

患者の配偶者（医師）の対応を理由に過失相殺された事例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

左腰痛を訴えた患者(当時56歳・女性)が市内の基幹病院で左尿管結石と診断され、元麻酔科医で内科医である夫とともに説明を受けた後、痛み止め等を処方され、帰宅した。患者はその晩から悪寒、発熱等が発現したが、病院で処方された薬では無く、医師である夫の指示に基づいた薬を服用。しかし、震え、嘔吐、頻脈が発現したため緊急搬送された。その後、緊急搬送された病院において対応した医師に敗血症の発症を看過され、その結果、患者は敗血症性ショックに陥り、他院に緊急搬送されたものの、昏睡状態が続いた後、敗血症性ショックを原因とする心肺停止状態による低酸素性脳症によって死亡した。

本件は、患者の遺族が、病院に対して、逸失利益、死亡慰謝料、遺族の固有の慰謝料等の損害賠償を求めた事案である。

裁判所は、敗血症の発症を看過した病院の過失を認めた上で、医師である夫が敗血症を疑わせる臨床症状等を緊急搬送先の医師に詳細に説明しなかった等を理由に4割の過失相殺をした上で、合計3021万9234円の損害賠償責任を認めた。

なお、患者の遺族は、患者が死亡した病院に対しても損害賠償請求をしており、同院との関係では、患者および夫の承諾無しに無呼吸テストを行ったとして、患者の自己決定権侵害を理由に合計66万円の損害賠償責任を認めた。

キーワード:過失相殺,尿管結石,尿路感染症,敗血症,敗血症性ショック

判決日:水戸地方裁判所平成27年2月19日判決

結論:一部認容(認容額:3021万9234円)

【事実経過】

年月日	経過
平成23年 2月8日 午前11時頃	患者Aは左腰痛を訴え、市内のクリニックを受診。 体温36.8℃。尿中検査(テストテープ)が行われた結果、血尿、膿尿が確認され、レントゲン検査の結果、左尿管結石(直径約9mm, 短径約4mm)が発見された。同クリニックの医師は、市内の基幹病院であるH病院の受診を勧めた。
午後1時25分頃	Aは、H病院を受診した。 同院の医師は、前のクリニックで撮影したレントゲン写真より、左尿管結石(9mm×4mm)と診断。その後、点滴を開始。
午後6時頃	Aの夫であるB(元麻酔科医, 当時内科医)が同院に到着。 この頃、引き継いだ他の医師の指示より尿検査、血液検査を実施。血尿、膿尿、細菌尿が認められ、血小板数17.6万/ μ L, CRP 0.27mg/dL。

