

# 専門医でない当直医の過失

## メディカルオンライン医療裁判研究会

### 【概要】

本件は、Aは、Hが開設するI病院を受診した後、帰宅途中に救急搬送され、急性心筋梗塞により死亡したところ、Aの相続人Bらが、I病院のO医師に診療上の過失があると主張して、Hに対し不法行為に基づく損害賠償請求をした事案である。第1審は、Bらの請求を一部認容して損害賠償を認めたことから、Hが、これを不服として控訴したところ、O医師がAに見られた所見から急性心筋梗塞を含む急性冠症候群の疑いを持つことが可能であったと認めることはできないとして、第1審の認容部分を取り消し、Bらの請求を棄却したというのが本判決である。

キーワード：急性心筋梗塞, 当直医, 専門外  
判決日：福岡高裁平成22年11月26日判決  
結論：原判決取消, 請求棄却

### 【事実経過】

#### 1. 来院前の経緯

平成17年11月18日午後3時ころ、Aは、食道・胃の痛み、胃のむかつき、気分の不快感を覚え、勤務先を早退した。

#### 2. 来院時の状況

同日午後5時50分ころ、Aは独りで歩いてI病院を訪れ、診療を申し込んだ。

看護師は、待合室において、Aの体温を計測しながら問診をしたところ、Aが「のどから胸にかけて痛みがある。15時ころから現在も続いている。」と胸痛症状を訴えたため、カルテにその旨を記載し(カルテには「11/18 17:50 T=36.0°C」、「のどから胸にかけて痛みがある。15時から現在も続いている。」と記載されている。)、これをO医師に引き継いだ。

#### 3. O医師による診察

##### (ア) 問診の結果

O医師は、同日午後6時ころから、診察室におい

て、Aの診察を始め、「胸は今痛みますか。」などと胸痛の有無を質問したところ、Aは、「特に今は感じない。気のせいかもしれない。」などと答えた。また、O医師が胸痛発現時の体勢、胸痛の部位、程度等を質問すると、Aは、「昼食後、寝ていて同僚に起こされたときに、胸がドキッとした。」「その後痛みが出た。」などと答えたほか、痛みの性状について「黄水が上がってくるような、何となく胸部に不快感のあるような痛み。」などと説明した。なお、Aは、既往歴等について「X市内の病院でうつ病と高血圧の薬を飲んでいる。」などと述べた。

##### (イ) 聴診の結果

O医師は、問診に続いて、心疾患や肺疾患の有無を鑑別するために胸部(心臓及び肺)の聴診を行ったが、異常音を聴取しなかった。

##### (ウ) 心電図検査の結果

O医師は、急性心筋梗塞を含む心疾患の有無を鑑別するために心電図検査を実施したが、心電図

(同日午後6時7分付)上ST上昇を認めず(自動解析結果は判定「-(正常範囲)」,解析結果「異常なし」であった。),カルテに「ST-T change(変化・引用者注)なし」と記載した。

#### (エ) O 医師の診断

O 医師は、自覚症状が胸の不快感であること、心電図に異常が認められなかったこと、心疾患に典型的な胸の痛みを訴えず、その表情、所作等もなかったことを総合して、心疾患ではなく逆流性食道炎の疑いがあると判断し、胃酸分泌抑制剤(H<sub>2</sub> ブロツカー)であるガスターD を処方して、A を帰宅させることにした。

#### 4. 退院時の状況

A は、診察が終わると、看護師から薬剤を受け取り、その際、看護師に対し「ありがとうございました。」「お支払いはどうでしょうか。」などと述べ、同日午後6時33分ころには友人に電話で「胸やけがひどくて病院に行った。」などと告げた後、同日午後6時35分ころ、独りで歩いてI病院を去った。

#### 5. 救急搬送までの状況

A は、その後、I病院から約500m 離れ、自宅の近所にあるファミリーレストランの駐車場において倒れているのを発見され、Y市消防本部(救急隊)が同日午後6時44分に通報を受けて同日午後6時46分に現場に到着し、同日午後7時、J病院に搬送された。A は、救急隊が到着した時点で意識レベルJCS300・GCS3、瞳孔反応なし、下顎呼吸、顔面蒼白の状態であり、心電図上心室細動(VF)が認められ、救急車で3回にわたり除細動が実施された。

#### 6. 搬送後の状況等

J病院の医師は、心肺停止状態のAに対し、除細動等の蘇生術を実施したところ、心拍が再開したことから、緊急心臓カテーテル検査を行い、右冠動脈の完全閉塞を確認し、引き続きカテーテル治療を実施したものの、徐々に血圧が低下するなどショック状態が続き、同月19日午後1時33分、死亡した。

