

原 著

医療過誤・医療訴訟の防止に向けての
法医学的検討

—判例と医療関連死解剖例の分析をもとに—

昭和大学医学部法医学講座

岡部 万喜 佐藤 啓造 藤城 雅也
入戸野 晋 加藤 礼 石津みゑ子
小淵 律子 福地 麗 大宮 信哉
李 曉 鵬

昭和大学医学部臨床病理診断学講座

九島 巳樹

抄録：近年、医療事故訴訟が絶対数の増加にとどまらず、相対的にも増加している。しかし、どのような事例で刑事責任を問われ、あるいは民事訴訟を提起されるかを、実際の裁判例と医療死亡事故解剖例の両面から分析した報告はみられない。本研究では医療訴訟が提起される確率の高い、医療死亡事故と重い後遺障害が残った事例の判例を分析するとともに、法医学講座で扱われた医療関連死の解剖12例を分析することにより、どのような事例で刑事責任を問われるか、あるいは高額な損害賠償を命じられるか、もしくは低額の慰謝料の支払いにとどまるか、さらに、まったく責任を問われないか、裁判と解剖の実際例の分析をもとに同種の事故発生および訴訟提起を予防することに重点を置いて検討した。その結果、まず判例の分析から、診療を拒否すると民事責任を問われる可能性があること、患者本人に詳細な病状説明が困難な、たとえば末期がんの事例では家族への説明義務を果たさないと民事責任を問われること、昭和末期から平成10年代にかけ癌の告知が家族主体から本人主体へと移行し、時代の変化に対応した告知を行わないと民事責任を問われること、その時点での医療水準に適った医療を行わないと民事責任を問われること、治療に際し、患者は医師に協力しないと損害賠償・慰謝料の支払いを受けられないこと、医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在が証明されなくても、医療水準に適った医療が行われていれば、患者がその死亡の時点で、なお生存していた可能性が証明されるときは医師が不法行為による損害を賠償する責任を負うこと、看護師の薬物誤認が原因の過誤であっても指示した医師も民事責任を問われる可能性のあること、医師の指示自体が誤っていても、それを医師に確認せず、そのまま処置をした看護師にも民事責任が問われること、医療過誤刑事裁判では「疑わしきは罰せず」という刑事裁判の鉄則が適用されず、被告の過失というより医療機関の設備や医療システムの問題が主因の場合でも直接、医療行為に当たった医師、看護師が刑事処罰される危険性があること、重大な過誤の場合、主治医だけでなく、指導医、さらに診療科長まで刑事処罰される危険性があることなどが明らかとなった。次に、解剖例の分析から、事故および訴訟の予防対策として、医師は看護師から要請があったら必ず真摯に診察すること、医師は常に患者の急変の可能性を念頭におくこと、看護師も患者の病状を常に念頭に置き、当直医に連絡して診察がないときは主治医まで連絡すること、医師は必要でない治療を行わないこと、医師は自分の専門領域の疾患だけにとらわれず、患者の全身、心の中まで診ること、腹痛や頭痛を訴える患者には医師も看護師も特に慎重に対応することなどが挙げられた。以上の結果から、民事訴訟の発生を防ぐには、医師や看護師らの医療従事者は至誠一貫の精神のもと、常に患者および家族に対して誠実に対応するとともに、医療従事者間の壁を取り除き、チーム医療によるダブルチェックシステムを構築することが肝要であると考えられる。

キーワード：医療過誤, 民事訴訟, 刑事責任, 判例分析, 法医解剖

全国地方裁判所に係属した民事事件の総数は1990年の10万6871件から15年後の2004年には13万9017件と1.3倍に増加したが、医療事故事件は352件から1110件に増え、3.2倍に増加した^{1,2)}。医療裁判が絶対数の増加にとどまらず、相対的にも増加している。

診療中に思いがけなく期待に反した悪い結果が起こる場合がある。これを総称して「医療事故」といい、①現代の医学では、いかんともしがたい不可抗力の事故、②国や製薬会社に主な責任のある事故、③患者側の過失による事故、④医療関係者の過失に由来する事故、に分類される。このうち裁判で「医療過誤」と認定され、刑事裁判で業務上過失致死傷を問われたり、民事裁判で損害賠償や慰謝料の支払いが命じられるのは④のみである¹⁻³⁾。①～③は医師や病院側には主な責任のない事故であるが、日常の診療や医療事故発生時に患者や家族に対する対応が悪いと、少しでも慰謝料を取ってやろうとする患者や家族が多くなったことが上記の医療裁判の増加に繋がっており、本来①～③に分類され、医師や病院に直接の責任がない事例でも、医療訴訟が提起される傾向にある¹⁻³⁾。とりわけ、医療死亡事故や医療事故で重い後遺障害が残った事例では医療訴訟が提起される確率が高い。しかし、どのような事例で刑事罰を問われたり、高額な損害賠償を命じられたり、低額の慰謝料が認定されるにとどまったり、まったく責任を問われないかを実際の裁判例や医療死亡事故の解剖例をもとに研究した報告は見当たらない。

本研究では医療死亡事故や重い後遺障害が残った事例の過去の判例を分析するとともに、第2著者が経験した、これまでの医療関連死の解剖例を分析することにより、どのような事例で刑事罰を問われるか、あるいは高額な損害賠償を命じられるか、もしくは低額の慰謝料の支払いにとどまるか、さらに、まったく責任を問われないか、実際例をもとに詳細に検討した。仮に、まったく責任を問われなかったとしても、医療訴訟では診療録や心電図、X線フィルム、手術記録、病院日誌等の医療法21条でいう「診療に関する諸記録」を差し押さえられるだけでなく、弁護士との打ち合わせや裁判の出廷に時間を取られるほか、神経を磨り減らすことになる^{2,3)}。そこで、本研究では、医師やコメディカルのどのような言動が医療訴訟を招来するかについても、合

せて検討した。

研究方法

1. 判例分析

医事法判例百選⁴⁾に記載されている判例のうち医療死亡事故11例と重い後遺障害を残した1例の計12例を医師の応招義務⁵⁾、説明義務^{6,7)}、注意義務と因果関係⁸⁻¹¹⁾、チーム医療¹²⁻¹⁴⁾、医師以外のコメディカルの過失¹³⁻¹⁵⁾、患者ケア・病院の管理上の過失¹⁶⁾に分類したうえで、事案の概要、裁判の争点、判決内容を表1に要約する。

2. 医療関連死亡解剖例の分析

第2著者が、これまでに経験した医療関連死亡解剖例12例を司法解剖5例、行政解剖1例、厚生労働省の医療関連死モデル事業の解剖6例に分類したうえで、事歴、主要剖検所見・死因、医療上問題点、民事・刑事処分の項目に分け、表2に要約する。解剖例はいずれも、これまでに論文として発表していない事例に限り、刑事処分が定まっていない事例は分析対象から外した。また、表2の内容は司法解剖鑑定書、行政解剖報告書、医療関連死モデル事業評価結果報告書として提出した内容を要約したものであり、モデル事業の解剖例の中には民事処分が定まっていない事例も含まれているが、評価結果報告書の概要が医療安全調査機構のホームページ(<http://www.medsafe.jp/>)上へ公表されており、後述の如く解剖写真を載せることを避けたので、訴訟の結果に影響を及ぼす恐れはないと判断する。なお、本論文では生年月日の記載を避け、解剖例では年齢も〇〇歳代と記載することにより、本人が特定されないよう配慮した。また、紙数の関係と本人のプライバシーの維持、さらにモデル事業の解剖例では訴訟の行方に影響が出ないように配慮して解剖所見の写真での提示を避け、同種の事故の発生を予防することに重点を置いて検討した。

結果

1. 判例分析

表1記載内容および文献から以下の通り分析した。

1) 事件1

C₁病院はY₁市内の3次救急病院であり、A₁の受傷と密接な関連を要する外科専門医師が本件連絡

時、夜間救急担当医師として在院していた⁵⁾ので、診療拒否の正当な理由はない。医師法 19 条 1 項で規定される医師の応召義務には罰則がなく、医師の倫理規定であるので、夜間救急担当医師に刑罰処罰がないのはやむをえない。以前は医師の応召義務違反は民事責任を発生させないと帰結されていたが、今日では医師の応召義務違反による患者の死亡や病状悪化が不作为による不法行為を成立させる可能性が認められている⁵⁾。原告が慰謝料の請求だけで、損害賠償を請求していないことから、仮に C₁ 病院で受け入れられ、直ちに開胸手術が行われたとしても、A₁ は救命されなかったであろうとの判断と考えられる。いずれにせよ、診療拒否をすると、民事責任を問われる可能性があることを本件は実証している。

2) 事件 2

医師患者関係は準委任契約と考えられており、医師の説明義務に基づく不法行為のほか、診療契約上の債務不履行が医療過誤裁判の訴因となることが多い¹⁷⁾。本判決は診療契約上の付随義務として家族への説明努力義務を本邦で初めて認定した⁶⁾。しかし、本件の被告は病院を経営する法人であるのに、判決が医師の注意義務として論じている点が疑問であり、裁判所は診療契約上の債務不履行に基づくのではなく、医師の専門家責任、すなわち、医師が当然患者に負うべき注意義務の 1 つとして、この付随義務を認定すべきであったと考えられる。いずれにせよ、医師は患者本人に説明することが困難な場合、家族への説明努力義務を果たす必要があることが実証された。

3) 事件 3

昭和 58 年当時、医師の間では患者に対して病名を告げるに当たっては、癌については真実と異なる病名を告げるのが一般的であったと認定している⁷⁾。しかし、その 6 年後の最高裁判決で「医師は患者の疾患の治療のために手術を実施するに当たっては、診療契約に基づき、特別の事情のない限り、患者に対し、当該疾患の診断（病名と病状）、実施予定の手術内容、手術に付随する危険性、他に選択可能な治療方法があれば、その内容と利害得失、予後などについて説明すべき義務がある」と述べている¹⁸⁾。医療過誤裁判では診療当時の医療水準に照らして過失の有無を認定することになっており^{1, 8, 17)}、平成 7

年から同 13 年の 6 年間で癌の告知に対する医師および裁判官の考え方が変化したものと思われる。

本判決で、もう 1 つ注目すべきは治療に際し、患者は医師に協力する責務があることを明言したことである⁷⁾。しかし、本件患者 A₃ は胆のう癌の疑いが強いことを医師 B₃ から告げられておれば、入院予約を自分からキャンセルすることはなかったはずであり、県立病院看護婦であった A₃ は胆石症と説明され、安心してしまったのであろう。

4) 事件 4

不法行為の成立要件として、①故意または過失、②権利侵害、③因果関係、④損害の発生、が挙げられ、これらの要件すべてを不法行為を主張する原告が立証する責任があるとされてきた¹⁻³⁾。故意または過失と権利侵害の因果関係について最高裁は自然科学におけるような厳格な証明までは要求されず、経験則の利用、証拠の総合検討による高度の蓋然性の証明で足りると表明していた¹⁹⁾。しかし、医師の医療行為における過失が認められるにも関わらず、因果関係の立証ができないために医師の責任が免責され、患者もしくは遺族の救済が行われないことが続いてきた⁸⁾。本判決は最高裁として「患者がその死亡の時点において、なお生存していた可能性」、すなわち、延命利益について法益性を認め、医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在が証明されなくても、医療水準に適った医療が行われていたならば、患者がその死亡の時点において、なお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは医師が不法行為による損害を賠償する責任を負うことを生存確率が 20% 以下という低い可能性の事例において初めて認定した⁸⁾。

5) 事件 5

本判決は平成 12 年の前判決が「患者がその死亡の時点において、なお生存していた相当程度の可能性」について生存確率が 20% 以下という低い可能性の事例で初めて認定したのに対し、生存確率が高度の蓋然性がある事例について平成 11 年に最高裁として初めて認定したもので⁹⁾、両判決とも被害者および家族の負担を軽減したものとして大きな意義がある。

6) 事件 6

本判決は、A₆ のショック症状は頸部硬膜外注射の際、注射針が硬膜を穿通して全脊髄麻酔に起因す

る異常反応としての局麻剤反応が発生し、心肺停止状態に陥った蓋然性が高いとして罰金5万円ながらも、刑事的に有罪判決を下し、最高裁においても上告が棄却され、有罪が確定している¹⁰⁾。しかし、本件事故発生はA₆への硬膜外注射は3回目であり、国立病院整形外科医長を務める被告が硬膜外注射に際し、注射針で硬膜を穿通させたとは考えにくく、後天的な抗原抗体反応によるアナフィラキシーショック²⁰⁾の方が可能性が大きいと思われる。事実認定が不十分であるだけでなく、医療過誤裁判においても刑事裁判では「疑わしきは罰せず」が適用されるべきであり¹⁻³⁾、本判決は不当判決と考えられる。

