

またまた腹部緊急疾患

急患室のリスク管理

消化器外科

西平友彦

# 判例の分析

日本腹部救急医学会雑誌 33(1) : 23-29, 2013

原 著

## 急性腹症診療における医療訴訟と医療水準

福岡大学医学部外科学講座消化器外科  
中村伸理子, 山下裕一, 佐々木隆光

**要旨:** 急性腹症に関する裁判は少なくない。胆石症・胆嚢炎, 急性膵炎, 絞扼性イレウス, 虫垂炎について直近10年間の裁判例を調査検討した。病院側有責事例は23例あり, 過失は, 検査・診断6例, 手術時期3例, 治療・処置5例, 手術手技5例および術後管理5例等であった。裁判では, 書証や鑑定等をもとに医療水準が認定される。今回の調査では, 書証として, 「急性膵炎の診療ガイドライン」, 「急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン」が用いられていた。ガイドラインを念頭に置いた診療が重要である。鑑定が行われている事例では, 鑑定結果に沿った医療水準が示されており, 鑑定の質の維持ならびに向上が望まれる。

【索引用語】 急性腹症, 医療訴訟, ガイドライン, 鑑定

### はじめに

急性腹症の処置や手術に関する裁判例は少なくない。そこで, 急性腹症として, 胆石症・胆管炎, 急性膵炎, 絞扼性イレウスおよび虫垂炎を取り上げ, これらの疾患に関し, 訴訟における医療水準の判断材料とその採用法などを明らかにすることを試みた。

### 1. 対象および方法

胆石症・胆管炎, 急性膵炎, 絞扼性イレウスおよび虫垂炎の診療に関する裁判例で, 判決日が2001年以降の事例について, 最高裁判所ホームページ判例検索, 判例検索データベース「LEX/DB インターネット」, 「判例秘書アカデミック版」および医療訴訟裁判例要旨集「医療訴訟ケースファイル」<sup>1)~4)</sup>を用いて検索した。

最も直近の裁判例として, 判決日が2011年6月の裁判例が該当したことから, 判決日が2001年7月より2011年6月までの10年間の裁判例を対象とした。

上記直近10年間において, 胆石症・胆管炎5例, 急性膵炎9例, 絞扼性イレウス13例および虫垂炎6例の合計33例が該当した。胆石症の治療経過中に急性膵炎を発症している症例など, 疾患が重複するものは, 主な争点となっている疾患の事例とした。下級審と上級審が存在するものは, 上級審のみを取り上げた。

この33例の裁判例について, 病院側の賠償責任を認める判決を認容判決, 認めない判決を棄却判決とし, 認容・棄却の別を検討した。以下, 認容・棄却の別を判決内容という。さらに, 診療行為の適否に関する争点とその判断結果や理由, 鑑定の有無などについて検討した。診療行為の適否は, 検査や診断, 治療や処置,

手術時期, 手術手技, 術後管理, 説明およびその他に分けて分析した。なお, 死因や因果関係, 損害等の争点については検討から除いた。

### II. 結 果

#### 1. 判決内容

疾患別の判決年毎の判決内容を表1に示す。

胆石症や胆管炎は5例であり, 認容3例と棄却2例であった。同様に, 急性膵炎は9例であり, 認容6例と棄却3例であった。絞扼性イレウスは13例であり, 認容9例と棄却4例であり, 虫垂炎は6例であり, 認容4例と棄却2例であった。

#### 2. 疾患別の争点および判断結果等

疾患別に診療年月, 患者の転帰, 判決内容および争点となった診療行為とその判断結果, 鑑定の有無などを表2~5に示す。

##### ①胆石症・胆管炎 (表2)

胆石症では, 4例すべてにおいて手術手技の過失が争点となっており, 事例2, 事例4の2例で過失と判断されていた。事例2は, 開腹手術での経胆嚢管法において, 操作の誤りにより結石を嵌頓させ膵炎を発症させた過失であった。事例4は, 腹腔鏡下胆嚢摘出術において, 胆嚢と十二指腸球部前壁との癒着部分を剥離する際の操作の誤りにより十二指腸球部に穿孔を生じさせた過失であった。

事例3は, 手術手技の過失は否定されたが, 術前の説明について, 「通常の場合よりも十二指腸穿孔を起こす危険性が高いことや, 十二指腸穿孔を起す場合には緊急手術を必要とし, 生命の危険もある重篤な症状となり得ることの説明」が行われていないとして説明義務違反と判断されていた。

