

論文

精神病院における自殺

——「精神病患者」から「生活者」へ、福祉社会学的視座から——

永井 順子*

序

本論考は、精神科医療における開放化の流れのなかで、治療概念、患者像がどのように変化してきたかを、精神疾患をもつ者⁽¹⁾の自殺という観点から明らかにすることを目的とする。

現行の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号、最終改正：平成12年法律第111号）では、「精神障害者の社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進」（法第1条）がうたわれ、「病院から地域へ」をスローガンに精神障害者の脱・病院化がすすめられている。こうした動きは1970年代頃から説かれるようになってきたものだが、その背景としては、1960年代から精神病院内での不祥事件の実態が次々と明らかになってきたことや、1964年のライシャワー事件後、刑法改正にともなう保安処分の新設が問題として浮上し、これに対する批判的論争が精神病院関係者のなかでも活発であったこと、があげられる。しかし今日でも精神障害者に対する保安処分論は根強く、開放化を「野放し」と読みかえる姿勢も消えない⁽²⁾。1960年代から他の医療分野と同様に、精神科診療においても医療事故裁判が増加

してきたが、そのなかには患者の他害事故に関して医師の責任を問うた事例も少なくない⁽³⁾。

他害事故に関して医師の責任が問われる例があるように、自殺に関しても医師の責任を問う民事裁判例が存在する。他害と異なり、自殺は日本の法律では禁じられていない。だが、精神疾患患者はそうでない人に比べ一般に自殺率が高いとされ⁽⁴⁾、衝動的に自傷行為を行う場合があるとみなされる。よって自傷と他害のおそれを区別せず、共に社会的に危険なものとなす傾向があり、精神衛生法当時より「自傷他害のおそれ」は措置入院（法第29条）や行動制限（法第38条）の要件であった。ゆえに保安処分に反対する論者のなかには、措置入院や行動制限のかかげる「医療かつ保護のため」の「保護」が患者の保護ではなく、社会を患者から「保護」という意味で運用されてきたことを指摘する者もいる⁽⁵⁾。また、患者の「保護」をめざすとしても、閉鎖病棟での治療は「保護かつ監禁」であり、そのパターンリズムが疑問視されてきた⁽⁶⁾。

したがって、精神科医療における開放化は、保安処分の是非、患者の人権をめぐる論じられることが多かった。しかし本論考では、開放化と患者の自殺に考察を限定することにより、「保

*早稲田大学大学院社会科学研究所 博士後期課程2年

護かつ監禁としての治療」の限界を別の視点で指摘する。すなわち、その限界が従来の治療の内部から現れてきたことを、自殺をめぐる民事裁判例を通して示す。さらにこの限界が、開放化にもなっていわれる「生活者」としての患者像⁽⁷⁾とどのように結びついているかを明らかにすることが課題である。

そこで本論考は以下のような構成をとる。まず、従来の精神科医療のありかたが、「治療のまなざし」のもとに患者の本質ないしは生の全体を可視化しようとする試みであったことを示す(1節)。次に精神疾患をもつ者の自殺と、患者の生活全体を可視化する「治療のまなざし」との関係性を明らかにする(2節)。次いで開放化にもなっていて注目されてきた、精神疾患をもつ者の自殺をめぐる民事裁判の判決を通して、「治療のまなざし」による患者の可視化の限界を指摘し、これが「治療と自殺防止の二律背反性」という概念に現れたことを示す(3, 4節)。最後に、患者を可視化することの限界が、精神科医療における「cure から care」への変化と結びついたこと、結果、「cure」とも「care」とも相容れない面をもつ自殺防止が、「リスク管理」の思考へと変化してきたこと、この二つの変化が精神科医療の開放化の思想的な背景となっていることを指摘する(5, 6節)。

このような本論考の考察は、精神科医療における開放化の議論に、対保安処分とは別の視点を与えることに意義を有し、かつ精神疾患をもつ者の自殺に関して、医療面からではなく、福祉社会学的な考察を加えることに独自性を有するものとする。

1. 「治療のまなざし」と精神病患者の可視化

本節ではまず、開放化が推奨される以前の、精神病院に「閉じ込め」られた病者の存在様式を、理論的に明らかにしておく。

フーコーが『狂気の歴史』において描く、ピネルらによる「鎖からの解放」は、狂人保護院内の病者の身体的自由を許容することで、精神病患者自身に精神的な自由＝理性を回復させようとする試みである。身体的な拘束は、病者を物質ないしは動物として固定してきた。他方、「鎖からの解放」は、狂気を理性の疎外態 (aliénation) とみなし、理性からの遠ざかりにおいてこれを量ろうとすること(つまり全く理性とは別のものとして扱うのでなく)を、その内実とする。よって、狂人保護院の治療者のまなざしにおいて狂気は、理性との遠さを量る観察・記述の対象であり、かつその遠さこそが狂気の本質であるとされる。「精神錯乱者」は「aliéné (疎外)」それ自体である。そこでは治療とは、「精神錯乱者 aliéné」自身に自己の疎外、治療者から観察・記述された自己、すなわち理性との遠さを自覚させることを目的とした⁽⁸⁾。それは、理性という「規格 normal」に照らして自己の「逸脱 anormal」を規制できるような人間、すなわち理性的人間への、矯正ないしは更正としての「規律訓練 discipline」であった⁽⁹⁾。

狂気を理性の疎外態とみなすことと精神病院への閉じ込めは、密接な関係をもっている。疎外態はそれ自体としてあるのではなく、それを「見る」まなざしにおいて現れるので、疎外態と「見る」まなざしは常に同じ場所に、同時に現れる。また、疎外態とまなざしの共在/共-現前 (co-présence) は、場所に特性をあたえるし、特

性をもった場所の共有もまた、疎外態とまなごしの共在／共-現前 (co-présence) を性格づけもする。精神病院という閉じられた空間は、医師のまなごしのもとに狂気が疎外された理性として、共在／共-現前 (co-présence) するための条件でもあったのである⁽¹⁰⁾。

精神病院における治療の推奨は、疎外の克服のモチーフに基づき、本来あるべき姿とそれからの遠ざかり、そしてそれへの回復を、一連の連続した動きとみなすことにつながり、一面ではその病の不治性を否定するのに役立った。しかし同時に、不治の患者と可治の患者を明確に区別し、可治の患者のみに治療を施して、不治の患者を療養看護の対象とする傾向をもっていた⁽¹¹⁾。日本の精神医療では、19世紀半ばから「道徳療法」を批判し、「精神病＝脳病」という説を唱えたドイツのグリージナーの影響もあり、疎外は理性に現れるというよりも、生ないしは生活に現れるとみなされてきた。したがって、精神病患者とはすなわち「病んだ生ないしは生活」である。例えば明治を代表する精神医学者の呉秀三にとっては、精神病の原因は心身にとって有害な生活条件・環境であり、入院によって環境を変え、規則正しい（つまりは normal な）生活を送ることが何よりの治療であった⁽¹²⁾。このように生活の流れに病の原因を求めることで、病の不治性と可治性が、生活時間の経過（予後）によって量られることになり、疾病の分類が進むとともに⁽¹³⁾、治療の名のもとに精神病患者の生活全体を精神病院の枠内に閉じ込めることが不可欠とされ、精神病院の設立が推進されたのである。これが「監禁かつ保護としての治療」の日本における始まりである。

