

であったのである。

そして、血圧の状況は、上記第2の3の(4)の①で述べたように、午前6時には100を切り、午前8時には90を切っていたのであるから、やはり、安定化の方向にあったとは到底言えない状態であったのである。

- ② 原判決はまた、看護記録の記録全体を通して見れば、文江の排泄の性状はさらさらした形状からどろどろの形状を含むようになってきて、凝固機能が改善しつつあった、と判示する。

しかし、上記第2の3の(3)の②、(4)の②で述べたように、看護記録によれば、午前0時までの状態は「血性（フレッシュ）」「血性」（乙A3の61頁）であり、午前0時以降は「血性」（乙A3の63頁）であったのであるから、原判決のように認定することは到底できないものである。この後者の点につき、原判決は「血性」であって、「血性（フレッシュ）」でないことを根拠に、どろどろの形状だと判示しているが、上記第2の3の(6)の②で述べたように、「血性」＝「赤色」＝「血性（フレッシュ）」なのであるから、原判決の理解は間違っている、と言わざるをえない。

もっとも、ドレーンからの排泄に、当初は血液以外のものが少し含まれていたが、その後それらがなくなって、血液だけになってきたときに「どろどろ」と見えるようになることはある（甲B58の299頁）が、しかし、そのようなことは看護記録には何も記載されていないのである。そして、被告高島の第2回法廷供述26頁によれば、血液以外のものがあったとしても、しばらくの間は混じるという程度のものであるから、それは、午前0時までにはとくに排出されているはずのものなのである。

また、看護記録の午前6時以降の記載の中に「朝のデータでは、かなり、ドロドロ血である。」（乙A3の63頁）との記載があるが、しかし、これは、午前6時の血液検査のデータ（乙A3の63頁に貼付されている。）で、RBCが688万個、Ht値が60・1％と赤血球が基準値よりも

はるかに増加していることから、血液がねばっこく流れにくくなっている（甲B72）と考えられるので、「血栓の危険もあるのでは」と心配したということ指しているものであって、目で見えた状態を言っているものではない。それは、赤血球濃厚液（MAP）の大量の投与が効果を現わし、否、現わしすぎて、赤血球やヘモグロビンが異常に過剰になってきた（原田法廷供述42～43頁）ということの意味するものであって（別紙1、参照）、安定とか改善を意味するものではない。

- ③ 原判決は、更に、午前9時頃の記載は「ドレーンから出血がGA上層までぐっしょりあり（約30～40分で）」とされ、この頃、排液の性状にも変化があったことが窺われる記載となっている、と判示する。

この「約30～40分で」という記載は、確かに午前8時10分のガーゼ交換から午前9時までの間という意味だと理解されるところであり、この間の出血量が相対的に増えたような記載であるが、しかし、これは、必ずしも事実とは言えない。上記第2の3の(6)の④で述べたように、原判決の認定を前提とすると、午前6時から午前8時10分までの1時間当たりの出血量は151mlで、それ以前の午前4時30分から午前6時までの1時間当たりの出血量181mlよりも減少しているからである（もっとも、同所で指摘したように、原判決は計算ミスをおかしており、正しく計算すると午前6時から午前8時10分までの1時間当たりの出血量は220mlとなるのであり、また、同じく同所で述べた原告らの主張からすると、午前6時から午前9時までの出血量は1時間当たり250mlなのであるから、いずれの計算から、それ以前と比べると明らかに増加しているのであるが。）。しかし、いずれにせよ、このような1時間当たりの出血量の変化は、血液の性状の変化とは何ら結び付くものではないのである。

また、排液の性状にも変化があったことが窺われる記載となっているとの点は、理解し難い判示である。上記第2の3の(3)の②、(4)の②、(5)の①、

(6)の②で述べたように、看護記録の記載において、午前9時の以前も、それ以後も、排液つまり血液で一貫しており、その性状には何ら変化は見られないからである。被告原田がカルテに記載した内容も、一貫して、「血性」「出血」（乙A2のプログラムの27頁、31頁）であったのであるから、尚更に、その性状には変化は見られなかったと言えるからである。

