツにおける刑事法上の収容形態は、刑法 20 条(責任無能力)と 21 条(限定責任能力)との関連で、以下の 4 つの法的根拠に基づいて実施されている。

- (1) 刑法 63 条による精神障害犯罪者に対する精神病院収容(収容期間は無期限)、
- (2) 刑法 64 条によるアルコール・薬物依存犯罪者に対する禁絶施設収容(収容期間は 2 年以下)、
- (3) 刑事訴訟法 81 条による被疑者の精神状態に関する鑑定のための精神病院収容(収容期間は 6 週間以下)、
- (4) 刑事訴訟法 126a 条による確定判決前の精神病院又は禁絶施設への仮収容(裁判所の収容命令による)の 4 つである。

また、ドイツでは、行刑法 138 条 1 項「精神病院又は禁絶施設における収容は、連邦法が別段の規定をしないときは、州法(Landesrecht)によって行うものとする。」、2 項「収容については、51 条 4 項(更生資本の支払請求権)、同 5 項(扶養請求権)、75 条 3 項(旅費援助金など)及び 109 条(被収容者の不服申立権)乃至 121 条(手続の費用)についてはこれを準用する。」と規定して、収容の具体的な執行に関する法的根拠を連邦各州法に委ねている。

(2) ドイツの刑法における刑事治療処分制度の種類

ドイツの刑事治療処分には、以下の 2 つがある。

- [1] 刑法 63 条の精神病院収容、
- [2] 刑法 64 条の禁絶施設収容

そして、これら両施設からの仮退院の場合には、刑法 68 条の行状監督が必要的に付与される。

この行状監督の期間は、最長 5 年である。しかし、この行状監督の期間については、1998 年 1 月 26 日の刑法の改正で、特別な場合には、原則として無期限となった。この 1998 年の刑法改正は、所謂「性犯罪とその他の危険な犯罪に対する闘争に関する法律」と言われ、性犯罪者に対する法定刑や処分執行の期間はドラスティクに改正されるとともに、必要的に精神科医(刑訴法第 246 a 条)がかかわるものとされた。

さらに、この改正では、

- (1) 保護観察のための刑の執行延期の諸条件の厳格化(例えば、必要的鑑定)
- (2) 刑事治療処分執行からの条件付釈放(仮釈放)の制限的な適用、
- (3) 判決を言い渡された者に対する強制的な治療指示、
- (4) 外来治療拒否の場合の無期限の行状監督の賦課等である。

以下に、これらの 2 つの刑事治療処分の内容を概説する。

*加藤久雄 『人格障害犯罪者と社会治療』(成文堂・2003 年・213 頁以下に収載)

[1] 精神病院収容処分 (§ 63 StGB)

さて、ドイツ刑法では、被疑者・被告人の疾病か障害かによって責任能力が無いか若しくは著しく減弱している場合には、裁判所は、その者の障害が将来重大な犯罪を惹起することが予測できるかどうかについて、精査しなければならないとしている。

そして、以下のような場合には、裁判所は、精神病院収容処分を命じなければならない。

- (1) 責任無能力若しくは限定責任能力が明確に存在していること、
- (2) 刑法20条と21条に列挙された精神の障害が、一時的な症状ではないこと、
- (3) 先行行為もそうであったし、また、将来も同様な危険な犯罪を惹起すると予測出来ること。

そして、上記の状態がその者の障害から生じたものであり、かつ、その障害が重度であるため、例えば、身体・生命に対する犯罪、重大な傷害罪、重大な財産犯罪等を惹起するおそれがある場合である。

裁判所が、行為者の限定責任能力を認定した場合には、精神病院収容処分と自由刑とを併科することができる。そして、裁判所は、また、精神科施設への収容を命ずる場合には、必要的に鑑定人に対して、精神障害と予測される犯罪との関係、再犯予測の蓋然性、必要な場合にはその障害の治療可能性等に関して鑑定を求めなければならない(刑訴法第246a条「Arzlicher Sachverständiger」)。

[2] 禁絶施設収容処分 (§ 64 StGB)

嗜癖治療の収容命令は、責任無能力か限定責任能力とは関係なく言い渡され、その期間は、最長2年である。そして、その命令は、手続きの仮定で依存症が消失し、あえて施設での治療を必要としないと思われる場合には言い渡すことはできない。連邦憲法裁判所の判例によれば、その命令言い渡しは、具体的な治療効果が期待される場合にのみ許される。だがしかし、治療に不同意であるとか処遇効果(治療)があまりないという理由だけでは、収容命令却下の理由とはならない。

[3] 保安監置施設収容処分 (66条)

