

ても適切な医師の治療行為がなされていた場合には5-4の判断に移行する。予見可能であり、かつ医師の治療行為が不適切であった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

#### 6-4. 転倒防止策の立案・実行

以下のような要素を考慮して医療水準に照らして患者に転倒防止策が適切に立案・実行されていたかを検討する。なお本件の場合、患者Aに対して実施されていた転倒防止策の内容は離床時のナースコール指導と定期的な訪室であるので、この点を中心に検討を行う。

##### ① 予見可能性

6-2. ①を参照。

##### ② 結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして適切な転倒防止策が立案・実行されていたかを検討する。

- ✓ 看護診断に基づく定期的な訪室はなされていたか
- ✓ ナースコール指導は徹底されていたか
- ✓ ナースコールは有効に機能していたか、機能していない場合、抑制・センサーマットの使用等の代替策を検討・実施したか
- ✓ その他立案した転倒防止策は十分なものであったか（ナースコール指導や定期的な訪室以外に、ポータブルトイレの設置や車いすの使用などさらに進ん

だ対策を講じる必要はなかったのか)  
⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な転倒防止策が立案・実行されていた場合には8に移行する。予見可能でありかつ適切な判断が行われていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

#### 7. 謝罪、必要に応じて賠償

本件において、6で医療機関側に過失が認められた場合には、患者・患者家族に対して真摯に謝罪する。また、因果関係の認められる範囲内で、必要に応じて生じた損害に対する賠償をする。

#### 8. 医療事故対応の終結

患者・患者家族に対して、事故の状況、再発防止策等について説明する。また、必要に応じて、当該患者の転倒リスクの再評価、転倒防止策の見直し、環境整備等を行い、医療事故の初期対応は終結する。

(関連裁判例)

- 9-1 東京地裁平成8年4月15日判決  
(判例時報1588号117頁)
- 9-2 名古屋地裁豊橋支部平成15年3月26日判決(判例タイムズ1188号301頁)
- 9-3 東京高裁平成15年9月29日判決  
(判例時報1843号69頁)

など

## 結論

本研究では、入院中の患者が病室内で転倒されているところを発見された事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。その結果、本事例への対応を行うにあたっては、本文で示した通り、一般に考えられているより多くの作業を適時適切に行っていく必要があることがわかった。今後、医療機関で適切な事故対応がなされるためには、こうした事例や院内で実際に発生したインシデント・アクシデント事例などを題材として、対応の方法（手順）を検討する取り組みを継続して実施することが有益であると考えられる。

- 研究発表

論文発表、学会発表ともなし

- 知的所有権の取得状況

特許取得、実用新案登録、その他ともなし

# 厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

## 分担研究報告書 事例 10

### 事例 10. 褥瘡がある患者の腎不全による死亡

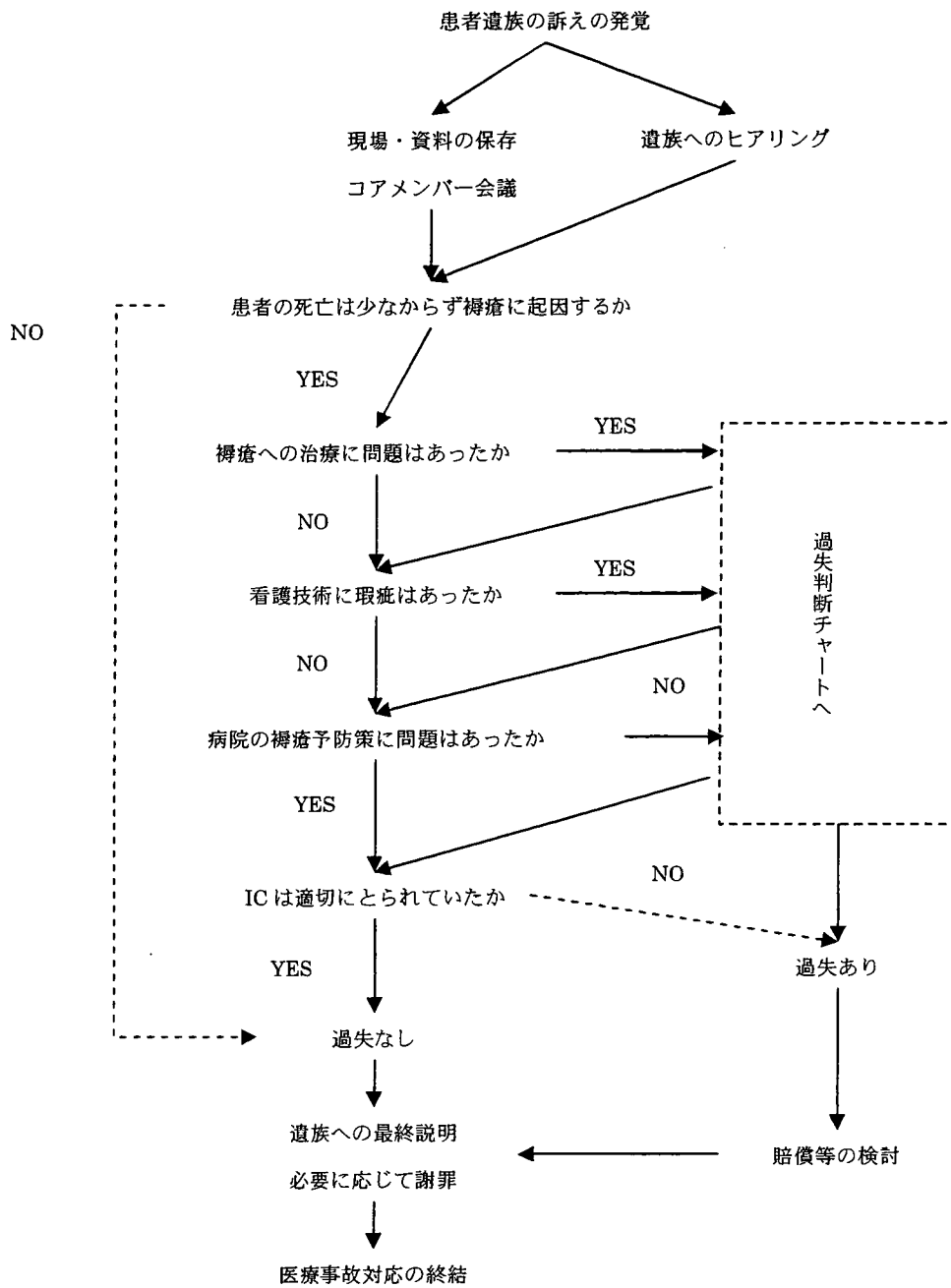
伊吹友秀、永野功、杉浦香奈子、安藤志保、山崎信也、平野庸行、  
金子剛大、高宮雄介、野川晶巨、前田正一、呉 正美