J病院の医師が同月26日に作成したAの死亡証明

書には、直接死因として「急性心筋梗塞」と、発病から死亡までの期間として「約19時間」と記載されている。また、J病院の医師がZ労働基準監督署長にあてて作成した「意見書の提出について」と題する書面には、検査成績等として「GOT60, LDH486, CPK100IU/L, BS384mg/dL」などと記載されている。

#### 【争点】

O 医師に診療上の過失があるか。

#### 【裁判所の判断】

O 医師は、消化器内科を中心とする一般内科を専門とする医師であり、これまで急性心筋梗塞の診断や治療に携わった経験はなかったのであるから、O 医師に循環器専門医と同等の判断を要求することは酷といえ、同人が心電図におけるAの急性心筋梗塞を疑わせる所見を見逃したことは、やむを得なかったというべきである。

#### 【コメント】

##### 1. 医療水準論

医療機関側が賠償責任を負うための要件の一つとして、当該医療行為に「過失」があることが必要である。過失とは、「注意義務違反」があったということであるが、その「注意義務違反」があったかどうかの基準となるものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における「医療水準」である(最高裁昭和57年3月30日判決)。

もともと、この医療水準は全国的に同じ内容でなく、診療に当たった当該医師の専門分野、所属する診療機関の性格、その所在する地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮して判断される(最高裁平成7年6月9日判決)。

今回取り上げた裁判例は、最高裁が示した医療水準論を前提として専門医でない当直医の過失について判断していることや、O 医師の過失を認めた

第1審の判断を覆していることから、両者のどこに判断の違いがあったのか、比較しながら検討する。

## 2. I病院の体制

平成17年11月当時、3,4名の内科医(循環器系1名のほかは消化器系)が勤務していた。当直勤務は午後5時から翌日8時30分までであり、この間は、医師1名および看護師1名が、病棟の入院患者(約

120名)や外来患者の診察等を担当し、脳神経系を除く緊急の手術が必要になったときには、J病院に患者を転送する取扱いとなっていた(当該地域における脳神経系の緊急手術はH病院が担当)。

事故当日は、消化器内科を中心とする一般内科を専門とするO医師が当直であり、O医師は、急性心筋梗塞の診断や治療に携わったことがなかった。

## 3. 第1審と本判決の比較

	第1審	本判決(高裁)
午後3時から持続する、のどから胸にかけての痛みの原因	不安定狭心症または急性心筋梗塞	不安定狭心症
問診		<p>問診の間、Aの意識は清明であり、通常の受け答えが可能で、表情や素振りからも痛みの存在を感じさせる兆候は見当たらなかった。</p> <p>Aの胸痛は、3時間近く持続したものではあるが、比較的軽度の重篤感の少ないものであったと認められ、急性心筋梗塞の典型的症状に該当しない。</p> <p>O医師の心電図検査の施行は、胸痛を訴える患者については、鑑別診断のため、これを施行することが求められていることに沿った措置であり、これが実施されているからといってAが典型的な心筋梗塞の症状を呈していたともいえない。</p> <p>O医師は、Aから、高血圧症およびうつ病に罹患し、投薬を受けていることを聴取した。高齢者、糖尿病患者が典型的な胸痛を訴えないことがあるが、聴取結果からはAが注意を要する要因を有する者とは判断されなかった。また、高血圧の既往を有する中年期以上の男性が高率に急性心筋梗塞を合併しているとの知見を示す証拠もない。</p>
聴診		急性心筋梗塞において聴取される聴診所見は認められなかった。
心電図検査	<p>右冠動脈閉塞による急性心筋梗塞症の心電図所見と一致する。</p> <p>診察時に胸痛がなかったとしても、ST上昇を伴う心電図異常が認められ、約3時間は持続した胸痛の既往があるのであるから、急性冠症候群を疑い、心電図の経時的記録、血液生化学検</p>	<p>自動解析装置が誤判したと疑いを容れるべき事情は見当たらず、心電図の所見は、少なくとも、ガイドラインのいう典型的な持続的ST上昇には該当していなかった。</p> <p>心電図のST部分の上方偏位は正常でも認められる場合があること、上記のとおり、本件心電図の自動解析装置結果も、ガイドラインのいう典型的な持続性ST上昇の所見には該当していなかったこと、鑑定の結果によれば、同鑑定人が、循環器専門医</p>

