



SOMPOリスクマネジメント

安心・安全・健康のテーマパーク

# 説明と記録の重要性

SOMPOリスクマネジメント株式会社

医療・介護コンサルティング部

# SOMPOグループとSOMPOリスクマネジメント

## 会社概要

社名：SOMPOリスクマネジメント株式会社

(英文表記 Sompo Risk Management Inc.)

設立年月日：1997年11月19日

本社所在地：〒160-0023 東京都新宿区西新宿1-24-1エステック情報ビル

事業内容：デジタル事業／リスクマネジメント事業／サイバーセキュリティ事業

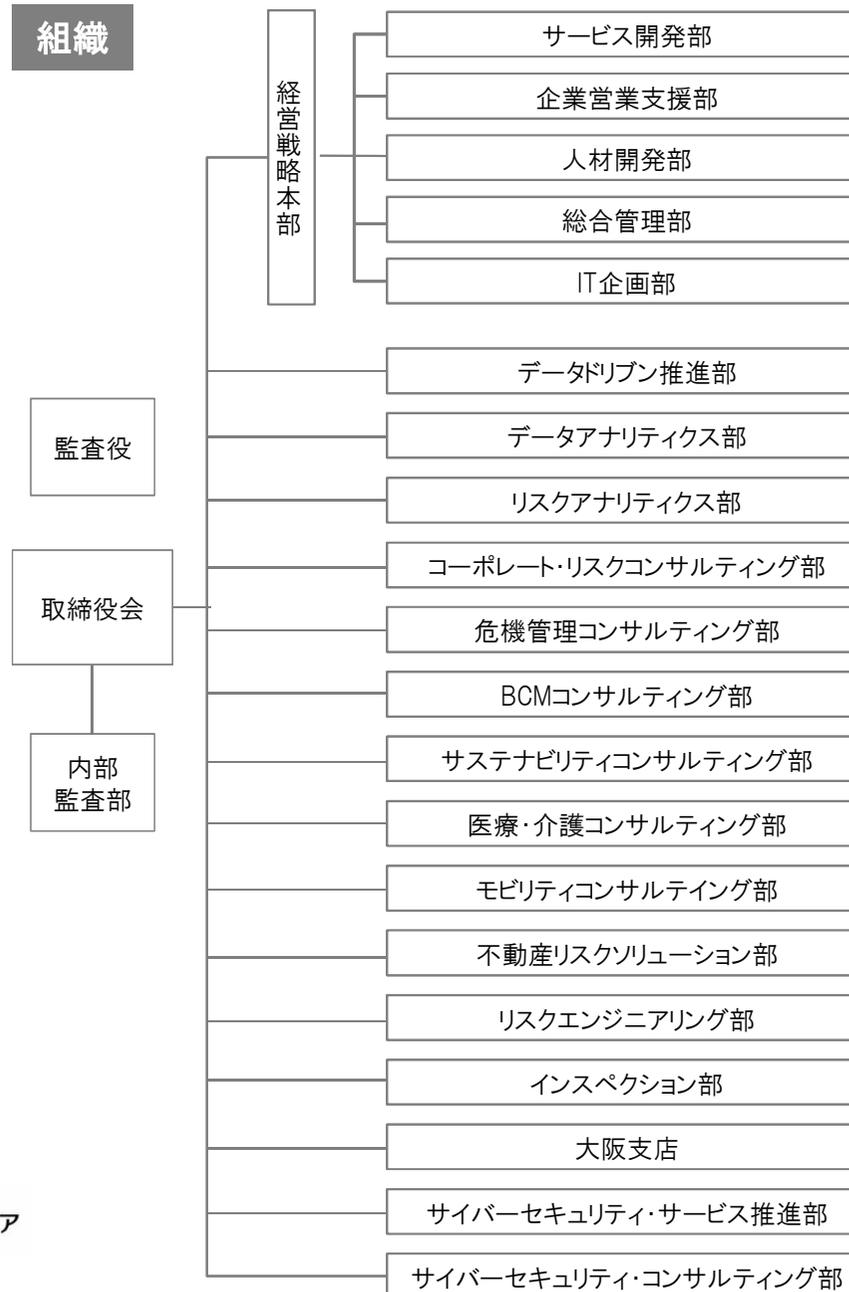
拠点：東京・名古屋・大阪

従業員数：519名 (2024.4 時点)

資本金：3,000万円

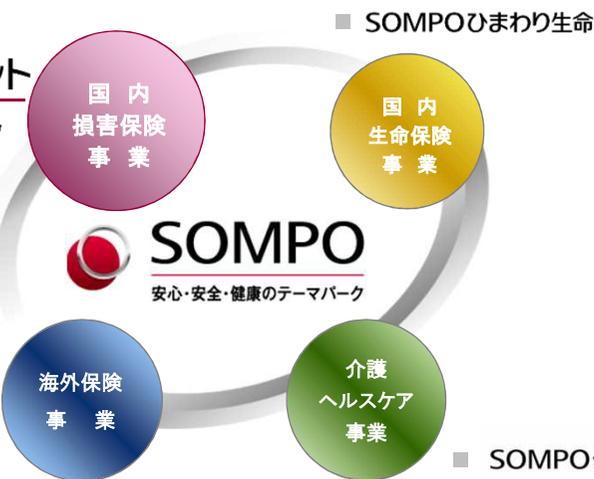
株主：SOMPOホールディングス株式会社(100%)

## 組織



## SOMPOリスクマネジメント

- 損害保険ジャパン
- セゾン自動車火災



## 1. 法的な関係の整理

## 2. 医事紛争の現状

## 3. 歯科での発生頻度の高い事例

## 4. 説明と記録の重要性

# 患者からの訴え

---

ある歯科医院で患者の右下智歯を抜歯したところ、翌日患者より「しびれがある。どうしてくれるのか。」と言われました。

こんな時、歯科医院に責任がある  
(=賠償責任が発生する)と  
考えますか？

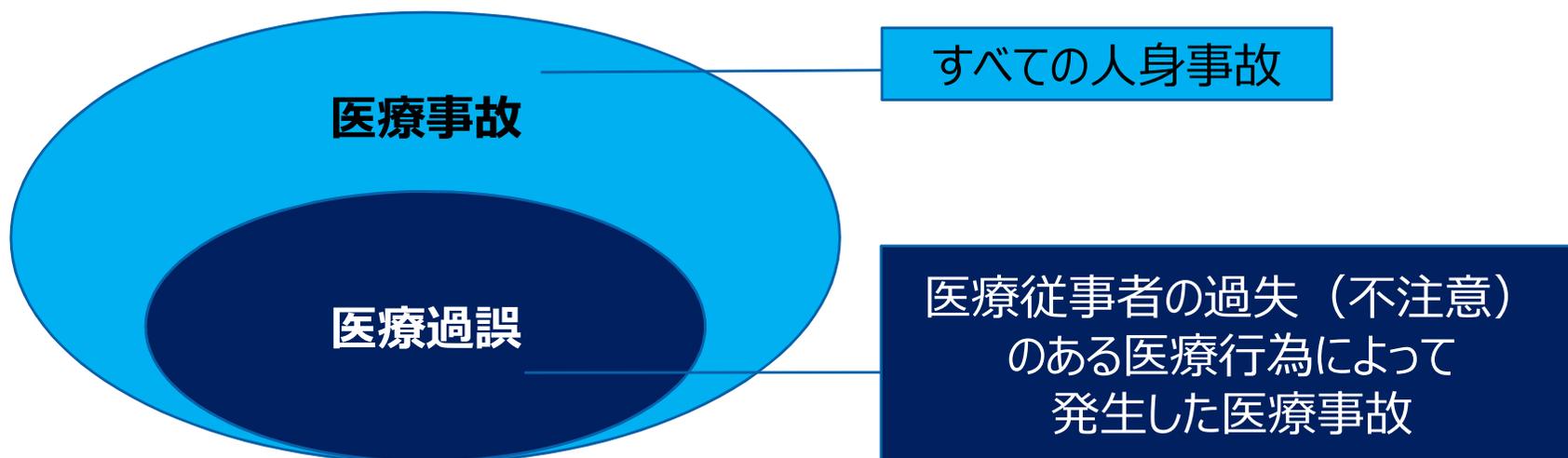
# 医療事故と医療過誤

## 医療事故

医療を提供する過程において生じる、すべての人身事故

## 医療過誤

医療事故のうち、医療従事者の**過失（不注意）**によって発生した事故



悪い結果・有害事象の発生 = 医療過誤（法的責任の発生）ではない

# 医療過誤かどうか、判断するために

## 詳細な情報が必要です

- 抜歯の適応はあったか。
- 術前の説明と同意の取得はできていたか。  
(神経損傷の可能性等)
- 抜歯に当たり手技上のミスはなかったか。  
(術式の選択や手技について)
- 帰宅後、患者さんがどのような行動をしていたのか。
- しびれの訴えの後の対応はどうしたか
- より専門病院へ転送する必要はなかったか。

