

# 精神科における薬剤処方管理

メディカルオンライン医療裁判研究会

## 【概要】

患者(女性, 当時29歳)は無気力, 気分の落ち込み, 不眠等を訴え, クリニックを受診した。対応した医師は患者の症状を軽度のうつ病と診断し, エチセダン, リタリン, アサシオンを処方。その後, 患者は定期的にクリニックを受診し, 各回, 薬剤の処方を受けていた。しかし, ほどなくして担当医師は患者の母親から, 患者の身勝手な行動, リタリンの薬物依存的な服薬状況を理由に薬剤の処方中止を求められた。これに対し, 担当医師は処方続けた結果, 最終的に患者は急性薬物中毒で死亡した。

本件は, 患者の母親が, クリニックの運営法人と担当医師を初診時の問診義務違反, 指導義務違反, 診療過程の注意義務違反で訴えたものである。審理の結果, 請求は棄却された。

キーワード:うつ病, 問診義務違反, 指導義務違反, 急性薬物中毒

判決日:横浜地裁平成23年9月28日判決

結論:請求棄却

## 【事実経過】

年月日	詳細内容
平成18年 5月31日	患者A(女性, 当時29歳)は, HクリニックのO医師を受診。 O医師に対し, 「新しい仕事をして無気力, 落ち込む」, 「不眠がある」, 「ネガティブになっている」などと訴える。 O医師は, Aの症状を「うつ病」と診断。 エチセダン3錠(1錠は0.5mg)/日, リタリン1.5錠(1錠は10mg)/日, アサシオン1錠(1錠は0.25mg)/日を1週間分処方。
6月6日～ 9月20日	この間, Aは, O医師を11回受診し, 各回, 薬剤の処方を受けた。
9月30日	Aの母親Bが一人でO医師を訪れ, 「娘が家の中で好き勝手やって困っている」と訴えたが, Bは自身が来院したことをAには隠しておくよう要望した。
10月1日	AはO医師を受診し, 処方を受ける。
10月11日	AはO医師を受診し, 処方を受け

	る。
10月27日	BはO医師を訪れ, Aがリタリンをまとめて一遍に飲んだり, 粉にしてストローで鼻から吸ったりしていること, そもそもAはCという男性に頼まれてO医師を受診し, 薬剤の処方を受けたものであることなどを訴えた。また, Bは, Aが来院しても薬剤を処方しないよう強く求めた。
12月10日	Bは, O医師に電話し, Aに対し薬剤を処方しないよう求めた。
12月26日	Bは, O医師に電話し, Aに対し薬剤を処方しないよう求めた。O医師は, Bの求めに応じ, 同日の処方を最後とし, Aに対し3週間分の薬剤を処方した。
平成19年 4月15日	Aは, O医師を受診し, 「連休なので, 4週間分薬が欲しい」と要望した。O医師は, 4週間分の薬剤を処方した。
4月18日	Aは, 自宅で死亡した。死体検案の結果から, 直接死因は急性薬物中毒であるとされた。

本件は、Aの相続人であるBが、Hクリニックの運営法人であるIとO医師を訴えたものである。

なお、平成18年11月28日ころ、同年12月10日ころ、同年12月24日ころのそれぞれにおいて、Aが自殺未遂をし、このことをO医師に伝えたとBは主張するが、O医師はかかる事実を否認し、争いとなっている。

### 【争点】

1. 初診時の過失の有無
2. 診療過程における過失の有無

### 【裁判所の判断】

1. 初診時の過失の有無について

Bは、AがCから「あそこの医者は、『元気が出ない』と言えば誰にでも薬を出してくれるので、自分の代わりに元気が出ないと言って受診して薬をもらってきけてくれないか」と頼まれたためにO医師を受診したのであり、そもそもAはうつ病ではなかったこと、うつ病ではないにもかかわらず、リタリン、エチセダン、ロヒプノール、アサシオンなど依存症に陥る可能性のある薬を処方したことについて、①問診義務違反および②家族の理解と協力を得るための指導義務違反があったと主張した。

