

I 問題の所在－心神喪失者等医療観察法運用における問題点の克服－人格障害犯罪者処遇はドイツ型「社会治療」モデルの導入

今年7月の臨時国会で「重大な触法」精神障害者に対する特別法である「心神喪失者等医療観察法」（以下「医療観察法」という）が成立した。この法律は、大阪池田小事件を契機として立法されたにもかかわらず「人格障害」犯罪者をその対象としていないので、ドイツ型の刑事治療・改善処分制度などとは性格を異にするために、この法律が適用される「重大触法精神障害者」に対する保安病院での「治療」コンセプトが明確ではなく、という治療専門家を養成するかについても混迷しているのが現状である。

本書では、ドイツ型の刑事治療処分における司法精神医学や鑑定・治療の専門家の養成システム、人格障害犯罪者に対する「社会治療」システムなどを紹介・検討し、ポスト「医療観察法」のあるべき姿をドイツ型の「刑罰と刑事処分」の二元制を導入し、とくに「心神耗弱者」に対する刑事法的対応について論述することにした。

ところで、大阪地裁は、8月28日に大阪池田小児童殺傷事件（以下「池田小事件」とする）の被告人に対して、死刑の判決を言い渡した。

わたしは、大阪池田小児童8人殺害・10数人刺傷事件（2001年6月8日発生）を契機に、まさに「大阪池田小の悲劇を繰り返さないために」、その犯人のような「高度に危険な人格障害犯罪者に対する刑事法上の対応」をどうしたらいいか、わが国の刑法39条1項（心神喪失者）、同2項（心神耗弱者）の規定は、こうした「高度に危険な人格障害犯罪者」にも及ぶのか、もし及ばないとすれば、という刑事制裁システムを現行刑法に導入して対応していくべきか、ということについて、主に、ドイツの「刑罰と刑事治療・改善処分」の二元制（主義）の研究を続けている。

わたしの基本的立場と具体的提言については、昨年、犯罪学会賞を記念して行った講演「高度に危険な人格障害犯罪者に対する刑事法上の対応について」（犯罪学雑誌68巻3号2002年78-92頁）と拙著『人格障害犯罪者と社会治療－高度に危険な犯罪者に対する刑事政策は如何にあるべきか－』（成文堂・2002年）とて詳しく論じているので、詳しくは、拙著を参照していただくとして、本書では、最近成立した「心神喪失者等医療観察法」（以下「医療観察法」という）の内容と問題点を紹介・検討しつつ、同法は、基本的に「池田小事件」の犯人のような「人格障害犯罪者」を対象としていないので、ドイツの刑事治療・改善処分制度を参考にしながら比較検討していきたい。

II 心神喪失者等医療観察法の内容と問題点

（1）人格障害犯罪者は新法のターゲットではない

ところで、あまりにも凶悪な犯罪であった「池田小事件」にもかかわらず、事件から約1年ほど経過してから国会に上程された今回の「政府案」は、その名称を「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」となっている。その第1条の目的規定では、「心神喪失又は心神耗弱等の状態にある者か、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ及び傷害に限定 第2条2項）を行い、無罪又は刑の執行猶予を言い渡された場合に、その者を継続的かつ適切な医療・観察・指導により、その病状の改善（『治療』ではない）及び行為（病状ではない）再発の防止を図り、社会復帰を促進する」ことを目的としているように、重大触法行為（この法律では、心神耗弱も含むので、有罪者も含まれる）を行った者に対する、いわゆるドイツ型の「刑事処分」ではなく、応報的刑罰一元主義を維持しつつ、典型的なメディカル・モデルである現行「措置入院」制度に上乗せする

形て、法務省管轄の施設は一切使わず厚生労働省管轄の国立の保安病院・病棟を新設・改築して、同省に全ての下駄を預けようとするものであると言えよう—その意味でこの法律は、現行精神保健福祉法の「措置入院」制度（都道府県知事の行政処分と地方裁判所の司法処分との違いはあるか）と入院患者の法的性格の面では大差のない一種のメディカルモデルと言えよう—。

これはまさに、重大事件の犯人でかつ統合失調症のような重大な精神障害のためにその「責任能力」かない触法精神障害者に対する新たな「特別措置 強制入院制度」の導入に関する提案であり、大阪池田小事件の犯人のような責任能力があったり、減弱している凶悪「人格障害犯罪者」に対する立法提案ではない。もし、立法者が、こうした「人格障害犯罪者」をも視野に入れているとすれば、まさに、激しい論争の結果、今日まで実現していない、いわゆるドイツ型の「刑事治療・改善処分」制度の導入を正面突破しないためのカモフラージュであり、問題の摺り替えてある、と言っても過言ではない。

さて、ここで、何故わたしかドイツ型の「刑事治療 改善処分」制度の導入に拘わるかといえは、現行刑法は、明治時代(1907年)に成立したとは言え、やはりドイツの旧刑法(1871年)から多くを学んだものであることは周知のとおりであるからである。

