

歯科治療中に急変した患者の全身管理を 早期に歯科麻酔医に委ねるべきであったとされた1例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

歯根嚢胞の処置のため大学病院において抜歯および嚢胞開窓術を受けた患者(本件当時25歳男性)が治療中に急変し、同病院内の救命救急センターに搬送されたものの死亡した。これを受けて、その相続人である両親が、麻酔使用の不適切性や急変時の対応の不備などを主張し、担当医や同病院を運営する法人に対し損害賠償を求め訴訟を提起したのが本件訴訟である。

裁判所は、患者の死亡原因を敗血症性ショックと認定したうえで、歯科医師はショックの初期対応としての全身管理にも精通していないため、より早期に隣室にいた歯科麻酔医に委ねるべきであったとして担当医らの過失を認めた。しかし、そのような対応をしていたとしても実際の死亡時において患者が生存していた高度の蓋然性を認めることは困難であるとして、結果との因果関係を否定したうえで、相当程度の可能性のみ認めた。

キーワード: 歯科麻酔医, 歯根嚢胞, 敗血症, ショック, 相当程度の可能性

判決日: 福岡地方裁判所平成25年9月17日判決

結論: 一部認容(認容額220万円)

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成20年 1月5日	Aは左下6番に疼痛を感じ、H歯科医院を受診したところ、I大学病院を紹介された。
1月7日	AはI大学病院を受診し、O歯科医師らの診察を受けた。
1月8日	O歯科医師らは、Aの症状は左下5番・6番の顎骨に存在する歯根嚢胞によるものと診断し、Aに対し左下6番の抜歯および嚢胞開窓術の説明をした。 Aは、これらの手技・手術を受けることに同意した。

1月10日 午前10時頃	O歯科医師は、Aに対し、伝達麻酔・浸潤麻酔として2%キシロカインを3.6mL投与したうえで、左下6番の歯冠分割を行って遠心根と近心頰側根を抜去した。
午前11時10分頃 ～11時30分頃	残根確認のため、O歯科医師はAを処置室から検査室に移動させ、X線撮影を行なった。 帰室後、O歯科医師が抜歯窩を確認したところ、白色膿が確認されたので、O歯科医師は細菌検査のためこれを採取したうえで、Aに対し浸潤麻酔として2%キシロカイン0.9mLを追加投与し抜歯を再開した。しかし、Aから「少し手が震える」との訴えがあったため中止した。さらにAが看護師に

	<p>寒気を訴えたため、看護師はバスタオルおよびタオルケットで保温措置を取り、処置用の椅子を起こした。このときのAの状態はSpO₂が100%、心拍が120回/分であった。</p> <p>看護師は、Aの血圧を測定するため大型モニターを処置室に運び込んだ。また、応援のP医師も検査室に到着した。</p> <p>※後の検査の結果、採取された膿から、細菌のコロニー形成や好中球浸潤が確認された。</p>
午前11時30分頃	<p>看護師はAの血圧を測定するため大型モニターを装着したが、Aの全身には振戦が出現しており、測定できなかった。P医師はAの前額部に熱感がないことを確認し、ゆっくり深く呼吸するよう促したうえでペーパーバッグ法を実施したが、Aが余計苦しいと訴えたため中止された。</p> <p>この頃のAの所見は、頻呼吸あり、手指冷感あり、手指の硬直なし、意識清明、発汗なし、上肢にチアノーゼありというものであって、小型モニターによりSpO₂が96%、心拍数は150台/分と測定された。</p>
午前11時47分頃	<p>O歯科医師らはAの体温を測定し、42℃であることを確認した。このため、O歯科医師らは歯科麻酔医Qに連絡をした。このときのAの血圧は122/53であった。</p>
午前11時50分頃	<p>Q歯科医師が処置室へ到着し、Aの全身状態から、Aがショックを起こしていると判断し、輸液ルートを確認した。</p>
午前11時52分頃	<p>Q歯科医師はAに対しミダゾラム1mgを投与した。</p>
午後0時頃	<p>Aは点滴を引き抜くような異常行動をとったので、Q歯科医師はAを鎮静させるため、ミダゾラム</p>

