

特集 精神科一般外来での自殺予防について考える

精神科診療所の自殺対策について
——紛争化防止のためには——

里村 淳

精神科医療では、自殺対策は最も重要な課題の1つである。また、精神科医にとって、患者の自殺は衝撃的な出来事であると同時に、自殺後の紛争化は避けたい問題である。医療事故裁判のなかで自殺訴訟の占める割合は決して多くはない。特に通院での自殺訴訟は入院に較べるとさらに少なく、判決も無責で、医療側勝訴であることが多かった。しかし最近では、外来での自殺訴訟は有責事例が増えつつあり、精神科診療所の医師は自殺訴訟に大きな関心を寄せるようになった。それでも外来での自殺例では、訴訟に至るケースは決して多くはないが、自殺後、家族から説明を求められることが少なくないことが調査から明らかとなった。今後、自殺後の家族への説明も大切であるが、自殺の可能性について家族への事前の説明がさらに大切であることを指摘した。

<索引用語：自殺，精神科診療所，自殺予防，自殺訴訟>

はじめに

患者の自殺を防ぐために最善を尽くしたからといって、すべての自殺を防ぐことは難しい。精神科患者の自殺は、これまで入院での自殺が取り上げられることが多く、通院での自殺はあまり注目されることはなかった^{5,6,24)}。通院患者の自殺に関する訴訟例をみると、以前は全例無責で終わっていたが、近年有責事例が多くなり³⁾、精神科医の自殺訴訟への関心は高まっている。それでも通院患者の自殺者全体からみると訴訟に至る件数は決して多くはない。しかし、日本精神神経科診療所協会（以下、日精診）が会員に行った自殺後のトラブルに関する調査では、「家族から説明を求められた」「カルテ開示を求められた」「責任を追及された」「過労死自殺として家族が企業を訴えた」などの回答がみられた⁸⁾。特に、「説明を求められた」との回答は1割以上に上り、事後説明の重要性が顕在化した。これまで自殺に関する紛争とい

えば訴訟が中心であったが、事前、事後の説明を通じた家族とのコミュニケーションの大切さが浮き彫りとなった。

本稿では、①わが国の精神科医療における自殺対策について、特に精神科病院に入院中の自殺と精神科診療所に通院中の自殺の相違について、②自殺事故と訴訟、③自殺対策とガイドライン、④日精診の自殺後のトラブル調査、⑤自殺事故の紛争化防止、について述べる。

I. わが国の精神科医療における自殺対策
——精神科病院に入院中の自殺と

精神科診療所に通院中の自殺の相違——

精神科医療での自殺といっても、入院中の患者と外来に通院中の患者とでは様相が異なる。いわゆる民間の精神科病院の団体である日本精神科病院協会（以下、日精協）と開業の精神科診療所の団体である日精診の自殺への取り組みをみると、

精神科医療における自殺問題の特質がみえてくる。

まず、日精協の取り組みについて述べる。1974 (昭和 49) 年 10 月、北九州市の精神科病院で入院中の患者が自殺し、家族から病院側の債務不履行であるとして提訴された裁判の第一審(福岡地裁)が、病院側 4 割の過失相殺による責任ありと判決された²⁾。この判決は日精協会員に重大な衝撃を与え、「精神科病院における自殺」と「自殺に対する精神科病院の法的責任」の問題として大きな関心を引き起こした。日精協は 1977 (昭和 52) 年 2 月、協会内に医療事故対策委員会を設置し、以来、患者の自殺について強い関心を示すようになった。1949 (昭和 24) 年に会が創立されて 28 年後のことである。その後、機関誌「日本精神科病院協会誌」では今日までたびたび自殺対策に関する特集が組まれている^{12,16,23)}。入院中における事故全般にわたっての詳しい調査も報告されている²²⁾。また、精神科病院の入院中の自殺の実態調査も行われ、実態が明らかとなった^{25,26)}。

