

## 主 文

- 1 被告は、原告Aに対し1722万円及びその余の原告らに対し各237万円並びにこれらに対する平成16年7月23日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。
- 3 訴訟費用はこれを5分し、その1を原告らの、その余を被告の負担とする。
- 4 この判決は、第1項に限り仮に執行することができる。

## 事 実 及 び 理 由

### 第1 請求

被告は、原告Aに対し2082万円及びその余の原告らに対し各297万円並びにこれらに対する平成16年7月23日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

### 第2 事案の概要

Bは、後記のとおり、被告の設置するF総合病院（以下「被告病院」という。）整形外科にて、胸椎及び腰椎の椎弓切除術を受けたが、仙骨部に褥瘡が発生し、その後、これが難治化・遷延化して敗血症を併発するに至り、多臓器不全により死亡した。

本件は、Bの相続人である原告らが、被告病院担当医らにおける褥瘡管理に過誤があったとして、担当医らの使用者である被告に対し、使用者責任（民法715条）に基づく損害賠償請求として、原告Aにつき2082万円、その余の原告らにつき各297万円及びこれらに対するB死亡の日である平成16年7月23日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める事案である。

#### 1 前提事実（証拠を挙示しない事実は争いがない。）

##### (1) 当事者等

ア 原告らは、B（大正7年9月1日生）の相続人であり、原告Aはその妻

(相続分2分の1), その余の原告ら及びCは子(相続分各10分の1)である(一部につき甲C1の1~5)。

Cは, 平成17年5月21日, Bから相続した本件損害賠償請求権を原告Aに譲渡し(以下「本件債権譲渡」という。), 平成19年1月17日付けで, 被告に対し通知した(甲C2, 3, 弁論の全趣旨)。

イ 被告は, 被告病院の設置者であり, 同病院整形外科のE医師らBを担当した同病院医師及び看護師ら(以下, 合わせて「担当医ら」という。)の使用者である。

(2) 本件の経緯(一部につき乙A2)

(以下, 年について特に記載しない限り平成16年である。)

ア Bは, 腰痛, 下肢痛等の持病があり, 時々被告病院に通院して治療を受けていたが, その原因を明らかにするため, 1月26日, 被告病院に検査入院し, 同月27日, 腰部脊柱管狭窄症, 胸椎黄色靭帯骨化症と診断され, 2月4日, E医師の執刀で, 胸椎11/12及び腰椎2/3~4/5の椎弓切除手術(以下「本件手術」という。14時20分に開始し17時15分に終了)を受けた。Bは当時, 身長154cm, 体重58kgであった。

Bには, 同月6日夜, 左下肢の麻痺が認められ, 同月7日早朝には, 両下肢の麻痺が認められたが, これらの原因は, 本件手術を実施した胸椎部に血腫が形成されたためと判明し, 同月10日, E医師により血腫除去術が施行された。

イ Bには, 2月8日10時, 仙骨部(臀部)に褥瘡(水疱)が認められ, 同日14時には, 右腸骨背部に褥瘡(壊死)が認められた(乙A2・76頁, 証人E)。同月9日の上記2か所の褥瘡の深達度はともに 度であった(乙A2・65-4頁)。

なお, 同月4日17時40分に手術室から帰室して約29時間後の同月5日23時に, Bの右腰背部に布製絆創膏(径4~5cm, 幅7cm位で辺縁が角

張ったドーナツ状のもの、以下「布バン」という。)が紛れ込んでいるのが確認された(乙A2・68,72頁,証人E8,9項,弁論の全趣旨)。また,同月6日夜から,Bには不穏,失見当識,失認知,意味不明な言動等の術後せん妄が認められた。

ウ 2月22日には仙骨部のガーゼ汚染が認められ,褥瘡周囲が白色化し,同月23日には仙骨部に悪臭・浸出液が確認され,同月24日実施の褥瘡部膿培養検査では Micrococcus (ミクロコッカス,グラム陽性球菌)が検出された。

その後もBの褥瘡からは浸出液が認められ,3月1日までにはポケット(空洞部分)の形成も確認された。原告らは,E医師に対して,褥創の治療を皮膚科医師に依頼してほしいと申し出たが,引き続き整形外科で管理することとなった。

同月18日に実施した褥瘡部培養ではMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)が検出され,4月5日の褥瘡部培養ではMRSA及び緑膿菌,同月22日の咽頭粘液培養ではMRSAが検出された。なお,次に細菌培養検査が実施されたのは6月22日であり,褥瘡部からMRSAが検出された(乙A2・47,49~51頁)。

エ Bは,本件手術後37 台の微熱が継続し(なお,疼痛のためボルタレン坐薬は継続的に投与されていた。),CRP(C反応性タンパク試験,炎症等の判断の指標となり,基準値は0~0.3)は,2月10日に4.31mg/dl(以下単位省略),同月18日に3.83,同月25日に18.09,3月3日に5.47,同月10日に1.39,同月17日に4.55,4月5日に4.52と異常値が継続し,さらに同月19日に17.78,同月21日に20.44,同月24日に12.26,同月28日に9.41,5月3日に10.40と高値を示していたところ,6月21日ころから38 台へ上昇し,同月22日にCRP16.48,同月23日に悪寒戦慄,39.

0 の発熱，心拍数 108 / 分，同月 25 日に 38.1 ，同月 26 日に 38.4 ，心拍数 110 / 分，同月 27 日に悪寒戦慄，39 台の発熱，心拍数 112 / 分，同月 28 日に CRP 17.03 ，同月 29 日も 39 台の発熱を呈するに至り，その後も発熱は断続的に認められた（乙 A 2・55 ， 56 ， 174 ~ 211 ， 220 ~ 244 頁）。

オ 7月18日，褥瘡部から血膿汁によるガーゼ汚染が多量にあり，緊急にポケット部分を含めた切開，排膿，外科的な方法でデブリドマン（壊死組織や不良肉芽等を取り除き，創の清浄化を図ること。デブリトメントともいう。）が実施された。

カ 7月20日には多臓器不全が認められ，同月23日，Bは死亡した。なお，E 医師は，退院時要約に B が褥瘡の治療遷延し，皮下に膿瘍形成し，敗血症から DIC となり多臓器不全に陥って死亡した旨記載している（乙 A 2・2 頁，甲 A 2 ）。