そして、上記の別表1（血液検査の結果）を見ると、午前6時から午前8時までの間に、赤血球、Hb値、Ht値、血小板数が激減していることが分かる。そうすると、午前6時以降は1時間当たり250mlの出血となったことと相俟って、むしろ、午前6時から午前8時までの間に何らかの変化（偽性動脈瘤がこの時点で破綻したことが一番に考えられる。）が起こり、その結果が午前8時10分のガーゼ41枚の交換、午前9時までの約30～40分でのぐっしょりになっていったものと考えられるのである。しかし、いずれにしろ、血液の性状の変化とは別の話である。

- ④ 原判決は、最後に、被告原田もカルテに「意識低下（混濁）。朝よりドレーンより出血量増加し血圧低下が見られる。約250g/hの出血。」と記載しているが、これは、朝に排液の性状が変化したことに符合する、と判示する。

しかし、まず、カルテの記載にある「意識低下（混濁）」とは、看護記録（乙A3の63頁）上の「意識レベルJCS200～100」との記載を指すものであるが、その時期は、その記載の前の「o p e後トータル3255g（血性）」「MAP再びアップ」「FFPもスタート」も、その記載の後の「尿トータル2848ml」もともに三測表の午前5時から午前6時までの方眼紙部分の記載に対応しているのであるから、午前6時頃までのことを指しているものであり、また、「朝より血圧低下」は午前6時から午前7時までの100以下と午前7時30分以降の90以下のことを指しているものであり、この点からも、文江が午前9時までは安定化して

いたとか安定化の方向にあったとかは到底言える状態ではなかったことは明らかである。

そして、上記の「約250 g/hの出血」（乙A2のプログラムの31頁）というのは、三測表の4頁の午前6時から午前9時までの749 g（272 g + 477 g）、1時間当たり249・67 gの出血を指していることは明らかである。このことは、同時に、次の三点を明らかにするものである。

一つは、この記載は、午前6時から午前9時までのことを指しているものであって、原判決が判示するような午前8時10分から午前9時までのことを指しているものではなく、また、午前9時以降のことを指しているものでもない、という点である。

二つめは、三測表の4頁の272 gについて、先に原判決は、3頁の272 gの転記にすぎないと判示したが、当の被告原田は、そうではなく、午前6時以降に計測された別の出血であり、それを含めて「約250 g/h」の出血になったと、その当時から認識していた、という点である。そして、それ以前の午前0時から午前6時までの出血については、被告原田は、「約150～200 g/h」（乙A2のプログラムの27頁）と、その当時から認識していたものである。

三つめは、被告原田は、ドレーンからの排液については、単なる「排液」という表現ではなく、「出血」という表現をしている、という点である。午前0時から午前6時までのドレーンからの排液についても、同様に、「血性」（乙A2のプログラムの27頁）と表現しているのである。すなわち、看護記録（乙A3の61頁、63頁）に記載されていた「血性」「血性（フレッシュ）」という状態が回復室入室以後継続していること、午前6時以降も同様に「血性」「血性（フレッシュ）」であったことを明瞭に示しているのである。

従って、上記のカルテの記載が午前9時頃または午前9時前頃からの排液の性状の変化と符合すると言えないこと明白である。

3 同「(3) 被告原田が血小板濃厚液（PC）を予約した時刻について」（35頁）について

- (1) 原判決は、石川県赤十字血液センターに注文されたのは午後9時56分であるとの原告らの主張に対して、被告原田が注文したのは本件手術中の午後7時42分と認められる、と判示する。

しかし、原告らの主張は、中立・公正な機関である石川県赤十字血液センターの回答書（甲A8）に基づくものであり、原判決がこれを否定しようとするのは、まことに理解に苦しむものである。しかも、回復室での看護記録には、この回答書にそう、「PC、MAPオーダーします。アルブミンも。」との記載（乙A3の61頁）があり、これにも裏付けられているのであるから、尚のこと、理解し難いのである。

すなわち、三測表によると、上記記載の直前の「BP80」とは午後8時45分の数値を指し、その直後の「メイロン投与」は午後9時10分からの投与を指し、「BP116」は午後9時20分の数値を指しているのであるから、注文の手配を始めたのが午後9時すぎであることが容易に認められるのである。そして、現に、三測表によると、これに対応して、午後10時24分に納入（甲A8）されたPCと病院内に保管されていたアルブミンが、ともに、午後11時から投与を開始されているのである。

