

# 消化管穿孔による腹膜炎患者に対する 夜間救急外来での対応

メディカルオンライン医療裁判研究会

## 【概要】

過去の脳出血の後遺症のため、体幹機能障害で立位困難、発語困難な男性(当時76歳)が夜に腹痛を訴え、救急車搬送により公立病院の救急外来を受診した。診察に当たった医師は腹部を触診したが明らかな所見は無く、各種検査の結果も正常範囲であったこと、また腹部仰臥位X線画像でも所見が無かったことから、点滴を投与したうえで3時間経過観察をした後、帰宅可能と判断した。しかし、男性の状態が苦しそうであったため、家族の申し出により男性は帰宅せずに、翌朝消化器内科を受診するというこで、救急外来のベッドで点滴2本を投与して一晩を過ごした。翌朝、消化器内科ならびに外科の医師による診察の結果、男性は消化管穿孔と診断され、抗菌薬等による保存療法が行われたが、救急搬送から2日後に男性は死亡した。

本件は救急搬送時の医師に対し、腹部CT検査を行うべきであったと約4000万円の損害賠償を求めた事例である。審理の結果、1590万円の賠償請求が認められた。

キーワード:消化管穿孔, 穿孔性腹膜炎, 腹部CT検査, 夜間救急外来, 専門領域外

判決日:名古屋地裁平成23年1月14日判決

結論:一部認容

## 【事実経過】

年月日	詳細内容
平成17年 7月4日 午後6時55分 ころ	男性A(当時76歳)は自宅において腹痛を訴えるようになり、救急車搬送を要請した。
午後7時33分 ころ	AはH病院救急外来に到着し、救急外来を担当していたO医師(内科)の診察を受けた。体温35.3℃、心拍毎分76回、SpO <sub>2</sub> が96%、収縮期血圧が165mmHgであった。O医師により、腹部について「hard?(力が入っている)」、「腸音弱い」との所見がカルテに記載されている。Aは意識が不鮮明で、発語困難であった。また保持介助しても座位の姿勢が取れない状態であった。

午後7時38分 ころ	採血し緊急で血液検査および生化学検査を行った。CRPが0.23、WBCが6600であった。
午後7時53分 ころ	腹部単純X線撮影として仰臥位の写真が1枚撮影された。O医師は、ラクトリンゲル点滴を指示し、今夜は絶飲食でフォローするとの方針とした。
午後8時13分 ころ	頭部単純CT検査が実施された。
午後8時40分	Aに左下腹部痛があり、グリセリン浣腸が実施されたところ、少量の便が排出された。O医師は、Aの口の中が茶色いような状態であったことを確認したが、ラクトリンゲルを500ml/2時間の速度で点滴し、生理食塩水100mlにガスター1Aを加えたものを点滴に混注した。
午後10時50分	O医師は、Aに対して近いうちに

ころ	消化器科を受診するように指示し、帰宅可とした。
午後11時15分以降	AはB(Aの妻)、C(Aの子)とともに帰宅しようとしたものの、Aの状態が苦しうであったため、B・Cは午後11時15分ころ再度救急外来に赴きO医師にその旨訴えた。 O医師は、Cに対してAの入院を勧めたところ、Cは「今は考えたい」と述べ、Aを救急外来で朝まで待たせたい旨申し出たため、Aは救急外来のベッドでラクトリンゲルの点滴を朝まで2本受け、朝になったら消化器内科を受診することになった。 その後、Aは口腔から茶褐色のものを少量出し、どこが痛いかわかなくてもすべてうんと答えて、唸っているような状態が続いた。
7月5日 午前7時ころ	O医師がAを観察し、茶褐色の吐物を確認し、一晩中うーうーとしているとの経過をふまえて、緊急で採血が行われたところ、白血球数が1100まで激減していることが判明した。
午前7時30分ころ	抗菌薬カルベニンの点滴が開始された。このころ、H病院消化器内科医P医師がAを診察し、腹部が膨隆し、腹部が硬くなっている疑いがあったことから、腹部から骨盤にかけて単純CT検査の実施を指示した。
午前8時6分ころ	腹部単純CT検査が実施され、腹水とフリーエアが確認された。消化管穿孔による腹膜炎の疑いで、外科にコンサルトがなされ、Aを診察したH病院外科医Q医師は消化管穿孔と診断した。
午前10時30分	Aは救急外来から外科に入院となった。 Aは全身状態が既に不良であったため、開腹手術の適応はないと判断され、抗菌薬等による保存療法が行われた。
7月6日 午前8時11分	Aは死亡した。穿孔性腹膜炎が直接死因とされた。

