

令和5年度 中国四国医師会連合「医事紛争研究会」

と き 令和5年11月19日(日) 14:00～18:00

ところ JRホテルクレメント高松 3階「飛天」

[報告: 常任理事 縄田 修吾]

日本医師会より今村英仁 常任理事にコメンテーターとして Web 出席いただき、香川県医師会の司会進行のもと開催された。

最初に、中国四国医師会連合委員長の久米川啓 会長より、患者との信頼関係におけるインフォームドコンセントの重要性と課題を含めて、挨拶をいただいた。引き続き、今村日医常任理事が、50年の節目を迎えた日医医師賠償責任保険制度について、日ごろの業務運営のお礼を述べられた。

I. 各県からの提出議題

1. 医療従事者等に向けた講習会について

(島根県)

当会では毎年、医療従事者等を対象とした医療安全講習会を開催している。近年ではクレーム対応、リスク管理などをテーマに取り上げているが、開催状況とテーマを伺う。特に医療従事者の身の安全確保に向けた研修が行われていれば、その内容、また今後取り上げたいテーマなども伺いたい。

当県の回答

医療従事者講習として、県内の病院内にて、その医療従事者を対象とした「医療紛争防止研修会」を開催している(表)。構成は①対象の病院勤務の医療安全担当者の院内対策の解説、②当会顧問弁護士による講演解説、③当会医事案件調査専門委員会委員長による講演解説である。令和2年度から3年間は新型コロナウイルス感染拡大防止のため、病院内での開催が困難であったが、今年度は7月に Web 形式で県医師会員を対象に開催した。内容は損保会社の担当社員による「医師賠償責任保険の概要～必要性も含め」と、当会医

事案件調査専門委員長による講演解説で、52人の参加があった。次年度以降も、より会員に有用な内容で計画することとしている。先日も静岡の病院で患者家族による刺殺事件があったことを考えると、医療従事者の安全確保に関する要素も盛り込んだものにしなければならない。この研究会でのご意見や取組みを参考にしたい。

なお、令和4年12月13日に勤務医部会で「医療現場における暴力・ハラスメント対策～警察からの支援～」をテーマとしたオンライン座談会を行った。この座談会は『勤務医ニュース 第30号』(2023年3月)に掲載しており、山口県警察本部の生活安全企画課の職員の方にも加わっていた。

他県の回答

他県でも医療安全に関する講習会を開催するところは多く、ヒューマンエラーとコミュニケーションの重要性、チーム医療、裁判事例等をテーマとしている。郡市医師会主体で行われるところもあり、その場合は医療安全研修会の費用の一部を補助する制度を運用しているところもある。

医療従事者の安全確保に向けた研修に関しては、県医師会・県警・警備会社と協働で「患者家族からの暴言・暴力」に対する研修会の企画を行っているところや、県の地域保健対策協議会主催で開催しているところがあった。医療現場では、暴力事案発生時に電話の内線操作で連絡すると、警察出身の安全担当や職員が集合するシステムを採用している病院もあり、通報システムを検討しているところもある。地域の警察との連携強化をはかりつつ、不審者対応訓練や防犯講習会を開催するところもあるので、今後の参考とする。

表 医療紛争防止研修会の過去の内容

	①病院の医療安全担当	②顧問弁護士	③委員長	参加人数
H25	共有すべき医療事故・事故報道事例とその対応	医療訴訟について	医療紛争の現状と問題点	117名
H26	クレーム対応について	医療訴訟から学ぶ医療安全の方策		70名
H27	医療安全における当院の取組～みんなに期待すること	医事紛争の流れと注意事項～1件の民事訴訟を通じて		170名
H28	医療安全における当院の現状	医療紛争の流れと弁護士としての気付き		112名
H29	当院における情報の周知徹底手順について	医療訴訟について		75名
H30	当院の医事案件について	高齢者を扱う医療機関・介護施設に関連する裁判例		80名
H31/R1	紛争に介入する医療安全管理者の活動の紹介	裁判上望ましい患者への説明・同意書とは？		106名

