

# 専門科目外の診断義務と法的責任

## メディカルオンライン医療裁判研究会

### 【概要】

患者(女性, 70歳)が, 居酒屋での支払いの際に小銭をぼろぼろとこぼし, その様子を見た店員が, 脳梗塞を疑い119番通報を行った。救急搬送先の消化器外科専門の当直医は, 患者の状態が意識清明で痙攣や麻痺も無かったことに加え, 一過性脳虚血発作(TIA)は意識障害を伴うと誤認していたため, TIAではないと判断し, 翌日検査を受けるよう伝えて患者を帰宅させた。

翌日, 患者を診察した内科専門の担当医師は, MRI等の各種検査の結果から, 陳旧性脳梗塞, 多発性脳虚血と診断, 特別な治療はせずに患者を帰宅させた。なお, この医師は, 前日診察した当直医を他の同姓の循環器専門医と誤解し, 同医師の診察の結果, 異常所見が認められずTIAの確定診断に至らなかったと考えていた。さらに当直医同様, 一過性の意識障害がTIAであると誤認していた。

診察から約2週間後, 患者は自宅で倒れ, 別の病院へと救急搬送, 緊急入院となった。患者は心原性脳梗塞症と診断され, その後, 右上下肢麻痺, 感覚性失語等の後遺障害を負った。

本件は患者が, 当直医, 担当医師らには, ①患者の症状からTIAまたはその疑いが強いと診断し, その機序を早期に確定し, ただちに治療を開始すべき義務があった, ②TIAに関する正しい知識・技量を有していないというのであれば, 他の専門医療機関に転送する義務があった, ③TIAに対する対処と治療方法等について説明・指導する義務があったと主張し, 担当医師らの①～③の義務違反により後遺障害を負ったとして, 病院に対して損害賠償を求めたところ, 請求の一部が認められた事案である。

キーワード: 一過性脳虚血発作, TIA, 陳旧性脳梗塞, 多発性脳虚血, 心原性脳梗塞

判決日: 福岡地裁平成24年3月27日判決

結論: 一部認容・確定(認容額440万円)

### 【事実経過】

年月日	詳細内容
平成21年 3月3日 21時頃 「Aに生じた 症状」	患者A(女性, 70歳)は, 21時ころ, 持ち帰りの食品を受け取るために自宅近くの居酒屋を訪れ, 代金を支払うために財布から硬貨を取り出そうとした際, 左手から硬貨を落とし, それを拾ってはまた落としていた。また, 顔面の片側が垂れ下がっている様子が見受けられた。 居酒屋の経営者夫妻は, Aの様

	子が, 以前, 同店で脳梗塞を発症した客の様子と似ていたため, 同日21時3分ころ, 119番通報し, Aについて, 意識があるものの, 左上肢にしびれがあると説明し, 救急車の出動を要請し, 夫Bにも連絡した。
21時6分～ 21時15分頃 「救急隊員との 接触状況, 搬送 状況」	Bは, 連絡を受けて間もなく居酒屋に到着し, 救急隊員も間もなく21時6分ころ, 居酒屋に到着した。 救急隊員は, Aについて, 70歳

