

PRO 第 1201 号苦情調査申立事件（2013 年 5 月 10 日調査報告書採択）

申立人

相手方

NPO 法人患者の権利オンブズマン  
理事長 久保井 撰

~~~~~  
**調 査 報 告 書**  
~~~~~

- 第 1 事案の概要
  - 第 2 調査の経過
  - 第 3 申立人の苦情と相手方病院における弁明の概要
  - 第 4 苦情発生前後の診療経過の概要
  - 第 5 苦情の当否に関する患者の権利オンブズマンにおける考察
  - 第 6 相手方病院に対する勧告及び要望
- ~~~~~

**第 1 事案の概要**

従前から相手方病院（福岡県内所在）の循環器科において高血圧、高脂血症等の治療を受けていた患者（福岡県内在住の女性）が、体調不良のため定期通院していた相手方病院を受診した。入院することなく、自宅に帰った翌日に死亡した（死亡時年齢 67 歳）。

患者死亡後、患者の長女（本件申立人）は相手方病院から説明を受けたが納得できなかったため、患者の権利オンブズマンに苦情相談を申込み、ボランティアの同行支援を受けて再度説明を求めたが苦情の解決に至らず、引き続き患者の権利オンブズマンに対して苦情調査の申立てを行った。

**第 2 調査の経過**

1、調査開始決定

2012 年 10 月 14 日、定例オンブズマン会議において調査開始を決定し、5 名のオンブズマン会議メンバーからなる調査小委員会を発足させた。

2、調査小委員会の活動

2012 年 11 月 11 日 循環器専門医から参考意見の聴取  
11 月 13 日 申立人からの事情聴取と資料の受領

- 12月19日 相手方病院（副院長、主治医、事務長、事務局員、弁護士）からの事情聴取
- 2013年 1月13日 調査内容の検討
- 2月18日 申立人への面接による追加聴取
- 2月20日 相手方病院への電話による追加聴取
- 3月10日 調査結果にもとづき報告書案骨子を作成しオンブズマン会議常任運営委員会へ提出

### 3、オンブズマン会議における検討と調査報告書の採択

- 2012年 12月9日 定例オンブズマン会議において調査結果を検討
- 2013年 2月10日 定例オンブズマン会議において調査結果を検討し報告書の概略と追加調査を確認
- 3月10日 オンブズマン会議常任運営委員会と調査小委員会の合同会議
- 3月21日 調査報告書案を常任運営委員会メンバーに送付して意見集約
- 3月23日 意見集約して修正した調査報告書案を常任運営委員会メンバーに送付
- 3月31日 臨時常任運営委員会
- 4月14日 定例オンブズマン会議において調査報告書案を検討し、最終報告書案の作成につき確認
- 4月23日 最終調査報告書案をオンブズマン会議メンバーに送付して意見聴取
- 5月10日 提出された意見等を踏まえ修正した最終調査報告書案を全員一致で採択

### 4、執行時の相手方の意見を踏まえた補充調査による修正

- 2013年 5月29日 申立人より再聴取

## 第3 申立人の苦情と相手方病院における弁明の概要

### 1、申立人の訴える苦情の概要(申立人からの事情聴取録等による。)

- 1) 死亡の前日(2012年1月12日)に相手方病院を受診し、検査を受けたが、病状および治療方針について十分に説明を受けることがなかった。

死亡の前日に体調不良のため相手方病院を受診したが、「徐脈」と「洞

不全症候群疑い」と言われた以外に患者の病状について特別な説明がなされなかった。「薬を変えておくね」、「夜から飲むように」と言われたが、どのような薬かは説明がなく、薬を変更したので2週間後に通院予定を入れた。徐脈とアリセプトの関係について、何も説明がなかったので亡くなった日も患者に飲ませた。アリセプトの副作用として徐脈があるのなら、説明して欲しかった。

申立人が「他になにか注意点は」と気をつけることを聞いたところ、主治医は、「脈が遅いからたまに家で脈をとること」、「脈が弱いから分りにくいやろうけど家でとって」、「脈が40を切るようだったら、病院に連れてくること」と伝え、デイサービスは、普通どおりに行かせて良いと言われた。脈の取り方について、取り方を知っているか確認したり脈の取り方を説明されることはなかった。申立人としては、デイサービスに行っても良い程度の病状だと考えた。

入院についても、全く説明もされなかった。入院について言及されることがなかったから、入院するかどうか判断することもできなかった。もともと、ちょっと下痢をしたときにも入院を勧められるほどだったので、主治医が入院を勧めないのなら、家に帰っていいのだと思った。申立人としては、入院が考えられるのであれば説明してほしかったし、患者の認知症などで相手方病院では入院できないのであれば、他の病院を探すこともできたはずだった。

患者が死亡した翌日に主治医からかかってきた電話の内容からすると、主治医は患者が入院を要する状態であり、帰宅させれば急変することもあり得ることを知っていたにもかかわらず、入院を勧めなかったのではないか。

