



最近の相談事例から

札幌市医師会顧問弁護士 佐々木 泉 顕
 弁護士・医師 福田 友 洋

【事例】

私は、整形外科医ですが、脊椎の手術を多数行っています。先日も変形性頸椎症の患者に対して、後方進入法による椎弓形成術及び神経根減圧開窓術を実施したのですが、手術直後から四肢及び体幹の麻痺に加えて、排尿・排便機能障害や腸閉塞が発生しました。最終的に右第4第5頸椎部分の脊髄損傷と診断され、身体障害1級の後遺症が残りました。術後にCTを撮影したところ、第4第5頸椎間の椎弓の骨折を確認しました。

- (1) 今回の手術によって、脊髄損傷が発生したことは明らかですが、自分の手術手技には問題ないと考えています。それでも脊髄損傷が発生したことについて賠償義務はあるのでしょうか。
- (2) 患者側からは「脊髄損傷による四肢麻痺を含む重篤な麻痺が生じる可能性」を説明していないことについて説明義務違反があるとの指摘を受けました。説明義務違反について賠償義務はあるのでしょうか。

【回答】

(1) について

手術手技に問題がないのであれば、手技上の過失を理由とする損害賠償義務は発生しません。

(2) について

手術によって「脊髄損傷による四肢麻痺を含む重篤な麻痺が生じる可能性」を説明していなければ、説明義務違反について賠償義務を免れません。

【解説】

(1) について

①損害賠償責任が発生する場合

手術後に障害が発生すると、医療行為によって障害が発生したことが明らかであることから、自分には損害賠償義務があると考えがちですが、必ずしも法律上の損害賠償義務があるという結論にはなりません。

損害賠償責任は、i 過失、ii 権利侵害、iii 因果関係、iv 損害などの要件を全て満たした場合に発生します。本件の場合には、身体障害1級に該当する健康被害が発生している点で、ii 権利侵害の要件を満たしますし、手術手技によって健康被害が発生している点で、iii 因果関係の要件も満たします。また、治療費や逸失利益等の損害が発生している点で、iv 損害の要件も満たしているといえます。しかしながら、執刀医の手術手技に何ら問題がなければ、i 過失があるとはいえません。不可避の合併症としての健康被害が発生したに過ぎませんので、手技上の過失があることを前提とする損害賠償責任は発生しないということになります。

したがって、手術後に障害が発生したとしても、安易に補償の約束をすることはお控えください。i 過失の要件を満たさなければ、保険会社が保険金を支払わないという事態が発生する可能性があり、保険金によって補償することができません。

【事例】は最高裁第1小法廷平成29年2月2日判決の事案をモデルにしていますが、手技上の過失は否定され、脊髄損傷が発症したことについて賠償義務はないとの結論になっています。

② 予定されていなかった薬剤の投与

本事案は、手術動画が残っているわけではなかったのに、患者側は、手術時に生じた様々な事情に基づき手技上の過失があったと主張しました。

手技上の過失を根拠付ける事情の一つに、術前は投与が予定されていなかったはずのフィブリン糊が手術中に投与されたことがあげられています。すなわち、術前に予定されていなかった薬剤を投与したということは、手術中に何らかのトラブルが発生したということであり、手技上の過失があったことを推認させるという主張になります。実際には、ルーチンで投与されている薬剤であったことから、手技上の過失を推認させないという判断がなされました。

もともと術前から投与が予定されている薬剤だったのであれば、術前のインフォームドコンセントの中でこれらの薬剤を投与することを説明しておけば、無用な誤解を防ぐことが出来たはずですが、また、術中に急遽投与することになった薬剤だったというのであれば、術後のインフォームドコンセントの中でこれらの薬剤を投与したと薬剤を投与することになった理由について十分に説明した上で、手術記録等にこれらの事情を記載しておけば、無用な誤解を防ぐことが出来たはずですが。

予定されていなかった薬剤を投与した場合には、このように手技上の過失を根拠付ける事情になり得るということをご認識いただき、術後の説明と記録にご注意ください。

③ 手術記録の正確性

患者側は、手技上の過失を根拠付ける理由の一つに、手術記録に「ボーンソーで棘突起を切開し、対側（左側）の椎弓に到達し、右同様、C3～7椎弓の左側を露出した。この際、C3・4の椎弓が一部開放されている」と記載されていることをあげています。