従って、被告病院から石川県赤十字血液センターに注文された時刻が午後9時56分であることは動かし難い事実である。

- (2) 原判決は、乙A11号証を根拠として、被告原田が注文したのは本件手術中の午後7時42分と認められる、と判示する。

しかし、まず、上記の各証拠を無視する点で余りにも不公正であり、客観的事実に反するものである。

そして、仮に乙A 1 1号証のとおり午後7時42分に予約注文をしたのだとしても、それは、上記1の(2)の④のiで述べたように、血小板数は、午後4時45分には6万となってほぼ半減し、その後は、午後4時57分には5・8万、午後5時17分には5・3万となり、午後5時33分には2・8万と更に半減したのであるから、余りにも遅すぎる、時機を失した予約注文、と言わなければならない。

もっとも、被告原田自身は、そのような血小板数の低下をリアルタイムで見ている、午後4時45分すぎにはPCを注文したと供述している（原田法廷供述36頁）のであるが、そうだとすれば、合理的な対応だと評価することができる。しかし、そのような注文の事実は証拠上認められないのであり、原判決も、その旨、正当に判示（23頁）しているところである。

また、その午後7時42分という時刻は、単に、被告原田から注文が発せられたということの意味しうるだけであり、その時刻に、被告病院から石川県赤十字血液センターに注文がなされたことまでを意味するものではない（原田法廷供述36頁、参照）。午後9時56分との2時間14分の時間差は、言うまでもなく、被告病院の責任である。

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

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

- (1) 原判決は、フィブリノーゲン検査、FDP検査、Dダイマー検査をすべき義務があったとの原告らの主張に対し、甲B 1 6号証は止血機能障害の患者についてのもので本件と前提を異にし、甲B 6 3号証は本件手術後の文献である、その他の証拠（甲B 1 1、1 8、1 9、2 5～2 9）も採用の限りではない、と判示する。

しかし、甲B 1 6号証はまさに本件のような悪性腫瘍の場合について述べ

ていること次の(2)で述べるとおりであり、甲B18号証は「術前検査では、原因となる基礎疾患の把握が第一で、二番目が血液学的検査による凝固機能異常の評価である。あらかじめ凝固機能異常の部位が予測できても、時間の経過とともに他の凝固機能異常の部位が存在する複合的異常となることも多いので、必ず一通りの凝固機能異常検査スクリーニングを行なう。」(51頁)として、スクリーニング検査として、FDP、フィブリノーゲンなどをあげ、甲B19、25～29号証は、そのほか、Dダイマーをあげている。

従って、上記判示は失当と言うべきである。但し、原判決のあげる甲B11号証は、この問題については何も述べていないのであり、原判決の勘違いである。

- (2) 原判決はまた、被告病院の検査は、本件当時の一般的な術前検査の範囲内であり、これが臨床医学の実践における医療水準に照らして不適當であったとか、本件について一般的な術前検査では足りないとする事情は認められない、と判示する。

しかし、本件当時の医療水準は、上記(1)で述べたとおりであり、被告病院の検査は医療水準を満たさないものであることは明らかである。

そのうえ、文江には、原判決が他の箇所(31頁、39頁)で判示するように、DIC発症のリスクがあったというのであるから、尚更に、フィブリノーゲン検査、FDP検査、Dダイマー検査を実施すべきであった、と言わなければならない。

これが、まさに、臨床医学の実践における医療水準にある客観的な医学的知見である。

すなわち、甲B16号証は悪性腫瘍などにより止血機能に障害がある患者にはスクリーニング検査としてフィブリノーゲン、FDPが術前に必要だと述べ、甲B19号証の77頁は「DICや血栓症の危険のあるときは、フィブリノーゲン、……FDP……の結果を見る。」と述べ、甲B20号証の2

74頁は「DICが疑われる場合、診断基準に記載されている各マーカーのチェックも行う。検査は、血小板値、PT、フィブリノーゲン値を含めた血液生化学的検査を施行する。……線溶系亢進の指標となるマーカーとして、FDP、Dダイマー……も提出する。」と述べ、甲B10号証の81頁は「出血性素因のある患者」には「止血機能検査を行う。出血性素因のスクリーニングテストとしては、一般に、出血時間、血小板数、APTT、PT、フィブリノーゲン、FDPの6項目が行われる。」と述べ（そのほか、甲B17の103頁、25の1658頁、27の1668頁、29の59頁、42の488頁、43の513頁、58の291～292頁、63の347頁、乙B1の46頁、2の1726頁も、同趣旨を述べている。）、被告原田も同様の認識を供述している（原田法廷供述16頁）からである。

