

愛知県透析医会1996年度研修会報告 近年の医療訴訟の実態とその対処

渡邊有三¹⁾
大野和美²⁾

〔はじめに〕

愛知県透析医会の研修事業として愛知県医師会顧問弁護士の立岡亘先生に透析医療と医療訴訟について御講演いただく機会がありました。講演内容は透析医療に携わる者にとって大変有益なものであり、日本透析医会の会員諸兄にも医会誌の紙面をお借りして、その概要をお知らせしたい。

講演内容は、1)愛知県における医療訴訟の実態、2)インフォームド・コンセントの考え方、3)透析に関連する医療訴訟事例、4)透析治療中止に関する考え方という項目に大別され、最後に透析医会会員からの質問について答えていただきました。

〔講演内容〕

(1) 愛知県における医療訴訟の実態

愛知県では年間推定100～120例の医事紛争が発生している。勤務医の責任は勤務している病院の形態によって異なるが、勤務医個人の責任が追及された場合、多くの場合、勤務医保険に加入しているだろうから、契約保険会社との折衝で対応が決定される。一方、開業医に関する医事紛争は名古屋市医師会の中にある医事紛争委員会に持ち込まれるのが通常である。そこでは、各科代表の医師、顧問医師、弁護士による委員会が構成され、争点になっている医事紛争について医療側に非があるかどうか？請求額が

妥当か？などについて吟味し、個々の事例について対処している。明らかな医療側の過失が認められない場合、患者側の要求する示談額が不当と思われる場合は、裁判所の判断を仰ぐことになる。通常、明らかな医療側の過失がある場合は示談にて対処されるので、本当の意味での医療訴訟の実数はかなり少なくなる。また、推測だが、医事紛争の数については、訴訟に対する医療側の対応・対策が積極的に行われているような愛知県では増加していないのが現実である。一方、近隣の岐阜県・三重県などでは数が増加しており、医療側が真剣にこの問題に立ち向かっていく必要性を示唆している。

では最近の医事紛争ではどんな点が訴訟上での問題となっているのであろうか？それは法律用語にて大きく分類して以下の3点に分けられる。

i) 生命健康上の悪結果の存在

ii) 義務違反行為【過誤＝過失】

iii) 義務違反行為と結果との間の因果関係

第一番目の問題点は言葉のままであり、医療結果が患者側の期待に反する結果が出た場合は全て紛争の引き金となる可能性がある。ただ悪結果＝過失とは必ずしもいえず、第二の問題点としてあげた義務違反行為があったかどうか争点となることが多い。第三の問題点については種々の関連する問題を提起している。つまり、義務違反行為(過失がある)と結果との間に因果関係は立証されないが、結果として患者が不利

-
- 1) 愛知県透析医会研修委員会 委員長、名古屋大学医学部第3内科講師
2) 愛知県透析医会研修委員会 副委員長、大野泌尿器科医院 院長

益を被った場合である。このような事例に対して、最近の判例では、「医師側は常に最善の治療を行うべきである。それを不十分な形で行ったために生じた患者の不利益については慰謝料で認める」というものがある。これは、義務違反と患者の不利益との間に因果関係が立証されなくても、債務不履行があったとして慰謝料を認めるということであり、医療側は常に適切な医療行為が求められているということで、益々の研鑽が必要なことを示唆する。

(2) インフォームド・コンセント

informed consent (I C) という言葉は、今や医療側のみならず患者側にもよく浸透した言葉であるので余分な説明は不要とも思われるが、近年その解釈に変化が出てきているので若干の補足を加えたい。I C なる概念が定着するまでは、法律的には「説明と同意」という言葉が使用されていた。これは医師の説明義務の必要性の観点から展開された法律論であり、合理的医師説 (average doctor's explanation) に則って従来は解釈されてきた。この言葉を解説すると、「平均的な能力の医師が説明するであろう程度の情報が患者に与えられ、それに対し患者が同意すればよい」とするものである。これは医療の施行に際して、その治療法の実際的選擇は医師の自由裁量によるとする「医師の裁量権」を重視したものであり、医師からの合理的な説明があればよいとされていた。

しかし、最近では I C の持つ意味は具体的患者説であるとの解釈に変化してきている。これは医師の裁量権よりも患者の自己決定権を重視する考え方に則ったものであり、いったい誰のための説明がなされたかという面を重視している。つまり、患者は自分が具体的に必要としている情報の提供が全て与えられたあとで、自分で自由に治療法を選択することができるという権利を是認する考え方である。

