

精神科看護における観察・評価・判断 精神病院における患者の自殺に関連した裁判例を通して

内 藤 守

新潟青陵大学看護学科

Observation, Evaluation and Judgment in Psychiatric Nursing

Examination of court verdicts involving patient suicide
in psychiatric hospitals and wards

MAMORU NAITO

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSINGS

Abstract

This study analyzes the understanding and judgment of physicians and nurses in cases of patient suicide through investigation of court verdicts involving patient suicide and attempted suicide in psychiatric hospitals and wards and corresponding court decisions regarding the feelings and behavior of patients. The courts judge the possibility of whether physicians and nurses can foresee patient suicide from the standpoint of legal responsibility. Medical practitioners are required to take stringent measures to prevent suicide in the event that the court decides that there is a danger of such. However, physicians and nurses judge patient feelings and behavior for the purpose of providing treatment or nursing, and there are variations in the judgments of different people. The study provided food for thought regarding the view of physicians and nurses toward patient suicide and reaffirmed the importance of accurately evaluating and judging patient condition.

Key words

Psychiatric patients, suicide, judgment, responsibility

要 旨

本研究で、精神病院（精神科病棟）における患者の自殺に関連した裁判例を通して、裁判所は自殺（未遂を含め）患者の考え・行動をどのように判断し、看護師・医師はどのように理解・判断したのか考察した。裁判所は、法的責任という視点から医師・看護師の自殺の予見可能性を判断する。そして裁判所が自殺の危険性を予見しえたと判断したとき、医師・看護師には厳しい自殺防止のための行動を求められる。しかし、医師・看護師は医療という視点で患者の思い・行動を判断し治療・看護を決め・進めるが、そこに判断の差異が生ずる場合がある。本研究を通して、医師・看護師としての自殺患者に対する見方を考えさせられ、患者の状態を的確に評価・判断する態度を身につけていくことの重要性があらためて示唆された。

キーワード

精神疾患患者 自殺 判断 責任

はじめに

看護は患者理解から始まる。看護師は患者を身体的側面・心理的側面・社会的側面から理解しようと努めるが、患者理解は必ずしも容易なことではない。身体的側面は、血液データ・レントゲン写真など客観的データで把握することができるが、心理的側面は患者の言葉・表情・行動などから把握しなければならず、誰もが同じように理解できるとは限らない。精神科領域では、身体的側面に加えて、特に患者の心理面を把握することが重要となる。また、精神疾患患者の中には、自分の状態を自分で適切に表現できない(しない)患者も多く、このことがいっそう患者理解を難しくしている。

精神病院(精神科病棟)においては、医師・看護師が患者の思い・行動を理解できないうちに、患者が思わぬ行動に出たため医療事故になってしまうケースも見られる。自殺事故もそういったケースに上げられる。家族は、患者の病気の回復を願い、医療者も患者の病気の治療・看護に努めるのであるが、医療者は患者の自殺を必ずしも予測し得ないし、また完全に防ぐこともできない。中には裁判になってしまうケースもあるが、そこでは事故に関わった関係者全員それぞれ心にしこりを残すことが多い。

裁判においては、おもに医療者側の過失責任について争われることが多いが、医療者側に過失が認められると損害を賠償することになる。裁判例を読んでみると、裁判所は医療者側の判断・行為を認め、過失を否認するケースも多いが、中には医師・看護師の判断と異にし、医療者側の過失を認めるとしたケースも見受けられる。そこで今回、精神病院における患者の自殺に関連した裁判例を通して医師・看護師など医療者側の観察・判断(アセスメント)・裁判所の判断について整理し、自殺のおそれのある患者に看護師としてどう向き合うことができるか考察したので報告する。

精神科医療事故における法的責任

近年、医療関係訴訟が増加し、医師・看護師の責任を問われることも多い。医療事故に対する責任については、民事責任と刑事責任に大きく分けることができる(行政上の責任などもある)。民事責任は、私人対私人の関係から被害者の救済を目的に問われる責任であり、刑事責任は一定の行為に対し国家対国民の関係から国が刑罰を科すことを目的とする責任である。精神科医療事故についても、民事責任を問われあるいは刑事責任が問われるが、ここでは、民事責任について考えていく。医療事故により患者に損害を与えると、医療者は民事責任を負わされる場合が存在する。そこでは民法第709条による不法行為責任あるいは民法第415条による債務不履行責任により損害賠償を求められることが多い。民法709条は、「故意または過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う」と規定している。不法行為が成立するためには、損害(結果)が発生すること、その損害が故意または過失による行為によって加えられたこと、加害行為と損害(結果)との間に因果関係があることが必要である。行為とは、作為・不作為を問わない。過失とは、自分の行為が一定の結果(すなわち権利侵害)を発生することを認識できたのに、不注意により、これを認識しないでその行為をするという心理状態である。不注意とは注意を怠ることで、注意義務に違反することである。また民法415条は、「債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる」と規定する。看護診療契約は、準委任契約と解されており、債務者は債務の本旨にしたがって債務を履行すべき義務がある。医療者がこれを怠れば、債務不履行となり損害賠償の責は免れない。

