

CRPSの早期診断義務について

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

右肩石灰沈着性腱板炎と診断された患者(当時34歳, 男性)が, 鏡視下肩関節形成術および石灰摘出術を受けた。しかし, 手術後も患者はしびれや疼痛を訴えたため, 病院はリハビリを指示。患者は指示通りリハビリを行うが, 疼痛は改善しなかった。その後, ピリピリ感や発赤が認められたことから, 医師の勧めで患者はペインクリニックを受診したところ, 右上肢から手指にかけて腫脹, 疼痛, しびれ, 筋力低下等の症状が認められ, CRPSが疑われた。

これに対し, 患者は, 早期にCRPSと診断するべきであったなどとして, クリニックに対し, 損害賠償を求めた。しかし, 審理の結果, 裁判所は, クリニックに過失はないとして, これを認めなかった。

キーワード: CRPS, 石灰沈着性腱板炎, RSD, 右肩ズテック骨萎縮, 早期診断義務

判決日: 名古屋地方裁判所平成25年4月12日判決

結論: 請求棄却(請求額1億1156万4557円)

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成17年 9月12日	Aが, 同年8月頃から右肩痛があるとして, Hクリニック整形外科を受診。 右肩石灰沈着性腱板炎との診断を受ける(その後Aは, 1年ほどHクリニックを受診し, 関節内注射や痛み止めの処方を受ける。Aはこの間, 右上肢や右手指のしびれ感, 異常感覚を, ときに訴えていた)。
平成18年 9月14日	Aが, 右上腕の鈍痛を訴えて, Hクリニックを受診。 過去1年間症状の改善がなく, Aの仕事が力仕事(Aは市の職員として尿尿の汲み取り業務に従事していた)であることから, 手術も考慮に入れ, 肩外来のO医師

	の診察を受けるようP医師から指示を受ける。
10月5日	O医師が診察。 O医師は, インピンジメント徴候等の検査結果から, 手術適応があると判断し, Aに鏡視下肩関節形成術および石灰摘出術(以下, 本件手術という)の内容を説明して, 本件手術を勧めた。
10月23日	Aは「早めに本件手術を受けて, 12月初めには出勤したい」との希望を述べ, 11月9日に手術予定となった。
11月9日	O医師が本件手術を施行した。 術前に確認した相当量の結晶化した石灰はきれいに摘出されていた。

11月10日	Aは、以前からの右手第4、第5指のしびれに加えて、右手第1ないし第3指のしびれを訴えた。頸椎可動域制限はなし、スパーリングテストでも異常なし。同日の診療にあたった医師は、術中の牽引の影響と判断し、同日からリハビリを指示した。
11月13日	退院。 なお、Aは本件手術前の痛みは改善されているが、リハビリなどで肩を動かすとまだ疼痛があると訴えていた。
退院以降	ほぼ連日、Aは、Hクリニックで、診察とリハビリを受けた。 Aは、退院後1週間くらいは、痛みが次第に和らいでいるように感じていたが、手術後、1、2週間くらいたったころから、再び痛みが強くなってきたと感じて、リハビリのとき以外は、三角巾で右腕を固定していた。 ※なお、Aの痛みの程度に応じて、痛み止めを処方したうえで、リハビリが行われていた。
12月7日	O医師は、Aの肩痛が継続していたことから、関節内注射を行う。
12月14日	O医師は、前回の関節内注射が有効であったとAから聞き、なおも手術後の炎症が継続しているが、これが関節内注射で一旦おさまったものと考え、再び関節内注射を行う。また、Aの右手指に拘縮があることを認めたため、これに対応するリハビリを追加指示した。 なお、リハビリ担当者からは、右手の知覚異常があるようだとの指摘があった。
12月21日	Aが動作で「ものすごく痛い」と述べたため、O医師は、何らかの合併症を疑い、MRI検査を指示した。

平成19年 1月11日	MRI検査結果で、関節内に僅かな浸出液の貯留を認めた。 O医師は、未だ術後の炎症が継続していると判断した。
1月25日	P医師が診察。 P医師は、Aの痛みが長く続いており、同日はピリピリ感も訴えていたことから、CRPS (RSD)を疑った。
1月29日	Aが仕事に復帰。 ただ、症状が改善せず、元の業務に就くことができずにいた。
2月1日	O医師も、Aの右手に発赤が認められたことなどから、CRPSを疑い、一度ペインクリニックを受診するように勧めた。 なお、当日は、Aのほか、職場の上司も帯同していたため、O医師は、軽作業であれば可能と説明した。
2月23日	Aは、Hクリニックのペインクリニックを受診。 Aの右上肢から手指にかけて腫脹、疼痛、しびれを、手指に浮腫、指の可動域低下、筋力低下を認め、右上肢の安静時の色調は良好であるものの、手を動かすと暗赤色になることを認めた。 ペインクリニックのQ医師は、これらの状態から、CRPS (RSD)を疑い、星状神経節ブロック治療をAに勧め、同日1回目を施行し、10回から20回行ってみることを勧めた。 なお、Q医師は、AにCRPSの疑いとは明言せず、交感神経が過緊張となっているため症状が出ているのかもしれないと説明した。
3月2日	Aは、星状神経節ブロックを受けても、肩痛が改善しないことに不信感をもち、I整形外科を受診し、I整形外科で、「右肩石灰沈

