主　　　文
１　被告は，原告Ａ１に対し１３９２万４２３９円，その余の原告らに対し各２１４万４８４７円，及び上記各金員に対する平成９年７月２９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いずれも棄却する。
３　訴訟費用は，これを２分し，その１を原告らの負担とし，その余を被告の負担とする。
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
　　被告は，原告Ａ１に対し２７３５万１６１６円，その余の原告らに対し各４３７万０３２３円，及び上記各金員に対する平成９年７月２９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，亡Ｆ（以下「Ｆ」という）がくも膜下出血を発症して被告の開設する病院に入院し，治療を受けたが，同病院に勤務する医師の診療行為に過失があったため，死亡したとして，Ｆの相続人である原告らが，被告に対して不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償（遅延損害金を含む）を請求した事案である。
１　争いのない事実
⑴　Ｆは，昭和２年１０月６日生の女子であり，原告Ａ１（以下「原告Ａ１」という）はその配偶者，その余の原告らはいずれも上記両名間の子である。
　　被告は，名古屋市昭和区a町b番地のcにおいて，Ｂ病院（以下「被告病院」という）を開設している法人である。
　　Ｃ（以下「Ｃ医師」又は「Ｃ」という）は，平成９年当時，被告病院に勤務する医師であり，その職務としてＦに対する診療行為を行った者である。
⑵　Ｆは，平成９年（以下，同年については，月日のみをもって表す）１月１日午前８時５０分ころ，自宅（原告Ａ１の肩書住所地）において脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血のため，突然激しい頭痛，立ちくらみ等の症状に襲われ，救急車で被告病院に搬送された。診療に当たったＣ医師は，Ｆに対し，脳血管撮影検査及びＣＴスキャン検査（以下「ＣＴ検査」という）を行った結果，右内頸動脈に解離性脳動脈瘤を，左前大脳動脈に嚢状脳動脈瘤を，それぞれ認めたが，破裂部位については，右内頸動脈の解離性脳動脈瘤が破裂したものであると診断した。
⑶　Ｃ医師は，上記診断後，緊急手術は行わず，同月７日にＣＴ検査を行い，同月１６日まで個室における暗室管理と血圧降下剤ペルジピンの持続点滴による血圧のコントロールを行い，同日以降，血圧降下剤は内服（アダラート）に変更し，同月１７日にはベッドでの起座を許可し，同月２３日には離床を勧め，尿道カテーテルを抜去した。
⑷　Ｃ医師は，Ｆに対し，同月２４日に，ＣＴ検査を行った。
⑸　Ｆは，同月２５日午前９時１５分ころ，被告病院内の便所内で倒れた。Ｃ医師は，ＣＴ検査等の結果，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の破裂によるくも膜下出血と診断し，クリッピング術及び脳室ドレナージ術を行った。
⑹　Ｆは，７月２９日，死亡した。
２　争点
⑴　Ｃ医師のＦに関する次のような診療行為についての過失の有無
　ア　１月１日時点での出血部位に関する診断
　イ　１月１日時点での早期手術を行わないという判断
　ウ　１月１日以降の経過観察
　エ　１月２４日時点での早期手術を行わないという判断
　オ　１月２４日時点で便所に行くことを許可した判断
⑵　Ｆの死亡とＣ医師の過失との間の因果関係
⑶　Ｆの死亡により原告らが被った損害及びその額
３　争点に対する当事者の主張
⑴　争点⑴（Ｃ医師の過失の有無）について
　ア　１月１日時点での出血部位に関する診断について
　（原告らの主張）
　㈠　１月１日実施の脳血管撮影検査の結果，右内頸動脈に認められた所見は，解離性脳動脈瘤と診断できるものではない。すなわち，解離性脳動脈瘤に固有の所見は，真腔と解離腔を隔てるインティマル・フラップであり，特徴的な所見として

は，パール・アンド・ストリング・サイン（血管の拡張と狭窄）及び静脈相に至るまでの解離腔内の造影剤の貯留であるが，Ｆには，そのいずれも認められなかった。また，血管の狭窄と紡錘状の拡張は解離性脳動脈瘤に固有の所見ではない。

これに対して，左前大脳動脈には嚢状脳動脈瘤が認められ，出血部位がこの脳動脈瘤であるとの診断は可能であった。左前大脳動脈の血管壁がスムーズだとしても，そのような脳動脈瘤が破裂しないとはいえない。

(ｲ) 同日のＣＴ検査における写真では，前大脳半球間裂部にも相当量のくも膜下出血が見られるが，内頸動脈解離性脳動脈瘤の破裂により前大脳半球間裂部までくも膜下出血が達するためには，かなり重篤なくも膜下出血が考えられる。

しかし，同日に被告病院へ来院したときのＦの意識は清明であり，くも膜下出血としては軽症だった。また，上記写真では，第３スライス目のみで右側に出血が多く認められ，第４，５スライス目では出血に左右差はほとんどなかったのだから，右側にくも膜下出血が多いとはいえない。

したがって，右内頸動脈解離性脳動脈瘤が出血部位であったと考えるべきではなく，前大脳半球間裂部でくも膜下出血が発生し，下方に広がったと考えるべきであった。

(ｳ) 右内頸動脈に解離性脳動脈瘤があるとしても，通常，破裂する脳動脈瘤は嚢状のものであり，紡錘形のものはほとんど破裂しない。内頸動脈解離性脳動脈瘤は，動脈狭窄ないし閉塞による脳梗塞の原因となるとされ，これが破裂することは非常にまれである。