## 2) 主治医の手紙の内容からすると、主治医が患者本人や家族の思いや治療についての意思や意見を確認することもなく、診療方針を決定したのではないか。

申立人が、患者死亡後の2012年3月に主治医に送った、「死亡翌日の先生からの電話口での話を聞いて、翌朝の死亡はわかっていたのに、前回の入院の際徘徊して迷惑をかけたので、入院させたくなかったんだと分かった。どんなに価値のない人と判断しても正確に情報を出し、処置一つなく放置しないで下さい」旨の手紙に対する返信には、「お母さまはご自分のおうちで家族に看取られながらの別れが一番の望みと考えておられたでしょう。」、「もし入院したとしますと、いくらあなたがついていても今のお母さまですと、モニター、点滴、酸素とがんじがらめで、その原因が徐脈ですから、ペース・メーカーとなります。」、「このような状態を

お母さまは望まれたでしょうか。」「いまのお母さまの病状からみますとあなたが強く希望されている入院はお母さまにとって一番悲惨な入院です。」「なんでも入院がご本人にとって最大の幸せではありません。」「また元気なときのお母さまであれば、あなたの手紙をみて即刻否定され反対なされたでしょう。」など書いてあった。そして「患者さんで認知症を持つ家族のかたは殆どどんな病気であろうともご本人が一番心の癒される我が家で看取れることが本人も家族も望ましいとおっしゃっています。」との記載もあった。

申立人としては、どのような治療を受けるか、入院するかどうかなど診療方針については、患者自身と申立人が決定するものと考えている。しかし、主治医は、患者の意思も申立人の意思も確認していないし、どのような治療の選択肢があるか、その治療によりどのような影響が発生するかなどの説明も一切していない。手紙の記載からは、主治医は、入院の選択肢があったにもかかわらず一方的に在宅での治療と診療方針を決め、患者や申立人の意思を無視しているようにしか読み取れない。

これまで患者は、最善の治療を受けたいという意思を示していた。患者は「生きるチャンスがあるのであれば、自分は生きたい」と思っていたと思う。そういった患者の意思があるにも関わらず、患者の意思を確認することもなかったのに、「お母さんはそんなことを望んでいなかったでしょう」と決めつけられることは情的に許せない。

### 3) 主治医、相手方病院から、申立人へ納得のいく説明がされず、申立人のきちんと説明をして欲しいという要求に真摯に向かい合っていない。

申立人は、患者に対する診察や説明に問題があると考え、きちんと説明してほしいと思った。相手方病院副院長と事務局から、申立人と申立人の父と弟とが同席する面談での説明を受けたが、相手方病院の言い分を述べるばかりで申立人の思いを受け止めたとは思えなかった。また、相手方病院にカルテ開示を求めたが、すぐには開示されず、再度請求して、家族三人が面談して説明を受けた後に開示された。

さらに、第三者が一緒に入った患者の権利オンブズマンの同行支援でも、相手方病院からは新たな説明や謝罪の言葉もなく、前回と変わらない言い分を述べるばかりで何も進展がなかった。

また、カルテには、入院について家族が在宅での治療を選択したという記載があるが、同行支援のときは「(入院について)心配する所見がなかったなので、説明していない」と説明しており、カルテの記載と説明とが矛盾している。

このように相手方病院は、申立人が説明を受けたいと思っていることに対して、真摯に向き合い、誠実に対応しているとは思えない。

2、苦情に対する相手方の弁明の概要（相手方からの事情聴取録等による。）

1) 病状について診断に基づき一定の説明を行った。

主治医は循環器科の専門医であり、申立人の提供した情報と診察結果を踏まえ適切な検査を行っている。その結果、心電図では、左脚ブロックがあるのか、ST上昇があるように見えるが、これまでの心電図と大きな変化はなかったと判断している。心拍数が50を切ったら、洞不全症候群と言えるが、そこまではなかった。結局、検査では、徐脈の原因は分からなかった。そのため、虚血により心臓の機能が低下しているのではないかと思った。主治医は、申立人に検査のデータを見せながら説明したが、上記のような診断であり、詳しく説明をする必要があるほど重篤な状態ではないと評価していたので、心電図を示して詳しく説明してはいない。

入院に関して、徐脈は気になったが、心不全の所見はなく血圧は正常であり、徐脈以外の症状は特になかったので、入院を要する状態ではなかったと判断した。急変すること、ましてや翌日死亡することは全く予測していなかった。

そのため主治医は、上記のような診断であり入院させるつもりもなかったもので、入院に関して強くは言わず、さらっと説明した。「念のために入院」という話もしたが、申立人は「そこまではないだろう」ということで入院を選択せず、患者を自宅に連れ帰っている。

主治医が死亡翌日に電話をかけたことは事実だが、申立人の述べるような発言はしていない。

2) 主治医が一方的に診療方針を決定したのではないかとの苦情について

主治医の手紙は、申立人からの手紙に感情的に反応したもので、相手方病院としても問題があると認識しており、事務局から相手方へ電話をし、手紙に関する謝罪を行っている。

