

理的な齟齬がある。

- ii 原判決はまた、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（6～7頁）に対し、19日午前9時頃に新たな出血が認められたのであるから、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9時頃に新たな出血が始まったとは認められないこと上記第2の3の(6)、第3の2の(2)の③で述べたとおりであるが（もっとも、偽性動脈瘤の破綻による出血という限度では新たな出血と言えるが、それはまた別論である。）、仮にそれが新たな出血だったとしても、これも血管造影止血術によって止まったのであるから、そして、それは、後述するように、術中に形成されたとしか考えられない偽性動脈瘤の破綻による出血なのであるから、同じく、平井意見書を否定しうるものではない。ここでも、原判決の判示には論理的な齟齬がある。

- iii そして、このように、血管造影止血術により、出血部位（源）が特定され、それに対する止血処置により、以前からの出血も止まり、原判決のいう午前9時頃からの新たな出血も止まったのであるから、この事実とは、まず、これらの二つの出血は実は同じ部位（源）からの出血であることを意味するものである。

それとともに、この止血の事実とは、これらの出血が、単なるウージングではなく、ましてや、DICによる出血でもないことを端的に示すものである。すなわち、もし午後4時50分以降計測されてきた出血がDICによるものだとしたならば、この血管造影止血術によって出血部位（源）一点が止血されたことで全体の出血が停止するということは考えられないことであるからである（平井意見書7頁、伊藤鑑定補充14～15頁）。

それは、まさに、吻合を含む手術手技の際の外力による左内腸骨動脈の分枝の細動脈の損傷による出血である、と言えるのである。

(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

① 原判決は、まず、被告原田は動脈瘤形成の原因についての可能性を指摘しただけであり、伊藤鑑定も手術操作に関係があると推論することは可能であるとしているだけである、と判示する。

しかし、被告原田としては、立場上、そう言うのが精一杯のところであるが、それでも、事前に被告高島と相談したうえで、文江の動脈瘤は手術野の範囲内にあり、術中の手術操作によって形成された可能性はある、手術で剥離する際などの機械的刺激により動脈瘤が形成されることはあると述べているのであり（甲A7、原田法廷供述51～53頁）、この発言は手術操作上のミスを事実上認めていると言えるのである。なお、被告高島は、みずからに係わることであるため、その可能性は極めて小さいかのよう言うが、被告原田はそのような言い方はしていないのである（原田法廷供述51頁）。

そして、仮に、原判決が判示するとおりに、被告原田の説明、伊藤鑑定の説明を受け取るとしても、吻合を含む手術操作による可能性があることは否定できないのであるから、原判決は、この事実を素直に受け止めて、これを出発点として慎重な検討を進めていかなければならなかったはずである。

しかるに、原判決は、いとも簡単に、上記のように判示して、被告原田（及び伊藤鑑定）の言うところをあっさりと切り捨ててしまったのである。安易な解決である。

② 原判決は、続いて、伊藤鑑定が、文江は平成13年に脳出血の既往があり、57歳であること、10月5日と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、原因は不明としていることからすると、手術操作によって動脈瘤が形成されたと認めることはできない、と判示する。

しかし、伊藤鑑定は独自の説であり、医学的な根拠は何もない。動脈硬化によって偽性動脈瘤が形成されるとする医学文献が提示されている訳でもない。平井意見書（9頁）が述べるように、動脈硬化を原因として仮性動脈瘤が形成されるというのは考えられないことであり、被告らですら、これまで、そのような主張はしてこなかったのである。手術前にはなかった偽性動脈瘤が術中に形成され、手術後のその時点で偽性動脈瘤から出血したということを、合理的に説明するものとは到底なっていないことは明らかである。

手術後の10月の2度にわたる出血は、被告原田自身が認めているように（原田法廷供述9頁、54頁）、大量出血と大量輸血による合併症（甲B10の168～169頁、20の264～265頁）の連続により、文江の身体的条件が極度に悪化し生命体としての体力がなくなったことがその原因であって（乙A2の看護記録の9頁、乙A3の看護記録の5～6頁、26頁の9月2日の欄、27頁の9月14日の欄、9月20日の欄）、偽性動脈瘤ができたからでも、それが破綻したからでもなく（乙A2の放射線レポートの5頁、原田法廷供述54頁、参照）、術当日の偽性動脈瘤とは全く関係のないものである。

