

平成14年6月3日判決言渡
平成3年(ワ)第1034号損害賠償請求事件
口頭弁論終結日 平成13年9月3日
判決

主文

1 被告は、原告Aに対し、9562万8932円、同B、同C及び同Dに対しそれぞれ3187万6310円並びにこれらに対する平成3年8月25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棄却する。

3 訴訟費用は、これを3分し、その2を原告らの負担、その余を被告の負担とする。

事実及び理由

第1 請求

被告は、原告Aに対し、金3億0344万7551円、同B、同C及び同Dに対し、それぞれ金1億0114万9183円並びにこれらに対する平成2年9月6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

本件は、被告が経営する医療法人E総合病院（以下「被告病院」という。）で食道癌の治療のため、食道亜全摘出・胃管吻合（食道癌切除・食道再建）の手術を受けた亡Fの相続人である原告らが、Fが、手術後多臓器不全で死亡したのは、被告の術後の呼吸管理が不十分であった（主位的）、また、十分な説明を受けていなかった（予備的）として、被告に対し、債務不履行に基づき、Fの死亡による損害の賠償を求めた事案である。

1 争いのない事実等

(1) 当事者

ア Fは、昭和6年7月7日生まれであり、G株式会社の代表取締役であった。

原告Aは、Fの妻であり、同B、同C、同Dは、Fの子である。

イ 被告は、被告病院を経営する医療法人である。

(2) 医療契約の成立等

Fは、被告病院に通院していたが、昭和60年10月、糖尿病との診断を受け、以来、被告病院で治療を継続し、毎年、糖尿病に関する教育入院（毎年20日程度）を兼ねて人間ドックによる身体検査をしていたものであるが、平成2年6月29日、人間ドックによる検査の結果、食道中部に初期癌が発見され、同年7月3日ころ、担当のH医師からF及び原告らに告知された。

Fは、同月16日、被告病院に入院し、翌17日、被告との間で食道癌治療のための手術及びこれに付随する一切の治療、看護、検査等の医療行為を行うことを内容とする医療契約を締結した。

(3) 手術の実施

同月23日、午前9時43分から午後4時30分まで、Fの担当医師であった被告病院のI医師及びJ医師を中心として、Fに対し、開腹、開胸して食道を亜全摘し、頸部食道と胃管とを吻合して食道を再建する手術（以下「本件手術」という。）が行われた。同手術中に、Fの右上葉が胸壁とほぼ全面に癒着していることが認められた。

(4) 術後の経過

本件手術終了後の同日午後5時22分、FはICUに入室し、そこで治療及び管理が始められた。

Fに対する同日午後7時30分から同月26日午後9時までの診療経過、処置経過、同人の同月24日午前0時から同月30日午後6時までの動脈血酸素分圧（以下「酸素分圧」という。）、動脈血二酸化炭素分圧（以下「二酸化炭素分圧」という。）及び酸素飽和度の推移は、別紙診療経過一覧表記載のとおりであった。

Fは、本件手術後、順調に回復しているように見え、同月24日午前8時25分には、機械呼吸の気管内チューブを抜管した。ところが、Fは、同月26日、午後8時ころから、心拍数、体温が上昇し、顔面蒼白となり状態が悪くなったため、J医師が、経口で挿管し、さらに経鼻に切り替えて機械呼吸を再開した。

Fは、その後、同月27日午前5時ころ、一時的に改善したこともあったが、呼吸不全状態が継続し、同年8月10日ころから、呼吸不全状態を引きがねとする腎不全を発症し、その後、肺炎、感染症を発症し、同月29日ころから、腎不全に

よる昏睡状態となり、さらに、同年9月4日ころから、肝不全を発症し、同年9月6日午前6時56分、多臓器不全により死亡した。

Fは、死亡時、59歳であった。

2 争点

- (1) 本件手術後の呼吸管理が適切になされたか
- (2) 説明義務違反の有無
- (3) 損害額

3 争点に対する当事者の主張

- (1) 争点(1)について

(原告ら)

ア 食道癌の手術後の合併症として呼吸・循環系合併症の頻度が高く、特に術後2、3日間は肺機能が低下するため、患者の状態に注意する必要があることは、一般に知られているところである。特に、Fについては、糖尿病の合併症、気管支炎及び虚血性心疾患の既往症があり、重度の喫煙習慣を有していたこと、術前のフローボリュームカーブ検査により異常が認められたこと並びに術中に右上葉部の胸壁との癒着が発見されたことなど、術後呼吸器感染症の危険因子を有することから、ICUにおける万全の呼吸管理が必要とされた。

イ Fは、本件手術終了後の同日午後5時22分、ICUに入室し、そこで治療及び管理が始められた。被告は、厚生省の定めた特定集中治療室管理の設置基準に従って、ICU内に専門医師及び看護婦を24時間体制で常勤させ、気道内分泌物の喀出、除去及び誤嚥を予防して感染を防止し、最適換気条件を設定、保持して、術後のFの容態を監視・管理する義務があった。ところが、被告は、医師をICU内に常駐勤務させず、手術後適切な呼吸管理を行わなかった。

ウ 被告は、少なくとも下記各時点において、積極的呼吸管理をしなかった過失がある。

- ① 平成2年7月24日午前9時

抜管後、酸素分圧が179・5mmHgから85・3mmHgに急激に低下し、その低下の度合がかなり強いのであるから、被告は再挿管して人工呼吸開始を考慮し実施すべきであったが、被告は上記事実を漫然と見過ごし適切な治療を怠った。

- ② 同日午後9時

酸素分圧が85・3mmHgから、さらに70・5mmHgに低下したことは、肺機能に何らかの障害が生じている可能性があること及び術後回復が順調でないことを示唆しており、酸素マスクの酸素量の増大以外の治療として、再挿管・人工呼吸をして、慎重に呼吸管理を行うという対応が必要であったところ、被告はこれを漫然と見過ごし適切な治療を怠った。

- ③ 同月25日午後9時ないし同月26日午前1時

酸素分圧値の低下は、少なくとも肺の状態の悪化を示している。酸素分圧70mmHg自体は血液を受け取る身体側からは危険な数値ではないが、96mmHgから70mmHgに短時間に低下していることは、肺で何か異常事態が進行していることと、今後短い時間内に酸素分圧が70mmHgからさらに低下して、全身への酸素供給が急速に悪化して危機に瀕することの二つの重大な状況を示すものである。酸素分圧の急激な低下の原因を検索して対応する点も含め、気管内挿管、人工呼吸及び呼吸管理をするべきである。

また、酸素分圧の低下及び肺雑音、同日の午後3時及び午後11時の発熱等の経過から、重篤な肺炎の合併症が疑われ、この状態からしてFの酸素供給が低下して身体に負担のかかるレベルであり、全身への酸素供給に不可逆的な変化が起こり始めており、Fの予後に重大な変化が予測されるのであるから、早急に病態を検索して、気管内挿管、人工呼吸を中心とした管理を開始し、さらに、それ以外の積極的な治療としてヘモグロビンと体液組成の厳重な管理、強心薬使用による酸素運搬の改善、高い体温の正常化あるいは軽度低体温の採用、エネルギー需要を上げないため、ないし下げるための鎮静と筋弛緩、腎機能の確保と腎臓の保護及び栄養管理などを加える必要があった。

