

医師が誤った診断をして他科へと引き継いだことに対して、 注意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】

左肩甲骨下の痛みと発熱を訴えて受診した患者(男性、本件当時52歳)に対して、はじめに診察した整形外科医が化膿性脊椎炎について否定的診断をくだし、内科へと引き継いだところ、内科医は肺炎と診断し帰宅させた。その後、患者は細菌性の胸椎硬膜外膿瘍を発症し、両下肢麻痺の後遺症が残存した。

本件は、患者が、整形外科医と内科医の双方に注意義務違反があったと主張し、病院に対し損害賠償請求をしたのに対し、裁判所は、整形外科医の注意義務違反のみを認め、内科医については否定する判断をした事案である。なお、判決では、整形外科医の注意義務違反と結果との因果関係を否定し、請求棄却の結論となった。

キーワード:化膿性脊椎炎, 肺炎, 胸椎硬膜外膿瘍, 引き継ぎ, 注意義務違反

判決日:東京地裁平成25年1月24日判決

結論:請求棄却

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成19年 1月20日頃	患者Aは、頻尿等の身体の変調を自覚した。
1月21日	Aは、ビーチボールバレーをして背中に違和感を自覚した。
1月22日 夜	Aは、左肩甲骨下の痛み、全身の熱感、倦怠感を自覚した。
1月23日 夕方	Aは、前日の症状が継続していたことから、Hクリニックを受診し、背部痛および頻尿を訴えた(Aの体温は38.9℃)。しかし、背部痛および発熱の原因はわからず、翌日X線検査実施予定となった。
1月24日 午後	Hクリニックを再受診し、胸部X線検査、腹部超音波検査、心電図検査が実施されたが、背部痛お

	よび発熱の原因はわからず、Aは、CT撮影等が可能な病院の救急外来を受診するように勧められた。
1月25日 午前11時頃	Aは、I病院の整形外科を受診し、O医師の診察を受けた。Aは、問診票に、2日前から肩甲骨の下が痛むと記載したうえ、O医師に対し「以前に寝ていて違和感あったが、2日前から肩甲骨の下が痛い。1月21日にビーチボールバレーで体をひねった。2日前から熱が39℃台になることがあり、ベッドから起き上がった時に痛みがある」などと述べた。Aの体温は37.3℃、左肩甲骨下部に痛みを認めたが、圧痛はなかった。

	<p>O医師は、Aが血液検査にてCRP、WBC高値であったことから、化膿性脊椎炎を疑い、腰背部のX線撮影を行ったが、化膿性脊椎炎の典型所見は認められず、また、体幹の不甕性や前屈制限もなかったため、化膿性脊椎炎は否定的と判断した。</p> <p>O医師は、発熱や肩甲骨下部の痛み、CRP高値の原因は、内科的疾患による可能性が高いと考え、Aに、内科を受診するように指示した。その際、O医師は、内科医への引き継ぎとして、診療録に「CRP35.6, WBC12100, グルコース423, LDH492認めます。腰椎・胸椎部痛なくX-Pでも明らかなものはありません。CRP上昇の原因につき御高診下さい」と記載した。</p>
午後2時頃	<p>Aは、I病院の内科を受診し、呼吸器内科P医師の診察を受けた。</p> <p>診察時、Aの体温は38.1℃、左肩甲骨下部の痛みは、体動で増強し、吸気の際は軽度増強する程度であり、咳、痰はなかった。</p> <p>P医師は、O医師からの引き継ぎ内容を含む診療録の記載を読み、化膿性脊椎炎は、整形外科において否定的であると判断されたことを前提としつつ、自らも問診等を行い、原告の痛みが軽症であったことから、化膿性脊椎炎の可能性はかなり低いと考えた上で、胸部X線画像所見(線状の浸潤影像と読影)、血液検査所見を総合し、肺炎であると判断した。</p> <p>P医師は、Aに抗生剤等を処方し、4日後の来院を指示して帰宅させた。</p>
1月28日 深夜	<p>Aは、両下肢の感覚低下等を自覚し、自ら消防署に向いて救急要請を行い、J病院に救急搬送された。J病院では、当初脊椎動脈閉塞を疑われたが、後に、感染性の脊椎炎を疑われ、29</p>

	<p>日、緊急手術が実施可能なK病院に転院した。</p>
1月29日	<p>Aは、K病院において細菌性の胸椎硬膜外膿瘍と診断され、緊急手術(膿瘍ドレナージ)を受けた。</p>
1月31日	<p>創部培養検査の結果、MSSAが検出された。</p>
3月27日	<p>Aは、K病院を退院した。その後、Aは、複数の病院にてリハビリ治療を受けるも、両下肢に麻痺が残り、同年11月8日、身体障害者等級2級と認定された。</p>