更に、第三の(自由剥奪を伴う処分制度である)保安監置施設収容処分は、治療や禁絶しなければ将来再び重大犯罪を惹起する恐れがあるかどうかという要件や行為者の「責任」(Schuld)とは関係なく言渡される(この点では、再犯者の青田狩りとしての色彩が強いものである)。この処分は、1933年に導入され、第三帝国の時代に濫用されたものである。戦後になっても、こうした(保安重視の)性格を持つこの保安監置処分に対しては殆どの方が批判的であった。そこで、1969年の改正法以来提言されてきた改正法案が1975年に成立し、収容の要件が制限され、収容期間は不定期ではあるが、最高10年が限度であるとされた。ところが、(後述のアイケルボルン事件やナタリー事件のような凶悪な性犯罪などに対する厳しい処分をもとめる世論に即応する形でなされた)1998年の刑法改正では、この処分の収容要件も再び拡大されてしまった。改正法では、収容10年経過後に、被収容者がその者の性癖の結果、なお重大な犯罪を行う危険性があるかどうかと「処遇の可能性」があるかどうかについて、検討すべきであるとし、特別な場合重大なケースの場合には、原則として無期限となった。そして、その判断を司法精神科医等に求めるべきであるとしたのである(刑訴法246a条=医師たる鑑定人)。また、同時に改正された行刑法9条により、こうした施設での社会治療的処遇が義務づけられることになった。

この改正に対してネドピル教授は、「司法精神医学的視点からいけば、性癖があるというためには、ただ単に再犯の危険性があるという消極的な犯罪予測だけでは十分ではない。また、人間科学的視点からいけば、性癖があると仮定するためには、経験に根拠付けられた再犯予測以上の明確な根拠が必要である。性癖を仮定する基準として、再犯の危険性(可能性)と統計的に考えられる犯罪の予測の両方が吟味されるべきであるときに刑事訴訟法第246a条による鑑定人の招致は有意義であり、また

適切であるように思われる。」としている。[9]

(3) ドイツにおける触法精神障害者に対する行状監督 (Führungsaufsicht) 制度について

触法精神障害者に対する刑事治療処分制度を持たないわが国においては、措置入院患者の退院後の治療的、保護的アフター・ケア・システムに関する法的根拠がない。そのために、あるときは退院直後に再犯を行ったり、あるときは再犯を恐れる病院側の都合で入院期間の長期化が見られたりするのである。

それに対してドイツでは、精神病院収容処分（刑法63条）適用後の患者にたいしては、必要的に行状監督に付し、退院後のアフター・ケア・システムが確立している。

ところで、わが国の精神医療全体の流れとして、開放的治療方法が模索され、各病院単位、医師個人単位の模索と努力による実験的な試みとして行われているのが現状と言えよう。こうした Probe の一番の問題と悩みは、開放的治療に関するしっかりとした法的根拠が存在しない所にあると言えよう。そのために医師側は、及び腰になり、つい保身医療になり、患者側は、不幸にも「再犯者」、「犯罪者」に加えて「精神障害者」と言う二重・三重のレッテルを貼られることになり、社会復帰に有利と言うことで開放治療を選択したのに、その選択がかえって患者にとり不利に作用している面があり、そうした患者を取り巻く状況をいかに整備するかが精神医療に携わる者、刑事司法に携わる者の緊急の課題であるように思われる。

こうした状態を放置したままにすると、精神医療に対する市民・住民の不安や不信が益々増大し「開放治療」や「任意入院」を中心とした患者の人権を考慮した医療の姿勢そのものが、医師の保身医療の蔓延とともに、後退を余儀なくされることになる。

そこで以下では、約30年の経験を有するドイツの精神障害犯罪者の退院後の保護観察（療護観察）である「行状監督」制度の運用の実態を検討し、現行の保護観察制度でも、例えば、覚醒剤依存犯罪者、エイズ感染犯罪者のケース・ワークに手を焼いている現状の中で、果たして、わが国においても、地域（社会）内精神医療を法的側面からサポートするような制度の導入が可能かどうか、検討してみたい。

さて、「行状監督」とは、危険な犯罪者に対する自由剥奪を伴わない一種の对人的刑事処分であり、対象者の社会復帰の援護と生活の保護を主たる目的としつつ、社会の安全を確保するため対象者の行動や行状を社会内で厳しく指導・監督することを目的とした制度である。

行状監督の担い手は、行状監督官（保護観察官）である。ドイツの場合、通常、保護観察官は、地方裁判所に属し、この地裁の所長が、その地裁の行状監督所の所長、次長、所員を任命し、所轄事項の処理に当たらせる。実際のケース・ワークは、これも1975年に発足した「執行裁判官」制度による「執行裁判官」(Vollstreckungsrichter) の指揮の下、行状監督官により実施される。

