

平成20年7月31日判決言渡 同日判決原本領収 裁判所書記官

平成17年(ワ)第22829号 損害賠償請求事件

口頭弁論終結日 平成20年5月21日

判 決

主 文

- 1 原告の請求を棄却する。
- 2 訴訟費用は原告の負担とする。

事 実 及 び 理 由

第1 請求

被告らは、原告に対し、連帯して1724万4193円及びこれに対する平成17年11月10日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2 事案の概要

- 1 本件は、平成14年10月4日に被告学校法人A大学が経営する病院を受診し、癒着性イレウス(腸閉塞)との疑いがあると診断され、同日上記病院に入院し、同月12日から同月28日にかけて3回にわたって開腹手術を受け、同年12月27日に上記病院を退院した原告(当時63歳の女性)が、入院後のイレウス管を用いた保存的療法により腸の閉塞状態が解消されていたのであるから、担当医師としては保存的療法を継続すべきであったのに、担当医師が明らかに不必要な開腹手術を実施したために、腸閉塞を再発しやすい状態になり、重症のヘルニアを発症したなどとして、担当医師の外科手術の適応に関する判断の誤り、説明義務違反、施術上の過誤等を理由に、被告学校法人A大学に対しては診療契約の債務不履行に基づき、担当医師である被告B及び被告Cに対しては不法行為に基づき、それぞれ損害賠償を請求する事案である(附帯請求は、訴状送達の日翌日からの民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払請求である。)
- 2 前提となる事実(証拠による認定を要する事実については、該当証拠を括弧

内に掲記する。)

(1) 当事者

ア 原告(昭和14年 月 日生)は、住所地において一人暮らしをしている女性であり、遺族年金と亡夫の遺した貯金で生活をしている(甲A14,原告本人)。

イ 被告学校法人A大学(以下「被告大学」という。)は、A大学医学部附属D病院(以下「被告病院」という。なお、現在の名称は、A大学医療センターD病院である。)を開設して経営する学校法人である。

ウ 被告B(以下「被告B医師」という。)は、被告病院に勤務し、原告の診療を担当した医師である(昭和61年医師免許取得)。消化器外科を専門にしている(乙A12,被告B本人)。

エ 被告C(以下「被告C医師」という。)は、被告病院に勤務し、原告の診療を担当した医師である(平成8年医師免許取得)。本件当時、消化器外科専門医の資格をとるために、研修指定病院であった被告病院で研修中であった(乙A13,被告C本人)。

(2) 治療経過

ア 原告は、平成14年10月4日に被告病院を外来受診したが、同日、癒着性イレウスの疑いとの診断で入院となり、同年12月27日に退院した。上記入院により、原告と被告大学との間では、医療水準に従って適切な医療を施すために最善の診療行為を行うことを目的とする診療契約が締結された。

上記入院期間中に行われた主な手術は、以下のとおりである。

平成14年10月12日実施の手術(以下「第1回手術」という。)

予定手術法：腹腔鏡下癒着剥離術(実際には途中で開腹手術に切り替えられた。)

術者：被告B医師

第1助手：被告C医師(乙A1・154頁)

同年10月24日実施の手術（以下「第2回手術」という。）

予定手術法：緊急開腹術，癒着剥離，小腸切除術

術者：被告B医師

第1助手：被告C医師（乙A1・161頁）

同年10月28日実施の手術（以下「第3回手術」という。）

予定手術法：開腹ドレナージ，小腸切除，十二指腸瘻造設

術者：E医師

第1助手：被告C医師（乙A1・165頁）

（以下，上記3つの手術をまとめて，「本件各手術」ともいう。）

被告病院入院中における診療経過の詳細については，別紙診療経過一覧表参照。

イ 被告病院を退院した後も，原告は，平成15年に入ってしばらくの間は，被告病院の外来を受診した。

ウ また，原告は，平成15年6月から，医療法人社団Fクリニック（以下「Fクリニック」という。）を受診していた。

そして，原告は，Fクリニックの紹介で，平成15年7月9日より，G病院をも受診するようになったが，イレウス診断等を受けてG病院で入院治療を受けることもあった（甲A8）。

3 当事者の主張

（1） 過失及び因果関係に関する主張

原告は，・手術適応判断の誤り，・説明義務違反，・手術における施術上の過誤等を主張している。この点に関する当事者の具体的主張は，別紙主張整理表記載のとおりである。

（2） 損害に関する主張

（原告の主張）

原告は，被告病院で本件各手術を受けたため，腸閉塞を再発しやすい状態になったほか，腹膜の切開部分が閉着せず，重症のヘルニアを患っている。

そのため、体調不良が続いており、頻繁に点滴を受けている。

被告らの債務不履行ないし不法行為によって原告が被った損害は以下のとおりである。

ア 治療費

(ア) 被告大学に支払った治療費(一部) 120万円

原告が被告大学に対し医療費自己負担分として支払った約130万円のうち、第1回手術以降の医療行為に対応する120万円は本来負担しなくてもよかった金額であり、原告の損害となる。

(イ) 本件各手術後、他院に通院して点滴治療を受けた費用 6万円

原告は、Fクリニック及びG病院において少なくとも12回にわたって体調不良により点滴治療を受けた。その治療費は6万円を下らない。

イ 将来のヘルニア治療費 30万円

原告は、重症のヘルニアを患っており、将来のヘルニア治療のための開腹手術に必要な治療費として、原告が負担する金額は30万円を下らない。

ウ 被告病院での入院・通院に対する慰謝料 300万円

エ 将来のヘルニア手術までの体調不全に対する慰謝料 200万円

原告の腹膜は裂けたままの状態であり、ヘルニア対策の手術を受けることが可能となる平成19年12月までの5年間、腹部に力を入れることができず、運動や動き回ることもできず、重いものを持つこともできない状態におかれている。これに対する慰謝料としては200万円が相当である。

オ 将来のヘルニア手術に対する慰謝料 100万円

原告は、近い将来ヘルニア対策の開腹手術を受ける必要がある。そのためには約1か月間の入院が必要であるところ、そのことに対する慰謝料としては、100万円が相当である。

カ 休業損害 69万1200円

原告は、被告病院での手術後の体調不良のため自宅内でも自由に動き回ることができない。そのため、日常の家事、特に掃除がほとんどできない

ことから、平成15年1月から平成18年12月まで毎週1回のペースでヘルパーを頼み、1回あたり3時間の家事ヘルパー代3600円を支払った。その総額69万1200円(=3600円×192回)が損害である。

キ 後遺症慰謝料 500万円

原告が将来ヘルニア手術を受けた場合でも、腹膜の裂け目はそのまま残る。この後遺症状は、後遺障害等級9級11号に該当する。これに対する慰謝料としては、500万円が相当である。

ク 逸失利益 279万2993円

上記後遺症による逸失利益は、基礎収入を24万3500円(68歳以上の年齢別平均給与月額)、労働能力喪失率を35パーセント、労働能力喪失期間を3年(対応する新ホフマン係数2.7310)と評価すべきであり、以下のとおり、279万2993円となる。

$24万3500円 \times 12か月 \times 0.35 \times 2.7310 = 279万2993円$
(1円未満切り捨て)

ケ 弁護士費用 120万円

コ 合計 1724万4193円

(被告らの主張)

いずれも争う。

第3 裁判所の判断

1 診療経過等について

(1) 原告の病歴

証拠(甲A9,甲A11・9頁,乙A1・6頁,乙A2・3頁,10頁,21頁,原告本人)によれば、以下の事実が認められる。

ア 原告は、27歳ころ、不妊の関係で卵巣部分切除の手術を受けた。30歳代になると、高血圧につき内服治療を受けるようになった。

イ また、平成8年には脳梗塞を発症した。

ウ 続いて、平成9年7月には、S状結腸癌の診断で、被告病院において開

腹手術（S状結腸切除術）を受けた。そして、本件当時、高血圧、高脂血症にて被告病院（第3内科）において経過観察中であった。

（2） 被告病院での入院治療経過

証拠（乙A1ないし乙A3，乙A14，被告B本人，被告C本人。その他に認定に使用した主な証拠は，該当箇所末尾に記載する。）によれば，以下の事実経過が認められる。なお，下記認定以外の経過の詳細については，別紙診療経過一覧表記載のとおりである。

ア 原告は，平成14年10月4日午後4時41分ころ（乙A1・191頁，乙A2・63頁）（以下，平成14年の出来事については，月日の記載のみとする。），前日（3日）夜からの腹痛が治まらず症状が増悪するとして，被告病院の救急外来を受診し，被告病院第3内科に入院となった。この時点で，腹部に圧痛があり，腹部膨満感もあって，前日夜から排便・排ガスがない状態であった。

イレウスを起こすと閉塞部より口側にガスと液体が貯留するため，腹部単純X線撮影において特徴的な所見を呈し，これを鏡面像（ニボー）という（乙B6・354頁）が，原告の入院時点での腹部レントゲンでは，小腸ガスが複数貯留しているのが認められ，ニボーの存在も認められた。また，大腸ガスの存在も認められた（乙A2・11頁，乙A4の1，乙A14）。担当医であるH医師は，癒着性イレウスが考えられるとして，絶飲食とし，抗生剤投与も開始した。

同日の段階での入院診療計画によれば，原告については，推定される入院期間は約1か月，治療方針は，まずチューブで減圧し，手術を考慮するというものであった（乙A2・20頁）。

イ 10月5日

腹部エコーを実施した。また，腹部レントゲンでは，複数の小腸ガスの貯留と，ニボーが認められた（乙A7の1，乙A14）。原告については過去2回の腹部手術歴（卵巣部分切除，S状結腸切除）があり（前記1

