

令和 8 年 6 月 5 日判決言渡 同日原本領収 裁判所書記官

令和 5 年（ワ）第 9 9 2 号 損害賠償請求事件

口頭弁論終結日 令和 8 年 2 月 2 0 日

判 決
主 文

5

1 被告は、原告子に対し、1 億 0 7 2 2 万 6 5 6 0 円及びうち 1 億 0 7 1 1 万
6 5 6 0 円に対する平成 3 0 年 7 月 1 9 日から支払済みまで、うち 1 1 万円に
対する令和 2 年 2 月 2 7 日から支払済みまでそれぞれ年 5 分の割合による金員
を支払え。

10

2 被告は、原告父に対し、5 5 0 万円及びこれに対する平成 3 0 年 7 月 1 9 日
から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

3 被告は、原告母に対し、5 5 0 万円及びこれに対する平成 3 0 年 7 月 1 9 日
から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

4 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。

15

5 訴訟費用については別紙訴訟費用目録に記載のとおりとする。

6 この判決は、第 1 項から第 3 項までに限り、仮に執行することができる。

事 実 及 び 理 由

第 1 請求

20

1 被告は、原告子に対し、1 億 4 9 3 5 万 3 2 8 4 円及びうち 1 億 4 3 8 5 万
3 2 8 4 円に対する平成 3 0 年 7 月 1 9 日から支払済みまで、うち 5 5 0 万円
に対する令和 2 年 2 月 2 7 日から支払済みまで、それぞれ年 5 分の割合による
金員を支払え。

2 被告は、原告父に対し、1 1 0 0 万円及びこれに対する平成 3 0 年 7 月 1 9
日から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

25

3 被告は、原告母に対し、1 1 0 0 万円及びこれに対する平成 3 0 年 7 月 1 9
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

1 事案の要旨

本件は、被告が開設する病院（以下「本件病院」という。）のG I C U（総合集中治療室）に入院し、気管挿管による人工呼吸管理をされていた原告子が、平成30年7月19日に計画外抜管による低酸素脳症となり、令和2年2月27日に消毒液による化学熱傷を生じたのは、本件病院の医療従事者の過失によるものであるとして、被告に対し、債務不履行又は不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償として、1億4935万3284円及びうち1億4385万3284円に対する平成30年7月19日（不法行為の日）から、うち550万円に対する令和2年2月27日（不法行為の日）からそれぞれ支払済みまで平成29年法律第44号による改正前の民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めるとともに、同原告の両親である原告父及び同母が、被告に対し、債務不履行又は不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償（慰謝料）としてそれぞれ1100万円及びこれに対する平成30年7月19日（不法行為の日）から支払済みまで前同割合による遅延損害金の支払を求める事案である。

2 前提事実（当事者間に争いがないか、後掲の証拠及び弁論の全趣旨により容易に認められる事実。以下、時刻については24時制で記載する。また、引用した書証については、認定に用いた主な箇所を〔 〕内に掲記することがある。）

(1) 当事者等

ア 原告子は、平成29年12月生まれの男子であり、原告父及び同母は、その両親である。

イ 被告は、愛知医科大学病院（本件病院）を開設する学校法人である。

(2) 前提となる医学的知見

ア E T C O 2（呼気終末二酸化炭素濃度）の測定（甲A6）

E T C O 2は、次の吸気が始まる直前のC O 2濃度であり、人工呼吸管

理中のカプノメーターによって測定することができる。ETCO₂は、PaCO₂（動脈血二酸化炭素分圧）の近似値となり、呼吸状態の変化や人工呼吸管理における異常の早期発見に役立つモニタリングの一つである。

ETCO₂の波形が消失した場合、人工呼吸器の作動停止、気管チューブや気道の完全閉塞、予定外の抜管、心停止、食道誤挿管等が疑われる。

イ 点状軟骨異形成症（甲B9、10、乙B1、B3～B5）

点状軟骨異形成症は、骨端軟骨とその周囲軟部組織の点状石灰化を特徴とし、特徴的な顔貌や四肢短縮などを呈する疾患群の総称である。遺伝子異常のほか、薬剤性、自己免疫疾患などの関連が指摘されており、多くの疾患を含む概念である。X染色体優性型、X連鎖性劣性末節骨短縮型などのほか、ビタミンK欠乏症などの症候性のものも存在する。

臨床症状は、出生時から乳児期にかけて、骨端軟骨とその周囲軟部組織に点状石灰化像を呈し、骨端核の出現は遅滞し、変形や形成不全が生じる。鼻骨低形成による鼻根部の平坦と短い鼻を呈し、眼瞼斜上を認め、低身長も全ての型で共通するが、疾患ごとに様々であり、四肢非対称、感音性難聴、末節骨低形成、関節変形や関節拘縮、脊柱管狭窄、呼吸障害、精神発達遅滞などが見られる。根治治療は確立されておらず、頸椎椎体の骨化遅延、後弯変形、早発性の変形性関節症等を生ずることがあり、これらに対し、脊椎手術、関節手術、骨延長術など整形外科的な治療が必要となる。生命予後は様々である。

(3) 診療経過の概要

ア 原告子は、平成30年7月17日、呼吸状態悪化のため、本件病院に救急搬送され、レントゲン検査、血液検査等の所見から、ウイルス性肺炎による呼吸不全と考えられたため、本件病院の小児科病棟に入院し、高流量鼻カニューラ酸素療法（ネーザルハイフロー）管理を開始し、同日20時頃にはGICUに転棟して、気管挿管下での人工呼吸管理を開始した。原告

子の呼吸状態は、同月 18 日朝の時点で改善傾向にあった。

イ 本件病院のイ看護師とロ看護師は、同月 19 日 3 時 12 分 49 秒、体位変換のため、原告子を持ち上げ、ハ看護師がベッド上を整えタオルを挿入し、イ看護師とロ看護師が、同日 3 時 13 分 30 秒、原告子をベッドに降ろしたところ、E T C O 2 の波形が消失し（なお、E T C O 2 のデータ上は同日 3 時 12 分に波形が消失している。）、人工呼吸器のアラームが鳴った。その際、イ看護師、ロ看護師及びハ看護師（以下「本件看護師ら」という。）は、医師を呼ばなかった。（甲 A 3）

ウ ハ看護師の要請により同日 3 時 16 分 21 秒に現場に到着したニ看護師は、同日 3 時 16 分 36 秒、人集めを依頼した。これに応じて、同日 3 時 18 分 48 秒に麻酔科の a 医師が、同日 3 時 30 分 6 秒に小児科の b 医師が G I C U に到着した。b 医師が抜管している可能性を指摘し、a 医師が喉頭展開をして気管チューブが食道に逸脱していることを確認し、再挿管を実施した。E T C O 2 の波形が消失してから 20 分以上経過して同波形が認められた（以下、原告子の気管チューブが食道に逸脱したことを「本件事故」という。）。

エ 原告子は、低酸素脳症となり、不可逆的で重篤な脳障害を負い、本件病院の G I C U に入院している。

オ 本件病院のホ看護師は、令和 2 年 2 月 27 日 18 時頃、原告子に対し、間欠的導尿（一定時間ごとにカテーテルを尿道口に挿入し、尿を排泄させる方法）を行うに当たり、陰部の消毒を行う際、通常 0.02% の消毒液を使用していたにもかかわらず、10% の消毒液を使用した。そのため、原告子の陰茎には 3 mm 大の緊満性小水疱が集簇し、陰囊の表皮剥離などが生じた。

3 争点及びこれに関する当事者の主張

(1) 争点 1（E T C O 2 の波形消失時の本件看護師らの対応の誤りの有無）

(原告らの主張)

