

肝胆膵疾患領域における医療訴訟の分析

岩井 完 梶谷 篤 内藤 俊夫 小林 弘幸

日本病院総合診療医学会雑誌

第 13 卷 第 1 号

一原 著一

肝胆膵疾患領域における医療訴訟の分析

岩井 完^{*} 梶谷 篤 内藤 俊夫 小林 弘幸

順天堂大学大学院病院管理学研究室

要 旨

肝胆膵疾患領域の裁判例（85例）の分析を行ったところ、死亡事例が多く紛争化リスクが高いことが推測され、過失認容率も60%と高く、改めて肝胆膵疾患領域における医療事故防止の重要性が確認された。

疾患別にみると、肝臓癌、急性膵炎の訴訟の数が多く敗訴率も高いことが確認され、小児事例については核黄疸事例が殆どで、敗訴率も高かった。

過失の種類という点では、説明義務違反や診断上の過失の他、検査義務違反や術後管理上の過失に関する敗訴事例が多く、検査義務においては、ルーティーン検査の実施における油断が過失につながる例が多く、術後管理においては、ERCPの合併症に関する対策の甘さが原因である例が多かった。

また、肝臓癌スクリーニング検査や核黄疸に関する裁判例は、最高裁判決が出されて以降その数が大きく減少していることから、医療裁判例の検討が医療事故の防止に有益であることが示唆された。

はじめに

平成11年の横浜市立大病院事件や都立広尾病院事件により医療事故が社会現象化したのを皮切りに医療訴訟は増加し、平成16年には全国における医療訴訟提起は年間1110件にまで増加したが、その頃から医療崩壊が叫ばれるようになり、医療訴訟は徐々に減少し、現在は年間で約800件程度となっている¹⁾。

しかしそのような状況においても、重篤な結

果も生じ得る肝胆膵疾患領域においては、医療事故の相談や訴訟は今もかなり多い印象である。

医療訴訟は医師に大きな負担を強いるため、委縮医療の原因にもなりかねないことから、肝胆膵疾患領域における医療訴訟の状況や訴訟から読み取れる医師の注意点を分析することは大きな意義があると考えるが、筆者の知る限り、肝胆膵疾患領域における医療訴訟を分析した論文は見当たらない。そこでこの度、肝胆膵疾患領域の医療訴訟の収集及び分析を試みた。

方 法

平成元年から平成26年までの全国における述べ85例の肝胆膵疾患に関する裁判例（表1）を分析した。具体的には、①認容率（患者の勝訴率）、②患者の転帰、③疾患別の結果、④年齢別の結果、⑤小児事例の割合、⑥性別の結果、⑦裁判において多く見られる争点の種類、⑧過失が肯定された例の内容について、分析を行った。

裁判例の抽出にあたっては、肝胆膵領域の裁判例を判例検索データベースから抽出した。「肝臓」「膵臓」「胆嚢」「胆石」「医療過誤」「損害賠償」をキーワードとして組み合わせて検索し、検索結果として表示された裁判例の中から、肝胆膵領域の医療事故に関する裁判例を抽出した（判例検索ソフトとして、「Westlaw」²⁾「DILAW」³⁾を使用した。また、上記キーワードでは、肝胆膵領域で頻繁に行われるERCPに関する事例があまり抽出されなかったため、上記キーワードに加え、別途「ERCP」もキーワードに加えて検索、抽出を行った。

尚、表1の裁判例一覧の注意義務の項目においては、○印は過失が肯定されたことを、×印

^{*}別刷請求先：岩井法律事務所

〒107-0061 東京都港区北青山3-6-10 パラシオ青山1004

は過失が否定されたことを表しており、小児事例の項目においては、○印が小児事例に該当することを示している。

表 1 肝胆膵疾患領域の医療訴訟判決の一覧 (H1~H26)

