

第1 争点	
1 本件左側梗塞の機序 2 被告担当医師らの過失の有無 (1) 本件左側手術及び一期的手術の手術適応の有無 (2) 一期的手術の手術方法選択の過失の有無 (3) 本件左側手術の手技上の過失の有無 (4) 本件手術に関する説明義務違反の有無 3 上記2の被告担当医師らの過失と残存後遺障害との因果関係の有無 4 損害	
第2 争点についての当事者の主張	
原告の主張	被告の主張
1 本件左側脳梗塞の機序	
(1) 本件左側手術においてクリッピングした脳動脈瘤様の膨隆のすぐ近位部から分岐する皮質枝及びレンズ核線条体動脈（穿通枝）が閉塞して本件左側脳梗塞が生じた。 (2) 本件左側脳梗塞が眼窩前頭動脈以外の動脈支配領域に重なっていたとしても、本件左側脳梗塞は眼窩前頭動脈の圧迫，閉塞により生じうるのであり，(1)の被告の主張は当を得ない。	(1) 本件左側脳梗塞は，血管支配領域に一致しておらず，眼窩前頭動脈のみの梗塞や血流障害では説明困難である。 前頭動脈枝（prefrontal artery）や島動脈（insular artery）の血管支配領域にも梗塞が発生した可能性があるが，前頭動脈枝や島動脈は手術操作部位ではなく，複数の血管にまたがる梗塞や血流障害の可能性も考えられる。また，手術操作のみならず，別の原因（血管内血栓等による梗塞）で脳梗塞が発生した可能性も否定できない。 (2) 以下のとおり，鑑定人の本件左側梗塞の機序の判断は誤っている。 ア デジタル脳血管撮影（DSA）画像上の眼窩前頭動脈の同定の誤り (ア) 鑑定人の3D-CTA画像（鑑定書図5（以下，鑑定書中の図については，単に「図5」のようにいう。）のD）上の眼窩前頭動脈（orbito-frontal artery）の同定は正しいが，DSA画像上（図5のA，B，C）の同定（鑑定書3頁）は誤っている。 DSA画像上の眼窩前頭動脈及び本件左側動脈瘤は，別紙図面

(省略)に記載したとおりであり、鑑定人が図5のA、Cで眼窩前頭動脈と同定している血管は、むしろ走行状況から、頭頂動脈枝又は前頭動脈枝と共通管(common trunk)を形成した中心前溝動脈(precentral artery)と考えられる。

(イ) 鑑定人が鑑定書図6の3D-CTAの「元画像」上で異常動脈として指摘するものは、3D-CTA画像(図5のD)における眼窩前頭動脈に相当する。術中ビデオでも、鑑定人が指摘するようなM1の近位部からの異常動脈の分枝は認められない。仮に、鑑定人が指摘のように、眼窩前頭動脈から前頭動脈枝が分枝したとすると、中心前溝動脈の同定ができなくなる。

イ 本件左側脳梗塞の発症の機序の誤り

(ア) 鑑定人は眼窩前頭動脈及び前頭動脈枝領域の閉塞につき、DSA画像上の血管同定を前提に、両動脈は共通管を形成していたとして、当該脳梗塞は、この起始部近傍に存在した脳動脈瘤の処置の際に、この起始部が閉塞したためであると説明する(鑑定書3頁)が、前述のとおり、鑑定人の眼窩前頭動脈の同定には誤りがあるため、眼窩前頭動脈の起始部近くを手術操作したことにより、前頭動脈枝領域の閉塞による脳梗塞を説明することは困難である。

(イ) また、鑑定人は、最外側穿通枝の起始部は、前頭動脈枝と眼窩前頭動脈枝の元動脈(M2)のM1からの起始部と近い位置関係にあることから、手術操作の影響を受けた可能性は大きい旨指摘するが(鑑定書4頁)、被告担当医師らはM2には手術操作を行っていないため、最外側穿通枝の支配領域の脳梗塞も説明できない。

ウ 本件左側動脈瘤の存在、及び部位

(ア) 本件左側動脈瘤の位置は乙A7に赤色で指摘したとおりである。

鑑定人は、この被告主張を無視し、左側動脈瘤の部位を独自に検討した上、動脈瘤ではなく漏斗状拡張であるなどと指摘するが、被告が主張する動脈瘤の部位について、何のコメントもしておらず、本件左側動脈瘤は、実際の手術所見では動脈瘤ドームであり、これよりも末梢側に穿通枝が認められた。