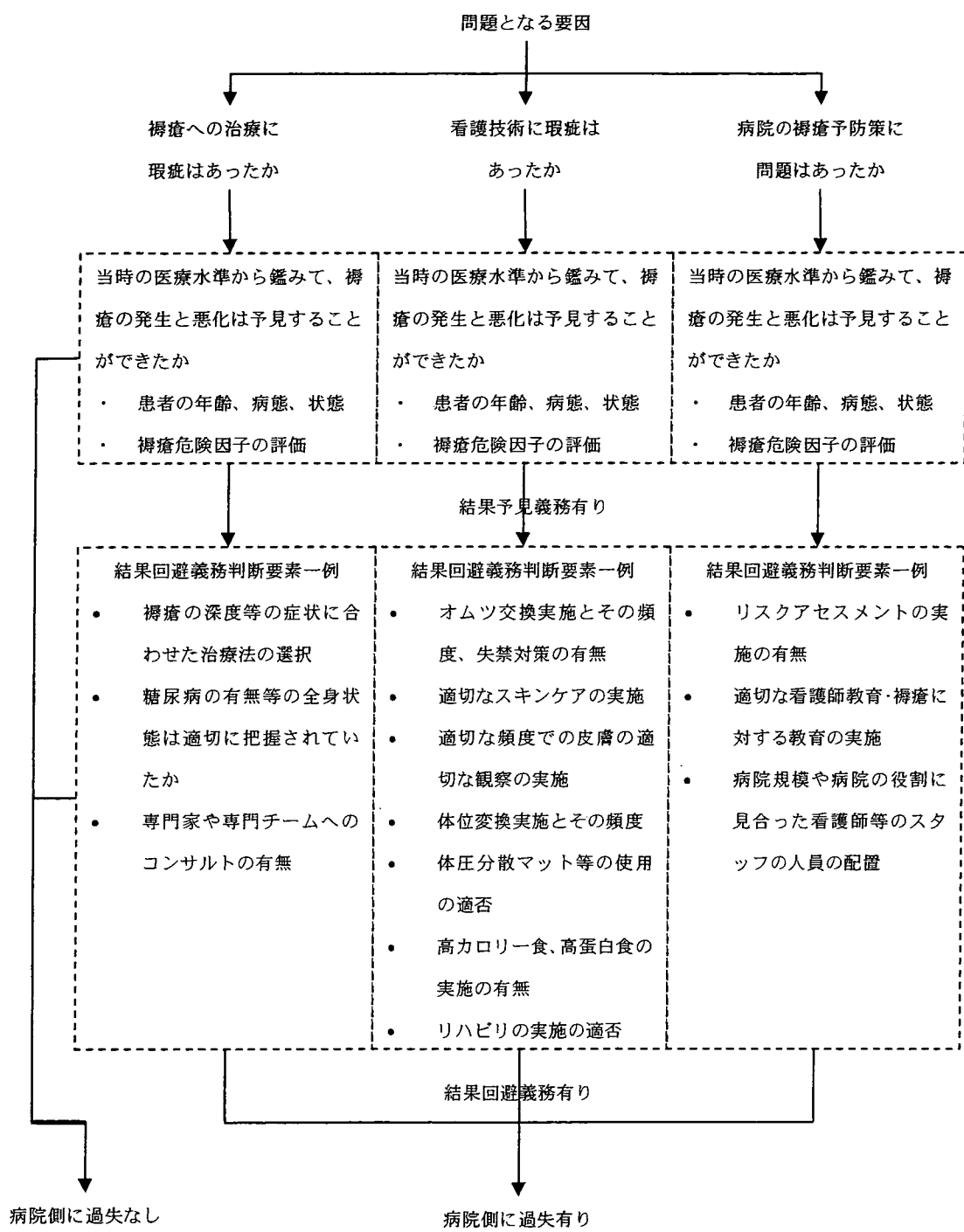
#### 研究要旨

本研究では、入院中に褥瘡が発生し、患者遺族が望んでいない結果に不服を訴えてきた事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。内容は本文に示す通りである。なお、本研究の性格からして、通常の研究報告書のスタイルを踏襲できないためそれを行っていないことを付記する。また事例の検討は上記メンバーによる検討チームで行った。

#### 事例

脳梗塞で入院中の患者 Q 氏（男性 60 歳）は、昏睡状態が続いていたが、容態は安定していたが、入院時より腎機能の低下が見られた。某日、Q 氏の仙骨部位にⅡ度の褥瘡ができていたのを看護師 P が発見し、主治医に報告した。その後、Q 氏の褥瘡はⅢ度に達した。さらに、この頃から Q 氏の腎機能はさらに低下した。結局 Q 氏は、2 週間後腎不全のため亡くなった。この件に関し、Q 氏の遺族らが、病院の苦情相談窓口、「褥瘡ができたことで腎機能は低下して、Q 氏は亡くなった。責任をとってほしい。」と訴えてきた。そこで、病院の苦情相談窓口から安全管理室に一報が入った。





## 結果と考察

### 1. 現場の保存

事件の詳細を調査するために、当該患者のカルテ、及び剖検が実施されていた場合にはその記録を保存・保管する。また、担当医師、及び、看護師等へのヒアリングを行い、生前の Q 氏の状況を把握する。