番号	判決日	裁判所	疾患名	認容 (一部認 容含む) /棄却	年齢	死亡/ 生存	性別	事故日	小児 事例	検 査 義 務	説 明	診 断	術 後 管 理	手 技	適 応	転 送	縫 合 不 全	そ の 他
1	H13.28	東京地裁	総胆管癌	棄却	不詳	死亡	女性	S52.9.1		×	×	×		×				×
2	H2.3.29	大阪地裁	胆のう癌	棄却	68歳	死亡	女性	S58.7.5					×	×				○
3	H3.5.28	浦和地裁熊谷支部	核黄疽	認容	0歳	生存	男	S51.5.10	○	○								○
4	H3.9.27	名古屋地裁	核黄疽	棄却	0歳	生存	女性	S51.9.1	○	×								×
5	H3.9.30	東京地裁	総胆管結石症から術後膵炎	棄却	不詳	死亡	女性	S55.6.9		×			○	×	×			
6	H4.1.29	大阪地裁	肝硬変・肝細胞癌	認容	55歳	死亡	男	S60.3.1		○	×							×
7	H5.1.28	東京地裁	肝臓癌	認容	54歳	死亡	男	S60.10.12		○								○
8	H5.6.14	東京地裁	重症急性膵炎	認容	32歳	死亡	男性	S62.8.28				○						
9	H6.3.24	神戸地裁	慢性肝炎 肝硬変 食道静脈瘤破裂	認容	55歳	死亡	男	S62.1.29			○	○					○	
10	H6.4.13	大阪地裁	脾臓損傷(交通事故)	認容	70歳	死亡	不詳	S62.7.8		○		○						
11	H6.11.15	東京地裁八王子支部	核黄疽	認容	0歳	生存	男	S62.11.13	○								○	
12	H6.11.16	福岡地裁	核黄疽	認容	0歳	生存	男	S57.3.6	○		○							○
13	H6.11.30	青森地裁八戸支部	核黄疽	認容	0歳	生存	男	S63.12.30	○	○							○	○
14	H7.1.20	福岡地裁	肝硬変と食道静脈瘤破裂	認容	不詳	死亡	男	S57.3.1		○	○						○	
15	H7.2.23	東京地裁	肝細胞癌	認容	57歳	死亡	男	H23.16						○				
16	H7.5.30	最高裁第三小法廷	核黄疽	破棄差戻 (認容)	0歳	生存	女	S48.9.30	○		○							
17	H7.12.20	大阪地裁	核黄疽	認容	0歳	生存	女	S60.1.11	○			○						
18	H8.9.30	山口地裁	胆嚢ポリープ	認容	48歳	死亡	男性	H2.7.13				○						○
19	H8.10.31	東京地裁	胆内胆管がん肝腎症候群	認容	74歳	死亡	女	H4.1.24		○							○	
20	H8.12.25	福岡地裁久留米支部	急性壊死性膵炎	認容	19歳	死亡	不詳	H4.10.7		○								
21	H9.1.14	東京地裁	急性膵炎	棄却	46歳	死亡	男性	H5.2.6				×					×	
22	H9.5.15	大阪高裁	慢性肝炎 肝硬変 食道静脈瘤破裂	認容	不詳	死亡	男	S62.1.27			×	×					×	×
23	H10.4.13	静岡地裁浜松支部	術後膵炎(胃癌手術後)	棄却	55歳	死亡	男性	S59.8.15					×	×				×
24	H10.8.24	大分地裁	C型肝炎(ペインクリニックでの注射器使い回し)	認容	不詳	生存	不詳	特定できず										○
25	H10.9.24	松山地裁宇和島支部	C型肝炎	棄却	不詳	生存	不明	H4.7		×	×							×
26	H10.9.30	東京高裁	肝硬変・肝癌	認容	不詳	死亡	男	S63.7.18		○	○							×
27	H10.12.18	大阪地裁	総胆管癌	認容	69歳	死亡	男性	H1.6.15		×	○		○	×			○	×
28	H11.2.25	最高裁第一小法廷	肝硬変・肝細胞癌	破棄差戻 (認容)	56歳	死亡	男	S61.1.1		○								
29	H11.4.30	大阪地裁	肝細胞癌	棄却	63歳	死亡	男	H5.3.4		×	×		×		×			
