

## 第104回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 精神科における自殺事故と民事責任

木ノ元直樹(弁護士)

## 1 はじめに

精神科における自殺事故は、精神科における三重大事故の一つであると言われている。精神科における「三重大事故」とは、①自殺事故、②患者間傷害、③不慮の事故（転倒・誤嚥等）であるが、自殺事故は全国的に、毎年精神科病院で発生する事故の約4分の1を占めている（日本精神科病院協会の統計資料による）。このような状況において、自殺事故について病院・医師に対する民事賠償責任を追及するケースが増えている。精神科臨床における医事紛争に関する最近の特徴として絶対数の増加をあげることができるが、中でも、患者の自殺事例に関する紛争例が増加する傾向にあることは注目される。この要因を正確に分析することは必ずしも容易ではないが、精神科臨床に対する偏見のほか、自殺防止に対する精神科医療への過度の期待、開放処遇への世界的潮流と不可避の事故の増加等、様々な要因を考えることができる。

法的には、不法行為（民法709条）、債務不履行（民法415条）の問題として、自殺事故が議論の対象とされるのである。債務不履行で説明すると、診療契約上の義務に違反して病院、医療者が、患者を自殺せしめたのではないか、という疑念による責任追及が起り得るということである。

自殺事故は精神科臨床においてゼロになることはないであろう。また、精神科の医療者が自殺を事前に全て予測しこれに的確に対処できるものでもない。このような現実即して、精神科臨床における自殺事故と医療機関の民事責任を如何に考えるかは、萎縮医療を回避しつつ精神障害者に対

する最大限の医療および安全を確保するうえで極めて重要である。そこで、裁判例を紹介しながら検討したいが、過去の裁判例の大多数は、かなり熟慮に富む判断がなされていると言える。これら過去の裁判例を、判例集未登載のものも含めてできる限り紹介し、今後の類似症例に対する有意な判断材料を提供したい。

## 2 精神科臨床における自殺事故に対する法的規範

## (1) 基本理念

そもそも精神科医療は、患者の自殺を完全に防止することを保証するものでない。精神科医療は、患者の内因性の病的な障害・不安定性を、種々の療法によって取り除くことを目的としており、なおかつ、患者の自由・人権・自主性・意思を尊重し、可能な限り自由・被抑圧的・開放的雰囲気の中で治療することにより、患者の社会復帰を目指すものである。患者に自殺傾向が認められる場合でも、自殺防止のみを目的とし、患者の自由意思・人権上の配慮を無視して、自殺傾向が消滅するまで物理的拘束をもって又は薬物により身体の自由を抑制すること、また、施錠した個室（保護室）に隔離し安易に監禁状態に置くことは好ましくなく、有害でさえある。もっとも、精神疾患を有する患者には自殺念慮が強い場合があり、患者が自殺をすれば医療目的も達成不可能になるから、自殺防止措置も重要な医療行為の1つである。そこで、患者の自殺防止のためどのような措置を構わずべきかという問題は、治療目的に照らしながら、

精神疾患の治療と患者の安全との関連において検討されるべき事柄となる。患者の自殺の危険性が高いか否か、早期に治療の効果が期待できるか否かなど医学的な判断に依拠しているのであるから、医師及びその医療スタッフを含めた病院が、その診察当時の医療水準上要求される医学的知識と経験に基づいて判断すべき事柄であって、医師の合理的な裁量の判断に委ねられるのが基本になる。ここから、医師による当該患者に対する自殺の危険性を含めた治療計画の判断が、結果として自殺防止措置の観点から有効でなかったとしても、そのことから直ちに医師に注意義務違反があったとすることはできないことになる。このような基本的理念に従い、個別具体的な事例について、医師・病院ら医療側に法的な規範違反があるか否かが検討されることになる。〔判決15〕〔判決17〕等)

## (2) 入院形態と責任判断

入院形態の違い、患者の入院中の処遇の違いが、医事紛争の動機付け、理由付けに微妙な違いを生じさせるが、この責任判断について注意すべきことは、開放処遇では患者により多くの自由が保障されるのに対して、閉鎖処遇下では患者はその保護の必要性から自由をより制限される立場に置かれているという点である。すなわち、一般論としては、閉鎖処遇下では開放処遇下より患者観察を強固に行うべき注意義務が医療側に課せられていると考えることに誤りはないが、閉鎖処遇下でも患者の自由を完全に抑圧することは許されず、また四六時中監視することは医療側の人員面からは到底不可能であるので、結局は、当該患者の具体的精神症状、病院設備・人員体制等に照らし、自殺防止を含めた患者の安全に対する配慮が具体的かつ誠実になされているかが過失判断の分かれ目ということになる。結果として自殺事故が発生したとしても、それは直接的には過失判断の要素とはならない。

## (3) 結果予見義務と結果回避義務

わが国における過失の構成要素は、①具体的結果予見可能性を基礎とする結果予見義務違反、②具体的結果回避可能性を基礎とする結果回避義務違反であるが、精神科における自殺事故についても、この2つの義務違反が問題となる。

結果予見義務については、当該患者の自殺の予見可能性の有無が議論の中心となり、具体的には、当該患者の事故前の症状（希死念慮の有無・程度、自殺企図の有無・程度等）が検討され、これに対する医療者の認識・判断・評価が問題とされることになる。これに対し、結果回避義務については、自殺の予見可能性の有無・程度に応じて、具体的に如何なる対処をすることが必要かつ可能と考えられるかを、当該患者の置かれた医療施設の医療水準に従い、また、精神科医療における開放処遇・閉鎖処遇の選択等に関する医師の裁量に照らして検討され、当該医師・医療機関の具体的処置の適否が問題とされることになる。

## (4) 医療・管理二分論

精神科医療事故に関する過失判断の手法として、医療行為と管理行為を分断し、前者（医療行為）についてはメディカルモデルに従い医師の裁量を比較的広く認める一方、後者（管理行為）についてはリーガルモデルを中心に据えて厳格な法的判断に晒すという「医療・管理二分論」が裁判所の判決に一部散見されるが、この「医療・管理二分論」は法的判断手法として正しくない。如何なる治療法を選択するか、どのように実施するか等は、いずれも当然対象患者の精神症状、寛解の程度を医師が専門的立場から検討し決定されることであって、少なくとも、精神科医療における開放的処遇、開放療法の適否の問題と完全に切り離して、患者管理の問題を独立別個に評価しようとすることは、精神科医療における患者の具体的症状に応じた患者の開放度の判断の精神医学的意義に照らし、正当な判断手法とは言えない。

