

必要があるとして、職員の疲労を心配していた。そして災害の救援に従事した人々のことは忘れられがちであるが、これらの人々の心理的トラウマの対処を円滑にするために地域社会の社会文化的背景を役立てることの重要性を述べた。また、アートを災害にあった子どもたちに役立てるよう、協力する意思があることを述べた。

コウ博士の日本訪問の目的の一つは、日本の精神疾患経験者による芸術作品コレクションの中でも大規模な青南病院、嬉野温泉病院の作品を鑑賞し、これらの病院とダックスセンターの交流関係を構築することであった。

青南病院の作品数は2万点以上に及ぶ。作品の多くは、青南病院の入院患者のグループ制作であり、20年ほど続いた芸術活動は作業療法として行われた。千葉潜院長は、精神疾患・障害の予防に関する活動及び精神疾患・障害の治療に係る研究に関する活動と、障害者や高齢者の社会生活全般に関する支援活動を行い、また、心の健康を普遍化して偏見を無くした心豊かな社会づくりをめざして「財団法人 ころすこやか財団」を設立し⁹⁾、地域への精神保健教育を発展させており、そ

の中核に青南病院の作品展示を据えるよう進めている。

嬉野温泉病院では1960年代半ば、中川保孝(故人)が芸術療法を開始するとともに、嬉野温泉病院創設者として病院生活のあらゆる面に芸術を取り入れた。現在、嬉野病院には3人の芸術療法士が常勤職員として勤務しており、中川龍治院長は、患者そして病院の職員に制作活動に参加することを推奨している。アートは病院生活の一部であるという一貫した考え方があり、嬉野病院コレクションには2万6千点余りの作品があり、病院にはアートセラピー美術館が設けられている。

コウ博士は、青南病院と嬉野温泉病院のコレクションは、日本だけではなく世界的にも大規模なものであり、世界レベルのコレクションと成り得る可能性を秘めており、国の宝として日本の文化遺産の対象として考えるべきとの見解を示した。

まとめ—カニンガムダックス コレクションの歩みから学ぶこと

カニンガムダックスコレクションは、今日のダックスセンターに至るまでに、(1)可視化されたコレクション

の確立(作品のデジタル化、目録の作成)、(2)コレクションの不足分野の判別と収集対象の拡大(心理的なトラウマの体験者、認知症体験者、児童)、(3)アート作品へのアプローチを多面的にすること(作品の持つ臨床性、芸術性、社会性、文化性、歴史性の認識)、(4)作品を展示する際の倫理的な問題等のガイドライン策定、(5)重要性評価(独立した学芸員と学者のグループが、コレクションの歴史性、社会文化性、臨床記録性、芸術性の各観点からの価値を研究)等に取り組み、2010年に、カニンガムダックスコレクションは、ビクトリア州文化遺産に登録された。カニンガムダックスコレクションは、この十数年のうちに、週1回の開館、年間訪問者500人未満、常勤換算で職員数1人未満、年間予算5万ドル弱の組織から、現在の週3.5日開館、年間訪問者1万人、常勤換算で職員数10人、そして年間予算が100万ドル余りというオーストラリア国内だけではなく世界でも名の知られた組織に成長している。

カニンガムダックスコレクションからダックスセンターへの発展のプロセスから学び、わが国に適したアートに

よるメンタルヘルスプロモーションの中心となる組織とネットワークをつくるのが望まれる。筆者はこれに取り組む考えであるが、本誌読者また共通の関心をもつ方の参加協力をお願いしたい。

文 献

- 1) 竹島 正：革新的な啓発活動を進めるダックスセンター. 心と社会. 146：94-99, 2011
- 2) 竹島 正：カニンガムダックスコレクションの誕生前. 心と社会. 147：94-98, 2012
- 3) 竹島 正：カニンガムダックスコレクションの誕生とその後の発展. 心と社会. 148：116-122, 2012
- 4) Therapy Counts and Art Matters. WPA International congress, Melbourne, Australia, Nov. 30, 2007
- 5) ころすこやかと平和を執行委員会ホームページ <http://www.seisinn.jp/> (最終アクセス09/08/2012)
- 6) 一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会ホームページ <http://renraku-k.jp/http://www.seisinn.jp/>

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ
ン
ポ
ジ
ウ
ム

かえる・かわる——精神保健医療の発展のために——

コーディネーター 竹島 正

自殺、ひきこもり、虐待、困窮者の抱えるメンタルヘルスの問題などが社会的な課題として語られている。その一方で、それらの問題に向き合うことを期待される精神保健医療では、地域保健体制の機能低下、長期入院と入院患者の高齢化の問題を抱えている。このシンポジウムでは、精神保健医療に対する社会の求めを、精神疾患の疫学、地域の必要とする精神保健医療、触法精神障害者の専門医療・地域処遇の経験、精神保健医療政策の4つの観点からとらえ、今後の精神保健医療の研究と実践の方向性を検討した。

立森は、患者調査によると323万人（国民の40人に1人）が精神疾患の治療のために医療機関を利用していると推計されるが、地域疫学調査の結果からは年間1,000万人以上が成人の気分障害・不安障害・物質使用障害に罹患していると推計されることを報告した。また、受診行動の状況については、これまでに精神疾患を経験していた者のうち、医師を受診したのは約4分の1であって、最終的に医師を受診したものにおいても、発症から受診までに大きな遅れが存在していたことを報告した。受診行動の阻害要因としては、こころの健康問題への知識のなさ、相談先に関する情報不足などをあげた。

三井は、政令指定都市の精神保健福祉センターに勤務する立場から、北九州市地域のニーズを汲む目的で行った実態調査の結果を報告した。こころの健康に関する市民のニーズは高く、調査結果が様々な立場をつなぐツールとなり、行政の施策構築に寄与することが期待される。精神保健医療に関連する行政施策は様々であるが、地方行政は縦割りに陥りやすく、専門性を確保しにくいいため、ニーズを抱えた市民への対応に苦慮する実情がある。精神科医療においても、様々な病態への対応力が今以上に求められるであろうが、人々の健康を目指す対人援助システムとしての全体を眺め、施策相互のつながりを確保していくことができれば、精神保健の専門的な領域から汲みだされたこころの知識は、今後、地域づくりにも大きく貢献できる可能性がある。

平林は、医療観察法による医療について、厚生労働科学研究の成果を報告した。それによると、入院処遇となった統合失調症のうち、約8割に精神科受診歴を、半数以上に精神保健福祉法による入院歴を認めた。また、約8割の対象者が医療中断から180日以内に対象行為に及んでいた。指定入院医療機関の入院日数は、中央値740日、平均値688日であり、医療観察法による医療では薬物

第107回日本精神神経学会学術総会=会期：2011年10月26～27日、会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA, ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り、山また山 精神科における一層の専門性の追求

シンポジウム かえる・かわる——精神保健医療の発展のために—— 座長：竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、三井 敏子（北九州市立精神保健福祉センター）

療法を中心としながらも、多職種チームによる治療プログラムが活発に行われていた。退院後の予後を見ると、精神保健福祉法の入院を41.9%の対象者が経験していた。これらのことから浮かび上がってきた課題は、医療の継続性、アドヒアランスの改善であるが、医療の継続性を改善するためには、病識の獲得だけではなく、病気に関する知識と自己対処技能の獲得、障害の受容が不可欠である。今後、精神診療全般においても、多職種チームによる治療プログラム、疾病教育や服薬心理教育、ケアマネジメントなどの心理社会的治療が活発に行われるとともに、地域におけるアウトリーチサービスの充実が期待される。

千葉は、わが国の精神保健医療福祉の歴史を振り返って、国の施策の誤りと、国民のリテラシーのなさが原因で、精神科病院は福祉的な対応や介護的な対応が適切とされる人々まで幅広く対応してきたが、真に適正な医療サービスの提供機関へと大きく変化する必要があると述べた。WPAの2008～2011年のアクションプランに、①バランスドケアモデル、②精神保健を狭隘な政治的な関

心事とリンクさせないこと、③慎重に物事の順序を考えること、④長期的な計画の重要性、⑤家族のエンパワメント、⑥精神病のみに焦点を当てないこと、⑦身体的な健康を守ること、⑧エビデンスに基づくアプローチ、⑨精神科医の臨床的な技術を守ること、⑩心理社会的リハビリテーションの重要性と社会への取り込みが挙げられていることを示し、チェック&バランスを重要視しながら、地域での受け入れを確固たるものに作り上げながら、精神科病院における医療改革を進めることが重要である。精神保健医療改革には財源が必要であることについての国民の理解を得ることが精神医療改革の行方を大きく左右するだろう。

このシンポジウムのタイトルにある「かえる」が精神保健医療を変革することを意味するならば、「かわる」は、地域の向き合う多様な精神保健問題を見つめて、精神保健医療が「かわる」ことを意味する。このシンポジウムは精神保健医療の発展に必要な「かえる・かわる」を、いくつかの側面からとらえたものと考えることができる。

精神科病院の歴史を振り返ると、戦後復興期には、精神科病院が唯一の精神医療の提供機関として機能していた。しかし、1970年代後半から1980年代前半にかけて、精神科病院の役割は大きく変化した。この変化の背景には、社会の高度経済成長に伴う生活環境の変化、都市化の進展、核家族化の進展、生活リズムの乱れ、ストレスの増加などがある。また、1970年代後半から1980年代前半にかけて、精神科医療の分野では、薬物療法の進歩、心理療法の発展、リハビリテーション療法の充実などがあった。これらの変化は、精神科病院の役割を大きく変化した。精神科病院は、従来の入院治療だけでなく、地域連携型医療の提供、在宅医療の提供、危機介入の提供など、多様な役割を果たすようになった。また、精神科病院は、従来の精神科医療だけでなく、精神保健福祉法の規定に基づき、精神障害者の権利擁護、社会復帰支援など、福祉的な役割も果たすようになった。