しかし、主治医は治療方針について思い込みで一方的に決定したわけではない。前述の通り患者の状態は入院を必要とするほど重症ではないと考え、入院について積極的に促すような状況にないと判断したものである。そのため、入院をとくに勧めることなく、次回通院を指示したのであって、一方的に治療方針を決定したわけではない。

3) 相手方病院が、説明を受けたいという申立人の思いを真摯に受け止めていないとする点について

相手方病院としては、申立人とその父、弟との面談を行い、副院長と事務局から説明をしている。カルテ開示についても、留保を付した事実はない。開示請求を受けて直ちに開示手続を進めようとしたが、申立人から面談の要請があったので面談を設定したものである。

そして、同行支援の際にも説明を行っており、誠実に対応していると考えている。

申立人からの手紙には「故意に」入院させなかったと訴えているように読み取れる部分があり、また説明の場面でも申立人は「死ぬと分かっていたのに、なぜ入院させなかったのか」ということを常に訴えていたため、その誤解を解くように説明してきた。

## 第4 苦情発生前後の診療経過の概要

患者の死亡にいたる診療経過の概要は、申立人が提出した相手方病院への手紙と相手方病院からの回答書、調査小委員会が作成した双方からの事情聴取録、並びに相手方病院の診療記録等によれば、以下のとおりである。

### 1、死亡前日までの患者の状態と主治医との関係

#### 1) 患者の主治医とのこれまでの診療関係について

患者は、1995年ころから他院Aで本件主治医（内科医、循環器専門医）による診療を受けていたが、主治医が相手方病院へ移ったことから、主治医と患者の診療関係は一旦終了していた。その後、患者は、2008年から相手方病院へ通院し、再び主治医の診療を受け、1ヶ月に1回受診するようになった。患者は、相手方病院循環器科において高血圧、甲状腺機能亢進症等に関する診察および服薬治療等を受けており、定期的に心電図などの検査を受けていた。なお、相手方病院は日本医療機能評価機構の病院評価を受けた認定病院である。

#### 2) 患者の介護サービス等利用状況および他院での受診状況

申立人は、子どもの頃から母である患者と同居しており、2009年ころから患者の介護を行っていた。同じ頃から患者はデイサービスを利用している。患者には、2011年春頃から認知症の症状があらわれ、同年5月に他院Bでレヴィ小体型認知症疑いと診断され、その治療としてアリセプトの投薬を受けている。翌6月には要介護2の認定を受け、デイサービスを週に4回利用するようになった。その後同年7月に下痢症状で相手方病院に入院したときに、徘徊などの症状があらわれた。内科的症状が快癒したため相手方病院を退院したが、患者が食事を摂ろうとしないため、他院Cへ入院することになった。約1ヶ月後に退院し、自宅で申立人が介護

し、デイサービスの利用および相手方病院や他院Bを受診して在宅生活をつづけていた。

## 2、死亡前日の診察の経過と主治医の対応

### 1) 死亡前日の診察に至る経過と主治医の診察

2012年1月12日朝、申立人が起きてみると患者の状態が悪かったため、もともと相手方病院の定期受診の日であったが、申立人は患者を連れて早めに家を出て、同日11時ころ、相手方病院を受診させた。

主治医は、申立人に連れられた患者を診察し、徐脈であることから、心電図検査を実施した。主治医によると、本来翌月に実施する予定であったのを繰り上げたということである。その結果をみて胸部レントゲン撮影、血液検査を行った。

なお、主治医は、申立人から患者の状態が悪いと聞いた記憶はなく、通常の定期受診であり、患者は歩いて受診したと記憶しているが、申立人は、患者は歩くことができず、車いすで移動しなければならなかったし、検査などでは抱えるようにして移動させたと述べている。

### 2) 主治医による病状説明および入院をめぐる説明、処方について

主治医は、患者と申立人に対し、徐脈であること、洞不全症候群疑いであること、胸部レントゲン上は特別な変化はみられないことを説明した。心電図を示しながらの説明はなかった。

そのうえで、入院の必要性については特段説明せず、積極的に入院を勧めることもなかった。

そして、これまで処方していた内服薬のうちアムロジン、アーチストには徐脈の副作用が生じうるので、これらを止めて、心拍が早くなる作用のある薬剤プレタールOD錠100mg、イソコロナールRカプセル20mgへ処方を変更した。また様子を見るために2週間後に受診するよう指示した。通常は4週間処方だが、2週間の処方として2週間後の再来を指示した。診断を前提とすれば、本来は、1週間での来院とするところ、患者が車で40～50分かかる遠方居住のため2週間にしたという。

また主治医は、申立人に対し、自宅でも患者の脈を測ること、変わったことがあったら病院に知らせることを指示し、デイサービスにも行って良いと伝えた。患者自身は応答できない状態だった。

当日の診療録には以下の記述がある（括弧内は訳ないし注釈）。

S) (主訴) 言葉無し

O) BP (血圧) 110/60

Hs (心音) clear (クリア)

Rs (呼吸音) normal (正常)  
EKG (心電図) SR (洞調律) HR (脈拍) 48  
ST V2-V5 上昇  
胸写 変化無し  
