

平成21年(㊦)第152号 損害賠償請求控訴事件

控 訴 人 亀 浩 外2名

被 控 訴 人 学校法人金沢医科大学 外2名

控 訴 理 由 書

2009年11月10日

名古屋高等裁判所 金沢支部 御中

控訴人ら代理人

弁 護 士 鳥 毛 美 範

(目次)

第1	はじめに	5
第2	原判決の「認定事実」(16頁以下)について	6
1	同「(1) 本件手術前の診療経過(平成15年8月17日まで)」(16 頁以下)について	6
(1)	同イ(8月4日)について	6
(2)	同ウ(8月5日)について	7
(3)	同ク(8月17日)について	7
2	同「(2) 本件手術(8月18日午後1時50分頃から午後8時20分頃)」(19頁以下)について	9
(1)	同ア(診療経過等)について	9
(2)	同ウ(開腹、直腸切除、S状結腸と直腸の吻合(午後1時50分頃か ら午後3時頃))について	12

(3) 同エ (S 状結腸と直腸の吻合後止血処置 (午後 3 時頃から午後 4 時頃)) について	13
(4) 同オ (人工肛門造設 (午後 4 時頃から午後 5 時頃まで)) について	14
(5) 同カ (人工肛門造設後の止血処置 (午後 5 時頃から午後 8 時 20 分頃 まで)) について	17
(6) 同キ (本件手術終了 (午後 8 時 20 分)) について	19
3 同「(3) 本件手術直後」 (23 頁以下) について	23
(1) 同ア (診療経過等) について	23
(2) 同イ (回復室における看護態勢等) について	25
(3) 同ウ (午後 8 時 40 分頃から 8 月 19 日午前 0 時頃まで) について	26
(4) 同エ (午前 0 時から午前 8 時頃まで) について	29
(5) 同オ (午前 8 時 10 分頃) について	31
(6) 同カ (午前 9 時頃) について	32
(7) 同キ (午前 10 時 30 分頃から 8 月 20 日午前 0 時頃まで) について	34
4 同「(4) その後の経過 (8 月 20 日から 10 月 28 日まで)」 (26 頁 以下) について	35
5 同「(5) 医学的知見」 (27 頁以下) について	36
(1) 同ア (超低位前方切除術に関して) について	36
(2) 同イ (出血原因と止血処置) について	38
(3) 同ウ (DIC (播種性血管内凝固症候群) に関して) について	38
第 3 原判決の「事実認定の補足説明」 (29 頁以下) について	41
1 同「(1) 本件手術中の出血量、出血部位、出血の状態及び出血が始まっ た時期等」 (29 頁以下) について	41
(1) 同ア (出血量について) について	41
(2) 同イ (皮膚切開時からウー징が認められたことについて) につい	

て	41
(3) 同ウ（本件手術中、仙骨前面からだけでなく、剝離面等からもウー ジング様の出血が認められたことについて）	51
2 同「(2) 本件手術後の排液量及び排液の性状等」（33頁以下）につい て	57
(1) 同ア（排液量（8月19日午前4時30分から午前6時まで）の変化 について）	57
(2) 同イ（排液の性状の変化について）	65
3 同「(3) 被告原田が血小板濃厚液（P C）を予約した時刻について」（ 35頁）について	65
第4 争点1～5についての原判決の判示（35頁以下）について	66
1 争点1（術前検査義務の懈怠の有無）についての原判決の判示（35頁 以下）について	66
2 争点2（手術手技により仙骨前面の静脈を損傷した過失の有無）につい ての原判決の判示（37頁以下）について	69
(1) 同(1)（注意義務について）	69
(2) 同(2)（注意義務違反の有無）について	69
(3) （結論）	72
3 争点3（本件手術手技により左内腸骨動脈の分枝の細動脈を損傷した過 失の有無）についての原判決の判示（38頁以下）について	72
(1) 同(1)（注意義務について）	72
(2) 同(2)（注意義務違反の有無）について	72
(3) 同(3)（原告ら提出証拠について）	73
① 同ア（医師平井淳一作成の意見書の文江はD I Cではなかったとす る内容について）	73

