

平成16年10月25日判決言渡
平成14年（ワ）第543号 損害賠償請求事件

判決

主文

- 1 (1) 被告は、原告Aに対し、金1101万7823円及びこれに対する平成14年3月28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) 被告は、原告Bに対し、金550万8911円及びこれに対する前同日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- (3) 被告は、原告Cに対し、金550万8911円及びこれに対する前同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、その余は被告の負担とする。
- 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

- 1 被告は、原告Aに対し、金2765万7629円及びこれに対する平成14年3月28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 被告は、原告Bに対し、金1382万8814円及びこれに対する前同日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 3 被告は、原告Cに対し、金1382万8814円及びこれに対する前同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、狭心症の発作を起こして被告の経営する病院に救急搬入された患者が、その日の午後、再度発作を起こして死亡したことから、患者の遺族が、患者が死亡したのは、被告病院の入院時の処置ないし発作に対する処置等が不適切であったためであるなどと主張し、被告に対し、患者の債務不履行ないし不法行為に基づく損害賠償請求権を相続したとして、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 被告は、千葉市a区において、D病院を経営する健康保険組合である。
イ 原告Aは、亡Eの夫であり、原告B及び原告Cは、Eの子であって、Eは、平成11年7月12日午後8時22分ころ、満64歳で被告病院において死亡した。
- (2) 診療契約の成立
Eは、平成11年7月12日午前6時50分ころ、救急車で被告病院に搬送され、被告との間で診療契約を締結した。
- (3) 事実経過（以下、特に断りのない限り、平成11年中の出来事である。）
ア Eは、2月10日、起床時に動悸があり、排尿後、意識消失をしたことから、被告病院を受診したが、胸部レントゲン上も、心電図上も、異常は見られなかった。（乙5・3頁）
イ Eは、その後も意識消失を経験したため、3月17日から同月24日まで、失神発作を精査するため、被告病院に入院した（第1回入院）。
ウ 被告病院のF医師は、3月19日、Eについて、異型狭心症と診断した。（乙6・16頁）
エ Eは、3月24日、冠動脈造影検査を受検するため、G病院に転院し、同日から同月27日までの間、同病院に入院して検査を受けた結果、冠攣縮性狭心症と診断された。（甲8の2、乙5・10頁、乙6・31頁）
オ Eは、6月2日早朝、動悸とともに失神発作を起こし、被告病院に入院し（第2回入院）、F医師の指示により、ミリスロールの点滴を行うなどの治療を受けたところ、状態が安定したため、6月22日、退院した。
カ Eは、7月7日、動悸や気絶感があったため、被告病院を外来で受診した。
キ Eは、7月12日午前5時30分ころ、トイレに行ったときに動悸がして

気分が悪くなったため、救急車で被告病院に搬入され、入院したが（第3回入院、以下「本件入院」という。）、ミリスロールの点滴は行われなかった。

ク Eは、同日午後6時43分ころ、発作を起こして（以下「本件発作」という。）、トイレで倒れているところを発見され、被告看護師がミオコールスプレーを2回施行したものの、状態は改善しなかった。

ケ 同日午後6時50分ころ、被告医師の指示でニトロペンを舌下投与したが、心拍数は60台に低下し、血圧も測定不能、意識低下し、自発呼吸も消失したため、心肺蘇生術が施された。

コ Eは、同日午後8時22分、死亡したが、死因は、致死性の狭心症発作と診断された。（乙8・22頁）

（4） 医学的知見（乙2，4）

異型狭心症とは、冠攣縮性狭心症の一種であり、その発作が安静時に出現し、通常労作によっては誘発されない点で、労作性狭心症と異なり、心電図のST上昇を伴うのを特徴とし、その原因は、1本の太い冠動脈の攣縮であり、冠動脈の器質的狭窄の有無とは必ずしも関係がないとされている。

狭心症の既往のない患者、又は半年以上発作のない狭心症患者に胸痛が出現した場合、狭心症発作の回数や頻度が増加した場合、あるいは発作のパターンが変わった場合、不安定狭心症として、安定狭心症と区別される。不安定狭心症は、急性心筋梗塞や突然死に移行し易く、早期に確実な治療が必要であるとされている。

（5） 抗狭心症薬（甲5，乙2，4）

異型狭心症の治療には、①硝酸薬が著効を呈し、その他、②カルシウム拮抗薬、③β遮断薬、④その他の冠拡張薬が用いられ、①硝酸薬には、ニトロペン、ミリスロール、ミリステープ、ミオコールスプレー、フランドルテープなどが、②カルシウム拮抗薬には、ヘルベッサ、アダラート、ノルバスクなどがある。

異型狭心症の予防としては、カルシウム拮抗薬が第一選択となり、硝酸薬、あるいはニコランジル（シグマート）を併用すれば、一層効果的であるとされている。

不安定狭心症の治療ないし発作の予防としては、通常、硝酸薬とカルシウム拮抗薬、あるいはニコランジル（シグマート）を併用し、心機能が良好で血圧の上昇や心拍数の増加が発作の誘因と考えられる症例には、β遮断薬も併用する。以上の併用でも無効な場合、あるいはすでに薬物治療を受けていた症例で症状が増悪した場合は、経口薬から注射薬に変更するとされている。

2 争点

本件における争点は、①本件入院時の処置として、被告医師がミリスロール等硝酸薬の点滴をしなかった点に過失があるか否か（患者による点滴拒絶の有無、被告医師の説明義務違反の有無を含む。）、②硝酸薬点滴を行った場合の本件発作の回避可能性の有無（因果関係の有無）、③患者に対する安静指示の点で、被告に過失はあるか（むしろ、患者が安静指示に違反したのか否か）、④本件発作に対する被告の処置は不適切であったか否か、⑤損害額、の5点である。

