

平成21年3月1日
医療事故シンポジウム

事故が起きてしまった時に 望むこと

清水紀子

1

概要

事故 2003年11月11日

提訴 2005年3月

判決 2007年1月31日

病院 私立総合病院 整形外科
病名 強直性脊椎骨増殖症
状況 父 71歳 手術当日死亡。
問題点 術後管理等

※ 「医療判例解説」2008年8月号 「判例時報」1992号

2

事故の経緯

- 1995年 声帯手術 合併症(半回神経麻痺)
- 2003. 8 嚥下障害 靱帯の骨化を確認
- 2003.11.11
14:29~16:20 頸椎の一部の切除手術
回復室へ
17:15 呼吸苦
20:45頃~ 看護師、痰を吸引 主治医に電話
セルシン投与
21:15 呼吸停止 当直医に連絡
21:25 気管内挿管 心肺回復せず
22:50 死亡確認

3

病院からの説明

解剖 「気管を中心とした換気異常の疑い」

1回目 主治医、執刀医、担当看護師、師長、
蘇生を行った医師

2回目 副院長、ケースワーカー室長

3回目 看護師3名、師長、副院長、ケースワーカー室長

4回目 副院長、ケースワーカー室長

4

伝えた要望と病院からの回答

- カルテ開示 → 開示
- 看護師さんの話を聞きたい。 → 設定してくれた
- 関わった人に反省する時間を設けてほしい。 → 医療はチームだから個人に対する罰という判断は出来ない。
- 「事故があった」ということを形に残して認めてほしい → 文章にはできない。弁護士を通す手続きが必要。事故の原因は推測の段階で病院でも医学的な事実はわからない。
- 病院で事故があったことを公表してほしい。 → 情報が独り歩きして病院側も患者側も痛手を受ける。

5

病院からの提案

第三者機関である“愛知県の医療事故審議会”に判断を委ねる。

“審議会”とは

- 患者側は審議会と接点を持ち得ず、意見を反映されない。
- 病院が提出する資料を患者側は見せてもらえない。
- 審議には病院側弁護士が入る。
- 審議の内容は患者側に知らされない。
- 審議の結果は金額の表示のみ。理由について公式に説明はなし。



数ヵ月後、結果が出た時点でまた話しましょう

6

提案を受けて

- ・何故この段階で金額？
- ・口頭で説明されて、謝って、それで終わりですか？
- ・「事故はチームの問題、組織の問題」であったなら、組織としての対応を形にして見せてほしい。
- ・誠実な対応とは、当事者や責任者が謝ることだけではない。お金だけでもない。

7

話し合いで良かったこと

～当事者個人とのやりとり～

- ・動揺や怒りや悲しみを一番伝えたい当事者（医師や看護師）に伝え、直接話ぐできた。
- ・当事者の気持ちを敏感に感じる事ができた。
- ・一部の当事者の方は知り得ることを丁寧に話し謝って下さった。
- ・誠実に向き合ってくれた姿は鮮明に残った。

8

話し合いで良くなかったこと

～組織に対する不審感～

- ・組織としての対応になると、歯切れが悪くなる
- ・威圧的に受け止められるような言葉。
- ・早い段階で、“審議会”の話が出る。
- ・「冷たい話だけれど、医療にもリスクがあり最後はお金になる。」

(2種類の剖検診断書の存在)

9

裁判で良かったこと

- ・第三者(裁判所)が入り、原因を探る作業を進められた。
- ・事故に関する内容を文章で知ることが出来た。
- ・目にした事実を伝え、証拠も提出できた。(尋問、書証)
- ・質問に対して、具体的な回答が返ってきた。

※病院の提案した“審議会”ではどれも出来なかった

10

裁判の限界

- ・全ての事実を明らかにするものではないと感じた。争点を絞り、採用された証拠で法律違反かどうか判断。(4つの鑑定意見書)
- ・結果をどう受け止め、今後どう生かしていくのかまで示してもらうことは出来ない。
- ・病院とより大きな溝が出来る。覚悟はしていたけれど、対立して争うのは苦しい。

11

調査会に望むこと

1. 事実を全て明らかに
その後の検証も対策も意味を持たない。
2. 誠実な対応
一番傷つくのは、「医療の知識がない」という理由などで、人としての道徳レベルでの対応までされない時。
3. 当事者が相談しやすいこと。
4. 事故情報→公表→共有→改善へ

12