

臨床医のための 医療訴訟を 回避する ケーススタディ



40

〔編著〕

白崎 修一

〔札幌秀友会病院 副院長・麻酔科医〕

澤村 豊

〔さわむら脳神経クリニック 院長・脳神経外科医〕

田端 綾子

〔ラベンダー法律事務所・弁護士〕

中村 誠也

〔中村浅松法律事務所・弁護士〕

- ▶ 内科（呼吸器・循環器・消化器）
- ▶ 小児科
- ▶ 麻酔科
- ▶ 放射線科
- ▶ 皮膚科
- ▶ 救急
- ▶ 外科（脳神経・整形・消化器）
- ▶ 産婦人科
- ▶ 歯科
- ▶ 病理 など

はじめに

2006年2月18日、「医師逮捕」という衝撃的な報道で、福島県立大野病院の事件を私は知りました。手術の執刀医である産婦人科医が、業務上過失致死と医師法に定める異状死の届出義務違反の疑いで逮捕されたのです。ニュース報道での手錠をかけられた医師の姿が今でも鮮明に私の記憶に残っています。

当時私は、北海学園大学法科大学院夜間長期履修課程への4月からの入学を決め、生まれて初めての法律の勉強に心を躍らせていたところでした。

この事件の経緯は、新聞報道や多くのインターネットのブログなどからある程度の信憑性をもって知ることができました。一麻酔科医として産科医療にも携わっている私は、前置胎盤で癒着胎盤でもあった帝王切開術のリスクの高さはよく知っています。出血が止まらない状況で、若い女性の患者にどのタイミングで輸血を開始するかは非常に悩むところです。そして、患者さん、ご家族の意向を汲んでの主治医による子宮を残すか全摘出するかの判断の難しさ、現場の医師たちの苦悩は手に取るように理解できました。努力の甲斐もむなしく、患者さんが亡くなられたことは非常に残念でしたが、法律を学ぶにつれて、臨床の現場で働く医師として、医療における事故が刑事事件として扱われる可能性について、ある種の恐怖感を感じるようになったのです。

つまり、医療において事故が発生した場合、その結果に不満を感じる、もしくは、納得できなければ誰でも告発という手段を行使することができます。刑事事件となれば、医師等の逮捕勾留の可能性、その後は送検、起訴と進んでいく法的手続きとなります。このことを医療者として知っておく必要性は十分にあるでしょう。

また、法律の勉強をしていて、判決文を読む機会がたくさんできました。判決文の主なものは、裁判所のウェブサイト (<http://www.courts.go.jp/>) から簡単に検索、入手することができます。また、『判例タイムズ』や『判例時報』などの誌上にも掲載されています。

こうした判決文を読まれたことがある方はおわかりかと思いますが、非常に難解です。法律を学んだことのない者にとっては、何度読み返したとしてもさっぱりわかりません。判決結果は一目瞭然なのですが、その経緯を理解するのが大変なのです。

そこで、医療分野の訴訟において、医師がわかりやすくリライトし、医師および弁護士からのコメントを加えてケーススタディとして読めるものがあれば、訴訟の流れや争点となった医療行為を理解することができ、ひいてはそれが訴訟を恐れることからくる医療現場の萎縮を抑える一助となるのではないかと考え、この本を作ることにしたのです。

医療者は元来、法律には疎いものです。そこで、総論として、2名の弁護士（田端綾子弁護士、中村誠也弁護士）にお願いして、医療における訴訟手続やその流れをわかりやすく解説していただきました。各論については、私と澤村豊医師（脳神経外科）が、民事訴訟の判決文の要約として時系列に基づいた事例の経緯をリライトし、それをもとに医師として得た教訓、弁護士からのコメントを加えて40編のケースを紹介しています。近年、裁判所はガイドラインをもとに判断を下す機会が増えてきているため、事例の起こった時期、もしくは現在公表されているガイドラインとの整合性についての解説も加えてあります。刑事訴訟については、個人の特定を避けるために個別の事例の提示は避け、総論においてのみ簡単に触れることにしました。

カルテの証拠保全がなされたからといって、すぐに訴訟に結び付くものではありません。でも、事例から10年経ってほぼ忘れかけていたときに訴状が送られてくることもあるのです。とても複雑な訴訟の世界を理解して、個別の医療訴訟ではどんなことが争点になっているのかを知ることで、皆様のこれからの医療に役立てていただければ嬉しいです。

札幌秀友会病院 副院長（麻酔科医師） 白崎 修一

臨床医のための 医療訴訟を回避するケーススタディ **40**

はじめに..... ii

Part I 医療訴訟でおさえおきたい基礎知識

Chapter 1 医療事故とは..... 2

1 医療事故？ 医療ミス？ 医療過誤？ 2

1 医療事故の分類 2

■ 医療行為そのものかどうか

■ 作為型か不作為型か

■ 形式ミスか裁量違反か

2 医療過誤と医療水準 4

3 医療過誤と因果関係 5

■ 因果関係の判断基準

■ 因果関係がなくても損害賠償責任が認められる場合

2 医療者側に求められる説明義務 8

1 インフォームドコンセント 8

2 判例における説明義務の程度 8

3 厚生労働省指針 9

4 説明義務違反による損害の範囲 9

5 最高裁判所が説明義務違反を認めた事件 10

3 医療事故の損害賠償責任を負うのは誰か 12

1 責任追及の対象 12

2 損害賠償責任の種類 12

■ 不法行為責任

■ 債務不履行責任

■ 関与者が複数の場合

■ 具体的な例

3 連帯責任 14

4 責任の種類による違いの有無 14

5 保険会社の立場 14

6 医療者同士の求償関係 15

Chapter 2	医療過誤を起こしてしまったら	16
1	目指すことは何か	16
1	医療過誤による法的責任の種類	16
2	医療過誤を起こした場合の対応	17
2	まず、すべきことは何か	18
1	事実経過の確認, 原因の究明	18
2	経緯の説明	18
3	謝罪	19
4	保険会社・医師会への連絡	19
5	マスコミ対策	20
3	刑事裁判について	22
1	刑事裁判と民事裁判	22
2	医療過誤に関する犯罪名	22
3	刑事裁判の流れ	22
4	行政処分について	26
5	医師賠償責任保険の仕組み	30
1	保険の仕組み	30
2	賠償責任保険の種類	30
3	保険の役割	30
6	無過失補償制度	32
1	無過失補償制度とは何か	32
2	無過失補償制度の具体例	32
	■ 予防接種健康被害救済制度	
	■ 医薬品副作用被害救済制度	
	■ 産科医療補償制度	
7	損害賠償額の計算方法	36
1	計算方法	36
	■ 実費	
	■ 休業損害, 逸失利益	
	■ 慰謝料	
	■ 弁護士費用	
	■ 遅延損害金	
2	過失の程度と損害との関係	37
	■ 損害賠償額の内訳	
3	説明義務違反の損害	39
8	過失相殺	40
9	金額的に折り合いがつかない場合の解決方法	42
1	金額的に折り合いがつかない場合	42
2	賠償水準の違い	42

- 3 損害の評価が違う場合 42
- 4 医療過誤の損害評価の特殊性 43
- 5 裁判以外の解決方法 43

Chapter 3 医療過誤と疑われたら 44

- 1 患者からの各種申し入れへの対応 44
 - 1 患者への対応 44
 - 2 モンスターペイシェントとしての対応が必要な場合 45
 - 3 患者からの不当要求が問題となったケース 46
- 2 カルテ開示申し入れへの対応 48
 - 1 カルテの開示 48
 - 2 患者から求められた場合 49
 - 3 証拠保全手続による場合 49
- 3 カルテ記載上の注意点 52
 - 1 日常の注意点 52
 - 2 記載を補いたい場合 53
 - 3 カルテ改ざんが問題となったケース 53
 - 東京女子医大事件
 - 改ざん＋偽証が判明したケース
 - 改ざんが認められたケース
- 4 交渉、その後の展開 56
 - 1 医療者側の対応 56
 - 2 カルテ開示、証拠保全後に何も起こらない場合 56

