

第33回
東京地方裁判所委員会
(平成26年10月2日開催)

東京地方裁判所委員会（第33回）議事概要

（東京地方裁判所委員会事務局）

第1 日時

平成26年10月2日（木）15:00～17:00

第2 場所

東京地方裁判所第1会議室

第3 出席者

（委員） 阿部 潤，荒井 勉，大沢陽一郎，大野正隆，岡田ヒロミ，門田美知子，
合田悦三，小林克信，白井幸夫，高橋順一，南波 洋，浜 秀樹，
平井裕子，平野治夫，松下淳一，森本和明，由岐和広，吉森裕次

（事務局） 東京地裁民事首席書記官，同刑事首席書記官，同事務局長，
同総務課課長補佐，同総務課庶務第一係長，東京簡裁事務部長
（プレゼンター）

東京地裁裁判官 芦 澤 政 治

第4 講演及び議題

- 1 被害者支援都民センターの被害者支援事業について（法曹以外の外部委員による講演）
- 2 医療観察制度等について（議題）

第5 配布資料

- ・被害者支援都民センターの活動状況等に関するレジュメ
- ・「医療観察制度等について」と題するレジュメ

第6 議事

- 1 開会
- 2 新任委員の紹介（白井委員，吉森委員）
- 3 法曹以外の外部委員による講演等

【発言者の表示＝◎：委員長，○：委員，●：裁判所委員，■：講演者】

講演担当の外部委員から被害者支援都民センターの被害者支援事業に関する資料DVDの上映及び同センターの活動状況や直接支援を通じ，被害者やその家族等から聞かれた裁判所での感想や要望等につき，講演が行われた後，以下のとおり質疑応答があった。

- 実際に被害者にどのように声かけをすればいいのかというのは，非常に難しい問題であり，慰めるつもりでいった言葉が逆に相手を傷つけることにならないかと躊躇

躊躇してしまうこともある。また、このような被害者支援の活動は、被害者にとっては心の拠りどころとなっていると思うので、もっと多くの方々に活動内容を知ってもらいたいと思うし、被害者支援都民センターとしても広報活動に力を入れて取り組んでいただければと思う。

- 被害者にどのように声かけすればいいのかというのは、全くそのとおりである。ケースによるとは思うが、ある程度まで心の傷が回復するまでは、専門家に任せるというのも一つの方法ではないかと思う。また、広報活動に関しては、平成22年頃に被害者支援事業に関して三千人程度を対象にした簡単なアンケートが実施されたことがあり、その結果が全国紙に掲載されたことがあった。結果としては、被害者支援を支える法律の存在を知っている人の割合が10数パーセント、各都道府県に相談窓口が設置されていることを知っている人の割合が約5パーセントと非常に認知度の低いものであった。そのため、キャンペーンを行ったり、電車の中吊りにポスターを貼ったりということもしたが、犯罪被害の実体験がない人の目に留まるというものでもないので、広報活動としては難しいところがあるが、それでも最近では当センターへの相談件数が増えているところからすれば、少しずつではあるが、認知度も高まってきているものとは実感している。

- 東京地検では、総務部に被害者支援室を設けて、検察庁に来られる被害者の支援を行っている。その中で被害者への精神的ケア、裁判傍聴及び証人出廷に際して、付き添いを必要とされる方に関しては、まさに被害者支援都民センターに協力を依頼して付添人の派遣を依頼するなど協力をいただいている。都民センターには非常に熱心に被害者支援に取り組んでいただき、なかなか検察事務官ではできないような専門的できめ細やかな対応も行っていただいているので、これからも連携を強くして協力をお願いしていきたい。これまでも被害者支援に関しては、個々の検察官が対応をする中で、不親切ではなかったか、被害者の思いとは逆のことをしていなかったかなどの心配もあった。また、被害者支援室として活動をするようになった現在においてもそれは同様であり、どのような対応が適切なのかを模索している段階でもあるので、個別のお願いにはなるが、ぜひ相談員の方が把握している被害者の検察に対する御意見や御要望等も伺って、対応を検討していきたいとあらためて思った次第である。

