

精神医療における看護職者に求められる注意義務

— 医療過誤判例及び新聞記事の分析から —

土屋八千代¹⁾ 福永ひとみ¹⁾

要 旨

精神医療の対象者は自傷他害の危険性が高く、通常の看護事故の要因以外の要素があることから、看護事故の態様や求められる注意義務の範囲を明らかにし、事故を予測し回避する能力を高めることが求められる。そこで、基礎資料収集のため、判例集及び新聞から精神医療関係の判例と事件を選別し、判例の推移及び判決の争点から過失の内容を抽出した。取り扱った50件のうち判決文中で看護職が登場して論じられたのが26件、過失を問われたのは13件で、判決は昭和48年に過失容認以降毎年 1～2 件であった。新聞では病院の乱脈事件や看護職の暴力等、裁判に至らない不詳事件が多くあった。判決の動向は開放化推進の方向にあり、医師の裁量権が尊重され、看護職には実施上の安全配慮義務が問われていた。注意義務は、自殺念慮や企図の言動や既往、通常と異なる言動、先行事故歴、疾患特有の危険徴候等の観察、及び危険物所持検査を含む日頃の安全管理と対策、記録と報告であった。

キーワード：精神医療，看護事故，判例，注意義務

I. 序論

生命を救命すべき医療の場において、医療過誤に関する紛争が年々増加傾向にある¹⁻⁸⁾。しかもその6割は判決前に和解勧告で終結するケースが多く、このように医療過誤として表面化するのは極一部でしかない⁹⁾。最高裁判所広報課調べによると、既済件数は年々増加傾向にあるものの、新受付数の急増や起訴から判決までに相当の期間を要することからも、継続審議の件数は年々累積増加されている。ちなみに、平成3年1700件（新件357件）が平成10年には2700件（新件629件）と倍増した^{1,2,8)}。

戦後以降目立ち始めた看護事故判例は、菅野の調査では昭和2年から平成4年までの間に125件であり、特に昭和40年代にピークに達している¹⁰⁾ことから、医療の高度化が影響していることがわかる。このような社会の動向の中で、精神医療の場で患者の人権侵害の事件が発生し、社会の注

目を集めることとなり法の改正へと進展した。精神衛生法は精神保健法（1988年）、次いで精神保健福祉法（1995年）へと改正され、入院患者の人権保護と社会復帰の推進、精神障害者の自立と社会参加の促進によって、一層の開放治療の方向が示された。精神障害者は自傷他害の危険性を持つことから、開放化は閉鎖環境にも増して患者の安全性が脅かされる機会の増大にも繋がる。しかしながら、年々改正される診療報酬にも、精神障害者の「基準看護」は2類、3類看護として位置づけられており¹¹⁾、看護職は他の診療科よりも少数配置とされ、対象の特殊性を踏まえての開放化に伴う危険を防止しうる必要数の保証とは言い難い。このような現実下で開放化に伴う危険を予測し事故を回避していくためには、看護職にはより質の高い看護能力が求められると考える。つまり、事故の回避或いは防止には状況をアセスメントしての予測が必要であり、予測できなければ事故の

(所 属)

1) 山梨県立看護大学

(専攻分野)

精神看護学専攻

回避も困難となると考える。しかし、先行文献には事故防止を看護の質と捉える報告や^{12,13)}、精神科の患者を対象としてアセスメント能力をみたものとして保護室という限定された場所に関するものはあったが^{14,15)}、事故防止の視点からその予測や回避に関する能力をみたものはなかった。そこで、事故を予測し回避する能力とは何かを明らかにしていく必要性を痛感し、段階的な研究に取り組むことにした。

看護職は保健婦助産婦看護婦法（以下、保助看法と略）によって名称や業務の独占が社会的に保証される反面、それに伴う責任と義務が課せられる¹¹⁾。法とは国家権力によって遵守を強制されている社会規範であり、職業人としての責任や義務は社会が求める規範があり、判例は学問的な証拠に裏付けられた社会規範と考えられている。判例の推移や争点はその当時の精神医療に対する社会的関心やその職業に従事する者の社会的地位を表すものでもある。判例で求められる注意義務は予測可能性と回避可能性であり、それは安全配慮に係わる看護のアセスメント能力に繋がるものと考えている。そこで、初年度は事故の予測に必要なアセスメント能力を明らかにするための第1段階として、精神医療施設における医療過誤の中から看護職に係わった事案を抽出し、保助看法の制定前後の判例の推移及び争点から、精神医療での看護事故の特徴及び看護職に求められている注意義務を明らかにしていくことにした。

Ⅱ. 研究目的

1. 昭和初期から平成10年度までの、精神医療における医療過誤判例及び新聞記事から、看護職に係わった事案を抽出し、判例の推移及び看護事故の動向を明らかにする。
2. 上記判例の争点から求められている注意義務を抽出し、安全配慮に係わるアセスメントに繋がる項目を明らかにする。

Ⅲ. 文献レビューと用語の定義

1. 看護事故の構造と精神医療における特徴
研究開始に当たって、看護事故の構造と精神医

療が対象とする患者の特徴を明らかにしておかねばならないと考える。医療過誤における過誤の態様や医療過誤成立の要件を理解しておかねば、判例の解釈は困難であること、また、看護事故の構造を先行研究で明らかにしておくことで、精神医療における特殊性との関連が明確になると考えるからである。

医療の場における事故は、診断や治療・看護のそれぞれの行為の過程において発生する。過誤の態様からみると、看護職に係わる過誤はほとんどが単純な取り扱い上のミスの範疇に属するものであるが、精神障害者を含み自己の行動をコントロールできない対象の場合などは、突発的な事故や思いもよらぬ出来事が発生する可能性は高くなる。しかし、医療従事者は係わった全ての事故に法律的責任を問われるかという点、そうではない。医療過誤の成立要件は、①その行為と結果との間の因果関係の有無と、②注意義務（結果の予見義務、結果の回避義務）を尽くしたか否かである¹⁶⁾。特に、注意義務は行為時の実践の水準であって、善良なる管理者の注意義務を基準に判定される^{17,18)}。つまり看護職の場合、職業人として良識ある通常一般の看護職が有する看護上の知識・技術による注意能力が基準とされ、結果の予見が可能であり、結果回避の注意義務を果たさず事故が生じた場合に、注意義務違反（不注意）が問われるのであり、結果の予見が不可能な場合は不可抗力として責任は問われない。また、その不注意と結果との間に因果関係が証明されなければ医療過誤としての過失責任は問われないことになる。注意義務を果たしたか否かは記録や報告によって立証されることが多いので、正確な記録の記述が必要なのは言うまでもない¹⁹⁾。看護事故に関する報告例からみると、事故発生の要因は看護職個人に帰するものと管理上の問題に集約される^{12,20-27)}。看護職個々に帰する問題は、ケアレスミスや知識不足・技術の未熟さ、職業倫理観の低さなどであり、これらは有資格者としての姿勢や看護の専門職としての資質・能力を意味している。管理上の問題は労働環境の不適、設備・備品などの整備不備などであり、例えば、献血のための採血に吸引機を

