

平成 26 年 1 月 20 日

東京弁護士会「医療過誤法部」 判例研究レジュメ

弁護士 永 島 賢 也

最高裁平成 20 年 4 月 24 日判決（民集 62-5-1178）

【事例】チーム医療が行われる場合において、チーム医療の総責任者が患者や家族に対して手術の説明を行う義務について判示したもの

疾患：大動脈弁閉鎖不全

患者：67 歳男性（P） 術後、まもなく死亡

病院：大学病院（K）

術式：大動脈弁置換術、（右冠状動脈バイパス術）

主治医＝G（患者 P への説明担当者）

執刀医＝O（チーム医療の責任者／心臓外科の教授）

請求額＝8216 万円

参考文献：大川真郎著「ある心臓外科医の裁判」＝医療訴訟の教訓＝（日本評論社）

事実経過の概要

P（67 歳）は、平成 11 年 9 月ころ、本件手術を受ける決心をし、同月 20 日、本件病院の心臓外科に入院。本件病院では、K 大学医学部心臓外科助手（病院講師）である G 医師が主治医となり、術前諸検査が実施され、同心臓外科は、大動脈弁置換術の手術適応を確認。G 医師は、同月 27 日、P 及び家族らに対し、翌 28 日に予定された本件手術の必要性、内容、危険性等について説明。同 28 日午前 10 時 10 分ころ、本件手術が開始され、O（心外の教授）が、主に術者となって本件手術を実施。しかし、P は、翌 29 日午後 2 時 34 分ころ死亡。

K 大学病院、O 教授、G 医師が提訴され、G 医師は、遺族の主張を認め、400 万円を支払い、和解。その後、遺族側の証人となった。

第一審は、被告らの過失ないし説明義務違反を否定し、原告らの請求をすべて棄却した。

第二審は、「K 病院におけるチーム医療の総責任者であり、かつ、実際に本件手術を執刀することとなった被告 O には、P ないしその家族である原告らに対し、P の症状が重症であり、かつ、P の大動脈壁が脆弱である可能性も相当程度あるため、場合によっては重度の出血が起こり、バイパス手術の選択を含めた深刻な事態が起こる可能性もあり得ることを説明すべき義務があったといふべきである。」と判示して、O 自らの説明義務違反を認め、民法 709 条に基づき、原告らの被告に対する請求を一部認容した（330 万円）。

原判決に対し、O のみ（K 大学病院は不服申立をしなかった）が上告及び上告受理申立てをしたところ、第一小法廷は、上告受理決定をした上、原判決中の O 敗訴部分を破棄し、本件を原審に差し戻した。

差戻審で、遺族は訴えを取り下げ、O はこれに同意。遺族は、既に、大学病院から第二審で認められた損害賠償金を受領していたもので、裁判を続けるメリットがなかったといえる。

チーム医療

チーム医療という用語については、「複数の医療関係者が協同して患者の治療に当たる場合」のことであるとする文献（中川淳＝大野真義編『医療関係者法学』89 頁〔佐久間修〕）があり、本判決は、このような文献の用語法に従って、病院の心臓外科における P に対する診療がチーム医療に当たるとした。

医療施設において、患者の主治医が決められているような場合、患者やその家族に対して手術についての説明をするときには、主治医がこれを行うこととする旨の運用上の指針が定められている例もある。本件病院において、そのような指針があったかどうかは明らかではない。主治医 G から P やその家族に対し手術についての説明が行われた。

高裁と最高裁

高裁は、O がチーム医療の総責任者であり、かつ、本件手術を執刀することとなったという事情を理由として、P ないしその家族に対し、O みずからが本件手術について説明をすべき義務があるとしたが、これに対して、最高裁判決は、主治医の具体的な説明内容、知識、経験、主治医に対する O の指導監督の内容等について審理、判断することなく、上記の事情のみを理由に、不法行為法上の責任として O みずからの説明義務違反を肯定するべきではないと解した。

