

令和4年11月24日判決言渡 同日原本領収 裁判所書記官

平成29年(ワ)第3385号 損害賠償請求事件

口頭弁論終結日 令和4年8月8日

判 決

5

原告

同法定代理人成年後見人

10

原告

原告ら訴訟代理人弁護士

同訴訟復代理人弁護士

富永 愛

15

被告

医療法人

同代表者理事長

同訴訟代理人弁護士

主 文

20

- 1 原告らの請求をいずれも棄却する。
- 2 訴訟費用は原告らの負担とする。

事 実 及 び 理 由

第1 請求

25

- 1 被告は、原告[]に対し、1億0718万5859円及びこれに対する平成25年11月26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[]に対し、550万円及びこれに対する平成25年11月

26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 事案の概要等

本件は、被告が運営・管理する診療所（以下「本件診療所」という。）において健康診断を受診した原告（以下「原告」という。）が上部消化管内視鏡検査中に痙攣発作を起こし、遷延性意識障害の後遺障害を負ったこと（以下「本件事故」という。）について、①本件診療所の医師らが原告の1回目の痙攣発作の際に、直ちに原告の救急搬送を要請しなかったこと、②2回目の痙攣発作の際に、直ちに胸骨圧迫の処置をとらなかったこと、又は、③本件診療所に自動体外式除細動器（以下「AED」という。）を設置せず、本件診療所の職員らに最寄りのAEDの設置場所を周知していなかったために2回目の痙攣発作後直ちにAEDによる救命措置を行うことができなかったことに原因があるとして、被告に対し、原告が、不法行為又は債務不履行に基づき、後遺障害逸失利益等1億0718万5859円及びこれに対する平成25年11月26日（不法行為日）から支払済みまで民法（平成29年法律第44号による改正前のもの。以下同じ。）所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めるとともに、その夫である原告（以下「原告」という。）が、不法行為に基づき、近親者固有の慰謝料等550万円及びこれに対する上記の日から支払済みまで同様の遅延損害金の支払を求める事案である。

1 前提事実（争いのない事実及び弁論の全趣旨により容易に認定できる事実）

(1) 当事者

ア 原告は、昭和44年5月10日生れの女性である。

原告は、原告の夫である。

イ 被告は、医療法人であり、肩書住所地（以下「本件ホテル」という。）の3階）において、主として人間ドックや健康診断等の健診を行う診療所である本件診療所を運営・管理している。

(2) 診療経過



ら、救急搬送を要請し、AEDの探索に向かうとともに、ここでようやく胸骨
5 圧迫を開始した。

(被告の主張)

1 1時25分に第2痙攣が起こり、11時27分頃に第2痙攣が治まって1
5 1時30分までに呼吸停止となった。本件診療所の職員らは、胸骨圧迫を直ち
に開始するとともに、救急カートを内視鏡室に搬入してルート確保を行い、1
11時30分には心電図で心室細動を確認して、救急搬送を要請し、AEDの探
索を開始した。

(2) 争点2 (AED設置義務又は設置場所把握義務違反の有無)

10 (原告らの主張)

ア 本件診療所は、挿管による迷走神経反射（不快感や生体に対する侵襲に対
して徐脈、血圧低下、失神等を来たす症状）や、局所麻酔薬等によるアナフ
イラキシーショック（アレルギー等の侵入により、複数臓器に全身性のアレ
ルギー症状が惹起される過敏反応で血圧低下や意識障害を伴うもの）を引き
15 起こす可能性がある上下部消化管内視鏡検査、造影剤によるアナフィラキシ
ーショックを引き起こす可能性が高いCT検査、抗生物質やワクチンによる
アナフィラキシーショックを引き起こす可能性があるピロリ菌除菌や予防
接種、心室頻拍・上室性頻拍等を引き起こす可能性がある運動負荷心電図検
査など、心停止患者を発生させる可能性が高い検査及び診療を実施した。そ
20 して、本件診療所は、午前及び午後の診療に加え、週1回夜診を行い、月1
回日曜日診療も行っており、平成25年当時、受診者数は年間2万人以上
に上り、胸部レントゲン撮影の実施件数が2万件以上、内視鏡検査の実施件
数が、内視鏡室が5つあるような医大病院・総合病院での実施件数を上回る7
000件以上となっており、「全国的に屈指の消化器系検査件数を実践して
25 いる」と自ら謳うほどである。そうすると、本件診療所においては、医大病
院・総合病院と遜色ない程度に、検査及び診療中の突然の心停止を含む偶発



症の発生リスクも高かった。

また、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会監修の「救急蘇生法の指針2010」では、院内で心停止に直面した医療従事者に対し、医療用の一次救命処置アルゴリズムの中で、AED等による電氣的除細動の実施を定め、AEDを計画的に院内に設置することを求めている。同様に、本件事故当時、日本救急医療財団は、心停止の発生頻度が高いところにAEDを設置すべきであること、日本循環器学会は、一定程度以上の頻度で心停止が発生している小規模の診療所や医院等についてAEDの設置が必須である旨提言していた。

さらに、厚生労働省による「AEDの利用環境整備に関する実態調査」によれば、医療機関に導入されたAEDは、平成16年当時5946台であったが、平成25年当時には9万3412台にまで増加し、医療機関以外の公的施設にまで普及していた。

そうすると、被告は、心停止患者が発生する可能性のある診療所として、心停止患者が発生した場合の一次救命処置の一環として、早期にAEDを実施することができるよう、本件診療所にAEDを設置する義務、あるいは、少なくとも、本件診療所の最寄りのAEDの設置場所を把握し、本件診療所の職員らにその場所を周知しておくべき義務を負っていた。

イ にもかかわらず、被告は、本件診療所にAEDを設置しておらず、また、本件診療所の職員らに、本件ホテル内に設置されていたAED3台のうちいずれが最寄りのものであり、それがどこに設置されているかを周知していなかった。

そのため、本件診療所の職員らが最寄りのAED設置場所（エレベーター又は非常階段を用いて徒歩2分以内で往復可能な本件ホテル2階の設置場所）を把握していれば、11時27分（呼吸停止確認時刻）にAEDの確保に向かい、遅くとも11時29分（呼吸停止確認から2分以内）にAEDを



内視鏡室に持参し、遅くとも11時30分（呼吸停止確認から3分以内、第2痙攣発生から5分以内）にAEDを起動することができたにもかかわらず、実際にAEDを起動したのは11時38分（呼吸停止確認から11分後、第2痙攣発生から13分後）であり、AEDの確保のために8分を余分に費やした。

あるいは、11時32分（心室細動確認時刻、第2痙攣から7分後）にAEDの確保に向かったとしても、遅くとも11時34分（心室細動確認から2分以内、第2痙攣から9分以内）にAEDを内視鏡室に持参し、遅くとも11時35分（心室細動確認から3分以内、第2痙攣発生から10分以内）にAEDを起動することができたにもかかわらず、実際にAEDを起動したのは11時38分（第2痙攣発生から13分後、心室細動確認から6分後）であり、AEDの確保のために3分を余分に費やした。

（被告の主張）

ア 医療機関にAEDの設置を義務付ける法令上の根拠はないから、医療機関全般が、AEDを院内に設置しなければならないわけではない。また、本件診療所は、患者に心停止を生じさせる可能性の高い器具等を使用しておらず、日本救急医療財団による平成25年9月9日付のAEDの適正配置に関するガイドラインが定めるAED設置推奨基準に該当する施設でもない。さらに、所内にAEDを設置する費用は必ずしも低廉とはいえず、所外（特にテナント入居施設外）にある最寄りの設置場所を常に把握しておく負担は無視できるものではない。