不法行為により責任を問われる場合、債務不履行責任を問われる場合、いずれにしても医療者に過失があったか否か、その過失による行為により結果(損害)を生じさせたか否かが問われる。近年、日本人の自殺件数の増

加が指摘されているが、精神病院（精神科病棟）でも、これまで患者の自殺に関連した事故が起き、中には訴訟になったケースもある。自殺に関する事故についても、過失（注意義務違反）があったか否か問われることになるが、自殺の事例においては、自殺を予見することができたか否か、結果回避義務を果たしたかが争われる。¹⁾²⁾

・裁判例

精神病院（精神科病棟）における患者の自殺に関連した事故で、おもに医療者の過失責任について医療者側と裁判所（事例1では第1審と控訴審で判断）が異なった事例を中心に患者の自殺の実行可能性（医療者の予見可能性）について検討する。

事例1 初老期うつ病患者が病院内で着物の帯で自殺した事例

第1審判決（福岡地方裁判所小倉支部昭和49年10月22日判決³⁾）

<事実の概要>

Aは、昭和45年11月21日初老期うつ病にてY病院に入院した。このときAの妻(X)は、パジャマと着物(帯つき)を用意しAを入院させた。Y病院医師は、自殺の危険性のあることを考えてAを看護上「要注意者」と指示し、他の医師・看護師らに、Aの行動につき特段の注意を払うよう指示していた。Aは普段パジャマを着ていたが、同月27日Aから着物の着用のため帯の使用を求められ、診察の結果入院当初と比較して病状はかなり好転し、表情も明るくなり、質問に対し「もう死にたいとはおもわない」と答えるなどうつ病症状が相当に回復した反応を示したため、帯の使用を許しても自殺の危険はない旨判断してAに帯を交付した。

同月30日早朝、看護婦が各病室を巡回して、午前5時頃Aの病室に行ったところ、日頃起床の遅いAがすでに目覚めてベッドの上に乗っているのを見たが、看護婦は、寒いだろうと思いながらも、Aの行動に特別の疑問を抱くこともなくその場を立ち去り巡回を終えた。その直後Aは隣接する便所に上記帯で縊

死を遂げた。

裁判所の判断

うつ病患者は、一般にその症状の一つとして自殺念慮を抱いているものであって、自殺の危険性が高く、その治療看護上自殺の防止が重要な課題となっていること、そしてそのことは外見的な症状の軽量にかかわりがないので、常時看護の目をゆるめてはならないこと、また自殺を実行する危険性は症状の回復期において強く、一日のうちでも早朝の起床時から午前中にかけて多い。右のような時期に特に監視の必要が高いものである。また、自殺の方法としては縊死が多く自殺の用具となるべき危険な物、特に紐・バンド類は所持させないようにする必要がある。入院当初から初老期うつ病患者の症状が顕著で自殺の危険が高く、原告Xから特にその危険を告げられ、被告もAを看護上の「要注意者」に指定していたほどであるうえ、入院時同人が着用していた帯付のネルの着物は当面不要となっており、原告Xが担当の医師に対し、帯を取り上げておいてほしい旨の申し出までしたのであるから、被告または医師としては、帯の危険性について十分に配慮し、適当な機会にこれをAの手もとから取り上げる（または看護婦等に命じて取り上げさせる）べきであったのに、その処置に出ず、これを放置したことは、過失たるを免れない。被告は、患者から帯を取り上げることは看護及び治療上適当でないと主張するが、その帯が、入院中常時着用していた着物の帯であるならば、右主張も首肯し得るけれども、右帯は、Aが入院時着用してきたネルの着物に付属したものであって、その後は、日常パジャマを使用し、ネルの着物は当面不要となっていたのであるから、着用の寝巻きから取り上げるような場合とは性質を異にするし、患者と医師との信頼関係を損わないよう工夫しつつ、Aの所持品から帯を取り除くことは決して困難ではなかったとみられる。