2. 高齢者の施設内転倒事故について（岡山県）

高齢者の施設内転倒事故の事案が増加している。日本医療安全調査機構では医療事故の再発防止に向けた提言を作成、院内の医療安全教育への活用を進めている。高齢者の転倒に関しても「医療事故の再発防止に向けた提言 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析（2019年6月/2020年2月更新）」として分析結果がまとめられている。岡山県で「転倒・転落後の初期対応」に関して問題はなかったが、数か月後に死亡した症例に対して、転倒により発生した硬膜外血腫が遠因となったとの主張で入院中の患者に対する安全管理配慮義務違反（提言に示されている職員間の情報共有並びに頭部への衝撃を和らげる対策の欠如等）とのことで訴訟が起こっている。

ところで、高齢者施設で認知症患者等に対する「保護帽の着用」、「フロアの衝撃吸収マット」などの整備は各県でどの程度の対応がなされているのかご教示いただきたい。

当県の回答

本県でも高齢者施設に限らず入院中の転倒・転落の事案は増えているが、当会では施設における認知症患者の転倒防止用具の整備状況は把握していない。

なお、近時の医療紛争事案では、本件のように再発防止提言の内容を法的な安全配慮義務の基

準となる医療水準として主張するケースがみられる。医療法という法律に根拠があるが故に重視される点があるかもしれないが、再発防止提言はあくまでも再発防止と医療安全の確保を目的とするものであって、医療紛争における責任追及の基準となるものではないことは裁判所等によく認識・理解してもらいたいところである。本件で問題提起された保護帽については、提言書を見ると、保護帽の装着には「確立されたエビデンスはない」とされており、そのようなエビデンスレベルの点や、保護帽の装着が身体拘束そのものではないにしても、その装着は患者に不快感、抵抗感を与えるものであることからすると、これが法的措置義務の内容を構成するとはいえないであろう。

他県の回答

保護帽やヒップガードの着用は、動きにくさ等で患者が嫌がることが多く、離床センサーや衝撃吸収マットの使用は費用と人員・労力がかかるという意見が多い。実際にそれらを使用する際は、患者や家族の説明と同意も必要であるが、各医療機関で対応は異なる。転倒・転落のリスクを常に評価し、多職種で情報を共有しながら、看護・介護にあたり、リスクとそれに対する取組みを家族にも定期的に伝え、理解を得ることが重要と考えられる。

裁判所の医療集中部は、転倒・転落の防止策としては、公的な病院の対応を基準として捉え、民

間の個人病院や施設でも対応可能であると判断されることがある。理想と現実をどのように裁判所に理解してもらうかは、医師会の果たすべきところと考える。

日医の意見

高齢者の転倒・転落は「医療現場」と「介護現場」で分けて考える必要がある。介護現場では、法的に拘束をしてはならないことになっているが、保護帽の装着は、介護現場では一つの身体拘束の一つと捉えているという考えがあり、そのうえで、どのように転倒・転落防止策を取るべきかという議論になる。医療現場では、原則、治療のためにやむを得ない場合に身体拘束が許されている。

介護の現場では、そもそも高齢者の転倒・転落及び誤嚥は、本来は「老年症候群の症状」と考える。どれだけ施設や病院が対策をとっても一定の頻度で起こってしまうわけである。自宅で起きた場合は訴えられることはないが、病院や施設だと「防げた」と捉えられ、紛争になるケースがある。老年症候群自体は生理現象なので、たとえ病院施設であっても防ぐことができない。2021年に日本老年医学会が発表した「介護施設内における転倒に関するステートメント」などを踏まえて、法曹界と意見交換をしているところである。

3. 各県での医事紛争対応の状況について(広島県)

