

患者・状況別の対応と注意点 窒息に関する医療訴訟から学ぶ

Learn from healthcare litigations about choking

増田 聖子*

Seiko Masuda

POINT

- ☑患者や施設利用者に適切な食物形態を選択する。
- ☑摂食時の介助，見守りを徹底する。
- ☑院内あるいは施設内の救急体制を確立し，教育・研修を強化する。

KEY WORDS

医療訴訟，窒息，誤嚥

はじめに

医療提供施設や介護施設，あるいは在宅での介護従事者による介護の場面において，患者や利用者が，食物を誤嚥して窒息する事故は少なくない。その結果，患者や利用者が死亡したり，低酸素脳症などの重篤な後遺症を残すとき（以下，誤嚥・窒息事故）には，患者や利用者，その家族に，無念の気持ちを残す。関係した医療者や介護者も，悔恨の気持ちを抱くことになるであろう。このような悲しい事故を防ぐためには，多職種が連携した取り組みが必須である。本稿では，このような取り組みにあたって，医師をはじめ多職種の方々に参考にしていただくため，窒息に関する医療訴訟から学ぶ教訓について，弁護士立場から述べる。

誤嚥・窒息事故の争点

誤嚥・窒息事故において，施設や医療者・介護者の注意義務（過失，いわゆるミス）としては，まず，誤嚥・窒息が予見できたかが問題となり，予見できた場合には，
争点①：提供した食物（食材，大きさ，形状など）が患者，利用者にとって適切であったか
争点②：食事の提供にあたり，患者・利用者の介助や見守りは適切であったかが問われ，さらに，
争点③：発生した誤嚥・窒息に対して，適切に対応できたかが問題となる。

以下，3例の裁判例について事故および判断内容の概略を紹介して，問題点を整理する。

* 増田・横山法律事務所弁護士

誤嚥・窒息時退室事故 (東京地裁2021年3月19日判決)

1. 概要

事故日：2015年9月7日，夕食摂取中。

患者A：当時86歳。

施設：特別養護老人ホーム。

疾患など：要介護4，認知症，日常生活自立度C2。

食材：おもゆ，トロミ付き澄まし汁，極きざみのジャガイモの煮物およびもやしの和え物，トロミ付きお茶。

関係した医療者・介護者：介護職員B。

被害：低酸素脳症による高次脳機能障害のち，死亡。

2. 経過

Aは，食事の全量を摂取するには介助があっても通常30分は要していた。

8月26日，夕食直後に痰がらみで苦しそうなので看護師を呼び残渣の吸引。

9月4～6日，夕食の間にときどき食べ物の吐き戻し，口腔内溜め込み。飲み込みが悪く，食べ物や栄養剤のむせ込み。

同月7日，全介助の状態，日中はベッド上，自力では寝返りもうてない。

同日17時41分，BがAの居室に入室。食事介助開始。ギャッジアップ80°，姿勢は直さず，準備運動なし。食事前に水分摂取などで口腔内を濡らさず，飲み込みについて口の中を確認しなかった。

同44分，Bはお茶のトロミ粉を取りに行くためいったんAの居室を退室し，戻って介助再開。Aは半量摂取。Aが食べ物を口腔内に吐き戻す状態を繰り返す。誤嚥発生。Bは指を突っ込んで吐き出させようとしたが，Aが歯を食いしばり吐き出せず。Bは背中をタッピングするが，Aは顔面蒼白となる。

同52分，Bは看護師を呼ぶため退室して，

ナースステーションから内線電話で看護師に連絡（看護師はPHS携帯せず）。ほかの職員には連絡せず。BはAの居室に戻り，ギャッジアップ80°のままAの身体を起こし，手袋を取りに再度退室。BはAの居室に戻り，口の中から食べ物を出そうとする。

同54分，看護師が居室に到着。顔面蒼白，反応なし。チアノーゼ確認。看護師がベッドを水平にして吸引，残渣の一部を吸引。

同56分，職員らがAの居室に到着。胸骨圧迫などを開始。

18時2分，救急要請。

同8分，救急隊到着。心肺停止状態で病院へ搬送。

10月23日，意識を回復することなく死亡。

3. 裁判所の判断

施設に対し約2,673万円の損害賠償金の支払いを認める。判決理由は以下。

1) 誤嚥・窒息の予見可能性を認める

事故前のAの状態や食事状況から，Bは，誤嚥が予見できたため，誤嚥・窒息することがないように食事介助をする注意義務がある。

2) 争点②の過失を認める

本件事故時の介助においてBは，姿勢を直さずに水分摂取もさせず，飲み込みの確認もしなかった。通常は食事に30分かかるAに対し，10分足らずで半量を摂取させたのは嚥下機能の低下に照らし相当に早いものであって，これらは注意義務違反である。

3) 争点①，③についても問題を指摘する

食事摂取状況からは，副食はミキサー食かムース食に変更することも検討すべきであり，食事内容が適切であったかにも疑問が残る。

誤嚥・窒息発生後，二度にわたって退室したこと，Aの居室にある電話から看護師に電話しなかったこと，看護師が常時PHSを携帯することを徹底させていなかったことも，施設の体制の不備である。