3 争点に関する当事者の主張

（1） 争点1（本件入院時の処置）について

（原告らの主張）

ア Eは、平成11年から、発作が頻発し、病状は悪化していたのであり、本件入院に至るまでの経緯やEの本件入院時の症状からすれば、被告医師は、ミリスロール等硝酸薬の点滴をすべきであったのに、本件入院時に、これを行わなかった過失がある。

イ 被告は、Eに対してミリスロールの点滴の必要性を伝えたが拒絶されたと主張するが、そのような事実はない。診療録等にはそのような記載はないし、Eは第2回入院では数日間にわたってミリスロールの点滴治療を受け、その結果、一応の回復を得て退院したのであるから、治療のためにミリスロールの点滴を行うことを伝えられれば、その処置を拒否するはずがない。

当日午後2時過ぎに病室に駆けつけた原告Cは、前回の入院時と異なり、点滴をしていないことに気がつき、Eに対し、そのことを指摘すると、Eは「軽かったのかね。」と答えている。

ウ 仮に、ミリスロールの点滴を拒否されたとしても、被告医師がEに対し

て、その必要性、これをしない場合の危険性等を十分説明していれば、同意を得られたはずであり、このことは、被告医師に、ミリスロールの必要性を十分に説明すべき義務があったのに、これを怠ったことを裏付けるものである。

(被告の主張)

ア F医師は、入院後、Eに対し、狭心症の発作の再発であり、入院安静が必要であること、第2回入院時に行ったミリスロールの点滴が再度必要であることを説明したが、Eが「またあの点滴ですか。」などと言い、行動が不自由になること、頭痛がすることを訴え、点滴を拒絶したため、安静指示と内服薬等の投与によって様子を見ることにしたのである。

イ F医師としては、本件入院時のEの症状からすれば、ミリスロールの点滴が必要であるとは考えたが、Eの拒絶により点滴をすることができなかったものであり、診療録(乙8・22頁)上も、Eの希望によりミリスロール点滴をしなかったことが明記されている。

ウ 医師は、患者に対する治療につき最適と判断する内容を患者に示す義務はあるが、この義務は患者の自己決定権に優越するものではないし、また、患者の意向を無視して専断的な治療をすることは許されない。

(2) 争点2(因果関係)について

(原告らの主張)

ア 本件入院時に、ミリスロールの点滴をしていれば、本件発作を防げた可能性は大きく、ミリスロールの点滴をしなかったこととEの死亡との間には、因果関係がある。なお、一般的に、法的因果関係について、パーセンテージによる厳密な証明を求めることは難しく、医療過誤事件においては、より一層困難といえる。

イ Eの死亡後、F医師は、「点滴をすべきでした。しなかったのは当方のミスです。」と述べ、ミリスロールの点滴をしなかったことがEの死亡の原因であることを認めていた。

(被告の主張)

ア 7月12日午前9時30分ころ、Eは、ミリステープを貼用し、シグマート、ヘルベッサを内服し、午後には症状が消失して、容態が安定していたのであって、ミリスロールの点滴をしなかったことが、発作の原因となったということとはできない。

イ 本件発作が起きた医学的機序については、Eがトイレ歩行、排尿をしたことが本件発作の直接的、決定的な原因であるといえ、Eが同日午後6時30分ころ、トイレ歩行、排尿をしなければ、その時点において、本件発作は起こらなかったといえるし、仮に、ミリスロールの点滴を行っていたとしても、トイレ歩行、排尿をすれば、やはり、その時点で本件発作が起きていた可能性は高く、ミリスロールの点滴を行わなかったこととEの死亡との間に因果関係はない。

(3) 争点3(患者に対する安静指示)について

(原告らの主張)

ア F医師は、看護師やEに対する安静の指示があいまいかつ不徹底であり、安静の重要性についてEに理解させなかったことにより、結果として、Eにトイレでの排尿を許す状況とした。したがって、被告は、患者に対する安静指示の徹底を欠いた点において過失がある。

イ 被告は、F医師が「ベッド上安静」を指示したと主張するが、入院経過用紙(乙8・7頁)によれば、「ベッド上安静」が明確に指示されていないことが分かる。当日午後2時の段階では、「トイレは夕方までの様子で決めるとのこと」と看護師が記載しているが、夕方までに決められて伝えられた形跡はない。午後6時30分にも「Drに安静度カクニンのためTELつながらず」との記載があり、看護師は、夕方になっても、トイレについて明確な指示を受けていない。

ウ 被告は、Eが尿器での排尿を拒否していたと主張するが、Eは、午後2時過ぎのときには、尿器で排尿しており、尿器での排尿を断固拒否していたわけではない。

(被告の主張)

ア F医師による入院時指示によると、安静度については「ベッド上安静」、排泄については「尿・便器」とされている。この意味は、ベッド上で仰臥(あおむけ)又は側臥(横向き)でいなければならない、排泄もベッド上で尿・便器

をあててしな ければならないという意味であり、トイレでの排尿を許したことはない。

イ 「トイレは夕方までの様子で決めるとのこと」という記載の意味は、トイレについての指示が未だ無かったのではなく、 明日の夕方までの様子をみて、それ以降トイレに立って良いかどうかを決めるという意味であって、実際、記入者の看護師 は、上記認識を持って記載している。

ウ 当日午前9時30分ころ、Eが尿意を訴えたため、F医師から指示を受けていた看護師は、尿器の使用を勧めたが、E は、看護師の説得にもかかわらず、尿器では出ないと言い張り、トイレに行くと譲らなかったため、やむを得ず、看護師 は、看護師長を呼び、二人がかりでベッドを個室のトイレ脇まで運び、トイレで排尿させた経緯がある。