### 3 結果予見可能性に関する問題点

#### (1) 過去に希死念慮や自殺企図歴のある患者の自殺予見可能性

裁判例で示されていることは、過去に希死念慮、自殺企図があったとしても、端的に精神障害者の自殺を事前に予測することは、精神医療の専門家である精神科医であっても極めて困難であるという事実である。予見可能性の判断は究極的には裁判官による法的判断であることは間違いないが、その判断対象となるのは、精神科医療という専門分野における精神科医という専門家の判断である。「精神科医療の開放化処遇の流れと患者の社会復帰」という精神科医療の目的に照らし、過去の自殺企図歴に拘泥することなく、その後の患者の症状を経過を追って検討し、現時点で自殺の危険性があるか否か、どのような治療、具体的にはどの程度の開放度に従った処遇が現時点において相応しいかについて、専門的知見により精神科医が判断するのである。裁判所による法的な予見可能性の判断において、上記精神科医の合理的な裁量的判断を考慮しなければ、裁判官による法的判断と医学的な専門判断との乖離は著しく、司法判断が医療現場に対して説得的な行為規範を示すことができなくなるが、過去の裁判所の判断には、このような重要な観点を踏まえた相当なる熟慮が示されていると言ってよい。（〔判決15〕〔判決16〕〔判決17〕〔判決18〕〔判決20〕〔判決21〕〔判決27〕〔判決28〕〔判決29〕〔判決32〕〔判決34〕等。なお、〔判決23〕が、入院後に患者に頻回の希死念慮が認められていることと、入院中に1回自分の首を絞めるという自殺企図が認められたこと等を理由に、「自殺の危険性のきわめて高い状態にあった」と認定し自殺の予見可能性を肯定したのは、安易に過ぎるのではないかと思われる。）

#### (2) 自殺方法について

精神障害者による自殺の方法は縊首と飛び降りを実数としては多いが、その他の態様もあり（電車等への飛び込み、入水、刃物、焼身、服毒等）、自殺の危険性の予見までは可能でも、自殺方法に

ついてまでの具体的予測が困難な場合も多い。（〔判決35〕〔判決39〕〔判決41〕〔判決43〕等）。この自殺方法の視点は、医療側の過失の有無を判断する場合に軽視できない要素である。過去にどのような自殺企図がなされたかによって、将来的な同種自殺企図態様についての具体的予見がはじめて可能となるからである。〔判決23〕は、入院前に1度、電気ストーブのコードで自分の首を絞めるとの自殺企図があり、入院後も1度、タオルで自分の首を絞めるとの自殺企図があったことから、その6日後に3階非常用ベランダから飛び降りた当該自殺行為を事前に予見できたと判示するが疑問である。

### 4 結果回避可能性に関する問題点

#### (1) 開放処遇の選択について

患者に対して如何なる治療を選択するかについては、精神科医療の目的、特質を十分に考慮することが必要である。すなわち、精神科医療は、他の診療科目とは異なり、医療法及び医師法という一般的な医事関係法規の外に、精神保健福祉法という特別法によって医療行為に対する格別の規制がなされている医療分野である。例えば、病識のない精神病患者に対する一定の要件の下での強制入院（措置入院・医療保護入院）の許容、その他強制的医療行為（保護室への隔離・身体拘束等）が厳格な要件に従って認められているが、これは他の診療科目にはない。精神科医療は対象疾患・患者に応じて、その内容・程度は千差万別であるが、仮にうつ病と診断された患者であっても、通院治療によるカウンセリングに止めて足りる症例や、通院治療と薬物治療が並行されることで足りる症例もあり、また、入院加療を要する場合でも、開放病棟で自由な雰囲気の中で治療を進めることが望ましい患者から、自傷行動や自殺企図が目前で繰り返される等、自殺・自傷の差し迫った危険性が認められるため、保護室隔離ないしは身体抑制を要する患者まで、その症例は様々である。これらを背景として、精神科医は患者を診察し、以後の治療方針を決定するのであり、ここには相

当程度の精神科の臨床医学に基づく裁量的判断が認められる。また閉鎖病棟であっても自殺を完全に防止できるものではないことは、過去の先例に照らして明らかである。閉鎖病棟に入院すれば自殺が完全に防止できると考えるのは短絡的に過ぎ、精神科臨床の現実の姿に無理解な見解と評価される。〔判決3〕〔判決5〕〔判決9〕〔判決25〕〔判決29〕〔判決35〕〔判決39〕〔判決41〕〔判決43〕等)

(2) 自殺の道具となり得る器具を除去する義務  
自殺者のとる自殺の方法には、本来的な凶器(刃物類)を利用する方法のほかに、用法上の凶器として日常生活用具(箸、布団、衣類、洗剤、白髪染め等)を用いる場合もあるのであり、自殺の完全予防に限りなく近づけるということであれば、入院患者からこれらの道具を全て除去しなければならなくなるが、そのようなことは不可能であり、非現実的でもある。ただし、具体的な自殺予防策として保護室に患者を隔離したにもかかわらず、保護室に用法上の凶器が無造作に放置されていたような場合には、これによって自殺事故が発生したときに病院側の管理責任を問われる可能性は高くなるであろう。保護室に施錠して隔離するという処置自体が、日常生活よりも患者の自由抑制をある程度優先して不測の事故を予防しようという治療的判断に基づくものだからである。〔判決2〕〔判決6〕〔判決8〕〔判決9〕〔判決29〕〔判決32〕〔判決31〕〔判決38〕等)

### (3) 患者監視の度合について

#### (イ) 開放病棟に関する基本的解釈

① 病棟施設から脱出することを防止する義務  
精神科医療は患者に対する治療、患者の社会復帰が基本的目標なのであり、常に医療者に対しては、患者に対する治療の義務が課されている。精神科医療の具体的現場においては、精神科医が日々、担当する患者の自殺、他害等に悩みながらも、漠然とした不安だけで治療を拒否し患者を社会から遠ざけてはならないという使命を背負い、

治療に当たっている。精神科医療の過程において自殺防止のために必要なことは、患者の病状を観察し、十分な治療を行い、病状の回復をはかることである。抑うつ症状が回復すれば、希死念慮も消退することになるし、統合失調症患者の自殺防止には、薬物療法を中心とした治療の経過が重要とされているのである。精神科医療に求められていることは第一に治療行為である。〔判決3〕〔判決5〕〔判決11〕〔判決17〕〔判決19〕〔判決24〕〔判決25〕〔判決35〕〔判決39〕〔判決41〕〔判決43〕〔判決44〕等)

#### ② 絶えず監視する義務

ところで、開放処遇を前提としながら、このような義務を問題とすることは、開放処遇の理解を誤るものである。〔判決9〕〔判決12〕〔判決29〕等)

#### (ロ) 閉鎖病棟に関する基本的解釈

① 病棟施設から脱出することを防止する義務  
ある程度の注意義務が病院側に課せられることになるであろう。患者の医療と保護のために、患者の行動の自由を制限してでも入院強制が必要という医学的判断がなされている患者だからである。しかしながら、個別の事案について、閉鎖病棟入院患者が無断離院して院外で自殺したからといって、直ちに病院に責任があるとするのは早計である。個々の患者の症状、離院前の行動、無断離院歴の有無・程度、離院態様の内容(異常な態様か否か)等を具体的に判断評価することによって初めて、病院側の責任の有無・程度を確定することが可能となるからである。〔判決14〕〔判決46〕等)

#### ② 絶えず監視する義務

24時間不断の監視を続けることなど実施不可能である。全国の如何なる精神科病院であっても、患者と医療従事者が1対1で対応できるだけの人員体制を持ち合わせてはいない。入院患者一人一人の具体的な精神症状を踏まえて、重症患者同士であっても監視の程度に濃淡の生じ得ることは致し方ないことである。また、たとえ精神症状が重篤で不穏状態が激しくても、常時医療従事者から

