

平成30年9月28日判決言渡 同日原本領收 裁判所書記官

平成29年(ネ)第1183号 損害賠償請求控訴事件

(原審 神戸地方裁判所平成26年(ワ)第43号)

口頭弁論終結日 平成30年3月23日

判

決

控訴人

X2

X2

(以下「控訴人X2」という。)

同所

控訴人

X3

X3

(以下「控訴人X3」という。)

同所

控訴人

X4

X4

(以下「控訴人X4」という。)

上記3名訴訟代理人弁護士

谷直樹

同

渕上陽子

同

川見未華

被控訴人

Y

Y

(旧名称 Y)

A

同代表者理事長

同訴訟代理人弁護士

文

1 原判決を取り消す。

X2

2 被控訴人は、控訴人X2に対し、1500万円及びこれに対する平成23年6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。

- 3 被控訴人は、控訴人^{X3}に対し、750万円及びこれに対する平成23年6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。
4 被控訴人は、控訴人^{X4}に対し、750万円及びこれに対する平成23年6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。
5 訴訟費用は、第1、2審を通じ、被控訴人の負担とする。
6 この判決は、第2ないし第4項に限り、仮に執行することができる。

事 実 及 び 理 由

第1 控訴の趣旨

主文同旨

第2 事案の概要

1 本件事案について

(1) 基本的事実関係

以下の事実は、当事者間に争いのない事実又は弁論の全趣旨により、基本的事実として、容易に認めることができる。

ア ^{X1} (以下「^{X1}」という。) は、昭和19年1月22日生まれの^{X2} ^{X1} ^{X3} ^{X4} ^{X1} 男性であり、控訴人^{X1}は^{X1}の妻、控訴人^{X1}及び同^{X1}はいずれも^{X1}の子である（以下、控訴人^{X1}、同^{X1}及び同^{X1}を合わせて「控訴人ら」という。）。

イ 被控訴人（後記本件事故当時の名称は、^Y）は、^Y
(以下「本件病院」という。) を開設する社会医療法人である。

^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^O ^P ^Q ^R ^S ^T ^U ^V ^W ^X ^Y ^Z ^A ^B ^C ^D ^E ^F ^G ^H ^I ^J ^K ^L ^M ^N ^{O</}

看護助手」という。)。

ウ **XI** は、平成23年6月14日、脳内出血の治療のため、本件病院に入院し、同月24日、肺炎を併発したため気管切開術を受け、気管切開部に気管切開カニューレである「トップ気管切開チューブポールシリコンプレフォート型8.0(カフェアー+)」(以下、気管切開カニューレ一般を「気切カニューレ」; **XI** に装着されていた気切カニューレを「本件カニューレ」という。)を装着された。

エ **XI** は、本件当日午後、本件病院1階にある検査室において、深部静脈血栓の検索のための下肢静脈エコー検査(以下「エコー検査」という。)を受けた後、入院していた本件病院の301号病室(以下「本件病室」という。)に戻り、**B** **F** **B** 看護師及び**B** 看護助手(以下「**B** 看護師ら」という。)の処置を受けた。

XI **B** は、**B** 看護師らが上記処置を終えて本件病室に隣接する看護師詰所(以下「本件詰所」という。)に行くなどして退室した後の午後2時25分頃、本件病室において、何者かにより、本件カニューレにティッシュペーパー(以下「本件ティッシュ」という。)を詰められた(以下、当該行動を「本件行為」という。)状態で、かつ、心肺停止となっているところを本件病院の看護師に発見された。本件ティッシュは、本件カニューレ(スリップジョイント部)から、少なくとも5cmほど(控訴人らは、8ないし10cmほどと主張する。)挿入され、3cmほどが広がったような形状で、外に出ていた(以上の状況を、以下「本件事故」という。)。

なお、**XI** は、本件事故時、医用テレメータ(日本光電工業株式会社製WEP-4204。以下「本件テレメータ」という。)を装着されていた。

オ **XI** は、本件事故後、ただちに蘇生処置を受けたが、蘇生後脳症となり、遷延性意識障害に陥った。

XI は、平成23年11月22日、医療法人一輝会荻原みさき病院(以

下「みさき病院」という。)に転院し、平成24年6月14日、症状固定となり、蘇生後脳症と診断され、コミュニケーションは表出・理解とともに困難、自動運動は見られない、痛覚刺激に対しても表情の変化は見られない、反射は、左右とも、二・三頭筋、腕橈骨筋、膝蓋腱反射亢進、筋力は精査困難と診断された。

カ **X1** ■■■は、平成25年2月5日、医療法人社団薰英の会久野病院(以下「久野病院」という。)に転院したが、平成26年5月19日午後8時42分、死亡した。

(2) 事案の骨子

ア 原審における当初の請求

X1 及び控訴人らは、平成26年1月12日、本件訴訟を提起し、本件ティッシュは、本件病院の医療従事者が、加害の故意をもって、本件カニューレに詰めたものであり、また、本件病院の看護師らには、医用テレメータの緊急アラームが鳴った場合、直ちに本件病室を訪問し、本件カニューレに生じた異常を除去する等の措置をとるべきであったのにこれを怠る等の過失があり、その結果、**X1** が、窒息して、心肺停止の状態となり、蘇生後脳症に陥ったと主張し、本件病院の医療従事者の故意による不法行為、又は、同病院の看護師らの注意義務違反等の過失による不法行為があったところ、被控訴人は、被用者である医療従事者らの上記各不法行為につき使用者責任を負うとして、民法715条1項に基づき、被控訴人に対し、**X1** が、同人の被った損害合計3443万4152円のうち100万円、控訴人**X2** が、同人の被った損害合計220万円のうち20万円、控訴人**X3** 及び同**X4** が同人らの被った損害合計各110万円のうち各20万円並びにこれらに対する不法行為の日(本件当日)である上記平成23年6月29日から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金の支払を求めた。

イ ~~X1~~ の死亡及び控訴人らによる訴訟承継

~~X1~~ は、上記(1)のとおり原審の口頭弁論終結（平成28年12月20日）前である平成26年5月19日に死亡したため、控訴人らは、本件訴訟における~~X1~~の請求に係る部分を承継した上で、平成28年1月8日付けで訴えを変更し、以下の請求をした。

(ア) 主觀的に、上記不法行為と~~X1~~の死亡との間に因果関係が認められることを前提として、控訴人~~X1~~が、損害金3113万3624円（①相続した~~X1~~に係る損害金2813万3624円及び②近親者固有の慰謝料300万円の合計額）の一部である1500万円（①のうち1400万円及び②のうち100万円の合計額）並びにこれに対する不法行為の日である平成23年6月29日から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金の支払の請求、控訴人~~X1~~及び同~~X1~~が、それぞれ、損害金1556万6812円（①相続した~~X1~~に係る損害金1406万6812円及び②近親者固有の慰謝料150万円の合計額）の一部である750万円（①のうち700万円及び②のうち50万円の合計額）並びにこれに対する上記不法行為の日から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金の支払の請求。

(イ) 予備的に、上記不法行為と~~X1~~に残存した後遺障害との間にのみ因果関係が認められることを前提として、控訴人~~X1~~が、損害金2292万3451円（①相続した~~X1~~に係る損害金1992万3451円及び②近親者固有の慰謝料300万円の合計額）の一部である1500万円（①のうち1400万円及び②のうち100万円の合計額）並びにこれに対する上記不法行為の日から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金の支払の請求、控訴人~~X1~~及び同~~X1~~が、それぞれ、損害金1146万1725円（①相続した~~X1~~に係る損害金996万1725円及び②近親者固有の慰謝料150万円の合計額）の一部である75

0万円（①のうち700万円及び②のうち50万円の合計額）並びにこれに対する上記不法行為の日から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金の支払の請求。

ウ 原判決及び控訴提起

原判決は、控訴人らの本件請求をいずれも棄却したため、控訴人らは、これを不服として、本件控訴を提起した。

エ 当審における当事者の主張の概要

(ア) 控訴人らは、当審において、本件病院の医療従事者のうちのいずれかが、加害の故意をもって、本件行為を行ったとの主張を撤回し、医療従事者は、患者の生命・身体の安全を守るため、気切カニューレを閉塞させないよう注意すべき義務を負うところ、B看護師ないしは他の本件病院の医療従事者のいずれかが、本件カニューレ周囲の汚染を防止する等の目的で、本件行為をした後、漫然とこれを除去することを失念して、放置したという過失による不法行為の主張に変更した。

(イ) 被控訴人は、目的のいかんを問わず、B看護師ないしは他の本件病院の医療従事者のいずれかが、本件行為をすることは、あり得ないと主張する。

(ウ) なお、現時点においては、ティッシュペーパーが人の吸気等により、非人為的に本件カニューレに吸い込まれることはあり得ないこと及びX1自身が本件行為をすることは不可能であったことは、いずれも当事者間に争いがないと解される。

2 前提事実

(1) 原判決の引用

前提事実は、原判決を下記(2)のとおり補正するほかは、原判決中「事実及び理由」第2の2（3頁20行目から7頁4行目まで）記載のとおりであるから、これを引用する。

(2) 原判決の補正

- ア 原判決4頁初行「医療法人」を「社会医療法人」と改める。
- イ 原判決4頁8行目「別紙診療経過一覧表」を「おおむね、別紙診療経過一覧表『診療経過（入通院状況・主訴・所見・診断）（争いがない）』欄記載」と改める。
- ウ 原判決4頁16行目「同月26日頃」を「同月27日頃」、同17行目「していた」を「受けていた」と各改める。
- エ 原判決5頁23行目「甲B3資料9、」に続けて「甲B12、」を加え、同24行目から6頁14行目までの部分を以下のとおり改める。

「 気管挿管は、気道を確実に確保する方法であり、その方法には、主に、観血的で経気管的な気管切開と非観血的で経咽頭的な経口挿管がある。

気管切開とは、前頸部で気管軟骨を切開することで気管を開口し、気管切開チューブ（気切カニューレ）を挿管する気道確保の方法であり、上気道狭窄や閉塞、意識障害等がある場合に気道を確保するため、誤飲や誤嚥の予防のため、長期間の人工呼吸管理のために行われるほか、肺炎や無気肺に起因して頻繁に吸引や洗浄が必要な場合などに行われる。

気切カニューレは、気管内に挿入されるチューブ、カフと、気管外に出ているスリップジョイントとによって構成されており、気管切開後、カフのついた管を気管に挿入し、カフに空気を入れて膨らませて気管の内壁に密着させ、さらに、気切カニューレの羽のようになっている部分の両端に、首の後ろからひもを通して固結びし、固定して装着する。

スリップジョイントには、Tピース（コネクター）と呼ばれるプラスチック製のT字型の部品やトラキオライフと呼ばれる人工鼻を接続することができ、Tピースの両端には、蛇腹型の管（以下「蛇腹管」という。）を2本接続する。蛇腹管の一方は長く、これには人工呼吸器等を接続し、他方の蛇腹管には何も接続せず、患者の呼気、喀痰や水滴等が

そこから排出される。

気切カニューレ挿管中は、スリップジョイント部から、気管支内やカフ上部にたまる分泌物や喀痰を吸引することができる。」

オ 原判決6頁16行目「心停止は」を「心停止とは、心臓がその機能である血液循環をすることができなくなった状態であり」と改める。

カ 原判決6頁20行目から24行目までの部分を削る。

キ 原判決6頁25行目「エ」を「ウ」と改める。

ク 原判決7頁4行目末尾に續け、行を改め、以下のとおり加える。

「エ グラスゴーコーマスケール

グラスゴーコーマスケール（GCS）は、患者の意識レベルを調べるための基準であり、E（開眼の状況）、V（最良言語反応）及びM（最良運動反応）の3種の観察項目からなり、Eは「自発的に開眼する」が4点、「呼びかけにより開眼する」が3点、「痛み刺激により開眼する」が2点、「全く開眼しない」が1点、Vは「見当識あり」が5点、「混乱した会話」が4点、「混乱した言葉」が3点、「理解不明の音声」が2点、「全くなし」が1点、Mは「命令に従う」が6点、「疼痛部へ」が5点、「逃避する」が4点、「異常屈曲」が3点、「伸展する」が2点、「全くなし」が1点である。なお、GCSにおけるVの評価でTとあるのは、気管挿管中を表わし、1点と換算する。」

3 争点

本件の争点は、以下のとおりである。

- (1) 本件病院の医療従事者が、本件行為に及んだ後、本件ティッシュを除去することを失念して放置した過失があるか（争点1）
X1
- (2) **■**の心静止の原因（争点2）
- (3) 本件病院の看護師らに、医用テレメータの緊急アラームが鳴った場合に直

ちに病室を訪問し、異常の原因を除去する等の措置をとるべき義務違反が認められるか（争点3）

(4) 本件病院に、~~XL~~に當時パルスオキシメータを装着させるべき注意義務があつたか（争点4）

(5) 本件行為等本件病院の医療従事者らの過失と~~XL~~の死亡及び後遺障害との相当因果関係の有無（争点5）

(6) 損害額（争点6）

4 争点に関する当事者の主張

(1) 本件病院の医療従事者が、本件行為に及んだ後、本件ティッシュを除去することを失念して放置した過失があるか（争点1）について

【控訴人らの主張】

ア 本件ティッシュは、人為的に本件カニューレに詰められたものであり、
~~XL~~以外の何者かが、本件行為に及んだことは明らかであるところ、本件病院の看護師らが、痰の吹き出し防止、清掃等のため、何らかの事情で一時的に気切カニューレにティッシュペーパーを詰め、これを取るのを忘れて退室したことは、十分に考えられる。

痰の吸引作業の省力化、痰の吹き出し防止や清掃等のため、ティッシュペーパーを使用することは、正しい方法ではないが、看護師らが、悪気なく、些事としてティッシュペーパーを使用し、気切カニューレに詰めるなどし、これを失念して放置することは、あり得ないことではない。特に、本件病院においては、被控訴人も認めているとおり、ティッシュペーパーで痰を吸収させるとか、多量の喀痰又は分泌物が口腔又は気切部から流出した場合にティッシュペーパーで拭くといった行為が日常的に行われており、そのため、心停止（心静止）した~~XL~~の対応に当たった看護師らは、ティッシュペーパーに違和感を覚えず、廃棄された本件ティッシュも特定できなかつたものである。