Aは回復期に向かっていたところ、この時期がもっとも自殺実行の危険があったのであり特別の注意を用いるべきであったこと。また看護婦はその日に限って早朝ベッド上に起

きて座っているのを目撃したのであるから、引き続き同人の監視をつづけるべきであったのに、そのまま立ち去った点看護上過失は否定できない、とした。

控訴審判決（福岡高等裁判所昭和54年3月27日判決⁴⁾）

裁判所の判断

一般にうつ病患者は自殺の危険性がある。時期的には、症状の回復期において多いが、早朝に多いとは一概に言えなく、その方法は縊死が多いことが認められ、上記認定に反する証拠はない。したがって、精神病患者特にうつ病患者の看護治療にあたる医師や看護婦は、問診や日常の行動観察を通じて、患者の自殺念慮ないし自殺企図の有無を確認する努力を怠らず、自殺念慮の存在が察知された患者に対しては、特に厳重な監視と周到な看護を続けるべきである。当該患者の症状に応じて、適宜催眠作用のある抗神経薬等を投与して夜間の睡眠を確保させ或は、場合により保護室へ収容する等することはもとより、帯、ひも、バンド等自殺の用具となりうる物品を身辺から払拭し、看護婦等詰所に近接した部屋への収容替え、巡回数の増加等により看護体制を強化し、継続的に細心の注意をもって患者の挙措動作を注視し、具体的な自殺企図を観察したときは、速やかに保護室へ収容して特別な看護措置を講じ、もつて、患者の自殺を防止すべき義務があり、これらが看護診療契約の本旨に従った債務の具体的な履行であるというべきである。

しかしながら精神病患者の治療の最終目的は社会復帰にあるのであるから、重症患者以外の者或は回復に向いつつある患者に対しては、自殺念慮ないし自殺企図が認められない限り、開放病棟への収容、外泊許可等により徐々に社会生活への適応を準備させることが重要であり、従って、これらの患者についても一律に、自殺防止のため、個室への隔離や間断ない監視等、自殺念慮等の存在が現に察知された患者に対すると同程度に厳重な看護措置を講ずることは、不必要であるばかりでなく、医師と患者との信頼関係を損なう意味

合からも、治療上有害でさえあるのであって、随時、昼間は行動観察を行ない夜間は就寝状況の確認を行なうことによって、自殺を遂行しがたい環境と条件とを確保すると共に、その前兆の発見に努めるをもって足りる、と解するのが相当である。

右厳緩二つの看護体制のうち、当該患者がそのいずれの看護体制の対象者であるかを判定するに当つては精神科の看護診療契約における二本の主要な柱ともいべき治療と自殺防止とが、その各本質において二律背反性を有する一方、同契約上の債務としては、本来、治療が自殺防止に優先すべき性質のものであること、及び、精神科の入院患者に対する看護診療体制は、いわゆる閉鎖診療から開放診療への転換が歴史的要請として志向されていることに鑑み、直接その治療に当る精神科医の判断を尊重して判定さるべきであるのが相当であり、当該看護診療契約の本旨に照らし、その裁量を逸脱した、著しく不適切な措置と認められる特段の事情が見当たらないこの場合においては、原則として看護体制に関する精神科医の判断に落度はなかったもの、と認めるのが相当である。

その上で、Aが自殺した同月30日現時において、客観的、具体的な自殺念慮がなお残存し、自殺の危険性があることを事前に予測することは困難であったと認めるのが相当である。帯着用の許可につき医師の裁量を逸脱した著しく不適切な措置と認められる特段の事情は認められない。確かに詳細な問診を続行したり等していれば、自殺念慮我強く残存している事実気づいたかも知れず、……巡回についても、一般的には、その不自然な挙動に注目し、患者の自殺企図を想起し、適切な問答を交したり、監視を続けたり或は医師に患者の挙動を通報して指示を求める等臨機応変の措置を講ずるのが看護上誠に望ましいことは疑いを挿む余地力ないのであるが、巡回の実施は限られた人数の看護婦、看護人で多数の患者の看護に当らなければならないという標準的精神病院における看護の現実と控訴人松尾病院においても、看護条件の現実はその標準的精神病院の場合と同一であるが、夜間の巡回が一時間おきに実施されていた事実

等、諸般の事情を彼比総合して検討すれば、現実の看護義務の問題としては過大な期待を寄せるものであつて不当であると、いう外はないのである、と判事し1審判決を取り消した。

事例2 自殺念慮の強いうつ病患者抑制帯を解き自殺した事例

第1審判決(東京地方裁判所平成7年2月17日判決⁵⁾)

<事実の概要>

Aは平成4年4月うつ状態と診断され、Y病院に通院し治療を受けていた。同年6月4日ガス自殺を図ったため同Y病院に入院するに至った。入院中同月17日午前11時過ぎころ、散歩兼買物のために看護婦の引率のもとに他の患者とともに外出した際、ビルの5階に上がり、飛び降り自殺を図ったが、取り押えられた。

