

主治医以外の医師の説明により診療契約が終了した場合において、説明した医師に説明義務違反が認められた事例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

患者(昭和31年生当時52歳, 男性)が激しい息切れと酷い下痢症状を主訴に医療機関を受診した。診察した主治医が複数の検査を実施したところ, 原因は不明であったものの, 何らかの重大な疾患を有している可能性があるかと診断され, 当該医療機関に検査入院することになった。

しかし, 患者の妻が入院中の看護に不満を抱き, 院長に苦情を述べたため, 複数の検査の予定が入っていたが, 院長の説明によって, 患者は退院することになった。

その後, 再び, 患者は当該医療機関を受診することになり, DICならびに感染性心内膜炎と診断され, 血管外科のいる医療機関に転送された。転医先で抗凝固剤と抗生剤治療を受けたものの, 患者は敗血症ショックなどにより死亡した。

そこで, 患者遺族らが, 転院前の医療機関の対応や治療に問題があったとして損害賠償を求めたところ, 裁判所は, 院長の退院時の説明に説明義務違反があるとして, 請求の一部を認めた。

キーワード: 診療行為, 説明義務, 主治医, DIC, 感染性心内膜炎

判決日: 大阪高等裁判所平成27年11月11日判決

(原審: 大阪地方裁判所平成27年5月11日判決)

結論: 一部認容

【事実経過】

年月日	経過
平成20年 9月18日	【かかりつけ医受診】 Aは, 9月中旬頃から下痢の症状が続いていたところ, 同日午後7時15分頃, 自宅で激しい息切れと酷い下痢の症状を起こし, その場で動けないほどの状態になった。そのため, 紙おむつを履いたうえで家族に連れられ, かかりつけの診療所を受診した。 同診療所の医師は, Aの症状を見て, 対応困難と判断し, 総合病院を受診することを勧め, H病院を紹介した。 【H病院受診】 Aは, 家族とともにただちにH病院の夜間外来を訪れ, O医師の診察を受けた。 胸部および腹部X線撮影を行ったが, 呼吸音は清明, 心雑音は聴取されず, X線画像上の異常

	<p>も認められなかった。O医師は、原因は明らかではないものの、何らかの重大な疾患を有している可能性が高いと考え、その原因を探索すべく、入院の上、翌日以降、胃検査、注腸造影検査、ホルター24時間心電図検査、頭部CT検査、心エコー検査等を順次実施していくこととした。</p> <p>なお、同日H病院は満床であったことから、Aは輸液を受けながら点滴室に滞在することとし、翌日に病室が空き次第、入院することとなった。</p> <p>【カルテ記載に関する補足】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Aのカルテには「精神的不安定であり(脳出血前から)」、「非常に精神的に不安定である」、「精神不安定?(家族は以前よりかなりきついと)」との記載がある。
9月19日	<p>Aは、H病院に入院となった。</p> <p>主治医はO医師であった。胃・十二指腸検査、頭部CT検査の結果、胃・十二指腸に明らかな病変は認められず、頭部にも特段の異常は認められなかった。</p> <p>血液検査の結果は、白血球数が16100、血小板数が258000、CRP値が3.1であり、体温は37℃、SpO₂は85%であった。そこで、今後の予定として順次、心エコー検査、ホルター24時間心電図検査を実施することとし、24日には注腸造影検査が予定された。</p> <p>なお、O医師は院長であるP医師(以下、P院長という)にAの状態、今後順次鑑別診断のため検査を予定していること、入院は2週間程度であることを報告していた。</p>
9月20日	<p>Aの妻であるBが、Aの入院のため自宅と病室を何度か行き来していたところ、その度にAの紙おむつ内に便が残された状態になっていた上、同日夕方頃、Aの見舞いに訪れた際にも、紙おむつ内に便が残され、シーツにも便が付着した状態であったことから、適切な看護が行われていないと感じ、院長のP院長に苦情を述べた。</p> <p>これに対し、P院長は、Bに対し、H病院は24時間体制の完全看護ではないので看護に不満があるのであれば退院するよう求めた。</p> <p>BがP院長にAは退院可能な状態であるのか尋ねたところ、P院長は、Aに対する血液検査の結果において炎症反応を示す数値が認められたことや酸素飽和度も低いことからすると、Aの全身状態を悪化させている何らかの病態が窺われるにもかかわらず、前日までに実施された腹部・胸部のX線検査、胃・十二指腸検査や頭部CT検査において特段異常が認められなかった一方で、カルテや入院計画書においてAには精神不安定な症状が認められる旨の記載があったことをとらえて、Bに対し、Aの症状は内科的な疾患によるものではなく、精神的な原因によるものであるから退院して差し支えない旨述べた。</p> <p>※この際のP院長の説明内容は、当事者間に争いがあるが、裁判所の認定による</p> <p>Bは、Aの症状が精神疾患によるものであるかのようなP院長の説明に納得することはできなかったが、P院長の発言内容や対応態度からH病院に対する不信感が強くなったこともあり、同日、Aを退院させることとした。</p> <p>【カルテ記載等に関する補足】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護記録に「家人来棟される。妻、朝も昼も今も便をはさんでいる。ちゃんと見てもらえないなら、入院している意味がない。家に連れて帰る。と言って来られる。院長呼んでくれとのこと」との記載があった。 ・ 同日のカルテには「不安神経症」や過換気症候群があった旨の記載があるほか、看護記録には、問題点として「精神的不安定あり(一人状態etc)」との記載があり、また、20日の欄に「粘着性キシツ、会話まとまりあるが、まわりくどい」との記載があった。 ・ 診療録や看護記録にも「病状を説明もしてくれないので退院する」「家族とともに退院する」と記載があった。
9月22日	<p>Bが、医療費を精算するためにH病院を訪れたところ、これに気付いたO医師が、Aの病状が心配なので、注腸造影検査だけでも受けるよう求めた。そこで、Bは、O医師の勧めに従い、9月25日に注腸造影検査を予約し、その後は、ホルター24時間心電図、心エコー検査を受けていくことを了解した。</p>

