原著

脳神経外科領域における医療訴訟の解析

桑原博道^{*1,*3} 墨岡 亮^{*1,*3} 新井 一^{*2} 小林弘幸^{*1}

Medicolegal Assessment of Neurosurgical Malpractice Claims

by

Hiromichi Kuwabara ^{*1,*3}, Ryou Sumioka ^{*1,*3}, Hajime Arai, M.D. ^{*2}, and Hiroyuki Kobayashi, M.D. ^{*1}

from

Department of ^{*1}Hospital Administration, and ^{*2}Neurosurgery, Juntendo University School of Medicine
^{*3}Jinho Law Office

Thirty neurosurgical malpractice cases in Japan were analyzed. Among the several types of judicial disputes, breach of accountability has been shown to be comparatively readily acknowledged rather than other controversial issues. Lawsuits involving minimally invasive procedures warrant caution when interpreting accounts that laud the advantages of such procedures. Neurosurgeons involved in malpractice lawsuits suffer untold psychological stress in spite of the recent acceleration of settlements. An increase in lawsuits concerning medical negligence related to procedural errors translates a the reduction of surgical interventions performed as well as discouraging aspiring surgeons. Hence, the extant no-fault compensation system employed in obstetrics should be considered for other surgical fields including neurosurgery. However, the greatest challenge will be in determining the compensation cost based on the primary disease and the degree of surgical sophistication.

(Received September 15, 2010 ; accepted November 5, 2010)

Key words : minimally invasive procedure, breach of accountability, number of surgeons in decline, no-fault compensation system

Jpn J Neurosurg (Tokyo) 20 : 278-288, 2011

はじめに

医療訴訟の増加は、医療者にとって重要な関心事の一つであったが、現在では、産科医や外科医の減少にも結びつき、わが国の社会問題にもなっている。

このうち産科領域については、産科医療補償制度（いわゆる無過失補償制度）の運用が始まり、この制度が医療訴訟を減少させ、さらには産科医の減少を食い止めることができるかが注目されている⁶⁾。

しかし、外科領域については、このような制度がないことはもちろん、医療訴訟の十分な解析すら行われていない。そのような解析が行われていない背景としては、

外科領域の場合には対象臓器が多様であり、一般外科領域の場合には対象疾患も多様であるということが推測される。

もともと、脳神経外科領域の場合には、一般外科領域に比して、訴訟となりやすい対象疾患を分類することが容易である。そこで、外科のうち脳神経外科領域に絞り、過去の裁判例を解析した。

方法・症例

脳神経外科領域に関する裁判例を抽出するための手法として、裁判所判例検索システム³⁾、第一法規株式会社

^{*1}順天堂大学医学部病院管理学／〒113-8421 文京区本郷 2-1-1 [連絡先：桑原博道]

Address reprint requests to: Hiromichi Kuwabara, Department of Hospital Administration, Juntendo University School of Medicine, 2-1-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8421, Japan

^{*2}同 脳神経外科 ^{*3}仁邦法律事務所

Table 1 脳動脈瘤の裁判例

	判決	病態	手技	転帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位: 万円)	認容額 (単位: 万人)
1	東京地裁 1984.8.28	破裂	クリッピング 1978.12.4	死亡	術前検査 手術時期	× ×	3,859	0
2	宮崎地裁 1994.9.12	破裂	クリッピング 1988.7.30	死亡	説明義務	○	3,379	1,875 逸 948 慰 700
3	新潟地裁 長岡支部 1998.3.11	破裂	クリッピング 1984.2.10	後遺症	術前検査	×	不明	0
4	京都地裁 2000.9.8	未破裂 (無症候)	クリッピング 1996.11.27	後遺症	手技ミス	○	22,890	8,840 逸 1,978 慰 2,600 介 3,413
5	大津地裁 2001.11.26	解離性	バルーン塞栓術 1991.11.20	死亡	手技ミス 説明義務	○ 判断せず	10,582	8,789 逸 5,346 慰 2,500
6	名古屋地裁 2002.2.18 名古屋高裁 2003.7.16	未破裂	クリッピング 1996.4.25	後遺症	手技ミス 説明義務 適応なし	○ 判断せず 判断せず	9,347	8,307 逸 4,389 慰 2,000 介 1,217
7	福岡地裁 大牟田支部 2002.4.9	破裂	クリッピング 1993.6.24	死亡	術前検査 手技ミス	× ○	3,611	2,628 逸 2,937 慰 2,200 ※原告は相続 人の一部
8	東京地裁 2002.7.18	未破裂	コイル塞栓術 1996.2.28	死亡	適応なし 手技ミス 説明義務	× × ○	9,573	6,036 逸 4,202 慰 1,750
9	仙台高裁 2003.2.26	未破裂	なし	後遺症	術前検査	×	4,044	0
10	東京地裁 2004.6.30	破裂	クリッピング 1996.10.29	後遺症	術後管理	×	6,765	0
11	水戸地裁 2005.2.23	未破裂	クリッピング 1992.3.10	死亡	適応なし 説明義務 術後管理	× ○ ○	5,681	3,956 逸 1,580 慰 1,920
12	大阪地裁 2006.2.10	破裂	クリッピング 2001.8.27	後遺症	術前検査 適応なし	○ 判断せず	18,786	15,999 逸 5,727 慰 2,600 介 5,399