【争点】

1. O医師が、Aに対し、化膿性脊椎炎を否定する診断をしたことが注意義務違反であったか
2. P医師は、肺炎以外の細菌感染症を疑い、検査および全身状態の観察を行うべき注意義務違反があったか
3. O医師の注意義務違反と結果との因果関係

【裁判所の判断】

1. O医師の注意義務違反について

(1) Aの主張

化膿性脊椎炎は、発症初期には、X線画像上の変化が見られないことが多い。当時、Aは、臨床症状からしても化膿性脊椎炎を否定できない状況であったことからすると、臨床症状およびX線画像のみから化膿性脊椎炎を否定したO医師の診断は誤りである。

O医師は、化膿性脊椎炎の疑いを否定するために、X線検査のみならず、MRI検査、細菌学的検査、組織学的検査を実施すべきであった。

(2) O医師の主張

本件当時、Aには、38度以上の高熱、腰背部の激

痛、脊椎の不壊性等の急性炎症症状がなく、単純X線上也、椎間板腔の狭小化、隣接椎体終板の不整や椎体骨破壊という化膿性脊椎炎の典型的な画像所見は認められなかったことから、O医師がAについて化膿性脊椎炎を否定的と判断したことに、注意義務違反はない。

(3) 裁判所の判断

①診察時、Aには急性型の典型症状がなく、急性型の化膿性脊椎炎については否定し得るものであったといえる。しかし、化膿性脊椎炎については、急性型の他に、亜急性型、潜行(慢性)型の病型に分類されるのが一般的であり、急性型の典型症状を呈する化膿性脊椎炎の症状が見られないからといって、化膿性脊椎炎の疑いが否定されるものとはいえない。また、化膿性脊椎炎の発症初期には、X線検査によっても、画像所見が得られないことからすると、X線画像上、椎間板腔の狭小化、隣接椎体終板の不整や椎体骨破壊が見られないことが、化膿性脊椎炎の罹患初期であることを否定するものではなく、これらのことは、本件診療当時、整形外科医には、一般に認識されていた。

②O医師は、Aが、亜急性型の化膿性脊椎炎に罹患している可能性を否定的とした根拠について、仮に、亜急性であるとした場合には、背部の違和感が以前からあったとAが訴えていることから、その罹患時期は2週間程度前であり、診察時点では、X線画像でも十分に反応が見られるはずであると考えていたと供述する。しかし、O医師は、違和感が見られたという時期についてAに問診で確認していない上に(仮に確認すれば、違和感を感じた時期は、2週間前でなく、せいぜい5日前の平成19年1月20日頃であることが判明したはずである)、Aが、同月22日頃に肩甲骨下の痛みを感じた頃が発症時点と考えられることからすると、その発症時期は、診察時点の3日前ということになり、X線画像上の変化が見られる期間(この

期間については、文献上、幅があるものの、少なくとも発症後2週間程度と考えられる)を経過していなかったものであり、仮に化膿性脊椎炎に罹患していても、X線検査によってはその所見が得られない可能性が高かったにもかかわらず、同検査によって所見が得られなかったことから化膿性脊椎炎の可能性が低いとしたO医師の判断は、十分な根拠に基づくものとは言いがたい。

③そして、亜急性型の化膿性脊椎炎に罹患している可能性について必ずしも否定的判断ができないにもかかわらず、否定的な診断を示した上で、他科での診察を指示した場合には、次に当該患者の診察を行う医師は、その判断を前提に、他の疾患の可能性を検討することとなり(もともと、本件では、呼吸器内科のPは、O医師の上記判断をふまつつも、自ら問診等を行うことにより、化膿性脊椎炎の可能性は低いと判断している)、結果として、患者が罹患している疾患を見落とすことにつながるからすれば、O医師が、不十分な根拠に基づき、亜急性型を含む化膿性脊椎炎について否定的な判断を行い、そのことを診療録に記載し、他科での診察を指示したことは、不適切であったと言うべきである。

2. P医師の注意義務違反について

本件のような、発熱と背部の疼痛を訴える患者の場合、鑑別診断として肺炎、胸膜炎、化膿性脊椎炎などが考えられるが、整形外科で、化膿性脊椎炎を否定的と判断された前提で考えると、肺炎、胸膜炎を強く考える必要がある。

P医師が、原告の胸部X線画像について、線状の浸潤影像と読影し、その他の臨床症状(背部痛、発熱、血液検査上の炎症所見)との整合性を考慮し、肺炎との診断を行ったことが不適切であったということとはできない。

