

disciplines: forensic medicine, psychiatry, and psychology. On the one hand, an increase in the crime rate led scientists to establish methods for criminal investigation. The technical progress in forensic medicine subsequently aroused an interest in the biological differences among races. However, this new field could not have been explored if people had not faced the problem of Japan's international status and racial identity. This is the reason why the rhetoric of racism easily mixed with anthropological discourse. Psychiatrists and psychologists involved in the study of crime also became concerned about social problems that seemed to endanger the soundness and stability of the Japanese nation. It is therefore understandable that some leaders of criminology were ready to accept the ideas of racism and eugenics.

At the root of these scientific trends was the fear of the growing menace of crime, which was widespread and was intensified by the perception of particular aspects of criminality: the decadence of youth, moral corruption caused by urbanization, the mass psychology of the lower class, and the infiltration of anarchism and Marxism. All these changes were reflections of the economic and political upheavals Japan experienced in the first half of the twentieth century. Criminologists played a role in helping the nation to face this crisis, mainly by making the phenomenon of crime a subject of scientific research. A similar process can be found in the United States. It has been argued that when criminal anthropology reached U.S. shores in the late nineteenth century, crime was becoming a compelling issue due to the transformation of society, and people concerned with social control were primed for exactly this sort of doctrine.⁴⁷

To conclude, although Japanese criminology showed peculiarities related to Japanese politics and society, it also illustrates how the science of crime developed in connection with the modernization of society.

47 See Nicole Rafter's chapter in this volume.

II 司法精神医学の歴史と現状

ドイツの司法精神医学——責任能力と処遇制度

近代日本の医学と法律はドイツの学説や制度に多くを負っており、わけても司法精神医学の分野では榊俣や呉秀三の時代からその傾向が顕著であった。しかし、歴史的背景や社会条件が異なる両国のあいだでは相違点も少なくない。これまでドイツの司法精神医学の紹介¹⁴⁻¹⁶⁾は学説に重点がおかれてきた。改善保安処分を軸とする処遇制度については、法律の立場からは解説されているが⁹⁾、精神医学の観点からは検討される機会が少ない。2005年から施行されている心神喪失者等医療観察法との比較のうえでドイツの処遇制度は特に参考になるので、この側面も考慮しながら歴史と現状を述べることにしたい。なお民事法の領域や、わが国の成年後見制度に相当するドイツの成年者世話法も重要であるが、ここでは省略する。成年者世話法については、新井の解説¹⁾を参照されたい。

1 歴史的背景

a. 刑法の変遷

精神医学と司法のかかわりは、法律の変遷を縦糸、精神医学のパラダイムを横糸とする発展として理解される。ドイツでは、刑法の制定や改正作業がルールを敷き、そのルールの上で刑法学、精神医学双方で活発な議論が展開され、制度の改革に結実するという過程が見いだされる。

まず、近代ドイツの刑法の歴史を要約する⁷⁾。

1871年にドイツ帝国刑法典が成立した。これは、1851年のプロイセン刑法典、1870年の北ドイツ連邦の刑法典を受け継いだ伝統的な内容である。第一次大戦後の政治的革新や近代刑法学派の影響のもとで全般的な改正が進められたが、ワイマール共和国の終焉とともに中断された。国家社会主義の時代には、1933年の常習犯罪人法や1943年の少年裁判所法などの改革が図られた。1949年にドイツは連邦共和国と民主共和国に分割され、連邦共和国では1950年代末以降の国際的な改革運動の一翼を担って刑法改正作業が進められた。1969年の第一次、第二次の刑法改正法を経て、1974年の刑法施行法によって1871年刑法典の全面改正が実現し、1975年に新刑法典の施行をみた。新刑法典では総則が一新されるとともに各則の大幅な改正が加えられた。

このように、1871年刑法典、1933年刑法改正、1975年新刑法典が大きな節目をなしており、以下の論述はこれに沿って進める。

b. 1871年刑法典と「自由な意思決定」

Langelüddecke¹³⁾によると、1827年にJarkeが初めて「意思自由の欠如 (Mangel an Willensfreiheit)」という用語を使い、以来、これが責任無能力の基準とみなされ、プロイセン刑法典にも取り入れられた。1870年代までの刑法理論は観念論とりわけヘーゲル哲学に支配され、刑罰は罪の重さによって決定されるべき応報を意味した。この影響のもと

で、1871年刑法典の51条は自由な意思決定 (freie Willensbestimmung) の阻却を責任無能力の要件とした。

「行為の当時において意識喪失または精神活動の病的障害の状態にあり、自由な意思決定が阻却される時、罪となるべき行為は存在しない。」

応報原理 (Vergeltungsprinzip) に基づいて一般予防——刑罰を加えることで社会一般の人が犯罪を犯すことを抑止する——が目的とされた。人間は自由な意思決定者であり、違法行為は自由に選択された行為として道義的非難を向けられる。精神病とはこの自由の喪失であり、責任能力は有りか無しかの二者択一とされる。

ここから非決定論と決定論の対立が生まれた。Witter²⁰⁾の言葉を借りて2つの立場を次のように図式化することができる。

非決定論：責任能力は自由な意思決定に基づく—行為者は刑罰に「値する」—責任刑法的な正義思想—犯罪への応報が前景。

決定論：刑罰は行為者の動機づけを目的とする—行為者は刑罰を「必要とする」—処分法的な目的思想—犯罪者の教育・治療が前景。

Huber²¹⁾が指摘するように、人間行動がすべて法則性に支配されているとする絶対的決定論が正しいとすると、倫理そのものの存在基盤がなくなる。したがって、決定論も非決定論も相対的でしかありえないが、行動の決定要因をどこまで重視するかという問いが、その後の議論の枠組みをつくったことは重要である。

c. 精神医学と刑事政策——改善保安処分の源流

1871年刑法典に対して、社会的変化や犯罪学の登場を背景として当初から改革が求め

られた。教育と再社会化を通して行為者個人の犯罪を防止する特別予防に関心が向かった²²⁾。自由意思を犯罪の前提におき、刑罰を道義的な応報とみなす旧派と、犯罪者の教育や社会防衛を目的とする刑罰を主張する新派との論争が活発となった。責任非難に向けられた刑罰とは異なり、犯罪者の危険性を除去することで社会の安全を図る保安処分は、ヨーロッパのいくつかの国と並んで、ドイツでは1933年の常習犯罪人法の制定によって実現した。後述するように、現在は改善保安処分として重要な役割を担っており、「ドイツ刑法の敏感な部分」ともいわれている²³⁾。興味深い歴史的事情は、改善保安処分にはその起源から精神医学が深くかかわったことである。以下、浅田の解説²⁴⁾その他を参照してまとめる。

Listzを旗頭とする新派の刑法学者は、刑事政策と犯罪者処遇の合目的性に関心を向けた。政府の改正草案に大きな影響を与えたListz²⁵⁾は、責任能力*1の本質を「動機による正常な決定可能性」ととらえた。この可能性はさまざまな心的生活の障害によって欠落しうるのであるが、未熟と成熟、健康と精神病、清明と錯乱のあいだには無限の移行がある。移行状態での犯罪について、応報的正義のもとで刑罰が加えられているが、刑罰では精神的障害は改善されないために社会の保安は維持されない。したがって、限定責任能力者が公共に対して危険な場合、施設への監置が不可欠である。その施設は刑務所であってはならない、なぜなら「正義の剣でなく医師の技こそが施設の目的に適った象徴であるから」とListzは主張した。

他方、精神医学、次いで心理学の学会は、1871年刑法典が完全な責任能力者か無能力者かという二分法を採用したことに対して、中間的状态を考慮していないとして異論を提

*1 責任能力：Zurechnungsfähigkeit, Schuldfähigkeit. 前者は帰責能力とも訳され、旧刑法51条「罪となるべき行為は存在しない」に対応し、後者は新刑法20条「責任なく行為した者」に対応する。法律概念としては「行為者に責任を帰属させること」「行為者が責任を負担しうること」という意味の違いはあるが、司法精神医学の実際には同義と扱ってよいので、「責任能力」の訳語で統一する。

出した。しかし、限定責任能力を設けた場合、その多くは累犯者であり、彼らから社会を保護するためには特別な施設が必要と考えられるようになった。新派の刑法学者と呼応して、精神医学者も中間状態の者への特別な処遇を求めた。精神病質概念の形成はこれと深くかかわっている¹⁷⁾。精神病質-人格障害の源流をなす精神病質低格 (psychopathische Minderwertigkeiten) の概念を 19 世紀末に提唱した Koch⁹⁾は、51 条が、責任能力が限定されるにとどまる心的異常について定めていないことを誤りとし、刑法典に限定責任能力を導入することを強く求めた。同時に、器質-病理学的条件を有する精神病質低格者のための保護-防衛-改善施設 (Bewahr-, Schutz-, und Besserungsanstalten) を提案した。これは精神病院とも刑務所とも異なるもので、指導と管理、公共の安全を図るための施設である。

