

月日	時間	亡の症状	治療内容
10月7日	12:05ころ	本件事故発生、P病院に救急車で搬送され、後頸部痛、両足のしびれ、前胸痛を訴え、頸椎捻挫、胸部打撲との診断を受ける。	頸椎カラーを着用し、7日にソル・メドロール1g投与。
10月8日ないし9日			ソル・メドロール0.5g投与、ロキソニン等投与。
10月10日	14:30	L病院へ転院。M医師の外来診療を受ける。自覚症状は、頸部、胸部の痛み、両上肢の違和感、両第1肢ないし足部内部のしびれ感。 入院。問診に対しては、普通便で下痢はないと回答。なお、同人には平成2年に前壁中隔陳急性心筋梗塞の既往症、平成元年から糖尿病の持病あり。血圧167/95、脈拍77。	M医師、P病院で投与されていたロキソニン(非ステロイド系消炎鎮痛剤)及びソロン(胃粘膜保護剤)を継続投与、経過観察とする。
10月11日	6:00	血圧160/97、昨日の夕食後から胃がむかむかしてもたれ、食欲が全然ないと看護師に訴える。	
	9:00	血圧103/76、脈拍109、入院直後から急速に低下。	M、血圧低下の報告受けず。
	14:00	血圧117/80、胃のむかつきは少し収まっているが食欲は全くなし、午前中より下痢あり、今までに4回水様便あり、腹痛はないが洪っている感じがあると看護師に訴える。	
	16:30ころ	病院内で倒れ、薬剤師に見られる。その際、今朝から7回黒色便が出ていると告げる。	薬剤師、看護師に連絡。看護師、M医師に連絡。M医師、亡Kに下痢及び黒色便が見られたと聞いたため、ロキソニン及びソロンの投薬を中止し、下痢止めであるロベニンとピオフェルミン投与。M医師、亡Kの意識がはっきりしており、強い痛みを訴えていなかったことから、安定した状態だとして、経過観察とする。
	17:45	顔色蒼白で、無力・脱状態。原告Aに対し、午前中から下血し、トイレで倒れた、看護師にその旨伝えたが何らの処置もされなかったと伝える。	原告A、M医師を呼ぶ。
	18:10ころ	意識消失、痙攣、無呼吸、脈拍不触知、いびき様の呼吸。	M医師、輸液開始、抗痙攣剤投与、酸素吸入。M医師、意識消失、痙攣、無呼吸発作、交通事故から、頭蓋内の病変を疑い頭部CTを行う。消化管からの出血は疑わず。
	18:15	呼びかけには鈍いものの応えたが、多量の黒色便失禁、無呼吸10～15秒、血圧110/81。	M医師、消化管内の出血があると確信し、止血処理として抗潰瘍剤であるガスターを静脈内に投与し、絶飲食指示。緊急血液検査、生化学検査を指示。M医師、亡Kの容態が安定しないことから緊急内視鏡検査不能と判断。輸血の必要はないと判断。
	18:30	頭部CTの結果は異常なし、血圧129/85。	
	19:15	血色素数12.0。	
	19:30	血圧148/95、多量の黒色便。	
	20:00	血圧152/89。	
	20:40	多量のタール便失禁、背部痛、胸苦あり、腹痛はなし、無呼吸ときどきあり、顔面やや蒼白、血圧63/37、心電図上、II-III AVF誘導でST上昇が認められ、急性下壁心筋梗塞と診断される。	M医師、狭心症か心筋梗塞の再発の可能性があると考え、心電図検査施行。心電図の結果から心筋梗塞と診断し、Q医師に連絡。
	21:00	血圧75/43。	Q医師、自宅にいるときにM医師から①亡Kが10/11夕方に失神し、それまでに黒色便が出ていたこと、②ヘモグロビン値が入院日より低下したこととその具体的数値、③血圧が収縮期血圧で外来通院中及び入院直後より低下し、100前後であること、④心電図上、II-III AVF誘導でST上昇が認められると連絡を受ける。これに対し、Q医師、要するに一刻も早く亡KをCCUに転送し、その上で止血することを考え、①消化管出血の診断確認のために消化器内科の専門医に相談して指示を仰ぐこと、②心筋梗塞の再梗塞を起こしているから、L病院では対処不可能であると考えられるから、CCUを有するR病院へ転院させること、③転院させる際には、亡Kが消化管出血を起こしてショック状態であり、さらに急性下壁心筋梗塞を起こしているから、CCUで血行動態管理をしたうえで消化管出血の処置を行うよう伝えること、④転院するまでに強心剤のドブタミン等を点滴し、つなぎとすることを指示した。Q医師自身が行くと、50分程度時間をロスしてしまうため、緊急を要すると思ったQ医師は病院へ行かなかった。しかし、M医師、点滴により血圧等が安定したとして、亡Kの容態は安定しつつあると考え、翌日消化器科及び内科に処置を依頼すればよいと考え、点滴のみを行った。

	21:15	亡K、時々無呼吸でいびきあり、背部痛、胸苦、呼吸苦訴えるが、気分不良、悪心はなし、血圧88/50。	
	22:00	亡K、背部痛あり、胸苦あり、腹部症状なし、悪心軽度あり、時々無呼吸、傾眠傾向、腹部ソフト、気分不良なし、血圧169/105。	
	23:00	亡K、血圧167/98。	
10月12日	6:00	亡K、背部痛なし、胸苦落ち着く、腹部ソフト、悪心なし、血圧125/90、血色素数11.9。	M医師、内科転科は必要なら可能、整形外科的には経過観察と診断。M医師の以後の診察なし。
	9:00前	亡K、意識混濁、頻呼吸、末梢にチアノーゼがあり、喘鳴が胸部から聞こえてくる等、一目でショック状態と分かる状態、血圧も強心剤投与によりどうにか100前後に保っている状態。	Q医師、M医師の依頼はないが、整形外科病棟の亡Kの病室に行くと、亡KがまだL病院にすることに気付く。Q医師、亡Kを診察し、原告Aに亡Kの病状を説明し、転院して治療するのが第一に必要であること、亡Kの状態が悪いので、緊急内視鏡や転送に耐えられる保証はないが、可能性に賭けるしかないと説明。原告Aは混乱し、返答できなかったことから、とりあえず緊急内視鏡検査を消化器科に依頼し、午後に予定した(後、緊急を要することから午前に変更。)。なお、M医師はQ医師が声を掛けようとしたところ立ち去った。
	9:00	亡K、血圧124/81、背部痛なし、胸苦あり、腹部気持ち悪いと訴える、腹部ソフト。	
	9:40	亡K、血圧98/49、胸苦あり、腹部不快。	
	10:30	亡K、黒色便。	レベタン投与。
	13:00	亡K、O大学CCUIに転院。心電図所見は前壁中隔陳旧性心筋梗塞、下壁心筋梗塞、血圧114/80、脈拍123。亡K、強心剤によりかろうじて意識を保っている状況。呼吸と胸の苦しさを訴え、精神状態は不穏。洗面器一杯分の黒色便あり。	O医師ら、診療情報提供書を読み情報を得るほか、全身状態の確認、心臓超音波を行い、CCUIには内視鏡設備がないため、消化器内科医師に緊急内視鏡検査を依頼し、血行動態の不安定化を安定させるために輸液、昇圧剤投与、中心静脈カテーテルを挿入。
	14:30ころ	突然ショック状態に陥る。	内視鏡担当者来棟するが、亡Kがショック状態にあることから実施できず。
	17:17	亡K、消化管出血による出血性ショックにより死亡。	

なお、上記は、平成12年の事実を指す。