

手術室はもはや密室ではない。ある逆転裁判からの教訓

キャリア 2019年9月6日（金） Doctors LIFESTYLE編集部



医療訴訟の現場では、医師にとって常識的な内容が裁判官の理解を得られず、事実認定や争点の判断に活かしてもらえないケースが数多く存在します。その結果、医療者から見れば納得のいかない判断が下されてしまうような事態も、残念ながら珍しくないのが実情です。今回はある「逆転裁判」の事例から、現場の医師がどのように司法と対峙すべきか、考察します。

※ 平成27年5月29日大阪高裁判決（原審平成26年3月26日大阪地裁判決）



【著者プロフィール】

富永愛（とみなが・あい）

1996年同志社大学工学部化学工学科卒業後、1998年司法試験合格。2008年群馬大学医学部卒業。病院勤務時には院内倫理委員会委員として院内ガイドラインなどの作成も担当。現在も、現役の医師として病院勤務しながら弁護士としても活動。医療問題専門の法律事務所として、医療全般の法律問題を担当しており、外科系の手術等が関わる相談が多いのが特徴。医療紛争を抱える当事者や医療機関、医療従事者からの相談だけでなく、医療訴訟を担当する弁護士からもコンサルト依頼を多数担当している。関西医事法研究会 幹事、大阪医療問題研究会 顧問としても法律家への医療コンサルトを定期的に行っている。さらに、法学部・医学部での医事法講義・医療模擬裁判など医学に関わる法律の講義・講演も積極的に行い、医療と法の融合を目指して幅広く活動している。

一審判決から逆転…何が起きたのか

この裁判は、直腸癌のためD2リンパ節郭清を伴う低位前方切除術を受けた患者Aが、手術5日後に仙骨前面静脈叢から大量出血し、約3か月後に多臓器不全により死亡したことに端を発します。

患者Aの遺族らは、執刀医には本件手術の際に下腹神経筋筋膜を温存し仙骨前面静脈叢を露出又は損傷しない注意義務違反があったとし、不法行為による損害賠償を請求。この請求を、裁判所も一部容認する形となりました。

第一審では患者側の請求が全て棄却された一方、控訴審でほぼ全額が認容されたという逆転裁判で、上告不受理により控訴審判決(患者の勝訴)が確定しています。

患者Aが手術を受け、死亡に至った経緯の概略について、以下のとおり記載します。

患者Aは、大腸内視鏡検査で、直腸Ra部(腹膜反転部より肛門側)に隆起腫瘤型病変を発見。組織生検の結果、高分化腺癌であるものの、遠隔転移やリンパ節転移はなく、深達度も粘膜下層に留まっていることが明らかになったため、直腸癌の低位前方切除術の手術を受けることになりました。

手術中、出血量が約1000mlとなり、無血管野であるはずの仙骨前面の剥離時に出血、術中の急激な血圧低下がありました。

術後1日目から4日目まで、患者Aの体温は毎日午後に一過性に38度から39度の発熱がありましたが解熱していました。この間、白血球数は10000以上あった状態から9800まで減少し、CRPは術後3日目まで12.3に上昇しましたが、術後5日目には6.2まで減少。術後5日目午前3時50分頃突然呼吸困難・呼吸不全に陥り、その後、輸血をしながら急激かつ大量の出血(約20,000ml)を来し、当日採取の血液培養検査では、大腸菌、腸球菌が検出されました。

この大量出血によりショック状態に陥り、患者Aは約3ヶ月後に多臓器不全で死亡しました。

裁判の争点

この裁判の争点は大きく以下の2点でした。

- ①手術5日後の大量出血は、手術時、仙骨前面静脈叢が露出し損傷したことが原因か、それとも、敗血症によるDICの発症に伴うものか
- ②執刀医は、本件手術において、仙骨前面静脈叢を露出又は損傷しない方法で行うべき注意義務があったか

執刀医が仙骨前面静脈叢の露出、損傷を否認していたことから、特に問題になったのは、①の内容です。患者側と執刀医からは以下のような主張がなされました。

【患者側の主張】

「大量出血は、手術の際に執刀医が、仙骨前面静脈叢を露出又は損傷したのに、十分に止血処置をしなかった、または、いったん止血措置を行い血流を遮断したにせよ、術後のリハビリや立位状態、腸管運動の活発化による排便などの影響によって、術中の結紮糸の緩みや電気メスの凝固部分の脱落などが起こり、遅発性出血として発生したものである」

【執刀医側の主張】

「手術時、執刀医はS状結腸と直腸を授動する際に、臓側腹膜と壁側腹膜の生理的癒着部位を剥離したが、腹膜を修復する際に仙骨前面の毛細血管網から複数の膜を超えて新生血管が形成され、肉芽形成に至った。そして、手術後に患者の血液に細菌が侵入し始め、手術後5日目3時50分頃、患者は、敗血症又は菌血症によるDICを急激に発症。微小レベルの血栓による肺塞栓症を発症して呼吸困難を生じ、この血栓を溶かすために二次線溶亢進状態となり、手術後5日目の5時15分頃に、上記新生血管から本件大量出血をするに至った」

患者と執刀医の意見、裁判所はどう判断したか

【第一審裁判所の判断】

まず、第一審裁判所は、争点①に関する執刀医側の主張を認め、原告である患者の請求を全て棄却しました。

今回の裁判において、執刀医は「手術時に仙骨前面静脈叢を傷つけた」という趣旨の証言をしていたのですが、第一審裁判所は「仙骨前面静脈叢を損傷したとすると出血量が少なすぎる」「仙骨前面静脈叢を傷つけたと思われる手術の時間帯には、血圧低下が見られないから傷つけたとは言えない」などとして損傷事実を否定。解剖結果から出血点は仙骨前面静脈叢だとは認めましたが、「手術時の細胞組織の損傷部から不良肉芽が出現して、仙骨前面静脈叢まで達しそこから出血した」という被告の主張を採用し、**感染源や感染徴候、感染症進展の証拠がないにも関わらず、大出血は敗血症及びそれに伴うDICによるものだ**と判断したのです。

