

複数の医師が関与するチーム医療における「信頼の原則」

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

患者(女性, 当時50歳)が病院で胃癌(低分化腺癌・グループV)との診断を受け, 胃の亜全摘手術を受けたが, 術後に胃癌ではなかったことが判明した。

本件は, 患者が, 病院に対し, 病理の担当医師には病理診断を誤った過失, 臨床の担当医師らには, 術前の検査結果をふまえて, 病理の担当医師らと意見交換を行うなど症例の再検討を怠った過失があると主張して, 損害賠償を求めた事案である。

裁判所は, ①病理診断の担当医師の注意義務違反を認めなかったが, ②臨床の担当医師らには, 患者の胃の病変が僅か1ヵ月程度の間, 通常の見られないような形態変化を来した点等をふまえ, 臨床の担当医師らは病理診断を絶対視することなく, 病理の担当医師に診療経過を連絡するなどして症例の再検討をすべきであったのにこれを行っていないとして, 手術前総合診断における注意義務違反を認め, 患者の請求を一部認容した。

キーワード: 胃癌, 低分化腺癌, 病理診断, 胃潰瘍, 信頼の原則

判決日: 東京地裁平成23年5月19日判決

結論: 一部認容(認容額: 1263万9601円)

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成18年 7月14日	患者AはH病院で受けた一般健診の際の胃部造影X線検査において, 胃前庭部粘膜の不整の疑いがあると指摘され, 精密検査を受けるように指示された。
7月27日	AはI病院消化器内科外来を受診。
8月2日	AはI病院において, O医師担当の下, 上部消化管内視鏡検査を受け, 胃体中部小彎に台状挙上を呈する腫瘍性病変が確認された。腫瘍の肉眼的形態については, 2型(潰瘍限局型)と考えられた。この検査の際, 同病変の部位等

	に対し組織生検が行われた(以下, このとき採取された組織を「本件生検材料」という)。
8月4日	I病院の病理診断担当のP医師は, 本件生検材料について病理組織検査を行い(以下, このとき作成された生検標本を「本件生検標本」という), 低分化腺癌・グループVであると診断した。なお, 本件生検標本は通常の染色方式であるHE染色されたものである。
9月6日	Aは, 胃癌の手術を目的としてI病院外科に入院。
9月7日	Aは, 上部消化管内視鏡検査を受けた。この検査において, 前回確認された病変部の台状挙上

	は消失しており、同部位に発赤した不整な粗造粘膜病変が確認された。 検査を担当したI病院の外科Q医師は、検査の際、同病変の部位等に対し組織生検を行い、発赤した病変をO-IIc型(表面陥凹型)と判断し、癌が粘膜下に浸潤したものと考えた。
9月12日	Aは、腹腔鏡下胃下垂全摘手術(胃の噴門部側5分の1を残し、幽門部側5分の4を切除)およびリンパ節郭清手術(以下併せて「本件手術」という)を受けた。術者はQ医師でR医師が助手を務めた。
9月22日	Aは、術後経過良好としてI病院を退院。
9月26日	P医師は、胃切除標本について病理診断を行い、肉眼的には体上部小彎側に境界不鮮明な0.5cm大の病変を認めるが、組織学的には明らかな腫瘍成分の残存はないと診断し、最終病理組織学的診断報告書を発行した。
9月29日	P医師は、本件生検材料につき新たな免疫染色等をした標本を作成し、再検鏡を実施するなどして再検討した結果、病理組織学的には異型細胞が見られるが、胃切除標本に明らかな腫瘍成分が認められなかったこと、胃癌であれば陽性になるはずの上皮系マーカーが陰性であったことから、胃癌であるという診断を訂正し、「異型細胞・グループIII」とする旨の訂正レポートを発行した。Aの病変の最終的な診断は胃潰瘍とされた。
平成19年1月9日	AはI病院の紹介によりJ病院の血液腫瘍科を受診。
1月23日以降	J病院は、本件生検材料を精査するとともに、Aに対して造影CT、骨髄穿刺等の検査を実施した。 上記各検査において、頸胸部・腹部にリンパ腫病変は見つから

	ず、骨髄穿刺の結果にも異常はなかったため、J病院はAを厳重に経過観察することとした。
9月12日	J病院は、本件生検材料について、NKあるいはT細胞の増殖病変(リンパ腫様胃症)であり、胃切除時には自然消退したものであると診断した。

