



Title	高度に危険な人格障害犯罪者に対する社会治療モデルの対応について
Author(s)	加藤, 久雄
Citation	国際公共政策研究. 2002, 6(2), p. 19-36
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/9445
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

高度に危険な人格障害犯罪者に対する 社会治療モデルの対応について

Dangerous Offender with Personality Disorders and Socialtherapeutic Treatment

加藤 久雄**

Hisao KATOH**

Abstract

The problem of offenders with personality disorder is very important and controversial for criminal policy and forensic psychiatry.

We are thinking that the personality disorder is untreatable and incurable. And this type of offender is guilty, because they have criminal responsibility. Therefore they have to be treated in the prison, but they have no chance to have the opportunity of treating in the psychiatric facility, because they have to work on the force-labor in the prison and we have no treatment-system against the offenders without the criminal responsibility.

From my empirical research I would like to stress that we have to introduce and set up the special legal system for dangerous offenders with the personality disorder or psychiatric problem, because we have no system of special medical treatment for these offenders.

We cannot overlook and accept a situation without a special legal system for dangerous patients, because we need to defend the human rights of patients as well as victims.

As a good legal model, I would like to present the German special legal system of the socialtherapy.

キーワード：危険な人格障害者、社会治療モデル、立法の不作为責任、刑事治療処分、死刑代替刑

Keywords : Dangerous Offender, Personality Disorder, Socialtherapy, Criminal Responsibility, Forensic Psychiatry

**慶應義塾大学 教授

[1] 問題の所在

わたしは、昨年6月8日の大阪池田小児童殺傷事件が起きる以前に(1)「責任主義の危機と刑事制裁二元制論について—触法精神障害者の刑事法上の処遇制度を中心として—」(西原春夫先生古稀論集・1998年)、(2)「『死刑存廃止論』の人的刑事政策論的再検討—代替刑による廃止か世論重視の存置か—」(宮澤浩一先生古稀論集・2000年)を、そして、事件後(3)「刑と処分の二元制論からみた『高度に危険な人格障害者』に対する刑事法上の対応について」(斎藤先生古稀論集・2002年刊予定)という3つの論文を書いた(それを一冊にまとめたものが拙著『人格障害犯罪者と社会治療』成文堂・2002年刊)。そこでは、ボーダーレスな現代民主主義社会のなかにあって、社会の構成員の価値観が多様化する中で、多くの社会制度や法律制度が改変され、国民生活のニーズに対応しているのに、刑法(1908年施行)と監獄法(1908年施行)のみが、明治時代から続く、死刑制度を含む「刑罰一元制」を維持している刑事政策の後進性を嘆くとともに、論理の必然として起きる人的法治国家を支える「責任主義」の形骸化現象とそれがもたらす当該関係者に対する人権保障機能や刑法の社会防衛機能の低下を招来すると警告した。と同時に、こういう混迷する現代社会だからこそ「罪刑法定主義」とともに「責任主義」の人的刑事政策的機能を維持することが、結局、被疑者・被告人の人権の確保とともに被害者の人権と社会の安全を確保していくことになるとの立場から94歳にもなった超高齢の現行刑法を改正して(もちろん、それにともない同年齢の「監獄法」や刑事訴訟法、少年法等の改正も必要)、「刑罰」制度の刑事政策的限界を補充しまたは代替する「刑事治療処分」制度を導入し、いわゆるドイツ型の「刑罰と刑事処分」による二元制型の刑事制裁制度が必要であることを提言した。けだし、現行刑法が、「高度に危険な触法精神障害者」が責任無能力や限定責任能力の状態でどんなに重大で凶悪な触法行為や犯罪行為を行った場合であっても刑事裁判官の命令による「刑事治療処分制度」や「特別精神病院収容命令制度」等を持たない、いわゆる「刑罰一元制」を立法時から一貫して維持したものであり、現代民主主義先進国のなかにあって全く例を見ない旧態依然とした応報的刑罰制度のみで重大犯罪から軽い犯罪に至るまで全ての犯罪行為を処理しているからである。

