

II — 治療の終結をめぐる

治療の終結・中断と 治療者の法的責任

広島国際大学医療福祉学部

横藤田 誠

を受けて、キャンパスポリスはポダーを拘束したものの、彼がきわめて理性的に振る舞い、タラソフに近づかないようにすると誓ったために、彼を釈放した。そのうえ、ムーア博士の上司である精神科部長が事実を知り、部下の行った措置は「患者情報不開示の原則」(confidentiality)に反するものと考え、ムーア博士に対してポダーの治療に関する記録類の廃棄と、これ以後いつさいの措置をとらないことを命じた。その後いかなる措置もとられないまま、二ヵ月後の悲劇に至るのである。

後述のように、この事件でカリフォルニア州最高裁判所は、治療者の責任を認める驚くべき判決を下して、全米の医療界に大きな衝撃を与えた。この事件は、「治療の終結・中断」が思わぬ法律問題を発生させることを示すひとつの例である。もちろん、「治療を終えるとき」に法がかかわるのは、このような極端な場合のみではない。

治療の終結・中断を、①終結・中断が治療者・患者いずれの意思によるか、②終結・中断後、患者の病状はどうか、③終結・中断後に患者に自傷他害行為などの不都合があったか、を軸に分類すると、次のようになろう。

(1) 疾患の治療が首尾よく進んで病状が改善し、治療者も患者も治療の終結に異存がなく、

「治療の終結・中断」が 法とかがかわるとき

事例1…タラソフ判決(判決①)

一九六九年一〇月二七日、カリフォルニア大学バークレイ校で造船学を専攻していた学生ポダーが、かねてから知り合いの女性タチアナ・タラソフを殺害した。この事件が通常の殺人事件の域を超えて全米を揺るがす大事件に発展したのには訳がある。加害者は八月一日、同大学病院で週一回受けていた精神療法の際に、臨床心理学者のムーア博士に対して、彼女が夏季休暇を過ごしているブラジルから帰国したら殺

したい旨を告白していたのである。その後、彼は来院せず、治療は中断されていた。

被害者の両親は、治療者やカリフォルニア大学習事会に対して損害賠償を求める訴訟を提起した。原告である両親の主張は、①被告が原告にポダーの危険性について警告を怠った、②州強制入院法の手続を發動せず彼の拘束を怠った、という二点が違法であるというものであった。

しかし、ムーア博士は何もしなかったわけではなかった。殺害の意図を告げられた二日後の八月二〇日、同博士は同僚の精神科医および精神科次長に相談し、彼らの同意を得たうえで、キャンパスポリスに対し、ポダーの身柄を拘束し、強制入院手続を發動するよう求めた。これ

その後、病状悪化もなく自傷他害行為などの不都合も生じない場合

(2) 疾患の治療が首尾よく進んで病状が改善し、治療者も患者も治療の終結に異存がなかったが、その後病状が悪化し、または自傷他害行為などの不都合が生じた場合

(3) 治療途中で、治療者・患者の合意によって転医した結果、病状が改善した場合

(4) 治療途中で、治療者・患者の合意によって転医したが、その後も病状が改善せず、または自傷他害行為などの不都合が生じた場合

(5) 治療途中で、治療者側の意思で終結・中断したが、その後、病状の悪化もなく、自傷他害行為などの不都合も生じなかった場合

(6) 治療途中で、治療者側の意思で終結・中断し、その後、病状が悪化し、または自傷他害行為などの不都合が生じた場合

(7) 治療途中で、患者側の意思で終結・中断したが、その後、病状の悪化もなく、自傷他害行為などの不都合も生じなかった場合

(8) 治療途中で、患者側の意思で終結・中断したが、その後、病状が悪化し、または自傷他害行為などの不都合が生じた場合

実際の臨床現場における治療終結の多くは(1)のケースであろう。もちろん、そこには法の登場する余地はない。また、終結・中断・転医について治療者・患者間に合意があるとき(2)