(1) ア , ウ 参照) , そのための癒着と考えられ , 癒着性イレウスの診断のもとで , 同日午後 , 排便・排ガスがないことから , イレウス管が挿入され , 持続吸引が開始された。3 時間で 3 5 0 ml の排液があり , 排液は良好であったが , 癒着のため , イレウス管の進行は乏しかった (乙 A 2 ・ 1 4 頁 , 7 6 頁) 。

同日夜 , 咳き込んだ際にガスが出たと , 原告から話があった。腹痛は自制内であった。

ウ 1 0 月 6 日

排便・排ガスあり。排液 1 4 0 0 ml あり。

午前 7 時 , 原告より挿入したイレウス管の違和感の訴えあり。気になり熟眠できないとのことであった。グル音 (腹鳴) 聴取可能だが微弱であり , 腹膨著明であった。午後 2 時 , 原告は痛みがほとんどなくなったと話した。午後 7 時 , 腹満感も軽減した。同日の排液は良好であった。

なお , 同日の腹部レントゲン画像では , 前日とほぼ同様の小腸ガスの貯留とニボーが認められた (乙 A 8 の 1 , 乙 A 1 4) 。

エ 1 0 月 7 日

(ア) イレウス管造影を実施したところ , 直腸まで造影されたが , S 状結腸に狭窄を認めた。その後撮影された腹部レントゲンによれば , 複数の小腸ガスの存在が認められ , 大腸に造影剤が流れているのも確認された (乙 A 9 の 1 , 乙 A 1 4) 。責任病巣は臍左側 (手術創の左側) と考えられた (乙 A 2 ・ 1 5 頁 , 7 6 頁) 。排便・排ガスが認められ , イレウス管を抜去した。飲水のみ可となった。

(イ) これ以降 , 1 0 月 1 2 日の外科転科時点まで , 原告による顕著な腹痛の訴えは認められなかった。また , 上記の転科時点まで連日 7 ~ 8 回と頻回に排便が認められた (乙 A 1 ・ 2 0 0 頁) 。

オ 1 0 月 8 日

腹部に少し圧痛あり。排便・排ガスあり。もう少し絶食を継続すること

とされた。なお、午後2時、原告からガスは出ないとの訴えがあった。

同日の腹部レントゲンによれば、小腸ガスが複数存在することに加えて、明らかなニボーが認められた。また、大腸（上行結腸付近）には造影剤の残りが認められた（乙A10の1、乙A10の2、乙A14）。

カ 10月9日

排便・排ガスあるが、腹部レントゲンによれば、広範囲に小腸ガスの貯留が認められ、その一部につきニボーの存在が認められた。また、大腸ガスの存在も前日より多く認められた（乙A5の1、乙A5の2、乙A14）。被告B医師は、小腸ガスの改善が認められないと判断した（乙A2・16頁）。また、排便はあるが水様のものであるとの訴えが、原告よりあった。

キ 10月10日

原告からは、腹痛はない、便はかすみたいなのが少しずつ出るとの話があった。

ク 10月11日

（ア） 第3内科のH医師から、第3外科へ、原告について以下の概要で手術適応について照会がなされた。

「平成9年7月にS状結腸切除術、過去に卵巣摘出を受けた既応のある患者であり、イレウス管挿入し治療その後抜去、その後炎症反応も軽快しているが、排便・排ガスあるにもかかわらず、小腸ガスの改善が認められない。現在絶食中である。」

これに対する、第3外科のE医師（当時助教授）の回答は、「寛解時に腹腔鏡下で腹壁の癒着剥離を行うのがよいと考えます」というものであった（乙A2・18頁）（なお、「寛解」には、症状が一時的に好転する状態との意味があり（南山堂医学大辞典18版・358頁）、医学的には、その後の経過で再燃し得る状態が体の中に残っていることを示すものである（被告C本人15頁））。

（イ） 被告病院では、原告を外科に転科させた後に「予定手術」として

扱おうと、2週間以上の待機となることから、「緊急手術」扱いとして、翌12日に手術を実施する予定とした(乙A12)。

(ウ) 同日(11日)、原告は外出を希望し、これは許可されたが、結局外出はしなかった。

(エ) また、腹部レントゲン上、広範囲に小腸ガスの貯留が認められ、ニボアの存在も認められた。更に、大腸ガスも認められた(乙A6の1、乙A14、被告B本人)。

ケ 10月12日(内科)

(ア) 朝、原告は第3外科へ転科となった。この時点で、担当(第3内科)のH医師は、強固な癒着のためにイレウス管が進行せず、完全な便通も得られないので、内科的治療のみではイレウスの再発は必至であると診断していた(乙A2・76頁)。

(イ) 転科にあたり、第3内科では、原告に対して、腸閉塞の治療と再発防止の目的で手術をすること、入院日数は手術内容によって変わるが、開腹手術になることもあることを説明している(乙A1・200頁)。

なお、この点について、原告も、予定された手術について、H医師から、腸閉塞にならないために癒着をとる手術だという説明を聞いたこと、それは納得したことを供述している(原告本人)。

コ 10月12日(外科) - 第1回手術の実施日 -

(ア) 腹部は平坦かつ軟で、疼痛あり。

内科入院中に撮影されたレントゲンを第3外科で検討したところ、小腸ガスの存在は明らかであり、また、同様にこれまでの腹部CT画像によれば癒着が認められることが、再度確認された(乙A1・8頁)。

(イ) 午前中に、被告B医師から原告及び親族に対し、手術内容等の説明がなされた(後記1(3)ア参照)。

(ウ) 腹腔鏡手術を開始したが、腸管、腹壁の全面癒着のために開腹手術へ移行した。そして、癒着が広範囲なため皮膚切開部を広げて手術(癒

着剥離術)を続行した。これにより、原告の腹部には、客観的に腹腔鏡手術を断念せざるを得ないほどの強固な癒着が存在していたことが判明した(乙A12・4頁,6頁,被告B本人,被告C本人)。その後は、腹腔内を温生食で洗浄し、ドレーン挿入、癒着予防のためにセプラフィルムを使用して、縫合作業を行った(乙A1・150頁)。

第1回手術の手術時間(執刀時間)は5時間32分であった(乙A1・152頁,被告B本人)。手術時間としては、開腹手術に移行したことを考慮しても、強固な癒着のためにかかなり長い時間がかかった(被告B本人3頁,38頁)。

なお、手術後の腹部レントゲン(臥位)では、第1回手術前に存在したような小腸ガスの存在は認められなかった(乙A1・11頁,乙A11)。

サ 10月13日

バイタルサインは安定していた。腹部レントゲンによれば、小腸ガスの貯留傾向が認められたので、術後イレウスの発症に注意することが必要とされた(乙A1・13頁)。

シ 10月14日

(ア) 排ガスあり。被告B医師は、第1回手術においては腸管切除をしていないので長期間の腸管の安静は不要であると判断し、飲水を許可した(乙A12・6頁)。

同日のTP(血清総タンパク)は4・7 g/dl,CRP(C反応性タンパク)は11・1 mg/dlであった(乙A1・14頁)。

(イ) IVH(経静脈栄養法)として中心静脈までカテーテルを挿入した。挿入後に、レントゲンで確認したところ、大腸ガス像(結腸膨隆(ハウストラ))(甲B5・812頁)を伴うと思われるもの。)が認められた(乙A1・14頁)。なお、小腸ガスについては、この時点では、存在していないと被告B医師は判断した(乙A1・14頁,被告B本人1

6頁)。

ス 10月15日

左下腹部痛がある。腹部レントゲンでは小腸ガスの貯留傾向を認めるとされたので、消化管造影検査の実施を予定した。

セ 10月17日

消化管造影検査を実施した。それによれば、1時間後には造影剤が腸管に流出していて、通過良好と判断された。ただし、逆蠕動が認められた。

夕方、腹部のドレーンが抜去された。炎症軽快。被告B医師は、腸管につき異常所見はないと判断して、飲水は自由とし、夕方より食事も許可した(乙A12・6頁)。

ソ 10月18日

下痢あり。食事はまだあまり食べられず。

タ 10月19日

夕方より嘔吐があったことから、食止め(絶飲食管理)とし、胃管を挿入して対応した。腹部レントゲン上、小腸ガスが認められた。

チ 10月21日

腹満著明。腹部レントゲン上、ニボーが認められた。腹部に圧痛はない。術後イレウスと診断された。

ツ 10月22日

イレウス管を挿入した。

テ 10月23日

一般状態はまあまあで、発熱なく、腹満自制内であった。

ト 10月24日 - 第2回手術の実施日 -

(ア) 全身状態変化なし。イレウス管造影にて完全な狭窄が認められた。ガイドワイヤー、造影剤は通過するもイレウス管が腸内を進まない状況であった(被告B医師によれば、1時間半がんばったがダメだったとのことであった。)(乙A1・22頁, 被告B本人7頁, 23頁, 被告C

本人 18 頁)。

(イ) そこで、原告につき手術適応と判断され、同日夕方緊急手術が施行された(第2回手術)。開腹して癒着剥離を試みたが、上部小腸に強い屈曲があり、癒着を生じており、剥離は困難(無理に剥がすと腸管損傷を起こす可能性がある。)と判断されたため、その小腸を部分切除(30センチ程度。十二指腸と空腸の外科的な境界であるトライツ靱帯から肛門側へ15~45センチの空腸部分切除である。)して吻合した(乙A12, 乙A13, 弁論の全趣旨)。被告B医師としては、剥離するリスクと切除して吻合するリスクを比較して、切除の方が安全だと判断して実施したものである(被告B本人26頁)。助手を務めた被告C医師は、第1回手術で剥離させた部分が術後に再度癒着したものと判断した(被告C本人8頁)。

