

MTR 会報誌

Vol. 8
2024 JULY

医療過誤を取り巻く現場の実情と 損害賠償請求事案



社員全員
終活アドバイザー取得済!



医療過誤に関わる私見	荒井 保明	2
事案1 医療過誤(薬剤投与・監視義務違反)による損害賠償請求事案		5
事案2 医療過誤(CT検査所見の見落とし)による損害賠償請求事案		6
意思能力®鑑定		7

弁護士協同組合特約店 ※ 2024年7月現在

東京都弁護士協同組合・京都弁護士協同組合・福岡県弁護士協同組合・香川県弁護士協同組合・徳島弁護士協同組合・高知弁護士協同組合・愛媛弁護士協同組合・
広島弁護士協同組合・札幌弁護士協同組合・兵庫県弁護士協同組合・仙台弁護士協同組合・岡山県弁護士協同組合・茨城県弁護士協同組合・神奈川県弁護士協同組合・
埼玉県弁護士協同組合・大分県弁護士協同組合・青森県弁護士協同組合・千葉県弁護士協同組合 ※その他、弁護士協同組合に申請中です。詳細はお問い合わせください。

医療過誤に関わる私見

はじめに

45年間臨床現場で働き、医療過誤訴訟事案の鑑定に携わったこともあれば、病院管理者として訴状を受けることも経験してきた。もちろん医療訴訟や医療過誤の専門家ではないが、医療過誤を取り巻く臨

床現場の実情についてはある程度説明できるかもしれない。よって、あくまで「参考になれば」というスタンスではあるが、医療過誤に関わる若干の私見を述べさせて頂く。

医療の不確実性

EBM (Evidence Based Medicine、エビデンスに基づいた医療) の概念が医学の根幹として認識されて久しい。医療行為は科学的な手法で評価され、治療を例に挙げれば、その時点で最も信頼性の高い治療法が「標準的治療」として認知される。例えば、治療法Aと治療法Bという2つの治療法があり、治療法Aで治療を受けた100人の患者さんの生存期間の中央値が12ヶ月、治療法Bで治療を受けた100人の患者さんの生存期間の中央値が8ヶ月ならば、治療法Aが「標準的治療」と見なされる。この「標準的治療」は学会などが作るガイドラインにも掲載され、少なくとも医師が、正当な理由なく治療法Bを行ったり、それ以外の治療法Cを行うことは許容されない。この「治療法Aの方が長生きに繋がる」という結果が本当に普遍的なものなのか、あるいはこの200人の患者さんに「たまたま生じた結果」であるかの判断に用いられるのが統計学であり、一般的な医療の領域では「有意水準5%」という基準が用いられる。これは、簡単に言えば、「20回の判断のうち、間違っ

とが1回までは許容する」という基準である。すなわち、エビデンスはあくまで確率から示されたものであり、絶対的な真実とは限らない。患者さんの背景や病態が千差万別である以上、最後は「やってみないと判らない」のが医療の本質であり、医療行為にはこのような不確実性が厳然と存在する。しかし、このような「医療の不確実性」についての一般的な理解は甚だ乏しい。患者・家族からすれば「話が違う」、「そんな筈ではなかった」という思いが生じるし、医師の側からすれば、敢えて冒険するよりも、エビデンスを振り翳しておく方がリスクは少ない。「あなたにはもうエビデンスに基づく治療法はありません」という拒絶的な言葉がその典型である。医療過誤に対する過度の警戒感が医療自体を萎縮させているのも、また事実であり、萎縮により新たな試みがなされなければ、医学の進歩自体も止まってしまう。「医療の不確実性」を正しく認識することは、患者・家族と医療者の信頼関係を醸成する上で、最も重要な第一歩と思われる。

