

診療情報提供書に主観的評価を記載したことが 不適切とはいえないとされた事例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

本件は、患者(女性・昭和40年生まれ)が、通院中の病院が他の医療機関に対して患者を紹介する際に、「症状は精神的なもの」、「心理的な要素も多分にある」などといった主観的な評価ではなく客観的な情報提供をすべき義務を怠ったため、多発性硬化症の診断を受けるまで約5年もの間医師らに真摯に対応されず、心療内科等への通院を余儀なくされた等として、病院に対して損害賠償を求めた事案である。

裁判所は、通院中の病院が他の医療機関に対して主観的な評価ではなく客観的な情報提供をすべき義務違反があるといえないとして、患者の請求を棄却した。

キーワード:診療情報提供書, 紹介状, 多発性硬化症, 主観的評価, 脊髄梗塞

判決日:大阪地方裁判所平成30年10月30日判決

結論:請求棄却

【事実経過】

年月日	経過
平成16年 1月	患者Aは、平成15年秋頃、肩から背中にかけて強い緊張とこりを感じたため、H病院の内科、婦人科および整形外科を受診したところ、後頸部痛と判断された。 その後AはIクリニックに継続して通院し、ブロック注射を受けるなどしていたが、注射後しばらくすると症状が再発するという繰り返しであった。
平成18年 11月6日	Aは同年10月末頃から背中中の痛みを感じていたが、同年11月2日からは発熱、下痢等の症状も生じ、痛みがかなり強く、症状が悪化してきたため、H病院の外来(内科、整形外科)を受診した。
11月16日	頸部MRI撮影を行ったところ、脊椎C5-6後索に病変が認められた。
11月20日	AはH病院の整形外科を受診し、背部痛のほか、左下肢のしびれ、締め付けられるような違和感等も訴えた。 同科の医師は、前記MRI画像上の病変が認められたことから、髄内腫瘍の可能性を疑い、H病院脳神経外科を紹介し、AはO医師の診察を受けた。 O医師は、Aが背中中の痛みがひどくなってきたほか、痛みと発熱が続き、左下肢のひきつりと左手のしびれが出てきたこと、下痢がひどかったこと等を訴えたこと、前記MRI画像上、脊髄後方

	<p>に左右対称、楔形の病巣がみられたことなどから、脊髄梗塞ではないかと考え、入院の上、検査が必要と判断した。なお、多発性硬化症は内科領域の疾患であり、脳神経外科医であるO医師がこれまでに診断した多発性硬化症の患者は数名であり、脊髄梗塞の患者は1, 2名であった。</p> <p>Aは、同日からH病院の脳神経外科に検査入院した。 主治医はP医師であった。</p>
11月21日	MRI画像を撮影したが、11月16日の画像と比較して著変はみられなかった。
11月22日以降	Aの強い希望で11月22日から同月30日にステロイド(ベタメタゾン2mg)の注射を実施し、その後、ベタメタゾンの内服を処方した。
11月24日	P医師は、Aに対し、脊髄梗塞について説明するとともに、Aの症状は脊髄梗塞であることが非常に疑われること、ただしあくまで確定診断ではないため今後も頸部MRIによる定期的な経過観察を行うこと、入院後に認めている腰や足の痛みは脊髄梗塞による可能性は低いことなどを説明した。
12月9日	AがH病院を退院した。 このとき痛みはかなり軽減していた。
12月22日以降	Aは12月22日、平成19年1月5日、1月12日にH病院の外来を受診した。 平成19年1月以降、Aの主治医がP医師からO医師に変わった。
平成19年 1月23日 ～2月1日	<p>Aは急に動悸がし、吐き気と震えがあったことから、救急車を呼び、H病院に救急搬送された。O医師は、過換気症候群と診断し、入院治療の必要はないと考えたが、Aの姉の希望もあり、1週間程度の点滴を中心とした入院加療とした。</p> <p>入院後、頭痛、背部痛、下肢のしびれや痛みは残存していたが、点滴治療により過換気発作、嘔吐、下痢はなくなり、状態は安定したことから、同年2月1日、退院した。</p> <p>Aは退院に際し、背部痛、下肢のしびれや痛みについて、J大学附属病院の脊椎外来とペインクリニックの紹介を希望したため、O医師は、急性期は過ぎており、症状は安定し、痛みやしびれは気候の変動と心理的な修飾による要因が強いと思われること、痛み、しびれを緩和する目的であればペインクリニックの受診を勧めること、おそらく抗不安薬や抗うつ薬の処方になる可能性があることを説明し、J大学附属病院(麻酔科ペインクリニック)に対する診療情報提供書を作成した。</p> <p>同書には、傷病名として「不安症、過換気症候群、脊髄梗塞疑い」が記載され、MRI画像の病変については後脊髄動脈症候群と考えたこと、急性期は過ぎており、現在の症状は精神的なものと思われること等が記載されていた。</p>
2月14日	J大学附属病院の麻酔科の医師は、来院時の歩き方や椅子の座り方等すべて軽やかでスムーズにされており、ブロック注射等の適応はないとして、神経内科、精神科、神経科の受診を勧めた。
2月15日	<p>AはH病院の外来を受診し、K医院の紹介を希望したため、O医師は、同院に対する診療情報提供書を作成した。</p> <p>※なお、判決文からはJ附属大学病院に対するものかK医院に対するものか、正確な紹介先・作成時期は不明であるが、O医師の作成した診療情報提供書には「症状は精神的なもの」、「心理的な要素も多分にある」等と記載されていた。</p>
2月28日	<p>AはH病院の外来を受診した。</p> <p>これが、O医師がAを実質的に診察した最終日であった。</p>

