

原告 山口 幸代 外4名

被告 NJ 外5名

準備書面(12)

平成15年7月22日

東京地方裁判所民事13部合議B1係 御中

原告ら訴訟代理人 弁護士 北 澤 純 一

目次

第1 本件の特徴	・・・P2	[3] 肝切除術における大量出血	・・・P44
第2 争いのない事実	・・・P3	争いのない事実	
第3 争点	・・・P3	大量出血の原因に関する原告らの主張	・・・P45
第4 争点に対する原告らの意見 (主張及び証拠評価)	・・・P4	証拠調べの結果による原告ら主張の立証	・・・P46
1 胃癌手術の不法行為		大量出血の原因	・・・P49
(1) NJの注意義務の根拠		[4] 肝切除術の死亡との因果関係	・・・P50
(2) NJの注意義務違反		争いのない事実	
(3) 損害及び因果関係	・・・P5	原告らの主張	・・・P51
(4) 被告らの弁解(NJ供述の評価) について	・・・P6	TY鑑定人の鑑定意見	
(5) TY鑑定人の鑑定意見及び同証言 に対する評価	・・・P7	病理解剖報告の検討	・・・P53
2 経過観察における不法行為	・・・P9	[5] 被告らの計画性	・・・P54
3 肝切除術の不法行為	・・・P11	[6] 責任	・・・P58
(1) 原告ら主張の要約		[7] 結論	・・・P59
(2) 故意による不法行為	・・・P12	4 術後経過の不法行為	・・・P60
[1] 與志廣が手術適応の状態になっ たこと		4-1 呼吸不全・ショック	
肝転移癌に対する肝切除術の適応 基準		(1) 原告らの主張	
争いのない事実		(2) 事実経過	
TY鑑定人の鑑定意見	・・・P13	(3) 事実経過の分析	・・・P63
[2] 術前説明と同意	・・・P20	(4) TY鑑定人鑑定意見の検討	・・・P64
争いのない事実		(5) KH供述の検討	・・・P65
原告らの主張	・・・P21	(6) 結論	・・・P66
原告らが援用する証拠と認定され べき事実	・・・P22	4-2 腎不全	・・・P66
4月12日の術前説明の虚偽性に ついて	・・・P26	4-3 心停止	・・・P66
同意の無効性	・・・P28	(1) 原告らの主張	・・・P66
被告らの弁解について		(2) 事実経過	
a 被告らの主張		(3) 事実経過の分析	・・・P70
b KHが「切れる癌」と述べて いたこと	・・・P29	(4) KH供述の検討	・・・P71
c 減量手術及び化学療法の言い訳について	・・・P31	(5) 結論	・・・P72
d 術前説明に関するNJ供述検討	・・・P37	5 病理解剖の不法行為	・・・P73
e 手術適応に関する被告提出書証及びNJ 及びKH供述の検討	・・・P39	(1) MMの注意義務	・・・P73
術前説明と同意に関する結び	・・・P44	(2) MMの義務違反	・・・P73
		[1] 解剖記録における虚偽記載	・・・P73
		[2] 病理解剖報告書の虚偽記載	・・・P75
		[3] 解剖当日の死因判断に関する虚偽供述	・・・P77
		(3) 病理解剖の不法行為に関する共謀関係	・・・P77
		(4) MMの責任	・・・P78
		6 被告大学の責任	・・・P78
		7 損害等	・・・P78
		第5 結語	・・・P79

原告らは、従前の弁論及び証拠調べの結果を踏まえ、次のとおり弁論を準備する。

第1 本件の特徴

本件は、原告山口幸代（以下「幸代」という）の夫であり、原告山口雄仁（以下「雄仁」という）、同山口信恭（以下「信恭」という）、同山口雷太（以下「雷太」という）、同山口雪子（以下「雪子」という）の父であった訴外山口與志廣（以下「與志廣」という）が、被告 NJ（以下「NJ」という）の執刀による胃癌手術を受けた際にリンパ節郭清が不十分であったために同胃癌が再発及び肝臓他の臓器に遠隔転移を起こしたこと及びその後の経過観察において NJ が CT 検査等を行わなかったことにより與志廣の治癒可能性が著しく減少し余命が限られてしまったことについて、NJ 及びその使用者たる被告学校法人 TH 大学（以下「被告大学」という）に対してそれぞれ胃癌手術及び経過観察の不法行為（被告大学については使用者責任構成を含む）を理由として、また、被告ら（以下、被告 KH を「KH」、同 NM を「NM」、同 TH を「TH」、同 MM を「MM」という）に対して、胃癌再発当時、與志廣がさしたる自覚症状も主訴もない状態であったにも関わらず、当初から肝切除術を実施する目的を秘したまま被告大学 OH 病院への入院を検査のためと称してこれを指示したうえ、肝臓を除く他臓器への遠隔転移が生じてしまった状態では積極的に肝臓がんを切除することによるメリットよりも大出血の可能性及びそれにより生じることになる死の危険性によるデメリットの方が明らかに大きい状態であったこと、特に本件肝切除の対象となった部位は大血管が集中している箇所であって、手術による大出血の危険性が極めて高かったことが判明していたにも関わらずこれらの事実を秘しただけでなく、卵大の腫瘍がいつ破裂して大出血や肺塞栓を起こすかも知れないなどと積極的に虚偽の事実を述べて與志廣及び原告らの危機感をあおりながら、他方においては、検討しうる他の治療法によるよりもあたかも肝切除術によった方が死期の到来が遅くなるかのように誤信させるための虚偽説明を行い、あたかも延命効果があるかのように與志廣及び原告らを錯誤に陥らせて、同人らから無効な手術同意を取り付けて肝切除術を実施し、その結果、術中に肝動脈を損傷し、出血多量によって DIC や多臓器不全等に至る危険が発生させたにもかかわらず、あたかも手術が成功したかのように装って原告らを安心させつつ、他方では、肝不全ほか合併症に苦しむ與志廣に対して適切な治療を行わなかったばかりか、かえって治療水準を意図的に下げる等の生命短縮行為につながる傷害行為を繰り返し、最終的に與志廣を死亡させたことに基づく、故意による共同不法行為責任を理由として、また與志廣の死亡

後、死因について虚偽の解剖報告を行い、且つ裁判所の証拠保全の際にカルテを書き換えるなどの行為を行った MM を含む被告らについても共同不法行為責任を理由として、與志廣が蒙った慰謝料及び與志廣の相続人である原告らが支出した事案解明費用、慰謝料及び弁護士費用の損害賠償を請求している事案である。

第 2 争いのない事実等

不法行為関係主張整理書面（以下「主張整理書面」という）記載の事実関係について、平成 13 年 12 月 20 日に当事者間に争いがないことが確定している。

第 3 争点

(1) 胃癌手術の不法行為

NJ は、平成 5 年 12 月 24 日実施の胃癌手術において第 2 群リンパ節郭清を実施していたか。

(2) 経過観察の不法行為

人間ドック検査結果により平成 8 年 12 月 18 日予定検査を中止したことが相当であったか。

(3) 肝切除の不法行為

被告らが、肝切除術の実施にあたり、術前に原告らに説明した内容が真実であったか（被告らが術前に説明義務を尽くしていたと認められるか）。原告らが行った手術同意は有効か。

與志廣に肝切除術の適応があったか。

肝切除術は適切に行われたか（術中に発生した大量出血の原因は何か）。

肝切除術の実施は全体として故意による不法行為を構成するか。

(4) 術後経過中の不法行為

術後経過中の被告らの措置に違法又は不適切な行為があったか（被告らが意図的に治療レベルをダウンさせ、與志廣を傷害したか）。

(5) 病理解剖行為の不法行為

訴状記載の意図的な隠ぺい工作があったか。

(6) 損害及び因果関係

第4 争点に対する原告らの意見(主張及び証拠評価)

1 胃癌手術の不法行為

(1) NJの注意義務の根拠

與志廣の胃癌症例は、胃体中部後壁に位置し、直径4cm、a+c(表面隆起陥凹型)、ul3(潰瘍を伴う)、SM(胃粘膜下組織まで深達)あることが術前術中に診断されていた(訴状P12、被告準備書面(1)P3)。この症例の場合、早期胃癌と術中診断されても当時有効であった胃癌取扱規約改訂第12版(甲第36号証)P46-47に定義された第2群までのリンパ節(1番、3番、4番、5番、6番、7番、8a番、9番、11番)を郭清する標準手術を実施すべき注意義務がNJにあった(甲第20号証P147図8-15、「胃がんのリンパ節転移に対する外科処置の有効性」-甲第59号証解説・おわりを各参照)。

前者の胃癌取扱規約は、その序にみられるとおり、ガイドラインとしての性質上、医療行為が臨床効果、実施件数、安全性など種々の条件を満たした上で作成、発表されるものであって、多くの医師が作成に関与し、且つ、12回に亘る改訂を経てきていることが明らかであって、治療行為の合法性をはかる基準として明確なものであり、被告らも同規約を根拠として原告ら主張そのものは争っていない。

後者の甲59号証P2433は「転移が比較的早期より起こる所属リンパ節を郭清した場合の予後は表1のように良好であり、リンパ節転移の存在そのものが、予後不良を意味しない。術中肉眼的に転移が明らかに認識され得るリンパ節転移も存在するが、多くの場合、顕微鏡的診断を待たなければ、転移の有無は不明である。しかし、いったん、手術を終了すれば、その後に改めて行う、追加郭清は癒着などのために系統的に行うのは非常に困難になる。以上の理由により、リンパ節郭清は転移があるから行うのではなく、転移のある確率に従って行うことになる。」とし、その郭清程度について、「表2にみるごとく、第2群のリンパ節の数値は第3群に比して大きく、また、日本においては第2群郭清はほぼ安全に行い得ることから、第2群までの郭清は十分に有効であると推奨できる。」としているのであるから、客観的注意義務を基礎付ける医療水準としての意味をもつ。

(2) NJの注意義務違反

NJは、與志廣に対して1993年12月24日に実施した幽門側胃切除術において、進行胃癌(リンパ節転移あり(N+)、病変部のリンパ管侵襲高度(Iy-3)、胃壁進達度筋層まで(T2))を早期胃癌(リンパ節転移なし(N0)、胃壁進達度粘膜下組織まで(T1))と誤

診し、進行胃癌に対して実施すべきであった第 2 群までのリンパ節郭清(標準手術)を怠った(訴状 P12～14、甲第 3 号証、準備書面(11)3 損害及び因果関係)。

(3) 損害及び因果関係

幽門側胃切除時の術者の胃癌進行度診断は「T1, N0, P0, H0, M0=STAGE a」であった(甲第 3 号証加付 1)(ただし、T1 は誤診である)。胃癌取扱規約改訂第 12 版(甲第 36 号証)P32 の 6.a 手術的評価に、「肝転移腹膜転移、ならびに腹腔外転移なし(H0, P0, M0)(定義は同規約 P14 参照)、主病巣の胃壁浸達度が SS まで(T1, T2)(定義は同規約 P6、P70～71 参照)で、切除断端から 10mm 以内に癌浸潤なく、N0 または N1(定義は同規約 P10 参照)、でしかも D-number(定義は同規約 P30 参照)>N-number である、という条件のすべてをみたす場合を、根治度 A とする」と取り決めがあるので、與志廣の症例の場合、D-NUMBER>N-NUMBER 以外は根治度 A の条件を全て満たしていた。

しかし、NJ がリンパ節郭清を怠ったため、與志廣は根治度 A(根治度 A であれば甲第 3 号証資料 5 の通り、胃癌による 5 年間死亡率はわずか 1%である。)となる機会を奪われた。

被告らも平成 12 年 4 月 24 日付準備書面(1)P4 で「本件では第 2 群までのリンパ節郭清が行われている。すなわち、根治度 A である。なお、一般的知見としてはあるが、本件で「リンパ節郭清が行われなかった」のであれば、根治度は C である」としている。根治度 C の場合の生存率が 5 年間でわずか 6.2%であること(甲第 3 号証中の資料 5P20)に照らすと、第 2 群までのリンパ節郭清実施の有無と胃癌転移発症の有無に医学水準に照らして明確な因果関係があることは積極的に争わない趣旨であると認められよう。

郭清しなかったリンパ節に残存した胃癌細胞は増殖し、リンパ節転移が広がった(傍大動脈、傍大静脈、後腹膜、気管分岐部、肺門部への転移はリンパ行性であるとの TY 鑑定人の証言(鑑定人調書 P12))。さらに胃癌細胞はリンパ行転移で犯された組織から二次的に血行を介して肝臓と肺に転移した可能性が高い(平成 15 年 2 月 17 日付原告準備書面(11)P6)。こうして與志廣は幽門側胃切除術から 3 年 4 ヶ月経過した平成 9 年 3 月の時点で余命 13 ヶ月±9 ヶ月の末期癌に追い込まれる損害を被った。平成 9 年 3 月時点で與志廣は末期胃癌以外に病変はなく健康であったことから、適切な(少なくとも第 2 群までの)リンパ節郭清を実施し体内の胃癌細胞を取り切っていれば、同人は肝切除を受けることなく、存命した可能性が高い。

(4) 被告らの弁解(NJ 供述の評価)について

NJ は「第 1 群+7、8a、9 番リンパ節を郭清する縮小手術を実施した」と主張した(ただし、それは同人の陳述書(2)が最初である)(陳述書(2)P2～4、NJ 調書 P41～45、同 P50～51)。

しかし、被告らは第 1 群+7、8a、9 番リンパ節はおろかどれ一つとして部位を特定してリンパ節郭清を実施したとの確証を提示できていない。本来リンパ節郭清を実施していれば当然加へにリンパ節郭清の範囲を記録するはずであり(TY 鑑定人の証言調書、以下〔鑑定人調書〕P1～2)、本件で加へにリンパ節郭清の記録がない。同事実は NJ がリンパ節郭清を全く実施していない証拠であると理解すべきである。TY 鑑定人も手術経過並びに所見にリンパ節郭清の程度の記載がない事実を認めている(鑑定書 P2、鑑定人調書 P9)。

NJ は「與志廣の症例で第 1 群+7、8a、9 番リンパ節のみを郭清する縮小手術を実施することは当時の大学施設で許容された治療法である」と供述した(陳述書(2)P2～4、NJ 調書 P41～45、同 P50～51)。

しかし、NJ 調書 P44 に「定型手術というのは、早期癌であっても、SM であれば、2 群のリンパ節を郭清するというのは従来の考えです。それは間違いありません。」の供述部分が存することと甲第 20 号証 P147 図 8-15 の通り、進達度 SM の胃癌であれば、術中に肉眼でリンパ節転移を確認できなくとも、第 2 群までのリンパ節郭清をする標準手術を実施しなければならないことは当時の標準的な治療法であった(前述の NJ の注意義務の根拠を参照されたい)。

なお、平成 13 年 3 月に発刊された甲第 60 号証胃癌治療ガイドライン P9 で、「術前・術中に進達度 SM と診断され、術中にリンパ節転移がない(N0)と診断されれば縮小手術 B(第 1 群+7 番、8a 番、9 番のみの郭清)を実施してよい」との、NJ の尋問での供述に一見類似した解説があるが、同ガイドライン 2 に進達度の肉眼所見と組織所見差が少なくなるよう観察力を養う必要があると注記がある(NJ の如く T2 を T1 に誤診し、ly-3 を ly-0 に誤診するようなことがないよう注意喚起している)ことに留意されたい。甲第 20 号証 P148 左上と P150 表 8-9 の解説通り、與志廣の症例である a+ c (表面隆起陥凹型)の場合、病変部の大きさが進達度 M か SM に見えるほど小さくともリンパ管侵襲(ly)陽性である危険が高いため D2(第 2 群リンパ節郭清)標準手術を実施すべきであるとの解説があることから、與志廣の症例では胃癌治療ガイドラインあるいは当時の大学施設で許容された治療法に照らし合わせても、術

者に縮小手術でなく D2 標準手術を実施する注意義務がある。

リパ° 節郭清範囲にかかる被告らの主張が変遷していること

NJ 陳述書(2)が提出される以前において、被告らは一貫して「第 2 群までのリパ° 節郭清を行う標準手術を実施した。」と証拠を示さずに主張していた(被告準備書面(1)P3～4、同(2)P2～5、同(4)P3～6、同(5)P4～5、同(6)P1～3)。

ところが甲第 3 号証と原告準備書面(11)で第 2 群である 11 番リパ° 節郭清不実施の証拠の提示を受けると、NJ は、同陳述書(2)と尋問で何の証拠も示さず「第 1 群+7、8a、9 番リパ° 節を郭清する縮小手術を実施したが、11 番は郭清を省略した。」と主張を一転させている。察するに、NJ は第 2 群である 11 番リパ° 節郭清不実施の事実認定は動かせないと見て、その過失認定を誤魔化すために 2001 年 3 月に刊行された胃癌治療ガイドラインの縮小手術(縮小手術では 11 番リパ° 節は郭清しない)の解説通りに診断・リパ° 節郭清を実施したとの作り話を捏造したものであろう。

本訴訟の経過で被告らのリパ° 節郭清範囲の主張が変遷している事実は、被告らの主張が嘘であることを明示している。

(5) TY 鑑定人の鑑定意見及び同証言に対する評価

TY 鑑定人の「(11 番リパ° 節は不明だがその他の)第 2 群までのリパ° 節郭清は実施されている」との鑑定について(鑑定書 P1～5)

TY 鑑定人が第 2 群までのリパ° 節郭清を実施したと結論付けた唯一の根拠である手術記録にある左胃動脈の切離の位置が根部であることを、尋問で TY 鑑定人(鑑定人調書 P6～8 と別紙 1)だけでなく NJ 本人(NJ 調書 P41～42 と別紙 1)でさえ同記録で示せなかった。TY 鑑定人は左胃動脈を根部で切り離したものと事実誤認をして、第 2 群までのリパ° 節郭清を実施したとの誤った鑑定結果を導いたものである(原告準備書面(11)P2～3)。

なお、第 2 群まで(第 1 群+7 番、8a 番、9 番も同じ)のリパ° 節郭清を実施するために左胃動脈の切離位置を根部にすることは、7 番と 9 番のリパ° 節が同部位に位置するため、必須である(原告準備書面(11)P2)。

TY 鑑定人の「第 2 群である 11 番リパ° 節の一部の郭清を省略することは許容される」との鑑定意見について(鑑定書 P4、鑑定人調書 P9)

TY 鑑定人は「11 番リパ° 節については術中 N0(肉眼的にリパ° 節転移はない)と判断すれば、脾動脈根部周囲の郭清は行っても、(脾尾部末端に至るまでの脾動脈に沿った領域の郭清は完全に行わないこともある。)」(鑑定書 P4)と述べ、N0 であっても

11 番リンパ節根部周辺(腹腔動脈側)の郭清は必須であるとの鑑定意見を述べられる。

NJ 本人でさえ被告側代理人による尋問で NO と術者が判断しても 11 番リンパ節の腹腔動脈側の郭清の必要性は認めている(NJ 調書 P50)。さらに胃癌取扱規約改定 13 版(甲第 37 号証)P7～9 は 11p(脾動脈幹リンパ節=11 番リンパ節腹腔動脈側の同義)を標準手術で郭清すべき第 2 群リンパ節と取り決めており、甲第 34 号証 P22(図 11)～23 は「腫瘍が体中部後壁(與志廣の胃癌の位置)に及ぶ場合は、この(後胃)動脈に沿うリンパ節の郭清も必要になる。」と解説している(P7 後胃動脈にも同様の解説)。

以上からすると、與志廣の症例の場合、当時の一般的医療水準である胃癌取扱規約改定第 12 版に沿えば 11 番リンパ節を全て郭清すべきであった(同規約第 13 版に基づく現時点の医療水準に沿ったとしても或いは術者が術中に肉眼で NO と判断し縮小手術を志向したとしても、11 番リンパ節の内少なくとも腹腔動脈側と後胃動脈周辺を郭清する注意義務があることは明らかである)。

TY 鑑定人の「術者が胃切除標本からリンパ節を摘出する際、直径 1-2mm のリンパ節を見落とすことがありえるので、病理科にリンパ節を一つも提出しなかった事実は術者がリンパ節郭清を実施しなかった証拠にはならない」との見解について(鑑定書 P3、鑑定人調書 P2～4)

正常なリンパ節の大きさは平均 5.71mm(甲第 34 号証 P13 表 3 と解説)であるが、TY 鑑定人は 1-2mm であると過小に証言している(鑑定人調書 P3)。

リンパ節の周囲組織との識別の方法として、術中であればリンパ流への微粒子活性炭注入による点墨(甲第 22 号証 P852 図 2)があり、術後であればメレンブルー加ホルマリン液による青染(甲第 20 号証 P114、6 の解説)があるので、施設が整った大学病院で術者がリンパ節を周囲組織と識別できず摘出できない事態はありえない。第 2 群までのリンパ節郭清を実施すれば平均 41 個のリンパ節が認められ、微小リンパ節を上記方法で青染させればさらに平均 17 個のリンパ節が採取できる(甲第 20 号証 P114、6 の解説)はずである。術者が第 1 群+ αあるいは第 2 群のリンパ節郭清をしたものの病理検査用に摘出できたリンパ節は一つもなかったとの被告の供述は信用できない。病理科にリンパ節を一つも提出しなかった事実は、術者がリンパ節を全く郭清しなかった証拠と見なすべきである。

—————以下余白—————

2 経過観察における不法行為

(1) NJ の注意義務

NJ は主治医であるので、当然適切な時期において CT 検査、超音波検査、腫瘍マーカー検査等を行って転移を早期に発見すべき診療契約に基づく注意義務があった

即ち、平成 9 年 2 月から同年 4 月までの 2 か月間に肝右葉後区域の腫瘍は直径 40mm で変化がないこと(鑑定人調書 11 頁)からすれば、平成 9 年 2 月の 2 か月前である平成 8 年 12 月には肝右葉後区域の腫瘍は超音波検査で十分発見可能な大きさであったと考えられ、NJ が平成 8 年 12 月 18 日に予定していた超音波検査・腫瘍マーカー検査を実施していれば肝右葉後区域の腫瘍は発見できたものであると考えられる。更に、胃癌手術の項で詳細に述べたように、NJ は胃癌手術において必要なリンパ節郭清を怠って與志廣に再発・転移が起きる可能性が高い状態に置いたのであり、胃癌再発に特異的な腫瘍マーカーである STN 抗原が異常値を示していたのであるから(甲第 5 号証。甲第 16 号証, 1-248, 249, 276)、一層上記各検査を実施する必要性が高かったものである。

なお、TY 鑑定人は、平成 8 年 12 月の時点で CT 検査を実施すべき義務があったとまでは言えない旨証言されるが(証言調書 46, 47 頁)、NJ が胃癌手術の際にリンパ節郭清を怠ったため與志廣の根治度が C になったことを考えれば、NJ は與志廣に対し CT 検査を含む上記各検査を実施すべき義務があったことは明らかである。