Chapter 4 医療訴訟を起こされてしまったら 58

- 1 医療訴訟とは 58
- 2 裁判の流れ 60
 - 1 提訴（訴訟提起） 60
 - 2 主張整理 60
 - 3 証人尋問 60
 - 4 鑑定 61
 - 5 和解勧告 62
 - 6 判決 62
 - 7 期間 63
 - 8 控訴、上告 63
- 3 医師の登場場面 64
- 4 審理の対象 66
 - 1 事実認定 66
 - 2 過失の有無 66
 - 3 因果関係 66

4	損害	66
5	立証の程度	67
6	立証責任	67
5	医療水準	68
1	添付文書や文献	68
2	医療慣行	68
3	新規の治療法	69
4	専門分野	69
6	訴訟における医学知見反映の仕組み	72
1	医学知見の取得方法	72
2	医学文献	72
3	意見書	72
4	専門委員	72
5	鑑定	73
7	費用負担	74
1	実費	74
2	弁護士費用	74
3	訴訟費用の負担	75
8	裁判の公開と医療訴訟報道	76
1	裁判の公開	76
2	公刊される裁判例	76
3	医療訴訟報道	76
9	時効	78
Chapter 5	医療事故からの学び	80
1	再発防止の必要性	80
1	再発防止について	80
2	制度的な取り組み	80
2	患者の願い	82
1	医療事故に遭った患者の5つの願い	82
2	医療者側に望まれる対応のありかた	82

Part II ケーススタディ

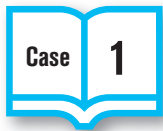
Case 1	総胆管結石術後に急性膵炎を経て糖尿病を併発した事例	86
Case 2	扁桃の術後出血に気管挿管がうまくいかなかった事例	92
Case 3	歯科治療中に局所麻酔薬のショックにより死亡した事例	98
Case 4	肝硬変の治療で生体肝移植についての説明義務が争われた事例	106

Case 5	脳血管造影検査の後、急性多発性脳梗塞を発症した事例	112
Case 6	胃全摘術の術後管理上の過失が争われた事例	120
Case 7	S 状結腸切除術後に縫合不全で死亡した事例	128
Case 8	直腸の吻合部に生じた穿孔により汎発性腹膜炎を起こした事例	134
Case 9	長期透析患者の椎間固定術後に虚血性腸炎が生じて死亡した事例	140
Case 10	小児外科手術麻酔導入中に挿管困難に陥り死亡した事例	148
Case 11	人工膝関節置換術後の血流障害での大腿切断事例	156
Case 12	IVH カテーテルの感染で多臓器不全となり死亡した事例	166
Case 13	がんとの診断で乳房切除術を受けた事例	174
Case 14	未破裂脳動脈瘤への被包術後にてんかん重積発作を起こして死亡した事例	182
Case 15	妊娠中の卵巣嚢腫摘出術後に発生した肺水腫の事例	188
Case 16	頭痛で救急搬送され、入院治療中に倒れて死亡した事例	194
Case 17	人工呼吸器管理を受けている間に褥瘡が生じた事例	200
Case 18	下肢多発外傷で MRSA 感染を併発し治療に難渋した事例	206
Case 19	低血圧麻酔により不可逆的脳障害を負った事例	214
Case 20	薬剤師の疑義照会義務について争われた事例	222
Case 21	心肺蘇生時に併用禁忌の薬剤の使用が争われた事例	230
Case 22	未承認薬剤の投与で患者本人の同意を得なかった事例	236
Case 23	突然死の危険性に入院を勧めるべき義務が争われた事例	242
Case 24	高次医療機関への転送を行う注意義務が争われた事例	250
Case 25	造影 CT 検査でショックを起こし死亡した事例	256
Case 26	胃内視鏡での局所麻酔薬投与直後に心肺停止した事例	262
Case 27	投薬変更後の狭心症患者が発作を起こし死亡した事例	272
Case 28	3 回目の抗菌薬投与後ショックを起こし死亡した事例	278
Case 29	人工呼吸管理中の低酸素状態で後遺症が生じた事例	286
Case 30	抗血小板薬服薬中の患者に内視鏡検査を行った事例	294
Case 31	呼吸器系感染症の原因菌の特定が遅かった事例	300
Case 32	肺炎で入院した幼児が翌朝に呼吸停止を来した事例	306
Case 33	ヘビースモーカーの患者に肺がんの精密検査を怠った事例	312
Case 34	集団検診の X 線写真で陰影の有無が争われた事例	318
Case 35	産院においてうつぶせ寝の状態で生後 2 日目に死亡した事例	324
Case 36	休日当番医の診察 1 時間後に急変死亡した幼児の事例	332
Case 37	小児喘息の長期入院治療中に症状増悪で死亡した事例	338
Case 38	交通事故と医療過誤との共同不法行為が争われた事例	344
Case 39	一審と二審、三審で判断が異なった事例	352
Case 40	前医と後医の過失が競合した事例	360

コラム

ジェネリック医薬品への変更と医師の責任	11
裁判における謝罪の位置づけ	21
業務上過失致死傷罪	23
都立広尾病院事件	24
捜査と逮捕・勾留	25
死亡診断と死体検案	28
医師の応召義務	35
協力医の選出	47
鑑定人の仕事と選出方法	51
カルテの関連法規	55
請求・判決主文の読み方	59
被告以外の医師の登場場面	65
診療ガイドライン	71
原告の経済的負担と請求額	75
裁判の場所	79
日本医師会「医療事故調査に関する検討委員会」	81
その他の歯科関係の裁判事例	105
判決文の内容構成	127
診療科目別にみる医療訴訟件数	147
インフォームドコンセントと医療訴訟	221
医療訴訟における診療ガイドライン	285
争点と判決文が意味するもの	305
1995 年（平成 7 年）当時の新生児室内でのうつぶせ寝による心肺停止事例	331

■索引	371
-----	-----



総胆管結石術後に急性膵炎を経て 糖尿病を併発した事例

那覇地方裁判所 平成 23 年 6 月 21 日判決

由布子さん（当時 47 歳、仮名）は、平成 13 年 6 月 27 日に上腹部痛、背部痛を自覚したために X 病院（被告病院）の内科を受診し、閉塞性黄疸、胆嚢結石、総胆管結石疑いでその日に入院となった。内科の A 医師は ERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）および EPBD（内視鏡的乳頭バルーン拡張術）を行うことを本人に説明し、7 月 3 日に ERCP を施行した。総胆管結石を確認できたが、引き続いて EPBD を行ったものの、総胆管結石を除去するには至らなかった（本件内科手術）。

翌日未明から由布子さんに膵炎が出現し、ERCP 後の膵炎との診断で保存的治療が施行された。1 週間後には膵炎がおさまったので、根治術を目的に外科に転科することになった。

外科の担当医師である B 医師は、由布子さんと夫に対し、胆嚢管から取り出せない場合には総胆管を切開して結石を取り出した後、T-チューブを留置することになり、手術後の入院が 1 か月ほどとなるとの事前説明を行い、7 月 13 日に予定された手術の同意書を得た。

7 月 13 日の手術で B 医師はまず、腹腔鏡下に胆嚢管を切開して細径胆道ファイバーを挿入し、総胆管内に結石（直径 8mm の結石が 1 個）を確認した。バスケット鉗子にて採石を試みたものの、採石することができず、総胆管下部に結石がはまり込んでしまった。そこで B 医師は、開腹して胆嚢を摘出したうえで総胆管を切開し、碎石鉗子、バルーンなどを使用した採石を試みた。しかし、この手技は成功せず、かえって結石を総胆管下部へ嵌頓させることになった。そのため、B 医師は手術による結石の除去を断念し、T-チューブを留置して手術を終了した（本件外科手術）。

