

終末期医療において、 誤嚥性肺炎に対し人工呼吸器を装着しないことの是非

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

医師であった患者(男性・90歳)が、発熱、脱水等に対する入院加療中に誤飲性肺炎(判決文の記載。以下同じ)による急性呼吸不全で死亡した。担当医は、人工呼吸器による治療を希望しないとの患者名義の書面が入院中に作成されていたことから、できるだけ人工呼吸器を装着せず抗生剤投与を中心とする治療を行った。

本件は、患者遺族の一部が、同書面は患者自身が署名したものではない、書面作成当時は認知障害(いわゆるまだら呆け)の状態であったから明確に治療を拒否する意思を持っていたわけではないなどと主張し、遅くとも誤飲性肺炎と診断された時点から人工呼吸器を装着しての治療を行うべきであった等として病院の責任を問うた損害賠償請求訴訟である。

裁判所は、患者が人工呼吸器の装着を拒否していたと認定し、このような意思決定は人格権の一内容として尊重されるべきであるとした上で、病院は人工呼吸器を使用しないという制約下で最大限の治療を行っていたとして遺族の請求を棄却した。

キーワード:終末期医療, 誤嚥性肺炎, 人工呼吸器, 延命治療, 人格権

判決日:東京地方裁判所平成21年12月10日判決

結論:請求棄却

【患者、その家族および医療機関の関係】

患者Aは医師であり、昭和30年にH病院を開設する医療法人を創立した。

Aと妻Bとの間には10名の子がいた。このうち、長男C、三男、四男および六男が原告となっており、他方で、医療法人とともに五男のO医師が被告になっている。

【患者の既往歴】

平成12年頃、腎臓癌との診断で左腎摘出術を受けた。

平成16年頃、Aは、固形物をほとんど口にせず、牛乳、ジュース、半固形流動食等で栄養を補っていた。

平成17年1月頃、変形性頸椎症、変形性胸椎症等の診断でH病院に通院していた。この頃、Aの両股関節は人工関節に置換されており、要介護3の認定を受けていた。

平成17年8月頃から、Aは、ジュース類も拒否することが多くなり、濃厚流動食等で1200kcal/日の摂取を確

保していたが、同年10月頃からは、水分を含めて一切の食事を拒否するようになった。また、10月下旬頃から、発熱が続いていたほか、肝臓付近に硬い部分が触れるようになったことから、O医師は、Aについて腎臓癌の肝転移を疑っていた。この頃、Aは、体調が悪化して寝込むことが多くなったが、周囲の勧めにもかかわらずH病院への入院を拒否しており、H病院の医師が往診に来て、その治療を拒否したり、点滴を抜去したりしていた。