9月25日	Aは注腸造影検査を受けるためにH病院を訪れた。 Q医師は、Aに脱水症状が強く見られた上、著しい倦怠感や気分不良を訴えるなど全身状態も悪かったことから、注腸造影検査の適応はないと判断して、同検査の実施を中止した。 同日の検査は、血液検査、尿検査、胸部X線検査を行った上、翌日までの検査として、ホルター24時間心電図検査を実施することとした。 Aは一旦帰宅し、その帰宅後に、血液検査結果が判明した。白血球数は16900、CRP1.8、血小板数は92000であった。
9月26日	AがH病院を訪れ、O医師の診察を受けた。 血小板数が初診日と比較して著しく減少していたことから、血液凝固検査を実施したところ、明らかな血液凝固反応が認められた。 O医師は、AがDICを発症していると判断し、Bに、原因は不明であるが、DICの状態にあつて生命の危険があること、入院して継続的に点滴治療を実施する必要があることを説明し、同日AはH病院に入院となった。 Aに対し、抗凝固療法としてガベキサートメシル酸塩1200g/日の投与と、抗生剤としてフルモキシセフ4g/日の投与を開始した。なお、同日の血液検査の結果は、白血球数18100、CRP値1.6、血小板数は55000であった。
9月27日	O医師は、Aに聴診を行った際、逆流性心雑音が聴取され、Q医師も聴診した結果、心臓部の血流が逆行していることが確認され、感染性心内膜炎の可能性が指摘された。そして、感染性心内膜炎は抜歯等の外科的処置後の細菌感染がその原因の一つとされていることから、Aの口腔内を確認したところ、相当悪化した歯槽膿漏が認められた。 上記のような所見に加え、Aに微熱が続いていたことを併せ考えた結果、Aは敗血症を伴う感染性心内膜炎を発症している可能性が高いものと判断された。ピペラシリン4g/日、ゲンタマイシン1A/日に抗生剤が変更され、新鮮凍結血漿(FFP)とドパミン塩酸塩がそれぞれ投与された。
9月29日	O医師がAに心エコー検査を実施した結果、左心部の僧帽弁に疣贅が認められ、僧帽弁閉鎖不全症IV度を伴う感染性心内膜炎を発症していると診断された。 O医師は今後の内科的治療によって状態が改善された場合は、早急に外科手術の実施を検討すべきことになるものと考え、これに対応可能な心臓血管外科を有するI病院に転院を求めるとした。 同日、AはI病院に転院となった。
9月30日以降	I病院転院後も、Aの全身状態は依然として不良であり、血液検査からDICの状態に変化はなく、肝機能障害も窺われたほか、消化管出血による症状が続いた。
10月15日	Aの不良な全身状態や腎機能、肝機能の異常数値を改善するには至らず、消化管出血も収まらないまま、多臓器不全の状態になり、敗血症性ショックにより死亡した。

