

令和3年12月10日判決言渡 同日原本領収 裁判所書記官

平成29年(ワ)第10379号 損害賠償請求事件

口頭弁論終結日 令和3年9月17日

判 決

5

原 告

**A**

(以下「原告**A**」という。)

原告兼亡 **D** 訴訟承継人

**B**

(以下「原告**B**」という。)

10

原 告

**C**

(以下「原告**C**」という。)

上記3名訴訟代理人弁護士

齋 藤 と も よ

15

同

松 森 美 穂

同訴訟復代理人弁護士

眞 並 万 里 江

大阪府門真市柳町1番10号

被 告

医 療 法 人 孟 仁 会

同 代 表 者 理 事 長

**Y**

20

同 訴 訟 代 理 人 弁 護 士

佐 伯 照 道

同

長 谷 部 圭 司

主 文

1 被告は、原告**A**に対し、137万5000円及びこれに対する平成25年1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。

25 2 被告は、原告**B**に対し、275万円及びこれに対する平成25年1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。

- 3 被告は、原告 **C** に対し、137万5000円及びこれに対する平成25年  
1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。
- 4 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。
- 5 訴訟費用は、これを10分し、その9を原告らの負担とし、その余を被告の負  
担とする。
- 6 この判決は、第1項ないし第3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

- 1 被告は、原告 **A** に対し、1358万0435円及びこれに対する平成25年  
10 1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 被告は、原告 **B** に対し、2716万0870円及びこれに対する平成25  
年1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。
- 3 被告は、原告 **C** に対し、1358万0435円及びこれに対する平成2  
5年1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。

### 15 第2 事案の概要

本件は、平成24年12月12日から、被告が開設・運営する摂南総合病院  
(以下「被告病院」という。)に入院し、平成25年1月23日に死亡した  
**X** (以下「本件患者」という。)の子である原告らが、①被告病院の医師で  
ある **Y** 医師 (整形外科。以下「**Y** 医師」という。) 又は **S** 医師 (内  
20 科。以下「**S** 医師」という。) が本件患者の急性胆管炎を急性胆のう炎の再発  
と誤診して、本件患者に対して内視鏡的胆道 (管) ドレナージ (以下「内視鏡  
的胆道ドレナージ」という。) を行わなかったこと (同治療のために転送しな  
かったことを含む。)、②被告病院の医師である **Y** 医師又は **S** 医師が本件患者  
に対して必要な栄養量を投与していなかったことが注意義務に違反しているな  
どと主張して、診療契約上の債務不履行又は不法行為 (使用者責任) に基づき、  
25 (1)原告 **B** が被告に対し、死亡慰謝料等の損害賠償金2716万0870円(原

告 **B** が法定相続分の割合により相続した本件患者の被告に対する損害賠償請求権、原告であった **D** [以下「亡 **D**」という。] の死亡により原告 **B** が亡 **D** の相続人からの譲渡により取得した、亡 **D** が法定相続分の割合により相続した本件患者の被告に対する損害賠償請求権) 及びこれに対する平成 25 年 1 月 23 日から支払済みまで平成 29 年法律第 44 号による改正前の民法 (以下「旧民法」という。) 所定の年 5 分の割合による遅延損害金の支払、(2) 原告 **A** 及び原告 **C** が被告に対し、死亡慰謝料等の損害賠償金各 1358 万 0435 円 (原告 **A** 及び原告 **C** が各法定相続分の割合により相続した本件患者の被告に対する損害賠償請求権) 及びこれに対する同日から支払済みまで旧民法所定の年 5 分の割合による遅延損害金の支払をそれぞれ求める事案である。

1 前提事実 (当事者間に争いのない事実又は末尾括弧内記載の証拠及び弁論の全趣旨により容易に認められる事実)

(1) 当事者等

ア 本件患者は、大正 年生まれの女性であり、平成 25 年 1 月 23 日に死亡した (死亡当時 歳)。本件患者の夫である **Z** は、昭和 年に死亡しており、本件患者の相続人は、本件患者の子である原告ら及び亡 **D** である。

亡 **D** は、令和 年 月 日に死亡し、亡 **D** の相続人は、その夫である **E**、子である **F** 及び **G** である。原告 **B** は、**E**、**F** 及び **G** からの譲渡により、亡 **D** が法定相続分の割合により相続した本件患者の被告に対する損害賠償請求権を取得した。(争いが無い、甲 C 1 の 1・2、弁論の全趣旨)。

イ 被告は、大阪府門真市において被告病院を開設・運営している医療法人である。**Y** 医師は、被告代表者であり、平成 25 年当時、被告病院の医師 (整形外科) でもあり、本件患者の腰椎圧迫骨折の治療等を担当していた。**S** 医師は、同年当時、被告病院の医師 (内科) であり、本件患者の

胆のう炎に対する治療等を担当していた。(弁論の全趣旨, 証人 **S** )

(2) 診療契約の締結

本件患者は, 平成24年12月12日, 被告との間で, 腰椎圧迫骨折の治療等を目的とする診療契約を締結した(乙A3 [以下, 証拠として挙げるカルテは乙A3によるが, 翻訳は特記したものを除き, 乙A1のとおりである。], 弁論の全趣旨)。

(3) 診療経過

ア 本件患者は, 平成24年12月12日, 腰椎圧迫骨折で被告病院(整形外科)に入院した(争いがない, 乙A3)。

イ 本件患者は, 平成24年12月22日, CT検査等を受け, 同月23日, 急性胆のう炎と診断され, 絶食・抗生剤治療を受けたところ, 同月26日, 急性胆のう炎の症状は改善した(争いがない, 乙A3)。

ウ 本件患者は, 平成25年1月9日頃から発熱等があったところ, 同月11日の血液検査の結果, ALP及びγ-GTP, 白血球数, CRPの値が上昇しており, 総ビリルビン値は2.1mg/dLであった(争いがない, 乙A3)。

**S** 医師は, 同日, 本件患者につき急性胆のう炎再発と診断し, 絶食の指示や抗生剤の投与等を実施した(乙A3・33頁, 弁論の全趣旨)。

(4) 本件患者の死亡

本件患者は, 平成25年1月23日, 死亡した。

**S** 医師は, 本件患者の死亡診断書に直接死因として播種性血管内凝固症候群, その原因として急性胆のう炎と記載するなどした。(争いがない, 甲A1, 乙A3)

(5) 医学的知見

ア 急性胆管炎

(ア) 病態等

急性胆道炎のうち、本来無菌である胆汁の細菌感染に加えて、胆汁がうっ滞して胆管内の圧力が上がることの両者を満たす場合に生じる急性炎症を指す。総胆管結石（以下、総胆管を含めて、単に「胆管」ということがある。）、良性胆管狭窄、胆道の吻合部狭窄、悪性腫瘍が胆管閉塞の原因として頻度が高いとされる。

急性胆管炎による死亡原因は、大半が不可逆性のショックによる多臓器不全とされる。（甲B1の1、B1の2、B11の1・27頁；B8、乙B2）

#### (イ) ガイドライン

##### a 急性胆管炎の診断基準

平成25年1月当時、公刊されていたガイドラインは「科学的根拠に基づく急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン」（平成17年発行〔その後平成25年3月に改訂。甲B14等参照〕。以下、改訂前の同ガイドラインを「本件ガイドライン」といい、改訂後につき「本件ガイドライン（第2版）」という。）によれば、①以下のAの全てを満たすもの（シャルコー3徴）、②以下のAのいずれか及びBの全てを満たすものは、急性胆管炎として確定診断され、③以下のAのいずれか及びBの2項目を満たすものは急性胆管炎疑いと診断される（甲B1の1）。

A 1 発熱（悪寒、戦慄を伴う場合もある。）

2 腹痛（右季肋部または上腹部）

3 黄だん

B 4 ALP、 $\gamma$ -GTPの上昇

5 白血球数、CRPの上昇

6 画像所見（胆管拡張、狭窄、結石）

急性胆管炎の診断時に鑑別を要する疾患として、上部消化管疾患、急性肝炎、急性膵炎や急性胆のう炎などの消化器疾患等があげられる。

急性胆管炎と最も鑑別が難しい疾患は急性胆のう炎である。臨床徴候では両者とも、発熱、腹痛、黄だんが認められるが、急性胆のう炎に伴う腹痛の方が、腹膜刺激と関連してより強固であることが多い。また、急性胆のう炎では血液検査上、白血球数の上昇は認められるが、急性胆管炎や胆管結石などの合併を除けば、肝・胆道系酵素（ALP、 $\gamma$ -GTP、AST、ALT）の上昇は軽度である。一般に臨床徴候や血液検査だけでは、急性胆のう炎と急性胆管炎の鑑別が困難な場合が多く、胆道系の画像検査が鑑別診断に有用であると報告されている（甲B1の7）。