日本の保護観察所は、法務省管轄なので、その点に違いがある。監督の内容は、対象者と面接し、手紙や電話での相談を受けるほか、教育、職業の斡旋、失業保険などの社会保険の申請の援助サービスを行う。

行状監督期間中の「遵守事項」などの違反行為に対しては、「再収容」の措置や事情によっては、「指示違反の罪」で告訴することも出来る。しかし、実務には当事者間の信頼関係が大切にされ、こうした処分は、通常では、行われない。

行状監督中の「指示違反」は、刑法145a条「行状監督期間中に、第68条b第1項に記載した

種類の一定の指示に違反し、そしてこれによって、処分の目的を危うくした者は、1年以下の自由刑又は罰金に処する。この行為は、監督所(第68条a)の告訴がなければ訴追されない。」により行う。

(4) 触法精神障害者に対する外来における司法精神医学的治療

ミュンヘン大学のネドピル教授によれば、触法精神障害者に対する外来治療のサービスの重要性が国際的にも認知され始めている。

この外来治療には、3つの長所があると言われている。

すなわち、(1) 社会内での外来治療は患者にとっては早期の釈放が可能となるし、その治療により保安も十分に確保される。(2) 治療側の施設にとっても収容期間が短縮され、負担が軽減される。(3) 人権費等の削減によって刑事政策のコストダウンにも通じる。

ミュラー・イスベルナー・ハイナ司法精神病院院長によれば、司法精神科的外来治療は、再犯率の低下に繋がっているとしている。もちろん、この病院では、医療チームを組織し、外来患者に対しては、頻繁に危機介入が行われる。このようなやり方は、決して新しいものではなくすでに伝統的な病院精神医学の手法として、例えば、どの疾病の再発を回避したり、緩和したりできるかとか、患者の高度な危険性を減弱・低下させるかについて、すでに実施されてきたものである。

とくに、外来治療によるアフター・ケアは、以下のような点について注意して実施されると効果的であると言われている。

すなわち、(1) 保護観察による管理と治療関係は固定的かつ継続的なこと、(2) 集中的・専属的な世話(case management)、(3) 積極的な危険の回避、(4) 社会ネットワークや社会心理専門の相談所等の整備、(4) 治療者の継続性、(5) 危機介入の可能性、などである。

[11] ドイツにおける刑事責任能力規定の運用と刑事治療処分制度の連動性

(1) 日独両国における刑事責任能力規定の相違点

ところで、日独両国における刑事責任能力規定の適用状況の最も大きな相違点は、わが国には刑事治療処分制度がないので、触法精神障害者が刑法39条の1項・2項で心神喪失及び心神耗弱とされ無罪または刑の減輕がなされた場合でも、その者を受け入れる特別の施設はないのに対して、ドイツにはその「受け皿」としての施設への収容制度があり責任能力規定(独刑法20条と21条)と刑事治療処分である精神病院収容処分(刑法63条)と禁絶処分(刑法64条)の両規定とがあり、各州が独自に定める「処分執行法(Mass-regelvollzugsgesetz)」や「収容法(Unterbringungsgesetz)」により適切に運用され、責任主義の原理や比例性の原則(Grundsatz der Verhaeltnismaessigkeit)「刑法62条『改善及び保安処分は、それが、犯人によって犯された行為及び予測される行為の重大性並びにその者から将来もたらされる危険の程度とに比例しないときは、命じられてはならない。』」が機能していることである。

(2) 「刑事責任能力」の判定と治療・改善処分制度の連動性

1. 治療・改善処分の適用と責任主義の原理や比例性の原則による人権侵害の防止

ところで、前述のように、日独両国における刑事責任能力規定の適用状況の最も大きな相違点は、わが国には、ドイツ刑法の第一条の「罪刑法定主義」(犯罪なければ刑罰なし)や第46条の「責任主義」(責任なければ刑罰なし)、さらには、刑事治療処分制度もないので、触法精神障害者が刑法39条の1項・2項で心神喪失及び心神耗弱とされ無罪または「刑の減輕」とされた場合でも、その者を

受け入れる特別の施設はないのに対して、ドイツ刑法にはその「受け皿」としての施設への収容制度が規定され、責任能力規定（独刑法20条と21条）と刑事治療処分である精神病院収容処分（刑法63条）と禁絶処分（刑