精神科医療の歴史を振り返ると、戦後復興期には、精神科病院が唯一の精神医療の提供機関として機能していた。しかし、1970年代後半から1980年代前半にかけて、精神科医療の分野では、薬物療法の進歩、心理療法の発展、リハビリテーション療法の充実などがあった。これらの変化は、精神科病院の役割を大きく変化した。精神科病院は、従来の入院治療だけでなく、地域連携型医療の提供、在宅医療の提供、危機介入の提供など、多様な役割を果たすようになった。また、精神科病院は、従来の精神科医療だけでなく、精神保健福祉法の規定に基づき、精神障害者の権利擁護、社会復帰支援など、福祉的な役割も果たすようになった。

精神科医療の歴史を振り返ると、戦後復興期には、精神科病院が唯一の精神医療の提供機関として機能していた。しかし、1970年代後半から1980年代前半にかけて、精神科医療の分野では、薬物療法の進歩、心理療法の発展、リハビリテーション療法の充実などがあった。これらの変化は、精神科病院の役割を大きく変化した。精神科病院は、従来の入院治療だけでなく、地域連携型医療の提供、在宅医療の提供、危機介入の提供など、多様な役割を果たすようになった。また、精神科病院は、従来の精神科医療だけでなく、精神保健福祉法の規定に基づき、精神障害者の権利擁護、社会復帰支援など、福祉的な役割も果たすようになった。

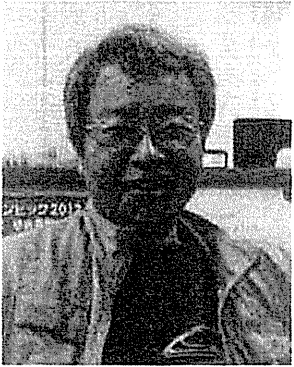
メンタルヘルスの問題を体験した人たちの芸術活動の持つ意味

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
精神保健計画研究部長

竹島 正

近年、アウトサイダー・アートへの関心が高まっている。アウトサイダー・アートとは、正規の美術教育を受けていない人が制作した美術作品のことで、その制作者にはメンタルヘルスの問題を体験した人たちが（以

識の改革に資する作品の情報を全国規模で収集し、そのデータベース化と分析をおこなった。この情報収集によって、403名の作者による1078点の作品情報を収集することができた。また、本人の作品による展覧会「こころの世界―作品を多角的にとらえる」を開催し、来場者にアンケート調査を行った。この結果、作品情報を提供した本人の多くが、絵画を中心



下、本人）も含まれている。最初に

アウトサイダー・アートに注目したのは、19世紀後半のヨーロッパの精神科医であった。1920年代に入ると前衛芸術家も関心をもつようになり、急速に美術界の関心を集めるようになった。第二次世界大戦後は、芸術家やコレクターによる大規模な収集が始まり、現在ではそれを専門に取り扱う美術館や画廊が開設され、コレクターの雑誌も発行されるようになっていく（服部2003）。

として、継続的に作品を制作していることが明らかになった。また、来場者のアンケートを分析した結果、作品展について、「大変興味深かった」という回答が半数以上を占めた。また、自由記述の内容を分析したところ、このような展覧会を開催していくことで、精神疾患への国民の理解が深まることが示唆された。

* * *

本人たちの一部には、美術作品の制作に持続的な関心を示し、本人の生きがいとしていく人たちがいる。ここで制作される作品は、本人の経験したよる喜びや苦悩を反映することとなり、共生社会の実現に向けての

* * *

精神保健福祉においては、アートを通し精神病理と創造性の関係を論じる研究が生まれた。また、芸術活動の治療的効果への関心は、芸術療法の発展につながったが、それに関心を持たない精神医療従事者は、あまり作品には関心を向けなかった。その一方で、障害者作品展は各地で開催されるようになってきたが、ここでも、作品とそれを制作する本人のころころには、あまり関心が向けられていない。

* * *

筆者らは、全国精神保健福祉連絡協議会等と協働して、精神疾患者の芸術活動の成果のうち、精神疾患についての国民意

貴重な財産となる可能性がある。筆者らは、美術活動を生きがいとしている本人の人生と、人生の各段階において制作された作品を、精神保健、美術の観点から観察したうえで、それらの作品群をもとにした啓発資料（絵画展・パンフレットの作成）を開発することを目的として研究をおこなっている。

* * *

精神疾患についての偏見は根深いものがあるが、このような啓発資料の開発は、共生社会の実現に向けての大切な一歩になると信じている。また、このような取り組みは、本人の回復にも役立つと信じている。

（たけしま ただし）

■第31回日本社会精神医学会(東京): 会長講演

かえる・かわる 一真の改革に向けて

竹島 正

はじめに

第31回日本社会精神医学会会長の竹島でございます。学会長を務めるのは初めてなので、学会長講演も1カ月位前から準備しようと思っていたのですが、実際には昨日の段階でスライドを6割くらい用意できた状態でした。おまけに昨夜は、特別講演にお呼びしたオイゲン・コウ先生と「せいしんの美術展」の準備をしていたアーティストと飲みに行ってしまう、準備不足のために散漫な話をしてしまうのではないかと心配しつつも、一層のこと非定型でいこうと腹を決めまして、アーティストの方二人に講演に参加してもらうことにしました。どんなふうにやってくれるのか、全くわからないのですが、そのような感じで進めさせていただきます。

今回の講演に当たってまず考えたのは、いったい改革とは何だろうか、ということでした。精神の領域で改革というと、平成16年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が思い出されます。あの頃、改革という言葉にはすごく新鮮味がありましたし、小泉改革の頃には改革という言葉がさまざまな分野で使われていたと思います。

さて、改革とは何だろうかと考えているうちに

「いや待てよ」という気持ちになりました。改革は変えることだけれど、同時に変わることではないかと思ったのです。私は学生運動の盛んであった世代より少し後の世代です。過去に精神医療の改革を求める運動がさまざまな深刻な問題を背景に行われたことは承知しているのですが、その一歩外からは「コップの中の嵐」と形容されました。そのことを反省的に捉えるならば、改革とは、メンタルヘルスが社会にとって重要な要素であるという社会の側の認識を築いていく、そのプロセスではないかと考えたのです。

改革とは、変えることであり、変わることです。今回の講演では、私がこの1年間に気になってきたことを、「かえる」、「かわる」、「真の改革」の3つに分けて述べたいと思います。

かえる

最初に「かえる」です(パフォーマンスアーティストの白井廣美さん、ポトゥア(絵巻物師)の東野健一さん、舞台を横切る)。

はじめに、私が非常に衝撃を受けた言葉を紹介します。それは「社会的退院」です。精神保健医療の領域では「社会的入院」を問題にしてきました。ところが本田徹先生(浅草病院, シェア(国際保健協力市民の会)代表理事)は「DPC導入と療養病床削減は高齢化と貧困化が同時進行する都市部・下町の中小病院を万力のように締め上げることとなった」と述べ、本来もう少し入院医療を続けたい人でも退院させざるを得ないという厳しい現実を「社会的退院」と表現したのです⁵⁾。精神保健医療の領域で「社会的入院が問題だ」と言っている片方で、そのすぐ後に「社会的退院が問題だ」という状況が起こるかもしれない。そういう

英文タイトル: Sow a Thought for Real Reform
著者連絡先: 竹島 正(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
E-mail: ttake@ncnp.go.jp
Corresponding author: Tadashi Takeshima
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
4-1-1 Ogawahigashi, Kodaira, Tokyo 187-8502, Japan

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
Tadashi Takeshima: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

危機への想像力をかきたてる言葉として「社会的退院」は非常に印象的でした。

次に衝撃を受けたのは精神保健福祉法における通報件数の増加です。ご承知の通り、平成11年の精神保健福祉法改正以降、警察官通報の件数は大きく増加しています。その後、矯正施設の長による通報件数も増加してきました。このことについて、私は保健所などの現場の方から通報が安易になされすぎるという声を聞いてきました。これについては、最初は私もその通りだと思ったのですが、しばらくすると私の見方が変わってきました。都道府県・政令指定都市における触法精神障害者への対応の調査を行ったことが¹⁹⁾、私の見方を変える機会になったのです。通報となった精神障害者には、医療観察法による医療、または精神保健福祉法による措置入院に非該当であっても、日常生活の自立が困難、かつ社会からの支援が届きにくい、孤立しがちな者が少なからず含まれていることがわかったのです。また矯正施設に収容されている精神障害のある受刑者の場合、出所時には、保護観察のつかない満期出所になることが多く、現金を数千円くらい持っただけで、家族や地域の支援がほとんどなく、医療保険にも加入していない状態で、地域で暮らし始めなければならないことにやっと気付いたのです。その反省をこめて、明日の市民公開講座では、佐藤誠先生に「刑事施設の精神障害者」の講演をお願いしました¹⁴⁾。

次にもう一点、私が反省しなければならないのは、てんかんのことです。大槻泰介先生(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院)が、厚生労働科学研究として、てんかんの疫学と診療体制の整備のための研究をすることになり、私もそれに研究分担者として参加しました。研究を進めるうちに、てんかん診療の拠点となる施設がない、難治性のてんかんについて相談できる場所がないという声をたくさん聞くことになりました¹⁸⁾。私が反省したいのは、1997年に精神保健研究所に来てから16年になるのですが、自分からてんかんの政策研究をしようと思ったことがなかったことです。聞き取り調査の中で、てんかん

協会の方とお話をする機会があり、てんかんの診療体制についての研究をしてこなかった自分の不明を恥じておりますと言ったら、それは素直に受け止めていただいたのですけれども、政策として何をすべきかについてははっきりメッセージを出す必要があると思っております。てんかん診療を研究してこなかったのは、私の精神保健計画の考え方がバランスの取れたものではなかったということです。それを知ることができたという点で、てんかんの研究をする機会を持てたことはありがたいことでした。

