

そして、仮に万が一、ウー징グだとしても、術中においても3時間以上かけても止血することができず、出血部位（源）を発見することができず、閉腹時にも「出血++」であり、手術室退室後も1時間当たり478mlの出血が続いていたのであるから、近いうちに止まるだろうと安易に考えることは到底できないはずである（現に、被告高島は、DICだからという理由ではあるが、完全に止血が得られるとかは思っていないと述べているのである。高島第1回法廷供述19頁）。そしてまた、ウー징グも止血困難なことも多く（甲B40の1059頁）、実際、術中、3時間以上止血を試みたものの止血できなかったのであるから、ウー징グだからと言って安心できるはずはないのである。だとすれば、やはり、速やかに出血部位（源）を特定し止血するために、放射線科的もしくは外科的介入が必要であったことは明らかである。

また、仮に万が一、再開腹（外科的介入）すると再度のウー징グが懸念されたというのならば、そのことも含めて、後の血管造影止血術のときに「今の出血している状態では生命の危険もある。処置をしたいので承諾を得たい……。」（乙A3の498頁）と説明したように、文江の家族にそのことを説明してその意見を聴き、その選択につき承諾を得るべきであったのである（伊藤鑑定8頁）が、被告医師らは全くそのような説明さえもしなかったのである。そもそも、手術終了直後に家族に説明しただけで、上記のときまで、13時間もの長時間、家族に何の説明もしていなかったものであり、インフォームド・コンセントの理念に明らかに反する態度が見られていたのである。

そして、もし、当時、本当にそのような再度のウー징グという懸念を持っていたのだとしても、しかし、出血部位（源）の探索は、次の④で述べるように、再開腹（外科的介入）をしない方法で容易にすることができたのであるから、そういう懸念はほとんど考慮する必要はなかったはずで

ある。同様に、再開腹（外科的介入）につきそのような懸念が本当にあったのでそれをしなかったというのならば、それこそ、再開腹（外科的介入）ではなく、まずは、より侵襲度の低い放射線科的介入による出血部位（源）の探索と止血を試みることを選択すべきであったのであり、放射線科的介入も何もしないというのは、やはり、怠慢のそしりを免れない、と言うべきである。

- ④ ところで、出血性ショックに対しては、改めて言うまでもなく、迅速かつ的確に、出血の部位（源）を特定し、止血する、という処置が極めて重要である（甲B20の271頁、38の1121頁、39の827頁、40の1131頁、42の15頁、43の14頁、59の14頁）。止血が最初で最後の治療であり（甲B71の446頁）、出血が止まらない限り出血性ショックの状態は続き（甲B19の231頁）、出血は循環状態と凝固機能にも影響を及ぼし重大な合併症の引き金になり（甲B13の180頁）、術後の出血性ショックは一度侵襲が加わった後の状態であるからより一層危険であり（甲B20の270頁）、そして、出血性ショックは止血が得られなければ生命の危険がある（甲B42の15頁、43の14頁）、からである。

出血部位（源）の特定は、X線、CT、超音波検査、血管造影、内視鏡などによる方法で同定し、止血には、外科的処置、IVR、カテーテルによる動脈塞栓術（TAE）、内視鏡的止血術などの方法がある（甲B20の271頁、42の15頁、43の14頁、75、76）。

そして、迅速かつ的確な処置が実施され、止血ができれば、患者は出血性ショックの状態から離脱できて（甲B34の117頁）、十分に回復し、救命できる（甲B34、43の14頁）のである。それ故、現在では、出血性ショック自体の問題よりも、出血性ショックの回復後に合併してくる臓器障害（ARDS＝成人呼吸窮迫症候群、MOF＝多臓器不全）の問題

が大きな課題となっている（甲B34の116頁、43の14頁、59の12頁、62の240頁）とさえ言われているのである。

しかるに、本件では、文江の重度の出血性ショックに対して、速やかに出血の部位（源）を特定するという処置、止血するという処置が極めて不十分であり、否、怠慢であり、適時・適切な処置が採られなかったため、文江は合併症を多発し増悪させていったものである。

- (3) 以上により、原判決は、出血原因を探索し、出血部位（源）を特定すべきこと、迅速かつ的確に止血すべきこと、重度の出血性ショック患者に対する処置のあり方についての認識が不十分であり、その結果、そのまま誤った判示をするに至ったことは明らかであり、とりわけ、原判決が、原告らが強調していた午前0時までに放射線科的もしくは外科的介入をすべきであったことについて言及せず、認定・判断を避けているのは重要な判断の遺脱であり、極めて不当なこと、と言わざるをえない。

