

第 1101 号苦情調査申立事件報告書

2012 年 2 月 5 日オンブズマン会議採択

目 次

- 第 1 はじめに
- 第 2 苦情調査の経過
- 第 3 入院してから死産に至るまでの経過の概要、並びに死産後の状況
- 第 4 前記診療経過に関連して申立人が抱いた苦情の内容、並びに、申立人の苦情に対する相手方病院の弁明の内容
- 第 5 の 1 本件苦情調査において苦情発生要因等を考察する視点
- 第 5 の 2 前期破水で入院した妊産婦の分娩待機中における観察のあり方
- 第 5 の 3 胎児死亡が確認された妊婦に対する対応のあり方、並びに、胎児死亡の死因説明（死因解明）義務とその履行方法に関して
- 第 5 の 4 苦情対応のあり方について
- 第 6 結論

第 1 はじめに

本件は、妊娠経過中において特段の異常が認められなかった申立人（福岡県在住の女性、当時 28 歳、初産）が妊娠 40 週と 3 日目に、妊娠中に継続的な診察を受けていた相手方病院（福岡県所在）に入院したが、分娩待機中に胎児の心拍消失が確認され、死産に至った事案である。

申立人は死産に至った原因や経過等に関連して相手方における分娩待機中の処遇等について不審を抱き、患者の権利オンブズマンに苦情相談を申し込み、市民相談員の同行支援を受けて相手方病院に説明を求めたが、その説明に納得できず、引き続きオンブズマン会議に対し苦情調査の申立をなしたものである。

第 2 苦情調査の経過

- ① 2011 年 8 月 27 日、申立人より苦情調査申立書の提出
- ② 9 月 11 日、オンブズマン会議（常任運営委員会）は調査開始を決定、4 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
- ③ 調査小委員会は 9 月 24 日第 1 回委員会（申立人から苦情内容等を事情聴取）を開催し、10 月 2 日のオンブズマン会議（全体会議）に事案の概要と調査方針につき報告。11 月 2 日第 2 回委員会（相手方病院から申立人の苦情内容に関連する事実等についての弁明につき事情聴取）、11 月 13 日第 3 回委員会（オンブズマン会議常任委員会との合同会議）、11 月 24 日第 4 回委員会（入手された資料や文献等も含めて調査内容の検討）を経て、検討した結果を調査報告書（案）にまとめオンブズマン会議に提出

- ④ オンブズマン会議は12月11日開催の全体会議において、調査小委員会から提出された調査報告書（案）を検討し、その基本的な内容を承認するとともに若干の補充調査を実施した上でオンブズマン会議としての調査報告書を作成することを確認し、2012年1月15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により、オンブズマン会議としての調査報告書案を確認、オンブズマン会議メンバー全員の意見集約作業を行った上で、更に修文作業を進め、2月5日のオンブズマン会議（全体会議）において本調査報告書を全員一致により採択。

第3 入院してから死産に至るまでの経過の概要、並びに死産後の状況

入院から死産に至る経過の概要について当時者間に争いのない事実（診療記録等で確認できる事項を含む）は下記(1)(2)のとおりである。なお、死産後から申立人が退院するまでの間に申立人の家族らと主治医らとの間で概略下記(3)のような質問や説明等が交わされたことが相手方の診療記録に記載されている。

(1) 入院から胎児の心拍消失（胎児死亡）が確認されるまでの経過

- ① 2011年4月5日（40週と3日目）午前7時過ぎ自宅で破水し、午前8時10分相手方病院に到着した。
- ② 8時45分、主治医による内診の結果、前期破水（PROM）と診断され入院となった。入院時、子宮口開大3cm、陣痛は5分に1回程度と記録されている。
- ③ その後、病棟の分娩室において9時12分から40分頃まで胎児心拍陣痛計（分娩監視装置、CTG）による観察を受け、児心音等にも異常はなかったので、一旦モニターは外された。
- ④ 10時頃、助産師により病棟オリエンテーションが10分程度行われたが、病室の準備ができていないということから分娩室に戻って待機することになった。なお分娩室に戻った際に破水による感染予防のための薬（トミロン錠）が渡され内服した。
- ⑤ 昼12時頃、助産師に案内されて病室に移動したあと、助産師がドップラー（胎児心音計）で聴診をしたところ胎児心音が確認できず、エコー検査をするために再び分娩室に移動。12時10分頃、連絡を受けて来室した主治医がエコーにより胎児の心拍消失と死亡（IUFD）を確認し、申立人に胎児死亡が伝えられた。

<注記>前記④（病棟オリエンテーション後、分娩室待機の開始）から⑤（胎児心拍消失の確認）までの約2時間の待機時間中における処遇に関連して申立人の主たる苦情が形成されているが、処遇状況に関して双方の事実認識には食い違いがある。

なお、相手方病院の診療記録の一部であるパルトグラム（分娩経過表）においては、この時間帯は空欄のままであり何らの記載もなされていない。

(2) 胎児死亡確認から自然娩出（死産）までの経過

- ① 申立人に胎児死亡が伝えられた後、待機していた申立人の夫も分娩室に呼び入れられ、主治医から「入院時のモニターでは異常なかった。12時の心拍確認で胎児心拍が消失している。エコー上は胎盤に異常はなく、原因は今のところわかりません」との説明がなされた。

今から帝王切開して助けられないかとの申立人の質問に対しては心臓が止まっているのでできない旨の回答がなされた。

なお主治医が説明している間、担当助産師2名は泣いており、同席していた師長は「こんなことは初めて経験した」と繰り返したが、医師の説明が終了した後、「2人で話して下さい。聞きたいことがあったり、落ちついたらナースコールをするように」と告げて、分娩室に申立人と夫を残し、全員退出した。

- ② 13時10分頃、申立人がナースコール。来室した助産師に「今後どうすれば良いのか」を問うと、主治医から説明があるでしょうと回答。
- ③ 13時20分頃、医師が来室し、再度エコー検査を実施し、胎児死亡を再確認。分娩待機中の破水の量が多かったことに関する申立人の質問に対して、「羊水は少し残っているので、それが原因ではない」旨の回答がなされた。
- ④ 13時30分頃、オリエンテーションで案内された場所とは別の病室に移動。
- ⑤ 14時50分、来室した申立人の両親に対して主治医がエコーを見せながら「朝のモニターでは正常であったので通常通りの管理であった。心拍をとった所見も元気であった。胎動はお母さんが感じていることで、児の元気のよさを見ていく。胎動は11時前まであったとのことで、昼になって心音が確認できなくなった。本当に突然のことだった。」等と説明。