「かえる」の最後は普及啓発について述べさせていただきます。ここからからだの健康についての国民意識についての調査として、統合失調症、大うつ病、アルコール依存症、広汎性発達障害の4つの事例について、どのような病気か、どのような治療が有効か、この状態にある人にどのような印象を持つかなどについて調査をしました^{8,15)}。その結果、一番ネガティブなイメージを持たれやすいのはアルコール依存で、大うつ病性障害との間には差があるという結果が出たのですが、最初「まあそんなものかな」と思っていたのですが、そのうちじわじわと疑問が起きました。アルコール依存症にはうつ病が、うつ病にもアルコール依存症が3割くらい合併すると報告されています。私たちが啓発戦略を考える時、もちろん典型的なアルコール依存症、うつ病、統合失調症の方はいるけれど、実際の間人は、それにパーソナリティ障害や依存症が合併するなど、もう少し複雑ではないか。その複雑な人間に対して、地域の方がさまざまな思いをしている。そのことにもっと目を向ける必要があるのではないか。そうすれば地域の人たちも、もっと安心して一緒に生きていけるようになるのではないか、そういう見方が必要に思ったのです。

か わ る

ここから「かわる」です(白井廣美さん、東野健一さん、再度、舞台を横切る)。

スライドの下の方に見えるタペストリーは、八

戸にあります青南病院の作業療法で作られたもので、かつて病院の作業療法として子羊を飼い、それを育てて毛を刈り、糸に紡いで、織り機で織るという長いステップをかけて作られたものと聞いております¹⁷⁾。このタペストリーはとても好きなので冒頭に紹介させていただきました。

かわるについては、初めに、精神保健研究所精神保健計画研究部の研究成果を紹介します。厚生労働省精神・障害保健課は、毎年6月30日付で、全国の都道府県・政令指定都市の精神保健福祉部局に依頼し、全国の精神科病院等の協力を得て、精神保健医療福祉の現況に関する調査を行っております(以下、630調査)。私どもは厚生労働科学研究によって630調査の分析を行っています¹⁶⁾。主な分析結果を述べさせていただくと、入院患者の残存曲線からは、新たに入院した患者はより早く退院するようになったことがわかります。1年以上の長期入院患者については、入院期間が1年以上5年未満ではまだ退院率は比較的高いのですが、5年以上になると退院率はぐっと下がってしまいます。すなわち、1年以内に退院できるようにする、やむを得ず1年以上の入院となった場合も5年を越えないうちに退院できるようにすることが大切です。その意味で1年以上5年未満の患者数は重要な指標とわかります。

さて、改革ビジョンの指標である平均残存率と退院率は、地域や社会復帰施設等への退院だけでなく、転院と死亡退院を含んだ数字です。このうち、転院、死亡退院を除外した数値を算出し、退院の質という観点から退院の状況を把握したところ、平均残存率は29.7から39.7と高くなり、退院率は23.0から9.9と低くなってしまいました⁹⁾。地域への退院の割合が少ないと考えるとたいへん悲観的な数字になるのですが、私はある時期から、別の見方をするようになりました。精神科病院の入院患者の半数近くが65歳以上という現状を考えた時、これらの高齢患者の住む地域とは何なのか、退院とは何なのか、地域に暮らすとはどういうことなのか、そんなことを考えさせる数値だと思うようになったのです。

また、精神療養病棟の特徴を調べてみると、特

定入院料病棟の中でも在院患者の年齢および在院期間が広く分布し、機能が多様であることが浮かび上がってきました。精神科病院の視点から捉えると、精神療養病棟は比較的多様な患者に対応できるために、医療機能の分化の足掛かりとして設置されることが多く、その後の職員配置の充実や、それにより可能となる急性期型の専門病棟の設置に重要な役割を果たしてきたと考えられたのです⁷⁾。精神医療改革を進めて行く上で、精神療養病棟の分析は大きなヒントになると思います。

次に保護者調査の話をしていただきます²⁰⁾。この調査は、岡山県精神科病院協会などのご協力を頂いて実施したもので、医療保護入院制度の運用実態および課題を明らかにして、制度の見直しや適正な運用に役立てる情報を得ることを目的として行われました。岡山県の精神科病院24箇所のうち、調査協力の得られた20施設を対象に、精神科病院と医療保護入院の保護者を対象に質問紙調査を行いました。保護者制度について医療機関が経験している問題は「保護者が患者の面会等のために来院しない」、「保護者が患者の退院を拒否している」、「実質的に保護義務を果たしていない」などでした。保護者の役割については、保護者の約6割が「続けたい」と回答しました。その一方で、医療保護入院後の対応については約7割の保護者が「引き続き病院、または施設にいてほしい」と回答しました。保護者の高齢化などともない、保護者の意向と、実際に保護義務を履行できる可能性に解離が生じている可能性が示唆されたのです。また、市町村長が保護者になっている場合、患者への面会とか、今後の処遇についての話し合いの機会があまり持たれていないことも明らかになりました。現在、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」において保護者制度・入院制度の検討が行われています。私は制度を変えるのは結構だと思いますが、それをする時には、実証的な検討を積み重ねて行ってほしいと思います。

それから10年ほど前だったと思いますが、仙波恒雄先生に「アメリカの精神医療」という本を紹介していただきました¹⁾。仙波先生が監訳され

た本で、アメリカで精神医療改革が行われた時に
どういう変化があったかを資料として紹介してい
ます。それに掲載された図表からは、年齢階級別
で1955年と1972年を比べると、人口10万対の入
院患者数が65歳以上で激減していることがわか
ります。すなわち、アメリカでのこの時期の脱施
設化は、州立病院に入院していた高齢患者を中心
に行われたと思われまふ。わが国において退院促
進・地域移行を進めるに当たって、入院患者のう
ちの47%が65歳であるという事実をどう考える
のか。理想的にはいろいろなことを言うことはで
きるかもしれませんが、具体的に私たちに何をで
きるのかについて考える一つの素材になります。

森川すいめいらが日本のホームレス状態にある
人について行った重要な研究があります。森川ら
は2008年12月30日から2009年1月4日までの期
間で、JR池袋駅から半径1km圏内で路上生活の
状態にある者の精神疾患有病率を調べ、路上生活
者の6割以上に精神疾患があり、うつ病41.3%、
アルコール依存症15%、幻覚や妄想などの精神
病性障害15%であつて、医療的支援が急務であ
ることを明らかにしました¹¹⁾。また、同じ対象
者についての奥田浩二らの全年齢推定IQの報告
では、およそ4割が精神遅滞であり、3割が境界
線でした¹²⁾。これらの調査結果は、路上で生活
している人たちの多くは、路上生活になりやすい
背景を持っていることを推測させます。もう一
つ、ここから私たちが学ぶのは、脱施設化がまだ
進んでいないわが国においてもホームレス状態に
ある人に精神障害者が多かったことす。このこ
とは、精神障害のある人は、他の社会的に不利な
条件が重なると、ホームレスの状態になりやすい
ということを意味します。

さて、改革ビジョンの後期の指標として、統合
失調症と認知症の入院患者数が指標とされまし
た。立森らは統合失調症の入院患者数は減少はし
ているものの、目標を達成するにはそれを加速化
する手だてが必要と述べていますが、なぜ認知症
と統合失調症中心になるのか気になります。その
次に気になるのは、精神科で認知症を診ていく
と、精神病床を利用する認知症患者が増えるから

精神病床の削減につながらないという意見がある
ことす。私は違うと思つています。非常に単純
な考え方もかもしれませんが、人口が増加し子ども
の数が増えた時には、産婦人科と小児科の医師は
増えました。おそらく医学部卒業者の中でも、学
力優秀な人たちがその分野に進んだはずす。そ
れから、交通事故が増えた時には、脳外科に学力
優秀な人が行き、脳外科医が増えたはずす。こ
れと同じことを考えるならば、今、認知症が増
えているならば、精神科で行うべき認知症の医療を
積極的に行うことは何らおかしくはない。終末期
まで精神科の上に委ねられるとしたら、それはお
かしいと思うのですが、社会が抱えている問題に
精神科の専門性を踏まえて積極的に取り組んでい
くことは、精神医療として正しいあり方だと思
います。また、高齢者人口がこれだけ増えている中
で、地域に帰るとか、地域に退院するとか、地域
移行はどういうことなのか、私たちは「地域」と
いう言葉をもっと考えてみる必要があると思
います。

それからメディアに向けた啓発の努力につ
いては、私たちは大いに反省する必要があります。国
立精神・神経医療研究センターではメディアカン
ファレンスを開催しています。メディアカンファ
レンスは、メディアと精神保健領域との双方向的
な意見交換の場であつて、メディアの方たちがよ
り深い報道のできるように情報提供するもので
すが、このような取り組みは全国各地で行われて
よいと思つます。

真の改革に向けて

栗田圭一先生は大都市に在住する生活困窮者の
自殺関連行動と精神的健康状態の実態を調査し
て、「精神的健康状態の不良」「住まいの欠如」
「相談によるサポートの不足」は生活困窮者の自
殺関連行動の重大な関連要因であることを明らか
にしています。また、「身体的健康状態の不良」
「住まいの欠如と収入の不足」「相談によるサポ
ートの不足」は生活困窮者の精神的健康度低下の重
大な関連要因であることを明らかにして、生活困

窮者を対象に「住まいの支援」と「日常生活支援」(情緒的・情動的・手段的ソーシャルサポート)を総合的に提供している支援団体の活動は、生活困窮者の自殺予防と精神的健康度の改善に寄与し得る可能性があるとして述べています¹⁰⁾。

また、先に紹介した本田先生は、2011年秋の日本精神神経学会シンポジウムの中でホームレス問題について報告しています。そこに書かれている文章を引用させていただきます⁶⁾。

「最近筆者が経験した、50歳代半ばの統合失調症のホームレス患者の場合も、20歳代で発症してから、転々とあちこちの精神科病院に長期入院しながら、周囲が精神疾患についての理解を欠いたこともあり、安定したソーシャルサポートを得られないまま、自己責任を負わされた結果、最近1~2年は隅田川沿いの公園でホームレス暮らしを強いられ、衰弱の果てに、救急搬送入院となっている。ライフスキルや人間関係の欠如、社会への不適応性が、非常に不利な立場、境遇に彼のような人間を追い込んでいたことは間違いない。本人にとって安心できる居住や対人サービスの保障のないまま、精神病患者をただ『病院から地域に戻す』のは、形を変えた社会的犯罪行為と言えないだろうか？」