手術時間(執刀時間)は3時間40分であった(乙A1・161頁)。

なお、切除部分から採取した標本についての病理検査によれば、癌を思わせる悪性所見は認められず、線維性癒着を伴う慢性漿膜炎と診断された(乙A1・123頁)。

ナ 10月25日

(ア) 一般状態良好で、バイタルサインも安定していた。

(イ) 午後9時ころ、血圧を計測すると60 mmHg 台であった(収縮期血圧と推測される)。意識レベルが低下し、尿量が少ない(100 ml/12hrs)。アルブミンの点滴投与、ラシックス(利尿剤)の投与、ドーパミン(昇圧薬)の投与がなされた。

午後10時15分ころには、血圧52 mmHg まで下降したが、午後11時00分には、血圧92/51(収縮期血圧(mmHg)/拡張期血圧(同))。以下、同様の表記とする。)と計測された(乙A1・277頁)。不整脈はないが、利尿は悪い状態であった。

午後11時15分、血圧85/48と計測された(乙A1・277頁)。

(ウ) 同日，吻合部ドレーンより淡血性排液あり。出血は否定的であるが，腹満及び圧痛ありとの関係で，腹部ＣＴ撮影をした。ＣＴ画像によれば，肝外側に滲出物の存在が疑われたので，吸引したところ，排液は，やや汚いが腸液のような臭気はなかった。なお，酸素飽和度の低下もあったので，胸部ＣＴ撮影も実施したが，肺塞栓の探知はできなかった。

二 10月26日

(ア) 午前0時30分，血压97/55であり，ＣＴ所見もあわせて，様子を観察することとなった(乙A1・279頁)。

午前6時，血压111/60となる。排尿は50 ml/1hとなり，利尿はついてきたが，脱水傾向あり。

午前9時以降，ドレーン内容は脂肪壊死様のものであり，抗生剤を投与して対応した。

午後2時30分，左腹部圧痛あり。ドレーンより滲出液が増加した。被告B医師は氷片の摂取を許可したが，腹部不快感の出現はない。

(イ) 同日において，バイタルサインや自覚症状は安定していた(乙A1・29頁)。また，発熱はなく，WBC(白血球)も低下傾向であり，ドレーン内容は脂肪壊死様のもの(腸管内容ではない)であったことから(乙A1・31頁)，被告B医師は，原告の上記全身状態を前提として考えた場合に，この時点では縫合不全が生じていたとは判断しなかった(被告B本人7頁，8頁)。

又 10月27日

(ア) 朝，状態の変化なし。意識清明。血压152/89まで回復した。酸素飽和度は94パーセント(3リットル経鼻マスク使用)であった。左腹部痛は自制内。滲出液につき臭気はそれほどでもなく，便ではないと判断された。

(イ) 午後3時，血压117/72，体温38.2。ドレーンからの排液は減少。その後，腹部エコーを実施したが，明らかなエコーフリー

スペース（腹腔内の液体貯留）は認められなかった。

（ウ） 午後7時，淡緑色のドレーン排液あり。

同日朝の血圧152/92であったことから，（収縮期血圧）140 mmHg以上キープあれば，一時ドーパミン投与を中止することとされた。意味不明の発言が多数認められた。

（エ） 午後11時，胸痛，呼吸苦あり。血圧210/150で脈拍120であった。しかし，pH，PCO₂（二酸化炭素分圧），PO₂（酸素分圧）は正常値であり，体温は37 であった。心電図計測を実施した。その後，症状は軽快し，経過観察と判断された（乙A1・33頁～37頁，282頁）。

ネ 10月28日 - 第3回手術の実施日 -

（ア） ドレーンからの排液の性状から，小腸液の漏出と考えられた。

（イ） 緊急腹部CT及び緊急透視検査を実施したところ，緊急腹部CTでは，腹水が肝表面にまで見られた。また，ニボーがあり，大腸内には造影剤の貯留が認められた（乙A1・139頁）。更に，緊急透視として，胃瘻十二指腸チューブより造影検査を行ったところ，トライツ靭帯から空腸に入ってすぐの吻合部に漏れが見つかった。また，WBCの数値が高かった。この時点で，被告C医師は，縫合不全を確定診断した（乙A13・4頁）

このような縫合不全，小腸穿孔の状況を踏まえて，同日緊急手術（穿孔部閉鎖，腸瘻造設，腹腔ドレナージ）を実施した（第3回手術）。

腹腔内で小腸は一塊となっていたため，剥離・再吻合は困難であった（乙A1・83頁）。腹腔内洗浄を実施し，マルチドレーンを5本留置した（乙A1・169頁）。なお，完全な閉腹は行わなかった。手術時間（執刀時間）は，1時間15分であった（乙A1・41頁，168頁）。

（ウ） 手術終了後の呼吸状態は，自発呼吸が今ひとつであり，挿管呼吸器管理となった。

ノ 10月29日

一般状態変化なし。

胸部レントゲンでは，右胸部透過性低下で，胸水の存在が疑われた。腹部レントゲンでは，大腸に造影剤が流れていることが確認できた。

ハ 10月30日

慎重に経過観察。

ヒ 10月31日

右腹部のドレーンを抜去，腹膜下のネラトンカテーテルを除去。

フ 11月1日

(ア) 状態に変化なし。透視室で腸瘻造影を実施したところ，吻合部肛門側腸瘻チューブの脇より正中創に向かって，腸液の漏れが認められた。一方，吻合部口側腸瘻チューブでは，吻合部漏れはあるが，左側腹部のドレーンによりドレナージは良好であった。

(イ) その後，手術室にて，腸瘻チューブ（肛門側）を抜去し，閉鎖した。手術時間（執刀時間）は20分であった。執刀は被告B医師，第1助手は被告C医師であった（乙A1・171頁～174頁）。

ヘ その後の経過

(ア) 11月2日には，一般状態はまあまあで，検査数値上は落ち着いてきていた。夕方には，血圧152/87，心拍数90，不整脈なしであった。11月9日には，排液（ドレーンからの腸液）は変わらないものの，ドレナージは良好であり，抗生剤の投与は一時中止とした。その後もドレーンからの排液は，次第に減量となりつつも続いた。11月28日には，ベッドサイドでのリハビリが開始された。12月6日には，流動食開始（経口摂取開始）となり，腹部レントゲンによれば，大腸ガス多いがイレウスではないとして，離床を促すこととした（乙A1・107頁）。

そして，12月27日に原告は被告病院を退院した。

(イ) 平成15年1月、原告が被告病院に通院してレントゲン検査を受けたところ、クリップが原告の腹部皮下組織に残置されていることが判明した。なお、上記クリップはチタン製であり、その存在が人体にただちに有害な影響を及ぼすものとは認められない(甲A14・4頁、被告B本人36頁、弁論の全趣旨)。

(3) 本件各手術の術前説明について

証拠(被告B本人。その他に認定に使用した主な証拠は、該当箇所末尾に記載する。)によれば、以下の事実が認められる。

ア 第1回手術について

(ア) 10月12日午前、被告B医師は、第3外科に入院してきた原告に対し、手術説明書をもとにして、同日実施予定の手術内容を説明した。

主な説明内容は、病名は、癒着イレウスであり、予定手術法は、腹腔鏡下癒着剥離術であるが、開腹手術への変更もあり得ること、全身麻酔を実施し、予定手術時間は1～2時間であること等であった。これに対し、原告は手術説明書及び手術同意承諾書に署名している。また、保証人(親族)の立場で、Iが上記両書面に署名している(甲A1、甲A2、乙A1・148頁、149頁)。

原告は、説明を受けて署名した際に、上記各書面「本人控」を受領した(原告本人)。

(イ) ところで、被告B医師は、原告に対し、実施予定の手術につき一般的かつ平易に説明した被告B医師作成の6頁にわたる原告宛て書面(以下「本件説明書面」という。)を渡し、上記説明の際にも使用しつつ、その内容をよく読んで不明点は質問するようにと指示したこと、上記説明には、上司の指示もあって、40分は時間をかけるように意識していたことを供述する(乙A1・127頁～132頁、乙A12・5頁、被告B本人5頁、38頁)。

本件説明書面には、手術の目的が腸閉塞の治療と再発防止であること、

腹腔鏡下手術が開腹手術に移行する場合があること（癒着などの状態で約30パーセント開腹術に移行することもあるとする。）、開腹手術の場合の標準的術後スケジュール、腸に関する手術の合併症（主な合併症は、出血、感染、縫合不全である。）について具体的な説明が記載されていた（乙A1・127頁～132頁）。

（ウ） なお、原告は、第1回手術当日の午前中に、レントゲン写真を見せられて、癒着箇所を具体的に指摘された上で、癒着がひどいから癒着をとるための手術を行うこと、腹腔鏡の手術をやるが、もし癒着がひどければ開腹手術を行うことについて説明を受けていること、20分くらいは説明を受けたこと、説明の初めから最後まで親族らも同席していたこと、第1回手術の手術説明書及び手術同意承諾書の各本人控えは受け取っていることを認めている（原告本人）。

更に、原告は、陳述書（甲A14・2頁，3頁）において、腹腔鏡を使った手術をするが、癒着がひどければ開腹手術に切り替えることを手術前に聞いていたことを陳述している。

加えて、原告は、内科入院中に、H医師から、手術に関する説明を受けたことがあること、その中で、外科的な手術をしなければ癒着性イレウスを繰り返すかもしれないと言われたこと、年齢的にも体力があるうちに手術をしておいた方がいいと自分で判断したこと、S状結腸切除術も被告B医師が担当したので、前にやってもらったから安心していただけと供述している（原告本人）（前記1（2）ケ（イ）参照）。

イ 第2回手術について

（ア） 10月24日、被告B医師は、原告に対し、同日実施予定の手術内容を説明した。

主な説明内容は、病名は、癒着性イレウス、小腸狭窄であり、予定手術法は、緊急開腹術、癒着剥離、小腸切除術であること、開腹手術を全身麻酔で実施し、予定手術時間は約2～4時間であることであった。ま