申立人の父親が「何か落ち度があったのではないかと尋ねたことに対して、主治医は「11時くらいには胎動があったと本人がいった。モニターをつけると動きは縛られるので、ずっと着けることはしない」と応えた。

- ⑥ 16時頃、助産師内診により子宮口全開大となり、分娩室に移動。
- ⑦ 18時3分、自然娩出し死産(3,398g、女児)。主治医が申立人と夫、両親に対して娩出された胎盤と臍帯を示しながら、「臍帯が(5cm)裂けている。(羊膜下に)血腫ができています。これを病理検査に出す。(胎児死亡の)原因を突き止めたいなら解剖に出すこともできるが、死因はわからないかもしれない」旨の説明がなされ、病理解剖についての話が出されたが、申立人らは希望しなかった。

(3) 相手方診療記録に記載されている死産後の申立人家族らとのやり取りの概要

- ① 2011年4月6日(死産の翌日)午前7時35分頃、申立人の叔父から病院長に「納得できないので、カルテの開示を求めたい」旨の電話あり。
- ② 午前8時50分頃、主治医が申立人の叔父に電話し、経過を説明した後、同日18時に病院でカルテを開示するとの話になった。
- ③ 18時に来院した叔父に対して、カルテ開示については本人の同意が必要であることを説明し、そのことを叔父に事前に説明していなかったことを謝罪した上で、申立人の父を通じてカルテ開示に本人が同意するか問い合わせてもらおうことにした。
- ④ 4月8日(退院日)、午前8時50分頃、主治医による退院前診療がなされた際に、申立人の夫の実母から、申立人入院後の分娩待機中の処遇と死産に至った原因等に関して質問がなされ、従前同様の説明とともに、児の死因について「臍帯血中の血液量が9g/dlになって

いることより急な失血によるものと考えている。胎児失血の原因検査のため病理解剖の話をしたが、希望されなかったため解剖は行わなかった」旨の説明がなされたが、実母は納得できないと述べたので、本人の承諾があればカルテを開示できることを説明した。

- ⑤ 10時45分、児は申立人の夫の実母が抱いて、家族そろって申立人は相手方病院を退院した。

第4 前記診療経過に関連して申立人が抱いた苦情の内容、並びに、申立人の苦情に対する相手方病院の弁明の内容

(1) 申立人の苦情（申立書及び申立人からの事情聴取により確認されるもの）

- ① 入院当初から破水がひどいことを何度も訴え、また、午前10時頃胎動がないことも訴えたが、昼12時の診察までの約2時間の間、何も対応してくれなかった。

具体的に言えば、内診の際ドパッと感じるほどの破水があつて病院着に着替える時や、病院内オリエンテーションで歩いている時に何度も破水がひどいことを担当助産師に訴えたが、担当助産師は「大丈夫」「着替えましょう」と言うばかりで、破水でぬれたパッドもゴミ箱に捨てて下さいと行って、破水の量を確認したりはしなかった。

また午前10時過ぎ頃、顔を見せた助産師から「動いていますか」と聞かれたため「動いていない」と胎動がないことを担当助産師に訴えたが、助産師は腹部を触り「寝ているのかな」と言うだけで、胎児の心音をはかることもなく出て行ってしまった。

その後、助産師が来ないことや破水が続くことも不安だったが、11時頃胎児が動いたような感じがしたので、ナースコールで助産師を呼ぶことはしなかったが、10時過ぎから12時頃までの2時間の間、助産師は何回か顔を見せたが、血圧、脈、モニター、羊水の量や出血のチェック等はしてくれなかった。

- ② 胎児死亡がわかって以降、自分が受けたショックについて慰めや励まし等の精神的ケアがなく、また分娩直後に解剖の話が突然出されたため、よく考えて対応することができなかった。

具体的に言えば、12時過ぎにエコー検査により胎児が死んでいることを伝えられ夫とともに主治医から説明を聞いた後、「2人で話して下さい。聞きたいことがあったり落ち着いたらナースコールをするように」と言ってみんな出て行ってしまった。夫と2人で残されたが、ショックで話すこともなかった。

主治医の説明の中で、胎動は母親任せ、胎動は母親が感じるものだと言われたので、自分が気づかなかつたことを責められているようにも感じた。

胎児死亡がわかって以降、助産師の対応は明らかに変わり、ナースコールにもきちんと対応してくれたが、病院の怠慢と感じられないようにしているという風にも感じられた。一人の担当助産師が「今日はずっとついていきます」と言ってくれたが、時々身体的な質問をするだけで、それ以外に声をかけてもらうこともなかったし、ナースコール時以外に他の助産師や師長さんが部屋にきて話を聞いてくれるようなこともなかった。

また分娩直後に娩出した胎児と胎盤を見せられ、いきなり「解剖されますか」と聞かれ、「解

剖に出しても分かることと分からないことがある。外観はおかしくないので解剖まではしなくてよいのでは」とも言われ、自分には分娩直後で何も考える余裕もなく、結局解剖は断った。

しかし、入院時から夫も付き添っていたのだから、胎児死亡がわかってから分娩するまでの間に、病院に来ていた家族に対して解剖すれば何が分かるのか等、解剖の意味についてももっと早く詳しい説明をしてもらったのではないかと感じた。

③ 同行支援時に相手方が約束した病院としての考察が行われていない。

具体的に言えば、2011年5月31日、患者の権利オンブズマンの市民相談員に同席してもらい話し合った際、病院長より「死亡に至ったことの考察と待機中の訴えに対する対応及び看護体制について、反省を含めて検討する。1ヶ月を目途に文書で報告する」と言われ、6月28日に再度の話し合いをもったが、胎児死亡に至った考察については3種の医学論文のコピーを渡されただけで、後は口頭で従来からの説明を繰り返すのみであり、病院全体で話し合っていないように感じた。

分娩室での待機時間中の記録がないことについては、師長は、助産師が危険性はないと判断したので記録していないと説明したが、カルテコピーを見ると出産後のことについては詳細に記録されているので、なぜ出産前の記録がないのか納得いかない。