# 民事裁判が損害賠償を認める4つの要件

- ➡ 事故(損害行為)が起きたこと
- ➡ その結果、損害が発生したこと
- ➡ 事故と損害の間に因果関係があること
- ➡ 事故を通常の方法で防ぐ手立てがあつたのに、それを怠り結果(過失)が生じた

## 過失とは？

### 予見義務違反

事故の発生を  
予見できたか？

### 結果回避義務違反

事故を回避するために必要な措置を  
怠らなかったか？

※結果責任主義(故意・過失の有無にかかわらず  
結果に対して責任を負うこと)ではない

# いつ紛争・訴訟になるか分からない

## 医療行為日から、相当期間経過後に紛争や訴訟となるケース

- ・事故後、長期間のリハビリを行い、後遺症の残存が確実になってから提訴
- ・医療機関側の過失は明らかであるが、医療機関の世話になっているため、処置終了後や死後に提訴

**現時点で在籍しない職員が、理解できる記録が必要**

# 目次

---

## 1. 法的な関係の整理

## 2. 医事紛争の現状

## 3. 歯科での発生頻度の高い事例

## 4. 記録の重要性

# 医療過誤によって問われる責任

## 「民事責任」と「刑事責任」

	民事	刑事
根拠法	民法第415条(債務不履行責任)、第709条不法行為責任 など	刑法第211条(業務上過失致死傷)、第104条(証拠隠滅等)、第160条(虚偽診断書等作成) 医師法第21条(異状死届け出義務) など
目的	損害賠償による被害者の救済	個人の社会的責任の追及
対象	個人、医療機関の開設者など	個人
立証	過失と損害の間に通常考えられる程度の因果関係を必要とする	過失と損害の間に高い因果関係(合理的な疑いを入れられない程度)を必要とする
内容	個々の判決に基づく損害賠償金の支払  判決:「被告は、原告に対し、〇〇万円を支払え。」<損害賠償>	5年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金(刑法第211条) 50万円以下の罰金(医師法第21条違反)  判決:「被告人を罰金〇〇万円に処する。」<刑罰>

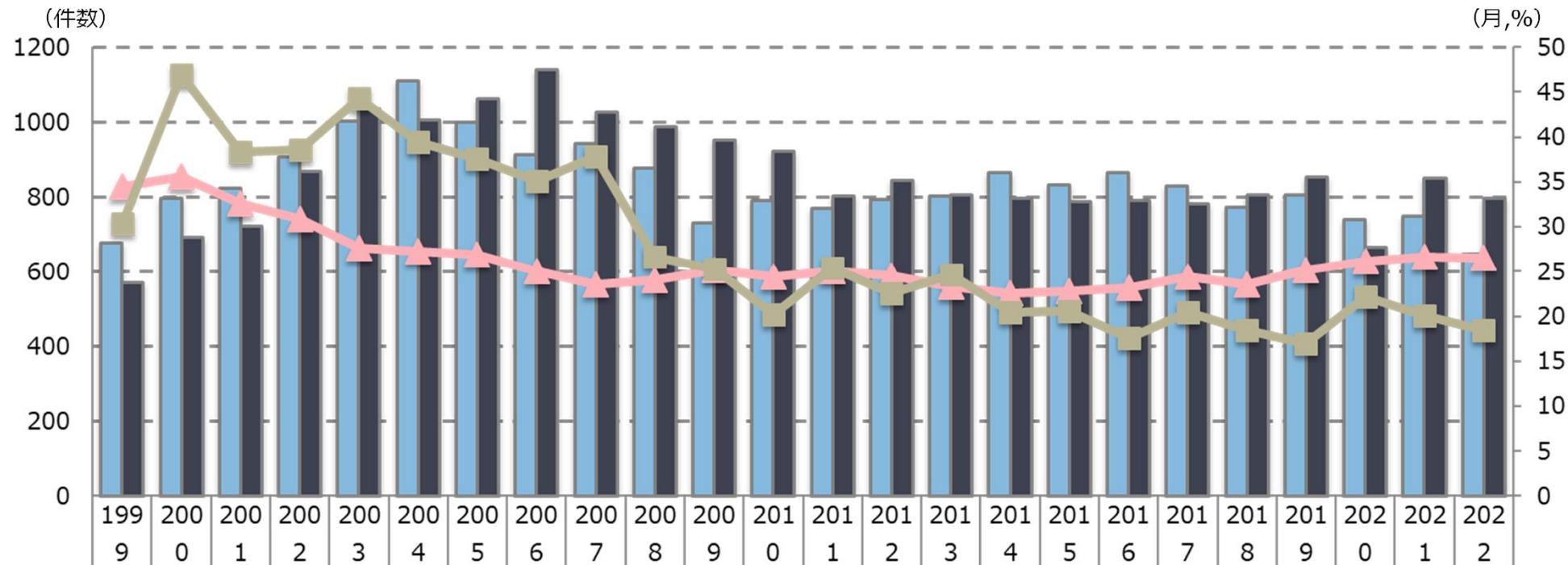
## □ 「行政処分」・業務停止、免許取消

# 医事関係訴訟 2022年は減少

1,110件を最多(2004年)とし、732件(2009年)まで減少した訴訟件数(新受件数)は、近年740~870件の間で推移していましたが、2022年は医療安全元年(1999年)以来、最も少ない647件でした。また「既済」797件のうち、終局区分は「和解」が420件(52.7%)、「判決」が254件(31.9%)、認容率は18.5%です。平均審理期間は増加傾向にありましたが、ここ数年は横ばいとなり、2022年は26.5か月でした。