70/150 (\*) 不変  
BNP (脳性ナトリウム利尿ペプチド) 10 以下  
AST (肝酵素) 48  
CPK (クレアチニンキナーゼ) 276  
ST 上昇は虚血は否定  
心不全無し

#1 洞不全症候群

#2 AMI (心筋梗塞) 疑

アムロジン、アーチストは中止

注) \*は心胸郭比 (CTR) を指す数値と考えられる

なお、診療録には、「入院は認知症の為に家族のもとでみるのとこと  
中止取りやめる」との記載があり、相手方病院の説明では、入院の必要性  
はないが家族が希望すれば入院させることは可能であり、入院について主  
治医は「さらっと説明した。」と述べているが、申立人は入院について一  
切言及されなかったと記憶している。

### 3、患者死亡にいたる経過およびその後の経過について

#### 1) 患者の死亡前後の状況

1 2 日の帰宅後、患者はトイレに行こうとして転んだ。夜に申立人が手  
首で脈をとろうとしたが、脈をとれなかった。

翌 1 3 日の朝、デイサービスの施設長が迎えに来たが、患者は動くこと  
ができず、行くことができなかった。施設長が様子を見たところ、患者は  
「う〜ん」という返事はしたが動けなかった。申立人は患者の脈をとろう  
としたが今回もとれなかった。担当ケアマネジャーにも来てもらったが、  
ケアマネジャーも脈をとることができなかった。

申立人は救急車を呼び、患者は同日 1 1 時に他院へ救急搬送され、I C  
Uなどで処置を受けたが、同日 1 4 時に死亡が確認された。死亡診断書で  
は直接死因は心室細動、直接死因には関係しないが傷病経過に影響を及ぼ  
した傷病名として、洞性徐脈、完全左脚ブロック、レヴィ小体型認知症、  
高血圧と記載されている。

#### 2) 患者死亡後の主治医、相手方病院と申立人とのやり取り



患者死亡の翌日に主治医から電話があり、「朝起きて、救急車を呼んだんでしょ」「昨日、入院しなければならぬくらい悪かった」と主治医に言われたと、申立人は記憶している。その2ヵ月後の2012年3月、申立人は主治医宛に手紙を送り、主治医は同年5月に返事を出した。

申立人は、同月18日に患者の権利オンブズマンの苦情相談を受け、同月20日に相手方病院にカルテ開示を請求した。しかし、ただちには開示されず、相手方副院長から「一度会って話したい」旨の連絡があり、事務方からは「説明しただけではだめなのか」と尋ねられたが、これを断り、改めて開示を求めたところ、同月29日、申立人とその父、弟が、相手方病院にて相手方病院副院長（内科医、循環器科専門医）および事務担当者との会い、説明を受けた後、ようやくカルテ開示を受けた。

その後、申立人は相手方病院と対話を試みたが進展が見られなかったため、患者の権利オンブズマンに同行支援を要請し、同年8月20日、市民相談員の同行支援を受け、相手方病院において、主治医、相手方病院副院長、事務局長、事務担当者、代理人弁護士と面談した。

その席で、申立人は、血液検査や心電図の結果に照らし心不全や洞不全症候群など、入院治療を要すべき症状があったのではないかと質問をしたが、相手方病院は入院を必要とするほどの異常はなかったという回答にとどまったため、申立人は、何ら進展が見られず苦情は解決されていないとして、引き続き患者の権利オンブズマンに対して本件苦情調査の申し立てを行った。

なお、相手方病院は、2012年6月1日に事務局が申立人へ電話して、主治医の手紙に関する謝罪を行ったと述べている。

## 第5 苦情の当否に関する患者の権利オンブズマンにおける考察

### 1 死亡の前日（2012年1月12日）に相手方病院を受診し、検査を受けたが、病状および治療方針について十分に説明を受けることがなかったという点について

#### 1) 受診時の患者の病状について

申立人の苦情の根底には、患者が翌日にも死亡するような重篤な病態であったのに、入院させず自宅に帰したのではないかという不審がある。しかし、相手方病院は、徐脈はあったものの、入院を要するほどの状態ではなかったと説明しており、この評価において大きな乖離がある。

本調査は患者の権利が尊重されているか否かの観点から考察するものであって、医学的判断の当否を問題とするものではないが、このような認識

の乖離がある本件においては、診療録上のデータを前提として、一般論としてどう評価すべきかについて言及することは、判断の前提事実として有用であると思われる。

当日の患者の心電図には、心電図計による、完全左脚ブロック、心室期外収縮、洞徐脈、軽度な左軸変位との自動判定が印字されている。

左脚ブロックは、多くの場合、器質的な心疾患、特に虚血性心疾患や高血圧性心疾患・心筋疾患などの心筋傷害の強い患者に多く見られるとされている。また、洞性徐脈も心筋梗塞の初期に認められるとされる（「心電図トレーニング」6版、中外医学社、2002年）。

また、診療録に「AMI（心筋梗塞）疑い」とあり、院内至急検査として血液生化学検査において心筋梗塞があれば上昇するCPKが測定され、心不全診断の指標となるBNP測定がなされ、いずれも診療録にその値が記録されていることから、主治医は心電図等の所見を踏まえ、心筋梗塞等の器質性障害を疑ったことが指摘できる。

