

Comment of Specialist

専門家のコメント

**当直医は誤嚥性肺炎の発症を疑っていたものの、
主治医への連携体制が整っていなかったことから
治療機会を逃し、結局、医療裁判に至ってしまった事例**

● 齋藤 ともよ 弁護士法人 FAS 淀屋橋総合法律事務所 弁護士
松森 美穂 (本件患者側代理人)

第1 誤嚥性肺炎が見逃された原因の考察

1. 当直医は、発熱の翌日に誤嚥性肺炎を疑い経管栄養を一旦中止したこと

本件は体温36度台で推移していた太郎さんがNGチューブ（経鼻胃管（本件チューブ））の挿入の翌日1月8日午後2時に38度台の高熱を出し、同日午後8時30分には咳嗽、口腔内に痰が貯留している状態が認められたというもので、素人目から見ても経管栄養を契機とする誤嚥性肺炎の発症が疑われるものでした。

翌1月9日早朝に当直医（Y病院の勤務医、精神科医）が経管栄養の中止を指示していることが診療録に記載されていますが、これは当直医が誤嚥性肺炎を疑ったためだと思われます。にもかかわらず、Y病院の院長でもあった太郎さんの主治医（精神科医（A医師））は、太郎さんの発熱の原因は精神運動興奮状態による激しい体動、脱水によるものと考え、誤嚥性肺炎を疑うことなく、低栄養による体力低下もあると考え、1月9日の経管栄養の再開を指示してしまったのです。

2. 発熱、喀痰、咳嗽、酸素飽和度低下、頻脈等の症状が進行・継続している

当直医の経管栄養中止の指示により1月9日午前8時の栄養・薬剤の注入はスキップされましたが、主治医が経管栄養再開を指示したことにより、同日午前11時には「痰多量喀出される」状況であったにもかかわらず、同日11時20分に朝食としての栄養と薬剤と白湯が注入され、注入後は「痰口腔内多量付着あり」の状態で、午後12時45分にも注入がありました。

同日午後4時は「体温38.5、脈105、SpO₂81%、黄緑色痰多量あり」、同日午後7時は「体温37.3、脈109、SpO₂85%」でしたが、誤嚥性肺炎を疑った診療行為はありませんでした。

1月10日も高熱、頻脈、酸素飽和度の低下、咳嗽、喀痰が認められる状況が続きましたが、誤嚥

性肺炎を疑った診療行為はありませんでした。

なお、1月9日（土）、1月10日（日）、1月11日（祝）はいずれも主治医は午前中出勤で、午後はお休みだったとのことでした。

3. 原因の考察

(1) はじめに

このように振り返ってみると、裁判所が認定した1月8日午後8時30分時点で誤嚥性肺炎を疑って治療を開始しなかったという過失以外においても、いくつかの時点で、太郎さんの経管栄養を中止し、誤嚥性肺炎の治療を開始することができる機会があったのではないか、その機会を逃さなければ太郎さんは亡くならずにすんだのではないかと考えられます。

(2) 主治医の診断ミス

まず、発熱の原因は精神運動興奮状態等によるものと思ひ込み、喀痰や咳嗽について評価しなかった主治医の診断ミスは重大と思われる。もっとも、春江さんたちは主治医のことを悪くおっしゃらず、アルツハイマーで徘徊等がある太郎さんの受け入れ先がなかなか見つからない中、太郎さんの治療を引き受けて下さり感謝しているとのことでした。

主治医は精神科の医師で、筆者が証人尋問の際にお会いした印象ではご高齢でした。推測の域を出ませんが、精神科医であることから内科領域に精通しておられなかったか、内科的治療を重視してなかったこと、または精神疾患を抱える困難な患者を多く引き受けてきた自負から、ご自身の治療方針に自信があり、それが慢心に繋がり、適切な判断ができなかったことが要因であったかもしれません。

(3) 他の医療スタッフが主治医の判断の誤りを是正できなかったか（医師間の連携の欠如）

もっとも1人の医師の判断ミスを他のスタッフがカバーする体制があれば、本件のような悲しい事故は防げたかもしれません。

筆者は証人尋問で主治医に対し、「1月9日早朝に経管栄養を中止した当直医と経管栄養を中止するか継続するかについて議論しましたか?」、「当直医からなぜ経管栄養を中止したのかの説明は受けましたか?」と質問しましたが、いずれの質問に対する回答も「いいえ」でした。

もし当直医が「熱だけでなく喀痰も咳嗽もあるから誤嚥性肺炎が疑われるので経管栄養は中止した方がよい」と院長である主治医に進言することができるか、または、診療録にその旨の記載をして引継ぐような連携の体制がY病院にあれば、太郎さんの死は防げたのではないのでしょうか。

主治医は証人尋問で当直医はその時間帯の症状のみから一時的な判断しかしないものであるという趣旨の証言をしましたが、このような院長の姿勢が本件のように適切な当直医の判断を生かせない背景にあったといえます。