	<p>査の実施や循環器専門医への相談（コンサルト）が必要であった。</p> <p>心電図上の ST 上昇に気がついていれば、胸痛の持続と考え合わせて右冠動脈の完全閉塞を予測することができた。</p> <p>O 医師が急性冠症候群と診断できた場合には、当該治療を行える専門施設への転送を考慮すべきである。</p> <p>O 医師は、遅くとも心電図検査の結果が明らかになった時点で、急性冠症候群の発症を疑い、A を適時に J 病院に転送して適切な検査、治療を受けさせる義務があった。</p>	<p>でない O 医師に、本件心電図異常の診断を要求できるか判断に迷うとしていること、K 意見書においても、循環器専門医でも同心電図の所見のみから急性心筋梗塞の診断を下すことはできないとしていることからすると、循環器以外を専門としている O 医師が、臨床上、本件心電図から急性心筋梗塞を疑わせる徴候を把握することは困難である。</p>
O 医師の過失	<p>本件医師は、診察の時点で胸痛症状が消失、軽減していることを重視し、心電図の自動解析結果が異常なしであったことなどから心電図の異常所見を見落とし、安易に急性冠症候群の可能性を除外する診断をしており、急性冠症候群の発症を疑って A を適時に J 病院に転送して適切な検査、治療を受けさせるべき義務を怠り、漫然と帰宅させた過失がある。</p>	<p>O 医師は、消化器内科を中心とする一般内科を専門とする医師であり、これまで急性心筋梗塞の診断や治療に携わった経験はなかったのであるから、O 医師に循環器専門医と同等の判断を要求することは酷といえ、同人が心電図における A の急性心筋梗塞を疑わせる所見を見逃したことはやむを得ないというべきである。</p>

#### 4. 検討

第 1 審と控訴審である本判決を比較すると、O 医師が心電図の異常所見を診断できなかったことがやむを得なかったと判示しているか否かに特徴的な違いがある。これは要するに、本件事案を第 1 審はレトロスペクティブに、本判決はプロスペクティブに捉えている差ともいえる。

つまり、第 1 審では、心電図に ST 上昇という異常所見があったのだから、問診や心電図の自動解析結果を重視せずに、急性冠症候群を疑い、心電図の経時的記録、血液生化学検査の実施や循環器専門医への相談をすべきであった。しかも、O 医師は循環器の専門医でないのだから、なおさら慎重に循環器専門医にコンサルトをして、その指示を仰ぐべきであった、などと判示して O 医師の責任を認める結論を導いている。

しかし、上記 3 では両判決の対比という形で整理

したが、第 1 審が問診や聴診に対する評価をせずに、心電図の異常所見を唯一の判断材料としていることからすると、第 1 審の判断は、結果として心電図に ST 上昇が認められたのだから問診も心電図の自動解析結果を重視すべきでない、という極めてレトロスペクティブな判断をしているといえる。しかも、鑑定人も「循環器専門医でない O 医師に本件心電図異常の診断を要求できるか判断に迷う」事案と認めているにも関わらずである。

これに対し、本判決は、問診や聴診を実施し、スクリーニングとして心電図検査を行っているというその手順や、問診や聴診が心疾患に否定的であり、心電図異常を把握できなくてもやむを得ない事情があるとの事情を認定し、O 医師の責任を否定した。本判決は、O 医師の A に対する診察の妥当性につき、事実を一つ一つ丁寧に認定しており、当直医が専門外の分野の症状を訴える患者に直面した場合に取

るべき行動に対して法的判断をした事案の一つとして参考になると思われる。

もっとも、注意しなければならないことは、専門外だからあらゆる見落としが許されるというわけではなく、医師として医療水準に沿った診療行為を行った結果として、たとえ悪しき結果が生じたとしても、当該診療行為に対する法的責任を免れる場合があるということである。

本件においても、午後 3 時から持続したのどから胸にかけての痛みが不安定狭心症と認定されたこと、H が証拠として提出した医師の意見書の引用ではあるが、循環器専門医でも心電図の所見のみから急性心筋梗塞の判断を下すことはできないと認定されていることが専門外である O 医師の責任を否定したポイントと思われる。

#### 【参考文献】

判例時報 2110 号 73 頁

#### 【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [虚血性心疾患治療のストラテジーを考察する](#)
- (2) [胸痛にいかに対応するか](#)
- (3) [非心臓性胸痛と食道運動疾患](#)
- (4) [急性心筋梗塞の診断が遅れ後遺障害が残存した事例](#)
- (5) [心電図診断のポイントー急性期治療の視点からー](#)
- (6) [救急室における対応](#)
- (7) [ST 部分と T 波のみかた](#)
- (8) [Killer Disease を見落とさないための胸痛病歴聴取](#)
- (9) [救急医療と医療訴訟](#)
- (10) [心筋梗塞による死亡と診療の適否](#)