8 月 8 日、由布子さんの総胆管結石の状態を確認するため T-チューブ造影検査が施行されたが、由布子さんが検査中に痛みを訴えたため、検査は中止となった。

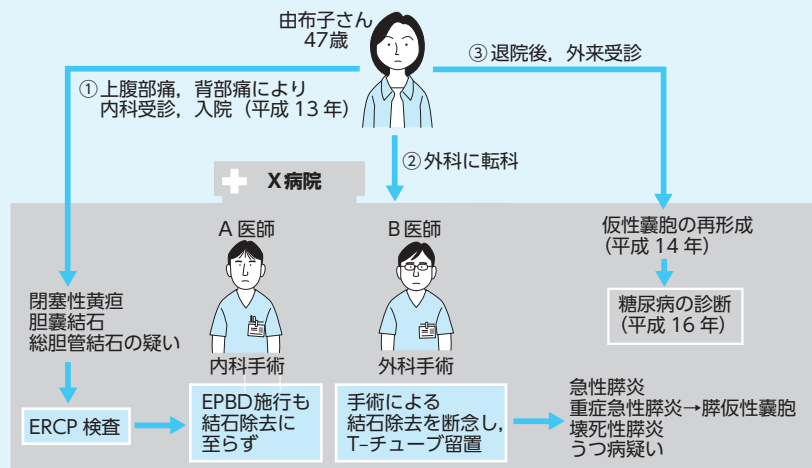
8 月 12 日に由布子さんは、上腹部痛、腰痛を訴えた。夕食時に摂食不良、嘔吐となり、同日夜には T-チューブの排液不良が出現した。翌 8 月 13 日にも上腹部および下腹部痛が存在したため、血液検査が行われ、急性膵炎と診断された。外科観察室へ転床となったうえで、膵炎に対する治療が開始された。

8 月 14 日、腹部 CT でグレード 4 の重症急性膵炎の診断となり、B 医師は由布子さんの腹部動脈にカテーテルを留置して動注療法を開始した。しかし、同月 16 日、フォローアップの腹部 CT で膵臓に一部壊死が確認され、壊死性膵炎の診断が加わった。

その後、膵炎の改善傾向が認められたため、8 月 20 日をもって動注療法を終了し、同月 21 日、中心静脈ラインより中心静脈栄養法を開始した。

そして 8 月 25 日、再度、腹部 CT 検査が行われ、重症急性膵炎の合併症である膵仮性嚢胞の形成が認められた。

9 月 5 日には胆道ファイバー検査、胆管造影検査などが行われたが、総胆管内の結石は確認されず、造影剤の十二指腸への通過も良好であった。



10月3日に膵仮性嚢胞ドレナージチューブからの造影検査を行ったところ、嚢胞腔と主膵管との交通が確認された。そのため、膵液量を減少させ、嚢胞腔を閉鎖させることを目的として、同月4日からサンドスタチン[®]（代謝異常症治療薬）の皮下注射が開始された。なお、その結果、10月31日に施行された瘻孔造影では、嚢胞腔は閉鎖状態となっていた。

悪心などの消化器症状は徐々に消失したが、イライラ感、不眠、不安感が続いたため、11月6日にB医師はサンドスタチン[®]の投与を中止し、同月15日には心理療法士との面談を実施した。

12月3日、紹介された病院の心療内科を受診し、うつ病疑いと診断された。

平成13年12月10日、X病院を退院した。その後、平成14年1月26日にX病院の外来を受診した際、腹部超音波検査により、膵尾部に仮性嚢胞の再形成が認められた。

平成16年10月23日、由布子さんは糖尿病との診断を受けた。

平成14年以降の血糖値は以下のとおりの変動であった。

- 平成14年 7月25日 98mg/dL
- 12月26日 155mg/dL
- 平成16年 8月19日 268mg/dL
- 9月2日 248mg/dL
- 11月4日 352mg/dL
- 12月11日 326mg/dL
- 平成17年 1月8日 402mg/dL
- 平成21年 10月31日 397mg/dL

ERCP：endoscopic retrograde cholangiopancreatography（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）

EPBD：endoscopic papillary balloon dilatation（内視鏡的乳頭バルーン拡張術）



請求

被告（X病院を経営する医療法人）は、原告（由布子さん）に対し、金 4,000 万円およびこれに対する平成 18 年 11 月 22 日から支払い済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。



判決主文

- 1 被告（X病院を経営する医療法人）は、原告（由布子さん）に対し、金 2,325 万 9,296 円およびこれに対する平成 18 年 11 月 22 日から支払い済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。
- 2 訴訟費用は、これを 10 分し、その 4 を原告の負担とし、その余を被告の負担とする。

はじめに

総胆管結石の嵌頓で発症し、EPBD にて結石を摘出しようとしたけれどもうまくいかず、その後、膵炎を発症し、膵炎が沈静化した後に外科的摘出を試みたけれども、やはり摘出できずに術後膵炎の合併症としての糖尿病が後日発症した事例です。外科手術の手技上の過失、糖尿病発症との因果関係が主な争点となりました。

本件内科手術、外科手術における注意義務

まず、原告は本件内科手術において、一般的には EST * が第一選択であるにもかかわらず、A 医師は合理的な理由もなく EPBD を施行したと主張しました。

複数の専門家の意見書では、EPBD の採用自体が問題であるとはされませんでした。由布子さんが 47 歳と若いことから、EST に比べて乳頭機能を残すことが可能な EPBD を採用することは不合理ではないこと、EPBD が未確立の手法というわけではないことなどから、裁判所は注意義務違反を否定しました。

次に、外科手術における手技上の過失について原告は主張しました。本件で用いられた手技自体は成功率の高い手技であるにもかかわらず、結石除去に失敗した点について具体的な手術操作に何らかの誤りが存在したのではないかと、ということです。

それに対して B 医師は、自己の経験において同様の結果に陥った症例は

* EST

endoscopic sphincterotomy（内視鏡的乳頭括約筋切開術）。EST では括約筋を切開するので乳頭機能が廃絶するというデメリットがある。

1 例もなく、最終的に結石除去を断念せざるを得ない事態は想定していなかったこと、経胆嚢管法による採石において結石を取り出す操作に手間どり通常より長時間かかったこと、手術操作により粘膜面を刺激することになり浮腫が発生しやすくなったこと、結石を押し込めてしまったことと浮腫が合わさって結石が抜けなくなったことを証言しました。なぜ操作に手間どったかについては、「……うまく取れなかったとしか言いようがないです」とB医師は答えています。

それについて裁判所の「何らその原因の説明ができていない」というコメントが判決文中にありました。「被告において、そのような原因関係につき具体的な立証を一切せず、また、B医師からも説明がされない状況からすれば、具体的な態様を特定することはできないものの、B医師において、操作上の誤りにより、総胆管結石を総胆管下部に嵌頓させてしまい、その結果として本件外科手術が失敗したものというほかない」というのが裁判所の判断で、損害賠償責任を認めています。

術後併発した重症急性膵炎との因果関係

原告は、手術失敗のため3回にわたり急性膵炎を発症したものであり、特に3回目は重症の壊死性膵炎であって、これらにより膵臓組織が著しく荒廃した結果、ランゲルハンス島数と容積の減少を生じ、血流量の減少も伴ってインスリン分泌の低下を来したことにより、最終的に糖尿病の発症に至った、と主張しました。

これに対して被告側は、一連の治療の流れの途中で、結石が自然排石されて偶発的に重症急性膵炎を併発したと考えられるため、医療行為に伴う過失により重症急性膵炎が発症したとは言い難い、との反論です。

