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　二本柳（にほんやなぎ）　宏美（ひろみ）

近時の医療判例（67）

＜二次救急病院における基本的な注意義務を怠ったとして損害賠償が命じられた事例＞
大阪地方裁判所令和７年11月４日判決
（医療判例解説122号81頁）

Ⅰ　事案の概要（用語等は判決文による）

1　X（昭和53年生まれの女性）は、令和２年10月26日午前８時21分頃、道の駅駐車場のトイレ脇に倒れていたところを、救急隊員により搬送された。

その際のXは、意識レベルがJCS200（痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりするが刺激しても覚醒しない状態）であり、アルコール様の臭気が認められた。

2　Xは、同日午前８時55分頃、Y病院に到着した。

その際、Xは、医師の呼びかけにうなずきが認められた（開眼の有無は不明）が、時折両上肢に「ぴくつき」（不随意の収縮）があり、四肢は脱力した状態であって、発語はなかった。Y病院のA医師は、このようなXの状態を見て、意識レベルはJCSⅡ（刺激に反応し一時的に覚醒する）程度であると評価した。そして、点滴室でストレッチャーベッドに横になったXに対し、午前９時６分頃に電解質輸液（点滴）を開始し、午前10時25分頃に２本目の点滴を開始した。

Xに対しては、頭部CT検査、血液検査、胸部・腹部のX線検査が行われたが、明らかな頭蓋内病変はなく、採血で低カリウムと白血球増多を認める程度であり、検査結果から意識レベル低下の原因は同定されなかった。

A医師は、救急隊員からの申し送りの内容も踏まえ、アルコールや薬物の摂取が原因である可能性を疑い、点滴をして様子を見ることとした。

そして、来院して付き添っていたXの母及びXの夫に対し、午前11時６分頃までに病状説明（「本件病状説明」）を行い、その際、点滴をして意識レベルが回復しなければ入院して様子を見る旨を伝えた。

3　A医師は、２本目の点滴が終了した午後０時過ぎ頃、Xの帰宅を許可した。なお、Y病院の主張によれば、「A医師は、看護師を通じて、Xの意識レベルが改善したことを確認した上で帰宅を許可した」とのことである。

そこで、Xの夫は、緊急処置室につながる救急入口付近に自家用車を横付けし、Xを寝かせたストレッチャーベッドをその近くまで移動させ、Xを抱きかかえて車内に運び入れ、Y病院から車で５、６分程度の距離にある自宅まで搬送した。

4　Y病院の診療録には、Xの意識レベルやバイタルサインについて、１回目の搬送時（病院到着時）を除き、帰宅時までの経時的な記録は全くない。

5　Xの夫は、帰宅後、Xを寝かせていたところ、「ぴくぴく」と腕を振るわせることが数回続き、覚醒を期待して様子を見ていたが、午後２時45分頃、全身を激しく痙攣させるようになって異変を感じ、Xの母に相談してY病院に電話をかけ、その指示を受けて、午後３時15分頃、自家用車でXをY病院に搬送した。Xは、搬送中も時折痙攣症状を見せ、Y病院に到着した後、全身性硬直性の痙攣を頻回に起こし、意識レベルの低下が見られ、痙攣が落ち着いた際には呼びかけに対するうなずきがあったものの、その反応は鈍く、発話はおろか開眼することもない状態であった。なお、Y病院のB医師は、２回目の搬送時のXの意識状態を見て、JCS３桁（刺激しても覚醒しない状態）と評価している。

6　B医師は、Xの搬入当初、静脈ルートの確保、採血等を実施したうえで、意識状態や挙動の観察を行っていたところ、午後３時47分、痙攣発作が数分間継続し、口唇にチアノーゼが出現、SpO_2が測定不能になるなど、呼吸状態の悪化を確認したため、止痙目的でホリゾン（ジアゼパムの商品名）５mgを筋肉注射するとともに、酸素投与を開始した。しかし、いったん治まった痙攣が再発・継続し、呼吸状態に加えて循環状態も急速に悪化したため、呼吸管理を強化したほか、循環改善薬の投与や心臓マッサージを行った。また、この頃、重症管理ができる高次医療機関（「本件転送先センター」）への転送を決めた。

7　Xに対する治療は、本件転送先センターに搬入後も続いたが、全身状態の悪化は進み、午後５時20分に心停止となり、午後５時59分に死亡が確認された。

なお、直接死因は致死的不整脈と診断されている。

8　Xの母、夫、子３名が原告となり、各搬送時に診察を担当した医師らの過失（意識障害の原因検索と全身管理を継続すべき義務違反、早期にジアゼパムの静脈注射や気道確保等を行うべき義務違反）を主張して、Y病院に対し、不法行為に基づく損害賠償請求訴訟を提起した。

