医師のための

法律相談コーナー

弁護士　矢吹（やぶき）　徹雄（てつお）
弁護士　二本柳（にほんやなぎ）　宏美（ひろみ）

近時の医療判例（53）

＜体重測定を行わずに栄養評価を行ったことについて医療水準を逸脱したと判断された事例＞
（控訴審）名古屋高等裁判所令和６年９月５日判決
（原審）名古屋地方裁判所令和６年１月26日判決
（医療判例解説　114号２頁）

Ⅰ　事案の概要

1　X（昭和26年生まれの男性）は、平成27年３月以降、直腸がん等の疑いによる手術等のためにY病院外科・消化器科・消化器外科に入通院し、陳旧性脳梗塞の既往歴がありY病院脳神経外科に通院していた。

４月15日の大腸ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）を受けるための入院時のXの身長は162㎝、体重は62.3kgであり、８月25日の幽門狭窄症による入院時の体重は55.4kgであった。

Xは、９月16日の脳神経外科の受診時、食事は摂れている旨述べ、同月28日の外科・消化器外科の受診時、食事は少しずつ時間をかけて摂っている旨述べたが、10月26日の外科・消化器外科の受診時には、食事はセーブしている旨を述べていた。

2　Xは、10月30日、２,３日前から吐き戻しを繰り返し、食事、水が摂取できない、ふらふらしているとのことでY病院を受診したところ、幽門狭窄による経口摂取不良の疑いがあるとして、その精査のためにY病院外科・消化器外科に入院した（以下「本件入院」）。

Xは、本件入院時の看護師による栄養スクリーニングにおいて「明らかに栄養不良なし」と判断され、本件入院中の栄養管理計画としては、絶食としたうえで、静脈栄養での輸液管理を実施することとなった。なお、Xの体重測定はなされなかった。

Xは、本件入院後も連日嘔気を訴えるなどしており、11月４日には、立位時のふらつきや動作の緩慢さ、視線の合いにくさが見られた。同日の体重測定の結果、Xの体重は48.1kgであった。Y病院脳神経外科では、Xに対し、同月５日または６日に頭部MRI検査を実施することとした。

Xは、同月５日も動作の緩慢さや反応の鈍さが見られたほか、せん妄が疑われる行動も見られ、診察時には明らかな見当識障害が出現していたことから、Y病院精神科ではせん妄として対応するとともに、Y病院脳神経外科では脳梗塞の可能性を前提に頭部MRI検査を実施したが、新規梗塞巣は見つからなかった。

Y病院医師は、同月６日、Xの意識障害の原因についてウェルニッケ脳症の可能性も考慮してアリナミン（ビタミンＢ１）を投与し、ビタミンＢ１を検査項目とする血液検査を実施した。その後、Xの眼球運動障害、体幹失調、頭部MRI所見などからウェルニッケ脳症が疑われたため、Y病院医師は、すでに投与中のビタミンＢ１を増量して治療継続することとした。

3　Xは、平成30年11月28日、Y病院において認知機能を含む全身状態の評価を受け、その結果、ウェルニッケ脳症とこれによるコルサコフ症候群、中等度からやや高度の認知機能低下があり（※１）、改善は困難で症状は進行していくと考える必要があると診断された。

（※１）Xの状態は、健忘、無関心な状態、最近の記憶の消失等の記憶障害があり、IQ44、精神年齢７歳０か月、見当識、注意、計算、近時記憶、語の想起力、意味記憶、言語流暢性、視空間認知、実行機能が全般に低下しており、精神障害１級、要介護５。情動及び行動の障害として爆発性が見られ、不眠や易怒性、認知機能障害が残存し、周囲への迷惑行為も見られた。起立、歩行に障害があり、車椅子を使用していた。

4　Xは、Y病院における本件入院時の栄養評価が医療水準を逸脱するものであり、Y病院における本件入院時の誤った栄養評価により、Xはウェルニッケ脳症を発症し、認知機能に著しい障害が生じ、Xに損害が発生したと主張して、Y病院に対して損害賠償請求訴訟を提起した。

一審（名古屋地方裁判所）は、Y病院において、本件入院時に体重測定を行わずに栄養評価を行ったことが医療水準を逸脱したものであるとはいえないなどとして、Xの請求を棄却した。

Xが控訴したところ、控訴審（名古屋高等裁判所）は、Y病院がXに対して「明らかに栄養不良なし」との栄養評価をして、体重測定を行うことなく、重大な栄養障害が生じている可能性が高いことを把握しなかったことは、当時の医療水準を逸脱するものであるとして、Y病院に対し、Xへの約9,372万円及びこれに対する遅延損害金の支払いを、Xの後見人である妻への198万円及びこれに対する遅延損害金の支払いを命じた。

Ⅱ　解説

1⑴　本件では、医療機関が入院時の栄養状態評価において体重測定を行わず「明らかに栄養不良なし」という栄養状態評価を行ったことについて、一審と控訴審とで判断が分かれました。判断の分かれ目は、平成27年当時の栄養状態評価に関する医療水準です。