そしてまた、文江は、脳外科、循環器内科等の術前診察で手術にOKが出、麻酔科医からも同様にOKが出ていた（乙A2の麻酔の1～4頁）のであるから、この点からも、動脈硬化が原因だとは到底考えられないのである。それ故、伊藤鑑定自身、結局は、「原因不明」と言って、逃げざるをえなかったのである。

③ ところで、既に少し言及したが、そもそも、文江の動脈瘤は、真性動脈

瘤ではなく、偽性動脈瘤（甲B38の332頁、386頁、39の281頁）である。つまり、手術操作などの外力によって形成された外傷性動脈瘤（甲B38の332頁、39の237頁、239頁）であり、平井意見書（8頁）が明らかにしているように、内腸骨動脈の分枝等に形成される偽性動脈瘤はそのような外力によってしか形成されえないものである。

すなわち、腹部動脈瘤を合併せずに腸骨動脈のみに、特にその分枝のみに動脈瘤を形成するという孤立性腸骨動脈瘤自体が、比較的稀な疾患であり、真正動脈瘤がほとんどで仮性動脈瘤はほとんどなく（甲B46～47）、仮性動脈瘤としては開腹手術や置換術の例が報告されている程度であり（甲B48～49）、殿部動脈領域の動脈瘤は非常に稀でそのほとんどが外傷や手術に由来する仮性動脈瘤である（甲B50～51）のである。なお、被告高島も、術中にできたとすれば仮性のものだということは認めている（高島第2回法廷供述38頁）。

しかるに、原判決は、なぜか、この点について全く言及せず、検討すらしていない。偽性動脈瘤が形成されたということは、上記の被告原田の説明と整合し、その反面、動脈硬化性動脈脆弱性の可能性をいう伊藤鑑定を否定する重要な事実であるにもかかわらず、原判決は、この点、頰被りを決め込んだうえで、原告らの主張を否定したものであって、重要な判断の遺脱であり、偏頗性顕著、と言わざるをえない。

- ④ 本件では、文江の手術中に左内腸骨動脈の分枝の細動脈の動脈壁が損傷（裂傷または穿孔、甲B39の237頁）された（甲B69の449頁）ため、その損傷による出血が始まって大量出血になっていき、午前0時以降は—それまでと比べると—出血量は減少していたのであるが、それでも1時間当たり100mlを超える、「約150～200g/h」（乙A2のプログラムの27頁）の異常出血が続いていたのであり、そして、この術中・術後の間に、動脈壁の損傷された周囲に血腫が形成され（甲B69の

449頁)、動脈瘤となったものである。

そして、その後の血圧やHb値・Ht値の変動その他の要因に起因して(伊藤鑑定9頁、補充14頁は、血圧が上がったので破綻したのだらうと述べる。)、その動脈瘤が破綻したため、今度は破綻による出血となったものである。

なお、この偽性動脈瘤が破綻した時期については午前6時から午前8時までの間と考えられること、そして、この間は、被告原田がカルテに「約250g/hの出血」(乙A2のプログラムの31頁)と記載したように、1時間当たり約250mlの出血が続いていたこと、上記第3の2の(2)の③④で述べたとおりである。

- (5) 以上により、原判決は、DICや偽性動脈瘤などについての客観的な医学的知見の理解を怠り、証拠から認められる事実を誤認し、その結果、誤った判示をするに至ったことは明らかであり、とりわけ、原判決が、原告らが強調していた偽性動脈瘤が術中に形成された事実、それが19日の午前6時以降に破綻となった事実について言及せず、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、吻合を含む手術手技により文江の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。

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

- (1) 原判決は、本件の出血は活動性の出血ではなくウー징グであること、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ことからすれば、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、と判示する。

しかし、その前提である大量出血の性質とDICの罹患について誤ってい

ること、上記第3の1の(2)(3)、第4の3の(3)の①で述べたとおりである。

しかも、閉腹当時も「出血++」であった（乙A3の506頁）のであるから、「ある程度止血が得られた」とは到底言えず、このままでの閉腹はまことに危険なものであったのである。

