

麻酔導入後に手術室を離れた麻酔科医の刑事責任

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

患者(44歳, 女性)の左乳房部分切除およびセンチネルリンパ節生検を行うにあたり, 麻酔担当医が, 患者に全身麻酔を施した後, 別の手術室で麻酔を担当中の後期研修医の指導・補助を行うため手術室を退室した。その退室時間が約27分間に及ぶ間に, 患者と麻酔器を繋ぐ蛇管が外れて, 約18分間酸素の供給が遮断された結果, 患者は低酸素脳症に基づく高次脳機能障害および四肢不全麻痺の傷害を負った。

この診療経過に関して, 検察官は, 麻酔担当医には, 麻酔導入後, 手術室に常時在室して直接患者の全身状態を絶え間なく看視すべき業務上の注意義務の違反があるとして, 麻酔担当医を業務上過失傷害罪で起訴した(なお, 麻酔担当医以外のスタッフは起訴されていない)。

これに対して, 裁判所は, 麻酔担当医の行動に刑事罰を科さなければならないほどに許容されない問題性があったとはいえないとして, 無罪を言い渡した。

キーワード: 麻酔科医, インチャージ, 蛇管, 低酸素脳症, 刑事事件

判決日: 横浜地裁平成25年9月17日判決

結論: 無罪

【事実経過】

本件手術(患者 A に対する左乳房部分切除およびセンチネルリンパ節生検)は, 平成 20 年 4 月 16 日午前 9 時から, H 病院 I 手術室において, 執刀医 P, 執刀助手 Q, 麻酔担当医 O, 器械出し看護師 R および外回り看護師 S の 5 名が担当して行われることとなっていた。

O 医師は, 当日, 自己の業務を行いつつ, 同時に行われていた他の手術室への応援を含めた手術室全体の調整や後期研修医の指導・補助をしなければならぬ「インチャージ」の担当になっていた。

年月日	詳細内容
平成20年 4月16日 午前8時55分頃	O医師は, 麻酔器および生体監視モニターの準備を行った上, 患者Aに対し, 全身麻酔の導入

	を開始した(鎮痛薬:レミフェンタニル, 鎮静剤:プロポフォール, 筋弛緩剤:ベクロニウム)。この麻酔導入の際, 生体監視モニターで「SpO ₂ 89」と計測され, アラーム警告が鳴った。
午前9時7分頃	O医師は, 患者Aの呼吸, 心拍数, 血圧がほぼ一定の値を示すなど, 安定した状態であることを確認した上で, 肝切除合併肝外胆管切除術の全身麻酔および硬膜外麻酔を1人で行う後期研修医の指導・補助をしようと, I手術室を退室して, 15秒ほどで移動できるJ手術室に向かった。その際, O医師は, 連絡用のPHSを携帯しており, 外回り看護師Sに対して, インチャージのため退室するが, 何かあったら知ら

	せてほしいと告げた。
午前9時15分頃	執刀医Pは、外回り看護師Sに患者Aのベッドの高さおよび角度の調整をさせ、タイムアウトの声かけをした上、手術を開始した。この際、O医師には手術開始の連絡はされなかった。
午前9時16分頃	患者Aの蛇管が麻酔機の取付口から脱落した(APNEA CO ₂ のアラーム表示は、二酸化炭素を検知なくなってから1分後に反応する)。
午前9時17分 ～午前9時33分	麻酔器モニターにおいて、APNEA CO ₂ のアラーム表示が、午前9時17分、28分、31分、33分の4回表示された。 生体監視モニターにおいて、SpO ₂ のアラーム表示が、午前9時19分(77, 70), 24分(15, 13), 29分(－, －)に表示された。 ※しかし、I手術室にいたP医師、Q医師、R看護師およびS看護師は、これらのアラームが鳴った音を一切聞いていないと述べている
午前9時31分頃	外回り看護師Sが、生体監視モニター画面にSpO ₂ の表示がないことに気付く、その旨を執刀医Pに告げるとともに、患者Aの指先に付けた測定クリップを付け直すなどしたが、依然として数値の表示が出なかった。
午前9時33分頃	外回り看護師Sは、O医師にPHSをかけて、SpO ₂ の表示が出ないことを知らせた。
午前9時34分頃	O医師は、外回り看護師Sからの連絡を受けてただちにI手術室に引き返し、手術が既に始まっていたことを知るとともに、蛇管が麻酔器から脱落していることにすぐ気付く、用手換気を続けるなどの応急措置を講じた。
午前9時37分頃	患者Aの心肺がいったん停止。その後、執刀医Pや応援医師らが蘇生措置を施したことにより患者Aの心肺は再開し、午前9時52分ころ、心拍が安定した。