ここにはたいへん厳しい問題提起がなされています。私たちは退院促進、地域移行に、もっと柔軟に、地域の目でもって、手だてを講じていくべきと思います。

国立精神・神経医療研究センターでは、自殺予防総合対策センターにおいて、自殺総合対策大綱改正の提言に向けてのワーキンググループを立ち上げ、自殺対策に関連する学会から、これまでの活動の経験、調査・研究を通じて集積してきた知見に基づく提案を収集し、大綱見直しに向けての提言を行う準備を進めております。自殺死亡者の9割以上はメンタルヘルスの問題を抱えていたと考えられることから、自殺対策とメンタルヘルスの取り組みは密接に連携する必要があります。しかし、メンタルヘルスの問題というと、すぐに精神保健医療改革や診療報酬改定の話になってしまいます。“No Health without Mental Health”とあ

るように¹³⁾、国際的にも、メンタルヘルスの問題の解決には、国レベルでの保健と社会セクターの包括的な調整が必要であるという認識が示されています。メンタルヘルスの問題への取り組みは、共生社会を実現するための国家的課題であるという認識のもと、厚生労働省だけにとどまらず、メンタルヘルスへの関心が広がることを期待します。

ここからは「解決の糸口」ということで、私の今気になっていること2点、申し上げて締めくくりにさせていただきます。

一つ目は、精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法と変わってきて、障害者自立支援法ができるなど精神保健福祉制度は発展しているのですが、一つか二つの法律の中で制度の体系をつくっていく、あるいは障害者サービスを充実させていくという方向だけでは限界があるように思います。私が研究上の交流をしております「ふるさとの会」は、生活困窮者が地域の中で安定した住居を確保し、安定した生活を実現し、社会の中で再び役割や人としての尊厳・居場所を回復するための事業を行っています。「ふるさとの会」で面白いのは、地域連携を進める会というネットワークを持っていること、もう一つは非専門職中心の活動であることです。私たちは専門職のネットワークとか、専門職チームに関心が向きがちですが、実は専門職がよい仕事をするためには、専門職でない人たちによるサービスや居住支援が不可欠なのです。自殺予防総合対策センターでは月に1回くらい、東日本大震災の被災地に自殺予防の関連で出かけておりますが、生活の基盤になるサービスがないことには、専門的なサービスは機能しにくいことに気付かされています。非専門職による支援、居住を中心とした、あるいは生活を中心とした支援に対して専門サービスがサポートするという、つまり生活の場があって、そこに必要な場合に専門職がアウトリーチをしていくという仕組み、これが効率的であり、必要とされていると思います。私はこれを皿と料理に例えています。皿がなければ専門サービスという料理は盛ることができないのです。皿がなかったら料理は台無しに

なるのです。そういうふうを考えてみる必要がありますと思っています。それからアクセシビリティの問題です。イギリスの臨床医ジュリアン・チューダー・ハートは「よい医療ケアの確保は、そのサービスが提供される人びとの医療ニーズが高いほど、反対に困難になる傾向がある」と述べていますが²⁾、本当に大切な言葉です。精神病床を削減しようという議論がありますが、精神医療のニーズを抱えながら、それにアクセスしにくい人たちが切り捨てにすることが起こらないようにする必要があります。

それからあと一点、早期介入の問題です。私は厚生労働科学研究で「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究」の分担研究者として、早期介入の精神保健システムにおける位置づけの検討を行っています。2年間聞き取り調査を進めてきました^{3,4)}。聞き取り調査からは、(1)子どもの抱えるメンタルヘルスの問題は、発達障害、児童虐待、親の抱えるメンタルヘルスの問題を含む家族の問題など多様であり、その中に埋もれるように精神病初回発症例も存在すること、(2)早期介入の精神保健システムは、それ自体を単独に目的として存在するのではなく、地域の複雑なニーズに応じていく、連携、人材育成の一環でもあることが求められることに気付かされました。子どもの抱えるメンタルヘルスの問題は、さまざまな問題の中に埋もれるようにして存在することを忘れてはいけないと思います。

もう時間が来ました。これは、私が昔、高知で仕事していた頃の保健師さんの写真です。なぜこれを出したかという、昔の保健師は、制度も何もなかった中で、「この人を、この家族を何とかしてあげたい」と、手掘りの努力をしていたのですが、私たちはこのような努力に学ぶ必要があると思います。進むべき方向は社会サービスの一環としてのメンタルヘルスです(図1)。

最後に今後の視点として大切にしたいことを述べさせていただきます。

(1)既存のインフラ、資源をできるかぎり活用したモデルを開発する。

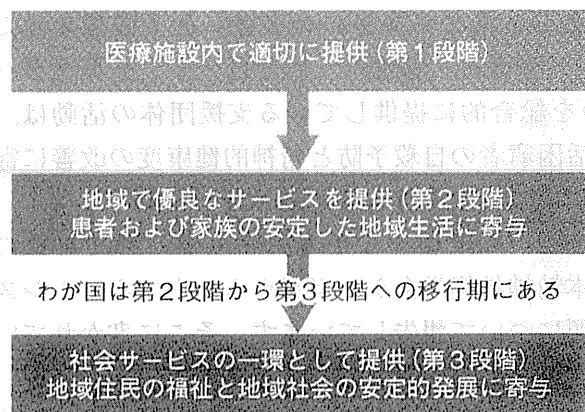


図1 精神保険医療サービスの発展

- (2)基盤サービスと専門サービスの連携が必要であり、それによって、サービスへのアクセシビリティの低い人へのサービス提供を可能にしていく。
- (3)母子保健と連携した予防的アプローチ、家族・地域を予防的に支援するアプローチを発展させる。
- これで講演を終わりにさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

文 献

- 1) Group for the Advancement of Psychiatry: The Chronic Mental Patient in the Community (仙波恒雄監訳・解説: アメリカの精神医療). 星和書店, 東京, 1980
- 2) Hart, J. T.: The Inverse Care Law. The Lancet 297: 405-412, 1971 (日本語訳は本田 徹 (国際保健市民の会=シェア)による)
- 3) 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究」総括・分担研究報告書, 2011
- 4) 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究」総括・分担研究報告書, 2011
- 5) 本田 徹: 地域連携による医療・ケアと居住の課題への取組み—山谷はひとつのモデルとなり得るか? ホームレスと社会4: 10-15, 2011
- 6) 本田 徹: ホームレス問題—山谷地域と途上国をつなぐ現場の視点から. 第107回日本精神神経学会総会シンポジウム「ホームレス化する精神・知

- 的障害者をどう支えるのか」
- 7) 河野稔明, 森 隆夫, 立森久照他: 精神科病院の機能分化における精神療養病棟の役割. 日精協誌 31(5): 499-505, 2012
 - 8) 小山明日香, 長沼洋一, 沢村香苗他: 精神障害を有する人に対する一般地域住民のイメージ. 日社精医誌 20(2): 116-127, 2011
 - 9) 小山明日香, 立森久照, 河野稔明他: 精神病床長期在院患者の転院・死亡を考慮した退院状況の指標の検討. 日公衛誌 58(1): 40-46, 2011
 - 10) 栗田主一, 井藤佳恵, 岡村 毅他: 困窮者の自殺の実態と自殺予防に関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」総括・分担研究報告書. 2012
 - 11) 森川すいめい, 上原里程, 奥田浩二他: 東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率. 日公衛誌 58(5): 331-339, 2011
 - 12) 奥田浩二: ホームレス状態にある市民を理解し支援するために. ホームレスと社会3: 90-95, 2010
 - 13) Prince, M., Patel, V., Saxena, S., et al: No health without mental health. Lancet 370: 859-877, 2007
 - 14) 佐藤 誠: 刑事施設の精神障害者. 日社精医誌 21(3): 315-322, 2012
 - 15) 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ「かえるかわる」<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keika/ku/vision/index.html>
 - 16) 立森久照, 河野稔明, 赤澤正人他: 精神保健医療福祉体系の改革のモニタリングの詳細分析. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」総括・分担研究報告書. 2012
 - 17) 竹島 正: 啓発とは何か. 精神医学 52(6): 530-531, 2010
 - 18) 竹島 正, 河野稔明, 立森久照他: てんかんの地域医療における保健行政的研究. 国外調査及び提言. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」総括分担研究報告書. 2012
 - 19) 竹島 正, 小山明日香, 立森久照他: 精神保健福祉法による通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題—全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに—. 日社精医誌 21(1): 22-31, 2012
 - 20) 竹島 正, 趙 香花, 長沼洋一他: 「改革ビジョン」の進捗状況のモニタリングと評価に関する研究—医療保護入院患者の保護者に関する調査—. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」総括・分担研究報告書. 2012

は「日本社会の家族的ネットワークを破壊する不当な考えだ」という反発を受けたばかりでなく、逆に「代諾入院」として維持すべきだという意見まで出てきたことを覚えている。⁽¹⁾30年近くたった今、このような守旧の意見は医療・福祉の現場から聞かされることはない。

(2) 検討チーム第3R

厚生労働省は2010年5月、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を立ち上げ、その第1R(ラウンド)がアウトリーチ、第2Rが認知症への対応をテーマとし、最終の第3Rが保護者制度を取り扱っている。本日のシンポジストである田尾有樹子氏は「検討チーム」のメンバーであり、本後健氏は厚労省で「検討チーム」の事務局を務められている。「検討チーム」第3Rの下には「保護者制度・入院制度に関する作業チーム」が置かれ、報告書案作成の具体作業を行っている。報告者を含めて3人の法律研究者がここに所属している。検討チームも作業チームも公開され、議事録も厚労省のHPで読むことができる。⁽²⁾

検討チーム・作業チームは、本年(2011年)11月に、精神保健福祉法から保護者の義務規定をすべて削除すべきだとし、⁽³⁾現在は、医療保護入院の要件から保護者の同意を外すべきかについての検討に入っている。⁽⁴⁾