(イ) 鑑定人は、左側動脈瘤が眼窩前頭動脈枝分岐部にあるかのごとく指摘し(鑑定書10頁)、穿通枝が当該動脈瘤から分枝しているとも指摘するが、P医師による手術記事(図11上図)は実際の術中所見を正確に記載しており、画像上も術中所見も、本件左側動脈

瘤が眼窩前頭動脈枝が分枝した後の遠位部のM1動脈の本幹に存在し、眼窩前頭動脈枝の分岐部は、動脈瘤の存在部位より、少し離れて中枢側に存在することが認められる(乙A7)。すなわち、眼窩前頭脈の位置は、本件左側手術の操作対象から少し離れている。

(ウ) 穿通枝は、クリップ換作前に、予めクリップされないようどけてあり、ビデオ上でも、クリッピング後、クリップの下側奥及び外側に穿通枝が赤く認められ、被告担当医師らは、穿通枝がクリップで挟まれていないことを確認している。

なお、当時の被告病院の3D-CTAは性能が低く、動脈瘤が鑑定人の指摘するように描出されても不思議ではない程度の解像度であったため、画像のみを一見すると、穿通枝が動脈瘤から分岐しているように見えるが、被告病院では、この3D-CTAの解像度を踏まえ、それまでの多数の手術所見から、本件の場合には、動脈瘤である可能性が高いことを予測し、かつ、術中の周辺確認を厳密に行っている。

2(1) 本件左側手術及び一期的手術の手術適応の有無

ア 手術によって患者に不測の悪しき結果が生じた場合、その手術がその患者の症例に適応がなかったというときは、手術の手技のミスの有無にかかわらず、その手術を行ったこと自体が過失の根拠とならざるを得ない。

イ 本件左側の未破裂脳動脈瘤(但し、以下に述べるとおり、左側に認められた脳動脈瘤様のものが脳動脈瘤であったかどうか自体にも疑いがある。)について手術の絶対的適応及び相対的適応はなかった。

(ア) 鑑定書19頁、N医師の意見書(甲B1,2)によれば、被告が左側の中大脳動脈の「脳動脈瘤」と判断したものの自体、真に脳動脈瘤かどうか疑わしいものであった(鑑定人は「動脈瘤様の小さな膨隆」(鑑定書5頁)、N医師は「血管の折れ曲がり」(甲B1の1頁)とそれぞれ表現している。)

(イ) 平成9年の日本脳ドック学会のガイドラインによれば、一般的に手術適応があるとされる脳動脈瘤は、「脳動脈瘤が硬膜内にあり、大きさが5mm前後より大きく、年齢がほぼ70歳以下の場合」であるとしているが、本件左側の脳動脈瘤様のものは、約2~3mm程度であり、クリッピングに適した形状(被告提出の乙B4においても、M1

ア 本件左側動脈瘤は、絶対的適応がある(手術をすることが強く推奨される場合)とはいえないものの、相対的適応がある(QOL(Quality Of Life)を考慮し、必要に応じて手術を行うべき場合)とはいえる。

イ 未破裂動脈瘤の手術適応の考慮要素

本件の左側脳動脈瘤のような5mm未満の未破裂動脈瘤の手術適応については、本件事故当時、十分なエビデンスがなく、手術すべきか否かは、専門医の間でも考え方が異なっており、本件左側動脈瘤の手術適応については、平成15年のガイドラインが指摘するように、動脈瘤の大きさ、形、部位、手術のリスク、患者の平均余命等を考慮して個別に判断すべきであった。また、同ガイドラインにおいて、未破裂動脈瘤の手術において患者のQOLを考慮することの重要性が指摘されている。

平成9年のガイドラインにおいても、5mm前後より大きい場合に手術を勧めているが、5mm前後より小さい場合に手術が禁忌とされていたわけではなく、当時は研究報告も少なく、エビデンスが存在しなかったため、明確にコメントしていないに過ぎない。