監視されることは患者のプライバシー保護と抵触するおそれがあり、慎重に判断、対応されるべき事柄である。これらの点から考えれば、24時間患者に付き添う等の監視を続けなかった一事をもって、直ちに病院側の管理責任を問うことは相当ではない。過去の裁判例においても、このような厳格な注意義務を認定したものは皆無である。〔判決34〕の第一審〔判決28〕〔判決32〕〔判決15〕〔判決21〕〔判決29〕〔判決22〕

## 5 自殺事故の紛争化防止について

### (1) コミュニケーションエラーの回避

精神科における自殺事故を起因とする医事紛争増加の背景には、医師の判断、患者観察等のテクニカルなエラーよりも、事前の説明不足等による精神科医療に対する家族らからの過度の期待がある（コミュニケーションエラー）。この過度の期待を払拭する努力をしなければ、自殺事故に伴う医事紛争はなくなる。診療の開始時点において、精神科医療といえども自殺事故があり得ることを率直に説明し、そのような共通認識の下で、どのような治療方法を選択していくのかについて丁寧に説明する努力を怠らないことである。

### (2) 不可避的合併症

自殺事故は精神科医療に不可避的に伴う合併症として考えるとわかりやすいのではないかと考える。例えば、「大腸ファイバーによるポリープ切除術」では、腸管穿孔・出血は、いかに医療者が事故防止に努めても一定の確率で不可避的に発生する合併症と医学的に位置付けられている。つまり、そのような医療行為が存在する以上は決してゼロにはできない事故なのである。医療技術の向上による患者QOLの向上の反面、不可避的合併症の危険性が増大するのである。医療者として事故をゼロにする努力は必要だが、事故ゼロを患者には保証し得ないということになる。これと精神科臨床における自殺事故は構造的には同類の事故と考えることができる。つまり、自殺事故において重要な事柄は「インフォームドコンセント」で

ある。そして精神科の場合には、患者への説明も重要だが限界があり、家族への説明の重要性が特に意識されなければならない。過度な期待・誤解を取り除いて、医療の限界を家族と共有する努力を事前説明を通して行うことが、まさにプリベンションの重要な要素となるのである。

さらに、自殺事故の紛争化防止において重要な事柄は、「精神科医療遂行に関する事後説明の説得力」ということである。情報収集をどのように行ったか（患者の診察・観察の方法・内容）、情報分析をどのように行ったか（診察に基づく診断）、そして具体的対処をどのように進めたか（具体的治療選択の判断、具体的看護対応）等を家族に説明することは大切である。勿論、日々の診療経過においてこれらの内容に怠りがないことが、テクニカルエラー型の事故に対する防止策の出発点となるものである。

## 6 おわりに

以上、精神科における自殺事故と民事責任について、裁判例を参考に法的考え方をまとめ、最後に紛争防止について言及してみた。今後の診療に際し参考にさせていただければ幸いである。

## 文 献

- 1) 木ノ元直樹：精神科における自殺事故と民事責任。判例タイムズ，1163；63，2005
- 2) 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(1)～(5)。判例評論，444；2，445；2，446；10，447；11，448；7，1996

### 自殺事故に関する裁判例

(下線を付した判決は病院側敗訴の判決)

#### 判決1 東京地判昭和45・3・10 (判時587号57頁)

ネフローゼ腎炎に罹患して一般病院にて入院加療中であった14歳の男子が病院3階窓から飛び降り自殺を遂げた事故。事故前に主治医は患者の母親から2,3回患者がノイローゼではないかとの申し入れを受けたが、患者にノイローゼの兆候がないため神経科受診の必要なしと判断していた。判決は、事実として患者には精神科による治療を要する程度のノイローゼの症状、又は更に進んで生命に危険

を生じる程度の症状に至っていないと認定し、医師側の過失を否定した。(無責)

**判決 2 福岡地小倉支部判昭和 49・10・22 (判時 780 号 90 頁)**

強い自殺念慮を有する初老期うつ病と診断された患者(51歳男性・パイロット)が、入院後9日目に病院内の便所の窓の鉄格子に寝巻用の帯をかけて自殺した事案。判決はうつ病が自殺の危険性の高いことを指摘し、患者の妻が「腰紐」を取り上げて欲しいと事前に申出していたことを重視して、看護婦の監視不十分を理由に病院の過失を認定した。しかしながら、6割の過失相殺をした。(有責)(判決6参照)

**判決 3 大阪地判昭和 50・6・17 (判時 803 号 102 頁)**

精神分裂病で開放病棟に入院中であった患者(女性)が、入院から約1ヶ月半後に無断離院して院外の川で溺死した事例。家族から閉鎖病棟を選択しなかったことが誤りであることと、離院後の捜索不十分を理由に訴訟提起されたが、判決は病院の過失を否定した。(無責)

**判決 4 福岡地判昭和 51・11・25 (判時 859 号 84 頁)**

心因反応の診断で大学病院精神科に入院し、その後他患への傷害行為により精神分裂病圈内にあるものと判断されて保護室収容となり、20日近く経ったところで縊首自殺を図るが未遂に終わり、シート、ベルト等の備品を一切取り除いた隣の保護室に収容したところ、翌日、ベッドに放火し火傷を負うに至った。そこで、他の病棟内の皮膚科受診のため、精神科閉鎖病棟外へ連れ出したところ、病院7階窓から飛び降り、これを取り押さえようとした看護助手とともに死亡した事例。皮膚科の往診に留め、閉鎖病棟から出すべきでなかったと遺族から主張されたのに対し、判決は火傷治療のために必要な行為であるとともに自殺防止への配慮も充分であるとして病院(国)の過失を否定した。(無責)

**判決 5 東京地判昭和 53・2・7 (判夕 366 号 331 頁)**

精神分裂病で開放病棟のみを有する精神科診療所に入院した24歳の女性患者が、薬物療法とともに生活指導等でリハビリテーションの治療を継続し、入院から2ヶ月以上経過した時点で、治療の一環としての散歩を診療所から許可されて外出し、その最中に踏み切りに侵入して電車と接触し死亡した事例。事故前の症状を正しく認識し外出禁止か看護人同伴か時間的場所的制約を加えた上で外出許可すべきであったとして過失主張がなされたのに対し、自殺企図歴、自殺念慮がなく、散歩は確立した治療法でもあり、自殺の予見可能性を認めず、診療所の過失を否定した。(無責)

**判決 6 福岡高判昭和 54・3・27 (判夕 388 号 143 頁)**

福岡地小倉支部判昭和 49・10・22 (判決2) の高裁判決である。控訴審では、病状が好転して「もう死にたいとは思わない」と事故前に発言していた点を重視し、自殺念慮ないし自殺企図のない患者に、現実に自殺念慮等の存在が察知されている患者と同等に厳重な看護措置を講ずることは不必要かつ有害であるとした。そして、精神病患者の治療の最終目的は社会復帰にあり、治療が自殺防止に優先すべきであるとした上で「腰紐」等の着用許可は医師の裁量の範囲内とし、さらに看護婦への濃密な巡回の期待は過大であると判断して、病院側の逆転勝訴とした。(病院側逆転勝訴・無責)

**判決 7 東京地判昭和 55・10・13 (判夕 433 号 134 頁)**

心臓病治療のために入院していたうつ病患者(女性)が、退院後17日目に自宅鴨居に帯を結びつけ縊首自殺した事例。退院にあたり自殺の危険性等について十分説明・指導すべきであったと遺族から主張されたのに対し、判決は、うつ病として重症でなく自殺企図歴もないこと等を理由に、病院の過失を否定した。(無責)

