



外国医事法经典译丛

docriver.com
商家联盟书廊



医疗诉讼要点

日本医疗纠纷 诉讼案例53讲

日本日经医疗 编辑

张惠东 审订

黄滢昕 译

 华中科技大学出版社
<http://www.hustp.com>



外国医事法经典译丛

docriver.com
商家侵权必究



医疗诉讼要点

日本医疗纠纷 诉讼案例53讲

日本日经医疗 编辑

张惠东 审订

黄滢昕 译



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国·武汉

图书在版编目 (CIP) 数据

日本医疗纠纷诉讼案例 53 讲 / 日本日经医疗编辑; 黄滟昕译. —武汉: 华中科技大学出版社, 2019.5

(外国医事法经典译丛)

ISBN 978-7-5680-4395-3

I. ①日… II. ①日… ②黄… III. ①医疗纠纷—民事诉讼—案例—日本
IV. ①D931.321

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 228867 号

湖北省版权局著作权合同登记 图字 17-2018-280

IRYO SOSHO NO KOKOGA POINT by Nikkei Medical Copyright 2015 by Nikkei

Business Publications, Inc. All rights reserved.

Originally published in Japan by Nikkei Business Publications, Inc.

医疗诉讼的重点—从注目判例学习的医疗纠纷回避术 2, ISBN: 978-986-255-963-5, Nikkei Medical 编辑, 张惠东审订, 黄滟昕编, 2017 年 10 月

武汉华中科技大学的简体字翻译, 源自获日经 B P 授权之元照出版社的繁体字版

日本医疗纠纷诉讼案例 53 讲

日本日经医疗 编辑

Riben Yiliao Jiufen Susong Anli 53 Jiang

张惠东 审订 黄滟昕 译

策划编辑: 王京图

责任编辑: 李 静

封面设计: 傅瑞学

责任校对: 梁大钧

责任监印: 徐 露

出版发行: 华中科技大学出版社 (中国·武汉) 电话: (027) 81321913

武汉市东湖新技术开发区华工科技园 邮编: 430223

录 排: 北京雅盈中佳图文设计制作有限公司

印 刷: 北京印匠彩色印刷有限公司

开 本: 880mm×1230mm 1/32

印 张: 11.625

字 数: 310 千字

版 次: 2019 年 5 月第 1 版 2019 年 5 月第 1 次印刷

定 价: 59.00 元



华中出版

本书若有印装质量问题, 请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线: 400-6679-118, 竭诚为您服务

版权所有 侵权必究

序

从20世纪90年代开始,随着患者权利意识的高涨,医疗诉讼数量急剧增加,虽然在2004年达到巅峰后开始减少,但从2014年开始又逐年增加,有再度上升的趋势。

同时,诉讼对象也变得多样化,不仅对医院的开设者,对以医师为首的医疗从业人员个人提起诉讼的案例也增加了。《医疗法》^①修订后,医疗事故调查制度相应建立,医疗机构也应该建立防备医疗事故发生的院内机制。

本书是为了让全体医疗从业者能在这样的时代背景下更好地生存,以实际受关注的医疗诉讼判例为中心,企划、编辑出一系列可避免医疗纠纷的实战知识。

本书判例主要取材于以医师为阅读对象的综合性杂志《日经医疗》“想了解的医疗诉讼基础”及“从判例中学习医疗纠纷的回避术”栏目的连载内容,从2007年之后的医疗诉讼判决中精选出53个案例,按“治疗、处置相关”“检查、诊断相关”“医院管理、看护管理相关”“其他”分类收录,并在总论中介绍了医疗现场的医师及相关医疗人员应该预先知道的医疗纠纷预防策略及医疗纠纷发生时的应对处理策略。

本书由《日经医疗》的副主编吉良伸一郎担任编辑,为连载内容执笔的石黑敏洋、北泽龙也、桑原博道、田边升、平井利明、蒔田觉、水泽亚纪子等人,在编辑本书之际都给予极大帮助,不胜感谢。

《日经医疗》主编 仓泽 正树

2015年1月

① 指日本的《医疗法》,本书所引用的法律全都是日本国法律。

目录

第1章 从今天开始实践! 纠纷的预防、应对处理的心得和方法

1. 及早发现名为“纷争”的幼芽, 并及早摘除 3
2. 诊疗记录的留存方式 11
3. 当拒绝诊疗变成问题 18
4. 与诊断书内容有关的应对方式 24
5. 对证据保全的应对方式 27
6. 来自搜查机关或律师公会的询问 33

第2章 从53个判例中学习

◆ 治疗、处置相关

1. 健康检查时抽血造成的后遗症为不可避免的并发症, 判定医师无责任... 40
(东京地方法院 2007 年 4 月 9 日判决)
2. 即使判定该手术适应, 仍依医师违反说明义务判令赔偿 46
(名古屋地方法院 2008 年 10 月 31 日判决)
3. 患者因褥疮产生败血症而死亡, 判定医院方对感染症的治疗不适当 52
(大分地方法院 2009 年 3 月 26 日判决)
4. 患者因胃穿孔休克死亡, 判定医师做剖腹决断太迟 58
(横滨地方法院 2009 年 4 月 15 日判决)
5. 判定仅能短暂延命无须赔偿, 高龄者死亡事故之判决逆转 64
(东京高等法院 2009 年 4 月 28 日判决)
6. 因延迟剖腹造成胎儿脑部障碍, 最高法院判定医师无责任 70
(东京高等法院 2009 年 5 月 31 日判决)
7. 抗凝疗法不妥善导致患者脑梗死, 医师有怠忽危险性说明之过失 76
(岐阜地方法院 2009 年 6 月 18 日判决)