また、昭和44年当時、本判決で要求しているような蘇生措置は到底行われていなかったはずであり、昭和58年の判決時点での医療水準を要求していることにも問題がある。

7) 事件7

本判決の主張するように医師Y₇がA₇の血液につき判定用標準血清を用いたABO式血液型判定を行い、さらに輸血用血液とA₇の血液との間に交差適合試験を行って輸血の安全性を確認する業務上の注意義務を負うことは昭和44年当時であることを割り引いても明らかである¹¹⁾。その結果、行われた異型輸血がA₇の健康に悪影響を与えたことも明白であるので、事件6とは異なり、100%の因果関係が証明され、Y₇に刑事裁判で有罪判決が下されたことも納得できる。しかし、本件の経過をみると、A₇の死亡はY₇が不必要な輸血を行った結果、A₇に劇症肝炎を発症させ、それが原因で死亡させたことが分かる。ちなみに、本件では結果的にA₇の腹腔内の小児手拳大腫瘍は切除されていない¹¹⁾。本件では訴因が途中で業務上過失致死から業務上過失傷害に変更されているが¹¹⁾、その必要性はなく、業務上過失致死を問うべきであった。本件の民事裁判でも、本判決を受け、傷害の限度で、被告人に準委任契約の不完全履行につき、損害賠償・慰謝料請求が認められており¹¹⁾、本来はA₇の死亡に対する損害賠償・慰謝料請求が認められるべきであった。

8) 事件8

従来、医療過誤の刑事責任の追及は直接、患者の治療に当たった医師どまりであった¹²⁾。医師の専門性、独立性という見地から、医師は独立した責任主

体とみられてきたからである^{3,12)}。控訴審の判決と上告審の本決定は医療過誤を犯した医療チームの医師らが所属する診療部門の統括責任者である医師(大学病院耳鼻咽喉科長)の過失責任を肯定した初めての決定である¹²⁾。

本事例は主治医、指導医、科長の過失の競合(過失の同時正犯)事例として処理されたが、過失共同正犯が成立する可能性を示唆する見解もある²⁾。しかし、過失共同正犯を認めるには「共同義務の共同違反」が必要とされ、それは一緒に共同作業を行う者同士の相互に注意し合う義務と理解されていること^{3,12)}を鑑みれば、本件のような科長と担当医らとの間では立場も違い、注意義務の内容も過失の具体的態様も異なるため共同実行中の共同義務違反は認定されない¹²⁾。ただし、共同担当医間では過失共同正犯が認定される余地があり、本件の主治医と指導医らは、これに該当する見方もできた¹²⁾。診療科長ではないが、同じ講座主任である第2著者としては診療科長に、ここまで要求するのは過酷に感じられる。

9) 事件9

本判決は医師の誤った指示に従って麻酔薬の硬膜外投与をした看護婦の過失が、指示内容の当否について判断する立場や能力の欠如と、平成5年当時の看護婦として当然に疑問を持つべき指示内容でないことから否定された¹³⁾。したがって、現在の看護婦が、看護婦として当然に疑問を持つべき指示に対し、医師に何の確認もなく、医師の指示のまま実施した場合、看護婦の過失も認定されることになる。近年、チーム医療の発展とともに、看護婦の専門性の一層の強化が求められるようになり、今後は医師が誤った指示をしたときであっても、看護婦にそれを是正すべき注意義務が認められる事例が増加するものと思われる。ちなみに、無資格の看護助手が医師の指示に従って泣いている乳児に錠剤を服用させ、これが気管に詰まって窒息死させた事件では、裁判所は錠剤の代わりに液体シロップを投与するなど危険防止のための指示を怠った医師に過失を認めただけでなく、常識に反する指示に従って錠剤を服用させた看護助手にも過失を認め、両者に対し、連帯して損害賠償をするように命じている¹³⁾。

10) 事件10

本判決は医師の塩化カルシウムの静脈注射の指示

に対し、准看護師が塩化カリウムを希釈せず、原液のまま静脈注射したために当時6歳の女児が心肺停止となり、生涯介護を必要とする植物状態に陥った事案について、医師には静脈注射に立ち合う注意義務を怠った過失を認定し、准看護師にも医師の指示（准看護師の思い込み違い）に疑問を感じ、医師に指示の内容を聞き返す注意義務があったのに、これを怠ったとして過失を認定した¹⁴⁾。本件では医師は塩化カルシウムを指示しており、注射速度も「5分かけてゆっくり」と注意をしていたことから不適切な指示ではないと主張したが、生理食塩水などで希釈して安全を期す義務を果たさなかったほか、看護師の静脈注射に立ち合う注意義務を怠ったとして医師にも過失を認定している¹⁴⁾。また、本件ではD₁₀看護師もY₁₀₋₃准看護師も静脈注射をゆっくり実施することには注意を払っているものの、注射液の希釈の必要性については疑問を抱いていない。塩化カルシウム、塩化カリウムいずれにしても、電解質調整剤は高濃度投与により不整脈や心停止などの重大な障害をもたらす危険があり、基本的注意として希釈して用いる必要がある²¹⁾ことを知識として習得していなければならない。准看護師に本件判決内容に記載しているレベルで、注意義務を課するのは酷であると思われる。事実、アメリカの州法では実務看護師（practical nurse：日本の准看護師に相当）には静脈注射を認めていない州が多い¹⁴⁾。わが国においても血管注入による危険度の高い静脈注射の実施においては看護師、特に准看護師の実施可能範囲を明確にすることが本件のような医療事故の防止に役立つと思われる。

11) 事件 11

看護師は「傷病者もしくは褥婦にたいする療養上の世話または診療の補助」をすると保健師助産師看護師法5条に規定されている。このうち「療養上の世話」は看護師独自の業務であり、医師の指示を必要としない。これに対し、「診療の補助」は「主治の医師または歯科医師の指示」の下でのみ行うことができる（同法37条）。看護師が診療補助行為を行うにつき過誤を起こした場合、医師は自らの指導・監督が不十分であったことにより生じた結果につき責任を負うものとされてきた¹⁵⁾。A₁₁の罹患しているリー脳症の患者は2、3歳以後、生存していくためには人工呼吸が必須であり²²⁾、人工呼吸器の加湿

加湿チャンパー内に滅菌精製水を補充する行為は診療補助行為とみなされる。したがって、本件担当医も過失を問われるのが従来の判断であったが¹⁵⁾、本件の場合、大学病院という多種・多様な医療機器が存在する環境で、しかも、勤務する看護師も十分訓練されているはずであり、人工呼吸器の加湿加湿チャンパー内に滅菌精製水を補充する行為は看護師単独で行っても、通常の注意義務を果たしていれば、安全に行える操作であり、医師がいちいち操作を確認する必要はないと判断され、看護師のみが刑事処罰され、医師の責任は問われなかったと考えられる。

本件の判決で、もう1つ疑問に感じることがある。それは被告のY₁₁看護師以外にY₁₁看護師の業務を引き継いだ4名の看護師の誰かが滅菌精製水ではなく、消毒用エタノールであることを気が付いておれば、A₁₁を救命できたのではないかという点である。業務を引き継いだ看護師にも加湿加湿チャンパー内に補充する液体が滅菌精製水であることを確認する注意義務があるはずであり、引き継いだ4名の分の過失までY₁₁1人に責任を負わせ、Y₁₁に業務上過失致死まで問うのは過酷な心象を受ける。Y₁₁が注入した消毒用エタノール300mlだけでは死亡に至らなかった可能性も否定できず、「疑わしきは罰せず」を適用するとすれば、業務上過失傷害にとどめるべきではなかったかと指摘しておく。

12) 事件 12

本判決はY₁₂の責任を認定する際に「本訴において氏名を特定することはできないが、存在することは明らか」として、本件管理・監督者を登場させ、本件管理・監督者とB₁₂に注意義務違反を認めている¹⁶⁾。本件管理・監督者の具体的な注意義務は生後まもない新生児をうつ伏せ寝にする場合に守るべき注意事項を新生児担当の看護師に徹底させると同時に、うつ伏せに寝かした後も断続的に観察または監視するように指導することであり、B₁₂の注意義務は新生児をうつ伏せに寝かせる場合に適した寝具等を使用し、断続的に観察および監視することである。さらに、本件管理・監督者に「新生児集中治療部（neonatal intensive care unit: NICU）室に詰めている場合には同室を出なければ、新生児室内のコットを観察することができないような病棟の構造としながら、本件事故当日、NICU室に重症の新生

児がおり、新生児室にも相当数の新生児がいるのに、両室を併せて担当する1人の当直看護婦（助産婦 B₁₂）しか配置していなかったのであるから、その責任は重大である」ことを認め、B₁₂には「新生児の看護の専門家であって、当時ただ1人の新生児室担当看護婦であった B₁₂ 助産婦としては、生後まもない新生児のうつ伏せ寝に適する寝具が手近にならば、うつ伏せ寝に慣れていない生後3日の新生児 A₁₂ をうつ伏せ寝にすべきではないのであり、また、新生児室と NICU 室の両方に用務があるのであれば、両室を巡回するとか、あるいは、それが事実上、困難であるとすれば、呼吸心拍モニター等の機器を使用するとか、上司もしくは当直医に相談するなど何らかの適切な措置を執る義務がある」とした¹⁶⁾。この判決を受け、B₁₂には医療機関で起きた乳幼児の突然死に関する事件で、初めて刑事責任が認定された（東京地裁平成15年4月18日：判例集未登載）¹⁶⁾。

大学病院の新生児室と NICU 室に夜間1人しか看護師を配置させていなかった Y₁₂には民事責任があると思われるが、B₁₂に上記のような理由で刑事責任が科されたのは、あまりにも過酷である。呼吸心拍モニターをすべての新生児に使用する必要はなく、何も異常が起きていない段階で、当直医に相談するなど不可能である。また、本件事故日に NICU 室に重症の新生児がおり、元気な新生児より NICU 室にいる重症の新生児の方を重点的に監視するのは当然ではなかろうか。B₁₂の個人的な責任を問うより、事件12の東京高裁判決自身が指摘しているように Y₁₂ 大学病院のシステム上の問題が重要であり、1人の失敗が医療過誤に繋がらないような、例えば複数の担当者によるチェックが重要であると思われる。

平成17年に厚生労働省が公表した「乳幼児突然死症候群 (sudden infant death syndrome: SIDS) に関するガイドライン」は SIDS 発症のリスク因子として、①うつ伏せ寝、②人工栄養哺育、③保護者等の習慣的喫煙、④出産時の低体重もしくは早産、などを挙げ、厚生労働省が「うつ伏せ寝防止キャンペーン」を行ったことにより、それまで出生2000人に1人の発生率であったのが出生1万人に1人まで SIDS の発生が減少している¹⁶⁾。うつ伏せ寝では表1事件12の判決内容①に記載したような窒息が

起こりやすいだけでなく、SIDS も起こりやすいのであり、厚生労働省のガイドラインが出された平成17年以降は、うつ伏せ寝を行わないことが注意義務であるとみなされるが、本件事故発生時の平成7年には欧米で推進されていたうつ伏せ寝を採用していた医療機関も多く、本件判決が主張するように、うつ伏せ寝を行わないことが注意義務であるとはいえない。ただし、本判決および本判決を受けての東京地裁における B₁₂ の刑事責任認定判決が新生児医療機関や各家庭での乳児用寝具の材質変更に役立ったことは評価したい。

2. 医療関連死解剖例の分析

分析内容を表2の医療上問題点に要約した。

考 察

医療過誤が法的に成立するには、①作為、不作為を問わず、患者の健康や生命を侵害した行為があること、②実際に患者が健康を害したり、生命を奪われたりする損害の発生があること、③医療の専門家として当然払うべき注意を怠り、不注意の状態にあること、④上記①～③に法的因果関係のあることが必要となる¹⁾。このうち最も重要視されるのは③であり、「結果予見義務」と「結果回避義務」に分けて詳しく検討される。

表1事件6の判決は、A₆のショック症状は頸部硬膜外注射の際、注射針が硬膜を穿通して全脊髄麻酔に起因する異常反応としての局麻剤反応が発生し、心肺停止状態に陥った蓋然性が高いとして罰金刑を下し、最高裁においても上告が棄却され、刑が確定している。しかし、国立病院整形外科院長を務める被告が、硬膜外注射に際し、注射針で硬膜を穿通させたとは考えにくく、解剖でも証明されていない¹⁰⁾。本件事故発生は A₆へのキシロカインおよびリンデロンの硬膜外注射の3回目であり、後天的な抗原抗体反応によるアナフィラキシーショック²⁰⁾の方が死因として可能性が高いと思われる。事実認定が不十分であるだけでなく、医療過誤裁判においても刑事裁判では「疑わしきは罰せず」が適用されるべきであり¹⁻³⁾、本判決は不当判決と言わざるをえない。さらに、本件事故発生時の昭和44年当時、本判決で要求しているような蘇生措置は国立病院といえども、行われていなかったと考えられ、昭和58年の判決時点での医療水準を要求していることにも

問題がある。これらの問題点を指摘するのは本研究が最初である。

表1事件7では被告がA₇の穿孔性腹膜炎治療のため腹部切開手術を行った際、腹腔内に小児手拳大の腫瘤を発見し、その切除を決意して手術創を拡大するため輸血の実施を決め、家族らから聴取した血液型の全血を輸血した結果、不適合輸血となり、それがA₇の健康に悪影響を及ぼしたので、当該判決は被告に業務上過失傷害を認定している¹¹⁾。しかし、本件では結果的にA₇の腹腔内の腫瘤は切除されておらず、不必要な輸血が行われた結果、輸血後肝炎と考えられる劇症肝炎を発症してA₇は輸血後5週間後に死亡している¹¹⁾。不適合輸血による健康障害より不必要な輸血の結果、劇症肝炎を発症して死亡してしまったことの方が重大であり、本判決では被告に業務上過失致死を問うべきであった。このことを指摘するのも本研究が最初である。なお、本件では途中で訴因を業務上過失致死から業務上過失傷害に変更した検察官にも責任があるほか、鑑定書に「本件不適合輸血によって少なくとも、ごく軽い程度の血色素尿性ネフローゼが生じ、患者の健康に不良の影響を与えたと認めるのが相当」と記載した平沼らの言う白衣の裁判官¹⁷⁾の責任も見過すわけにはいかない。