また，同日の左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の大きさと形態から見て，当該部位からの出血は考えられないと断定することはできない。

(ｴ) 上記各事由からすると，Ｃ医師は，右内頸動脈解離性脳動脈瘤の存在を疑ったとしても，再度脳血管撮影検査，ＭＲＩ検査等を行うことによって，上記脳動脈瘤が実在するのか，仮に実在するとしても破裂部位は別の左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤ではないのかを検討する必要があったものであり，そうすれば破裂部位は左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤であると診断することは可能であった。

ところが，Ｃ医師は，診断に必要な検査を行わずに，右内頸動脈に解離性脳動脈瘤が存在し，これが破裂部位であり，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤は破裂していないと誤診し，内科的療法を継続した。

（被告の主張）

(ｱ) 一般に，解離性脳動脈瘤の診断は脳血管撮影検査によって診断可能とされ，その特徴的所見は血管の狭窄と紡錘状の拡張とされているところ，本件でもこの特徴的所見が認められた。１月１日の脳血管撮影検査において，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤は約３㎜と小さく，血管壁に不整はなくスムーズであるとの所見が得られた。

(ｲ) 同日のＣＴ写真からは，第３スライスのみならず第４，５スライスにおいても出血像に左右差が認められ，また，右側のシルビウス溝及び右側脳底槽にくも膜下出血が最も多く，これは右内頸動脈解離性脳動脈瘤の破裂の場合の血腫の局在と一致していた。左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤が破裂した場合には，血腫は前大脳半球間裂部に最も多くなり，上記ＣＴ写真のような像を呈することはまれである。

(ｳ) 以上から，破裂部位は右内頸動脈解離性脳動脈瘤であると診断できるものである。

また，ＭＲＩ検査による診断は標準的なものでも絶対的なものでもないから，脳血管撮影検査のほかにＭＲＩ検査を行うべき義務はない。

イ　１月１日時点での早期手術を行わないという判断について

（原告らの主張）

(ｱ) 通常の脳動脈瘤に対して保存的治療を行うと，その死亡率は，２週間以内で３８％，４週間以内で４９％，６週間以内で６０％に達するという報告があり，別の報告では脳動脈瘤根治手術を行わなかった場合，１か月以内に約半数，半年以内に約３分の２が死亡するとされている。そして，同日のくも膜下出血は，上記アの原告らの主張のとおり，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の破裂によるものであると診断すべきであったところ，Ｆの意識状態が清明であり，早期手術の適応があったことも併せ考えれば，Ｃ医師は，１月１日時点で早期に左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤のクリッピング術を行う判断をすべきであった。

(ｲ) 仮に，Ｃ医師が出血部位を右内頸動脈解離性脳動脈瘤と診断したことが誤りでなかったとしても，Ｃ医師は，同時に左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤もあると診断したのだから，Ｆは，多発性脳動脈瘤であったといえる。そのような場合，未破裂脳動脈瘤を含め一期に手術することが原則である。なお，ここでいう多発性脳動脈瘤と

は，嚢状脳動脈瘤のみを指すものではなく，この原則は解離性脳動脈瘤にも当てはまる。少なくとも，Ｃ医師は，開頭術を行い，右内頸動脈解離性脳動脈瘤があるか否かを確認すべきであった。
（被告の主張）
(ア) 上記アの被告の主張のとおり，１月１日時点でのＣ医師の診断に誤りはない。そして，内頸動脈解離性脳動脈瘤は比較的まれな疾患であり，一般的に採用すべき治療方法は確立していなかったが，症状が軽度であれば自然治癒する可能性もあり，出血から３週間以上経過して再出血しなければ，それ以降の再出血の可能性は低くなる。
仮に，出血部位が左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤であったとしても，急性期に手術するためには，術中に脱水とし，低血圧麻酔をするのが通常であるが，これにより右内頸動脈解離性脳動脈瘤の狭窄部が閉塞する可能性があり，その場合には右側大脳半球の大梗塞を起こし非常に危険となる。したがって，内頸動脈解離性脳動脈瘤が存在する場合には，安易に緊急手術をすべきではない。
(イ) 解離性脳動脈瘤に関し，多発性脳動脈瘤の場合，未破裂脳動脈瘤を含め一期に手術することが原則であるという定説はない。原告が主張する原則は嚢状脳動脈瘤に関するものであり，解離性脳動脈瘤が問題となっている本件には当てはまらない。したがって，Ｃ医師の治療方法の選択に誤りはない。
ウ　１月１日以降の経過観察について
（原告らの主張）
仮に，１月１日のＦの出血部位が右内頸動脈解離性脳動脈瘤であり，これに対して採られた保存的治療がやむを得ないものであったとしても，このような場合，Ｃ医師は，当該脳動脈瘤の解離の程度を再評価し，再出血を予知するため，発症から経時的に脳血管撮影検査による画像診断を行い，経過観察を行うべき注意義務があった。
ところが，Ｃ医師は，経時的に脳血管撮影検査を行わず，経過観察を怠った。
（被告の主張）
Ｃ医師は，同月２１日，次週に脳血管撮影検査を予定し，右内頸動脈解離性脳動脈瘤の変化を見た上で，治療方法を検討することとした。しかし，同月２５日に左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の破裂による再出血があり，その後はＦの全身状態が悪く，解離性脳動脈瘤に対する外科的治療を前提とする対応ができなかったため，脳血管撮影検査は実施できなかった。
エ　１月２４日時点での早期手術を行わないという判断について
（原告らの主張）
(ア) Ｃ医師は，１月２４日，ＣＴ写真上において前大脳半球間裂部に，再度，高吸収域を認めたが，これは，同日以前に左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤から再出血したことを示すものである。脳動脈瘤にくも膜下出血を発症した場合，その後，手術による治療を行わなければ，同一脳動脈瘤から再出血を来すことが多いのであり，同月１日のくも膜下出血は，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤を出血部位とすると一元的に考えるのが妥当である。そうすると，Ｃ医師が，同月１日のくも膜下出血の部位は右内頸動脈解離性脳動脈瘤であると診断したことがやむを得なかったとしても，同月２４日の時点で同月１日の破裂部位は左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤であること及びそこから再出血したことを認識し，早期に手術を行うべきであった。
(イ) くも膜下出血は，一般に出血を繰り返すたびに状態が悪化し，予後が不良となる。特に本件では，同月２４日以前の再破裂によって初回の出血は保存的治療により自然治癒が期待できる解離性脳動脈瘤からのものではなく再破裂しやすい嚢状脳動脈瘤からのものであったことが明らかになったのであり，その上，同月２４日，Ｆの状態は良好であったのだから，Ｃ医師には，致命的な破裂が起きる前に早期手術を行うべき義務があった。
（被告の主張）
Ｃ医師は，同月２４日のＣＴ写真から，前大脳半球間裂部のわずかな高吸収域は非常に淡く，出血は新鮮なものとは考えにくいので，数日以上前の出血と判断した。また，Ｃ医師は，仮に，出血部位が左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤であったとしても，右内頸動脈解離性脳動脈瘤も存在するため，安易に緊急手術することは避け，数日後に脳血管撮影検査をして，拡張部が成長し，破裂しやすくなっているかどうか等の右内頸動脈解離性脳動脈瘤の変化を検査し，手術による危険の有無を検討してから手術するか否かを決定することにした。
オ　１月２４日時点で便所に行くことを許可した判断について