精神病質を臨床概念として発展させた Kraepelin¹⁰⁾は、犯罪と刑罰の問題にも一貫して関心を向け、Koch と軌を一にして限定責任能力の導入に積極的にコミットした。精神病質人格は軽度の生得性疾患状態であり、健康と疾病との中間の曖昧な領域の一部である。彼らに対しては、応報原理に基づいて刑罰を軽減するだけでなく、医学的治療と行刑が結合した特殊な処置が必要であるとする。Koch, Kraepelin のいずれにおいても、限定責任能力およびそれと抱き合わせの特殊な処遇方式の導入にかかる情熱は並々ならぬものがある。Kraepelin 門下の Aschaffenburg も、健康から病気への移行状態を問題にし、性格不完全の犯罪者は実際にきわめて多く、彼らは健全な者よりも長期間の刑罰執行により改善効果が期待されるが、そのためには刑務所と精神病院の中間物としての特別施設が必要であると述べた³⁾。

精神医学者のなかでは Wilmanns が反対論を代表した。浅田²⁾によれば、その主張は次のようなものである。Wilmanns は社会的原因を重視し、常習犯罪者の反社会性は相対的なもので、精神的な優格者でも重大な社会危機のもとでは犯罪者となる可能性があることなどを指摘しつつ、「限定責任能力の規定の導入は、正にその不確実性および限定責任能力の条件となる状態の認定の著しい困難性の故に、司法の平等性を高度に侵害し、且つ司法を不平等と恣意とに導かざるを得ないのである」¹⁷⁾と論じた。もっとも Wilmanns も、常習犯罪者に対する社会防衛を目的とする特別な法規や保安裁判所の必要性を認めており、実際の対策に関しては両者に隔たりはない。

以上の経緯から、刑法に限定責任能力の規定をおくことと、その対象と想定される人々に対する特別な監置制度の設置を焦点として、刑法学と精神医学が緊密に交錯したことがわかる。応報原理による限り、限定責任能力は単に刑罰の軽減を意味する。ところが現実には、限定責任能力者の多くは精神病質を有する累犯者であり、彼らの刑期を短縮することは公共の安全を脅かす。そこで刑罰とは異なる制裁、つまり将来の危険性を除去する目的をもった制裁が不可避と認識される。これが保安処分にほかならない。

d. 1933 年の刑法改正

第一次大戦による中断を挟んで草案の改訂と議論が重ねられ、限定責任能力の導入への反対論は後退し、刑事政策的考慮が一段と前進するのと並行して医師の発言が増大した²⁾。1933 年の改革の柱は限定責任能力の導入および常習犯罪人法の制定である。ここにおいて〈責任には刑罰、危険性には保安処分〉という二元主義もしくは制裁の複線方式

(Zweispurigkeit) が実現した。

まず、51 条の責任能力の規定は次のように変更された。

「1. 行為者が行為の時に意識障害、精神活動の病的障害もしくは精神薄弱のために行為が許されないことを弁別し、又はこの弁別に従って行為することができない時、罪となるべき行為は存在しない。」

2. 行為の時に行為の許されないことを弁別し、もしくはこの弁別に従って行為する能力が著しく限定されていた時、未遂の処罰の規定により刑罰は減輕される。」

ここで2項に新しく限定責任能力の規定が加えられるとともに、いくつかの重要な変更がなされた¹¹⁾。すなわち、

- ① 意識喪失 (Bewußtlosigkeit) が意識障害 (Bewußtseinsstörung) に変わった。
- ② 第三の категорияとして精神薄弱 (Geistesschwäche) が加えられた。
- ③ 「自由な意思決定」が「弁別及び統御能力 (Einsichts- und Steuerungsfähigkeit)」に変わった。

他方、新設された常習犯罪人法——正式名称は「危険な常習犯罪人及び保安と改善の処分のための法律 (Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung)」——は、特別予防すなわち犯罪者個人を対象とする犯罪予防を目的とするもので、当時としては画期的な法律である。Langelüddeke¹¹⁾によると、51 条に基づく無罪放免者について裁判官にできることは行政官庁に注意を促すことくらいで、それが収容のきっかけになったかは疑わしく、責任無能力者は「狩猟免許」を渡されてその後も犯罪を重ね、それは精神科医の要望にも全く反していたと当時の情勢を描いている。Langelüddeke が、常習犯罪人法が「長い努力の末に」実現したと総括しているよう

に、当時の精神科医によって待望された施策であった。

e. 戦後の論争から新刑法典へ

1. 責任能力をめぐる論争

第二次大戦後に再開された刑法改正作業に呼応して精神医学界で論議が高まったが、この時期は何よりも責任能力がクローズアップされた。1933 年の刑法 51 条が責任能力の減免の要件として、意識障害、精神活動の病的障害、精神薄弱の3カテゴリーおよび弁別・統御能力の欠如ないし著しい限定を明記したことによる。前者は病気概念 (Krankheitsbegriff)^{*2}、後者は不可知論者 (Agnostiker) と可知論者 (Gnostiker) の論争を喚起した。

不可知論は、弁別・統御能力を自由意思ととらえ、それを形而上学の次元にある、経験科学的には解答不能の問題とみなす立場で、Schneider と彼の学派によって代表された。Schneider²²⁾によれば、鑑定人は刑法の条文に沿って、「某々は統合失調症に罹患していた。従って 51 条 1 項の適用をもたらす精神活動の病的障害が存在した」と答えればよいのであり、「弁別する能力またはこの弁別に従って行動する能力がなかったことを暗黙のうちに認めるだけである」という。

可知論は、不可知論に対するアンチテーゼとして出された。その立場は弁別・統御能力をより実体的な能力ととらえ、経験科学的な証明が可能であるとする。そして、精神疾患の診断それ自体よりも、具体的な行為状況における障害と犯罪の内的関連に力点を置く¹²⁾。

病気概念をめぐる議論の端緒も、精神医学で広範な影響力をもった Schneider の説——「疾患」は常に身体的過程を意味し、「疾病の結果としての心的異常性」と「心的本性の変種としての心的異常性」とのあいだに根本的

*2 Krankheitsbegriff は医学的には「疾病概念」であるが、責任能力論の文脈では法律上の意味合いを含むため、「病気概念」と訳す。

な相違があるとする——にある。51条の“精神活動の病的障害”はそのような意味で解釈されたが、それに対して裁判所の判例はこれをより広くとらえ、精神病質、神経症、衝動障害も免責の対象となりうるとした。刑法学者のSchreiber²³⁾は、身体的過程に依拠する病気概念を批判した。精神病質の障害が内因性精神病よりも軽いとは一概にいけないのであって、責任無能力、限定責任能力はあらゆる種類の精神的疾病状態に対して適用可能であるとする。それに対する伝統的立場からの批判は、広い概念は免責の無制限の拡大と責任刑法のダム崩壊をもたらすというものである。またそれに対して、改革的立場に立つVenzlaff^{25,26)}は、不可知論にも身体論的な病気概念にも未来はなく、それは改革の努力を遅延させるにすぎないと反論する。

刑法草案が重ねられる過程で対立が收拾され、“精神活動の病的障害”が“病的な心的障害”と“重いその他の心的変異”に分けられた。そして精神病質などを“重いその他の心的変異”に含めることによって、“病的な心的障害”の意味づけに関しては伝統的な病気概念を維持するという妥協が成立したわけである。20条と21条で同一のカテゴリーが設けられるという、差別的でなく調和的な解決が図られ、人格障害、性的偏倚、衝動制御障害などに関しても責任無能力が認められる余地が生じた。ただし、意識障害については「根深い」、心的変異については「重い」という限定が付されていることも妥協の産物である。

2. 保安改善処分から改善保安処分へ

次に処遇制度であるが、常習犯罪人法は変更を重ね、1975年の新刑法典で改正されて現在につながっている。新刑法典以前は、刑法42条が保安改善処分として、治療施設ま

たは看護施設(Heil- oder Pflegeanstalt)への収容、飲酒者治療施設または禁絶施設への収容、保安監置、職業禁止、運転免許取消しを定めた¹¹⁾。

改正以前の実情をHorn⁹⁾は次のように描く。保安改善処分の施設は保安的思想に沿って建築され、高い壁などが監獄を思わせた。スタッフも保安的思想にとらわれ、監視の緩和は再社会化のための治療としてよりもリスクを伴う手段として警戒された。一般精神科医は処分施設を要塞とか監置の館と呼び、そうすることで本来自らの患者であるべき人々を貶めた。こうした事情から、司法精神医学は広範囲の問題を抱えながらも、精神医学の愛されない継子とみなされた。

