第３９回岡山地方裁判所委員会議事概要

１　開催期日

平成２９年６月２７日（火）午後３時

２　開催場所

裁判所大会議室

３　出席者

別紙第１のとおり

４　議事等

（１）　前々回のテーマ（裁判員制度の現状と課題について）を踏まえた裁判所の取組事項について

別紙第２のとおり

（２）　今回のテーマ（医療観察制度について）に関する意見交換

別紙第２のとおり

（３）　次回のテーマに関する意見交換

別紙第３のとおり

（４）　次回期日

平成２９年１１月８日（水）午後３時

（別紙第１）

出席者

委員　岡　田　雅　夫

同　　鬼　澤　友　直

同　　小　浦　美　保

同　　斎　藤　寛　司

同　　佐　藤　正　明

同　　柴　田　　真

同　　高　見　宣　哉

同　　寺　田　光　寂

同　　前　川　真一郎

同　　松　島　幸　三

同　　宮　﨑　隆　博

同　　善　元　貞　彦

（五十音順）

（別紙第２）

《前々回（裁判員制度の現状と課題について）のテーマを踏まえた裁判所の取組事項》

事務担当者

それでは，今回のテーマについての議論に先立って，前々回の地裁委員会で「裁判員制度の現状と課題」について議論をしていただきましたが，その後，裁判員制度の広報といたしまして，岡山地裁が行った取組状況について御紹介をさせていただきます。

５月１６日に憲法週間行事及び当庁の庁舎の落成１０周年を記念いたしましての広報行事として，岡山県内在住の２０歳以上の方を対象に模擬裁判員裁判を実施いたしました。その時の様子が，その日の夕方のＮＨＫのニュースで放送されましたので，これからその時のニュース映像を御覧いただきたいと思います。

【ニュース映像上映】

事務担当者

前々回のテーマの，その後の検討した結果ということでニュース映像を御覧いただきましたが，このようにマスコミにも取り上げていただいた影響もあってか，模擬裁判員裁判開催後に行われた裁判員等の選任手続期日については，出席率が前回よりも上昇したというところでございます。御紹介させていただきました。

《今回のテーマ（医療観察制度について）に関する意見交換》

委員長

今回のテーマは，医療観察制度です。私も実はほとんど知りませんでした。多くの委員の皆さんも，実態についてはほとんど御存じないのではないかと思いますので，大変良い勉強になるかと思っております。

各委員の方から，医療観察制度がどのように運用されているか一般的には知られていない手続ですので，この手続を皆さんに知っていただいた上で意見交換をしたいという提案がありまして取り上げることになりました。

まず最初に，３人の方から医療観察制度について，それぞれの立場から御説明をいただき，その上で意見交換をしたいと思っております。

まず最初に，医療観察制度の制度説明について，裁判所の担当者から御説明をいただきます。

【裁判所から説明】

裁判官

資料に基づき説明

委員長

引き続き，医療観察病棟の設備等がどのようになっているのか，御説明いただこうと思います。

【ゲストスピーカーから説明】

岡山県精神科医療センター医師

資料に基づき説明

委員長

引き続きまして，今度は，社会復帰調整官の医療観察制度に関わる職務内容について御説明をいただきます。

岡山保護観察所社会復帰調整官

資料に基づき説明

委員長

こうお聞きしてお分かりのようになかなか重い課題のような感じもしました。

質問のある方は，ぜひ挙手をして御発言いただきたいと思います。

Ａ委員

まず，裁判所の関係者の方にお尋ねしたいのですが，今回のこの医療観察法の対象となるデータ的なものがあるのかどうかで，例えば，全国でこういった年間通院になる，あるいは，入院になるという措置がどのぐらいあるのかということと，それから，これは余談の域になりますが，刑事的には責任を問われない判断がされた場合に，例えば，被害者への賠償とかいった民事的な責任というのはどうなるのでしょうか。

裁判官

全国というところですと，統計を見ますと，医療観察法全体での申立てがあって，それに対して決定がされたものが，平成２７年度で１，９００名程度ということになります。入院，通院という当初審判，退院等の審判，処遇終了の審判，全部合わせて１，９００という規模だというところになります。

先ほど申し上げたとおり，刑事の責任追及とは違って，御本人に医療を提供して社会復帰を促進するという制度でありまして，民事上の責任がどうなるかというと影響を受けないということになりますので，民事は民事で，別途進むのかなということになるかと思います。

