

胸腔鏡下拡大胸腺摘出術において、 医師の手技上の過失が認められた事例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

重症筋無力症およびその合併症である胸腺腫と診断された患者(男性, 当時47歳)が, 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を受けたところ, 手術中に大量出血により低酸素脳症を発症し, 意識が回復しないまま, 手術の約1年後に死亡した。

患者の相続人が, 摘出術を執刀した医師には胸腺静脈を視認せず根元を剥離した過失があるとして, 病院に対して損害賠償を求めたところ, 裁判所は執刀した医師の過失を肯定し, 損害賠償の請求を認めた。

キーワード: 重症筋無力症, 胸腺腫, 拡大胸腺摘出術, 低酸素脳症, 事実認定

判決日: 広島地方裁判所令和2年12月22日判決

結論: 請求一部認容(約8248万円)(控訴有)

【事実経過】^{1) 2)}

年月日	経過
平成27年 10月頃	患者A(男性, 当時47歳)は, H病院にて, 重症筋無力症およびその合併症である胸腺腫と診断され, 胸腺腫を摘出する手術を受けることになった。
11月4日	患者Aは, 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(以下, 「本件手術」)を受けるため, H病院に入院した。
11月5日 午後2時41分頃	H病院のO医師, P医師, Q医師は, 患者Aを全身麻酔下で, 左半側臥位の状態にして, 本件手術を開始した。 当初, 患者Aの胸部に, 10mmのポートを1箇所, 5mmのポートを2箇所設けた。 10mmのポートからはQ医師が胸腔鏡を挿入し, 5mmのポートからは, 執刀医であるO医師が把持鉗子や電気メス, リガシユアなどを挿入し, 縦隔胸膜の切開や胸腺右葉下極の剥離などを進めた。 なお, 胸腔鏡の映像は, 手術室のモニターに拡大して映し出されており, O医師ら全員がその映像を見ながら手術を行った。
午後3時頃	O医師が左腕頭静脈から胸腺組織を剥離していくと, 左腕頭静脈と胸腺とを結ぶ胸腺静脈を視認することができた。 ただ, 上記のポートからでは器具の操作が難しかったことから, O医師はさらに5mmのポートを1箇所追加し, リガシユアを左腕頭静脈と平行になるように挿入して, 1本目の胸腺静脈をシーリングした上で切離した。

	P医師は上記5mmのポートが追加されてから、把持鉗子などの器具を挿入し、胸腺を動かすなどの操作を行うようになった。
午後3時7分頃	<p>O医師が引き続き、左腕頭静脈から胸腺組織を剥離していくと、左腕頭静脈下縁が引っ張られているような感覚があった。</p> <p>O医師は、2本目の胸腺静脈の存在を疑ったが、<u>胸腺静脈が左腕頭静脈から枝分かれした根元を確認することはできなかった(H病院側は根元を視認していたと主張していたが、裁判所はH病院の主張を認めなかった)</u>。</p> <p>O医師は、2本目の胸腺静脈が存在すると思われる部位を、周囲の胸腺組織などを含めるようにして、リガシユアでシーリング操作をした上で切離した。</p> <p>すると、直後に切離部位から出血が生じたため、O医師は把持していた胸腺組織を出血部位に当て、圧迫止血を試みた。</p> <p>出血により胸腔鏡での視野が取れなくなったことから、リガシユアを抜いて吸引管を挿入し、血液を吸引しつつ、圧迫止血を続けた。</p> <p>O医師は、圧迫を解除すると出血の勢いが強くなったこともあり、患者Aに対して、開胸を行い、直接圧迫止血を行うこととした。</p>
午後3時21分頃	<p>O医師は、患者Aに対して第4肋間前側方開胸を行い、胸腔内にガーゼを詰め、ガーゼを介して指で圧迫止血した所、ある程度出血の勢いが弱まってきた(なお、H病院の主張によると、O医師は緊急時の開胸として胸骨正中切開を行った経験はない、とのことである)。</p> <p>大量のガーゼを詰めたため、詳細な出血点を確認することができなかったことから、O医師が視野を確保するため第4肋軟骨を切断すると再び出血の勢いが強まり、出血のコントロールが困難となった。</p> <p>そこで、O医師らは心臓血管外科に協力を要請するとともに、患者Aに対する輸血や心肺補助装置の稼働などを行った。</p>
午後5時頃	<p>R医師(心臓血管外科医)が手術室に到着し、胸腔内のガーゼを外したところ、左腕頭静脈の下縁に1cm程度の裂傷が存在していることが視認できた。</p> <p>そのため、R医師は、患者Aの胸骨を横断切開し、出血部位の縫合をした。</p>
平成28年 10月29日	患者Aは、本件手術中の大量出血により低酸素脳症を発症し、意識が回復することのないまま、死亡した。