X1

B

■は、本件事故当時、吹き出すほどの量の喀痰が見られていたが、
■看護師は、本件病室に戻った後、本件カニューレの吸引を行っておらず、
代わりに本件ティッシュを詰めていたものと推認できる。

イ 第三者が故意にせよ、過失にせよ本件行為に及んだ可能性はない。

そもそも、第三者が、誰にも目撃されずに本件病室に侵入し、本件行為に及んだ上、本件病室から退室することは、本件病室が建物の3階に位置し、看護師詰所（本件詰所）に隣接しているといった場所的な状況や、約10分間という時間的な制約に照らし、不可能であるし、X1に対し、あえて、そのような行為に及ぶような動機を持つ第三者はいない。

ウ X1は、窒息後の呼吸停止から心静止に至ったものである。呼吸停止から心静止に至るには、短くとも10分程度を要するところ、本件においては、第三者が本件行為に及んだ可能性はないから、X1が検査から本件病室に戻った後、その処置を行った■看護師らが本件行為を行ったか、■看護師らの退室後、短時間のうちに、本件病院の医療従事者が本件行為に及んだものと考えられる。もっとも、そのような不自然な動きをした医療従事者は目撃されていないから、結局のところ、■看護師らないしはそのいずれかが本件行為を行い、本件ティッシュを除去することを失念して、本件病室から退室したものといわざるを得ない。

【被控訴人の主張】

ア 気切カニューレは、清潔区域（無菌状態を保持すべき区域）で清潔操作を行うべきものであることは、本件病院の医療従事者の誰もが認識しており、また、本件病院のマニュアルにより、看護助手はチューブ類には触れてはならないこととなっているため、X1がエコー検査から帰室した後の吸引作業は、■看護師が無菌手袋を装着して1人で行った。■看護師は、平成元年4月から平成17年頃まで■病院に勤務しており、その間、心臓血管外科・循環器内科病棟に5年間勤務していたのであるから、

気管切開患者の看護については、十分な経験、知識を習得しており、本件行為に及ぶといったことはあり得ない。

気管切開の周囲は、分泌物、水滴等で汚染されることが多く、ティッシュペーパーやタオルを日常的に、痰、水滴等による汚染防止目的で使用していたことは認めるが、それは、痰が流出して体表に付く所、又は、蛇腹管の先端から水滴が落ちる所に置いていたのみであり、ティッシュペーパーのような消毒をしていないものでカニューレの内部を拭くとか、カニューレ内部の清掃、痰の吹き出しの防止のためにカニューレにティッシュペーパーを詰めるといったことは、およそ考えられない。カニューレが汚れてきた場合には、看護師の上申により、医師がこれを交換することになっている。

被控訴人が、本件事故後開催した事故調査委員会（以下「本件調査委員会」という。）において、ティッシュペーパーを汚染防止目的で使用するのを禁止したのは、咳で浮き上がったティッシュペーパーが気切カニューレに詰まり、気道閉塞の原因になるとえたからである。本件カニューレに本件ティッシュが詰まっていたことは異常事態であり、関係した看護師ら全員が驚いており、蘇生処置後に本件病院の院長（被控訴人代表者。以下「**▲**院長」という。）に報告しているから、本件カニューレに本件ティッシュを詰めたなどということがあれば、当該調査等において判明したはずである。本件ティッシュを紛失したのは、**■**に対する緊急蘇生処置を優先していたため、証拠保全にまで気が回らなかったからである。**X1**

イ 第三者が、本件当日の午後2時15分頃から25分頃までの約10分間に本件病室に立ち入る可能性は、ないわけではない。看護師らは、本件病室の患者の関係者を全て認識していたわけではないし、本件詰所からは死角もあるから、一見していかにも不審者と見受けられる人物であればともかく、そうでない場合、比較的容易に本件病室に入退室できたし、患者ら

が不審人物を看護師に伝えることはあり得ない。

医療従事者の誰かが、悪意をもって故意に本件行為に及んだ可能性もあったが、動機がないことから深い検討はされず、警察にも届けておらず、廊下に設置されていた監視カメラの映像も上書きされて残っていない。

ウ **X1** は、トラキオライフJP（人工鼻）を装着し、携帯用の酸素ボンベから酸素吸入をする状態でエコー検査に行き、本件病室に戻った後、**B** 看護師が、Tピースと蛇腹管を装着したところ、痰が蛇腹管から吹き出したので、同看護師は、Tピースを外して吸引したが、少量しか吸引できなかつた。**B** 看護師は、吸引後、**X1** に再度Tピース・蛇腹管を装着し、**F** 看護助手とともに、**X1** のオムツを交換した後、蛇腹管の先端付近（同人の右肩上あたり）にティッシュペーパーを1枚敷いて、退室した。これらの作業は、2、3分で終了している。

(2) **X1** の心静止の原因（争点2）について

【控訴人らの主張】

ア **X1** は、本件カニューレに本件ティッシュが詰められたため、気道閉塞が生じて窒息し、呼吸停止により心静止に至ったものであり、本件において、窒息以外の原因による心静止の可能性はない。

イ 気切カニューレにティッシュペーパーが詰まることによって、気道閉塞がもたらされることとは明らかである。

ウ チアノーゼとは、酸素含有量が少ない血液が循環している状態であり、**X1** は、心静止の状態で発見されたところ、循環系が致命的なほどに衰弱した状態では、血流は重要臓器に優先的に流されるので、体表面に流れる血液は激減し、還元型ヘモグロビンは少なくなるし、心静止状態の場合、血液は循環せず、死体现象として外表面は蒼白を呈する。死後におチアノーゼらしきものが見られるのは、絞首や縊首などで頭部の静脈が閉塞され、鬱血した状態で発見されたような場合であって、これは、厳密には血

X1
行障害である。X1についても、血液は循環しておらず、しかも、それ以前の低酸素状態の段階で、重要臓器に血流が優先的に回り、皮膚や粘膜には血液が流れないと見えていたから、チアノーゼが見られないのが当然である。

X1
また、X1の場合、本件事故直後の午後2時55分頃に行われた血液検査では、ヘモグロビン濃度が11.3g/dlであったから、動脈血酸素飽和度(SaO₂)が55%に低下しなければ、チアノーゼが出現する還元ヘモグロビン量の値である5.0g/dlに達しないため、動脈血酸素飽和度が80%であれば、一律にチアノーゼが出現するという前提は誤りである。

エ 本件では、心原性の心静止が起きた所見はなく、また、心原性の心静止では、心筋のダメージが不可逆的で、蘇生に成功しても心機能が回復することはないが、X1は、蘇生に成功し、心機能も回復しているから、心原性の心静止は、なかったものと考えられる。

また、心原性の心静止の場合、血液中の酸素を利用できる数分間は、呼吸中枢が機能しているため死戦期呼吸が観察できるが、呼吸原性の心静止の場合、血液中の酸素濃度が低下しているため、死戦期呼吸は見られないところ、X1には、死戦期呼吸は見られなかった。

X1
加えて、X1は、蘇生処置によりすみやかに心拍が回復したこと、蘇生後の血液検査の結果及び蘇生後の医療経過等を併せ考慮すると、心原性の心静止は否定される。X1の心機能が脆弱であったため、数十秒程度で窒息から心静止まで進行したことを裏付ける事情はない。

オ X1については、深部静脈血栓の存在や、肺血栓塞栓症の発症を裏付ける検査結果はない。加えて、X1は、左下肢の筋肉を収縮させるような運動は不可能であったこと、本件事故直後の血液検査の結果で、Dダイマー(Dダイマーの存在は、生体内で生じた血栓が溶解した事実を示すことが、線溶のマーカーとなり、異常高値は、線溶活性の亢進を示すが、同時

に、生体内でいったん血栓が生じたことをも示すことから、これが高値となる場合は、血栓症の存在を示唆する。) の値が 4.00 と正常値の範囲内であったことなどに照らすと、肺血栓塞栓症による心静止は否定できる。

【被控訴人の主張】

ア ~~X1~~ が、本件ティッシュを原因とする窒息により心静止になった可能性があることは否定しないが、肺血栓塞栓症や心原性の心静止など、他の原因により心静止になった可能性も十分にあるから、原因は特定できない。

イ 気道閉塞によって、肺で血液を酸素化することが不可能になれば、血液酸素含有量が減少し、チアノーゼが現れるはずであるが、~~X1~~ は、本件事故当時、チアノーゼは認められなかった。したがって、~~X1~~ の心静止の原因は、窒息ではなかった可能性が高い。

ウ 本件カニューレに本件ティッシュが完全に詰まっていたのであれば、本件ティッシュは、吸気により気道まで吸い込まれるか、呼気により気切カニューレ外に飛ばされるはずであって、看護師が簡単に抜き取ることもできないはずである。逆に、本件ティッシュが完全には詰まっていないのであれば、窒息の原因にはならない。したがって、気切カニューレにティッシュペーパーが詰まったことによって窒息することはないと想定される。

本件ティッシュが本件カニューレ内に留まっていたということは、~~X1~~ が、本件ティッシュのため窒息したのではなく、先に呼吸が弱くなっていたということを示している。

エ ~~X1~~ は、リスクの高い、多くの合併症を持つ重症の脳内出血患者であり、他にも突然の心静止を来す原因が多数あった。したがって、~~X1~~ の心静止が窒息によるものとは断定できない。

オ ~~X1~~ は、本件当日、深部静脈血栓症を疑わせる所見があつて超音波検査を受けており、本件ティッシュによる気道閉塞のため低換気となった際に、Tピースが外れるほど、激しく体を動かすなどし、その際、深部静脈血栓

から遊離血栓が発生して、肺血栓塞栓症を発症し、これを原因とする心静止が起こった可能性を否定できない。

- (3) 本件病院の看護師らに、医用テレメータの緊急アラームが鳴った場合に直ちに病室を訪問し、異常の原因を除去する等の措置をとるべき義務違反が認められるか（争点3）について

ア 原判決の引用

争点3についての当事者の主張は、下記イのとおり原判決を補正し、後記ウのとおり当審における当事者の補充主張を付加するほかは、原判決中「事実及び理由」第2の4(2)【原告らの主張】イ及びウ（9頁8行目から10頁4行目まで）及び同【被告の主張】イ及びウ（11頁23行目から12頁22行目まで）記載のとおりであるから、これを引用する。

イ 原判決の補正

（ア）原判決9頁13行目「上記アのとおり、」を削り、同16行目及び18行目各「除拍」をいずれも「徐脈（徐拍）」と各改める。

（イ）原判決9頁21行目「医用テレメータ」を「本件テレメータ」と改める。

（ウ）原判決12頁8行目「上記アのとおり」を削る。

ウ 当審における当事者の補充主張

【控訴入らの主張】

人が窒息から心静止に至るまでにかかる時間は、およそ10分であり、血圧波形が平坦になっても、電気的興奮（心電図上の波形の出現）は、5分以上継続する。Xについて設定されていたバイタルアラームは、心拍数の上限140以上、下限40以下、不整脈アラームは、3秒以上的心静止の場合、3拍以上の連発性心室期外収縮が発生した場合、1分間に10回以上の心室性期外収縮頻発が生じた場合、及び、心室細動が生じた場合に鳴るよう設定されていたから、心静止に至るより前、遅くとも呼吸停止

による頻脈から徐脈に移った時点では、アラームが鳴ったはずであり、本件病院の看護師らは、5分以上、アラームに気が付かず、放置していたものである。

【被控訴人の主張】

午後2時20分にアラームが鳴っていた事実はない。本件病院の3階の慢性期病棟において、アラームが鳴ることは珍しい。本件において、看護師らは、即座に反応し、モニターがフラットであることを確認し、ベッドサイドに駆けつけ、医師に連絡を取っているが、連絡をした時間は、午後2時25分である。

■は、高血圧、糖尿病の合併症があり、心肺機能は脆弱であったと考えられるから、一般的な窒息、頻脈、徐脈、心静止の経過を取らずに心静止となつた可能性がある。

セントラルモニターの■の記録が消去されたのは、蘇生処置の際、セントラルモニターでは、本件詰所でしか患者の状況を確認できないため、ベッドサイドで患者の状況を確認できるベッドサイドモニターに付け替えるときに、元のセントラルモニターの記録は不要であると考えて退室処理をした結果、情報が削除されてしまったためであり、情報の混同等の混乱を避けるためには、誤りであったとはいえない。そして、退室処理後は、データを呼び出すことができなかつたため、心静止の原因は究明できなかつた。

(4) 本件病院に、■に常時パルスオキシメータを装着させるべき注意義務があつたか（争点4）について

ア 原判決の引用

争点4についての当事者の主張は、原判決を下記イのとおり補正するほかは、原判決中「事実及び理由」第2の4(3)（12頁25行目から14頁2行目まで）記載のとおりであるから、これを引用する。

イ 原判決の補正

- (ア) 原判決13頁初行「アラーム音が鳴るまでに一定の時間の経過を要するから」を「呼吸が停止し、低酸素状態となつても、心臓の機能に異常を来すまでには一定の時間の経過を要し、アラーム音が鳴る時点までに、低酸素状態が継続し、アラーム音が鳴った時点ではその影響を除去する時間的余裕が失われ、あるいは著しく少なくなるから」、同3行目「意識障害があり」を「傾眠傾向等意識障害も見られ」、同5行目「測定するため」を「測定することができ、より早期に低酸素状態に陥っていることを把握することができる」と各改める。
- (イ) 原判決13頁24行目「本件行為によって」から同25行目「安定しており」までの部分を「エコー検査の実施後、本件病室に戻り、B看護師らが退室するまでは、XLの意識状態は、やや傾眠傾向が見られるものの、比較的安定しており」と改める。
- (5) 本件行為等本件病院の医療従事者らの過失とXLの死亡及び後遺障害との相当因果関係の有無（争点5）について
- ア 原判決の引用
- 争点5についての当事者の主張は、原判決を下記イのとおり補正し、後記ウのとおり当審における控訴人らの補充主張を付加するほかは、原判決中「事実及び理由」第2の4(4)（14頁4行目から16頁17行目まで）記載のとおりであるから、これを引用する。
- #### イ 原判決の補正
- (ア) 原判決14頁5行目「争点1」から同6・7行目「不法行為」までの部分を「本件病院の医療従事者には、①本件行為に及んだ後、本件ティッシュを除去することを失念して放置した過失による不法行為」と改める。
- (イ) 原判決14頁25行目「E3 VTM6」から同末行「満点という」ま