(3)(4)、あるいは、終結・中断後に不都合が生じなかったとき(5)(7)は、法的なトラブルが生ずることはほとんどないであろう。ところが、治療者側の意思・事情で終結・中断した場合、特に、その後、患者側に不都合が生じた場合(6)には、法律問題が発生することがある。さらに、合意による治療終結・転医のケースや、患者の意思によって終結・中断がなされたケースであっても、その後、患者の自傷他害行為などの不都合があれば(2)(4)(8)、治療者の責任が追及されることがありうる(タラソフ事件は(8)のケース)。

法は、このような場合にどのように対応するのであろうか。日本では、精神科領域でこれらのケースにかかわる裁判例は、公刊された判例集のなかではほとんど見当たらない。そこで、アメリカ合衆国における判例も参照しながら、治療者の法的責任について、事例を素材にして考察を加えていきたい。

医師の診療上の義務と 治療の終結・中断

事例2：プラント判決(判決②)

一九七二年一〇月二五日、ニュージャージー州の二一歳の青年が不安・孤独・不眠を訴えて、(精神科医ではない)グルービン医師の診

療を求めた。診察した同医師は統合失調症を疑い、患者にクリニックの名をあげて精神科での受診を勧める一方、鎮静剤を処方した。グルービン医師による診療はこれ一回だけだった。一カ月後の一月二一日、患者は総合病院の緊急処置室で治療を受け、精神科クリニックに行くよう助言された。二日後、再び同病院に入院したが、精神科病棟に移されたのは、同月二六日の自殺の直前であった。青年の家族は、二三日に入院する前に繰り返しグルービン医師と連絡をとろうとしたものの、とれなかったという。

自殺した青年の母親は、グルービン医師に対して損害賠償を請求した。原告側の主張は次の三点だった。第一に、初診時にグルービン医師は、事態の重大性を適正に評価していない点で標準的な診療水準から逸脱している。すなわち、単に患者に精神科を受診することを勧めるだけでは十分でなかった。患者は一人で判断することも医師の指示に従うこともできないのは明らかであるから、家族に問題の重大性を知らせるべきであった。第二に、与えられた治療にしても、患者に少量の鎮静剤を処方し、精神科で受診するよう患者に告げるだけでは、明らかにニーズからして不適當である。第三に、患者の家族から電話がかかっても対応しなかったのは、患者を遺棄(abandon)したもので、これも標準的な診療水準から逸脱しているというものであった。

ニュージャージー州裁判所は、第一・第二の主張についてはそれらを支える事実の基礎がないとしたうえで、第三の論点である「遺棄」について検討を加えた。医師と患者の関係がいつたん始まれば、両者の合意によって終了するまで、あるいは診療がもう必要でなくなるまで、継続される。しかし、この関係はまた、医師の診療終結によっても終了する。医師は診療を終結する権利をもっているが、それは、患者に対し、他の医療上の手当てを確保するに十分な合理的な予告を与えた後に限られる。こうしてなされた診療終結は遺棄にはならない。

このようなルールは、しかし、一定の期間または処置のみを目的に診療契約が結ばれた医師には適用されない。この場合、その限られた業務を終えれば、治療を終結しても遺棄の責任を負うことはないのである。本件のように、一般診療を担当する医師が、より専門的な治療のために患者を専門医にまわすべきと判断した場合、この修正ルールが適用される。グループビン医師は一回の診察により、求められた治療を提供できないと判断した。このことは患者に説明されており、自殺を含むその後の出来事の法的責任を彼に帰することはできない。いかに家族がグループビン医師と連絡をとるために努力をしたとしても、その時点で同医師は患者に対して何らの義務も負っていないから、法的に重要ではない。

この事件は、診療が一回だけであるから決して典型的な治療終結・中断のケースではないが、前記の(4)または(6)に該当する事例といえる。結局、裁判所はグループビン医師の責任を否定した。この事件が日本で起こったとしても、同様な結論に至るのであろうか。

