



産科領域の訴訟から見た学会の対応

順天堂大学医学部教授 木下 勝之

木下 それでは「産科領域の訴訟から見た学会の対応」と題してお話いたします。産婦人科には日本産科婦人科学会だけではなく、日本母性保護産婦人科医会があり、この両者を含めた視点からお話をいたします。

の段階ですから、中間報告としてお話をいたします。最終的な目標は若手医師の確保と育成ですが、今日では女性医師が非常に多くなっており、労働条件の改善が産科医師の確保に有効な方法の一つとなるという仮説のもとに、項目だてをしてアンケート調査をいたしました。

産婦人科医の産科医療に関する意識調査

回答者Background

- 平均年齢:32.4歳(男:33歳、女30歳)
- 平均卒業年度:平成8.9年卒
- 男女比

アンケート調査

対象:卒後15年目以下の産婦人科入局医師
 回答数:954(中間報告)
 仮説

- 女性医師の労働条件の改善が産科医師不足の解消に有効な方法の一つとなる
- より安全な産科医療のために、産科研修の充実と無過失賠償制度の導入が望まれている

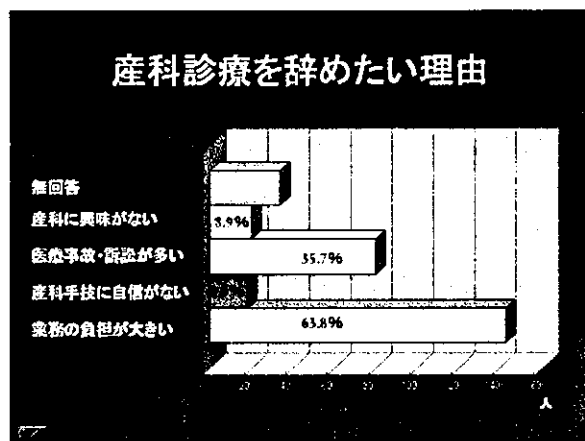
それによりますと対象が卒後 15 年以下ですので、平均年齢は 32.4 歳で、平均卒業年度は平成 8、9 年でした。ある程度経験を持ったドクターたちの意識調査です。

鴨下 班の研究で産婦人科医の現在の産科医療に対する意識調査を行っています。学会に登録されている医師にアンケートを配り、そこで得た結果から、産科医療に対する意識をまずご紹介いたします。卒後 15 年以下の医師約 900 名の回収

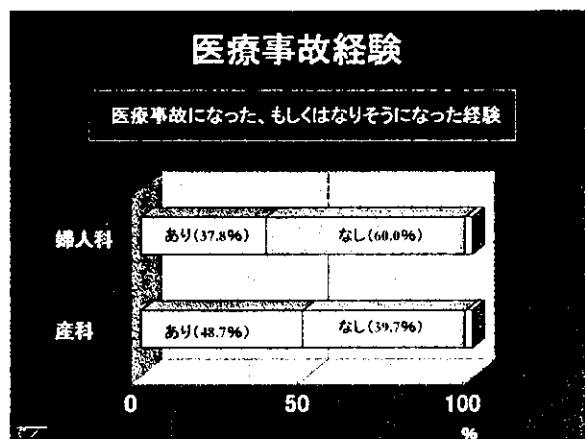
産科診療のストレス

ストレスはあるが興味を持って行える(65.6%)
 まったくストレスがない(34.4%)

ストレスについて聞きますと、診療科の変更もしくは、産婦人科をやっていて、辞めたいほどのストレスである、これが8.9パーセント。できれば婦人科診療のみを行いたいと、産科はもういいというもの、これが14.5パーセント。それからストレスはあるが興味を持っているのが半数以上であります。全くストレスがない、を入れますと、比較的良好な結果ですが、23.4パーセントは、もう産科はやめたいというのが実態です。恐らく調査対象数が増えてもこういう傾向になる気がいたします。

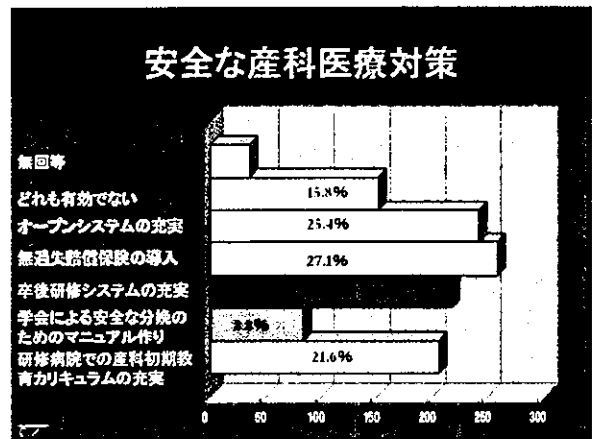


なぜ辞めたいかの理由を尋ねますと、1つは、産科に興味がないということ。医療事件や訴訟が多いことが35.7パーセントであり、気にしております。さらに大きい理由は業務負担が大きいということです。



事故経験があるかという問いに対して、婦人科領域で医療事故になったとなりそうになった経験があると答えた医師は、約40パーセント近くあ

りました。一方産科領域では48.7パーセントの医師がハラハラするといった経験をしているのが実態です。



このような現状に対して、安全な産科医療対策の考えを尋ねてみました。どれも有効ではないと、諦めきっている者もおりますが、多くは真剣に対策を考えています。1つはオープンシステムの充実。次いで、後半にお話になる無過失賠償保険の導入も求められています。現実的な方法として、いろいろな事故を起こさないための判断力を身につけるために、卒業後研修施設の充実も指摘されております。さらに学会による安全な分娩のためのマニュアル作りとそして研修病院での産科初期教育カリキュラムの充実が求められています。この問題は産科婦人科学会、あるいは医会が積極的に対応すべきであり、産科医としての正確な診断に基づいて正しく決断をして、問題に対応できる力をつけるための研修方法の充実に積極的に取り組むべきと考えています。現状では専門施設がありますが、卒業5年目になって産婦人科の専門医としてどういう資格を持った者が本当の意味の専門医かという基準をこれから作ろうという段階です。

産婦人科医が求めている改革

- 産科医療に対する安全ネットワークの構築
- ・ 臨床判断や決断を重視した産科研修マニュアルの作成と実行
- ・ 医療訴訟に対する医療保険の充実

この調査からも明らかなように、産婦人科医が求めている改革の1つは、産科医療に関する安全ネットワークの構築です。病院には、大学病院、総合病院もあれば個人病院、それから診療所もあります。どの施設であっても何か起こった時に上級病院への搬送を含めて安全ネットワークというシステムが地域ごとに必要とされます。その第2は臨床判断や決断を重視した産科研修マニュアルの作成と実行です。これは実際の若手の産科医が学ぶべきマニュアルであると同時に、教えるほうの研修病院あるいは指導の立場にある病院の部長その他、指導医たちもそれに則ってやるのが重要です。現状はそれぞれの指導医の判断のもとにやっているのが実情であり、今後は救急マニュアルに添った1つのスタンダードを、作る必要があります。第3の課題は医療訴訟に対する医療保険の充実です。今後、医療訴訟にならないような適切な診療をしていく上で、産科医が求めていることは、以上のようなことだと思えます。

医療訴訟から学ぶ

医事関係訴訟事件の診療科目別新受件数

| 年度 | 平成12年 | 平成13年 | 平成14年 |
|-------|-------|-------|-------|
| 診療科目 | | | |
| 内科 | 178 | 215 | 241 |
| 小児科 | 24 | 19 | 26 |
| 精神科 | 29 | 29 | 27 |
| 皮膚科 | 8 | 8 | 18 |
| 外科 | 177 | 163 | 210 |
| 整形外科 | 109 | 133 | 140 |
| 泌尿器科 | 13 | 17 | 18 |
| 産婦人科 | 114 | 109 | 115 |
| 眼科 | 27 | 29 | 15 |
| 耳鼻咽喉科 | 29 | 22 | 12 |
| 歯科 | 39 | 49 | 60 |
| 泌尿科 | 2 | 13 | 6 |
| その他 | 48 | 56 | 36 |
| 合計 | 789 | 861 | 922 |