裁判所は、「原告の総胆管結石は、本件外科手術の結果、膵管及び乳頭部により近い総胆管下部に押し込まれている状況であったことからすれば、これによって、急性膵炎のリスクが高まることは明らかであり、また、被告のいう自然排石によるものであったとしても、除去できなかった結石のもたらしたものであることに変わりがない。したがって、被告の上記の主張にかかわらず、本件外科手術における結石の除去失敗と重症急性膵炎との間の因果関係を否定することはできないものというべきである」との判断です。

術中術後の経過から急性膵炎を発症した点について因果関係が否定されることは難しいように思えますが、「膵管及び乳頭部により近い総胆管下部に押し込まれている状況」という表現は、はなはだ公平さを欠くものと感じます。

まとめ

手術においては、過失らしいことがなく手技を進めていても、予想と反する事態が起こることはあり得るものとして考えなくてはなりません。こ

の事例では総胆管結石の摘出が不成功に終わり、術後に膵炎を併発し、それに対する治療が適正に行われたにもかかわらず、数年後に糖尿病を発症してしまいました。

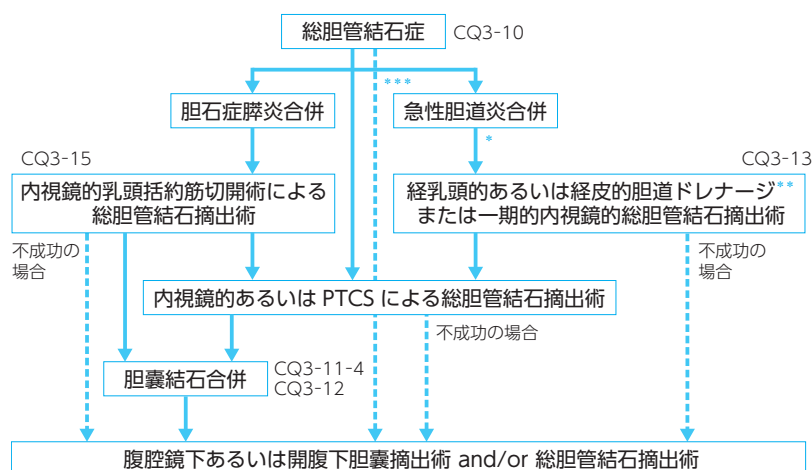
内視鏡的結石摘出術について、日本消化器病学会編集による**胆石症診療ガイドライン¹⁾**によれば、以下の通りです（**①**参照）。

「EST と EPBD の選択基準として、総胆管結石については内視鏡的結石摘出術が第一選択であり、各種治療には適応と限界がある。しかし EST と EPBD の選択基準に厳密な差はない。一般的には EPBD の適応として結石径 1cm 以下、数個の結石、出血傾向がある場合などがあげられる」として、推奨グレード A（行うよう強く勧められる：高いレベルの根拠があり、その便益は害、負担、費用に勝り、臨床的に有用性が明らかである）とされています。

総胆管結石の治療は、①開腹術、②腹腔鏡下手術、③経乳頭的内視鏡治療（内視鏡的総胆管結石摘出術と呼ぶことが多い）、④経皮経肝の治療、に大きく分かります。

多くの報告より、内視鏡的総胆管結石摘出術が腹腔鏡下手術より優れているとされています。内視鏡的総胆管結石摘出術は EST と EPBD に分けられ、その臨床応用においては、EST は出血を伴うことから出血傾向のある患者は適応から除外されます。EPBD については、基本的に適応からはずれるものはないけれども結石径が小さいほうがよいといわれています。その偶発症である膵炎について、欧米の報告では EST に比べ EPBD に膵炎の頻度が明らかに多いという報告があるそうです。しかし、日本では EPBD に工夫を凝らして、適応に従って EST と EPBD が行われているようです。一般的に EPBD については結石径を 1cm 以下、数個の結石、出血傾向がある場合などがより適応と考えられている、とのことでした。

① 総胆管結石症治療のフローチャート



- *：患者状態（DIC など）あるいは施設によって以下を選択する。
- **：手技的に困難であれば経皮経肝胆嚢ドレナージを行う。
- ***：施設によっては直接外科の治療を選択する。

（日本消化器病学会ガイドライン 胆石症診療ガイドライン¹⁾）

教訓

消化器外科医が研修医の時期に初めて執刀医の立場で受けもつ手術の一つが、胆嚢摘出術です。基本に忠実に手術を行えば合併症の発生率が低く、たとえ合併症が起こったとしても、その理由が理解しやすい手術です。

B 医師は「自己の経験において同様の結果に陥った症例は 1 例もなく、最終的に結石除去を断念せざるを得ない事態は想定していなかった……、手術自体が通常より長時間かったこと、手術操作により粘膜面を刺激することになり、それによって浮腫が発生しやすくなること、結石を押し込めてしまったことと浮腫が合わさって結石が抜けなくなった」ということを証言しました。なぜ操作に手間どったかについては、「……うまく取れなかったとしか言いようがないです」、つまり手術手技としてはこれといって明らかな失敗はなかったという意味で、真摯な気持ちで正直に証言したものと想像します。「腹腔内の脂肪が多かった」ので時間がかかった」などといった、原因となり得るような理由があればよかったのでしょうか。この判決にはいささか違和感を覚えます。

○立証責任

医療過誤事件において、被告の責任を基礎づける事実の立証責任は、基本的にはすべて原告が負っています。

いわゆる手技ミスについても、「どのようなミスがあったか」「本来ならどのような操作をすべきであったか」「そうすればミスが起きなかったといえるか」などの点につき、原告が立証責任を負います。

術中ビデオが残っていて手術操作を後から確認できる場合や、意図しない部位を傷つけてしまったなど問題となる行為自体が（それが過失であるかどうかは別として）はっきりしている場合はよいのですが、本件のように、“単にうまくいかなかった”というケースで、術中ビデオもないとなれば、何がミスだったのか、どうすればよかったのかの事後的な検討は難しいものがあります。

本件は、ミスの具体的な態様の特定をしないまま、医師に操作上の誤りがあったと認めているもので、本来は原告が負うはずの立証責任を医師側に転換しているようにも解される判決です。

📖 Chapter 4 の 4 「6 立証責任」(p.67) 参照

文献

- 1) 日本消化器病学会（編集）．日本消化器病学会ガイドライン 胆石症診療ガイドライン．東京；南江堂：2009．p.xvi



9 金額的に折り合いがつかない場合の解決方法

Question

医療過誤の責任を認め、保険会社を通じて患者と交渉していますが、金額的に折り合いがつかず裁判になりそうだと弁護士に言われました。責任を認めているのにどうして裁判になるのでしょうか。

医療者側が医療過誤の責任を認めていても、裁判に発展してしまうときがあります。それは、損害の金額に折り合いがつかない場合です。

1 金額的に折り合いがつかない場合

保険会社が損害賠償額を提案し、患者側がこれに応じれば、Chapter 2の1「**2** 医療過誤を起こした場合の対応」(p.17)で「**1** 示談条項の例」として示したような示談書を締結し、示談を行います。しかし、損害賠償額の評価をめぐって折り合いがつかないこともあります。

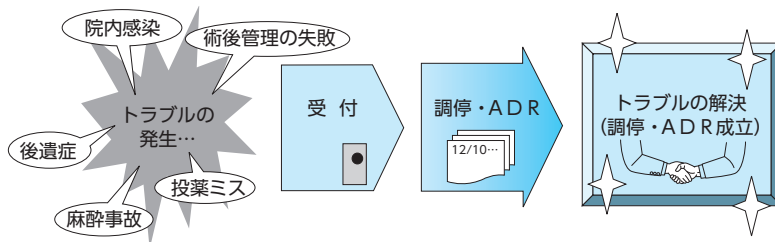
損害賠償額で折り合いがつかない場合とは、賠償水準の違いによる場合、個別の費目について損害の評価が違う場合などです。

