

Judicial Precedents Concerning Falls in Hospitals

Noriko NAKAMURA¹⁾, Chihiro TAKAOKA²⁾, Rumi NISHIMURA²⁾
and Yuichi YAMASHITA¹⁾

¹⁾ *Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Fukuoka University*

²⁾ *Second Year, Faculty of Medicine, Fukuoka University*

Abstract : Falls by inpatients in hospitals are a major issue in terms of medical safety. We have studied the judicial precedents concerning falls in hospitals using the database of previous judicial cases. A total of 8 cases were extracted (2000-2009), of which 4 of the institutions were found to be guilty and 4 were not. Two cases out of the 4 guilty cases denied any relationship between the cause and effect on the deaths of inpatients, while the other 2 cases resulted in a reduction of the compensation that was awarded to the affected families due to claims of negligence on the part of the patients.

Key words : Medical adverse event, Inpatient, Fall, Medical malpractice litigation, Judicial precedent

転倒症例の検討

裁判例の分析

中村伸理子¹⁾ 高岡 千容²⁾ 西村 瑠美²⁾
山下 裕一¹⁾

¹⁾ 福岡大学医学部消化器外科

²⁾ 福岡大学医学部 2 年生

要旨 : 病院内における入院患者の転倒、転落（以下転倒）は医療安全に関する重要な問題である。判例データベースを用い、平成12年～平成21年（2000～2009）の入院患者の転倒、転落に関する裁判例を調査した。抽出された判例は8例であり、有責4例と無責4例であった。有責事例のうち2例は死亡結果との因果関係を否定し、残り2例は過失相殺によりそれぞれ減額が認められていた。

キーワード : 医療安全、入院患者、転倒、転落、医療過誤、裁判例

はじめに

入院患者の入院生活での転倒、転落（以下転倒）による事故は少なくなく、訴訟に至る事例もある。そこで、入院患者の入院生活における転倒事故に関する直近10年の裁判例を調査し考察した。

対象と方法

入院患者の入院生活における転倒（検査やりハビリなど医療行為に起因するものを除く。）事故に関する裁判例で、判決日が平成12年1月以降でかつ事故日が平成2年1月以降の事例について、最高裁判所ホームページ判例検索、「LEX / DB インターネット」および「判例秘書」（CD-ROM 版）を用いて検索した。

結 果

裁判例 8 例が該当した。判決日は、平成14年5月～平成19年11月、事故日は、平成8年7月～平成16年5月であった。

病院の過失が肯定され有責になっている事例が4例（事例～⁴⁾）、病院側の過失あるいは死傷結果との因果関係が否定されて無責となっている事例が4例（事例～⁸⁾）であった（表1）。

有責事例

事例¹⁾、²⁾は、転倒防止のための対策を十分に立案していないことが問題とされていた。

事例³⁾は、下血を含む出血により貧血を起こしていた患者がトイレ内で失神し転倒したケースである。患者に対し失神の危険性について注意を促し、排便での下血の対応について指示をしなかった点が過失と評価されていた。

事例⁴⁾は、痴呆の症状が見られナースコールの指導に従わず一人でベッドから降りてトイレに行っていた患者が、数日間で4回転倒しているケースである。この病院では、家族による付添い及び患者の負担による付添看護は原則禁止し、(a)病状などにより、家族などが側にいないと精神的不安定の状態に陥り、療養の妨げになることが考えられる場合、(b)病状が極めて重く、かつ、患者家族から付添の許可を求められた場合において、医師の許可を得て、患者の負担によらない付添いを認め、さらに必要時に看護の補助者の確保も行う看護方針としていた。こうした方針としながら、本件患者において「4回も転倒する事態を招いたのは、看護体制の検討を十分に行っていないことを示すもの」と判断され、付き添い看護の措置をとるべきであるのにその措置を怠った点が過失と評価されている。