Y病院では、帰棟したAを個室に入れ、鎮静剤を注射し、ベッドの上に寝かせ、4本の抑制帯(幅3センチメートル、長さ2.5メートルの柔道着の腰ひものようなもの)で同人の両手、両足をそれぞれ縛りそれらをベッドの四角に括り付けて固定し、起きられないようにした。同日午後1時過ぎころには、Aは入眠し、Y病院は、看護婦を3分おきに巡回させ、その際に体温、脈拍、血圧、呼吸数を計って看護に当たった。

同日午後3時15分ころ、Y病院は、Aの両手首に血行傷害が生じつつあると判断し、両手首の抑制帯の縛りを緩めた。

Aは、同日午後3時40分ころから同日午後4時ころまでの間に、目を覚ますや、右抑制帯をほどき、その内の一本を入口の扉の上の格子に回した上で結んで輪を作り、そこに首を入れて、縊死自殺を図った。

医師・看護師の主張

午前中の外出時に自殺を図ったAを帰棟後、保護室にて個室保護した。この保護室は精神病院建築基準に適合した構造を持つものである。Aをこのような保護室に収容したことにならぬ過失はない。Aの抑制には過失はなく、抑制中同人の手腕に浮腫を認めたので

軽減措置(マッサージ)を行った後、目覚めて再自殺企図、自傷行為を行うことを予防するため、抑制を続けた。抑制方法はいずれも看護学校で教科書として使用されている「基礎看護技術(第2版)」に記載されている「ひもの結び方」に基づいて適正に抑制されたものである。Y病院としては、状況に応じて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Y病院にとってもっとも頻回の巡回観察であった。Aは眠り続けており、看護婦が午後3時30分方室したときもまったく覚醒する気配がなかった。巡回間隔を10分ないし15分にできなかったからといって過失はない、と主張した。

裁判所の判断

うつ病患者は、一般に自殺の危険性が高いことが認められ、特に本件では、前記認定のとおり、Aの入院が、ガス自殺を図ったことにあり、本件事故当日の平成4年6月17日の午前11時ころに、Aは、突然ビルの五階に上ってそこから飛び降りようとしたのであって、取り押えられて帰棟したときも、Aの興奮、不穏状態は続いており、いきなりベッドから飛び降りようとする動作が見られたことから判断すれば、本件事故当日のAの自殺念慮は、極めて強いものであったと認められ、被告としては、本件事故当日は、特に自殺を防止するための十分な監視と周到な看護を尽くす義務を負っていたものといえる。

Y病院では、前記認定のとおり、Aを、保護室に収容し、鎮静剤を注射し、四肢を抑制帯で抑制し、30分毎の巡回観察体制を採った。

(1) 保護室への収容については、格子のある保護室に収容することについて過失は認められない。

(2) 抑制帯による抑制については、抑制帯による抑制はやむを得なかったものと認められる。本件で使用された抑制帯は、抑制の方法として一般に使用されているものであることが認められるから、特段の事情のない限り、抑制の実施は右抑制帯で足りるものというべきである。また、病勢が強い場合には、鎮静剤を注射し一旦入眠等状態が落ち着いたとしても、効果継続時間内に目が覚めて再び興奮、

不穏状態になることもあることが認められる。Aは、当時、自殺念慮が極めて強く、病勢は強いものと判断されたことからすれば、Aが目覚めて再び自殺を図ろうとすることが十分予想されたものといえる。

しかしながら、本件における抑制は、Aの自殺を予防するためになされたものであって、右のとおり、Aが目覚めて抑制帯をほどき自殺を図ることが予想しえた以上、被告としては、Aが一人で抑制帯を容易にほどくことができないように抑制する注意義務があったものというべきである（特に、抑制帯は自殺の用具として使用されるおそれのあるものであるから、Aのように自殺念慮の強い患者に対し抑制帯を使用する場合、右義務は強く要求されるものといえる）。

Aは、巡回から巡回までの約30分間に、目を覚まし、抑制帯をほどき、ドアの格子に抑制帯の一本をかけ輪を作った上でそこに首を入れて自殺を図ったことが認められる。実際、Aがどのようにして抑制帯をほどいたかについては、証拠上明らかではない。しかし、約30分の間に、それまでずっと眠り続けており、バイタルサインの測定や声をかけても反応がなかったAが、目を覚まし、四肢に抑制されている抑制帯をほどき、ドアの格子に抑制帯の一本をかけ、輪を作った上でそこに首を入れて自殺を図っており、しかも、Aが収容された保護室とナースステーションは3メートル程の距離であり、保護室でなにか異常な物音がすれば、ナースステーションにも聞こえてくるものであるが、午後3時30分から4時10分の間に、ナースステーションにいた同証人は何の物音も聞いていないことが認められる。そして、抑制帯を使用した例でその抑制帯がほどけたことはほとんどなく、例外的に大変な汗かきや極度の肥満、関節が非常に柔らかいなどの特別体質の場合以外は、抑制帯はほとんどほどけないものであることが認められ、Aが、その特別な場合にあたるといふ証拠も見られない。