ウ 本件左側動脈瘤の危険性

(ア) 本件左側脳動脈瘤は大きさ2ないし3mm程度であった。

上の上向きの未破裂脳動脈瘤は、処置が難しいものであることが認められる。)も有していなかった。

なお、平成15年の日本脳ドック学会のガイドラインによっても、手術適応があるとはいえない。

(ウ) また、本件左側動脈瘤(様のもの)については、P医師及びO医師も経過観察でよいとの意見で一致していた。

ウ 上記のとおり、本件左側の未破裂動脈瘤(様のもの)については、絶対的な手術適応はなく、後述のとおり、被告担当医師らの手術前の説明が不十分で、患者(原告)の選択の前提を欠くものであるし、原告の同意があったからといって、当時の医学的見地からして応じるべきではなく、経過観察を推奨すべきであった。

エ 前述のとおり、本件左側手術の適応がない以上、一期的手術適応もなく、仮に原告が一期的手術を希望したとしても、当時の医学的見地からしてこれに応じるべきではなく、左側については経過観察を推奨すべきであった。

(イ) 原告は、本件手術当時59歳の女性であった。

平成14年の簡易生命表では、59歳女性の平均余命は28.31年であるところ、平成15年のガイドラインの解説によれば、年0.5%の破裂率であるから、生涯破裂率は14.155%であり、半数が死亡または重篤な後遺障害を残すとして、重篤な後遺障害又は死亡率は7.077%となる。これは、手術による合併症率5%を上回るため、手術が検討されて良いことになる。

(ウ) 多発性の脳動脈瘤は破裂率が高くなるとの報告があるところ、原告には、右側にも動脈瘤があり、多発性であった。

(エ) 本件左側脳動脈瘤は右側の動脈瘤と同じく中大脳動脈に存在しており、ミラーイメージであるが、この場合、左側脳動脈瘤は右側脳動脈瘤と同様に(3年間で3mm増大)大きくなっていく可能性があり、破裂率は高くなる。

(オ) 本件左側動脈瘤は中大脳動脈上に存在していたため、外の椎骨動脈等に存在する場合と比較して、手術においてアプローチしやすく、かつ見やすい場所であり、親動脈が主幹動脈であるためクリッピングにおいて親動脈の狭窄を起こしにくいいため、他部位の動脈瘤に比較すると手術が比較的容易となる。

(カ) 右側の動脈瘤については、最大径10mm程度で、3年で3mm程度増大し、かつ、ブレブを形成しており手術が強く推奨される。左側に単独で脳動脈瘤が存在する場合とは異なり、破裂の可能性のある右側動脈瘤に伴った動脈瘤である。

(キ) (術中に判明したことはあるが)本件左側動脈瘤は、血豆状であり、血管壁が薄くなってきており、破裂しやすい形状であった。

エ 上記のように、本件左側脳動脈瘤は大きさこそ2ないし3mm程度ではあるが、原告の年齢(生涯破裂率と合併症発症率との比較)、多発動脈瘤でありかつ右側脳動脈瘤は明らかな手術適応が存在すること、右側脳動脈瘤のミラーイメージであること等の個別条件があることから、左側脳動脈瘤の手術について相対的な適応があったと認められる。加えて、後述するように「できるなら(左右とも)一緒にして下さい」という原告の自発的申出があったことを考慮すれば、本件左側動脈瘤の手術を実施したことは適正と評価される。

オ 両側の脳動脈瘤を一期的に手術をするか、二期的に手術をするかは意見の別れるところであり、どちらが適切かは一概には言えないところであるから、本件手術において、被告担当医師らが両側を一期的に行うこ

とにしたことは、当時の医療水準に照らしても何ら注意義務に違反しない。

両側開頭は珍しいことではなく、鑑定人も、片側が破裂動脈瘤の場合に両側を一次的に手術することは積極的に肯定しており、両側が未破裂動脈瘤である場合にも、特に手術手技には違いがない。

2 (2) 一期的手術の手術方法選択上の過失の有無

ア 一期的手術を行う際、破裂の危険性が高い方を先に施術するのが常識的な方法であるが、本件では、破裂の危険性が低い左側脳動脈瘤（様のもの）の手術を先に行い、破裂の危険性が高い右側脳動脈瘤の施術を後にしている。

イ 右側脳動脈瘤を先に施術しておれば、それにかかなり時間がかかったことから、本件左側手術は断念されていた可能性があり、本件同様の動脈閉塞が生じたとしても、術後、脳血管撮影によってクリップのかけ直しがあったと考えられるから、左右の手術の順序、手術計画自体に誤りがあったといえる。