5 ア 乳児の場合、体位変換をすることによって頭部が伸展され、挿管されていた気管チューブが抜ける（計画外抜管となる）可能性があることがよく知られており、医療従事者は、体位変換直後に E T C O 2 の波形が消失した場合には、まず、計画外抜管が起きた可能性が高いことを念頭において行動する必要がある。そして、計画外抜管が生じた場合、速やかに再挿管しなければならないところ、看護師は、気管挿管を行うことが認められていないから、E T C O 2 の波形消失により計画外抜管が疑われた場合には、速やかに医師に連絡しなければならない。また、医師が現場に駆けつけるまでの間、看護師は、気管チューブの抜管の有無の確認と、抜管が認められた場合には、医師が再挿管するまでの間、マスクバッグを用いて用手的に換気を補助しなければならない。

10 イ しかし、本件看護師らは、体位変換後に E T C O 2 の波形の消失を認識したにもかかわらず、医師に連絡せず、医師が再挿管を行うまでの間、バッグバブルマスクによって用手的に換気を補助することもなく、更には、駆け付けた医師に対して体位変換直後に E T C O 2 の波形が消失した事実を告げることもなかった。

したがって、本件看護師らには、上記アの注意義務に反した過失がある。

(被告の主張)

20 ア 幼児の体位変換時に気管チューブが抜ける可能性があること、E T C O 2 の波形が消失した場合、計画外抜管を含めたその原因を探索する必要があること、計画外抜管が生じている場合には、直ちに再挿管が必要であり、再挿管を行うことができるのは医師に限られていることは認める。

25 イ 本件看護師らは、原告子の E T C O 2 の波形が消失してから約 4 分間医師に連絡をしていないが、計画外抜管の可能性を疑い、直ちに E T C O 2 の波形消失の原因を探索するため、目視による固定位置の確認、口腔内の

観察、気管チューブのたわみの有無を確認した上、喀痰吸引処置を実施し、ジャクソンリースを用いて換気補助を開始していた。

したがって、本件看護師らに原告らが主張する過失はない。

(2) 争点2（本件病院の麻酔科医の不適切な対応の有無）

5 (原告らの主張)

ア a 医師は、原告子が徐脈となり心肺停止に近いとして呼ばれたのであるから、直ちに抜管あるいは食道挿管の有無を確認すべきであった。

10 イ しかし、a 医師は、平成30年7月19日3時18分48秒に原告子の病室に到着した後、胸郭が上がっているかを確認し、呼吸音の存在を何度も確認し、その後、二看護師から用手的な換気を交代するなどし、同日3時31分38秒にようやく挿管チューブの準備を開始し、同日3時32分00秒に喉頭鏡を用いて喉頭展開をしたものであり、このような対応は不適切であった。

15 ウ 被告は、患者の病態、看護師の報告内容、当直医の診断能力等によって再挿管を判断する時間が異なる旨主張するが、仮に本件看護師らがETCO₂の波形の消失を説明していないとしても、既に徐脈で胸骨圧迫が開始されていること、心停止に近いと報告されたことから、計画外抜管又は食道挿管の可能性を考えるのは当然のことであるから、再挿管の判断に時間がかかったことを正当化することはできない。

20 また、被告は、原告子が小児であり、喉頭展開をすることが容易でない基礎疾患があることから、再挿管の決断をするのにそれなりの時間を要する旨主張するが、小児であることを理由に再挿管の決断に時間を要するという理由はないし、そのような基礎疾患の確定診断は示されていない。

(被告の主張)

25 ア 挿管チューブが抜管していることが明らかでない場合、当直医が看護師からの状況報告を受けることに加え、医師自ら診察を含めた情報収集、考

察、判断、実行を同時並行的に進めていく必要があることから、再挿管が必要であると判断するまでにはそれなりの時間を要し、患者の病態、看護師の報告内容、当直医の診断能力等によって、再挿管を判断するのに必要な時間は異なる。

5 イ 本件当時、原告子については、確定的な計画外抜管であると判断できる状況になく、a 医師は、病室に到着した後、原告子の病態を自ら確認するため、胸郭挙上の確認や呼吸音の確認をしたところ、胸郭の挙上が認められていたことから、喉頭鏡を用いた喉頭展開を直ちに実施しなかった。また、a 医師が病室に到着した約 1 分後には原告子の自己心拍が再開したこ
10 とから、様々な可能性を視野に病態確認を行う必要があった。さらに、原告子には頸部可動域制限が存在しており、初回マスク換気や挿管の困難さから、抜管後に再挿管できないリスク等も踏まえると、再挿管を即断できる状況にあったともいえない。

(3) 争点 3（計画外抜管への対応の遅れと低酸素脳症の発生との間の因果関係
15 の有無）

（原告らの主張）

原告子の計画外抜管は、麻酔科医が常駐する特定機能病院の G I C U で生じたものであるから、体位変換後に E T C O 2 の波形が消失した時点で、本件看護師らのうち一人が医師に連絡すれば、遅くとも 3 分以内には再挿管で
20 きた可能性が高い。そうすると、平成 3 0 年 7 月 1 9 日 3 時 1 6 分 3 1 秒には再挿管されていたと考えられ、その時点まで適切に補助換気が行われていれば、血圧が低下したとしても軽度であり、再挿管の時点で徐脈にもなっていない可能性があり、原告子が低酸素脳症にならなかった蓋然性が極めて高い。

25 なお、被告は、原告子には、胸郭低形成、漏斗胸の既往があり、在宅酸素療法が必要な病態であったことを指摘するところ、胸郭低形成及び漏斗胸が

診療録に記載されていること、在宅酸素療法が行われていたことは認めるものの、これらによって再挿管の遅れと低酸素脳症との相当因果関係の存在が否定されるものではない。

(被告の主張)

原告らが主張するとおり、本件看護師らが直ちに医師に連絡していれば、原告子に対して速やかに再挿管できた可能性は否定し得ないものの、麻酔科医が病室に駆けつける時間、病室にて病態等を確認する時間、挿管チューブの準備のための時間、喉頭鏡にて喉頭展開をし、気管チューブの抜去とともに再挿管に要する時間を考慮すると、ETCO₂の波形の消失から3分以内に再挿管を完了することが可能であったとは認められない。

また、原告子は、胸郭低形成、漏斗胸を認め、在宅酸素療法が必要な病態であったから、仮に早期に麻酔科医による再挿管が実施されたとしても、原告子の呼吸状態等から、必ずしも低酸素脳症を回避することができたとはいえない。

したがって、計画外抜管への対応の遅れと低酸素脳症との間には相当因果関係は認められないし、仮に認められるとしても、相当程度の可能性が認められるにすぎない。

(4) 争点4 (計画外抜管への対応の遅れによって原告らに生じた損害)

(原告らの主張)

ア 原告子の損害

(7) 付添介護費	5 8 6 1 万 5 5 3 0 円
-----------	---------------------

a 過去分 1015万2000円

平成３０年７月１９日以降、原告子は、本件病院を退院することができず、原告父及び原告母が付き添って介護しており、その費用は提訴時までの１６９２日分で１０１５万２０００円を下らない。

b 将来分	4 2 7 2 万 5 8 0 5 円
-------	---------------------

将来も本件病院のG I C Uで介護することを前提として計算すると、
1日当たり6000円の費用を要する。本件提訴時、原告子は5歳で
あり、平均余命81歳までの76年間に要する付添介護費は、427
2万5805円（6000円×365日×19.5095（76年間の
5 ライプニッツ係数））となる。

- c 介護に要する器具等 573万7725円
- i 提訴時までの負担分 94万1314円
- ii 提訴後負担分 479万6411円

おむつ、おしりふき、ベビーコットン、水だけコットン、ベビー
10 綿棒個包装、ワセリンの年間費用は合計24万5850円であり、
平均余命81歳までの76年間に要する費用は、479万6411
円（24万5850円×19.5095（76年間のライプニッツ
係数））となる。