Ⅱ　判決要旨

1　裁判所は、１回目の搬送時に意識障害の原因検索と全身管理を継続すべきだったか否か、という点について、「Ｘの意識障害は帰宅時点において消退していなかった」との事実認定を前提として、Ｘの意識障害の原因も同定されていなかったのであるから、「二次救急病院の医師であるＡ医師には、Ｘの意識障害の原因検索と全身管理を継続すべき義務があったといえ、この義務に反して、Ａ医師がＸの帰宅を許可したことについて、過失が認められる」と判断した。

2　また、２回目の搬送時に早期にジアゼパムの静脈注射や気道確保等を行うべきであったか否か、という点については、「Ｘは２回目の搬入当初から『短い発作でも反復しその間の意識の回復がない』状態、すなわち、痙攣重積の状態にあった」との事実認定を前提として、「二次救急病院の医師であるＢ医師には、Ｘに対し、２回目の搬送当初の段階で、痙攣重積に対する標準的な治療、すなわち、バイタルサインの確認と並行してジアゼパム又はロラゼパムの静脈注射その他の基本的な初期対応をすべき義務があったといえ」これを怠った過失が認められると判断した。

3　死亡の機序については、「痙攣重積状態の継続のみがＸの死亡に寄与したと断定するには疑問が残る」が、「１回目の搬送時の過失がなければ、周囲には医師を含む多数の医療従事者がおり、Ｘの状態を迅速かつ適切に把握し得たといえるから、痙攣状態への対処は有意に早まったものと考えられ」「２回目の搬送時の過失がなければ、より早期に痙攣を止め得られた可能性は高いと見るのが合理的である」として、１回目の搬送時及び２回目の搬送時における各過失とＸの死亡との間の因果関係を認めた。

4　そして、Ｘの死亡慰謝料を2100万円、原告らの固有慰謝料として、夫につき200万円、子らにつき各150万円、母につき50万円を損害として認めた。

Ⅲ　解説

1　診療録等の記録の重要性

本件では、帰宅時点でＸの意識障害が消退していたか否かが争点となりました。

この点について、Ｙ病院は、Ａ医師が、本件病状説明の際、点滴をして意識レベルが回復しなければ入院して様子を見る旨を伝えていること、２本目の点滴の終了時に帰宅を許可していること、一般に、医師が意識レベルの改善していない患者の帰宅を許可していることはあり得ないことなどから、意識レベルが改善していた、と主張しました。

この主張について、裁判所は、「意識障害の症状を呈して救急搬送された患者の意識レベルやバイタルサインの推移、特に退院時の意識状態は重要な情報であるから、当然診療録に記載されるべきものであり、Ｙ病院においても、通常は経時的に確認して記載していたというのである。そして、当時このような診療録への記載が困難であったという特段の事情は何ら主張・立証されていない以上、本件患者の意識レベルの改善状況（開眼・発話の有無、独歩の可否等）やバイタルサインの推移について、Ｙ病院の診療録に全く記載がないことは、当時、意識レベル等の確認が十分に行われたかについて、重大な疑義を生じさせるとともに、何らかの事情によって医師と看護師の認識共有に問題が生じていた可能性を示唆するものである。被告は、医師の対応に関する一般的な経験則に基づいて反論するのであるが、診療録への記載という重要かつ基本的な作業が疎かにされていた本件においては、自ずと説得力を欠くといわざるを得ない。」と排斥しました。

医療事故において事実関係に争いがある場合、決め手となるのは診療記録です。

反対に、通常は診療記録に記載している事項を記載していなければ、その事項はないものと扱われます。

診療記録は、治療経過を正確に把握して適切な医療を提供するための記録であるほか、紛争が生じた場合には証拠となるものです。

診療記録に不備がないかどうかを常に意識し、また、必要時には、適切な方法により修正や追記することを検討すべきであると考えます。

2　損害の内容について

医療訴訟における死亡慰謝料額は、交通事故事案の算定基準を参考にして算定されるものの、患者の生存可能性を考慮して交通事故の場合と比較して低額の死亡慰謝料が認定されることもあれば、医師の注意義務違反の内容、程度等を考慮して交通事故の場合と比較して高額の死亡慰謝料が認定されることもあります。

交通事故事案の算定基準として、一家の支柱の場合は2800万円、母親・配偶者の場合は2500万円、その他の場合は2000～2500万円との金額が示されています（被害者本人と近親者等の慰謝料を含む）（公益財団法人日弁連交通事故相談センター東京支部『民事交通事故訴訟損害賠償額算定基準（上）（第55版）』209頁（2026））。

診療記録に記録がないことによって、医療機関の主張するとおりの事実を立証できず、ひいては高額の損害賠償を命じる判決につながることを銘記する必要があります。