- 警視庁被害者支援室としても、被害者支援都民センターや検察庁と連携して犯罪

被害者の支援にあたっていきたい。

- ◎ 弁護士委員の方々は、被害者の立場にも、その逆の立場にも立つ経験があると思うが、何か御意見等はあるか。
- 弁護士会にも被害者等からの電話相談が非常に多く寄せられており、内部の委員会活動もかなり活発に行われている。弁護士会としては、被告人側及び被害者側の双方の立場からの相談に応じる必要があり、関係機関の中では一番微妙な立場であるかもしれないが、両方の立場を踏まえて弁護士会としても努力をしているところであり、私も関係機関は互いに連携を深めていった方がいいと考えているので、先ほど別の委員が仰ったとおり、被害者が何を望んでいるのか。自立支援という形になると思うが、検討していくきっかけとなればと考えている。
- 詐欺等の経済的な被害を受けた被害者についても、被害者支援都民センターでの支援対象者となるのか。特に高齢者にとっては、騙されたということが大きなトラウマとなってしまう、それに対して、家族を含めて何も支援をすることができないというのが現状であると思うが、いかがか。
- 経済的な支援というのは行っていないが、その被害が犯罪によるものであり、これが原因で社会的な営みができなくなってしまったということであれば、当センターでの支援の対象となる。実際に振り込め詐欺にあったお年寄りの方で、息子さんから「詐欺には気をつけるように」と言われていたにも関わらず、被害に遭ったということで、叱責され、心が傷ついて社会復帰できなくなってしまったというケースについて、当センターで支援を行ったという例もある。また、場合によっては、犯罪被害者等給付金の交付を受けることができるので、その申請手続きの補助等も行っている。
- ◎ 裁判所に対する御意見も多数いただいているが、その点について、裁判所側からの御意見はあるか。
- 先ほどのDVDの中にもあったが、裁判所としては、犯罪被害者等基本法及びそれに先立って整備された刑事手続における犯罪被害者のための制度に基づいた取扱いに努めてはいるものの、他方で被害者の方の心中は、人によって様々ということもあるので、判で押ししたような対応をしておけばいいという問題ではない人々ということも承知している。ただし、被害者の立場を尊重するのが、裁判所の責務であることは認識しつつも、他方において、裁判所としては「自分は犯人ではない。」

と主張する被告人がいれば、その立場も尊重せねばならない。中立の立場で有罪・無罪を判断せねばならないという観点から、被告人との関係も考慮しながら対応を検討せねばならないと考えている。いずれにおいても、このような御意見があるということは、刑事部内の会議の場において、報告させていただいて、それぞれの要請を踏まえながら議論を深めていきたいと思う。

4 議題「医療観察制度等について」

【発言者の表示=◎：委員長，○：委員，●：裁判所委員，■：プレゼンター】

プレゼンターによる医療観察制度等についての説明が行われた後、以下のとおり質疑応答があった。

- 被告人が心神耗弱で減刑され有罪となり、懲役又は禁錮の実刑となった場合には、検察官による入通院の申立てはされないという理解でよろしいか。
- そのとおりである。ただし、懲役又は禁錮の実刑で、執行すべき刑期のない者、つまり未決勾留日数が全て算入された者については、判決確定後に検察官から入通院の申立てがされ得ることになる。
- ということは、懲役又は禁錮の実刑執行となる場合には、入通院の必要性については検討されないということか。
- その点については、立法段階で検討されたところであるが、医療観察そのものが、対象者にとっては、一つの矯正手続でもあるので、刑罰を受けた人に更に矯正を科すのかという議論になったと理解している。
- これは刑務所に入った場合には、刑務所の中での処遇の一つとして、精神医療的な処遇も行っているので、場合によっては医療刑務所というのもあるので、そこでの処遇もあり得るという理解ではないか。
- 退院をして通院をするとなった後にも、再度入院となることはあるのか。
- あり得る。本日はそこまでの説明は省かせていただいたが、再入院の申立てという手続がある。医療観察の入通院の申立ては、検察官のみが行うと説明をしたが、再入院の場合には、保護観察所の方から、何かそこで事件を起こした場合や通院すべきことになっているにもかかわらず、通院しなくなったという場合などに、再入院の申立てができる制度になっている。基本的には、入口としての入通院の申立てと同じ審理をすることになるが、鑑定期間が1ヶ月と短くなる点が異なっている。
- ◎ 昨年は、再入院の申立ては何件あったのか。

