

開頭術後に鼻出血があった入院患者に対して 経過観察以外の措置を講じなかった当直医の法的責任が問われた事例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

総合病院において、頭痛を訴えて脳内出血と診断され入院していた患者(男性, 本件手術当時 74 歳)が, 開頭血腫除去術(以下, 「本件手術」という)を受けた約半日後の深夜, 急性呼吸不全により死亡した。その後, 患者の妻と子が, 病院および当直医に対し, 当直医には手術後の鼻出血の止血や気管挿管による気道確保をすべきであったのにこれを怠った過失があるとして損害賠償請求をした。

これに対し, 病院および当直医は, 予見可能性および気管挿管の適応がないと主張したが, 裁判所は, 死因たる呼吸不全は鼻出血の咽頭への貯留によるものと認定した上で, 当直医には, 気管挿管を行うべきであったにもかかわらず経過観察を指示する以外の措置をとらなかった注意義務違反が認められるとして妻らの請求を全部認容した。

キーワード:鼻出血, 気管挿管, 当直医, 申し送り

判決日:京都地裁令和4年3月9日

判決内容:請求認容(合計3923万6369円)

【事実経過】^{1) 2)}

年月日	経過
平成28年 1月4日	患者 A は, 頭痛の症状を訴えて H 病院の時間外外来を受診し, 頭部 CT 検査の結果, 脳内出血の所見がみられたため, H 病院に入院することとなった。 A の担当は, 脳神経外科 O 医師であった。
1月5日	O 医師は, A の頭部 MRI 検査を実施し, その結果, 左側頭部内血腫の増大が見られ, 今後, 脳幹圧迫徴候(心停止, 呼吸停止, 意識障害等)を認めた場合には, 救命のために緊急手術を要し得ると診断した。

1月6日～7日	<p>O 医師は、A に脳出血に起因するとみられる失語症の症状や、ベッドから起き上がろうとするなどの行動が見られたため、鎮静薬プロポフォールを投与した。</p>
1月8日 10時29分 ～13時15分	<p>O 医師の執刀で A に本件手術が実施された。</p> <p>A は、本件手術後、覚醒が進むにつれ点滴を自己抜去しようとするなど体動が多くなり、経鼻胃管を抜去する際に右鼻出血があった。</p>
13時55分～	<p>A にプロポフォールが投与された。</p> <p>A は、その後、CT 検査を受けて病室に入室したが、この間、新たな鼻出血は見られなかった。</p> <p>O 医師は、A について、SpO₂を持続的に測定し、SpO₂が97%以下になった場合は酸素マスクで3L/分の酸素投与を開始する、SpO₂が96%以下になった場合は酸素投与量を最大10L/分で1L/分ずつ増加し、SpO₂が98%以上になった場合は酸素投与量を1L/分ずつ減少させてよい、との指示を行った。</p> <p>また、A について、手術室から、抜管操作時に不穏状態で覚醒し、胃管を自己抜去した際に鼻出血 A が見られたこと、鼻出血後の血液の咽頭への垂れ込み等に注意が必要で、鎮静中であるため呼吸状態に注意し、モニタリングを行うこととの申し送りがなされた。</p>
20時30分～	<p>H 病院においては、20時30分から翌午前9時までが夜勤の勤務時間であり、1月8日の夜から9日の朝にかけて、脳神経外科である P 医師が当直医として夜勤に当たった。</p> <p>A の病棟の夜勤に当たった看護師は、A の担当看護師である Q 看護師を含めた4名の正看護師であった。</p> <p>Q 看護師は、夜勤を開始する際、A について、前任看護師から鼻出血があった旨の申し送りを受けた。</p> <p>※それ以後、Q 看護師は、P 医師に対し、10分から30分おきに連絡を取り、A についての指示の確認を行った。</p>
21時10分 ～21時20分	<p>Q 看護師は21時10分および21時20分、A の病室を訪れたが、その際、A に鼻出血および口腔内出血は認められなかった。</p>
21時30分 ～22時	<p>Q 看護師は、A の病室を訪れた際、多量の鼻出血を認めたため、口腔内吸引を実施したところ、一部コアグラ(血餅、凝血塊)様の血液を吸引した。その際のバイタルサインは、SpO₂は100%、血圧147/76、心拍数72bpmであった。</p> <p>Q 看護師は、吸引後も A の鼻出血が継続したため、P 医師に報告したところ、P 医師から、バイタルサインの変動がないことから経過観察するように指示を受けた。</p>
22時30分～	<p>A の鼻出血は止まっておらず、看護師4名で口腔内の血液の吸引および蝶形骨部の圧迫を</p>