8. 患者消化道穿孔医师未进行开腹手术, 法院判定选择保守疗法并无过失 82
(广岛地方法院 2009 年 9 月 11 日判决)
9. 产妇因脑出血死亡, 判定医师未实施 CT 检查亦无过失 88
(大阪地方法院 2010 年 3 月 1 日判决)
10. 锁骨骨折患者在医院死亡, 判定医院观察不适当 94
(前桥地方法院 2010 年 4 月 30 日判决)
11. 做输精管结扎术后, 妻子怀孕被疑不贞, 判定医师有赔偿责任 100
(仙台地方法院 2010 年 9 月 30 日判决)
12. 过量使用药剂, 主治医师有责, 上级医师无责 106
(东京地方法院 2011 年 2 月 10 日判决)
13. 最高法院对期待权的解释, 仅限于极端不适当的医疗行为 112
(最高法院 2011 年 2 月 25 日判决)
14. 医师未能清除患者结石引发胰腺炎及糖尿病, 法院未考虑医疗水平就判定医院有责遭质疑 118
(那霸地方法院 2011 年 6 月 21 日判决)
15. 施行神经阻滞注射疗法患者产生后遗症, 判定气管切开过迟 124
(东京地方法院 2012 年 1 月 26 日判决)
16. 25 年前做的手术中遗留纱布, 法院否定医院方追诉期已过之主张 130
(东京地方法院 2012 年 5 月 9 日判决)
17. 因“病历的记录不自然”, 产科诉讼中医师方败诉 136
(东京地方法院 2012 年 10 月 25 日判决)
18. 有关动脉穿刺的医疗纠纷, 法院判定医师有过失 142
(仙台地方法院 2013 年 2 月 14 日判决)
19. 使用抗癌剂后患者猝死, 医师被判定无过失 148
(大阪地方法院 2013 年 2 月 27 日判决)
20. 学生于社团活动中中暑死亡, 判定医师太迟采取冷却措施有过失 ... 154
(大分地方法院 2013 年 3 月 21 日判决)
21. 患者脑动脉瘤手术后死亡, 判定医师有违反说明义务之责 160
(东京地方法院 2013 年 3 月 21 日判决)

22. 麻醉事故造成患者脑功能障碍，虽被追诉刑事责任却被判决无罪 166
(横滨地方法院 2013 年 9 月 17 日判决)
23. 患者进行腰椎手术后出现缺氧性脑病变，法院认定
执刀医师及麻醉医师有过失 172
(宫崎地方法院 2014 年 7 月 2 日判决)

◆ 检查、诊断相关

24. 住院患者起诉医师骚扰，判定未超过限度驳回起诉 178
(东京地方法院 2007 年 7 月 12 日判决)
25. 石膏固定引发肺栓塞，以当时的医疗水平而言医师无预防义务 ... 184
(仙台地方法院 2008 年 8 月 19 日判决)
26. 患者慢性肝炎并发肝癌，判定开业医师有怠忽检查的过失 190
(岐阜地方法院 2009 年 1 月 28 日判决)
27. MRSA 感染导致患者病情恶化去世，判定医师太迟
进行细菌检查有过失 196
(大分地方法院 2009 年 10 月 1 日判决)
28. 男童因绞窄性肠梗阻死亡，判定医师违反检查义务 202
(横滨地方法院 2009 年 10 月 14 日判决)
29. 患者精神发育迟滞，医师问诊有困难，但仍被判定
有肠梗阻鉴别方面的过失 208
(仙台地方法院 2010 年 5 月 24 日判决)
30. 医师的过失与患者的死亡虽无因果关系，仍因
侵害患者诊疗期待权被判令赔偿 214
(仙台地方法院 2010 年 6 月 30 日判决)
31. 忽视急性心脏疾病导致患者死亡，判定非该科医师无过失 220
(福冈高等法院 2010 年 11 月 26 日判决)
32. 忽视高龄患者消化道穿孔问题，判定医师怠忽
CT 检查有过失 226
(名古屋地方法院 2011 年 1 月 14 日判决)
33. 陈述书和证词不一致，法院判定医师的证词不予采用 232
(东京地方法院 2011 年 3 月 23 日判决)

34. 最高法院驳回“因医师的举止造成 PTSD”的诉讼理由，
医院方逆转胜诉 238
(最高法院 2011 年 4 月 26 日判决)
35. 医师确信患者患有胃癌，为其实施手术，却
未再次研究病状变化，法院判定医师有责 244
(东京地方法院 2011 年 5 月 19 日判决)
36. 忽视 TIA 造成患者严重后遗症，法院判定心脏科医师有过失 250
(福冈地方法院 2012 年 3 月 27 日判决)
37. 患者在病房因肺栓塞死亡，法院判定值班医师的诊断有过失 256
(埼玉地方法院 2013 年 9 月 26 日判决)