	<p>2mgを追加投与した。</p>
午後0時2分頃	<p>Q歯科医師らはAに対しクリーニングを開始するとともに、同病院内の救命救急センターとAの受け入れについて電話連絡を始めた。</p>
午後0時10分頃	<p>Aの救命救急センターへの搬送が開始された。</p>
午後0時15分～18分頃	<p>Aは救急救命センターに到着した。</p> <p>Aの血圧は88/29、心拍数は167/分、SpO₂は99%、呼吸数は34回/分、体温42℃であった。</p> <p>担当医師は、Aの症状は敗血症、または局所麻酔によるアレルギーによって発生した可能性があることを前提に処置を行った。</p> <p>※後の検査の結果、このとき採取された血液からはプロカルシトニン値が4.7ng/mLであることが確認された。</p>
午後1時4分	<p>ノルアドレナリンの投与を開始。このときまでのAの血圧は72～88/29～35、心拍数は170～180/分、SpO₂は98～99%。この時点での体温は41.4℃であった。</p>
午後2時40分	<p>各種CT検査等では心臓、頭部、胸部に異常無し。</p>
午後3時45分	<p>敗血症の疑いのもとにエンドトキシン吸着療法、抗菌薬投与開始。</p>
午後6時頃	<p>AがDICになったことが判明。</p>
午後6時24分以降	<p>Aに対するエンドトキシン吸着療法は効果が見られなかったため、持続性血液濾過透析を実施。</p>
午後9時45分	<p>歯根膿疱部分から膿を採取。</p> <p>※後の検査の結果、採取された膿から、グラム陽性球菌が検</p>

	出された。ただし、TSS toxin-1産生性のブドウ球菌や溶連菌か否かは明らかにはならなかった。
1月11日	Aは多臓器不全に陥った。
2月20日	A死亡。

※平成20年1月10日に行われた各行為の実施時間については当事者間に争いがあるが、ここでは裁判所が認定した時間を記載した。

【争点】

1. 平成20年1月10日午前11時30分頃にAが急変した理由
2. 急変後の対応について
3. 救命可能性の有無

※訴訟上はこの他にも多数の争点が存在するが、紙幅の関係上、本稿では上記の点のみ取り上げる。

【裁判所の判断】

1. 平成20年1月10日午前11時30分頃にAが急変した理由

Aの抜歯処置の途中で膿が確認されており、またその膿からは病理組織検査の結果、細菌のコロニー形成や好中球浸潤が確認されており、Aの歯根嚢胞が原因病巣となって敗血症が生じたと考えて矛盾はない。また、敗血症の臨床症状としては発熱があげられているところ、Aには42℃の発熱が確認されている。さらに、Aの救命救急センターに到着直後に採取された血液からはプロカルシトニン値が4.7ng/mLであることが確認されているところ、プロカ

ルシトニン値は感染性疾患に対して高い感度を示し、敗血症の重症度にも関連し、その正常値は0.5ng/mLであることからすれば、Aが重度の敗血症を発症していたことが窺われる。一方、Aに対しては、救命救急センター到着直後から敗血症が疑われたものの、午後0時37分の血液培養検体検査では細菌、エンドトキシンは検出されていない。しかし、文献によれば、救急的な治療のときには細菌が検出されないこともあるとされている。また、その後行われた敗血症に対する治療によっても効果は特に上がっていないが、AのICU入院後の午後9時45分頃に採取された膿からはグラム陽性球菌が検出されており、それがTSS toxin-1産生性のブドウ球菌や溶連菌か否かは明らかではないものの、ここで検出されたグラム陽性球菌がこれにあたるのであれば、Aは急速にショック状態を発症し、多臓器不全に陥る予後不良のTSSを発症した可能性がある。そして、AがTSSを発症したことを前提とすれば、上記のとおり、Aにとられた敗血症の治療効果が上がらなかったことも説明がつく。このような上記各事実に加えて、アナフィラキシーショック、悪性高熱の発症の可能性は考えにくいことからすれば、Aは敗血症性ショックを発症したと認められる。

2. 急変後の対応について

Aの午前11時30分頃の状況は、上肢にチアノーゼが現れているだけではなく、血圧が測定できないほどの振戦があり、頻呼吸、末梢循環障害を示す手指冷感、心拍数も150台/分という非常に速いものであって、ショックに関する医学的知見によれば、これらはショックの初期段階を示す徴候といえる。現に、Q歯科医師らも、過換気症候群を疑い、ペーパーバック法も試みているのであるから、Aにショックを示す徴候が存することを認識していたものである。そして、ショックの初期診療は、蘇生処置をしつつ、並行して原因疾患の検索を進めることが重要であるとされ、ま