本件当時、Aは、炎症反応は高値であるが肺炎としての重症度は軽症に分類されることから、外来通

院にて治療するのが一般的であったこと等からすれば、抗生剤の処方を行い、4日後の再受診を指示したことが不適切であったということはできない。

3. 因果関係

P医師は、O医師の化膿性脊椎炎についての否定的判断を前提としつつも、その診療録の記載を読み、MRI検査がされていないことも把握した上で、自らの問診をふまえ、化膿性脊椎炎としては痛みが軽症であることから、その可能性は低いと判断し、胸部X線画像およびその他の臨床症状等との整合性を考慮して、肺炎との診断をしていることに照らせば、仮に、O医師が化膿性脊椎炎について否定的判断を加えていなかったとしても、P医師の診断は変わらなかった可能性は相当高かったものと思われる。

このことからすれば、O医師が十分な根拠に基づかずに化膿性脊椎炎について否定的判断をした注意義務違反と、硬膜外膿瘍の発症による障害の発生という本件で生じた結果との間に因果関係を認めることはできない。

【コメント】

1. 診療科間の連携について

(1) 本件は、患者の診療が、複数の診療科に跨って行われ、最初に診察を行ったO医師、引継ぎを受けたP医師のそれぞれについて、注意義務違反の有無が問題となった。

これまでの裁判例を見ても、診療科が異なる複数の医師の過失が問題となった例は多い。例えば、東京地裁平成14年11月21日判決は、大動脈弁閉鎖不全症等の検査・治療のため、患者に心臓カテーテル検査を実施した約5ヵ月後に感染性心内膜炎および脳動脈瘤が生じた事案であるが、内科医に対しては、感染性心内膜炎を疑って心エコー検査等を行う注意義務違反を認め、整形外科医については、患者の症状を整形外科的疾患として確定診断でき

ない以上、内科と連携して、血液培養検査等を行う注意義務違反を認めた。

(2) 患者の診療について他科への引継ぎ、連携が行われる場面では、診察をする医師は、自己の専門外の医師が下した診断を信頼し、その診断を前提に医療行為を行うことが通常である。

本判決も、P医師については、「整形外科で、化膿性脊椎炎を否定的と判断された前提で考えると、肺炎、胸膜炎を強く考える必要がある」と判示していることから、基本的には、他科の診断に対する信頼は保護されると考えて良いであろう。

その一方、はじめに患者の診察にあたる医師としては、他科へと引き継ぐ場合であっても、初診時の診断が前提となって診察、鑑別が進むこととなるから、その判断はより慎重に行うべきと言える。

(3) 本判決は、O医師が、化膿性脊椎炎について否定的な診断をした上で、他科での診察を指示したことについて、注意義務違反を認めた。この点、化膿性脊椎炎は、本判決でも認定されているように、発症から1ヵ月以内の診断率は28%にとどまるとの報告もあることからすれば、初診時にO医師が化膿性脊椎炎と診断できなかったこともやむを得ず、裁判所の判断は一見厳しいようにも感じられる。

しかし、裁判所が注意義務違反としたのは、初診時に化膿性脊椎炎の診断がつかなかったことではなく、初診時に必ずしも化膿性脊椎炎を否定できる所見ではなかったにもかかわらず、O医師が、化膿性脊椎炎について否定的診断を示した上で、他科へと引き継いだという点にある。

(4) 裁判所は、O医師が化膿性脊椎炎を否定した根拠が合理的であったかを検討しており、そのなかで、O医師が問診において化膿性脊椎炎の鑑別に必要な事項を聴取していたかが問題となった。本判決は、化膿性脊椎炎に罹患していたとしても発症初期には

単純 X 線検査では明らかな画像所見を認めないこと、発症後画像所見が得られるようになるまでの期間については、概ね 2 週間程度とされていることを指摘したうえ、このことは、診療当時、整形外科医には一般的に認識されていたと認定した。

そして、これらの医学的知見に照らすと、化膿性脊椎炎の鑑別にあたっては、どのような症状がいつから発現したのかが重要であり、問診時にこれらの事情を正確に聴取することが求められていると言えるとした。

O 医師は、本裁判に証人として出廷し、A が背部の違和感を覚えたのは 2 週間程度前であり、診察時点では、X 線画像でも十分に反応が見られるはずであると考えていた旨述べたようである。しかし、A が問診票に「2 日前から肩甲骨の下が痛む」と記載していること、「以前に寝ていて違和感あったが、2 日前から肩甲骨の下が痛い」と訴えたこと、O 医師は違和感が生じた時期について A に確認をしていないこと等の事情からすると、O 医師が発症時期を 2 週間前と考えたことは不合理であり、判決においても、正確な発症時期は、診察時の 3 日前であって、X 線画像上の変化が見られる期間を経過していなかったと判断されている。