での部分を「比較的」と改める。

(ウ) 原判決15頁末行「GCS」から16頁初行「4と6であり、」を削り、同初行「という」に続けて「GCSの」を加える。

(エ) 原判決16頁3行目「■は、」を「視床出血の治療において、血腫除去術には劇的な治療効果改善は認められていない。早期のリハビリテーションの効果は実証されており、機能予後の改善が期待されるが、破壊された神経構造を再生させる手立てではなく、発症時の重症度により、その改善には限界がある。■は、」、同7行目「■はかかる脳内出血が」から同8行目「状態にあった。」までの部分を「■の回復は、車椅子を利用する要介助状態に留まり、就労等が可能な状態にまで回復することは期待できず、仮に、本件事故がなく、■が、蘇生後脳症によって遷延性意識障害になるようなことがなかったとしても、生命予後が多少伸びた可能性は皆無とはいえないが、依然として機能予後は悪く、■の余生において、介護のために費用は発生しても、就労等が可能となつたとはいえないものである。」、同16行目「長期生存は難しかつた。」を「何らかの合併症により死亡する可能性は高く、平均余命を全うすることは考えられない。」と各改める。

ウ 当審における控訴人らの補充主張

(ア) 本件カニューレに本件ティッシュを詰め、これを除去しないまま放置したという本件病院の看護師の過失がなければ、■が窒息し、蘇生後脳症となり、死亡することがなかつたことは明らかである。

(イ) 本件テレメータのアラームに適切に対応し、より早期の不整脈の段階で対処していれば、■が蘇生後脳症となることはなく、死亡することもなかつたはずである。脳は、脳への血流が途絶えると、5分程度で不可逆的な損傷を受けるものであるところ、■は、蘇生処置後すぐに心拍の再開が見られたから、心静止からの発見の時間が短ければ、蘇生後

脳症に陥ることなく回復したはずである。

(6) 損害額（争点6）について

【控訴人らの主張】

ア ~~X1~~ の死亡に係る ~~X1~~ の損害（主位的請求）

(ア) 葬儀費用 150万0000円

(イ) 治療費 188万6542円

症状固定までの治療費 80万9142円及び症状固定後、久野病院に
移転した後の費用 107万7400円の合計である。

(ウ) 入院雑費 136万3500円

~~X1~~ は、本件事故がなければ、遅くとも平成23年11月22日には
退院していた。同日から死亡日までは909日であるところ、1日の入
院雑費は、1500円が相当である（1500円×909日）。

(エ) 入院付添費 590万8500円

~~X1~~ は、蘇生後脳症のため、死亡するまで、1人では何もできない状
況となり、身の回りの世話をする家族の付添いが不可欠であったところ、
1日の入院付添費は、6500円が相当である（6500円×909
日）。

(オ) 入通院慰謝料 431万8000円

~~X1~~ は、本件事故がなければ、遅くとも平成23年11月22日には
退院していたはずであるにもかかわらず、蘇生後脳症のため、同日から
死亡する平成26年5月19日まで909日間入院を余儀なくされたも
のであるから、これに対する入院慰謝料は、431万8000円が相当
である。

(カ) 死亡逸失利益 805万8112円

~~X1~~ は、死亡時70歳における年金収入が190万0400円であつ
たところ、死亡により、これを失い、代わって妻である控訴人 ~~X2~~ が年

間16万8192円の遺族年金を受給することになった。

以上によれば、^{X1}の死亡に伴う逸失利益は、同人の得べかりし年金収入から控訴人^{X2}の平均余命までの遺族年金を控除した805万8112円であり、その計算式は次のとおりである。

^{X1}の生活費控除率は30%が相当であり、その死亡時（平成26年5月19日）における平均余命は、^{X1}が15年、控訴人^{X2}（昭和21年8月11日生）が22年であるところ、ライプニッツ係数を、^{X1}について7.7217（平均余命10年の係数に相当する。）、控訴人^{X2}について13.1630とする。

190万0400円×0.7×7.7217－16万8192円×13.

1630=805万8112円（1円未満は切り捨て。以下同様。）

(ア) 死亡慰謝料 2800万0000円

(ク) 損害賠償関係費用 11万7390円

被控訴人等医療機関に対するカルテの開示請求等に要した費用である。

(イ) 小計 5115万2044円

(ロ) 弁護士費用 511万5204円

(ハ) 合計 5626万7248円

イ ^{X1}の死亡に係る控訴人ら固有の損害（主位的請求）

(ア) 控訴人^{X2}の慰謝料 300万0000円

(イ) 控訴人^{X3}の慰謝料 150万0000円

(ウ) 控訴人^{X4}の慰謝料 150万0000円

ウ ^{X1}の後遺障害に係る^{X1}の損害（予備的請求）

(ア) 治療費 188万6542円

前記ア(イ)と同じ

(イ) 入院雑費 136万3500円

前記ア(ウ)と同じ

- (ウ) 入院付添費 590万8500円
前記ア(エ)と同じ
- (エ) 入通院慰謝料 262万3333円
X! [REDACTED]は、本件事故がなければ、遅くとも平成23年11月22日には退院していたはずであるにもかかわらず、蘇生後脳症のため、同日から症状固定日である平成24年6月14日まで205日間、入院を余儀なくされたものであるから、これに対する入院慰謝料は、262万3333円が相当である。
- (オ) 後遺障害慰謝料 1400万0000円
X! [REDACTED]は、本件事故により後遺障害等級1級に相当する後遺障害を負ったが、本来であれば、罹患していた脳内出血（右視床出血）による障害が残ったとしても、その程度は、後遺障害等級5級にとどまったものと考えられるから、上記1級の慰謝料相当額2800万円から5級の慰謝料相当額1400万円を控除した差額1400万円は慰謝されるべきである。
- (カ) 後遺障害逸失利益 432万5192円
X! [REDACTED]は、上記(オ)のとおり、本件事故により後遺障害等級1級に相当する後遺障害を負ったから、本来残るはずであった後遺障害等級5級との差額分が後遺障害逸失利益であると考えられる。その金額は、432万5192円であり、その計算式は、次のとおりである（控訴人らは、下記計算金額の一部を主張しているものと解する。）。
すなわち、[REDACTED]の症状固定時68歳における年金収入193万9900円を基礎収入と考え、平均余命16年に対応するライフニット係数は、10.8378、労働能力喪失率は、後遺障害等級1級が100%、後遺障害等級5級が7.9%である。
 $193万9900円 \times (1 - 0.79) \times 10.8378 = 441万5$

092円

| | |
|--|------------|
| (ア) 近親者固有の慰謝料 | 600万0000円 |
| 控訴人 ^{X2} について300万円；控訴人 ^{X3} 及び同 ^{X4} について各150万円の合計（なお、控訴人らは、下記エのとおり、別途固有の損害を計上して請求しているから、二重に計上していることとなるが、控訴人らの主張としては、そのまま計上する。） | |
| (イ) 損害賠償関係費用 | 11万7390円 |
| 前記ア(イ)と同じ | |
| (ア) 小計 | 3622万4457円 |
| (イ) 弁護士費用 | 362万2445円 |
| (ア) 合計 | 3984万6902円 |
| エ ^{X1} の後遺障害に係る控訴人ら固有の損害（予備的請求） | |
| (ア) 控訴人 ^{X2} の慰謝料 | 300万0000円 |
| (イ) 控訴人 ^{X3} の慰謝料 | 150万0000円 |
| (ウ) 控訴人 ^{X4} の慰謝料 | 150万0000円 |

【被控訴人の主張】

すべて争う。

第3 当裁判所の判断

1 当裁判所の認定した事実

前記第2の1(1)の基本的事実関係及び同2の前提事実に加え、証拠（後掲のもののほか、甲A1ないし4、6ないし13、甲B3、4、6ないし15、27ないし32、35、36、38ないし40、乙A1ないし9、12ないし18、20ないし25、29ないし34、乙B1.2〔以上枝番を含む〕、証人^B
^D、同^C、同^E、控訴人^{X3}本人。ただし、以下の認定に反する部分は、採用できない。）及び弁論の全趣旨を総合すれば、以下の事実を認めることができる。

(1) 本件病院の構造等

ア 本件病院は三方で道路に接し、東側には、道路と駐車場を挟んで10階を超える階数のあるマンション、南側には、道路を挟んで5階建ての集合住宅等の建物が存在する。

イ 本件病室は、本件病院の3階東南角に位置していた。3階の位置関係は、別紙図面のとおりであり、本件病室（301号病室）を含めて16室の病室が設置されていたほか、スタッフルーム（本件詰所）、カンファレンスルーム、デイルームなどが設置されていた。

本件病室の北側には本件詰所、西側には廊下と浴室が、それぞれ隣接していた。本件病室から西側にある廊下（以下「西側廊下」という。）に出て、302号病室から308号病室の前を通って、3階の西端まで進むと、北側の病室との間にデイルームがあり、自動販売機が設置されるなど、待合ロビーのようになっていた。

本件病院の2階及び3階の周囲は、一部分を除き、バルコニーが取り囲むように設置され、バルコニーには、高さ約1.08mのコンクリートの壁が設置され、ところどころに金属製の手すりが設置された約30cmの隙間や柱がある。

ウ 本件病室には、本件詰所に通じる扉（以下「詰所側扉」という。）及び西側廊下に通じる扉（以下「廊下側扉」という。）が設置されていた。詰所側扉は、約1.94m幅の両開きで、常時開放され、廊下側扉は廊下の幅とほぼ同じ約1.73mで、通常は閉じられていた。廊下側扉には、ガラス製のぞき窓が設置され、廊下から室内を見ることができるようになっていた。

本件病室には、バルコニーに面した掃出窓が2つあったが、通常は施錠されていた。

エ 本件詰所と本件病室との間には、常時開放された詰所側扉の東側、高さ

が約1.1mのところに約0.9m四方の開閉不能のガラス製の監視窓2枚が設置され、詰所から本件病室の中を観察できる構造になっていた。監視窓の側にはモニター台があり、心電図モニターが設置されていた。なお、本件病室内のベッドの高さは、当該監視窓より低かった。

オ 本件詰所の中央部にはテーブル（以下「本件テーブル」という。）が設置され、同テーブルで作業ができたほか、詰所西側にはパーテーションで仕切られた家族相談コーナーと呼ばれる区画があった。同区画では、スタッフが患者の家族からの相談等を受けるほか、相談等が行われていないときは、スタッフ自身が作業をすることもあった。

また、本件詰所の西側には、西側廊下に出るための扉（以下「詰所西側扉」という。）も設置されており、この扉は常時開放されていた。

カ 本件病室を含め3階の窓は、通常、閉められた上、内側から施錠されており、バルコニー側から解錠することはできないが、窓が施錠されていない場合は、バルコニー側から窓ガラスに手を当てて開けることが可能である。窓は、上部の一部を除きすりガラスになっており、日中は、すりガラス部分を通して、室内からバルコニーに人がいることは認識できるが、バルコニーから内部を見通すことは困難であった。

・ 非常階段及び外階段に通ずる扉、浴室の窓などは、通常、内側から施錠され、浴室は、入口も施錠されていた。本件病室を除き、病室と廊下との間のドアは、通常開放され、窓の前には物置などが置かれていた。

キ なお、本件病院は、本件事故後の平成23年12月に改装されており、本件病室も扉や窓の周囲、レイアウト等の設備が変更されている。

ク 本件病院の病棟の廊下には、防犯目的で監視カメラが設置されていた。
監視カメラの映像は、3週間分保存されることとなっていた。

(2) ~~■■■~~ の病状及び入院後の経過

ア 既往症

X1

■には、高血圧、糖尿病及び両眼糖尿病性網膜症手術歴の既往があり、川崎病院に通院していた。

イ 平成23年6月14日

X1

(ア) ■は、自宅において作業中、突然感電した旨を訴え、その後徐々に左上下肢が動かなくなる、話せなくなるなど、突然の左片麻痺を来て、本件病院に救急搬送され、そのまま入院した。

X1

(イ) ■は、入院当時、意識が清明で、声を掛けると開眼し、氏名、住所、場所及び日時等についての見当識があり、右上下肢は指示に従って動かすことができ、また、自ら活発に動かしていたが、左上下肢に麻痺等の感覺障害及び完全な運動障害があり、瞳孔不同で右が左よりも大きく、完全注視麻痺、部分的半盲、重度の半側不注意が認められ、構音障害が強く、質問には答えるが、聞き取りが困難であった。

X1

(ウ) ■は、頭部C T検査等各種検査の結果、右視床から被殻に約46mm×32mm(C T記録上の計測による。カルテの記載は45mm×25mmであった。)大の脳室内穿破を伴った右視床出血が認められ、高血圧性脳内出血と診断されたほか、脳内出血に起因する左片麻痺、部分的半盲及び言語障害が認められ、推定血腫量は27.8mlであった。血腫下端は、中脳に至り、脳室穿破を伴い、第3-4脳室にまで出血が及んでいたところ、当面は保存的治療とリハビリテーション(以下「リハビリ」という。)として、四肢ROM訓練が選択された。

X1

(エ) なお、■については、入院後、継続的にS p O 2を測定できる仕様のパルスオキシメータは装着されていなかったが、これとは仕様の異なる携帯用のパルスオキシメータを用いて、平均して1日に3ないし6回、間欠的に同数値の計測がされていた。本件事故当時、本件病院にあったパルスオキシメータは、フィンガーホルダに患者の指先を装着することにより、光を使って非観血的かつ連続的に動脈血液中の酸素飽和度と脈

拍数を測定する機器であり、長時間連續装着したまま使用しないようにとの注意書きがあった。

X1
██████のSPO₂は、同月14日午後5時55分に92%，同日午後7時25分に95%であったほかは、本件事故が起きるまで、気管切開術が実施された同月26日以降も含め、すべて97%以上であった。