かつて精神医学が保安改善処分をどのように認知していたかは興味ある問題である。Rasch²¹⁾によると、精神障害犯罪者の処分は長らく科学的関心から遠ざけられており、論文で扱われた数は1970年代までは微々たるもので、司法精神医学の教科書でも取り上げられないか、せいぜい法律の視点からふれられるにすぎなかった。その主な理由は、大学の司法精神医学が処分執行施設との協力にほとんど関心を向けなかったためであるという。

司法精神医学の発展の遅れもこれと無関係ではない。Witter²⁸⁾によれば、連邦共和国では1960年代初頭に初めて大学に司法精神医学講座が設置されたが、教授候補者の不足から講座の数は遅々として増加しなかった。司法精神医学は個人的興味に依存し、精神鑑定への委託はわずかな施設や部門に集中した。大学の精神科医は法律問題に無知であった。加えて1970年代の反体制運動の波のなかで、司法精神医学は司法の既成秩序を攻撃するための格好の標的とされた。鑑定人は「体制の雇われ人」として非難され、司法精神医学は

公然たる名誉毀損にさらされた。その結果、精神科医は司法とのかかわりを避け、鑑定を受託する医師はますます減少した。この経緯はしばらく前の日本で司法精神医学がおかれた状況を彷彿とさせる。

1975年の新刑法典では社会内処遇である行状監督が新たに設けられるとともに、“保安改善処分”が“改善保安処分”と改称された。行為者個人の改善 (Besserung) と保安 (Sicherung), つまり社会の安全確保の優先順位が言葉のうえで逆転されたわけである。この改称は実質的意味を伴うであろうか。Horn²⁾は次のように、錯覚すべきではないと論じる。

改称は刑法改正では保安に対して改善の優先性が考慮されたことによるが、法律は行為者個人に対する特別予防的な処分を通して社会の安全を確保することを主目的とするものである。精神科病院収容は同時に保安を意味する自由の剥奪でもあり、改善と保安を明確に分けることはできない。行刑法 136 条は被収容者の処遇を医学的視点で行うと定めているが、同時に「もはや危険でないほどに治療もしくは状態の改善が図られなければならない」と、危険性の除去を明記している。人間的な処分執行においては完全な保安は保障されず、逆に保安が完全であるためには改善の試みを放棄しなければならない。改善と保安という2つの目的は、組織と人員の不足、不測の事故とそれに対する公衆の反応など、多くの問題に満ちた緊張の場 (Spannungsfeld) によって隔てられている。

以上の Horn の指摘は今なお改善保安処分に潜むジレンマを暗示する。

以上のような経緯で、1933年以降の論争は新刑法典に収斂し、それによって司法精神医学は新しい局面を迎えた。Venzlaff^{25,26)}, Schreiber²³⁾の言葉を借りると、純粋に診断学

的な選別者の立場から治療と予防の立場へと司法精神医学の重点がシフトし、鑑定人は処遇の決定にまであずかることを求められるという。

2 現況

責任能力および改善保安処分に関する規定および運用の実態をみる。条文は Nedopil¹⁸⁾から引用する。

a. 責任能力

1. 刑法の規定

ドイツの新刑法典は 20 条と 21 条に責任能力に関する規定をおいている。

20 条：責任無能力 行為の実行の時に、病的な心的障害、根深い意識障害、精神薄弱、若しくは重いその他の心的変異により、行為の不法性を弁別し、又はこの弁別に従って行為することができない者は、責任なく行為した者である。

21 条：限定責任能力 行為の不法性を弁別し、又はこの弁別に従って行為する能力が、20 条に指示された事由の一つにより、行為の実行の時に著しく限定されている時、刑罰は 49 条 1 項〔法律上の特別軽減事由〕に従ってその刑を減輕することができる。

一見してわかるように、日本の刑法 39 条——「心神喪失者の行為は、罰しない」「心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する」——と比較すると、責任無能力と限定責任能力の 2 段階構成は同じであるが、責任が減免される要件が法律上で明文化されている点が異なる。すなわち、適用のメルクマールとしての 4 種の障害の存在と、それに基づく弁別および統御の能力の欠如または著しい減弱である。

精神医学的に問題となるのは 4 つのメル

クマールの解釈である。これらは一見すると医学的カテゴリーと思われるが、本質的には法的概念²¹⁾、あるいは純粹に医学的でもなければ法的でもない概念¹⁸⁾とされている。改正の議論のなかで、4つのメルクマールを一つにまとめるべきだとする意見もあった¹⁹⁾。他方、日本の刑法改正作業においては、将来の精神医学の発達を考慮して、精神障害を個々に列挙して固定化することは適当ではないとされた²⁴⁾。ドイツのようにメルクマールが条文で具体的に提示されると、それらと臨床カテゴリーとの対応が当然問題となる。以下、Rasch²¹⁾、Nedopil¹⁸⁾を参照してそれぞれについて述べる。

2. 臨床的カテゴリーとの対応

病的な心的障害 (krankhafte seelische Störung)

伝統的な概念では外因性、内因性の広い範囲に及ぶ疾患である。すなわち、身体的に基礎づけられうる精神病 (Schneider)、外因性精神病、変性脳疾患、中毒性または外傷性の原因による通過症候群、アルコール酩酊、薬物中毒、てんかん性疾患とてんかん性もうろう状態、感情障害および統合失調症圏の精神病、ダウン症候群などの遺伝性疾患である。

根深い意識障害 (tiefgreifende Bewußtseinsstörung)

不安、怒り、感情麻痺など強度の感情的負荷の結果として健常人でも生じうる意識変容であり、睡眠酩酊、夢遊症も含まれる。アルコール離脱せん妄などの外因性・器質性の意識障害は「病的な心的障害」に含まれることに注意が必要である。「根深い」ことが条件であり、刑法改正特別委員会の見解では、心的構造が破壊されている (20条) か震撼されている (21条) ほどに意識障害が強度でなければならぬ。

精神薄弱 (Schwachsinn)

器質的基盤が証明されない知能の障害を包括する。それに対して、老年の認知症や遺伝性の精神遅滞では「病的な心的障害」を考慮する。

重いその他の心的変異 (schwere andere seelische Abartigkeit)

上記3つに当てはまらないものを総括する寄せ集め概念である。すなわち、人格障害、神経症的発展、性的行動偏倚、慢性物質乱用、妄想様発展、衝動制御障害などである。ここでも「重い」という限定が付され、障害による機能低下や社会的能力の損失が精神病性疾患と同等であることが条件とされる。

以上のように、「病的な心的障害」というメルクマールで非常に広い病態を包括し、なおかつ4番目に「重いその他の心的変異」を加えることで、理論上はあらゆる精神障害について責任能力の減免が考慮される形となっている。

なかでも「重いその他の心的変異」は議論を呼んでいる。責任の減免の理由として最も頻繁に挙げられるが、しばしば不幸にして選択された概念であると指摘され、単に「4番目のメルクマール」と呼ぶ鑑定人もいる¹⁸⁾。Rasch²¹⁾によれば、変異 (Abartigkeit) という言葉には、第二次大戦中にドイツ国防軍で兵役不適格者をより分ける標識として使用されたという忌まわしい過去があり、変質 (Entartung) を思わせる差別的響きがあるという。

b. 改善保安処分

改善保安処分は次の各項から構成されている。精神科病院収容 (63条)、禁絶施設収容 (64条)、保安監置収容 (66条)、行状監督

(68条), 運転免許の取消し(69条), 職業禁止(70条). 改正作業のなかでは65条として社会治療施設に関する規定が設けられる予定であったが, 刑法からは削除された. 以下, これらのうち重要な4つについて解説する.

1. 精神科病院収容 (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus)

「人が責任無能力(20条)もしくは限定責任能力(21条)の状態において違法行為を行った時, 裁判所は, 行為者及びその行為の全体的評価に基づき, その者の状態の結果として著しい違法行為が予測され, そのため公共に対して危険であることが明らかであれば, 精神科病院への収容を命じる。」

収容期間は無制限であるが, 連邦最高裁決定(1985年)による均衡性の原則(Verhältnismäßigkeitsgrundsatz)が定められている. すなわち, 「精神科病院への収容が長期に及ぶほど, 自由剝奪の均衡性のための要件は厳格でなければならない」というもので, 収容の命令・継続は高度の法益侵害が予想されるため, 対象者の自由と公衆の安全との拮抗関係が妥当な形で調整されることを求めた. なお限定責任能力が認定された場合は病院収容と自由刑を併科することができる. 63条を補完するものとして行刑法136条があり, 「精神科病院の被収容者の処遇は医療的(ärztlich)視点に従う. 可能な限りにおいて被収容者は治癒されるか, もしくはもはや危険ではない程度まで状態が改善されるべきである. 被収容者には監督, 介護(Betreuung), 看護が与えられる」と定められている.