エ Eが倒れる直前、看護師は、Eから「トイレに行きたい。」と言われたことから、尿器で排泄するように説得したが、E は聞き入れず、あくまでトイレに行きたいと言い張ったため、看護師の経験上、医師から指示がなされているときでも、患者が納得しない場合、医師に指示内容を再度確認し、「やはりダメでした。」と言うと、たいていの患者は指示に従うことが多いことから、看護師は、担当医師に確認してくるから待つようにと伝え、ナースステーションへ行ったものの、F医師 に電話が繋がらなかったため、すぐに病室に戻ると、Eが同室内のトイレで倒れていたものである。

(4) 争点4 (本件発作に対する処置)について

(原告らの主張)

ア 一般に、狭心症の発作時には、速効性硝酸薬の舌下を行うべきものとされているが、硝酸薬を用いると血圧が低下する のであるから、昇圧剤を投与して血圧を確保してから、速効性硝酸薬等により、症状の改善をはかるべきであった。被告医師は、ミオコールスプレーを2回使用して、その副作用で血圧低下に伴う血流量の減少を招いたにもかかわらず、さらに、 昇圧剤を投与したり、血圧を確保することなくニトロペンを舌下させた点に過失がある。

イ 被告医師が血圧を確保することなく、ニトロペン1錠を舌下させたため、急激な血圧低下を招き、その結果、狭心症の 悪化・心停止を招来し、Eを死に至らしめた。

(被告の主張)

ア 異型狭心症においては、冠攣縮発作が長引くと心室細動や高度房室ブロックなどの致死性不整脈が出現しやすくなるの で、発作時は速やかにニトログリセリンを服用させるべきである。ニトログリセリンの副作用として、血圧の低下を招くこ とがあるが、狭心症発作が寛解すれば、結局、血圧が回復することになるから、まず第一に、ニトログリセリンを投与する のであって、ニトログリセリンの用法・用量(合計0.9mg)に問題はなく、発作を寛解させるべくニトロペン1錠を舌 下させた判断に誤りはない。

イ 本件においては、致死的な狭心症発作が起きていたのであり、脈拍低下、血圧測定不能、自発呼吸なしなどの重篤な状態 に陥ったのは狭心症発作によるものであって、ニトロペン1錠を舌下したことがEの心停止の原因となつたのではない。

(5) 争点5 (損害額)について

(原告らの主張)

本件医療事故によって、Eは以下の損害を被った。

ア 逸失利益 2471万4000円

イ 死亡慰謝料 2200万円

ウ 葬儀費用 212万1258円

エ 弁護士費用 648万円

(被告の主張)

否認ないし争う。

第3 当裁判所の判断

1 認定事実

後掲各証拠及び弁論の全趣旨によれば、以下の各事実が認められる。

(1) 本件入院に至るまでの事実経過

ア Eは、2月10日、起床時に動悸があり、排尿後、意識消失をしたことから、被告病院を受診したが、胸部レントゲン 上も、心電図上も、異常は見られなかった。(乙5・3頁)

イ Eは、3月17日から同月24日まで、失神発作の精査のため、被告病院に入院した。

ウ F医師は、3月19日、Eについて、異型狭心症と診断した。(乙6・16頁)

エ Eは、3月24日、冠動脈造影検査を受検するため、G病院に転院し、同日から同月27日までの間、同病院に入院して検査を受けた結果、冠攣縮性狭心症と診断された。(甲8の2、乙5・10頁、乙6・31頁)

オ Eは、6月2日早朝、動悸とともに失神発作を起こし、被告病院に入院した。

カ 第2回入院時、F医師の指示により、ミリスロールの点滴が開始され、内服薬はノルバスク1錠、シグマート3錠とされた。ミリスロールの点滴は、6月8日分まで行われたが、失神や胸痛等の胸部症状がなかったため、6月9日からミリステープ2枚に変更された。(乙7・13頁ないし19頁、23頁、25頁、26頁)

キ Eは、第2回入院当初、頭痛を訴えていたが、ミリステープに変更されてからは、頭痛の訴えはなくなった。(乙7・13頁ないし22頁)

ク Eは、6月22日、状態が安定したため退院した。F医師は、自宅での薬剤として、アルタット1カプセル、パナルジン1錠、シグマート3錠、ノルバスク1錠、ミリステープ2枚を処方した。(乙7・35頁)

ケ Eは、7月2日と同月5日、起床時に動悸がしたため、ミオコールスプレーを使用したところ、症状は改善した。(甲4、乙8・6頁)

コ Eは、7月7日起床時、立ち上がった途端に、動悸がして、気絶感があったため、被告病院を外来で受診したところ、F医師は、ノルバスクに変えてヘルベッサを処方した。(乙5・13頁、乙9・3頁)

(2) 7月12日本件入院当日の事実経過(以下、特に断りのない限り、7月12日の出来事である。)

ア Eは、午前5時30分ころ、起床してトイレに行ったところ、動悸がして、気絶感を感じ、トイレに腰掛けて、ミオコールスプレーを使用したところ、そのまま意識消失し、数分間で回復した。(乙5・13頁、乙8・5頁、6頁)

イ Eは、午前6時50分ころ、救急車で被告病院に搬入され、当直医であるH医師の診察を受けた後、F医師の指示で、即時入院となった。(乙5・13頁、乙8・2頁)

ウ F医師は、入院時の指示として、安静度「ベッド上安静」、排泄「尿・便器」使用、酸素吸入(1分間当たり1リットル)、ミリステープ2枚(朝、夕)、心電図モニター使用、胸痛時には、ミオコールスプレーを2回まで使用することを指示した。(乙8・13頁、乙9・3頁)

エ Eは、午前9時30分ころ、入室直後に尿意を訴えた。I看護師は、尿器の使用を勧めたものの、Eが尿器では出ないのでトイレに行くことに固執したため、I看護師は、看護師長を呼び、ベッドをトイレの側まで動かし、トイレで排尿をさせたところ、Eは、排尿後に呼吸苦を訴えた。(乙8・7頁、乙10・2頁、証人I・5頁ないし7頁)