手術時間と出血量の多寡が手術侵襲と術後合併症率に反映するものである（甲B54の763頁）から、出血対策が第一義的に重要（同頁）であり、「慎重な止血操作」「確実な止血操作」「完全な止血」こそが、術後合併症を防止し予後を良好にするために、極めて重要である（甲B11の194頁、32、52の219頁、53の270頁、55の840頁、56の54～55頁、57の577頁）。それ故、閉腹前の丁寧かつきめ細かい止血が合併症予防のうえで、まず守らなければならないことであり（甲B54の766頁）、それはどんなに強調しても強調しすぎるということはないのである（甲B58の199頁）。

しかるに、原判決は、この閉腹時の出血の状態が「出血++」であったという明白な事実について、なぜか、全く言及すらせず、検討さえもしていないのであり、やはり、重要な判断の遺脱であり、偏っている、と言わざるをえない。

この点に関して、被告高島は、DICだから完全に止血が得られるとかは思っていない、24時間以内に手術の侵襲から解放されると凝固能が戻ってきて、止まる場合がほとんどである（高島第1回法廷供述19頁）、DICの状態であっても、ある程度、手術侵襲がとれてくれればDICは改善されていく（第2回法廷供述31頁）と述べており、原判決はこれに依拠したのかも知れない。しかし、この高島供述は、閉腹時には多少は血液の貯まりはある程度とか出血しているような状態ではないとかの認識（第2回法廷供述24～26頁）に立っての立論であって、その前提において、まず、間違っているものである。そのうえ、24時間以内に凝固能が戻ってきてなどとい

う余りにも間延びした「危険すぎる」（伊藤鑑定8頁）考え方であり、上述し後にも述べる客観的な医学的知見に反するものである。畢竟、到底、評価するに値しない、依拠するに値しない供述である、と言わざるをえない。

- (2) 原判決はまた、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、ガーゼタンポナーデによる止血には合併症が多いことからできるだけ避けるべきであるから、その義務はない、と判示する。

しかし、まず、完全な止血が得られるよう最大限の努力をすべきであり、それでも止血できず出血が続くようであれば、肉眼に頼った出血部位（源）の特定を装置や機械を用いての探索に代えることも検討すべきであり、少なくとも、ガーゼタンポナーデもしくは画鋲型止血による止血法を真剣に検討して選択すべきであったものである。

そのガーゼタンポナーデについては、乱用はもとよりあってはならないが、大量の出血が続いていて、通常の方法による止血の見通しが立たず、他に適切な止血法がないときには言わば窮極の対応として必要になり、義務にもなるものである（甲B4、7の1553頁、原田法廷供述31頁。なお、そのほか、甲B10の267頁、14の93頁、15の78頁、38の1612頁、40の1604頁、52の218～219頁、53の269～270頁、54の763頁、56の55頁も、基本的に同趣旨であると言える。）。

ガーゼタンポナーデによる合併症というのは将来の可能性にとどまるものであるが、止血できないことによる合併症はすぐに発生することが確実であり、かつ、人の生死に直結している問題なのであるから、ありうる合併症の予防を心掛けながら、人の生命を救うためにこれを実施して止血を遂げなければならないものである。「閉腹前の丁寧かつきめの細かい止血が合併症防止のうえでまず守らなければならない」（甲B54の766頁）ことであり、「迅速な止血による循環の安定が最優先」（甲B31の1168頁）であるからである。

そのことは、直腸癌の切除手術を受け術中に5000mlを超える大量出血をした甲B58号証の事案において、それが選択され、適切だったと評価されていること（甲B58の290頁）、「手術開始11時間後でも完全止血に至らないため、圧迫止血の目的でガーゼ25枚を挿入留置後に閉腹した」という事案において、「本症例は、術野への大量ガーゼ挿入による圧迫により止血が得られ、……。」と評価されていること（乙B5の1354頁）からも明らかであるところである。原判決は、ガーゼタンポナーデは合併症が多いからできるだけ避けるべきとされていると判示するが、そのようなことを言っているのはひとり伊藤鑑定だけであり、そのことは、甲B58号証及び乙B5号証の上記記載からも明らかである。

