

巻 頭 言

自殺訴訟について思う

松田ひろし 日本精神神経学会理事

Hiroshi Matsuda

外来通院中の患者が、診療中に診察室から飛び出て病院内で自殺を企図。数十分後に発見され、ICUに搬送されるも意識が戻らないまま約3年後に死亡した。これに対し患者家族は医師が注意義務を怠ったとして、病院を相手に損害賠償の訴えを起こした。一審の地裁で病院側が敗訴し、直ちに上告するも、二審の高裁でも再び敗訴となった。その結果、病院側はこれ以上争っても勝訴の望みがないと考え、この度上訴を断念した。

この間、日本精神神経学会ではこの地裁判決に対して看過できない問題があるとして平成22年4月5日に「外来精神科医療における自殺に関する見解」を理事会の名で発表した。その中で「外来精神科医療は患者の自由意志に基づいて行われることによって成立しており、行動の制限を行う強制力を伴った予防策を持ち合わせず、また入院精神科医療とは異なり、法的な規定もないのが現状である。したがって、外来精神科医療において、患者の自殺や自傷行為に対して自殺の予防策を講じたとしても、それは医学的に対応可能な範囲内であり、自殺や自傷行為を完全に防ぐことはできない」と注意義務の限界について述べている。

では、ここで言う自殺の予防策や注意義務とはいったい何であろうか。一般に注意義務とは平均的精神科医の持っている医学的知識・技術などをもって治療を行えばよい範囲内での注意義務のことであるが、もともと医師たるものは職責上、常に最善の注意義務を払うことを負っている。すなわち、絶えず研鑽努力そして自らの適切な治療を行う、もしそれが行えないならば、他の医療機関に転医することを説明し勧告することを意味している。言うに易いが、日常の臨床の中でこれを常に実行することは大変難しい。さらに、自殺については注意義務の観点から二つの可能性について論じられることが多い。すなわち、自殺の危険を予

見することが可能であったか、さらに自殺の危険を予測できても、それを回避することが可能であったかという点である。しかし、我々はどのくらい予測でき、回避できているのかについても確かな定見を持ち合わせていない。

一方、我々は一般の臨床で自殺や自殺未遂の事例にかかわることは決して稀ではない。不幸にして自殺があると、その遺族や知人のみならず、治療にかかわっていた医療者側も深い悲しみと無力感におそわれる。そして、いつの間に原因究明も十分にされることもなく、あたかも例外的な事例として頭の隅に追いやってしまうことが多い。ただ、ひとたび訴訟があると、今回のように司法の判断が精神科医療の一般常識からかけ離れてしまっていると度々感じさせられる。しかし、これまで我々精神科医が言うその一般常識をきちんと整理してわかり易く文章化してきたかと言うと、あまりにも少なく、双方で共通言語を持ち合わせていないことに気付かされる。

今回の訴訟を通して学ぶことは、裁判に負けたことではなく、患者個別の治療計画を考える上で、リスクアセスメントに基づき、患者の特性に応じた個別的対応をきちんと行っていけば、事態は違っていたのではないかということである。それは日常臨床の中で、自殺の危険因子や生活史に見られる自己破壊傾向についてのチェックをあらかじめきちんと行い、さらに不幸にして自殺した事例についての心理学的剖検を徹底的に行うことに尽きる。数年前の学会無作為抽出アンケート調査では、1/3の精神科医が自殺事例を経験していると報告されたが、自殺防止という観点から個人情報保護については十分注意を払いつつ、やはりこの学会が中心となって会員に対して大規模な調査を行い、その結果を平易な言葉でもって公にすべき時期にきているのではないだろうか。