**判決 8 福岡地判昭和 55・11・25 (判時 995 号 84 頁)**

精神分裂病で措置入院となり保護室に収容されていた29歳の男性患者が、タオルを窓格子にかけて縊首自殺を遂げた事例。判決は、措置入院後8日目に生じた事故であることをとらえて、自他に危害を及ぼす危険性のある入院初期の時期であり、その他精神症状が顕著であったこと等を理由に、一般的に自殺の可能性がある程度高まっていたと推認し、保護室内にタオル1本が放置されていた点を重大な手落ちとして、病院(県)の過失を肯定した。(有責)

**判決 9 福岡地判昭和 57・1・26 (判夕 465 号 173 頁)**

患者(51歳・女性)は内因性うつ病と診断され、大学病院精神科に任意入院したが、初診時の当該病院医師の判断は、自殺念慮はあるが深刻ではなく自殺企図のおそれはないというものであった。主治医も同様の判断のもとに看護上の要注意者とはせず、看護婦らに対して自殺防止のための具体的指示をしなかったところ、入院して9日目に浴衣の紐で縊死を図り、蘇生したものの植物状態となった事案。判決は患者に自殺企図の差し迫ったおそれなかったことから、自殺の可能性を探索しなかった過失や腰紐等を除去しなかったことに過失はないと判断した。(無責)

**判決 10 大阪高判昭和 57・10・27 (判夕 466 号 161 頁)**

非定型精神疾患としての思春期混乱の患者(19歳・女性)が自殺念慮、自殺企図を理由に精神科病院の閉鎖病棟に入院し、薬物療法、精神療法等により自殺行為も鎮静化した。入院から約1ヵ月後に実施した院外レクに参加し

た際、見学先からの帰途、途中駅で電車軌道に飛び込み自殺した事例。判決は、当該患者には自殺の危険性があつたと判断し、院外レク時に引率者のそれとない監視行為に欠けていたとして、病院の過失を肯定した。(有責)

**判決 11 名古屋地判昭和 58・12・16 (判タ 526 号 237 頁)**

病院内でのラジオ体操中に無断離院した躁うつ圏に近い敏感関係妄想と診断された 27 歳の男性患者が、走行車両へ飛び込んで自殺した事故。開放病棟に自由入院しており、過去に希死念慮、自殺企図は全くなかった。判決は病院の過失を否定した。(無責)

**判決 12 東京地八王子支部判昭和 59・12・26 (判時 1158 号 216 頁)**

嗜眠性脳炎後遺症と診断され、今後の治療計画を立てるべく脳機能の検査目的にて入院した(開放病棟)患者(14 歳・女性)が、入院約 2 ヶ月後に、病院のベランダ(8 階)から「さようなら」等とつぶやいて転落し死亡した事例。判決は、本件自殺が全く予見できなかったこと、睡眠中は監視していなくても安心していられる状態であったことを前提に看護婦が病室を訪れて睡眠中であることを確認した事で社会通念上相当な限度での義務履行はなされているとし、病院の過失を否定した。(無責)

**判決 13 大阪地判昭和 61・3・12 (判タ 599 号 61 頁)**

急性の精神分裂病患者(大学 3 年生・男性)を診察した精神科医が入院の必要性があると判断し、入院病床のある精神科病院への転院手続をとり、患者の興奮を避けるために両親の車で転院するように指導したところ、一旦帰宅した際に患者が車外に飛び出し、付近の団地 4 階から飛び降り死亡した事例。判決は、患者について、差し迫った自殺の危険を事前に予測することは困難であったとし、転送方法にも問題なかったとして、診察した精神科医の過失を否定した。(無責)

**判決 14 名古屋地判昭和 62・6・24 (判タ 660 号 180 頁)**

脳血管障害による「まだら痴呆状態」の患者(63 歳・男性)が、総合病院の施設可能な病室(5 階)に入院していたところ、病室の窓(ストッパーにて 15 センチメートル開口可能)をこじ開けて飛び降り死亡した事例。病院の安全配慮義務違反が問われたが、判決は、事故か自殺かの特定はできないが、自殺念慮・自殺企図が全く窺えず事故態様の予見は不可能で、病室の配置、管理、保存等の瑕疵はないとして、病院の過失を否定した。(無責)

**判決 15 東京地判昭和 62・11・30 (判時 1267 号 82 頁)**

患者は、うつ状態にあって繰り返し自殺を試みたため、両親が国立の精神病院に入院させた。病院では自殺防止のため閉鎖病棟の個室に収容されたが、入院した 2 週間後に、

当該患者が単独外出の許可を担当医から得て、看護婦も別段異様な点が認められないとして解錠して外出させたところ、そのまま帰院せず使われていない建物の便所で縊死した事案。判決は、本件における開放的処遇(外泊許可)の選択は、患者の症状に照らし医師の合理的裁量の範囲内にあるとして、病院側の過失を否定した。(無責)

**判決 16 広島地尾道支部判昭和 63・7・19 (判例集未登載)**

判決 20 の原審である。(無責)

**判決 17 東京地判平成 2・2・27 (判時 1369 号 120 頁)**

患者はうつ病のため当該病院に 2 度目の入院をしたが、前回入院時のような自殺念慮の訴えはなく、入院後しばらくして表情も明るくなったため、担当医は快方に向かっていると判断し、海外出張に赴いた。ところが上記担当医の出張中に精神状態に動揺がみられるようになり、「死にたいよー」と言いながらリストカットに出た。帰国後担当医は患者との面談を行い、その結果自殺の危機を脱したものと判断し、自殺の危険性が全くなかったわけではないが、閉鎖病棟に移したり、外出を禁じたり、あるいは、監視を強めることなどは、治療上マイナスになると判断し、これらの措置をとらなかった。その後当該患者は看護婦から外出許可を得て外出し、そのままビルから飛び降り自殺した事案。判決は医師の判断は合理性を欠くものではないとして、病院側の過失を否定した(患者側の控訴も棄却されている〔東京高判平成 3・5・30・判例集未登載・判決 18〕)。(無責)

**判決 18 東京高判平成 3・5・30 (判例集未登載)**

判決 17 の控訴審判決である。(無責)

**判決 19 東京地判平成 3・10・29 (判タ 789 号 208 頁)**

患者はうつ病の治療のため医科大学病院に入院し、施設されていない病室で治療を受けていたが、入院時から医師や看護婦に対して自殺したい旨を何度も話していた。そして入院してから約 4 ヶ月後に病室から消息を絶ち、その後約 1 年 4 ヶ月後に当該病院屋上の煙突内で遺体となって発見された事案。判決は、本件事故態様が過去 1 度もないこと、日精協の統計からも 1 件も報告例がないこと等を理由に予見可能性を否定し、病院側の過失を否定した。(無責)

**判決 20 広島高判平成 4・3・26 (判タ 794 号 142 頁)**

患者は複数の精神病院に入院した経歴を持つが、精神分裂病で当該病院に今回同意入院した。ところが、入院して約 1 年後に、患児本人は精神分裂病の症状がほぼ軽快し退院できるものと考えその用意までしていたところ、面会に来た両親らの冷淡な態度に激怒し興奮状態となった(「ガラスを割って死ぬかもしれないので保護室に入れて欲し