キ 以上の診療経過の詳細は別紙診療経過一覧表記載のとおりである。

### (3) 医学的知見

#### ア ガイドライン

厚生省老人保健福祉局老人保健課監修に係る「褥瘡の予防・治療ガイドライン」(甲 B 1 の 1 ~ 4 ，以下「ガイドライン」という。)は，平成 9 年度老人保健健康増進等事業において行われた褥瘡の予防・治療指針策定のための研究の成果を基に，褥瘡治療にスタンダードな基準を示し，医療従事者の実用に供するものとして平成 10 年に初版が刊行されたものであり，E 医師も参照していたものである（証人 E 176 ~ 178 項）。

#### (ア) 褥瘡の原因及び予防

褥瘡の直接の原因は圧迫であり，200 mm Hg の圧力が 2 時間以上持続的に加われれば，局所の阻血性壊死が生じるとされ，褥瘡の好発部位は仙骨部とされる。また，褥瘡を生じやすい要因として，加齢による皮膚変化

( 皮脂の減少によるドライスキン，表皮の菲薄化，皮下血流量の低下等。創傷治癒能力の低下)，摩擦・ずれ，低栄養（低アルブミン血症による浮腫や皮膚弾力性の低下，低ヘモグロビン血症による皮膚組織耐久性の低下），加齢と基礎疾患（老化に伴う生体防御機能の低下等）などが挙げられる。そのため，褥瘡予防対策として，皮膚の観察，褥瘡発生の予測，圧迫の除去，皮膚の保護，栄養を整えること等が挙げられ，皮膚の観察では好発部位の発赤に十分注意することとされる。（甲 B 1 の 4 ・ 4 ～ 8 頁）

#### (イ) 褥瘡の分類

褥瘡は，深達度により ないし 度に分類される。

度は，圧迫を除いても消退しない発赤，紅班である。

度は，真皮までにとどまる皮膚傷害，すなわち水疱やびらん，浅い潰瘍である。

度は，傷害が真皮を越え，皮下脂肪層にまで及ぶ褥瘡である。

度は，傷害が筋肉や腱，関節包，骨にまで及ぶ褥瘡である。

， 度の浅い褥瘡は，皮膚が再生して治癒することが可能で，比較的治癒させやすいが， ， 度の深い褥瘡は，壊死組織が元通りに再生することはなく，適切な処置を怠ると治癒を期待できないばかりか，さらに悪化することもまれではない。

また， ， 度の深い褥瘡の病期は，創面の色調に基づいて， 黒色期（炎症期。表皮・真皮が壊死に陥り黒色壊死組織が創を覆い，深部組織も壊死に陥っていることが大部分の例である。）， 黄色期（滲出期。黒色壊死組織が除かれ，黄土色の深部壊死組織や不良肉芽が露出し，一般に最も滲出液が多くなり感染を合併しやすい。）， 赤色期（肉芽形成期。壊死組織が除かれ，創面から鮮紅色で細顆粒状の肉芽組織が盛り上がる。）， 白色期（上皮形成期。盛り上がった肉芽組織が収縮し，創縁から白色調の強い上皮が形成される。）の 4 期に分類される。（甲 B 1 の 4 ・

59～61, 64頁)

#### (ウ) 褥瘡の治療

褥瘡を難治化させる要因に、ポケット形成(周囲の健常皮膚の深部にまで創が下掘れし、広がった状態)と感染が挙げられる。深いポケットの奥には処置が及びにくく、壊死組織や不良肉芽が残存しやすく、褥瘡の難治化や感染合併の原因となる。また、感染を合併すると、創傷治癒の進行が妨げられ、褥瘡の難治化につながるとされる。感染は、周囲皮膚の急性炎症反応や発熱、白血球・CRPの上昇を伴う場合でなくとも、滲出液の量や性状、臭い、ガーゼの着色、肉芽の色調変化等をもとに総合的に診断する必要があるとされる。感染の起炎菌としては、MRSAと緑膿菌が多く、院内感染の元凶となる。

そして、褥瘡治療の進め方としては、急性期においては、細菌感染防御と創部の保護、慢性期においては、  
、  
度の場合、創部保護とドレッシング剤・外用剤の使用、  
、  
度の場合、壊死組織の除去(デブリドマン)と外用剤の使用等が必要とされる。デブリドマンには外科的方法と薬剤等を用いる方法があり、ガーゼドレッシングや創の洗浄によってもデブリドマンは促進されるが、ポケットが深く、デブリドマンが進まない場合には、出血傾向がないことを確認したうえで局所麻酔を行い皮膚に切開を加える。(甲B1の4・62～75頁)

#### イ 敗血症

敗血症は、感染病巣から細菌が血液中に侵入して起こる重篤な状態であるが、全身性炎症反応症候群(SIRS)の概念を用いた定義も提唱されている。この場合、敗血症は、感染症が存在し、SIRSの所見(体温 > 38 ないし < 36 , 心拍数 > 90 /分, 頻呼吸 (> 20 /分) ないし低炭酸ガス血症 (PaCO<sub>2</sub> < 32 mm Hg), 白血球数 > 12000 μL ないし < 4000 μL のうち2項目以上に該当する。)が認められ

る病態と定義される。ただし、高齢者では非特異的な症状に終始する点に注意が必要とされ、また、全身性の炎症の存在を確認する客観的（検査）項目がないため、その有用な指標としてCRPなどが挙げられる。

一般的に細菌感染症における治療では、感染臓器の特定と、治療薬剤の適切な選択のための細菌培養及び薬剤感受性検査が基本とされ、敗血症の治療においても、まず、抗生剤投与前に血液培養を行い、起炎菌の確認と原発感染病巣の確認を行い、確認された起炎菌に対して、感受性の認められた適当な抗生剤投与を行う。ただし、検査結果が判明する前の初期治療としては、頻度的に多い起炎菌を標的として抗生剤選択を行うことになる。（甲B10～12、乙B4、鑑定の結果）