	着性腱板炎(術後), 右肩ズテック骨萎縮, 右手指拘縮, 頸椎椎間板ヘルニア, 右上肢カウザルギー」との診断を受けた。
3月8日	Aは, J病院を受診して, 「頸椎椎間板ヘルニア, 右上肢ズテック骨萎縮」との診断を受けた。 なお, Aは, K病院でも治療を受けている。

【事実に関する補足説明】

A側は, 平成19年1月にはAの右上肢に皮膚の委縮性変化が認められていたと主張していたが, 裁判所は, これを認めていない。

【争点】

1. CRPSの早期診断義務違反
2. CRPS疑診後, 適切な治療を行うべき義務違反

【裁判所の判断】

1. CRPSの早期診断義務違反について

日本におけるCRPSの診断指標の作成状況およびその内容に照らすと, P医師が, 平成19年1月25日の診察時に, Aの肩痛についてCRPSを疑い, O医師が, 同年2月1日の診察時にCRPSを疑ったことを, 時期を失した診断ということはいえない。

この点, Aは, 本件手術に先立つ平成17年6月に発表された文献で, ①先行する外傷や手術の存在, ②その程度や治療経過からは説明できない自発痛の存在, ③allodyniaあるいは痛覚過敏の存在を満足する症例は, CRPSタイプI(RSD)と診断してよい, このうち, ①と②の症状をみる症例では, 疼痛の程度に関係なく, RSDに対する治療を開始すべきとの考えが示されていると指摘し, O医師らは, より早

期にCRPSと診断すべきであったと主張する。

しかし, 平成17年に, 日本独自の判定指標を作成することを目的として, 厚労省CRPS研究班が組織され, 臨床用指標と研究用指標の2つの指標を提案した。当該厚労省CRPS班による指標の発表以前に, 日本で広くコンセンサスを得られていたCRPSの判断基準はないので, Aが主張する文献が, この当時の医療水準であるとは認めることはできない。

なお, Aは, 厚労省CRPS研究班による判定指標の本件あてはめを主張するが, そもそも厚労省CRPS研究班の組織されたのが平成17年であって, その判定指標が掲載された刊行物は, いずれもAがHクリニックへの通院を中止した後に刊行されたものであることから, これをもって, Hクリニック医師がAを診断する指標とすることができないのは当然である。

またAは, 痛みや腫脹が遷延する場合には必ずCRPSを念頭において治療に当らなければならない, 術後の炎症期間としては2週間程度が通常であるから, あまりに長く疼痛が継続したAについては, 遅くとも平成18年12月7日のO医師の診察時にCRPSと判断することが可能であったとする。

しかし, 痛みという要素一つのみではCRPS発症を判断することはできず, 厚労省CRPS研究班が作成した臨床用の判定指標であっても, 自覚症状および他覚所見のいずれも2項目以上に該当することを求めていることからすると, Aについて, 痛みのみを指標として, 本件手術後1ヵ月を経過した平成18年12月7日にO医師がCRPSと診断すべきということはいえない。

2. CRPS疑診後, 適切な治療を行うべき義務違反

Aは, CRPSの治療においては理学療法が最も重要であるが, 痛みの伴う行為をしてはならないのが原則であると主張し, Hクリニックでのリハビリは, Aに疼痛を我慢させながら, 強引に関節可動域訓練を実施するものであったと主張する。

しかし、厚労省CRPS研究班は、CRPS自体多様な症状を含んでおり、均一な症状の症例を大規模に集めることが困難であるため、エビデンスレベルの高い治療法は見いだせず、いまだCRPSの治療指針は作成できないとする。

また、CRPSの国際専門委員会では、①リハビリによる機能障害への治療、②精神心理学的な治療、③疼痛に対する治療について、これらを並行して行うよう推奨していることを認めることができ、これに照らすと、リハビリ(理学療法)および疼痛の管理がCRPSの治療において重要であることが認められる。

このように、A側が主張するような、リハビリにおいて痛みの伴う行為をしてはならないとの原則が存在するとは認められない。

そしてHクリニックにおけるリハビリは、Aの痛みの程度に応じて、痛み止めを処方したうえで、リハビリがなされている状況を認めることができ、これに反して、Aに疼痛を我慢させながら、強引に関節可動域訓練が行われたとのA側の主張も認められない。

【コメント】

1. はじめに

医師または医療機関に損害賠償責任が認められるためには、医師らに過失、すなわち具体的な注意義務違反が認められなければならない。

この具体的な注意義務の判断基準は、「診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準」(最高裁昭和57年3月30日判決)とされている。

本裁判例は、症状もさまざまにまだ確立した治療法がないCRPSに関して、平成19年に発表された厚労省CRPS研究班の判定指標を参考にしながら、医師の診断時期および治療行為を正当と判断した事例である、