い」と訴えている。)ので、医師は当日の退院は無理と判断した。同日夜、当該患者は収容されていた保護室内(ドアは開放したまま)で縊死(浴衣使用)した事案。判決は、自殺企図の具体的予見はできないとして病院側の過失を否定した(原審広島地尾道支部判昭和63・7・19・判例集未掲載・判決16の結論を支持したものである。患者側遺族からの上告も棄却されている。最判平成5・1・21(判例集未掲載・判決21)。(無責)

#### 判決21 最判平成5・1・21(判例集未掲載)

判決20の上告審判決である。(無責)

#### 判決22 東京地判平成7・2・17(判時1535号95頁)

自宅でガス自殺を図り即日入院した患者が、入院後13日目に散歩中付近のマンション5階から飛び降りようとして看護婦らにかろうじて阻止され、直ちに保護室に収容され、ホリゾン、レボトミン等を注射され、抑制帯で抑制され、看護婦が30分ごとに巡回観察を行った事案であるが、午後3時30分ころの巡回では異常なかったが、午後4時10分ころ巡回すると、自身で抑制帯をほどきそれを使って保護室のドアの上部の格子に抑制帯の1本をかけて縊死していたケースで、抑制方法に過失ありとされた。(有責)

しかしながら、被告病院は状況に応じ30分から1時間毎に巡回観察を行っており、30分毎の巡回観察は被告病院において取りうる最も頻回な巡回観察であると主張し、原告は10分ないし15分間隔で巡回すべきと主張したが、裁判所はこの点については過失とは判断しなかった。

#### 判決23 大阪地判平成7・8・18(判例集未掲載)

患者(38歳・女性)は、亡くなる1ヶ月前から不眠、情緒不安定となり神経科の医院で抗うつ剤の投与や、別の病院でカウンセリングを受けていたが、服薬を中止してから症状が増悪し、「電車が怖い。飛び込みそうで怖い。月曜までに死ぬ。」などと周囲に漏らすようになった。そして夫と口論した翌日には、電気スタンドのコードで自分の首を巻き自殺を企てる行為があったため、その翌日精神科病院を受診し、3階閉鎖病棟に任意入院した。入院10日目に、3階病棟の非常用ベランダの手すりに干してあった保護室の布団を婦長が取り入れている際に、突然患者が廊下からベランダへ走り、手すりを乗り越え、婦長の制止を振り切って飛び降り死亡した事例。判決は、患者の症状経過(希死念慮が頻回に認められ、入院中自分の首を絞めるという自殺企図があったこと、病館管理日誌には連日のように「自殺念慮あり、要観察」などと記載されていた等の事実を認定したうえで、「自殺企図を繰り返し、強い自殺念慮に支配されており、日々さまざまな形で自殺の予告兆候を出していたことが明らかである」とし、さらに、文献

や鑑定意見を理由に、強いうつ状態を呈しており精神医学的にも自殺の危険性の極めて高い状態にあったことが認められると判断し、自殺企図が演技的で自殺の差し迫った危険性はなかったとの病院側の主張を退けた。また、病院が施行していた開放療法に理解は示しながらも、「本件は、被告病院における入院患者の治療のあり方を問うているのではなく、患者への治療の必要から外部との出入りを制限している本件病棟の、本件ベランダの出口の管理が杜撰で、そのため本件事故が発生したことから、被告病院の病棟管理上の責任を問題にしているものである」として、本件の判断に影響するものではないとし、病院の過失を肯定している。ただし、患者は強い希死念慮に支配されていたものの、自己の行動の結果を認識することのできる責任能力があったとして、7割もの過失相殺をした。(有責)

#### 判決24 大阪地判平成7・9・12(判例集未掲載)

精神分裂病で精神病院に入院した患者が、入院から約4年後に単独外出を許可されて外出し、上記外出中に自傷行為(十数カ所の胸部腹部多発刺創、結腸損傷)に及び、電話ボックス内で倒れているところを通行人に発見され大学病院に搬送されたが死亡した事案。患者には、入院当初は幻聴、妄想等が見られたが、その後寛解し、本件外出まで約十ヵ月間に12回外出したが格別の問題はなかった。判決は、自殺の予見はできないとして病院側の過失を否定した(患者遺族側からの控訴も棄却されている。大阪高判平成8・7・18・判例集未掲載・判決25)。(無責)

#### 判決25 東京地判平成8・5・17(判タ942号218頁)

破瓜型の精神分裂病ということで精神科病院の閉鎖病棟に入院中の患者(女性)に対し、医師が午後3時から午後5時までの時間開放を許可したところ、知り合いの患者に「いい死に場所がある」と話してその患者から自転車を借りて外出し、午後3時55分ころ、近くのマンションから投身自殺した事例。判決は、患者が過去に自殺念慮を度々表明しているものの自殺企図はなく、担当医が自殺の危険性を予見することはできなかったと判断し、病院の過失を否定した。(無責)

#### 判決26 大阪高判平成8・7・18(判例集未掲載)

判決24の控訴審判決である。(無責)

#### 判決27 大分地判平成9・3・18(判例集未掲載)

患者は、大学病院精神神経科においてうつ病により希死念慮が認められると診断され、当該病院に紹介入院し、うつ病の治療が開始された。入院後6日目に病室ドアのパネ部にタオルをかけて首吊り自殺しようとしたが、物音に気づいた看護婦に制止され未遂に終わり、その4日後には看護婦に対して「なんか殺す道具はないか」と発言し、その

翌日には「死にたい。窓を開けて飛び降りたい」との発言があった。その翌日には濡れた雑巾で首を絞めようとし、その翌々日には飛び降り自殺を企図してベランダに飛び出ようとしたが未然に制止され、さらにその2日後にまたベランダに飛び出したが柵に衝突して転倒し擦過傷を負った。その後抑うつ状態は改善と悪化を繰り返しながらも徐々に改善に向かっていった。ところが、入院から3カ月後に、病室と同じ階にある汚物庫内にあった業務用漂白剤を飲んで自殺を図り、これが原因で死亡した事案。判決はそのような方法での自殺の予見はできないとして病院側の過失を否定した(確定)。(無責)

**判決 28 広島地判平成 10・3・31 (判例集未登載)**

判決 32, 34 の第一審判決である。(無責)

**判決 29 東京地判平成 11・8・30 (判例集未登載)**

患者は某医科大学に5年生として在籍していたが、臨床実習開始頃からリストカットするようになり、大学病院神経科でうつ状態と診断され、その後もリストカットを続けたことから当該病院に入院した。入院後は抗うつ剤等を用いた抗うつ療法を施行した。その後患者の症状に応じて、自宅に一時的に戻ったり大学へ通学したこともあったが、あい変わらずリストカットは認められていた。そして入院から約1か月を経過したところで、病室天井のフックにスカーフをかけて縊首自殺を図り、一命は取りとめたものの、脳に重度障害が残り寝たきりとなった事案。(無責)

