

平成16年2月2日判決言渡
平成13年(ワ)第16375号損害賠償請求事件

判決

主文

1 被告らは、連帯して、原告Aに対し2607万6907円、原告Bに対し1303万8453円及びこれらに対する平成9年11月11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10分し、その1を原告らの負担とし、その余を被告らの負担とする。

4 この判決は、第1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

被告らは、連帯して、原告Aに対し2939万2742円、原告Bに対し1469万1371円及びこれらに対する平成9年11月11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、被告学校法人J大学(以下「被告大学」という。)の開設する病院において診察を受け、完全房室ブロックと診断されて、ペースメーカー植込み手術を受ける必要があるとされ、その手術を受ける目的で同病院に入院していた患者が、手術予定日の前日に心臓発作を起こして死亡したことにつき、患者の遺族である原告らが、初診後速やかにペースメーカー植込み手術等の治療を行うべきであった、看護態勢等の術前の対応に過失があった、救急救命措置に過失があったなどと主張して、担当医師に対しては不法行為に基づき、被告大学に対しては不法行為(使用者責任)又は債務不履行に基づいて、死亡による損害金及びこれに対する患者の死亡日から民法所定の割合による遅延損害金の支払を求めている事案である。

第3 前提事実(証拠原因により認定した事実は末尾にかっこ書で当該証拠原因を表示する。その余の事実は当事者間に争いがない。)

1 当事者等

(1) 原告Aは、亡C(昭和17年2月2日生。以下「C」という。)の夫である。

原告B及びDは、原告AとCの子である。

(2) 被告学校法人J大学(以下「被告大学」という。)は、J大学附属K病院(以下「被告病院」という。)を開設している学校法人である。

被告Eは、医師であり、平成9年当時、被告大学の被用者として被告病院に勤務していた。

2 L病院における診療経過

(1) 平成9年5月20日(以下の月日は、特に断らない限り、いずれも平成9年の月日である。)、Cは、L病院(以下「L病院」という。)において、F医師の診察を受けた。Cの脈拍は、規則正しいものの、毎分40ないし43回であった。また、同日行われた心電図検査において、2枝ブロック(完全右脚ブロック及び左脚後枝ブロック。心室内刺激伝導路のうち右脚及び左脚後枝の伝導が障害されている状態をいう。)が認められた。(乙A4)

(2) 同月21日から22日にかけて、Cは、L病院において、ホルター心電図検査を受けた。その結果、複数回の心室性期外収縮が認められたものの、洞結節が心臓の調律を行っている正常調律の状態にあると診断された(乙A4)。

(3) 10月15日、Cは、自宅から約300メートル離れたスーパーへ歩いて買い物に行き、自宅へ帰る途中、頭がぼーとなり、目の前が真っ白になった(このようなCの症状を、以下「15日の症状」という。)(甲A1、乙A1、原告A本人、弁論の全趣旨)

(4)ア Cは、15日の症状が現れたことから、同月16日、L病院において、F医師の診察を受けた。Cの脈拍は、規則正しいものの、毎分42回であった。また、同日行われた心電図検査において、完全房室ブロックと診断された。(乙A4)

完全房室ブロックとは、心房から心室への刺激が伝導する際、正常以上に伝導時間を要したり、伝導の途絶を来した場合(房室ブロック)のうち、心房から心室への興奮伝導が全くない状態で、下位中枢によって心室収縮が行われているものをいい、徐脈性不

整脈の一種である(甲B4)。

イ 同日に行われた心電図検査の自動解析結果は、以下のとおりである(乙A4)。

HR 毎分45回

QRS幅 0.158秒

QT間隔 0.634秒

QTc 0.589

QRS/T軸 $-33/126^{\circ}$

調律不明(徐脈性・RR間隔一定)

3度房室ブロックの疑い

非特異的心室内伝導障害[QRS幅0.13秒以上]

左軸偏位[QRS軸 <-30]

なお、HRとは、1分間当たりの心拍数である。また、心電図の波には、P波、Q波、R波、S波、T波、U波の名称が付されているところ(波と名称の対応関係は別紙1のとおり)、QRS波の始まりから終了点までの時間をQRS幅といい、QRS波の始まりからT波の終了点までの時間間隔をQT間隔といい、QT間隔をRR間隔(R波から次のR波までの時間間隔)で除した商を修正QT間隔(QTc)という。

ウ F医師は、Cに対し、恒久的ペースメーカー(なお、心臓ペースメーカーには、恒久的ペースメーカーと一時的ペースメーカーとが存在するが、以下では、恒久的ペースメーカーを「ペースメーカー」といい、一時的ペースメーカーを「一時的ペースメーカー」という。)の植込み手術をすることになる旨を告げ、翌日以降の入院予約をした上で、Cを帰宅させた(甲A1、乙A4、原告A本人、弁論の全趣旨)。

3 被告病院における診療経過

(1) 10月16日の夜、原告Aは、その高校の先輩にあたる被告Eに対して電話をかけ、CがL病院において完全房室ブロックと診断された旨を話したところ、被告Eから、翌日にCを診察してもよい旨の返答があったので、被告Eに診察をお願いしたいと述べ、翌日に受診することとした(甲A1、原告A、弁論の全趣旨)。