- 最高裁のホームページに掲載されている統計資料によれば、全国で9件、東京地裁では1件である。
- 入通院を行う病院を決める基準というものはあるのか。
- 裁判所が決めるものではないが、こちらとしては対象者の居住地に近い病院の方が良いと考えている。特に保護者の方が精力的に支援しようしている対象者については、できる限り居住地に近い病院が良いとは考えているが、どうしても病床の空き状況に左右されるところもあるので、入院となる場合には、予め病床の空き状況を把握するように努めている。そして、例えば1ヶ月くらい先でないとならば近くの病床が空かないという場合には、審判期日を調整したり、決定時期を調整するなどして、病床の空きタイミングに合わせて入院決定ができるような配慮を行ったりもしている。
- 医療観察の手続とは若干離れた話となるが、心神喪失と心神耗弱というのは、言葉の違いとしては理解をしているが、実際に被告人らをどのように鑑定しているのか。最近、被告人らが心神に障害があるように装っているような例が散見されるが、このような場合に裁判員裁判において、どのように審理を進めているのか。
- 正に裁判員裁判において、刑事責任能力が争われたときの審理の方法については、かなり難しい問題とされ、裁判員裁判が始まる前の段階から研究が進められてきたところである。裁判員裁判が始まる前には、鑑定人に鑑定書を作成してもらい、その鑑定書が証拠として採用できるかどうかを、鑑定人を証人として呼んで、法廷で審理して、採用できることになったときには、鑑定書が証拠として調べられて提出され、それを裁判官が隅から隅まで読み込んで、刑事責任能力の有無について判断するという手順を踏んでいたが、裁判員裁判ではとてもそのようなことはできない。そこで、鑑定人には、法廷で裁判員の前で、分かりやすいようにプレゼン方式で、時間にして20分とか、30分程度で要点だけを説明してもらい、その後、検察官と弁護人に必要な範囲で質問をしてもらおうというようにしている。先ほど委員が仰ったように、被告人が詐病をするのではないかというのは、以前の裁判官裁判時代からの問題であるが、詐病であるかどうかをどのように見抜くかというのは、とても難しい問題である。特に精神科の先生は患者さんと接するときには、患者さんが言っていることは100パーセント正しいと思って接するというのが基本的なスタンスであって、詐病かどうかを見抜く訓練はあまりされていなかったようである。しかし、現在では、精神科の先生と法曹三者が集まって研究会を実施していく中で、精神科の先生方も、かなり詐病

について関心を深めるようになっており、様々な心理検査の中で詐病の場合には、このようなデータが出やすいなどといった例を研究会の中で挙げられる先生もいて、精神科の先生方と法曹三者の中でその知識を共有するようなこともある。したがって、以前と比較すれば、ある程度その点の共通認識を持つようになってきている。

○ 判決で無罪と確定したものについても、入通院の審理をするときには事実の争いについても審理を行うのか。

■ 対象者が対象行為を行ったかどうかを判断して却下できるのは、心神喪失等を理由として、不起訴処分となった後に入通院の申立てがあったという場合に限られる。質問の例では、既に刑事裁判で事実認定がされているので、それをあらためて医療観察の裁判官が、判断をして覆すということまでは法律は想定していない。

○ この手続による医療を終了した後に、再度、犯罪行為をしてしまったという統計資料はあるのか。

■ そのような統計資料は、私の方では把握していない。

○ 説明の中で事件数が増えて、医療観察を担当する部も増えたという趣旨の説明があったが、全国的に入通院の申立てが増えているということか。

■ 2, 3年前に都内に新しい病棟が建設され、病床数が増えたことに伴い、各地で入院決定を受けた対象者が都内で入院をするようになった。これに伴い、東京に入院している対象者の入院継続の判断は東京地裁で行うということになるため、入院継続の申立てが増え、担当部も増えたという経緯である。したがって、全国的に入通院の申立てが増加傾向にあるとか、減少傾向にあるとかということではない。