以上の事実から判断すると、Aはナースステーションに聞こえる程の物音もたてずに抑制帯をほどいたもので、同人が特別な体質であるともいえない以上、Aの抑制は、さほど

困難を要しないでほどくことができたものであったと推認せざるを得ない。抑制（再抑制も含め）に際し、看護婦らは教科書に従い抑制したものと認識していることが認められるが、仮に、教科書どおりの抑制であったとすれば、容易にほどけることはないはずであるから、同人らの認識は別として、その抑制過程には、特定はできないものの何らかの問題があり、ひいては、抑制方法に過失があったと言わざるを得ない（過失の認定としては、抑制のどこかの過程に過失があったという程度の認定で足りるものとする）。

なお、鎮静剤のLPは、その効果が一般に4ないし6時間継続し、その後も直ちに効果が消滅するのではなく、徐々に効果が消えていくことが認められる。しかし、その効果は人によって異なるのであり、前記のとおり病勢の強い人には鎮静剤が効かない場合もあるのであるから、鎮静剤を注射したからといって、抑制帯の抑制がほどけるようなものであってはならない（なお、本件注射は、午前12時過ぎであり、一郎が発見されたのは午後4時10分ころであるから、一郎が抑制帯をほどいたのは、鎮静剤の効果が消える時間帯であったと認められ、この時間帯ころに一郎が目覚ますことは十分予見し得たものであり、ひいては、目を覚ました一郎が自殺を図り抑制帯をほどこうとすることも予見し得たものと認められる）。

以上の認定のとおり、被告（抑制もしくは再抑制を行った者ら）には、抑制帯の抑制方法に過失があったと認められ、Aの死亡によって生ずる損害について賠償する義務を負う、と判事した。

事例3 自殺念慮我強く自虐的行為を繰り返していた患者が、朝ライターで自殺を図った事例

第1審判決（横浜地方裁判所判決平成12年1月27日⁶⁾）

<事実の概要>

原告Xは、平成8年4月ころから遺書を作成するなど希死念慮が強く、被告病院の初診時においても希死念慮を訴え、興奮し、錯乱状態にあったため、直ちに医療保護入院措置

が採られた。被告病院に入院後も、原告X₁の希死念慮は衰えを見せず、自虐的行動を繰り返したため、6月23日以降ほぼ毎日のように保護室等に収容する措置が採られた。7月5日から翌6日にかけての2回目の外泊は、厳重な管理下におくという条件付きで許可されたものの、原告X₁の希死念慮が強かったため、原告X₂は予定を早めて帰院させたこと、帰院後も原告Xは、看護婦に対し、泣いて「死にたい」と訴え、7月7日、8日には、「安楽死させて下さい」と訴えて、病室のドアのガラスに頭を打ちつけるなどの自虐的行動を繰り返した。そのため重症室、保護室収容の措置が採られ、7月8日にはA医師から入院後初めて「不穏時胸体抑制可」の指示が出された。本件事故当日(7月9日)には、原告Xは、午前4時から病室を出て自宅へ電話をし、午前6時半には他の患者に対し、「ライターを貸してください」と懇願し、その旨の報告を受けたB看護婦も、焼身自殺の危険を感じ、直ちに原告X₁がライターを所持していないかどうか所持品検査し、喫煙室にライターが所在することを確認した。原告X₁は6時40分ころ、病室のベッド上で正座をしていた。原告X₁は、午前7時ホールにて食事を取った。B看護婦は症状が落ち着いていたものと思い、病室に戻した。B看護婦は8時15分に病室を巡回し、原告Xの様子を確認したが、其の8分後ライターで自殺未遂をはかった。

医師・看護師の主張

精神病者の治療目標が社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動原への参加の促進である以上このような医療は開放化の医療方針に従って行われる。もっとも治療の開放化が進めば進むほど何らかの事故が発生する危険がある。現在の精神科医療においては一般に開放化治療が有効であると認められている。精神科医療においては、医師が患者との信頼関係を基盤に、もっとも適切な治療は何かを検討判断する。

Y病院では、開放化の医療方針が採られていた。X₁は入院後、希死念慮を訴え自傷行為に及ぶことがあったが、首をつるなどの現実的な自殺行為に及ぶことは一切なかった。担

当医は、X₁の自傷行為は単に他人の関心を引くため行為に過ぎないと考えており、差し迫った自殺の危険があるとは考えていなかった。事故当日希死念慮を訴えるなどしているが、原告X₁は6時40分ころ、病室のベッド上で正座をしており、午前7時にはホールにて食事を取ったが、看護師は落ち着きを取り戻していたと判断した。