	<p>の女性であり、会計時に左手に違和感があり、左手に持っていた硬貨を落とした旨聴取した。救急隊員は、接触時のAの状況について、椅子に座っており、意識清明、顔色正常、呼吸正常であること、自覚症状もなく、主訴等もないこと、四肢のしびれや麻痺もなく、頭痛、嘔気、めまいもないこと、外観状態として歩行不能と認めた。</p> <p>Aは、TIA疑いとして、担架で救急車に収容され、Bはこれに同行した。救急隊員は、Aのかかりつけ(高血圧症で内科に通院)であるI病院に受入れを打診し、I病院は、その日の当直医であったO医師の専門が消化器外科であったものの、Aが従前からI病院に通院していたことから、受け入れることにした。</p> <p>Aの搬送中の血圧は、 21時9分 191/110 21時12分 169/101 21時15分 172/101 であった。</p>	<p>当時、意識障害があるのがTIAだと思っていたため、AはTIAではないと判断し、Bから脳梗塞の疑いはないのか等と質問されたが、Aが翌日I病院で受診する予定であったことから、当日は十分な検査ができないので、翌日検査を受けるように伝え、異常時は再診するように伝えた上、Aを帰宅させた。</p>
<p>21時15分～ 「O医師(消化器外科)の診察」</p>	<p>Aは、21時15分ころ、I病院に搬入された。</p> <p>搬入時のAの状態は、意識清明で、痙攣や麻痺はなく、顔色も普通で、臭気もなかった。</p> <p>O医師は、救急活動記録票により救急隊員がAに接触した際の状況を確認し、また、Aおよび救急隊員から、Aに意識消失はなく、同店で支払いの時、100円を出すときにぼろぼろとこぼれ、その様子を見ていた店員が、脳梗塞を疑って心配し、救急車を呼んだ旨聴取した。しかし、詳細な聴き取りはせず、Bからの聴取もしなかった。</p> <p>O医師は、Aを診察し、Aが来院時、血圧が166/110、意識清明で、歩行障害はなく、腱反射、瞳孔反射ともに正常であることを確認した。</p> <p>O医師は、TIAの疑いについて、</p>	<p>3月4日 「P医師(内科)の診察」</p> <p>Aは、I病院を受診した。</p> <p>P医師(内科)は、Aを診察するに先立って、Aのカルテを見たところ、前日21時15分に、AがI病院に救急搬送され、当直医が診察したこと、TIAが疑われたことが書かれていたことから、急性脳梗塞の有無を診断すべく、脳の単純MRI、脳動脈のMRA、DWIの各検査の依頼をした。</p> <p>もともと、P医師は、前日の当直医であったO医師を、循環器専門医のQ医師(O医師と同姓)と誤解していたため、カルテに異常所見の記載がないのは、Q医師が、脈拍の触診、心音・呼吸音・頸部音の聴取をしても問題がなかったからであり、Q医師が、Aを診察した結果、TIAの確定診断に至らなかったものであると思っていた。P医師も、当時、一過性の意識障害がTIAであると誤解していた。</p> <p>P医師は、Aに現症状を尋ねたところ、Aは「どうもありません」と答えた。P医師は、本件発症について、Aに詳しく尋ねることはせず、前日にAが小銭を取りこぼしたのは、平成20年11月の追突事故により左手指のしびれがあることによるものと考えたが、交通事故後の症状と、本件発症の内容等を比較して問診することはしなかった。なお、Bは、P医師の診察には同席しなかった。</p> <p>P医師は、バレー徴候の検査、フィンガー・トゥ・ノーズテストも実施したが、いずれも異常所見はな</p>