(2) NJ の義務違反

NJ は、胃癌手術後の経過観察として、平成 8 年 12 月 18 日に予定された超音波検査、腫瘍マーカー検査を実施し、更に CT 検査を合わせて実施する義務があったのにこれを怠り、予定していた超音波検査・腫瘍マーカー検査を中止し、CT 検査を実施せず、その結果與志廣に胃癌が再発・転移したことを見逃した。

(3) 損害及び因果関係

NJ の前記義務違反により、與志廣の胃癌は転移し、手遅れの状態に至った。TY 鑑定人は、平成 8 年 12 月に CT 検査を実施していれば與志廣に発症していたリンパ節転移が発見でき、全身化学療法等の治療法が講じられた可能性を認めている(鑑定人調書 11, 12 頁, 30-33 頁)。

(4) 被告らの弁解(人間ドック検査結果の評価)について

被告らは、「平成 8 年 12 月 18 日に與志廣が異常なしとの人間ドック検査結果を持参したから予定した検査を中止した。」と主張し、NJ 陳述書(2)(乙第 6 号証)6 頁には、

「患者さんは 1996 年 12 月も定期人間ドックを受診しており、その結果は『腹部超音波検査を含めて、癌再発に関する所見は何ら指摘されていない。』と記載されており、[後略]」旨の記述がある。

しかし、人間ドック検査は一般的な検査が中心であり、胃がん再発の発見を目的としてはいない。両者は明らかに目的が異なる。仙台地裁昭和 56 年 3 月 18 日判決（判タ 443 号 124 頁）は、人間ドック検査について「いわゆる人間ドック診療契約は、受診者が何らかの疾病の自覚症状がない場合でも、成人病等の早期発見のため病院ないし医師に医学的検査、診察を依頼し、病院ないし医師は右依頼により諸検査を施行し、その検査結果に基づいて受診者に何らかの疾病もしくは身体的障害を発見した場合はその内容を報告して適切な治療上の指導を行い、或いは受診者の健康管理等に資するため適切な日常生活上の指導を行うことを内容とする診療契約と解するのが相当である。」としている。また、大阪地裁昭和 63 年 8 月 19 日判決（判タ 686 号 231 頁）は「人間ドック検診は、受診者の全体像を診て異常があるならその旨の警告を送るものにすぎず、特定の症状に対する精密検査あるいは治療を目的とするものではない」としている。—裁判例の引用はリーガルベースによる。—

この点に関して、被告らが主張する人間ドック検査結果とは、甲第 4 号証の 5「検査成績表」である。これを見れば一目瞭然であるが、NJ 陳述書が言う「癌再発に関する所見」などは、そこには一切記述されていない。そもそも癌再発に関する検査（腫瘍マーカー検査等）は行われていないのであるから、これを代替検査として位置づけることなど到底できない話である。さらに、與志廣が受けた人間ドックの検査年月日は「96 年 11 月 12 日」であるので、NJ 陳述書とは 1 か月のずれがある。人間ドック検査が検査日当日の健康状態を示すに過ぎないことは公知の事実であるから、被告らの弁解を判断するうえで、この点は到底看過できないものである。

以上により、與志廣が人間ドックの検査結果を NJ に見せていたとしても、胃がん手術後の経過観察として極めて重要な検査を省略する理由にはならないものというべきである。人間ドック検査結果に関する被告らの主張及び NJ 陳述書の記述は責任逃れのための虚偽主張であると断るべきである。

—————以下余白—————

3 肝切除術の不法行為

(1) 原告らの主張の要約

被告らの注意義務

MM を除く被告らは、與志廣及び原告らに対して、当時の医療水準に基づき、與志廣に対する医療行為を選択し実施すべき注意義務があった。医療行為の選択にあたっては、治療方法について適切な情報を正確に提供し、十分に説明を行って、患者側に熟慮し判断する機会を与えながら治療方針を決定すべき診療契約（準委任契約）及び医師法 23 条に基づく説明義務があった（甲第 27 号証 76 頁）。MM は、原告らとの病理解剖契約に基づき、肝切除術の実態を事後的に正確に原告らに対して報告するべき注意義務があった。

被告らの義務違反

MM を除く被告らは、胃癌再発当時、與志廣がさしたる自覚症状も主訴もない状態であったにも関わらず、当初から肝切除術を実施する目的を秘したまま被告大学 OH 病院への入院を検査のためと称してこれを指示したうえ、肝臓を除く他臓器への遠隔転移が生じてしまった状態では積極的に肝臓がんを切除することによるメリットよりも大出血の可能性及びそれにより生じることになる死の危険性によるデメリットの方が明らかに大きい状態であったこと、特に本件肝切除の対象となった部位は下大静脈等の大血管が集中している箇所であって、手術による大出血の危険性が極めて高かったことが判明していたにも関わらずこれらの事実を秘しただけでなく、卵大の腫瘍がいつ破裂して大出血や肺塞栓を起こすかも知れないなどと積極的に虚偽の事実を述べて與志廣及び原告らの危機感をあおりながら、他方においては、検討しうる他の治療法によるよりもあたかも肝切除術によった方が死期の到来が遅くなるかのように誤信させるための虚偽説明を行い、あたかも延命効果があるかのように與志廣及び原告らを錯誤に陥らせて、無効な手術同意を取り付けて肝切除術を実施し、もって、肝切除術には期待できる治療効果はないばかりか大量出血を起こして死亡する危険性が高いものであることを熟知しながら、與志廣に対し肝切除術を実施した。

MM は、原告らに対して虚偽の病理解剖報告を行い、もって事後的に他被告らの不法行為を幫助した。MM と他被告らの行為は客観的関連共同性がある。

損害及び因果関係

與志廣は、肝切除の術中に、肝動脈を損傷する等の MM を除く被告らの行為によ

って大量出血を起こし、出血性ショック及び術後肝不全に基づく多臓器不全を起こし死亡した。

(2) 故意による不法行為

本件の核心は、MM を除く被告らにより画策及び敢行された故意不法行為である。以下、[1] 與志廣が手術適応の状態になかったこと、[2]術前説明と同意、[3]肝切除術における大量出血、[4]肝切除術と死亡との因果関係、[5]被告らの計画性、[6]責任の順で詳細に述べる。なお、原告らの主張については、本項に記載した他、主張整理書面及び原告ら平成 14 年 7 月 31 日付準備書面(7)3 頁以下を参照されたい。

[1] 與志廣が手術適応の状態になかったこと

肝転移癌に対する肝切除術の適応は、原発性肝癌に対する基準に習い、一般に次の基準を満たすことが必要とされている。これは KH 自身が論文（甲第 7 号証 190 頁）に明記しているところでもある。

- ア 原発巣がコントロールされていること
- イ 手術が安全に実施できること
- ウ 他の臓器に転移がないこと
- エ 肝臓内の腫瘍が全部取りきれること

MM を除くその余の被告らは、與志廣に対して術前行った腹部超音波検査(2 月 24 日、4 月 7 日)、腹部 CT 検査(3 月 14 日、4 月 11 日)、肝動脈血管造影検査(DSA 検査・4 月 7 日)により、次の事実を把握していた（当事者間に争いが無い）。（参考のため、争いのない事実の根拠となる検査結果のうち主要なものを[]内に記載する。）

- a 肝臓全体に直径 10mm ないし 5mm の転移癌が多発的に発症している。転移癌は肝臓左右両葉の 8 つの亜区域全部に発症している。胃癌からの転移であると考えられる。

[3/14CT 画像診断レポート・甲第 16 号証, 1-98]

- b 右葉後区域には、主に上部(S7)一部下部(S6)にかかる形で、直径 33×34mm の腫瘍を中心にしてその周囲に同 20mm、同 18mm、同 10mm 等の腫瘍が一団となって存在する。(以下、この右葉後区域に存する数個の腫瘍の一団を「主病巣」という。)主病巣は右葉後区域に隣接する尾状葉下大静脈部及び尾状葉突起部にも及んでいる。

[4/7 超音波検査レポート 甲第 16 号証, 1-283]

- c 主病巣は、下大静脈、門脈右枝、右肝静脈の 3 本の血管に挟まれ、3 本の血管が主病巣にからみつくような状態になっている。主病巣は下大静脈に浸潤している。

[3/14・4/11CT 画像 甲第 18 号証、甲第 16 号証, 1-268]

- d 右肝動脈から主病巣に向けて複数の腫瘍血管(腫瘍が自分を栄養するために造った血管)が延びている。

[4/7DSA 検査 甲第 16 号証, 1-121 中央の写真]

- e 左葉内側区域には、直径 30mm の腫瘍が存在する。

[4/7DSA 検査 甲第 18 号証, DSA・TAE-5 下の写真, 同-7 下の写真]

- f 脾臓に癌転移が認められる。左右副腎も腫脹し、癌転移が疑われる。

[3/14・4/11CT 画像診断レポート 甲第 16 号証, 1-98, 4-18]

- j 腹部大動脈周囲リンパ節、脾臓後部の腸間膜根部リンパ節、脾動脈後方のリンパ節、肝門部リンパ節に転移が認められる。

[3/14・4/11CT 画像診断レポート 甲第 16 号証, 1-98, 4-18]

以上のとおり、本件では、術前検査結果から、主病巣は 3 本の大血管にからみつく形で存在し、下大静脈に浸潤しているから、主病巣を対象とする手術を実施すると血管損傷による大出血を起こし術中死・術後死を発生させる危険性が高く、肝臓全体に多発的に腫瘍転移があり、右葉後区域に主病巣があり、左葉内側区域にも比較的大きな腫瘍が存在するから肝臓内の腫瘍を取りきることは不可能であった。また、肝臓以外の臓器にも転移があり、リンパ節転移も存在した。従って、上記手術適応要件のうち、イウエの各要件を満たさなかったことから、與志廣には肝切除術の適応がないことは明らかであった。

TY 鑑定人の鑑定意見

TY 鑑定人は、本件において肝切除術には期待できる効果はなく腫瘍の存在部位から出血の危険性が極めて高いとして手術適応がないことを明言するとともに、後述のとおり、被告らが主張する補助療法の効果を上げる目的及び QOL を向上させる目的も手術を正当化しえないことを鑑定人自身の確信的意見として述べている。また、原告らが鑑定意見を求めた WA 大学 MS 博士(以下「MS 博士」という。)も、本件手術に適応はなく招来される危険性は容認し難いと断言された。いずれも重要であるので該当部分を以下に引用する。

[TY 鑑定人鑑定書]

一般に外科治療の適応、すなわちその治療を行うことが適切であるかどうかを考える際の基本的かつ単純な基準は、それによって得られる利益と予想される危険性とを勘案し、利益の方が大きいと判断した場合にその治療法を選択するということである。癌患者に対して生命予後の改善を目的として外科治療を考える場合は、まず手術によりすべての腫瘍をとりきれるか、つまり根治手術が可能かどうか適応の決め手になる。一方、根治手術が不可能な場合でも、ある種の癌に対して減量手術が効果的な場合もある。減量手術とは腫瘍の主なものを切除し、残存した腫瘍に対しては焼灼術や、抗癌剤、放射線など他の治療で対処しようとするものであるが、減量手術が適応となるには切除以外のこれらの治療法が残存腫瘍に対して有効に作用することが期待できるという前提条件が不可欠である。本症例では、胃癌の多発性肝転移であり、減量手術としての肝切除と MCT という治療法により、多発性肝腫瘍の肉眼的完全除去を期待することはできる。しかし最大の問題点は、肝外病変として 14、16 番のリンパ節転移が画像検査で指摘されており、さらに遠隔へのリンパ行性転移の存在が強く疑われることである。そしてこのような転移巣には全身性の抗癌剤投与による化学療法が残された治療法と思われるが、一般に胃癌は化学療法に対して抵抗性を示すことが多く、医学通念的には残存するリンパ節転移に対する化学療法の有効性を大きく期待することはできない。一方、予定されていた肝切除と MCT を併用した手術は侵襲が大きく、出血や肝不全などの危険性もある。従って、結論的には、期待される効果と危険性とを考えると、本症例には肝切除の適応はないと判断するのが一般的な考え方だと思われる。もし、他に患者を救う有効な方法はないためわずかな可能性にかけて積極的な治療を行うという方針であるならば、危険性に比べて期待される効果が得られる可能性は極めて低いことを術前に十分説明する必要がある。(12,13 頁)

[TY 鑑定人証言・() は調書の頁]

原告代理人質問 (以下表示を省略)

じゃ、その前提でお尋ねします。ここに書いておきましたけれども、最大の問題点というのは、もう明確に鑑定書に書いてございますが、それ以外に、問題点というのはあるんでしょうか。

TY 鑑定人 (以下表示を省略)

当然、治療法としての肝切除というのは、非常に侵襲が高い、大きい手術であると。当然、出血の危険性とか、術後肝不全の危険性もあると。ですから、非常に侵襲が高い治療法であると。それが、それを行なう上で、根治手術でないのにそういった治療法を行なうという点が一つの問題点であろうと。同じことになるんですが。(下線は原告らによる。以下同)
おっしゃりたい趣旨はそういうところですね。

はい。

非常に侵襲が高いと。侵襲が高いことで、具体的に何を心配されるわけですか。

肝切除の場合は、術中の出血量が、この症例のように、5l とか 10l に及ぶこともあります。当然、それが原因で術中に亡くなると。又は、術後、早期に亡くなるということも、私自身も経験しております。だから、出血というのは、肝切除に特有の、非常に大きな危険性だというふうに言えます。(以上 14,15 頁)

原告代理人質問

11 番、仮定の質問ですけれども、脾臓転移とか両副腎腫大、先ほど質問しておりますけれども、その部分に言及していないとすれば、これは術前説明としては問題ですか。

副腎の腫大の意味については、私自身はよく思い当たるところはないんですが、脾臓の転移については、こういった胃癌とか、まあ、消化器系の癌が脾臓に転移するというのは非常にまれな状態であると思います。逆に、脾臓に転移するということは、それだけ全身性に転移が広がっていると判断するべきではないかと思います。ですから、そういう意味では、病状の説明としては、お話をすべきではなかったかと。する必要があったと思います。(以上 18 頁)

原告代理人質問

これについての御意見ですが、いかがですか。

今お話ししましたように、まあ、ここでは癒着のことも書いてあるんですが、癒着に関しては、当然、この主治医の先生も術前から予測されていたと思うんですが、むしろ、その肝切除の侵襲とか危険性は、非常

に癒着の剥離とかそういう操作よりも大きなものであって、かなり危険性を覚悟して行なわないといけない手術だと思います。そういう意味で、逆に、この手術を減量手術として位置づけて治療をやったとしても、その後の期待できる効果というのは、まあ、抗癌剤の、後でまたあると思うんですが、抗癌剤の有効性とも考えて、それほど大きな効果は期待できないと。まあ、そういうことから、私自身としては、切除手術を回避したほうがよかったのではないかというふうに考えています。(以上 19,20 頁)

被告ら代理人質問

それから、先生は、肝の手術をすることによって出血を起こす危険性があるというお話をされましたが、これは一般論として伺ってよろしいんですか。それとも、本件では、特に出血の危険性が高いというふうに先生はお考えなんですか。

一般論として、例えば、胃癌の手術とか大腸癌の手術に比べて、肝切除という手術は出血しやすいというのがあります。一つはですね。それから、その肝切除における出血も、例えば、腫瘍の存在部位とか、それから、その切除範囲、それによっても、出血の危険性は変わってくると思います。本件の場合は、後区域の、右肝静脈と IVC、下大静脈に非常に近接した部位にあると。そういう部位から考えると、出血の危険性は高いということと言えます。(以上 33 頁)

被告ら代理人質問

例えば、一般的なお考えでもよろしいと思うんですが、本件でも、肝についてはそれを目指したわけですね。減量して、減らして、MCT で焼くという方法を目指していますね。それをまず行なう目的というのは、要するに、それは根治が臨めるからやるということなんですか。それとも、本件のような、例えばリンパ節の腫大があって、転移が疑われるような状態の場合に、肝に対して、いわゆる減量手術、つまり、切除プラス MCT をやるということをやの意味なんですけれども、それは、患者さんの QOL の改善というものは、これは目指せないというふうに先生はお考えになっているんですか。つまり、本件で行なわれ

たような手術そのものによっては、患者さんの QOL の改善というのは、これは目指せないのではないかというふうにお考えなんでしょうか。

そうですね。といいますか、この患者さんの場合、もう一つ問題点は、この入院の時点でそれほど症状がないんですね、主訴がないんですね。痛みがあるとか、ないですよ。だから、あえて大きな危険性を冒してそういう症状を取りに行くという発想はないですよ、この患者さんの場合は。

ただ、例えばこの入院された時点で、画像上から判断される、これまでの既往歴、つまり胃癌がもとにあったという既往歴を前提として考えた場合、今後この患者さんがたどるコースというのは、ある程度、医学的に、予見可能なんではないですか。

そうですね。

そうすると、いずれにしても、亡くなるにしても、そのたどる過程の中で、この患者さんにとって、どういう、残された時間を過ごされるか、どういう過ごし方をするか、それは、NJ 先生という担当のドクターもおっしゃっておられることだと思うんですが、どういうふうな生き方、残された時間の使い方をするかということを考えた場合、選択肢として、挙げてはいけない手術なんでしょうか。

選択肢として、挙げるにはかなり下位に属する手術だと思うんですね。と言いますのは、今お話しされたように、一つ、余命から考えると、かなり厳しいと。それはもう NJ 先生もおっしゃってます。1 年は多分無理だろうと、常識的に考えますと。その間に、当然、末期のほうになれば、いろいろ症状が出てきます。ただ、それがいつ出てくるかははっきり分からない。ただ、この診断された時点で、その現時点では、特に症状はないわけですよ。じゃ、今おっしゃられた、その残された期間を 1 年と考えるならば、例えば手術、手術した結果はまあ悪かったんですが、特に積極的な治療もしないという一つの方法を取るとすれば、最初の 3、4 か月、楽に暮らせたかもしれない。同じような症状で。温泉にも行けたかもしれない。患者さんにお話しするとき、よく言うんですが、普通の生活が楽しめたかもしれない。ただ、そこに、最初の時点で、そういった、緩和してあげるべき症状がなかったわけですよ。で、将来的に

起こってくることは、当然、もう末期になれば、あるわけなんです、
そういうことを含めて、総合的に治療をする上で選択するとしたら、今
回の選択された治療というのは、余り妥当性がないんじゃないかと思う
わけですね。

これはもう、先生のお考えを伺っているんですが。

私の考えです。

そうすると、先生が例えばこういう患者さんをご覧になったときには、この
手術というのは、例えば、患者さんに提示される選択肢の中で、入れるという
ことはおやりにならないですか。

入れないですね。それと、この減量手術をやるという前提として、た
とえ、肝内の腫瘍が全部肉眼的に治療できたとしても、残ったリンパ節
に対しては、抗癌剤を必要とするわけですね。で、NJ 先生たちは、その
抗癌剤はかなり有効だろうという前提のもとで、この大きな侵襲のある
手術を考えられたと思うんですね。そうであれば、最初から、手術しな
いで、抗癌剤をやるという方法を考えるのが普通じゃないかなというふ
うに私は思うわけですね。逆に、抗癌剤の治療を、有効性のある程度評
価しているんならば、その抗癌剤の効果を高めるために肝切除が必要で
あったかどうかという考え方が逆にあると思うんですが、そこはかなり
否定的だと思うんですね。というのは、大きな手術をすれば、たとえ、
合併症がなくて、うまくいったとしても、1 か月、2 か月は回復にかか
りますよね。その時点で、抗癌剤の治療は遅れます。それから、合併症
が起これば、当然、治療までの期間は長くなる。それから、体力は低下
しますから、抗癌剤の副作用も強く出るかもしれない。そういったこと
を考えると、僕だったら、もう肝切除というのはなしで、最初から抗
癌剤を使うんじゃないかというふうに考えます。(以上 41-44 頁)

[MS 博士鑑定意見 (甲第 12 号証の 4、訳は甲第 12 号証の 1, 11, 12 頁)]

a. 本件手術に適応はあったか？

肝臓への胃癌の多発的な転移に肝切除術を試みたという先例は、極めて限ら
れた範囲の術後経過観察しかない事例報告 1 件を除いて、米国及び日本の医学
文献上存在しません。山口氏の生命を延ばす見込みが本当にあるというような

かなりの利益がもし仮にあれば、その時に限りこの処置に伴う危険性は正当化出来るでしょう。本件ではそうした見込みはなく、私は本件外科手術に適応はなかったと結論します。出血したり癌が崩れるのを予防するため腫瘍を取り除かなければならないという主張に関しては、私の経験及び文献上の知識に照らし、非常に非常に稀な状況を除けば、この種の転移性腫瘍が自然な経過で崩れたり出血を起こすことはありません。従ってこれは正しくない議論であり、送付された本件記録に記述されているような外科手術に根拠を与えるものではありません。本件手術に適応はなく、招来される危険性は容認し難いというのが私の結論です。

- b. 本件手術・術後になぜ出血が起きたか、その出血の原因は何か。

あらゆる肝臓手術には出血の危険が伴います。しかしながら、これら病巣の全てを措置しようとする本件手術計画は非常に過激で、甚だしく危険なものです。本件では外科医が措置しようとした部位の数と共に出血の危険性が増大し、さらにそれらの部位が記述の通りいくつかの血管に近接していたことから危険が増大したのです。

- c. 術中に外科手術の計画を変更したことに關して誤りを犯しているか。

手術の目標を変更すると決定したため、恐らくは手術の危険性や難しさが増し、さらに出血の危険性も増大したでしょう。しかし私の意見では、術中所見に基づき、時には手術計画を変更しなければならないこともあります。左葉に予想以上に病気の進行が及んでいるのが明らかになって、残存する正常肝は予想以上に少ないこと、術後肝不全を防ぐために出来る限りそれを残すように試みる必要があることを外科医たちは理解したのです。私が考えるに、本件過失の主要な点はそもそも外科手術に着手したことで、と言うのも私にはそうした処置に何らの利益も見いだせないからです。

以上に引用した TY 鑑定人の鑑定意見及び MS 博士の鑑定意見を要約すると、被告医師らが與志廣に計画し実施した肝切除術は期待できる治療効果がなく大量出血を起こす容認し難い危険性を有するものであり、與志廣に肝切除術の適応がなかったというものである。「一般に外科治療の適応、すなわちその治療を行うことが適切であるかどうかを考える際の基本的かつ単純な基準は、それによって得られる利益と予想される危険性とを勘案し、利益の方が大きいと判断した場合