た血圧や体温を継続的に計測することが重要であるとされている。これらに加えて、A に対するペーパーバック法も効を奏さないものであったのであるから、O 歯科医師らとしては、A の午前 11 時 30 分頃の状況は緊急度、重症度の高いものと認識すべきであって、かつ、O 歯科医師らは歯科医であって、ショックの初期診療としての全身管理に精通していたとも認められないので、A の全身管理を然るべき専門医に委ねるべきであったといえる。そして、本件手術が行われた処置室と同じ階に歯科麻酔科があり、そこには、全身麻酔や静脈内鎮静を数多くこなし、全身管理について一定程度精通した歯科麻酔医が滞在していた。なお、原告らも、歯科麻酔医が、生命維持について研鑽を積んでいる医師であることは認めるところである。そうすると、O 歯科医師らは、午前 11 時 30 分頃に、歯科麻酔医に連絡をとった上で、A の全身管理を歯科麻酔医に委ねるべき義務があったにもかかわらず、同義務に違反したものである。

一方、上記認定事実のとおり、午前 11 時 30 分頃の A の状況は、前額部に熱感がなく、意識も清明で、発汗もなかった上、SpO₂も 96%であり、上記のとおり隣室には歯科麻酔医が待機しているのであるから、O 歯科医師らに、午前 11 時 30 分頃に、救命救急センターに連絡をとった上で、ただちに A を同センターに搬送すべき義務があったとまではいえない。

3. 救命可能性の有無

午前 11 時 30 分頃 A に激しい振戦があり、午前 11 時 47 分には 42°C の体温に達していたことからすれば、A に対するクーリングは、遅くとも午前 11 時 45 分頃からは開始することができたと認めることができる。他方、A が午後 0 時頃に点滴を引き抜くような異常行動をとったことを直接の原因として、Q 歯科医師は A を救命救急センターに搬送するとの判断をしていることからすれば、仮に午前 11 時 30 分頃に歯科

麻酔医に連絡があったとしても、歯科麻酔医は、A に異常行動があるまでは自ら蘇生処置を行っていたと考えられるので、救命救急センターへの搬送を著しく早めることができたとは認められない。

そこで、上記を前提とした場合に、A について、その死亡した時点において生存していた高度の蓋然性が認められるかについて検討する。まず、上記認定事実によれば、A の死亡に至る機序は、敗血症性ショックにより DIC を発症したことによると認められる。そして、DIC は、基礎疾患に対する治療以外に有効な治療法がないとされているところ、上記認定事実のとおり、A に対しては、救命救急センターに午後 0 時 15 分の到着直後から、敗血症を前提とした治療が行われたにもかかわらず、その治療が効を奏さず、午後 6 時頃には DIC になったこと、翌 11 日午前 9 時頃には多臓器不全となったことが判明している。そうすると、仮に A が救命救急センターに午後 0 時 15 分の数分前に到着していたとしても、やはり敗血症を前提とした治療は効を奏さず、上記と同じ経過をたどった可能性が高いというほかはない。また、その他の治療によって結果が変わっていたということもできない。したがって、仮に、O 歯科医師らが、午前 11 時 30 分頃に、歯科麻酔医に連絡をとり、歯科麻酔医が A の全身管理を行っていたとしても、A について、その死亡した時点において、生存していた高度の蓋然性を認めることは困難である。

4. 結論

裁判所は、以上のとおり、より早期に歯科麻酔医に A の全身管理を委ねるべきであったとして O 歯科医師らの過失を認めつつ、結果との間の因果関係は否定した。なお、そのうえで裁判所は、より早期に専門家に全身管理が委ねられていれば、その死亡した時点において A が生存していた相当程度の可能性は認められるとし、慰謝料のみ認めた。

【コメント】

1. はじめに

歯科における死亡事例は、数は少ないものの、インプラント体埋入や抜歯に伴う下歯槽動脈損傷、器具等の落下による窒息、または本件でも疑われているように麻酔薬等の使用に伴うアナフィラキシーや悪性高熱などによって起こり得る可能性がある。本件はそのような数少ない死亡例の1つであり、敗血症性ショックによって患者が急変した際の対応に遅れがあったとして担当歯科医師および医療機関の責任が認められたケースである。

2. 全身管理を専門家に委ねるべき義務について

(1) 本判決の判示内容

本判決は、歯科医師はショックの初期診療としての全身管理に精通しているわけではないので、ショック症状に陥った患者の全身管理は然るべき専門家に委ねるべきであったと判示した。そして、その専門家として、本件手術が行われた処置室と同じ階に歯科麻酔科があったこと、そこには全身麻酔や静脈内鎮静を数多くこなし、全身管理について一定程度精通した歯科麻酔医が滞在していたことから、まずはその歯科麻酔医に全身管理を委ねるべきであったとした。