#### b 急性胆管炎の重症度判定基準

本件ガイドラインによれば、急性胆管炎の重症度判定基準は、「ショック、菌血症、意識障害、急性腎不全」のいずれかを伴うものは「重症」とされ、「黄だん（ビリルビン $>2.0\text{mg/dL}$ ）、低アルブミン血症（アルブミン $<3.0\text{g/dL}$ ）、腎機能障害（クレアチニン $>1.5\text{mg/dL}$ 、尿素窒素 $>20\text{mg/dL}$ ）、血小板数減少（ $<12\text{万/mm}^3$ ）、 $39^\circ\text{C}$ 以上の発熱」のいずれかを伴うものは「中等症」とされ、「重症」、「中等症」の基準を満たさないものは「軽症」とされている。（甲B1の7・50頁）

#### c 重症度に応じた診療指針

本件ガイドラインによれば、急性胆管炎につき、重症例（ショック、菌血症、意識障害、急性腎不全のいずれかを認める場合）については、適切な臓器サポートや呼吸循環管理とともに緊急に胆道ドレナージを行うこととされ、中等症例については、初期治療とともに速やかに胆道ドレナージを行うこととされ、軽症例については、緊急胆道ドレナージを必要としないことが多いが、総胆管結石が存在する場合や初期治療（24時間以内）に反応しない場合には胆道ドレナージを行うこ

ととされている。(甲B1の7・70頁)

## イ 急性胆のう炎

### (ア) 病態等

急性胆道炎のうち、胆のうに急性炎症が生じた病態で、その約90ないし95%は胆石に起因する。胆石が原因の場合、胆石が胆のう管の閉塞を来すことで、胆のう内胆汁がうっ滞し、胆のう粘膜の傷害とそれに引き続く炎症が活性化されることにより急性胆のう炎が生じるとされる。

(甲B1の1, B8, 乙B2)

### (イ) 診断基準等

本件ガイドラインによれば、以下のAのいずれか、ならびにBのいずれかを認めた場合には急性胆のう炎疑いと診断され、これにCを確認したものは、急性胆のう炎と確定診断される(甲B1の1)。

A 右季肋部痛(心窩部痛)、圧痛、筋性防御等

B 発熱、白血球数又はCRPの上昇

C 急性胆のう炎の特徴的画像検査所見(各種検査による胆のう腫大、胆のう壁肥厚等)

## ウ 黄だん(甲B4, B5, B7の2)

一般に、血中にビリルビンが増加し、皮膚、粘膜がビリルビンの沈着により黄染した状態をいい、総ビリルビン値が2ないし3mg/dLを超えると眼球強膜の黄染(顕性黄だん)が認められる。

## エ ビリルビン(甲B7の2, 乙B7)

総ビリルビン値は、間接ビリルビン値及び直接ビリルビン値の和の総称を指す。

間接ビリルビンは、寿命を終えて分解された赤血球の中のヘモグロビンが変化してできた物資で、血流によって肝臓へ入り、たんぱく質と結合すると直接ビリルビンとなる。

直接ビリルビンは、通常、胆汁の成分として肝臓から分泌され、胆のうに貯められ、胆のうから胆管を通過して、十二指腸、小腸を経由し、大部分は腎臓から尿に、大腸から便に含まれて体外に排出される。

(ア) 間接ビリルビン優位の黄だん

5 肝臓に取り込まれる前のビリルビンが増加する病態で、赤血球の破壊が亢進してビリルビンの生成が過剰となることが主な原因とされる。

(イ) 直接ビリルビン優位の黄だん

肝細胞で取り込まれ処理されたビリルビンの排泄障害により生じる。肝臓の炎症等（急性肝炎等）の原因がある場合（肝実質性黄だん）や胆管が詰まることで生じる閉塞性黄だん等がある。

10

2 争点

本件の争点は、(1) Y 医師又は S 医師に本件患者に対して内視鏡的胆道ドレナージをすべき注意義務の違反又は転送義務違反があるか、(2) Y 医師又は S 医師に本件患者の栄養管理に関する注意義務違反があるか、(3)因果関係、(4)損害額、(5)素因減額である。

15

3 争点に関する当事者の主張

(1) 争点(1) ( Y 医師又は S 医師に本件患者に対して内視鏡的胆道ドレナージをすべき注意義務の違反又は転送義務違反があるか) について

(原告らの主張)

20

ア 次の事実に照らせば、 Y 医師又は S 医師は、平成25年1月11日、本件患者に対して内視鏡的胆道ドレナージをすべき注意義務を負っていた。また、仮に、被告病院において対応できない場合には、 Y 医師又は S 医師は、同日、本件患者を内視鏡的胆道ドレナージを適時実施できる医療機関に転送する注意義務を負っていた。

25

(ア) 医学的知見

急性胆管炎の診断基準は前記1(5)のとおりである。一般に、急性胆管



炎は、直ちに胆道ドレナージを実施しなければ、敗血症にり患し、死に至る疾患である。

(イ) 具体的症状

本件患者は、①平成25年1月10日に39.2℃の発熱があり、  
②同月11日に右側腹部痛を訴えており、③同日の血液検査の結果から  
黄だんも認められた。したがって、急性胆管炎の診断基準Aを全て満たす。

また、④同日の血液検査の結果からALP、 $\gamma$ -GTPの上昇、白血球数、CRPの上昇が認められ、⑤同月10日のエコー検査において胆管の拡張所見も認められた。したがって、急性胆管炎の診断基準Bも全て満たす（なお、同月12日のCT検査結果から胆管の拡張も認められた。）。

イ それにもかかわらず、Y 医師又は S 医師は、平成25年1月11日、本件患者について、内視鏡的胆道ドレナージを行わず、上記注意義務に違反し、又は、内視鏡的胆道ドレナージを適時実施できる医療機関に転送せず、上記転送義務に違反した。

ウ 被告の主張に対する反論

(ア) 被告は、平成25年1月11日当時、本件患者に黄だんが確認されなかった旨主張する。しかし、同日当時の本件患者の血中の総ビリルビンは2.1mg/dLであったことに照らせば、本件患者に黄だんは認められる（甲B1, 4, 5参照）。

(イ) 被告は、平成25年1月11日当時、本件患者に胆管拡張がなかった旨主張する。しかし、①一般に、胆外胆管径が8mm以上の場合に胆管拡張と評価される（甲B6）、同月10日当時の本件患者の胆管径は10mmであったこと、②同日のエコー所見には「拡張+」との記載があることに照らせば、本件患者に胆管の拡張はあったといえる。

5 (ウ) 被告は、本件患者が訴えていた症状は「右側腹部痛」であり「右季肋部痛」ではない旨主張する。しかし、カルテの記載からすると、本件患者の腹痛は「右季肋部」であったといえる。仮に、「右季肋部痛」と認められなかったとしても、腹痛の訴えをもって診断基準に該当するといえる（甲B7の1）。

(エ) 被告は、本件患者について急性胆管炎と確定診断することはできない旨主張する。しかし、肝・胆道系酵素がいずれも基準範囲より大幅に上昇していたことからすると、確定診断は可能であったというべきである。

10 (オ) 被告は、仮に、本件患者が急性胆管炎にり患していたとしても、胆道ドレナージを行う必要はなかった旨主張する。しかし、一般に、急性胆管炎が胆道ドレナージを実施しなければ極めて高い確率で死亡する疾患であること、平成25年1月12日の本件患者のCPR等の値が前日と比較し著しく高くなっていたこと（初期治療が奏功していたとはいえないこと。なお、本件患者の発熱が同月11日から同月12日にかけて改善したのは、スルペラゾンの効果ではなく、カピステンによるものと考えられる。）、ビリルビン値が基準範囲を上回っておりALP値が異常高値であったこと（T-BIL値の低下をもってうっ滞が解消したと評価することはできないこと〔T-BIL値が低下していれば、重症胆管炎の治療の必要性が失われるというのは、独自の見解であること〕）に照らせば、胆道ドレナージに伴うリスクを考慮しても、本件患者について胆道ドレナージを行う必要があったといえる（胆道ドレナージの必要があったことについては、争点(3)の主張も参照。）。

