

を完全には否定し得ない旨を説明したにとどまり、動脈瘤形成の原因についての可能性を指摘する以上に確定的・断定的な判断を述べたものとは認められない。そして、伊藤鑑定が、偽性動脈瘤ができた原因について、手術の操作に関係がある（手術中に血管に傷がついた、手術中の止血の結紮糸がゆるんだ、電気メスで止めた止血部位の凝血がとれた）と推論することは可能であるが、文江は平成13年に脳出血（左被殻出血）の既往があり（乙A1）、本件手術当時57歳であること及び平成18年10月5日と同月17日に手術野にない小腸の別々の動脈に2度にわたり出血を生じたことから動脈硬化性動脈脆弱性が原因とも考えられ、結局、原因は不明であるとしている（伊藤鑑定、鑑定補充書）ことを総合勘案すると、前記被告原田の説明をもって、被告医師らが本件手術において左内腸骨動脈の分枝の細動脈に動脈瘤を形成させたと認めることはできず、他にこれを認めるに足る証拠もない。

(5) 結論

よって、争点3についての原告らの主張はいずれも理由がない。

6 争点4（本件手術中に適切な止血をすべき義務の懈怠の有無）について

原告らは、外科手術においては万全の注意を払って止血操作を行う必要があり、止血が完了できて初めて閉腹することが許されるのであって、仮に閉腹する際に止血ができていない場合には、ガーゼタンポナーデをするべき義務があったと主張する。

確かに、活動性の出血を見過ごしたままで閉腹すれば、患者を極めて危険な状態に陥れる（鑑定補充書）ため、活動性の出血に対して止血処置を行うことは重要である。

しかし、前記認定のとおり、本件において認められた出血は、活動性の出血ではなくウー징グであるところ、止血が完全に認められるまで閉腹しないのであれば結局閉腹できなくなってしまう（伊藤鑑定）のであって、この場合の止血処置としては、閉腹することにより大きな面積を持つ開腹層の層面からの

出血を減少させることができること、DICであればDICの原因になっている手術の操作による刺激（手術侵襲）をなくすことができることから、速やかな閉腹とDICに対する内科的治療が効果的である（伊藤鑑定、鑑定補充書）ことからすれば、被告医師らが、前記認定したとおり、ウー징グをDICが原因であると診断し、できる限り止血処置をし、ある程度止血が得られたところで、閉腹したことは適切であったと認められる。

また、ガーゼタンポナーデによる止血は、圧迫のために使うタオルを腹腔内に残すことで感染症の可能性が高まること、腹腔内に残したタオルを取り除く際に手術による出血のリスクや腸管の損傷の危険性もあることなど合併症が多いことからできるだけ避けるべきとされていること（伊藤鑑定、鑑定補充書）に照らすと、被告医師らにガーゼタンポナーデをする義務があったと認めることはできない。

よって、争点4についての原告らの主張は理由がない。

7 争点5（本件手術中に血小板濃縮液（PC）を輸血すべき義務の懈怠の有無）について

原告らは、血小板数が5万以下に減少するとそれだけで出血傾向が現れるため、血小板濃縮液（PC）の輸血をするべきである旨主張する。

しかし、消費性凝固障害を生じている状態で、血小板輸血をすることはそもそもあまり意味がないとされている（伊藤鑑定）こと、血小板は有効期間が72時間であることから、緊急で手に入れることが一般的に無理とされている（伊藤鑑定）こと等に照らすと、本件手術中に血小板輸血をすべき注意義務が被告医師らにあったとは認められない。

よって、争点5についての原告らの主張は理由がない。

8 争点6（集中治療室等で24時間監視すべき義務の懈怠の有無）について

原告らは、文江を集中治療室に収容すべき義務があった、仮に集中治療室に収容できなかったとしても、少なくとも本件手術後24時間は、集中治療室と

同じように、文江を24時間体制で強力な呼吸管理、循環管理、栄養管理を行うことができるよう（例えば夜間でも患者2名につき看護師が1名以上つくことができる程度に）、継続して文江を監視すべき義務があったにもかかわらず、被告医師らは、本件手術後、文江を集中治療室に入室させず、ドレーンからの血性排液の性状や量について十分な観察をしなかった旨主張する。