事例⁵⁾は、脳梗塞治療中の患者について入院中に5回転倒しているケースである。この患者は、夜間の不眠は強くなって、種々の問題行動がみられており、1人での歩行もしばしばみられるなど、昼間夜間ともに転倒の危険性が高まっている状況にあった。実際に10月26日深夜1時30分に転倒し、直径約5センチメートル程度の皮下血腫が生じる外傷を負っていた。このような患者の症状等から窺われる転倒の危険性の高さからすると、看護師らの訪室の頻度（昼間の時間帯は1時間に1回、夜間は2時間に1回訪問していた。）が不十分であり患者の動静に注意すべき義務に反すると判断され、過失と評価されている。さらに、患者側は、「常時24時間体制による監視義務」、「身体の拘束義務」、「床と同程度にベッドの高さを低くする義務」、「床へのマット、クッションの布

設義務」を主張していたがこれらの義務は否定されている。

他方、事例⁶⁾は、事故防止策を立案しながらそれを実行していなかったことが問題とされていた。患者は72歳の多発性脳梗塞の患者であり、また、上下肢に麻痺があつて歩行に不安があつたことから、患者がトイレに行き来する際必ず看護師が付き添うという看護計画を立てていた。しかし、看護師がトイレまで患者と同行しながら、その前で患者と別れ、患者がトイレで用を済まして病室まで戻るのに同行していなかった。この事故防止策の徹底不足が転倒事故の発生を防止する義務に違反すると判断され、過失を評価されている。

無責事例

事例⁷⁾、⁸⁾は、いずれも患者側が主張する看護義務を否定あるいは義務違反がないとして責任が否定されていた。

事例⁷⁾は、患者が一人でトイレに行こうとしてベッドから転落したケースである。患者側が、「排尿を促し適時にトイレ介助をする義務」および「簡易便器を用意する義務」などを主張している。これに対し、患者は看護師による介助があればトイレに行くことができ、ナースコールボタンを利用してトイレに行くことができたとしてこれら義務は否定されている。

事例⁸⁾は、ハルシオンを服用していた患者が深夜通路で転倒したケースである。患者側が、「患者の夜間の独力歩行を避けさせるべき義務」などを主張している。これに対し、裁判所は、栄養状態の悪化や衰弱は認められず、以前ハルシオンを投与した時には異常は認められていなかったなど患者の状態から、患者の夜間歩行時の転倒を予測することはできなかつたとして患者側の主張を退けている。

事例⁹⁾は、肝硬変の患者がベッドから転落したケースである。患者側が「ベッド柵を紐で縛る義務」、「家族に付き添いを依頼すべき義務」を主張している。これら主張に対しては、当該義務を認めるためには患者がベッド柵を外すと具体的に予見できることが必要であるとした。そのうえで、患者が本件事故発生までにベッド柵を外すことはなく、本件転落の30分ほど前に看護師が患者を観察した際には落ち着いた様子であり、ベッド柵を外すかもしれないことを具体的に予見することはできなかつたとして義務を否定している。

事例¹⁰⁾は、脳内出血により片麻痺等のある患者がベッドから転落したケースである。患者側が、「抑制帯で患者を抑制すべき義務」、「離床センサーを使用すべき義務」、「緩衝マットを使用すべき義務」、「低床ベッドを使用すべき義務」、「ICUで管理する義務」など種々の義務を主張しているが、裁判所はこれらの義務をすべて否定