(被告の主張)

25 次の事実を照らせば、S 医師は、平成25年1月11日、本件患者に対して内視鏡的胆道ドレナージをすべき注意義務を負っておらず、また、内視鏡的胆道ドレナージを適時実施できる医療機関に転送する注意義務を負って

いなかった。

#### ア 具体的症状

5 本件患者に平成25年1月10日に39.2℃の発熱があったことは認めるが、同月11日に本件患者が訴えていた症状は「右側腹部痛」であり「右季肋部痛」ではなく、同日時点で本件患者に黄だんは確認されなかった。本件患者の血中ビリルビン濃度が、同日当時、2.1mg/dLであったことは認められるものの、①一般に、黄だんが認められる場合の血中ビリルビン濃度には幅があり、個人差があること、②本件患者の血中ビリルビン濃度が、同月12日ないし同月15日、0.9mg/dLないし1.5mg/dLに  
10 低下したことに照らせば、本件患者に黄だんが認められたとはいえない。したがって、急性胆管炎の診断基準Aを全て満たすことはない（前記1(5)参照）。

また、画像所見においては、胆管が通常よりも拡張気味になっていることは認められるが、胆管の拡張はないと判断されており、急性胆管炎の診断基準Bを全て満たすことはない。よって、急性胆管炎と確定診断することはできない。  
15

#### イ 治療方法

仮に、本件患者が急性胆管炎に罹患していたとしても、①初期治療が奏功しており(T-BIL, CRP, 血中ビリルビンの数値が低下していた。),  
20 胆汁のうっ滞の症状もなかったこと、②本件患者の平成25年1月11日当時の血中ビリルビン値が2.1mg/dLであり、異常値であったとはいえないこと（すなわち、胆道の閉塞自体はそれほど強くないと考えられたこと）、③同月9日当時、胆管を閉塞させるような大きな結石が確認されていなかったこと、④肝内胆管の拡張が見られなかったため、経皮的な胆道ドレナージができない状況であったことに照らせば、平成25年1月11日  
25 時点においては、胆道の感染症を治療するためには、スルペラゾンを投与

5  
10  
15  
20  
25  
30  
35  
40  
45  
50  
55  
60  
65  
70  
75  
80  
85  
90  
95  
100  
105  
110  
115  
120  
125  
130  
135  
140  
145  
150  
155  
160  
165  
170  
175  
180  
185  
190  
195  
200  
205  
210  
215  
220  
225  
230  
235  
240  
245  
250  
255  
260  
265  
270  
275  
280  
285  
290  
295  
300  
305  
310  
315  
320  
325  
330  
335  
340  
345  
350  
355  
360  
365  
370  
375  
380  
385  
390  
395  
400  
405  
410  
415  
420  
425  
430  
435  
440  
445  
450  
455  
460  
465  
470  
475  
480  
485  
490  
495  
500

することで足り（実際、本件患者の発熱が同月12日に低下したこと、本件患者の白血球数及CRPの数値が同月15日に低下したことは、スルペラゾンの効果があった、ひいては胆汁のうっ滞が解消されたことの証左である。）、すい炎の発症や胆管の閉塞具合を高めるようなリスクを伴う内視鏡的胆道ドレナージを行う必要はなかった（このことは、同月12日のCT検査結果から胆管拡張が認められなかったことから明らかである。）。

特に、以下のとおり、同月10日の時点で胆道の通過障害が存在していたものの、同月11日には改善しつつあり、少なくとも同月12日には解消されていたから、（経皮的及び内視鏡的）胆道ドレナージの必要性は認められない。

#### (ア) 胆道ドレナージの意義

胆道に通過障害が生じた場合、うっ滞した胆汁が腸管へ流れなくなってしてしまうことで、胆汁が肝臓から排泄できなくなり、胆汁がうっ滞し、ビリルビン値（特に直接ビリルビン値）が上昇することで、黄だんになり、さらには、うっ滞した胆汁の中で細菌が繁殖し、胆のう炎や胆管炎が生じる可能性が高くなることから、経皮的胆道ドレナージ（皮膚から拡張した肝内胆管に向けて穿刺する。乙B8）及び内視鏡的ドレナージ（口から内視鏡を十二指腸まで挿入して、胆汁の排泄口である十二指腸乳頭から狭窄・閉塞部位を通過して、肝臓側の胆管にドレナージを行う。乙B9）を行い、これを解消するために実施される。

#### (イ) 本件患者の状態

a 平成25年1月9日の超音波検査において胆管の拡張及び胆石は確認されていない（乙A3・56の1頁）。

b 平成25年1月10日の超音波検査では、胆管が10mmの大きさになり、前日は認められなかった少量の胆石と胆泥が胆のう内に指摘されているが、肝内胆管の拡張は指摘されておらず、閉塞の原因となる

胆石なども確認されていない(乙A3・55の1頁)。

5 c 平成25年1月11日時点のビリルビン値は、2.1mg/dL(直接ビリルビン1.0mg/dL[乙A3・59頁「DBIL」]、間接ビリルビン1.1mg/dL)と軽度上昇の数値にとどまり、肝障害の指標となるGOT・GPTは、186U/L・221U/Lであった。

(なお、以下は、注意義務違反の時点より後の事情である。)

10 d 平成25年1月12日は、胆管径は7.2mmと胆管拡張と評価できるものではなくなっている(乙A3・54頁。見えている管腔の短径ではなく、管腔の長径を測定すると斜めに切った楕円の長径を測定することとなり[乙A3・70頁]、管腔径を過大評価してしまうことについては、乙B5、B6参照)。

15 また、同日のビリルビン値は1.5mg/dLと低下しており(その後、同月15日には0.9mg/dL、同月18日には0.5mg/dLと低下しており)、胆汁のうっ滞は解消されていることが裏付けられる(乙A3・66ないし68頁。胆道の閉塞が継続していたとすれば、同値の低下を説明できない。)

加えて、肝障害の指標となるGOT・GPTも、同月12日には、113U/L・158U/L、同月15日には、32U/L・48U/Lと低下していた。

20 ウ その他

以上を前提にすれば、本件で胆道通過障害が生じた原因は、はっきりしないものの、胆泥という胆石になる前の泥状の胆汁による可能性がある。これが後に流れ出たために、CT等で胆石が確認できないものの、ビリルビン値が低下したと考えられる。

25 (2) 争点(2)( Y 医師又は S 医師に本件患者の栄養管理に関する注意義務違反があるか) について

(原告らの主張)

ア 次の事実に照らせば、**Y** 医師又は **S** 医師は、平成25年1月11日以降、本件患者について、1日当たり1419ないし1537キロカロリーの栄養を与えるべき注意義務を負っていた。

5 (ア) 医学的知見

1日に必要なエネルギー量について、一般に、消化管機能障害、肝・腎機能障害等を起こしている場合には、適切な栄養管理を実施しなければ、急速に栄養障害が進行する(甲B9)。

(イ) 具体的症状等

10 本件患者において1日に必要なエネルギー量は1419ないし1537キロカロリーであった。また、本件患者は消化管機能障害、肝・腎機能障害を有していた。

15 イ それにもかかわらず、**Y** 医師又は **S** 医師は、本件患者について、平成25年1月11日から同月14日までの間には1日当たり258キロカロリーしか栄養を与えず、同月15日以降には1日当たり630キロカロリーしか栄養を与えず、上記注意義務に違反した。

(被告の主張)

20 一般に、急性胆管炎及び急性胆のう炎の患者に対して初期治療を行う場合、食事による胆のうの収縮やすい臓の活動等を引き起こさないよう、絶食の上で、十分な輸液と電解質の補正、鎮痛剤、抗生剤投与を行うとされている。このような治療方法に照らせば、**Y** 医師又は **S** 医師は、平成25年1月11日以降、本件患者について、1日当たり1419ないし1537キロカロリーの栄養を与えるべき注意義務を負っていなかったというべきである。