	<p>試みたところ、鼻腔内は止血した。</p> <p>看護師らは、血液の垂れ込みによる窒息を防止するため、Aを側臥位に体位変換したが、AのSpO₂が著明に低下したため、酸素投与量を3L/分から5L/分に増加したところ、SpO₂は90%台前半まで増加した。Aの心拍数は84bpm、呼吸数は13回/分であった。</p>
22時54分	<p>Q 看護師は、Aについて、カルテに以下の記載をした。</p> <p>「O:鼻腔内、口腔内ともに多量に出血あり。(一部コアグラ状)</p> <p>術後不穏が強く右鼻腔からマーゲンチューブを自己抜去されていた。</p> <p>プロポフォールにて12/Hにて鎮静中。</p> <p>SpO₂ 著明に低下みられたため、酸素5L/分に増加。</p> <p>SpO₂ 90代前半まで増加みられる。</p> <p>A:多量に出血しているため、窒息などの危険因子あり。</p> <p>また本日血腫除去後であり、多量出血による合併症も考えられる。</p> <p>モニター管理を継続しながら、患者の状態に注意が必要。</p> <p>P:脳外科当直医報告。経過観察の指示を受ける。</p> <p>左側または右側臥位にし、窒息予防。</p> <p>口腔内に貯留した血液の吸引。</p> <p>モニタリング、バイタルサインの変動に注意」</p>
23時	<p>Q 看護師は、Aに新たな鼻出血は認めなかったものの、口腔内に血液が貯留していたため吸引を行い、清拭した。</p> <p>AのSpO₂は94%、心拍数は86bpm、呼吸数は20回/分であった</p>
23時30分	<p>Q 看護師は、Aに新たな鼻出血は認めなかったものの、口腔内に血液が貯留していたため吸引を行った。AのSpO₂は94%、心拍数は94bpm、呼吸数は24回/分であった。</p>
23時45分	<p>Aには鼻出血が認められず、SpO₂は94%、心拍数は100bpm、呼吸数は21回/分であった。</p>
1月9日 0時~0時15分	<p>Q 看護師は、0時、Aに少量の鼻出血を認め、SpO₂は95%、心拍数は99bpm、呼吸数は20回/分、血圧は92/45であり、0時15分のSpO₂は95%、心拍数は100bpm、呼吸数は28回/分であった。</p>
0時30分 ~0時49分	<p>0時30分、Q 看護師は、Aに鼻出血を認め、吸引や衣服の交換を行った。</p> <p>この時、AのSpO₂は93%、心拍数は100bpm、呼吸数は26回/分であった。</p> <p>0時42分、AのSpO₂は90%、心拍数は107bpm、呼吸数は33回/分であった。</p> <p>0時46分になると、AのSpO₂は一時33%まで低下し、バイタルサインは、SpO₂が38%、心</p>

	拍数が 55bpm, 呼吸数が 30 回/分となった。 0 時 49 分, A の SpO ₂ は 0%, 心拍数は 39bpm, 呼吸数は 5 回/分となった。
0 時 50 分	Q 看護師は, P 医師に電話をかけた。
0 時 55 分	P 医師が A の病室に到着したが, 同時点で A は呼吸停止および心停止の状態であった。
1 時	A に対して, プロポフォール [®] の投与が中止されるとともに, アンビューマスクによる換気や心臓マッサージが開始された。
1 時 40 分	A が急性呼吸不全により死亡した。
2 時 44 分～	Q 看護師は, A の治療に関する同日 0 時から 1 時 40 分までの経緯を時系列でカルテに記載し, また, 1 月 8 日 21 時から翌日 0 時までの経緯も時系列で記載したが, 後にそれらの記載に複数回の修正を加えた。 さらに, Q 看護師は, 後に, 1 月 8 日 22 時 54 分欄のカルテ記載を削除した。 なお, 上記事実経過は, 裁判所が, Q 看護師のカルテ記載について, 基本的に修正前のものが信用できるとして, 修正前の記載を基に認定したものである。