一方、日精診の自殺対策への取り組みはどうか。1974 年、現在の日精診の前身である日本精神神経科診療所医会が設立され、2012 (平成 24) 年に現在の日精診となったが、当初会員数は多くなく、日精協が患者の事故に積極的に取り組んでいるのとは対照的に、自殺問題には大きな関心が示されないまま経過した。しかし、日精診としての取り組みはなかったが、地区協会では独自の自殺対策活動がみられた。2005 (平成 17) 年には千葉県地区協会が 1 回限りの自殺の実態調査を行った⁴⁾。2007 (平成 19) 年には埼玉県地区協会 (埼玉精神神経科診療所協会、以下、埼精診) が会員診療所の自殺の実態調査と症例検討を開始し、今日まで継続的に行っている^{20,21)}。2011 (平成 23) 年には北海道地区協会が希死念慮の研究を発表している¹⁾。しかし、日精診として自殺対策への取り組みの兆しがみえ始めたのは、2012 年から自殺対策の市民講座を毎年開催するようになってからである。なんと、会設立から 39 年目のことである。翌年の 2013 (平成 25) 年には日精診のなかに「自殺対策プロジェクトチーム」が設け

られ、著者がその責任者に任じられたが、これは定款にない組織であり、市民講座の運営を任せただけで、特に自殺対策に積極的に取り組むよう企画されたわけではなかった。しかし、チームは会員診療所における自殺の実態調査を毎年行い、埼精診の調査と合わせて、精神科診療所における自殺の実態をより明らかなものとした^{13,14)}。

日精診が会として自殺問題に大きな関心を示すようになったのは、精神科診療所に通院中の患者が自殺して遺族から提訴され一審では無責であったが高裁で有責となった事件〔東京高裁、2017 (平成 29) 年 9 月 28 日〕が契機である¹⁸⁾。2018 (平成 30) 年 5 月に日精診は抗議の声明文を協会のホームページに出している¹⁵⁾。さらに、同年 6 月には自殺対策プロジェクトチームは定款に定める自殺対策委員会に昇格した。なお、最高裁では 2019 (平成 31) 年 3 月 12 日に医療側無責の判決が下された。

このように、第一線の精神科医からなる日精協、日精診が自殺対策に本腰を入れる契機として、自殺訴訟で有責 (医療側敗訴) になったことが大きくかかわっていることがわかる。また、精神科診療所の開設は近年増加の傾向にあり、患者数の増加とともに通院患者の自殺も決して少なくないが、日精診が組織として正面から取り組むことがなかったのも、訴訟の機会が精神科病院よりずっと少なく、あっても無責であったことが関係していると思われる。

以上のことから、自殺訴訟は精神科医にとって重大な関心事であるといえる。

II. 自殺事故と訴訟

まず、1994 (平成 6) 年から 2003 (平成 15) 年の 10 年間に日精協の医療問題検討会に会員病院から報告された自殺事故は 446 件であり、それは報告されていた医療事故全体の約 25% を占めている。また、木ノ元直樹弁護士は精神科における自殺事故の裁判例について詳細に報告している⁶⁾。そのなかで、1970 (昭和 45) 年 3 月 10 日の東京地裁の判決から 2008 (平成 20) 年 4 月 10 日

の東京高裁の判決まで、55件について述べている。控訴審も含まれるので、自殺事例の実数は39件であり、そのなかには日精協加盟病院以外の医療機関も含まれている。そのうち、入院中の自殺は34件、通院中の自殺は5件である。入院患者の自殺の最終判決は、無責が26件、有責が8件であり、76.5%は無責、つまり医療側勝訴となっている。外来患者については、すべて無責となっている。

木ノ元の報告以後の自殺訴訟の動向については、古谷和久弁護士らが報告している³⁾。2004(平成16)年2月9日の大阪地裁の判決から2017年9月28日の東京高裁までの代表的な判決19件を取り上げている。そのうち、入院中の自殺は13件、ただし、1件は外科病棟に移動した後の自殺で12件は精神科病院である。判決は4件が有責、9件が無責、つまり医療側勝訴は69.2%である。外来通院中の自殺は6件で、2件が有責、4件が無責、つまり医療側勝訴は以前の100%から66.7%となっている。木ノ元が発表した外来の自殺例5件はすべて医療側勝訴であったことを考えると隔世の感がある。外来の事案は、患者を入院させる義務があったか否かという形で問題となることが多いが、基本的な判断の枠組みは、自殺の具体的、現実的な危険性を認識し得たか否かであるという。また、判決では説明義務違反が3件、希死念慮に関する問診義務違反が1件みられた。

以上が古谷らの報告であるが³⁾、さらに、2005年に外来通院中の患者が施設内で自殺を試み重体となっていたが、2009(平成21)年1月に死亡し提訴され、同年9月31日、仙台地裁で有責の判決が下っている。このように、外来での自殺に有責事例が増えつつある。