## 2 争点

### (1) 褥瘡発生防止義務違反の有無

（原告らの主張）

Bは、85歳という年齢から皮脂の減少、表皮の菲薄化、皮下血流の低下等をきたしていたことは、担当医らも容易に予測しえたものであり、また、本件手術は、術後に手術部位に沿って吸引ドレーン2本が留置され、ボルトパックに繋がれているため、その間は、体動が制限されるうえに、高齢の患者は術後せん妄を生じることが多く、その場合には、痛み等に対する無意識の反応が制限されるに至ることが生じうるのであるから、術後の臥床等によって褥瘡を生じる危険性が高かった。そして、Bのような高齢者の場合には、褥瘡が一旦発症すると難治性となって遷延し、MRSA等による敗血症等の全身性の病態を併発して重篤化することが知られている。

したがって、Bの手術を担当し、術後の管理に当たる担当医らには、術後の褥瘡の発症を防止するため、手術時あるいは術後処置に当たって、局所に外部的圧力が長時間加わることになるような布バン等の固形物が患者の腰背部等に紛れ込むことのないよう注意深く観察するとともに、帰室後もこのような事

実の有無を慎重に把握すべき注意義務があった。

しかるに、担当医らは、手術室においてBの仙骨部に布バンを紛れ込ませたうえで、本件手術から29時間が経過した2月5日23時に至るまで、この事実を看過していたのであり、上記注意義務を怠った過失がある。

(被告の主張)

ア Bの褥瘡の原因は、術後の臥床により、仙骨部の皮膚及び軟部組織が、骨と病床との間で圧迫されたために循環障害を起こして壊死となったためと考えられるが、2月4日の手術前の状態(Bの全身状態、ADL(日常生活動作)及び栄養状態は良好である。)及び術後の状態(自ら体動可能で栄養状態にも問題ない。)に照らし、褥瘡発生の危険性が高いとは言えず、その発生を予見することは困難であった。

イ また、本件手術後は、担当医らが創部の確認とガーゼ交換を行い、Bを側臥位にして手術創周辺を観察したが2月8日まで仙骨部に水疱はもとより発赤も認められていない。おむつや寝衣の交換、全身清拭の際も同様である。

ウ さらに、以下のように、担当医や看護師による処置や介護の際に姿勢の変更もなされているにもかかわらず、2月8日10時の清拭時に仙骨部の水疱形成が認められた。

2月4日は、手術創部にドレーンが2本挿入されポルトパックにつないでいたため、仰臥位で左右のしっかりとした体位変換は困難であったが、タオルをBの体のサイドから挿入したり、手を差し入れて隙間を作ったりして同じ場所に体重がかからないよう配慮した措置をとっている。

2月5日は、回診、包交をした際に、翌6日は、ポルトパックを除去して創部の包交を行った際に、仙骨部の状態も確認されているうえ、コルセットを装着し、坐位姿勢をとらせたことによりBの姿勢も変わっている。

2月7日は、コルセットを装着し下垂坐位をとらせたほか、B自ら左下肢に紐をつけて屈伸運動するなど体動が可能であったうえ、夜間には看護師に



よる体位変換も行われている。また、ポータブルトイレでの排便介助の際（同日14時）にも仙骨部周辺の観察は行われているが異常は認められていない。

エ 褥瘡が水疱で発見されている点については、水疱前の「発赤、紅班」がどの程度のものとして現れるか、どの位の時間が経過すれば水疱に移行するのかは千差万別で一般的な知見はなく、本件では、2月7日14時の排便介助の際に発赤等の異常は認められておらず、翌8日10時の清拭時までの間に褥瘡が形成され、水疱が出現するに至ったとしても不自然ではないし、水疱の段階で発見したとしても観察が杜撰であったとはいえない。

オ 以上のとおり、水疱形成が認められるまでのBに対する看護及び観察は十分になされており、被告病院における術後管理に過失はない。

## (2) 褥瘡に対する治療義務違反の有無

（原告らの主張）

### ア 褥瘡に対する治療義務

褥創治療に当たる医師・看護師らに求められる注意義務は、褥創に対する局所的治療に関するものと、治癒が遷延化した場合の全身的病態に対する治療に関するものとに大別されるところ、Bの担当医らには以下のように注意義務を怠った過失がある。

### イ 局所的治療における過失

ガイドラインによれば、褥瘡を難治化させる要因はポケットの形成、感染、低栄養であり、とりわけポケットの形成が褥瘡の難治化、感染合併の原因となるとされていること、特に、褥瘡の創部が縮小してポケットが拡大、深化した場合には、外部からの治療が困難となるため、ポケットを外科的に切開し、壊死領域を除去することが決定的に重要とされていることからすれば、褥瘡の局所的治療において、褥瘡の難治化・遷延化を防止すべく、担当医は、ポケットの外科的切除及び壊死組織のデブリドマンを時機を失することな

く実施すべき注意義務を負う。

本件では、3月1日以降、褥瘡部にポケットが形成され、深達化したことは明らかであり、4月5日の褥瘡部培養ではMRSAが検出され、その難治化も明らかとなっていた。また、ポケットの切開は、大きな侵襲とはならず、患者の精神状態の如何にかかわらず実施しうるものであり、実際に局所麻酔による切開は、Bの精神状態が一層悪化した7月18日に実施されている。さらに、褥瘡部が縮小したとしても、開口部が狭くなるためポケット部の洗浄がより困難となり、切開の必要性が高まるのであって、切開しない理由とはならない。

したがって、担当医は、ポケット切開によりその後の状況に変化をもたらす可能性のあった4月18日以降、遅くともBに精神状態の不穏傾向が認められるに至った6月11日までの間に褥瘡部のポケット切開を実施すべきであったにもかかわらず、上記期間にこれをしなかったのであるから、過失があることは明らかである。

この結果、Bの褥瘡は難治化し、MRSAの陰性化ができず、Bを敗血症に罹患させるに至った。

#### ウ 全身的病態に対する治療における過失

(ア) 治癒が遷延化した褥瘡においては、全身性の病態としての診断・治療が求められ、その治療の根幹は、感染症とりわけ敗血症の予防・治療にある。

したがって、担当医らとしては、感染症とりわけ敗血症の早期診断及び効果的な治療の実施を心がけるとともに、内科医等の他科診療部スタッフとの連携のもとで診断・治療に当たることが求められる。また、感染症の早期診断及び効果的な治療の実施のためには、感染部位及び起炎菌の特定並びに起炎菌に感受性のある抗生剤の投与が必要とされる。