なお、仮にガーゼタンポナーデによる止血に、原判決が判示するような問題点があったので実施しないという結論を出したのならば、伊藤鑑定も実施し成功したという画鋲型止血ピンによる方法を選択すべきであり、原告らはそのことも主張しているのであるが、原判決は、なぜか、この点についても何ら言及せず、簡単にそれ以上の止血義務はないと判示しているのであり、これまた不当な判断の回避である。

- (3) ところで、上記引用の乙B5号証は、「術中の予期せぬ大量出血という場面では、早期の止血と循環状態の維持が最も重要である。」（1354頁）と述べ、また、甲B58号証は、「出血している患者や、止血が不完全で容易に出血が増加する危険性のある患者の全身管理での目標は、出血を制御すること、出血による循環状態の悪化とそれによる重要臓器の虚血を防止することである。」（292頁）と述べている。

これらの指摘は、まさに、文江に対する被告医師らの対応の問題点を浮き彫りにする基本的観点を示したもので、と言わなければならない。

そして、インフォームド・コンセントの理念からすると、閉腹に当たって「出血++」のまま閉腹するか否か、合併症もありうるとされるガーゼタン

ポナーデの方法を採るか、それとも画鋲型止血ピンの方法を採るか、という問題は、すべて、患者本人または家族に分かりやすく説明し、その意思を尊重し、もしくは、その承諾を得るべき事柄である。事の性質上、時間的余裕がなく事前に説明をすることができなかったが故に、医師の裁量の範囲にあるとして許容されたとした場合でも、事後に説明しその承諾を得るべき事柄である。

そして、これらの止血法を採らずに閉腹して、事後の説明となったときには、「出血++」のまま閉腹したが、この状態でも、出血が容易に止まらない場合には、出血原因を探索し、出血部位（源）を特定し、止血する方法が幾つかあること、それぞれの方法を採ることによるメリット・デメリットについて、そして、輸血と投薬以外は格別の方法も採らずに自然止血を待つという選択肢もあること、その場合のメリット・デメリットについて、分かりやすく説明し、その意思を尊重し、もしくは、その選択につき承諾を得るべきである（伊藤鑑定8頁、補充8頁、参照）。

しかるに、被告医師らは、これらについてのインフォームド・コンセントの実施面においても、甚だ不十分であったのであり、否、むしろ、この点については何の説明もせず、もちろんその意思を聴くことも、承諾を得ようとすることも全くなく、非常に怠慢であったことは明らかである。

- (4) 以上により、原判決は、閉腹時の止血の意義、ガーゼタンポナーデによる止血法、画鋲型止血ピンによる止血法、インフォームド・コンセントの実施についての客観的な医学的知見の理解を誤り、証拠から認められる事実を誤認し、その結果、誤った判示をするに至ったことは明らかであり、とりわけ、原判決が、原告らが強調していた閉腹時に「出血++」であった事実及び画鋲型止血ピンの止血法を選択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、閉腹に当たっては完全な止血もしくは適切な止血をする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。

5 争点5（本件手術中に血小板濃縮液（P C）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

- (1) 原判決は、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余り意味がない（伊藤鑑定）から、血小板輸血をする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、血小板数が5万以下になることを防止しあるいは5万以上に改善するための血小板輸血は、一般に勧められている処置である。甲B10号証の196頁が「出血時は血小板数を5万以上を目標として血小板濃縮液を追加する。」と述べ、甲B13号証の221頁が「重症出血をきたしている場合には、血小板輸血によって5～10万以上を維持する。」と述べ、甲B31号証が「適応はわかりやすく、……外科的病態では5万以下で出血傾向を認める場合」（1167頁）、「woozingに対して、……10単位といわず、20単位以上の使用も有効です。」（1168頁）と述べ（そのほか、甲B13の225頁、16、21、40の722頁、44の982頁も、同趣旨を述べる。）、被告原田も同様の認識を供述している（原田法廷供述38～39頁）とおりである。

そして、甲B13号証の64頁は、より詳しく、「血小板輸血は、種々の原因で血小板数の低下および血小板機能の低下による出血傾向の出現が認められた場合や、手術をはじめとする輸血的治療の際に出血の危険性が高い場合に適応となる。」と明確に述べ、日本輸血学会の1987年のガイドラインも、DICなど消費性凝固障害の場合にも適応を肯定しているのである。