もちろん、現行刑法のこうした「刑と処分」といういわば車の両輪を持たない一輪車である「刑罰一元制」を補完すべく触法精神障害者に対する「措置入院」制度が1950(昭和25)年に制定された「精神衛生法」に規定され今日にいたっている。そして、現行「精神保健福祉法」の第29条にも、「自傷他害のおそれ」のある精神障害者を強制的に入院させることのできる「措置入院」制度がそのまま存置され、1964(昭和39)年のライシャワー駐日大使刺傷事件以来、その保安処分的性格がますます強化され今日に至っている。しかし、この制度は、

このように実質的機能の面ではたしかに触法精神障害者に対する「刑事治療処分」と類似の機能をもっているが、あくまでも都道府県知事の行政的裁量行為により運用されるものであり、従って刑事制裁の一種という法的性格・刑事政策的機能の面（例、社会防衛的機能）においても、裁判官の厳格な事実認定の結果下される司法判断・命令により運用される法的性格の面においても「刑事治療処分」制度とは全く異質のものであるという点をまず明確に認識する必要がある¹⁾。

さて、現行「明治」刑法が、明治初期までの「律令制度」から訣別するため、刑法沿革史総覧の詳述をまつまでもなく、旧ドイツ刑法から継受された法律であることは明らかである。それにもかかわらず、戦後ドイツの復興を支えた、「人間の尊厳」と「民主主義」の保障を基本原理とする「ボン基本法（憲法）」に支えられたドイツ刑法が、第1条の「罪刑法定主義」（犯罪なければ刑罰なし）、第46条の「責任主義」（責任なければ刑罰なし）、人権侵害防止のための刑法62条の「均衡の原則（Grundsatz der Verhältnismäßigkeit）」を規定し、それらが機能していることを十分に検討・研究もせず、明らかに歪曲した理解によるドイツ型の「保安処分」制度導入に反対する者による刑法改正阻止運動こそが、93年間にも亘り刑法の大改正もなく「立法の不作为」現象を招いてしまったと言っても決して過言ではない²⁾。

従って、今回のあの犯罪学史上未聞の極悪非道の池田小児童殺傷事件で、誰が見ても「立法の不作为責任」こそが問題であるのに、関係者の誰もがその責任を採ろうとせず、そればかりか、犯人が過去に措置入院歴があるので、あたかも措置入院制度の運用自体に問題があり、「措置入院を保安処分化」の方向で改正すれば（とくに、今回出された「政府」案の国公立精神病院の保安病院化構想は、まさに刑法改正を前提としない、その典型例であるので問題である）、刑法をあえて改正して「刑事治療処分」制度を導入しなくても触法患者の重大事件も大半が解決するのではないかという方向に問題のすり替えが行われようとしている。

わたしは、この池田小事件の犯人に代表されるような、何らかの形で「精神の障害」（人格障害や精神病質も含めて）に影響された者の違法行為が、その重大な原因になるような「精神の障害」状態の下に行われたものであるかどうかについて、きちっと「鑑定」して、一ド

1) この問題意識から書かれた、拙稿「現行措置入院制度による触法精神障害者処遇の現状と課題について—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中心に—」現代刑事法9月号2001年64頁以下を参照されたい。もし、精神保健福祉法の運用がこのまま漫然と続けば、ハンセン病訴訟と同様の問題が生じ、「立法者の不作为責任」が患者の人権と被害者の人権の双方を侵害することになり法治国家としての鼎の軽重を問われることになる。

同法の違憲性を論じたものに、拙稿「精神障害犯罪者の人権保護—リーガル・モデルかメディカル・モデルか—」西山詮編『精神障害者の強制治療』（金剛出版）1994年78頁以下所収。拙稿「触法行為を侵した精神障害者の治療と人権—措置入院制度の違憲性と刑事治療処分制度の導入について」臨床精神医学講座22巻1997年345頁以下がある。

2) 大阪池田小事件に対して、刑事法学者としての何の痛みもなく、相変わらず刑事治療処分制度の導入に反対し、「立法の不作为」を追認するものに、刑法学会理事長の村井敏邦教授の「どうする触法精神障害者と社会—責任能力」法学セミナー563号2001年24頁以下がある。また、同様の立場に立つものに、中山研一「触法精神障害者の対策論—精神科医の最近の論議の検討—」(1)(2)(3)(4)判例時報1753-1757号2001年3頁以下がある。この論文を一読すれば、「立法の不作为」責任者が誰であったか明らかであろう。