ドイツ刑法20条は、「行為の実行の時、『病的な精神障害』、『根深い意識障害』、又は『精神薄弱』若しくは『重大なその他の精神的変性』のため、行為の不法（Unrecht）を弁別し又はその弁別に従って行為する能力がない者は、責任なく行為したものである」、21条は、「行為の不法を弁別し又はこの弁別に従って行為をする者の能力が、第20条に列挙された事由の一つにより、行為の実行の時に、著しく減弱していた時は、第49条1項（法律上の特別減軽事由）に従ってその刑を減軽することができる」（裁量的減軽）と規定し、いわゆる「混合的方法」と「列挙主義」によっている。

そして、その「精神医学的要素」（生物学的要素）に関しては、いわゆる列挙主義をとり、次の4つの症状を「精神医学的要素」として明示しているのが特徴である。すなわち、その4つの症状とは、(1) 病的な精神障害 (krankhafte seelische Störung) (2) 根元的な意識障害 (tiefgreifende Bewusstseinsstörung), (3) 精神薄弱 (Schwachsinn: 精神医学では、精神遅滞とか知的障害とされるが、法律用語としてはまだ使用されている), (4) 重いその他の精神的偏性 (schwere andere seelische Abartigkeit) である。また、規範的要素（心理学的要素）としては、行為時の「弁別能力」と「統御能力」の二つの判断要素を必要としている。

このようにドイツ刑法の「責任無能力」規定の特徴は、4つの精神医学的要素を列挙して責任能力判断における精神鑑定医と裁判官との大幅な協働を要請している点と、「責任無能力」規定(20条)と「限定責任能力」規定(21条)において上記の4つの「精神医学的要素」と同一に扱い、これら両条項の、いわゆる「区別的解決」を放棄している点にある。とくに、(4)の「重いその他の精神的偏性」——「精神病質 (Psychopath)」、「人格障害 (Persoenlichkeitsstörung)」、「神経症」、「性的情動障害 (Affektsstörung)」などがそれに該当する——についても場合によっては、責任無能力と判断されるケースがあるとしていることである。

さて、ラッシュ教授らは、この「重いその他の精神的偏（変）性」を20条の「責任無能力」規定にも導入することは、この診断概念があまりにも包括的であるため、その濫用があると「無罪の洪水」現象を招来し、結果的には、「責任主義の形骸化」や刑法の社会防衛機能の低下を招き、いわゆる「ダムが決壊」現象が生じると批判していた。

しかし、この改正後の犯罪統計を分析しても、また、わたしのミュンヘン大学司法精神医学研究所留学中の見聞からも「精神病質」概念の濫用による無罪の洪水現象は起きなかったと言っても過言ではない。その最も大きな理由は、精神鑑定医と裁判官や検察官との間の信頼関係をベースに「責任能力」判断における協働関係が確立していることと、何よりも適切な収容施設が用意されていることであろう。

ミュンヘン大学で扱った鑑定例では、「精神病質」や「人格障害」の事例は殆ど限定責任能力とされ、自由刑と司法精神病院収容処分が併科されるものであった。また、もう一つの重要な理由として、「精神病質」犯罪者や「人格障害」犯罪者をその適用のターゲットとしていた刑法65条の「社会治療処分」制度が10年間の適用停止後1985年に削除・廃止され、この処分制度の濫用が条文上の根拠を失ったこと等を指摘できよう。

もちろん、この点に関しても、ドイツの鑑定実務においても「鑑定人と裁判官との間に了解事項 (Konvention)」が確立されているとはいえ、寛解期の分裂病者を全て無罪にしているわけではない。しかし、前述のように、ドイツには触法精神障害者が責任無能力で無罪になっても「刑罰」が

科せられないだけで、その犯罪の結果が重大であれば「刑事制裁」としての「治療・改善処分」が言い渡され、原則として、無期限収容されることになるのである。

参考までに、ドイツにおける「責任能力」鑑定モデルをシェーマ化したものを示しておきたい。

患者

↓

触法行為（刑法 20 条・21 条：行為と責任の同時存在の原則）

↓

警察（捜索・検挙・送検）

↓→起訴前鑑定（刑訴法 81 条：被疑者の観察のための収容；最高 6 週間まで）

↓→仮収容（刑訴法 126a 条：1 項「責任無能力又は限定責任能力（刑法 20 条・21 条）の下に、違法な行為を行った者で、かつ、精神病院又は禁絶施設への収容が命ぜられると思料される緊急の事由がある場合には、裁判所は、公共の安全に必要であるときは、その者を収容命令によって精神病院又は禁絶施設への仮収容に付すことができる」）

↓→不起訴→検事局の独立「保安処分」請求権（刑訴法 413 条）

「検事局は、行為者（Täter）の責任無能力又は訴訟無能力により刑事手続を遂行しない場合には、独立して改善・保安処分を言い渡すことが法律上許され、かつ、捜査の結果によりそうした（裁判所）の命令が期待されるときは処分を（裁判所）に請求することができる（414 条の保安手続 = Sicherungsverfahren による）裁判所の独立命令（刑法 71 条）による。