一期的手術を行う際、どちらを先にするかは、医師の裁量の範囲内に属するのであって、被告担当医師らは、左側脳動脈瘤はオリエンテーションが困難であることが予測されたため、左側の脳動脈瘤から手術を始めたのであって、医療水準を逸脱するものでなく注意義務に反しない。

2 (3) 本件左側手術の手技上の過失の有無

ア 本件左側手術において、被告担当医師らは左側の未破裂脳動脈瘤をクリッピングした後クリップを残置する際に、周囲の正常な穿通枝を圧迫することのないよう慎重かつ適切にクリップを残置すべき注意義務があるのに、これを怠り、クリップを不適切に残置したため周囲の正常な穿通枝や皮質枝を圧迫、閉塞した。

イ 本件のように未破裂動脈瘤のクリッピング術を施行する場合には、クリッピングの前後での処置操作で脳硬塞が起こり得ることは予見可能であり、かつ、予見すべきであった。

手術直後にクリッピングに起因すると考えられる神経脱落症状、あるいは意識レベル低下が認められたときにはただちに脳血管撮影によって血流状態を確認した上で、再開頭してクリップのかけ直しを行われなければならないところ、本件では、術後直後にCTにおける基底核の低吸収域が発現し、翌11月1日は右方麻痺の存在が認められたのであるから、ただちにCTあるいはMRI検査を行い、脳血管撮影及び再開頭を行うべきであったところ、被告担当医師はこれらを施行しなかった点に

ア 一般的予見可能性の存在

未破裂動脈瘤の手術において、穿通枝や皮質枝に梗塞や血流障害が起こるリスクがあることは一般に指摘されており、一般的な意味での予見可能性はある。未破裂動脈瘤の手術において、約5%程度の脳梗塞、脳出血等の合併症の危険性が報告されているとおりである。本件でも、M1に近接する眼窩前頭動脈や穿通枝に、梗塞や血流障害が起こるリスクがあるという意味での一般的な予見可能性はある。

イ 具体的予見可能性の不存在

(ア) 被告担当医師らは、上記の一般的なリスクを予見し認識していたからこそ、慎重にクリッピング術を行い、かつ、クリッピング後の眼窩前頭動脈や穿通枝の血流状況を確認した。

(イ) 本件におけるクリップの選択、クリッピングの位置、クリップの装着状態は適正であり、クリップ後も、動脈瘤のドーム側の穿通枝、左内頸動脈及びM1は血流が確認されており、眼窩前頭動脈も、クリップ後に拍動、色調に変化はなかった。なお、前頭動脈枝や島動脈は

注意義務違反が認められる。これを行ってれば、左前頭葉梗塞による様々な後遺症の発現を回避し得た可能性、蓋然性があった。

ウ 脳動脈瘤の手術の後は、通常どの施設でもクリップ装着具合を確認するため血管造影検査を行うものである。

エ 被告担当医師らが、本件左側手術の術中、術後において、目視や超音波血流計により血流等を確認していれば、本件左側脳梗塞を防ぐことができたのに、被告担当医師らは血流等の確認を怠り、本件左側閉塞に気が付かず放置した。乙A8によれば、被告担当医師らは穿通枝に気を取られ、クリップ後に、眼窩前頭動脈の拍動、色調に変化がないかどうかの確認をしていないことが認められる。

術野からは確認できない。

(ウ) 本件におけるクリップの選択、クリッピングの位置、クリップの装着状態等を前提とした場合、本件左側手術中に、眼窩前頭動脈や穿通枝に梗塞や血流障害が起こることを具体的に予見することは困難であった。(梗塞や血流障害が起こることを具体的に予見していれば、クリップの再装着を行っている。)

ウ 具体的回避義務の不存在

また、本件において、眼窩前頭動脈、穿通枝及び皮質枝に梗塞や血流障害が起こることを具体的に予見できない以上、その具体的予見に基づいた回避義務は発生しない。

エ 目視、超音波血流計、あるいは血管造影での血流確認義務

(ア) クリッピング後の穿通枝や皮質枝の血流状況は、目視で十分に確認している。

この点、鑑定人は、前記1(2)アのとおり、眼窩前頭動脈の同定を誤り、M2へ分岐する部位に眼窩前頭動脈の起始部があるとの理解から、ビデオ上、「M1近位部は確認されているが、眼窩前頭動脈の起始部周辺の詳しい状況は良く分からない。」とM2周辺が確認されていないことを指摘する(鑑定書7頁)が、前述のとおり、左側動脈瘤や眼窩前頭動脈の起始部は、鑑定人がいうところの「M1近位部」に存在しているのであり、その確認は十分されている。