	<p>く、また、心音、呼吸音に問題はなく、末梢浮腫もなかった。</p> <p>上記単純MRI, MRA, DWIの各検査では、右側に陳旧性小梗塞が認められ、また、両側小脳半球にも陳旧性梗塞巣が認められ、その他、脳実質内では、脳室周囲、大脳皮質下に加齢・慢性虚血に伴う神経膠症が散在性に認められ、DWIで新鮮な脳血管障害を示唆する異常信号は認められなかった。さらに、脳室系、くも膜下腔系はほぼ年齢相応、MRAでは主幹動脈に高度狭窄、閉塞化は認められず、頭蓋冠、頭蓋底に明らかな異常は認められなかった。</p> <p>以上により、陳旧性脳梗塞、多発性脳虚血と診断された。</p> <p>P医師は、過去、Aに心電図検査や触診・聴診で不整脈や心房細動が出たことはなく、心エコー検査所見では、軽度の僧帽弁逆流以外の所見は見られておらず、心臓の負荷をうかがわせる末梢浮腫もなかったことから、Aの前日の症状について心原性のものである可能性は低いとして、心電図検査を実施しなかった。</p> <p>P医師は、以上の診察および検査の結果から新鮮脳梗塞等を否定したが、前記のTIAに対する誤解や問診を十分行わなかったことから、Aの前日の症状がTIAないしその疑いであるとは診断せず、それまでと同様の投薬を処方し、4月8日の診察の予約をした上、Aの診察を終了し、特にそれ以上の指示を与えることなく、帰宅させた。</p>	<p>3月18日 4時40分頃</p>	<p>Aは、4時40分ころ、自宅のトイレの前で倒れた。Bが、物音に気付いて見に行ったところ、倒れていたAを発見し、ただちに119番通報した。</p>
		<p>4時48分頃～</p>	<p>救急隊員は、4時48分ころ、Aの自宅に到着した。救急隊員は、接触時のAの状況について、家族に支えられながら立っており、顔色は正常だったが、呂律が回っておらず、右顔面下垂、右半身の動きが弱く、軽い頭痛を訴えていることを認めた。</p> <p>Aは、担架で救急車に収容され、J医療センターに搬送された。</p> <p>Aは、J医療センターに救急搬入された際、意識障害、重度の感覚性失語、右上下肢麻痺があったことから、脳梗塞と診断され、そのまま緊急入院となった。</p>
<p>3月17日 22時頃</p>	<p>Bは、22時ころ、うたた寝から起きたAの舌が少しもつれ、表情がこわばっているのを感じた。</p> <p>しかしながら、Bは、Aの上記状態が長時間継続しなかったことから、救急車を呼ぶ必要性はないと判断し、そのままAを寝かせた。</p>	<p>3月18日 「J医療センターでの診療」</p>	<p>頭部CT, MRI検査が行われた結果、左中大脳動脈領域にDWI上で高信号域が認められ、これが責任病巣と考えられた。また、左内頸動脈閉塞も伴っていたため、アテローム血栓性脳梗塞の可能性が高いと考えられ、アルガトロバンによる治療が開始された。</p> <p>しかしながら、その後、右上下肢麻痺が増悪したほか、同月20日、発作性心房細動が認められた。</p> <p>その後は、モニター心電図やホルター心電図で発作性心房細動や動悸、胸痛は認められず、経胸壁心エコー検査でも心房内血栓や壁運動の低下など明らかな塞栓源となり得る所見は認められなかった。しかし、J医療センターでの治療チームの責任者であったR医師は、突然発症したということ、発作性心房細動は通常、一回で終わることはなく、繰り返し起こることが一般的であり、以前にも発作性心房細動を起こしていた可能性が高いこと、3月4日のI病院におけるMRA検査で</p>

	は内頸動脈に狭窄が見られなかったことから、脳梗塞の機序が心原性脳梗塞症であると診断した。再発予防としてヘパリンが投与されたところ、その後、明らかな症状の増悪は認められなかった。またワーファリンによる抗凝固療法も開始された。
4月8日～	Aは、4月8日、I病院に転院し、リハビリ治療を受けた。 その後のAは、労働は不可能で、Bが中心となって介護をしているが、意思疎通をすることにも困難がある。

### 【争点】

1. 過失の前提として、O医師、P医師はTIAまたはその疑いが強いと診断すべきであったか。
2. 過失(①早期機序確定・治療開始義務、②転送義務、③説明・指導義務違反)の有無
3. 過失とAが約2週間後に脳梗塞を発症し、右上下肢麻痺、感覚性失語等の後遺障害を負ったこととの因果関係
4. Aが被った損害は何か

### 【裁判所の判断】

#### 1. 争点1について

##### (1) O医師

O医師は、本件発症時にAに生じた局所脳虚血症状を疑わせるエピソードをAまたは救急隊員から聴取し、TIAの疑いで救急搬送されてきたことを認識していたのであるから、当時の一般的医学的知見に基づき、TIAが脳梗塞の前駆症状であり、Aに将来脳梗塞が発症する危険性が高いことを意識した上で、Aに生じた症状や既往症等についてAや付き添っていたBに対して、詳細な問診を行うべきであった。

しかしながら、O医師は、一時的な意識障害をTIAと誤解していたため、上記のような詳細な問診をすることなく、Aに意識障害は生じていなかったことから、TIAについて否定的な判断をしたのであり、こ