表 1-1 認容判決の要旨

	患者の年齢/ 状態	事故の日時/状況	主な争点となった注意義務の内容（過失）	裁判所の判断		
1)	26歳 虫垂切除等の手術を受けた後、熱も下がり、流動食や粥も食べられるようになったが、下血が続き貧血の症状があった（術後8日目）	H8.7.13 午前7時30分ころ トイレ内で失神し転倒し四肢麻痺等の後遺障害	医師：看護師らに対し、患者に失神を起こす可能性について注意を促し、患者の排便時にトイレまで付き添うなどの指示をとるべき義務 看護師：患者に対し、失神を起こす可能性について注意を促した上で、排便時の相当な量の出血時には立ち上がらずにナースコールで呼ぶよう指示する義務	×：過失あり， ○：過失なし × ×	患者の便は黒色便で、鮮血が浮いており、明らかに出血量が増加傾向にあったのであるから、医師らは、看護師らに対し、患者の出血の状況等に応じて、患者に失神を起こす可能性について注意を促し、患者の排便時にトイレまで付き添うなどの指示をすべき注意義務を負っていた。 看護師らは、患者の出血量の増加を踏まえて、患者に対し、失神を起こす可能性について注意を促した上で、排便時に相当な量の出血があった場合には立ち上がらずにナースコールで看護師を呼ぶよう指示しておく注意義務があった。	過失相殺により5割を減ずる 認容額：5,745万円余り
2)	73歳 勤務先の会社の階段でH12.11.16に転倒し受傷したとして入院していた。 多少痴呆の症状がみられていた	H12.11 22日 午前0時前 23日 午後11時前 24日 午前1時20分ころ 26日 午前9時30分前 病室内で転倒 くも膜下出血等 同月30日ころ誤嚥性肺炎翌年2月9日死亡	付添看護義務	×	医師及び看護師は、ナースコールをするように指導しても、これに従わない、又は従うことのできない理由について十分に探索した上で本件転倒事故を防止するよう的確に対処すべきであった。 そして患者の入院している病棟に夜間、介護員が勤務していたとしても、一人の介護員が病棟全体を担当しているのだから、当時の患者の状況に照らすと、これをもって適切な措置がとられていたものということではできない。 病院は当該患者について付き添い看護の措置を講ずべきであった。	因果関係はなし ただし、死亡した時点にはなお生存していた相当程度の可能性が認められる 認容額：660万円
3)	72歳 多発性脳梗塞により左上下肢に麻痺	H13.5.7 午前6時～6時30分すぎ 看護師は患者がトイレに行く際にトイレに付き添っていたが、トイレの前で患者から「一人で帰れる。大丈夫」と言われ患者と別れ、その後患者が転倒し、死亡	患者がトイレに行き来する際は、必ず患者に付き添い、転倒事故の発生を防止すべき義務	×	病院が患者の症状の程度等から、病室内で排尿等を済ませる方法を講じなくても、看護師の介助、付添いがされれば、患者が歩行してトイレに行き来することは差し支えないと判断したのであるから、看護師には、患者がトイレに行き来する際は、必ず患者に付き添い、転倒事故の発生を防止すべき義務があった。	過失相殺により2割の限度で損害賠償責任を負う 認容額：540万円余り
4)	73歳 脳梗塞治療のため入院中	H13.10.26 1:30 H13.11.27 23:00 H13.12.14 15:40 H13.12.16 18:00 H13.12.17 18:00 ベッド付近での転倒、ベッドからの転落ワルファリン中止脳梗塞発症 死亡	常時24時間体制による監視義務 患者の動静に注意すべき義務 身体の拘束義務 床と同程度にベッドの高さを低くする義務 床へのマット、クッションの布設義務	×	病院では法定の基準を満たす看護態勢をとり、看護師9名あるいは3名で約45名の患者を担当していたのであるから、特定の患者、しかも一般病室に入院している患者に対し、その入院期間を通じて、看護師が常に付きっきりで看護することは、実際上も病院の組織上も不可能であった。前示のとおり、病院の看護体制は法律上の基準を満たしているのだから、病院の看護体制自体に問題を認めることはできない。 患者の平成13年11月27日の2回目及び同年12月16日と翌17日の4・5回目の転倒・転落に関しては、病院の看護師らの訪室の頻度が、患者の症状等から窺われる転倒の危険性の高さからすると、不十分であった。 ベッドへの縛り付けといった身体の拘束は、患者に対し身体的弊害や精神的苦痛を与えるものであるから制約的に行使すべきもの。本件入院中の患者は、見当識障害はあったものの、意識や意思は明確であり、身体的にもリハビリを続けている段階であったこと、転倒や転落を完全に防止しようとするならば常時身体の拘束をすることになり、一時的措置にとどまらないことに照らすと、病院において、当該患者の身体を拘束すべき法律上の義務があったとはいえない。 ベッドを使用する以上、構造上ある程度、床との段差が生じることは避け難いし、歩行しようとした際にふらついて転倒することを防ぐことはできない。また、原告らの主張が、ベッドではなく、布団などを使用すべきであったとの趣旨であるとしても、一時的措置ならともかく常時布団を使用することになれば、リハビリの観点からは好ましくない。 病院に床と同程度にベッドの高さを低くする法的義務があったということも困難である。 患者は徐々に歩行が可能になりつつあり、単にベッドから転落するということではなく、立ち上がり時にふらついて転倒する危険の方が大きかったのであるから、マットやクッションを床に布設することは、逆に歩行時の障害になる危険性があった。 病院において床へのマットやクッションを布設すべき義務があったということもできない。	因果関係はなし ただし、適切な看護を受けられるとの患者の期待権を侵害 認容額：200万円

