

頭蓋内圧亢進症の診断のためのCT撮影義務と 帰宅指示後の経過観察義務について

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

本件は、深夜、頭痛、嘔吐、下痢を発症し、救急受診した患者(平成8年生まれ当時13歳男児)に対し、急性胃腸炎の診断の下、治療を実施し、帰宅を指示したが、朝になり脳ヘルニアにより死亡したという事案である。

死亡した患者の遺族が、救急搬送時、頭蓋内圧亢進症を疑って必要な検査を行うべきなどとして損害賠償訴訟を提起した結果、第1審の地方裁判所は、頭蓋内圧亢進症を疑うべき事情はないとして医療機関の過失を否定したが、第2審の高等裁判所は、頭蓋内圧亢進症を疑ってCT検査を実施するべきであったとして遺族の請求を一部認容した。

キーワード:頭蓋内圧亢進症, CT, 経過観察, 脳ヘルニア, 素因減額

判決日:東京高等裁判所平成30年3月28日判決

(横浜地方裁判所平成29年6月8日判決, 請求棄却)

結論:一部認容(なお上告中)

【事実経過】

年月日	経過
平成21年 9月21日	Aは朝から頭痛と嘔吐があったため同居の祖母とH病院救急科を受診した。 H病院では片頭痛, 脱水症, 髄膜炎の疑い等で診療が開始された。なおAは頭痛は月約1回, ずきずきする痛みで, 一度頭痛があると3日間続くと話した。
9月25日	Aは祖母とH病院小児科を受診。 同院小児科医師らは起立性調節障害(OD)を疑ったが, 起立試験結果は陰性であった。そのため片頭痛が疑わしいとされ, 頭痛時にゾルミトリプタンが処方された。 次回1ヵ月後に受診するよう指示された。
10月4日 深夜	Aが「頭が痛いよお」と叫び出し, 嘔吐を繰り返した。 同居の祖父母が午前0時28分頃, 子どもが頭が痛いと言って吐いている旨の119番通報をした。
午前0時37分頃	救急車が自宅に到着し, 救急隊がトイレに行ったときには, Aは便座に座り, うつむき, 力が抜けたような状態だった。

	<p>救急隊の問いかけにAは返事をしなかったが、自力で立ち上がりズボン等は上げられた。なお、午前0時39分時点の所見は、意識レベルE4V5M6、呼吸18回/分、脈拍が50回/分、血圧161/78 mmHg、SpO₂が98%、瞳孔左右3mm対光反射正常であった。</p> <p>また、午前0時55分の時点で、呼吸18回/分、脈拍63回/分、血圧127/54 mmHg、SpO₂が97%であった。</p> <p>救急隊はH病院へ搬送予定で、祖母もH病院へ連れて行くことを希望したが、同居の叔父が公的な病院を希望したため、小児科二次病院の当番医であったI病院に搬送することになった。</p>
午前0時52分頃	<p>搬送中、Aは気持ちが悪いと訴えていたが、頭痛の訴えはなく、吐き気を示したが、嘔吐はなかった。</p> <p>救急隊員は祖母からH病院からの処方薬があること、H病院を受診した際の傷病名は不明であるが、ホルモンバランスの関係があると言われたことを聞いた。</p>
午前1時16分頃	<p>I病院に到着。</p> <p>なお、I病院当直に収容要請があった際、O医師(小児科医)は、嘔吐、下痢、頭痛の症状がある男子中学生であること、Aの意識レベルやバイタルサインについては問題がなく、主症状は嘔吐、下痢であるとの連絡を聞いていた。バイタルに特に異常はなかった。</p> <p>O医師は、救急隊員から前日午後7時頃から吐き気、午前0時30分頃から嘔吐、水様性の下痢のあること等の引継ぎを受けた。</p> <p>O医師は、嘔吐、下痢、頭痛の症状があるとの当初の情報であったことから、嘔吐、下痢と来れば、次は腹痛かと思われるのに、なぜ頭痛なのかと違和感を感じた。</p> <p>そこで、救急隊員に頭痛の状況について尋ねたところ、頭痛の訴えはなかった旨を述べた。</p> <p>O医師は救急室で眠っていたAに声を掛け、目を覚まさせた上、問診を行った。</p> <p>Aは、吐き気はない、お腹も痛くないと答えた。</p> <p>「頭痛は？」と尋ねたところ、「痛くない」と答えた。</p> <p>O医師は、Aが脱水症状に陥っていないこと、聴診、腹部触診および喉の所見を確認したが、異常はなかった。</p> <p>外傷性クモ膜下出血をある程度除外するため、項部硬直およびケルニツヒ徴候をみたが異常は見られなかった。また、祖母から頭痛や嘔吐で2、3回ほどH病院を受診して検査をしたが、思春期でホルモンバランスが安定しないための症状か、片頭痛だろうと言われた旨を答えた。</p> <p>そのため、O医師は、Aの頭痛症状は一過性の片頭痛によるもので、既に頭痛の症状は消失していることから、特段の治療の必要性はないものと判断した。</p> <p>一方、O医師は、主症状は吐き気、嘔吐および下痢であったため、Aがウイルス性の急性胃腸炎であると判断し、吐き気止めの坐薬と整腸剤を処方することにした。坐薬挿肛後Aが「気持ち悪い」と言って嘔吐した。O医師はAが嘔吐したのを見て、点滴をして、しばらく経過をみることにした。</p> <p>なお、採血も実施したが異常はなかった。</p>
午前3時23分頃	<p>点滴終了。</p> <p>点滴中Aは眠っており、嘔吐や頭痛の訴えはなかった。</p> <p>O医師はAに声を掛け起こしたところ、「頭が痛い」と言いながら起き上がった。O医師は、頭痛に関する発語が1回きりであったこともあり、Aが熟睡しているところを起こされて生理的に頭痛を覚えたのだろうと受け取った。</p> <p>O医師は帰宅指示をした上、処置室から退室した。</p> <p>Aは処置室からI病院の玄関に向けて歩き始めても足元がふらつく様子でP看護師と祖母が両脇から腕を組むようにして支え、玄関まで歩かせた。</p> <p>Aは何も言葉を発することもなく、ただ歩を進めているだけといった様子だった。</p> <p>P看護師はAの様子を見て、前日中学校で文化祭が行われたと聞いていたこともあって、疲れ</p>