○: 肯定, ×: 否定, 逸: 逸失利益, 慰: 慰謝料, 介: 将来の介護費用

の法情報総合データベース「D1-Law.com」¹⁾, 株式会社エル・アイ・シーの「新・判例秘書」²⁾の各裁判例検索システムを利用した。

具体的には, キーワード検索条件として, 「医療事故」または「医療過誤」を充足し, かつ, 「脳神経外科」あるいは「脳外科」をも充足する裁判例を検索したところ, 裁判所ホームページで 48 例, 「D1-Law.com」で 71 例, 「新・判例秘書」で 102 例が抽出された。そのうち, 重複して掲載されている裁判例, 脳神経外科医が当事者と

なっていない裁判例, 脳神経外科医が当事者となっているが脳神経外科的疾患が対象疾患となっていない裁判例を除外した。

その結果, 30 例の裁判例が抽出された。なお, これらの裁判例の中には, 年齢, 性別が判決文からは読み取れないものも多くみられた。

以下, ①疾患と転帰, ②脳神経外科的手技が行われた時期, ③地方裁判所判決言渡しまでの期間, ④認容率, ⑤請求額と認容額, ⑥費目, ⑦原告側の過失主張と裁判

Table 2 脳腫瘍の裁判例

	判 決	病 態	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位：万円)	認容額 (単位：万円)
1	東京地裁 1981.12.21	神経膠腫	摘出術 1974.7.30	死亡	術前検査 術後管理 説明義務	×	不明	0
2	東京地裁 1988.10.31	悪性腫瘍	摘出術 1977.9.28	死亡	術後管理	×	2,000	0
3	大阪地裁 2000.3.27	神経膠腫	組織採取 1992.7.9	後遺症	手技ミス 説明義務	○ 判断せず	8,010	6,495 逸 3,628 慰 2,400
4	大阪地裁 2001.9.28	眼窩内腫瘍	摘出術 1997.5.12	後遺症	適応なし 手技ミス 説明義務	○ ×	4,225	2,486 逸 1,356 慰 900
5	福岡地裁 小倉支部 2003.6.26	プロラクチン 産生腫瘍	摘出術 1992.4.7	死亡	術前検査 適応なし 手技ミス 術後管理 説明義務	×	7,300	7,270 逸 4,470 慰 2,000
6	東京地裁 2004.4.27	脳下垂体腫瘍	摘出術 1998.9.24	後遺症	術後管理	×	10,313	6,605 逸 885 慰 2,400 介 1,415

○：肯定，×：否定，逸：逸失利益，慰：慰謝料，介：将来の介護費用

Table 3 脳動静脈奇形（AVM）の裁判例

	判 決	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位：万円)	認容額 (単位：万円)
1	東京高裁 1992.8.31	摘出術 1985.2.28	死亡	手技ミス 術後管理 説明義務	×	4,563	660 慰 600
2	新潟地裁 1994.2.10	塞栓術 1987.12.1	後遺症	適応なし 手技ミス 説明義務	×	11,169	8,090 逸 2,906 慰 2,000 介 3,375
3	東京地裁 1996.6.21 東京高裁 1999.5.31	摘出術 1981.6.10	後遺症	適応なし 術前検査 説明義務	×	5,000	1,800 慰 1,600
4	青森地裁 弘前支部 2004.3.26	塞栓術 1992.5.26	後遺症	説明義務 手技ミス 適応なし	×	14,609	0