のような診断は不適切であったというべきである。

##### (2) P医師

P医師は、Aが診察日の前日である3月3日21時15分にTIAの疑いで救急搬送されたことを認識したことが認められるところ、そうであれば、P医師も、当時の一般的医学的知見に基づいて、TIAが脳梗塞の前駆症状であり、将来脳梗塞が発症する危険性が高いことを意識し、本件発症時にAに生じた症状がTIAであったか否かを診断すべく、Aから、その当時生じた症状の内容や発症した状況、症状の持続時間、過去に同様の症状が起きたことの有無、その際の状況や持続時間等について詳細に問診を行い、場合によっては、当日は同席していなかったBからも事情を聴取するなどして、Aに生じた症状について詳細に把握すべきであったといえる。なお、顔面の脱力については、AもBもこれを認識していなかったものと考えられ、これらの問診によっても判明しなかった可能性が高い。

そして、上記問診を行っていれば、本件発症時にAに生じた症状がTIAの場合に現れる局所脳虚血症状に合致していることを認識し、その他にAに脳梗塞の危険因子である高血圧があったこと、頭部単純MRI、MRA、DWIの各画像検査でTIAの有力な傍証である陳旧性脳梗塞の所見が発見されたことを総合考慮し、Aの本件発症がTIAであった疑いが強いと診断すべきであったというべきである。

しかしながら、P医師も、一過性の意識障害がTIAであると誤った認識を有していた上、前日の当直医がO医師ではなく、循環器専門医のQ医師と誤解していたため、同医師がTIAについて否定的な診断をしている以上、TIAの可能性は低いと考え、当日の時点で脳梗塞を疑わせる所見がないことから、これについて、否定的な診断をしたのであり、このような診断は不適切であったというべきである。

#### 2. 争点2について

##### (1) O医師(過失なし)

TIAの患者について、即刻入院させる義務までを医師が負うものとはまではいえず、一週間程度の期間内に原因を検索し、そのために必要であれば入院を勧める義務を負うにとどまるものと考えられ、O医師は、Aが翌日に被告病院を診察する予定であったことから、その日は入院を勧めずに、帰宅させたものであることからすれば、上記義務に違反したものとまではいえない。

## (2) P医師(過失あり)

P医師は、諸検査を行って、原因検索の相当部分については実施したといえることができるが、診断を誤ったため、それ以上の原因検索、特に心臓に原因があるかどうかの検討を行わず、特段の注意を与えることもなく帰宅させたものであり、TIAの原因をさらに検索して、これに対応する治療を開始する義務を怠ったものといえるべきである。

## 3. 争点3について(P医師のみ)

AはP医師の診察の時点では、全く無症状であったから、その後、場合によっては入院を伴う集中的な検査を行うことについて、Aがこれを理解せず、通院を怠ったり、入院を拒否したりして、3月18日までに検査が終わらず、またはこれに基づく治療が開始されなかった可能性も十分あったといえるべきである。

また、Aに脳梗塞が発症して入院した際も、心房細動が発見されたのは入院3日目である同月20日であり、かつその1回しか発見されていないことからすると、仮に同月4日以降、入院するなどしてホルター心電図等の検査がなされたとしても、心房細動が発見されたとは限らない。

さらに、Aの心房細動が発見され、抗凝固療法が開始されていたとしても、同療法も100%脳梗塞の発症を防ぐことのできるものではなく、なお、脳梗塞が発症していた可能性は否定できない。

以上によれば、P医師の義務違反がなかったとしても、Aの3月18日の脳梗塞を防止し得た高度の蓋

然性を肯定することは困難であり、結果との相当因果関係は認められないといえるべきである。

## 4. 争点4について(P医師のみ)

P医師が、適切にAについてTIAの疑いが強いと診断し、TIAの原因の探索を経て、心原性の診断を得て、抗凝固薬の投与が開始され、重篤な後遺障害の発生を免れたことについて、高度の蓋然性は認められないものの、その可能性は、相当程度あったものと認められる。

そして、Aの後遺障害の内容は、前記認定のとおり、労働は不可能であり、かえって、介護を要する状況で、家族との意思疎通にも困難を生じるなど、死亡と同視することまではできないとしても、重大なものであったといえるべきであるから、重大な後遺症に該当すると解する。