木ノ元は自殺事故の訴訟のポイントについて次のように述べている⁶⁾。入院中の自殺事故の訴訟では、裁判所の判断基準として、自殺の危険の予見、開放処遇か閉鎖処遇か、保護室収容、監視・看護が挙げられている。それに対し、通院中の患者の自殺事故の訴訟では、自殺の予見可能性と結果回避義務が争点となる。自殺予見可能性が認め

られたからといって、ただちに自殺を回避する措置をとらなければいけないというわけではなく、具体性がなければ結果回避義務は生じないとされている。また、入院では自殺のリスクの高い患者への監視・看護が重視されるが、看護職員は多くの患者を看る必要があり、付きっきりで看るということは、当然のことながら現実的ではないとされている。医師の指示に従って一定の間隔で監視・看護がなされていれば、過失はないとされる。また、過度の監視・看護は有害であるという裁判所の判断や、社会復帰のための治療は自殺予防に優先するという判断もあり、自殺予防の注意義務は二律背反的である。

Ⅲ. 自殺対策とガイドライン

外来患者で自殺の危険が切迫しており通院での自殺予防が困難と判断した場合、非自発的であっても入院させることが昔から行われている。もちろん、入院治療が自殺予防を100%保証するものではないことは言うまでもない。今日では、自殺の切迫性と入院についての判断基準は、日本精神科救急学会監修「精神科救急医療ガイドライン2015年版」によってよく整理され示されている¹⁹⁾(表)。

2017年9月、読売新聞は「女性自殺『防ぐ措置講じず』精神科医に賠償命令」と題して、統合失調症患者の自殺で東京高裁が有責の判決(2017年2月28日)を下したと報道した³⁾。この裁判では、自殺念慮の強さとその対応について上記ガイドラインが援用され、それを契機に自殺対策のガイドラインが注目されるようになった^{17,18)}。

裁判所からみた診療ガイドラインとは「診療上の重度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考慮して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書である」とされる¹¹⁾。つまり、医療訴訟において過失があると判断されるのは、医療水準に達しない診療を行った場合であり、医療水準に従って医療行為が行われている以上、医師の裁

表 自殺未遂者のリスク評価と対応 (精神科救急医療ガイドライン 2015 年版)

	自殺念慮	自分を傷つける 計画・準備	危険因子の状況	対応
危険性がない	なし	なし	なし	なし
軽度の危険性	限定的に存在	なし	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴がない 既知の危険因子が存在しない 	<ul style="list-style-type: none"> 心理-社会的困難に対する介入 社会資源に関する情報提供
中等度の危険性	明確に存在	具体的にはなし～あり	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴、もしくは1つ以上の危険因子の存在 本人が現在抱えている情緒的・心理的状态の改善を希望している 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科外来における頻回・継続的な治療 精神科病棟への自発的入院 心理-社会-経済的困難に対する介入
高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴 2つ以上の危険因子の存在 自殺の意思と周到な計画に関する言語化 将来に対する絶望感 利用可能な支援の意義を否定 認知の柔軟性は維持 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病棟への自発的/非自発的入院 心理-社会-経済的困難に対する介入
非常に高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> 複数回以上の過去の自殺企図歴 複数以上の危険因子 認知の硬直化 援助に対する拒絶 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病棟への緊急非自発的入院 心理-社会-経済的困難に対する介入

(文献 19 より引用)

量に逸脱が認められない限り、過失はないと考えられている。つまり、医療訴訟において、治療ガイドラインは一定の判断材料となるのである。

わが国では、2017年7月に閣議決定された「自殺総合対策大綱」において、自殺対策計画の策定に資するよう、自殺対策計画策定ガイドラインを策定することとされている^{7,12)}。

ガイドラインはどれも「規制」ではなく「推奨」であるとされているが、先に述べた通り、ひとた

び訴訟となれば、裁判所は注意義務違反の判断にガイドラインを使用することが多い。外科や内科などの身体科での医療訴訟では、ガイドラインの使用は一般的となっているが、客観的な指標をもたない、自殺の切迫性の評価とその対応について、ガイドラインによって法的判断が下されることについて違和感を抱く精神科医は少なくないのではないだろうか。学会のガイドラインは所属する学会員のために書かれたものであるという主張