(2) 全身管理を委ねるべき専門医とは

通常、全身管理に精通した専門医といえば医師、なかでも全身管理に熟練した麻酔科や救命救急科の医師が想起しやすいものと思われるが、歯科医師が想起されることは少ないだろう。たしかに、歯科の取扱い範囲は口腔に関連する分野に限定されているから、原則として歯科医師が患者の全身管理を行うことはない。ただし、歯科医師の資格のみを保有し医師としての資格を有しない歯科麻酔医であっても、歯科治療に関する範囲で全身麻酔等を行うことは可能であり、また、そのため全身管理を行う必要性が生

じ得る。そのため、歯科麻酔医が歯科治療に必要な限りで全身麻酔・全身管理を行うことは認められており、歯科医の医科麻酔科研修なども制度として確立しているところである。本判決が全身管理を委ねるべき専門医として歯科麻酔医を挙げたのは、このように、歯科麻酔医も全身管理を行い得るためである。

もっとも、裁判所がこのような判断をした理由には、上記一般論に加え、被告病院は大学病院であって、勤務する歯科麻酔医が全身麻酔や静脈内鎮静を数多くこなしていたという本件固有の特殊な事情が大きく影響しているものと考えられる。むしろ、このような特殊な事情がない限り、通常は医師に対応を委ねるのが原則と考えてよいものと思われる。

(3) 歯科医師が救命行為に当たる場合の注意点

コメントの冒頭で述べたとおり、歯科医行為を行っている際に患者が急変する可能性は高くはないと思われるものの、決してないとはいえない。

厚生労働省は、条件付きながら、歯科医師であっても救命救急措置を行うことは医師法違反にはあたらないとの判断を示しているから¹⁾²⁾、そのような場合には、歯科医師であっても救命救急措置を行う必要性がある。ただし、本判決の示すとおり、患者がショック状態に陥ったような場合には初期対応が重要であって、歯科医師は原則として全身管理の専門家とは言いがたいことからすれば、そのような場合に遭遇した場合には、歯科医師は可能な限り救命救急措置を行いつつ、並行して速やかに救急要請をすることが求められる。

3. 本判決で相当程度の可能性が認められた経緯等について

本判決は、担当医らの対応の遅れがなかったとしても、患者の死亡という結果が回避できた高度の蓋然性は認められないとして因果関係を否定しつつ、対応の遅れがなければ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は認められるとし、慰謝料 200 万円の支払いを命じた。

そもそも、対応の遅れについても、治療行為を行っていたのが大学病院という高度医療機関であるために認められたのではないかとも思われるが、本件の経緯から伺える患者の敗血症は極めて早く重篤化しており、治療も奏効していないことを考え併せると、対応の遅れがなければ死亡の時点においてなお生存していた可能性が相当程度あったとする本判決の判断は、医療機関側にとって厳しいものといえよう。このような結論に至ってしまったのは、理論の当否は別として、体温が 42℃に達した場合に血中の蛋白質が変性し、血栓が生じて DIC に至るところ、より早期に専門医に委ねていれば早期のクーリングが可能であって、DIC 発生が回避できた可能性がある」と原告が証拠を提出するとともに主張をしたのに対し、担当医らの側で具体的な反論を行っていないことが大きく影響していると思われる。

- ・ [総合診療科がコーディネートした医療チーム連携の集学的治療によって救命と救肢ができた糖尿病患者の Streptococcal Toxic Shock - like Syndrome**](#)
- ・ [Chapter 2 Q&A で確認! こんなとき、どうする? どうすべき? 院内編 診療中の急変・アクシデント Q1 診療中、「気分が悪い」と患者さんの顔色がみるみる変わっていきました。普通の状態ではないようです...***](#)
- ・ [第 8 回 エンドトキシン吸着療法\(PMX-DHP\) Yes or No?**](#)
- ・ [敗血症の分子生物学的診断法：Septic shock / sepsis 患者における血中 procalcitonin と interleukin-6 濃度の検討**](#)
- ・ [感染性多臓器不全の病態***](#)
- ・ [\(1\)バイタルサイン**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。

【出典】

- ・ 裁判所ホームページ

【参考文献】

- 1) 平成 14 年 4 月 23 日医政医発第 0423002 号
- 2) 平成 14 年 4 月 23 日医政歯発第 0423004 号

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [プロカルシトニン***](#)
- ・ [敗血症性ショックの初期循環管理~どこをどのようにして目指せばよいのか**](#)
- ・ [感染症診断と抗菌治療**](#)
- ・ [\(4\) 体温のアセスメント***](#)