- (イ) 後遺障害逸失利益 4216万0183円

15 原告子の後遺障害は重篤であり、労働能力の全部を喪失した。平成3
0年全労働者賃金センサス男子学歴計年合計558万4500円を基準
として、喪失期間を18歳から67歳までの49年間とすると、後遺障
害逸失利益は4216万0183円（558万4500円×1×（19.
2391－11.6896））となる。

- (ウ) 慰謝料 3000万円

原告子の後遺障害の程度等からその慰謝料は3000万円を下らない。

- イ 原告父及び原告母の慰謝料 各1000万円

原告母は、原告父と共に2年の不妊治療を経て原告子を授かった。原告
父及び原告母は、今後、極めて重い後遺障害を負った原告子の生涯の介護
25 を余儀なくされたものであり、その精神的苦痛は、原告子の死亡にも比肩
すべきものである。原告母は、再就職の道を断たれ、原告父は、休日を返

上して原告子を見舞う日々を過ごしており、家庭生活の団欒を失った。原告父及び原告母に対する慰謝料は各１０００万円を下らない。

ウ 弁護士費用 １５０７万７５７１円

本件と相当因果関係のある弁護士費用は、原告子につき１３０７万７５
５ ７１円、原告父及び原告母につき、それぞれ１００万円である。

(被告の主張)

ア 原告子の損害

(7) 付添介護費

a 過去分

10 原告子は、平成３０年７月１９日から本件提訴時まで本件病院のＧ
ＩＣＵに入院しており、付添介護の必要はないから、付添介護費は認
められない。

b 将来分

15 上記 a において主張したとおり、原告子が本件病院のＧＩＣＵに入
院している限り、付添介護の必要はなく、付添介護費は認められない。
また、将来、気管切開を実施して他の医療機関等に転院する可能性は
あるものの、その場合であっても付添介護の必要はない。さらに、原
告子は、点状軟骨異形成症によって呼吸管理が必要な状態であり、在
宅の際も在宅酸素療法による呼吸管理が必要な状態であったから、本
20 件事故以前から付添介護を必要としていた。

c 介護に要する器具等

否認する。

(イ) 後遺障害逸失利益

25 原告子には、点状軟骨異形成症の既往があり、呼吸障害を有していた
こと、胸郭形成不全、両側性混合性難聴、高度難聴の疑いと診断されて
いたこと、頸椎椎体の骨化遅延と著明な局所後弯があり、頸髄圧迫の可

能性がある病態であったことから、その労働能力を健常者と同様に評価することはできない。

(ウ) 慰謝料

原告子の既往等については上記(イ)のとおりであり、何ら障害なく健
常者同様の生活を送ることができたとはいえない。

イ 原告父及び原告母の慰謝料

否認する。

ウ 弁護士費用

否認する。

(原告らの反論)

ア 被告は、原告子に点状軟骨異形成症の既往があり、呼吸障害を有していたこと、胸郭形成不全、両側性混合性難聴、高度難聴の疑いと診断されていたこと、頸椎椎体の骨化遅延と著明な局所後弯があり、頸髄圧迫の可能性のある病態であったことを指摘する。

イ しかし、原告子につき、点状軟骨異形成症の原因遺伝子の検査が実施されており、病因変異は認められていない。また、両側性混合性難聴については、原告子は新生児仮死として出生していることから、新生児仮死特有の高音域優位の感音難聴を呈することが多いとされているものである。さらに、頸椎椎体の骨化遅延等については、名古屋大学医学部附属病院（以下「名大病院」という。）の診療情報提供書には、頸椎の圧迫性病変には乏しく、頸髄の圧迫は軽度であった旨記載されている。

したがって、被告が指摘する病変等は、原告らが主張する原告子の後遺障害逸失利益や慰謝料額に影響するものではない。

(5) 争点5（本件病院の看護師による消毒処置の誤りの有無）

(原告子の主張)

ホ看護師は、令和2年2月27日18時頃、原告子の間欠的導尿を行うに

が認められたため、気管挿管又は経鼻酸素吸入管理による人工呼吸管理となり、本件病院の周産期母子医療センターのNICU（新生児集中治療室）に入院し、平成29年12月4日、同センターのGCU（新生児回復室）に入室した。その後、陥没呼吸等が見られ、SPO2（経皮的動脈血酸素飽和度）が回復せず、気管挿管による呼吸管理が必要になったことから、

ウ 原告子は、抜管後、ネーザルハイフローによる呼吸が安定したことから、平成29年12月26日、GCUに入室した。b医師は、同月28日、原告父及び原告母に対し、原告子の染色体検査の結果、問題がなかったこと、レントゲン検査の結果、肋骨の形成が未熟であるため呼吸が苦しいこと、足首の骨が点状に見える部分があるため、点状軟骨異形成症が疑われること、点状軟骨異形成症の重症例では歩けないケースもあるが、軽症例では徐々に症状が消失することなどを説明し、点状軟骨異形成症に関する遺伝子検査を実施することになった。また、入院中に実施された新生児聴覚検査の結果、2度とも要再検査とされた。（甲A13の2〔2〕、A28〔17、21〕、乙A4の1〔29、42、48、49、50、63、68、699〕）

エ 本件病院のGCUでは、平成30年1月中旬から、原告子の退院に向けた調整等がされ、在宅酸素療法の機器等の選択や訪問介護ステーションの選定等が行われた。c医師は、同年2月2日、原告母に対し、原告子の出生後の治療等の経緯のほか、退院後の注意点として、呼吸に関する予備能力が低いので、少しの風邪でも医療機関を受診した方が良く、点状軟骨異形成症の関係で、普通の人であれば骨折しないような力でも骨折することがあることなどを説明した。原告子は、同月3日、退院し、退院後も在宅酸素療法を継続し、成長による咽頭狭窄及び胸郭形成不全の経過を観察することとされた。また、原告母は、原告子の退院後、住所地の保健所

による保健サービスの提供を受けることを希望した。(甲A13の2〔4〕、
乙A1、A4の1〔167、177、178、183、193、231、
250、783〕、A4の2の1〔29、30〕、A6、A7)

5 オ 原告子は、平成30年3月6日、3か月健診のため、本件病院の周産期
母子医療センターを外来受診し、発育は良好とされた。原告母は、原告子
について脱臼や骨折のリスクがあるため、名大病院の整形外科の受診を希
望した。同センターのd医師は、名大病院の整形外科の医師に対し、原告
子について、点状軟骨異形成症によると思われる胸郭低形成や慢性肺疾患
10 は成長に伴って軽快していくことを期待しているものの、脱臼や骨折の予
防策及び増悪傾向の漏斗胸の対策について、家族の希望により同科受診を
希望している旨の診療情報提供書を作成した。(乙A4の2の1〔14〕、
A4の2の2〔13、16〕、12の1〔2〕)

カ 原告子は、平成30年3月26日、名大病院の整形外科を受診した。同
科の医師は、d医師に対し、原告子について、脊椎、足根骨、足趾などに
15 点状石灰化があり、著明な末節骨の低形成を認めるため、点状軟骨異形成
症を疑うも、原告母に重度の悪阻があったことから、ビタミンK不足によ
る点状石灰化の可能性も否定できないことを指摘した。(甲A13の2
〔4〕、乙A8の1)

キ 原告子は、平成30年4月23日、本件病院の耳鼻咽喉科を外来受診し、
20 ABR（聴性脳幹反応検査）にて両側とも反応を認めなかったことから、
あいち小児保健医療総合センターを紹介され、同月28日、同センターの
耳鼻咽喉科にて、両側性混合性難聴、高度難聴の疑いと診断された。(甲
A13の2〔4〕、乙A4の3の8〔9〕、A9)

ク 原告子は、平成30年4月24日、5か月健診（修正4か月）のため、
25 本件病院の周産期母子医療センターを外来受診し、発育は遅滞傾向とされ
た。また、原告子は、同年5月22日、6か月健診（修正5か月）のため、