【争点】

- ・ 9月20日の退院時におけるP院長のBに対する説明が不法行為または診療契約上の債務不履行に該当するか

※そのほかのH病院の対応や治療についても争点とされたが、地方裁判所、高等裁判所ともに、H病院の対応に問題はなかったと判示している。

【裁判所の判断】

1. P 院長の B に対する説明の違法性について

P 院長が B に対して説明した内容は、上記【事実経過】のとおりである。この際、P 院長は、B に対し、主治医である O 医師が、具体的な病名は不明であるものの、A の症状からは何らかの重大な疾患を有している可能性が高いという認識を有していたことや、鑑別診断に向けて各種検査の実施を予定ないし計画していたことを伝えることもなく、退院するのであれば他の病院を受診して検査を受けることを勧めることもなかった。そうすると P 院長から本件のような対応を受けた B は、A の病態や原因疾患の鑑別診断に向けて各種検査が予定されている状況にあることを理解することなく、また、A の症状が重大な疾患による可能性が高いにもかかわらず、その原因を明らかにする必要があることについて認識を欠いたまま、A を退院させたことになる。

医師ないし医療法人は、患者との間で診療契約を締結した以上は、患者に対する診療行為を終了させるにあたっては、当該患者あるいはその家族が、当該患者の有する病態の現状や治癒に至っていない場合の将来的な治療の必要性および治癒の可能性等について既に十分に理解しているとか、それらに関する説明を患者が明確に拒否したとか、患者にそのような説明をしないことについて法令上の根拠その他正当な理由があるなどの特段の事情のない限り、当該患者に対しては、それまでの診療経過をもとに上記説明をする（高次医療機関等に対する転送時には必要な情報提供としての申し送りをする）義務がある。なぜなら、医師による治療行為による結果として、治癒等の利益を受けることも、治癒に至らなかった場合の不利益が生じることも、すべては患者が受け入れなければならないことからすると、医師による治療行為の結果が自らの合理的な判断によるものとして患者自身が受け止めるためには、診療行為の終了時点において、当該患者の有する病態の現状や治癒に至っていない場合の将来的な治療の必要性

および治癒の可能性等をふまえ、その時点において診療行為を診療させることの可否を自ら検討するに足りる程度の情報提供を受ける必要があるのであって、そのような情報を欠いた状況の下で何らかの意思決定をしたとしても、その後の不良の結果を自らの合理的な判断によるものとして受け止めることは著しく困難であるからである。

したがって、医師が、患者に対して上記のような情報を提供することなく診療を終了させることは、特段の事情のない限り、診療行為による結果を自らの合理的な判断によるものとして受け止めたいという人格的な利益を確保するための自己決定権を侵害する行為として、不法行為ないし診療契約上の債務不履行に該当する。

これを本件についてみると、P 院長は、A が退院するにあたり、A の症状が重大な疾患による可能性があり、それを鑑別するための検査が予定されていることを伝えず、これを放置した場合の危険性について説明をするどころか、上記可能性や危険性がないかのような誤った情報を提供したというのであるから、A の自己決定権を侵害する不法行為に該当するというべきである。

したがって、H 病院は、A に対して、不法行為に基づく損害賠償責任を負わなければならない。

もっとも仮に、A が 9 月 20 日の夕方以降も入院を継続したことにより、DIC の発症を早期に診断することができ、心エコー検査を早期に実施することができた可能性があるとしても、A に対して実際に実施された治療方法（抗凝固療法と抗生剤の投与）に違いはなく、その後の病態の進行に大きな変化があった可能性は低かったと認められるから、結局、A の死亡原因となった多臓器不全および敗血症性ショックを避けることはできなかつたとして死亡との因果関係を否定した。

2. P 院長の説明義務違反による慰謝料額について

P 院長による不法行為の内容および態様（A の病

態に鑑みて提供すべき情報の重要性や B に対する発言内容等), これにより侵害された法的利益の性質, その他本件に現れた一切の事情を考慮すると, 慰謝料は 300 万円とするのが相当である。なお, B の行動を過失と評価することはできない。A を H 病院から退院させたのは, P 院長の不適切な対応に原因があったというべきであるから, 慰謝料額を減額することはできない。

【コメント】

1. 診療行為を終了させる場面における医師の説明義務について

(1) 診療行為を終了させる一般的な状況について

本裁判例は, 患者との診療行為を終了させる場面における医師の説明義務が問題となった事例であり, 診療行為を終了させる場合には, 原則として, 当該患者の有する病態の現状や治癒に至っていない場合の将来的な治療の必要性および治癒の可能性等を説明すべき義務があると判示した。

