

P-1 C V C I に対する法的視点

医療事故情報センター理事長

柴 田 義 朗

1 平成13年1年間に全国で800件を超える医療過誤訴訟が提訴されている。C V C I の症例に関しての裁判例は必ずしも多くないが、その中から特徴的なものについて報告させていただく。

2 35歳の男性が急性喉頭蓋炎で死亡した症例（症例1）。

午前2時に呼吸困難を訴え、午前4時40分に救急車の出動要請がなされ、搬送先において受診したものの、一旦帰宅させられています。しかしその後も高熱があり息苦しさを感じていたため、再度自ら病院を受診。病院側としては高熱でから肺炎を疑ってレントゲン検査を施行しようとしたが、レントゲン室に向かう途中で呼吸停止に陥った。ところが、患者が背中を叩いたところ回復したため、医師は呼吸停止には余り留意せず、感冒による咽頭炎と診断し、患者に帰宅を指示した。患者が入院を懇請した結果、ようやく入院措置が取られたが、午前11時30分頃病室内で呼吸停止。気管内挿管を施行するも失敗し、午前11時50分に気管切開の末人工呼吸器に接続。しかし患者は1週間後に死亡。このケースは気管切開セットが患者の傍らになく、気管切開の準備に時間を空費していた。

これに対し、判決は急性喉頭蓋炎の診断が不可能であるとしても、咽頭部に異常があるのだから呼吸停止に至ることを予見し、気道確保のための準備をしておくべきであると判断し、医師の過失を肯定した。C V C I を事前に予見すべき義務を認めた判決であると考えられる。

3 21歳男性が右耳下腺部の軟骨肉腫摘出後に死亡した症例（症例2）。

手術当夜の午後9時40分に患者は息苦しさを訴えてナースコールをし、午後10時に当直医が到着。到着後から気管内挿管を施行するものの、失敗を繰り返して午後10時30分に呼吸停止。連絡を受けた主治医が午後10時45分に到着し、午後11時に気管切開が開始され、午後11時10分に切開が終了したが、患者は翌日死亡した。

これに対し、裁判所は、本件患者には輪状甲状膜穿刺・輪状甲状膜切開の適応はなく、気管切開は合併症も存在するから気管内挿管を繰り返した医師の措置に問題はないとして、医師の過失を否定した。医師の裁量を広く認めた判決であると考えられる。

4 59歳男性が急性喉頭蓋炎で死亡したケース（症例3）。

患者は夕方のどの痛みを訴え診療所を受診したが、急性咽頭炎と診断され、一時帰宅。午後8時に呼吸困難となって救急車で病院に運ばれ、救急外来の当直医の診断を受けたが、ここでも急性咽頭炎と診断され、入院措置が取られる。午後9時40分に患者は息苦しさを訴えて、医師が午後9時43分に病室に到着。そこで気管内挿管が行われ、午後9時58分の3回目ので一旦挿管は成功したかに見えたが、結局これが食道挿管。そこで、午後10時05分に気管内チューブを挿管したが、結局患者は翌日死亡。

これについて、判決は2回目の気管内挿管を失敗した時点で気管切開等を行うべきであったと判断し、医師の過失を肯定。気管切開の遅れを医師側の過失と認定している。

5 症例 2 と症例 3 とで裁判所の判断が分かれたのは、医師の裁量をどのようにとらえるかということに帰着すると考えられる。現在の最高裁判例の傾向としては、医師の裁量に制約をかける厳しい判断が続けて出ている。このような最高裁の判例の流れからすると、症例 2 のように医師の裁量を広く認める判決は今後の主流とはならず、症例 1 及び 3 の判断が裁判所の主流となるものと考えられる。