【事実経過】

年月日	経過
平成17年 11月2日	<p>O医師がAの自宅に往診したところ、発熱および脱水が認められた。</p> <p>O医師は、Aに対し、脱水によって生命に危険が生じる可能性がある旨を説明してH病院への入院を懇願したが、Aは「自分の体のことはよく知っている」などと述べて入院を拒否した。</p> <p>しかし、O医師は、Aの脱水症状に加えて、Aの介護に当たるBの健康状態が良好ではないことを考慮して、AをH病院に入院させることを決意し、トイレに立ったAを数人で抱えるようにして自家用車に乗せ、そのままH病院救急外来に搬送し、Aは、発熱や脱水に対しDIV治療等を受ける目的でH病院内科に入院した。</p> <p>Aは、H病院に入院した後も「帰る」などと言って帰宅したが、看護師が点滴、採血等を実施しようとする「医者がいいと言っているんだから、君たちは何もするな」と述べていずれも拒んだりした。O医師は、その都度、Aの病室を訪れて検査を受けるよう説得を重ねて採血、点滴等を実施していたが、それ以外の措置についてはAに拒否されることが多かった。</p> <p>H病院内科では、Aの症状を脱水、貧血、悪液質等と診断した。</p>
11月13日	<p>Cとその妻がAの病室を訪れた。</p> <p>Cは、H病院の経営をめぐるAと対立した経緯から、Aとは数年間にわたって交流していなかったが、知人からAが入院したことを知らされて、見舞いに行くことが親子の復縁につながると期待していた。</p> <p>その後、Cは、Aの病室を訪れる都度、H病院の看護師らにAのカルテを見せるように要求していたが、看護師らは「担当医であるO医師の許可が必要です」としてカルテの開示を断っていた。</p>
11月22日	<p>腹部エコー検査および腹部CT撮影の結果、Aの肝臓付近に10cm大の腫瘍が認められた(膿瘍であるとの争いあり)。</p> <p>BとO医師は、CがH病院を訪れる度にAの診療について指図して診療現場が混乱することを懸念し、また、Aのターミナルケアに関する意思を尊重したいと考えていた。そこで、Bらは、Aに確認しながら「治療に対しての患者家族の意思」と題する書面を作成することとした。そして、Aが、作成した書面に目を通した上で「いいんだ。いいんだ」などと述べ、率先してこれに署名し、続いて、原告となっていないAの子らおよびO医師がそれぞれ自署にて署名した。</p> <p>同書面の内容は、次のようなものであった。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 本日現在において、A本人の判断力は清明であり、家族は認知症と認めていない。 ② 家族も患者本人も、人工呼吸器、経管栄養、IVHといった治療は、元来希望していない。 ③ 本人が不要と考えて主張する検査、本人が以前より「生」および「医師」として(高齢者および自身に対しても)不要と主張してきた治療行為は行わない。 ④ 本人の「人」としての尊厳をまず第一とする。 ⑤ 現在に至るまで最近10年間の本人の生き方を尊重して、人としての「生」を全うさせたい。 ⑥ 今後の治療方針に対しては、O医師に全て一任する。 ⑦ 病状説明に関するキーパーソンは四女とする。
11月24日以降	<p>後日、O医師は、Aに対し、転院して胃ろうを設置することや胆管等への穿刺、ドレーン挿入といった措置をすることを相談したが、Aは、これらの措置をすべて拒否した。特に、Aは、穿刺の措</p>

	置をすることは禁忌であると言って、これを頑なに拒否した。
11月27日 午後9時頃	Aが、中等量のコーヒー様残渣物を嘔吐すると、SAT(血中酸素飽和度)は80%台まで低下した。Aに対して酸素投与が開始されたが、SATは回復しなかった。
午後10時45分頃	Aは、再びコーヒー様残渣物を嘔吐し、SATが一時60%台まで下降したため、O医師の指示により、H病院CCUに入室した。
午後11時15分頃	AはCCUに入室した。その際、Cを始めとして兄弟が集まり、「延命は余り頑張らないほうがいいんじゃないか」との話合いがもたれていた。
11月28日	Aは、胸部レントゲン写真上に肺炎像が認められたことから、誤飲性肺炎と診断された。以後、適宜変更されつつ抗生剤として、セフトラジウム、イミペネム・シラスタチンナトリウム、ホスホマイシンカルシウム、スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム、クリンダマイシン、パズフロキサシンが投与された。喀痰培養によりMRSAが検出されてからは、テイコプラニン、ミノサイクリンが併用され、後日、ミノサイクリンからバンコマイシンへと変更された。そのほか、シベレスタットナトリウム投与、エンドトキシン吸着療法、気管挿管を施行して酸素投与および痰吸引、うっ血性心不全に対して、カテコラミン、HANP、利尿剤等の投与が行われた。
12月11日	午前中に努力様呼吸の状態が続き、SpO ₂ が23%まで下降して、下肢チアノーゼも出現したため、Aに人工呼吸器を装着した。
12月15日	肺雑音はなかったが、頻呼吸、下顎呼吸が続いてPaO ₂ が60~70mmHg台で推移しており、H病院耳鼻咽喉科の医師が、Aに対して気管切開術を施行した。
12月24日	人工呼吸器装着後もAの呼吸状態に顕著な改善はなく、発熱、血圧低下、PO ₂ 低下、PCO ₂ 上昇、チアノーゼ等が顕著であった。 午後10時半頃、Aは、PVC頻発による徐脈となり、瞳孔散大、対光反射消失に至った。
12月25日 午前0時6分頃	Aは心停止に至り、死亡が確認された。