30	H11.10.15	浦和地裁	巨大肝嚢胞の疑い	認容	34歳	死亡	男	H5.1.5				○						
31	H12.6.29	東京地裁	胆石症	不詳	不詳	生存	不詳	H8.7.22										×
32	H12.9.28	大阪地裁	ERCP 後の急性膵炎	認容	不詳	死亡	男	H7.8.7		○		○	○					
33	H13.3.26	東京地裁	大腸癌の肝転移	棄却	58歳	死亡	女	H17.1.月		×	×	×			×			
34	H13.6.15	大阪地裁	閉塞性黄疽 胆管炎 膵がん	棄却	75歳	死亡	女性	H9.1.11			×					×		×
35	H13.8.30	福岡高裁	急性壊死性膵炎	棄却	19歳	死亡	不詳	H4.10.7				○						
36	H13.9.21	千葉地裁	肝細胞癌	認容	56歳	死亡	女	H3.4.11		○								
37	H13.9.28	東京地裁	自己免疫性肝炎	棄却	46歳	生存	女	H 5.8.月		×		×						
38	H13.10.31	大阪地裁	膵臓癌	棄却	不詳	死亡	女性	H6.12.19		○		○						
39	H13.10.31	大阪地裁	慢性膵炎	棄却	不詳	死亡	女性	H6.12.19		○								
40	H14.1.29	東京高裁	肝腫瘍疑いからの肺塞栓症	棄却	73歳	死亡	女	H 元.3.15			×	×	×		×			×
41	H14.4.22	神戸地裁	肝細胞癌	認容	54歳	死亡	男	H9.6.12			×			×	×			○
42	H14.5.21	福岡地裁小倉支部	急性肝不全	認容	53歳	死亡	女	H7.5.30						×				
43	H14.9.26	大阪地裁	胆管癌及び膵頭部癌	認容	70歳	死亡	男性	H10.7.3			○		○					
44	H15.1.17	東京地裁	C型慢性肝炎・肝臓癌	棄却	64歳	死亡	男	H6.12.20		×								
45	H15.1.31	東京地裁	膵島細胞癌	棄却	58歳	死亡	男性	H7.7.25			×	×	×	×	×		×	×
46	H15.5.23	盛岡地裁	急性肝炎	棄却	21歳	死亡	男	H10.8.24		×		×					×	×
47	H15.9.8	大津地裁	多発性胆嚢結石症	棄却	44歳	死亡	女性	H4.8.31					×	×				
48	H15.9.29	大阪地裁	肝癌	認容	71歳	死亡	男	H12.12.18					○	×	×			
49	H15.12.24	東京地裁	肝臓癌	認容	70歳	死亡	男	H9.4.21		×			×	×	○			×
50	H16.1.16	札幌高裁	B型肝炎(集団予防接種)	認容	不詳	当事者 複数生存	男女	特定できず	○									○
51	H16.2.25	東京地裁	大腸癌の肝転移	棄却	63歳	死亡	男	H10.3.5					×	×				
52	H16.3.25	東京地裁	重症急性膵炎	認容	不詳	死亡	男	H9.5.25			○						○	
53	H16.5.31	東京地裁	肝細胞癌	棄却	46歳	死亡	男	H12.7.6		×			×	×	×			×
54	H16.9.30	名古屋地裁	ERCP 後の急性膵炎	認容	68歳	死亡	男	H8.9.20			×	○	○	×				
55	H16.10.18	東京地裁	肝細胞癌	棄却	72歳	死亡	不明	H9.10.31		×		×	×	×				
56	H16.12.16	東京地裁	B型肝炎	棄却	56歳	生存	男	H14.6.28										×
57	H17.6.23	東京地裁	卵巣・肝臓転移を伴った回盲部大腸癌	認容	57歳	死亡	女	H14.5.31			○							
58	H17.8.26	東京地裁	膵癌	棄却	59歳	死亡	男	H10.9.17		×								
59	H17.9.14	横浜地裁	肝細胞癌	認容	57歳	死亡	男	H7.4.7			○						○	
60	H17.10.4	札幌地裁	膵管癌	認容	76歳	死亡	男	H13.5.29						○				○