本県の医事紛争対応について、より良い会員支援策を検討したく、各県の現状をご教示いただきたい。

- ①各県の医事紛争対応の流れ(委員会の開催頻度)
- ②各県で対応を改善してより良い会員支援につながった事例や事務処理の効率化等の対応

本県の医事紛争対応は専門審議会、保険審議会、合同審議会を設置、まず会員から市郡地区医師会を通じて医事紛争報告書の提出があった後、診療科毎の専門審議会で、当事者の見解や患者の主張を確認し、本件事案解決に向けた審議を行っている。次に、医賠償保険の引き受け保険会社と担当役員による保険審議会を開催して保険適用の有無や効果的な保険勧奨等について協議、最後に医事紛争委員会委員により当月の全事案(新規受付・解決・

新たな請求・審議結果)等の共有と課題等の協議、医事紛争委員会だより(ワンポイントアドバイス)原稿の校正確認等を行っている。

当県の回答

①医事紛争が発生した際、まずは当該会員が所属の郡市医師会長及び郡市担当理事に連絡し、(診療録等、審議に必要な書類とともに)「事故報告書」を作成していただく。当会で受付後、直近の医事案件調査専門委員会で審議(月1回、基本的に第3木曜日)。委員会で審議後、顧問弁護士に対応いただく。日医医賠償保険適用事案であれば日医へ付託し、その対応方針と判断をもとに、顧問弁護士に対応いただくのが一般的な流れである。

②①の当会委員会での審議では、焦点となる医療行為の過失の有無だけでなく、例えば、患者への説明が十分かどうか、入院管理はどうだったかなどの、診療上における注意義務事項も含めて、教育的な助言も行っている。

他県の回答

①他県も紛争発生時は当該会員から所属医師会に報告されて、審議後に弁護士選定と保険の適用次第で日医付託という基本パターンで運用している。運用上の細かな点は各県で違いがあり、所属郡市医師会で審議し、担当役員が面談をして、日医付託とする医師会もある。

②医師会報に2か月に1回、医事紛争に関するコーナーを掲載している医師会もあった。

4. 廃業後の備えについての広報等について

(広島県)

日医医賠償保険には廃業特則や死亡特則があり、死亡前や廃業前に行った医療行為に起因して本人やその遺族が10年以内に損害賠償請求を受けた場合にも当該保険が適用される(ただし、B会員に区分変更後に退会した場合、この特則の適用は無い)。

市郡地区医師会や県医師会事務局がそれぞれ対応を行っていても、会員が当該保険の特則内容を

理解せずに退会している場合や、退会届が都道府県医師会に提出された時点で既に市郡地区医師会の退会処理は終了しているため、廻り対応が難しいこと等、同特則が適用されない会員も少なからず存在していると推測する。

本県では、市郡地区医師会事務局と連携し、対応のフローチャート等を記載したチラシ等を作成し、より分かりやすい案内ができないか検討している。

組織力強化の一環として新規会員を増加させることで加入率を上げることも重要だが、現在加入中の会員に長く加入を続けていただくことも一つの手段と考える。

- ①各県において死亡後や廃業後の備えについての会員への広報等の具体的な取組みを行っておられるようであればご教示いただきたい。
- ②日医においては、会員が必ず手に取る「入会・退会・異動の届出書」に、会員が理解できるような文言の追記や、より分かりやすい案内ツール等について検討いただけないか。

当県の回答

冊子『医療事故を起こさないために』の第5版を今秋に作成し、その中で医師賠償保険の継続加入の必要性にも触れている。また、当会が斡旋している医師賠償責任保険において、毎年の変更時にパンフレットで「廃業後の特則保険」を紹介しているが、会員の理解度は低いと思われる。そのため、問い合わせをいただいた会員には口頭による詳細説明を行い、廃業後の備えをいただいているが、特則内容を理解せずに退会される例は多い。

他県の回答

廃業特則のチラシを医師会報の付録として配付、医師会手続きの窓口となる郡市医師会との連携、個別訪問する医師会もある。

いずれにしても、医師賠償責任保険は「賠償請求を受けた日」が保険事故日となり、この保険事故日が保険契約期間内でなければ保険の対象にならない。会員がこのことを理解して、「自分の契

約を常に意識しておくこと」が大切である。

日医の意見

日医 A 会員に対して、廃業後の取扱いの案内ツール（フローチャート）を、後日お示しする予定としている。

※関連記事として、「山口県医師会報」本号の令和5年度都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の記事（106～108頁）も参照。