【争点】

1. リガシユアを使用して胸腺静脈を切離する際に、シーリングに失敗して出血した場合に胸腺静脈を止血するためののり代を残すため、左腕頭静脈の根元から5mm程度離れた部位を切離すべきところ、切離部位に関する過失が有るか
2. 出血後の開胸法に関する過失が有るか
3. 出血後の止血法に関する過失が有るか

※裁判所は、出血自体に関する過失(1)を認めて患者側の請求を認めたため、出血後の対応に関する過失(2, 3)を論じていない。そのため、本稿でも1に関する過失について扱うこととする。

【裁判所の判断】^{1) 2)}

本件で、H病院は、リガシユアを使用して胸腺静脈を切離する際に、左腕頭静脈の根元から7.5mm程

度離れた部位を切離したと主張していたこともあり、「根元から 5mm 程度離れた部位を切離すべきか」という点について、積極的に争っていない。

そのため、裁判所は、上記 1 の過失を判断するに際し、根元から 5mm 程度離れた部位を切離すべきことを前提として、「O 医師らが 2 本目の胸腺静脈を視認していたか」、「2 本目の胸腺静脈のどの部位を切離し出血が生じたのか」について事実を認定している。

以下、裁判所の事実認定を各々記載する。

1. 2 本目の胸腺静脈を視認していたかについて

H 病院は、O 医師らが 2 本目の胸腺静脈が左腕頭静脈から枝分かれした根元を視認できており、2 本目の胸腺静脈の正確な位置を確認できていたと主張していた。また、Q 医師の証言や O 医師の陳述記載を根拠に、2 本目の胸腺静脈を切離する際に O 医師が Q 医師に対してこれが胸腺静脈であることを確認した、との主張もした。

裁判所は、H 病院の診療録には、1 本目の胸腺静脈を切離した際の状況について、「SVC から無名静脈(左腕頭静脈)をたどるようにして剥離し、胸腺静脈を 1 本同定した」と記載しているのに対し、2 本目の胸腺静脈を切離した際の状況については「胸腺を牽引すると無名静脈の下縁の組織がつっぱる感触があり胸腺静脈の存在を疑った」と記載されていることを指摘した。上記診療録の記載は、O 医師が本件手術当日に記載し(01 版)、翌日に加筆修正し(02 版)、同月 11 日に加筆修正したものであり(03 版)、その信用性は高いといえることができる、とした。

そのうえで、上記診療録の記載からすれば、1 本目の胸腺静脈については O 医師がその存在を明確に視認した上で切離を行ったことがうかがわれる。これに対し、2 本目の胸腺静脈については、胸腺静脈の存在を疑ったのみであり、それを同定することのないまま、胸腺静脈と思われる血管の周囲の胸腺組織ごと切離したことがうかがわれる、とした。

2 本目の胸腺静脈を確認し合ったという Q 医師の証言や O 医師の陳述については、胸腺を牽引した際の感触等に基づいてそこに胸腺静脈が存在すると判断し、それを確認し合った旨を証言したものにすぎないとした。