② 同イ（平井意見書の被告医師らが左内腸骨動脈を損傷したとする内容について）について	80
(4) 同(4)（本件手術中の手術手技によって左内腸骨動脈に動脈瘤が形成された可能性について）について	82
(5) （結論）	85
4 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 の原判決の判示（41頁以下）について	85
5 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 の原判決の判示（42頁）について	90
第5 争点6～9についての原判決の判示（42頁以下）について	92
1 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 の原判決の判示（42頁以下）について	92
2 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 の原判決の判示（43頁以下）について	95
(1) 同(1)（出血原因を探索すべき義務違反について）について	95
(2) 同(2)（再開腹して止血すべき義務について）について	97
(3) （結論）	103
3 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 の原判決の判示（45頁以下）について	103
4 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 の原判決の判示（46頁）について	105
第6 反訴請求についての原判決の判示（46頁以下）について	107
第7 結論	107

第1 はじめに

- 1 原判決は、本件の争点を1から9までの9点として整理して、検討を進め、その結果、これらの争点についての原告らの主張を認めず、原告らの本訴請求を全面的に棄却し、被告病院の反訴請求をほぼ全面的に認容した。
- 2 しかしながら、原判決は、事実認定及び法的な判断において重大な誤りを幾つもおかしているものである。ここで、その要点、特徴的な点を述べると、次のとおりである。
 - (1) 第1に、原判決は、カルテ等の客観的な医療記録（麻酔記録、手術連絡表、三測表、看護記録など）及び各当事者の供述を正しく認識・評価せず、また、客観的な医学的知見（インフォームド・コンセント、直腸癌、超低位前方切除術、凝血学的検査、出血と血圧、出血とHb値・Ht値、出血と血小板数、出血性ショック、プレDICとDIC、閉腹と止血法、偽性動脈瘤、血小板輸血、出血原因の探索、放射線科的もしくは外科的介入、腹腔内出血の調査、術後管理、ICUなど）についての理解と評価が十分ではなく、その結果、争点のそれぞれにおいて、認定及び判断を誤るに至ったものである。
 - (2) 第2に、原判決の判示には、皮膚切開時から「顕著な出血傾向」があったのか否か・その程度（20頁と23頁と39頁）、出血量840mlは通常よりも多いのかやや多いのか（22頁と30頁と31頁）、2349mlを確認したのは午後11時すぎか午前0時か（23頁＝診療経過一覧表と34頁）、DIC診断のためにフィブリノーゲン検査・FDP検査・Dダイマー検査は必要か否か・重要か否か（28頁と36頁と39頁）、午前9時頃出血が急激あるいは突出して増加したか否か（26頁と33頁）、などについて、互いに矛盾する判示をしている、という大きな特徴がある。

そのほか、直接的には矛盾しないが実質的に見ると矛盾する判示もあり、たとえば、文江はプレDICにかかっている（31頁、39頁）としながらも事前の凝血学的検査は不要（36頁）、術中DICにかかった（39～4

0頁)としながらも術中の凝血学的検査は不要(39頁)、ガーゼタンポナーデは感染症の危険があるから避けるべき(42頁)としながらも感染症を防ぐための腹腔内出血の調査はしなくてもよい(46頁)、尿量は正常で腎機能に異常はないから出血性ショックは改善している(25頁)としながらもDICの臓器症状が腎臓に認められないことを無視する(39頁)、などがそうした例である。

(3) 第3に、原告らが主張し強調してきた重要な点、すなわち、左内腸骨動脈の分枝の細動脈にできたのは真性動脈瘤ではなく偽性動脈瘤であること、閉腹時にも「出血++」であったこと、仮にガーゼタンポナーデによる止血法を選択しないのならば画鋲型止血ピンで止血を試みるべきであったこと、遅くとも午前0時までに止血のための放射線科的もしくは外科的介入をすべきであったこと、石川県赤十字血液センターは被告病院からPCの注文を受けたのは午後9時56分だと回答していること、などについての認定・判断を回避し、これを遺脱する、という不可解な特徴もある。

3 こうして、原判決はその認定及び判断において重大な誤りをおかしたものであるので、以下、これを論証していきたい(但し、誤字の類は指摘しない。)