同日午後8時50分、ICUの呼吸管理下で酸素分圧が50mmHg台に至ったことは呼吸管理が効果を発揮していないことを示しており、それまでの呼吸管理の施行方法が適切でなかったことは明らかである。被告には、これを漫然と見過ごし、厳重な呼吸管理を怠った過失がある。

エ 以上のとおり、被告が、呼吸管理を怠り、必要適切な治療を怠った結果、同月26日午後7時には、酸素分圧は27mmHgに至り、Fは、意識を消失した。F

は、糖尿病と虚血性心疾患が知られているから、酸素供給の低下に対処して血流を増加させる代償機能が正常人より劣っており、この時点で、脳に不可逆的変化が生じていたと認められ、酸素分圧が27mmHgに至るまでの経過がFの多臓器不全の引き金となったものである。酸素分圧が27mmHgまで低下すると、Fが治癒して無事退院することはできなくなることは明らかである。Fは、被告の呼吸管理を怠り、必要適切な治療を怠った過失により死亡したものである。

(被告)

ア 被告病院のICUは、4床あり、Fには、看護婦1名が24時間つきっきりで観察、看護していた。また、Fは、全体として、特別にハイリスク患者ではない。

イ 人工呼吸器は侵襲的呼吸法であり、人工呼吸そのものによって肺を損傷すること、感染を引き起こすことも少なくないから、できれば人工呼吸器はつけないに越したことはない。I医師も人工呼吸の問題点を認識しており、人工呼吸器により陽圧呼吸となり、圧による障害が生じるのを防ぐために、呼吸状態が良ければ、早期に抜管するという方針をとっていた。酸素分圧を100mmHg以上、二酸化炭素分圧は40mmHgに近づけようとするあまり、人工呼吸による過激な換気量、換気圧を設定した結果、正常な肺も壊れてしまっ、人工呼吸からの離脱ができなくなってしまう危険性があり、現在では、酸素分圧の設定目標は、80ないし100mmHg程度である。

そして、以下のように、被告病院の医師たちは、術後の経過において、酸素分圧値だけではなく、酸素飽和度等の数値、患者の全身状態等を総合勘案して、再挿管の適応はないと判断して対処していたのであり、被告に過失は認められない。

①② 同月24日午前9時及び同日午後9時

手術の翌日24日に抜管したことは極めて正常な処置である。

人工呼吸器を外せば、酸素分圧が下がるのは当然であり、それをも予測した上で、なおかつ人工呼吸による肺損傷、気道感染等のリスクを考慮して早期の抜管をしたのである。

③ 同月25日午後9時ないし同月26日午後7時

食道癌手術の術後の経過としては、通常、術後2、3日目が最も呼吸状態は悪く、それを乗り越えれば呼吸状態はよくなるのである。被告病院の医師たちもFの状況を認識した上で、食道癌手術の通常経過と認識していたのである。

実際に同月26日午前2時には酸素分圧が65・8mmHgと回復しているが、これは特別の処置をしたからではなく、患者の換気の努力によるものである。

④ 同日午後7時

患者の状態は、酸素分圧の数値だけでなく、酸素飽和度等の値、全身状態等を総合勘案して判断するものである。同月26日の酸素飽和度の推移は、同日午後6時まで安全限界値である92パーセントを上回っており、患者の状態は、同日午後5時15分、I医師がファイバーで痰を排出して「楽になった」と述べ、同日午後6時30分には家族が面会に来て、看護婦は「少し元気になった様子」と観察し記録しているとおりであった。また、酸素分圧の数値は一時的に悪化が見られることもあり得ることであって、必ずしも全身状態を正確に反映しているとは言い難い。

酸素分圧27mmHgを確認して直ちに経口で挿管した直後の酸素分圧が、59mmHgに回復していること、同日午後6時には、酸素飽和度が93パーセントであったこと（酸素飽和度が92パーセントである場合の酸素分圧は、約60から65mmHgである。）からすると、そもそも同日午後7時の酸素分圧27mmHgという数値の正確性自体にも疑問がある。

以上のとおり、Fは、同日午後7時ころまでは、人工呼吸器（再挿管）の適応はなかったのである。被告病院の医師たちは、Fの状態を観察し、検討して再挿管の適応がないと判断していたのであり、検討していないのではない。呼吸状態について関心を払っているからこそ、同日午前8時に気管支ファイバーによる痰の喀出、午後0時の血液ガスの分析、午後4時20分、午後5時15分に、それぞれ気管支ファイバーによる痰の喀出を行っているのである。

ウ 本件においては結果的に、呼吸不全状態は回復しなかったが、それは患者のもっている予備能が足りなかったのである。食道癌切除後の肺合併症発生のメカニズムは、なお不明な点が多く、食道癌手術及びその合併症の危険度は一般に高いのである。

エ 原告らは、Fが、同月25日に肺炎に感染したと主張するが、そのような事実はない。

肺炎と判断するには、肺のレントゲンによる陰影の確認、特有色の痰、熱発、白血球の増加等を総合判定する。

Fは同月24日から28日まで、白血球の増加は認められない。また、細菌検査によっても、緑膿菌が検出されたのは、同年8月6日である。

(2) 争点(2)について

(原告ら)

Fは、Fまたは家族である原告らに対する被告の説明義務、インフォームド・コンセント法理に違反した過失により意思決定権を奪われたため死亡したものである。

医療行為は、医師はじめ医療機関と患者・家族の信頼と協力のもとに行われることを要求されているものである。そのために、医師はじめ医療機関には十分な情報を提供し、患者・家族が正確な情報の下に医療行為の選択決定を行い、これに基づく承諾を得る手続が要求される。被告の説明義務違反は、次のとおりである。

ア 早期食道癌も含めて、食道癌の外科的療法については、一般的に①内視鏡的粘膜切除、・非開胸食道抜去術、・食道亜全摘及び・食道亜全摘＋上縦隔郭清術が知られていた。被告は、・食道亜全摘出＋上縦隔郭清術の術式を選択し実施したが、選択した・の術式を含め各術式の適用対象、術式の具体的内容、それらによる患者のリスク予後及び被告病院での実績等について説明義務を尽くさなかった。Fは、これら術式を選択について被告から説明を受けていたならば、被告病院で治療をするか否かを含め、どの術式にするかを、自らの意思で選択し得たはずである。

イ 被告は、術中において、Fの胸膜癒着の剥離を行い106番を含むリンパ節切除の拡大手術を施行したが、これについて、Fや原告らに何らの説明をせず、承諾を得ていない。このような術式が食道癌の根治療法として認められるとしても、この療法によるハイリスクを認識し、それらのリスクをカバーすることが前提条件とされなければならないところ、被告には、これらリスクをカバーする物的・人的設備がなかったにもかかわらず、何らの説明もせずにこれを実施した。

ウ 術後管理についても、前記のとおり、被告病院の医師らは、Fの状態が、当時の呼吸管理の常識に反する異常事態にあったことを認識しながら、通常要求される積極的治療を敢えてせず、呼吸不全の危険を冒して敢えて人工呼吸器の使用をしなかったのであるから、そのことについてFや原告らに説明し承諾を求める必要があったにもかかわらず、何らの説明もしなかった。