【争点】

- ・ 本件の争点は, P 医師の注意義務違反, である。

【裁判所の判断】^{1) 2)}

1. P 医師の負う注意義務違反の有無

(1) A の死因である急性呼吸不全の原因について

ア 鼻出血が口腔内に貯留する危険性

A については, 鼻出血後の血液の咽頭への垂れ込み等に注意が必要と手術室からの申し送りがされたこと, Q 看護師は, 1 月 8 日 22 時 54 分の時点で多量に出血しているため窒息などの危険因子があるとカルテに記載したことからすれば, 手術室からの帰

室後, 鼻出血の咽頭への貯留によって呼吸不全に陥る危険があると認識できる状態であったといえる。

また, A には, 1 月 8 日 21 時 30 分から 22 時にかけて多量の鼻出血があり, 22 時 30 分にも看護師 4 名での対応を余儀なくされるほどの鼻出血があり, 23 時, 23 時 30 分にも口腔内に血液の貯留が認められたことからすれば, 21 時 30 分以降, 継続的に鼻出血が口腔内に垂れ込んでおり, 口腔内に貯留する危険が生じていたといえる。

イ バイタルサインの悪化

22 時 30 分に酸素投与量が 3L/分から 5L/分に増量されても, 1 月 8 日中は SpO₂ が 94%を上回るこ

はなく、その後、1月9日0時にはSpO₂は95%となるものの、0時30分には93%、0時42分には90%、0時46分には33%と悪化しており、1月8日22時30分以降のSpO₂はほぼ正常値に達することはなかった。

また、Aの心拍数は、1月8日21時30分には72bpmであったが、22時30分から正常値を超えて徐々に増加し、23時45分以降は100bpm以上となり頻脈となっている。

さらに、呼吸数について、Aは、22時30分には13回/分の呼吸があったが、23時以降の呼吸数は20回/分を超え、1月9日0時15分以降、頻呼吸が認められた。

これらのとおり、Aのバイタルサインは、1月8日22時30分以降、時間の経過とともに悪化していったといえる。

ウ 小括

上記のとおり、Aは、1月8日21時30分以降、継続的に鼻出血が口腔内に垂れ込んでおり、口腔内に貯留する危険が生じていたこと、バイタルサインは、1月8日22時30分以降、時間の経過とともに悪化していったことに照らせば、Aの呼吸不全は、鼻出血の咽頭への貯留によって呼吸不全に陥る危険が現実化したものと認められる。

(2) P医師の注意義務違反について

ア 予見可能性に基づく注意義務

P医師らは、1月8日21時30分以降にAに鼻出血が継続していたとは考えられないこと、Aの死因たる呼吸器不全の一次的原因は慢性リンパ性白血病で、そこから急性脳出血および本件手術と術後管理において出血による中枢性呼吸抑制や鎮静薬による気道反射への影響等が複合的にAの状態を悪化させたこと、1月9日0時45分頃に血餅が咽頭から上気道に落下したことにより急に気道閉塞を来した可能性があること等、を理由にP医師がAの気道閉塞を

予見することはできなかったと主張する。

しかし、Aは、本件手術後に鼻出血が生じており、プロポフォールによる鎮静の影響による嚥下反射の抑制や呼吸抑制と相まって、血液が気道へ貯留して気道閉塞を生ずる可能性があった。そして、手術室からの申し送りや1月8日夜勤開始時のQ看護師への引継ぎによると、H病院内において、Aに本件手術後に鼻出血が生じ、血液の咽頭への垂れ込み等に注意が必要であること、鎮静中であるため呼吸状態に注意してモニタリングを行う必要があるとの認識が共有されていたことが認められ、Q看護師は、1月8日22時54分までには、Aが多量に出血しているため、窒息などの危険因子があることおよび多量出血による合併症が生じる可能性があることを認識していた。

これに加えて、上記Aの経過からすると、22時30分以降、鼻出血の継続による気道閉塞の兆候が出現しており、P医師が10分から30分おきにQ看護師からAの状態につき連絡を受けていたことからすると、P医師において、遅くとも1月9日0時の時点においてAの気道閉塞を具体的に予見することが可能であったというべきである。