患者側は、協力医の意見書に基づき、椎弓の骨が折れなければ「開放」されることもないの

で、「開放」との記載は骨折を意味していると解さざるを得ず、この時点で同部位に骨折があったとすれば、筋剥離の際に力が入りすぎたことにより生じたもの（＝手技上の過失がある）と考えるのが妥当であると主張しました。これに対して、裁判所は、手術記録の「開放」とは、「露出操作により結合織がなくなり、他の椎弓との連結が一部なくなった」という意味や「除圧」という意味で使われることもあり、ただちに「骨折」という意味にはならないと判断し、患者側の主張を退けています。

このように手術記録やカルテにおいて曖昧な言葉を使用すると、患者側から無用な誤解を招いたり、思わぬ事実認定の根拠とされたりします。正確かつ具体的な言葉を使用することが重要です。

なお、実際に骨折が生じた部位は第4・第5頸椎間であるため、手術記録の「C3・4」との記載はこれに合致しません。しかしながら、患者側は、執刀医らが作成したその他の記録においても、正しくは「C4/5、5/6、6/7」と記載すべきところ「C3/4、5/6、6/7」と記載したり、正しくは「C4/5」と記載すべきところ「C5/6」と記載したりしていたことから、手術記録についても、「C4・5」と記載すべきところ「C3・4」と誤記していた可能性が高いと主張しています。最終的に、裁判所はこの主張についても排斥しましたが、普段から正確な記録を残していないと、重要な場面で正確な記録を残していても不利な事実認定をされかねませんので、注意が必要です。

更に、患者側は、出血量が「164+a」と記載されている点について、「+a」の部分のインクの乗り方が他と異なってみえることなどを理由に、当初「1,644」と記載されていた記録を「164+a」に改ざんしたのであって、実際の出血量は1,644mlであったと主張しています（裁判所は、この主張も排斥しました）。最近

は、電子カルテを使っているところが多いので、このような主張を受けることは減りましたが、紙カルテについては、記載内容、修正方法及び記載順序などを根拠に記録の改ざんがあったとの主張を招くことがありますので、ご注意ください。

④手術時間の長さ

患者側は、手技上の過失を根拠付ける理由の一つに、神経根減圧開窓術の大部分を中止した（3箇所中2箇所を中止）にもかかわらず、予定していた6時間で手術は終了せず、予定を2時間近く超過したことをあげています。

裁判所が、「手術時間が長い」ことのみを根拠に、過失を認定することは考え難いですが、術中に何らかのトラブルがなければ手術時間が長くなることはありませんので、「手術時間が長い」ことは手技上の過失を推認させる事情の一つであることは間違いありません。

手術時間が予定より極端に長くなった場合には、手術時間が長くなった理由が分かるような内容の手術記録を残すことが重要と判断します。

(2) について

今回の手術に伴い神経学的永続合併症が発生する確率は、0.15ないし0.3%と著しく低い数字でし

たが、患者の症状は、日常生活や仕事に支障が生じない程度であり、手術を受ける緊急の必要性はなかったこと、及び当該合併症は重大であることを考慮して、裁判所は、説明義務違反を認定しています（慰謝料300万円）。

確かに、0.15ないし0.3%というような極めて低い発生確率の合併症まで説明義務を負うとなれば、いくら診療時間があっても足りないというのが医師の一般的な感覚かもしれません。

しかしながら、裁判所は、発生確率が0.15ないし0.3%というような合併症について、必ず説明義務があると指摘しているわけではありません。手術の緊急性がなく、合併症の内容が重大なときには、発生確率が低くても合併症の説明義務があると指摘しているに過ぎませんので、そのようにご理解ください（そうであっても、大変であることには変わりはないかもしれませんが…）。

「何%以上の発生確率であれば、説明義務があると考えられるべきでしょうか？」というご質問を頻繁に受けるのですが、今回の事例のように、「0.15ないし0.3%」という極めて低い発生確率でも説明義務が肯定されることがありますので、具体的に「何%」と結論付けることはできません。

裁判所は、発生確率の大きさに加えて、手術の緊急性や合併症の内容を考慮して、説明義務の有無を判断しているものと考えます。