(被告)

被告は、必要な説明は行っている。被告には、考えられるすべての治療方法について説明をする義務はない。

ア 平成2年7月18日、I医師が、原告らに対し、胸部中部食道原発の早期癌であること、手術の適応であること、予定している手術は食道亜全摘、頸部食道・胃管吻合であること、糖尿病等の持病もあってそれによる合併症もあり得ること、しかし手術には耐えられると判断していること等を説明をしている。術式については、平成2年当時、本件で実施された上縦隔リンパ節郭清を伴う食道亜全摘が第1の選択であり、この術式に関して説明がなされていれば、平成2年当時においては説明に欠けるところはない。

イ リンパ節郭清は当然の処置であり、その実施の是非を術中に家族に説明して、承諾を得る義務はない。原告の主張は、手術中に、手術室から室外へ出て説明を行い、その後に手術室に戻り手術を続行せよ、ということになり非現実的である。

ウ 術後、Fは、原告らが主張するような「常識に反する異常事態」に陥ってはいなかったし、「通常要求される積極的治療を敢えてしなかった」ものでもないことは前記の被告の主張のとおりである。

(3) 争点(3)について

(原告ら)

Fの損害額の合計は、6億0689万5102円であり、その内訳は以下のとおりである。

ア 逸失利益 5億5076万6695円

(6326万6666円×0.7×9.8986+6326万6666円×0.5×0.7×5.0756)

(ア) Fは、海産物の加工販売及び鮮魚の販売を主たる業務とするG株式会

社の会社代表取締役として、昭和62年度5700万円、昭和63年度6140万円、平成元年度7140万円の役員報酬を得ており、その平均収入は、6326万6666円である。

Fは、死亡当時満59歳であって、会社創業者としてその地位は絶大であり、本件によって死亡するまで21年余りにわたって代表取締役の任にあたっていたので、少なくとも平均余命年数である20・83年程度は、就労可能であったというべきである。そして、Fが代表取締役の地位を原告Bや同Dに譲るとしても、同人らが40歳を越え、会社の業務内容について精通し、指導力、営業力、交渉力などを備えるようになってからであるから、Fは、少なくとも、73歳になるまで代表取締役の地位にあり、79歳までは、代表権のない会社取締役役員などの地位にあったものとみるべきである。

したがって、Fは、死亡時から14年間は、前記年収を得、その後の6年間は、前記年収の半額程度の収入を得る見込みがあったのであるから、これを基礎収入として、高額所得者であることから生活費控除を30パーセントとして、ライブニッツ法による中間利息を控除して逸失利益を算出すべきである。

(イ) G株式会社はFの個人会社であり、会社運営の実権はFに集中し、同人が会社の機関として代替性がなく、同人と会社とは一体をなす関係にあった。Fは自ら商品の買い付け、販売に従事していたのであるから、Fの得ていた役員報酬は、その全額が直接の労働の対価であるというべきである。

また、G株式会社の売上げは、仕事の性質上原料の仕入れ・加工・販売の一つ一つの全てにわたってその年ごとに折衝して実績をあげていくという極めて社長の個人的手腕に依存するものである。F死亡後の平成2年9月から平成3年8月期、G株式会社の売上げが14億4000万円となったのは、原告Bの必死の努力の成果である。その報酬は原告B自身の労働の対価であって、Fから承継されたものではない。

イ 慰謝料 3000万円

Fは、被告の初歩的ミスにより、42日あまりも死線をさまよい、ICUから退室することもできず、死亡するに至ったものである。ICUに入室しながら、医師不在のためFや原告らが医師を捜すという体験をしたこと、十分な情報提供がされず患者の意思決定権を奪い適切な治療を受ける機会を奪われたことなどをも考慮すると、その苦痛を慰謝するには、少なくとも3000万円をもって相当とする。

ウ 葬儀費 662万8407円

原告らは、Fの通夜、葬儀及び告別式の費用として、662万8407円を支出したが、これは、Fの生前の地位、社会的立場からして相当な金額である。

エ 弁護士費用 1950万円

(被告)

ア 逸失利益

(ア) G株式会社は、いわゆる同族会社であり、株主に対する配当をせず、

配当に回すべき利益全部を役員報酬として支給していた。したがって、Fが得ていた役員報酬には、実質的には創業者利益というべき配当部分が含まれており、役員報酬全額を基礎として逸失利益を算定することは不合理である。逸失利益の基礎となるのは、遺族に継承されないFの労働対価分だけである。

G株式会社が、Fの個人事業であって、F個人の働きに負っていたとすれば、同人の死亡とともに売上そのものが大幅に減少するはずであるのに、Fの死亡により売上げが減少するどころかむしろ増加している。G株式会社がF個人の働きに負っていたものでないことは明白である。

(イ) 原告らが収入の基礎としている昭和63年から平成2年ころは、バブル景気の時期であり、その後景気が悪化したことは顕著な事実である。したがって、この時期の収入を前提に逸失利益を算定するのは相当でない。事実、G株式会社は、平成6年からは、F存命中よりも売上が減少している。

第3 当裁判所の判断

1 争点(1)について

(1) 前記争いのない事実及び証拠(甲1、2の各一、二、3の一ないし九、8の一、8の二の・、・、8の三ないし六、8の四五の・、・、10、11、15の一ないし四六、16の一ないし二八、18の一ないし三、22の一ないし九、乙1、3、13の一ないし二〇、14、15の一ないし五、証人I、同J、同K、同L、同M、原告B本人)並びに弁論の全趣旨によれば次の事実を認めることができる。

ア 術前の経過

(ア) Fは、被告病院に通院していたが、昭和60年10月、糖尿病との診断を受け、以来、被告病院で治療を継続し、毎年、糖尿病に関する教育入院（毎年20日程度）を兼ねて人間ドックによる身体検査をしていた。

(イ) Fは、昭和60年10月21日、虚血性心疾患の疑いとの診断を受け、実施された心エコーの結果では異常がなかったが、トレッドミル運動負荷テストでは陽性との結果であった。その後、昭和62年5月14日に実施された同テストでは陰性であったが、平成元年5月27日に実施された同テストでは、再び陽性との結果が出ていた。

(ウ) Fは、平成2年6月22日、糖尿病の治療を兼ねて人間ドックによる身体検査をする目的で、被告病院に入院したが、同月29日、内視鏡の検査によって胸部中部食道に食道癌の疑いのある発赤が認められ、同年7月2日、病理組織検査の結果、食道の扁平上皮癌であると診断された。

(エ) 人間ドックの担当医であったH医師が、消化器内科のW医師に相談し

た結果、手術適応との判断がされ、I医師が手術を担当することとなった。

(オ) Fは、自宅が近いため、外来通院で術前検査をすることとなり、同月3日被告病院を一時退院し、同月14日、外来で胸部CT検査及び呼吸機能検査等を受け、同月16日、再度内視鏡検査を受けた後、再入院した。さらに、Fは、同月20日、再度呼吸機能検査を受け、同月14日及び20日の呼吸機能検査の検査は、次のとおりであった。