委員長

賠償能力があれば，多分，賠償しなければだめということでしょうか。

Ｂ委員

実際に，社会復帰のための制度ということで言いますと，実際にこういうふうに入院された方が社会復帰される率というのはどれぐらいあるのでしょうか。

医師

率は把握していませんが，社会復帰をどこまでいうかによりますが，作業所とかちょっと簡単な仕事まで行かれる方もいらっしゃるのですけれども，多くの方は，デイケアとかそういうところで何とかやる方がいます。やはり，症状がかなり進んでから事件を起こされている方が多くて，決して，働けるところまで来る方はそんなに高い率ではない印象ではあります。

社会復帰調整官

何をもって社会復帰とするのかというのは，医師がおっしゃったように対象者それぞれ違うのですが，データで申し上げますと，これは岡山県内のデータでございますが，医療観察制度が始まった平成１７年７月から平成２７年の１２月末までの約１０年の間に，医療観察法の退院して通院に切りかわって，さらに医療観察処遇が全部もう終えられた方というのが，計１６名おられます。

先ほど，裁判官から御説明がありましたように，原則通院処遇というのは３年なのですが，３年を待たずに早く終えられた方が１６名のうち１３名おられます。約８割以上の方は，実際の３年を待たずに早く終えられています。

その早く終えられる方というのは，我々保護観察所の所長が，裁判所に処遇終了を申し立て，３年を待たずに早く終えてもよいのではないかというのを裁判所に意見書を出し，そして，病院や関係者の意見を添付して出し，そして，裁判所が実際に御本人や御家族と会ったりして早く終えるべきかどうかという決定を出すと，それが，実は８割を超えているということです。

これを多いと見るか，少ないと見るかは様々だとは思いますが，他県に比べて，

実は，岡山県内はこの処遇終了の率は多い実績がございます。

だからといって，一人の人が社会復帰できたと言い切れるのかという疑問はありますが，社会復帰の促進というところを目指しているこの法律の中では，早く終えられるということも一つも目安になるのではないかと思っております。

裁判官

補足して申し上げます。

統計的なところからということで，これも社会復帰をしたかどうかというお尋ねにお答えするものではないのですが，平成２７年の統計の内訳を見たところ，入院決定を受けられた方，新しく入院をされた方というのは２５３名おられるそうです。

それに対して，同じ年に退院された方というのは２５７名おられて，退院の申立てを受け，あるいは，通院中の方が医療終了等の申立てを受けて医療を終えられたという方が，これは合計で１１０名おられるということでございます。

委員長

病院の話でいくと，何か医療機関か何か分からない感じがしないでもないですけれど。

Ａ委員

今，全体的な状況なのですが，施設であったりとか，マンパワー的には足りている状況と考えたらよいのでしょうか。

委員長

それは病院のことですか。

Ａ委員

病院です。

医師

今のところはまだ，最近は少し空きがあるようです。以前，一時期，この１２年の間まだ施設がまだ不十分な時期があって，その時はあふれる時期もあったのです。

委員長

マンパワーの話かなと思うのですけれども。

医師

スタッフが充足していないのではないかということですか。当院においてはそういう足りていないということはなく，何とかスタッフを雇ってやっておりますけれども，他の施設のことは分かりません。

委員長

社会復帰調整官は，例えば，一人で何人ぐらい担当されているのでしょうか。

社会復帰調整官

岡山県内の社会復帰調整官は，私も含めて３人しかおりません。常時，入院されている方が岡山県内で１０名から１５名で，通院されている方が１０名前後です。これを３人の社会復帰調整官が担当させてもらっているということで，岡山市内に限らず，県北の津山であったりとか，県の西部笠岡であったりとか，対象者の方はいろいろな地域にお住まいですので，県内全域を担当しています。

しかし，もともとこの医療観察制度が始まった当初は，東京や大阪を除いて，それと大規模な庁を除いて，ほとんどの庁が最初は社会復帰調整官１名体制から始まりました。全国に５０庁，北海道は４庁あるのですけれども，５０庁ある中で複数

というのは本当に一握りで，この岡山も一人体制から始まりました。そして，徐々に人員が増えて，今，全国の社会復帰調整官が，全ての保護観察所合わせて２００人を超えてはおります。東京や大阪等は１０名や１５名おりますが，多くの庁は３人，４人というようなところになっております。

ですので，本当に我々社会復帰調整官で足りない部分を，指定医療機関の皆さんや地域の関係機関の皆様にお力添えいただいて，一緒に仕事をさせていただいているという次第です。