同センターを外来受診した。原告母は、d 医師に対し、名大病院の整形外科で上肢の自動運動が乏しいためCT検査を実施したところ、頸髄圧迫が疑われたとして、MRI 検査を希望した。また、d 医師は、同月21日付けで、名大病院の整形外科の医師から、原告子について、頸椎椎体の骨化遅延と著明な局所後弯を認め、頸髄圧迫による四肢の自動運動の低下や呼吸障害なども考慮すべきであるとの情報提供を受けた。(乙A4の2の2〔22、23、28、29、32〕、A8の2、A12の1〔7〕)

ケ 原告子は、平成30年5月23日、本件病院においてMRI 検査を受けた。その結果、原告子について、大脳全体の萎縮が見られるほか、頸髄圧迫所見も2か所見られ、これらについては石灰化病変の可能性が指摘された。d 医師は、同年6月5日付けで名大病院の整形外科の医師宛てに診療情報提供書を作成し、上記のMRI 検査の結果を踏まえ、大脳の萎縮が運動障害の主な原因であるとともに神経発達予後は不良と思われる旨を指摘した。(乙A4の2の2〔37、38、50〕、A12の1〔7〕)

コ 原告子は、平成30年6月19日、7か月健診(修正6か月)のため、本件病院の周産期母子医療センターを外来受診し、SPO₂が70%台から80%台に低下することがあり、回復に時間がかかること、在宅酸素療法の酸素流量を0.5L/分に上げていることが確認された。d 医師は、同日、原告母に対し、原告子について、重症妊娠悪阻によるビタミンK欠乏による出血後石灰化の疑いであり、頭部MRI 検査により、進行性の大脳萎縮があること、低酸素脳症やその他の基礎疾患の存在も否定できないこと、胸郭低形成による呼吸器感染症のリスクがあるので、酸素化不良時や発熱時は無理せず受診すること、定額の見通しはないが、離乳食を開始してよいことなどを説明した。(乙A4の2の2〔43、44〕)

サ 原告子は、平成30年7月10日、8か月健診(修正7か月)のため、本件病院の周産期母子医療センターを外来受診した。点状軟骨異形成、胎

児ビタミンK欠乏、低酸素脳症などの疑いがあるも診断未了であり、I R
UD（未診断疾患イニシアティブ）を検討中であることが確認された。ま
た、起床時の酸素流量は0. 2 5 L／分であるが、就寝時は酸素流量を0.
5 L／分に増加していることが確認された。（乙A 4の2の2〔4 7、4
8〕）

5

シ 原告子は、平成30年7月12日、名大病院の脳神経外科を外来受診し
た。同科の医師は、原告子について、上肢は弛緩性であり、下肢はクロー
ヌス（筋肉が不随意に収縮と弛緩を繰り返す現象）が見られること、本件
病院で撮影されたMRI画像上、脳実質と頭蓋スペースには間隙が見られ
るが、月齢を考えると、脳実質と頭蓋の不均衡でも説明し得る時期であり、
今後も画像観察をするしかないこと、頭蓋内に関しては、少なくとも呼吸
不全や無呼吸となる所見は認められないことを指摘した。（甲A 2 5）

10

ス 原告子は、平成30年7月15日、同年6月19日から咳嗽があり、同
年7月11日からは鼻汁が出るようになり、同月12日には泥状便、咳嗽、
鼻汁の増加が見られ、連日発熱も見られるとして、本件病院の小児科を外
来受診した。e医師は、呼吸状態は悪くないが、若干CO₂の貯留がある
とし、原告母と相談の上、原告子を自宅での経過観察とした。原告子は、
同月16日、呼吸状態も落ち着き、発熱も見られなかった。（乙A 4の3
の1〔2 2〕、乙A 4の4の1〔2 8〕）

15

(2) 本件病院に入院した後の経緯（この項における事実はいずれも平成30年
7月のものであるから、その記載を省略する。）

20

ア 原告子は、17日、起床時から呼吸状態が急に悪化したとして、本件病
院に救急搬送された。原告子は、ウイルス性肺炎による呼吸不全と診断さ
れ、本件病院の小児科病棟に緊急入院となり、ネーザルハイフローによる
呼吸管理が行われた。また、同日、本件病院の整形外科より、原告子につ
いて、頸部の屈曲は禁止であるとの指示があった。（甲A 5〔2 0〕、1 3

25

の2〔4〕、乙A4の4の1〔23、28、29、31、174〕、A11)

イ 原告子は、17日19時58分、CO₂の貯留が著しく、このままネーザルハイフローによる処置を継続するのは困難であるとして、同日20時頃、全身管理目的でGICUに緊急入室となり、気管挿管による人工呼吸管理が開始された。その際、原告子の既往として、胎児仮死、胎便吸引症候群であったことが確認され、「handicaped child」として、精神発達障害、胸郭低形成、軟骨異形成、頸部前屈不可、慢性肺疾患であることが確認された。(前提事実(3)ア、甲A13の2〔4〕、乙A4の4の1〔47、57〕、A11)

ウ 本件病院の看護師は、18日9時23分頃、原告子の一回換気量の増加が見られ、肺音も悪くなく、無気肺が少しずつ改善していると考えられることでもできるとした上で、発達障害があり、自動運動が少ないことから、看護師が全介助して体位変換を行うことを確認した。また、本件病院の看護師は、同日14時29分頃、レントゲン検査の結果、右上葉無気肺は残存しているものの、呼吸不全は改善し、酸素化も徐々に改善傾向にあることを確認した。(前提事実(3)ア、甲A5〔31、39〕、乙A4の4の1〔184、191〕)

エ イ看護師とロ看護師は、19日3時12分49秒、体位変換のため、原告子を持ち上げ、ハ看護師がベッド上を整えてタオルを挿入し、イ看護師とロ看護師が、同日3時13分30秒、原告子をベッドに降ろしたところ、ETCO₂の波形が消失し、同日3時13分35秒、人工呼吸器のリーク発生アラームが作動し、同日3時13分44秒、人工呼吸器モニターの分時換気量低下アラームが作動したが、その際、本件看護師らは、医師を呼ばなかった。(前提事実(3)イ、甲A1、A2〔19〕、A3、A4〔1〕、A13の2〔4〕)。

オ 本件看護師らは、19日3時14分5秒、アンビューバッグによる用手

換気を開始し、同日３時１４分５６秒には、酸素流量を１０Ｌ／分に増量し、同日３時１５分１５秒にスタッフコールを行ったところ、同日３時１６分２１秒、ニ看護師が原告子の病室に到着した。（前提事実(3)イ、甲Ａ１、Ａ４〔１〕、Ａ１３の２〔５〕）

5 カ 上記看護師らは、１９日３時１６分３６秒、原告子が高度徐脈あるいは心停止となったため、胸骨圧迫を開始し、同日３時１７分３９秒、アドレナリン０．１ｍｇを投与し、その後もアドレナリンを投与した。また、この頃、ニ看護師が人集めを依頼し、これに応じて、同日３時１８分４８秒、
10 a 医師が原告子の病室に到着し、蘇生に加わった。本件看護師らは、a 医師に対し、体位変換後にＥＴＣＯ２の波形が消失した旨を報告しなかった。（前提事実(3)ウ、甲Ａ４〔１、２〕、Ａ１３の２〔５〕、乙Ａ４の４の１〔２０４〕、弁論の全趣旨）

キ １９日３時１９分２６秒、原告子に対し、ＥＴＣＯ２モニターが装着され、除細動器が準備された。原告子の病室内の医療従事者は、同日３時
15 １９分４３秒、原告子の心拍が再開したことから胸骨圧迫を中止したが、再び心停止となったため、同日３時２３分２４秒、胸骨圧迫を再開した。（甲Ａ４〔２〕、Ａ１３の２〔５〕）