(イ) 超音波血流計について、被告病院では超音波血流計は準備しているが、本件左側手術では、超音波血流計による確認の必要性がないほど、眼窩前頭動脈や穿通枝の血流や拍動は明らかであった。未破裂動脈瘤のクリッピング術の全例について超音波血流計により血流の確認をする義務はなく、血流や拍動が明らかな本件では、超音波血流計で血流を確認すべき義務はない。

オ 原告は、2(3)アにおいて、クリップを不適切に「残置した」ことを手技上の過失として主張し、脳ベラを解除した後の穿通枝や皮質枝の圧迫・閉塞の可能性を指摘するが、脳ベラを解除した段階では超音波血流計で血流を確認することは不可能である。また、脳ベラ解除に伴う穿通枝や皮質枝の圧迫は、脳ベラ解除前の超音波血流計の検査では具体的に予見することはできない。

カ 脳血管造影検査について、術後に弛緩性片麻痺が認められれば、まずCT検査を行い、そのCTの結果から、治療に繋がると思われる場合には脳血管造影を実施するが、本件では、血管造影を実施しても、脳梗塞

の原因究明はできたとしても、脳梗塞の治療内容には変更がないから、治療には結びつかない。治療に効果がないのに、侵襲的検査を実施する義務はない。

仮に、被告担当医師が11月1日午前の時点でCT等を施行していたとしても、その時点では未だ局所脳虚血領域の発生後約3時間経過前であったというごく限られた場合であり、かつ、原告の全身状態が、再度の全身麻酔による再開頭に耐えられるといった条件が整わなければ、再開頭による後遺症の発現回避はできなかった。なお、脳梗塞の発生原因が、脳ベラ解除後のクリップヘッドの移動であるとすれば、脳ベラ解除の時点で脳梗塞が発生するのが通常であり、血流阻害による局所脳虚血領域の発生はその時点で発生したはずであるから、それより3時間以上経過した11月1日午前の時点では、すでにCT上の低吸収域は出現していた可能性が高い。

キ 以上から、被告担当医師らに手技上の過失はない。

2(4) 本件手術に関する説明義務違反の有無

ア 被告は、右側のみならず左側の脳動脈瘤の手術について、手術適応の有無、手術の内容や危険性、左側の脳動脈瘤につきクリッピング術をしなかった場合の予後等を相当な程度に詳細に説明すべき義務を負っていたというべきである。

そして、左側の脳動脈瘤については、経過観察、保存的治療、あるいはコーティングにとどめるといった措置も考えられ、むしろ医学的見地から、左側については経過措置に留めることが妥当であることを強調して説明し、右側の脳動脈瘤と左側の脳動脈瘤とを区別して原告に説明すべき義務があった。

また、一期的手術を行うことにより、後遺症及び合併症の発現率が高くなることについても説明すべき義務があった。

イ しかし、被告担当医師らは、原告やその家族に対して、左側の脳動脈瘤のクリッピング術の施行についての必要性、緊急性がないこと、一期的に手術することの危険性等を十分に説明しておらず上記の説明義務を怠り、左右両側を一期的に手術する必要もないのに、その必要性が十分にあり、かつ、危険性はない旨説明した。

ウ 被告担当医師らが1時間程度かけた説明をしたとしても、説明の内容が不十分であり、また、左側手術の必要性、緊急性についての説明が不

ア 被告担当医師らによる説明の内容

(ア) 本件手術については、P医師の陳述書(乙A9)及び追加陳述書(乙A21)に記載のとおり複数回にわたり説明を行った。

(イ) 被告病院では、左側の脳動脈瘤については、緊急での手術の必要性がなく、定期的な経過観察又は入院して精査する方法でも良いと判断し、その旨を原告には3回、原告の長女には1回説明した。

(ウ) また、P医師は、手術をする場合、合併症の発症率は約5から10%であるものの、出現するかしなかという意味では五分五分であること、手術がうまくいっても、皮膚に傷跡が残り、症状として痛みが残ることなどを説明し、左側は無理に手術をしなくても良いというニュアンスを原告に伝えようとしており、家族と十分に話し合ってから決めるように述べた。