（原告らの主張）
(ア) Ｃ医師は，Ｆに対して，１月２４日，車椅子で便所に行くことを許可し，Ｆは，翌２５日，車椅子で便所に行き，くも膜下出血を発症した。
(イ) くも膜下出血が生じた場合，２週間内に約半数が，４週間内に約７０％が再出血するとの報告があり，再出血の可能性は高い。そして，くも膜下出血は，出血を繰り返すたびに状態が悪化し，予後が不良となるから，医師は，くも膜下出血が認められ，手術を行うまで保存的治療を行うという場合には，再出血を防ぐため，暗室等での絶対安静の指示をする注意義務を負う。
(ウ) Ｆは，同月２４日，ＣＴ写真によると前大脳半球間裂部に再度高吸収域が認められたこと，同日１８時５０分，頭痛を訴えるといったくも膜下出血の臨床症状が認められたことからすると，その時までに左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の再破裂による出血があったといえる。また，Ｆは，同日午前に車椅子で便所に行ったことが非常に辛く，ベッド上での排泄を希望していたのであり，病室のベット上で排泄することはストレスとなっていなかった。
これらの事情からすると，Ｃ医師は，同日，更なる出血の可能性を防止するためには，便所の使用を許可すべきではなかった。
（被告の主張）
(ア) Ｃ医師は，Ｆに対し，１月２４日の時点で，離床を禁止し，ベッド上で安静を保つ旨の指示は継続しており，車椅子で看護婦が付き添っての便所での排泄のみを許可したにすぎない。同月２５日も，看護婦が車椅子でＦを便所まで連れていった。
(イ) Ｆは，同月２３日午後以降，血圧及び神経学的所見に全く異常はなかった。同月２４日のＣＴ写真では，前大脳半球間裂部にわずかに高吸収域が認められたが，その高吸収域は非常に淡く，出血は新鮮なものと考えにくかったため，Ｃ医師は，数日以上前の出血と判断した。また，同日，Ｆにはくも膜下出血の臨床症状は認められなかった。しかし，Ｃ医師は，軽度のくも膜下出血の可能性はあると考え，離床を禁止し，ベッド上で安静を保つように指示した。
(ウ) Ｆの意識状態は，同日まで３週間以上清明であったにもかかわらず，看護婦が介助してベッド上での排泄が続いていたが，Ｆ自身は便所での排泄を望んでいた。また，同日午後の便所での排泄時，何ら問題はなかった。そこで，Ｃ医師は，これ以上の便所での排泄禁止は，かえってストレスを増し血圧を高める結果となると判断して，車椅子による便所の使用を許可した。
カ　結論
（原告らの主張）
以上のとおりであるから，Ｃ医師のＦに対する診療行為には過失がある。
（被告の主張）
争う。Ｃ医師の診療行為に過失はない。
(2) 争点(2)（Ｆの死亡とＣ医師の過失との間の因果関係）について
（原告らの主張）
Ｃ医師の上記過失により，Ｆは，１月１日に左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤が破裂した後，その後の再破裂又は再々破裂前に適切な外科的治療を受ける機会を失い，この結果上記動脈瘤の再々破裂を来して，長期臥床の後，ついには静脈血栓症由来の肺塞栓症により死亡するに至ったものである。
したがって，Ｆの死亡とＣ医師の上記過失との間には因果関係がある。
（被告の主張）
Ｆの死因は，病理解剖が行われていないため，病理学的診断はついていないが，くも膜下出血の可能性が高い。
Ｃ医師は，Ｆの内頸動脈解離性脳動脈瘤に対し，適切な診断，処置を施しており，診療行為とＦの死亡との間には因果関係はない。
(3) 争点(3)（損害）について
（原告らの主張）
ア　逸失利益
Ｆは，死亡時６９歳であり，簡易生命表の平均余命年数の２分の１である８年間は家事労働に従事することができた。その家事労働は，金銭的には女子労働者の平均賃金額（平成８年度賃金センサス第１巻第１表，産業計，企業規模計，学歴計の平均賃金）に等しいから，上記平均賃金額２９７万１２００円を基礎とし，中間利息をホフマン方式により控除し，生活費分として３割を控除して，逸失利益の現価