起訴

↓→起訴法定主義（刑訴法 152 条）／わが国は、起訴便宜主義（刑訴法 248 条）

裁判

↓→司法鑑定（刑訴法 246a 条＝医師たる鑑定人）（1）精神病院収容処分（刑法 63 条＝無期限）、（2）禁絶施設収容処分（刑法 64 条＝2 年間）

(2) 改善・保安処分による収容者数の実態

1999 年精神病院収容者数 3,850（197）人、禁絶施設収容者数 1,678（75）バイエルン州 63 条 644（27）人、64 条 515（34）人、ヘッセン州 63 条 280（17）人、64 条 63 人となっている（0 内は女子）。

刑法 63 条の収容からの釈放は、もっぱら犯罪の予測のみにかかっている。刑法第 67 d 条 2 項は、患者が自由になっても重大な触法行為を行わないであろうということが期待（予測）できる場合に釈放すると規定している。

しかし、同法は 1998 年 1 月 26 日の改正によって厳罰化されたにもかかわらず、予測（診断）には一定の非確定性が付きものであり、従って、全ての危険性が排除されるころまでは要求していない。しかしながら、法律の変更によって被収容者にとりその釈放が大変難しくなったことは確かであり、処分執行施設や（司法精神科）の鑑定人にも大きな負担が加わるようになった。（釈放条件の厳格化に伴い）釈放数は低下し、釈放要件についての鑑定件数が、明らかに増加し、被収容者数も常時増加傾向にある。処分執行からの入・退所に関する原則が連邦全体としては統一されたにもかかわらず各州

の処分執行法による収容条件は各州ごとにまちまちに規定されることになった。そのために処遇条件、処遇緩和条件、休暇の条件が、各州ごとにそれぞれ不統一なものになってしまったことも大きな問題である。

各州の処分執行法と処分執行に関する政治的思惑とが絡んで、被収容者数やその平均的収容期間が千差万別になってしまった。それでも次のような一般的な傾向について指摘することができる。

1963年から1986年の間は、刑法63条によって精神病院に収容された患者総数は減少傾向にあったが、1986年以降は、再び増加傾向に転じている。

旧西ドイツ各州の精神病院に収容された刑法63条の患者の数は、1965年の4,413人から1989年の2,454人まで減少した。しかし、平均収容期間が短縮されたにもかかわらず、1991年には2,473人まで再び増加した。そして、この傾向は最近まで続いている。

1997年には精神病院収容処分による患者は3,188人であった。

1998年3月1日現在では連邦統計局によると処分執行施設の患者数は5,098人でそのうちの約3分の1にあたるものが禁絶施設収容患者であった。

バイエルン州では、1986年に刑法63条患者が388人、1998年には約606人に増加、1963年以来、刑法64条による禁絶施設収容患者数は常時増加している。1970年には64条患者は400人で、1990年にはそれが約630人に増加した。禁絶施設には1970年には179人が収容されていたのが1997年3月31日には約1,318人に増加している（約10倍）。

バイエルン州では禁絶施設収容が、1986年に211人となり、1998年には約454人になった。

薬物依存者の数は、通常の割合をはるかに超えて増加している。

もちろんドイツ全体では、麻酔剤法35条によって刑の執行を猶予され、より開放的な禁絶施設での治療のため、禁絶施設に収容されたものは約2,000人であるのに対して、バイエルン州では約500人になっている。この麻酔剤法35条によって、薬物犯罪のため2年以下の自由刑を言渡された者は、刑務所に代替する開放的な施設に収容され、治療を受けることができる。

刑法63条の患者の平均収容期間は、1985年以来ほとんどすべての州で短縮されている。ニーダンザクセン州では、刑法63条患者の平均収容年数は、1977年には9年弱、1984年には8年であったが、1992年にはおよそ4年強に短縮された。

また、ミュンヘン近郊のHaar精神病院でも、その平均収容期間が1971年の7.3年から1984年には4年強にまで短縮された。

ヘッセン州の処分執行施設のセンターになっているハイナ司法精神病院では、平均収容期間が1990年の4.4年から1992年の4年に短縮された。同じような傾向がノルトライン・ヴェスファーレン州からも報告されている。しかし、この短縮傾向も、その後、再び反対に長期化しつつあり、今後の更なる短縮は期待できそうにない。