にその治療法を選択するということである。」(TY 鑑定人鑑定書上記引用部分)に照らし、全く妥当な鑑定意見といえる。

なお、上記各鑑定意見は、当然根治術だけでなく補助療法の効果を上げるための手術や QOL 向上を目的とする手術を含む判断であるが、その趣旨は TY 鑑定人の証言内容(上記引用部分参照)から明らかであることを念のため付言する。

[2] 術前説明と同意

以上に指摘したとおり、本来であれば肝切除術は選択される可能性がほとんどない治療方針であったが、本件では、肝切除術が実施された。ここに本件不法行為の核心的問題点が存在する。通常であれば、被告らが與志廣及び原告らに対して行った説明内容が十分であったか否かが争点となるが、本件事案については、被告らが積極的に虚偽の説明を行ったかが争点である。

まず、MM を除く被告らが與志廣・原告らに行った術前説明及びそれに対する同意の経過として、当事者間に争いのない事実経過は以下のとおりであった(主張整理書面「5 肝切除術の不法行為 C 術前説明と同意」)。

なお、本項記載の事実は特記しない限り平成 9 年である。

記

3 月 27 日 NJ は、與志廣に対し、検査結果を説明し、入院を指示した。このとき、NJ は、「肝臓の影は血管腫(良性腫瘍の一種)でとりあえず手術が必要かも知れませんが。3 月 31 日から 2,3 週間入院してもらい、検査して治療方針を決めます。」と述べた。

3 月 29 日 NJ は、信恭、雷太に対し、検査結果を説明した。このとき、NJ は、「肝臓の右葉に卵大の影があり胃癌から転移した肝臓癌と思われる。肝臓の他の個所にも影が点在し、癌と思われる。6 ヶ月前の検査では発見できなかったものがこれだけ大きくなるとは悪質の進行癌である。」と述べた。

3 月 31 日 與志廣は、OH 病院第 3 外科に入院した。

4 月 12 日 NJ は、幸代、雄仁、信恭、雷太に検査結果・治療方針を説明した。ここで NJ は 6 通りの選択肢を挙げた。

4 月 13 日 幸代は、同意の手紙を NJ に渡した。

4 月 16 日 NJ は、與志廣、幸代、雄仁に検査結果・治療方針を説明した。説明終了後、與志廣らは手術承諾書を提出した。

4月18日 KHは、幸代に検査結果・治療方針を説明した。

4月12日の術前説明にかかる原告らの主張は、下記のとおりである。

記

NJは、幸代、雄仁、信恭、雷太を相手に次の内容の術前説明を行い、與志廣および原告らを肝切除術同意へ誘導した。

NJ「腫瘍は胃癌からの転移と思われる肝臓癌。右葉に一つ卵大にまで大きくなっているものがあり、他に数個の小さな癌が肝臓内に点在している。このまま放置すると卵大の腫瘍が破裂し大出血を起こすかも知れない。卵大の腫瘍が崩れて動脈を通して肺塞栓を起こすことも考えられる。原発である胃での再発はない。確定的なことは言えないが、余命は13か月±9か月である。治療の選択肢としては、ア・手術による右葉切除と小さな腫瘍のMCT、イ・開腹手術の上MCTを徹底的に行う、ウ・体の外側から針を刺しMCTを行う、エ・TAE（動脈塞栓術）、オ・全身に抗癌剤投与、カ・何も治療をしない、がある。これはこの順に治療効果が大きいが患者さんへの負担が大きくなると理解してほしい。

手術による右葉切除と小さな腫瘍のMCTは、卵大の腫瘍がある右葉を切除し、左葉に残る小さな腫瘍をマイクロ波で熱凝固させるものである。これで識別できる腫瘍は全て根治できる。

肝臓の専門医であるKHとも相談したが、これは切れる癌だと判断した。手術自体のリスクはあるが、肝不全の心配は少なく、左葉切除より出血は少ない。手術は6時間位で終わり、2,3日集中治療室に入るが、2週間で自分で起きれるようになる。手術をしても不幸にして13か月で亡くなるということはある。しかし、手術をしなくて手術をしたときより長生きできるということはない。」

質問「肝臓以外への転移はなかったか。」

NJ「発見されていない。さもないければ最良の治療法として切除手術を薦めない。」

質問「説明を伺って最良の選択は手術であると理解したが、最短でいつ受けられるか。」

NJ「4月28日が一番早いケースになる。もしかしたら21日にできるかも知れない。

前向きの治療に耐えてもらい、22か月が最長寿命と言ったが、これをますます伸ばして行きたい。進行の早い癌なので積極的な治療を希望するのであれば、早い方がよい。」

原告らが援用する証拠と認定されるべき事実

ア 4月12日の術前説明について原告らが援用する証拠は次のとおりである。

甲第9号証（確定日付経過メモ）5/16付2丁以下、7/1付3丁以下

甲第16号証（カルテ等綴り）1-38 [NJの説明メモ]

甲第32号証（雷太陳述書）9頁以下

甲第33号証（雷太備忘録）3頁以下

甲第39号証（雷太陳述書2）第3項、第4項

甲第40号証（信恭陳述書）問答20ないし問答33

甲第43号証（証拠保全提出説明書）第6項

原告山口雷太本人尋問の結果

原告山口信恭本人尋問の結果

イ ア掲記の各証拠により、4月12日の術前説明の詳細は次のとおり認定されるべきである。

4月12日（土）午後0時30分頃、OH病院第3外科外来にて、NJと幸代、雄仁、信恭、雷太との面談が行われた。NJは、明かりのついたシャーカステンにCT写真1枚を取り付けてから、次のとおり説明した。

「與志廣さんに入院して頂いて精密検査をした結果、肝臓の影は胃癌が原発の転移性肝癌であることが確定しました。内1つは卵大にまで大きくなっており、また小さな癌が肝臓全体に点在しています。卵大の癌の中では血液が流れていないようなのですすでに壊死を起こしているかもしれません。このまま放っておけば卵大の腫瘍が破裂して大出血が起きる可能性があります。また病変部が崩れてこれが下大静脈の血流に乗り心臓を経由して肺の動脈を詰まらせ肺塞栓を引き起こす危険もあります。卵大の腫瘍の破裂が起きれば、これは大出血なので緊急手術でも間に合わず、もう手の施しようがありません。まあこれは今すぐ起こるわけではありませんが、山口さんの癌の進行のスピードからして、近い将来起きる心配があります。通常胃から肝臓への癌の転移は血液を介して進むので、血液中には癌細胞が拡散していることになり、これはもう現在の医学では取れません。画像検査で発見されなくとも他に転移している可能性は否定できなくなります。」

「これから各種の治療法を紹介しますが、この順番で治療効果が大きいものの患者さんの負担とリスクも大きいと理解して下さい。まず第 1 の選択肢として手術があります。術式は肝臓の右半分、右葉と言いますが、の切除です。残った左半分にチューブを入れて抗癌剤を注入することもあります。また MCT という治療法で残った肝臓の腫瘍を熱凝固すればさらに手術の効果を上げます。MCT は電子レンジと同じ原理で電磁波で腫瘍を焼く治療法です。開腹して MCT を行えば直接病変部に措置できるので正確性が増しますし、正常な肝細胞へのダメージは少なくて済みます。手術と併用するなら抗癌剤療法より MCT の方がよいでしょう。第 2 は手術で開腹の上で MCT を徹底的に行う方法です。第 3 は体の外側から針を刺し MCT を行う方法です。第 4 は TAE 別名では肝動脈塞栓術といい、癌細胞に栄養と酸素を補給している動脈をふさぐ方法です。肝臓の正常な細胞は肝動脈と門脈の 2 つから血流を受けていますが、癌細胞は肝動脈のみから血流を受けているという解剖学上の違いを利用した治療法です。ただこの治療法には肝機能障害の副作用の心配があります。第 5 は全身に抗癌剤を投与する治療法です。第 6 は何も治療しないことです。肝臓癌の自覚症状が出てくるのは暫く先のことだと思います。残った人生を満喫したいとご本人が希望するのであれば、医師としてはこの希望を尊重したいと思います。もし民間療法を受けたいということであれば、それも良いと思います。ただ確定的なことは言えませんが、この病状で余命は 13 カ月プラスマイナス 9 カ月、つまり最悪で 4 ヶ月うまく行って 22 ヶ月です。」

この説明に続き、次のやりとりが行われた。(発言者を冒頭に記す。)

信恭「各治療で本人の負担がどのくらいか教えて下さい。」

NJ「手術では 3 ヶ月入院してもらいます。退院は夏になります。負担が大きいので体力が落ちます。開腹した上での MCT の場合、入院期間は 1 ヶ月です。体力は落ちません。外からの MCT では入院は 3 週間です。血管造影では 1 週間。全身化学療法なら明日にでも退院できます。」

雷太「精密検査で肝臓以外に転移は見つからなかったのでしょうか。」

NJ「発見されていません。さもないと最良の選択肢として手術を勧めません。」

信恭「それぞれの治療法の効果を具体的に教えて下さい。」

NJ「まず MCT から話しましょう。この治療法は熱を発するのですが、お父さんの肝臓の大きな腫瘍は場所的に静脈の大血管に近く、この血管付近で熱を加えるわけにはいけないので、腫瘍は焼き切れません。なので破裂の問題は解決できません。体の外からの MCT ではなおさらコントロールが難しくなります。肝動脈をつめる治療法では腫瘍が小さくなるあるいは変わらない確率は 40% です。癌は放っておけば成長しますから、大きさが変わらないというのは治療効果があると見なしています。この治療法は肝機能障害を引き起こす危険が 20% の確率であります。20% というのは私たちから見て少ない数値ですが、全身化学療法では薬が強い場合、副作用が起きる可能性があります。」

NJ「次に手術ですが、肝臓外科が専門の KH と相談しましたが、これは切れる癌だと言っておりました。肝細胞癌では肝硬変から派生する 경우가多く、残肝機能が落ちていきますので切除法が限られますが、山口さんの場合、転移性肝癌であり、癌以外の部分の肝臓の機能は正常なので切除法の選択肢が広い。麻酔などの手術自体のリスクはありますが、高齢者とはいえご本人に体力があり、胃癌の手術実績があるから問題ないだろうと判断しています。左葉を切る場合胆管再建をせねばならず術式が難しくなる上に出血のリスクがありますが、今回の手術は右葉なのでこの心配はありません。手術自体は 6 時間位で終わります。2,3 日間予後を見るために集中治療室に入ってもらいますが、その後一般病棟に移れます。術後 2 週間ほどで自分で寝起きできるほどに体力が回復し、食事できるようになります。現在の医療の技術水準では直径 5 ミリ以上の腫瘍を識別することができるので、これらは全て根治できます。ただ逆に言うと直径 5 ミリ未満の腫瘍は見逃すことがあり、手術後これが大きくなって肝癌が再発するリスクはあります。また術前検査で発見できなかった肝外の転移が開腹して発見されれば、ご本人には痛い思いをさせましたが、手術の意味がありませんので、肝臓に手をつけずにそのままお腹を閉じることもあり得ます。画像検査はどうしても不正確さがつきまとうのです。この場合はご了承下さい。」

信恭「手術のデメリットを念のためもっと詳しく教えて下さい。」

NJ「患者さんの負担が選択肢の中で一番重いことです。具体的には 6 時間の手術、3 日間の集中治療室、14 日間の寝たきりによる体力の消耗です。でも逆に言えばこれを乗り越えれば術後約 2 週間で食事ができ、自分で歩けるようにな

り、3 カ月で退院でき普通の生活に戻れるのでそれまでの辛抱と言えます。手術をしても不幸にして 13 カ月で亡くなるケースはありますが、手術をしない場合の方がした場合より長生きするということはけっしてありません。手術直後は厳しいですが、これ乗り越えて最長 22 ヶ月と言った余命をさらに延ばしていける期待が持てる手術に患者さんご家族が私たちとともに前向きに取り組んで下さればありがたいと思います。」

雄仁「失礼な質問ですが、他の医療機関に行けば別のより効果のある治療を受けられるということはありませんか。実は親戚にがんセンターで十数年前に肝臓癌で肝切除を受け、今でも元気にいるという人がいます。」

NJ「ご希望であればカルテを全てお貸ししますので、他の医療機関で相談して下さい。国立がんセンターの肝臓外科チームであれば手術をすると思いますが、消化器外科チームではないと思います。」

雷太「マスコミの言う一般的なことなので父に該当しないかもしれませんが、新聞で肝臓に対するエタノール療法の紹介記事を読みました。これは治療の選択肢に入らないのでしょうか。」

NJ「エタノール療法は小さな癌で 3 個以内の場合が適応です。お父さんの場合は適応外です。」

NJ「ご家族としては心配で聞きたいことは山ほどあるでしょうが、與志廣さんの病状を診断するために膨大なカルテと写真があり、また 1 つ 1 つの治療法にしても奥が深く、全部ご説明したら 6 時間以上かかります。今までの説明でご家族でご相談頂き、治療の方向性が出たらその治療法についてさらに詳しくご説明したいと思います。」

信恭「先生のお話を伺って手術を受けるのが最良の選択肢と理解しました。もしお願いするとして最短でいつ受けることができるでしょうか。」

NJ「4 月 28 日の月曜日になると思います。もし早く手術の承諾をもらえれば一週間前の 21 日に入れられるかもしれません。これは手術室とスタッフの空き次第で、早い者勝ちですのでご理解下さい。進行の早い癌なので積極的な治療を希望なさるのであれば早い方が良いと思います。手術となれば執刀は KH が行いますが、私は與志廣さんの主治医として手術と術後の治療を責任をもって監督・指導します。KH とはいつも話し合っていますが、今後ともご家族への説明は私が窓口になります」

雷太「父はどんなに厳しいことがあっても自分には本当のことを全て言って欲しいと希望しております。肝臓癌のこととも言っております。お忙しいところ恐縮なのですが、父と私たちで受けたい治療法を決めたら、もう一度父に病状と治療法について説明して頂けませんか。」

NJ「分かりました。16 日朝 9 時にお話しましょう。」

以上で面談が終了した。

この NJ の術前説明を信じ、與志廣と原告らが肝切除 + MCT という治療法に同意したことはア掲記の各証拠に詳細に述べるとおりである。

4 月 12 日の術前説明の虚偽性について

4 月 12 日の NJ の術前説明は、以下に指摘するとおりほとんど一部始終が全て嘘であり、これは驚くべきことである。NJ は原告らを欺いて肝切除に同意するように仕向けたものであった。

a 肝切除術の効果

手術適応の項で検討したとおり、與志廣のように全身に転移が進んでいる症例では肝切除術に期待できる効果は存在しない。被告らは術前検査により十分その事実を認識していた。しかるに、NJ は、「肝切除術が最も効果が期待できる。」「手術をしない場合の方がした場合より長生きするということはけっしてありません。」と説明したのである。明らかな虚偽説明である。

b 肝切除術の危険性

手術適応の項で検討したとおり、右葉後区域 (S7,S6) の主病巣は 3 本の大血管に近接していて、主病巣摘出を目的とした肝切除術には大量出血を起こす高い危険性があった。被告らは術前検査により十分その事実を認識していた。しかるに、NJ は、信恭が繰り返し手術のデメリットを質問したことに対し、手術後のリカバリー (回復経過) について述べるのみであり、出血については左葉切除術より少ないと説明したのである。意図的な隠蔽説明である。

c 手術をしない場合の予後

胃癌の肝転移巣が破裂して大出血を起こしたり、崩れて肺塞栓を起こすことはない。これは TY 鑑定人及び MS 博士が明言している (TY 鑑定人調書 16 頁、甲第 12 号証の 4, a 項、訳は同号証の 1, 11 頁)。しかるに、NJ は、虚偽の緊

急事態を告知して確実に回避するには肝切除術しかないと原告らに同意を迫ったのである。ちなみに、NJ は、腫瘍が破裂したり、肺塞栓を起こして急速に状態が悪くなるという話をしたことを本人尋問で認めている（調書 40 頁）。

d 肝外転移

與志廣には、肝転移の他に、脾臓転移、両副腎転移、リンパ節転移があり、脾臓転移・リンパ節転移は転移が全身に広がっていることを示す所見であった。医師らは十分その事実を認識していた（KH 調書 6,7 頁）。しかるに、NJ は、雷太の質問に答えて、「肝臓以外の転移は発見されていない、さもなければ最良の選択肢として手術を勧めない。」と断言したのである。肝切除術同意に誤導する虚言である。

f 主病巣の成長度合い

2 月 24 日の超音波検査で発見されてから 4 月 11 日の CT 検査まで右葉後区域の主病巣の直径は 40mm のままで変化がない（TY 鑑定人調書 11 頁）。特段の進行は認められないのである。しかるに、NJ は、「癌の進行のスピードからして（卵大の腫瘍の破裂が）近い将来起きる心配がある。」「進行の速い癌」などと虚偽説明をしたのである。

g その他の治療法

NJ が挙げた肝切除術以外の治療法についても重大な疑問がある。

即ち、KH が、陳述書及び本人尋問において、これら治療法をほとんど否定したことである。具体的には、KH は、MCT を開腹せずに実施することは下大静脈を傷つける危険性があり適用がない、TAE や全身化学療法は転移巣が乏血性のため効果が期待できないと供述している（乙第 5 号証 6 頁、KH 調書 5 頁）。KH の供述が全部真実か否かは原告らには判然としないが、NJ が選択肢として挙げた治療法は全部が虚偽であった可能性がある。

h 「他の meta(+)→ope 法の変更ありえる」（甲第 16 号証 1-38）の記載の欺瞞性

NJ は、上記記載の意味について、開腹して例えば、腹膜播腫転移があったりした場合に手術方法の変更があることを示したものと解説しているが、NJ 自身が当時すでに転移の可能性について十分認識していたものであるから、この記載は NJ が将来の責任逃れのために意図的に記載していたものと評価すべきである（NJ 調書 30、31 頁）。ちなみに、上記に引用した NJ の供述は、従前の被告らの主張等（平成 12 年 12 月 12 日付被告ら準備書面(4)P12 の括弧内、平成

13年4月5日付同準備書面(5)P11、NJ陳述書2P10)とも明らかにそぐわず、原告ら代理人の質問に対して顕著な動揺がみられるところである。

i NJが別の病院に行くのであれば、カルテを貸すと言ったことの欺瞞性

NJは術前、原告らに対して、別の病院で診断を受けてもよいといい、カルテを貸し出すことも可能であると述べていたようであるが、これは、表面的には原告らを精神的に追い詰めずに余裕をもたせるかのように振る舞ってその実は、原告らを逆に精神的に追い詰め、肝切除の選択肢がベストであるという形で決意させる目的でなされた、NJ一流の誘導的話術に過ぎないものである(雷太調書12乃至14頁)。かかる手法は、相手を追い詰めないことで逆に信頼を得ることができるという方法であって、取引社会で使用されることが多い。NJも将来責任逃れのためにこの手法を用いたものと推察されるが、その他の重要な説明部分が全て虚偽であった以上、逆にNJの狡猾さが端的に露呈したものと評価すべきである。

同意の無効性

よって、同意は無効であり、被告らの行為は不法行為を構成する(参照、新潟地裁平成6年2月10日判決〔判時1503号119頁〕、静岡地裁平成3年10月4日判決〔判時1405号86頁〕)。

被告らの弁解について

a 被告らは、大要、以下のとおり主張して、虚偽説明の事実を否認した。

記

4月12日、NJから幸代ほかに対し、治療法について、概要次のとおり説明を行った(與志廣への詳細な説明は、根治術がないという状況に鑑み、家族の意向を確認したうえで行なう予定であった。)

癌は肝臓に多発的に転移し、リンパ節にも転移している。このような場合、残念ながら現在の医学では根治術(治癒切除)は不可能である。治療法の選択としては、

カ 減量手術すなわち癌をできるだけ取り除くことにより、身体への負担を少なくして、生活の質の向上を目指すとともに、補助療法の効果を上げることも期待するという方法。本件では最大で肝の右半分を切

除する。この手術に併せて、取りきれない癌をマイクロウェーブで焼く。

キ 開腹して、肉眼で確認しながら癌をマイクロウェーブで焼く。

ク 開腹しないで、針を肝に入れて癌をマイクロウェーブで焼く。

ケ 肝の癌を栄養している血管を人為的に詰まらせて、癌に栄養がいかないようにする。

コ 全身的に抗癌剤を用いる。

サ 治療自体を行わない。

というものがある。

いずれにしても根治術ではないため、予後はせいぜい 13 か月プラスマイナス 9 か月である。ただ、治療効果はこの順番で高い。

したがって、最大の効果を期待するのであれば手術ということになる。しかし、治療方法自体のリスクもこの順番で高く、手術にともなう危険性が最も高い。手術のトラブルとしては、部位が部位だけに出血が一番恐い。

根治術がない以上、医師としても患者さんが残された時間をどのように過ごされるかということが最も大切だと考える。そして、そのためにはどのような治療を選択するかについては、患者さんとご家族とで話し合って決めて欲しい。治療方法についてのリスクも十分に考慮に入れたうえで、決めて欲しい。

b しかし、被告らは、KH が本件が「切れる癌」と述べていたことを不当に隠蔽している。この点は NJ が述べるところであるが、本件では非常に重要な意味をもつ事実である。

(一) KH は、当法廷で本件の手術が非常に難しいことを供述している。KH は、胆道班（被告大学の肝胆膵の専門治療班）のチーフであり、根治性のない状態を前提として、本件肝切除の手術が許されたとしたら、患者側の承諾があることが前提であると述べている。そして、KH は、NJ が家族から同意を取り付けたと言われていると述べている。

しかし、KH は、すでに 3 月 27 日の時点で、検査のうえで治療方針を決定すると称しながら、與志廣に入院をするよう指示している(甲第 54 号証の 1 及び 2、甲第 44 号証の 3、信恭調書 5 及び 6 頁)。しかし、その後に與志廣

に対して治療方針を検討する目的での術前検査が行われた形跡はない。そればかりか、與志廣及び原告らに一言の相談も了解もなく、KH が所属する被告大学肝臓グループの方針のもとに TAE が施行されている(NJ 調書 17 及び 18 頁)。要するに KH は当初から肝切除を行うことを決めたうえで、與志廣を入院させているのである。また、本件肝切除は、KH が執刀者となり、NM 及び同 TH がそれを補佐する形で行われたものである。

したがって、本件肝切除術は、切れる癌であるからではなく、KH 主導のもと肝臓グループとしては是非切ってみたい癌として、予め決定されていたと考えるべきである。

(二) KH にしてみれば切ってみたい癌であったが、その反面、手術適応がない状態であれば、通常患者側の同意を得ることはできないことは明らかであった。いくら治療効果が高くても、安全に切除できずに死の危険があるというのであれば、あえてそれを選択する理由に乏しいからである(信恭陳述書(甲第 40 号証)における問答 51、乙 C 第 2 号証)。