イ 小括

そうであったにもかかわらず、P医師は看護師に対して経過観察を指示する以外の措置はとっていなかったものであり、P医師にはAの死亡について注意義務違反が認められる。

(3) 気管挿管の適応について

P医師らは、酸素療法による経過観察や看護師らの観察および吸引措置等を継続的に行うことで対応可能であること、周術期におけるバイタルサインとしては正常値であったこと等から、気管挿管の適応にはなかったと主張する。

しかし、看護師らが、1月8日22時30分に酸素投与量を3L/分から5L/分に増量し、約30分ごとに

吸引処置等を行っても、A の SpO₂ は 95% を超えることとはなく、O 医師の指示どおりに酸素投与量の増量が行われなかったのであるから、鼻出血に対する治療としては不十分といわざるを得ず、酸素療法による経過観察や看護師らの常時または随時の観察、見回り、頻回の吸引処置、随時の左右への体位変換などを継続的に行うことで十分に対応が可能だったとはいえない。

A について、21 時 30 分までは SpO₂ は 100% であったにもかかわらず、22 時 30 分には鼻出血が認められるとともに、SpO₂ が著明に低下し、その後も SpO₂ が 100% 近くに戻ることがなく、心拍数や呼吸数が増加していったという経緯に照らすと、周術期にあったからバイタルサインが正常値を下回っていたということはできず、P 医師においては、周術期におけるバイタルサインの正常値にもかかわらず鼻出血による気道閉塞を予見して気管挿管を行う必要があった。

A は、本件手術後から 1 月 9 日 1 時までプロポフォールを投与され、鎮静状態にあったため、気管挿管が難しい状況であったとはいえない。

A は、本件手術後に鼻出血が生じており、プロポフォールによる鎮静の影響による嚥下反射の抑制や呼吸抑制と相まって、血液が気道へ貯留して気道閉塞を生ずる可能性があったのであり、そうである以上、気管挿管を行える態勢を整えておくべきであった。

気管挿管をしなければ呼吸不全により死亡するおそれがある場合においては、気管挿管それ自身が合併症を引き起こすリスク等を有するとしても、気管挿管による救命を優先すべきである。

上記より、気管挿管の適応がなかったとはいえない。

2 結論

以上より、P 医師の注意義務違反が認められる。

【コメント】

1. はじめに

本件は、脳内出血に対する開頭血腫除去術後に鼻出血が認められた患者について、経過観察と判断した当直医(脳神経外科医師)が、病院とともに法的責任を問われた事案である。

具体的には、術後、血液の咽頭への垂れ込みや呼吸状態への注意が必要と手術室から H 病院内に共有がなされ、かつ、看護師からの報告を受けながらも、経過観察以外の措置を講じなかった当直医の対応が問題となった。

本裁判例は、当直医が法律上の責任を問われた事例として、当直対応の参考になると考えられるため、本稿にて紹介する[なお、当直医の責任が問題となった事例として、「[専門医でない当直医の過失](#)」(福岡高裁平成 22 年 11 月 26 日判決)、[「専門科目外の診断義務と法的責任」](#)(福岡地裁平成 24 年 3 月 27 日判決)、[「RFA 後の患者が術後出血に伴う出血性ショックで死亡した事例」](#)(金沢地裁令和 2 年 3 月 30 日判決)も参照されたい)

2. 当直医の注意義務違反について

(1) 注意義務違反の意義

法的に注意義務違反があると認められるのは、予見可能性に基づく結果回避義務違反があったといえる場合である。より噛みくだいていえば、「当時の状況に照らして、結果が発生することが事前に予測できたのに、その結果を回避しようとしなかった」という場合に注意義務違反が認められる。

そして、予見可能であるか否かは、裁判所が、当時の具体的事情および状況の下、ケースバイケースで判断する

(2) 本裁判例における注意義務違反の認定

(1)の前提の下、本件において、裁判所は、予見可能性の有無を判断する前提として、①A は本件手術後に鼻出血が生じており、プロポフォールによる鎮静

の影響からも血液が気道へ貯留して気道閉塞を生ずる可能性があったこと、②手術室からの申し送りや夜勤開始時の Q 看護師への引継ぎから、H 病院内において、血液の咽頭への垂れ込み等や呼吸状態に注意してモニタリングを行う必要があると共有されていたこと、③Q 看護師は、1 月 8 日 22 時 54 分までには、A が多量に出血しているため、窒息などの危険因子および多量出血による合併症が生じる可能性を認識していたこと、④22 時 30 分以降、鼻出血継続による気道閉塞の兆候が出現していたこと、⑤P 医師は 10 分から 30 分おきに Q 看護師から A の状態につき連絡を受けていたこと、等の事実を認定した。

