

心筋梗塞の除外診断

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

患者(男性, 事故当時45歳)は, 手足のしびれを感じ, 救急車を要請した。搬送先病院において過換気症候群との診断を受け経過観察することになったが, その後, 状態が急変し, 看護師が駆けつけた際には既に心肺停止状態に陥っており, 蘇生措置を行ったにもかかわらず死亡した。

本件は, 患者の相続人が, 患者は救急搬送前に心筋梗塞を発症していたにもかかわらず, これを除外診断せず過換気症候群と誤診したとして, 損害賠償請求した事案である。

キーワード: 心筋梗塞, 除外診断, 過換気症候群, ペーパーバッグ法, 注意義務

判決日: 名古屋地方裁判所平成25年3月15日判決

結論: 請求棄却

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成20年 2月2日 午後6時30分頃	患者Aは, 水泳中に手足のしびれを感じ, 症状が改善しないため, 救急隊の派遣を要請。
午後6時55分頃	救急隊到着。 意識レベル正常, 呼吸24回/分, 呼吸状態正常, 脈拍70回/分, 脈拍は強い整脈, 皮膚・顔貌状態正常, SpO ₂ は99%, 血圧120/80mmHg, 体温36.8度, 心電図は洞調律であった。
午後7時12分頃	H病院に搬送。 血圧103/68mmHg, 脈拍77回/分, SpO ₂ は100%, 普通に呼吸, 会話ができ, ストレッチャー移動も患者A自身で行った。
午後7時15分頃	O医師による診療開始。 Aの意識清明。 普通に会話をする事ができ, 水泳中に手足のしびれが出たこと, 「まだ手足のしびれ残るが, 最初よりは良くなってきている」, 「今回のような症状は初めて」であり特段の既往症がない旨を話した。

	O医師は, Aが胸痛を訴えていないこと, 呼吸数が多いことから, 過換気症候群の疑いがあると診断し, ペーパーバッグ法を指示し, 経過観察とした。 なお, この診療の際, O医師はAに対し, 胸部痛の有無についての問診は行っていない。
午後7時45分頃	Aは休養室内において, ペーパーバッグ法を行いながら休養していたところ, 突然, 容体が急変し, 眼球上転, けいれん状態になった。 救急処置室に搬送した時点で既に心肺停止状態。 心臓マッサージ等の蘇生措置がおこなわれたが, 心拍の再開認められず。
午後9時29分	死亡確認。

【事実経過の補足事項】

- ・病理所見: 本件は病理解剖が行われ, 解剖の結果, 心筋梗塞の所見が認められた。

【争点】

- ・心筋梗塞の除外診断を行わなかった過失の有無

【裁判所の判断】

1. 裁判所の判断

裁判所は、

Aは、「平成20年2月2日当時45歳であって、事故の身体状況を相当程度正確に把握して申告することの可能な者ということができ、意識レベルも正常であって、受け答えにも問題はなかったにもかかわらず、当初から一貫して、心筋梗塞の典型的な症状である強い胸痛の訴えも、類似関連する胸腹部症状の訴えもなかったのであり、救急隊が到着した時においても、頻呼吸が認められる以外にバイタルサインに異常はなく、救急車内で行われた心電図検査は洞調律であった」

そして、O医師は、「Aが病院到着時にも再度バイタルサインを測定して確認したが、これにも異常はなく、再度問診を行って、Aの発症の経緯および現症状を聞き取っており、その中でも、Aは普通に受け答えをすることができ、手足のしびれのみを伝え、胸痛や、胸腹部症状を訴えておらず、さらには、手足のしびれについても最初よりは良くなっていると答えていたというのであって、これらに照らすと、心筋梗塞という器質的疾患を疑うべき積極的な要素が何ら認められないのであるから、改めて心電図検査をすることなく、また、さらに胸痛等の胸腹部症状の有無を問診することなく、心筋梗塞を除外診断したO医師の判断が、著しく不適切であって注意義務に反するとまであることはできない」と判断した。

2. 内科専門医の意見に関する判断

Aの相続人は、訴訟において、内科専門医に協力を依頼し、意見を提出している。それによれば、

- (1) 胸部痛のない心筋梗塞があることは常識的であ

り、過呼吸も重要な胸部症状であるから、心電図などの検査を実施すべきであった。

- (2) 丁寧な問診を行えば、胸部の不快感や息が詰まるという症状がAから告げられた可能性がある。

- (3) Aの症例は心筋梗塞としても非典型であったが、過換気症候群としても、Aが中年男性で、スポーツ中に発生したこと等の事情からすると、典型的ではなかったことから、心筋梗塞などの重要な疾患を鑑別すべきであった。

等の意見を述べている。

これに対し、裁判所は、

- (1) 過呼吸が、そのみで器質的疾患を疑わせる重要な胸部症状であるとの指摘は、何ら裏付けのあるものではない。

- (2) 丁寧な問診を行えば身体症状、胸部症状をAが告げた可能性があるとの指摘も、単なる可能性をいうものに過ぎない。

- (3) 過換気症候群として典型的ではなかったことをもって、ただちに過換気症候群ではないということにはならない。

として、Aの相続人らの協力医の意見を採用しなかった。

3. ペーパーバッグ法を採用したことの適否

Aの相続人は、ペーパーバッグ法を行う際には、SpO₂のモニタリングなど適切な経過措置をとりながら医師または看護師の監視下において行わなければならないとして、ペーパーバッグ法の実施方法の過失について争った。