オ Eは、酸素吸入を開始し、ミリステープを貼用したところ、2、3分で落ちついてきた。I看護師は、Eに対し、シグマート、ヘルベッサを内服させ、今後は、尿器を使用することを促した。(乙8・7頁、乙10・2頁)

カ F医師は、そのころ、訪室して、Eに対し、安静にすべきことを説明し、ミリスロールの点滴をするように勧めたが、Eは、「またあの点滴ですか。」と言って、点滴に拒否的な態度を示したため、F医師は、ミリスロールの点滴をしないことにした。(乙8・22頁、乙9・5頁、証人F・15頁、16頁)

キ Eは、午後には、症状が消失し、午後2時ころ、尿器で排尿を行った。(乙8・7頁)

ク 原告Cは、午後3時ころ、病室を訪れ、Eに対し、「点滴していなかったんだね。」と言ったところ、Eは、「軽かったのかな。」と答えた。(原告C・5頁)

(3) 本件発作時の事実経過

ア J看護師は、午後6時30分ころ、Eの病室を訪室したところ、Eは、J看護師に対し、トイレでの排尿を希望した。J看護師は、尿器の使用を

勧めたが、Eがトイレへ行きたいと希望したため、J看護師は、医師に確認をして
くる旨述べ、病室を離れ、ナースステーションからF医師に電話をした
が、連絡は取れなかった。(乙11・3頁、証人J・7頁ないし9頁)

イ 午後6時43分ころ、J看護師がEの部屋に戻ると、Eがトイレで倒れ
ていたため、J看護師は、ミオコールスプレーを1回施行したが、Eは、
「胸苦しい、苦しい。」と述べ、状態は、改善されなかった。(乙8・8頁、乙1
1・3頁、証人J・9頁)

ウ J看護師は、午後6時50分ころ、ミオコールスプレーを再度施行する
も、状態は変わらず、四肢冷感著明で、冷汗が認められ、駆けつけたH医
師の指示でニトロペンを1錠舌下投与したが、心拍数は60台に低下し、血圧も測
定不能、意識低下し、自発呼吸も消失した。(乙8・8頁、乙11・3
頁、4頁)

エ 被告医師らは、午後7時ころ、ラクテックにて持続点滴を確保したが、
心拍数は、30台から40台に低下した。(乙8・9頁)

オ 被告医師らは、午後7時10分ころ、生理食塩水10mlにプロタノー
ル1Aを加えて静注、ボスミン1Aも静注し、心臓マッサージを開始した
ところ、心拍数は、60台になった。(乙8・9頁)

カ 被告医師らは、午後7時33分ころ、気管内挿管を実施したが、心拍数
は0となった。(乙8・10頁)

キ Eは、午後8時22分、死亡したが、死因は、致死性の狭心症発作と診
断された。(乙8・10頁、22頁)

2 争点1 (本件入院時の処置)について

(1) この点に関する複数鑑定の結果は、概ね以下のとおりである。

ア K鑑定

(ア) 本件患者は、狭心症発作が頻発及び増悪したために入院したものであ
り、不安定狭心症の治療を目的としている。狭心症予防薬としてカルシ
ウム拮抗薬の内服と硝酸薬貼付がすでに施行されており、この状態で不安定化した
狭心症の治療としては、硝酸薬あるいはこれと同様の効果が期待される
薬剤の持続静注が必要と考える。また、過去の入院で硝酸薬の点滴静注
が有効であったことから、硝酸薬は、本件患者に対し、比較的安心して使用できる
薬剤と思われる。さらに、心電図モニターならびに患者の状態を常時監
視できる医療状況が望ましく、狭心症発作が安定するまでの期間は、冠
動脈疾患管理病棟(CCU)あるいは集中治療室(ICU)での管理が適当と考え
られ、本件患者の入院初期の治療として、ミリスロール等の硝酸薬点滴
を行わなかったのは不適切であったと考える。

(イ) 不安定狭心症患者は、急性心筋梗塞に移行する可能性が高い。主治医
は、この病態を患者に十分説明し、硝酸薬点滴を使用すべきであった
と考える。以前も同薬剤の使用により、本件患者の狭心症発作をコントロールして
おり、軽度の副作用は認められたものの、比較的安全に使用した経緯
がある。

患者が硝酸薬点滴を好まないケースもあるが、病状の説明、とりわけ
急性心筋梗塞に進展した場合のデメリットを説明した後に施行すべきも
のであると考えられ、仮に、本件患者がミリスロール等の点滴に拒否的であった場
合であって、その必要性を十分説明して、本件患者の初期治療とし
て、ミリスロールなどの硝酸薬あるいは同等の効果が期待できる薬剤の
点滴を行うべきであった。

イ L鑑定

(ア) 狭心症の場合、硝酸薬は重要な治療薬である。また、冠動脈攣縮性
狭心症においては、カルシウム拮抗剤も重要な治療薬である。本症例
では、ミリステープとカルシウム拮抗剤が投与されており、ミリスロール等の硝酸
薬点滴を行わなかったことだけをもって、不適切な治療と判断するこ
とは難しい。

(イ) 仮に、本件患者がミリスロール等の点滴に拒否的であった場合につ
いても、ミリスロール等の点滴を行わなければならない状態であった
かどうかについては、判断が難しい。また、基本的に患者の了承のもとに治療を行
うわけであるから、了承を得られない限りはその治療を行うことはで
きないのであって、拒否する場合において点滴を強制的に行うことが
妥当であるかどうかは疑問である。