● 本日、配付した裁判所データブックの70頁の統計資料によれば、入通院の申立件数は、平成19年に250件程度になって、そこから平成21年は少し減っているが、それ以降は250件前後で大きな増減もなく推移している。入院継続の申立件数が増えているというのは、先ほども説明があったように、各都道府県に1ヶ所は対象者を受入可能な病院が整備されるようになり、全国的にも病床数が増えているからである。データブックによれば、以前は500件、600件だったのが、平成25年には1036件に増加しているのは、そのような理由からである。

■ 制度開始当初である、平成17年、18年は手探り状態ということもあって、事件数もあまり多くはなかったが、それ以降、制度が軌道に乗ってからは、あまり変わっていないというのが統計にも表れている。

- 対象者の年代や性別による傾向はあるのか。
- 特に際立って、年代や性別による傾向があるという印象はない。
- ◎ 性別的な傾向もないのか。
- 確かに対象者は男性の方が多いが、元々刑事裁判の被告人も男性の方が圧倒的に多いので、医療観察だからということが理由ではないと思う。ただし、医療観察に回ってくる事件は、家族内で他害行為を働いたという事件が多いという印象があって、それは検察官が被疑者を心神耗弱と判断した場合には、家族間の被害感情を考慮して、起訴をしないという選択をする可能性がやや高まるからではないかという印象を持っている。
- 入院期間は最長でどのくらいなのか。
- 公表されている統計資料はないが、今年の2月に司法研修所で裁判官が集まって研究会を実施した際に長期入院者の処遇が問題として取り上げられた。具体的には、7～8年を超える入院をさせることは問題ではないかという意見が出たが、研究会ではそれだけ長期の入院をさせた例はみられなかった。しかし、現実問題として、入院が長期化している対象者については治療反応性があるのかという点について判断が難しく、例えば、5、6年入院している対象者については、入院治療を止めてしまうと問題が生ずるので、それを防ぐために一定の状態を維持するためだけに治療を続けることになりがちで、そのような場合にも治療反応性ありといえるのかという点は、制度ができる前から問題となっていたところである。現在の解釈としては、治療をすることによって、症状を抑えられるのであれば、それも治療反応性があるという理解にはなっているが、それが長年続いていくと、その先どうなるのだろうかという問題がある。そこで、長期入院の対象者について、その処遇を判断する際には、裁判官、審判員だけでなく、入院している病院の関係者や社会復帰調整官らも呼んで、カンファレンスを実施して退院後の受入先の検討を行うが、病状によっては、なかなか通院による受け入れを望まない病院も多くて話が進まないことがある。そこで、純然たる通院とはしないで、精神保健福祉法の入院を抱き合わせにするという方法も一部では採られている。医療観察からは入院の対象者とはせず、通院の対象者とするが、実際は精神保健福祉法の入院をしているという状態であれば、対象者にとっても、医療観察による入院ほどの負担がない状態となるので、その後そこから退院をさせようという方法である。