(2) **相手方の弁明（相手方からの事情聴取、提出された資料、追加質問に対する回答等により確認されるもの）**

① 入院時の申立人の状態及びその後の訴え等について

- ・ 申立人の場合、午前9時に陣痛発来と診断し午前9時12分から40分までの間、モニターによるノンストレステストを行った結果、特に異常は認められなかったため、モニターを一旦外した。相手方における看護基準ではモニターは1日に3～4回（10時、15時、20時、翌朝7時）行うこととしており、申立人に対しても次は15時頃にモニターをする予定であった。なお、担当助産師による胎児心音確認は入院時モニターで異常がなかったため、食事前くらいにと考えていたようだ。
- ・ （申立人が、主治医の内診の際に破水がドバツと出たということについて）クスコを膣内に挿入することに伴い一時的にドツと出るため本人はそう感じたかもしれないが、医師としては通常の量で自然なものであり、特に異常ではない。羊水過多の場合には、破水の大量排出や臍帯脱出、常位胎盤早期剥離等があるが、それらの兆候はなかった。また破水に対しては混濁や血性の有無を観察するが、特に量をチェックすることはしない。
- ・ 申立人が、午前9時40分頃、胎児モニターを終えて病院着に着替えた際、担当助産師に対して、量が「多い」と訴えたため、ナプキンで量を確認したところ、ナプキンにおさまる量であり通常の量と変わらないと判断したが、そのことについては特に説明を行わなかった。担当助産師が、午前10時頃、病院内のオリエンテーションをした際にも、申立人から「動けばやっぱりでできますね」と再度言われたが、量が多いときはナプキンを2枚にする等してくださいと指導し、それ以上の説明はしなかった。

申立人が特段に破水の量について心配したり、不安に思っているとは思わなかった。

- ・ 申立人は午前 10 時頃「胎動がない」と訴えたというが、午前 10 時頃にはオリエンテーションを行っていたので、その頃に胎動がないと訴えられるはずはない。それ以外の時間であっても胎動がないと訴えられたことはなく、仮にそのような訴えがあれば、それは大変なことだと認識し、担当助産師は児心音を確認するなどの対処をしているはずである。

なお、担当助産師が申立人の腹を触ったのは「張りの状態を確認した」もの（で、胎動のチェックをしたものではない。）

- ・ 当日のパートグラムには、「9:35 腹キン 5 分〜4 分であり、本人へ陣痛増強したり羊水が黄色や緑になったり出血が増したりすれば N.C するよう話す 胎動も生まれるまでであることを話した」「10:00 院内 OR 行う」という記載があるだけで、それ以降 12 時までの記載がないのは、新人助産師の不手際であり、特変なくとも記載すべきであった。担当助産師は 11 時 15 分にも訪室しており、そのことについても記載すべきであった。

② 胎児の心拍消失を確認してから娩出に至るまで、解剖の話について

- ・ 担当助産師が、昼 12 時頃、来室した際、胎児の心音を聴取するも確認できず、別の助産師も確認したが心音が確認できなかった。その後、主治医がエコーで確認し、子宮内胎児死亡を確認した。エコー上、胎盤に異常はなく、今のところ原因は不明と説明した。
- ・ 午後 1 時 10 分、ナースコールがあり、申立人から、「私はこれからどうしていったらいいですか」と質問されたので「今後の方針は医師より話をしてもらいましょう。」と答え、午後 1 時 20 分、主治医が再度エコーを行い、胎盤には特に異常がないことを確認した。
- ・ 午後 2 時 50 分にも、主治医が、本人、御主人、本人の両親にエコーを見せつつ、同様の説明を行った。
- ・ 午後 3 時 20 分頃、夫から「痛くなってきていきむ」とナースコールあり、来室した。その後午後 3 時 30 分と午後 4 時にも内診を行った。
- ・ 午後 4 時 30 分、子宮口が全開大になったので分娩室に移動、午後 6 時 03 分に自然娩出となった。
- ・ 解剖については、一般的に娩出から時間が経過してから説明すると、患者が納得しないことが多い為、娩出直後に説明するようにしている。

申立人の場合も、娩出後すぐに、主治医から臍帯血で貧血、臍帯が裂けていることを説明し、児を本人に確認してもらった上で、解剖はしますかと話した。少しの時間返事がなかったのを否定的と考え、児を切り刻むのは可哀そうと思い、解剖をしなくていいですねと話した。また児には貧血があり、肉眼的出血もあったので、それ以上に解剖で情報が得られる可能性は低いと判断し、強く勧めることが患者を責めることになると考えた。

なお申立人は、娩出前の時間があるときに、自分や家族に解剖の説明をしてほしかったとのことだが、お産（児の娩出）の前に解剖の話はしづらいのではないのが普通だ。

③ その後の苦情対応について

- ・ 本件について、当日にカルテ検討会を開いた。検討会での議事録はない。本件の児の出血の

原因は不明であり、関連する情報は申立人に渡した症例報告以外になかった。死因と破水の量の関係はありえないと判断した。

- ・ 同行支援時に、説明会を開くことは約束し、行った。文書で報告するとの約束はしていない。

(3) 相手方病院から提出を受けたマニュアル等

① 「バースプラン」を説明しているリーフ（35～36週で妊婦に渡すもの）

- * 入院後、分娩監視装置（胎児心拍陣痛図）を30～40分つけて陣痛と赤ちゃんの状態をみること、（その後は）状況に応じて赤ちゃんの心拍を聴いたり、分娩監視装置を着けたりすること等が説明されている。

② 『分娩開始で入院時のケア・レジメ』

③ 『分娩管理中のアクションラインについて』

④ 出産後のスケジュール表（胎児死亡以外の場合に使用するもの）

⑤ IUFD（死産）の看護手順

⑥ 死産の方に後日渡す「星の会」のパンフレット

⑦ 『患者相談窓口規定』

⑧ 病院の安全管理指針の抜粋

第5の1 本件苦情調査において苦情発生要因等を考察する視点

患者の権利オンブズマンが実施している苦情調査手続（WHO「患者の権利促進宣言」（1994年）が定式化したもの）は、相手方病院が申立人に提供した医療や看護行為自体の適否に関して医学上の評価を下したりするものではなく、また、発生した事態に関する法律上の責任の有無やその追求を目的とするものでもない。

患者の権利オンブズマンは、患者の権利に関わる苦情の発生原因を調査し、必要があれば根本要因（root cause）にさかのぼって解明を進めたうえで、それらの原因を除去することにより当該苦情の適切な解決を促進するとともに、同種苦情の再発を防止する方策を提言し、もって患者の権利擁護を促進して医療福祉サービスの質の向上をめざすものである。