※「認容率」…判決総数に対して、認容件数(裁判所が原告の訴えを認めた件数)の占める割合であり、認容には一部認容を含む。

※ 医事関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる。



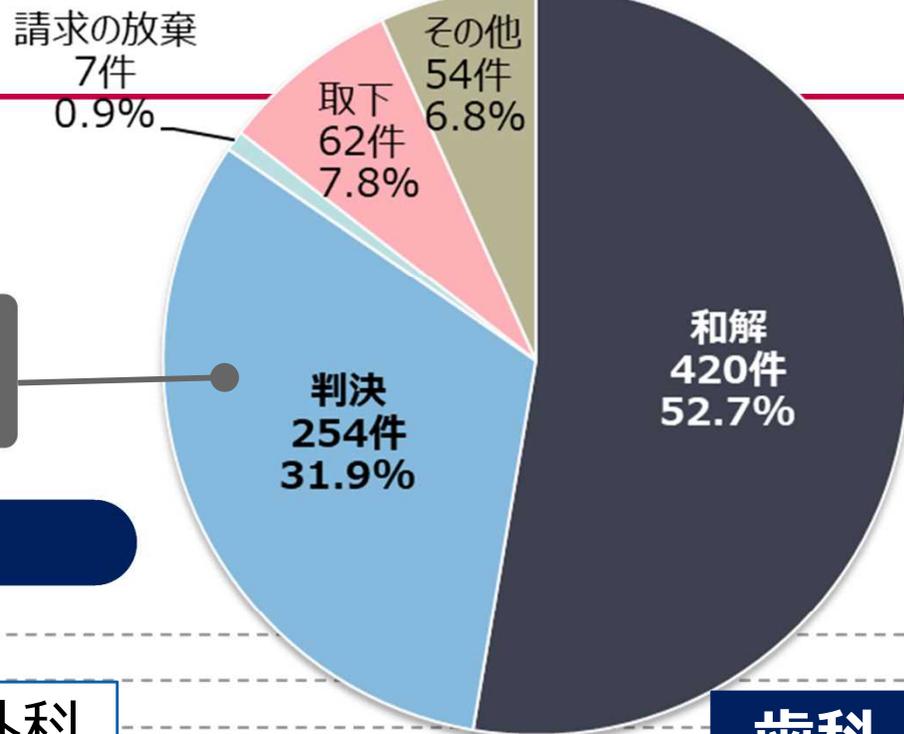
減少傾向にあった認容率も、2022年は再び20%を切った

# 2022年 医事関係訴訟の終局区分 「既済」797件の内訳

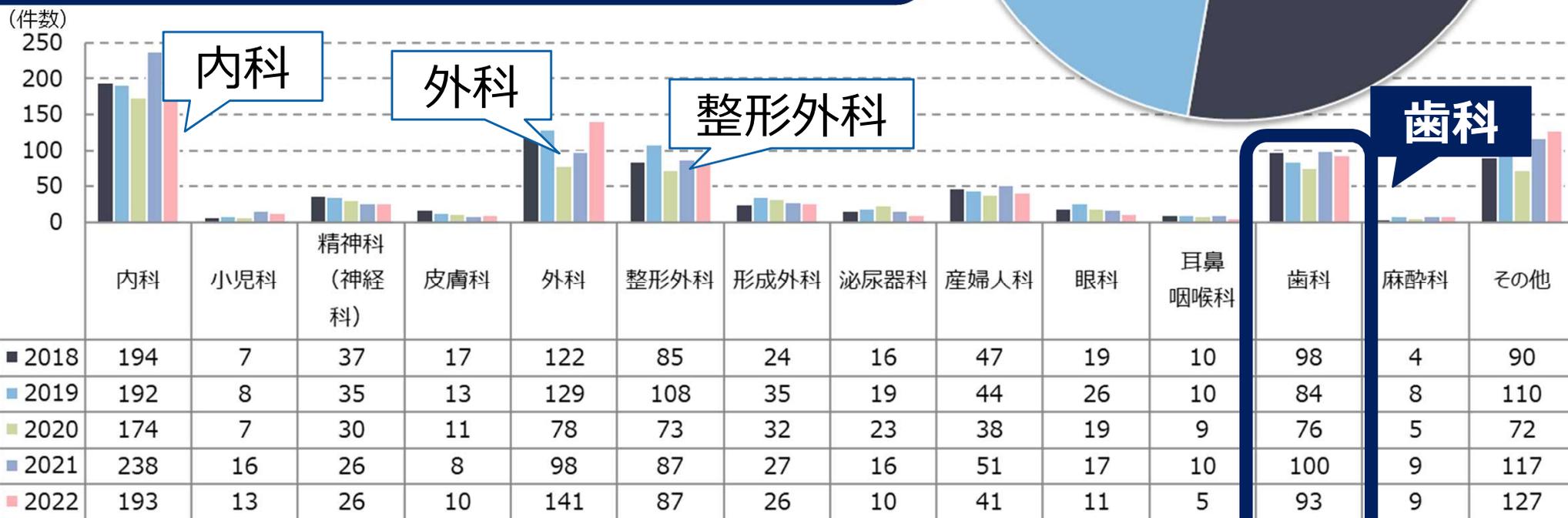
※認容とは、原告（患者側）の請求が認められること

※認容率とは、判決総数に対して認容(一部認容を含む。)件数の占める割合であり、  
地方裁判所の事件を基礎としている。

「判決」のうち  
認容率は**18.5%**



## 医事関係訴訟事件(地裁)の診療科別既済件数



※複数の診療科目に該当する場合は、そのうちの主要な一科目に計上している

診療科目別既済件数については、多い順から内科193件、外科141件、歯科93件、整形外科87件などとなっている。  
なお、引用元資料には「数値は、各診療科における医療事故の起こりやすさを表すものではないので、注意されたい。」との注意書きがある。

【出典】 最高裁判所. “医事関係訴訟委員会について 6. 医事関係訴訟の現状.” <http://www.courts.go.jp/saikosai/iinkai/izikankei/index.html> , (accessed on 2023-11-23).

# 医療者個人を訴えた裁判事例

## 医師・看護助手 注意義務違反 300万賠償（地方裁判所 判決）

透析室で看護師と看護助手が介助し立位で体重測定した際はふらつき見られなかったため、ベッド移乗の際に看護師は離れ、看護助手は患者の後ろに立ち支えていた。看護助手がコップを置こうと少し目を離した隙に患者が仰向けの状態で転倒し、外傷性クモ膜下出血・急性硬膜下血腫を発症し、約5ヵ月後に死亡。

## 院長・術者 注意義務違反 2900万賠償（地方裁判所 判決）

左内頸動脈-後交通動脈分岐部動脈瘤を認め、ガイドラインに沿って破裂リスクを説明の上、外来経過観察の方針とした。その後4年間外来フォローを続けていたが、瘤の拡大を認め、患者も不安を訴えるため手術実施。術中血管造影にて、瘤が破裂し出血。術後意識障害、右麻痺遺残。

## 院長・担当医 注意義務違反 118万賠償（高等裁判所 判決）

右下の親しらず抜去希望され伝達麻酔で抜歯し、3糸縫合して終了。右側舌麻痺あり、メチコバル・抗生剤等を処方し、洗浄を行う。改善見られるが麻痺が残るため、高次病院へ紹介。高次病院で行った星状神経ブロックで改善は見られたが、麻痺は残存し症状固定と判断。