(オ) 本件テレメータは、患者の心電図・心拍数・呼吸数・不整脈を、持続的に記録・監視する無線式の多用途医用テレメータであり、1台で、4人に使用することが可能（4チャンネル）であった。

本件テレメータは、データを受信する「受信部」、受信処理されたデータを画面に表示、計測、一定時間記憶し、各種計測値の上・下限を設定することによりアラームを検出し、表示する「処理／表示部」、モニタリングしている各種生体信号を記録し、アラーム発生時は、自動記録する「記録部」からなる。

本件テレメータには、バイタルアラーム機能、不整脈アラーム機能があった。バイタルアラームは、上限又は下限として設定した一定の数値を外れた場合に緊急アラームが鳴る機能であり、心拍数については、上限値140以上、下限値40以下が初期設定の数値になっていたが、本件病院が本件当日より以前に同設定を変更したことはなかった。また、不整脈アラームは、Asystole（心静止）が5秒以上みられた場合、3拍以上のVPC RUN（連発性心室性期外収縮）が連続して発生した場合、FREQ VPC（心室性期外収縮頻発）が10回／分以上になった場合に、それぞれアラーム音が鳴る初期設定になっており、本件当日以前に同設定が変更されたことはなかった。

本件テレメータの使用説明書には、「使用上の注意」として、「本装置でモニタリング中は、訓練された医療従事者がアラーム音を聞き取れる範囲から離れないでください。アラーム音が聞き取れず、患者の状態

変化に気付かないことがあります。」、「患者が入れ替わった場合は、必ず退床操作を行い、前の患者の全データを消去してください。[退床操作を行わずに新しい患者の入床操作を行うと、前の患者のデータに続いて新しい患者のデータが取り込まれてしまい、患者の経過を誤って把握することができます。]」、「モニタ中断中の患者が戻ってきたときは、必ずモニタ再開の操作を行ってください。モニタ中断中は、測定データの表示およびアラームの発生を行いません。」とある。

本件テレメータの退床操作は、モニタの入退床画面で「退床」をタッチし、全データの消去等の可否を確認する画面で「はい」をタッチすることにより行う。

ウ 平成23年6月15日

(ア) **XI** の担当医師は、控訴人らに対し、**XI** の病状について、高血圧性脳内出血であり、保存的治療とリハビリを行うこと、再出血や脳浮腫の増悪、深部静脈血栓症等による急変の可能性があり、特に、再出血時は救命できない可能性が高いこと、脳浮腫の増強により頭蓋内圧が亢進するようであれば、CT下で定位血腫吸引術を行う可能性があること、内包が重度に障害されているため、救命できても機能障害の予後は不良である見込みで、長期的なリハビリを行う必要性があることなどを説明した。

(イ) **XI** は、右手で、酸素マスクを外したり、床頭台を引き寄せようしたりする様子が見られ、ベッドから身を乗り出す危険があったため、右上肢の抑制が開始された。また、**XI** は、イビキ様呼吸や2ないし3秒の無呼吸、舌根沈下が確認されたため、経鼻エアウェイを挿入し、酸素吸入が継続された。さらに、**XI** は、左下肢の周径が右下肢よりも約2.5cm程度太いという差が見られるようになったため、深部静脈血栓症(DVT)の予防のため、左下肢は、四肢ROM訓練が中止され、足関

筋底背屈運動等が実施されるようになり、以後これが継続された。

(ウ) **X**の意識レベルは、E 4 V 5 M 6であったが、傾眠傾向で、左側方向の眼球運動は不可で、左側の感覚はなかった。また、唾液の嚥下は可能であったが、左顔面麻痺、挺舌時左偏位、舌の運動が乏しく、傾聴すれば、聞き取りが可能、左側無視で麻痺に気が付かず、眼球運動障害、側方視不十分、瞳孔異状なし、明らかな感覚障害、麻痺、左にはバビンスキ一反応ありといった状況が見られた。

エ 平成23年6月16日から同月28日まで

(ア) **X**は、同月16日、39度の発熱があったが、呼名に返答があり、従命はするものの、傾眠傾向が続いた。

(イ) **X**の担当医師は、同月17日、原告らに対し、前日のCT検査の結果、脳浮腫は若干強くなったが、血腫の増大はなく、意識レベルに著明な変化はなかったこと、発熱があり、唾液の誤嚥が原因と思われる肺炎を併発しており、抗生素投与の治療を開始したこと、呼吸状態は現時点ではますます維持できているが、これが悪化した場合、気管挿管等が必要になること、肺塞栓等で急変することもありうること等を説明した。

(ウ) **X**は、同月17日、誤嚥性肺炎（老人性嚥下性肺炎）を併発したと診断された。また、**X**は、同日から同月19日にかけて、鼻腔に挿入されたエアウェイから血性痰が流出し、同月19日にはエアウェイが血液で閉塞したが、その原因としてエアウェイ挿入による鼻出血が考えられたため、いったん抜去された。

(エ) **X**は、努力様呼吸が持続的にみられたため、同月20日、経鼻的気管内挿管が行われた。**X**は、挿管後、呼吸は平静となったが、粘痰が増加し、挿管チューブ内が乾燥し、痰が吸引しづらくなり、閉塞気味となるなどし、挿管チューブの詰まりが窺われたが、チアノーゼが見られるることはなかった。

また、■は、日により変動はあるものの、左下肢の周径の方が右下肢の周径よりも大きいという左右差が見られ、四肢、特に左上下肢に浮腫が認められることもあり、動脈等の触知が困難なときもあった。

(才) ■については、同月16日以降、1日に3回リハビリ（理学療法、言語療法、作業療法）が行われ、その度にGCSが計測された。その計測結果は、同日が、E3V4M6、同月17日が、E3V2M6、E3V5M6、同月18日が、E3V4M6、E3V3M6、同月19日が、E3V3M6、E3V3M6、同月20日が、E3V3M6、E3V4M6、E3V3M6、同月21日が、E1VT（前日に経鼻的気管内挿管がされたため）M5、E2V1M5、E2VTM6、同月22日が、E3VTM6、E3VTM6、E2VTM6、同月23日が、E1VTM6、E3VTM6、E3VTM6、同月24日が、E3VTM6、E3VTM6、E3VTM6、E3VTM6という結果であった。

(才) ■には、同月24日午後4時30分から、肺炎併発を踏まえ、長期的な気道確保を目的とする気管切開術及び意識障害を改善してリハビリを促進するための定位的脳内血腫除去術が、それぞれ行われた。

血腫除去術においては、硬膜を切開すると脳が膨隆したことが認められ、血腫は柔らかく、容易に吸引でき、35cc吸引したところで脳と交通したため、洗浄し、新たな出血がないことを確認し、終了した。その結果、血腫は、CT画像上も大幅に縮小した。

気管切開後、■には本件カニューレが装着された。本件カニューレの内径は、8mm(Frサイズで33)であった。■については、その後も、粘調かつ色のついた痰が頻繁かつ多量に流出し、蛇腹管まで汚染することもあったが、挿管チューブが閉塞することなく、チアノーゼも見られず、バッキングが強くTピース接続部がすぐに外れることもあつたが、外れた状態でもSpO₂はほとんど低下しなかった。

(イ) 同月 25 日の ~~■~~ の状態は、開眼反応なし、うなずき反応なし、従命不可などというものであった。GCS は、E1 VTM6, E1 VTM5 などであり、右上肢は「離握手可能も浮動的」、左上下肢に浮腫がみられ、周径に左右差があるというものであった。

(カ) 同月 26 日の ~~■~~ の状態は、自発開眼あり、右から声をかけると、ジッとしている様子、オーダーは入らず、右手抑制中だが右手のみ動かしている（右上肢自発運動あり）、気切から黄色痰噴き出すくらい多い、あるいは、痛み刺激に開眼するがすぐに閉眼、泡沫状の痰中等量あり、気切後呼吸状態平静、というものであり、SpO₂ が 98%，GCS は E2 VTM4, E1 VTM5, E1 VTM4 という状態であった。

この他、~~■~~ の左上下肢には浮腫がみられ、下腿及び大腿の周径には顕著な左右差が認められた。

(ケ) 同月 27 日、~~■~~ に対して経管栄養食が開始されたが、白色痰が多量に気切孔から流出し、蛇腹まで汚染する状況も見られた。GCS は、E4 VTM6 であり、追視が可能であるが、左側からの瞬目反射はなく、従命は可能で、呼びかけに口を動かす様子がみられ、左上下肢には浮腫がみられ、下腿及び大腿の周径には顕著な左右差が認められた。

~~■~~ は、同日、本件病室に転棟した。

(コ) 同月 28 日の ~~■~~ の状態は、理学療法時の GCS が E4 VTM6、作業療法時の GCS が E3 VTM6 であり、傾眠傾向がみられ、従命は浮動的であるが、右手でグーパーを示すことは可能というもので、午前 1 時 30 分には、SpO₂ 低下は見られないが、泡沫状痰頻回に喀出あり、右手でグーチョキパーの命令には応じる、左下肢に軽度浮腫があるというものであった。

~~■~~ には、同日も、下腿及び大腿の周径に顕著な左右差が認められ、同日午後 2 時 11 分、D ダイマーの数値が 17.1 に達し、左下肢の血

栓性静脈炎の可能性があるとして、下肢静脈エコー検査を行うこととされた。

X1

同日午後4時30分の■の状態は、痰の流出が続くが、肺換気には異常がなく、右上下肢運動命令に応じ、バッキング時に気切孔から痰がジワジワ出てくるというものであり、同日午後8時3分の状態は、常にせき込んでおり、黄色痰が気切孔から流れ出てくる上、バッキングが強いこともあり、Tピース接続部はすぐ外れるが、外れた状態でもSpO₂は99%と低下せず、右肺雑音があるというものであった。

オ この間の控訴人らの面会の状況

控訴人■及び同■は、■の入院後、毎日本件病院を訪れ、■と面会した。控訴人■及び同■は、■が本件病室に転棟するまでは、毎日、合計10分程度、転棟後は毎日午前10時頃から午後4時頃までの間、■と面会していた。

(3) 本件当日(平成23年6月29日)の経過等

ア 本件当日の人的態勢等

本件当日午後、3階の病棟を担当していた日勤の看護師及び看護助手は、
師長の■看護師(以下「■師長」という。), ■看護師, ■看
護師, ■看護師及び■看護師を含め、合計11名であった。

イ 本件当日の本件病室の状況

(ア) 本件病室には、別紙図面に記載のとおり、4床のベッド(以下「1のベッド」ないし「4のベッド」という。)が設置されていた。

(イ) 本件当日、3階病棟には合計41名の患者が入院していた。本件病室には、午前中は、1のベッドに■, 2のベッドに■, 3のベッドに■, 4のベッドに■(以下「■」という。)の合計4名が入院していたが、午前10時に上記■が、午後2時に上記■がそれぞれ退院した。また、同日、別の病室から本件病室の2のベッド

ドに [K] (以下「[K]」という。) が転棟し, [J] が [4] のベッドから [3] のベッドに移った。その後, [K] は, [2] のベッドから [4] のベッドに移った。そのため, 午後 2 時過ぎの時点では, [1] のベッドに [X], [3] のベッドに [J], [4] のベッドに [K] がそれぞれ入院し, [2] のベッドは空床となっていた。

(ウ) [X] は, 頭部を本件詰所に向けて臥床していた。

(エ) 本件病室に在室していた他の患者 ([J] 及び [K]) は, いずれも女性で, うち 1 名は 80 歳で, I V H (中心静脈栄養) を施行し, 両上肢を抑制中であり, もう 1 名は 84 歳で, 点滴施行中で抜去を防ぐため両上肢抑制中であった。

(オ) [X] のエコー検査前後の状況等

(ア) 午前 5 時 17 分の [X] の状況は, 準夜勤帯に比べると痰の量は減少するが, それでも気切孔から流出している状態で, 発熱は 37 度台であり, 左下肢に弾性ストッキングを着用していたが, 浮腫があり, 足背動脈触知は可能であった。

(イ) 午前 9 時 25 分の [X] の状況は, 傾眠状態で, 従命は不可であり, 下肢の左右差は 1 ないし 2 cm で, 四肢 ROM 訓練は, 右上肢に抵抗する様子があったが, 明らかな制限はなかった。GCS は, E4 VTM6, E3 VTM4 であった。

(ウ) [B] 看護師らは, 午後 2 時頃, 予定されていた下肢静脈エコー検査を受けさせるため, [X] を移動可能なベッドに寝かせ, トランキオライフ JP (人工鼻) を装着し, 携帯用の酸素ボンベから酸素吸入をする状態で, 1 階のエコー室に移動させた。

なお, 控訴人 [X] 及び同 [X] は, [X] との面会のため本件病室内にいたが, [X] の上記離室に伴って本件病室を離れ, [X] をエレベータまで見送った後, デイルームに移動した。

(ウ) **X1**については、カルテ上、午後2時14分に超音波検査実施済とされ、「検査場所の指定なし、左下肢の血栓性静脈炎の可能性あり、四肢血管 標準方法+パルスドプラー」、「左大腿部静脈は右に比し、明らかに圧迫にて虚脱しにくい、又、下腿ミルキングの反応もにぶい（血管を絞ると血液が心臓に環流するのが確認できるミルキングの反応があつたものの、鈍かったとの意味）、壁在血栓は証明できない、患者の状態が悪いため検査に最適な体位困難で一部の情報のみ、大腿静脈より上部での深部静脈血流障害の疑いあり」などと記載されている。また、画像上は、午後2時4分、同7分及び同8分の3回にわたり、左2回、右1回の検査結果が記録されている（乙A33、乙A34の1ないし3）。

(エ) **B**看護師らは、エコー検査終了後、**X1**とともに本件病室に帰室した。その際、本件病室には、抑制中の2名の患者がいたのみであった。

B看護師は、**X1**と帰室した後、**X1**について、蛇腹管とTピースを外して吸引し、**F**看護助手から便臭を指摘され、排便があったので、右手の抑制帯を外し、2人でオムツを交換した後、右手抑制帯を装着し、蛇腹とTピースを装着する処置を行ったと説明している。