こうして精神病院においては、先に述べた共

在／共-現前 (co-présence) の特質からいって、疎外態としての精神病患者の生活全体が現前＝可視化していることが求められてきた。精神病院の内部にはプライバシーがないと批判されもしてきたが、この論理からすればそれも当然であった。どんな病でも、医師はその原因まで見通す＝可視化することで治療するものである。この見通し＝可視化が的確であれば、患者は治療に至る可能性が高い。精神病の場合、見通す＝可視化すべきは病者の生活全体である。しかし最初から、病者の生活全体を可視化するまなごし、すなわち医師の「治療のまなごし」が確立していたわけではない。ゆえに今日まで多くの治療法が模索されてきた。例えば、日本で1950年代から1960年代に流行した「生活療法」の推奨者が、「患者の全生活環境を治療の対象とするまで生活療法の研究はつづけられるだろう」と述べたのは象徴的である⁽¹⁴⁾。

では次に、生活全体を可視化する「治療のまなごし」と、精神疾患をもつ者の自殺との関係について述べる。

2. 「治療のまなごし」と精神病患者の自殺

デュルケムは、自殺を定義して、「死が本人自身によってなされた積極的、消極的な行為から直接、間接に生じる結果であり、しかも、本人がその結果の生じうることを予知していた場合を、すべて自殺と名づける」⁽¹⁵⁾とした。デュルケムが『自殺論』を著した当時も、エスキロールら多くの精神科医たちが、自殺を精神疾患に起因させる説を唱えていたが、デュルケムはいくつかの統計的証拠をあげてこれを否定している⁽¹⁶⁾。

日本では、1960年代頃から、精神医学的立場からの自殺研究が数多く見られる。その代表者

である大原健士郎は次のように自殺を定義している。すなわち、「自らを殺す行為であって、しかも死にたいという意図が認められ、その結果を予測しえた死を自殺とよぶ」⁽¹⁷⁾というものであり、結果を予知しえた行為という意味ではデュルケムの定義に近い。しかしまた、「自らの意図に基づく行為」としての自殺観でもあり、この「意図」に関して、精神医学的な解明を行おうとするのが一連の研究の特徴である。精神病院での臨床例の報告も記されている場合が多い。つまり、自殺と精神疾患との相関関係は完全には否定されておらず、研究対象としても有意性もっている。ちなみに、自殺者の10～20パーセントは精神の病だとするのが当時の定説であったようである⁽¹⁸⁾。

自殺が精神病に起因するかどうかについては、従来議論が分かれてきたのだが、精神疾患を患う者はそうでない者より自殺する率が高いということは、一般に認められてきた。精神疾患のなかでも自殺と結びつきやすいといわれているのがうつ病である。このようにいうと、精神病者の自殺は精神錯乱ないしは精神の病の結果であり、あたかも「病死」であるような観がある。事実、精神病者の自殺を擬似自殺あるいは過誤死であるとみなす傾向もある⁽¹⁹⁾。フロイトは自殺について、破壊衝動が他に向わずに、自分自身に向ったものと理解し、自傷と他害が同じ破壊衝動に由来するものであるとしたといわれるが⁽²⁰⁾、この理解からすれば、「保護」と「監禁」が共に破壊衝動を問題とするという意味で、同じ所作の二つの側面となることもうなづける。その共通の所作こそが治療であった。ここでは、自傷と他害の原因は破壊「衝動」であり、当人の制御におよばないものとして刑法上の罪になら

ない。代わりに、もっとも「異常 anormal」なものとして、「治療のまなざし」が強く向けられてきたのも事実である。ここに狂気を、衝動＝疎外された理性とみなす伝統がうかがえよう。

しかし1960年代からの日本の精神医学的研究者たちのなかでは、精神病者の自殺の場合でも、疾患に内在的な「自殺傾向」のほかに、正常心理で了解可能な「動機」に注目する傾向がある。つまり上で述べたような意味での「病死」ではない場合も存在するというのである。さらには、むしろ動機が了解可能であることから、自殺意図を予知しうる可能性が大きく、病者の環境や心理状態の把握を通じて自殺を防止しうるという。こうして疾病の観察・記述のみならず、病者の家庭環境、生活史、等々も観察・記述されることになる⁽²¹⁾。これは精神病者の生活全体を客体化・可視化しようとする「治療のまなざし」の特性をよくあらわしていよう⁽²²⁾。しかしまた、この頃から、自殺を防止することの治療に対する異質性が、臨床過程においてこそ現れてきたのであった。次にこの点につき、判決をたどりながら明らかにする。

3. 医師の責任～自殺防止義務のカテゴリー

一般に精神疾患をもつ者には通常人より自殺が多く認められることから、診療契約上の義務として、患者に対し病状に応じた診療をなす義務の他に、一般的な自殺防止義務が含まれると解釈されている。よって患者が自殺すれば医師は債務不履行責任（民法第415条）ないしは不法行為責任（民法第709条）を問われる可能性がある⁽²³⁾。戦後初の裁判例であり、全国の精神病院関係者に衝撃を与えたとされる⁽²⁴⁾、松尾事

件の例を以下に見てみる。

初老期うつ病と診断され、精神科専門病院に入院していた患者・佐太行が、入院後10日目の早朝、同病院の便所の窓の鉄格子に自身の寝巻きの腰紐をかけて縊死した。佐太行を第三者とする、第三者のためにする看護診療契約を病院側と締結していた佐太行の妻は、佐太行の縊死が看護診療契約に基づく債務不履行によるものであるとして、損害賠償請求をおこなった（福岡地裁小倉支部 昭和49・10・22判決、判例時報780号、判例タイムズ320号）。

判決は病院側の過失の有無につき次のように述べる。「看護診療契約に基づき、精神医学における現時の水準に照らし、適切な知識・技術を駆使して佐太行の治療にあたるとともに、その入院生活を通じて、同人の生命・身体の安全を確保（病状として自殺念慮のある場合は自殺防止を含む）すべき看護義務がある」。また、「うつ病患者（初老期うつ病を含む）は症状の一つとして自殺念慮を抱いているものであり」[下線は引用者、以下全て同様]、回復期の早朝から午前中に自殺を実行することが多く、縊死が多い。佐太行は入院後約1週間を経た頃から回復期に向っており、「この時期においてこそ、自ら<精神科専門医たる被告：引用者>又は履行補助者として、佐太行の行動につき特別の注意を用いるべきであった」。よって自殺の道具となりうる腰紐をとりあげなかったこと、回復期にある患者が早朝に珍しく起きているのを知りながら監視を怠ったこと、から病院側に債務不履行の責任があるとする。