(2)ア 10月17日、Cは、被告病院において、血液生化学検査のための血液採取、胸部レントゲン撮影、心電図検査を受けた上で、被告Eの診察を受けた。

イ 同日行われた心電図検査の自動解析結果は、以下のとおりである(乙A2)。

HR 毎分44回

RR 1.344秒

PR 0.204秒

QRS 0.155秒

QT 0.573秒

QTc 0.494

軸 -82°

心室性期外収縮(頻発)

徐脈

完全右脚ブロック

左軸偏位

ウ 同日の診察において、Cは、被告Eに対し、脈拍が40台になり、L病院で完全房室ブロックと診断されてペースメーカーの適応があるので入院するように言われたこと、失神発作はないこと、以前ホルター心電図をとったところ異常はなかったことを説明した。

被告Eは、脈拍数が毎分44回であり、完全房室ブロック及び期外収縮がみられると診断し、Cに対して、ペースメーカーの植込みが必要である旨を説明した。

そして、被告Eは、入院予定日を同月31日、手術予定日を11月4日として、Cを帰宅させることとした。なお、被告Eが入院予定日及び手術予定日を上記のとおりとしたのは、被告病院においては毎週火曜日にペースメーカー植込み手術を施行していたところ、直近の火曜日である10月21日は予約が一杯であり、その翌週の火曜日である同月28日は空きがあったものの、自己がインドで開催される学会に出席するため日本にいない予定であり、知人の原告Aから直接Cの診療を依頼された立場上、Cの手術には自己が立ち会った方がよいと考えたことから、更にその翌週の火曜日である11月4日を手術予定日とし、その4日前を入院予定日としたものである。

Cは、手術予定日が決まって診察室から出ていく際、15日の症状について、300メートル位歩いた後に冷や汗が出て、目の前が暗くなったように感じた旨を述べた。これに対し、被告Eは、この病気特有の症状である、心拍数が遅いための低心拍出量状態ではそういうことは起こり得るという趣旨の返答をした。

(乙A6, 7, 被告E本人, 弁論の全趣旨)

(3)ア 10月31日、Cは、被告病院に入院し、G医師からペースメーカー植込み手術の説明を受けるとともに、看護師から異常時などの対応について説明を受けた上、手術承諾書を提出した。

イ 同日、Cに対して心電図検査が行われ、G医師は完全房室ブロックと診断した。

なお、同日に行われた心電図検査の自動解析結果は、以下のとおりである(乙A2)。

HR 毎分44回
RR 1.359秒
PR 0.232秒
QRS 0.167秒
QT 0.501秒
QTc 0.429
軸 -31度
PR延長
心室性期外収縮(頻発)
徐脈
完全左脚ブロック

(4) 11月3日午前6時40分ころ、女子トイレから「アー、オエー」という大きな声が聞こえたため、看護師がトイレを見に行ったところ、Cがトイレ内の壁にもたれかかっていた。

Cは、看護師の声掛けにも反応せず、「オエー、アー」と声を出し、顔を上向きにして開眼したままの状態、上肢をピクピクさせていた。また、舌根沈下があり、徐々に顔面が蒼白となった。

(乙A3)

(5) 同日、Cに対して行われた治療行為は、以下のとおりである(乙A2, 3)。

ア 看護師は、アンビューバッグによる人工呼吸と心臓マッサージを行うとともに、H医師に連絡をした。

その後、その場に到着したH医師が気管挿管を試みたが、成功しなかった。

イ 午前6時50分ころ、ストレッチャーを使用してナースステーションへ搬送し、アンビューバッグによる人工呼吸を続け、気管挿管をした。心電図により心室細動が確認されたため、心臓マッサージ等の心肺蘇生を行い、カウンターショック(電気ショック)を施行したが、自脈は現れなかった。

ウ 午前7時ころ、カウンターショックを施行したが、自脈は現れなかったため、心臓マッサージを施行し、ストレッチャーを使用して回復室に搬送した。その後は人工呼吸器を使用した。

エ カウンターショックを4回施行した後である午前8時10分ころ、自脈が出現し、血圧は110となった。

オ 午前9時ころ、カテテル室に搬送し、一時的ペースメーカーの電極を挿入してペーシング(心臓の拍動をコントロールすること)を行った。

(6) 同日、Cは、被告病院脳外科の医師により、脳幹部の障害の可能性があると診断された。

(7) 同月4日、Cは、被告病院脳外科の医師により、神経学的検査、CT・脳波検査の結果から、脳浮腫高度であり、脳梗塞もあって、ほとんど脳死状態であると診断された。

(8) その後、被告病院において、Cに対する全身及び心血行の状態並びに脳保護の治療が続けられたが、同月8日、深部体温測定により、Cは脳死状態と判定された。

(9) 同月11日、Cは、肺炎により死亡した。

第4 争点

1 被告Eは、Cに対し、10月17日の初診後、速やかにペースメーカー植込み手術を行うべきであったか否か。また、速やかにペースメーカー植込み手術を行わない場合は、一

時的ペースメーカーの使用又は薬剤投与による治療を行うべきであったか。

2 その他の術前の対応に関する過失の有無

3 救命措置における過失の有無

4 損害

第5 争点に関する当事者の主張

1 争点1について

(原告らの主張)

(1) 結論

被告Eは、Cに対し、10月17日の初診後、速やかにペースメーカー植込み手術を行うべきであった。また、速やかにペースメーカー植込み手術を行わない場合には、一時的ペースメーカーの使用又は薬剤投与による治療を行うべきであった。

