

褥瘡予防・管理に関する法的責任

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

糖尿病の既往がある患者(男性・死亡時60歳)が、小脳出血により緊急搬送され、手術後、寝たきり状態となった。その後、ある程度回復した患者は、自宅近くの病院へと転院したが、転院先の病院で褥瘡が発生した。医師は褥瘡部の痂皮の切除等の処置を講じるとともに輸血や鉄剤の投与あるいは栄養状態の改善を施したりしたものの褥瘡が増悪し、やがて男性は腎不全により死亡した。

本件は、患者の妻が、患者の死因は褥瘡にあるとして、病院の褥瘡予防・管理が不適切であったと主張して損害賠償を求めたところ、裁判所が医療機関の責任を認めた事例である。

キーワード: 褥瘡, 糖尿病, 体位変換, 基準看護, 褥瘡予防・管理ガイドライン(第3版)

判決日: 東京地方裁判所平成9年4月28日判決

結論: 一部認容・確定(認容額841万円余)

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成4年 1月5日 午前1時頃	Aは外出先で倒れ、救急車でH病院に搬送された後、意識障害を起こし、I病院に転院した。 Aは小脳出血と診断され、ただちに血腫除去手術が施された。
血腫除去手術 ～J病院転院前	Aは、当初意識もない状態であったが、2月に入ってから回復がみられ、中枢性失語症により会話はできなかったものの、人の話に頷くことができるようになり、2月28日からリハビリも行っていた。 また介助により車椅子に乗れる状態であった。 もっとも、Aは糖尿病に罹患しているほか、食物の摂取は経管栄養を必要とする状態であり、また小脳出血に起因する両側不全麻痺、四肢拘縮等により起居や寝返りも自力ではできない状態であった。

4月18日	ある程度回復したことから、Aは、自宅近くのJ病院を紹介され転入院した。 なお、看護師作成の病院間の申送書類には、「褥創予防、気道閉鎖予防にて2時間毎の体位変換を励行しておりました。どうぞよろしく」、「(DMのため仙骨部、褥瘡でしやすい)」と記載されていた。 また、I病院では、Aに褥瘡を発症させることはなかった。
J病院への転院後	当時、J病院は基準看護I類(入院患者4人に対して看護婦1人の看護体制)がとられていたが、看護婦は常勤が8～9名、ベッド数は32で、ほとんど満床の状態であり、Aのような寝たきりの患者に対する体位変換は3時間毎に行うこととされていた。 そして、Aに対する実際の体位変換の実施状況は、看護経過記録によれば、入院当初から必ず

	しも3時間毎の体位変換が励行されていたわけではなかった。
4月26日	Aの仙骨部に褥瘡が発生した。褥瘡は、第Ⅰ度(圧迫部が発赤する状態)ないし一部第Ⅱ度(腫脹、硬結が加わり、水疱形成や真皮に至る潰瘍が認められる状態)であった。
褥瘡発生後	O医師は、患部にポビドンヨードやデキストラノマーといった創清浄剤を塗布しガーゼをあてる等の処置を講じたが、その後も体位変換は午前零時、午前3時、午前6時、午前10時および午後9時にはほぼ必ず実施され、午後12時には概ね実施されていたものの、午後3時と午後6時には体位変換が実施されないことがときどきあった。しかし、身体の清拭は毎日行われていた。
6月15日	Aの妻Bは、Aが病院のベッドで寝たきりの状態だと褥瘡が悪化するのではないかと考え、独自の判断で全身用エアーマットを購入して使用するようになった。なお、これまでの間、O医師やJ病院の看護婦から褥瘡予防のためにエアーマットが有効であるとしてその使用を指示されたり勧められたりしたことはなかった。
6月25日頃	Aの褥瘡は治癒するには至らず、第Ⅱ度の状態となった。
7月3日	O医師は、同日から数回にわたり褥瘡部の痂皮を切除する等の処置を講じるとともに、輸血や鉄剤の投与あるいは栄養状態の改善を図るなどした。
11月26日頃	Aの褥瘡のポケットが深くなり始めた。
12月	褥瘡の部位自体も大きくなるとともに浸出液が多量に排出され、高熱も続き、褥瘡は増悪して第Ⅲ度(潰瘍が皮膚全層におよび、皮下脂肪層に至る深さになった状態)となり、次第に全身状態や意識状態が悪化していっ

	た。
12月23日頃	Aは呼吸困難の状態となり、O医師は、酸素吸入を開始した。
12月26日	O医師は、気管切開を実施した。
12月28日	Aの妻Bの希望により、AがI病院に転院した。
12月30日 午前0時24分	Aは、腎不全により死亡した。

【争点】

- ・O医師がAに対し褥瘡の予防と治療について必要とされる適切な医療処置を講じたかどうか。

なお、裁判では、上記争点の他にAの死亡と褥瘡との間に因果関係があるかどうか争点とされたが、裁判所は、「直接の死因である腎不全については腎機能障害が原因と考えられるけれども、その一方で褥瘡も腎機能を悪化させる要因として少なからざる影響を及ぼしたものと推認するのが相当である」との理由により、Aが腎不全により死亡したと褥瘡との間には因果関係が存在すると判断している。