午後9時半頃	<p>引き継いだ医師が左尿管結石と診断。同医師は、AおよびBに対して以下の通り説明。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・左尿管結石が存在およびその大きさが9mm×4mmであること。 ・1cm以下であり、碎石よりも自然排石を待ってみてはどうか。 ・1ヵ月変化がなければ治療を検討した方がよい。 ・細菌尿・膿尿がある。 ・高熱が出た場合や、座薬でもコントロールできない痛みがある場合には病院を受診するようにする。 ・今後、腎盂腎炎、感染症になる可能性もある。 <p>医師は、ジクロフェナクナトリウム(座薬, 25mg, 10個), チキジウム臭化物カプセル(5mg, 3CP), ウラジログアシエキス(225mg, 6錠)を処方。 Aは、3月7日午前9時半に再診予約をして、帰宅。</p>
2月9日 午前0時頃	<p>Aは、悪寒、発熱あり。 Bの指示に基づき、H病院で処方された薬とは異なるロキソプロフェン(内用, 1錠), チメピジウム(1錠), セラペプターゼ, レボフロキサシンを服用して就寝。</p>
午前7時頃	<p>腰痛が軽減したものの、下痢あり。 起床後、ロキソプロフェン(内用, 1錠), セラペプターゼ(1錠), チメピジウム(1錠)を服用。</p>
午前10時頃	<p>Bが確認したところ、発熱あり。 Aに対して昼にレボフロキサシンを服用するよう指示。</p>
午後10時頃	<p>震え、嘔吐、脈動の弱り、不整脈が発現した。 Bもこれを確認。</p>
午後11時頃	<p>震え、嘔吐、脈動の弱り、頻脈が発現。20分ほど頻呼吸となる。 なお、事後的に見ると、Aはこの時点までに敗血症を発症していた。</p>
2月10日 午後6時頃	<p>AはBに電話をかけ、具合が悪いので早く帰ってきてほしいと伝えた。</p>
午後7時頃	<p>Bが帰宅すると、Aは正面玄関でうつ伏せになって倒れており、意識はあったが過呼吸となっていた。 すぐに119番通報により救急隊が駆けつけた。</p>
午後7時26分以降	<p>救急隊員の判断で、近隣のI病院(泌尿器科は無し)へ搬送。 搬送中の所見は、体温39.3℃, 収縮期血圧77mmHg, 脈拍数200/分, 呼吸数60/分。</p>
午後7時41分頃	<p>I病院に到着。 当直医であったO医師の診察を受け、Aは、来院前の状況について以下のとおり説明した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2月8日、左腰痛で尿管結石と診断されたこと、CRPの値は陰性で、座薬とチキジウム臭化物カプセルを処方されたが、Bの判断でロキソプロフェンとレボフロキサシンを内服。 ・2月9日に、腰痛は軽減するも、下痢を5回した。 午後11時頃に頻呼吸が出現し、20分ほど持続して消失。 ・2月10日も、腰痛は軽減し、発熱はなかったが、下痢を4回した。 夕方急に震えだし1時間ほど持続して、頻呼吸も出現。救急要請をした。 <p>Aは、体温40℃, 心拍数166/分, 呼吸数36/分, 白血球数5600/μLであり、SIRS(全身性炎症反応症候群)の診断基準のうち、体温(38℃超または36℃以下), 心拍数(90/分超), 呼吸数(20/分超)の3項目を満たしていた。また、血小板数は5.6万/μLと低下していた。 O医師は、ロキソプロフェンおよびレボフロキサシンの併用による副作用として痙攣、過換気、血小板低下が生じている可能性があるかと判断したものの、尿路感染症や敗血症ではなさそうであると判断。Bの希望もふまえ、補液治療・経過観察目的で入院。その後、主に輸液治療が行われた。 なお、鑑定の結果、搬送当時の臓器不全の状況は、SOFAスコア(肺, 血液凝固系, 肝臓, 循環器系, 中枢神経系, 腎臓の6つの臓器ないしシステムにつき各0点から4点により評価)に基づき血液凝固系および腎臓の2臓器に障害が生じていたことから、重症敗血症には至っていたと認められるが、血圧122/80ないし125/80と正常であるため、敗血症性ショックにまでは至っていなかった。</p>

午後9時50分頃	体温37°C, 血圧77/50, 心拍数107/分, 呼吸数24/分, 酸素飽和度97%, 腰部疼痛訴えあり。事後的に見ると, この頃に敗血症性ショックに陥っていた。
2月11日 午前8時29分	体温35°C台, 血圧86/66, 血中酸素濃度96%, 頻呼吸無し。 O医師は, 尿路感染症は否定的と判断し, 胃腸症状が落ち着くまで入院と判断。
午後5時5分	Aよりナースコールがされた。 体温37.8°C, 悪寒が強く血圧は測定不可, 心拍数100/分, 呼吸数36/分, 酸素飽和度98%, 顔色不良, 口唇色蒼白, 過換気様, 四肢末端冷感著明, チアノーゼはないが色不良, 悪寒・戦慄が強い, 口渇があり飲水を適宜実施。
2月12日 午前4時	体温38.7°C, 覚醒しており呼吸28回/分, 眉間にしわを寄せた表情でいきんでいるような呼吸。
午前7時28分	当直医であったP医師は, 腸管感染症と診断し, 細菌検査を指示。
午前7時54分	発熱39°C台, 意識JCS 1, 頭頸部・貧血なし, 黄疸なし, リンパ節腫脹なし, 尿路感染の疑い, 水溶性下痢あり。
午前9時15分	呼吸困難感あり。深呼吸促す。開眼しており, 声がけに返答あり。抹消冷感とチアノーゼはない。口唇色不良, 全身に発汗。
午前9時40分	Aの同室者よりコールがなされ, 看護師が訪室すると, Aは呼吸停止。 面会に訪れたBが心臓マッサージを開始。心臓マッサージを受けながら集中治療室へと搬送され, 気管挿管, 換気を開始。
午前9時50分	血圧157/90。呼吸器が装着された。P医師が敗血症性ショックと診断。
午前11時10分	血圧87/47, 心拍数140/分, 酸素飽和度99%, 睫毛反射なし, 対光反射なし, 意識レベルJCS 300。
午後0時15分	I病院を退院し, J病院へ救急搬送。
午後0時40分	J病院の集中治療室へ入院。 敗血症性ショック, DIC, 多臓器不全, 尿管結石, 尿路感染, 蘇生後遺症, 瞳孔左右7.5mm, 対光反射なし, 自発呼吸なし。
2月14日	脳波の画像所見は, 平坦脳波。
2月16日 午後3時40分頃	J病院のQ医師は, 法的脳死判定をする場合における無呼吸テスト実施の前提条件(深昏睡, 瞳孔固定・瞳孔径左右4mm以上, 脳幹反射の消失および平坦脳波の状態にあること)について, いずれも満たしていると確認した上で, 無呼吸テストを実施。その際, AおよびBらに対して, 無呼吸テストに関する説明をせず, 同人らの承諾を得なかった。
3月17日	酸素飽和度が低下し, 血圧も60以下に低下。 Bが来院し, Aの死亡を確認。