なお、トレッドミル運動負荷テストは実施されていない。

a 同月14日

スパイログラム検査 肺活量3・88リットル、パーセント肺活量108・1パーセント、1秒量3・00リットル、1秒率(G)77・52パーセント
フローボリューム曲線検査 V50 毎秒3・38リットル、V25毎秒0・97リットル、V50/V25 3・48

b 同月20日

スパイログラム検査 肺活量3・84リットル、パーセント肺活量107・0パーセント、1秒量3・08リットル、1秒率(G)79・59パーセント
フローボリューム曲線検査 V50 毎秒3・52リットル、V25毎秒1・14リットル、V50/V25 3・09

(カ) 同月18日の時点で、I医師は、Fの癌の浸潤の程度について、それまでの検査結果及び症例検討会議の結果から、粘膜下層への浸潤を疑い、食道亜全摘と縦隔の郭清術を実施することとした。呼吸機能検査の結果については、スパイログラムを中心に評価し、正常範囲内にあると判断し、糖尿病等の合併症があるが、手術には十分耐えられると判断していた。

イ 手術の実施

(ア) 同月23日午前9時43分、執刀医I医師、第一助手J医師、第2助手N医師、第3助手O医師、麻酔医専門医P医師、同担当医Q医師らによって、Fの手術が、次の手順で行われた。

まず、右開胸を行ったところ、右上葉が胸壁とほぼ全面に癒着しているのを認め、これをメスで剥離した。リンパ節105に、肉眼的に腫大を認め、リンパ節への癌の転移を疑って、105ないし109番のリンパ節の郭清を行い、胸部上部で食道を切断し閉胸した。次に、開腹し、胃管を作製し、1、3、7及び8番のリンパ節を郭清した。続いて、頸部操作に移り食道を引き出して、吻合した。

同日午後4時30分、手術は終了した。

(イ) Fは、同日午後5時22分、ICUに入室した。この時点では、呼吸補助のため気管内挿管され人工呼吸器が使用されていた。

ウ 術後の経過

平成2年7月23日午後7時30分から同月27日午前0時40分までの診療経過、処置経過、Fの同月24日午前0時から同月27日午後9時までの酸素分圧、二酸化炭素分圧及び酸素飽和度の推移は、以下に記載するほか、別紙診療経過一覧表記載のとおりであった。

(ア) 被告病院において、ICUには、2名の看護婦が常駐していたが、専属の医師はおらず、ICUに入室している患者の担当医が、麻酔科の医師らからアドバイスを受けながら、患者の術後管理にあたることになっていた。医師による回診の他、ICUに常駐していた2名の専属の看護婦が必要に応じて、ポケットベル等で担当医ら呼び出すという態勢となっていた。

Fの術後管理は、主に、主治医であるI医師と受持医であるJ医師によって行われ、同人らは、直接診察したり、看護婦の採ったデータを確認しながら、これを行っており、看護婦に対する指示は、ICU医師指示表に書き込むほか、口頭で行っていた。同年7月23日から同月26日までの間のICU医師指示表には、ドクターコール基準として、血圧が90mmHg以下、尿量が3時間あたり75ミリリットル以下、または脈拍が1分間あたり120回以上と記載されていたが、血液ガス検査は看護婦の判断で適宜に行うと指示されていたのみで、酸素分圧についての具体的基準数値についての指示はなく、看護婦がFの状態に変化を認めた場合にドクターコールをすることとされていた。

(イ) 当時、被告病院においては、長期間の予防的な機械呼吸を行うことは、圧障害等の合併症を生じさせる危険があることから、呼吸器の使用をできるだけ短期間に限定するという方針が採られていた。

Fについても、同月24日午前8時25分、呼吸状態が呼吸器を使用しなくても問題のない状態となったと判断され、気管内の挿管を抜き、マスクによる酸素投与に切り替えられた。

同日午前9時、J医師がマスクに送る酸素量を毎分3リットルとした。

(ウ) 同日午後9時、看護婦が、酸素分圧が低下していることを医師に報告し、医師は酸素の量を毎分5リットルにするように指示した。

同日午後11時20分、看護婦は血液ガス値を医師に報告し、医師は鼻から酸素を送る方法である「経鼻」で酸素を送るように指示した。

同月25日午前6時35分、看護婦は、血液ガス値について「今ひとつ」と観察した。

I医師は、手術後2日から4日目位までは酸素分圧が多少低下することが多いところから、ここまでのFの経過については、特に大きな問題となるものはないと考えていた。

(エ) 同日午後3時、J医師がICUに来棟、Fを診察し、看護婦が同人の状態を報告した。体温上昇(38度)に対して解熱剤ヴェノピリンを投与した。

同日午後4時、I医師がICUに来棟、Fを診察し、看護婦が同人の状態を報告した。

同日午後8時、I医師、O医師がICUに来棟、Fを診察し、気管支ファイバーで痰の排出を行った。施行中にモニターで血圧が200mmHg以上に上昇したがすぐにもとに戻った。

同日午後8時50分、看護婦が酸素分圧が50mmHg台であることを医師に連絡し、医師は、マスクに投与する酸素の量を毎分6リットルに増やすよう指示した。

同日午後9時30分、J医師がICUに来棟、Fを診察し、看護婦が同人の状態を報告した。

同日午後11時20分、Fは、体温が38度2分となり、解熱剤ヴェノペリンが投与された。

J医師は、同日の診療録に「血液ガス分析はいまひとつ、酸素分圧50代まで下がる。発熱あり」などと記載した。

I医師は、人工呼吸器の適応を、酸素分圧が50mmHg以下、二酸化炭素分圧が50mmHg以上に上昇するなどし、それに伴って意識混濁がある場合と考えていたため、この時点で、人工呼吸器に切り替えることは考慮しなかった。

(オ) 同月26日午前0時30分、L看護婦が、「肺の吸気は良好であるが全体的に肺雑音あり」と観察した。

同日午前1時、Fにパルスオキシメーターが装着された。この装置は、酸素飽和度が94ないし90パーセントになるとアラームが鳴るように設定されていた。

同日午前1時15分、L看護婦は、酸素の量を増やしたにもかかわらず、酸素分圧が低下していることから「血ガス不良」と観察した。同日午前1時50分、Fの心拍数が一過性に130ないし140となり、心房細動が認められた。I医師は、開胸手術後ありうる不整脈であり、呼吸不全に起因するものではないと判断していた。

同日午前6時30分、L看護婦が「肺の吸気は良好であるが、肺雑音がまだある」と観察した。

同日午前8時30分、I医師他数名がFを診察し、I医師が気管支ファイバーで痰を多量に吸引した。I医師は、同日午前7時の胸部レントゲン撮影の結果、

左肺下部に陰影が認められたため、肺炎の疑いをもち、予防的に抗生剤をセフメタゾンから、より強力な抗生剤であるフルマリンに変更した。しかし、I医師は、この時点では、Fが呼吸不全の状態になっているとの判断はしていなかった。

同日午前11時、I医師はFの診察を行い、「肺への吸気良好全体的に軽度の肺雑音があるが、陽圧呼吸訓練も出来ている」と観察した。

(カ) 同日午後0時、K看護婦は、6リットルマスクをしていながらも酸素分圧が低いため、「いまいち」と観察した。

同日午後2時30分、Fは、看護婦に対し、痰が出せず苦しいと訴え、気管支ファイバーを希望するが、医師の指示により、自己排出は呼吸訓練のため必要なことであるとして呼吸訓練のためネプライザーを勧めて様子を見た。