Ｃ委員

社会復帰調整官という職務というものに，ちょっとまだ私も不勉強なので教えていただきたいのですけれども，私の理解では，社会復帰調整官の職務は，入院決定や通院決定がなされた後からの職務じゃないかと理解をしているのですが，それが正しいですか。私が知っている医療観察の事件では，放火をしてもう自分のアパートにも住めなくなって，それで親族もみんな受け取りを拒否して医療観察の審判の申立てを検察官がしたのですが，強度の認知症だったと思うのですけれども，治療による改善の見込みがないということで不処遇決定が出る見込みだという話になったときに，この対象者をどうするかということを検討しないといけなくなったのです。もう誰も引き取り手がいない中で，そうやって放火をする可能性のある人をどうするのかということで頭を悩ませて，最終的には，ある精神病院が受け入れてくれるということになったのでよかったのですけれども，確かそのときに，社会復帰調整官の助力を得たという記憶が私にはないのですが，例えば，そういう当初審判で不処遇決定が出たときの生活調整などを社会復帰調整官にも御助力いただける余地というのがあるのでしょうか。

社会復帰調整官

入院決定や通院決定の前の介入はということで，先ほど裁判官から御説明があり

ましたが，当初審判のときは，我々社会復帰調整官は裁判所からの調査依頼・調査嘱託を受けて，それに基づいて生活環境を調査します。

立場的には，家庭裁判所の調査官に近いような形です。調査した内容を裁判官に進言するというような形ですが，それを行います。なので，関与というか，決定前は調査を行います。

２番目のところの，認知症で医療観察法の適用除外ということで不処遇決定になられたケースのこともありましたけれども，医療観察法の適用はない方について，社会復帰調整官がどこまで援助してくれるのかっていうようなことはよく議論になります。ここについては，実は権限はないのです。社会復帰調整官自らが積極的に動いて調整をするということは，実はできなくて，裁判官と協議の上，必要な情報を提供します。例えば，我々社会復帰調整官から付添人に提供するということはあったとしても，例えば，受け皿となる施設や病院を確保することであったりとか，契約等の代理行為をするとかは実はできないということになっております。

ですので，そういった不処遇決定が見込まれるような調査の段階のときには，付添人の方により積極的に動いていただきます。保護者が選任されている場合には，保護者の方と付添人とで協議して進めていただくということが望ましいのではないかと思っております。

委員長

付添人というのは，何か法律で権限とかそういうのはあるのですか。付添人の役割というのは，何なのですか。

Ｃ委員

法律に，付添人というのが条文にあって，対象者が選任するか，若しくは，裁判所の職権で選任するとかあるのですが，当然，この審判には関与しないといけません。その後は，裁判官からの説明があったように，例えば，処遇終了審判とか，そ

ういったいろいろな各種審判のときに申立権がある等の権限があると理解しています。

Ｄ委員

先ほどいろいろと，入退院に関するデータとか終了に関するデータとか教えていただいたのですが，感覚としては，スムーズに終えておられるのだなというふうに思ったのですけれども，その終了の判断というのは，まずそもそも，他害行為をしなくなるときなのか，病気が治ったときなのかというのが疑問です。それから，統合失調の方が岡山の入院の方では多いというお話でしたけれども，非常に治すのに難しい病気だという認識だったのですが，それでも退院される方が多いという点で，途中でお薬の話等ありましたが，それが効果があるのかなと，そのあたりの点をお話いただければと思います。

医師

統合失調症という病気は慢性の病気でして，完全には治ることはないので，薬物治療はずっと続けなくてはいけないです。確かに症状が安定すると，再他害行為のリスクが下がるのですが，金銭的な困窮とか生活に問題がありますと，再他害リスクが上がる可能性があります。また，こういった対象者の方はそれがストレスになり精神症状だけでなく，生活などが崩れていらっしゃる方が多いので，入院医療によって薬物の調整，それから生活の基盤とかそういうものを整えていき，全体を整えることで再他害リスクを下げていきます。繰り返しになりますが，統合失調症は完全に治るというものではないので，薬物治療を続けていき，生活が破綻しないように気を付けながら支援を続ける形ができれば，長期的に再他害リスクを下げていける見通しが持てますので，そこで処遇終了という判断が可能になると思います。