そうすると、AEDは、設置することが望ましいとはいえるものの、本件診療所に必ず設置しなければならないものとはいえないし、設置場所の把握についても同様である。

イ 本件診療所がある本件ホテル3階から最寄りのAED設置場所である2階との間にはE階、M3階があり、徒歩2分以内で往復できるものではない。



(3) 争点3 (救急搬送要請義務違反の有無)

(原告らの主張)

5 ア 第1痙攣の原因は不明であり、第1痙攣が治まってからも、意識状態、呼吸状態及び循環状態ともに回復していなかったところ、痙攣は、原因が除去されない限り再発する可能性が高く、原因によっては心停止及び呼吸停止に陥りかねない。

10 また、本件診療所は、人間ドック等の健診を中心としており、心停止への対応は専門外であるし、平成25年当時、心停止患者が発生し、AEDの使用が必要になるような場面を想定した訓練を実施しておらず、マニュアルも存在していなかった。本件の経過をみても、原告■■■■■に対し、第1痙攣発生後に酸素飽和度測定装置、血圧測定装置及び心電図装置を装着し計測するなどの経過観察がされておらず、第2痙攣発生後に胸骨圧迫も適切に行われていなかったことからして、心停止患者等に対し、一次救命処置を実施する人的・物的体制が整っていたとはいえない。

15 したがって、本件診療所の医師らは、原告■■■■■に第1痙攣が生じた11時13分頃の時点から遅くとも11時23分頃までの間には、心停止に対応できる適切な高次医療機関に搬送する救急搬送要請を行うべき義務を負っていた。

20 イ しかし、本件診療所の医師らが救急搬送要請を行ったのは、第1痙攣発生後ではなく、第2痙攣発生後の11時32分であり、第1痙攣の発生から救急搬送要請を判断するまで19分を余分に費やした。

(被告の主張)

25 痙攣は数分で自然に回復することが多く、本件でも短時間で回復傾向にあったこと、原告■■■■■にはパニック発作の既往症があり、これが原因と疑われたこと、医師や看護師が付き添い病態観察を行っていたことを踏まえて、原告■■■■■について、救急搬送要請をする必要までではなく、まずは落ち着かせて症状が緩



解するかどうか経過観察を行うことが適切であると本件診療所の担当医師が判断したことが不合理であったとはいえない。

原告らは、原告■■■■の痙攣の原因が不明であるから、第1痙攣後に、直ちに救急搬送要請すべきであったと主張するが、高次医療機関への転送には病態に基づく根拠が必要であり、第1痙攣の持続時間が短時間であり、その後、原告■■■■が指示に従って体位を変換することができるなど回復傾向にあったことからすれば、救急搬送要請すべき病態ではなく、本件診療所内で病態観察をすることが合理的であった。

本件診療所では、急変時の対応手順に関するマニュアルを策定し、心停止の患者が発生した場合を想定した救急訓練を実施しており、本件でも、マニュアルの手順に従って対応した。原告らは、本件診療所の医師らが第1痙攣後十分な経過観察を実施していなかった旨主張するが、医師らは、原告■■■■に酸素飽和度測定装置を装着しており、心電図検査を行おうとしていた時に第2痙攣が発生したものであり、必要な経過観察を行っていた。また、本件診療所の看護師らが第2痙攣後に行なっていた胸骨圧迫も、担当する者が全力で行っていたものであり、救急隊が本件診療所で行われていたCPR（心肺蘇生法）を適切と評価しているとおりの適切なものであった。

(4) 争点4（胸骨圧迫即時開始義務違反の有無）

（原告らの主張）

ア 傷病者に反応がないことを確認した場合、即時に胸骨圧迫を開始すべきことは一次救命処置の基本中の基本であり、このことは、「救急蘇生法の指針2010」「市民によるAEDを含んだBLS実施の重要性」「緊急時の救命処置」等のガイドライン等にも明記されており、本件診療所の医師らは、呼吸停止を確認した時点で即時に胸骨圧迫を開始すべき義務を負っていた。

イ にもかかわらず、本件診療所の医師らは、11時25分に第2痙攣が発生し、11時27分に呼吸停止を確認した時点で、即時に胸骨圧迫を開始する



ことができたにもかかわらず、ルート確保を先行させ、救急搬送要請及びAEDの確保を開始するのと併せて、11時32分になってようやく胸骨圧迫を開始しており、呼吸停止の確認から胸骨圧迫開始まで5分を余分に費やした。

5 (被告の主張)

本件診療所の医師らは、第2痙攣が治まって呼吸停止となった11時27分頃から速やかにルート確保を行うとともに11時30分までには胸骨圧迫を開始していたのであって、11時32分まで胸骨圧迫を行っていなかったものではない。

10 また、心停止の原因として、迷走神経反射、アナフィラキシーショック又は心原性のいずれかが想定され、アナフィラキシーショックの場合には、ルート確保が胸骨圧迫に優先するし、それ以外の場合もアドレナリン等の投与を実施することがあり得るため、胸骨圧迫を中断してでもルート確保を実施することが通常であるから、ルート確保に伴って、いずれにしても一定時間の脳虚血又は脳循環の低還流状態が生じることはやむを得なかったのであり、ルート確保
15 を先行させるか、胸骨圧迫を先行させるかは、状況に応じた医師の裁量的判断に委ねられていた。

(5) 争点5 (AED設置義務又は設置場所把握義務違反と結果との因果関係)

(原告らの主張)

20 本件診療所内にAEDを設置していればその確保に時間を要しないし、本件診療所の職員らが最寄りの設置場所を把握していれば往復2分程度でこれを持参できたのであるから、遅くとも確保に向かってから3分程度でAEDを起動することができた。そうすると、11時30分(呼吸停止確認から3分以内、第2痙攣発生から5分以内)にはAEDを起動させ、遅くとも11時34分(呼吸停止確認から7分後、第2痙攣発作から9分後)には1回目の除細動を実施
25 できた。心室細動を確認した11時32分を起点としても、11時35分(第



2 痙攣発生から10分後)にはAEDを起動させ、遅くとも11時39分(第2痙攣発作から14分後)には1回目の除細動を実施することができた。

5 そうすると、本件診療所内にAEDを設置し、あるいは、本件診療所の職員らが最寄りのAEDの設置場所を把握していれば、原告■■■■■に対し、実際に1回目の除細動がされた11時42分よりも8分早く、あるいは3分早く、AEDによる除細動を行うことができたところ、心停止によって低酸素脳症に陥れば、5分前後で不可逆的な障害が生じるとされ、除細動が1分遅れるごとに7~10%ずつ救命率が低下すること、心停止後直ちに一次救命処置を実施したことにより後遺症なく社会復帰できた事例が多数存在することからすると、原告■■■■■に対し8分早く、あるいは少なくとも3分早く、AEDによる除細動を実施できていれば、低酸素脳症による遷延性意識障害になることを回避できた高度の蓋然性があったといえる。

15 被告は、原告■■■■■が冠攣縮性狭心症(冠動脈が異常収縮して狭窄部位から末梢が相対的な虚血状態となり発生する狭心症)であったとし、除細動が困難であったと主張するが、原告■■■■■は、本件健診以前に通院していた病院では冠攣縮性狭心症ではないと診断されている上、仮にそうであったとしても、冠攣縮性狭心症に対し除細動が有効であった例が多数存在することからすると、除細動が困難であったとはいえない。

(被告の主張)

20 原告■■■■■の痙攣及びその後の心停止の原因は、20年間にわたる一日当たり20本の喫煙習慣から生じた冠攣縮性狭心症であったと考えられる。このことは、本件健診当日の朝に、原告■■■■■自身が、冠攣縮性発作と類似する3回のパニック症状の発生を申告していたこと、救急搬送後、冠攣縮性狭心症の治療薬である冠血管拡張薬やカルシウム受容体拮抗剤等の投薬により症状が再発しなかつたことにも裏付けられる。