【争点】

- O 医師に搬送当時, 敗血症と診断しなかったことについては過失が認められるとしても, ①A の診察が遅れたこと, ②同病院搬送時における A および B の説明が不十分であったこと等に関して, A または B にも落ち度があるとして, 過失相殺がなされるか。

【裁判所の判断】

1. 搬送当時敗血症と診断しなかったことに関するO 医師の過失の有無

O 医師は, A がI病院に搬送され診察した時に, A が尿路感染症による敗血症を発症していることを疑い, これに応じた抗菌薬の投与等の適切な措置を採るべき義務があったところ, これを怠った点で過失があった。

2. 過失相殺の成否

(1) BとAとの関係等について

Bは、Aとの間で正式な診療契約を締結していたとまでは認められない。もっとも、Bは、医師の資格を有していた上、AがH病院から薬を処方されていたにもかかわらず、Aに対してあえて別の薬を処方するなど、診療契約を締結した医師が本来すべき行為の一部を行っているともみることができ、前医と同視することはできないまでも、医師の資格を有するものとして、Aの生命・身体について特に配慮をすべき立場にあったと評価するのが相当である。

そうすると、BがAと接する中で得られた情報を基に、内科医および麻酔科医の経験を有する医師として、通常期待されるべき行為を行わず、そのことがAの死の結果に寄与したと認められる場合には、当該不作為を過失相殺事由として考慮するのが相当である。

(2) 早期にAの診察が遅れたこと

①Aが2月8日にH病院における診察の際、同院の医師から、今後は腎盂腎炎や感染症を発症する可能性があり、高熱を生じた際にはすぐに受診するよう注意されていたこと、②AがH病院の帰宅後や、2月9日午前10時頃から午前11時頃に発熱し、同日夜には熱が上がっていた上に、同日の午後10時頃から11時頃には、敗血症を疑わせる臨床症状である戦慄を伴う発熱、頻脈、頻呼吸等を発現していたことをBは同日午後11時頃までに把握していた。

加えて、9mm×4mmほどの尿管結石があれば尿路感染症を発症して敗血症に至る可能性があると思定することは、内科医および麻酔科医の経験を有する医師にとって容易であったことからすれば、遅くとも、9日午後11時頃の時点で敗血症の発症を疑うことが十分可能であった。

したがって、Bは、9日午後11時の時点で、Aの尿路感染症による敗血症の発症を疑い、ただちに泌尿器科等の適切な病院を受診させるべきであったにも

かわらず、これを怠った点で過失があった。

(3) AおよびBによるO医師に対する説明が不十分であったこと

Aの尿管結石の大きさや、8日から9日頃のAの諸症状の詳細(夜間の発熱、悪寒、震え、頻脈、血尿、膿尿、細菌尿等がみられたことなど)について、O医師に対して説明しなかった点が過失相殺事由となるか検討する。

1) Aの説明について

O医師は、この説明がなかったとしても、搬送時のAの諸症状や、Aが説明した内容に基づいて、Aの敗血症発症を疑うことは十分に可能であったし、O医師の問診に対してAが殊更症状を過少に申告、説明したとまで認められないため、Aの当時の説明内容について、過失相殺事由として考慮できない。

2) Bの説明について

他方、Bは、9日午後11時頃の時点でAの敗血症発症に気づき得たうえ、10日にI病院に搬送された時点でAの症状はいっそう重篤化していたことや、それまでのAの状況を最も把握していたのはBであったことから、Bは、Aが搬送された時点で、9日夜の時点より容易にAが敗血症を発症しているとの疑いを持ち得た。これをふまえば、Bは、前医そのものではないにせよ、医師資格を有するものとして、O医師に対して、敗血症を疑わせる臨床症状等の詳細について自ら説明することが期待されていた。そのような説明をしていない以上、Bに過失があった。

(4) 過失割合

Bの上記過失は、医師の資格を有し、Aの生命・身体について特に配慮をすべき立場にあった者としての過失であって、これを軽視することはできない。もっとも、①Bは、Aとの間で正式に診療契約を締結した者ではない以上、Bに課される注意義務よりも、正式に診療契約を締結したI病院の医師に課される注意義務をより高度なものともみべきであること、②受