# • 10年間の裁判33例の検討

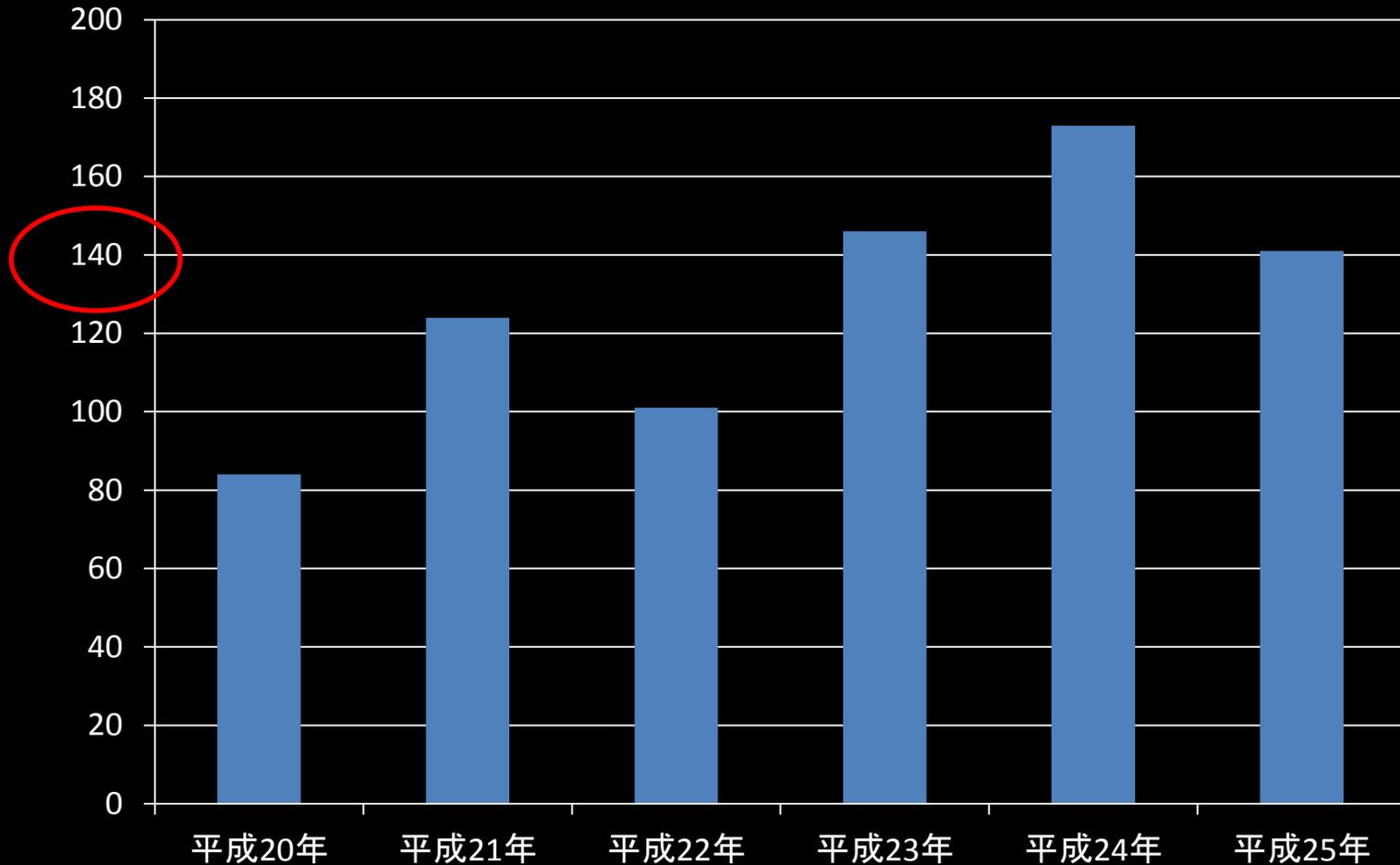
- 絞扼性イレウス
- 胆嚢炎胆管炎
- 急性膵炎
- 虫垂炎

# 消化器外科8大手術

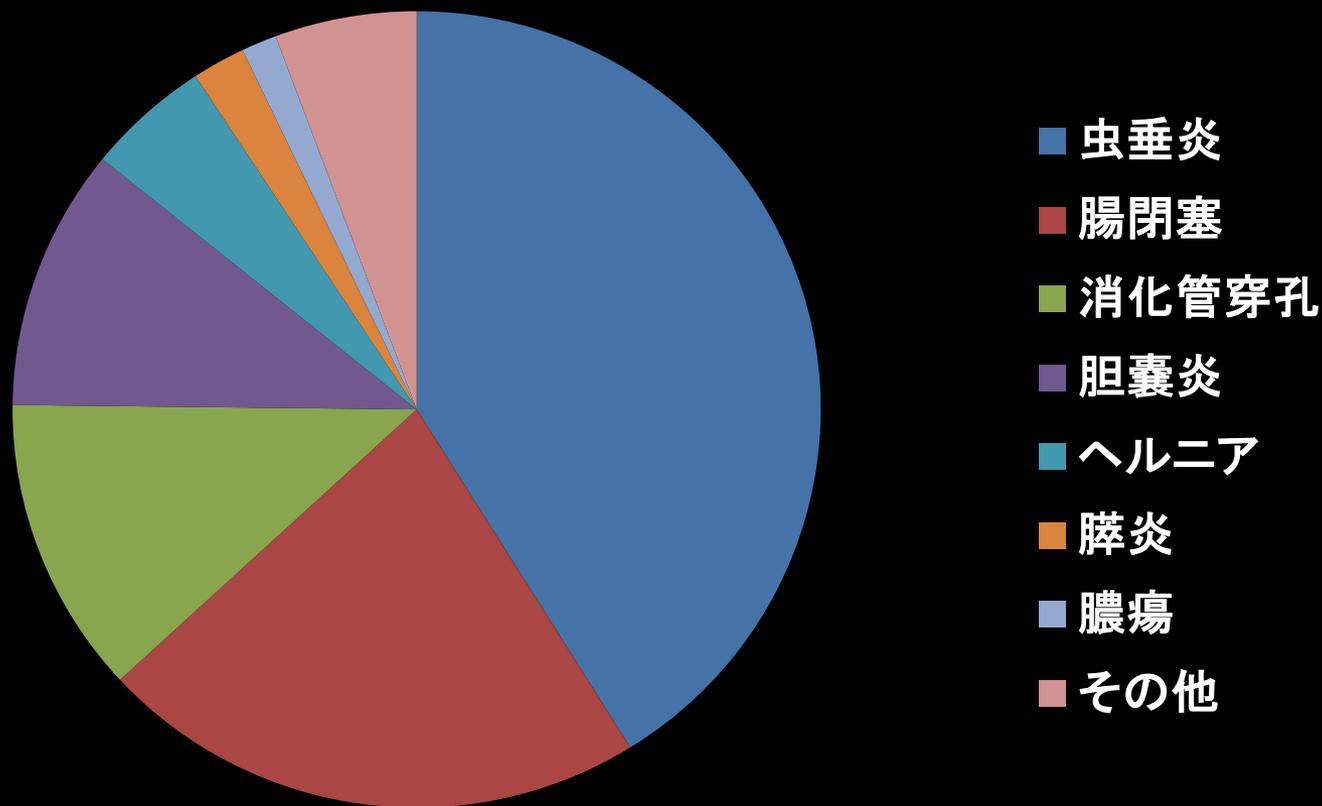
表 15. 主たる 8 術式の手術件数と死亡率

術式	手術件数	術後 30 日死亡数/率 (%)	手術関連死亡数/率 (%)
食道切除再建術	10,862	118/1.1	341/3.1
胃全摘術	39,774	401/1.0	930/2.3
胃切除術 (幽門側)	72,910	440/0.6	967/1.3
結腸右半切除術	38,924	476/1.2	881/2.3
低位前方切除術	37,305	163/0.4	285/0.8
肝切除術 (外側区域以外の区域)	15,673	297/1.9	596/3.8
膵頭十二指腸切除術	17,634	234/1.3	519/2.9
急性汎発性腹膜炎手術	16,930	1,482/8.8	2,385/14.1

# 年度別緊急手術総数



# 平成25年度緊急手術疾患内訳



- 1位 虫垂炎で約40%
- 2位 腸閉塞
- 3位 消化管穿孔
- 4位 胆嚢炎

やはり**虫垂炎は多い！！**

# 結構敗訴している

日本腹部救急医学会雑誌 Vol. 33(1) 2013

表1 直近10年間の判決内容

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	認容 (件数)	棄却 (件数)
胆石症・胆管炎	●								○ ●		● ●	4	1
急性膵炎	●		○	● ○ ●		●	○ ●	●				6	3
絞扼性イレウス		● ●	○	○	●	●	○ ●	○	● ● ●	●		9	4
虫垂炎			● ● ● ●			○	○					4	2

●：認容（病院側有責）判決, ○：棄却（病院側無責）判決

# 各診療ステップ毎の病院敗訴数

検査・診断	6
手術タイミング	3
処置	6
手術手技	5
術後管理	5

# 検査診断+手術タイミング 敗訴数

胆石胆嚢炎	0/5
急性膵炎	1/6
絞扼性イレウス	8/13
虫垂炎	0/6

# 絞扼性イレウス

表4 絞扼性イレウス

事例	診療年月	転帰	判決	検査・診断	手術時期	手術手技	術後管理	説明	その他	鑑定	判決日等
15	2007.6	死亡	認容	●						なし	仙台地裁 2010.5.24 LEX/DB
16	2006.4	死亡 <sup>※1</sup>	認容	●						なし	東京地裁 2009.10.29 判タ 1335-175
17	2006.4	死亡	認容	●						あり	横浜地裁 2009.10.14 判タ 1321-172
18	2003.5	死亡	認容		●					なし	東京地裁 2006.5.31 判タ 1244-268
19	2001.9	死亡	認容		●					あり	名古屋高裁 2007.10.17 判タ 1278-264
20	2001.5	人工肛門造設	棄却		○					なし	東京地裁 2008.9.1 LEX/DB
21	詳細不明	死亡 <sup>※2</sup>	棄却	●						あり	大阪地裁 2007.12.26 ケースファイル Vol.4 <sup>4)</sup>
22	2000.6	死亡	認容	●						なし	名古屋地裁 2005.5.25 判時 1908-151
23	1998.3	体幹機能障害 (1級)	認容				●			あり	広島高裁 2009.3.11 判例秘書
24	1994.11	小腸機能障害 (5級)	認容		●					あり	福岡地裁 2002.5.10 判タ 1145-193
25	1994.3	死亡	棄却		○	○	○			あり	広島高裁 2004.3.18 LEX/DB
26	1993.10	死亡	棄却		○			○		なし	東京地裁 2003.2.28 ケースファイル Vol.1 <sup>1)</sup>
27	1991.4	意識障害 (1級)	認容		○				●	あり	札幌地裁 2002.6.14 判タ 1206-240