委員長

処遇終了の最終的な判断は，裁判所でなさるのですか。それは，病院からのそういう報告を聞かれてということになりますよね。

裁判官

退院等の審判の中で，申立書であるとか，それに添付される資料ですとかを拝見して，裁判官と精神保健審判員の二人で判断しています。その中で，なお治療を継続する必要があるのか，もう終えていいというのかというところを慎重に判断していくということになります。

社会復帰調整官

恐らく，医療観察対象者が，対象行為を起こしたときというのは，病状も非常に良くない状態であり，かつ，社会的にも生活環境が非常に阻害されていて，家庭内で孤立していたり，さまざまなストレス要因を抱えていたり，経済的に困窮していたり，複雑な要因が絡み合っている状態が多くあります。

そういった状況について，病気の部分は，入院医療であったり通院医療の中でかなり改善を見せるものもあります。合わせて，さまざまな社会的な要因をどう解消していくのか，解消はできないけれども，福祉の支援であるとか，関係機関の施策，また家族の再統合によってサポート体制がうまく回っていくことで何とか機能していくことが，実は，我々社会復帰調整官が行うケア会議で関係機関と共有することの一つでもあります。

本当に理想を言えば，病気が治って経済的にも全く困窮なく，家族や友人にも恵まれ，職にも就き，自己実現できて，もう挙げれば切りがないのですが，それを望むのではなく，それぞれの人の本来失ったものをなるべく取り戻し，継続，応援していけるそういう維持していける体制がどこまで組めるかというところが，一つの判断になるかと思っております。

医師

処遇が終了しても，やはり，精神科の通院医療は続きますし，それから，社会復帰調整官だけ抜けて，後の支援体制は継続していきます。だから，強制医療の中で形を整えて，そのできた形をやはり法的には抜けても，現実的な支援体制では内容は変わらずに行うのが現実だと思います。

委員長

先ほどの社会復帰調整官の御説明の中で，保護観察と医療観察は違うというお話がありまして，保護観察は刑事処分又は保護処分であり，医療観察は，要するに，刑罰ではないということになると，裁判所の役割って一体何なのかなと思います。司法と医療，それから，社会復帰のための調整ということで，一体どこが主役になるのだろうかなということも感じたりするのですけれども，そのあたりについてＥ委員，御意見がありますでしょうか。

Ｅ委員

私も何年か医療観察を担当しておりまして，これは司法なのか行政なのかという，非常に不思議な制度です。刑事裁判であれば，有罪といって懲役というと，その後の処遇については裁判所は一切関与しないのです。

ところが，医療観察は，入院決定をした後もずっと退院まで関与し続けるということは，これまでの裁判所史上なかった話です。

それから，同じ合議体で精神科医と一緒に仕事をするということも初めてのことであります。やはり，これはかなり裁判所にはインパクトがありまして，この制度のおかげで，精神科医との交流というのはものすごく深まり，そのおかげで，さらに刑事裁判における責任能力の分析の方向の議論も非常に深まったということがあります。

それから，もう一つ，私が担当した事件で，この医療観察制度が司法なのか行政

なのかということをとことん悩んだ事件がありました。それはどういう事件かというと，中国人が精神的な疾患から包丁を振り回して近所の人にけがをさせてしまったという事件で，その中国人は，ほとんど日本語ができませんでした。こういった人を入院医療機関に入院させたとしても，果たして治療できるのだろうかということがすごい議論になりました。

入院医療機関としては，それはやれと言えばやりますけれども，でも四六時中通訳を付けるわけにもいきませんし，しかも，いろいろなカウンセリングとかするのも，そんな通常の通訳で果たして使えるのかという議論がありました。

そのとき私は，これは福祉じゃないかと考えました。福祉の責任というのは，その国籍の属する国が持つべきじゃないかと思ったのです。そこでいろいろと考えまして，とりあえず，鑑定入院医療期間のうちにいろいろな薬で急性期は脱しておりまして，かなり精神的に安定しているということで，本人も帰国を希望しているし，奥さんも希望しているということで，付添人と打合せをした上で，もう日本での入院の必要性はないと判断し，付添人と奥さんと対象者と審判の直後にタクシーでそのまま羽田まで行って，そこから飛行機で中国へ帰るという段取りも取った上で，入院させないという決定をしたことがあります。

そのときは，まさに，これが果たして司法なのか，行政なのかという問題に直面して，やはり，これは最終的には行政じゃないかと思いました。その手続保障の一環として，裁判所での手続が行われているのではないかなというふうに考えたという経験をこの場で御披露させていただきます。

