

終末期医療における患者家族からの意見集約方法

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

本件は、脳梗塞による意識障害のために入院し経鼻経管栄養の注入を受けていた患者(女性, 当時89歳)に対し、患者と同居する長男が経鼻経管栄養の注入速度を上げ、その後患者が嘔吐し、誤嚥性肺炎により死亡した事例である。患者の長男は延命措置を拒否し、医師は延命措置を実施しなかった。

患者の長女は、注入速度を上げたことおよび延命措置を拒否したことが不法行為であるとして長男を訴えた。また長女は、医療機関が長女を含む家族との間で延命措置について十分に話し合いを行わなかった過失と、患者家族に注入速度を変更してはならないと説明しなかった過失があるとして医療機関を訴えた。裁判所は、医療機関の過失を否定した(なお長男に対する請求も棄却となった)。

キーワード: 終末期医療, 延命措置, キーパーソン, 経鼻経管栄養, 脳梗塞

判決日: 東京地方裁判所平成28年11月17日判決

結論: 請求棄却(医療機関に対する請求額2200万円)

【事実経過】

年月日	経過
平成19年 6月18日	患者A(女性, 当時89歳)は自宅で発作を起こして倒れ、H病院に緊急搬送され緊急入院した。 Aには糖尿病および高血圧の持病があった。 O医師は、意識障害、左不全麻痺、構語障害の症状と、頭部CT検査の結果(既に大脳実質が委縮し、陳旧性の脳血管障害およびラクナ梗塞が存在しており、明らかな出血や腫瘍の所見はない)から、発症後24時間以内の脳梗塞(脳血栓症)と診断した。 抗血小板薬、脳圧降下薬や鎮静剤による脳梗塞の初期治療を開始するとともに、内服薬の投与経路を確保し、上部消化管出血や嘔吐などの偶発症に備えるために、経鼻胃管を留置した。 禁食として末梢点滴による栄養補給とした。 O医師は、患者Aの家族構成を把握し、Aの長男で長年にわたりAと同居して介護もしているBをキーパーソンと認識した。 意識状態は、この日から6月27日まで、鎮静剤の影響もあり、JCS 30ないし200で推移していた。
6月19日	頭部MRI検査の結果から、O医師は、頭蓋外動脈由来の血栓が右中大脳動脈の起始部および右小脳動脈の起始部に近いところを閉塞した脳梗塞であり、体積比率でいえば右大脳の約

	3分の2, 右小脳の約半分を傷害する重症例であるが, 既に著明な脳萎縮が存在していたため, 浮腫があっても頭蓋内圧亢進とならず, 脳ヘルニアにもならなかったものと推測した。
6月20日	Aに発熱の症状があったため, O医師は尿路感染症を疑い, 抗生剤の投与を開始した。
6月21日	白血球数は $8200/\mu\text{L}$, CRPは 8.2 mg/dL 。 抗生剤投与を継続したが, 白血球およびCRPが基準値内に服することはなかった。 また体温は 36°C 台を超えて 37°C 台に達することが多々あり, 38°C 台に達する時もあるという状態が続いた。 Aは経鼻胃管を自ら抜去したため, Bの同意を得てAに抑制帯を装着した。
6月22日	末梢点滴から経鼻経管栄養へ変更し, 注入開始した。
6月29日	Aは経鼻胃管を自ら抜去した。 O医師は, B, C(Aの長女), D(Aの次女)に対し, Aの病状について説明した。
7月2日	Aはリハビリを開始した。 リハビリの内容は, 端座位保持, 車椅子座位保持, 平行棒での起立, 紙に名前と住所を書く, 「あーっ」という, 輪投げを木の棒に通すなどである。 この日から9月1日までの意識状態は, JCS 3ないし20で推移した。 意識状態にはむらがあり, 基本的にはほとんど寝たきりで, 呼びかけに対しては頷いたり手を握り返したりして反応することができ, 「分かります」「はい, 大丈夫」「うん」などと反応することもあったが, 呼びかけにより開眼しても合視しないことや発語がないことも少なくなかった。
7月11日	O医師は, Bに対し, 高齢の中大脳動脈塞栓としては驚くほど経過が良く, 大した合併症も起こさなかったが, 意識状態にはあまり変化がなく, 良いとは言い難いと説明した。
7月17日	O医師は, Bに対し, Aの刺激に対する反応速度は明らかに改善しているが, 発語は減少しており, 心理面の問題かもしれないと説明した。
8月6日	O医師は, Bに対し, Aは残念ながら現状では経口摂取は不可能であり, しばらくは経鼻経管栄養を続けるが, 今後転院することを考えると, 胃瘻に切り替えたほうがよいと説明して, 検討を促した。その後, Bから胃瘻の希望はなく, Aに胃瘻が造設されることはなかった。
8月15日 午後	Aの経鼻経管栄養が実施されている途中で, Bが経鼻経管栄養の注入速度を速めた。
午後3時過ぎ	Aの経鼻経管栄養の注入が終了した。
午後5時	Aは午後4時40分からリハビリをして, 午後5時過ぎに帰室し, ベッドに戻り臥位になった際に, クリーム色のエンシュア(経管栄養剤)様のものを多量に嘔吐した。 なお, この日を含め, 経鼻経管栄養の注入中におえつきやむせこみが見られたことは一度もなかった。
8月16日	午前1時ころAは嘔吐した。 SPO ₂ が一時的に80%台まで低下し, 経鼻酸素吸入が毎分2Lで開始された。 その結果SPO ₂ はすぐに90%台まで回復した。
8月19日	経鼻酸素吸入が毎分1Lに変更された。
8月20日頃	Bは, Aの延命につながるすべての治療を拒否した。