わが国は、ドイツと同様に成文法・実定法主義を採る法治国家であり、その刑法が、標榜する罪刑法定主義や責任主義を堅持して触法精神障害者や人格障害犯罪者や被害者の人権を確保しつつ、社会の安全を確保するためには、刑事司法の基本法である刑法 監獄法 刑事訴訟法等を改正して、これらの基本原則が刑事法によって保障されるドイツ型の立法形式にしていくことが長年希求されてきた。

日独の刑事政策や刑事司法制度を比較するとき、もっとも大きな違いは、ドイツでは、もはや「死刑」制度や仮釈放のない終身刑制度も廃止された中で、その代替策として刑罰と刑事処分の二元制（主義）を導入して、「罪刑法定主義」と「責任主義」を堅持しつつ、人道主義的犯罪者処遇思想が実践されていることである。

（２）心神喪失者等医療観察法における問題点

1 新「審判」廷の法的性格と決定又は命令の確定力

「医療観察法」の第1条（目的規定）では、「心神喪失又は心神耗弱等の状態にある者か、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ及び傷害に限定 第2条2項）を行い、無罪又は刑の執行猶予を言い渡された場合に、その者を継続的かつ適切な医療・観察・指導により、その病状の改善（『治療』ではない）及び行為（病状ではない）再発の防止を図り、社会復帰を促進する」ことを目的としているように、重大触法行為（本法では、心神耗弱も含むので、有罪者も含む）を行った者に対する後述のようなドイツ型の「刑事改善・保安処分」ではなく、刑罰一元制を維持しつつ、現行「措置入院」制度に上乘せする形て、法的性格不明な「審判」制度を導入し、収容命令の「受け皿」として法務省管轄の施設は一切使わず厚生労働省管轄の保安病院・病棟を新設して全ての処遇を同省に任せようとするものである。

注

(1) 刑事局案(1981年)では、罪種を「殺人、放火、傷害、強姦、強制わいせつ又は強盗」の罪に当る行為に限定していた。

(2) ベルン大学のクンツ教授によれば、スイスのドイツ語圏でも「スイス刑法における『危険な犯罪者』に対する保安処分の改正」が進行しており、改正案は刑法64条1項で、謀殺、故殺、重傷害、誘拐、放火、10年以上の犯罪に加えて、常習窃盗、常習詐欺等も重大犯罪として保安処分の対象とするとしている。

(3) わたしか支持する「改正刑法草案」の代案B案では、「触法精神障害者の処遇は、『医療』か十分にサービスされる厚生省系統の特別医療施設で実施し、人格障害（精神病質）傾向を持つ者は主に法務省系統の「療護施設」に収容して、いわゆる半刑罰的、半治療的処遇、またはドイツの例にみられるような社会治療的処遇を実施するという2本立」の処遇システムが考えられていた（拙著・329頁）。

さて、処遇事件は、対象者の住所・居所・所在地・行為地を管轄する地方裁判所（3条）で扱われ、地方裁判所の裁判官一人と精神保健審判員一人の合議体で行い（11条1項）、その評決は両者の意見の一致したところによる（14条）。但し、決定又は命令に関する「事実の取調べ」は、裁判官のみで行われる（24条）。指定入院・通院医療機関への入院・通院に関する裁判所の決定・命令は、検察官による申立てを待って行われる（33条）。

裁判所は、検察官の申立ての対象者か、(1)対象行為を行ったと認められない場合、(2)心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないとする場合にはその申立てを却下しなければならない（40条1項）。

検察官は、その申立て却下について、2週間以内に、抗告することかできる（64条1項）。2週間を経過後は、決定が確定し、検察官は、同一事件について、公訴の提起又は申立てをすることはできない（46条1項）。このように「審判」手続は、刑事訴訟法に準じて遂行されるようなので、その決定・命令は刑事処分に準ずるものと理解できようか、しかし、刑事裁判所で言い渡される「刑事制裁」の一種という法的性格を持つものではない。その上、前述のように、わが国にはドイツ型の刑事治療処分制度が導入されていないので、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減輕された場合でも、その者を受け入れる特別の刑事治療施設はない。

それに対して、ドイツ刑法には責任能力規定（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）の両規定とか連動する形で規定され、その運用は各州が独自に定める「処分執行法(Ma 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 Verhältnismäßigkeit)「刑法62条『改善及び保安処分は、それか、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。』」が十分に機能しているのである。

そして、ドイツ刑法と「医療観察法」との最も大きな違いは、ドイツ刑法が「責任ある者には『刑罰』を、再犯の危険性ある者には『刑事治療処分』を」という「刑と処分」の二元制を採用しているので、限定責任能力者（心神耗弱者）の場合に、自由刑と改善処分とを併科（併科主義）することかでき、処分が先に執行（処分先執行主義）されることである（ドイツ刑法67条1項）。また、精神病院収容処分（刑63条）の収容期間は、無期限であるか、保護観察（行状監督）のための審査を毎年1回実施することを義務つけている（刑67e条2項）。

2 今、何故「心神喪失・心神耗弱」の用語なのか

上述のように、この法律が、厚生労働省管轄の保安病院・病棟で行われる処遇手続について規定した、いわば「メディカル処遇モデル」を目指したものであるのに、そういう施設に収容される患者の「精神障害の症状」が法律用語である「心神喪失・心神耗弱」という概念で表現されているのは奇異な感がある。