25 冠攣縮性発作による心停止に対しては、冠攣縮が解除されるまで除細動が困



難であり、救命率及び社会復帰率が一般の心停止患者よりはるかに低下するとされているから、早期にAEDを装着したとしても、原告■が遷延性意識障害になることを回避できた高度の蓋然性があったとはいえない。

5 実際、原告■は、11時38分にはPEA（AEDの除細動の適応がない無脈性電気活動）の状態にあったことからすると、原告らが主張する時点でAEDを装着したとしても、その時点で除細動を行うことができたとはいえない。

10 また、原告らは、一次救命処置を早く行うことにより低酸素脳症による遷延性意識障害を回避できた旨主張するが、除細動を心停止後3分以内に行った場合でも60%は社会復帰できておらず、心停止現場に臨場した者が一次救命処置を行った場合でも、73.7%の患者は1か月後の神経機能予後が良好とはいえないことからすると、AEDによる除細動を早期に実施したとしても、心停止後低酸素脳症を回避することは相当に困難であった。

(6) 争点6（救急搬送要請義務違反と結果と間の因果関係）

(原告らの主張)

15 本件診療所の医師らが救急搬送要請をした11時32分から救急隊が内視鏡室に到着した11時48分まで16分間かかっており、仮に、第1痙攣発生直後の11時13分から11時23分までの間に救急搬送を要請していれば、11時29分（第2痙攣発生から4分後）から11時39分（第2痙攣発生から14分後）には救急隊が到着し、AEDによる除細動を実施していたはずである。そして、前記(5)のとおり、心停止によって低酸素脳症に陥れば、5分前後で不可逆的な障害が生じることを踏まえると、低酸素脳症による遷延性意識障害を回避できた高度の蓋然性があった。

(被告の主張)

25 11時13分から11時23分の間に救急搬送の要請をしたとしても、交通事情等の影響を考慮すると、11時29分から11時39分までの間に救急隊が到着したとは必ずしもいえない。



また、前記(5)のとおり、原告■■■■の痙攣及びその後の心停止の原因は冠攣縮性狭心症であったと考えられることからすると、早期に救急搬送を要請し、胸骨圧迫を実施してAEDを装着したとしても、原告■■■■が遷延性意識障害になることを回避できたとはいえないし、心停止現場に臨場した者が一次救命処置を行った場合でも、73.7%の患者は1か月後の神経機能予後が良好とはいえないことからしても、早期の救急要請により心停止後低酸素脳症を回避することは相当に困難であった。

(7) 争点7 (胸骨圧迫即時開始義務違反と結果との間の因果関係)

(原告らの主張)

本件診療所の職員らが呼吸停止を確認した11時27分に即時に胸骨圧迫を開始していれば、開始時刻を5分早めることができ、11時27分(第2痙攣発生から2分後)から、11時38分(第2痙攣発生から13分後)にAEDを装着・起動し、11時42分(第2痙攣発生から17分後)に1回目の除細動が実施されるまでの間継続して胸骨圧迫を実施することができた。そして、前記(5)のとおり、一次救命処置による心停止後の救命率や社会復帰率の高さは、脳虚血又は脳循環の低還流時間の長さに伴う脳組織の不可逆的なダメージの程度に左右されるから、心停止後に最低限の酸素供給を可能とする血流を維持するとともに除細動の成功率を上昇させる役割を果たす胸骨圧迫の開始時点を早めることによって、脳虚血又は低還流時間を可及的に短縮することが、救命率及び社会復帰率に影響を及ぼすことは明らかであることからすると、11時27分(第2痙攣発生から2分後)に胸骨圧迫が開始されていれば、低酸素脳症による遷延性意識障害になることを回避できた高度の蓋然性があった。

(被告の主張)

胸骨圧迫の開始が5分早まりさえすれば、社会復帰率が高まることを裏付ける医学的知見はなく、低酸素脳症による遷延性意識障害になることを回避できた高度の蓋然性があったとはいえない。

(8) 争点8 (胸骨圧迫即時開始義務違反及びAED設置若しくは設置場所把握義務違反又は救急搬送要請義務違反と結果との間の因果関係)

(原告らの主張)

本件診療所内にAEDが設置されているか、職員らが最寄りの設置場所を把握しており、かつ、呼吸停止確認後直ちに胸骨圧迫を開始していれば、11時27分(第2痙攣から2分後)に胸骨圧迫を開始し、遅くとも11時32分(第2痙攣から7分後)にAEDの確保に向かい、11時35分(第2痙攣から10分後)にAEDを装着・起動し、11時39分(第2痙攣から14分後)には1回目の除細動を実施することができた。

また、第1痙攣直後の11時13分に救急搬送要請をし、呼吸停止確認後の11時27分までに胸骨圧迫を開始していれば、その2分後の11時29分には救急隊が到着しており、救急隊によるAEDによる除細動を含む一次救命処置が実施されていた。

このような経過をたどれば、脳虚血又は脳循環の低還流時間がより一層減少し、低酸素脳症による遷延性意識障害を回避できた蓋然性がより一層高まる。

(被告の主張)

心原性、目撃あり、バイスタンダーによる心肺蘇生あり、AEDの使用ありという条件がそろった場合であっても、心停止後の社会復帰率は45.7%に過ぎないのであって、低酸素脳症による遷延性意識障害が回避できた高度の蓋然性があったとはいえない。

(9) 争点9 (損害の発生及び額)

(原告らの主張)

ア 原告■■■■の損害

本件診療所の医師らによる注意義務違反により、原告■■■■は遷延性意識障害に陥り、次のとおり損害を被った。

(ア) 治療費 252万4585円

原告■は、本件事故から症状固定日である平成26年9月16日までに、治療費48万4585円を負担した。また、症状固定後も、症状の維持・悪化予防のために治療が必要であり、平成29年7月までに少なくとも治療費204万円を負担した。

5 (イ) 将来治療費 1214万4960円

遷延性意識障害が継続する限り入院が必要で、治療費として月額6万円、年額72万円を負担する必要がある、平成29年8月の時点で原告■は48歳で、平均余命は38年であるから、これに対応するライフニッツ係数16.868を乗じると、1214万4960円の負担が生じる。

10 (ロ) 入院雑費 44万2500円

本件事故の発生日である平成25年11月26日から症状固定日である平成26年9月16日までの入院日数は295日であり、一日当たり1500円の入院雑費が必要であるから、44万2500円の負担が生じた。

15 (ハ) 休業損害 286万0530円

原告■は、本件事故前は主に主婦として家事労働に従事していたところ、平成25年度賃金センサスの全年齢女子平均給与は353万9300円であり、症状固定日までの入院日数は295日であるから、286万0530円の休業損害が生じた。

20 (ニ) 後遺障害逸失利益 4792万9115円

症状固定時である平成26年度賃金センサスの全年齢女子平均給与は364万1200円であり、症状固定時に45歳で、67歳まで22年間稼働可能であるから、これに対応するライフニッツ係数13.163を乗じると、後遺障害逸失利益は4792万9115円となる。