「足りない」ことの認識

医療安全は医療施設において最も重要視される課題であり、インシデントが生じれば、その原因を追求し、再発を防止するために様々な対応を行うこと

は医療施設としての責務である。しかし、「100回やって一回も間違いが起こらない医療行為」を見つけるのは簡単ではない。勿論、その間違いの結果が

魚沼市立小出病院 内科医長／元 国立がん研究センター中央病院 院長

荒井 保明



生死に関わるような重大なものであるならば、その間違いが起こらないようにすることは全てに優先する。しかし、稀に生じ、かつそれが重大な事象に繋がる可能性がないものでも、多くの場合それを防ぐために膨大な努力が払われる。例えば、患者さんから採取してすぐに検査室に提出しなくてはならない血液検体を、1時間病棟に置きっぱなしにしてしまったとする。当然、正しい検査結果は得られないので、採血をし直さなければならない。患者さんに明らかな不利益が生じた過誤である。再発を避けるためには、教育やマニュアルの作成あるいは改訂、ダブル

チェックなどの手順の見直し、さらにはそれが遵守されているかの確認の手続きなど、実に様々な「決まり事」を作らなくてはならない。医療者が携帯するマニュアル本はどんどん分厚くなり、実際の業務量も次から次へと増えていく。反面、多くの場合、その業務をこなすためのリソース、すなわち、人員の補充や給与面の改善などにはなかなか手が回らない。結果、医師や看護師の労働条件は改善されないまま、医療現場でこなさなければならない仕事量だけが指数関数的に増加し、この「余裕のなさ」が逆に次のインシデントの誘因ともなる。他方、昨今医療

プロフィール

荒井 保明 (あらい やすあき)

【経歴】

- 1979年 東京慈恵会医科大学卒業
国立東京第二病院内科 (現・国立病院機構東京医療センター)
- 1984年 愛知県がんセンター 放射線診断部
- 1997年 愛知県がんセンター 放射線診断部 部長
- 2004年 国立がんセンター (現・国立がん研究センター) 中央病院 放射線診断部 部長
- 2010年 国立がん研究センター中央病院 副院長／放射線診断科 科長
- 2012年 国立がん研究センター中央病院 院長／放射線診断科 科長・IVRセンター長
- 2016年 国立がん研究センター 理事長特任補佐／中央病院放射線診断科長・IVRセンター長
- 2018年 国立がん研究センター 理事長特任補佐／中央病院放射線診断科、IVRセンター (非常勤)
- 2022年 魚沼市立小出病院 内科医長
東京慈恵会医科大学および埼玉医科大学 客員教授
聖マリアンナ医科大学 臨床教授
国立がん研究センター 客員研究員