しかし、裁判所は、ペーパーバッグ法が低酸素状態を引き起こす可能性の高い危険なものであるとは認められず、他に、これを行うに際して、SpO₂のモニタリング等を、医師または看護師の監視下に置くことの必要性を裏付ける事情は認められないとして、相続人の主張を認めなかった。

以上のとおり、裁判所は、O医師の注意義務違反を認めず、Aの遺族らの請求を棄却した。なお、Aの遺族らは、この裁判所の判断を不服として控訴している。

【コメント】

1. 注意義務判断の基準時について

診療行為に注意義務違反があったか否かは、発生した結果から遡って検討するものではなく、当該診療行為を行った時点における諸事情に基づき判断される。具体的には、当該診療行為時に、実際に発生した結果について予見可能性があったか、仮に予見可能性があったとして、その結果を回避するための措置が取られていたか否かにより判断されることになる。発生した結果から注意義務を論じるのは容易いことであるが、それでは医療機関・医療従事者に対し結果責任を負わせるに等しく、誤った理解といえる。このことは当然のこととも思われるが、悪い結果が生じたのであるから責任を負うべきとの医師のコメントを耳にすることも少なくなく、未だ誤解があるように思われる。医療訴訟における注意義務違反の有無の判断は、結果に基づいて判断するのではなく、当該診療行為の時点において行うべき義務を尽くしていたか否かにより決せられるということを改めて確認いただきたい。

例えば、本件について検討すると、患者の死亡原因は心筋梗塞とされている。死亡原因が心筋梗塞であった以上、診療の際に、胸部痛の有無を確認したり、心電図検査等を行うべきであった、ということになりそうであるが、これは発生した結果から遡って注意義務を検討したものに過ぎない。実際の診療当時には、前述したとおり、心筋梗塞を疑わせる事情はなかったのだから、問診において胸部痛の有無を確認するきっかけそのものが存在しなかったのである。すなわち、診療当時の諸事情から判断すると、心筋梗塞という発生した結果に関する予見可能性がなかつ

た、ということになる。それにもかかわらず、胸部痛について問診すべきであった、もしくは、心電図検査を行うべきであったとするのは、医師に不可能を強いることになるのであり、これを理由に医師に注意義務違反があったとすることはできない。

裁判所も、発生した結果から注意義務違反の有無を判断するのではなく、診療行為時の諸事情から注意義務違反の有無を判断しており、妥当な判断であるといえよう。

2. 除外診断と事後の説明の重要性

心疾患は、つい直前まで正常に見えていた患者が急変により命を落とす危険性のある疾患であり、実際に命を落とした場合には、その外形上のギャップから、遺族のショックは大きい。そのショックの大きさから紛争に発展することが多く、その中でよく争われるのが、本件で争点になっているのと同様、除外診断についてである。

本件裁判において意見を述べている内科専門医の指摘のとおり、その後の診療の過程において、心疾患の存在が認められた可能性はあったといえ、その意味では除外診断を行うべきタイミングはあったものといえる。しかし、それはペーパーバッグ法等の診療を行っても軽快しない場合等、あくまで「その後」の診療経過があった場合を想定した話に過ぎない。前述したとおり、注意義務違反があったか否かは、その時々患者の状態によって判断されるのであり、その後の経過によって判断されるものではない。

本件判例は、診療当時の患者の主訴、症状、バイタルサイン等から、心疾患を疑うこと自体困難であったことから、胸部痛の有無の確認等まで行う必要性はなかったものとしており、医療現場の実情に沿った判断がなされたものと評価できる。

もっとも、前述したとおり、心疾患で急変した場合の家族の精神的ショックは大きく、訴訟に直結しやすい。訴訟を多く抱え込むことは、時間的・労力的に大きな負担であり、医療機関として好まざる状態といえ

る。そして、このような負担は訴訟に勝利したとしても、訴訟自体が係属してしまえば避けられるものではない。除外診断を慎重に行うことは当然であるが、このような訴訟負担を回避するため、患者が急変した場合の家族の精神的ショックに配慮し、事後に十分な説明を行い、予測し得ない事態であることを理解してもらうよう努めることが肝要といえよう。

【参考文献】

・医療判例解説46号111頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [プレホスピタルでの12誘導心電図伝送システムの活用**](#)
- (2) [多枝冠攣縮から急性心筋梗塞症を発症した16歳男性の1例**](#)
- (3) [2 心電図が決め手であったのに:「心筋梗塞」と誤診されてしまった2剖検例**](#)
- (4) [第3回 主訴いろいろ…失敗もイロイロ 高齢者の主訴の多様性に備えるべし！**](#)
- (5) [特集1 プレホスピタルでのシーン\(1\) 過換気症候群の傷病者へのペーパーバッグ治療は有効? 有害? **](#)
- (6) [不安定狭心症をどう診断する**](#)
- (7) [病理学的にみた心臓突然死***](#)
- (8) [死亡診断書と病理解剖,司法解剖における法的問題**](#)
- (9) [高齢者にみられる無症候性疾患 高齢者に見られる無症候性心筋梗塞***](#)
- (10) [3. 老人の無症候性心筋虚血 -老年者剖検例におけるSilent Myocardial Ischemiaの基礎的検討-***](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。