2 賠償水準の違い

賠償水準が違うというのは、家族介護費用の日額、雑費の日額、慰謝料額などにおいて、裁判所や弁護士が参照する基準と、保険会社が参照する社内基準とで金額に差があることです。保険会社が有責判断をした場合に提示する損害賠償額は、通常は社内基準によるもので、患者からすると、裁判であれば認められるべき損害賠償額に比べて不十分と考えられる場合もあるために、賠償水準の違いが生じることがあります。

3 損害の評価が違う場合

損害の評価が違うとは、事故前の年収額や介護の必要性や程度、労働能力喪失率の程度について、患者側と保険会社側で評価が異なる場合です。たとえば、高次脳機能障害が残った場合、まったく労務に就けないのか、簡単な労務ならできるのかで、あてはめる労働能力喪失率が違うので、損害賠償額が変わってきます。



4 医療過誤の損害評価の特殊性

こうしたことは医療過誤に限らず、交通事故などでもよくある争いです。医療過誤の場合、患者にもととの疾病があることが多いため、それが損害に含まれているのではないかと争いになることが交通事故よりもよくあるというのが特徴的です。たとえば、心臓疾患に対するカテーテル手術の事故の場合に、患者が100%の労働能力喪失を主張したとして、医療側では心臓疾患のためにもともと60%程度の労働能力しかなかったから喪失率も60%とすべきというような場合です。

5 裁判以外の解決方法

このように双方の考える損害賠償額にギャップがある場合、医療過誤であること自体に争いが無いのであれば、裁判以外の手段で調整を試みることもあります。

調整役となる第三者機関としては、民間ADR*手続、裁判所の調停手続があります。なお、ADR、調停は非公開で行われます。

これらを利用して、中立的な第三者から調整案が出されることで、双方が歩み寄って解決できる場合があります。

しかし、これらの手続には強制力はありませんので、成果があがらず終了することもあり、その場合は最終的には、訴訟手続によって解決することとなります。

* ADRとは

Alternative Dispute Resolution の略称で、「裁判外紛争解決手続」といわれます。広義には裁判所の調停手続も含まれるほか、民間ではさまざまな機関が主宰するADRがあります。

Answer

医療過誤であることに争いがなくても、賠償水準の違いや損害の評価の違いにより、損害賠償額が折り合わないことがあります。金額の争いだけであれば、裁判以外のADRなどの手続での話し合いで解決することもあります。

7 費用負担

Question

患者から起こされた裁判で勝訴した場合、弁護士費用などは患者に負担してもらえるのでしょうか。

裁判にかかる費用は、実費と弁護士費用に分けられます。

1 実費

実費とは、訴訟の当事者（原告、被告）が裁判を進めていく際に裁判所に納める費用のことをいいます。原告は、提訴時に、請求額に応じて訴状に貼付する印紙代^{*}、数千円程度の郵便料を裁判所に納めます。

また、証人尋問を行う場合は証人の旅費・日当、鑑定を行う場合は鑑定費用^{*}がかかり、証人尋問や鑑定を申請した側がひとまず負担します。これらの費用は、**3**で述べる「訴訟費用」の対象となります。

このほかの実費としては、原被告が医師作成の意見書を提出する場合の医師への謝礼などがかかります。

2 弁護士費用

弁護士費用の金額は、弁護士によって異なります。かつては弁護士会が弁護士報酬規定を定めており、これに従って弁護士費用が決められていましたが、2004年（平成16年）に廃止され、個々の弁護士が自由に弁護士費用を設定することとなりました。

弁護士費用の決め方を大別すると、着手金・報酬方式、タイムチャージ方式があります。「着手金・報酬方式」とは、事件の着手時に着手金を、事件の解決時に報酬を受け取るスタイルで、着手金、報酬の金額は、通常、事件の請求額の一定パーセンテージで決められます。「タイムチャージ方式」は、弁護士ごとの時間単価を定め、その事件に費やした時間で費用を計算する方式です。

弁護士費用は、訴訟の勝ち負けにかかわらず、頼んだ側が負担します^{*}。被告が勝訴した場合では、被告が負担した弁護士費用を原告に負担させることはできません。訴えられた医療者側は、たとえ勝訴しても弁護士費用を負担しなければならないのです。

しかし、医療訴訟の医療者側にとっては、これらの費用は、医師賠償責任保険（医賠償保険）を用いれば、保険により賄われます。

^{*} 請求額に応じた印紙代の例

1,000万円請求訴訟：印紙代5万円

3,000万円請求訴訟：印紙代11万円

^{*} 鑑定費用

医療訴訟で多額になるのが、裁判所が専門家（多くは医師など）に鑑定を依頼した場合にその鑑定人に支払う鑑定費用です。その額は内容によりますが、概ね数十万円から100万円とされ、200万円となることもまれではありません。

¹²³ Chapter 4の6 **3**意見書（p.72）参照

^{*}ただし、Chapter 2の7「損害賠償額の計算方法」（p.36）で述べたとおり、患者側の損害賠償額を計算する際には、患者側の弁護士費用は、請求額の1割程度が医療者側の負担として損害賠償額に含まれることが多いです。

¹²³ Chapter 2の5「医師賠償責任保険の仕組み」（p.30）参照

3 訴訟費用の負担

法律は「訴訟費用は、敗訴の当事者の負担とする」と定めています*。裁判に負けたほうが訴訟費用負担とするという原則です。つまり、原告に対する訴訟費用の負担割合も、判決で定められます。

ここでいう訴訟費用とは、裁判に関して原告が負担したすべての実費や弁護士費用を指すのではなく、1の前段で述べた裁判所利用にかかわる実費のみです。

訴訟費用の負担割合は、損害賠償請求訴訟のような金銭の支払いを求める訴訟では、一般的に、請求額に対する認容額（判決で認められた金額）の割合に応じて定められます。請求額の半額程度の認容であれば、訴訟費用は半額ずつの負担となりますが、原告勝訴（すなわち、請求した金額がほぼ認められたような場合）には、被告が、訴訟費用のほとんどを負担することになります。

* 民事訴訟法第61条

なお、訴訟費用の負担というのは、判決では割合を決めるだけで、費用の金額自体はどこにも書いてありません。具体的な訴訟費用の金額を定める手続は、「訴訟費用確定処分」として、訴訟手続とは別に予定されているもののようです。



Answer

裁判で敗訴した場合は、提訴時の印紙などの訴訟費用の負担を命じられます。医療者側の弁護士費用については、基本的に勝っても負けても自己負担ですが、患者側が勝つ場合には医療者側に請求する損害賠償額に弁護士費用の一部が含まれます。医療訴訟の医療者側の場合、医師賠償責任保険を用いれば弁護士費用は保険で賄われます。



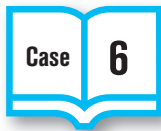
コラム

原告の経済的負担と請求額

訴訟の意義は、決して経済的な意味合いだけではありませんが、弁護士費用も含めそれなりの費用がかかるのも現実であり、特に、原告が敗訴した場合にいわゆる「費用倒れ」になってしまうケースもままみられるところです。ちなみに、「勝訴しても経済的にはマイナス」という場合もあります。

原告の訴えが、お金を得るという経済的な面を主目的としないこともあります。日本では、「損害賠償請求」など金銭請求の形式にしなければ提訴できないものも結構あるので、請求額としては「慰謝料10万円」などの少額にして、裁判所の判決を求めるところに意義がある、と考える訴訟です。医療訴訟の場合、たとえば病院、医師の説明義務違反の点だけを問うような訴訟では、原告の請求が全面的に認められたとしてもそれほど多額の慰謝料としては認定されないことが多いでしょう。長期にわたる難しい訴訟になると、原告側にとっては、「説明義務違反があった」という判決が出たとしても、認められる慰謝料以上に経費がかかることは十分に考えられます。