使用したT大学病院採血事件にみるように「悪しき慣行」等が事故を誘発することを知らねばならない²⁸⁾。本事案は鹿内が、人が意識を集中出来る時間には限界がある²⁹⁾と指摘するように、心身の疲労が事故を誘発することを実証している。更に本件の看護婦は直接の加害者となり刑事判決を受けているように、医療過誤では加害者も被害者になることを自覚したい。

以上、一般的には看護事故の背景は、個々の看護職の資質と能力に関する問題と、労働管理や病棟（病院）の組織的な安全管理上の問題が、単独、または複合して発生するが、これらの背景には、事故発生後の対処の不十分さや、看護職の資質向上を促すような教育的環境の不備などの問題も関連していると考えられる¹⁹⁾。精神障害者は心（人間の考えや感情、意志の働きの核となるもので、行動をコントロールする）を病むゆえの特殊性を持つ。つまり、環境との関わりの中で自己の行為をコントロールできず、ある者は自傷他害の危険性を持ち、また、自己の行為にも責任能力が問われない（民法713条：心神喪失者）場合もおこる。このことは、他科における対象（主として身体的な疾患を持つ者）と異なり、彼らの保護・管理的立場にある者の責任の重大さを意味し、当

然医療・看護管理下にある患者の場合は、医療従事者が問われる責任も複雑多岐にわたって重いことを意味すると捉える。更に、このような患者の特性から入院形態の特殊性を生み、強制入院の是非など他の診療科とは異なった医療過誤事件を発生する。精神医療の今日の治療方針は、法の改正にみるように歴史的反省の上に開放治療が推進・展開される方向にあるが、開放化の推進は閉鎖治療に比し、患者が事故に遭遇、或いは事故を惹起する危険性を増大させる³⁰⁾。このように、現在の精神医療の現場は、患者の安全管理に対する責任の範囲が拡大されつつあり、医療従事者はややもすると開放化と安全管理という、二律背反性の中に立たされているような思いを持つ。以上を整理すると精神医療における看護事故の発生のメカニズムは、一般科における事故の要因に患者特性が加わったものとして図1のように整理できる。

このように、患者個々の要因やその治療方針が大きく影響する精神医療の場での事故防止を考える場合、前述した事故発生の一般的な要因に加えて、患者の持つ個々の要因を的確にアセスメントし、危険を防止すべく予測的に対処できることが、他の診療科の場合以上に必要となってくると考える。ケアレスミスに起因する事故は、従来の多く

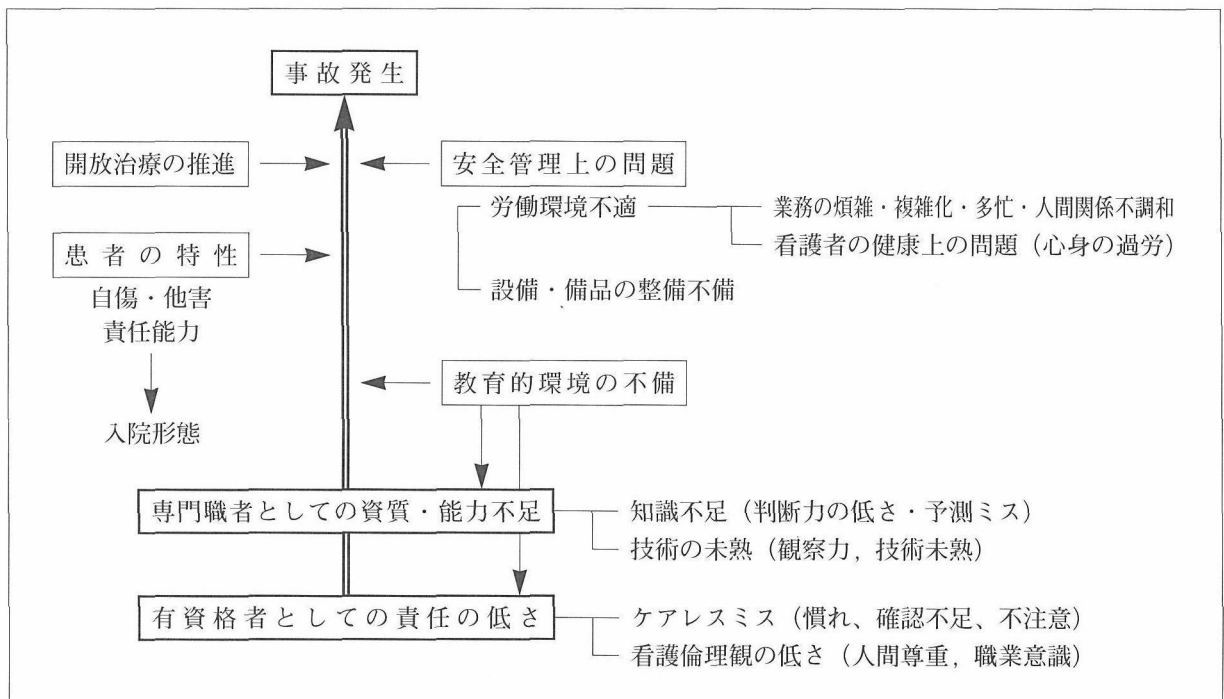


図1. 精神科における看護事故発生の関連図

の報告にみるように原理原則の厳守やダブルチェックでかなり軽減できるであろう。しかし、自己の行為をコントロールできない患者個々の持つ自傷他害の危険性をアセスメントする能力は、専門的な知識をもとに熟練した技術としての観察力が求められるのではなかろうか。よって事故防止にはこのアセスメント能力を明らかにしていくこと、及びその能力を育成するための教育的環境づくりを検討することが必要と考える。まず精神医療における看護事故の態様や判例の中で問われる注意義務を明らかにするために、社会規範としてその当時の社会評価を表す医療過誤判例を分析することにした。看護業務の過程において生じた過誤に対して問われる注意義務は、看護職の過失が直接争われなくても患者の安全配慮に関する看護そのものであると考える。その意味で看護事故相当の事案は全て抽出して、その傾向性を把握することにした。

2. 用語の定義

- 1) 看護事故：医療において思わざる経過をたどり意外な悪結果が生じた場合を医療事故といい、過失に基づく場合を過誤と言う。診察・検査・診断・手術・治療行為などに関するものを診療事故、看護行為に関するものを看護事故と言う³¹⁾が、本研究では看護職が直接被告となることは少ないことを予測し、診療過誤と看護過誤を区別せず、看護業務（療養上の世話及び診療の介助）の過程において生じた過誤を看護事故と総称した。よって看護職が直接民事有責を問われていなくても、上記の業務の過程で生じた事案であれば看護事故として抽出した。
- 2) 注意義務：行為者の従事する職業やその属する社会的地位などを考慮に入れて、当該の状況下で通常ないし合理人がなすべき程度の注意を基準に判断されるもので、危険な結果を予測する義務（結果予見）と、その結果の発生を防止する義務（結果回避）があり、事故発生当時の実践のレベルで問われるもの。これは主として判決の争点の中に表現される。結果を予測するとは事故の生じる可能性をアセスメントすることであり、アセスメントで予測できなければ事