**判決 30 福岡地小倉支部判平成 11・11・2 (判タ 1069 号 232 頁)**

アルコール依存症、精神分裂病、肝障害の治療のため精神科病院に入院中の患者(52歳・男性)が、入院約5ヶ月後に病室の窓の格子にシャツを通して縊首自殺した事例。当該病院では夜間巡回は実施されておらず、患者が個室として1人で使用していた閉鎖病棟の6人部屋についても、午後11時に自殺発見(翌朝午前4時55分ころ)まで全く巡回が行われなかったところ、判決は、1時間毎程度の巡回監視であれば監視カメラの設置等の方法に比し精神医療の治療効果を妨げる虞は低く、その程度の巡回を行わなかったことは病院の過失であると判断した。なお、慰謝料を1000万円、葬儀費用100万円と認定し、逸失利益は否定した上で、さらに5割の過失相殺をしている。(有責)

**判決 31 横浜地判平成 12・1・27 (判タ 1087 号 228 頁)**

精神分裂病に罹患し国立病院閉鎖病棟に入院していた患者(22歳・女性)が、院内喫煙室に備え付けられていたライターを使用して自分のパジャマに火をつけて焼身自殺を図り、Ⅲ度火傷を負い四肢体幹機能障害の後遺症を負った事例。判決は、患者の自殺の危険は明白かつ切迫してい

たとして、動静の常時監視、保護室への収容、病室の施錠、ライターの1時的回収等を講じなかった点で病院側(国)に過失があると判断した。(有責)

**判決 32 広島高判平成 12・2・22 (判例集未登載)**

患者はシンナー依存症のため当該病院に3度めの入院をしたが、入院に強く不満を持ち入院2日後には「絶対首を吊って死んでやる」と述べ、その翌日には自殺未遂を行ったが、その際「何度もやってやる。死んでやる。帰してくれ」、「飛び降りてやる」等と訴え興奮状態となったため、医師は隔離室に収容した。その約20分後に、自分の上着両袖を結んで首に掛け、これを窓枠を利用して排煙窓の取っ手に掛け縊死した事案。判決は、患者の事故前の行動から自殺防止義務はあるとしたが、自殺に使用されるおそれのあるアクセサリー類等を除去する等の処置をし、5分毎に監視したことにより自殺防止措置に欠けるところはないとして病院側の過失を否定した(広島地判平成10・3・31判例集未登載・判決28)に対する患者遺族側の控訴が棄却されたもの。上告も不受理となって確定している。最決平成12・9・28判例集未登載〔判決34〕。(無責)

**判決 33 横浜地判平成 12・2・25 (判例集未登載)**

判決 36, 45 の第一審判決である。(有責)

ある総合病院精神科を通院していた精神障害者(心因反応、神経症、うつ病、精神分裂病のいずれかの鑑別は困難である)が、他の精神科病院を受診し精神症状から入院相当と判断され、隔離室に収容されたが、その数時間後(深夜)に隔離室内で縊首自殺を遂げた事例。通院中の病院に対しては診断・治療方法の誤り、入院した病院に対しては自殺防止措置の懈怠を理由に遺族が賠償請求した事例である。地裁判決では、当該患者の精神疾患はうつ病であったと認定し、それぞれに医師には患者の自殺につき予見可能性があり、各担当医師の診療過誤と自殺との間に相当因果関係があるとしたが、不真正連帯責任を否定し、患者の素因と、前医及び後医の各責任割合を2対5対3であると判断した。(有責)

**判決 34 最決平成 12・9・28 (判例集未登載)**

原審は判決32である。患者側の上告受理申立が不受理となった。(無責)

**判決 35 岐阜地裁多治見支部判平成 13・6・29 (判例集未登載)**

ある精神科病院にて心因反応と診断され入院加療を受けていた男性患者(64歳・男性)が、病院を抜け出し、病院近くの河川で入水自殺(溺死)した事案。患者遺族は、入院中患者に激しい自傷行為が認められたこと、患者の病名は心因反応ではなくうつ病だったとして、うつ病患者に

対する入院加療に当たっては患者の生命・身体の安全を図る看護義務を負うとし、病院がこの看護義務を怠ったとして債務不履行に基づく損害賠償請求訴訟を提起した。判決は、a. 過去5回の入院カルテによると、自殺志向ないし企図を窺わせる記載があるが、いずれも妻の面前での行為で、傍らにいた妻の主観的感情はともかく、客観的には死に至る確実性の高い行為とまでは認められないこと。b. 事故の16日前、及び事故前日の自傷行為は、罪業妄想、自己不全感を贖おうとする自傷行為であって、それ自体が完結した行為で、自殺に移行する前兆とは認め難いこと等を理由として、自殺の予見可能性を否定し病院の過失を否定した。(無責)

#### 判決36 東京高判平成13・7・19 (判時1777号51頁)

判決33の控訴審判決である。判決は、第一審と同様、前医、後医の過失をともに肯定した。しかしながら、本判決は、前医と自殺との相当因果関係は第一審とは異なりこれを否定しつつ、前医の債務不履行が治療の機会を奪い自殺に至った可能性があると認定して600万円の慰謝料支払を命じている。そして第一審と同様、前医と後医とを分割責任とし、また、逸失利益を肯定して3割の過失相殺をするなど複数の重要な論点が含まれている。その他、うつ病についての診療行為の是非を論ずる基準として、未だICD-10 (世界保健機構による国際疾病分類) や DSM-IV (アメリカ精神医学会による診断統計マニュアル) は臨床現場で一般的となっておらず、これらによって具体的治療方法や投薬の是非が判定されるものではないとしている。ただし、この判決は事例判決としての色彩が強い。というのは、後医が患者の妻から患者の希死念慮や自傷行為について聞いていたか否かが争点となり、聞いていたとの事実認定がなされていること、15分毎に看護師巡回がなされていたか否かが争点となったが、記録に記載がないとして15分毎の巡回はなかったとの事実認定がなされており、これら認定事実を前提に診療過誤の判断に至っているからである。その他、カルテ記載よりもケースワーカー記録を重視するなど事実認定の過程に疑問も残る。仮に、15分毎に巡回して自殺発見の15分前に異常がなかったことが立証されていれば、少なくとも後医の診療過誤は否定されていた可能性が高いと考えられるのである。本判決は、最高裁に上告及び上告受理申立がなされたが、[判決44]のとおり、上告不受理決定によって本判決の確定をみている。ただし、本判決の事実認定を前提としながら、最高裁が上告不受理の決定を出すまでに2年半もの時間をかけたことは、最高裁が判断に相当程度慎重を極めたことを示唆するものである。

#### 判決37 福岡地大牟田支部判平成13・9・4 (判例集未登載)

22歳時から精神科の受診歴があったが病状は安定していた44歳の女性患者が、ある時、自宅自室にて刺身包丁で左頸部を刺して自殺未遂を図った。そして総合病院に入院の手術を受けたが、1週間後に救急病棟から一般病棟5階の観察室(HCU)の転棟になり、耳鼻科にてフォローしていたが、術後経過は順調で転棟5日後に退院予定となったため、退院予定3日前に精神科医の診察を受けさせたところ、希死念慮・抑うつ状態が認められた。しかし、思路明瞭で思考障害はなく、自殺のデメリットを説明し納得を得た。その後HCUに帰室し、5分後に付添の看護師がカルテをとりHCUを離れたところ、その約10分後に3階救急病棟の光庭(2階の屋根部分)に転落しているところを発見されたが、上半身・骨盤に多数骨折が認められ、8時間後に死亡したという事例である。遺族から3300万円の損害賠償請求がなされたが、判決は、希死念慮から自殺企図が差し迫っていると判断し、看護師をして患者の動静を注意深く観察させるなどの措置を講じていれば本件事故の発生を防ぐことができたであろうと推認できるとして、病院の過失を認定した。ただし、患者が自らの自由意思で命を絶ったことに鑑み、慰謝料額は400万円であると判示している(過失相殺等の具体的判断はない)。(有責)