(イ) (6月22日までの過失)

本件では、褥瘡部・咽頭粘液から再三MRSAが検出されており（3月18日の褥瘡部培養，4月5日の褥瘡部培養及び同月22日の咽頭粘液培養），担当医としては，MRSAによる敗血症発症の可能性を念頭において，その発症を予防するため，MRSAに感受性を有する抗生剤を投与すべきであった。

ところが，担当医は，4月22日から6月22日まで細菌培養を全く行わず，抗生剤も投与しなかったのであり，このように感染症（敗血症）の予防治療を懈怠した結果，Bは敗血症を発症するに至った。

(ウ) （敗血症罹患認識可能である6月23日以降の過失）

また，本件では，細菌培養検査の結果に加え，6月23日当時のBの所見（6月21日以降，体温は一貫して38℃まで上昇し，同月23日12時30分には悪寒戦慄を呈し，15時30分に，体温は39.0℃に達し，心拍数は108/分，血圧は68/40mmHgである。6月22日のCRPは16.48である。）からすれば，Bが敗血症に罹患していたことは明らかであり，担当医としては，敗血症の発症を早期に診断するとともに，細菌培養検査を実施して感受性のある抗生物質を投与すべきであった。

ところが，担当医は，Bの死亡に至るまでの間，敗血症については，その可能性すら認識していなかったのであり，このため，担当医は，血液培養検査を行って敗血症の確定診断をすることを懈怠しただけでなく，敗血症治療のために起炎菌をMRSAと推定した上での抗生物質の投与を7月5日に至るまで実施せず，その結果，Bの敗血症を重篤化させ，多臓器不全により死亡に至らしめた。

なお，担当医らは6月23日からスルペラゾン，同月28日からオメガシンを投与しているが，これらは肺炎に対する治療として行われたものであり，しかも3月18日の検査でMRSAに耐性との結果が出ており敗血症治療に役に立たないものであった。

(I) さらに、以上のような担当医らの過失は、整形外科医であるE医師が、褥瘡治療が遷延すれば、全身的な病態としての診断・治療が必要になるとの認識を欠いたうえで、専門外の敗血症等の感染症に対応するため、内科医等との連携による全身的、総合的治療を実施することを怠ったために生じたものである。

(被告の主張)

ア ガイドラインについて

ガイドラインの記載は指針に過ぎない。また、ガイドラインは、寝たきり患者の増加による褥瘡の増加を念頭においたもので、本件のような術後の一時的な安静臥床を想定していないし、脊髄損傷等の患者のように一定の姿勢をとり続けることを余儀なくされたわけでもなく、ガイドライン記載の指針は本件で適用されない。

イ 褥瘡発生後の処置について

被告病院における褥瘡発生後の処置は後記(ア)ないし(ウ)のとおりである。このように、担当医らは、適宜、毎日の創部洗浄と創部保護、病期に応じた外用剤の塗布、切開排膿、デブリドマン、抗生剤の投与・散布、低栄養改善のための薬剤投与、ベッド上での姿勢の保持・変換などを行っていた。担当医は、全身状態の改善から褥瘡治療を図り、連日創部を洗浄してポケットの大きさを把握しつつ、ポケットの切開をせずとも十分な洗浄(排膿)を行っていたのであり、その結果、一時的には改善傾向も見られており、被告病院における治療は適切に行われた。

(ア) 2月12日以降、水疱がつぶれ、洗浄後、ゲンタシン軟膏(殺菌性抗生剤)を塗布しガーゼ保護を行う一方、Bは両足をよく動かすようになっていた。

2月14日以降、創面が茶灰色となり、壊死組織除去のためプロメライン軟膏(壊死物質融解作用がある。)を使用開始し、同月18日からはブ

ロメラインでは壊死組織の除去が不十分と考えられたのでゲーベンクリームを使用し、翌19日からはプロスタグランディン（血行促進による褥瘡治癒促進作用がある。）の点滴を開始した。

2月24日以降、褥瘡が深くなったので（深達度 度）、切開排膿、デブリドマンを行い、開放創となった褥瘡を洗浄しヨードホルムガーゼ（滲出液の多い感染創に使用され、殺菌消毒効果あり。）を充填した。

3月1日以降、褥瘡部から培養された Micrococcus に感受性のあるペントシリン投与を開始した（同月8日まで）。

3月8日以降、滲出液が減少してきたので、ヨードホルムガーゼを中止し、フィブラストスプレー（褥瘡・皮膚潰瘍治療剤）を使用することとした。CRPは低下しており（2月25日18.09，3月10日1.39）、感染を含め、褥瘡は改善傾向にあった。

3月22日以降、滲出液が続き、創部がドロドロで治癒が進まないのので、エイヒで削り、洗浄し、チエナム（広い感受性の抗生剤）投与を開始したが、創部培養でのMRSA検出を受けて23日からバンコマイシン投与を開始し（同月29日まで）、また、フィブラストスプレーを中止してユーパスタ（滲出液の多い感染創に用いられ、創治癒促進作用を有する。）使用へ変更した。その後、Bは、総タンパクは概ね5.0 g/dl以上を推移し、食事も摂っていた。

(イ) 4月12日以降、創部の縮小傾向があるものの、滲出液が続くので翌13日からハベカシン散布後にユーパスタ使用としたが、滲出液が続くので、15日からユーパスタを中止し、ガーゼ充填とした。

4月18日には、ガーゼに黄白色の膿汁少量があるものの、全体的にきれいなピンク色となり、Bも歩行器を使用して院内を歩いたり、家族のもとへ外出していた。

4月21日以降、食思不振とCRP上昇があったため内科を受診し、肺

炎疑いによりスルペラゾン投与を開始し（5月3日まで）、翌22日からアミノフリードを開始した（同月24日まで）。

5月10日以降、アミノフリードを再開し、同月18日からエンシュアリキッド投与も開始し（7日間）、栄養状態の改善を図っている。同月13日には、褥瘡は小さくなり、深さも浅くなってきたので、ハベカシン散布を中止してフィブラストスプレーによる治癒促進を図った。その結果、同月20日には褥瘡は縮小し、ポケットも狭くなり治癒傾向が認められた。