表1事件11では看護師Y₁₁が最初に滅菌精製水を注入すべき人工呼吸器の加温加湿チャンバー内に誤って消毒用エタノール約300mlを注入したことが発端となっており、看護師Y₁₁に最も責任があることは事実であるが、Y₁₁の業務を引き継いだ4名の看護師が誰も間違いなく滅菌精製水であるか確認せず、合計約870mlの消毒用エタノールを注入しており、Y₁₁が消毒用エタノールを注入した74時間後にX₁₁は急性エタノール中毒および原疾患であるリー脳症の増悪により死亡している¹⁵⁾。本件判決はY₁₁の業務を引き継いだ4名の看護師の過失を認めた上で、これら4名の過失はY₁₁の過失がなければ、生じることのなかった過失であるからY₁₁は、これに対しても責任を負うべきとし、Y₁₁を業務上過失致死として執行猶予付き禁錮3年に処している¹⁵⁾。しかし、Y₁₁が注入した消毒用エタノール300mlだけでは死亡に至らなかった可能性は十分あり（その後、870mlが追加注入され、74時間後に死亡している）、「疑わしきは罰せず」を適用すれば、業務上

過失傷害にとどめるべきであったと思われる。

表1事件12の判決は被告のY₁₂大学病院新生児室とNICU室の構造上欠陥と新生児室のコットで使用されている寝具の問題点、さらに重症の新生児が入院していたNICU室と相当数の新生児がいた新生児室の両方を1人の看護師(B₁₂助産師)に監視させていたY₁₂大学病院の過失は重大であるとした上で、B₁₂には「生後まもない新生児のうつ伏せ寝に適する寝具が手近にないならば、うつ伏せ寝に慣れていない生後3日の新生児A₁₂をうつ伏せ寝にすべきではなく、また、新生児室とNICU室の両方に用務があるのであれば、両室を巡回するとか、あるいは、それが事実上、困難であるとするれば、呼吸心拍モニター等の機器を使用するとか、上司もしくは当直医に相談するなど何らかの適切な措置を執る義務がある」としてB₁₂の注意義務違反と過失を認定した¹⁶⁾。この判決を受け、B₁₂には医療機関で起きた乳幼児の突然死に関する事件で初めて刑事責任が本判決の1年半後に認定された(東京地裁平成15年4月18日)¹⁶⁾。

大学病院の新生児室とNICU室の両方で夜間に1人しか看護師を配置させていなかったY₁₂には明らかな民事責任があると思われるが、それを認定するためにB₁₂に上記のような注意義務違反と過失を東京高裁が認定したために下級審である東京地裁は、それを尊重してB₁₂の刑事責任を認定したものと推察される。本件では原死因もうつ伏せ寝による窒息か未熟型SIDSであるか明確になっておらず、上記のような理由でB₁₂に刑事責任が科せられたのは「疑わしきは罰せず」の観点からみても納得がいかない。呼吸心拍モニターをすべての新生児に使用する必要はなく、何も異常が起きていない段階で、当直医に相談するなど現実には不可能である。また、本件事故当日にNICU室に重症の新生児がおり、元気な新生児よりNICU室にいる重症の新生児の方を重点的に監視するのは当然である。B₁₂の個人的な責任を問うより東京高裁判決自身が指摘するようにY₁₂大学病院の医療システム上の問題の方が重大であり、1人の失敗が医療過誤に繋がらないような、例えば、複数の医療従事者によるチェックシステムの構築が重要であると思われる。

表1事件9-11は、いずれも平成10年代の判決で、医師と看護師の両者が関与している事案であるが、

事件9では医師だけが責任を問われ、事件10では医師と看護師の両者が責任を問われ、事件11では看護師だけが責任を問われている。しかし、事件12の看護師は判決内容で、こじつけている責任のほか、明らかな過失がないのに刑事責任を問われているのに対し、事件9の看護師Y₉₋₃はマーカインにキシロカインと同様の危険性があることは認識していたはずであり、事件10のY₁₀₋₃に医師に対する確認義務を認定していることから、Y₉₋₃にも医師に確認してみる義務があったのではないかと疑問に感じる。また、事件11ではA₁₁は徐々にエタノール中毒に陥ったのであり、次第に病状が悪化していく過程で担当医は異常に気づくべきであり、医師が気づいておれば、A₁₁は死亡せずに済んだ可能性がある。担当医の刑事責任までは問う必要がないと思われるが、前述の理由と合わせ、Y₁₁に科す刑事責任は業務上過失傷害にとどめるべきと考える。いずれにせよ、医師と看護師のチームワークが悪かったから事件9-11は起きたのであり、チーム医療の重要性とダブルチェックシステム構築の必要性は明らかといえる。

表1事件1も判決は診療拒否をしたC₁病院の組織活動全体の問題であり、組織上の過失であると認定しており、やはりチーム医療の充実が同種事案の防止に重要であると考えられる。表1事件2は担当医の引き継ぎの悪さが原因で起きた訴訟であり、本件も、チーム医療の重要性を示唆している。表1事件3ではA₃の入院延期の応対に出た看護助手が医師B₃に電話を繋ぐか、少なくとも電話の後、直ちに医師B₃にA₃からの一方的な入院延期の申し出を伝える必要がある、本件の訴訟もチーム医療がY₃病院で円滑に行われていなかったために招来されたといえる。表1事件6-8もチーム医療が円滑に行われていれば、あるいは防ぐことができたかもしれない。なお、事件2, 3の癌の告知の問題については本研究内容と少しテーマが異なるので、別稿で改めて検討したい。

表1事件4, 5では最高裁判決として「延命利益について法益性を認め、医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在が証明されなくても、医療水準に適った医療が行われていたならば、患者がその死亡の時点において、なお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは医師が不法行為によ

る損害を賠償する責任を負う」ことを認めたもので、両判決とも遺族の負担を軽減するものとして大きな意義があるといえる。両事件とも、担当医の行った診療は、その当時の医療水準からみて明らかに遅れており、判決は妥当なものといえる。医師は常に研鑽を積み、どんどん進歩する医療水準に追いついて行かなければならないことを示唆している。ただし、両事件とも、その当時の医療水準に合う診療が行われていたとしても、救命されなかった可能性も十分あり、逸失利益の損害賠償は認められておらず、慰謝料と弁護士費用の支払いだけが認定されており、その点でも妥当な判決といえる。事件1-3も同様で、妥当な医療が行われていたとしても、患者は早晩、死亡に至ったものと判断され、慰謝料の支払いのみが認定されている。事件1-5のいずれも医師の対応に問題があり、適切な治療を行っても治療が困難な事例に対しても誠実な対応をしないと訴訟を起こされ、慰謝料が認定されてしまうことが実証されている。少なくとも本学で勤務する医師および本学出身の医師は建学の理念である「至誠一貫」を遵守した医療を行うべきである。

表2の事例1は腹式帝王切開手術で胎盤を徒手剥離する際、空気塞栓が起こり²³⁾、それが、まず右心房・右心室に至り、肺循環系にみられる毛細血管レベルの血管吻合を介して微細な気泡が肺静脈に流れ込み、全身の諸臓器に散布され、微細な気泡の存在により血液の粘調度に変化して播種性血管内凝固(disseminated intravascular coagulation: DIC)が起こり²⁴⁾、出血傾向が招来され、適切に縫合された子宮手術創から多量の腹腔内出血を来して出血性ショックにより死亡したものと判断した。被告の医師は死亡診断書に死因を急性心不全、死因の種類を病死および自然死と記載しており、自分に過失はないと主張した。確かに、偶発的に空気塞栓が起きたこと以外、解剖結果からも適切な手術が実施されたといえる。このことは解剖に立ち会っていただいた当時の名古屋大学医学部助教授の医師にも確認してもらっている。しかし、術後の経過観察は不十分で、手術直後、診察して異常がないことを確認した以後は当日の午後10時と翌日の午前0時に看護師より患者が腹痛を訴えている旨、電話連絡を受けるも、ペントゾシンの注射の指示を出すだけで診察には行っていない。午後10時の時点で診察に行っ

おれば、おそらく腹腔内出血を発見（少なくとも出血性ショックにあることは確認）できたはずであり、ちなみに看護記録には冷汗、頻脈などの記載がなされており、この時点で2次病院に転送して子宮摘出と出血性ショックの治療が行われておれば、救命できた可能性が高いと判断される。解剖に立ち会っていただいた産婦人科の医師も調書で、そのように述べている。したがって、逸失利益と遺謝料4700万円に加え、子供を小学校入学まで院長夫人が責任持って育てることで和解が成立した。民事の和解の成立を受け、刑事的には起訴猶予となった。本件では術後管理の重要性を再認識させられた。なお、本件は昭和60年頃の事案であり、看護師の責任については、まったく問われなかったが、看護記録をみると、午後10時頃には出血性ショックが既に始まっており、医師への連絡が腹痛のみでなく、冷汗や頻脈も伝えていれば、被告医師も診察に来たはずであり、現在であれば、看護師も責任を問われた可能性があり、やはり、ここでも医師、看護師の連携、チーム医療の充実が肝要なことが証明された。

表2の事例2は60歳代の女性がセファゾリン1g、ビタミンB₁₂ 1000 μgをKN3B 250 mlに溶解した注射液を点滴され始めてまもなく痒み、悪心を訴えたが、そのまま点滴が続けられ、数分後、ショック状態に陥り、点滴を生理食塩水に変更して蘇生措置が行われたものの、90分後に死亡したものである。解剖所見はアナフィラキシーショックを示唆しており、解剖時、採取した心臓血を固相抽出法で抽出し、抽出液を窒素気流下で蒸発乾固した残渣を移動相に溶解して高速液体クロマトグラフィー（HPLC）/質量分析法（MS）により分析したところ、セファゾリンが間違いなく検出された²⁵⁾。死因は急性薬物ショックであり、原因薬物としてセファゾリンとビタミンB₁₂の両者が考えられるが、セファゾリンは以前に10回以上、同院で点滴されているが、これまで何も異常はなく、ビタミンB₁₂は今回、初めて投与されたことから、ビタミンB₁₂の方が可能性が高いと思われる²¹⁾。本事例では次の2点が疑問として残る。第1点は痒み、悪心を訴えたとき、直ちに点滴を生理食塩水に変更しておれば、救命できたのではないかという点である。民事訴訟でも逸失利益、慰謝料を含めて2600万円の賠償で和解が成立

している。第2点は本例の治療に不可欠なのはセファゾリンであり、なぜ必須でないビタミンB₁₂を追加したのであるかという点である。必須でない治療を行うと思わぬ副作用が発症して不幸な転帰に至ることを警鐘している事例といえる。

表2の事例3では当時の精神科医療における数々の問題点を露呈している。まず、第一に医師不在（日勤の医師は全員午後5時前に帰宅しており、当直医は勤務開始時刻の午後6時より2時間遅れて到着）の午後5時30分頃に統合失調症患者が別の統合失調症患者に腹部を蹴られたり、踏みつけられたりした事件が発生したことである。第二は、ようやく2時間遅れで当直医が到着して診察をし、血圧92/80（脈圧はわずかに12 mmHg）、脈拍100/分、呼吸数20/分、腹部疼痛強度、圧痛強度で冷汗・嘔気・嘔吐がみられるのに、診療録に腸雑音の記載はなく、腹部X線撮影も実施されていない。この時点で既にショックの徴候が出ているのに経過観察の指示のみであった。この時点において立位で腹部X線撮影が行われていれば、横隔膜下に遊離ガスが確認できたはずであり、直ちに外科病院へ転送しておれば救命できたはずである。ちなみに第2著者は名古屋大学大学院生のとき、精神科病院で夜間当直中、同様の事件が起こり、腹部X線撮影で横隔膜下に遊離ガスを発見し、外科病院へ転送して事無きを得ている。第三は午後11時30分、看護師から診察要請があったのに、当直医は診察に行かず、30分間隔のバイタルチェックの指示をただけであった。このとき血圧84（触診）、脈拍120/分、呼吸数28/分であり、既にショック状態にあることは明らかで、当直医が診察に応じなければ、看護師は直接、主治医に連絡して指示を仰ぐべきであった。翌日午前5時、血圧72/分（触診）、脈拍138/分（緊張弱）、浅頻呼吸、腹部緊満、冷汗著明であったが、看護師は当直医に連絡もしていない。午前5時30分、心肺停止で発生され、蘇生措置を受けたものの、午前5時50分死亡診断に至った。本例では早い段階で当直医、夜勤看護師の誰かが適切な対応をしておれば、救命できたものと推察される。本例においても医師、看護師間の連携の悪さが問題となったほか、医師、看護師ともに、その技量が疑われる事例であった。民事はわずか60万円の見舞金で和解が成立し、当直医は書類送検されたが、起訴猶予