本判決に対しては、病院側より控訴がなされている。精神科入院設備のない一般総合病院での精神病患者の自殺に対し、わが国で初めて有責の判断を下している割には、鑑定等は一切行われず、先例との十分な比較検討もなされていない疑いが濃厚だったからである。控訴審である福岡高裁では、病院側から提出された精神科医の意見書を踏まえ和解が成立したが、和解額は大幅に減縮された(150万円)。しかも、和解条項には「入院中の病院の診療・看護に病院が最善の努力をしたことを認める」旨の一項が加えられている。

#### 判決38 札幌地判平成14・3・25 (判例集未登載)

精神分裂病に罹患した女性(41歳の主婦)が、28歳時に幻聴があって発症してから13年間経過し、症状再燃により、他害の問題行動が切迫して夜半に精神科病院に緊急入院し、翌朝、入院から約10時間後に衝動的に保護室内で、病院の寝具の周囲に縫い付けられたヘム部分の紐を裂き、これを用いて縊頸に走り、その2日後に死去した事案である。患者の夫と子供から、患者が自殺するおそれが十分予見できたのにこれを回避する措置を病院がとらなかったとして損害賠償請求したが、判決は、患者の自殺予見可能性を否定し、少なくとも保護室に入れて15分ないし30

分ごとに巡視する方法によっても防止できないような態様方法による自殺行為に及ぶことを予見できなかったと判断して、病院の患者監視義務違反を否定した（その後、控訴審判決〔札幌高判平成14・10・31・判例集未登載・判決39〕、最高裁決定〔最決平成15・3・25・上告棄却決定・判例集未登載・判決41〕が下されたが、いずれも地裁判決の結論が支持され確定した）。(無責)

#### 判決39 名古屋高判平成14・10・2 (判例集未登載)

岐阜地裁多治見支部判決(判決35)の高裁判決である(控訴棄却判決)。最高裁の輸血梅毒事件と事案が異なること、治療者である精神科医は、患者の病気治療、社会復帰の目的から閉鎖病棟における治療環境より開放病棟における入院を選択する場合があるなど、精神科医としての専門的な裁量を有しているものと解するのが相当であること、さらに、精神病院における看護者は、限られた人員で多数の入院患者の看護をしなければならないことなどのために、入院患者に有益なことであれば無限定に行うべき義務があるとはいえず、精神病院における看護者として一定水準以上の看護をなすべき義務を負っているものと解するのが相当である等と判示した。この判決は上告されず確定している。(無責)

#### 判決40 札幌高判平成14・10・31 (判例集未登載)

判決38の控訴審判決である。控訴棄却判決であった。(無責)

#### 判決41 新潟地裁長岡支部判平成15・3・19 (判例集未登載)

心因反応で入院既往のある33歳の男性患者が、約4ヵ月後に自宅で2回自殺企図があったため翌日に開放病棟に入院した(本人が閉鎖病棟を拒否した)。入院後肝機能障害が判明し、他院受診予定としていたところ、その前日(入院の翌々日)午後3時に本人不在を確認。病棟内、院内、病院周辺等を捜索するが発見できず、17日になって、近くの大学敷地内で遺体で発見され、死因は凍死と死体検案された事案。本件がそもそも自殺か否かが争点となったが、判決は、入院後の患者の様子、無断離院当時の外気温や凍死が自殺方法として奇異であること、首をひもで絞めあるいは吊るという入院前になされた自殺企図の方法とも異なること、薬物・凶器・遺書等の自殺を窺わせる物品が何ら存在しなかったこと等から自殺を否定した。また、閉鎖病棟に入院させるべきであったか否かも争点となったが、判決は、閉鎖病棟に入院させるほど切羽詰った症状になかったこと、入院中に自殺に繋がるような兆候や病院を出ようとする特異な行動が全くみられていないこと等から、その義務はないとした。さらに、開放病棟での常時監視は要求

されず、1時間に1度という看護計画に則った所在確認で足りると判示した。(無責)

#### 判決42 最決平成15・3・25 (判例集未登載)

上告棄却決定。原審は判決40である。(無責)

#### 判決43 東京高判平成15・8・28 (判例集未登載)

判決41の控訴審判決である(確定)。判決は、うつ病患者の自殺事故について、「文献によれば、うつ病における希死念慮の頻度は80ないし90パーセントといわれるほど高く、問診によって容易に確かめられるが、現実には自殺を遂げるのは約15パーセントと大きな開きがあること、うつ病による自殺は、抑制がそれほど強くない初期と軽快期に多い特徴があること、その時期的特徴から予測が非常に難しいことなどが指摘されている。」とし、「うつ病による自殺の予測は困難であり、自殺念慮が認められ、過去に自殺行動があったからといって、そのことから直ちに閉鎖病棟に入院させるべきものというとはできない。」と判示した。(無責)

#### 判決44 山形地判平成15・10・20 (判例集未登載)

精神分裂病の妄想型で平成5年7月に任意入院した患者(女性、死亡時43歳)が、入院から約7年後に開放病棟から無断離院し、病院近くの建物の窓から落下して死亡した事案である。患者には以前に何度かの自殺企図のような行動が認められたが、事故の5日前に希死念慮が再燃し、2階からの飛び降りを考えて病院の管理棟の階段を昇り、事故前日には無断離院して家とは別方向の本件事故現場付近に行き、事故当日朝には朝食を摂らず一点を凝視し硬い表情をしていたという経過も認められた。

判決は、上記事実を前提としつつ、以前の自殺企図を思わせる行動は死に至る蓋然性の薄い行為であるか、または致死性となる前の段階で自ら終えるものであり、また管理棟2階からの投身は必ずしも致死の蓋然性が高いとは言えないし、2階へ向かった時間帯も看護師の目に付きやすい時刻であったこと、前日の現場付近への接近は自殺念慮を一切伴っていないとして、このような状況にあっては、「医師・看護師らは、中傷的な自殺のおそれのあることを予見できたと認めることはできるものの、自殺の具体的で差し迫った危険のあることまで予見できたと認めることはできないというべきである」と判示した。さらに、「一般に、任意入院で治療を受ける精神病患者が無断で離院することは、症状に応じて適時に適切な治療を受ける利益を損なうおそれを招くものではあるが、患者の精神症状や事理弁識能力の程度はさまざまであるから、無断離院が一般的に精神病患者の生命身体への危険を招くと認めることはできない。また、無断離院といえども地域社会と接触を持つ