【争点】

- ・臨床の担当医師らに、術前の検査結果をふまえて、病理担当のP医師らと意見交換を行うなど症例を再検討すべきであるのに、これを怠った注意義務違反があるか否か。

【裁判所の判断】

1. 臨床の担当医師らによる手術前総合診断における注意義務違反の有無について

裁判所は、まず、以下の事実を認定した。

すなわち、2型腫瘍と見られた腫瘍性病変について、1ヵ月程度で台状挙上が消失するような変化は、通常は見られない変化といえる。I病院の外科医長であったR医師は、台状挙上が消失した際、その原因について疑問に思ったものの、グループVという診断には絶対的な意味があると考えたことから、P医師に相談することなく、Aの病変が低分化腺癌、グループVとの前提で、腹腔鏡下胃下垂全摘手術およびリンパ節郭清手術に踏み切った。その際、台状挙上消失した理由については、陥凹型の病変では、悪性サイクルとあって、癌が形を変えながら、一時的に見えなくなることがあること、また、低分化腺癌では、癌が粘膜下に浸潤していつてしまうことがあることなどで説明が付くと考え、R医師はP医師に対し、病変の肉眼的形態が変わったという情報を伝達しなかった。一方、病理担当のP医師は、仮に内視鏡的検査により2型と判断されていたものが、その後消失したとの情報が入れば、追加で検査をするのが普通であ

ると考えており、その場合には、追加で免疫染色をして、癌の有無を確認した可能性があった。文献には、生検標本に対する病理診断は、ほとんどの場合には間違いないが、必ずしも絶対のものではなく、最終的な診断に当たっては臨床的な所見と総合的に判断する必要があること、例えば、低分化腺癌と診断されたが組織型に問題がある症例や、稀であるが、グループVと診断された低分化腺癌でも組織診断が悪性リンパ腫に変更されるものがあること、特に、内視鏡所見との不一致例では再検討が必要であり、内視鏡検査において癌の所見が認められない場合には再度の生検等が必要とされる場合があり、病理診断について臨床的に疑問を持ったときには、臨床の担当医師は病理の医師と話し合いをして再検討する必要があることが指摘されている。また、文献には、低分化腺癌と悪性リンパ腫の鑑別は、免疫染色をすれば容易であるが、HE染色標本のみでは困難な場合があることが記載されている。

その上で、裁判所は、8月2日時点で確認された2型腫瘍と考えられたAの胃の病変が、内視鏡検査においてわずか1ヵ月程度の間には通常の胃癌では見られないような形態変化を来していたのであるから、I病院の臨床の担当医師は、病理診断の結果を絶対視することなく、外科的手術の実施に先立ち、病理医と相談するなどして、症例について再検討すべき注意義務を負うと言うべきである。具体的には、本件においては、I病院の臨床の担当医師は、P医師に対して、胃の病変部の内視鏡による肉眼的所見が変化したことを連絡し、本件生検材料について胃癌と確定診断するに足りる所見があるか否かについて確認し、再検討すべきであったと認められる、と判示した。

2. 臨床の担当医師らによる反論に対して

上記判示に対しI病院の担当医師らは、本件手術前にAが胃癌であることを疑うべき所見は得られておらず、悪性サイクルの知識を用いて形態変化を合理

的に説明できたのであるから、I病院の担当医師が、低分化腺癌・グループVで胃亜全摘手術の適応であるとの判断を再検討、変更等しなかったことは、注意義務違反には当たらないと主張した。

これに対して、裁判所は、Aの胃の病変は、肉眼的には、8月2日時点では2型(潰瘍限局型、通常進行癌)と診断される形態であったものが、9月7日時点においては、O-IIc型(表面陥凹型、通常早期癌)と判断されるものに変化したのであり、同じ場所に、発赤した不整な粘膜が存在することや、粘膜の陥凹と評価される所見が認められるとしても、外見上隆起しているものが消失することは普通ではないのであるから、普通ではないことが起きた以上、そのような事態をふまえても、なお低分化腺癌・グループVとの病理医の診断に変わりがなければ確認する必要があり、その確認をしないまま、基本的な形態が変わっていないという判断をすることは相当とはいえない。悪性サイクルとは、病変中央の潰瘍部分の治癒に伴い、肉眼系がIII型(陥凹型)、III+IIc型、IIc+III型、IIc型(表面陥凹型)と変化する病態を指すところ、本件の形態変化は、2型がO-IIc型に変化したものであり、潰瘍部分の治癒という機序で説明できるかにも疑問があり、典型的な悪性サイクルに該当するとはいえない、などとして、形態の変化について合理的な説明ができた旨のI病院の主張は、いずれも採用することができないと判示した。