診の遅れの点に関しては、BがAの敗血症を疑わせる所見を把握した9日夜の時点よりも、O医師が診断した10日夜の時点の方が、重篤化したAの症状や検査結果等に基づき、より容易にAが敗血症であるとの疑いをもち得たこと、③説明不足の点に関しては、仮にBによる十分な説明がなされなくても、O医師がAの敗血症発症を疑うことは十分に可能であり、説明不足を過大に重視するのは相当でないことなどをふまえれば、両過失分を併せて4割とするのが相当である。

そして、BとAやその余の原告らとの関係に照らせば、この割合に基づく過失相殺は、Aやその余の原告らについても適用されるものと解する。

【コメント】

1. 医療事故と過失相殺

本件は、患者の遺族である夫が医師資格を有しており、早期に患者に病院を受診させなかったことや、搬送先病院に対する説明が不十分であったことを理由に過失相殺がされた事案である。

過失相殺(民法 418 条, 722 条 2 項)は、被害者に落ち度があるような場合にまで全ての責任を加害者に負担させるのは公平でないという観点から、損害額の公平な分担を図る趣旨で設けられた制度である。

医療訴訟においては、主として過失相殺が問題となる交通事故訴訟などと比べて過失相殺が認められる例は少ない。これは、診療契約が、患者が診断および治療を医療機関側に委ねるという性質の契約であり、医師が主体となって診断、治療が行われるためである。他方で、医療行為は、医療機関と患者の双方の協力関係が前提となるものである。それにもかかわらず患者の協力が得られない結果として悪しき結果が生じた場合にまで、すべて医療機関側の責任とするのは公平ではない。

このような観点から、裁判例においては、問診に

際して患者側の症状説明等が不十分であったために診断を誤ったケース、治療過程で患者が医師等の指示に従わなかったために損害が発生したケース等において、過失相殺が認められている。

2. 本件で考慮された被害者側の過失

本件においては、患者であったAの過失ではなく、Aの夫である医師資格を有するBの対応が過失相殺事由とされた。これは、被害者以外の者の過失についても、被害者と一定の関係がある者については被害者側の過失として考慮される(最高裁判所昭和42年6月27日判決)ためである。

そして、患者とどのような関係がある者の過失が考慮されるのかについて、本裁判例は、「Bは、医師の資格を有していた上に、AがH病院から薬を処方されていたにもかかわらず、Aに対してあえて別の薬を処方するなど、診療契約を締結した医師が本来すべき行為の一部を行っていた」ことを理由に、「医師の資格を有するものとして、Aの生命・身体について特に配慮をすべき立場にあったと評価するのが相当」と判断している。つまり、本裁判例は、患者の夫が医師であることだけを理由に過失相殺がされたものではなく、Bが前医で処方された薬とはあえて別の薬を処方するなどしたことが、「Aの生命・身体について特に配慮をすべき立場」にあったと評価された理由となっている。

このようなBの行動に照らせば、Aの状態を把握していたのはBであり、そのBが早期にAを医療機関に受診させ、または搬送時にAの臨床症状について十分な説明をしていればO医師が敗血症と診断することができたと考えられた以上、Bにも一定程度の責任を負わせたことは公平の理念に適う判断である。

3. 過失割合について

過失相殺をすることが相当と考えられる事案においても、過失割合をどのように考えるかについては

簡単ではない。

本裁判例は、患者の家族の症状説明が不十分であることを理由に4割の過失相殺をしているが、患者側の症状説明が不十分であることを理由に過失相殺の成否が争点とされた主な裁判例は以下のとおりである。

①大阪高等裁判所平成11年6月10日判決

【2割の過失相殺】

急性咽頭炎の患者に対し、ステロイド剤の点滴およびジクロフェナクナトリウムを併用投与したところ、出血性胃潰瘍を発症し、その後出血性ショック、胃の摘出手術を経た後、多臓器不全、敗血症等により死亡した。裁判所は投薬に当たり、医師の検査義務違反を認めたとうえで、患者が胃潰瘍の既往があるのにないと申告したことについて、2割の過失相殺を認めた。

②熊本地方裁判所平成17年2月17日判決

【過失相殺を否定】

警察署に留置された被疑者であり、肺塞栓症や心筋梗塞等の既往がある患者に対して、警察署長の依頼を受けて診察した医師らがワルファリンの投与量を誤ったり、適切な医療措置をとらなかつたりしたため、患者は急性心筋梗塞を引き起こし死亡した。被告は、患者はワルファリンの投与量や自身の病状について最も知っているはずであるから、担当医に対して異常を訴えなかつた点で患者側の過失があると主張。裁判所は上記の既往を疑い、ワルファリン投与量が相当か等に注意を怠った点に医師の過失を認めた上で、患者が病状やワルファリン療法につき専門知識を有していなかつたことを理由に過失相殺を否定した。