番号	判決日	裁判所	疾患名	認容 (一部認容含む) /棄却	年齢	死亡/ 生存	性別	事故日	小児 事例	検査 義務	説明	診 断	術後 管理	手 技	適 応	転 送	縫合 不全	その他
61	H17.10.11	甲府地裁	肝動注リザーバー留置の処置中に大動脈離断	認容	不詳	死亡	女	H11.5.10						○				
62	H17.11.30	東京地裁	C型肝炎・肝細胞癌	認容	65歳	死亡	男	H4.2.10		○	○							
63	H17.10.4	青森地裁	胆石症(胆石摘出時の十二指腸穿孔)	認容	不詳	死亡	女性	H15.4.9					○					
64	H17.12.8	東京地裁	自己免疫性肝炎	認容	77歳	死亡	女	H5.5.27				○						
65	H18.2.20	長崎地裁佐世保支部	ERCP後の急性膵炎	認容	69歳	死亡	不詳	H14.9.24					○					
66	H18.5.31	東京地裁	胃がん胆石症	認容	不詳	死亡	男	H15.5.13				○						
67	H18.6.16	最高裁第二小法廷	B型肝炎(集団予防接種)	認容	不詳	当事者 複数生存	不詳	昭和40年 ~昭和45年ころ	○									○
68	H18.6.23	東京地裁	慢性膵炎	認容	62歳	生存	女性	H13.6.20			○	×				×		×
69	H18.9.1	東京地裁	肝硬変から肝細胞癌	認容	45歳	死亡	男	H12.1.5		○								
70	H19.1.31	岡山地裁	ERCP後の重症膵炎	認容	不詳	死亡	男性	H13.12.5					○					
71	H19.7.26	東京地裁	ERCP後の急性膵炎	棄却	54歳	死亡	女性	H14.12.13		×	×	×	×	×				
72	H20.10.31	名古屋地裁	肝腫瘍RFA(ラジオ波焼灼術)	認容	63歳	死亡	男	H16.4.13			○		○		○			
73	H21.1.9	福岡地裁	腎摘出術後の門脈不全、肝硬変	認容	45歳	死亡	男	H16.5.21				○	○	○				
74	H21.3.25	東京地裁	膵頭部癌慢性膵炎	認容	56歳	死亡		H16.3.21				○	○					○
75	H22.1.22	東京地裁	肝生検後に生じた血腫	認容	不詳	死亡	女	H17.2.28				○	×			×		
76	H22.9.8	東京地裁	ERCP後の重症膵炎	棄却	65歳	死亡	女	H19.6.4			×			×	×			
77	H22.9.8	東京地裁	ERCP後の重症膵炎	棄却	65歳	死亡	女性	H19.4.4			×			×	×			
78	H22.9.30	東京地裁	肝硬変	棄却	38歳	死亡	不詳	H17.3.4		×	×	○	×					
79	H22.10.21	東京地裁	膵がん	棄却	64歳	死亡	男	H17.1.11		×							×	
80	H23.6.9	東京地裁	総胆管結石(施術中の十二指腸穿孔)	認容	60歳	生存	男性	H10.11.20			○			×	×			×
81	H23.6.21	那覇地裁	胆嚢結石及び総胆管結石の疑い	認容	47歳	生存	不詳	H13.7.13						○				×
82	H24.5.24	広島高裁	肝門部胆管(細胞)がん	棄却	77歳	死亡	男性	H16.10.14										×
83	H24.6.21	東京地裁	肝細胞癌	棄却	59歳	死亡	男	H18.3.22						×				
84	H25.4.26	大阪地裁	ERCP後の急性膵炎	棄却	66歳	死亡	男性	H20.7.15					×				×	
85	H26.11.27	東京地裁	肝細胞癌	認容	77歳	死亡	女	H18.7.10			○	×						

