

# 褥瘡の予防と治療について、病院側の過失を認めた事例

## メディカルオンライン医療裁判研究会

### 【概要】

本件は、前立腺がんおよび大脳皮質基底核変性症の既往歴を有し、リハビリ等のため入院していた患者(昭和10年生男性・死亡時79歳)に褥瘡が発生し、転院先の病院で死亡した事案である。

患者の相続人が、病院に対し、褥瘡の発生を防止する義務を怠ったことおよび褥瘡回診後に適切に治療すべき義務を怠った過失があるとして、病院に対して損害賠償を求めたところ、裁判所は病院側の過失を肯定し、損害賠償の請求を認めた。

キーワード:褥瘡, 院内マニュアル, ガイドライン, 看護計画, デブリードマン

判決日:東京高等裁判所平成30年9月12日判決

結論:請求一部認容(約668万円, 上告・上告受理申し立て)

### 【事実経過】<sup>1)</sup>

控訴審は概ね原審(東京地裁平成30年3月22日判決)の事実認定を踏襲しているが、以下、控訴審の事実認定に基づく経過をまとめる。

年月日	経過
平成22年 2月頃	患者Aは、前立腺がんの治療のためH病院に通院していた。
11月17日	患者Aは、I病院にて大脳皮質基底核変性症と診断された。
平成24年 7月2日	患者Aは、要介護5と認定された。
平成25年 2月9日	患者Aは、誤嚥性肺炎および大脳皮質基底核変性症のため、J病院に入院した。
3月15日	患者Aは、リハビリ等のため、K病院(本件被告病院)へ転院した。 K病院は、前医であるJ病院から、「誤嚥性肺炎、大脳皮質基底核症候群」とする診療情報提供書のほか、「褥瘡発生リスク」「自力で有効な体位交換が出来ないため2時間毎に、看護師による体位交換施行」「身体機能“褥瘡”なし」等記載された看護情報提供書を受領した。 なお、K病院に転院時点では褥瘡はなかった。  K病院の看護師は、褥瘡発生を想定し、実施期間をこの日から4月15日とする以下の内容の「看護計画」を作成した。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体位交換を最低2時間ごとに行う。</li> <li>・体圧分散を図る。(除圧マットやスポンジ, 枕)を使用する。</li> <li>・皮膚保護剤を使用する。</li> <li>・褥瘡形成時は客観的な評価(ポラロイド写真を撮ったり, ゲージを用いて撮影する)を行い, 状態に応じたケア内容を計画し, 次の評価日までに具体的な目標を決定しケアを行う。</li> </ul> <p>※なお, K病院は, 同日, 看護計画とともに, 医師および看護師が「褥瘡対策に関する診療計画書」を作成したと主張したが, 裁判所は, 同計画書を家族に当初開示していなかったこと, および同計画書には明白な誤記があること等から, この日に同計画書を作成したとのK病院の主張を認めなかった。</p>
4月15日	K病院の看護師は, 上記看護計画を継続することとした。
5月27日	患者Aは, 低栄養状態を改善するため, 胃ろう造設術を受けた。 また, 患者Aに対して, この日から7月9日まで通常のマットレスを使用し, 7月10日から7月18日まで低反発マットレスを使用し, 7月19日からはエアマットレスを使用した。
6月13日頃 ～18日頃まで	K病院の看護師により, 患者Aの仙骨部に発赤があることが確認された(発赤の発生時期については当事者間に争いがある)。
6月20日	褥瘡回診の際に, K病院のO医師により, 患者Aの仙骨部に第II度の褥瘡(3cm×1.5cm)があることが確認された。 ただ, 褥瘡の写真は撮影しなかった。O医師は, 褥瘡処置として, 1日1回午前10時に微温湯で創部を洗浄した後に, ワセリンを塗布して褥瘡パッドを使用することとした。 この日以降, 患者Aはほぼ毎日発熱があった。 この褥瘡回診の際に, 家族は患者Aに褥瘡が生じていることを認識した。 また, K病院の看護師は, 褥瘡経過記録・評価表に, 深さ2, 浸出液0, 大きさ6, 総合評価10と記入した。
7月4日	褥瘡回診時, 患者Aの褥瘡(II度, 5cm×3cm)は悪化していた。 O医師は, 褥瘡の写真を撮影した上で, 褥瘡処置を変更し, 綿棒を使ってしっかり洗浄した後に, ワセリンを塗布して褥瘡パッド(大)を使用することとした。 また, K病院の看護師は, 褥瘡経過記録・評価表に, 深さ2, 滲出液3, 大きさ6, 炎症・感染2, 総合得点20と記入した。
7月11日	O医師が看護師および医療ソーシャルワーカー同席の下, 家族に対し, ムンテラ(病状説明)を行った。 家族は, 褥瘡ができていることを知らされていないことが, エアマットレスを使用すべきではないか, 左向き禁となっているのに左向きに寝かせているスタッフがおおり, 指摘をしたら知らなかったと言われたことなどを申し入れた。 病院側から左向き禁については徹底されていないと回答した。
7月12日	家族からの申し入れを受け, O医師や看護師らが参加してカンファレンスを実施し, 情報の共有, 褥瘡管理の徹底, 介護として体位交換の徹底, エアマットレスの搜索等が確認された。
7月18日	褥瘡回診時, 患者Aの仙骨部の褥瘡は, 大きさ4cm×2.5cmで筋肉および臓器に達していた。 O医師はII度の褥瘡と診断し, デブリードマンを実施したが, 褥瘡の写真を撮影せず, 7月4日の処置を継続することとした。 また, K病院の看護師は, 褥瘡経過記録・評価表に, 深さ3, 滲出液3, 大きさ6, 炎症・感染2, 総合得点31と記入した。