もあるが⁹⁾、裁判となればガイドラインは一定の役割を担うと言わざるを得ない。日本精神科救急学会のガイドラインでは、自殺未遂者のリスク評価と対応についてかなり詳細に整理されているが、日精診の調査、埼精診の症例検討の結果からは、自殺念慮が診察場面でまったく認められないケース（ガイドラインの「危険性がない」）や限定的に存在し軽度の危険性とされているケース（「軽度の危険性」）の自殺が多く、上記のガイドラインはあくまでも自殺の危険度と入院との関係を明示したもので、ガイドラインに従って診療していれば自殺が防げるというものではない。弁護士であり医師である桑原は、「ガイドラインと現状のギャップ」を指摘しているが¹⁰⁾、まさにそのことに該当する。埼精診の自殺研究では、患者が追い込まれている状況を知ることが大切であり、臨床直感に頼る場合が多いことが強調されている²¹⁾。日精協の自殺研究では、角南の「日常臨床において自殺の予見を可能にするためにもっとも重要なことは、長期的な自殺の危険性を知ることではなく、いま眼前にいる特定の患者が自殺するかどうかという切迫した危険を、どう評価するということである」という見解が重視されている²³⁾。第一線の精神科医からなる日精協、日精診は、主治医の臨床直感を重視する立場をとっているといえる。しかし、精神科病院ではチーム医療が行われることも多く、自殺のリスクの評価は主治医だけではなく多種職による評価が可能となるが、一人で診療している診療所では情報が少なく、主治医は自殺の予見にかなり高度なスキルを要求されるといえる。

実際の治療場面で、主治医が大事をとって患者に入院を勧めても辞退されることが多く、医療保護入院を考えても家族がいなくてもある。自殺予防のための過度の非自発的入院は治療関係に支障をきたしかねないし、人権問題に発展する可能性も否定できない。自殺予防のための入院は複雑な要素を含んでおり、今後の検討課題といえよう。

IV. 日精診の自殺後のトラブル調査

これまで報告された精神科医療における自殺訴訟は、入院中の自殺が多く、通院中の自殺は少ないことはすでに述べた。患者数全体からみると、通院中の自殺事故での訴訟の割合は入院中のそれに比べると極端に少ないといえる。しかし、訴訟に至らないトラブルも想定されるが、これまで確かなデータは報告されていなかった。そこで、日精診が自殺後のトラブルについて会員にアンケート調査を行ったところ、興味深い結果が得られた⁸⁾。調査の詳細については、日精診の機関誌を参照されたい。ここでは要点だけを示す。

会員1,587人中783人（男性644人、女性139人）から回答が得られた（回答率49.3%）。開業後、自院の患者の自殺既遂を経験したと回答した者は713人おり91%を占めた。「ない」と回答した者は開業年数が5年以下がほとんどであった。長く開業していれば自殺事故は避けられないという結果であり、精神科医にとって自殺は避けられないという定説を裏づけた。

自殺後、何らかのトラブルを経験したと回答した者は、107人（13.7%）であった。その内訳は、カルテ開示を求められたが11人、責任を追及されたが13人、説明を求められたが60人、苦言を呈されたが20人、労災に関連したものが7人、保険会社の書類作成を依頼された者が4人、訴訟に至ったものは3人であった（重複あり）。労災関連は、医師の責任追及が1人（告訴は断念）、訴訟に至ったケースは、係争中が1人、無責が1人、告訴取り下げが1人である。家族が主治医ではなく、企業の責任を追及するケースが意外と多く、過重労働による健康被害が増えているなか、今後も増えることが予想される。

自殺に関連したトラブルというと訴訟を思い浮かべることが多いが、訴訟は決して多くなく、事後説明に関連したものが多くことがわかった。木ノ元は自殺事故の紛争化防止について、コミュニケーションエラーの回避を強調している⁶⁾。「事前の説明不足等による精神科医療に対する家族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」と述べているが、調査はそのことを裏づける結果となっている。

また、266人から自由意見として述べられたもので最も多いのは、「自殺の予防・予測は困難なことが多い、避けられない」という自殺不可避論ともいべき悲観的な意見で104人、つまり回答者の39.1%にみられた。一方で、家族との関係の重要性、家族との連携、誠意ある対応の必要性を述べたものが45人(16.9%)いた。