治療の終結・中断にかかわる医師の診療上の義務としては、以下のものがある。

(a) 診療義務

医師法一九条一項は、「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と定める。この「診療義務」には、診療契約がない場合に診療の依頼に応ずる義務のほかに、すでに診療契約が成立しているとき診療の求めに応ずる義務も含まれる。治療の「終結・中断」が問題とされるのは後者の義務に関してであるが、この場合には、医師法の規定をまつまでもなく、正当な事由のない診療拒否は、民事上（不法行為責任・債務不履行責任、刑事上（業務上過失致死傷罪・保護責任者遺棄罪など）または行政上（免許取消・医業停止）の責任を生ずる可能性があることはいうまでもない。

診療契約の終了（契約解除）は、患者側からは自由になしうが、医師には診療義務があるために、医師からの契約解除は正当な事由を必

要とする。この点は、日本のような明文の診療義務規定のないアメリカでも同様である（プラント判決の「遺棄」理論参照）。

治療の終結・中断について治療者の法的責任の有無を決するものはいったい何であらうか。日米の議論を参考に留意点をあげてみよう。

①まず、治療者側からの終結・中断に「正当な事由」がなければならぬ。何が「正当な事由」であるかは、「それぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断による」（昭二四・九・一〇医発七五二号医務局長通達）というほかない。医師が死亡したり、病気になるたりした場合に、治療終結はやむをえない。患者が気に入らないとか診療報酬の不払いなどは正当な事由にはならないが、後者の場合、その繰り返しは病状が軽いなどの条件があれば正当な事由となるという見解もある。また、診療契約上患者には診療協力義務があるから、過度の非協力は治療終結の正当事由とみてよいであらう。

それでは、プラント判決があげる「専門医ではないこと」はどうだろうか。日本には専門医制度がないから、かつては専門外の傷病であることは治療終結（転医指導）の正当な理由ではないと解されていた。しかし、専門がますます細分化されている現在では、医療事故防止のためにも、「患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療につい

て疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない」(保険医療機関及び保険医療養担当規則一六条)とするのが妥当であろう。

以上のように、「正当な事由」の有無を判断するさいには、治療者側の事情(医師の病気、専門外など)のほか、患者側の事情(診療協力の程度など)、疾病の重大性などの要素も考慮しなければならない。

②次に、正当な事由があったとしても、診療の継続が必要な患者については、代わりの治療を受けることができるような十分な時間を与えなければならない。プラント判決のいう「合理的な予告」である。場合によっては、別の有能かつ適切な治療者に関する情報を患者に知らせることも必要であろう。

③治療者に損害賠償責任が課されるには、治療者の行為と損害との間に因果関係があることが要求される。つまり、患者が損害賠償請求を認められるためには、不当な治療終結がなかったら満足のいく結果が得られたであろうことを、裁判所が認定しなければならぬ。プラント事件の場合、「遺棄」(不当な治療終結)ではなかったとされたわけであるが、かりに遺棄であつたとしても、そのことと自殺との間に因果関係がないかぎり、責任は肯定されないのである。

(b) 療養指導義務

医師法二三条は「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」と定めて、医師に療養指導義務を課している。診療は医師と患者との協同作業であつて、患者の協力なくして治療効果を高めることはできないから、その前提として専門家である医師が患者側に療養方法を指導する義務を設定したのである。入院中・通院中の患者についてももちろん重要であるが、治療者の管理下を離れる治療終結段階では、指導の適否がより厳しく問われることになる。

結果として患者が自殺したプラント事件において、原告は、家族に対して事態の重大性を知らせたくて適切な指導をしなかったことが医師の過失であると主張していた。しかし、グルービン医師は、精神科クリニックで専門的な治療を受けるべき旨を、患者本人に伝えたのみならず、家族宛てに持ち帰らせた書面にも書いていた。そして、患者は勧められたクリニックに実足を運んでいたのである。くわしい指導内容は不明であるが、ある程度は療養指導義務を果たしたものと評価しうるであろう。