これに対し、I法人およびO医師は、①Aの生気のない表情、言葉遣いや沈んでいる態度、問診の内容などからうつ状態と診断したのであり、うつ病と診断したことは合理的かつ自然であること、②臨床経験に基づき、うつ状態であるAに適切な薬を選択している、Aの症状は軽度のうつであったと反論した。

かかる争点につき、裁判所は、「O医師は、…Aから来院の理由となった初診時の精神状態や具体的症状について問診をし、その内容やAの表情、言葉遣いや態度等を総合してうつ状態にあると診断したというのであって、うつ病一般の診断方法に照らしてO医師の初診時の診察方法や診断内容自体が不適切であったことを示す事情はうかがわれない」、「Hク

リニックを受診する前のAの様子については、Bの供述以外にこれを裏付ける的確な証拠は見あたらない上、Aが精神科の医師として診察にあたったO医師に対し、普段Bに見せるものとは異なる態度や性格を示したり、自らのうつ病の症状をありのまま申告する一方で、母親である原告の前では自らの精神状態の異常を悟られないような態度をとっていたとしてもそれほど不自然とはいえないから、Bの供述のみをもって、Hクリニックを受診する前のAがうつ病の症状を呈していなかったということとはできない」と判断した。

また、家族との連絡や協力を得るための指導に関する義務については、「初診時のAは29歳に達しており、その言動、様子等についても、無気力、落ち込み、不眠といったうつ病が原因と解される症状が認められたものの、いずれもうつ病としては軽度の症状にとどまるものと考えられ、この段階でただちに家族に対してうつ病についての説明をしたり、Aの監督につき指導する必要があると判断されるような状況にあったとまでは認められないし、精神疾患という性質上、必ずしも初診時に家族に対して患者本人の病状を明らかにすることが適切であるとは限らず、O医師がその後のAとのやり取りや病状の進展等に応じて家族に対する指導やその協力を求めていく方法をとったとしても、そのこと自体不適切であるとはいえないというべきである」と判断し、いずれもBの主張を認めなかった。

2. 診療過程における過失の有無について

Bは、O医師が、BからAが薬物依存症であることや自殺未遂をしたことについての連絡を受けていたにもかかわらず、何らの対処もせず、リタリンを含む薬剤を処方し続けたということを前提に、診療過程の注意義務違反を主張した。

これに対し、I法人、O医師側は、Aが薬物依存症に陥るほどのリタリン等を処方していないこと、自殺未遂については一切連絡を受けていないと反論し

た。

裁判所は、この点について、「薬物依存とは、薬の連用から習慣を生じ、常に薬を飲みたいという心理状態になったり、薬が切れた際に飲みたいという心理状態になったり、薬が切れた際に身体的に禁断症状を生じるような状態をいうとされているから、薬物依存症であれば、薬剤を摂取しない状態を継続することは困難であり、薬剤を入手するためにおのずと短い間隔での通院を繰り返したり、通院時に薬剤の増量を要求する傾向が顕著になるものと考えられる」「これをAについてみると、AのHクリニックの通院間隔は、全期間を通じて概ね10日から2週間程度と一定しているし、通院1回ごとの薬剤の処方日数と通院間隔とを比較した場合に、通院間隔の方が多少短くなっている部分が認められるものの、いずれも概ね数日程度にとどまっている。Aがたびたび薬剤をまとめ飲みしていたというBの主張を前提とすれば、当然Aに処方された薬剤では、予定されていた処方日数に大きな不足を生ずることになるはずであるが、O医師によるAへの処方、このような薬剤の不足を補うに足りるものとは到底認められないし、また、証拠上Aが通院時に薬物依存症に特徴的な薬剤の増量要求をした事実を認めることもできない」との事情から、Aが薬物依存であったことを否定した。

また、Aが自殺未遂をしていたことに関しては、自殺未遂後、警察を呼んだ、市立病院を利用したとのBの主張について、存在して然るべき裏付けがないこと、自殺未遂についてO医師に連絡したのであれば、診療録にその旨記載されているはずのところ、自殺未遂について記載がないこと等から、自殺未遂の事実をO医師に伝えていたという事実は認められないと判断した。