25 原告らの主張は、長期的な治療の場合に考慮すべき点を指摘するものであって、本件のような短期的かつ突発的な事例には妥当しないというべきである。

(3) 争点(3) (因果関係) について

(原告らの主張)

ア 争点(1)の注意義務違反との因果関係

5 (ア) Y 医師又は S 医師が平成25年1月11日の時点で直ちに内視鏡的胆道ドレナージを実施し、又は、内視鏡的胆道ドレナージを適時実施  
できる医療機関に転送していれば、本件患者が敗血症に至り、平成25  
年1月23日に死亡することはなかった。このことは、内視鏡的胆道ド  
レナージを行った場合の死亡率が10%であること(甲B1の4・84  
10 頁)、2000年以降の急性胆管炎の死亡率は2.7ないし10%とされ  
ており、本件でも同月21日までに胆道ドレナージによる治療が行われ  
ていれば救命できた可能性は高いとの意見があること(甲B10・6頁)、  
高齢者の場合にも胆管結石に対する内視鏡的治療が安全かつ有用である  
こと(甲B15, 16)、本件患者は内視鏡的胆道ドレナージを受けられ  
ず、かつ絶食及び不十分な栄養補給しか受けられない状況でも12日間  
15 生存し、意識も明瞭であったこと(同月12日午後7時〔乙A3・96  
頁〕、同月15日午後7時〔乙A3・98頁〕、同月20日午前10時〔乙  
A3・100頁〕等参照)からも明らかである。

20 なお、本件は、同月12日にビリルビン値等が改善したのは、結石の  
陥頓が外れ、胆汁の流れが一時的に改善した可能性があるためであり、  
原因となる胆石などの胆管病変が治療されないことで同月21日に再度  
の胆管炎の増悪がみられ、敗血症、多臓器不全で死亡したものである(甲  
B10・10頁)。

よって、Y 医師又は S 医師の上記争点(1)に係る注意義務違反と本  
件患者の死亡との間には因果関係が認められる。

25 (イ) 仮に、争点(1)との注意義務違反と本件患者の死亡との間に因果関係(高  
度の蓋然性)が認められないとしても、少なくとも同時点で死亡するこ

となく生存していた相当程度の可能性が認められる。

イ 争点(2)の注意義務違反との因果関係

5 **Y** 医師又は **S** 医師が平成25年1月11日以降に絶食処置をとらずに十分な栄養を与えていれば、本件患者は、体力を維持することができ、感染症からの回復が可能となり、平成25年1月23日に死亡することはなかつた。よって、**Y** 医師又は **S** 医師の上記争点(2)に係る注意義務違反と本件患者の死亡との間には因果関係が認められる。

(被告の主張)

10 ア 平成25年1月11日の時点で内視鏡的胆道ドレナージを実施しなかつたことや適時内視鏡的胆道ドレナージが実施できる医療機関に転送しなかつたことと本件患者の死亡との間に因果関係はない。その理由は、次のとおりである。

(ア) 平成25年1月11日の時点で本件患者について初期治療が奏功していた(T-BILやCRPの数値が低下していた。)

15 (イ) 平成25年1月12日の時点では、本件患者の血中ビリルビン値は低下しており、胆汁のうっ滞は解消されていた以上、胆道ドレナージを行う目的は消滅していた(特に前記争点(1)の被告主張のイ参照。本件患者が死亡した原因は、胆汁のうっ滞の時点で、もともと多かつた細菌が繁殖し、短時間で肝臓から血液内に細菌が侵入して、菌血症、最終的には敗血症を生じたという理由であり、胆汁のうっ滞は既に改善されたもの、感染が制御できなかつたことが原因である。)

20 イ 本件患者の栄養管理と本件患者の死亡との間に因果関係はない。

(4) 争点(4) (損害額) について

(原告らの主張)

25 ア 葬儀費用 300万円

イ 死亡逸失利益 1138万3742円



(ア) 320万3800円 (平成25年全労働者平均給与額70歳以上) ×  
0.7 (生活費控除3割) × 5.076 ( 歳・平均余命 年)

本件患者は、施設等に入居することなく、自宅において一人で生活し  
ており、一部料理ができないこと以外は、従前どおり主婦業に従事して  
おり、上記平成25年全労働者平均給与額70歳以上の収入を前提に計  
算すべきである。

(イ) 仮に、上記平成25年全労働者平均給与額を前提にできないとしても、  
受給していた221万円の年金等 (甲C12ないし14) を前提とした  
785万円2572円 (221万円 × 0.7 [生活費控除3割] × 5.  
076) の逸失利益が認められる。

(ウ) なお、肺がんについては検査を受けたにすぎない。

ウ 死亡慰謝料 3500万円

S 医師及び Y 医師は、前記のとおり、平成25年1月11日までに  
争点(1)の注意義務に違反した上、遅くとも同月12日には胆のう炎の再発  
でないと認識していたにもかかわらず (乙A3・33頁); 転送等をしな  
かったことからすれば、上記義務違反を隠匿するため、他院への転送等を怠  
ったといえ、慰謝料を増額する事由といえる。

エ 小計 4938万3742円 (アないしウの合計)

オ 弁護士費用 493万8000円

カ 合計 5432万1742円

キ 原告ら及び亡 D の各相続分 各1358万0435円 (カの各4分の  
1. [円未満切捨て])

ク 原告 B は、亡 D の相続人からの譲渡により、亡 D が法定相続分の  
割合により取得した本件患者の被告に対する損害賠償請求権を取得した。

これにより、原告 B の取得分は、2716万0870円となった。

(被告の主張)

原告らの主張は否認し、又は争う。

逸失利益に係る根拠は不明であり、入院時に再発性の肺がんを患っていることから、平均余命まで生存していたとは考え難い。

(5) 争点(5) (素因減額) について

5 (被告の主張)

本件患者は、元々、急性胆のう炎を患っており、高齢であったことも重なって急速な胆道感染症が生じたものであるから、素因減額がなされるべきである。

(原告らの主張)

10 本件患者の急性胆のう炎は、平成25年1月11日までの時点で既に改善しており、高齢であることは既に因果関係において考慮されていることから、さらに素因減額において考慮すべきでない。

### 第3 当裁判所の判断

#### 1 認定事実

15 前提事実、後掲証拠及び弁論の全趣旨によれば、次の事実が認められる。

##### (1) 当事者等

S 医師は、本件当時、本件患者の急性胆のう炎（実際には急性胆管炎であった場合を含む。）等に対応し、栄養管理を含めた治療内容、転送の要否等を判断していた内科の医師であり、専門は呼吸器内科であった。

20 被告病院には、本件当時、消化器を専門とする医師はおらず、被告病院において、胆道ドレナージを実施することはできなかった。（前提事実、証人 S 10, 11, 25頁、弁論の全趣旨）

##### (2) 平成25年1月11日までの診療経過等

25 ア 本件患者は、平成24年12月12日、腰椎圧迫骨折で被告病院（整形外科）に入院したところ、同月23日、急性胆のう炎と診断され、絶食・抗生剤治療を受けたところ、同月26日、急性胆のう炎の症状は改善した。

同月23日のCT検査によれば、同時点の胆管径は4mmであった。(前提  
事実、乙A2, B5, 弁論の全趣旨)。

イ 平成25年1月9日

5 (ア) 超音波検査の結果、本件患者について、明らかな結石や胆泥はない、  
胆のう炎の経過として、かなり改善していると判断された(乙A3・5  
6の1頁)。

ただし、本件患者には、37.4℃、37.9℃の発熱が認められた  
(乙A3・94頁)。

10 (イ) 本件患者の同日の血液検査の結果は、以下のとおりであった(乙A3・  
69頁)。

- ・白血球 5.3  $10^3/\mu\text{L}$
- ・CRP (計測なし)
- ・血小板 30.0  $10^4/\mu\text{L}$
- ・総ビリルビン (計測なし)
- 15 ・クレアチニン 0.57 mg/dL
- ・尿素窒素 19.5 mg/dL
- ・GOT 21 U/L
- ・GPT 23 U/L
- ・ $\gamma$ -GTP 19 U/L
- 20 ・ALB 3.1 g/dL
- ・ALP 274 U/L

ウ 平成25年1月10日

(ア) 本件患者には、同日午前9時頃、寒気の訴え、チアノーゼが認められ、  
同日午前10時頃には39.2℃の発熱、SpO<sub>2</sub>が一時78%になる  
25 などの状態が認められた(乙A3・94頁)。