【専門領域】

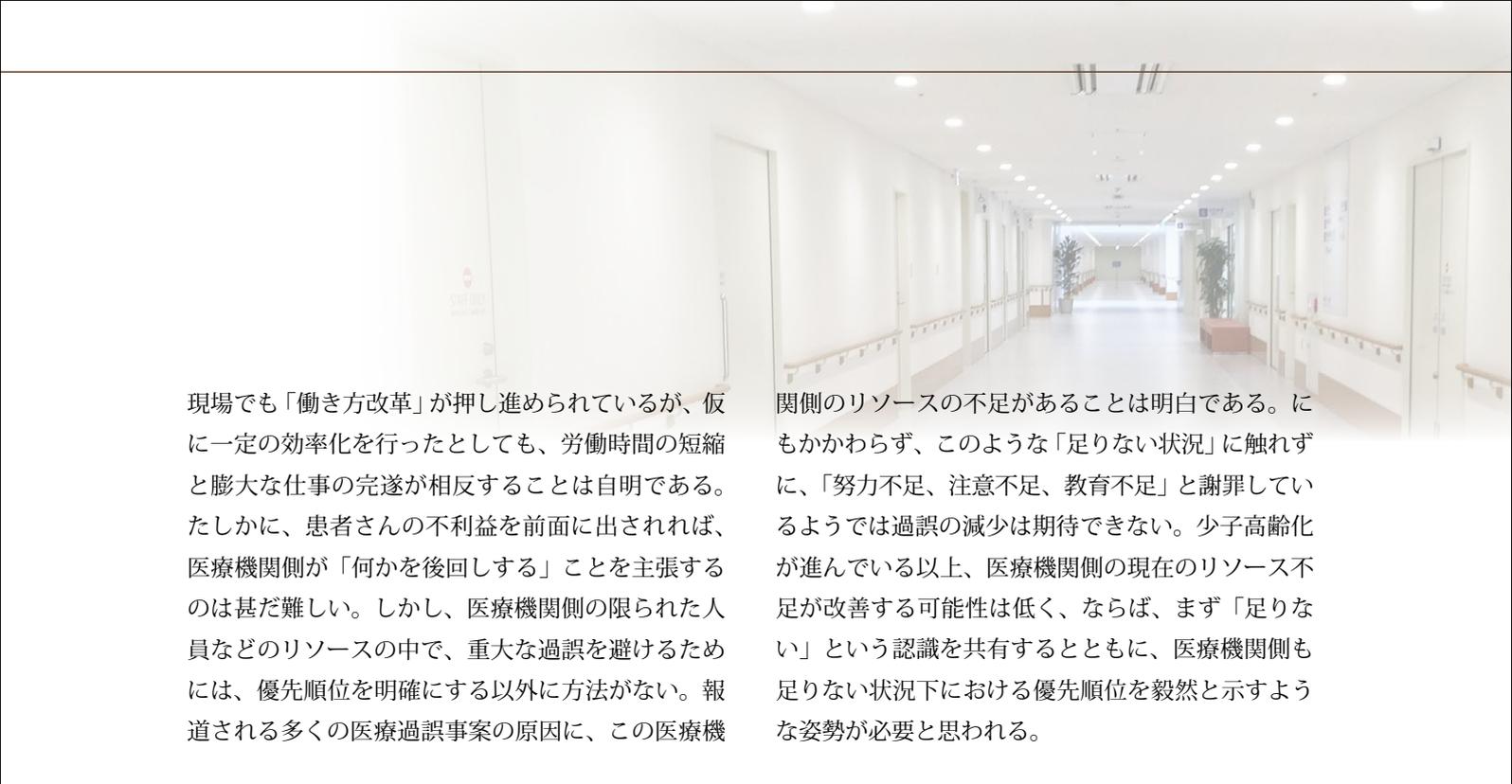
INTERVENTIONAL RADIOLOGY (画像下治療)

【発明・開発等】

- 1982年 皮下埋め込み型ポート (リザーバー) 開発
- 1982年 鎖骨下動脈経由経皮的肝動注用カテーテル留置法開発
- 1992年 IVR-CT (Angio CT) システム開発
- 2002年 経頸静脈経肝の腹水-静脈シャント術開発
- 2017年 先端可動型マイクロカテーテル開発

【学会 (資格)】

- ・日本IVR学会 元理事長／日本IVR学会専門医
- ・日本医学放射線学会専門医
- ・Journal of Cardiovascular and Interventional Radiology, Emeritus Editor
- ・Journal of Vascular & Interventional Radiology, Associate Editor
- ・Society of Interventional Radiology (SIR) / Fellow
- ・Cardiovascular & Interventional Radiology Society in Europe (CIRSE) / Distinguished Fellow
- ・Asia Pacific Society of Cardiovascular and Interventional Radiology (APSCVIR) / Gold Medalist
- ・元 厚生労働省 薬事・食品衛生審議会委員
- ・元 厚生労働省 薬事分科会 医療機器・体外診断薬部会 部会長
- ・元 厚生労働省 薬事分科会 医療機器・再生医療等製品安全対策部会 部会長
- ・元 厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会 委員
- ・厚生労働省 保険医療材料等専門組織 専門審査員
- ・厚生労働省 「ニーズの高い医療機器の早期導入に関する委員会」ワーキンググループ委員