なお、以下の論証では、従前の主張・立証を繰り返す部分も少なくないが、原判決の判示の一つ一つに対応しての、従前の立証に新しい知見を見出しての展開と新しい主張・立証による展開が加わっているので、留意されたい。

第2 原判決の「認定事実」(16頁以下)について

1 同「(1) 本件手術前の診療経過(平成15年8月17日まで)」(16頁以下)について

(1) 同イ(8月4日)について

被告高島が文江に対しそのような説明をしたとの点、それに対して文江がそのような話をしたとの点は、客観的な事実として認定するのは困難である。

被告高島の供述はあるが、原告らの供述（甲A 4～5）と整合せず、カルテにもその旨の記載は全くなく、信用し難いからである。仮に、そのような説明がなされたとしても、それは、インフォームド・コンセント、とりわけ手術に伴う合併症や術後の後遺症の説明として要求される水準（甲B 1 8の1 7 3頁、3 6の7 5 3頁、3 7の1 0 0 3頁）に遠く及ばず、まことに不十分なものである。

また、被告高島は、標準術式の直腸切断術を考えていたがこのときの文江の希望もあったので前方切除術にした、というような供述をしている（高島第2回法廷供述2～3頁）が、平成15年当時は既に前方切除術こそが標準術式であった（乙B 1 3の7 6頁、1 4の7 5頁）のであるから、この供述は成り立たず、それ故、その前提となる説明と会話の信憑性も甚だ疑わしくなるのである。

(2) 同ウ（8月5日）について

被告病院では、出血時間、PT、APTT、ヘパプラスチンテスト、血小板数の検査の結果、異常値を示した場合に、追加検査としてDICを念頭においた検査を行うこととされていたとの点は、客観的な事実としてそのまま認定するのは困難である。

被告原田が供述しているものの、それを裏付ける具体的な証拠が提出されている訳ではないからである。

そして、何よりも、そのような検査の仕方は合理的な対応ではないものである。けだし、文江がかかっていたとされるプレDICは上記の五つの検査によっては捕捉できない（甲B 2 1～2 9、原田法廷供述1 6頁）からである。原判決も他の箇所（3 1頁）で血小板数が正常でも出血傾向がある場合があると判示しているように、それだけの検査項目では、出血傾向は把握できないからである。

(3) 同ク（8月17日）について

① 同（ア）（被告原田の説明）について

原判決が認定するとおり、被告原田は、「手術の危険性及び手術による合併症の説明をしなかった」ものである。リンパ節切除についての説明もなかった（甲A 4～5）のである。インフォームド・コンセントとして要求される水準に遠く及ばず、まことに不十分なものであった（甲A 3、参照）。

② 同（イ）（被告医師らの本件手術前の所見）について

- i 腫瘍の移動性が全くなかったとの点、MP以深と診断したとの点は、客観的な事実として認定するのは困難である。

8月6日施行のTCFの結果、「a i rにて可動性を認める」「肉眼的にはMP」と診断され（乙A 1のプログラムの47頁、内視鏡（画像）の1頁、入院サマリーの2頁、乙A 2のプログラムの13頁、高島第2回法廷供述2頁）、原告雅枝に対して「よく動くし、進行度的にはそんなにっていないと思う。」（乙A 3の498頁）と説明されていた（甲A 5）のであるから、むしろ、客観的な事実と反するものである。

- ii 腔壁の浸潤を強く疑ったとの点も、客観的な事実として認定するのは困難である。

「腔／子宮との境界が一部不明瞭です。→浸潤は否定できません。」と記載されている（乙A 1のプログラムの47頁、放射線レポートの3頁、乙A 2のプログラムの13頁）だけであるから、むしろ、客観的な事実と反するものである。

- iii 文江の直腸癌の病期はステージⅡないしⅢと診断したとの点は、客観的な事実として認定するのは困難である。

すなわち、病期の分類は壁深達度がMPならばステージⅠに該当する（甲B 67の38頁）ところ、術前診断においても、上記iで述べたようにMPであったのであるから、客観的にはステージⅡないしⅢでは

なくステージⅠ（乙A2のプログラムの27頁の上段の＜＊＞の部分など）であったからである。そして、実際、術後の病理検査でステージⅠであることが確認されたのである。

- iv 予測出血量は500mlないし600mlであり、用意した赤血球製剤は780mlとの点は、その当否はともかくとして、客観的な事実としては認定することができる。