原告X₁の自殺の危険は明白かつ切迫しており、A医師、B看護婦ら被告病院の職員もこの事実を認識し得たといわざるを得ない。そうだとすれば、被告病院としては、原告X₁の自殺を防止するために適切な措置(例えば、原告X₁の動静の常時看視、保護室への収容、病室の施錠、ライターの一時的な回収等)を講ずるべきであった。しかるに、B看護婦らは、朝食後は通常の巡視態勢を履践したのみで、特別の自殺防止措置を採らなかったため、本件事故の発生を防止することができなかったものであり、被告病院に過失があったことは否定すべくもない。

ところで、精神科医療の開放化治療のすう勢について被告の説くところは、一般論としてはそのとおりであり、当裁判所としても異論はないが、本件は被告が主張する「特段の事情」が認められる場合なのであり、このような場合には、患者の生命の安全こそが第一義的に確保されなければならないと判断し病院の過失を認めた。

看護師としての学び

1. うつ病患者の自殺・医療者の注意義務等について

以上に示した裁判例を中心に裁判所が共通して捉えているうつ病患者・医療者の注意義務等について述べる。

- 1) うつ病患者(初老期うつ病患者を含む)は一般にその症状の一つとして自殺念慮を抱いていて、自殺の危険性が高い。
- 2) うつ病患者では自殺の防止が重要な課題となる。
- 3) 自殺を実行する危険性は症状の回復期

において高い。

- 4) 自殺の方法としては縊死が多い。
- 5) うつ病患者の治療看護にあたる医師・看護師は問診や日常の行動観察を通じて、患者の自殺念慮ないし自殺企図の有無を確認する努力を怠らないこと。
- 6) 自殺念慮の存在が察知された患者に対しては、特に厳重な監視と周到な看護を続けるべきである。
- 7) 精神病患者の治療の最終目的は社会復帰にあり、重症患者以外の者或は回復に向いつつある患者に対しては、自殺念慮ないし自殺企図が認められない限り、開放的治療が行われるべきである。

おそらく、上記指摘されている点は医師・看護師においても一般に認識されていることと思われる。医療者としては、うつ病患者にたいしてまず第一に自殺の危険性を考えなければならないのは当然であるが、以上のことは常に心に留めておくことが必要であると思われる。

2. 自殺の予見可能性

精神疾患患者の自殺について、看護師・医師等医療者の責任（過失）が争われる場合、患者の自殺を予見することができたか否かが重要な争点になる。⁸⁾今回取り上げた事例において、事例1では1審と控訴審では患者の自殺の予見可能性について判断を異にする。1審判決は、うつ病患者の特質、たとえばうつ病患者は病気の回復期に自殺することが多いこと、自殺の方法としては縊死が多いことなどの特質にAの状態を当てはめ、当該特質に該当するから自殺を予見することができたとした。これに対し控訴審判決はうつ病患者の特質について一般的には認めながらも、自殺の予見可能性が認められるとするためには、客観的・具体的な自殺念慮が残存し自殺の危険性を予見し得ることが必要であるとした。すなわち、入院当初と比較して病状はかなり好転し表情も明るくなり、問診に対する返答もスムーズになりうつ病の症状が相当に回復したため患者の自殺の具体的危険がないと判断し、自殺の具体的危険性を否定した。事例3では、医師・看護師が自殺の予見可能性は

なかったと主張したのに対し、裁判所が「自殺の明白かつ切迫した危険」があるとし医療者に過失があったとした事例である。ここでの「明白かつ切迫」とは事例1での「客観的・具体的」とほぼ同じ意味と思われる。その他、大学病院に入院中のうつ病患者が腰紐により自殺を図った事例において「自殺企図の差し迫ったおそれがあったとは到底いえない」とした裁判例がある（福岡地方裁判所昭和57年1月26日判決⁹⁾）。事例1での1審と控訴審の判断の違いは、Aの状態を回復期にあるから自殺の危険性があるとみなすか、回復期には自殺の危険性が多いがAには自殺の危険性はもはやないと見るのかの違いによると思われる。医療・看護は患者個に対してなされるものであり、個々の場合について判断されるべきものであるから、一般的に回復期に自殺する患者が多いという理由から、Aに対し自殺の予見可能性がありと判断することは困難であると思われる。これらから考察するに、患者に自殺の可能性があるとするためにはいずれも患者の表情・行動から具体的に自殺を実行するおそれがあると感じられる状態であることが必要となる。しかしそのような状態が実際に現れている場合であっても、医療者としてその状態を適切に評価・判断することができなければ事故に繋がってしまう恐れがある。自殺の可能性の判断が、専門的知識を持つ医師・看護師の判断を待たざるを得ないであろうし、必然的にその判断に基づいた治療・看護の方法等は医師・看護師に委ねられることになるであろう。それゆえ医師・看護師等医療者には評価・判断の力を向上させていくことが強く求められていると言える。但し、これは患者の情報を常に自殺の危険性に結び付けて評価・判断する必要があるということではない。患者に対する安全を考慮するあまり患者に対する行動制限が強くなってはならないのは当然である。

