

# 院内感染に関する医療訴訟の解析

金崎 浩之 内藤 俊夫 小林 弘幸

日本病院総合診療医学会雑誌

第 10 卷 第 2 号

— 原 著 —

## 院内感染に関する医療訴訟の解析

金崎 浩之<sup>1)2)</sup> 内藤 俊夫<sup>3)</sup> 小林 弘幸<sup>2)3)</sup>

1) 弁護士法人 ALG &amp; Associates 医療事業部

2) 順天堂大学大学院医学研究科病院管理学

3) 順天堂大学大学院医学研究科総合診療科

## 要 旨

院内感染は医療訴訟の中でも重要な位置を占めている。そこで、院内感染に関する過去20年間（平成6年－平成25年）の裁判例を検索し、39事例を得たのでこれを解析した。患者側勝訴22件（56%）で医療機関側勝訴17件（44%）であった。原因菌は30件（77%）がメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* : MRSA）に関連するもので、診療科別では外科系が32件（80%）であった。裁判所が院内感染防止対策を怠ったことで医療機関の責任を肯定したものはほとんどなかったが、早期の診断・治療を適切に行わなかったことで責任を認めたものは26事例中17件（65%）に及んだ。この数値は過去20年間変わっていない。患者側は院内で感染症を併発した場合、すべて院内感染と考え医療機関に責任をもとめるため、院内感染の紛争リスクは相当高いと思われる。常在菌化したMRSA感染の場合、院内感染かどうか分子疫学的解析も必要であり、担当主治医が感染症の専門医ではないことも理解を得るべきである。

## は じ め に

院内感染に関する過去の研究として、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* : MRSA）院内感染に関する裁判事例の解析がある<sup>1)</sup>。この研究の考察によると、MRSAに関連する事例の10件が患者側勝訴（約53%）、9件が医療機関側勝訴（約47%）との結果であったと報告されている。また、重要なポイントとして、MRSA 院内感染そ

のものが医療従事者の責任であると判断されているケースはほとんどないこと、医療従事者の過失があると判決が下された例においては、そのほとんどがMRSA感染症の早期診断、または早期治療が適切に行われなかったことに関連するものであった。

もっとも、この研究には、次のような課題が残されていると考えられる。第1に、病院の種類が明らかでない点である。院内感染に関連する紛争に関し、病院の種類で一定の傾向があるのか否かは、この研究では明らかにされていない。第2に、MRSA以外の原因菌の院内感染関連訴訟については述べられていない。特に、近年、問題となっている多剤耐性緑膿菌やバンコマイシン耐性腸球菌などの耐性菌の関与である。第3に、この研究は、平成8年から平成19年までの12年間を対象期間としているが、裁判例の時間的推移については検討されていない。第4に、患者側の主張傾向についても考察されていない。

以上のことから、本研究では原因菌をMRSAに限定せず、他の病原微生物の関与も調査し、対象期間も前期（平成6年－平成15年）と後期（平成16年－平成25年）に区分し、その経時的変化の有無も考慮した20年間とした。加えて、医療機関の種類も明らかにし、認容裁判例（患者側勝訴）と医療機関の種類との間に一定の傾向があるのか否かについても考察した。さらに、裁判所の判断傾向に加えて、原告である患者側の主張傾向も併せて検討した。特に、患者側の主張傾向を知ることは医療従事者にとって極めて重要であると考えられる。なぜなら、およそ裁判が原告である患者側の問題提起で開始されるも

のである以上、その傾向を知ることは“何が医療紛争のきっかけとなるのか”を知る手がかりとなり、医療機関にとって有益な情報になると考えたからである。

## I. 対象と方法

解析方法としては、判例検索ソフト「判例秘書」<sup>2)</sup>、「Westlaw」<sup>3)</sup>、最高裁判所ウェブサイト内の裁判例検索<sup>4)</sup>を用いた。「医療訴訟」、「院内感染」の用語で1994年から2013年までに言い渡された裁判例を検索した。最高裁判所ウェブサイト内の裁判例は無料検索できるが、判例秘書及びWestlawは有料登録が必要である。その結果、判例秘書で60件、Westlawで60件、最高裁のウェブサイトで16件が得られた。この中からウイルス感染、薬害、交通事故、労働、未払医療費請求、名誉毀損、守秘義務違反、市中感染、獣医、院内火災を除くと、39件の事例が該当した（但し、2014年8月時点における検索である）。