25 (ホ) 入院慰謝料 354万円

遷延性意識障害は重傷ということができ、症状固定日までの入院日数は約10か月であるから、入院慰謝料は354万円が相当である。

(キ) 後遺障害慰謝料 2800万円

遷延性意識障害は後遺障害等級1級に該当するから、後遺障害慰謝料は2800万円が相当である。

(ク) 弁護士費用 974万4169円

上記(ア)~(キ)の合計額9744万1690円の1割に当たる974万4169円が相当因果関係のある弁護士費用となる。

イ 原告■■■■の損害

(ア) 近親者慰謝料 500万円

原告■■■■に遷延性意識障害が残存したことで、夫である原告■■■■は、死亡に比肩しうるほどの甚大な精神的苦痛を被った。また、3人の未成年の子の養育を含めて、すべての家事を負担し、1週間に3回程度見舞いに行くため、従前の仕事を変更せざるを得なくなり、年収が200万円程度減少した。以上の事情を踏まえると、原告■■■■の精神的苦痛に対する慰謝料は500万円を下らない。

(イ) 弁護士費用 50万円

上記損害の1割に当たる50万円が相当因果関係のある弁護士費用となる。

(被告の主張)

否認又は争う。

第3 争点に対する判断

1 認定事実

前記前提事実、末尾掲記の証拠(枝番を含む。)及び弁論の全趣旨によれば、次の事実が認められる。

(1) 医学的知見

ア 上部消化管内視鏡検査とは、口又は鼻から内視鏡(本件診療所で使用しているものは直径6.5mm)を挿入し、食道・胃・十二指腸を観察して病変

の有無を調べる検査である（乙A16の1）。

イ 痙攣とは、突発的に始まる筋収縮であり、心停止の徴候の一つである。痙攣の原因には、真性てんかん、脳の外傷、血管障害や、末梢神経、筋肉の不随意的な反復発火による筋収縮などがある。局所性・限局性のものと全身性のものに大別され、さらに筋の収縮の種類により、持続性に手足を強直させる強直性痙攣と、手足の屈伸を反復させるように動かす間代性痙攣に分けられる。（甲B1～4）

ウ 痙攣に対する標準的な対応として、気道、呼吸、循環の異常、意識の状態を確認し、気道を確保して必要な場合は酸素投与を行い、脈拍や経皮的動脈血流酸素飽和度（SpO₂）を測定、モニタリングし、可能であれば心電図や血圧測定を行うとともに、痙攣が継続する場合は主に静脈路から薬物を投与して痙攣を止め、原因検索を行うものとされている（甲B2、B3）。

エ 心室細動（VF）とは、心室筋が全く無秩序に興奮し、心拍出量が0（心停止）になった状態であり、心電図では、振幅も周波数も全く不規則な波が連続して見られるようになる。治療しなければ数分で死亡し、可及的速やかに除細動を行うことが重要とされ、除細動の開始が1分遅れるごとに救命率が7%から10%低下するといわれているが、直ちに質の高いCPRを行えば除細動の開始が1分遅れるごとの救命率の低下は3%から4%にとどまるとされている。（甲B6、7）

(2) 救急蘇生法（甲B9）

ア 救急蘇生法は、心停止や気道閉塞などに対して直ちに行うべき一次救命処置（BLS）と、応援の人員と必要な資器材がそろってから行う二次救命処置（ALS）等で構成される。BLSには、現場に居合わせた市民が行う場合の手順と、病院・救急車内など医療環境の整った中で日常業務として医療従事者や救急隊員などが行う場合の医療用BLSアルゴリズムがある。

イ 日本救急医療財団心肺蘇生法委員会が作成した蘇生に関するガイドライ

ンであるJRCガイドライン2010に記載された医療用BLSアルゴリズムの概要は、次のとおりであった。

①患者の反応を確認し、反応がない場合は、大声で叫んで周囲の注意を喚起する。②院内緊急コールなどの設備があれば発信した上、直ちに気道を確保して、呼吸の有無等により心停止かどうか判断する。③心停止と判断したら、直ちに胸骨圧迫を開始し、胸骨圧迫30回及び人工呼吸2回というサイクルを繰り返す。④誰かが来た時点で、応援要請と必要な資器材の手配を依頼し、自らは胸骨圧迫等を継続する。⑤AEDが到着し、使用準備が整うまで胸骨圧迫等を継続し、電気ショックに伴う胸骨圧迫の中断時間を最小にする。⑥電極が張り付けられてAEDが心電図の解析を自動的に開始したら、胸骨圧迫等を中断し、周囲の人にも患者から離れるように伝える。⑦電気ショックが必要とされた場合には、電気ショックを行い、その後脈拍の確認等を待つことなく直ちに胸骨圧迫等を再開する。⑧電気ショックが不要とされた場合には、直ちに胸骨圧迫等を再開する。⑨以後、蘇生専門の医療チームなどALSを行うことができる救助者に引き継ぐことができるまで、あるいは患者に十分な循環が回復するまで、約2分おきに、AEDによる心電図の解析及び電気ショックと胸骨圧迫等を繰り返す。

(3) AED

ア AEDとは、心室細動や無脈性心室頻拍に対し電気ショックを与え、洞調律と有効な心拍出を回復するための医療機器である（甲B5）。

イ 日本循環器学会AED検討委員会等が平成24年に発行した「AEDの具体的設置・配置基準に関する提言」は、AEDの普及が、政策的・戦略的に管理されておらず、設置密度が不十分であり、地域による格差が大きいという課題を踏まえて、具体的な目安を示すことで、効果的かつ効率的なAEDの設置を促すことを目的とするところ、「AEDの設置が必須と考えられる施設（クラスI）」として、「5年間に1件以上の心停止が想定される場所・



施設、常時成人が250名以上いる場所・施設（会社を含む）にはAEDが設置されるべきである」とし、「長期療養施設や小規模の診療所、医院、歯科医院、透析センターなども一定以上の頻度で心停止が発生しており、医療従事者が常時存在すること、また、地域の目印にもなっていることから、AEDの設置が求められる」としている（甲B55）。

ウ 一般財団法人日本救急医療財団が平成25年9月9日に発行した「AEDの適正配置に関するガイドライン」は、一般人が使用することを目的としたAEDの設置場所について、考慮すべき第一の条件として心停止の発生頻度が高いところにAEDを設置すべきとしており、施設内での配置方法については、目撃された心停止の大半に対し、心停止発生から長くても5分以内にAEDの装着ができる体制が望ましいとしている（甲B8）。

エ JRCガイドライン2010は、「全職員に対してAEDを含むBLSの十分な訓練を行う必要がある」「病院内では、心停止から除細動までの時間を3分以内とすることが目標となる」「AEDの配備・メンテナンス計画を作成するなど、組織的な取り組みが必要である」としている（甲B9）。

オ 本件事故当時、本件診療所にAEDの設置を義務付ける法令や条例の規定は存在しなかった。

(4) 本件診療所の状況等

ア 本件診療所は平成25年当時、年間7000件以上の内視鏡検査を行い、平均で1か月700件から800件ほど、1日20件ほど同検査を実施していた（証人■■■■16頁）。

イ 本件診療所では、内視鏡検査のほか、造影剤を使ったCT検査、運動負荷心電図、ホルター心電図、心エコー検査も実施していた（甲B57、証人■■■■16頁）。

ウ 本件診療所には、平成25年当時、内視鏡室が2部屋あり、2名の医師がそれぞれ並行して内視鏡検査を実施していた。原告■■■■が本件検査を受けた



内視鏡室は、短辺が2 m程度、長辺が3 m程度の長方形の部屋で、短辺である東側に引き戸の出入り口があり、昇降式のベッドが長辺である南側（出入り口から見て左側）の壁に寄せられて置かれていた。（甲B57、乙A6、証人■6、25、26頁）

エ 本件ホテル内には、2階、5階及び15階にAEDが設置されていた。また、本件ホテルに連絡するJR京都駅の南北自由通路（改札外の本件ホテルではM3階に相当する場所）にAEDが設置されていた。本件診療所の受付前にあるエレベーターで3階からM3階に降り、徒歩で南北自由通路の設置場所に向かった場合、エレベーターの待ち時間を除くと約60秒で設置場所に到着する。エレベーターの横には非常階段があり、M3階までは15段であった。（甲A9、10）