を算出すると，次式のとおり，１３７０万３２３３円となる。
2,971,200×6.5886×0.7＝13,703,233
原告Ａ１は，その２分の１に当たる６８５万１６１６円の，その余の原告らは，それぞれ１０分の１に当たる１３７万０３２３円の，各損害賠償請求権を相続により取得した。
イ　慰謝料
(ｱ) Ｆの慰謝料
Ｆは，Ｃ医師の過失により植物状態に陥り，その後死亡せざるを得なかったものであって，これによるＦの精神的苦痛は計り知れないものがあり，その慰謝料は２０００万円を下らない。
原告Ａ１は，その２分の１に当たる１０００万円の，その余の原告らは，それぞれ１０分の１に当たる２００万円の，各慰謝料請求権を相続により取得した。
(ｲ) 原告らの慰謝料
原告らは，重篤なＦの状態に心を砕き，看護や治療に当たっていたが，状態は改善されることはなく死亡するに至ったもので，これによる原告Ａ１の慰謝料は５００万円を，その余の原告らの慰謝料はそれぞれ１００万円を下らない。
ウ　葬儀費用（原告Ａ１）　　　　　　１５０万円
エ　弁護士費用（原告Ａ１）　　　　　４００万円
オ　合計
ア～エの損害額を合計すると，原告Ａ１は２７３５万１６１６円，その余の原告らは各４３７万０３２３円となる。
（被告の主張）
争う。
第３　争点に対する判断
１　争点(1)（Ｃ医師の過失の有無）について
(1) １月１日時点の出血部位に関する診断について
ア　後掲各証拠及び弁論の全趣旨に上記争いのない事実を総合すれば，次の各事実が認められる。
(ｱ) 平成９年当時，解離性脳動脈瘤の診断には，脳血管撮影検査が重要な役割を果たしていた。その特徴的な所見としては，①真腔と解離腔を隔てるインティマル・フラップ，②内膜下血腫による血管径の拡張と狭窄（パール・アンド・ストリング・サイン），③静脈相に至るまでの解離腔内の造影剤の貯留，であった。Ｆの１月１日の脳血管撮影検査において，①，③は確認できなかったが，②に関しては，右内頸動脈において血管径の拡張と狭窄といいうるものが確認できた。（甲４，１７，乙１，乙２の４，６，乙５，検乙６，７，証人Ｃ，同Ｄ〔以下「Ｄ」という〕）
(ｲ) 同日の脳血管撮影検査において，左前大脳動脈に嚢状脳動脈瘤の存在が確認できたが，その大きさは，約３～４㎜であり，血管壁に不整はなくスムーズであった。一般にそのような大きさ，形態の脳動脈瘤が破裂する可能性は否定できない。（乙１，５，検乙１，２，証人Ｃ，同Ｄ，鑑定の結果）
(ｳ) Ｆには，同日，ＣＴ写真上の第３～５スライス目において，右シルビウス裂に左側よりも有意に多いくも膜下出血があり，前大脳半球間裂部にも相当量のくも膜下出血があった。（乙１，乙３の１，２，乙４，５，検乙９，証人Ｃ，同Ｄ，鑑定の結果）
(ｴ) Ｃ医師が平成１３年１月ころまでに執刀した脳動脈瘤の手術数は約１５０件であったが，そのうち内頸動脈解離性脳動脈瘤の症例は，Ｆの例のほかに１件があるのみであった。また，ある報告によると，平成７年から同１１年までの５年間に４１施設から集めたデータを分析した結果，内頸動脈解離性脳動脈瘤は，くも膜下出血の全症例の０．３％，原因不明のくも膜下出血の３．１％にすぎなかった。（甲５，１２，乙１４，証人Ｃ，同Ｄ）
(ｵ) 平成９年当時，内頸動脈解離性脳動脈瘤の特徴的所見である血管径の拡張と狭窄は，脳血管撮影検査により診断することが可能であり，自然修復の可能性をみるため，繰り返し画像診断することを推奨する旨の記載がある医学文献が存在した。また，そのころ，解離性脳動脈瘤の特徴的な所見であるインティマル・フラップの描出等に関して，ＭＲＩ検査の有用性を示す報告が増えており，今後，その信頼性の確認により脳血管撮影検査に勝る診断法となることが予測されるとの記載がある医学文献も存在した。（甲４～６，１２）
イ　以上の認定事実等に基づいて判断する。