従って、被告医師らが、出血原因を探索し出血部位（源）を特定すべき義務及び放射線科的もしくは外科的介入によって止血すべき義務があるのにこれを怠ったことは明白である。

- 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

- (1) 原判決は、上記第4の5で述べたような判示をして、本件手術終了後直ち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、と判示する。

しかし、この点も、上記第4の5で述べたとおりであり、明らかに間違った判示である。何よりも、実際に、本件手術終了後にすぐ入手することは可能であったのであるから（現に、その後も、10月6日、10月16日を初めとして何回もPCの注文をし、そのつど、すぐに入手できているのである。乙A1のオーダー情報の378頁、456頁など。）、これを抽象的な一般論で逃げて注意義務がないと言い張るのは、まことに奇妙な姿勢である。

この点、被告原田は、術中の午後4時45分すぎに石川県赤十字血液センターに問い合わせてPCを入手できることが分かったというのであるが、それにしては、それから5時間以上も経過した午後9時56分の注文（甲A8）というのは、非常に遅すぎるのである。もっとも、被告原田は、今日中に入手できるという回答であったとか、午後10時までに入手できるという回答であったとか弁解する（原田法廷供述5頁、32～33頁）が、その供述自体曖昧で信用し難く、何よりも、その回答を聞いた後に「使用予定20時」でパソコンに入力しているという事実（乙A1のオーダー情報の7頁）に整合せず、信用し難いのである。

- (2) 仮に万が一、放射線科的もしくは外科的介入（再開腹）をせずに、輸血によって改善を図ろうと考えて、それを試みるとしても、術後も、別紙1にあるように、重要な止血機能を担っているPLTS（血小板）が基準値をはるかに下回る異常を示していたのであるから、そして、血小板濃厚液（PC）はウージングに対しても当然に適応がある（甲B31の1168頁）のであるから、血小板濃厚液（PC）の輸血を早急に実施すべきであったことは明らかである。

この点、甲B31号証は、更に、「ICUでは外科術患者が多く、肝硬変合併例や大量出血例が適応になります。術後で5万以下であればためらわず使用すべきです。」（1168頁）と述べているところ、文江の血小板数は、午後8時5分では2・3万（乙A5）、午後9時では2・6万（乙A3の62頁）で、出血傾向を示す5万というレベルの半分程度になっていたのであるから、まさに、「ためらわず（直ちに）使用すべき」であり、そのために直ちに注文すべきであったことは明らかである。

- (3) 以上により、原判決は、血小板輸血の意義についての理解を誤り、その結果、誤った判示をするに至ったことは明らかである。

従って、被告医師らが、術後においても速やかに血小板輸血をすべき義務

があるのにこれを怠ったことは明白である。

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

- (1) 原判決は、腹腔内に血液が貯留されていたかを調べるためにCT検査や超音波検査をすべき義務があったとの原告らの主張に対し、原告らが提出した証拠は発見することができること等を示すにすぎないとして、被告医師らにはそのような注意義務があったとは認められない、と判示する。

しかし、原告らが援用する証拠（甲B13、14、18、20、33、42）は、貯留血液（血腫）を発見することができることのみを述べるものではなく、発見することができるのであるから、腹腔内感染症を防止するために、これを適時・適切に使用しなさいと述べるものであり、これは、言わば当然のことである（甲B60）。

それは、腹腔内の貯留血液（血腫）を放置すると、「下部消化管由来の腹腔内感染では、敗血症ショックやDICを生じやすいので注意が必要である。」（甲B18の106頁）、「重症化すると敗血症から多臓器不全（MOF）へと移行し予後不良のことが多い。」（甲B14の246頁）からである（そのほか、甲B10の168～169頁、13の455頁、468頁、20の285頁、301頁、59の13頁なども、同趣旨を述べる。）。殊に、手術が長時間に及び、止血が不十分なときは、感染の危険性が増す（甲B19の214頁）からである。

原判決は、ここでも、原告ら提出の証拠を歪曲ないし矮小化している、と言わざるをえない。

- (2) 原判決はまた、被告医師らは、相応の術後管理を行っていたから、腹腔内出血を調査する義務はない、と判示する。

しかし、問題は、術後管理として十分かどうか、術後管理の一環としてCT検査や超音波検査をすべきであったかどうか、が問題となっているのであ

るから、このような理由付けはそもそも成り立たない理由付けである。CT検査等をして腹腔内出血を調査しようとしなかったということ自体、術後管理として不適切であったことは明らかであるからである。