【争点】

- ・ O 医師には、誤飲性肺炎を発症していた A に対し、遅くとも 11 月 28 日までの間に、人工呼吸器による酸素吸入等の措置をとり、誤飲性肺炎による呼吸機能低下、低酸素血症等の疾患を防止すべき義務があったかどうか。

【裁判所の判断】

1. 「治療に対しての患者家族の意思」と題する書面について

Cらは、「治療に対しての患者家族の意思」と題する書面は、A自身が署名したものではなく、A自身の意思を記載したものではないと主張する。

しかしながら、上記書面には、Aが不要と考える治療行為を行わないでほしいというH病院に対する要望が記載されているところ、その内容は、H病院入院中に点滴、輸血等の措置すら拒否していたAの行動に合致するし、また、妻Bの証言およびO医師本人

の陳述に照らしても、Cらの主張は採用することができない。

なお、Cらは、Aは認知障害（いわゆるまだら呆け）の状態であったから、上記書面の作成に当たっても明確に治療を拒否する意思をもっていただけではないとも主張するが、Aは、少なくとも上記書面を作成した11月22日前後において、病室を訪れた看護師との間では意思の疎通が可能であったことがうかがわれるし、他にAが認知障害であったことを認めるに足る証拠はないから、Cらの上記主張は採用することができない。

2. 誤飲性肺炎の治療を怠った過失の有無について

Cらは、O医師は、誤飲性肺炎を発症していたAに対し、遅くとも11月28日までの間に、人工呼吸器による酸素吸入等の措置を執り、誤飲性肺炎による呼吸機能低下、低酸素血症等の疾患を防止すべき義務に違反したと主張する。

しかし、上記のとおり、Aは、人工呼吸器の装着を拒否していたことが認められる。

Aが医師であったことからすれば、Aは、急変時において人工呼吸器を装着しないことによる利害得失を十分に理解していたと考えられるから、上記のように、Aが人工呼吸器の装着という医療行為を拒否するとの明確な意思を示している事情の下では、このような意思決定は、人格権の一内容として尊重されるべきである。

そして、H病院では、AをCCUに入室させた日からセフトジジム、パニペネム・ベタミプロロン等の抗生剤を投与していたこと、Aの誤飲性肺炎の状況を見ながら抗生剤を適宜変更していたこと、喀痰培養によりMRSAが検出されるとただちに抗生剤をテイコプラニン、バンコマイシン等に変更していたこと、急性肺障害の治療としてシベレスタットナトリウムを投与していたことなどの事情が認められるのであって、これによれば、人工呼吸器を使用することができな

いという制約の下において、Aに対して最大限の治療行為が尽くされていたと評価し得るのであるから、11月28日までに人工呼吸器が装着されなかったとしても、そのことがただちに不法行為法上の過失を構成するとはいい難い。

よって、Cらの上記主張を採用することはできない。

【コメント】

1. 終末期医療に関する議論状況

昨今、これ以上治療しても回復の見込みがない終末期において、延命のための治療を行うことは患者やその家族等が望んでいることなのかどうか、時には延命治療を行うことが患者の尊厳を損ねているのではないかという問題意識に基づいて、終末期医療のあり方について議論がなされている。

終末期医療の開始、継続、中止の決定は、患者の生死に繋がるものであるため慎重な判断が求められるが、延命治療を希望するかどうかは個々の患者の生き方に関わる事項であるから、いかなる決定が当該患者にとって最善のものであるかを判断することは容易でないことが多い。

そこで、終末期医療の決定に関する指針として、平成19年に厚生労働省から「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が出されているほか、日本医師会、全日本病院協会等の病院団体、救急・集中治療に関する3学会等の学術団体や大学病院等の個々の医療機関が作成した指針が公表されている。

しかしながら、近年、厚労省より発表された「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」のアンケート結果によれば、前述の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」であっても、公表から約5年が経過した時点で医師の3分の1以上が「ガイドラインを知らない」と回答しており、終末期医療の方針決定については、個々の医師なり医療機関なり