6月2日以降、褥瘡は縮小し、治癒傾向にあり、創治癒促進のため同月12日からプロスタグランディン点滴を開始し（14日間）、14日から物理療法も開始した。

(ウ) 6月18日以降、褥瘡は治癒傾向にあったが、治癒にまで至らないので、担当医から家族に対し、外科的処置（切開・ポケットの開放）を提案したが、家族から明確な回答は得られなかった。

6月23日以降、同月22日のCRP16.48を受けて肺炎疑いとして、内科より23日からスルペラゾン投与の指示を受け施行した（同月28日まで）。

7月6日以降、創部は創口、ポケットともに縮小していたが、滲出液は続いており、発熱も続いて全身状態も不良となってきたため、感染鎮静化のためミノマイシン投与を開始した（7日間）。同月14日から中心静脈栄養を開始し、褥瘡部からの排膿も著明となってきた。同月16日には、CRPも亢進してきたので抗生剤をバンコマイシンに変更した。原告らに対しては再度外科的処置を勧め、同月20日の手術実施の同意を得たが、当時のBの精神状況からすると手術を試みることも自體容易ではなく、予想以上に急速に全身状態が悪化するまで、緊急に外科的な排膿まで必要な事情はなかった。

7月18日、褥瘡部からの血膿汁によるガーゼ汚染を受けて、当直医に

より緊急に切開，排膿，デブリドマンの外科的処置を行ったが，同月20日には多臓器不全が出現し，種々の薬剤を投与するが改善せず同月23日にBは死亡した。

#### ウ 敗血症ないし感染症について

M R S Aは局所的には培養されているものの，全身性の原因となったかどうかは確定できないうえ，Bのような高齢で低栄養となった患者では，複数の細菌による感染症発症の可能性が高いから，M R S Aが起炎菌とはいえない。また，敗血症は感染症に起因する全身性炎症反応症候群（S I R S）であるが，Bの6月23日当時の体温（ボルタレン座薬の効果があるとしても20時には解熱），心拍数（もともと心拍数は多かった。），呼吸数（頻呼吸なし）及び白血球数（前日8620  $\mu$  L）はS I R Sの基準を充たしていない。

Bが感染症状を呈していたので，担当医は呼吸器，尿路感染など他の原因がないか検索するため内科へ対診し，その結果，肺炎疑いとされたことから，その指示で広域抗生剤であるスルペラゾン（6月28日まで），さらにオメガシン（7月5日まで）を投与している。M R S Aが敗血症の起炎菌とは限らないから，直ちにバンコマイシンの全身投与が必要になるわけではない。また，M R S Aに感受性のあるミノマイシンを7月6日から，バンコマイシンを同月16日から投与している。なお，原告らは血液培養検査を行うべきであった旨主張するが，抗生剤投与後であるため，血液培養検査で菌が検出されないこともある。

### (3) 因果関係

（原告らの主張）

ア 担当医らの上記(1)の過失によって，Bの腰背部に紛れ込んだ布バンによる限局された外的圧力が一定時間継続して加わったことを原因として，Bの仙骨部及び右腸骨部の2か所に褥瘡を発症した。仙骨部の褥瘡は水疱状態で

発見されるに至ったが、その治療が遷延し、MRSA感染から敗血症を併発するに至って多臓器不全により死亡した。

上記褥瘡の発生がなければ、Bが死亡することはなかったものであり、Bのような高齢者においては、褥瘡の治療が遷延すれば難治性となり敗血症を併発して死亡に至ることは通常予測されることから、褥瘡を発生させた過失と死亡との間には相当因果関係がある。

イ 褥瘡発症後においても、褥瘡治療におけるガイドラインに従った適切な診断・治療が何らなされないままに、Bは、MRSAを起炎菌とする敗血症を重篤化させ、多臓器不全を発症して死亡するに至ったのであり、褥瘡に対する適切な治療が行われていれば、Bが7月23日時点で十分生存していたことは明らかであるから、褥瘡治療上の上記(2)の過失と死亡との間には相当因果関係がある。

(被告の主張)

ア 前記(1)の過失と死亡との間の相当因果関係は争う。褥瘡発症時から適切な治療が行われており、Bの褥瘡が治癒せずに遷延した理由は明確ではないが、Bの年齢から創部の治癒や感染に対する復元力に限界があったことが推測される。

イ 褥瘡の長期化により体力を消耗し、食事も徐々にとれなくなっていたBのような患者においては、抗生剤が投与され、十分な排膿や壊死組織の除去が行われたとしても治癒せずに死亡することは珍しくなく、前記(2)で原告らの主張するような治療をしたとしてもBを救命できたとは到底いえない。

(4) 損害

(原告らの主張)

損害額は、以下の合計3270万円となり、このうち原告Aの固有の慰謝料を除いて、原告ら及びCが各相続分に依じて相続したが、Cは、平成17年7



月21日、その相続分を原告Aに譲渡した。

ア Bの慰謝料	2500万円
イ 原告Aの慰謝料	300万円
ウ 入院諸雑費	22万5000円

当初1か月の入院を予定しており、Bの入院期間(1月26日から7月23日まで)のうち5か月分(150日×1日1500円)を請求する。

エ 入院付添費	97万5000円
---------	----------

入院諸雑費と同様に1日6500円として150日分請求する。

オ 葬儀費用	150万円
カ 弁護士費用	200万円

(被告の主張)

争う。

Cから原告Aへの本件債権譲渡は訴訟行為をさせることを主たる目的とした訴訟信託であり無効である(信託法10条)。

### 第3 当裁判所の判断

#### 1 争点(1)(褥瘡発生防止義務違反の有無)について

##### (1) 褥瘡の発生原因

ア 2月8日10時、Bの仙骨部に水疱状態の褥瘡が認められ、同日14時には、右腸骨背部に壊死状態の褥瘡が認められたことは前記第2の1(2)イのとおりである。

イ そこで、まず、右腸骨背部の褥瘡の発生原因について検討するに、前記褥瘡の医学的知見によれば、褥瘡の直接の原因は圧迫であり、200mm Hgの圧力が2時間以上持続的に加われれば、局所の阻血性壊死が生じるとされているところ、2月4日、Bが本件手術を終えて17時40分に帰室し、その約29時間後である同月5日23時にBの右腰背部に布バンが紛れ込んでいるのが発見され、しかも、その経緯は、Bが同部の痛みを訴えたことに基