しかし、集中治療室とは、一般的に、病院の中央部門として集中的治療により回復が望まれる急性期重症患者を優先的に受け容れ、基本的に、人工呼吸管理や多臓器不全のサポートが中心となるものとされているところ、ICUの適応疾患の範囲は、病床数、スタッフ数、一臓器不全の治療室（CCU室や透析室等）の有無、ICUスタッフのポリシー等によって異なるとされており（甲B20）、集中治療室に収容すべき場合について一概に明確な基準があるものではなく、十分な術後管理ができる場所に入室させていれば、集中治療室でなくとも足りるというべきである。

前記1で認定した事実によれば、文江が本件手術後に収容された回復室は、ナースステーションの隣室にあり、看護師が常時1名担当する態勢となっており、被告医師らは、文江に対し、人工呼吸器を装着したほか、血圧及び脈拍などのバイタルサインをリアルタイムで監視できるモニターを装着していた。また、本件手術後の出血については、骨盤腔に留置したドレーンからの排液量と性状を経時的に観察することとされ、この方針に従い、看護師も詳細な観察を行い記録をとっていたと認められることからすれば、被告医師らは、文江に対して、相応の術後管理を行っていたと認められ、術後管理義務を懈怠したとまでは認められない。

よって、争点6についての原告らの主張はいずれも理由がない。

9 争点7（本件手術後に適切な止血をすべき義務の懈怠の有無）について

(1) 出血原因を探索すべき義務違反について

前記1で認定したとおり、本件手術中、文江に大量の出血が認められたか

ら、被告医師らには可及的に文江の出血の原因を探索すべき義務があったと認められるところ、原告らは、被告医師らが本件手術後、出血原因の探索を試みることはなかった旨主張する。

しかし、前記1で認定したとおり、被告医師らは、本件手術中、直視下で可能な限りの止血を行い、出血原因は凝固能の異常による出血傾向（ウージング）であると診断し、術後もある程度出血が継続することを想定して、F F P（新鮮凍結血漿）、血小板濃縮液（P C）、凝固因子製剤（アルブミン）の投与を行うなどして経過観察を続けていたのであり、これが直ちに不適切であると認めるに足る証拠はなく、被告医師らが出血原因を探索する義務を怠っていたとは認められない。

よって、前記について原告らの主張は理由がない。

(2) 再開腹して止血すべき義務について

原告らは、8月18日中に再開腹して止血をするべき義務があったと主張し、ドレーンからの出血が1時間あたり50ないし100ml以上みられ、血圧低下・頻脈などバイタルサインが不安定な場合には、再開腹止血の適応となるとする見解（甲B15, 18, 35, 36, 62）、ドレーン排液量が1時間あたり100mlを超え、明らかに術後出血を疑う場合には開腹止血術を考慮するとする見解（甲B20）、また、1時間あたりの出血量が200mlを超えて持続することは異常であり、再開腹を躊躇すべきでないとする見解（甲B36）等原告らの主張に副う証拠を提出する。

しかし、前掲証拠は、前記のような出血が認められた場合に、再開腹も適応となることを指摘するにとどまるから、本件において再開腹すべき義務を直ちに裏付ける証拠とはいえない。

さらに、原告らは、本件手術終了時、文江が循環血液減少性ショックの状態にあり、MAP及びF F P投与によっても全身状態が全く安定せず、午前0時から午前6時までの間1時間あたり100ml以上の血性排液が認めら

れて全身状態に改善の兆しがなかったところ、本件手術翌日に実施された血管造影止血術の結果、本件手術後継続していた出血が止血されたことからすれば、保存的治療ではなく、外科的又は放射線科的介入（TAE）を早期に実施する必要があった旨主張し、これに副う証拠（平井意見書）を提出する。

