

ダのフェローシッププログラムの開発をすすめている。優秀な学生に対して、フェローシップの奨学金を与えるというシステムもある。

2) カナダ精神医学と法学会 Canadian Academy of Psychiatry and Law (Academie canadienne de psychiatrie et droit)

カナダ精神医学と法学会は司法精神医学という特殊領域における科学と実践の推進し、患者のケアと専門的医療の水準を高度にするために設立された。司法精神医学の水準を高めること、司法精神医学の生涯学習を促進すること、司法精神医学領域における精神科医とその他の専門スタッフとの間の関係をよりよいものにする、司法精神医学とその関連領域の研究を促進すること、国内や地域の関連機関と協力して司法精神医学に関連した問題に対して啓蒙者としての役割を果たすこと、司法精神医学や一般精神医学領域に関する知識を広め情報を交換するための雑誌 (Canadian Academy of Psychiatry and Law Bulletin) やニューズレターなどの刊行をすること、が学会の目的として掲げられている。

毎年3月には3日間の学会を開催している。この学会の参加により The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada の認定資格を更新するための得点が得られる。カナダは東西に広い国なので、1年交代で東西の地域で開催している。1日規模の学会も年に1度実施している。フェローシップの奨学金制度も持っている。

5. 司法精神医学の現場と教育—スタッフの確保と質の向上

北米の司法精神医療でも、優秀なスタッフの確保は死活問題である。「犯罪者」と「精神障害者」という二重の偏見にかかわることから生ずる、彼らの受け入れ機関への拒絶反応は根強い。このため司法精神医療施設は都市部から離れた場所に立てられ、施設も老朽化しているということも少なくない。このような状況のため「偏見にみちたステレオタイプな大衆の視点は『司法精神科医というのは、他の病院でより高額給料を得られるくらいの十分な英語力を習得するまでの間だけ働く外国の医学学校の卒業者か、他の場所での法的あるいは倫理的な教義に違反したり、あまり程度がよくない患者を扱うのがお似合いであるような精神科医である』というものである (Dvoskin と Patterson, 1998)」さえ言われている。これは司法精神医療施設でのスタッフ確保の難しさを端的にあらわしている。

このような状況を打開するうえで、(1)施設環境の改善(建物の改装、清潔、メンテナンスのスタッフの増員など)、(2)給与の増額(人件費の予算確保、他の公的機関とは異なった特別の給与体系の導入など)、(3)大学等のアカデミックな機関との連携、(4)全国的規模の学会でのリクルート、などが進められている。

司法精神医学の教育の視点から、上記の(3)および(4)について触れておく。

大学等のアカデミックな機関との連携

精神科医や専門スタッフのなかにはアカデミックな機関と接点をもつことに関心をもったり、重要視している人が少なくない。医学生や大学を出たばかりの新人のスタッフが地方の精神病院へくるとには、現場の専門家にとっても刺激になったり、新しい情報が流入するといったよい面がある。教育機関として機能することで、予算を獲得する機会も増える。リクルートにあたっては、大学などと連携をしているということが、施設の魅力となる可能性もある。こういった点から、北米の司法精神医療施設では大学との連携を重要視している。

全国的規模の学会でのリクルート

北米では全国的な学術会議の会場はリクルートの場でもある。大きな学会に来るということは、その人に一定以上の学術的関心、向上心があることのあらわれでもあり、優秀な新人を獲得する絶好の機会となっている。参加者のほうも、meet the experts とか breakfast with professors と銘打った学会の小懇親会の機会を、新しい職場を見つけるための場所として積極的に利用している。学会会場には常に人材募集の魅力的なポスターが貼られている。

おわりに

以上、著者らの経験から北米の司法精神医学教育について報告した。北米においては長期にわたって教育やトレーニングのシステムの構築に学会が力を入れてきた結果、ようやく近年になって司法精神医学が専門領域として認識された。

日本においても今後、学会を中心に司法精神医学の専門性を高め、その教育システムを充実していかなければならない。実務体験を重視し、かつそこで得られた経験を講義などで整理して体系化していくという方法は、日本でも従来から徒弟制度のようになされてきた司法精神医学と共通する部分が多い。

しかし日本では司法精神医学は、学派集団のなかでのみ伝授される「技」のようなものであった。それがいまや地域差、鑑定人の間での差を生み出し、「法のもとでの不平等」の原因のひとつにもなっている。もっとも司法精神医学の教育は、意識して閉鎖的に行われていたのではない。その閉鎖性は、この領域への社会的ニーズの高さにもかかわらず、生物学的研究が重視される大学教育と研究のなかで司法精神医学が確固たる位置付けを得られず、細々と一部の学者の間だけで取り扱われてきたために生じたものである。

一方で、日本以上に広大な土地と多様な文化と法律をもつ北米が、フェローシッププログラムを中心として、系統的 systematic に全国規模で技術と知識の水準を高めるシステムを司法精神医学に導入し、かくも多くのプログラムを確保しているという事実と社会的ニーズに応えようとする教育者たちの努力は、われわれ日本の専門家が彼らから学ぶべきことのなかで最も重要な点のひとつではないだろうか。