ドイツ最大と言われるハイナ司法精神病院のギーセン市部門とハイナ・クロスター部門の両クリニックを見学することが出来た（2001年5月2日）。

この病院が最近力を入れているのが、「危険な触法患者に対する外来治療」である。この病院の収容者数は、323人であり、その約43%が精神分裂病、29%が精神遅滞を合併しない人格障害、17%が精神遅滞を合併する人格障害である。罪種別では、殺人約26%、性犯罪25%、身体障害24%、放火11%等となっている。職員は：医師21人、心理25人、ソーシャルワーカー13人、作業療法士等31人、看護職員252人等全体で345人である

いろいろな病院で実施された詳細な分析結果によれば、最近では重大な犯罪の故に収容される患者の数が以前より多くなっている。例えば、Haina（ハイナ）では、1984年に故殺または中程度又は重

度の身体傷害罪で収容された者が全患者の62%であったが、最近では、こうした行為者グループの患者が全体の85%を占めるに至った。ハールでも、重大な性犯罪で収容された患者が1996年の19人から1998年の54人へと増加している。それに伴い、収容患者の診断名も変化してきている。最近の統計では、処分執行施設における患者のうち、分裂病の患者数が増加している。また、64名患者は、その割合が1980年代後半には25%であったものが、最近では40%近くにまで増加している。患者の収容期間も平均1年になっている。一方、知的障害者の数は減少している。

1998年にはHaar（ハール）では、54%が分裂病、32%が人格障害者、およそ2.7%の患者が、知的障害者であった。それに対して、ノルトライン・ヴェストファーレン州で1996年には人格障害者が51%と増加し、ここでもまた知的障害者は減少している。

〔III〕ドイツにおける凶悪性犯罪の多発と社会治療処遇の復活

－アイケルボルン事件後の刑事治療処分制度改革論争から学ぶべきもの－

ドイツでは、とくに「社会治療施設」での30年にわたる処遇の実績を看過することはできない。しかし、1996年2月に女性の刑務所長とソーシャルワーカーの二人が被害者の執務室で強姦されるという事件が起きている。この加害者は、ドイツ「処遇思想」の具体的実践モデルである「社会治療施設」に収容されていたこともであるとされる（この事件については、刑政107巻9号35頁に紹介がある）。

ドイツでは、ここ数年のうちに、「凶悪な性犯罪」が多発したために、立法者は、刑法を改正して、重罰化を実現させるとともに、常習的な性犯罪者に限定して、「社会治療」処遇を実施することに踏み切った。

1994年9月22日、アイケルボルンのリップシュタット司法精神病院の患者であった24歳の性的常習犯罪者の男に7歳の少女がテニス・スクールへ行く途中、自宅から僅か200mの所で強姦されたうえ、ナイフで十数箇所刺され殺害されたものである。パーダーボルンの地方裁判所は、被告人に対して、15年の自由刑と無期限の閉鎖的精神病院への収容を併科する処分を言渡した。この強姦殺人犯の患者は、十七歳の時に強姦殺人を犯した後リップシュタット司法精神病院に収容され7年後の犯行であった。しかもこの犯行前は、ここ2年間の行状が安定していたので開放治療棟で処遇を受けていた。院外のキオスクへ買い物に行った途中、前もって、毎日少女が自宅近くのテニス・コートに通う姿を目撃しており、計画的な犯行であったため、担当医や関係者は大きなショックを受けていた。判決は、15年の自由刑と無期限の精神病院収容処分であった（アイケルボルン事件）。

さらに、1996年9月20日には、バイエルン州オーバーバイエルンのエプファッハで7歳の少女ナタリーが誘拐され「性的虐待」後に殺害される事件が発生した。「逮捕された容疑者には子どもに対する性的虐待の前科があり、5年半の刑期の3分の2を終了した約1年前に仮出獄していた」とも報告されている。更に、1998年3月にいわゆる「ロミー・リーケン事件」が起きた。この事件は、30歳で3人の小さな子供のある男が、13歳と11歳の二人の少女を強姦の上殺害したものであるオルテンブルク地裁は、「治療可能性がない」として無期自由刑を言い渡した（96年11月27日）。そして、これらのセンセーショナルな事件を受けて、行刑法9条の改正による「社会治療処遇」モデルが復活したのである。従来、行刑法9条による「社会治療施設」への収容は、受刑者自身の同意を必要とするとしていたのを改正して、第一項に「受刑者は、刑法170条（保護者による性的濫用）から1

80条（未成年者への性的行為の症例）もしくは182条（少年への性的濫用）に該当する行為により、二年以上の有期自由刑を言渡され、社会治療施設での処遇を指示された場合には、そこに収容される)と規定して、本人の同意と関係なく収容できるとしたのである。

1998年に訪ねた犯罪学中央研究所のエッグ所長によれば、16州になったドイツの各州は、この改正により、少なくとも一カ所の「社会治療施設」を設置するよう勧告され、現在は、20カ所あり、その定員も888人に増加しているとのことであった。