ク １９日３時３０分６秒、b 医師が原告子の病室に到着した。b 医師が、経過や所見から計画外抜管している可能性を指摘し、同日３時３２分、a
20 医師が、喉頭鏡を用いて喉頭を展開して気管チューブが食道に逸脱していることを確認し、直ちに再挿管を実施したところ、同日３時３６分２６秒、ＥＴＣＯ２の波形が認められた。（前提事実(3)ウ、甲Ａ４〔３〕、１３の２〔５〕）

ケ 原告子は、２０日、低酸素脳症と診断され、f 医師から、原告母に対し、
25 虚血及び低酸素により脳にダメージがあるため、意識及び光反射はなく、自発呼吸もなさそうであること、今後、本件病院のＧＩＣＵにおいて全身

管理を行うことが説明された。(前提事実(3)エ、乙A4の4の1〔264、269〕)

(3) その後の経緯

5 ア 原告子は、意識レベルが、GCS（グラスゴーコーマスケール）において、E（開眼）1点（痛み刺激でも開眼しない）、T（挿管により発語評価不能）、M（最良運動反応）1点（運動なし）ないし2点（痛み刺激に対して伸展運動を示す）であり、体位交換、口腔ケアは看護師が全介助にて行い、食事摂取はNGチューブからの経管栄養となり、その準備から実施まで看護師が行っていた。また、原告父又は原告母による家族介護も行
10 われた。(乙A4の4の1〔284、288等〕)

イ 平成30年8月6日、原告子の体位変換時に計画外抜管が生じた。その際、直ちに看護師が医師を呼び、駆け付けた医師が、喉頭鏡を用いて、気管チューブが原告子の口腔内において抜管していることを確認し、直ちに再挿管をした。この計画外抜管による低酸素状態は最長2分間であった。

15 (乙A4の4の1〔682、683〕、A13の2〔5〕、A29〔12〕)

ウ 原告子は、平成30年9月30日、CRPが上昇し、左下肢に腫脹が見られた。本件病院の小児科のg医師らは、左膝、左大腿部が右と比較して熱感を伴う腫脹があるようにも見えるとし、骨折については、寝ている状態が続いており、体位変換などでの受傷機転がないとして否定的であった
20 が、同年10月1日、レントゲン検査を実施したところ、左大腿骨遠位端に骨折があることが判明した。(乙A4の4の1〔1501、1507、1510、1527、1530〕)

エ 本件病院の整形外科のh医師は、平成30年10月1日、原告子について、左大腿骨骨幹部骨折と診断し、骨折非観血的整復術を実施したが、整復位を保つことができなかったため、原告子について、介達牽引を施行することとした。(乙A4の3の10〔9、11〕)

オ e 医師は、平成 30 年 10 月 17 日、原告子の右鼠径部の腫脹に気づき、レントゲン検査を実施したところ、陳旧性の骨折が見られた。h 医師は、同日、以前の画像を確認したところ、同年 8 月 21 日を境に開排角度が変わっており、同月 23 日には骨折しているように見えることを確認した。

5 h 医師は、同年 10 月 17 日、その評価のため、原告子の右大腿部のレントゲン検査を行ったところ、その撮影中に軽度内旋により負荷がかかり、右大腿骨顆上部骨折が生じた。その後、原告子には下肢の外転と外旋があり、下肢は開脚肢位で落ち着いた。(乙 A 4 の 3 の 10 [36、39、65]、A 4 の 4 の 1 [1751、1752])

10 カ 本件病院の麻酔科の i 医師は、平成 30 年 12 月 27 日、原告父に対し、原告子について、首が短く、顎が胸に付いているため、気管切開ができたとしても、チューブによる褥瘡などが懸念される可能性があることを説明した。(乙 A 4 の 4 の 1 [2514])

15 キ i 医師は、令和元年 10 月 30 日、原告母に対し、1 年以上にわたって気管挿管による人工呼吸管理を継続することはなく、気管切開をするのが一般的な治療である旨を説明した。これに対し、原告母は、気管切開後のチューブの逸脱、迷入及び肉芽形成等、原告子にメリットがあるとは思われないとして、気管切開による処置を受け入れられない旨を述べた。(乙 A 4 の 4 の 1 [5187])

20 (4) 令和 2 年の消毒液による熱傷について

25 ア ホ看護師は、令和 2 年 2 月 27 日 18 時頃、原告子に対し、間欠的導尿を行うに当たり、陰部の消毒を行う際、通常 0.02% の濃度の消毒液である逆性石けんを使用すべきところ、器具等に用いる 10% の濃度の消毒液を使用した。そのため、原告子の陰茎には 3 mm 大の緊満性小水疱が集簇し、陰囊の表皮剥離などが生じた。(前提事実(3)オ、乙 A 4 の 3 の 12 [28、29]、A 4 の 4 の 1 [6395])

イ 原告子の陰茎には感染兆候は認められず、令和２年３月２日の時点では快方に向かっており、同月６日には、症状はほぼ消失した。（乙Ａ４の３の１２〔３１～３４〕）

(5) 原告子の後遺障害等

5 ア f 医師は、令和４年２月９日、原告母より、身体障害者診断書・意見書の作成を依頼され、同年３月２日、原告子について、肺炎、呼吸不全の治療で人工呼吸管理中に低酸素性虚血性脳症を来たし、現在、四肢や体幹だけでなく、瞬目、咀嚼等の運動も含め自発運動は全くなく、寝たきりであり、人工呼吸管理を継続しているとして、障害名を体幹機能障害、四肢機能障害、症状固定日を平成３０年８月１９日とする身体障害者診断書・意見書を作成した。（甲Ａ１２の１、乙Ａ４の４の１〔１３４４５〕、Ａ４の
10 ４の３〔３６〕）

 イ 原告子は、令和４年３月１５日、障害名を「疾病による起坐不能な体幹機能障害」、身体障害者等級表による級別を「１級」とする身体障害者手帳の交付を受けた。（甲Ａ１２の２）
15

2 争点１（ＥＴＣＯ２の波形消失時の本件看護師らの対応の誤りの有無）について

(1) ＥＴＣＯ２の波形消失時の看護師の対応について、後掲各証拠によれば、以下の知見が認められる。

20 ア 公益財団法人日本医療機能評価機構が発行している「医療事故情報収集等事業 医療安全情報」のＮｏ．５４（平成２３年５月）において、平成１９年１月１日から平成２３年３月３１日までの間、人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際、気管チューブ又は気管切開チューブが偶発的に抜去した事例が２３件存在したことが報告されている。（甲Ｂ２）

25 イ 独立行政法人医薬品医療機器総合機構が発行している「ＰＭＤＡ医療安全情報」のＮｏ．３０（平成２４年４月）において、抜けかけた気管チュ

ーブを発見した場合には、速やかに医師に連絡する旨が記載されている。

(甲 B 4)

ウ 1 医療センターの特任教授である j 医師は、①乳児の気道は、成人に比べて短くて細いため、気管挿管管理中に意図しない抜管が発生しやすく、
5 特に乳児の頸部が伸展されると、わずかな動きでも計画外抜管が生じること、②計画外抜管が生じた場合には、速やかに再挿管する必要があるところ、気管挿管は、医師のみに認められた医療行為であることから、計画外抜管を認識した看護師は、速やかに医師に連絡する必要があることを指摘する。(甲 B 7)