故の回避は困難と考える。判決で問われた注意義務の内容を抽出することで、アセスメントすべき内容及びその時代的变化が明らかになる。

- 3) 看護職：保助看法に規定される職種の総称。事案において看護職を特定する場合はそれぞれの名称を使用した。

IV. 研究方法

1. 分析資料：①表1に示した文献から、精神医療での診療の補助及び療養上の世話に該当する事案を抜粋。調査対象時期は入手可能な範疇で時代の変遷が把握できるものとして、昭和2年から平成10年度までとした。②全国版の新聞（朝日、読売、毎日）に平成2年～10年度までに報道された精神医療関連事件の記事を抽出し、社会的動向を把握する資料とした。朝日と読売新聞は整理された縮小版から索引項目「社会欄：事件・事故、犯罪、裁判・司法・警察」より抜粋した。毎日新聞は同様の索引項目でマイクロフィルムより拾い取りを行った。平成8年以降に関しては、インターネットで主として医療過誤をキーワードにして検索した（<http://home.jp.netscape./com/ja/>, <http://www.sf.airnet.ne.jp/abe/index.html>, <http://www.sf.airnet.ne.jp/news/index/html>）。

2. 分析の方法

- 1) 抽出された判決事案の内容から、定義した看護事故に相当するか否（看護職が係わっているか、診療の介助或いは療養上の世話の範疇か）を判断し、事件の内容別に分類。個々の事案の過誤の態様及び過失責任の所在を判決文の中から抽出する。
- 2) 新聞記事は年度別に整理し、上記同様に分類・整理する。
- 3) 医療過誤判例の年度別推移及びその当時の社会状況（関係する法規、精神関連の事件や社会的な出来事等）との関連を検討する。
- 4) 看護事故に相当する事案のうち、自殺、殺人、事故について、事案の背景（病名、処遇）、事故の状況、過失の所在に区分して、事案の特徴と看護職に求められている注意義務（過失の内容）を分析する。

表 1. 分析対象文献一覧

1. 成田頼明, 畔柳達雄, 新美育文編: 第二版医療関係判例集, 第一法規, 1999.
2. 厚生省健康政策局編: 医事紛争問題質疑応答集, ぎょうせい, 1990.
3. 唄孝一, 宇津木伸, 平林勝政編: 別冊ジュリストNo.102, 医療過誤判例百選, 有斐閣, 1989.
4. 唄孝一, 宇津木伸, 平林勝政編: 別冊ジュリストNo.140, 医療過誤判例百選, 有斐閣, 1996.
5. 深谷翼: 精神科医療事故の法律責任, 星和書店, 1993.
6. 深谷翼: 判例にみる精神科医療過誤13-24, 精神科治療 6 (1-12), 1991.
7. 中山研一, 泉正夫編: 医療事故の刑事責任, 成文堂, 1993.
8. 鹿内清三: 訴訟事例に学ぶ医療事故と責任, 第一法規, 1990.
9. 日本医事法学編: 年報, 医事法学 1-12, 日本評論社, 1986-1997.
10. 高田利廣: 看護の安全性と法的責任第 1-12集, 日本看護協会出版会, 1976-1991.
11. 大谷寛, 川本哲郎: 精神医療と患者の権利, 法学セミナー増刊, 総合特集シリーズ37, 293-302, 1987
12. 中谷勤子: 医療過誤と法的責任, 精神科看護, 40, 38-55, 1992.
13. 岡田清他: 病院における医療事故紛争の予防, 医学書院, 1993.
14. 渡辺良夫監修: 医療事故と患者の権利, エイデル研究所, 1988.

5) 資料及び文献の信頼性及び妥当性に関しては、1 事案につき表 1 に表示した文献 2 つ以上で内容の一致度を確認した。事件の背景を含め内容把握の不十分な判例は数としてのみ採用し、内容分析には除外した。

V. 結果

1. 精神医療での看護事故判例の年次推移

今回取り扱った事案は判例集からは昭和 2 年～平成 7 年度まで、新聞での補足は平成 10 年度まで、事案によっては 2 審判決を受けているものもあったので今回の数的処理には最終判決を採用し表 2

表 2. 精神医療における看護事故の判決数

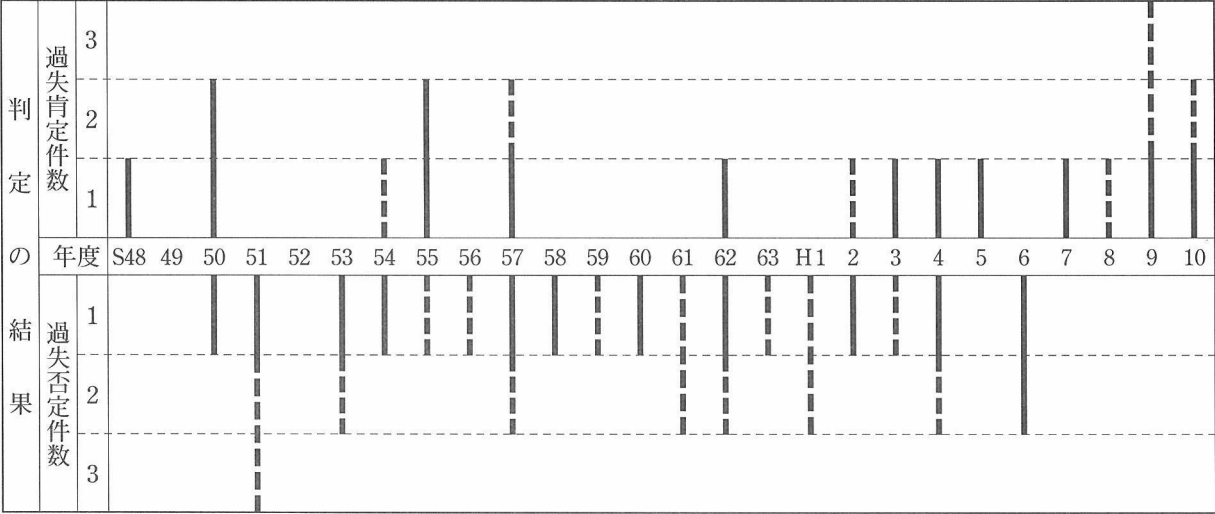
(S2～H10最終判決数採用)

	過失肯定	過失否定	計
自殺 (S)	3 (3)	18 (7)	21 (10)
殺人 (M)	6 (5)	8 (3)	14 (8)
事故 (A)	5 (3)	4 (3)	9 (6)
治療 (T)	6 (2)	0	6 (2)
計	20 (13)	30 (13)	50 (26)