そこで今日の主題であります。実際に起こってしまった医療訴訟から、われわれはどのようなことを学ぶべきかを考えてみました。医事関係訴訟事件の診療科別の件数ですが、12年、13年、14年の各科の件数は表のとおりであります。外科系は多いのですが、内科でも年々、先ほどの貝阿彌先生のお話のように、増えているのが実態です。産科は毎年、大体12パーセント前後であり、産婦人科としてはそれほど増えていませんが、恐らく今後は増加していくと思われます。

日本産婦人科学会の取り組み

- 鑑定人推薦委員会の設置—最高裁医事関係訴訟委員会からの鑑定人推薦依頼に迅速に対応
- 医療訴訟ガイドンス・医療訴訟連絡協議会への参加
- 結審した医療訴訟判例の会員への周知徹底
- (日本母性保護産婦人科医会)
- 医療訴訟事案の問題点の分析から、臨床判断と決断の指針を重視した卒後研修ガイドラインの作成

日本産婦人科学会の取り組みは、鑑定人推薦委員会を設置しており、そこでは最高裁の医事関係訴訟委員会から鑑定人の依頼があったならば必ず受ける体制ができております。依頼があるとリストアップされた鑑定人候補者から適切な方を選んで、学会自体として社会的役割の視点から積極的に対応しています。それから医療訴訟ガイドンスや、医療訴訟連絡協議会ですが、医療サイド、弁護士、裁判所の三者合同の協議会等が最近では設

けられており、そこに大学の代表や学会の代表が出席して、話をしたり聞いたり、積極的な対応をしています。結審した医療裁判訴訟判例は必ず会員へ会報などで知らせています。これからは医療訴訟の事案の問題点の解析から臨床判断と決断の指針を重視した卒業研修ガイドラインの作成が必要と思われます。分娩監視装置の記録から何を讀むか、そしてどう判断して対応するかという、そこでの判断を重視するようなガイドラインと、そしてそれを教える人たちのガイドラインが必要かと思えます。

医療訴訟事案は 何が問題となっているか (鑑定人推薦依頼事案から)

- 母体死亡 1例
- 母体脳障害 2例
- 新生児死亡 4例
- 新生児脳障害 3例

最高裁医療訴訟関係委員会で鑑定人依頼をされた事案のうち産婦人科関係はこの10例でしたが、母体死亡、母体脳障害、新生児死亡、新生児脳障害の症例でした。

母体死亡と脳障害

1. 35歳、初産婦
微弱陣痛のため、陣痛促進剤使用
分娩時出血→母体死亡
争点: 弛緩性出血か羊水塞栓・DIC
輸血、止血などの対応の遅れ
2. 28歳、初産婦
経産分娩時多量出血→子宮摘出術中の心停止
→脳障害
争点: 出血の原因と処置
* 出血時の対応とバックアップ体制

簡単に、内容を整理してみますと、1例目は35歳の初産婦が分娩時に大量出血をして、結局対応が遅れて亡くなった症例です。これは弛緩性出血だったのですが、羊水塞栓が原因なのか、

DIC（播種性血管内凝固）なのかが争われています。2例目は28歳の初産婦、この方は分娩時に大量出血があり、止血のために子宮摘出手術をしたのですが、その最中に心停止を起こしてしまい、蘇生はしたけれども脳障害が起こってしまいました。その出血に対する原因と処置について争われています。こういった事実、このような例を見ますと、出血への対応バックアップ体制の整備が求められています。すべての産科医療の内在する救急的側面を考えますと結果は不幸なことでございますが、原因を医師に帰することには無理があるように思います。

母体脳障害

- 1回経産婦、妊娠39週、
分娩経過中破水、45分後ショック状態
呼吸停止、心停止→蘇生後帝王切開、
新生児死亡、母体脳障害
争点: 原因は出血か羊水塞栓か
出産時の応急処置は適切か

* 母体救急処置とバックアップ体制

それから母体の脳障害は、これも39週で破水の後に突然ショックになってしまったと。それで心停止を起こして蘇生したけれども新生児のベイビーは亡くなりまして、母体にも障害が残ったと。これは出血なのか羊水塞栓なのか。つまり産科は本来、われわれが入局したときには、救急医療と考えろと。全く正常な経過でも突然変化を起こし、新生児の異常、胎児の異常、あるいは母体の異常が起こることを想定しておけということと、それに対していつでも対応できるような訓練をしろということ、最初に産科医になるときに学びますが、現在では快適性が強調されまして、助産所もそうですが、いかに快適にと、そこに安全が置き去りにされているような傾向がありますが、実はこんなことが突発的に起こることがありまして、母体救急処置、その最初の処置、それとバックアップ体制をどうするかが、ここから問題かなという気がいたしました。

新生児死亡

1. 胎児仮死状態で出生→2時間後死亡
争点: 陣痛誘発剤を使った
胎児心拍数の評価を怠った
 2. 3,300g AP7点、数分後蒼白のためO2投与、
肺野雑音あり→生後5時間で新生児死亡
争点: 羊水吸引の処置を欠いた
- ・分娩中の胎児心拍モニターの評価と急速遂娩の判断
* 新生児の観察による異常の早期発見と対応

一方、新生児のわずか数例ですが、いずれにしても亡くなったケースと脳障害を起こしたケースです。これも新生児の仮死状態で出生し、二時間後に亡くなってしまった、そのときの産科管理としては、しばしば言われる陣痛誘発剤を使っていたと。胎児インパクトの評価を怠ったという指摘です。それから、3,300という極めて普通の胎児であります、分娩後にアップガールが7点であったのが数分後に蒼白になり酸素投与をしたが5時間後に亡くなってしまったと。これは羊水を飲み込んでしまったのではないかといいことを指摘されております。こんなことから、分娩中の胎児心拍モニターの評価と急速遂娩の判断をどうするかと。新生児の観察に異常の早期発見と対応、これは貝阿彌先生がご指摘のようなことだと思います。いずれにしても、その読みが必ず争点、鑑定する場合の大きなポイントになります。これも、このようなことは避けられなかったかもしれませんが、いずれにいたしましてもわれわれとしてはこういったことを適切に判断しておく、なおかつそれでも起こってしまえば仕方ないことですが、そのようなこと中心の課題として学ばべきではないかと思いました。

幼児脳障害

- 6歳児の自閉、多動、精神遅延は分娩時の低酸素状態による
争点: 陣痛促進剤を使用し、過強陣痛による胎児低酸素状態が、児の障害の原因か
- * 児の予後が悪いのは、分娩によるとはかぎらない
* 分娩時胎児モニターの評価

それから、こういったこともあります。6歳になって自閉傾向、多動、精神遅延がでてきたと。これは遡って分娩のときの低酸素状態によるのではないかと。そのときにいろいろと掘り返しますと、陣痛剤を使っていた、過強陣痛であったなど、胎児の低酸素状態がこのような障害の原因だといった指摘で訴えております。児童が悪いのは分娩によるとは限りませんが、そういったことが起こっています。これは結果がどうなるかは別としても、分娩時の胎児モニターの評価はやはり1つ問題になるのであろうと思います。

新生児脳障害

1. 妊娠35週、一絨毛膜性双胎の1児が一過性徐脈のため帝王切開→第2児1650g APO点、蘇生→新生児脳障害
争点: 帝王切開の時期が遅かった
2. 妊娠38週、陣痛促進剤投与、胎児低酸素状態、経膈分娩→低血糖、新生児低酸素状態→新生児脳障害
争点: 分娩監視とその対応が不適切