さて、有名な「精神分裂病（元自衛官）の無期懲役刑確定事件」の第2次上告審（昭和59<1984>年7月3日 刑集38巻8号2783頁以下）では、「精神分裂病（寛解期）＝心神耗弱＝無期懲役」という原

審の判断を支持して、「精神分裂病＝責任無能力」という見解－ドイツで裁判官と鑑定人の「了解事項」(Konvention)とされるもの－を否定して、「心神喪失・心神耗弱」が精神医学上の概念ではなく、これらは法律上の概念であり、裁判官の司法的判断でその存否か決せられるのである。

また、その「責任能力」判断は、わが国でも「精神医学的要素」と「規範的要素」の両要素を考慮する「混合的方法」で行われている。

さて、ドイツでは、「刑事責任能力」は次のように理解されている。

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か、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かてきる（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か特徴である。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) 根深い（重い）意識障害(tiefgreifende Bewusstseinsstörung)、(3) 精神薄弱(Schwachsinn)、(4) 重いその他の精神的変性(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 2 つの能力を必要としている。

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の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、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変性」－この中には「精神病質(Psychopath)」、「人格障害(Personlichkeitsstörung)」、「神経症」、「性的情動障害(Affektstörung)」などかそれに該当する－についても場合によっては、責任無能力になるケースかあるとしていることである。

ラッシュ教授らは、この「重いその他の精神的変性」を 20 条の「責任無能力」規定にも導入することは、「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「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されていることであろう。いずれにしても、早急に、司法精神科医療・処遇に関係する専門家、裁判官、検察官、刑事弁護士、司法精神科医師、司法心理学士、FPSW、保護観察官、看護師（師）等を養成する教育システムを作って行かなければならない。

3 「医療観察」法は、凶悪人格障害犯罪者に対応するものではない

同法では、対象者の中に、重大事件を行った「心神耗弱者」を含めているか、その具体的「人格障害」についての説明や定義つけかないので、この「心神耗弱者」の中に、はたして「人格障害者」や「精神病質者」等も含まれるか明らかでない。しかし、精神保健福祉法 5 条では、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症（精神分裂病）、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」として、現代精神医学の教科書では、死語となった「精神病質」という用語も依然として列挙されている。そして、精神科医療の現場には、「措置入院」患者や「医療

保護入院」患者の中には、相当数の「精神病質」・「人格障害」者か「社会的不適応」を理由に強制入院させられているのである。「措置入院」の要件である「自傷他害のおそれ」かないのに、家族や社会の受け入れ先がないとの理由で、強制入院患者として長期の入院を余儀なくされているとしたら、人権侵害もはなはたしいのではないのか。

前述のように、ドイツ刑法 20 条には、「重いその他の精神的変性」－この中には「精神病質 (Psychopath)」、「人格障害 (Persönlichkeitsstörung)」、「神経症」、「性的情動障害 (Affektstörung)」等かそれに該当する－についても規定している。

III トイツにおける触法精神障害者の強制入院形態

(1) ドイツにおける精神病院収容処分の運用の実態

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。すなわち、(1) 刑法 63 条（触法精神障害者に対する精神病院収容）「ある者か、責任無能力 (第 20 条) 又は限定責任能力 (第 21 条) の状態で、違法な行為を行った場合には、当該行為者及びその行為を総体的に勘案して、その者の状態かなお著しい違法行為を招来し、それによりその者か公共にとり危険であると思料されるときは、裁判所は、その者に精神病院における収容を命ずる。」（この場合収容期間は、第 67d 条により無期限）、(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、連邦法か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。」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。

[a] 精神病院収容処分（刑法 63 条）

この精神病院収容処分（注 これか報告者かいう「刑事治療処分」である）

は、犯罪者の改善・更生と社会の安全・秩序の維持という二つの（刑事政策的）目的をもっている。その収容期間は、治療か成功し再犯の危険性が消失又は減弱するまで継続し、原則として、無期限である。従って、ケースによっては、薬物療法等うまく行けば、数年で外来治療に切り替えられ仮退院となるか、この処分施設からの仮退院者は、その長短の程度はあるか、全員に必要な、無期限の特別保護観察制度である「行状監督」制度（これも 98 年の改正で無期限になった）下に置かれ、外来通院か義務つけられる。

[b] 禁絶施設収容処分（刑法 64 条）

この禁絶施設収容処分は、アルコールや薬物依存の結果、重大な犯罪を惹起してしまった者か、また、その依存症（中毒症状）か残存している場合には、その犯罪行為時の責任無能力か限定責任能力かに関係なく言渡され、その症状を「禁絶」するため自由を剥奪され施設に収容されるのである。その収容の期間は、最長 2 年である。

(2) ドイツにおける治療・改善処分の運用の実態－治療による再犯の危険性の除去は可能か

ところで比較刑事政策的視点からは、単に、論文や概説書による制度の紹介だけではなく、参与観察も含めて（短時間の訪問だけではなくて）、その制度の運用の実態の正確な紹介か重要である。