その説明役を担ったのが NJ であるが、NJ は、被告らの主張によっても、患部が切れること＝切除の安全性については、部位が部位だけに出血が一番恐いということしか原告らに話していないことになっている。この部分をつまみ食いの的に認定すれば、どこの部位をどのように切除するのか、出血が怖いとは具体的にどのような可能性があるのか、またそれについての対処方法はどうか、そして予想される結果は何か、被告大学における類似症例の結果等について、もともと具体的な主張はないのであるから、被告らの主張そのものによっても、これで説明義務が尽くされているとは到底いえないことになる。

しかし、裁判実務において良く指摘されることであるが、つまみ食いのな事実認定は事案の真実発見に背を向けることになる危険性を有する。

本件は、NJ 個人の単なる説明不足で済まされる問題ではない。NJ は、明確に肝切除術の同意に誘導する意図のもとに老獪な虚偽説明を行い、原告らを不安に陥れながら肝切除術に誘導しているのである(目先の死の不安をあおりたてれば、他の多少の問題点には目をつむってでも肝切除術へ傾くのは道理である)。卵大の腫瘍があり、それが破裂するかも知れないというまことしやかな虚偽事実を弄したのはその証左であり、しかも、この虚偽説明には KH

も関与している（雷太陳述書 2、4 及び 5）。両名間に意思の疎通がなければ虚偽説明が重なるはずがない。

また、4 月 12 日の家族面談時において、NJ は肝右葉切除術・プラス・マイクロ波熱凝固法(MCT)により根治に近い治療効果が得られると明言し、全身化学療法については何も治療を行わないという選択肢に次いで効果の乏しい治療法と紹介した。原告らはこれを聞いて根治の可能性があるかと判断した（雷太調書 10 頁）。これも NJ 及び KH の奸計の一環であった。

なお、推測される肝切除術の目的については、信恭陳述書における問答 47 乃至 50 を参照されたい。

c 減量手術及び化学療法の言い訳について

被告らは、当初、上記の治療効果があるかのような主張を行っていたが（被告ら平成 12 年 6 月 6 日付準備書面（2）8,9 頁）。その後は減量手術論による正当化を展開し、それが果たせないとみるや今度は、化学療法による正当化を図ろうとしてきた。主張及び立証の変遷が極めて顕著な部分であるので、所詮は言い訳的主張に過ぎないものと理解すべきである。「減量手術」論は手術適応があるとの被告ら主張の骨子となっていたものであったが、KH は、被告本人尋問でも、症例検討会においても「減量手術」（及び「化学療法」）について話題が出たとはまったく述べていなかったし、逆に「減量手術というのは、今回の度重なるお話の中で出てきて、ここでは非常に一般的な言葉になってきていますが、やはり、そんなに、あんまり一般的に使う言葉ではありませんから、減量手術でやりましょうと NJ に対して説明したつもりはありませんが」とまで供述している（KH 調書 53 頁）。この点は被告らの立場にたてば、KH の責任逃れということにもなり得るところではあろうが、NJ 自身が本人尋問において、縮小手術であるとは一言も言っていないと認めていること（NJ 調書 63 頁）からすると、減量手術論自体が事実に基づかない言い訳的主張であったことが明らかであるというべきである。

主張及び立証に多くの時間が費やされた部分であるので、念のため以下に問題となりうる点を検討しておく。

まず、被告らは、原告らから上記の面談に先立つ平成 9 年 3 月 14 日の腹部

CT 検査（甲第 16 号証、1-98）において、

- 肝内の 8 つの亜区域全体に、多発的な転移を発症していること

- 14 番、16 番のリンパ節など肝外にも転移性病変のあること

が判明していた事実を指摘されると、

- 4 月 21 日実施の肝切除術は根治手術ではなく、肝内で急速に成長していた主病巣を対象として、癌の総量を減らすための減量手術であった。

- この措置により、患者の QOL（生活の質）向上が期待された。

と主張し始めた。

この主張を受けて、原告らはアメリカ国立医学図書館の医学文献データベース、Medline を利用した調査に基づき、減量手術という措置そのものは存在するものの、

- 胃癌を原発とする転移性肝癌で、減量手術を行って有効だったとする文献的根拠は全くないこと

- 実験動物を対象とする基礎実験で、化学療法などでコントロールされている癌の一部を切除したところ、残された病巣の成長がかえって速まったとの事例報告が複数あること

を各指摘した（甲第 13 号証、甲第 15 号証）。

また、この時点では被告らはまだ化学療法の有効性を主張していなかった。

平成 14 年 4 月に提出された TY 鑑定人による意見は次のとおりであった。

（下線部は原告らによる）

「一般に外科治療の適応、すなわちその治療を行うことが適切であるかどうかを考える際の基本的かつ単純な基準は、それによって得られる利益と予想される危険性とを勘案し、利益の方が大きいと判断した場合にその治療法を選択するということである。癌患者に対して生命予後の改善を目的として外科治療を考える場合は、まず手術によりすべての腫瘍をとりきれるか、つまり根治手術が可能かどうか適応の決め手になる。一方、根治手術が不可能な場合でも、ある種の癌に対して減量手術が効果的な場合もある。減量手術とは腫瘍の主なものを切除し、残存した腫瘍に対しては焼灼術や、抗癌剤、放射線など他の治療で対処しようとするものであるが、減量手術が適応とな

るには切除以外のこれらの治療法が残存腫瘍に対して有効に作用することが期待できるという前提条件が不可欠である。本症例では、胃癌の多発性肝転移であり、減量手術としての肝切除と MCT という治療法により、多発性肝腫瘍の肉眼的完全除去を期待することはできる。しかし最大の問題点は、肝外病変として 14、16 番のリンパ節転移が画像検査で指摘されており、さらに遠隔へのリンパ行性転移の存在が強く疑われることである。そしてこのような転移巣には全身性の抗癌剤投与による化学療法が残された治療法と思われるが、一般に胃癌は化学療法に対して抵抗性を示すことが多く、医学通念的には残存するリンパ節転移に対する化学療法の有効性を大きく期待することはできない。一方、予定されていた肝切除と MCT を併用した手術は侵襲が大きく、出血や肝不全などの危険性もある。従って、結論的には、期待される効果と危険性とを考えると、本症例には肝切除の適応はないと判断するのが一般的な考え方だと思われる。もし、他に患者を救う有効な方法はないためわずかな可能性にかけて積極的な治療を行うという方針であるならば、危険性に比べて期待される効果が得られる可能性は極めて低いことを術前に十分説明する必要がある。」（鑑定書 12 及び 13 頁）

上記鑑定意見に接すると、被告らは、今度は胃癌に対して化学療法が有効だと主張し始め、それを示す証拠だとして乙 B 第 1 号証から同第 4 号証を提出した。

- しかし、同年 11 月 8 日の鑑定人証人尋問において TY 鑑定人は、
- 被告ら提出の文献は、複数抗癌剤の併用療法により癌の縮小効果が一部の患者に認められたとする（奏効率）ものに過ぎない。これは臨床的效果を表す延命率や QOL の向上とは結びつかず、胃癌に化学療法が有効だとする被告ら主張を裏付けるものではない。
 - 肝切除を実施すればその侵襲から著しく体力が衰えるため、たとえ合併症が起ころなくとも体力が回復するまでの間、抗癌剤投与開始が 1～2 ヶ月遅れる。合併症があればさらに遅れることになる。抗癌剤による副作用が強く現れる危険性も高い。もし本当に化学療法が有効だと考えていたのであれば、肝切除を行わずにただちに化学療法を始めるのが普通である。
 - 術後に肝外病変に化学療法を行うことを前提として、肝切除術を実施すると

いう文献はまずないと思われる。抗癌剤の効果を高めるために減量手術が必要だったとする主張に対しても否定的である。

- 自覚症状がまだ現れていない患者に対して、QOL を向上するために出血や肝不全の危険性があり、侵襲の大きな肝切除術を行うという発想はあり得ない。などの証言を行い、減量手術・化学療法に関する被告らの主張を改めて全面的に否定した。(鑑定人調書 36-45 頁)

なお、同証人尋問において被告ら代理人は、乙 B 第 1 号証から第 3 号証については TY 鑑定人に個別に評価を問いただしているが、乙 B 第 4 号証についてはそれを避けている。そもそもこれら 4 つの文献は全て事前に提出されていたにも関わらず、被告ら代理人作成の尋問事項書では何故か乙 B 第 4 号証だけが評価対象から外されていた。後述するように、NJ は平成 15 年 2 月 19 日の第 4 回口頭弁論における本人尋問で、乙 B 第 4 号証記載のものと同一薬剤による化学療法を與志廣に実施する予定だったと証言している。もしそれが事実だとすれば、鑑定人証人尋問におけるこうした対応は極めて不自然であり、後の言い逃れのために意図的に質問項目から外したものと見られる。

しかし、証言の文脈から判断して、この時点で提出されている 4 つの文献全てに TY 鑑定人が目を通しているのは疑いなく、それらの中に被告らの主張を裏付ける証拠がないことは明らかである。TY 鑑定人がこの証人尋問で乙 B 第 4 号証に言及していないこと自体が、他の 3 編同様この文献にも特段注目すべき点がなかったことを示している。もしこの文献に被告らの主張を裏付けるデータが提示されていれば、当然 TY 鑑定人はそれに言及したはずである。

また、後述の乙第 9 号証を含め、被告らが提出した文献は全て化学療法を単独に行った症例に関する報告であり、肝切除を併せて実施したとするものは一つもないことを指摘しておかなければならない。

これに対して、第 4 回口頭弁論における本人尋問において、NJ は

- 肝内病巣は血流が乏しく抗癌剤が十分供給されないため、化学療法の効果が期待出来なかった。一方肝外病変には十分有効性が期待出来た。
- 肝切除術後の補助療法ということを考慮し、乙 B 第 4 号証に示された複数抗癌剤、5-フルオロウラシルとシスプラチンを用いた併用療法を通常より投与量を減らして行う予定だった。

との供述を新たに始めた（NJ 調書 51-56 頁）。

前者は「一般に胃癌には抗癌剤が有効でない」とする TY 鑑定人の証言内容を、「肝内病巣には有効でない」という本来とは全く異なる論旨にすり替えようと謀るものである。後者は抗癌剤の副作用に関する TY 鑑定人の指摘を回避しようとする意図であると推測される。

被告らは、上記 NJ 供述に合わせて、抗癌剤の減量投与の有効性を示す証拠だとして乙第 9 号証を提出した。

しかし、原告らの調査によれば

- 乙第 9 号証は NJ が本人尋問で陳述した乙 B 第 4 号証記載の 5-フルオロウラシルとシスプラチンを用いた併用化学療法とは異なる療法に関するものである事実
- 甲第 57 号証の医薬品添付文書に示されている通り、乙第 9 号証で扱われている薬剤のうち、TS-1 は販売開始が平成 11 年 3 月であり、本件手術が行われた平成 9 年 4 月にはまだ販売されていなかった事実

が判明している（甲第 55 乃至 57 号証、信恭調書 3 及び 4 頁）。

付言すれば、甲第 57 号証中の【使用上の注意】、2. 重要な基本的注意事項（4）には『手術後の補助療法については有効性、安全性が確立していない。』と記載されているので、TS-1 が被告らの主張するような用途に通常使用されないことも明らかである。

以上のとおりであり、乙 B 第 1～4 号証に対する TY 鑑定人の批判を受けて被告らが提出した乙第 9 号証は、被告らの主張を裏付けるものにはなりえない。

なお、被告らは、最終準備書面で次のように主張するかも知れない。

「與志廣に対する肝切除術は根治手術ではなく、肝内の腫瘍の総量を減らすための減量手術であり、化学療法を補完する措置だった。肝内病巣は血流が乏しいため化学療法の治療効果を期待出来なかったが、肝外病変については十分有効だった。従って、切除ないし MCT によってまず肝内病巣を処置したのち、化学療法を試みるつもりだった。これにより與志廣の QOL が確かに向上するはずだった。肝切除術に引き続いて、5-フルオロウラシルとシスプラチンを併用する化学療法を行うつもりであったが、副作用に配慮し投与量は減量する予定だった。この併用療法の有効性については乙 B 第 4 号証で立証されており、TY 鑑定人もこの文献につい

ては否定的意見を述べていない。また抗癌剤の減量投与の有効性については、乙第 9 号証で立証されている。」

TY 鑑定人の鑑定書及び同証言は、言うまでもなく上記主張をすでに全面的に否定している。ここでそれを改めて逐一指摘することは避けるが、例えば TY 鑑定人は

- 肝切除ないし MCT で肝内病巣を処理出来たとしても、一般に胃癌は化学療法に対して抵抗性を示すことが多く、リンパ節転移を始めとした残存する肝外病変に抗癌剤の効果を大きく期待することは出来ない。(鑑定書 12、13 頁)

と指摘しているのであって、「肝内病巣には化学療法の効果がない」と述べているのではない。

原告らは念のため、甲第 12 号証の 4 の鑑定意見書を作成された WA 大学の MS 博士に上記の予想される被告ら主張及び乙 B 第 4 号証を提示し所見を求めた。その結果、甲第 61 号証の 1 及び 2 に示す通り、

- 化学療法の有効性を高めるためにこの種の疾患で減量手術を行うという措置を裏付けるデータはない。
- ある種の化学療法は肝切除後に実施可能であるものの、殆どの場合、投与が可能になる前に患者が手術から回復するまでの間、実施が一定期間遅れる。

と、TY 鑑定人と完全に一致する見解が示された。この点についても、互いに独立な日米の二人の専門医の所見が一致していることに注目すべきである。

原告らはさらに、NJ が実施予定だったと述べた化学療法の薬剤、5-フルオロウラシルとシスプラチンの医薬品添付文書（甲第 55、56 号証）についても調査した。その結果、

- 「使用上の注意」で両薬剤とも肝傷害のある場合には慎重投与とされており、肝切除後投薬可能な状態となるまでにはかなりの期間回復を待たなければならない。
- 5-フルオロウラシルの「重大な副作用」の項に、「急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、(中略)なお、腎障害の知られている抗悪性腫瘍剤(シスプラチン、メトトレキサート等)との併用時には特に注意すること。」とあり、侵襲の大きな手術後にこうした併用化学療法は明らかに実施不可能である。
- シスプラチンは高齢者には慎重投与とされている。また、「効能又は効果」の項

で挙げられている病名が「睾丸腫瘍、膀胱癌、腎盂・尿管腫瘍、前立腺癌、卵巣癌、頭頸部癌、非小細胞肺癌、食道癌、子宮頸癌、神経芽細胞腫、胃癌、小細胞肺癌、骨肉腫」のみである。これらはいわゆる医療保険適応となる病名を示しており、ここに挙げられていない肝癌ないしリンパ腺癌に保険が適応されたかどうか極めて疑わしい。これはすなわち、(肝切除実施とは関わりなく)本件症例へのシスプラチン投与が確立した治療法ではなく、まだ実験段階にあることを示している。

などの事実が明らかとなっている。

以上の通り、減量手術及び化学療法に関する被告らの主張は、何一つ医学的根拠を持たない全くのでたらめである。何より「この点に関する被告らの主張が様々に変遷している」という事実そのものが、「客観的な医学的根拠」に基づいて被告らがこれらの主張を行っているのではないことをはっきりと物語っている。

d 術前説明に関する NJ 供述の検討

4月12日のNJの術前説明について、被告らはほとんど反証活動をしないうまま経過したが、第4回口頭弁論期日に行われた証拠調において、NJは、與志廣が入院する前、日にちは明確でないがおそらく3月29日に、幸代、雄仁、信恭、もしかすると雪子も加わり、これら家族がOH病院第3外科外来に集まり、そこでNJが6通りの治療方針を説明し、その場で家族が肝切除術を希望したため、それをNJがKHに伝えKHが肝切除術を検討することになったこと、また、4月12日にも6通りの治療法の話をしているが、これは前の説明を確認したものである、と供述した(調書9頁、14,15頁、17頁、20-23頁)。- これは今までの弁論には現れていない事実関係である。 -

この点NJ陳述書(2)及びKH陳述書には、日にちが記載されていないので明確ではないが、上記NJ供述と同趣旨と思われる記載がある(乙第5号証4頁(3)には、NJが家族に説明した結果、入院が決まったとある。乙第6号証12頁2)3)には、幸代から手術に同意する手紙を受け取り、KHに対し肝胆膵グループによる症例検討を依頼したとある。)

このNJ供述は、上記の当事者間に争いのない事実に対し、被告ら主張とも矛盾するものであり、およそ採用される余地のないものであるが、念のため他の証拠と対比しておく。

まず、 に記載した各証拠、特に本件発生当時に作成された証拠によれば NJ が 6 通りの治療法を挙げたのは 4 月 12 日であることは明白な事実である。原告らにとって NJ から術前説明を受けた日にちを偽る必要性は全くないのである。

甲第 54 号証の 2 は、與志廣が入院直前に経過を記録した備忘メモである。3 月 27 日に NJ から、肝専門医 KH 先生（ママ）の判断で至急入院の上精密検査をする旨告げられたことが記載されている。與志廣は 3 月 14 日に CT 検査を受け、3 月 27 日にその CT 検査の結果を聞きに行ったのであるから、その間に NJ と KH が與志廣を入院させることに決めていたことが確証される。

また、3 月 27 日に與志廣が受けた検査の中に KH が依頼医となっているものがある。即ち、甲第 16 号証、1-264 は 3 月 27 日に実施された胸部レントゲンの画像診断レポートであるが、「依頼医名」欄に「Dr.KH」と記載されている。同号証、1-266 は同日実施の心電図検査報告書であるが、「依頼医師」欄に「KH」と記載されている。3 月 27 日に既に KH が與志廣に対する診察行為に着手していることが確証される。

甲第 16 号証、1-32 は 4 月 5 日付入院治療計画書である。書式から KH から與志廣が受けた方針説明の記録であることがわかる。その「検査計画及び治療方針・その他」欄には「腹 US、Angio にて精査后、治療方針決定する」旨記載されている。仮に入院前に患者・家族から手術を希望する意思表示があったとするなら、KH がこの段階で與志廣にこのような方針説明をするはずがない。

NJ の最初の陳述書である乙 A 第 1 号証には、「2、4 月 12 日の説明」の表題で、「(1)、この日に與志廣氏のご家族に集まっていたき、同氏の状態及び治療方針について説明を行いました。奥様、息子さんたち（2 人だったか、3 人だったか、はっきりしません。）がみえていました。場所は、当病院の外科外来第一診察室でした（確かこの日は土曜日で午後 0 時 30 分に約束していたと記憶しています。）。ご家族には、胃癌手術の際にお会いしておりましたので、私から「ご無沙汰しておりました。」とご挨拶して、説明を始めました。」と記述がある。NJ は、乙 A 第 1 号証では原告ら主張と一致する記述をしながら、乙第 6 号証や本人尋問においてこの記述と明らかに矛盾する記載・供述をしたわけである。

以上により、証拠上も、與志廣入院前の 3 月 29 日に家族に 6 通りの治療法を説明し家族が手術を希望したから KH に症例検討を依頼した旨の NJ 供述が全く虚偽であることが示される。

それでは、何故、訴訟の最終段階で NJ はこのような虚偽供述をしたのであろうか。おそらく、訴訟が進んで 4 月 12 日の術前説明の虚偽性が明らかになり、被告人本人尋問で取り繕うのは不可能であると考え、入院前に家族が手術を希望する意思表示をしたから、それに基づき入院後の検査・治療方針を決めた旨の新たな虚偽の弁解を試みたものと推察される。

なお付言すると、上記 a に摘示した 4 月 12 日の術前説明に関する被告らの主張については、乙 A 第 1 号証（NJ の陳述書）に同旨の記載があったが、乙第 6 号証（NJ の陳述書(2)）及び NJ 本人尋問の虚偽記載・虚偽供述が乙 A 第 1 号証の記載を事実上否定したことから、被告ら主張に沿う証拠が存在しなくなったものである。

e 手術適応に関する被告ら提出書証及び NJ 及び KH 供述の検討

(一) 被告らが手術適応に関して提出した医学文献は乙 B 第 1 ないし第 4 号証、乙第 9 号証のみである。いずれも化学療法に関する文献であって、肝切除術に関する文献ではない。本件との関連性自体が疑われる証拠であるが、内容としても乙 B 第 1 ないし第 4 号証は被告ら主張を裏付けるものでないことを TY 鑑定人が証言され（証言調書 36 頁ないし 40 頁）、乙第 9 号証に記載された薬剤は本件当時販売されていなかったものであること（甲第 57 号証）などは前述したとおりである。

(二) NJ の平成 14 年 10 月 17 日付陳述書（乙 A 第 1 号証）には、主治医として與志廣に対する手術適応を判断した過程に関する記述はない。唯一、平成 9 年 4 月 12 日に原告らに対して「肝臓が腫れて横隔膜を圧迫し呼吸困難となって人工呼吸管理となる。癌が腹膜に転移すれば食べたいものが食べられなくなる。残された時間を有意義に使うのであれば、肝切除術が最も期待できる。」旨述べたと記載されているだけである。実際には、平成 9 年 4 月 12 日の説明においてこのような発言はなかったのである。が、それを一旦措いても、TY 鑑定人は証人尋問において、横隔膜を圧迫して呼吸困難になることはほとんどないと証言され（鑑定人調書 17,18 頁）更に「入院の時点でそれほど症状がない、主訴がないから、あえて大きな危険性を冒してそういう症状を取りに行くという発想はない。」とまで断言されている（上記引用部分、証言調書 42 頁）。