次に損害の算定にあたり、判決は佐太行の縊死が自殺であったことを理由に過失相殺をおこなっている。「自殺者が精神疾患の結果、完全な

意思決定能力も事理弁識能力もない状態で自殺に駆り立てられて、これを実行したような場合は、自殺であるからと言って看護義務者の責任を軽減することは、過失相殺の「理念に副うところではないとの考え方があるかも知れない」が、佐太行に「完全なる是非善悪の弁別能力はなかったとしても、少なくとも或程度の事理弁識能力（例えば縊首することの意味を認識する能力）は有していたものと推認される」ので、また原告自身が腰紐を持ち帰ることも可能であったので、6割の減額としている。

この事例はうつ病の一般的・抽象的理解を根拠に、医師の過失、責任を導き出す一方で、患者に「事理弁識能力」を認めることで過失相殺をおこなっている点が注目される。患者が症状の一つとして自殺念慮を抱くうつ病である以上、医師に自殺防止義務があると立論しながら、同時に、患者が自殺したのは完全に「精神疾患の結果」だったとはいえないとして、その分医師の責任を軽減していることに矛盾がみられるからである²⁶⁾。

ここにはすでにみてきたような、病者の存在全体、生活の全体を「治療のまなざし」において可視化しようとする動きとは、明らかに別の動きが現れている。当時、日本精神病院協会副会長であった斉藤茂太による、本判決についての次のコメントはそれを裏付けていよう。「毎日、日本で五十人の人が自殺している。病院でも、精神病院に限らず内科、外科どこでも起きている。人間は死を決心したらどのような手段でもとるので防ぎようがない。防ごうとすれば昔のようにろう屋のようにして閉鎖しなければならないだろう。それは患者の基本的な人権を守りながら自由に治療するという現在のあり方からはでき

ない」(朝日新聞夕刊 昭和49年10月22日)。

齊藤のいう「現在のあり方」の背景に、開放的治療が推奨されるようになってきたことを見るのはたやすい。病者の全体を可視化することは、精神病院における医師と病者の共在/共-現前 (co-présence) に支えられていたわけだが、開放化により物理的に共に存在していることがより困難になり、可視化の限界が見えてきたのだろうか。しかしそれは治療の放棄になりはしないだろうか。以後の判決にはこの葛藤が現れている。その過程で見えてくるのが、「監禁かつ保護としての治療」にかわる「社会復帰のための治療」である。

4. 社会復帰のための治療と自殺防止の二律背反性

松尾事件の第一審判決に対し被告病院側は控訴し、第二審では第一審判決が覆されている(福岡高裁 昭和54・3・27判決, 判例タイムズ388号)。その判旨は次のようなものである。

「精神病者特にうつ病患者の看護治療に当る医師や看護婦は、問診や日常の行動観察を通じて、患者の自殺念慮ないし自殺企図の有無を確認する努力を怠らず、自殺念慮の存在が察知された患者に対しては、特に嚴重な監視と周到な看護を続けるべきであり、……、具体的な自殺企図を観察したときは、速やかに保護室へ収容して特別な看護措置を講じ、もって、患者の自殺を防止すべき義務があり、これらが看護診療契約の本旨に従った債務の具体的な履行である、というべきである」。「しかしながら、精神病患者の治療の最終目的は社会復帰にあるのであるから、重症患者以外の者或は回復に向かいつつある患者に対しては、自殺念慮ないし自殺企図

が認められない限り、開放病棟への収容、外泊許可等により徐々に社会生活への適応を準備させることが重要であり、従って、これらの患者についても一律に、自殺防止のため、個室への隔離や間断ない看視等、自殺念慮等の存在が現に察知された患者に対するのと同程度に嚴重な看護措置を講ずることは、不必要であるばかりでなく、医師と患者との信頼関係を損なう意味合からも、治療上有害でさえある。「しかし、右く本稿では上：引用者>厳緩二つの看護体制のうち、当該患者がそのいずれの看護体制の対象者であるかを判定するに当っては、精神病の看護診療契約における二本の柱ともいうべき治療と自殺防止とが、その各本質において二律背反性を有する一方、同契約上の債務としては、本来、治療が自殺防止に優先すべき性質のものであること、及び、精神病の入院患者に対する看護診療体制は、いわゆる閉鎖診療から開放診療への転換が歴史的要請として志向されていることに鑑み、直接その治療に当る精神科医の判断を尊重して判定されるべきが相当であり、当該看護診療契約の本旨に照らし、その裁量を逸脱した、著しく不適切な措置と認められる特段の事情が見当たらない場合においては、原則として看護体制に関する精神科医の判断に落度はなかったもの、と認めるのが相当である」。以上より、佐太行の場合に「自殺念慮がなお残存し、自殺の危険性があることを事前に予測することは困難であった」ので、腰紐をとりあげなかったことは医師の裁量の範囲内であり、早朝に佐太行が起きているのを看護婦が発見しているながら特別な措置をとらなかったことも過失とまでいえない、とした。

本判決の主任弁護士であった饗庭忠男は、原

判決との差異を次の三点にまとめる。「①部分的な問題よりも、むしろ精神科医療の歴史的な動向からの見方を有していること。②自殺念慮を有していた、ということから、直ちに自殺防止義務を設定するのではなく、そのような徴候が具現化した時点からの具体的注意義務の内容として捉えていること。③精神科医療における医師の自由裁量の幅を原則として認めていること」である。ゆえに本判決を「リーディング・ケースとして、他の精神科の訴訟にあたっても充分法的評価の指針となりうる」と評価している²⁸⁾。もちろん賛否両論あるが、「治療と自殺防止とが、その各本質において二律背反性を有する」とした点は、一般に精神科医療の現実に即するものと考えられているようである²⁹⁾。とすれば、社会復帰を最終目的とする治療の対象である患者と、自殺防止の対象となる患者との二分が行われることになる。さらにこの二分の際にも「医師の裁量」が広範に認められる。よって裁判において争点となるのが、自殺の予見可能性と、医師の裁量の合理性である。

本論考に際して20件の判決を検討し、自殺当時の処遇の開放性に依じて別表のように分類した³⁰⁾。これまでに述べた2つの判決は開放的処遇の病室における自殺の場合であった。20件中、「治療と自殺防止の二律背反性」にふれているものは8件あり(別表の番号④⑤⑦⑧⑨⑩⑪⑫)、閉鎖的処遇…2件(ともに責任肯定)、開放的処遇の病室…4件、許可のある単独外出…2件(全て責任否定)となっている。責任否定例はどれも、上で紹介した第二審の判旨とほぼ同様の立場をとっている。すなわち、自殺の危険性が予見されえず、それゆえ自殺防止のための特別な措置をとらなかつたことに過失はないというもので