となった。全体として統合失調症患者の人権が軽視された印象を受けた。

表2の事例4は50歳代の男性で顔を殴られ、路上に仰向けに倒れた状態で腹部を踏みつけられて病院に搬入され、検査の結果、左中大脳動脈解離性動脈瘤による脳梗塞の診断で脳外科へ入院となった。このとき、既に血清アミラーゼ中程度上昇。4日後、血清アミラーゼ高度上昇のため、腹部外科へ転科となり、緊急開腹手術を受け、臍頭部の著明な挫滅が見つかり、臍頭十二指腸切除を受けた。1か月後、意識が回復しないまま死亡した。解剖の結果、死因は腹部踏みつけによる臍頭部挫滅のための汎発性化膿性腹膜炎と判断された。本例の問題点は当直医の専門は脳外科で、左中大脳動脈解離を発見し、同動脈灌流域の左大脳半球外側部広範な脳梗塞による昏睡状態と診断して主治医となったが、腹部の診察は疎かにしていたと言わざるをえない点である。入院当日の血清アミラーゼ中程度上昇の段階で、臍損傷を疑うべきであった（本例は腹部を踏みつけられている）。早い段階で腹部開腹手術を受けていれば、救命できた可能性が高いと思われる。本例も病院内の脳外科と腹部外科のチーム医療が遅れたことが患者死亡の原因となった。民事では300万円の慰謝料で和解が成立。加害者の刑事裁判で被告弁護人は早い段階で臍損傷が発見され、適切な治療が行われていれば、救命できたはずと主張し、これが認められ、訴因が傷害致死から傷害に変更され、これに伴い、主治医が業務上過失致死で書類送検されたが、起訴猶予となった。

表2の事例5は男子高校生で、某年1月4日午前0時頃、喧嘩で背負い投げを食らい、後頭部を路面で強打した。午前0時30分、近くの公立病院を受診し、頭部X線単純撮影で異常なしと言われ、帰宅した。同日午前2時、頭痛が増悪したので、再受診して入院となったが、検査は行われず、鎮痛剤注射で経過観察となった。同日午前5時、突然、心肺停止で発見され、蘇生措置を受け、心拍動は回復するも、呼吸、意識は回復せず、頭部コンピュータ断層撮影（CT）で、後頭蓋窩に広範な硬膜外血腫が確認された。翌5日午前、深昏睡、脳幹反射すべて陰性、脳波平坦。臨床的脳死状態のまま1月15日午前2時に死亡した。解剖で本例は後頭部強打によりラムダ縫合、左後頭乳突縫合が離開し、このとき

横静脈洞もしくは左S状静脈洞が破綻して後頭蓋窩硬膜外血腫が生じられ、比較的短時間で脳死状態に陥り、死亡したと判断された。本例の問題点は1月4日午前0時30分頃に頭部X線単純撮影でラムダ縫合、左後頭乳突縫合の離開を見落とし、帰宅させてしまったことと同日午前2時頃、再受診したので、入院させたものの、同日午前5時頃、心肺停止となるまで何も検査しなかった（午前9時からの頭部CTの予約はしていた）ことである。加害者の刑事裁判で被告弁護人は医師が適切な対応をしていれば、被害者は死なずに済んだはずであり、傷害致死ではなく、単なる傷害事件であると主張したのに対し、検察側の証人である脳外科専門医が、①ラムダ縫合、左後頭乳突縫合は解剖学的に存在するものであり、その離開の有無は専門医でないと判断が困難であり、②後頭蓋窩の急性硬膜外血腫は横静脈洞もしくはS状静脈洞の外傷性破綻によるものであり、急激に発症して不幸な転帰を示すのが大部分で、仮に早く診断できていたとしても、手術による救命は困難であると証言したため、傷害致死事件として扱われたので、当直医の刑事的責任は問われなかった。民事では刑事法廷を傍聴した遺族側弁護人が逸失利益の損害賠償を諦め、50万円の見舞金で和解した。

表2の事例6は20歳代男性で自宅台所で口から泡を噴き、仰向けに死亡しているのを母親が発見した。数日前に近医を受診し、「痰が絡み、食物が気道の中へ入り、むせて困る」と訴えていた。祛痰薬が処方されただけで、精査や精査のための病院紹介は行われなかった。行政解剖で死因は後頭蓋窩の3個の血管芽腫が脳幹部を圧迫して嘔吐・誤えんが誘発され嘔吐物を誤えん吸引して窒息死したと判断された。警察から解剖結果を聞いた両親が医師に損害賠償を請求した。民事法廷に証人として出廷した第2著者は「結果論からすれば、血管芽腫は脳外科手術で摘出することにより完治し、予後良好であるため²²⁾、医師は患者の訴えをよく聴き、2次病院レベルの脳外科ないし神経内科を紹介するべきであった。しかし、1回の受診で、そこまでする義務があるとは思えない」と裁判官の質問に答えた。そこで、裁判官は50万円の見舞金で和解するように原告・被告双方に勧め、和解が成立した。第2著者自身が白衣の裁判官¹⁷⁾になってしまったことを後悔

している。

表2の事例7-12は事例10を除き、現在も民事で双方の弁護士間で協議中であり、医療関連死モデル事業評価結果報告書の内容を要約した表2の記述にとどめる。モデル事業の解剖例全体と言えることは患者が死亡する前から家族が病院に対して強い不信感を抱いた事例がモデル事業の対象となっており、解剖の結果、病院に手落ちはなく、患者本人の寿命であることが明らかになった事例でも、なお、弁護士間の協議が続いている(事例9, 12)。表2の事例1-5の司法解剖例、事例6の行政解剖例、表1の1-12の判例においても比較的少額の慰謝料もしくは見舞金の支払いに帰結している事例が多いこと(表1の事件1, 2, 4, 7, 10, および表2の事例3-6)を合わせて考えると、訴訟の原因は「取れるものなら少しでも取ってやろう」という考え方と病院に対する不信感の双方が考えられる。

医療関連死解剖例の分析から、①医師は看護師の要請があった場合、必ず真撃に診察すること、②医師は常に患者の急変の可能性を念頭に置くこと、③看護師も患者の病状を常に念頭に置き、当直医に連絡して診察がないときは主治医まで連絡すること、④医師は必要でない治療を行わないこと、⑤医師は自分の専門領域の疾患だけにとらわれず、患者の全身、心の中まで診ること、⑥腹痛や頭痛を訴える患者には医師も看護師も特に慎重に対応することなどが日常の診察において重要なことが明らかとなった。

以上を総合して考えると、民事訴訟の発生を防ぐには医師や看護師らの医療従事者は「医療従事者善行の原則」¹⁾に従い、「至誠一貫の精神のもと、常に患者および家族に対して誠実に対応するとともに、医師、同僚医師、指導医、看護師、薬剤師、理学療法士などが1つの医療チームとして、お互いに遠慮なく疑問点を尋ね、ダブルチェック、トリプルチェックシステムを構築してサポートし合う態勢を整えることが肝要であると思われる。

利益相反

本研究に関し、開示すべき利益相反はない。

文 献

1) 佐藤啓造. 医師と法律. 澤口彰子編. 臨床のための法医学. 第6版. 東京: 朝倉書店; 2010.

- pp174-195.
- 2) 押田茂實, 児玉安司, 鈴木利廣. 事例に学ぶ医療事故. 第2版. 東京: 医学書院; 2002.
 - 3) 平沼直人. 医療訴訟Q&A 医療の法律相談. 東京: 労災保険情報センター; 2012.
 - 4) 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 5) 村山淳子. 96 神戸診療拒否事件. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp212-213. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 6) 樋口範雄. 55 家族に対するがんの告知. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp120-121. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 7) 丸山英二. 56 本人に対するがんの告知. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp122-123. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 8) 前田順司. 74 医師の注意義務違反と因果関係相当程度の可能性. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp164-165. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 9) 新美育文. 75 医師の不作为と患者の死亡との間の因果関係 死亡時点における生存の可能性. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp166-168. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 10) 中空壽雅. 71 頸部硬膜外ブロック後ショック死事件. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp158-159. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 11) 後藤弘子. 81 異型輸血過誤事件. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp180-181. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 12) 北川佳世子. 85 抗がん剤過剰投与と主治医, 指導医, 科長の過失の競合. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp190-191. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 13) 川端和治. 100 点滴および硬膜外麻酔時の看護師の過失. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp220-221. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 14) 石本傳江. 101 誤投(与)薬の行為と准看護師の過失. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp222-223. (別冊ジュリスト. 183号.)
 - 15) 日山恵美. 103 エタノール誤注入と看護師の責任. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp226-

227. (別冊ジュリスト, 183号.)
- 16) 久藤克子. 93 乳児の処置. 宇都木 伸, 町野朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp206-207. (別冊ジュリスト, 183号.)
 - 17) 平沼直人, 藤城雅也, 佐藤啓造. 裁判上の鑑定から当時者鑑定へ 医療過誤訴訟における私的意見書の実態と提言. 昭和医会誌. 2012;72:628-636.
 - 18) 山口齊昭. 57 選択可能な未確立療法と医師の説明義務 乳房温存療法. 宇都木 伸, 町野朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp124-125. (別冊ジュリスト, 183号.)
 - 19) 米村滋人. 70 ルンバール施行後の脳出血と因果関係. 宇都木 伸, 町野 朔, 平林勝政, ほか編. 医事法判例百選. 東京: 有斐閣; 2006. pp154-156. (別冊ジュリスト, 183号.)
 - 20) 石山昱夫, 高津光洋, 向田政博. 第4章 外傷性ショック. 石山昱夫編. 臨床法医学. 東京: 南山堂; 1986. pp181-218.
 - 21) 北原光夫, 上野文昭, 越前宏俊編. 治療薬マニュアル 2013. 東京: 医学書院; 2013.
 - 22) 伊藤正男, 井村裕夫, 高久史磨. 医学書院医学大辞典. 第2版. 東京: 医学書院; 2009.
 - 23) 杉山陽一, 小柴寿弥. 第4章 産褥の病理. 杉山陽一編. 小産科書. 第2版. 京都: 金芳堂; 1977. pp341-353.
 - 24) 石山昱夫, 高津光洋, 向田政博. 第5章 栓塞症. 石山昱夫編. 臨床法医学. 東京: 南山堂; 1986. pp219-243.
 - 25) Kobayashi K, Sato K, Mizuno Y, *et al.* Capillary high-performance liquid chromatography-fast atom bombardment mass spectrometry of 24 cephem antibiotics. *J Chromatogr B Biomed Appl.* 1996;677:275-290.