P医師が手術前日の平成14年10月30日に、1時間にわたって説明をしたことは、原告も認めており、その上で、原告は被告病院での手術及び左右の動脈瘤を一期的に手術することを希望した。

(エ) 一期的手術の利害得失については、特に詳しくは説明していないが、一期的手術を行う場合にあって追加して説明すべき点は、左側を手術しない場合又は二期的に手術する場合と比較した場合の合併症等

十分であれば，説明義務違反になる。

の危険のみであるところ，上記のように，P医師はそもそも五分五分と説明するなど危険性について高めに設定して説明しているのだから，一期的手術を受けるか否かについての自己決定に必要な情報は説明されているものと評価しうる。

イ 当初，原告は，本件手術を受けるか否かを迷っており，P医師は，原告が先走ることを懸念し，家族との相談をするよう繰り返し述べてきた。

ウ 本件では，原告及び家族に対する説明会は本件手術前日の夕方に行われたため，原告に熟慮の機会が与えられたか否かが問題となる。

そもそも，同日に説明会を設定したのは，原告の「娘（S）は，遠方にいるので，手術を受けるとしても手術の1週間前から来るのは無理で，せいぜい手術の前日しか来れない。」との意向を受けてのものであり，P医師は，説明会の席上で，「手術を中止，延期することは全く問題ない」旨述べて，熟慮のため，手術を中止，延期することを説明している。この点，Sも，P医師が手術を中止，延期しても良いと述べたことは認めている。

また，P医師は，10月28日の3D-CTAとそのカンファレンスで左側の影を脳動脈瘤と診断したことを画像を示しながら説明し，左側は定期的な経過観察でも良いことを説明した。

したがって，P医師は，家族で良く相談するため，熟慮のための機会を，原告及び家族のために設定しようと努めていたといえる。

3 上記2の被告担当医師らの過失と残存後遺障害との因果関係の有無

(1) 上記2の被告担当医師らの過失と本件左側梗塞との因果関係について

上記2の被告担当医師らの過失により，本件左側梗塞が生じたのであり，両者の間に因果関係は認められる。

(2) 残存後遺障害との因果関係

ア 四肢筋力の低下について，本件手術後に原告が長期臥床を強いられ，また栄養障害等が発生した場合には，四肢筋力低下が生じてもおかしくないため因果関係が認められる。

イ 認知症について

左前頭葉の梗塞は，認知において統括的機能を果たす前頭前野の一部，またその後方皮質との連絡路(白質)を含んでいるので，左前頭葉

(1) 上記2(4)の説明義務違反と本件手術との因果関係について

本件では，上記のとおり説明義務違反が存在したとは認められないと考えるが，なお念のため，説明義務違反があったとした場合に，原告は，説明義務違反がなければ手術を受けなかったかという因果関係についても主張する。

ア 説明義務違反と結果との間に因果関係が認められるためには，説明義務違反がなければ，患者が手術の実施に同意しなかったとの事実及びその同意がなければ患者に結果が発生することもなかったとの事実が認められる必要があると解される。（東京高裁平成19年10月18日判決参照）

イ 上述のように，本件左側手術は，右側脳動脈瘤が強く手術が推奨さ

梗塞と認知症との間には因果関係の存在することは高度の蓋然性をもって（少なくとも相当程度）認められる。

ウ 弛緩性右片麻痺について

本件左側梗塞は、前頭葉皮質と放線冠の一部の梗塞が認められるため、これと右半身の麻痺との因果関係は高度の蓋然性をもって認められる。

エ パーキンソン症候群について

本件左側梗塞により生じた可能性は相当程度認められる。

オ 発声障害（構音障害）について

術前には存在しなかったが術後に直ちに発生しており、一夜にして高度の両側性声帯萎縮あるいは体重減少が進行するとは考えられないこと、原告の脳梗塞が一部ブローカ野に及んでいること、挿管により声帯麻痺が生じることがあることなどから、本件左側梗塞との因果関係は高度の蓋然性をもって認められる。

れること、患者の性別や年齢、多発動脈瘤であること、ミラーイメージであること等の個別事情を考慮した場合に手術の相対的適応が認められ、クリッピング術自体は確立した療法であり、手技については他の脳動脈瘤と変わるところはないことから、医療水準にかなうものであったと評価できる。