それでは、「客観的・具体的」「明白かつ切迫」とはどのようなことを意味するのでしょうか。患者の表情も明るくなり問診に対する返答もスムーズになっていること（事例1）はもちろんそれだけで自殺を思わせる客観的・具体的行為ではあり得ない。一般的にそ

れらは、回復期にある症状（うつ状態が改善している状態）と考えられる。一方事例2において、ビルに上がり飛び降りようとした行為には、死亡する危険が非常に高いのであり、そのような行為に出ることは自殺の具体的危険性や切迫性が感じられる。事例3において、医師・看護師は、患者が「安楽死させてください」と訴え、「ライターを貸してください」と懇願する行為に対し希死念慮を認めながらも、これまで現実に自殺行為に及ぶことはなかったことから、他人の関心を引くための行為に過ぎず差し迫った自殺の危険があるとは考えていなかった、と主張をした。しかし裁判所は「自殺の危険は明白かつ切迫している」と判断、医師・看護師の過失を認めた。自殺企図といった行為が自殺の危険性を判断する時に重要な判断材料となることは疑い得ない。しかし、これまで自殺に及んだことがないからといって、以後自殺の危険がないと判断することは危険であろう。うつ病患者に日内変動があり、経過として多くの場合病相期が周期的に反復し、病相期以外の間欠期には完全な正常な状態に回復すること等から考えると常に患者の状態を把握することを怠らないことが重要となる。一度下した判断にとらわれることなく、常に患者の状態の変化に気を留めながら観察し評価することが必要であると考える。

また、実際に自殺企図の行為とは言えないとした行為に次のような行為があげられる。統合失調症の患者が外来受診後自宅へ帰った後自殺した事例で、「階段から飛び降りたり鉗子を自分の喉もとに近づけた行為に対し、階段が木造でさほど高くないものであること、鉗子も先が丸く危険な器具ではないことに照らせば、自殺企図まで判断することは困難である」(大阪地方裁判所昭和61年3月12日判決)¹¹⁾とした。自殺前のリストカットを「自殺の可能性が高いと判断しなかったことは不合理であったとは言えない」(東京地方裁判所平成2年2月27日判決)¹²⁾とした裁判例がある。この裁判例は一方で、自殺未遂はどんな軽度のものであっても深刻に受け止める必要があるとしている。「たとえば手首を浅く切る、薬を数錠余分に服用すると言ったそれ

自体では死に直結すると思われる自傷行為であっても、患者を長期間フォローアップすると、一般人口よりもはるかに高い自殺率を示す」¹³⁾また「自殺の危険の高い人は、自殺は自分が今できる唯一の行為だといった幻想を抱くようになる」¹⁴⁾と高橋祥友も述べている。たとえ取るに足らない些細な行為で、自殺の危険性がないと思われる場合であっても、まね事と即断することなく患者にとってそれらの行為の意味するところを考えていかなければならないと言える。その判断にあたり、事例1において裁判所は「医師は従前の治療、入院の経過等諸般の事情を総合して既に自殺の危険はない」と判断し予見可能性を否定しているが、自殺の具体的な予見可能性の判断については総合的な判断をする必要があるとしている。また事例3において患者がライターによる自殺を図る直前看護師は患者の状態を「落ち着いている」と判断していたのであるが、裁判所は看護師の主張を認めなかった。看護師の判断はおそらく藤野ヤヨイが指摘するように「看護師のそれまで個人として関わってきた中で感じ取ったものであろう」¹⁵⁾が、裁判所は看護師の主張を認めなかった。患者の傍らに居る時間は医師よりも看護師の方が圧倒的に長く、患者の状態を感じ取れるのは看護師の方が多であろう。しかし患者の状態を感じ取るそれだけでは十分とは言えない。患者の情報を評価し適正に判断することが求められるのである。事例1で、看護師はベッドに起きている患者を見てAの行動に「寒いだろうな」と思いながら特別な疑問を抱くことなくその場を立ち去っている。控訴審は患者の行為に対して、其の不自然な挙動に注目し、患者の自殺企図を想起し適切な問答を交わしたり、監視をしたりすることは望ましいことであるが、過大な期待を寄せるものであるとしている。この事例では看護師の過失をみとめることは困難であると思われるが、裁判所が指摘するように望ましい方向に進めるように看護師としては努力することが求められよう。感じ取る力と其の感じを評価・判断できること、さらにはその判断に基づき看護実践に移せる能力が求められていると言っているであろう。川島みどりは、看護