委員長

確かに，法の構造から言えば行政のような気がします。行政も実は，裁判所のような判断を幾らでもしているわけですから，事務処理を考えると，やはり，もうちょっと裁判所に引きつけてやると，かえって議論がうまくいかないかもしれないなという感じを受けます。

Ｅ委員，医療観察制度については諸外国でどうなっているかは御存じないですか。

Ｅ委員

諸外国のことについては，結構勉強したことがあるんですけど，今ここでは資料がありませんので，整理してから回答します。

委員長

では，機会を設けてお聞かせいただければと思います。

Ｆ委員

意見というのは特にはないのですけれども，社会復帰調整官も言われたように，結局，社会復帰が一番なのです。これをさせるために，昨年１２月に再犯防止ということの法律ができまして，その法律に関連しても，国が結局，さまざまな司法に対して最後に助ける人を融合する施策を求めています。

結局，犯罪者を助けると，回復させるためにはどうしたらいいかということについては，やはり，一番大事なことは，結局，支援することが大切なのだということを皆さんが知っていただくことが一番大事なことです。これが，まだまだ犯罪者を助けることに，防止するために，その人たちに支援の手を差し伸べるということに抵抗をもっていることが多いです。

だけど，そういうことを助けてすること自体が自分たちを守っていくのだということを，逆に教えることをもっともっと広げていかないといけないので，それを広めるためにはどうしていったらよいのだろうかなというのを，保護司会でもずっと考えさせていただいているようなことなのです。

委員長

私としても，医療観察制度についてはほとんど知識がなくて，何か良い改善策を

出すような議論というのは到底無理だろうと思いました。この制度について，やはり，認識を深めるということが当面の課題かなという気がいたしますので，もっと問題を知ってもらうということが大変大事だと思います。

（別紙第３）

《次回テーマに関する意見交換》

委員長

次回のテーマについて御相談したいのですが，皆様のお手元にも，これまでの地裁委員会のテーマ一覧，全国でどのような議論がなされているかいろいろ出ておりますが，何か皆さんの方から，こういう問題を扱ったらどうかという御提案がありましたらお願いいたします。

Ｅ委員

最近ちょっと利用者が少なくなっているという点で，簡裁での民事調停について御紹介して，民事調停の利用率の向上とか，そういったあたりについて皆様の御意見をいただければと思います。

Ｇ委員

Ｃ委員は損保会社の代理人をすることが多いのですが，私は，逆に被害者の代理人をしています。簡裁の民事調停で損保会社関係の方が調停になっているケースは，これは意外という意味ではないんですけれども，良い点もあるのですが，逆に，ケースによっては，自賠責とか，従前の損保会社の基準で話をもってこられるのです。例えば，今で言うと，脳脊髄液漏出症というようなのがありまして，医学界の対立があって，厚生労働省のガイドラインがあって，刑事事件ではその病名で業務上過失傷害を認定しているという中で，損保業界の基準である簡裁の調停はうまくいくケースもあるのですが，あまりそれを一言的にしてしまうと，ちょっと利用者の方に不信感が出てくるといいますか，裁判所が損保業界という大きなところ，あるいは，自賠責の犯罪基準についての苦情を私が全面的に感じているものですから，問題視としてもっております。簡裁の調停は，もっと利用すればよいのですが，ゲシュタルト心理学というのですけれども，これの効果というものが調停制度というの

は非常にすごいものがあると思うのです。調停期日でもうだめですよと言うのですが，もう一回ちょっと期日を入れてほしいと言ったら，当事者が妥協してしまうという，非常に調停の妙というのをいろいろ体験しているので，是非とも，これをもっと有効活用するべきだと思います。

私の一方的な意見を言うのではないですけれども，調停制度についてもっと知りたいと思いますので，私は賛成です。

Ｃ委員

民事調停をテーマとすることは，異存ありません。

個人的に知りたいなと思うのは，専門的な用語なのですが，この民事調停手続の中で，民事調停法１７条の決定というのがあるのですが，要するに，話合いでお互いが合意すれば，こうして成立すればいいのですけれども，そうじゃないときには，裁判所が一定の決定をするという制度があるのです。それがどの程度，活用，利用されているのかなというのが個人的な知りたいので，もし，その点もお話をいただければ幸いかなと思います。

委員長

それでは，皆さん御異存ないようですので，次回は民事調停についてをテーマとさせていただきたいと思います。