8月21日	経鼻酸素吸入が中止されるとともに、末梢点滴から経鼻経管栄養に変更されたが、同日中にクリーム状のものを嘔吐した。
8月22日	体位交換の際に栄養剤のようなものを嘔吐した。 同日昼から禁食とされ、中心静脈栄養に変更された。
8月26日	Aは黄色のものを嘔吐した。
8月29日	経鼻胃管を閉鎖されたときにAは嘔吐した。
9月2日	Aの意識状態がJCS 200ないし300まで悪化した。SPO ₂ も一時的に70%台まで低下し、チェーンストークス呼吸となった。 その後、9月8日まで、JCSは100ないし300で推移し、SPO ₂ は一時的に70%台まで低下することがあったものの概ね80%台ないし90%台で推移した。
9月3日	O医師は、経鼻酸素吸入は当直時間帯を除いて行わず、心停止に陥っても心肺蘇生は行わないこと(DNR)を決定した。
9月7日	O医師は、収縮期血圧が80台まで低下し、心不全の兆候を認めたことから、Bとの間で、自然に経過を見る方針を確認し、Aの余命は1日以内だろうと説明した。
9月8日	Aは死亡した。
平成26年	Cは、H病院およびBに対して本件民事訴訟を提起した。

【事実経過の補足】

なおC、Dは、少なくとも6月18日、6月29日、9月8日には来院しており、その他の日にも頻繁にH病院に来院していた。

たことと死亡との因果関係も争われ、また相当程度の可能性の法理および期待権侵害の法理を適用することの可否も争われたが、判決ではいずれも否定された。本原稿では詳細は割愛する。

【争点】

1. 医療機関には患者家族に対して経鼻経管栄養の注入速度を変更しないように説明し、家族が注入速度を変更していないか確認すべき注意義務を負っているか。
2. 終末期医療の方針決定において、患者本人の意思が確認できない場合に、H病院はC、Dを含むAの家族との間で十分に話し合い最善の治療方針を決定すべき注意義務に違反したか。

※その他に、Bが経鼻経管栄養の注入速度を速め

【裁判所の判断】

1. 患者家族に経鼻経管栄養の注入速度を変えないよう説明する義務

患者の家族であっても、特段の必要性や緊急性もないのに、病院の医療機器を医師等に無断で操作してはならないことは、通常の見識を持った一般人にとって常識的なことであり、本件において、O医師がBから医療機器の操作について質問されたり、Bが医療機器を操作しているところを現認したり、Bが医療機器を操作した痕跡を発見したりしたなど、Bが病院の医療機器を医師等に無断で操作するおそれ

があることをうかがわせるような客観的事実があったとも認められないから、H 病院にとって、B が A の経鼻経管栄養の注入速度を速めることを予見することは不可能であった。

したがって、H 病院が A の家族に対して経鼻経管栄養の注入速度を変更しないように説明し、家族が注入速度を変更していないか確認すべき注意義務を負っていたと認めることはできない。