実践の構造と過程について、その要素は「実践の主体が実践の対象の変化を目指して働きかける過程である¹⁶⁾」とする。また「能動的な関係の中でより重要な情報が、観察者の感覚器官を通して入ってくる¹⁷⁾」としている。看護師は感じ取れたものをそのままにせず、そこから得られた情報をその他の情報と結びつけ患者の状態を評価・判断し、次の行動に繋げていく必要があると考える。

3. 予見可能性が判断された場合の医療者側の結果回避義務

これまでの裁判例を見ると、自殺の予見可能性があるとされた場合には厳しく自殺防止措置や監視が求められている。

事例3において裁判所は、「看護婦らは、朝食後は通常の巡視態勢を履践したのみで、特別の自殺防止措置をとらなかつたため、本件事故の発生を防止することができなかつたのであり、被告病院に過失があつたことは否定すべくもない」とし病院側の責任を認めている。事例2においても、患者の抑制につき、その抑制過程には、特定はできないものの何らかの問題があり、ひいては抑制方法に過失があつたと言わざるを得ないとして、教科書どおりに抑制した看護師の過失を認めている。抑制の方法について、教科書通りに抑制すれば容易にほどけることはないとし、看護師の注意義務違反を認めている。

自殺の予見可能性が認められた場合（希死念慮が強い場合）には、常時観察し自殺を防止するか、病室の施錠等により実質的にその可能性を完全に防ぐことができるほどの自殺防止予防措置をとらなければならない。従って、医師・看護師にはその前提として第一に患者の自殺の可能性を的確に評価・判断することが求められている。しかし、それはこれまで考察してきたとおり必ずしも容易なことではない。そのための努力はもちろん必要であるが、場合によっては、積極的に自分の評価・判断が正しいか否か他のスタッフの意見を求めていくことも必要と思われる。また、病棟管理という視点からも、うつ病患者の自殺について考え発生しそうな事故について常日頃病棟スタッフ全員で検討し取り組むこと

が重要となる。

・結論

- 1) 精神疾患患者（特にうつ病患者）の自殺につきその特質を十分に理解し、その上で得られた情報から患者の状態を評価し自殺の具体的危険性があるか判断していく必要がある。
- 2) 患者の状態は変化するものであることを常に忘れず、患者の些細な言動も感じ取り感じ取つたものはそのままにせずその意味の理解に努め、患者の状態を把握し評価・判断すること（必要であれば能動的に働きかけること）が重要になる。
- 3) 一人で患者の状態の把握をすることが困難な場合には、他のスタッフの協力を得る必要があり、発生しそうな事故等についても日頃より病棟で検討する必要がある。

おわりに

以上、おもに精神疾患患者の自殺に関連した3裁判例を通して医療者の判断・裁判所の判断を見てきた。裁判では、自殺の予見可能性が問われ、注意義務違反があつたか否かが争われる。そして自殺の危険性が客観的・具体的、明白かつ切迫している場合には、医師・看護師に厳しい注意義務が課せられている。これまで見てきたように患者を理解し、その行動を把握することは必ずしも容易なことではないが、医療に携わるものとして、少しでも患者を理解し患者に近づけるよう努めなければならないことが再認識できた。

1つの裁判例をとっても様々な側面が見えてくる。今後更に研究を深め、看護に役立てていきたい。

引用・参考文献

- 1) 深谷 翼．看護事故の法的責任．東京：日本看護協会出版会；2003
- 2) 深谷 翼．精神科医療事故の法律知識．東京：星和諸点；2001
- 3) 判例タイムズ、320号、252．
- 4) 判例タイムズ、388号、143．
- 5) 判例タイムズ、901号、209．
- 6) 判例タイムズ、1087号、228．
- 7) 飯塚和之．精神病患者の自殺と医療側の責任．年報 医事法学 4，1989；111-117
- 8) 古川俊治．メディカル クオリティ・アシュアランス．東京：医学書院；2005
- 9) 判例タイムズ、465号、173．
- 10) 大熊輝雄．現代臨床精神医学．東京：金原出版；1997
- 11) 判例タイムズ、599号、61．
- 12) 判例タイムズ、737号、120．
- 13) 高橋 祥友、自殺、精神医学ハンドブック．大阪：創元社；1998
- 14) 高橋祥友、自殺企図は予防可能か、自殺企図：大阪：永井書店；2003
- 15) 藤野 ヤヨイ、自殺を予防できなかった過失責任、精神科看護、2003；131：72-75
- 16) 川島 みどり、看護観察と判断、東京；看護の科学社；1999
- 17) 前傾書16)
- 18) 前傾書15)