改善保安処分が「公共に対する危険性」を処分の要件として法律に明記していることは, 日本の心神喪失者等医療観察法との大きな相違である.

2. 禁絶施設収容 (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt)

「アルコール飲料もしくはその他の酩酊薬を過量に摂取する性癖を有し, 酩酊におきかした違法行為又は性癖に由来する違法行為により有罪宣告を受けるか, 責任無能力が証明されたか除外し得ないために有罪宣告を受けない時, 性癖の結果として著しい違法行為をおかす危険が認められる場合には, 裁判所は禁絶施設への収容を命じる。」

Entziehungは「嗜癖からの離脱」を意味するが, 従来から「禁絶」と訳されているので, それに従う. Rasch²¹⁾によると, 医学的には性癖(Hang)は嗜癖(Sucht)として, また酩酊は薬剤の作用に基づく気分, 意識状態, 欲動の変化で, 時に妄覚を伴うものと解釈される. また64条が適用されるには, 鑑定で嗜癖を確認するだけでなく, 嗜癖と犯罪行為との直接的関係, つまり行為が症状としての性質をもつことが証明されなければならない.

3. 保安監置収容 (Unterbringung in der Sicherungsverwahrung)

(1) 次の3つを満たすとき, 裁判所は故意の犯罪行為により2年以上の有期自由刑の言渡しを受ける者について刑罰と併せて保安監置を命じる.

- ①すでに1年以上の自由刑の言渡しを2回受けた.
- ②すでに2年以上の自由刑または改善保安処分による自由剝奪の執行を受けた.
- ③行為者および行為の全体的評価から, 被害者に心身の損傷や重い経済的損害を与える著しい犯罪への性癖のため, 公共に対して危険であると認められる.

(2) 3回の故意の犯罪——それぞれで1年以上, うち少なくとも1回は3年以上の自由刑を申渡される——を行い, 上記③の要

件が満たされると、裁判所はそれ以前の自由刑・自由剥奪（上記①②）がなくても刑罰と併せて保安監置を命じることができる。

Nedopil¹⁸⁾によると、保安監置は1933年の常習犯罪人法よりもさらに遠く源流をたどることができる。Listzは、刑法犯を機会犯罪者と慣習犯罪者に分類し、後者をさらに改良が可能な者と不能な者に分けた。そして、改良不能の犯罪者に対して社会を防衛する手段が必要であると論じた。現在の規定でも、保安監置は犯罪への性癖（Hang）および公共に対する危険性を要件とする「刑事政策の最後の緊急措置」¹⁹⁾である。精神科病院収容と異なって責任能力とは基本的に無関係である。

保安監置の上限は10年であったが、再犯予後が不良とみなされる場合には無期限の収容が可能となった^{4,8,19)}。これは1998年の法改正で設けられた「性犯罪及びその他の危険な違法行為を制圧するための法律（Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten）」に伴う保安監置の諸規定の厳格化によるものである。延長される場合、危険性が積極的に証明されなければならない。人権に抵触する可能性について、2004年の連邦憲法裁判所判決は長期にわたる保安監置は人間の尊厳に反しないとして法改正を合憲とした¹⁹⁾。

保安監置は犯罪予防を目的とするもので、治療のための処分ではない。しかし、人格障害との関連で精神医学と無関係ではない。すなわち、重い人格障害であれば「重いその他の心的変異」として21条の限定責任能力を認定され、63条の精神科病院収容を適用される可能性がある。したがって、21条の規準のとり方次第で、人格障害犯罪者は精神科病院収容か保安監置のいずれかに振り分けられることになる。

4. 行状監督（Führungsaufsicht）

「法律が行状監督を特に定めている犯罪行為により6か月以上の有期の自由刑を受ける者について、さらに犯罪行為をおかす危険が認められる場合、裁判所は刑罰と併せて行状監督を命じることができる。」

行状監督は、1975年の刑法改正で新たに導入されたもので、特に問題のあるグループへの援助と監視により犯罪の予防を図るものである。責任能力が完全な者にも責任無能力者にも適用される。期間は最長5年であるが、1998年の法改正で特別に必要と認められる場合は無期限とされた。

5. 社会治療施設への移管（Verlagerung in eine sozialtherapeutischen Anstalt）

改善保安処分には含まれないが、制定の経緯からここで説明する。Rasch²¹⁾によると、社会治療施設は人格障害犯罪者の治療を目指す議論のなかでデンマーク、オランダなどの先行する制度を参考にして構想された。1969年の第二次刑法改正法に65条として採用された。しかし、「治療イデオロギーとの告别」を旗印に掲げる勢力は、偏向者を治療することの正当性や効果が疑わしく、個人を標的にすることで犯罪の社会的原因をベールで覆ってしまうなどの理由で批判を浴びせた。議論の末に刑法65条は破棄され、社会治療施設は1984年の行刑法改正で取り入れられた。再社会化のために特別な治療と援助が必要な被拘禁者を矯正施設内の社会治療施設に移管する方式である。詳細は、加藤⁹⁾を参照されたい。

前述の「性犯罪及びその他の危険な違法行為を制圧するための法律」は、性犯罪者、特にその累犯者を主眼とした対策であり、そのなかで社会治療施設が特別な役割をもった。すなわち、2年以上の自由刑の宣告を受け、

社会治療施設での処遇が指示されるとき、治療可能な性犯罪者は強制的に移管されなければならない。性犯罪者の特別視や財政を逼迫させることなど批判がある一方で、社会治療の発展の好機とみなされている²¹⁾。

c. 改善保安処分の動向

改善保安処分の現況は興味ある問題である。以下、主な項目について最近の報告をみる。

1. 精神科病院収容

Rasch²¹⁾によると、63条命令の件数は1980年代から常に増加している。ヴェストファーレン州の司法精神医学センターの1987年から1994年までの63条収容者を犯罪の種類別に分類すると次のような割合であった。暴力犯罪（对人的攻撃行為、殺人、強盗、暴力を伴う強要、身体傷害）50.5%、性犯罪（露出症など暴力を伴わない行為を含む）30.5%、放火9.5%、財産犯罪9.5%。このうち性犯罪の60%は強姦、暴力犯罪の58.5%が殺人であった。Raschは収容年数に関するいくつかの報告を引用している。全ドイツの横断調査（Leygraf, 1988）では、数か月から最長38年に及び、平均は6.3年で、5.4%は20年から30年、1.5%が30年以上であった。ヴェストファーレン州の司法精神医学センターでの1979年の横断調査（Schumann, 1983）では9.3%が10年から31年、45.8%が4年を超えた。ニーダーザクセン州立病院では、22%が2年以下、24%が10年以上であった（Rutzel, 1978）。

収容期間は、全般的に短縮傾向にある²¹⁾。ヘッセン州からのMüller-Isbernerらの報告¹³⁾によると、平均収容期間は1971年の10.8年から1982年の4.1年に短縮した一方、収容者数は1982年の141人から1998年の

311人に増えた。これは、主として移住者、慢性統合失調症患者、大精神障害に物質使用を伴う患者、強姦犯および小児性愛者の増加に負う。ヘッセン州では過去10年間に収容命令を受けた移住者は800%増加したが、現行法では強制送還は行えない。統合失調症については、一般の精神科施設が短期入院と開放的治療を進める一方で暴力のリスク評価を十分に行わないため、犯罪をおかす患者が増加している。物質使用を伴う患者は、暴力的でコンプライアンスが不良のために再犯をおかす。性犯罪者にも再犯が多い。Müller-Isbernerらは、最近数年間の激増により、ほとんどの州で精神科病院収容は過剰収容の危機的状態をきたしていると指摘する。同じくヘッセン州のNöckerの報告²⁰⁾によれば、安全への公衆の懸念の高まりを背景として被収容者の増加が抑えきれず、新たな財源と病院増設が緊急に求められているが、司法精神医療、矯正、一般医療のあいだの協力が乏しいという。さらに最近の傾向としては、被収容者数は全国で1996年の2,956人から2003年の5,218人へと著増している¹⁹⁾。

2. 禁絶施設収容

64条については、同じくRasch²¹⁾によれば、最も多いのはアルコール酩酊によるものである。アルコール消費およびそれと関係する犯罪は、1950年代半ばからのいわゆる奇跡的経済復興のもとで激増した。64条の被収容者は長く微増にとどまっていたが、1976/77年以降、急激な増加が続いた。連邦統計局の公表した数値では約1,200人であり、うち1/3から1/4を薬物依存者が占める。1960年代以降の薬物嗜癖の増加が背景にあり、それに応じて64条の被収容者のプロフィールも変化したという。