(2) ペースメーカー植込み手術の絶対適応に該当すること

「心臓ペースメーカー植込みに関するガイドライン」(乙B第4号証添付の文献1。以下「ガイドライン」という。)によれば、完全房室ブロックであって、症候性徐脈(症状が徐脈によるものであることが証明されているもの)を伴う場合には、ペースメーカー植込み手術の絶対適応となる。

10月17日、Cは、完全房室ブロックであった上、脈が異常に遅くなり、目の前が真っ白になることが度々起こり、少しの動作でも冷や汗が出たり息切れをしてしまう状態であった。

したがって、Cの症状は、ペースメーカー植込み手術の絶対適応に該当する。

なお、高血圧自体は投薬によりコントロールされていた上、15日の症状は10月15日に初めて現れた症状であるから、この症状は高血圧によるものではない。また、完全房室ブロックによる徐脈のため低心拍出量状態を呈し、その結果、脳血流の障害が生じた場合も、症候性徐脈に該当する。

(3) ペースメーカー植込み手術の緊急性

ア 症候性徐脈であること

症候性徐脈は、心室細動や心停止など死亡につながる悪性不整脈に発展する可能性が高く、緊急に治療を開始する必要がある。

したがって、症候性徐脈自体で緊急的な治療が必要とされるのであるが、Cの場合、次のイ・ウのような要因もあるから、通常の場合以上に緊急性が高かった。

イ 症候性徐脈が新鮮なものであったこと

10月17日時点では、完全房室ブロックになってからそれほど時間が経っていない状態にあり、症状が安定していなかったから、緊急の処置が必要であった。

ウ 心電図上、期外収縮その他の波形の異常があったこと

(ア) 10月17日の心電図上、多発性心室性期外収縮が認められる。

完全房室ブロックに心室性期外収縮が合併している場合、両者が同時に起きることにより、心室細動などの致命的な不整脈が発生する危険性が高い。

(イ) 同心電図上、QT間隔の延長が認められ、致命的な不整脈を起こす可能性はさらに大きくなっていった。

エ よって、10月17日時点において、被告Eは、Cに対し、ペースメーカー植込み手術を速やかに行うべきであった。

(4) 一時的ペースメーカー等の適応及び緊急性

ア Cは、速やかにペースメーカーが植え込まれるべき状態であったのであるから、仮にペースメーカーの植込みを待機的に行うとしても、一時的ペースメーカーの使用又は薬剤投与による治療を速やかに開始すべきであった。

イ 被告らの主張する一時的ペースメーカーの適応は、一般的な見解よりも狭いものである。

ウ 被告らの主張する一時的ペースメーカーの合併症は、外科的処置に生じる一般的なものである。一時的ペースメーカーの使用は、致命的な不整脈の発現を防ぐためにペースメーカー植込み手術を行う予定の患者に対し、手術までの間に生じる突発的の症状に対応するための一時的な措置として行われるものであるから、上記合併症は一時的ペースメーカーを使用しない理由とはならない。

(5) 因果関係

Cは、ペースメーカーの植込みが遅れ、また、一時的ペースメーカーの使用又は薬剤投与による治療も行われなかったために、完全房室ブロックによる心室細動が生じ、それによる心臓発作を起こして、死亡した。

(被告らの主張)

(1) 結論

10月17日時点では、速やかにペースメーカー植込み手術を行うまでの緊急性はなかった。

また、一時的ペースメーカーの使用又は薬剤投与による治療を開始する必要性もなかった。

(2) ペースメーカー植込み手術の相対適応に該当すること

ア 15日の症状は、低心拍出量又は高血圧によるものかもしれないが、脳虚血によるものではない。

イ 症候性徐脈は、一過性脳虚血による精神身体症状、著明な運動耐容能の低下又は心不全を指す。

脳虚血があれば立位を保つことは不可能であるところ、15日の症状は、立位の状態で経験したものであるから、一過性脳虚血による症状ではない。また、買い物に行くなど運動耐容能もそれほど低下しておらず、明らかな心不全もなかった。

ウ 房室ブロックにおける低心拍出量状態は、運動時に生じるものであり、安静時及び軽作業時には、ほぼ正常の心拍出量状態となるものであるから、心拍数がコンスタントでなくなった場合に生じる脳虚血状態とは異なるものである。

エ したがって、Cの完全房室ブロックは、無症候性であり、ペースメーカー植込み手術の相対適応である。

(3) ペースメーカー植込み手術の緊急性

ア ペースメーカー植込み手術の時期は、担当医が判断して決めるものである。

ガイドラインは、ペースメーカー植込み手術の適応に関するものであり、手術の時期について定めたものではない。

イ 完全房室ブロックのうち緊急にペースメーカー植込み手術を必要とする場合は、頻回に失神発作(アダムス・ストークス症候群)を繰り返す場合、及び徐脈による血行動態の悪化(血圧低下、心不全症状)がみられる場合であるが、本件はそのいずれの場合でもなかった。