◆ 医院管理、看护管理相关

38. 医院方未告知患者部分诊疗记录遗失，法院命令医院赔偿 262
(大阪地方法院 2007 年 6 月 14 日判决)
39. 对于口出恶言的问题患者，判决胁迫罪、强制罪成立 268
(广岛地方法院 2009 年 3 月 4 日判决)
40. 住院患者从屋顶坠楼死亡，因无预见可能性，医院
被判决无责任 274
(东京地方法院 2009 年 9 月 15 日判决)
41. 医师开车时因打瞌睡发生事故死亡，判决引发
职员过劳的医院有责任 280
(鸟取地方法院 2009 年 10 月 16 日判决)
42. 医院拒绝开具病历记录，被判定侵害患者的利益 286
(东京地方法院 2010 年 1 月 28 日判决)
43. 未经患者同意泄露诊疗信息，除法院要求的部分以外皆为违法 ... 292
(埼玉地方法院川越支部 2010 年 3 月 10 日判决)
44. “剥趾甲事件”无罪逆转，判定为正当医疗行为 298
(福冈高等法院 2010 年 9 月 16 日判决)
45. 证据保全之际患者要求医院提出交付给保险公司的
事故报告书，法院驳回该要求 304
(最高法院 2011 年 9 月 30 日判决)

46. 高龄患者在浴室因烫伤死亡，法院判定护理师违反注意义务 ……	310
(千叶地方法院 2011 年 10 月 14 日判决)	
47. 双亲造成小孩佝偻病，判定医院的保护通报正当 ……	316
(横滨地方法院 2012 年 10 月 30 日判决)	
48. 移床过程中患者跌倒，判定护理助手有过失 ……	322
(东京地方法院 2012 年 11 月 15 日判决)	
49. 对新生儿进行袋鼠式护理过程中，新生儿病情急遽变化， 法院否定医院有过失 ……	328
(大阪地方法院 2013 年 9 月 11 日判决)	

◆ 其他

50. 在有关病态肾移植之妨害名誉诉讼案中，被告虽说了 “这可是犯罪啊”的话亦无责任 ……	334
(松山地方法院 2011 年 6 月 29 日判决)	
51. 有关非小细胞肺癌之标靶药物 Iressa 的说明书记载问题， 法院判定药厂及国家皆无责任 ……	340
(东京高等法院 2011 年 11 月 15 日判决)	
52. 鉴定医师泄露信息，最高法院确定其有罪 ……	346
(最高法院 2012 年 2 月 13 日决定)	
53. 患者接受人工心脏移植实验后死亡，法院判定医院方 违反实验计划书的内容 ……	352
(东京地方法院 2014 年 2 月 20 日判决)	
执笔者一览 ……	359

第 1 章

从今天开始实践！

纠纷的预防、应对处理的
心得和方法

从今天开始实践！ 纠纷的预防、应对处理的 心得和方法

现今社会，医疗纷争屡见不鲜，市面上针对如何预防纷争、提供处理对策的书籍也大量存在，因此，无论是临床医师还是处理医疗纷争的法官，都应当对此问题有相当程度的理解和认知，这样在做病例记录或对患者说明病情或在处理案件时才能做到心中有数。

在诊疗现场常能遇到如下情况：面对纷争时不知所措，落入“早知如此当初应该要这么做”的陷阱里而后悔不已；相关证据未曾保存，对各单位提出询问要求时不知该如何应对，不知记录该如何记载等。本书聚焦了以上各种令临床医师困扰的问题，不仅提供裁判先例作为参考，同时以大量实际案例为出发点，整理出一系列“从今天开始实践！纠纷的预防、应对处理的心得和方法”，并提供具体的解说。

水泽亚纪子（医师、律师）

及早发现名为“纷争”的幼芽，并及早摘除

纷争的幼芽最好能及早发现、及早摘除。最好是一开始就不要种下纷争的种子。

如果能做到这样，对医疗人员及患者双方来说都是最好的。应该没有想故意引起纷争的人吧！如果真的能让与医疗相关的纷争消失，就算这样会让从事诉讼或交涉的律师们失业，我们也乐见其成。

一、纷争是因为“对过程的见解不同”而产生的

任何纷争都是由此而生的。要采取有效的对策，最重要的是从正面观察问题、分析问题。为什么会引发纷争？请试着回忆自己最近和患者发生纷争的经过（如果没有，可以回忆最近和同事、朋友或家人发生争执的情况），几乎所有和医疗相关的纷争都是因为“医疗人员和患者对过程的见解不同”而引起的。以下述案例为例：

个案研究

一名70岁左右患有糖尿病的女性长期对病情置之不理，后因突然的意识障碍和麻痹送急诊，被诊断为脑出血，虽然没有致命危险，但糖化血红蛋白（HbA_{1c}）的数值高于14%，血糖值为400mg/dL，有肾功能恶化、诱发糖尿病并发症的危险。正当医师还在思考待急性期过后应该慎重地控制糖尿病病情时，患者因耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）感染并发肺炎死亡。

从医师的角度来看，可能会觉得毕竟患者已经在家对病情置之不理这么长时间了，如今因糖尿病引发伺机性感染^①也是无可奈何的事，但死者家属未必是这么想的，“家母虽然说血糖值高了点，但在脑出血之前也过着正常人的生活。知道是脑出血后真是大吃一惊，但幸好医师说了出血并不严重，不至于危及性命。没想到最后竟然是因为院内感染让家母连命都没了，这就是常常听说的所谓‘医疗疏失’啊！真是令人懊悔啊！”