治療・改善処分の運用の一般的な傾向は、1963年から1986年間の刑法63条によって、精神病院に収容された患者総数は、減少傾向にあったか、1986年以降は、再び増加傾向に転じている。旧西ドイツ時代には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人にまで減少していた。しかし、統一後は、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。

ハイエルン州では、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年にはそれか約630人に増加した。禁絶施設には1,970年には179人が収容されていたのか1997年3月31日には約1,318人に増加している（約10倍）。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、ハイエルン州では約500人になっている。

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年であったか、1992年にはおよそ4年強に短縮された。また、ミュンヘン近郊のハール精神病院でも、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。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%であったか、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%であったものか、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年にはハールでは、54%が「分裂病患者」32%が「人格障害者」、およそ27%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）強制入院収容施設からの釈放と刑法の改正－危険性の予測は可能か

処分執行からの釈放の際には、もっぱら「予測される犯罪の危険性」があるかどうかの判断にかかっている。ドイツの禁絶施設収容からの釈放は、当該患者（被収容者）の社会的予測が良好であるか若しくは執行期間が2年以上にわたっており、又は患者をこの期間経過後釈放するべきであるか、或いは、その後治療の見込みがないと判明したとき等の場合に行われる。

刑法63条の収容（精神病院収容）からの釈放は、もっぱら「犯罪の予測」判断に重点が置かれる。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か期待（予測）できる場合に釈放すると規定しているからである。

しかし、ドイツ刑法は1998年1月26日の改正によって厳格化されたにもかかわらず、予側（診断）と結びつく一定の非安定性を問題にしており、最終的な残りの危険性が排除されなければならないというところまでは要求していない。しかしながら、この刑法の改正によって被収容者にとりその釈放が大変難しくなったし、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、ハイエルン州やハーテン・ヴェルテンヘルク州などでは、独自の執行法の改正を行い収容の長期化による社会防衛の強化をはかる州も出てきて、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。そのために処分の運用上の処遇条件、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。

（４）触法精神障害者に対する社会内の司法精神医学的治療サービスと人格障害犯罪者処遇の分離処遇は不可欠か

ネトピル教授によれば、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、その治療により保身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。

ハイナ司法精神病院のミュラー・イスベルナー委員長によれば、司法精神科的外来治療は、再犯率の低下にも貢献しているとしている。もちろん、こうした外来患者に対しては、担当医を中心とした治療チームによる頻繁な危機介入が必要である。このようなやり方は、決して新しいものではなくすてに伝統的な病院精神医学の手法として、例えば、との疾病の再発を回避したり、寛解させたりできるかどうか、患者の高度な危険性を減弱・低下させるかということに関して、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なお効果的である。すなわち、(1)保護観察による（継続的）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、(5)治療者（とくに主治医）の継続性、(6)危機介入の可能性、などである。

（５）司法精神病院からの釈放－「行状監督」の必要的付加

さて、わか国でも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。

こうした現場での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に基づくガイドライン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、つい保身医療に陥り、患者側の方も不幸にも凶悪な「再犯者」となったり、「犯罪者」に加えて「精神障害者」と言う二重のレッテルを貼られることになり、患者の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。

特に、「医療観察法」では、仮退院後のケアを現行の保護観察所に「精神保健観察官」という新し

い制度を導入することになっている。

ところで、ドイツの触法精神障害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することは、わが国においても何らかの社会内ケアのシステムの導入に際して参考になるとと思われる。

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、仮退院と同時に刑法 67c 条により必要に行状監督に付すことになっており、退院後のアフター・ケア システムが確立している。(6)

この行状監督は当該患者や対象者の社会復帰を援助し補助するとともに、公共の安全の確保にも資することを目的とするものである。

対象者は、保護観察官（行状監督官）のもとで、一定の指示（遵守事項）に従って行動する。この行状監督の期間は 2 年以上 5 年以下である。但し、98 年の刑法の改正で、退院後もなお「再犯の危険性」がないと判断されるまで監督を無期限継続できるようになった（刑法 68c 条 2 項 新設）。もし、被監督者（対象者）が（外来の）治療に行けという指示に従わなかったり、行かなかったりした場合には行状監督未執行として扱うことかできる。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助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、この地裁の所長か、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）の告訴かなければ訴追されない。」により行う。

IV 「人格障害犯罪者」処遇とドイツ型「社会治療」モデルの導入

(1) 諸外国の凶悪「人格障害者」対策— フランス／イギリスの新モデルの模索から学ぶもの

2002 年 3 月 27 日、パリ西部の郊外都市（人口 87,000 人）ナンテール（Nanterre）の市議会会議場に乱入した精神障害者（33 歳、独身、無職、母親と二人暮らし）がピストルを乱射し、8 人（うち女子 4 人）の議員を射殺し、20 人以上に重軽傷を負わせた後、飛び降り自殺したと報じていた。同日、シラク大統領とショスパン首相は、直ちに、声明を出し、「凶悪触法患者対策の見直し」を命じたと報じられた。