※上記表の注意義務の項目において、○印は、過失が肯定されたことを示し、×印は、過失が否定されたことを示している。
また、小児事例欄に○印がついているものは、小児事例に該当することを示している。

結果(表1)

1. 認容率(患者側の勝訴率)について

85裁判例の内、認容判決が51例(一部認容判決も認容判決に含めている)、棄却判決が34例であり、患者側(原告)の請求認容率は60%であった。

2. 患者の転帰

85例の内の患者の転帰については、死亡した事案が68例であり、全体の80%を占めた。

3. 疾患別の結果

85の裁判例を疾患別に分類したところ、多かった疾患例は、肝臓癌・肝細胞癌が21例(24.7%)、急性膵炎が15例(17.6%)、核黄疸が7例(8.2%)、膵癌が6例(7%)、総胆管癌が4例(4.7%)、胆石症が4例(4.7%)であった。尚、各裁判例においては、複数の疾患が見られる場合が少なくないため、疾患別分類においては、裁判の争点と最も関連があると考えられる疾患を選択した。

また、過失の認容例を見ると、肝臓癌・肝細胞癌は21例中14例(認容率:66.7%)、急性膵炎は15例中7例(認容率:46.7%)、核黄疸は7例中6例(認容率:85.7%)、膵癌は6例中2例(認容率:33.3%)、総胆管癌が4例中2例(認容率:50%)、胆石症が4例中2例(認容率:50%)であった。

4. 年齢に関する結果

85の裁判例の内、患者が0~10歳であったものは7例(8.2%)、11~20歳が2例(2.4%)、21~30歳が1例(1.1%)、31~40歳が3例(3.5%)、41~50歳が8例(9.4%)、51~60歳が19例(22.4%)、61~70歳が17例(20%)、71~80歳が9例(10.6%)、年齢不詳が19例(22.4%)であった。

5. 小児事例の割合

小児事例については、85例中9例であり、全体の10.6%であった。その内、7例は核黄疸事例であり、2例は集団予防接種に関する事例であった。

6. 性別に関する結果

85 の裁判例の内、患者が男性であったものは 46 例 (54.1%)、女性であったものは 27 例 (31.8%)、判決から性別が不明であったものは 12 例 (14.1%) であった。

7. 裁判における争点の類型について (図 1)

85 の裁判例における争点 (過失が認められたものも否定されたものも全て合わせたもの) を類型化し抽出したところ、最も多かった争点は検査義務違反 (32 例)、ついで説明義務違反 (30 例)、診断上の過失 (27 例)、術後管理上の過失 (26 例)、手技上の過失 (24 例)、適応に関する過失 (17 例)、転送義務違反 (13 例)、縫合不全 (7 例)、その他 (28 例) という順序であった。

争点の数については、一つの事例において複数の争点がある場合の方が多いため、争点の数は、裁判例の総数 (85 例) よりも多くなっている。

8. 過失肯定事例 (患者の請求が認められた事例) について (図 1)

一方、裁判所により過失があると判断された争点についてみると、検査義務違反が最も多く (16 例: 認容率 50%)。認容率とは争点の総数に対する割合。以下同様)、ついで説明義務違反 (15 例: 認容率 50%) と診断上の過失 (15 例: 認容率 55.6%)、術後管理上の過失 (11 例:

認容率 42.3%)、転送義務違反 (7 例: 認容率 53.9%)、手技上の過失 (6 例: 認容率 25%)、縫合不全 (4 例: 認容率 57.1%)、適応に関する過失 (2 例: 認容率 11.8%)、その他 (10 例: 認容率 35.7%) という順序であった。

検査義務違反が認められた事例 (16 例) については、最も多かった検査義務違反は、肝硬変に罹患している患者等に対する肝臓癌のスクリーニングのための検査義務 (AFP 検査やエコー検査等) の違反であり (8 例: 全体の 50%)、次いで、術後膵炎の発見のための血液検査等の検査義務違反 (2 例: 12.5%)、核黄疸発見のための検査義務違反 (2 例: 12.5%)、膵癌発見のための検査義務違反 (2 例: 12.5%)、その他 (2 例: 12.5%) であった。

術後管理において過失が認定された事例 (11 例) については、ERCP 後の術後管理の例が最も多く (4 例: 全体の 36.3%)、次に膵頭十二指腸切除術後の管理の例 (3 例: 27.3%) で、この二つで全体の 63.6% を占めた。