しかし、前記1で認定したとおり、MAP及びFFP投与等によって血圧や循環動態など全身状態について改善傾向がある程度認められたこと、本件手術の翌日に施された血管造影止血術の結果止血されたのは、本件手術後から続いていた出血原因（ウージング）とは異なる出血（本件手術翌朝午前9時前ころに生じた左内腸骨動脈から分岐している末梢動脈からの出血）であるから、平井意見書は、その前提となる事実を異にするから採用の限りではない。

加えて、前記認定のとおり、文江の出血はウージングであり、その場合、全身麻酔をかけて再開腹をすると、再度同じようにウージングを引き起こしてしまう可能性が高い（伊藤鑑定）ことに鑑みると、被告医師らに再開腹をすべき義務があったと認められない。

よって、前記について原告らの主張は理由がない。

10 争点8（本件手術後に血小板濃縮液（PC）を輸血すべき義務の懈怠の有無）について

原告らは、仮に手術中に血小板を準備できない事情があったとしても、本件手術終了後直ちに、血小板濃縮液を輸血すべき義務があったと主張する。

被告医師らは、本件手術後、FFP（新鮮凍結血漿）及び凝固因子製剤（アルブミン）の投与を行ったほか、午後11時ころ、血小板濃縮液（PC）の投与を行ったものであるところ（乙A4）、前記7のとおり、消費性凝固障害を生じている状態で血小板輸血をすることはあまり意味がないとされていること、血小板を緊急で手に入れることが無理とされていることからすれば、本件手術終了後直ちに、被告医師らに、血小板輸血をすべき注意義務があったとは

認められない。

他に原告らの主張を認めるに足る証拠はない。

よって、争点8についての原告らの主張は理由がない。

11 争点9（本件手術後腹腔内出血に対して適切な処置をすべき義務の懈怠の有無）について

原告らは、文江が本件手術中から本件手術後も引き続き出血していたから、腹腔内に血液が貯留されていないかを調べるために、被告医師らにCT検査や超音波検査をすべき義務があったと主張し、証拠（甲B13, 14, 18, 20, 33, 42）中にはこれに副う部分も存する。

しかし、これら証拠は、骨盤腔内に貯留する血液がCT検査や超音波検査によって発見することができること等を示すにすぎず、それ以上に被告医師らにCT検査や超音波検査をすべき義務を裏付けるに足りない。既述のとおり、被告医師らは、文江に対して、相応の術後管理を行っていたと認められ、被告医師らに前記注意義務があったとは認められない。

よって、争点9についての原告らの主張は理由がない。

12 反訴請求について

前提事実(1)ないし(3)に記載のとおり、文江は、反訴原告（被告法人）と直腸がんの治療に関する診療契約を締結し、反訴原告（被告法人）が設置運営する本件病院に入院して直腸がんの治療を受けたが、その治療費842万7770円が未払いのまま死亡し、反訴被告らによって相続分に応じて同債務が相続された。

したがって、反訴被告亀浩は、421万3885円、反訴被告猪山雅枝は、210万6943円、反訴被告河原美佐子は、210万6943円及び反訴被告らについて、上記各金員に対する平成17年1月15日から支払い済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金を支払う義務がある。

反訴被告らは、反訴原告が本件診療契約について債務不履行をしたこと及び

不法行為法上の損害賠償義務を負担することを理由に支払義務を否定するが、前記のとおり、被告らに債務不履行ないし不法行為は認められないから、反訴被告らの主張は理由がない。

第4 結論

以上に認定、説示したところによれば、争点1ないし9について本訴被告らの過失を認めることができないから、その余の争点について判断するまでもなく、本訴原告らの請求はいずれも理由がなく、反訴原告らの主張は前記12記載の限度で理由がある。

よって、本訴請求を棄却し、反訴請求を前記12記載の限度で認容することとし、主文のとおり判決する。

金沢地方裁判所第二部

裁判長裁判官

中山 誠一

裁判官

上田 元和

裁判官

川崎 志織