このころ、原告Bは、Fに呼び出され、痰がつかえて苦しいから、原告Bの同級生の被告病院関係者に連絡して、医師を呼んで欲しいと訴えられたため、看護婦に医師を呼ぶよう要請したが、I医師は出張中であり、J医師は手術中であつたため、すぐに対応してもらえなかった。

同日午後4時、K看護婦が「肺雑音が全体的にあり、痰の喀出いまいち」と観察した。

同日午後4時20分、I医師及びJ医師に代わって、R医師がFを診察し、気管支ファイバーで痰を吸引した。

同日午後4時50分、S看護婦が「痰がごろごろしている。肺の吸気はまあまあであるが、肺雑音が全体にある。元気がなく、呼吸訓練も積極的でない。」と観察した。

同日午後5時30分、I医師は、Fの肺の状態把握のために肺のレントゲン撮影を行った。その結果は、左肺下部に病変を意味する陰影が認められたが、その程度は非常に軽いと判断された。

(キ) 同日午後7時50分ころから、Fは、心拍数が120を超え、一時は160まで上昇し、呼吸が努力性となり体温も38度となった。顔面は蒼白となり、意識レベルも低下し、呼名反応も明確でなくなったため、S看護婦が医師を呼び、J医師が来棟し、午後8時20分、経口で挿管して機械呼吸を再開した。午後8時25分、経口を経鼻に変更して機械呼吸を継続した。このころから解熱剤ヴェノペリン、鎮静剤フェンタネストを3回、筋弛緩剤ミオブロックを2回投与した。

(ク) 同月27日午前0時40分 Fが覚醒したことから、S看護婦がFに対し、人工呼吸器を使用していることを説明した。S看護婦は「肺への吸気良好、肺雑音は軽度になる」と観察した。

その後、Fは、酸素分圧が70mmHg台となり、さらに翌28日には100mmHgとなるなど一時的に呼吸不全状態は改善したかに見えたが、その後も呼吸不全状態が持続した。

同年8月1日、同年7月26日の喀痰培養の結果、菌が陽性であつたことから、Fに対し、肺炎との確定診断がされた。

同年8月10日ころ、Fは、呼吸不全状態の継続により腎不全を発症するに至り、同年9月5日ころその呼吸不全、腎不全を原因とする肝不全を発症した。そして、同月6日午前5時30分、挿管してある気管チューブから突然大量の出血をし、心停止状態となり、その時は心肺蘇生を行った結果回復したものの、同日午前6時30分再度心停止、同日午前6時56分、多臓器不全を原因とする出血による窒息によって死亡した。

証人Iは、同人は、同年7月26日午前8時30分に、肺炎を積極的に疑っていたわけではない、ICU観察表(乙3)の同日時の記載は、看護婦の判断で書かれているものであるとの証言をするが、同証言は、同記載が医師診察時の記載であること、看護婦が医師の指示がないのに抗生剤の変更をするとは通常考え難いこと及び証人K、同Lの各証言に照らし、採用することができず、他に、上記認定を覆すに足る証拠はない。

なお、被告は、同月26日午後7時50分に測定された酸素分圧値27mmHgは、同日午後5時30分の患者の様子や、同日午後6時の酸素飽和度に照らして正確ではないと主張するが、この酸素分圧測定直後、Fが、心拍数、体温が上昇し、顔面蒼白のショック状態になったことは当事者間に争いのないこと、この検査は、被告の行ったものであること及び測定の仕方に何らかの問題があつたことを認めるに足る証拠はないことに照らし、採用できない。

(2) 上記認定事実及び鑑定人Tの鑑定の結果(以下「T鑑定」という。)によれば、Fは、同月25日ころ肺炎を併発し、同日深夜から翌26日早朝にかけて、こ

れが原因で呼吸不全状態となり、酸素供給が低下して、全身状態に影響を及ぼすに至ったことが認められる。

被告は、Fは同月25日には肺炎に感染していなかったと主張するが、上記認定のとおり、同年8月1日、同年7月26日の喀痰培養の結果、菌が陽性であったことから、Fに対し、肺炎との確定診断がされたこと、同月26日午前0時30分から肺雑音が観察されていたこと、同日午前7時の胸部レントゲン撮影の結果、左肺下部に陰影が認められたこと、I医師も同日午前8時30分に肺炎の疑いをもっていったこと及びT鑑定に照らし、採用できない。

(3) 上記認定のとおり、Fは、同月24日午後9時、酸素マスクに送る酸素量を1分あたり5リットルに増量した結果、酸素分圧が、 $96 \cdot 0 \text{ mmHg}$ に上昇したものの、翌25日午前6時に $83 \cdot 1 \text{ mmHg}$ 、同日午後3時に $75 \cdot 5 \text{ mmHg}$ 、同日午後8時50分に $56 \cdot 1 \text{ mmHg}$ に低下したこと、この後、酸素量を毎分6リットルに増量しても、酸素分圧は、 70 mmHg を上回るに至らなかったこと、同月25日午後3時、体温が 38 度に上昇し、これに対して解熱剤ヴェノピリンが投与されたが、同日午後11時20分には再び体温が 38 度2分に上昇したこと、翌26日午前0時30分、看護婦が肺雑音を観察したこと及び同日午前1時50分、心拍数が一過性に130ないし140となり、心房細動が認められたことが認められる。また、同日午前7時の胸部レントゲン撮影の結果、左肺下部に陰影が認められたこと、I医師も同日午前8時30分に肺炎の疑いをもったことについても、上記に認定したとおりである。

T鑑定によれば、Fには、虚血性心疾患があるところから、心臓自体に十分な酸素を供給し、かつ心機能に余分な負担をかけさせない必要があったから、酸素分圧を最低 70 mmHg ないし 80 mmHg に保つのが、望ましく、同月25日午後3時、酸素分圧が $96 \cdot 0 \text{ mmHg}$ から 70 mmHg 台に短時間で低下していることは、肺で異常事態が進行していること、今後短い時間内に酸素分圧が 70 mmHg からさらに低下して、全身への酸素供給が急速に悪化して危機に瀕することを示すこと、さらに発熱があったことからすれば、呼吸器感染症の発症または悪化、重篤な肺炎の合併症が疑えることが認められる。

また、K看護婦は、酸素投与をしている場合、酸素分圧が 70 mmHg 台になったら医師に相談する必要があると考え、L看護婦は、酸素投与をしている場合、酸素分圧は 80 mmHg 以上は必要であると考えており、Fの酸素分圧の低下につき、適宜医師に報告していたこと及びI医師、J医師とも、Fの看護記録、検査結果等をチェックし、Fの状態については、十分認識していたことが認められる（証人K、同L、同I、同T）。