以上から、Bの主張する過失は認められず、Bの請求は棄却された。

## 【コメント】

### 1. 患者以外からの情報提供について

本件では、患者の家族が、患者の服用状況について医師に報告する等している。ここで問題となるのは、患者以外から患者の情報が提供された場合に、医師としてどのような対応を取るべきか、という点になる。

患者と全く無関係な第三者からの情報提供であった場合はもちろんのこと、患者の家族から情報提供があっても、治療を受けるのは患者本人である以上、患者本人に事実確認をする等して、情報の真偽を確認しなければならない。通院患者の日常生活における情報は、診療に当たって有用なものと言えるが、実際に患者に確認しなければ、真偽不明であることから、鵜呑みにした診療は誤った判断を招きかねないため、危険といえよう。ただし、精神科等に関しては、患者に対する確認事項が非常にナーバスな場合もあることから、患者本人に対する事実確認の方法については、より慎重な対応が求められる。

### 2. 患者家族から特定の治療内容を要望されたときについて

次に、本件では、患者家族から治療方針についての求めがあったものの、担当医師はその方針に従わず治療を行っている。このように患者家族から特定の治療内容について要望があった場合、どのような対応をすべきかが問題となる。

この点についても、あくまで治療を受けるのは患者本人であることから、患者が正確な判断をするために必要な情報を提供し、患者本人の意思を確認することが原則となる。他方、患者本人が必ずしも十分に意思を伝えられない場合もあり、その場合には、患者家族と診療内容について協議し、その意見を聞くことになるであろう。

それでは、患者家族の要望が医学的に誤ったものであった場合であっても、その要望に従う必要性はあるのであろうか。この点、悪性脳腫瘍の未成年者の診療につき、医師が丸山ワクチンを投与したものの症状が改善しなかったため、別の治療(ピシバ

ニールの投与)に変更しようとしたが、家族が丸山ワクチンの投与に固執したという事案において、患者の家族(この件では親権者)は、医療水準に沿った合理的な判断に反して自己の考える治療法を求める法的権利はないと判断されている(東京地裁昭和63年10月31日判決)。本件においては、Aの母親Bは、大量服用しているので薬の処方を守るよう求めているが、Aの通院間隔や処方薬の履歴・量からして、Aが薬物を大量服用しているという事情が伺えないこと、Aの治療のためには薬物治療が必要であることからすると、母親Bの意向に沿わなかったとしても何ら違法性はないとしている。Aは未成年者ではないため、全く同種事案であるとは言い切れないが、医療水準に沿った合理的な判断を尊重するという点で同じ思考であると言える。

精神科診療は、家族の協力を求めるべく家族と面談する機会が多くあるため、本判決は参考になるものと思料する。ただし、やみくもに家族の要望を無視すれば、医療不信を招き、紛争を惹起しかねない。仮に家族の治療内容の要望に反する治療を行うことになったとしても、家族に対し十分な説明を行い、理解を得る努力は必要であろう。

### 【参考文献】

医療判例解説38号133頁

### 【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [うつ病\\*\\*\\*](#)
- (2) [うつ病と自殺; 自殺防止の視点から\\*\\*\\*](#)
- (3) [うつ病概念の歴史的変遷\\*\\*](#)
- (4) [うつ病・不安障害と睡眠障害\\*\\*](#)
- (5) [第12回 メチルフェニデートとペモリンの作用\\*\\*](#)
- (6) [成功&失敗事例で学ぶ! 医療の質を下げないGEの活用 \(5\)調剤薬変更がコンプライアンスへ及ぼす影響を考慮する・精神科領域を例に\\*\\*](#)
- (7) [2. うつ・自殺予防での精神科医とかかりつけ医](#)

[の連携—秋田での実践\\*\\*](#)

- (8) [薬物乱用・依存の疫学\\*\\*](#)
- (9) [服薬アドヒアランスの獲得に向けての看護者の関わり\\*\\*](#)
- (10) [処方薬依存からの離脱と注意点\\*\\*](#)

「\*」は判例に対する各文献の関連度を示す。