ウ Cの期外収縮は、補充収縮であり、多源性又は多発性とはいえない。波形の変化は変行伝導によるものである。

また、QT間隔の延長は、脚ブロックに伴うものである。

さらに、心電図上、「short run」や「R on T」は認められていない。

エ したがって、本件において直ちにペースメーカー植込み手術を行う緊急性はなかった。

(4) 一時的ペースメーカーの使用等の必要性

ア 一時的ペースメーカーの適応は、以下のとおりである。

① アダムス・ストークス発作が頻発し、ペースメーカー植込み手術が行われるまでの間に緊急的にペーシングを必要とする場合

② 徐脈による心不全状態が重篤で、ペースメーカー植込み手術のリスクが高いと考えられる場合に、心不全状態を改善し、患者の手術耐容能の向上を図るとき

③ 急性心筋梗塞、心臓手術後に生じる房室ブロック又は洞不全症候群による徐脈の正常化、及び期外収縮発生を抑制するための抗不整剤の使用に伴う徐脈に対して心拍の正常化を図る場合。心拍数をやや多くして期外収縮の発生を抑制する(オーバードライブ・サプレッション)場合

④ 心房細動、心室細動に対する電気ショックによる除細動後に、心拍が安定しない場合

イ 完全房室ブロックであっても、心室固有調律以外の調律の場合は、一時的ペースメーカーによるオーバードライブ・サプレッションの適応は少ないと考えられている。

ウ 11月3日早朝までの間、Cは、上記ア①ないし④のいずれの状態にもなかった。また、受診時、入院時及び入院後のいずれの時点においても、Cの心拍数は毎分40回以上あった。

よって、一時的ペースメーカーを使用する必要性はなかった。

エ 一時的ペースメーカーには、種々の合併症がある上、ある程度の身体拘束が必要となり、入浴もできなくなることから、手術までの間に一時的ペースメーカーを使用するには難点があった。

(5) 因果関係

ア Cは、完全房室ブロックとは別個の不整脈により心室細動が生じ、それによる心臓発作を起こして、死亡した。すなわち、トイレにおいていきんだこと、迷走神経が強く働いたことから、血圧が低下し、心臓が低酸素状態となり、心室性不整脈が誘発されたところ、それがたまたま心室頻脈から心室細動という重篤な不整脈へ移行して、ショック状態に陥った。

イ 突然死の原因となる心室細動は、正常調律(洞調律)の場合にも発生する上、心筋虚血(心筋梗塞)でも発生する。

ウ 高度房室ブロックに対してペースメーカーを植え込んだ場合、生活の質(いわゆるQOL)は改善するものの、生命予後には影響がない。

エ したがって、ペースメーカー植込み手術を行わなかったこと、又は一時的ペースメーカーの使用等を行わなかったことと、Cの死亡との間には、因果関係はない。

2 争点2(その他の術前の対応に関する過失の有無)について

(原告らの主張)

(1) 速やかにペースメーカー植込み手術を行わず、一次的ペースメーカーの使用等も行わない場合は、発作が起きた場合に直ちに対応できるようにCを常時監視下におくべきであった。また、ベッドで安静にさせて労作などの負荷を加えないようにCに指示し、又はCに負荷を加えないようにする看護態勢をとるべきであった。

(2) Cが入院した病棟のトイレは寒冷にさらされる構造となっており、重度の不整脈などの症状を有するCをこのような環境下に漫然と放置すると、寒冷が身体的ストレスとなって心臓発作を起こすことが想像できたのであるから、被告病院としては、このような事態を防ぐための必要な措置を講ずるべきであった。

(被告らの主張)

(1) 争う。

(2) 気象庁の記録によれば、Cが突然死を起こした時刻の東京地方の気温は13度前後であり、寒くなかった。

3 争点3(救命措置における過失の有無)について

(原告らの主張)

(1) Cがトイレで倒れた直後、これに気付いた看護師は、一旦看護師詰め所に戻り、Cをトイレから連れ出し、アンビューバッグによる人工呼吸を試みた。

しかし、一刻を争う心肺蘇生術を行う場合、病院内においても、一次救命措置としてマウス・トゥー・マウス法による人工呼吸を行うべきであり、看護師がこれを行わず、器具に頼った点、及び器具を取りに行くために時間を空費した点に過失がある。

(2) アンビューバッグによる人工呼吸は奏功せず、しばらくして駆けつけた医師による口腔・鼻腔からの気管挿管も失敗した。

そして、更にアンビューバッグによる人工呼吸を行ったが、C発見から10分以上経過した時点で、Cをナースステーションに移送した。

救命担当医師は、気管挿管を適切に行うべきであったのに、これに失敗した過失がある。

(3) Cの症状は電氣的除細動の絶対適応であるが、Cは発見後10分以上も心肺蘇生術を受けており、電氣的除細動の実施まで時間がかかった点に担当医の過失がある。

(被告らの主張)

(1) アンビューバッグは、Cの倒れた場所の至近の位置に置かれてあり、これを取りに行くことが時間の空費とはならない。また、アンビューバッグによる人工呼吸の方が有効である。

(2) 気管挿管は、医師であればすべて1回の試みで成功するというものではない。

喉頭鏡を用いて直視下にチューブを気管に挿入することの難易度は、喉頭部の解剖学的個人差、口腔内の粘液唾液の多寡、筋肉の緊張度などにより異なる。手術時のように麻酔・筋弛緩剤を用いた後に挿管するわけではなかった本件では、特に気管挿管が困難であった。

また、気管挿管が成功するまでは人工呼吸と心臓マッサージを続行しており、初回の気管挿管が成功しなかったことは、過失とはいえない。

(3)ア H医師が駆けつけた時点では、可及的早期に電氣的除細動を行った。それまで心肺蘇生を続けており、放置していたものではない。

イ 心臓マッサージを行えば、多少なりとも心臓や脳に血液が流れるので、除細動の成功率が高まる。また、心臓マッサージが有効である場合、電氣的除細動の施行が多少遅れても、正常調律に復することは十分にある。