原判決は、他の箇所（31頁）では、甲B22、25、27号証を援用して、血小板数が正常でも出血傾向が認められる場合があると判示しているが、だとすれば、尚更、DICのリスクがある患者であると評価されている文江に対しては、術前に、血小板に加えて、フィブリノーゲン、FDP、Dダイマーの検査をしたうえで出血傾向の有無を調査するべきであり、かつ、それらの数値の経時的な変化も検討しなければならないのであり（原田法廷供述17頁）、上記援用にかかる文献はそうように述べているのである。原判決の援用は、その趣旨を歪曲しており、公平ではない、と言うべきである。

ちなみに、被告病院は、術後には、文江に対して、上記の各検査を実施し（乙A2の一般指示の6頁、10～12頁、乙A3の13頁、原田法廷供述17頁）、10月6日の出血の際にも、上記の各検査を実施している（乙A1のオーダ情報の377頁、乙A3の342頁）のであるから、術前、プレDICが疑われる以上、実施できないはずはないのである。また、同様に、術中においても、実施できないはずはないのである。

従って、被告医師らは、文江に対して、術前、これらの検査を実施すべき

であった、と言わなければならない。そして、たとえば、フィブリノーゲン
は100以上あることが確認されなければならなかったのである。

そうして初めて、被告医師らは、DIC患者に対する手術は危険（甲B2
1の610頁）、悪性腫瘍患者に対する手術は凝固亢進状態を悪化させる危
険があるから慎重に（乙B1の46頁、2の1726頁）との警告に応えた
ことになるのである。

- (3) 以上により、原判決は、悪性腫瘍患者のプレDIC、凝血学的検査の意義
についての客観的な医学的知見の理解を誤り、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、文江に対して、術前、フィブリノーゲン検査、F
DP検査、Dダイマー検査を実施すべき注意義務があるのにこれを怠ったこ
とは明白である。

- 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

- (1) 同(1)（注意義務について）について

原判決は、一般的に、超低位前方切除術において、仙骨前面の動静脈を損
傷しないように注意すべきとされており、被告医師らは、本件手術に際し、
手術操作によって文江の仙骨前面の動静脈を損傷しないように慎重な手術操
作をすべき注意義務があったものと認められる、と判示する。

正当である。「丁寧な手術操作」（甲B11の191頁）、「愛護的な手
術操作」（甲B20の265頁）が強く求められているのである。

- (2) 同(2)（注意義務違反の有無）について

- ① 原判決は、本件手術中の出血は仙骨前面からのみではなく創部や皮下組
織を含め全体からにじみ出すように認められたということを根拠に、被告
医師らは仙骨前面の動静脈を損傷していない、と判示する。

しかし、出血の部位（源）については、上記第3の1の(3)で述べたとお

り、出血の中心は仙骨前面からのもの、つまりは、仙骨前面の静脈からのものと左内腸骨動脈の分枝の細動脈からのものであったものである。

- ② 原判決はまた、本件手術開始から吻合の操作を行っている間の出血量は1時間あたり500mlから最大でも700mlであり、仙骨前面の動静脈叢を損傷したのであれば確認されるはずの「短時間の大量出血」はないということ根拠に、被告医師らは仙骨前面の動静脈を損傷していない、と判示する。

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がそれぞれ計測されたのであるから、1時間当たりで換算すると、480ml、690ml、429ml、120mlであり、確かに、このような午後3時45分までの出血の状況は、午後2時30分から午後2時50分までの230ml（1時間当たり690ml）を除き、動静脈を損傷したことによる出血とは整合しないものと考えられる。

これを逆に言うと、まず、午後2時30分から午後2時50分までの230mlの出血は1時間当たりで換算すると690mlとなり、大量出血とみなしうるものであるから、動静脈、具体的には仙骨前面の静脈の損傷による出血と考えることができるのである。

次に、午後4時50分に930mlを確認して以降の出血は、上記第3の1の(3)の⑤で述べたように、その量、その速度、その持続時間は、まさしく動静脈、具体的には（仙骨前面の静脈と）左内腸骨動脈の細動脈を損傷したことによるとしか考えられないほどの「短時間の大量出血」（原判決37頁）なのである。そして、結局、午前10時30分頃の血管造影においてようやく、出血の部位（源）が特定され止血されたのであるが、これは、後述のように、本来、午前0時までになされなければならなかったものなのである。