# 目次

---

## 1. 法的な関係の整理

## 2. 医事紛争の現状

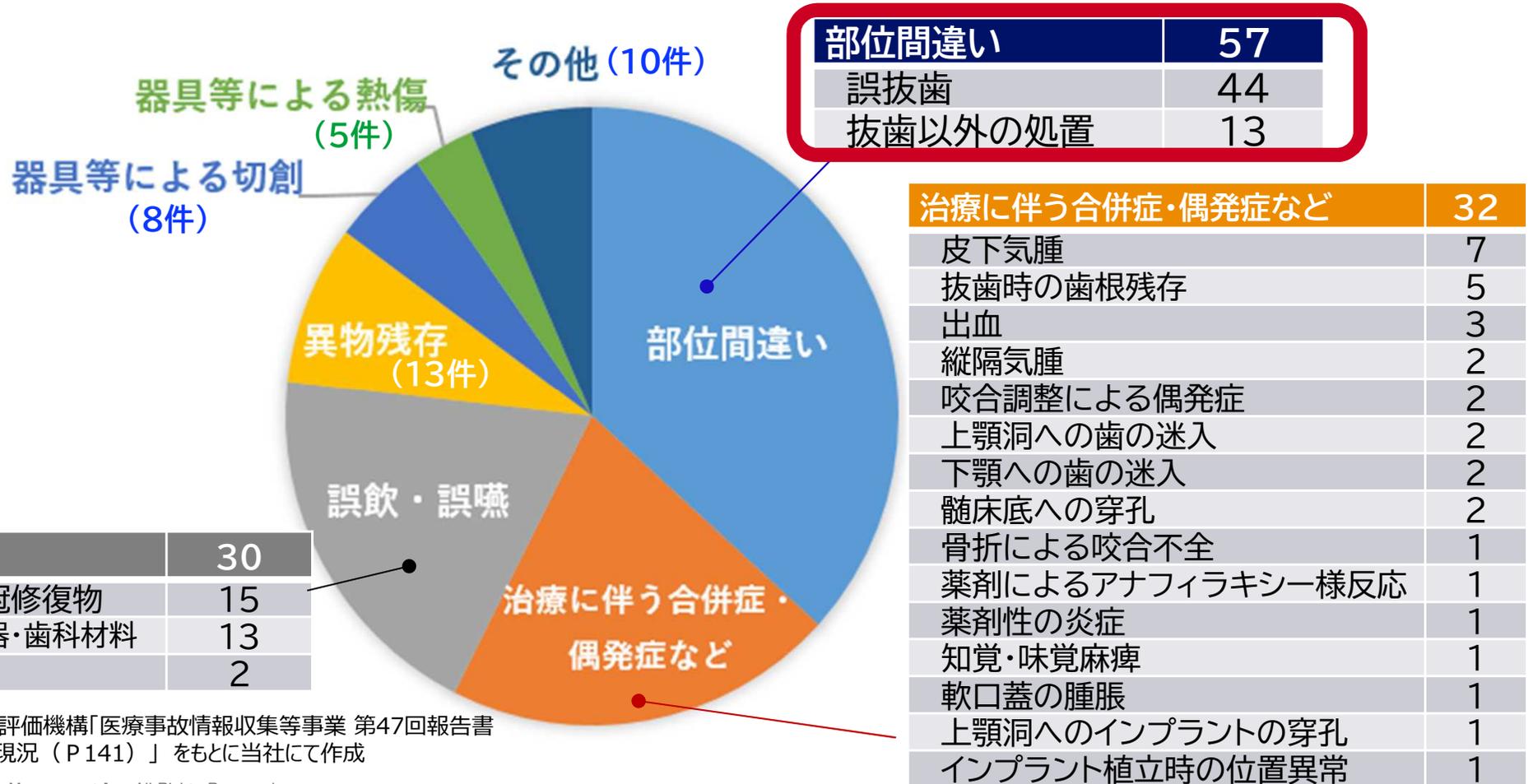
## 3. 歯科での発生頻度の高い事例

## 4. 記録の重要性

分析対象:2011年1月から2016年9月までの間に日本医療機能評価機構に報告された事例の中から、キーワード:歯科で検索した事例のうち、転倒・転落など歯科治療中以外に発生した事例、顎骨や顎関節、頸部の手術や処置に関する事例を除いたもの(155件)

# 歯科診療中に発生した事故

- ・誤って別の歯を抜歯する等の「部位間違い」が57件と最も多く、「治療に伴う合併症・偶発症など」が32件、「誤飲・誤嚥」が30件。
- ・「誤抜歯（44件）」は、「部位間違い」の77%、「全事例」の28%。



(出典) 日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業 第47回報告書 医療事故情報等分析の現況 (P141)」をもとに当社にて作成

## 【事例】左右の歯を「診断」の際に取り違えた事例

- 診療録への記載の際の取り違えは、実施の段階でエックス線写真や患者の所見を適切に確認していれば、診療録の誤りに気がつく可能性があった事例。

取り違えの場面	内容
診療録への記載の際の左右取り違え	<ul style="list-style-type: none"><li>検査所見の記載に「左」と誤りがあり、処置を担当していた医師が1名で実施していた。</li><li>実施時の左右確認を行わずに実施した。</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>次の患者を待たせていたこともあり、1患者毎のカルテ記載を怠り、一定の処置が終了した段階でまとめて診療録の記載を行った。</li><li>右側智歯抜歯をした際に「左」と診療録に記載したため、左側の智歯抜歯目的で患者が来院した際に、「右側ですね」と患者に問いかけたところ、患者から「右側」と返答があったため、右側智歯部の歯肉を切開した。</li><li>埋伏歯であり、外観からはわからなかった。</li></ul>

# ヒューマンエラーに関する3つの誤解

## 1. 注意力によって防げる

フェーズ	意識のモード	生理的状态	エラー発生率
0	無意識、失神	睡眠	1.0
I	意識ぼけ	疲労、居眠り	0.1以上
II	正常(リラックスした状態)	休憩時、定例作業時	0.01~0.00001
III	正常(明晰な状態)	積極活動時	0.000001以下
IV	( )状態	( )	0.1以上

出典:『安全人間工学』(橋本邦衛、中央労働災害防止協会)

## 2. 教育・訓練・動機付けによって防げる

## 3. 人による確認・チェックで防げる

出典:『人間信頼性工学:エラー防止への工学的アプローチ』(中央大学理工学部経営システム工学科 中條武志)

<http://www.indsys.chuo-u.ac.jp/~nakajo/open-data.htm> (アクセス日:2018-10-23)

# 偽りの記憶(false memory)

記憶に頼った作業には、虚記憶の入り込む余地がたくさんある。  
→薬品やカルテの記載事項、医療用具の有無などの確認は、記憶に頼らず、  
現物を前にして目で見ながら確認するようにしましょう。

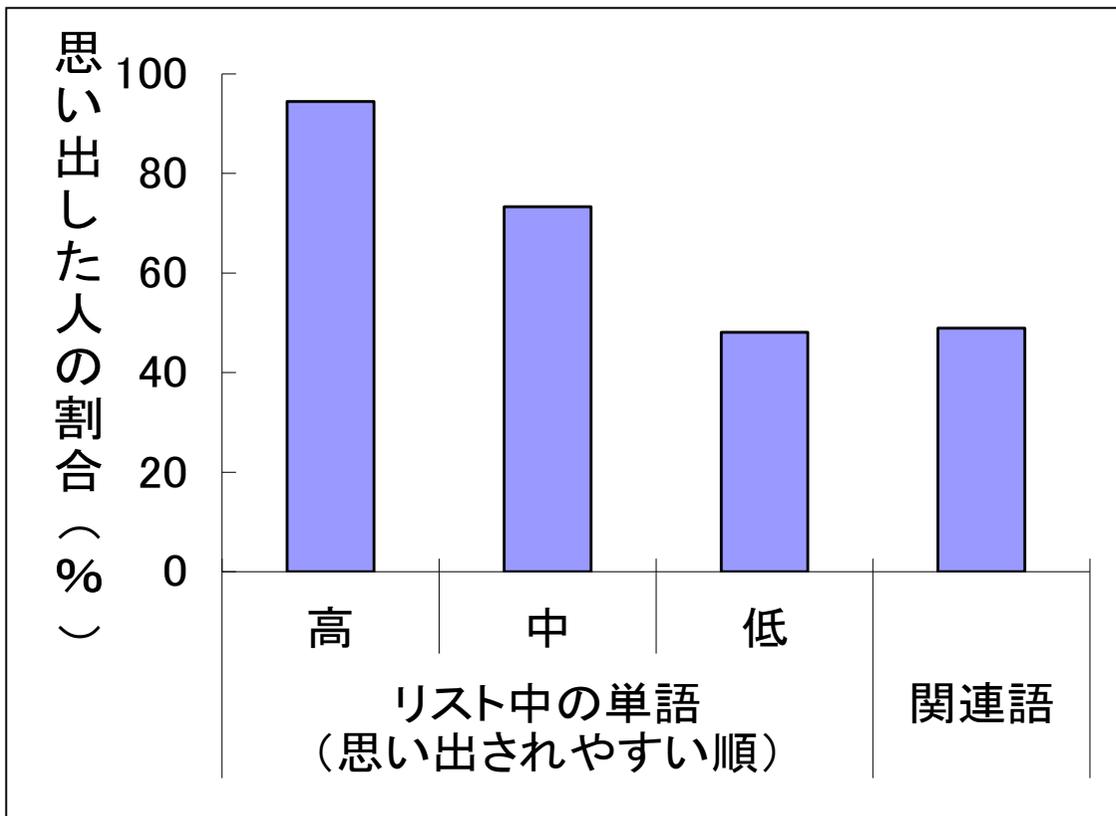
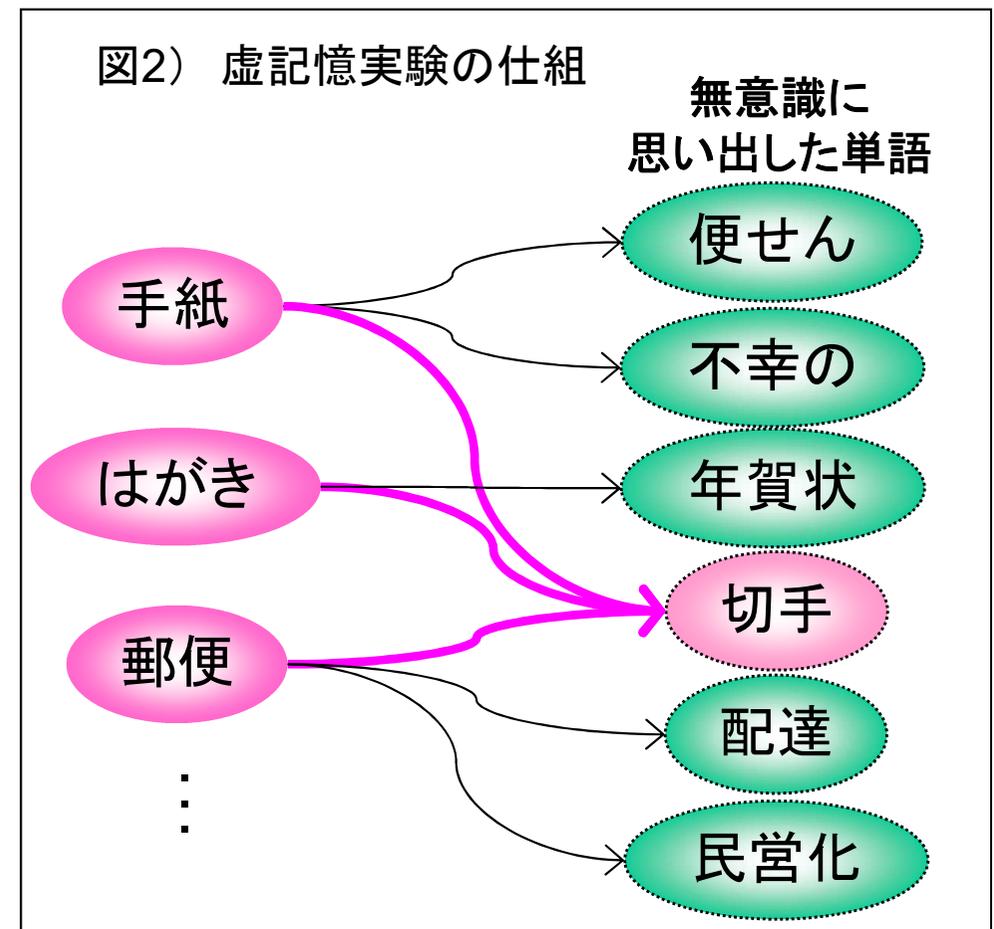