考 察

現在の医療訴訟全体の認容率は 20~25% 程度であることを踏まえると¹⁾、85 の裁判例の認容率 60% は高い。肝胆膵疾患領域における事故予防や事故発生後の対策の重要性が確認された (但し、判例検索サイトには、全ての裁判例が掲載される訳ではなく、また、訴訟上の和解

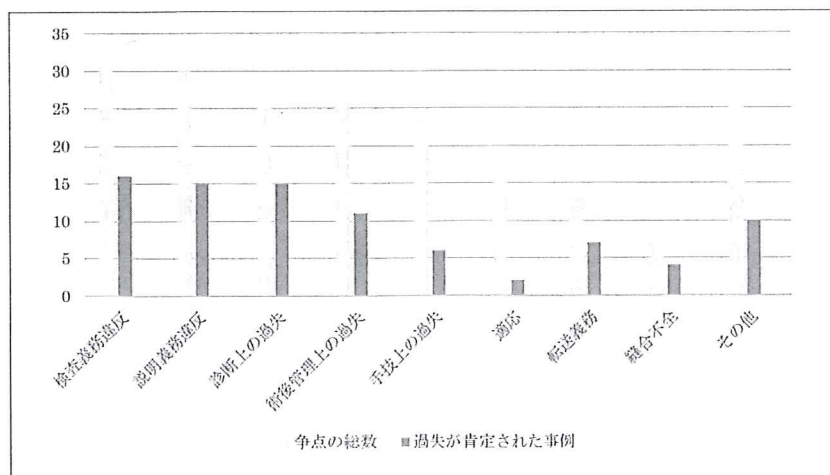


図 1 争点の類型及び過失肯定例の数

については検索サイトに掲載されないため、上記認容率はあくまで一つの参考すぎないということに留意したい。

患者の転帰については、全体の80%が死亡事案と死亡事案の割合が非常に高いため、こうした重篤な結果が、紛争化しやすい大きな原因の一つになっていることが推測された。

疾患別について見ると、肝臓癌・肝細胞癌(21例)が24.7%と全体の4分の1を占め、急性膵炎(15例)が17.6%と全体の5分の1を占めており、認容率も肝臓癌・肝細胞癌が66.6%、急性膵炎が46.6%と高い。肝臓癌・肝細胞癌及び急性膵炎は、訴訟化するリスクが高い上に、敗訴リスクも高いことが示唆されるため、当該疾患については、改めて診察や手術におけるガイドライン等の確認・遵守が重要であり、また、患者側からのクレームに対しては適切に対応し、訴訟化を極力防ぐことが重要と言えよう。

年齢別についてみると、50歳代(22.4%)と60歳代(20%)で全体の4割以上を占めているが、これは肝胆膵疾患に罹患しやすい年齢と概ね一致していると思われる。0歳~30歳代までは訴訟例が少ないが、小児事例(年齢がわかるもの)については7例(8.2%)と弱年齢層の中では数が多かった。7例の内訳は全て核黄疸に関する事例であったため、小児(新生児)の診察においては、核黄疸に関し常に意識する必要があるといえよう。

性別については、男性が54.1%で、女性の31.7%に比して多いが、判決から性別が読み取れない性別不詳の事例も14.1%あるため、性別の点からは明らかに推測できる点はないように思われた。

争点の種類の数についてみると、説明義務違反(30例)や診断上の過失(27例)については、他の裁判例を分析する論文等でも見られる過失類型であり⁴⁾⁵⁾、また肝胆膵疾患における予期せぬ合併症の発生や診断の難易度の高さを考慮すると想定内と言えるものであった。一方、検査義務違反(32例)や術後管理上の過失(26例)が多かったことは特徴的であった。

過失の認容例を見ても、争点の数と同様に、説明義務違反(15例)、診断上の過失(15例)のほか、検査義務違反(16例)、術後管理上の過失(11例)の例が多かった。

一方で、手技上の過失については、争点の数は24例と多いが、その中で過失が認容された例は6例と、争点の数に対して認容率は25%と低く、また、適応に関する過失も認容率は11.8%と、争点の数に比べ認容率がかなり低かった。肝胆膵疾患における手術の手技上の問題や、手術や術式等の適応に関する問題については、執刀医の裁量による部分が非常に大きく、裁判においてもそうした裁量による判断が重視されていることが推測された。