田口寿子司法精神科医師（都立松沢病院）の報告によれば、「フランスの UMD（Les unites pour les

maladies difficiles=処遇困難者施設) について」の報告の中で「UMD (処遇困難者施設) の一番の問題点は、入院依頼が増加し、『処遇困難者』かほとんど送られてきて病床が不足し、待機者が増加している (UMD の定員 500 人で、待機者 100 人)」ことである、としている。

しかし、3 月 29 日 15 年ぶりにパリにある処遇困難者施設の一つであるアンリ・コラン病棟を見学して驚いた。コトラー院長の案内で、新病棟を案内してもらった。現在、80 床の新病棟が建設中であった。院長のモットーと治療コンセプトは「人道主義」に基づく処遇であった。また、同院長は、ヘルギーのケントの会議にも若い女性司法精神科医を送り込んできた。フランスも新病棟建設といい、人材養成といい司法精神医療に関する最近の積極的姿勢には、EU の主要メンバーという強い問題意識が働いているように思われた。

フランス刑法における、責任無能力で無罪となったいわゆる「凶悪触法精神障害者」に対する処遇制度は、ドイツ刑法と同じ成文法主義を採りながら、ドイツ刑法 61 条以下のような刑罰に代替する「刑事処分」としての処遇制度ではなく、ドイツのように執行裁判官による刑事制裁としての執行ではなく、地域の精神病院の「処遇困難者病棟」で処遇される「行政処分」であり、メディカル・モデルであり、触法問題を司法精神科医療の現場に全てを押し付けるやり方は一但し、フランスでは、現場で処遇困難な場合は刑事施設への移送も可能である点は、ドイツ型モデルに近いものである。その点では、「医療観察法」には、こうした、逆送手続がないので同法の修正点として、こうした「逆送手続」の追加条項が必要であろう一むしろわが国の政府案が参考にした「長所」でもあった。このフランスのナンテール事件で、やはり、凶悪で危険な触法患者対策は、「医療現場だけで全てを解決する」ことを目指す今回の「医療観察法」のようなメディカル・モデルという綺麗事では済まされないことが明らかになったのではないのか。

また、昨年、ケンブリッジ郡で Holly ちゃんと Jessica ちゃんの 10 歳の小学生を殺害したとされる主犯格の Huntly 氏 (28 歳) の精神鑑定を行うため、イギリスの 3 つの High-Security Hospital の一つである Rampton 保安病院 (他の 2 つは、Broadmoor and Ashworth) に仮収容されたと報道された (Daily Yomiuri, Aug 25 2002, UK News, Page 12)。

また、今年の 2 月に来日された、ガン教授もイギリスでも本当に、凶悪でなお再犯の危険性のある触法精神障害者は、その Broadmoor や Rampton の保安病院からグレントン医療刑務所等に逆送・移送され、長期間収容される傾向にあると述べられた。

しかし、今回の司法精神科医専門家会議の仕掛け人がガン教授であることを考えればイギリスの積極的姿勢を見て取ることかてきる。

勿論、ここでも「医療観察法」が参考にしたイギリス型メディカル モデルにも克服しなければならない難問が山積している。私も、ブロードモアとランプトンの 2 箇所の保安病院を見学したことかあるか、これらの病院では殆ど 3 分の 1 の人格障害患者をかかえて、その治療と社会復帰サービスがデット・ロック上にあるとの印象を受けた。現在、厚労省が構想する保安病院には処遇困難な「人格障害」患者の入院を視野にいれていないところか決定的な問題になるう。

(2) 処遇困難「人格障害犯罪者」にはドイツ型社会治療モデルで対応

ところで、わが国の刑法は、ドイツ型の罪刑法定主義と責任主義を採用している。そのドイツでは、保安病院に入院中の凶悪触法患者による 8 歳の少女強姦殺人 (アイケルホルン) 事件やナタリー事件など 1990 年代に、「凶悪な性犯罪」が多発したために、立法者は、1998 年に刑法を改正して、重罰化を実現させるとともに、被害者感情に配慮して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（アイケルホルン事件）。

1994年9月22日、アイケルホ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、ナイフで十数カ所刺され殺害されたものである。パーダーホ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、17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（アイケルホルン事件）。

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（ナタリー事件）。「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、ドイツでは、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11月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。

ところが、前述のアイケルホ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、被収容者か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）。

そして、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、強く反発し、「司法精神医学的視点からいえば、性癖（Hang）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。

（3）人格障害犯罪者に対する保安監置施設収容処分の改正と憲法違反性－再犯の予測は可能か－

更に、第三の自由剥奪を伴う刑事処分制度である保安監置施設収容処分（刑法 66 条）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か批判的であった。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、収容の要件が厳しく制限され、収容期間は不定期ではあるか、最高 10 年か限度であるとされた。ところか、前述のアイケルホルン事件やナタリー事件のような凶悪な性犯罪等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、被収容者か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、検討すへきてあるとし、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へきてあるとしたのである（刑訴法 246a 条＝医師たる鑑定人）。（11）