(中村 誠也)



胃全摘術の術後管理上の過失が争われた事例

大分地方裁判所 平成 21 年 10 月 1 日判決

悦男さん（当時 63 歳，仮名）は平成 16 年 2 月に胃がんの集団検診で異常を指摘され，4 月 13 日に F 病院（被告病院）を受診し，上部消化管内視鏡検査にて胃がんが見つかった。手術適応があるので 5 月 4 日に外科に入院し，H 医師が主治医となった。

5 月 6 日 12 時 55 分頃，悦男さんは手術室に搬入され，全身麻酔下に I 医師，H 医師らによって胃全摘術，胆嚢摘出術が施行された。

本件胃全摘術中，I 医師らは腹部食道（食道胃接合部）に肝左葉が被さっていたことからこれを切離しようとしたが，誤って電気メスで肝臓の同部分を 5mm 程度損傷した。そこで I 医師らは，コアグレーターで損傷部の断端を凝固させた後，出血や胆汁漏出がないことを確認のうえ，アビテン[®]（コラーゲン使用吸収性局所止血材）を貼付した。その後に，胃および胆嚢の全摘を行い，肝臓の損傷部に再度アビテン[®]を貼付し，ドレーンを挿入して閉腹した。本件手術は 18 時 48 分に終了し悦男さんは 19 時過ぎに病室に帰室した。

手術終了後から翌 7 日 8 時まで体温は 36℃ 台であったが，その後 38℃ になり，創部に黄色漿液性のガーゼ汚染が認められ，I 医師は肝左葉損傷部からの胆汁漏出が最も疑われると判断した。腹痛は認められなかったものの，今後胆汁性腹膜炎に移行することを防止する目的と，開腹して胆汁汚染を確認するため，悦男さんおよび妻に説明をしたうえ，同日 15 時頃から 17 時頃にかけて開腹ドレナージ術および肝左葉部分切除術（本件再手術）を施行した。

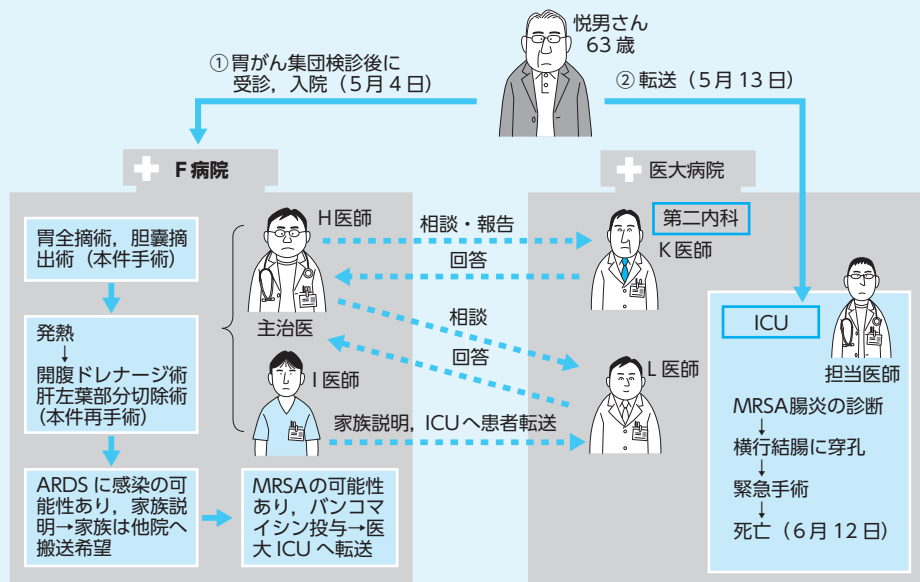
この日の再手術前に行われた血液検査では白血球数が 7,300/ μ L（基準値 4,000 ～ 9,000/ μ L），CRP 値が 2.87mg/dL（基準値 0.3mg/dL 以下），BUN は 13.9mg/dL（基準値 8 ～ 20mg/dL），血清クレアチニン値は 0.75mg/dL（基準値 0.8 ～ 1.2mg/dL）であった。

5 月 8 日午前における悦男さんの状態は，吻合部ドレーンから漿液性，淡血性の排液が，その他のドレーンから漿液性の排液があり，心拍数は 120，血圧（収縮期，以下も同じ）は 120mmHg 台，SpO₂（酸素飽和度）は 98% であった。担当医師は，悦男さんの体内水分量が減少していると考え，生理食塩水を投与して負荷をかけたところ，尿量は 3 時間あたり 60mL にまで増加した。前日に引き続き，午前中からメロペン[®]（抗菌薬；注射用カルバペネム系薬）が投与された。

また，同日昼に行われた胸部 X 線検査の所見は，無気肺はあるが著明な心拡大はないというものであった。血液検査では前日の結果に比べて，白血球数が 2,800/ μ L に減少し，CRP 値は 18.13mg/dL に，BUN は 21.9mg/dL に，血清クレアチニン値は 1.37mg/dL にそれぞれ上昇していた。

同日 21 時には悦男さんの血圧は 60mmHg 台まで低下し，23 時には気分不良，嘔気を訴えたので，フェイスマスクにて酸素を 3L/分で投与した。生理食塩水 500mL，エホチール[®]（昇圧薬）を投与することで 9 日 4 時 30 分には血圧が 100mmHg まで上昇した。

同日午前に行った血液検査結果によれば，白血球数は 4,300/ μ L，CRP 値は 27.51mg/dL



であり、同日午後には、白血球数は $3,300/\mu\text{L}$ 、CRP 値は 32.87mg/dL であった。体温は同日 10 時には 37.4°C であったが、12 時過ぎには 39°C 以上に上昇した。担当医師は、白血球数は正常範囲であるが、血小板数が減少し、CRP 値が急上昇したことおよび高熱があるといった状態から、重症感染症を発症している可能性があると考え、献血ヴェノグロブリン® IH の投与を始めたほか、SIRS（全身性炎症反応症候群）や DIC 発症の可能性があると考え、各種ショックに対して用いられる薬剤であるエフォーワイ®（腭疾患治療薬）を 1 日あたり $1,500\text{mg}$ の割合での投与を開始した。

5 月 10 日 8 時には 10L/分 で酸素を投与しているにもかかわらず、 PaO_2 （動脈血酸素分圧）は 53.8mmHg で、改善がみられないため気管挿管がされ、人工呼吸器が付けられた。

同日 10 時 10 分頃、 PaO_2 は 86.6mmHg に上昇したが、白血球数は $8,500/\mu\text{L}$ 、CRP 値は 39.26mg/dL に上昇したほか、当時の PT 活性値、APTT 活性値、フィブリノーゲン値および D・ダイマー値から、DIC の前段階が疑われた。また、胸部 X 線写真上、無気肺の陰影がやや増強しているように思われたため、急性肺障害改善を期待してエラスポール®（呼吸障害改善薬）が投与されたほか、同日 10 時 30 分頃には胸部 CT 検査が行われた。

放射線科医は、肺実質に浮腫があり、両下葉に無気肺があつて、心拡大もみられると診断した。また、H 医師は医大病院第二内科の K 医師に画像および検査データを電子メールで送信したうえで相談したところ、K 医師は、悦男さんは ARDS であり、同月 7 日から投与されていたメロペン®（抗菌薬）および同月 10 日に試験的に投与されたチエナム®（抗菌薬；注射用カルバペネム系薬）はあまり効果がないようなので、ニューキノロン系薬に変更すべきであり、抗菌薬で改善しなければ MRSA や薬剤耐性緑膿菌、真菌が原因菌となっている可能性が考えられるから、血液培養および痰培養検査が必要である、エラスポール®やエフォーワイ®などの投与はそのまま継続してよいとの回答をした。そこで H 医師は、同日夕方から抗菌薬をチエナム®からパズクロス®（抗菌薬；ニューキノロン系薬）に変更し、心房