※1 因果関係は否定、相当程度の可能性のみ認定

※2 因果関係、相当程度の可能性いずれも否定し、請求は棄却

●：過失あり，○：過失なし

# 絞扼

絞

紐状のもので首を絞める

扼

手で首を絞める

# 絞扼

腸が絞扼されると虚血阻血する この時強い  
痛みが出る

痛み止めが効きにくい

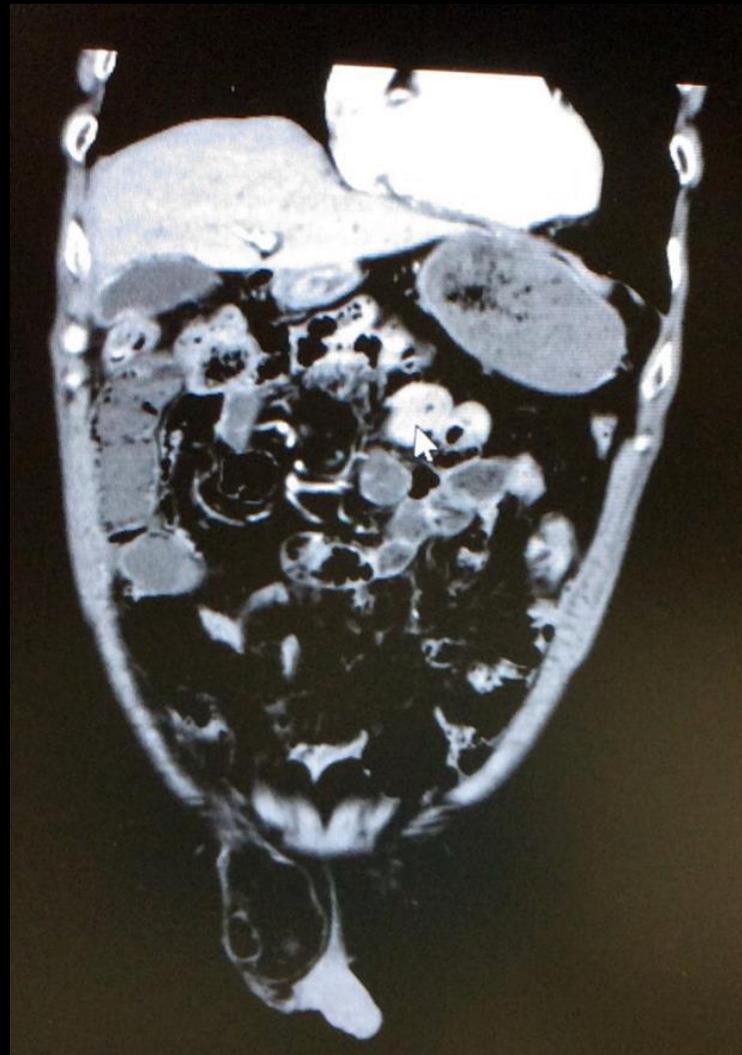
臓器虚血は痛い 例 狭心症 心筋梗塞 虚血肢

# 絞扼性イレウス

絞扼程度が強ければ強いほど  
阻血による痛みが強い

腹部理学所見に異常がなくても可能性を否定できない

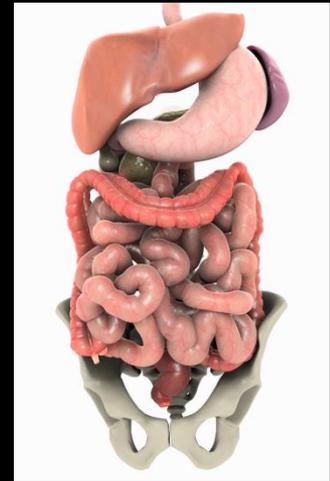
# Closed loop サイン



# 絞扼性イレウスの機序分類

## 1 腸管係蹄の絞扼

狭義の絞扼性イレウス



## 2 腸重積

## 3 腸管軸捻転

## 4 ヘルニア嵌頓

# 絞扼性イレウスの機序分類

## 1 腸管係蹄の絞扼

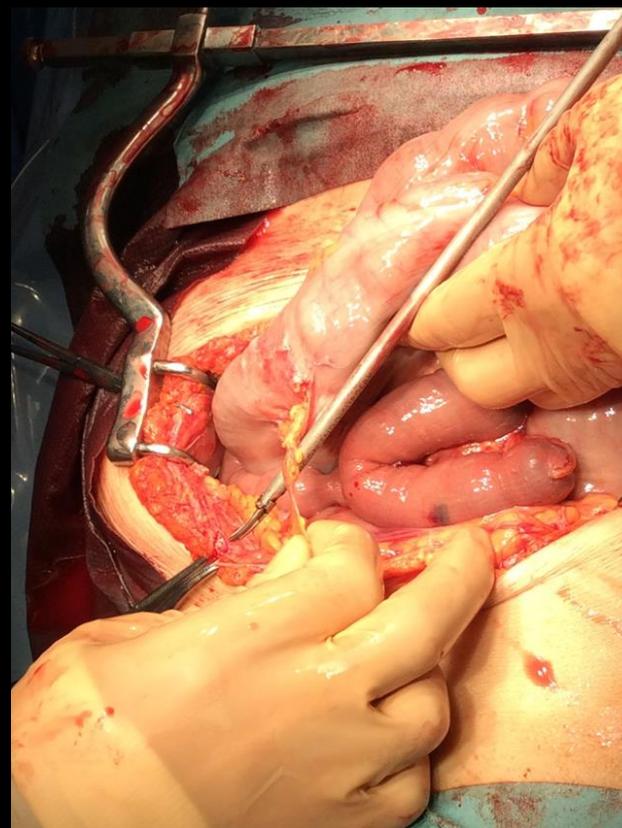
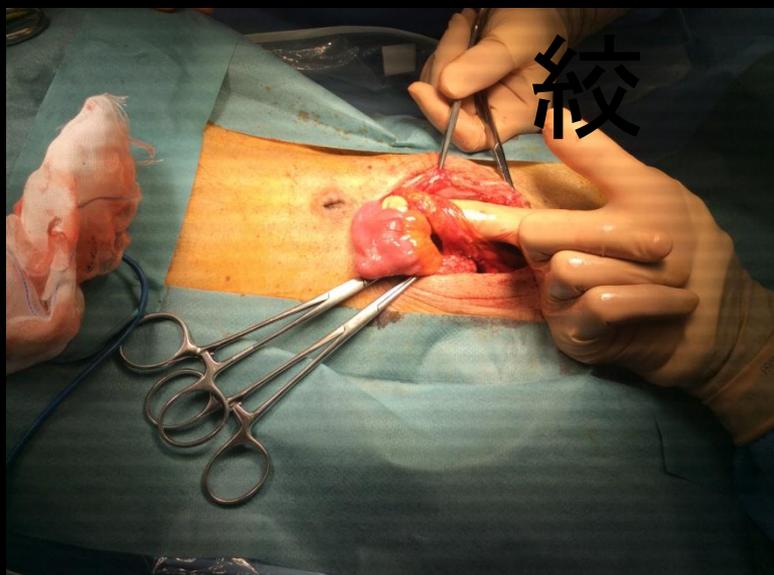
### 狭義の絞扼性イレウス