3. 保安監置収容

Nedopil¹⁹⁾によれば、保安監置の命令件数は、1996年の176人から2003年には306人へと顕著に増えている。

4. 社会治療施設（行刑法）

Egg²⁾によれば、2000年初頭には全国に27か所の設備があり、うち15か所は大規模の施設におかれた部門、他は独立の施設や支所である。多くは1970年代に開設された。室数の合計は1997年：853室、1998年：887室、1999年：948室と増加を示す。注目すべきは性犯罪者の動向である。収容者全体に占める性犯罪者の割合は、1997年：23%、1998年：26%、1999年：34%と増加している。なおかつ、そのなかで子どもに対する性的虐待（Kindesmißbrauch）がそれぞれ32%、39%、50%と著増をみせている。これは、各州が性犯罪者に対する治療可能性を考慮していることの表れであるとEggは評価している。

以上、全体像は必ずしも明らかではないが、改善保安処分の対象者数は全般に近年増加の一途をたどり、施設の過剰飽和の様相さえみせている。要因として移民の増加、物質乱用者の増加、性犯罪等への公衆の懸念などの社会的条件や一般精神科医療の変化などが

推測される。また近年は短縮しているものの、一部は非常に長期にわたって収容されている。

ドイツの司法精神医学は責任主義から出発して精神医学と刑法学の深い議論に支えられてきた。そして近年は、治療と再社会化を目指す実践的な領域に活動を広げている。このことは、日本の司法精神医学が進むべき方向を暗示している。同時に、日本とは異なる歴史、社会状況、安全に関する一般の認識も考慮しなければならない。ドイツでは伝統的な責任主義のうえに20世紀初頭の潮流であった保安思想を取り入れ、責任主義と保安処分の複線方式を採用した。しかし「責任なければ刑罰なし」という原理と、将来の犯罪の予防とは本来別の次元の問題であり、これを2本の柱とすることは木に竹を接ぐようなものである。そのような本質的な不安定さを抱えた制度が、近年の社会変動のもとで対象者の急増に見舞われている。それに対して精神医学の側は治療を目標に掲げて入り込む姿勢を示している。しかし、治療と犯罪予防が宿命的に表裏一体をなす領域への精神医学の積極的な介入には危うさも感じられる。今後の動向を注視したい。

（中谷陽二）

文献

- 1) 新井 誠：精神障害者と成年後見制度。松下正明ほか（編）、臨床精神医学講座22、精神医学と法、pp 307-314、中山書店、東京（1997）
- 2) 浅田和茂：刑事責任能力の研究、上巻、成文堂、東京（1983）
- 3) Aschaffenburg G：Zur Frage：Verminderte Zurechnungsfähigkeit. Die Reichsgerichtspraxis im deutschen Rechtsleben, Festgabe 5, Band 1929, p242（1929）（文献2より引用）
- 4) Egg R：Die Behandlung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutische Anstalten—Ergebnisse von Umfragen der Krim. Egg R（ed）, Behandlung von Sexualstraftätern im Justizvollzug, Kriminologie und Praxis（KUP）, Band 29, Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V.（KrimZ）, Wiesbaden（2000）
- 5) Horn H-J：Der Maßregelvollzug im Spannungsfeld zwischen Besserung und Sicherung. Kerner H-J, et al（eds）, Kriminologie—Psychiatrie—Strafrecht, pp485-493, Müller Juristischer Verlag, Heidelberg（1983）
- 6) Huber G：Das Problem der Schuldfähigkeit in der Sicht des psychiatrischen Sachverständigen. Fortschr Neurol Psychiatr 36：454-473（1968）

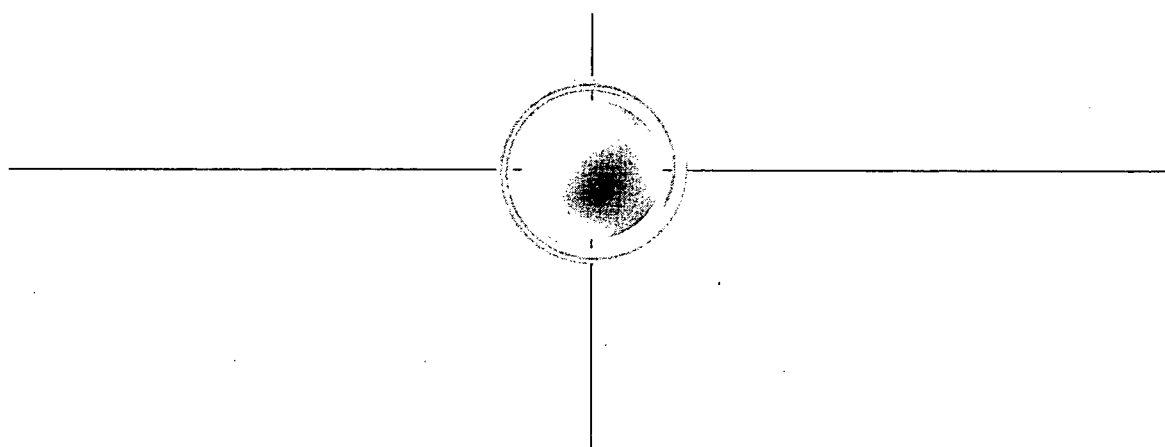
- 7) Jescheck H-H, Weigend Th : Lehrbuch des Strafrechts. Allgemeiner Teil, Fünfte Auflage, Verlag von Duncker & Humblor, Berlin (1996) — 西原春夫 (監訳) : ドイツ刑法総論, 成文堂, 東京 (1999)
- 8) 加藤久雄 : 人格障害犯罪者と社会治療, 成文堂, 東京 (2002)
- 9) Koch JLA : Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Erste Abteilung, Otto Maier, Ravensburg (1891)
- 10) Kraepelin E : Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Monatschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1 : 141-157 (1904)
- 11) Langelüddeke A : Gerichtliche Psychiatrie. Dritte, vollständig neuarbeitete Aufl, Walter de Gruyter & Co., Berlin (1971)
- 12) Listz F v : Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit. AStW 17 : 70 (1896) (文献 2 より引用)
- 13) Müller-Isberner R, Freese R, Jockel D, et al : Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments, and current practice. Int J Law Psychiatry 23 : 467-480 (2000)
- 14) 仲宗根玄吉 : 西ドイツ刑法 51 条の改正と同条における病気概念. 精神神経学雑誌 77 : 259-284 (1975)
- 15) 仲宗根玄吉 : 責任能力に関する基礎的諸問題. 懸田克躬ほか (編), 現代精神医学大系 24, 司法精神医学, pp26-45, 中山書店, 東京 (1976)
- 16) 中田 修 : 責任能力の判定に関する実際の諸問題. 上掲書, pp46-78.
- 17) 中谷陽二 : 人格障害と刑事司法—精神医学史的考察. 新宮一成ほか (編), 新世紀の精神科治療 5, 現代医療文化のなかの人格障害, pp53-65, 中山書店, 東京 (2003)
- 18) Nedopil N : Forensische Psychiatrie : Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, 2, aktualisierte und erweiterte Aufl, Thieme, Stuttgart (2000)
- 19) Nedopil N : Die Sicherungsverwahrung nach den Urteilen des Bundesverfassungsgericht. 日独コロキウム, 2005.10.30, 慶應義塾大学
- 20) Nöcker S : Organizing and managing forensic mental health services. IAFMHS, Stockholm (2004)
- 21) Rasch W : Forensische Psychiatrie, 2, überarbeitete und erweiterte Aufl, Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln (1999)
- 22) Schneider K : Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit, Ein Vortrag, 2 Aufl, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1956)
- 23) Schreiber HL : Juristische Grundlagen. Venzlaff U (ed), Psychiatrische Begutachtung, Gustav Fischer, Stuttgart-New York (1986)
- 24) 臼井滋夫 : 責任能力に関する各国の法規 (わが国を含む). 懸田克躬ほか (編), 現代精神医学大系 24, 司法精神医学, pp11-25, 中山書店, 東京 (1976)
- 25) Venzlaff U : Probleme der forensischen Psychiatrie. Kisiker K, et al (eds), Psychiatrie der Gegenwart, Bd 3, 2 Aufl, Springer, Berlin-Heidelberg-New York (1975)
- 26) Venzlaff U : Ist die Restaurierung eines engen Krankheitsbegriffes erforderlich, um kriminalpolitischen Gefahren abzuwenden? ZStW 88 : 57-67 (1976)
- 27) Wilmanns K : Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, Springer, Berlin (1927) (文献 2 より引用)
- 28) Witter H : Zur gegenwärtigen Lage der forensischen Psychiatrie. Witter H (ed), Der psychiatrische Sachverständige im Strafrecht, pp1-34, Springer, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo (1987)

統合失調症の 治療

——臨床と基礎——

佐藤光源・丹羽真一・井上新平

[編集]



朝倉書店

medical/psychiatry units based on level of acuity. Psychosomatics 33:376-386, 1992.

