

「非専門医の見逃し」訴訟、判決からの教訓

キャリア 2020年10月14日 (水) Doctors LIFESTYLE編集部



画像素材:PIXTA

「専門外なのでお受けできません」――。

弁護士の仕事は、このように依頼をお断りすることができますが、当直中の急患への対応を求められた医師は、専門外の分野でも適切な対応をしなければなりません。

しかし、専門外の急患に、医師としては最善を尽くしたと認識している事案であっても、患者側から「医師の対応に過失があったために損害が生じた」と主張され、不法行為に基づく損害賠償訴訟を提起されることがあります。

このような場合、裁判所は、非専門医がどのような対応をしていれば「過失なし」と認定し、どのような対応をしていれば「過失あり」と認定するのでしょうか。今回は、実際の判例をもとに考察したいと思います。



【著者プロフィール】

富永愛(とみなが・あい)

1996年同志社大学工学部化学工学科卒業後、1998年司法試験合格。2008年群馬大学医学部卒業。病院勤務時には院内倫理委員会委員として院内ガイドラインなどの作成も担当。現在も、現役の医師として病院勤務しながら弁護士としても活動。医療問題専門の法律事務所として、医療全般の法律問題を担当しており、外科系の手術等が関わる相談が多いのが特徴。医療紛争を抱える当事者や医療機関、医療従事者からの相談だけでなく、医療訴訟を担当する弁護士からもコンサルト依頼を多数担当している。関西医事法研究会 幹事、大阪医療問題研究会 顧問としても法律家への医療コンサルトを定期的に行っている。さらに、法学部・医学部での医事法講義・医療模擬裁判など医学に関わる法律の講義・講演も積極的に行い、医療と法の融合を目指して幅広く活動している。

非専門医がTIA見逃し 損害賠償訴訟へ

福岡地裁平成24年3月27日判決では、裁判所が、TIA疑いで緊急搬送された患者の対応をした非専門医2名について対応が不適切と認定し、内1名について過失を認定しています。

この事案は、原告が、TIA疑いとして緊急搬送された際の受け入れ病院を被告として、搬送当日対応した消化器外科のA医師と、翌日対応した循環器を専門とするB医師が、TIAまたはその疑いが強いと診断すべき義務があったにも関わらず、これを怠るなどしたため、脳梗塞により重篤な障害を負ったとして損害賠償を求めたものです。

患者が救急搬送されるまでの経緯

今回問題となった医療事件は、原告のかかりつけ病院であった被告が、原告の救急搬送先となった際に生じたものです。

原告は、平成2年頃から被告病院に定期通院しており、高血圧症の診断を受けて服薬したり、血液検査、尿検査、心電図検査、X線検査等の各種検査を定期的に受けたりしていましたが、平成18年に心エコーで僧帽弁逆流の診断を受けたこと以外には重篤な疾患がなく、毎日飲酒し、1日20本程度喫煙して、飲酒喫煙についても被告病院で指導を受けていました。

平成20年11月3日、原告は追突事故に遭い、被告病院での診察の際、「交通事故の影響で左手指にしびれがある」と伝えていました。それ以降、原告は平成21年2月27日までこの事故に関して通院していましたが、症状は軽快していませんでした。

平成21年3月3日午後9時頃、原告は、自宅近くの店で代金を支払おうとして、左手から硬貨を落とし、それを拾ってはまた落としていました。

このとき、原告の顔面の片側が垂れ下がっており、その様子を見た店主が、以前、同店で脳梗塞を発症した客の様子と似ていたため、119番通報しました。

救急隊員が到着したときの原告の様子は、椅子に座っており、意識清明、顔色正常、呼吸正常、自覚症状なし、主訴等なし、四肢のしびれや麻痺もなし、頭痛、嘔気、めまいもなし、外観状態として歩行不能、というものでした。