	しかしながら、患者Aには完治不能の低酸素脳症に基づく高次脳機能障害および四肢不全麻痺の障害が残った。
--	--

【補足：事実経過に関する裁判所の認定】

①蛇管の脱落の原因は、確定はできないが、蛇管は外れやすく、ベッド調整のときに外れることがよくあること、外回り看護師 S によるベッドの調整の直後に脱落していることなどからすると、これが原因である可能性が高い。

②麻酔器モニターでは、4 回にわたり、無呼吸状態であることを示す APNEA CO₂のアラーム表示がなされており、この時にアラームが発報したことが合理的に推認できる。また、生体監視モニターでは、午前 8 時 55 分頃に「SpO₂ 89」となった際にアラームが鳴っていることからして、下限が「90」に設定されていたことが合理的に推認され、これより低い数値になった時刻においてもアラームが発報したことが推認できる。

これに対して、I 手術室にいた P 医師、Q 医師、R 看護師および S 看護師は、これらのアラームが鳴った音を一切聞いていないと述べているが、誰もアラームの音を聞かなかったという事実が本当にあったのか疑問の余地が少なからずあり、仮にそのような事実があったとしても、それは、誰かが人為的にアラームの音量を絞るなどしたからではないかと考えるのが合理的である。

【争点】

麻酔科医師である O 医師は、麻酔導入後、I 手術室に常時在室して直接患者 A の全身状態を絶え間なく看視すべき業務上の注意義務があり、それに違反したといえるか否か。

なお、検察官は、常時在室といっても、生理現象等により概ね 5 分程度離室する場合は問題にしない旨を明らかにしている。

【裁判所の判断】

本件事故について刑事上の過失責任を問うために問題とされているO医師の行動は、I手術室を不在にしていたことである。……(中略)……過失犯の中心的な成立要件である結果回避義務(注意義務)に着目し、問題とされるO医師の行動が、O医師の置かれた具体的状況、さらには当時のわが国の医療水準等をふまえた上で、刑事罰を科さなければならないほどに許容されないものかどうかという観点から、過失犯の成否を検討していくこととする。

麻酔担当医が不在のまま、本件手術が開始されたことについては、タイムアウトの趣旨に反するものであり、それ自体、問題ではある。O医師としても、本件手術開始に当たり、I手術室に呼び戻されていれば、仮に、その時点で蛇管が外れていたとしても、すぐ気付いて、本件事故を招くことはなかったといえる。しかし、H病院では、麻酔担当医が不在のまま手術が開始されることもなくはないこと、O医師がI手術室を離れたのは、本件手術が間もなく始まることが十分見込まれた時点であることからすると、O医師に対して、このようなこともあり得るものとして行動するように要求しても、あながち不当ではない。したがって、この点は、O医師の不在という問題性を考えるに当たって、さほど重視すべき事情とは思われない。

蛇管が脱落したことについては、その原因が何であれ、もともと蛇管が外れやすいことからして、O医師にとって特に意外なことではなく、O医師に対して、このようなこともあり得るものとして行動するように要求しても、何ら不当ではない。したがって、この点は、O医師の不在という問題性を考えるに当たって、さほど意味のある事情ではない。

患者Aの状態に異常が発生し、麻酔器モニターおよび生体監視モニターのアラームが発報したにもかかわらず、その異変にI手術室にいた誰もが約18分間も気づかなかったことについては、それが器械の故障であれば別であるが、本件のように、I手術室にいた者が、アラームが発報しているにもかかわらず、

それを無視した、あるいは、その発報が聞こえないように音量を調節したということであるとすれば、明らかに異常なことであり、問題は大きい。O医師は、退室する際に、外回り看護師Sに何かあったら連絡してほしいと告げているが、それは、自分の不在中に、本件手術の開始をするか否かを問わず、麻酔器モニターや生体監視モニターのアラームが発報するようなことでもあれば、すぐに知らせしてほしいという趣旨を含んでいることは明白である。そして、O医師とすれば、異変の知らせがあれば、すぐにI手術室に戻り、蛇管の脱落にすぐ気づいて、本件事故を招くようなことはしなかったであろうことも、明白である。そうすると、O医師に対して、このような事態が起こることもあり得るものとして行動するように要求することは、いかにも酷であり、不当である。したがって、この点は、O医師の不在という問題性を考えるに当たって、消極方向に働く事情として十分に考慮してよいものといえる。

O医師がI手術室を不在にしたのは、インチャージの担当として、J手術室で硬膜外麻酔等を行う後期研修医の指導・補助のためであった。……(中略)……したがって、O医師がI手術室を不在にした用向きには、何ら問題はなかったといえる。