そして、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か義務つけられることになった。この改正に対してネトピル教授は、強く反発し、「司法精神医学的視点からいけば、犯罪への「性癖」があるというためには、たまた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か必要である。「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か吟味されるへきてあるときに刑事訴訟法第 246 a 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。

注

(1) ドイツの事情につき詳細は、拙著『医事刑法入門』（1999 年 東京法令出版）334 頁以下。座談会「精神鑑定と触法精神障害者処遇のあり方をめぐって」山上皓編 精神鑑定・精神医学レビュー 19 号・1996 年 127 頁以下、加藤「精神鑑定－日独刑事精神鑑定の比較を中心にして」こころの科学 75 号 1997 年 29 頁以下など。

(2) Rasch, W., Die psychiatrisch/psychologische Beurteilung der sog schweren anderen seelischen Abartigkeiten StV 1991, S 126ff

(3) 例えば、ハイエルン州のものに、Bayerisches Gesetz zur Unterbringung von besonders rückfallgefährdeten hochgefährlichen Straft tern (BayStrUBG=Vom 24 Dezember 2001) などがある。

(4) これらについては、ネトピル教授の講演を参照した。拙稿「ドイツにおける治療 改善処分と司法精神医学教育の現状から何を学ぶか－ミュンヘン大学ネトピル司法精神医学教授の来日講演を中心にして－」季刊社会安全 40 号 2001 年 2 頁以下。また、これにつき詳細は、拙稿『「処遇困難者」の処遇－欧米における五つの特殊病院における処遇の実態とその問題点－』日精協誌 9 巻 10 号 1990 年 23 頁以下参照)。シュトラウピンク司法精神科病院で実施されているような「人格障害犯罪者」に対する「社会治療処遇」モデルも参考にされているようである（ビーレフェルト・モデルなどについて加藤 前掲『ホーターレス時代の刑事政策』93、246 頁参照。なお、前田ケイ「矯正における SST のあり方」刑政 108 巻 7 号 1997 年 16 頁以下参照)。

(5) Muller-Isberner, R., Rohdich, R. und Gonzalez-Cabeza, S., Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie, BewH 13/1997, S 272-297

(6) Schoch, *Bewahrungshilfe und Führungsaufsicht in der Strafrechtspflege*, NStZ 1992, S 364
Stree, 68c *Dauer der Führungsaufsicht*, in Schonke/Schrader, *Strafgesetzbuch, Kommentar*,
26 Aufl., 2001, S 911ff u 918ff

(7) この事件については、刑政 107 巻 9 号 35 頁に紹介がある。また、最近、当所長による「人質」(Katharina Bennefeld-Kersten *Die Geisel Eine Gefngnisdirektorin in der Gewalt des Hftlings H M <KABEL> 1998*) が出版された。

(8) これらにつき拙稿「ドイツにおける凶悪性犯罪に対する法的対応」季刊社会安全 28 号 (1998 年) 9 頁以下。斎藤純子「ドイツ 性犯罪者に対する刑罰強化の動き」シュリスト 1997 年 2 月 1 日号・No 1105・1997 年 120 頁。

(9) *Krim Z Sozialtherapie im Strafvollzug*, 1997 Vgl *Bundesgesetzblatt Jg 1998, Teil I Nr 6, am 30 Januar 1998, S 162* そして、旧東ドイツ地域の統一後の行刑事情については、Rudolf Egg (Hrsg.) *Strafvollzug in den neuen Bundesländern KrimZ, KUP Band 24, 1999* 参照。

(10) これらにつき拙稿「ドイツにおける凶悪性犯罪に対する法的対応」季刊社会安全 28 号 (1998 年) 9 頁以下。(10) 1998 年の刑法改正は、所謂「性犯罪とその他の危険な犯罪の闘争に関する法律」(*Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten*) と言われ、その改正では性犯罪者に対する法定刑や処分執行の期間はトラスティックに改正されるとともに、必要的に精神科医かかわるものとされた。

(11) ドイツ刑訴法 246a 条 (医師たる鑑定人) は、「被告人の精神病院、禁絶施設への収容又は被告人を保安監置に付することか予測されるときは、公判において、被告人の心身の状態について鑑定人を尋問しなければならない。鑑定人か、また被告人を診察していないときは、公判前にその機会を与えなければならない。」(米沢慶治訳『ドイツ刑事訴訟法典—1980 年 7 月 1 日現在の正文』法務大臣官房司法法制調査部編 1981 年を参照・引用した)。そして、今回の改正で *Behandlungsaussichten* (治療の見込み・可能性) が新たに追加された。

裁判所か、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*」)。

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、被収容者か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か義務つ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 246 a 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]