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余り意味がないというのは、ひとり伊藤鑑定が言っているだけであり、上記の各文献は、いずれも、そのような消費性凝固障害に対する治療法として血小板

輸血を勧めていることは明らかである。

従って、原判決が援用する伊藤鑑定は独自の意見であり、そして、上記第2の5の(3)の②で述べたように、PCは、ヘパリン、FFPなどと並んで、DICの治療法の一つなのであるから、尚更、そう言えるのである。

そもそも、本件では、被告原田自身が、血小板数が5万以下になると出血しやすくなる、出血を助長するから血小板輸血が必要と判断して、午後4時45分すぎに血小板濃厚液(PC)の注文の手配をしたと供述している(原田法廷供述4～5頁、32頁、36頁、38～39頁)のであるから、同人自身も、当然の注意義務としてこれを意識していたことは明らかである。原判決は、被告原田のこの供述について、午後4時45分すぎにオーダーしたとの部分は信用できないとして(23頁)、頼被りを決め込んでいるのであるが、本来は、この供述(但し、時刻そのものは除く。)のうえに立って認定・判断を進めるべきであった、と言わなければならない。

- (2) 原判決は、血小板濃縮液(PC)は緊急で手に入れることが一般的に無理であるから、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、仮に緊急で手に入れることが一般的に無理であるとしても、個々の具体的なケースにおいて人の生命を救うために必要なときはその手配をすべきことを否定しうるものではなく、むしろ、手配をし入手の努力を尽くすべきなのである。まさに、「危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務」(最高裁昭和36年2月16日判決)が要求するところであり、血小板濃縮液による「迅速な止血による循環の安定が最優先」(甲B31の1168頁)であるからである。

実際、本件では、注文して、すぐに入手できたのであり、その後も、10月6日と16日の出血の際などにも注文してすぐに入手できたのである(乙A1のオーダ情報の378頁、456頁、乙A3の342頁、402頁)か

ら、尚のこと、速やかに血小板輸血をすることは十分に実現可能な義務であったと言えるのである。

原判決が言うような抽象的な一般論は、そもそも、注意義務を否定する理由とは到底なりえないものである。

- (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、かつ、医師の負う「最善の注意義務」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、文江に対して、術中、速やかに、血小板輸血を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。

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

- 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

- (1) 原判決は、集中治療室（ICU）とは、一般的に、急性期重症患者を優先的に受け容れるものであり、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、集中治療室でなくても足りるというべきである、と判示する。

しかし、一般に、侵襲の大きな開胸・開腹手術後や（とりわけ重症の）出血性ショックの患者の場合には、優先的に、24時間体制で、十分な訓練を受けた医師、看護師のもとでの術後管理（たとえば、看護師は夜間でも患者2名につき1名以上の看護師が付く。）がなされる集中治療室（ICU）に収容して術後管理がなされるべきものであり、これは明確な基準となっているものである（甲B20の37～38頁、200頁、38の5頁、39の815頁、40の1115頁）。

そして、実際、文江は6時間を超える侵襲の大きな開腹手術を受けて、術中に既に循環血液量をはるかに超える4287mlの出血をしたうえで、閉腹

時にも「出血++」であって術後出血が続き、「かろうじて循環状態を維持し」ていて予断を許さない状態にあったのであるから、たとえ医療機関により収容基準に多少の違いがあったとしても、直ちに集中治療室に収容されるべき患者であったことは明らかである。

被告病院においても同様であり、そのことは、循環状態の悪いときは麻酔科医から勧めがあり、ICUに入れるとの被告原田の供述（原田法廷供述 4 1 頁）からも明らかである。もっとも、被告原田は、文江については、麻酔科医から勧めがなかったと言うのであるが、仮になかったとしても、循環状態をかろうじて維持しているという状態であったのであるから、外科医側から積極的にICUへと主導すべきであったことは明らかである。

なお、仮に万が一、収容できないような事情があったのだとしても（このような事情は被告らからは何も明らかにされていないが。）、集中治療室並みに、術後48時間（甲B19の227頁）、少なくとも術後24時間（甲B17の71頁）は、しっかりと監視・管理されるべきであったことは、言うまでもなく明らかである。

- (2) 原判決はまた、文江が収容された回復室は、看護師が常時1名担当する体制となっており、被告医師らは、人工呼吸器、バイタルサインのモニターを装着し、看護師もドレーンの詳細な観察を行い記録をとっていたのであるから、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、と判示する。