た、術後の合併症として、イレウス再発、吻合部狭窄、腸閉塞再癒着、縫合不全、創部感染等があることを列挙説明した。これに対し、原告は、第2回手術の手術説明書及び手術同意承諾書に署名している（甲A3、甲A4、乙A1・156頁、157頁）。

（イ）原告は、説明を受けて署名した際に、上記各書面「本人控」を受領した（原告本人）。

ウ 第3回手術について

（ア）10月28日、被告C医師は、原告の姪であるJに対して、実施予定の手術内容を説明した。

主な説明内容としては、病名は、穿孔性腹膜炎、小腸穿孔（縫合不全）であり、予定手術法は、開腹ドレナージ、小腸切除、十二指腸瘻造設であること、開腹手術を全身麻酔で実施し、予定手術時間は4～5時間であること、術後合併症として、感染（膿瘍、敗血症）、縫合不全、腸閉塞、多臓器不全（肝、肺、腎など）等があることであった。

この時点で、原告はショック状態にあったものであり、正常な判断は不可能と判断されたので、被告C医師としては、原告に対しては簡単に手術が必要である旨を伝えただけとして、詳細についてはJに説明したものであった（甲A12、乙A13・5頁、被告C本人4頁）。

（イ）これに対し、Jは、保証人（めい）の立場で、手術説明書及び手術同意承諾書に署名している（甲A5、甲A6、乙A1・163頁、164頁）。

（4）後医（Fクリニック及びG病院）での治療経過

証拠（原告本人。その他に認定に使用した主な証拠は、該当箇所末尾に記載する。）によれば、以下の治療経過が認められる。

ア 原告は、平成15年6月25日に、めまい発作を訴えて、Fクリニックに来院し、点滴治療を受けた。そして、同年7月9日には、Fクリニックの紹介で、G病院を受診（初診）した。担当したK医師は、腹壁瘢痕ヘル

ニア(手術による腹壁の癒痕部に発生するヘルニア)の症状を確認したが、同医師は、ヘルニアについては経過観察をすることにした。また、診察の際、原告は、異物が体内に入っていることを訴えたが、K医師は、創閉鎖の際に使用するクリップがレントゲンに映っているのを認めたものの(上記1(2)へ(イ)参照)、原告の訴えるような異物の存在は認めなかった。K医師は、エックス線写真で小腸ガスを認めたが、緊急に入院させる必要までは認めず、外来通院で経過を観察することにした(甲A15、甲A8)。

イ 平成15年11月11日に腹痛、腹満の症状が現れたことから、原告は、Fクリニックで点滴治療を受けたが、軽快しなかったため、G病院で受診した。そして、イレウスと診断されて同病院に入院したが、点滴治療で軽快したため、同月19日に同病院を退院した(甲A9)。

ウ 原告は、平成16年3月6日、8日、9日、11日にも、めまい等を訴えて、Fクリニックにおいて点滴治療を受けた(甲A15)。

エ 平成16年4月13日にイレウスの症状が現れたことから、原告は、Fクリニックにおいて、絶食の上、点滴治療を受けた。そして、同月17日には急患としてG病院で受診し、亜イレウス(完全閉塞まで至らない狭窄程度の通過障害で、腹部膨満、悪心、嘔吐などの症状を示す病態)と診断された。検査の結果、腸管の拡張が認められなかったことから、担当医師は、イレウスの症状が現れれば来院するよう指示して原告を帰宅させた(甲A15、甲A8、甲A11・3頁)。

オ 平成16年8月21日、原告は、自宅で嘔吐を繰り返し、ブスコパンを服用しても症状が軽快しなかったため、G病院を受診し、点滴治療を受けた。担当医師は、レントゲンの所見に変化がなかったことから、症状が再燃すれば連絡するよう指示して原告を帰宅させた(甲A8)。

カ 原告は、平成16年9月6日、同年10月13日、同年12月8日にも、腹痛や嘔吐の症状を訴えてG病院を受診した(甲A8)。

キ 平成17年1月15日に腹痛の症状が現れたため、原告は、Fクリニックにおいて、絶食の上、点滴治療を受けた（甲A15）。

ク 平成17年9月に、10日あまり腹痛が続き、Fクリニックで点滴を受けても症状が軽快しなかったため、原告は、同月21日に、G病院を受診した。原告は、垂イレウスと診断されて同病院に入院したが、同月25日に同病院を退院した（甲A10）。

ケ 平成19年5月9日、原告は、G病院の外来を受診した。担当したL医師は、腹壁癒痕ヘルニアについては、治療の緊急性や強い必要性はないが、原告の希望があれば治療可能であると原告に説明した。また、イレウスについては、できるだけ外科的治療は避けた方が良いとの考えから、Fクリニックでこれまで同様の点滴治療を受けることを勧める一方、改善しない場合にはG病院への緊急入院が可能であると説明した（甲A16、甲A17）。

コ 平成19年10月19日、下腹部に腹痛が現れ、症状改善しないことから、原告はFクリニックに相談したところ、G病院の救急外来の受診を指示され、同病院を受診した。そして、垂イレウスとの診断で、症状改善目的で入院となった。絶食補液、抗生剤投与にて加療したところ、同月22日より流動食の開始となる。腹痛が改善傾向であり、五分粥も摂取できたことから、原告の希望もあって、同月25日に退院となった（甲A19）。その後は、同月30日に外来受診し、退院後の検査を受ける等した（甲A18）。

サ 現在、原告に対してG病院から特別な食事内容の制限の指示は出されていない（原告本人）。

2 イレウスに関する医学的知見について

証拠（該当箇所を示す。）によれば、以下の医学的知見が認められる。

（1） イレウスの概念と分類について（甲B1、甲B5、乙B1、乙B3、乙B4、乙B6）

ア 概念

腸閉塞（イレウス）とは、様々な要因により腸管内容の通過障害を起こし、諸症状を呈する病態の総称である。腹痛、嘔吐、排便・排ガス停止、腹部膨満を特徴的な症状とするが、病態によって多彩な症状を示す。

イ 分類

イレウスは、概ね以下のように分類される。

（ア） 機械的イレウス 腸管の物理的閉塞・狭窄によるもの。

a 単純性イレウス（閉塞性イレウス） 血行障害を伴わないもの。

なお、単純性イレウスのうち、「手術操作、腹膜炎、腹部外傷などが原因で癒着が起こり、それに伴う腸管の屈曲や索状物の出現によって腸管が圧迫されて通過障害を生じるもの」を特に、癒着性イレウスという（甲B5，乙B6，弁論の全趣旨）。

単純性イレウスは、腹腔内癒着、腹腔内腫瘍による圧迫といった腸管外の病変による閉塞でも生じる（乙B5）。癒着性イレウスは、腹部手術後に起きる術後イレウスが大部分であるが、手術後すぐに起きる症例や年単位の経過の後に起こす症例もある。また、手術歴がなくても、虫垂炎や胆嚢炎などが原因で炎症性癒着を生じてイレウスの原因となるものもある（乙B6）。

b 絞扼性イレウス 血行障害を伴うもの。

（イ） 機能的イレウス 腸管運動の障害によるもの。

a 麻痺性イレウス 腸管蠕動運動の低下によるもの。

b 痙攣性イレウス 腸管の持続性痙攣によるもの。

ウ イレウスは小腸及び大腸いずれにも起こりうる病態であるが、診断及び治療面では小腸イレウスと大腸イレウスを分けて考えるのが实际的である。小腸イレウスは、大腸イレウスよりも症例が多く、小腸イレウスの中では、単純性イレウス、とりわけ癒着性イレウスが大部分である（甲B4・729頁，乙B7・729頁）。

エ 機械的イレウスのうち，小腸の閉塞について，重度の便秘は完全な閉塞で起こるが，閉塞が部分的である場合は下痢が起こることもある（乙 B 9）。

オ 腸閉塞による全身状態の悪化

腸管の閉塞が起きると，それより口側の腸管は通過障害のため拡張し，腸液やガスが充満する。腸内容の貯留により腸内圧が亢進すると，腸管壁の血管が圧迫され血行障害を起こし，腸管は浮腫状となり，腸液やガスなどの吸収が障害される（乙 B 3・3 頁）。

カ 腸閉塞時に腸管内に貯留するガスの大部分は嚥下した空気に由来する。そのほかに，細菌によるセルロースの発酵によって生ずる CO_2 ， H_2 や，血液からの腸管内への拡散によって発生するガスなどもあるが，いずれもわずかなものと考えられる（甲 B 6・247 頁）。

(2) イレウスの診断方法について

ア 既往歴

腹部手術や外傷の有無，腹腔内炎症性疾患の既往などを詳細に聴取する（乙 B 6）。

イ 症状・所見

(ア) 全身状態

バイタルサイン，脱水の有無をチェックする（乙 B 6）。

(イ) 腹部所見

腹痛，嘔吐，排ガス・排便の停止が三徴である。単純性イレウスでは，腹部膨満，腸蠕動の亢進を認め，時には有響性雑音を聴診することもある。また腹膜刺激症状を認めず圧痛は軽度であることが多い（乙 B 6）。

単純性イレウスは，緩徐に始まる周期的な腹痛や嘔吐，排便や排ガスの停止，腹部膨満感を呈する。症状が進行すると脱水症状も出てくる。一方，絞扼性イレウスの発症は急激で，激烈かつ持続的な腹痛をきたしショックに陥ることもまれではない（甲 B 6，乙 B 4）。