ある。閉鎖的処遇の2件はともに責任肯定だが、それぞれ平成11年、12年に出された最近の判決であり、そもそも法律は「自殺企図又は自傷行為が切迫している場合」にのみ閉鎖的処遇を容認する傾向であるので³¹⁾、自動的に自殺の危険は予見可能であることになるとも思える。しかし判決はこうした立論はさげ、具体的・個別的な徴候をあげて予見可能性を指摘している³²⁾。

横浜地裁の平成12年1月7日の判決(判例タイムズ1087号)は、精神分裂症状がみられたため、精神病院の閉鎖病棟に入院していた女性が、病室の扉が施錠されていない時に、喫茶室からライターを取ってきて、これを用いて自分のパジャマに火をつけて焼身自殺をはかったものである。先に紹介した福岡高裁の判旨にみられる、「裁量を逸脱した、著しく不適切な措置と認められる特段の事情」を認め、病院側の責任を肯定する判決となっている。その具体的内容は以下である。「入院後も、原告春子の希死念慮は衰えを見せず、自虐的行動を繰り返した」こと、「七月七日、八日には、「安楽死させて下さい。」と訴えて、病室のドアのガラスに頭を打ちつけるなどの自虐的行動を繰り返したため、重症室、保護室収容の措置が採られ、七月八日にはA医師から入院後初めて「不穏時胴体抑制可」の指示が出された」こと、「本件事故当日(七月九日)には、……、他の患者に対し、「ライターを貸してください。」と懇願し、その旨の報告を受けたB看護婦も、焼身自殺の危険を感じ、直ちに、原告春子がライターを所持していないかどうかを検査し、喫茶室にライターが所在することを確認した」ことから、「原告春子の自殺の危険は明白かつ切迫しており、A医師、B看護婦ら被告病院の職員もこの事実を認識していた

といわざるを得ない」。よって、「通常の巡視態勢を履践したのみで、特別の自殺防止措置を採らなかつたため、本件事故の発生を防止することができなかつたのであり、被告病院に過失があったことは否定すべくもない。」

もう一方の、福岡地裁小倉支部、平成 11 年 11 月 2 日の判決（判例タイムズ 1069 号）は、アルコール依存症、精神分裂病等の治療のため入院していた男性患者が、隔離室、閉鎖病室の行き来を繰り返して入院を続けていたところ、入院約 5 ヶ月目の閉鎖病棟入院中の夜間、看護者の巡回のない間に縊首自殺した事例である。この判決では、「精神病院に入院中の患者は、その精神症状等から自傷他害の危険性を否定できないのであって、病院、医師、看護職員等は、精神障害者が自傷他害行為に及ばないように、患者の動静に注意し、事故が発生しないよう配慮すべき義務があるというべきである」とし、社会復帰を最終目的とする治療の対象である患者と、自殺防止の対象となる患者との二分をおこなってきた他の判決とは異なる点がある。しかしもちろん、病院側の過失を問うにあたって、例えば松尾事件第一審判決のように、一般に精神疾患の患者は自殺する危険が高いからという立論をおこなってはならず、自殺の予見可能性について検討している。すなわち、「太郎は、自己の病気についての病識がなく、太郎の症状は一進一退を繰り返し、隔離室と閉鎖病棟の間を行ったり来たりしており、改善に向っているとはいえないこと、平成九年二月一日から太郎が自殺に及んだ同年三月一二日まで、被告としても太郎を自殺企図者又は要注意者であると認識していたことがうかがえる。そうすると、……太郎が自殺に及ぶ危険性があることを事前に予見する

ことは可能であったと認めるのが相当である」。

よって次に、午後 11 時から翌朝 5 時まで、看護者による巡回がなかつたことが過失かどうか、太郎の自殺に相当因果関係をもっているかどうか争点となっている。そこで北九州市内の 6 つの精神病院に照会して得た夜間巡回の状況（最低 1 時間に 1 回）をあげながら、被告病院の措置を「極めてずさん」とする。また、「確かに、精神障害者に対する治療は、その究極的な目的が患者の社会復帰を促進することにあることからすれば、監視の下で行うだけでは足りず、入院患者をなるべく社会と同じ環境において治療する必要があることは、一般に認められるところであり、また、どのような病状の段階でどの程度の開放的治療を行うのかの決定は、医師が、その当時の医療水準上要求される医学的知識に基づき、かつ、当該患者の病状の変化の的確な観察に即して、治療効果と自傷他害の危険とを考慮しつつ、判断すべきであり、医師の裁量的判断に委ねられる範囲は広いといわざるを得ない」。「しかし、右のような医師の治療等とは異なり、精神病院における看護体制については、自傷他害の危険性が認められる患者について、開放化医療の精神に反しない限りにおいて、異変がないかどうか等その動静に注意して、入院患者が自傷他害行為に及ぶことを未然に防ぎ、または、自傷他害行為があった場合には、すぐさま治療救命等の措置を採りうるよう、通常、精神病院が最低限具備すべき看護体制等を備えていなければならないことは、治療の前提条件として不可欠であるといえるのであって、裁量的判断に委ねられる範囲は、医師の治療のそれよりも狭いものであると解するのが相当である」。

確かに、治療の対象となる患者と自殺防止の

対象となる患者を二分する判断が、医師の裁量に大きく依存した自殺の予見可能性によって決まることになると、開放化医療の名の下で、犠牲になる患者が増えてくるのではという意見もある⁽³⁾。そうしたなかでも、看護体制に関して医師の裁量からこれを切り離す、上の判旨は特殊である。だが、患者を二分しなくても、医療行為を「社会復帰のための治療」と「自殺防止のための看護」に二分するというところにこそむしろ、「治療と自殺防止の二律背反性」は現れていると考える。

以下ではこの点につき考察を加え、かつ従来の「治療のまなざし」がある変容を帯びてきたこと、それこそが「治療と自殺防止の二律背反性」という思考の根底にあることを明らかにする。

5. 「治療のまなざし」の変容

通常、社会復帰を最終目的とする治療の対象である患者と、自殺防止の対象となる患者との二分は、退院が近い事理弁識のある患者と、当分入院が必要な事理弁識のない患者の二分であると思われる。確かに松尾事件第二審判決でも、「重症患者以外の者或は回復に向かいつつある患者」を「社会復帰のための治療」の対象としてみなす傾向がみられる。また臨床の場において、医師の診断に基づき患者ごとに看護や治療の体制（閉鎖的処遇、開放的処遇など）が異なるのも事実である。しかし自殺防止に関してはこの患者の区別が必ずしも採用されない面がある。松尾事件第二審判決でも上述の患者に対し「自殺念慮ないし自殺企図が認められない限り」との限定がなされており、また、広島高裁、平成4年3月26日の判決（判例タイムズ794号）