## 2 腸重積

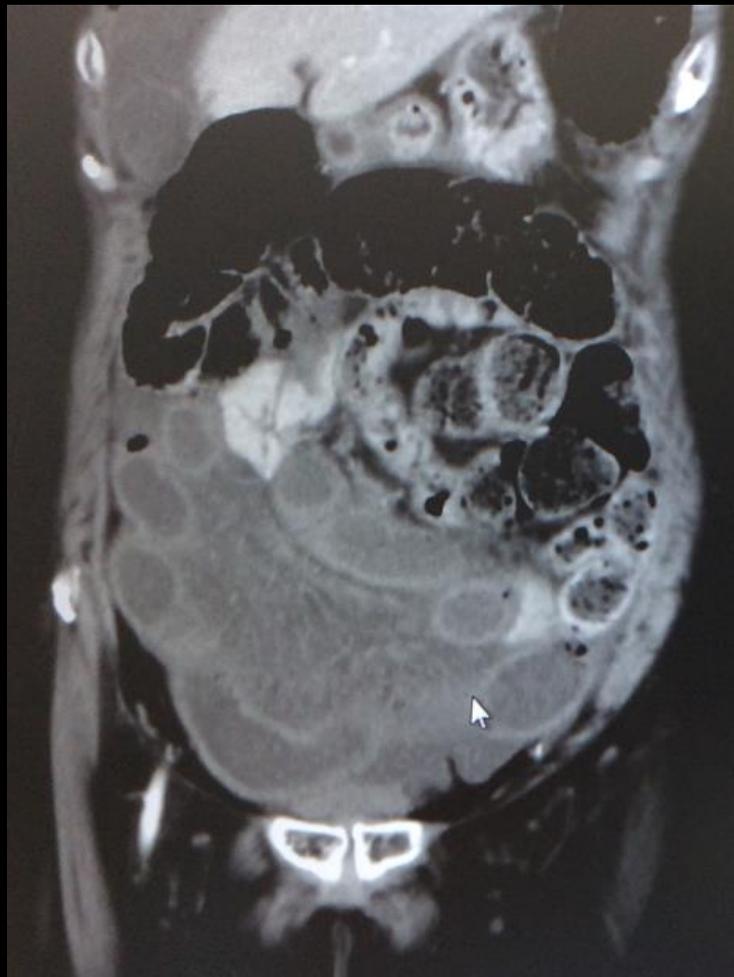
## 3 腸管軸捻転

## 4 ヘルニア嵌頓

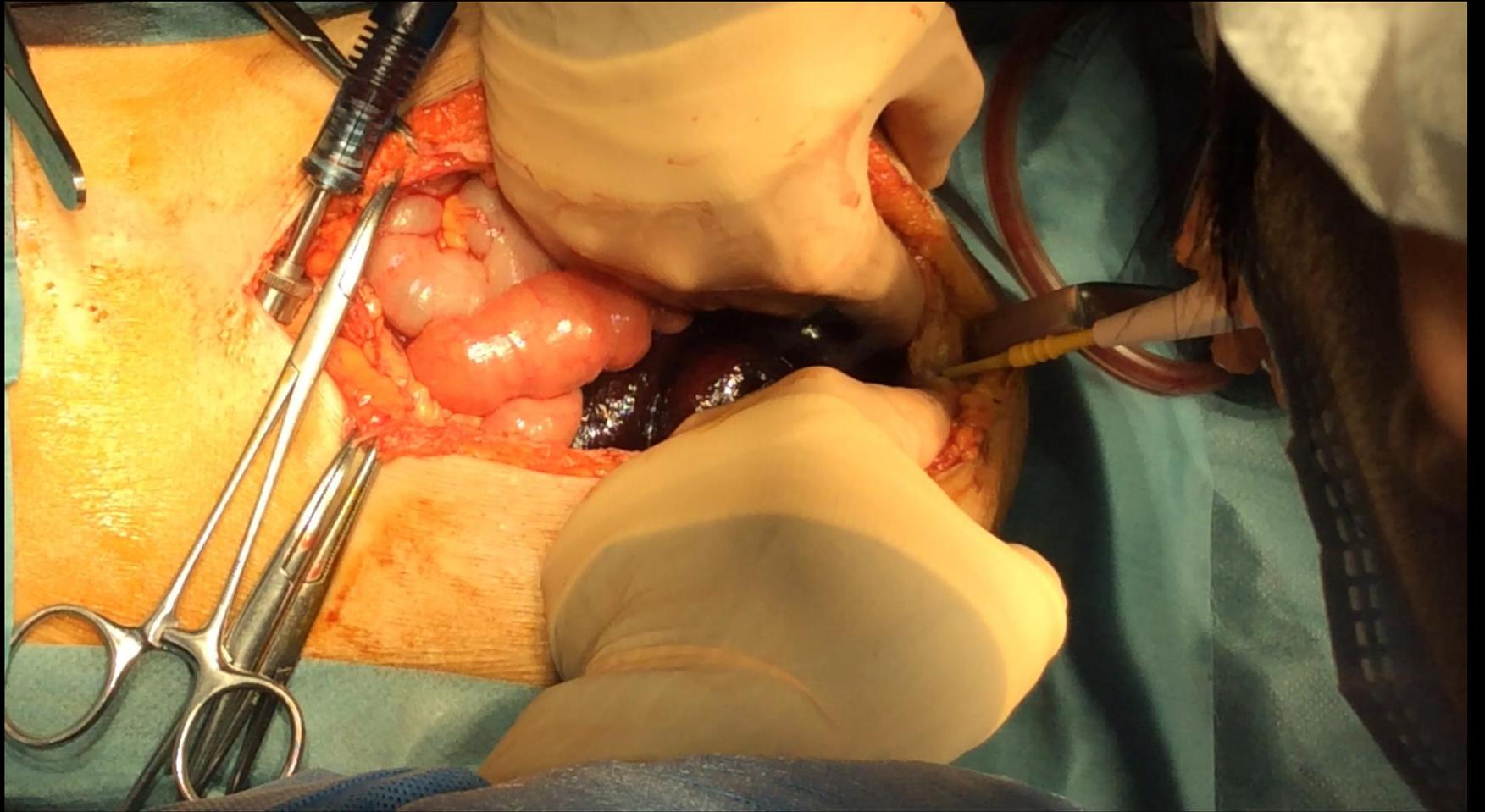
# 既往手術による索状物

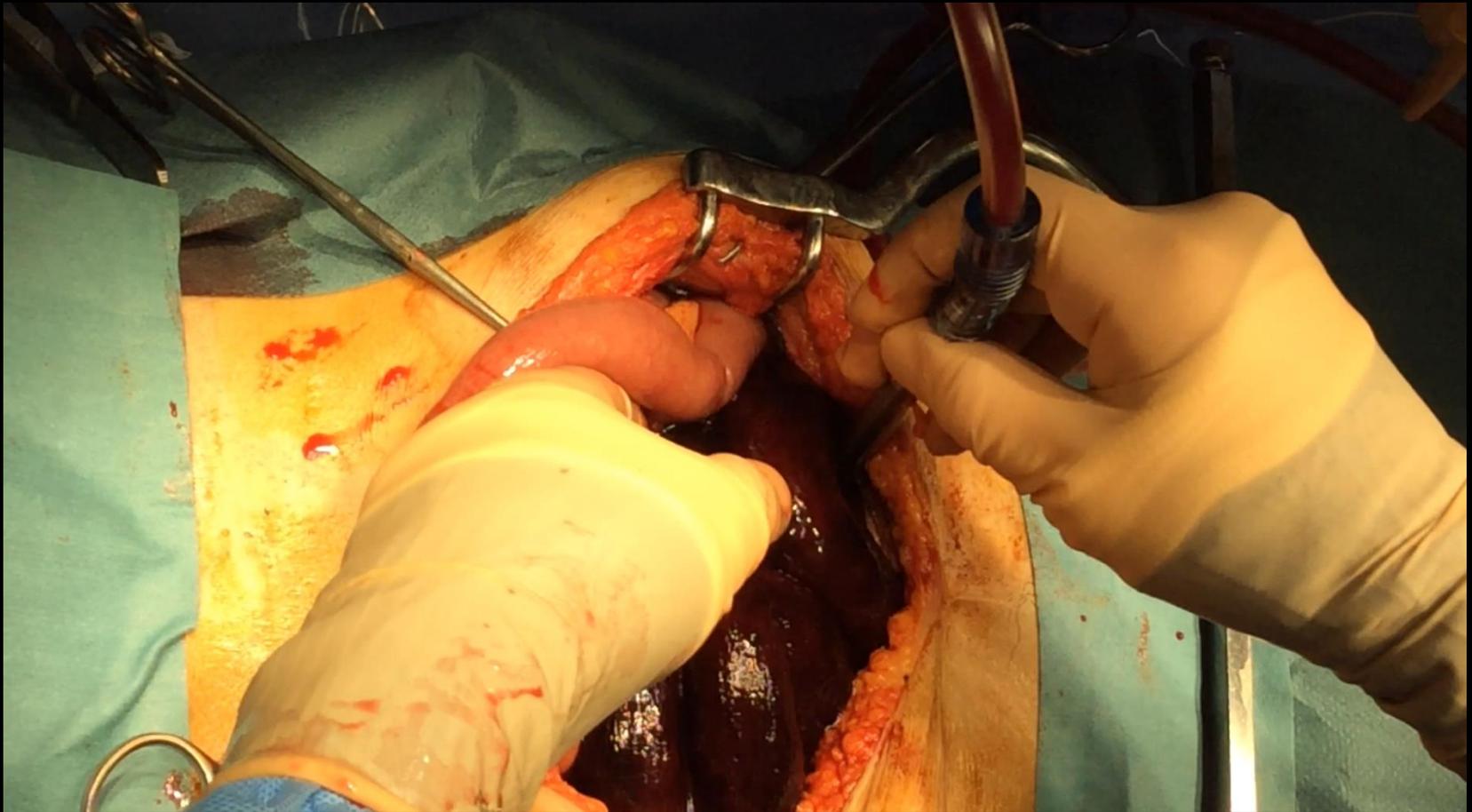


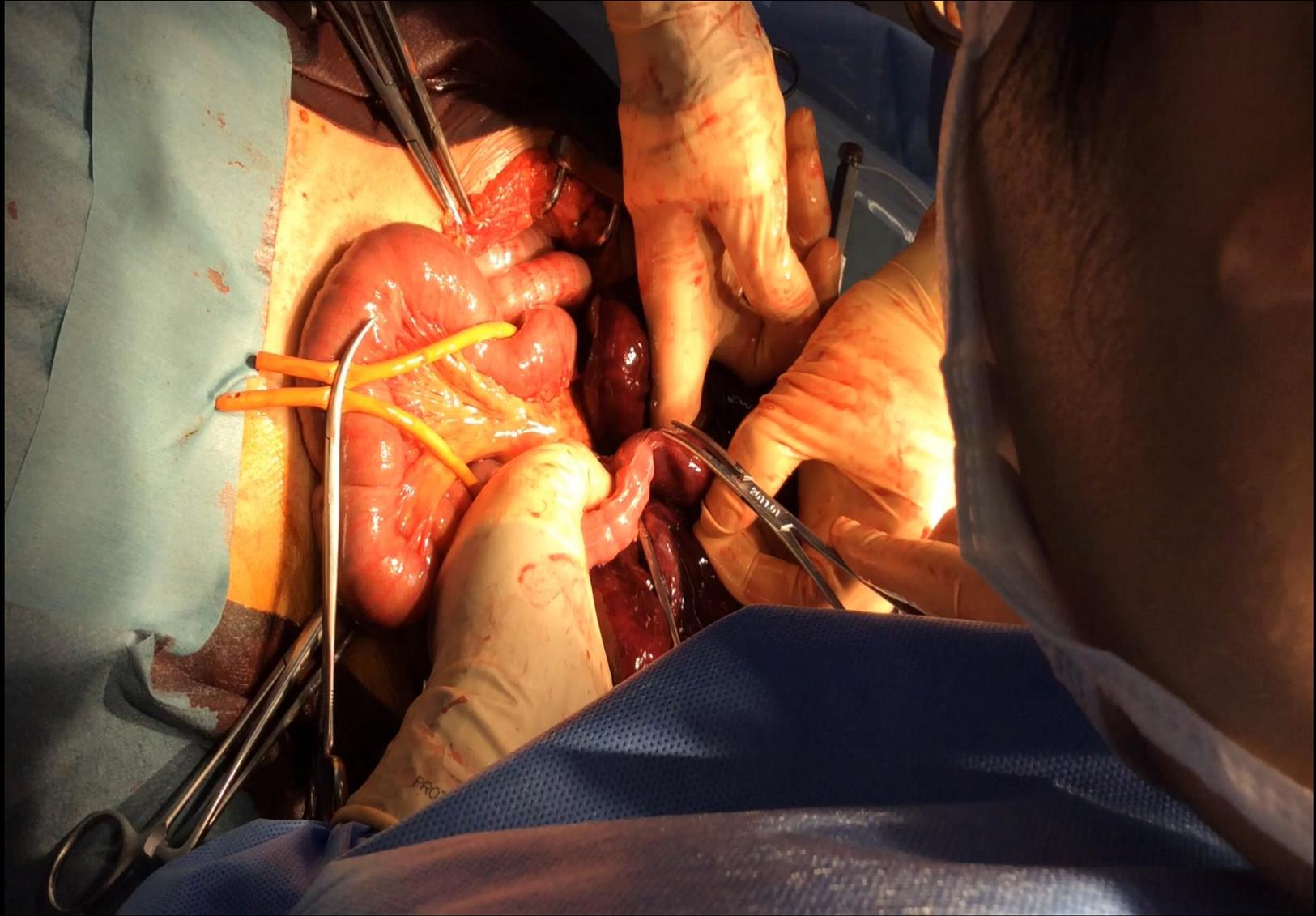
# 最近の自験例

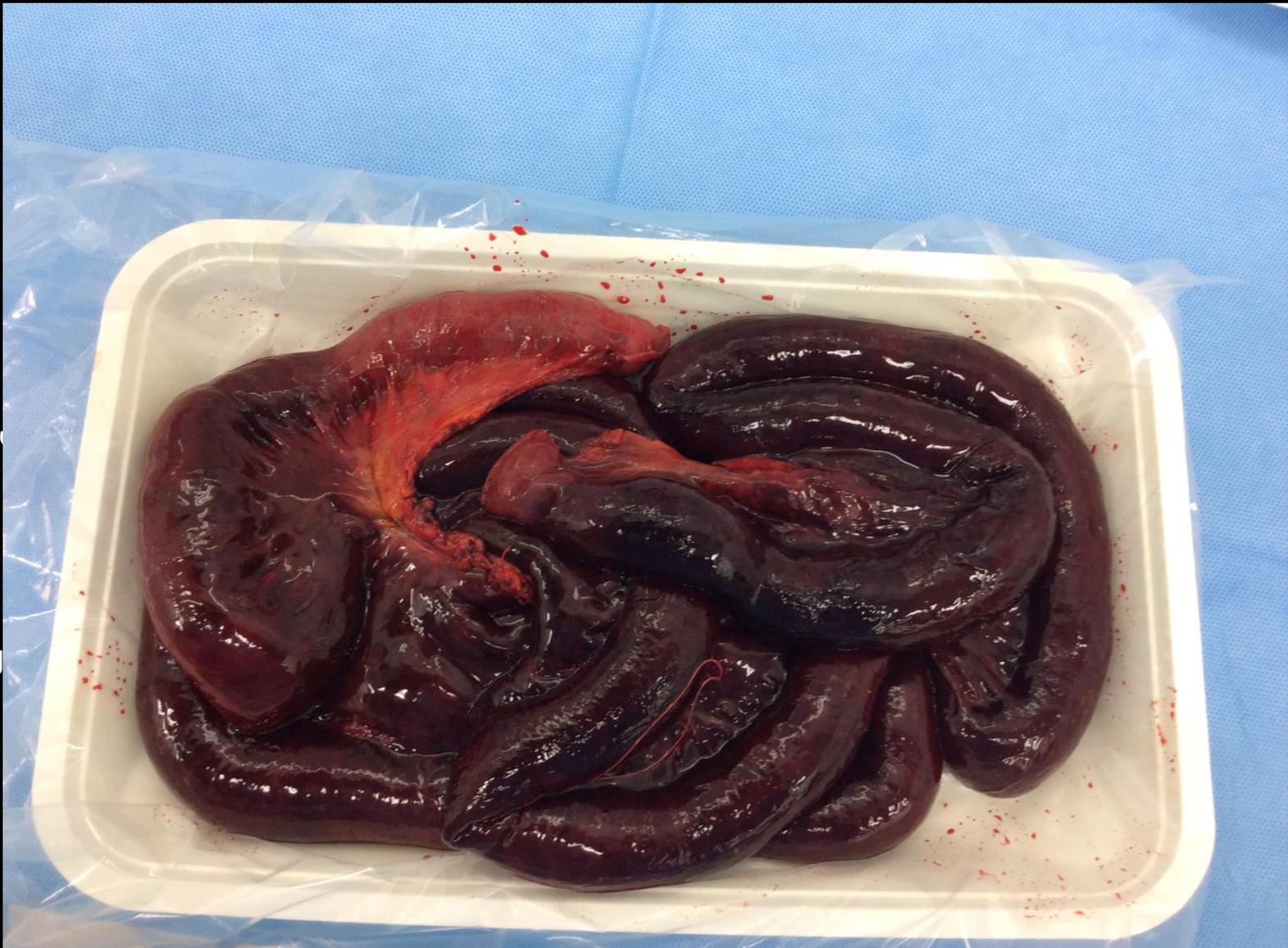












“

”

# 絞扼性イレウスの機序分類

1 腸管係蹄の絞扼