NJ の平成 15 年 2 月 15 日付陳述書(2)（乙第 6 号証）は、手術適応に関する記

述は乙 A 第 1 号証と同一である。

NJ は、本人尋問において、裁判官が手術適応について質問するのに対し、核心を外す答えを繰り返したが、最後に「はい。治療法を計画する以降の患者さんの状況がある程度予測すれば、肝臓の転移が腫大して出てくる症状は、例えば可能性のある脾臓転移であるとか、それから、可能性のある動脈周囲のリンパ腺であるというものよりは、一番症状が出るであろうし、出た場合に、患者さんの QOL を落とすであろうと、そこを治療する方法をまず第一に考えるべきだという形で、治療法の選択をしました。」と供述した（NJ 調書 61 頁）。この供述によれば、肝切除術の目的は肝臓の転移が腫大して出てくる症状を予防することになるが、現れていない症状を大きな危険性を冒して取りに行くという発想をすべきでないことは上述の TY 鑑定人の指摘のとおりである。それだけではなく、この供述には前提において重大な虚偽がある。即ち、「肝臓の転移が腫大して出てくる症状を予防する」というためには、肝臓内の転移巣が次第に大きくなっているという事実が前提になる。この点に関し、NJ は、陳述書(2)7 頁及び本人尋問（調書 4 頁）で、平成 9 年 2 月 24 日の超音波検査で S7 の腫瘍は直径 20mm であったのに同年 4 月 11 日の CT 検査では直径 40mm と倍増していた旨供述し、原告ら代理人に 2 月 24 日付超音波検査レポート（甲第 16 号証、1-97）に「S7 に直径 40mm 程度のマスを認める」とあるのを示されて、上記供述を撤回している（NJ 調書 6 頁）。ちなみに、2 月 24 日の超音波検査から 4 月 11 日の CT 検査まで、S7 の主病巣の直径は 40mm で変化がないことは TY 鑑定人が確認されている事実である（鑑定人調書 11 頁）。つまり、前提となる肝臓内の転移巣が次第に大きくなっているという事実が存在しないのである。NJ は、「S7 の腫瘍の直径が 2 月 24 日から 4 月 11 日までに倍増した」旨の虚偽の主張に基づき「肝臓の転移が腫大して出てくる症状を予防するための肝切除術」という主張を展開することを目論んだものの、原告ら代理人の指摘により失敗に終わったものである。

(三) KH の平成 15 年 2 月 12 日付陳述書（乙第 5 号証）5 頁以下には、「(3)、肝切除術の適応について」と題して約 2 頁にわたる記述がある。しかし、その内容は、「本件では根治術はなく有効な治療法がないから減量手術をして残った腫瘍を焼灼したり塞栓したりする治療法も検討に値する。」というのみであり、その検討に値するという治療法がどのような効果があるのか、あるいはどのような

効果を期待したのかについては全く触れるところがないうえ、同人自身が、法廷で減量手術について NJ に話したことがないと述べていたことは前引用のとおりである。

KH は、本人尋問において、手術適応について、原告ら代理人の反対尋問に答え、更に最後に裁判官の補充尋問に始まる一連の答えをしている。重要であるから次に引用して検討する（初めに原告ら代理人の反対尋問の部分を引用する）。原告ら代理人質問

ところが、今回、積極的な治療が必要だと。まず、順にお聞きしましょう。今回の治療は、一般的な治療ではないと思いますか。

と思います。

何が一般的な治療ではないんでしょうか。

MCT を使って、残った肝臓を焼いていくということと、肝切除を組み合わせるということは、別に、一般的な治療の範疇には入るだろうと思います。それから、術後に化学療法を使って、補助的なお薬を使って、治療効果を高めていくということも、一般的な治療の範疇に入るだろうと思います。ただ、與志廣さんのように、肝臓、全身を含めて、転移が多々ある方に、この治療をやりなさいということ、皆さんにお話しするのは、それなりの理由が必要だろうと思います。例えば、患者さんの御家族が治療を望まれる場合、若しくは、患者さん御本人が病状を十分に理解した上で、それでも私は手術に懸けたいと御希望される場合、そういった場合には、私たちは、治療効果の報告が仮になかったとしても、私たちの持っている技術で、患者さんの精神的な苦痛を取り除くことができたり、あるいは、闘病するための意欲を持っていただけなら、御協力することはあります。（以上 KH 調書 12,13 頁）

ここの部分で明らかなのは、KH が與志廣に対し実施した肝切除術について KH 自身一般的な治療法ではなく治療効果の報告がないと認識していたことである。更に、前半部分と後半部分を対比させると、KH は、與志廣の場合は、術後化学療法により治療効果を高めるケースにあてはまらなないと考えていたことがわかる。KH が効果としてあげるのは、「精神的苦痛を取り除くこと」「闘病の意欲を持つこと」だけであって、KH には延命効果とか補助療法の効果を上げるとか QOL の向上

をはかるといった考えはなかったことが示されている。

次に裁判官の補充尋問に始まる一連の答えを引用する。

裁判官質問

反対尋問の冒頭のほうに、先生のお名前の入った論文を示されて、その中に、転移性肝癌は、転移が肝に限局しており、切除により、完全な病巣切除が可能であることが要求されるというふうに書いてあるということなんですが、それはよろしいですよ。

はい。

この記述の、要求されるということの意味なんですが、お医者さんが、患者に選択肢を示すときに、こういう場合じゃないと、選択肢としても提示してはいけないという意味なんですか。

いえ、そうではありませんが。手術によってのみ、病気を治そうと考えるのであれば、ある程度、条件が狭められるのは仕方がないと思うんです。ですから、手術治療のみで癌の転移巣を治療しようと思えば、ほかに転移がない状態じゃないと、手術治療だけで根治するというのは難しいという意味で、その文章は書いています。

じゃ、この文章は、手術のみで治療しようとする場合は、こういう場合に限られますよと、そういう趣旨の文章ということですか。

はい。

原告ら代理人質問

NJさんは、あなたのほうで、右葉が切れますというふうに言われたので、患者のほうに説明に入ったということをおっしゃっていたんだけど、今、あなたの説明を伺いますと、前提条件付きですよ。どっちが先に立つ話なんですか。

どっちが先ということではありませんが、裁判官の御質問は、この文章に関して、一般論として説明をしろというふうに私は理解しましたからお話ししましたし、一番最初にお答えしましたように、ケース・バイ・ケースで説明をしなきゃいけない場合には、転移があっても、減量手術という言葉は使ったかどうか、私には分かりませんが、腫瘍の部分を少なくしていったら、全体の治療効果を少しでも上げるための一つの手術としては、すべて、私の書きました文章の条件を満た

す必要はないと思います。

それは、NJ さんに、減量手術という形でやれば、右葉を切れますよという説明をされたんですか。

減量手術というのは、今回の度重なるお話の中で出てきて、ここでは、非常に一般的な言葉になってきていますが、やはり、そんなに、あんまり一般的に使う言葉ではありませんから、減量手術でやりましようとして NJ に説明したつもりはありませんが。

被告ら代理人質問

そうすると、先生のお書きになった甲第 7 号証ですけれども、これは、要するに、根治術を目指すのであればという、それが大前提だということですね。

大前提です。

本件で、根治術は無理だということは、これは、NJ 先生に話をされている。

それは、もう、もちろん。

当たり前のこととして、話をされているということですね。

はい。

そうすると、先生が御提示された、つまり、右葉が切れるというのは、根治術でない方法として、右側の肝を切ることが可能であるという趣旨で、当然、NJ 先生に話をし、伝わっているということですよ。

はい。それと、真ん中にあるものですから、右を取るか、左を取るかという選択を迫られたときに、右を取るという意味で、NJ 先生は理解されているんじゃないかと思いますけれども。(以上 KH 調書 52-54 頁)

KH のこの供述部分を子細に検討すると、一般論として根治術であれば甲第 7 号証の条件を満たす必要があるが腫瘍の量を減らして全体の治療効果を上げるという治療法の場合は甲第 7 号証の条件を満たす必要はないという議論を繰り返し、本件がどの場合にあたると考えたのかを正面から答えようとせず、周到に本件の手術適応に関する議論を避けていることがわかる。これは特に原告ら代理人に対する質問に対する答えの部分で顕著である。上記のとおり、KH は、本件が腫瘍の量を減らして全体の治療効果を上げる場合にあたらないと考えているから、本件における判断を真正面から答えることを回避したものと判断される。

(四) 手術適応にかかる被告らの反証活動の根本的な問題点

手術適応にかかる本件訴訟における被告らの反証活動には根本的な問題点がある。それは、被告らが提出した証拠の中には、TY 鑑定人や MS 博士が口を極めて指摘する本件肝切除術の危険性、主病巣が大血管に近接するため主病巣を摘出する肝切除術を行えば比較的大い血管を傷つけて大量出血を起こす危険性が高いという事実については全く触れるものがないという点である。これは、被告らは当初より上記危険性を十分承知していた故に、反論することも弁解することもできない結果であると考えられる。

術前説明と同意に関する結び

以上のとおり、NJ は、医学的事項について全て虚偽を並べ、重要な事実を隠蔽し、何らの治療効果もなく大量出血を起こし死に至る危険性が高い肝切除術を、與志廣の命を最も長らえさせ、安全に施行できる手術であるかのようにでっち上げ、その手術を早期に受けなければ早晚手の施しようがない事態が起きると信じさせて、與志廣及び原告らが肝切除術に同意するよう誤導したものである。KH もそれを対等的立場で関わったことによる責任は免れない。

[3] 肝切除術における大量出血

被告らが、平成 9 年 4 月 21 日、與志廣に対して実施した肝切除術の経過が次のとおりであることは当事者間に争いが無い。

手術室に NJ、KH、NM、TH。

外に幸代、雷太が待機。

午前 8 時 30 分、與志廣が手術室に入る。

午前 8 時 40 分、背臥位にて麻酔開始。

午前 10 時 10 分、KH を執刀医として、第 9 肋間・逆 T 字切開により開腹を開始し、手術が開始された。

午後 3 時、終了予定時刻経過するも終了せず。

同時刻頃、與志廣は出血性ショックとなる。

結局、手術中の出血量は推定 12000ml に達した。手術中、KH らは大量輸血・急速輸血を実施した。

午後 8 時、閉腹。

午後 8 時 55 分、手術終了。

午後 9 時、KH は術後説明する。

午後 11 時 5 分頃、肝動脈の血管造影が行われ、出血が確認される。続けて、右肝動脈から動脈塞栓術が実施された。出血量の低下が確認でき、当日の再開腹は回避された。

大量出血の原因に関する原告らの主張

a 横行結腸損傷

平成 5 年 12 月の幽門側胃切除の影響で肝門部から肝右葉下面や残胃・十二指腸が癒着し、肝切除に先行してこの範囲の癒着剥離が必要であったところ、この癒着を剥離する操作の際に横行結腸を損傷し、時間経過とともに、血腫による横行結腸の循環不全が進行したか、あるいはじわじわした出血が続いたため、被告らは横行結腸を切除せざるを得ないと判断し、肝切離操作の途中で横行結腸切除を行った。(この部分は原告ら平成 14 年 7 月 31 日付準備書面(7)の 5 頁)

b 右肝動脈枝損傷

午後 2 時 30 分から午後 2 時 55 分までプリングル法を時間延長して右尾状葉に流入するグリソンの処理を行った。このとき、KH は肝動脈(右肝動脈の分枝)を損傷してしまい、午後 2 時 55 分に血流を再開すると大量出血が発生した。KH らは、胸部まで切開して術野を確保し、止血しようとしたが、容易に止血できなかった。與志廣は重篤な出血性ショックを呈した。損傷した肝動脈からの出血は、一部次項の出血を含め、午後 5 時 30 分で約 9125ml に昇った。

c 切離面からの出血

KH は予定どおり肝切除術を実行することを断念し、午後 4 時 15 分頃、プリングル法を用いずに切離を進め、切除肝を摘出した。この際、切離をあせて杜撰に切り離したため、残肝切離面から止血困難な実質性出血が発生した。KH らは切離面を圧迫して止血を試みたが、容易に止血をしなかった。

d 大量出血の結果

a,b,c による大量出血及び他の術中出血により、肝切除術中の出血量は推定 12000ml に達し、與志廣は重篤な出血性ショックとなった。今後、重大な術後肝不全を発症し、多臓器不全を起こし、術後死に至ることが確実視される事態であった。

e 術後出血

手術終了後、午後 10 時頃から肝切離面等に留置したドレーンから輸血量と同量の出血が見られた。このまま出血が継続すれば死に至る事態であった。肝動脈塞栓術が実施され、出血量の低下が確認された。

証拠調べの結果による原告ら主張の立証

本件訴訟で行われた証拠調べの結果、4 月 21 日の肝切除術における大量出血の経過は原告ら主張のとおりであることが立証された。その概要を次に記載する。

a 横行結腸損傷

TY 鑑定人は、「癒着を剥離する操作の際に横行結腸を損傷し、時間経過とともに、血腫による横行結腸の循環不全が進行したか、あるいはじわじわした出血が続いたために横行結腸を切除せざるを得ないと判断し、肝切離操作の途中で横行結腸切除を行ったのではないかと推測される。」と判断した（鑑定書 14 頁）。NJ も上記鑑定書と同旨を述べる（NJ 調書 34,35 頁）。甲第 16 号証, 1-137 にも「前回 ope の影響と思われる癒着剥離の際、止血困難な hematoma（血腫）認めたため横行結腸部分切除。」と記載されている。

b 肝動脈損傷

TY 鑑定人は、「出血点は肝切離面に露出したこれら末梢動脈であった可能性が高い。」「肝切除手術では、このように 10000ml を超える大出血を時に経験することがあり、多くの場合肝切離面からの制御不能な小血管や実質からの出血が原因である。本症例もこのような状況であったものと推測される。」とされた（鑑定書 15,16 頁）。

また、TY 鑑定人は、DSA（血管造影）による術後出血の状況を質問されて、「右肝動脈の末梢の枝からの出血である。」と証言された（鑑定人調書 22 頁）。

KH は、午後 2 時 30 分から午後 2 時 54 分までの間にプリングル法を実施して尾状葉に流入する血管を処理していたこと、午後 3 時に出血が発生し、血圧低下の状態になり、FOY（DIC 治療薬）及びプラスマネートカッター（出血性ショック治療薬）を投与したこと、この時点で麻酔医の判断により大量輸血・急速輸血が開始されたことを認めた（KH 調書 18,19 頁。ちなみに FOY は甲第 25 号証 589 頁、プラスマネートカッターは同号証 1331 頁）

MM は、同調書末尾添付 の写真（甲第 41 号証 の写真と同一）に写った肝臓切離面上に認められる直径 2mm 程の穴（直径は下に写ったスケールによる）について、肝動脈であると供述し、更に、この肝動脈は結紮されておらず、その

周囲に術後動脈塞栓術による壊死の所見があると供述した（MM 調書 13-15 頁）。これは極めて重要な供述である。一般に肝切除の際に切離面に現れた血管は丁寧に結紮して止血することとされ、甲第 23 号証 118 頁は、直径 1mm 以上の血管は結紮すべきとしている。ところが、直径 2mm の肝動脈が結紮されないまま離断されて肝切離面に露出しているということは、正にこの血管（肝動脈）を KH が損傷して大量出血を起こしたものと判断できるからである。

付言すれば、周囲に術後動脈塞栓術による壊死像が存在するということは、術後動脈塞栓術がこの肝動脈からの再出血を止血するために施行されたということを示している。（なお、MM は、被告ら代理人の質問に答えて、F の穴は解剖時に動脈を離断した状況だと答えている（MM 調書 31 頁）。しかし、甲第 41 号証 の未だ大量の血腫が付着した取り出したばかりの肝臓の写真にも F の穴が写っているのであり、上記答えの部分は虚偽である。）

MS 博士鑑定意見は、「本件手術に関するあなたの記述から判断して、この出血は恐らく右肝動脈枝からであろうと思われました。あなたから追加して送付された本件術後の血管造影写真の記録を鑑定して、この出血は右肝動脈の分枝からであることが確認されました。」とされている（甲第 12 号証の 4, c 項、訳は同号証の 1, 12 頁）。

また、甲第 17 号証, 7-1「ICU 退室サマリー」には、「出血 Ope 中より動脈損傷し、出血多量。Ope 後も出血止まらず、同日 23 時 ~ 右肝 A へエンボリ施行」と記載されている。KH も、この記載が肝切除術に立ち会った麻酔医ないし手術室看護婦の認識であったことを認めている（KH 調書 46 頁）。

c 切離面からの出血

TY 鑑定人は、後区域切除は比較的太い肝静脈を傷つけることがあり出血量が多くなる危険部位であること、本症例の腫瘍占拠部位からして短肝静脈系の枝などから大量出血する可能性が十分あること、主腫瘍が一部残存していると腫瘍切離面からの出血を止めるのは困難であることを指摘された上、「本症例もこのような状況であったものと推測される。」とされた（鑑定書 15, 16 頁）。

KH は、原告ら代理人が午後 4 時 10 分に切除肝を摘出した後に発生した出血に関して、「これは、プリングル法は使わないでやっておられるわけだから、肝切離を行った切離面から新たに出血されたとの考えるのが自然ではないですか。」と質問したのに対し、「はい。おっしゃるとおりです。」と認めた（KH 調

書 23 頁)。

d 手術記録

以上、人証を中心に証拠の概要を示したが、大量出血の経過について基本となる証拠は麻酔・術中記録(甲第 16 号証, 1-170,171,172)及び術中看護記録(同号証, 1-174,175)である。これら手術記録には原告ら主張どおりの記載がされている。詳しい分析については甲第 10 号証「カルテ等検討報告」13 頁以下を参照されたい。

e KH 関係証拠の検討

ここで肝切除術の執刀医である KH が出血経過に関して作成し、又は供述する証拠について検討する。

KH が記載した「手術経過並びに所見」(甲第 16 号証, 1-26,27)には被告ら主張に一致した記載がある。KH の陳述書(甲第 5 号証)には、9 頁に「今回の肝切離時の出血は、手術操作の一番最後にあたる下大静脈の直上の辺りで、腫瘍と下大静脈の周囲を処理するに至った段階で、じわじわと湧き出す様な出血があり、これをコントロールすべく処置を行っている間に合計すると大量の出血を見た。」
「この様な難治性の止血困難な出血が腫瘍の切離面を含む肝切離面から発生するに至った原因ですが、(中略)腫瘍の下大静脈への直接浸潤、もしくは腫瘍血管と総称される不整な脈管からのものではないかと考えました。」との記載があり、10 頁には「術後に肝動脈の一部と思われる脈管からの出血を認めた。」
「手術終了時には認められず、手術終了後の肝切離面の膨張等などにより一過性に発生したものと考えました。」との記載がある。また、KH は本人尋問で、陳述書とほぼ同旨の供述をしている部分がある(調書 16 頁、50 頁)。

上記証拠のうち、肝切除術中の出血に関する部分は、動脈損傷を否定し、肝臓実質からのじわじわした出血だけが発生したとの趣旨と理解される。

しかし、上記のとおり、肝切除術中最大の出血は午後 3 時に発生しているところ、その直前の操作は、午後 2 時 30 分から午後 2 時 54 分までプリングル法下に右尾状葉に流入する血管(グリソン)の処理が対象であって、肝臓実質の切離は中断していたのである。

従って、午後 3 時に肝臓実質の切離面からじわじわした出血が発生するはずがない。上述のとおり、午後 3 時から麻酔医の判断で大量輸血・急速輸血が開始されているが、「じわじわ出血」でこのような措置をとるはずもない。KH 供述にか

かる部分が虚偽であることは明らかである。

なお、上記証拠のうち、「術後肝動脈の一部からの出血を認めた。」「手術終了時には認めていない。」旨の部分は、従前の弁論結果にはない、全く新しい主張である。おそらく、TY 鑑定人の証言等から術後血管造影（DSA）に右肝動脈枝からの出血が撮像されていることが争えなくなり、「手術中に認められなかった動脈性の出血が術後に新たに生じた。」という弁解を作出したものと推測される。

しかし、KH が供述するとおり手術中の出血を下大静脈性の出血であると考えていたのであるなら、術後出血が判明したときに静脈性の出血を考え、下大静脈経由の肝静脈血管造影をするはずである。事実、被告らは術後出血が判明した直後に肝動脈血管造影・右肝動脈動脈塞栓術を計画し実行しているからである（甲第 16 号証，1-43 等）。更に言えば、このとき OH 病院に駆けつけた雷太に対し、被告らは、血管造影を始める前に動脈塞栓術に対する同意を求めているのである（甲第 9 号証，5/16，10 丁以下。甲第 16 号証，1-4）。これは、手術中に右肝動脈の分枝から大量出血が発生し止血に難渋していたからこそ、術後出血が同じ右肝動脈の分枝から発生したと推測できたからに他ならない。

雷太が本人尋問で詳細に供述したとおり、KH は手術直後から與志廣死亡まで原告らに肝動脈損傷の事実を隠蔽するために肝臓の部位や血管の位置関係を上下逆にして説明する等の虚偽説明を繰り返していたものである（雷太調書 5-9 頁、18 頁、20 頁）。上記の「手術経過並びに所見」や陳述書の記載、本人尋問における供述も、動脈損傷という外科医としては弁解の余地のない失策を隠蔽する目的でなされた虚偽記載・虚偽供述である。

大量出血の原因

TY 鑑定人及び MS 博士は、本件で発生した大量出血は與志廣に対する肝切除術が内包する大量出血の危険性が現実化したものであると明言された。重要であるからここに引用する。

TY 鑑定人は、被告ら代理人から本件で発生した出血は一般的な肝の手術に伴う出血の危険性が現実化したものか、本件の腫瘍の部位による出血の危険性が現実化したものかと質問され、「腫瘍の存在部位だと思いますね。と申しますのは、その肝の切離面からの出血という意味は、例えば、肝門部にある太い門脈とか、動脈を傷つけた出血というのではなくて、肝実質を切っていくときに遭遇するいろいろな血管の処理、その際に、出血するという意味なんですね。本件の腫瘍の存

在しているところは、太い右肝静脈と下大静脈というところに挟まれた状態にある。それを切っていくと、当然、太い静脈に流入する比較的太い血管が多く存在するわけです。ですから、そこを切っていくと、当然、そうした太い血管を処理しないとといけない頻度は多くなって、出血の危険性は高くなると、そういうことを考えています。」と答えている（鑑定人調書 33,34 頁）。

MS 博士は、「b. 本件手術中・術後になぜ出血が起きたか、その出血の要因は何か。」という質問に対し、「あらゆる肝臓手術には出血の危険が伴います。しかしながら、これらの病巣を全て措置しようとする本件手術計画は非常に過激で、甚だしく危険なものです。本件では外科医が措置しようとした部位の数と共に出血の危険が増大し、さらにそれらの部位が記述の通りいくつかの血管に近接していたことから危険が増大したのです。」と答えている（甲第 12 号証の 4, 1,2 頁、訳は同号証の 1, 12 頁）。

與志廣に対する肝切除術には大量出血を起こす高い危険性があったところ、被告らがその危険性を無視して肝切除術を実施したため、その危険性が現実化して大量出血が発生したものであることを TY 鑑定人及び MS 博士が確証されたものである。

なお、KH は、本人尋問において、原告ら代理人が「TY 鑑定人は、腫瘍の存在部位による出血の危険性が現実化したと表現されているが、記憶はあるか。」と質問したのに対し、「はっきり記憶はありません。」と答え（証言調書 23 頁） 與志廣に対する肝切除術を提案し執刀した肝臓外科専門医とはおよそ思えない態度を示したことをここで確認しておきたい。

