

栄養管理に関する注意義務

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

患者(女性, 当時95歳)は, 食事の経口摂取が困難となったことから病院に緊急入院し, 精査とともに栄養管理が行われた。入院中に栄養状態は改善せず, 精査の結果も認知症が原因であろうとの診断で, 自宅での療養を勧められ, 退院。しかし, 退院4日後, 患者は救急搬送され, 誤嚥性肺炎により死亡した。

本件は, Aの遺族が, 入院中に適切な栄養管理がなされていなかったこと, および, 退院時の判断を誤ったことにより, Aが易感染状態となり, その結果, 誤嚥性肺炎に罹患して死亡するに至ったとして, 損害賠償請求した事案である。

キーワード: 栄養管理, 経口摂取, 認知症, 嚥下障害, 誤嚥性肺炎

判決日: 山形地方裁判所平成26年2月25日判決

結論: 請求棄却(請求額2634万659円)

【事実経過】

年月日	経過
平成22年 8月9日	患者Aは, かかりつけ医からの紹介で, H病院に緊急入院した。 かかりつけ医からの情報では, 高血圧症, 糖尿病, 逆流性食道炎, 認知症などが挙げられており, Aが8月はじめから食欲不振となり, 経口摂取が極めて不良な状態であり, 現在は歩行困難であるとされていた。
8月10日	前述のかかりつけ医からの情報をふまえ, Aに対して摂食嚥下リハビリテーションを行って評価を得ることとした。 まずは嚥下食を提供して摂取可能か判断し, 経口摂取が可能な場合には, 摂取量を上げられるように適時対応すると計画を立て, 担当管理栄養士による詳細な栄養アセスメントを実施し, 必要に応じて栄養サポートチームが対応することとした。 H病院のO管理栄養士は, Aの夕食時に立会い, 「嚥下訓練食I」(3食摂取で240kcal)の摂取状況を確認したが, 数口程度摂っただけで, 開口もスムーズにできず, シリンジを使って口腔内に入れても出してしまったことから, 飲み込みの評価が必要であると判断した。 O管理栄養士から報告を受けたP医師は, Q言語聴覚士に評価作業を依頼した。 なお, この日から8月17日まで, デノサリン500mL(50kcal), ビーフリード500mL(210kcal)が開始された。
8月11日	P医師は, Aに対し, 胸部から骨盤部にかけてCT検査を行ったが, 食欲不振に繋がる所見は認められなかった。

8月12日	<p>Q言語聴覚士は、摂食・嚥下能力の評価を行った。</p> <p>Q言語聴覚士は「Aは水を少量ずつであれば摂取可能と思われるため、まずはトロミなしの水をティースプーンで飲ませ、難しいときはトロミを付けて飲むようにさせたい」とし、摂食・嚥下能力評価の結果、「水分でむせることから、軽度の摂食・嚥下障害が疑われるが、食欲低下の要因ではないと考える」とP医師や看護師に報告した。</p>
8月13日	<p>P医師は、上部消化管内視鏡検査を実施した。</p> <p>その結果、食道に食残の逆流がみられ、また、幽門狭窄により十二指腸への挿入が出来ず、現状では食事を流動食から固形食へ移行させることは難しいと判断した。</p> <p>なお、この日は朝食が止められている。</p>
8月14日	<p>P医師は、これまでのAの摂食状況を見て、食事摂取不良であり、認知症が高度なために経口摂取が困難な様子であると診てとった。</p>
8月16日	<p>頭頸部のCT検査実施。</p>
8月17日	<p>CT検査の結果、陳急性病変は存在するものの、急性期脳梗塞を示唆する所見は認められなかった。</p> <p>血液検査の結果、血清カリウム値は2.6mEq/L、血清アルブミン値は2.7g/dLであり、中等度栄養不良の状態であった。</p>
8月18日	<p>P医師は、Aの摂食が改善する見通しが無いことから、デノサリンを中止し、ビーフリード輸液を1000mL(420kcal)に増量させた。</p> <p>経口摂取にばらつきがあり、頭部CTの結果でも大きな問題がなかったため、Aの年齢を考慮すると、自然の経過に任せるのが一番であろうという判断に至り、家族と相談することとする。</p>
8月19日	<p>家族へ病状説明。</p>
8月20日	<p>家族より退院の申し出があり、P医師は、かかりつけ医であるR医師がフォローすることで訪問看護による自宅介護への移行を了承して退院を許可。</p> <p>P医師は、診療情報提供書に、「点滴、経口摂取併用しているが、食事量にばらつきがあるものの、それなりに摂取している。軽度の嚥下障害があるが、認知症の影響が強い印象である。…上部消化管内視鏡では胃潰瘍癒痕の影響かスコープが十二指腸に挿入出来なかった。固形物は幽門を通過しないため、ミキサー食とされたい」と記載した。</p> <p>ビーフリード輸液はこの日で終了する。</p>
8月21日	<p>「嚥下訓練食M三号食」(3食摂取で1000ないし1200kcal)に変更する。</p>
8月22日	<p>家族に付き添われ退院。</p>
8月25日	<p>流動食を摂ったあとに苦しみだし、救急車でI病院に緊急入院。</p> <p>誤嚥性肺炎と診断。</p>
8月26日	<p>Aは死亡した。</p>