註: () 判決文の争点に看護婦の過失が問われていた数

に示した。取り扱った総計は 50 件で判決として過失が肯定されたのは 20 件、看護職が直接係わっていた 26 件のうち過失肯定が 13 件であった。看護事故 26 件のうち保助看法制定以前では、精神衰弱の患者が単独での外出中列車に飛び込み自殺を図った事案の 1 件のみで、大正 12 年に監視・看護違反として病院長の過失が肯定されたが、昭和 2 年に高裁で過失は否定された。それ以降昭和 48 年の保護室での喫煙後の火災事件まで、看護職の過失が争われた事案はなかった。13 件の看護職の有責事案の内容は、自殺 (Suicide) 3 件、殺人 (Murder) 5 件、事故 (Accident) 3 件、治療に関するもの 2 件であった。上記以外にも看護事故相当と推測できる事案もあったが、判決文の中に看護職が登場していないのは省かざるをえなかった。入院や治療に関して看護職はその行使（特に強制入院での拘束や移送など）には加わることが多いが、通常過失を問われるのは医師である。入院に関しては強制入院を巡り不法行為による損害賠償や人身保護請求であり、近年は請求が容認される傾向にあった。治療に関するものは電撃療法での麻酔による死亡（施行前血圧測定せず、准看護師が静脈麻酔実施）、抗精神病薬投与による死亡（投与方

(H 8 年以降の事案は新聞より)



註：—— 判決文の争点に看護職の過失が問われていたもの
--- 判決文の争点に看護職の過失が問われていなかったもの（医師・使用者の過失が問われた）

図 2. 精神医療における看護事故の年次推移 (S48~H10)

法に過失) などで過失が問われている。昭和48年からの判例の推移を図 2 に示した。表示の年度は結審の年であり事故発生の年度ではない。事件発生は例えば昭和45年に発生した初老期うつ病患者の自殺事案は、昭和49年に 1 審、54年に 2 審で結審したように、多くの事案は事件発生から 1 審判決まで概ね 4 ～ 5 年以上を要し、控訴すれば最終判決迄には更に年月を要して継続件数の累積増加に繋がっている。昭和52年を除き毎年 2 件程度の判決が出ているが、昭和50年代は 3 ～ 4 件と多く、平成になってからは年に 2 ～ 3 件が結審している。判決の速度としては、平成 9 年に発生した准看護婦の暴行で患者が死亡した事案は刑事事件で、事故発生から 5 ヶ月という速さで 1 審判決が出ているが、他は事故発生から約 5 年程度を要していた。

2. 過誤の態様と過失の所在

ここでは直接的に看護事故に相当した自殺、殺人、事故事案について、過誤の態様と過失の所在について分析した。自殺事案 (S と略) 21 件の診断名はうつ病が 11 件と多く、次いで精神分裂病、脳疾患・非定型精神病などであった。自殺の方法は所持物による縊死や無断外出による鉄道などへの飛び込み、飛び降り・転落などであった。過失肯定事案のうち判例集によって背景が詳細な平成

7 年度までの事案を表 3 に示した。自殺事案の 3 件は、保護室でのタオルでの縊死 (事案番号 S 9 : タオルを発見しえなかった危険回避義務違反、昭和55年福岡)、院外レクレーション療法中の飛び込み (S11 : 院外レク実施の際の看護・監視上の安全配慮上の過失、昭和57年大阪)、患者に使用した抑制帯での縊死 (S21 : 抑制方法に問題あり、平成7年東京) であり、3 件とも医師や病院を含めて看護職の過失も争点となり過失が肯定された。S21は自殺企図の患者が抑制帯で自殺した事案であるが、抑制帯使用やその継続は適当であったが、患者が容易にほぐることができた抑制方法に過失があるとされた。また、1 審で過失肯定であったが、2 審では自殺の危険性を予測するのは困難であったとして過失が否定された事案が 2 件 (精神衰弱患者の単独外出での飛び込み自殺と、初老期うつ病患者の入院中所持の帯での縊死) があった。殺人事案 (M と略) は 14 件であるが、准看護婦による暴行事件 (平成 9 年) を除いて分析した。殺人の実行者の診断名は精神分裂病が多く 8 件であり、過失肯定の 5 例は全員精神分裂病患者であった。看護職の過失が肯定されたのは 4 件で、閉鎖病棟における他患者の殴打・絞殺事件 (事案番号 M 3 : 事故発生の気づきの遅れで死亡を阻止できなかった、昭和55年神戸)、開放病棟

表 3. 判例集からみた過誤の態様と問われた注意義務（過失肯定のみ）

	事案No,	疾患名	結審日	処 遇	事 故 の 状 況	注意義務の内容
自殺	S 9	分 裂 病	S55,11,25	措 置	保護室内タオルで縊死	○タオル等の危険回避義務違反
	S11	非 定 型	S55,10,27*	不 明	院外レク中に列車飛び込み死	○レク実施時、看護安全配慮
	S21	うつ 病	H 7, 2, 17	準 開 放	保護室で抑制中、抑制帯で縊死	○抑制方法に問題あり
殺人	M 3	分 裂 病	S55, 2, 6	同意, 閉鎖	病室で患者を絞殺	○事故発生予見, 死亡阻止義務
	M 6	分 裂 病	57, 3, 31	措 置	院外作業通勤時, 院長暴行, 看護婦殺害	治療法適否, 実施上過失
	M 9	分 裂 病	H3, 3, 5 *	開 放	無断外出で持参のナイフで患者刺殺	○危険物所持品検査義務
	M10	分 裂 病	4, 6, 18	措 置	院外散歩中無断離院, 一般人強盗殺人	○無断離院予見, 散歩時注意義務
	M11	分 裂 病	5, 2, 17	準 開 放	同室患者を殴殺	○部屋割検討, 事故発生防止義務
事故	A 1	不 明	S48, 1, 29		保護室内許可喫煙後の不始末火災, 焼死	○火の始末確認注意義務
	A 2	アルコール	50, 4, 28	措 置	保護室内無断喫煙後の不始末火災, 焼死	○危険物所持品検査義務
	A 4	不 明	50,12,23		放火による焼死	○病院安全管理体制不備, 引率
	A 5	知的障害	54, 6, 22		付き添い外出中に行方不明, 水死	職員注意義務違反

註：事案No,の記号………S：自殺，M：殺人，A事故

(S2年～H7年の事案)