は以下のように述べる。

「精神病患者の自殺については、精神症状に起因する自殺のほか、これによらない自殺があり、これは了解可能な自殺と動機不明の自殺とに分けられるところ、精神症状による自殺は病気の症状それ自体とも言えるから、当該精神病患者との間に診療契約を締結した医師又は病院は、当該診療契約に基づき精神症状に起因する自殺防止を含む適切な看護をする義務を負担していること（但し、自殺の予見可能性又は結果回避可能性がないときは過失は否定される。）はいうまでもない。そうして精神病患者を入院させた医師又は病院は、その保護義務者に代わって患者を保護しているわけであるから、たとえ病状が軽快した後に、あるいは病気とは無関係になされる了解可能な自殺（動機ある自殺）についても、その自殺の予見が具体的に可能な場合には、診療契約又は入院契約に付随する患者保護義務の内容として当該患者の自殺を防止する義務を負うものと解するのが相当である。」

典型的なパターンリズムの立場にも思えるが、医師の責任が否定された事例である。つまり、患者の自殺に関する医師の責任の有無は、患者の病状の軽重、事理弁識能力、自殺の動機、了解可能性などによって決まるのではなく、その自殺が予見可能であったか否かにかかっているのである。

危険に関する予見可能性については、法の議論では、特に公害事件に関して「何らかの障害が生じることを予見できれば足りる」とする立場があった。しかし精神科医療では、「何らかの障害」ということでは、あらゆる患者についてそれが考慮されねばならない、という見解から、個別具体的な予見可能性を考慮することが求め

られてきたのである³²⁾。これはすなわち、自殺する患者としない患者とを、医師の診断のレベルであらかじめ区分することはできないということであろう。よって判決が提示する治療と看護の二分は、先に述べたような「治療のまなざし」における、治る患者には治療を、治らない患者には療養看護をという区別とは明らかに一線を画すものである。「社会復帰のための治療」と「自殺防止のための看護」との二分は、個々の患者の区別ではなく、自殺の予見可能性に基づいており、平時と非常時、ないしはリスクが潜在的な状態とリスクが顕在化しつつある状態との区別なのである。つまり本質的に自殺しやすい患者と、自殺しない患者が存在するのではない。よってその本質—「衝動」なり「病んだ生」なり—に操作を加えようとする、従来の治療概念はここには存在していない。

精神病患者の本質に何らかの疎外ないしは異常を認める初期の精神医学に対しては、これまで様々の批判が加えられてきた。例えば、T・シェフによるレイベリング理論、ゴッフマンによるスティグマ理論がそうであり、そこでは狂気は個人の本質に求められるのではなく、社会的な関係性における違和に基づくとみなされた。本質としての病という狂気観が、罪人としての精神病患者あるいは劣った種という価値観につながっていたことに関し、関係の病の発想は精神病患者個人の価値を中立化するのに役立つものといえる³³⁾。

先に述べたような、正常心理で了解可能な「動機」に着目して、自殺の防止に役立てようとする立場は、この関係の病の発想とも相容れるようにみえる。実際、「cure から care へ」という近年の医療従事者の態度変更のなかで、医師と患

者のコミュニケーションが重視されてきた。この流れで主張されるのは、cure の身体の個別部位に対して介入し客体化するまなざしに代わり、care は患者の生活全体に関わっていく統合的態度を必要とする、ということである³⁴⁾。ところで、生活全体に関わるという意味でなら、精神科医療はこれまでもずっと care だったことになる。しかし生活全体を客体化し可視化する意味では cure だったのである。これがかつての精神科医療の治療かつ看護であり、「動機」に着目するとしても、そこでは自殺の予防可能性に重点があり、自殺に至る患者像をその環境や生活史まで、「治療のまなざし」のもとに描き出すことが課題であった。つまり患者の生活全体を可視化し、これに操作を加える試み（例えば「規則正しい normal な生活」へと改変するなど）の一つだったのである。

しかし、精神疾患をもつ者の自殺をめぐる民事裁判の判決では、患者の生活の全体を「治療のまなざし」のもとに可視化することは求められていない。自殺の予見可能性は、生活全体を可視化できたかどうかでいわれるのではなく、患者の生活史とは別に、その時々自殺の徴候を予見できたかどうかの問題である。よってむしろ、患者の生活全体を可視化しないこと、あるいは可視化できないことを認めることに、これまでみてきた判決のいう「社会復帰のための治療」が現れてきたのである。これはすなわち、治療者が可視化できないところにおいて、患者の「自立」、「自己決定」が促されてくることを意味しよう。当然、この自己は、「規格 normal」からの「逸脱 anormal」を制御する従来の「自律」、「規律訓練」によって生まれる自己とは異なってくる。治療者が可視化できず、「規格 normal」化できな

いところに現れるこの自己が、現在「生活者」といわれるものであり、この「生活者」を尊重し、「その人それぞれの生活の質 (QOL)」を実現すべく援助するのが、現在求められる「care ケア」である³⁵⁾。「その人らしさ」は「逸脱 anormal」ではなく「差異」として認められ、誰もが互いに支えあって生きる「共生」社会の理念が提示される³⁶⁾。

精神疾患をもつ者に対する「社会復帰のための治療」は、この「共生」の技術を患者に学ばせることに主眼があるといつてよい。現在精神科医療で広く行われている治療として、薬物療法と生活技能訓練があげられるが、患者自身が服薬管理できるようになることは、病識をもち「病と共に生きる」ことの達成とされる。また、生活技能訓練ではとくに対人関係におけるコミュニケーション能力を高めることが主眼である。つまり治療は、従来の意味での病原を取り除き「正常 normal」な状態に回復させる治療 (cure) ではなく、病と共に、他者と共に生きることを教える³⁷⁾。これが従来の精神科医療の看護かつ治療とは異なる、現在の「社会復帰のための治療=ケア」である。

他方で、患者の生活全体を可視化できないことは、「社会復帰のための治療」と二律背反する「自殺防止のための看護」を生み出していたのであった。よって「自殺防止のための看護」は、病原を取り除いて自殺しない患者をつくらうとする従来の治療とも、病と共に生き、他者と共に生きることを前提とした「社会復帰のための治療=ケア」とも違う側面をもっていることになろう。それが、自殺する個人を離れて自殺という行為のみに焦点を当てる「リスク」という観点であると考えられる。以下この点を明らかにしよう。

6. 危険からリスクへ

カステルは、欧米の精神科医療における開放化の動きを参照しながら、管理の対象が、個人に内在的な「危険 (dangerousness)」から、「リスク・ファクターの組み合わせ」へと変容してきたことを指摘する。カステルによれば、従来の「危険 (dangerousness)」という概念は、主体に内在的な特質として認められる一方、実際に脅威となる行動が起ってからしかそれが事実として証明されえないという矛盾をはらんでいた。よって、一人一人の患者を扱わなければならない上、診断が不確実であるゆえに、従来の精神科の治療が「危険 (dangerousness)」を予防するために用いた技術は監禁と断種であったという³⁸⁾。しかし、「リスク」という観点では、問題となるのは望ましくない個人ではなく、望ましくない行動であるから、そのような行動につながりうるようなリスク・ファクターを専門家が事前に列挙し、このリスク・ファクターに予防的に介入することが重要になる。したがって、「疑いかけられるのに、危険性 (dangerousness) あるいは異常性 (abnormality) の徴候を体現する必要はもはやない。予防的政策に権限をもつ専門家がリスク・ファクターとして構築した何らかの性質を示しさえすればよいのである」³⁹⁾。

