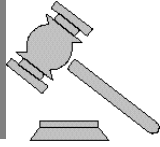


## 水頭症に対するドレナージ治療と 治療方法の選択にあたっての危険性の判断



大阪弁護士会・石川寛俊法律事務所  
阿部隆徳

横浜地裁平成11年7月30日判決，判例時報：1714-112



### 事案の概要

平成7年1~2月頃，神奈川県内ではインフルエンザが大流行していた。同1月25日，21歳の男子大学生Xは発熱，頭痛を訴え，Y病院を受診。受診時，Xは意識清明で，髄膜刺激症状および脳神経症状なし。Yは急性上気道炎および頭痛と診断し，解熱鎮痛剤を処方して経過観察とした。

2月2日，XはY病院に入院。頭部CTで脳室の拡大等の異常はなく，髄膜刺激徴候もなし。Yは腰椎穿刺による髄液検査も検討したが，実施せず。意識状態は，軽度の障害あるも発熱，脱力感，倦怠感に伴う意識障害と区別できない程度。その後2，3日も意識状態は清明で，障害なし。

同6日，発熱，軽度の頭痛継続。頭部CTでは明確な異常はなし。髄液検査結果は，髄液圧が450mm水柱と亢進，髄液細胞数が1055/3と増多（単核球と多核球の比が9対1と単核球優位），糖減少等あり。

7日，髄液圧が245mm水柱と亢進，髄液細胞数が530/3と多く（単核球と多核球の比が1・9対1と単核球優位），糖減少等あり。髄液の結核

菌塗沫検査は陰性。Yは，化膿性髄膜炎，結核性髄膜炎，ウイルス性髄膜炎，インフルエンザ等，その他感染症を念頭に置き，経過観察。

11日，発熱，軽度の頭痛継続のため，抗生物質ケイテンの投与開始。12日，頭痛，吐き気の訴えはなくなったが，倦怠感増強。13日，傾眠がち，排尿時，歩行時のふらつき，見当識障害あり。グロブリンの投与開始。

14日，髄液圧が475mm水柱と亢進，髄液細胞数が増多，単核球優位なく，蛋白と糖量も増多。Yは，頭蓋内圧降下剤グリセオールを増量して投与。

15日朝，頭部CTで側脳室，第三脳室，第四脳室の顕著な拡大を認める。17時30分頃，全身痙攣，意識消失，呼吸不全。Yは，全身冷却，人工呼吸等の救急措置，抗痙攣剤セルシンの投与，グリセオールに加え頭蓋内圧降下剤（デカドロロン，ソルコーテフ），抗ウイルス剤（アラセナA）の使用開始。23時50分頃，痙攣発作。

16日朝方，自発呼吸あり，痙攣も治まり，意識回復。10時20分頃，気管内挿管を抜管。意識状態は傾眠状態で，簡単な指示に従う程度。12時頃，頭蓋内圧亢進の治療目的で髄液排除のため髄液排出

の速さを2時間あたり40ml以内、1日200ml以内、排出口を5cmの高さとして腰椎穿刺による髄液持続ドレナージ(以下、腰椎ドレナージという)開始。

髄液細胞数が増多、単核球優位なく、蛋白増多、糖量減少。頭蓋内圧降下剤マンニゲンを点滴静注、15時50分頃抗細菌剤アミカマイシンを髄腔内に投与。腰椎ドレナージにより12時頃から17日2時頃までに髄液170ml、2時頃から6時30分頃までに髄液50mlを排出。排出口の高さを16日20時頃9cmに固定、17日4時頃9cmから11cmに2cm高くした。

17日6時30分頃、呼吸状態、全身状態が急激に悪化。6時35分気管内挿管、心マッサージ。

なお、18日8時頃まで腰椎ドレナージを継続したが、17日6時35分頃から12時まで髄液の排出なし。髄液細胞数減少、単核球優位なく、蛋白増多、糖量増多。グロブリン、抗ウイルス剤、抗生物質の投与継続、抗結核剤INH等の投与開始。