文江は止血できないままに閉腹されたのであるから術後出血は初めから予定されていたのであり、しかし、その出血がすべてドレーンを通じて体外に排出されるという保障は何もなかったのである。そもそも、出血性ショックの状態が長く続くときは、腹腔内出血を疑うべきものである（甲B33）。現に、その後、文江には、腹腔内膿瘍が確認されたのであるから、術後出血の一部が腹腔内に貯留されていたことは明らかなのである（原田法廷供述11頁、53～54頁）。

被告原田によると、文江は、「腹腔内（骨盤腔内）に貯留した血液が感染源となり、遺残膿瘍を形成」「膿瘍合併の誘因として、出血・輸血に伴う肝機能障害、低蛋白血症の存在が生体防御能力の低下（易感染性）をきたし、貯留残存した血液に感染が併発し、遺残膿瘍を発症」、そして「全身感染症へ移行、敗血症を併発し、……死亡」（乙A7の4頁、高島第1回法廷供述20頁）、という経過をたどったものである。

だとすれば、尚のこと、腹腔内出血に対する適時・適切な処置が必要不可欠であったことが明らかになるのである。

なお、原判決は、ガーゼタンポナーデによる止血については感染症の可能性が高まるから実施すべき義務はない（42頁）と言いながら、ここでは、感染症の原因となる腹腔内出血を調査する義務はないと言っているのであり、一貫しない、矛盾した態度である。

- (3) 以上により、原判決は、腹腔内出血に対する処置のあり方についての理解が不十分であり、その結果、そのまま誤った判示をするに至ったことは明らかである。

従って、被告医師らが、術後に腹腔内を調査すべき義務があるのにこれを

怠ったことは明白である。

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

原判決は、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、と判示する。

しかし、被告医師らが医師として当然になすべき注意義務を著しく怠り、その結果、ついに文江をして死亡するに至らせたものであることは、これまでも述べてきたとおりであり、十分に明白になったものである。

従って、反訴原告の請求は当然に棄却されるべきである。

第7 結論

以上、原判決の判示に即して、その誤りを明らかにすることができ、その結果、「認定事実」及び「事実認定の補足説明」における原判決の判示は重大な誤りをおかしていること、争点1～9についての原判決の判示もまた同様に重大な誤りをおかしていること、それ故、原告らの主張は優に認められるべきこと、を十二分に明らかにすることができたものである。

従って、当審において、原判決は速やかに破棄され、原告らの請求は速やかに認容され、反訴原告の請求は速やかに棄却されるべきである、と言わなければならない。

以上

別紙 1 血液検査の結果 (乙A3の62~63頁、乙A4の4頁)

	基準値	8/18 P9	8/19 A6	8/19 A8
RBC (赤血球)	370~490万	<u>245万</u>	<u>688万</u>	<u>143万</u>
Hb (ヘモグロビン)	11.0~15.0	<u>7.5</u>	<u>20.7</u>	<u>4.4</u>
Ht (ヘマトクリット)	36~45	<u>21.4</u>	<u>60.1</u>	<u>12.3</u>
MCV	83~93	87.4	87.3	85.7
MCH	27~32	30.6	30.0	30.4
MCHC	32~36	35.0	34.4	35.5
WBC (白血球)	4700~8700	<u>1万0180</u>	<u>1万0280</u>	8170
PLTS (血小板)	15万~35万	<u>2万6000</u>	<u>7万8000</u>	<u>3万3000</u>
Na	134~146	<u>156</u>	<u>158</u>	<u>160</u>
K	3.2~4.8	<u>3.0</u>	3.7	<u>2.8</u>
Cl	97~107	103	106	100
Ca	8.4~10.2	<u>7.9</u>	<u>6.6</u>	<u>7.4</u>
BUN	6~20	9	13	17
クレアチニン	0.5~0.9	0.61	0.80	<u>1.61</u>
総タンパク	6.7~8.3	<u>2.9</u>	<u>3.8</u>	<u>4.0</u>
総ビリルビン	0.2~1.0	<u>1.2</u>	<u>1.8</u>	<u>1.3</u>
直接ビリルビン	0~0.4	0.3	<u>0.7</u>	0.4
LDH	200~400	272	<u>1037</u>	<u>760</u>
AST	11~30	<u>31</u>	<u>142</u>	<u>199</u>
ALT	5~42	17	<u>47</u>	<u>202</u>
CK	40~180	139	<u>389</u>	<u>324</u>
アミラーゼ	50~160	<u>298</u>	<u>1198</u>	<u>1240</u>
グルコース (血糖)	126または200	<u>385</u>	<u>562</u>	<u>408</u>