X1についての処置を終えた後、**B**看護師は、詰所側扉から本件詰所に戻り、**F**看護助手は、交換したオムツを廃棄するため、廊下側扉から出て汚物処理室に向かった。**B**看護師は、本件詰所に戻った後、本件詰所内の家族相談コーナーにおいて、本件病室に背を向けるような形で、担当していた患者の看護記録を作成する業務を行っていた。なお、家族相談コーナーのパーテーションは、開放されていた。

(オ) **D**看護師は、午後2時頃、受け持ちの患者の観察を終え、本件詰所に戻り、中央の本件テーブルで、本件病室を背にして電子カルテの入力作業をしていた。また、**E**看護師は、本件テーブルで、本件病室の方向を向くような形で作業をしていた。**C**看護師は、その頃、詰所西

側扉の前（詰所西側扉と詰所側扉との間の柱の傍ら）で、リハビリ担当のスタッフ（セラピスト）と話をしていた。

また、■■■看護師は、午後2時20分頃、同日午後に退院した患者から杖を忘れたとの連絡があったため、コードレス電話で対応しながら本件病室に入室したところ、誰もおらず、退院した患者のベッドであった■■■ないし■■■のベッド付近で、杖を見つけたことから、引き続き電話をしながら本件病室を退室したが、その間に下記エのとおり、本件事故が発生し、■■■について緊急処置が開始された。

エ 本件事故の発生

- (ア) ■■■看護師らが■■■の処置を終えて、本件病室を出てしましました後、本件テレメータの緊急アラームが鳴り始めたため、■■■看護師が振り返って詰所南側に設置された心電図モニターを確認したところ、■■■の心電図波形がフラットになっていた。■■■看護師及び■■■看護師は、直ちに席を立ち、「モニターフラット」と声を上げるとともに、■■■看護師、■■■看護師の順番で、詰所側扉から本件病室に入り、■■■のベッドサイドに駆け寄り、■■■看護師及び■■■看護師もこれに続いた。もっとも、■■■看護師及び■■■看護師は、アラーム音自体には気がつかなかった。
- (イ) ■■■看護師及び■■■看護師が、■■■のベッドのベッドサイドに駆け寄ったところ、■■■は、顔面蒼白でチアノーゼがなく、心肺停止の状態にあった。また、蛇腹管を繋ぐTピースが本件カニューレから外れており、本件カニューレのスリップジョイントの入口からチューブの中に、本件ティッシュが少なくとも5cmほど詰めこまれ、3cmほどがふわりとした状態で外に出ていた。■■■看護師が、本件カニューレから本件ティッシュを抜き取ったところ、喀痰が付着しており、「にゅるつ」という感じで抵抗なく抜去できた。■■■看護師は、取り出した本件ティッシュをベッド脇のごみ箱に捨てた後、吸引を開始し、■■■看護師は、それと同時に

に心臓マッサージを施行し、その後アンビューバッグによる強制換気が開始された。

その頃、**C** 看護師は、P H S で**M** 医師（以下「**M** 医師」という。）に連絡したが、その時刻は、午後2時25分頃とされている。

(ウ) 連絡を受けた**M** 医師は、午後2時27分頃、本件病室に到着し、ボスマシン静注等をしたところ、**X1** は、心拍が再開したものの、自発呼吸がなかったため、人工呼吸器が装着された。

X1 は、その後、ドパミンを持続投与され、人工呼吸器により強制換気をされたことで血圧が上昇し、午後2時31分にS p O 2 が82%となり、午後4時5分には、顔色が徐々に元に戻り、時折、自発呼吸も見られ、状態は安定し始めたが、午後6時35分頃から、右下肢から始まり、右半身全体に大きく動く不随意運動が見られるようになり、口腔内を噛んで出血するなどした。上記不随意運動は、脳が酸素欠乏になった後、酸素が供給され始めた時期に起きる痙攣と見られた。

X1 は、午後9時5分には、血圧が144／68、S p O 2 は100%，体温39.1度、肺雜音があり、呼名や質問に、首を振って答えるなどした。

(エ) 本件当日の**X1** のカルテには、**B** 看護師を記録者として、「痰は常にTピースの蛇腹からふきでている 実際に吸引したら少量しかひけないことが多い ひきつづき蛇腹の中の痰が気切部にはいることがないよう適宜吸引や体位い調整必要 Tピースの下側にティッシュペーパーを**E** 1枚しき退室す」、**E** 看護師を記録者として「HR（心電図モニタ一）0になったので訪室。顔面蒼白・気切部よりTピース外れ・気切部にティッシュが入り込み数センチ出ていた。ティッシュを取る。胸部強打するが反応なし南D r コール・吸引施行。心臓マッサージ・アンビュ一開始。14時27分南D R 到着。14時28分ボスマシン1A静注ドバ

ミンキット点滴・硫酸アトロピン1A静注。14時30分メイロン点滴全開速度で100ML投与。薬効みられHR波形出現同時に橈骨動脈触れる。残りのメイロン投与。SPO₂ 80から90自発呼吸なく人工呼吸器装着」，さらに，■看護師を記録者として，■DRの指示で塩酸ドパミンポンプをシリングポンプで開始する」，また，■医師を記録者として，「心肺停止にてDr. Call 心マッサージ⇒波計(+)へ アンビューバックによる人工呼吸⇒RESPIRATORへ ボスミン1Aにてsinus rhysm (洞調率) へ メイロン100ml IV ABG (動脈血ガス検査の結果) は，acidosis (アシドーシス)，hypercapnea (高二酸化炭素血症)，pH 7.272，pCO₂ 61.4，pO₂ 78.7，BE 0.6 家人への説明（妻・娘）心肺停止状態であり蘇生にて血圧・心臓の動きは回復したが，意識は昏睡，両側瞳孔散大があり，意識の回復は難しいかもしれない。心肺停止の原因は不明であるが，喀痰による気道閉塞，肺梗塞などが可能性として考えられる」などと記載されている。

XI
また，■は，14時55分の血液検査の結果では，Dダイマーは4.00と正常範囲で，ヘモグロビンは11.3g/dlであった。

オ 本件事故に関する調査及び控訴人らへの説明等

(ア) ■院長は，本件当日の午後4時頃に■医師から，■の気切カニューレにティッシュが詰まって窒息した疑いがあるとの報告を受けた。

これに基づき，■院長は，■医師，■師長らと緊急で事実確認の協議をした上で，控訴人らに説明することとした。

■院長は，本件当日午後4時30分頃から控訴人らに対し，本件事故に関する説明等を行った。その内容は，「痰の流出が多いのでTピースの先端からたれる痰や加湿水を吸収するために肩口にティッシュをおいていた。そのままでは吸い込まれることはないので，恐らく，大き

な咳をした際にTピースが外れて、同時に、体動によりそばのティッシュが浮き上がり、大きな吸気で吸い込まれたのではないかと思われる。そのことが始まりで窒息状態となつたと思われる。」、「今後はティッシュで痰を吸収させるような手順を禁止しようと思う。」などというものである。

(イ) 上記(ア)の説明後、本件当日午後5時40分から、**A**院長、**B**師長、**C**看護師及び**D**看護師ら関係者が参加して、本件に係る第1回の本件事故調査委員会が開催された。

上記委員会では、心肺停止の原因が本当にティッシュによる窒息であるのか、ティッシュが吸い込まれるようなことが本当に起こりうるのか、誰かが故意に詰めた疑いはないか、検査からの帰室後に面会者、又は同室の患者が痰をふこうとして気切周囲にティッシュを置いていないか、異状死となつた場合に警察に届けなければならないが、警察の捜査が入る場合には現場の個人の犯罪又は過失を証明するべく捜査をすることになるところ、その場合に、看護師などの個人が精神的に追い詰められることになるので、事前に時間経過を良く整理して対応するようにしたほうがよいのではないかといった事項が検討された。

(ウ) 本件当日の翌日である平成23年6月30日付で、**A**院長名義の「**C**様 気道閉塞事故の経過報告」と題する書面(甲A2)が作成された。同書面には、「14:25頃 301号室入院中の**C**様の心電図モニターがFlatになったことをナースステーションにいた看護師が発見し、ただちにベッドサイドに行くと、心肺停止状態であった。気管切開カニューレに装着されていたTピースがはずれており、カニューレにティッシュペーパーが1枚はまっていた。」、「看護師が気管切開カニューレにTピースを装着して酸素投与を開始した時に喀痰、加湿水がTピース先端からたれてくるのをうけるためその先端がある患者様

の肩のあたりにティッシュペーパーをおいていた。」、「直後の事実検討でなぜティッシュペーパーが気管切開カニューレに入っていたのかが議論されたが、大きな咳とともにTピースがはずれ、同時に肩にのっていたティッシュペーパーが浮き上がって本人の吸気でカニューレ内に吸い込まれたのではないかと推察された。」などの記載がある。

(エ) 平成2・3年8月4日付けで、**A**院長名義の「心肺停止患者の気切カニューレ内にティッシュが発見された事例の報告」と題する書面（甲A3、以下「本件報告書」という。）が作成された。同書面には、本件事故前後の事実関係について、要旨次のとおりの記載がある。

- ① 14:00頃、下肢血管超音波検査のため1階に移動した。その際、検査中に多量の喀痰が気管切開部から流出する恐れがあるため、**XI**の襟元と肩にティッシュペーパーをあてがって出棟した。
- ② 14:15頃本件病室に帰室後、移動時にあてがっていたティッシュペーパーを除去して新たにTピースの蛇腹管の開放側先端から滴下する喀痰を吸收させる目的で、**XI**の右肩上にティッシュペーパーを敷いて退室した。
- ③ 14:25頃、ナースステーションにいた看護師が心電図モニターのアラーム音に気づいて心電図波形を確認したところ、Flatとなっていた。
- ④ **XI**は、無呼吸状態で顔面蒼白となっていた。
- ⑤ Tピースは気切カニューレから外れており、開放側の短い蛇腹管もTピースから外れてベッド上にはなかった。
- ⑥ 看護師は、心肺蘇生を試みたが、その際に気切カニューレから3cmほどティッシュペーパー（本件ティッシュ）がでているのを発見した。ただちに看護師が抜去して気切カニューレから吸引したが、喀痰もなく、特に気道閉塞を起こすような吸引物は得られなかった。

- ⑦ 本件ティッシュは看護師が除去して廃棄し、その後蘇生措置を優先して行ったため、所在が分からなくなつた。本件事故調査委員会は、現物を確認していない。気切カニューレ内にあったのは確かである。
- ⑧ 本件ティッシュは、丸まって入つており、約3cmの外に出ていた部分は乾燥していて、そこを持って引き抜いたら抵抗なく取れた。多量に水を含んで重い感じではなく、硬くはなくて丸まっている状態の表面に粘液が付着している様子であった。気道を完全に閉塞するほど強固にはまっていた感じではないとのことであった。
- ⑨ ~~XL~~ の顔面は蒼白で、チアノーゼはなかった。健側の右手の抑制帯は、心臓マッサージのために背側版を挿入した際に外した記憶がないと全員の看護師が証言している。しかしながら、検査から帰室してオムツ交換をした後に看護助手が抑制帯を装着したことを記憶していた。
- ⑩ ~~XL~~ は、普段から喀痰が多く、大きな咳嗽をした時に体動が激しいことがあった。心肺停止前に大きな咳嗽をしてその際の激しい体動により、気切カニューレからTピースが外れたと推測できる。
- ⑪ 気道閉塞による窒息状態では、全身にチアノーゼが出るのが通常であるが、発見時の ~~XL~~ の顔面は蒼白であったとの全員の意見と矛盾する。
- ⑫ ~~XL~~ は、左大腿静脈に深部静脈血栓があることが強く疑われる所見が、直後の下肢静脈エコーで確認されている。肺塞栓による突然の心停止を起こした可能性も考えられる。心肺停止前に測定したDダイマーは、17.1 $\mu\text{g}/\text{ml}$ と高値であった。
- ⑬ 現状では、多量の喀痰又は分泌物が口腔又は気切部から流出した場合にそれをティッシュペーパーで拭うことは、日常的によく行われている。分泌物の流出が多い場合に、周囲の病衣やリネンが汚染しないように分泌物を吸収させる目的で、患者の体上に敷いておくことも時

にあった。

XI

(4) ■は、気管切開のカニューレにティッシュペーパーが入って窒息していたと思われる。

(オ) 前記(イ)及び(ロ)で認定したとおり、本件ティッシュは、■看護師及び■看護師が本件病室に入室直後発見され、■看護師がこれを本件カニューレから抜き取ってごみ箱に捨てたが、本件事故後、廃棄された。

また、本件病院においては、本件テレメータのセントラルモニターの記録は、心電図に異常があった場合には、医師の指示を仰ぐため印刷するが、それ以外の場合には印刷することになってはいなかった。そして、■については、看護師が、セントラルモニターを外し、ベッドサイドモニターを装着し、■医師は、それを見ながら前記(ウ)のとおり、救命措置をしたが、それ以前に装着していたセントラルモニターの記録は、■に装着していたチャンネルを別の患者に装着した際に、消去された。

さらに、本件病院の3階の廊下に設置されていた監視カメラの映像は、3週間で上書きされて、消去された。

(4) 平成23年6月30日以降本件病院の退院までの■の状況等

■は、状態が安定し、呼吸の状態も、当初はレスピレーターと同調していたが、次第に自発呼吸が戻り、右視床出血は吸收傾向となり、脳浮腫もほとんど認められなくなったが、呼名でも閉眼せず、痛み刺激で閉眼する、声かけにわずかに目を動かすといった様子も見られたものの、自発運動は見られず、意思疎通は困難となり、平成23年11月22日に退院するまで、大きな症状の変化はなかった。

なお、■は、その間、水頭症を併発したため、同年8月26日、L-Pシャント術を受けた。

(5) 転院後の■の病状等

■は、平成23年11月22日、みさき病院に転院したが、平成24年

8月25日、同病院の医師により、同年6月14日症状固定した旨の診断がされた。その際作成された診断書（甲A4）によれば、~~■~~は、傷病名は、右視床出血、蘇生後脳症であり、コミュニケーションは、表出、理解ともに困難であり、自動運動は見られず、痛覚刺激に対しても表情の変化は見られない、反射は左右とも二、三頭筋、腕橈骨節、膝蓋腱反射が亢進、筋力は精査困難、発症から約1年が経過し、リハビリ治療を施行するも、症状は改善を認めず、症状固定状態と考えると診断された。

