

近時の医療判例 (34)

＜大阪地方裁判所令和4年3月25日判決＞
(医療判例解説100号94頁)

I 事案の概要

1 X (男性)は、平成30年2月28日、Y病院において、頸椎椎体 (前方) 固定術 (以下「本件手術」) を受け、次項の経過を経て同年3月14日に62歳で死亡した。

Xの子は、Y病院に対して、Y病院のC医師 (脳神経外科医) には、適応のない本件手術の実施を避けるべき注意義務違反、説明義務違反があったなどとして損害賠償請求訴訟を提起した。

2 経過 (用語は判決文から転記した)

(1) Xは、平成29年5月12日、右頭頂部急性期脳梗塞の所見があり、両内頸動脈狭窄、閉塞により、Y病院に入院して治療を受け、同月29日に退院した。以後、Xは、抗血小板剤等による脳梗塞の再発予防等のため、Y病院に通院した。

(2) Xは、平成29年8月頃以降、腰痛と左下肢のだるさ等を訴え、同年10月3日、腰部MRI検査の結果、腰部脊柱管狭窄症と診断された。C医師は、Xに対し、歩行能力が5分以内に低下したら手術を検討することになる旨説明し、抗血小板剤等のほか湿布を処方して、経過を観察することとした。

Xは、同年11月28日、Y病院を受診した際、歩行可能な状態であったが、ズボンをはいたり、後方確認するときの腰のひねりで、痛みが増強した旨訴えた。C医師は、Xに対し、痛みが強くなり脱力が進行しなければ手術はゆっくりでよく、そのような場合に手術を検討したら良い旨説明した。

Xは、平成30年2月6日、Y病院を受診した際、1月以降、腰痛が強くなり、以後、左頸部、肩部から左上肢の痛みが増強している、臀部から大腿外側、下腿外側、外踵までの痛みがある旨訴えたため、C医師は、MRI検査、レントゲン検査等を実施し、同検査の結果、頸部脊柱管狭窄症 (頸椎症性脊髄症を含む) と診断した。

C医師は、同日、Xに対し、まず、頸部の手術を行い、回復後に腰部の手術を行うことを提案し、Xは、各種術前検査を受けた。その後、C医師は、Xに対し、同意書に基づき、少なくとも、前提となる症状があり、放置した場合に更に症状が進行し、突発的な外傷により脊髄損傷、神経痕損傷が生じ、四肢体幹麻痺や左上肢麻痺が生じる可能性があるため手術を勧めるこ

と、ただし、本件手術により脊髄損傷や感染等の可能性がある旨説明した。

(3) Xは、同年2月26日、X及び子 (原告) が署名した同意書を持参してY病院に提出し、Y病院に入院した。なお、同意書には、Xの症状や手術のメリットのほか、合併症の記載があるが、脳梗塞についての記載はなく、同意書に記載されている内容について、「十分理解しました。その上で納得して手術・検査などを受けることに同意します」又は「十分理解しましたが、手術・検査などには同意しません」をチェック式で選択する欄には、いずれの選択肢にもチェックがされていない。

同月27日、Xに対するミエログラフィー (脊髄造影) が実施され、頸部及び腰部につき、脊柱管が狭窄していること等が認められた。

C医師は、同月28日、Y病院において、Xに対し、本件手術を実施した。本件手術は、顕微鏡下で行われた侵襲性の低い手術であり、手術時間は2時間11分で、2椎間の手術としては短時間に終わり、術中の出血も少なく、出血量は10ml以下であった。なお、C医師は、入院の際、Xについて、抗血小板剤等の内服を指示しており、Xは、本件手術時点でも、抗血小板剤等の内服を継続していた。

(4) Xは、同年3月2日、術後椎体前方の血腫があるとして、本件血腫除去術を受けた (同手術前に抗血小板剤等を休薬している)。

その後、Xに左片麻痺が認められたため、同月3日、MRI検査を実施したところ、右内頸動脈閉塞による脳梗塞が右大脳半球の広範囲に生じていることが認められた。

Xは、同月5日、脳圧を減少させるため開頭減圧術を受けた。

Xは、同月14日、呼吸障害のリスクを減じることなどを目的とする気管切開の手術を受ける予定であったところ、同手術のため手術室に入った後、容態が急変し、同日午後0時15分頃、死亡した。

C医師は、同日付のXの死亡診断書において、直接死因は脳梗塞、その原因として両側内頸動脈高度狭窄、頸椎前方椎体固定術、直接には死因に関係しないが経過に影響を及ぼしたものとして糖尿病、高血圧と記載した。

(5) 同月15日、Xに係る病理解剖が実施された。病理解剖所見の主な内容は、主診断名「1. 脳梗塞 両側内頸動脈の高度狭窄に、術後出血や血圧低下などの要因が寄与」「背景に高度動脈硬化症：内頸動脈～頸部、胸腹部全体」「2. 肺出血性梗塞：両肺下葉」「肺うっ血水腫 (550g;

700g)」、病態考察「最終的な心肺停止の原因としては肺出血性梗塞による呼吸不全が原因と思われる」とされている。

(6) C医師は、Xの死後である同年3月15日、診療録の同年2月6日欄に「痛みもう我慢辛いから、ごちゃごちゃ言わず、さっさとやって欲しい。春まで待てない」などと記載した。

