

医師の責任の有無の判断と患者への対応

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

続発緑内障等の治療中であった A が、失明したのは H 病院 O 医師らの過失によるものとして、損害賠償を請求した事案(請求額:患者から 1 億 5993 万 9849 円, 患者の妻 B から 550 万円)。

キーワード: 緑内障手術, 角膜移植手術, 説明義務違反

判決日: 東京地方裁判所平成 20 年 2 月 20 日判決

結論: 請求棄却

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成 13 年ごろから	ぶどう膜炎及びぶどう膜炎による続発緑内障の治療のため, A (61 歳男性)は I 眼科に通院, リンデロン A 等の薬剤による治療を受ける。
平成 14 年 11 月 12 日	I 病院通院中, 緑内障の手術が必要と説明を受けるも, 従前, 同院では手術の必要はないといわれていたことから, 手術の必要性について他院でのセカンドオピニオンをとることを決意。
11 月 15 日	病院眼科を受診。O 医師の診察を受ける。 視力検査, 眼圧検査, 視野検査を実施。 矯正視力右 1. 2, 左 1. 0, 眼内に活動性の炎症所見は見られず。視神経乳頭・視野正常。 右眼圧 35mmHg, 左眼圧 45mmHg と高値。 両眼の角膜後面に沈着物, 両眼隅角に虹彩癒着。 原告は O 医師に対して, 手術が本当に必要であるのか否かの判断を求めるとともに, もし手術の必要があるのであれば, H 病院で受けたい旨の要望を述べ, I

	病院で処方されていた薬剤リストを提示。 薬剤リストには, ステロイド剤であるリンデロン A が記載されており, これが, 高眼圧の原因と疑われたこと。また, A が, 他院の紹介状を持参しておらず, 病歴も確認できなかったことから手術に踏み切ることができなかった。 O 医師は, 高眼圧がリンデロン A の影響であるのか否かを確認するため, その使用中止を指示。 11 月 22 日に次回予約。
11 月 19 日	リンデロン A 使用中止後において, 両眼に霧がかかったような症状の発現, 視力低下の自覚症状もあったため, 次回予約日を待たず H 病院受診。 右眼圧 55mmHg, 左眼圧 56mmHg と高値。 矯正視力右 0. 05, 左 0. 05 と悪化。 角膜上皮浮腫, 前房内炎症の所見。 O 医師は, 緊急入院と手術の必要性を説明するも, A が, 仕事を理由に手術は 12 月 3 日以降にしたいとの要望あり。 O 医師は, 最終的には本人が決

	めることではあるが、それは非常に厳しい旨説明するも、 <u>A</u> が手術を受けることに否定的な姿勢を示したため、現時点での手術実施は困難と判断。 マンニトール(高浸透圧薬)の点滴、ダイアモックスを 28 日分処方。リンデロン A 点眼の再開も指示。
11 月 20 日	H 病院において、マンニトール点滴を受ける。
11 月 21 日	近医である、J 眼科においてマンニトール点滴を受ける。
11 月 22 日	眼の状態が不安になり、仕事をキャンセルし、H 病院に入院しようとしたところ、当日は満室にて入院できず。マンニトール点滴を受ける。 点滴前の眼圧は、右 34mmHg、左 43mmHg。 点滴後の眼圧は、右 21mmHg、左 35mmHg。
11 月 23 日	H 病院にてマンニトール点滴を受ける。
11 月 24 日	H 病院にてデカドロン眼注を受ける。
11 月 25 日	H 病院 P 医師、Q 医師の診察を受ける。 矯正視力右 0.8、左 1.0、眼圧右 25mmHg、左 39mmHg、両眼角膜上皮浮腫消失。視神経に緑内障性変化認めず。症状の改善があったことから手術は行わず、ステロイド剤の点眼により経過を見る方針とした。 リンデロン A、トルソプト、チモプトール処方。
11 月 26 日	ぶどう膜炎原因探索のため H 病院入院。 リンデロン A に加え、同 27 日より、デカドロン眼注開始。
11 月 29 日	デカドロン開始後 11 月 28 日から、右眼圧 10mmHg 台、左 20mmHg 台で推移。 同日 A からは、「だいぶスッキリ見えてきました」の発言あり。
12 月 1 日	眼圧右 14mmHg、左 26mmHg 「目が悪くなって以来今日が一番