(イ) 超音波検査の結果、本件患者について、胆管径は10mmであり、胆の

う内に少量の胆石と胆泥が認められた（乙A3・55の1頁，証人S  
16，17頁）。

エ 平成25年1月11日

(ア) 本件患者には，同日午前10時頃，38.6℃の発熱や悪寒が認めら  
5 れ，同日午後3時頃，右側腹部痛（圧痛）が認められた（乙A3・33，  
94，95頁）。

(イ) 本件患者の同日（午後3時38分ないし午後3時49分頃）の血液検  
査（院内検査）の結果は，以下のとおりであった（乙A3・59頁，証  
人S 8頁）。

10	・白血球	23.5	$10^3/\mu\text{L}$
	・CRP	7.0	mg/dL（を超える値）
	・血小板	9.4	$10^4/\mu\text{L}$
	・総ビリルビン	2.1	mg/dL（直接ビリルビン 1.0 mg/dL）
	・クレアチニン	1.8	mg/dL
15	・尿素窒素	44.6	mg/dL
	・GOT	186	U/L
	・GPT	221	U/L
	・ $\gamma$ -GTP	105	U/L
	・ALB	3.5	g/dL
20	・ALP	1148	U/L

(ウ) S 医師は，本件患者につき急性胆のう炎再発と診断し，絶食の指示，  
輸液の補正，抗生剤の投与等を実施した。

具体的には，絶食の上，スルペラゾン（セフォペラゾン／スルバクタ  
ム）の投与のほか，同月14日までの間，ソリタT3号輸液500mL（熱  
25 量86kcal）を1日3回（合計258kcal）投与した（同月12日から  
は，播種性血管内凝固症候群を疑い，ヘパリンも追加で投与した。）。（前

提事実、甲B2、乙A3・1、26、33頁、乙B4、証人S29、  
30頁)

(3) 平成25年1月12日以降の診療経過等

ア 平成25年1月12日

5 (ア) 本件患者には、同日午前0時頃に37.5℃、同日午前6時頃に37.0℃の発熱が認められたものの、その後の体温は36℃台であった(乙A3・95、96頁)。

(イ) CT検査の結果、本件患者について、急性胆のう炎再発の形態ではないと判断された(乙A3・33、70頁)。

10 なお、同CT検査によれば、同時点の胆管径は7.2mmであった(乙A2、B5、B6、弁論の全趣旨)。

(ウ) 本件患者の同日の血液検査(同日午前6時頃採取、同日の昼頃にFAXによる報告、同月15日正式な報告があった。)の結果は、以下のとおりであった(乙A3・68頁、証人S30頁)。

15 ・白血球 29.3  $10^3/\mu\text{L}$   
・CRP 35.34 mg/dL  
・血小板 7.1  $10^4/\mu\text{L}$   
・総ビリルビン 1.5 mg/dL  
・クレアチニン 2.03 mg/dL  
20 ・尿素窒素 61.5 mg/dL  
・GOT 113 U/L  
・GPT 158 U/L  
・ $\gamma$ -GTP (計測なし)  
・ALB 2.8 g/dL  
25 ・ALP 620 U/L

イ 平成25年1月15日

(ア) 本件患者の同日の血液検査の結果は、以下のとおりであった(乙A3・67頁)。

- ・白血球 10.6  $10^3/\mu\text{L}$
- ・CRP 14.98 mg/dL
- 5 ・血小板 5.4  $10^4/\mu\text{L}$
- ・総ビリルビン 0.9 mg/dL
- ・クレアチニン 0.92 mg/dL
- ・尿素窒素 44.1 mg/dL
- ・GOT 32 U/L
- 10 ・GPT 48 U/L
- ・ $\gamma$ -GTP (計測なし)
- ・ALB 2.3 g/dL
- ・ALP 405 U/L

(イ) S 医師は、同日、本件患者について、絶食の上、スルペラゾン(セフォペラゾン/スルバクタム)の投与を継続し、同月17日まで、アミノグランド輸液500mL(熱量210kcal)を1日3回(合計630kcal)投与をした(甲B3, 乙A3・27頁)。

ウ 平成25年1月18日

(ア) 本件患者の平成25年1月18日の血液検査の結果は、以下のとおりであった(乙A3・66頁)。

- ・白血球 11.0  $10^3/\mu\text{L}$
- ・CRP 10.96 mg/dL
- ・血小板 12.2  $10^4/\mu\text{L}$
- ・総ビリルビン 0.5 mg/dL
- 25 ・クレアチニン 0.41 mg/dL
- ・尿素窒素 26.7 mg/dL

- ・ GOT 43 U/L
- ・ GPT 41 U/L
- ・  $\gamma$ -GTP (計測なし)
- ・ ALB 2.1 g/dL
- 5    ・ ALP (計測なし)

(イ) **S** 医師は、同日以降、本件患者について、絶食、アミノグランド輸液500mL(熱量210kcal。1日3回合計630kcal)の投与(ヘパリンを含む。)を継続し、同月20日まで、抗生剤をスルペラゾンからメロペン(メロペネム)に変更し、低アルブミン血症を疑い、アルブミンも追加投与するなどした(甲B3, 乙A3・1, 28頁, 乙B4, 証人 **S** 30, 31頁)。

エ 平成25年1月21日

(ア) 本件患者の同日の血液検査の結果は、以下のとおりであった(乙A3・65頁)。

- 15    ・ 白血球 9.2  $10^3/\mu\text{L}$
- ・ CRP 13.33 mg/dL
- ・ 血小板 2.1  $10^4/\mu\text{L}$
- ・ 総ビリルビン 2.8 mg/dL
- ・ クレアチニン 0.54 mg/dL
- 20    ・ 尿素窒素 52.3 mg/dL
- ・ GOT 183 U/L
- ・ GPT 142 U/L
- ・  $\gamma$ -GTP (計測なし)
- ・ ALB 2.2 g/dL
- 25    ・ ALP (計測なし)

(イ) **S** 医師は、同日、本件患者について、絶食、アルブミンの投与を継

続し、同月23日まで、ソリタT3号輸液500mL(熱量8.6kcal)を  
1日3回(合計25.8kcal)投与し、抗凝固剤、抗生剤の投与も行うな  
どした(甲B3, 乙A3・28頁, 乙B4)。

オ 平成25年1月22日及び同月23日

5 (ア) 本件患者の平成25年1月22日の血液検査の結果は、以下のとおり  
であった(乙A3・6.4頁)。

・白血球 9.5  $10^3/\mu\text{L}$   
・CRP 5.35 mg/dL  
・総ビリルビン 1.8 mg/dL  
10 ・血小板 1.7  $10^4/\mu\text{L}$   
・クレアチニン 0.54 mg/dL  
・尿素窒素 61.7 mg/dL  
・GOT 90 U/L  
・GPT 93 U/L  
15 ・ $\gamma$ -GTP (計測なし)  
・ALB 2.6 g/dL  
・ALP (計測なし)

(イ) 本件患者は、平成25年1月23日午前2時25分、死亡した。

20 **S** 医師は、本件患者の死亡診断書に直接死因として播種性血管内凝  
固症候群、その原因として急性胆のう炎等と記載した。(前提事実, 乙A  
3)

(4) 原告 **B** は、平成25年11月29日頃以降、被告に対し、損害賠償の請  
求等を内容とする書面を送付し、被告は、これに対し、過失を認めない旨等  
を記載した書面等を送付するなどした(甲C4ないしC10)。

25 そこで、原告らは、平成29年10月23日、当裁判所において、本件訴  
えを提起し、同訴状は、同年11月9日、被告に送達された(顕著な事実)。



2 争点(1) ( Y 医師又は S 医師に本件患者に対して内視鏡的胆道ドレナージをすべき注意義務の違反又は転送義務違反があるか) について

(1) 本件ガイドラインの位置付けについて

「科学的根拠に基づく急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン」(第1版・本件ガイドライン)は、急性胆道炎(急性胆管炎、急性胆嚢炎)について、急性期に適切な対処が必要であり、特に、急性胆管炎、なかでも重症急性胆管炎では急性期に適切な診療が行われないと早期に死亡に至ることもあることなどから、急性胆道炎の診療に当たる臨床医に実際的な診療指針を提供することを目的として作成されたものであり、平成17年に第1版が発行され、その後国際版ガイドラインとの整合性を図り、より臨床に適したガイドライン作成を目指すなどの観点からの改訂が行われ、平成25年3月に第2版が発行されたものである。本ガイドラインは飽くまでも指針であり、実際の診療行為を決して強制するものではなく、施設の状況(人員、経験、機器など)や個々の患者の個別性を加味して最終的に対処法を決定すべきであるとされている。(甲B19)