そうすると、被告病院の医師たちは、Fの酸素分圧が同月25日午後8時50分に酸素分圧が $56 \cdot 1 \text{ mmHg}$ に低下し、酸素量を毎分6リットルに増量しても 70 mmHg を上回るに至らないまま数時間を経過したこと、同月25日午後3時、体温が 38 度に上昇し、解熱剤を投与したのに、同日午後11時20分には再び体温が 38 度2分に上昇したこと、翌26日午前0時30分、肺雑音が観察され、同日午前1時50分、心拍数が一過性に130ないし140となり、心房細動が認められたことを認識したときには、遅くとも、重篤な肺炎の合併症を疑い、この状態は、Fの酸素供給が低下して身体に負担のかかるレベルであり、全身への酸素供給に不可逆的な変化が起こり始めていることを予測し、早急に病態を検索して、気管内挿管、人工呼吸を中心とした管理を開始し、さらに、それ以外の積極的な治療としてヘモグロビンと体液組成の厳重な管理、強心薬使用による酸素運搬の改善、高い体温の正常化あるいは軽度低体温の採用、エネルギー需要を上げないため、ないし下げるための鎮静と筋弛緩、腎機能の確保と腎臓の保護及び栄養管理などを加える必要があったと認めることができる。

特に、Fには、長期の喫煙習慣、糖尿病の罹患、虚血性心疾患、フローボリュームカーブ検査による肺機能異常及び左肺全面癒着等の危険因子が判明しており、術後、特に厳重な呼吸管理が必要であると認められる状態であった（T鑑定）のであるから、なおさらである。

(4) ところが、I医師は、前記認定のとおり、手術後2日から4日目位までは酸素分圧が多少低下することが多いことから、Fの経過については、特に大きな問題となるものはないと考えており、不整脈についても、開胸手術後ありうる不整脈であり、呼吸不全に起因するものではないと判断し、また、人工呼吸器の適応を、酸素分圧が 50 mmHg 以下、二酸化炭素分圧が 50 mmHg 以上に上昇するなどし、それに伴って意識混濁がある場合と考えていたため、この時点で、人工呼吸器に切り替

えることは、全く考慮しなかった。同人は、同日午前8時30分にFが肺炎に罹患したとの疑いをもった後も気管内挿管、人工呼吸を中心とした管理等を開始しなかったのであるから、当時のFの状態について危険な状態であるとの認識はなかったものと推認することができる。なお、J医師は、酸素分圧が40mmHgから50mmHg台で人工呼吸器をつける場合が多いと考えていた（証人J）ものである。

これらの被告病院の医師たちの対応は、当時のFの全身状態及び呼吸状態について十分な注意を払わず、漫然と術後回復は順調であると軽信し、慎重に呼吸管理を行わずに適切な治療を怠った過失があるといわざるを得ない。

(5) この点について、被告は、人工呼吸の適応は、単純に酸素分圧のみで決定できるものではなく、しかも、人工呼吸器の使用による肺の損傷や、感染症を引き起こす危険性を意識し、術後の患者の状態全部を総合考慮したうえで、Fの経過は、術後2日ないし4日目の、最も呼吸状態の悪い時期の通常の経過をたどっており、再挿管の必要はないと判断して対処していたのであると主張する。

確かに、人工呼吸器の使用により、感染症を発症する危険性や、酸素分圧及び二酸化炭素分圧を正常値に近づけようとするあまり、陽圧によって正常な肺も破壊してしまう危険性が専門医により指摘されていること、Fは、手術の際に肺の癒着を剥離しているのも、人工呼吸の陽圧などが肺を損傷し、組織の破壊・気胸の危険性が高いことが認められる（乙18、19及びT鑑定）ところである。そして、被告病院においても、看護婦がFの状態を詳しくチェックし、異常が発生したと認めたときは、ドクターコール等により医師の指示を受けて、対処していたことは、前記認定のとおりである。しかし、I医師らは、Fの既往症及びリンパ節106番の郭清による予後への影響については、糖尿病の既往症について考慮していたのみで、その余については格別意識をせず、Fについて、通常の食道癌手術の患者と較べて特に嚴重な呼吸管理が必要であるとの認識を持っていなかったことが窺われること（証人I、同J）、I医師は、同日午前8時30分にFが肺炎に罹患したとの疑いをもった後も、当時のFの状態が危険であるとの認識を持たず、気管内挿管、人工呼吸を中心とした管理等を開始しなかったこと及びFが肺炎に罹患したとの疑いを持った状態であるにもかかわらず、同日午後、Fの治療の中心となっていたI医師は出張し、J医師は手術中で、Fの全身状態の悪化があった場合に直ちに対応できない状態となっていた時間があつたことに照らすと、被告病院の医師らが、Fの呼吸状態について十分な注意を払って、Fの全身状態を観察、考慮して、人工呼吸器の使用による危険性に配慮した結果、この使用をしないとの判断をしていたとは、到底認めることはできない。

(6) 原告らは、被告病院の医師らは、同月24日午前9時及び同日午後9時の時点で、Fに再挿管して人工呼吸開始を実施すべきであつたと主張する。

しかし、同日午前9時は、長期間の予防的な機械呼吸を行うことは、圧障害等の合併症を生じさせる危険があることから、呼吸器の使用をできるだけ短期間に限定するという当時の被告病院の方針により、Fの呼吸状態が呼吸器を使用しなくても問題のない状態となつたと判断されて、人工呼吸器を抜管した直後であり、この時点でFについてこれ以上に人工呼吸を継続すべきであつたと結論できないこと及び開胸手術後に酸素分圧がある程度低下することは避けられず、人工呼吸から自発呼吸に切り替えた場合には、酸素分圧の低下は自然な経過であることが認められる（T鑑定）ことから、この時点で人工呼吸器の再使用を実施しなかったことに過失を認めることはできない。

また、同日午後9時の時点は、同日午前9時に85・3mmHgあつた酸素分圧が、同日午後8時45分には、70・5mmHgとなり、酸素マスクに送る酸素の量を1分あたり3リットルから5リットルに増量した時点であるところ、酸素分圧値の低下は、肺機能に何らかの障害が生じている可能性ないしは、術後回復が順調でないことを示唆しているとみることができるが、一方、酸素分圧は開胸術後しばらくは低下の傾向をたどることは稀ではなく、この数値から、直ちに肺機能に何らかの障害が生じ、術後回復が順調でない結論することはできないと認められる（T鑑定）から、この時点で人工呼吸器の再使用を実施しなかったことにも過失を認めることはできない。

(7) 前記認定事実及びT鑑定によれば、被告病院の医師たちが、遅くとも、同月26日午前0時30分、肺雑音が観察され、同日午前1時50分、心拍数が一過性に130ないし140となり、心房細動が認められたことを認識したときに、人工呼吸を再開し必要な積極的治療をしなかった経過が、Fのその後の呼吸不全状態を引き起こす原因になつたこと、この時点でこれを行っていれば、Fのその後の呼吸

不全状態を回避し得た蓋然性が高かったことが認められ、これを覆すに足る証拠はない。

そして、証拠（甲23、乙1、証人I、U鑑定）によれば、Fの食道癌の浸潤は粘膜筋板（mm）に達しているものの、粘膜下層（sm）までは達しないものであると認められるところ、mm癌の5年生存率は100パーセントであるとされており、食道癌手術における術後呼吸管理は難しいとされるが、Fは、術前の呼吸機能検査の結果において、正常範囲内にあり、糖尿病等の合併症があるものの、手術には十分耐えられると判断されたことは前記認定のとおりであるから、前記時点での術後管理が適正になされれば、癌が再発するおそれはなく、完治した蓋然性が高いものと認められる。