(c) 説明義務

医師の説明義務の類型として、①患者の有効な同意を得るための説明(いわゆるインフォー

ムド・コンセントの原則に基づくもの)、②療養方法等の指導としての説明(前出(b))、③転医勧告としての説明、があげられる。これに、④診療の結果等の事後的な説明を加えることもできる(文献②、④)。

治療の終結の場面では、前述した②に加え、③、④の説明が重要な役割を果たす。

まず、③転医勧告としての説明義務は、専門外であるとか、臨床経験や診療設備が不十分であるなどの事情によつて有効な治療が困難である場合に、他の適切な医療機関への転医を勧めよう、専門外であることなどは診療を終結する「正当な事由」であるが、そのさいには、患者の病状と転医による病状改善の可能性などについて十分に説明しなければならない。

なお、転医勧告としての説明は、別の医療機関での治療の継続・変更の問題を含み、患者に対して必要性等について説明し同意を得るべきであるから、説明義務の類型①患者の有効な同意を得るための説明の一環であるとする見方もある(文献④)。

プラント事件では、グルービン医師は患者および家族に転医勧告を行った。実際の説明内容は判決からは明らかでないけれども、裁判所は十分な説明がなされたと認定し、医師の責任を否定したのである。

④診療の結果等についての事後的な説明は、

「受任者ハ……委任終了ノ後ハ遲滞ナク其顛末ヲ報告スルコトヲ要ス」(民法六四五条) という規定に基づき、治療終結時に、受任者である医師が患者の現況等を説明する義務である。患者にしてみれば、このような説明を受けることによつて、その後の生活上の態度を決める要素になるし、場合によつては、次の治療を検討する材料ともなり、非常に重要である(文献④)。

治療終結・中絶後の患者の自殺と治療者の責任

事例3：通院中断後の自殺事件(判決③)

胸部圧迫感や胸苦しさに悩んでY大学病院付属心臓血管研究所(心研)に入院した患者は、そこで心臓についての器質的異常はないと診断され、同病院精神科の受診を勧められた。一九七五年五月六日に精神科を受診した後、同月一二日に心研を退院した。精神科医師は患者をうつ病と診断したものの、自殺念慮は差し迫ったものではないとして、通院させることとした。しかし、来院日に患者は来院を拒否し、夫Xのみが来院することが数度続いた。そこで、医師は入院を必要と判断し、五月二十七日、Xの同意を得て入院手続をとった。ところが、患者は入院しないまま、四日後に自宅で縊死したのである。Xらは、病院側は患者を引き続き入院させ

て治療を尽くすべきであった、また、Xに対して自殺の危険性について十分説明・指導すべきであったと主張して、債務不履行による損害賠償を請求した。

この訴えに対して、東京地方裁判所は、大要以下のように述べて、請求を棄却した。

まず、精神科での初診時の患者の病状は、うつ病の症状として重篤だったわけではなく、過去に自殺を図った事実もなかったから、通院治療で足りると判断したことに過失はない。また、患者を心研から退院させたことも、五月六日の初診時から一二日の退院時までには患者の症状に入院を必要とする格別な変化はなかったから、担当医の措置に過失はない。さらに、医師らは、精神科初診時あるいは心研退院時に、患者に對しうつ病患者の抱く自殺念慮とその自殺の危険性について説明、指導していない。しかし、精神科医師は再三再四患者の来院を指導するとともに入院手続までとっているから、医師の措置は適切であった。

患者の自殺をめぐる訴訟は日本でも少なくないけれども、それらはほとんどが病院内で起こった事故に関するものである。その場合でも、自殺を予測することがきわめて困難であること等の事情により、治療者に責任を課すことに裁判所は躊躇する。いわんや、通院中や退院後の自殺について、治療者の責任が認められること

には非常に高いハードルがある。

日本で治療の中断・終結後の自殺について治療者の責任が追及される例は、入院中の自殺をめぐる裁判例に比べればほとんどないようである。事例3は、継続的な治療関係にあったわけではなく一度診察が行われただけで、その後患者の来院拒否によつて治療が中断したケースであり、前記(8)に該当する。