5. 意見交換：画像診断報告書の取扱いの見解について（山口県）

医療機関における CT や MRI など各種検査所見の報告書の取扱いについて、患者本人へ説明する際、本人の求めに応じて所見用紙の写しをそのまま交付しても良いものかについては、医師や医療機関によって対応が異なるようである。検査を受けた患者には受け取る権利があり、交付してよいという意見と、血液検査など客観的な結果はよいが、読影医の署名が入った画像読影報告書は交付すべきではないという意見などがある。日本医学放射線学会は、画像診断報告書の確認不足等に関する医療安全対策についての見解（平成30年7月19日）の中で、「患者に対し提供されるべきものは、整理された適切な情報であるべきだと考えています。画像診断報告書を患者にそのまま提供するという対応方法を検討している医療機関もあるようですが、多くの患者は大量の医療情報を正確に把握し判断できないと思われます。また、医療上の責任を患者側に転嫁するような考え方は、医療人としては看過できません。」としている。画像診断報告書の取扱いに関連した患者とのトラブル事例があればお伺いしたい。

また、画像診断報告書の取扱いについての各県の対応や医事法制上の解釈に基づく見解があれば、ご教示をお願いする。

他県の意見

・放射線医師のレポートを主治医が総合的に判断し、最終的な診断責任は主治医にあることを理解したうえで、患者へ分かりやすく説明することが本来の姿である。

・トラブルを把握していないところも多いが、トラブル事例としては、レポートの手交不可とし、カルテ開示の手続きが必要と周知した当初、「以前はその場で渡してくれたのに…」と不満があったり、開示を受けてからの対応に時間がかかることで患者からのクレームにつながったところがあった。

・患者にレポートの提供を行う際は、原則、作成者の同意が必要と考えられるが、各医療機関の判断にあるのが現状である。したがって、患者本人への画像検査結果説明の院内指針やルールを定め、職員や患者に明示していくなどの対応が求められる。

日医の意見

実際にカルテ開示の手続きがあれば、それに対応することになるが、昨今は、画像診断書があるのに主治医がそれを確認していなかったという「報告書の確認不足」が騒がれている。対応のひとつの方法としては、画像診断をして報告を出したときに患者と共有しておけば、確認不足がクリアできると思う。なお、診断報告書は専門の画像診断医が主治医に対して医学的観点から専門用語で作られ、それを患者が理解する前提ではないので、それを患者に無条件に交付することは勧められないと考える。令和元年9月19日に日本学術会議臨床医学委員会放射線・臨床検査分科会で「CT検査における画像診断情報の活用に向けた提言」が出されている。その中で、報告書そのものを患者に渡すことは混乱を招くことが懸念され、適切でないとして述べられている。

また、この提言の中で、見落としを避けるために医療情報システムで支援していく方向性も述べられている。つまり、カルテシステム上で、報告書を発行したことが分かるように通知し（既読・未読）、未読なら一覧表示されて、スルーされることがないようにサポートしようとするモデルを、関連学会を中心に設定していくことが書かれている。

6. 意見交換：知的障害者の健診時の対応と見解について（山口県）

例えば、知的障害者に対して健診を行う際、内視鏡検査のように、ある程度の苦痛を強いるものもある。そして、受ける本人は意味を理解していないため、内視鏡を怖いと感じ、検査前から抵抗される方もいる。暴れる受診者に対して、危険回避のため、入所施設職員の介助のもと、手足を少し抑えて検査をすることになるが、安全のためとはいえ、本人の意思に反して抑制したうえで検査をすることに葛藤を感じることもある。

医療側としては受診者の健康と安全のために行っているわけであるが、このような場合での倫理的、法的観点での解釈を意見交換したい。また、このような場合で医療紛争があったかどうか、あればその経過もご教示願いたい。

他県の意見

・患者本人の自己決定権の分野になるが、障害の程度により対応は異なると考える。医療側のみの判断で抑制を行うことは好ましくないが、判断能力があれば説明、なければ保護者や同行者への説明と同意を得ることになる。