現場でも「働き方改革」が押し進められているが、仮に一定の効率化を行ったとしても、労働時間の短縮と膨大な仕事の完遂が相反することは自明である。たしかに、患者さんの不利益を前面に出されれば、医療機関側が「何かを後回しする」ことを主張するのは甚だ難しい。しかし、医療機関側の限られた人員などのリソースの中で、重大な過誤を避けるためには、優先順位を明確にする以外に方法がない。報道される多くの医療過誤事案の原因に、この医療機

関側のリソースの不足があることは明白である。にもかかわらず、このような「足りない状況」に触れずに、「努力不足、注意不足、教育不足」と謝罪しているようでは過誤の減少は期待できない。少子高齢化が進んでいる以上、医療機関側の現在のリソース不足が改善する可能性は低く、ならば、まず「足りない」という認識を共有するとともに、医療機関側も足りない状況下における優先順位を毅然と示すような姿勢が必要と思われる。

医療過誤における施設の対応

医療過誤が疑われる事案が生じた時、私は病院管理者として必ず当事者に「わざとやったか？」と尋ねた。もちろん「わざと」と回答された経験はない。それを確認した上で、私は「病院は必ず君を守る」と話した。もちろん、過誤があれば当事者、病院はその非を素直に認めなければならないが、ここでの「病院は必ず君を守る」という言葉の真意は、「病院は君を決して排他的に扱うことはしない。非があれば一緒に謝り、一緒に責を負う」という管理者としての明確な意志表示である。これは決して当事者を「庇う(かばう)」ためのものではなく、批判の矢面に立たされがちな当事者を「病院として支える」ための対応

である。当然のことながら、当事者は通常精神的に追い詰められており、ある種、極限状態にある。そのような状況で患者・家族、当事者、そして医療施設にとっても、少しでも良い方向に收拾を図ろうとするならば、このような施設としての対応が極めて重要であり、またこれは当該施設にしかできないものでもある。大病院で起こった医療過誤であるにもかかわらず、病院が責任ある対応をせず、当事者が批判の矢面に立たされ大きく人生を変えてしまったという悲しい話は枚挙に暇がない。不幸にして医療過誤が起きてしまった場合に当事者を支える対応をすることは、医療機関の責務であると思っている。

information

メディカルリサーチ オンラインセミナーのお知らせ

テーマ 高齢者の意思能力問題とは

「高齢者の意思能力®問題」にフォーカスをあてながら、今後激増するであろう、「意思能力®問題」、「遺言トラブル」、「相続問題」について専門家ならではの着眼点や医学的争点など分かりやすく解説します。

講師 ● 中嶋 浩二 (牧野記念病院 副院長) ※12/10 (火)のみ
● 圓井 順子 (メディカルリサーチ (株) 代表取締役・看護師)

日程

8/28 水 16:00~17:00

10/29 火 16:00~17:00

12/10 火 16:00~17:00

お申込は
こちらから >>>



※2024年7月現在の予定です。

事案 1

医療過誤（薬剤投与・監視義務違反）による 損害賠償請求事案

概要

- 案件者：50代 女性
- 顔面痙攣のため、かかりつけ病院にて2度の微小血管減圧術を受ける。
- 2度目の手術後、オペ室から一般病棟に帰室。その後まもなく心肺停止の状態で見送られ、心肺蘇生するも、重度の低酸素脳症に陥り、遷延性意識障害で寝たきりとなった事案。

争点

1. 術中の薬剤投与量
2. 術後の監視義務違反について

弊社の利用サービス

- 麻酔科医による医学意見書作成

1. 麻酔薬鎮痛薬の仕様の適正について

麻酔記録上、麻酔薬ディプリバン（プロポフォール）とセボフルレン、鎮痛薬フェンタニルとアルチバ、筋弛緩薬エスラックスが同時に投与されていました。選択薬や容量について麻酔科医の回答は以下の通りでした。

→ 適切である。

一般的な全身麻酔の導入を上記薬剤で行うとすると、フェンタニルを投与後、プロポフォール投与で入眠させ、エスラックスを投与します。マスク人工呼吸を開始直後、セボフルレンの持続投与を開始します。