イツでは1998年の刑法改正以後は、すべての殺人事件について「鑑定」が義務づけられた—刑事裁判による「事実」の徹底的解明をするべきであると考えている。しかし、こうした制度的な問題とは切り離し、とにかく精神障害者の凶悪触法行為の問題を「措置入院」という行政処分に全て任せてきたところにこそ問題の争点があると言えよう。

「まったく何の罪もない人を殺した者」に、「精神の障害」により「責任」がないから何の刑事的制裁を加えられないという現行刑法は、あまりにも理不尽であり、被害者の人権や法的地位そして社会の安全や治安を無視した現代の法治国家では、その機能を果たしえない無用の法律であると言っても過言ではない。従って、こうした役に立たない刑罰制度論や特定のイデオロギーに左右された空虚な論議を繰り返す刑法学者等によって支えられつつ³⁾、精神保健福祉法が責任無能力者の触法行為をその措置入院制度で全て賄っていかうというレールが敷かれようとしている。正常な犯罪者には非人道的な死刑を選択し、凶悪な触法患者には無罪を言渡し人道を装うこれほど「偽の人道的法治国家」論をわたしは知らない。

こうした事態は、約30年にわたりドイツにおける「危険な人格障害犯罪者に対する社会治療モデル」について研究を続けている者として決して放置できるものでないのである。

本稿では、二度と再びあの大阪池田小事件のような残虐非道な事件が起きないように刑事制裁制度を構築していくためには、ドイツでは、同様の事件発生直後、迅速な刑法改正を行って、こうした重大犯罪に対応してきた状況を紹介しつつ、刑事法学者として、今何が出来、何を提案していくべきかについて、刑事政策的には最重点課題である「人格障害犯罪者の刑事責任能力とその社会治療処遇」という具体的テーマを中心に検討してみたい。

ところが、わが国の「人間学」を研究領域とする刑法学や精神医学の専門家である多くの論者たちは、時代的にも国際的にもわが国の触法精神障害者を取り巻く情勢が、もはや時代遅れの感があることに十分に気づいている。しかし、残念なことに、わが国の刑法学会、精神神経学会、法と精神医療学会等では、政治的信条には中立であるべき学会の場に特定の政治イデオロギーを持ち込んで、学問研究活動とは無縁の独特の選挙活動により、学会のヘゲモニーを支配してしまっているのが現状である。

ところで、本稿を捧げることになった、森本益之教授は、地に墜ちたとも言うべき学会の動向とは、常に距離を置かれその真摯な学問的立場を明確に貫いておられる数少ない研究者であられる。わたしは、大阪大学刑事法研究室や瀧川春雄先生の門下生の先輩としてだけでなく、学問の先輩としても森本教授を尊敬してきた。

3) 20年近く、わが現行刑法の母法であるドイツ刑法における責任主義や責任・責任能力論と刑事制裁の関係とその適用・運用状況—とくに「社会治療処遇」モデルについて—を中心に比較法的研究に携わってきた者としては、わが国における刑事法の専門家の一部に見られるこうした刑事政策論を無視した思弁的な刑法学の犯罪論を展開した論稿が一定の評価を得ているという状況を全く理解できないのである。また、同じロクシン刑法学を学びながら、ドイツ刑法学の現状を無視した犯罪論を展開するものに、浅田和成『刑事責任能力の研究』上巻(1983年)・下巻(1999年)(成文堂)がある。

森本教授が阪大を退職されると聞いて大変残念に思いつつ、ここに拙稿を捧げて日頃の学恩に感謝の意を表したい。また、母校の研究雑誌に寄稿を許されたことに関して大阪大学国際公共政策研究科の関係者の皆さんにも心から感謝申し上げたい。

〔2〕 日独における「人格障害」犯罪者に対する 刑事法上の取扱いの相違点について

（1） わが国における刑事精神鑑定と刑事責任能力に関する実態と問題点

〔1〕 起訴便宜主義の濫用と責任主義の危機

わが国の現行刑法は、1908（明治41）年に施行された極めて古いもので、従って、その9条は6種類の「刑罰」だけを規定し、「刑事処分」制度を規定していないのでボーダーレス化する現代社会の犯罪類型に対応した効果的な刑事政策を期待することはできない。例えば、ドイツ刑法61条以下の諸規定のように触法精神障害者を治療しながらその社会復帰と社会防衛の両目的をバランスよく達成しようとする「処分」思想等も具体化されていない。また、刑罰の種類にしても「死刑」を存置することで、犯罪者の社会復帰思想を真向から否定し、懲役刑、禁錮刑を残すことで自由刑の単一化がまだ行われていない。これは、19世紀から20世紀の前半にかけての行動科学の知見がまだ不十分であった時代のヨーロッパにおける応報的刑罰思想をそのまま体现した、まさに現代先進国の中でもまったく奇異な刑罰制度であり、およそ「犯罪者処遇の思想」の実現など制度的には全く不可能なものになっている⁴⁾。