この39事例について、認容率、認容額、患者の転帰、原因菌、訴訟上の争点について解析対象項目とした。その結果、39件の裁判例が抽出された。そのうち、前期（平成6年－15年）が20件、後期（平成16年－25年）が19件である。以下、認容率、認容額、医療機関の種類、患者の転帰、原因菌、診療科、訴訟上の争点について検討した。これら39件の裁判例をまとめたものが表1である。なお、裁判例の年月日は、原告が訴訟提起した日時ではなく、裁判所が判決を言い渡した日時である。

## II. 結果

### 1. 認容率・認容額

認容率（患者側勝訴率）は、平成6年から平成25年の20年間で39件中22件（56%）であった。前期と後期に分けて比較すると、その認容率は前期が19件中11件（58%）、後期が20件中11件（56%）であり、明らかな変化は認められなかった。

認容額は表1に示したが、最高額は1億4983

万7699円（判例23）、最低額は660万円（判例11）であった。患者が高所得者の場合（判例15）や重度の後遺障害を残した場合（判例7、20、23）は高額化する傾向がみられ、660万円の賠償を命じた裁判例は、延命利益のみを損害と認めたことから比較的少額にとどまっていた（判例11）。

### 2. 医療機関の種類

医療機関の種類では、大学付属病院は11件（28%）、国立病院は5件（13%）、公立病院は7件（18%）、赤十字病院は3件（8%）、共済組合病院は4件（10%）、それ以外の一般病院は10件（26%）であった。

また、認容裁判例と医療機関の種類をみると、認容判決が下された22件のうち、大学付属病院は8件（36%）、国立病院は2件（9%）、公立病院は5件（23%）、赤十字病院は1件（5%）、共済組合病院は2件（9%）、それ以外の一般病院は5件（23%）であった。

### 3. 転帰（判例については表1を参照）

転帰の内訳は、死亡が28件、後遺障害が10件であった。なお、後遺障害の事例には、障害等級1級（判例7）・2級（判例23）・身体障害者等級3級（判例29）など重篤な後遺障害を生じたものが含まれていた。

### 4. 原因菌

今回の検討ではMRSAに限定していないが、結果は、MRSAが31件（74%）と最も多く、カンジダが4件、緑膿菌が3件、肺炎桿菌およびセラチアが1件、不明が2件であった（但し、一部の事例では混合感染を含んでいる）。腸球菌、肺炎球菌などは原因菌として全く認められなかった。

### 5. 診療科

診療科については、消化器外科が13件（33%）と最も多く、次いで循環器外科8件（20%）であった。その他には整形外科が4件、産科と循環器内科が3件、皮膚科と小児科が2件、脳神経外科、泌尿器科、脳神経内科、消化器内科が1件であった。皮膚科は内科系か外科系か議論が分かれるところであるが、外科系に含め