2. 終末期医療の方針決定について

厚生労働省が平成 19 年 5 月に策定した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」によれば、医師は、終末期医療の方針決定において、患者の意思が確認できる場合には患者の意思決定を基本とし、患者の意思が確認できない場合には家族から患者の推定される意思を聴き取りまたは家族と十分に話し合うなどして、患者にとっての最善の治療方針を採ることを基本とすることとされている。

O 医師が A の意思を確認できたとすれば、H 病院は A の意思を確認すべきであったとする余地があるが、A は 6 月 18 日に入院してから常に意識障害が続いており、最も意識状態が良好であった 7 月 20 日から 9 月 1 日までの間でさえ JCS 3 ないし 20 にとどまっており、また、抑制帯を装着されていなければ自ら経鼻胃管を抜去してしまうことがあり、経鼻経管栄養の必要性について理解できていない様子であったことからすれば、A が延命措置について自ら意思決定をすることは困難であったと認められる。なお、A の意識状態にはむらがあり、呼び掛けに対して「分かります」「はい、大丈夫」「うん」などと応答することもあったため、ごく簡単な日常会話が成り立つ程度には意識状態が回復していた時もあったと認められるが、そのような意識状態であっても、延命措置について自ら意思決定することはやはり困難であったと言わざるを得ない。

次に、O 医師が A の意思を確認できなかったとし

ても、A の家族からの聴き取りや話し合いが十分であったかが問題となるが、O 医師は A の終末期医療の方針決定において、B を A の家族の中のキーパーソンであると認識し、B の意見を参考にしようとして、A について、経鼻酸素吸入は当直時間帯を除いて行わず、心停止に陥っても心肺蘇生は行わないと決定しているところ、医師が患者の家族の全員に個別に連絡をとることが困難な場合もあり、また、延命措置には費用や介護の分担など家族の間で話し合っ

て決めるべき事柄も伴うことからすれば、上記のようにキーパーソンを通じて患者の家族の意見を集約するという方法が不合理であるとは認められず、そのような方法を採用することも医師の裁量の範囲内にあると解される。

なお、キーパーソン以外の家族がキーパーソンと異なる意見を持っており、そのことを医師において認識し得た場合には、その者からも個別に意見を聴くことが望ましいといえるが、本件においては、C が O 医師や B に対し延命措置について何らかの具体的な意見を述べた事実は認められないから、O 医師がキーパーソンである B から延命措置に関する家族の考え方を聴取した結果、C がキーパーソンである B と異なる意見を持っており、O 医師においてそのことを認識しえたとは認められない。

したがって、H 病院が、C を含む A の家族との間で十分に話し合っ

て A にとって最善の治療方針を決定すべき注意義務に違反したと認めることはできない。

【コメント】

1. はじめに

終末期医療の方針決定については別原稿([「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」東京地裁平成 21 年 12 月 10 日判決](#))でも取り上げている。東京地裁平成 21 年判

決は患者本人の意思が表明されていた事例である。

本件では患者本人の意思が確認できず、O 医師は患者家族のキーパーソンである B の意見を参考にして延命措置をとらなかったが、患者死亡後に、別の患者家族 C が、自らを含む家族の意思確認を医療機関がしなかったとして紛争化した。

本裁判例は、厚生労働省が平成 19 年 5 月に策定した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考に、終末期医療の方針決定における O 医師の注意義務を検討している(ガイドラインの詳細な内容については上記別原稿に譲る)。

同ガイドラインは、平成 30 年 3 月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改訂されている。改訂の主なポイントは、在宅医療・介護の現場でも活用できるような見直し、心身の状態の変化に応じて本人の意思は変化しうること前提に日頃から繰り返し話し合うことの重要性を示す見直し、本人が意思を伝えられない状態になる前に本人の意思を推定する者を前もって定めておくことの重要性を記す見直し、単身世帯が今後増えることをふまえ、患者本人が意思を親しい友人に伝えているケースを想定した見直し、話し合った内容をその都度文書にまとめておき共有することの重要性を記す見直し、である。

2. 終末期医療の方針決定について

本裁判例は、まず、A の意思の確認ができる場合であったかを検討し、意識障害の程度や、意識障害が継続していたこと、経鼻胃管の抜去を試みるなどしていたことから、A が延命措置について自ら意思決定をすることは困難であったと結論付けている。