ただし、バイエルン州のシュトラウビンク司法精神科病院（1995年11月14日訪問。の収容患者131人中、人格障害者約50%、精神分裂病者約30%となっており、その一カ月後に見学したハール精神科病院の司法部門の収容患者114人中人格障害者約25%、精神分裂病者約56%となっており、保安のより厳しいシュトラウビンクの方に人格障害犯罪者が多く収容されている。

犯罪者、とくに処遇困難受刑者の改善・社会復帰の成功はけっして『安上がり的手段』で可能なことではなく、『豊富な財政の確保と専門家による手間暇かけた努力の積み重ねから生まれるものであろう。上記のシュトラウビンクの施設では、収容者1日1人当たり処遇費用400-500DMを投入していると言われる。その意味でドイツの「社会治療処遇」モデルの復活については大いに学べき点が多いと言えよう。

なお、最近の情報では、北九州（旧城野）医療刑務所が、平成9（1997）年12月に小倉刑務所の敷地内に移転し、現在約50億円の費用をかけて、新しい「医療刑務所」が新築されており、「塀の外に目をむけ、外の技法を取り入れ、治療処遇体制」も計画されているようである。

[IV] ドイツにおける刑事治療処分制度と司法精神医専門家養成システム

さて、日独の触法精神障害者に対する刑事法的対応の比較検討をする上で、看過出来ないのは、ドイツでは、司法精神医学教育システムが整備され、しっかり教育を受けた専門医が鑑定をしたり、治療業務に従事している点である。

日独鑑定制度における最も大きな違いは、ドイツには、鑑定結果にともなう裁判官の判断後の「受け皿」である刑事治療処分制度とそれを実施する施設が整備されているという点である。

わが国の「措置入院」制度のような医療行政的処分とドイツにおける刑事制裁の一翼を担う刑事治療処分との大きな違いは、刑事治療処分は刑事制裁の一種である限り犯罪予防機能、つまり一般予防機能と特別予防機能とを兼ね備えているのであり、前者にはその機能は実質的にはともかく本質的・制度的には備わっていないところにある。けだし、精神保健福祉法は、原則として、治安立法ではなくて、純粋な医療法として理解すべきであるからである。従って、触法患者による重大事件が起こるたびに、同法が非難的になるが、その非難が、上記のドイツの立法状況を正しく理解する者には、いかに筋違いなものであるか分かるであろう。

さらに、この刑事精神鑑定について日独の事情の大きな違いは、ドイツでは、司法精神医学の教育システムが確立しており、司法精神科医師、司法心理鑑定士、司法精神科ソーシャルワーカー、司法精神科看護師などの養成が行われており、専門家の育成という点でわが国は全く遅れている点であろう。

例えば、ミュンヘン大学の司法精神医学研究所では、学生のポリクリも行っているし、鑑定業務に助手という形で参与させて、臨床経験をつませている。

また、同研究所における典型的な鑑定業務は次のように行われている。まず、例えば、鑑定留置された患者の鑑定は、月曜日の午前中に新被鑑定人、つまり、新患者の紹介が病棟担当医により医局スタッフ全員の前で行われて、医局員全員が現在どういう患者の鑑定が行われているかが、把握できる

ようになっている。

そして、鑑定担当医が決められ、12カ月かけてじっくり行われる(ミュンヘン地裁の中には簡易鑑定室がある。わたしの知っているヘティシズムのケースでは、4-5年かかった鑑定困難なケースもあった。そして、患者紹介が終わると、殆ど毎日、担当スタッフから鑑定を実施される。精神科鑑定医は、様々な生物学的・医学的検査とともに、何日間もの間、時間をかけて行動観察も含めて鑑定結果を出していく。その他のチーム・スタッフも同様に時間をかけて鑑定を行っている。それぞれの鑑定結果が出揃ったところで、医局スタッフのミーティングが行われる。こうした合同検討会の結果を踏まえて、精神科医と心理鑑定人がそれぞれの鑑定書を書くことになる。そして、法廷の日は、両者一緒に法廷での審理に参加し、証人として、意見陳述を行う。

そして、同研究所のもう一つの特徴は、鑑定留置中の患者の同意の下に、法学部の刑事法担当者と共同して行われる司法精神医学・刑事法学合同講義の中で、患者を講義室に招き入れて、聴講者にデモンストレーションされ、聴講学生などにも質問の機会も与えられていることである。この講義では、われわれ刑事法スタッフが検察調書をもとに刑事法的視点からの事件の概要を述べ(15-20分)、次いで、鑑定医がその所見を述べたあと、患者を教室に招き入れて約20分にわたり患者への問診のデモンストレーションを行い、最後に、心理テストの結果が約10分間紹介される。

