

平成14年4月12日判決言渡 同日原本交付 裁判所書記官

平成6年(ワ)第212号損害賠償請求事件

口頭弁論終結の日 平成13年12月5日

主文

1 被告らは、原告X1に対し、連帯して、金2638万8244円及びこれに対する平成6年1月14日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 被告らは、原告X2に対し、連帯して、金2560万3244円及びこれに対する平成6年1月14日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

3 原告らのその余の請求を棄却する。

4 訴訟費用は、これを2分し、その1を被告らの負担とし、その余を原告らの負担とする。

5 この判決は、第1項及び第2項に限り、仮に執行することができる。

事実及び理由

第1 請求

1 被告らは、原告X1に対し、連帯して、金6086万0237円及びこれに対する平成6年1月14日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 被告らは、原告X2に対し、連帯して、金6007万5237円及びこれに対する平成6年1月14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、原告ら夫婦の子が出産時における低酸素症による脳性麻痺で新生児仮死に陥り、死亡したとして、出産を行った医師及びその雇用主である法人を相手に不法行為及び医療契約上の安全配慮義務違反があるとして損害賠償請求をする医療過誤の事案である。

2 争いのない事実

(1) 当事者

① 被告Y1(以下「被告法人」という。)は、弘前市大字a b丁目c番地のd所在のB病院を経営しており、被告Y2は、平成4年5月当時、B病院に産婦人科医として勤務していたものである。

② Aは、平成4年5月22日午前5時15分、B病院において、X1及びX2の第1子(長男)として出生し、平成6年1月14日死亡した。

(2) 診療の経過等

① X2は、平成4年1月10日、B病院で初めて妊娠による診察を受けた。出産予定日は、同年5月8日であった。その後X2は、約2週間おきにB1病院に通院し、同年4月24日からはノンストレステストを受け、加えて同年5月9日からは子宮頸管熟化剤(子宮口をやわらげる薬)の注射等の処置を受けていた。

② X2は、同年5月21日午前10時頃、41週6日にてB病院に出産のため入院した。入院後まもなく、X2は、血圧、子宮底長、腹囲等の計測を受け、子宮頸管熟化剤の注射を受けた。

③ 同日午後0時頃、X2は、ノンストレステストを受けた。

④ 同日午後3時頃、C医師が診察室でX2を内診し、診察台で下腹部超音波検査を行った。

⑤ 同日午後5時30分頃、X2は、トイレで血のような物が出た。看護婦は「少し待ってて」と言う(分娩記録には、午後5時頃初発陣痛とされている。)

⑥ 午後6時30分頃、X2は、陣痛室に入った。なお、午後7時30分頃、X1が病院にきた。

⑦ 同月22日午前2時20分頃、被告Y2が内診し、自然破水と診断して、分娩監視装置(CTG)を装着した。

⑧ 同日午前2時30分頃、X2は、分娩室に移るように言われ、自分で歩いて分娩台に上がった。

⑨ 同日午前4時頃、担当医である被告Y2、C医師、E助産婦、F主任、G看護婦が分娩台に来て、分娩開始となった。

⑩ 同日午前4時45分頃、分娩監視装置にて持続性徐脈が出現した。そこで、被告Y2らは、吸引分娩(吸引カップという機械を用いて胎児の頭に当該カップを掛けて陰圧を掛けることによって引き出す方法。急速遂娩の一つ)を開始する。しかし、吸引だけでは娩出されないため、クリステレル圧出術(妊婦の体にまたがっておなかを下の方に押す方法)を並行して行った。

⑪ 同日午前5時15分頃、吸引分娩にて男児(A)を娩出した。

Aは、低酸素により、生後1分のアプガースコア1点の重度の新生児仮死で

出生し、出生当時自発呼吸はなく、約1時間後に自発呼吸が出現した状態で、病状は、低酸素性脳症、頭蓋内出血、左鎖骨骨折及び胎便吸引症候群が認められ、重度の脳性麻痺等の後遺症が免れないものであった。

⑫ Aは、出生後直ちにB病院小児科に入院し、平成4年10月26日、聖ヨゼフ整肢園（京都）に入院、平成5年6月21日にも聖ヨゼフ整肢園に入院するが、同年7月8日退院し、同日肺炎のため京都市立病院に入院した。同年8月17日、Aが京都市立病院を退院し、弘前に帰り、B病院に再度入院し、一旦退院したものの、平成6年1月10日、B病院に再入院した。

⑬ 同年1月14日午後11時25分、Aは、急性心不全により、死亡した。

（3） 請求の概要

原告らは、被告Y2に対しては不法行為に基づき、被告法人に対しては、①被告Y2の不法行為の使用者責任（民法715条）又は②診療契約上の安全配慮義務違反による債務不履行責任に基づき、連帯して、X1においては6086万0237円、X2においては6007万5237円並びにこれらに対する不法行為の日の後である平成6年1月14日（A死亡の日）から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金を求める。

3 争点及び争点に対する当事者の主張

（1） 被告Y2に、診療契約上の安全配慮義務違反又は注意義務違反（過失）があるか。

（原告らの主張）

① 児頭骨盤不均衡の有無を確認しなかった義務違反（過失その1）

吸引分娩を行うためには、児頭骨盤不均衡がないことが前提となるところ、被告Y2は、X2が肥満妊婦であったこと（体重が54kgから68・5kgと14・5kgも増加した。）、入院時に子宮底が39cmと大きめで、腹囲も98cmあり、超音波断層検査で児頭大横径94mmと計測されていたことや腹部前後径（APTD）及び腹部横径（TD）計測により、胎児が巨大児であることが推定されていたこと、羊水が少なめであり、E3（エストリオール）検査により胎盤機能不全が疑われたこと等の事情からして、児頭骨盤不均衡の可能性を疑い、レントゲン撮影により、骨盤計測をして児頭骨盤不均衡の有無を確認すべき注意義務があったのに、これを怠り、午前4時45分から5時15分まで30分間吸引分娩を行った。