○：肯定，×：否定，逸：逸失利益，慰：慰謝料，介：将来の介護費用

所の判断について検討した。

結 果

① 疾患と転帰

疾患としては，脳動脈瘤（クモ膜下出血を含む）が圧倒的に多かった（12例）。その内訳は，破裂例が6例，

未破裂例が5例（うち1例は無症候），解離性脳動脈瘤が1例であった。行われた手技としては，クリッピングが9例，血管内治療が2例，未治療が1例であった。血管内治療は1例を除き1996年に施行されたものであった（Table 1-5, 8）。

続いて，脳腫瘍が6例，AVMが4例あった（Table 2, Table 3）。AVM 4例のうち2例に塞栓術（Table 3-2, 4），

Fig. 1 疾患別分類

2例に摘出術 (Table 3-1, 3) が行われていた。

そのほか、もやもや病、顔面痙攣が、それぞれ2例あった。1例のみのものとしては、頭部外傷、小脳出血、水頭症、海綿静脈洞瘻があった (Fig. 1)。なお、頭部外傷に関する医療裁判例は数多くあったが、そのほとんどは脳神経外科医以外の医師が当事者となっており、脳神経外科医への紹介時期が争点となっていたため、分析対象から除外された。

患者のたどった転帰は、死亡が17例、後遺症が13例であった。

② 脳神経外科的手技が行われた時期

脳神経外科的手技が行われた時期については、1970年以前のものは1例もなかった。1971～1975年まで、1976～1980年まで、1981～1985年まで、1986～1990年までが、それぞれ2例、3例、4例、3例であった。

しかし、1991～1995年までは7例、1996～2000年までは8例と急増していた (Fig. 2)。なお、2001～2005年は2例と少ないが (2006年以降は0例)、その理由は、後述のとおり、脳神経外科的手技が行われてから、訴訟提起され、判決に至るまでに長期の時間を要するため、まだ判決言渡しにまで至っていないものと推測される。なお全30例のうち1例は手技が行われていない (Table 1-9)。

③ 地方裁判所判決言渡しまでの期間

1990年までに手技が行われた12例のうち、地方裁判所での判決言渡し時期が判明している10例については、手技が行われてから5年以内に判決に至ったものは1例もなく、5年以上10年未満が5例、10年以上が5例であった。1991～1995年までの7例についても、手技

Fig. 2 手技が行われた時期

が行われてから5年以内に判決に至ったものは1例もなく、5年以上10年未満が3例、10年以上が4例であった。

ところが、1996～2000年までに手技が行われた8例のうち、地方裁判所での判決言渡し時期が判明している7例については、手技が行われてから5年以内に判決に至ったものが2例あり、5年以上10年未満が5例、10年以上を要したものは1例もなかった。2001～2005年に至っては、手技が行われてから2例とも5年以内に判決に至っており、5年以上を要した例はなかった (Fig. 3)。

④ 認容率

被告側 (医療側) から原告側 (患者側、遺族側) に対して、金額の多寡にかかわらず、賠償が命じられた症例は21例であった。賠償を命じられなかった例 (請求棄却例) は9例であった。すなわち、金額の多寡はともかくとして、賠償が命じられるパーセンテージ (認容率)

Fig. 3 手技が行われた時期と判決言渡しまでの期間
 白は5年未満, 網掛けは5年以上10年未満, 黒は10年以上 (地方裁判所)

Fig. 4 請求額と認容額
 白は請求額, 網掛けは認容額

Fig. 5 転帰と認容額
 白は死亡例, 網掛けは後遺症例

Fig. 6 費目別の認容額
白は逸失利益，網掛けは慰謝料，黒は将来の介護費用

は70%であった。

しかし，最高裁判所発表の医療訴訟全体の統計によると，近年においても認容率が50%を超えている年はなく，賠償を命じられている例よりも賠償を命じられなかった例のほうが多い⁴⁾。この差違は，賠償が命じられた例のほうが検索システムに搭載されやすい傾向にあるためと推測される。

なお，付言すると，上記最高裁判所発表の統計はあくまで判決におけるデータであり，和解によって金銭的支出が行われている例は含まれていない。

⑤ 請求額と認容額

原告側の請求金額としては，2,000万円未満のものは1例もなく，2,000万円以上5,000万円未満が11例，5,000万円以上1億円未満が9例あった。1億円以上も8例に上った (Fig. 4)。