しかし、看護師は文江に付きっきりでいた訳ではない。原判決は、他の箇所（23～24頁）では、4名の患者に対して看護師が1名担当する態制になっていたと判示しているところである。

その1名の看護師がドレーンの観察を行っていたことは認められるが、「8月18日17°－1°」「8月19日1°－9°」と記載されている看護記録用紙に、8時間分を一まとめにして記録されているだけであり、観察し

た時刻は全く記入されていない。定期的に観察したのかどうかも分からず、前後の経過もよく分からない記載になっている。文江の重度の出血性ショックの状態に対しては、時々刻々の観察と評価と処置が必要不可欠であったのであるから、時刻の記載と定時的な観察、経時的な評価は、適時・適切に処置をする前提として不可欠の非常に重要なことである。これを欠いているのは、まことに不十分で粗雑な記録、と言わざるをえない。このような看護記録を「詳細な観察」と言うことなど到底できないはずである。

肝腎の出血量についても、回復室入室後に4回（三測表）を超えてかなり頻回に（乙A7の3頁）ガーゼ交換がされたとのことであるが、ガーゼ交換の全部が記載されず、何よりも、そのつどそのつどの出血量は全く計測されていない。入室後3時間余り経過した午前0時になってようやく「2349g」と記載されているだけである。なお、午後7時5分からここまでの4時間55分間で2349mlだから、この間の1時間当たりの出血量は478ml（ $2349\text{ml} \div 4\text{時間}55\text{分間}$ ）となる。

また、午前8時10分にガーゼ交換をしたときに出血量が計測されていないこと（原田法廷供述48頁）、上記第3の2の(2)の③④で述べたように、午前6時以降に偽性動脈瘤の破綻に起因する変化が現われているのにそれに気付いて注意を払った形跡がないこと、それ故、原判決のいう午前9時頃の新たな出血（偽性動脈瘤の破綻による出血という意味では新たな出血と理解できる出血である。）というものも午前6時以降しっかりと監視していればそれ以前に早期にその異常に気付いたはずであること、も指摘することができる。明らかに、監視不十分による「発見の遅れ」であり、その結果としての「処置の遅れ」である。

バイタルサインのチェックは、15分ごとに、少なくとも30分ごとになされるべきである（甲B17の73頁、19の148頁、230～231頁、20の197頁）が、文江の場合は、三測表によると、1時間ごとであり（

但し、午前1時から午前8時までの血圧と脈拍に限っては30分ごとになっている。）、極めて不十分なものである。

更に、簡単に計測することができ、通常は、術中、術後に計測されるもので、特に大量輸血やショックなどの際には循環状態を知る重要な指標（甲B 19の150頁、230頁、30の115頁、40の1131頁、42の14頁、72の444頁）となるCVP（中心静脈圧）が計測されていなかった、という問題もある。被告病院のICUでは当然に計測されている（原田法廷供述46頁）のである。

- (3) 以上により、原判決は、集中治療室（ICU）の存在意義、重度の出血性ショックの患者に対する術後管理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る。

従って、被告医師らが、文江を集中治療室（ICU）に入れ、もしくは、これに相当する術後管理態勢をとって術後管理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

- (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

原判決は、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が、術後もある程度出血が継続することを想定して、FFP、PC、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、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、と判示する。

しかし、手術室退室時に「出血++」であったのであるから、しかも、1時間当たり478mlの出血が続いていて身体的条件の改善も見られなかったのであるから、出血原因を探索しようとしなかったのは、余りにも無責任である。被告高島自身が24時間以内には凝固能も回復するなどという見方をしていたということで（高島第1回法廷供述19頁）、ただ「術後ある程度

出血が継続することを想定して」いたというのは、やはり、余りにも能天気であり、「危険すぎる」（伊藤鑑定8頁）対応である。

F F PやP C等の投与は、そのような大量出血が続いていたのであるから当然のことであり（もっとも、P Cの投与が午後11時からというのが遅すぎることは言うまでもない。）、それだから、出血原因の探索をしなくて良いということにはならない。大量輸血自体、できるだけ避けるべきことであるからである。

