

肝穿刺実施における過失の有無

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

血管腫の疑いがあると診断された女性（当時40歳）が大学病院に入院後、採血検査の結果、播種性血管内凝固症候群（DIC）の状態にあると判定されたため、原因探索のため肝生検が実施された。その結果、女性は皮下脂肪織炎様T細胞性リンパ腫（SPTCL）と診断され、翌日から3種類の抗腫瘍剤とステロイドを併用投与する多剤併用療法（CHOP療法）が開始された。その後、腹部エコー検査を実施したところ、肝臓に腫瘤様の塊が見られ、CT検査とMRI検査が実施された結果、腫瘤様の塊は、胆汁瘻、血腫、膿瘍のいずれかであることが疑われた。そこで、病院の担当医師が肝穿刺を実施したところ、腫瘤様の塊は血腫であることが判明したが、患者の容態は急変し、肝穿刺を実施した翌日に死亡した。

本件は患者の家族らが、病院と担当医師を相手に、不必要な肝生検を実施したことや肝内の腫瘤が血腫であるにもかかわらず肝穿刺を実施したこと、および肝穿刺により生じた腹腔内出血について適切な術後管理を怠ったため患者が死亡したとして、損害賠償を求めた事案である。

裁判所は、4名の鑑定人の鑑定意見をふまえた上で、担当医師が肝穿刺を実施したことについては過失があるとして、損害賠償額の一部が認容された。

キーワード:皮下脂肪織炎様T細胞性リンパ腫(SPTCL), 肝生検, 肝穿刺, 鑑定

判決日:東京地裁平成22年1月22日判決

結論:一部認容(2120万円)

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成16年 12月13日	女性A(当時40歳)はH病院の皮膚科を受診。疼痛を伴う紅斑が両下腿、特に左下腿へ出現しており、血液検査の結果、肝機能障害が認められる。
12月20日	H病院にて腹部エコー検査実施。肝臓に直径7~8cm大の腫瘍が見つかり、血管腫の疑いがあると診断された。
平成17年 1月18日	H病院にて腹部MRI検査実施。異常所見は認められなかった。
1月25日	Aは38℃以上の発熱や食欲不振が続く。
2月4日	AはH病院の消化器肝臓内科に入院。 WBC:1600, CRP:0.81

2月7日	H病院の血液膠原病内科へのコンサルトの結果、同科から、血球貪食症候群(HPS)等の血液疾患の可能性の方が高いのではないかと指摘を受け、骨髄生検(マルク)を施行。 WBC:1400, CRP:1.11 骨髄像検査結果では、マクロファージについては血球貪食の認められるものもあるが、数の増加は認められず、積極的にHPSを考えさせるものではなかった。
2月11日	Aの体温が39.6℃に上昇。
2月12日	採血検査の結果、Aに凝固系の異常が見られ、播種性血管内凝固症候群(DIC)の状態にあると診断される。 エフオーワイ(蛋白分解酵素阻害薬)1500mgの投与が開始。