なお、CRPSは、極めて稀な症例で、事前に予

測・回避することは困難であり、もとよりCRPSの病態自体、術後や骨折などの外傷、神経損傷の後に疼痛が遷延する症候群であることから、原因となった手術そのものに対する過失というより、本件のように術後の早期診断、早期治療という観点から過失主張される場合が多い。

2. CRPSの診断基準について

CRPSの診断に関する医療水準については、平成6年の国際疼痛学会(IASP)が提唱した診断基準、また、日本においては、平成19年の厚労省CRPS研究班が発表したCRPSの判定指標が重要な資料になる。

具体的に、IASPのCRPS判定指標を見ると、浮腫・皮膚温異常、発汗異常のいずれかが、罹病期間のいずれかの時期にでも認められれば、CRPSと判定し、萎縮性変化(皮膚・体毛・骨)・関節可能域制限・運動機能低下・交感神経依存性疼痛をCRPSの関連項目として挙げるが、判定には使用しないというものであった。ただ、IASPの判定指標は、異常を検出する感度は高いが、CRPSとしての特異度が低いという問題点が指摘されていた。

このような状況の中で、平成17年に厚労省CRPS研究班が組織され、同研究班は、米国で発表されたCRPSのチェックリストを入手し、平成6年の国際疼痛学会による判定指標を満たす本邦のCRPS195例と非CRPS疼痛疾患146例を対象に、患者の症状、徴候をチェックリストに沿って評価し、これらをもとに、平成19年、臨床用と研究用の判定指標を発表した。臨床用は、感度82.6%、特異度78.8%で判定でき、研究用は、感度59%、特異度91.8%で判定できるとされている。

もっとも、同厚労省の判定指標も、その前提として、IASPのCRPS診断基準を満たし、複数の専門医がCRPSと分類することを妥当と判断した患者群と四肢の痛みを有するCRPS以外の患者とを弁別する

指標であること、また、臨床用判定指標については、治療方針の決定、専門施設への紹介判断などに使用されることを目的として作成されており、事後的に患者の遷延する症状が CRPS によるものであるかを判断するために作成されているのではないことが明示されている。

ただ、裁判等の紛争になれば、CRPS の診断に関して、具体的に拠るべき基準もなく、上記作成経緯等に鑑みれば、厚労省 CRPS 研究班の判定指標は、到底無視できないであろう。実際、本裁判例も、これらの基準・指標が CRPS の診断の医療水準として重要な資料になること自体は、否定しておらず、今後も、作成目的や趣旨など適用範囲に注意しながらも、この判定指標が重要な資料とされるものと思われる。

なお、前述の通り、医療水準は、「診療当時」の医療水準になるが、厚労省 CRPS 研究班の判定指標は、A が H クリニックの通院を中止した以降に発表されているので、本裁判例においては、厚労省の判定指標は、医療水準を認定する資料にはなっていない。

3. CRPS の治療について

上記診断の場合と同様、CRPS の治療法においても、エビデンスレベルの高い治療法はなく、厚労省 CRPS 研究班によっても、いまだ CRPS の治療指針は作成できないとされている。

現在 CRPS に対して行われている薬物療法その他治療法のほとんどは、他の神経障害性疼痛や非癌性慢性疼痛で効果が確認されている治療法を流用して行われているとされている。

他方で、同研究班は、このような状況でも、CRPS の国際専門委員会がリハビリによる機能障害への治療、精神心理学的な治療、疼痛に対する治療を並行して行うよう推奨していることが参考になるとしている。

本裁判例も、この厚労省 CRPS 研究班の議論を参考にしながら、H クリニックが、患者の訴えに併せて、可動域低下に対しては早期のリハビリ実施、痺れ、疼痛に対しては、薬物療法、神経ブロックを行ったことを、適切と評価した。

したがって、CRPS に対する治療法については、神経障害性疼痛や非癌性慢性疼痛や CRPS の国際専門委員会の推奨する治療法が参考になるものと思われる。

【出典】

- ・ 医療判例解説54号56頁

【参考文献】

- ・ 住谷昌彦, 他. 日本臨床麻酔学会誌. 2010; 30: 420-429.
- ・ 眞下 節, 他編. 複合性局所疼痛症候群 CRPS (complex regional pain syndrome). 東京: 真興交易医書出版部; 2009. p. 70-78.

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [2 疼痛性障害の薬物治療と症状のコントロール](#) **
- ・ [肩関節周囲炎の診断と治療保存療法と手術的治療のタイミング](#) **
- ・ [肩関節周囲炎\(肩関節拘縮\)](#) ***
- ・ [肩関節術後の見逃してはいけない術後サイン](#) ***
- ・ [\(9\) 複合性局所疼痛症候群](#) ***
- ・ [複合性局所疼痛症候群の身体イメージの変容とリハビリテーション](#) **
- ・ [CRPS 複合性局所疼痛症候群](#) ***

- ・ [神経障害性疼痛・複合性局所疼痛症候群\(CRPS\)**](#)
- ・ [上肢の複合性局所疼痛症候群の治療の満足度**](#)
- ・ [整形外科医が行うCRPS\(複合性局所疼痛症候群\)に対する初期治療**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。