表 1 医療過誤裁判の概要・争点と判決内容

事件 (No.)	裁判所 判決年月	概要	争点	判決内容
1	神戸地裁 H4・6	[神戸診療拒否事件] ⁵⁾ A ₁ (20歳男性)はY ₁ 市(被告)にて交通事故に遭い、両側肺挫傷・右気管支断裂の障害を受け、B ₁ 病院の玄関口まで搬送されたが、医師により3次救急患者と診断され、受け入れを拒否された。消防局管制室はC ₁ 病院(Y ₁ 市立3次病院)に連絡したが、受付担当者は脳外科医と整形外科医が在院しない(外科医は在院)ことを理由に受け入れは困難と返答。結局、隣接市の3次救急E ₁ 病院(外科医在院、脳外科医・整形外科医不在)に収容され、手術を受けたが、前記受傷による呼吸不全で死亡した。	A ₁ の相続人X ₁ ら(原告)はC ₁ 病院の診療拒否によりA ₁ は適切な医療を迅速に受けるという法的利益を侵害され、肉体的・精神的苦痛を被ったとしてY ₁ 市に対し、不法行為を理由に慰謝料200万円を請求した。Y ₁ 市は医師法19条1項は公法上の義務であり、医師が診療拒否をしても、患者個人に民事上の責任を負うものではない。他に受け入れ可能な病院があったことは診療拒否の正当事由に当たり、A ₁ には客観的な損害が発生していないと反論した。	X ₁ らの請求を一部認容した。 ①認定事実を総合的に検討すると、C ₁ 病院の医師は受付担当を介してA ₁ の受け入れを拒否したと言わざるをえない。 ②医師が診療拒否をして患者に損害を与えた場合には同診療拒否の正当性を立証しない限り、同医師は患者の被った損害を賠償すべき責任を負う。診療拒否はC ₁ 病院の組織活動全体の問題であり、組織上の過失といえる。 ③Y ₁ 市内には1次病院、2次病院が存在するうえで3次病院C ₁ 病院には診療拒否の正当な事由がない。同様に外科医がいなかったE ₁ 病院では手術が行われている。 ④A ₁ は法的利益を侵害され、精神的苦痛を被ったとして慰謝料150万円が認定された。
2	最高裁 H14・9	[家族に対するがんの告知] ⁶⁾ 平成2年10月、Y ₂ 病院(被告・原告人)のB ₂ 医師はA ₂ (77歳男性)を進行性末期がん(病期Ⅳ)と診断するも、本人への告知は適切でないと判断し、家族の来院を求めたが、実現しなかった。B ₂ 医師は転勤となったため、カルテに家族への説明の必要性を記載したが、引き継いだ医師から本人および家族への説明は行われなかった。平成3年3月、胸痛を自覚し、C ₂ 大学病院を受診して末期がんであることをA ₂ の妻X ₂ および子が告知され、D ₂ 病院を紹介され、入院治療を受けたが、平成3年10月死亡した。	A ₂ の相続人X ₂ ら(原告、被告原告人)はY ₂ 病院の医師から早期に末期がんの説明を受けていれば、より多くの時間をA ₂ と過ごすなどA ₂ の余命がより充実したものとなったとしてY ₂ に対し慰謝料150万円を請求した。第1審は本人に説明しなかったのは医師の合理的裁量であるとしてX ₂ らの請求を棄却した。 第2審はY ₂ 病院の医師らはX ₂ らに対する告知の適否を速やかに検討する義務があり、それを怠ったとして債務不履行または不法行為による慰謝料120万円の請求を容認した。	Y ₂ の上告を棄却した。 Y ₂ 病院の医師は診療契約上の義務として患者A ₂ に対し、診断結果、治療方針を説明する義務がある。患者に告知すべきでないと判断した場合、診断結果の重大性を鑑みると、診療契約に付随する義務として、少なくともX ₂ ら家族に接触し、説明したうえで、患者への告知の適否を判断するべきであった。
3	最高裁 H7・4	[本人に対するがんの告知] ⁷⁾ 昭和58年1月、A ₃ (県立病院看護婦)は上腹部痛を訴え、Y ₃ 病院(被告・被告原告人)を受診し、精査の結果、予後不良の進行性胆のう癌の強い疑いと診断され、Y ₃ 病院の医師B ₃ から確定診断のため更なる精査のため入院を強く勧められた。この際、A ₃ の性格、家族関係が不詳であることから、本人に癌の疑いが強いことを告知すると、A ₃ に強い精神的打撃を与え、看護婦という職業柄、予後の悪いことを悲観して自殺してしまう危険性が強いとB ₃ は判断して重度の胆石症と胆のう炎と説明した。A ₃ は胆石症なら予定していた海外旅行に行けると判断し、2週間後に来院して入院の手続きをするとB ₃ と約束した。2週間後、A ₃ はB ₃ の診察を受け、さらに2週間後の入院予約をしたが、2日後に電話で入院の延期を応対に出た看護助手に一方的に告げ、その後、Y ₃ 病院を受診しなかった。4か月後にA ₃ は職場で倒れ、別の病院に緊急入院し、精査の結果、肝臓直接浸潤の胆のう癌と診断され、手術などの治療を受けたが、入院の6か月後に死亡した。	A ₃ の夫X ₃ ら(原告・原告人)はB ₃ が胆のう癌の疑いがあると診断したにも関わらず、A ₃ またはX ₃ にその旨を説明しなかったことが債務不履行に当たるとして損害賠償を提訴した。 第1審は患者に対して癌の告知をすることは、その当時の医学界の一般の見解ではなく、まして、精査を行う前の段階で患者に癌の疑いを説明する法的義務が医師にあるとはいえないこと、患者の家族に対する説明に関して、説明の相手および時期について慎重な配慮が必要であり、B ₃ がまずA ₃ を入院させ、精査をした上で、説明相手に適した家族に説明しようとしたことは妥当な判断であり、しかも、入院予約手続きをA ₃ が一方的に電話で取り消し、受診を中断したことはA ₃ の責任であるとしてX ₃ らの請求を棄却した。第2審も第1審とほぼ同様の理由でX ₃ らの請求を棄却した。X ₃ らは高裁判決を、患者の自己決定権および前提となる知る権利を否定し、憲法に違背するものであるとして最高裁に上告した。	X ₃ らの上告を棄却した。 ①B ₃ にとってはA ₃ は初診の患者で、その性格等も不明であり、本件当時、医師の間では癌については異なる病名を告げるのが一般的であったことから、B ₃ がA ₃ に与える精神的打撃と治療への悪影響を考慮して、A ₃ にまず手術の必要な重度の胆石症であると説明して入院させ、その上で精密な検査をしようとしたことは医師としてやむをえない措置であったと言える。もっとも、A ₃ がB ₃ の入院指示になかなか応じなかったのは胆石症という病名に安心したためとも考えられる。このような場合、医師は患者が楽観して治療に協力しなくなることをないよう特段の配慮をする必要がある。しかし、B ₃ はA ₃ に対して手術の必要な重度な胆石症と説明し、2回の診察いずれにおいてもA ₃ から入院の同意を得ており、B ₃ に配慮が足りなかったとはいえない。 ②患者の家族に対する説明に関してA ₃ はB ₃ にとって初診の患者であるので、説明の相手および時期についてA ₃ を入院させ、精査を行ったのち、正確な診断と病状を適切な家族に説明しようとしたことは合理的である。しかも、入院予約手続きをB ₃ に相談もなく一方的に電話で取り消し、受診を中断したことはA ₃ の責任であり、治療に協力する患者の債務を果たしているとはいえない。

表 1 つづき

4	最高裁 H12・9	〔医師の注意義務違反と因果関係〕 ⁸⁾ 平成元年7月、A ₄ は強い背部痛と心窩部痛を訴え、Y ₄ 病院(被告・上告人)の夜間救急外来を受診し、C ₄ 医師の診察を受けた。C ₄ 医師は急性膵炎と狭心症を疑い、A ₄ に対し、急性膵炎の治療薬を加えた点滴注射を行ったところ、A ₄ は点滴中にけいれん発作、舌根沈下を起こして容態が急変、蘇生術が行われたが、入院3時間後に死亡した。 解剖等の鑑定が行われ、A ₄ は自宅で狭心症発作に見舞われ、それが心筋梗塞に移行し、C ₄ 医師の診察当時、心筋梗塞は相当、増悪した状態にあり、点滴中に致死性不整脈を生じ、死亡したと判断された。	A ₄ の妻子で相続人であるX ₄ ら(原告・被上告人)がC ₄ 医師はA ₄ を診察する際、腹部の触診および聴診を行っただけで、血圧、脈拍、体温等の測定や心電図検査を行わず、胸部疾患の可能性のある患者に必要な初期治療を怠ったとしてY ₄ に対し、民法715条による使用者責任または債務不履行に基づき損害賠償の請求をした。第1審はC ₄ 医師の作為、不作為とA ₄ の死亡との因果関係を認めないとして請求を棄却したが、第2審はC ₄ 医師が患者に最善を尽くすべき義務を怠ったことにより患者が適切な医療を受ける機会を不当に奪われたとしてY ₄ に対し、慰謝料200万円、弁護士費用20万円の賠償を命じた。Y ₄ が上告した。	上告棄却。 ①「適切な救急治療が行われていれば、確率は20%以下であるが、救命できた可能性は残る」とする循環器の専門医の鑑定を採用した。 ②疾病のため死亡した患者の診察に当たった医師の医療行為が、その過失により当時の医療水準にかなったものでなかった場合において、右医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在は証明されないけれども、医療水準にかなった医療が行われていたならば患者が、その死亡の時点において、なお、生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負う。 ③生命を維持することは人にとって最も基本的な利益であって、右の可能性は法によって保護されるべきであり、本件の場合、医師が過失により医療水準にかなった医療を行わないことによって患者の法益が侵害されたといえる。
5	最高裁 H11・2	〔医師の不作為と患者の死亡との間の因果関係〕 ⁹⁾ 患者A ₅ (53歳男性)はB ₅ 病院でアルコール性肝硬変の診断を受け、肝疾患を専門とするY ₅ 医師(被告・被上告人)の経営する医院に紹介され、そこで2年8か月にわたり、継続的に受診していた。A ₅ が肝細胞癌発生の危険性の高い患者群に属していたにも関わらず、Y ₅ は肝細胞癌発見に有効なα-フェトプロテイン(AFP)検査や腹部超音波検査を実施しないまま内科的治療を行うに留まっていた。A ₅ 死亡の少し前によくAFP検査を実施した。ただし、結果は陰性であった。10日後、A ₅ はC ₅ 病院に転院し、そこで肝細胞癌の確定診断が下された。しかし、既に手遅れで1週間後、A ₅ は肝細胞癌および肝不全により死亡した。	A ₅ の妻子で相続人であるX ₅ ら(原告・上告人)は適切な時期に肝細胞癌を発見するための検査を行わなかったことにより適切な治療を受ける機会を奪われ、A ₅ が死亡したとして逸失利益および慰謝料等を含めて、妻について4000万円、子ら2名について各1500万円の損害賠償をY ₅ に対して請求した。第2審は第1審判決をほぼ踏襲し、Y ₅ に対してA ₅ の慰謝料として300万円と弁護士費用60万円を認め、X ₅ らに360万円支払うべきと判示した。Y ₅ はA ₅ に対し、肝細胞癌発見のための定期的検査を実施する注意義務を怠ったことを認めた上で、仮に検査を実施して肝細胞癌が発見されたとしても、どの程度の延命効果があるかは不明であるとした。X ₅ らが上告した。	第2審判決破棄差戻し。 ①訴訟上の因果関係の立証は経験則に認らして全証拠を総合検討し、特定の実事特定の結果発生を招来した高度の蓋然性を証明することであり、その判定は通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ち得るものであることを必要とし、かつそれで足りる。 ②右は医師が注意義務に従って行うべき診療行為を行わなかった不作為と患者の死亡との間の因果関係の存否の判断においてもことなるところはなく、経験則に照らして統計資料その他の医学的知見に関するものを含む全証拠を総合的に検討し、医師の右不作為が患者の当該時点における死亡を招来したこと、換言すると、医師が注意義務を尽くして診療を行っていたならば患者がその死亡の時点において、なお生存していたであろうことを是認しうる高度の蓋然性が証明されれば、医師の右不作為と患者死亡との間の因果関係は肯定されるものと解される。 ③Y ₅ が当時の医療水準に応じた注意義務に従ってA ₅ につき肝細胞癌を早期に発見すべく適切な検査を行っていたならば、遅くとも死亡の6か月前の時点において外科的切除術の実施も可能な程度の肝細胞癌を発見し得たとみられ、右治療法が実施されていたならば長期にわたる延命に繋がる可能性が高いとみられる。
6	大阪高裁 S58・2	〔頸部硬膜外でブロック後ショック死事件〕 ¹⁰⁾ 昭和44年7月、国立B ₆ 病院整形外科医長Y ₆ 医師(被告・控訴人)は交通事故による頸椎鞭打損傷を負った患者A ₆ に対し、3名の看護婦の介助のもと、頸部硬膜外腔に局所麻酔剤キシロカインと副腎皮質ホルモン剤リンドロンおよび生理食塩水の混合液を注入する硬膜外ブロック療法を施行した。当日のブロックは3度目であったが、施行直後にA ₆ は息苦しさを訴え、まもなく、心肺停止状態に陥った。Y ₆ らは別の医師、看護婦ともに救急蘇生措置を施し、心拍のみは再開したが、2週間後に脳死状態における両側性出血性化膿性肺炎によりA ₆ は死亡した。	Y ₆ は業務上過失致死被告事件として起訴され、刑事裁判となった。第1審は本件A ₆ のショック症状を原因は特定できないものの、通常の局所麻酔剤反応であることを認定した上で、以下の理由でY ₆ に業務上過失致死罪による罰金5万円の有罪判決を下した。すなわち、介助する看護婦に局所麻酔剤反応発生の危険性、その対処方法を教示し、発現した場合に即座に救急蘇生措置を取りうるための用意を整えておき、現実に発生した場合には看護婦に適切な指示を与えながら協力して迅速に救急蘇生措置を講ずべき業務上の義務があるにも関わらず、これを怠った過失がある。Y ₆ 控訴。	控訴棄却。 ①本件A ₆ のショック症状は頸部硬膜外注射の際、注射針が硬膜を穿通して全脊髄麻酔に起因する異常反応としての局麻剤反応が発生し、心肺停止状態に陥った蓋然性が高いと判断される。 ②昭和44年当時、麻酔に従事する医師間においては①に示す合併症が併発する危険性は周知の事実であった。 ③本件のような経緯で心肺停止に陥った場合、発症から4分以内に脳中枢神経系への十分な血流を再開し、同神経系に酸素欠乏を生じさせないことが肝要であり、そのために予め麻酔器に蛇管、マスクを取り付けておき、心肺停止発生時には看護婦の協力を得て迅速に人工呼吸・心マッサージ等の蘇生措置を行う注意義務があるのに、これらを怠った過失がある。