そして、F F PやP C等の投与と出血原因の探索とは全く別々のことであり、前者を適切にしていたからと言って、後者の探索をしたことにならないことは言うまでもない。経過観察というのも、ただ慢然と輸液・輸血をしておけば足りるというものではないこと、言うまでもない。

甲B60号証の1357頁が「ショックの治療に際しては、これをもたらした原因が除去されなければ予後は全く悲観的である。輸液・輸血療法はいわば時間かせぎの療法であり、この間を利用して原因の系統的な検索と、原因に対する根本的治療を行うことが何より重要であることを強調する。」と述べているように、まさに、輸液・輸血の間においても、「原因の系統的な検索」がなされなければならなかったのである。

そして、伊藤鑑定8頁、補充8頁によれば、 0.5 ml/分 （ 30 ml/時 ）以上の速度のある出血ならば、血管造影で出血点が確認できるのであるから、まさに、これをして出血原因を探索すべきであったものである。

このように、原告らが問題にしているのは、文字どおり、出血原因を探索し、出血部位（源）を特定すべき義務であり、被告医師らがこれを怠っていたことは明白である。

そして、結局、回復室入室時から14時間近くが経過した後の午前10時30分頃の血管造影においてようやく、出血部位（源）が特定されたのであるが、これは、次の(2)で述べるように、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。

しかるに、原判決は、上記のような不思議な理由付けで、原告ら主張の遅くとも午前0時までには出血原因を探索すべきであったとの点についての判断を回避し、つまりは、事実上これを否定したのであり、まことに、不当、不可解、と言わざるをえない。

(2) 同(2)（再開腹して止血すべき義務について）について

① 原判決は、再開腹して止血すべき義務があったとの原告らの主張に対して、原告らが援用する証拠（甲B15、18、20、35、36、62）は、再開腹も適応となることを指摘するにとどまるから、再開腹すべき義務を直ちに裏付ける証拠とはいえない、と判示する。

しかし、これらの証拠は、単に適応になるということを述べるものではなく、そうすべきだと述べるものであり、原判決は、証拠の意味内容を歪曲ないし矮小化するものである。

すなわち、1時間当たりの出血量につき、甲B62号証の181頁は50ml以上のときは「考慮」と表現し、甲B14号証の245頁は50～100ml以上のときは「適応」と表現し、甲B11号証の194頁、18号証の107頁、20号証の199頁は100ml以上のときは「考慮」と表現し、甲B35号証の54頁は100ml以上のときは「適応」と表現しているが、それは、単に考慮すればよいとか適応であるとか言っているのではなく、人命に直接かわることであるから、真剣に考慮し、他に適切な処置がない以上は、あるいは、大きな障害がない以上は、再開腹もしくはこれに代わる処置を実施すべきだという趣旨のものである。そのことは、甲B10号証の268頁が50ml以上のときは再手術を要することが少なくないと述べ、甲B37号証の1003頁が50ml以上のときは速やかに再開腹すべきだと述べ、甲B17号証が100ml以上は異常である（75頁）からすぐに医師に報告すべき（104頁）と述べていることから明

らかなところである。

そして、甲B19号証が「血性の排液が100ml/時以上続く場合は注意!」「血性の排液が100ml/時以上2時間続けて排出される場合は危険なので、すぐ医師に報告する。」「可及的早期に止血しない場合は、全身状態の改善を待たずに止血の処置が必要な場合もある。」(229~231頁)と述べ、甲B36号証が「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はない。」(754頁)と述べるのは、そうした指摘を前提としたうえで、より明確に、100ml/時以上が2時間続いたときや200ml/時を超えたときは、躊躇すべきではない、と断言したものである。

文江の場合は、術後、1時間当たり200ml以上の出血が3時間以上続いていたのであり、つまりは、午後7時5分から午前0時までの出血量は2349mlで、1時間当たりの出血量は478mlで、その警戒値200mlの2倍をはるかに超えていたのであるから、まさしく、再開腹もしくはこれに代わる処置を躊躇すべきでなかったことは明白である。