図1) 虚記憶実験の結果



重森雅嘉.“安全の心理学.” SJRM MEDICAL CLUB NEWS (2006/06/02), [https://www.sjnk-rm-medical.com/sites/default/files/file/2012-11-30/070511s\\_all.pdf](https://www.sjnk-rm-medical.com/sites/default/files/file/2012-11-30/070511s_all.pdf), (アクセス日:2018-10-23).

# 安全意識低減の法則

安全意識は、事故が発生しない限り単調に減少する

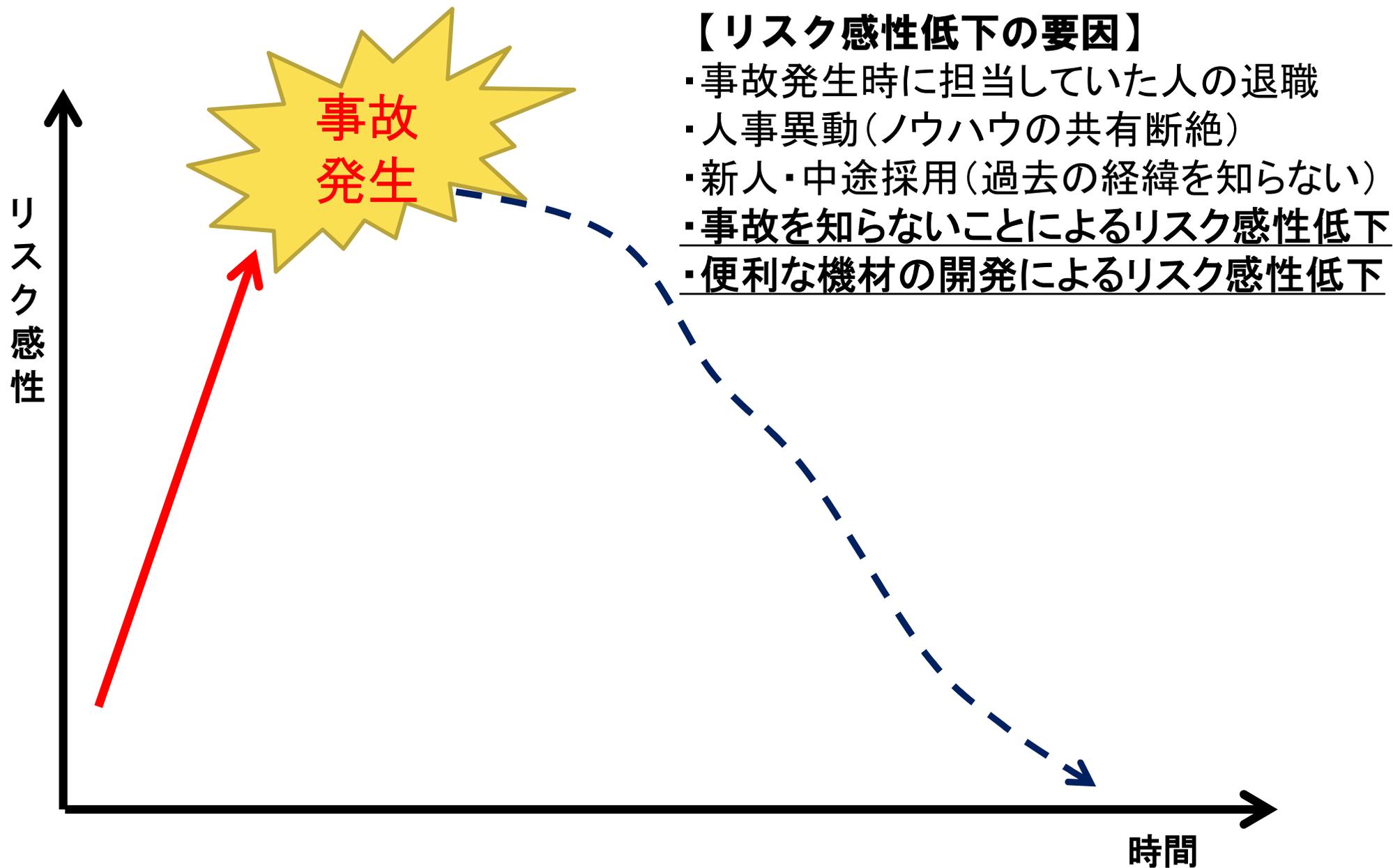
いつも変わらず使用することが出来る  
不具合を感じたことが無い  
事故が起こったことが無い



※ 医師法第24条第1項

- 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

# 周期性をもって発生する事故



# 人の注意力の限界

---

1. 関心のあるものに注意が向く
2. 強い注意が向けば、その範囲が狭くなる
3. 注意力は持続できない
4. 強い注意の後に弛緩が来る

**注意にも限度がある**

**システムによるエラー対策**

# ヒューマンエラーが起こる背景

ヒューマンエラーとは意図しない結果を生じる人間の行為

出典：JIS Z8115:2000

勘違い うっかり 見間違い 聞き間違い

思い込み 見逃し 聞き逃し 忘却

ハードウェア

(設備、新しく入れた機械など)

わかりにくい  
操作

ソフトウェア

(手順書、チェックリストなど)

ルールがない

作業環境

(予約状況、急変など)

忙しい  
休憩ない



システムによるエラー対策

# 患者さんへの事前説明で、処置への協力を得る

---

○舌をなるべく動かさないように、患者に事前説明

○異物感（補綴物等が落ちたなど）を感じたら、  
飲み込まず手を上げるように依頼

○気分が悪くなった際は、手を挙げるように依頼  
（処置の合間、適宜患者さんに声かけ）

※患者さんが装着しているウェアブルウォッチの  
アラーム音にも気を付ける

# 目次

---

## 1. 法的な関係の整理

## 2. 医事紛争の現状

## 3. 歯科での発生頻度の高い事例

## 4. 説明と記録の重要性

# 説明義務について

民法第645条 ※委任契約の条文

受任者は、委任者の請求があるときは、いつでも委任事務の処理の状況を報告し、委任が終了した後は、遅滞なくその経過及び結果を報告しなければならない。

医療法第1条の4 第2項

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

疾患の診断(病名と病状)、実施予定の治療法の内容、他に選択可能な治療法とその利害得失、予後の見込みなどについて説明する義務がある  
(最高裁判決 平成13年11月27日)