(ｱ) 確かに，内頸動脈解離性脳動脈瘤が比較的まれな疾患であること，Ｆにはその特徴的所見のうち一つが認められたにすぎないこと，脳血管撮影検査上，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の存在も認められたこと等に照らせば，Ｆの前大脳半球間裂部に認められたくも膜下出血が，内頸動脈解離性脳動脈瘤からの出血であると断定する根拠は，必ずしも十分ではないとも考えられる。
(ｲ) しかしながら，１月１日の脳血管撮影検査の結果から，解離性脳動脈瘤の特徴的な所見の一つである血管径の拡張と狭窄といいうる所見が認められたこと，同日のＣＴ写真上の第３～５スライス目において，右シルビウス裂に左側よりも有意に多いくも膜下出血があったこと等に照らせば，Ｃ医師が出血部位が右内頸動脈解離性脳動脈瘤であると診断したことにも相当の理由があるといえ，これをもってＣ医師の判断に過失があったとまで認めるには足りない。
(ｳ) もっとも，平成９年当時の文献等によれば，出血部位が内頸動脈解離性脳動脈瘤であると診断するためには，解離性脳動脈瘤と疑われる部位について繰り返し画像診断する方法や速やかにＭＲＩ検査を行って画像診断を行うという方法も考えられたが，その当時の臨床現場での医療水準として，これを行わなければ確実な診断を下せないとまで考えられていたとは認められないから，上記認定は左右されない。
(2) １月１日時点での早期手術を行わないという判断について
ア　後掲各証拠及び弁論の全趣旨に上記争いのない事実を総合すれば，次の各事実が認められる。
(ｱ) １月１日被告病院に搬送された際，Ｆの意識状態はほぼ清明で，意識障害は全くなく，言語機能及び運動機能はほぼ正常であって，同日に脳血管撮影検査，ＣＴ検査を受けた後も同様であった。（甲１，乙１，５，証人Ｃ，弁論の全趣旨）
(ｲ) 脳動脈瘤は，一度破裂すると再破裂の可能性が継続するので，多くの医療施設では嚢状脳動脈瘤に対して早期にクリッピング術を行うことが多く，被告病院でもそれが一般的であった。また，一般に多発性脳動脈瘤の未破裂脳動脈瘤を未処置のまま放置した場合，破裂する危険性があるため，破裂脳動脈瘤に対する処置とともに，可能な限り未破裂脳動脈瘤に対しても早期の根治手術を行うべきである。この場合，多発性脳動脈瘤が同一のアプローチによって全部処置できるならば一期的に，それが不可能であるならば破裂脳動脈瘤の処置を優先的に行い，時期を選んで未破裂脳動脈瘤の処置を二期的に行うという方法が一般的である。（甲６～８，証人Ｃ，証人Ｄ，鑑定の結果）
(ｳ) 内頸動脈解離性脳動脈瘤に対しては，平成９年当時，通常の脳動脈瘤の手術方法であるクリッピング術ができないこともあり，確立された手術方法はなく，その他の方法で手術するとしても難度が高いものであった。また，手術中に狭窄部位が閉塞し，脳梗塞が発生する等の危険があり，特に高齢者に対してはその危険が高かった。（乙５，証人Ｃ，同Ｄ，鑑定の結果）

(ｴ) 平成９年当時の医学文献等においては，内頸動脈解離性脳動脈瘤に対しては，急性期に積極的な治療を行うべきとする立場もあったが，なるべく保存的に治療を行おうとする立場もあり，また，上記脳動脈瘤は一般的には自然寛解率が高いので，まず保存的治療を試み，これが奏功しない場合に外科的治療を実施すべきであるとの立場もあった。（甲５，１２）
イ　以上の認定事実等に基づいて判断する。
(ｱ) 確かに，平成９年当時，嚢状脳動脈瘤や多発性脳動脈瘤については，早期手術を行うことが一般的であり，被告病院においても同様であったと認められる。
(ｲ) しかしながら，Ｆが入院した当初において，Ｃ医師は，Ｆには右内頸動脈解離性脳動脈瘤と左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤が併存しており，くも膜下出血の原因は前者にあるものと診断したものであって，そのこと自体に過失があると認められないことは上記判示のとおりである。そして，平成９年当時，内頸動脈解離性脳動脈瘤に対しては確立された手術方法はなく，仮に手術するとしても難度が高い上に，特に高齢者に対しては危険性が高かったのだから，入院当初のＦの意識状態が清明であったことを考慮しても，Ｃ医師が早期手術の方途を選択しなかったことに過失があったとは認め難い。なお，Ｃ医師が出血部位を確認するために開頭手術を行わなかったことについても，開頭手術自体に伴う危険をも考慮すると，上記医師の裁量の範囲内で
あって，過失があったとは認め難い。
(ｳ) もっとも，内頸動脈解離性脳動脈瘤について，その当時，専門家の間

でも，急性期に積極的な治療を行うべきとする立場もあったが，少なくとも第一次的には保存的治療を行うという立場もあったのであり，このような状況下では，早期手術を実施するか否かの判断に当たっては，診療に当たる医師の裁量に委ねられる余地が大きかったといえるから，上記認定は左右されない。

(3) １月１日以降の経過観察について

ア　後掲各証拠及び弁論の全趣旨に上記争いのない事実を総合すれば，次の各事実が認められる。

(ｱ) Ｃ医師がＦに対して行った１月１日以降の診療等の経緯は，おおむね次のとおりである。（乙１，５，検乙１０，証人Ｃ）

ａ　１月１日，右内頸動脈解離性脳動脈瘤と診断した後，暗室での絶対安静を指示し，血圧降下剤ペルジピンを持続的に点滴注射し，収縮期血圧で１４０㎜Ｈｇ以上にならないように管理する旨の指示をした。