（8）したがって、争点(2)について判断するまでもなく、被告には、Fの死亡による損害を賠償する責任がある。

2 争点(3)について

（1）前記争いのない事実及び証拠（甲40ないし42、44、49、50の1ないし13、乙10ないし12、原告B本人）及び弁論の全趣旨によれば、以下の事実を認めることができる。

ア G株式会社は、Fが、叔父から引き継いで経営していた「G」を、昭和44年10月、有限会社Gを設立して会社組織にしたところから、蟹製品等の海産物の加工、卸販売などを主たる業務とするようになり、昭和52年、株式会社に組織変更した会社である。Fは同社の代表取締役として、自ら、商品の買付け、加工、販売などの業務に従事していた。

イ Fは、昭和62年度5700万円、昭和63年度6140万円、平成元年度7140万円、平均6326万6666円の役員報酬を得ていた。

ウ G株式会社は、その株式のすべてを親族で所有する、いわゆる同族会社であり、株主に対して配当を行ったことはなかった。Fは、G株式会社の株式の8割以上を保有していた。

F死亡前、原告A及び同BはG株式会社の取締役役に、同Cは監査役に就任しており、F死亡後、同Bが代表取締役役に就任し、同D及び同Bの妻であるVが取締役役に就任した。

エ G株式会社の昭和62年事業年度から平成11年事業年度までの総売上高及び営業利益額は、別紙のとおりである。

（2）逸失利益

ア 上記認定のとおり、Fは、死亡当時、G株式会社の代表取締役として、会社運営の実権を掌握し、自ら、商品の買付け、加工、販売等の業務に従事していたものであり、同社の営業については、Fの個人的手腕に依存していた部分が多かったことも容易に推認し得るところではあるが、同社は、いわゆる同族会社であり、株主に対する配当をしていなかったことから、Fが得ていた役員報酬には、実質的には創業者利益というべき配当部分が含まれていたと認められること、同社の売上げが、Fの死亡後、むしろ増加していることは上記認定のとおりであり、原告Bの必死の努力の成果及びバブル景気の影響を考慮してもなお、Fが得ていた役員報酬に利益配当等の実質をもつ労務対価性のない部分が含まれていることは明らかであるというべきである。そして、この部分については、Fの死亡により、Fの相続人である原告らに承継されるところから、Fの逸失利益の基礎とすることはできず、逸失利益の基礎となるのは、遺族に継承されないFの労働対価分だけである。G株式会社の規模、業務内容及び収益状況、Fの担当業務及び役員報酬額等（前掲証拠及び弁論の全趣旨）を総合勘案すると、Fの労務の対価としての実質を有する部分は、その役員報酬の60パーセントであると認めるのが相当である。

イ Fは、いわゆる同族会社であるG株式会社の代表取締役の地位にあり、その株式の8割以上を保有していたものであるから、平成2年における59歳男子平均余命年数（20・74年）のほぼ半分の期間である10年間は、代表取締役として現実に労務を提供して稼働することができた蓋然性が高いものと認められる。原告らは、FのG株式会社における影響力からすると平均余命年数の全期間について稼働できたと主張するが、前記認定のとおりFの既往症及び本件手術の影響等を考慮すると、ほぼ10年後、70歳を超えて、現実に労務を提供することが可能であったとまでは認めることができない。

ウ したがって、Fは、死亡しなければ、69歳までの10年間稼働し、昭和62年度から平成元年度までの平均年収6326万6666円の役員報酬収入を得ることができたとみられるから、この60パーセントを逸失利益の基礎となる労働対価

分とし、妻である原告AがG株式会社の取締役として収入を得ていることが窺われることに照らし、生活費控除を50パーセントとして、ライブニッツ式計算法により中間利息を控除して算定すると、逸失利益は、1億4655万7864円となる。

(計算式)

$6326\text{万}6666\text{円} \times 0.6 \times (1 - 0.5) \times 7.7217 = 1\text{億}4655\text{万}7864\text{円}$

エ 被告は、収入の基礎となる時点となる昭和63年から平成2年ころはバブル景気の時期であり、その後の景気後退による減収を考慮すべきであると主張するが、G株式会社の昭和62年事業年度から平成11年事業年度までの営業利益額は、別紙のとおりであり、確かに、平成9年事業年度以降のG株式会社の営業利益は、Fの収入の基礎とした昭和62年事業年度から平成元年事業年度までの営業利益より減少しているが、平成3年事業年度から平成8年事業年度までの同社の営業利益は逆にかなり増加しているから、Fの逸失利益の基礎収入を、昭和62年度から平成元年度までの平均年収6326万6666円として計算することは不合理とはいえず、被告のこの点に関する主張は採用できない。

(3) 慰謝料

被告の過失によりFが死亡したことによる慰謝料は、Fの診療経過その他、本件にあらわれた一切の事情を考慮すると、2600万円が相当である。

(4) 葬儀費用

原告Bは、Fの葬儀費用等合計662万8407円を支出したことが認められる(甲43の一ないし四)が、本件と相当因果関係にある葬儀費用としては、120万円が相当である。

(5) 弁護士費用

本件事案の内容、審理経過等を総合すると、弁護士費用としては、1750万円が相当である。

(6) 原告らの相続

以上のとおり、Fの損害額合計額は、1億9125万7864円であるところ、これを、原告Aが2分の1(9562万8932円)、原告B、同C及び同Dがそれぞれ6分の1ずつ(各3187万6310円)相続したと認められる。

3 結論

以上の次第で、原告らの本訴請求は、原告Aに対し9562万8932円、同B、同C、同Dに対しそれぞれ3187万6310円及びこれらに対する原告らが被告に対して、債務不履行に基づく損害賠償の請求をしたことが記録上明らかである本件訴状送達の日翌日からの遅延損害金の支払いを求める限度で理由があることになる。