なお、日本では、強制的入院などの判定に際して国家資格（精神保健指定医制度）を採用し、より人権に配慮している点は、そのような制度を欠く北米に比して、評価されるべきであろう。

I. 諸外国の司法精神医療従事者の教育システム
ならびに専門性について

3) ドイツの司法精神医療従事者の教育システム
ならびに専門性について

加藤久雄班員
(慶応義塾大学法学部)

1. 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ックに改正されるとともに、必要的に精神科医(刑訴法第 246a 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。

[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「Arztlicher 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人が批判的であった。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えば、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えば、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 (Fuhrungsaufsicht) 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ろう。

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、行われぬ。

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ビル教授によれば、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。

[II] 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もない。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「罰罰」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」鑑定の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ることができる」）

↓→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（Ter）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（()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 67d 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ことになった。（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。ニーダングザクセン州では、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・ヴェスト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ゼン市部門とハイナ・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 条患者は、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。

3. 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 200 m の所で強姦されたうえ、ナイフで十数カ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 180 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ピ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ピ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『安上がりの手段』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。上記のシュトラウピンクの施設では、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。

4. 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、1-2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人一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
ネドピル教授「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 |
| 1992 — 2003 | Nedopil/Schuler-Springorum/Schoch |

大学授業科目「司法精神医学」

ミュンヘン大学(Ludwig Maximilians-Universität München)における場合

- ・ 学際的講義（定期的な事例紹介と共に）
- ・ 鑑定セミナー
- ・ 心理学・教育学・社会学のための「司法精神医学」セミナー
- ・ 「精神医学における倫理的問題」セミナー
- ・ 「司法精神医学と実践的な事例分析」学際的セミナー（新）
- ・ 司法精神医学における学術的活動に関する指導

司法精神医学の資格化 年次的展望

1985 年第 1 回 司法精神医学のための定期的学術会合におけるワークショップ
(AGFP : ミュンヘン)

1990 年・司法精神医学及び心理学における再教育のための学際的な研究部会が発足
第 1 回 司法精神医学及び心理学のための学際的セミナー
(ニーダーベッキン)

1995 年 ドイツ精神医学・精神療法・神経医学会(DGPPN)による司法精神医学のための「専門医
(Schwerpunktarzt)」設立に関する第 1 回動議

1997 年 重点医に関する再教育のためのカリキュラム案を公刊

1999 年 DGPPN による司法精神科医の資格を設立

2000 年 経過規定の確定

2001 年 司法精神科医として 40 名に資格授与

2003 年 103 名に資格授与 ; 経過法規の終了

司法精神医学セミナー

シュトラウピング司法精神科病院にて (ニーダーバイエルン地区)

(BKH Straubing, BKH Mainkofen, BKH Landshut)

症例報告・鑑定に基づくテーマ討論 :

- ・ 責任能力の評価
- ・ 症状の診断
- ・ 処分執行における問題
- ・ 医事法的・医療倫理的な問題
- ・ 成年後見法的な問題と鑑定
- ・ 収容法
- ・ 民事法的問題 (行為能力, 訴訟能力, 遺言能力, 婚姻法)
- ・ 社会法的問題 (就業・職務不能, 就業能力の低下, 障害の度合, 年金支給)

学際的司法精神医学セミナー (ニーダーベッキン)

主催者: 司法精神医学・心理学会 学際的研究部会

受講生: 精神科医・心理士が共同で

講師: 精神科医・心理士・法律家が, 全てのテーマについて共同で

期間: 5日(月曜から金曜)
カリキュラム: 1年目:入門コース
2, 3年目:中上級コース
その後:実地研修

職能向上研修内容

入門コース

- ・ 責任能力鑑定・症状診断の基礎
- ・ 鑑定書の書き方・表現
- ・ 鑑定の際における間違い・誤り

入門コース・中上級コース共通 (選択テーマ)

- 鑑定
- ・ 少年・成人に関して
 - ・ 女性に関して
 - ・ 外国人に関して
 - ・ 人格障害者の場合
 - ・ 薬物中毒者の場合
 - ・ アルコール依存者の場合
 - ・ 性犯罪者の場合
 - ・ 激情犯罪者の場合
 - ・ 信頼性評価

触法精神障害者の治療に関する課題(処分執行・外来患者)
ロールプレイング(役割演技)としての鑑定実施

中上級コース (選択テーマ)

- ・ 『役割期待』と「役割葛藤」(心理学)
- ・ 「主症状と共存する症状(Komorbidity)」の鑑定
- ・ 深層心理学と鑑定
- ・ 公判審理に耐えうる能力・拘置に耐えうる能力
- ・ 精神医学・心理学・法医学の間における共同作業と限界の問題

実地研修

- ・ ビデオ撮影を用いた鑑定のプレゼンテーションと関連する批評
- ・ 参加者の鑑定についての問題の指摘

テーマ(選択):

