

院内生存率と相当程度の可能性

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

下腹部痛および呼吸苦を訴えて救急車で搬送されて入院した患者(23歳, 女性)に対し, それぞれの診療科の医師が種々の検査をするも, 原因を特定できず, 最終的に大動脈解離で死亡した。

本件は, 患者の相続人が病院の医師らには的確な検査(胸腹部造影CT検査)をすべき義務を怠ったなどの注意義務違反があったと主張して, 診療契約上の債務不履行に基づき損害賠償請求をしたところ, 裁判所は, 医療水準にかなう医療行為が実施されていたならば死亡時点においてなお生存した相当程度の可能性は認められるとして, 患者の請求を一部認めた事例。

キーワード:院内生存率, 相当程度の可能性, 大動脈解離, 造影CT検査, 注意義務

判決日:札幌地方裁判所平成24年9月5日判決

結論:一部認容(認容額440万円)

【事実経過】

・患者は 23 歳, 女性

年月日	経過	自覚症状など	所見など	血圧・血液検査
平成13年 12月4日 午後3時42分	119番通報。	下腹部痛。		
午後3時45分	救急搬送。	胸と呼吸の苦しみ。		血圧80/60 mmHg
午後4時8分	H病院到着。	心窩部痛。		
午後4時20分	婦人科医師診察。 経膈超音波検査実施。		婦人科的な問題なし。	血圧100/53 mmHg Hb12.8 g/dL Hct37.0%
午後4時45分	内科医師診察。 ヴィーンD注500mL 点滴投与。			血圧88/56 mmHg
午後5時5分	消化器科O医師診察。	胸痛。	結合組織疾患は考えられない。	血圧88/46 mmHg (午後5時)
午後5時25分	心電図検査実施。		異常所見なし。	血圧110/48 mmHg (午後5時15分)
午後5時40分	腹部X線検査実施。		特異的な所見なし。	
午後5時45分	入院(消化器内科)。		顔色不良。	血圧100/52 mmHg
午後7時		下腹部痛, 硬結, 圧痛。		
午後9時	ソリタT3号1000mL	動くとき腹痛, 座位にな	トイレまでの自力歩	

	点滴投与(時刻不明)。	ると痛み増強。	行不可。	
午後11時20分		間欠的に痛みが増強。	下腹部痛で身の置きどころなく体を動かし、過呼吸よりの呼吸をしていた[※争点1-(1)]。	
午後11時50分		下腹部痛。		
12月5日 午前0時			入眠(午前2時, 午前4時も入眠が確認された)。	
午前6時45分		痛くて目が覚める。		血圧100/46 mmHg
午前7時	血液検査実施(定期実施)。	痛みは楽になってくる。 用便後, 便槽の中が真っ赤になった。	トイレまで自力歩行可能。	
午前10時	腹部超音波検査実施。 胸部X線検査実施。		左胸腔内に胸水よりのものが確認される[※争点1-(2)]。	
午前10時41分	上部内視鏡検査実施。 胃の病理検査実施。		中等度の慢性胃炎。	
正午	7時に採取された血液の検査結果が報告される[※争点1-(3)]。			Hb9.5 g/dL Hct28.3% (Hb, Hctともに午前7時の数値。 12/4の午後4時20分ころからの出血量が900mLに達したと認定)
午後2時55分	胸部単純CT検査実施。		胸水を確認。	
午後4時30分	胸腔穿刺を実施。		胸水は血性であることを確認。 自力歩行でトイレに行く。 雑誌を手にして病室に戻る。	血圧91/49 mmHg (穿刺前) 92/48 mmHg (穿刺中) 89/46 mmHg (穿刺後) Hb9.1 g/dL Hct26.7%
午後6時	O医師がP医師ら呼吸器外科医に治療方法について相談し, P医師が診察。 腹部超音波検査実施。 出血点を確認して止血するため, 胸腔鏡		腹腔内に出血なし。 異所性子宮内膜症の可能性が高いことを説明。	血圧92/62 mmHg