	WBC:1000, CRP:1.82
2月14日	Aに対する肝生検を実施(18Gの針)。 WBC:1200, CRP:2.19
2月15日	Aの高熱持続。 WBC:1300, CRP:2.53
2月18日	Aの体温は39.2℃。 WBC:1300, CRP:1.97
2月22日	肝生検および皮膚生検の検体に対する病理組織診断の結果から、Aは皮下脂肪織炎様T細胞性リンパ腫(SPTCL)と診断。 WBC:2100, CRP:0.82
2月23日	Aに対して、3種類の抗腫瘍剤とステロイドであるプレドニンを併用投与する多剤併用療法(CHOP療法)が開始。WBC:1800, CRP:0.48
2月24日	オルガラン(血液凝固阻止剤)の投与開始。
2月27日	Aの体温は36℃台で推移し、発熱なし。プレドニンの投与終了。
2月28日	Aが腹痛を訴え、腹部エコー検査実施。Aの肝臓に腫瘤様の塊がみられたことからCT検査も実施。消化器外科のO医師は上級医であるP医師の意見を聞いた上で、MRI検査を行うこととした。 WBC:1600, CRP:0.70
3月1日	午前6時頃のWBC:4900, CRP:2.30, Aの体温40℃に上昇。昨日のP医師の意見に加え、放射線科のQ医師からMRI検査を実施するよう指示され、Aに対するMRI検査実施。 O医師, 内科主治医のR医師, 消化器外科病棟医長のS医師とAの肝臓内の塊について検討した結果、胆汁瘻, 血腫, 膿瘍のいずれかであることが疑われ、午後4時にH病院のO医師が肝穿刺を実施(18Gの針)。 午後6時頃のWBC:3000, CRP:4.20, 午後10時頃, Aが腹痛を訴え、ソセゴン(非麻薬性鎮痛剤)を投与。 午後11時50分頃, Aの意識レベル低下(JCS:Ⅲ-300)となり、心

	肺蘇生措置が開始。
3月2日	午前1時45分頃, A死亡。 東京都監察医務院において, Aの行政解剖が行われ, 腹腔内出血が直接死因とされ, 肝内血腫穿刺がその原因であるとされた。

・本件は、Aの相続人であるBらが、H病院を設置、経営する学校法人であるI大学とO医師を訴えたものである。

【争点】

O医師が肝穿刺を実施したことについての過失の有無

【裁判所の判断】

Bらは、①肝穿刺実施前のAの状態は、DICの状態が継続しており、肝穿刺実施前に肝内の腫瘤(腫瘍)は血腫であることが最も疑われていたため、肝穿刺の実施は急激な肝内出血を助長する危険が大きかったこと、②AのWBC・CRPの数値などの事前のデータからしても、上記腫瘤が膿瘍である可能性は極めて乏しく、これが胆汁瘻である場合にも、排泄する必要は乏しいことなどからすると、O医師には、上記腫瘤を膿瘍と誤診し、肝内出血が進行していたAに対し、急激な肝内出血を助長する危険が大きく、必要性のない肝穿刺を実施した過失があると主張した。

これに対し、H大学、O医師側は、①Aに対してエコー、CT、MRIを行った結果、同時点においては、胆汁瘻、血腫、肝膿瘍の3つの可能性があり、O医師としては、胆汁瘻である可能性が最も高いという判断に至ったこと、②胆汁瘻または肝膿瘍であった場合、感染症等の発症から敗血症への移行が予想され、その場合には化学療法の継続も困難となり、致命的な状態に陥ってしまうため、胆汁瘻や肝膿瘍の場合には、速やかに排出を行う必要があること、③本件では、胆汁瘻、血腫、肝膿瘍が疑われたが、これらのいずれであるかは、

実際に穿刺を行わない限り診断できず、確定診断をするためにも穿刺は必要であった、④画像上では、感染の有無を判断することはできないところ、感染の有無、起炎菌の同定を行う必要からも、肝穿刺は必須であったなどと反論した。

かかる争点につき、裁判所は、「それまでの臨床経過、腹部CT検査、MRI検査の結果等からすると、Aの肝内病変（肝内腫瘍）は、胆汁瘻や肝膿瘍である可能性も否定できないものの、血腫であることが最も疑われる状態であり、仮にAに感染の可能性や疑いがあったとしても、抗生剤の投与等により対応可能な状態であり、緊急に肝穿刺を実施しなければならない必要性は必ずしも高くなく、他方で、AはDICあるいはDICの疑いがあり、オルガラン（血液凝固阻止剤）を継続的に投与されている状態であり、しかも、Aの肝内病変は血腫であり、遅発性の出血が生じていることが疑われることから、肝穿刺を実施した場合、これにより腹腔内出血等の合併症が生じる高度の危険性があり、少なくとも3月1日の時点では、抗生剤の投与等による保存的療法（内科的治療）を行い、肝穿刺を実施すべきではなかったといえる。したがって、それにもかかわらず、O医師が、Aの肝内病変は感染を伴う胆汁瘻が最も疑わしいとして、Aに対する肝穿刺を実施したことには、当時の医療水準に照らしても、過失があるというべきである。」と判断し、H大学、O医師の反論を認めなかった。