# 「診療情報の提供等に関する指針」(厚労省 2003/9/12)

---

□ 医療従事者は、原則として、診療中の患者に対して、次に掲げる事項等について丁寧に説明しなければならない。

①現在の症状及び診断病名

②予後

③処置及び治療の方針

④処方する薬剤について、薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用

⑤代替的治療法がある場合には、その内容及び利害得失(患者が負担すべき費用が大きく異なる場合にはそれぞれの場合の費用を含む)

⑥手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要(執刀者及び助手の氏名を含む)危険性、実施しない場合の危険性及び合併症の有無

⑦治療目的以外に、臨床試験や研究などの他の目的も有する場合には、その旨及び目的の内容

# 説明不足から発生する苦情(インプラントを例に)

## ●インプラント

自由診療のため患者の費用負担も大きく、結果が悪かった場合に過失の有無を問わず苦情になりやすい。

⇒十分な事前説明が求められる。同意書・契約書を活用する歯科医院もある。

### <某県歯科医師会における相談事例①>

1ヶ月で上部構造が動くため再製作をうけたが、また1ヶ月で動くので再々製作中である。この際、動かないようにする為にインプラントの奥の健全歯を削られた。当初、健全歯を削ってブリッジにするのが嫌でインプラントにしたのに、治療方法に疑いがある。さらに、費用も初回インプラント、再製作、再々製作とすべて支払をしたことにも不満がある。

「(前略)インプラントのような侵襲性が大きく、高額な治療については、国民・患者の安心・納得のため歯科医師は治療前の説明及び治療に関して一層の責任があると考えられる。」

(出典)「今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会 中間報告書」、平成18年12月、厚生労働省医政局歯科保健課

「歯科インプラント治療によって危害を受けたという相談の中には、歯科医師の説明不足が危害を受けたという申し出や消費者の不満の一因になっている可能性のある事例が複数見られた。(中略)治療内容や治療方法、治療上のリスク等について、客観的で分かりやすい説明を随時十分に行うよう要望する。」

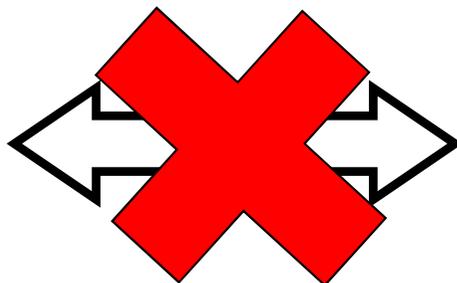
(出典)「歯科インプラント治療に係る問題－身体的トラブルを中心に－」、平成23年12月、独立行政法人国民生活センター

# 伝えたこと と 伝わったことが 違うとき

コミュニケーションのズレが  
原因のことが多い

勝手な解釈・思い込み  
意味の取り違い

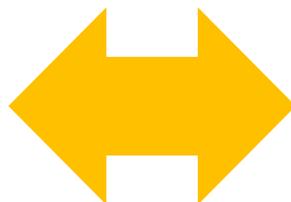
伝えたこと



伝わったこと

# 特に知りたいことは何でしょうか

【医療者】  
伝えるべきだと  
思っていること



【患者さん・家族】  
知りたいこと

- ・病気の原因
- ・手術内容、時間
- ・不確実性
- ・医学的な詳細情報

- ・退院までの時間
- ・医療費
- ・治療の痛み度合い
- ・今後の見通し

医療者から患者さんに、**直接問いかけ**  
**「特に知りたいことは何でしょうか」**

患者さんへの情報の伝達、ではなく、患者さんとの対話を推進

# 説明用語はわかりやすいですか？

国立国語研究所は、医療用語100語に対して一般市民の認知度・理解度について調査し公表した。報告では、病院の言葉の分かりにくさとそれをなくしていくための工夫を類型化し、説明の仕方を具体的に提案している。

国立国語研究所「病院の言葉」委員会編著 病院の言葉を分かりやすく 工夫の提案 勁草出版 2009年 P234 P162-P163

誤解

急な刺激を受ける？  
46.5%

びっくりすること？  
28.8%

ひどく悲しんだり  
落ち込んだりすること？  
23.9%

ショック状態に  
なることがあります。



まずこれだけは

血圧が下がり、生命の危険がある状態

少し詳しく

「血液の循環がうまくいかず、細胞に酸素が行きにくくなった状態です。生命に危険があるので、緊急に治療が必要です。」

時間をかけてゆっくりと

「血液の循環がうまくいかなくなって、脳や臓器などが酸素不足におちいり、生命にかかわる大変に危険な状態です。早急に治療する必要があります。そうしないと血圧が下がる、顔面が真っ白になる、脈が弱くなる、意識がうすれるなどの症状が現れます。」

# 伝えた後に、確かめる

伝えただけで安心してはいけない

伝えたこと ≠ 伝わったこと

必ず、『何が伝わったのか』を確かめる

NG

「分かりましたか？」  
「何か質問はありませんか？」

このような「上から目線」の質問には、理解していないことがバレると恥ずかしいという心理が働き、「分かりません」とは言いづらいものです。

コミュニケーションは、ズレやすいことを肝に銘じ、常に確認を怠らないこと

OK

「何か気になることはありますか？」  
「聞きたいことはありますか？」

相手の表情や声の調子にも気を配り、小さな変化を見逃さないで下さい。  
効果的な質問で、相手がどの程度理解しているのかを上手に引き出しましょう。

医療事故や訴訟・クレームを防ぐ  
一番のポイントとなる

最上輝未子. 患者・家族との「安心と信頼の関係」作り. 医療機関におけるコミュニケーション第2版. 損保ジャパン日本興亜リスクマネジメント, 2013, p.9-29, p.28

# 説明と記録はセット

## 説明時の状況を、記録に残す

### 【記載項目】

- ・説明時間(○時○分～△時△分)
- ・説明時の内容・様子を再現できるくらい
  - 患者さん側からの質問と、それに対する医療側の回答
  - 患者さん側の反応等(うなずいていた、メモをとっていた等)
- ・患者さん側が「気になる点」が無いということであれば
  - 「気になる点の有無を尋ねたが、質問が無かった」と記載

※医師の説明の後に、患者さんに歯科衛生士もフォロー(チーム医療)

# どのように記載文章を作成するか

## ◎見たままの事実を書く

推測・偏見、第三者に間違ったイメージを植え付けるような  
攻撃的表現はしない。

実際に自分が見て、自分が聞いたことを解釈をつけずに書く。

部屋の外に  
声が響く位

感嘆符！  
疑問符？  
は感情を表すため  
使用しない

顔を紅潮  
させて

例)

Aさんの家族より、病状について「どうなってるんだ！」とすごい剣幕で  
怒鳴り込まれた。

治療の説明が不足していたようである。

推測表現を記載しない  
家族の言動を記載する  
・こんな状況になるなんて一切聞いていない

# オーバーな記載事例

## 実際の状況

81才女性。発熱、食欲減退などを訴え入院。軽度の認知症あるも意思疎通可能。理解力あり。夜間トイレの際は、ナースコールするよう本人に説明。

夜間2回トイレの前にいる患者を見つけ、看護師がベッドまで誘導し、夜間トイレに行く際はナースコールをするよう再度説明。

5:00にナースステーションの外から物音がしたような気配があり、巡回したところトイレ前で座っている患者を発見。ベッドに戻しバイタル測定。安定し意識清明であることを当直医に報告し、様子見と指示を受ける。