医療事故に関する民事裁判の増加は医療関係者のなかに「リスク管理」の思想を広めてきたが、精神病院でもっとも注目されるのが患者の自殺である⁴⁰⁾。現在、精神科医療関係者の間では「自殺防止マニュアル」なるものが広く知られているが、これはまさに自殺という望ましくない行動に関するリスク・ファクターの列挙となっている。「こんな患者に気をつけろ」と題されたこの

マニュアルは10項目からなり、1から3項目は「入院直後の患者全員」,「自殺企図の既往がある者」,「うつ病患者」,と抽象的な指標が立てられているが、それでもその内容は、「初回の入院患者で病状把握が不十分なとき」(第1項),「早朝に覚醒し、熟睡感がないと訴えるとき」(第3項),など個別具体的であるし、4から10項目は、「~の場合」「~のとき」と、患者の病的な特質に自殺の危険性を予知するのではない、状況ごとの指標となっている⁴¹⁾。自殺という望ましくない行動を予防するのに、患者個人が備える内在的な自殺傾向を議論することはやはり必要とされていない。

さらにカステルによれば、「リスク管理」の技術は「ケアする者とケアされる者、援助者と被援助者、専門家と患者の、フェイス・トゥ・フェイスな関係を不可欠な要素としない。そうではなくてそれは、一般的にリスクを生み出しうるとみなされる、一連の抽象的な要因に照合して基礎付けられた人口のフローを確立することに存する」とされる⁴²⁾。したがって、まず望ましくない行動とこれにつながりうるようなリスク・ファクターを専門家が設定して、人口におけるこのリスク・ファクターの分布を描き、リスクが高いとされるエリアに予防的に介入することが「リスク管理」である。第一には各人が「リスクを管理する」ことが求められる。よって予防的介入は治療である必要はなく、行政的な指導が主となる。政府の健康増進キャンペーンの類はその典型で、国民全体をリスク・ファクター保持者として扱うもっとも広範な営みであろう。カステルは精神科医療の開放化の背景に、このような治療の終焉と行政的指導という予防技術の生成を指摘するのである⁴³⁾。

こうして、「社会復帰のための治療」と「自殺防止のための看護」の二律背反性は、医師と患者とのフェイス・トゥ・フェイスな関係=共在/共-現前 (co-présence) を前提とした、治療か監禁かといった対立とは異なり、共在/共-現前 (co-présence) を避けることの上になり立っている。確かに、この二律背反性は開放化にもなって現れてきたので当然ともいえよう。結果として患者の監禁につながってしまうような、フェイス・トゥ・フェイスな関係=共在/共-現前 (co-présence) をさけた上で、「社会復帰のための治療=ケア」は患者の「自立」に期待し、「自殺防止のための看護」は、自殺防止を目的とした介入は患者の生活自体に介入するのではなく、自殺という望ましくない行動を制御するだけだという。かつては「危険な病者」に対して「保護かつ監禁としての治療」が存在した。いまや「病者」ならぬ「生活者」には「ケア」を、「危険」ならぬ「リスク」には「看護」を、という二分がある。ともに、本質としての病という思考を否定した結果なのである。

さらに、「生活者」へも「リスク管理」は広がりつつあることが指摘できる。危険からリスクへの管理対象の変容は、従来の矯正ないしは更正をめざす治療を無効化し、基本的には予防、早期発見・早期治療 (プライマリ・ケア) への移行を意味するといわれる⁴⁴⁾。精神科医療においてもプライマリ・ケアが近年重要視されており、特に自殺という点では、現在日本ではこれを公衆衛生運動の一環として予防しようとする動きが活発である。具体的取り組みの一つとして、平成14年2月より厚生労働省の自殺防止対策有識者懇談会が開催され、同年12月には、「自殺予防に向けての提言」が報告された。そこ

では、自殺予防は「こころの病」に対する取り組みとして、明確に語られている。その根拠は以下のようなものである。「生命的危険性の高い手段により自殺を図ったものの、幸い救命された者について、うつ病、統合失調症（精神分裂病）及び近縁疾患、アルコールや薬物による精神や行動の障害等の精神疾患を有する者の割合が75%で、中でもうつ病の割合が高いと報告されており、自殺は、精神疾患と強い相関関係があることが示唆されている」⁽⁴⁵⁾。1960年代には、自殺者中精神疾患を患っているとされたのは10~20%であったが、いまや75%である。「こころの病は誰もがかかりうる病です」が一つのキャッチフレーズになってきたのであろう。

7. 結びにかえて

本論考では、精神疾患をもつ者の自殺に注目することで、精神病院への囲い込みを促した従来の「治療のまなざし」にかわる、「社会復帰のための治療」と、共生に基づく「ケア」の概念、さらにはこれと同時に矛盾した仕方で現れる「看護＝リスク管理」の思考を明らかにしてきた。「病院から地域へ」の動きは評価に値することは疑うべくもないが、自殺防止におけるように予防対象の一般化が進めば進むほど、ハイリスクな集団として「ケア」から排除される人びとがいるのではないかと懸念せずにはいられないもまた事実である⁽⁴⁶⁾。この点については次の課題として新たな論考を加えたい。

〔投稿受理日 2003.9.30/掲載決定日 2003.12.19〕

注（邦文文献の副題は省略した。）

(1) 以下本論考では、①精神疾患をもつ者、②精神障害者、③精神病患者と、同一集団と思われる対象に三

つの呼称をあてているが、②は特に「病院から地域へ」の動きにおいていわれるとき、③は特に「保護かつ監禁」の対象であるとき、①はいずれともいえないとき、というように、意識して使い分けたことを断わっておく。

