

小児科診療 UP-to-DATE

2019年1月2日放送

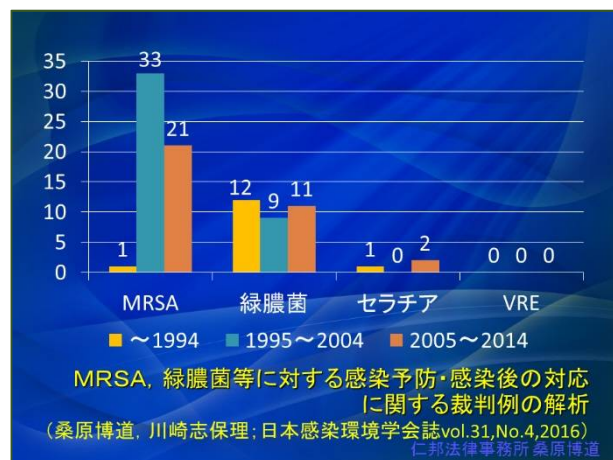
医療紛争事例から見た感染の予防、感染後の対応

仁邦法律事務所
所長・弁護士 桑原 博道

私は、医療紛争を医師側の立場で扱ってきました。医療紛争のなかには、感染に関するものがあります。そこで、感染に関する医療紛争について、その傾向を調べてみました。

感染に関する医療訴訟の起因菌

まず、感染に関する医療訴訟において、どんな菌が起因菌になっているかを調べてみました。そうすると、MRSA、次いで緑膿菌が起因菌になっていることが多いことが分かりました。このうち、MRSAについては、1994年以前の判決には、あまり見られませんでした。1995年以降の判決においては、かなり多く見られることが分かりました。一方で、緑膿菌については、1994年以前の判決においても、1995年以降の判決においても、同程度、見られました。ただし、2005年以降の判決においては、それまでの判決と異なり、多剤耐性緑膿菌（MDRP）も見られるようになっておりました。



裁判上の争点

また、感染に関する医療訴訟における裁判上の争点は、大きく分けると、感染の予防と感染後の対応になりますが、それぞれについて、過失が肯定され易いかどうか、を調べてみました。す

ると、感染の予防については、過失が肯定されることもあるけれども、比較的、過失は肯定され難いことが分かりました。これに対して、感染後の対応については、過失が肯定される割合と過失が否定される割合とは拮抗していて、過失が肯定されやすいとも、肯定され難いとも言えないことが分かりました。

更に、感染の予防、感染後の対応のそれぞれについて、具体的に、どのような点が争点になっているかを調べてみました。すると、感染の予防については、医療機関としての感染防止対策や医療関係者による清潔操作などが争点になっていることが分かりました。また、感染後の対応については、培養検査の実施時期や抗菌薬の選択などが争点になっていることが分かりました。そして、抗菌薬の選択が争点になっているもののなかには、抗MRSA剤をエンピリックに投与すべきかが争点になっているものがありました。

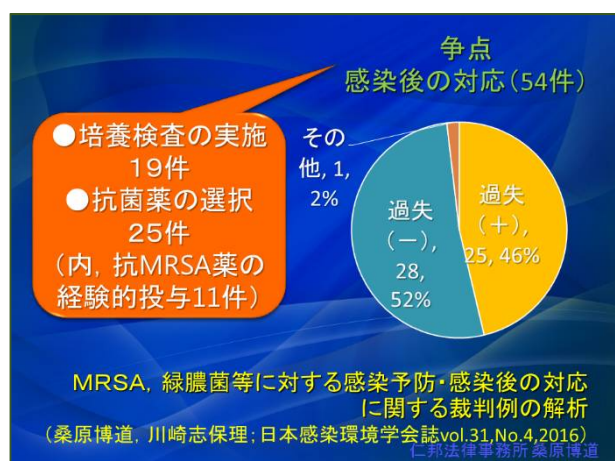
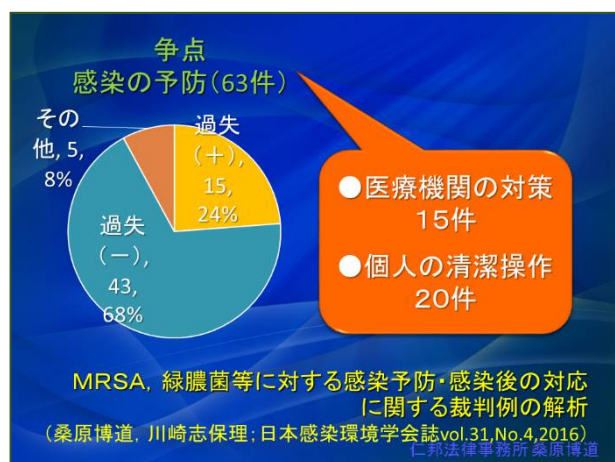
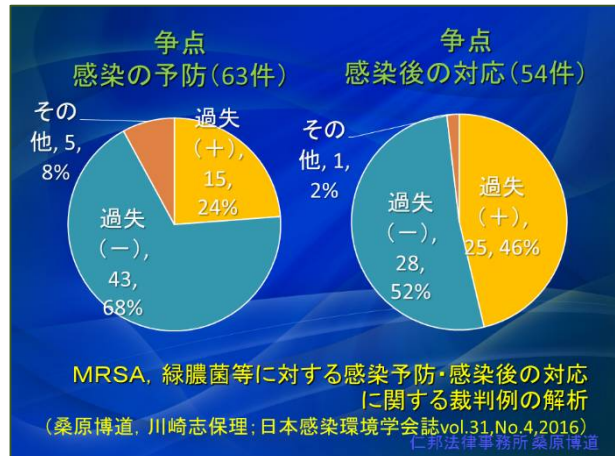
裁判例紹介