細動に対してはジギラノゲン[®]（強心利尿薬）を投与したところ、夜間には心房細動が消失し、尿量も増加したほか、血圧も 100mmHg 以上となった。

CT 検査が行われた後、I 医師は家族に対し、悦男さんが ARDS という肺炎に罹患しており、専門医と連携をとって対応する旨説明をした。その際家族は、悦男さんを他院へ搬送してほしいと希望を述べたが、同医師は、現時点では搬送の危険性が多少あるので搬送可能になった時点で知らせると説明をしたところ、家族は特に異議を述べなかった。

5 月 11 日、H 医師が医大の K 医師に現状を報告したところ、K 医師からは MRSA 感染の疑いを指摘され、血液培養および痰培養検査を頻回に行うこと、MRSA に対して抗菌薬バンコマイシン塩酸塩を予防的にも早い段階で投与すること、便培養も行うことなどを指導されたほか、気管チューブの抜管は血液検査の結果によって肺炎が改善してからするのがよいこと、その他の治療はすべて問題なくできていることを指摘された。そこで、同日 18 時過ぎ頃からバンコマイシン塩酸塩が点滴静注された。同日の白血球数は 10,200/ μ L、CRP 値は 42.45mg/dL であった。

H 医師は翌日、医大第二内科の L 医師に相談した。L 医師は、CT 画像上スリガラス状の陰影が減っていて ARDS は改善傾向にあるが、両下肺野の肺炎像が増強していること、むしろ高酸素状態による肺障害を警戒して吸入酸素濃度を 50% 以下に落としたほうがよいこと、抗菌薬は腎機能障害に注意して投与すべきこと、悦男さんに関するデータが改善傾向にあり、よい方向に向かっていることを指摘した。

5 月 13 日、I 医師は家族に対し、本件再手術後に ARDS という重い肺炎になったが、前日の CT では改善傾向がみられ心臓の機能も落ち着いており、この時点における肺および心臓の状態からすれば医大病院へ搬送が可能であるので、医大病院 ICU の医師に依頼をしたことを説明をし、同日 14 時頃悦男さんを医大病院 ICU に転送した。

担当医師は、CRP 値 7.35mg/dL、白血球数 13,500/ μ L、BUN 102.01mg/dL、血清クレアチニン値 3.77mg/dL などから、多臓器不全の状態にあると診断した。

5 月 14 日の未明から多量の水様便が認められ、また、同月 12 日に被告病院で採取していた糞便および喀痰から MRSA が検出されたことが判明するとともに、前日の血液培養検査および痰培養検査の中間報告において、グラム陽性球菌の検出があるとの報告があった。担当医師は、MRSA 腸炎を発症しているとの診断に基づき、14 日からバンコマイシン塩酸塩 0.5g の経口ないし経腸および点滴投与を開始し、1 日に 4 回の割合でこれを継続した。

5 月 26 日には MRSA も検出されなくなっていたところ、横行結腸に穿孔が発見されたため、翌 27 日に緊急手術を行い、ピンホール大の穿孔を縫合閉鎖した。

悦男さんはその後も状態が回復せず、6 月 12 日 11 時 11 分に死亡した。

剖検記録には、「MRSA 腸炎、MRSA 肺炎を契機に起こった多臓器不全（特に肺、肝、腎）が直接死因になったと考えられる」との記載があり、死亡診断書には、直接死因たる多臓器不全の原因として「急性呼吸不全、MRSA 腸炎、腹腔内膿瘍、腹膜炎」との記載があった。

SIRS：systemic inflammatory response syndrome（全身性炎症反応症候群）

DIC：disseminated intravascular coagulation（播種性血管内凝固〈症候群〉）

ARDS：acute respiratory distress syndrome（急性呼吸促迫症候群）

MRSA：methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）

**請求**

被告（F病院の設置者であり、悦男さんの治療に当たった医師の使用者）は、原告（悦男さんの妻）に対し、2,763万円、原告ら（悦男さんの子3人）各自に対し、865万円およびこれらに対する平成16年6月12日から支払い済みまで年5分の割合による金員を支払え。

**判決主文**

- 1 被告（F病院の設置者であり、悦男さんの治療に当たった医師の使用者）は、原告（悦男さんの妻）に対し、2,450万5,954円およびこれに対する平成16年6月12日から支払い済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 被告（同上）は、原告ら（悦男さんの子3人）に対し、それぞれ766万8,651円およびこれに対する平成16年6月12日から支払い済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 3 訴訟費用は、これを10分し、その9を被告（同上）の、その余を原告ら（悦男さんの妻、子3人）の負担とする。

はじめに

胃がんで胃全摘術を受けた後に容態が悪化して、MRSA感染症に罹患したのですが、それを疑って検査をしなかったことが術後管理における過失として、死亡原因との因果関係を問われた事例です。

術後管理に関する過失

裁判所はまず、

- ① 65歳以上の高齢者は、術前より口腔内や鼻腔内に存在していたMRSAが術後に消化管や気管を通してMRSAによる術後腸炎や肺炎を引き起こしやすいという医学的知見
- ② 術後感染症の場合には熱発を経てSIRS状態になり、血液・血清学的検査において感染症特有の所見を示すという証言
- ③ MRSA腸炎の臨床症状が下痢、発熱、全身炎症反応、ショック症状などであり、男性に多く、平均年齢も60歳前後で、術後2～5日目までに多くが発症し、胃全摘術後には胃酸がなくなる関係で他の手術後に比べて発症しやすいという証言

④ MRSA 感染症を疑う場合には細菌を同定するために、排液、血液などの細菌検査を行うべきであるという鑑定の結果などを提示しました。

そして裁判所は、5月10日の時点まで細菌検査がなされずに抗菌薬の投与のみが行われていた点に注目しました。当時63歳であった悦男さんは高齢者に近い年齢であり、術後経過から上記医学的知見に照らし合わせて、一般的にMRSA感染症を発症しやすいといえる状態にあり、術後2日目までにMRSA感染症を含む術後感染症を疑うべき所見があったのだから、その可能性を念頭に置いて、排液や血液などについて細菌検査を行う注意義務があった、と過失を認定しています。

これに対して被告は、肺の画像所見などにおいてARDSではあったけれども5月8日当時はMRSA感染症はみられなかった、ドレーンからの排液が汚染されているといった感染の徴候もみられなかったことなどをあげていましたが、それらは直ちに感染症を否定してよいことにはならないし、担当医師が5月7日から継続してメロペン[®]を処方していることからMRSAを含め感染症の疑いを否定していたとは認め難いことなどから、MRSA感染症を疑って検査を行うべきだったというわけです。

死亡との因果関係

次に、この過失と悦男さんの死亡との間の因果関係について、悦男さんは8日の時点でMRSA感染に罹患して翌9日にはMRSA腸炎を発症していたものと推認され、医大病院に転送された時点では多臓器不全の状態にあって、全身状態が改善することなく6月12日に死亡したと裁判所は認めました。他に死亡原因が認められない限りは、MRSA感染症によって全身状態が悪化したことが悦男さんの死因であると認めるのが相当であるとして、これを死因と判断しました。

5月下旬に横行結腸の穿孔が生じたことがMRSA感染症を制御できなくなった一因であるとの見解も、この死因を否定するものではないと補足しています。

MRSA 感染症の治療と予後の検討

このように、悦男さんの死因はMRSA感染症であったと裁判所は認め、その治療の効果および予後について検討を加えています。

裁判所はまず、MRSA感染症を治療するにはバンコマイシン塩酸塩の投与が有効である、MRSA腸炎には経口投与のみが有効で点滴投与は有効ではないとの鑑定結果を引用しています。そして、悦男さんにバンコマイシン塩酸塩の点滴および経口ないし経腸投与が継続的に行われた結果、MRSA腸炎が治癒したことから、バンコマイシン塩酸塩の投与の有効性について裁判所は認めています。