ウ M鑑定

(ア) 本症例は、失神発作を繰り返していることからハイリスク群に該当する。発作の回数が頻回である活動期の場合には、硝酸薬、カルシウム拮抗薬、ニコランジルなどの持続点滴を行うことが望ましいとされており、実際に前回の入院の際には発作が安定化するまで硝酸薬の持続点滴が行われている。本件では、十分な量の抗狭心症薬が投与されており、慢性期の発作予防の治療としては適切であったといえるが、ハイリスク群に対する活動期の治療としては、硝酸薬点滴を行わなかった点は不適切であったといえる。

(イ) 発作の活動期における治療の基本は、冠拡張薬の持続点滴であり、純粋医学的には、本件の場合、必要性を十分に説明して行うべきであり、仮に、本件患者がミリスロール等の点滴に拒否的であった場合であっても、その必要性を十分に説明して、ミリスロール等の硝酸薬点滴を行うべき状態であったといえる。

ただし、必要性を十分に説明したにもかかわらず、患者側が点滴を拒否したのであれば、医師側には非は認められないこととなるが、どの程度の必要性をもって説明したかが問題となろう。

(2)

ア 複数鑑定の結果は、K鑑定及びM鑑定が、本件患者は、不安定狭心症の病状にあり、又は失神発作を繰り返しているハイリスク群に該当することから、ミリスロール等の硝酸薬点滴を行うべき状態であり、本件において、硝酸薬点滴を行わなかったことは不適切であったと判断している一方で、L鑑定は、硝酸薬点滴を行わなかったことだけをもって不適切な治療と判断するのは難しいとしている。しかし、不安定狭心症は、急性心筋梗塞や突然死に移行し易く、早期に確実な治療が必要であるとされているのであり、K鑑定及びM鑑定が指摘しているように前回の入院時にミリスロールの点滴を行って、症状が軽快しているという治療実績もあるのであって、しかも、被告医師によっても、本件入院時のEの病状は、前回より決して軽くない(証人F・15頁)というのであるから、本件入院時において、Eは、硝酸薬点滴を必要とする状態であったといえる。そして、その程度については、K鑑定及びM鑑定が指摘するように、第2回入院の退院後も発作を繰り返して、本件入院となった経緯からすれば、本件患者がミリスロール等の点滴に拒否的であった場合であっても、その必要性を十分に説明して、ミリスロール等の硝酸薬点滴を行うべき状態であったといわなければならない。

もっとも、医師は、治療方法に関する患者の自己決定権を最大限尊重すべきであるから、医師が治療行為に関する説明義務を尽くしたにもかかわらず、患者が当該治療を受けることを拒絶した場合には、当該治療行為を採らなかったことに付き、医師に過失があると認めることはできない。そうすると、本件入院時にミリスロール等硝酸薬点滴をしなかったことについて、被告医師に過失があるといえるのは、被告医師が、Eに対し、硝酸薬点滴の必要性等について十分説明し、いわゆる説明義務を果たしたにもかかわらず、Eがこれを拒否した場合に限られるものと解するのが相当である。

ところで、医師の負うべき説明義務は、患者の自己決定権を担保するためのものであることからすれば、その内容・程度は、自ずと患者が、当該医療行為の必要性・有用性、あるいは、それに対する危険性についての情報を得た上で、自主的判断の機会を確保するのに十分なものでなければならないのであるが、他方において、十分な情報を提供されたにもかかわらず、患者が治療行為を拒否したのであれば、それに基づく結果について、医師がその責任を免れることは、論をまたない。そこで、本件において、被告医師が、Eに対し、自己決定をする上での十分な情報を提供していたかどうかについて、以下検討する。

イ 入院診療録の退院時総括(乙8・22頁)に「本人の希望もあり、ミリスロールd i v(点滴)せずに安静で様子を見ていた」との記載があることからすれば、F医師は、Eに対し、ミリスロールの点滴静注を提案したものの、Eは、ミリスロールの点滴を希望しなかったことが認められる。

しかしながら、医師や看護師が患者の状態等をその都度記録する入院経過用紙(乙8・7頁ないし12頁)には、本件入院時におけるミリスロールの点滴に関するやりとりの記載はなく、F医師のミリスロールの点滴の必要性に

ついでに、原告Cが病室を訪れて、Eに対し、「点滴していなかったんだね。」と言ったことに対し、「軽かったのかな。」と答えたことが認められること（原告C・5頁）からすると、Eは自分の病状について、やや楽観的な見方をしていたものと認められ、F医師からミリスロール点滴の必要性について、十分な説明をされたものとは思われないこと、F医師は、Eの印象について、「医療に対する協力、その他治療に難渋した」、「潔癖な方です。頑固な方です。」と述べているように（証人F・2頁、9頁）、F医師とEとの間には、十分な意思の疎通が図れていなかったことが認められ、本件入院時にEがミリスロールの点滴に拒否的な態度を示した場合に、F医師が、あえて、Eを説得して、ミリスロールの点滴を勧めようとしなかったことは、十分考えられる状況であること、これに対し、Eは自己の症状について、その経過を書き留めていたことが認められることからすれば（甲4）、Eとしては、自己の病状について極めて関心を抱いており、医師から十分な説明を受ければ、医師の提案する治療について受け入れていたであろうことが推測されること、などの諸事情からすれば、当時のEの病状並びにF医師がミリスロールの点滴の必要性等について十分に説明したとは認めることができず、Eは、自己の治療について、十分な情報を提供された上で、その選択をするという機会を与えられていなかったというべきであり、本件において、いわゆる説明義務が果たされていたということはできない。