更に言うと、人工肛門造設中の午後4時から午後5時までの出血は、少量はドレーンで体外に排出していたが、残りは圧迫止血のために腹腔内に置かれていたタオルやガーゼに浸潤していた（原田法廷供述27頁）のであるから、午後4時50分での出血量は、この930mlにとどまるものではなく、実際はもっと多かった、と考えられるのである。そのことは、被告医師らが言うところの骨盤腔内に約200mlの血液が貯留していたとの一事をもってしても明らかである。

すなわち、その65分間に、まず、少なくとも、90ml（930－840）＋約200ml＝約290ml（1時間当たり267ml）の出血があったと認められるのである。そして、次に、上記第2の2の(5)の②で述べたように、骨盤腔内に貯留していた血液（血腫）は更に約200mlあったとすれば、この65分間の出血量は約290ml＋200mlで合計約490ml（1時間当たり452ml）となるのである。

と言うことは、午後3時45分以降は、それ以前の午後3時25分から午後3時45分までの1時間当たり120mlの出血をはるかに超える出血となってきたということであり、その頃に、新たな出血の増加をもたらす出来事が発生したということを示しているものである。

- ③ 更に、原判決は、単純CTの結果、仙骨前面と直腸後壁が離れているのが確認されているということを根拠に、被告医師らは仙骨前面の動静脈を損傷していない、と判示する。

しかし、そのような確認は何もされていない。被告医師らは、陳述書においても、法廷供述においても、そのような確認をしたとの供述は全くしていないのである。もっとも、伊藤鑑定はひとりそのように述べている（7頁）が、しかし、その反面、直腸の周囲臓器との境界が不明瞭だ（11頁）、直腸と仙骨との間の脂肪組織に癌の浸潤は認めておらず、剥離が非常に難しくなるという情報はない（6頁）、仙骨前面の剥離面からの出血

はあったようだ（11頁）、と述べているのであるから、7頁の意見だけから、上記判示のような結論を出すことはできない。論理の飛躍である。

なお、仮に万が一そうだとした場合、仙骨前面の静脈の損傷を完全に否定しうるものではなく、ましてや、そのことは、左内腸骨動脈の分枝の細動脈については、仙骨前面と直腸後壁との間に存在するものではないのであるから、その損傷ということを否定しうるものではないこと、言うまでもない。

- (3) 以上により、原判決は、証拠上認められる事実、とりわけ出血をめぐる状況を誤認し、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、吻合を含む手術手技により文江の仙骨前面の静脈（及び、左内腸骨動脈の分枝の細動脈）を損傷したことは明白である。

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

- (1) 同(1)（注意義務について）について

原判決は、一般的に、直腸癌手術に際して動脈を損傷しないように注意すべきとされており、被告医師らは、本件手術に際し、手術操作によって文江の動脈を損傷しないように慎重な手術操作をすべき注意義務があったものと認められる、と判示する。

正当である。「丁寧な手術操作」（甲B11の191頁）、「愛護的な手術操作」（甲B20の265頁）が強く求められているのである。

- (2) 同(2)（注意義務違反の有無）について

原判決は、器械吻合の際に左内腸骨動脈の前枝又は分枝動脈を損傷したとは認められないと判示するが、その理由は上記2の(2)の①②と同じことに加えて、吻合中の単位時間当たりの出血量は動脈性の出血とは認められないことを挙げる。

前者の理由が成り立たないことは上記2の(2)の①②で述べたとおりであり、

後者の理由について検討すると、原判決の認定によると、吻合は午後2時50分から午後3時までの間に行われ、吻合終了の午後3時頃、骨盤腔内に血液の貯留を認め、タオルやガーゼにも著しい血液の付着を認め（原判決21頁）、1時間当たり690mlの出血があったというのであるから、単なるウー징以上出血、と考えられるのである。

もっとも、原告らは、吻合は午後3時10分から午後3時30分までの間に行われたと主張しているものであり、この場合、午後3時25分から午後3時45分までの出血量が40mlと少ないことが問題にはなるが、その原因としては、「タオルやガーゼの著しい血液の付着」（原判決21頁）の全部が確実に計測されなかったことと、そもそも圧迫されていたのであるからそれ以外の出血は少なかったこと、と考えられるのである。けだし、そのような著しい血液の付着がわずか40mlにすぎないということはいえないことであり、タオルやガーゼで圧迫されていたのならそれなりの止血効果が現われていたはずであるからである。とすれば、やはり、単なるウー징以上の出血、と考えられるのである。