また、本件手術に立ち会っていた麻酔科医が作成した麻酔記録によれば、出血直後の午後 3 時 9 分に生じた出来事として「出血++ あとで無名静脈から胸腺静脈を(原文ママ)思われる組織を剥離、切断した直後と判明」と記載されている。この記載からすれば、胸腔鏡の画像をモニターにて見ていた麻酔科医も、2 本目の胸腺静脈を切離した際、それが胸腺静脈であるかどうかを明確に認識していなかったことが認められる、とした。なお、上記麻酔記録の記載が本件手術後に O 医師から伝えられた内容を麻酔科医が記載したものである場合には、2 本目の胸腺静脈を切離した際、それが胸腺静脈であるかどうかを O 医師ら自身が明確に認識していなかったことが認められる、とした。

2. 2 本目の胸腺静脈の切離場所と出血の経緯について

H 病院は、O 医師が 2 本目の胸腺静脈が左腕頭静脈から枝分かれした根元から 7.5mm 程度離れた部位を切離したところ、原因不明であるが切離部位から出血し、その後の圧迫止血に伴って徐々に裂傷が左腕頭静脈にまで広がり、最終的に左腕頭静脈の下縁に 1cm 程度の裂傷が生じた旨、主張した。

裁判所は、胸腺静脈がそのような裂け方をすることについては、H 病院の主張を裏付ける的確な医学的知見は存在しない、とした。また、胸腺静脈がそのような裂け方をした場合、裂けた胸腺静脈が左腕頭静脈から枝分かれした根元に残存すると考えられるのに、R 医師(心臓血管外科医)は、左腕頭静脈の下縁 1cm の裂傷の存在は視認できた一方で、2 本目の胸腺静脈が裂傷付近に存在するかどうかを視認していない。そのため、切離部分から出血が生じた時点に

において、既に根元から切離されたため、2本目の胸腺静脈が残存していなかったことが、うかがわれるとした。

また、患者Aの左腕頭静脈の下縁1cmの裂傷は、胸腺静脈が枝分かれした根元を切離し、その後の圧迫止血等の操作により拡大したと考えるのが自然である、とした。

さらに、左腕頭静脈の根元から5mm程度離れた部位を切離していれば、O医師が胸腺組織を出血部位に当てて圧迫止血できたはずであるし、胸腔鏡内の視野が取れないほどの大量出血が生じるとも考えにくいとした。

上記の点を総合すると、O医師が2本目の胸腺静脈を視認することのないまま、リガシユアでシーリング操作をした上で切離したところ、胸腺静脈が左腕頭静脈から枝分かれした根元が切離され、切離部位から出血が生じたものである。また、その後の圧迫止血等の操作によって、最終的に左腕頭静脈の下縁に1cm程度の裂傷が生ずるに至ったと認めることができる、とした。

なお、裁判所は傍論で、2本目の胸腺静脈がシーリングされなかった原因として、O医師が左腕頭静脈をリガシユアのあごで挟んでしまった可能性すら考えられる、とも指摘した。

【コメント】

1. はじめに

当シリーズでは、手術における医師の手技上の過失が問題となった事例を既に紹介している。過失の肯定例として、[「白内障手術における合併症と過失について」\(眼科:東京地裁平成13年1月29日判決\)](#)、[「結石除去と手技上の過失の認定」\(消化器科:那覇地裁平成23年6月21日判決\)](#)、[「院内会議の議事録と裁判所の実事認定」\(耳鼻咽喉科:前橋地裁平成26年12月26日判決\)](#)、過失の否定例として、岡山地判平成23年7月12日(消化器外科)がある。

本判決は、上記過失を肯定した裁判例と比べると、術者の経験、手術の難易度といった周辺事情に依らず、手術における手技上の不注意の態様を事実認定した上で、医療機関側の過失を肯定している点に特色がある。裁判所が手技上の不注意の態様を認定するに際し、どのような証拠に基づきどのような事実認定を行っているかを知ること、今後の診療の参考にしていただきたい。