したがって、心肺蘇生を続行しているかぎり、電氣的除細動実施までに経過した時間は除細動成否の絶対的条件とはならず、心停止が発見された場合には、除細動の前に心臓マッサージを先行させるのが医学上の常識である。

ウ 脳死の原因は、心室細動が頻回の電氣的除細動によっても規則的心拍動を取り戻すことができなかったことにある。すなわち、心室細動により、有効な血液の拍出が得られず、肺に十分な酸素が供給されても、それが脳に到達することができなかったために、脳死に至った。

4 争点4(損害)について

(原告らの主張)

- (1) 慰謝料 3000万円
- (2) 逸失利益 2194万5484円
- (3) 葬儀費用 150万円
- (4) 相続

上記損害に係る損害賠償請求権のうち、夫である原告Aはその2分の1を、子である原告Bはその4分の1をそれぞれ相続により取得した。

(5) 弁護士費用

原告Aにつき267万円、原告Bにつき133万円

(6) 合計

原告Aにつき2939万2742円、原告Bにつき1469万1371円

(被告らの主張)

争う。

第6 当裁判所の判断

1 争点1について

(1) ペースメーカーの適応及び症候性徐脈の有無

ア 10月17日時点におけるCの完全房室ブロックにつきペースメーカー植込み手術の適応があったこと自体は当事者間に争いがないものの、Cの完全房室ブロックが徐脈による症状を伴うものであったか否かという点については主張が異なっており、そのため、Cの完全房室ブロックが後述する絶対適応・相対適応のいずれに該当するかについても主張が異なっている。

これらの点は、徐脈による症状の有無及びその程度に関する事実であり、ペースメーカー植込み手術等の治療行為が緊急になされるべきであったか否かの判断にも影響を及ぼすものであるから、Cの完全房室ブロックにつき、徐脈による症状の有無、ペースメーカー植込み手術の絶対適応・相対適応のいずれに該当するかについて、まず検討する。

イ ペースメーカーの適応基準(甲B16、乙B4によって認める。)

ペースメーカーの適応については、米国において、American College of Cardiology及びAmerican Heart Association(ACC/AHA)の特別合同委員会がガイドラインを作成しており、これを参考として、日本心臓ペースング学会ペースメーカー植込み適応に関する小委員会が、平成7年にガイドラインを公表している。

ガイドラインは、「医学的適応決定にあたっては、症状および徐脈と症状の因果関係(すなわち症候性徐脈)が重要である。症状としては、一過性脳虚血による失神、失神感(near syncope)、ふらふら感、めまい、および著名な運動耐容能の低下や心不全症状があげられ、それらが徐脈によるものと確認された場合が“症候性徐脈”としてペースメーカー適応の有無を判断する根拠となる。」としている。そして、適応があると一般に容認されているもの(絶対適応)をclass I、適応はあるが異論のあるもの(相対適応)をclass II、適応なしとされているものをclass IIIとして、適応基準を三段階に分けている。

成人における後天性房室ブロックのペースメーカー植込み適応についてガイドライ

ンが定めている基準は、別紙2(乙B4文献1表1)のとおりであり、完全房室ブロックで症候性除脈(症状が除脈によるものであることが証明されているもの)を伴うものはclass I(絶対適応)に分類している。

ウ 徐脈性不整脈

徐脈性不整脈とは、心拍数が毎分60回未満の場合を指すところ(甲B7)、Cの心拍数は、5月20日が毎分40ないし43回、10月16日が毎分45回、同月17日が毎分44回であるから、遅くとも5月20日以降、Cに徐脈性不整脈がみられたことは明らかである。

そして、Cは、5月20日時点では、L病院において2枝ブロックと診断されていたが、10月16日、15日の症状が現れたことから同病院を受診したところ、完全房室ブロックと診断されており、また、被告Eが診察した同月17日にも完全房室ブロックと診断されたことからすれば、遅くとも15日の症状が現れた時点では、Cは徐脈性不整脈の一種である完全房室ブロックの状態になっていたと推認できる。

そこで、次項において、15日の症状が徐脈性不整脈によるもの(症候性徐脈)といえるか否かについて検討する。

エ 症候性徐脈の有無

(ア) 乙A第3号証によれば、10月31日、Cは、被告病院の看護師に対し、「10月16日が初めてだったんですが、動いた後冷や汗が出てきて、少しぼーっとして、私ばかりになったのかと思ってたんですよ」と話したと認められる。

また、甲A第1号証及び原告A本人尋問の結果によれば、同月15日、Cは、原告Aに対し、「午後、近所のスーパーマーケットへ歩いて買い物に行き、帰途、自宅近くまで戻ったところで、冷や汗が出て頭がぼーっとした。一瞬、私は頭がバカになったのかと思った。普通に歩くことができなくて、ゆっくりゆっくり歩いて、やっと家に帰った。最近ときどき目の前が真っ白になることがある。だけど今日みたいな事は初めて。」という趣旨の話をしたと認められる。

このようなCの言動を考えると、15日の症状は、それ以前に経験していためまい等の症状よりも程度が重いものであり、Cにとって、初めて生じたものであったと認められる。

しかし、10月15日ころにCが徐脈性不整脈の一種である完全房室ブロックの状態であったことは上記ウのとおりであるから、他に15日の症状の原因となるべき特段の要因が認められない限り、15日の症状は徐脈性不整脈によるものと推認することができる。