論点

①チーム医療の総責任者及び手術の執刀者が、患者やその家族への手術の説明について、不法行為法上いかなる義務を負うか

②患者の主治医が決められ、その者に手術についての説明がゆだねられたような場合に、チーム医療の総責任者自身の説明義務はどうなるか

結論

本判決は、まず、患者の生命・身体の安全を預かる重責を担う者として、チーム医療の総責任者が、患者やその家族に対して、手術についての説明に関して負っている義務を、積極的に肯定した上、その義務の内容を明らかにした。

チーム医療の総責任者は、条理上、手術の必要性、内容、危険性等についての説明が十分に行われるように配慮すべき義務を負うのであり、自らが説明しないのであれば、主治医等が十分に説明をしているか監督し、確認するなどの義務があるというべきである。

次に、本判決は、手術についての説明をゆだねられた主治医が、その説明をするのに十分な知識、経験を有し、チーム医療の総責任者が必要に応じて当該主治医を指導、監督していたときには、当該主治医の上記説明が不十分なものであったとしても、同総責任者は説明義務違反の不法行為責任を負わないと判示して、主治医の上記説明が不十分なものであっても、同総責任者が説明義務違反の不法行為責任を負わないとした。

この点については、医師は、必要なトレーニングを受け、試験に合格した上で医療行為を行う免許を付与されているのであり、主治医となった者はその地位に応じた権限と責任をもって医療行為を行うのであるから、チーム医療の総責任者が患者への十分な説明を単独で行い得る知識と経験を備えた者を主治医として選んだようなときには、その者に対する上記監督ないし確認義務は軽減されるべきであるという考え方に見える。もっとも、上記総責任者が免責されるためには、「必要に応じて当該主治医を指導、監督していた」ことが必要。

サイドストーリー

マスコミ報道に関する名誉毀損訴訟／医師相互の名誉毀損訴訟／医師への刑事告訴／弁護士への刑事告訴／弁護士の懲戒請求

本件大動脈弁置換術・バイパス術の経過

10:10 胸骨を正中で切開、ヘパリン（血液凝固防止剤）投与、心臓露出、上行大動脈に送血管を、上大静脈下大静脈に脱血管を挿入、10:45 体外循環開始、／上行大動脈遮断、心筋保護液注入、上行大動脈を切開（切開線は抹消側に凸の弧状）、大動脈弁露出、大動脈弁（径 27mm）を切除、人工弁（径 25mm）を縫合（反転マットレス縫合、短冊状フェルトで補強）、上行大動脈の切開部分の縫合（U字縫合と連続縫合の二重縫合）、13:03 大動脈の遮断解除（遮断時間約 2h）・・・徐々に血圧を上げたところ、縫合部から出血、追加縫合しても出血、追加縫合の反復により止血、15:30 ころ O 医師退室

G 医師らにより、MUF 施行、プロタミン投与、送血管脱血管抜去、60 分後 600cc の出血、止血困難、再度体外循環開始、G 医師が家族に説明（血管がもろい、縫合部から出血続く）、G 手術室に戻る

17:00 ころ大動脈遮断を再開、切開部付近に 2 本のスリット（裂開）発見、人工血管パッチ装着、18:50 大動脈遮断を解除、体外循環離脱困難、補助循環開始、その後、中止と再開を繰り返す。

21:20 O 医師術室に戻る、補助循環をやめると右室機能が低下、心筋梗塞の疑い、22:36 大動脈・右冠状動脈バイパス術開始（大動脈と病変部抹消部を静脈グラフトで連結）、23:00 O 医師退室、主治医 G が術後管理、体外循環離脱、循環不全、翌日 3:00 ICU 移行、14:34 死亡

*MUF(Modified Ultrafiltration) 血液が薄くなっている状態から速やかに血液を濃くして輸血量の削減、循環動態の改善をはかる、と説明されている。