本件事例の場合には、遺族からの訴えをもとに調査を開始するので、基本的には褥瘡に関する問題に焦点を絞る。

### 2. コアメンバー会議

迅速にコアメンバー会議を開催し、事故対応の方針を定める。今回の場合、当該患者の診療記録や担当者らへのヒアリングなどから、事態の詳細について把握し、コアメンバー間でこれを共有する。また、病院としての今後の対応方針を定める。

### 3. 患者側への対応

患者の遺族に対して、今後の対応として以下に示す手順について説明する。

### 4. 事故により生じた事態の把握

患者のカルテや、(可能であれば)剖検記録を元に、生前の Q 氏の状態を把握し、以下の対応に当たる。

### 5. 事故原因の検討

収集した情報を元に、医療機関側の責任の有無を探る。

#### 5-0. 患者の死亡と褥瘡の発生との因果関係

まず、そもそも患者の死亡と褥瘡の発生の因果関係、あるいは、死亡の原因の一端

が褥瘡にあるのかを検討する。本事例の場合は、死因は腎不全と確定しているが、褥瘡がその死期を早めた可能性も考慮に入れて判断する。例えば、褥瘡の悪化によるタンパク質や水分の喪失が栄養状態の悪化を引き起こしたり、褥瘡患部の感染予防のために抗生物質を使用したりすることで腎機能の悪化に拍車がかかった可能性はある。実際の判例でも、死亡の原因の一端が褥瘡にあると認められ、賠償命令が下った判決もある(関連裁判例10-2)。但し、通常、腎機能の悪化と褥瘡との因果関係は、あることもないことも証明することは困難である。そこで、因果関係が明らかでない、あるいは、少しでも褥瘡に起因する可能性がある場合には、5-1以下の手順に沿って医療機関側の責任の有無について検討していく。

#### 5-1. 褥瘡の治療に瑕疵があったか

患者の死亡の原因あるいは、その一端が、褥瘡にあると考えられる場合、時系列をさかのぼってその原因を探る。まず、発生した褥瘡に対する治療に瑕疵があり、褥瘡の悪化が腎機能の低下に拍車をかけ、死に至った可能性の検討である。この段階に今回の損害の原因があると考えられる場合には、6-1の判断へと移行する。この段階に今回の損害の原因がないと考えられる場合には、5-2の判断へと移行する。

#### 5-2. 看護技術に瑕疵があったか

次に検討すべき要因は、病棟での看護に起因する褥瘡の発生と悪化である。そこで、行われた看護技術に問題はなかったのかを、ヒアリング及び、看護記録から探る。この

段階に今回の損害の原因があると考えられる場合には、6-2の判断へと移行する。この段階に今回の損害の原因がないと考えられる場合には、5-3の判断へと移行する。

### 5-3. 病院の褥瘡予防策の立案と実施に問題はあったか

最後に検討すべき要因は、病院側の褥瘡予防策の立案と実施に問題があり、褥瘡が生じた可能性である。そこで、病院側の褥瘡予防策に問題はなかったのかを、ヒアリング及び、看護記録などから探る。この段階に今回の損害の原因があると考えられる場合には、6-3の判断へと移行する。この段階に今回の損害の原因がないと考えられる場合には、7の判断へと移行する。

## 6. 医療機関の過失についての法的判断

今回の患者の褥瘡発生、あるいは、悪化の原因が医療機関側にあると考えられる場合には、その法的な責任について、結果予見可能性と結果回避可能性の観点からの考慮が必要になる。

### 6-1. 褥瘡の治療に瑕疵があった場合

#### ① 予見可能性

下記の要素等を考慮して、当該患者に褥瘡の発生と悪化が予見できたのかを判断する。

- ✓ 患者の年齢、病態、状態
- ✓ 褥瘡危険因子の評価

#### ② 結果回避義務違反

今回の損害の発生が褥瘡に対する治療に

原因があると考えられる場合、褥瘡に対して不適切な治療を行えば、褥瘡の悪化からくる腎機能の低下は予見することができたかについて判断する。患者の容態や症状を鑑みて、当時の医療水準に照らし、十分に患者の死が予見される場合には、病院側としては十分な回避義務が尽くされていたのかを以下のような項目を中心に検討する。

- ✓ 褥瘡の深度等の諸症状に合わせた治療法の選択は適切であったか
- ✓ 糖尿病の有無等の全身状態は適切に把握されていたか
- ✓ 栄養管理や褥瘡などの専門家や専門チームへのコンサルトの有無

実際の判例においても、行われた治療が当該患者の褥瘡の状態を鑑みて適切だったとは言えない可能性があるとして、治療義務違反が問われたことがある（関連裁判例10-3）。

この点に医療機関側として特に問題がなかった場合には、5-2の判断へと移行する。問題があった場合には、病院側に過失が認められることになり、7へと移行する。

### 6-2. 看護技術に瑕疵があった場合

#### ① 予見可能性

6-1. ①を参照。

#### ② 結果回避義務違反

褥瘡の発生と悪化は、予測することができた場合であっても、防ぎきれないこともあると言われている<sup>1</sup>。そこで、褥瘡の発生と悪化が予測できる場合では、病院としては、結果として褥瘡が回避できたのかどうかという点ではなく、看護処置の過程の中

<sup>1</sup> 広田愛ら、防ぎされる褥瘡と防ぎきれない褥瘡—創傷・オストミー失禁看護認定看護師の意識—、『日本褥瘡学会誌』8(4)：579-585、2006。

で適切な回避義務を尽くしていたのかどうかという点が問題となる。そこで、以下のような項目を中心に回避義務が尽くされていたのかを検討する。

- ✓ オムツ交換の実施とその頻度、及び、失禁対策の有無
- ✓ 適切なスキンケアの実施
- ✓ 適切な頻度での皮膚の適切な観察の実施
- ✓ 体位変換実施とその頻度
- ✓ 体圧分散マット等の使用の適否
- ✓ 高カロリー食、高蛋白食の実施の有無
- ✓ リハビリの実施の適否