【事実経過の補足事項】

- ・ なお、H 病院においては、A は身長 149cm であり、その標準体重は 48.8kg であることから、 $48.8\text{kg} \times 25\text{kcal/kg} = 1220\text{kcal}$ と計算し、1 日に必要とされるカロリー目標値を 1220kcal と設定していた。
- ・ 8 月 10 日から 8 月 17 日まで提供されていた総カロリーは、1 日当たり 500kcal (ただし、8 月 13 日は朝食を止めたため、420kcal)。
- ・ 8 月 18 日から 8 月 20 日まで提供された総カロリーは、1 日当たり 660kcal。
- ・ 8 月 21 日に提供された総カロリーは、1 日当たり 1000 ないし 1200kcal。

【争点】

1. 適切な栄養管理を怠った過失の有無
2. 退院に関する過失の有無

【裁判所の判断】

1. 適切な栄養管理を怠った過失の有無

A の遺族らは、A は経口摂取がほとんど出来ないものであるから、経腸栄養もしくは中心静脈栄養により栄養管理すべきであった等と主張した。

これに対し、H 病院側は、A の年齢を考えると、経腸栄養や中心静脈栄養は合併症発生のリスクが高く、実施することは困難であった、リフィーディング症候群を発症するリスクが高いことから慎重な輸液が必要であった等と反論した。

この争点に対して、裁判所は、入院期間の摂取カロリーが 420 から 660kcal で推移していたことにつき、目標値 1200kcal に到達していないことを認定しつつ、「P 医師は、治療の前提として、A の摂食障害の原因を突き止めるために、所用の検査を順次行うなどの診療を続けながら、O 管理栄養士および Q 言語聴覚士という専門職に指示して、A の摂食行動の改

善を図ろうと試みていたのであり、A の摂食障害について、当時の医療水準に適った診療行為を行っていたものといえ、本件入院期間中において、結果的に A の摂食障害を改善できなかったとしても、ただちにその点に過失があるとはいえない。また、栄養管理の点でも、診療行為に付随して、A がリフィーディング症候群の超高リスク症例に該当することをふまえつつ、嚥下訓練食 I を提供して経口摂取の可能性を追求しながら、並行して輸液の投与等によって実施しており、その過程で明らかに医療水準に適合しない措置があったとはただちに認められない」と判示し、A の遺族らの主張を認めなかった。

また、A の遺族らは、経腸栄養や中心静脈栄養により栄養管理をすべきであったと主張するが、裁判所は、「8 月 13 日に実施した上部消化器内視鏡検査の結果、嚥下障害を引き起こす器質的原因は見当たらず、現状では流動食から固形食への移行が困難であると判断したに止まり、この時点では、必ずしも経口摂取が困難であるとの判断に至っていたわけではない。また、上記の検査結果によれば、十二指腸に内視鏡を挿入することが不可能となる程度の幽門狭窄の状態にあり、それより口径が小さいとはいえ、経鼻用チューブの挿入が可能か否か不明であった上、逆流性食道炎の既往症があり、食道に食残の逆流がみられ、経腸栄養法によっても経口摂取の場合と同様の合併症のリスクがあつて、誤嚥性肺炎のリスクを低減させるとのエビデンスもないことや、経鼻用チューブの挿入自体が身体への侵襲を伴うもので、患者の負担が大きいことなどの事情を勘案すれば、引き続き経口摂取の可能性を模索することが医療水準に適合しない不当な判断であるとは言いがたく、この時点で、経口摂取を諦めて経腸栄養法に移行しなければならなかったとまでは認められない」と判断し、A の遺族らの主張を認めなかった。

2. 退院に関する過失の有無

A の遺族らは、退院した 8 月 22 日の時点で A の

栄養状態は入院時よりも悪化していたのであるから、H 病院は、A の家族からの退院の申し出があったとしても、A を退院させてはならなかった、仮に退院させるにしても、在宅経腸栄養法を行える状態で A を退院させるべきであったと主張する。

これに対し、H 病院側は、A は栄養状態の改善は困難な状況であり、A の症状や年齢等を考慮し、病院よりは慣れた自宅での療養が良いと判断して退院を許可したものである。また、A は在宅経腸栄養法を行う状態にする必要性もなかった、と反論した。