オ 本件事故当時、本件診療所にはAEDが設置されておらず、本件診療所の職員らは、最寄りのAEDの場所を把握していなかった（証人■17、18頁、証人■30頁）。

(5) 原告■の持病及び生活習慣

ア 原告■は、本件事故日の約3年前から不整脈の自覚症状があり、循環器科を受診し、上室性不整脈との診断を受け、また冠攣縮性狭心症を疑われていたが、心電図では明らかな異常が認められないため、不安発作と迷走神経反射による徐脈と診断されていた（甲A1・1頁、甲A16、17、原告■本人4頁）。

イ 原告■は、平成25年5月と6月に、自宅で胸痛を訴え、救急搬送されたことがあった（甲A20、乙A15、原告■本人4～6頁）。

ウ 原告■は、本件事故当時、20年間の喫煙歴があり、1日当たりの喫煙本数は約20本であった（甲A1・10頁、原告■本人4頁）。

(6) 第2痙攣発生前までの検診経過

ア 原告■は、本件事故当日（平成26年11月26日）、人間ドックを受け



る目的で本件診療所に来院した。そして、問診票の自覚症状のうち「動悸や脈の乱れがある」「胸の痛み、違和感、締め付け感がある」という選択肢にチェックをし、「パニック障害の症状」と付記した。そして、午前10時頃から、心電図検査、腹部エコー検査等を受けたが、これらの検査結果に異状はなかった。(甲A1・6、7、10頁)

イ 原告■は、内視鏡検査の前処置を担当していた■看護師から問診を受け、当日の朝、パニック症状が3回生じたことを伝えた。■看護師は、付箋にその旨をメモし、問診表に張り付けた。(甲A1・4、5頁、証人■1、20、21頁)

ウ 本件検査を実施する内視鏡室を担当していた■看護師は、午前11時頃、内視鏡室に入った原告■に対し、前記イのメモを踏まえて気分が悪くないか尋ねた。原告■は、特に悪くない旨答え、パニック症状については、胸が苦しいような、もやもやするような感覚があると説明した。■看護師は、内視鏡検査中は会話ができないので、検査中に同様の症状が起きるなど何か困ったことがあれば手を挙げて知らせるよう伝えた。(乙A13、証人■1、2頁)

エ 本件検査を担当していた■医師は、前記イのメモを見て原告■に体調を確認し、原告■は、特に問題はない、パニック発作は以前起きたものと変わらない旨答えた。そこで、11時6分、■看護師が麻酔薬を投与し、■医師が左側臥位の原告■に口から内視鏡を挿入して検査を始めた。その際、内視鏡室にいたのは、■医師と■看護師の2人であった。(甲A2、証人■7頁、証人■1、2頁)

オ 11時13分、内視鏡を胃体部に挿入している時に、原告■が突然右手を挙げ、すぐに原告■の体幹部に力が入り、手と体を突っ張らせて震わせるような強直性痙攣が始まった(第1痙攣)。■医師は、直ちに原告■から内視鏡を抜き、内視鏡を抜くとすぐに痙攣は治まった。痙攣が始まってか



ら治まるまでの時間は、十数秒から長くても1分もない程度であった。(甲A1・3、20、26、32頁、証人■2、35、39～43頁、証人■2、3、5、8、9、32、33、37～40頁)

カ 痙攣が治まった後、■医師が「大丈夫ですか」と声をかけると、原告■
■はうなずいて反応をした。また、体を動かせるか聞き、指示をすると、原告■
■は指示に従って左側臥位から仰向けに姿勢を変え、再度左側臥位に姿勢を変えた。(甲A1・3頁、甲A2、証人■2、32頁、証人■3、33頁)

キ 痙攣が治まった直後、原告■は少し呼吸が浅く、苦しげな表情で、目を閉じたまま声を出さず、ぼうっとした様子であったが、徐々に落ち着き、呼吸がゆっくり規則的になり、顔色が戻り、目を開き、意識も回復しつつある様子であった。■医師が呼吸数を確認し、橈骨動脈を触知して脈拍を確認すると、脈を触知することができたが脈圧は弱めであった。■看護師が手動の血圧計で原告■の血圧を測ると最高血圧は90台であり、■医師は、通常よりやや低めであるが緊急処置を要する状態ではないと判断し、機器による酸素飽和度や脈拍数、最低血圧の測定はしなかった。(甲A1・3頁、甲A2、証人■3、10～13、18、28～30頁、証人■3、4、21～23頁)

ク ■医師と■看護師は、5分から10分程度、原告■の経過観察をし、その間に■看護師はそれまでの経過をまとめてメモに記載した。■医師は、原告■は回復過程にあるが、完全には回復しておらず、検査を再開することはできないと判断し、原告■を内視鏡室から広い部屋に移して経過観察を続けようと考え、■看護師に準備を指示し、■看護師は受付に行き、部屋の調整をしていた。■医師は残って経過観察を続けた。(甲A1・3頁、証人■3、7、8頁、証人■4、9、22、23頁)。

ケ ■医師は、原告■の第1痙攣後、痙攣の原因として想定されるものの



中でてんかんの可能性が高いと考えており、原告■が回復する傾向にあるのを見て、救急要請はしなかった（証人■8、9、23、24、40～49頁）。

(7) 第2痙攣発生からAED装着までの対応

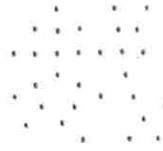
5 ア ■医師が一人で原告■の経過観察をしていた11時25分、第1痙攣と同様の強直性痙攣が再度始まったため（第2痙攣）、■医師は、■看護師に戻るよう大声で呼んだ。これに応じて、まず■看護師が内視鏡室に戻り、次いで内視鏡室の外の廊下にあった救急カートを持って■看護師が内視鏡室に駆け付け、その後ほかの職員らも内視鏡室に駆け付けた。（甲A1・3頁、甲A2、証人■3、13頁、証人■4～6、29、34頁）

10 イ ■看護師が内視鏡室に戻った時点ではまだ第2痙攣が続いており、■看護師は、自身の時計を見て、11時25分に痙攣が再度起きた旨メモに記載した。第2痙攣は第1痙攣より長く1分から2分程度続き、11時26分から27分頃に治まった。（甲A1・3頁、証人■5、27頁、証人■5頁）

15 ウ 痙攣が治まった後、■医師は、原告■の状態を確認し、呼吸がなく、脈拍が触知できないことを■看護師及び■看護師に伝えた。■看護師は直ちに胸骨圧迫を始め、■医師はアンビューバッグによる人工呼吸を始めるとともに、点滴ルート確保を指示した（甲A1・3頁、甲A2、証人■5、6、25、34、35、38頁）。

20 エ ■医師からルート確保の指示を受け、■看護師は、血管を探し始めたが、循環動態が不安定であったこともあり、なかなか血管が見つからず、■看護師とともに両方の手から血管を探し、■看護師が針を刺入し、刺入部を固定した。その後、■看護師はすぐに胸骨圧迫を再開し、■看護師はルート確保の残りの手順を行った。（証人■4、14、26頁）

25 オ その後、職員らが救急カートを一旦搬出した上で心電図モニターを搬入し



て装着し、■■■■医師は、波形を見て心室細動又は心静止であると判断し、救急要請とともに、AEDをすぐに持ってくるよう指示した。また、この間に■■■■看護師が酸素飽和度を測定したところ、85%であった。■■■■看護師は、11時30分頃、それまでの経過をまとめてメモに記載した。(甲A1・3頁、甲A2、証人■■■■4、5、8、9、13、14、27、44頁、証人■■■■6、7、27、28頁)