表 1-2 棄却判決の要旨

	患者の年齢/ 状態	事故の日時/状況	主な争点となった注 意義務の内容(過失)	裁判所の判断	
5)	82歳 午前中老人性 白内障の右眼 の手術を受けた 後、ベッド 上安静	H9.7.11 午後10時ころ 一人でトイレに行こ うとしてベッドから 転落し、右大腿骨を 骨折	夜間の巡視、排尿 間隔等に注意をし て排尿を促し適時 にトイレ介助する 義務 簡易便器の用意を すべき注意義務	患者はナースコールを使用することができる状態にあったところ、 一人でトイレに行こうとしてベッドから転落したものであると認め られるが、病院は、ナースコールシステムが存在し、患者がそれを 理解することができる精神的能力を有し、これを使用することがで きる身体的能力を有している場合には、それを前提とした看護態勢 を取れば足りるのであって、それ以上に、夜間の巡視、排尿間隔等 に注意をして排尿を促し、適時にトイレ介助をする義務まで負つこ とは認められない。	請求棄却
			ナースコールボタ ンについての説明 義務違反	(因果関係なし)	
			ベッド柵を上げる べき注意義務	(因果関係なし)	
6)	68歳 食道がんの検 査のために入 院中、事故の 3日前及び前 日午後9時こ ろにハルシオン の投与を受け ていた	H13.11.13 午前1時ころ 深夜病院通路で転倒 し、左大腿骨頸部骨 折の傷害	患者の夜間の独力 歩行を避けさせる べき注意義務	(栄養状態の悪化や衰弱は認められず、以前ハルシオンを投与した 時には異常は認められていなかったなど)患者の状態を考えると、 患者が68歳であること及び睡眠薬であるハルシオンを投与したこ を考慮しても、事故前に患者が就寝する時点において、患者が夜間 独力で病院内を安全に歩行することが困難な状態であると病院にお いて予測することはできなかったし、患者に対し、尿瓶を使用さ せ、あるいは、ナースコールをさせるなどして、夜間の独力歩行を 避けさせるべき注意義務があったことは認められない。	請求棄却
			ハルシオンを継続 投与する際の観察 看護義務	病院において、患者に転倒等の副作用が生じることを具体的に予測 できたとはいえず、通常の入院患者に対する観察看護義務を超え て、ハルシオン投与後の患者の行動を観察すべき注意義務があった とは認められないし、また、夜中に目が覚めた場合にナースコー ルをさせる等の対応をさせる注意義務があったとも認められない。	
7)	75歳 肝硬変は、 Child-Paugh 分類で9点以 上であり、か なり重症で死 期も近かった	H14.8.22 午後10時20分ころ ベッドから転落し、 翌日死亡	ベッド柵をセッ トしなかった又は セッとの仕方が不 十分であった過失	転落発見時の患者及びベッド柵の位置関係、患者が肝性脳症を発症 して自らベッド柵を外した可能性が高いこと、転落直前の訪室の際 「ベッド柵の確認」をした旨の看護日誌の記載に不自然と思われ る点はないことから、患者の転落時、ベッド柵が設置されていなか った、設置が不十分であったとは認められず、かえって、患者の病 態、転落時の言動から患者が肝性脳症を発症してせん妄、興奮状態 に陥って自らベッド柵を外した可能性が高い。	死因は肝不全 による死亡 請求棄却
			患者がせん妄や興 奮状態のために ベッド柵を外して 転落することが ないようベッド 柵を紐で縛る、患者 の家族に付き添い を依頼するなどの 転落事故防止措 置を講じるべき 義務	ベッド柵の設置自体が転落防止措置であるから、患者自身が自ら ベッド柵を外すといったベッド柵を設置するのみでは転落を防止し きれないような異常事態が予想されない限り、ベッド柵を設置す ることで転落防止措置を講じる義務は尽くされたというべき。 本件事故発生までに患者がベッド柵を外すこととはなく、本件転落直 前の22日午後9時50分ころに看護師が患者を観察する際には閉眼し て臥床中で落ち着いた様子であったことからすれば、患者がベッド 柵を外すかもしれないことを具体的に予見することは困難であ った。	