本人の意思を尊重する前提として、患者本人が延命措置の意味や必要性、メリットや、それによるデメリット、延命措置を講じない場合の結果などを十分に理解できる能力と、また、それらを理解したうえで判断できる能力が必要である。本裁判例は、これら能

力のどちらか 1 つ、または両方が欠けているとして本人が意思決定することは困難であったと判断したものと考えられる。

A には、入院中最も意識レベルが良い時には、呼びかけに対して頷く、手を握り返す、「分かります」「はい、大丈夫」「うん」と簡単な日常会話が成り立つ程度の反応が見られたが、最良でもこの程度の意識状態では、延命措置という自らの生死を分ける重要事項に関して理解する能力、判断する能力が十分にあったとはいえないとした判断であり、医療・介護の現場で本人の意思を確認できるか判断する際に参考になる。

本裁判例は、次に、患者家族から患者の推定される意思を聴き取る、または家族が本人の意思を推定できない場合には家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとったか検討した(なお平成 30 年改訂後のガイドラインでは、単身世帯が今後増えることをふまえ、患者が意思を親しい友人に伝えているケースを想定し、患者の推定される意思の聴き取りを行う相手や、話し合いの相手を「家族」から「家族等」に改めている)。そして、医師が患者家族のなかからキーパーソンを認識した場合には、キーパーソンを通じて患者家族の意見を集約する方法を採ることを認め、全員に個別に連絡して意見集約することを要しないとした。

患者家族が多数いて医師が個々の連絡先を知り得ない場合や、本人との同居の有無により関心度合いに相違がある場合(特に将来的な看護・介護の負担について各家族への負担が異なることが想定される場合)など、患者家族にも多様な存在が想定されることから、医師が全員に個別に連絡して意見を集約することを求めるのは現実的ではないことも少なくであろう。本件のケースでは B が妻とともに長年 A と同居し A の介護の担い手であったこと、C や D は A と同居していなかったことを考えると、B をキーパーソンとして認識した医師の判断や、キーパーソン

ンを通じて患者家族の意見集約をした O 医師の行為も妥当といえるであろう。

基本的には、今後も、患者家族にいるキーパーソンを通じて患者家族の意見を集約する方法を用いてよいことになる。もっとも本件は、C が終末期医療について B とは異なる意見を持っていることを O 医師や他の医療従事者が知り得ない状況下での出来事である。もし本件の状況とは異なり、医師が、キーパーソン以外の家族がキーパーソンとは異なる意見を持っていることを知った場合には、キーパーソンの述べる見解を家族の見解として扱うのではなく、医師はキーパーソンに家族の意見集約を委ねて家族同士の話し合いを促すべきである。

異なる意見を有する家族同士でよく話し合ったが意見が集約できない場合には、平成 30 年改訂後の同ガイドラインにおける「家族等のなかで意見がまとまらない場合」として、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置して、患者にとっての最善の治療方針を検討することが望ましいであろう。

本件では、A の死亡後に C と B らの間で最高裁まで相続問題が争われた後に本裁判が提起されており、相続争いの延長戦という要素も否めない。そのような事情をふまえて本裁判例のような判断がなされた可能性がある。個別事情に配慮した判決ともいえるであろう。

3. 医療機器を操作してはならないと患者家族へ説明する義務

本裁判例は、通常理解力を有する患者家族であれば、勝手に病院の医療機器を操作してはならないことを常識として理解しているのであるから、医師は家族が既に理解している事柄についてまで説明する義務はないとした。言わずもがな当然の判断と考えるが、説明義務の範囲が過度に拡大することへの抑止に繋がると考えて紹介する。

【参考文献】

- ・ 判例時報 2351 号 14 頁
- ・ 判例タイムズ 1441 号 233 頁
- ・ 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(平成 30 年 3 月)

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [② さまざまな経管栄養法**](#)
- ・ [19 キーパーソンについて、本人の思い？ 家族の希望?***](#)
- ・ [脳卒中における終末期医療に関するガイドライン***](#)
- ・ [脳卒中**](#)
- ・ [回復期脳血管障害経管栄養例の誤嚥性肺炎の発症要因***](#)
- ・ [人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン***](#)
- ・ [No.3 キーパーソンの設定と対話—家族の構造変化を知る—***](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。