伊藤鑑定も、自然止血を待つ、選択的血管撮影による止血(放射線科的介入)、再開腹(外科的介入)の三つのオプションがあるとしたうえで、1時間に280ml以上の出血があればこれはしっかりと止める必要がある、自然止血を待つのは危険すぎる、最善の選択は選択的血管撮影による止血であるが、それができないときは速やかに再開腹を選ぶより方法はないと述べているのであり(8頁)、ここからも、文江に対して、放射線科的もしくは外科的介入(再開腹)をすべきであったことは明白、と言わなければならない。

この点、被告原田は、午前0時までのああいいう出血量が続いたならば、やはり何らかの手は打たざるをえないという考えはあったが、その後、排液量が減少してきたので、更に、凝固塊が出てきたので、そのようなこと

は考えなかった（原田法廷供述 44 頁）と弁解するが、午前 0 時までに放射線科的もしくは外科的介入（再開腹）をしなかったことを到底合理化するものではない、と言わざるをえない。また、排液量が減少していたとは言っても午前 0 時以降のことであり、それでも 100 ml 以上の異常出血が続いていたのであり、凝固塊が出てきたというのも被告原田の供述によれば午前 2 時頃以降のことであり、しかも、上記第 2 の 3 の(4)の②で述べたように、そのような事実は認められないのであるから、尚更、不作為を合理化するものでないことは明らかである。

ちなみに、被告原田は、10 月 6 日、10 月 16 日のときは、出血が起こり血圧が下がって緊急を要する状況になったので TAE を施行したというのである（原田法廷供述 12 頁）が、そのときの出血はそれほど多くはなく、血圧も下がっても 80 台だった（乙 A 3 の 335 頁、397 頁、乙 A 4 の 49 頁、59 頁）のであるから、このときはすぐ TAE を施行したが、8 月 18 日は TAE が必要になるほど緊急を要する状況ではなかったから施行しなかったとは到底言えないはずである。

なお、原判決は、原告ら提出の証拠を検討しているが、なぜか、甲 B 10、11、14、17、19、37 号証は、初めから除外されている（その代わり、関係のない甲 B 15 があげられている。）。

- ② 原判決はまた、午前 0 時以降の出血の状態につき、保存的治療ではなく、外科的又は放射線科的介入（TAE）を早期に実施すべきであったとの平井意見書（5～6 頁）に対し、改善傾向がある程度認められたこと、血管造影止血術で止血されたのは午前 9 時前頃に生じた出血であることを理由に、採用の限りではない、と判示する。

しかし、上記第 2 の 3 の(4)の①②③、(5)の②、第 3 の 2 の(2)の①②で述べたように、午前 0 時以降、改善傾向がある程度あったとは言えないものであるが、仮に改善傾向がある程度あったと言えとしても、1 時間当た

り100ml以上、「約150～200g/h」（乙A2のプログラムの27頁）の異常出血が続き、午前4時30分から午前6時までの間でも272ml（1時間当たりで換算すると181ml）の出血が続いていたのであるから、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り、これを否定すること自体、原判決の偏りを示すものである。原判決のいう午前9時前頃からの新たな出血の問題と離れて考えても、そのような介入が必要であったことは明白、と言わなければならない。

そして、そもそも、午前0時以降よりも、1時間当たり200ml以上、478mlの出血が続いていた午前0時以前にこそ、そうした介入が必要であったことは明らかであり、平井意見書（5～6頁、14頁）もそのように述べているのであるが、原判決は、なぜか、午前0時以降のことに限って検討しているのであり、これまた、重要な判断の遺脱であり、偏頗性の現われ、と言うほかはない。

また、原判決は、血管造影止血術で止血されたのは、午前9時前頃からの出血であるということを理由に挙げるが、仮にその出血が新たな出血であるとしても、その出血だけではなく、それ以前から続いていた出血も含めて、上記止血術で全部止まったのであるから、上記第4の3の(3)の②で述べたように、原判決の理由付けは論理的に齟齬を来たしている、と言わざるを得ない。

- ③ 更に、原判決は、文江の出血はウー징グであり、その場合再開腹すると再度ウー징グを引き起こしてしまう可能性が高い（伊藤鑑定）から、再開腹をすべき義務があったとは認められない、と判示する。

しかし、上記第3の1の(2)(3)で述べたように、文江の出血は、ウー징グによる出血とは到底認められないものであるが、そのことは、回復室入室後も1時間当たり478mlという大量の出血が続いていたという一事をとってみても明らかである。