判決は、自殺の危険性についての医師の説明・指導がなかったと認めながら、義務違反の主張に対して正面から答えることなく、来院の指導等を怠りなく行っているから説明・指導は必ずしも必要ではないといっているかのようである。しかし、前述のように、診療義務とは独立に、説明義務や療養指導義務があるとすると、自殺の危険性等に関する説明やその点に焦点を当てる療養指導がなされないことは、重大な過失であると思われる。もつとも、そう解したとしても、説明・指導がなかったことと患者の自殺との間に因果関係があったかどうかは別の問題である(文献⑤(3))

なお、事例2のプラント事件もまた、治療中断後の自殺事件であった。裁判所は、一度目の診療時に適正な転医勧告を行っているから、その時点で医師の患者に対する義務は果たされており、その後の自殺の責任を医師に帰すことはできないとした。自殺は別の医療機関の管理下で起こっており、判決の結論は妥当であろう。

治療終結・中断後の患者の 他害行為と治療者の責任

事例1のタラソフ事件では、もっぱら患者の事情によって治療の中断がなされたにもかかわらず(前記(8)のケース)、カリフォルニア州最高裁判所は、次のように述べて治療者の責任を認めた。

「ある患者が第三者に対して暴力をふるう重大な危険があると、治療者が実際に判断するか、あるいは専門家としての基準からみてそのように判断すべきであったとすれば、治療者は、その危険の予見しうる被害者を保護するために合理的な注意をなすべき義務が課せられる。この義務を履行するために、治療者はケースの性質に従ってひとつあるいはそれ以上の異なる処置を行う必要があるかもしれない。かくして治療者は、被害者または被害者に危険を知らせてくれそうな第三者に警告したり、警察に通告したり、あるいはその状況のもとで合理的に必要とされるその他の処置をとるよう求められるのである」

一般に、死に瀕している第三者を助けるべき法的義務はない。たとえば、子どもが川で溺れ

ているところに通りかかった歩行人が助けなかつたとしても、道徳的にはともかく法的に責任を問われることはない。ところが、このとき歩行人と溺れている子どもとの間に特別な関係があれば、話は別である。タラソフ事件の場合、治療者と被害者との間には何ら関係がなかった。にもかかわらず、彼の患者によって危険にさらされている第三者である被害者を保護するための積極的措置を治療者に要求したのである。

日本において、退院患者や外来患者の加害行為について、患者の家族の責任が問われた事例はあるものの、病院・医師の責任が追及された裁判例は一件もないようである(文献③(2))。アメリカにおいても、患者が他人に損害を与えた場合に退院・外出を許可した医師の過失を問うケースで、医師の責任が認められるのは、①患者の身体を拘束する権限を有する医師が、②患者を病院に留めておくという最低限の努力を怠り、③専門家としての医療水準から逸脱し、④仮退院等が社会復帰のために不可欠であるとの前提に立ったとしてもなお違法性を否定できないこと、および⑤患者の暴力行動につき予見可能性があること、という厳しい条件をクリアした例外的な場合のみだった(文献⑦)。

こうした状況を劇的に変えたのがタラソフ判決であった。一度も入院したことのない外来患者の治療中断から二ヵ月後の加害行為につい

て、しかも病院・医師とまったく関係のない第三者である被害者(あるいはその家族)に対して「警告」しなかったことを違法であるというのであるから、治療者にとって驚天動地の判断であった。「タラソフ原則」という名で語られることになる、治療者の第三者保護義務に対して、アメリカのみならず日本でも大きな関心が寄せられたのも、当然のことであったといえよう。

罰則つきの守秘義務を課される一方で、一定の場合にはその義務を守ること自体が不法行為となるというのでは、治療者は法的にきわめて不安定な地位におかれることになる。ここには、社会防衛という契機が精神医療に重大な影響を及ぼすという、一般の医療ではあまりみられない構図が現れているのである。

日本でただちにこのような積極的義務が医療者に課される状況にはないが、きわめて重要な問題であるため、タラソフ原則のその後についてみていこう。

タラソフ原則その後

事例4・セイバー判決(判決④)