結審日の記号………*：高裁

注意義務の内容の記号………○：判決文の争点に看護職の過失が問われていたもの

における無断外出で持ち込んだナイフによる刺殺事件（M9：危険物所持のチェックの注意義務違反，平成3年福岡），措置入院患者の院外散歩中の無断離院での強盗殺人事件（M10：無断離院すれば殺人に及ぶ可能性が高いことは予見可能，院外散歩時の注意義務違反，平成4年横浜。県は最高裁に上告したが平成8年9月4日に棄却された）である。他に病棟内での深夜暴行事件があり，被害者は頭蓋骨骨折で死亡した事案（M11）がある。加害者である患者は病状悪化により被害念慮に基づく言動が見られていたことから，担当医師らの防止義務違反が問われた。内容的には看護人に対する看護・看視の指示をしなかったこと等である（平成5年大阪）。この事案では看護職は直接的には注意義務は問われてはいないが，患者の先行事件や当日の言動から予見が可能であったこと，カンファレンスや部屋割りの検討もせず，事故発見の遅れがあったこと等が判決文中で指摘さ

れている。また，新聞によると，他患から暴行を受けた患者に適切な治療をせずに放置して死亡させた事件がある。これに対して判決では「過去に何度も入院患者が患者や看護助手から暴行を受けて死亡する事件を起こしていながら，防止措置をとることを怠った」として過失が肯定された（平成10年大阪）が，病院側は暴行の事実を否定し逆に損害賠償の訴訟を起こしている（1998.8.3，朝日）。更に，最近の准看護婦の患者暴行殺人（平成9年高知）で刑事有責の実刑判決（懲役）事案は，新聞による情報であり詳細な背景は不明であるが，准看護婦の指示を受けて実行者となった看護助手も現在裁判中である。事故事案（Aと略）は9件で過失が肯定されたのは5件，実行者の診断名は一樣ではなかった。看護職の過失を問われたのは3件であり，保護室での喫煙による火災が2件（事案番号A1：火の始末の未確認，昭和48年長崎と，A2：所持品検査の懈怠によるマ

表 4. 過去 3 年間の 3 新聞報道記事の主な内容

年度	内 容
'96 (H 8)	① 3 月 「'91精神障害理由に医師が人工透析治療拒否、患者死亡」判決（毎） ② 6 月 「'89老人性痴呆改善薬投薬で患者死亡」判決（朝）
'97 (H 9)	① 4 ～ 8 月 大阪府Y系精神病院の乱脈診療発覚 厚生省調査へ（朝・読・毎） ② 7 月 「'97, 2 月高知県Y精神病院、入院患者暴行死」准看護婦に実刑判決（毎） ③ 9 月 「'88新潟県S総合病院、‘てんかん’と誤診、長期投与で白血病死」判決（毎） ④ 9 月 「'96人工透析治療拒否」に二審判決（毎） ⑤ 11 月 '97, 8 月鹿児島県A精神病院、入院患者を庭の立木に縛る発覚（朝） ⑥ 12 月 福島県S知的障害者施設、障害者へ性的虐待・暴行・薬漬け（毎）
'98 (H10)	① 2 ～ 4 月 '97大阪府Y系精神病院関連、患者聞き取り調査（読） ② 3 月 「'95東京都M精神病院、無断外出患者が一般人刺傷」判決（朝） ③ 3 月 「'93大阪府Y系精神病院、他患者に暴行された患者放置死亡」判決（朝） ④ 8 月 栃木県K精神病院、入院患者結核に院内感染（毎） ⑤ 9 月 新潟県S国立療養所、身体拘束で患者窒息死（朝） ⑥ 11 月 厚生省、国立療養所・病院36施設に入院患者処遇状況調査（朝）

ッチの所持、昭和50年宮崎）と入院患者の放火によるもの（A4：病棟の老朽化、マッチの管理懈怠、消火設備・避難体制の不備、昭和50年宇都宮）であった。なお、クッシング患者のレクリエーション中の骨折事故（昭和51年水戸）に関しては、1審で担当医の過失が肯定されたが、事故は予見し難いとして2審で否定された。本事案は、看護婦は被告とはならなかったが事故の直接の加害者であった。精神薄弱者援護施設の寮生の農場への往路での行方不明後溺死事件（A5：昭和54年広島）は、引率職員の注意義務の懈怠が問われたが、引率職員の身分が不明であった。最新の判例として新聞によると、無断外出の患者が人を刺した事案（A9）は、警察への通報の遅れと患者捜査の措置の懈怠が問われた（平成10年東京）が、看護職への争点等詳細な背景は不明である。

3. 精神医療関連の新聞報道記事の内容

3 新聞社の平成 2 年からの精神関連の記事を比較すると、朝日と読売新聞は類似の傾向を示し、毎日新聞の取り上げ方が少ない傾向にあった。その中から平成 7 年度までは判例集で情報収集できたので、平成 8 年以降 3 年間に限ってのみ表 4 に示した。年度別の記載内容を概略すると、平成 2 年は 3 件で、判決 2 件と措置入院患者による元労相刺殺事件であった。3 年には前年 12 月発生の元

労相刺殺事件の追加記事のみであった。4 年は精神分裂病患者の刺殺事件の判決や電撃療法による死亡事件、及び厚生省のアンケート調査に関する記事など 4 件であった。厚生省の調査では『閉じこめ型』が主流であること、及び任意入院の患者の多くが閉鎖病棟に収容されていることなどから、国際法律協会が日本政府に対する勧告をまとめたことが報道されている（1992. 7. 15：朝日、1992. 8. 4：読売）。5 年は訴訟・公判・判決・精神鑑定など 7 件、6 年は看護婦が向精神薬を暴力団に譲渡逮捕事件に始まり、神奈川県 K 精神病院の乱脈診療の発覚、判決、連続少女誘拐殺人犯の精神鑑定、厚生省「精神科救急システム」を来年度から導入の方針など 8 件と多く、7 年は相継ぐ連続少女誘拐殺人犯の精神鑑定の記事に加えて判決、公判、精神薄弱を知的障害に言い換え（厚生省提言）、精神病院での抑制帯による死亡事件など 7 件であった。8 年以降は表 4 に示す通りであるが、精神障害を理由にした透析拒否（福岡高裁）や老人性痴呆改善薬による死亡事案（津地裁）等 4 件、9 年は判決が 2 件（高知、新潟）と大阪の Y 系病院乱脈診療事件等 9 件、10 年は判決 2 件（東京、大阪）と Y 系病院及び国立 S 病院身体拘束窒息事件などで 8 件であった。以上のように、精神医療関連の記事は、平成 2 年からの比較では

近年増加傾向にあった。

Ⅵ. 考察

1. 精神医療過誤の中における看護事故の動向

一般的に医療過誤での訴訟件数は年々増加傾向にあることは前述した。精神医療領域でも訴訟の内容は種々となり、件数も増加しているものの判決は少ないと報告されているが¹⁾、今回の判例収集の方法からは他と比較して多いのか否かについては明らかにできなかった。しかし、収集した総数50件では、昭和48年以前には最終判決として過失肯定事案はなく、保助看法制定後国立鯖江病院事件や麻酔動脈事件等、一般科では看護婦の過失が問われる中でも、精神医療の場は無風状態であったこと、それでも年次推移を見ると昭和45年以降は毎年1件以上の判決数があり、明らかに昭和50年・51年及び55年・57年・平成4年は大きな山があり、昭和50年以降増加していることがわかる。菅野が看護事故判例として平成4年までに125件を挙げている中では、精神関連は昭和50年以降20件である¹⁰⁾。精神関連の占める割合を昭和50年以降と比較すると明らかに多いと考えられるが、菅野と著者らの抽出した判例には若干の差があったことから、明らかに看護職が被告である場合以外では、看護事故（看護職が係わった）相当として抽出する基準が、抽出者の意図によって異なる可能性があることがわかった。

