医師のための

法律相談コーナー

弁護士　矢吹（やぶき）　徹雄（てつお）
弁護士　小田嶋（おだじま）真悟（しんご）

近時の医療判例（60）

本号では、「近時の医療判例」として、大阪地方裁判所令和７年６月24日判決（医療判例解説118号21頁以下）を取り上げたいと思います。この事案は、アルゴンプラズマ凝固法（APC）による内視鏡的消化管止血術を受けた２日後に退院した患者が、その翌日に死亡した事案で、退院判断を誤った過失、その後に救急外来にかかった時点での説明義務違反が問題となったものですが、結果としては、医療側の責任を否定した事案です。

1　事案の概要（用語は判決文から転記した）

⑴　患者は、平成30年４月当時75歳の女性であり、原告らは患者の相続人（子）です。

被告は、患者が下記の治療を受けた病院（以下、「被告病院」）を運営する社会医療法人です。

⑵　患者は、平成26年７月から平成29年７月までの間に、早期胃がんの治療のため、被告病院において、４回に渡り、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を受けました。この４回のESDの施行部位は、１回目が胃体下部前壁、２回目が噴門部後壁、３回目が胃角部小彎後壁、４回目が胃体下部後壁とそれぞれ異なった部位でした。

⑶　その後、平成30年４月９日に、被告病院に入院し、主治医であるＡ医師によるAPC手術（以下、「本件APC手術」）を受けました。本件APC手術は、４回目のESDで取り切れなかった早期胃がんを焼灼治療するために施行したものでした。

本件APC手術は、同日午前11時13分から11時45分にかけて施行され、焼灼後の出血はなく、胸痛、嘔気、腹部膨満感、腹痛も確認されませんでした。そして、同日午後５時50分の時点でも特段の異常は確認されなかったため、Ａ医師は患者の退院予定日を２日後の同月11日としました。

⑷　翌10日には、患者は複数回の嘔吐があり、制吐剤の静注等がなされたものの午前中から夕方まで嘔気が続き、37.8℃の発熱がありましたが、腹痛等の訴えはなく、術後出血や筋性防御などの腹部症状は認められませんでした。

翌11日午前中にも、嘔気・嘔吐や腹痛の症状はなく、発熱も治まり、朝食も主食３割、副食９割を摂取できたことも受けて、Ａ医師は予定どおり退院可能と判断しました。

⑸　しかし、退院当日、自宅に帰って昼食（うどん）を食べようとし、口にすることはできたものの、その直後に腹痛を訴えたため、同日被告病院の救急外来を受診しました。なお、救急外来受診当時、患者の嘔気は消失していました。

このときに診察に当たったＢ医師は、患者の主治医であるＡ医師に入院時の治療内容を問い合わせましたが、Ａ医師の回答は「表面の処置にて問題なし」という趣旨の回答をしました。

救急外来において患者は、胃薬等の点滴を受けて症状が改善し、帰宅しています。帰宅後も、夕食（ざるそば）を半分くらい食べ、翌12日にも朝食（おかゆとヨーグルト、バナナ）を口にしましたが、腹痛を訴えることはありませんでした。

⑹　しかし、朝食後、患者は全身状態が悪化し、午前10時過ぎには意識障害も見られたため、救急搬送を要請しました。

救急隊到着時には、患者は既に心肺停止の状態であり、被告病院に救急搬送され治療を受けましたが、午前11時42分に死亡しました。

⑺　患者の死後、司法解剖がなされていますが、患者の胃の後壁の胃小彎側に直径１cm大の穿孔が見られ、腹壁全般及び腹腔ほぼ全体に腹膜炎が生じていることが確認されていますが、上記穿孔部付近には、穿孔を引き起こすような胃潰瘍等の内因性の病変は見られませんでした。

鑑定書を作成したＣ医師は、患者が退院時の際に腹痛を訴えていた旨の捜査機関から得たという情報にも基づき、本件APC手術から退院までの経過中に、上記の胃穿孔に至る過程が始まった可能性が高く、退院時には胃壁に貫通性の孔が生じていたと考えるのが妥当との見解を示しています。

⑻　本件で原告らが過失として主張したのは、Ａ医師が①患者の症状の評価判断を誤って退院を許可したこと、②いったん帰宅後の退院当日に腹痛を訴え救急外来を受診した際に診察をしたＢ医師に、患者は過去４回のESDにより胃壁が脆弱化していたことを説明する義務があったにもかかわらず、これを怠った説明義務違反の２点です（一般に医療訴訟で説明義務違反という言葉が使われる場合には、医療側が患者側に対して適切な説明を果たさなかったことを意味することが多いですが、本件では、入院時の主治医が、救急外来の診察担当医師に対して適切に情報を引き継がなかったことを意味する形で、説明義務違反という言葉が用いられています）。

また、原告らは上記の過失を主張する前提として、患者の死亡に至るまでの機序として、司法解剖を担当したＣ医師の鑑定書の見解に基づき、胃穿孔により急性汎発性腹膜炎が引き起こされ、循環不全を伴う敗血症性ショックに至ったことにより高カリウム血症となり、心停止（心室細動）を招いたと主張しています。

これに対して、被告としては、Ａ医師の過失を争うとともに、死に至る機序についても争っています。具体的には、退院後、全身状態の悪化に至るまでの経過に照らせば、退院時に胃穿孔が生じていたものではなく、死亡後に確認された胃穿孔は４月12日の救急搬送時に受けた胸骨圧迫等の処置の結果として生じたものであり、既往症である肥大型心筋症やアルコール依