6:00に訪室し、再度バイタル測定し安定。少し話をし、再入眠。

7:00に訪室し、再度バイタル測定し安定。

8:00を過ぎても起きて来ないので訪室。「眠い」とのことで、そのまま退室。

9:00になって再度訪室すると、呼びかけに応答なくドクターコール。緊急CT検査の結果、外傷性クモ膜下出血と判明。直ちに血腫除去術を施行するも意識戻らず。

3ヶ月後、肺炎を合併し死亡。

## 記載状況

- ・2回の夜間発見時、ナースコールをするよう再指示をした記載無し
- ・5:00の発見時、「朝方、ナースステーションの外でボタンと音がしたので駆けつけると、一人でトイレに行こうとして転倒していた。」と記載
- ・6:00と7:00の訪室について、「朝方まで著変なし」と記載

# 裁判所の判断

「2回の夜間発見時、ナースコールを  
するよう再指示した記載無し」

実際は  
再指示をしていた

患者を発見した看護師は、都度ナースコールをするよう  
指示する必要があったが、そうした配慮をしたという  
証拠（記載）は無い。

【カルテ記載】

「一人でトイレに行こうとして転倒した」

⇒看護師の憶測

裁判所はカルテ  
記載事項を認定

2回の夜間発見時にナースコールの指示をしなかったために  
患者はナースコールすることを軽視し、患者は一人でトイレに行った。

# 裁判所の判断

物音がしたような気配

【カルテ記載】

「バターンと音がした」

音をオーバーに脚色してしまった

バターンと大きな音がしたのであれば  
CT検査を実施すべきであった

【カルテ記載】

「朝方まで著変なし」

思考過程が見えない  
いつ、どこを観察したのか  
「何を根拠に」著変なし、なのか

訪室した時間さえも  
記載されておらず、  
本当に観察したのか疑わしい

# 診療記録の不備

調査委員会(第三者)が処置内容を調査しようにも記録類が不十分で検証ができない

◆調査委員会が、処置内容について確認ができるよう都度、遅滞なく記載

・手術適応、術後の重篤な合併症等に対してどのように判断し、対応したか

思考過程がわかるように

・処置に費やした時間もわかるように経過時間も記載

# 記載時の注意点

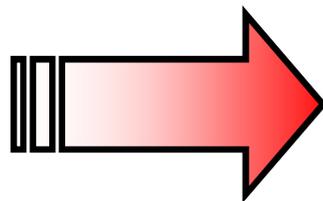
---

- ①前もって、これから行う処置やケアを記録しない
- ②自分が実際に見ていない患者の記録をしない
- ③記録の途中で行を空けない
- ④最終判断に至った思考プロセス(1, 2行程度)を記載する
- ⑤思考過程が見えない、行動(実践)につながらない  
書きっぱなしの情報・アセスメントは適切ではない  
※「～と思われる」「～のように見える」  
⇒予見したのであれば、何を実施したのか記載が必要
- ⑥勝手に要約しない

# 【ご参考】表現事例

## 【人権にかかわる表現】

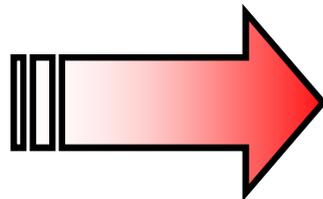
頑固  
太り過ぎ  
しつこく聴いてくる



家族が説得しても承知しない  
体重〇〇キロ、肥満あり  
1日に〇回聴いてくる

## 【医療従事者が優位であるかのように感じさせる表現】

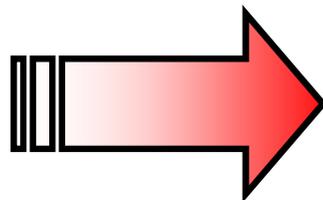
自分でやらせる  
指示に従うよう注意したが従わず



自分でできるように促す  
~について説明したが応じてもらえない

## 【客観性に乏しく誤解を招きやすい表現】

必要時看護師介助  
多量、中等量、少量



夜間トイレ歩行時は見守り介助する  
〇g、〇ml、測定可能な単位で表現

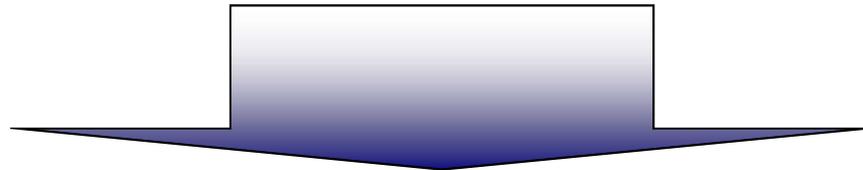
# 【ご参考】用語の置き換え

英語	日本語	言い換え
anomaly	奇形	形態異常
malformation	奇形/異常	形態異常/異常
deformity	奇形	形態異常/欠損
teratoma	奇形腫	テラトーマ
teratogen	催奇形因子	胎児毒性因子
teratology	奇形学	先天異常学

【引用】日本医学会分科会医学用語委員会 2014年12月19日 [http://jams.med.or.jp/dic/h26material\\_05.pdf](http://jams.med.or.jp/dic/h26material_05.pdf) (アクセス日 2018/10/23)

## 【患者側】

F医師作成の診療録上は、Bの症状として、  
2週間に4回の胸痛があったことの記載があるのみであり、  
胸痛の誘因に関する事柄、胸痛の性状、強さ、持続時間、冷汗の有無といった  
事柄の詳細については、確認された記載がない



## 【病院側】

F医師は電子カルテを導入したばかりでパソコンに慣れていなかったため、  
記載を省略したにすぎず、詳細な問診をしていた  
旨の陳述書を当審(2審 高等裁判所)に至ってから提出

# 裁判所の見解

当時、45歳前後のF医師がパソコン入力に不慣れである  
ということ自体不自然である

パソコンに不慣れで電子カルテ作成に難渋していたというのであれば、  
必要な記載を省略するのではなく、  
しばらくの間、手書きのカルテを併用するなどの措置を採るのが当然であり、  
そのようなこともなされていないところであるから、  
同陳述書の記載内容は採用し難い。

「F医師作成の診療録」を  
「F医師作成の  
詳細な問診結果の記載のない  
診療録等」と改める

# 医療過誤は誰が、何によって判断するのか

法的紛争は法律家の土俵で争われる

医療従事者が、判断するのではない

裁判官は、医療については素人

**法律家目線での  
事故検証が重要**

証明された事実が、裁判上の事実

法律家は、書証(カルテ、検査記録等)中心に判断する

証明できないことは、「事実」ではない

**極論  
これくらいの覚悟が必要**

# 電子カルテの修正履歴

## 修正履歴が全て、日時と共にすべて残る

### ◆繰り返される修正

⇒修正箇所は全て残る(記載者、日時も)

⇒度重なる修正は証拠能力を疑われる

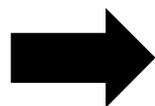
### ◆内容証明到着後の記録の修正は、改変を疑われる

#### ※ 医師法第24条第1項

- 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

カルテ開示以外にも様々な場面で  
外部の目に触れるようになってきている

- 適時調査
- 証拠保全
- 医療機能評価
- 地域医療、医療介護連携
- 患者も見ることができるカルテシステム



医療者のアセスメントや患者に提供された医療を  
関係者に「わかるようにして」渡すツールに

# 前医の批判はしない

## ➤ 他の医師に対する助言と批判

医師は、自分の習得した知識や技術を他の医師に教え、他の医師の不適切な医療行為に対しては直接あるいは間接的にその医師に忠告、助言、指導することが大切である。

一方、不用意な他の医師への批判は、**医師としての品性をおとしめ**医師に対する**信頼を傷つける行為**であるばかりか、**患者に無用な不安**を与えるなど、思いもかけぬ大きな影響を与えかねないため慎むべきである。特に以前に診察した医師をいたずらに批判することは、古くから「前医の批判をすべからず」「後医は名医」などといわれ戒められてきた。これは上述の理由のほか、前医と後医では、診察時の疾患の所見や情報が往々にして異なっており、後医の診察時には診断が比較的容易になっている場合が多く、前医を批判する理由はないからである。また、**前医に対する浅薄な批判が、不毛な医事紛争の発端となりうる**ことをも心すべきである。これは対診の際にも心がけなければならないことである。特に自分の声価を高めようとして、いたずらに他の医師を誹謗することは許されない。