【控訴審裁判所での主張立証】

このように、第一審裁判所が医学知識の不足に起因すると考えられる誤った事実認定及び誤った争点判断をしていたこともあり、続く控訴審では、「医学的には基本中の基本」ともいえるような以下のような事項も含め、説明が行われました。

- 手術中の出血量の評価
- 手術中の出血と血圧との関係
- 手術後再出血の可能性
- 敗血症によるDICからの本件大量出血の可能性
- 執刀医の主張する手術手技が医療記録上明らかな手術中の出血量や血圧等と整合しないことなど

このように医療関係者としては主張するまでもない事項についても、専門家の意見書や、準備書面によって補足することで、患者側は自らの主張の方が合理的であり医療記録と整合するものだ**と主張**。裁判官に、医療記録や専門家の意見書等の証拠に基づいて合理的な判決を下すよう促しました。

ちなみに、控訴審は通常1回しか行われなことが多いのですが、本件では、準備書面をふまえた弁論が4回も行われました。これは、裁判所の側にも「十分に検討するべき事案である」という認識があったからだと思われます。

準備書面や証拠の提出、弁論期日を経て、控訴審判決では、上記争点①について、「**本件大量出血は、執刀医が、本件手術中に仙骨前面静脈叢に損傷を加え、その際いったんは止血措置がなされたものの、本件手術後五日目深夜から早朝にかけて、同止血部位から再出血することにより生じたものと推認することができる**」と結論付けました。

そして、争点②(手術において、仙骨前面静脈叢を露出又は損傷しない方法で行うべき注意義務があったか)についても、以下のような理由により、「**注意義務があった**」という前提の上で、当該注意義務に違反する過失を追求しています。

【控訴審が「注意義務があった」とした理由】

「直腸癌において、下腹神経前筋膜を温存せずに低位前方切除術手術を進める場合再出血を完全に回避するのは困難でなる。他方、早期の直腸癌については、下腹神経前筋膜を損傷してその中に入る必要性は全くない。

そうすると、本件のような早期の直腸癌に対する低位前方切除術手術においては、下腹神経前筋膜を温存し、仙骨前面静脈叢を露出又は損傷することがないように配慮して手術手技を行う注意義務がある」

【「上記の注意義務に対する違反があった」とした理由】

「大量出血は、執刀医が、手術の際に、仙骨前面静脈叢に対する損傷を加えたことに基づくものと推認できるから、執刀医は、本件手術の際に、下腹神経前筋膜を温存しない手術手技をしたものと推認することができ、執刀医の手技には、前記注意義務に違反する過失があるものというべきである」

争点①②について上記のような判断が行われた結果、前述の通り、患者側の請求額がほぼ全額認められる逆転判決となったのです。

今回の「逆転裁判」から医師が留意すべきこと

以上のように、第一審裁判所は執刀医が仙骨前面静脈叢を露出又は損傷したという事実自体認定しませんでした。控訴審裁判所は、執刀医の早期の直腸癌に対する低位前方切除術手術においては下腹神経前筋膜を温存し、仙骨前面静脈叢を露出又は損傷しないように配慮して手術手技を行う注意義務があると認定しています。

今回の事案では、問題となった手術が、早期の直腸癌に対する位前方切除術手術という定型的な術式であったことから、注意義務違反の主張立証の難易度が低かったことも一因となって患者側の主張通りの認定となったと考えられますが、問題となる術式の難易により、損害賠償請求権の存否との関係で訴訟上求められる注意義務の内容、程度は異なる点は注意が必要でしょう。

特に注意が必要なのは、昨今さまざまな臓器で行われるようになってきている内視鏡手術です。内視鏡画像は動画を残せるため、これまで密室だった手術は、その場にいた医師以外の第三者の評価にさらされることになってきています。そうした状況下で学会や研究会等で「やってはいけない」とされている手術手技を行うことは、リスクが非常に高いと再認識する必要があるでしょう。自らの執刀症例を復習するためでなく、ビデオや動画、手術記録は、自らのミスを確認する証拠にもなるということを念頭に、基本的な手術手技を確実に行うことが求められています。繰り返しもなりますが、密室といわれた手術室も、ビデオや手術記録の検討によって「第三者が評価できる状態」になっています。医師としては、自身が携わる術式の基本的作法を改めて再認識すべきです。完璧な手術はありません。しかし、一般的に行ってはいけないといわれている手術手技を行ったことで、悪い結果に至った場合には、何故その手技を行ったのか、説明しなければなりません。日々の業務をそのような視点で見直すことも重要だと思います。

裁判官の事実認定を適切なものするために

裁判官は判決を書く際に、証拠に基づいて事実を認定し、争点に関する判断を行います。ですが今回紹介した事例のように、医療関係者であれば容易に理解、想像できることでも、医療に従事した経験のない裁判官にとっては表面的にしか認識できなかったり、問題点に気づかなかったりして、事実認定や判断を誤ることが、残念ながらあるのです。

患者側、医師側、いずれの立場でも、訴訟への対応が必要となったときは、上記のような認識を持つことが大切と言えます。医療記録等の証拠からどのような事実が認定できるか。どのような判断をするのが一般的なのか。当事者が基礎から説明をしなければならぬのはもちろん、専門医の意見書等の証拠を提出するなどの方法を取ることで、裁判所の理解を促進し、医学的根拠に基づく判決が受けられるよう、努力する必要があると考えられます。