今回も同様の流れで14時40分に処置しています。

通常、この一連の流れは、1分以内に行われることが多く、麻酔記録上、同じ時間で投与されたと記録されていたとしても、14時40分00秒～14時40分59秒の間の出来事は全て、14時40分に記録されます。従って、おそらく全くの同時ではなかったことが予想されます。

アルチバの持続投与を開始するタイミングは、麻酔科医の裁量によります。「プロポフォールで入眠させる5分前から」持続投与を開始する麻酔科医もいれば、「麻酔導入後かつ手術開始前に」持続投与を開始する麻酔科医もいます。よって、麻酔導入時に同時に開始することは、多くの麻酔科医が納得できるプラクティスであると言えます。

2. 術後管理について

患者は、手術終了後から約20分間、心電図モニター、パルスオキシメーター等、循環に対する機械的な監視装置が外されていました。術後にCTを撮影した後、一般病室に運ばれ、その直後に顔色や意識状態から異変が見つかり、既に心停止している状態で発見され、心肺蘇生措置が行われ、8分後に自己心拍が再開しています。

→ 「術後、モニターを装着せずに手術室をでた」ということを除けば麻酔管理は問題ないと思います。術直後は様々な不測の事態が生じ得るので、麻酔終了直後かつ脳外科手術終了直後であり、慎重なモニタリング（監視）が必要だったと言えます。

総括

心停止の原因がはっきりしない以上、避けることができたか否かを判断することは現状では困難であるとの前置きがあるものの、慎重な主観的モニタリングおよび客観的モニタリング（とくに酸素飽和度測定）は、術後（麻酔後）の低酸素状態をより早く察知することに役立つ。

従って、もし仮に本件の心停止の原因が呼吸原性であったならば、慎重な患者観察（主観的・客観的）が、速やかな治療介入に繋がり、治療介入が適切であれば、心停止を回避することは可能であった。と結論付けた。

結果

本意見書提出後に病院側が和解に応じ、和解成立。

※モニタリング

酸素飽和度・心電図モニターは、病態が変化する可能性のある重症患者や不整脈が起こりうる可能性の高い患者の観察のために使用されている。

心電図モニターは患者の急変を知らせる情報源となる。モニターのタイプとしては、患者と受信機が誘導コードで接続されている有線式と、患者に小型の送信機を使用し、ベッドサイドモニターやナースステーションなど遠隔した場所にあるセントラルモニタに伝送する無線式とがある。

ナースステーションには常に看護師や医師が入り出しておりモニターの観察が可能であり、仮に無人であっても異常があった際にはアラーム音で知らせることが出来る。

事案 2

医療過誤 (CT 検査所見の見落とし) による 損害賠償請求事案

概要

- 案件者：60代 男性
- 2013年、被告病院（外科）にて胃癌の手術を受ける。以降、被告病院にて経過観察を継続。
- 2018年1月、転移・再発チェックのための胸腹部CTを施行するも、「肺野に異常所見なし」とされ定期健診での経過観察となった。
- それから2年後となる、2020年3月、食欲不振・体重減少のため入院。

そこで再度2018年1月に撮影した当該胸腹部CTの画像診断報告書を医師が再確認したところ、放射線医のレポートに「肝腫瘍疑い」の所見があることに気付く。その後、肝腫瘍の増大、肺転移を認め、1か月後に、死亡された。