また、O医師がI手術室を離れたのは、麻酔導入を終えて、患者Aの状態が安定していることを確認してからである(なお、患者Aの健康状態は、その後何か問題が生じることが予想されるようなものではなかった)。しかも、O医師は、I手術室を離れるに当たって、PHSを携帯し、外回り看護師Sに対し、インチャージで出かけることも、何かあったら連絡してほしいことも言い置いている。そうすると、不在にしたタイミング等についても、格別問題はなかったといえる。

ところで、検察官は、①麻酔担当医であるO医師には、患者Aに全身麻酔を施したことにより患者Aを自発呼吸のできない意識消失・鎮痛・筋弛緩状態にしたのであるから、患者Aの生命維持のため、呼吸管理をするなどして、患者Aの全身状態を適切に維

持・管理することが不可欠となった、②したがって、O医師には、患者Aの身体の状態を目視するほか、患者Aに装着されたセンサー等により測定・表示された心拍数等を注視するなどの方法で、患者Aの全身状態を絶え間なく看視すべき業務上の注意義務があると主張するので、これについて付言する。

①の点は、一般論としては、全くそのとおりである。しかも、①でいう、患者の全身状態を適切に維持・管理することが、麻酔担当医の役割であることも、異論はない。ここまでは、弁護人も認めるところである。しかし、そうであるからといって、②のように、麻酔担当医が、常時、手術室にいて、患者の全身状態を絶え間なく看視すべきであるとして、具体的な注意義務を導くのは、余りにも論理が飛躍しているというほかない。

①のような事情は、別に本件に特有のものではなく、他の全身麻酔が行われている場合にも、共通していえることである。それでは、我が国の麻酔担当医が、当該医療機関での職務の体制や患者の容態、麻酔や手術の進行状況を問わず、全身麻酔をした患者に対し、手術室にいて絶え間ない看視をしているかといえば、決してそうではない(少なくとも、そうであるとの立証は、本件では全くされていない)。確かに、検察官が援用する日本麻酔科学会作成の「安全な麻酔のためのモニター指針」によると、麻酔中の患者の安全を維持確保するため、「現場に麻酔を担当する医師が居て、絶え間なく看視すること」という指針の記載がある。しかし、このモニター指針は、モニタリングの整備を病院側に促進させようという目的から作成されたものであり、麻酔科学会として目標とする姿勢、望ましい姿勢を示すものと位置づけられている(T医師の証言)。すなわち、この指針に適合せず、絶え間ない看視をしなかったからといって、許容されないものになるという趣旨ではない。なお、U医師およびV医師は、麻酔科医は絶え間ない看視を行うべきであるとの見解を、証人として述べているが、これは、麻酔科医が専門家として追求すべき手

術中の役割は何かといった観点からの見解であって、わが国の麻酔科医の実情を述べるものではない。

以上、みてきたところによると、I手術室不在というO医師の行動は、その不在時間の長さ(I手術室に戻るまでに約27分間、蛇管が外れたときまででも、約9分間)からして、インチャージの担当として後期研修医の指導・補助をしていたという事情があったとはいえ、いささか長すぎたのではないかとの問題がなくはないが、O医師の置かれた具体的状況、さらには当時のわが国の医療水準等をふまえてみたとき、刑事罰を科さなければならないほどに許容されない問題性があったとは、到底いいがたい。したがって、本件事故について、O医師には、検察官が主張するような、常時在室して患者Aの全身状態を絶え間なく看視すべき業務上の注意義務を認めることはできない。

以上のとおりであるから、O医師には、本件事故について過失は認められないから、本件公訴事実については、犯罪の証明がないことに帰着し、刑訴法336条により、O医師には無罪の言渡しをする。

【コメント】

1. 刑事事件と民事事件の違い

このコーナーで取り上げられる判決の多くは民事事件であるが、本件は刑事事件である。

両者の違いとしては、民事事件では、主として患者側から医療機関側に対する金銭的請求が認められるかどうか判断されるのに対して、刑事事件では、医師個人が刑事罰を受けるべきであるかどうか判断される点が大きな相違点である。刑事事件で有罪判決が出た場合には、厚生労働省へ通知されて医道審議会における審査の対象とされる点も、民事事件との大きな違いである。

両者の共通点は、いずれも、医療行為(不作為も含む)に過失ないし注意義務違反があるかどうか、すなわち、結果が予見できたにもかかわらず結果回

避の措置を取るべき義務を怠ったといえるかどうか
が審理される点である。民事事件では、医師の注意
義務の基準となるべきものは「診療当時のいわゆる
臨床医学の実践における医療水準」であるとされて
いるが、これは刑事事件においても妥当すると考え
られており、本判決も「O 医師の置かれた具体的状
況、さらには当時のわが国の医療水準等をふまえて
みたとき、刑事罰を科さなければならないほどに許
容されない問題性があったとは、到底いいがたい」と
述べて「医療水準」に言及している。