精神医療の歴史を見ると、1900年までは警視庁の管理下にあった精神障害者は、精神病者監護法や精神病院法制定によっても、治安や「私宅監置」が優先され、戦争時には多くの死者を出す悲惨な状態であった。昭和25年精神障害者の医療と保護を唱った『精神衛生法』が制定され、昭和35年代に向精神薬が導入され精神療法、生活療法の3本柱が確立し開放療法が推進された。その後、ライシャワー駐日米国大使の刺傷事件を契機に、昭和40年には精神衛生法が保安色の強い改正がされたこと及び生活療法に対する批判などからも、開放化の方向は衰退していった。このような閉鎖的な環境では、仮に事件が発生しても日の目を見ることは少なかったであろうことが推測される。昭和

50年代半ばより再び開放療法や生活療法が見直され、昭和62年に精神障害者の人権擁護、適切な精神医療の確保と社会復帰の促進を目的とした『精神保健法』の改正により、開放療法の積極的推進が図られるようになった。しかし、開放処遇に伴い患者を巡って、家族の経済的負担や地域住民への迷惑行為など様々な問題が生じたこと、及び開放率が高まるにつれて鉄道などへの飛び込み自殺、入水自殺などが増えたことが報告されている³⁰⁾。判決例の多かった昭和50年・51年及び55年・57年事案の事件発生は、昭和46年・47年と50年・51年である。この時期は保安色の強い法改正のもと開放化が衰退していた頃である。昭和46・47年の事案は事故が3件あり、そのうち2件は火災事件であり、危険物所持の検査及びマッチの管理懈怠、避難態勢の不備などによる過失である。自殺は3件のうち2件は無断外出での出来事であるが、予測が困難であったとして過失は否定されている。これらは開放化以前での出来事であり、閉鎖環境での患者の安全配慮義務の履行が不十分であったことを示唆している。そして、昭和59年栃木県のU病院で看護職によるリンチ殺人事件が発生し、日本の精神医療が閉鎖的である上に患者の人権保障が不十分である、と内外からの批判を浴びることになった。平成4年の判決の事件発生は昭和57年及び62年であったが、昭和62年度は前述した背景のもとに精神保健法が改正され、生活療法が復活し開放化の方向が推進された時期でもある。事案は保護室での自殺と院外散歩中の無断離院による強盗殺人事件、及び同意なき入院である。特に殺人の事案は、現在の開放化の方向と患者の人権などに対しての被告側の主張が反映されなかったことで、今後の精神医療のあり方に多大な影響を及ぼす恐れがあるとして控訴中であったが、平成8年には最高裁で上告は棄却された(1996.9.4, 朝日)。

以上から見ても、開放化の有無に関わらず閉鎖病棟においても事故は発生していたことがわかる。しかも、一般科に見るような保助看法制定以降の看護婦有責の波に乗り遅れていることも明らかである。訴訟から判決までの時間的経過から昭和

和50年と51年の判例数の多さを考察すると、精神医療の場に社会の目が注がれるようになったのは、ライシャワー事件（S.39年）、大阪の精神病院でのリンチ殺人事件（S.44年）や、朝日新聞社からの《ルポ精神病院》の発行（S.45年）からであろうことが推測される。そしてその流れが生活療法を復権させ開放化推進に向かうのであるが、その途上においてまたも発生したリンチ殺人事件が精神保健法改正に直結し、開放化推進に拍車をかけることになったと考える。しかしながら、精神保健法改正の前も後も含め、閉ざされた環境での事故発生がそのまま公表されているか否かは実証困難である。というのも、10年前に電気ショックで2人の患者が死亡したが、遺族には”心不全”と説明されていたことが係争中の別の事案で取り上げられている（読売新聞、平成4年6月26日）ことや、大阪Y病院で26名もの不審死が報道されているからである。また、平成4年の厚生省調査では、この時期の多くの病院はなおも閉じこめ型が主流であること、平成6年の神奈川県のあるK病院の乱脈診療では、強制入院・違法治療・看護助手がエアガンで患者を狙い打ちなど、患者の人権を無視した行為が報道されていること、平成9年には大阪のY系病院の乱脈ぶりなど、法の改正はされても実践に結びついていない実状もあり、マンパワー不足以前の問題となる病院があったことも事実である^{32,33)}。現に大阪のY系病院の乱脈ぶりと職員の暴行は、法の改正に繋がったU病院事件を彷彿とさせる。裁判にはならなかったが、平成10年9月患者が拘束中に死亡した国立S病院事件は、患者処遇に関して精神医療の現場に投げかけた課題は大きかった。危機感を抱いた厚生省が精神科病床のある国立病院36施設を調査したところ、精神保健福祉法の規定通り実施していたのは2施設にすぎなかった。この事件をきっかけとして、精神医療の現場での研修会などが企画され、看護職は危機感を有するようになったことは、望ましいことである。患者の安全を確保するために、法で規定された事項を実際場でどのように実施していくかについては、現場の看護職には患者の人権尊重と安全確保とのジレンマが存在してい

る。

新聞記事の精神保健医療に関する記事も増加傾向にあり、社会の関心は高まっているとも見受けられる。更に、精神障害者の自立と社会参加の促進の援助を加えた『精神保健福祉法』への改正により、開放化はより積極的に推進されるであろう。新聞記事の増加は精神障害者や精神医療に対する社会の関心の喚起に繋がる望ましい傾向と捉えられる。今後開放化や医療の透明化によって事件や事故発生の増加も予想されるし、そしてそれらが我々の前に公表されるのは極一部であることも踏まえて、今後も判決の動向及び社会の眼としての新聞報道にも注目していくことが重要であることを再確認できた。

2. 過誤の態様及び判決の争点と問われる注意義務

過誤の態様別の判決の争点に関しては、事案の背景が異なることから各事案を詳細に分析する必要があるが後の報告に譲るとして、ここでは自殺、殺人、事故別に判決の共通争点を紹介し、問われている注意義務を明らかにする。