なお、本日の報告は報告者個人の見解であることを、あらかじめお断りしておきたい。

2. 「保護者制度改革」の背景

(1) 精神障害者の自律と権利の保護

保護者制度見直しの背景には、医療保護入院など保護者のイニシャティヴによって精神障害者の医療を行うことは、その自律と権利を侵害しているのではないかという、古くからの議論がある。

「障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者制度の集中的な改革を行うため」に内閣に設置された「障がい者制度改革推進本部」(平成21年12月8日)の意見に基づいた閣議決定「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(平成22年6月29日)⁽⁵⁾は、「精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる『保護者制度』の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。」としていた。

精神衛生法のいわゆる同意入院の時代から、強制入院と保護(義務)者の同意の位置づけは法律研究者からは理解が困難なものであり、⁽⁶⁾以上の点からの医療保護入院の見直しは当然のことということもできよう。

(2) 地域精神医療の展開

だが、保護者制度の見直しに向けてのより大きなドライブは、地域精神医療の推進、社会的入院の解消へと向かう精神医療の現場と行政から出ていたと思われる。「入院医療中心から地域生活中心へ」を今後の精神保健の基本原則とする厚生労働省精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)⁽⁷⁾は、「各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下」「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上」という数値目標を設定し、

(1) 残念ながら、以上に関する資料は残されていない。

(2) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html> 厚生労働省ホームページでの検索は複雑だが、検討チーム、作業チームの議事録・資料については次のような順序で行うことになる。【ホーム>政策について>審議会・研究会等>社会・援護局>新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム】

(3) 厚生労働省資料「精神障害者の地域生活の実現に向けて」(平成23年10月13日)27-29頁。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001rf2j-att/2r9852000001rf81.pdf>

(4) 検討チーム・作業チームは2012年6月に終了し、厚労省は、医療保護入院の要件から保護者の同意を削除することなどを内容とする「入院制度に関する議論の整理」(平成24年6月28日)を公表している。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e9rk.html>

(5) <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/pdf/kihon.pdf>

(6) 古くは、町野朔「保護義務者の権利と義務—同意入院と監督義務をめぐって」法と精神医療3号(1989年)19-32頁。

(7) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>

病床数の削減、入院の抑制、退院の促進を推し進めるべきだとしていた。医療観察法（平成15年7月）における「入院によらない医療」（通院医療、訪問医療）の実践は、地域精神医療についての現場の自信となったようである。このような状況において、家族を精神障害者の医療とケアの責任者とする保護者制度は、社会が行うべき精神障害者の医療とケアを家族に押しつけ、地域精神医療の実現の障害となると考えられたのである。

3. 保護者制度の「弊害」

(1) 保護者の損害賠償義務

精神障害者が他害行為を行ったとき、保護者が民法714条1項の「法定監督義務者」として損害賠償義務を負わされること⁽⁸⁾、そしてときにはそれが高額にわたることは問題とされてきた。⁽⁹⁾——精神障害者の他害行為と損害賠償義務を恐れる保護者は、彼を医療保護入院させることを選ばざるをえない。これは安易に強制入院が行われことであり、地域精神医療への道が狭められることになる。このようにしないためには、保護者制度は廃止されるべきである。

しかし、保護者制度の廃止がこの問題の解決に役立つわけではない。保護者に選任されていなくても民法714条の「法定監督義務者」として責任を負うというのが判例の態度である。さらに、加害行為者が責任無能力者でなく民法714条の適用がない場合でも、監督義務者は民法709条により一般の不法

- (8) 大審院は、精神病者監護法1条の「監護義務者」は民法714条の「法定監督義務者」であるとして、精神障害者が責任無能力（当時の民法では「心神喪失」という文言であった）の状態で行った他害行為についてその母親は責任を負うとし（大判昭8・2・24新聞3529号12頁）、この解釈は精神衛生法の「保護義務者」について受け継がれた。
- (9) 仙台地判平10・11・30判時1674号106頁は、殺された被害者の遺族（妻、子3人）への損害賠償額として合計3億9千万円を言い渡した。
- (10) 保護（義務）者に選任されていない父親を法定監督義務者と「同一視すべき地位にあった」とした高知地判昭47・10・13下民集23巻9-12号551頁が最初の判例であり、結論として免責を認めた最判昭58・2・24判時1076号58頁も、このことを前提にしている。

行為責任を負うというのが最高裁判例である。⁽¹¹⁾このような法状態では、精神保健福祉法を改正して保護者制度を廃止しても問題は解決しないことは明かである。

おそらくは、民法の判例・学説がこれまでの考え方を見直すことが先決である⁽¹²⁾。かつては、保護（義務）者には「精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督」する義務（他害行為防止義務）が課されていたが（精保旧22条1項）、これは平成11（2009）年の改正によって削除された。しかし、判例と学説は依然として保護者等は民法714条の法定監督義務者として責任を負うと考えている。精神障害者の加害行為が彼に治療を受けさせる義務（精保22条1項）の懈怠によるときには損害賠償義務を肯定することができるという見解もありうるが、⁽¹³⁾第三者の安全への配慮は精神障害者の医療への配慮と異なった次元の問題であり、これが解釈論として妥当であるかにも疑問がある。おそらく平成11年の法改正によって、保護者等の他害行為防止義務は否定され、保護者等は、民法714条の法定監督義務者としての責任はもちろん、同709条の一般の不法行為責任も負わないと理解すべきだと思われる。⁽¹⁴⁾

(2) 保護者の引取義務

精神保健福祉法41条（保護者の引取義務等）は、保護者は、措置入院が行われなかった者、入院措置の解除を受けた者、仮退院者を「引き取り、かつ、仮退院した者の保護に当たっては、当該精神科病院又は指定病院の管理者の

- (11) 未成年者が責任能力者である場合の親権者の不法行為責任について最判昭49・3・22民集28巻2号347頁、最判平成18・2・24家月58巻9号88頁（結論として不法行為責任を否定）参照。
- (12) この点は、「保護者制度・入院制度に関する作業チーム」委員である久保野恵美子氏から示唆を受けた。
- (13) 福岡高判平18・10・19判タ1241号133頁。なお、その原審である長崎地佐世支判平18・3・29判タ1241号133頁（法改正後は監督義務者と義務の範囲が限定されるとする）も参照。
- (14) 町野朔・前注6は旧法の他害行為防止義務の限定として、このような解釈論を主張している。

指示に従わなければならない」としている。この条文は精神衛生法時代からのものであり、精神衛生法の注釈書⁽¹⁵⁾によると、保護者は本来精神障害者を監護する義務があるのであり、ただ行政による入院措置がとられたときにはその義務がなくなるのであるが、措置入院から外れたときには、当然保護者の義務が復活することになる、本条はその確認規定である。このような立法趣旨によるなら、医療保護入院から退院したときでも保護者は引取義務があるのは当然ということになる。

しかし、精神障害者が任意入院など、精神医療を継続して受けているのでない以上、保護者がその監護の責任を負うという現行法の態度は、保護者を地域精神医療の究極的な責任者とするものであり、円滑な地域精神医療の実行の障害になっている。退院する者を引き取り監護する責任を負うのは保護者だということになると、地域精神医療のための施策を社会全体が行うということにはなりにくい。そして、保護者以外に精神障害者のケアを担当する人的資源が社会に存在しない場合には、保護者が引取を拒むと、病院は実際には退院させることはできないであろう。このようにして、保護者制度は「社会的入院」を促す結果となっているのである。

入院医療から地域医療への円滑な移行を行う責任者は保護者だけではないのであって、法41条は削除されるべきである。措置入院からの地域精神医療への移行は行政がイニシアティブをとるべきであり、医療保護入院、そして任意入院の場合にも、精神病院、家族・保護者が法22条の2にある事業者等と連絡をとりながら、退院した精神障害者の医療とケアを行う体制を確立していかなければならない。

(3) 治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務

現在の精神保健福祉法22条は、保護者の法律上の義務として、以上の損害

(15) 小山進次郎(編)『社会保障関係法 [II]』(法律学大系コンメンタール編26 [II]) (日本評論新社、1953年) 576頁、村中俊明『精神衛生法の逐条解説』(中央法規出版、1968年) 109頁、公衆衛生法規研究会(編)『精神衛生法詳解』(中央法規出版、1976年) 112-113頁。

賠償義務、引取義務以外に、①治療を受けさせる義務、②医師に協力する義務、③医師の指示に従う義務、④財産上の利益を保護する義務を規定しているが、これらの義務規定を削除して、保護者を一般医療における家族と同じ位置づけにものとしたとしても、精神障害者の医療と保護に特段の不都合が生じるとは認められない。

例えば現在では、医療施設の管理者等は「患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない」(医療6条の2第2項)、医師は「本人又はその保護者」に対して療養指導を行う義務があるとされている(医師23条)。精神保健福祉法の保健者に、ことさら精神障害者への医療義務(①~③)を課す必要はないと思われる。

また、精神障害者の財産管理はあくまでも本人の意思に基づいて行われなければならないが、その判断能力に問題があるときには、民法(7-21条)の成年後見・保佐・補助⁽¹⁶⁾の制度を活用するのが筋道であろう。

(4) 入院費用

他方、医療保護入院の要件から保護者の承諾を不要とするなら、入院医療費を全額公費負担とし保護者が医療費を負担しなくても良いようにすべきだという意見もある。これは、強制入院は公費負担でなければならないという考え方に基づいている。

しかし、強制入院、強制医療が必ず公費負担でなければならないということはない。措置入院の場合には、現在都道府県が全額支弁し、国がその4分の3を負担することとされているが(精保30条)、健康保険などで給付される範囲については都道府県は負担する必要がなく(精保30条の2)、都道府県は、

(16) 成年後見を発動するまでもなく、福祉サービスの利用、日常の金銭管理などを、どこまで地域福祉の人たちが援助しうるかについては、現在でも不明確な状況が続いている。炭谷茂『社会福祉の原理と構造「社会福祉構造改革」とその後の動向』(社会保険研究所、2004年) 95-104頁参照。民法の事務管理既定(697-702条)が採用されることが多いようであるが、これは一定の要件の下で管理者を免責する規定に過ぎず、福祉の現場に対する指針として十分であるかには疑問がある。