V. 自殺事故の紛争化防止

精神科医療では、入院、通院を問わず、患者の自殺は避けられないという認識を多くの精神科医が抱いており、また、誠心誠意をつくしても、かならずしも患者の家族の理解が得られるとは限らないことをすでに述べた。患者の自殺を主治医が知る契機は、これまでの調査から警察からの連絡が最も多い。次いで家族からの連絡が多く、それも謝意に満ちたものが多い²⁰⁾。しかしながら、先に述べた日精診の調査から、訴訟には至らないが、家族から説明を求められ、時には苦言や責任追及にまで及ぶことが決して少なくないことがわかった。このように、自殺後の家族の主治医に対する態度は、好意的なものから攻撃的なものまで一様ではない。以上の結果から、事後説明の大切さが浮き彫りとなった。事後説明で重要なのは、あくまでも主治医の誠意が伝わることであり、訴訟に至ったときの裁判所の判断基準とは異なる原理が働いていることを知る必要がある。つまり、自殺後の家族との紛争には、medical modelとlegal modelがあることをしっかり認識する必要がある。しかし、誠意を示せばすべて済むというものでもないことは言うまでもない。それについての具体的な対応については今後、事例を通して検討していく必要があると思われる。

また、調査の自由意見で明らかになったことの1つに、自殺のリスクが生じたときの家族との関係を重視する意見がある。普段から家族の理解や

協力を求めることが自殺防止につながることもあり、不幸にして自殺に至っても誤解を防ぐことができるのではないかというものである。これからは、自殺が生じる可能性のある場合は、家族にその旨説明して協力を依頼しておくことも誤解を防ぐ意味で大切なかもしれない。木ノ元の指摘通り⁶⁾、事前の説明を十分に行い「コミュニケーションエラー」を回避することが自殺後の誤解や紛争を回避するために重要であるといえる。

おわりに

①精神科医にとって自殺訴訟、それも敗訴は衝撃的な出来事である。②精神科医にとって自殺事故は避けられないといわれてきたが、日精診の調査でもそのことが裏づけられた。③精神科に通院している患者の自殺訴訟は入院に較べると少なく、また、無責で終わることが多かったが、最近是有責事例が増えてきた。④身体科の医療裁判では、学会のガイドラインが裁判所の判断材料になることが多いが、自殺訴訟でも今後、ガイドラインが裁判で用いられることが予測される。⑤自殺の紛争化防止のためには、家族とのコミュニケーションエラーの回避が重要であり、これからは自殺の可能性について、家族への事前の説明が大切になってくるのではないかと、以上のことを述べた。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 足立直人, 横山元範, 村木 彰ほか: 精神科診療所通院希死念慮例の臨床特性と治療効果—北海道精神神経科診療所協会における施設検討—。精神科診療所の現在(紫藤昌彦, 花田 進編, 現代のエスプリ 531), ぎょうせい, 東京, p.88-98, 2011
- 2) 饗庭忠男: 精神科における自殺の問題。精神病院における自殺(日本精神病院協会監修)。牧野出版, 東京, p.121-161, 1977
- 3) 古谷和久, 島戸圭輔: 医療訴訟の最近の動向—精神科医療における自殺事案について—。日本精神科病院協会誌, 37 (6): 557-566, 2018
- 4) 林 竜介, 日下忠文, 西尾正人ほか: 千葉県精神

神経科診療所協会所属機関に通院中の患者群における自殺既遂実態調査. 第11回日本精神神経科診療所協会学術集会, 2005

5) 石井一彦：精神科病院における医療事故. 日本精神科病院協会誌, 20 (3); 28-24, 2001

6) 木ノ元直樹：精神科における自殺事故と民事責任. 精神神経誌, 110 (11); 1051-1063, 2008

7) 厚生労働省：自殺総合対策大綱2017 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou_h290725.html) (参照2019-08-14)

8) 窪田幸久, 浅川雅晴, 羽藤邦利ほか：日本精神神経科診療所協会自殺対策委員会2018年度調査報告. 外来通院例の自殺後トラブル. 日本精神神経科診療所協会ジャーナル, 45 (1); 3-9, 2019

9) 桑原博道：TIAを見逃し後遺症—循環器科医の過失を認定—. 医療訴訟のここがポイント, 注目判例に学ぶ医療トラブル回避術2(日経メディカル編). 日経BP社, 東京, p.258-263, 2015 (<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/dispute/201712/553004.html>) (参照2019-08-14)

10) 桑原博道, 浅野陽介：ガイドラインと医療訴訟について—弁護士による211の裁判例の法的解釈. Minds診療ガイドライン作成マニュアル特別寄稿. 日本医療機能評価機構, 2015 (https://minds.jcqh.or.jp/s/developer_contribution) (参照2019-08-14)