ｂ　同月６日，左手の握力の低下を認め，それは右脳の脳血管攣縮が発生したためであり，右脳の血管にくも膜下出血があったことの臨床的な証拠であると判断した。

ｃ　同月７日，臨床症状から左手の麻痺が進行していると判断し，ＣＴ検査を行った。同日のＣＴ写真では，同月１日のＣＴ写真よりも血腫が少なくなっていたが，右の前頭葉に脳梗塞の所見が得られたので，従前の指示を変更し，血漿を増加させて脳血流を改善させる目的でアルブミン製剤を増用し，翌日から点滴量を増加させる旨の指示をした。

ｄ　同月１７日，２週間以上絶対安静としたことにより再出血の可能性がかなり減ったこと及び長期間の絶対安静によって発生する下肢の血栓症を防止すること等を理由として，離床を制限しつつもベッド上では自由にしてもよい旨の指示をした。

ｅ　同月２０日，左手の麻痺がほぼなくなったことから，翌日以降，離床を進めていく旨の予定をたてた。

ｆ　同月２１日，右内頸動脈解離性脳動脈瘤の状態を調べる目的で次週に脳血管撮影検査を予定した。

ｇ　同月２３日，左手の麻痺はなくなり，下肢の動きも左右ともに良好であったため，離床を勧めた。

(ｲ) 平成９年当時，解離性脳動脈瘤については，壁在血栓の形成，解離の遠位部への進展等により急速に脳血管撮影像が変化することがあり，繰り返しの脳血管撮影検査による画像変化で治療方針を決定することも多い旨の記載がある医学文献が存在した。また，同年当時，最近の傾向として解離性脳動脈瘤の発症後に脳血管撮影で診断をした後は，ＭＲＩ，脳血管撮影を繰り返し行って，解離の進展，拡大の有無等を確かめ，解離が脳底動脈へ進展するおそれがある場合等には速やかに開頭手術等による処置を行っている旨の記載がある医学文献が存在した。（甲５）

イ　以上の認定事実等に基づいて判断する。

(ｱ) 確かに，平成９年当時の医学文献によれば，解離性脳動脈瘤については，繰り返し脳血管撮影検査等を行って画像変化で治療方針を決定する方法をとることも考えられたとはいえる。

(ｲ) しかしながら，その当時の医療水準によれば，必ずしも常に上記のような方法がとられていたわけではなく，具体的事例に即して，臨床症状やＣＴ検査等によって経過を観察する方法をとることが誤りとされていたとは認められない。

本件にあっては，Ｃ医師は，上記のような診断の下に，一貫して臨床症状及びＣＴ検査による経過観察を行っており，その結果，右内頸動脈解離性脳動脈瘤が自然治癒に向かっていると判断し，治療に当たっており，それについて過失が認められないことは上記のとおりであるから，そのような状態においては，Ｃ医師が経時的に脳血管撮影検査による画像診断を行わなかったことに過失があるとは認められない。

(4) １月２４日時点での早期手術を行わないという判断について

ア　後掲各証拠及び弁論の全趣旨に上記争いのない事実を総合すれば，次の各事実が認められる。

(ｱ) １月２１日午後１０時，Ｆは，頭痛を訴え，ロキソニンを投与された。同月２４日，Ｆの意識状態は良好であった。同日午前１０時３０分ころ撮影したＣＴ写真の所見から，同月７日に撮影したＣＴ写真上にはない新たな淡い高吸収域が前大脳半球間裂部に認められた。（乙１，乙３の４，検乙１０，１１，証人Ｃ，同Ｄ，鑑定の結果）