【裁判所の判断】

裁判所は、以下のとおり述べて、医療機関に注意義務違反があると判断した。

褥瘡の発生予防としては、局所への圧迫を除去するために自力で体動できない患者の場合には、2時間毎の体位変換、圧迫を軽減する用具として全身的な徐圧効果のあるベッドやエアーマット等の使用、マッサージや局所皮膚の清潔と乾燥、高蛋白質、高カロリー食の摂取等の栄養補給が指摘されている。一方、褥瘡が発生した場合の治療方法としては、基礎疾患の治療に加え、保存的療法として褥瘡の予防と同様に圧迫の軽減(少なくとも2時間毎の体位変換、特に糖尿病などの合併症のある患者の場合はより頻繁に体位変換をする必要がある)、局所皮膚の

清潔と乾燥、マッサージが、また局所療法として壊死組織の除去、局所の消毒として創洗浄剤の使用、細菌感染増殖の治療抑制として抗生物質の投与等が指摘されている。そして、褥瘡が進行すると、皮下組織のみならず、筋肉、骨を冒し、全身衰弱あるいは直接生命にも危機をもたらす重篤な合併症となり、敗血症等により死に至ることもあるといわれている。これらの事柄は市販されている医学用文献に記載されているところであるが、O医師も、自力で体動できない患者の場合、2時間毎に体位変換を行うことや、糖尿病などのリスクを持った患者の場合にはもっと頻繁に体位変換を実施する必要があることは知っていた。

J病院では寝たきりの患者に対する体位変換は3時間毎に行うこととされていたが、Aは自力での体動ができなかったし、糖尿病の疾患があつて褥瘡を併発しやすい状況にあつたのであるから、褥瘡を予防するために少なくとも2時間毎の体位変換が実施されて然るべきであつた。にもかかわらず、J病院においては2時間毎の体位変換を実施しなかったばかりか、3時間毎の体位変換さえ必ずしも励行されていたわけではなく、その結果、Aは入院して間もなく仙骨部に褥瘡を発症したのである。そして、褥瘡が発生した場合の保存的療法として褥瘡の予防と同様に圧迫の軽減を図ることが肝要であり、特に糖尿病などの合併症のある患者の場合はより頻繁に体位変換を実施する必要性があることは市販されている医学用文献においても夙に指摘されていたし、そのことはO医師自身も医学上の知見として知り得ていたのに、看護婦に対して頻繁に体位変換を行うよう指示を与えることもなく、従前どおり概ね3時間毎の体位変換しか実施しなかった。しかも、圧迫を軽減する用具として効果のあるエアーマットの使用については、その指示や勧誘等を行うことなくBが独自に購入して初めて使用するような状況であつたこと、その後、Aは褥瘡の分類では第II度の状態となり、O医師は数

回にわたり褥瘡部の痂皮を切除する等の処置を講じるとともに輸血や鉄剤の投与あるいは栄養状態の改善を施したりしたものの、褥瘡は治癒するに至らず、その後、褥瘡のポケットが深くなるとともにそれが拡大するなど第III度の状態にまで増悪したこと等の事実関係にかんがみると、O医師は、J病院の経営者ないし担当医師として、Aに対し、少なくとも褥瘡の予防と治療のために必要とされる適切な体位変換を実施しなかったものというべきであり、この点においてO医師に診療契約上の債務不履行ないし不法行為上の注意義務違反があることは明らかである。

この点について、O医師は看護の体制上(基準看護I類、患者4人に対して看護婦1人)限られた看護婦数では3時間毎の体位変換が事実上限度である旨主張するが、J病院の看護体制では事実上3時間毎の体位変換が限度であることをもって、褥瘡の予防と治療に関する診療上の義務が免除ないし軽減される筋合いではない。そもそも2時間毎の体位変換を実施することができないのであれば、それを実施することのできる看護体制にある医療機関に転医させるなどの措置を講じて然るべきであつたのに、O医師はかかる措置さえ講じなかったのであるから、漫然と患者を不十分な医療環境の下に放置したといわれても致し方ないというべきであり、医療従事者のあるべき姿勢の観点からみると、そもそも看護体制を理由に寝たきりの患者に対して2時間毎の体位変換を実施することは事実上不可能であるとして3時間毎の実施が限度であることを正当化するO医師本人の供述態度自体、褥瘡の予防と治療に対する医療従事者の姿勢として甚だ遺憾というほかなく、O医師の主張は採用できない。