他方，裁判所が賠償を命じた額（認容額）については，棄却9例 (Table 9-1 など) を除くと，1,000万円未満が1例，1,000万円以上2,000万円未満も3例あった。そのほか2,000万円以上5,000万円未満が5例あり，最も多かったのは5,000万円以上1億円未満の11例であった。1億円以上も1例あった (Fig. 4)。このうち2,000万円未満の4例のうち3例は，いずれも慰謝料のみが認められたものであった (後述)。

転帰が死亡であった場合の認容額は，1,000万円未満が1例，1,000万円以上2,000万円未満が2例，2,000万

円以上5,000万円未満が4例，5,000万円以上1億円未満が6例で，1億円以上はなかった (Fig. 5)。

他方，転帰が後遺症であった場合の認容額は，1,000万円未満は1例もなく，1,000万円以上2,000万円未満が1例，2,000万円以上5,000万円未満が1例，5,000万円以上1億円未満が5例で，1億円以上も1例あった (Fig. 5)。後遺障害例のうち，将来の介護費用まで認めた例が5例あったが (当然，死亡例では認められない)，これらのいずれもが認容額が5,000万円を超え，うち1例は1億円を超えていた (Table 1-4, 6, 12, Table 2-6, Table 3-2)。そして，これら5例を除いた後遺障害例は，5,000万円以上1億円未満が1例，2,000～5,000万円が1例，1,000～2,000万円が1例であり，死亡例よりも，かなり低額であった (Table 2-3, 4, Table 3-3)。

⑥ 費 目

認容例について，賠償金額のうちの大きなウェイトを占めたものは，逸失利益，慰謝料，介護費用であった。

1. 逸失利益*について

逸失利益については，認容例21例のうち，認められていないものが3例あった。認められているもののうち，500万円未満は1例もなく，500万円以上1,000万円未満が3例，1,000万円以上2,000万円未満が4例，

*逸失利益とは，後遺障害を負ったり，死亡することがなければ，労働することによって，将来，得られたであろう利益のことをいう。

Table 4 もやもや病の裁判例

	判 決	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位: 万円)	認容額 (単位: 万円)
1	大分地裁 1998.6.30	EMS 1990.5.18	死亡	適応なし 手技ミス 術後管理	○ 判断せず 判断せず	7,754	6,148 逸 3,748 慰 1,800
2	千葉地裁 2006.6.26	EDAS 2001.11.20	死亡	適応なし 術後管理 説明義務	× ○ ×	8,156	0

○: 肯定, ×: 否定, 逸: 逸失利益, 慰: 慰謝料

Table 5 顔面痙攣の裁判例

	判 決	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位: 万円)	認容額 (単位: 万円)
1	最高裁 1999.3.23 大阪高裁 (差戻審) 2001.7.26	減圧術 1982.5.17	死亡	手技ミス	○	10,365	1,200 慰 1,000
2	大阪地裁 2004.2.12	減圧術 1997.8.7	死亡	手技ミス 術後管理	× ○	11,169	8,090 逸 4,524 慰 2,100

○: 肯定, ×: 否定, 逸: 逸失利益, 慰: 慰謝料

Table 6 頭部外傷の裁判例

	判 決	病 態	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位: 万円)	認容額 (単位: 万円)
1	高松高裁 2005.5.17	挫傷性脳内血腫	血腫除去 1998.11.14	死亡	手術時期 手技ミス 術後管理	○ ○ ×	6,493	5,563 逸 2,336 慰 2,400

○: 肯定, ×: 否定, 逸: 逸失利益, 慰: 慰謝料

2,000 万円以上 3,000 万円未満が 3 例, 3,000 万円以上 5,000 万円未満が 6 例, 5,000 万円以上が 2 例と分散された (Fig. 6).

500 万円以上 1,000 万円未満の 3 例は説明義務違反のみが認められ, 原疾患が脳動脈瘤で主婦をしていた 62 歳女性 (Table 1-2), 原疾患が小脳出血ですでに会社を退職していた 64 歳の男性 (Table 7-1), 79 歳の男性 (Table 2-6) であった.

他方, 5,000 万円以上の 2 例は, 年収約 850 万円を得ていた 52 歳の男性 (Table 1-5), 主婦をしていた 31 歳女性 (Table 1-12) であった.