ウ これに対し、被告は、本件入院時にミリスロール等硝酸薬点滴を行わなかったのは、F医師がその必要性を十分に説明したにもかかわらず、Eが拒絶したからであって、被告に注意義務違反はないと主張し、F医師は、Eに対し、ミリスロールの点滴をするように勧めたが、Eは、「またあの点滴ですか。」と言って、点滴を嫌がる態度を示したので、更に、その必要性を説明したものの、Eは、ミリスロールの副作用により頭痛がすること、点滴をすることによって、行動の自由が制限されること、点滴をすることによって、入院が長くなることの3点を嫌がって、点滴を拒絶したため、ミリスロールの点滴を行わないことにした旨供述する。

しかしながら、F医師は、当公判廷において、Eが「またあの点滴ですか。」と言ったことは強烈に覚えている旨供述するものの、Eに対し自らが、ミリスロールの点滴の必要性について、どのように説明を行ったのかについては、必ずしも判然としない供述をしていること、Eが点滴を嫌がったことの理由として挙げたとされる上記3点は、当時のEの病状、特にこれが不安定狭心症のハイリスク群に該当し、硝酸薬点滴をしないと危険な状況にあることを医師から説明されたとしても、なお、患者であるEがどうしても点滴を拒絶する理由になるとは通常考え難いことなどからすれば、F医師が、Eの病状について、ミリスロール等硝酸薬点滴をすべき状態であること、かつ、その必要性について、十分に説明していたとは認め難く、ミリスロールの点滴の必要性について、十分に説明したというF医師の供述を措信することはできない。

(3) そうすると、F医師は、Eの状態がミリスロール等の硝酸薬点滴を必要とする状態であったのであるから、Eに対し、Eがそのような状態であり、ミリスロール等の硝酸薬点滴が必要かつ有効であることを十分に説明すべきであったのにこれを怠り、自己決定をする上での十分な情報を提供すべき説明をせず、その結果、ミリスロールの点滴がなされなかったのであるから、F医師には、ミリスロールの点滴をしなかった点において過失があるというべきである。

3 争点2（因果関係）について

(1) 硝酸薬点滴を行った場合の本件発作の回避可能性に関する複数鑑定の結果は、概ね以下のとおりである。

ア K鑑定

不安定狭心症の治療としてのミリスロールの効果は約80パーセントと報告されている。不安定狭心症の病態によりその効果に差はあるが、硝酸薬などの薬剤が不安定狭心症を完全に安定化させるわけではない。また、急激な冠動脈血栓形成に対しては硝酸薬の効果は低いと考える。そうすると、ミリスロール点滴を実施することで、本件発作を回避できたとは限らないが、回避できる可能性は約70パーセントと考える。

イ L鑑定

冠動脈攣縮性狭心症の場合、ミリスロール等の硝酸薬の点滴が、冠動脈の攣縮を軽減させる可能性がある。本件発作が冠動脈攣縮性狭心症発作であった可能性は十分考えられることではあるが、最終的な本件発作の原因が他にあるとすれば、ミリスロール点滴を行っても回避は難しい。したがって、回避可能性について、判断することはできない。

ウ M鑑定

一般論からすると、持続点滴の方が経口や経皮的投与よりも有効であることは論をまたないが、持続点滴そのものの有効性自体は100パーセントではないため、持続点滴をしていれば、どの程度、発作が抑えられたかについては、判断しようがない。

また、本件では、十分な量の冠拡張薬が投与されていたにもかかわらず、結果的に重篤な狭心症発作が起こっており、発作の活動性がかなり高く、発作自体が薬剤抵抗性であったと捉えることもでき、持続点滴をしていたとしても発作が起こった可能性も否定できない。

以上のように、持続点滴によって発作が抑えられた可能性と持続点滴によっても発作が抑えられなかった可能性のどちらの可能性が高いかについては、仮定の多い話で答えようがない。

(2) 複数鑑定の結果によれば、K鑑定は、ミリスロールの点滴を実施することで、本件発作を回避できたとは限らないが、回避できる可能性は約70パーセントと考えるとしているものの、L鑑定及びM鑑定は、結論としては、回避可能性の判断をできないとしているので、これについて検討する。

K鑑定は、不安定狭心症の治療としてのミリスロールの効果は、約80パーセントと報告されている一方、硝酸薬などの薬剤が不安定狭心症を完全に安定化させるわけではなく、心筋梗塞を発症していた可能性があることは、硝酸薬の効果さをさらに低下させることなどを挙げて、本件発作を回避できたとは限らないとして、その可能性を約70パーセントとしている。

L鑑定は、本件発作の回避可能性について、判断することはできないとしているが、その理由は、冠動脈攣縮性狭心症の場合、ミリスロール等の硝酸薬の点滴が、冠動脈の攣縮を軽減させる可能性があるものの、最終的な本件発作の原因が他にあるとすれば、ミリスロールの点滴を行っても回避は難しいという。しかしながら、本件における発作の原因は、病理解剖がなされておらず、厳密には明らかではないものの、前記認定のとおり、致死性の狭心症発作がその原因と認められる一方で、最終的な本件発作の原因が他にあることを窺わせる証拠はないのであって、そうすると、L鑑定によれば、ミリスロール等硝酸薬点滴を行った場合には、本件発作の回避可能性があったというべきである。

M鑑定は、本件の証拠関係では、仮定の多い話で答えようがないとしているが、一般論からすると、持続点滴の方が経口や経皮的投与よりも有効であることは論をまたないとしているように、ミリスロールの点滴の有効性自体は肯定しており、本件発作の回避可能性を否定するものではない。

そうすると、各鑑定の理由を総合して検討すると、冠動脈攣縮性狭心症の発作に対しては、ミリスロールの点滴が有効である点においては、一致していることに加え、K鑑定及びL鑑定は、回避可能性を肯定していると評価できることと、そもそも不作為の過失における回避可能性の判断にあたっては、100パーセント回避が可能であったことの立証を要求するものではないのであって、第2回入院時に、ミリスロールの点滴を行って、治療が奏功していることも併せ考慮すると、本件入院時においても、ミリスロールの点滴を行っていれば、本件発作を回避できたと認めるのが相当である。