【コメント】

1. 褥瘡について法的責任が問題となる場面とは

本判決が「褥瘡の予防と治療」と述べているように、

大別すると、①褥瘡の発生を防止するための処置と②褥瘡が発生した後の管理・治療の 2 つの場面で法的責任が問われる。

具体的には、①褥瘡の発生を防止するための処置に関しては、リスク評価、体位の変換、清潔保持、エアーマットの使用、栄養管理等の義務が主張されることが考えられ、②褥瘡が発生した後の管理・治療に関しては、①に加え、保存的治療、外科的治療、感染症対策等の義務が主張されることが考えられる。

本件では、①および②の双方の場面について、A が自力で体動できない患者で糖尿病の既往も有していたこと、エアーマットを使用していなかったことなどから、「褥瘡を予防するために少なくとも 2 時間毎の体位変換が実施されて然るべきであった」として、3 時間毎の体位変換を行っていた J 病院に注意義務の違反があるとされた。

2. ガイドラインとの関係

今日、褥瘡に関するガイドラインとして、平成 10 年に刊行された厚生省監修の「褥瘡の予防・治療ガイドライン」や、平成 24 年に発表された日本褥瘡学会による「褥瘡予防・管理ガイドライン(第 3 版)」がある。後者は、予防ケアと発生後ケアの双方について臨床上の疑問とそれに対する推奨文、推奨度を示す内容となっており、改訂を重ねてアップデートされていると考えられることから、医療訴訟においても褥瘡対策に関する医学的知見として大いに参考とされるものと思われる。

そこで、本判決で特に問題視されていると見受けられる「褥瘡を予防するために少なくとも 2 時間毎の体位変換が実施されて然るべきであった」という点について、「褥瘡予防・管理ガイドライン(第 3 版)」の内容を確認する。同ガイドラインでは、「ベッド上では、何時間ごとの体位変換が褥瘡予防に有効か」との問いに対して、「基本的に 2 時間ごとの(2 時間を超え

ない)体位変換を行ってもよい(推奨度 C1)」となっており、推奨度としては「C1 根拠は限られているが、行ってもよい」に留まっている。

そうであれば、今日的には、裁判所が、2 時間毎の体位変換を行っていないことを強調して注意義務違反があると判断することには抵抗感があるように思われる。

そうすると、続いて、何時間毎の体位変換が推奨されるのかという点が問題となるが、同ガイドラインでは、先の推奨文に続く解説の中で、「体位変換の頻度は、患者の組織耐久性や活動性および可動性のレベル、全身状態、治療の目的、皮膚の状態のアセスメントによって決定する」との NPUAP/EPUPA ガイドライン(アメリカの National Pressure Ulcer Advisory Panel および European Pressure Ulcer Advisory Panel)の記述を引用し、個々の患者に応じて体位変換の頻度を決定する考え方が示されている。他にも、「褥瘡予防・管理ガイドライン(第 3 版)」は、リスクアセスメント・スケールを使用することを推奨したり(推奨度 B)、体圧分散マットレスの使用(推奨度 A)に関して「対象者の褥瘡発生リスク、好み、ケア環境等も考慮に入れて選択すべきである」と解説したりするなど、個々の患者に応じた褥瘡ケア決定の考え方を重視しているように思われる。

したがって、褥瘡に関する今後の医療訴訟においては、2 時間毎の体位変換がなされていたかどうかという争点の立て方ではなく、ガイドラインを考慮して患者の褥瘡リスクの評価を適切に行ったか、リスク評価に基づいて褥瘡ケアを決定したか、決定したケアを実際に励行したかという観点から注意義務違反の有無が判断されることになると考えられる。

そのような視点で本判決の事案を検討すると、患者の褥瘡リスクの評価によって褥瘡ケアが決定されたのではなく、J 病院の看護体制の限界という褥瘡リスクとは無関係な事項によってケアの内容が決められた点が問題視されるであろう。

今日、医療機関としては、ガイドラインを考慮しながら患者の褥瘡リスクを検討し、個々の患者のリスクに応じた褥瘡ケアを決定するとともに、決定したケアを実行することが求められているといえよう。また、訴訟等への対応としては、褥瘡リスクの評価、ケアの内容およびケアの実施状況を記録に残しておくことが重要である。

【参考文献】

- ・判例タイムズ949号192頁
- ・判例時報1628号49頁
- ・日本褥瘡学会編著．褥瘡予防・管理ガイドライン（第3版），褥瘡会誌，14：165-226，2012.

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [栄養マネジメントと褥瘡ケア](#)**
- (2) [2. 褥瘡ガイドラインをどう生かすか](#)***
- (3) [「つらくない」「痛くない」褥瘡ケアにおけるナースの役割と看護の視点](#)**
- (4) [褥瘡予防・管理ガイドライン（第3版）](#)***
- (5) [17 褥瘡](#)***
- (6) [第33回 エアマット～プロとして一味違う使いこな](#)
[し](#)**
- (7) [スペシャリストが教える 領域別御法度ケアランキ](#)
[ング 第8回 褥瘡ケア](#)**
- (8) [\(1\) 褥瘡ケア](#)***
- (9) [合併症予防](#)**
- (10) [褥瘡の予防](#)***

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。