	<p>切って眠っているところを起こされては力が入らないのも当然と受け取った。 Aは「吐きっぽい」と述べた。 P看護師が救急室に行ってティッシュ等を取って戻ってくると、Aは玄関の脇に置かれていた四輪電動車椅子の座席に座り、ハンドルを支えにしてうつ伏せになって動かなかった。 その足元には嘔吐の跡があった。 祖父がAを自家用車に乗せるために抱き起こそうとしたが、Aは動かず、なんとか祖父母とP看護師とで抱き上げて自動車に運んだ。</p>
午前5時頃	<p>自宅に戻ったがAは動かず、言葉を発することもなかった。 祖父母の2人では、Aを抱えて家の中に入れることもできなかったため毛布と枕を車内に運び入れ、Aに掛けてそのまま寝かせた。</p>
午前10時30分頃	<p>祖父が車内の様子を見に行くとAが顔面蒼白で息もしていない様子だった。 祖父は急いで救急車を呼んだ。</p>
午前11時35分頃	<p>救急車により、自宅から県立病院へ搬送されたが、来院時に既に心肺停止状態にあった。 蘇生処置を約1時間施行したものの反応がなかった。</p>
午後0時30分頃	<p>Aの死亡確認。 死後Aiの結果、左側脳室内において、直径9cm程度の内部に出血を伴う本件嚢胞を認めた。 Aの直接の死因は脳ヘルニアで、脳ヘルニアの原因は嚢胞内出血、嚢胞内出血の原因は頭蓋内嚢胞性腫瘤と診断された。</p> <p>後日、司法解剖が行われ、その結果、Aの左大脳半球側頭葉に脳室とは連続しない比較的厚い皮膜で覆われた6cm大の本件嚢胞が占拠、本件嚢胞内部に、2cm大の褐色調の腫瘍性病変を確認、右大脳半球が腫瘍を伴う巨大な本件嚢胞によって極めて高度な圧排所見、腫瘍の組織学的検査の結果、「粘液乳頭状上衣腫」の組織像に該当すること、脳を取り出し、脳膜を開いていくと、本件嚢胞が自然に穿孔し、内部から粘液様物を含む血清液を漏らす。量は200mL。 直接の死因は、脳腫瘍。</p>

【争点】

1. I 病院搬送時点で O 医師は頭蓋内圧亢進症を疑って CT 撮影を実施するべきか否か
2. P 看護師は、O 医師の帰宅指示後の A の状況について、O 医師に報告すべきか否か
3. 損害額

【裁判所の判断】

1. 争点 1 について
頭蓋内圧亢進症においては嘔吐が終わると頭痛

は一時的に寛解し、また、食べられるという特徴を有する。本件では、A は自宅で頭痛を訴え、嘔吐をしたので、同居の家族が 119 番通報したこと、救急車の中で A は吐き気を示したものの、頭痛を訴えなかったこと、O 医師は頭痛の発生原因について疑問を抱き、A に頭痛の有無を聞いていること、A は吐き気はない、おなかも痛くないと述べたこと、医学的知見では、小児では頭痛と嘔吐が 3 週間続くと腫瘍があると考えらるべきであるとされていることが認められる。そうすると、A に、頭痛と嘔吐の症状があったものの、嘔吐が終わると頭痛が寛解したとすれば、頭蓋内圧