2. 慰謝料について

慰謝料 (入通院慰謝料を除く) については認容例 21 例すべてで認められていた. このうち 500 万円未満は 1

例もなく, 500 万円以上 1,000 万円未満が 3 例, 1,000 万円以上 2,000 万円未満が 6 例であったが, 2,000 万円以上 3,000 万円未満が 12 例と圧倒的に多く, 3,000 万円以上のものはなかった (Fig. 6).

前述のとおり, 慰謝料が 2,000 万円未満であった症例のうち 3 例は, 慰謝料のみが認められた症例であった. これらはすべて, 死亡や後遺障害と, 裁判所が認定した過失との間に因果関係が認められないことを前提としており, そのために逸失利益などは否定されていた (Table 3-1, 3, Table 5-1). 同じく 3 例は, 原疾患や説明義務違反があるにすぎないことなどを理由に減額されたものであった (Table 1-2, 8, 11).

なお, 術後管理に過失があるとしながらも, 因果関係がないことを理由に慰謝料すら認めていない裁判例もあ

Table 7 小脳出血の裁判例

	判 決	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位: 万円)	認容額 (単位: 万円)
1	広島地裁 1997.11.19	血腫吸引 1991.3.6	死亡	術後管理	○	3,700	2,354 逸 580 慰 2,000 ※給付金 626

○: 肯定, ×: 否定, 逸: 逸失利益, 慰: 慰謝料

Fig. 7 原告側の過失主張

Table 8 水頭症の裁判例

	判 決	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位: 万円)	認容額 (単位: 万円)
1	東京地裁 1991.11.25	シャント術・ 血腫除去 1980.7.16 等	死亡	術後管理	○	4,425	3,539 逸 1,869 慰 1,300

○: 肯定, ×: 否定, 逸: 逸失利益, 慰: 慰謝料

る (Table 4-2). この裁判例は, 術後観察を尽くしたとしても, それがより早期の検査施行に結びつくかどうか不明であり, また, より早期に検査を施行したところで, その後の対処は困難であり, 多少症状を軽減することが可能であったとしても, 救命が可能であったといえるかどうかは疑問であったという当該事案の具体的内容を斟酌したものである.

2,000 万円以上 3,000 万円以上であったものは, すべて死亡事案か重大な後遺障害を残した事案であった.

このように慰謝料については, 基本的には定額化がなされているが, 因果関係の問題や原疾患の問題などによって, 大きく減額されているものがみられた.

3. 将来の介護費用について

前述のとおり, 将来の介護費用が認められているものは 5 例あった. いずれも高度の後遺障害が認められている事例であった. これらのうち 1,000 万円以上 2,000 万円未満は 2 例, 3,000 万円以上 5,000 万円未満は 2 例, 5,000 万円以上が 1 例であった (Fig. 6). 最も低額なのは, 年齢 79 歳で 1 日当たり 6,000 円で計算されていた (Table 2-6). 最も高額のもの, 年齢 31 歳で 1 日当たり 8,000 円で計算されていた (Table 1-12).

⑦ 原告側の過失主張と裁判所の判断

原告側が過失として主張したものは, 多い順に, 手技ミス 15 例, 説明義務 14 例, 術後管理 13 例, 手術適応 11

Fig. 8 裁判所の判断
白は否定，黒は肯定，網掛けは判断せず

Table 9 海綿静脈洞瘻の裁判例

	判 決	手 技	転 帰	原告主張	裁判所	請求額 (単位：万円)	認容額 (単位：万円)
1	大阪地裁 1985.6.10	結紮術 1971.6.28	後遺症	術前検査	×	3,355	0

○：肯定，×：否定

例，術前検査 9 例，手術時期 2 例であった (Fig. 7)。このうち裁判所も過失があると認めたものは，手技ミス 7 例 (Table 5-1 など)，説明義務 8 例 (Table 1-2 など)，術後管理 5 例 (Table 8-1 など)，手術適応 2 例 (Table 2-4 など)，術前検査 1 例 (Table 1-12)，手術時期 1 例 (Table 6-1) であった。また，裁判所が過失の有無を判断しなかったものは，手技ミス 2 例，説明義務 3 例，術後管理 1 例，手術適応 2 例，術前検査 0 例，手術時期 0 例であった (Fig. 8)。