2. 本件における争点

胸腔鏡下拡大胸腺摘出術は、片肺換気かつ患者が左側臥位で行われることが多いため、低酸素脳症に陥りやすい状況下での手術として、臨床上、慎重さが求められる。ただ、本件では、患者側が手技上の過失のみを問題としたため、専ら手技に関する事実認定が争点となった。具体的には、執刀医らが「2本目の胸腺静脈を視認していたか」(視認の有無)と、「2本目の胸腺静脈のどの部位を切離したのか」(切離場所)について、患者側と医療機関側の主張が真っ向から対立した。

3. 本件における事実認定

(1) 視認の有無

まず、裁判所は、視認の有無について、診療録の記載(「胸腺静脈の存在を疑った」)、および麻酔記録の記載(「胸腺静脈(と)思われる組織を剥離、切断」)を重視して、執刀医らは2本目の胸腺静脈の根元を視認していなかったと認定した。

(2) 切離場所

上記のとおり、執刀医らが2本目の胸腺静脈の根元を視認していなかったと認定された以上、切離場所について、ただちに医療機関側の主張に沿う形での認定は難しくなる。

他方で、視認していなかったとしても、結果的に根元から5mm以上離れた場所を切離した可能性も否定できないため、ただちに切離場所についての患者

側の主張が認められるわけでもない。

裁判所は、切離場所について、O 医師が 2 本目の胸腺静脈の根元を切離したと認定したが、同認定に際し、圧迫止血で止血できない程度の出血があったこと、および手術の途中から参加した R 医師(心臓血管外科医)が、2 本目の胸腺静脈が裂傷付近に存在するかどうかを視認していないことを重視しているように思われる。

まず、圧迫止血で止血できない程度の出血があったことについて、O 医師および Q 医師の証言を認定証拠としていることからすると、手術を担当した医師らは当該事実を争わなかったものと推察される。ただ、使用した器具(リガシユア)の不具合で出血した可能性も否定できないため、出血量が多量であることだけでは、胸腺静脈を根元から切離したことを導く証拠としては弱い。そのため、切離場所の認定において、R 医師の証言が重大な影響を与えている。

R 医師が 2 本目の胸腺静脈を視認していないという事実を認定した根拠は、判決文では「乙 A7」(証拠番号を意味する)とされているのみであり、その具体的な内容は正確には不明であるが、おそらく R 医師の陳述書や手術記録など R 医師の認識を記載した証拠であると推察される。そして、R 医師は出血の経緯に関与していない第三者的立場にあるため、裁判所は R 医師の証言を重視し、信用できると判断したといえる。

そのうえで、裁判所は、O 医師が 2 本目の胸腺静脈の根元を切離したため、もはや 2 本目の胸腺静脈は左腕頭静脈に残っておらず、R 医師が 2 本目の胸腺静脈を視認できなかったものと認定した。

4. 裁判官による事実認定の手法

(1) 裁判官の見解

東京地裁の医療集中部にて裁判長を務めた秋吉裁判官は「私が裁判官に初めて任官したとき以来、先輩からよく言われることは、当事者の言い分が食い違ったときには、どちらが客観的な証拠資料と整合して

いるかということをきっちり判断していきなさいということです。…言い分が食い違ったときに、一つ客観的なものがあるのであれば、それをよりどころにして、それについての合理的な説明ができるかどうかを審理していきましょうというのが、紛争ばかり扱っている裁判所としては…当たり前の発想なんですね」と指摘する³⁾。

この裁判官の発言からは、裁判所は、種々の証拠から「客観的なもの」を見出し、「客観的なもの」を拠りどころとして、両当事者のどちらの主張が合理的な説明と評価でき、信用できるのかという視点で事実を認定しているといえよう。