2月頃～8月頃	リハビリのためK医院を受診した。 同院の医師はリウマチ性多発筋痛症を強く疑っていた。
7月18日	J大学附属病院脳神経外科の医師は、Aの身体障害者診断書、意見書の傷病名欄に「脊髄梗塞」と記載した。
平成20年 12月18日	J大学附属病院総合内科の医師は、Aの国民年金厚生年金保険診断書の傷病名欄に「脊髄梗塞」と記載した。
平成23年 6月4日	Aは多発性硬化症のパンフレットを偶然見かけ、自己の症状が多発性硬化症と一致しているように感じたことから、多発性硬化症に詳しい病院をインターネットで検索し、大阪府のL医院を受診した。 L医院の医師から多発性硬化症であろうと診断されたが、その後の治療についてはH病院かJ大学附属病院で行うよう指示された。
11月22日	Aは多発性硬化症の鑑別目的で、M大学病院神経内科をセカンドオピニオンとして受診した。同科の医師は、神経学的には感覚性軀幹失調(Romberg陽性)、両下肢振動覚低下、手指姿勢時振戦、下肢腱反射亢進を認め、H病院で撮影された脊髄MRIのC5-6病変を責任病変とした上で、画像からは脊髄梗塞よりも多発性硬化症が考えやすいとして、急性横断性脊髄症と診断した。
12月22日	AはM大学病院から、多発性硬化症の鑑別に長けた病院として紹介を受けたN大病院神経内科のQ医師を受診した。 Q医師は、多発性硬化症の患者を少なくとも100人診察した経験がある。
平成24年 1月19日	MRIを撮影したが、新たな病変は見当たらず、鑑別疾患として多発性硬化症、亜急性連合性脊髄炎、脊髄梗塞が挙げられた。
3月15日	頭部MRIを撮影したが、脳内に特記すべき異常所見は見当たらなかった。
4月12日	Q医師の依頼により、検査目的で眼科を受診したが、検査結果はいずれも正常であった。
4月13日	症状として、両手指姿勢時振戦、失調性歩行、両下肢深部感覚障害(Romberg陽性)、下肢腱反射亢進が確認された。 Q医師は、Aの症状について、現時点では多発性硬化症(脊髄炎後遺症)であるが、アトピー性脊髄炎の可能性も考慮する必要があり、大脳病変がなく脊髄炎のみであるため、フィンゴリモド塩酸塩導入については副作用とのバランスを慎重に考慮する必要があると考えた。
5月10日以降	Aの強い希望もあり、同日からフィンゴリモド塩酸塩の投与が開始されたが、Q医師は、Aの症状は、通常型多発性硬化症にしては頭蓋内病変に乏しい非典型例であることから、慎重な経過観察が必要であるとの認識であった。
5月14日	Q医師は、市の福祉事務所長宛の医療要否意見書のAの傷病名欄に「多発性硬化症」と記載した。
10月1日	国民年金厚生年金保険の診断書の「障害の原因となった傷病名」欄に「多発性硬化症」と記載した上で、症状の良くなる見込みは「不明」、予後は「現状維持、ただし再発あればADLは低下する」と記載した。
平成25年 3月25日	MRIを撮影したが平成24年1月19日と比べて著変はなかった。