[4] 肝切除術と死亡との因果関係

次の医学的知見及び事実経過が当事者間に争いがない。

a 出血性ショック

出血性ショックとは、外因性出血又は内因性出血により循環血液量が減少することにより引き起こされる循環不全である。出血性ショックでは、出血量が重症度の指標となる。一般に循環血液量の 20%（体重 60kg で 1000ml）の出血でショック症状を呈し、40 ないし 50%（同 2000 ないし 2500ml）の出血で重症ショック、50%（同 2500ml）以上で心停止に至るとされる。

b 多臓器不全

ショックが重篤であったり遷延した場合や重要臓器に重大な侵襲があった場合、肺をはじめとして腎、肝、消化管、心などの臓器障害や止血凝固系、免疫系、代謝系などの機能障害を併発し多臓器不全と呼ばれる病態を形成する。術後肝不全も多臓器不全の基礎疾患となる。

c 與志廣死亡までの経過

4月30日午前、與志廣にショックが発症する。

5月5日、DIC、多臓器不全、とくに心肺機能不全、肝不全及び出血傾向は重篤で、全身状態極めて不良であった。

5月6日午後3時5分頃第2回の心停止を起こし、同日午後8時3分與志廣は永眠した。

原告らは、與志廣の死因は多臓器不全であり、その原因は4月21日の肝切除中の大量出血に基づく出血性ショック及び術後肝不全であると主張したが、被告らは、大量出血・急速輸血に基づく凝固系活性低下による出血傾向とエンドトキシンショックによる多臓器不全が死因であると主張した。

TY 鑑定人の鑑定意見

TY 鑑定人の鑑定意見は原告ら主張と一致した。即ち、TY 鑑定人は、鑑定書において、肝切除術直後から5月4日の第1回心停止までの術後経過を要約して記述されている。当該部分を摘示すると次のとおりである。

「肝切除術後の初期の経過を要約すると、肝切除術、術中大量出血、術後出血とそれに対する肝動脈塞栓術などに関連する肝機能障害がみられ、血清ビリルビンの持続的上昇などから見ても次第に肝不全状態へと移行したと考えられる。大量出血、大量輸血による影響ならびに肝不全状態とも関連して血小板数の低下、出血傾向が見られ、4月28日まで持続的に輸血が必要であった。また出血と輸血、低蛋白血症、手術侵襲などの影響で血管外体液の増加、浮腫があったが、血圧、尿量などは比較的維持されていた。しかし、4月28日から明らかとなった横行結腸吻合部の縫合不全により、腹膜炎から敗血症に進展し全身状態はさらに悪化した（以上17,18頁）。」

「4月30日の手術およびエンドトキシン吸着後、呼吸循環動態は一時改善したが5月2日以降38度以上の発熱、CRPの上昇など敗血症は悪化し、黄疸の進行など肝不全の悪化、血小板減少、出血傾向など敗血症性のDIC（血液凝固障害）が徐々に進行していった。（中略）そして、5月3日までは尿量は十分維持され血清クレ

アチニンも上昇が無く腎機能は良好に保たれていたが、5月4日早朝より乏尿となった（以上19頁）。」

「5月4日早朝より乏尿状態となり、午前11時頃より最高血圧が110代に低下し始めている。その後、午後3時頃に膀胱洗浄を行った後急激に徐脈になり、3時20分に行われた心電図12誘導の検査では心拍数34の徐脈と房室接合部性期外収縮（ジャンクショナル・リズム）がみられている。そして3時24分に心停止した。

（中略）従って、進行性の敗血症や肝不全、腎機能低下など全身状態の悪化にもなって心機能障害が進展し、それが原因で徐脈性不整脈が突然現れ、さらに心停止に至ったものと考えられる（以上21頁）。」

また、TY鑑定人は、肝切除術における大量出血と多臓器不全及び死亡との因果関係について次のとおり証言された。

原告ら代理人質問

侵襲が高いということで、具体的に何を心配されるわけですか。

肝切除の場合は、術中の出血量が、この症例のように、5lから10lに及ぶことがあります。当然、それが原因で術中に亡くなると。又は、術後、早期に亡くなるということも、私自身も経験しております。（以上鑑定人調書15頁）

原告ら代理人質問

先ほど先生のお話の中にもございましたけれども、本件は大出血をしておりますね。仮に、本件のように1万mlを超えて出血した場合、御経験があたりだということなので、どういう事態、症状、そして予後になるのか教えてください。

当然、手術中は、血圧が下がったりとか、心臓とか肺呼吸器系への負担が強くなります。まあ、何とか輸血で、大量輸血を行なって、循環動態が元に戻っても、その出血している際の低血圧などの影響で、肝臓とか腎臓への障害が起こってくることが多いです。それで、いわゆる術後、黄疸が出たりとか、腎不全になったりとか、そういった合併症を併発する可能性は非常に高いと思います。ただし、私自身の経験でもあるんですが、出血だけで、必ずしも死亡するというものではなくて、これくらいの出血をされても、術後、何とか回復されるという可能性もあります。

ケースによるということなんでしょうか。

ケースによるわけです。ただし、術後は厳しい状態になることは予想

されます。

厳しいというのは、死を予測しなきゃいけないということですか。

そうですね。死の危険性は高くなると思います。

(以上鑑定人調書 19 頁)

また、術後肝不全について、TY 鑑定人は 4 月 26 日から 28 日までの間に肝不全が発症している旨証言されている。(鑑定人調書 23 頁)

病理解剖報告の検討

MM が作成した病理解剖報告(甲第 17 号証, K-26 ないし 31)には、「死因は大量輸血による凝固系活性低下によると思われる出血傾向とエンドトキシンショックが原因と思われるショック腎, ショック肺などの多臓器不全が考えられる。」との被告ら主張に沿う記載がある(同号証 K-31)。MM は、平成 9 年 7 月に同旨の書面を原告らに送付し(甲第 14 号証の 2)、第 5 回口頭弁論における本人尋問においても同旨の供述をしている(MM 調書 3, 4, 5 頁)。

上記に記述された「大量輸血」は肝切除術中の大量出血に対して行われたものであるし、4 月 30 日に発生したショックが「エンドトキシンショック」であったとしても、これは肝切除術に伴う剥離操作で出血して部分切除・吻合された横行結腸が術後に縫合不全を起こし汎発性腹膜炎・敗血症に至ってエンドトキシンショックを起こしたことになる。

従って、死因が仮に被告ら主張どおりであるとしても肝切除術との因果関係が失われるわけではない。(なお、4 月 30 日のショックは呼吸不全性ショックであったと考えられるが、この点は「4 術後経過の不法行為 4 - 1 呼吸不全・ショック」参照。)

しかし、病理解剖学的診断の上記記述は被告らの責任原因を隠蔽する悪質な虚偽記載である。そもそも MM は大量出血による出血性ショックが発生し多臓器不全に至ったことを認識していた。本人尋問における該当部分を次に引用する。

原告山口信恭質問

手術で大量出血があったことは聞いていますね。

はい、記載がありました。

出血性ショックが発生したというふうに理解していますか、してませんか。

出血性ショック状況はあったのではないかというふうには判断しましたけれども、私は亡くなられてからの担当でございましたので。

出血性ショックが多臓器不全と関係があるとお考えですか、ないと思いますか。

それは関係があります。

どのように関係があるのか説明して下さい。

体の中の血液量が大量に出てしまいますと、各臓器に行く、いわゆる酸素、栄養分が全くなくなりますので、そのため臓器が不全状態になります。

(以上 MM 調書 23 頁)

また、エンドトキシンショックによりショック肺が起きたように記載しているが、MM は OH 病院第三外科からエンドトキシンショックを起こす 4 月 30 日より前に肺炎の所見がある旨の情報を得ていた。即ち、甲第 17 号証、K-18 ないし K-25 は OH 病院第 3 外科が作成した「病理解剖臨床経過・臨床検査表」であるが、K-25 には 4 月 27 日のレントゲン所見として「左肺陰影↑」の記載があるのである(↑は増強の意味)。

MM が作成した病理解剖報告は、「大量輸血」とか「エンドトキシンショック」とかを介在させることで真の原因である「大量出血による出血性ショック」を隠蔽することを目論んだ虚偽文書である。

[5] 被告らの計画性

以上に詳細に検討したところから、本件は、被告らは何らの治療効果もなく大量出血を起こして死亡する危険性が高い肝切除術を最も効果があり危険の少ない手術であるとの虚偽説明をして同意を得、その肝切除術において肝動脈を損傷する等で大量出血を起こし、死という結果を発生させたことは優に立証された。手術適応の項及び術前説明の項で検討したところからすれば、これが被告らの周到な計画に基づく行為であることは明らかである。

本項では、被告らの計画性を別の角度から更に立証しようとする。それは、被告らは肝切除術が実施される前からカルテに虚偽記載をしているという事実である。即ち、被告らは肝切除術における大量出血という「事故」が発生する前から隠蔽工作をしているのである。

平成 9 年 4 月 12 日の術前説明に関する工作

平成 9 年 4 月 12 日に OH 病院で行われた NJ による術前説明が本件の核心の一つであることは術前説明の項で詳細に検討したとおりである。ところで、この 4 月 12 日に術前説明を行うことについては、最初に 4 月 5 日に KH が入院治療計画

を説明する席で與志廣に伝え、次いで 4 月 7 日に NM が名古屋の雷太宅に電話して伝えている(4 月 5 日につき甲第 16 号証, 1-32、甲第 38 号証、信恭調書 6 頁。4 月 7 日につき甲第 33 号証 1 頁、雷太調書 2 頁)。いわば、被告らが一致して 4 月 12 日を設定したことがわかる。しかし、不可解なことに、カルテには 4 月 12 日に術前説明が行われた旨の記載が一切ない。

第 3 外科入院診療録を綴じた甲第 16 号証の中には、入院前の 3 月 27 日、29 日の説明はきちんと記録され(同号証, 1-268) 4 月 16 日の説明には予定と実施の両方が記録されている(同号証, 1-40, 41)。それなのに、與志廣が 3 月 31 日に入院してから 4 月 21 日までに被告らが診断結果等を記入したと見られる丁(横 29 罫で、左端に 12mm 幅の縦罫が入っている用紙)、具体的には 1-18, 33 ないし 42 であるが、それを逐一見ても当然あるはずの「4/12 DrNJ Family に MT」といった記載が見あたらないのである。唯一カルテの中にあるのは NJ が説明に用いた 1-38 であるが、これには日付がない。被告らが一致して日にちを設定し NJ が原告らに虚偽説明をした 4 月 12 日の術前説明がカルテの中に記録されていないという事実には、そこに被告らの隠蔽工作を考えざるを得ない。

NJ は、本人尋問において、3 月 29 日に家族を集めて術前説明を行い家族から肝切除術を希望する旨の意見が出された、4 月 12 日は 3 月 29 日の説明を確認しただけであるとの虚偽証言をした。このような虚偽の弁解を当初から計画していたのかも知れないし、あるいは、4 月 12 日の術前説明自体を否定する目論見があったかも知れない。

左葉内側区域の直径 30mm の腫瘍に関する工作

手術適応の項で記載したとおり、與志廣の肝臓には左葉内側区域に直径 30mm の転移性腫瘍があった。肝切除術の対象となった右葉後区域の腫瘍が 33×34mm であるから、ほぼそれに匹敵する大きさの腫瘍が左葉に存在したわけである。

カルテを子細に検討すると、この左葉の大腫瘍について被告らが注目していたことがわかる。甲第 18 号証「4/7 DSA・TAE-5」の下の写真には中央のカテーテルの右側に「縦切りのドーナツ様の像」「横切りのドーナツ様の像」が写っている。これが左葉の大腫瘍である。同号証「4/7 DSA・TAE-7」の下の写真にはカテーテルに重なるように大きい円が写っている。これは左葉の大腫瘍が全周写ったものである。ところで、被告らは、多数撮影した DSA の画像のうち 7 枚を選んでカルテに貼り付けているが、そのうちの 1 枚がこの左葉の大腫瘍を写した「4/7 DSA・

TAE-7」の下の写真なのである（甲第 16 号証，1-121 の下の写真）。被告らが左葉の大腫瘍に注目していることがよくわかる。

しかし、被告らは、術前説明において、この左葉の大腫瘍について一切触れていない。カルテには、上記のとおり DSA 画像が貼付されているだけで、左葉の大腫瘍に関する記述は一切ない。本件訴訟でも、原告らの主張を「認める。」と認否したにとどまり、それ以上の主張を全く行おうとしない。この左葉の大腫瘍は手術対象とされた右葉後区域の腫瘍とほぼ同じ大きさがあり被告らが術前から注目していたことが明らかなのに、このような被告らの態度は不可解と言わざるを得ない。この左葉の大腫瘍に関し、被告らが未だ明らかにしない何らかの計画があったのではないかと推測されるところである。

KH は、本人尋問において、信恭から上記甲第 16 号証，1-121 の下の写真を示されて、「何も写っていない。」「何か分からない。」と答えている（KH 調書 46 頁）。多数の DSA 画像から自分達を選んでカルテに貼付しているのに、何が写っているかわからないはずはない。左葉の大腫瘍に関して秘密の計画があったことを裏付ける態度である。

腫瘍の成長度合に関する工作

甲第 16 号証，1-39 には、4 月 11 日に実施された CT 検査の所見が記載されている。転記すると、「亜区域全てに tumor 認められる。97 '3 14 の CT では S2,3,4,7,8 のみ。また半年前には 1 つも認めていないことより、非常に急速な進行であるといえる。」とある。あたかも半年間の急速な進行が確認されたかのような記述であるが、実は半年前にあたる平成 8 年 10 月には何の検査もしていない。與志廣は来院すらしていないのである（甲第 16 号証，1-258）。上記記述は明らかな虚偽である。

3 月 29 日に NJ は、信恭、雷太に対し、3 月 14 日の CT 画像を見せて「6 月前の検査で発見できなかったものがこれだけ大きくなるとは悪質の進行癌である。」と述べていた（上記「[2] 術前説明と同意 当事者間に争いのない事実」参照）。原告らは、與志廣が何時どのような検査を受けているか承知していないから、NJ の説明をそのまま信じて進行の速い癌だと理解した。しかし、3 月 14 日の半年前である平成 8 年 9 月にも與志廣は来院すらしていない（甲第 16 号証，1-258）。被告らは、原告らに口頭でした虚偽説明と同一の虚偽事実をカルテに記載しているわけである。

この虚偽記載をした真の目的は不明であるが、将来手術の正当性を主張する材料にする意図があったのではないかと推測される。

KH による術前の虚偽説明

被告らの計画性を立証する最後に、(1)ないし(3)とは別の種類の事実を指摘したい。それは術前から KH が NJ と同一の虚偽説明をして原告らに肝切除術を勧めていたことである。

原告らは術前に執刀医である KH から説明を受けられるものと考えていたが、実現されることなく日にちが経過していたところ、4 月 18 日に幸代が謝礼を渡そうとして、ようやく KH に会うことができた。このとき、KH は、幸代に対し、「山口さんの癌は特に悪性で入院してからもどんどん大きくなっている、肺塞栓や大量下血など癌が崩れると直ぐ死亡に直結する、手術をすればその危険は避けられる。」と話した（甲第 9 号証，5/30，10 丁、KH は陳述書（乙第 5 号証）でも「肺塞栓・腫瘍の自然破裂」を説明したことを認めている（5 頁））。「[2] 術前説明と同意」の項で明らかにしたとおり、4 月 12 日に NJ が術前説明で行った「進行の速い癌」「転移巣が破裂して大出血を起こしたり、崩れて肺塞栓を起こす。」という話は全くの虚偽であるところ、KH が NJ と全く同一の虚偽説明をしているということは両者間に通謀が存在することを明示する事実である。

KH は、4 月 18 日の説明と同一の虚偽説明を 4 月 21 日の肝切除術直後に幸代及び雷太に対して行い（甲第 9 号証，5/16，9 丁、甲第 32 号証 22 頁、甲第 33 号証 13 頁）更に 5 月 3 日に信恭及び雷太に対して行って（甲第 9 号証，5/16，34 丁、甲第 32 号証 41 頁，甲第 33 号証 40 頁）自己の行為の正当化を図っている。5 月 3 日については、KH 自身がカルテに記載している（甲第 16 号証，1-85,86）。

NJ と KH が術前から一致した虚偽説明をして原告らに肝切除術を勧めているという事実は被告らの計画性を明らかに示している。

結論

被告らは與志廣の入院当初から種々の隠蔽工作をし、虚偽説明を通謀していた。これは與志廣が入院する前から被告らが違法な計画を有していたことを示し且つ裏付けるものである。

[6] 責任

これまでの検討で明らかになったとおり、被告らは、與志廣に対する肝切除術に期待される効果はなく、肝切除術を実施すれば大量出血を起こして死亡する高い危険性があり、肝切除術の適応は全くないことを熟知していたのであるから、與志廣に対する肝切除術は医療行為ではなく、故意による傷害行為にあたる。この傷害行為たる肝切除術によって與志廣に大量出血を発生させ、多臓器不全により死亡させたのであるから、傷害致死に該当することは疑問の余地がない。肝切除術には與志廣及び原告らの同意が存在するが、この同意は被告らが肝切除術の効果及び危険性等について虚偽の説明をして誤導したものであるから、被告らの行為の違法性を阻却しない。被告らはいずれも與志廣に対する傷害致死の結果について責任を負う。

個別に言えば、NJ、KH、NM、TH については、NJ 及び KH は本件を首謀したものであり（信恭陳述書（甲第 40 号証）問答 47,48,49）NM、TH は與志廣の担当医として上記事実を熟知した上、NJ は傷害行為たる肝切除術に主治医として立ち会い、KH は傷害行為たる肝切除術を執刀し、NM 及び TH は傷害行為たる肝切除術の助手（KH 調書 24,25 頁）を務めたものであるから、上記 4 名は傷害致死行為についていわゆる実行共同正犯の立場に立つ。被告大学は民法 715 条 1 項本文により雇用主として使用者責任を負う。MM の責任については、原告ら平成 12 年 1 月 17 日付準備書面（一）に詳論したとおりである。

なお、雷太、信恭に対する被告ら代理人の反対尋問を分析すると、被告らから新たな責任の免除ないし軽減を目的とした主張がされることが考えられるので、念のためにここで検討しておく。

被告らは、4 月 12 日の術前説明で NJ がセカンドオピニオンを求めてもかまわないという姿勢を示したこと、原告らがセカンドオピニオンを求めなかったことをもって、責任免除ないし責任軽減の主張をすることが考えられる。

しかし、NJ がセカンドオピニオンを求めることに真に協力する姿勢ではなかったことは雷太が証言したとおりであり、原告らは NJ の虚偽説明を真実と信じて真剣に議論し、セカンドオピニオンについては被告大学 OH 病院 N 科 SK 医師にまで意見を求めたことは信恭が証言したとおりであり（信恭調書 17 乃至 21 頁）何より 4 月 21 日の NJ の術前説明は最初から最後まで虚偽であったことを考えれば、

上記事実が責任免除ないし責任軽減の事由になることはない。

また、被告らは、肝切除術に同意したのは自己決定権の行使であるとして、責任免除ないし責任軽減の主張をすることが考えられる。しかし、自己決定権とは必要かつ十分な情報が与えられて始めて適正に行使できるものである。本件は正に被告らの虚偽説明により自己決定権が侵害されたのであり、それが本件の核心の 1 つである。自己決定権をもって被告らの責任免除ないし責任軽減を主張するのは本末転倒である。

さらに、被告らは、原告らが業務上過失致死罪で刑事告訴したこと、告訴事件は結局不起訴に終わったことをもって、責任免除ないし責任軽減の主張をすることが考えられる。

しかし、被疑事実を業務上過失致死として刑事告訴した事情は信恭が本人尋問で供述したとおりであり、本件で傷害致死の結果が認定されることと何ら矛盾するものではない。告訴事件が不起訴に終わったことと本件訴訟における被告らの責任とが何らの関係を有しないことはむしろ当然のことである。

以上により、被告ら全員が傷害致死の結果について責任を負う。

[7] 結論

以上の次第で、被告らが、與志廣に対する肝切除術は期待できる治療効果はなく大量出血を起こして死亡する危険性が高いものであることを熟知しながら、與志廣及び原告らに対し肝切除術が最も延命効果があり危険の少ない手術であるとの虚偽説明をして同意を得、與志廣に対し肝切除術を実施して肝動脈を損傷する等で大量出血を起こし、與志廣を出血性ショック及び術後肝不全に基づく多臓器不全により死亡させ、もって與志廣に対し傷害致死の不法行為をした事実が明らかに立証されたものである。

—————以下余白—————

4 術後経過の不法行為

4-1 呼吸不全・ショック

(1) 被告らは、平成9年4月30日、MRSA肺炎・敗血症の合併症が発症した與志廣に対し、吸入酸素濃度を下げる等の治療レベルを落とす行為をし、與志廣に呼吸不全を発症させ、続けて重度ショックの状態にし、與志廣を故意に傷害した。

(2) 事実経過

4月30日の呼吸不全・ショックに関する争いのない事実（主張整理書面「6 術後経過関係 A 呼吸不全・ショック」）及び証拠により認定される事実を時系列に従って整理すると次のとおりである。

與志廣は、肝切除術・術中大量出血・術後出血とそれに対する肝動脈塞栓術などに関連する肝機能障害がみられ、次第に肝不全状態に移行した。4月28日から明らかになった横行結腸吻合部の縫合不全により、腹膜炎から敗血症に進展し全身状態はさらに悪化した。（TY 鑑定人鑑定書 17,18 頁）

4月26日、被告らは胸部レントゲンにより與志廣に左肺水腫が発症したことを認めた。（甲第16号証，1-62）

4月28日午後4時、被告らは、それまで與志廣に対し酸素マスクで酸素投与していたのを経鼻挿管して人工呼吸に切り替えた。吸入酸素濃度の設定は50%。（甲第17号証，2-11。甲第10号証，59頁）

同日午後7時30分、吸入酸素濃度50%下の血液ガス検査で動脈血酸素分圧（P02）100.2。（甲第17号証，2-11。甲第10号証，59頁）

4月29日、午後0時20分、吸入酸素濃度50%下の血液ガス検査で動脈血酸素分圧（P02）92.2、動脈血酸素飽和度（SA_t）97.2。（甲第17号証，2-8。甲第10号証，61頁）

同日午後9時、人工呼吸機により1分間に5回補助呼吸（SIMV）をする設定を1分間に7回補助呼吸する設定に変更する。（甲第17号証，2-7。甲第10号証，61頁）

4月30日午前0時から午前8時までの與志廣の呼吸状態は、人工呼吸器により吸入酸素濃度50%・補助呼吸毎分7回の酸素投与を受けながらも、動脈血酸素飽和度（SAO₂）は94ないし97%と安定しなかった。（甲第17号証，2-5，下段の所見・看護記録欄。甲第10号証，62頁）