ほかには双胎があります。双胎は大変難しく、特に第二児に対する対応は非常に難しいのです。これは一卵性双胎であります、一児の状態が悪くなったのですぐに帝王切開をしたがもう二児の調子が悪くて亡くなった、無理にと言いますが頑張ったところ生き返ったのですが、新生児に脳障害が起こってしまった、これは帝王切開の時期が遅かったという指摘です。次の例では

38週で、これも陣痛促進剤を使っていると必ず指摘されるのですが、どのように適正に使っているか、どういったことを問題にしています。胎児の低酸素状態が起って分娩になった、しかし結果としては低血糖であったと。新生児の低酸素状態が続いて脳障害が起ってしまった、これは分娩監視とその対応が不適切であったという指摘です。

新生児死亡

- 3. 妊娠34週、帝王切開で1094g女児を出産したが、DIC、肺出血で死亡
争点: IUGR の診断と対応が適切だったか
- 4. 妊娠36週、前期破水、双胎、陣痛誘発→2児とも死産
争点: 胎児に観察を怠った
帝王切開すべきであった

死んだケースもいくつかありまして、帝王切開したのだけでも亡くなってしまったと。これは大変小さなIUGR(子宮内胎児発育遅延)だったのですが、その診断が遅かったと。こういったことになると、1,000グラムで亡くなることはしばしばあります。最近ではほとんど亡くなくなっていてまいりましたが、やはりいろいろな状態によっては亡くなる場合があります。しかし、結果が悪ければやはりこういった形で訴えてこられます。それから、36週で双胎の陣痛が始まったが、二児とも死産になってしまったと。これは胎児の観察が怠ったのだ、早く対応すべきだったと。結果ごとに分ければ、すべてパターンとしてはこのような形で訴えられます。先ほど貝阿彌先生の症状記録を見させていただきまして、まったく同じような傾向がありました。

産科関係訴訟における問題点 (東京地裁医療訴訟集中部)

新生児異常に対して
分娩監視装置による胎児管理(胎児仮死の診断)
胎児仮死に対する処置、急速遂娩の不実施ないし遅延
新生児仮死に対する処置

母体の異常に対して
出血に対する処置、
肺塞栓の発見・治療

治療部でもたまたまこれは10例でしたが、もっと多くの100例以上のケースをまとめてみますと、結局新生児医療に対しては、分娩管理装置による胎児管理をどう読むか、胎児仮死をどう診断してどう対応するか、それから胎児仮死に対する処置、急速遂娩をやるべきか、普通に見ているのかといった判断、それから新生児仮死に対する処置といったところが、新生児異常を起こさない、起こさないまでも適切な対応をすることに対して大きなエネルギーを懸ける必要があると思います。それから母体異常は、母体が亡くなるなどといったことが最大の問題でありましょうし、後遺症が残ることもあります。出血はいまだに大きな産科異常、産科死因として残っておりまして、これをどう対応するかと。自分一人では、個人で対応できません。それに対してすぐにバックアップ体制をどうするかといった問題。それから最近では肺塞栓がしばしば帝王切開の後などに起こるようになってまいりましたが、これに対して、実は本当に深く予防していても起こります。しかし結果が悪いと新聞沙汰にまでなる時代です。

医師側の予防対策

母体に関して:

出血時の適切な初期対応
母体救急の適切な初期対応
母体救急ネットワークの構築

新生児に関して:

胎児モニターの適切な評価
急速分娩の適応かどうかの判断
新生児の観察と異常の早期発見

つまり、こういったことに対して救急母体救助処置の最初の処置、予防をどうするかということが1つ具体的な問題になるかと思えます。われわれとしては、結局訴訟を起こさないことは結果がすべて良くなけてはいけなわけでありませんが、予防対策としましては、こういった判例を見ますと、とにかく母体は絶対に救わなければいけないわけですし、出血時の適切な初期対応、母体救急の適切な初期対応、救急母体機構のネットワークの構築、このようなことはわかっていることですが、いつもシュミレーションでもしながら対応していく、学んでいくことかと思えますし、施術時に対しましては胎児死亡あるいは胎児の脳障害を防ぐためにはモニターの適切な評価、急速遂娩が適用かどうかの判断、新生児の異常の発見といったところ、先ほどの東京地裁のお話と同じような点、それを具体的にしていくことがわれわれの課題かと思えます。

研修必須項目

母体救急への初期対応の習熟

出血
ショック(肺塞栓、羊水塞栓など)
母体救急ネットワークの構築

分娩監視装置による胎児モニターの評価

胎児仮死の診断と急速遂娩の判断
新生児の観察と異常の早期発見

研修必須項目は学ぶべき者と教える立場があり

まして、教えるべきところでも同じような視点で、ということで、やはり母体救急の初期対応の習熟。これは、例えば大きな組織でありまして、とにかくはじめにどう対応するか。それからやはり組織としては救急ネットワーク母体の総合周産期母子医療センター、あるいは地域の総合病院を頂点として診療所から何かが起こってもすぐにそこを救えるような体制ができることはどうしても現実的に必要かと思えます。そして、繰り返すことになりませんがモニターの評価、胎児モニターの評価、胎児仮死の診断と急速遂娩の判断はいつも問題になります。それから新生児の観察、こういったことを研修のレベルでおおいに重点的に学んでいくことだと思えます。

産婦人科専門医の教育 に関する学会の役割

正確な診断に基づく
判断と決断ができる
医師の育成をめざした
卒後研修マニュアルの作成

では、実際産婦人科専門医の教育に関する学部の役割は何かと言うと、結局正確な診断に基づく判断と決断ができる医師の育成を目指した卒業研修マニュアルの作成しか予防的にはあり得ないかなと。それを、学会全体としてやることと、一方では学ぶ人と教える立場、つまり大学病院はもちろんであります。各研修医、若手が行く病院の部長を始め、皆同じような視点でこういったマニュアルに則った指導をしていくと。最終的にはやはり事実ではなく、その場でどう判断していくか、決断して処置をするかということになります。一朝一夕にいくものではありませんが、そういった視点で対応していくことが絶対に必要かと思えます。

若手医師が産婦人科医を
目指すために
学会は何が出来るか

- ・ 臨床判断や決断を重視した産科研修マニュアルの作成と実行
- ・ 産科医療に対する安全ネットワークの構築

そんなことからさかのぼって、この会は若手医師を確保する視点から何が出来るかと。労働条件をどうこうというのは置いておきまして、安全にという視点からしますと、とにかく、くどいようですが、臨床判断や決断を重視した産科研修マニュアルの作成と実行をすること、安全なネットワーク、産科医療に携わる者のネットワークを作ると。この辺のところを、われわれ産婦人科学会あるいは医会として積極的にやっていくことが、こういった医療訴訟から学ぶべきことでありまして、今後それはひるがえって妊産婦にとっての最大のわれわれの役割だと思っておりますので、こんなことを考えました。以上です。

藤村 ありがとうございます。それでは、少し時間がぎりぎりですが、少しだけご質問をうかがいます。どなたかございますか。

我妻 我妻でございます。元国立病院医療センターの産婦人科医長をしておりました。言いたいことはたくさんありますが、2つだけに絞ります。1つは学会の役割として最高裁の要望に応じて鑑定人推薦委員会を設置されたとありますが、私の見落としかも知れませんが、学会のホームページを見ても、どういう経緯でどのような人たちを委員会の委員にしたのかが分かりません。学会というと世間でも、最近、少し学会の権威が落ちていますが、大変公正中立な学術団体だと思っておられる方が多いと思いますが、私も何例か今まで鑑定を書きました。その度に思うのは大学の先生は鑑定を書くときに決して公正中立ではないという

ことです。ここではそれ以上は申しませんが、私が裁判所から命じられて書いた鑑定が結果的には被告に不利である結果が出そうな場合に、必ず医師側に立って鑑定書を書く、あるいは私的鑑定と言いますが、それを書かれる特定の教授が数人おられたという経験があります。そういう教授たちが理事をやっている学会が果たして公正な鑑定人を推薦できるのかが私の疑問です。それだけをおしおきます。