11) 森富義明, 西澤健太郎：診療ガイドライン. 医療訴訟(福田剛久, 高橋 譲ほか編, 最新裁判実務大系第2巻). 青林書院, 東京, p.201-322, 2014

12) 本橋 豊：自殺総合対策大綱5年ぶりの見直しとその意義. 日本精神科病院協会誌, 37 (6); 531-537, 2018

13) 日本精神神経科診療所協会自殺対策プロジェクトチーム：第1回自殺調査報告(平成26年7月~平成27年6月). 日本精神神経科診療所協会ジャーナル, 42 (2); 3-8, 2016

14) 日本精神神経科診療所協会自殺対策プロジェクトチーム：第2回自殺調査報告(平成27年7月~平成28年6月). 日本精神神経科診療所協会ジャーナル, 42 (6); 10-18, 2016

15) 日本精神神経科診療所協会：通院統合失調症の自

殺をめぐる裁判についての声明. 2018 (<http://www.japc.or.jp/>) (参照2018-06-24)

16) 大磯義一郎：医療法学のすすめ—精神科医が知っておくべき法知識—. 日本精神科病院協会誌, 36 (6); OTS177-450, 2017

17) 大磯義一郎：「患者が帰省先のマンションから飛び降り自殺」医師の責任は？ 第114回日本精神神経学会学術総会シンポジウム, m3com, 2018 (<https://m3.com>) (参照2019-09-25)

18) 大磯義一郎：判例決から見た自殺予防に関する留意点. 第114回日本精神神経学会学術総会特別号; S430, 2018

19) 大塚耕太郎, 河西千秋, 杉山直也ほか：自殺未遂者対応. 精神科救急医療ガイドライン2015年版(日本精神科救急学会監修). へるす出版, 東京, p.135-184, 2015

20) 里村 淳, 恵 智彦, 田代 巖ほか：埼玉県内の精神科診療所の自殺—埼玉県精神神経科診療所協会の実態調査より—. 精神科診療所の現在(紫藤昌彦, 花田 進編, 現代のエスプリ531). ぎょうせい, 東京, p.99-113, 2011

21) 里村 淳, 恵 智彦, 田代 巖ほか：精神科診療所における自殺対策について—埼玉精神神経科診療所協会の自殺症例検討の経験から—. 日本精神神経科診療所協会ジャーナル, 42 (3); 3-8, 2016

22) 杉田多喜男：精神科医療における自殺とその予防対策—日本精神科病院協会会員病院の自殺実態調査から—. 日本精神科病院協会誌, 20 (5); 34-64, 2001

23) 角南 譲：自殺の切迫性をどう評価するか—自殺未遂者への対応を通して—. 日本精神科病院協会誌, 31 (10); 1064-1070, 2012

24) 竹村堅次, 志村 豁：開放療養の実践のもとで起きた自殺の経験. 精神科病院における自殺(日本精神科病院協会監修). 牧野出版, 東京, p.37-63, 1977

25) 渡邊宏治：埼玉県精神科病院協会にかかわる自殺症例の検討. 埼玉精神神経科診療所協会誌さいせいしん, 19; 95-114, 2013

26) 渡邊宏治, 菅野 隆, 林 文明：埼玉県精神科病院協会加盟病院における自殺例の検討(平成20~26年). 第5回日本精神科医学会学術大会, 2016

Suicide Prevention Measures at Psychiatric Clinics : Dispute Prevention

Atsushi SATOMURA

Fujimi Mental Clinic

In psychiatric medicine, suicide prevention measures are amongst the most important issues. Suicide is a shocking event for a psychiatrist, and any potential disputes that may arise afterwards is a problem one will want to avoid.

The proportion of suicide related suits in medical accident trials is fairly small. Even more so, those involving outpatient care were still fewer when compared to that of hospitalization, and many of those trials ended in a non-culpable judgment in favor of the medical side. However, recently there has been an increasing number of cases creating a precedent of culpability, and doctors in psychiatric clinics have become very concerned about suicide litigation.

While there have been few cases of outpatient care that have lead to litigation, from the survey it is clear that after a suicide, demands from the family for an explanation are common. It has become clear, that from now on, while the explanation to the family after a suicide is important, the explanation beforehand to the family about the possibility of a suicide is even more important.

<Author's abstract>

<**Keywords** : suicide, psychiatric clinic, suicide prevention, suicide suit>