- 1) 自殺事案：自殺事案の争点の中心は《自殺念慮・自殺企図の言動或いは既往の有無》である。「自殺念慮を有する者は嚴重・周到的看護と監視が必要であり、その判断は主治医の裁量が尊重される。しかし、精神医療の最終目標は社会復帰であり、自殺念慮が認められない者は社会生活への適応準備が必要である（昭和54年3月27日、福岡高裁）」³⁴⁾。このように判例では開放治療の推進が容認される方向にあり、その判断の是非よりも実施の際の看護・監視上の安全配慮義務が問われている。しかし前述したように、患者にとっての安全な環境は決して閉じこめることなく、医療従事者の安全配慮義務に関する意識であろうと考える。患者の安全確保と人権尊重とのジレンマについても、岡田が治療と自殺防止との二律背反性とは何かについて判決への疑問を呈している³⁴⁾ように、自殺念慮をもった精神疾患患者の治療は、自殺の防止を図りながら症状の軽減に努めるのは当然であり、治療と自殺防止が決して相反する行為で

はないのである。判決も精神医療の最終目標は社会復帰であることを指摘していることを忘れてはならない。保護室における行動制限と患者の意志の尊重についての看護婦の倫理的配慮について調査した榎戸の報告によると、生命の安全が脅かされる場合は第一に患者の安全は優先されると述べている¹⁵⁾。このことは最新の判例(S21)からも読みとれる。患者の自殺防止のために抑制することは妥当であり、その場合は目的(自殺防止)を達成すべく確実に行うこととされている。つまり、憲法で保障されている基本的人権を侵害する処遇が法的に規定されているのは精神保健福祉法だけであり、その場合法第36条に規定されるように、医療と保護に欠くことのできない限度においてのみ制限できることを自覚して、基本厳守での実施で目的を達成しなければならないのである。更に判旨には、うつ病の場合と精神分裂病の場合の自殺の予測性の難易度は異なることや、自殺直前には何らかのサイン(通常と異なる言動)があることが多いことも明示され、かつ、事故発生時には的確で迅速な事後対策の徹底も重要な争点となっている。自殺既遂者の9割は自殺に対して何らかの動機や要因があったとの報告³⁵⁾もあることから、開放化に伴う安全配慮義務の履行には、サインを見逃さない観察・報告、そして記録が重要であることに異論はない。が、疾患特有の危険徴候とは何かを理解し、更に日頃の観察ができていなければ通常とは異なる言動(例S3:通常は朝起きないうつ病患者が早朝の巡視の時ベットに起座していた)のチェックもできないであろうこと等、何をどのように観察するかについては具体的な内容を抽出していくことで、再発防止に繋がる。

2) 殺人及び事故事案:殺人や事故の場合、自殺同様争点の中心は《患者の先行事故歴》であり、他害行為に繋がるような動機の有無と行動化の危険性を予測しえたか否かである。先行事故歴の患者は要注意者として看護し、患者の動静に注意し、事故防止の配慮が求められる。今回の過失肯定事案は全て《先行事故歴》があっ

た。治療においては自殺と同様、主治医の裁量権が尊重されるので、看護者には開放治療における安全配慮義務が課せられる。外出や外泊からの帰院後の危険物の所持検査の懈怠などは、明らかな注意義務違反として過失が肯定される。また、事故発生時の対処次第で殺人(死亡)と事故(負傷)の分かれ目となる事案(例M3)もあり、特に事後対策の的確性や迅速性が論議されている。

平成9年の准看護婦の暴行殺人や大阪のY系病院での変死・不審死が5年で26人(夜間は100床に無資格の看護助手が2名で勤務していた)等の問題は、一般的な過誤の要因には該当せず、アセスメント以前のあってはならない要因ということになる。或いはこれが精神医療特有の要因となるとしたら、まことに恥ずべきことではなかろうか。事件の背景や看護職のプロフィール等詳細な情報を収集して、早急に分析すべき事案と考えている。

事故の場合で放火(失火)による事案などは、明らかな危険物所持の懈怠でありケアレスミスとして過失は免れない。施設の老朽化や故障等の危険個所のチェックを含め、病院・病棟の避難態勢等組織的な安全管理体制が問われることから、日頃からの避難訓練や設備の管理が重要と言える。

しかしながら事案の中には、1審と2審における逆転判決や、類似事案での異なる判決、及び当時の状況からみて妥当な判決であろうか、と疑問の残る事案もある。判例集以外の文献(表1)においても、判決に異を唱える著者も多い。有責決定の解釈基準となるものは、事故当時の実践レベルで問われる注意義務ではあるが、その具体的な内容レベルを明らかにするには、個々の判例の詳細な分析をしていかなければ見えてこないものも多いことがわかった。医療や看護の実践レベルの根拠となるものは、その領域の学問的レベルとも言えることから、医学や看護学の発展や変遷と判決や論点の変遷に注目していく必要がある。

以上まとめると、精神科における判例の動向は

開放化推進の方向にあり、その判断は主治医の裁量権が尊重され、開放か閉鎖かの是非を問うことは少ないこと、問題となるのは実施上の安全配慮であり、実施者には事故発生の予見と回避義務及び事故発生後の迅速で的確な対応が問われることがわかった。しかし、過失が肯定される危険物所持の検査の明らかな懈怠などは、一見他科と同様な単純で初歩的ミスと言えそうだが、精神科の場合は狂暴性顕著な患者の身体検査など、看護婦には困難が伴うこともあり、“後で”行うつもりがそのままになって事故に繋がっていることもある。精神科には「ケアレスミス」と一言では片づけられない、患者や看護の特殊性があることも示唆された。自傷他害の危険性や行動のコントロールが不十分な患者の看護に携わる者に求められる注意義務は、予見義務（危険を予測する的確なアセスメント能力）と、回避義務（予測的対処で危険を回避できる能力）であり、その具体的内容を検討していくことが重要であることが再確認された。参加観察や面接によって看護判断の根拠、つまりアセスメント能力をみようとした研究（いずれも主として自傷他害の危険性の高い患者を収容する保護室におけるものであるが）では、看護判断も倫理的配慮も患者の安全が優先されていた^{14,15)}。安全・安楽・自律が看護の普遍的な目標であるが、特に精神医療の間では開放化の方向も含めて、患者の安全への配慮は最重要課題とも言える。今回の判決の争点から、①自殺念慮を含み自傷他害の先行事件の有無の確認、②患者の通常とは異なる言動の変化を見逃さない観察力、③疾患特有の自殺の時期や危険徴候に関する専門知識、④開放療法実施上の基準とその厳守、⑤危険物を含む日頃の安全管理と対策、記録と報告、⑥事後の対処の迅速性と適切性、などがアセスメントに結びつくものになると考える。

最後に、今回は精神医療に関わる医療過誤事件のうち、特に精神科に入院及び通院している対象を中心に分析したが、分析対象の判例が十分ではなかったことが予想されること、及び直接的に看護職は被告になることは少なく、医師の過失を問う過程において看護職の過失が争われる事案もあ

り、看護事故の基準を設定してもその抽出が難しかったこと等、今回の研究の限界とも言える。しかし、限定された資料ではあったが、各事案の争点には共通するものが多い事もわかり、それを分析することで、精神科における安全配慮における看護者に必要なアセスメント能力とは何かが具体的にすることも確認できた。