もとより医療福祉サービスにおいて当然尊重されるべき自己の権利が尊重されていない、或いは侵害されたのではないかとの不審に基づいて提出されている患者からの苦情について、その原因を分析し、苦情の当否を判断するためには、それが医療福祉サービスに対する苦情である以上、当然のことながら苦情に関わる医療行為や看護行為に関し医学会や医療界において一般的にどのような取扱いが推奨され実践されているのか、即ち、苦情発生当時における当該サービスに関する一般的な基準（医療水準）の内容について調査して相手方医療機関におけるものと比較検討することは不可欠な作業となる。

加えて権利侵害につながる苦情原因を除去し、或いは是正するとともに、医療福祉サービスの質を向上するための再発防止策を提案するうえでは、その基本的な方向性を誤らないためにも当該苦情に関連する患者の権利内容についての国際的、国内的な人権規範や法律上の規範を踏まえた法的な検討が求められることも言うまでもなからう。

ところで、前述のとおり申立人の苦情は大きく言えば3点にわたっているが、とりわけ第1に述べられている相手方病院の処遇に対する不審は、分娩待機中に突然、胎児の心拍が消失し既に死亡していることを告げられたこと に伴い、それまでの相手方病院における観察が不十分であったのではないか、自分の訴えに対応してくれていればこのような事態を回避できたのではないかという妊産婦として当然抱かざるを得ない強い思いを背景にして出されているものであり、本件苦情申立の根幹をなすものと思われる。

本件苦情調査申立に先立って行われてきた申立人と相手方病院における対話や説明の場において、この点がやり取りの中心となっているが、双方の主張は平行線をたどっているのみならず、申立人においては「胎動は母親が感じるものだ」という医師の説明や「胎動がないとの訴えがあれば必ず心音を確認するが申立人からの訴えはなかった」という相手方の弁明等により胎児の変化に気付かなかった自分の責任が問われているような感覚に陥っている。一方、相手方においても「担当助産師が家族から呼び出されて強くなじられた」との不満を抱いている状況にある。

従って、本件苦情調査においては、こう着状態にある双方の対話の進展を促進するとともに同種苦情の再発防止策を探求するためにも、主要な苦情の原因に関わるところの分娩待機中における母児観察のあり方について重点的に検討を加えるとともに、その検討作業を前提とした上で、第1の苦情発生の延長線上にあると思われる第2、第3の苦情を含めた苦情発生原因の解明作業を進めることとしたい。

そうした観点にもとづいて、以下、3つの視点から各別に考察する。

- ① 前期破水で入院した妊産婦の分娩待機中における観察のあり方
- ② 胎児死亡が確認されて以後の妊産婦に対する処遇のあり方、並びに胎児死亡における死因説明（死因解明）義務、及び履行方法に関して
- ③ 苦情対応のあり方について

第5の2 前期破水で入院した妊産婦の分娩待機中における観察のあり方

(1) 相手方病院における基本認識と観察の実情

相手方病院で申立人の主治医となった医師は、調査小委員会の事情聴取において、本件に関する基本的認識として「通常の正期産の破水で入院した。病的ではなく異常ではない。正常な経過の管理である。特別の対応を要する状態ではなかった。胎児死亡に至ったのは、自分としても不本意で、残念な、ごくまれな偶発症であったと考える」と述べている。

申立人が「胎動がない」と訴えたとする主張については、担当助産師は「自分は聞いた覚えがない。お腹を触ったのは、張りを確認しただけである。」と応え、師長は「助産師が、もし胎動がないと言う訴えを聞いておれば、ドップラーで必ず確認する。そのことについて受け持ち助産師が呼ばれて家族から強くなじられた。」「今回の患者の訴えと助産師の認識にズレがある。自分達は訴えがあったとは認識していない。心配しているようには思えなかった。不安を訴えてくれれば対応したのに悔しい。そこまでわかってあげられたら良かったのかもしれないが」と弁明している。

また破水の訴えに関して、担当助産師は「羊水の混濁や血性の有無について自分で一回見たが、

量については通常と変わらないと判断したので、見ただけで患者に対しては何も言わなかった。」

「着替える時とオリエンテーションの時」の2回、「歩くと出ます」と言う訴えがあったので、「ナプキンを2枚に増やすようにということと着替えをするように指導した。」と述べている。

- ① 以上のような基本認識のもとに、本件においては、主治医が申立人を内診して入院措置をとってまもなく胎児心拍陣痛計による約30分間の観察が行われているが、その後においては特別の対応を必要とする状態ではなく、また患者からの特別の訴えもなかったという認識のもとに、昼12時頃の聴診において胎児心音を確認できずエコー検査で胎児の心拍消失と胎児死亡が診断されるまでの約2時間以上にわたり、ドップラー等を利用しての助産師による胎児心拍の確認等の観察は行われていない。(なお診療記録の「分娩時総括」において、「11時まで胎動あり」との記述があるが、これは11時の時点で助産師らにより確認されたものではなく、胎児の心拍消失が確認された後になされた医師の質問に対して申立人が答えた内容を記録したものである。)
- ② ところで、相手方病院の医師や助産師が申立人に対して行った観察方法は、相手方病院において通常実施されている手順に従ったものであって、本件において特段、他と異なる観察方法が実施されたというものではないことは、相手方病院から提供を受けた文書等によっても窺い知ることができる。

即ち、相手方病院において35～36週の妊婦に手渡す(申立人も受領している)リーフレットに記載されている「バースプラン」において、「入院後、分娩監視装置(胎児心拍陣痛図)を30～40分つけて陣痛と赤ちゃんの状態をみること」、その後は「状況に応じて赤ちゃんの心拍を聴いたり、分娩監視装置をつけたりすること」等が説明されており、状況に関わらずルーチンとして胎児心拍等を定期的に観察することは手順として採用されていない。

また、相手方病院が定めている『分娩開始で入院時のケア・レジメ』においては、入院時の診察において、「破水の有無(破水していれば色、混濁、臭いなど羊水の性状)」を観察するとの記述があるが、「破水の量」については観察事項として記述されておらず、さらに、本件のような正期産ではあるが陣痛前の破水があり「前期破水」と診断されて入院措置がとられた妊産婦を対象とする観察事項等に関する記述も一切なされていない。

(2) 分娩第1期における母児管理についての医療水準

- ① 分娩は生理的現象であるが、常に異常に移行する危険性を孕んでいる。また産婦は陣痛及び数々の苦痛や不安のなかにいる。従って異常の発生を予防し、産婦の安楽を計るために、正常分娩においても分娩待機中の妊産婦に対する管理と支援が極めて重要であることは争いのないところであろう。オンブズマン会議の調査によれば、「母児の安全を確保するために、(分娩中は)母体のバイタルサイン、胎児心拍数、子宮収縮について定期的に確認を行うと同時に、記録に残しておく」ことを全ての前提とした上で、国際的にも国内的にも学会等において以下のとおり観察方法に関するガイ