- (2) 欧米では1952年のクロール・プロマジンに始まる向精神薬の登場で地域精神医療が発展したが、日本の場合1970年代まで精神病院の病床数は増加傾向にあったことを野田は指摘している。野田正彰『犯罪と精神医療』岩波書店、2002年、200-206頁。1969年には、精神神経学会理事会が、頻発する不祥事に対して「精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える」と題した声明を提出した。『精神神経学雑誌』第72巻、日本精神神経学会、1970年、117-119頁。保安処分問題の歴史的経緯は、富田三樹生「保安処分問題の歴史年表と問題の所在」『精神医療』第4次26号、批評社、2002年5月、を参照のこと。
- (3) 体系的な考察として、辻伸行「精神障害者による殺傷事故および自殺と損害賠償責任」『判例評論』444号~448号、判例時報社、1996年、があげられる。
- (4) 稲村博『自殺学』東京大学出版会、1977年、63-65頁。
- (5) 町野朔「精神医療」唄孝一編『明日の医療⑨ 医療と人権』中央法規、1985年、258頁、265頁。
- (6) 熊倉伸宏「強制入院の正当化根拠について」『法と精神医療』第4号、法と精神医療学会、44-47頁。
- (7) 平成7年に出された「障害者プラン—ノーマライゼーション7か年戦略」では、「障害者が障害のない者と同等に生活し、活動する社会を目指す」ことをノーマライゼーションの理念として掲げた。厚生大臣官房障害保険福祉部精神保健福祉課「我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）」平成8年度版、247-248頁。精神障害者の社会復帰、「病院から地域へ」の施策はこの理念に基づいている。同書、83-85頁。
- (8) M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972, pp.490-501, 田村俣訳『狂気の歴史—古典主義時代における—』新潮社、1975年、493-503頁。
- (9) M. Foucault, *Surveiller et Punir—Naissance*

- de la Prison, Gallimard, 1975, pp.214-217, 田村俣訳『監獄の誕生—監視と処罰』新潮社, 1977年, 186-188頁, など。
- (10) これは臨床医学の特性である。臨床医学とは「まなざしと、見られた対象とが、互いに正面にむかい合って、それぞれの位置をその中に発見するような、そういう共通な構造として、病の可視性を仮定するのである」。M. Foucault, 神谷美恵子訳『臨床医学の誕生』みすず書房, 1969年, 128頁。ここでまなざしは、既にそこにあるものを写し出すよりは、むしろそれをつくり出す。「治療のまなざし」とは見られた対象の本質を病の名のもとに規定し、「病者」を「病者」としてつくり出す作用である。
- (11) 小俣和一郎『近代精神医学の成立』人文書院, 2002年, 69頁。小俣はビネルらの「鎖からの解放」が、「危険な狂気」と「安全な狂気」の二分に軸をおいていたことを指摘して、フーコーの解釈を批判する(同書, 176-177頁など)が、フーコー自身が「道徳的判断の二分法的な要請にもとづき狂気の諸形態を分割すること」を新たな「保護」の構造としてあげている。M. Foucault, 1972, p.479, 日本語訳, 480頁。
- (12) グリーゼンガーをはじめとする、西欧での「道徳療法」批判の流れについては、森山公夫『狂気の軌跡』岩崎学術出版社, 1988年, 331-337頁を参照のこと。日本の精神医療におけるグリーゼンガーの受容については、拙稿「「狐憑き」の言説／「精神病患者」の言説」『社会学論集』第1号, 早稲田大学大学院社会科学研究所, 2003年, でも考察したのでここでは省略する。
- (13) グリーゼンガーは「脳病」の進行具合で不治・可治を分類したが、彼のいう「脳病」が、単なる器質論的立場でなく、病の原因を患者の生の全体にみるものであったことが指摘されている。市野川容孝『医療という装置—W・グリーゼンガーの精神医学』栗原彬他編『越境する知4 装置:壊し築く』東京大学出版会, 2000年, 141-144頁。森山, 前掲書, 335-336頁。
- (14) 小林八郎『生活療法』江副勉他編『精神科看護の研究』医学書院, 1965年, 178-179頁。
- (15) E. デュルケム, 宮島喬訳『自殺論』『世界の名著 デュルケム・ジンメル』中央公論社, 1980年, 64頁。
- (16) 同上, 76-77頁。
- (17) 大原健士郎『日本の自殺』誠信書房, 1965年, 5頁。
- (18) 梶谷哲男『自殺 精神病理・医学的立場から』懸田克躬編『現代精神医学体系 第23巻A』中山書店, 1980年, 172頁。
- (19) 大原, 前掲書, 4頁。また、稲村は、そもそも「自らの意図」を前提とする自殺の定義を変更すべきことを主張する。稲村, 前掲書, 3頁。
- (20) S. フロイト, 井村恒郎, 小比木啓吾他訳『悲嘆とメランコリー』『フロイト著作集 第六巻』人文書院, 1970年, 143-144頁。しかしこの考えが、フロイトの自殺論の一部にすぎないことは、熊倉伸宏『Freudにおける「死の欲動」と「自殺衝動」』『精神分析研究』43(2), 1999年, を参照のこと。
- (21) 梶谷哲男『自殺の精神病理』春原千秋編『精神科MOOK No.16 自殺』金剛出版, 1987年, 15-16頁。
- (22) この「治療のまなざし」に対抗して「自殺の権利」をかかげることはこの論考の立場ではないが、フーコーにはその傾向があった。市野川容孝『死への自由? メディカル・リベラリズム批判』『現代思想』22-5, 青土社, 1994年, を参照のこと。
- (23) 宮下毅『精神科患者の自殺事件』唄孝一他編『別冊ジュリスト no.140 医療過誤判例百選<第二版>』有斐閣, 1996年, 169頁。患者の自殺に関して医師の責任が問われることは、精神科医療の特質をよくあらわしていよう。また、医療行為とは、法律に定められた「正当な業務による行為」(刑法第35条)であるので、治療における医師の責任の範囲を明確にするために、法的言説を参照することは重要であると考えられる。よって以下本文では、患者の自殺に対して医師が責任をもって治療的介入をおこなう範囲を描き出すために、自殺に関する民事裁判の判決をたどるという方法を用いた。
- (24) 竹村堅次, 志村豁『自殺のサイン』診療新社, 1977年, 62頁。
- (25) この判決の過失自殺については、穴田秀男, 高木武編『判例にみる病・医院の経営と管理』中央法規出版, 1978年, 605-607頁。
- (26) 饗庭忠男『医療事故の焦点』日本医事新報社出版局, 1982年, 257-258頁。
- (27) 中江孝行『精神障害者による自殺と損害賠償責任』『日本精神病院協会雑誌』第20巻5号, 日本精神病院協会, 2001年, 31頁。反対の立場は、岡田靖雄