【コメント】

1. 複数の医師が関与する医療行為について

現代における医療は、複数の診療科の医師や専門職種(コ・メディカル・スタッフ)の協力と分担の下で有効に機能している。複数の医師らが関与する医療行為は、いわゆる「チーム医療」と称されており、本件でも、臨床の担当医師(Q 医師および R 医師)のみならず病理の担当医師(P 医師)らが関与して医療行為がなされているため、チーム医療といえよ

う。

チーム医療とは、医療の高度化、複雑化に伴い、それぞれの分野が専門化され、細分化され、診療科の枠や職種の枠を超えて、医師、看護師、薬剤師、各種技師、各種療法士が協力、共同して一人の患者の診療に当たる組織医療と定義されている。このチーム医療において医療過誤が発生した場合に、医療機関の責任や、関与した医師らの責任関係などが訴訟において、たびたび問題となっている。

本件では、病理担当の P 医師が、本件生検材料について病理組織検査を行い、低分化腺癌・グループ V であると診断したが、Q 医師および R 医師が術前に行った胃の内視鏡検査では1ヵ月前に見られた病変部の台状挙上が消失し、発赤した粗造粘膜病変が確認された。しかし、Q 医師および R 医師は P 医師と症例を再検討することなく、P 医師が行った低分化腺癌・グループ V の診断を信頼し、胃の亜全摘手術を実施した点について、注意義務違反の有無が問題となった。なお、結果的に胃癌ではなかったにもかかわらず、低分化腺癌・グループ V と診断した P 医師の注意義務違反の有無についても問題となっているが、本稿では後記 5 で少し触れることにする。

2. 「信頼の原則」について

チーム医療において、自己の専門外の医師の診断を信頼し、その診断を前提に医療行為を行っていくことは日常的に行われていることであり、医療過誤が生じない限り、問題が表面化することはないであろう。しかし、ひとたび医療過誤が生じると、責任の所在を検討するに際し、自己の専門外の医師の診断を信頼して医療行為を行ったことに注意義務違反がなかったのかが問題となってくる。

ここで、「信頼の原則」とは、被害者または第三者が不適切な行動に出ないことを信頼するに足りる事情がある場合に、それを前提として適切な行為をすれば足り、その信頼が裏切られた結果として法益侵

害が生じたとしても過失責任が問われることはないとする原則である。この信頼の原則は、刑事法における過失責任に関して論じられるが、現在では、企業活動のみならず、医療行為(刑事事件のみならず民事事件)にも適用される(刑事事件に関するものとして、札幌高裁昭和 51 年 3 月 18 日判決参照)。

チーム医療に関与する各医師は、自らの専門的知識・経験に基づき、他の関与医師から独立して自らの裁量によって医療行為を行うものであるため、各医師の医療行為の独立性は強く尊重されることになる。つまり、「信頼の原則」が適用され、他の関与医師が行った診断に対する信頼は保護に値する。もともと、当然ながら、いかなる場合であっても「信頼の原則」が適用されるわけではないことは言うまでもない。

3. 本件判決について

本件では、Q 医師および R 医師は、低分化腺癌・グループ V であるという病理組織検査における確定診断がある中で、腫瘍に通常とは異なる肉眼的形態の変化が見られたからといって、当然に追加検索をすべき注意義務が生じるものではなく、予定どおり外科手術を行うという選択も医師の裁量の範囲内であって、不合理なものではないなどと主張した。