しかし、予定していた手術時間は執刀開始から3時間であった（甲A3）との点を落としているのは、不思議である。

- v ところで、被告医師らは、文江に対して超低位前方切除術を予定していたのであるが、麻酔科医を含めた手術チームにおいて、どのようなカンファレンスないし検討を行ったのかが明らかではない。

被告らは、文江は直腸癌だったのであるからDICの可能性があり、プレDICの状態であったと主張するのであるが、そのことについて、予めチーム内で検討したことはない（原田法廷供述15頁）というのであるから、不自然である。お粗末でもある。

しかし、原判決は、文江はプレDICの状態であった（原判決20～21頁、31頁、39頁）と言いながらも、なぜか、そのことについてチーム内で検討していなかったことを認定せず、全く触れようともしない。不可解である。

- 2 同「(2) 本件手術（8月18日午後1時50分頃から午後8時20分頃）」（19頁以下）について

- (1) 同ア（診療経過等）について

- ① 「診療経過一覧表」に記載のとおり、午後2時30分に320ml、午後2時50分に550ml、午後3時25分に800ml、午後3時45分に840ml、午後4時50分に930ml、午後5時10分に1230ml、午後5時26分に1530ml、午後5時40分に2740ml、午後6時5分に

2890 ml、午後6時20分に3150 ml、午後6時35分に3310 ml、午後6時50分に3480 ml、午後7時5分に3650 ml、の各出血量を確認したとの点は、客観的な事実としておおむね認定することができる。

但し、午後5時17分から午後5時40分までの間の、150 ml、250 mlの出血は麻酔記録（乙A2）に記載されているが、確認した時刻は不明であり、550 mlの出血はそもそも麻酔記録（乙A2）に記載されていない、という問題がある。また、その関連でか、「診療経過一覧表」に記載されている時系列が、17:10、17:26、17:17となっていて、時間の順になっていない、という問題がある。

- ② 「診療経過一覧表」の血圧の検査値は、午後1時50分に150/90、午後3時に130/80、午後4時に110/62、午後4時45分に90/60、午後5時33分に88/58、午後6時50分に80/40、午後7時26分に90/60、午後8時20分に90/70と記載されているが、このうち、午後1時50分、午後3時、午後4時、午後6時50分、午後7時26分は、おおむね客観的な事実として認定することができるが（但し、若干の差はある。）、その余は客観的な事実として認定するのは困難である。

すなわち、麻酔記録によると、午後4時45分は90/60ではなく75/43であり、午後5時33分は88/58ではなく56/54であり、午後7時26分は90/60ではなく80/37であり、午後8時20分は90/70ではなく63/58と認められるからである。いずれも、なぜか、正常の方向に誤っているのである。

もう一つの問題は、午後6時10分から午後7時20分までの1時間10分間は、ほとんどの時間、収縮期血圧が40という極めて危険な数値になっていた事実が認められるのであるが、なぜか無視され、「診療経過一覧表」に全く記載されていないことである。

- ③ 「診療経過一覧表」のHb値・Ht値は、午後3時52分に7・3と22・2、午後4時45分に5・5と16・0、午後5時26分に12・5と36・1、午後5時33分に7・1と20・7と記載されているが、午後5時26分を除き、客観的な事実として認定することができる。

しかし、午後5時26分の12・5と36・1は、麻酔記録にも、手術連絡表にも、乙A5号証にも記載されていず、客観的な事実として認定するのは困難である。乙A5号証の午後7時26分には同じ数値が記載されているので、原判決は、これを勘違いしたのではないかとと思われるのである。

- ④ 「診療経過一覧表」の血小板数の検査値は、午後1時56分に13万、午後3時45分に13・1万、午後4時45分に6万、午後4時57分に5・8万、午後5時17分に5・3万、午後5時33分に2・8万、午後6時16分に2・9万、午後6時56分に2・3万、午後7時26分に1・1万、午後8時20分に2・3万と記載されているが、客観的な事実としてはおおむね認定することができる。

但し、正確な時刻は、午後3時45分は午後3時52分であり（現に、原判決の39頁はそうのように判示している。）、午後6時50分は午後6時46分であり、午後8時20分は午後8時05分である（乙A5）。