それから若手の産婦人科医を目指すということで、その人たちに何とか産婦人科をやらせようということです。しかし、実際に今まで私が経験した産科医療訴訟は、若い先生が経験のないために事故が起きたというのはほとんどありません。むしろ中年以上の先生で全然勉強しない、今までずっと無事にやってきたから急に起こった事故には対応できないというケースが非常に多いです。もう1つは、ここで大学の先生方がお話になるから仕方ないのですが、多くの日本の診療所は医師1人で助産師あるいは悪い場合には準看護師が患者さんを見ている場合があります。その場合に準看護師に全部任せておいて、お産のときだけ下へ降りてきて分娩を取り扱うパターンが非常に多く、そこで起きている医療事故が非常に多いです。ですから、そういう産科研修マニュアルをいくら若い先生方に徹底的に見せても、そういう準看護師さんたち、あるいは助産師さんたちでも中年以上の方は、あまり分娩監視装置など見たことなかったり、見てもそれを正確に診断できません。そこを押さえていけない限りは、少なくとも今まで起きている、しかも医師が見ないで助産師任せにしておいて、何かあったら呼んでくれという事例では、何かあったときにはもう手遅れという医療事故が非常に多いです。その辺を何とかお考えいただかないと。ことに学会は、今言い忘れましたが、先ほど川端先生が言われたように、日本産婦人科医会と2つの車になってしまっていて、車の両輪だと、言葉はいいのですが、お互いの連絡があまりよくないと思います。私も医療事故対策委員会の委員をだいぶ長いことやっていた。そのとき結構良いマニュアルは作ったのですが、そ

れをほとんどお読みになっていない先生方が大体事故を起こしているということです。その点、学会と産婦人科医会とでこういう問題に関しては共同の委員会を作られることが必要です。公正中立な鑑定人を学会が果たして選べるかは、最高裁は大変ナイーブなお考えで、学会ならちゃんとした人を選ぶだろうと思われるかも知れませんが、私の経験から言うと、それは少しナイーブすぎるのではないかと思います。

藤村 ありがとうございます。

木下 今の我妻先生のお話は、ある面では事実であったと思います。しかし、時代とともに教授の意識も変わってきており、学会の教授たちは公正中立ではないという不信感を持っておられることに関してはお考えを改めていただきたいと思いません。現在では医療サイドとして大学病院の教授、患者サイドに立つ弁護士、病院側の弁護士、さらに判事も交えて同じテーブルに並んで、医療訴訟の問題鑑定のあり方など、つっこんで議論を重ねています。その結果、鑑定の問題そのものに関して認識がどういふものかをずいぶん勉強してきています。このような視点が学会に反映された結果として、鑑定人を出しています。その鑑定人の鑑定書をどう判断するかは学会の責任のもとで判断されることではありますが、患者さんの側に立った

鑑定人の鑑定書の方が偏っていて、そこまで言い切れるかということがずいぶんあります。いずれにしても現在は昔と違っていることをぜひご認識いただきたいと存じます。

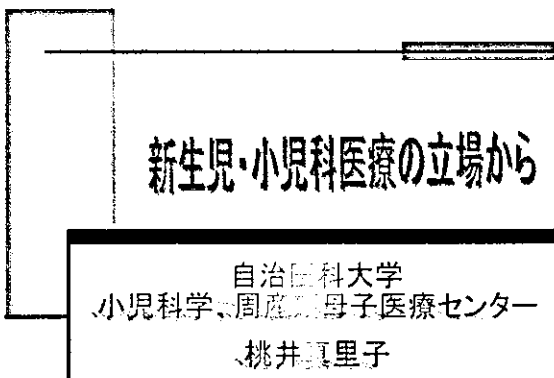
それから最高裁の委員が選ばれた経緯は、私は存じません。これは医科大学の関係者がいない、産婦人科関係で産科の専門家がないということで声をかけられたと聞いていますが、それ以上のことは存じません。

それから若い医師ではなくて古い先生方による事故が多いというご指摘がありました。これも時代と共に変わっていくと思います。事実は事実として、冷静に受け止め、再教育もそういうことに対しても1つずつ謙虚に学会も医会も対応しようという姿勢でありますので、ぜひそのような取り組みをご理解いただき、先生からは特に建設的なご意見を賜わりたく存じます。

藤村 ありがとうございます。こういう問題で一番公平な鑑定や標準化された医療、非常に重要な問題ですが、ぜひ最後の討論でもう少し深めていただけたらと思います。少し時間がオーバーしましたので、ありがとうございました。それでは3番目の演者ですが、「新生児医療の立場から」ということで自治医科大学教授の桃井真里子先生にお願いいたします。

新生児医療の立場から

自治医科大学教授 桃井 眞里子



桃井 「新生児小児医療の立場から」ですが、新生児学の権威の藤村先生がいらっしゃいますので、藤村先生がお話になれるのが一番適切かと存じますが、座長になられておられますので、後でぜひ補足をお願いしたいと存じます。産科の事故についてお話するのではなく、新生児医療という産科医療を引き継ぐ立場から、医療の特殊性について少しお話して、この責を果たしたいと思います。

小児科医が遭遇する状況

1. NICU医療
2. その他の新生児医療
3. 小児医療
4. 小児救急

小児科医が遭遇する状況は新生児集中治療室(NICU)、その他の新生児医療、小児医療、小児

救急ですが、NICUも小児救急も同様に、常に緊急医療ですので、その見地から今日は少しお話をしたいと思います。

新生児医療の特徴

Medical Malpractice Information Center
鑑定書集から抜粋

- 1991-2003年
産科新生児医療 3例 / 117例
- 重症黄疸となった児に交換輸血の転医措置が遅れ、核黄疸となった事例
 - 新生児低血糖に対して、5%糖を過剰に輸液し、脳性麻痺を生じた事例
 - Bil値の測定をしなかったために、交換輸血が遅れ重篤な脳性麻痺を残した例

NICUの医療内容は比較的標準化されている。

ここに Medical Malpractice Information Center というサイトの鑑定書集の新生児産科医療の項目の内、新生児医療の例を示します。117例の内3例が新生児医療に関するものです。先ほど事案の例数でも出ましたように産科医療に比べて大変少ないことが判ります。ほとんどが黄疸、低血糖などで、NICUの医療内容は現時点では比較的標

準化されているためだろうと思います。従いまして、新生児医療の事故そのものを申し上げるよりも、産科医療から引き継いで行われる医療に関して申し上げたいと思います。

新生児医療の特徴

1. 常に産科医療の結果を受ける医療である

1. 娩出のタイミングに関して、ベストと実際の距離を児の状態から実感する医療である。新生児医療はその産科医療の質から出発する医療である。

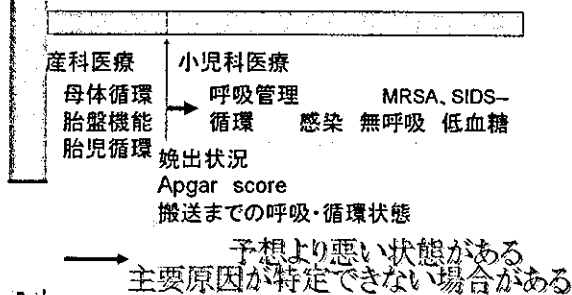
無過失補償が医療の質を上げる作業と並行するものでなくてはならない。

2. 後遺症等の医療責任の所在に関する判断がしばしば、困難な医療である。
3. 双胎など、リスクの説明が不十分であると感ぜられることが多い

...