(5) O 医師が、なぜ発症時期を 2 週間前であると思いついてしまったのかは不明であるが、初診時に、医師が、疾患の鑑別にあたって重要な情報を正確に確認すらしていないことは、裁判所の心証にも大きく影響したと思われる。

繰り返しになるが、このように、裁判所は、O 医師が不合理な根拠をもとに、化膿性脊椎炎を否定的と診断して他科へと引き継いだことについて、注意義務違反を認めているのである。

これらをふまえると、殊に、初診時の診察にあたる医師としては、自らの診断を前提に、その後の診療がなされることから、問診においては、疾患の鑑別のために必要な情報を正確に聴取することが求めら

れ、さらに、慎重に診断をすることが必要であると言えるであろう。そして、紛争予防の見地からは、問診時に聴取した事項は、積極的に診療録に書きとめておくべきである。本件のように、医療訴訟において、問診時に聴取した事項が問題となる事例は多く、後日トラブルが生じた際に、診療録の記載が、問診の内容を証明する重要な資料ともなるので、心掛けていただきたい。

2. 因果関係について

(1) 裁判において、損害賠償請求が認められるためには、少なくとも①医師の行為に注意義務違反があること、②損害が発生していること、③注意義務違反と結果との間に因果関係があること、が必要となる。このうち、③因果関係とは、その行為がなければ結果は発生しなかったと言えるかどうか、という判断となる。

(2) 本判決では、注意義務違反については、上述のとおり、O 医師の注意義務違反は認めたものの、P 医師については、肺炎以外の細菌感染症を疑い、検査を実施し全身状態の観察を行うべき注意義務違反について、これを否定した。そのうえで、裁判所は、O 医師が十分な根拠に基づかずに化膿性脊椎炎について否定的判断をした注意義務違反と、硬膜外膿瘍の発症による障害の発生という本件で生じた結果との間に因果関係があるかを検討している。

この点、P 医師は、O 医師の化膿性脊椎炎についての否定的判断を前提としつつも、自らの問診をふまえて、化膿性脊椎炎としては痛みが軽症であることから、その可能性は低いと判断し、胸部 X 線画像およびその他の臨床症状等との整合性を考慮して、肺炎との診断をしていることから、仮に、O 医師が化膿性脊椎炎について否定的判断を加えていなかったとしても、P 医師の診断は変わらなかった可能性が高いとして、因果関係を否定し、患者の請求を棄却

したものである。

一般に、注意義務違反が認められれば、損害賠償責任が当然に肯定されるものと思われる方もいるであろうが、このように、医師に注意義務違反が肯定されたとしても、結果との間の因果関係が否定された場合には、結論として、損害賠償義務は否定されることとなる。

3. 引き継ぎを受けた医師の対応について

P 医師は、化膿性脊椎炎を否定的とした O 医師の診断を前提としつつも、最初から同疾患を鑑別から除外するのではなく、自らも問診を行って、診断をしており、裁判所は、P 医師の診断については、不適切な点はなかったと判断した。

このように、本判決は、前医の診断に誤りがあり、注意義務違反とされた場合でも、引継ぎを受けた医師においては、自らの治療、診断を適切に行えば、注意義務違反は否定されるということを示しており、意義があるものである。さらに、P 医師のように、前医の判断を盲目的に引き継ぐのではなく、自らの判断と責任において治療にあたることは、自らの注意義務違反を否定することになるのはもちろん、結果的に他の医師の診断の誤りをもカバーすることにつながることから、この点については参考にしていきたい。

【参考文献】

- ・判例タイムズ. 2013; 1393: 225-232.
- ・秋吉仁美編著. 医療訴訟. 東京: 青林書院; 2009.
- ・高橋 譲編著. 裁判実務シリーズ5 医療訴訟の実務. 東京: 商事法務; 2013.

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [骨軟部の感染性疾患\(骨髄炎・関節炎・脊椎炎\)**](#)
- (2) [脊椎感染症***](#)
- (3) [化膿性脊椎炎, 結核性脊椎炎***](#)
- (4) [多発性筋炎疑いで入院となり化膿性脊椎炎・化膿性筋炎・腎膿瘍と判明した1例 -メチシリン感受性黄色ブドウ球菌\(MSSA\)菌血症による血行性播種症例-***](#)
- (5) [10. 背部痛**](#)
- (6) [特集にあたって 救急診療のOPQRST~特に救急担当医と専門科との関係について**](#)
- (7) [7. 腰背部痛***](#)
- (8) [第8回診察と検査はどのように違うのか~病歴や診察が検査より雄弁だった症例~**](#)
- (9) [休日・夜間診療における小児診療の質と安全性確保についての提案**](#)
- (10) [3 脊椎・脊髄**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。