(ｲ) くも膜下出血が発症しても脳梁内血腫であれば臨床症状がないこともある。ま

た，くも膜下出血は，出血の程度により意識障害の全くないものから昏睡状態になるものまであり，小出血では必ずしも頭痛があるとは限らない。（甲１４，１５，１８，乙１１，１３，証人Ｃ，鑑定の結果）
(ｳ) 前大脳動脈嚢状脳動脈瘤に対しては，クリッピング術が手術方法として確立しており，患者が意識清明な状態においては，その難度も高いものではなかった。（甲８，１５，１８，乙１３，証人Ｄ，鑑定の結果）
イ　以上の認定事実等に基づいて判断する。
(ｱ) 上記判示のとおり，入院当初の検査によって，Ｆには右内頸動脈解離性脳動脈瘤のほかに，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の存在も認められていたのであるから，Ｃ医師としても，くも膜下出血の生じた部位が右内頸動脈解離性脳動脈瘤であるとの診断を一旦下した後であっても，その後の検査結果や臨床症状の経過観察によって，従前の診断を見直すことや，あるいは新たに左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤から出血することを考慮すべきであったといえる。
(ｲ) Ｆの場合，１月２４日のＣＴ検査によると，前大脳半球間裂部に淡い高吸収域が認められたのであり，それによれば，当該部位にはある程度の濃度の血液が存在したといえる。そして，同月７日のＣＴ写真では淡い高吸収域は認められなかったことに鑑みれば，同日以降同月２４日までの間に，新たに出血したと考えることが自然である。そして，Ｆの上記出血は，右内頸動脈解離性脳動脈瘤と左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の位置関係からして，後者の破裂が原因であると推定することが合理的である。
(ｳ) ところで，脳動脈瘤が二つある場合に，くも膜下出血が２度認められたとしたら，初回と同じ部位から再出血したと考える方が，異なる部位から新たに出血したと考えるよりも，経験則に適したものと考えられるし，少なくともその蓋然性は相当高いものといえる。（証人Ｄ，鑑定の結果）
(ｴ) そうである以上，Ｃ医師としては，さかのぼって診断を見直し，同月１日時点での出血も左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤の破裂による出血である蓋然性が高いとの判断に立ち，それを前提とする処置を行うべきであったといえる。本件においても，上記判示のとおり，右内頸動脈解離性脳動脈瘤の存在自体が確実とまではいえなかったこと，内頸動脈解離性脳動脈瘤に対しては治療法が確立されていないが，前大脳動脈嚢状脳動脈瘤に対してはクリッピング術が確立されていたこと，同月２４日のＦの意識状態が良好で，手術に対する適応があったこと，くも膜下出血が出血を繰り返すたびに予後が不良となるところ，Ｆは２度，左前大脳動脈嚢状動脈瘤から出血した蓋然性が高いこと等からすると，右内頸動脈解離性脳動脈瘤の存在による手術の危険性を考慮
しても，なお左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤に対する手術をしないことによる危険性の方が大きかったといわざるを得ない。
(ｵ) そうすると，Ｃ医師は，同月２４日，ＣＴ写真から前大脳半球間裂部に淡い高吸収域を認めた時点で，同月１日のくも膜下出血源が右内頸動脈解離性脳動脈瘤ではなかったのではないかとの疑いを持ち，同日中に脳血管撮影検査を行った上で，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤に対するクリッピング術を行うべき義務があり，それは可能であったといえる。ところが，Ｃ医師は，このような早期手術をしなかったものであるから，その点について過失があったものと認められる。
(5) １月２４日時点で便所に行くことを許可した判断について
上記判示のとおり，Ｃ医師は，１月２４日の時点で直ちに早期手術の必要性を認め，これに着手すべきであったのであるから，同日Ｆに便所に行くことを許可したことだけを切り離してその当否を判断する必要はないというべきである。
(6) 小括
したがって，Ｃ医師には，Ｆに対する診療行為について，過失があったものと認められる。
２　争点(2)（Ｆの死亡とＣ医師の過失との間の因果関係）について
(1) 後掲各証拠及び弁論の全趣旨に上記争いのない事実を総合すれば，次の各事実が認められる。
ア　１月２５日以降の診療及びＦの容態等については，おおむね次のとおりである。（乙１，５，証人Ｅ，原告Ａ２本人）
(ｱ) Ｆは，１月２５日午前９時１５分ころ，便所で倒れる直前には，意識は清明であったが，倒れた後，手術をする前には，深昏睡状態で自発呼吸もなかった。瞳孔は，対光反射もなく脳幹反射もなかった。しかし，手術直前の同日午後４時ころには，やや意識レベルが改善し，消失していた脳幹反射も見られるようになった。

(ｲ) ２月になると，意識レベルがやや改善し，時々自発的に開眼したり疼痛刺激によって両上肢を屈曲できるようになり，同月４日からリハビリテーションを床上で開始した。
(ｳ) 同月１３日，水頭症が発症し，経口の気管内挿管が長期化したため，脳室ドレナージ術と気管内切開術を行った。
(ｴ) ４月１８日，循環器内科の医師に心機能は良好であると診断され，その後も明らかな不整脈はなかった。
(ｵ) ５月１２日，車椅子に乗っていることができるようになり，同月１３日，気管カニューレ・キャップをして呼吸訓練を始めた。また，同月２２日，車椅子に乗ることができた。
(ｶ) ６月１６日，気管切開部に肉芽が認められ，７月２２日，気管肉芽切除術が行われた。
(ｷ) 同月２９日，午前２時の看護婦による巡視の際には特に変わった様子はなかったが，午前４時１０分の巡視の時に呼吸停止状態で看護婦に発見され，直ちに当直医により心臓マッサージ等心肺蘇生が行われたが，心拍は戻らず，午前４時２０分，死亡が確認された。その際，吸引によっても痰は引けて来なかった。
(ｸ) Ｆは，同年１月２５日の手術後，死亡に至るまで大部分の時間は寝たきりであり，意識のない状態にあった。
イ　Ｆの死因については，死後病理解剖が行われなかったため，確定診断は困難であるが，一応考えられるものとしては，①気管切開部の閉塞，②心原性，③右内頸動脈解離性脳動脈瘤の破裂，④静脈血栓症由来の肺塞栓症，の四つがある。（乙１，５，証人Ｃ，同Ｄ，鑑定の結果）
(2) 以上の認定事実等に基づいて判断する。
ア　医師が注意義務に従って行うべき診療行為を行わなかった不作為と患者の死亡との間の因果関係は，医師が当該診療行為を行っ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であろうことを是認しうる高度の蓋然性が証明されれば肯定されるものと解すべきである。（最高裁平成１１年２月２５日判決，民集５３巻２号２３５頁参照）
イ　本件において，Ｆの死因として一応考えられる上記(1)イ①～④のうち，①気管切開部の閉塞については，７月２９日に吸引をしても痰が引けて来なかったことからすると，可能性は低く，また，②心原性についても，４月１８日の循環器内科の医師の診断や，その後も明らかな不整脈はなかったことに鑑みると，可能性は低い。③右内頸動脈解離性脳動脈瘤の破裂については，これに沿う死亡診断書（甲３）の記載やＣ医師の供述（乙５，証人Ｃ）があるが，同医師自身の証言に照らしても，それについて格別の積極的根拠があるとは認め難い。
④静脈血栓症由来の肺塞栓症については，同症は，血栓が肺に飛んでいき，急死に至るという病態であり，運動をせずに長時間同じような姿勢でいると，発症しやすいところ，Ｆは，同年１月２５日の手術後，死亡に至るまで大部分の時間は意識のない状態にあり，時々車椅子に乗ったり，リハビリテーションを行う以外は，長時間臥床していたものであり，これらに上記①～③が死因となった可能性が低いことを併せて考慮すると，Ｆの死因として④が最も考えられるところである。（証人Ｄ，鑑定の結果）
そこで，Ｆの死因としては④と認めるのが相当である。
ウ　そうすると，上記判示のとおり，Ｃ医師が１月２４日のＣＴ検査の結果を受けて，Ｆの意識が清明なうちにクリッピング術を行っていたならば，同人は長時間意識のない状態に陥ることはなく，ひいては静脈血栓症に由来する肺塞栓症を発症し７月２９日において死亡することはなかったであろうことを是認しうる高度の蓋然性が証明されたものと認められる。
したがって，Ｃ医師が１月２４日にＦの左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤に対するクリッピング術を行わなかった過失と，Ｆの死亡との間には因果関係があると認められる。
３　争点(3)（損害）について
(1) 上記認定のとおり，Ｆの死亡についてＣ医師は過失による不法行為責任を負うところ，同医師は被告病院に勤務する医師として被告の事業の執行について診療行為を行ったものであるので，被告は民法７１５条に基づき使用者責任を負う。そこで，以下損害額について検討する。
(2) 逸失利益
証拠（乙１）及び弁論の全趣旨と上記争いのない事実によれば，Ｆは死亡時満６