とりわけ実際の褥瘡をめぐる裁判では、体位変換の頻度（判例では2時間に一度の体位変換が要求されている）と、体圧分散マットの使用の適否などが争われている（関連裁判例10-1, 2, 3）。これらの点を当時の当該病院に求められる医療水準に照らして判断する。これらの回避義務が尽くされていたのかを、当時の医療水準に照らして判断する。

この点に医療機関側として特に問題がなかった場合には、5-3の判断へと移行する。問題があった場合には、病院側に過失が認められることになり、7へと移行する。

### 6-3. 病院の褥瘡予防策の立案と実施に問題があった場合

#### ① 予見可能性

6-1. ①を参照。

#### ② 結果回避義務違反

病院側としては十分な回避義務が尽くされていたのかを以下のような項目を中心に検討する。

- ✓ リスクアセスメントの実施の有無

- ✓ 適切な看護師教育・褥瘡に対する教育の実施
- ✓ 病院規模や病院の役割に見合った看護師等のスタッフの人員の配置

例えば、当該病院の看護師の人数や勤務状況など看護体制を考えると十分な褥瘡対策が行えないと判断されるような場合であっても、当時の当該病院に要求される程度の医療水準に照らして、そもそも病院の看護体制自体に過失があったと判断される可能性もある。

この点に医療機関側として特に問題がなかった場合には、8へと移行する。問題があった場合には、病院側に過失が認められることになり、7へと移行する。

### 7. 謝罪、必要に応じて賠償

医療機関側に過失が認められた場合には、患者に対して真摯に謝罪する。また、因果関係の認められる範囲内で、必要に応じて生じた損害に対する賠償をする。

### 8. 医療事故対応の終結

患者に対して、事故の状況、再発防止策について説明する。これを以って、医療事故の初期対応は終結する。

（関連裁判例）

- 10-1 名古屋地裁昭和59年2月23日判決（判例集未掲載）
- 10-2 東京地裁平成9年4月28日判決（判例タイムズ949号192頁）
- 10-3 高松高裁平成17年1月18日判決（判例タイムズ1238号256頁）

など



## 結論

本研究では、入院中に褥瘡が発生し、患者遺族が望んでいない結果に不服を訴えてきた事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。その結果、本事例への対応を行うにあたっては、本文で示した通り、一般に考えられているより多くの作業を適時適切に行っていく必要があることがわかった。今後、医療機関で適切な事故対応がなされるためには、こうした事例や院内で実際に発生したインシデント・アクシデント事例などを題材として、対応の方法（手順）を検討する取り組みを継続して実施することが有益であると考えられる。