18日以降発熱は治まり始めたが、血圧低下、昏眠状態、中枢性尿崩症を併発し、脳死。28日23時30分頃死亡。

他院における病理解剖の結果、ヒト型結核菌が特に前頭葉、頭蓋底から検出。交通性水頭症か非交通性水頭症か、また大後頭孔ヘルニアが生じていたかは脳の融解により不明。



## 当事者の主張と裁判所の判断

### 1. 争点

Xの死因は大後頭孔ヘルニアか結核性髄膜炎の進行による舌根沈下か。2月16日12時に腰椎ドレナージを行ったことは過失にあたるか(非交通性水頭症か交通性水頭症か)。結核性髄膜炎の診断・治療が遅れたか。損害額。

以下、          のみについて述べる。

### 2. 原告の主張

Xは2月16日12時頃、脳浮腫・非交通性水頭症により著しい頭蓋内圧亢進の状態になっていたが、Yがその頃から腰椎ドレナージを施行したため大後頭孔ヘルニアを惹起し、呼吸中枢である延髄が圧迫され、呼吸困難に陥って死亡した。

### 3. 被告の反論

Xの脳室拡大は交通性水頭症による。大後頭孔ヘルニアは生じておらず、全身状態の悪化は結核性髄膜炎の進行による舌根沈下が原因。脳室ドレナージには出血、血管損傷、感染等の危険があり手術室への搬送が必要だが、搬送はXの状態から却って危険なので、病室内で実施可能な腰椎ドレナージを実施した。

### 4. 裁判所の判断

#### 1) 結論

一部認容、一部棄却。認容額6,247万円(請求額1億6,014万182円)。確定。

#### 2) 判断の理由

##### (1) 死因

頭蓋内圧が亢進していること、17日6時30分頃から12時まで髄液の排出がないこと、17日の抗結核剤の投与により結核性髄膜炎には治療効果が表れているのにXの症状は改善していないこと等から、他に呼吸状態・全身状態が急激に悪化する原因が認められない限り、17日6時30分頃の急激な悪化は大後頭孔ヘルニアにより生じたものと認めるのが相当。

##### (2) 過失の有無(傍点と下線は執筆者付加)

Xの水頭症は非交通性水頭症か交通性水頭症か解剖所見によっても不明であったこと、結核性髄膜炎であり結核菌が頭蓋底で検出されたことから、交通性水頭症であった可能性は否定できない。

しかし、15日に全身痙攣を起こしたこと、前頭葉からも結核菌が検出されたことから、結核性髄



当時の状況下においてYが非交通性水頭症と診断することが客観的に可能でなければYの処置を過失ということはできない。したがって、のほかにが必要となっているのである。

次に、とで言葉を使い分けたのは、診断の際には蓋然性まで認められる疾患だけではなく、さらに可能性にとどまる疾患まで予見しなければならぬと考えたからである。

これは、事実がなんであったかの判断は蓋然性、過失の有無という規範的判断については可能性を問題とする従来の判例を脳神経外科領域についても踏襲し、診断について蓋然性よりも一段と証明度の低い可能性を問題とする旨を示したものである。

仮にこのことが患者の病態が時々刻々と変化するなかわずかな可能性でもそれらをすべて視野に入れたうえで処置を選択すべき注意義務を課したものだとして、医師に酷すぎる結果となる。

しかし、本判例はそこまで要求したわけではなく、診断における注意義務の程度はあらゆる場合に同一なものではなく、診断の結果次にとられる処置が引き起こす結果の重大さとの兼ね合いで変容し得ることを述べたものと考えるべきである。すなわち、疾患がAである確率が可能性にとどまるとしても、結果が重大であれば、診断に際しAの可能性を捨て去ってはならない注意義務が発生するが、疾患がAである確率が低くかつ結果も重大でない場合には、Aの可能性を捨象しても注意義務違反とはならない。

以上から、医師は診断にあたり、たとえ誤診の可能性が低くとも誤診の結果が重大である場合には特に慎重に診断しなければならないといえ、この点が本判例の教訓である。

## 2) 処置の危険性 裁量性の過大評価との決別、注意義務の客観化

本判例は、本連載9のモヤモヤ病の判例と同

じく、治療法の選択についての医師の過失の有無がテーマである。この点、従来の判例は医師の裁量を広く認め、それを逸脱した場合のみ過失を肯定するとの判断形式をとり、過失を認めた例は少なかった。しかし、両判例とも過失を肯定しており、医師の治療法選択の判断に司法が踏み込み始めたといえる。

