

誤嚥による窒息死亡事故について

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

食欲不振などを理由にH病院に入院していた男性患者(事故当時80歳、以下「A」という。)に対し、夕食の一部としておにぎりを提供したところ、Aがこれを誤嚥して窒息しその後死亡した事案について、裁判所は、看護師がAの食事中に食物の誤嚥がないかを見守るべき注意義務を怠った点に過失があり、同過失とAの死亡との間に因果関係があると判断した。

キーワード: 誤嚥, 食欲不振, おにぎり

判決日: 福岡地裁平成19年6月26日判決

結論: 請求一部認容

【事実経過】

1 H病院入院(本件事故時)までの経過

(1)平成12年3月10日から平成15年10月30日まで
Aは、大正12年生まれであり、老人性痴呆、前立腺肥大、高血圧、高尿酸血症の既往症を有し、平成12年3月10日から介護老人保健施設であるI荘に入所していた。

(2)平成15年10月30日から同年11月7日まで
I荘において、Aの食欲不振及び発熱が認められたため、Aは、平成15年10月30日にH病院に入院し、尿路感染症、誤嚥性肺炎、痴呆、神経因性膀胱炎、高血圧及び前立腺肥大症と診断され、治療を受けた(前回入院)。

この前回入院時、I荘からH病院に対し、「主食は全粥、副食はキザミ食であり、自力摂取可能」、「食思あまりなく、ほとんど半量以下程度しか摂取されず。また、ムセ多い為、見守り要す。誤嚥の危険性あり」旨の指摘がなされていた。

Aを担当することになったO医師は、前回入院時、Aの胸部CT上、右肺門部に肺炎像を認め、嚥下がう

まくいかずによく咽ていたことから、これを誤嚥性肺炎と診断し、同月31日にAの嚥下機能検査を実施したところ、舌、唇、口腔内感覚に問題はないこと、スプーン一杯の水飲みテストではムセがなく、喉頭の動きは良好であったが、飲んだ後しばらくしてムセがあったこと、食事摂取テストではカボチャはムセが少なく、おかゆはムセが多かったこと、ムセは食事中より食後に多く、咀嚼は良好であることが判明し、Aの家族から「若いときからよく咳き込んでおり、以前とムセの状態は変わらない。」旨を聴取した。そこで、O医師は、Aにはムセはあるが、味覚がはっきりして、咀嚼もできており、喉頭の動きがしっかりしていると判断し、食事動作練習をするように指示するとともに、H病院における食事は、ミキサー食やキザミ食にせずにお粥、普通食で対応し、必ずゼリーをつける(粉末状のゼリーを加え、とろみをつける)ように指示した。そのため、Aは、同日(同月31日)朝食の際、看護師に介助されて食事(全粥食)を摂ったものの、嚥下状態が不良で、ムセが見られ、全粥は無理な様子であったため、同日昼食からミキサー食に変更され

た。しかしながら、Aは、その後も食事の際に咽ることがあり、同年11月5日の昼食中にムセがあって嚥下困難となり、食事を途中で休むほどであった。その間、Aは、同月4日から同月6日まで、昼食時に約20分間作業療法士の指導を受けて食事動作練習を実施した。なお、Aは、食事を食べなかったり、食べても1、2割を摂る程度と食欲不振が続いたが、自己摂食は可能であった。

(3) 平成15年11月7日から同月27日まで

Aは、同年11月7日、肺炎所見や炎症所見が改善したため、H病院を退院して再度I荘に入所した。その際、H病院からI荘に対し、食事摂取時のムセを原因とする誤嚥性肺炎のリスク状態は継続しているとして、「全粥食開始するも、嚥下状態不良で咽こみ見られたためミキサー食へ変更。」「時折ムセがある。」旨の申し送りがなされた。

(4) 平成15年11月27日から同年12月2日まで

Aは、その後も発熱や、食欲不振が続き、同月27日、食欲低下改善のためJ病院に入院したが、食欲低下が続いたため、再度H病院の個室に入院した(本件事故時の入院)。その際、J病院からH病院に対し、入院時から数えて7日から10日間程度食欲低下の状態にあること等が指摘されていた。

