

## 39講 治療に協力的でない患者と医師の責任

東京地裁平成10年10月16日判決

弁護士法人杜協同阿部・佐藤法律事務所  
弁護士 三橋要一郎

## ◆事案の概要

X(女性・当時54歳)は、昭和59年2月に脳出血のためY大学病院に入院した。同年5月の退院後も、主に血圧管理のため同病院の第二内科に通院することとなり、当初はXも定期的に受診していた。主治医であるA医師は、Xの空腹時血糖がやや高値であったことも踏まえ、将来糖尿病になる可能性があると認識していた。

昭和62年6月、A医師はXに減量の指示をしたが、9月には逆に大幅な体重増が確認され、12月の血液検査・尿検査では、血糖・尿糖ともに高い数値が確認された。当該検査後しばらくX自身が来院せず、夫のみが来院し薬を受け取るという状況が続いた。翌年8月には、A医師は「だるい」「うとうと」とのXの訴えを踏まえ糖尿病増悪を疑い、血液検査・尿検査を実施した。その結果、食後5時間の血糖値が316mg/dl、HbA1cが14.1%と、再度高値を示したことから、A医師は、10月に本人が受診した際に、食事を1日あたり1,200Kcal程度にするよう指導した。

その後、Xの受診が以前にも増して不定期となり、平成元年ごろにはX自身はほとんど来院しなくなったが、A医師は夫に対して本人に受診させるよう指示することもなかった。

Xは平成元年8月24日早朝、自宅トイレで倒れ、Y病院に救急搬送され、糖尿病性昏睡と診断され、インスリン投与などの治療を受けたが、同日午後10時20分に死亡した。

Xの夫が、①救急搬送後にY病院で適切な治療

が行われなかった、②A医師がXの血糖値管理を怠ったために、Xが合併症で死亡するに至ったなどとして、Yに対して損害賠償を求めて提訴。

訴訟の中で、Y側では、A医師による糖尿病管理が十分でなかったことを認めるものの、死亡との因果関係を争い、かつ、Xの通院状況からみて、その管理は困難であったと主張した。

## ◆判決の要旨

(1)裁判所は、Xの死因が非ケトン性高浸透圧性の昏睡と、感染症の合併によるものと認定した上で、上記①の主張に関して、救急搬送後の治療についてY病院の過失を否定。

他方、上記②の主張に関しては、A医師にてXが糖尿病であることを認識しながら、食事療法を一度指示したにとどまり、その後の状態悪化も認識しながら、特別な治療方法の指示をしなかったこと、また、A医師は来院が不規則なXを入院させないまま血糖値の管理をすることが困難であることを認識していたことなどから、A医師はXを入院させて血糖値の管理を行うべきであったとして、A医師の過失を認めた。

(2)Xの通院状況に照らして、糖尿病管理が困難であったとのY側の反論に関しては、i)検査の実施後すぐにX自身が来院していないこと、ii)その後も夫のみが薬を受け取りに来ることが多く、特に平成元年に入ってからX自身はほとんど来院していないこと、iii)医師側でも本人が来院しないと必要な検査を実施できず、処方箋を書くだけにとどまり、過去の検査結果などを

忘失することもありうること、iv)不定期な受診だと副作用の面から、当時新薬であった血糖降下薬などの投与にちゅうちよすることなどの事情を指摘し、本件において、A医師がXの糖尿病の管理を十分に行えなかったことにつき、無理からぬ面があったことは認めつつも、

「Xが自ら来院することが少なかったとしても、A医師としては、現実にXが来院した際に前記のような入院勧告の措置を採るべきであったのであり、その後においてもX夫が来院した際に、遅ればせながらも前記の勧告をすることは十分に可能であったはずである。ところが、A医師は、これらを実行しなかったのであって、その不作為が問題とされているのであるから、Xの来院状況から血糖管理を十分に行うことに困難があったとしても、A医師に過失がない」と判示し、昭和63年10月の時点でXを入院させて血糖値を適切に管理していれば、死因となった疾患も防止し得たとして、A医師の不作為とXの死亡の因果関係も肯定し、結論として、Y病院にも使用者としての賠償義務を認めた。

(3)ただし、Xの通院状況に照らすと、Xにも過失があったと認めざるを得ないとして、7割の過失相殺を認めている。

## ◆この判例をどう理解するか

治療行為は医師が単独で行うものではなく、相互の信頼関係・協力関係を基礎とするものであって、患者側にも医師の診断や治療に対する協力義務・責務があると解すべきである。最高裁平成7年4月25日判決も、患者にも「医師の診断を受ける以上、十分な治療を受けるためには、専門家である医師の意見を尊重し、治療に協力する必要があるのは当然である」と指摘する。

医師の療養指導に従わない、あるいは指示どおりに定期に受診しないといった、治療に協力的でない患者は少なくなく、医師側としてどこまで対処すべきか、その対応も悩ましいところである。本裁判例は、そのような患者に対して、その不良な通院状況もあって、医師側でも十分な治療や説得・説明を

行わず、その結果患者の病状が悪化し死亡するに至った事例において、医師側の法的責任を肯定している。裁判所の判断は、賠償額につき大幅な過失相殺(減額)を認めているとはいえ、「Xを入院させて血糖値の管理を行うべきであった」と、有責としたことは厳しい判断にも思われる。ただし、裁判所としては、A医師としてXの病状増悪を認識したにもかかわらず、安易な代理受診を事実上是認し、本人や家族に対して、入院治療に向けた働きかけをしていない点を重視しているように思われる。

他方、肺がんを疑った医師が再検査・精密検査などの一定の指示をしたものの、患者側でこれに従わず、結果として肺がんで死亡した事案について、医師側の責任を否定する裁判例も複数存在する(名古屋地裁平成14年8月28日など)。これらの事案では、検査などの必要性を説明・説得したにもかかわらず、これに従わない患者について、医師として、それに加えて、家族を呼んで説得したり、確定診断を欠いたまま積極的な治療を行ったり、専門病院と連携し検査・治療を受けさせたりする法的義務までを負うものではないと指摘されている。

これらの裁判例を踏まえると、協力的でない患者に対しても、特に重大な疾患が疑われる場合には、必要とされる治療についての説明・説得を尽くすことが最低限求められ、それを怠った場合には法的責任を問われる可能性があることに留意すべきである(なお、患者が現実に治療を受けることまで求められるわけではない)。また、このような患者については、紛争予防のため、あるいは紛争となった場合に備えて、説明・説得の内容・経過などをカルテに具体的に記録しておくことが必要である。

## ◆この判例からどう学ぶか

- ①治療に協力的でない患者に対しても、そのリスクの程度に応じて、医師側で治療の必要性を説明・説得を尽くす必要があり、これを怠った場合には法的責任を負う場合がある。
- ②このような非協力的な患者については、特に、いかなる説明・指導をしたのか具体的に診療録にも記録しておくことが望ましい。