いずれにしろ、午後4時頃以降、とりわけ午後4時50分以降の出血は「短時間の大量出血」（原判決37頁）であり、まさしく、細動脈の損傷によるものである。

(3) 同(3)（原告ら提出証拠について）について

① 同ア（医師平井淳一作成の意見書の文江はDICではなかったとする内容について）について

i 原判決は、文江がDICではないとして4つの根拠をあげて説明する平井意見書に対して反論しているが、以下に述べるように、到底反論とはなりえていないものである。

a 第1点、多変量解析において重要因子とされたもの（年齢60歳以上、男性、進行癌、腫瘍の血管浸潤が著明、腫瘍組織の壊死、転移巣

を有する固形癌、抗癌剤治療中）が文江に見られないため、単に直腸癌であったというだけではD I C発症のエビデンスはないとの平井意見書（10～11頁）に対し、原判決は、悪性腫瘍はD I C発症のリスクであるから、文江にはD I C発症のリスクがなかったとはいえない、と反論する。

しかし、文江にD I Cの重要因子（甲B24の556頁の表2、558頁。高島第1回法廷供述15頁、参照）が見られない以上は、単にリスクがあるからエビデンスがあるとは言えないことは自明の理であり、原判決は明らかに論理を飛躍させている。

そして、仮に原判決の理解に立つならば、上記1の(2)で述べたように、文江の手術に際しては、D I Cの発症を予測して、フィブリノーゲン検査、FDP検査、Dダイマー検査を実施するなどの対策が講じられなければならないのであるが、そのような対策は、術前検査を初めとして、手術担当チームでは全く検討されず、全く採られなかったものである。

- b 第2点、血小板以外の凝血学的検査が行なわれていないとの平井意見書（11頁）に対して、原判決は沈黙する。それどころか、原判決は、伊藤鑑定を引用して、凝血学的検査は不要と理解しているかのような判示（39頁）をする。

しかし、これが間違っていること後に述べるとおりである。

- c 第3点、凝固活性化による所見（臓器症状及び出血症状）の存在は確認されていないとの平井意見書（11頁）に対して、原判決は、臓器症状が起こる症例はそれほど多くはなく、文江には出血症状はあった、と反論する。

しかし、上記第2の2の(6)の②で述べたように、固形癌に合併するD I Cの場合は、原判決が判示するように、臓器症状が出現すること

が多くないのと同様に、出血症状の出現も多くないのであり（甲B 24の561頁、25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）、原判決がこのうち前者のみを採用し、後者を無視したのは、不公正である。

但し、同じく上記第2の2の(6)の②で述べたように、DICが相当に進行してから出血症状が現われてくることがあるが、そのときは、臓器症状もこれに伴って現われてくるものである。

しかし、術中の文江については、まず、臓器症状は何ら現われていなかったのであり、このこと自体はほぼ争いのないことである。すなわち、DICを発症した場合の臓器症状で最も多いのは腎臓であり（甲B 25の1656～1657頁、69の107頁、70の249頁）、乏尿、無尿、血尿などという形で現われてくるものである（上記のほか、甲B 18の67頁、43の513頁、44の981頁）。しかし、文江の場合、原判決が再三判示するように、尿量は維持されており、腎機能の異常は何ら見られなかったものである。

次に、出血症状も、手術にともなう通常の、せいぜいが通常よりやや多い出血があっただけであり、DICによる出血症状は何ら確認されていないのである。すなわち、文江の術中の出血は、上記第2の2の(6)の②、第3の1の(2)の④、(3)の⑤で述べたように、DICであったから大量に出血したのではなく、大量に出血したことからDIC様の症状を呈するようになったものである。吻合を含む手術手技の際の出来事により大量に出血し、その結果、血小板数が消費されて減少したため止血機能が働かなくなり、そのため出血が更に続いて遷延し、これに加えて、大量輸血による血液の希釈が加わったため、DIC様の症状を呈するようになったのである。