	すっきりしてものが見える」との発言あり。 退院まで、眼圧右 20mmHg 台、左 30mmHg 台
12 月 11 日	眼圧右 20mmHg、左 34mmHg 視神経乳頭の緑内障性変化なし。 退院までは、使用薬剤を変えながら、薬物療法を継続。
12 月 23 日	眼内の炎症が沈静化したことを確認。 キサラタンによる高圧作用の有無と起炎作用の有無を確認するため、キサラタンによる増炎増悪の可能性を説明、了解を得たうえで、左眼に試験的にキサラタンの点眼開始。
12 月 26 日	O 医師右目は手術の必要性がないこと、左目は手術を行うとかえって炎症を悪化させる危険性があることを説明。
12 月 27 日	キサラタンの影響と考えられる左目眼圧の上昇(45mmHg)、角膜後面沈着物、細胞数の上昇も確認。 キサラタン使用を中止、デカドロン眼注による消炎を開始。
12 月 28 日	退院の予定であったが、A は左目のかすみが強まっているように感じられたため、退院を延期。
12 月 31 日	左眼にびまん性角膜上皮浮腫を確認。
平成 15 年 1 月 1 日	退院。ぶどう膜炎の原因は判明せず。以後外来対応とする。 退院時の矯正視力右 0.8、左 0.05、眼圧右 20mmHg、左 34mmHg。 退院時、Q 医師よりステロイド誘発による眼圧亢進の可能性があり、今後は炎症と眼圧の兼ね合いでステロイドを調節するが、基本的には炎症を優先することを説明。
1 月 2 日	左眼霧視感発現。
1 月 6 日	眼圧右 20mmHg、左 40mmHg、両眼角膜後面沈着物の上昇を確認。左目には、角膜上皮浮腫を確認するも、視神

	<p>経乳頭に緑内障性変化はなし。 Q 医師より、左目はいずれ手術が必要となることを説明、もっとも明らかな視神経変化が生じるまでは、消炎と薬物による眼圧のコントロールを図るのが学術的見解であることを併せて説明。</p>
1月7日	<p>矯正視力右0.7, 左0.06, 眼圧右24mmHg, 左38mmHg。デカドロン眼注は中止し、左眼角膜上皮浮腫のとぶどう膜炎の消炎を目的としてプレドニンの内服を開始。 なお、このころからAより不満が出始めるようになってきたためO医師は、カルテに過去説明した内容を遡って追記。</p>
1月14日	<p>O医師, Q医師の診察 眼圧右眼24mmHg, 左眼48mmHg, 右目には周辺虹彩前癒着, 視神経乳頭陥没はほとんどないことを確認, ステロイド誘発緑内障も考えリンデロンAを中止する。ぶどう膜炎の原因は明らかとならず。</p>
1月20日	<p>主治医がR医師に変更。 眼圧右18mmHg, 左37mmHg, 左眼角膜中央部に2mm大の上皮浮腫, 角膜後面沈着物, 皮質混濁を確認。角膜内皮細胞検査の結果右1217, 左765から843。左右両眼に角膜内皮障害の進行を確認。</p>
1月27日	<p>左眼角膜中央部下方に径2mmの上皮欠損。 その周囲に角膜上皮浮腫。</p>
2月10日	<p>左眼水泡。</p>
2月14日ころ	<p>右眼霧視感を感じるようになる。</p>
3月24日	<p>両眼角膜上皮浮腫を確認。右目眼圧も上昇(33mmHg)。</p>
3月31日	<p>一度は消失していた左眼水泡が再現。 Aが下痢を起こしていたこともあり、プレドニン1日4錠(20mg)を2錠(10mg)にする。</p>
4月7日	<p>右目の角膜上皮炎浮腫右目上半分に拡大・左目にびまん性表層角膜炎を確認</p>