新生児医療の特徴の第1は産科医療の結果を直ちに受ける医療であることです。産科医療後、医療の担い手が瞬時に代わり、新生児科医に引き継がれるという、医療体制としては大変特殊な医療です。特に娩出のタイミングに関しましては、先ほど木下先生の話にありましたように、ベストと実際の距離が当然あります。この距離が新生児医療の立場から見ると実に幅があります。同一施設でも担当医師、または医師集団が代わっただけでも、微妙に娩出のタイミングが異なります。このベストと実際の差は産科医ではなく、新生児医療側が児の状態のよしあしを目前にするだけに、実感する差でもあります。その幅のあるベストと実際の距離を、すなわち産科医療の質そのものを引き受けて、その質から出発するのが新生児医療の特徴です。その新生児医療を担当する立場から申し上げますと、周産期医療、特に産科医療の無過失補償は産科医療の質を上げる作業、あるいは体制作りと並行するものでなくてはならないと思います。特に双胎などのハイリスク出産についてはそのリスクの説明が不十分であるために、いろいろな問題を後に起こすことが多いように小児科の立場からは感じます。

複数の要因が関与する場合が多い



産科医療、周産期医療の結果としての新生児の脳障害は、明らかな事故による単一の原因によることももちろんありますが、複数の閾値以下の要因が関与して起きている場合もあります。このような場合には、問題は大変複雑です。産科医療の状況、因子、そして娩出状況の極めて短時間の要因、それを引き継いで、小児科医療も極めて短時間にかなり複雑な医療が行われます。複数の因子が重なり合って新生児の脳障害が起きる場合もあります。この場合には原因が不特定という形になって、患者さんに残されるのは、子供の脳障害という結果だけですので、問題は複雑になります。鑑定を引き受ける方が少ないのも、こういう現状を反映していることがあるのではないかと思います。主要原因が特定できない場合には、患者さんに非常に大きな不満感と不信感を残すことは新生児の側のわれわれがしばしば体験するところです。

新生児医療の特徴

1. 常に産科医療の結果を受けて、行われる医療である。
2. 常に最善の結果が通常であると受け止められている医療である。
3. 秒を争う結果が、後遺症になりうる医療である。
4. 24時間の医療体制であるが、人員策定は、24時間均一ではない。
5. 患者側との信頼関係を築く前に医療が開始される。
6. 医療行為と、後遺症判定までに時間が経過する。
7. 標準的医療の判定が困難である。

新生児医療の特徴

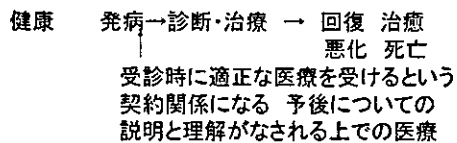
2. 常に最善の結果が通常と受け止められる医療である

- リスクを想定した受診行動、心理ではない。
- 「治す」医療ではなく、「正常状態」にする医療であるため、最善の結果＝正常 で当然、という患者意識がある。
- 生じた問題には、必ず原因があると考えられるが、原因の説明のつかない状態もありうる。予期しない異常は、受容が常に困難であり、医療的原因を求める傾向・心理にある。

レ

もう1つの新生児医療の特徴としては、常に最善の結果が通常であると受け止められている医療であるということです。これは産科医療もそうですが、大きなリスクを想定した受診行動ではないところが、ほかの医療とまったく違います。

疾患診療との違い



産科受診時には悪い予後の理解と合意はない
治す、のではなく、正常状態を期待する医療である

生じた問題には一般の外科医療では必ず原因があると考えられるのが普通ですが、周産期医療においては複数の閾値以下の原因があって特定できない場合もしばしばあります。患者さんの心理は明らかに医療的原因を求める傾向にあります。複数の場合には特定できないことが問題になります。更に明らかな一般疾患診療との違いは、適正な医療を受けるという契約関係になるのは発病後の受診時です。発病後に契約関係になり、その医療に対して適切な診断治療をするのが一般の医療ですが、周産期は産科医療も新生児医療も産科受診時には悪い予後の理解と合意はほとんどないのが現状です。先ほど、十分な説明を、とありましたが、妊娠時に悪い結果のすべての説明責任を果

たすことは実際上ありませんので、産科の受診時の医療契約時には悪い予後の理解と合意はないと考えるのが普通です。治すのではなくて通常の一般的に期待されている全く正常な状態を期待する医療であるところが普通の医療と全く違います。この全く違う医療の契約関係について、法制関係も全く違う理解の仕方、あるいは裁き方が必要なのではないかと私は思います。

新生児医療の特徴

1. 常に産科医療の結果を受けて、行われる医療である。
2. 常に最善の結果が通常であると受け止められている医療である。
3. 秒を争う結果が、後遺症になりうる医療である。
4. 24時間の医療体制であるが、人員策定は、24時間均一ではない。
5. 患者側との信頼関係を築く前に医療が開始される。
6. 医療行為と、後遺症判定までに時間が経過する。
7. 標準的医療の判定が困難である。

レ

3. 秒単位の医療である

4. 24時間医療だが、医師数策定は足りない

- どの態度の低酸素状態が、脳障害に直接関与するかは、判定が困難な場合がある。
- 産科医療の質のばらつきを受ける医療である
- 24時間医療だが、必要医師数の策定はない 医師の特別手当もない、など、24時間医療を支える体制の保障がない。地域新生児医療体制は極めて不十分である。

レ

新生児医療の特徴としてもう1つ、秒を争う結果が後遺症につながる医療であるということです。24時間の医療体制であることは人員策定が24時間に沿わなくてははいけませんが、実際上は時間外診療については2人程度の医師が対応するの通常であろうと思います。実際に24時間医療に対応した人員策定は周産期産科側も新生児側もないのが一般です。これも大きな問題であろうと思います。24時間医療であっても、厚生労働省にICU医療を安全に行うための医指数の策定がなく、24時間医療の医師の特別手当もないの

が現状です。従って産科も小児科も 24 時間医療を支える医師の体制の保証が今は全くないのが現状です。それに加え、地域の周産期センターの新生児医療体制は小児科に付属しているだけで別枠の算定をして成り立つようにはなっていません。小児科医の犠牲的努力で行われている現状でして、極めて不十分です。

新生児医療の特徴

5. 信頼関係構築前に医療が開始される。

妊娠 出産

新生児医療→

医療が先で信頼関係樹立が後
医療が先でICが後
医療の結果は予測できない

産科医療の場合は、妊娠中に何回か頻回な診察によって信頼関係が構築されますが、出産と同時に新生児医療側に引き渡されますので、新生児科医と患者サイドとは医療が始まった後で信頼関係を構築します。そしてその信頼関係が構築される前に、時にはインフォームド・コンセント (IC) がなされる前に新生児の医療が進行します。そして一段落し、マイナスの結果がある程度医療的に予測できた時点で IC があり、そして信頼関係の樹立があるという、一般の医療と逆の経過をたどることも新生児医療の持つ特徴です。

6. 医療と後遺症の間に時間が経過する。

- 後遺症の原因が医学的にも明確に指摘できない状況がありうる。
→ 患者側には理解できない。
原因不明は、受容を阻害する。
- 遡っての原因追求は、信頼関係を築きにくい。
後遺症の原因を隠蔽したという不信感を招きうる。

軽度の脳性麻痺の原因特定は困難である

先ほど幼児期に診断される脳障害の例が出され

ましたが、その例のように医療と後遺症の間に時に長い時間が経過するのも周産期医療の特徴です。従って 1 年後あるいは 2 年後、3 年後に脳障害が明らかになった場合に、原因を周産期に求める場合、原因が必ずしも特定できない場合が多くあります。幼児期にならなければ確実に診断出来なかった例でも、何故新生児期に言及されなかったかと不信感が生じ得ますし、周産期の原因が特定できないということで、一層不信感が生じることがあり得ます。そういう特殊な医療関係があります。

小児医療 鑑定書集から

- 化膿性髄膜炎を見逃し、知的障害を残した事例
- 麻疹に罹患した3歳児が麻疹脳炎を起こし、
両下肢麻痺を呈した事例
- 喘息発作重積で、8時間後に死亡した例
- 未熟児網膜症で失明した例
- 肺静脈還流異常で2ヶ月で死亡
- 発熱・嘔吐の児が外来で点滴治療中に死亡
- 結核性髄膜炎で重度後遺症
- 喘息で入院中に大発作で死亡
- 喘息で大発作の判断を誤り、死亡
- 輸液が不適切で、低ナトリウム血症、痙攣で死亡
- 髄膜炎の診断の遅れで死亡