2 本件事故時のH病院入院中の経過

(1) 平成15年12月2日

前回入院時同様にAを担当することになったO医師は、平成15年12月2日、Aの本件入院後、尿路感染症と診断し、抗生剤ユナシンを投与するなどの治療をした。入院時に立案された看護師の看護プランにおいては、Aの「誤嚥のリスク状態」への対処が重要事項としてあげられ、食事については、咽ることのないように、御飯7割水3割(7分粥)をミキサーにかけ、とろみ食を混ぜたものを提供し、ムセの状況によって形態を検討すること、自己摂取状態をチェックするとともに自己摂食ができない分は介助すること及び食後口腔内に食物等が残っていないかをチェック

することが計画された。また、上記看護プランにおいてAの痴呆による「セルフケア不足」へ対処するため、食事に関しては食事介助が挙げられており、基本的には看護師が食事を介助する方針であった。担当看護師は、同日15時、Aが豆乳を飲んだ際に咳とムセがあったため、看護日誌に上記事実を記載した上で「誤嚥の可能性大きい。」と記載した。Aは、入院当初から点滴により栄養補給をしていたが、経口で栄養を摂るべく上記のとおりH病院が提供した食事を摂っていた。Aの食事のうち、昼食は、Aの家族がほとんど毎日見舞いに来て介助して食べさせており、朝食と夕食は、看護師が介助して食べさせていた。しかし、Aは、食欲不振が続き、2口、3口食べる程度であり、食べたくない旨述べて、看護師の説得を受けて2、3割程度摂取するような状況であった。

(2) 同月5日から同月10日

Aに提供される食事が、御飯5割水5割(5分粥)をミキサーにかけ、とろみ食を混ぜたものに変更された。そのころ、Aは、内服した薬をなかなか飲み込めずに吐き出したり(看護師から誤嚥の危険性が高いとして取り出されたこともあった。)、食事の際に咽たりしていた。同月7日、O医師の治療により発熱も治まったものの、自力で痰を喀出するのが困難となった。看護師が吸引したところ、多量の食物残渣が吸引された。もっとも、Aは、家族が持参したパン粥のほか、パン、まんじゅう、チョコレート、果物、ゼリーなどを咽することもなく自力で摂取することはできた。その後、同月10日には腹部症状も改善した。

(3) 同月11日から23日ころ

腹痛や膨満感も見られなくなった。そのため、O医師は、同月16日ころから経過観察をしながら転院先の病院を探していたが、適当な病院が見つからず進展していなかった。その間、Aの症状について経過観察が続けられたが、さして変化しないまま推移していた。ところで、Aは、上記のとおり入院前から食欲低下の状態にあったが、本件入院後も、病院食をさして食べない状況が続いて改善しなかったため、栄養

状態が悪くなることが心配されたため、看護師長がAに食べたい物を尋ねたところパンを希望した。そこで、同月14日から朝食がパン食に変更され、Aは、クロワッサンにジャムをつけたものやクリームパンをほとんど食べたこともあった。

しかしながら、Aの食欲は、その後も大きな変化はなく、夕食を要らないと述べて拒否したり、看護師の介助で数口のみ摂取したり、食事の代わりにゼリーやチョコレートなどを食べる状況が続いた。また、Aの嚥下障害は、ムセの頻度は少なくなったが、同月17日18時に内服薬を口に入れても、よだれと一緒にどんどん出てきた。もぐもぐ口を動かすが飲み込めないという状態であり、同月20日の朝食時にムセが見られ、また、同月23日の夕方にも、内服時に自ら茶を飲んで服用した際にもムセが見られた。

(4) 同月25日から同月30日

Aの食欲不振が続き摂食量が少なかったため、看護師長がAに対し、再度食べたい物を尋ねたところ、Aは「おにぎり」を希望した。そこで、Aの食欲増進とカロリー確保のため、同月25日夕食分から昼食と夕食の主食がおにぎり3個に変更されたが、このおにぎりは、1辺の長さが約5cmの三角形に緩く握った重さ約50gのものであり、塩味のみで具は入っておらず、海苔も巻かれていないものであった。Aは、同日夕食から同月28日夕食までおにぎり1/2個ないし2/3個の外に副菜やみそ汁などを食べたが、同月26日の夕食は食べるのを拒否した。Aは、同月29日夕食の際におにぎり一口とバナナ三口を食べたが、その後、Aは、おにぎりを食べようとせず、同月30日夕食はパンひとかけらを食べただけであり、同月31日夕食もバナナ半分と干しぶどうのみを摂食した。なお、Aは老人性痴呆に罹患していたが、食物を次から次に口に入れるなどの問題行動をとったことはなく、Aが摂食しないことが問題とされていた。また、そのころ、Aの家族は、Aを介助して昼食を食べさせる際、自宅から持参したパン粥などを食べさせることも多かったが、おにぎりを食べさせるときはスプーン