原告の搬送中の血圧は、同日午後9時9分に191／110、同日午後9時12分に169／101、同日午後9時15分に172／101でした。

被告は、原告のかかりつけ病院であったため、緊急搬送された原告を受け入れることになりました。

A医師、B医師の対応

緊急搬送された原告を被告病院が受け入れた当日は、当直のA医師が対応しましたが、その翌日は原告の主治医であるB医師の診察予定であったので、B医師が対応しました。

A医師、B医師の診察日時、確認・問診内容、診察・検査内容、認識、診断、指示・投薬は、以下のとおりです。

	A 医師	B 医師
診察日時	平成21年3月3日午後9時	平成21年3月4日
確認・問診	<ul style="list-style-type: none"> ・救急活動記録票を確認。 ・救急車を呼んだ経緯を聴取したが、原告、救急隊員、夫から詳細な聴取はしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送、TIA疑い等の記載があるカルテを確認。 ・原告に現症状を質問。 →原告は「どうもありません。」と回答。 ・本件発症について、原告に詳しく尋ねることはしなかった。 ・前日に原告が小銭を取りこぼしたのは、交通事故により左手指のしびれがあることによるものと考えたが、交通事故後の症状と本件発症の内容等を比較した問診はしなかった。
診察・検査	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧166/110、意識清明、歩行障害なし、腱反射、瞳孔反射正常。 	<ul style="list-style-type: none"> ・脳の単純MRI、脳動脈のMRA、DWI →右側に陳旧性小梗塞、両側小脳半球に陳旧性梗塞巣、脳実質内で脳室周囲、大脳皮質下に加齢・慢性虚血に伴う神経膠症が散在性に認められ、拡散強調画像で新鮮な脳血管障害を示唆する異常信号は認められなかった。脳室系、くも膜下腔系はほぼ年齢相応、MRAでは主幹動脈に高度狭窄、閉塞化は認められず、頭蓋冠、頭蓋底に明らかな異常は認められなかった。 ・バレー徴候の検査、フィンガー・トゥ・ノーズテスト →いずれも異常所見なし。 ・心音、呼吸音に問題なし、末梢浮腫もなし ※心電図検査は実施せず
認識	意識障害があるものがTIA	・意識障害があるものがTIA
診断	・TIAではないと判断	<ul style="list-style-type: none"> ・陳旧性脳梗塞、多発性脳虚血と診断 ・TIAないしその疑いであるとは診断しなかった。
指示・投薬	<ul style="list-style-type: none"> ・原告の夫から脳梗塞の疑いはないのか等と質問されたが、原告が翌日被告病院で受診する予定であったことから、当日は十分な検査ができないので、翌日検査を受けるように指示。 異常時は再診するよう指示。 ・原告を帰宅させる 	<ul style="list-style-type: none"> ・従前と同様の投薬を処方 ・4月8日の診察を予約 ・特に指示を与えることなく原告を帰宅させる

診察後の経過

原告は、平成21年3月4日にB医師の診察を受けた後帰宅し、4月8日に診察を受ける予定になっていましたが、3月17日午後10時頃、仮眠から目覚めた際、舌が少しもつれ、表情がこわばった状態となりました。原告の家族は、原告の状態が長時間継続しなかったため、救急車を呼ぶことなく、そのまま就寝させました。

翌18日の午前4時40分頃、原告は自宅で倒れているところを家族に発見され、被告とは異なる医療機関に緊急搬送されました。

搬送先医療機関で、原告は、意識障害、重度の感覚性失語、右上下肢麻痺が認められ、脳梗塞と診断。同日、頭部CT、MRI検査により左中大動脈領域に拡散強調画像上高信号域が認められ、これが責任病巣と考えられました。

また、左内頸動脈閉塞も伴っていたため、アテローム血栓性脳梗塞の可能性が高いと考えられ、アルガトロバンによる治療が開始されましたが、右上下肢麻痺が増悪したほか、同月20日には発作性心房細動が認められました。

その後は、モニター心電図やホルター心電図で発作性心房細動や動悸、胸痛は認められず、経胸壁心エコー検査でも明らかな心房内血栓や壁運動の低下など明らかな塞栓源となり得る所見は認められませんでした。原告の緊急搬送先医療機関の医師は、突然発症したということ、発作性心房細動は通常、1回で終わることはなく、繰り返し起こることが一般的であり、以前にも発作性心房細動を起こしていた可能性が高いこと、同月4日の被告病院におけるMRA検査では内頸動脈に狭窄が見られなかったことから、脳梗塞の機序が心原性脳塞栓症であると診断しました。

再発予防としてヘパリンが投与された後は、明らかな症状の増悪がなく、ワーファリンによる抗凝固療法も開始されました。

原告は入院後、脳梗塞急性期治療及びリハビリを含む回復期治療を受け、更に被告病院に転院して入通院によるリハビリを続けましたが、感覚性失語について、簡単な日常会話はある程度できるが言葉や記憶が混乱することがよくある状態、右上肢については、腕を肩の高さまで辛うじて上げられるものの、つかむなどの行為は全くできない状態、右下肢については下肢装具着用で辛うじて自力歩行可能な状態となり、平成21年5月には要介護3の認定を受けました。

裁判所は何を「不適切」と認定したか

上記のとおり、緊急搬送当日に対応したA医師、緊急搬送翌日に対応したB医師、いずれも、TIAについて「意識障害を伴うもの」と誤解しており、原告や原告の親族等から詳細な聞き取りを行わず、原告について、TIAまたはその疑いが強いという診断をしていませんでした。