もう一つ、周産期医療と重ねて、小児医療についても救急医療は極めて周産期医療と似ている面がありますので、付け加えさせていただきます。鑑定書集から小児医療における裁判例を挙げますと、重症の感染症と喘息発作が裁判事例のほとんどです。すなわちこれらのケースの救急受診のときの医療が裁判例になっている場合がほとんどです。

東京地裁判例

3か月男児が髄膜炎菌敗血症で死亡

1. 某月1日0時 咳、嘔吐、下痢でA病院の夜間救急外来を受診
- 2日6時 同救急外来再受診 EM等処方
昼間に近医受診を指示
近隣病院Bを2回受診し、症状改善
- 8日発熱
- 10日 15時 A病院の救急外来受診
全身状態やや不良、その他所見なし
W9900、Ptt46万、CRP3.18
入院勧めたが付き添い希望にてC病院に紹介

代表的な例をここに出しますと、東京地裁例ですが、データ等を一部変えて示します。3カ月男児の髄膜炎・敗血症の死亡例です。8日に発熱して10日に救急外来を受診しています。10日に受診した際には全身状態、やや不良という状態で病院に搬送された例です。

2. C病院小児科医Dは、17時に診察
咽頭発赤のみで、大泉門平坦、X線所見なし
W正常、CRP軽度上昇 尿所見正常
→ ぐずりだけで、所見なしと判断し、
ウイルス性咽頭炎と診断
3時間前の血液検査があるため、再検は
翌朝と判断

2時 末梢冷感、胸部聴診異常なし、発疹あり
4時 呼吸停止、死亡 Plt2万、W1500

17時、時間内ぎりぎりに時間外の勤務担当医、当直医が診察しました。結果として、ウイルス性の咽頭炎であるという判断で、翌朝改めて血液検査をして様子を見ようということで、夜はそのまま指示が出て、フォローされました。夜間2時に末梢冷感に気が付かれ、4時に呼吸停止死亡となり、その時点の、死亡直前の血液検査が、血小板2万に白血球が1500。結果として髄膜炎・敗血症のウォーターハウス・フリーデリックセン症候群という結果になりました。これに関する裁判事例ですが、病院の受診に伴って、両親を法定代理人として、患者の疾患について小児科として要求される高度な知識、技術を駆使して的確な診断を行い、必要かつ適切な処置を遅滞なく実施し、患者の回復を図るための最善の医療を行うという診療契約を締結したという判決文があります。

本症例の論点

1. 病院C受診に伴い、
両親を法定代理人として、病院Cと患者間に患者の疾患について小児科医として要求される高度の知識、技術を駆使して、的確な診断を行い必要かつ適切な処置を遅滞なく実施し、患者の回復を図るため最善の医療を行うという診療契約を締結した。

医療集団がない当直業務において
最善の医療レベルとは

医療集団がない当直業務において最善の医療レベルとは何か、というのが、われわれ救急医療を担当する医療者の質問です。

全身状態不良であったかどうかの判断

「全身状態」とは、多義的概念であり、①機嫌、活動性、②食欲、③意識、④顔色、⑤呼吸、循環状態、で判断される。

病院C医師Dは、全身状態は悪くないと判断

判決文：母親がぐったりしているので病院Aの救急外来を受診させたことからすれば、機嫌は悪かったとしか考えられない。

乳児の全身状態の判断は極めて高度、困難な判断である

全身状態不良であったかどうかの判断が敗血症を判断し得たかどうかという、大変重要な問題になります。これは新生児の状態判断でも同様で、必ずしも検査データだけで判断されるものではありません。全身状態の判断は新生児、乳幼児は極めて高度な専門医の判断です。判決文は、母親がぐったりしているので病院への救急外来を受診させたことからすれば、機嫌は悪かった、すなわち全身状態は悪かったとしか考えられないというのが判決文です。しかしながら、救急外来がコンビニ外来と化している現状で、この判決文が妥当であるかどうかは疑問の残るところです。乳幼児の全身状態の判断は極めて高度な医療判断であり、これをすべての救急外来に適応できるかどうかは大きな問題であろうかと思えます。

抗生物質投与が迅速になされるべき

細菌感染が疑われたら、直ちに、速やかに抗生物質を投与すべきである。

これには、特別の知識や経験を要するものではなく、通常の知識を持つ医師を当該病院に配置さえしておけば足りるのである。

乳児の所見に欠ける
敗血症判断がいかに
高度な技能かが評価していない

抗生物質投与が迅速になされれば救命できたという判決で、全面的に医師が敗訴しています。これには特別の知識や経験を要するものではなく、通常の知識を持つ医師を当該病院に配置さえしていれば足りる、という判決文があります。この文面には乳児の全く所見に欠ける、敗血症判断がいかに高度な技能かが全く評価されていない感じがします。

医師の不法行為責任

医師Dが過失により医療水準にかなった医療を行わなかったことと患者の死亡との間の因果関係は証明されないが、この医療が行われていた場合には患者がその死亡時点においてなお生存していた相当程度の可能性が認められていた場合には、医師は、不法行為責任を負う。

鑑定書：抗生物質を使用限度いっぱい的大量を使用していれば、救命できた可能性が高い

そういう意味で、これは医師の不法行為責任が問われた判決で、一部もっともな部分もありますが、抗生物質を使用限度いっぱい的大量投与していれば救命できた可能性が高い、つまりAをしなかったからBになったとは言えませんが、AがなされていればBは起きなかった可能性が高いので、Aをしなかったこと責任を問う、不法行為責任であるという判決です。ここもやはり、必ずしも医療の現場を反映していない感じがします。過剰診療をとりあえずしておく方が安全と、なりかねません。

小児医療の問題点

1. 時間外診療における 医療責任は 時間内診療と同等か

同等であれば、同等の医療スタッフの確保が必要である。

2. 症状に出にくい乳幼児の重症度判断が極めて高度な総合的医療判断であるとの認識がない判定が多い。

3. 急変する重症疾患の場合も、最善の医療によって救命しえたと判断される場合が多い。

この例に示されるように小児医療の問題点、とくに、この救急医療に関しては、1つには時間外診療における医療責任は時間内診療と同等かどうかという問題です。2番目には、乳幼児の重症度判断が極めて高度な専門的総合判断であるという認識が一般の方にはありません。結果が悪ければ、何故判断できなかったのか、ということになりがちです。3番目に急変する重症疾患の場合も最善の医療によって救命し得たと判断される場合が多いことです。このように小児科では救急の医療現場が裁判の対象になることが極めて多いように思います。

時間外診療における医療行為の範囲

1. 時間外診療は時間内診療より受けられる医療の質は低下する

検査体制の供給、医療者人数などから時間外診療の医療の質は低いのが当然であるか。

2. 時間外診療における医療義務と時間内診療における医療義務は当然異なる

高度の医療判断が問われる場合に医師個人の不法行為となるのは問題ではないか。

時間外診療における医療行為の責任範囲につきましては大きな問題ですが、これは時間外診療で適切な医師が配置されていないという今の日本の医療体制からしますと、まず医療体制の変更が先に来べきであろうと思います。時間外診療の質を時間内診療と同等に判断するなら、同等の医療体制がなくてはならない筈です。

新生児医療の問題点

1. 24時間ICU医療に対する 適正な医師数が策定されていない。

↓ 医師数を策定するとNICUが成立しない、という現状も反映している

2. 最善の医療を行うという医療契約が夜間にも同様に適応されるのであれば、夜間も時間内に近い医師数策定がなされるべき

新生児医療の問題点から周産期医療を申しますと、24時間のICU医療に対する適正な医師数の配置がなされていません。従って、現在の日本の新生児医療は医師の過重労働によって支えられているのが現状です。最善の医療を行うという医療契約が夜間にも24時間同等に適応されるのであれば、夜間もせめて昼間の半数ぐらいの医師数を配置して、その人件費をカバーするに十分な診療報酬を当てるような医療政策が必要であろうと思います。