・介護保険指定の基準では切迫性、非代替性、一時性の三つの要件があるが、医療現場においては基準が緩やかになってもよいと考える。

・上部消化管内視鏡検査に限定すると、意思疎通ができない場合は「しない」ということになっているところもある。

日医の意見

健診と医療行為の違いもあるが、日医でも会員の倫理・資質向上委員会で議論している。患者の判断能力に着目し、知的障害の程度で、代替者への同意を得ることになる。そこで家族の同意を得るのが一番現実的なケースであるが、問題は、家族がいない場合である。成年後見人がいれば候補に挙がるが、医療上の決定同意はないので、同意を求めると成年後見人は断ることが多い。そのため、医療現場で困っていると思う。そのときどうするか、その医師だけで判断せずに、できるだけ、患者にかかわる多くの人たち（福祉関係者、後見

人、病院内の倫理委員会など）を巻き込んで、リスク・ベネフィットを考えて検査等の医療行為の決定をするのがよい。あとでいろいろな指摘も考え、それにしっかり対応できるように経過、検討内容、判断の根拠を記録に残すことが大事である。

健診場面ではないが、参考までに過去の事案では、耳鼻科診療で患者にタオルケットをまいて数人で押さえた際に、骨がもろく骨折を起こしたのもあった。この患者には今までもタオルケットで固定して診療していた経過があるが、その日に限ってはうまくいかなかったという事案である。

7. 「無責」と判断された事例に対する保険金不払いについて（愛媛県）

医事紛争委員会に提出され「無責」と判断された事例に対し、損保会社から「保険金を支払できない」との通知で、進行中の調停・示談交渉に影響を及ぼすことが増加傾向にあると思われるが、各県の現状をお知らせ願いたい。

県医師会医事紛争委員会では「医療行為上に瑕疵はないが説明義務違反あり」とし、完全には「無責と言えない」と報告しているにもかかわらず、最終的に無責と判断された事例への保険金不払いは納得できない場合がある。

日医の医賠責対策課に確認を取り、日医医賠責保険について回答を得た。「無責判断により支払できない」という文言は明文化されていないが、医賠責ハンドブックにおいては免責事項が列挙されている。また、より詳細な文章としては、保険商品を規定している「約款」が巻末についており、免責条項は普通保険約款の第7条・第8条、日本医師会医師特別約款の第2条、特約保険の第2条に記載がある。

補償の対象とならない事故に「医療の結果を保証することにより加重された賠償責任」という文言がある。医療は経過が重視されるべきであり、結果において重大な後遺障害・合併症が発生しても医療者側に明らかな過失がなければ無責とされることは医療安全上の原則であるが、保険金不払いに直結しては困ったものである。契約者等から不服の申出があった場合の再審査、契約者等の利益に重大な影響を及ぼす事案のうち、契約者等か

ら不服の申出がなされた場合、弁護士や医師等の社外の専門家が関与して再審査するなどの仕組みを整備することが望ましいとあるが、現状における各県のご意見ご対応をお知らせ願いたい。

当県の回答

当県では当初無責判定事案であっても、のちの交渉、裁判の進行、新たな証拠の提出で有責性が強くなる場合は、対応顧問弁護士と当該病院の意向次第で当会委員会で再審議として、有責判定するケースがある。日本医師会付託事案であれば、顧問弁護士から状況報告と当会の意向を示しての上申をすることになる。いままで保険金不払いが問題になった事例はない。

なお、議題の「医療の結果を保証することにより加重された賠償責任」とは、「この治療をすれば、ここまでよくなるが、もし、ここまでよくならなければ、〇〇万円保証します」というように最初に約束することである。当然してはならない。

他県の回答

当会同様に日医へ上申するという回答が多い。無責事案であっても、その後の裁判・交渉経過で「流れ」が変わってきた場合は、早急に日本医師会へ経過と理由とともに上申して判断を仰ぐプロセスである。