KHは、同日午前3時ないし4時頃、與志廣に敗血症が発症したと疑った。（KH

調書 32 頁)

同日、KH は、MRSA 肺炎発症を疑い、與志廣に喀痰検査を実施した。これは 5 月 1 日に MRSA が検出された。(甲第 16 号証 , 1-122、KH 調書 30,31 頁)

4 月 30 日午前 8 時頃に行われた検査では、白血球は 13,400 と著明に上昇し、血液凝固機能検査は、プロトロンビン時間 (PT) が 200 秒以上 / 10% 未満、ヘパブラ 10% 未満と報告され、機械の測定範囲を越える異常値であることが示された。血液検査は、アンモニア 194 (NH₃、基準値 25-75)、総ビリルビン 16.8 (T-B、基準値 0.2-1.2) でこれまでで最も悪い値であった。血液ガス検査は、動脈血酸素分圧 (P02) が 90.9、動脈血酸素飽和度 (SAT) が 97.8 で最低限度の値であった。(甲第 17 号証 , 2-4 , 中段の検査値欄。甲第 16 号証 , 1-107 の凝固欄。甲第 10 号証 , 62 頁。TY 鑑定人調書 23,24 頁)

KH は、前項の検査結果により、與志廣に敗血症が発症したことを確定診断した。(KH 調書 32 頁)

同日午前 9 時 30 分頃、KH と TH は、看護婦に吸入酸素濃度を 40% まで低下させ、メインの輸液を 30ml 毎時に、アミノレバンを 10ml 毎時にそれぞれ絞らせ、腹腔内に留置したドレーン 1 本を引き抜いた。引き抜いたドレーンから黒っぽい異臭あるものが流出した。(甲第 17 号証 , 2-4 , 下段の所見・看護記録欄。主張整理書面・争いのない事実。甲第 10 号証 , 62 頁)

上記処置を行った直後、動脈血酸素飽和度が 95 に低下した。(甲第 17 号証 , 2-4 の上段に左端 C02 と印刷された欄に SA02 と記入され動脈血酸素飽和度の数値が記載されている。)

午前 11 時、動脈血酸素飽和度 (SA02) 90 まで低下。血液ガス検査 (BGA) 実施。(甲第 17 号証 , 2-4 の上段の SA02 欄、下段の所見・看護記録欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

前項の血液ガス検査不良のため、午前 11 時 15 分、TH は吸入酸素濃度を 40% から 50% に増量する。(甲第 17 号証 , 2-4 , 下段の所見・看護記録欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

午前 11 時 20 分血液ガス検査実施、動脈血酸素分圧 (P02) 55.2、動脈血酸素飽和度 (SAT) 92.3 で呼吸不全状態。(甲第 17 号証 , 2-4 , 中段の検査値欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

午前 11 時 35 分血液ガス検査実施、動脈血酸素分圧 (P02) 58.5、動脈血酸素飽

和度(SAT)92.9 で呼吸不全状態。(甲第 17 号証 , 2-4 , 中段の検査値欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

午前 11 時 40 分、TH は吸入酸素濃度を 50%から 60%に増量する。(甲第 17 号証 , 2-4 , 下段の薬剤・処置欄、所見・看護記録欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

午後 0 時血液ガス検査実施、動脈血酸素分圧 (P02) 61.6、動脈血酸素飽和度 (SAT) 93.7 で呼吸不全状態継続。(甲第 17 号証 , 2-4 , 中段の検査値欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

午後 0 時、與志廣の血圧 72/40 に低下し、重度ショック状態になる。與志廣の下肢を挙げる (ショック体位)。PGE1(血管拡張剤)を減量する。(甲第 17 号証 , 2-4 , 上段の血圧グラフ、下段の所見・看護記録欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

21 TH は第三内科 FZ 医師 (透析専門医) に対し、「肝癌手術後横行結腸よりリーク (漏れ) あり。本朝より血圧低下、血液濾過 etc の必要あるか。」と呼吸不全を隠し血圧低下の時間が事実と異なる照会を行う。FZ 医師は、「現時点で必要なのは病巣の除去。その後エンドトキシン血症の改善を行う。」と回答する。(甲第 16 号証 , 1-77)

22 午後 0 時過ぎ、幸代、雪子が與志廣を見舞う。與志廣の顔が土気色で、氣息奄奄なのに驚く。看護婦に医師との面会を申し入れる。(甲第 9 号証 , 5/30,1 丁,5 丁,12 丁 , 7/1,7 丁)

23 午後 0 時 30 分頃、動脈血酸素飽和度 (SA02) 95-96 で呼吸状態改善してくる。(甲第 17 号証 , 2-4 , 上段の SA02 記載欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

24 午後 0 時 30 分、NJ が ICU に入り、看護婦に、「本日ドレナージ術施行しストマ (人工肛門) 造設。その後 3 内にて透析考える。」と告知する。(甲第 17 号証 , 2-4 , 下段の所見・看護記録欄。甲第 9 号証 , 5/30,5 丁,12 丁 , 7/1,7 丁。甲第 10 号証 , 63 頁)

25 PGE1(血管拡張剤)を減量しても血圧が回復しないため、PGE1 投与を中止する。(甲第 17 号証 , 2-4 , 下段の所見・看護記録欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

26 午後 1 時、動脈血酸素飽和度 96-97 に回復する。同じ頃血圧は 120-130 代になりショックから回復する。(甲第 17 号証 , 2-4 , 上段の SA02 記載欄、中段の血圧グラフ、下段の所見・看護記録欄。甲第 10 号証 , 63 頁)

27 午後 1 時、NJ が、幸代、雪子に対し、「現在の緊急課題は下腹部の洗浄。再手術を行い、その後血液浄化処理を行う。現在、やや呼吸不全を起こしているが、

人工呼吸器の酸素濃度が 50%と高いためで、今は 40%に下げている。」と虚偽の吸入酸素濃度を説明する。(甲第 9 号証 , 5/30,1 丁,12 丁 , 7/1,7 丁。甲第 16 号証 , 1-76)

28 午後 2 時、與志廣に対し DOA(心不全用強心剤) 投与開始。(甲第 17 号証 , 2-4。甲第 10 号証 , 63 頁)

29 TH は、カルテに、「4/30 呼吸、血圧変化あり。レスピレーター (人工呼吸器) 吸入酸素濃度 60%へ変更。血圧低下、PGE1 カット、DOA 開始。腹部、膨満気味のため、腹腔ドレーン抜去、その後吻合部ドレーンより 200ml 暗赤色・便臭+の排泄液あり。」と午前 9 時 30 分の吸入酸素濃度減量等の事実を隠し、それ以外の事態についても発生の時間や順番が事実と異なる記載をした。(甲第 16 号証 , 1-75)

30 午後 5 時から午後 7 時 40 分まで、與志廣に対し、再開腹の上、腹腔内洗浄・人工肛門造設・ドレーン留置を行う再手術が行われた。(甲第 16 号証 , 1-30)

31 午後 9 時から午後 11 時 30 分まで、第 3 内科 FZ 医師により、與志廣に対し、エンドトキシン吸着療法が施行された。(甲第 16 号証 , 1-77)

(3) 事実経過の分析

前項の事実経過を要約すると、與志廣は肝切除術後に術後肝不全を発症し、4 月 26 日には肺水腫が発症し、被告らは、呼吸状態の悪化に対して酸素投与方法を酸素マスクから人工呼吸器に変更し、更に補助呼吸の回数を増やすなどの措置をしていた。4 月 30 日未明から呼吸状態が安定しなくなり、MRSA 肺炎発症が疑われ、午前 8 時の検査結果で KH は敗血症発症を確定診断したところ、午前 9 時 30 分 KH 及び TH は吸入酸素濃度を 50%から 40%に減量する等の処置をとり、その直後動脈血酸素飽和度が 95 まで下がったがそのまま放置した。同日午前 11 時には動脈血酸素飽和度が 90 になり、その後吸入酸素濃度が 40%から 50%に更に 60%まで増量されたが、午前 11 時から午後 0 時まで與志廣は血液ガス検査上明らかな呼吸不全状態が継続し、午前 12 時に重度ショック状態が発症した。午後 0 時 30 分頃から呼吸状態が改善してくると、それに合わせて血圧も上昇し、午後 1 時に呼吸状態の回復に一致してショック状態が解消された。この事実によれば、午前 9 時 30 分に KH 及び TH が吸入酸素濃度を減量したことにより與志廣が呼吸不全状態に陥り、その結果重度ショックが発症したことは明らかである。言い換えれば、與志廣に午後 0 時に起きた重度ショックは呼吸不全性のショックである。

そして、4 月 30 日午前 8 時頃の検査結果は、白血球が急増し、アンモニアやビリ

ルビンが最高値になり、血液凝固機能が検査不能である等全身状態が極めて悪化していることを示し、動脈血酸素分圧（P02）も最低限の値（甲第 24 号証，256 頁は「術後は血液ガス分析にて PaO2 を 90-100 以上を目安に酸素投与を行う」とする。）であったのであり、何より被告らはこの検査結果により與志廣に敗血症が発症していると確定診断したのであるから、本来被告らは敗血症に対して積極的治療を開始しなければならない立場にある。具体的には同日の午後 5 時以降に開始した再開腹術・エンドトキシン吸着等をこの段階でなすべきはずである。しかし、被告らは逆に呼吸状態の悪化した與志廣に対して吸入酸素濃度を減量する処置をとり、動脈血酸素飽和度（モニターで継続的に測定されている）が低下していくのを把握しながら呼吸不全状態（動脈血酸素分圧 60 以下を呼吸不全と定義される。）まで與志廣を放置し、與志廣に呼吸不全性のショックを発症させたのである。この被告らの行為は到底医療行為と言えるものではない。

更に、TH は、午後 0 時 = 正午にショックが発生した直後に、内科医に対し、「本朝より血圧低下、血液濾過 etc の必要あるか。」とショック発生の時間をずらし呼吸不全の事実を隠した照会を行い、カルテには午前 9 時 30 分の処置を隠す等の虚偽記載をしている。NJ は、與志廣が吸入酸素濃度 60%の酸素投与を受けている午後 1 時に、幸代及び雪子に対し、「酸素濃度が高すぎてやや呼吸不全だが、今は 40%に下げている。」と明らかに事実と異なり、午前 9 時 30 分の処置を正当化するような虚偽説明をしている。予め準備された虚偽照会・虚偽記載・虚偽説明と考えざるを得ない。

以上のとおり、4 月 30 日に與志廣に発症した呼吸不全・ショックは同日午前 9 時 30 分に被告らがした吸入酸素濃度減量に起因するものであること、この吸入酸素濃度減量から呼吸不全・ショック発生に至る被告らの行為は到底医療行為とは言えないものであること、ショック発生の直後から被告らは予め準備された虚偽照会等を行っていることから、上記の與志廣に発症した呼吸不全・ショックは被告らが周到に計画した傷害行為であると判断できる。

(4) TY 鑑定人鑑定意見の検討

TY 鑑定人は、4 月 30 日に吸入酸素濃度を減量した処置には問題はなく、同日與志廣に発症したショックは敗血症性のエンドトキシンショックであるとの意見を述べられた（鑑定書 18,19 頁）。

しかし、ICU 記録に記載されたデータを逐一追って突き合わせれば、上記のとおり

呼吸不全の経過とショックの経過が一致するのであり、與志廣に起きたショックは呼吸不全性ショックである。與志廣が、敗血症ないしエンドトキシンショックの治療を受けることなく、吸入酸素濃度の増量と血圧低下作用のある薬剤（PGE1）の投与中止の処置のみでショックから回復した事実がこの判断を裏付ける。

TY 鑑定人の鑑定意見は、被告らが周到に用意した隠蔽工作の結果、残念ながら真実に目を至すことができなかったものと推察される。上記のとおり、被告らは午前 8 時の検査値により敗血症発症を確定診断してから午前 9 時 30 分に吸入酸素濃度減量を実行している。通常の医師であれば午前 8 時の検査値を見れば敗血症発症を診断するから、その数時間後にショックが発生すればエンドトキシンショックであると判断するのが一般である。吸入酸素濃度減量による呼吸不全の事実が容易に隠蔽されてしまうのである。被告らは、この隠蔽工作により第 3 内科 FZ 医師を騙し、全身状態の悪化した與志廣に血液透析を実施させようとしたものである。

(5) KH 供述の検討

KH は、「午前 9 時 30 分に吸入酸素濃度を 40%に下げた後、11 時過ぎに 50%、12 時に 60%に上げているから、吸入酸素濃度を下げたことは 12 時の血圧低下の原因ではない。」「動脈血酸素飽和度が 95 近くあればショックは起きない。」旨供述する。（KH 調書 50,51 頁）

これは、呼吸状態を最も正確に現す検査は動脈血酸素分圧（P02）であること、動脈血酸素分圧が 60 以下の状態を呼吸不全と定義されることをことさらに無視した供述である。（「呼吸不全」を例にとれば、医歯薬出版株式会社「最新医学大辞典第 2 版」572 頁、中山書店「全訂第 4 版内科学書」1403 頁には上記と同一の記載がある。）上述のとおり、午前 9 時 30 分に吸入酸素濃度を 40%に下げた結果、午前 11 時から午後 0 時までの動脈血酸素分圧が呼吸不全状態にあることを示し、その呼吸不全状態の最中に血圧低下＝ショックが発生したのであるから、両者に因果関係があるのは当然である。

また、動脈血酸素飽和度（SAO2）の値を見ても、動脈血酸素飽和度の正常値は 94 から 97 であり、午後 0 時まで正常値以下だったのである。吸入酸素濃度 40%下での午前 11 時の動脈血酸素飽和度が 90 であり、午前 11 時 15 分に吸入酸素濃度 50%に増量した後の午前 11 時 20 分の動脈血酸素分圧が 55.2 で動脈血酸素飽和度が 92.3 であることを考えれば、午前 11 時より前から與志廣は呼吸不全状態にあったと推測され、午後 0 時に至る 1 時間以上呼吸不全状態に置かれていたことになる。呼吸不全

性ショックが発生して当然の事態と言わなければならない。

KH の上記供述は、自己の責任を隠蔽するための供述と言うべきである。

(6) 結論

以上により、被告らが、故意に與志廣に呼吸不全・ショックを発症させ、傷害した事実が明らかに立証されたものである。なお、推測される呼吸不全・ショックの目的については雷太陳述書 71 頁を参照されたい。

4-2 腎不全

- (1) 平成 9 年 4 月 30 日のショック以降、與志廣は腎機能障害が進行し、利尿剤を投与して尿量を確保しなければ腎不全が発症する状態にあり、被告らは同事実を熟知していたが、5 月 3 日夜、TH は「夜利尿剤投与をしない。」旨の指示を出し、翌 4 日午前 7 時まで利尿剤投与が中断したため、與志廣は同日午前 3 時から午前 5 時までの 2 時間尿量が 5ml になる乏尿性腎不全となった。これは被告らが故意に與志廣を腎不全にして傷害したものである。

(2) TY 鑑定人鑑定意見について

TY 鑑定人の鑑定書 20 頁の記述、鑑定人調書 26,27 頁の証言については特段反論するものはない。

4-3 心停止

- (1) 平成 9 年 4 月 30 日のショック以降、與志廣に心機能障害が現れ、5 月 4 日午前には最高血圧が 110 代に低下し最低血圧が測定不能になる心不全となった。

被告らは、心不全治療薬を投与する等の措置をしなければ早晚心停止に至る状態であることを熟知していたが、一切心不全に対する措置をせずに與志廣の心不全が急速に悪化するのを放置し、同日午後 3 時に徐脈が出現しても心不全治療薬を投与せず、午後 3 時 24 分に與志廣に心停止を発症させた。これは被告らが故意に與志廣を心停止にして傷害したものである。

(2) 事実経過

5 月 4 日の心停止に関する争いのない事実（主張整理書面「6 術後経過中の不法行為 C 心停止」）及び証拠により認定される事実を時系列に従って整理すると次のとおりである。

4 月 30 日のショックの後、同日午後には心房性期外収縮が現れた。（主張整理書

面・争いのない事実)

5月1日午前10時、KHが雪子に対し、「ときどき不整脈が出始めた。原因は血管内脱水と思われる。現状では心配していない。」と説明する。(甲第9号証, 5/30, 6丁)

同日午前11時から午後0時にかけて心房細動が現れる。(主張整理書面・争いのない事実。甲第17号証, 3-23, 所見・看護記録欄。甲第10号証, 66頁)

同日午後5時45分頃、KHが幸代及び雪子に対し、「ここに来て心臓に疲れが出てきている。今後の危惧は心臓と腎臓がどこまでもつか。心臓については、腹部洗浄処置後、心拍数が120以上と激しい運動をしている状態が続いている。このような状態が1-2週間も続いたら心臓は持たない。不整脈も出てきており、心臓の疲れが心配。」と説明する。(甲第9号証, 5/30, 7,8丁)

5月3日には二段脈が認められた。(主張整理書面・争いのない事実)

5月4日午前3時から午前5時まで與志廣の2時間尿量は5mlであった。これは乏尿性の腎不全が発症したものである。(TY鑑定人鑑定書19,21頁、鑑定人調書26頁)[以下特記しない限り5月4日]

午前4時頃に心室性期外収縮が認められた。(主張整理書面・争いのない事実)

心室性期外性収縮は前にも認められたが、乏尿による心肺機能への悪影響を考えて、この午前4時の心室性期外収縮がICU記録に記載された。(KH調書37頁)

午前7時15分、THの指示により與志廣にラシックス(利尿剤)が投与されたが、尿量は回復しなかった。以後、與志廣の尿量が回復することはなかった。(甲第17号証, 3-12,11, 中段の尿量欄。甲第10号証, 72頁)

午前9時頃、信恭及び雷太はKHと面談した。このとき、KHは、「おしっこは量的に出ており、腎機能は保っている。心臓は落ち着いている。」と虚偽の説明をした。(甲第9号証, 5/16, 38丁。甲第16号証, 1-85)

午前11時、與志廣の最高血圧が110代まで低下し始めた。血圧低下が心機能低下の大きな徴候であり、この時点で與志廣は心不全に至ったと判断される。(TY鑑定書21頁、同鑑定人調書27,28,29頁。甲第17号証, 3-11, 上段の血圧グラフ[印]。甲第10号証, 72,73頁)

與志廣に発症した心不全は、刺激伝導系の障害及び心筋収縮障害に基づくものである。(TY鑑定書21頁、同鑑定人調書27,28頁)

午前11時、KHは與志廣に貼付したフランドルテープを剥がす。NMの指示によ

り與志廣に対し膀胱洗淨が行われる（甲第 17 号証，3-11，下段の薬剤・処置欄，所見・看護記録欄。甲第 10 号証，73 頁）

午前 11 時 30 分の血液ガス検査で動脈血酸素分圧（P02）が 82.3 に下がった。これは心不全が更に悪化したことを示す。（甲第 17 号証，3-11，中段の検査値欄。TY 鑑定人調書 29 頁。甲第 10 号証，73 頁）

午後 0 時、與志廣は下顎呼吸をして看護婦に「苦しい。」と訴える。これは心不全が更に悪化したことを示す。（甲第 17 号証，3-11，下段の所見・看護記録欄。TY 鑑定人調書 29 頁。甲第 10 号証，73 頁）

午後 0 時 30 分、與志廣の最低血圧が測定不能になる。（甲第 17 号証，3-11，上段の血圧グラフ。甲第 10 号証，73 頁）

KH は、5 月 4 日午前から急速に心不全が悪化する傾向であったことを認識していた。（KH 調書 37 頁）

午後 3 時、與志廣の体温が 37.2 度（午後 0 時 30 分，38.4 度）呼吸数が 20 回（同時分，25 回）まで低下。（甲第 17 号証，3-11，上段の体温グラフ [× 印]，呼吸数グラフ [○ 印] 甲第 10 号証，73 頁）

午後 3 時、NM の指示により與志廣に対し膀胱洗淨が実施される。短期間に 2 回も膀胱洗淨を実施する医学的意味は見出せない。膀胱洗淨は迷走神経を刺激して心臓に対する作用としては徐脈に働く。（甲第 17 号証，3-11，下段の所見・看護記録欄。TY 鑑定人調書 28,29,30 頁。甲第 10 号証，73 頁）

午後 3 時、膀胱洗淨を開始した直後、與志廣の心拍数が 70 台→50→30 台と急速に低下し、徐脈となる。自発呼吸消失。（甲第 17 号証，3-11，上段の心拍数グラフ [● 印]，下段の所見・看護記録欄。TY 鑑定書 21 頁。甲第 10 号証，73 頁）

21 NM の指示により與志廣に硫酸アトロピン投与するも効果なし。硫酸アトロピンは迷走神経性徐脈に対する薬剤であるから、刺激伝導系障害及び心筋収縮障害に基づく徐脈には無効であった。（甲第 17 号証，3-11，下段の所見・看護記録欄。TY 鑑定書 21 頁，鑑定人調書 28 頁。甲第 10 号証，73 頁）

22 NM の指示により與志廣に心電図 12 誘導（9 個の電極を装着）の検査が行われる。測定開始時刻午後 3 時 20 分。心拍数 34 の徐脈、房室接合部性期外収縮、心室細動（心停止直前に現れる波形）を認める。（主張整理書面・争いのない事実。甲第 16 号証，1-218,219,220。甲第 17 号証，3-11，所見・看護記録欄。TY 鑑定人鑑定書 21 頁。甲第 10 号証，73 頁）