裁判所は、以下の3点については当時の「一般的な医学的知見」であり、非専門医でも認識しておくべき内容であったと述べ、A医師、B医師ともに、対応が不適切であったと認定しています。

1. TIAが一過性の意識障害ではなく一過性の神経障害を伴う脳虚血症状であること
2. TIAの診断においては過去の症状についての問診が重要であること
3. TIAが疑われた場合には、速やかに原因を検索し、治療を開始すべきこと

これに対し病院側は、非専門医がTIAにどの程度の対応すべきかという点について、大きく以下の3点を理由に、当時の医療水準では、適切な問診を行い、TIAまたはその疑いがあることを診断する義務があるというレベルまでは要求できないと主張しました。

(A) 裁判上証拠として提出されていた脳卒中ガイドライン2009は、専門医及び一般内科医用とされているが、まず専門医の脳卒中治療を標準化し、それから一般内科医へ広がっていくように期待されているものであり、非専門医は通常見ないものである

(B) TIAは、非専門医に正確に理解されておらず、非専門医の「TIA疑い」と診断した患者の多くはTIAではなく、実際にTIAであったケースは1割以下である

(C) TIAの定義や診断については、専門医の間でもコンセンサスが得られていない

しかし、裁判所は、以下のように指摘し、病院側の主張を認めませんでした。

- (A) 上記①②③の一般的知見は、ガイドライン2009を待つまでもなく、今日の診断指針、メルクマニュアル等の極めて一般的な文献に基づいて認定し得る
- (B) 医療水準は医師の注意義務の基準となるものであって、平均的医師が現に行っている医療慣行とは必ずしも一致しない
- (C) 定義について専門家の間に異論があるとしても、上記①②③の一般的知見に基づく定義等は一般的に承認されている

裁判所は、何を「過失」と認定したか

裁判所は、A医師、B医師の対応を不適切と認定したうえで、更にB医師について、早期機序確定・治療開始義務違反の過失を認定しています。

A医師について義務違反までは認定されず、B医師について義務違反が認定されたのはなぜでしょうか。

裁判所の認定によると、緊急搬送された当時、原告はTIAまたはその疑いが強い状態であって、A医師、B医師、いずれも速やかに原因を検索し、治療を開始すべき義務を負っていました。そしてその義務とは、患者を即刻入院させることまでを必要とするものではなく、「1週間程度の期間内に原因を検索し、そのために必要であれば入院を勧めるべきだった」というものでした。

A医師は、原告が搬送翌日に被告病院を受診する予定であったことから、その日は入院を勧めずに帰宅させていたので、裁判所は、A医師に義務違反はないと認定しました。

他方、B医師については、原告が翌日被告病院を受診した際に、諸検査を行ったものの、TIAに関する誤解等に基づき、診断を誤った結果、心臓に原因があるかどうかの検討を行わず、特段の注意を与えることなく帰宅させていたので、裁判所は、B医師が、TIAの原因を更に検索して、これに対応する治療を開始する義務を怠ったと認定したのです。

なお被告は、諸検査を実施したが、原告に、新鮮脳梗塞の所見はなく、主幹動脈の高度狭窄、閉塞化所見も認められなかった点を言及。加えて、前日の救急報告書上も不整脈や心房細動を疑わせる所見はなく、過去の心電図検査や触診・聴診においても不整脈や心房細動が出たことはなかったことや、過去の心エコー検査でも運動障害や心壁の異常所見等はなく、心臓の負荷をうかがわせる末梢浮腫もなかったこと等から、早期機序確定義務等の違反はないと主張しています。

これに対し裁判所は、TIAの原因検索は1週間以内程度の早期に、他の機序の検索に加え、心原性塞栓源、心房細動等のスクリーニングも行うべきであり、過去に行った心電図、超音波検査で異常がなかったからといって、TIAの発症時に異常がなかったといえるものではないと指摘。原告の場合、心エコー検査で軽度の僧帽弁逆流も見られていたのであるから、心電図検査、さらに、原因が判明しない場合には、ホルター心電図検査を行い、そのために必要であれば入院を勧めるなどして、原因を検索すべきであったものと考えられるとして被告の主張を認めませんでした。

因果関係・損害について

原告が求めた損害賠償額約8050万円のうち、裁判所が被告に支払いを命じた損害賠償額は440万円でした。

原告が請求していた8050万円は、入院・治療費、入院雑費、入院付添費、介護費、将来介護費、装具代、自宅改修費、休業損害、逸失利益、後遺症慰謝料、入通院慰謝料、及び弁護士費用を合計したものでしたが、裁判所が支払いを命じた440万円は、慰謝料400万円と弁護士費用40万円を合計したものです。