虽然有关患者诊疗过程的事实只有一个，但因为双方的立场不同，就造成了双方解读事实方式的迥异，这就是所谓“纷争的种子”。麻烦的是一旦产生了这样的误解，之后无论是医师再度说明，还是已让患者产生不满的该医疗机构方面进行说明，都难以消除患者方的不满，这就是现实。

之后患者方可能会开始抱怨：“这个医生从一开始就没有好好地说明病情，而且从头到尾都是一副傲慢的态度”“负责护理师的手法很糟，输液都失败了好几次”“护理师竟然没戴口罩就来处理患者了”……这颗“纷争的种子”就会不断地因这些小问题而生长。

二、活用文书做有效的说明

那么，应该如何做才好呢？

纷争就是因医师和患者双方的见解完全不同而产生的。通常，由于患者方缺乏医学专门知识，所以在医疗问题上有认知方面的差异，加上医疗方又未能充分且正确地向患者方传达患者的相关信息。

要患者或其家属对解剖学、病理学、诊断学等学科知识全面

^① 人体内有抵抗病菌能力的免疫系统，能对外来侵袭的病原体产生适时的抵抗力及相对应的免疫力。假如人体器官处于极度易损伤的状态或体内固有的免疫系统缺损时，这些潜伏在健康人身上而能导致疾病的病原体便会趁机猖獗起来，使得个体遭受感染，此类感染现象便称为伺机性感染。

了解是不可能的事情，但至少应该向他们提供必要的、最低限度的信息，让患者本人及患者最重要的家属对患者的病情、症状及可能的危险性等重要事实有正确的认识。

当然，没有必要完全要求主治医师对以上内容做口头说明，只要对特定的疾患做一本提供基本知识的小册子就可以了。可以请护理师或药剂师等其他专业人员一起分担说明的工作（但必须确保说明内容的正确性）。

若能就经常处理的疾患或检查预先做出与治疗相关的文书，再基于该文书进行说明就会很方便。若能活用说明文书或小册子等书面资料，就会比单纯做口头说明少产生误解，而且这是为了谋求与患者方（患者本人、家属）拥有共同的信息，所以是方便且正确的选择。

更进一步的建议是能将交给患者或家属的说明文书复印后贴在病历上或归档至电子病历中。如果有困难，至少在记录中记载交付了哪些说明文书。说明文书也要频繁更新，医院或病房在什么时期使用什么文书也要留下记录，这点非常重要。

对患者方提供信息时，特别需要注意的事项包括：

（一）对话时不要使用太多同情、怜悯或过意不去的口吻

“对于危险性做正确的说明对患者来说太可怜了，千万不要提到”，“对患者来说是负面的信息，所以轻描淡写就好”，以上这些偏见都是必须注意的。

“让患者直接正视现实不是很可怜吗”，这样的想法是可以理解的，可是若没有将危险性准确地传达给患者方的话，那就意味着出了事须由医疗方完全背负责任。

如果有“患者的危险性我们医疗方会全权处理，所以患者不需要担心”这样的觉悟，而且真的做得到的话，或许可以不需要说明，但通常医疗方要完全背负患者的危险性还是很困难的。因为是与患者本人有关的事情，所以还是应该让患者本人

对于基本的包含危险性等的事实有所认知，让患者本人去面对这样的危险性更好。除了说明事实会对患者有害的特殊状况以外，应该注意和患者对话时不要使用太多“同情、怜悯或过意不去”的口吻。

（二）留意患者方对医疗用语的含义是否有误解的情形

就算已经恳切地叮咛说明了，但患者或家属对沟通中使用的医疗用语有所误解或未能充分理解的情况还是很多。例如对“并发症”“缝合不全”“院内感染”等用语仍存在“是因医院或医生的疏失才会产生的”这样印象的人不在少数（表 1-1）。大部分患者或家属在聆听医师说明“这个手术的并发症包括出血、休克、术后缝合不全等”问题时，常常是一味地点头。

患者方自认对“并发症”“缝合不全”等名词是了解的，所以没有提出疑问，但其实他们理解的与医师方想传达的概念是完全不同的。这样认知上的不一致若未及时厘清，当负面事件发生之际，就会造成纷争。

解决这样误解的对策是：针对说明文书的内容或平时在进行说明时，能再次向这些非医疗专业人士确认是否能理解，归纳出一般人容易误解的点。找到这些点后于说明文书中再次做补充解释，更好的当然是能再做出关于容易产生误解的用语的其他说明文书或解说文书。

（三）确认患者方提出的问题及要求

在进行说明之际，请务必向患者方确认是否有问题或要求，然后将该内容记载在病历中（就算患者说“没有问题”也要记下），这点非常重要。

因“说明义务”的问题而引发的医疗纷争不在少数，但所谓的“说明义务”指的不仅是就与该疾患有关的医学知识或患者的身体状况可能会发生的事件所做的说明，还包括患者方的希望或