ドライン等が提案されている。(なお申立人は、午前9時より分娩第1期に入っていたものである。)

② 胎児心拍数 (FHR) の確認については、日本でも広く紹介され採用されているアメリカ産婦人科医学会が定めた「胎児心拍数監視のガイドライン 1995 年版」(中山書店 1998 年 10 月発行『新女性医学大系、第 25 巻正常分娩』173 ページ「母体管理」掲載)によれば、「低リスク例は分娩 1 期には 30 分ごと、第 2 期は 15 分ごとで良いとされている。一方、高リスク例では、第 1 期に 15 分ごと、第 2 期に 5 分ごとに確認することとされている」。

さらに『日本産科婦人科学会雑誌』においては、胎児心拍を確認する頻度について前記ガイドラインと同一内容の基準(低リスクの場合には 30 分ごと)を紹介するとともに、「我が国では、胎児心拍の監視を間歇的に行うよりも、連続的にモニターする方が、刻々と変化する胎児の状況を把握するには望ましいとの考えのもとに」CTG による連続的なモニターを導入している施設が多く、「現実的には、低リスク症例に対しては、分娩第 1 期の分娩進行が穏やかな潜伏期では、間歇的なモニターで、その後は CTG による連続的なモニターを行う。高リスク症例に対しては、分娩開始から CTG による連続的なモニターを行うことが望ましい」(『日産婦誌 56 巻第 6 号』2004 年 6 月発行、「研修医のための必修知識 16. 正常経膈分娩の管理」115 頁)としている。

ところで、『周産期診療指針 2010』(周産期医学 2010: vol 40 増刊号・東京医学社)の「分娩中の胎児心拍数モニタリング—実施の基準」の項によれば、執筆者高橋恒男氏(横浜市立大学附属市民総合医療センター総合周産期母子医療センター)は「分娩中に胎児心拍モニタリング(分娩監視)を行う目的は、子宮収縮を評価し、子宮収縮と胎児心拍(の関係)により胎児に切迫する危険な兆候をいち早くとらえることにある」が、この実施基準には明確に統一されたものがなく各施設バラバラであるという現状を指摘した上で、「各産科施設において社会の分娩管理に対する認識、期待などを考慮しつつ、可能かつ安全に配慮した管理方法を決めておく必要がある」と述べている。

また間欠的児心拍聴取と胎児心拍数モニタリングの関係について、従前は間欠的児心拍聴取を基本としていたが、分娩監視装置が開発され連続的モニタリングが可能となって以降、我が国においては「分娩監視装置を使用し、症例に応じ間欠的心拍聴取を併用し分娩監視を行う方法が一般的、平均的な管理方法であろう」としたうえで、「実際に、ローリスクの産婦に対しどのくらいの間隔での胎児心拍聴取が適切であるかを決定するのは困難である」として、アメリカ産婦人科医学会(前述、但し 2009 年版では「分娩 1 期の活動期は 15 分ごと」を追加)、世界産婦人科連合(入院時モニタリングで異常がなければ、その後 6 時間は 1 時間ごと)、日本産婦人科医学会(入院時に 20 分以上監視して以降は 60~90 分ごとにチェックする)などから提示されている基準を紹介するとともに、筆者の施設における監視方法を以下のとおり詳述している。

それによれば、「陣痛開始、入院時に全例 30 分以上のモニター装着を行うが、その結果に関わらず、妊娠経過でハイリスク妊娠と考えられる妊婦については医師がハイリスク管理(連続モニタリング)の指示を出し、これ以外のローリスク妊婦では、入院時モニタリングで正常心拍数基線、正常基線細変動、一過性頻脈があり一過性徐脈がないことが確認できた場合のみ

ローリスク管理の指示を出す。ローリスク管理では間欠的心拍聴取を併用した管理を行い、分娩第1期では15～30分間隔で間欠的児心拍聴取を行い、心拍数を分娩経過表に必ず記載する。3時間に一度は必ずモニターを装着」「そのほか、破水時のモニタリング、トイレ後の児心拍聴取等を定めている。」「一番重要なことは、各施設で、管理マニュアルを定めておき、どのような勤務者、勤務時間帯であってもマニュアルに従った均一な管理がなされることである」と結んでいる。

- ③ 破水の管理に関しては、「陣痛開始および破水後の産婦の観察は、1時間ごとに行う。」「破水時には羊水の量、性状、破水時間のチェック、児心音の測定を行い、滅菌済みの当て綿（パッド）等を使用し、感染を防止する」「破水後は上行性の感染を防ぐため、抗生剤の投与が開始される。内診はできるだけ避け、母体の体温観察、胎児モニタリングを通して感染兆候を把握していく必要がある。」「破水については、今一度その原因を理解し、根拠に基づいた適切な観察、判断が必要である」とされている。（医学書院『臨床助産師必携第2版』265頁以下）
- ④ なお申立人は「前期破水（PROM）」と診断されて入院措置がとられたものであって、前期破水（陣痛開始前の破水を言い、37週未満の前期破水を preterm PROM、37週以後のそれを term PROM とい、申立人の場合は40週に達しているので正期産の前期破水 term PROM に該当する。）の産婦に対する観察については、以下のように指摘されている。

「正期産の前期破水には、正常分娩経過の中でたまたま陣痛開始よりも先に破水がおこっただけで、そのまま自然に陣痛が開始し分娩に至るものと、preterm PROM と同じような機序で起きる病的意義が高いものがある。」

従って観察（膣鏡診による羊水流出の確認、膣内流出液の Ph チェック、膣内流出液中の胎児成分の観察など）による診断や管理（感染予防目的での抗菌薬の投与、羊水量の減少に対する対処、臍帯脱出が起こりうるので胎児心拍数モニターを行うなど）が必要であることが述べられている。（医学書院『標準産科婦人科学第3版』464頁、分娩の異常「前期破水」の節）