この講義は、最初、司法精神医学のメンデ教授(ザース教授、現在のネドピル教授と続く)と刑事法のポッケルマン教授(シューラー=シュプリングホルム教授、現在のシェヒ教授と続く)により始められ、約30年間続けられており、年間約20例として、すでに約600例について行われていることになる。

さらに、ネドピル教授の紹介によれば、約10年程前から司法精神医学専門医教育コースが設置され、若手の専門家の育成が行われている。とくにネドピル教授が主催する教育セミナーに筆者は参加したので若干紹介しておきたい。

このセミナーは、ミュンヘン近郊のシュタンベルク湖岸のセミナーハウスで、毎年一週間参加者は合宿して行われている。

この教育セミナーには、司法精神専門医をめざす若手の精神科医と心理師が参加している。そして、各セミナー約15名から20名の参加者に、様々なテーマが与えられ一人の司法精神医学者、一人の司法心理学者、一人の法律家(刑法学者や連邦刑事裁判所判事、検察官、刑事弁護人等)の3人組でセミナーをすすめていく。

そして、3年でコースを修了し、司法精神医学の専門医として各州の裁判手続きで活躍することになる。2000年の司法精神医学会には、約200名が参加して、大変活発な討論が行われ、このセミナーでの成果なども報告されていた。刑事治療処分には大変費用がかかるため、財務省や内務省・厚生省等の関係者もその実情を報告し、専門家との活発な討論が行われた。

こうした司法精神医学教育のプログラムを通して多くの専門家が養成されており、こうした専門家により精神鑑定業務や精神病院収容処分の執行業務が支えられているのである。さて、こうした制度的にも臨床実績の上においても、日本より進んでいるドイツにおいても、最近、「刑事処分執行制度」批判があり、その背景には、次々に起こる凶悪事件の犯人たちが、かつて司法精神病院の入院歴があるか現に入院中で開放治療を受けている者である場合が多くあり、それらの事件の司法的処理が再び犯罪予防機能の低下しているそうした司法精神病院への収容ということになる場合が多くあり、被害者遺族やそれを支持する世論の欲求不満や刑事司法制度そのものに対する不信感があるように思われる。しかし、精神神経学会の「名古屋市『守山荘事件』」の調査委員会報告書(精神神経誌97巻10号1995年867頁以下)では、関係者の刑事責任に関しては一切言及していない点などと、比較すると、わが国では、治療処分の導入に反対する者は、精神保健福祉法の整備・充実で触法患者対策は十分で

あると主張するが、患者や被害者の問題の本当の解決とはほど遠い状況であるといえよう。

それに対して、ドイツでは、例えば、アイケルボルン事件後、シューラー＝シュプリングホルム教授などの法律家を含めた調査委員会が即座に設置され、当病院の処遇の実態に関する分析・検討・批判だけでなく、今後の治療指針や改善策についても具体的な提案をしている点などについても大いに学ぶべき点があるように思われる。

**参考資料：慶應義塾大学法学研究科博士課程神馬幸一君の翻訳資料による
ネドビル教授「ドイツ刑事司法における司法精神医学の役割」を参照しながら
ドイツの司法精神科専門医養成過程のカリキュラムを若干紹介する。**

被告人に対する調査・評価：

- ・ 責任能力の評価
- ・ 再犯危険性の評価

触法精神障害者の治療の目標：

- ・ 再犯危険性の低減化
- ・ 将来において被害者になってしまうことの防止
- ・ 社会的な規範意識を持って生活を送ることが出来るようにするための触法精神障害者へのリハビリテーション教育（社会治療教育プログラム）

触法行為者に対する収容時・釈放時の再鑑定

- ・ 治療による改善の評価
- ・ 再犯危険性の評価

触法行為者に対するアフターケアの目標：

- ・ 退院後の精神状態の安定化の方法
- ・ 再犯の危険性が大きい状況を防止することへの補助

ミュンヘン大学精神科クリニックにおける司法精神医学のための大学教員

1897 — 1905	Gudden
1905 — 1907	Kraepelin
1907 — 1909	Alzheimer
1909 — 1923	Rudin
1924 — 1933	Bostroem
1933 — 1937	Bumke
1937 — 1940	Mikorey
1941 — 1945	Bumke/Ziehen
1945 — 1949	—————
1950 — 196	Mikorey/Bockelmann
1971 — 1986	Mende/Bockelmann/Schuler-Springorum
1986 — 1990	Sas/Schuler-Springorum
1990 — 1992	Hoff/Schuler-Springorum