- ⑤ なお、「診療経過一覧表」の「確認した出血量」には、腹腔内滲出液や一部洗浄液も含まれたものであるとの点は、客観的な事実として認定するのは困難である。

腹腔内滲出液はわずかであり、洗浄液もわずかであり、血液と比べると微々たるものである。そして、術中、十分に吸引し、できるだけ吸引して、別途処置していたのである（高島第1回法廷供述19頁、第2回法廷供述6頁）。ここでわざわざ認定して記載しなければならないようなことではない。

(2) 同ウ（開腹、直腸切除、S状結腸と直腸の吻合（午後1時50分頃から午後3時頃））について

- ① 皮膚切開とともに創部や皮下組織を含め全体からにじみ出るような出血（ウージング）が見られた、下行結腸を剥離した際にも剥離部から切開時と同様のウージングが認められた、直腸切除を終えた頃に手術野を確認すると、下行結腸の剥離部、骨盤腔内に向かったの腹膜切離部、子宮・膈後壁などに、にじみ出るような出血を認めた、との点は、客観的な事実として認定するのは困難である。

被告医師らは、たとえば、被告高島はメスを入れた瞬間に血液があふれ出るような形だったと供述している（第1回法廷供述12頁）が、信用し難いからである。また、手術の1か月後のものとしては、被告医師らの責任回避的な文書（甲A6）があるが、これを仔細に見ると、後述のように、むしろ、被告医師らの供述とは矛盾するものであるからである。ちなみに、伊藤鑑定は、ウージングは人工肛門造設中にかなり進んだ（11頁）、たぶん人工肛門を造設した後に始まった（補充11頁）、と述べ、皮膚切開時から見られたとの原判決の見方を否定している。

これに関連して、皮膚切開の直後に抗凝固剤服用の有無を確認したとの点も、血小板数が23・6万（8月5日）から13万（8月18日午後1時56分）に減少していることについては何も問題にしていないなど不自然であり、後述するように、客観的な事実として認定するのは困難である。

- ② 被告高島は膈壁をくり抜くような形で合併切除したとの点も、客観的な事実として認定するのは困難である。

合併切除を行った場合には、切除臓器名とその範囲及び理由を記載する（甲B67の16頁）ことになっているところ、手術記録（乙A8）には、「合併切除なし。」と記載されているからである。

- ③ 開腹が午後1時50分から始まったとの点は証拠上認められるが、直腸

の切除を午後2時50分頃に終えたとの点、吻合を午後3時頃に終えたとの点は、いずれも、客観的な事実として認定するのは困難である。

手術連絡表（乙A3の505頁）によれば、午後1時50分に皮切・開腹が始まり、午後2時15分に結腸切離が始まり、午後2時45分にS状結腸切除が始まり、午後3時10分に吻合が始まり、午後3時30分に洗浄と閉腹が始まり、午後4時に人工肛門造設が始まったことが明記されているからである（高島第2回法廷供述17頁）。それぞれの時刻の記載はそれぞれの作業の開始の時刻を表現するものであり、そのことは、たとえば、皮切・開腹の時刻、人工肛門造設の時刻を見れば一目瞭然である。

従って、直腸の切除が終了したのは午後3時10分頃であり、吻合が終了したのは午後3時30分頃である。

原判決の認定だと、午後2時50分頃に直腸切除を終えた後、まず手術野のそれぞれの部位での止血を繰り返して一通りの止血操作を終え（原判決21頁）、それから吻合を始め、それを終えるまでを、午後3時までのわずか10分間でやり遂げたことになり、まことに不自然で非現実的、と言わざるをえない。