~~■~~は、さらに、平成25年2月5日、久野病院に転院したが、その頃には、気切部分から輸液が逆流するなどということがあったものの、熱及びバイタル等は、おおむね安定していた。しかしながら、~~■~~は、同年8月頃からはスパイク熱がでるようになり、胸水が貯留し、胸水穿刺により黄色ないし濃緑色の胸水が見られるようになり、一時、平成26年1月16日から31日までは、西神戸医療センター呼吸器内科に転院するなどしたが、同年5月19日午後8時42分、久野病院において、急性心不全により死亡した。

(6) 吸引の一般的手順等について

吸引は、気切カニューレの内部について行う。コネクターを外したカニューレの先端から、吸引器に接続された吸引カテーテルをカニューレ内に挿入し、およそ15秒以内で、喀痰等を吸引する処置である。口腔、鼻腔内吸引と異なり、無菌的な操作が要求され、清潔な手で行うべきこととされるが、気管カニューレ内に挿入する清潔な吸引カテーテルの先端を触らなければ、吸引カテーテルなどを手洗いした素手で持って操作しても良いとされており、外したコネクターは、タオルなどの上に置いておくべきものとされる。

痰の90パーセント以上は水分であるが、水分量は、痰の固さや粘性に大きく影響し、痰が固く吸引困難な場合は、加湿をするか、去痰薬の使用を考慮する。寝たきりの場合、痰が移動しないため、体位を変えるなどしてドレナージを図ることとされている。

(甲B10ないし15)

(7) 窒息による呼吸停止

ア 窒息は、呼吸機構の障害によって、動脈血ガスの異常（低酸素血症と高二酸化炭素血症）を来たし、生体が正常な活動を維持できなくなる状態である。異物による完全気道閉塞等を原因とする窒息では、通常、呼吸困難、痙攣の発現、意識障害の主症状が起こり、数分から数十分の経過で死亡する（急性窒息）が、気道閉塞が不完全な場合は、数十分以上の経過で死亡する場合もある（亜急性窒息）。

窒息に対しては、その原因を取り除き、すみやかに救急措置を行う必要性がある。

イ 窒息に陥ると、低酸素状態下における体内臓器への酸素供給のため、心拍数が上昇する頻脈（頻拍）が生じ、次いで、逆に、心拍数が低下する徐脈（徐拍）が生じ、不整脈を経て、脈なし電気活動となり、心静止に陥るという過程を経るのが一般的で、喘鳴を伴う呼吸困難、チアノーゼ、呼吸停止の経過で死亡に至る。

第1段階は、窒息後数秒から数十秒（不定）で、低酸素血症と高二酸化炭素血症に至り、第2段階は、数分（不定）以内に、急性呼吸困難が発症し、努力呼吸、血圧上昇、低酸素脳症及び脳組織への二酸化炭素の蓄積に起因するけいれん、心電図上の上室性期外収縮、非持続性心室頻拍のほか、チアノーゼ等が起こり、第3段階は、約2分前後の意識混濁・消失とともに中枢性無呼吸が起こり、呼吸が停止し、徐脈、血圧低下、心室細動等が見られる。完全な回復のためには、この段階までに機械的人工呼吸等救急処置を施す必要があるとされ、その後は、呼吸中枢が障害され、喘ぎ様呼吸が見られ、その間隔が長くなり、呼吸が停止し、心電図上では心室細動、心静止などの波形となり、これが約数分から数十分継続して、死亡に至る。

ウ 小さな異物が誤って気道に吸引された場合は、完全閉塞でなければ、通

常、咳嗽によって排出されるが、排出されない場合には、粘膜浮腫や気管支痙攣などによって二次的に閉塞が増強され、遷延する窒息経過を取る場合もある。粘膜性のあるものには完全閉塞が比較的多いが、この場合には、異物の性状から、気道粘膜に密着して除去不可能となりやすく、気道を直接的に閉塞することになる。

症状や経過は、閉塞部位、異物の種類等によって異なるが、完全気道閉塞時は、心電図上的心静止に至るまで7ないし8分程度のこともある。

エ チアノーゼは、酸素含有量が少ない血液が循環している状態を肉眼で観察した表現であり、毛細血管の静脈叢内に暗青色の還元型ヘモグロビン（酸素が結合していないヘモグロビン）が過剰に存在するため、表在毛細血管の色調が変化し、皮膚又は粘膜が青色を帯びる症状である。チアノーゼには、動脈血の酸素化障害（低酸素血症）により酸素飽和度が低下して生ずる中枢型チアノーゼと、末梢循環障害による当該部分の還元ヘモグロビンが増加し、四肢末梢や顔面などに限局して出現する末梢型チアノーゼとがある。中枢型チアノーゼは、酸素と結合していないヘモグロビン、すなわち、還元型ヘモグロビン量が血液1dl中5g以上に増えると観察されるといわれている。低酸素血症の兆候としてのチアノーゼの出現は、感度が低いとされている。

(甲B3, 甲B27資料7, 8, 甲B28ないし32)

(8) 深部静脈血栓症及び肺血栓塞栓症

ア 急性肺血栓塞栓症は、深部静脈に形成された新鮮血栓が、肺血管を閉塞することで発症する。治療は、抗凝固療法や血栓溶解療法といった内科的治療が基本的であるが、他にも血栓があると、さらなる肺血栓塞栓症を引き起こし、状態が悪化する懸念もあるし、他の疾患の手術直後に発症した急性肺血栓塞栓症では、内科的治療では創部の再出血が懸念されるから、外科的治療も念頭に置き、経過観察を行うこととされている。

急性肺血栓塞栓症における死亡例の多くは、発症早期の循環虚脱と早期再発によることが多いから、本症を疑った場合には、迅速かつ的確に診断を付ける必要があり、最も有効な診断方法は、心臓超音波検査と体部CT検査であるなどとされている。

イ 深部静脈血栓症の形成には、静脈の内皮障害、血液の凝固亢進、静脈の血流停滞の3つの成因があり、危険因子として、血流の停滞、血管内皮障害、血液凝固能の亢進が指摘されており、高齢、手術、安静臥床、中心静脈カテーテル留置、脳血管障害などが挙げられ、術後や、安静臥床が長くなつた患者では、注意しなくてはならない術後合併症の一つであるとされており、起立、歩行、排便、仰臥位や座位では、股関節や膝関節の運動など、下肢の筋肉が収縮し、静脈環流量が増加することにより、血栓が遊離して発症すると推測されている。

ウ 急性肺血栓塞栓症の病態は、急速に出現する肺高血圧及び低酸素血症である。動脈血ガス分析による低酸素血症、低二酸化炭素血症、高急性アルカローシスが特徴的所見であり、疾患可能性評価法（ジュネーブスコア）においては、動脈血二酸化炭素分圧36mmhg未満は+2、同36～38.9mmhgは+1、動脈血酸素分圧48.7mmhg未満は+4、同48.7～59.9mmhgは+3、同60～71.2mmhgは+2、同71.3～82.4は+1とされている。

Dダイマーは、体内で一度凝固したフィブリントロンが、プラスミンによって溶解された際に、産出される物質であり、血栓症等の存在を示唆する指標とされているが、肺血栓塞栓症の診断においては、感度が高く、特異度が低いため、診断の除外のために利用される。他の指標を用いた検査前確率において、肺血栓塞栓症の可能性が高くない場合に、Dダイマーが陽性でなければ、肺血栓塞栓症を除外でき、陽性（500ng/ml超）であれば、肺血栓塞栓症の可能性が高いということになる。

(甲B27資料2, 甲B33ないし35, 甲B38ないし40, 乙B12)

(9) 高血压性脳内出血の予後

高血压性脳内出血の予後については、以下のような報告ないし医学的知見がある。

ア 「画像からみた脳卒中のリハビリテーション 2 視床出血」(甲B6)

左視床から内包後脚にかけて、血腫の大きさは $25\text{mm} \times 25\text{mm} \times 40\text{mm}$, 血腫量 12.5ml , 脳室への圧迫はあるが、出血はなく、意識ほぼ清明、右片麻痺があり、立ち上がりや立位は介助との所見のある57歳の男性患者において、入院3日目からリハビリを開始したところ、入院後90日で退院し、自宅での独居が可能となった。

右視床から外側内包後脚にかけて、血腫の大きさは $34.3\text{mm} \times 23.1\text{mm} \times 40\text{mm}$, 血腫量 15.9ml , 血腫周辺に浮腫、脳室への広範囲の出血あり、意識は傾眠傾向、左片麻痺があり、ADLは全介助から中等度介助、構音障害ありとの所見のある57歳の女性患者において、入院6日目からリハビリを開始したところ、入院後6か月で退院し、院内車椅子駆動自立、更衣、トイレは自立、屋内歩行監視(10mを47秒で歩行), 言語障害は日常生活に支障のない程度に回復となった。

イ 「改訂第3版 脳神経外科 周術期管理のすべて」(甲B9)

脳内出血患者に早期からリハビリを行うことに異論はなく、最近は、超早期リハビリの必要が言われている。保存的療法、あるいは手術療法を行った患者でも、意識清明等で、血圧などのバイタルサインが安定し、神経症状の増悪がない症例に対しては、ベッドアップ、体位変換、関節可動域訓練が試みられる。嚥下訓練も必要である。視床出血による失語の回復は、一般的には良好であり、多くは慢性期には回復し、発症後1年以内までは緩やかな回復を望みうる。

ウ 「視床出血の予後に関する研究」（乙B 5）

血腫の大きさが2.0cm以下では死亡例は報告されておらず、杖歩行、独歩可能にまで回復する例が8割強を超える。血腫の大きさが3.0cm以下では、おむね予後が良好で、逆に血腫の大きさが3.1cm以上は比較的不良であり、血腫の大きさが4.1cm以上では、23例中13例が死亡、7例が臥床である。

出血が脳室内非穿破型では死亡例はなく、8割弱が独歩可能となり、杖歩行を合わせると、9割弱になる。出血が脳室穿破少量型は、32例中死亡は1例、予後が臥床のままが7例であるが、杖歩行や独歩も各7例を数え、予後はさほど悪いとはいえない。出血が脳室穿破多量型は、34例中17例が死亡し、8例が臥床のままで、予後が極めて不良である。死亡例は、いずれも第3、4脳室に出血が及んでいる。

入院時の意識状態が清明な場合は、5割強が独歩可能となり、意識障害の程度が軽度から中等度、すなわち傾眠から昏迷の場合は、59例中死亡は4例（ただし、うち2例は合併症死）で、臥床は11例、独歩は21例である。意識障害の程度が半昏睡又は昏睡では20例中14例が死亡し、5例が臥床状態と、予後は極めて不良である。

眼科的症状のない27例は、予後が良好で、独歩可能は5割強であり、眼科的症状がある場合は、症状によって、予後に差がある。

エ 「視床出血の予後について」（乙B 6）

入院時の意識状態が清明ないし錯乱の場合の予後は、39例中29例で自立生活以上であり、死亡例はないが、半昏睡以上の場合は、29例中25例が死亡している。

出血が視床に限局し、脳室穿破を伴わないものは36例中26例が自立生活以上であるが、視床下部又は中脳に進展しているものは予後不良で、脳室穿破を伴わないので4例中3例が介助生活、脳室穿破を伴うものは

34例中25例が死亡している。血腫量は、10ml以下の場合は、75例中4例、25mlを超える14例は全例が死亡している。血腫の最大径が15mm以下の13例は全て生存したが、35mmを超える例では28例中23例が死亡している。

オ 「高血圧性脳出血」（乙B8）

初診時において、血腫が大きく、左側にあり、視床外への進展や脳室内への大きな穿破をみるものは、意識が強く侵され、運動麻痺があり、血腫が視床に限局する症例では、障害の発生は有意に低率である。

社会復帰ないし日常生活自立が可能であるものは、発症6か月後の時点で手術症例の31%，非手術症例の63%であった。

初回CTで血腫が大きい症例は、発症後6か月の時点での転帰からみて、外科的治療が内科的治療に優っていた。

カ 「脳血管障害の治療と予後に関する多施設共同研究」（乙B9）

視床出血軽症例（神経学的重症度で昏迷以下、血腫の最大径2cm以下、血腫量10ml以下）においては、内科治療により良好な結果が得られた。

血腫最大径2.1ないし3.0cmの中等度の症例においては、内科治療が外科治療より機能予後の点で優っていた。重症例（血腫の最大径3.1ないし4.0cm、血腫量31ml以上）においては、外科治療により死亡率は減少したが、外科治療で生存した症例の機能予後は不良で、自立生活は不可能であった。視床出血の外科治療（脳室ドレナージ）の目的は、重症例における救命のみにあると考えられた。

意識清明の症例では、内科的治療群で良好な成績が得られた。意識昏迷の症例では、いずれの治療でも有意差はなく、意識半昏睡の症例では、外科治療で生存した症例の機能予後は不良であった。

血腫が視床下部にあり、中脳に進展し、脳室穿破が見られるような場合は、外科治療群の生存率が高かったが、機能予後は不良であった。脳室穿

破がみられる場合、内科治療群は機能予後の良い症例もみられたが、外科治療群は機能予後が不良であった。

血腫量が11から20mlでは、外科的治療の死亡率は低率で、機能予後も良好であった。血腫量21ml以上になると、外科的治療例も内科的治療例とも予後不良となり、死亡率は、外科的治療例が低率であるが、機能予後は不良であった。

キ 「視床出血の予後の検討」（乙B11）

入院時意識清明の場合、予後は良好であるが、傾眠傾向以下では、予後不良例が多かった。入院時の神経学的重症度とCT分類、血腫量、退院時の帰結には、おおむね相関関係がある。高齢、脳梗塞、認知症、肺炎などが認められるものは、リハビリの効果が上がりらず、全介助の状態となった。手術例は予後が不良であった。