狭義の絞扼性イレウス

2 腸重積

3 腸管軸捻転

4 ヘルニア嵌頓

# 腸重積 大腸癌が先進



# 絞扼性イレウスの機序分類

1 腸管係蹄の絞扼

狭義の絞扼性イレウス

2 腸重積

3 腸管軸捻転

4 ヘルニア嵌頓

# 絞扼性イレウスの機序分類

1 腸管係蹄の絞扼

狭義の絞扼性イレウス

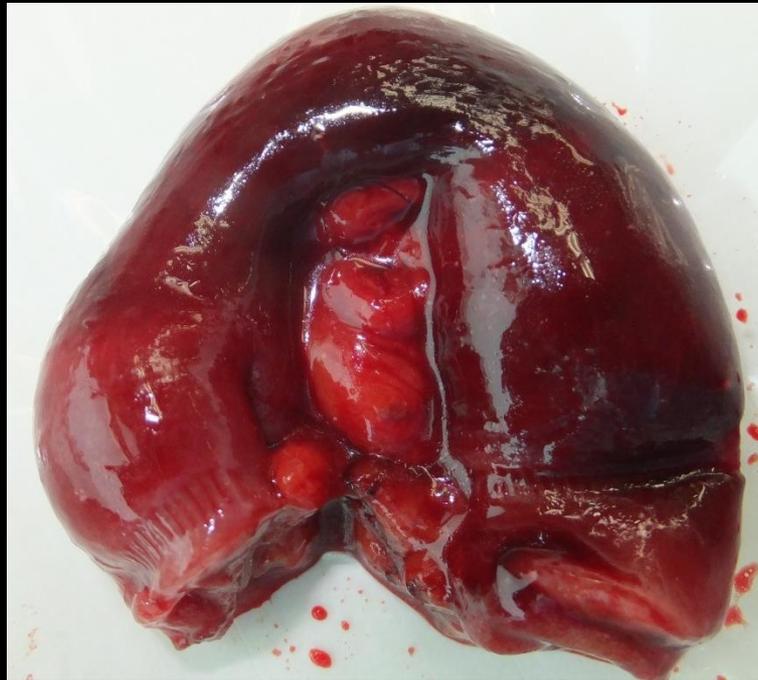
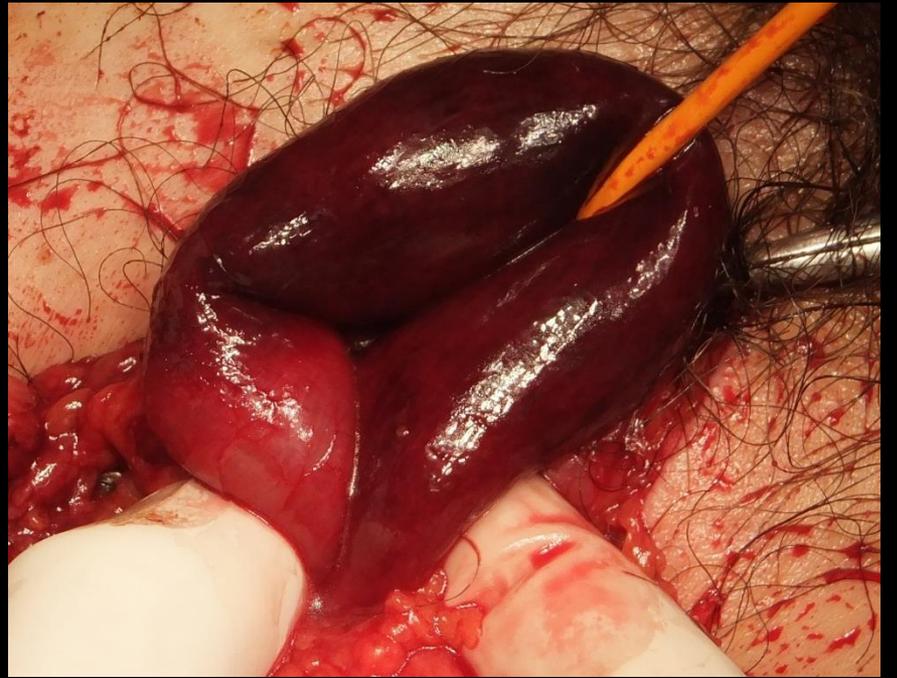
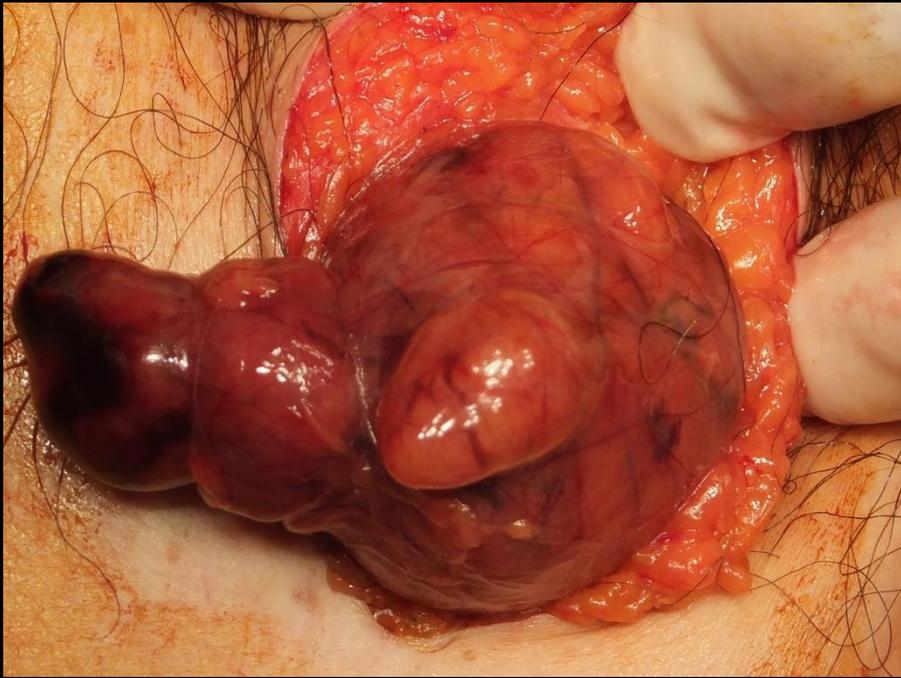
2 腸重積