8)	73歳 脳内出血によ り、頭痛、吐 き気、嘔吐、 左片麻痺(不 全)、左半側 空間失認を呈 していた	H16.5.21 午後8時20分ころ ベッドから転落し、 後遺障害	抑制帯を用いて、 患者が自ら動き回 ることがないよう 十分抑制をすべき 義務	患者に対する抑制はできる限り行うべきではなく、抑制をする場合 でも必要最小限の抑制に限るべきであるとするのが当時の医療現場 における一般的な見解であるということができ、患者の尊厳や精神 状態、二次的な身体障害の予防等を考えると、このような見解は法 的にも認めることができる。 患者の体動はそれほど大きなものではないと予想し、本件抑制帯を 使用して上肢に限定した抑制措置を講じた医師及び看護師の対応 は、ベッド上での移動が見られる程度でベッドの柵を乗り越えよう とする等の大きな体動はなかったこと等、当該患者の状態を前提と すると、患者への精神的ストレスに配慮しつつ、転落防止のために 講じた対策として適切なものであった。	請求棄却
			離床センサーを使 用すべき義務	患者には心電図モニターが装着されており、患者が必要以上の体動 を行った場合には心電図モニターが外れることでアラームが鳴り、 看護師に異常がわかる状態となっていたのであるから、医師又は看 護師において、心電図モニターによる観察に加えて、離床センサー を使用する必要があったとは認められない。	
			緩衝マットを使用 すべき義務	転落防止措置として緩衝マットを使用することが一般的な医学的知 見であったとは認められないこと、緩衝マットを使用することによ って、マットにつまずいたり、マットそのものが滑ったりするお それがある等、かえって危険を生ずる場合も考えられること、さら に、介護のためにベッドに近づく際には常に踏まなければならず、看護 行為の障害になること等からすると、本件事故当時、意思疎通が一 応可能であり、かつベッドから転落したこともない患者に対し、緩 衝マットを使用しなかった医師又は看護師の対応が不適切であった ということではない。	
			低床ベッド及び ベッドに転落防止 柵を使用すべき 義務	患者が転落したベッドには、高さ47cmの柵が設けられていたの であり、患者が臥位ないし座位にある限り、体動による転落を防止す るには十分な高さの柵が設けられていたと評価することができる から、病院において患者に使用されたベッドが、転落防止や結果軽減 の観点から不適切であったと認めることはできない。	
			ICUで管理すべき 義務	担当医師は、患者の症状が徐々に軽減し、各種検査において全身状 態としてICUで管理すべき異常を認めなかったことから、一般病 室への転室は可能であり、ICUの長期在室はICU症候群になるお それがあると判断して、患者をICUから一般病室に転室させたの であって、この判断が、患者の症状に照らして不適切であったと認 めるに足る証拠はない。	

している。抑制帯については、使用は必要最小限にすべきであると示したうえで、本件においては、患者は、病院の医師や看護師の指示、説明を一応理解することができていたこと、看護師は、定期的に患者の様子を確認していたこと、柵を乗り越える等の激しい体動を行っていなかったことなどを認定した。このような状況のもとで、両上肢に限定した比較的緩やかな抑制措置にとどめたことは、患者への精神的ストレスに配慮しつつ、転落防止のために講じた対策として適切なものであったと評価できると判断している。