「精神障害者又はその扶養義務者」が入院に要する費用を負担することができる」と認めるときには、その費用の全部または一部を徴収することができるとしている（精保31条）。要するに、措置入院においても本人あるいは扶養義務者の費用負担が原則なのである。医療保護入院に保護者の同意を不要としたときにも、入院費はこれまでと同様、本人または扶養義務者が支払うことになるだろう。

もちろん、医療保護入院も措置入院と同様の都道府県の全額支弁の方法をとるべきである、あるいはすべての強制入院を全額完全な公費負担とし、精神障害者、その扶養義務者に一切求償しないとすることも考えられよう。しかし、これは現在の国の財政状況からするなら現実的とは思われない。

4. 保護者制度改革の先にあるもの

(1) 地域精神医療システムの整備

精神保健福祉法の規定している保護者の法律的義務を削除し、医療保護入院の要件から「保護者の同意」を外したとしても、精神障害者の権利を擁護し、その医療を支援する保護者の役割はこれからも残るだろう。しかし、これは一般医療における家族の役割と変わらないのであり、精神医療における「保護者」は特別なものとはいえなくなっているということに帰する。現行法で唯一保護者の権利として認められているのは退院等の請求権（精保38条の4）であるが、これもこのままの形で維持すべきかには検討の余地がある。

「保護者から家族へ」は精神医療の実践に携わってきた人からは自然の流れであり、決して衝撃的な変革ではないと思われる。そしてその先にある最大の課題は、地域精神医療システムの整備である。精神病院、地域支援事業者は、精神障害者、その家族と連携をとりながら、地域精神医療の実現に向けた一層の努力を続けなければならない。医療が積極的に地域内の精神障害者の方に出向くアウトリーチも推進されなければならない。

(2) 強制入院手続の整備

保護者制度改革の後でも、精神障害者の医療へのアクセスを保障する、「入りやすく、出やすい」強制入院として医療保護入院制度は維持されるであろう。そのためには移送制度（精保34条）を「使いやすいものにする」ことも必要であるが、他方では安易に医療保護入院に頼ることがあってはならない。また、早期の退院を促すために精神医療審査会による定期的審査の方法にも工夫の余地はあると思われる。

(3) 精神障害者と家族の支援、患者の権利擁護 (patient advocacy)

保護者制度改革の目的の1つは、精神障害者の家族の負担を軽減しなければならないというものがあった。精神障害者を医療に結びつける義務をもつばら保護者、家族に負わせるべきでないとする以上、そして、家族も支援を要する存在であることを認識する以上、精神障害者と家族をサポートしながら医療・福祉を遂行するシステムを考えていかなければならないことになる。

このような観点からは、精神障害者と精神医療とを仲介し、精神障害者の権利を擁護する存在、patient advocate の必要性が導入も考える必要がある。国連 NGO である「国際法律家委員会」(International Commission of Jurists. ICJ) は宇都宮病院事件の後に3度来日して、調査報告書を出したが、その中で、日本においても精神障害者の権利擁護システムを作ることが必要であるとしていた。⁽¹⁷⁾ 日本⁽¹⁷⁾の精神医療でどのようなシステムを構想すべきかは、まだ議論の途中であるが、考えられなければならない問題である。

(17) 国際法律家委員会（編）広田伊藤夫・永野貞太郎（監訳）『精神障害者の人権 国際法律家委員会レポート』（明石書店、1996年）97-100頁・161-162頁・188-189頁。

医療事故後の情報開示プログラムについて、具体的かつ実践的に解説

ソーリー・ワークス!

医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム

ダグ・ヴォイチェサック
ジェームズ・W・サウストン
マギー・M・フィンケルスティーン

監訳 前田正一
監訳 児玉 聡 高島響子



Sorry Works! はひとつの哲学である。

ソーリー・ワークス!

医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム

著者 **ダグ・ヴォイチェサック、他**
監訳 **前田正一** 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 准教授
監訳 **児玉 聡** 東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野 講師
監訳 **高島響子** 東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野 講師

● A5 頁208 2011年
定価2,730円(本体2,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-01493-9]
消費税率変更の場合、上記定価は税別金額となります。

米国で行われているSorry Works!運動について解説した実践書の全訳。医療事故が起きた際にまず共感を表明(sorry)し、徹底した調査と情報開示を行い、必要な場合には謝罪と補償を行うという一連のプロセス、およびそれがもたらす利益について、とてもわかりやすくきめ細やかに書かれたマニュアルとなっている。病院責任者や医療安全管理者はもちろん、医療の質を高め、より良い医師-患者関係を築きたいと考える、すべての方々へ。

目次	
第1章	Sorry Works! の始まり
第2章	“すみません(I'm sorry)”とは何であり、また何でないか
第3章	Sorry Works! はなぜ役に立つのか
第4章	医療事故の対応プロセス：情報開示プログラムのための土台
第5章	Sorry Works! プログラムを実施するための5つのステップ
第6章	患者とその家族にどうやって謝罪するか
第7章	謝罪するために法律は必要か?
第8章	患者にもやるべきことがあります!
第9章	情報開示の成功例 一実現したさまざまな利益
よくある質問と批判に対する回答 医療継続教育(CME)復習問題	
付録A	米国各州の謝罪免責法 (apology-immunity law)一覧
付録B	謝罪免責州法の草案



障害者権利条約批准に係る国内法の整備：今後の精神科医療改革への萌芽

精神保健福祉法と民法714条

責任無能力者の監督義務、責任*

久保野恵美子**

Key words

Compensation for damages, Capacity for liability, Supervisor

加害行為をめぐる損害賠償責任の基本的枠組み

1. 加害者本人が責任を負うという原則

意図的にまたは不注意によって誰かに損害を生じさせてしまったときには、損害を生じさせる直接の加害行為を行った本人(以下、「加害者」という)が、生じた損害について賠償責任を負うのが原則である(民法709条に基づく不法行為責任)。加害者以外の者(以下、「第三者」という)が責任を負う可能性もないわけではない。被害者が、ある第三者について、加害者の行為を具体的に予見し、それを防止すべき義務を負っていたにもかかわらずそれを怠ったということを主張、立証することに成功すれば、当該第三者の不法行為責任を追及できる(以下、「第三者の一般的な不法行為責任」という)。しかし、ある加害行為によって損害が発生するのは、いつでも周囲の誰かがそれを阻止しなかった帰結であるともいえることからわかるように、被害者が第三者について具体的な予見可能性および加害行為の防止義務の懈怠を主張、立証できるのは、例外的な場合にに限られる。

2. 加害者が精神障害を有する者である場合

それでは、加害者が精神障害を有する者である場合には、どうだろうか。加害者が精神上の障害のために自己の責任を弁識する能力に欠ける状態であった場合には、加害者本人は責任を負わない(民法713条)。責任を弁識する能力とは、自己の行為により賠償義務が発生するという程度の認識ができる能力と解されており、この能力を「責任能力」という。

加害者本人の損害賠償責任を問えない被害者が賠償を受けるには、第三者の責任を追及することが考えられる。上記のとおり、一般的には第三者の責任を追及できるのは例外的な場合に限定される。しかし、加害者本人が責任無能力により責任を負わない場合については、その者の監督者が負う特別の責任類型が定められている。監督者とされるのは、責任無能力者を監督することを法律で義務づけられている者(以下、「法定監督義務者」という(民法714条1項))と法定監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者(以下、「代理監督者」という(同条2項))である。第三者がこれらの監督者(法定監督義務者および代理監督者)に該当する場合には、第三者の一般的な不法行為責任

* Liability for Damages Inflicted by a Person without Capacity for Liability due to Mental Disability
 ** 東北大学大学院法学研究科(☎980-8576 仙台市青葉区川内27-1), KUBONO Emiko : School of Law, Tohoku University, Sendai, Japan

任よりも重い責任が課せられる。重い責任であるというのは、第一に、この場合には被害者側が上記の予見可能性や加害行為の防止義務懈怠について主張、立証する必要がなく、かえって、監督者の側が責任を免れるためには、自己に義務懈怠がなかったことを主張、立証しなければならないとされる点である。また、監督者については、問題となった具体的な加害行為に対する予見可能性や防止義務が問われるのではなく、より抽象的なレベルで加害行為を予見し、防止するために監督を尽くしていたか否かが問われるとされる。

このように、責任無能力者の加害行為によって生じた損害の賠償責任の追及については、監督者に対して行う場合と、監督者に該当しない第三者に対して行う場合とで、責任類型が異なり、後者の責任追及は実際上相当に困難であることから、どのような者が監督者に該当するのか、加害者に監督者があるのかどうか、が重要な意味を持つことになる。

精神保健福祉法と加害行為に対する責任

精神障害による責任無能力者の加害行為について、どのような者が監督者に該当するのかを、精神保健福祉法との関係で見よう。

1. 問題の整理

1) 保護者は法定監督義務者か

法定監督義務者に該当する者として代表的に挙げられる類型は、未成年者である加害者が責任能力を有しない場合における親権者である。加害者が精神障害のために責任能力を欠く場合については、批判的見解もあるものの、加害者が成年被後見人であるときには、成年被後見人が法定監督義務者に当たると解されている。精神障害を有する加害者に精神保健福祉法上の保護者が選任されている場合には、保護者が法定監督義務者といえるかどうかが問題となる。精神保健福祉法によって保護者が負っている義務はどのようなものなのか、その義務は、精神障害者が加害行為を行わないよう監督し、防止する義務を含むのかどうかを問

れることになる。

2) 精神科病院が代理監督者として責任を負うか

代理監督者とは、法定監督義務者に代わって責任無能力者の監督を行う者であり、再び責任能力を欠く未成年者の例を挙げれば、親権者に代わって未成年者の監督を行う学校の教師などがこれに当たる。代理監督者と法定監督義務者の責任は相互に排斥しあうものではなく、代理監督者と法定監督義務者がともに責任を負うこともある。

精神障害を有する加害者の場合に、加害者が精神科病院に入院中のときには、当該病院、担当の医師などが法定監督義務者に代わって監督を行う者といえるのではないかと、問題となる。