表 1-1 患者及家属容易产生误解的医疗用语

用语	患者方的错误理解
并发症	由于医疗者未注意而导致的病症
缝合不全	因缝合方式不佳而导致的（绽线）
院内感染	假如医院好好管理的话就不会发生的事件
MRSA (抗药性金黄色葡萄球菌)	只有在医院内会感染的细菌
因注射或抽血造成的神经损伤	因注射方式不佳或错误才会不小心刺到神经，当然是医疗者的疏忽
术后再出血	因止血方式（绷带缠绕方式等）不佳产生的问题
类固醇	一旦开始使用就不能停止的药物
肿瘤	“肿瘤=癌”或“才刚开始形成的东西”
息肉	“才刚开始形成的东西”（不用担心是恶性的）
良性肿瘤	放着不管也不会怎样的东西
恶性肿瘤	虽然是不好的东西但并不是癌
医疗事故	医疗事故=医疗疏忽
异物梗阻、跌倒、跌落等意外	当然是医院的管理疏忽所导致的
标准（的）治疗	普通的（并不是特别优良的）治疗
保守（的）治疗	这个医院因为无法做其他治疗，不得已而实行的治疗
监视器	影像监视装置
休克	受到惊吓
贫血	因头部血流量不足而产生的头晕的现象

意向、聆听的姿势或能力等，“患者方的情况”也是“说明义务”产生的要件。

也就是说，该患者最初期待的是何种治疗？患者本人是积极面对自己的疾患，对种种治疗的情况都深思熟虑过，连细微的事情也希望自己做决定的类型，还是对说明没有显示特别兴趣，基本上就将治疗交给医师，也没有积极表明自己的希望或期待的类型，这些当然都会造成具体的“说明义务”的有无、范围及内容

的差异。至今，关于“说明义务”的议论，尚未像这样将“接受说明的患者方”作为要素之一做充分考虑，这是有问题的。

三、不要忽略患者传达的“信息”

接下来我们要思考如何在早期察觉纷争的萌芽并及早摘除。当纷争的萌芽开始滋长时，患者方经常会送来各种“信息”。值得注意的是，一开始我们可能并不觉得对方的言行和动作对医院方有所不满，或不认为有迹可循，但事实上有不少都是纷争的开端。

“今天是休息日，所以主治医师不会再来回诊了吧？”

“现在发烧○○度了，不处置没有关系吗？”

像这样的对话，绝对不会是抱怨或明确的责难，但若患者方表达了积极对话的意愿，那就必须注意。现今法院处理医患关系基本上是站在患者立场的，当患者方以各种形式的积极态度提出质疑，迫切期望推动医疗方的行动时，他们可能是抱持着某种疑问或不信任、不清楚的态度而提出问题的。

在这样的情况下，就不能忽略患者方特地传达的“信息”，应该更进一步地进行沟通，重要的是能了解对方的真正心意或迫切的期望，也就是说，明明是同样的说明，却要用更积极的态度表现“我们这边是很认真地在进行诊疗哦”，必须传达出这样的信息。

具体方式如图 1-1 所示。

特别要注意的是，我们常常会对患者方回应“没问题”，患者方表面上是接受了，但内心其实并没有真正接受。对于这样的回应他们也只能无可奈何地沉默不语。

在做出“没问题”这样的判断时，至少也应该说明理由，例如，“我想现在是没问题了，但还是要持续观察。”如果没有传达出这



图 1-1 应该对患者传达的信息

样的信息，之后若有病情恶化的情形，患者方不满的情绪会因此爆发，这也是不难理解的。

四、预先准备好让不满得以宣泄的渠道

(一) 为患者方的不满准备一个得以宣泄的渠道。

(二) 诊疗层面以外的部分也必须同步改善，以作为一种预防手段——这就是有用的处理纷争的对策。

关于第一点，举例来说，可以设置一个方便对医疗方传达不满的意见箱。当看到患者或家属向意见箱投递意见时，无论是护理师、负责医疗安全的人员，还是其他工作人员都可以上前询问：“是不是有什么困扰的事情呢？”让这类不满的情绪有可以表达的机会，不要等到某天积怨已久突然爆发才处理。

关于第二点，举例来说，可以缩短或有效地活用待诊时间，彻底整顿院内的卫生状况，改善接待人员的态度等。就算是小举措，只要能令整体环境变得舒适宜人，就是重要的措施。试着从“软件”到“硬件”双管齐下，做改善策略的讨论吧！

以上只是简单举几个例子，最重要的是千万不要忘了对方（患者方）是医疗方面的“素人”^①。患者方抱持着对疾病的不安，这多少造成了他们精神层面的损害，如果能以真挚的态度进行诊疗或面对患者，所有的纷争对策就都只是基本的原则。医疗纷争事件发生后不仅限于医疗专业人士，其他专业人士包括律师，都可以对陷入困扰的人们进行援助。

① 指非专业人士。

诊疗记录的留存方式

“又在说记录的事了……实在无法忍受大家认为病历上没有写的就是没有做的这种想法。对记录内容提出要求很简单，但我们在诊疗的百忙之中还要仔细地一一书写根本是不可能的事。反正不管什么事只要全写下来就好了，对吧？”

对于看到“诊疗记录的留存方式”这样标题的医师读者们，我好像已经听到大家发出的心声。但既然做了诊疗，就当然应该好好地写下来。病历不是日记，而是患者情况的重要记录，当然不能根据自己的心情，爱怎么写就怎么写。当然，非常细微地记载实际上也是不可能做到的，也可能会变成事倍功半。在此我将介绍在做记录时应该着力的要点。

一、避免只记载患者的主诉（+处置）

若只写下患者的主诉，会给人留下只强调患者的问题却没有详细诊察的印象。例如只做了“头像要裂开了一样疼痛”“处方〇〇 1粒”这样的记载，会让人有以下的误解或联想：“有好好询问头痛的发病时间及经过吗？或有没有其他症状？有做神经学的检查吗？如果做了的话一般来说会稍微写一下吧，应该是没做吧！”

既然记载了患者的症状或问题，就必定会有相对应的诊察或处置，也就是说，对于该种症状或问题的解决方式或应对处置是什么（诊察或检查），对于该结果做了何种判断，实际上做了哪些应对处置，即使是只记重点也好，请记录下来。对于确定的症状与相对应的诊察（例如，疑似感冒的症状，相对应的头颈部、胸

部诊察等),也可以使用电脑输入,或以电子病历的方式减轻工作量,这也是一个好办法。

二、不要只选择负面的信息书写

关于护理记录,常见的情形是在搜集了与患者谈话后听到、观察得到的各种信息后,只记载了特别的问题点。以急性盲肠炎紧急手术后的护理记录为例:

护理师:“身体还好吗?”

