

## 巻 頭 言

# 精神科医が自殺で患者を失うとき

神庭重信 日本精神神経学会理事  
Shigenobu Kanba

米国精神医学会の年次総会 (2008) のプログラムに目を通して、「患者の自殺がレジデントに与える影響」というシンポジウムを見つけた。精神科医の20~68%が患者を自殺で失い、精神科医の約三分の一は研修医のときに患者の自殺を経験しているという。自殺を経験した医者は激しい精神的苦痛を経験し、およそ15%は転職または早期退職を考えるという。シンポジウムでは、6名の精神科医がこれまでの沈黙を破って自らの経験を語り、自殺の体験への対処について議論したらしい。この記事を読んで、自殺について少々考えた。

患者の自殺は主治医にとり、悲嘆、無念、罪責、自信喪失などの手ひどい体験であるばかりか、周囲には能力や資質の問題として受け取られやすく、それは同時に訴訟の危機ともなる。だから、自殺のことは、事例の検証もそこそこに、曖昧な形で済まされやすい。

しかし患者に自殺されない医者のほうが、される医者よりも優れている、と一概には決められない。危ない橋を渡らない者もいる。重い気分障害、統合失調症、アルコール依存症、パーソナリティ障害などハイリスクな疾患に真っ向から取り込んでいれば、いかに医療者が優れていても、患者の自殺は不可避なことだと私は思っている。

ここ10年、我が国では米国の倍近くの高い自殺率が起きている。この状況を受けて自殺対策基本法および自殺総合対策大綱が作られ、精神科医が各地で自殺対策に乗り出している。すべての自殺が精神医学の問題ではないだろうが、ハイリスクな精神疾患の予防と介入は我々の問題である。自殺念慮のある患者がプライマリケア医から精神科医へ紹介される仕組みもできた。はたしてこれらの取り組みが自殺予防にどれほど有効なのかは、全国規模で行われている検証を待ちたいと思う。

先日医療訴訟を専門とする弁護士と損保会社の担当者の訪問を受けた。その時点で会社は7件の精神医療関連の訴訟を抱えており、うち4件が施設内での自殺をめぐる損害賠償請求だという。「これまでは示談でまとめることが多かったが、このままでは会社の経営が破綻する、勝てそうなのは裁判で争いたい」といって意見を求めてきたのだ。九州沖縄地区の一つの会社で、一人の弁護士が自殺関連の訴訟を4件も抱えていることには驚かされた。蛇足ながら、医療者を守るかどうかの決め手になるのは、しっかりと

精神症状を評価した上で相応の対応をとった事実がカルテに残されているかどうかである。

今年の9月に米国の精神科教授らと昼食を共にした。彼らの州では精神科医の医賠償保険がときに年収に近い額に達するので、他の州に移住する医者もいると聞かされた。また、初診で診たあと他施設に適切に紹介したはずの患者が2年後に自殺したということで、家族から訴えられた仲間の医者の話もあった。その医者は、大学当局から、裁判に持ち込みたいのなら自費で行えと示談を半ば強制され、割り切れない気持ちで受け入れたという。いずれも信じられない話である。一方でスウェーデンに留学中の知人からの便りによれば、誰もが心配なく高水準の医療を受けられる彼の地では、自殺に限らず事故が起きた場合、医療システムの見直しが優先されるのが普通で、医療者が訴えられることは極めて異例なことらしい。国によって途方もなく大きな違いがあることを知らされた。残念なことに、我が国ではすでに、医療者は訴訟と隣り合わせに働く職業へと変貌を遂げたようだ。

話を元に戻そう。現在の精神医学の水準では自殺を予見できない場合も少なくはない。それでも私たちは、患者の自殺をいまでも相当程度は予防できている、と信じる。ところが、自殺予防に期待が寄せられている精神科の現場はどうかと言うと、多忙と疲弊の一途をたどっているのである。混雑した外来で希死念慮の強い患者を診たら、かかりきりで数時間は対応に追われるだろう。言葉を尽くして入院を説得するだろうし、家族に来てもらう必要もある。病棟でも神経質なほどの観察が必要になる。今のような、マンパワーも構造も不十分な現場で、懸命に取り組んでいる医療者達が事故や訴訟に巻き込まれてしまうならば、燃え尽きてしまうこともあるだろう。米国にみるように、自殺に遭遇した医療者へのケアが必要である。その上で、自殺事例を詳細に検証し——この場合犯人捜しになってはならない——、経験を互いに共有し将来に生かすことであり、病棟構造の見直しを検討することである。これら現場の知を積み重ねるとともに、自殺リスク患者に十分な対応が取れるような人的環境と物理的環境とをすみやかに全国に整える必要がある。あるいは産科で検討されている無過失保障制度も必要かも知れない。改善が必要なのは、産科や小児科だけではない。