- 5) 金子晃一, 福島 昇: 機能圏域と医療連携—総合病院精神科における2つの圏域—, 精神経誌 99:919-924, 1997.
- 6) 八田耕太郎: 精神科救急のABC 2000年版, 総合病院精神医学 12(1):72-83, 2000.
- 7) 岩淵正之, 江畑敬介編: 精神障害者に対する身体合併症診療の実際, 新興医学出版社, 東京, 1996.
- 8) 長嶺敬彦: 抗精神病薬の「副作用」がわかる. 医学書院, 東京, 2006.
- 9) 桑原達郎, 野村総一郎, 福西勇夫, 他: MPUにおける精神分裂病の術後精神症状とその管理について. 精神医学 41(2), 1999.
- 10) 土井永史, 岩淵正之: 身体合併症病棟—手術後の精神症状の管理を中心に. 黒沢尚他編: リエゾン精神医学・精神科救急医療. pp.194-200, 中山書店, 1998.
- 11) 井川典克, 杉田憲夫: 統合失調症の急性期治療におけるrisperidone新剤型(Oral Solution)の使用経験. 臨床精神薬理 6:785-788, 2003.
- 12) 中島一憲: インフォームド・コンセントにおける意思決定能力の臨床的分析. 石川義博編: 精神科臨床における倫理, pp.163-182, 金剛出版, 東京, 1996.
- 13) 仮屋暢聡, 江畑敬介: インフォームド・コンセントおよび法律上の問題. 岩淵正之他編: 精神障害者に対する身体合併症診療の実際, pp.38-46, 新興医学出版社, 東京, 1996.

7.4 触法行動と精神鑑定

a) 司法精神医学と統合失調症

司法精神医学とは精神障害者に関わる法律問題全般を扱う精神医学の1分野であり, 関連する法律に応じて問題は多岐にわたる. 伝統的には刑事事件の被疑者・被告人の責任能力判定という診断学的側面に重点が置かれてきたが, 「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(以下, 医療観察法)」の2005年からの施行にともなって触法精神障害者の医療がクローズアップされている. 他方, 刑事事件ほど関心を向けられないが, 成年後見, 遺言その他の民事事件, 労災補償, 訴訟能力, 医療事故などについても, 精神科医はさまざまな法律問題で専門家としての意見を求められる.

司法精神医学の歴史は法制度の変遷を縦糸, 臨床的パラダイムの変遷を横糸として発展してきた. 精神障害者を取り巻く法律と医療が織りなす環境は時代とともに移り変わる. 精神科医療は20世紀後半から開放

化と人権擁護の大きな流れにあるが, 他方で刑事政策の動向も触法精神障害者の処遇と無関係ではあり得ない. 精神鑑定は司法的処遇と医療的処遇の結び目をなす重要な役割を持つ. 本稿では統合失調症患者の触法行動をめぐる精神鑑定や責任能力の問題を医療観察法施行に伴う状況変化を視野に入れながら論じる.

b) 触法行動と精神医学

1) 触法行動への関心

統合失調症患者の触法行動は司法精神医学の重要課題である. 犯罪白書⁴⁾によれば, 心神喪失者もしくは心神耗弱者と認められた者の6割強は統合失調症と診断されている. また医療観察法の対象者のかなりの割合を統合失調症患者が占めている.

歴史を振り返ると, 意外なことに統合失調症が司法精神医学の主要な課題として論じられるようになったのは比較的近年になってからである⁵⁾. Kraepelin E. と Bleuler, E. の時代, 統合失調症(早発性痴呆)は鈍化過程で特徴づけられ, 生涯にわたり精神病院で介護される患者群の代表的なものとして認識されていた. Kraepelinも Bleulerも社会問題や刑事政策に強い関心を向けたが, 犯罪との関連で重視したのは統合失調症よりも先天性の劣悪な素因に基づく変質(Entartung)やその周辺の疾患であった. 同時代の司法精神医学者たとえば Birnbaum, K. は, 統合失調症は社会的転落を媒介として軽犯罪につながる可能性はあるとしても, その全体としての犯罪学的意義は限られると述べている. 統合失調症患者の触法行動が特別な関心を引く場合でも, 定型的な病態よりも診断を確定し難い発病初期や辺縁病態が主に取り上げられた⁶⁾. 代表的なものに Wilmanns, K. が記述した前駆期における殺人衝動, Rinderknecht, G が記述した犯罪性類破瓜病などがある. これらは統合失調症の初期候候と犯罪行動の精神病理学的な関連を考察している.

1960年代から抗精神病薬の開発やコミュニティ医療の発展にそって統合失調症をめぐる状況が大きく転換した. いわゆる脱施設化の時代を迎えてコミュニティで生活する統合失調症患者の逸脱行動が問題視されるようになる.

ドイツ語圏での先駆的研究は Böker らが 1973 年に著した『精神障害者の暴力』¹⁾ である。Böker らは約 500 例の暴力実行者（過半数は統合失調症）を統計的に調べ、次のような知見を見出した。①精神障害者の危険性は全体として成人人口のそれを上回らない。②自殺と関連する暴力行為が高率である。③特定の疾患が暴力への特別な要因をなすとは言えない。④被害者と親密な関係にある場合が高率である。⑤暴力の遂行に一定の特徴はなく、著しい残忍さは稀である。Böker らの問題意識は精神障害者の暴力が開放的精神科医療にとって真の危険となるかということにある。

視線をアメリカに転じると、脱施設化に連動して注目される動きが起きた⁷⁾。公立精神科病院の大幅な縮小に伴うホームレスの発生や短期入院の反復（回転ドア現象）と並んで退院患者の触法行動に対する懸念が高まった。退院患者を追跡調査し、検挙率などを指標として触法行動の発生率を実証的に明らかにする研究が多数試みられた。その嚆矢は 1965 年の Rappeport らの報告⁸⁾ であり、一般人口に比較して退院患者では検挙率が高いという結果が示された。引き続き同様の調査が多数行われ、おおむね Rappeport らの結果が支持されたが、見かけ上の変化に過ぎないという批判的意見もある。いずれにしても退院患者の激増に対するコミュニティ・ケア態勢の遅れが問題視された。

2) 開放的医療と触法行動

日本でも近年、新しい医療政策や治療理念と並行して統合失調症患者の触法行動に対する認識に変化が見られている。その契機の一つは社会復帰の理念を押し出した精神保健法改正（1987 年）である。当時の藤縄の論文「寛解期分裂病者の責任能力」³⁾ は臨床精神科医の一般的立場を代弁したものと言える。藤縄は次のような理由で、分裂病者は著しい寛解例を除いて原則として責任無能力とみなすとする通説に異議を唱えている。すなわち、薬物療法の発展のもとで寛解者や通院で治療が可能な患者が増加し、分裂病を不治とみなす考え方は払拭されている。精神科医が「寛解」もしくは「通院により社会生活に支障なし」と判断するとき、意識するしないにかかわらず、市民としての権利とそれに付随する刑事責任能力も認めており、その

ことは安定した治療関係の維持にも必要である。藤縄はこのような理由から 1984 年最高裁決定（後述）を責任能力判断の指針として評価している。藤縄の主張は市民としての権利は応分の責任を伴うという観点に立っている。しかし医療の目標と刑法上の責任能力は次元が異なる問題であり、双方を同列に論じることには飛躍があるように思われる。

後述するように統合失調症患者の責任能力の判断基準は近年方向を変えている。その流れを検証すると、鑑定人が先鞭をつけ、その意見を裁判官が受け入れ、次にはそれが鑑定人の考え方を方向づけて行くという相互関係が見出される。鑑定人は他方で臨床医でもあり、責任能力の捉え方に治療者の観点が入り込むことは避け難い。

ところで、かつて統合失調症と刑事事件の関わりは未治療の患者の事例を通して論じられることが通例であった。それに対して近年は、現に治療中であつたり過去に治療歴を持つ患者による触法行動がしばしば問題とされる。おそらく受療率の上昇や通院医療の発展がその背景にある。山上ら¹⁶⁾ によると、1980 年に心神喪失・心神耗弱と認定された統合失調症の殺人・傷害犯の 6 割強に入院歴があり、通院歴のみの者を加えると 7 割弱が治療歴を有していた。とりわけ治療中の患者による重大事件の場合、医療に批判の矢が向けられ、被害者から病院に対して損害賠償請求がなされることもある。開放的な治療構造の中での触法行動のリスク評価が焦眉の課題となる。次の 2 つは象徴的な事例である。