ところが、刑法は、このように刑事治療・改善処分等の「処分制度」を規定していないにもかかわらず、その39条の1項では「心神喪失」を、その2項では「心神耗弱」を規定し、触法精神障害者が責任無能力の場合には「無罪」を言い渡すことを義務づけ、限定責任能力の場合には必要的に「刑の減輕」をすることを要求しているにもかかわらず、その措置に対応する「受け皿」を用意しないという立法政策上の重大な矛盾を犯している。つまり、裁判官による刑の量定は、刑法38条、39条、41条等を根拠に、いわゆる「責任主義」に基づいて行われている。しかし、刑法は、刑罰に代替し、それを補充する「刑事治療処分制度」を規定していないので、刑法各規定に触れる行為を行った者であることが明らかで「無罪」、或いは「不起訴処分」になった触法精神障害者を、また、「刑の減輕」を受けた精神障害受刑者を刑事法的に適切に社会復帰に向けて「治療的」・「改善的」かつ「社会防衛的」に取扱う制度的「受け皿」がないのである。

ここに責任主義に基づく犯罪論、つまり「責任なければ犯罪も刑罰もなし」という犯罪体

4) 死刑廃止後の代替的刑事政策として、治療・改善処分の導入を主張したものに、拙稿「死刑の代替刑について」現代刑事法25号2001年48頁以下参照。

系論と、責任評価を受けた犯罪者にどのような刑事制裁を科せばその者の再犯の危険性を回避しつつ、社会復帰させ、もって犯罪を予防し社会を防衛することが出来るのか、という刑罰論、制裁論、処遇論との間の刑事政策的な理論的・制度的架橋が存在していないのである。もちろん、こうした刑法上の刑罰制度の実態とは別に、医療刑務所や医療少年院の技官や各刑務所の分類課、教育課、作業課等刑事司法実務家のそれぞれの現場での努力により、行動科学の諸成果が、鑑定制度等により刑事手続きや犯罪者分類制度等により刑罰の執行過程に活かされて、国連原則をクリアしつつ、現行の刑罰制度が運用されていることを看過してはならない。だからこそ、わたしは、こうした実務家の努力と実績を立法にいかすべく早急に「刑法」「監獄法」の改正が必要であると強く主張しているのである。

わたしは、かつて精神障害者による触法行為の不起訴率が約90%にも達している、いわば異常な起訴便宜主義の運用状況を指摘して、「わが国の『責任能力』判断の舞台は、『裁判所』から『検察庁』へ移行したといっても過言ではない状況になっているといえよう。」⁵⁾と指摘したことがある。しかも、わが国の刑事裁判における有罪率は殆ど100%に近い状況である。また、刑法39条の1項と2項では、依然として、医学用語にはない「心神喪失」・「心神耗弱」という法律用語で「責任無能力」・「限定責任能力」状態を表現している。しかもドイツ刑法の列举主義とは対照的に、極めて包括的規定になっており、その具体的解釈は、裁判官に全面的に任されているのである。つまり、判例によれば、「心神喪失」・「心神耗弱」は法律上の概念であり、裁判官の司法判断でその存否が決められるのである。また、その存否判断は、精神医学的（生物学的）要素と規範的（心理学的）要素の二方面からの、いわゆる混合的方法で行われるが、精神医学的（生物学的）要素に関しては、「行為時」の「精神の障害」の存否と当該「行為」との因果関係（責任と行為の同時存在の原則：これは責任主義の要請である）の存否の判断については鑑定医の意見を参酌した上、裁判官により行われる。そして、規範的（心理的）要素、つまり、是非善悪の弁別能力や行為を統御する能力（他行為可能性）の存否の判断も精神医学的要素の存否と程度を勘案しつつ裁判官により行われる。