- 23 午後 3 時 20 分頃、NM が與志廣・幸代の自宅に電話をかけ、電話に出た雷太に対し、「與志廣の容態が急変した。」と告げる。幸代及び雷太がタクシーで OH 病院に向かう。(甲第 9 号証 , 5/16 , 40 丁)
- 24 午後 3 時 24 分、與志廣は心停止となる。NM が心マッサージを行い心拍回復する。(甲第 17 号証 , 3-11 , 上段の心拍数グラフ , 下段の所見・看護記録欄。TY 鑑定人鑑定書 21 頁。甲第 10 号証 , 73 頁)
- 25 午後 3 時 30 分過ぎ、ボスミン、DOA (いずれも心不全用強心剤) 投与開始。血圧上昇する。(甲第 17 号証 , 3-11 , 上段のグラフの左端に DOA と右端に と記載 , 下段の所見・看護記録欄 , 3-11 の後ろに綴じたモニター写しの第 10 丁。甲第 10 号証 , 73 頁。ボスミン、DOA (ドパミン) について甲第 25 号証 , 298,302 頁)
- 26 KH は、午後 3 時からの徐脈、午後 3 時 24 分の心停止は心筋障害及び重篤な不整脈による心不全であると判断した。(KH 調書 37,38 頁)
- 27 午後 4 時、NM が幸代及び雷太に対し、「午後 3 時頃アラームがなり、與志廣の呼吸と心臓が前兆なく停止した。通常であれば、呼吸が荒くなり、脈拍数が減り、血圧が減り、呼吸停止、心臓停止に進むのだが、與志廣の場合あまりに急で原因がわからない。原因調査には脳幹部の CT 検査が必要だが今は動かせない。」と経過及び原因について事実と異なる虚偽説明をする。(甲第 9 号証 , 5/16 , 40 丁。甲第 16 号証 , 1-87)
- 28 KH は、カルテに 5 月 4 日未明に乏尿性腎不全が発症したこと及び同日午前から心不全が急速に悪化した経過を全く記載せず、カルテに「15 ° 25 HR20 ~ 30 台へ down。硫アト I.V. するも反応なく、モニター上 cardiac arrest (心停止) → 呼吸停止」と記載した。同記載は徐脈発生時間を後ろにずらしている。(甲第 16 号証 , 1-86。KH 調書 39 頁)
- 29 午後 11 時 50 分頃、NJ は、信恭及び雷太に対し、「今日の午後の脈の急速な変化は予想できなかった。これだけ急速な変化は中枢神経の変化が原因かも知れない。」と虚偽説明をした。(甲第 9 号証 , 5/16 , 40,41 丁 , 7/1 , 11 丁)
- 30 KH は、カルテに、「22 ° MT to Son by DrNJ 突然に発症・併発した心肺不全。原因は不明。しかし血栓 etc の関与及び脳幹の damage を考慮に入れている。」と虚偽記載をした。(甲第 16 号証 , 1-87。KH 調書 40,41 頁)
- 31 5 月 4 日午後 3 時 24 分の心停止の原因は、進行性の敗血症や肝不全、腎機能低下など全身状態の悪化に伴って心機能障害が進展し、それが原因で徐脈性不整脈が

突然現れ、さらに心停止に至ったものと考えられる。その後の蘇生措置で心拍数は回復しても血圧が上昇しなかったことから、この心機能障害は単に刺激伝導系の異常だけでなく心筋収縮障害に基づくものと判断される。(TY 鑑定書 21 頁、同鑑定人調書 27,28,29 頁)

(3) 事実経過の分析

前項の事実経過を要約すると、4 月 30 日のショック以降與志廣には全身状態悪化を原因とする心機能障害が進行し、被告らはその事実を認識していた。5 月 4 日未明に與志廣は乏尿性腎不全になり、同日午前から血圧が低下し呼吸苦が見られる等心不全が急速に悪化する状態が認められ、被告らはその事実を認識していた。しかし、被告らは、原告らに、「腎臓機能は保っている、心臓は落ち着いている。」と虚偽説明をした上、與志廣に対しボスミン、DOA (ドパミン) といった心不全用強心剤 (甲第 25 号証, 298,302 頁) を投与することなく放置した。午後 3 時には体温・呼吸数が明らかに低下し、同時刻に膀胱洗浄が開始された直後に心不全を原因とする徐脈が発生した。それでも心不全用強心剤を投与せず、緊急事態の最中に被告らは原告らを電話で呼び出し、午後 3 時 24 分に與志廣に心停止を発症させた。心マッサージにより與志廣は蘇生し、ここでボスミン及び DOA の投与が開始され心拍数が回復した。ところが、被告らは、駆けつけた原告らに、「前兆のない突然の心停止が起きた。原因不明である。」と説明し、その後、「脳幹部損傷の疑いがある。」と言い出した。更に、被告らは、カルテには 5 月 4 日未明の腎不全発症、同日午前からの心不全の急速な悪化について一切記載せず、徐脈発生時期をずらした上で心停止発症の事実のみ記載した、というものである。

この事実からすれば、被告らは予め虚偽説明を用意した上で與志廣に心停止が発症するまで計画的に心不全悪化を放置したものであることが明らかである。

そして、TY 鑑定人は、5 月 4 日午前中から心不全用強心剤が投与されていれば午後 3 時 24 分の心停止発症は防げたと理解できる証言をされているところ (鑑定人調書 30 頁) 上記のとおり心停止直後にボスミン、DOA の心不全用強心剤を投与し、その後 DOA、DOB (ドブトレックス、甲第 25 号証, 300 頁) を継続的に投与した結果、5 月 6 日午後 3 時 6 分に第 2 回の心停止が発生するまで心停止が起きていない事実から考えれば、5 月 4 日午前中から心不全用強心剤が投与されていれば 5 月 6 日までは心停止発症が回避できたと判断できる。

以上により、被告らは、故意に與志廣に心停止を発症させ傷害したものといえる。

(4) KH 供述の検討

被告らが提出した書証及び被告ら本人尋問における供述の中には、(3)項の事実経過に記載した事実について具体的事実を挙げて争うものはない。唯一、KH の本人尋問における供述中に、原告らに対する虚偽説明及びカルテ中の虚偽記載について争う部分があるので、検討する。

KH は、原告ら代理人から甲第 16 号証,1-85 に信恭及び雷太に対する説明として、「心 負担は続くものの、昨日と比べて若干安定」「腎：特に悪化はなし」と記載してある点を質問され、「この患者さんは、腎臓が悪いために、もう、透析は、ここで何回もやっているわけですよ。腎機能に負担がかかる、解毒があるために、透析は、既に、何日もやっています。ですが、腎臓の機能というのが悪くなるときには、すぐに血液検査に反映される場合もあれば、こういった体外循環をしていることも考えて、余り腎機能の変化が出てきにくいこともある。また、一時的な乏尿以外には、おしっこはずっと維持されていましてから、それほど悪くはない。ただ、決して健全というわけではありません。心臓に関しても同じです。」と答えている（KH 調書 38 頁）。

しかし、與志廣は OH 病院入院中 1 度も腎透析（血液透析）を受けたことはない。被告らは、何度も第 3 内科 FZ 医師に腎透析を照会しているが FZ 医師は腎透析を断り続け、腎透析が実施されることはなかったのである（甲第 16 号証,1-77,5-2。甲第 17 号証,3-14,午後 5 時から午後 6 時の所見・看護記録欄）。與志廣に腎透析が行われていない最も決定的な証拠は平成 9 年 3 月分、4 月分、5 月分の診療報酬明細書（入院）に腎透析に関する記載が一切ないことである（甲第 17 号証,6-16,17,18）。KH の上記供述は事実を隠蔽するための偽証であることが明らかである。

なお、與志廣に対して 4 月 30 日と 5 月 1 日にエンドトキシン吸着療法が実施されているが、これは敗血症を原因とするエンドトキシン血症に対する治療であり、腎機能障害に対する血液透析とは全く異なるものである。

KH は、原告ら代理人から甲第 16 号証,1-86 に「15°25 HR20～30 台に down」と記載してある点を質問され、「15 時 25 分に徐脈が始まったと書いているわけではなくて、15 時 25 分の医療、状況のまとめの記載という意味で、25 分と書いてあるだけです。」と答えている（KH 調書 39 頁）。

しかし、同個所には午後 3 時 30 分過ぎに行われたボスミン、DOA 投与の記述があり、到底「15 時 25 分の医療・状況のまとめ」とは言えない。上記供述も事実を隠蔽

するための偽証である。

- (5) 以上により、被告らが、故意に與志廣に心停止を発症させ、傷害した事実が明らかに立証されたものである。なお、推測される心停止の目的については雷太陳述書 88 頁、同陳述書 2 9 及び 10 頁を参照されたい。

—————以下余白—————

5 病理解剖の不法行為

(1) MM の注意義務

MM は前述したとおり、原告らに対して、與志廣の解剖結果を誠実に言い、その死 因等を原告らに正確に報告して、原告らの判断を誤らせないようにすべき義務を負っていた。

(2) MM の義務違反

[1] 解剖記録における虚偽記載

MM は、摘出した臓器の肉眼的所見、病理検査所見、NJ らの臨床経過報告等から、與志廣の死因である多臓器不全の原因が肝切除術中の大量出血に基づく出血性ショック及び術後肝不全であること、肝切除術中の大量出血の主な原因が肝動脈の損傷であること、脾臓及び左右副腎に転移があることを認識したが、他被告らの責任を軽減させるため、あえて前記義務に背いて、信恭宛の「病理解剖学的診断、臨床的事項の要約、臨床病理学的考察及び病理解剖所見についての質問事項への回答」と題する書面（甲第 14 号証の 1）において、これらを隠蔽する記載を行い、原告らの真実発見を妨害した。

MM の陳述書（乙 C 第 1 号証）6 頁に記載された保管臓器のリスト（以下「陳述書リスト」という。）と解剖記録とを対照することで証拠保全の際に提示された解剖記録の虚偽記載の事実が明らかとなる。陳述書リストが作成された経緯を振り返ると、本訴弁論中に、最初に被告ら代理人から提供を受けた目録に與志廣の遺体から摘出されていないはずの「咽頭（一部）」「唾液腺（一部）」「甲状腺」があったことから（解剖部位は胸腹部のみで頭頸部は除いている。甲第 9 号証，5/16，46 丁，7/1，13 丁）原告らが同目録に疑問を持ち、原告ら平成 14 年 8 月 27 日付準備書面（8）第 2 で原告らは同目録の疑問点を問い質し（同目録は同準備書面末尾添付）、これを受けて MM が OM 病院病理科に保管された臓器を自ら確認して作成したものである（上記陳述書）。

この陳述書リストと甲第 17 号証，K-5 ないし K-12 の臓器所見とを対照すると、「咽頭」「唾液腺」「胆嚢」「甲状腺」が陳述書リストには記載されていないが、甲第 17 号証の臓器所見には「咽頭 常(K-7)」「唾液腺 常(K-7)」「胆嚢 常(K-9)」「甲状腺 常(K-11)」と記載されていることがわかる。胆嚢については、これまで原告らが繰り返し指摘しているところであるが、要するに平成 9 年 4 月 21 日の肝切除術の際に全摘出されているから 5 月 7 日の病理解剖の際に存在することは

あり得ないのである。咽頭・唾液腺・甲状腺については上記のとおり與志廣の遺体から摘出されていないから陳述書リストには記載されていないものである。従って、甲第 17 号証の臓器所見には、解剖の際存在しなかった臓器及び摘出しなかった臓器が記載されていることになる。

咽頭・唾液腺・甲状腺に関しては、被告らは何らの主張もしていないが、胆嚢については MM は「誤記である。」と供述している（MM 調書 17 頁）。

しかし、MM は臓器の肉眼所見は解剖当日に記録していると供述しており（証言調書 7,8 頁）解剖当日に存在していない臓器や摘出していない臓器について「常」＝「正常」と誤記することなど考えられないことである。MM の上記供述はおよそ信用することはできない。

MM 供述の検討

第 5 回口頭弁論期日に行われた MM に対する本人尋問では、甲第 17 号証、K-3 ないし K-12 の肉眼所見に関し、少なくとも 2 つの事実について真実と異なる記載があることが明らかになった。

1 つは、左副腎に転移を認めたが臓器所見（甲第 17 号証、K-11）に記載しなかったことである。原告ら代理人からこの点を追求され、MM は、肉眼所見として左副腎転移を記載すべきであるのに記載しなかったことは誤りであることを認めた（MM 調書 17,18,19 頁）。

もう 1 つは、腹腔内出血の隠蔽である。この点に関し、MM の供述は二転三転している。即ち、原告ら代理人の質問において、最初は遺体内から血液をおたまで掬った事実を認めながら、K-4 に「腹水 0」と記載してあることを指摘されると、胸水は記載していると答え、胸水について「黄色透明」「黄色」と記載されているのを確認すると血液は量らずに捨ててしまったと答え（同調書 15,16,17 頁）被告ら代理人の質問では、血液は凝血や血腫はあったが血がたまった状態は見られなかったと供述したのである（同調書 30 頁）。この供述の変遷が不自然・不合理であることは言うまでもない。MM が当初認めたとおり與志廣の遺体から臓器がまとめて摘出された後に 2 名の助手がおたまで遺体内から真っ赤な液体を掬ってポリビーカーで計量していたのであり（甲第 9 号証、7/1、13 丁）信恭が MM に渡した要望書でも術後出血についての調査が依頼されていたのであるから（甲第 17 号証、K-16）そもそも解剖検査において遺体内に血液の貯留を認めながら計量しないということは考えられないことである。MM が、腹腔内の出血量を計量しながら

解剖記録に記載せず同事実を隠蔽したことは明らかである。

以上により、MM が事実を隠蔽し虚偽の事実を記載した解剖記録を証拠保全の際に提示したことは明らかである。

[2] 病理解剖報告書における虚偽記載

MM は、平成 9 年 7 月に信恭に対し郵送して交付した病理解剖報告書（甲第 14 号証の 2）について極めて多数の虚偽記載を行った。その詳細は信恭作成の解剖記録検討報告（甲第 26 号証）11 頁以下を参照されたい。本項では病理解剖報告書の虚偽記載のうち重要なものを摘示する。

腹腔内臓器転移の隠蔽

與志廣には肝臓転移の他に脾臓転移、両副腎転移があり、被告らが術前検査でその事実を了知していたことは「第 4、3 肝切除術の不法行為（2）[1] 手術適応」の項に記載したとおりである。左副腎転移については MM 自身が解剖時に確認していることは上記のとおりである。

しかるに、病理解剖報告書では、脾臓については「感染脾」、左副腎については「自己融解」、右副腎については「摘除術後」と記載して転移の事実を隠蔽した。当時原告らは「NJ は術前説明で他臓器転移について正しい説明をしなかったのではないか。」との疑問を持ち、KH らにその旨を話していたことから、他被告らと相通じた結果、術前検査で判明していた転移を隠蔽したものと推測される。

付言すると、病理解剖報告書で右副腎を摘除術後と記載しておきながら、MM は陳述書（乙 C 第 1 号証）6 頁で「右副腎は自己融解と考えた。」と記述した。本人尋問でこの矛盾を追及され、全く説明ができなかった（MM 調書 24, 25, 26 頁）。MM の記述に根拠がないことを端的に示す事実である。カルテ（甲第 17 号証 k-11）に記載された【自己融解】なる文字は、別の文字を下書きにし、それを誤魔化するように上書きされて記載されているものであって、カルテ記載の方法としては著しく不自然である（MM 調書 27、28 頁）。

肝動脈損傷の隠蔽

「第 4、3 肝切除術の不法行為 [3] 肝切除術における大量出血」に記載したとおり、病理解剖で摘出した肝臓の切離面には離断された肝動脈の穴が見えており、MM はこの肝動脈損傷の事実を認識していた。本人尋問において、この肝動脈損傷の事

実について病理解剖報告書で触れた旨供述しているところである（MM 調書 26,27 頁）

しかし、病理解剖報告書における出血部位に関する記述は、「病理解剖学的に肝臓の切離面には凝血が付着し、高分化型管状腺癌の組織像を呈する癌組織の残存と末梢血管からの出血が認められるが、下大静脈、右肝静脈の損傷は見られなかった。また、右肝動脈塞栓術を施行した領域の肝臓組織の限局性壊死像は認められるものの、その他の肝臓組織には壊死巣はなく、肝うっ血と胆汁うっ滞を伴い、肝臓組織は保たれた状態である。（第 2 丁）」「[前略] 癌組織が残存しており、同部癌組織と末梢血管からの出血が形態学的に認められました。（第 4 丁）」出血部位は肝切離面、[後略]（第 4 丁）」とあるだけであり、上記肝動脈損傷の事実を隠蔽したことは明らかである。

これまた、外科手術としては弁解の余地がない動脈損傷という事実を隠蔽する目的で行われたものと合理的に推測される。

肝不全の隠蔽

肝切除術後、與志廣に肝不全が発症し、日にちと共に肝不全が悪化したことは TY 鑑定書が術後経過の要約として述べるところである（鑑定書 17,18 頁、19 頁、21 頁）。TY 鑑定人は、平成 9 年 4 月 26 日から 28 日の間くらいに肝不全が発症していると証言されている（鑑定人調書 23 頁）。KH ですら、当法廷で、與志廣に肝不全が発症した事実は認めている（KH 調書 30 頁）。

しかるに、病理解剖報告書では「急性肝不全の有無については、出血巣の原因になりますが、残存肝の形態学的壊死像はなく、肝不全とは断定できません。」「上記にも記載しましたが、急性肝不全はいいと思われそうです」（いずれも第 4 丁）と記載した。肝不全発症の事実を隠蔽したことは明らかである。

この点、MM は、顕微鏡所見で肝細胞壊死が限局的であることを認めたから急性肝不全を否定した旨の弁解を繰り返すが（甲第 14 号証の 2, 第 4 丁。乙 C 第 1 号証, 4,5 頁。証言調書 4,5 頁）本件のような大量出血等を原因とする循環不全型の術後肝不全の病理所見は「胆汁うっ滞」であって「肝細胞壊死」ではない（TY 鑑定人調書 34 頁。甲第 19 号証, 6-5, 195 頁以下の「循環不全型術後肝不全例」特に 197 頁右段の記述）。MM の弁解は全く医学的根拠を有しないものである。

要するに、これも「第 4、3 肝切除術の不法行為 [4] 肝切除術と死亡との因果関係」の項で指摘したように、肝切除術と死亡との因果関係を否定ないし曖昧にする

被告ら主張を構築するため、術後肝不全発症の事実を隠蔽したものと推測される。

[3] 解剖当日の死因判断に関する虚偽供述

MM は多数の虚偽行為を積み重ねているわけであるが、本件訴訟で更に重大な虚偽行為をしたので指摘しておきたい。

MM は、陳述書及び本人尋問で、「解剖当日は原告らに対し死因は術後肝不全が考えられる旨説明した。その後の病理検査の結果、多臓器不全が原因であると判明した。」旨の供述を行った（乙 C 第 1 号証 3,4,5 頁。MM 調書 3,4,5,6 頁）。

しかし、MM は、5 月 7 日の解剖当日、信恭、雷太、雪子、KH、TH を前にして、「各臓器の所見から死因は多臓器不全が考えられる。」と述べたのに続き、「多臓器不全であれば典型症状として脾臓に出血があるはずだ。」と述べ、脾臓を切離して中に出血があるのを確認し、「病理解剖の視検では死因は多臓器不全としたい。」と明確に述べたのである。その詳しい状況は甲第 9 号証 ,5/16 ,46,47 丁、同号証 ,7/1 ,13,14 丁、甲第 32 号証 49,50 頁に記載されたとおりである。解剖当日に MM が「死因は多臓器不全」と判断したことは、KH がカルテに記載し（甲第 16 号証 ,1-93）TH が死亡診断書に記載しているところでもある（甲第 9 号証 ,5/16 ,49 丁）。更に、MM 自身、信恭が、「解剖のときに死因は多臓器不全というふうに判断されたご記憶はありますか。」と質問したのに対し、「あります。」と答えている（MM 調書 22 頁）。上記の「解剖当日は原告らに対し死因は術後肝不全が考えられる旨説明した。」旨の供述は全くのでっち上げである。

このような虚偽の供述を行った MM の真意は不明であるが、被告らが MM の陳述書（乙 C 第 1 号証）を事前の約束に反して MM 本人尋問が行われる期日の開始時刻になってから提出してきたことを併せ考えると、反対尋問を困難な状況にしたうえで、虚偽の事実を供述し、訴訟を混乱させたり新しい主張を展開したりすることを目論んでいたのではないかと疑念が払拭し難いものと言わざるを得ない。

(3) 病理解剖の不法行為に関する共謀関係

病理解剖報告書（甲第 14 号証の 2）により隠蔽された事実は、腹腔内臓器への転移、肝動脈損傷、肝不全発症等であり、NJ、KH、NM、TH の責任に直接かかわる重要事実ばかりである。これら事実の隠蔽が MM と他被告らとの共謀により行われたことは明らかである。そして、病理解剖報告書の隠蔽工作に合わせて、解剖記録の虚偽

記載がなされたものであることも明らかと言わなければならない。

(4) MM の責任

以上により、被告らが、事実を隠蔽し虚偽の事実を記載した病理解剖報告書を原告らに交付し、更に、原告らが申し立てた証拠保全期日に裁判官に対し虚偽事実を記載した解剖記録を提示し、原告らが事実を知り真実を究明することを違法に侵害した事実が明らかに立証されたものである。

MM の責任及び因果関係については前述したとおりであるが、事前共謀関係について百歩を譲ったとしても、MM の行為が他被告らとの関係で事後的幫助関係に立つことは明らかであるから、事案解明費用との関係では因果関係は否定しようがなく、他被告らと共に共同不法行為責任を負うことは明白である。

6 被告大学の責任

被告大学はその余の被告らの雇用主であり、本件の請求にかかるその余の被告らの行為は全て被告大学が行っている病院事業の一環としてなされたことが明らかであるので、被告大学はその余の被告らの選任及び監督上の責任を免れず、その余の被告らとともに使用者責任及び共同不法行為責任を根拠として不真正連帯責任を負う。

7 損害等

與志廣の相続関係及び原告らに訴状記載の損害が生じたことは、原告らが提出した関係証拠（前者について甲第 58 号証の 1 乃至 6、後者について甲第 46 号証の 1 乃至 52 号証の 3）から明白である。

—————以下余白—————

第 5 結語

本件の直接且つ最大の被害者はまぎれもなく與志廣である。直ちに手術の必要性がないにも関わらず被告らに騙されて肝切除術を受けた結果 15 日間も苦しみながら亡くなった同人の苦痛と悔しさは筆舌に尽くし難いものがある。信恭及び雷太は各提出の陳述書及び当法廷で本件に関する各自の気持ちを述べた（信恭調書 11 頁、雷太調書 9 及び 10 頁、雷太陳述書 2 14 乃至 17 頁）。原告らは、改めて、下記幸代の意見をもって、原告らの気持ちを集約させ、本準備書面を閉じることとしたい。

記

「本件は提訴から早くも 4 年間が過ぎようとしています。被告らは当初私たち原告の主張にまともに向き合おうとしなかったばかりか、素人が間違った医学知識をふりかざすとか、息子信恭の仕事の態度をあからさまに皮肉るなどは当然のこと、裁判所に対しても約束した書面提出の期限をほとんど守らないなど、傍若無人ともいうべき酷い態度であったと感じております。私はそれこそ素人ですので、被告らの心ない一言一言や一挙手一投足に歯噛みをし、悔しくてたまらない毎日を過ごしてきました。これは息子や娘たちも一樣に感じてきたものと思います。けれども、ことようやくここに至って、結局被告らは何もまともな反論を出せないということが判り、私たちや裁判所の矛先をごまかすために悪罵していただけなのだと確信致しました。被告らは未だに医師として仕事をしているようですが、このような傲慢な態度で人間の身体や気持ちを軽視する人には医師としての資格はないと思います。一刻も早く被告らに天誅を下してください。」

以上