(イ) 上記特段の要因について

a 被告らは、15日の症状が高血圧によって生じた可能性があると主張する。

確かに、証拠(乙A1、4)によれば、Cは、平成7年5月18日以降、L病院において降圧剤の処方等、高血圧症に対する診療を受けており、平成9年5月6日から同年10月31日までの血圧は下記のとおりであったと認められる(なお、単位はいずれもmmHgである。)から、同年10月15日当時もCは高血圧症だったと推認される。

記

5月6日	最大血圧156, 最小血圧88
7月3日	最大血圧160, 最小血圧90
同月31日	最大血圧168, 最小血圧88
同年9月4日	最大血圧144, 最小血圧90
同年10月17日	最大血圧170, 最小血圧80
同月31日	最大血圧146, 最小血圧64

しかし、高血圧症に対しては、平成7年以降、継続的に降圧剤の処方等の治療がされており(乙A4、弁論の全趣旨)、それにもかかわらず、15日の症状の様なめまい等の症状は、平成9年10月15日に初めて生じたものである。300メートル程度の距離にあるスーパーマーケットへ歩いて買い物に行くという行動は、日常生活で通常行われる行動の範囲内であることからすると、従前は見られなかった高血圧による症状が同日突然に現れたとは考え難い。そして、同日ころにCの高血圧症が急激に悪化したなどの事情も認められないことも考えると、15日の症状が高血圧によって生じた可能性は小さく、上記推認を覆すには足りない。

b また、被告らは、15日の症状は、運動時における低心拍出量状態に基づく症状

であり、安静時及び軽作業時には正常状態に戻る症状であるから、徐脈による症状ということはないと主張する。

しかし、歩いて買い物に行くという行動は、身体に殊更大きな負担をかける運動であるとはいえない。また、証拠(甲A1、原告A本人)によれば、Cは、15日の症状を感じた後も、自宅内や被告病院に向かうタクシー内などで、原告Aに息苦しさを訴え、冷や汗をかくなど、低心拍出量状態が継続していたことが窺われる。

したがって、運動をしたことによる低心拍出量状態により15日の症状が現れたとはいえないから、被告らの主張は採用しない。

c. そして、L病院及び被告病院における診療経過を通じ、心不全の症状は認められておらず、本件証拠上、他に、15日の症状をもたらす要因となり得る事情は認められない。

なお、10月17日の診察において、被告Eは、Cについて、ペースメーカー植込み手術の適応があると判断した上、15日の症状は徐脈によるものであるという趣旨の説明をしているが、これは、被告Eが、同日時点において、15日の症状が徐脈による蓋然性があると判断していたためである(被告E)。

(ウ) よって、15日の症状は徐脈性不整脈による症状であったと推認することができる。

なお、Cが10月16日にL病院を受診したのは、15日の症状が現れたためであり、かかる症状はCにとって初めての症状であったこと、5月には2枝ブロックであったCの症状が、10月16日には完全房室ブロックになっていたことからすれば、Cが徐脈性不整脈のうち完全房室ブロックになった時期は同月15日ころであると推認できる。

オ 以上より、10月17日時点において、Cは、完全房室ブロックであって症候性徐脈を伴う状態にあり、ペースメーカー植込み手術の絶対適応に該当する状態であったといえる。

(2) 除脈性不整脈(完全房室ブロック)に対する治療方法について

ア 原告らは、Cの除脈性不整脈に対して、ペースメーカーの植込み、一時的ペースメーカーによるペーシング及び薬剤投与といった治療行為が、初診後速やかになされるべきであったと主張する。この主張が認められるためには、初診時において、これらの治療行為の適応が認められるのみならず、速やかに治療を開始すべき緊急性が認められる必要がある。

本件では、Cにペースメーカー植込みの適応が認められることは当事者間に争いがないから、ペースメーカー植込み手術については、その緊急性の有無が、一時的ペースメーカーの使用及び薬剤投与については、その適応及び緊急性の有無がそれぞれ問題となる。

イ 徐脈性不整脈に対するペーシングは、徐脈による血行動態の破綻の解除、心拍依存性の不整脈原性の改善、臨床症状の改善を主目的とするものであり(甲B30)、このような治療目的を速やかに達成する緊急性が認められる場合には、徐脈性不整脈に対する治療が緊急に必要とされているものといえる。

また、一般に、徐脈性不整脈に対する治療が緊急に必要とされる場合には、ペースメーカー植込みの適応が認められるのみならず、その植込みがなされるまでの間、暫定的に一時的ペースメーカーが用いられ、また、緊急性が高く一時的ペースメーカーの挿入前に処置を行う必要性が認められる場合等には、抗不整脈剤の投与が行われている(甲B24、26、27、30)。

したがって、徐脈性不整脈(完全房室ブロック)に対する治療が緊急に必要とされる場合には、上記治療行為のいずれについても適応が認められるのみならず、医師は直ちに上記治療行為のうちいずれかを開始する必要があるというべきである。

なお、被告らは、一時的ペースメーカーの適応基準について、アダムス・ストークス発作が頻発する場合等を挙げているところ、この基準が、一時的ペースメーカーを使用する場合を、完全房室ブロックに対する治療を開始すべき緊急性が認められる場合よりも狭い範囲に限定する趣旨であるのか否かは判然としない。しかし、いずれにせよ被告ら主張の適応基準が一般的であると認めるに足る証拠はないから、被告らの主張は採用しない。