10 (2) 上記(1)の医学的知見及び前提事実(2)アによれば、看護師は、平成30年7月19日当時、人工呼吸器による呼吸管理が行われている患者の体位変換を行うことによって、気管チューブの計画外抜管が生じ得ることを予見することが可能であったといえる。そして、カプノメーターにおける E T C O 2 の波形の消失は予定外の抜管を疑うべき事象であること、気管挿管が医師のみに認められた医療行為であることからすると、患者の体位変換後にカプノメ
15 ーターにおける E T C O 2 の波形の消失を認めた場合には、看護師は、計画外抜管が生じたことを疑い、直ちに医師に連絡し、再挿管を求めるべき義務を負っていたものと認められる。

(3) これを本件についてみると、本件看護師らは、平成30年7月19日3時
20 12分頃から原告子の体位変換を行った際、体位変換直後にカプノメーターによる E T C O 2 の波形が消失したことを認めたのであるから (認定事実(2)エ)、その時点で計画外抜管が生じた可能性があることを疑い、直ちに医師に連絡し、再挿管を求めるべき義務を負っていたものである。しかし、本件看護師らは、直ちに医師に連絡しなかったのであるから (認定事実(2)エ)、
25 本件看護師らには、上記義務違反が認められる。

(4) これに対し、被告は、本件看護師らは、原告子の E T C O 2 の波形が消失

してから、計画外抜管の可能性を疑い、直ちにE T C O 2の波形消失の原因を探索するため、目視による固定位置の確認、口腔内の観察、気管チューブのたわみの有無を確認した上、喀痰吸引処置を実施し、ジャクソンリースを用いて換気補助を開始していたと主張し、監視カメラの映像データにも、上記主張に沿う本件看護師らの行動が記録されている（甲A1）。

しかし、原告子は、平成30年7月17日、呼吸状態が急に悪化したとして本件病院に救急搬送され、ネーザルハイフローによる呼吸管理の継続が困難であると判断されてG I C Uに緊急入室していた患者であり（認定事実(2)ア、イ）、同月18日は呼吸状態が改善傾向にあったとはいえ、なお気管挿管による人工呼吸管理が継続されていたのであるから（認定事実(2)ウ、弁論の全趣旨）、同月19日3時12分頃の時点において、十分な自発呼吸ができる状態になかったものと認められる。

そうすると、原告子について計画外抜管が生じた場合には、用手的換気を行ったとしても、呼吸状態を十分に保つことができなくなることは明らかであり、小児の場合は低酸素への予備能が小さく病態に大きく影響するとされていること（甲A13の2〔6〕）も踏まえると、本件看護師らが原告子の計画外抜管を疑ったのであれば、まずは医師による再挿管を実現すべく医師に連絡することが優先されるべきであったといえるのであって、医師に連絡することなく、E T C O 2の波形消失の原因探求を行ったからといって、計画外抜管を疑った際に求められる注意義務を果たしたとはいえない。

したがって、被告の上記主張は採用できない。

3 争点2（本件病院の麻酔科医の不適切な対応の有無）について

(1) 原告らは、a医師が、G I C Uに到着後、直ちに計画外抜管あるいは食道挿管の有無を確認すべきであったのに、これをせず、原告子の胸郭が上がっているかを確認し、呼吸音の存在を何度も確認し、その後二看護師から用手換気を交代するなどしたことが不適切であったと主張する。

(2) しかし、a 医師が原告子の病室に到着した時点では、原告子に対し、本件看護師らやニ看護師によって用手換気やアドレナリン投与が行われている最中であつた（認定事実(2)オ、カ）。また、a 医師は、原告子の病室に到着した際、本件看護師らから、体位変換の直後に E T C O 2 の波形が消失したことについて報告を受けていない（認定事実(2)カ）。

これらによれば、a 医師が、原告子の病室に到着後、現に行われている緊急性の高い処置に加わり、その時点で、計画外抜管を念頭に置いた処置を行わなかったことが、医師に求められる注意義務に反したものとはいえない。

(3) したがって、原告らの上記主張は採用できない。

4 争点 3（計画外抜管への対応の遅れと低酸素脳症の発生との間の因果関係の有無）について

(1) 原告子は、平成 30 年 7 月 19 日当時、本件病院の集中治療室である G I C U に入室しており（認定事実(2)イ）、大学病院である本件病院の医療水準及び医療体制からすれば、本件看護師らが、同日 3 時 13 分 35 秒に原告子の人工呼吸器のリーク発生アラームが作動した時点で（認定事実(2)エ）、医師に連絡していれば、速やかに医師が病室に到着し得たといえる。そして、本件事故においては、a 医師が、b 医師から計画外抜管が生じている可能性があるとの指摘を受けた後、喉頭鏡を用いて喉頭展開をして気管チューブの逸脱を確認し、直ちに再挿管し、E T C O 2 の波形が再開するまでに 4 分 26 秒を要しているところ（認定事実(2)エ、ク）、平成 30 年 8 月 6 日に原告子に計画外抜管があつた際には、異常が確認されてから直ちに医師が喉頭鏡を用いて抜管を確認し、再挿管した結果、低酸素状態は最長 2 分程度であつたこと（認定事実(3)イ）からすれば、医師が自ら計画外抜管が生じた可能性を認識して速やかに再挿管を試みる場合には、計画外抜管が生じた可能性があることを他の医師に指摘されて、その有無を確認しつつ再挿管を試みる場合と比較して、相当短時間で再挿管を実現できるといえる。そうすると、本

件看護師らが、本件事故後直ちに医師を呼び、到着した医師に対し、上記アラームが作動するに至った経緯、すなわち、体位変換後にカプノメーターのE T C O 2の波形が消失したことを説明していれば、到着した医師は速やかに計画外抜管を疑い、その可能性を認識して喉頭鏡を用いて抜管を確認し、
5 再挿管することができたといえ、実際にa医師が再挿管に要した4分26秒よりも速やかに再挿管することができたといえるのであって、遅くとも上記アラームが作動してから3分以内である同日3時16分30秒頃には、医師によって原告子に対する再挿管が実現していたと推認される。

(2) そして、原告子が心停止に至ったのは、平成30年7月19日3時16分
10 36秒であり（認定事実(2)カ）、心停止の時間が長いことが予後を悪化させる主要な原因であって、心肺蘇生後の脳障害は、軽度精神障害があっても社会生活が可能なものから脳死まで幅が広いこと（甲B6）からすると、本件においても、本件事故が生じた後、およそ3分後に再挿管されていれば、仮に原告子が心停止になったとしても、低酸素虚血性脳症、更にはこれによる
15 体幹機能障害、四肢機能障害という重篤な後遺障害（認定事実(5)ア）が生じることがなかったことが高度の蓋然性をもって認められる。

(3) 以上によれば、本件看護師らの注意義務違反と原告子に生じた低酸素脳症との間に相当因果関係が認められる。

(4)ア これに対し、被告は、本件病院の医師がG I C Uに駆けつけるまでの時間、病室にて病態等を確認する時間、挿管チューブの準備のための時間、
20 喉頭鏡にて喉頭展開し、気管チューブの抜去とともに再挿管に要する時間を考慮すると、E T C O 2の波形の消失から3分以内に再挿管を完了することが可能であったとはいえないと主張する。

しかし、平成30年8月6日に計画外抜管があった際の対応並びに低酸素状態の時間、本件病院の医療水準及び医療体制を踏まえると、本件病院
25 の医療水準及び医療体制、本件看護師らが速やかに医師を呼び、人工呼吸

器のリーク発生アラームが作動するに至った経緯を説明していれば、上記アラームが作動してから3分以内に再挿管が実現できていたと認められることは上記(1)のとおりであって、被告の上記各指摘は当たらない。

5 イ また、被告は、原告子には、胸郭低形成、漏斗胸があり、在宅酸素療法が必要な病態であったから、仮に早期に麻酔科医による再挿管が実施されたとしても、必ずしも低酸素脳症を回避することができたとはいえないと主張する。