(2) 本件における認定

本判決は広島地裁の医療集中部の判断であるが、以下、上記(1)の裁判官の見解をふまえて、本判決の事実認定を分析してみる。

まず、裁判所は、視認の有無について、診療録や麻酔記録に依拠する形で事実認定を行っており、本件診療録や麻酔記録を信用できると評価している。

もちろん、常に診療録や麻酔記録が信用できると評価されるわけではないが[「[白内障手術に関するカルテの改ざんについて損害賠償責任が認められた事例](#)」(東京地裁令和 3 年 4 月 30 日判決)、[「電子カルテの改ざんと裁判所の反応」](#)(大阪地裁平成 24 年 3 月 30 日判決)を参照]、裁判所は診療録の記載内容は原則として真実と扱う傾向にある(東京高裁昭和 56 年 9 月 24 日判決)。本件も改ざんをうかがわせるような事情もないため、原則どおり、診療録や麻酔記録を信用できるとし、その結果、患者側の主張(胸腺静脈を視認していなかった)を合理的な説明と評価したといえる。

また、切離場所との関係で問題となった「出血量」については、医療機関側が積極的に争わなかったこともあり、信用できると評価したといえる。さらに、R 医師は出血の経緯に関与していない第三者的立場にあるため、裁判所は R 医師の主張を信用できると評

価したといえる。

特に、リカバリー処置を行なった R 医師が 2 本目の胸腺静脈を視認していないという事実は、患者側の主張(胸腺静脈の根元から切離したため R 医師は視認できなかった)に整合的である。これに対し、医療機関側の主張(根元から 7.5mm 離れた部位を切離した)を前提とすると、なぜ R 医師は残っているはずの胸腺静脈の一部を視認できなかったのか、という疑問が残ることになる。そのため、裁判所は、根元を切離したという患者側の主張を合理的な説明であるとし、信用できると評価したといえる。

このように、本判決も、上記(1)の裁判官の見解に概ね沿う形で事実認定を行っている。

5. 本判決をふまえた対応

「2 本目の胸腺静脈の切離場所と出血の経緯」で問題とされた、出血の多さや心臓外科医である R 医師のコメントについては、純粋な事実経過である。診療録等に事実経過に反する記載を行うと、それが判明した場合、裁判所が医療機関側の主張は信用できないと判断するおそれが高く、診療録等には事実経過に基づく正確な記録の記載を改めて励行すべきである。また、上記の裁判例([東京地裁令和 3 年 4 月 30 日判決](#), [大阪地裁平成 24 年 3 月 30 日判決](#))の事例のように、事実経過に反する記載を行うと、それ自体が別途損害賠償の対象となりうるので注意されたい。

これに対し、視認の有無で問題とされた診療録や麻酔記録の記載については、上記のとおり、「思われる」や「疑った」という微妙な表現の言い回しが、裁判所の認定に重大な影響を与える結果となっている。

O 医師も麻酔科医師も、記録上のコメントが、後々裁判所の認定に影響を及ぼすとは、記載時点では想定していなかったであろう。しかし、上記のとおり、裁判官は客観的なものを軸として、それについて合理的な説明ができ、信用できるかという視点で事実認定をする傾向にある。また、診療録や麻酔記録の記載

は信用できるものと評価されやすく、その結果、診療録の記載が裁判所の事実認定に重大な影響を与える。事実の範囲内であることは前提であるが、診療録への記載内容は、誤解を与えかねない表現を避けたり、表現を一貫させたりするなど、十分に注意されたい。

【参考文献】

- 1) 判例時報 2493 号 41 頁
- 2) 判例秘書
- 3) 判例タイムス 1355 号 31 頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [悪性縦隔腫瘍に対する胸腔鏡下手術***](#)
- ・ [重症筋無力症に対する胸腔鏡下拡大胸腺摘除術 12 例の検討 ~特に急性期成績について~***](#)
- ・ [造影 CT における胸腺静脈の至適造影方法***](#)
- ・ [LPD3-5. 胸腔鏡下手術世代に贈る血胸時の緊急開胸法**](#)
- ・ [特集 プロに学ぶ手術所見の記載法 序 手術所見の基本とコツ**](#)
- ・ [第 6 回 医療事故と過失**](#)
- ・ [2 ベッセルシーリングシステム**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。