	下手術を実施することを決定。			
午後8時35分	胸腔鏡下手術開始。		胸部腔内に約100mLの血液貯留を認めるが、出血点不明。 縦隔胸膜全体が濃青色に軽度腫脹。 横隔膜直上の一部に100円玉大の破損部があり、血液がしみ出していた。	血圧140/88 mmHg (午後8時15分)
午後8時45分			400mLの出血。	Hb6.6 g/dL Hct19.4%
午後9時			700mLの出血。	Hb7.7 g/dL Hct22.6% (午後9時15分)
午後10時15分	胸腔鏡下手術終了。		この頃までの出血量は1760mL。 腹部膨満が著明となる。	Hb2.8 g/dL Hct8.2% (午後10時20分)
午後10時45分	腹部超音波検査実施。		P医師らは後腔膜に出血があるものと判断。	Hb5.1 g/dL Hct15.0% (午後10時35分)
午後11時20分				Hb5.5 g/dL Hct16.2%
12月6日 午前0時	開腹手術決定。			Hb3.7 g/dL Hct10.9%
午前0時15分	開腹手術開始。		腹腔の左後ろ側が著明に隆盛。 後腹膜を切開したところ、後腹腔膜に著明な血腫(約4L)があり、左腎動脈起始部の大動脈破裂部から出血が認められた。	
午前0時23分	心停止。 蘇生措置実施。		胸腔鏡下手術および開腹手術による出血量は合計8000mL。	
午前1時58分	死亡。		離断した大動脈壁の病理組織検査の結果、大動脈解離と診断された。	

【争点】

1. 大動脈疾患や大出血のおそれがある場合には必須とされる胸腹部造影 CT 検査について、A に出血性病変が疑われた次の各時点における実施義務
 - (1)下腹部痛で身の置きどころなく体を動かし、過呼吸よりの呼吸をしていた 12 月 4 日午後 11 時 20 分頃の時点
 - (2)5 日午前 10 時頃の腹部超音波検査で胸水のようなものが確認された時点
 - (3)5 日午前 7 時頃に採血した血液の検査結果が報告され、約 900mL の出血が確認された時点
2. 注意義務違反と死亡との間の因果関係
3. 注意義務違反がなければ A が死亡時点においてなお生存した相当程度の可能性

【裁判所の判断】

1. 胸腹部造影CT検査義務の有無について

(1)過呼吸よりの呼吸をしていた12月4日午後11時20分頃の時点における胸腹部造影CT検査義務について

12月4日午後11時20分頃の時点において、大動脈解離を含む大血管系の疾患を積極的に疑うべき所見がAにあったということとはできず、そうした所見の存在を前提とする胸腹造影CT検査義務がH病院医師にあったことを認めることはできない。

(2)5日午前10時頃の胸水よりのものが確認された時点における血液検査義務について

- 1)Aの症状は5日午前7時頃には一旦軽減し、バイタルサインも比較的安定していたこと
- 2)胸水は大動脈解離に特有の所見ではない上、他に出血の発生をうかがわせる所見もなかったこと

などを考慮すると、5日午前10時頃の時点では、H病院医師がAにつき大動脈解離を含む大血管系疾

患を積極的に疑うべきであったということとはできない。

(3)5日午前7時頃に採血した血液の検査結果が報告された時点(5日正午)

1)H病院医師は、5日午前7時頃の血液検査の結果、Aのヘマトクリット値が著しく低下していることを認識することができ、ひいてはAの活動性や輸液の影響等を考慮しても900mLに達する大量の出血が発生したとの判断が可能であったと認められること

2)H病院医師は、大量の出血を示唆する所見を把握したのであるから、Aが一般に大動脈解離発症が考えにくい属性を有していたとしてもなお、大動脈解離を含む大血管系の疾患を疑い鑑別する必要があると同時に、上記血液検査結果から推定される出血量の多さおよび大血管系疾患がAの生命や健康に与える影響の重篤さから、こうした疾患の有無を緊急に鑑別すべきであった