本件の診療行為が行われた平成25年1月当時は、本件ガイドラインの発行から約8年を経過しており、急性胆道炎診療の標準化が進みつつある段階にあったと解されること(甲B19)、弁論の全趣旨(専門委員の説明を含む。)によれば、本件ガイドライン中の診断基準等の基本的な部分は、一般的な内科医師の診断指針となっているものと認められること(本件当事者も本件ガイドラインの診断基準等に沿った主張をしている。)などからすると、本件ガイドライン中の急性胆管炎の診断基準、重症度判定基準及びこれに応じた治療指針などの基本的な部分については、平成25年1月当時の一般的な内科医師の医療水準を推知する上での重要な資料になるというべきである。

もっとも、医師がガイドラインと異なる診療行為をしたことをもって、直ちに医療水準に達しない診療行為として注意義務違反があると評価すること

はできず、施設の状況や個々の患者の個別性に照らし、医師がガイドラインとは異なる診療行為を行った合理的根拠があるか否かを吟味していくことになる。個別の診断・診療行為における本件ガイドラインの位置付けについては、後述する。

5 (2) 平成25年1月11日当時の本件患者の急性胆管炎発症の有無等

ア 本件ガイドラインによれば、急性胆管炎の診断基準は、A「1 発熱（悪寒，戦慄を伴う場合もある。），2 腹痛（右季肋部または上腹部），3 黄だん」，B「4 ALP， $\gamma$ -GTPの上昇，5 白血球数，CRPの上昇，6 画像所見（胆管拡張，狭窄，結石）」のうち，Aの全てを満たす場合，  
10 又はAのいずれか及びBの全てを満たす場合には，急性胆管炎として確定診断するものとされている（前提事実(5)ア）。

弁論の全趣旨（専門委員の説明を含む。）によれば，本件ガイドライン中の急性胆管炎の診断基準は，一般的な内科医師の医療水準であったというべきである（被告も，この点自体については争っていない。）。

15 イ(ア) これを本件についてみると，平成25年1月11日において，本件患者につき，急性胆管炎の診断基準の「1 発熱（悪寒，戦慄を伴う場合もある。）」，「4 ALP， $\gamma$ -GTPの上昇」，「5 白血球数，CRPの上昇」が認められることについては当事者間に争いはない（前提事実(3)ウ，認定事実(2)エ）。

20 (イ) その余の項目についてみると，被告は，本件患者について「2 腹痛（右季肋部または上腹部）」の項目を満たしていない旨主張する。しかし，平成25年1月11日の看護記録には，「右側腹部痛あり」（乙A3・95頁）と記載され，同日の医師の診断においても，腹部（a b d : a b d o m e nの略）を触診した所見として，右上腹部に当たる部分に圧痛所見がある（t e n d e r (+)）旨カルテに図示等されていることから  
25 すれば（乙A3・33頁，甲B7の1も参照），本件患者には「2 腹痛

(右季肋部または上腹部)」の項目に該当する所見があったといえるから、同項目を満たしていたというべきである。

また、被告は、胆管拡張はないとして、「6 画像所見 (胆管拡張, 狭窄, 結石)」の項目を充足していない旨主張する。確かに、胆管径が10 mmの場合も正常範囲であると診断する見解もあることがうかがえるもの (証人 S 21, 22頁, 弁論の全趣旨), 胆管径が8 mm以上であれば胆管拡張があるとする知見も存在すること (甲B6), 平成24年12月23日のCT検査によれば, 同時点の胆管径は4 mmであったのに対し (認定事実(2)ア), 平成25年1月10日の胆管径は10 mmであること (認定事実(2)ウ(イ)) からすれば, 本件患者につき, 胆管の拡張があったと評価し得る。そして, 被告病院の超音波検査の用紙 (乙A3・5.5の1頁) の左下「診断」欄には, 「胆管拡張」(「CBD dilatation」) と記載があり, これに対応する同用紙の右下欄にも「胆管直径10 mm 拡張」(「CBD φ10 mm dilatation」) につき, 「⊕」との記載があることが認められ (なお, 被告代理人は, 乙A1・5.5頁に胆管拡張が「⊖」であることを前提として「総胆かん拡張なし」と加筆しているが, カルテの記載を読み誤るものであって採用できない。), 被告病院においても, 本件当時, 胆管拡張と判断していたといえる。以上のほか, 被告の協力医が作成した意見書でも胆管につき, 軽度ではあるが胆管の拡張自体を認めていたこと (甲C9) も踏まえれば, 本件患者につき, 「6 画像所見 (胆管拡張, 狭窄, 結石)」の項目も満たしていたというべきである。

ウ 以上によれば, 本件患者に黄だんが認められるかにかかわらず, 本件患者は, 平成25年1月11日当時, 急性胆管炎にり患していたと認められる (この点, S 医師も後方視的に見れば, 同日当時の本件患者の症状が急性胆管炎によるものであったことを認めている [証人 S 32, 33

頁)。

そして、上記の急性胆管炎の診断基準及びこれに対する該当性については、一般的な内科医師であれば、容易に診断可能なものであったと認められるから、**S** 医師は、平成25年1月11日当時、本件患者につき、急性胆管炎にり患していたと診断すべきであったものと認められる。

(3) 急性胆管炎の重症度判定及びこれに応じた診療指針等

ア 胆道系は、解剖学的に胆道内圧上昇による影響を受けやすく、胆道内圧上昇により細胆管が破たんし、類洞への胆汁内容物の流出と血中への移行が起こりやすく、炎症の進展により肝膿瘍や敗血症などの重篤かつ致死的な感染症に進展しやすい。そのため、胆管炎重症例では、速やかに適切な胆道ドレナージが行われな限り、急激な全身状態の悪化を来し、不幸な転帰を辿ることが多いことから、本件ガイドラインにおいて、急性胆管炎を疑った場合には診断基準を用いて診断し、重症度判定を行い、これに応じた治療を行うとともに、頻回に再評価を行うことが基本的な治療方針とされているものである。(甲B1の2, B1の7)

本件ガイドラインによれば、急性胆管炎について、ショック、菌血症、意識障害、急性腎不全のいずれかを伴う場合には、「重症」と判定され、黄疸(ビリルビン $>2.0$  mg/dL)、低アルブミン血症(アルブミン $<3.0$  g/dL)、腎機能障害(クレアチニン $>1.5$  mg/dL、尿素窒素 $>20$  mg/dL)、血小板数減少( $<12$  万/mm<sup>3</sup>)、39度以上の高熱のうちいずれかを伴う場合には「中等症」と判定され、「重症」、「中等症」の基準を満たさないものは「軽症」と判定されると認められる(甲B1の2, B1の5)。

また、本件ガイドラインによれば、中等症急性胆管炎においては、初期治療とともに、速やかに胆道ドレナージを行うこととされており(甲B1の7)、特に高齢者(75歳以上)の中等症以上の急性胆管炎に対しては、推奨度A(強い根拠があり、その臨床上的有用性も明らかである)として、

胆道ドレナージを実施することが求められるとともに、(甲B1の6, B1  
8), 高齢者の場合には軽症であっても重症化しやすいため、ハイリスクと  
して慎重に対応すべきとされている(甲B1の6, B1の7)。

5 さらに、本件ガイドラインによれば、中等症急性胆管炎の場合には、初  
期治療に反応しない場合、胆道ドレナージができない施設では対応可能な  
施設に速やかに搬送・紹介することが求められるところ(甲B1の1・3  
9頁, B11の1・51頁), 推奨度A(強い根拠があり, その臨床上の有  
用性も明らかである)として、重症若しくはその危険性のある胆管炎は胆  
道ドレナージが可能な施設において治療することが特に求められている  
10 (甲B11の1・51頁, B17)。

