

## ◆◇◆ 医療水準 ◆◇◆

医療の進歩と情報開示の進みつつある今でも、医療をめぐる紛争の火種はいたる所にあり、それらは後を絶ちません。

医療はもともと「不確実性」を孕んでおり、医療者である私たちも人間である以上、残念ながら時にミスを犯すことが考えられます。

或いは患者に対して十分に説明し、同意を得たはずが、些細な行き違いから紛争に発展…ということもあるかもしれません。

また、医療にミスがなくても一定の確率でトラブルや事故が起こる可能性があり、時に、起きた事例に対して法的な責任を問われることがあります。

昨今の医事紛争で特に問題となっているのは「医療者側が医療行為に関する注意義務を十分に果たしていたか否か」ということです。医療過誤の場合、その案件の多くが当事者間で行われる民事における裁判となり、その争点や瑕疵の有無について、裁判所の判断基準となるものに「医療水準」というものがあります。裁判所がこれをベンチマークに、問題となった医療行為について判断し、医療基準に満たないと判断が為されれば、「注意義務違反による過失がある」ということになり、医療水準以下の医療行為が原因で生じた事故については、その責任は医療側にあると認定され、賠償責任が発生することになります。

ここで誤解を招きやすいのが「医療水準」は法律用語と日常用語では、その意味合いが異なり、両者はしばしば混同されやすく、混乱のもとになっていますが、ここでは法律用語としての「医療水準」について述べていきます。

医療水準論は医療過誤による事故に基づく医師の責任と、医療者側の注意義務に関する概念で、人の生命および健康を管理すべき業務に従事する者は、その業務に照らし、危険防止のために要される最善の注意義務を要求されるということを基本としています。

医師は【その時点における医療水準に即して、医療水準以内の診療給付義務があり、また医療水準を超える診療を行わなかったとしても、債務不履行や不法行為になることはない】とされ、この時点では医療水準は全国一律であるとの見解が為されていました。

しかし医療の進歩や最高裁の判決等から、医療水準に関するとらえ方も変化してきています。

医療水準に関する最高裁判決の代表的な例を2つあげてみましょう。

日赤高山病院未熟児網膜症事件（最高裁昭和57年3月30日判決）では、注意義務の基準について、

「学問としての医学水準（将来において一般化すべき目標の下に現に重ねつつある基本的研究水準）」と「実践としての医療水準（専門家レベルで現に一般化した医療としての現在の実施目標）」に分けて、

→【注意義務の基準となるべきものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準である】としており、医療側のプロフェッションとしての裁量がある程度酌んだも

のでした。

ここで「実践としての～」というのは、研究の最先端レベルが求められるのではなく、臨床現場で実践されるべきレベルで医療水準を判断するということを意味しています。

こう述べると、現場の平均レベルに達してさえいれば医療水準を満たすという考え方があるがそうではなく、平均的医師が現に行っている水準は「医療慣行」に過ぎず、医療水準であるとは限らないという点に注意が必要となります。

日赤姫路病院未熟児網膜症事件（最高裁平成7年6月9日判決）では、

【医療水準は全国一律である】という従来の解釈が否定され、医療水準は全国すべて一律ではなく、医療水準は【本来あるべき水準】という規範的な概念であり、現実に実施されている水準と一致するとは限らず、担当医師の専門分野や所属診療機関の性格、医療機関の所在する地域の医療環境の特性等を考慮して設定され、特定機能病院は法律上「高度の医療を提供する能力を有する」ことを期待されているため、そこで要求される医療水準は自ずと高度のものとなります。

この医療水準は、一般的・客観的なものであり、病院間での医療の差は診療面での実情ないし情状に関することであって、医療水準を左右するものではなく、したがってここから【転医勧告義務】（自ら適切な診療をすることができないときには、患者に対して適当な診療機関に転医すべき旨を説明し、勧告する義務）も導き出されたともいえます。

そして、この判決を境に医療水準に関する判断が大きく変わり、

【診療当時の臨床医の医療水準】→【単に臨床現場だけでなく医師・歯科医が診療当時において当然に要求されるあるべき医療水準】という流れになってきました。

裁量権を考慮に入れたものから、医療水準からみて許容されるべき裁量の範囲は縮小され、より高レベルな医療水準の適用が可能な専門医や施設との連携や、自らのレベルを超えるものに関しては積極的に転医を促し、裁量よりも、その当時の最も高い医療水準を適用できる医療機関への誘導に重きをおいたものになったともいえましょう。

以上は民事責任における基準の考察ですが、刑事責任においても、業務上過失致死罪（刑法211条）において、ほぼ同様な医療水準が基準として適用されるようです。

（民事との違いは、刑事裁判は、当事者間で起きるものではなく、国が罪を犯した人間を処罰するものであるということ）

医療は日々進化するとともに、医療水準もより高まっています。

医療水準は時の経過とともに形をかえ、そこで求められる医療がどうであったのかが問題となります。

私たちも、プロフェッションとして、これに応ずる形でより自己研鑽し（研鑽義務）、その時の（その当時の）医療水準に則って診療を行うべきですが、これを行う上での裁量は、本来ならば医療水準と対立するものではなく、医療水準の範囲内にあるべきであり、自己規律を示すとともに、患者の自己決定権を過剰に侵害しない部分について認められるべきものと考えます。