９歳であり，死亡当時の生命表による平均余命年数の約２分の１である８年間は家事労働に従事することができたものと推認されるところ，この間の家事労働は，６５歳以上の女子労働者の平均賃金額（平成９年度賃金センサス第１巻第１表，産業計，企業規模計，学歴計の平均賃金）である２９６万４２００円を基礎とし，中間利息を年５％のライプニッツ方式（８年間の係数６．４６３２）により控除し，生活費分として４割を控除すると，次式のとおり，１１４９万４９３０円となる。

2,964,200×6.4632×(1-0.4)＝11,494,930（１円未満切捨て。以下同じ）

ところで，Ｆは，１月１日くも膜下出血を発症して被告病院に入院したものであり，同月２４日までは意識は清明であったが，車椅子に乗って便所に行って排泄することも容易でなかったことからすると，同日のＣＴ検査後，早期に脳血管撮影検査を行い，左前大脳動脈嚢状脳動脈瘤に対するクリッピング術を行い，予後が良好であったとしても，被告病院を退院後に，くも膜下出血発症前と同程度の家事労働を行うことができたと認めることは困難である。

そこで，以上のような事情を考慮して，上記１１４９万４９３０円の３０％に当たる３４４万８４７９円をもって，Ｆの逸失利益と認めるのが相当である。

(3) 慰謝料

上記認定のとおり，Ｃ医師の診療行為に過失があったことは否定できず，それによって適切な処置を受ける機会を逸し，遂には生命を失うに至ったＦ及びその遺族である原告らの無念さは想像に難くない。

他方，上記認定のような被告病院搬送当時のＦの病状やその後の症状の推移に照らすと，Ｃ医師の判断がかなり困難さを伴うものであったことも認めざるを得ない。

以上のような事情その他本件に顕れた一切の事情を総合考慮して，当裁判所は，Ｆの死亡に対する慰謝料としては１８００万円が相当であると認める。なお，この額は実質上遺族固有の慰謝料をも包含して認定したものである。

(4) 葬儀費用

弁論の全趣旨によって，原告Ａ１が支出したＦの葬儀費用として，１２０万円を同原告の損害と認める。

(5) 弁護士費用

本件に顕れた一切の事情を総合考慮して，Ｃ医師の不法行為と相当因果関係のある弁護士費用として２００万円を，原告Ａ１の損害として認める。

(6) 小括

以上により，Ｆの逸失利益及び慰謝料の合計額は２１４４万８４７９円であるところ，原告らはＦの相続人として法定相続分に従って損害賠償請求権を取得するから，その額は，原告Ａ１について１０７２万４２３９円，その余の原告らについて各２１４万４８４７円となる。このほかに，原告Ａ１については，葬儀費用１２０万円及び弁護士費用２００万円を加え，損害額合計は１３９２万４２３９円となる。

４　結論

以上の次第であるから，原告らの請求は，不法行為（使用者責任）による損害賠償として，原告Ａ１について１３９２万４２３９円，その余の原告らについて各２１４万４８４７円，及び上記各金員に対する不法行為の日（Ｆの死亡した日）である平成９年７月２９日から各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支払を求める限度で理由があるので認容し，その余は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。

名古屋地方裁判所民事第１０部

裁判長裁判官　西　尾　　　進

裁判官　鵜　飼　祐　充

裁判官　西　前　征　志