## 【コメント】

### 1. 問題の所在

医療側の代理人として活動していると、ある患者が某病院に救急搬送されたが、専門外の当直医が対応したケースで、異常なしとの診断、あるいは緊急性なしと診断して後日の外来受診を勧めて帰宅させた。ところが、直後に重篤な症状が出て死亡あるいは後遺症が残り、当直医の対応をめぐる紛争に至ったという事案に遭遇することは多く、ある意味、古典的なテーマではある。

このような専門医でない当直医の過失については、[福岡高裁平成 22 年 11 月 26 日判決](#)を紹介した。この平成 22 年福岡高裁判決は、医師の責任ありとした1審の判断を覆し、医師の責任なしと判断した。

本判決でAの診察をした医師は2名いたが、いずれも専門外の医師だった。ところが、当直医であったO医師の過失は否定し、Aが救急搬送の翌日受診した担当医P医師に過失ありと判断し、医療側も控訴せずに確定した。

従来裁判例でも、専門外の医師の責任を認め

たケースは多いが、責任の成否については個別具体的な事情に左右され、明確な基準はない。そこで、本件のような事例において、どのような事情を前提として、O 医師、P 医師は TIA またはその疑いが強いと診断すべきであったのか、そして、どのような点に P 医師の過失を認めたのか紹介していくこととする。

## 2. TIA に関する医療水準について(争点 1)

本判決では、過失の前提として、O 医師、P 医師は TIA またはその疑いが強いと診断すべきであったか。つまり、TIA に関する医療水準論を検討している。本件のような、専門医でない医師の過失についても医療水準論が前提とされる、ということは平成 22 年福岡高裁判決でも紹介した。

この点、TIA に関する医療水準について、「本件当時一般的であった医学的知見は、(中略)一般的な医学文献に記載され、特に、新規なものでもなく、これらの知見からすれば、TIA が一過性の意識障害ではなく一過性の神経障害を伴う脳虚血症状であることは明らかであり、TIA の診断においては過去の症状についての問診が重要であること、TIA が疑われた場合には、速やかに原因を検索し、治療を開始すべきことも、上記一般的知見に含まれており、これらについては、脳卒中の非専門医でも認識しておくべき内容であったというべきである」と認定し、上記のとおり、O 医師、P 医師いずれについても診断が不適切であったと判断した。

## 3. 過失について(争点 2)

ところが、過失については、O 医師に対する判断と P 医師に対する判断とでは、結論が分かれた。

まず、O 医師については、TIA の患者について即刻入院させる義務はなく、1 週間程度の期間内に原因を検索し、そのために必要があれば入院を勧める義務を負うにとどまること、A が翌日に I 病院を受診する予定であったことを認定し、O 医師の過失を否定した。

これに対し、P 医師については、カルテに TIA が疑われていたことが記載されていたことから、急性脳梗塞の有無を診断すべく、脳の単純 MRI、脳動脈の MRA、DWI の各検査の指示をした。しかし、TIA が一過性の意識障害であると誤った認識を有していた上、当直医を循環器専門医の Q 医師と誤解し、TIA の可能性を低いと否定的な診断をしたことが不適切であるとして過失を認定した。

## 4. 因果関係および損害について(争点 3, 4)

本判決では、P 医師の過失を認めたものの、A の 3 月 18 日の脳梗塞を防止し得た高度の蓋然性を肯定することは困難であるとして、結果との因果関係を否定した(争点 3)。

しかし、医療訴訟では、医療側と患者との間に、専門性に関する知識に大きな差があることなどから、患者が因果関係を立証することは困難となる。そうすると、本判決のように、医師の医療行為に関する過失が認められるにもかかわらず、因果関係の立証ができないために、医療側の責任が免責されてしまう結果になることは、患者側に酷ではないかと指摘されてきた。

そこで、「医師が医療水準にかなった医療を行っていない」という過失がある場合には、たとえ実施した医療行為と患者の死亡等の結果との因果関係の存在が証明されないときでも、「医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は、患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負うものと解するのが相当である」として患者側に損害賠償を肯定するための理論を採用した判例があらわれた(最高裁平成 12 年 9 月 22 日判決)。

