



当直医の専門外患者への対応

北海道医師会顧問弁護士 黒木 俊郎

黒木法律事務所 弁護士 加畑 裕一朗

Q**【質問】**

私は消化器内科を専門とする医師です。私が当直時に診察した時間外の外来患者（初診）の診療に関するトラブルについてご相談します。

「診療経過の概略」 18時ころ歩いて来院したX（42歳、男性）は、看護師に主訴として「15時ころから、のどから胸にかけて痛みがあるので、勤務先を早退して受診した」と述べていました。また、私の問診時には、「今は胸痛を感じない」と述べ、胸痛が出た時の様子については、「黄水があがってくるような、胸部不快感があった」と述べていました。胸部の聴診でも異常音はなく、既往歴は「うつ病と高血圧」のみでした。私はこれまでに心筋梗塞患者の診療をした経験はありませんが、心疾患の可能性も考えて心電図検査を行いました。心電図は軽度ながらST上昇（約0.1 mV）が認められていましたが、心電図自動解析結果は「－（正常範囲）」判定で「異常なし」でした。

【診断】

私は、心疾患に典型的な胸痛の訴えがなく、心電図でも異常がなかったことから、「逆流性食道炎の疑い」と診断してガスターDを処方し、Xを帰宅させました。

【結末】

ところが、Xは徒歩で帰宅中に心室細動を発症して路上で倒れ、大病院に救急搬送されましたが、心筋梗塞で死亡したとのことです。そのため、遺族が当直医の誤診を主張して損害賠償を請求してきました。私はどうすべきでしょうか。

A**【結論】**

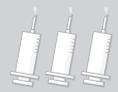
現在の医療水準に照らすと、Xの遺族が当直医の診療過誤による損害賠償請求訴訟を提起した場合、病院が敗訴する可能性を否定できません。よって、すみやかに院長に報告し、病院が加入している損保会社に医療事故報告書を提出して指示を仰ぐことをお勧めします。

【理由】

今回と似た事件が平成17年に発生し、遺族が病院を提訴した事件について、裁判所の判決が出ています。第1審の大分地裁は当直医の過失を認め、病院に損害賠償を命じました（参考裁判例①）。しかし、控訴審の福岡高裁は、当直医が循環器専門医ではなく、これまでに急性心筋梗塞の診断や治療に携わった経験はなかったことなどを考慮して、医師の過失を認めた原判決を取消し、請求棄却の判決を下しています（参考裁判例②）。

それでは、現在、同じ事件が発生したら、裁判所はどのような判決をするのでしょうか。現在まで10年間の循環器医学の進歩により、心筋梗塞に関する医療水準も相当変化しており、病院敗訴の裁判例がいくつも出ております。従って、現在の医療水準では、当直医が循環器の専門でなくても、軽度ながらST上昇を認識している以上は、少なくとも大事をとって経過観察をしつつ再度心電図検査をする、循環器専門医にコンサルトする、専門病院に転医させるなどの慎重な対応が期待されると思われます。質問者の場合、ST上昇を認識しながら心筋梗塞の可能性を安易に否定し、そのまま患者を一人で歩いて帰宅させていますので、現在の医療水準でこれを正当化することは、困難ではないでしょうか。

よって、すみやかに損保会社に医療事故報告書を提出して過誤の有無について判定を仰ぎ、医師有責と判定された場合には、遺族との示談解決を図る必要があります。



医師：当直医にとって、最も難しい患者は診療時間外の初診患者です。

弁護士：それは、どういう理由ですか。

医師：病院が当直医を配置しているのは、入院患者に異常が発生した場合の応急処置のためです。入院患者の場合は、カルテを見れば、病名や治療方針、症状の経過などが分かりますし、必要なら主治医に電話して相談することもできます。ところが、初診の外来患者の場合は、過去の経過が分かりませんし、当直医の専門外の患者の場合が多いので、正確な診断をすることは困難です。

弁護士：その意味で、時間外の患者には、専門医レベルの診察は保証できないことになりませんか。

医師：そうです。ですから、今回の事件でも、当直医に循環器専門医のような高い医療水準を要求するのは酷ではないでしょうか。

弁護士：参考裁判例②の福岡高裁も同じ考えで当直医の責任を否定しました。しかし、現在の医療水準に照らすと、むしろ、参考裁判例①の大分地裁のような判決が出る可能性が高いと思われます。