(3) 相手方病院における観察方法と医学文献等が示す基準（医療水準）との基本的相違点とその評価

- ① 分娩待機中の申立人の身体状況等が相手方主治医の言うように「正常な経過の管理である。」と言う認識を前提としても、本件において相手方病院が行った申立人に対する観察の実情（前記(1)のとおり）と、前記(2)で紹介した医学文献等が示している（正常な経過を辿っている、つまり）「低リスク（症）例」の産婦における観察の方法との間の基本的な相違点は、連続的か間欠的かは問わず、またその時間的な間隔についても15分から60分（ないし90分）という違いがあるとしても、何れにしても全ての基準が定期的に胎児心拍等を観察して記録することとしているのに対して、相手方病院においては、入院当初に連続的な観察をして胎児心拍等が正常であることを確認して以降においては、定期的にではなく「状況に応じて」胎児心拍の聴取等を行うとしている点にあることは明白であろう。

従って、申立人の主たる苦情を発生させたところの、分娩待機中において2時間以上にわ

たり胎児心拍等の観察が行われなかったという事態は、担当助産師において申立人からの訴えがなされたとの認識もなく、かつ、担当助産師らの観察においてはその必要性を示すような状況も認識されなかったという事情のもとではあるが（そのような事情説明にかんする当否の判断は別論として）、相手方病院が一般的医療水準とは異なる手順を採用し実践する中で発生した必然的な事象であったということも出来よう。

- ② もとより医学会等が様々な医療措置等において定めているガイドラインと異なる手順であるという一事をもって医学上、医療上、その手順を不適切なものと断定することはできない。

しかしながら、そのガイドラインが患者の安全、分娩管理においては母児の安全に関わるものである場合においては、医学会等が定めるガイドラインと異なる手順を定めている場合には、それによっても患者や母児の安全を同等程度に確保することができるという実質的かつ合理的な説明が求められることは言うまでもなからう。

とりわけ、「分娩の進行状態を監視することの目的は、異常の発端に気づくことであり、それによって重篤な問題への進展を防ぐことにある」（医学書院『標準産科婦人科学第3版』506頁「分娩の介助」の節）とすれば、異常の発端にいち早く気付くためには、妊産婦からの訴えの有無にかかわらず、一定の時間的間隔のもとにルーチンに必要な観察を行うことが重要であることは論をまたないところであろう。

加えて、分娩待機中における妊産婦においては、破水や陣痛等の強弱等のように自身が比較的容易に自覚できる事柄であれば、その訴えをすることも可能であろうが（現に申立人は破水の量の多さについて再三訴えている）、胎児の元気さに関する状況の変化に関しては妊産婦においてもわずかに胎動の有無等により間接的な手がかりを得る程度にとどまるものであり、ましてや胎児心拍の状況変化等に関して妊産婦自身がそれを自覚して訴えることを期待することは不可能を強いるものであって、患者自身の訴えの有無やそれを前提とする助産師による状況認識に依存する観察手法には本質的な限界がある。

本件苦情調査手続きに先立ち患者の権利オンブズマンのボランティアの立ち会いのもとに行われた申立人と相手方の対話の機会に、相手方の主治医は「胎児は貧血がひどく10～20分くらいの間に半分近くの血液がなくなり死に至ったと考えるが、どの時点でおこったかはわからない。」と述べているが、そうした事態こそ「状況に応じて」胎児心拍を確認するとされている相手方病院における手順を実践した結果、2時間以上にわたって胎児心拍の聴取確認等を行わなかったために招来されたものにほかなるまい。

仮に胎児が10～20分の時間で半分の血液を失ったとする主治医の推察が正しいとすれば、本件において前述した横浜総合周産期母子医療センターの観察基準（分娩第1期では15～30分間隔で間欠的児心拍聴取を行う）と同様の定期的観察が実施されていれば、どの時点で胎児失血がおこったかわからないというような事態は発生していなかったのみか、場合によれば失血に先立って起こったかもしれない胎児心拍の変動状況がいち早く覚知された可能性も否定できず、だとすれば本件のような不幸な事態を回避し得た可能性についてもまた否定し去ることは出来ないこととならう。

- ③ なお前述したとおり、相手方病院が定めている『分娩開始で入院時のケア・レジメにおいては、入院時の診察において、「破水の有無（破水していれば色、混濁、臭いなど羊水の性状）」を観察するものとされている記述があるが、破水の量の観察や前期破水の場合における観察事項等に関する記述はない。これに対して前述の医学文献では、破水の量が多く胎内の羊水量が減少した場合には臍帯圧迫を起こしやすい状況になる危険性があること等、その後の分娩状況に影響があるため、破水管理において漏出した羊水の性状とともに量が測定され、さらに記録されることが必要であると指摘されており、相手方病院における「破水の量」については測定していないという観察方法も前述の医学文献が述べる基準とは相違がある。

仮に相手方病院においても、破水の性状や量について観察をし、その結果を記録しておいたとすれば、破水が多かったのが原因ではないかと心配する申立人に対して、単に「破水は胎児死亡と関係ない」「破水の量は普通だった」と事後的に口頭説明することに比べて、はるかに説得力のある説明をすることも可能であったろうし、申立人の不審を解消するとともに相手方病院の説明の妥当性について検証するうえでも有力な手がかりになり得たであろう。

- ④ 患者の権利オンブズマンは、以上の考察に基づいて、本件苦情から学んで、本件と同種の苦情を2度と発生させないためにも、かつ、分娩待機中の母児の安全管理における質的向上を図るためにも、相手方病院において観察方法の手順や観察事項の追加、観察内容の確実な記録方法等につき再検討を行うことは喫緊の課題ではないかと考える。

なお、分娩待機中における胎児の元気を観察するために胎児心拍を定期的を確認することは、異常の発生を予防し正常な分娩を確保するために極めて重要な観察であるとともに、胎児の心臓が元気に鼓動していることを確認し、その情報を産婦と共有することにより、分娩に向けた不安を解消するとともに苦痛を乗り越えて分娩に向けての力を引き出す上でも重要な支援になるものと考えられる。従って、本件のような突然の胎児死亡の発生件数が極めて稀であり、連続的、或いは間欠的な胎児心拍の確認を定期的に行ったとしてもほとんどの場合は正常な胎児心拍を確認することの連続になるであろうが、そのこと自体決して無駄な作業ではなく、分娩に立ち向かう産婦を激励し支援する上で極めて有効かつ有意義な情報を確認する作業としても位置づけられるべきものであろう。

第5の3 胎児死亡が確認された妊婦に対する対応のあり方、並びに胎児死亡の死因説明（死因解明）義務とその履行方法に関して

(1) 新しい生命の誕生を期待と喜びの中で心待ちにしている産婦や家族が、突然、腹の中の赤ちゃんが死亡していることを告げられた時の驚愕とその後に訪れる悲嘆の大きさは言葉に尽くせないものがある。