- ・ 専門家の中立性
- ・ 沈黙している又は否認している被告人との関わり方
- ・ 公判での好ましくない体験を伴う関わり方
- ・ 証人と専門家としての二重の役割

「司法精神医学」資格授与

定義

「司法精神医学」に重点化された再教育とは、
鑑定書の作成 及び そのために裁判所の代理をすることにおいて
並びに
精神病患者 及び 触法精神障害者の診断 及び 治療することにおいて
並びに
精神病患者 及び 触法精神障害者の人々との接し方に関連する法的問題において
その間に入って便宜を図り、その証明に必要な特別な知識、技能、経験を習得することに資するものである

特別な知識・経験

1. 責任能力の評価
2. 改善治療処分執行における命令の基礎(刑法 63 条・64 条・66 条)
～従属する対人処分を含めて(例えば、麻薬法 35 条による外来治療)
3. 再犯・危険性診断の評価
4. 公判審理に耐えうる能力・拘置に耐えうる能力・尋問に耐えうる能力の評価
5. 少年裁判所法 105 条における「成人としての熟成」の評価
6. 民事法的な問題提起(例えば、行為能力、遺言能力、訴訟能力)
7. 成年後見法の枠組における鑑定
8. 収容法の枠組における命令、治療
9. 社会法的問題についての評価(例えば、労働不能、就業不能、就職不能、補償法に関連した問題、保険法的な問題)
10. 行政法的問題についての評価(例えば、懲戒手続法、兵役適格性)
11. 道路交通法問題(例えば、免許適格性)

特殊な知見

- ・ 少年及び成人に対する法的に基礎付けられた評価・そこにおいて適用される
刑事、民事、保護法に基づく適用
- ・ 証言及び証言の適正さの信頼性
- ・ 精神障害者及び人格障害者に関する診断、治療、研究に際しての倫理的、法的な問題
- ・ 処分執行、拘置施設及び外来のサポートといった枠組条件及び特殊な治療形態が
許容されることについての法的な理由付け

再教育期間

2 年間は、8 条 1 項に基づく専門業種の医師(精神医学・心理学・神経医学)の承認を受けたことに引き
続き、再教育に関する責任者として授権された施設内において

その内：

- 最低限 1 年間は、司法精神医学部門であること、
半年は、処分執行において
半年は、その部門内の鑑定に関する特別な施設において

実習的な職業従事に関する証明

70 本の精神鑑定書。当該鑑定書は、命令に基づいて、独自に作成されたものであり、かつ、法律で規定された限りにおいて、その立証のために裁判所の権限に代わって用いられたもの

その内：

40 本については、刑事法的問題の鑑定書（責任能力及び診断）、

最低限 5 本の鑑定書は陪審裁判所において

最低限 5 本の鑑定書は 退院診断について

10 本については、民事法的な鑑定書

10 本については、社会法的、特に、それに関連した問題の鑑定書

更なる 10 本の鑑定書については他の法律に関して

I. 諸外国の司法精神医療従事者の教育システム
ならびに専門性について

4) オランダにおける司法精神医療および教育制度

林美紀協力班員

〔 日本学術振興会 特別研究員
国立精神・神経センター精神保健研究所 〕

1 はじめに

オランダは、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ⁱ。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、TBS 処分と呼ばれる処分が存在する。TBS 処分の特徴は以下の点である。

- ① TBS 処分は限定責任能力者だけではなく、責任無能力の場合にも科せられる
- ② 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点
- ③ 処分を受けた者の8割近くは人格障害者である点
- ④ 治療や社会復帰などに関しては、膨大な予算と豊富なスタッフが充実したケアを行っている点

ここでは、1997年に新たに改革が行われたTBS処分を中心に、オランダでの触法精神障害に対する法制度を説明してから、司法精神医療従事者の教育制度について、報告する。

2 触法精神障害者と刑事手続き

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ⁱⁱ。

予審判事に報告書の提出を命じられた司法精神医科医や心理学者等は、鑑定を行うことになる。鑑定期間についても、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。

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き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ⁱⁱⁱ。

報告書の作成には2つの方法があり、外来として、拘置所に拘禁されている被疑者を訪問し、報告書を作成するか、あるいは、専門施設で留置鑑定が行われる。後者の場合、通常、オランダのほぼ中央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。1996年の統計では、3800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^{iv}。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^v。一方で、予審判事は留置鑑定費やされる日数についても考慮することになる。つまり、留置鑑定に要される約2ヶ月と、留置鑑定がおこなわれるまでの待機期間が、当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^{vi}。

鑑定に必要な内容は以下の通りである。精神障害の有無、行為と精神障害との因果関係、責任能力の程度、再犯の可能性、そして望ましい治療、という点である^{vii}。また、鑑定の結果、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名の専門家による鑑定が必要とされるためである。また、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。

日本では、刑事システムから医療システムへの流れの分岐点ともいえるべき、起訴前鑑定のうち、簡