裁判所が原告の請求額を認めなかったのは、裁判所がB医師に認定した過失と、原告の主張する損害との因果関係を否定したからです。

過失と損害との因果関係について、原告は、「B医師が本件発症についてTIAの疑いが強いと診断し、TIAにおける機序確定の重要性・必要性の下、精密な心電図検査が2、3回繰り返されることによって心房細動が検出された可能性が高く、それにより、TIAの発生機序が心原性のものであることが明らかとなり、抗凝固薬を投与することによって、3月18日の脳梗塞を防止できた可能性が高い」と主張しています。

これに対し裁判所は、大きく以下の2点を指摘し、B医師の義務違反がなかったとしても、原告の3月18日の脳梗塞を防止し得た高度の蓋然性を肯定することは困難であり、結果との相当因果関係は認められないと判断し、原告の主張を認めなかったのです。

- 原告はB医師の診察の時点では、全く無症状であったから、その後、場合によっては入院を伴う集中的な検査を行うことについて、原告がこれを理解せず、通院を怠ったり、入院を拒否したりして、3月18日までに検査が終わらず、又はこれに基づく治療が開始されなかった可能性も十分あった
- 原告に脳梗塞が発症して入院した際も、心房細動が発見されたのは入院3日目である同月20日であり、かつその1回しか発見されていないことからすると、仮に同月4日以降、入院するなどしてホルター心電図等の検査がなされたとしても、心房細動が発見されたとは限らない。さらに、原告の心房細動が発見され、抗凝固療法が開始されていたとしても、同療法も100%脳梗塞の発症を防ぐことのできるものではなく、なお、脳梗塞が発症していた可能性は否定できない

このように因果関係が否定したうえで、裁判所は、「原告は、相当因果関係の存在を前提として慰謝料等の請求をしているが、少なくとも黙示的予備的に、被告に過失がなければ重篤な後遺障害を免れた相当程度の可能性の侵害による慰謝料の請求をしているものと解するのが相当である」、「一般に、適切な医療行為を受けていたならば、患者に重大な後遺症が残らなかった相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は、患者が上記可能性を侵害されたことによって被った損害を賠償すべき不法行為責任を負うと解される」として、400万円の慰謝料とその1割の弁護士費用の支払いを被告に命じました。

なお、この400万円の慰謝料認定の理由として、裁判所は、

- B医師が原告についてTIAの疑いが強いと診断して原因を検索し、治療を開始していれば、原告に重大な後遺障害が生じなかった相当程度の可能性がある
- 原告が上記可能性を侵害されたことによって被った損害(慰謝料)額は、上記可能性は高度の蓋然性には至らないものの必ずしも低いものとはいえない
- 原告の後遺障害が右上下肢の麻痺及び感覚性失語であり、労働能力を全て喪失し、要介護3級の認定を受ける程度の重大なものである

などと指摘したほか、B医師の義務違反の内容や、原告が高血圧治療のためC医師らから控えるように指導を受けていたにもかかわらず、毎日20本以上の喫煙、3合以上の飲酒を続けていたこと等を考慮したことを示しています。

裁判例をふまえ今後注意すべきこと

この裁判例は、原告、被告双方が控訴していない事案であるため、第一審である地方裁判所の判断のみで確定していますが、仮に控訴、上告されていたら、上級審である高等裁判所、最高裁判所では、別の認定があり得たかもしれません。

しかし、確定した裁判例である以上、今後同様の事件が起きた際には、原告側が引用する裁判例となる可能性があります。そのため、TIAまたはその疑いのある事案について、たとえ専門外の分野であったとしても、速やかに原因を検

索し、治療を開始すべき義務が求められる場合があることは、リスクマネジメント上知っておくべきポイントだと言えるでしょう。。

ただ、今回の判決が、全ての責任を医師に負わせようとしているわけでは決してない、というところも裁判例の読み方としては注意すべき点です。臨床医の先生方が参考にできるのは、判決内容だけではありません。特に、今回のケースは、専門外の医師に多大な義務を認めた、ように見えるところもありますが、一方で、**裁判では、裁判所が認めた金額が請求金額の1割程度であるような場合には、裁判所は、医師に全責任を負わせようとしていない、**という意味も含んでいます。医療訴訟の裁判例を見るときには、裁判所の考え方の参考にすることに加えて、裁判所の認めた金額にも着目してみると、別の側面が見えてくると思います。