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」という見解を否定した（昭和59<1984>年7月3日・刑集38巻8号2783頁以下）。これにより、わが国では、ドイツなどで承認されている、責任能力判断をめぐる裁判官と鑑定人との間にあると言われる「了解事項（Konvention）」—例えば、精神分裂病は原則として「責任無能力」という両者間の合意—等の一定のルールは裁判実務に活かされていないということが、改めて確認されたものになったのである⁶⁾。

5) 加藤「『精神障害』犯罪者に対する起訴猶予処分の再検討」法と精神医療6号1993年28頁以下。

6) これにつき詳しくは、拙稿「刑事学の立場から—日独刑事精神鑑定の比較を中心にして—」こころの科学（日本評

[2] いわゆる連続幼女誘拐殺害事件判決をめぐって

それでは、本稿のテーマである「高度に危険な『人格障害犯罪者』」の具体的事例として連続幼女誘拐殺害事件のM被告人のケースを、「刑と処分」の二元制導入論の立場から検討してみることとする。

この事例は、僅か一年足らずの間に幼女4人を連続的に誘拐して殺害するなどした被告人に対し、東京地裁は完全責任能力を認め死刑を言い渡し、控訴審でも原審の「死刑」が維持され、現在、上告審で審理中のものである。

この事件では、被告人の責任能力に関する4つの精神鑑定が提出されている。

(1) 捜査段階において実施された簡易鑑定：

精神分裂病の可能性を全く否定せず、現在の段階では人格障害の範囲とする。

(2) 検察官及び弁護人の請求に基づき平成2年12月20日に選任された保崎鑑定人ら6名による精神鑑定（保崎ら共同鑑定）⁷⁾：

被告人は本件各犯行時、極端な性格的偏り（人格障害）はあったが、精神分裂病を含む精神病様状態にはなかったとする。

(3) 弁護人の請求に基づき平成4年12月18日に選任された内沼・関根両鑑定人による精神鑑定（内沼・関根両鑑定）⁸⁾：

被告人は犯行時、手の奇型をめぐり人格発達の重篤な障害のもとに敏感関係妄想に続く人格反応性の妄想発展を背景にし、祖父死亡を契機に離人症及びヒステリー性解離症状を主体とする反応性精神病を呈していたとする。

(4) (3)と同日に選任された中安鑑定人による精神鑑定（中安鑑定）⁹⁾：

被告人は、本件各犯行時、精神分裂病（破瓜病）に罹患していたとする。

以上の4つの精神鑑定が提出されたが、裁判所は、(3)の内沼・関根両鑑定は、犯行時と捜査段階での被告人の精神状態を同列に扱い正当ではないとして、採用を拒否して、(2)の保崎ら共同鑑定と(4)中安鑑定の2つを採用して被告人の責任能力を検討している。本件の被告人は、保崎教授らの主張する「人格障害犯罪者」という鑑定結果が採用され、結局、死刑が言い渡されたのである。

さて、この連続幼女殺人事件の判決から学ぶことは、(a)相当に重篤な人格障害者にも、完全責任能力を理由に死刑が宣告される得ること、(b)単独犯と集団犯（例、名古屋高裁の「アベック殺人事件判決＜一審「死刑」から控訴審「無期懲役刑」への減軽＞¹⁰⁾）では責任の評

論社）1997年29頁以下。

7) 東京地裁平9年4月14日判例時報1609号66頁以下。

8) 中安信夫『宮崎勤精神鑑定書別冊・中安信夫鑑定人の意見』星和書店2001年。

9) 内沼幸雄・関根義夫「連続幼女殺人事件」福島章編著『現代の精神鑑定』金子書房1999年517頁以下。

10) 名古屋高裁平8年12月16日判例時報1595号38頁以下。

価に差があるのではないかという疑問がある。単独犯は、個別行為責任主義に馴染みやすいし、その凶悪性や危険性の評価も、集団力学が働く集団犯罪の中の個別責任の評価より単純で容易であるように思われる。(c)司法前鑑定でも宣誓さえすれば、証拠になりうる。しかし、3つの本鑑定が、ことごとく否定され、被告人に不利な(人格障害=責任能力有り=死刑)司法前鑑定が採用されたことは、「疑わしきは被告人の利益に」という人道的刑事政策論的視点からは必ずしも容認できるものではない。しかもこの被告人の場合には、再犯の危険性は殆どないといってもいいであろう。(d)もし、(c)との関係で、判決確定後の「受入れ体制・施設」が不十分あることが、死刑選択の条件であるとすれば、その責任はむしろ立法者側にあるので、その意味でも「死刑の選択」は不当であると言わざるを得ないのである。