3) 保護者に選任されていない近親者などの責任

1)、2)で記したように、法定監督義務者は法律で定められた監督の義務を負う者であり、代理監督者はそのような者に代わって監督を事実上行う者を指すのが本来であるが、監督者責任を負う者の範囲をより広く解釈する見解も主張されてきた。すなわち、法定の監督義務を負うわけではなく、法定の監督義務者から監督を託された場合でもないが、事実上責任無能力者の監督を行う者に対しても、民法714条の責任を問おうというものである。このような拡張的な解釈によるときは、成年の精神障害者が加害行為を行ったが、その者に成年後見人も保護者も選任されていないときに、加害者の両親などの近親者が監督者責任を負うのではないかと問題となる。

2. 裁判例の傾向

裁判において、精神障害者による加害行為に対する監督者責任について判断された代表的事例は、上記1.の1)から3)に即して紹介すると、次のとおりである。

1) 判例では、精神保健福祉法に至るまでの精神障害に関わる法律における保護(義務)者が法定監督義務者に当たると考えられてきたと説明されることが多い。古くは、精神病患者監護法上の監護義務者が法定監督義務者として責任を負うことを

認めた最上級審(大審院)判決(大判昭和9年2月24日新聞3529号12頁)がある。その後、最高裁になってからは、保護(義務)者を法定監督義務者であると直接に判示した最高裁判例は存しないものの、下級審の裁判例では、1999年の精神保健福祉法改正の前後を通じて、保護者が法定監督義務者に該当するとの立場がとられる傾向がある(仙台地判平成10年11月30日判時1674号106頁、仙台高判平成12年1月20日(判例集未登録))。

このように、裁判例では保護者が法定監督義務者に当たると一般的に考えられているように見受けられるのであるが、保護者が精神障害者の自傷他害を防止する義務を負うとされていた時代はともかく、1999年の精神保健福祉法改正において当該義務が法律から削除された後においても保護者がなお法定監督義務者に当たるといふべきかについては、後述するように、検討の余地がある。

2) 精神科病院の責任については、入院中の患者が治療の一環としての外泊中に他者を殺害した事例において、精神科病院の責任が問われた裁判例がある(鹿児島地判昭和63年8月12日判タ682号177頁)。この事例では、保護者に選任されていた患者の妻の責任は元々問われておらず、病院の代理監督者としての責任だけが追及されたところ、裁判所は、病院には予見可能性がなかったとして、その責任を否定した。

3) 1)、2)に紹介した他に、保護者に選任されていないため、保護者として監督義務者に当たるとはならない近親者について、監督者責任を認める一群の裁判例がある。その理由づけはさまざまであり、一方で、近親者が選任手続を経て保護者になっている場合と、たまたま選任手続がされなかったことによって、選任手続がなされれば保護者となっていたであろう者になっていない場合との均衡(先述のとおり、監督者責任の類型に当たらない限り、加害者以外の第三者の責任を追及するのは、被害者にとって容易ではない)を考慮し、近親者は保護者と同視し得るまたは保護者に準じる立場にあるとするものがある(福岡地判昭和57

年3月12日判タ471号163頁。なお、最判昭和58年2月24日判タ495号79頁では、保護者となるべきであった近親者は監督者責任を問われ得るとの一般論を肯定しつつ、当該具体的事例において責任を問われた両親の責任が否定された)。他方で、保護者との対比の論理をはさまずに、端的に、事実上の監督者として、代理監督者の責任を負う可能性を認める裁判例がある(東京地判昭和61年9月10日判時1242号63頁、福岡高判平成18年10月19日判タ1241号131頁)。いずれも、論理的には明晰さを欠く理由づけであるが、逆に、裁判例はそのような無理な理由づけをしてまで、近親者の監督者責任を認める傾向があるといえる。

3. 検討

以下では、2)で紹介した裁判例の論理および実質的な妥当性を検討したい。

1) 保護者は法定監督義務者か⁶⁾

1999年の精神保健福祉法改正までの間は、保護義務者が法定監督義務者とされることは、保護義務者が自傷他害防止義務を負うとされていたことから説明可能であった。

しかし、同年の法改正により、自傷他害防止義務が削除された以降は、保護者が法定の監督義務を負っているとは言えないのではないかと思われる⁷⁾。法定監督義務者性を肯定する見解として、1999年改正によって自傷他害防止義務は保護者が精神障害者に医療を受けさせる義務に実質的に包含されたものと理解し、この義務を果たさなかったことを監督義務違反と捉えて、監督者責任を認めることが考えられる⁸⁾。しかし、医療を受けさせることは、あくまでも精神障害者の保護のためであって、精神障害者が他者に損害を与えないように監督するためではないはずであり、医療を受けさせる義務を負うことを根拠に、保護者を法定監督義務者と解することには疑問を禁じえない⁹⁾。また、実質的な妥当性の観点からも、精神障害者が加害行為をした場合に、保護者に免責されにくい重い賠償責任が課せられるとすれば、予防的に精神障害者を入院させておくのが無難だ

との判断にもつながりかねず、精神障害者の地域・在宅生活の支援の促進を妨げるおそれがある⁹⁾。

否定説のほうが理論的、実質的に説得的であり、今日においては、精神保健福祉法上の保護者を法定監督義務者であるとする見解は見直しされるべきではないだろうか。なお、保護者が法定監督義務者に当たらないとしても、現在の通説的見解によれば、成年後見人たる保護者は成年後見人として法定監督義務者に当たることになる。このことの妥当性も問題であるが、監督者責任の存在趣旨の根本に関わることであり、課題として後で簡単に触れるにとどめたい。

2) 精神科病院の代理監督者としての責任

精神科病院が、入院している患者の生じさせた損害について、代理監督者として責任を負う場合があることは、一般論として、条文(民法714条2項)から無理なく導かれる結論である。しかし、その具体的な適用を考えるに当たっては、次のような2つの制約要素に注意が払われるべきである。

まず、代理監督者はその言葉のとおり、「代理」として監督の責めを負っているものであり、本来の法定監督義務者が存在することが前提となることである。精神科病院の場合には、法定監督義務者について通常とられる解釈に従えば、患者の成年後見人または保護者に代わって監督するという関係があることが必要となる。患者に成年後見人または保護者がいないにもかかわらず、精神科病院が監督不十分を理由に責任を負うのだとすれば、それは、事実上監督する立場にあったことを理由とする、本来の監督者責任とは異なるものである¹⁰⁾(保護者ではない近親者の責任を事実上の監督を理由に肯定する上述の裁判例の3)の類型と同様のものである)。

次に、精神科病院が代理監督者に当たる場合であっても、「[代理監督者]がその義務を怠らなかつた」または「その義務を怠らなくても損害が生ずべきであった」ことが認められれば、病院は責任を免れる。監督義務を十分に尽くしていたか、

尽くしていたにもかかわらず加害行為が行われたといえるかどうかを考えるには、前提とされる監督義務の内容が問題となるが、代理監督者は、本来の法定監督義務者が負う監督義務に比較すれば、時間的、場所的に限定された監督を期待されているにすぎないといえ、免責が認められる範囲は、法定監督義務者の場合よりも広いと解される¹¹⁾。

3) 事実上の監督者たる近親者の責任

保護者に選任されていない近親者について、監督者責任を負わせる裁判例は、一般的な第三者の不法行為責任法理によるよりも重い責任を近親者に負わせるものであり、その根拠が問われる。先述のとおり、裁判例においては、一方で、仮に選任手続が行われていたならば保護者となっていたと考えられる近親者が、たまたま選任手続がなされなかったために、またはあえて選任手続を行わないことによって、重い責任を免れることは不当だといふ、保護者に選任されている場合との均衡論が挙げられる。被害者にとって、保護者選任手続が行われていたか否かによって、責任追及の困難さが異なってくるのが妥当でないということもできる。この論による場合には、近親者は保護者と同一視できるまたはこれに準じる者として責任を負っているといえ、問題は、保護者を法定監督義務者と捉えることが適当であるかという先述の問題に帰着しよう。他方で、裁判例には、保護者に準じる者としてではなく、近親者などが事実上監督する立場にあったことを理由に監督者責任を負わせるものがある。民法714条は、法律によって監督の義務を負う者およびその者の代理として監督する者という2種類の類型を定めているにとどまるから、加害者に法定監督義務者がいない場合に、加害者を事実上監督する者の責任を第三者の一般的な不法行為責任のルールよりも重いルールに基づいて認めるのは、法文の文言を超えた解釈である。この点、学説の中には、民法714条の解釈として、事実上監督する者の責任も認めようとするものがあり¹²⁾、裁判例はこれに従っているともいえる。しかし、監督者責任の重い責任

を正当化する趣旨を事実上の監督者にまで及ぼすこと(これに肯定的な見解として¹³⁾がある)には疑問がある¹⁴⁾。

4) 裁判例のまとめ

上に見てきたように、裁判例は、その多くに理論的な難点があり、安定的なものとは評しがたい。裁判例は、それにもかかわらず、第三者の責任を拡げる方向で民法714条を解釈することを自指しているといえる。その背景には、加害者本人が賠償責任を負わない状況のもとで、被害者を救済するという目的があると考えられる。加害者本人に賠償責任を問えない場合に被害者に損害の賠償を得させるといふ政策目的を重視すれば、裁判例の傾向を支持することも可能であるが、条文上の根拠なく事実上の監督者に一般の不法行為責任よりも重い責任を課することが正当化できるのか、そもそも、自傷他害防止義務を負わなくなった保護者が法定の監督義務を負うと評価可能であるのかについては疑問が残る。これらの者に、通常よりも重い責任を課するというのであれば、立法論的手当が待たれるが、精神保健福祉領域におけるノーマライゼーションや地域・在宅生活の支援の推進を考慮するとき、精神障害者が加害行為を行わないよう監督する義務を強化することは必ずしも望ましいことではないと考える。