考 察

患者が入院生活で転倒し死傷結果が生じた場合、病院側の過失および死傷結果との因果関係が認められると病院側に賠償責任が生じる^{9)・11)}。

今回調査した裁判例でも入院患者の転倒事故について病院側の責任を認めたものがあった。もっとも、患者の入院生活中の転倒事故について、病院側の過失が認定される場合でも、患者自らの過失も事故の一因であるときは過失相殺により賠償額が減らさる(事例)。転倒事故につき病院側への一方的非難にはなっておらず、責任の公平な分配が図られている¹²⁾。

ところで、一般には、事故について行為者に過失があっても死傷結果との因果関係が否定されれば賠償責任は生じない。しかし、医療訴訟においては、過失と死亡結果との間に因果関係が認められない場合であっても賠償責任が生じるケースがある^{13)・14)}。今回紹介している事例でも、事故と死亡結果間の因果関係を否定しつつ、「死亡した時点においてなお生存していた相当程度の可能性を侵害」(事例)、「適切な看護を受けられるとの患者の期待権を侵害」(事例)したとしてそれぞれ慰謝料の支払いを命じられている。

転倒事故に関し紛争化すると、患者側は、入院患者の転倒事故予防に関し様々な義務違反を主張することもあり得る。しかし、裁判では、医療現場の一般的な見解や患者の状態等を詳細に分析した上で、患者側主張の予防措置について法的義務を否定し、病院側の判断が是認される事例も少なくない。

これら判決は、当該患者に関する事例判断であり、一般的に個々の義務を肯定あるいは否定しているものではないが、病院に求められている転倒防止策を考える上で参考になると思われる。

なお、事例は、ベッド柵が正しく設置されていたか

どうかの事実関係が争われているが、看護日誌の記載などから病院側の主張が認められている。このように裁判においてはまず事実関係が争点になることが多い。ここでは、診療録は、裁判において事実を立証するための有力な証拠となる¹⁴⁾。転倒防止策について看護記録に記載しておくことが重要である。さらに、事故が発生した場合は、後に紛争化した際に備えて事故直後に事故の状況を詳細に記録(写真撮影、事故報告書等)しておくのが望ましい。

ま と め

最近の転倒事故に関する裁判事例8例について事故の状況や問われている過失内容などについて資料を収集し報告した。

患者が入院生活の中で転倒し死傷結果が生じたとしても、直ちに病院側に法的責任が生じるものではない。患者を適切に観察して回避策を立案し実行していくこと、それらを記録しておくことが重要であることが示された。

文 献

- 1) 名古屋地方裁判所平成15年3月26日判決 判例タイムズ1188号301頁
- 2) 名古屋地方裁判所平成18年1月26日判決 最高裁判所 HP
- 3) 東京高等裁判所平成15年9月29日判決 判例時報1843号69頁
- 4) 津地方裁判所平成18年10月26日判決 最高裁判所 HP
- 5) 東京地方裁判所平成15年9月25日判決 公刊物未登載
- 6) 東京地方裁判所平成14年5月17日判決最高裁判所 HP
- 7) 大阪地方裁判所平成16年3月10日判決医療訴訟ケースファイル、東京・大阪医療訴訟研究会(編): vol.1 pp.392-393、判例タイムズ社(東京)、2004。
- 8) 大阪地方裁判所平成19年11月14日判決 判例タイムズ1268号58頁、判例時報2001号58頁
- 9) 岡村輝久: 病院における転倒・転落. 医療 60: 10-14, 2006.
- 10) 川下健一, 前田正一: 転倒事例(1)を読む. 看護管理 16: 1044-1049, 2006.
- 11) 川下健一, 前田正一: 転倒事例(2)を読む. 看護管理 16: 1044-1049, 2006.
- 12) 宇田憲司: 紛争事例・裁判事例からみた転倒・転落・衝突事. 京都医学会雑誌 52: 143-147, 2005.
- 13) 前田正一: 「期待権」論と関連する禁煙の最高裁判決について. 日本医事新報 4300: 95-96, 2006.
- 14) 宗像雄: 判例から学ぶ看護記録の役割. Nursing BUSINESS 2: 32-37, 2008.

(平成22.10.9受付, 22.12.13受理)