(3) 同エ（S状結腸と直腸の吻合後止血処置（午後3時頃から午後4時頃））について

- ① 吻合終了後に術野を見たところ、動静脈性の出血はなく、しみ出す形の出血だけだったとの点は、客観的な事実として認定するのは困難である。

被告医師らの供述があるだけであって信用し難く、後述のように、証拠上は動静脈の損傷による出血を示す事実が優に存在するからである。

- ② 吻合後の止血処置に午後3時頃から午後4時頃までの1時間を使ったとの点も、客観的な事実として認定するのは、上記(2)の③で述べたように、困難である。

午後4時頃から人工肛門造設を始めたとの点は、手術連絡表（乙A3の

505頁)の記載にも合致し正当であるが、吻合が午後3時頃に終了したとの点は、上記(2)の③で述べたように、手術連絡表の記載に明らかに反するものである。

原判決は、吻合の時刻を被告らの主張に無理に合わせたものとしか言いようがなく、その結果、手術連絡表の記載に反し、かつ、その後の止血処置だけで午後4時頃までの1時間もかけたという、まことに不自然な認定となっているのである。この間、つまり、午後3時頃から出血が激しく止血に難渋して1時間もかけざるをえなかったという事実は、麻酔記録(乙A2)及び手術連絡表(乙A3)上は全く認められないのである。

- ③ 午後3時45分での総出血量840mlは通常の超低位前方切除術よりやや多い量であったとの点は、客観的な事実としてそのまま認定するのは困難である。

後述のように、総出血量840mlは、通常の出血量の100～1000ml(甲B3の57頁)の範囲内であるからである。

- (4) 同オ(人工肛門造設(午後4時頃から午後5時頃まで))について

- ① その間、MAP(赤血球濃厚液)を投与したとの点は、客観的な事実として認定することができる。

しかし、正確ではない。すなわち、MAPは、その間というよりも、麻酔記録(乙A2)及び手術連絡表(乙A3)に記載されているように、人工肛門造設を開始した午後4時頃から投与されたものであるからである。

- ② これに関連して疑問になるのは、原判決が、この午後4時頃の時点でMAPが投与されるに至った二つの事情に全く言及せず、その意味を全く検討していないことである。

- i 一つの事情は、午後3時すぎから血圧が低下し、午後3時50分には低血圧の指標(甲B19の149頁)である100を切ったという事実、午後3時55分には一時的に出血性ショックの明確な指標である80以

下となったという事実（甲B19の149頁は「80以下がショック・レベル」と、230頁は「80を切った場合は危険なのですぐ医師に報告する。」と述べ、甲B38の1121頁も同趣旨を述べる。）、（その後、一旦100を超えたものの、午後4時5分以降は80前後で、午後4時20分以降は-MAPが投与されていたにもかかわらず再び80以下となったという事実）、である。

血圧の低下は出血量の増大と相関するものである（甲B34の113頁）から、この一連の血圧低下の事実、午後3時50分までに相当の出血があったこと（なお、午後3時45分に840mlが計測されている。）を示すだけでなく、その後、出血が進んで出血量が増加していき、血圧動態に警戒すべき大きな変動をもたらしていったことを示すものである（甲B58の194頁、283頁、参照）。

- ii もう一つの事情は、術中、午後1時56分、午後3時18分、午後3時52分、午後4時45分などに、Hb値、Ht値が計測され（手術連絡表、麻酔記録、乙A5）、午後3時17分には既に基準値（別紙1、参照）を下回ったという事実、午後3時52分には更に悪化したという事実、（その後、午後4時45分には-MAPが投与されていたにもかかわらず-Hb値が5・5、Ht値が16・0と一層悪化し、術中の最低値を記録したという事実）、である。

Hb値、Ht値も、「時間の経過にともなう出血量の増加とHb濃度の低下から出血が増加した時期が判断できる」（甲B65の206頁）とされているように、出血量の増大と相関するものであるから、このような大きな変動もまた、出血によるものと考えるのが当然なのである（原田法廷供述37頁、平井意見書13頁。甲B58の287～288頁、300頁、参照）。

- iii と言うことは、すなわち、MAPの投与が開始された午後4時頃のそ

れ以前からの血圧の低下とHb値・Ht値の悪化の始まりは、その頃には一後の大量出血につながる一相当の出血が始まっていたということを示すものである。

なお、手術連絡表（乙A3の505頁）によると、午後5時の欄の記載ではあるが、「BP低下、HB↓、出血量増量にて、MAP開始。MAP開始するも、BP変わらず。出血同様。」との記載があるが、これは、内容的には、特に「MAP開始」と記載されているのであるから、まさに、午後4時前後のことを指しているものである（しかし、これも、午後5時以降のことと合わせてまとめて午後5時の欄に記載されたもの、と考えられるのである。）。