点等においては正規の手続きによる外出と異ならず、社会復帰の訓練となったり治療意欲を増進させるなどの治療上の利点も一概には否定できない。無断離院による悪影響を重視するあまり患者を常時監視下に置いたり、無断離院の物理的措置を講じたりすることは、患者との信頼関係を損ない、患者を他律的にさせ、被支配感・被抑圧感などのマイナス感情を与え、かえって治療上の弊害となるばかりか患者の人権侵害にもなりかねないおそれがある。」とし、さらに続けて「こうした点を総合考慮すると、精神病患者を開放病棟にて入院治療する医療契約を結んだ医師が一般的に自殺や事故防止のため患者の無断離院を防止すべき注意義務を負担するとは認めることはできないというべきである。」と、詳細に判示している。(無責)

#### 判決 45 最決平成 16・1・30 (判例集未登載)

上告棄却・不受理決定であるが、東京高判平成 13・7・19 (判決 36) に対する最高裁の判断である。前述のとおり、申立から上告不受理の決定を出すまでに 2 年半をも要している。上告不受理決定の理由書きはわずか 2 行というものであったが、高裁認定事実を前提としてもなお、相当判断に迷う限界事例であったと言えよう。なお、前医と後医について分割責任とした高裁判決をそのまま維持したことは、交通事故と医療過誤の競合事案について基本的に共同不法行為となると判断した最高裁 (最判平成 13・3・13 民集 55・2・328) の結論との異同が注目されるであろう。

#### 判決 46 広島地判平成 16・3・31 (判例集未登載)

閉鎖病棟に医療保護入院していた統合失調症の男性患者が、病室内のガラスを割って飛降りた事例である。判決は病院の過失を認定しなかった。(無責)

#### 判決 47 東京地判平成 16・11・1 (医療訴訟ケースファイル Vol. 2)

青年期から躁うつ病等の精神疾患に罹患し昭和 50 年、54 年ころに自殺未遂歴のある男性患者 (昭和 29 年生) が、その後精神科外来に通院し、統合失調症・うつ状態等と診断されて投薬処方を受けていたが、治療継続中の平成 12 年 6 月 1 日に投身自殺した事例。統合失調症との診断に誤りはなく、自殺企図歴のある患者に対する薬剤処方にも注意義務違反はないと判断された。(無責)

#### 判決 48 仙台高判平成 16・12・27 (判例集未登載)

判決 44 の控訴審判決である。

原判決に続き詳細な事実認定を行い、「(本件患者が) 自殺行為に出るかもしれないとの一般的抽象的な可能性自体は否定できないとしても、それはあくまでもその類型の患者に認められる一般的な可能性にとどまり、それを超えて、

本件事故当日ないしはそれに近接する日において自殺行為に出るとの具体的で差し迫った危険性 (可能性、おそれ) があることを本件事故当日において医師、看護師が予見することはできない。」と判示した。(無責)

#### 判決 49 最一小決平成 17・6・23 (判例集未登載)

判決 48 に対する上告不受理決定である。(無責確定)

#### 判決 50 岡山地判平成 17・9・13 (判例集未登載)

うつ病で外来通院していた 44 歳の女性患者 (自殺企図歴あり) が、自宅近くのビル 4 階から飛降り自殺を遂げた事例である。判決は、患者には自殺する抽象的な危険性はあるとしても、自殺を図る具体的で切迫した危険性はないとして、医師の過失を認定しなかった。(無責)

#### 判決 51 東京地判平成 17・12・15 (医療訴訟ケースファイル Vol. 2)

患者 (昭和 58 年生・男性) は平成 15 年 7 月ころ精神疾患を理由として被告病院精神科に措置入院し、その後、同病院にて医師らの診察を受け、同年 9 月ころから外出許可を受けて外出していた。同年 9 月 24 日の外出時に外出先で突発的に走り出し、その後飛び降り自殺を遂げた事例。医師による外出許可の判断、及び、外出時に携帯電話を携帯させなかったことに、自殺防止のための注意義務違反はないと判示した。(無責)

#### 判決 52 大阪地判平成 18・2・8 (医療訴訟ケースファイル Vol. 2)

患者 (昭和 8 年生・女性) が、平成 15 年 3 月ころから希死念慮を認め、4 月には自殺企図も見られるようになったが、5 月に当該病院を受診し、医師の診断の下、うつ病と診断され医療保護入院となった。6 月下旬に任意入院に切り替えられ、開放病棟へと転棟となったが、7 月 29 日に無断離院して近接する団地 4 階から飛び降り自殺を図り、一命はとりとめたものの 1 級後遺障害を残すに至った事例。開放病棟への転棟させた点に過失はなく、その後も、希死念慮は認められたが、直ちに患者が自殺を図ることを考えていたとの趣旨の発言ととらえることは困難であり、患者の監督、監視を怠ったとは言えないとして、病院の責任を否定した。(無責)

#### 判決 53 東京地判平成 18・12・21 (判例集未登載)

患者 (昭和 48 年生・男性) は、中学生のころから家族への暴力等があり、精神科の通院歴があった。平成 14 年 5 月下旬、混乱・興奮が激しくなり、被告病院に医療保護入院となった。本件入院の期間中、咬合不正を訴え、平成 14 年に計 9 回被告病院内の歯科において診療を受けるなどした。平成 14 年 12 月に、病室のカーテンレールと天井が一部損壊し、患者の頸部に傷が確認されたという事件が

あったが、平成15年2月になり、自室の天井の通風口のブラインド状格子に通したベルトに首を掛けて自殺を図り、発見後蘇生措置を施されて蘇生し、救急車で他院に搬送されたが、同日夜死亡が確認された事例。判決は、患者の入院中の状態を具体的に検討した上で、本件自殺の当時、医師らにおいて本件自殺を具体的に予見することができたとか予見すべき義務があったとはいえないから、自殺の危険が切迫しているものとして隔離室に収容すべきであったとはいえないし、①精神科病院において縊首の手段として用いられる道具は、ベルト以外にも、例えば衣類やシーツなど様々な物があり、これらは用法上の凶器ではあるが、その排除をすることは社会復帰という観点からはマイナスであること、②他人の所持品を利用する可能性もあるから、患者の所持品中からベルトを除去するのみでは自殺を阻止する効果は限られ、他方、閉鎖病棟の入院患者全体の所持品中からベルトを除去するとなると他患の社会復帰等への影響が大きいこと、③閉鎖病棟（一般病室）においてベルトの所持、使用が許されている精神科病院も少なくないこ

とも併せ考えると、医師らに本件患者にベルトを所持させてはならない義務があったとはいえない等と判示し、病院の責任を否定した。（無責）

**判決54 東京地判平成19・4・25（判例集未掲載）**

C型肝炎に罹患しインターフェロン治療を受けた患者（51歳・女性）が、その後不眠等を訴え、精神科病院外来に2回受診し、医師から精神安定剤、睡眠剤の処方を受けたが、2回目の受診から約1ヶ月経過した後に、自宅車庫の自動車内で灯油をかぶって焼身自殺を遂げたという事例。インターフェロン治療を施行した総合病院医師の自殺に関する注意義務違反と、外来受診した精神科病院医師の注意義務違反が問われたが、精神科医としては、患者の具体的症状に応じた適切な診察と薬物処方を行っており、診察時に患者の自殺についての具体的予見可能性はないとして、責任を否定した。（無責）

**判決55 東京高判平成20・4・10（判例集未掲載）**

判決53の控訴審判決である。地裁判決を基本的に踏襲し病院の責任を否定した。（無責）