3)その際、既にAに認められていた胸水よりのものについては大動脈解離による胸腔内出血の可能性が考えられること

4)Aが入院当日は主として腹部痛を訴えていたことのほか、胸部X線検査および超音波検査は既に実施されていたこと

5)大動脈解離の診断に最も有用な検査法はCT検査であり、単純CT検査にて大血管等の異常の有無を確認した上で確定診断のために造影CT検査を行うのが一般的な検査方法であること

以上より、H病院医師は、まずは速やかに胸腹部の単純CT検査を実施し、その結果、大血管等の異常がみられる場合には胸腹部の造影CT検査を実施する注意義務を負っていたと認められる。

2. 注意義務違反と死亡との間の因果関係

まず、Aには、大動脈解離(スタンフォードB型)が生じていたものと認められるところ、正午頃には既に、大動脈解離は相当進行していたものと認められる。

次に、12月5日正午頃にAに胸腹部造影CT検査が実施されていた場合の予後についてみると、破裂、切迫破裂、瘤拡大のみられるスタンフォードB型の大動脈解離は手術適応となり、大動脈置換術が選択される場所、提出された証拠によると、①手術が必要とされるスタンフォードB型の大動脈解離の症例の院内死亡率は29%であり、②破裂による低血圧やショックを来した事例の院内死亡率は60%である。

そして、12月5日正午頃のAの大動脈解離の病態は、既に破裂を来していたものの未だ低血圧やショックを来す重篤な破裂には至っていなかったことから、上記①の値を基準として予後を検討するのが相当である。

そうすると、12月5日正午頃から間もなくAに対して胸腹部造影CT検査が実施されていたとしても、Aが死亡した時点でなお生存していた高度の蓋然性があるものとは認められず、本件造影CT検査義務違反と死亡との間に因果関係を認めることはできない。

3. Aが死亡時点においてなお生存した相当程度の可能性について

12月5日正午頃から間もなく胸腹部造影CT検査が実施されていた場合のAの院内生存率は71%と考えられるので、当時の医療水準にかなう医療行為が実施されていたとしてもAが死亡時点においてなお生存した高度の蓋然性を認めることはできないものの、医療水準にかなう医療行為が実施されていたならばAが死亡時点においてなお生存した相当程度の可能性は認めることができる。

【コメント】

1. はじめに

医療訴訟では、医師の過失がなかったならば患者に悪しき結果が発生しなかったであろう「相当程度の可能性」があったと認定され、慰謝料が認められることがある。

この「相当程度の可能性」という理論は、最高裁平成12年9月22日判決が、「疾病のため死亡した患者の診療に当たった医師の医療行為が、その過失により、当時の医療水準にかなったものでなかった場合において、右医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在は証明されないけれども、医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその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の存在が証明されるときは、医師は、患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負うものと解するのが相当である」と判断したことに始まる。

そこで、「相当程度の可能性」とは、どのような位置づけであり、どの程度の可能性を言うのだろうか。本件裁判例では、可能性の判断について具体的な数字を示して判断していることから、参考として取り上げた。

2. 医療訴訟における因果関係について

不法行為または債務不履行責任の成立要件としては、「医療従事者の行為」と「患者に生じた悪しき結果」との間に因果関係が必要である。この因果関係が認められるためには、「特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性の証明」が必要と解されている。そして、この「高度の蓋然性」があると認められるに足りる心証の程度は、裁判所が80%以上あると確信することが必要などと言われている(高橋 譲. 裁判実務シリーズ 5 医療訴訟の実務. 東京: 商事法務; 2013年. p. 548.)。

もっとも、医療訴訟の場合、因果の流れが身体の内面で進行しているため、可視的に直接把握することが困難な場合が多いこと、患者の身体反応は千差

万別であること、診療行為は、通常、病気の患者に対して行われることから、原因行為の特定が困難であること、医療には未解明な部分も極めて多く存在すること等の理由から、専門的知識を持たない患者側は、因果関係を判断し、その結果、因果関係を主張・立証することが困難であると言われていた。

そこで、医師が医療水準にかなった医療を行っていない、という過失がある場合には、たとえ実施した医療行為と患者の死亡等の結果との因果関係の存在が証明されないときでも、患者側に損害賠償を肯定する理論(期待権や延命利益など)を採用した下級審裁判例が見られるようになった(ここでは[最高裁判平成23年2月25日判決を参照](#)として取り上げる)。