調査委員会がレクチャーを受けた循環器専門医によると、本件心電図は明らかに異常であり、通常であれば入院させた上での処置が必要だと評価されるものとのことであった。

以上から、患者が少なくとも入院させた上での経過観察が有用とされる状況であったことは否定できない。

2) 2012年1月12日受診時の病状および治療方針について、十分な説明を受けていないという申立人の苦情に対して、相手方病院は、主治医の適切な診断に基づき、その必要性に応じた説明を行ったと主張している。

また、入院に関する説明および説明に基づく患者の意思決定についても、申立人は、入院に関する説明を全く受けておらず、入院についての意思決定をする機会が与えられなかったと主張し、相手方病院は入院するかどうかの意思確認をごく簡単に行ったと主張している。

3) このように、申立人と相手方病院との主張が食い違っている原因は、説明する側の主治医が十分と考えた説明と、説明を受ける側である患者と申立人が意思決定をするのに必要とする説明とにずれがあるためであると考えられる。そこで、いかなる説明がなされるべきであったかについて、検討する。

ア まず、医師は患者にどのような説明をする必要があるかについて「インフォームド・コンセント」の観点から考察する。

インフォームド・コンセント原則は、国連総会決議（1991年）に

において精神医療に適用される原則として厳密な定義付けがなされ、さらに世界保健機関（WHO）ヨーロッパ会議の「患者の権利の促進に関する宣言」（1994年）、世界医師会第47回総会の「患者の権利に関する〈改訂〉リスボン宣言」（1995年）においては、全ての日常の医療行為に適用される原理・原則として採択されており、日本の裁判所においても1992年頃から裁判規範として確立しているものである。

インフォームド・コンセントとは、日本弁護士連合会の「患者の権利の確立に関する宣言」（1992年）によれば、あらゆる医療行為に先立って、「患者が自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、代替的治療方法などにつき正しい説明を受け理解した上で自主的に選択・同意・拒否できる」という原則である。

ここで患者に提供されるべき情報について、世界保健機関（WHO）ヨーロッパ会議の「患者の権利の促進に関する宣言」（1994年）には「情報は、それが提供されようとする患者の理解力にふさわしい方法で伝達されなければならない」とし、世界医師会第47回総会の「患者の権利に関する〈改訂〉リスボン宣言」（1995年）においては「情報は、その患者をとりまく文化にしたがい、かつ患者が理解できるような方法で提供されなければならない。」と規定している。

以上のようなインフォームド・コンセント原則からすると、医師の患者に対する病状に関する説明は、「患者が自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、代替的治療方法などにつき正しい説明を受け理解」するに足るものであることが求められている。

なおインフォームド・コンセント原則は患者自身の意思決定を保障するための手続であるため、患者本人への説明が基本であるが、本件においては、患者が認知症で意思疎通に支障があり、1月12日の受診当日は発語もできない状態であったことから、本人の意思を忖度するのに欠かせないものとして、受診に同行した家族である本件申立人への説明が重要な意義をもつものである。

#### イ 本件において求められる説明の内容とその方法

主治医は、患者の病状について、徐脈であることから定期検査では翌月に予定されていた心電図検査を行い、さらにこれを踏まえ胸部レントゲン撮影、血液検査を実施している。その結果、徐脈であると診断し、内服薬の処方を変更している。

この時点での入院の必要性について、相手方病院は、上記診断の結果入院する必要はないと判断したので、そのため入院を希望するかどうかの意思を確認するための説明はしなかったとしている。

なお、申立人が、定期受診の日ではあったが、患者の状態が悪かったので特に早めに受診したと述べているのに対し、相手方は通常の定期受診との認識であったと述べる。このように受診契機についての認識は食い違っているが、診療録には「言葉なし」との記載があり、前回までの受診と違い、患者が話せない状態であったことが記録されており、これは患者が外見的にもそれまでの受診時とは様子が違っていたことを示すものである。

さらに、診療録には「急性心筋梗塞（AMI）疑い」との記載があり、これは相手方の入院の必要はないと判断したとの説明とは食い違っている。また「入院は、認知症のために家族のもとでみるとのことです。取りやめる」との記載もある。さらに、主治医から申立人への手紙には、「徐脈は洞不全症候群の第一歩です。」「徐脈が40以下になるとアダム・ストーク症状がでてきます。そうなれば治療はペースメーカーです。」「もし入院したとしますと、」と記載されている。

これらの記載や、心筋梗塞の診断の指標となるBNPやCPKの検査を行っていることから、主治医は、少なくとも急性心筋梗塞を疑っており、入院という選択肢についても考慮していたものと評価できよう。