亢進を疑うべきであった。これに対し、O 医師は、A の頭痛は一過性の片頭痛で、既に頭痛症状は消失していることから特段の治療の必要性はないものと判断したと主張するが、頭蓋内圧亢進の疑いを排除したことには合理的理由が存在したとは認められない。この点、O 医師は A が以前に H 病院に通院していたことから H 病院の医師の診断で頭痛は解決済みであると供述するが、O 医師は、H 病院の診断の結果について、同病院の診療記録を確認したことも、同病院からの紹介状を見たこともないのであって判断の根拠としては不十分である。以上によると、O 医師には、本件搬送時、A の頭蓋内圧亢進を疑って、CT 検査等を実施すべき義務があった。

2. 争点 2 について

O 医師は、本件帰宅指示後、その前提とした事実と状況が異なる事態が発生していないか否かを、自ら観察するか、医療補助者である P 看護師に観察させて異常があった場合に報告するよう指示するかの措置をとる注意義務がある。そして、本件事実認定によれば、点滴終了後、A は程なくして嘔吐し、かつ自力で歩行することもできなかった。最初の診察時は呼びかけには反応していたのであるから、眠くなったとしても自動車に乗るための動作を全くなしのは A の状態について新たな事態が生じたことがうかがえる。この場合動けなくなった原因については意識障害が発生したことが強く疑われる。よって、本件退院指示が前提とした条件が異なる事態が生じているのであるから、P 看護師は A の状態悪化の事実を O 医師に報告して対応について指示を受けべき注意義務があった。そして、そのような報告があれば O 医師において意識障害を疑い、頭蓋内圧亢進を疑って、CT 検査等を実施すべき義務があった。

3. 争点 3 について

本件搬送時には A の頭蓋内には相当程度に進

行し、肥大化した本件嚢胞が存在していたこと、I 病院としては小児科救急医療の受け入れ先として深夜に緊急搬送された A に対し取り急ぎ救急医療を施したものであること、その他本件に現れた事情を考慮すると、公平の見地から 5 割の素因減額を行うのが相当である(結果、請求額約 7173 万円に対し、約 3260 万円および事故日から年 5 分の遅延損害金の認容判決)。

【コメント】

1. はじめに

本件は、深夜自宅で頭痛、嘔吐、下痢症状を訴え、救急搬送されたが、搬送時また診察時にも頭痛の訴えは確認されず、そのため医師が急性胃腸炎の診断の下、治療を実施したが、帰宅後の朝、脳ヘルニアにより死亡したという事案である。

日常の頭痛診断では原因疾患のある二次性頭痛を見逃さないことが重要とされており、本裁判例を通じ、改めて二次性頭痛の除外診断の重要性を認識してもらいたく、紹介する。

2. 本件における医療機関の注意義務について

(1) 医療機関の注意義務について

医療機関の注意義務に関しては、「いやしくも人の生命および健康を管理すべき業務(医業)に従事する者は、その業務の性質に照らし、危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務が要求される」とされ(最高裁昭和 36 年 2 月 16 日判決)、その後、「最善の注意義務」の内容については「診療当時のいわゆる臨床医学の実践の場における医療水準」により判断するとされている(最高裁昭和 57 年 3 月 20 日判決)。

すなわち、医療機関の注意義務については、結果責任ではなく、具体的な事案に照らしながら、診療に当たった医師の専門分野、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た「診療当時の臨床医学の実践の場における医療水準」により決定されることになり、本件も同様である。

(2) 争点 1: 本件搬送時の CT 撮影義務について

前述のとおり高裁では医療機関の CT 撮影義務は肯定したものの、地裁では撮影義務を否定している。その理由について、地裁は、初発の症状は頭痛であったものの、救急隊および医師の前では頭痛は確認されていないこと、頭蓋内圧亢進症の嘔吐は悪心を伴わないとされている一方で本件では嘔気も訴えていること、また頭蓋内圧亢進症は、嘔吐以外の消化器症状はないとされている一方で本件では下痢という消化器症状があることなどから、頭蓋内圧亢進症を具体的に疑う状況ではなかったためと判示している。他方、高裁は、同じ経過・事実関係を前提にしながらも逆の結論を導き、地裁が挙げた頭痛の訴えがなかったことについては頭蓋内圧亢進症では嘔吐が終わると頭痛は一時的に寛解するとの特徴(医学的知見)があること、加えて、実際に O 医師が頭痛発生の原因に疑問を抱き、頭痛の有無を聴取している点を挙げ、これが逆に頭蓋内圧症を疑う事情の一つと評価している。