# 説明書と同意書

---

**術式ごとに統一的な説明書を作成し  
内容の標準化(漏れ、バラつきを無くす)を図る**

**説明書原本は、患者側が保管 写を医療機関側が保管**

**同意書原本は、医療機関側が保管 写を患者側が保管**

# カルテ開示請求において注意するポイント

## 医療機関作成のカルテ開示要求書を提出してもらう

- ◆患者側の要求内容を明確にし、後のトラブル防止
- ◆医療機関側の負荷軽減（回答期限を医療機関側で調整可能）

## 保険会社に提出する事故報告書、アクシデントレポートは提出しない

- ◆内部文書のため、開示義務はない
  - ・わざとインシデント・アクシデントレポートを要求するケースあり  
（診療録とは別に、インシデント・アクシデントレポートを管理する）

## ※インシデント・アクシデントレポートは、外部公表を前提としていない

- ◆外部公開を前提とすると、職員の隠ぺい・虚偽報告が発生する恐れ
- ◆インシデント・アクシデントに対して、自由に意見・評価を述べることを阻害

# カルテ開示請求において注意するポイント

## 弁護士に相談

- ◆カルテ開示があった案件について共有
- ◆提出書類種別のチェックを依頼
  - ・不開示とする内部文書の判断について

## カルテ開示後の修正は行わない

- ◆原告との資料の相違がある場合、改ざんを疑われ新たな争点が発生する恐れ
- ◆開示した資料と開示していないものが区別出来るように、  
開示した資料については、すべてコピーを残す

# 【ご参考】証拠保全において注意するポイント

## 院内で対応できる職員を複数人配置する

### ◆担当者不在は通用しない

- ・医療機関の隠ぺい工作を防ぐため、裁判所から急に通知
- ・電子カルテの操作ミスで不必要な情報開示リスク

## 保険会社に提出する事故報告書、アクシデントレポートは提出しない

### ◆内部文章のため、提出義務はない

医療機関が  
下記判例  
知らないと  
考えて

わざとインシデント・アクシデントレポートを要求するケースあり

(診療録とは別に、インシデント・アクシデントレポートを管理する)

※患者からの『保険会社への事故報告書』開示要求を棄却 ー最高裁 2011年9月

患者が京都地裁に証拠保全の申立。 証拠保全の対象文章として診療録などの他に、  
「医師会に提出された事故報告書、その他医師賠償責任保険(医賠償)  
に関して作成された一切(控えも含む)」 が含まれていた。

# 【ご参考】証拠保全において注意するポイント

## 弁護士に立ち会いを依頼

- ◆ 証拠保全は、裁判を前提としている
- ◆ 現場での即時の法的判断が必要となることが多い
  - ・ 証拠保全の手續に違法がある場合に指摘をする
  - ・ 内部文書と思われる物の証拠提出を求められた際、明確に拒否をする

## 証拠保全後の修正は行わない

- ◆ 原告との資料の相違がある場合、改ざんを疑われ新たな争点が発生する恐れ
- ◆ 証拠提出した資料と証拠提出していないものが区別出来るように、  
証拠提出資料については、すべてコピーを残す

# まとめ

---

- 1. 医療事故と医療過誤の違い**
- 2. 誰でも訴えられる恐れがある**
- 3. 焦りや中断作業は、ヒューマンエラーのもと**
- 4. 証明された事実が、裁判上の事実**

# ■ ご案内 ■ 医療安全情報Webサービスご利用案内



みんなで支える医療安全

Medical safety club

<https://www.sjnk-rm-medical.com/>

医師賠償責任保険等にご加入の皆様は、医療安全情報を、Webサイトとメールマガジンでご提供するサービスです。

ご利用  
無料



WEBサイトのご登録方法は次のページでご紹介します

## 特徴①：効率が大幅にUP！

医療安全に関する最新のニュースや資料を厳選・整理してお届け！  
情報収集や資料作成が大幅に効率化できます。

## 特徴②：豊富な情報量！

1,000件を超えるコンテンツが、いつでも検索・ダウンロードできるので、欲しい情報がすぐに見つかります。

## 特徴③：そのまま使える！

コンテンツは安全研修会や、院内回覧ですぐにお使いいただけるようビジュアルに配慮し、コンパクトにまとめています。



みんなで支える医療安全  
Medical safety club

# 医療安全情報

Webサービスご利用案内

<https://www.sjnk-rm-medical.com/>

「Medical safety club」は医師賠償責任保険等にご加入の皆様、医療機関のリスクマネジメント活動に資する様々な情報をWebサイトとメールマガジンでご提供するサービスです。

お客様の認証コード

**F37**

## 新規登録（ID作成）方法

### ①TOP画面より、新規登録画面へ移動



### ②ID作成（認証コードの入力）

- メールアドレス（IDとなります）の登録
- 認証コードの入力（上記参照）
- 利用規約に同意

※詳しいお手続き手順に関する情報は、下記URL（またはサイトのFAQ）をご参照ください。

<https://www.sjnk-rm-medical.com/sites/default/files/uploads/140728shinkitouroku.pdf>

# SOMPO PS eラーニングのご案内

動画とテキストの2パターンをご用意

## 外部講師による多彩な映像教材

動画  
2テーマ  
**無料**

- 医療メディエーション
- 診療用放射線の安全利用
- 医療従事者の働き方改革の基本と対応
- エラーメカニズムと基礎
- 患者の自己決定権と医療を考える
- 3つの視点で考える臨床倫理

職員教育  
×  
**Online Learning**

## アプリなどは不要

アプリ・ソフトのダウンロードや、特別な機材の準備が必要ないため、**簡単に視聴できます**

## テキスト教材による個人学習

- 時間や場所を問わず、自由に学習
- 理解度テストで学習状況を把握
- 幅広いテーマをご用意しています  
医療安全概論～サイバー攻撃対応

1テーマ  
**3,300円**  
(施設単位)



eラーニングサービス内容、お申込み、お問合せ等はこちら  
<https://www.sjnk-rm-medical.com/pse>

# お申し込み方法

①eラーニング専用サイト（下記URLまたは二次元バーコード）にアクセス。

<https://www.sjnk-rm-medical.com/pse>



②「新規お申込みの方はこちらから」をクリック。



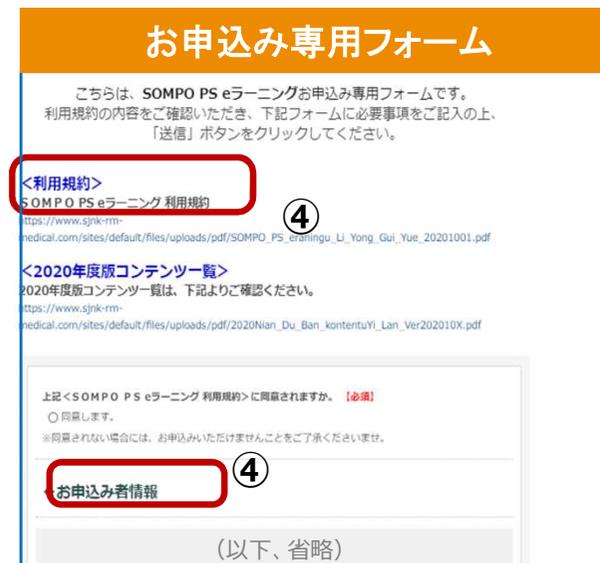
## 【医師賠償責任保険加入状況の確認】

③医師賠償責任保険加入状況確認画面で現在の加入状況を入力してください。「はい」を選択すると「お申込み専用フォーム」画面（右上参照）に移ります。



## 【利用規約への同意、お申込み内容の入力】

④「お申込み専用フォーム」画面で「利用規約」を確認・同意の上、「お申込み者情報」、「お申込みテーマ」、「ご請求書等送付先（有料サービス申込みの場合）」の必要事項を入力してください。



⑤入力終了後、お申込み専用フォーム末尾の「送信」ボタンをクリックすれば、お申込み手続きが完了し、お申込み受付完了画面（次頁参照）に移行します。





SOMPOリスクマネジメント

安心・安全・健康のテーマパーク