まさに、「出血の遷延→大量出血→大量輸血→凝固障害→出血の遷

延」という悪循環（甲B42の14頁、43の14頁）である。原判決の見方は時間を逆立ちさせた認定である。

- d 原判決はなぜか言及していないが、平井意見書は、第4点として、麻酔科医が凝血学的検査を行っていないこととDICの薬剤、酵素剤を投与したという記録がないことから、麻酔科医にはDICが発症したという認識はなかったと考えられることも、根拠として挙げている（11～12頁）。

前者については後述するので、後者について検討すると、確かに、麻酔記録には、午後6時からのFFPの投与があるものの、原判決が他の箇所（28頁）で判示したヘパリンの大量投与はなく、PCの投与もない。わずかに、午後5時30分に、被告主張のミラクリッドを投与したかのような記載が麻酔記録にあるが、曖昧な記載であるうえに、これに対応する記載は、手術連絡表にも、カルテ（乙A1のオーダ情報の6頁以下）にもないので、実際にミラクリッドを投与したと認定することは困難である（但し、上記オーダ情報の14頁と乙A3の66頁に記載があるが、これは「ope後」、回復室でのことである。）。乙A12号証が最終盤に提出されたが、信憑性はない。原判決は、他の箇所（22頁）でミラクリッドを投与したと判示しているが、不当かつ安易な認定である。

そして、仮にミラクリッドが投与されていたとしても、上記第2の5の(3)の②のiで述べたように、ミラクリッドはDICの治療薬ではなく、むしろ、出血性ショックに対する治療薬なのである（甲B73～74）から、ミラクリッドの投与という事実は、平井意見書の指摘を否定するに足りるものではないことは明らかである。

- ii 原判決はまた、DICの診断には、基礎疾患の有無、臨床所見（明らかな出血傾向）、血小板数などから総合的に判断することが重要である、

と判示する。

確かに、これらの要素が（臓器症状とともに）重要であることは間違いないが、それ以上に重要なのは、フィブリノーゲン検査、FDP検査、Dダイマー検査などの凝血学的検査の結果である（甲B58の291～292頁、64）。

すなわち、DICの「診断には厚生省の診断基準が広く使用されており、これは、DICを起こす基礎疾患、出血症状、臓器症状、プロトロンビン時間（PT）、フィブリノーゲン値、血小板数、FDP値をスコア化し、その総得点で診断するものである。……症状のみに基づいたDICの確診はむずかしいのが現実である。」（甲B18の67頁）、「最も重要なのはFDPおよびDダイマーの上昇であり、これが見られない場合はDICは否定的である。」（甲B70の248頁）からである。

しかるに、平井意見書が述べるように、「麻酔医は、一般検血のみで、DICの診断に必要な凝血学的検査は行っていない。このことから、手術経過を経時的に観察している麻酔医はDICが発症したという認識はなかったと考えられる。」（12頁）のである。ちなみに、伊藤鑑定も、術中にこのようなDICが疑われるようなときは凝血学的検査をすることで、裏付けのために検査指示を出すだけだと述べている（補充11頁）が、文江の場合は、そうした検査指示さえも出された形跡はないのであり（なお、伊藤鑑定補充11頁は19日の午前8時1分に検査されていると述べているが、これは、20日の午前8時1分の間違いである。乙A1の検体検査の10頁）、ますます、平井意見書の指摘は当てはまると言わざるをえない。

原判決は、他の箇所（28頁）では、「DICの診断は、凝血学的異常所見（FDP増加、血小板、フィブリノーゲン低下、プロトロンビン時間延長）などが重要な診断要素とされている」と一正當に（甲B38

の1985頁、58の291～292頁）一判示しているのであるが、ここでは、なぜか、この点を意識的に欠落させている。矛盾しており、偏っている、と言わなければならない。

- iii 更に、原判決は、文江には直腸癌に罹患していたうえに、皮膚切開時から「顕著な出血傾向」が見られ、とりわけ午後5時以降の出血量の変化は、吻合までの1時間あたりの出血量と比較して格段に多くなっていることに照らすと、直腸吻合後頃を契機にDICを引き起こしていたとの判断に合理性は認められる、と判示する。

しかし、まず、皮膚切開時から「顕著な出血傾向」が見られたとの点は、上記第3の1の(2)で述べたとおり、成り立ちえない見方である。なお、原判決は、他の箇所（23頁）では、「そのような病態が本件手術中にもやみられて出血しやすい状態があった」として、ニュアンスの異なる判示をしているところである。