- ③ もう一つ、忘れてはならない事実は、この約1時間の間、被告医師らは、仙骨前面にタオルやガーゼを置いて圧迫止血をしていたという事実（乙A6の4頁）である。

被告医師らの供述によれば、午後4時頃に人工肛門造設を始めた頃の出血はさほどのものではなかったというのであるが、それにもかかわらず、圧迫止血をしていたのは、実際は、既に仙骨前面からの出血が始まっていて、その程度は圧迫止血を要する出血であると判断したからである、と考えられるのである。けだし、被告高島が供述するように（高島第2回法廷供述12頁）、仙骨前面静脈叢からの出血に対しては圧迫止血が効果的であり（甲B4～11、参照）、「多量出血の原因となる静脈系を損傷した場合は、出血部位を圧迫しながら周囲を展開し、十分な手術野のもとで確実に止血操作を行うこと」（甲B68の81頁）と言われているからである。甲B58号証の287頁も、当該症例について、単なるoozingではなく制御困難な出血だと考えられたからこそ、ガーゼタンポナーデという圧迫止血がなされたと指摘しているところである。

そして、その後の午後5時頃、骨盤腔を開いて見ると、次の(5)の②で述

べるように、約200mlの血液を吸収したガーゼがあり、それを取り除くと更に約200mlの血液が貯留しており、その後は、タオルやガーゼを取り除くとそのつど、出血してくるという状況であった（原田法廷供述38頁）のである。

このような出血の態様は、単なるウー징グではなく、まさしく、仙骨前面の動静脈からの出血であることを示すものである。

(5) 同カ（人工肛門造設後の止血処置（午後5時頃から午後8時20分頃まで））について

① 午後5時頃、麻酔科医に血圧低下を指摘されたとの点は、客観的な事実としてそのまま認定するのは困難である。

その頃の血圧を見ると、午後5時は96、午後5時10分は85であり、それ以前の午後3時50分（85）から午後4時50分（73）までの1時間の間の血圧（最も低いときは66）よりも、むしろ高い状態にあったからである。

麻酔科医が血圧低下を指摘するのならば、午後5時頃ではなく、それ以前の、100を切った午後3時50分頃か、80を切った午後3時55分頃か、70を切った午後4時20分頃・午後4時35分頃・午後4時40分頃か、であったはずである。そして、そのような指摘があったからこそ、それに応えて、午後4時頃から「MAP開始」、午後4時30分頃からアルブミン開始、となったものである。上記(4)の②のiiiで引用した手術連絡表の午後5時の欄の記載は、この経緯を明瞭に示すものである。

② 骨盤腔内を検索すると、仙骨前面に約200mlの血液の貯留（血腫）を認めたとの点も、客観的な事実としてそのまま認定するのは困難である。

被告医師らが供述するだけであるところ、被告原田はガーゼに吸収されていたと供述し（乙A7の1頁、原田法廷供述39頁）、被告高島はガーゼを取り除いた後に残っていたと供述し（高島第2回法廷供述19頁）、

食い違っているからである。麻酔記録にも、手術連絡表にも記載されていないからである。

もっとも、見方を変えれば、被告原田も被告高島もともに自分の目を見た事実を語っていて、被告原田はガーゼに吸収されていた約200mlを見、被告高島はガーゼを取り除いた後の約200mlを見たとも考えられ、そして、これらの血腫は、午後5時以降に計測されたとして麻酔記録（乙A2）に記載されている出血量に含まれている可能性があり、現に、被告原田はその旨を供述している（原田法廷供述39頁）。そうだとすれば、この間、ガーゼに吸収されていた約200mlとガーゼを取り除いた後の約200mlで、合計約400mlの出血があったもの、と考えられるのである。

そうだとすると、「午後3時45分に840ml、午後4時50分に930ml」というよりも、「午後3時45分に840ml、午後4時50分もしくは午後5時に1330ml（930ml+200ml+200ml）」というのが、むしろ、出血の実態であった、と考えられるのである。

- ③ 骨盤腔内を調べたところ、明らかな出血部位は見られず、S状結腸や直腸の剝離面、腹壁、子宮壁面からしみ出すような出血がみられたとの点も、客観的な事実として認定するのは困難である。