表 1 引用裁判例

裁判所	判決	医療機関 ※1	転 帰	原因菌	診療科	争点 ※2					因果関係	
						院内感染 防止体制 の不備	不適切な 感染予防 措置	診断・ 治療の 遅れ	抗菌薬の 選択・ 投与方法 のミス	その他		
1	岡山地判 H25・11・13	棄却	公立病院	死亡	MRSA	脳神経外科	×	×	×	×	×	×
2	広島高判 H24・5・24	棄却	一般病院	死亡	多剤耐性緑膿菌	消化器内科	×	主張なし	主張なし	主張なし	×	×
3	横浜地判 H24・5・24	認容 2596万6777円	公立病院	後遺症 (障害等級7級)	MRSA	産科	×	主張なし	○	○	×	△ (損害の6割)
4	名古屋高判金沢支判 H24・4・18	認容 7499万8743円	大学病院	死亡	MRSA	消化器外科	主張なし	主張なし	○	主張なし	×	○
5	東京地判 H23・3・30	棄却	一般病院	死亡	MRSA	消化器外科	主張なし	主張なし	×	主張なし	×	×
6	大分地判 H21・10・1	認容 4751万1907円	一般病院	死亡	MRSA	消化器外科	主張なし	主張なし	○	主張なし	×	○
7	東京高判 H21・9・25	認容 1億0148万8783円	大学病院	後遺症等級1級	MRSA	産科	主張なし	主張なし	○	主張なし	×	○
8	大分地判 H21・3・26	認容 2196万円	公立病院	死亡	MRSA	整形外科	主張なし	○	○	主張なし	×	○
9	東京地判 H19・12・17	棄却	一般病院	死亡	MRSA	循環器外科	×	×	×	×	×	×
10	神戸地判 H19・6・1	認容 2107万7702円	国立病院	後遺障害	MRSA	小児科	×	主張なし	○	○	×	○
11	名古屋地判 H19・2・14	認容 660万円	大学病院	死亡	MRSA	消化器外科	×	×	○	主張なし	×	△ (延命利益)
12	東京地判 H18・11・22	認容 1320万円	一般病院	死亡	MRSA 緑膿菌 カンジダ真菌	消化器外科	主張なし	○	主張なし	主張なし	×	△ (延命利益)
13	福岡高判 H18・9・14	認容	公立病院及び 大学病院	死亡	MRSA	循環器内科	主張なし	○	○	主張なし	×	○
14	東京地判 H18・6・29	棄却	大学病院	死亡	MRSA	皮膚科	主張なし	×	主張なし	×	×	判断なし
15	新潟地判 H18・3・27	認容 1億2597万2548円	公立病院	死亡	クレブシエラ セラチア	消化器外科	主張なし	○	○	主張なし	×	○
16	最判 H18・1・27	破棄差戻し (原告勝訴)	共済組合	死亡	MRSA	脳神経内科	主張なし	主張なし	主張なし	△ (破棄差 戻しの 理由と なった 争点)	×	判断なし
17	東京地判 H16・10・18	棄却	大学病院	死亡	MRSA	消化器外科	主張なし	×	主張なし	×	×	判断なし
18	東京地判 H16・9・30	棄却	共済組合	死亡	カンジダ真菌	循環器内科	主張なし	×	×	主張なし	×	判断なし
19	長野地判 H16・3・26	棄却	一般病院	死亡	MRSA	消化器外科	×	×	主張なし	主張なし	×	判断なし
20	東京地判 H15・10・7	認容 1億0038万8783円	大学病院	後遺症	MRSA	産科	主張なし	主張なし	○	○	×	○
21	名古屋高判 H15・2・20	認容 2705万3265円	大学病院	後遺症 (失明)	カンジダ真菌	循環器外科	主張なし	主張なし	○	×	×	○
22	東京地判 H15・1・31	棄却	国立病院	死亡	MRSA	消化器外科	主張なし	×	×	主張なし	×	○
23	東京地判 H14・11・21	認容 1億4983万7699円	共済組合	後遺障害等級2 級	不明	循環器内科	主張なし	×	○	主張なし	×	○
24	東京地判 H14・10・30	棄却	国立病院	死亡	MRSA	泌尿器科	×	×	主張なし	×	×	判断なし
25	福岡高判 H14・5・9	認容 2994万円	公立病院	死亡	緑膿菌	皮膚科	主張なし	主張なし	○	主張なし	×	○
26	青森地判 H14・1・22	棄却	公立病院	死亡	MRSA	循環器外科	×	×	主張なし	主張なし	×	判断なし
27	大阪地判支判 H13・12・19	認容 1556万5068円	一般病院	後遺障害等級10 級	MRSA	整形外科	○	○	主張なし	主張なし	×	○
28	名古屋地判 H13・12・19	認容 2548万3640円	大学病院	後遺症	カンジダ真菌	循環器外科	主張なし	×	○	×	×	△ (過失相殺の 類推により 減額、損害の 4割を認容)
29	東京地判 H13・10・31	認容 6095万9180円	大学病院	身体障害者3級	MRSA	整形外科	主張なし	○	主張なし	主張なし	×	○
30	前橋地判 H13・3・22	認容 8294万3870円	一般病院	死亡	MRSA	循環器外科	主張なし	主張なし	○	主張なし	×	○
31	東京高判 H10・9・30	棄却	日本赤十字	死亡	MRSA	循環器外科	×	主張なし	主張なし	主張なし	×	判断なし
32	山口地判 H10・6・30	認容 1510万3110円	日本赤十字	後遺障害6級	MRSA	小児科	×	主張なし	○	主張なし	×	△ (寄与度に 応じた割合的 認定で損害の 4割)
33	大阪地判 H10・4・24	認容 7610万0036円	国立病院	死亡	MRSA	循環器外科	×	主張なし	○	主張なし	×	○
34	東京地判 H10・2・24	棄却	一般病院	骨折	不明	整形外科	×	主張なし	×	主張なし	×	判断なし
35	東京地判 H9・9・18	棄却	国立病院	死亡	MRSA	消化器外科	×	主張なし	×	×	×	×
36	広島地判 H9・5・29	認容 3420万6900円	一般病院	死亡	MRSA	消化器外科	×	主張なし	主張なし	×	○	○
37	東京地判 H8・6・17	棄却	日本赤十字	死亡	MRSA	循環器外科	×	×	主張なし	主張なし	×	判断なし
38	東京地判 H8・5・27	棄却	大学病院	死亡	MRSA	消化器外科	×	×	×	×	×	判断なし
39	東京地判 H8・5・15	棄却	共済組合	死亡	MRSA	消化器外科	×	×	×	×	×	△ (説明 義務 違反)