患者:“托您的福,已经不痛了,也排气了。只是好像有点发烧……测出来是37.8度。看来是不严重啦,但有点头痛的感觉。”

将上述内容转换为文字记录时可能就会变成:“××时 S:发热、头痛。37.8度。”而且上述的记录内容不会出现在医师记载的病历中吧!这样仅记录问题点,在日后产生纠纷时就会被误解为从当时开始就应该注意患者的情况了,这恐怕会让自己陷入不利的状况。

确实,站在诊疗现场第一线人员的立场,比起“没有问题”,“有问题”的状况当然更重要,所以特别需要记下。但局外人对这样的病历记录可能会做出“虽然做了诊察或观察,但并没有发现其他有问题之处”的解读,这是无法传达出记录者本来的意图的。

又如,关于术后应该要观察的重点(疼痛、腹部观察等),即使是一句话也最好能写下(图1-2)。

三、负面信息的记录千万不可中断

与上述各重点有关的负面信息的记录是千万不可中断的。例如,在一份预防性的脑动脉瘤切除手术的事前说明和事后的看护记录中,有以下内容:

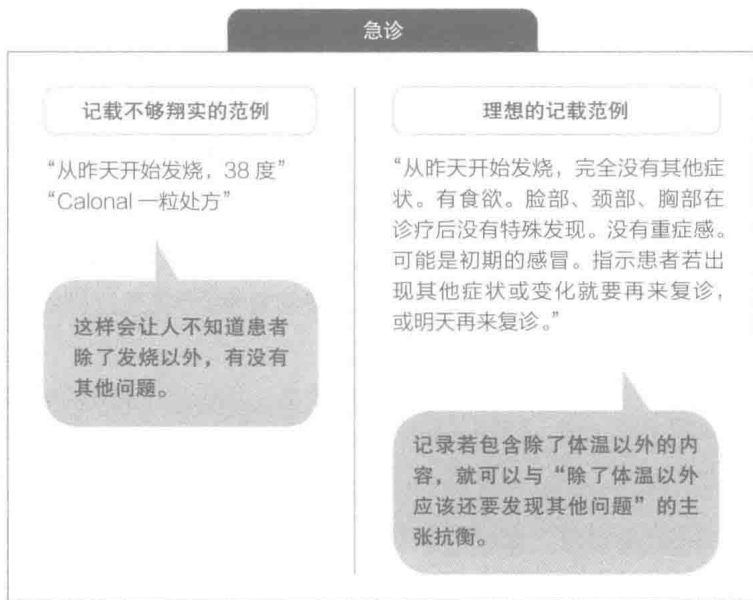


图 1-2 记录的留存方式例（一）

“听了医师的说明之后，觉得有点不明白且不安……表情忽然阴沉了下来。”

仅仅记载这样的内容，不难让人产生“患者是否在接受充分说明的情形下自行选择手术”的疑问。都已经特地记下负面信息了，那就应该留下如何应对处理或尝试改善的记录。以这个例子来说，患者在对所提供的信息无法充分理解的情况下，期待看到的是医师的应对处理：

“听了医师的说明之后，觉得有点不明白且不安……表情忽然阴沉了下来。在主治医师做出再次说明后，一扫阴霾，表情瞬间开朗。”

这样的话，“没有得到充分说明就这样进行了手术”之类的主张就说不通了。当然并非有事先的应对处理就可以完全解决问题，但如果能在得到负面信息的当时就能把所做的对应处置记录

下来，即使问题没有得到解决，至少也留下了当初曾妥善处理的记录。

四、不只写下判断（结论），也要写下其根据

“这个患者术后排出的体液中有些血色，虽然需要注意，但似乎也没有再次接受手术的必要。持续观察。”医师虽然这样思考过，但在病历上只记载了“××点回诊。持续观察。”我想这样的事情应该常有吧！

医师在面对各种场合时基于多种信息，凭借医学知识和经验，需要对每次的应对处置下决定，是否需要再次手术、持续观察或做检查……当对于诊察的结果没有特别做出什么具体的行动，而是做出“持续观察”这样的判断，且只记载下“持续观察”这样的记录时，对之后看到病历的第三者来说，要做出这个决定适当与否的判断是有困难的。

在医疗诉讼或纷争中，“当时医师判断得正确与否”会变成问题。在做判断之际，会从“当时医师判断的根据是基于哪些所见事实”和“关于这些所见做出的评价和判断在医学上来说是适当的吗”这两点来考虑，因此留意是必要的。

第二点可以从医学文献中明了，但第一点“当时作为判断根据的所见事实”若没有被详细记载下来，当时患者到底处于何种状态就会变成争议点。若无法对这点予以证明，恐怕就会产生“医师当时的判断不适当”的误解。