血腫が比較的小さくても、内包後脚後部に進展するものは、運動麻痺が強く、機能予後が不良である。血腫量が5ml以上では、運動麻痺の残る例が多く、10ml以上では、運動麻痺とともに意識レベルの低下を来す例が多く、30ml以上では予後は不良といわれており、10ml以上は死亡率が高く、20mlを超えると全例が介助を必要とし、25mlを超えると全例が死亡に至るとの報告もある。

一般的に視床出血に対しては、外科的治療は積極的に行われない。外科的治療を行っても、救命効果は認められるものの、自立生活可能なところまで回復させる効果はなく、ほとんどの外科的治療後の生存者は、全面介助の状態であるといわれている。

リハビリの重要性が報告されており、患者の全身状態を良好に保ち、合併症を起こさないように注意して、早期からベッドサイドでのリハビリを開始するように心がけるべきである。

- 2 本件病院の医療従事者が、本件行為に及んだ後、本件ティッシュを除去する

ことを失念して放置した過失があるか（争点1）について

(1) 控訴人らは、本件事故に至る経過について、**B**看護師ないし他の本件病院の医療従事者が、本件カニューレ周囲の汚染を防止する等の目的で、本件カニューレに本件ティッシュを詰めた（本件行為を行った）後、漫然とこれを除去することを失念して、**XI**を放置した結果、同人は、本件ティッシュのため窒息し、本件カニューレから酸素を取り込むことができず、呼吸停止に陥り、その結果、心静止に至ったものであると主張する。

B他方、被控訴人は、**B**看護師ないし他の本件病院の医療従事者が、本件行為を行った事実、本件ティッシュが窒息を引き起こし、そのため呼吸停止に陥り、その結果、心静止に至った事実をいずれも否認している。

本件ティッシュが、人為的に本件カニューレに詰められたものであること及び**XI**自身が本件ティッシュを本件カニューレに詰めることは不可能であったことは、当事者間に争いがないから、本件行為者は、本件病院の医療従事者か、**XI**以外の第三者（**XI**の家族を含む）のいずれかであると認められる。

(2) そこで、以下検討を行うこととする。

ア **XI**は、本件当日の午後2時8分に最後のエコー検査を受けた旨記録されており、その後、本件病室に戻ったものであり、また、**C**看護師は、**XI**の心静止を確認し、午後2時25分に、PHSで、**M**医師に本件事故の発生を連絡した旨説明している。したがって、本件行為は、その間の15分程度の間に行われ、**XI**は、その間に心静止に至ったものであると認められる。

そして、控訴人ら訴訟代理人が本件訴訟提起後の平成27年8月19日に本件行為を再現した実験の結果（甲A7）をも勘案すれば、本件行為を行うには、少なくとも1ないし2分程度の時間を要するものと認めることができる。

イ 上記1(1)の認定事実によると、本件病室に入るには、①廊下側扉から直接入る、②詰所側扉から入る、又は③本件病室の東側に存在するバルコニーの窓から入るという3通りの方法（以下、それぞれ「①の方法」ないし「③の方法」という。）があった。また、**X1**は、**1**のベッドで、頭を本件詰所に向けて臥床していたが、同ベッドは、本件病室のベッドの中では、最も本件詰所に近く、そのすぐ西側には、約0.9m四方の監視窓が2枚設置されており、本件詰所から本件病室内が見える状態であった。また、本件事故当時、詰所西側扉及び詰所側扉は開放されており、廊下側扉は閉まっていた。

B
そして、**■**看護師は、検査終了後、**E**看護助手と**■**を本件病室に戻し、同人に対する痰の吸引、オムツ交換、右上肢の抑制等の処置をした上で、本件詰所に戻っていたところ、本件事故が発生したと説明しているが、当時、本件詰所には、少なくとも4名の看護師が在室していた。すなわち、**C**看護師は、開放され、西側廊下が見え、廊下側扉のすぐ脇にある詰所西側扉の前で他の職員と話をしており、**D**看護師及び**E**看護師は、詰所側扉の前にある本件テーブルに座っていた。また、**L**看護師は、本件詰所にいたが、電話の子機で話をしながら、本件病室に入り、捜し物をして、退室するときには、本件事故が発生していたものである。

ウ 上記イの認定事実によれば、**■**が本件病室に戻った後、数分間は**■**看護師らが本件病室におり、本件事故の発生直前にも、**■**看護師が本件病室におり、それ以外の時間帯も、死角はあるにせよ、本件病室が見えるところに看護師らがいたこと、それにもかかわらず、いずれの看護師も本件病室に入り、**■**のいた**1**のベッド付近で、少なくとも1ないし2分程度の時間を要する本件行為を行った第三者の存在を認識、指摘していない。これらによれば、第三者が、廊下側扉から入る①の方法及び詰所側扉から入る②の方法により、本件病室に入った事実はなかったということができ

るし、バルコニーから本件病室に入る③の方法により本件病室に入った可能性も、極めて低いといわなければならない。

また、③の方法による場合、第三者は、他の病室あるいは本件詰所の前にあるバルコニーを通過したり、廊下、病室、浴室等を通り抜けてバルコニーに出入りする必要がある。しかしながら、上記1(1)で認定したバルコニーの状況や、日中における本件病院の室内から窓の外側への視認状況に照らせば、本件事故当時、バルコニーを通行すれば、病院内外からその姿を見られる可能性は、十分にあった。また、3階の廊下には、監視カメラも設置されていたし、バルコニーに出る窓、浴室への入口、非常階段への入口は、内側からとはいえ、通常は施錠されていたと認められるから、バルコニーから開けることは難しい上、内側からこれを解錠してバルコニーに出るなどしようとしては、本件病院の関係者及び患者やその関係者に見咎められる可能性は、十分にあったものといえる。結局、これらの事情を併せ考慮すれば、第三者が、③の方法により本件病室に入った事実もなかったという他ない。

エ なお、本件病室には、本件事故当時、他に■及び■の2名の患者が在室していたが、上記1(3)イ(エ)で認定したとおり、いずれも自力歩行が困難であったり、点滴やIVHが施行されたりしていたから、同人らが本件行為に及んだとは考えにくい。また、■の家族（控訴人■及び同■）は、■がエコー検査に行くのを見送り、デイルームで同人が本件病室に戻るのを待っていたが、遅いので、本件病室に様子を見に行ったところ、■看護師長に入室を拒絶された旨述べているところ、看護師らも、■が検査から帰室した後は、控訴人■及び同■を見かけておらず、本件事故に対応しているときに、本件病室に入室しようとしたので、これを断った旨説明しているのであるから、同控訴人らが本件行為に及んだとも考えにくい。

オ 他方、上記1(3)ウ及びエの認定事実によれば、**■**看護師を初めとする
本件病院の医療従事者は、**■**に対するエコー検査後、同人が本件病室に
戻った前後から本件事故の前後を通じ、本件病室に入室していたもので
ある。また、上記1(3)オの認定事実及び証拠（甲A2, 3, 乙A17）によ
れば、**■**院長は、本件当日に控訴人らに対して行った本件事故に関する
説明において、「現状では多量の喀痰または分泌物が口腔または気切部
から流出した場合にそれをティッシュペーパーで拭うことは日常に良く行
われている。分泌物の流出が多い場合に周囲の病衣やリネンが汚染しない
ように分泌物を吸収させる目的で患者の体上に敷いておくことも時にあつ
た。」と説明し、「今後はティッシュペーパーで痰を吸収させるような手
順を禁止しようと思う」などと述べたほか、被控訴人が作成した本件報告
書（甲A3）には、「事故後に行った再発防止のための具体的方策と期待
される効果」の一つとして、「ティッシュペーパーが気道閉塞を起こさな
いようする予防策」が取り上げられ、その中で「気管切開または気管内
挿管している患者については以下のことを取り決め、看護手順として追加
統一することとした。分泌物および喀痰が多量であった場合にティッシュ
ペーパーで拭う時は、拭ったその手で廃棄する。ベッド上、患者の身体上
にティッシュペーパーをおかない。分泌物・喀痰・加湿水で病衣・リネン
が汚染するのを予防する際にはタオルを使用する。」などと記載してい
ることが認められる。上記認定によれば、**■**看護師を初めとする看護師等
本件病院の医療従事者が、**■**が本件病室に戻った後に、気切部（スリッ
プジョイント周辺）の汚れを取り、あるいは、痰を吸わせる意図でティッ
シュを詰めるという行為に及んでいた可能性は、否定できないといわざる
を得ない。

カ 以上検討したところによれば、本件行為は、**■**看護師ないし本件病院
の医療従事者により行われたものというべきである。

(3) これに対し、被控訴人は、前記(1)のとおり主張するので、これにつき判断を行う。

ア 被控訴人は、第三者が本件行為に及ぶ可能性は十分にあると主張する。

しかしながら、上記(2)アないしエで認定、判断したとおり、第三者が本件行為に及んだとは認めることができない。なるほど、第三者が本件行為に及ぶことは、物理的には、およそ不可能であるとまではいえないものの、上記(2)アないしエの認定、判断に照らせば、第三者が本件行為を実行しようとし、かつ、これが実現するためには、本件病院の施設上の態勢はもとより、本件病院の医療従事者を含む関係者等に発覚することを避けなければならなかつたが、そのためには、余りにも多数の偶然の要素が介在する必要があると考えられるから、現実的ではない。そして、上記(2)カの認定を覆すに足る証拠はない。被控訴人は、前記1(3)オイで認定したとおり、本件事故直後に開催された本件調査委員会において、既に第三者が本件行為を行った可能性等を検討していたにもかかわらず、同(オ)で認定したとおり、容易に検討、保管できたはずの監視カメラの映像さえも、漫然と廃棄しているのであるから、被控訴人の上記主張は、何らの裏付けがないものといわざるを得ない。

イ また、被控訴人は、気切カニューレやスリップジョイント等を無菌的に扱うべきことは、医療従事者にとっては周知のことであるから、本件病院の医療従事者が、ティッシュを詰めるなどという行為に及ぶことは絶対にないと主張する。

しかしながら、本件報告書を含む本件全証拠によっても、本件事故当時、被控訴人が、気切部等をティッシュペーパで拭くことを明示的に禁止し、あるいは、無菌的なガーゼ等で拭くことのみを明示的に指示した規定等を定めていたとは窺われないばかりか、上記1(3)オで認定したとおり、被控訴人自身、控訴人らに対する本件事故後の説明の中で、口腔のみならず、

気切部から流出した喀痰や分泌物をティッシュペーパーで拭うことが、日常良く行われていたことを自認するとともに、事故後の再発防止策として、将来的には「ティッシュペーパーで痰を吸収させるような手順を禁止」するとの提言をしている。これらに照らせば、本件事故時において、本件病院の医療従事者が、気切部周囲のみならず、気切部そのものをティッシュペーパーで拭き、その際、ティッシュペーパーを気切部に挿入するということがなかったとは言い切れない。

ウ したがって、被控訴人の上記ア及びイの主張は、いずれも採用できない。

3 ■■■の心静止の原因（争点2）について

(1) 前記1(2)及び(3)の認定事実によれば、本件では次の事実を認めることができる。

ア ■■■のエコー検査の検査画像上記録された最終の時間は、午後2時8分であり、■■■は同検査終了後、本件病院の1階にある検査室から、3階にある本件病室に帰室し、■■■看護師らによる痰の吸引やオムツ交換等を受けた。そして、■■■看護師は、午後2時25分には、■■■の呼吸が停止しており、心静止であることを確認した上で、■■■医師に本件事故の発生を連絡した。したがって、■■■は、この間の約10ないし15分以内に本件カニューレに本件ティッシュを詰められ、心静止に至ったものと認められる。

イ また、■■■は、本件病院に入院して数日後頃から、激しい喀痰の流出が見られており、痰は粘性を有する黄白色等を呈していたが、本件事故後、■■■看護師が、蘇生処置のため本件カニューレから本件ティッシュを引き出した際、本件ティッシュの周囲には、喀痰や分泌物等、粘液様の物質が付着していた。

ウ そして、本件事故後の蘇生措置において、■■■に対しては、心臓マッサージとアンビューバックに引き続き、人工呼吸器による人工呼吸が行われ

たところ、それによりモニター上に波形が現れ、ボスマイン1Aの投与により、sinus rhysm（洞調率）となった。本件事故直後のSPO₂は82、血液検査（動脈血ガス）の結果は、pHが7.272、pCO₂が61.4mmhg、pO₂が78.7mmhgであり、アシドーシス、高二酸化炭素血症と認められたが、Dダイマーの値は4.00と正常範囲であった。血圧は、ドパミン持続投与と人工呼吸器による強制換気により上昇し、安定した。

(2) 以上認定したところによれば、■は、本件カニューレに本件ティッシュが詰められたため、激しく流出し続ける粘性が強い痰が、本件ティッシュと本件カニューレとの間に付着した結果、本件カニューレが閉塞し、窒息となり、これによる低酸素状態に起因して、心肺停止（心静止）となったものと認めることが相当である。

(3) なお、被控訴人は、上記(2)に対し、以下のとおり種々主張するが、被控訴人の同主張は、いずれも採用できない。その理由は、次のとおりである。

ア 被控訴人は、ティッシュペーパーにより本件カニューレが閉塞することは疑問である上、呼吸をしている状態でティッシュペーパーが詰められた場合には、呼気ないし吸気の影響を受け、ティッシュペーパーが本件カニューレに留まっているはずはないなどと主張する。そして、なるほど、異物が誤って気道に吸引された場合は、完全閉塞でなければ、通常、咳嗽によって排出されるものと考えられる。

しかしながら、前記1(7)ウで認定したとおり、粘調性のある異物が吸引されると、完全閉塞が起こることが多いが、この場合には、異物の性質上、気道粘膜に密着して除去不可能となりやすく、気道を直接的に閉塞することになるものと認められる。そして、同(3)エで認定したとおり、本件事故時、本件ティッシュには粘性痰が付着し、「にゅるっ」とした状況であったのであるから、これにより本件カニューレが完全閉塞したものと認めることが合理的である。

イ また、被控訴人は、本件事故時、~~■~~^{X1}にチアノーゼが見られなかつたから、窒息による低酸素状態に起因して心肺停止（心静止）したものではないと主張する。