ウ 後遺症の発症率については、5ないし10%程度と説明をしている。一期的手術の場合には、片側の脳動脈瘤の手術よりも後遺症の発症率が高くなると推察されるが、もともとP医師は、後遺症の発症率を高め設定して説明し、かつ、あえて五分五分とも説明しており、合併症の危険性を十分に認識しうる説明を行っている。

エ また、P医師は、左側脳動脈瘤は定期的な経過観察で良いことを説明しており、原告も、後日に左側だけ手術することになった場合に、どの程度の入院期間になるかを質問するなど、左側脳動脈瘤について経過観察をするという治療方法の選択を十分に理解した上で、自発的に、一期的手術を求めた。

熟慮のための機会（手術の中止、延期）が与えられたにもかかわらず、原告はそれを行わずに、一期的手術を希望した。

オ 原告としては、将来に不安を残さないために、一期的に手術を受けて不安を払拭しておきたいという考えとともに、2回手術を受けることになれば、2回もT県から娘のSや兄夫婦に来てもらうことになり、何となく申し訳ないという気持ちがあり、できれば一期的に済ませたいという考えに至ったものと推察される。

同様に、本件左側脳動脈瘤を定期観察するとしても、脳血管撮影を行う都度、家族の付き添いが求められるため、同居している兄夫婦に、仕事を休んで付き添ってもらうことを気兼ねしたことも考えられる。

カ 以上のような事実を総合的に考慮した場合に、説明義務違反がなかったとしても、原告が一期的手術に同意しなかったとまでは認められないというべきである。

(2) 残存後遺障害との因果関係

ア 四肢筋力の低下について

本件では、原告は本件手術後、胆石及び胆嚢炎を発症し、さらにイレウスも併発したため、絶食とともに、長期臥床が必要になった。

四肢筋力低下は、脳梗塞の後遺障害というよりは、長期臥床と低栄養による衰弱によるものである。

イ 認知症について

(ア) 原告の認知症については、アルツハイマー型、脳血管型、うつ病に関連するもの(うつ病関連認知機能障害)、パーキンソン症候群による認知機能障害等様々な機序が考えられる。

原告は糖尿病の既往があり、X 2 内科で入院治療を受けていたり、動脈硬化所見が強いことから、微細な脳梗塞を起こしていることによる脳血管型認知症の可能性や、X 5 病院でうつ状態と診断されていることから、うつ病関連認知機能障害の可能性、パーキンソン症候群による認知機能障害の可能性もあり、また、これらの原因が合併しての認知機能障害も考えられる。

原告の認知症の発症時期及びその原因を確定することは困難であり、本件左側手術との関連性を積極的に肯定することは困難である。

(イ) 左前頭葉の梗塞が認知機能にかかわる可能性は否定できないが、原告には平成 15 年 1 月に新たに脳梗塞の拡大が認められており、この影響も無視できない。

(ウ) また、高齢者が長期臥床により認知症を発症することがある点は医学的に公知の事実とされており、本件でも認知症の発症との因果関係を考察する上では、原告の長期臥床や全身衰弱の影響を検討すべきである。

ウ 弛緩性右片麻痺について

本件左側手術後に弛緩性右片麻痺が認められたものの、現在は、「極軽度の右片麻痺の残存を認める」と診断されているに過ぎず、徒手筋力テストでも左右差があるとは認められていない。

エ パーキンソン症候群について

原告のパーキンソン症候群の症状は、平成 15 年 1 月に右前頭葉梗塞を発症以降、著明に認められるようになった。

また、原告は、パーキンソン症候群の症状が著明になった以降も、リハビリにより、平成 15 年 7 月頃までは歩行も可能な状態にあったが、平成 15 年 8 月に胆石、胆嚢炎のため、経口摂取を制限せざるをえなくなり、その後に発症したイレウスと併せて、同年 9 月 3 日に開腹手術を行った。その間、経口摂取の制限、開腹手術、安静臥床等により、原告は筋力が低下するなどしたため歩行困難な状態になった。

その後、X 5 病院のリハビリによって、自力歩行、食事摂取、排泄も自立したという経緯がある。

オ 発声障害（構音障害）について

X6病院では、「発声障害（構音障害）は、加齢及び体重減少が原因と考えられる。」旨診断されている。

カ 原告の症状は、平成15年1月に認められた本件右前頭葉脳梗塞、あるいは同年8月に認められた胆石、胆嚢炎やイレウス等も影響しているものと認められ、本件左側脳梗塞のみで説明は困難である。

