

尼崎発



長尾和宏の

 まちいしゃ  
**町医者で  
行こう!!**

第60回

**「JR東海事故の最高裁判決をどう捉えるか」**
**家族に賠償責任なし**

徘徊中の認知症高齢者が列車にはねられたJR東海の事故を巡る訴訟で3月1日、最高裁は家族の賠償責任はないという判断を示した。事故は2007年12月7日夕方、愛知県大府市で徘徊症状のある要介護4の男性(当時91歳)が、当時85歳の妻が数分間目を離れた隙に外出して電車にはねられて死亡したというもの。JR東海は遺族に賠償を求めて提訴した。一審では同居の妻とともに、遠くに住む長男の監督義務を、二審では妻の監督義務を認めた。しかし最高裁は「家族の監督は困難」とし、賠償責任なしと判断、JR東海は逆転敗訴した。メディアは“超高齢社会の現実に沿った常識的な判断”とし概ね好意的に報じた。今回はこの最高裁判決を医療者としてどう捉えるかについて考えたい。

まず、もし最高裁が一審、二審と同様に家族に賠償を求めたならば、認知症の人は早々に在宅療養を諦めて施設入所が加速したか、あるいは家での監視を強化されただろう。しかし徘徊する可能性がある認知症の人を家や施設に閉じ込めることは「認知症の人を地域で見守る」という地域包括ケアや新オレンジプランが謳う方向性と矛盾したものになる。

実は数年前、私が在宅で診ていた認知症の人も今回の事故とまったく同じ状況で亡くなられた。しかしその件ではご家族への損害賠償はなかった。一方、今回の事故ではJR東海が損害賠償請求を起こし、一審、二審とも家族の監督責任を認めたために関心が高まり多くの市民が自分のこととして考えはじめた。今回の最高裁判決は認知症ケアの方向性という視点において、大きな転換となる判断を示したと言えよう。

**社会が賠償責任を負う？**

では事故で損害を受けた側の補償や賠償責任はどうなるのか。認知症の人が起こした事故の損害は社会が担保すべきであるとか、認知症保険のようなものを充実すべきだ、という旨の意見が出てきている。つまり今回の判決を機に、事故に遭う可能性がある認知症の人を守る社会をどう造るのかという議論が始まった。見守り携帯電話などのICTを活用した見守りシステムの普及が急がれる。今は手放しで逆転判決を喜んでいられる状況ではない。むしろ新たな難問を突き付けられたと捉えるべきである。

個人的にはこの男性が抗認知症薬を服用していたかどうかも気になった。というのも先日、横須賀市で起きた認知症の男性が妻を殺害した事件では、抗認知症薬を服用していたことが報じられている。もし服薬中の人が徘徊事故や殺人事件を起こした場合、それを処方した医師の責任も問われる時代が来るだろう。筆者は一般社団法人「抗認知症薬の適量処方を実現する会」の代表理事も拝命しているが、「適量処方」という言葉にそうした想いが込められている。今回の事例では急増する認知症社会を考慮して、暫定的に「家族には賠償責任なし」とされただけにすぎない。「認知症と損害責任」という新たな命題への取り組みは始まったばかりだ。

**介護保険が賠償責任を担保？**

多くの識者が「補償は社会が負担すべきである」と述べている。しかし社会とは具体的に誰なのか。私は介護保険制度に認知症保険という機能も持たせてはどうかと、以前より提案している。現在7段階に分かれている要介護認定は、自治体の調査員による

認定調査と主治医の意見書を総合して、5人の委員で構成される認定審査会において判断されている。その認定費用として1件につき2万円もかかるという。私は7段階を3段階に簡素化するとともに、認定審査会を問題事例に限定し極力縮小すべきであると考えている。こうした介護認定調査の簡素化により2万円の費用を半分以下に抑えることができれば、年間何十、何百億円のお金が捻出できるのではないかな。

この財源を、今回のような事故の補償に充ててはどうだろうか。認知症の人を取り巻く環境は自治体によってさまざまだ。鉄道が多い自治体もあれば、ほとんどない自治体もある。そもそも介護保険は市町村単位なので、地域の実情に応じた補償体制を介護保険制度の枠内で構築することを考えてはどうか。

もちろん認知症保険などの民間保険に任意で加入することも一法だろう。しかし家族との関係が希薄であったり家族が監督責任を放棄する場合、後見人が代理人として賠償金を払うこともあるだろう。いずれにせよ認知症高齢者にまつわる保険なので、自動車事故の自賠責保険に相当する補償機能を介護保険に持たせてはどうだろうか。

認知症の人の事故といえば今回のような鉄道事故だけとは限らない。自動車や自転車の事故もあれば、台所や風呂の火の不始末による火事もあるだろう。おひとりさまの認知症が近隣からパッシングを受ける主な理由とは火の不始末への懸念である。24時間定期巡回型訪問看護・介護や火の出ない電磁調理器への移行などで対応している。

しかし医療事故と同様、いくら防ごうとしても完全に防げないのが認知症の人の事故だ。特に「認認介護」や「おひとりさま」の認知症が普通の時代が到来する。今回のように介護者が賠償責任を負わないと判断された場合には、前述のような介護保険に内包させた補償制度を発動させるのも一法ではないかな。

### 地域包括ケアを机上の空論にしない

認知症の人こそどんどん外出すべきである。散歩して外食して旅行することで症状が改善する、と繰り返し述べてきた。ただし中等度～高度の人は家族や介護職、地域の見守りが必要となる。どうしたら認知症事故を減らせるのか、危険な場所には立ち入りできないようなハード対策も急務である。こうし

た認知症の人を優しく包む地域づくりに要するコストも介護認定プロセスの簡素化によりかなり捻出できるのではないかな。介護認定審査会に出務するたびにそんなことを夢想している。

さまざま事故が起きないように予め手を尽くしても起きてしまうのが、認知症高齢者が抱える諸問題である。ある司法専門家は、鉄道会社がこうした損害の発生に備えて保険に加入していなかったことを問題視している。損害が発生した時に誰かに責任を負わせなければならないという文化そのものの見直しが求められている。もちろん、認知症の人はなにをしても構わない、責任はないという話ではない。今回の判決を契機に地域における見守りや町づくりの議論をさらに深めたい。

今回の判決が限定的な判断であると理解するならば、今後、同様の事件が起きるたびに様々な議論や司法判断が積み重ねられるだろう。たとえば認知症の人が車を運転して事故を起こし、相手が重大な被害を受けた場合、誰がどう補償するのか。こうした補償の工夫には医療訴訟と同様に法律家や、場合によっては建築家の協力も不可欠となる。今回の判決は介護の問題であり医療者とは無縁と考えるのは間違いである。むしろ医療者が当事者として巻き込まれる可能性が高まる。そうした想像力を働かせて、今後の認知症事故の動向を見守るべきであろう。

国を挙げて推進されている地域包括ケアを省略すると、「ちほうケア(痴呆ケア)」となる(笑)。つまり“徘徊しても大丈夫な町づくり”である。前東京都医師会長の野中博先生は「今後の医師会の役割は町づくりである」と明言されている。しかしその実現は医療者だけでは無理である。先駆例のひとつとして、医療者主導で実現した東京の「初台ヘルシーロード」のような24時間散歩できる安全な町づくりがある。医療者が中心となり行政や民間事業者、NPOを巻き込むことで認知症に優しい町づくりは実現可能である。地域包括ケアシステムを机上の空論にしないためにも、今回の判決を前向きな議論の出発点であると捉えたい。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『親の「老い」を受け入れる』（ブックマン社）など