3 腸管軸捻転

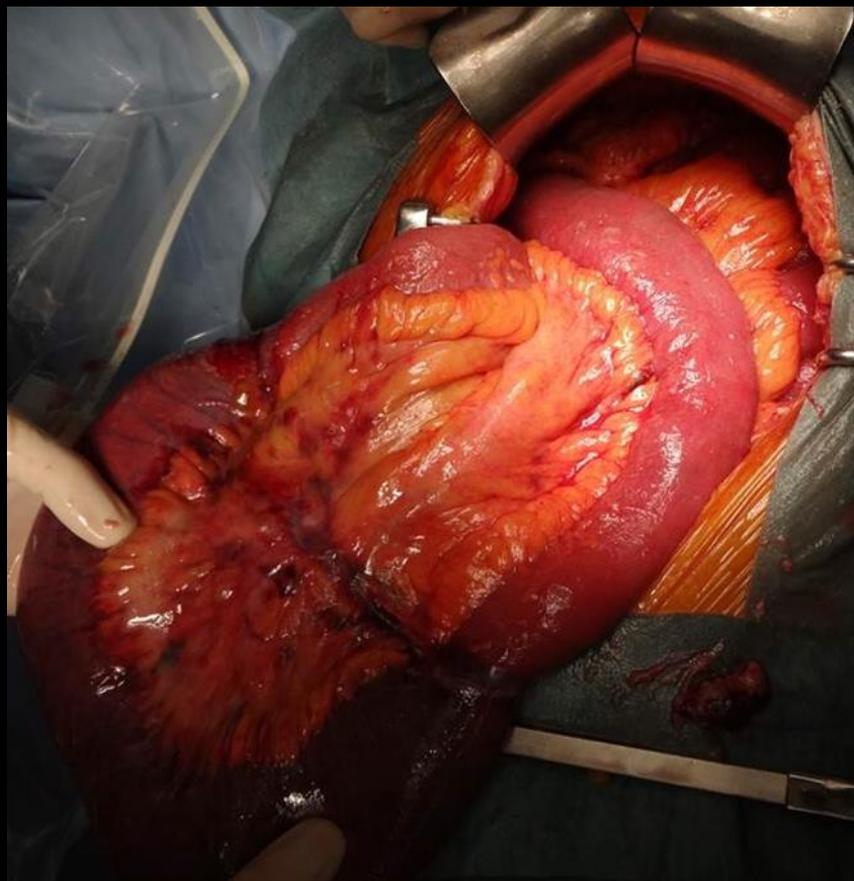
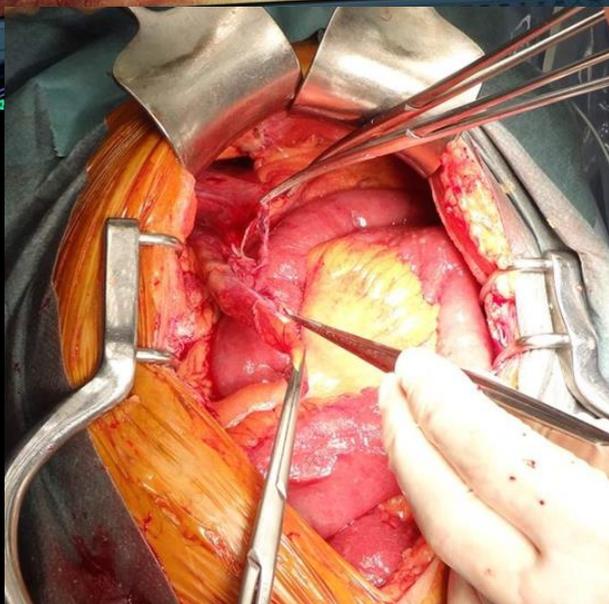
4 内・外ヘルニア嵌頓

# 単径ヘルニア陥頓





# 内(鎌状間膜)ヘルニア陥頓

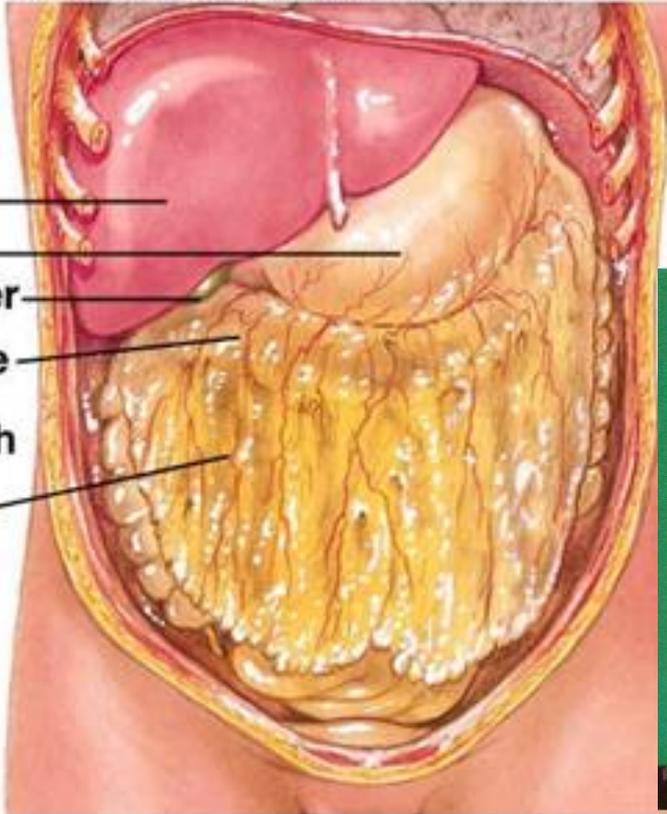


# 内(大網裂孔ヘルニア)陥頓

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Permission required for reproduction or display.

## Greater Omentum

- Liver
- Stomach
- Gallbladder
- Transverse colon underneath
- Greater omentum



# なぜか内科医が見落とす閉鎖孔ヘルニア



# 手術適応

絞扼性イレウスと診断したら  
即、手術

# 虫垂穿孔



# 虫垂炎

表5 虫垂炎

事例	診療年月	転帰	判決	検査・ 診断	手術 時期	手術 手技	術後 管理	説明	その他	鑑定	判決日等
28	2002. 3	腹膜炎→亜腸閉塞	棄却	○	○			○	○	なし	東京地裁 2007. 5. 17 LEX/DB
29	2001. 5	腹膜炎を併発し治療期 間延長	棄却		○					なし	東京地裁 2006. 1. 23 判例秘書
30	1996. 8	転倒→四肢麻痺等	認容				●			あり	名古屋地裁 2003. 3. 26 判タ 1188-301
31	1993. 3	再手術→ 癒着性術後イレウス	認容			●				なし	東京地裁 2003. 6. 2 ケースファイル Vol.1 <sup>1)</sup>
32	1991.10	再手術→手術痕	認容			●				なし	札幌地裁 2003. 12. 19 LEX/DB
33	1990. 6	死亡	認容	○			●			あり	東京高裁 2003. 12. 17 LEX/DB

●：過失あり，○：過失なし

虫垂炎では検査手術タイミングでは敗訴なし

# アツペとWall Tension

Google books search results for "wall tension appendicitis".