医師：この10年間で、心筋梗塞のリスクが強調されるようになりましたので、専門外の当直医であっても、安易に心筋梗塞の可能性を否定してはならないということですね。

弁護士：当直医は、心疾患の可能性も考えたからこそ、心電図検査を行ったわけです。その結果、軽度ながらST上昇があることも認識しています。それにもかかわらず、循環器病院への転送はおろか、大事をとって経過観察をすることも専門医にコンサルトすることもせず、患者を徒歩で帰宅させたわけですから、今の医療水準なら、全く責任がないとは言えないでしょうね。

医師：当直医の場合、内科の医師でも、全く畑違いの外科の患者を診なければならぬこともあります。その場合は、どうでしょうか。

弁護士：専門外の患者を診る場合は、可能な範囲の応急処置に留め、すみやかに専門医にコンサルトすべきです。同じ病院に専門医がいるのであればその医師に、いないのであれば他院の医師にすみやかに連絡をとることが考えられます。

医師：検査の結果、専門外の病気が疑われる場合には、どうすべきでしょうか。

弁護士：緊急時には、ただちに専門医のいる他院に転送し、緊急でない場合でも、他院への転医を勧告すべきです。参考裁判例①では、大分地裁は、心電図検査の結果が明らかになった時点で急性冠症候群の発症を疑い、患者を適時に専門医のいる病院に転送して適切な検査、治療を受けさせるべき義務があったと判断しています。

参考裁判例

- ① 大分地裁平成21年10月30日判決
「裁判所が認定した事実経過の概略」
平成17年11月18日午後3時ころ、Xは、食道・胃の痛み、胃のむかつき、不快感を覚え、会社を早退した。
午後5時50分ころ、Xが本件病院を訪れた。Xは看護師の問診に対し「のどから胸にかけて痛みがある。15時ころから現在も続いている」と述べた。
午後6時 当直医が診察を開始した（問診、聴診、心電図検査）。
問診の結果、呼吸困難、意識障害、動悸等の症状を示すものはなかったが、「黄水があがってくるような、なんとなく胸部に不快感のあるような痛みがある」と述べていた。胸部聴診の結果、異常音はなかった。
午後6時7分ころ、心電図検査により軽度ながらST上昇（約0.1 mV）が認められた（自動解析結果は判定「－（正常範囲）」、解析結果「異常なし」であった）。
当直医は「逆流性食道炎の疑い」と診断し、ガスターD（胃酸分泌抑制剤）を処方。
午後6時35分ころ、Xは独りで歩いて本件病院を去った。
午後6時44分、Xが病院から500メートル離れた駐車場で倒れているところを通報された。
午後7時、Xが救急車で大病院に搬送された。
平成17年11月19日午後1時33分、Xが心筋梗塞で死亡。
「裁判所の判断」
Xの遺族の損害賠償請求に対し、裁判所は、心電図検査の結果から、当直医は、急性冠症候群の発症を疑い、患者を専門病院に転送して適切な検査、治療を受けさせるべき義務があったとし、漫然と患者を帰宅させた当直医に過失があると判断して、被告病院に損害賠償金約5,120万円の支払を命じた。
この判定には、裁判所が選任した鑑定人の鑑定書が影響していると思われる。
- ② 福岡高裁平成22年11月26日判決
参考裁判例①の控訴審。
高裁判決では、当直医の過失を否定し、一審判決を取消したうえで、遺族の請求を棄却した。その主たる理由は、心電図解析装置結果もガイドラインでいう典型的な持続性ST上昇の所見には該当していないこと、（自動解析結果は判定「－（正常範囲）」、解析結果「異常なし」であった）、当直医が循環器専門医ではなく、これまでに急性心筋梗塞の診断や治療に携わった経験はなかったことなどから、循環器専門医と同等の判断を要求することは酷であるというものであった。この逆転判決の背景には、権威ある循環器専門医による有力な意見書が控訴審で提出されたことが影響していると思われる。