8月1日	褥瘡回診時、患者Aの仙骨部の褥瘡は、大きさ3cm×3cmで筋肉および臓器に達し、ポケットが形成されていた。 O医師は、状態は不変でII度の褥瘡と診断し、デブリードマンを実施し、褥瘡の写真を撮影した。褥瘡処理を変更し、綿棒を使ってポケット内をしっかりと洗浄した後に、ワセリンを塗布して褥瘡パッド(大)を使用することとした。 また、K病院の看護師は、褥瘡経過記録・評価表に、深さ4、滲出液3、大きさ6、炎症・感染2、総合得点32と記入した。
8月5日	患者Aの仙骨部の褥瘡は、8月1日から変化はなかった。 O医師は褥瘡の写真を撮影した後、褥瘡処置を変更し、8月1日と同様の処置を1日2回実施することとした。 また、K病院の看護師は、褥瘡経過記録・評価表に、深さ4、滲出液3、大きさ6、炎症・感染2、総合得点32と記入した。  ※裁判所は「K病院において、2時間ごとの見回りが行われていたとしても、患者Aに対する2時間を空けない体位交換がルーティンワークとして実施されていたと認めることはできない」とした。
8月9日	患者Aは、仙骨部褥瘡の治療等のため、L病院へ転院した。 転院時、L病院は、患者Aの仙骨部に5cm×5cmの褥瘡、右1.5cm×2cm程度のポケット半周があり、壊死組織および浸出液があったとしてIV度の褥瘡と診断している。
平成26年 2月17日	患者Aは、仙骨部褥瘡の治療のため、M病院へ転院した。
3月18日	患者Aは、仙骨部褥瘡の手術のためN病院へ転院したが、全身状態が悪かったため、手術は断念された。
7月31日	患者Aは、終末期医療を受けるため、さらに他院へ転院した。
11月	患者Aは、敗血症により死亡した。

### 【争点】

1. 患者 A の褥瘡発生を防止すべき義務を怠った過失の有無(以下、「過失 1」という)
2. 患者 A の褥瘡を適切に治療すべき義務を怠った過失の有無(以下、「過失 2」という)
3. 上記過失 1, 2 と平成 26 年 11 月まで続く患者 A の褥瘡との間の因果関係の有無

### 【裁判所の判断】<sup>1)</sup>

1. 患者 A の褥瘡発生を防止すべき義務を怠った過失の有無

まず、裁判所は、K 病院が患者 A の褥瘡発生リスクが高いことおよび褥瘡発生予防のための対策を行うべき一般的義務があることを認めている、と認定した。

以上に加え、患者 A に対する褥瘡管理が、ガイドライン、看護計画および院内マニュアル等に基づくこと(K 病院の医師もこれを認める陳述をしている)から

すれば、体位交換を最低 2 時間ごとに実施する、体圧分散寝具を使用する、皮膚に異常がないか観察する(異常がある場合にそれが褥瘡であるか否かを鑑別することを含む)といった義務を負う、とした。これに対し、K 病院は、体位交換を 2 時間ごとに行う義務はないと主張したが、裁判所は K 病院が自ら体位交換を最低 2 時間ごとに行う、体圧分散を図る等の看護計画を設定しているのであり、自ら設定した看護計画を遵守しなくてもよい、ということにならない。