次に、感染の予防、感染後の対応のいずれについても争点となった裁判例を紹介したいと思います。

症例の内容は、ある新生児が公立病院の新生児室で管理されていましたが、この新生児室内でMRSAの集団感染があり、この児もMRSAに感染し、その結果、右化膿性膝関節炎、大腿骨骨髓炎、大腿部化膿性筋炎により右下肢に後遺障害を負ったというものです。

まず、感染の予防については、具体的には、①MRSAに感染した児の隔離が遅きに失し、また不十分でなかったか、②医療機関としての感染防止対策や医療関係者の清潔操作が不十分でなかったか、③MRSA保菌職員からの隔離が不十分でなかったか、が争点となりました。

このうち、①MRSAに感染した児の隔離については、1人目の児については、MRSA感染が判明してから3日後に小児科病棟に転棟となっていました。また、2人目の児についてMRSAが判



明したのは、1人目の児のMRSA感染が判明してから9日後であり、判明した後、直ちに、母子同室として隔離措置をとっています。裁判所は、こうした事情からすると、児の隔離が遅きに失したとはいえないし、不十分であったともいえない、と判断しました。

また、②医療機関としての感染防止対策や医療関係者の清潔操作としては、こちらの医療機関では、感染防止取扱基準が定められ、この基準に基づき、着用すべき衣類の分類、流水と石鹸、手指消毒剤による手洗い、室内の清掃、機械器具の滅菌に関する対策などが実施されていました。裁判所としては、こうした事情などからすると、医療機関としての対策や医療者関係者の清潔操作が不十分であったとは言えない、と判断しました。

では、新生児室で集団感染があったという事実そのものからして、医療機関としての対策が不十分であったといえるかという点、裁判所は、集団感染が発生したという事実のみから対策が不十分であったとするのは結果論に過ぎず、このことがあるからといって、医療機関としての対策が不十分であったとは言えない、と判断しています。

さらに、③MRSA保菌職員からの隔離については、保菌者の鼻腔などからMRSAが直接飛沫感染を起こす危険性はほとんどなく、保菌状態にある鼻腔などに触れた手指や器具などを介して、感染を起こすのが通常であり、このことからすると、手洗いや手指の消毒などを徹底した上であれば、MRSA保菌者である医療従事者が、患者あるいは患者と接触する可能性のある家族と接触したとしても、それを直ちに不十分とは言えない、と判断しました。

次に、感染後の対応については、起因菌がMRSAであると判明していない段階ではあったけれども、抗MRSA剤をエンピリックに使うべきであったかが、争点になりました。

この点について、裁判所は、まず、患児が39.5度の高熱を発し、CRPも高値となっており、何らかの感染症の発症を疑うべき状態になっていたことは明らかであるとしています。問題は、培養検査結果判明前の時点で、感染症の起因菌をどう考えるかになります。この点について、裁判所は、当時、新生児室においてMRSAに感染していた患児は5名に達しており、しかも、立て続けにMRSAに感染していた患児の存在が判明する状況になっていたことなどからすると、起因菌として最も可能性が高いと考えられるのはMRSAであったとすることができる、と判断しています。その上で、裁判所は、MRSAが多く抗生物質に対して耐性を持つ細菌であって、その治療は困難化することも考えられることをも考え併せると、たとえ培養検査結果が判明していなくても、MRSAに感受性があり得る抗菌薬の投与など、MRSA感染を想定した治療を開始すべきであったと判断しています。

これに対して、本症例に関わった医師は、法廷で、本症例についてはMRSA感染よりも、大腸菌やB群溶血性連鎖球菌による感染の可能性が高いと判断していたという趣旨の供述をしています。しかし、裁判所は、大腸菌やB群溶血性連鎖球菌による感染であることの具体的可能性をうかがわせるような事情が存在したとは認められないのであるから、実際に感染例が発生しているMRSA感染を優先して考慮すべきであったと判断しています。

これらを踏まえて、裁判所は、約 2600 万円の賠償を命じています。

裁判例から見る感染予防・感染後対応

解説を加えますと、まず、感染の予防については、このように、たとえ集団感染であったとしても、直ちに過失があるとされるわけではありません。もちろん、感染ルートが判明し、また、きっかけとなった不十分な清潔操作が推測できるような場合には、話は別です。したがって、医療機関としての対策としては、その規模の医療機関であれば一般的に行われているような対策をとっておけば十分でしょう。ただし、医療訴訟は、ある症例が起きた後、時間が経ってから提起されますので、例えば、感染対策マニュアルを改訂した場合であっても、改訂前のマニュアルも保管しておく必要があるでしょう。

また、感染後の対応については、抗 MRSA 剤をエンピリックに投与すべきかどうかについては、各症例によって、裁判所の判断は分かれています。例えば、別のケースでは、裁判所は、患者の発熱及び下痢の症状から MRSA 腸炎などを疑った場合には、培養検査の結果を待つことなく、直ちに抗 MRSA 剤を投与することが望ましい場合があることは否定できないとはいえ、そのような場合に、培養検査の結果を待つことなく、抗 MRSA 剤を投与しなければならないということが我が国における医療水準として確立しているとまでは認めることができず、そうした法的な注意義務があるということもできない、と判断しています。このことからすると、今回の裁判例があるからといって、一般論として、抗 MRSA 剤をエンピリックに使用すべきとはいえ、MRSA の集団感染があるなかで、高熱と CRP 高値が認められたような事情がある場合には、培養検査結果が判明してなくても、抗 MRSA 剤を投与することを検討する必要があるということになるでしょう。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>