表 1 つづき

7	広島高裁 S57・3	〔異形輸血過誤事件〕 ¹¹⁾ 昭和44年11月、外科病院を経営する医師 Y ₇ (被告・控訴人) は入院患者 A ₇ (63歳女性) の穿孔性腹膜炎治療のため腹部切開手術を行った。その途中、腹腔内に小児手拳大の腫瘤を発見し、その切除を決意し、手術創を拡大するため輸血の実施を決意して A ₇ の家族から聴取した血液型 (AB型) の血液 200 ml 3本を取り寄せ、麻酔科医 B ₇ に 200 ml 1本の輸血を指示した。B ₇ は A ₇ の手術創からガーゼに浸した血液と輸血用血液との間で凝集反応を実施し、凝集 (-) と判定して元来 B 型の A ₇ に AB 型の血液 200 ml を輸血した。翌日、Y ₇ は残りの AB 型血液 200 ml 2本の輸血を指示した。2本目を約 50 ml 輸血した時点で A ₇ が悪寒を訴え、震え出したので、輸血を中止したが、悪心、悪寒、震えは 20 分程続いた。20日後、黄疸が出現したので、大学病院に転送され、大学病院で血液型検査が行われたところ、A ₇ の血液型は B 型であることが分かった。その後、A ₇ に嘔気、嘔吐、黄疸の増強による意識混濁が認められたので、3回にわたって合計 1万 7000 ml の交換輸血が実施されたが、転院後 13 日目に劇症肝炎のため死亡した。解剖の結果、腎臓に血色素尿性ネフローゼの病変が認められた。	当初 Y ₇ は業務上過失致死罪で起訴されていたが、劇症肝炎と異形輸血との間に相当因果関係がないとして起因为業務上過失傷害罪に変更された。第1審は異形輸血を行えば、患者の死亡という事態も招きかねないことから、事前に供給血液と患者の血液との適合性を判断し、不適合輸血をしないように注意する義務が医師にはあると、Y ₇ は輸血に際して医師として守るべき注意義務を怠った結果、A ₇ に悪心、悪寒、震えおよび発熱並びに血色素尿性ネフローゼといった各症状・病変を生じさせ、身体の生理的機能に障害を与えたとする違法な傷害の結果を発生させたとし、罰金 5 万円の有罪を言い渡した。Y ₇ は A ₇ の血色素尿性ネフローゼは、ごく軽いもので、健康には影響を与えてはいないと主張し、控訴した。	控訴棄却。 ① Y ₇ は A ₇ の手術を担当する医師として A ₇ に輸血の必要を認めた以上、万一にも不適合輸血の如き事態を生じさせないよう A ₇ の血液につき判定用標準血清を用いた ABO 式血液型判定を行い、さらに輸血用血液と A ₇ の血液との間に交差適合試験を行って輸血の安全性を確認する業務上の注意義務を負うものである。しかるに A ₇ の家族から聴取した血液型を正しいと信じて ABO 式血液型判定を省略し、さらに B ₇ 医師に最善の交差適合試験を行わず、簡略な方法で済ませたことから B 型の A ₇ に AB 型の血液を輸血する異形輸血を行うことになったことは Y ₇ が結果予見義務と結果回避義務を怠ったと言わざるをえない。 ② 不適合輸血があれば、程度の差はあっても、尿細管に血色素を含んだ円柱が詰まり、血色素尿性ネフローゼを生じるのが普通であって、ただ本件の A ₇ の場合には、その程度が軽く、排尿が目立って減少するほどの結果には至らなかったが、全く腎障害を生じなかったとはいえず、その後発症した劇症肝炎や死亡前約 1 週間以内に行われ多量の輸血、交換輸血の影響と合わせ、最終的に急性腎不全を来したものとみなされる。したがって、本件不適合輸血が A ₇ の健康に悪影響を与えたことは間違いないと判断される。
8	最高裁 H17・11	〔抗癌剤過剰投与と主治医、指導医、科長の過失の競合〕 ¹²⁾ 大学病院の耳鼻咽喉科に所属し、滑膜肉腫の患者 (A ₈) の主治医が抗癌剤治療 [3 種類の薬剤 (vincristine, actinomycin, cyclophosphamide) を併用する VAC 療法] を実施するに当たり、文献の誤読により週 1 回投与すべき硫酸ビンクリスチンを 7 日連続投与して患者をビンクリスチンの副作用により死亡させた。主治医、指導医、耳鼻咽喉科の科長兼教授 Y ₈ (被告・上告人) が業務上過失致死罪に問われた。主治医には文献等を精査せず、誤った治療計画を立て、患者に対し、週 1 回投与すべき硫酸ビンクリスチンを 7 日連日投与し、さらに、投与開始 4、5 日後には A ₈ に高度な副作用が開始していたのに適切な対応を取らなかった過失が (1 審で執行猶予付き禁錮 2 年が確定)、指導医には医療チームのリーダーとして治療を行うに当たり、適切な治療方法の計画立案を指導、是正せず、さらに A ₈ の治療状況、副作用の発現状況の把握を怠り、副作用に対して適切な対応を取らなかった過失が (2 審で執行猶予付き禁錮 1 年 6 箇月が確定) 認定された。	Y ₈ には①抗癌剤の投与計画案の誤りを看過した過失と、②副作用の発現状況等を的確に把握せず、適切な対応を取らなかった過失 (本件では投与開始後 5 日目の段階で強い副作用の発現を把握して対応措置を施していれば患者を救命し得たはずという鑑定が提出されている) があるとして起訴されたが、第 1 審が Y ₈ をもっぱら主治医らの監督者と位置づけて、②の副作用への対応についても事前の適切な指導を怠ったという監督過失の認定に留めたのに対し、第 2 審は Y ₈ の科長には単なる監督責任ではなく、患者の治療医としての責任も認められるので、②については Y ₈ には教授回診の際に A ₈ のカルテ内容の確認を怠るなどした過失があるとして、罰金 20 万円であった 1 審判決を破棄し、執行猶予付き禁錮 1 年に処した。これに対し、Y ₈ が上告した。	上告棄却。 Y ₈ の業務上過失致死罪の成否について職権で判断し、本件事実関係の下では Y ₈ には、①自らも臨床例、文献、医薬品添付文書等を調査検討するなどし、VAC 療法の適否と、その用法・用量・副作用などについて把握した上で、抗癌剤の投与計画案の内容についても踏み込んで具体的に検討し、これに誤りがあれば、是正すべき注意義務を怠った過失と、②少なくとも VAC 療法の実施に当たり、自らも、その副作用と対応方法について調査研究した上で、主治医らの硫酸ビンクリスチンの副作用に関する知識を確かめ、副作用に的確に対応できるように事前に指導するとともに、懸念される副作用が発現した場合には直ちに Y ₈ に報告するように具体的に指示すべき注意義務を怠った過失が認められるとした。

表 1 つづき

9	大阪地裁 H11・3	<p>[点滴および硬膜外麻酔時の看護師の過失]¹³⁾ 転倒して左大腿骨を骨折した A₉ (89歳) は平成5年8月21日、Y₉₋₁ (被告) の開設する病院に運ばれ、当直医が鎮痛のため麻酔薬キシロカイン 10 ml を硬膜外注入したところ、A₉ は血圧低下・意識喪失の状態に陥ったが、昇圧剤等の投与により回復した。翌22日、A₉ が痛みを訴え、看護婦 Y₉₋₃ (被告) が主治医となった Y₉₋₂ (被告) の指示により、A₉ にキシロカイン 8 ml を硬膜外注入したところ、A₉ は再度、血圧低下、顔面蒼白の状態に陥ったが、Y₉₋₂ の指示により昇圧剤の投与で回復した。A₉ は同月26日午前、大腿骨骨折の観血的内部整復法の手術を受けた。術後、Y₉₋₂ は A₉ が痛みを訴えたとき、麻酔薬マーカイン (キシロカインの4倍の作用がある) 8 ml を最低4時間の間隔において硬膜外注入するよう医師指示票に記載した。同日午後、A₉ が痛みを訴えたので Y₉₋₃ が医師指示票を従い、マーカイン 8 ml を硬膜外注入したところ、A₉ が心肺停止に陥った。直ちに気道確保して人工呼吸や心マッサージ等が行われたが、A₉ の意識は回復せず、全身状態は徐々に悪化し、同年9月16日、死亡した。</p>	<p>A₉ の相続人である X₉ ら (原告) は Y₉₋₂・Y₉₋₃ および病院の管理者 Y₉₋₄ (被告) に対しては不法行為に基づき、Y₉₋₁ に対しては診療契約の債務不履行責任ないし使用者責任に基づき、それぞれ損害賠償を請求した。 なお、Y₉₋₂ は業務上過失致死罪で略式起訴され、罰金の略式命令が確定している。</p>	<p>X₉ らの請求を一部認容した (確定)。 ① Y₉₋₂ は2度の麻酔薬投与後の血圧低下から A₉ がマーカインの硬膜外投与を受ければ、キシロカインと同様、血圧低下・ショック症状発生を来すのを予測できたのであるから、術後の鎮痛処置についても局所麻酔薬の硬膜外注入の方法は避け、これと同様の効果が得られる鎮痛剤の筋肉注射ないし坐薬投与を指示すべきであり、仮に局所麻酔薬を硬膜外に注入するのであれば、濃度・量を相当減じた麻酔薬を投与する義務があった。 ② Y₉₋₂ は副作用が発現した場合には即時に適切な対応が取れるように血圧低下等の症状の発現の可能性と対処方法を看護婦に予め教示するとともに医師自らが薬液を注入するか、注入の場に立ち会い、少なくとも15分間は患者の側に待機し、いつでも対処できる態勢を維持すべき注意義務が認められる。 ③ Y₉₋₃ は医師である Y₉₋₂ の補助者に過ぎず、Y₉₋₂ の指示内容の当否について判断し得る能力も有しなかったし、Y₉₋₂ の指示は Y₉₋₃ が看護婦としての知識・経験に照らし、当然に疑問を持つべき内容であるとも認められないことから、A₉ に対するマーカインの注入については Y₉₋₂ がもっぱら責任を負うべきである。なお、マーカインの注入は患者の硬膜外腔に挿入されたカテーテルのキャップを取り、薬液を注入するだけであり、中小規模の病院においては現実に見ても看護婦が右を行っている実情がある。よって、Y₉₋₁・Y₉₋₂ および Y₉₋₄ は X₉ らに対し、総額2457万円および遅延損害金の支払義務があるが、Y₉₋₃ に対する請求は認められない。</p>
10	京都地裁 H17・7	<p>[誤投 (与) 薬の行為と准看護師の過失]¹⁴⁾ 平成13年1月、Y₁₀₋₁ (医療法人：被告) が開設する病院の医師である Y₁₀₋₂ (被告) は尋麻疹の治療に訪れた当時6歳の女児 X₁₀₋₁ (原告) に対して痒みを軽減する目的で塩化カルシウム注射液 20 ml を静脈注射するよう D₁₀ 看護師に指示した。D₁₀ 看護師の申し送りにより准看護師 Y₁₀₋₃ (被告) は塩化カルシウムと塩化カリウムを混同し、塩化カリウム製剤で希釈の必要のあるコンクライト-K 20 ml を原液のまま X₁₀₋₁ に投与し、X₁₀₋₁ は急性心肺停止による低酸素脳症のため生涯にわたって介護を必要とする植物状態に陥った。D₁₀ 看護師は Y₁₀₋₂ から指示を受け、カルテに「5分かけてゆっくり」と記入し、赤波線を引いて注意を促した上で、Y₁₀₋₃ に申し送った。Y₁₀₋₃ は薬剤師 E₁₀ に「塩化カリウムって何ですか」と尋ね、E₁₀ は「カリウムですか、カルシウムですか」と Y₁₀₋₃ に聞き返したが、Y₁₀₋₃ は「塩化カリウムです」と答えたので、E₁₀ はコンクライト-K を Y₁₀₋₃ に渡した。Y₁₀₋₃ はコンクライト-K 20 ml を原液のまま5分以上かかるように、ゆっくり静注した。X₁₀₋₁ は2,3分後に突然、ぐったりした。直ちに Y₁₀₋₂ と D₁₀ が駆け付け心肺蘇生が行われ、その後 F₁₀ 病院に転送された。しかし、病院は保健所並びに医師会は「各部署での業務は慎重に行われ、過失、誤認はなかった」と報告した。</p>	<p>X₁₀₋₁ および X₁₀₋₂・X₁₀₋₃ (X₁₀₋₁ の両親：原告) は①本件事故による X₁₀₋₁ の治療費・逸失利益と X₁₀₋₂・X₁₀₋₃ の精神的苦痛への慰謝料等を、Y₁₀₋₁ に対しては債務不履行ないし不法行為を理由として、Y₁₀₋₂・Y₁₀₋₃ に対しては共同不法行為を理由として請求し、② Y₁₀₋₁ に対しては、さらに本件事故後の事故原因調査・報告義務違反によって X₁₀₋₂・X₁₀₋₃ らの被った精神的苦痛に対する慰謝料を請求した。 Y₁₀₋₂ は X₁₀₋₁ の痒みが非常に強かったことで、緩和のための塩化カルシウムを指示したこと、その静脈注射の危険性も認識した上で「5分かけてゆっくり」との注意をしていなかったことから、不適切な指示とはいえず、生じた結果は Y₁₀₋₃ の誤薬によるものであると主張した。Y₁₀₋₃ は塩化カルシウムの指示に対して塩化カリウム液であるコンクライト-K を原液のまま静脈注射したことを認めた上で、准看護師の立場で医師の指示を再検討する権限や義務はないと主張し、希釈の指示がなかったことおよび速度の指示は守っていたことを理由に過失を否定した。さらに、たとえ塩化カルシウムを指示通り注射していたとしても、希釈の指示がなければ、本件事故は回避できなかったと主張した。</p>	<p>一部認容、一部棄却 (確定)。 ① 裁判所は Y₁₀₋₂ の過失として静脈注射等の行為を指示する場合、医師は、その注射すべき薬剤の種類、注射量、注射方法、速度等について指示に誤解が生じないよう的確に指示すること、薬剤の種類や危険性によっては医師自ら注射したり、あるいは少なくとも注射の場に立ち合うことが必要であるとし、上記注意義務違反の過失と後遺障害の因果関係を認めた。 ② Y₁₀₋₃ については Y₁₀₋₂ の指示した薬とは異なる注射液を使い、原液のまま使用するという投与方法の間違いをしていたことを認定し、たとえ准看護師といえども、現に患者に対して静脈注射等の侵襲を伴う措置を行う以上、その措置によって患者の生命・身体を害することを防ぐべき注意義務を負っているのは当然であり、医師の指示自体に疑問が生じたような場合には医師に対して指示内容を再確認する等して、自らの行う与薬措置等に誤りのないようする注意義務があるとし、本件後遺障害との因果関係を指摘した。</p>