この「相当程度の可能性」理論では、患者は、「医師の過失がなければ、現実の死亡時には生存していた相当程度の可能性があったこと」を立証すればよいことになる。少し分かりにくい、「患者がその死

亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性」を生命・身体と同列の法益として認めた理論である。

その後、「相当程度の可能性」理論は、「死亡」だけでなく、「重大な後遺症が残らなかった相当程度の可能性」というように、「重大な後遺症」にまで広げられた(最高裁平成15年11月11日判決)。

本判決でも、①労働は不可能であること、②介護を要する状況であること、③家族との意思疎通にも困難を生じていること等の事情から、Aに重大な後遺症があると認定し、「相当程度の可能性」理論を採用した。すなわち、P医師が、適切にAについてTIAの疑いが強いと診断し、TIAの原因の検索を経て、心原性の診断を得て、抗凝固薬の投与が開始され、重篤な後遺障害の発生を免れたことについて、高度の蓋然性は認められないものの、その可能性は、相当程度あったものと認められるとし、慰謝料400万円を認定した(争点4)。

なお、「高度の蓋然性」や「相当程度の可能性」というのは具体的にどの程度の確率を言うのだろうか。この点、「高度の蓋然性」については、一般的に「80%~90%程度の確率が必要」と言われている。これに対し、「相当程度の可能性」については、相当程度としている以上「50%程度は必要」等、諸説ある。裁判例では、札幌地裁平成24年9月5日判決が「大動脈置換術が実施されていた場合の患者Cの院内生存率は71%であるから、Cが死亡した時点においてなお生存した相当程度の可能性があるものと認められるものの、同時点において生存した高度の蓋然性があるものとはまでは認めることができない」と判示した事例がある。

## 5. P医師の過失を認定したポイント

本判決では、O医師もP医師も同じ専門外であり、いずれもTIAの知識不足を認定されたにもかかわらず、O医師の過失を否定しているのに対し、P医師の過失を認定している。

では、どこにP医師の過失を認定したポイントがあるのだろうか。

O医師とP医師の違いであるが、①O医師が当直だったのに対し、P医師がAの主治医であったこと、②O医師は、Aが翌日I病院を受診する予定であったことから、当日は十分な検査ができないので翌日検査を受けるように伝えたこと、③P医師は、諸検査を実施して原因検索を行ったにもかかわらず、肝心の診断部分においてQ医師と誤解した当直医O医師の診断に基づきTIAについて否定的診断をしたことが挙げられる。

そうすると、これら①~③がP医師の過失を認定するポイントとなったと考えられる。

特に、P医師が当直医O医師を同姓のQ医師と誤解し、診断部分において「Q医師がTIAについて否定的な診断をしている以上、TIAの可能性は低い」と考えたことが、P医師に過失ありと心証を抱かせることになったのであろう。

## 【参考文献】

・判例時報2157号68頁

## 【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [ABCD2<4の一過性脳虚血発作\(TIA\)患者は、ABCD2≥4のTIA患者と同様の90日以内の脳卒中リスクをもつ\\*\\*\\*](#)
- (2) [一過性脳虚血発作患者における拡散強調画像の意義と落とし穴\\*\\*\\*](#)
- (3) [I.ACVS 1. 「TIAと急性脳梗塞」から「ACVS」への疾患概念の変遷\\*\\*\\*](#)
- (4) [Q 一過性の脱力を生じた患者にはどう対応すればよいでしょうか?\\*\\*\\*](#)
- (5) [ACVSにおけるTIA診断と治療、脳梗塞再発予防を考える\\*\\*\\*](#)
- (6) [1.心房細動に合併する心原性脳塞栓症の重要性について教えてください\\*\\*\\*](#)
- (7) [5.作用機序からみた新規抗凝固薬\(経口ロロン](#)

ピン阻害薬, Xa阻害薬)の特徴\*\*\*

- (8) 教育講演7 Branch atheromatous disease (BAD)の病態と治療\*\*
- (9) ラクナ梗塞とBAD\*\*
- (10) 1.一過性脳虚血発作の救急診療体制(TIAクリニック)\*\*\*

「\*」は判例に対する各文献の関連度を示す。