そのうえで、体圧分散マットレスを使用していない状態で、K 病院の医療従事者が 2 時間ごとの体位交換を遵守していたとは認められず、これらは上記義務に違反するとした。

また、K 病院の院内マニュアルでは、褥瘡発見時ただちに主治医に報告するほか、ただちに写真撮影を行う、と定めている。しかし、発赤が発見された 6 月 18 日、K 病院の医療従事者は、主治医への報告も写真撮影もしておらず、自ら設定した院内マニュアルに違反したものであるというほかない。したがって、K 病院の医療従事者が、6 月 18 日から同月 20 日までの間、患者 A の仙骨部の発赤について鑑別および経過観察すべき義務を怠った過失もある、とした。

## 2. 患者 A の褥瘡を適切に治療すべき義務を怠った過失の有無

まず、裁判所は K 病院が、褥瘡のステージに応じた治療を行うべき義務があることを認めている、とした。そのうえで、本過失の判断の中心は、K 病院が実施した具体的な措置等が患者 A との合意内容や医学水準からみて妥当であったか、であるとした。

本件の場合、

- ① 平成 24 年版ガイドラインに鑑みると、体圧分散寝具は褥瘡の悪化を防止するためにも必要かつ効果的であるから、褥瘡の治療にあたり体圧分散寝具の有無・用法等を検討する義務を負う。K 病院は 7 月 10 日まで通常のマットレスを使用し、同月 12 日のカンファレンスまで体圧分散寝具につい

て検討した形跡もなく、医師や看護師が体圧分散寝具を使用すべき旨の指示があったなどの事情も見られない。

- ② 院内マニュアルには、全身の発熱を認める場合には褥瘡感染が疑われると記載があるところ、6 月 20 日以降患者 A はほぼ毎日発熱があり、7 月 4 日の褥瘡経過記録・評価表の炎症・感染欄に局所の明らかな感染兆候ありと記載されているにもかかわらず、K 病院は細菌検査や創培養によってその原因を追求した記録は全くない。
- ③ 院内マニュアルでは、黒色壊死組織や硬い黄色壊死組織を認める場合に適切なデブリードマンを行うと創治癒が促進される場合がある旨の記載があるところ、7 月 4 日に黒色壊死や一部肉芽があるにもかかわらず同月 18 日までデブリードマンを実施せず、上記マニュアルに反する。また、K 病院の整形外科医も 7 月 4 日にデブリードマンを実施すべきであったと認めている。

さらに、K 病院は患者 A の褥瘡をいずれの段階でも II 度と判断したが、実際には 7 月 18 日以降は III 度以上であり、褥瘡ステージの評価を誤ったとも認定したうえで、本件で K 病院は褥瘡を適切に治療すべき義務を怠ったとした。

## 3. 上記 1, 2 の過失と平成 26 年 11 月まで続く患者 A の褥瘡との間の因果関係の有無

裁判所は、上記過失がなければ、患者 A の褥瘡が発生し IV 度まで悪化する事態も、他院で治療を受けるなどの事態も避けることができた高度の蓋然性があるとして、相当因果関係の存在を肯定したが、本稿では詳細を割愛する。

### 【コメント】

#### 1. はじめに

当シリーズでは、褥瘡の予防管理について、医療機関の責任を認めた裁判例を既に紹介している([「褥](#)

[褥瘡予防・管理に関する法的責任」東京地裁平成 9 年 4 月 28 日判決](#)。同稿では、「褥瘡に関する今後の医療訴訟は…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」との指摘がなされているところである。

本件は、上記指摘のうち、「決定したケアを実際に励行したか」問題となった事例である。実際の裁判の中で、裁判所がどのような判断過程を経て「決定したケアを実際に励行」していないと判断したのかを知ること、今後の診療の一助としていただきたいと考えている。