①守山荘病院事件：平成 2 年 10 月、自衛隊記念式典に来賓として出席していた元大臣が守山荘病院に入院中の 47 歳の患者に背後からナイフで首を刺され、11 日後に死亡した。患者は過去に選挙のさいに政党の街頭活動を妨害して逮捕された経歴を持っている。13 年前に守山荘病院に初回の措置入院となり、短い退院期間を挟んで入院を続けていた。本事件当時も措置入院中であつたが、開放病棟におり、外出も許可されていた。合同調査団の報告書⁹⁾ から推測すると、発病から 15 年以上が経過している人格の崩れの少ない妄想型統合失調症で、政治家を対象とする迫害主題の幻覚妄想体験が慢性化する一方で、芸能人と婚約して

いるという願望充足的な妄想も見られた。病的体験が行動として表面化されることは少なく、院内では暴力行動はまったく見られず、作業能力は高いと評価されていた。しかし根底には入院への不満や退院への焦りがあり、生活状況も社会復帰に不利であった。危険な行動化の予兆とも解釈できる不穏な言動が過去に散発していたことは事実であるが、他方では事件直前に作業への意欲を表明するなど前向きの姿勢も示していた。本事件に引き続いて、多数の危険な精神障害者が放置されているという趣旨の見解がマスコミを賑わせた。

②北陽病院事件： 措置入院中の患者が離院し、金員奪取の目的で通行人を殺害した事例である。被害者遺族による訴えに対して一審、二審が病院開設者である岩手県の損害賠償責任を認めた。県による上告を最高裁が平成8年9月に棄却した。結果発生の予見可能性、結果回避義務違反、離院と殺人の因果関係が争点となった。判決は、治療・社会復帰が精神医療の第一義的目的であるとしながらも、無断離院、殺人事件のいずれに関しても予見可能であり、他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を病院が尽くさなかったと判断した。最高裁の判決¹³⁾を参照すると、患者は統合失調症の破瓜・緊張混合型で、発病に伴ってドヤ街を転々とし、職務質問の警察官を崖から突き落とす、叔父を脅迫するなどの行為で懲役刑を受け、医療刑務所で加療した。本事件の2年余り前に出所し、北陽病院に措置入院となった。発明妄想や親族への被害妄想が見られた。病状が変化し、病棟外での作業療法が中止あるいは再開された。本事件の10ヵ月前、作業療法中に院内に駐車中の自動車で離院し、盗みや叔父への暴力を起こし、保護され病院に戻った。この出来事により薬物増量と病棟内の作業療法への変更がなされた。徐々に開放的な治療へ戻され、本事件の2ヵ月前からの5回の院外散歩では問題がなかった。ところが集団での院外散歩中に路上のライトバンに乗り込んで離院し、捜索や保護要請がなされた。列車を乗り継いで横浜市内に到着し、民家に盗みに入ろうとしたが断念した。ナイフで人を脅すか殺すかして金員を奪うことを考えついた。睡眠薬がなく不眠と焦燥が募った。離院4日目の朝、路上で信号待ちをしていた男性

の腹部等を刺して殺害した。心神耗弱と認定され判決は懲役13年であった。

北陽事件は医療側に衝撃を与え、強い危機感をもたらした。医療開放化の下でどこまで自傷他害の防止義務を医療側に要求できるかが争点となり、治療と自傷他害防止義務のジレンマを浮かび上がらせた。判決を見ると、殺人の事実からさかのぼって過去の治療経過での危険性につながる事実を拾い上げている。他方、問題なく院外散歩を繰り返していたこと、離院から犯行までの偶然的要因の重なり、本事件（無関係の人への襲撃）と過去の問題行動（親族への暴行など）との異質性など、危険性の予測を低める方向に働いた要因には目を向けていない。守山荘病院事件と同様、統合失調症患者の触法行動のリスク評価の難しさを示す事例である。

c) 責任能力

1) 責任能力の意義

刑事事件での精神鑑定は責任能力判断に資することを主目的とする。統合失調症患者の責任能力について多くの議論が積み重ねられてきたが、近年になり重要な変化が見られる。

刑法上の責任とは違法な行為をした者を道義的に非難しうることを指し、責任を負う能力が責任能力である。責任主義すなわち「責任なければ刑罰なし」は近代刑法の基本原則とされる。周知のようにわが国の刑法39条は「心神喪失者の行為は、罰しない。心神耗弱者の行為は、刑を減輕する。」と定めている。41条の「14歳に満たない者の行為は、罰しない」という責任年齢と並ぶ、責任能力に関する規定である。

責任能力は、①生物学的要素（精神の障害の有無・程度）、②心理学的要素（それが弁識・制御能力に与えた影響）、③刑法39条の「心神喪失者、心神耗弱者」に該当するか、という3つのレベルで判断するのが一般的である。法律概念である責任能力の有無や程度について医師である鑑定人がどこまで言及すべきかについては見解が分かれる。

この問題で1983年の最高裁決定¹⁰⁾は大きな影響を与えた。鑑定結果を否定して被告人の刑事責任能力を認めた原判決が重大な事実誤認であるとする上告を棄

却した事例である。これは次のように心神喪失又は心神耗弱の判断の性質、責任能力判断の前提となる生物学的要素及び心理学的要素についての判断権を論じた。

「被告人の精神状態が刑法 39 条にいう心神喪失又は心神耗弱に該当するかどうかは法律判断であって専ら裁判所に委ねられるべき問題であることはもとより、その前提となる生物学的、心理学的要素についても、右法律判断との関係で究極的には裁判所の評価に委ねられるべき問題である（以下、略）」

この決定は、前述の 3 つのレベルの③が裁判官の専断事項であることは論を待たず、①と②に関しても裁判官が最終判断を下すという趣旨である。法理論上は裁判官は鑑定結果に拘束されないという「不拘束説」を明示したものとされる。ただし事件は覚せい剤中毒の幻聴による窃盗の教唆の真実性が論点になった特殊なもので、裁判所が鑑定結果を否定したのはこの特殊性に起因するところが大きかったと思われ、リーディングケースとされることには疑問が残る。

2) 判断基準の変遷

統合失調症の異なる病期や状態に応じた責任能力の判定基準は大きな論点である。戦前、三宅⁵⁾は早発性痴呆について「現代精神病学者の多くは精神病患者、即、心神喪失者とし、その病症の如何を論ぜず、又、其の経過時期の何たるやを問わず、苟くも著明なる精神病と診断せらる可きものはたとひ、その初期なりとも之を心神喪失者とする」ことを通説として主張した。戦後の内村¹⁵⁾になると、「最初期、寛解期、軽い欠陥状態」についてはただちに責任無能力と判定できないとしている。ただし具体的に見ると、「数週間の短い分裂病性の病期を経過した後に軽い性格変化を残し、その後多少の性格異常を後遺しながらも、なお社会生活を営み得ているもの」が何年か何十年かの後に犯罪を犯したという、病歴抜きには診断が困難な場合を指している。

統合失調症に関して狭い範囲でしか責任能力を認めない見解は裁判の実務でもある時期までとられてきた。1970 年、1971 年に心神喪失と判断された事例では、言動や犯行手口にまとまりがあっても統合失調症の心性が正常な心性と根本的に異質であることが理由

とされている（最高裁「刑事裁判例集」¹²⁾の事例 37、39）。

1980 年代は転換期である。1981 年には、鑑定人が犯行の計画性、目的性、幻聴の命令に従うまいとして苦しんだことなどを抑制力残存の根拠として心神耗弱を示唆したが、裁判所はこれを排して心神喪失と判断した事例がある（同、事例 42）。裁判所が保守的な姿勢をとったわけである、他方、1984 年には、被害妄想に基づく大量殺傷事件について心神耗弱とした判決が現れている（同、事例 18）。特に犯行が妄想によって完全に支配されなかったことが判断根拠としてあげられている。

流れを明確に方向づけたのが 1984 年の最高裁決定¹¹⁾であり、統合失調症患者の責任能力を考える場合、重要な今日的意味を持っている。大量殺人事件の被告人について計 5 回の精神鑑定が施行され、病状の重さと責任能力が争点になった。決定は次のような趣旨で心神耗弱を認め、無期懲役とした差戻二審の判断を正当とした。

「被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに心神喪失の状態にあったとされるものではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様を総合して判定すべきである。」¹¹⁾