カ 本件診療所の職員は、■■■■医師の前記オの指示を受け、11時32分、本件ホテルの防災センターへ救急電話の依頼をし、同センターは、11時34分、119番通報をした(乙A3)。

キ 本件診療所の職員は、■■■■医師の前記オの指示を受け、本件ホテルのスタッフにAEDの設置場所を尋ねたところ、本件ホテルの15階にあると聞いたため、同所に向かい、AEDを持参して戻って来た(証人■■■■10頁)。

ク これらの間、本件診療所の職員らは、交代で胸骨圧迫及び人工呼吸を行っていた。

(8) AED装着後の対応(甲A8、乙A1、2)

ア AEDが到着すると、速やかに原告■■■■に装着され、11時38分に起動された。そして、11時39分に心電図の解析が始まったが、電気ショック不応という結果であった。

イ 2回目の解析が11時41分に始まり、1回目の除細動が11時42分に行われた。

ウ 2回目の除細動が11時45分に、3回目の除細動が11時47分に行われた。3回目の除細動の後、原告■■■■のQRS波(心室全体の興奮を表す波形)が規則正しく出現するようになった。

(9) 救急隊員到着後の対応

ア 11時48分、要請を受けた救急隊が内視鏡室に到着した。到着時、■■■■医師ほか1名が蘇生措置を実施中であり、左前腕部に静脈路確保が施されて



いる状態であった。救急隊員は、バイスタンダーCPRの評価を実施し、「効果あり」と記録し、胸骨圧迫等を引き継いだ。(乙A3、11)

イ ■■■医師は、11時58分、気管内挿管を行い、12時2分、原告■■■の救急搬送がなされた(甲A1・2、3頁、甲A2)。

ウ 12時12分、救急車内で原告■■■の自発呼吸及び自己心拍が再開した(甲A7、乙A11)。

エ 原告■■■は、■■■■病院に搬入された。搬入時の採血、心電図、心エコーでは明らかな心筋虚血を示唆する所見はなく、直ちに低体温療法が開始され、ICUで人工呼吸器管理となった。搬入後、循環動態は一貫して安定し、特段の不整脈も認められなかった。同病院の医師は、心室細動の原因は明らかではないが、経過から冠攣縮の関与が否定できないと判断し、継続的にカルシウム拮抗剤を投与していた(甲A1・14、29頁)

(10) 鑑定の内容(各鑑定)

■■■医師(救急医学)及び■■■医師(循環器内科学)が実施した鑑定の内容は、概ね次のとおりである。

ア AED設置義務又は設置場所把握義務違反の有無

(ア) ■■■鑑定

①上部消化管内視鏡検査及び造影剤を使ったCT検査では薬剤に対するアナフィラキシーショック等により頻度は低いものの被検者が心停止に陥ることがあり、その中にはAEDを用いた早期除細動の適応となる心室細動や無脈性心室頻拍が含まれるから、これらの検査を実施する施設はAEDを配備しておくことが望ましく、②運動負荷心電図検査は、心筋虚血を誘発する可能性があり、場合によっては心室細動を含む心停止につながるものであり、「運動負荷試験Q&A119(改訂第2版)」(平成25年第2版・■■■鑑定添付資料2)、「冠動脈病変の非侵襲的診断法に関するガイドライン」(平成21年発行・同5)及び「慢性冠動脈疾患診断ガイ



ドライン」(平成31年更新・同6)で検査室に除細動器を常備しなければならぬとされているところ、本件診療所はこれらの検査を実施しているから、被告は、本件事故当時、本件診療所にAEDを設置する必要があり、設置していなかったことは不適切であった。

また、AED等の除細動器を設置していなかったのであれば、少なくとも迅速にAEDを確保できる取り組みが必要であり、本件診療所の職員らが本件ホテル内のAEDの設置場所を把握していないことは不適切であった。

(イ) ■■■鑑定

①日本人間ドック学会による「健診施設機能評価の基準」(平成31年3月・■■■鑑定添付資料1)にAEDに関する項目はなく、AEDの設置は認定の要件になっていないこと、②日本循環器学会AED検討委員会等の提言(甲B55)において、AEDの設置が推奨される目安として「5年に1件程度心停止が起こっている場所」とされているのに対し、内視鏡検査の死亡率と本件診療所の検査件数によれば本件診療所における5年間の死亡発生は0.04~0.26人と算定され、必ずしも心停止が高頻度で発生する場所には該当しない上、同提言はあくまでより良いAEDの使用環境を構築するための提言であり、準拠しないとしても直ちに不適切であるとはいえないことからすると、本件診療所にAEDを設置していたり、本件ホテル内のAEDの設置場所を把握していたりすれば望ましかったことは当然であるが、していなかったことが不適切であったとまではいえない。

イ 救急搬送要請義務違反の有無

(ア) ■■■鑑定

一般市民による応急手当以外に行える処置がない状況下での現場搬送とは異なり、医療機関から医療機関への搬送である転院搬送に際しては、



転院元医療機関において既に患者の診療が開始されていることから、転院元医療機関において実施可能な検査や処置を行いつつ、患者の病態・原因疾患等を可能な限り評価して転院の要否及びその目的をある程度明確にした上で、転院元医療機関が転院先医療機関を選定して連絡し、受け入れが確定した後に救急隊に患者搬送の依頼を行うのが通常である。第1痙攣発生後、原告は痙攣発作が消失し、意識や呼吸が回復しつつある状態であったから、本件診療所において検査等の診療を進め、原因となる疾患や病態をある程度鑑別した上で、転院の要否、目的を明確にしようとして対応したことは必ずしも誤りといえず、直ちに救急搬送を要請することなく、本件診療所内での経過観察を選択したことが不適切とはいえない。

(イ) 鑑定

第1痙攣が発生した時点で原因として考えられる内視鏡を抜去し、原告の状態が一旦は改善傾向にあり、第2痙攣の発生を予測し得る所見はなかったことからすると、直ちに救急搬送を要請せず医療機関である本件診療所内での経過観察を行ったことは不適切とまではいい難い。

ウ 胸骨圧迫即時開始義務違反の有無

(ア) 鑑定

日本蘇生協議会監修の「JRC蘇生ガイドライン2015」(鑑定添付資料7)及び日本救急医療財団心肺蘇生法委員会監修の「救急蘇生法の指針2015」(同8、9)における救命処置のアルゴリズムでは、反応がなく呼吸が停止した患者に対し最初に実施すべき行為は、直ちに胸骨圧迫を開始することとされており、本件事故当時も標準的医療行為に相当する。そのため、呼吸停止を認識した後、直ちに胸骨圧迫を開始することなくルート確保を先行した場合、それは不適切である。

もともと、医療機関内で患者が突然の心停止に陥った場合、居合わせた者が役割分担をして気道確保と人工呼吸、胸骨圧迫、救急カートの手配、



ルート確保を並行して行うことは通常に対応であり、並行して実施した行為を診療録にひとまとめに記載することも通常のことであるから、当日作成された診療情報提供書やメモにおいて「胸骨圧迫」という記載より前に「ルート確保」という記載があることは、必ずしも胸骨圧迫よりルート確保を先行したことを示すものとはいえない。

(イ) ■■■鑑定

複数の医師、看護師が処置に当たっているから、ルート確保と同時並行で換気・胸骨圧迫の蘇生処置が行われていたと考えられる。心停止確認後直ちに胸骨圧迫を開始せずにルート確保を優先することは、救命処置として余りに不適切で、想定し難い。