(3) 緊急性の判断要素

原告らは、徐脈による症状があれば治療を行う緊急性も認められると主張し、他方、被告らは、頻回にアダムス・ストークス発作による失神発作を繰り返していない以上、緊急

性は認められないと主張する。そこで、緊急性の判断要素について検討する。

ア 証拠(甲B5, 7, 8, 16, 17, 21, 28, 29, 証人I)によれば、ガイドラインを始め、徐脈性不整脈の診察にあたっては、アダムス・ストークス症候群の有無ではなく、徐脈による症状を重視するのが一般的であるところ、徐脈性不整脈に対する治療を速やかに開始すべき緊急性についても、アダムス・ストークス症候群の有無のみが基準とされているわけではなく、同症候群に代表される徐脈に基づく症状を重視して、当該症状の示す重篤さの程度や頻度、その後の経過を考慮した上、その他の臨床上、検査上の所見を勘案して判断がされており、徐脈による症状が最近又は現在の失神発作として現れた場合はもとより、強いめまいが生じた場合など、これに準じる程度の症状であっても、速やかに治療を開始すべき緊急性が認められると解されていることが認められる。

イ 被告らは、頻回に失神発作を繰り返す場合等がアダムス・ストークス症候群に該当し、このような場合にのみ速やかに治療を開始すべき緊急性が認められると主張する。

しかし、アダムス・ストークス症候群とは、「脈拍の結滞、めまい、失神、痙攣、ときにはCheyne-Stokes呼吸が特徴の症候群で、通常、高度房室ブロックまたは洞不全症候群の結果起こる」とされており(甲B19)、同症候群を被告ら主張のように狭義に解する見解が一般的であることを認めるに足りる証拠はない。かえって、アダムス・ストークス症候群の概念は、その外延が不明確なため、現在の臨床上は用いられる頻度が少なくなってきた概念であることが認められる(甲B29, 証人I)から、当裁判所は、本件における緊急性を判断するに際しては、同症候群の有無を判断基準とする見解を採用しない。

(4) Cの症状について

ア(ア) 10月17日におけるCの症状が、完全房室ブロックであり、かつ症候性徐脈に該当することは、前述したとおりであり、証拠(甲B16, 17, 28, 29, 証人I)によれば、この時点で調律が心室の部位でなされる心室固有調律の状態になっていたと認められる。

ガイドライン上、ペースメーカー植込み手術の絶対適応にあることは、直ちに治療を開始すべき緊急性があることまで意味するものではないが、その手術適応に異論がなく、典型的にペースメーカー植込みを必要とする程度が高い状態にあるものといえる。

しかして、完全房室ブロックは、それ自体で心室細動等の致命的な不整脈に移行し得る状態とされている(甲B22)ところ、心室固有調律の状態にまで至っていたCの症状は完全房室ブロックの中でも重篤な状態であった(甲B16, 17, 28, 29, 証人I)上、15日の症状にみられるめまいは失神の不全症状として現れるものである(甲B5)から、10月17日時点において、Cは、徐脈による失神発作を起こす状態に準じる程度の重篤な状態にあったというべきである。

(イ) また、Cが完全房室ブロックとなった時期が10月15日ころと推認されることは前述のとおりである。

そうすると、Cは、被告Eが診察した同月17日時点では、徐脈による症状が急激に発症した直後であったのであり、徐脈の状態で日常生活を送った実績がなく、今後状態が悪化していく可能性があったのであるから、この観点からも早急な治療が必要とされていたといえる。

(ウ) なお、被告らは、10月17日の診察時においてCが歩行していたことを挙げて、Cの徐脈が重篤な状態ではなかったと主張するが、徐脈による症状は一過性のものであることも多く、緊急性の判断の上では、このような症状が現れたという事実の有無が重要なのである(甲B29, 証人I)から、被告らの主張は採用しない。

イ 10月17日の心電図検査において、頻回の心室性期外収縮が指摘されていることは、前述したとおりであるが、これに証拠(甲B16, 17, 28, 29, 証人I)を併せると、Cの心室性期外収縮は、頻回にみられるだけでなく、QRS波の型が一定ではなく、複数の原因によって生じる多源性の期外収縮であったといえる。

頻回性又は多源性の心室性期外収縮は、心室細動等の致命的な不整脈に移行する危険性が指摘される症状であるが(甲B23)、かかる期外収縮が完全房室ブロックと併存していることは、完全房室ブロックから致命的な不整脈に移行する危険性を現実化させる要因ともなるといえる。

ウ 修正QT間隔は0.44以下が正常範囲である(甲B5)ところ、10月17日の心電図検査では、修正QT間隔が0.494であり、QT間隔が延長していた。

そして、QT間隔が延長している状態は、心室の受攻期が長くなることで心室細動等に移行しやすくなる状態とされており、完全房室ブロック及び心室性期外収縮が有する

致死的な不整脈に移行する危険性を大きくする要因といえる(甲B17, 32, 証人I)。

被告らは、QRS幅は脚ブロックに伴って延長したにすぎないと主張するが、その結果として生じたQT間隔の延長が致死的な不整脈に移行する危険性を増大せしめる要因となることは否定できない。