4 損害

総計 1億1175万1350円

内訳は以下のとおりである。

なお、原告の症状は、遅くとも本訴提起がなされた平成16年7月23日に固定していたと考えられ、同日時点での原告の年齢は61歳であり、平均余命は24年（ライプニッツ係数は13.7986）である。また、原告の就労可能年数は平均余命の2分の1（12年、ライプニッツ係数は8.8633）と解すべきである。

(1) 治療関係費 3万9900円

土岐市立総合病院における部屋代

(2) 付添看護費用 計 3559万9963円

いずれも、近親者による看護費として、1日あたり6500円で計算した。

ア 土岐市立総合病院

(ア) 平成14年10月31日～同年11月30日（31日分）

（原告の娘が付添看護） 20万1500円

(イ) 平成14年12月1日～同15年10月22日（326日間）

（原告の兄夫婦が週4日付添） 121万0857円

イ X5病院 44万9428円

平成15年10月22日～平成16年2月20日（重複日を1日除く121日）

ウ X6病院（以下「X6病院」という。）までの通院及び自宅付添費
100万1000円

平成16年2月21日～同年7月23日

エ 将来の看護費 3273万7178円

原告は、平成17年6月15日以降、T市の施設に入所しているが、それまではX6病院に通院しており、通院時及び自宅での付き添

争う。

(1) 休業損害及び逸失利益

ア 基礎収入

原告は、給与収入以外に、家事労働分を休業損害や逸失利益として算定すべきであると主張し、賃金センサスに基づき休業損害及び逸失利益を算定する。

しかし、家事労働は、他人のために専ら家事に専念する場合に認められるものである（最高裁第二小法廷昭和49年7月19日判決）ところ、原告は、原告兄夫婦と同居し、株式会社Wに勤務していたのであるから、他人のために家事に専念していたとは認められず、家事労働分を算定することは相当でない。したがって、休業損害や逸失利益の算定においては、実収入（年収236万0988円）を原則とすべきである。

イ 傷病手当金の控除

休業損害を算定する上では、傷病手当金は、休業損害に対応するものであり、現実に傷病手当金として支払われた金額については、休業損害から控除されるべきである。

原告に対し、傷病手当金は、平成14年10月31日から平成15年4月30日まで合計59万7820円が支払われている。

(2) 障害者年金の控除

国民年金法や厚生年金保険法にもとづいて障害者に支払われた公的年金は、損害額から控除されるのが原則であり、障害厚生年金及び障害者基礎年金も控除の対象となる（最高裁第三小法廷昭和52年10月25日判決）。

原告に対し、平成15年5月以降平成21年1月まで合計706万9300円が支払われている。

いかなされ、施設においては、近親者による付き添いのほか、施設費用や訪問看護費用なども現実に支出されている。

平均余命24年分にライプニッツ係数を掛けて中間利息を控除した。

(3) 入院雑費 計 71万7000円

それぞれ1日あたり1500円で計算した。

ア 土岐市立総合病院分 53万5500円

イ X5分 1580円

(4) 文書料 計 2万5730円

ア 土岐市立総合病院 2万4150円

イ X5病院 1580円

(5) 休業損害 618万2345円

本件事故当時、原告は59歳であり、有職の主婦であったため、平成14年産業計企業規模計、学歴計賃金センサスにより、年収357万円を基礎収入として、本件事故日から症状固定日までの1年267日分が休業損害となる。

(6) 後遺症による逸失利益 3164万6412円

原告の労働能力喪失率は100%であり、原告は、平均余命の2分の1である12年間は就労可能であったから、平成14年産業計企業規模計、学歴計賃金センサスにより、年収357万円を基礎収入として、12年分にライプニッツ係数を掛けて中間利息を控除した。

(7) 入通院慰謝料 354万円

原告の入院期間は16か月、通院期間は4か月であり、これに対する慰謝料は354万円が相当である。

(8) 後遺症慰謝料 2500万円

(9) 弁護士費用 900万円

(3) 付添看護費用、介護費用

本件において、被告病院及びX5病院入院中は、基準看護病院として適切な看護がなされていた。医学的に見て、特に家族による付添看護が必要であったとは認められない。

症状固定後の介護費用のうち、施設介護の場合は、施設利用に伴う費用が発生することがあっても、親族等による介護費用は発生しない。なお、介護保険の保険給付で、現実に給付を受けた分については、損害額から控除される。