このような場合、医師は何故胎児死亡に至ったのかに関する本人や家族に対する説明に多くの時間をとられることになるのは当然であろうが、助産師においてショックを受けている産婦に寄り添い、その心に向き合う支援がきわめて重要かつ不可欠である。

この点に関して、前述のWHO宣言が「ケアと治療」5-3項において「患者は高度な技術水準のみ

ならず患者と保健医療提供者の間の人間的な関係に裏づけられる質のケアを受ける権利を有する」と定め、更に5-9項において「患者は、ケア及び治療の過程において、家族、親戚、友人からの援助を受け、いつでも精神的な支援と指導を受ける権利を有する」と規定していることが想起される必要がある。また国際助産師連盟が1999年に採択した『助産師の国際倫理綱領』においては、「助産師は、ヘルスケアを求める女性に対して、その状況がどのようなものであっても、精神的、身体的、情緒的、霊的ニーズに応える」（綱領Ⅱ助産の実践のd項、社団法人日本看護協会訳）ことが期待されている。

相手方病院の「死産における看護手順」においても、そうした視点から「本人の気持ちを傾聴する」ことが記述されている。

しかしながら、本件においては担当助産師自体がショックを受けて泣き出すような状況にあって「何かあればナースコールをするように」と言って退出している。従って、本来であれば自ら定めている看護手順に従って「本人の気持ちを傾聴」することができる経験のある助産師を特別に配置し、本人に寄り添い本人の気持ちを傾聴するための特別の体制をとる必要があったと思われるが、そのような措置がとられていたことはいかがわらず、そのことも苦情発生の原因の一つになっていることを指摘せざるを得ない。

仮に、経験ある助産師らによって傾聴がなされていた場合には、申立人が抱えている不審に関しても聴き取られたうえで、担当助産師に対する事実確認等も行い、早期に解消する手だてを講じることも可能であったのではないかと思慮される。

(2) 本件においては、相手方病院の医師から、胎児の解剖の話が出されたこと、申立人はそれを希望しなかったため解剖は実施されなかったことについては争いがない。にもかかわらず申立人が苦情を抱いた理由は、胎児死亡が確認されてから相当の時間があつたにもかかわらず、その間には何も話がなく、胎児が娩出された直後に突然解剖の話が出されたため、熟慮できなかったというものであり、相手方は、娩出前に解剖の話をするのはしないのが通常であると弁明している。

ところで解剖に関しては、遺体を損傷することに対する心理的抵抗を強く感じる遺族も少なくないため、日本の医療機関においては特別の事情がない限り成人患者の解剖においても遺族に対して積極的な提案を差し控えることも少なくなく、まして死産した胎児の解剖を提案するに際しては、強いショック状態にあると思われる産婦の心情を考えた上で提案の時期や仕方についても個別的に慎重な判断が求められるところであり、一概に決めることは出来ない性質のものであろう。従って相手方病院における解剖提案の時期自体をもって、申立人の死因説明を求める権利が侵害されていると評価することは出来ない。

但し、解剖の提案を断った申立人から事後的にはあれ熟慮できなかったとする苦情が提起されていることに鑑み、同種苦情を再発させないために、死因説明義務と死因解明のための解剖の提案義務、及び、その履行方法に関する法的規制の現状について考察をしておくこととしたい。

診療中の患者が死亡した場合、死亡に到った経緯・原因について、診療を通じて知り得た事実に基づき遺族に対し適切な説明を行うことは、診療債務に付随する、あるいは信義則上の法的義務であり、医師の遺族への死因説明は法律的な義務として明確に位置付けられているところである（広

島地裁平成4年12月21日判決、東京高裁平成10年2月25日判決など）。

また、医師が説明する死因を遺族が納得しない場合や、医師自身が死因を特定できない等、具体的な事情如何によっては、死因を解明するために解剖を行うことを含めて死因解明に必要な措置を提案し、その実施を求めるかどうかを遺族に検討する機会を与え、遺族の求めがあれば適宜の方法で解剖を実施し、解剖結果に基づいて死因説明を行うという、医師の遺族に対する、死亡原因の解明提案義務についても、死因説明義務の内容をなすものとして位置づける判決が出されている（前掲東京高裁平成10年2月25日判決）。

さらに、近時の医療法改正において、患者死亡を伴う重大な医療事故等については、医療機関の法律上の責任の有無には関係なく、その原因を解明した上で再発防止策を確立することが義務付けられており、事故原因の究明と再発防止策の確立は患者の安全を確保するために医療機関が行うべき本来的な責務とされているところである。

この理は、本件のように母児管理中に突然胎児死亡が確認された場合にも準用されるものであろう。

本件が、相手方病院においても師長が初めて経験したというような稀な事案であったとすれば、同種事案の再発防止策を検討するためにも可能な限りその原因を解明する方策を尽くすことが極めて重要であることは言うまでもない。とりわけ本件においては、胎児死亡が確認された後で、申立人から破水の量が多かったことと死因との関連について質問が出されて医師がそれを否定するやり取りがなされており、更に申立人の父親から「管理上の手落ちがあったのではないか」との質問が出されるなど、相手方病院における分娩管理上の不手際が胎児死亡につながったのではないかという疑問が患者家族から公然と提起されている。

このような事案においては、医療機関としては、前述した申立人からの傾聴を通じて得られる申立人自身の死因解明に向けての意向等を汲み取りつつ、申立人あるいはその家族に対して死因の特定と解明の可能性を広げる有力な方法として解剖の意義について伝えるとともに、家族間の協議と熟慮を促す等、その実施を積極的に提案することが重要である。

なお、そうした提案にもかかわらず遺族が拒絶した場合においては病理解剖を実施し得ないことはいふまでもないが、その場合においては本件のように解剖について熟慮できなかったという苦情が提起されることもなかったであろう。

第5の4 苦情対応のあり方について

申立人と相手方が行った事後の話し合いにおいて、双方の主張が平行線をたどったものが少なくないが、相手方病院においては申立人や家族からの申し入れに対応して説明や対話の場を設定してきており、助産師による記録不備を認めてこれを充実することを約束していること等を含めて、苦情対応責任については、一応これを果たしているものと評価することが出来る。

但し、それ自体が患者の権利のひとつである患者の苦情調査申立権に対応して、医療機関自らが行った調査手続を点検し、その不備を補うためになされる患者の権利オンブズマンなどの第三者機関による苦情調査手続の意義に関連して相手方病院から異論が提出されているので、それに関連し