(3) これに対し、被告は、本件においては、他の薬剤が投与されていたこと、本件発作の直前のトイレ歩行、排尿を考慮することなく、単に、文献に記載されているミリスロールの一般的な有効率のみを根拠として、ミリスロールの点滴を行わなかったこととEの死亡との間の因果関係を論じるのは妥当でないとして、因果関係は存在しない旨主張する。

確かに、被告医師は、Eに対し、ミリステープを貼用し、シグマート

及びヘルベッサを内服させていることが認められ、午後には、ヘルベッサからノルバスクへの変更を指示していることが認められる。また、後述するように、複数鑑定の結果によれば、本件発作の誘因は、Eのトイレ歩行ないし排尿であったことが認められる。

しかしながら、証拠（乙15）によれば、ミリスロールの有効率は、不安定狭心症に対し、80パーセントとされ、ミリステープの有効率は、54.8パーセントとされており、文献上もミリスロールの有効率の優位性が認められる上、M鑑定が指摘するように、持続点滴の方が経口や経皮的投与よりも有効であることは明らかであること、ヘルベッサの有効率は、狭心症に対し、84.7パーセント、異型狭心症に対し、90.2パーセントと認められ（乙15）、狭心症発作の予防に有効な薬剤が投与されていることが認められるものの、硝酸薬とカルシウム拮抗剤の併用は、以前からなされてきたものであり、本件においては、それを前提に、Eに対し、ミリスロールの点滴をすべきであったとする点では、各鑑定の結果が一致していることからすれば、他の薬剤が投与されているとしても、ミリスロールの点滴の有効性が否定されるわけではなく、そのことをもって因果関係が否定されるものでもない。そして、Eのトイレ歩行ないし排尿が本件発作の誘因となっていることは、被告医師がミリスロールの点滴をしなかったこととEの死亡との因果関係を否定するものではなく、被害者の過失として、過失相殺において考慮すべき事情に過ぎないというべきである。

（4） 以上からすれば、F医師がEに対し、ミリスロール等の硝酸薬点滴を行っていれば、本件発作を回避することができたというべきであるから、被告は、債務不履行ないし不法行為に基づき、原告らに対し、Eの死亡によって生じた後記損害を賠償すべき責任がある。

4 争点3（患者に対する安静指示）について

（1） 原告らは、F医師の安静の指示があいまいであり、安静の重要性についてEに理解させなかったことにより、結果として、Eにトイレでの排尿を許す状況とした過失があると主張するので、以下検討する。

（2） 前記認定事実によれば、F医師の指示については、指示表の記載（乙8・13頁）から、安静度は「ベッド上安静」、排泄は「尿・便器」使用であることは明らかであり、当該指示に従って、J看護師も、午後6時30分ころ、Eがトイレでの排尿を希望したのに対し、尿器の使用を勧めたことが認められ、当日の準夜勤帯の看護師であるJ看護師に対して、安静指示について、伝達されていたと認められるのであって、F医師の安静の指示があいまいであったということはできず、この点において被告医師に過失は認められない。

一方、Eは、午前9時30分ころにも、尿意を催した際に、看護師が尿器の使用を勧めたにもかかわらず、尿器では出ないと言い張って、ベッドを移動させてまで、トイレでの排尿をしたのであり、尿器の使用については、かなり消極的であったことが認められ、午後6時30分の段階でも、J看護師に尿器の使用を勧められたにもかかわらず、トイレでの排尿を希望したことが容易に推測し得るところ、患者が固執する場合には、医師の指示を確認をした上で、それでもダメであれば、納得する患者が多いことから、医師に確認の電話をすることになっているという対応は、一般的に、尿器の使用を嫌がる患者に対する対応として、十分合理性があり、電話で確認するから待っているように指示した上で、確認のため、医師に電話を掛けに行ったことについて、被告看護師に過失があったということもできない。

（3） 原告らは、入院経過用紙（乙8・7頁）の記載によれば、「トイレは夕方までの様子で決めるとのこと」とされているにもかかわらず、その決定がなされておらず、被告病院内で安静指示が徹底されていなかった旨主張するが、当初の指示が変更されたことを窺わせる記載はなく、J看護師も尿・便器使用を前提にして、Eに尿器の使用を勧めているのである。そして、F医師が、明示的にトイレに関する指示の変更について述べていなかったとしても、当初の指示が継続されているのであって、この点をもって、被告病院内で安静指示が徹底されていなかったということはできず、被告医師らに過失があるとはいえない。なお、被告は、当該記載について、「明日の夕方まで」のことであると主張するが、午後2時ころの記載であるにもかかわらず、「明日」との記載がなく、翌13日は、主治医であるF医師が休暇を取る予定であったこと（

証人F・42頁、43頁)を考慮すると、「明日の夕方まで」と解するのは困難であり、この点に関する被告の主張を採用することはできない。

(4) 以上からすれば、F医師は、Eについて、ベッド上安静、尿便器使用の指示をしていること、被告看護師も、その指示に基づいて、行動をしていたことが認められるのであって、被告病院内における、Eの安静指示について、被告医師ないし被告看護師に過失を認めることはできず、この点に関する原告らの主張は、理由がない。

5 争点4 (本件発作に対する処置) について

(1) この点に関する複数鑑定の結果は、概ね以下のとおりである。

ア K鑑定

ニトログリセリン舌下投与を低血圧時に行うと、さらに血圧が低下することが予想される。しかし、狭心症発作寛解のためのニトログリセリン舌下投与に際し、禁忌となるのは重篤な低血圧と心原性ショックであり、本件発作時はこれに該当しない。さらに、本件発作時は、静脈ラインが確保されていないと思われ、点滴のための留置針を穿刺する必要がある。この処置により心筋虚血の時間が延長することになるため、即座にニトログリセリンを舌下させることは適切と考える。