表 1 つづき

11	大阪高裁 H16・7	<p>[エタノール誤注入と看護師の責任]¹⁵⁾ 大学病院の看護師 Y₁₁ (被告・控訴人) は平成 12 年 2 月 28 日午後 5 時 30 分頃、リー脳症 (Leigh encephalopathy) および肺炎治療のため同病院小児科に入院していた A₁₁ (当時 17 歳) に装着された人工呼吸器の加温加湿器チャンパー内に滅菌精製水を補充するに際し、消毒用エタノール 5ℓ 入りポリタンクを滅菌精製水入りポリタンクと誤信して A₁₁ の病室に持参して準備し、同日午後 6 時頃から翌 29 日午前 7 時頃までの間、上記チャンパー内に滅菌精製水を補充しようとして上記ポリタンク内から消毒用エタノール合計 300 ml を上記チャンパー内に注入補充した。また、同月 28 日午後 9 時頃から同年 3 月 1 日午後 11 時頃までの間、A₁₁ の看護を担当した他の看護師 4 名も上記ポリタンク内から消毒用エタノール合計約 870 ml を上記チャンパー内に注入補充した。同月 2 日午後 7 時 54 分、A₁₁ は急性エタノール中毒および原疾患であるリー脳症の増悪により死亡した。</p>	<p>第 1 審は、Y₁₁ は人工呼吸器の加温加湿器チャンパー内に滅菌精製水を補充するに際し、容器のラベルに記載された薬剤名等を読むなど薬剤の種類・内容を十分確認して病室へ持参するとともに、持参して準備した薬剤の内容等をさらに確認して上記チャンパー内に補充すべき業務上の注意義務を怠ったとして業務上過失致死罪の成立を認め、看護師として最も基本的な注意義務を運び込みと注入という 2 つの場面において怠っており、初歩的な過誤で過失は重大であるとして Y₁₁ を禁錮 10 月、3 年間の執行猶予に処した。Y₁₁ は量刑不当して控訴した。</p>	<p>控訴棄却 (確定)。 ① Y₁₁ の過失は患者の体内に薬剤を摂取させるに当たり、その薬剤が真実、自分が摂取させようとしている薬剤であるか否かを、その容器のラベル等を見て、確認するという看護師として最も基本的で、初歩的な注意義務を怠ったもので、その結果は重大であり、遺族の処罰感情にも厳しいものがあり、Y₁₁ の刑事責任は決して軽く見ることはできない。 ②他の看護師 4 名の過失は注入の際にも、これが滅菌精製水であることを確認すべきであり、上記 4 名には、これを怠った過失がある。しかし、これら 4 名の過失は Y₁₁ の過失がなければ、生じることのなかった過失であるから Y₁₁ は、これに対しても責任を負うべきである。 ③担当医の過失については本件について人工呼吸器が正常に機能していることに疑いを抱くべき事情はなかったと認められるから、本件について医師の義務違反を認めることはできない。</p>
12	東京高裁 H13・10	<p>[乳児の処置]¹⁶⁾ A₁₂ は平成 7 年 1 月 5 日午前 5 時 43 分、Y₁₂ 大学 (被告・控訴人) 病院において X₁₂₋₁ および X₁₂₋₂ (原告・被控訴人) の二男として出生した。出生時に、A₁₂ に異常はなく、出産自体も順調であった。A₁₂ の出生後の成育状況は良好で、ミルクをよく飲み、排便もスムーズで、泣き声も大きかった。Y₁₂ 病院新生児付きの助産師 B₁₂ は同年月 8 日午前 5 時 40 分頃 A₁₂ に腹満を認め、新生児室内のコットの中に A₁₂ をうつ伏せ寝で寝かせた。同日午前 6 時 25 分頃、B₁₂ がコットの中で心肺停止になっている A₁₂ を発見し、医師らにより蘇生措置が施され、A₁₂ は心肺機能を取り戻したものの、低酸素脳症となり、重度の脳性麻痺の傷害を後遺し、平成 7 年 8 月 9 日、気道分泌物による窒息のため Y₁₂ 病院において死亡した。</p>	<p>A₁₂ の両親である X₁₂₋₁、X₁₂₋₂ は Y₁₂ に対し、不法行為または債務不履行を理由に損害賠償の支払いを求める訴えを提訴した。これに対し、Y₁₂ は A₁₂ が心肺停止状態に陥ったのは、うつ伏せ寝に寝かせたことが原因ではなく、未熟型乳幼児突然死症候群 (abruptive SIDS) によるものであり、Y₁₂ には責任がないとして争った。 第 1 審は A₁₂ の死因を窒息によるものと認定し、B₁₂ には嘔吐する可能性の高い新生児をうつ伏せ寝で寝かせる場合には新生児が頭部を回転により容易に鼻口の圧迫状態から逃げられるような形状、材質の寝具を使用すべき注意義務があり、かつ、寝かせた後も、継続的に観察すべき注意義務があるのに、これを怠った過失があるとして、Y₁₂ に使用者責任を認めた。これに対し Y₁₂ は控訴した。</p>	<p>控訴棄却 (上告)。 ① A₁₂ の本件事故発生時の心肺停止の原因については、うつ伏せ寝にされた後、頭の重みおよび枕代わりのタオル等で鼻口部が圧迫され、生後間もなく、うつ伏せ寝に慣れていなかったためや、敷布団、枕代わりのタオルおよび掛け布団代わりのバスタオルと毛布に妨げられて適切な窒息の回避行動をすることもできず、徐々に低酸素状態に陥り、吐乳や吐物の誤えんも生じ、誰も観察している者がいなかったため、結局、窒息にまで至ったことによるものと推認される。 ② B₁₂ には生後間もない新生児をうつ伏せ寝にする場合には薄く材質の硬い敷布団を使用し、軽い上掛け、タオルケット等の掛け布団を用い、これを浅く掛けるか、または何も掛けず、枕や枕代わりのタオルを使用しないで、寝かせた後も肉眼または機器により断続的に観察すべき注意義務があるとした上で、B₁₂ は前記注意義務を怠り、新生児を仰向けで寝かせる場合に使用する寝具を用い、A₁₂ をうつ伏せで寝かせ、午前 6 時少し前に新生児室を離れた後は断続的に NICU 室に詰めて、A₁₂ のいる新生児室には入らず、呼吸停止状態の A₁₂ を X₁₂₋₂ と共に発見するまで、約 30 分間一度も A₁₂ の状態を観察していなかったものであり、以上の点において民事上の不法行為の原因となる注意義務違反と過失が認められる。B₁₂ は Y₁₂ の使用者であるから、Y₁₂ は A₁₂ の死亡について民法 715 条の使用者責任を負うものというべきである。</p>

表 2 医療事故解剖例の医療上問題点と刑事・民事処分

事例 (No.)	解剖・医療機関の種別	事歴	主要解剖所見・死因	医療上問題点	民事・刑事処分
1	司法 個人医院	20歳代女性。某日午後6時30分から午後8時まで児頭骨盤不適合のため腹式帝王切開手術を受けた。手術時総出血量350ml。手術時には何ら異常なく、新生児の発育も良好。翌日午前0時、腹痛を訴え、看護師が執刀医に連絡したが、鎮痛剤のペンタジンの注射の指示のみ。午前0時20分、看護師が注射を持って訪室したところ、瀕死状態で執刀医が呼ばれ、蘇生措置が施されたが、午前1時死亡。	[主要剖検所見] ①腹腔内出血2100ml ②子宮手術創部凝血多量附着 ③子宮手術創縫合異常なし ④右心室内気泡多数 ⑤脳軟膜血管内気泡・冠動脈内気泡多数 [死因] 手術後、空気塞栓が起り、全身に微細気泡が散布され、DICが招来され、適切に縫合された手術創部から腹腔内に多量出血した。	①個人の産婦人科医院での手術であり、執刀は院長1人で行われた。 ②常に手術は夕方から夜に行われ、翌日も診療のある院長は夜間は電話で指示を出すだけであった。 ③夜勤の看護師は准看護師1人で入院患者数名の管理をしていた。 ④午後10時頃より腹痛を訴えていたが、院長は診察をしていなかった。	①民事：4700万円の損害賠償に加え、子供を小学校入学まで院長夫人が育てることで和解。 ②刑事：民事賠償を受け、社会的制裁は受けたとして、業務上過失致死で書類送検されたが、起訴猶予となった。
2	司法 2次救急病院	60歳代女性。気管支炎の治療のためセファゾリン1g、ビタミンB ₁₂ 1000μgをKN3B250mlに溶解した注射液を点滴静注し始めて、まもなく痒み、悪心を訴えたが、そのまま点滴が続けられ、数分後、ショック状態に陥り、点滴を生理食塩水に変更して蘇生措置が行われたものの、90分後に死亡。セファゾリンは以前、10回以上、同院で点滴を受けているが、これまで異常なく、ビタミンB ₁₂ は初めて投与された。	[主要剖検所見] ①咽頭、喉頭浮腫 ②喉頭粘膜下点状出血 ③気管支粘膜充血 ④急死所見(強い死斑、暗赤色流動性心臓血、諸臓器うっ血・溢血点) [死因] 急性薬物ショック 原因薬剤としてセファゾリンとビタミンB ₁₂ の両者があるが、使用歴からみてビタミンB ₁₂ の可能性高い。	①痒み、悪心を訴えたとき、直ちに点滴を中止していれば、救命できたのでは。 ②治療に不可欠なのはセファゾリンであり、なぜ必須でないビタミンB ₁₂ を追加したのか。	①民事：2600万円の損害賠償で和解。 ②刑事：書類送検・起訴猶予。
3	司法 精神科病院	30歳代男性。統合失調症で入院中。某日午後30分。別の統合失調症患者に腹部を蹴られたり、踏みつけられたりした。医師不在。午後8時、当直医到着。血圧92/80、脈拍100/分、呼吸数20/分。腹部疼痛強度、圧痛強度。冷汗・嘔気・嘔吐あり。安静・経過観察の指示のみ。午後11時30分、血圧84(触診)、脈拍120/分、呼吸数28/分。看護師が医師の診察求めるも、診察なく、30分間隔のバイタルチェックの指示のみ。翌日午前5時、血圧72(触診)、脈拍138/分(緊張弱)、浅頻呼吸。腹部緊満。冷汗著明。意識明瞭。医師に連絡せず。午前5時30分、呼吸停止。心停止。医師らによる蘇生措置に反応せず。午前5時50分死亡診断。	[主要剖検所見] ①急性汎発性腹膜炎 ②回盲弁より口側60cmの部に外傷性回腸破裂 ③対応する部の外表皮肉に著変なし。 [死因] 腹部を踏みつけられた際、回腸が脊柱と挟まれ、破裂。腸内容が腹腔内に漏出し、汎発性腹膜炎を発症して死亡。	①医師不在時の事件発生。当直医は午後6時からの勤務であったのに午後8時到着。腹部を踏みつけられて腹痛・圧痛強度であるのに腹部レントゲン撮影をしていない。ショックの徴候が出ているのに経過観察の指示のみ。 ②午後11時30分、看護師から診察要請があったのに、医師診察にいかず、30分間隔のバイタルチェックの指示のみ。この時点で既にショック状態で、当直医が診察に応じなければ看護師は主治医に連絡すべき。 ③早い段階で当直医、夜勤看護師の誰かが適切な対応をしていれば救命できたはず。	①民事：60万円の見舞金で和解。 ②刑事(対加害者)：心神喪失で不起訴、医療保護入院から措置入院に変更された。 ③刑事(対当直医)：業務上過失致死で書類送検されたが、起訴猶予。 ④病院内処分：当直医免職。看護師減給1か月。
4	司法 2次救急病院	50歳代男性。顔を殴られ、路上に仰向けに倒れた状態で腹部を踏みつけられた。病院に搬送され、検査の結果、左中大脳動脈解離性動脈瘤による脳梗塞の診断で脳外科へ入院となった。このとき血清アミラーゼ中程度上昇。4日後血清アミラーゼの高度上昇のため腹部外科へ転科。緊急手術を受けた。腓頭部に著明な挫滅があり、腓頭十二指腸切除を受けた。1か月後、意識回復しないまま死亡。	[主要剖検所見] ①汎発性化膿性腹膜炎 ②腓頭部・十二指腸は別除 ③左中大脳半球外側部広範な軟化巣(脳幹部著変なし) ④左大脳動脈解離 [死因] 腹部を踏みつけられた際、腓頭部が挫滅され、汎発性腹膜炎を発症して死亡。	①当直医の専門は脳外科で左中大脳動脈解離を発見し、脳梗塞による昏睡状態と診断して主治医となったが、腹部の診察はおろそかにしていたといわざるをえない。 ②入院当日の血清アミラーゼ中程度上昇の段階で腓頭傷を疑うべきであった。 ③早い段階で腹部手術が行われていれば救命できたであろう。	①民事：300万円の慰謝料で和解。 ②刑事：被告弁護士は早い段階で腓頭傷が発見され、適切な治療が行われていれば救命できたはずと主張。傷害事件に変更され、主治医が書類送検、起訴猶予。