しかし、5月8日に細菌検査*が行われれば、同月10日にはバンコマイシン塩酸塩が投与され得たし、そうでないとしても同月9日にはMRSA

*細菌検査に要する期間は2日あれば足りるとされている。

腸炎を発症しているから、便について細菌検査が実施されていれば、11日にはバンコマイシン塩酸塩が投与されていただろうと仮定しています。そこから、本件過失に係る注意義務が果たされていればバンコマイシン塩酸塩の経口投与は3～4日早まったであろうし、そうであれば予後を好転させる事情となるというのが裁判所の判断です。

以上の事情を総合考慮することによって、本件過失と悦男さんの死亡との因果関係が肯定されたということなのです。

他の過失の検討

前述の結論によって被告の過失が認定されたわけですが、原告らは以下の過失についても主張しています。（一部略）

① 本件胃全摘術時における手技の誤りの有無

被告らは電気メスで肝実質を誤って損傷したわけですが、それを直ちに過失と認めるのは疑問であり、その後の処置が不十分であったともいえないとしています。

② 5月10日における転送義務違反の有無

原告らは、5月10日にARDSと診断されて気管挿管された時点で嚴重な全身管理が必要であったこと、同日に原告らが転送を希望したこと、の2点を根拠として上記義務違反を主張していました。しかし、ARDSだからといって直ちに大学病院などの高次医療機関に対する転送義務の根拠になるとは言い難く、転送しないことに原告らが納得していたのだから転送義務違反はなく、転送が遅れたという過失もない、と裁判所は判断しています。

まとめ

腹部外科の術後管理において、MRSA感染症の発症は近年非常に多くなっています。

MRSAの診断と治療指針については、日本感染症学会と日本化学療法学会による抗MRSA薬使用の手引き¹⁾（2008年改訂）が参考になり、その冒頭に①のようにまとめられています。

① 抗MRSA薬使用の手引き（1）

- ① 感染症の治療に十分な知識と経験をもつ医師またはその指導のもとで行うこと
- ② 原則として抗MRSA薬および他の抗菌薬に対する感受性（耐性）を確認すること
- ③ 投与期間は、感染部位、重症度、患者の症状等を考慮して適切な時期に抗MRSA薬の継続投与が必要か判定し、治療上必要最小限の期間にとどめること

（日本感染症学会・日本化学療法学会．抗MRSA薬使用の手引き〈改訂〉¹⁾）

② 抗 MRSA 薬使用の手引き (2)

感染症が疑われる症例で、かつ以下のいずれかに該当する場合には MRSA の関与も否定できないので、細菌検査を再度実施する。なお、前投与抗菌薬や臨床経過、疾患の重症度を考慮して抗 MRSA 薬の使用を検討する。

- 先行抗菌薬が無効の場合
- 真菌感染症が否定された場合
- 易感染状態の宿主
- 長期入院の症例

(日本感染症学会・日本化学療法学会. 抗 MRSA 薬使用の手引き〈改訂〉¹⁾)

また、この手引きには MRSA 感染症診断チェックリストがあり、②のような場合には、MRSA が検出されなくても MRSA 感染症を考慮する症例であるとされています。

教 訓

本事例では、当初予定された胃全摘術に加え、翌日には再開腹によるドレナージおよび肝左葉部分切除術が行われています。

短い間に 2 度の開腹術というのは、免疫状態をはじめ全身の抵抗力を悪化させる可能性があります。手術直後の採血結果に比べて 5 月 8 日の結果が急激に悪化し、その後も全身状態が悪くなっているところから、この時点で重症感染症の可能性を予想して、細菌検査、抗 MRSA 薬の投与など、慎重に治療を進めていく姿勢が必要だったのだということでしょう。

○ 診断と治療の遅れ

本件は、数日の診断と治療の遅れをもとに、患者の死亡に対する医療機関の責任を認めた裁判例です。

MRSA 感染症が死因であることを前提にすると、バンコマイシン塩酸塩の投与時期が予後を左右することとなります。

実際の経過では、患者は、被告病院において 5 月 11 日から 12 日まで「予防的に」という趣旨でバンコマイシン塩酸塩を点滴静注されていましたが、13 日に医大病院に転送され、MRSA 腸炎との診断のもとに、14 日から経腸および点滴投与を続けられました。

裁判所は、被告病院が細菌検査をしていれば 5 月 10 日、遅くとも 11 日からバンコマイシン塩酸塩を経口投与できたはずで、実際よりも 3、4 日早まることで患者の予後が好転できたとして、被告病院の過失と患者の死亡との因果関係を認めているのです。



文献

1) 日本化学療法学会. 抗 MRSA 薬使用の手引き〈改訂〉. http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/koMRSA_1.pdf



判決文の内容構成

公開された民事訴訟の判決文をもとに、本書では読みやすいように平易な文章に書き直しています。もともとの判決文は、おおまかに以下のような構成になっています。

まず、判決の主たる内容である、金銭面での支払い命令や権利関係などが「主文」として冒頭に書かれています。次に「事実及び理由」として原告からの「請求」があり、判決文の最初の部分で裁判の金銭的な概要が理解できるようになっています。

裁判がどのような内容なのかは、「事案の概要」に書かれています。ここで、当事者としての原告、被告が誰であるのかが判明し、争いのない事実が時系列で提示されています。争点を理解するうえでこの「事実の概要」を過不足なく要約したのが、本書 Part II のそれぞれの事例の冒頭の部分です。

争いのない事実を理解すると、その次にはいくつかの争点があげられています。それぞれの争点には、原告の主張とそれに対する被告の主張が簡潔に書かれています。多くの判決文は最後の争点として、原告が被った損害額がその理由とともに掲げられ、それに対して「原告の主張は争う」との被告の主張で当事者間の主張が締めくくられています。

次にくるのが、裁判所の判断です。裁判所は、双方から出された証拠や証人の証言などから、概要よりもさらに詳しい認定事実をあげ、それをもとに各々の争点に対して判断を加えていきます。

判決文は A4 判の用紙にプリントアウトして少なくとも 20 ～ 30 頁、長いものは 60 頁を超すほどに長く詳細に書かれています。興味のある分野の医療訴訟判決文を入手したとして、たとえ私の専門である麻酔科領域の訴訟であっても、一度や二度の通読ではほとんど理解できません。判決文が難解であるというのはよく知られた事実で、一つの文章の中にいくつかの接続詞でつながれた文章がつづられていて、400 字を超してやっと句点が現れるというのは珍しくはないのです。また、判決文は公文書ではありますが、公開するにあたって担当者が手作業で入力しているのでしょう、明らかな誤植が数か所、たぶん誤植であると思われるのが 10 か所以上見受けられました。この執筆をするまでは、公開された判決文は完全な文章であると思っていましたが、実はそうでもないことに多少の驚きを覚えました。

(白崎 修一)

りんしょう い
臨床医のための
い りょう そ しょう かい ひ
医療訴訟を回避するケーススタディ 40

2013 年 4 月 26 日 初版 第 1 刷発行©〔検印省略〕

編著……………しらさきしゅういち さわむら ゆたか たばたあやこ なかむらせいや
白崎修一，澤村 豊，田端綾子，中村誠也

発行者……………平田 直

発行所……………株式会社 中山書店

〒 113-8666 東京都文京区白山 1-25-14

TEL 03-3813-1100（代表）

振替 00130-5-196565

<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

DTP 制作・装丁……………株式会社芳林社

印刷・製本 ……………株式会社シナノ

ISBN978-4-521-73704-1

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd. Printed in Japan

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

- 本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権（送信可能化権を含む）は株式会社中山書店が保有します。

- **JCOPY** 〈(社) 出版者著作権管理機構 委託出版物〉

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社) 出版者著作権管理機構（電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

- 本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。