づき看護師が発見したものであること(乙A2・68,72頁,原告D16~20項),布バンは本件手術で麻酔のチューブ等を固定していたもので手術室で紛れ込んだものと考えられ(証人E10項),前記のような大きさ,形状であって,局所に圧迫を加えるに足りるものであること(この点,鑑定人は,このような大型で鋭角な辺縁を有する固形物が腰部に置かれると体重の負荷が長時間持続することにより,皮膚が微小循環不全のため阻血傾向となり,褥瘡発生の可能性を強く示唆している。同人作成の鑑定書8~9頁,補充鑑定書2頁。以下,鑑定の結果を用いる場合は同鑑定書等の頁数で示す。),上記布バンと褥瘡の位置関係が概ね一致していること,後記ウのとおり他の原因も考え難いことも合わせ考慮すれば,右腸骨背部の褥瘡は,本件手術時に紛れ込んだ布バンによる圧迫によって生じたものと認めるのが相当である(この点は,担当医である証人Eも98項で認める証言をしている)。

ウ 次に, Bが死亡するに至る過程で難治化した褥瘡は,仙骨部に生じた褥瘡であったところ,上記イで指摘した事情に加え, Bは本件手術後も体動が可能であった(乙A7,証人E206項等)から,何かの調子に布バンが下方の仙骨部からずれて,側方の腸骨付近へ移動した可能性があること, Bの2か所の褥瘡は2月8日の10時及び14時とほぼ同時期に共に深達度 度で発見されていること, Bの1月23日の総蛋白は6.6 g/dl(基準値は5.8~8.1),褥瘡の発生に大きな影響を有するアルブミンは64.5%(同60.5~73.2)で褥瘡発生のリスクを懸念するような栄養状態ではなく(甲B1の4.40頁,乙A2.56頁, A7), Bに加齢による一般的な皮膚変化以上に著しい皮脂の減少や表皮の菲薄化,やせ等の褥瘡発生のリスクを特に高めるような要因は認められず(乙A7,証人E179~182項),2月6日以降,コルセットを装着して坐位姿勢をとらせたり,体位変換介助を行うなど体位変換の対応にも格別問題があったことは窺え

ないこと（乙A2・73～75頁，A7，鑑定書10頁），Bは麻痺などのために体動できない状態ではなく，本件手術後も体動し，また本件手術は整形外科領域での通常行われる内容であり，術後も特別な管理を必要とするものではないことが窺え，このような状況で，通常短期間に褥瘡は発生しにくいと考えられ，特殊な限局する外的圧力がある程度の時間継続して加わった場合が想定されること（鑑定書8頁，補充鑑定書2頁）からすれば，右腸骨背部と同時期に生じた仙骨部の褥瘡についても布バン以外の具体的原因を想定し難いから，仙骨部に生じた褥瘡は，本件手術時にBの腰背部に紛れ込んだ布バンによる圧迫を原因として発生したものと認めるのが相当である。

## (2) 褥瘡発生防止義務違反

ところで，褥瘡についての医学的知見によれば，褥瘡の最好発部位は仙骨部とされ，褥瘡の予防対策として，皮膚の観察や圧迫の除去が求められること（前記第2の1(3)ア），褥瘡を生じやすい局所的及び全身的要因として加齢による皮膚変化や生体防御機能の低下等もあるところ（甲B1の4・5～7頁），Bは85歳と高齢であったこと，本件手術直後においては疼痛のため一般には体を動かし難いと考えられること（鑑定書8頁）に鑑みれば，Bの本件手術を担当し，術後管理に当たる担当医らは，手術時あるいは術後処置に当たって，局所に外部的圧力が長時間加わることになるような固形物が，褥瘡の好発部位である患者の仙骨部やその周辺の腰背部に紛れ込ませたり，紛れ込んだ後これを長時間放置することのないよう注意すべき義務があったものと解される。

そうすると，本件手術時において局所に圧力を加えることとなる布バンをBの腰背部に紛れ込ませ，さらに，手術終了後から約29時間が経過した2月5日23時に至るまで当該事実を看過して局所に長時間圧力を加えてしまった結果，仙骨部に褥瘡を発生させた担当医らに過失が認められることは明らかである。

この点，被告はBの全身状態等から褥瘡発生を予見することは困難であった

旨主張するが、局所に圧迫を加えることになるような布バンを褥瘡の好発部位である仙骨部付近の腰背部に紛れ込ませれば、褥瘡発生の危険があることは明らかであり、その過失を否定することはできない。

## 2 争点(2) (褥瘡に対する治療義務違反の有無) について

### (1) 局所的治療における過失について

ア Bの褥瘡には、3月1日まではポケットが形成されていたが、その後7月18日に緊急に切開されるまでポケットの切開はなされていないところ、原告らは、局所的治療における過失として、ガイドラインに従い、褥瘡の難治化、感染合併の原因となるポケットについて、4月18日以降、遅くとも6月11日までの間に切開をすべきであった旨主張する。

この点、ガイドラインでは、前記のとおり、ポケットが深く、デブリドマンが進まない場合には出血傾向がないことを確認したうえで、ポケット部の皮膚に局所麻酔を行い、切開を加えるとされている。

イ そこで、担当医がポケット切開をしなかった点について過失があったかどうかについて検討するに、Bの褥瘡の局所状況は、4月18日に全体的にきれいなピンク色を呈していたように改善傾向を示した(乙A2・130頁)後、6月18日に担当医が家族に対して外科的手術の提案をする(同171頁)までの間、4月28日「褥瘡周囲は小さくなっているがポケットはまだ大きい」(同137頁)、5月6日「ポケット深くなっている」(同141頁)、同月13日「創も小さくなっているし深さも浅くなっている」(同146頁)、同月20日「ポケットも狭くなり治癒傾向」(同151頁)、6月2日「2cm程度のポケット」(同159頁)、同月5日「0.5cm直径円、深さ1cm程度」(同161頁)、同月6日「褥瘡は縮小しているがポケットは拡大。長径5cmある様子」(同頁)、同月10日「ポケットは小さいが、まだ深い」(同164頁)と変化しており、一時的には治癒傾向を示すこともあったこと、Bには本件手術後にせん妄が生じ、その後褥瘡が原因でせん妄は継