産科医療への要望

1. 周産期医療の特殊性への理解
2. 産科医療の質のばらつきを是正する体制
3. 双胎などのリスクの十分な説明と同意

新生児医療の課題

1. 高度医療業務への適正な人員配置
2. 地域新生児医療体制の不備

小児医療の課題

1. 時間外診療の適正な人員配置
2. 小児医療の高度判断への適正な評価と標準化

産科医療への要望と書きましたが、要望と言うよりも、むしろ今後の課題と言うべきでありましょう。周産期医療の特殊性、すなわち先ほど言った一般診療とは全く違う医療契約形態をたどることについては、医療界そして法曹界の理解が必要であろうと思います。新生児側からは、診療所の産科医療の質の幅は極めて大きいと思います。すべての医療は質のばらつきが大きいわけですが、特に産科医療は、その質のばらつきが赤ちゃんの

その後の人生にかかわるだけに、この産科医療の質のばらつきを、先ほど木下先生がおっしゃられましたように、何とか是正する体制が望まれるところです。同時に今の妊娠・出産への思いはかなりファッション化しています。いろいろな面で、この10年来、妊娠、出産に対して全家族をもってリスクを伴うことに立ち向かうという姿勢が全く欠如しているように思えます。特に双胎などがハイリスクであるということへの十分な説明と同意は不妊治療の受益者にも十分な理解が必要であろうと思います。新生児医療の課題としましては、高度医療業務への適正な人員配置をした上での医療体制の構築がまだまだ不十分であると思います。特に地域新生児医療体制は極めて不備ですので、これを何とかしない限り、最善の医療を提供する義務を有するという義務だけでは、医療は構築できないように思えます。付け加えて小児医療ですが、特に小児医療は時間外診療が大変大きな問題となっています。時間外診療への適正な人員配置、そして小児医療の高度判断への適正な評価とその標準化が、小児医療においても、特に小児救急医療において求められるところだろうと思います。これらが、本日のテーマに関連して小児科医の立場から気づいた点です。以上です。

藤村 ありがとうございます。それでは、ただ今のご発表にコメント、ご質問等ございましたら、お願いいたします。今まで少し出ましたが、特に今強調されたのは、安全な医療を遂行するための医療システムのあり方の中で、現場の者の研修やマニュアルなど、そういうものの努力を超えた、本当の医療を提供する体制の問題をご指摘になったと思います。何かございませんでしょうか。はい、どうぞ。

市川 桃井先生のお話は大変参考になりまして、事実を淡々と述べられることは非常に影響力が強いと思うのですが、1つ、見方を変えて、僕は先生のご意見をいただきたいのです。と申しますのは、小児医療の救急の大変なところを充実しろとおっしゃっていますが、それだけ言いますとお金のかかる話を国に要求しているところがあります。

それはなかなか受入れ難い面があります。私自身、この班でやっていることが、ほかの国との比較である1つの面が分かりましたのは、どちらかと言うと非常に軽症の患者さんにエネルギーが取られていると。いろいろな見方があるのですが、入院の期間、外来に來ている患者さんの数、あるいは救急車がタダなど、いろいろなことがあります。先生は国に対して充実しろと言っておられるのか、それとも一見マルディストリビューション、ある意味では医療の体制のディストリビューションが悪い、それを是正するように経済誘導しろと、こういうふうに言うておられるのか、どちらなのでしょう。

桃井 大変難しいご質問ですが、私は日本の医療政策は医師、特に病院医師の過重労働によって支えられており、この現実の間違っていると思います。国民は今の病院医療を受け取るのであれば医療にもっとお金を使うべきであると思います。税金はもっと医療に投入されるべきであります。国

民全体の、国全体の財政の中で医療費の占める割合は、日本はまだ少ないと思います。日本はもっと医療、特に子どもの医療に傾注すべきであると思います。

中野 本当はリソース・リアロケーションというお話だと思し、私は全く医療に全体のリソースが、もっと来てもいいのではないかと、そういう次元で先生をサポートしたいと思います。小児ももちろんです。

藤村 よろしいでしょうか。では、ちょうど時間になりましたので、ありがとうございました。

それでは、このセッションAの最後の演者ですが、少し立場を変えまして「医事紛争のリスクと予防」ということで、大阪大学医学部附属病院の、少し珍しいポジションです、中央クオリティ・マネジメント部の助教授をされておられます中島和江先生にご発表をお願いいたします。



医事紛争のリスクと予防

大阪大学医学部附属病院助教授 中島 和江

中島 ご紹介いただきました大阪大学の中島です。私は周産期医療の全くの門外漢ですので、各論の部分に欠けるとお許し下さい。

周産期医療を取り巻く悩みの一つは、医事紛争を経験するリスクが非常に高く、過失がなくても結果が悪ければしばしば訴えられるということがあります。これは一体どういう弊害を招くのでしょうか。医師は、念のためにたくさんの検査をやっておこうという、positive defensive medicine、やりすぎの防衛医療を行い、患者さんに負担をかけるとともに医療費の高騰につながります。もっとよくないのは、難しい症例は診ないでおこう、産科の看板を下ろそう、さらには産科や新生児科の医師にだけはならないでおこうという、やらないすぎのnegative defensive medicineが行われ、患者さんの医療へのアクセスに関して問題が起きます。これはまさに医事紛争が頻発したときのアメリカ社会がそうでした、紛争の頻発したフロリダ州では妊婦さんは出産するのに飛行機に乗って隣の州へ、ニューヨーク州では冠動脈バイパス手術のために隣のニュージャージー州に行かなくてはなりません。また、医事紛争の頻発は医療の基盤である医師患者関係を崩壊させ、患者さんは医師にかかる前から医療不信となり、何か起こったら全部医療過誤だと誤解するといった問題がおこります。さらに、医師賠償責任保険制度が崩壊し、患者さんに損害賠償ができず医師も破産するという世の中にもなりかねません。

では、一体どうすればいいのかということですが、本当に過失のない医療で訴えられているのか、どこか医療側に反省すべきところはないのか、医

療事故は減らせないのかということが1つの課題です。もう1つは医事紛争についても、予防のすべはないのかということです。これらの重要な課題に関して、医療界が取り組むべきことは何なのか、医療政策や法制度による支援が必要な部分はどこなのかを考える必要がありますが、本日は、医療界で検討すべきことについてお話させていただきます。

まず医療事故の防止ですが、過失による医療事故が予防のターゲットであり、過失のない事故を予防することはできません。では、周産期医療で一体過失による医療事故がどれくらい起きているのでしょうか。

周産期医療における医療事故のリスク

| | |
|-----------------|------|
| ● 手術室における医療事故 | 41% |
| ● 外科系医療事故の年間発生率 | 1.9% |
| 過失によるもの | 54% |
| 死亡または永続的高度障害 | 15% |
| 麻酔科医によるもの | 0.9% |
| 看護師によるもの | 0.2% |

Hershey JA, et al. JAMA 1991; 264:377-84.
Gannett's Medical Directory 1991/1992, p. 25

全医療事故の中で、手術室や分娩室における事故は約4割を占めています。また、外科系の医療事故の発生率は年間約2パーセントというデータがありますが、そのうち過失によるものが約半分を占めています。

診療科別医療事故の頻度

| | 医療事故の割合 | 過失ありの割合 |
|---------|---------|---------|
| 血管外科 | 16.1 | 18.0 |
| 胸部・心臓外科 | 10.8 | 23.0 |
| 脳外科 | 9.9 | 35.6 |
| 一般外科 | 7.0 | 28.0 |
| 泌尿器科 | 4.9 | 19.4 |
| 整形外科 | 4.1 | 22.4 |
| 内科 | 3.6 | 30.9 |
| 産科 | 1.5 | 38.3 |
| 新生児科 | 0.6 | 25.8 |