以上から、Bらの主張する過失、すなわち、O医師が肝穿刺を実施したことについての過失が認められ、Bの請求は一部認容された（損害の有無および損害額につき、一部棄却された）。

【コメント】

1. 鑑定とは

本件は、必要な検査や治療をしなければならない

のにこれを怠った注意義務違反を理由に損害賠償請求がなされた事案ではなく、H病院の担当医師およびO医師らが実施した検査（肝穿刺）は危険性が高く、かつ不必要であったとして、Aが死亡したことによる損害につき賠償請求がなされた事案である。

医療訴訟においては、診療行為の適否が問題となるため、医学上の専門的知識が要求されることが多く、鑑定が訴訟において重要な意義を有している。本件でも、鑑定人が4名も指定されており、裁判所による争点に関する判断に、鑑定が重要な意義を有していたことが窺われる。

そもそも、鑑定とは、特別の学識経験を有する第三者（鑑定人）に、その専門知識またはその知識を適用して得た判断を報告させて、裁判官の判断能力の補助とするための証拠調べのことをいう（民訴212条）。医療訴訟では、争点となっている事項に関する専門医や大学教授などが鑑定人候補者として選ばれ、訴訟当事者の意見を聞いた上で、裁判所が鑑定人を指定することになる（民訴213条）。

鑑定人は、書面または口頭で鑑定意見を述べることになる（民訴215条）。本件のように複数の鑑定人が指定された場合、東京地裁では、いわゆるカンファレンス鑑定（口頭複数鑑定）が実施されることがある。カンファレンス鑑定とは、鑑定人がそれぞれ鑑定事項に対して事前に簡潔な意見書を提出したうえで、法廷において口頭で鑑定意見を述べる方式の鑑定である。これは、医師が医療行為を行う際に日常的に行っているカンファレンスの手法を鑑定に取り入れたものである。

2. 本件における鑑定意見

本件では、4名の鑑定人がそれぞれ以下のような鑑定意見を述べている。

まず、鑑定人Pは、「肝内腫瘍（腫瘍）について血腫の可能性が高く、背景にDICがあり、抗凝固剤が投与されている状態で、出血しやすい肝穿刺をす

るのは、相当の理由がないと許されないとされているところであり、血腫が感染している可能性があるとしても、抗生剤の投与によって対応し、肝穿刺を実施すべきではなかった。」との鑑定意見を述べている。

また、鑑定人 Q は、「肝穿刺を行う前に、より侵襲の少ない血管造影検査あるいはMR胆道造影などによる質的診断を行うべきであり、そして、感染症の可能性に関しても、本件における肝腫瘍の起炎菌は基本的に腸管から由来する菌であり、スペクトルも決まっているため、必ずしも肝穿刺を実施して菌を同定しなくとも、抗生剤で対応することができ、リンパ腫の影響による WBC の低下についても、G-CSF（顆粒球コロニー刺激因子）の投与により対応できた可能性が高いから、肝穿刺を実施したことは不適切であり、このことは仮に血腫が感染している可能性がある場合も同様である。」との鑑定意見を述べている。

さらに、鑑定人 R は、「A の発熱が以前から認められていたこと、CRP が 2.3 程度の軽度の上昇にすぎなかったことから、緊急に 3 月 1 日の夕方に肝穿刺を行う理由は乏しく、血管造影を実施したり、抗生剤を投与したりすること等による、保存的治療（内科的治療）も可能である。仮に血腫が感染している可能性がある場合も同様であり、肝穿刺を実施する前に、動脈性出血が否定的であること、発熱の原因が肝内血腫の感染以外に考えられないことを確認すべきである。」との鑑定意見を述べている。