Books found: **Essentials of Surgery: Principles and Practice** by Lazar J. Greenfield, Michael W. Mulholland.

Chapter: **wall tension appendicitis**

Figure 54-3. Pathophysiologic stages of appendicitis.

Figure 54-4. Target appearance of an acutely inflamed appendix as seen on ultrasonoed scan.

## 404 HERNIA, MESENTERY, AND RETROPERITONEUM

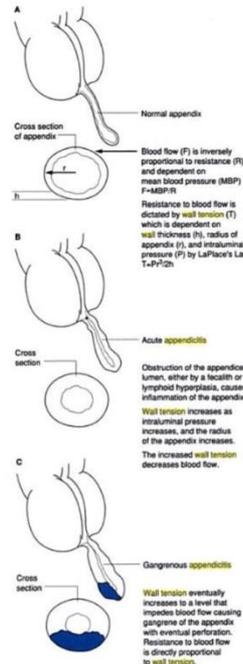


Figure 54-3. Pathophysiologic stages of appendicitis.

## Table 54-6. CHARACTERIZATION OF DIFFERENT STAGES OF APPENDICITIS

Stage	Characteristics
Acute nonperforated appendicitis	Acute inflammation
Acute focal appendicitis	Focal inflammation with localized abscess of mesal flow within the appendix
Gangrenous appendicitis	Worsening edema with arterial occlusion with persistent infection causing necrosis of the appendiceal wall
Acute perforated appendicitis	Elevated intraluminal pressure leading to perforation through the gangrenous portion of the appendix

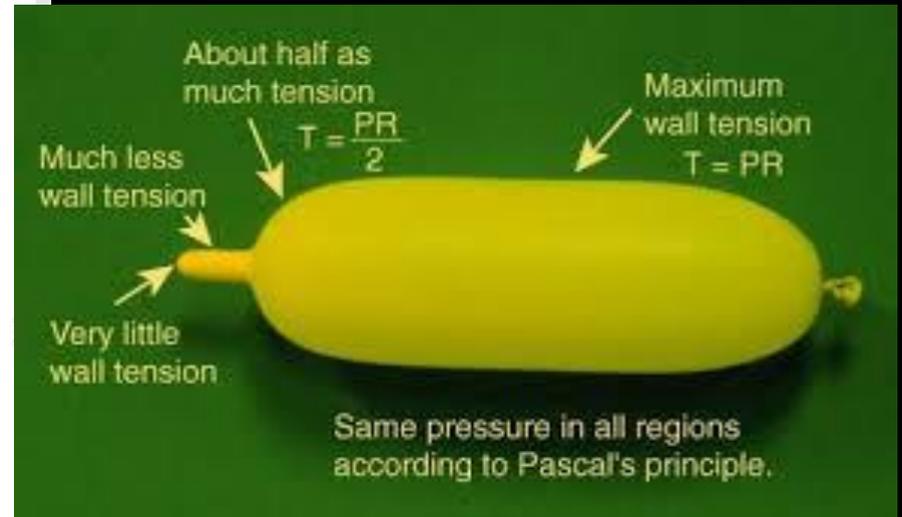
## Laparotomy

The standard for management of appendicitis is open appendectomy by way of a limited RLQ incision. Before induction of anesthesia, the surgeon notes the point of maximal tenderness. While the patient is under anesthesia, a mass is palpated, if possible. The McBurney point does not universally mark the tip of the appendix, and palpation without guarding may help place the incision. An inferior incision below the maximal tender area helps in rotating the cecum into the wound. All incisions are performed with a muscle-splitting technique.

The base of the appendix lies at the confluence of the three tentacles. The cecum and appendix are mobilized into the wound as adhesions are bluntly dissected. The meso-appendix is ligated from the distal tip to the base of the appendix. The appendiceal stump is cauterized to prevent mucocoele formation. Copious irrigation with saline solu-

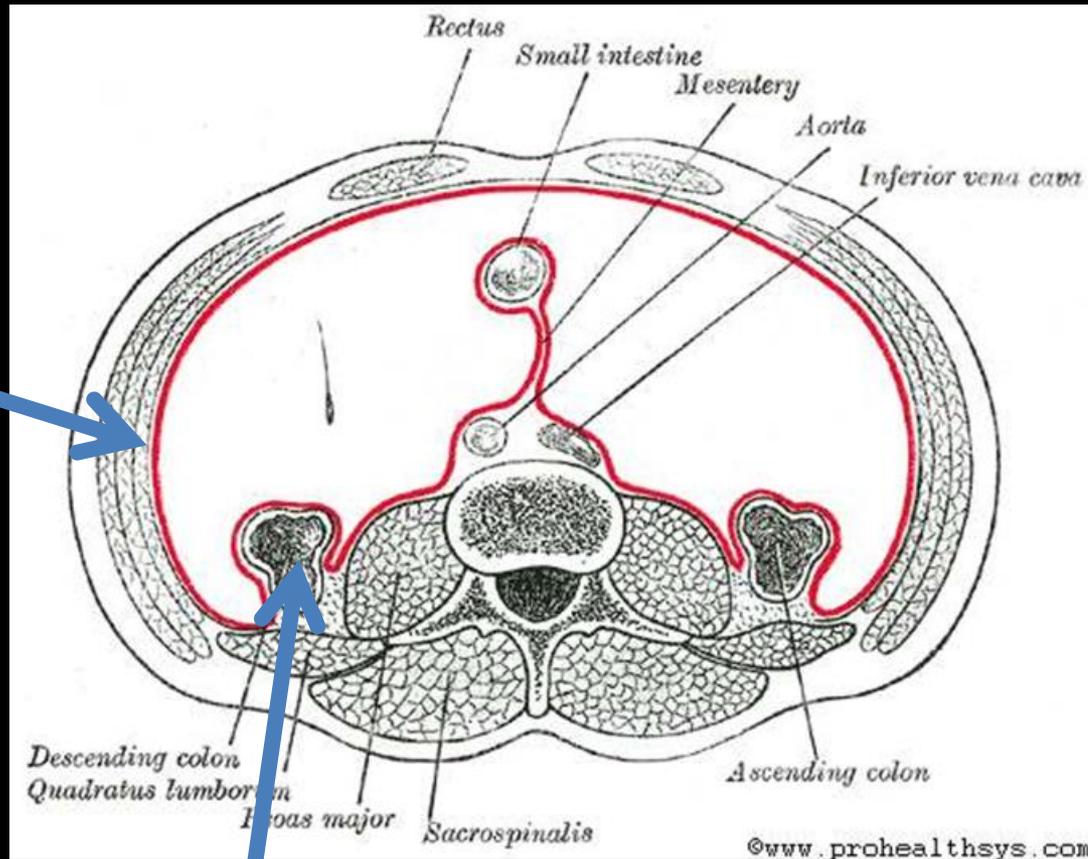


Figure 54-4. Target appearance of an acutely inflamed appendix as seen on ultrasonoed scan.