しかし、裁判所は、上記のとおり、普通ではないことが起きた以上、そのような事態をふまえてもなお低分化腺癌・グループ V との病理医の診断に変わりがないかを確認する必要がある、その確認をしないまま、基本的な形態が変わっていないという判断をすることは相当とはいえないとした。その上で、Q 医師および R 医師は、P 医師に対して、胃の病変部の内視鏡による肉眼的所見が変化したことを連絡し、本件生検材料について胃癌と確定診断するに足りる所見があるか否かについて確認し、再検討すべきであったと判示した。本件では、裁判所認定の事実に加えて、Q 医師および R 医師が P 医師に連絡をし、再検討する時間がなかった(緊急性があった)等の事

情は特になく、手術を断行した Q 医師および R 医師の P 医師の診断に対する信頼は、臨床の現場から見ても保護に値しないといえよう。そういった意味でも裁判所の判断は妥当といえる。

上記のとおり、チーム医療に関与する各医師は、自らの専門的知識・経験に基づき、他の関与医師から独立して自らの裁量によって医療行為を行うものであるが、裏を返せば、安易に他の医師の判断を盲目的に信頼することなく、自らの判断と責任において医療行為を行うべきことが要請されている。救命救急医療のように、判断に緊急性を要する場面における医療行為なら格別、他の医師の判断と自らの所見との間に相違があるような場合には、念のため、判断をした医師や他の医師らと意見交換を行い、再検討することを励行すべきであろう。また、手術を行う日が決まっていて、診療スケジュール的に改めて意見交換・再検討をすることが現実的でない場合もあり得るが、例えば、患者にその旨を説明し、患者本人に判断させることも、その後の患者とのトラブルを回避するための一手段と考えられる。

本件はあくまで事例判決であり、一般化することはできないが、チーム医療における「信頼の原則」の限界を示す一事例として参考に値するといえる。

4. 前医の診療に対する信頼

チーム医療の場合以外にも、例えば、後医が前医から引き継ぎを受けた情報や前医の診断内容をどこまで信頼してよいか、臨床において問題となることがある。

この場合においても、チーム医療の場合と同様、やはり安易に前医からの情報や前医の診断を信頼することなく、基本的には自らの判断と責任において医療行為を行うべきであろう。裁判例においても、ガベキサートメシル酸塩を投与された患者がアナフィラキシーショックで死亡した事案において、後医が信頼した前医による膵炎の急性増悪であるとの診断は合理的な根拠に基づくものとはいえず、新たな検査

等を実施した上で判断すべきであったとされている（大阪地裁平成 13 年 1 月 30 日判決）。

5. 病理の担当医師の注意義務違反について

本件では、P 医師が、本件生検標本について低分化腺癌・グループ V と診断したことについて、診断を誤った注意義務違反があるか否かも争点となった。

この点につき、裁判所は、まず、通常診療行為については、結果的に診断が後に判明した正しい診断と異なっていたからといって、担当医師の注意義務違反がただちに推定されることはないとした。そして、病理診断も、診断当時に得られた情報および得ることのできた情報の範囲内で下されるべきものであることには何ら変わりがないから、A の病変が結果的に癌ではなかったことのみから、ただちに P 医師が確実な根拠がないのに、癌であると診断した注意義務違反があると推定されるものではないとの判断を示した。その上で、P 医師の診断がいかなる根拠に基づいて行われたのかについて検討し、後医や A 側協力医の見解と比較した上で、P 医師が行った低分化腺癌・グループ V との診断に確実な根拠がなかったとまではいえないと判断し、P 医師の注意義務違反は認めなかった。

【参考文献】

- ・判例タイムズ1368号178頁
- ・刑事法ジャーナル3号15頁
- ・根本 久編. 裁判実務体系17 医療過誤訴訟法, 青林書院, 1990年

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [胃癌の新ステージ分類とは?*](#)
- (2) [P7-2 リンパ腫様胃症 Lymphomatoid gastropathyと考えられた1例***](#)

- (3) 刑法の考え方—過失犯の考え方をめぐって—
**
- (4) 7. チーム医療におけるリスクマネジメント -
責任分散とピアレビュー—**
- (5) 胃癌・大腸癌の悪性度診断とは***
- (6) 医療過誤と注意義務***
- (7) 剖検からみた内科臨床**
- (8) (5)誤診例の検討から精度管理を考える***
- (9) 悪性サイクルが認められた胃癌5例***
- (10) 胃潰瘍の経過中における医師と患者との信頼
関係について—悪性サイクルを呈した早期癌
患者についての検討—***

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。