本稿で取り上げた「相当程度の可能性」の理論とは、地方裁判所などの下級裁判所が、患者側の賠償責任を拡大する理論を採用する流れの中で、上記平成12年の最高裁判例が「生命」そのものではなく、「生存の可能性」を新たな法益(権利として保護される利益、侵害の対象)として初めて認めた理論である。

3. 「相当程度の可能性」の内容

平成12年の最高裁判決は、「鑑定人は、……適切な救急治療が行われたならば、確率は20パーセント以下ではあるが、救命できた可能性は残る」という事案に対して「相当程度の可能性」を認めた事例であることから、「高度の蓋然性」に準じるような高い程度の可能性まで要求されるわけではないと考えられる。

しかし、平成12年の最高裁判決は、どの程度の可能性であれば認められるのか、具体的な内容までは明らかにしていない。

それに対し、本件の場合、手術が必要とされるスタンフォードB型の症例の院内死亡率が29%であるとの報告を前提に、院内生存率が71%であると認定した上で、Aが死亡した時点においてなお生存した相当程度の可能性があると認められるものの、

同時点において生存した高度の蓋然性があるものとはまでは認めることができない、と判示した。これは、「高度の蓋然性」があると認められるに足りる心証の程度について、裁判所が80%以上であると確信することが必要と言われていることに即した判断と考えられる。

4. 最後に

(1) 院内生存率と因果関係との関係

本件裁判の基準からすると、仮に院内生存率が80%であったとすれば、本件の場合も医療行為と死亡という結果との間に因果関係が認められることになりそうである。

しかし、実際に生存率が71%と80%の間では、具体的にどのような違いがあるのか。本件は、因果関係ありと認定されれば若年者の死亡事案であることから、相当高額の損害賠償が認められる。一方、因果関係なしと認定されれば本件程度の慰謝料額となり、その賠償額は雲泥の差となる。ところが、そのような賠償額の違いほど、その違いが実感できないのではなかろうか。

これは、院内死亡率という統計の問題と「高度の蓋然性」という心証の程度の問題を混同しているところに原因があると考えられる。つまり、生存率の問題をそのまま心証としてしまうことは不適切であろう。

(2) 大動脈解離を疑うべき事案であったか

そもそも大動脈解離は、疑わないと確定診断はできないと言われており、また、患者も中高年に多く、若年者には滅多に認められない。そして、若年者の場合、マルファン症候群やエーラス・ダンロス症候群に合併しているなど特殊な場合が多いと考えられる上に、さらには、ほとんどが高血圧に合併する。そして、Aが22歳と若年でマルファン症候群であることを疑うべき所見がないという事情が認められることから、H病院医師の責任を認める前提となる「(5日午前7時頃の血液検査の結果から)大量の出血を

示唆する所見を把握できた」という認定についても、結果責任という印象がある。

したがって、本件は、医療行為と死亡という結果との間に因果関係があったか否かという問題ではなく、Aに対して大動脈解離を疑って造影CT検査等を行うべきだったか、つまり不適切な医療行為があったか否か、という過失の問題で医療側の責任を否定すべきだったとも思われる。

【参考文献】

- ・判例時報2169号51頁
- ・高橋 譲. 裁判実務シリーズ5 医療訴訟の実務. 東京: 商事法務; 2013年. p. 548.

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [血管疾患](#)***
- (2) [急性大動脈解離](#)***
- (3) [第17回 相当程度の可能性 —因果関係の考
え方—](#)**
- (4) [3 急性大動脈解離の外科治療](#)***
- (5) [7 超音波：腹部](#)**
- (6) [\(臨床研究\) 急性大動脈解離の臨床像と予後](#)

- (7) [下腹部痛](#)**
- (8) [大動脈解離の予後、治療](#)***
- (9) [16 患者生存の可能性と医師の損害賠償責任](#)
**
- (10) [18. 急性大動脈解離連続100例の検討](#)***

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。