そうであれば、患者と申立人に対して求められる説明としては、急性心筋梗塞の疑いがぬぐえないこと、万が一急性心筋梗塞であった場合はどういう経過が予測され、その場合にはどのような治療法が必要になるのか、入院して観察を継続するのと入院せずに様子を見るのとではどう異なるかなどについての言及が必要であり、患者と申立人に治療の選択ができる程度の説明が行われなければならない。そして、入院の必要性についても入院治療を選択するかどうかを判断できる程度の説明が必要であったといえる。

さらに、入院せず自宅で様子を見るのであれば、どういう点に留意して観察すべきであるか、どんな症状があれば再度受診させるべきかという点についても、詳しい説明が必要であったと考える。更に、これらの説明は、申立人に理解できる方法でなされるべきであった。

#### ウ 本件においてなされた主治医の説明

本件においては、主治医から、急性心筋梗塞の可能性についての説明はなされていない。患者と申立人は、主治医から「徐脈」および「洞不全症候群疑い」との説明を受けたが、その意味や予測される危険性について認識することができなかった。主治医は、申立人に脈を取るよう指示したが、脈が取れない可能性やその場合にどう対処すべきかについて説明していない。そのため、実際に申立人は患者の脈をとることがで

きなかった上に、その事実の重要性を認識することができなかった。患者本人に代わって判断を行うべき家族への説明が不十分であったことが認められる。

また、入院の必要性については、相手方病院の説明によってもごく簡単に入院するかどうか尋ねただけであって、入院した場合と自宅に帰った場合それぞれに予測される経過等についての説明はなされていない。さらに患者と申立人としては、主治医から「デイサービスに行っても良い」と言われたため、入院について判断する必要があるかどうかすら考えられなかったのである。

以上のことから、入院するかどうかを含めて患者と申立人が治療に関する意思決定をするために必要な説明は尽くされていないことが認められる。

## 2) 苦情の当否に関する判断

相手方病院が公表している「患者さまの権利」には、「ご自分の病気のことやご自分が受けている治療方法について、なぜそれが必要か、その方法にはどんな危険性があるか、その治療法を受けなければどのようなことになるか、他の方法がないかなどについて、分かるまで説明を受ける権利があります」との項目があるなど、インフォームド・コンセントについて、一応標準的な理解を示している。

しかしながら以上のとおり、本件においては、主治医から申立人に対し、患者のために治療方針を決定するために必要な病状などに関する説明が尽くされたとは認めることはできないため、患者と申立人の説明を受ける権利、インフォームド・コンセントに関する権利が侵害されていると評価でき、申立人の苦情は正当であるといえる。

## 2 主治医からの返信に関する苦情について

### 1) 本件苦情が申し立てられた経過

ア 申立人は、主治医からの返信の内容を契機として、主治医と患者との間に診療方針について合意が形成されていたとは思えなかったことから、主治医が「入院治療をしない」との診療方針を一方的に決定したのではないかとの苦情を申し立てている。また、カルテの「入院は、認知症のために家族のもとでみるとのことです 取りやめる」という記載についても、申立人には入院に関するやり取りの記憶がなく、主治医が患者や申立人の意向を確認することなく一方的に入院させないとの判断をしたと述べている。

イ 申立人がこのような苦情をもつに至ったのは、もともとは患者が体調不良を訴えて受診したにもかかわらず、自宅に帰され、結果として翌朝に急変し死に至った経緯に不審を抱いたからである。その不審が増大し、本件苦情申立に至った背景として主治医からの返信に記載された内容が申立人の感情を傷つけかつ不審を増大させたことを指摘することができる。そこで、ここでは事後的なこの返信についても考察を加えることとする。

## 2) 主治医からの返信についての考察

相手方病院は、主治医の返信については、申立人からの手紙に対する感情的な反応であり、病院としても問題だと認識していると述べている。

ではなぜ、このような手紙が死亡した患者の遺族に届けられ、遺族である申立人の苦情の契機となるに至ったのであろうか。その原因は、相手方病院の苦情解決システムが機能していなかったことにあると考えられる。

申立人が抱いた不審について記載した手紙が、仮に苦情として相手方病院の苦情対応窓口で受け付けられ、相手方病院において事案の問題点を分析した上で誠実な対応がなされていれば、少なくとも本件のように主治医の一方的で感情的な見解を記載した内容の手紙が送られて、遺族の感情が傷つけられることはなく、その結果として申立人がいたずらに不審を増大させることもなかったと推察される。このような苦情解決システムの不備が、本件苦情を激化させたものと考えられる。