※1 医療機関の定義  
国立病院=国立病院 公立病院=市立病院、県立病院 大学病院=大学病院 共済組合=共済組合病院 日本赤十字=日本赤十字病院 一般病院=その他の病院

※2 争点欄の定義  
○ 原告の主張を認めたもの × 原告の主張を否定したもの △ 原告の主張を一部認めたもの

ると、外科系32件となり、全体の80%を越えていた。

なお、産科3件と小児科2件は、すべて新生児MRSAに関連するものであった。したがって、この5件は、診療科は異なるが、いずれも新生児のMRSA感染に関する事件であるという点で実質的には同一内容の事例であり、注目に値する。

#### 6. 争点 (判例については表1を参照)

主な争点は、院内感染防止対策の不備、不適切な感染予防処置、診断・治療の遅れ、不適切な抗菌薬の選択・投与方法、因果関係の有無であった。これら5つの争点について、患者側の主張傾向、裁判所の判断傾向を解析し、併せて前期・後期で比較した。

患者側の主張傾向をみると、院内感染防止対策の不備が19件(49%)で、そのうち前期が12件で60%以上を占めていた。不適切な感染予防処置は21件(54%)、診断・治療の遅れは26件(67%)、不適切な抗菌薬の選択・投与方法は15件(38%)であったが、いずれも時期による差はみられなかった。なお、因果関係は、すべての患者側が主張するので、ここでは解析対象から除外した。

次に、裁判所の判断傾向についてみると、院内感染防止対策の不備が争点となった19件のうち、医療機関側の過失を認定したのは前期の1件のみであった(判例27)。不適切な感染予防処置については、21件中6件(29%)で過失が認定され、そのうち前期が2件、後期が4件で、診断・治療の遅れは、26件中17件(65%)で過失が肯定され、そのうち前期が8件、後期が9件で、不適切な抗菌薬の選択・投与方法では、15件中4件(27%)で過失が肯定されており、そのうち前期が1件、後期が3件であった。

最後に、因果関係については、医療機関側の過失を肯定した22件の全てが因果関係も肯定しており、因果関係を否定して原告の請求を棄却したものはなかった。但し、因果関係を認めた22件の中には、発生した結果に対する寄与度を考慮して損害の6割に減額したもの(判例3)、

延命利益のみを損害として認めたもの(判例11, 12)、過失相殺の考え方を類推して損害の4割を認めたもの(判例28)が含まれている。

### Ⅲ. 考 察

院内感染に関する医療訴訟の重要性を検討するために、本研究の後期(平成16年-25年)に裁判所が公表した全ての医療訴訟事件の容認率をみると、平成16年から19年では35.1%から39.5%であったのが、平成20年以降は20.2%から26.7%と減少傾向を示していた<sup>5)</sup>。この間、医療機関では医療安全対策委員会などが立ち上げられ、全国的な組織にもなっており、医療安全に対する認識の向上によるものが考えられる。

一方、院内感染訴訟の容認率は56%と高率であり、減少傾向はみられていなかった。勿論、医療機関では前述の医療安全対策委員会と同様に院内感染対策委員会が立ち上げられ、同様に全国的な組織もある。この点については、実際に医療機関に非があるのか、裁判的に厳しく判定されるのか、十分な検討が必要である。

原因菌でMRSAが最も頻度が高かったが、現在MRSAの保菌者は増加しており、外来患者から分離培養される黄色ブドウ球菌の約40%はMRSAである。実際に九州大学病院では平成14年-15年の1年間に分離培養されたMRSAをパルスフィールドゲル電気泳動法にて分子疫学的解析を行っている。その結果分子生物学的に同一で院内感染が疑われたのは、MRSA 424株中19株(7事例)のみであった<sup>6)</sup>。MRSA感染すなわち院内感染という図式は当てはまらなくなっている。従って、MRSAの保菌者も多く存在し、市中感染としても稀ではなくなったことを考慮した上での医療訴訟の判定が望まれる。