エ 原告■■■の心室細動の原因

(ア) ■■■鑑定

原告■■■の心室細動の原因として、局所麻酔薬中毒、局所麻酔薬によるアナフィラキシー、迷走神経反射、冠攣縮性狭心症が考えられるが、局所麻酔薬中毒及び迷走神経反射が原因である可能性は低く、局所麻酔薬によるアナフィラキシーである可能性は極めて低く、冠攣縮性狭心症である可能性は低くはない。

(イ) ■■■鑑定

原告■■■の心室細動の原因として、特発性心室細動、冠攣縮性狭心症、迷走神経反射、てんかん及び痙攣関連突然死、アナフィラキシーショックが考えられるが、冠攣縮性狭心症が原因である可能性が最も高く、迷走神経反射の遷延に伴う心室細動の反復が次ぐと考えられる。

オ AED設置義務又は設置場所把握義務違反と結果との間の因果関係

(ア) ■■■鑑定

本件事故の経過は、救急隊による心肺蘇生が心停止後10分で開始された場合と同様に考えることができる。消防庁が収集した疫学調査結



果である「平成28年版救急・救助の現況」(■■■■鑑定添付資料16)によれば、一般市民が心原性心肺機能停止の時点を目撃し、心電図波形が心室細動又は無脈性心室頻拍で、救急隊員が6分から10分以内に心肺蘇生を開始した場合の1か月後の社会復帰率は29.8%であるのに対し、救急隊員が心肺機能停止の時点を目撃し、AEDがすぐに使用できる場合の1か月後の社会復帰率は43.1%であり、29.8%の約1.4倍である。したがって、本件診療所内にAEDが設置されており、直ちに使用することができる状況であれば、社会復帰できた可能性は約1.4倍高く、遷延的意識障害を回避できた可能性は高くなると考えられる。

一般市民が目撃し、救急隊員が3分以内、3分から6分以内に心肺蘇生を開始した場合の1か月後の社会復帰率は28.7%、30.2%であり、6分から10分以内に心肺蘇生を開始した場合の29.8%とほぼ差はない。したがって、AEDの確保に3分から5分程度を要した場合、社会復帰率は本件と同程度であり、遷延性意識障害を回避できた可能性も同程度であると考えられる。

(イ) ■■■■鑑定

実際にAEDを装着してから最初に行われた波形解析で細動周期が長いことためAEDがショック作動を不要と判断しており、装着直後は心室細動の中でも心拍数が基準より少ない、無脈性電気活動(PEA)に近い状態であり、蘇生処置及び病態(冠攣縮性狭心症による心筋虚血と考えられる)の解除によって心拍数が基準を上回るようになり、最終的にAEDによる除細動が奏功したものと考えられる。PEAの病態が解除されない限り根本的な解決には至らず、AEDを早期に装着していても遷延性意識障害を回避することが可能であったとは考えられない。

2 事実認定の補足説明(争点1[第2痙攣の発生から救急隊到着までの事実経過])

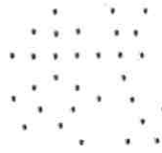
原告らは、本件診療所の職員らはまずルート確保を行い、11時32分に心電



図で心室細動を確認してから、救急搬送を要請し、AEDの探索に向かうとともに、ここでようやく胸骨圧迫を開始したと主張する。

しかし、■■■■医師は、呼吸がなく、脈拍が触知できないことを伝え、■■■■看護師が直ちに胸骨圧迫を始めたと言言するところ（6、25、34、38頁）、これは一般的な医療用BLSアルゴリズムの手順（前記1(2)イ）のとおりであり、■■■■医師は大声で応援を呼ぶ、呼吸の有無等により心停止かどうか判断するなど手順に沿った対応をしていたこと、■■■■看護師は、後に■■■■看護師が行っていたルート確保を手伝った際、針を刺入して固定した後、■■■■看護師に残りの手順を任せて直ちに胸骨圧迫を再開しており、直ちに胸骨圧迫すべきことを認識していたものと推認できること、複数の者が役割分担をして人工呼吸、胸骨圧迫、ルート確保等を並行して行うことは通常の前記1(10)ウの対応であるところ（前記1(10)ウ）、内視鏡室内には少なくとも■■■■医師、■■■■看護師及び■■■■看護師の3人がいたのであるから、■■■■医師が人工呼吸、■■■■看護師が胸骨圧迫、■■■■看護師がルート確保を並行して開始したというのはごく自然であることからすると、■■■■医師の証言は十分信用することができる。

この点、■■■■看護師は、ルート確保が終わった後に■■■■看護師が胸骨圧迫を開始したととれる証言をし（14、26、44頁）、これは原告らの前記主張に沿い得る。しかし、■■■■看護師は、■■■■医師からルート確保の指示を受け、血管を探し始めたが、なかなか血管が見つからず、■■■■看護師とともに両方の手から血管を探したと供述しているのであるから（4頁）、当初は一人で血管を探していたが、なかなか見つからないため、途中で■■■■看護師が応援に入ったと理解するのが適切であり、それまで■■■■看護師は胸骨圧迫をしていたと考えるのが自然である。■■■■看護師は、血管を探すのに必死で■■■■看護師が胸骨圧迫をしているのを認識しておらず、胸骨圧迫を再開したのを見て初めて開始したものと誤解した可能性等があることからすると、■■■■看護師の証言部分は前記1(7)ウの認定を左右するものとはいえない。



また、■■■■看護師が本件事故時にとっていたメモ（甲A1・3頁）には、順に「11:30」「ルート確保」「動脈触知できず」「呼吸停止」「アンビュー補助」「胸部圧迫開始」などと記載されているが、「ルート確保」より「呼吸停止」や「動脈触知できず」が先に生じた事象であることは明らかであり、これらの記載は時系列に沿ったものとは認められず、■■■■看護師が供述するとおり11時30分にそれまでの経過をまとめて記載したものであると認められるから、ルート確保を胸骨圧迫より先行させたことの根拠となるものではない。

3 争点2（AED設置義務又は設置場所把握義務違反の有無）

(1) AED設置義務及びその違反の有無

原告らは、本件事故当時、本件診療所が上部消化管内視鏡検査のほかにも心停止の発生リスクのある検査を実施していたこと、AEDが多数の医療機関及び医療機関以外の公的施設に普及していたことから、本件事故当時、被告は本件診療所にAEDを設置する義務があったと主張し、認定事実(3)イ（日本循環器学会AED検討委員会等が平成24年に発行したAEDの具体的設置・配置基準に関する提言が、AEDの設置が必須と考えられる施設として、小規模の診療所を挙げていること）、■■■■鑑定（本件診療所は、被検者が心停止に陥ることがある各種検査を実施しており、運動負荷試験に関するガイドライン等は除細動器を常備しなければならないとしていること〔同(10)ア(ア)〕）がこれに沿う。

しかし、上記の提言は、診療所も一定以上の頻度で心停止が発生しているとするものの、AEDの設置を推奨する目安としているとして、「5年間に1件以上の心停止が想定される場所」を前提としており（認定事実(3)イ）、本件診療所がこれに該当する場所であると認めるに足りる証拠はなく、むしろ、「消化器内視鏡関連の偶発症に関する第6回全国調査報告2008年～2012年までの5年間」（■■■■鑑定添付資料1）によれば、上部消化管内視鏡検査（経口）の際に心肺停止が生じた事例は約1030万件に対し8件、前処置の際にショックや呼吸停止、呼吸困難、呼吸抑制が生じた事例は約1709万件に対