この点について、裁判所は、
「P 医師は、8 月 18 日の時点で、A の摂食障害を認知症に起因しており、その摂食が改善する目処が立たず、A の年齢を考慮すれば、自然の経過に任せるのが一番であると考え、8 月 19 日、A の家族に A の病状を説明したところ、8 月 20 日、A の家族が A の退院を申し出たため、かかりつけ医の R 医師がフォローすることで、訪問看護による自宅介護への移行を了解して退院を許可し、8 月 22 日、A が退院して自宅に戻ったものであり、この時点をもって、本件診療契約が終了している。そうすると、P 医師としては、診療を続けた結果、認知症によって摂食障害の改善の目処が立たないものと判断し、本件診療契約の目的を達成できない見通しとなったため、A の家族にその病状等を説明して、今後の対応についてその意向に任せたと、A の家族が退院を申し出たものであるから、A の栄養状態が改善されていない状況であったとしても、本件診療契約に基づく診療債務を履行して、これを今後継続しても診療の効果が期待できないと判断された以上、かかりつけ医によるフォローと訪問看護によって、退院後の A の自宅介護をバックアップする体制がとられることを確認した上で、申し出に応じて退院を許可し、本件診療契約を終了することに基本的に問題はない」として、A から遺族の主張を認めなかった。

また、在宅経腸栄養法に関しては、
「A の家族からの申し出がないにもかかわらず、患者

の身体的負担が大きく、誤嚥性肺炎などの合併症リスクが低減するエビデンスもない上記栄養法を実施しなければならぬ義務まではないというべきである」として、この点についても、A の遺族らの主張を認めなかった。

以上の認定により、A の遺族の請求は棄却された。

【コメント】

1. 栄養管理に関する紛争について

入院患者に占める高齢者の割合は高く、栄養管理が問題となることも少なくないと思われる。また、高齢者ではなくとも、消化器疾患の術後であれば、やはり栄養管理が問題となってくる。

訴訟の場合においては、通常、1 日に必要なカロリーを基準に、入院治療中にどの程度の栄養を摂取できていたか、という点が争いになるが、必ずしも一般成人の必須カロリーを基準にするのではなく、高齢者であること等の諸事情を勘案して、1 日に必要なカロリーを想定することになる。

本件では、A の身長体重から計算し、1 日当たり 1220kcal 必要であると一般的な計算をした上で、高齢者であることやリフィーディング症候群のリスクを勘案し、1220kcal 以下の栄養投与であっても不適切ではないと判断した。

形式的に必要なカロリーを計算するのではなく、患者の年齢やリフィーディング症候群発症のリスク等を考慮しており、適切な判断がなされたものといえる。

2. 栄養管理に関する紛争予防について

一般的に、低栄養を主たる原因として死亡するということはほとんどないため、訴訟の場合では、その因果関係について「低栄養により全身状態が低下し、結果、別疾患に罹患して死亡するに至った」という形で争われることが多い。本件でも、低栄養により死亡

したわけではないが、低栄養により易感染状態となり、誤嚥性肺炎に罹患して死亡した、という形式で争われている。低栄養が主たる原因で死亡したわけではないため、因果関係の立証は難しく、仮に栄養管理に問題があったとしても、因果関係まで認定されるにはハードルが高いと言えよう。

それでもなお、栄養管理の過失を問う訴訟は後を絶たないのが現状であるため、その原因について考察する。

提供される医療が高度であればあるほど、患者やその家族は、医学的知見が乏しいことから、病院や医師に対する依存が大きく、行われる診療に疑問を持たれることが多くないと思われる。他方で、食べ物を窃取するといった、健常者でも行う行為がなされていない場合、食の摂取が日常生活と近いものであることから、「当たり前前の行為がなされていない」といった疑問を持たれる機会が多くなる。特に、お見舞いに行くたびに痩せていく患者を診れば、なおのこと疑問を持たれることが多くなるであろう。ここに医療関係者と一般の患者・家族との間の認識の乖離が大きくなる理由があるといえる。一度疑問を持たれてしまえば、後から説明を行っても不信を拭い去ることは困難である。

このような患者や家族の不信を回避し、栄養管理について無為な紛争を避けるためには、事前もしくはその時々において、患者の全身状態や栄養管理の困難さについて、家族によく説明し、認識を共有しておくことが肝要である。決して急変したわけでも手術が必要なわけでもないが、患者や家族は低栄養状態にあることについて非常に不安を感じていることに配慮し、認識の乖離を少しでも埋める努力をすることが、後の紛争予防に繋がることになる。

【出典】

- ・医療判例解説 54 号 44 頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・[第 2 部 高齢患者さんのリスク事例 40 \(5\)感染・保清**](#)
- ・[栄養管理の落とし穴 —リフィーディング症候群***](#)
- ・[誤嚥性肺炎の治療の注意点と予防法***](#)
- ・[【第 4 部】在宅療養患者における間欠的経口経管栄養法の検討 ～難病患者的経管栄養療法を考える～**](#)
- ・[認知症高齢者の終末期医療と法律 —延命医療の不開始・中止をめぐる—***](#)
- ・[日常生活支援・リハビリ Case \(9\) 摂食嚥下障害***](#)
- ・[高齢者の静脈栄養法に対峙する**](#)
- ・[第 8 回 高齢者の低栄養管理***](#)
- ・[2. ルート造設ならびに栄養管理中に遭遇するリスクとその対策—栄養投与ルート別リスクマネジメント— \(1\)経腸栄養**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。