で一口ずつ口に運び、飲み込むのを確認してから次の一口を食べさせていた。朝食(パン食)については、看護師が直接介助する場合とそうでない場合があったが、夕食については、看護師が介助していた。

(5) 平成16年1月1日から同月8日

その後も、Aは、平成16年1月1日夕食の際、看護師から勧められておにぎりを二口摂取したり、同月3日夕食に一口食べたりしたが、その後はH病院から提供される食事を食べるのを拒否し、同月4日以降チョコレート、饅頭、バナナ、パンなどをわずかに食べるだけとなり、食事をほとんど摂らない状況が続いた。そのため、家族は、同月8日、O医師にAの状態について相談したところ、O医師からも、高齢で痴呆の影響からか食事が少ないことが指摘され、高齢でもあるのでこのまま全く食事が食べられないような状態が続けば危険であること及び歯科を受診して抜歯が必要であることについて説明を受けた。

(6) 同月9日

Aは、歯の欠損が多く、上下とも義歯を装着していたが、義歯が合っていなかったため、平成16年1月9日P歯科医師の診察を受け、保存不可能な歯牙を抜歯した上で上下義歯を新たに作製することとなった。その際、看護日誌には「左上歯銀歯グラツキあり。食事摂取時は必ず義歯装着のこと。誤嚥危険大」と記載された。

(7) 同月10日から本件事故まで

Aは、同月10日朝食時に、義歯の装着を試みたがなかなか入らず、結局チョコレート2個と牛乳少量を摂取した。同月11日朝食時、AはQ看護師の介助を受け、チョコレート1個を食べて牛乳を飲んだだけであり、牛乳を飲んでしばらくしてから咽た。そして、同月12日朝食時に、看護師がパンを食べさせるため義歯の装着を試みたが上下ともうまく合わず、Aも2、3度触って詰めようとしたが入らなかったため、「もうよかです。歯はいらん。」と述べて義歯を装着しないままパンとバナナ1本を食べた。

3 本件事故時及びその後の状況

平成16年1月12日夕方、Q看護師らは、Aに夕食としておにぎりを提供した。その際、Q看護師は、申し送りに従ってAに義歯を装着するように勧めたが、Aが義歯を入れると痛いと言って拒否したため、義歯を装着しなかった。その後、Q看護師が他の患者の看護を行うためにAの病室を出た後、Aは、おにぎりを食べてこれを誤嚥して窒息し、心肺停止状態となった。Aは、その後病室に戻ったQ看護師に発見されてH病院の医師らにより直ちに食物残渣の除去、気管内挿管等の蘇生処置が講じられ、30分後に心拍動が再開したものの意識は回復しなかった(Aが食べたおにぎりの量、誤嚥したおにぎりの量は不明である)。Aは、意識が回復しないまま同年10月10日16時6分、呼吸不全にて死亡した。

【争点】

- 1 Aが誤嚥することについて予見可能性があるか
- 2 おにぎりを提供したことについての過失があるか
- 3 見守りについての過失があるか

【判決の概要】

1 Aが誤嚥することについて予見可能性
「Aは前回入院以前から摂食時にしばしば咽ており、I荘から「ムセ多い為、見守りを要す。誤嚥の危険性あり」との指摘があり、実際にH病院に前回入院した時も誤嚥性肺炎と診断され、食事の際にたびたび咽ており、本件入院後も、看護プランにおいても「誤嚥のリスク状態」が看護目標とされ、嚥下しやすい食事が提供されたが、食事の際にたびたび咽ていたのであるから、Aは嚥下機能に障害があったというべきである。もっとも、前回入院時の嚥下機能検査の結果、水を嚥下した後しばらくして咽ることがあるが、口腔等の感覚に異常はなく、喉頭の動きはよく、咀嚼もできており、O医師からは普通食で対応可能と判断されたほどであり、しかも、作業療法士の指導による食事動作練習もあってしばらくムセが見られなくなっ