日医の意見

経過状況で上申してもらいたい。新たな事実が出た際も、日医審査会の再審議ルールで対応するのでご相談いただきたい。

8. ネットワークシステムにおける医療情報の安全性について（香川県）

現在各県においては、それぞれの医療情報ネットワークシステムが稼働している。また、将来的にはオンライン資格確認システムを用いた医療機関相互の診療内容閲覧も行われる可能性がある。しかし、これらのシステムは今後さまざまな問題を生じる可能性がある。ひとつは情報漏洩の問題で、内容が医療に関わるものであるため大きな問題を生じ、紛争に発展することが考えられる。ま

た、診療内容の情報共有に関しては、どこまで閲覧可能かにもよるが、病名やカルテの記述を他の医療施設から閲覧できるようなシステムであれば、診療に用いるために情報を取得するのではなく、たとえば医療過誤に関する情報も患者が同意すれば閲覧できてしまう可能性もある。

そこで、各県において医療情報ネットワークもしくはインターネットを介した情報提供等におけるトラブル事例があればご教示いただきたい。また、ネットを介した情報交換に関して、紛争を防ぐために現在行っている方策、あるいは今後行うべき方策についてもご教示いただきたい。

当県の回答

当会ではいまのところ情報関係の紛争事例はないが、今後の事も考え、他県の状況を参考にしたい。

他県の回答

各地域でさまざまなネットワークシステムがあるが、特にトラブルにつながった例、情報漏洩はなさそうである。医療DXが進められる中で重要な要素であるが、医療情報の安全管理はシステムでは完全に防げず、自ら守るべきという意見があった。外部からの侵入を防ぐため、常に更新される技術的企画を厳守しておくべきである。

要配慮個人情報ネットワークにあげて情報共有する場合は必ず本人の同意確認が必要で、ネットワーク関係者や隣圏の同一地域連携システム(EHR)に共有可能かどうか確認する必要がある。また、EHRデータベースに登録されている医療介護情報の二次利用についても患者同意を個別に取る必要もある。

日医の意見

セキュリティ確保の面では各県IT担当で検討してもらっているが、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」のホームページ上に専用ページが設けられて、必要な情報がまとめられているので活用いただきたい。日医も令和5年10月11日付(日医発第1266号)で「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の取組みについて」として通知を出している。

ネットワーク内の情報は患者情報に変わらないので、それを前提に取扱いを押さえていただければと思う。そのうえで、患者からの同意取得が必要になると思う。なお、同意については令和2年3月31日付厚労省事務連絡「地域医療情報連携ネットワークにおける同意取得方法の例について」に詳細が記されている。

II. 日本医師会への要望・提言

1. 日医付託関連資料の電子媒体提供について

(広島県)

各県において医事紛争事案関連資料は原則的に紙媒体にて日医へ提出されているものが多いと思慮する。例えば、裁判の判決が出て受入か控訴かを日医で審議いただく期間は短く、紙媒体での提出の場合、期限がギリギリとなることも多い。また、日医審査会のタイミングによっては審査が数か月先になることもある。ICTが発展している現在において、マイナンバーカードを利用して医療機関の情報が閲覧できるようにする等、政府も重要情報のICT化を促進している。情報共有のスピードが格段に速くなるだけでなく、事務作業の効率化も図れ、郵送費用や印刷に係る費用や人件費等のコスト削減にもつながる。資料のペーパーレス化については、裁判においても電子化の検討がなされているとも聞いている。

紙媒体での運用には誤配送や紛失等のリスクがあるが、電子媒体での運用にも情報漏洩等のリスクはつきものであり、双方のメリットとデメリットをよく検討する必要があることは理解している。

各県から日医へ、日医から各県への双方向の日医付託関連資料提供の電子媒体化について、日医において安全な提供環境を整備し、事務処理の迅速化と情報提供の安全性の確保についてご検討いただきたい。

日医の見解

現在、共有サーバを検討中であり、セキュリティの高いサーバを中心として、県医師会や日本医師会、日医委員会が自由にデータをアップダウンできるものである。追って案内する。