4月19日ころ	<p>両眼霧視感強くほとんど何も見えない状態。</p>
4月28日	<p><u>他院の助言を求めべく, K病院にAを紹介。</u></p>
4月30日	<p>K病院を受診。 両眼角膜浮腫, 眼内の詳細な観察が困難な状態。 視力右目0.02, 左目が手動弁, 眼圧は両目とも40mmHg, 炎症の原因は不明であったが, これまでに長期間の薬物療法を受けていたこと, 尿路結石の既往もあつたことから, <u>薬物療法に限界があると判断。手術するほかないとの診断。</u></p>
5月6日	<p><u>原告の要望もあり, さらにL病院を紹介。</u> 両眼角膜浮腫・角膜後面沈着物著明, 眼内透視不能。右目視力0.02, 左眼20cm指動弁。 <u>両眼ぶどう膜炎及び続発緑内障であり, 手術が必要との診断。</u></p>
5月12日	<p>手術の必要性について他院でも同様の診断がなされたことから<u>手術を行うこととしたが, 左目は角膜移植を要すると判断, 角膜が豊富で入手しやすいM病院を紹介。</u></p>
5月13日	<p>M病院受診。 両眼角膜結膜角膜浮腫著明。角膜後面沈着物を確認。 右視力0.02, 左眼20cm数指弁。 水泡性角膜症, ぶどう膜炎, 続発緑内障と診断。</p>
5月20日	<p>M病院受診 眼圧右50mmHg, 左46mmHg 開放隅角であるが, 繊維柱帯に多数の色素沈着を確認。 マンニトール静注により, 眼圧を30mmHgまで下げて, 濾過手術を行うことが必用と判断され同院入院。</p>
5月21日	<p><u>右眼繊維柱帯切除術を受ける。</u></p>
5月26日	<p><u>左眼繊維柱帯切除術</u></p>
5月27日	<p>眼圧右15mmHg, 左10mmHg</p>
6月6日	<p>退院 退院時の視力右0.02, 左手動</p>

	弁
7月22日	左眼角膜移植を受けるためM病院入院 視力右0.02, 左手動弁 左眼視神経乳頭に特段の異常なし。
7月23日	左角膜移植手術
8月5日	M病院退院 視力回復せず。
10月21日	左眼白内障手術を受けるため、M病院入院。 術前視力右0.02, 左0.03 左眼視神経乳頭に特段の異常なし。
10月22日	M病院にて左眼白内障眼内レンズ挿入術を受ける。
10月27日	M病院退院。視力回復せず。

※要点となる年月をオレンジにしています(編集部)。

【争点】

1. 適時に緑内障手術を行わなかった過失の有無
2. リンデロン A の点眼中止の危険性についての説明義務違反の有無
3. リンデロン A の点眼を中止した過失の有無
4. ダイアモックスを過剰に投与した過失の有無

【裁判所の判断】

1. 適時に緑内障手術を行わなかった過失の有無
平成14年11月19日に緊急入院して手術を受ける必要がある旨説明するも、A が仕事を理由に拒絶したという事実経過に照らすと、術後合併症、炎症の増強による視力の低下ないし喪失の可能性を懸念し、手術に踏み切る前に、できるかぎり薬物による消炎を行うことによる眼圧のコントロールを試みようとした判断には合理性が十分合理性が認められるものとした。
2. リンデロン A の点眼中止の危険性についての説明義務違反の有無
リンデロン A 点眼中止後に一時的な炎症の悪化が認められたとしても、平成14年12月2日には点眼中止前と同様な状態に回復しており、点眼の中止

により、炎症が再燃、遷延化し、眼圧が上昇して恒常的に高眼圧となった結果、A が失明に至ったとは考えることはできないことを理由に、リンデロン中止による危険性についての説明義務違反を認めることはできないとした。

3. リンデロン A の点眼を中止した過失の有無

眼内の炎症の状態によっては、非ステロイド系を処方することなくリンデロン A の点眼を中止することが、一般的に認められたステロイド緑内障の鑑別手法であること、A の H 病院初診時において、眼内に活動性の炎症は確認されておらず、その時点においては消炎治療を継続する必要性があるとは必ずしも言えないことから、消炎のために眼圧上昇作用の低いフルメロンや非ステロイド系抗炎症剤を処方することなく、リンデロン A の点眼を中止したことは不適切とはいえないとした。

4. ダイアモックスを過剰に投与した過失の有無

添付文書記載の用量の範囲内であり、A の年齢を考え少量から投与すべきであるとしても、A の場合、早急に眼圧を下げる必要があったのであり、ダイアモックスの投与に関して、H 病院におけるダイアモックスの投与に関しても、法律上の過失があったことを基礎づけるものとはいえないとした。

【コメント】

1. 診療行為の結果に関する医療機関の責任

治療行為を行ったにもかかわらず、悪しき結果が発生した場合において、医療機関は必ずしもその悪しき結果に関する民事上の責任を負うものではない。

結果が発生していても、医療機関側に過失(注意義務違反)があり、その過失と悪しき結果との間に、社会通念上相当といえる因果関係があると判断された場合に、医療機関には発生した結果に対する民事上の責任が課せられるのである。