がケースバイケースで対応している現状が見受けられる。

2. 各種指針の内容

上記のとおり、各種団体から終末期医療に関する指針が公表されているが、多くの指針は次のような内容に言及している。

- ① いかなる状況を終末期と考えるかということ
- ② 病状や延命措置の選択肢について適切な情報提供と説明がなされる必要があること
- ③ 患者本人あるいはその家族らの意思が重要であること
- ④ 多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって方針決定を行うこと
- ⑤ 方針決定は医学的妥当性と適切性を基礎にして慎重に行うこと
- ⑥ 患者の緩和ケアのほか、患者・家族に対する精神的・社会的な援助を行うこと
- ⑦ 一度、方針決定がなされた後も、事実や状態の変化に応じて患者側への説明を行い、方針について柔軟に対応すること
- ⑧ 治療方針の決定プロセスを記録化すること

これらの中でも難しい判断が求められることが多いのが、患者本人あるいはその家族らの意思の取扱いである。

終末期ではあっても患者が意思決定できる状況であれば、その意思が尊重されることが原則である。患者の事前指示がある場合も、それを尊重することが原則であろう。

しかし、終末期の患者が延命治療に関する自らの意思を示すことが可能なケースばかりではなく、患者本人の意思を確認できないケースも多い。患者の意思を確認できないケースの中にもバリエーションがあり、①家族が患者の意思を推定できる場合、②家族が患者の意思を推定できない場合、③家族らが医

療・ケアチームに判断を委ねる場合、④本人の意思が不明なばかりでなく家族の意思も確認できない場合などと整理されている。患者の意思を推定できる場合についてはその推定意思を尊重することになるが、どのような状況であれば家族が患者の意思を推定できる場合に当たるのかは必ずしも明らかでなく、現実的には、家族と十分に話し合っただけで治療方針を決することになると思われる。家族が患者の意思を推定できない場合には、家族と十分に話し合っただけで患者にとって最善の治療方針を取ることが基本となるが、家族と接触できないときには患者にとって最善の治療方針を医療・ケアチームが検討せざるを得ない。

3. 本件事例について

本件の判決は、患者本人が延命治療について自らの意思を表明していた場合に、その意思決定が延命治療を行わないことによる利害得失を十分に理解した上でなされていれば人格権の一内容として尊重されると判断した。病状や延命措置の選択肢について適切な情報提供と説明がなされた上で患者本人が意思決定をしたのであれば、家族間で治療方針が一致していなかったとしても、患者本人の意思決定が尊重されることが原則である旨が示された事例といえよう。

本件では、患者本人が死亡する前から兄弟間で争いがあったようであるから、患者の死後に紛争が生じることは避けがたかったものと思われる。しかし、患者本人の意思決定を本人が署名した文書にして記録化しておいたことによって、人工呼吸器を装着しないという治療方針が法的に不適切とはいえないと判断されたものであり、現場における対応の参考になると思われる。

【出典】

・ウエストロー

【参考文献】

- ・厚生労働省. [終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン](#).(平成19年5月)
- ・日本医師会 [第X次生命倫理懇談会. 終末期医療に関するガイドライン](#).(平成20年2月)
- ・全日本病院協会 [終末期医療に関するガイドライン策定検討会. 終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～](#).(平成21年5月)
- ・[終末期医療に関する意識調査等検討会. 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書](#).(平成26年3月)
- ・日本循環器学会, 日本集中治療医学会, 日本救急医学会. [救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～](#).(平成26年11月)

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [高齢者終末期医療についての一考察](#)***
- ・ [3. 高齢者の終末期医療と法のかたち](#)***
- ・ [終末期ケアの意思決定とコミュニケーション](#)***
- ・ [1. 高齢者終末期の意思決定プロセス](#)**
- ・ [終末期の意思決定その2](#)**
- ・ [3. 高齢者肺炎の人工呼吸器適応の判断は?](#)***
- ・ [呼吸器内科の立場から \(誤嚥性肺炎の診断と対応について\)](#)**
- ・ [7. 高齢者の終末期における肺炎の対処の仕方ー国際比較からー](#)**
- ・ [誤嚥性肺炎の治療の注意点と予防法](#)**
- ・ [第6回 \(2時間目\) 嚥下機能障害と経管栄養 終末期医療での意思確認と治療選択の考え方](#)***

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。