### ● 研究発表

論文発表、学会発表ともなし

### ● 知的所有権の取得状況

特許取得、実用新案登録、その他ともなし

# 厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

## 分担研究報告書 事例 11

### 事例 11. 抗がん剤の過量投与

野川晶巨、伊吹友秀、金子剛大、高宮雄介、前田正一、呉 正美

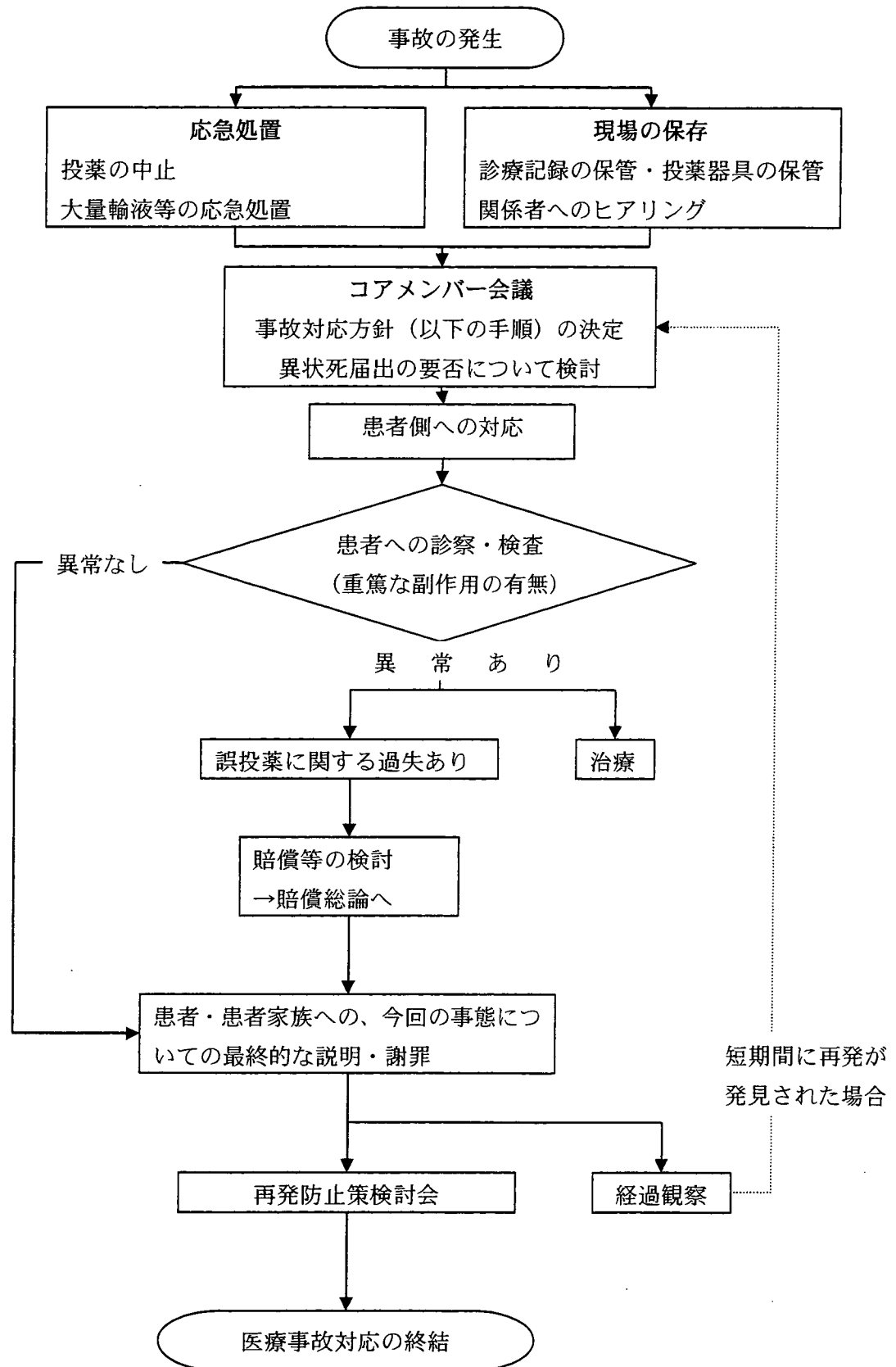
#### 研究要旨

本研究では、患者に薬剤を過量投与した事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。内容は本文に示す通りである。なお、本研究の性格からして、通常の研究報告書のスタイルを踏襲できないためそれを行っていないことを付記する。また事例の検討は上記メンバーによる検討チームで行った。

#### 事例

患者（35歳、男性）は、悪性腫瘍が再発して入院していた。担当医は、某日より化学療法を開始し、5日目から抗がん剤A 1.2mg と抗がん剤B 50mg の点滴を予定していた。

これを受けて研修医がオーダーした注射伝票には「抗がん剤A 1 V（バイアル）」と入力されていたが、投与前日の時点で上級医が気づき、「1.2mg」と手書きで修正を加えていた。投与の日、研修医を指導医がダブルチェックのうえ抗がん剤Aを投与するために薬剤を調製したが、そのとき、「1.2mg」を「12mg」と見誤り、12mg 全量が投与された。



## 結果と考察

### 0. 応急処置

患者の容態を確認し、直ちに投薬を中止する。予測される重篤な副作用の可能性を考慮して、大量輸液等の応急処置を実施する。

### 1. 現場の保存

診療記録（患者診療録・検査記録・投薬記録など）を保管する。また、投薬に関する器具（輸液バッグ・ルートなど）を保管する。さらに、関係者へのヒアリングを行い、状況を調査する。その際、以下の点を中心に現場の保存、調査を行う。

- ✓ 投薬記録の検証
- ✓ 患者の病状、特に重篤な副作用の可能性
- ✓ 事故当時の投薬管理体制

### 2. コアメンバー会議

迅速にコアメンバー会議を開催し、患者側への説明事項、今後の事故対応を定める。さらに、本件では指示量の10倍の抗がん剤が投与されており患者が死亡する危険も考えられるので、患者が死亡した場合には異状死として警察に届け出る必要があるか否かについても検討しておく（医師法21条）。

### 3. 患者側への対応

患者の家族等に対して現在の状態及び今後の対応について説明する。

### 4. 事故により生じた事態の把握（患者の診察・検査、必要に応じて治療）

まず、患者の利益を最優先に行動し、患

者に生じる障害を最小限に食い止めるよう尽力しなければならない。そこで、本件では指示量の10倍の抗がん剤が投与されていることになるので、今回の事故で重篤な副作用が生じたかを検証する。具体的には、患者を診察、必要に応じて検査をして、患者に何らかの有害事象が生じていないかを明らかにする。

これは、損害発生の要件の有無を検討することにもなる。

その結果、患者に異常がなければ、治療の必要はない。また、賠償の対象となる損害が生じていないため、医療機関側に責任は生じない（ただし慰謝料の支払いは別途検討する）。

⇒6に移行する

その結果、患者に異常があれば、医療機関はその治療をする（患者が当該医療機関の治療を拒否する場合には他の医療機関における治療を勧める）。また、この場合には医療機関側に責任が生じる可能性があるため、医療機関側の責任の有無を検討していく。

⇒5に移行する

### 5. 事故原因の検討・医療機関の過失についての法的判断

収集した情報を踏まえて、医療機関に今回の事故に対する責任があるのかを検討する。

本件では、指示量の10倍の抗がん剤が投与されていることになるので、この点に誤投薬に関する過失が認められる。

### 6. 謝罪、必要に応じて賠償

5で医療機関側に過失が認められた以上、

患者・患者家族に対して真摯に謝罪する。  
また、因果関係の認められる範囲内で、必要に応じて生じた損害に対する賠償をする。

なお、損害額の算定について ☞ 総論ページ

ここで、因果関係を検討するにあたっては、本件事故によりいかなる重篤な副作用が生じたかが重要なポイントとなる。化学療法自体が本来副作用を伴うものであり、通常量用いられた場合に想定される副作用の範囲を超えないのであれば、過剰投与が原因であるとは言えない（因果関係がない）として、医療機関側に損害賠償義務はない。

1

## 7. 医療事故対応の終結

患者・患者家族に対して、事故の状況、再発防止策等について説明する。これで、医療事故の初期対応は終結する。

## 8. 経過観察

本件では、誤投薬による重篤な副作用が生じていない場合でも、誤投薬のために生じた治療計画の変更によって白血病の治療に影響が生じ、仮に治癒しても短期間に再発してしまう可能性もないとはいえない。そこで、このような場合には、再発の可能

性を疑って経過観察を行い、再発がわかった場合には治療を行うとともに、改めて医療機関の再発に対する責任を判断していかなければならない。

⇒再発がわかった場合には2に移行する

### （関連裁判例）

- 11-1 広島地裁平成5年8月2日判決  
（判例タイムズ874号248頁）
- 11-2 さいたま地裁平成16年3月24日判決（判例時報1879号96頁）
- 11-3 京都地裁平成17年7月12日判決（判例時報1907号112頁）

など

### <ひとくちメモ>

本事例では、医療機関側の過失が明らかであったために、基本的には謝罪・賠償が必要である。ただ、医療機関側のミスが明らかであっても、因果関係の認められる範囲内でしか損害賠償をする必要がないということには注意が必要である。