検査義務違反については、肝臓癌のスクリーニング検査義務違反が肯定された例が、検査義務違反の肯定例全体の50%を占めたが(表1-No.6・7・19・26・28・36・62・69)、初期に実施した検査等により、肝臓癌の疑いについて消極的な検査結果も得ていたことから、その検査結果がマスキングのように働き当該検査結果に引っ張られ、その後の検査が適正に実施されず過失が認められたと思われる例が多かった(表1-No.6・28・36)。肝胆膵領域の疾患は、診療期間が長期に渡る場合が多い反面、初期には検査結果に問題がない場合も少なくないため、検査に対する意識に油断が生じ得ることが、検査義務に関する過失肯定例が多い大きな原因の一つであると推測された。

定期的なスクリーニング検査等の重要性についてはガイドライン等でも述べられているにも拘わらず⁶⁾、事故が多いということも上記のような油断が原因と考えることと整合するため、日常のルーティン検査を気を抜かずに行うことが、医療事故防止のためには非常に重要であると言えよう。

さらに、スクリーニング検査が実施されなかった事情として、患者が医師の検査の勧めに応じなかったと医師側が反論している例が複数見受けられた(表1-No.26・62)。スクリーニング検査のみに限らず、日々の診療において、

患者が入院の説得に応じない事例や診察を拒否して帰宅しようとする事例については、医師としてはしばしば遭遇するものと思われるが、このような場合、単に患者が医師の検査や入院の勧めに応じなかったというだけでは、裁判において医師側の法的責任は免除されない。上記裁判例でも結局は検査義務違反が認められてしまっている。患者に対し強く説得し、検査等を実施しなかった場合のデメリットについても十分に説明することが求められる。尚、十分な説明をしても、口頭で説明しただけではその証明は困難であるため、カルテにその旨を記載しておくことが重要であることも、改めて確認したい。

術後管理上の過失が認められた事例（11例）については、急性膵炎（ERCP後）の発症に関する術後管理上の過失が最も多かったが（表1 - No.32・54・65・70の4例：全体の36.3%）、過失が認められた理由についてみると、いずれも医師側をかばうべきような事情（例えばERCP合併症の急性膵炎の発症の発見を妨げるマスキングとなるような事情等）は見受けられず、合併症としての急性膵炎に対する知識や警戒感等の甘さに原因があると言わざるを得ないものであった。

ERCPの合併症としての急性膵炎については一般的に知られているところであり⁷⁾、このことからすると、肝胆膵領域においては合併症のリスクについての知識や警戒感自体が不十分な場合が少なくないと推測せざるを得ない。主目的たる手術等を実施する場合には、事前にその疾患の合併症について十分に検討し、合併症への処置までを含めた対策を術前から講じておくことが必須であるということを改めて確認したい。肝胆膵の専門医からすれば、ごく当然の指摘かもしれないが、実際に合併症の認識不足から事故に至る例が多いという事実を改めて認識しておきたい。

肝臓癌のスクリーニング検査義務違反の過失が認められた事例については、事故日ベースでみると平成12年1月5日の事故（表1 - No.

69）を最後に、裁判例が見当たらなかった。その理由につき調査したところ、その事故の前年である平成11年2月25日に、肝臓癌のスクリーニング検査義務違反に関する最高裁判決（表1 - No.28）が出ており、当該判決日以降に生じた事故に関する裁判例は上記の1件しかないことが確認された（但し、最高裁における主な争点は、検査義務違反と死亡との間の因果関係についてである）。

上記最高裁判例の後に生じた事故の内、スクリーニング検査義務違反が認められている裁判例はほかにも存在する可能性があるが、筆者が調べる限り判例検索サイトで見当たらないことからすると、存在しているとしても、その数は当該最高裁判決日を境に大きく減少していることが推測される。