ところで診療行為が終了する場面といっても, 治療の終了と同時に診療行為も終了する場合と, 診療行為は終了するが治療は継続する場合とがある。前者の場面であれば, 通常, 治療の終了に伴い, これまでの治療経過や現在の患者の状態を説明して診療の終了を告げるはずであり, 一方, 後者の場合であれば, 通常は転医措置をする場合であり, この場合も, 転医の必要に伴って治療の継続の必要や患者の現在の状態を説明するのが一般である。

この点からすれば, 本裁判例が診療行為の終了する場面においても医師や医療機関に説明義務が課した判断については, 特に異論はないと思われる。

(2) 主治医以外の医師の説明による診療行為の終了

上述のような一般的な診療過程においては, 通常,

主治医や担当医が患者に説明するので, 診療行為終了の場面で説明義務が具体的に問題となるようなことはそれほど多くはないと思われる。

しかし, 本裁判例の場合, 主治医や担当医が説明したのではなく, 診療に関与していなかった院長医師が説明し, それによって患者が退院したということで問題となった。結局, 院長医師の説明は, 患者の症状が重大な疾患による可能性があり, それを鑑別するための検査が予定されていることを伝えず, これを放置した場合の危険性について説明をするどころか, 上記可能性や危険性がないかのような誤った情報を提供したとして, 説明義務違反が肯定された。

本件のように主治医や担当医以外の医師に対し, 患者本人やその家族から面談や説明の機会を求められた場合については, 例えば, 「不十分な情報を基に不適切な説明をすれば却って誤解を与えかねない」などとして, 「患者本人にとっても不利益になる可能性がある」と理解を求めて, 可能な限り, 主治医や担当医以外からの説明は控えた方が賢明である。

(3) 苦情を契機とする診療行為の終了

院長医師による説明は患者妻からの苦情が契機になっている。確かに, 本件病院側の主張を見ると, 患者家族からの苦情が激しく, 現場も対応に相当苦慮したことが窺われる。このように患者や患者家族の苦情が激しく, 診療に差し障るような場合には, ときとして, 診療行為の前提となる信頼関係が構築できないとして, 止む無く診療行為を終了させなければならない状況もあるかと思われる。

しかし, 患者側の苦情は, 信頼関係の構築が出来ない理由にはなっても, 医師からの説明が免除されるものではない。そのため, 仮に, 苦情を契機として診療行為を終了させるにしても, 医師は現在の患者の状態や治療継続の必要性の有無など適切な治療が受けられるような説明や転医処置などの配慮は忘れてはならない。

なお, 本裁判例は, 既に患者が状態や将来の治

療の必要性を十分に理解している場合には、説明は不要と判示しているが、十分に理解しているか否かは必ずしも明らかでないため、十分に理解していないとの可能性もあるとして、十分な説明と、またその説明時の記録化をするよう心掛けたい。

2. 説明義務違反の帰結について

医師や医療機関に説明義務違反が認められても結果との間に因果関係が認められなければ、当該結果に対する損害賠償義務までは認められない。本件では、仮に、院長に説明義務違反がなく、患者が継続して入院をしていたとしても、その後の治療方法や病態の進行に大きな変化はなかったとして、説明義務違反と患者の死亡との間の因果関係は否定された。本来、因果関係が認められなければ損害賠償は認められないはずであるが、説明義務違反が認められた場合、医師から適切な説明を受けて治療行為を選択するという患者の権利(これは人格権としての自己決定権と呼ばれる)の侵害という結果は認められるとして、その限りで慰謝料が認められることがある。本裁判例でも、「診療行為による結果を自らの合理的な判断によるものとして受け止めたいという人格的な利益を確保するための自己決定権を侵害する行為」と判示され、慰謝料 300 万円が認められた。

【出典】

- 判例時報 2304 号 54 頁

【参考文献】

- 高橋 譲 編著. 医療訴訟の実務. 東京: 商事法務; 2013. p.288-302
- 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.432-445

【メディカルオンラインの関連文献】

- [感染性心内膜炎***](#)
- [DICの基礎疾患からみた病態の差異**](#)
- [1. 敗血症性 DIC - 敗血症レジストリーから学ぶこと**](#)
- [クレーマーな患者***](#)
- [\(6\) クレーム対応**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。