## 3) 苦情の当否に関する判断

申立人の苦情は、本質的には前項で検討したと同じく、治療方針の決定にあたり、申立人らに対し、十分な情報が提供されず、したがって意思決定の機会を奪われたというものであって、この点に関する判断は前項で述べたとおりである。また、申立人からの手紙に対する感情的な反応として主治医から返信が送られたのは、相手方病院の苦情解決システムの機能不全に帰せられるものであり、これについては、次項において改めて考察する。

## 3 主治医、相手方病院から、申立人へ納得のいく説明がされず、申立人のきちんと説明をして欲しいという申立てに真摯に向かい合っていないという点について

### 1) 苦情の原因

申立人は、主治医から返信があった後、患者の権利オンブズマンの苦情

相談を受けて相手方病院にカルテ開示を求めたが、ただちには開示されなかった。そのため相手方病院に再度開示請求した後、面談による説明を経てようやくカルテ開示を受けている。さらに患者の権利オンブズマンの同行支援のもと相手方病院との話し合いを持ったが、納得のいく説明を受けたとは思っていない。

複数回の話し合いにおいても、同じ内容の説明しかなされず、説明に納得がいかなかったことから、きちんと説明をして欲しいという申立人の思いに相手方病院が真摯に向き合っていないと感じたのである。

相手方病院は、主治医の手紙の返信については、感情的に反応した文章に問題があることを認めたが、主治医の診断は適切になされ、それに基づいた適切な説明を行っているとして、説明に問題があるとは考えていない。

このように、相手方病院は、申立人がなぜ繰り返し「納得のいく説明」を求めているのか、その真意を理解しないまま、自らの診療の正当性を主張する内容の説明を繰り返していたため、申立人の不審をかえって増大させたものと考えられる。

## 2) 苦情に対する考察

### ア 苦情解決手続について

患者の苦情申立権に関して、世界保健機関（WHO）ヨーロッパ会議の「患者の権利の促進に関する宣言」（1994年）は次のように規定している。

「患者が自己の権利が尊重されていないと感じる場合には、苦情申立ができなければならない。裁判所の救済手続に加えて、苦情を申し立て、仲裁し、裁定する手続を可能にするような、その施設内での、あるいはそれ以外のレベルでの独立した機構が形成されるべきである」「患者は、自分の苦情について、徹底的に、公正に、効果的に、そして迅速に調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利を有する。」

このように、患者の権利の実現のために、患者には苦情申立権が認められるべきであり、これに対応するものとして、医療機関には、患者や家族から申し立てられた苦情に誠実に対応する責任（具体的には、苦情を発生させた原因を調査し問題の所在が明らかになれば是正した上で結果報告を行うなど）があるというべきである。また苦情調査の迅速性・中立性・公正性等を確保するため、苦情相談窓口の担当者を配置するだけでなく、苦情調査等を実施する機能を有する独立性のある組織を施設内にも設置することが望ましいとされている。

相手方病院においては、医事課を苦情受付窓口とし、外来の総合受付

でも受け付けており、そのことについて待合室に掲示していると説明している。しかし本件では、申立人が主治医宛で相手方病院に送った手紙が苦情として取り扱われず、したがって苦情解決手続の対象とならなかったために、主治医がこれに感情的な反応を直接記した手紙を返信したことにより、申立人の不審を増大させている。また、その後の交渉経過や同行支援においては、苦情が何によって生じているのかを「徹底的に、公正に、効果的に」調査しようとする姿勢が認められず、自己の正当性の弁明が中心となっている。

これは、相手方病院において、苦情解決手続が十分に機能していないことを示している。

#### イ カルテ開示手続について

相手方病院が、正規のカルテ開示請求に対して、直ちに開示せず、面談での説明の後ようやく開示したことも、申立人の苦情の原因の一つとなっている。

これにつき、相手方は、カルテ開示には何の留保も付しておらず、むしろ申立人が開示前の面談を求めたのであると述べている。これに対し、申立人の述べる経過は次のとおりである。

申立人は、5月18日にオンブズマンの初回面談相談を受け、カルテ開示を求めるようにとの助言を受けて、同月20日、相手方にまず電話でカルテ開示を求めた。しかし、はかばかしい回答を得られなかったことから、直ちにオンブズマンの窓口で電話をかけ、市民相談員から、電話ではなく直接出向いて正式に開示請求を行うよう助言され、その足で相手方に出向き、開示請求を行った。すると、担当者から執拗に開示請求の「理由」を尋ねられた。オンブズマンの相談で医療機関は理由を聞いてはならないとの助言を受けていたので、そのことを指摘すると、「いや、裁判のこともあるし、個人情報の問題でもあるし」と容易には開示に応じない態度だった。そこで、それまではその存在を明らかにしていなかった主治医からの手紙を見せ、「こんな手紙が来ているからカルテ開示をしてほしい」と言った。それを読んだ担当者は態度が丁寧になり、手紙のコピーを取らせてほしいというので同意し、コピーを取ってもらった。しかし、最後まで開示するとの確約は得られなかった。