そこで以下では、わが現行刑法の下では、こうした「高度に危険な『人格障害犯罪者』」に対する刑事法的対応」としては、「死刑」を持って対応するより方法がないという現状を打破するためにも、同様の事件に対してドイツは、「刑と処分」の二元制モデルにより極めて合理的・人道的刑事政策的対応をして効果をあげているので、その現状を紹介して、そこから何を学ぶことができるのかについて検討していきたい。

(2) ドイツにおける刑事精神鑑定と刑事責任能力規定の運用の実態とその問題点

[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減軽とされた場合でも、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(Maßregelvollzugsgesetz)」や「収容法(Unterbringungsgesetz)」により適切に運用され、責任主義の原理や均衡の原則(「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] ドイツにおける「刑事責任能力」の規定運用の実態

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条に列举された事由の一

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（法律上の特別減輕事由）に従ってその刑を減輕することができる」（裁量的減輕）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)根深い意識障害 (tiefgreifende Bewußtseinsstörung)、(3)精神薄弱 (Schwachsinn：精神医学では、精神遲滯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作業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」を同一に扱い、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変性」—「精神病質 (Psychopath)」、「人格障害 (Persönlichkeitsstörung)」、「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¹¹⁾。

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126 a 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」)

11) 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。

↓→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246 a 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年以下）

さて、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、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「ダムの決壊」現象が生じると批判していた¹²⁾。

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「受け皿」としての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（刑63条）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「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必要的に「刑事制裁」としての「治療・改善処分」が言い渡されることになるのである。

12) Rasch, W., Die Psychiatrisch/Psychologische Beurteilung der sog. schweren anderen seelischen Abartigkeiten, Stv, 1991 S. 126ff.

[3] ドイツ刑法における治療・改善処分制度の実態と問題点

(1) 治療・改善処分の適用と責任主義の原理や均衡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1条の「罪刑法定主義」や46条の「責任主義」、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や収容法により適切に運用され、責任主義の原理や比例性の原則が機能しているのである。

つまり、ドイツ刑法の刑事治療・改善処分は、(行為者)個人の責任に基づく刑罰とは違って、その者の「将来の再犯の危険性」を根拠に科せられるところに特徴がある。

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¹³⁾。

すなわち、それらは、(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（この場合収容期間は、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。

(a) 精神病院収容処分（63条）

この精神病院収容処分（注：これが筆者がいう「刑事治療処分」である）は、「被告人が、その行為の時に、精神病か精神障害かの理由でその責任能力が全く無いか又は著しく減弱している状態で刑法に触れる行為を行った場合で、かつその者の精神症状を強制的に治療しなければ、将来再び重大な犯罪を惹起することが予測できるような時には、(刑事)裁判所は、この処分を命じなければならない」とする制度である。

さて、この（司法精神科）治療処分は、犯罪者の改善・更生と社会の安全・秩序の維持と

13) この部分は、Norbert, N., Maßregeln der Besserung und Sicherung in Deutschland, 1998. という上智大学での講演原稿を参照した。

いう2つの(刑事政策的)目的をもっている。その収容期間は、治療が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、薬物療法等でうまく行けば、数年で仮退院となるが、犯した触法行為が重大であれば、無期限の特別保護観察制度である「行状監督」制度下に置かれ、外来通院が義務づけられる。

(b) 禁絶施設収容処分(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が、まだ、その依存症(中毒症状)が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。

(c) 保安監置施設収容処分(66条)

更に、第3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、特別重大なケースの場合には、原則として無期限(例、テロリスト)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の処遇が義務づけられることになった¹⁴⁾。

この改正に対してネドビル教授は、「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、

14) ドイツ刑法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が予測されるときは、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。鑑定人が、まだ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。行刑法9条は、従来、収容者と施設長の双方の同意を前提に収容できる(kann)から、性犯罪者と危険な犯罪者で2以上の有期自由刑を言い渡された者は、その者の同意は必要なく、原則として社会治療施設へ収容すべき(ist)であると改正され、2002年12月31日からは必要的(soll)規定になる。Vgl. Feest, Johannes (Hrsg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (AK-StVollzG), 4. Aufl. 2000, S. 82.