このような患者中心の考え方でいくなれば、今後の I C は、患者は何を欲しているか？何を知りたがっているか？を勘案し、患者の自己決定権を尊重したものであることが望まれる。

実際の医療訴訟は結審までに長い時間がかかることが通常であり、判決の出る頃の社会的雰囲気と、提訴された頃の状況とはかなりの違いがあることが多い。最近の I C の考え方もこのような世相を反映し、大きな変貌があることは知っておくべきことである。

従来よりアメリカでは患者の自己決定権を重視した判決が多い。ただアメリカでは個人の自己主張が日本と格段の差で強いし、契約概念、つまり、個人の判断を前提に、権利と義務、反面、自己責任で解決されることになる。アメリカでの風潮が必ずそのまま日本にやってくるわけではないが、今までの日本の裁判の傾向では、アメリカでの判例の考え方が日本で少し遅れて入ってくる傾向は否定できないので、I C に対する考え方も変えていかねばならないと考えられる。

以上を勘案し、現在の I C の考え方を文にすると、「医師が十分な情報を提供し、患者がその情報を十分に理解したうえで、自由な意思(誰からも強制されない自由な立場)で、検査や治療法を選択し、その決定(同意)に基づいて、医師が医療行為を行う」ということになる。患者の自己決定権が如何に重視されているかがわかっていただけだと思う。

(3) 紛争予防対策(医療機関側の反論・反証)

i) カルテその他の診療記録・検査記録などの証明力が最大の紛争予防(防御)

医療側の紛争対策として、I C の存在は最低限であり、本人が未成年で理解できない場合は必ず保護者から I C をとって(ただ、未成年といっても理解力・判断力がある未成年については、本人の同意をとってから保護者の同意をと

るようにする)おかねばならない。ICの書類に関しても、従来使用されてきた「私は〇〇検査・手術の説明に同意し、〇〇を受けることを承諾します」というよう簡単な文章では不十分である。

さまざまな検査・手術それぞれにおいて、もっと具体的な内容、とりうる治療法、起こりうる合併症、副作用を明記した文章をあらかじめ用意しておき、それを前もって患者に渡しておき、「書いてある内容が理解できましたか？」と尋ね、その上で理解できなかった内容について補足するような対策が必要と考えられる。(大病院などで、ある特定の検査や治療が頻回に行われる場合には、専用の文書を印刷しておくことも効率的であるとともに担当者が異なっても同じような説明がなされるので有用であろう)。そしてICを取る際には病院の医師のみならず、立会人として看護婦・患者の家族の署名をもらっておくことも有意義である。

同時に医療記録の整備、医療関係者相互の医事記録の連絡も必要な防御行為である。患者にどのように説明してあるのかが簡単にわかるように、患者への説明欄をカルテの中に置くことも、主治医間同士の連絡を円滑にするうえでよいだろう。

カルテの記載も重要なものであり、問診一つをとっても、異常がないと患者が言った場合何も書かないのではなく、異常なしを記号でもよいから記載しておくことが必要である。カルテに記載がない事例について、裁判所は以前ほど医師側に好意的な判断をしなくなっている。開業の一般医のカルテだから大病院のカルテとは違うというような事情配慮的な展開が認められる可能性はほとんど期待できないのが現状である。

そして、そのカルテが信頼できるものかどうかの判断については、記載の欠落、改ざん、追記、誤記、紛失、滅失などがある時に問題とな

る。紛争の起こりそうな症例については、カルテを別に保管するなど、その廃棄を防ぎ、証拠を確保しておくことが重要である。なお、明らかなカルテの誤記があり、修正が必要と思った場合、勝手な追記は改竄ととられ、カルテの信憑性が疑われる。カルテとは別の書面に訂正補充等の内容を書き補正者の氏名と補正日を記載する。そして、その文書に確定日付(公証人役場で取れる)をとっておくことで相手から指摘され訂正したとは言われないであろう。

ii) 関係者の事情聴取と記録管理

患者家族などにどのような説明をし、どのような反応があったかも記録しておくことが重要である。

iii) 鑑定の位置付け、裁判における価値

鑑定は重要な位置を占める。医療の選択性、裁量性を考えると、自己の見解を前面に出すような鑑定人は不適切で誤判をうむ恐れがある(鑑定人間の意見が相反する場合も稀ではない)。文献・症例報告の字面からは読めない意味あいを、素人の裁判官に理解させるため、種々の見解を理解し評価説明できる人が鑑定人として相応しいであろう。