次に主治医の誤りを是正することが可能であったと考えられるのは看護師です。看護記録には誤嚥性肺炎を疑わせる症状が幾度となく記載されていましたので、看護師が誤嚥性肺炎を疑って、経管栄養の中止を医師に進言できなかったのかという疑問が生じます。

また、医学の素人である春江さんは、毎日見舞いに行っては二郎さんに太郎さんの状況を伝えていましたが、1月10日に、太郎さんの様子を聞いた二郎さんは「抗生物質は入っていると思う。肺炎とかなら高度な医療ができるところに移転する必要がある」というメールを春江さんに送っていますので、看護師であれば、誤嚥性肺炎を疑うことはもっと容易だったでしょう。

病院としては、連休中でスタッフも少なく、主治医も午後休で連絡が取り難い状況であったのかもしれませんが、せめて1月9日の段階で何らかの対処がなされていれば、医療裁判を起こされるまでの事態は防げたと思われます。

以上が筆者なりの原因の考察ですが、筆者は本件とは別に、同じく精神科に入院している高齢患者の誤嚥性肺炎症状を高齢の看護師が見逃したことで誤嚥性肺炎に対する治療がなされず亡くなったケースの示談交渉（病院側は過失を認めため金額のみの交渉）も経験しましたので、精神科の領域では、前記のような精神科領域以外の内科領域の知識の不足と他科との連携の必要性の認識が不足していたり、または医療水準に沿った内科的治療を軽視するという背景があり、内科診療では考え難いような単純な誤嚥性肺炎の見逃しが起きやすいのかもしれないと考えています。

本件が抑止力となり同様の事故が起こらないことを願っています。

第2 チューブが胃内に到達しているかを確認する義務に違反したという認定について

本件では誤嚥性肺炎の見逃しの過失以外にもNGチューブが胃内に到達しているかを確認する義務に違反したという過失も認定されていますが、この過失が認定される前提として1月7日のNGチューブ挿入時点においてチューブ先端は胃内に到達していなかったという事実の立証が必要です。

本件では1月11日に救急搬送先病院で実施された胸腹部CT検査においてNGチューブが太郎さんの胃内に到達しておらず咽頭部でとぐろを巻いている状況であることが判明したことから、1月7日のNGチューブ挿入時からチューブ先端は胃内に到達していなかったのではないかという疑いが生じ、春江さんらは筆者らに医療調査事件を依頼しました。

本件受任時に筆者が知り合いの医療関係者に意見を聞いたところ、「正常に留置されていたNGチューブが翌朝喉元でとぐろを巻いていることなんてことはよくあることである」という回答でしたが、経管栄養自体が誤嚥性肺炎のリスク要因であるため、提訴に踏み切りました。

裁判所が患者側の主張通り1月7日のNGチューブ挿入時点においてチューブ先端は胃内に到達していなかったという事実を認定したのは以下の要因があると考えられます。第1に患者側が1月7日時点でNGチューブが咽頭部でとぐろを巻いていたと推認されるという内容の医師の意見書を証拠として提出できたこと、第2に、医療機関側はそれに対する反論の意見書を提出しなかったこと（裁判は当事者主義であるため、当事者が提出した証拠に対する適切な反論がなければ、提出された証拠の内容が事実の認定に採用されるのです）、第3に1月8日時点での誤嚥性肺炎の見逃しという明らかな過失が存在したため、1月7日時点でNGチューブが胃内に到達していたか否かは裁判の結果に実質上影響がなかったということです。

としても、1月7日時点及び留置中にNGチューブが胃内に到達しているかを確認すべき注意義務を怠ったことを認めた本件判決は、春江さんらにとってだけでなく、医療裁判判例において、意義あるものと筆者は考えています。

第3 医療機関側と患者側にとって望ましい医療事件の解決について

筆者らは本件受任後に証拠保全で入手した診療録を確認し、明らかな誤嚥性肺炎の見逃しであることが判明したので、医療機関側として過失がないと争うことは困難であろうと考え、示談で早期に解決できると想定し、平成29年1月に損害賠償請求通知を医療機関側に送付しました。ところが医療機関側が損害賠償責任を一切認めなかったため、筆者らは訴訟を提起せざるを得ませんでした。

本件は平成28年1月発生の医療事故で、令和3年2月の判決後には、双方とも控訴せずに確定しましたので、事故発生から解決まで5年以上かかっていることとなります。遅延損害金は民法改正前の不法行為のため年5%でしたから、解決まで5年かかったことにより医療機関側は遅延損害金だけで1千万円近くも支払わなければなりません。

また本件判決は新聞記者の目に止まり、病院名と判決において認定された過失内容も新聞で報道されました。

このように裁判での解決は、患者側にとっては長期にわたる裁判を担うという辛く厳しいものであるのみならず、医療機関側にとっても負担が多く、望ましいものではないものと思われます。

したがって、医療施設においては、医療ミス指摘された場合、その指摘されたミスが法律上過失と認定されるかの法的評価を的確に行い、裁判上過失と認定される可能性が高いと判断された場合においては、訴訟に至る前の早い段階で、適切に解決するのが望ましいと個人的には思っています。