その後、相手方から副院長と面談してほしいとの要請があつて、会うことになったものであつて、自分からは一言も面談を設定してほしいとは述べていない。カルテ開示を同日行うことは、面談の前日になってはじめて知らされた。

申立人の述べる事実は具体的かつ詳細であり、オンブズマンの相談記録



の内容にも沿うものであって、少なくとも、相手方がカルテ開示について一定の留保を付したことは認定できると考える。

これについては、厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」を引用するまでもなく、カルテは原則として留保なく開示されるべきであって、理由を尋ねたり、面談や説明の前置を求めたりすることは許されず、相手方の対応は不適切であったというべきである。

### 3) 苦情の当否に関する判断

以上より、相手方病院においては、患者や家族の苦情を適切に受け付け、これを患者の権利の観点から公正かつ効果的に調査し、その結果を患者・家族に情報提供する苦情解決手続が十分に機能していなかったこと、また、カルテ開示手続に不適切な留保を行ったことを、指摘することができる。この苦情が適切に処理されず、またカルテが直ちに開示されなかったという点において、申立人の苦情は正当であるといえる。

## 4 医療自体の不審に対する申立人の苦情について

1) 既に検討したように、申立人の苦情の根底には、患者が症状を訴えて受診したにもかかわらず、翌日には死亡するに至っていることから、主治医がそのような状態であることを予測しながら入院を勧めず、積極的な治療をしなかったのではないかという不審がある。

苦情解決という視点から考えると、この点について、客観的な検証がなされ、その結果の報告がない限り、苦情は解決されないというべきである。

2) 本件のように体調不良を訴えて受診し、入院治療の必要なしとの診断で帰宅した翌朝に予期せぬ死を迎えたような場合は、医療法施行規則第9条の23第1項2号が、特定機能病院に「事故等の報告」を求めている、「誤った医療又は管理をおこなったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る）」に該当するものであろう。

したがって、本件については、医療事故調査の観点から診療過程の検証が必要であったと考える。

3) ところが、相手方病院においては、主治医の、適切な診察・検査に基づき、徐脈はあったものの、それ以外の症状はなく、入院を要する状態ではなかったとの認識を、そのまま申立人に伝えたのみであり、主治医の診断が適切なものであったか、患者を入院させて経過観察等すべきではなかつ

たかについて、検証した形跡がないと言える。

申立人の苦情に誠実に対応するためには、医療事故調査の視点から検証が行われるべきであり、また、その調査の客観性や中立性を担保するために、院外の第三者委員を交えた調査委員会による調査がなされるべきであったと考える。

## 第6 相手方病院に対する勧告及び要望

### 1 インフォームド・コンセント原則の遵守を徹底されたい

相手方病院が公表している「患者さまの権利」には、インフォームド・コンセント原則に関する項目があり、その内容は標準的なものである。

それにも関わらず、本件においては、患者のために申立人が自己決定を行うために必要な情報提供が尽くされなかった。これは、インフォームド・コンセント原則の理解が形式的なものにとどまり、かつ全職員が理解し実践するものとなっていないためであると考えられる。今後、インフォームド・コンセント原則の理解が周知徹底され、これに基づいた医療を実施するため、職員研修を行うこと、特に本件のような事例に基づいた具体的な研修が行われるよう勧告する。

### 2 患者の苦情申立権を尊重し実効性ある苦情解決手続を構築されたい

前述のとおり、相手方病院においては、適切な苦情解決手続が構築されず、したがって、申立人の苦情が適切に処理されなかったために、相手方病院への不信感が増して、本件苦情申立に至っている。この再発防止のためには、早急の実効性のある苦情解決手続が構築されることが必要である。したがって、相手方病院におかれては、患者の苦情申立権に対応した実効性のある苦情解決手続の整備、及びその手続きについて医師をはじめ全ての職員への周知徹底、さらに苦情に職員が個人的に対応しないようにすること、患者や家族がいつでもその手続きを利用できるよう十分な広報をすることを勧告する。

また、本件のように診療後の予期しない死という結果が生じたことについて、患者・家族が苦情を訴えている場合には、医療事故調査の視点に立った検証と再発防止策の策定、及び家族に対する報告が、苦情の根本的な解決のためには必要であることを申し添える。

### 3 カルテ開示手続について見直しを行い、留保を求めることのないようにされたい。

申立人からのカルテ開示請求に対して、相手方病院は速やかに開示せず、再度の請求を受け、面談での説明を実施した上で開示するという留保を付し

ている。診療記録は患者の個人情報であり、患者やその家族が開示を求めた場合には、留保を付することなく速やかに開示すべきである。

したがって、相手方病院においては、カルテ開示手続を見直し、再び留保を付することのないよう勧告する。

以上