次に、午後5時以降の出血量というのは、単に、午後5時以降に計測された出血量ということの意味するのであって、それ以前つまり午後5時以前の時間帯に出血された血液をも含むものである。すなわち、午後5時以降に計測された大量の出血は、上記2の(2)の②で述べたように、午後3時45分の計測以降、とりわけ午後4時からの人工肛門造設中の出血であり、午後3時50分以降の一連の血圧の低下、午後3時52分以降とりわけ午後4時45分に顕著になったHb値・Ht値の悪化は、これらの大量出血に対応した経過なのである。

そして、これらの事実、上記第2の2の(4)の②で述べたように、まさに、それ以前の午後3時10分から午後3時30分までの吻合の際の出来事（更には、それに先行する直腸切離の際の出来事）につながり、それに起因することを示すものである。

- iv 原判決は、続いて、午後3時52分の血小板数は13・1万であった

のに対し、午後4時45分には6万まで極端に下がっていることに照らすと、直腸吻合後頃を契機にDICを引き起こしていたとの判断に合理性は認められる、と判示する。

午後4時45分に顕著になった血小板数の激減も、このとき一挙に減少したもののいうよりは、午後3時52分に計測されて以降に減少していったものである。もし、その間に計測されていたならば、もっと早い段階で減少を確認することができたはずのものである。

こうして、血小板数の減少も、午後3時52分以降、とりわけ午後4時以降の、上述した出血量の増大にともなって発生したものであり、同様に、吻合の際の出来事（更には、それに先行する直腸切離の際の出来事）につながり、それに起因するものである。

v こうして、原判決は、最後に、文江は、直腸吻合後頃を契機に手術侵襲とウージングに伴う血小板の消耗によってDICを引き起こしていたとの判断に合理性は認められる、と判示する。

しかし、上記のiiiとivで述べたことから明らかなように、「直腸吻合後頃を契機に、……DICを引き起こしていた」のではなく、まさに、

「直腸吻合後頃を契機に大量出血につながる相当の出血が始まり、それが血圧の低下とHb値・Ht値の悪化と血小板数の減少をもたらし、その血小板数減少が出血をより一層拡大させ、大量輸血による血液希釈による血小板数減少と相俟って、出血を更に拡大させ、その結果、DIC様の症状を呈するようになった。」と認定されるべきなのである。数千ccに及ぶ大量の出血が起これば、その患者の末梢血の状態は、血小板の減少などDICに近い状態に必ず移行するもの（甲B58の200頁）であるからである。しかし、これは、言うまでもなく、DICではなく、また、DICだから大量出血したものではない。

なお、原判決は、午後5時前後からDICが始まった、午後5時頃を

契機に病態が変化したとの被告医師らの供述（乙A 7の2～3頁、原田
法廷供述4頁、高島第2回法廷供述27～29頁）を採用せずに、時間
を繰り上げて、「直腸吻合後頃」の午後3時30分頃（但し、原判決の
20～21頁からすると午後3時頃）を契機にDICを引き起こしたと
認定したものではあるが、これは、一面、午後5時頃だと既に血圧が低
下しHb値・Ht値が著しく悪化し血小板数も減少して大量出血が目
に見えて始まっていたことと矛盾するとの原告らの反論をかわそうとす
るものであるが、他面においては、原告ら主張の吻合時の出来事によっ
て大量出血が始まったとの出血経過に限りなく接近するものと言えるの
である。

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

i 原判決は、仮性動脈瘤ができた原因は、手術終了時から続いていた出
血が8月19日に実施された血管造影止血術後止まったことを考えると、
手術操作が原因であると考えられるとの平井意見書（12～13頁）に
対し、手術後、出血は減少傾向にあったものであるから、これと異なる
前提に立つ平井意見書は採用の限りではない、と判示する。

しかし、午前0時以降の出血は、それ以前よりは減少していたとはい
え、それでも1時間当たり100ml以上の、「約150～200g/h
」（乙A 2のプログラムの27頁）の異常出血が続き、上記第2の3の
(4)の④、(5)の②、(6)の④で述べたように、午前0時以降で見ると出血は
何ら減少していなかったのであるから、「出血は減少傾向にあった」と
は言えない。

そして、何よりも、この出血も血管造影止血術によって実際に止まっ
たのであるから、単に「減少傾向にあった」ということは、何ら、平井
意見書を否定する理由とはなりえないものである。原判決の判示には論