同種の事例として、異型輸血や誤投薬、手術部位の左右違いなどについても、医療機関側のミスが明らかであるので、本事例と同様に対応していくことになる。

<sup>1</sup> これに関連して、1週間あたりの投与を1日あたりの投与と読み違えて抗がん剤を過量投与した事例（関連裁判例11-2）や塩化カルシウムを塩化カリウムと間違えて静脈注射した事例（関連裁判例11-3）などでは、医療機関側の重い責任が認められている。これに対して、てんかん治療のため抗てんかん薬の処方を受けていた患者につき、その副作用が生じていたことを医師が知りながら長期にわたり抗てんかん薬の過剰投与が行われていたために、小脳萎縮・行動障害の後遺症が発生したという事案につき、抗てんかん薬の長期連用、患者の脳病変、患者の抗てんかん薬に対する感受性等の多数の因子が相互に作用したもので、抗てんかん薬の過量投与が原因とは言い切れないとして、患者の請求を棄却した裁判例がある（関連裁判例11-1）。

## 結論

本研究では、患者に薬剤を過量投与した事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。その結果、本事例への対応を行うにあたっては、本文で示した通り、一般に考えられているより多くの作業を適時適切に行っていく必要があることがわかった。今後、医療機関で適切な事故対応がなされるためには、こうした事例や院内で実際に発生したインシデント・アクシデント事例などを題材として、対応の方法（手順）を検討する取り組みを継続して実施することが有益であると考えられる。

### ● 研究発表

論文発表、学会発表ともなし

### ● 知的所有権の取得状況

特許取得、実用新案登録、その他ともなし

# 厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

## 分担研究報告書 事例 12

### 事例 12. がん告知後の自殺

野川晶巨、伊吹友秀、金子剛大、高宮雄介、前田正一、呉 正美

#### 研究要旨

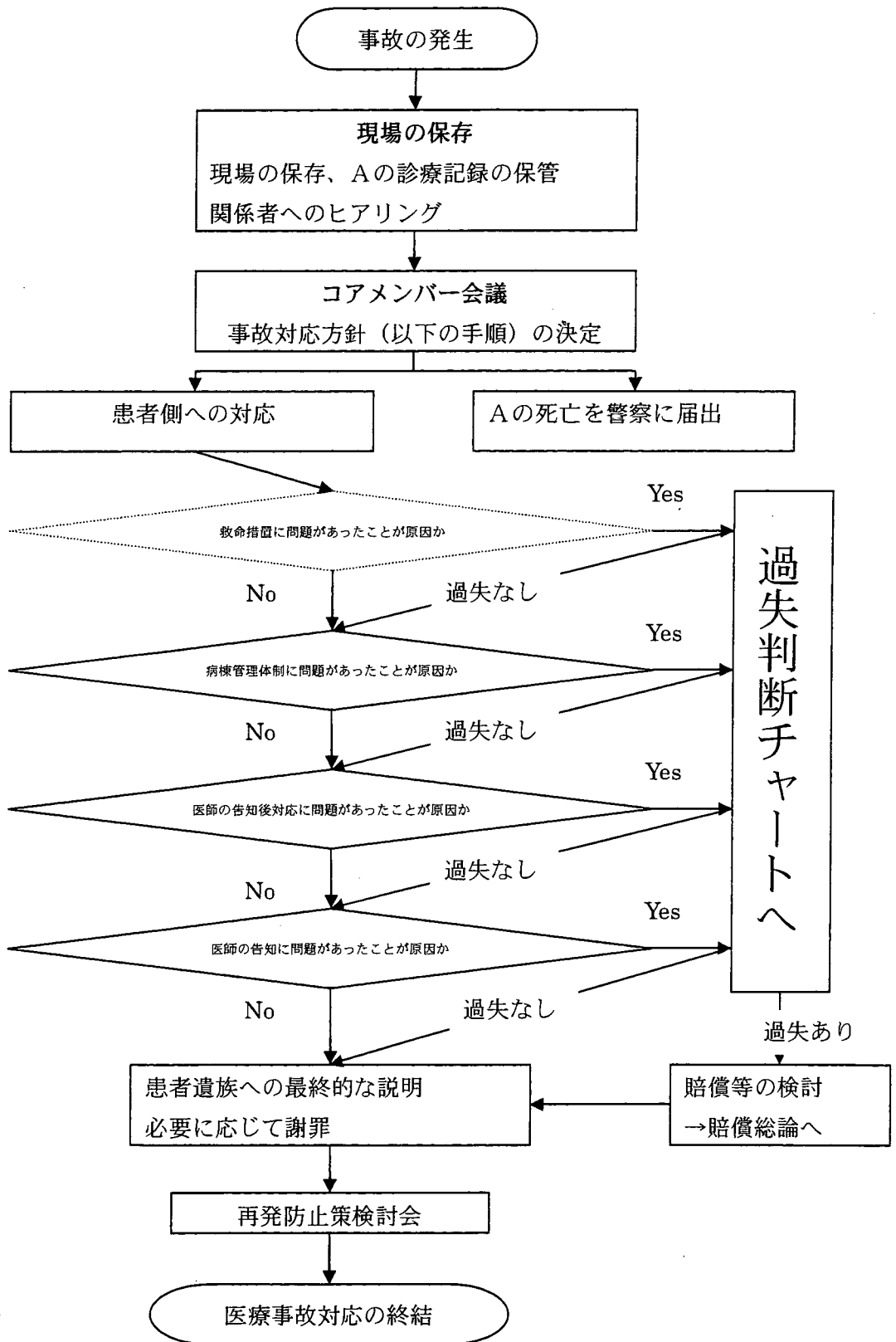
本研究では、がんを告知した後に告知を受けた患者が自殺したという事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。内容は本文に示す通りである。なお、本研究の性格からして、通常の研究報告書のスタイルを踏襲できないためそれを行っていないことを付記する。また事例の検討は上記メンバーによる検討チームで行った。