しかしながら、前記1(7)で認定したように、低酸素血症の兆候としてのチアノーゼの出現は、感度が低いとされている上、低酸素血症による中枢型チアノーゼが見られるのは、急性呼吸困難が発症し、努力呼吸、血圧上升、低酸素脳症及び脳組織への二酸化炭素の蓄積に起因するけいれん、心電図上の上室性期外収縮、非持続性心室頻拍が生ずる頃であり、心肺停止に至った場合にもこれが見られることについては、否定的な見解もある。

そうすると、~~■~~^{X1}にチアノーゼが見られなかつたからといって、その一事をもって、~~■~~^{X1}の心静止の原因が窒息であることが否定されるものではない。

ウ さらに、被控訴人は、~~■~~^{X1}は、深部静脈血栓に起因する肺血栓塞栓症のため、心静止に陥った可能性がある旨主張する。そして、前記1(2)エ(コ)で認定したとおり、なるほど、~~■~~^{X1}は、本件事故当日の前日である6月28日の検査では、Dダイマーの値が17.1と高い値を示していたものである。

しかしながら、~~■~~^{X1}は、左半身に麻痺があったから、自ら左下肢を動かすことはできず、仮に、左下肢に深部静脈血栓があったとしても、筋肉等の動きによるポンプ機能のため血栓が駆出されるということは、考えにくいといわなければならない。このことに加え、前記1(2)ないし(5)の認定事実によれば、~~■~~^{X1}は、本件事故の直前に行われたエコー検査において、明確な深部静脈血栓の存在が認められなかつたこと、本件事故後の血液検査の結果によれば、Dダイマーの値は正常範囲である上、高二酸化炭素血症の状態にあつたところ、その結果は、いずれも肺血栓塞栓症の一般的な症状とは齟齬するものであること、~~■~~^{X1}については、最も有効な診断方法で

あるとされる心臓超音波検査と体部C T 検査等による肺血栓塞栓症の確定診断は行われず、肺血栓塞栓症の典型的治療である抗凝固療法や血栓溶解療法、外科的治療がされないまま、状態が安定したことなどの事情を認めることができる。これらに照らせば、上記6月28日におけるDダイマーの高値をもってしても、~~XL~~が肺血栓塞栓症を発症し、心静止に陥った可能性はないといわざるを得ない。

(4) なお、上記(1)ないし(3)の認定、判断をもってしても、~~XL~~が心静止に陥った原因については、本件ティッシュを詰められたことによる窒息以外の機序が、あり得ないとまでいえるものではない。

しかしながら、前記1(3)オ(オ)で認定したとおり、本件においては、本件事故の原因を究明する上で重要な証拠となり得たはずのものが、本件病院の看護師によって、結果的にはなくなっている。すなわち、本件ティッシュは、~~XL~~の救命が最優先にされた緊急時であったとはいえ、看護師により廃棄された上、本件テレメータのセントラルモニターの記録についても、本件病院においては、もともと、心電図に異常があった場合には、医師の指示を仰ぐためプリントすることとなっており、さらに、同モニターは、これを別の患者に装着した際には、前に装着されていた患者の記録の消去の是非を確認する画面が表示されるシステムであったにも関わらず、本件病院の看護師が、緊急性の有無は不明であるが、あえて、これを消去していたという事情が存する。これらの事情をも勘案すれば、~~XL~~の心静止の原因が本件ティッシュによる窒息であると認定することが相当であり、上記認定を覆すに足る事情はないといわなければならない。

(5) したがって、~~XL~~は、被控訴人の看護師ないしは医療従事者の過失による本件事故のため、心静止に陥り、蘇生後脳症となったものであるから、被控訴人は、民法715条に基づき、~~XL~~及び控訴人らが、本件事故により被つた損害を賠償する責任があるものというべきである。

4 本件行為等本件病院の医療従事者らの過失と [] の死亡及び後遺障害との相
当因果関係の有無（争点5）について

(1) 控訴人らは、 [] は、本件事故による心静止により、遷延性意識障害に陥
り、死亡するに至ったところ、同人の脳内出血は回復の可能性が高かつたか
ら、本件事故がなければ、その死亡時である平成26年5月19日時点にお
いても、なお生存しており、予後も良好であったはずであると主張する。

他方、被控訴人は、 [] が、本件事故による心静止により遷延性意識障害
に陥り、死亡するに至ったこと自体は否定しないが、同人の脳内出血は重篤
で、回復可能性は低かつたから、本件事故がなくとも、早期に死亡し、ある
いは意識障害や機能不全等が残るなど、予後は不良であった旨主張する。

(2) 前記1(9)の認定事実によると、高血圧性脳内出血の予後については、次の
事実を認めることができる。

ア おおむね、血腫の大きさが3.0cm以上（特に4.1cm以上）、出血が
脳室穿破多量型（特に第3、4脳室に出血が及んでいる）では、入院時の
意識障害の程度が半昏睡、昏睡、血腫の大きさが35mmを超える例、血腫
が左にあるものは予後が良くなく、死亡ないし臥床状態となる例が多く、
重症例（血腫の最大径3.1ないし4.0cm、血腫量31ml以上）においては、
外科治療により死亡率は減少するが、外科治療で生存した症例の機
能予後は不良で、自立生活は不可能であることが多い。

イ また、脳室穿破がみられる場合、内科治療群は機能予後の良い症例もみ
られたが、外科治療群は機能予後が不良であること、患者の全身状態を良
好に保ち、合併症を起こさないように注意して、早期からベッドサイドでの
リハビリを行うことが効果的であることなどが報告されている。

ウ もっとも、右視床から外側内包後脚にかけて、血腫の大きさが34.3
mm×23.1mm×40mm、血腫量15.9ml、血腫周辺に浮腫、脳室への
広範囲の出血あり、意識は傾眠傾向、左片麻痺、ADLは全介助から中等

度介助、構音障害ありとの所見のある57歳の女性患者において、入院6日目からリハビリを開始したところ、入院後6か月で退院し、院内車椅子駆動自立、更衣、トイレは自立、屋内歩行監視（10mを47秒で歩行）となり、言語障害は日常生活に支障のない程度に回復となつた例もあった（甲B6）。

(3) そこで、■■■の症状についてみるのに、前記1(2)ないし(5)で認定したとおり、■■■は、高血圧、糖尿病及び両眼糖尿病性網膜症手術歴の既往があつたこと、入院時、意識が清明で、声を掛けると開眼し、右上下肢は指示に従つて動かすことができ、左上下肢には麻痺等の感覺障害及び完全な運動障害があり、瞳孔不同で右が左よりも大きく、完全注視麻痺、部分的半盲、重度の半側不注意が認められ、構音障害が強かつたこと、右視床から被殻に約46mm×32mm（CT記録上の計測による。カルテの記載は45mm×25mmであった。）大の脳室内穿破を伴つた出血が認められ、血腫下端は、中脳に至り、脳室穿破を伴い、第3-4脳室にまで出血が及んでいたこと、入院後、血腫の拡大は見られなかつたが、血腫量は、6月24日の血腫除去術時点において、少なくとも35mlであったこと、入院当初は保存的治療とリハビリとして四肢ROM訓練が行われたが、脳浮腫の増悪が見られ、血腫除去術に至つたこと、本件事故時まで、意識レベルは傾眠傾向で、構音障害が強かつたが、GCSの最良運動反応は、本件事故前まで一時を除き、5ないし6であったこと、本件事故後、水頭症を発症し、シャント術等を受けたこと並びに脳出血発症後は、早期に肺炎に罹患し、本件事故があつたにもかかわらず、約3年間生存したことが認められる。

上記認定事実によれば、■■■は、血腫の大きさと量、血腫の位置や脳室穿破の存在、脳浮腫が増悪し、外科的治療をせざるを得なかつたことなど、予後が不良（死亡ないし臥床）とされる症状があつたことは認められるが、他方、入院時の意識が清明で、その後の意識状態も傾眠状態ではあつたが、大

きく低下したとは認められないこと、肺炎に罹患し、本件事故にもあったが、3年は生存したこと、早期からリハビリが開始されたことなど、予後が良好とされる事情もある。これらの事情に加え、血腫量は■の半分以下で、10歳若年であるが、血腫の大きさ、浮腫や脳室穿破の存在、意識や麻痺・構音障害の存在等の所見が、比較的類似する患者の回復例（上記(2)ウ）等に照らさせば、■は、本件事故がなければ、平成26年5月19日時点において、なお生存していた高度の蓋然性が認められるものの、血腫量や治療の経過等に鑑みると、介護が不要で、独立して生活することが可能なほどに回復したとまでは認めることができない。

(4) したがって、■は、被控訴人の看護師ないしは医療従事者の過失による本件事故がなければ、平成26年5月19日時点において、独立して生活することが可能なほどに回復したとまでは認めるることはできないものの、なお生存していた高度の蓋然性が認められたにもかかわらず、同日死亡したものであるから、被控訴人は、■の死亡についても責任を負うものと認められる。

5 損害額（争点6）について

損害については、上記4(4)のとおり、本件事故と■の死亡との因果関係を認めた上で、下記のとおり判断することとする。

(1) ■の損害

ア 葬儀費用 150万0000円

150万円が相当であると認める。

イ 治療費・入院雑費 0円

■が、介護が不要で、独立して生活することが可能なほどに回復したとまでは認めることができないことに照らし、治療費・入院雑費については、本件行為と相当因果関係のある損害とはいえないから、これを認めることができない。

ウ 入院付添費

0円

上記4(4)で認定、判断したとおり、**X1**が、介護が不要で、独立して生活することが可能なほどに回復したとまでは認めることができないことに加え、前記1(2)ないし(5)で認定した診療経過に照らし、**X1**について、親族による付添が必要不可欠であったことを認めるに足る証拠はないことを総合すれば、入院付添費については、本件行為と相当因果関係のある損害とはいえない。

エ 死亡逸失利益

439万1187円

(ア) 証拠（甲C36、37及び弁論の全趣旨）によれば、**X1**（昭和19年1月22日生）は、死亡時70歳で、年金収入が190万0400円であったこと、同人の死亡により、妻である控訴人**X2**（昭和21年8月11日生）が年間少なくとも8万4096円（2か月に1回1万4016円）の遺族年金を受給することになったことが認められる。これによれば、**X1**の死亡逸失利益は、同人の得べかりし年金収入から控訴人**X2**が死亡に至るまでに受給すべき遺族年金の額を控除した金額であるものと認められる。

(イ) そこで、上記4(4)で認定、判断した**X1**の回復の程度についての見通しに照らし、生活費控除率は50%，**X1**の年齢（死亡時70歳）の男性の平均余命は14年であるが、**X1**の余命としては、少なくとも7年であったと認める。そして、控訴人**X1**の平均余命は、22年であるから、それぞれに対応するライプニッツ係数は、**X1**が5.7863、控訴人**X2**が13.1630である。

(ウ) 以上によれば、**X1**の死亡逸失利益は、下記計算式のとおり、439万1187円となる。

$$190万0400円 \times 0.5 \times 5.7863 - 8万4096円 \times 13.1630$$

| | |
|---|------------|
| オ 慰謝料 | 2100万0000円 |
| <p>本件に現れた一切の経緯を考慮すると、X1の慰謝料は、2100万円をもって相当と認める。</p> | |
| カ 損害賠償請求関係費用 | 11万7390円 |
| <p>証拠（甲C15ないし18）及び弁論の全趣旨によれば、X1は、被控訴人に対するカルテの開示請求等につき、11万7390円を支出したことが認められるところ、これは、本件事故と相当因果関係のある損害と認めることができる。</p> | |
| キ 小計 | 2700万8577円 |

前記ア、エ、オ及び上記カの合計である。

(2) **X1**の死亡に係る控訴人ら固有の損害
控訴人**X2 X1**が**X1**の妻であること並びに控訴人**X1 X3 X4**及び同**X1**がいずれも^b
X1の子であることは、いずれも当事者間に争いがないところ、本件に現れた一切の経緯を考慮すると、控訴人ら固有の慰謝料は、以下のとおり認めることが相当である。

| | |
|----------------------|-----------|
| ア 控訴人 X1 の慰謝料 | 200万0000円 |
| イ 控訴人 X1 の慰謝料 | 100万0000円 |
| ウ 控訴人 X1 の慰謝料 | 100万0000円 |

(3) 控訴人**X1**について

控訴人**X1**が相続した**X1**の前記(1)の損害2700万8577円の2分の1に相当する1350万4288円及び控訴人**X1**の固有の慰謝料200万円の合計は1550万4288円であり、弁護士費用は135万円が相当であるから、損害合計は、1685万4288円と認められるところ、控訴人**X1**の請求は1500万円（**X1**分1400万円、控訴人**X1**分100万円）を限度としているから、同金額を限度として損害と認める。

(4) 控訴人**X1 X3 X4**及び同**X1**について

X3 X4 X1
控訴人 [] 及び同 [] が相続した [] の前記(1)の損害 2700万8577
円の4分の1に相当する各675万2144円並びに同控訴人ら固有の慰謝
料各100万円の合計は各775万2144円であり、弁護士費用は各70
万円が相当であるから、損害合計は、各845万2144円と認められると
ころ、同控訴人らの請求は各750万円（[] 分700万円、控訴人 [] 及
び同 [] 分各50万円）を限度としているから、同金額を限度として損害と
認める。

第4 結論

X2 X3 X4
以上によれば、被控訴人に対し、控訴人 [] について1500万円、控訴人
[] 及び同 [] について各750万円並びにこれらに対する不法行為（本件事
故）の日である平成23年6月29日から支払済みまで民法所定年5分の割合
による遅延損害金の支払を求める控訴人らの主位的請求は、理由があるから、
これを認容すべきであるところ、これと異なる原判決は相当でない。

なお、主位的請求を全部認容する以上、予備的請求について判断する必要は
ない。

よって、控訴人らの本件控訴に基づき原判決を取り消し、控訴人らの主位的
請求をいずれも認容することとし、主文のとおり判決する。

大阪高等裁判所第2民事部

裁判長裁判官 田 中 敦

裁判官 吉 川 懇 一

裁判官 日野直子

これは正本である。

平成30年9月28日

大阪高等裁判所第2民事部

裁判所書記官 久安径子