ていたから、嚥下障害の程度は軽度と解される。しかしながら、Aは、本件事故の前日である平成16年1月11日朝食時に、牛乳を飲んで咽ていたのであるから、嚥下障害は、その程度が軽いとしても続いていたというべきである(しかも、Aが牛乳を飲んで咽た際の担当看護師はQ看護師であったから、Q看護師は、Aの嚥下状態が悪いことを認識していた。)。さらに、P歯科医師は、同月9日の時点で、Aの歯の欠損状況から、適合の良い新たな義歯を装着しないと食物を誤嚥する危険性が高く、誤嚥防止のために義歯を装着して摂食するように指示し、看護日記にも「食事摂取時は必ず義歯装着のこと。誤嚥危険大」と記載されて申し送られていたのであるから、義歯装着の観点からも、本件事故当時、Aは、これを装着しなければ食物を誤嚥する可能性があり、しかも、そのことをQ看護師は認識していたというべきである。」として、Aが誤嚥することについて予見可能性を肯定した。

2 おにぎりを提供したことについての過失

「Aに対しおにぎりを主食として提供するに至ったのは、Aの深刻な食欲不振を打開するため、Aの食べたい物(食欲がわく食物)を提供する必要があつて、その希望に従ったものである上、Aは、嚥下機能検査の結果、嚥下障害は軽度と解され、約2週間おにぎりが主食として提供されたが、おにぎりを食べた際に咽たことはなく、本件事故当日の朝には、義歯なしでパンを食べたが、咽たり誤嚥したりしていない(なお、Aは、老人性痴呆症に罹患していたが、食物を咀嚼しないまま次々に食べるなどの問題行動を取ったことはなかった。)。さらに、P歯科医師も、Aの残された歯や歯茎でおにぎりを食べるには、健常者に比べて支障があるとしながらも、他方、当時の歯の状態でも歯肉を使用するなどして咀嚼することは、可能であった旨述べている。以上によれば、H病院が、嚥下状態が悪いAに対し、嚥下しやすい工夫がされていないおにぎりを提供したことは適当ではなかつ

たといわざるを得ないが、当時、Aの食欲不振解消が重要事項となっており、そのためにA自身の希望に沿って提供されたものであったこと、これまでおにぎりを摂食した際に咽たことはなく、Aが歯肉を利用するなどしておにぎりを咀嚼すれば嚥下可能であり、注意して嚥下する限り誤嚥することはないことを考慮すれば、おにぎりを提供したこと自体が直ちに過失とまで断じることはできない。」として、おにぎりを提供したことについては過失を否定している。

3 見守りについての過失

「Aは、軽度ではあるが嚥下障害が続き、嚥下状態が悪かった上、Q看護師は、本件事故前日の朝食時に牛乳を飲ませた際にAが咽たことを現認していた。また、Aは、義歯を装着しなければ、うまく食塊形成や送り込みができずに誤嚥の危険性が増す状態にあったところ、Q看護師も、誤嚥防止のため義歯を装着するように指示されていることを認識しており、しかも、夕食を提供する際にAに対し義歯装着を勧めたが、これを拒否されたため、義歯を装着させないまま、嚥下しにくい食物であるおにぎりをAに提供したのであるから、より一層誤嚥の危険性を認識していたというべきである。このような場合、担当看護師であるQ看護師としては、Aが誤嚥して窒息する危険を回避するため、介助して食事を食べさせる場合はもちろん、Aが自分1人で摂食する場合でも、1口ごとに食物を咀嚼して飲み込んだか否かを確認するなどして、Aが誤嚥することがないように注意深く見守るとともに、誤嚥した場合には即時に対応すべき注意義務があり、仮に他の患者の世話などのためにAの元を離れる場合でも、頻回に見回って摂食状況を見守るべき注意義務があったというべきである。しかし、Q看護師は、これを怠り、Aの摂食・嚥下の状況を見守らずに、約30分間も病室を離れていたため、Aがおにぎりを誤嚥して窒息したことに気づくのが遅れたのであるから、Q看護師にはこの点につき過失がある。」として、見守りについての過失を肯定して

いる。

【コメント】

1 予見可能性について

誤嚥事故の場合、医療機関に責任が認められる根拠としては、

- ① 提供する食事の内容に問題がある場合(キザミ食を提供すべきところ誤って常食を提供した場合)
- ② 監視体制に問題がある場合(食事について要介助であったにもかかわらず、介助を行わなかった場合)
- ③ 急変時の救命救急措置において問題があった場合

が想定されます。これらを判断するにあたっては、その前提として患者に誤嚥の可能性(=予見可能性)がどの程度認められるかが大きく関わります。すなわち、患者に誤嚥の可能性が高く認められる場合には、提供する食事内容もキザミにするかあるいはそもそも経口摂取自体の可否も検討する必要があり、監視体制も当然強化すべきという判断がなされます。そこで、この誤嚥の予見可能性を判断するにあたっては、