因此当诊察时在决定采用何种治疗方案之际，不要只写结论，也要写下作为判断根据的具体事情（所见），即使是简单的字句也好。如上述提到的例子，若能记载“患者术后排出的体液中虽然有些血色，但血压××、脉搏××（皆良好），也没有疼痛。触诊上也没有问题。慎重地持续观察”，日后无论是谁看到这样的记录，都会做出“当时的判断适当”的评价（如图1-3）。

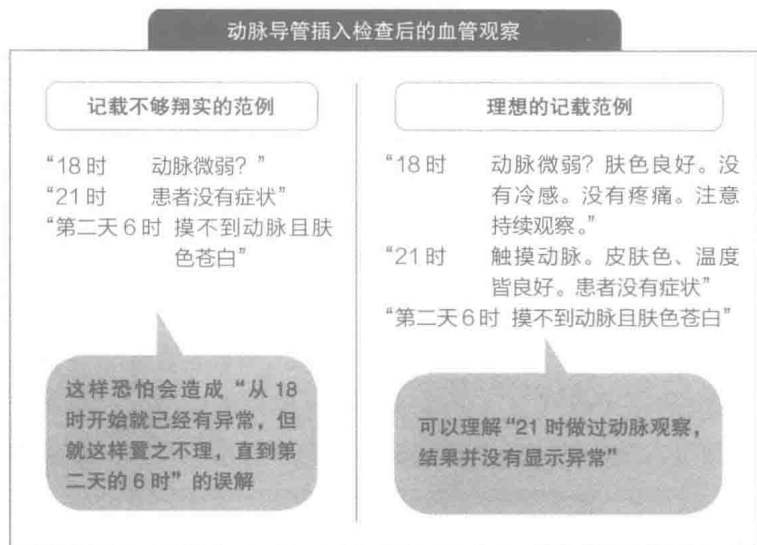


图 1-3 记录的留存方式例（二）

五、在诊断时对疾患细微之处的考虑也要记载下来

医师在尚无法确定诊断结果时，通常可能会想定某种程度疑似何种疾患，并进一步做相关检查或治疗，在得到新信息后再将疾患的范围缩小。在这当中，后来发现实际罹患的并非一开始怀疑的疾患——这种状况对医师来说是家常便饭。

但从患者方来看，这种确定诊断的病名和一开始病历所写的诊断名不同的情况，他们会容易误解“是误诊吧？和原先预想的不同”。

例如，依超声波所见可对乳房肿瘤做初步的诊断，但在确切的病理诊断前，医师常常只是将“可能是其他疾患”的念头置于心中，预先拟订各种治疗方案。但在确切的病理诊断之前所做的病历记录上，若只是写下“乳房肿瘤（良性）”，可能无法传达医师对种种细微之处的考虑。

在确诊前最好尽量记载下对各种疾患的怀疑程度，如“第一怀疑是良性肿瘤，但也有是恶性的可能。目前看来是良性的，但并不完全排除是癌的可能性。”依个案的状况可能会有所不同，但原则上，在确定诊断前最好尽量避免主观断定的情况。对于一些需要进行程度鉴别的疾患，建议医师将心中对细微之处的考虑呈现在病历记录上（如图 1-4）。

- 是否记载了主诉以外重要的阴性所见（没有发烧、没有头痛等）
- 是否记载了诊疗及处置的内容
- 负面信息的记载是否没有中断
- 是否记载了当时判断的根据是基于哪些所见事实
- 表达方式是否正确（整体呈现、书写方式）
- 是否避免变成自己的“日记”

图 1-4 留存记录

六、要准确地记载数字

“稍微发红”“小指大的溃疡”“5 mm 程度的息肉”……医师对于大小或程度有各式各样的表达方式，这会让人感觉“这种粗略估计存在相当程度的误差”，这种表达方式在实务上常常出现。

但之后看到病历的人未必能接受这样粗略的描述。在需要明确记载数字的情况下，“5 mm 就是 5 mm，不是 3 mm 也不是 8 mm，应该是因为实际上就是 5 mm 才这么写的吧？”抱持这样认定的人并不少。实际上“5 mm”这样的感觉本身，原本就是因人而异的。

不只是大小，只要是用数字表达的情况，就都必须对数字的准确性特别留意。如果有需要测量的情况最好实际用尺量，若有

困难也可改用其他方式，若一开始就能正确地表达，之后的疑义会少很多。



“什么嘛……到最后还不是要我们乖乖地写。”或许读者们会这么想。确实，在实际工作过程中要将患者的情况按照这里所举的要点全部写下或许是难了些（当然这样是最好的）。

为了尽量能将有限的时间和劳力做最大限度的有效使用，采用“弹性”的记载方式最佳。也就是说，针对尚未诊断的患者、病情有恶化倾向的患者、什么都不懂且不安的患者、有不满或可能产生纠纷的患者等，在做病历记载时要特别留意。

只要试想万一事情演变成纷争，几乎像白纸一样的病历放在眼前，自己却对当时的所见一点都想不起来，只能陷入处心积虑想化解患者方产生的误解，却不知该如何做的窘境……比起这样的痛苦，在实施诊疗的过程中就好好记录会轻松很多吧！