課題

1. 課題の整理

前項までにおいて、精神障害者による加害行為については責任能力を欠くために加害者本人が賠償責任を負わない場合があること、その場合には、民法714条に定められる監督者責任として、一般の不法行為責任よりも重い責任が監督者に課せられること、裁判例は監督者責任を負う「監督者」の範囲を拡張的に解釈し、被害者救済を図ろうとする傾向があることを確認してきた。

裁判例に対しては、事実上の監督者に対してまで監督者責任を負わせるのは同責任類型の趣旨を超えるのではないかと、さらには、精神保健福祉法制定後においては保護者を法定監督義務者と解す

ることさえ疑問の余地があるのではないかという問題を指摘した。これらの裁判例に対する疑問は、監督者責任で監督者が重い責任を負わされることを正当化する根拠をどこに求めるかに帰することになるが、現在の裁判例および学説の状況からは、この問いに答えることは実は簡単ではない。ひるがえって、監督者責任を広く認めようとする裁判例の前提を見直すことも考えられる。すなわち、裁判例が一民法714条自体の趣旨もそうであるが、第三者の責任をなるべく認めようとの傾向を示すのは、加害者本人が賠償責任を負わないときに、加害者本人と一定の関係にある者に賠償責任を負わせることで、被害者の救済を図ろうとするものと理解される。そうであれば、立法論も視野に入れて課題を示すとすれば、現行法においては責任能力を欠くとして賠償責任を負わない精神障害者にあっても、加害者自身の責任を肯定するということが考えられる。

2. 加害者本人の責任

責任無能力者が不法行為責任を負わない理由について、従来、責任能力の存在することは、不法行為責任の要件となる故意・過失の論理的前提であるから、行為者に不法行為責任を負わせるためには責任能力の存在することが必要であると説明されてきた。しかし、今日では、責任能力は不法行為責任の積極的な要件ではなく、判断能力が著しく劣る者を保護するという政策的な考慮に基づく制度であるとする理解も有力である¹⁵⁾。この後者の理解によれば、政策的な考慮の内容に応じて、責任無能力者に不法行為責任を負わせることも可能となる。

外国法を参照すると、日本のように、不法行為責任を負わせるために責任能力という一定程度の判断能力を求める法制ばかりではない。むしろ、精神障害により判断能力の減退した者が加害行為を行った場合には、加害者本人の不法行為責任が肯定される国が多い。英米法は、もともと、不法行為責任を負わせるために一定の判断能力の存在を要求するという発想はなく、加害者本人が責任を負うものとされるが、英米法とは異なる法系

(大陸法系)に属する国々でも、ドイツでは、過失に基づく通常の不法行為責任を負わないが、衡平の観点から責任を負うことが認められており、フランスでも、精神障害によって判断能力を欠く場合であっても責任を免れないという原則が採用されている⁵⁾。

加害者本人の責任を肯定するかどうかは高度な政策的判断を要し、ここでただちに結論を示す用意はない。しかし、精神障害者が自傷他害行為に出ることを想定し、家族など精神障害者と一定の密接な関係にある者を監督または保護の義務者として、その者に自傷他害防止義務を課し、私宅監置まで認めていた時代と異なり、精神科病院での治療を受けさせることで本人を保護することが目的とされ、さらに、できるだけ開放治療を行い、地域・在宅生活の実現を支援していくことが目標とされるようになった精神保健福祉の理念の変遷を考えれば、日本においても、第三者の責任を重くすることではなく、加害者本人の責任を肯定することによって、被害者の救済を図ることが検討されてよいのではないだろうか⁶⁾。第三者の重い責任を問うことは、精神障害者による加害行為を未然に防ぐために、その行動を制約することの誘因になりかねず、上記の理念に逆行することが懸念される。障害者の権利に関する条約では、第12条において障害者が他の者と平等に権利および法的能力を認められることを定める。同条が、精神障害者が他の者と同様の不法行為責任を負うべきことを要求するものとは解されず、かえって同条においては、障害者が支援および保護を受けべきことが併せて規定されている。しかし、精神障害者自身も不法行為責任を負い得るとすることは、同条を基礎づける理念とも整合的であるように思われる。

3. 損害の填補

2. では加害者本人の責任を取り上げたが、精神障害のために判断能力が減退する者にそうでない者と全く同じ責任を課することが適当であるかどうかは、先述のとおり慎重な判断を要する問題である。被害者の救済を図る方法としては、損害を

より広い範囲の者に分散する方法も考えられる。

現行の法制度に存在するものとして、犯罪被害者またはその遺族に対して国から支給される給付金の制度がある(犯罪被害者等給付金の支給等による犯罪被害者等の支援に関する法律に基づく)。たとえば、犯罪によって死亡した者の遺族に対しては、その生計の状況などに応じて、320万円から2,900万円程度の遺族給付金が支給される。精神障害の問題を家族内部にとどめるのではなく、社会化を目指そうとするのであれば、このような社会的な給付制度は注目に値する^{2,6)}。

損害の分散の方法としては、他に、責任保険の制度がある(責任保険による損害分散の成功例としては、いわゆる自賠責(自動車損害賠償保険)が挙げられる)。責任保険の方法によれば、仮に加害者本人の責任を肯定するとして、加害者に賠償資力が不足するときであっても、被害者に実効的な賠償を実現することができる。加害者またはその他の者に賠償責任(場合によっては、集中的に)負わせ、その者の責任をカバーする保険を強制的または任意にかけさせるという制度設計もあり得るが⁹⁾、これに対しては慎重な見解もある⁴⁾。

4. 監督者責任の明確化

第三者の責任については、監督者責任の趣旨、すなわち、第三者の一般の不法行為責任と比べて、なぜ監督者にはより重い責任が課せられるのかがなお探求されなければならない。同責任類型に関しては、未成年者たる責任無能力者が加害行為を行った場合の親権者の責任を素材として議論されることが多く、精神障害による責任無能力者の加害行為に対する監督者責任については、あいまいなどがある。親権者は、その未成年子に対して包括的、排他的な監護および教育の義務を負うとともに権利を有し、また、居所を指定する権限(未成年子の交友関係を制御する権限を含む)と解される)も与えられている。これに対して、通常、法定監督義務者として挙げられる成年後見人は、被後見人の身上に配慮する義務を負うものの、被後見人の居所を指定する、行動を制御するなどの権限を有するわけではない(1999年の法改

正では、後見人が家庭裁判所の許可を得て被後見人(当時は「禁治産者」)を精神病院に入院させることを含む、後見人による療養看護の規定(改正前の民法858条)が削除されていることにも注意が必要である)。このような違いに照らせば、成年後見人の負う責任の根拠や内容が、親権者の場合と同様であるべきだと断言しにくい^{2,4)}。同じ文脈から、精神保健福祉法下における保護者を法定監督義務者と解することにも疑問が提起されよう²⁾。

まとめ

精神障害により責任能力を欠く状態で他人に損害を生じさせた者は、損害賠償の責任を負わない。これを補充すべく、民法714条では監督者に一般の不法行為責任よりも重い責任を課す特別の責任類型が定められている。裁判例には、この責任を負う法定の監督義務者に精神保健福祉法上の保護者が含まれることを出発点に、精神科病院の責任、保護者に選任されていない近親者の責任などを監督者責任の規定に基づいて認める傾向が見られる。このような裁判例の傾向は被害者保護の観点からは正当視可能であるものの、監督者責任を基礎づける現在の条文の解釈の限界を超えかねないばかりか、近年の精神保健福祉の理念にも沿わないおそれがある。監督者責任の根拠および監督者とされる者の範囲を批判的に検討するとともに、精神障害者本人の責任を認めること、補償または保険の制度により損害の分散を図ることを

含めた立法論に及ぶ議論が必要であろう。

文献

- 1) 不法行為法研究会：日本不法行為法リステイトメント、有斐閣、pp 82-92, 1988
- 2) 上山泰：成年後見人等と民法714条の監督者責任—精神保健福祉法との関連も含めて—、家族(社会と法) 20：58-80, 2004
- 3) 加藤一郎：不法行為(増補版)、有斐閣、p 162, 1972
- 4) 前田奈：精神障害者の民事責任能力、須永藤編：被保護成年者制度の研究、勁草書房、pp 555-590, 1996
- 5) 三木千穂：精神上の障害により責任能力なき者による不法行為責任の所在—現代における民事責任能力制度のあり方—、静岡英和学院大学・静岡英和学院大学短期大学部 紀要 8：199-209, 2010
- 6) 辻伸行：自傷他害防止監督義務の廃止と保護者の損害賠償責任、町野朔、山本輝之、中谷陽二 編：触法精神障害者の処遇、信山社、pp 62-79, 2005
- 7) 辻伸行：精神障害者の他害行為と近親者の損害賠償責任—福岡高裁平成18年10月19日判決の検討を中心にして、中谷陽二 編集代表：精神科医療と法、弘文堂、pp 241-254, 2008
- 8) 山田智司：精神障害者の第三者に対する殺傷行為と不法行為、山口和男 編：裁判実務大系 16 不法行為訴訟法 2、青林書院、pp 277-287, 1987
- 9) 山口純夫：精神保健法上の保護者と民法714条の法定監督義務者、私法判例リマークス 2000(下)：66-69, 2000
- 10) 吉本俊雄：保護義務者の精神障害者に対する監督責任、判夕 599：6-10, 1986
- 11) 吉村良一：不法行為法(第4版)、有斐閣、pp 192-201, 2010

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

脳科学とスピリチュアリティ

Neuroscience, Psychology, and Religion; Illusions, Delusions, and Realities about Human Nature

著 Malcolm Jeeves, Warren S. Brown
訳 杉岡良彦

●A5 頁168 2011年
定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN 978-4-260-01402-1]

著者らは、スピリチュアリティの問題が神経細胞や脳の活動に「すぎない」とされるのか否かを、脳科学や進化心理学の進歩も踏まえて解明する。最先端の研究に加え、脳と心をめぐる過去の哲学や現在の神学にも言及。人間本性やスピリチュアルインも、脳イメージング技術が示す脳の特定の部位の活動であろうか。本書は、現代医療の基礎に潜む科学的人間観への一つの挑戦である。