イ L鑑定

ニトロペンそのものの投与は、血圧が低いことだけをもって禁忌とすることはできない。本件発作時の状況下でニトロペン舌下に先立ち、昇圧剤の点滴投与を行うかどうかの判断は難しい。しかし、まず、輸液ルートを確保し、酸素吸入の開始が望ましい処置といえ、必ずしも適切とはいえない部分がある。

ウ M鑑定

冠攣縮性狭心症の発作時の処置としては、血圧の程度いかにかわらず、まずは攣縮により閉塞した冠動脈を拡張させることが重要であるため、ニトロペンをまず投与したこと自体は問題がない。

しかしながら、本件において、昇圧剤の投与時期、呼吸循環状態の維持、ボスミン投与の方法に問題があり、急変後の処置全般について注意義務違反が認められる。

(2) 原告は、本件発作に対する処置については、被告医師が昇圧剤を投与したり、血圧を確保することなく、ニトロペンを舌下させた点について過失がある旨主張するが、複数鑑定の結果によれば、ニトロペンを投与すること自体については、問題がないという点で、3鑑定が一致しており、この点について、被告医師の過失を認めることはできず、この点に関する原告らの主張は、理由がない。

(3) L鑑定及びM鑑定は、本件発作に対する措置について、必ずしも適切でない部分があると指摘しているもので、この点について検討すると、L鑑定については、まず、輸液ルートを確保し酸素吸入の開始が望ましい処置といえる旨指摘しているものの、一方、その処置を行っても、救命できなかった可能性はあるとしており、M鑑定については、早期の経静脈的な薬剤の投与と、中心静脈ラインの確保等に関する旨指摘しつつも、適切な医療行為が行われた場合の救命率については、少なくとも0パーセントではないとしているのであって、いずれについても、救命可能性について、これを肯定するには足りないというべきである。

(4) 他に、本件における緊急時の処置として、医師の過失を認めるに足りる証拠はない。

6 争点5 (損害額) について

(1) Eが本件医療事故によって被った損害は、以下のとおりと認めることができる。(合計4007万1295円)

ア 逸失利益

原告らは、Eが税理士資格を有しており、開業準備中であつたとして、全労働者全年齢平均賃金を基に逸失利益を請求しているが、Eがすでに64歳と比較的高齢であつたこと、狭心症の発作で入退院を繰り返しており、税理士として開業する蓋然性があつたとは認められないことからすれば、全労働者全年齢平均賃金を基に逸失利益を算定するのは相当でなく、逸失利益の算定にあたっては、女子労働者年齢別平均賃金を基に逸失利益を算定するのが相当である。

そこで、平成11年における女子年齢別賃金センサスである290万1600円（女性労働者・64歳）を基礎収入とし、生活費控除は30パーセント、就労可能年数を64歳の平均余命の2分の1（11年）としてライプニッツ式計算法（係数は、8.3064）により中間利息を控除して算定すると、逸失利益は1687万1295円となる。

$(290万1600円 \times (1 - 0.3) \times 8.3064 = 1687万1295円)$

イ 死亡慰謝料

本件事案の内容、診療経過、結果の重要性、その他一切の事情を考慮すると、Eが被った精神的苦痛に対する慰謝料は、少なくとも2200万円を下らないものと認めるのが相当である。

ウ 葬儀費用

Eの死亡に伴う葬儀費用は、120万円を本件と相当因果関係のある損害と認めるのが相当である。

(2) 過失相殺

ア 複数鑑定の結果によれば、本件発作の誘因は、発作の直前のトイレ歩行ないし排尿であると認めるのが相当である。（K鑑定、L鑑定、M鑑定）

イ 前記認定事実によれば、Eは、F医師からベッド上安静、尿便器使用の指示がなされ、J看護師からも尿器の使用を勧められたにもかかわらず、トイレでの排尿を希望し、J看護師に医師に確認するので待っているように指示されたにもかかわらず、その指示に反して、無断でベッドから降りて、トイレでの排尿を敢行したものであり、Eの死亡については、Eが被告医師らのベッド上安静の指示に反して、トイレ歩行ないし排尿をしたという事情を過失相殺事情として考慮すべきである。

加えて、前記認定事実からすれば、被告医師がミリスロールの点滴の必要性について、十分には説明をしていなかったとはいうものの、被告医師はミリスロール点滴を勧めており、これに対するEの拒否的な態度が被告医師の治療方法の選択を誤らせた面がないとはいえないことを考慮すると、E自身の行為の関与の度合いは、決して低いものではなく、損害の公平な分担という見地からすれば、本件の過失相殺割合は5割とするのが相当である。

(3) したがって、上記損害額に、過失相殺を行った結果は、2003万5647円（1円未満切捨て）となる。これを原告らが相続分に応じて相続したことが認められるから、被告に負担させるのが相当な損害賠償額は、原告Aについては、1001万7823万円（1円未満切捨て）に弁護士費用相当額100万円を加算した1101万7823円、原告Bについては、500万8911円（1円未満切捨て）に弁護士費用相当額50万円を加算した550万8911円、原告Cについても、前記同様550万8911円となる。

第4 結論

よって、原告らの請求は、被告に対し、原告Aが、1101万7823円及びこれに対する平成14年3月28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支払を求め、原告B及び原告Cが、各550万8911円及びこれに対する前同日から支払済みまで前記同様年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から、その限度でこれを認容し、その余の各請求はいずれも理由がないから、これを棄却することとし、訴訟費用の負担につき民訴法61条、64条本文、65条1項本文を、仮執行の宣言につき同法259条1項を、それぞれ適用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 小 磯 武 男

裁判官 見 米 正

裁判官 国 分 貴 之