- ① 既往歴(脳梗塞などの嚥下障害が生じる既往歴があるか)
- ② 患者の年齢(高齢者や幼児の場合は誤嚥の危険性が高く評価されます)
- ③ 過去に誤嚥・咽せ込みをしたことが確認されているか
- ④ 歯牙の状態
- ⑤ 認知症や見当識障害の有無などを総合的に考慮して判断されます。

上記裁判例においては、Aに軽度の嚥下機能障害が認められたこと、過去にも咽込みがあったこと、義歯をしなければ誤嚥の可能性が高い状態であったことなどを理由に、Aが誤嚥することについて予見可能性を肯定しています。

これに対して、頭部打撲と硬膜下血腫により入院していた患者が病院での食事中にのどを詰まらせて窒息死した事案について、東京地裁平成17年2月28日判決は、軽度の脳損傷では嚥下障害が生じないこと、患者はカステラなども問題なく食べられていたことなどを理由に患者には厳重な注意が必要とされるような嚥下障害が生じていたとは認められないとして、誤嚥に関する医療機関の責任を否定しています。

2 食事内容に関して

前述した予見可能性の程度に応じて、食事の内容を検討する必要があります。その具体的内容としては、

- ① そもそも経口摂取を認めることが妥当か
- ② 経口摂取を認めるとしても、キザミ食にするか
- ③ どのような食材を使用するか(もちなどの誤嚥しやすいとされている食材を提供すべきか)
- ④ 食材に対してどのような工夫をするか(とろみを付けたり、食べやすい形にするか)

などが考えられます。

裁判例においては、軽度の認知症がある76歳の男性が老健施設に入所中に夕食のおかずとして提供されたこんにゃくを喉に詰まらせた事案について、横浜地裁平成12年6月13日判決が、「通常食材として使われ、身体にとって有用であるものについては、単に誤飲の危険性があるという一事によって食事に供したこと自体に過失があるとはいえない」と判断しています(ただし、誤嚥の可能性が高いとされている食材については、それを使用する理由及び提供に際しての工夫(とろみを付ける、小さく切る、食べやすく調理する)などが求められるでしょう)。

本件においても、入所者の食欲不振改善の必要性から、入所者の希望に添った食べ物を提供したことについては、裁判所も注意義務違反を否定する要素としており、介護の現場の実情に一定の理解を示しています。

3 監視体制に関して

こちらについても予見可能性の程度に応じて

- ① 食事の際に常に介助を必要とするか
- ② 患者1人での食事を認めるとしてもどれくらいの頻度で見回る必要があるか

を検討する必要があります。

上記裁判例においては、予見可能性の程度から少なくとも摂食・嚥下の状況を見守る必要があるにもかかわらず、摂食・嚥下の状況を見守らずに、約30分間も病室を離れていたことが注意義務違反と評価されました。そこで、高齢者でカルテなどに誤嚥の危険が記載されている患者については、短時間でも状況確認のために訪室し、それをチェックシートなどにつけておくといでしょう。

4 まとめ

まずは、患者1人1人の誤嚥の予見可能性をきめ細やかに検討することが前提となります。その上で、個々の患者に応じた食事内容や監視などを立案しなければなりません。現場においては1人の看護師が多くの患者の対応をしなくてはならず、頻回の見回りには困難が伴いますが、ひとたび事故が起きると生命にも関わるものですので、十分な注意が必要とされる分野といえます。そして、自らが立案した計画については、それを実施しなければ注意義務違反となりやすいといえますので、病院や施設としては実施が可能な計画を立案するように心がける必要があります。

【参考文献】

判例タイムズ1277号306頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [老化に伴う嚥下障害の評価と予防](#)
- (2) [認知症をもつ人への食事ケアとは？](#)
- (3) [食物による窒息事故](#)
- (4) [誤嚥予防のためのケア 認知症高齢者への誤](#)

嚥させないための食事援助

- (5) 口腔機能改善へのリハビリテーションと指導ー
病棟で行う脳卒中患者を中心とした口腔ケアと
リハビリテーションー
- (6) 嚥下障害
- (7) 食事の形態 嚥下障害のある患者さんの食事
- (8) 判例から学ぶ日常診療のクリティカルポイント
- (9) これでわかった 高齢者への食事介助 Q&A
- (10) あきらめないで! 嚥下障害