iv) 解剖の有用性

解剖は有用な所見であり、常に解剖の依頼をすべきである。断われた場合においても、依頼したことは必ずカルテに記載しておく必要がある。

(4) 透析を巡るの医事紛争例

あまり多くの事例はないが以下のような事件についての説明があった。

i) 透析手技上の過失が問題となった場合

透析回路につないだ三方活栓が外れるという処置ミスからの出血による死亡例→医療側の明らかな過失のため示談となった

ii) 透析に際しての使用薬剤の使用量が問題となったもの

ヘパリンの使用量についての訴え→適正との判断で裁判で棄却

iii-1) 透析導入時の説明義務が問題となったもの

移植腎の拒絶反応により透析再導入が必要な患者に透析導入を説明したが、患者家族が透析を拒否したため、結局患者が腎不全で死亡し、説明義務違反を問われた例→患者は21歳で成人しており、本人の意思確認も十分とれるので、家族の拒否が適当かどうかについても争いがあつたが、裁判所は患者と家族の親子関係が緊密で、患者が家族に治療方針を一任していたと認定し、患者・家族に透析施行を説得したが承諾が得られなかった。その際の説明につき、患者・家族が既に透析の目的・内容の知識を有し、事前に腎移植後の再透析の必要性も説明している場合、それを省略しても説明不足はないと判断し、棄却した。

iii-2) 横紋筋壊死例での急性腎不全患者で、その診断が遅かったため患者が不利益を被った事件への、患者側からの提訴

rhabdomyolysisを気付くのが遅かったのは検尿をしなかったためで、症状からこの疾患を疑って検査すべきだったとの訴え→最初の診療機関では患者が尿が出ないと言ったため調べなかった。また、この時は血液検査は正常であった→一番は検査をすべきであったとして有責と審判した。→二審では診断できなくとも可(脱水により尿が出ないと考えることは一般的)との判断で逆転無責などの事例が紹介された。

最後の事例は、患者側が最初に受診した病院を訴えたものであるが、透析を実施した後医の言動が関与したのではと推測される。なお、高裁判決では後医が透析を頻回に行い、降圧剤を使用すれば脳浮腫は予防できたはずと判断している。

ただ、全般として透析に関係する訴訟はそんなに多くないようである。

(5) 高齢・痴呆・合併症などによる透析の中止は可能か？

最近advance directiveという概念で話題になっている領域の話である。透析の現場では患者の高齢化は現実の問題であり、我々もnervousにならざるをえないが、講師からは以下の3点から解説があつた。

i) 治療行為の中止は誰が判断するのか？

ii) 治療行為の中止の「自己決定」は、「免責事由」か「医師への義務付け」か？

iii) 意思の代行は可能か？などである。

第一の問題は患者の自己決定権を最優先するという最近の風潮を尊重するならば、患者の意思が優先するということになる。つまり、患者の意識が明瞭な時に明確な意思で医療拒止の姿勢を明らかにしているならば、患者が推定していたような状態に陥ったならば、積極的な治療行為はしてはいけないことになる。

しかし、この権利を演繹すると究極的には「透析はしてほしくない」と訴えている患者に透析はしていけないのか？という問題にぶつかる。このような場面での医師側の対応は三つに別れる。「患者の意思に拘束され、透析をやめるべきである」「透析をすれば今後も生存する可能性があるので、患者の強い意思があつても透析はやるべきであり、医師として積極的な治療行為をしないで死を迎えることはできない」、「患者の権利を斟酌はしておいて、さらに医師の判断として治療すべきか否かを考慮して、透析をやっても仕方がない」という対応である。第一の選択は患者の権利を尊重するのが優先事項で、患者の意思は医師への義務付けとなるという考え方、第二の選択は医師の使命感による医師の自由裁量権を優先するものである。第三の対応は医師としての判断も加えての対応であり、積極的に死に荷担しているのではないので、患者の死について医師は法的責任はない。結果としての死に対しては免責されるのだという考

え方である。

有名な舌癌切除事件では、癌の告知が出来なかったとはいえ、患者本人が明示的に拒絶している場合、医学的に正しい癌病巣部の摘除であっても、患者の自己決定を優先するとして、医師の責任を認め慰謝料の支払いを命じている。近年のICの考え方の強調の根底にある自己決定権の尊重の趣旨から、このような考え方の流れは意識しておくべきであろう。

このような事例は、他にもエホバの証人に対する輸血施行が人格権を侵害したものか争われており、その判断が注目される。

特に、最後の問題は意思の確認方法であり、どのようにして患者の近接した明確な意思を得るべきか、大きな問題となる。

例えば、患者本人が図1に示すような文章で意思を明らかにした場合を考えていただいた。(この文章は愛知県透析医会会員からの質問状である)