そして、これらの事実からすれば、P 医師において、遅くとも 1 月 9 日 0 時の時点において A の気道閉塞を具体的に予見することが可能であったというべきである、として、P 医師に 1 月 9 日 0 時時点における A の気道閉塞についての予見可能性を認めた。

その上で、P 医師は、予見可能であるにもかかわらず経過措置を指示する以外の措置はとっていないという結果回避義務違反があったとして、P 医師に注意義務違反があったと判断した。

(3) 本裁判例の分析

(2) で示したように、本裁判例は、当直医 P 医師の注意義務違反を認めた。もっとも、単に、当直中に患者の死亡という悪しき結果が生じたことからただちに当直医の責任を認めたわけでないことには注意を要したい。

具体的には、裁判所は、上記①ないし⑤等の事実を挙げた上で、「遅くとも 1 月 9 日 0 時の時点」での注意義務違反という認定をした。これは、①ないし⑤等の事実、すなわち、A の術後の状態(①)、申し送り等による院内での共有(②)、気道閉塞の兆候の出現(④)、看護師の認識(③)と当該看護師からの P 医師への複数回の連絡(⑤)という当時の積み重なる複数の具体的事情を総合すれば、脳神経外科医師である当直医 P 医師の立場からして、さすがに 1 月 9 日

0 時時点までには A の気道閉塞を予見できたであろう、という価値判断がなされたものと評価できよう。

さらに、本裁判例が、手術室からの術後状態の申し送り(②)に加えて看護師からの度重なる連絡を指摘した(③⑤)ことからすれば、スタッフ間および当直医に対する伝達状況等が重視された判断といえよう。

3. 本裁判例をふまえた今後の対応

当直医の対応は、病院の規模や性質、当日の患者の容態等、状況によって異なり、容易に一括りにはできない。また、当直医の術後管理は、執刀医でない場合等、対応に困難を強いられる場面も想定される。

その中で、本裁判例に照らせば、当直医は、やはり、手術室からの申し送りや看護師からの連絡の確認および執刀医への自発的な確認等、当直にあたって日々当然行うべき人的コミュニケーションの重要性を再認識する必要がある。そして、当直医は、伝達された事項につき、医師にしか行えない治療行為がある以上、特に、看護師から術直後の患者の変化や複数回の連絡が入った際は、患者の容態を直接確認するといった対応を徹底する必要がある。

また、本件において、執刀医および担当看護師は、被告とならなかったが、申し送りや看護措置に不備があれば、執刀医や看護師も法的責任を問われる可能性は否定できない。

そのため、執刀医や看護師も、発生を予測し得る事項や重要な注意事項は一層強調して引き継ぎおよび伝達する等、自らの立場に置き換えて当直対応を見直す一助にされたい。

4. おわりに

本件では、当直医が病院と連帯して合計約 4000 万円という多額の責任を負う結果となった。現にこのような法的責任を負いうるリスクをふまえ、当直にあたる際には、今一度、コミュニケーションをはじめとする当直対応を再考する契機とされたい。

そして、医師は、特に自らが専門とする診療科の当直にあたる際には、執刀医に手術内容や患者の術後状態を確認する等、専門医としてとるべき対応を尽くされたい。

【出典・参考文献】

- 1) ウエストロー
- 2) 医療判例解説第 105 号 2 頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [エドキサバンの過量服薬による難治性鼻出血で 8 日間の気管挿管を要した症例***](#)
- ・ [抜管後の多量鼻出血に対し咽頭部吸引下に再挿管を行い鼻粘膜焼灼術を管理した 1 例***](#)
- ・ [鼻出血の局所治療***](#)
- ・ [鎮静中の上気道開通性をどう維持し管理するか***](#)
- ・ [26 鼻出血で出血点不明の場合、薬を処方するメリットはありますか？**](#)
- ・ [鼻出血の処置に役立つパッキングキット**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。