エ なお、被告らは、一時的ペースメーカーの使用の必要性について、合併症を生じるおそれがあることから、必要性はなかったと主張するが、被告らの主張する合併症は、一時的ペースメーカーのカテーテルを体内に挿入することにより生じ得る一般的な症状である上、一般的に一時的ペースメーカーによる合併症は少ないとされており(甲B30)、Cが易感染状態であったなどの特段の事情の認められない本件においては、かかる抽象的な合併症のおそれをもって一時的ペースメーカー使用の必要性を否定することはできない。

オ このように、10月17日のCの症状は、15日の症状という最近生じた徐脈による症状を呈していたのみならず、完全房室ブロックから心室細動等の致死的な不整脈への移行を容易にする複数の要因が併存していたのであって、徐脈による症状を解除するとともに、致死的な不整脈に移行しやすい状態を改善する治療が早急に必要とされていたというべきであり、失神や強いめまいを生じた症例に準ずる程度に、速やかに治療を開始すべき緊急性のある状態であったといえる。

(5) 被告Eの過失

したがって、被告Eは、Cに対し、10月17日の初診後、ペースメーカーの植込みを速やかに行うべきであり、仮にペースメーカー植込み手術を速やかに行わない(行うことができない事情がある)場合には、これを行うまでの間の暫定的措置として一時的ペースメーカーの使用又は薬剤投与による治療を開始すべきであったといえる。そして、前記前提事実3(2)に弁論の全趣旨を併せると、被告病院においては、11月4日以前にペースメーカー植込み手術を施行することが可能であったし、手術施行までの間、一時的ペースメーカーの使用又は薬剤投与による治療を行うことにも何ら障害はなかったと認められる。

しかるに、被告Eは、手術予定日を初診日から17日後である11月4日とし、11月3日までCの完全房室ブロックに対して上記のいずれの処置もとらなかったものであり、この点において被告Eに過失(診療上の注意義務違反)があるというべきである。

(6) 因果関係

完全房室ブロックが心室細動に移行する危険性を有する症状であることは前述したとおりであるが、Cの完全房室ブロックが徐脈による症状を呈する状態にまで至っていたこと、他方で、Cの心室性期外収縮がそれ自体で緊急の治療を要する程度に至っていたとまで認めるに足る証拠はなく、他に、Cが心室細動の要因となる心疾患に罹患していたとは認められないことを併せ考えると、11月3日に生じた心室細動は、完全房室ブロックに起因するものと推認することができる。

また、証拠(甲B16, 17, 28, 29, 証人I)によれば、Cについて、10月17日の初診後、速やかにペースメーカーの植込み又は一時的ペースメーカーの使用若しくは薬剤投与が行われていれば、その心室細動の発症を予防することができたと認められる。

そして、Cは、心室細動により脳梗塞及び脳浮腫を引き起こし、その合併症として発症した肺炎により死亡したのであるから、被告Eの過失とCの死亡との間には因果関係が認められる。

2 被告らの責任について

以上の次第で、被告Eは、Cの死亡について、過失による不法行為責任を負い、その死亡による損害を賠償すべき義務があるというべきであるし、また、被告Eによる上記不法行為は被告大学の被用者として行った診療行為の一環としてなされたものであるから、被告大学は、上記損害につき、民法715条により使用者責任を負う。

3 争点4(損害)

(1) 逸失利益

Cは、10月17日当時55歳であったから、55歳から67歳に達するまでの12年間、平成13年賃金センサス産業計、企業規模計、学歴計、女性労働者の全年齢平均の給与年額352万2400円の収入を得られたものとし、生活費控除割合を30パーセントとして、年5パーセントの中間利息を控除するライプニッツ式計算法により、Cの逸失利益の現価を算出すると、2185万3814円となる。

(計算式) $352万2400円 \times (1 - 0.3) \times 8.8632 = 2185万3814円$ (1円未満の端数は切り捨て)

(2) 慰謝料

本件不法行為によってCが被った精神的苦痛を慰謝すべき慰謝料は、本件に顕れた諸般の事情を考慮して、2400万円と認めるのが相当である。

(3) 葬儀費用

本件不法行為と相当因果関係のある葬儀費用損害金は、150万円をもって相当と認める。

(4) 上記(1)ないし(3)の合計額は、4735万3814円である。

(5) 前記前提事実1(1)によれば、上記損害賠償請求権については、Cの死亡による相続により、原告Aがその2分の1に相当する2367万6907円分を、原告Bがその4分の1に相当する1183万8453円分をそれぞれ取得したものといえる。

(6) 弁護士費用

本件不法行為と相当因果関係のある弁護士費用損害金は、本件訴訟の難易、請求認容額等に鑑みて、原告Aにつき240万円、原告Bにつき120万円をもって相当と認める。

(7) 以上より、本件不法行為に基づく損害賠償請求権の額は、原告Aにつき2607万6907円、原告Bにつき1303万8453円となる。

なお、債務不履行に基づく損害賠償請求権についてみても、その額は上記額を超えるものではない。

4 結論

よって、原告らの請求は、被告らに対し、原告Aが2607万6907円、原告Bが1303万8453円、及びこれらに対する平成9年11月11日(Cが死亡した日の翌日)から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の連帯支払を求める限度で理由があるから、その限度で認容し、その余は理由がないから棄却することとして、主文のとおり判決する。

東京地方裁判所民事第14部

裁判長裁判官 貝 阿 彌 誠

裁判官 大 嶋 洋 志

裁判官 高 田 公 輝