また、診療科としては80%以上が外科系であったことをも重要な点である。すなわち、殆どの例が手術を受けていると考えると、その術創を含める術後管理での静脈内および尿道カテーテル留置などが施されるため、感染の機会が多くなっている。また、患者の術後の免疫状態の低下により感染が成立しやすいことも考慮

に入れた判決も必要ではないかと考えられた。

近年減少傾向にあるとは言え院内感染防止対策の不備が争点の50%を占めていたことは、依然として院内感染の責任は医療機関側にあると考える患者がかなり存在していることを示唆している。しかし、裁判所側も医療機関の努力を認めているためか、これを理由に医療機関側の責任を肯定したものは1件のみであった。

実際に患者が重症であればある程、医療従事者との接触が増え、病原体微生物に暴露される機会が増えるため、医療従事者の衛生学的手指消毒を中心とした感染対策が重要であることは論を俟たない。

患者側が主張する争点として最も多かったのは、診断・治療の遅れで、そのうちの65%が医療機関側の責任を肯定しており、医療機関側が有責とされた争点でも最多であった。そして、前期と後期で比較してもほとんど差異はなく、少なくともこの20年間で医療従事者の院内感染に対する診断及び治療技術は向上していないことが示唆される。外科系の訴訟が多いことも含めて考えると、実際に患者の診療に携わる医師が必ずしも感染症の専門医ではないことが多いことも推測される。しかし、今回検討した裁判例の中で、院内感染に遭遇した主治医が感染症の専門医ではないことを理由に、院内感染の診断・治療に求められる医療水準を争った医療機関は皆無であった。

不適切な抗菌薬の選択・投与方法に関する主張は約40%で最も少なく、そのうちで医療機関の責任を肯定したのも27%にとどまっているが、これについては原因病原体の確認が困難な場合もあり、また、耐性菌の増加もあり抗菌薬の選択投与が困難になっていることも事実である。

因果関係についてみると、一般的な裁判では被告側の過失を認めても因果関係がないとして被告側の責任を否定する場合もあるが、今回解析した裁判例の中では、このような事例は皆無で、いずれも因果関係があるとされている。もっとも、損害の4-6割の限度で賠償を命じたも

のも存在していた。これらの裁判例は、因果関係の存在について確実な心証が取れない場合に、公平の観点から割合的に因果関係を認めさせて医療機関側に賠償の一部の責任を負わせようとするものである。医療裁判においてこの判断手法が一般化すると、賠償額はある程度減額されるにせよ、因果関係が認められないという理由で医療機関側の責任が否定されるケースはほとんどなくなる可能性があるため、医療側としては注意を要することである。

#### IV. 結 論

以上、院内感染防止対策の不備を理由に裁判所により医療機関側の責任が肯定されるリスクは極めて低く、減少傾向にはあるが、これを重要な争点として主張してくる患者側も少なくない。したがって、術後の重症患者は感染症を併発しやすいこと、また院内感染の防止対策には技術的な限界があることについて、患者および一般社会の理解を得ることが今後の紛争の減少につながる。原因菌については、MRSAの関与が圧倒的に多いが、MRSAは常在菌化しているためMRSA感染すなわち院内感染との認識を改め、分子疫学的解析も行う必要があると思われる。また、診断治療の遅れを理由に医療機関側の責任を肯定した裁判例が、減少傾向を示すことなく最多であったこと考えると、主治医が全て感染症専門医ではないことを一般にも理解してもらうことも必要である。とは言え、医療機関としては感染症専門医を育成し、院内感染対策を充実させるとともに、特に外科系医師での感染症専門医の育成も必要と考えられた。

#### 文 献

- 1) 藤田次郎, 比嘉太, 健山正男, 他: MRSA 院内感染に関する裁判事例の解析-環境感染誌 2008; 2008: 23; 319-26.
- 2) 判例秘書: <http://www.hanreisho.com/hhi/>
- 3) Westlaw: <http://www.westlawjapan.com/>
- 4) 裁判例検索: [http://www.courts.go.jp/app/hanrei\\_jp/search1](http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/search1)
- 5) 裁判所: [http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms\\_lf/201405izitoukei3.pdf](http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms_lf/201405izitoukei3.pdf)
- 6) 村田昌之, 下野信行, 林 純: 耐性ブドウ球菌の院内サーベイランス 2009; 25: 1709-1716.