表 2 つづき

5	司法 2次救急病院	男子高校生。某年1月4日午前0時、喧嘩で背負い投げを食らい、後頭部を路面で強打。午前0時30分、近くの公立病院を受診。頭部エックス線単純撮影で異常なしと言われ、帰宅。午前2時、頭痛が増悪、再受診して入院。検査は行われず、鎮痛剤注射で経過観察。午前5時、突然、心肺停止。蘇生措置を受け、心拍動は回復するも、呼吸、意識は回復せず。頭部CTで後頭部に広範な硬膜外血腫確認。5日午前、深昏睡、脳幹反射すべて陰性。脳波平坦。臨床的脳死状態のまま1月15日午前2時死亡。	〔主要剖検所見〕 ①脳軟化・浮腫高度(脳死) ②後頭蓋窩硬膜外血腫 ③ラムダ縫合・左後頭乳突縫合離開 ④脳挫傷(前頭葉、側頭葉前面) ⑤後頭部頭皮内・骨膜下血腫〔死因〕 後頭部強打によりラムダ縫合、左後頭乳突縫合が離開し、このとき横静脈洞もしくは左S状静脈洞が破綻して後頭蓋窩硬膜外血腫が生じられ、脳死に至り死亡。	①当直医は1月3日午前9時から1人で500床規模の病院全体の管理を任されており、被害者が受診した4日午前0時30分頃には疲労の極致にあり、頭部レントゲンでラムダ縫合、左後頭乳突縫合の離開を見落とし、帰宅させた。 ②4日午前2時、入院させたものの、午前5時頃、心肺停止となるまで何も検査しなかった(午前9時からの頭部CTの予約はしていた)。	①民事：50万円の見舞金で和解。 ②刑事：被告弁護士は医師が適切な対応をしていれば、被害者は死なずに済んだので、単なる傷害事件と主張。 ③検察側の証人脳外科専門医が後頭蓋窩の急性硬膜外血腫は急激に不幸な転帰をとるのが大部分で、仮に早く診断できていたとしても、手術による救命は困難であると証言したため傷害致死事件として扱われ、医師の責任は問われなかった。
6	行政 個人医院	20歳代男性。自宅台所で口から泡を出し、仰向けに死亡しているのを母親が発見。付近に食べかけの食事(米飯、肉やり野菜炒め、牛乳等)と白色の嘔吐物が散乱していた。数日前に近医を受診し、「痰が絡み、食物が気道の中へ入り、むせて困る」と訴えていた。警察から解剖結果を聞いた両親が医師に損害賠償を請求した。	〔主要剖検所見〕 ①喉頭蓋に3個の血管芽腫 ②咽頭、喉頭、機関、気管支内に血性泡沫、胃内容が充満、同部粘膜充血高度 ③急死所見(強い死斑、暗赤色流動性心臓血、諸臓器うっ血・溢血点) 〔死因〕 後頭蓋窩血管芽腫が脳幹部を圧迫して嘔吐物を誤えん吸引窒息。	①血管芽腫は脳外科手術で摘出することにより予後良好であるため、患者の訴えを真剣に聞き、2次病院レベルの脳外科ないし神経内科を紹介するべきであった(ただし、結果論ではあるが)。	①民事：50万円の見舞金で和解。 ②刑事：医師の責任は問われなかった。
7	医療関連死 モデル事業 3次救急病院	30歳代男性。頸椎椎間板ヘルニアに対してヘルニア摘出、骨移植、プレート固定術を施行したところ、術後、呼吸停止から脳死状態となり、5か月後、死亡した。	〔主要剖検組織所見〕 ①手術部位にベルリンブルー陽性マクロファージ多数(過去の出血を示唆) ②脳死所見(頭蓋腔に多量液状内容貯留) ③諸臓器うっ血、出血、浮腫 〔死因〕 敗血症による多臓器不全	①手術後の呼吸停止の原因は手術野の血腫による(解剖所見とMRIおよびレントゲン所見が一致)。術後、ドレーンを留置すべきであった。	①民事：双方の弁護士間で協議中。 ②刑事：執刀医が書類送検、起訴猶予。
8	医療関連死 モデル事業 2次救急病院	60歳代女性。右下肢閉塞性動脈硬化症に対するバイパス手術後に生じた血管閉塞に対して血栓溶解治療を行ったところ、穿刺部から後腹膜に多量の出血が生じ、ショック状態となり、2週間後に多臓器不全を併発し、死亡した。	〔主要剖検組織所見〕 ①汎発性腹膜炎 ②非閉塞性腸間膜虚血による胃腸管出血壊死 ③右腸腰筋部後腹膜血腫 〔死因〕 非閉塞性腸間膜虚血による胃腸管出血壊死のための汎発性腹膜炎	①血栓溶解治療に用いたカテーテル抜去時の止血不良が後腹膜血腫の原因と推定される。 ②死因となった非閉塞性腸間膜虚血が出血性ショックに起因するものと推定される。	①民事：双方の弁護士間で協議中。 ②刑事：医師の責任は問われなかった。
9	医療関連死 モデル事業 2次救急病院	70歳代女性。自宅で転倒し、左大腿骨頸部骨折を受傷。人工骨頭置換術を受け、手術から3週間後のリハビリテーション中に心窩部痛を訴え、38.9℃の発熱、スルペラゾン4g/日の治療を受けたが、3日後に死亡した。	〔主要剖検組織所見〕 ①出血性膀胱炎 ②膀胱周囲膿瘍 ③骨盤腹膜炎 ④諸臓器に微小膿瘍多数散在 〔死因〕 出血性膀胱炎に続発した骨盤腹膜炎に起因する敗血症性ショック	①左大腿骨頸部骨折のため膀胱カテーテルを留置した操作が出血性膀胱炎を引き起こしたか否かが争点となった。 ②慢性膀胱炎が以前からあり、膀胱カテーテル留置以前から膀胱周囲膿瘍を併発しており、骨盤腹膜炎発症時に発熱と心窩部痛を訴えたと推定した。	①民事：双方の弁護士間で協議中。 ②刑事：医師の責任は問われなかった。

表 2 つづき

10	医療関連死 モデル事業 3次救急病院	60代男性. 20年以上前から血液透析継続中. 5年前から2回の経皮的冠動脈形成術の既往あり. 胸痛, 胸部圧迫感のため入院後, ショック状態となり心臓集中治療室 (coronary care unit: CCU) へ移され, 気管内挿管された状態で心カテーテル検査実施. ヘパリン, ニトログリセリンなどが心カテから投与されたが, 心原性ショックのため死亡した.	〔主要剖検組織所見〕 ①心筋梗塞 ②冠状動脈硬化極めて強く狭窄高度 ③両腎硬化萎縮著明 ④全身動脈硬化高度 〔死因〕 慢性腎不全に起因する高度冠動脈狭窄による不安定狭心症・非ST上昇型心筋梗塞合併のための心原性ショック	①最初からCCUへ入院させ, 集中治療を受けていれば救命できたのではないかと家族が解剖を希望. ②最初からCCUへ入院させ, 心カテによる集中治療を行ったとしても, 長年の透析による全身の動脈硬化, 石灰化は著明で, 透析例での寿命の限界である.	民事・刑事とも問題と ならなかった.
11	医療関連死 モデル事業 3次救急病院	70歳代女性. 虫垂摘除と胆のう摘除の既往あり. 1年前から腸閉塞を繰り返し発症し, 禁食・イレウス管挿入, 持続吸引などの保存的入院治療で経口摂取可能な状態まで改善していたが, この間, 誤えん性肺炎を繰り返し, 十数種類の抗菌薬が投与されていた. 死亡の1か月前, 40℃の発熱があり, 血液培養でStaphylococcus epidermidis が検出され, 敗血症と診断され, さらに数種類の抗菌薬が点滴により投与された. この間, 咽頭液や便の培養では多剤耐性アシネトバクターが検出され, 大きく報道された. 次第に全身状態が悪化し, 死亡に至った.	〔主要剖検組織所見〕 ①腹腔内巨大膿瘍 (32 × 21 cm), 後記②と連続 ②回盲部から95 cmの部の回腸に穿孔 (15 × 7 mm) ③癒着性線維性腹膜炎 ④諸臓器に微小膿瘍多数散在 ⑤胸水, 腹水, 血液, 腹腔内膿瘍内容から細菌が少数検出されたが, 多剤耐性アシネトバクターは検出されず. 〔死因〕 広範囲にわたる癒着性腸閉塞から小腸穿孔が起こり, 腹腔内巨大膿瘍が形成され敗血症を併発, 死亡.	① Polysurgery のため腹腔内ほぼ全般に及ぶ線維性癒着があり, 繰り返しされた腸閉塞ととれに伴う誤えん性肺炎の基礎病変となっていた. ②多剤耐性アシネトバクターは本件死亡に直接関与していなかった. ③経過中のCT画像で穿孔の危険性の高い拡張腸管が確認されていたが, 呼吸機能が悪く, 全身麻酔は困難と判断され, 手術適応とならなかった.	①民事: 双方の弁護士間で協議中. ②刑事: 医師の責任は問われなかった.
12	医療関連死 モデル事業 透析病院	80歳代女性. 高血圧, 腎結石 (右腎摘出後), 糖尿病, 糖尿病腎症, 慢性腎不全, 慢性心不全, 多発脳梗塞の既往があり, 血液透析の必要性と多発脳梗塞による, えん下障害のための栄養障害の治療のため入院となった. 透析が導入されたものの, たび重なる誤えんで誤えん性肺炎を繰り返すため本人および家族の同意のもと胃瘻が造設された. しかし, 胃瘻からの確実な栄養摂取にも関わらず, 栄養障害は改善せず, 低アルブミン血症が続いていた. 入院の1年半後, 重症肺炎を併発し, 頻脈と血圧低下のためアラームが鳴った際, 医師訪室までに15分位 (家族の主張) を要した. その1か月後, 透析中, 突然死亡した. その際, 心拍モニターが装着されてなく, 家族が警察に告発した.	〔主要剖検組織所見〕 ①全身栄養障害著明 ②両側胸水, 心嚢水多量 ③左心室肥大, 微小線維化巣多数散在 (虚血性変化) ④糖尿病性腎症および腎硬化萎縮著明 ⑤左肺上葉陳旧性肺炎病変 ⑥多発脳梗塞, 脳萎縮 ⑦諸臓器うっ血, 浮腫 〔死因〕 糖尿病性腎症による慢性腎不全	①死亡の1か月前に頻脈と血圧低下でアラームが鳴った際, 医師の訪室が遅れたこと, 重症肺炎を併発した際, 蘇生措置拒否 (do not resuscitate: DNR) の申し出が家族から出されたのに, 死亡直前蘇生措置が施されたこと, 透析中心拍モニターが装着されていなかったこと等のため家族の病院に対する不信任感が強く警察への告発に繋がった. ②透析による除水を行うと血圧が低下してしまう透析困難例で, 慢性心不全, 栄養障害と合わせ加齢による全身衰弱で寿命が尽きたと言わざるをえない.	①民事: 双方の弁護士間で協議中. ②刑事: 医師の責任は問われなかった.

A MEDICO-LEGAL STUDY ON THE PREVENTION OF MEDICAL
MALPRACTICE AND CIVIL SUITS

—Based on Analyses of Judicial Precedents and
Forensic Autopsies for Medical Accidents—

Maki OKABE, Keizo SATO, Masaya FUJISHIRO,
Susumu NITTONO, Rei KATO, Mieko ISHIZU,
Ritsuko OBUCHI, Urara FUKUCHI, Shinya OMIYA
and Xiao-Pen LEE

Department of Legal Medicine, Showa University School of Medicine

Miki KUSHIMA

Department of Clinico-diagnostic Pathology, Showa University School of Medicine

Abstract — To date there are no reports discussing the means by which to prevent the occurrence of medical malpractice based on analyses of both judicial precedents and forensic autopsies for medical accidents. We studied what kind of malpractice punished a doctor and/or nurse for professional negligence resulting in death by analyzing not only judicial precedents but also legally-ordered autopsies for medical accidents. In addition, we evaluated the civil liabilities of the doctor and/or nurse by analyzing both subjects. Furthermore, we studied how to prevent the occurrence of medical malpractice based on the analyses. From the analysis of judicial precedents, the following points were judged to be important for the prevention of the occurrence of malpractice. A rejection of medical examination does not cause criminal liabilities to the doctor but may bring compensation to him. Medical malpractice often occurs when the cooperation between a doctor and nursing staff is inadequate to treat patients. Serious malpractice can render punishment on the chairman in the department as well as the doctor in charge of the case and the doctor of the team leader. Based on the results from the autopsy cases various warnings are summarized below. A doctor must examine a patient before instructing a nurse to inject a patient with an analgesic. A doctor must always consider that a patient can take a sudden turn for the worse. A doctor should make urgent and noninvasive examinations first and must not perform unnecessary treatment which can cause an unexpected complication resulting in death. The results proved the most important point to be that a doctor and nursing staff maintain sufficient cooperation between them and treat each patient sincerely and honestly.

Key words: medical malpractice, civil suit, criminal liability, analysis of judicial precedents, forensic autopsy

[受付：2月5日，受理：2月6日，2014]