し16件であり、本件診療所が年間7000件以上の内視鏡検査を実施していることを踏まえても、上記頻度で心停止が発生する場所には該当しないといえる。また、上記提言それ自体、AEDの普及が、政策的・戦略的に管理されておらず、設置密度が不十分であり、地域による格差が大きいという課題を踏まえて、具体的な目安を示すことで、効果的かつ効率的なAEDの設置を促すことを目的とするものであり（認定事実(3)イ）、必ずしも提言当時の医療水準を示すものではない。

また、「冠動脈病変の非侵襲的診断法に関するガイドライン」（ 鑑定添付資料5）及び「慢性冠動脈疾患診断ガイドライン」（同資料6）にある、運動負荷心電図検査を実施する検査室には除細動器を常備しなければならないとする記載については、当該記載が根拠とする論文（乙B30）によれば、運動負荷心電図検査において合併症が発生する割合（1万回当たり）は、心筋梗塞3.58件、重篤な不整脈4.78件、死亡0.5件、合計8.86件であるとされていることが認められ、上部消化管内視鏡検査よりは高い割合で合併症が発生するとはいえ、相当数の検査を実施して初めて「5年間に1件以上の心停止が想定される場所」に該当することになるといえる。

そして、本件事故当時、本件診療所にAEDの設置を義務付ける法令や条例は存在しなかったこと（認定事実(3)オ）、日本人間ドック学会の健診施設機能評価の基準にAEDに関する項目はないこと（同(10)ア(イ)）に照らしても、本件事故（平成25年）当時、上部消化管内視鏡検査を実施する施設についてAEDを設置することが医療水準になっていたと認めるに足りない。

以上によれば、本件診療所にAEDを設置していればより望ましかったといえるにしても、設置すべき義務があったとまでは認められない。

(2) AED設置場所把握義務及びその違反の有無

原告らは、AEDの設置義務が認められないとしても、最寄りのAEDの設置場所を把握しておくべき義務があったと主張し、 鑑定（認定事実(10)ア(ア)）



がこれに沿う。

しかし、AEDの設置義務も設置場所把握義務も、心停止患者が発生するリスクが一定程度あることを前提に早期にAEDを実施することができる体制を整えるべき義務の一側面をいうものであって、■■■■鑑定が挙げる根拠も同様であるから、前記(1)で説示したとおりAEDを設置すべき義務があったとは認められないのと同様に、本件事故当時、最寄りのAEDの設置場所を把握し、職員らに周知していればより望ましかったといえるにしても、設置場所を把握等すべき義務があったとまでは認められない。

4 争点3 (救急搬送要請義務違反の有無)

原告らは、第1痙攣の原因は不明で、再発する可能性が高く、心停止等に陥りかねない状況であったところ、本件診療所は心停止患者等に対する一次救命処置を実施する人的・物的体制が整っていなかったから、遅くとも11時23分頃までに高次医療機関への搬送を要請すべきであったと主張する。

この点、前記認定事実((6)オ～ケ)によれば、第1痙攣発生後、■■■■医師が内視鏡を抜去するとすぐに痙攣は治まったこと、■■■■医師は、左側臥位として気道を確保し、原告■■■■の反応や呼吸数、脈拍等を確認していたこと、原告■■■■は回復しつつある様子であったこと、より広い部屋で経過観察を続ける準備をしていたことを指摘できるところ、第1痙攣が治まった後に第2痙攣の発生や心停止に陥ることを予測し得る所見があったことを認めるに足りる証拠はない。

そして、■■■■鑑定は、転院搬送の際は転院元医療機関において実施可能な検査や処置を行い、病態や原因疾患を可能な限り評価した上で、転院先医療機関を選定して搬送の依頼を行うのが通常であり、■■■■医師の対応はこれに沿うものと評価でき、直ちに救急搬送を要請せず経過観察をしたことが不適切とはいえないとし(同(10)イ(ア))、■■■■鑑定も、原告■■■■の状態が一旦は改善傾向にあり、第2痙攣の発生を予測し得る所見はなかったことからすると、直ちに救急搬送を要請せず経過観察をしたことが不適切とまではいい難いとするところ(同(イ))、これらの

鑑定結果は合理的なものである。

したがって、第1痙攣発生後直ちに、あるいは遅くとも11時23分までに救急搬送を要請すべき義務があったとは認められない。

5 争点4 (胸骨圧迫即時開始義務違反の有無)

原告らは、呼吸停止を確認した時点で即時に胸骨圧迫を開始すべき義務を負っていたにもかかわらず、本件診療所の医師らは、11時25分に第2痙攣が発生し、11時27分に呼吸停止を確認した時点で、即時に胸骨圧迫を開始することができたにもかかわらず、ルート確保を先行させ、11時32分になってようやく胸骨圧迫を開始した過失があると主張する。

しかし、前記認定事実 ((7)ア～エ) 及び前記2の説示のとおり、■■■■医師が原告■■■■の状態を確認し、呼吸がなく、脈拍が触知できないことを伝えた時点で、■■■■看護師が胸骨圧迫を始めたことを指摘できるから、本件診療所の医師らが即時に胸骨圧迫を開始すべき義務に違反したということはできない。

なお、■■■■看護師は、その後■■■■看護師とともにルートを確保するために胸骨圧迫を一時中断したものであるが、針を刺入して固定した後すぐに胸骨圧迫を再開しており、ルート確保も重要であることは否定できないから、この一時的な中断をもって胸骨圧迫即時開始義務違反があったとまではいえない。

6 争点5 (AED設置義務又は設置場所把握義務違反と結果との間の因果関係)

原告らは、被告が本件診療所内にAEDを設置し、あるいは、職員らが最寄りの設置場所を把握していれば、速やかに除細動を実施することができ、原告■■■■が低酸素脳症による遷延性意識障害になることを回避できた高度の蓋然性があったと主張するところ、前記3のとおり、被告にAED設置義務等違反があったとは認められないが、念のため検討しておく。

この点、前記認定事実 ((7)ウ、(8)ア) のとおり、■■■■医師が呼吸停止を確認したのは11時27分頃であり、AEDが装着・起動されたのは11時38分であるから、■■■■鑑定 (同(10)オ(ア)) が指摘するとおり、本件事故の経過は救急隊によ

る心肺蘇生が心停止後10分で開始された場合と同様に考え得るところ、同鑑定が指摘する「平成28年版救急・救助の現況」(同添付資料16・第88図、第103図)によれば、救急隊員が心停止を目撃して直ちに心肺蘇生を開始した場合の1か月後の生存率は51.3%、社会復帰率は43.1%であるのに対し、救急隊員が6分から10分以内に心肺蘇生を開始した場合の1か月後の生存率は40.7%、社会復帰率は29.8%であるとされているから、AEDを直ちに使用できていたとすれば、生存率も社会復帰率も高まっていたとはいえるものの、それでも生存率は51.3%、社会復帰率は43.1%にとどまり、死亡していた可能性や生存していても遷延性意識障害や社会復帰が困難な高度の障害が残存した可能性が相当程度あったといわざるを得ず、遷延性意識障害を回避できた高度の蓋然性があったと認めることはできない。

また、前記認定事実((8)ア、イ)のとおり、11時38分にAEDが起動された後、最初の心電図の解析結果は電気ショック不適用というものであり、2回目の解析後の11時42分に1回目の除細動が行われたところ、11時38分より早くAEDを装着・起動していたとしても、11時42分より早く除細動が行われたかどうかは必ずしも明らかでない。

したがって、仮にAED設置義務等違反があるとしても、これを結果との間に因果関係があるとは直ちには認められないものである。

第4 結論

以上によれば、その余の点につき判断するまでもなく、原告らの請求はいずれも理由がない。

よって、主文のとおり判決する。

地方裁判所第 民事部

裁判長裁判官



裁判官



5

裁判官



10

これは正本である。

令和4年11月24日

裁判所第 民事部

裁判所書記官