この O 医師が頭痛発生の原因に疑問を持った点についても、地裁は言及しており、「祖母から H 病院で片頭痛だろうと言われたことを受け、O 医師が一過性の片頭痛によるものと判断したことを医学的に不相当とは言えない」と判示したが、高裁は「判断の根拠としては不十分」とし、その理由について高裁は「診療記録を確認したことも、同病院からの紹介状を見たこともない」ことを挙げた。

確かに祖母の説明だけでは不十分かもしれないが、他方で、祖母の説明が信用できないという根拠もない。臨床的にも一般に患者や家族からの既往症の説明について信用できないという前提で動くことは困難であろう。また、救急搬送時の状況として救急隊に頭痛の有無を確認し、また診察時自ら患者

に頭痛の有無を確認し、いずれも否定されており、小児科医である O 医師が、搬送時に CT 撮影を実施せずともやむを得なかったと思われる。そういう意味では本件高裁判決は厳しい判断であろう。

ただ、厳しい判決といえども、本件高裁判決のような法的判断が示される場合もあり、また、臨床的にも、二次性頭痛を見落とさないことが重要であるので、重大疾患が隠れている可能性を常に意識して CT 撮影の有無を検討してもらいたい。

(3) 争点 2: 帰宅指示後の観察・報告義務について

争点 2 についても、高裁では医療機関の過失を肯定したが、地裁では過失を否定している。その理由について、地裁は O 医師の急性胃腸炎との診断は医学的に不相当ではなく、その後異常事態が発生するとは予測し得ないこと、仮に異常事態が発生すれば P 看護師からその旨の報告があつてしかるべきであるが、P 看護師からの報告はなかったこと、P 看護師が本件帰宅時の患者の様子について眠気によるものと考えたこと自体不適切であるとまで認められないためなどと判示した。

一方高裁の判断は前述のとおりであるが、P 看護師が眠気によるものと考えた点については、自動車に乗るための動作を全くしないのは異常と評価した。実際は、P 看護師のみではなく、普段患者と接している祖父母も異常と判断しておらず、祖父母に至っては帰宅後も寝ていると判断し、患者を車の中に残している。看護師も、祖父母も、当日中学校では文化祭が開かれ、時間帯も夜中の 3 時、4 時の中学 1 年生男児が寝入れば、そう簡単には起きないという考えがあつたのだろう。そういう意味では、P 看護師が、本件帰宅時の患者の様子について異常と判断しなかったことも理解できる。ただ、医療従事者でない祖父母と同様の判断であるからといって、看護師の判断が正しいまたは免責されるということにはならない。しかも、本件では帰宅指示前にも患者は寝ている状況はあつたが、この際は起こせば起きる状態

であり、また、投薬後にもかかわらず再度嘔吐が確認されている状況もあるのであるから、違和感を持ち、ただちに医師に報告するべきであったように思われる。医師からの退院指示が出ても、本件のように、その後に患者の状態が変化する可能性もあるため、退院指示後も、患者の状態には十分に注意したい。

3. 争点 3: 損害論—素因減額

本裁判所は、賠償額については 5 割の素因減額を認めた。素因減額とは、既往症や特異体質など患者の素因が損害の発生・拡大に寄与した場合に、公平上損害額を減額する手法である。ただ、医療事故の場合、医師が認識したまたは認識することが期待できた既往症や疾患などは、本来医師としての治療の対象または治療の前提になっているため、素因減額の対象になるのは難しいと考えられている。実際、本件での頭蓋内嚢胞も注意義務を果たせば判明する疾患であるから、本来素因減額は認められないと考えるのが素直である。

もっとも、本裁判所も素因減額とは判示しているが、その考慮事情には、「深夜に取り急ぎ救急医療を施した」という医療機関側の事情も考慮している。そのため、単純な素因減額というよりも、公平の原則という一般的な法理から減額すべき事案と判断したものであろう。5 割もの減額自体が珍しい判断で、本事案に対する評価・判断の難しさを表しているものと思われた。

【参考文献】

- ・ 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.
- ・ 医療判例解説 77 号 80 頁
- ・ TKC 法律情報データベース LEX/DB インターネット(東京高等裁判所平成 30 年 3 月 28 日判決)

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [脳浮腫、頭蓋内圧亢進症の治療法は**](#)
- ・ [第 79 回 救急医療における医療水準について考える***](#)
- ・ [NO.22 頭痛、嘔吐で救急受診した患者が、帰宅指示後に死亡した事例***](#)
- ・ [報告・相談・対処できたことで、患児の最悪の急変事態を回避した症例**](#)
- ・ [第 9 回 医療訴訟における損害賠償***](#)
- ・ [急性頭痛の鑑別診断**](#)
- ・ [頭痛・嘔吐 - 頭部 CT にて頭蓋内占拠性病変が…***](#)

[*]は判例に対する各文献の関連度を示す。