考 察

対象疾患としては脳動脈瘤が最も多かった (30 例中 12 例)。このことは，患者・家族からすると，例えば脳腫瘍と比べて治癒しやすい疾患であるかのように誤解されやすいためと考えられる。今後は，クモ膜下出血に対する予防的治療がどの範囲で認められるか，無症候性脳動脈瘤における説明義務としてどの程度のものが求められるかについて，裁判例が集積されていくものと推測さ

れる。

また，脳動脈瘤，AVM の治療として，血管内治療が訴訟の対象となるケースが目立ってきており (Table 1-5, 8, Table 3-2, 4)，脳神経外科領域においても，低侵襲治療が訴訟の対象となる時代がすでに到来していることが判明した。したがって，低侵襲であることのメリットを過度に強調するかのような説明は，患者が不幸な転帰をたどった場合に訴訟に結びつく恐れがあり，慎む必要がある。

裁判件数については，1991 年以前に行われた手技と 1991 年以降に行われた手技とを比較すると，圧倒的に後者のほうが多い (それぞれ 12 例，17 例)。他方で判決言渡しまでの期間については，時代が下るにつれ大幅に短縮されている (1995 年までのものは，5 年未満はなし，5 年以上 10 年未満 8 例，10 年以上 9 例，1996～2000 年までのものは，5 年以内 2 例，5 年以上 10 年未満 5 例，10 年以上はなし，2001～2005 年までのものは，2 例とも 5 年以内)。

これは，医療訴訟が長期にわたることに対する患者側，

医療者側からの強い非難に応え、個々の裁判官が創意工夫を凝らしていたところに、1998年には新民事訴訟法が施行され、2003年に裁判の迅速化に関する法律が施行されたことが背景にあらう。

また、2001年には東京地方裁判所に医療集中部が創設され、診療経過一覧表の定式化、私的意見書の活用、複数鑑定（カンファレンス鑑定）の実施などの試みがなされ、それが全国へと波及していったことも要因であらう。実際、東京地方裁判所医療集中部における平均審理期間は、11.9カ月にすぎない（2007年）⁵⁾。

医療訴訟における勝敗以前に、医療訴訟に関与すること自体が医療者にとっては精神的苦痛である。このことからすると、判決言渡しまでの期間が大幅に短縮されていることは、外科医減少に対する歯止めとして機能する可能性があり、大いに歓迎すべきである。

過失については、手術適応については過失が認められにくく（否定7例、肯定2例）、説明義務違反については過失が認められやすい傾向が明らかとなった（否定3例、肯定9例）。手技ミスについては、判断が大きく分かれた（否定6例、肯定7例）。

すなわち手術適応については、手術適応を決める根拠となった臨床症状や検査所見などが診療録に記載され、その上で複数の医師の判断によって決定されており、過失は認められにくい。説明義務違反については、説明内容の記録が十分にされていないことがあるうえに、裁判所の考え方と脳神経外科医の考え方との間に若干の差異がある可能性が浮かび上がった。また手技ミスについても、術中動画が記録されるようになってきたのは最近のことであるうえに、手術自体の難易も関係しているものと推測された。

このことから、手術適応に関しては裁判を過度に意識して対応する必要はないが、手技ミスに関しては可能な限り術中動画を記録化しておくことが必要であり、説明義務に関していうと、日常診療において意識的に詳細な説明を行い、記録化しておく必要があるものと考えられる。特に、先に述べたとおり、脳動脈瘤に対する低侵襲治療については、患者・家族から誤解を受けないよう、詳細な説明とその記録化は必須である。この際、クリッピング術の適応もある場合には、両術式の利点・欠点を比較した説明が重要である。

認容額については、死亡例よりもむしろ後遺障害例のほうがやや高額化する傾向があった（死亡例は1,000万円未満1例、1,000万円以上2,000万円未満2例、2,000万円以上5,000万円未満4例、5,000万円以上1億円未満6例、1億円以上はなし。後遺障害例は、1,000万円未

満はなし、1,000万円以上2,000万円未満1例、2,000万円以上5,000万円未満1例、5,000万円以上1億円未満5例、1億円以上1例）。これは、後遺障害例の場合には将来の介護費用も賠償せねばならない場合があるためである（将来の介護費用が認められた後遺障害例では、5,000万円未満はなし、5,000万円以上1億円未満4例、1億円以上1例）。