争点

2018年1月撮影の胸腹部CTにて検査結果の見落としが無かった場合、死亡日以降にも生存していた蓋然性について

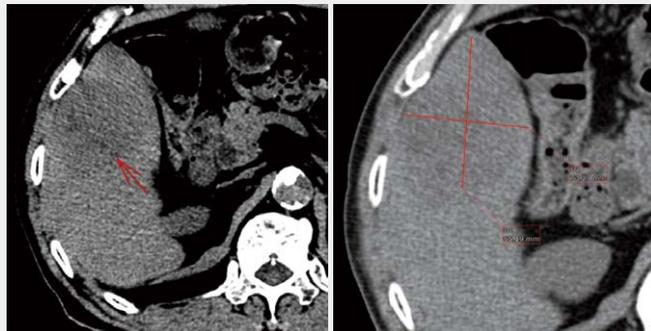
弊社の利用サービス

- 放射線科専門医による画像鑑定
- 消化器外科医による医学意見書作成

1. 放射線科専門医による画像鑑定

メディカルリサーチの画像鑑定で2018年1月の胸腹部CTで「肝腫瘍疑い」を明らかに認めた。（図参照）

被告病院の放射線科医からの指摘が当初からなされていたものの、主治医がそれを完全に見落としをしていたことを裏付けた。



2. 消化器外科医による医学意見書作成

そこで、さらに消化器外科医への意見書前相談を行い、見落としが無かった場合に死亡を回避できたか否かを精査しました。

「胸腹部CTで認められる肝腫瘍について、腫瘍の大きさや、既往症等を踏まえ、予想される治療を行った場合の経過や予後について」

患者の既往や画像所見を考慮すると 原発性肝細胞癌（HCC）というより原発性肝内胆管癌（CCC）や肝転移の可能性が高いと考えられた。

どちらにしても、発見時に外科的切除が行われていれば、実際の死亡日以降も生存していた可能性は高いものと考えられる。また、患者の状態を考慮しても、発見時での患者の容態は、肝予備能は保たれ手術耐術能に問題なく、呼吸機能・心機能の評価からも全身麻酔に適応でき、手術可能であったものとする。

総括

発見時に外科的切除が行われていれば、死亡日以降も生存していた蓋然性は高いものと考えられる。

意思能力®鑑定

2013年より『国内初』となる意思能力®鑑定サービスを提供しております。【特許出願中】

遺言作成時の意思能力®を可視化して、紛争解決をサポート

弊社では、2013年から高齢者の意思能力®を評価する仕組みを必要とする社会が来るのではないかと考え、本サービスを開始。以来、生前・没後合わせて300

件以上の遺言能力（意思能力®）鑑定実績があります（2024年7月現在）。

鑑定医たちの意思能力®に対する考え方

意思能力®は決して「あり」「なし」で断定されるものではありません。私たちの鑑定では、意思能力®の程度や、どの分野（見当識、記憶、計算、復唱など）で欠落があるのかなどを鑑定しています。長谷川式やMMSEで総合得点が何点かということだけを見ては、被相続人の意思能力®は鑑定できません。

主治医の診断書は被相続人の意思能力®の程度や有無が完全に表現されるものではなく、弊社では、カルテの記載、介護保険の主治医意見書、介護記録、処方内容などを厳密に精査した上で意思能力®の評価を行っています。

— 意思能力®鑑定が必要とされる場面 —



生前意思能力®鑑定 依頼フロー



意思能力®鑑定にあたり準備いただく書類

- 1 介護記録、施設での生活記録・看護記録、主治医カルテ等、当時の生活状況の分かるものは可能な限り多く入手してください。
- 2 画像（DICOMデータもしくはフィルム）
- 3 長谷川式、MMSE等の検査結果
- 4 公正証書もしくは遺言書

その他、お問い合わせ時に看護師がしっかり説明致します。

※意思能力®とはメディカルリサーチ株式会社の商標登録です。

CONTACT

 03 - 6285 - 2848

 mr.company@medicalresearch.co.jp

遺言能力(意思能力[®])鑑定サービス ウェブサイト
お問い合わせフォームから

<https://www.medicalresearch.co.jp/mental-capacity/>



メディカルリサーチ 株式会社

【東京本社】〒101-0044 東京都千代田区鍛冶町 1-10-4 丸石ビルディング 6 階

【神戸営業所】〒650-0031 兵庫県神戸市中央区海岸通 8 番地