そして、両判例ともに裁量性を論じていないが、これは従来の判断形式から決別し、注意義務違反の有無を真正面から判断する方向へと司法判断が転換し始めたと評価できよう。すなわち、医師の裁量が従来ほど過大評価されなくなったといえる。

また従来、治療法選択についての注意義務違反の有無の判断においては医師の主観性、裁量性が尊重され、客観性に欠けていたが、本判例は結果回避義務の前提となる結果回避可能性の有無の判断にあたり治療法の危険性を比較するというメルクマールを定立し、かつその危険性の比較を具体的、詳細に行った。

すなわち、出血等の一般的危険性や大後頭孔ヘルニアを引き起こす具体的危険性に加え、Yが行った髄液管理の態様を髄液の排出量と排出速度を詳細に検討して比較している。注意義務違反の認定にあたり危険性を考慮することについてはすでに最高裁判例が判示しているが（昭和44年2月6日、民集23巻2号195頁）、本判例は治療法の選択にあたり危険性自体を比較すべきことを明確に述べ、かつそれを具体的、詳細に行うことで最高裁判例の趣旨を治療法が複数ある場合に適用し、注意義務違反の認定について客観性構築への一助を築いたと評価でき、この点に本判例の大きな意義があるといえよう。

なお、本判例が髄液の排出量、排出速度にわざわざ言及しているのは、Yが行った髄液管理がやや雑であることが裁判官の心証形成に大き

く影響を与えたためであったとも推測される。

### 3) 診断と処置の関係

通常、誤診と処置の誤りは別個の過失である。特に本件では非交通性水頭症である可能性があるとして診断すべきであったのに安易に交通性水頭症と断定したことが誤りの始まりで、その後はいわば将棋倒し的に誤りが続いたことからすれば、誤診を一つの過失として構成するのが自然である。

しかしこの点は、腰椎ドレナージの実施が過失にあたるかを判断するなかで考慮されているだけである。すなわち、診断の適否の判断が処置の適否の判断のなかに取り込まれ、誤診として独自の過失を構成していない。これは、本件では誤診した結果選択した処置が本来の病態に対して回復不能なダメージを与えるものであり、診断と処置が密接に関連していたことの表れである。

これを予見可能性の観点から考察すると、予見の対象が処置の結果である死因のみならず、診断の際に明らかになる死因を裏付ける病態にまで及んでいるものといえる。

すなわち、本件のような場合、通常は非交通性水頭症の場合に腰椎ドレナージを施行すると大後頭孔ヘルニアを起こす危険性があることを予見できたかだけを問題とすれば足りる。ところが、さらに非交通性水頭症と予見できたかまで問題としている。

これは、非交通性水頭症の場合に腰椎ドレナージを施行すると大後頭孔ヘルニアを起こす危険性があることの予見は比較的容易であり、実質的には非交通性水頭症であると予見できたか否かこそが問題であることによるものと考えられる。

## 2. 訴訟上の争いと医学的事実

### 1) 危険性比較の対象のズレ

本判例は、一般的には腰椎ドレナージのほうが危険性が少ないが、被告が行った腰椎ドレナ

ージの危険性は脳室ドレナージの危険性よりも明らかに高いと述べている。ここで比較されているのは、脳室ドレナージの一般的危険性と、腰椎ドレナージの一般的危険性および大後頭孔ヘルニアを起こす具体的危険性である。しかし、仮に脳室ドレナージにも大後頭孔ヘルニア等を引き起こす具体的危険性があれば、脳室ドレナージのほうが危険性が低いとは一概にはいえない。

したがって、腰椎ドレナージが大後頭孔ヘルニアを引き起こす具体的危険性と脳室ドレナージが大後頭孔ヘルニア等を引き起こす具体的危険性こそが比較されなければならない。その意味で、比較する危険性の対象がズレている。

両治療法の危険性の比較は本判例の一番のポイントであるから、この点が明らかになればより明快な判決になり、敗訴者への説得力も増すので、裁判所にこの点を明らかにする積極的な訴訟指揮を期待するとの考えもあり得よう。