### 【争点】

消化管穿孔・穿孔性腹膜炎の可能性を考慮して腹部CT検査ないし左側臥位での腹部X線撮影を行わなかった過失の有無。

### 【裁判所の判断】

1. Aの臨床症状等によれば、問診による疼痛の状況の聴取は不能であって、強い疼痛が発生している可能性は否定できず、嘔吐している疑いおよび腹部が緊張している疑いもあるといえる。そうすると、O医師は、当初の救急外来診察時点において、Aが腹部に関する何らかの急性、重大な病気に罹患している可能性が否定できないことを認識できたというべきであるから、この時点で消化管穿孔および穿孔性腹膜炎の可能性をも念頭において、鑑別を進める必要があったところ、Aの場合には、体勢を保持できないため仰臥位正面像のみの撮影であるから、それだけから腹腔内遊離ガスがないと判断することはできない。

そうだとすると、Aについて、当初の救急外来診察で行った診察や検査結果のみでは、腹部に関する何らかの急性、重大な病気に罹患していた可能性を排除できていないので、O医師としては、当初の外来診察が終了するまでの間に(A・B・Cらが救急外来を再受診し、救急外来に留まることを選択した時点ではない)、急性腹症の診断に有用である腹部CT検査をすべき注意義務があったといわざるをえない。

なお、左側臥位正面像については、左側臥位の姿勢を10分以上保持してから撮影を行う必要があるが、当時のAの状態からすれば、左側臥位正面の撮影を行うための姿勢保持がとれなかったことが推認されるから、O医師が左側臥位正面像を撮影しなかったことは注意義務違反となるものではない。

2. これに対し、H病院は、救急外来を担当する医師は、多数の患者に対し、限られた時間および不十分な情報の中で診断を下し、必要な治療をしなけれ

ばならないから、すべての検査を救急外来時に行うことまで求めるのは医療従事者に不可能を強いるものである旨主張する。

確かに、救急外来においては通常の診療と比較して時間および情報等に制約があることおよびH病院の時間外患者が相当数いることは否定できない。

しかしながら、救急外来を担当する医師は、与えられた情報に基づいて可能な範囲で正確に診断を下さなければならないところ、本件においては、前記のごとく、Aが腹部に関する何らかの急性、重大な病気に罹患していた可能性が否定できていないのであるから、H病院主張の事情は、前記認定判断を左右するものではない。

次に、H病院は、Aが日頃から発語困難で、体も不自由であったから、当該時点でも腹痛から来る発語困難や姿勢がとれない状態であると理解することができなかった旨主張する。

確かに、証拠によれば、Aは、平成14年時点において、脳出血の後遺症のため、体幹機能障害により立位困難で、四肢の筋力が低下し、食事等に介助が必要で、発語も容易でなく、意思疎通の困難さが頻繁にみられる状態であったことが認められる。しかし、Aが上記のごとく腹痛を主訴として搬送されている以上、O医師としては、当該時点におけるAの発語状況や姿勢の状況が、普段のそれとどれほど異なるのかということ居合わせたB・Cに聞くなどして、発語困難等の原因につき腹痛を念頭において注意深く探るべきであったといえるから、仮に腹痛の痛みの程度は軽いと判断したとすれば、その判断はやや慎重さを欠くものであったと言わざるをえず、前記認定の過失の判断に影響するものではない。