2. 検察官の主張と裁判所の判断

検察官は、麻酔担当医には患者の全身状態を絶
え間なく看視すべき業務上の注意義務があると主張
するにあたり、医療水準を示すものとして、日本麻酔
科学会作成の「安全な麻酔のためのモニター指針」
を援用した。そして、同指針が医療水準を示すもの
であることを裏付ける事実として、呼吸停止から蘇生
措置まで 5 分以内であれば脳等の重要器官に重篤
な影響が生じない可能性および蘇生の確率が高い
という医学的知見があること、そのような医学的知見
を前提として麻酔記録は 5 分ごとに記録する体裁に
なっていること、モニターではなく麻酔担当医が直接
確認しなければ分からない患者の状態変化があるこ
と、患者の状態を常時把握しなければ状況に応じた
処置が取れないことなどを指摘した。

これに対して、裁判所は、本邦の麻酔担当医が全
身麻酔を行った際に手術室で絶え間なく患者を看
視している訳ではないことを指摘した上で、同指針
は麻酔科学会として目標とする姿勢、望ましい姿勢
を示すものと位置づけられていると認定し、このモニ
ター指針に適合せず、絶え間ない看視をしなかった
からといって、許容されないものになるという趣旨で
はないと判断した。そして、このように医療水準に言
及した上で、O 医師が置かれた具体的状況や医療
水準等をふまえてみたとき、刑事罰を科さなければ
ならないほどに許容されない問題性があったとは到

底いいがたいとして、O 医師に無罪を言い渡した。

3. 裁判で用いられる可能性を考慮したガイドライン 作成の必要性

本件では、刑事罰を科すかどうかの判断において、
学会が作成した指針の位置付けが大きな争点となっ
た。

一言でガイドラインといっても、エビデンスに基づ
いた標準的治療を示すもの、最低限度の医療水準
を示すもの、専門医が読むことを念頭に作成された
もの、専門医には広く知られている医学的知見につ
いて一般医師にも広める目的で作成されたもの、目
指すべき目標を示す目的で作成されたもの等、その
位置付けはさまざまである。しかし、医療従事者でな
ければ、そのようなガイドラインの位置付けは判然と
しないため、裁判となれば、信頼性における学会等
が出している「ガイドライン」は医師における標準的
医療を示しており、ガイドラインに沿っていない医療
行為は標準的医療に達していないと判断されるリス
クがある。

このようなリスクを回避するため、近時のガイドラ
インには、「このガイドラインは個々の臨床家の裁量権
を規制するものではなく、一つの一般的な考え方を
示すものと理解すべきであることを強調したい。した
がって、このガイドラインの記載どおりに治療を行わ
なかったという理由だけで、訴訟の対象になる事は
考え難い」(脳卒中治療ガイドライン 2009)などと記
載されており、ガイドライン等の出版物を発行する場
合には、このような記述を行う配慮が必要であろう。

また、すべての医師が身につけることが望まれる
医学的知見であっても、それがあくまで目指すべき
理想的治療である場合にはその旨に言及しておく
といった配慮も考えられる。例えば、救急科専門医が
有するような救急医療に関する知識をすべての医師
が身につけていることが望ましいのは言うまでもない
が、そのような知識を欠く一般医師が救急外来を担
当したために客観的には最善の救急医療が提供さ

れなかったという事例が生じることはありえる。そのため、このような事態を想定し、救急に関する「標準的文献」とみられるものを作成するにあたっては、その文献の記載が標準的医療かどうかの基準を与えるものではなく、理想的な医療を普及させようとする目的で作成されたことを記載するといったようにである。

このように、ガイドライン等の医学的文献を作成するにあたっては、それが裁判の場で用いられる可能性があり、医療者にとっては暗黙の前提である事実であっても、医療の素人である法律家には理解されないリスクがあることを念頭に置く必要があると思われる。

【参考文献】

- ・裁判所ホームページ
- ・日本麻酔科学会編. 安全な麻酔のためのモニター指針, 日本麻酔科学会, 2009
- ・篠原幸人著. 脳卒中治療ガイドライン2009, 協和企画, 2010

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [タイムアウトの効果的な実施—インシデント・アクシデント事例からみる検討—](#)***
- (2) [Theme 2 アラームの対応](#)***
- (3) [チームで作る手術体位](#)**
- (4) [周術期管理チーム構想と周麻酔期看護学](#)***
- (5) [リスクマネジメントから見たモニターの意義と問題点](#)***
- (6) [手術室の患者安全](#)**
- (7) [手術室における生命維持に関する機器の安全管理と看護—麻酔器を中心に—](#)**
- (8) [麻酔科医のストレス](#)***
- (9) [3 外回り](#)**
- (10) [困っていませんか? アラームへの対応・関連事故事例から](#)***

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。