⑵　一審は、「栄養不良の診断にはゴールドスタ

ンダードが存在せず、大規模な前向き臨床試験もほとんど行われておらず、十分なエビデンスが存在していないのが現状であって、診断基準も確立されていない状況にあり、栄養評価の絶対的な指標は存在しないことが指摘されている」ことや、「医療機関が患者の入院時に実施する栄養スクリーニングの方法としては複数の栄養評価ツールが存在しているところ、……平成26年に実施されたアンケートの結果によれば、全入院患者に対して身長、体重を測定している医療機関は55％程度であり、上記のような栄養評価ツールによらずに、アルブミンなどの血液検査値を栄養スクリーニングの指標として用いる医療機関も多く存在していたことも認められる」ことなどを理由として、本件入院時に体重測定を行わずに栄養評価を行ったことが医療水準を逸脱したものであるとはいえない、と判断しました。

⑶　他方、控訴審は、まず、「ゴールドスタンダードはない」との趣旨について、「一口に栄養評価といっても現在の栄養状態を示すものと将来のリスクを図るものが混在していることや、一般的に妥当性が承認されている栄養評価方法が複数あること、これ以上であれば正常と言い切れるだけの明確なカットオフ値がある単独の指標は存在せず、複数の指標を組み合わせて判断しなければならないこと等を示す趣旨であって、どのような場面でもどのような指標を用いてどのように栄養評価をしても自由であるという趣旨の文脈で用いられているものではない」と認定しました。

また、「平成26年に実施されたアンケート」について、「入院患者のうち動けるものに対して身長及び体重を測定している医療機関は約95％であり、アルブミンなどの血液検査値を栄養状態評価の指標として用いる医療機関も多かったが、そのような医療機関も、SGA等の他の栄養評価ツールと合わせて栄養状態評価を実施していることが多かった。SGAは栄養状態評価の手法として一般的に妥当性が認められているところ、Y病院は、栄養状態評価の手法としてSGAを採用していた」と認定しました。

そのうえで、当時のウェルニッケ脳症についての知見（※２）や栄養状態評価方法（※３）、Y病院においては入院患者に対してはSGAに基づく栄養状態評価を行うことを定め、その具体的な内容を本件マニュアルで定めて、これが運用されていたこと、Xの食事摂取状況、入院時までに把握されていたXの体重の推移等から、「SGAを含む一般に妥当性が承認されている複数の栄養状態評価の方法においては体重変化が最も重要な指標であるとされており、かつ、Y病院は現にSGAを採用しているのであるから、Y病院は、自ら規定した本件マニュアルに従い、Xの体重測定を行い、最近６か月及び最近２週間の体重の変化を把握すべきであった」と判断しました。

そして、Xが立位を保持して検査を受けることが可能であり体重測定が容易であったこと、ビタミンＢ１投与も容易であったことから、結果回避可能性を認め、「Y病院が、Xについて、「明らかに栄養不良がない」との栄養評価をして、体重測定を行うことなく、重大な栄養障害が生じている可能性が高いことを把握しなかったことは、当時の医療水準を逸脱するものであった」と判断しました。

（※２）「ビタミンＢ１は18日から20日で枯渇し、これが枯渇すると死亡や重篤な後遺障害をもたらすウェルニッケ脳症が発症するところ、ビタミンＢ１の欠乏は消化管からの吸収に問題があることや摂食障害があること等を原因として起きること、栄養療法を実施する際にはビタミンＢ１欠乏に注意すべきであることは、本件入院時である平成27年当時において広く知られていた。」

（※３）「栄養状態評価には各種の方法があるが、多くの方法において体重減少が評価項目としてあげられており、一般に妥当性が承認されている複数の栄養状態評価の方法では、体重変化が最も重視すべき指標であるとされている。」

⑷　控訴審判決では、X側とY病院側から合計９つの私的意見書（医師ないし教授によるもの）が詳細に引用されています。

意見書では体重測定が基本である旨を指摘するものが多く、本件で体重測定を怠り体重減少を見過ごしたことを正当化することは難しいように思われます。

⑸　本件からいえることは、何より、一般に妥当性が承認されている方法及び自ら規定されたマニュアルを守ることの重要性です。

また、本件で体重測定がなされず栄養評価が行われた理由は分かりませんが、見落としによるのであれば、本判決の解説（医療判例解説114号10頁の大西秀樹氏コメント）でも指摘されているとおり、「ミスを二重、三重にチェックできる院内の医療体制作り」が必要であるといえます。

２　結果の発生に対していくつかの原因が競合している場合に、公平の観点から損害額を調整する法理として、素因減額という考え方があります。

本件では、Xに以前から見られた脳萎縮・脳室拡大、両側内頚動脈閉塞、多発性脳梗塞等が、Xの後遺障害の程度に一定の影響を与えたものと認められ、10％の素因減額がなされました。