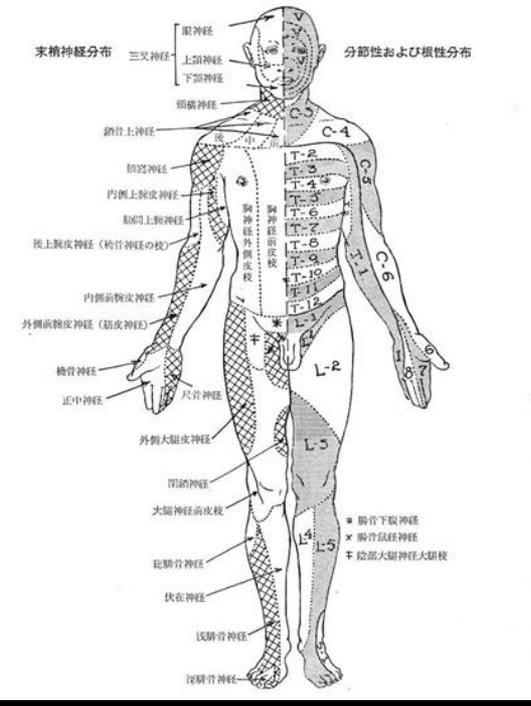
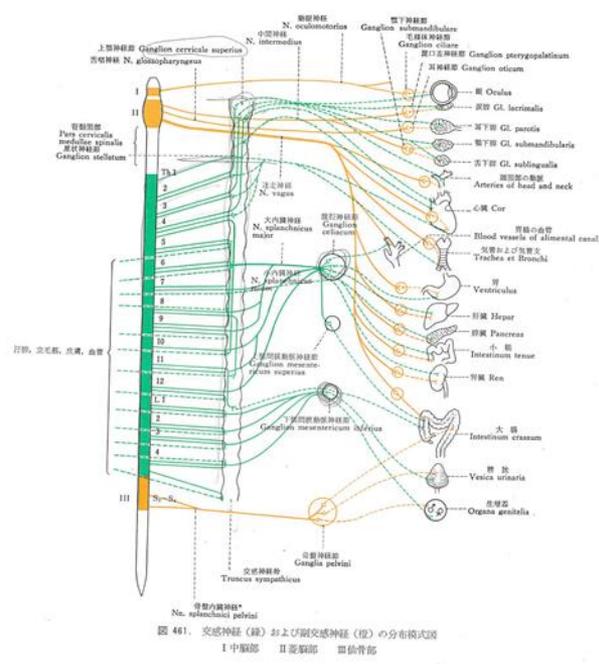
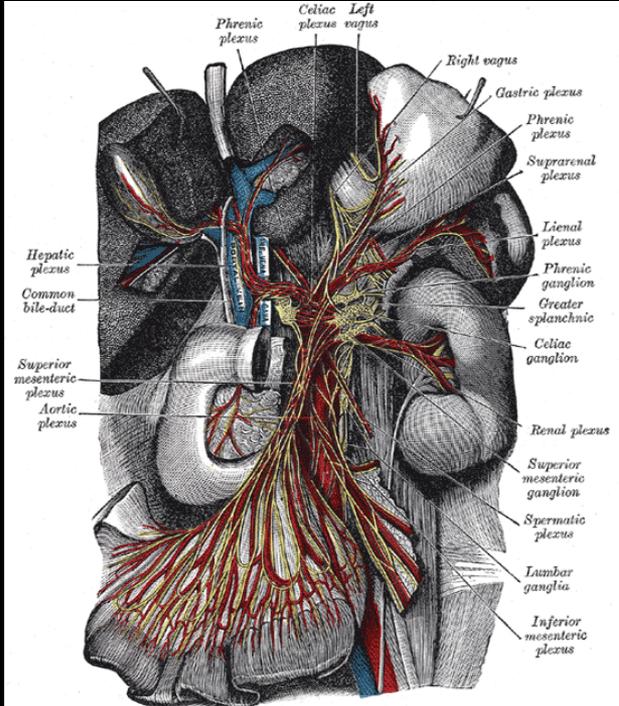
# 虫垂の神経支配

壁側腹膜



臓側腹膜

# 内臓神経



# 虫垂周囲壁側腹膜の神経支配

CONTENTS · BIBLIOGRAPHIC RECORD · ILLUSTRATIONS · SUBJECT INDEX

Henry Gray (1821–1865). Anatomy of the Human Body. 1918.

## 6c. The Thoracic Nerves

(NN. Thoracales)

The **anterior divisions of the thoracic nerves** (*rami anteriores; ventral divisions*) are twelve in number on either side. Eleven of them are situated between the ribs, and are therefore termed **intercostal**; the twelfth lies below the last rib. Each nerve is connected with the adjoining ganglion of the sympathetic trunk by a gray and a white ramus communicans. The intercostal nerves are distributed chiefly to the parietes of the thorax and abdomen, and differ from the anterior divisions of the other spinal nerves, in that each pursues an independent course, *i. e.*, there is no plexus formation. The first two nerves supply fibers to the upper limb in addition to their thoracic branches; the next four are limited in their distribution to the parietes of the thorax; the lower five supply the parietes of the thorax and abdomen. The twelfth thoracic is distributed to the abdominal wall and the skin of the buttock.

**The First Thoracic Nerve.**—The anterior division of the first thoracic nerve divides into two branches; one, the larger, leaves the thorax in front of the neck of the first rib, and enters the brachial plexus; the other and smaller branch, the **first intercostal nerve**, runs along the first intercostal space, and ends on the front of the chest as the first anterior cutaneous branch of the thorax. Occasionally this anterior cutaneous branch is wanting. The first intercostal nerve as a rule gives off no lateral cutaneous branch; but sometimes it sends a small branch to communicate with the intercostobrachial. From the second thoracic nerve it frequently receives a connecting twig, which ascends over the neck of the second rib.

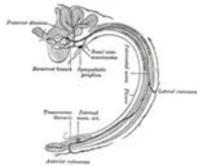
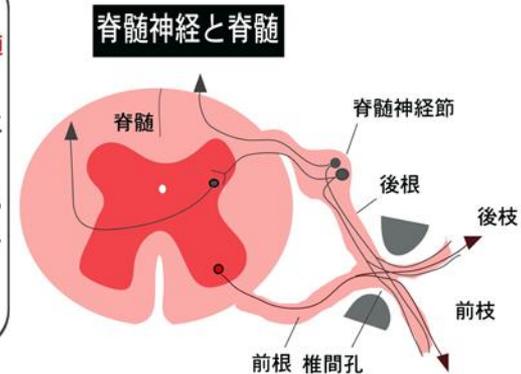


FIG. 819.—Diagram of the course and branches of a typical intercostal nerve. (See enlarged image)

**The Upper Thoracic Nerves** (*nn. intercostales*).—The anterior divisions of the second, third, fourth, fifth, and sixth thoracic nerves, and the small branch from the first thoracic, are confined to the parietes of the thorax, and are named **thoracic intercostal nerves**. They pass forward (*E.g.* 812) in the intercostal spaces below the intercostal vessels. At the back of the chest they lie between the pleura and the posterior intercostal membranes, but soon pierce the latter and run between the two planes of Intercostal muscles as far as the middle of the rib. They then enter the substance of the Intercostales interni, and, running amidst their fibers as far as the costal cartilages, they gain the inner surfaces of the muscles and lie between them and the pleura. Near the sternum, they cross in front of the internal mammary artery and Transversus thoracis muscle, pierce the Intercostales interni, the anterior intercostal membranes, and Pectoralis major, and supply the integument of the

脊髄から出る前根と後根は椎間孔で合流して脊髄神経の幹をつくります。後根にはその少し脊髄側に脊髄神経節があります。感覚神経細胞があるところ。脊髄神経は椎間孔を出てすぐに前枝と後枝に分かれます。



# 胆石胆管炎

表2 胆石症・胆管炎

事例	診療年月	転帰	判決	治療	手術手技	術後管理	説明	その他	備考	鑑定	判決日等
1	2003.4	死亡	棄却		○	○			胆石症	あり	最高裁 2009.5.8 LEX/DB
2	2001.7	膵炎→糖尿病	認容		●			○	同上	なし	那覇地裁 2011.6.21 判時 2126-105
3	1998.11	消化管穿孔 →胆管炎等	認容		○		●		同上	なし	東京地裁 2011.6.9 判例秘書
4	1997.10	大腸の癒着	認容		●				同上	なし	横浜地裁 2001.7.13 判タ 1183-314
5	2006.2	死亡*1	認容	●					胆管炎	なし	仙台地裁 2009.1.27 LEX/DB

※1 因果関係は否定，相当程度の可能性のみ認定

●：過失あり，○：過失なし

**Q 24. 急性胆管炎の重症度の定義と重症度判定基準は？**

Reynolds 5 徴をきたした胆管炎は最重症と位置付けられる症態であるが、これは非常にまれで数%にしかみられない。しかし、Reynolds 5 徴をみさない症例でも生命がおびやかされる重症胆管炎も数多く存在し前頁に提示したような重症胆管炎の予備群も多く存在している。したがって、急性胆管炎の治療成績向上のためには明確なる重症度判定基準の作成が重要であり、下記に示す。

**急性胆管炎の重症度の定義**

<b>重 症：</b> 敗血症による全身症状をきたし、直ちに緊急胆道ドレナージを施行しなければ生命に危機を及ぼす胆管炎。
<b>中等症：</b> 全身の臓器不全には陥っていないが、その危険性があり、すみやかに胆道ドレナージをする必要のある胆管炎
<b>軽 症：</b> 胆管炎を保存的治療でき、待機的に成因検索とその治療（内視鏡的処置、手術）を行える胆管炎。

**急性胆管炎の重症度判定基準**

<b>重症急性胆管炎</b> 急性胆管炎の内、以下のいずれかを伴う場合は「重症」である。 <ul style="list-style-type: none"> <li>①ショック</li> <li>②菌血症</li> <li>③意識障害</li> <li>④急性腎不全</li> </ul>
<b>中等症急性胆管炎</b> 急性胆管炎の内、以下のいずれかを伴う場合は「中等症」とする。 <ul style="list-style-type: none"> <li>①黄疸（ビリルビン<math>&gt;2.0</math> mg/dL）</li> <li>②低アルブミン血症（アルブミン<math>&lt;3.0</math> g/dL）</li> <li>③腎機能障害（クレアチニン<math>&gt;1.5</math> mg/dL、尿素窒素<math>&gt;20</math> mg/dL）</li> <li>④血小板数減少*（<math>&lt;12</math> 万/mm<sup>3</sup>）</li> <li>⑤39℃以上の高熱</li> </ul>
<b>軽症急性胆管炎</b> 急性胆管炎のうち、「重症」、「中等症」の基準を満たさないものを「軽症」とする

\*肝硬変等の基礎疾患でも血小板減少をきたすことがあり注意する。  
 付記：重症例では急性呼吸不全の合併を考慮する必要がある。

# 重症急性胰腺炎手術