10 そこで検討すると、原告子は、出生後、直ちに人工呼吸管理となり（認定事実(1)イ）、約2か月間、本件病院のNICU又はGICUに入院し、退院後も在宅酸素療法を継続しながら、咽頭狭窄や胸郭形成不全の経過観察となり（認定事実(1)ウ、エ）、増悪傾向にある漏斗胸について名大病院を受診するなどしており（認定事実(1)オ、カ）、本件病院に救急搬送される約1週間前の平成30年7月10日には、起床時の酸素流量が0.25L/分であって、鼻の下に装着したカニューレから酸素を漂わせる程度で
15 十分であった（認定事実(1)サ、原告母本人〔5頁〕）ことが認められる。

そうすると、原告子は、胸郭低形成、漏斗胸が見られ、在宅酸素療法が必要な病態であったことは認められるものの、その程度については、早期に再挿管が実施されることによっても低酸素脳症を回避することができないほどに重篤なものであったとはいえない。

20 ウ 以上によれば、被告の上記主張は採用できない。

5 争点4（計画外抜管の対応の遅れによって原告らに生じた損害）について

(1) 原告子の損害

ア 付添介護費 3775万6423円

(ア) 平成30年7月19日から口頭弁論終結日までの付添介護費

25 原告子は、本件事故が生じた平成30年7月19日当時0歳であり、本件事故とその後の処置の遅れによって体幹機能障害等の障害を負い、

四肢、体幹、瞬目、咀嚼等の自発運動がなく、人工呼吸管理を継続していることが認められ（認定事実(5)ア）、同日以降、口頭弁論終結日である令和8年2月20日までの2774日間にわたって、原告父又は原告母による付添介護が必要であったものと認めるのが相当である。

5 そして、平成30年7月19日以降、実際に、原告父又は原告母が毎日原告子に付き添っていることが認められる（認定事実(3)ア、原告母本人〔30頁〕）。

10 以上によれば、同日から当審における口頭弁論終結日である令和8年2月20日までの2774日間について、付添介護費として、1664万4000円（6000円×2774日）を損害と認めるのが相当である。

(イ) 将来分の付添介護費

15 上記(ア)の原告子の後遺障害の内容及び程度によれば、原告子（本件口頭弁論終結時は8歳）は、平均余命期間である73年間にわたって、医療機関に入院する必要があると認められる。

20 もともと、原告子は、現在、完全看護体制をとっている本件病院のGICUに入院しており、体位変換、口腔ケア、経管栄養の準備や実施については、主として看護師が行っていること（認定事実(3)ア、弁論の全趣旨）からすると、原告父及び原告母の付添介護を要するのは、原告子が幼少であることを考慮した親族の情宜によるものであることも否定できない。そうすると、原告父及び原告母による将来の付添介護は、口頭弁論終結日から原告子が成人に達する令和17年12月1日までの約10年間の限度で必要なものと認めるのが相当である。

25 そうすると、本件口頭弁論終結日以降の付添介護費として、1691万0523円（6000円×365日×7.7217（10年間のライプニッツ係数））を損害と認めるのが相当である。

(ウ) 介護に要する器具等

a 提訴時までに要した分

原告らは、提訴時までに、おしりふきなどの介護に要する器具の費用として合計 9 万 4 千 1 百 3 十 4 円を負担したと主張する。

そこで検討すると、上記金額を支出したことに係る領収証等は存在しないものの、本件事故後の原告子の入院期間中、主として原告母がおむつなどの介護に要する器具を持ち込んでいることが認められ（乙 4 の 4 の 1 [3 6 9 5、4 1 7 9、4 2 6 2、4 6 3 4、1 0 0 9 3、1 0 0 9 4 等]）、これによれば、原告父及び原告母において、これらの購入費用を支出したことが推認される。

もっとも、原告子は、本件事故当時 0 歳であったことに加え、6 か月健診の時点では、名大病院の整形外科において、頸椎椎体の骨化遅延等により四肢の自動運動の低下などを考慮すべきとされ（認定事実(1)ク）、7 か月健診の時点においても定額の見通しがなかったこと（認定事実(1)コ）をも考慮すると、平成 3 0 年 7 月 1 9 日に本件看護師らの注意義務違反がなかったとしても、同日以降、相当長期間にわたって、おむつ等の介護に要する器具を必要としていた可能性も否定できない。

そうすると、これらの費用のうち、提訴時までの分については、請求額の約 3 0 % に当たる 3 0 万円を損害と認めるのが相当である。

b 提訴後に負担を要する分

原告らは、おむつ等の介護に要する器具の年間費用は 2 万 4 千 5 百 8 十 5 0 円であり、提訴から原告子が平均余命である 8 1 歳に達するまでの 7 6 年間、合計 4 万 7 千 9 百 6 十 4 百 1 十 1 円を要すると主張する。

そこで検討すると、原告子の後遺障害は体幹機能障害及び四肢機能障害であり（認定事実(5)ア）、その内容及び程度からすると、おむつ

等の介護に要する器具が必要であることが認められる。また、これら
を必要とする期間についても、原告子の上記のような後遺障害が平成
30年8月19日に症状固定に至っていること（認定事実(5)ア）から、
令和5年3月の本訴提起時5歳であった原告子が平均余命である81
5 歳に達するまでの76年間、介護に要する器具の費用として、原告ら
が主張する程度の金額を要するものと推認される。もっとも、これら
の年間費用に関する領収証等は存在せず、原告が主張する介護に要す
る器具の一部は本件病院が提供していること（弁論の全趣旨）からす
ると、これらの年間費用は20万円と認めるのが相当である。

10 そうすると、これら費用のうち、原告子が81歳に達するまでの7
6年間の分として、390万1900円（20万円×19.5095
（76年間のライフニッツ係数））を損害と認めるのが相当である。

(エ) 合計 3775万6423円

イ 後遺障害逸失利益 3162万0137円

15 (7) 原告子は、出生後、平成30年7月17日に本件病院に救急搬送され
るまでの間、在宅酸素療法を継続しながら健診や検査のために本件病院
を含む複数の医療機関を受診しており、これら医療機関において、①著
明な末節骨の低形成が確認されて点状軟骨異形成症又はビタミンK不足
による点状石灰化の可能性があること（認定事実(1)カ）、②頸椎椎体の
20 骨化遅延と著明な局所後弯との所見の下、頸髄圧迫による四肢の自動運
動の低下や呼吸障害なども考慮すべきこと（認定事実(1)ク）、③両側性
混合性難聴、高度難聴の疑いがあること（認定事実(1)キ）、④MRI検
査の結果、大脳萎縮、頸髄圧迫所見の下、神経発達予後は不良であるこ
と（認定事実(1)ケ）が指摘されており、⑤月齢7か月の時点でも定額の
25 見通しがなかったこと（認定事実(1)コ）が認められ、原告子には、その
発育及び発達に影響を及ぼし得る複数の疾患又は異常所見が確認されて

いる。

(イ) これらの疾患又は異常所見は、いずれも、原告子が将来いかなる職種の職業に就こうとも必要とされる四肢の運動機能やコミュニケーションに影響を及ぼし得るものであって、原告子が本件事故当時0歳であり、
5 これら疾患又は異常所見の中には、その後の成長の過程において、適切な治療やリハビリテーションが行われることによって消失し、改善することが期待し得るものがあることを考慮してもなお、原告子は、本件事故前に25%の労働能力を喪失した状態であったと認めるのが相当である。

10 (ウ) a これに対し、原告らは、原告子の遺伝子検査によって、点状軟骨異形成症であることは否定されていると主張し、国立成育医療研究センター作成の平成30年5月14日付け高度先進検査室検査報告書（乙A3）に、点状軟骨異形成症の原因遺伝子であるARSE遺伝子の全エクソン領域を解析した結果、病因変異は認められなかった旨記載されて
15 いることを指摘する。