(ウ) 臨床検査所見

一般検査

血液一般検査，生化学検査，尿検査，心電図，動脈血ガス分析，出血凝固検査は，イレウスの原疾患の推定と全身状態の把握のために必要である（乙B6）。

X線検査

a 腹部単純X線撮影はイレウスを診断するうえで，最も重要な検査である（乙B5，乙B6）。立位，臥位，時に側臥位を加えて撮影する（乙B6）。

胃，大腸（特に結腸の部分）のガス像は正常でも認められるものであり（乙B6・354頁），その存在だけで病的評価はなし得ない（被告B本人3頁，弁論の趣旨）。これに対して，通常，正常人（成人）では小腸ガスは認められないものであり，仮に認められてもごくわずかである（甲B5・811頁，812頁，甲B6・249頁，乙A12・3頁，被告B本人2頁）。

また，イレウスの発症により，拡張した小腸ガス像が形成されることが多い（甲B6・249頁）。小腸ガス像の存在は，狭窄部位が，そのガス像があるところよりも肛門側にあることを示す（被告B本人12頁，弁論の全趣旨）。

b 腹部単純X線写真については，立位におけるニボーと臥位における拡張した小腸ガス像が閉塞性イレウスの特徴的所見である。ただし，上部小腸イレウスや絞扼性イレウスでは必ずしも拡張ガス像は明らかでない症例もある。また，腸管内容が多量に貯留している場合にはガス像自体は少量のこともある（乙B7・731頁，甲B4・731頁）。

(3) イレウスの治療について

ア イレウス全般についての治療方針

保存的治療と外科的治療（手術）とがある。

（ア） 単純性イレウスでは，まずは保存的治療を行う。単純性イレウスのうち癒着性のもの場合は約 9 割が禁食により保存的に改善するとする文献もある（乙 B 4）。しかしながら，一定期間の保存的治療で改善しない場合や，再発を繰り返す場合は手術を考慮する。

（イ） 絞扼性イレウスは基本的には緊急手術の適応である。

（ウ） 機能的イレウスはそのほとんどに保存的治療を選択する。ただし，腹膜炎の合併症例は緊急手術の適応である（乙 B 1）。

イ 一般的に行われている保存的治療として，以下のものがある（乙 B 1）。
なお，乙 B 7・732 頁，甲 B 4・732 頁も同旨）。

絶飲食

イレウス管（ロングチューブ）又は胃管（ショートチューブ）による消化管内容の吸引，減圧

イレウス管や胃管を鼻から挿入し，拡張した腸管内容やガスを吸引排除するなどして，腸管の減圧を図り，腸管内圧の亢進を改善する療法である。胃管を用いて胃内容のみを吸引して腸管の減圧を図る方法とイレウス管を用いて腸管の内容を直接吸引する方法とがある。イレウス管は胃を超えて小腸まで管を進めるため，直接拡張した腸管内容を排除することができ，腸管の減圧を図る上で有効である。また，減圧した後に，イレウス管により造影剤を注入し小腸造影することで，閉塞部位の診断にも役立つ（この部分につき，乙 B 3・5 頁，甲 B 3・61 頁）。

輸液療法

脱水の改善，嘔吐により失われた電解質の補充，低タンパク血症や低栄養の改善（この部分につき，甲 B 1）。

抗生物質の投与

イレウス遷延により合併する重篤な感染症（敗血症や細菌性腹膜炎など）を防止するため，抗生物質を投与する。

ウ イレウスの手術について

(ア) イレウスの手術では、一般に、開腹して癒着剥離、索状物の切除、腸管の切除、吻合、人口肛門増設などが行われる。なお、最近では、程度の軽い癒着性イレウスに対しては、開腹せずに腹腔鏡下での手術が行われることもある。原疾患と患者の状態により術式が選択されるが、いずれの術式でも閉塞腸管の解除が原則となることに変わりはない(乙B 3・5頁,乙B 6・355頁)。

(イ) 癒着剥離は、閉塞の解除に必要であるか、または術後に障害を残すおそれがないと判断される範囲にとどめるべきであり、不必要な剥離はかえって癒着を増強するおそれがあることにも留意すべきである(甲B 6・257頁)。

エ イレウス手術による合併症と対策について(乙B 2)

(ア) 術後腸管麻痺

イレウス手術では、腸管の拡張、血行障害、水分・電解質異常、更に、手術操作の影響から術後腸管麻痺が発生しやすい。特に臨床上術後早期の癒着性イレウスや縫合不全による腹膜炎などとの鑑別に苦労することもある。

(イ) 縫合不全等に対する予防措置

腸切除術や腸吻合術を施行した際、縫合不全を来したり、腸内容が腸腔内に漏出し腹膜炎や腸瘻を併発する危険がある。その原因としては、全身状態の不良、栄養状態、糖尿病や肝硬変などの慢性疾患の併存、ステロイド療法、局所的因子として血行障害、感染、縫合部腸管の病変、緊張、腸管内圧の上昇、さらに手技的な問題などがあげられる。その中でも、栄養障害、低タンパク血症が最も危険因子とされている。したがって、血清タンパク、特にアルブミン濃度を維持することが大切である。

オ 癒着性イレウスに対する治療の予後について

(ア) 癒着性イレウスでは一度軽快しても、高頻度に再発が認められる。

保存的治療で軽快した場合も，手術治療を行った場合も，再発率はいずれも約3割であり，手術による癒着剥離が必ずしもイレウスの根治術とはならないとの報告がある（甲B1・110頁）。

（イ） 保存的療法である吸引療法によってイレウス状態が解除されても，癒着による腸管の屈折異常が根本的に解除されるわけではないが，昭和54年から昭和57年の4年間に吸引療法が行われた癒着性イレウス24例の中で再発したのは2例のみであり，このうち1例に対しては手術療法，1例に対しては再び吸引療法が行われ，イレウス解除がなされた，との報告がある（甲B3・60頁）。

3 外科手術への適応がないのに第1回手術を実施したとの主張について

（1） 本件において被告医師らは，癒着性イレウスと診断された原告に対し，イレウス管を挿入した10月5日の1週間後の10月12日に第1回手術を実施している。

原告は，被告病院第3内科での保存的治療によりイレウスの顕著な改善がみられていたのであるから，保存的治療を継続すべきであったのであり，こうした顕著な改善傾向を無視して行った被告医師らの手術適応の判断（10月12日の第1回手術の実施）は誤りであると主張するので，検討する。

（2） 癒着性イレウスを含む単純性イレウスの患者の手術適応に関する見解を表明した文献として，次のようなものがある。

ア 単純性イレウスは大部分，保存的療法によって治療可能である。しかし，単純性イレウスから絞扼性イレウスに移行する例もあることを念頭におく必要がある。保存的療法の無効な症例は手術適応となる。

単純性イレウスの手術適応に絶対的基準を設けることは困難であるが，減圧療法後においても閉塞が持続する症例では手術をするべきである。手術適応の規準となる因子としては，排ガスの有無，腹部膨満の程度，減圧吸引量の変化，腹部単純X線写真上の小腸・大腸ガス像の所見，イレウス管の進行状態，造影検査などがある。近年，より早期に手術

適応を判断する傾向にあり，7日間は待機期間の限界と思われる（乙B7・732頁，甲B4・732頁）。

イ 4日～7日保存的治療を行っても，

腹痛，腹部膨満などの症状が改善せず，排ガス，排便がない。

腹部X線で小腸ガスの減少や消失がない。

胃管やイレウス管からの排液量が減少しない。

イレウス管からの造影で，腸管が完全に閉塞している。

などの場合は，治る見込みは少ないと判断できるので，手術適応と考えてよい（乙B3・5頁）。

ウ 保存的治療が奏効する症例では，4日以内に改善が認められることが多く，遅い例では7日～14日である。したがって，4日を目安に保存的治療を継続し，以下に示す指標の改善が全く認められないか，または少しでも悪化する例では手術に踏み切るべきである。

しかし，少なくとも悪化の徴候がなく，少しでも改善のみられる例ではIVHによる栄養管理のものに，10日前後保存的治療を継続してよい。この間，時機をみてイレウス管からの造影を行い，高度の狭窄あるいは閉塞が確認されれば手術に踏み切る（甲B6・253頁～255頁）。

< 保存的治療による改善の指標 >

腹部膨満，腹痛などの臨床症状が改善する。あるいは排ガス・排便がある。

腹部X線単純写真上の所見が改善する。ガス像の分布の変化，ガス像の減少，小腸ガス像の大腸への移行など。

イレウス管（または胃管）からの吸引量が減少する。ただし，イレウス管が腸管の屈曲などで進行が停止し，効果的な吸引が行われなくなったことを示す場合もあり，イレウス管の進行が停止した場合は，必ずその時点で造影を行う。

イレウス管からの造影で，造影剤が大腸へ移行する（甲B6・255

頁)。

エ 術後の癒着性イレウスでも，1週間以上の保存的療法にて軽快が認められない場合や，頻回にイレウスを繰り返す場合は，手術による癒着剥離を考慮する(甲B1・110頁)。

オ 豊橋市民病院外科が作成した術後癒着性腸閉塞の保存的治療に関する調査結果(乙B8)には，以下の記載がある。

(ア) 欧米では，胃管(ショートチューブ)を留置し，48時間保存的治療をするのが一般的とされているが，日本では，イレウス管を留置し，7日から10日保存的治療をするのが一般的とされている(23頁)。

(イ) 平成13年4月から平成14年3月までの1年間に140人の術後癒着性腸閉塞患者(研究群)に対して胃管を用いて48時間保存的治療を行った治療症例と，平成11年1月から同年12月までの1年間に132人の術後癒着性腸閉塞患者に対してイレウス管を用いて保存的療法を行った治療症例(対照群)とを比較したところ，両群に死亡例はなく，腸閉塞の改善率，手術後の合併症率及び術後入院期間に有意差は認められなかったが，6日以上保存的治療を行った対照群の患者2人に絞扼性腸閉塞が発生しており，6日以上の保存的治療は重篤な合併症の増加につながる可能性が示唆された(25頁)。