この文章にはさまざまな問題があると立岡弁護士は考えている。弁護士の立場から考えると、一切の医療行為を中止という文面は現段階では許容できないとした。補液などの治療も含め全ての医療行為を中止というのは極論であるとの考え方である。また、現在では自殺という行為をすることにより本人は法的に罰せられないが、人が死ぬ権利というものはまだ認められていない。意識回復が見込めないという部分はいかなる状況であることをいうのか不明確で、(いわゆる脳死は未だ死として公に認められていない)。たとえ、意識回復がなくても、植物状態に対する尊厳死は許容されていない。また、確認書というものがどういう意味であるのか?についても疑問を投げかけている。(患者本人の自己決定権を優先するならば家族の確認は原則として不要である。しいて言うなら、事後の紛争予防—患者本人の意思確認として—のため、患者の了解の下に家族を立会人とするかである)

文書の中にあるような医療行為の中止により死期を速める行為は「消極的安楽死」または「尊厳死」と呼ばれる行為であるが、近時、これを許容する考え方が強い。ただ、消極的安楽死については争いがあり、厳格な要件の下に許容する見解が有力化しているが違法との意見も強く、このような状況を鑑みると、現段階ではこのような難しい問題に対する正確な回答はできないというのが妥当な考え方ではないかとされた。

なお、患者の自己決定を優先しつつ、他方で医師の良心的拒否(透析をやめたいという患者の自己決定権行使に対する拒否)を認めるべきとの考え方もあるが、まだ一般的な結論が出ていない領域である。

依頼書	
主治医殿	
<p>私は、将来事故や疾患により<u>人事不省に陥り、意識回復が見込めない状態になった場合、私にかかる一切の医療行為を止め、そのまま自然経過に任せるよう</u>お願いいたします。</p> <p>これは、私の自己決定であり、それにより法的または倫理的責任は一切問いません。</p> <p>以上、切にお願い申し上げます。</p>	
平成〇年〇月〇日	
患者氏名 ○ ○ ○ ○ 印	

確認書	
主治医殿	
<p>母親○○○○の終末期医療についての希望を私は理解し、了承いたします。</p> <p>従って、終末期において<u>一切の医療行為が止められた場合、それによる法的、倫理的責任は一切問いません。</u></p> <p><u>以上確認いたします。</u></p>	
平成〇年〇月〇日	
患者の○○ ○ ○ ○ ○ 印	

図1 事前に質問があった文例

(6) その他の問題または質問への回答

責任限度特約：同意書の中に事故があった場合の責任賠償額を決めておくというやり方はどうか？→賠償限度額が一般常識的に妥当な額であれば、法的に根拠があると考えてよい。

医療施設内や通院透析患者の送迎時の患者の転倒事故の法的責任：医療施設内での事故に関しては、まず設計施工段階で転倒時に障害が起こりにくいような工夫が最低限必要であるが、医療施設内での事故＝全て病院の責任というわけではない。

日常生活については、家族が注意すべきで、医師がそこまで注意する義務はないという判例がある。ただ、転倒しやすい人には看護する家族にそのような注意を説明する必要は当然ながらある。

病状説明は誰に？：「自己決定」の考え方の徹底が必要であり、家族への説明は原則として必要ではない。しかし、日本の通常のやりかたとしては、病気が深刻なものであればあるほど、本人への説明というより家族への説明という事が多いと考えられる。これは、現状の医療慣行と法の建て前を上手に使い分けて行くほか仕方がない。

[まとめ]

以上のような内容が、本研究会での講演の概要である。我々が関係する医師法をはじめ、民法や刑法等をはるか以前に整備されたものであり、実態にそぐわない面が多々あるのは仕方がない。また、医療の実態は日に日に変化しているのが実情である。また医療を取り巻く環境の激変は、医療の進歩をはるかに凌駕するものである。したがって、今日話題になった多くの事柄も、数日後には大きく変化するべき内容を多く含んでいる。尊厳死などの問題は、臓器移植法案の国会通過の如何により大きく変貌する可能性を秘めている。ただ、高齢者透析患者が激

増し、社会的入院患者数が増える一方である今の日本の透析医療を考えるには、避けて通れない問題と考え、我々の研修会の内容の一端についてお知らせした。会員諸兄にとって何等かの参考になれば幸いである。

尚、この研究会は日本透析医会研修委員会よりの後援の下に実施されたものであることを付け加えておきたい。

文責：

愛知県透析医会研修委員会委員長

名古屋大学医学部第三内科講師 渡邊有三