続し、3月12日には大分大学医学部附属病院精神神経科を受診して内服薬を処方され(同37頁)、一時的にせん妄が落ち着くこともあった(同138頁)が、認知障害や不穏等の精神症状は入院期間中ほぼ継続していたこと(乙A2,5)、局所麻酔や術後の疼痛はせん妄の誘発・促進因子とされていること(甲B13)、担当医から外科的手術の提案があるものの看護する家族からはあまり望まれてはいなかったこと(乙A7,証人E136項,原告D61~74項)に加え、鑑定人も、ポケット切開を行えば、その後の状況に変化をもたらす可能性があったと考えられるとする一方で、患者側の日常生活能力等を考慮すれば、実施すべきであったとは断言できない旨供述している(鑑定書11,12頁,補充鑑定書3頁)ことも合わせ考えると、原告が主張する期間内に、ガイドライン記載の「デブリドマンが進まない場合」に該当するものとして直ちに切開をしなければならなかったとまではいい難い。

ウ したがって、担当医に6月11日までの間にポケット切開をすべき注意義務があったということはできず、局所的治療における過失を認めることはできない。

(2) 全身的病態に対する治療における過失について

ア 原告らは、全身性の病態としての褥瘡の治療においては、担当医らにおいて、感染症とりわけ敗血症の予防・治療に努め、感染症(敗血症)に対してはその起炎菌に感受性のある抗生物質を投与する等すべきであるにもかかわらずこれを怠った過失がある旨主張する。

イ(ア) 前記の医学的知見及び証拠(甲B4~8)によれば、褥瘡は感染症を合併することがあり、さらに敗血症を経て死亡することまであることが認められる。そのため、褥瘡の治療に当たる医師は、褥瘡部の局部感染から重篤な全身感染に至る可能性を念頭に置いて診療に当たるべきであり、前記の医学的知見及び鑑定の結果(鑑定書2頁)も踏まえると、患者に感染

症を疑わせる徴候が表れた場合には、その診断、感染部位の特定、起炎菌の特定及び抗生剤の感受性判定のために、細菌培養検査及び薬剤感受性検査を行ったうえ、感受性の確認された抗生剤を投与するなどの措置を講じるべき注意義務を負うというべきである(最高裁判所平成13年6月8日第二小法廷判決・判例タイムズ1073号145頁参照)。

(イ) これを本件についてみるに、Bは本件手術後、前記のとおり、37

台の発熱が継続していたというのみならず、感染症の診断に有用とされるCRP(基準値0~0.3)の異常値が2月10日以降継続的に確認されており、4月中旬から5月上旬にかけては、10を上回る高値が継続して見られるようになったこと、そして、細菌培養検査が2月24日に褥瘡部、3月18日に褥瘡部、同月23日に咽頭粘液、4月5日に褥瘡部、同月22日に咽頭粘液について実施されているが、3月18日の検査でMRSAが検出されて以降、同月23日の検査(-streptococcus及びCITROBACTER FREUNDIIを検出)を除き、いずれにおいてもMRSAが検出されており(乙A2・45~51頁)、また、5月3日には被告病院内の内科医から、発熱やCRPの異常値の原因は褥瘡部と考えられる旨の見解がE医師に伝えられていたこと(同28頁)に照らせば、Bについて、遅くとも5月上旬の時点では、発熱の原因として褥瘡部、さらには呼吸器の感染を疑い、重度の全身感染症への進展も懸念すべき状況にあったといえ、そのため、担当医師は、5月上旬ころ以降、褥瘡部及び呼吸器の細菌感染を念頭に、細菌培養検査及び薬剤感受性検査を実施し、感受性の確認された抗生剤を投与するなど、感染の重度化防止、沈静化のための措置を講じるべき注意義務を負っていたというべきである。

(ウ) しかるに、担当医は、5月上旬以降6月21日までの間、発熱が依然続いており、感染が沈静化した様子はない状況でありながら、褥瘡部及び咽頭の細菌培養検査のみならず、血液検査(CRPなど)や胸部レントゲ

ン検査などで感染症の推移を客観的に確認することさえせず、抗生剤の投与も一切行っていなかったのであるから、この間感染症への対応をまったく採られていなかったといわざるを得ない(鑑定書6頁。なお、ボルタレンは継続的に投与されているが、ボルタレンには対症療法として解熱作用があるにとどまり、発熱の原因である感染症そのものへの治療効果はなく、むしろ感染症を不顕性化するおそれがあるため、感染症による炎症に使用する場合には、抗生剤と併用して慎重に用いるべきとされている。乙B1)

そして、Bの感染症は遅くとも6月23日には敗血症といえるほどまで重篤化し、同月22日の褥瘡部の細菌培養検査の結果及び4月22日以前の上記細菌培養検査の結果からは、MRSAが起炎菌であると判断できる状況であった(鑑定書3～5頁)にもかかわらず、担当医が6月23日以降投与したスルペラゾン、同月28日以降投与したオメガシンは、いずれもMRSAに感受性のないことが確認されていた抗生剤であり(乙A2・47～50頁)、担当医は、同月22日以降感染症に一定の対応を採るようになったとはいえるものの、7月6日にミノマイシンの投与を開始するまでは、起炎菌とその薬剤感受性を念頭に置いた抗生剤投与は引き続きなされていなかったものである(鑑定書4、5頁)。

ウ 以上からすれば、担当医においては、5月上旬から7月5日にかけて、Bの感染症に対する適切な検査及び治療をするべき上記注意義務を怠った過失があることは明らかである。

エ この点、被告は、6月23日以降の経過につき、同日ころに敗血症であったとする根拠はない、保菌と感染は区別すべきであり、創部培養からMRSAが検出されたからといって起炎菌とは限らず、直ちにバンコマイシンの全身投与が必要になるわけではない、複数の細菌による感染の可能性が高かった、そのため担当医であるE医師は検出されたMRSAに耐性があること