(ウ) われわれは，平成12年4月から平成13年3月までの1年間に水溶性造影剤を用いたX線撮影(contrast radiology)によって症状の判別を行った結果，保存的治療で軽快する患者の98.9パーセントは48時間以内に軽快することを証明した(25頁)。

(エ) これらの点を考慮すると，術後癒着性腸閉塞患者の保存的治療期間は48時間から72時間とすべきである(26頁)。

カ 大垣市民病院外科での治療成績をもとにした単純性イレウスの手術のタイミングに関する研究報告(平成16年発表)(甲B2)には，以下の記載がある。

単純性イレウスの保存的治療について、保存的減圧治療中は、症状は軽快し小腸ガス像も減少するが、イレウスの原因となった局所の重症度診断を行わないと、減圧治療をいたずらに遷延させ、患者に不必要な苦痛を長引かせることになる。平成8年から平成9年の2年間のイレウス全国集計によれば、単純性イレウスの保存的治療の限界は、ほぼ2週間と考えられる(1247頁)。

キ 鳥取大学第一外科における昭和50年から昭和57年までの8年間の癒着性イレウスの患者に対する治療成績に基づく報告(甲B3)には、以下の記載がある。

単純性イレウスと考えられた場合には、まず腸管の減圧を図る吸引療法を行う。イレウス管を用いた選択的小腸造影はイレウス状態の変化を観察するのに有用であり、経時的に腹部X線撮影を行うことによって、造影剤の大腸への移行が確認できれば、イレウスが解除される可能性が高いといえる。経時的な腹部X線撮影により、ガス像の移動ことに大腸ガスの増加がみられる場合には、多くの例で吸引量が減少(吸引療法が奏功)し、治療開始後3~4日以内にイレウスは解除される。また、結腸にガス像が認められれば、閉塞部は完全閉塞ではなく、若干の腸内容の通過があるものと考えられ、吸引療法によるイレウス解除の可能性が高い。早期に解除されなくても、症状の悪化がみられなければ1週間ぐらいは吸引療法を続けてよいが、造影剤の移動がみられず、選択的小腸造影にて閉塞部に腫瘍様陰影、先細り像などがみられる場合、あるいは結腸ガス像の減少、消失がみられる場合は躊躇することなく手術療法に切り替えた方がよい(61, 63, 64頁)。

(3) (2)の医学的知見によれば、癒着性イレウスの治療としては、第1選択として保存的治療を行うべきであるが、一定期間の保存的治療で改善しない場合や、再発を繰り返す場合には手術を考慮することになるものと認められる。また、一般的な手術適応の基準については、いまだ確立した見解は

ないものの、近年は、より早期に手術適応を判断する傾向にあるのであって、概ね7日間程度を待機期間の限界と考える見解が多いことが認められる。

そして、改善傾向の判断の指標となるのは、概ね以下のものである。

腹痛、腹部膨満などの臨床症状が改善しない。排ガス、排便がない。

腹部X線で小腸ガスの減少や消失がない。

胃管やイレウス管からの排液量が減少しない。

イレウス管の進行の停止状況。

造影検査による腸管の閉塞（狭窄）状況。

(4) ところで、被告B医師は、原告のイレウスは癒着性イレウスであり、保存的治療の継続期間としては明確な基準は存在しないものの、約1週間経過を見てよくなる場合は手術適応であると考えられるが、手術適応については、小腸ガスの存在、治療経過、それに対する反応性、全身状態、腹部所見、全て合わせて判断すると供述しており（被告B本人3頁、4頁）、また、イレウス解除の判断の際に重視するのは、腹部X線検査の小腸ガスの有無であるとしている（乙A12・3頁）。

そうした基準のもとで、原告については、内科的保存治療を1週間近く行い、経口摂取をせずに腸内管への負荷を行っていないにもかかわらず、イレウスの主要な症状である腹部圧痛も完全には消失していないことに加えて、腹部X線検査上も小腸ガスが残存していること、連日7～8回の頻回の排便が続くことや、腸管の狭窄が残っていたと考えられることから、外科的治療の適応は認められると判断したものである（乙A12・3頁、4頁）。

(5) まず、手術までの待機期間について検討する。

上記(2)の医学的知見によれば、他の改善傾向についての指標との相関関係のもとでの判断にはなるが、7日間程度を手術までの待機期間の限界と考える見解が多いところであり、本件において、癒着性イレウスと診断された原告に対し、イレウス管を挿入した日の1週間後に手術の実施に踏み切った被告医師らの判断が、手術までの待機期間の長さという点において不適切

であったとは認められない。

(6) 次に、本件における改善傾向の判断指標について検討する。

ア 小腸ガスの改善傾向について

腹部レントゲンによれば、原告につき、10月4日時点から10月11日時点まで、小腸ガスが広範囲に貯留し、ニボーが認められていた状態は続いていたのであり(前記1(2)アないしク参照。被告B本人2頁、29頁)、保存的治療開始から1週間経過しても小腸ガスの改善傾向は認められなかった。これは、腸管の閉塞・狭窄が強く示唆される所見であったものと認められる(前記2(1)オ参照)。

イ 排便・排ガスの改善傾向について

10月5日のイレウス管挿入後、排便・排ガスは認められるようになっており、10月7日のイレウス管抜去後も概ねその傾向は変わらなかった。ただし、排便回数は毎日7～8回と頻回であり、水様のものもあったこと(前記1(2)エ、カ参照)からすると、部分的な閉塞傾向ないし狭窄が存在していて、完全な便通は得られていなかったことが推測される(前記2(1)エ参照)。

ウ 腹痛、腹部膨満について

10月5日のイレウス管挿入後は、腹痛は改善しており、10月10日には原告は腹痛はないと話しており、10月12日の外科転科時点まで顕著な腹痛は認められなかった(前記1(2)エ(イ)参照)。また、腹部膨満についても、同様に改善していたものと推測される。

ただし、保存的治療継続中は絶食措置を一度も解除しなかったのであるから、食事を止めて補液をして負荷を与えない状況で腹痛がとれているからといって、食事を再開してイレウスが起きないかは判断できないとする被告B医師の判断(被告B本人15頁)は、合理的である。

なお、腹部の圧痛も改善傾向にあったものとは認められるが、単純性イレウス(癒着性イレウスを含む。)においては、圧痛は軽度であることが

多いとする見解もある（前記2（2）イ（イ）参照）ので、重要視はできない。

エ イレウス管の進行状況，イレウス管からの排液量の状況及びイレウス管造影の結果について

（ア） イレウス管を挿入した10月5日にはあまり先進しなかったことが確認されており（前記1（2）イ参照。なお，これを否定する証拠はない。），その後も進行は乏しかった（乙A2・76頁，被告B本人9頁）。一方で，イレウス管からの排液は概ね良好であったものと認められる。

（イ） 次に，10月7日のイレウス管造影によれば，直腸まで造影されており，原告については，この時点において小腸が完全閉塞ではなかったことが認められる。

この点につき，造影剤が大腸まで移行するのは保存的治療の改善傾向の一つであるとする見解もある（前記3（2）ウ参照）。しかしながら，本件の場合には，造影剤が大腸を構成する直腸にまで通過しても，イレウス管が進行しないのであるから，小腸の通過障害について総合的に検討すれば，相当程度の通過障害の存在（少なくともイレウス管の直径が通過しない程度の狭窄の存在）は否定できないところである（被告B本人30頁，31頁）。また，不完全閉塞のケースでは，イレウス管による小腸造影において，造影剤の通過が確認された場合でも，手術適応が否定されるわけではない（甲B5・816頁，表7-6，表7-7）。そうであれば，上記排液の傾向，造影の結果をもって，明らかに改善傾向にあると判断するまでには至らない。

オ 大腸ガスについて

（ア） 腹部レントゲンによるガス像の移動，ことに大腸ガスの増加傾向が認められれば，イレウスは解除の可能性が高いとする趣旨の見解もある（前記3（2）ウ，キ参照）。そして，原告は，本件について，大腸

ガスに関する改善傾向の存在からすれば、保存的治療を継続すべきであったと主張する。

(イ) そこで検討すると、大腸ガスについては、腹部レントゲンにより、10月4日、10月9日、10月11日の各時点で、認められており、しかも増加傾向にあったことは否定できないところである。

しかしながら、大腸ガスは、正常な状態でも認められるものであり、その存在のみで病的評価はなし得ない(前記2(2)イ(ウ)・参照)。加えて、本件の大腸ガスの発生の機序は明らかではなく、原告の小腸に認められる癒着性イレウスとの関連性は不明である(前記2(1)イ(ア)a,ウ,カ参照)。更に、被告B医師は、通過障害のない正常時であれば、約9割の大腸ガスは小腸からのガスが進んでくるものと考えられるが、通過障害や低栄養が存在する場合には、消化管の細菌のバランスが崩れて、大腸にガスが発生することがあり、そうしたことを考慮すると供述しており(被告B本人12頁,13頁)、この供述の信用性を否定する証拠はない。

これらを考慮すると、10月11日時点でも、小腸においてガスの貯留が明らかに認められ、加えて、ニボーも存在していたのであり、小腸ガスの貯留が減少傾向にあったとは認められないのであるから、上記時点までの大腸ガスの増加傾向をもって、腸管内のガスが小腸からそのまま大腸に移行していると単純に想定することも困難である。

仮に、貯留していた小腸ガスの一部につき、腸管内の狭窄部位を通過して大腸に移行したものがあるとしても、原告の小腸に狭窄部位が存在しており、これが改善傾向にないことは、レントゲン所見上明らかであるから、原告の大腸ガスの状況をもって本件の小腸に認められる癒着性イレウスの改善傾向を示すものとは認められない。