これに加えて、弁論の全趣旨(専門委員の説明を含む。)によれば、急性  
胆管炎については、胆管に閉塞を来して起こすことが多く、胆管ドレナ  
15 ジが治療の根幹をなすもので必要不可欠なものといえることなどから、初  
期治療で胆管炎が治る程度の軽症の急性胆管炎を除き、ほとんどの症例で  
ERCP又は超音波内視鏡検査を要するものとされていることが認められ  
る。

以上を踏まえると、急性胆管炎については、重症化すれば急速に敗血症  
へと進展し致命的となる緊急性の高い疾患であることを踏まえて、本件ガ  
イドラインの重症度判定基準を用いて各種血液検査の結果やバイタルサイ  
20 ンなどを評価して重症度判定を行った上、その重症度に応じた診療方針を  
決定すべきであり、患者が高齢者で中等症の急性胆管炎が認められる場合  
で、かつ、その具体的な症状から更に重症化する危険性があると認められ  
るときには、合理的な理由がない限り、担当医師は、速やかに胆道ドレナ  
ージを実施する又は胆道ドレナージが実施可能な医療機関に患者を転送す  
べき注意義務を負うと解するのが相当である。  
25

イ これを本件についてみると、本件患者は、平成25年1月11日当時、

5 高齢（ 歳）であり、黄だん（本件患者の総ビリルビン値は2.1mg/dL）、腎機能障害（本件患者のクレアチニン値は1.8mg/dL、同尿素窒素値は44.6mg/dL）、血小板数減少（平成25年1月9日は30万/mm<sup>3</sup>に対し、同月11日は9万4000/mm<sup>3</sup>）、白血球数の急激な上昇（平成25年1月9日は5300/μLに対し、同月11日は2万3500/μL）、CRPの異常値（7.0mg/dL〔を超える値〕）が認められるなど予後不良因子（甲B14・79頁も参照）が複数存在していたことが認められ（認定事実(2)エ(イ)）、その具体的な症状から更に重症化する危険性があったといえる。これは、実際に、平成25年1月12日の血液検査の結果によれば、  
10 本件ガイドラインを基準としても、急性腎不全（クレアチニンが2.03mg/dL）として、重症急性胆管炎に該当していること（甲B1の1・38頁、認定事実(3)ア(ウ)）、本件ガイドライン（第2版）によれば、血液凝固異常及び腎機能障害として重症急性胆管炎に該当すること（甲B14・76頁、甲B10・4頁も参照。なお、本件ガイドライン（第2版）によれば、  
15 同月11日時点でも、血液凝固異常として重症急性胆管炎に該当する。）からも裏付けられる。

以上によれば、本件患者は、平成25年1月11日当時、高齢で、中等症急性胆管炎が認められる場合で、かつ、その具体的な症状から更に重症化する危険性があったと認められるから、本件患者は、速やかに胆道ドレナージを実施する又は胆道ドレナージが実施可能な医療機関に患者を転送する必要がある状態にあったものと認められる。他方で、上記の症状にある本件患者について、速やかに胆道ドレナージを実施しない、胆道ドレナージが実施可能な医療機関に患者を転送しないとの医師の判断について、  
20 合理的な理由があったものとは認められない。

25 ウ この点、被告は、本件患者につき、平成25年1月10日時点で胆道の通過障害が存在していたとしても、同月11日には改善しつつあり、少な

くとも同月12日には解消されていたから、胆道ドレナージの必要性は認められない旨主張する。

しかし、被告が主張の根拠とする画像所見や血液検査の結果（ビリルビン値等）は、同月11日より後に判明した事情であって、（S 医師が胆道ドレナージが不要であると判断した際に重視したビリルビン値やCT検査の所見は、同月12日のものである〔証人 S 34, 35頁〕。）、これらの事情をもって、同月11日時点での胆道ドレナージの必要性が否定されるとはいえない。また、ビリルビン値が低下すれば、高齢者の中等症急性胆管炎患者に対する胆道ドレナージは不要であるとの知見もうかがわれない（証人 S 12頁も参照）。

そうすると、後記のとおり、その効果については、検討の余地があるものの、平成25年1月11日時点で、本件患者に対し、胆道ドレナージを実施する必要性がなかったとは認められない。

#### (4) 小括

以上によれば、S 医師は、平成25年1月11日時点において、本件患者に対し、胆道ドレナージを実施する必要がある旨判断すべきであり、被告病院は、胆道ドレナージが実施できない医療機関であったことからすれば（認定事実(1)）、これが可能な他の医療機関に対し、本件患者を転送すべき注意義務を負っていたと認められる。それにもかかわらず、S 医師は、本件患者を転送していないから、上記注意義務に違反したものと認められる。

### 3 争点(2) (Y 医師又は S 医師に本件患者の栄養管理に関する注意義務違反があるか) について

(1) 原告らは、Y 医師又は S 医師は、平成25年1月11日以降、本件患者について、1日当たり1419ないし1537キロカロリーの栄養を与えるべき注意義務を負っていたにもかかわらず、本件患者について、平成25年1月11日から同月14日までには1日当たり258キロカロリーしか栄

養を与えず、同月15日以降には1日当たり630キロカロリーしか栄養を与えず、上記注意義務に違反した旨主張する。

しかし、一般に、急性胆管炎に対する初期治療としては、原則として、緊急胆道ドレナージに即応できるように、絶食の上で、十分な量の輸液、電解質の補正、抗菌薬投与をすべきとされるものの、摂取カロリーについては科学的根拠に基づく確立した基準等はなく（本件ガイドラインにも記載は見当たらない。甲B1の7・70頁参照。弁論の全趣旨〔専門委員の説明を含む。〕）、むしろ、炎症が生じている場合、急性期に糖分を含めたカロリーの高い点滴治療を行うことは感染を助長するとも考えられること（弁論の全趣旨〔専門委員の説明を含む。〕）も踏まえると、S医師又はY医師が、平成25年1月11日から同月23日までの間（約12日間）に、本件患者に対し、1日当たり1419ないし1537キロカロリーの栄養を与えるべき注意義務を負っていたとまでは認められず、また、上記の期間における被告病院の医師の栄養管理に不適切な点があったとも認められず、原告らの主張は認められない。

#### 4 争点(3) (因果関係) について

##### (1) 因果関係について

ア 原告らは、内視鏡的胆道ドレナージを適時実施できる医療機関に転送していれば、本件患者が敗血症に至り、平成25年1月23日に死亡することはなかった旨主張する。

イ この点、前記のとおり、軽症急性胆管炎を除き、基本的には、急性胆管炎に対して、胆道ドレナージの実施が必要かつ有用である一方（甲B12・82頁、B15、B16等も参照）、急性胆管炎に対して保存的治療のみを実施した場合の致死率は、83ないし100%であるとの報告もあること（甲B1の4）からすれば、保存的治療ではなく、本件患者を転送した上で、胆道ドレナージを実施した場合には、治療が奏功する可能性はあった



と認められる。

もともと、平成25年1月11日時点で、**S** 医師が胆道ドレナージを実施できる他の医療機関に転送する判断をすべきであったとしても、同日の血液検査の結果は、同日午後3時38分ないし午後3時49分頃に判明しており（認定事実(2)エ(イ)）、前記のとおり、本件ガイドラインによれば、同日時点の本件患者の状態は、形式的には中等症急性胆管炎であるから、すみやかに胆道ドレナージを実施すべきではあるものの、重症急性胆管炎の場合と同じように直ちに緊急胆道ドレナージを実施すべきと判断されない可能性も否定できないこと（甲B11の1・50、51頁）からすれば、実際に本件患者が転送され、他の医療機関において胆道ドレナージが実施されるのは、同月12日以降であった可能性が相当程度認められる。

そして、急性胆管炎患者の死亡率は2.7ないし10%とされ、重症急性胆管炎に限った場合の死亡率は更に高まると考えられること（緊急胆道減圧ドレナージが広く臨床応用される以前であった時期とされる1980年以前の重症例患者を対象にした報告での死亡率は5.7ないし6.5%であり、それ以降は1.0ないし2.8%、平成22年頃においても、いわゆる東京ガイドラインで重症例に分類される場合の死亡率は13.4%とされている〔甲B8・45、46頁。B11の1・30頁も参照〕。）、敗血症等の治療が奏功しなければ、ドレナージが成功しても予後は厳しいものになると考えられること（弁論の全趣旨）、前記のとおり、本件患者は、既に平成25年1月11日時点において、高齢、低アルブミン、急性腎不全、白血球数高値、血小板数減少など複数の予後不良因子が認められ、本件ガイドライン（第2版）において、重症急性胆管炎に該当するといえる状態であり、同月12日時点では、本件ガイドラインによっても重症急性胆管炎に該当するといった状態であることからすれば、胆道ドレナージを実施したとしても、本件患者の予後が良好であったかは疑問が残る。