しかし、原告子には、点状軟骨異形成症の特徴的な症状である脊椎、足根骨等の点状石灰化が見られ（認定事実(1)カ）、点状軟骨異形成症は、遺伝子異常のほか、薬剤性又は自己免疫疾患などの関連も指摘されていること（前提事実(2)イ）を考慮すると、原告らが指摘する検査
20 報告書の記載のみによって、原告子が点状軟骨異形成症であったことが否定できるものではない。したがって、原告らの上記主張は採用できない。

b また、原告らは、原告子に大脳萎縮が生じていたものではないと主張し、これに沿う記載のあるj医師作成の鑑定意見書（甲B11）及びk医師作成の鑑定意見書（甲B12）を提出する。
25

しかし、上記(ア)④のMRI検査の画像を確認した名大病院の脳神

経外科の医師の見解は、原告子の月齢を考慮すると、脳実質と頭蓋の不均衡でも説明し得るものであり、今後画像観察するしかないとするものであって（認定事実(1)シ）、大脳萎縮については経過観察を継続して見定める必要があるとの見解であると解されることを考慮すると、

5 本件事故当時、原告子に大脳萎縮が生じていたことを否定することはできないというべきであって、上記各鑑定意見書の記載は採用できない。したがって、原告らの上記主張は採用できない。

c さらに、原告らは、原告子の難聴についても確定診断されたものではないと主張し、原告母もこれに沿う供述をする。

10 しかし、原告子は、難聴について確定診断を受けていなかったとしても、平成30年4月23日の時点でABRによって両側とも反応が認められない状態であったというのであるから（認定事実(1)キ）、労働能力喪失率について一定程度考慮するのが相当である。したがって、原告らの上記主張は採用できない。

15 d 原告らは、頸椎椎体の骨化遅延と著明な局所後弯について、これらがどのような病態に結び付くのか不明であると主張する。

しかし、名大病院の整形外科の医師による診療情報提供書の内容からは、同医師が、原告子の頸椎椎体の骨化遅延と著明な局所後弯が、頸髄圧迫による四肢の自動運動の低下や呼吸障害などに結び付くことを懸念しているものと認められる（認定事実(1)ク）から、原告らの上

20 記主張は採用できない。

(エ) そして、原告子は、平成30年7月20日、低酸素脳症と診断され（認定事実(2)ケ）、意識レベルが低下し（認定事実(3)ア）、体幹機能障害、四肢機能障害の後遺障害が残存しており、これらは同年8月19日に症状固定している（認定事実(5)ア）ところ、原告子は本件事故により10

25 0%労働能力を喪失するに至ったため、本件事故による労働能力喪失率

は75%と認めるのが相当である。

(オ) 以上を踏まえ、原告子の基礎収入については、平成30年賃金センサス第1巻第1表の産業計・企業規模計・学歴計・男性労働者の全年齢平均賃金である558万4500円とし、喪失期間を18歳から67歳までの49年間（ライプニッツ係数は、67年間の19.2391から18年間の11.6896を控除した7.5495）として計算すると、原告子の後遺障害逸失利益は、3162万0137円（558万4500円×0.75×7.5495、小数点以下切捨て）となる。

ウ 慰謝料 2800万円

原告子は、本件事故後、意識及び光反射はなく、自発呼吸もなさそうであり、意識レベルが低下し、体幹機能障害、四肢機能障害の後遺障害が残存しており（認定事実(2)ケ、(3)ア、(5)ア）、入院を継続していることが認められ、将来、実際に就学し、その後就労するなどの可能性は極めて低いといわざるを得ない状況にある。その他、原告の年齢等諸般の事情を総合考慮すると、原告子の後遺障害慰謝料としては2800万円が相当である。

エ 原告父及び原告母の慰謝料 各500万円

原告父及び原告母は、上記ウのとおり、生まれて間もない子である原告子に極めて重篤な後遺障害が残存したことによって甚大な精神的苦痛を受けたものと認められる。また、原告父及び原告母は、原告子の看護のためにこれまでも日常生活上相当な負担や制約を余儀なくされており、こうした状況は今後も長らく続くものと考えられる。これらの事情等に鑑みると、その精神的苦痛に対する固有の慰謝料としては各500万円が相当である。

オ 小計

以上によれば、原告子の損害額の小計は、9737万6560円となり、原告父及び原告母の損害額の小計は、各500万円となる

カ 弁護士費用

1 0 7 4 万円

本件と相当因果関係のある弁護士費用は、原告子につき 9 7 4 万円、原告父及び原告母につき、各 5 0 万円である。

キ 合計

5 以上によれば、原告子の損害額の合計は、1 億 0 7 1 1 万 6 5 6 0 円であり、原告父及び原告母の損害額の合計は、各 5 5 0 万円である。

6 争点 5（本件病院の看護師による消毒処置の誤りの有無）について

ホ看護師は、令和 2 年 2 月 2 7 日 1 8 時頃、原告子に対する間欠的導尿を行うに当たり、陰部の消毒を行う際、消毒液の選択を誤り、原告子の陰茎に 3 m
10 m 大の緊満性小水疱が集簇し、陰囊の表皮剥離などの傷害が生じたこと（認定事実(4)ア）が認められる。

以上によれば、ホ看護師には、原告子に対する消毒処置を誤った過失があるといえる。

15 7 争点 6（本件病院の看護師の消毒処置の誤りによって原告子に生じた損害の有無）について

上記 6 の原告子の傷害は、令和 2 年 3 月 2 日の時点では快方に向かっており、同月 6 日には症状がほぼ消失したこと（認定事実(4)イ）が認められる。

このように原告子に生じた傷害の内容及び程度、その治癒に要した期間、その他、諸般の事情を総合考慮すると、原告子の慰謝料は 1 0 万円が相当である。

20 また、本件と相当因果関係のある弁護士費用は 1 万円が相当である。

以上によれば、ホ看護師の消毒液の選択の誤りによって、原告子に生じた損害は、1 1 万円である。

8 小括

25 以上のとおり、被告は、原告子に対し、不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償として、1 億 0 7 2 2 万 6 5 6 0 円及びうち 1 億 0 7 1 1 万 6 5 6 0 円に対する平成 3 0 年 7 月 1 9 日から支払済みまで、うち 1 1 万円に対する令和

2年2月27日から支払済みまでそれぞれ平成29年法律第44号による改正
前の民法所定の年5分の割合による遅延損害金を支払う義務を負い、原告父及
び原告母に対し、不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償として、各550
万円及びこれに対する平成30年7月19日から支払済みまで上記割合による
5 遅延損害金を支払う義務を負う。なお、原告らの債務不履行に基づく損害賠償
請求については、上記金額を上回るものではないから判断を要しない。

第4 結論

よって、原告らの請求は上記第3の8の限度で理由があるからこれを認容し、
その余を棄却することとして、主文のとおり判決する。

10

名古屋地方裁判所民事第4部

裁判長裁判官 片 山 博 仁

15

裁判官 行 廣 浩太郎

20

裁判官 熊 野 結衣子

(別紙)

訴訟費用目録

- 1 原告子に生じた費用の $\frac{2}{5}$ 分の $\frac{7}{10}$ と被告に生じた費用の $\frac{1}{2}$ 分の $\frac{2}{5}$ を原告子の負担とする。
- 5 2 原告父に生じた費用の $\frac{2}{3}$ 分の $\frac{1}{2}$ と被告に生じた費用の $\frac{2}{3}$ 分の $\frac{1}{2}$ を原告父の負担とする。
- 3 原告母に生じた費用の $\frac{2}{3}$ 分の $\frac{1}{2}$ と被告に生じた費用の $\frac{2}{3}$ 分の $\frac{1}{2}$ を原告母の負担とする。
- 4 原告子に生じたその余の費用、原告父に生じたその余の費用、原告母に生じたその余の費用及び被告に生じたその余の費用を被告の負担とする。
- 10

以上