しかし、本件の場合には脳室ドレナージが脳ヘルニアを起こす危険性がほとんどなく、被告はこの点を主張すると不利になるからこそあえて主張しなかったと推察される。不利な事実を黙っておきたい当事者に主張を促すことは期待しにくく、この点が明らかにならなかったのはやむを得ない。

その意味で、医学的事実が訴訟においてすべて表れるとは限らず、訴訟上の主張と医学的事実との間に乖離がみられることがある。

### 2) 治療効果の比較の欠如

本判例は、各治療法の治療効果の比較もしていない。しかし、一般に治療法を比較するには難点のみならず利点も考慮して総合的に判断しなければならない(外ドレナージではないが、VP shuntとLP shuntを比較したものでは文献<sup>2)</sup>)。また、本件のように腰椎ドレナージが脳室ドレナージよりも危険性が高いと判断された場合、

両者の治療効果が等しいか脳室ドレナージのほうが治療効果が高ければ脳室ドレナージを選択すべきことは明らかであるが、腰椎ドレナージのほうが治療効果が高ければどちらを選ぶべきかは即座には決まらない。

したがって、脳室ドレナージを選択すべきことが明らかであるか否かを判断するためには治療効果の比較が不可欠であり、裁判所は両当事者にこの点を主張させるべきであったともいえる。

しかし、1)と同様、本件では両治療法にさほど治療効果の差がないからこそ被告も主張しなかったと推察される。また、被告が行った腰椎ドレナージの危険性は脳室ドレナージの危険性よりも明らかに高かったと判示されており、このように一方の危険性が明らかに高い場合には治療効果を比較するまでもなく危険性の低い治療法を選ぶべきは当然であるから、治療効果の比較は不要と考えることも(危険性が明らかに高いか否かは最後にわかることであり、判断するには未だ不明である以上、判断の際にはすべてのファクターを考慮すべきであるといえるにしても)可能である。

したがって、本件では治療効果を比較することが望ましかったものの、治療効果を比較しなかったことが不当とまではいえないであろう。

### 3) 医療上の問題点と裁判上過失として主張される事実との乖離

原告は、腰椎ドレナージを行った過失をまず主張し、次に仮に が認められないとしても結核性髄膜炎の診断、治療が遅れた過失(2日の時点で検査・治療開始を怠った過失、または7日の時点で治療開始を怠った過失)がある旨主張している。そして、裁判所が を認めたため、については判断されていない。

しかし本件での一番の問題点は、水頭症に対する治療の是非ではなく、結核性髄膜炎の診断、

治療の遅れである。すなわち、結核性髄膜炎の初発症状は非特異的で、臨床症状が重篤になるまで疑われることが少なく、診断と治療の開始が遅れてしまう特徴があるが、早期治療群のほうが有意に死亡率が低い<sup>3)</sup>。結核性髄膜炎が疑われる場合は、培養結果を待つことなく積極的に治療を開始すべきである<sup>1)</sup>。また、 と では のほうが時間的に先である。そして、そもそも本件では16日に治療をしてもXの病態からもはや手遅れであった可能性が高く、大後頭ヘルニアという結果についてはともかく、死という結果については16日には回避の可能性がなく、 は成り立たないと被告が反論することも十分可能であった。

以上からすると、原告は を先に主張し、裁判所の判断を仰いでもよかったようにも思える。

患者になされた医療行為のうちどれを問題とするかは主として原告代理人がどの行為を過失と構成するかによって決せられるが、その際当該医療行為の問題性のほか、立証の難易も考慮される。本件においても、 の立証が難しいとの判断から が先に主張された可能性がある。

このように、医療上はAという行為こそ最も問題とされなければならないのに、裁判上はBという行為が問題とされているという現象が起きる。

### 文 献

- 1) 井澤正博, 高倉公朋: 中枢神経疾患の感染症. 救急医学20: 725-730, 1996
- 2) Nobuhiko Aoki: Lumboperitoneal Shunt: Clinical Applications, Complications, and Comparison with Ventriculoperitoneal Shunt, Neurosurgery 26: 998-1004, 1990
- 3) 笹森孝道, 越智さと子, 野中 雅, 他: 治療に難渋した結核性髄膜炎による水頭症の一症例. 札幌病誌 58: 191-193, 1998