#### 事例

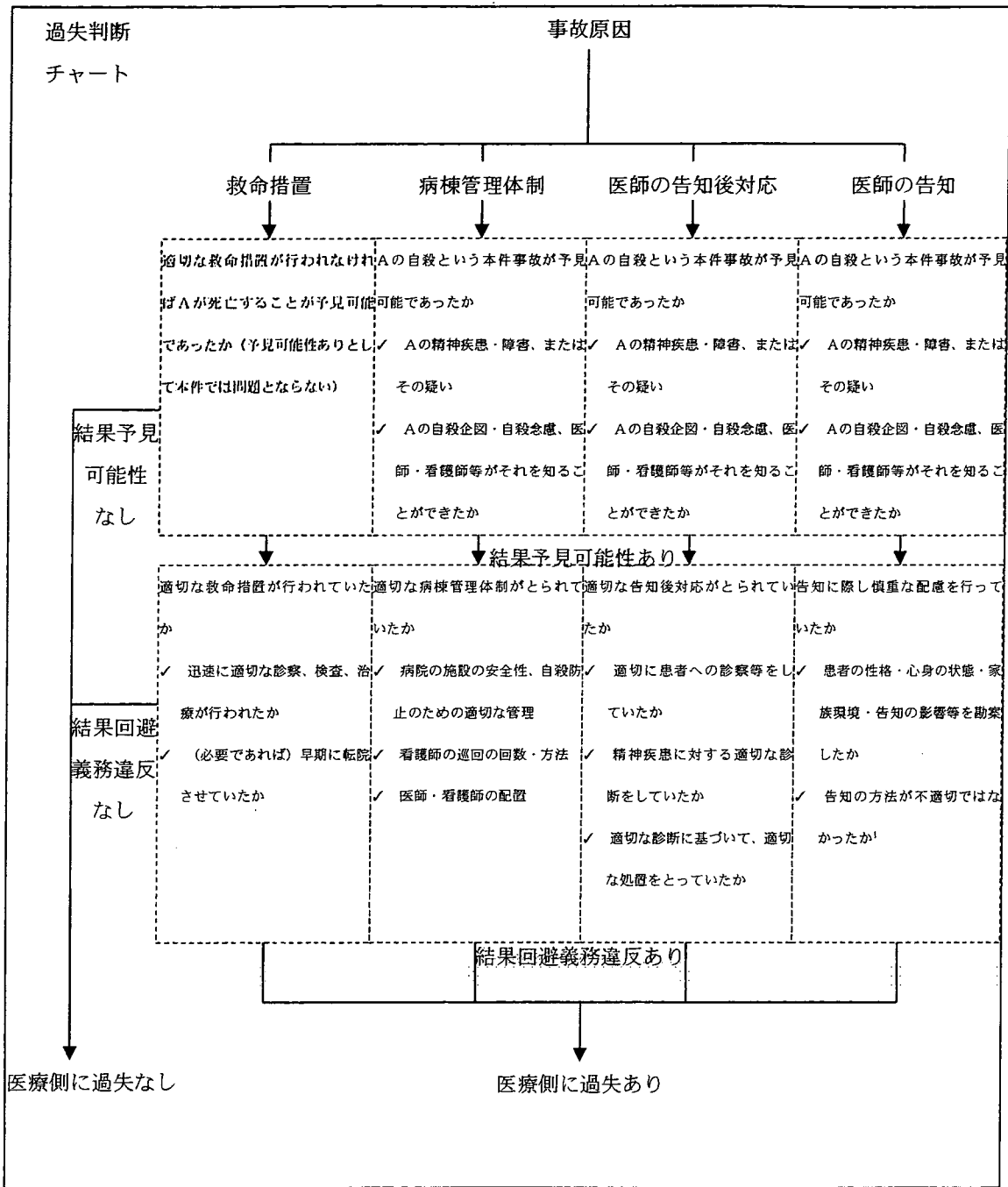
患者A（55歳、男性）は、B病院を受診したところ、腹部エコー、腹部CTスキャンにより肝腫瘍が発見されたため、精密検査のため入院することとなった。検査の結果、肺がんが認められ、それが肝臓に転移していることがわかった。当時、Aは背中の痛みを訴えていたが、意識清明で、一人で歩くことができた。

主治医は、Aの病状につきAの弟Cに説明し、CにAへの告知を待つてほしいと言われたものの、説得して、C同席の下、Aに対して病状を告知して、施設の整ったD病院へ転院することが望ましいということを告げた。

その5日後、AはB病院において首を吊って自殺した。







## 結果と考察

### 1. 現場・資料の保存

現場の写真撮影など、現場を保存して、Aの診療記録を保管する。さらに、関係者へのヒアリングを行い、状況を調査する。その際、以下の点を中心に現場の保存、調査を行う。

- ✓ 医師ががん告知をした際のAの状況、告知内容
- ✓ Aの精神疾患・障害、または自殺企図・自殺念慮、それに対する医師の処置内容
- ✓ Aの自殺現場、自殺方法
- ✓ 自殺当時の病棟管理体制（看護師等の勤務体制など）

### 2. コアメンバー会議

迅速にコアメンバー会議を開催し、患者側への説明事項、今後の事故対応を定める。

また、Aの死亡について、24時間以内に所轄の警察署に届け出る（医師法21条）。

### 3. 患者側への対応

患者の家族等に対して現在の状態及び今後の対応について説明する。

### 4. 事故により生じた事態の把握

本件ではAは死亡しており結果は既に確定しているため、さらに調査する必要はない。

### 5. 事故原因の検討

収集した情報を踏まえて、医療機関に今回の事故に対する責任があるのかを検討する。

以下、時系列を遡って考えられる原因を挙げていき、それぞれにつき検討を加える。

#### 5-1. 救命措置

救命措置が適切に行われなかったことが原因で死亡結果が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-2の判断に移行し、その他の場合には6-1に移行する。

#### 5-2. 病棟管理体制

Aに自殺企図・自殺念慮が見られていたにも関わらず看護師が十分に巡回をしなかったなど、病棟管理体制の不備が原因でAの自殺という本件事故が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-3の判断に移行し、その他の場合には6-2に移行する。