Derman TA, et al. NEJM 1991;324:370-376

診療科ごとに見てみますと、医療事故の割合は縦に100パーセントの表ですが、産科は全体の1.5%、新生児科は0.6%で、実際の件数としてはそれほど大きな数字ではありません。しかし、事故のうち過失があるものの割合は、診療科によって異なり25から40パーセントで、全医療事故の中では平均しますと30パーセントぐらいですので、産科では少し高めであるといえます。これらは「New England Journal of Medicine」に発表されたデータです。

外科系医療事故の種類

| | 発生率 (/10,000件手術) | 過失あり の割合 |
|--------------|---------------------|-------------|
| 手術手技に関連した合併症 | 90 | 68 |
| 術後出血 | 47 | 85 |
| 感染症(創部以外) | 28 | 38 |
| 感染症(創部) | 27 | 23 |
| 薬剤関連 | 27 | 46 |
| 深部静脈血栓症 | 14 | 18 |
| 分娩・新生児関係 | 11 | 67 |
| 創部問題 | 10 | 53 |
| 急性心筋梗塞 | 10 | 0 |
| 非外科的処置による傷害 | 10 | 59 |
| 肺塞栓症 | 6 | 14 |

Gawande AA, et al. Surgery 1999;126:69-75

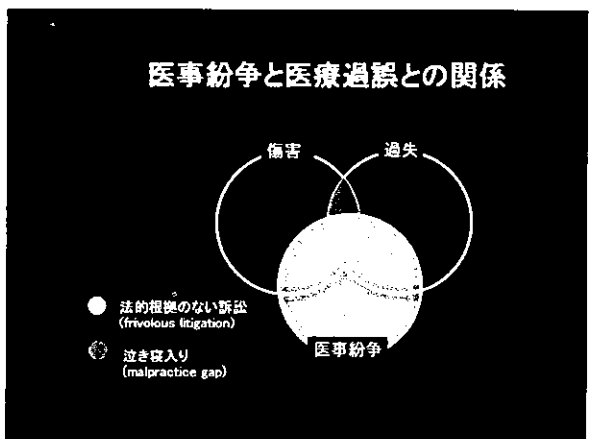
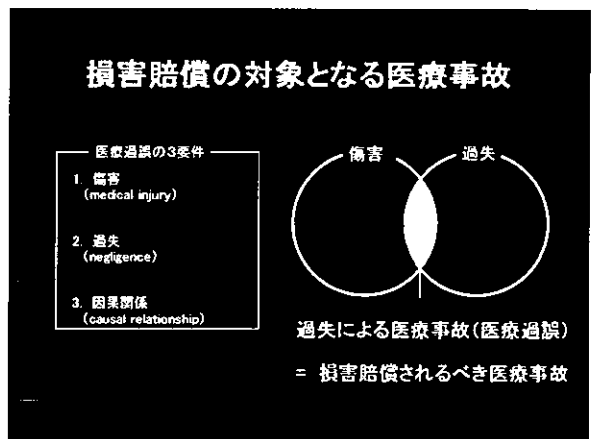
外科系医療事故をより詳細に見てみますと、分娩新生児関係は、年間1万件の症例あたり11件、すなわち100件当たり1件の事故発生率で、他の領域に比べて低い方ですが、過失の占める割合は67%となっています。

手術別医療事故の頻度

| | 発生率 (/100件の手術) | 過失のある件数 (/100件の手術) |
|----------------|-------------------|-----------------------|
| 腹部大動脈瘤 | 18.9 | 8.1 |
| 下肢バイパス手術 | 14.1 | 11.0 |
| 冠動脈バイパス手術/弁置換術 | 12.3 | 4.7 |
| 大腸切除術 | 6.8 | 5.9 |
| 胆嚢摘除術 | 5.9 | 3.0 |
| 子宮摘出術 | 4.4 | 2.8 |
| 帝王切開術 | 3.1 | 1.7 |

Gawande AA, et al. Surgery 1999;126:69-75

もっと細かく見ますと、帝王切開では100件の症例あたり3件の事故があって、そのうちの半分である1.7件が過失によるものです。ここまでのデータから言えることは、周産期医療の事故のうち半分ぐらいは過失のある事故で、この部分に対しては事故防止のために何らかの対策を講じるべきであるということです。



次は医事紛争についてです。そもそも医事紛争

で損害賠償すべき対象となるのは、患者さんに何らかの傷害が発生しており、医療内容に過失があり、患者さんの傷害と過失の間に因果関係があるという部分です。しかし、実際には図に示すような部分で医事紛争が起こっています。周産期医療では、例えば、新生児に何らかの障害があった、しかしそれが過失によるものかどうかは分からない、もしくは過失が全くない状況であっても損害賠償請求をされるというものは少なくありません。

各診療科の訴えられるリスク、すなわち年間100人の医師あたりの紛争件数は日本ではデータがなく、全数すらも公開されていません。ハーバードメディカルスクールの関連病院全体では、年間100人の医師当たり約3件で、一番訴訟を経験している診療科は、脳神経外科14.5件、形成12.8件、産婦人科12.1件、整形外科10.4件がトップです。小児科は最もローリスクで1.0件です。医師数や医療行為数が多ければ、結果として医療事故や医事紛争の件数は増えますので、「年間100人の医師あたり」という単位が国際的には用いられています。アメリカでは1件の医事紛争で被告として多くの医師の名前が挙げられますので、そういうことも勘案してこの数字を見て下さい。周産期医療で新生児が障害を持って生まれてきた場合、産科医は被告になりますが、小児科医は含まれないことがほとんどです。日本の紛争頻度は1年間に100人の医師当たり1.4件から2.3件で、診療科毎のデータはありません。

では、米国の医師がどれぐらいの医師賠償責任保険料を払っているのかということですが、産科ではアテンディングドクターで1年間に300万円ぐらいで自分のポケットから支払っていますが、これは全米の平均としては安いほうです。小児科医は最も安いカテゴリーであり年間40万円ぐらい、新生児科は約60万円です。

米国の医事紛争における無責率

| 専門科 | 無責率(%) |
|-------|--------|
| 脳神経外科 | 84 |
| 整形外科 | 69 |
| 一般外科 | 66 |
| 内科 | 66 |
| 小児科 | 66 |
| 救急 | 61 |
| 産婦人科 | 59 |
| 放射線科 | 56 |
| 麻酔科 | 45 |

患者はなぜ訴えるのか
 ・説明
 ・報復・裁罰
 ・損害賠償
 ・再発防止
 ・医学的・法的知識の不足
 ・弁護士

Yessierli G et al. JAMA 1994;271:1600-1613
 Backlund EB et al. Arch Intern Med 1994;154:1328-1330

では、紛争の多い診療科の医師はそんなに質が悪いのかと言いますと、実はそうではありません。紛争になったが結果として過失がなかったと判断された事例が、産婦人科や小児科では半数以上あります。ではなぜ患者さんは訴えるのか。損害賠償の目的以外に、先ほど貝阿彌先生がおまとめになられておりましたが、医療側が説明してくれないので事実を知るためにというものや、これまでの対応が許せない、自分の家族に起こったことが二度と起こってほしくないというものもあります。さらに、医学的、法律的な知識が患者さん側には十分ないということや、弁護士数が多い、すなわち米国では日本と比べ単位人口当たり25倍の弁護士がおり、またそのクオリティも様々ということが、紛争が非常に多い背景としてあります。日本ではこういうことがなかなか見えませんが、似たような状況があるのではないかと思います。

次に周産期医療に関連した医事紛争ですが、アメリカのデータでは、全医事紛争に占める割合は5パーセント、しかし支払い額は全体の13パーセントを占めています。そして高度障害例が半数、被告となっているのはレジデントやフェローが4分の1を占め、残りはベテランの医師です。