- 実際に社会復帰調整官から話を伺ったところでは、通院先医療機関を確保するとき、地域としても、或いは家族自身が退院を望まないという例もあるということなので、なかなか難しい問題であると受け止めている。
- 私はこの制度を作るときに関わっていたことがあるが、最初に理念が問題となった。この制度は将来重大な犯罪をやってしまうかもしれないような人を世の中から隔離するための制度ではないというところが出発点となっている。そのような人を世の中に置いておけば、新たな被害者も生まれるかもしれなくて、それは本人とっても不幸なことであるところ、その本人に医療の措置を講じ、それで本人が良くなれば、新たな被害者も出ないし、本人もそんなことをしなくて済む。つまり医療をすることで良くなる可能性があるということが前提なのであって、そうであれば、本人の自由を拘束してまで医療を与えても、本人にも、世の中にもメリットがあるから、この制度に正当性があるという話になる。逆に治る可能性がないということなのであれば、それでは単に拘束するだけに過ぎないのだから、そこに正当性はなくて許されないということになる。だから、5年も6年も入院していると、一体それで治療反応性があるといえるのかという問題になってくるが、実際には社会に戻すとか戻さないとかという問題があって、その橋渡しとか、繋ぎの部分においては、既存の制度などを活用してやろうとしているけれども、なかなか思うようにいかなくて大変だというのが現状である。だからといって、根本的な理念の部分をずらしてしまって、対象者の隔離ということになれば、本人の人権に関わる問題なので、当初の理念というのを押えておかねばならない。
- 入院期間を問題と考えているのは、正に今の説明が出発点となっている。ただ治せばいいのだということであれば、何年入院させてもいいのではないかという話になるが、社会復帰を目指しているのに長期間入院させるというのはおかしいのではないかというのが、常に我々に突きつけられている問題であると認識しながら審理を行っている。
- 医療機関側が通院を嫌がるというのは、負担が大きいというか、強制措置の一環であるというところがあるのか。
- 指定通院医療機関の確保が大変だということがあり、また、そのような通院患者を受け入れると何か問題を起こすのではないか、医療観察に限らず、精神障害の方の受入先としては、色々な苦勞をした事例を持っているので、このような人は避けたいと

いう意見を持っている病院がある。

- 医療観察の裁判体としては、精神保健審判員として精神科医1名が参加するというのは、何か理由があるのか。
- 裁判官1名と精神保健審判員として精神科医1名とで合議体を構成すると法律で定められている。
- 医療的な見解を必要とする専門的な判断は、裁判官だけでは難しいので、精神科医にも加わってもらわなければならないし、対象者の自由を拘束するという医療の判断を超える部分については、裁判所の判断が求められるところでもあるので、それぞれの分野を補いながらバランスの取れた判断を行っていくために、双方の数を同じにしようというのが法律の設計思想である。
- 2人の合議なので、多数決があり得ず、結論を出すには意見の一致しかないということになる。
- 精神鑑定で白黒を付けるのは難しいことだと思うので、医療者が2人いた方が逆にバランスが取れるのではないか。
- 入院決定に際して行うカンファレンスでは、精神保健審判員である精神科医と、実際に鑑定を行った精神科医とが同席して、医学的な問題についての議論をするという場面もあり、一方の医学的見地だけではなくて、双方の医学的見地を聞くということにより深めた判断ができる。
- ◎ 判断に迷う悩ましいケースというのも多いのではないか。
- そのとおりである。精神科医双方の結論が異なるという場面も多々あって、その場合には裁判官が、どこで結論が異なってくるのかという分岐点を探していくことになる。例えば、最初に対象者がどのような症状を示していたのかという把握が違っているのだとすれば、最初の事実認定に係る部分の食い違いであるので、裁判官も入って行って、どこからそのような認定になったのかという議論を行っていく。それから、最初の症状の把握のところは一致しているが、症状の医学的な理解が問題になることがある。その判断の手法については、アメリカで行われているDSM-IVという判断基準を採っている精神科医もいれば、WHOのICD-10という基準を採っている精神科医もいるので、そこで食い違いが生じるということもある。そうするとDSM-IVとICD-10というのが、どのような成り立ちかというところを裁判官が聞くこともある。一番問題となるのは、入院まで必要か、通院で足りるかという見通しの

部分であり、その時には、可能ならば強制的な入院は避けたいので、一方の精神科医が通院で足りるということであれば、カンファレンスの場において、入院が必要との見解を示す精神科医に、どのような観点から必要なかということをよく聞き出すようにしている。

第7 次回のテーマについて

以上の議事に引き続いて、次回のテーマについて意見交換が行われ、法曹以外の委員の立場から、地方裁判所の運営に関する意見、提案のプレゼンテーションを行っていただくこと、並びに委員から現代型の民事事件に対する対応についてをテーマとして取り上げたい旨の意見が出されたことから、これを踏まえて検討した結果、第34回は「インターネットに関する民事事件の状況」をテーマとすることになった。

第8 次回の開催期日について

次回の開催期日は、2月5日（木）とする。