平成26年 4月10日	MRIを撮影したが、平成25年3月25日と比べて著変はなかった。
6月9日以降	白血球の数値が低下したため、同日以降ジレニアの服用を中止した。
平成28年 7月時点	Aの症状は、脊髄C5-6に生じた多発性硬化症の後遺障害として、両下肢の感覚障害、歩行時のふらつきが残存しており、体調により多少の変動はみられるが、病変の再発は生じていない。

【争点】

- ・ O 医師が他の医療機関に対してAの症状を正確に情報提供しなかった過失の有無。

※なお、本件では多発性硬化症を鑑別しなかった、または鑑別を継続しなかった過失の有無等についても争いがあるが、本稿では扱わない。

【裁判所の判断】

1. Aの主張

O 医師が他の医師に A を紹介する際には、主観的な評価ではなく客観的な情報提供をすべき義務があったところ、A の痛み等の訴えを主観的・精神的なものと決めつけ、「症状は精神的なもの」、「心理的な要素も多分にある」などといった主観的な評価を記載して、上記義務に違反した。

2. 検討

一般に、診療情報提供書は、後医が直接患者を診察するだけでは十分把握できない可能性がある前医の診療経過等を知るためのツールとして使用されている。このことをふまえると、同提供書には、検査数値や検査所見等の客観的な情報のみならず、医師の診断内容を含む主観的な評価を記載するのがその目的に合うものと考えられるのであって、主観的な評価の記載が一般的に不適切であるとはいえないから、これをそもそも記載すべきでないとする A

の主張は採用できない。

もともと、医師が診療情報提供書に記載した内容が、何ら症状等の裏付けもないような純粹に主観的な印象や評価に止まる場合には、その記載が不適切であったとされる余地がある。

しかし、本件事実経過によれば、A には、平成 18 年 11 月～平成 19 年 1 月にかけて、背部痛、下肢のしびれや痛み等のほかに、動悸、過換気発作、嘔吐や吐気、下痢など脊髄病変とは関連しないと考えられる症状もみられていたのであって、O 医師は、それらをふまえた診断ないし評価として、診療情報提供書に「症状は精神的なもの」、「心理的な要素も多分にある」等と記載したものがわかるから、裏付けのない単なる主観的印象等を記載したとはいえないものと解される。したがって、上記記載につき、O 医師に義務違反があったとはいえない。

【コメント】

1. はじめに

本件は、平成 16 年頃から約 3 年間にわたり H 病院を受診し、背部痛を始めとする多様な症状を訴えていた A が平成 23 年以降に他院において多発性硬化症であると診断され、平成 26 年頃まで治療を継続した後、H 病院に対して訴訟提起を行ったものである。

H 病院の O 医師が診察を担当した最後の機会から相当長期間経過後に患者から訴訟提起をされたこ

との1つの要因と考えられるのが、O医師の作成した他の医療機関宛の診療情報提供書にAの症状が精神的なものと思われる等と記載されていることである。

別稿([「紹介状で患者家族について記載した内容が名誉毀損に当たると主張された事例」東京地裁立川支部平成28年11月29日判決](#))において、紹介状等の作成にあたり、トラブルが起こりやすいので医師自身の評価は必要な限度にとどめて記載するよう工夫することが望ましい、精神疾患に罹患しているとの評価につながる記載は患者から特にクレームが出やすい内容であるため避けるようにすべきであるという指摘をしていたが、本裁判例を通じて、本件のO医師のように患者の症状に心理的な要素もあると考えた場合、同患者を紹介するにあたりどのような点に注意すべきかを考える。

なお、本判決においては最終的に後医であるQ医師の所見等をふまえて、時間的多発性、空間的多発性、腫瘍や脊髄梗塞等の他の疾患が否定できることを根拠に、後方視的にみて平成18年11月当時の症状は多発性硬化症による症状であったと事実認定している。この事実認定に対しては、本裁判例の評釈において、脊髄炎と心因性／ヒステリー型の神経症(身体症状症)の2つの合併であった可能性があると解説している医師もあり(医療判例解説 82号 76頁参照)、Aの罹患していた病名は医師によっても評価が分かれるようである。