## 2. 褥瘡に関する知見について

本件は、低栄養と圧迫による血流不全の結果、褥瘡が生じた事例であるが、このような事例における褥瘡の知見については、前述の[東京地裁平成9年4月28日判決の原稿](#)を参照されたい。なお、平成 27 年に褥瘡ガイドラインが改定され、2 時間ごとの体位交換は、それまでの推奨度 C1 から推奨度 B(根拠があり、行うように勧められる)へ変更されている。

また、褥瘡の原因が低栄養と圧迫による血流不全ではなく、血管そのものに原因ある事例については、[「閉塞性動脈硬化症による褥瘡、感染について医療機関側の責任が否定された 1 例」\(札幌地裁平成 26 年 12 月 24 判決\)](#)の原稿を参照されたい。

## 3. 本件における褥瘡ケアの内容について

### (1) 院内マニュアルが裁判でも基準となるか

裁判所は、患者 A に対する褥瘡管理が、ガイドライン、看護計画および院内マニュアル等に基づくものであると認定した。このうち、院内マニュアルについては、過去の判例では、『裁判所は「院内マニュアルの存在や目的等をふまえた上で、個別具体的な症例に応じた適切な医療行為が行われたか」により医療機関の責任の有無を判断している』との指摘がなされて

いる([「身体拘束中の統合失調症患者の異常行動に対する経過観察」東京高裁平成 29 年 2 月 15 日判決](#))。

本件の場合、K 病院の医師自身が、患者 A に対する褥瘡管理が、ガイドライン、看護計画および院内マニュアル等に基づくことを認めている。医師自ら院内マニュアルに則り褥瘡の管理を行なっていることを認めている以上、院内マニュアルが医療水準(適切な医療行為が行われたかの基準)となることを否定しがたいと考えられる。

### (2) 褥瘡管理の内容に問題はないか

仮に院内マニュアルの内容に問題があると思われる場合(例えば、体位交換は数時間間隔で行えば足りると定めているようなケース)、数時間毎に体位交換を行ったとしても、院内マニュアルを守っていたのであるから、病院側には責任がないとの主張が裁判所に認められるであろうか。

前述の[「身体拘束中の統合失調症患者の異常行動に対する経過観察」\(東京高裁平成 29 年 2 月 15 日判決\)](#)の指摘のとおり、数時間毎の体位交換を行った事例でも、あくまでも「個別具体的な症例に応じた適切な医療行為が行われたか」が問題となり、単に院内マニュアルを守っていたことのみでは、裁判所は病院側には責任がないと判断しないであろう。

本件では、ガイドライン、看護計画や院内マニュアルに基づく褥瘡管理の計画の内容について、不合理であるとの認定はされていない。そうすると、専ら決定したケアを実際に励行したかが、問題となる。

## 4. 褥瘡ケアの励行について

### (1) 過失 1 について

K 病院は 2 時間毎の体位交換を実施していたと主張したが、裁判所は、診療録に体位交換を実施した記録が無いことおよび看護師間で情報共有する仕組みや運用があったとは認められないことから、2 時間ごとの体位交換を実施していないと認定した。

また、K 病院は 6 月 11 日より体圧分散マットレスを使用していたと主張したが、裁判所は、診療録にその旨の記録が無いこと、患者 A の病棟が移転した際に褥瘡管理について引き継ぎがなされた形跡がなく褥瘡管理が十分でなかったと推認されること、および 7 月 12 日のカンファレンスで使用中のマットレスに関する現状分析がなされていないことに照らすと、K 病院が体圧分散マットレスを使用したのは、7 月 10 日以降であると認定した。

このように裁判所は、診療録上、2 時間毎の体位交換をした記録がないことのみをもって、K 病院が 2 時間毎の体位交換をしていないと事実認定したのではない。K 病院の医療従事者間の情報共有の体制や運用状況にも踏み込んだうえで、K 病院が 2 時間毎の体位交換をしていないと事実認定している。たしかに、体位交換は、ある患者に対し、特定の医療従事者のみで行うものではない。複数の医療従事者が交代で患者の体位交換を行うものであろう。そうすると、ある医療従事者が患者の体位交換を行った時間を正確に記録して伝えるなどして、医療従事者間で体位交換を行った時間を情報共有しないと、次の医療従事者が何時、体位交換を行えば良いか、分からなくなってしまう。

このように、裁判所は、看護記録等への記載に加えて「病院が 2 時間毎の体位交換を現実に行う体制が整っていたのか」まで踏み込んで、K 病院の褥瘡ケアの励行の有無に対する事実認定を行い、褥瘡ケアを励行していなかったと評価している。