なお、上記大腸ガスに関する見解(前記3(2)キ参照)も、結腸にガス像が認められた後にも、イレウス状態の変化に注意し、吸引療法を

続行するか手術療法に切り替えるかの判定を行うべきであるとしているのであって（甲B3・61頁）、大腸ガスの増加傾向だけでなく、全体的な見極めを要求しているところである。

その他に、原告の主張を裏付ける具体的証拠はない。

（ウ） そうすると、原告に認められる大腸ガスの存在をもって、本件の小腸イレウス（癒着性イレウス）の改善傾向を具体的に肯定するには至らない。

カ その他

被告B医師は、1週間以上絶食している関係で、原告の栄養状態は悪化傾向にあり、手術実施を遅らせた場合には、手術のリスクが高まることも考慮している（乙A12）。

（7） 以上によれば、本件の各改善傾向の判断指標の状況を総合的に検討して、全体として改善傾向を認めるには至らないとする被告B医師らの判断は、十分根拠のあるものであったと認められるから、被告医師らの第1回手術の実施の判断が保存的治療による顕著な改善傾向を無視したものである旨をいう原告の主張は、採用できない。

（8） なお、手術適応に関連した原告の主張について、以下検討しておく。

ア 癒着性イレウスの再発率について

癒着性イレウスは一度軽快しても、高頻度に再発が認められるので、保存的治療で軽快した場合も、手術治療を行った場合も再発率は約3割であり、手術による癒着剥離が必ずしもイレウスの根治術とはならないとの報告がある（前記2（3）オ（ア）参照）。原告は、このことを被告医師らの原告の手術への適応に関する判断に誤りがあったとの主張の根拠に挙げている。

しかしながら、上記のとおり一般に癒着性イレウスの患者に対して手術までに保存的療法を続ける期間（待機期間）の限界は1週間程度とされていること、原告のイレウスは術後癒着性イレウスと診断され、小腸ガスに

については保存的治療を継続していた1週間の間に改善傾向が認められなかったこと、保存的治療を継続して症状が改善しなかった場合には、より栄養状態が悪くなり、生命の危険が差し迫った状態で、縫合不全、腸管損傷、感染症等が起こるリスクの高い手術を行わざるを得なくなること（乙A12・4頁、被告B本人4頁、8頁）等からすれば、高頻度の再発が予測されることを考慮しても、外科的手術に踏み切った被告医師らの判断に誤りがあったとはいえないというべきである。

イ イレウス管を用いた吸引療法における吸引量に関する指標について

原告は、鳥取大学第一外科における昭和50年から昭和57年までの8年間の癒着性イレウスの患者に対する治療成績に基づく報告（甲B3）中に、吸引量の減少傾向がみられる場合は吸引療法を続け、吸引量が1日1000 ml 以上の日が1週間続けば多くの例では手術が必要になると考えてよい（甲B3・62頁）との記述があることを引用して被告医師らの原告の手術への適応に関する判断に誤りがあった旨を主張するけれども、上記記述は、吸引療法の効果判定の指標の一つを論じたものにすぎず、上記報告においては、結腸ガスの変化や時間経過との兼ね合い等を総合して手術適応の有無を検討すべきものとされているのであるから、上記記述から被告医師らの手術適応の判断に誤りがあったとの結論を導くことはできない。

ウ イレウス管を抜去した時期について

原告は、被告医師がイレウス管を抜去した時期が早過ぎたために、その後小腸造影ができなくなり、的確な手術適応の判断ができなくなった、抜去の時点で消失していた小腸ガスがその後再度出現したのであれば、再度イレウス管を挿入して保存的治療を継続すべきであった等と主張している。

本件では、10月5日に挿入されたイレウス管は10月7日に抜去されているところ、イレウス管の留置は想像以上に患者のストレスとなるもの

であり（乙B1，弁論の全趣旨），実際にも原告はイレウス管の違和感を訴えていたこと（前記1（2）ウ参照），10月7日の時点で排便・排ガスは認められず，腹痛の訴えも特になかったこと，イレウス管造影検査も既に行っていたこと，イレウス管抜去後も，イレウス診断に最も重要な検査である腹部X線検査は可能であったことからすれば，10月7日にイレウス管を抜去した判断が誤りであったとはいえないし，また，イレウス管の抜去が，的確な手術適応の判断の妨げになったとも認められない。また，再度のイレウス管の挿管は，原告に苦痛を与えるばかりか，上記のとおり，保存的治療を継続して症状が改善しなかった場合には，より栄養状態が悪くなり，リスクの極めて高い状態で手術を行わざるを得なくなるのであるから，このような客観的状況の下で，担当医師にイレウス管の再挿入による保存的治療を継続すべき義務があったとは認め難い。

4 第1回手術の実施の際の説明義務違反の有無について

（1）原告は，第1回手術の実施に当たり，被告B医師から，「イレウスは良くなってきたが，今後の再発防止のために手術をしておいたほうがよい。」
「2～3時間で終わる。何の心配もない。」という説明しかされておらず，合併症の説明はなかったし，原告は説明文書も受け取っていないとして，被告医師らは癒着性イレウスの開腹手術に伴う問題点を十分に説明しなかったものであり，そうした問題点の存在による危険性の説明を受けていれば，原告は第1回手術に同意しなかった等と主張する。

（2）ア そこで検討すると，原告は，10月12日の午前中に，親族同席のもとで，被告B医師から，手術説明書（甲A1，乙A1・148頁）をもとに，口頭での説明を交えて，20分は説明を受けたこと，説明を受けた後には，署名した上で，手術説明書（複写式であったものと推測される。）の「本人控」を受領していることを認めている（前記1（3）ア参照）。

ところで，上記手術説明書には，術後経過欄に「別紙」との記載があり，そのすぐ下に位置する術後合併症欄は空欄になっている。

上記「別紙」に相当するものとしては、本件説明書面のほかには、手術同意承諾書が存在するだけであるが、・手術同意承諾書には、書面自体に「注）手術説明書を添付」と明記されており、あえて手術説明書の術後経過欄に「別紙」と手書き記入する必要性は乏しいこと、・手術説明書において空欄扱いになっている術後合併症と、「別紙」との記載以外に何の記載もない術後経過については、本件説明書面に詳しく具体的に記載されていること、・その一方で、第2回手術の術前に被告B医師が使用した手術説明書には、術後合併症欄に具体的記載があること、・被告B医師は、手術説明に際してはこうした手術を受ける特定の患者に宛てた形の書面を必ず使用して説明している旨を明確に供述していること(被告B本人38頁)からすれば、被告B医師は、説明の際に、本件説明書面を原告に交付し、その内容も含めて、具体的に説明をしたものと認められる。

イ これに対して、原告は、本件説明書面は受領していないし、手術に伴うマイナスのリスクの説明はなかったと供述するが、上記アの検討内容に照らし、この点についての原告の供述部分は信用できない。更に、被告B医師の説明はほんの5分程度で終わっていて、本件説明書面は見たこともないし受け取ってもいないとするMの陳述書(甲A13)があるが、説明は20分はあったとする原告の供述と食い違っていることに照らせば、その陳述内容は信用できない。

(3) 上記(2)の検討内容に、第1回手術についての術前説明についての前記認定内容(原告が認めている説明内容も含む。前記1(3)ア参照)を加えて検討すると、被告B医師は、第1回手術を実施するに当たり、手術の目的は腸閉塞の治療と再発防止であること、腹腔鏡下手術を行うが、癒着の状態によっては開腹手術へ移行する可能性があり、その可能性は決して小さくはないこと、手術に伴う合併症の内容、標準的な術後経過等について具体的に説明したものと認められるのであって、これらの事実によれば、被告B医師は、原告に対し、手術の目的、リスクを自ら検討するための十分な説明

を行ったということができる。

(4) 以上のとおり、被告B医師が、原告に対して必要な説明を尽くさなかったとは認め難く、原告の説明義務違反の主張は理由がない。

5 第1回手術に施術上の過誤があったとの主張について

(1) 原告は、癒着剥離術を行う場合、小腸を洗浄して腹腔内に戻す際に小腸がねじれた状態にならないように注意すべき義務があるのに、被告医師らはそうした義務を尽くさずに腸管のねじれを生じさせた、または、開腹手術を行うに際して、腸間膜血管を切除することのないように注意すべき義務があるのに、被告医師らはそうした義務を尽くさずに腸間膜血管を切除してしまい腸管壊死を生じさせたと主張する。

そこで検討すると、第1回手術の術者である被告B医師は、第1回手術において小腸がねじれないように注意したし、腸間膜血管を切断した事実はなく、その他その手技に特段の問題はない旨を明確に供述しているところであり(被告B本人4頁・5頁)、第1助手を務めた被告C医師の供述からも原告主張の上記事実は認められないほか(被告C本人3頁)、手術記録(乙A1・150頁～155頁)にも手技上の不適切さを窺わせる記載はない。

そもそも、空腸及び回腸は、腹腔内のほとんどのスペースを占めている上に、腸間膜に包まれていてかなり自由に動くことができるのであり(被告B本人30頁、被告C本人10頁、弁論の全趣旨)、完全器質化するには長時間かかるとしても、腹腔内の癒着は48時間で完成するとする見解もある(被告B本人27頁、弁論の全趣旨)のであるから、第1回手術が終了した後に、手技的要因以外の要因(全身状態不良、低栄養、血行障害等)で再度癒着が生じることは十分推測されるところである(前記2(1)イ(ア)a,(3)エ(ア)参照)。その他に、第2回手術(10月24日実施)を行わざるを得なくなった上部小腸の強い屈曲、強固な癒着の発生が、第1回手術(10月12日実施)の手技に起因することを具体的に裏付ける証拠はない。