V 「医療観察法」の運用と司法精神医学教育システムの確立の必要性

ところで、今回ドイツ・オランダ・ベルギー・フランスの4ヵ国を訪れた主な目的は、3月26日（金曜日）27日（土曜日）の両日ベルギーのアントワープ（Antwerpen）で開催された第一回「司法精神医学専門家会議」（European meeting of teachers of Forensic Psychiatry）に参加することにあつた。この会議は、John Gunn 教授（イギリス）、Norbert Nedopil 教授（ドイツ） Kris Naudts 博士（ベルギー）の3人の司法精神医学の教授か、呼びかけ人となり、今年の9月から本格的に始動するEU25ヵ国における「司法精神医学の発展とそれを担う司法精神医学の専門医教育のあり方」について討議するため9ヵ国（オランダ、ドイツ、イギリス、フランス、アイルランド、スウェーデン、デンマーク、ベルギー、日本）23名（なお日本からは、川越少年刑務所の主藤精神科医もオブザーバーとして参加された）か参加した。この会議に出席した参加者のそれぞれの国では、法制度も政治体制も言語も違っているか、共通しているのはすべての国が死刑を廃止しており、とくに凶悪「性的」人格障害者に対する精神鑑定制度や処遇プログラムなどのあり方については、なかなか理想的なコンセプトか見つからず苦労していることか浮き彫りにされた。この会議は、年に2~3回のペースで会合や研究集会を開き、これからEUに参加する国へのEUスタンダードのようなものを作ろうということになった。このベルギーでの研究集会を終えて帰国して、町野朔編『精神医療と心神喪失等医療観察法』（シュリスト増刊2004年3月）に接して、ヨーロッパの司法精神医療の専門家としての見識の深さと責任感の強さ、それに加えて司法精神医学の発展かあってはじめて民主主義的法治国家における刑事司法制度における人道主義の実現かありうるとする危機意識と比べると「一体とこの国の話た」と思われる無国籍でレヘルの低い問題意識の羅列を読み驚愕した。

これでは、わか国の司法精神医学を支える専門家として国民の信頼を得られるのであろうかか感ずるのは、筆者たけてあろうか。なかには、前田雅英教授や武井尚群馬県立精神医療センター院長をはじめ優れた論稿もあるか、多くの論者に同誌転載の平野龍一東京大学名誉博士の旧稿「触法精神障害者の処遇」を再読し問題意識を高めてもらいたい。

わが国も「心神喪失者等医療観察法」の成立により、専門家の養成か急務となつておりEUでのこうした会議の動向を把握しなから専門家養成プログラムや処遇病棟のコンセプトなど学ふところか多々あるように思われる。

さて、最後に、心神喪失者等医療観察法113条（人材の確保等）は、「国は、心神喪失等の状態て重大な他害行為を行った者に対し専門的知識に基づくより適切な処遇を行うことかてきるようにするため、保護観察所等関係機関の職員に専門的知識を有する人材を確保し、その資質を向上させるように努めなければならない。」と規定しているし、86条（精神保健指定医の必置）は、「指定医療機関の管理者は、その指定医療機関に常時勤務する精神保健指定医を置かなければならない。」と規定している。この新法を効果的に運用していくためには、上記の人材の養成か急務であろう。いずれにしても、早急に、司法精神科医療 処遇に関係する専門家、裁判官、検察官、刑事弁護士、司法精神科医師、司法心理学士、FPSW 保護観察官、看護師などを養成する教育システムを作つて行かなければならない。

しかし、ドイツでも司法精神科領域て働く専門家は以外に少ない。そこで、ドイツでは、10年程前から司法精神医学専門医教育コースか設置され、若手の専門家の育成か行われている。とくにミュンヘン大学のネトピル司法精神科教授か主催する教育セミナーにも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ヘルク湖岸のニーダーベッキンにあるセミナーハウスで、毎年一週間合宿形式て行われる。この教育セミナーには、若手の精神科医と心理士か約50名参加している。そして、各セミナー約15名の参加者に、様々なテーマか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2～3人一組でセミナーをすすめていく。そして、3年間（3週間）でこのコースを修了する。そして、司法精神科医の資格を取得するには、刑法、民法、行政法、行刑法、処分執行法、少年裁判所法等を60時間以上履修し、50の鑑定書を作成し、3週間3回（9週間）の処分執行施設での実習を終えたあと、修了試験に合格する必要がある。これに合格すると、司法精神医学の専門医として各州の裁判での鑑定医や処分執行施設の専門医として活躍することになる。

また、刑事治療 改善処分制度の運用には大変費用がかかるため（シュトラウビンの司法精神病院では、収容者一人当たり一日約3～4万円）、財務省や内務省 厚生省等の関係者も学会などに出席し、専門家との活発な討論が行われている。ドイツでは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か養成されており、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成果をあげているのである。

今回20年ふりで見学したオランダ・ユトレヒトのDr Henri van der Hoeven Kliniekでは、患者一人当たり一日約420ユーロ（日本円で約5万円）、患者数140人なので一年間に約25億7000万円をかけている。

ドイツでは、触法精神障害者に対するドイツ型の改善・保安処分をうまく機能させるためには、その運用の担い手である司法精神医学や処遇困難者の治療と保護の専門家の養成が必要であるという問題意識に基づいて、1990年代の初め頃から、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・ワーカー等の養成が行われている。例えば、わたしか、留学していたミュンヘン大学の司法精神医学研究所では、医学部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。

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、聴講学生等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略を述べ（15～20分）次いで、主治医やネドピル教授か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、心理テストの結果か約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以来、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。