費目のうち逸失利益については、認容例でありながら認められていないものもあり、認められているものについても金額にばらつきがみられた。これは、逸失利益の計算の基礎となるのは年収や年齢であるが、この点において著しい個人差があるためである。そのほか、説明義務違反のみが認められたケースでは少額にとどまった。これは、説明義務違反があるにすぎない場合には、逸失利益の発生との因果関係の証明が困難なためである。

他方、慰謝料については、認容例すべてで認められている。これは、死亡例であれ後遺障害例であれ、また年齢・収入に関係なく、精神的苦痛を賠償すべきだからである。基本的には定額化が可能である。しかし因果関係の問題や原疾患の問題などによって大きく減額されているものもあり、金額の画一化はやや難しいものと考えられた。

将来の介護費用については、高度の後遺障害がある場合に限って認められる傾向にあった。1日当たりの金額にはばらつきがあったが、このことは後遺障害の程度によるものと理解することが可能である。

以上みてきたとおり、判決言渡しまでの期間は大幅に短縮されてはいるものの、それでも脳神経外科医などの外科医にとって裁判が精神的苦痛であることに変わりはない。また多くの事例で原告側が手技ミスをはじめとする手術に関係する過失を主張するとなると、裁判の増加は外科手術施行の萎縮ひいては外科医希望者の減少につながる。このことからして脳神経外科領域などの外科領域においても産科領域と同様の無過失補償制度を導入するのも考慮に値する。

しかし、産科領域における脳性麻痺の場合には、基本的に年齢が一定であり、職業による収入の差違という問題も生じないので、定額化による補償が可能であったのに対し、脳神経外科領域の場合には、原疾患が異なり、年齢・職業もさまざまである。しかも転帰についても死亡例と後遺障害例とがあり、後遺障害例の中にも、将来の介護費用を認めるのが相当な例と、認める必要のない例とがある。これらは他の外科領域についても同様と考えられる。したがって、外科領域において無過失補償制度を導入する場合には、定額化するよりも、転帰、障害

の程度、年齢に応じた柔軟なものとする必要がある。

もともと、外科領域においては対象疾患があまりに多様であり、産科領域において脳性麻痺に限定して対象とされたことは事情が異なっている。また原告側の多くが手技ミスを過失として主張している。この点について裁判所の判断が分かれていることから、補償額を算定するにあたって、原疾患や術式の難易をどのように考慮するかが大きな課題である。

文 献

1) 第一法規株式会社：法情報総合データベース D1-Law.

- com (https://www.d1-law.com/d1w2_portal/index.html)
- 2) 株式会社エル・アイ・シー：新・判例秘書.
- 3) 裁判所ウェブサイト：裁判所判例検索システム ([http://www.courts.go.jp/search/jhsp0010?action_id=first & hanreiSrchKbn=01](http://www.courts.go.jp/search/jhsp0010?action_id=first&hanreiSrchKbn=01))
- 4) 裁判所ウェブサイト：医事関係訴訟委員会について：医事関係訴訟の現状 (<http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/index.html>)
- 5) 孝橋 宏：医療集中部における実務の現状と課題。法律のひろば 61：29-34, 2008.
- 6) 財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度運営部：産科医療補償制度 (<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>)

要 旨

脳神経外科領域における医療訴訟の解析

桑原 博道 墨岡 亮 新井 一 小林 弘幸

本邦における脳神経外科領域の医療裁判例 30 を分析した。裁判上の争点は、いくつかの種類化されるが、このうち説明義務違反に関しては、他の争点に比して肯定されやすい傾向にあった。低侵襲治療もすでに裁判の対象となっており、低侵襲であることのメリットを過度に強調するような説明には注意が必要である。判決言渡しまでの期間は大幅に短縮されているが、脳神経外科医などの外科医にとって、裁判を起こされること自体が精神的苦痛であることに変わりはない。また、手技ミスなど、手術に関係する過失を理由とする裁判の増加は、外科手術施行の萎縮、ひいては外科医希望者の減少につながる。そこで、脳神経外科などの外科領域においても、産科領域と同様の無過失補償制度を導入することも考慮に値する。ただし、補償額を算定するにあたって、原疾患や術式の難易をどのように考慮するかが、大きな課題である。

脳外誌 20：278-288, 2011