

医事紛争のしおり

説明責任

岡山県医師会理事 榊原 敬

医事紛争はこじれてしまうと、医療事故調査制度による調査究明にとどまらず医療訴訟に至ることもある。では、どうして診療側（医師）と患者側（家族）の関係がそこまで崩れてしまうかを振り返ってみたい。

まず、はじめの説明に問題があることが多い。どのような疾患で、どういった治療が必要なのか、治療上何が支障となるのか、複数の治療法がきちんと示されたかがポイントとなる。気が動転していればきちんと説明を聞いているようで、うわの空といったこともありうる。（専門用語ではなく）わかりやすい表現で説明している筈だが、きちんと理解されていない、思い込みから派生した勝手な自己解釈、リスクの過小評価、思いがけないことが起きてくる。口頭だけの説明ではなく、説明用紙に要旨を書いて渡すなどの対策が有効である。重大な合併症（大動脈解離における対麻痺など）について、きちんと説明していなければ説明義務違反として賠償責任が問われることになる。

治療方針の誘導（他にも治療法があるにもかかわらず説明しない）はあってはならない。法律的に自己決定権（憲法第13条）が尊重され、きちんと治療方法の選択が示されないと同様に診療側に賠償責任が生じる。

診療側と患者側との間に、小さな行き違いからやがて大きなボタンの掛け違いに進展することもある。予期せぬトラブルや稀な合併症は、必ずしも説明する義務はないとされているが、いったん発生すると不信感に繋がることが多い。緊急対応でない限り、対象疾患だけでなく関連領域にも目を配り、予めリスク評価を行うことが求められる。過去の医療訴訟事例を見ると、医師国家試験に出題された内容や研修医レベルの内容は、診療科を問わず対応すべきと裁判所判断され、自分の専門外であっても免責されない。（もちろん、他の診療科の専門医レベルの問題であれば、そこまで責任追及されることはない。）

気をつけたいのは、診療側の思い込みである。高齢者が患者の場合、医師に対しては平身低頭で、しばしば物わかりの良い振りをしている。きちんと理解しないまま、同意している事例も珍しくない。問題が生じてから、情報共有していない息子や娘、遠い親戚までもが「うまくいかない＝医療ミス」と決めつけて乗り込んで来る。初めに息子や娘を交えて話しをしていないために、些細なことで揉め事になる。

重要なポイントは、きちんと治療方針とリスクがわかる説明用紙を作成し渡すことである。その場にいなかった息子や娘が、後からわかる内容でなければ意味がない。低侵襲治療が普及すると、これまで手術適応とならなかった高齢者でも治療を受けることができる福音がある。一方で、少しでも合併症が発生すると身体に危険が及ぶことや、せん妄や不穏から認知症の進行など術後管理が大変なこともある。

10年以上昔の放映で恐縮だが、NHKで「プロフェッショナル仕事の流儀」という番組があった。東京慈恵会医科大学血管外科の大木隆生教授が行った80歳代女性の大動脈疾患の手術が取り上げられた（2009年4月14日放送：すべてを捧げて、命をつなぐ）。術前に教授自ら血管外科以外の領域までしっかりと術前検査とチェックを行い、患者と家族を交えて丁寧な説明をされた。正確なリスク評価と万全の体制で手術に臨むのだが、不幸なことに

患者が術直後に亡くなってしまいます。しかし、大木教授は「手術はいつもうまくいくわけではない。」「うまくいかないことがあることを知ってもらうことも必要だ。」「(撮り直しをせず)そのまま放送して構わない。」として、撮り直しを打診したNHKの申し出を断った。一方、患者の家族もあそこまで丁寧に大木教授に診てもらってよかった。手術はうまくいかなかったけれども、大木教授に診てもらえたことに感謝しているという内容だった。ハッピーエンドが多い医療番組で異例のことだった。医療の不確実性に向き合い、しっかりと説明責任を果たすことの重要性を改めて感じた。

コロナ禍となって以来、医療機関では、面会制限が当たり前となり、患者家族とのコミュニケーションがとりにくくなっている。高齢者である親だけが地元に残り、息子や娘は東京や大阪で仕事していることもしばしばある。ネット環境が整備され、便利な世の中になったが、初対面の異業種の人と円滑に話を進めることは難しい。簡単な内容であれば、スマホで十分対応可能だが、病状が不安定な状態の場合に誤解なく、きちんと説明を理解してくれたかどうか不安がよぎる。過去には、説明した医師ではなく、後から看護師や受付事務に質問してくる人が(少なからず)いた。落ち着いた(質問可能な)環境で、箇条書きやシエーマの活用を心掛けたい。そのうえで、疾患・病状や治療方針に対し、正確な理解が得られるようしっかりと説明責任を果たしたい。