現在は研究の第2段階として、安全配慮の具体的な内容を逆転判決や類似事案の争点の分析も含め、個々の事案について事故の背景を個人的要素・組織的要素・患者要素毎に分析し、問われている注意義務について事故当時の看護レベルとの照合を含め検討している。

VII. 結論

1. 取り扱った判例は50件で、看護事故相当は26件で過失肯定は13件であり、昭和48年に看護事故で初めて過失が容認され、以後毎年1～2件の判決があるが、昭和50年以降増加の傾向にある。事件発生から第1審の結審までは概ね4～5年以上を要していた。
2. 過誤の態様別には自殺21件、殺人14件、事故9件で、それぞれ看護職の過失も問われている。自殺ではうつ病が多く、所持物による縊死や無断外出による鉄道への飛び込みなどであり、危険回避義務違反及び院外レクレーション療法実施の際の看護・監視上の安全配慮義務違反が問われていた。殺人は精神分裂病が多く、病棟及び無断離院での絞殺・刺殺であり、事故発生の気づきの遅れによる死亡阻止（危険回避）義務違反、及び危険物所持の検査の懈怠、院外散歩時の注意義務違反が問われていた。事故は火災が多く、危険物所持の検査の懈怠が問われた。
3. 精神関連の新聞記事は増加傾向にあり、乱脈診療や看護側の暴力、患者の自殺や不審死等、訴訟に至らない事件が多数報告されていた。
4. 判例の動向は開放化推進の方向にあり、その判断は主治医の裁量権が尊重され、看護職には実施上の安全配慮義務（事故発生の予見及び回避義務）が求められている。判決の争点として、自殺では《自殺念慮・自殺企図の言動ある

いは既往の有無》であり、開放治療実施の際の看護・監視上の安全配慮義務が問われる。殺人と事故では《患者の先行事故歴》であり、他害行為に繋がるような動機の有無と行動化の危険性を予測し得たか否か、事故発生時の対処次第で殺人（死亡）と事故（負傷）の分かれ目となる。

文 献

- 1) 中谷僅子：医療過誤と法的責任,精神科看護,40,p.38-55,1992
- 2) 森功：わが国の医療事故の現状とその原因,日本病院管理学会第117回例会資料,1999
- 3) 富田功一：最近の医療事故例と医療法教育の問題,医事法学,6,p.23-29,日本評論社,1991
- 4) 森谷和馬：看護をめぐる医療過誤判例から,Nurse eye, 7 (11) ,p.16-19,1994
- 5) 藤井久子：ナースにも法的責任が問われるようになってきた,NURSE+1,5,p.104-105,1993
- 6) 中山研一・泉正夫：医療事故の刑事判例,第二版,p.2,成文堂,1993
- 7) 唄孝一・宇都木伸・平林勝政：別冊ジュリスト,No.102,医療過誤判例百選,p.6,有斐閣,1989
- 8) 池永満：患者の権利,p.27,九州大学出版会,1997
- 9) 同上) ,p.29
- 10) 菅野耕毅：看護事故と法的責任,医事法学,9,p.93-104,日本評論社1994
- 11) 厚生省健康政策局看護課監修：看護六法,p.1030,新日本法規,1995
- 12) 舞床三枝子・菅田勝也：与薬業務の安全性に影響を及ぼす要因に関する研究,日本看護科学会誌,13 (2) ,p.29-36,1993
- 13) 石川操：褥創裁判が投げかけたもの,NURSE+1,7,p.50-53,1993
- 14) 柴田真紀・池田明子：精神科保護室における看護判断—看護者の経験年数に焦点を当てて—,北里看護学誌,3 (1) ,p.27-35,1997
- 15) 榎戸文子：精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮—行動制限と患者の意志の尊重に焦点をあてて—,聖路加看護大学紀要,24,p.21~31,1998
- 16) 井上幸子：医療過誤,標準看護学講座10,関係法規（春日齊）,p.178-186,金原出版,1994
- 17) 富田功一監修：標準法医学・医事法,p.271,医学書院,1995
- 18) 宇都木伸・平林勝政：本書に収められた判決例の俯,別冊ジュリスト102,医療過誤判例百選,p.8-15,有斐閣1989
- 19) 土屋八千代：看護の法的責任に関する教育的関わり,山梨県立看護短大紀要,1 (1) ,p.49-63,1995
- 20) 加藤良夫：医療災害の背後にあるもの,看護学雑誌,52 (7) ,p.669-673,1988
- 21) 川島みどり：看護の安全性を問いつづけて,看護実践の科学,6 (1) ,p.73-78,1991
- 22) 川島みどり：再び看護の安全性を問う,看護学雑誌,52 (7) ,p.651-668,1988
- 23) 石井トク：医療事故,看護の法と倫理の視点から,p.27-37,医学書院,1992
- 24) 桑野タイ子：看護事故発生のメカニズム,医事法学,9,p.79-92,日本評論社,1994
- 25) 桑野タイ子：忙しさの技術的検討,看護実践の科学,16 (1) ,p.22-29,1992
- 26) 斎田トキ子・菊地登喜子：看護事故発生の要因12,看護,45 (2) ,p.149-154,1993
- 27) 千々石善三：看護事故と看護姿勢,精神科看護,40,p.33-37,1992
- 28) 前掲6) ,p.139
- 29) 鹿内清三：訴訟事例に学ぶ医療事故と責任,p.20,第一法規,1990
- 30) 日本精神科看護技術協会編：精神科看護白書,平成7年版,p.13-14,中央法規出版,1995
- 31) 菅野耕毅：医療事故に関する法的状況,看護教育,35 (7) ,p.507-511,1994
- 32) 大熊一夫：ルポ・精神病棟,朝日新聞社,1973
- 33) 大熊一夫：新ルポ・精神病棟,朝日新聞社,1988
- 34) 岡田靖雄：精神科患者の自殺事件,別冊ジュリスト, No.102,医療過誤判例百選,p.88-91,有斐閣,1989
- 35) 津村哲彦：精神科入院自殺既遂例の検討,精神医学,34 (7) ,p.773-776,1992

Require Sorgfaltspflicht on Psychiatric Nurse ～Analyzeis of Malpractice precedents and Newspaper accounts～

TSUCHIYA Yachiyo FUKUNAGA Hitomi

To clarify the sorgfaltspflicht requested to the soul medical treatment judicial precedent, the judicial precedent collection was analyzed. Among the result and 50, it was 13 in the nursing accident that the fault had been asked to nursing in 26the employment. The decision was in the direction of treatment of making to opening, was esteemed doctor's discretion right, and the safety obligation consideration in execution was asked to the nursing employment. Sorgfaltspflicht obtained by those who nursed was a report in the speech and behavior of suizidalosession and the plan and the pasts as the usual safety management which included the observation such as the peculiarity to speech and behavior different from usually, preceding accident career, and the disease and dangerous symptoms and the dangerous article inspections, measures, and the record

Key Words : Psychiatric, Malpractice, Precedents, Sorgfaltspflicht