加えて、本件患者につき、同月11日以前においては、同月9日には胆石等は確認されておらず、同月10日には胆のう内に少量の胆石・胆泥が確認されたにとどまり（認定事実(2)イ(ア)、同(2)ウ(イ)）、同日以降においても胆石の存在は確認されていないこと（認定事実(3)）、同月11日時点の総ビリルビンの値は2.1mg/dL（うち、胆管の閉塞により上昇する直接ビリルビンの値は1.0mg/dL）であったが、同月12日時点で1.5mg/dL、同月15日時点で0.9mg/dLと低下していること、胆汁のうっ滞の有無に関係するALPの値（甲B7の2）も、同月11日時点に1148U/Lまで上昇していた後、同月12日時点で620U/L、同月15日時点で405U/Lに低下していることからすれば、胆管の閉塞や胆汁のうっ滞は解消されていたと評価でき、胆道ドレナージを実施することで本件患者の全身症状がどの程度改善するかという点にも疑問が残る。

以上によれば、前記争点(1)に係る注意義務違反がなければ、本件患者の同月23日の死亡を避けられたことが高度の蓋然性をもって立証されているとは認められず、過失と結果との間に因果関係は認められない。

ウ(ア) この点、原告らは、本件は、平成25年1月12日にビリルビン値等が改善したのは、結石の陥頓が外れ、胆汁の流れが一時的に改善した可能性があるためであり、原因となる胆石などの胆管病変が治療されないことで同月21日に再度の胆管炎の増悪がみられ、敗血症、多臓器不全で死亡したものであるとして（甲B10・10頁）、それ以前に、胆道ドレナージを実施していれば、同月23日に本件患者が死亡することはなかった旨主張する。

この点、超音波検査や単純CTによる結石の感度、抽出能力が良好とはいえないとしても、超音波検査は全ての症例において施行されるべきとされ、CT検査も胆管炎の成因や合併症の診断では最も有用な検査法とされていること（甲B14・68ないし70頁。ただし、CT検査で

は造影CTの両方が必要とされている。)からすれば、前記のとおり、同月10日の超音波検査において、胆のう内に少量の胆石等が確認されたほか、同月12日の単純CT検査において胆石は確認されていないことからすれば(乙A3・55の1頁,70頁)、原告ら主張の前提事実は認めるに足りない。

(イ) 原告らは、内視鏡的胆道ドレナージを行った場合の死亡率は高くなく、高齢者の場合にも総胆管結石に対する内視鏡的治療が安全かつ有用であること(甲B15,16)、本件患者は内視鏡的胆道ドレナージを受けられず、かつ絶食及び不十分な栄養補給しか受けられない状況でも12日間生存し、意識も明瞭であったことからすれば、内視鏡的胆道ドレナージを実施することで、同月23日に本件患者が死亡することは避けられた旨主張する。

しかし、前記のとおり、本件患者の状態を踏まえると、胆道ドレナージを実施した場合の予後が良好であったかは疑問が残り、胆道ドレナージを実施することで本件患者の全身症状がどの程度改善するかという点にも疑問が残るところ、本件患者は、平成24年12月12日に腰椎圧迫骨折で被告病院に入院した後、同月23日頃、急性胆のう炎を発症し、これに対する治療を受けていること、前記のとおり、本件ガイドラインなどを踏まえても、栄養管理が不適切であったとまでは認められないことなども踏まえると、前記4(1)イのとおり、本件患者の平成25年1月23日の死亡を避けられたことが高度の蓋然性をもって立証されているとまでは認められない。

(2) 予備的主張(平成25年1月23日時点でなお生存していた相当程度の可能性)について

医師に医療水準にかなった医療を行わなかった過失がある場合において、その過失と患者の死亡との間に因果関係の存在は証明されないが、上記医療

が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときには、医師は、患者が上記可能性を侵害されたことによって被った損害を賠償すべき不法行為責任を負うものと解すべきと解される。(最高裁平成12年9月22日第二小法廷判決・民集54巻7号2574頁, 最高裁平成16年1月15日第一小法廷判決・集民213号229頁)。

一般に、病状が進行した後に治療を開始するよりも、疾病に対する治療の開始が早期であればあるほど良好な治療効果を得ることができるのが通常であり、本件においても、前記のとおり、軽症急性胆管炎を除き、基本的には、急性胆管炎に対して、胆道ドレナージの実施が必要かつ有用である一方、急性胆管炎に対して保存的治療のみを実施した場合の致死率は、83ないし100%であるとの報告もあることからすれば、保存的治療ではなく、本件患者を転送した上で、胆道ドレナージを実施した場合には、治療が奏功する可能性はそれなりにあったと認めるのが相当である。

そうすると、争点(1)に係る注意義務違反がなければ、死亡した平成25年1月23日時点において、なお生存していた相当程度の可能性があったものと認められる。

#### 5、争点(4) (損害額)

(1) 本件においては、前記4(1)のとおり、争点(1)に係る注意義務違反と死亡結果との間に因果関係は認められないが、前記4(2)のとおり、本件患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性があったものと認められるから、被告は、これにより本件患者が被った損害を賠償すべき不法行為責任(使用者責任)を負う。

#### (2)ア 慰謝料

本件患者は、争点(1)に係る注意義務違反により、その死亡の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され、精神的苦痛を被ったも

のと認められるところ、その相当程度の可能性の程度は低いとはいえないこと、**S** 医師の注意義務違反の内容・程度、本件患者の症状経過、その他本件に現れた一切の事情（平成25年1月12日のCT検査の結果、急性胆のう炎の再発は否定的であったにもかかわらず、**S** 医師は、急性胆管炎である旨の診断、説明をせず、死亡診断書にも急性胆のう炎を前提とした記載をしているなどの事情を含む。）を総合考慮すると、その慰謝料としては500万円と認めるのが相当である（本件訴訟の審理経過等を踏まえば、原告らは、黙示的に同慰謝料の支払いを求めているものと解される。）。

5

10

イ 弁護士費用

本件事案の内容、審理の経過、認容額等、諸般の事情を考慮すると、弁護士費用のうち、50万円を被告の不法行為と相当因果関係を有する損害と認めるのが相当である。

ウ 小計

15

ア及びイの合計額は550万円となる。

エ 原告らの取得額

本件患者の相続人である原告ら及び亡**D**は、本件患者の死亡により、法定相続分の割合（各4分の1）により上記本件患者の被告に対する損害賠償請求権各137万5000円を相続したことが認められる。

20

その後、亡**D**が死亡し、原告**B**は、亡**D**の相続人からの譲渡により、亡**D**が法定相続分の割合により相続した上記損害賠償請求権137万5000円を取得したことが認められる。

(3) よって、本件における損害額は、原告**B**につき275万円、原告**A**及び原告**C**につき137万5000円となる。

25

6 争点(5)（素因減額）

被告は、本件患者が、元々、急性胆のう炎を患っており、高齢であったこと

も重なったことにより死亡結果が生じたものであるから、素因減額がなされるべきである旨主張するが、被告が指摘する事情が、本件において損害の発生又は拡大に寄与したとはいえず、被告の上記主張は、採用できない。

#### 第4 結語

5 以上によれば、原告らの請求は、不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償請求として、原告 **B** につき、275万円及びこれに対する平成25年1月23日から支払済みまで旧民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を、原告 **A** 及び原告 **C** につき、各137万5000円及びこれに対する同日から支払済みまで旧民法所定の年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（なお、原告らは、選択的に、診療契約上の債務不履行に基づく損害賠償を求めるが、その損害額は、上記認容額を超えるものとはいえない。）。

10 よって、原告らの請求を上記の限度で認容し、その余はいずれも理由がないから棄却することとし、主文のとおり判決する。

15 大阪地方裁判所第19民事部

裁判長裁判官 田 口 治 美

20 裁判官 甲 元 依 子

25 裁判官 丸 林 裕 矢