#### 5-3. 医師の告知後対応

Aが告知により深刻な精神的ダメージを受けて、うつ病などの精神疾患に罹患していたにも関わらず、医師が適切に診断して向精神薬の処方などの適切な処置をしなかったなど、医師の告知後の対応が原因でAの自殺という本件事故が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-4の判断に移行し、その他の場合には6-3に移行する。

#### 5-4. 医師の告知

Aが深刻な精神的ダメージを受けることが予測できたにも関わらず、慎重な配慮を欠いた告知を行っていた場合など、医師の告知が原因でAの自殺という本件事故が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合には、病院側は責任を負わず、8に移行する。その他の場合には6-4に移行する。

## 6. 医療機関の過失についての法的判断

法的な意味での過失は、結果予見可能性と結果回避義務違反という2つの側面から判断される。そこで、以下、それぞれの事故原因についてこの2つの側面につき検討を加える。

### 6-1. 救命措置

救命措置の段階では既にAの死亡結果に対する予見可能性は認められる。そのため、以下のような要素を考慮して診療当時の医療水準に照らして事故後に適切な救命措置が行われていたかを検討する。

- ✓ 迅速に医師による適切な診察、検査、治療が行われていたか
- ✓ (必要であれば) 早期に救命措置のとれる設備の整った医療機関に転院させていたか

⇒適切な救命措置が行われていた場合には、5-2の判断に移行する。適切な救命措置が行われていなかった場合には、病院側に過失が認められることとなり、7に移行する。

### 6-2. 病棟管理体制

医療機関は、患者との間の診療契約に基

づいて、適切な病棟管理体制をとり、患者の安全に配慮すべき付随義務を負う。そこで、以下のような要素を考慮して、医療機関に①予見可能性及び②結果回避義務違反があったのかを検討する。

#### ①予見可能性

病棟内でAが自殺するという本件事故が予見可能であったかを検討する。<sup>1</sup>

- ✓ Aに何らかの精神疾患・障害が見られたか、またはそれが疑われる状況にあったか
- ✓ Aに自殺企図・自殺念慮があったか、医師・看護師等がそれを知ることができたか

#### ②結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして適切な病棟管理体制がとられていたかを検討する。

- ✓ 病院の施設は安全であったか、また自殺防止のための適切な管理がなされていたか
- ✓ 病棟内における看護師の巡回・患者観察につき、その回数・方法に問題がなかったか
- ✓ 病院に適切な数の医師及び看護師を配置していたか

⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な病棟管理体制がとられていた場合には、5-3の判断に移行する。予見可能でありかつ適切な病棟管理体制がとられていなかった場合には、病院側に過失が認められることとなり、7に移行する。

<sup>1</sup> この場合、患者に何らかの精神疾患があれば肯定されやすいが、確定診断ができない場合でも精神疾患の可能性が疑われる場合には適切に対処すべき義務があるとされる(関連裁判例12-1)。他方、本件のように何らの精神疾患・障害も認められないような場合には、予見可能性を肯定することは難しいと思われる(関連裁判例12-2参照)。

### 6-3. 医師の告知後対応

「担当医師は、がん患者に対し、がんを告知した後、その影響にかんがみ、患者の病状や様態の推移等に一層留意し、その後の治療において患者に対し十分な配慮をすることが必要である」とされる。<sup>2</sup>そこで、以下のような要素を考慮して、医療機関に①予見可能性及び②結果回避義務違反があったのかを検討する。

#### ①予見可能性

6-2. ①を参照。

#### ②結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして適切な告知後対応がとられていたかを検討する。

- ✓ Aの病状・精神状態等に留意すべく、適切に患者への診察等をしていたか
- ✓ Aの精神状態からうつ病等の精神疾患に対する適切な診断をしていたか、確定診断ができない場合でも他科の医師への紹介や他院への転送などの措置をとっていたか
- ✓ 適切な診断に基づいて、向精神薬の投与等の適切な処置をとっていたか

⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な対応がとられていた場合には、5-4に移行する。予見可能でありかつ適切な対応がとられていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

### 6-4. 医師の告知<sup>3</sup>

<sup>2</sup> 関連裁判例12-3

<sup>3</sup> 本件では、先に家族であるCにAのがん告知を行っているが、これについては、がんという病気の性質上問題はないと考えられる（個人情報保護法23条1項2号、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインに関するQ&A」28

個人情報保護法の施行により病名などを告知する場合には患者本人にすべきことが原則となったとはいえ（個人情報保護法23条1項）、医療機関は、「がんのような不治ないし難治の疾病の場合には・・・患者の性格や心身の状態、家族環境、病状を知らせることの治療に及ぼす影響等の諸事情を勘案した上での慎重な配慮」をすべきである。<sup>4</sup>

そこで、以下のような要素を考慮して、医療機関に①予見可能性及び②結果回避義務違反があったのかを検討する。

#### ①予見可能性

6-2. ①を参照。

#### ②結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして医師が告知に際し慎重な配慮を行っていたかを検討する。

- ✓ 患者の性格や心身の状態、家族環境、告知の影響等を勘案して告知をしたか
- ✓ まだ検査結果が出揃っていないのに確定診断として告知した場合や、患者が深刻な精神的ダメージを受けることが予測されるにもかかわらず告知した場合など、告知の方法が不適切ではなかったか<sup>6</sup>

⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な対応がとられていた場合には、8に移行する。予見可能でありかつ適切な

頁など。

<sup>4</sup> 関連裁判例12-3

<sup>5</sup> 個人情報保護法施行以前の裁判例ではあるが、本人に対してがんの告知をしないことは必ずしも不適切であるということはないが（最高裁平成7年4月25日判決最高裁判所民事判例集49巻4号1163頁）、その場合には家族などに告知すべきであるとしている（最高裁平成14年9月24日判決判例時報1803号28頁）。

<sup>6</sup> 関連裁判例12-3