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¹⁵⁾。

〔4〕 処分執行からの釈放—行状監督の必要的付加—触法精神障害者に対する司法精神医学的外来治療の発展

精神病院収容処分（刑法63条）と禁絶施設収容処分（刑法64条）に付された者が仮退院する時には、必要的に「行状監督」という特別の保護観察に付される。また、例えば、性犯罪者や放火等の一定の犯罪で有罪の言渡しを受けた者にも刑罰に付加する形で行状監督を命ずることができる。

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（Bewährungshelfer）（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、1998年の刑法改正により、裁判所は無期限にこれを付加することができるとした。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ができる。その場合には、裁判所は新たに治療（例えば、神経弛緩剤の投与（neuroleptische Depotbehandlung）、Androcure 療法等）を命ずることができる。

最近のドイツでは、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・イスベルナーによれば、司法精神科の外来治療は、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、頻繁に危機介入をすることが必要である。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、寛解させたりできるかとか、患者の高度な危険性を減弱・低下させるかということに関して、すでに実施されてきたものである¹⁶⁾。

15) 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—ミュンヘン大学ネドビ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。

16) Müller-Isberner, R., Rohdich, R. und Gonzalez Cabeza, S., Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie, BewHi 3/1997, S. 272-297.

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)治療者の継続性、(6)危機介入の可能性、等である。

[5] 改善・保安処分による収容者数の実態

1999年の精神病院収容者数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、もっぱら再犯の危険性予測のみにかかっている。刑法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、釈放条件として全ての危険性が排除されると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依頼件数が、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年以来ほとんど全ての州で短縮されている。ニーダザクセン州では、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と言われている。

さて、今年、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ので若干紹介しておきたい（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%、身体傷害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2人が被害者等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、上述のような「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・厳罪化（死刑は廃止されている）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10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、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。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年前に仮出所していた」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1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、2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¹⁷⁾。

1998年に訪ねたヴィースバーデンにある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¹⁸⁾。

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)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¹⁹⁾。

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充分な教育を受けた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²⁰⁾。

17) 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」ジュリスト1997年2月1日号・No.1105・1997年120頁。

18) 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。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ドラステックに改正されるとともに、必要的に精神科医がかかわるものとされた。

19) これにつき詳細は、拙稿「『処遇困難者』の処遇—欧米における5つの特殊病院(施設)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。シュトラウビ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・モデル等について加藤『ボーダーレス時代の刑事政策』有斐閣・1997年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)。

〔4〕 むすびにかえて

—司法精神医学教育システムの早期確立の必要性—

以上、わが国における「高度に危険な人格障害犯罪者に対する」立法の必要性につき、ドイツの刑法を紹介しながら論じてきた。紙数も尽きたので、最後に、「司法精神医学教育システムの早期確立の必要性」を強調しておきたい。けだし、どんなに立派な法律や制度が出来ても、それを運用する専門家の確保がなければ、画餅に帰すことになるからである。最後に、最近、慶應義塾で講演された、ミュンヘン大学司法精神医学ネドピル教授の次の言葉は、医学、法学に限らず、およそ専門家として社会に貢献する者に課せられた重い貴重な教訓なので、それを引用しわたしの結びの言葉に代えたい。

「ドイツにおいても同様に、世論やマスコミの司法精神医学者やそれを標榜する者への批判は、全く情け容赦のない偏見に満ちたものであります。その場合、司法精神科医は、そうした世論に屈したり、医学の大原則や、専門家としての本分に反するような政治的決断の手先になってしまう危険に陥りやすいものです。こうした心ない批判や偏見に耐えるためにも、まさに、精神科医として、一人の人間としてできることの限界を率直に明らかにしていくことと、自らは、全能ではないということを自省してその限界を超えないという、司法精神科医としての特別の謙虚さと確固とした信念が要求されているのです。」

20) 林幸司、藤丸靖明、松田盛雄「性犯罪者の治療—矯正の果たす役割(2)」矯正医学49巻2-4号合併号(2001年)1頁以下。