③高松高等裁判所平成2年12月27日判決

【4割の過失相殺】

転落事故を起こした患者が、一般外科医に骨

折の治療を受けたが、約1ヵ月後に急性心不全で死亡した。裁判所は慢性硬膜下血腫の診断、治療をしなかつた点に医師の過失を認めた上で、患者側家族が応急措置後なるべく早期に脳神経外科医の協力を求めて診断、診療をしてほしい旨申し出なかつたことについて、4割の過失相殺を認めている。ただし、このように過失相殺を認めた結論には否定的な見解もある。

④福岡地方裁判所小倉支部昭和60年3月29日判決

【3割の過失相殺】

野球部の忘年会帰りに喧嘩となり、同僚に殴打されて左頭蓋骨陥没骨折、急性左硬膜外血腫を負った患者が、アルコール中毒と誤診され、その手当をして帰宅させられたものの、翌朝、頭蓋内出血による硬膜下血腫の除去のため開頭手術を受け、一命とりとめたが植物状態となった。裁判所は、担当医師がX線写真の読影をミスした点に過失を認めた上で、付き添った他の部員が担当医師の事故の態様等に関する質問に対して殊更言葉を濁し喧嘩の事実ないし頭部強打の事実を秘匿する等正確な事情説明をせず、受傷の経緯を聞いた患者の妻もこれを容認したことを被害者側の過失として、3割の過失相殺を認めた。

また、本件と同様に、医療関係者が関与した事例として、以下の裁判例を紹介する。

⑤札幌高等裁判所平成6年12月6日判決

【1割の過失相殺】

痘瘡の予防接種を受けた幼児が、重篤な後遺症を発症した。裁判所は、医師の間診義務違反を認めた上で、予防接種に関してかなりの知識・経験を有していた看護師である母親が、幼児が数日前から風邪にかかっていたことを医師に告げなかつたことについて、専門的な知見を有する患者側

の対応等を考慮した上で、1割の過失相殺を認めている。

以上のとおり、過失割合がどの程度になるかは裁判例に応じてさまざまであり、一律に判断できるものではない。

過失相殺が損害額の公平な分担を趣旨とした制度である以上、過失割合を決めるにあたっては、医療機関側の過失と患者側の過失とを比較した上で事案に応じた公平な結論が導かれることになろう。

医療機関として心掛けるべきは、過失相殺が認められるか否かにかかわらず、患者側が専門的な知見を有することに期待することではなく、他の患者と同様に、必要十分な問診、治療を尽くすことである。

なお、報道によれば、本件の原告は判決に不服があるとして控訴するとのことであったため、控訴審において過失割合が変更される可能性もあり、注目されるところである。

【参考文献】

- ・ ウエストロー(本判例)
- ・ 判例時報1706号41頁
(大阪高等裁判所平成11年6月10日判決)
- ・ 判例秘書
(熊本地方裁判所平成17年2月17日判決)
- ・ 判例タイムズ754号204頁
(高松高等裁判所平成2年12月27日判決)
- ・ 判例タイムズ555号295頁
(福岡地方裁判所小倉支部昭和60年3月29日判決)
- ・ 判例タイムズ893号119頁
(札幌高等裁判所平成6年12月6日判決)
- ・ 福田剛久 他編. 最新裁判実務大系2 医療訴訟.
東京: 青林書院; 2014. p. 680.

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [\(12\)泌尿器救急**](#)
- ・ [12. 尿路結石症 A 上部尿路結石\(腎・尿管結石\)***](#)
- ・ [敗血症性ショックの初期循環管理~どこをどのようにして目指せばよいのか**](#)
- ・ [\(3\) 敗血症 - 何を行い, 何を行わないか? -***](#)
- ・ [日本版敗血症診療ガイドラインの解説~抗菌薬治療のポイントを中心に~***](#)
- ・ [多臓器不全**](#)
- ・ [尿路感染症から敗血症性ショックに陥った症例への対応/重症敗血症に関する最近の話題***](#)
- ・ [第5回「尿路感染症, 皮膚軟部組織感染症による敗血症」の入院へのアプローチ~Surviving sepsis campaignから考える敗血症の入院治療~***](#)
- ・ [脳死判定におけるベッドサイドでの検査**](#)
- ・ [無呼吸テスト**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。