在记载方面下功夫，对避免纷争是很有用的。例如，若能不只写下判断（结论），也写下作为判断要素的各项事实的话，当需要对诊疗当时的判断做检证（证据确认）时，就可以很容易地从自己或他人那里得到证明。将这些原则活用在现在的诊疗过程中，在书写病历时如果有“还可以写一行的工夫”，就别吝惜了吧！

当拒绝诊疗变成问题

想要拒绝诊疗但又担心拒诊会引起纷争，你遭遇过这样的情形吗？

医师虽拥有医疗业务的专权或特权，但从另一方面来说，基本上是不能选择病患的。站在守护公民健康的立场来说，医师对需要诊疗的患者有诊疗的义务，这就是所谓“医师的征召义务”。在《医师法》第十九条中有“从事诊疗的医师，在被要求进行诊疗的情况下，若没有正当的事由不可拒绝”的规定。

虽然《医师法》第十九条并没有规定罚则，但若屡次出现拒绝诊疗的情形，依《医师法》第七条第二款会被认定为“有损作为医师的品格地位的事实”，恐怕会遭受申诫、停业等行政处分。又若因拒绝诊疗而造成对该患者的不法行为，患者方也可能会提出损害赔偿要求，因此对于以何种理由拒绝诊疗，要十分注意。

什么是可以拒绝诊疗的“正当事由”

如上所述，有“正当事由”可以拒绝诊疗，但问题是什么情况可以被认为是“正当事由”？

在旧厚生省 1955 年的疑义解释通知中，“正当事由”基本上就是医师不在或生病等事实上不可能实行诊疗的情况（表 1-2），但这样太过限定的描述应该让不少人感觉不快吧。“医师不在或生病等”的情况从物理上来说本来就有实行诊疗的困难，当然可以被视为“正当事由”。

表 1-2 1949 年及 1955 年旧厚生省疑义解释通知中
关于拒绝诊疗的规定（节录）

即使是患者不付医药费的情况，也不可以直接以此为由拒绝诊疗。

即使有诊疗时间的限制，也不可以直接以此为由拒绝急需诊疗的患者。

对于患者要求诊疗原本不属于自己专业的相关疾病，若患者可以接受，一概可以认为是正当事由；但若患者无法接受而仍要求实行诊疗的情况，医师在能力所及的范围内仍必须实施应急的措施。

对于患者的再三要求，医师的轻度疲劳不能被认为是正当事由。

在旧厚生省的 1949 年的通知中，亦有“即使是患者不付医药费的情况，也不可以直接以此为由拒绝诊疗”的规定，这点也可以说是理所当然的，问题是除此之外的状况呢？

和当时的通知或疑义解释比起来，现今的医疗机构已变得多样化，且数量增长很快，对患者的接待水平也已有相当程度的改善。除了医师不在或生病等的情况，其他情况是否也可认为是“正当事由”？站在裁判方的立场，必须对“诊疗必要性、紧急性，该医疗机构的性质，至其他医疗机构接受诊疗的可能性及其他事情”做整体考虑后方能做出判断。

具体来看，会演变成问题的个案大概可分为：（1）拒绝初诊或急诊的情况；（2）拒绝以前诊疗过的慢性疾患患者日后前来就诊的情况。相较两种对正当事由的判断，前者比较严格，后者相对来说较宽松。

（一）拒绝初诊或急诊的情况

1. 容易变成问题的个案

拒绝患者的初诊或急诊要求而不幸造成患者病情恶化的状况，对院方造成的损害或社会影响会非常大。

这类个案是最多被大肆报道或演变成官司的。因为患者方的

诊疗必要性及紧急性很高，拒诊可能会对患者的生命造成影响，或造成身体严重障碍，因此若没有相当程度的事由（在为了维持其他患者的生命或身体状态不得已的情况下），这种拒诊想要被判定为有“正当事由”是非常困难的。

实际上在一个因交通事故受伤的患者对三次救急医院^①提出急诊要求而被拒绝的判例中，该三次救急医院拒诊患者并转送至他院，最后导致患者死亡。法院认定医疗机构方应负起因拒绝诊疗而导致的损害赔偿 responsibility（详见下述判例）。

“二次救急”指需要住院或手术的病症，由数个医院以排班方式轮流处理，属共同利用形式。“三次救急”则是处理“二次救急”无法处置的重度或多重外伤病症，属最高阶的急诊中心。

此判决无论对医疗机构还是对医师来说都是极为严厉的。在

判例

因未接受急诊病患，医院被认定有过失的案例

[神戸地方法院 1992 年 6 月 30 日判决]

因交通事故受伤的患者对三次救急医院提出急诊要求，当时至少有 11 名医师在场，对方却以“没有整形外科或脑神经外科医师，距离也很远”之类的理由拒绝该患者，患者之后虽被转送至他院，最后仍然死亡。

法院最后判决：被告医院的所属医师因拒绝诊疗造成患者损害，一致认定为被告医院有过失。只要该医院没有提出可以被认定为拒诊正当事由的具体事实主张或证明，就应当负起对患者蒙受的损害的赔偿责任。最后医院方面因证据不足被判定支付损害赔偿金。

^① 日本的急诊指定医院是根据日本《消防法》第二条第九款，基于 1964 年的《急诊医院等所定省令》（1964 年 2 月 20 日厚生省令第 8 号），由都道府县知事告示、指定的医院，共分为“一次（初期）”“二次”“三次”三个层级。“一次（初期）救急”指不需住院或手术，在急诊中心或在家中由值班医师实施的诊疗。