て要望事項を付加することとした。

第6 結論

(1) 第1の苦情内容に対する評価

以上の検討のとおり、申立人の苦情の第1に関しては、申立人が「胎動がない」ことを訴えたかどうかは別論として、相手方助産師は訴えられた認識がないという理由で、結局のところ2時間以上にわたり胎児心拍の確認が行われなかった事実、破水がひどいことについて申立人が何度も訴えたことは相手方において認識されていたにもかかわらず、普通量であると判断してその量を測定することもなく、従って記録もなされなかった事実等に鑑みれば、

午前10時頃から胎児の心拍消失が確認された昼12時頃までの約2時間の間、相手方が何らの対応もしてくれなかったという苦情を申立人が抱いたことには相当の理由があるというほかなく、「患者（本件にあっては母児）の安全な医療を受ける権利」を促進する立場からこれを支持するものである。

従って、相手方病院におかれては、本件苦情を発生させた原因を除去して同種苦情の再発を防止するために、以下の2点について速やかな対応を進められるよう勧告する。

① 前述した医療水準に見合った分娩待機中の妊産婦における観察マニュアルを早急に作成して実施すること

なお相手方病院は申立人らとの最後の話し合いにおいて、今回の事態を受けて今後はモニターによるノンストレス検査（NST）を従前より多い一日4回程度行いたいと発言しているようであるが、今回の苦情を貴重な教訓として考えるとすれば、この際、医学会等におけるガイドラインの内容についても全面的に参照した上で、「状況に応じて」行う観察手法や「普通であるか否か」の判断手法ではなく、少なくとも、全ての分娩管理において状況の変化に関わりなく胎児心音等を定期的に、かつ可能な限り時間的な間隔を短くして観察して記録する手法を導入することが検討されるべきものと思われる。

② 前記観察マニュアルとは別に、前期破水の妊産婦における付加的な観察事項と観察方法の手順を策定すること

(2) 第2、第3の苦情内容に対する評価

以上の検討のとおり、第2、第3の苦情については、前記第1の苦情原因に対する相手方病院自身における根本的な解明作業が進まない中で、その延長線上に提起されたものであり、相手方の対応が直ちに権利侵害を構成するものとは評価できないが、申立人が新たな苦情を形成するに至った心情は理解できないわけではない。

従って、相手方病院におかれては、同種苦情の再発を防止する観点から、次のような点につき改善措置をとられるよう要望したい。

① 胎児死亡の場合における、妊婦本人に対する人間的な処遇を強化するとともに、死因解明義務の積極的履行につき具体的な方策を検討されたい。

分娩待機中に胎児死亡が確認されたような場合における妊婦本人に対するケアのあり方とそ

れを実施しうる体制に関して再検討いただくとともに、極めて稀なケースで死因が即断できないような場合や産婦とその家族から胎児死亡に至った経過について疑問が呈されているような場合においては、胎児死亡に対する原因究明を積極的に進める立場から、その意義について産婦と家族との話し合いを進める体制を整えること

② 診療記録の充実をはかるとともに迅速な開示方法を確立されたい。

パルトグラムはもとより全ての医療記録において、観察された結果や行われた措置等について、時系列で、かつ正確な記載をおこない、事後的な検証にも耐えうるよう、診療記録の充実に努められるとともに、患者から 処遇等に関して疑問が提起された場合には、その都度、迅速に患者本人またはその代理人に対して診療記録のコピーを交付するなどして、患者（家族）との診療情報の共有を進めることにより、信頼関係の構築を計るとともに、後日においても言ったか言わないかの類いの争いの発生を防止するよう努められたい。

③ 苦情調査申立権に対応する医療機関としての体制を強化されたい。

本件苦情調査手続の過程において、相手方病院より、患者の権利オンブズマンが実施する手続きの目的等に関して疑義が提起されたことに照らし、患者の権利の一内容をなす苦情調査申立権とそれに対応する医療機関の責務について触れておくことにする。

「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」（苦情調査申立権、前述 WHO 宣言 6 - 5 項）

WHO 宣言は、患者の苦情調査申立権に対応して、従前の司法手続とは別に、苦情調査手続を実施する独立した機構を医療福祉サービスを提供する施設内と施設外（第三者機関）に形成すべきであると提唱している。WHO 宣言が提唱している苦情手続については、日本においては医療法において主として医療事故など患者の安全を巡る苦情に対応する観点から、社会福祉法において全ての処遇内容に対する利用者の苦情に対応する観点から、既に法制度としても導入が進んでいるところである。

従って今日においては、自己が提供する医療福祉サービスの利用者（患者）から苦情が提起された場合には、医療福祉施設においてはその苦情に誠実に対応して、苦情の原因を解明して結果を報告するとともに、同種苦情の再発防止に努力する社会的責任を有していることが認識される必要がある。

ところで、苦情調査手続が、司法手続のような当該施設の責任追及を目的とするものではなく、患者（利用者）の苦情から学んで医療の質を向上させることを目的とするものであることを考えれば、第一義的には施設内において充実した手続きを実行することが重要である。患者の権利オンブズマンなど第三者機関による調査は、施設内における調査において当事者の納得が得られないような場合に、第三者的立場から公正かつ効果的に調査を実施することにより、当事者間の対話を促進するなど補充的な役割を果たすことが想定されているものである。

しかしながら、日本における多くの医療機関においては、人的制約もあり、苦情調査手続を実施するための独立した機構を形成しているところは少なく、相手方病院が定める「患者相談

窓口規定」においても苦情調査を実施するための特別の体制は準備されていない。そのような事情から、患者の権利オンブズマンにおいては、市民相談員が同席して患者と医療機関との対話を促進するための同行支援を実施するとともに、その話し合いにもかかわらず納得できない患者からの申し出がなされた場合には、患者が有する苦情調査申立権を実質的に保証する観点から、オンブズマン会議が第三者機関として苦情調査を実施することとしている。

相手方病院においては、この間、苦情調査手続の意義に関する異論を有しながらも、患者の権利オンブズマンにおける苦情調査手続に協力されてきており、その誠実な対応をもって患者の苦情調査申立権への対応責任についても一応果たされたものと評価できるが、今回の経験に基づいて患者が提起する苦情から真摯に学ぶという観点に立って、実した苦情調査手続を実施できる施設内の体制を早急に確立されるよう要望しておきたい。

以上