核黄疸に関する裁判例についても、平成7年12月20日大阪地裁判決（表1 - No.17）を最後に、裁判例が見当たらなくなっている。核黄疸という疾患自体がなくなったわけではないため、裁判例が見当たらない理由について調査したところ、上記平成7年の裁判例の数か月前である平成7年5月30日に最高裁判決（表1 - No.16）が出ていることが確認された。同最高裁判決は、黄疸症状が見られている新生児を退院させるにあたっての、患者側に対する説明・指導の方法等に注意義務違反があったか否かが争われた事例である。本件最高裁判決の後に、前記平成7年12月20日大阪地裁の裁判例が出たのであるが、同事例は、事故日は昭和60年1月11日で、最高裁判決が出る前の事故であるため、最高裁判決後に生じた事故に関する裁判例は見当たらないことになる。

上記のスクリーニング検査義務違反の事例の場合と同様、最高裁判例の後にも核黄疸に関する裁判例は存在するかもしれないが、判例検索サイトで見当たらないことからすると、仮に存在するとしても、やはり裁判例の数は最高裁判決以降、減少していることが推測される。

以上からすると、肝臓癌のスクリーニング検査に関する最高裁判決が出たことで、スクリー

ニング検査実施に対する医療機関の意識が高まった可能性が考えられる。同様に、核黄疸に関する説明指導についての最高裁判例が、医療機関側が核黄疸に関する説明指導内容を再考する契機となった可能性が考えられる。

最高裁判例は司法の最高機関が出した判断であり、各医療機関への伝播性も大きいことが予想されること等を踏まえると、最高裁判例が医療機関のその後の臨床実務に影響を与えていると考えることは十分に合理的であると思われる。

尚、示談・和解で終了した事例は判例検索サイトに掲載されないため、最高裁判例が出た後に、示談や訴訟上の和解で解決した事例が増えたという可能性もあり得るかもしれない。しかしそうした可能性を前提としても、訴訟になった際に、当該最高裁判例が医療機関側の参考となり、医事紛争の早期解決に寄与しているということは強く推測されよう。

だとすれば、一歩進め、日々の診療においても医療機関が最高裁判例等を参考にすることで、事故の発生自体を減少させることが期待できるものと考ええる。

おわりに

裁判例を概観してきたとおり、肝胆膵疾患については、死亡事例が多く紛争化リスクが高いことが推測され、過失認容事例も多いことから、訴訟回避の要請が強い。

疾患別の点からは、肝臓癌、急性膵炎の訴訟の数が多く敗訴率も高いため、同疾患の診察には特に注意が必要であり、小児（新生児）事例に

については核黄疸を常に意識すべきである。過失の類型という点では、説明義務違反や診断上の過失の他、検査義務違反や術後管理上の過失に関する敗訴事例が多く、検査義務においてはルーティーン検査の実施における油断が、術後管理においては ERCP の合併症に関する対策の甘さが原因である例が多いということに留意したい。

また、最高裁判例が出た後、同種事例の裁判例が減少していることが推測されたことから、医療訴訟に関する裁判例を参考にすることが医療事故防止のために有益であると考えられる。

肝胆膵疾患については、鑑別診断や手術の難易度も高いことから、医師に課せられたハードルも高いといえる。しかしこうした点は患者側に対する抗弁にならないため、肝胆膵の専門医は、上述の点を再確認しつつ、医療事故の防止に細心の注意を払うことが求められる。

文 献

- 1) 最高裁判所統計資料 http://www.courts.go.jp/sai-kosai/vcms_lf/2016053103ijikankei.pdf
- 2) Westlaw : <https://go.westlawjapan.com/wljp/app/signon/display>
- 3) D1-law : <https://www.d1-law.com/>
- 4) 藤山雅行編著：判例にみる医師の説明義務，新日本法規出版株式会社，名古屋，2006
- 5) 墨岡亮，桑原博道，小林弘幸：肺血栓塞栓症に関する裁判例の解析，心臓，（公財）日本心臓財団，2011；43：1183-1195
- 6) 日本肝臓学会：慢性肝炎・肝硬変の診療ガイド2016，文光堂，東京，2016；80-82
- 7) 日本消化器病学会：胆石症診療ガイドライン2016，南江堂，東京，2016；37-39