また、C医師は、平成30年3月20日、平成29年11月28日欄の診療録に記載する意図で、同月27日欄に、(S)腰痛徐々に激しいが、まだまだ自力歩行が安定、(O)下手に手術して術後血液が固まりやすくなったとき、脳梗塞が起こるリスクがまだまだ高いのでいよいよ歩行ができなくなるほど腰部の痛みが強くなるまで辛抱すべき、(A)特に今冬が平年より寒くなりそうなので十分体の保温に努めること、(P)痛み自制、辛抱できるまで内服薬で脳梗塞のリスク下げましょう、本人納得などと記載した。

II 判旨

1 診療録への加筆（事案の概要2(6)）に関して

「診療録は、医師法上、医師が一定の事項について作成義務を負うものであって、高度の専門性を有する医師によって診療行為の都度、経時的、規則的に作成されるものであること等によって信用性が担保されていると考えられる。しかるに、前記の診療録の記載は、Xが死亡し、C医師が原告らに対して説明をし、病理解剖が実施されることが決まった後であり、かつ、原告らがカルテなどの改ざんがないかなどを確認し、カルテ開示を受けようとした直後・・・に加筆、修正されたものであり、同記載には、診療録が一般的に有している信用性はないといわざるを得ない。加えて、診療行為等から間を置かずに入力された際の記録にはそのような記載がないことも考慮すると、Xが死亡した後に加筆、修正された記載内容をそのまま信用することはできない（・・・事後的に、しかも患者側との紛争の可能性が顕在化した後に、診療録に加筆、修正することは、診療録が一般に有する信用性を毀損する可能性のある行為として、適切性を欠くものである）。もっとも、診療等から間を置かず記載された部分に係る診療録等の記載は、診療行為の都度、経時的、規則的に記録されたものであると認められるし、原告らから被告やC医師に対しX死亡に関する責任追及等がされる前に記録されたものであることからすると、前記加筆、修正の事実があること等を踏まえても、信用性が否定されるとはいえない」と判断した。

2 本件手術の適応について

事案の概要2(2)の事実を前提として、Xにつき、本件手術の必要性があると認められること、本件手術は、Xの症状等の軽減に一定の治療効果を有すること、本件手術時点で、本件手術により、Xの脳梗塞再発のリスクが顕著に高まるなどといった事情は認められないことを総合考慮すれば、本件手術の適応を欠くとは認められない、と判断した。

3 説明義務違反に関して

Xの症状等に対する治療として保存的療法を選択すべき状況にあったとは認められないこと、診療録には、本件手術につき、脳梗塞の再発可能性等に関する具体的な記載はなく、同意書にも、脳梗塞についての記載はないものの、手術療法による脳梗塞再発の可能性については説明していたと認められること、一般的に脳梗塞により死亡する可能性があること自体は認識可能な事項であり、Xも平成29年5月に脳梗塞を発症していること等も踏まえれば、C医師に、脳梗塞の再発が予測されることや脳梗塞の再発により死亡する危険性についての説明義務違反があったとは認められない、と判断した。

III 解説

1 本件では、診療録に加筆された記載内容の信用性が問題となりました。

一般に、診療録の加筆、修正（以下、単に「加筆」）がなされた場合、当該加筆部分の信用性は直ちには肯定されない（記載内容が真実とは認められない）と考えられます。換言すれば、加筆された記載内容が真実であるか否かを判断するために、別途、加筆内容に整合する客観的な証拠が必要となります。

また、加筆が虚偽の内容を含み「改ざん」と認められれば、医療行為にかかる不法行為とは別の不法行為となると考えられています。「医師は、患者に対して適正な医療を提供するため、診療録を正確な内容に保つべきであり、意図的に診療録に作成者の事実認識と異なる加除訂正、追記等を行うことは、カルテの改ざんに該当し、患者に対する不法行為を構成する」とした裁判例もあります（北海道医報第1237号本コーナー(18)、東京地方裁判所令和3年4月30日判決）。

本件では、結果的には、加筆内容を前提とせずとも、本件手術の必要性や脳梗塞リスクが高いとの説明がなされたことと認定されました。

また、本件では、診療録改ざんについての不法行為責任の追及はなされていませんが、被告医療機関側に余計な主張立証等の負担が生じたことは否定できません。

診療録への記載は、診療後速やかに行うことの徹底のほか、やむを得ず追記を行う場合には、追記の理由や経緯も付記するなどの工夫も考えられます。

2 本件では、脳梗塞再発の説明がなされていたかどうかに関連して、同意書の記載内容も問題となりました。

本判決では、同意書にチェックが入っていなかったとしても、同意自体はあったと推認されており、また、同意書に記載はないものの脳梗塞リスクの説明はなされていたと判断されました。

しかし、同意書にチェックが入っていないことが同意の不存在を推認する事情として評価されることもありうるので、留意してください。

また、患者の特性に応じて行った説明（本件でいえば脳梗塞の可能性）を同意書に追記して説明することも考え得るところです。