- 「精神科患者の自殺事件 医の立場から」唄孝一他編『別冊ジュリスト no.102 医療過誤判例百選<第一版>』有斐閣, 1989年, 90-91頁。
- (28) 論文末に別表を添付した。記載の参考文献についても参照のこと。
- (29) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(昭和63年, 厚生省告示第130号)を参照のこと。
- (30) 医師の診断, 治療方法の選択自体には広範に精神科医の裁量を認め, より具体的な行為について義務違反ないし注意義務違反を問題にする判決の傾向は, 辻伸行によっても指摘されている。辻, 前掲書, 446号, 170-171頁。
- (31) 西原道雄「精神科患者の自殺事件 法の立場から」唄孝一他編『別冊ジュリスト no.102 医療過誤判例百選<第一版>』有斐閣, 1989年, 89頁。
- (32) 前田雅英「精神障害者の自殺・犯罪と病院・医師の責任」大谷実他編『精神医療と法』弘文堂, 1980年, 81-82頁。前田はここで特に「他害のおそれ」について述べている。自殺の予見可能性についての同様の見解は, 辻, 前掲書, 445号, 176頁。
- (33) シェフ, ゴッフマンの理論に連動する反精神医学運動と, 脱施設化の両義的側面については, E. ショーター, 木村定訳『精神医学の歴史』青土社, 1999年, 325-334頁。
- (34) 金井は, 「看護ケア」, 「介護ケア」における「ケア」を次のように定義する。「対象者の持つ生命力の姿を見据えたうえで, その人の生命の幅が広がるように, 持てる力や残された力に働きかけ, 生命過程が健康的に整うようにその生活過程や社会過程を整えることである」。金井一薫『ケアの原型論』現代社, 1998年, 65頁。
- (35) 金井, 同上, 161頁。浅野弘毅『精神医療論争史』批評社, 2000年, 186-187頁。QOLの解説としては, 市野川容孝「QOL」同編『生命倫理とは何か』平凡社, 2002年。
- (36) 立岩は, 従来の「固い自己決定」と異なる「緩い自己決定」の指標として, 「その者の存在を決定すべきではないという価値」をあげ, 「自己決定を尊重することはその存在を尊重すること, その存在を決定しないことの一部である」という。立岩真也『弱くある自由へ』青土社, 2000年, 21頁。他方, 精神障害者との共生をいう立場では, 「一緒に生活しやすいひとであること」を求める傾向があるのも事実である。日本学術会議の精神障害者との共生社会特別委員会が2003年6月に提出した報告書は, いわゆる「触法精神障害者」を共生社会からしめだす内容になっている。同委員会「精神障害者との共生社会の構築をめざして」<http://www.geocities.jp/jngmdp/gakujutu.doc>。
- (37) 新宮一成, 角谷慶子編『共生の論理をもとめて第1巻 精神障害者とこれからの社会』ミネルヴァ書房, 2002年。また, 慢性疾患をもつ患者について, 「病と共に生きること」, QOLや治療者との関係を考察した以下も参照のこと。浮ヶ谷幸代「医療的言説に抗する新たな身体」『現代思想』28-10, 青土社, 2000年。
- (38) R. Castel, “From dangerousness to risk” in, G. Burchell, eds., *The Foucault Effect*, The University of Chicago Press, 1991, p.283.
- (39) *ibid.*, p.288.
- (40) 石井一彦「精神科病院における医療事故」『日本精神病院協会雑誌』第20巻3号, 日本精神病院協会, 2001年。
- (41) 杉田多喜男「精神科医療における自殺とその予防対策」『日本精神病院協会雑誌』第20巻5号, 日本精神病院協会, 2001年, 55-56頁。
- (42) R. Castel, *op. cit.*, p.281.
- (43) *ibid.*, pp.290-291.
- (44) 渋谷望「ポスト規律社会と予防テクノロジー」『現代思想』27-11, 青土社, 1999年, 141頁。カステルの解釈に際してはこの論文を参考にした。
- (45) 厚生労働省, 自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」『自殺予防と危機介入』第24巻1号, 日本自殺予防学会, 2002年, 49頁。
- (46) 類似の現象に, 数年前のエイズ予防キャンペーンがあげられる。風間は, 厚生省によるエイズ予防の取り組みが, 「危険な性行為」というリスク・ファクター概念を採用した結果, 男性同性愛者というアイデンティティをもつ集団の差別を回避したように一見見えて, よりハイリスクな集団として彼らを一般的な予防対象から除外したということを指摘している。風間宏「生一権力と死」『解放社会学研究』17号, 日本解放社会学会, 2003年。

参考：判例一覧

処遇形態	番号	判決	肯定 or 否定	判例時線 or 判例タイムズ	辻(*)	中江(*)	その他(**)
閉鎖的処遇	①	福岡地裁昭 55-11-22	肯定	判時 995 号 判タ 433 号	判例 24	判例(13)	A586-591
	②	広島高判平成 4-3-26	否定	判タ 794 号	判例 21	判例(23)	
	③	東京地裁平 7-2-17	肯定	判時 1535 号	判例 24a	判例(24)	C314-317
	④	福岡地裁小倉支部平 11-11-2	肯定	判タ 1069 号	なし	なし	
	⑤	横浜地裁平 12-1-27	肯定	判タ 1087 号	なし	なし	
開放的処遇の病室	⑥	福岡地裁小倉支部昭 49-10-22	肯定	判時 780 号 判タ 320 号	判例 13	判例(4)	A556-558
	⑦	福岡高裁昭 54-3-27	否定	判タ 388 号	判例 14	判例(5)	D367-369
(無断外出***)	⑧	福岡地裁昭 57-1-26	否定	判タ 465 号	判例 17	判例(14)	B271-275
	⑨	大阪地裁昭 50-6-17	否定	判時 803 号	判例 15	判例(6)	A568-570
	⑩	名古屋地裁昭 58-12-16	否定	判時 1116 号 判タ 526 号	判例 26	判例(16)	
	⑪	東京地裁平 3-10-29	否定	判タ 789 号	判例 20	判例(22)	
付き添いのある外出	⑫	福岡地裁昭 51-11-25	否定	判時 859 号	判例 23	判例(9)	A571-573
	⑬	大阪高裁昭 57-10-27	肯定	判タ 486 号	判例 22	判例(15)	B264-270, D372-374
許可のある単独外出	⑭	東京地裁昭 53-2-7	否定	判タ 366 号	判例 16	判例(10)	
	⑮	東京地裁昭 62-11-30	否定	判時 1267 号	判例 18	判例(20)	D369-372
	⑯	東京地裁平 2-2-27	否定	判時 1369 号 判タ 737 号	判例 19	判例(21)	
	⑰	東京地裁平 8-5-17	否定	判タ 942 号	なし	なし	C319-323
通院または転院	⑱	東京地裁昭 55-10-13	否定	判タ 443 号	判例 29	判例(12)	
	⑲	大阪地裁昭 61-3-12	否定	判タ 599 号	判例 30	判例(18)	
	⑳	東京高裁平 13-7-19	肯定	判時 1777 号 判タ 1107 号	なし	なし	

(*)辻, 中江はそれぞれ前掲書中の判例番号を記載した。

(**)アルファベットは以下の文献を表す。続く数字は頁数を表す。

A: 高木武「第5章精神科」穴田秀男他『医療事故—その動向と判例解説—』キョーワ出版, 1983年。

B: 響庭忠男, 前掲書(本文で紹介した箇所は省略した)。⑬については第一審判決(大阪地裁堺支部昭56-1-28)の紹介である。

C: 深谷賢『判例に学ぶ 看護事故の法的責任』日本看護協会出版会, 2001年。

D: 松岡浩「精神科医療事故と法制度」松下正明他編『臨床精神医学講座 第22巻精神医学と法』中山書店, 1999年。

(***)開放的処遇の病室から自殺事故当日無断外出したものをさす。