*PCPS 経皮的循環補助装置

死亡原因は何か

鑑定人による鑑定結果（一部抜粋）

(1) 本件患者の死因は何か。

一般に手術死亡は多くの原因が重なって起こるもので、原因を特定することは難しい。本件は①大動脈が脆弱（本件の死亡に影響を与えた最重要因子であると思われる）であったことにはじまり、②それを普通より慎重にテフロンプレジエクトをつけて縫ったにもかかわらず出血したこと、③止血の

ための追加縫合をしたが止血できなかったこと、④そのために再度人工心肺をまわしてパッチを使って大動脈閉鎖を再施行せねばならなかったこと、⑤それまでの経過中に発生頻度は低いが開心術にとって最も忌むべきまた危険な心筋梗塞という合併症が起こったこと、⑥これを CABG によりうまく対処され、いったんは心機能が回復したが、そのまま回復の波に乗らなかったことなどを指摘できる。

出血によるショック死や出血による心筋疲労のための両心不全の可能性はないと考えられる。

(2) 心筋梗塞と死因との関係。

心筋梗塞は心筋の収縮不全や拡張不全あるいは不整脈を招来し、心機能を低下させる。CABG により心筋への血流が回復したが、阻血あるいは虚血にさらされた心筋細胞は一部は回復するが、全てがすぐに回復するわけではない。したがって、心拍出量が術前の 1.7L/min より、4.6L/min に増加し、生存可能な状態まで心機能は改善しているが、これは心筋細胞がすべて回復したことを意味していない。心筋の傷害の程度は不明であるが、心筋梗塞が術後の状態を重篤にし、回復に影響を及ぼしたことは否定できない。

しかし、心拍出量 4.6L/min、CVP15-17mmHg、血圧 80mmHg 前後の人工心肺後の状態より考えて、重篤ではあるものの、心筋梗塞が致命的であったとはいえないと思われる。

* CVP=Central venous pressure 中心静脈圧 循環血液量の過不足や心臓機能の低下がわかる

(3) 死亡結果との因果関係。

(1) で述べたように死亡を回避し得たかどうかの判断は当事者ではなく、関係書類だけを見ている者にとって、困難である。書類を詳細に拝見して、期待される医療水準に則した外科治療が十分に行われており、救命のために最高の努力が行われていると考える。特に、右室梗塞の診断、それに対する CABG の決断と敏速な施行は立派と考える。ただ 1 点、とても明弁はできないが、あえて疑問を呈するならば、CABG 術後の管理である。CABG 完成後、大動脈遮断を解除した後の人工心肺（補助循環）が 20 分と短く、虚血にさらされていた心筋が回復するには十分でなかった可能性が危惧される。さらに、体外循環停止後 20 分の血液ガス分析で PH7.288、BE-7.3、PO2 54mmHg、PSO2 40mmHg と代謝性アシドーシスを呈しており、さらに血行動態の不安定がある中で、プロタミンを投与して、なお血行動態を悪化させた可能性があるかもしれない。一方では、出血を速くコントロールするためにプロタミン投与を急ぐ必要性もあったと考えられ、プロタミンの投与時期については判断に迷うところであるが、長い人工心肺時間、右室梗塞が発生していたことなどを考えれば、ここはもう少し長く人工心肺で補助循環をしつつ、心筋の回復を助成し、アシドーシス、電解質を補正し、除水、利尿、抹循環の改善をはかり、その後に人工心肺を停止し、時間をかけてプロタミンを投与するなどの方策もあったのではないかと推測される。しかし、これは結果論であり、さらに現場に居合わせていないので、実態に合わない見当はずれの推量である可能性は十分に考えられる。

* CABG=右冠状動脈バイパス術

* プロタミン=ヘパリンの中和

* 代謝性アシドーシス=血液もしくは他の体液の酸塩基平衡が酸性側に傾くこと