は承知していたが、肺炎疑いにより広域性のスルペラゾンやオメガシンを投与したなどと種々主張し、E 医師の供述等はこれに沿っている（乙A7、証人E70～78項）。

しかし、敗血症の概念をどのようにとらえるにせよ、6月23日当時の臨床症状及び検査所見から、Bが重度の全身感染症に罹患していたこと、そのような重度の全身感染症に適切に対応すべき状況にあったことは明らかであり（鑑定書3頁）、敗血症か否かを巡る被告の主張は、担当医の負うべき注意義務を何ら緩和・軽減させるものではない。

そして、本件では褥瘡部と咽頭という複数の箇所から数回にわたりMRSAが検出されていたのであるから、全身感染の起炎菌はMRSAであると考えるのが自然であり（鑑定書3頁）、これを否定する被告の上記主張等は、抽象的な可能性を指摘しているにとどまる。

また、敗血症の診断に疑問を呈したり、複数の細菌による全身感染の可能性をいうのであれば、なおさら血液培養検査などによって診断と起炎菌を確定するよう努めるべきであったといえ、そのような検査を怠っているながら、かかる主張等をするのは本末転倒である。被告は、抗生剤投与後であるため、血液培養検査で菌が検出されないこともある旨も主張しているが、そうであれば血液培養検査を複数回行ったり、抗生剤の血中濃度が低くなる時点で血液を採取するなどの工夫が求められるのであって、血液培養検査を実施しない理由にはならない。

一方、細菌培養検査の結果が判明するまでの初期治療として、広域スペクトラムの抗生剤を投与することは考えられ得るが、その場合でも細菌培養検査の結果と全身状態の推移を踏まえて抗生剤の有効性を再評価することが前提であり、培養検査でスルペラゾンやオメガシンに感受性がないMRSAが検出され、現に感染の沈静化も見られない状態であっても漫然とそれら抗生剤を投与し続けることを肯定するものではないことはいうまでもない



(鑑定書4, 5頁)

したがって、被告の上記主張等は、担当医の過失を何ら否定するものではない。

### 3 争点(3) (因果関係) について

(1) 過失に係る前記各判断及び前記前提事実記載の診療経過によれば、Bには、担当医らの褥瘡発生防止義務違反に起因して褥瘡が生じ、これに感染症が合併した後、担当医が5月上旬から7月5日にかけて感染症への適切な対応を怠った過失のために重症化していき、多臓器不全を経て同月23日に死亡したものである。

(2) そして、6月22日までの感染症への対応に係る過失だけで考えても、Bの感染症は必ずしも急速に悪化したわけではなく、当初は発熱が続いていたとはいえ、長らく37℃台にとどまっていたのが、担当医が長期間感染症への対応を採っていなかった間に次第に悪化していき、6月23日には敗血症といえるほどの状態にまで至ったものであり、担当医が5月上旬から6月中旬にかけて感染症への対応に係る前記注意義務を尽くしていれば、6月23日の時点でここまで病態が重篤化することは避けられたであろうし、それゆえさらに多臓器不全を経て7月23日に死亡することも避けられたであろう高度の蓋然性があるというべきである(鑑定書20頁, 補充鑑定書5頁)。

また、6月23日以降7月5日までの期間に係る過失についても、Bが既に重篤な状態に陥っていた時期であり、その年齢等も考えれば、適切な抗生剤投与を行っていたとしても、延命の程度に限界があった可能性はあるが、それでも敗血症といえるほどの状態になってから約2週間もの間感受性のある抗生剤が投与されていなかったのであるから、この点がBの予後に重大な影響を与えたことは否定できず、この期間の過失だけを取り出して考えても、7月23日の死亡という結果との因果関係は否定されるものではない。

以上の点について、被告は、Bの年齢等に照らし、救命可能性がない旨主張するが、上記判断を左右するに足りる証拠はない。

(3) 以上によれば、Bは、担当医らの上記各過失が競合して死亡したものとすることができ、これらの過失とBの死亡との間に相当因果関係を認めるのが相当である。

#### 4 争点(3) (損害) について

(1) 前記前提事実、証拠(甲A3, 原告D)及び弁論の全趣旨によれば、以下の事実が認められ、これによれば、次のとおりの損害が認められる。

##### ア Bの慰謝料(請求2500万円)

Bは、腰痛、下肢痛等の治療のため元々1か月程度の予定で入院して本件手術を受けたにすぎないところ、褥瘡のため約6か月間にわたる長期入院を余儀なくされ死亡にまで至ったこと、85歳と高齢で無職、妻との二人暮らしであったこと等を考慮するとBの精神的苦痛に対する慰謝料は1900万円が相当である。

##### イ 原告Aの慰謝料

本件手術だけでなく褥瘡を原因としてせん妄の続くBの長期入院に毎日のように付き添い、その最期を看取った原告Aの精神的苦痛に対する慰謝料は300万円が相当である。

##### ウ 入院諸雑費

当初1か月の入院を予定していたことからすれば、Bの入院期間約6か月のうち150日分の22万5000円(1500円×150日)を損害と認める。

##### エ 入院付添費

Bの症状の程度及び年齢等に照らし、上記ウと同様に150日分の9万5000円(6500円×150日)を損害と認める。

##### オ 葬儀費用

葬儀費用として150万円を認める。

#### カ 弁護士費用

原告らは、本件訴訟の提起・追行を原告ら訴訟代理人弁護士に委任したところ、事件の内容、難易度、審理の経過、認容額に照らし、200万円を損害と認める。

- (2) (1)のうち原告Aの固有の慰謝料を除いて、原告ら及びCが各相続分に応じて相続し、Cがその相続分を原告Aに譲渡したことにより、原告Aには1722万円、その余の原告らには237万円の各損害賠償請求権が認められる。なお、被告は、本件債権譲渡が訴訟信託で無効である旨主張するが、そのように解すべき根拠はなく、採用できない。

#### 第4 結論

以上によれば、原告らの請求は、被告に対して、原告Aに対し1722万円及びその余の原告らに対し各237万円並びにこれらに対するB死亡の日である平成16年7月23日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払をそれぞれ求める限度で理由があるから、これらを認容し、その余は理由がないのでいずれも棄却することとして、主文のとおり判決する。なお、担保を条件とする仮執行免脱宣言は相当でないからこれを付さないこととする。

大分地方裁判所民事第1部

裁判長裁判官 金光健二

裁判官 松川充康

裁判官 力 元 慶 雄