## 【コメント】

1. 本件裁判例は、救急外来受診から、午後10時50分までの間に、腹部CT検査を行うべきであったのにO医師は検査しなかった過失があるというものである。

内科医であるO医師は、腹部を触診したがAの腹部は「hard? (力が入っている)」と明らかな所見はなく、血液検査においても正常範囲内であったこと、腹部仰臥位X線画像にて所見がなかったことから、点滴を投与したうえで3時間経過を観察し、帰宅可能と判断した。

しかしながら、急性腹症の患者に対しては腹部所見をいかにとるかが診断のポイントとなり、圧痛の有無、場所、筋性防御の有無、反跳痛の有無を頻回に確認するべきところ、Aについては「hard?」という腹部所見が1回診療録に残されているにすぎず、O医師が腹部所見を頻回に診察したとは窺えない事例であった。消化器科の医師にコンサルトし助言を仰ぐ、あるいは午後8時13分に頭部CT検査を行う際に同時に腹部CT検査も行うべきであったといえる。

2. 後掲の「医療判例解説」においても、「腹部所見が診療方針の分かれ目であるから、仮に消化器内科医あるいは外科医が救急外来を担当していた場合には腹部所見を重視してCT検査を行っていた可能性が高い」として、O医師が判断を誤ったとコメントしている。そして、夜間救急外来を担当したO医師が内科医であった点について、夜間救急外来においては専門外の患者を診ることが日常的である現状をふまえて注意を喚起している。

仮に本件において激しい腹痛、腹部が硬い、嘔吐といった明白な所見がある事例、X線検査にて明らかなガス像が認められる、血液検査にて炎症反応が明らかであるといった事例であれば、内科医であるO医師においても急性腹症として診療したであろうから、所見が明らかではなかった本件事例はO医師にとっても残念な事例であることは確かである。

本件裁判例は、マンパワーに乏しい夜間救急外来であることや、専門外領域であることを理由に免責されるわけではないことをふまえ、日々の研鑽が重要であることを示した裁判例と位置づけられる。

3. また本件では、Aが脳出血の後遺症のため、体幹機能障害により立位困難で、発語も容易でなく、医師が患者本人の主訴を詳細に聞き取ることが困難であった。

判決文上、Aの発語としては「うーうー」という唸り声をあげるのみであり、腹痛の程度や間隔について正確に問診することが困難な事例であったといえるが、そのような場合には通常救急外来に同伴する家族などから腹痛の発症時期、間隔などを聴取することが多いであろう。裁判所においても、Aからの問診が困難としてもB・Cから聞くべきで慎重さを欠いていたと指摘している。

4. なお本件では、Aが高齢であることなどをふまえ、逸失利益は認めなかった。また死亡に関する慰謝料も、本人分慰謝料と近親者固有慰謝料を合わせて1350万円と判断している。この金額は、死亡事例における一般的な慰謝料の金額に比較して低額であり、本件裁判例は、診断が難しかったことをふまえてつづつバランスを取ったものと思われる。

### 【参考文献】

裁判所ウェブサイト

医療判例解説37号52頁

### 【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [腹部の緊急処置を要する疾患と搬送基準 — 消化器疾患を中心に—](#)\*\*\*
- (2) [腹痛](#) (溝岡雅文ら)\*\*\*
- (3) [腹痛時の検査の進め方](#)\*\*\*
- (4) [腹痛](#) (鷲尾和)\*\*
- (5) [穿孔性腹膜炎に対する画像診断—MDCTにおける術前診断の有用性—](#)\*\*\*
- (6) [「急性はらいた」で病歴聴取し、4→8法で腹部エコー](#)\*\*\*
- (7) [重急性腹症の診断と鑑別診断のポイント](#)\*\*\*
- (8) [高齢者の腹痛-症状や所見がはっきりしないこともある](#)\*\*\*

(9) [急性汎発性腹膜炎](#)\*\*

(10) [救急医療と医療訴訟](#)\*\*

「\*」は判例に対する各文献の関連度を示す。