他方、鑑定人 S は、「3 月 1 日の A の感染の症状について、発熱に関しては以前からあり、この発熱をもって感染症が進行したとはいえないし、CRP の上昇もわずかであることを考えると、この時点で、非常に重篤な感染症があったと判断するだけの材料はないが、その日に感染の兆候が明らかでないとしても、A の全身状態が悪い状態であることからすると、血腫に感染があり、数時間の経過で病状が変わらないとは断言できないから、感染の可能性が高

く、穿刺の必要性があるといった主治医の判断は、少し後からみると問題なしとしないが、瑕疵があるというほど責められる判断ミスではない。」との鑑定意見を述べている。

このように、3 名の鑑定人は明確に肝穿刺を実施したことは不適切であったとの鑑定意見を述べ、1 名の鑑定人は、明確にとまでは言えないものの、肝穿刺を実施したことは瑕疵があるというほど責められる判断ミスではないとの鑑定意見を述べている。

複数鑑定において鑑定意見が分かれた場合、裁判所は、鑑定理由の合理性、前提事実の捉え方の正確性、他の証拠関係との整合性等を検討し、鑑定意見の採否を判断するものとされている。本件裁判所は、鑑定人 S の鑑定意見に対し、「その結論はともかく、その前提となっている医学的知見および医学的評価については、他の鑑定人らの鑑定意見と対立するものではない。」とし、本件では肝穿刺を実施すべきではなかったと認定した。

3. 裁判所の判断について

O 医師は、ただちに肝穿刺を実施したわけではなく、エコー、CT を行い、消化器外科の上級医である P 医師の意見も聞いた上で、血腫の可能性も否定できないと判断し MRI を行ったところ、MRI 検査結果報告書によると血腫の可能性は低く、胆汁瘻である疑いが高いとの診断となっていた。そこで、O 医師は、A の内科主治医の R 医師や消化器外科病棟医長の S 医師と検討の上、胆汁瘻である可能性が最も高いとの判断に至った。このように、O 医師は、消化器外科や放射線科等の他科の医師と検討しながら、肝穿刺をただちに実施する、しないのいずれにもリスクがある中で、慎重に肝穿刺を行う決断を下したのである。確かに、鑑定意見からすれば O 医師が肝穿刺を実施すべきと判断するに至った所見は誤りであったと判断されているが、かかる裁判所の判断は、現場で判断を迫られる医師および医療機

関にとっては少々厳しいようにも思われる。

なお、本件では、肝穿刺実施後の術後管理についての過失の有無も争点となっていたが、H 病院は、肝穿刺後、A の状態を詳細にチェックし、フォローもしており（肝生検後も、同様に A の状態を詳細にチェックし、フォローもしている。）、裁判所も H 病院担当医師らに過失はないと判断している。

【参考文献】

医療判例解説 32 号 112 頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [「あなたならどう読む? どう書く?」～肝臓の高エコー病変を中心に～**](#)
- (2) [53. 裁判所の認定手法**](#)
- (3) [3. 第二世代のDIC治療 c. ダナパロイドナトリウム**](#)
- (4) [P4-27 サイクロスポリンA・メチルプレドニゾロン併用療法が著効した血球貪食症候群合併皮下脂肪織炎様T細胞性リンパ腫**](#)
- (5) [1. 腫瘍とDIC**](#)
- (6) [97. 播種性血管内凝固症候群\(DIC\)**](#)
- (7) [細胞診による皮膚悪性リンパ腫の診断**](#)
- (8) [32. Weber-Christian病から6年後肝浸潤を伴う皮下脂肪織炎様T細胞リンパ腫\(SPTCL\)へ移行しシクロスポリンA\(CyA\)が著効した一例**](#)
- (9) [Nasal and nasal type T/NK細胞リンパ腫,皮膚科領域における問題点**](#)
- (10) [医事紛争と医療訴訟\(3\) 医療鑑定人の立場**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。