そうであれば、この点についての原告の主張(施術上のミス(1))は理

由がない。

- (2) また、被告医師らが、癒着剥離を行う際に漿膜損傷を生じさせた事実を認めるに足る証拠はないし、その他縫合に際して不適切な処置が具体的になされたことを認めるに足る証拠もない。

そうであれば、腸管裂傷を生じさせたとする原告の主張（施術上のミス（ 2 ））も理由がない。

6 栄養状態の改善を確認することなく第 2 回手術を実施したとの主張について

- (1) 原告は、第 1 回手術の施行後には原告の栄養状態が悪化していたのであるから、こうした状態で小腸切除術を施行すると縫合不全を起こしやすいのであり、経過観察しながら栄養状態の改善に努めるべきであったにもかかわらず、被告医師らには、血液検査による術前の栄養状態の確認や栄養状態の改善を図るための措置を怠ったまま第 2 回手術を実施した過失があると主張するので、この主張について検討する。

- (2) 前記認定の事実経過（前記 1（ 2 ）参照）及び別紙診療経過一覧表 5 頁・ 6 頁によれば、以下の治療経過が認められる。

10 月 17 日の消化管造影検査の結果、通過良好と判断された。また、腹部ドレーンが抜去され、被告 B 医師は、腸管につき異常所見はないと判断して、飲水は自由とし、同日夕方より食事も許可した。しかし、その 2 日後である 10 月 19 日の夕方から嘔吐があったため、直ちに絶飲食管理となり、胃管を挿入したところ、吐き気は治まったが、腹部レントゲン上、小腸ガスの存在が認められた。10 月 21 日には、腹満著明で、腹部レントゲン上、ニボーが認められるに至ったため、翌 22 日には、イレウス管を挿入した。10 月 24 日には、イレウス管造影にて狭窄が認められ、ガイドワイヤー、造影剤は通過するもイレウス管が腸内に進まない状況であり、強固な狭窄の存在が窺われた。そこで、原告につき緊急手術を実施することとした。

- (3) 被告 B 医師は、第 1 回手術実施に至る経緯（保存的治療を 1 週間継続しても通過障害を解除できなかったこと）、外科的に癒着隔離を実施しよう

としたが、腹腔鏡下では剥離を断念するほど高度の癒着が生じており、開腹手術に切り替えて実施せざるを得なかったこと、第1回手術で癒着剥離を行ったにもかかわらず、再度狭窄が認められたことを考慮して、手術による狭窄解除が必要と判断したものである（乙A12・6頁，7頁）。

そして、第2回手術の実施時点（10月24日）でイレウス管造影により狭窄が認められ、それまでの複数回の原告の腹部手術経過から癒着性イレウスが再発していることは相当程度合理的に予想されたこと、上記の時点で10月19日の嘔吐を契機として開始したと考えられる保存的療養は既に5日間程度継続されていたこと、癒着が高度であればイレウスの解除ができなくなる可能性が高いこと（被告B本人25頁）、当時食事再開の目途も立っていなかったものであり、そのままでは全身状態の悪化が進むばかりで、保存的療養を継続するだけでは合併症発症のリスクが高まること（被告B本人8頁）を考慮すると、10月24日の時点で被告医師らが第2回手術（開腹して癒着剥離を行う手術）の実施を決断したことは、前記保存的治療の限界に関する医学的知見（前記2（3）、3（2）参照）に照らして、合理的な判断であったと認められる。

（4） これに対し、被告医師らが原告の栄養状態改善のためにいかなる措置を具体的に講ずべきであったとするのかについて、原告の主張は明らかではないが、その点を措くとしても、10月24日の時点に至っても経過観察しつつ栄養状態の改善に努めることが適切であるとする合理的事情を裏付ける証拠は認められない。

（5） そうであれば、この点についての原告の主張は採用できない。

7 第2回手術における縫合が不完全であったとの主張について

（1） 原告は、第2回手術について被告医師らの行った小腸部分切除の縫合が不完全であったために、手術直後に縫合不全を引き起こしたと主張するので検討する。

（2） 被告医師らは、第2回手術において、小腸を30センチ程度部分切除

(トライツ靱帯から15～45センチの空腸部分切除)して吻合したものである(前記1(2)ト(イ)参照)。

ところで、縫合不全は消化管手術の代表的かつ重篤な合併症であり、腸吻合術を施行した際には、(仮に手技的に問題がなくとも)腸管の血行障害、低栄養状態、感染など様々な事情によって発生する危険があるのであって、避けがたい合併症であることは否定できない(前記2(3)エ(イ)参照。乙A12・8頁)。

本件においても、第2回手術施行時、原告は禁食期間が既に20日間近くに及んでいる中で、10月21日時点での生化学検査結果では、ALB(アルブミン)が3.7 g/dlに低下し(基準値3.8～5.3)、TPも6.3 g/dlに低下している(基準値6.7～8.3)一方で、CRPは5.0 mg/dl(基準値0.0～0.6)を示して炎症状態の持続が窺えた(乙A1・136頁、159頁、乙A2・25頁)。これらに原告の年齢(当時63歳)も考慮すると、第2回手術施行時において全身状態は低栄養で不良であり、縫合不全の生じやすい状態であったものと認められる(乙A12・8頁、被告B本人6頁～8頁)。

結局、本件の縫合不全の発症という事実のみをとらえて、直ちに吻合手技上の過誤があった事実を推認することはできない。

なお、これに関連して、原告の全身状態不良に配慮して、第2回手術の実施を延期し、状態回復を待ってから手術を検討する方針を採用するだけの時間的余裕が現実的に存在したとは認められないことは、前記6(3)で検討したとおりである。

また、原告は、縫合不全を生じさせた以上、特段の事情がない限り、担当医師に重大な落ち度が認められるとも主張するが、そうした一般論を裏付ける具体的証拠はない。

(3) 次に、本件では、CRPの値が、10月24日の第2回手術の術後に1.9 mg/dlを示し、その後10月25日に11.4 mg/dl、26日に3.4

・ 2 mg/dl , 27日に13・7 mg/dl と変化している (別紙診療経過一覧表 7頁, 8頁) ところ, CRPが術後3日目にして低下していること, 炎症反応の早期の基準となる発熱 (25日に36・6) (乙A1・23頁) やWBC (25日に6200/ μ L, 26日に5400/ μ L) (乙A2・26頁) が術後比較的落ち着いていることを考慮すれば, 術後に見られたCRPの値の10月26日にかけての一時的な上昇の事実をもって, 第2回手術後に縫合不全による症状が生じていたことを推認することはできない。

(4) その他に, 被告医師らの吻合の手技について特に不良であったことを窺わせる具体的証拠はない。

(5) そうであれば, 本件において, 被告医師らの縫合の不完全を理由とする原告の主張は理由がない。

8 第2回手術後に腹膜炎の発症を放置したとの主張について

(1) 原告は, 第2回手術後の血圧の異常数値等から原告がショック状態に陥っていたのであり, CRPの異常高騰や著明な口渴も考慮すれば, 被告医師らは, 遅くとも10月26日時点で, 縫合不全または腸管裂傷による腸液の漏出と, それによる腹膜炎の発症に気づくことができたにもかかわらず, 10月28日まで気づかずに放置していたもので, その結果, 原告は危篤状態に陥り, 第3回手術を余儀なくさせられた等と主張する。

(2) そこで検討すると, 10月25日午後9時から午後11時ころにかけて, 血圧 (記録上は収縮期血圧の表示と考えられる (乙A1・277頁。)) の異常低下が認められたが, 薬剤投与等を受けて, 午後11時過ぎには次第に回復傾向を見せたこと (前記1(2)ナ参照), このころ, 原告に意識レベルの低下は認められていないこと (乙A1・278頁), 原告には腹部圧痛があった関係で, 翌26日にかけて腹部CTを撮影したが, 出血所見もなく, 腸液漏出は否定できたこと (乙A13), 10月26日には, 意識レベルに問題はなく, バイタルサインや自覚症状は安定していたし (乙A1・29頁), 発熱もなく, WBCも基準値の範囲内にあったこと, ドレーン内容

は腸管内容ではなかったこと（乙A1・31頁）、10月27日の朝、原告の意識は清明であり、腹痛も自制内であったことを考慮すると、血圧低下の事実が、仮に25日午後9時以降の時点で一時的に原告にショック状態を招来させたとしても、翌26日になるころには原告は回復していたのであり、ショック状態が継続したとは認められない。加えて、上記血圧低下の事実が、いかなる機序で原告主張の縫合不全や腸管損傷による腸液漏出を生じさせるとするのか明らかではない。

また、被告C医師は、10月27日午後に発熱所見が現れるまでは、腹膜炎の発症を示唆する所見は無かったと供述しているところ（被告C本人19頁、20頁）、この供述に反する証拠はない。原告は、術後2日目の10月26日には腸管から腹腔内への水分の漏出により著しい脱水症状が起き、口渇が著明となっていたから、このような症状から、同日の時点で縫合不全による腸液の漏出とそれによる腹膜炎に気付くことができたはずである旨主張するが、口渇の症状のみから腹膜炎の発症を認めることはできないし、10月27日までのCRPの値の変動が、10月26日の時点で縫合不全による症状が生じていたことを推認させるものでないことは、前記7（3）で検討したとおりであり、他に10月26日の時点で縫合不全、腸管損傷、腹膜炎の症状が生じていたことを認めるに足る証拠はない。

（3） そうであれば、この点についての原告の主張は前提を欠くことになり、失当である。

9 結論

以上によれば、その余について検討するまでもなく、原告の請求は理由がないことになる。よって、主文のとおり判決する。

東京地方裁判所民事第14部

裁判長裁判官 孝 橋 宏

裁判官 関 根 規 夫

裁判官 飯 田 佳 織