病院として褥瘡ケアを十分に励行していたことを示すには、看護記録等への記録はもちろん重要である。しかし、看護記録等への記載だけではなく、情報共有のシステムなど、十分な褥瘡ケアを励行しうる体制も整っていたことを示すことまで、裁判所は求めていると考えるべきであろう。

## (2) 過失 2 について

K 病院は、過失 2 に関し、原審では具体的反論を

行わなかったが、控訴審では、患者 A の発熱は誤嚥によるものであるし、患者 A の褥瘡は極めて膿が出て真っ赤に腫れるような状態ではないため感染は無く、創培養を行う義務はない、感染が疑われる場合にデブリードマンを行わなかったことを過失とみることは単なる決め付けである、と反論した。

これに対し、裁判所は、院内マニュアルの記載(全身の発熱を認める場合には褥瘡感染が疑われる)を指摘し、本件で、細菌検査や創培養でその原因を追求した記録は全くなく、K 病院の処置は適切ではないとした。また院内マニュアルの記載(黒色壊死組織がある場合にはデブリードマンを行うと創治癒が促進される)を指摘し、K 病院の整形外科医自ら 7 月 4 日の時点でデブリードマンを行うべきであったと認めていることも併せて考慮すると、K 病院の措置は適切であったとは言い難いとした。

控訴審における K 病院の過失 2 の主張は、そもそも院内マニュアルに従う必要がないと考えているのか、それとも、一般的には院内マニュアルに従うが、本件では例外的に従わなくて良い事情があると考えているか、不明である。いずれにせよ、K 病院は、院内マニュアルには触れずに、本件医療行為が適切であると主張している。

しかし、一方では、K 病院の医師自身が院内マニュアルに基づき褥瘡管理を行ったことを認めている。また、褥瘡管理の内容に問題があるとの認定もされていない。そうすると、上記 3(1)記載のとおり、本件の場合、「個別具体的な症例に応じた適切な医療行為が行われたか」([「身体拘束中の統合失調症患者の異常行動に対する経過観察」東京高裁平成 29 年 2 月 15 日判決参照](#))を判断するに際し、院内マニュアルが「適切な医療行為」の基準となると考えられる。そのため、裁判所は、院内マニュアルに照らし、本件医療行為が適切といえるのかを検討したうえで、本件医療行為が「院内マニュアルに反する」とし病院側の過失を認めたものと思われる。

本件のように、院内マニュアルに基づき褥瘡ケアを

行っている場合、院内マニュアルに従わずに、褥瘡ケアを適切とすることは困難であると思われる。

このように、院内マニュアルを定めた場合、院内マニュアルに反する医療行為を行うと、裁判所から病院側の医療行為が不適切とされる可能性がある。院内マニュアルを定めた場合、治療方針の検討に際しては、十分に注意されたい。

なお、昨今の新型コロナウイルスの流行に伴い、以前にも増して人手不足が深刻化している医療機関も多いと思われる。理想的な医療を目指すべく、高度な水準の院内マニュアルを定めること自体は、もちろん望ましいことである。ただ、上記のように院内マニュアルが、裁判でも適切な医療行為の基準とされることもある。そのため、院内マニュアルの内容が、人手不足の現状をふまえても、なお実現可能な内容となっているのか、改めて確認し、必要に応じて見直されたい。

## マニュアル作成時のポイント\*\*

「\*」は判例に対する各文献の関連度を示す。

### 【参考文献】

- 1) 判例時報 2426 号 32 頁

### 【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [仙骨部褥瘡とリハビリテーション医療 ～仙骨部褥瘡を観て予防する, 観て治療する～\\*\\*\\*](#)
- ・ [坐骨部褥瘡患者へのリハビリテーション医療の原則\\*\\*\\*](#)
- ・ [褥瘡対策\\*\\*\\*](#)
- ・ [ヒューマンエラーをなくしていく医療現場づくり\\*\\*](#)
- ・ [多種職連携が集中治療室からの退室に有用であった高度肥満・褥瘡敗血症・重症呼吸不全の 1 例\\*\\*\\*](#)
- ・ [エビデンスに基づく医療安全\\*\\*](#)
- ・ [褥瘡のアセスメントの基本\\*\\*](#)
- ・ [わかりやすい! ケア・処置に関する手順の動画マ](#)