よって、仮執行宣言を付するのは相当でないからこれを付さないこととして、主文のとおり判決する。

千葉地方裁判所民事第2部

裁判長裁判官 一 宮 な ほ み

裁判官 多 田 裕 一

裁判官伊藤敏孝は、転補のため、署名捺印することができない。

裁判長裁判官 一 宮 な ほ み

平成2年7月

日	時刻	診 療 経 過	処 置	検 査 結 果		
				酸素分圧 (PO)	炭酸ガス分圧 (PCO)	酸素飽和度 (SaO)(%)
23日	19:30	J医師がICUに来棟診察した。	痰を多量に吸引した。			
24日	0:00	J医師がICUに来棟診察した。		169.3	36.3	
	2:00		痰を吸引した。			
	6:40			155.9	39.6	
	7:00		胸部X線写真を撮影した。			
	7:30	J医師がICUに来棟診察した。				
	8:00			179.5	41.8	
	8:25		気管内の挿管を抜き、マスクによる酸素投与に切り替えられた。			
	9:00		気管支ファイバーによって痰を吸引した。J医師が、マスクに送る酸素量を毎分3リットルとした。	85.3	41.4	
	11:50	I医師がICUに来棟診察した。				
	14:00			82.8	41.7	
	15:00	J医師がICUに来棟診察した。				
	16:30	医師らがICUに来棟診察した。	気管支ファイバーによって痰を吸引した。			
	20:45			70.5	42.7	
	21:00	看護婦が酸素分圧の低下していることを医師に報告し、医師は酸素の量を毎分5リットルにするよう指示した。	マスクに送る酸素量を毎分5リットルとした。			
	23:20	看護婦は血液ガス値を医師に報告し、医師は「経鼻」で酸素を送るように指示した。	「経鼻」で酸素を送ることにした。			
25日	0:00			96.0	45.8	
	6:00			83.1	44.7	
	6:35	看護婦は、血液ガス値について「今ひとつ」と観察した。				
	7:20		胸部X線写真を撮影した。			
	8:20	I医師がICUに来棟診察した。	気管支ファイバーによって痰を吸引した。			
	9:30	J医師がICUに来棟診察した。				
	11:00	I医師がICUに来棟診察した。				
	12:00	J医師がICUに来棟診察した。				
	15:00	J医師がICUに来棟診察した。	体温上昇(38度)に対して解熱剤ヴェノピリン投与した。	75.5	42.6	
	16:00	I医師がICUに来棟診察した。	鎮静剤レベタンを投与した。			
	20:00	I医師、O医師がICUに来棟診察した。	気管支ファイバーで痰の排出を行った。施行中にモニターで血圧が200mmHg以上に上昇するがすぐにもとに戻った。			
	20:50	看護婦が酸素分圧が50mmHgであることを医師に報告し、医師はマスクに投与する酸素の量を毎分6リットルに増やすよう指示した。	マスクに送る酸素量を毎分6リットルとした。血中カリウムが低下したので補正を開始した。	56.1	42.2	
	21:30	J医師がICUに来棟診察した。体温が37度台になる。	体温が上昇傾向であるが、尿量は流出良好であるので、点滴(ラクテック)50ml/時に増量した。			
	23:20		体温が38度2分となり、解熱剤ヴェノペリンを投与した。			
26日	0:30	L看護婦が、「肺の吸気は良好であるが全体的に肺雑音あり」と観察した。				
	1:00		パルスオキシメーターが装着された。	55.3	46.0	93
	1:15	L看護婦が「血ガス不良」と観察した。酸素分圧が低いことから陽圧呼吸器結をすることになり、パルス	チューブによる吸引を行い、痰が多量に吸引された。			97

	21:50	胸部が膨らみに保たれ観察した。体温が37度台になる。	体温が37度台になる。点滴は流出良好であるので、点滴(ラクテック)50ml/時に増量した。			
	23:20		体温が38度2分となり、解熱剤ヴェノペリンを投与した。			
26日	0:30	L看護婦が、「肺の吸気は良好であるが全体的に肺雑音あり」と観察した。				
	1:00		パルスオキシメーターが装着された。	55.3	46.0	93
	1:15	L看護婦が「血ガス不良」と観察した。酸素分圧が低いことから陽圧呼吸訓練を行うよう指示するが、うまくいかず、その代わりに深呼吸をするよう促した。	チューブによる吸引を行い、痰が多量に吸引された。			97
	1:50	心拍数が一過性に130～140となり、心房細動が認められた。	カリウムが3.45と低いので、塩化カリウムを10ml/時で投与した。			
	1:55		ヒューマリンを4単位投与した。			
	2:40	モニターで最高血圧が110～120mmHgとなった。		65.8	40.1	
	3:00					96
	5:00					97

	5:10	「腹痛あり。痰の自己喀出できず。」と観察される。	看護婦がチューブによる吸引を行い、痰が多量に吸引される。			
	5:50	痛みが続き、呼吸のケア進まないことから、看護婦がJ医師に連絡して、鎮痛剤レペタンをそれまでより早めに投与した。	レペタンを投与した。			
	6:30	L看護婦が、「肺の吸気は良好であるが、肺雑音がまだある」と観察した。				
	6:40			73.1	40.9	
	7:00		胸部X線写真を撮影した。			99
	8:30	I医師他数名が診察した。	I医師が気管支ファイバーで痰を多量に吸引した。また、I医師は肺炎の疑いを持ち、抗生剤をセフメタゾンからフルマリンに変更した。			
	11:00	I医師が診察し、「肺への吸気良好全体的に軽度の肺雑音があるが、陽圧呼吸訓練も出来ている」と観察した。				93
	11:30					93
	12:00	K看護婦は、「いまいち」と観察し		64.6	42.7	
	14:30	Fは、痰が出せず苦しいと訴え、気管支ファイバーを希望したが、看護婦は、医師の指示により、呼吸訓練のためネブライザーを勧めた。				
	15:00					93
	16:00	K看護婦が「肺雑音が全体的にあり、痰の喀出いまいち」と観察した。				
	16:20	R医師が診察した。	気管支ファイバーによって痰を吸引した。			
	16:50	S看護婦が「痰がごろごろしている。肺の吸気はまあまあであるが、肺雑音が全体的にある。元気がなく、呼吸訓練も積極的でない。」と観察した。				
	17:15	I医師がICUに来棟診察した。	気管支ファイバーによって痰を吸引した。			
	17:30	I医師は肺のレントゲン撮影を行った。左肺下部に病変を意味する陰影が認められた。				
	18:00					93
	19:50	心拍数が120を超え、一時は160まで上昇し、呼吸が努力性となり、体温が38度となった。顔面は蒼白となり、意識レベルも低下し、呼名反応も明確でなくなった。		27.0	53.0	
	20:05					91
	20:20	J医師が来棟した。	J医師が経口で挿管して機械呼吸を再開した。			
	20:25		経口を経鼻に変更して機械呼吸を継続した。このころから解熱剤ヴェノペリン、鎮静剤フェンタネストを3回、筋弛緩剤ミオブロックを2回投与した。			
	21:00		ヒューマリンを8単位投与した。	59.0	51.6	
	21:32			60.7	45.6	
	22:05			58.5	47.3	
	23:00			59.0	44.9	
27日	0:05			64.0	45.7	
	0:40	S看護婦が、人工呼吸器を使用し				

27日	20:25		を再開した。 経口を経鼻に変更して機械呼吸を継続した。このころから解熱剤ヴェノペリン、鎮静剤フェンタネストを3回、筋弛緩剤ミオブロックを2回投与した。			
	21:00		ヒューマリンを8単位投与した。	59.0	51.6	
	21:32			60.7	45.6	
	22:05			58.5	47.3	
	23:00			59.0	44.9	
	0:05			64.0	45.7	
	0:40	S看護婦が、人工呼吸器を使用していることを説明した。同人は「肺への吸気良好、肺雑音は軽度になる」と観察した。				
	5:15			65.7	39.5	
	9:00			73.2	47.4	
	15:30			76.9	41.7	
	21:00			70.5	41.3	

H 8.9.1～H 9.8.31	930,103,503	22,525,344
H 9.9.1～H10.8.31	947,304,507	26,222,213
H10.9.1～H11.8.31	887,126,683	16,708,673
H11.9.1～H12.8.31	758,332,800	16,245,331