しかし、ドイツでも司法精神科領域で働く専門家は以外に少ない。ネドピル教授によると、司法精神医学を専門とする教授は7名しかおらず、53カ所の司法精神科施設か存在するに過ぎないとしている。ただ、ドイツでも医師の失業の問題は深刻で、失業よりも危険てきつい仕事の司法精神科の専門医を目指す若い医師も出てきているので、人員の確保は比較的問題はないか、専門医にしていく教育制度の整備か必要であると言われている。そこで、ドイツでは、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か主催する教育セミナーにも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ニードーベッキンにあるセミナーハウスで、毎年一週間合宿形式で行われる。この教育セミナーには、若手の精神科医と心理士か約50名参加している。そして、各セミナー約15名の参加者に、様々なテーマか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2～3人一組でセミナーをすすめていく。そして、3年間（3週間）でこのコースを修了する。そして、司法精神科医の資格を取得するには、刑法、民法、行政法、行刑法、処分執

行法、少年裁判所法等を60時間以上履修し、50の鑑定書を作成し、3週間3回（9週間）の処分執行施設での実習を終えたあと、修了試験に合格する必要がある。これに合格すると、司法精神医学の専門医として各州の裁判での鑑定医や処分執行施設の専門医として活躍することになる。

また、刑事治療処分制度の運用には大変費用がかかるため（シュトラウビンの司法精神病院では、収容者一人当たり一日約3～4万円）、財務省や内務省 厚生省等の関係者も学会などに出席し、専門家との活発な討論が行われている。ドイツでは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成果をあげているのである。

参考資料（1） 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か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 年次の展望

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
(ニーダーペッキン)

1995年 トイツ精神医学・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
- ・ 民事法の問題（行為能力、訴訟能力、遺言能力、婚姻法）

社会的問題（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（ニーダーペッキン）

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 心理士か共同で

講師 精神科医 心理士・法律家か、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 社会法的问题についての評価(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 行政法的问题についての評価(例えば、懲戒手続法、兵役適格性)
- 11 道路交通法的问题(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、刑事法的问题の鑑定書(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

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も養成されており、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」批判もあり、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『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か、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。

参考資料 (2) 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

シルビア・フーフナゲル・ドイツ・デュレン司法精神科病院司法臨床心理士

司法臨床心理士の養成教育と上級教育

Sylvia Hufnagel

心理学士 心理療法士長

Rhein 地域クリニック

Duren 第 1 司法精神科部局治療病棟

司法心理学という概念について

「裁判心理学」

「法廷心理学」

「刑事心理学」

80 年代中頃から

「司法心理学(Rechtspsychologie)」という言葉が統一的に使用されるようになった

心理学会の統合化

ドイツ心理学会(DGPs)司法心理学専門部会(1984)は、ドイツ心理士協会(BDP)司法心理学部門(1960 年代設立)と共に、2 年毎に大会を開催

トイツ心理職協会における
トイツ心理士専門学校のカリキュラム(1997)
カリキュラム

資格要件 心理学士

目的 法体系に基づく心理学的活動のための更に掘り下げた学問的・職業的な資格認定(理論、方法論、技術)

試験>資格証明

「司法心理学のための専門心理士」

研修内容

- 1 司法に関する基礎理論(立法と司法の本質論、司法心理学的に重要な実体法及び手続法)
- 2 臨床心理学に関する基礎理論(裁判手続及び裁判官の裁判形成、規範逸脱行為に関する心理学、司法心理学の研究方法等)
- 3 心理士の法廷証言(法廷証言の実際的価値)
- 4 刑事手続における心理学的鑑定(責任能力、成熟度の評価、予後)
- 5 刑罰及び処分執行における臨床心理士の役割(執行計画、処遇開放化と釈放に関する診断、刑事・犯罪被害者との執行内外における心理学的介入)
- 6 民事法領域における心理学士の役割(別居と離婚、後見と看護、損害賠償と責任)
- 7 労働法 社会法・交通法・行政法領域における心理学的活動(労働・就労無能力、職業更生指導、再教育、運転適性と再教育)
- 8 警察領域における心理学(危険回避、犯罪予防)
- 9 社会的・法的枠組条件(社会心理学的補助、世論とマスメディア、司法心理学的活動の倫理的問題)
- 10 隣接諸科学(犯罪学、犯罪捜査学、法医学、司法精神医学、法社会学)

組織と運営

主たる研修目的 指導による臨床活動 - 特殊な場合は代替措置として - 監督下での臨床活動

研修時間 再教育セミナー(240 時間)

専門チームにおける仕事+管理方法(120 時間)

司法心理学的な検査鑑定に関するガイダンス(15 時間)

追加 事前・事後準備等

総計 約 3 年間

精神科上級・再教育のためのライン地方研究所(LVR)

2003 年版プログラム

司法精神医学領域

19 コース(性犯罪者のグループ治療、外来のアフターケア、グループ作業、予後鑑定、開放的処遇決定)

NRW州におけるクリニックの年次集会

年次定期集会

Bedburg-Hau ライン地方病院(LRV)にて

及び