フレディ・レイ・リリーは、重篤な心的外傷後ストレス障害(PTSD)、アルコール中毒、義父であるヘンリー・ゼツルカに関する幻覚・

妄想と診断され、三年間セイパー医師の治療を受けてきた。六カ月に及ぶ入院治療を経てもなお、患者は義父を殺さないと決めたけれども、殺したいとは思っている、という状態だった。同医師はそれでも、脅威をゼツルカにも警察官にも知らせなかった。退院一カ月後、リリーは義父を殺害した。

リリーの母親は、セイパー医師に対して損害賠償請求訴訟を提起した。第一に、医師は第三者に対して、過失なく患者を診断・治療する義務を負っており、第二に、リリーの脅威について第三者に警告する義務を負うというのがその主張であった。

テキサス州最高裁は、医師の責任を否定した。まず、第一の主張について、治療者は第三者に対して、診断・治療の過失を理由に義務を負うものではないとした。原告の第二の主張について、最高裁は、患者情報不開示原則に関する州法との関係を考察した。州法によれば、情報開示が許される例外としては、法執行に対する患者の脅威のみがあげられていた。リリーの義父ゼツルカに対する脅威について彼が開示することは、この法律に違反することになる。したがって、患者の脅威について第三者に警告する義務なるものを承認することはできないと、最高裁は判断したのである。

タラソフ判決後、少なからぬ判決が各州で下

されたが、そのほとんどすべてが何らかの形の第三者保護義務を承認している。ただ、その内容は、タラソフ判決をほぼそのまま採用するもの、保護義務の内容を拡張するもの、反対にそれを縮小するもの、とさまざまである〔文献⑤〕。しかし近年、この義務を否定したり、その適用を大幅に限定したりする判例が目立つ。事例4は、タラソフ原則を否定する最近の代表的な判例である。

現在では、かつてほど保護義務に関する事件は多くないようである。しかしこれは、精神科医のこの義務に関する認知度が増し、適切な措置がとられていることを示しているともみることができるといえる。

おわりに

治療の終結・中断について、治療者の診療上の義務の観点から考えてみた。ここで取り上げた四つの事例のなかで、治療者の責任を認めたのはタラソフ判決だけであった。実際、第三者保護義務の事例を別にするれば、治療の終結・中断をめぐる訴訟で患者側が勝訴する例は必ずしも多くない。法の要求水準はさほど高くはないといえるかもしれない。

しかし、法は、悪しき医療を抑止する手段にはなりえても、より良き医療を保証しない。診療上の義務を確実に履行すべきことはもちろんであるが、そこにとどまることなく、患者のこ

ころに寄り添う医療が展開されるよう念願して、稿を閉じたい。

〔文献〕

- ① 野田寛「医事法・上巻」青林書院、一九八四年
- ② 金川琢雄「死因事後説明過誤事件」『医療過誤判例百選』〔第二版〕有斐閣、一九九六年
- ③ 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)『判例時報』一五四九号、一五五二号、一五五五号、一五五八号、一五六一号(一九九六年)
- ④ 前田達明・稲垣喬・手嶋豊編「医事法」有斐閣、二〇〇〇年
- ⑤ 横藤田誠「法廷のなかの精神疾患—アメリカの経験」日本評論社、二〇〇二年
- ⑥ Michael L. Perlin: *Mental Disability Law—Civil and Criminal*, Vol. 3. Michie, 1989.
- ⑦ Paul S. Appelbaum: *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*. Oxford University Press, 1994.

〔判 決〕

- ① *Tarasoff v. Regents of University of California*, 131 Cal. Rptr. 14, 1976.
- ② *Brandt v. Grubin*, 329 A. 2d 82, 1974.
- ③ 東京地方裁判所昭和五五年一〇月一三日判決〔判例タイムズ〕四三三三号、一三四四頁
- ④ *Thapar v. Zetulka*, 994 S. W.2d 635, 1999.

(よ)う(じ)た・ま)と/憲法・医事法)