その上で、すべての者が最先端のレベルを求めるのではなく、日々の研鑽を怠らないことで獲得可能な水準を満たしていけばよいものと思われます。(例えば歯科におけるインプラントは、その診断や治療技術の革新によって、今後も進歩が見込まれる分野であるため、

高度化する医療水準にリンクするには、十分な経験や研鑽が必要となります。しかし、医療機関の設備や技術、マンパワー、患者の状態等その範疇を超えるものに関しては、適宜他の医療機関や専門医との連携を密に行えばいいわけです)

医事紛争は専門性が高く、一般的に患者側よりも医療側が持つ情報の非対称性や格差が問題視され、医療訴訟は民事、刑事を問わず、その立証に長い期間と多額の費用を費やし、係争期間も自ずと長くなり、被害者側に精神的・時間的・経済的な負担となって大きく押し掛かります。

これは患者側も医療者側も同じで、医事紛争が法定闘争に発展し、これが泥沼化するのには、医療機関の初動対応の悪さや、互いの意思疎通や対話不足、そして信頼関係の構築が不十分であったことが背景にあり、このような法廷での対立は医療機関と患者側双方に傷を残し、後味の悪いものといえます。

また、医療者側・患者側・司法それぞれの認識の違いや温度差も、問題をより複雑化させています。最近では、明らかな医療ミスや医療者側の不誠実な対応によるものは論外であるとしても、医療上問題があったかどうかとは全く無関係に、医療事故に突然見舞われた患者(やその近い人々)が自分(自分達にとって大切な人)が、理不尽な事故(や死を遂げた)という現実を受け入れられず、やり場のない怒りを医療者側にぶつけ、その結果、紛争に発展するという事例が増えつつあり、医療に対して常に完璧であることを求める、患者側の幻想や司法の判断もあろうかと思われます。

この認識のギャップを埋めるのは容易なことではありません。

たとえば、求められる医療水準とその適用、術後の合併症や顕在しない疾患、回避不能な事例など、裁判で争点となる事例は、医療者側が考える見解と一般社会が抱く解釈とは、まだまだ乖離する点が多く感じられ、特に最近の例では、医療行為の「結果」についての責任を、医療者側に問うものが増加傾向にあります。

しかし、医療行為の結果について医療者側が責任を負うのは、一般的には難しいと言わざるを得ません。医療はもともと「不確実性」を孕み、仮にその経過においてミスがなかったとしても、一定の確率でトラブルや事故は起こり得るということは、前に述べました。

医療機関と患者の関係は診療契約という形で締結されますが、ここでいう契約とは、患者が医療機関を訪れたときに、私たちは患者に対して「最善を尽くす」という「手段債務」を負うものであり、「治す」という旨の「結果債務」を受け持つ契約はできません。

つまり、診療契約は「適切とされる医療行為の実施する責務を負う」という、準委任契約的意味を持つもので、結果が悪ければ債務不履行となる請負契約ではないと考えられます。(歯科における補綴については、準委任契約を踏襲しつつも、若干、請負的要素が絡んでいるような気がしないでもない?)

繰り返しますが、医療は常に進歩し続けているものの、限界があり、不完全なものです。

【「結果」についての責任をとり得ないからこそ、そこに至るまでの「経過」について全

責任を負う。】

医療行為に「最善を尽くす」ということこそが、その「経過」について、万全の責任を負うことが、私たちにとって大切な責務のあり方であり、オートノミーといえるのではないのでしょうか。

診療の経過（プロセス）に責任を持つということで、その診療情報の開示を行う上で重要視されているものに、説明責任（アカウンタビリティ）があります。

医療における「説明」といえば、いわゆるインフォームドコンセントがかなり知名度を上げ、浸透してきました。

インフォームドコンセントはその意味の通り、医療者が患者に診断結果や一連の内容の「説明」して、診療方針に「承諾・同意」してもらうものと考えられており、最近ではさらに進化しSDM(前述)という患者側のオートノミーに配慮した流れになってきています。

そうすると、医療者側、患者側ともそれぞれのオートノミーにおいて、医療者側は最善を尽くした医療、患者側は納得できる医療に臨むことになり、同時に「診療の結果については医療者側にも患者側にも責任がある」ということを患者側にも認識してもらうことにもなるといえます。

これが成立するためには、患者側が診療に関する情報をいつでも得られ、かつ検証できるということが前提となります。

私たちはプロフェッションとして職務を全うする以上、自らのオートノミーのもとに、負うべき倫理的責任があり、これは法律や規則上の責任よりも、高いレベルにあるべきものと考えます。

幸い、歯科は患者側がこれらの評価を比較的行いやすい分野であるといえます。

患者側の「自己決定権」も最大限尊重されるべき今だからこそ、私たちは自らの倫理的責任において、患者の見えない部分についても最善を尽くし、それを前提に、患者側も自らの選択に責任を持つということが肝要であり、プロフェッショナルオートノミーとともに、その意思決定に必要な、アカウンタビリティが求められます。

February20, 2008 / O-dental wrote