2. 診療情報提供書に主観的評価を記載することの意義

本判決は、診療情報提供書は、後医が自身の診察だけでは十分把握できない前医での診療経過等を知るためのツールとして使用されていることをふまえると、客観的な情報のみならず、医師の診断内容を含む主観的な評価を記載するのがその目的に適うと判断している。

一般的に診療情報提供書には、紹介目的、患者

の基本情報(身体情報、既往歴、家族の情報)、検査結果、症状経過、当院での治療経過・処方等を記載すると考えられるが、この判示内容からすれば、後医が十分に把握しにくい前医における診療情報について提供するという観点から記載内容を検討する必要がある、診断内容を含む医師自身の評価を入れることが望ましいこともあろう。

その具体的な一場面として、本件のAの症状のように心理的な要素もあると医師が判断した場面が想定される。例えば、他覚的所見と符合しない痛みやしびれの症状を訴える患者や主訴の変化を繰り返す患者等については、心療内科、神経内科や精神科等とも連携を図りながら総合的にアプローチをする必要もあり、そのような主訴と症状に関する経過を見てきた医師としてどのように評価したかについては後医が診療を行うにあたって有益な情報といえる。

そして、このような診療情報提供書をツールとした連携を図ることで診療科目・医療機関同士の連携を図ることができ、本件のAのように長年にわたり多数の医療機関を渡り歩くことになってしまう患者の治療期間の短縮、原因の早期解明等に繋がるメリットもあろう。

3. 診療情報提供書に主観的評価を記載することの限界

以上のように医師の評価を記載することが有益な場面はあるものの、本判決が認定するように、何らの症状等の裏付けがないような純粹に主観的な印象や評価に止まる場合には、不適切な記載であると評価されることもある。

本件では、O医師は、Aの訴える下肢の深部知覚障害という症状について、MRI画像上のC5-6の後索部の異常所見と整合すると判断した上で、脊髄梗塞を疑っており、その判断は不合理ではないと認定されている。そして、Aの訴える動悸、過換気発作、嘔吐や吐気、下痢等の症状については、脊髄梗塞とは関連せず、他覚的所見とも整合しないという事情

があったからこそ、診療情報提供書に「現在の症状は精神的なもの」、「心理的な要素も多分にある」等と記載したことが義務違反ではないと判断されたのだろう。

本裁判例をふまえると、本件の A の症状のように他覚的所見と合致しない症状で心理的な要素もあると疑われる患者に対し、診療情報提供書に自身の評価を記載するに際して、患者の症状が他覚的所見等と整合していないことを伝えると共に、自身の意見として「症状は心理的な要素も疑われる」程度の意見を添えることくらいは許容されるであろう。

医師としては、自身の判断根拠を明確にできる限り、その主観的な評価をふまえて診療情報提供書を作成するべきであろう。

なお、診療情報提供書を記載する際の留意点については、[「診療情報提供書の記載と転院義務」\(東京地裁平成 27 年 8 月 6 日判決\)](#)もあわせて参照して頂きたい。

4. 患者が診療情報提供書の内容を把握する機会について

本件においては、A が O 医師の作成した診療情報提供書の内容を把握したために、H 病院に対して訴えを起こすに至ったと思われる。A が診療情報提供書の内容を把握した手段としては、患者が適法な手続により紹介元または紹介先の医療機関に対してカルテ等すべての医療記録を開示請求した際に、当該診療情報提供書と一緒に開示されたことによる可能性がある。また、患者が診療情報提供書の封を勝手に開けて内容を確認した可能性もある。後者の場合、信書開封罪(刑法 133 条)に該当する可能性は否定できないが、現実的な処罰可能性は低いであろう。

このように患者が診療情報提供書の記載内容を確認できる機会がある以上、医師が診療情報提供書を記載するにあたっては、後に記載内容を見られる可能性があることを想定した上で、記載内容を工夫

することが望ましい。

【参考文献】

- ・ 医療判例解説 82 号 76 頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [\(2\) 多発性硬化症の診断・診断基準・画像所見と検査***](#)
- ・ [もう一度見直したい! 診療情報提供書の書き方***](#)
- ・ [多発性硬化症患者の心理的变化に関する質的研究**](#)
- ・ [診療録ならびに紹介状記載の留意点***](#)
- ・ [7. 神経診察における医療面接\(問診\)の重要性**](#)
- ・ [CASE 33 紹介状を開封した患者**](#)
- ・ [\(3\) 多発性硬化症治療の現状と将来展望***](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。