この決定は責任能力を事例ごとに「総合的に」判断する立場を明確にし、法律上は統合失調症患者と責任能力との関係について最高裁として初めて職権判断を示したものと評価されている。その後の判例を見ると責任能力の生物学的要素は相対的に軽く見積られるようになってきている。犯行の計画性や生活能力がある程度認められる事例について「それにも拘わらず責任無能力とする」判断から「それゆえ責任能力を認める」判断へと方向を変え、統合失調症心性の異質性を重視する立場は影を潜めた。

3) ドイツにおける動向

日本の司法精神医学はドイツの学説に多くを負ってきたが、責任能力の規定や判断の指針には相違が少なくない。ドイツでは刑法の改正に沿って責任能力の概念も変遷してきた。1871 年に制定された刑法の 51 条

で責任無能力が規定され、1933年の改正により51条の2項として限定責任能力が加えられた。第二次大戦後の刑法改正作業で論議が重ねられ、1975年の新刑法の規定に結実した。その中で51条は20条（責任無能力）と21条（限定責任能力）の2項に分けられた。20条は「行為の実行の時に、病的な心的障害、根深い意識障害、精神薄弱、若しくは重いその他の心的変異により、行為の不法性を弁別し、又はこの弁別に従って行為することができない者は、責任なく行為した者である。」、21条はこれらの能力が「著しく限定されている時」は「その刑を減輕することができる。」と定めている。

このようにドイツ刑法は生物学的要素として4つのカテゴリーを挙げ、なおかつ心理学的要素（弁識能力、制御能力）を法文に明記している。統合失調症が「病的な心的障害」にあたることに異論はない。

心理学的要素について可知論と不可知論の議論があり、後者の代表がSchneider, K.である⁹⁾。Schneiderの疾病概念によれば「疾病（身体的過程）の結果としての心的異常性」と「心的本性の変種としての心的異常性」との間には根本的な相違がある。その上で、統合失調症ではより軽症の場合でも人間の本性と行為に対する計りがたく見通せない侵襲があり、つねに責任無能力とする十分な根拠があるとされる。Schneiderは「統合失調症に罹患していれば例外なく責任無能力」というドグマの提唱者と理解されている。

これに対して近年はより柔軟な立場が主流である⁹⁾。欠陥概念の細分化を軸として統合失調症論を展開したHuber, G.は長期の予後調査をもとに責任能力論について論じた。責任能力は精神病理学的類型に対応して判断されるべきであるとする。急性シュープ及び統合失調症特異的な体験・表出症状を伴う「特徴的残遺」では無条件に免責とするが、「純粹残遺」では普遍的な判断基準は存在せず、欠陥の弁別・制御能力への影響や動機との関連を個別的に分析することが必要で、実際には完全寛解及び軽度の純粹残遺については完全責任能力を認めるとする。構造力動的な視点から統合失調症論を構築したJanzarik, W.は、疾病現象(Krankheitsgeschehen)と疾病結果(Krankheitsfolge)を区別し、責任能力に関して、意味連続性を

断ち切る病的現象と急性精神病の後に残る非特徴的な損失である疾病結果を同列には扱えないとする。急性精神病での違法行為は免責とされ、急性精神病の消退後も一級症状が存続していれば犯行動機との直接の関係が証明されなくても免責されるとする。戦後の司法精神医学を代表するWitter, H.は、動機分析による病的行動因子の検討から、疾病結果である「軽く、わずかな社会的影響しか持たない人格変化」において動機・態様に異常性が露呈されていない場合、責任能力を認める場合があるとする。

ドイツの司法精神医学では統合失調症の軽症例では責任能力を認め得るとする立場が一般的で、概ね病的過程が停止して疾病の残遺のみが認められることを基準としている。顕在的な精神病症状を示す急性期の行為については責任無能力が適用され、この点は幻覚・妄想による行為の直接支配の証明までもが要求される日本の慣行と大きく隔たっている。

d) 精神鑑定

1) 刑事精神鑑定

統合失調症患者が触法行動を契機として医療に導入される過程で精神鑑定の役割はきわめて重要である。医療観察法施行に伴い従来の刑事精神鑑定に加えて医療観察法鑑定が行われることになり、それぞれの役割と関係が問題となる。ここでは刑事精神鑑定と医療観察法鑑定の手続を概観した上で処遇について考察する。

刑事訴訟法は「裁判所は学識経験のある者に鑑定を命ずることができる」と定めている。捜査機関が嘱託する場合も鑑定である。いずれの場合でも鑑定は刑事手続きに組み込まれた業務であり、司法判断に資することを一義的な目的とする。

検察官は、心神喪失の被疑者については不起訴処分、心神耗弱の被疑者について起訴または起訴猶予の決定を下す。この決定の資料とされるのが起訴前鑑定である。裁判所の許可と鑑定留置（鑑定のための身柄拘束）の手続を経て行う場合が本鑑定、通常の捜査期間内に被疑者の同意により行われるものが簡易鑑定である。簡易鑑定は精神衛生診断などとも呼ばれ、全国の地方検察庁で実施されており、現在では触法精神

障害者の処遇の中で大きな役割を果たしている。起訴前鑑定では精神保健福祉法 25 条にもとづく通報の要否について意見を求められることが多い。医療観察法施行に伴って検察官による申立ての要否が起訴前鑑定で問われることが予想される。事後の処遇に関してどこまで意見を述べるべきかは議論の余地があり、措置入院の診察や医療観察法鑑定に予断を与えるという意味で慎重さが求められる。特に簡易鑑定は精神障害の早期発見と迅速な医療導入に有効である一方で、検察官による決定の材料として重大な法的意味を持つことに注意が必要である。

これに対して公判鑑定は被告人の責任能力を裁判官が判断するための鑑定であり、多くの場合は弁護人からの申請にもとづいて施行される。鑑定人は法廷で宣誓を行い、証人として尋問を受ける。

現状では心神喪失者・心神耗弱者と認定される者の 9 割強が不起訴処分とされている。裁判で心神喪失を理由に無罪とされる事例は年間に 1～2 件と僅少である。平成 17 年に心神喪失者・心神耗弱者と認められた統合失調症患者は 515 人である。その中で 492 人 (95.5%) は不起訴処分とされた (うち 53.9% が心神喪失、残りが心神耗弱)。裁判では心神耗弱により刑の減軽を受けた者は 23 人いるが、心神喪失は皆無である⁴⁾。

2) 医療観察法鑑定

医療観察法 33 条は、検察官が地方裁判所への申立てを行わなければならない場合の要件として、対象行為 (殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害) を行ったこと、心神喪失者若しくは心神耗弱者であることを認めて公訴を提起しない処分をしたか、心神喪失者として無罪の確定裁判又は心神耗弱者として刑を減軽する確定裁判 (執行すべき刑期がある者を除く) を受けたことを挙げる。申立てを受けて裁判所は合議体を設置し、審理を行って次の処遇を決定する (42 条)。①医療を受けさせるために入院をさせる、②入院によらない医療を受けさせる、③この法律による医療を行わない。裁判所は「精神障害者であるか否か及び対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる

必要があるか否か」について医師に鑑定を命じなければならない (37 条)。鑑定医は鑑定結果に「この法律による入院による医療の必要性に関する意見」を付さなければならない。

鑑定の実際については現場で準拠されている厚生労働科学研究班の『鑑定ガイドライン』¹⁴⁾を参照する。

鑑定の目的は、①対象者が精神障害者であるか否か、②医療観察法の医療必要性、である。刑事訴訟手続における鑑定とは異なり、医療観察法鑑定は「対象者の医療観察法における医療必要性についての意見を述べるもの」とされる。医療必要性は 3 つの軸すなわち疾病性、治療反応性、社会復帰要因に沿って評価され、これらのいずれもが一定水準を上回ることによって認定される。

疾病性とは、診断、重症度、精神障害と当該行為の関連性である。診断は原則として ICD-10 に拠り、重症度は臨床的記述及び ICF, GAF などに拠る。また疾病による弁識能力・制御能力の障害についても評価する。

治療反応性とは、精神医学的な治療に対する対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さである。精神障害が治療及び医学的なケアの可能性のないもの、すなわち治療可能性がない場合は本法に係る医療の対象とはならない。治療可能性は精神障害を有すること、治療反応性を有することから査定される。

社会復帰要因については、仮に対象者が高い疾病性を有しており治療反応性が認められたとしても、対象者の社会復帰を阻害するような確たる要因が何ら認められないのであれば、あえて本法による処遇を行う必要はないとされる。

条文及び『ガイドライン』を検討すると医療観察法鑑定には次の問題点を指摘し得る。

(1)本法による医療が必要か否かについて意見を述べるもので、当該行為時の責任能力と医療必要性を共に評価するかたちにはなっていない (『ガイドライン』は「疾病による弁識能力・制御能力の障害についても評価する」としており、これは責任能力そのものであるので、論理に混乱が見られる)。

(2)治療反応性として比較的高いハードルを設定している。