したがって、結果が発生している場合、

- ① 医療機関に過失がない場合
- ② 医療機関に過失があっても、発生した結果との間に因果関係が認められない場合

には、発生した結果について、医療機関には責任が認められることがないのが原則である。

2. 本件について

本件の診療経過をみると、H 病院受診時において、A は高眼圧状態ではあるものの、視力のある状態であり、その後専門的治療を開始したにも関わらず、最終的には視力を失っている。

A の初診時の状態、そして、最終的に視力を失ったという結果をみると、その間の治療を主に行っていた H 病院および同院 O 医師らが、その責任を問われるかのようにも思える。

しかし、結論として、本件訴訟において、A らの請求は認められていない。

これは、上述のとおり、本件においては、悪しき結果が発生しているが、具体的な診療経過において、O 医師らに過失がない(適宜適切な治療を行っている)と判断されたためである。

3. 医療裁判における過失の特定と立証について

医療裁判において、過失内容を特定しこれを主張・立証する責任は、患者側にあり、裁判所は、あくまでも患者側がその内容を特定したうえで主張する「医療機関・医師の過失」の有無を判断し、結論を示すに過ぎない。

それゆえに、患者側が、訴訟において主張していない過失を裁判所が勝手に拾い上げて認定し、医療機関・医師の責任を認めることは、原則として許されない。

悪しき結果が発生しているケースにおいては、患者側としては、何かしらの過失があったのであろうと考えがちであり、それゆえに安易に訴訟提起してみたものの、この過失の特定を行うことに時間を要し、

訴訟が長期化することがある。

患者側にとっては、その主張せんとする過失の内容を整理するに当たり、実際に行われた医療行為を正しく理解するとともに、あるべき医療行為を想定し、両者の間にずれが生じていることを明確に主張していく必要があるが、かかる作業は、医療の素人である患者側にとっては、極めて困難な作業となるのである。

4. 結果に対し医師に責任はないと判断されるケースにおける患者への対応について

本件事案のように、医療機関が適切な処置を行っているにもかかわらず、良い結果が出ていない場合においては、診療経過中であるにもかかわらず感情的になった患者から、治療行為に関する不満の訴えや責任問題の追及を受けることがある。

その場合、経過が良くないことに対する医療機関・医師側の不安感や、突然の責任追及に対する驚きから、医療機関、医師が謝罪を行うとともに具体的な補償を約束してしまうこともある。

しかし、上述のとおり、悪しき結果の有無と法的な意味における医師の責任の有無とは必ずしもリンクしないことについては、医療機関側においても注意が必要である。

もちろん、感情的になった患者に対して、医療従事者として、その患者の訴える不安感に対して理解を示すことが求められるケースがあることは否定できない。

しかし、治療中における患者の訴える不安への対応は、医師としての専門的な見地からの病状・処置内容・治療計画に関する説明によるべきであり、金銭的補償の約束によるべきではない。

医学的見地からの適否、法的責任の有無の検討を経ない段階において、医療機関側から補償の話を持ち出したり、患者との間で、治療費の免除や、補償の約束等を行うことは、患者に対して不当な期待を抱かせる危険もあり、事後的に裁判に発展した段

階で、これらの事実をもって医療機関側が責任を認めていた根拠をして使われかねない。

具体状況下において、謝罪等を求められた場合においても、「いい結果が出ていないことについては、遺憾である。」「つらい思いをさせてしまっていることに関しては申し訳なく思う。」といった程度にとどめ、具体的な補償を求められた場合においても、「いまは、完治にむけて、医師と患者共全力を尽くすべきであり、責任の有無に関しては、いま判断すべきではない。治療が終了してから話合えばよいではないか。」といった程度にとどめておくのが適切である。

【参考文献】

裁判所ウェブサイト

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [ぶどう膜炎関連緑内障の病因](#)
- (2) [ぶどう膜炎に続発する緑内障はこう治す](#)
- (3) [医療訴訟対策のポイント](#)
- (4) [緑内障手術治療の適応](#)
- (5) [緑内障手術と高次収差](#)
- (6) [眼のかすみを起こす疾患\(3\)緑内障](#)
- (7) [角膜移植手術](#)
- (8) [眼科におけるステロイド治療-網膜疾患治療を中心に-](#)
- (9) [内科・眼科の医療連携が重要な眼疾患の診断と治療 内科的疾患に続発する眼疾患 ぶどう膜炎](#)
- (10) [ここまで進んだ、最近の白内障手術](#)