存症及び大量飲酒の習慣などを直接の死因の可能性として主張しました。

2　裁判所の判断

⑴　裁判所は、下記のとおり、死に至る機序が原告ら主張のとおりであると認定することはできないという判断をしたうえで、これに依拠する原告らの主張は採用できないという形で、原告らの請求を棄却しています。

⑵　裁判所が、C医師の鑑定書の記載にもかかわらず、これに基づいて胃穿孔による腹膜炎という機序を採用しなかったのは、退院前後の患者の具体的経緯が主な理由でした。

つまり、上記１⑶⑷のとおり、４月９日の本件APC手術直後の患者の経過は良好で、翌10日に複数回の嘔吐と発熱・嘔気はあったものの同月11日午前中にはこれらが収まり朝食を摂ることもできたこと、上記１⑸のとおり、同日の昼食直後に嘔吐し腹痛を訴えてはいるものの、救急外来受診時には嘔気が消失し、その後、胃薬等の点滴のみで症状が軽快したこと、その後同月12日に搬送されるまで発熱、腹痛などがなく、同月11日の夕食、翌12日の朝食の摂取も可能であったことなどなどを指摘しています。そのうえで、これらの経過等が胃穿孔やこれに起因する腹膜炎、敗血症の一般的な症状及びその経過等と乖離・矛盾があることを考慮することなく結論を導いている点で、C医師の判断過程及び根拠には不十分な点があると指摘して、C医師が鑑定書で示した機序を採用しませんでした。

他方で、裁判所は、被告が指摘する患者の既往症である肥大型心筋症やアルコール依存症等も直接の死因となったとは認められないとして、結局、訴訟上表れた全証拠によっても患者の死因・機序は解明できたとはいえないとしています。

⑶　そうすると、退院時に生じていた胃穿孔による腹膜炎発症という機序を前提とする原告主張の過失の主張は、この時点で認められないことになり、以下は傍論となりますが、裁判所は、原告が主張する退院許可の過失と救急外来時の説明義務違反の過失についても一応以下のように判断をしています。

ア　退院判断の過失

患者に対して行われた過去４回のESDはそれぞれ施行した部位が異なっていること、最終のESD施行から本件APC手術まで約１年が経過していることから、同手術の時点で胃壁が脆弱になっていたとは認められないこと、APC手術は組織の表層を非接触的に凝固・焼灼させる治療法であり焼却深度が浅く、同一部位を長時間焼灼しない限り穿孔が生じにくい安全性の高いものであることを指摘し、これに加え、上記２⑵と同様に患者の退院前後の比較的良好な経過もあわせて指摘し、A医師において、患者の胃穿孔や腹膜炎の発症を疑うべきであったということはできないとして過失を否定しました。

イ　救急外来時の説明義務違反

これについても、上記のとおり、そもそも本件APC手術の時点で胃壁が脆弱になっていたとは認められないことから、説明義務違反の前提を欠くとして過失を否定しました。

3　判決のポイント

⑴　具体的な治療における注意義務違反の主張がされることなく、退院判断それ自体の過失が主張されるケースは比較的少ないのではないかと思いますが、本件では、本件APC手術の経過に照らして、それ自体に過失があるという主張が構成できないという原告側の判断があったためであると推測されます。

⑵　本件は、現在控訴審に係属中です。本件では、退院判断の過失の前に、死に至る機序について、原告ら主張のとおりに認定されなかったわけですが、C医師の鑑定書に記載された「腹壁全般及び腹腔ほぼ全体に腹膜炎が生じている」という状態になるためには一定の時間経過が必要であること、術後の比較的良好な経過も、高齢患者の場合には、腹膜炎を発症しても典型的な痛みの症状を示さない場合があることから説明がつくとして、実際には、本件APC手術の際に胃穿孔が生じ、腹膜炎を発症するなどして救急搬送に至った可能性が高いとの指摘もあります（医療判例解説118号27頁）。

⑶　もし、控訴審において、死に至る機序についてそのように判断が変わる場合を考えると、今度は正面から、退院判断の適否やその後の救急外来時の説明義務違反が問題となります。

その場合であっても、確かに本判決が指摘するようにAPC手術が高い安全性があるものであることや術後の比較的良好な経過に照らせば、同じように、A医師において胃穿孔及びこれによる腹膜炎を疑うべきであったとまでは言えないと判断される可能性もある一方、高齢患者の場合には腹膜炎を発症しても典型的な痛みの症状を示さない場合があるということに照らせば、本件APC手術後、比較的経過は良好であったとはいえ、退院前の若干の嘔吐・発熱の症状、退院後の一時的な腹痛の症状が確認できている経過から考えて、典型的な胃穿孔・腹膜炎の経過とは合致しなくとも、その可能性を排除すべきではなかったという評価も理屈上はあり得るように感じます。この場面において、具体的に観察された症状から何をどこまで疑うことが求められていたのか、医療水準論の問題に帰着するのではないかと思います。

⑷　また、本件では直接に問題とはされていませんが、退院の場面においては、悪しき結果を回避するための患者側に対する説明義務も存在します（平成７年５月30日最高裁判決）。退院の場面は、患者が病院の手から離れていく場面であるとはいえ（むしろ患者が病院の管理下から離れてしまうからこそ）、最後まで適正な医療水準に基づいた判断・及び説明が求められるといえます。