被告医師らの供述があるだけであって信用し難く、しかも、仙骨前面からのウージングについては、被告原田は他と同じようにあったと述べ（原田法廷供述28頁）、被告高島はほとんどなかったと述べ（高島第2回法廷供述23頁）、食い違っているからである。

そして、後述のように、事実は、仙骨前面の動静脈を出血部位（源）とする出血が出血の中心であった、と認められるからである。

また、このとき、ミラクリッドを投与したとの点は、後述のように、客観的な事実として認定するのは困難である。

同じく、このとき、骨盤腔内に貯留していた血液（血腫）はさらさらし

た血液成分が大部分を占めたとの点も、被告原田の供述があるだけであって信用し難く、カルテにも麻酔記録にも「さらさらした血液」とは全く記載されていないのであるから、客観的な事実として認定するのは困難である。

- ④ 午後7時42分頃、被告原田は、13万あった血小板が6万まで下がっていることを認識し、DICとなっていることを念頭に置いて、血小板濃厚液（PC）の予約手続をしたとの点は、客観的な事実としてそのまま認定するのは困難である。

まず、その時刻に血小板数の減少を認識したという趣旨であるならば、午後4時45分には6万、午後4時57分には5・8万、午後5時17分には5・3万となっていたのであり、被告原田は、その状態をリアルタイムで認識していたのであるから、客観的な事実と反するものである。

次に、午後7時42分頃に予約手続をしたという趣旨であるとしても、後述のように、石川県赤十字血液センターに予約手続をしたのは、もっと後、午後9時56分頃のこと（甲A8）であるから、やはり、客観的な事実として認定するのは困難である。

- (6) 同キ（本件手術終了（午後8時20分））について

- ① 「にじみ出るような出血」が減少するのを確認したとの点は、客観的な事実として認定するのは困難である。

被告医師らの供述があるだけであって信用し難く、閉腹時の出血の状態は、むしろ、「出血++」であった（乙A3の506頁）のであるから、「にじみ出るような出血」とは到底言えず、また、それ故、それが減少していたとは到底言えないからである。

- ② 出血の原因は凝固能の異常による出血との点も、客観的な事実として認定するのは困難である。

被告らからそのような主張がなされているだけであり、必要不可欠な凝

固能の検査（フィブリノーゲン検査、FDP検査、Dダイマー検査）も行なわれていないのであるから、そのように認定することは到底できないからである。現に、被告原田自身、文江死亡後の12月12日、原告らの質問に対し、DICであるが故に大量出血したという見方について単なる推測にすぎないと言われてもやむをえない（甲A9）、と答えていたのである（甲A4～5、高島第2回法廷供述37頁）。

一般に、固形癌に合併するDICは出血症状や臓器症状に乏しいことが多く（甲B25の1655頁の図1、1657～1658頁、乙B1の46頁、2の1726頁、平井意見書10頁）、出血症状や臓器症状が出現するのはDICが相当に進行してからである（甲B24の561頁、64の344頁、346頁、70の248頁）。

そうしたところ、当日の文江が、原判決が他の箇所（40頁）で判示するように、直腸吻合後一の午後3時頃（原判決21頁）もしくは午後3時30分頃（原告ら主張）－を契機にDICを引き起こし、かつ、午後4時頃にはそれが相当に進行していたとは到底考えられないのであり、ましてや、その後の総出血量840mlを計測した午後3時45分以降、とりわけ午後4時頃には既にDICにかかっている、かつ、その頃にはそれが相当に進行していたとは到底考えられないのである。けだし、午後3時25分の800mlにしる、午後3時45分の840mlにしる、この程度の出血量は、通常の100～1000mlの出血量（甲B3の57頁）の範囲内であり、せいぜいでも通常よりやや多い出血量であって、出血傾向が現われた結果だとは到底言えないからである。

ちなみに、伊藤鑑定も、少々の出血ではDICは起きない（補充12頁）、かなり早い段階でDICを生じたと言った（3頁）のはたぶん人工肛門を造設した後という意味である（補充11頁）、3000mlを超すとDICを起こす（4頁）、FFPの投入（午後6時）の直前にDICの診断