② ダブルセットアップ及び帝王切開を行わなかった義務違反（過失その2）

X2は、初産であったこと、肥満妊婦であったこと、分娩時42週日に入った過期妊娠であったこと、子宮底等から胎児が巨大児であると推定されたこと、胎盤機能不全が疑われたことから、難産が予想されかつ胎児仮死に陥り易いものであったところ、羊水が少ないことから胎児仮死のおそれは十分予測できた。そして、巨大児が予想されるのに骨盤計測をしていなかった。さらに、平成4年5月22日午前4時15分から20分にかけて分娩監視装置のモニター上、児心音が高度変動性徐脈又は限りなく高度変動性徐脈に近い異常な徐脈が認められた。

ダブルセットアップをしていれば、分娩監視装置のモニターによって、異常な徐脈を早期に発見すれば、子宮収縮抑制剤を使用して子宮収縮を和らげ、母胎に酸素を投与しつつ体位の変換を行うなどの子宮内胎児蘇生法を実施しながら帝王切開に移行して児を娩出することにより、胎児仮死が回避される可能性が高い。本件では、変動性一過性徐脈を同日午前4時20分には解読し、その時点あるいは、遅くとも午前4時45分に帝王切開を実施していれば、胎児仮死を回避できた。

よって、被告Y2は、この時点で、胎児仮死を予測し、ダブルセットアップ（経膈分娩を行う際に、あらかじめ帝王切開手術の準備をすませ、いつでも実施できる状態にしておくこと）をしておく注意義務があったのに、これを怠り、ただちに帝王切開を行わず、子宮収縮剤の使用を継続し、禁忌であるアトニン0（子宮収縮剤）の筋肉注射を行い、吸引操作を強行して胎児頭部へのストレスを増加させた。

③ 分娩監視義務違反（過失その3）

分娩監視装置によって記録された胎児心拍数図は、分娩時の胎児仮死診断に有力な検査法であり、胎児心拍数図上、比較的安定で5ないし10分又はそれ以上ほぼ一定の中心心拍数で示す場合の心拍数値を基準胎児心拍数といい、この数値が120～160bpm/m（以下「bpm」と示す。）であるものを正常整脈、100～120bpmであるものを軽度徐脈、100bpm未満であるものを高度徐脈といい、安全限界として、徐脈の深さが70bpmを切るものはよくないとされ

ており、また、胎児仮死の診断において、胎児心拍数減少が重要な所見であり、心拍数が減少したときの最小心拍数が60bpm未満かつ減少持続時間が60秒以上のものが高度変動一過性徐脈といわれるものであるところ、午前4時15分から25分にかけて、徐脈は明らかで、児心音が60bpm近くまで下降し、80bpmまでの間で推移していたのであるから、被告Y2は、分娩監視装置により、胎児心拍数図や胎児心拍数の減少を判読すべき注意義務を負っていたのに、これを怠り、高度変動性徐脈を見逃し、胎児仮死の徴候を看過した。

④ 急速遂娩術を選択した注意義務違反（過失その4）

吸引分娩は、児頭骨盤不均衡がないことが前提であること、子宮口全開大前で児頭も高いときは不適であること、15分間に5回試みても児頭が下がらないときは帝王切開術によるものとされていることから、被告Y2は、午前4時45分の時点で経膈分娩ではなく、子宮内胎児蘇生法を行つつ帝王切開の準備を行うべき注意義務があった。ところが、被告Y2はこれを怠り、児頭骨盤不均衡の疑いがあり、子宮口全開大前で児頭も高いのに、午前4時45分から30分に渡り吸引分娩を行い、その後クリステル圧出術を併用し無理矢理娩出した。

（被告らの主張）

① 児頭骨盤不均衡の有無を確認しなかった義務違反（過失その1）

本件では、分娩開始から午前4時15分頃までの約11時間の分娩の進行は初産であるにもかかわらず、児心音に異常なく、児頭は出口部あたりまで下降してきて順調であったこと、午前4時45分頃から吸引、さらにクリステルを行い、午前5時15分に胎児を娩出しており（経膈分娩）、このような結果からみて、児頭骨盤不均衡はなかった。

児頭骨盤不均衡がなかったことからレントゲン撮影は不要であった。そもそも骨盤レントゲン検査によって児頭骨盤不均衡の診断をすることはできないし、レントゲン検査は、X線被爆による胎児への悪影響という問題もあり、本件当時骨盤レントゲン検査は一般臨床の間では行われていなかったこと、初産で子宮底長39cm、過期妊娠で胎児の体重が大きいことが予想されたとしても、骨盤レントゲン検査を行う必要はなかったことから、被告Y2が、分娩開始前に骨盤レントゲン検査を行う注意義務はなかった。

② ダブルセットアップ及び帝王切開を行わなかった義務違反（過失その2）

ダブルセットアップの意味が必ずしも明確ではない。

分娩を経膈分娩から帝王切開に変えると判断した段階で、直ちに帝王切開を行えるよう必要な麻酔医、産婦人科医、看護婦などの人員を待機させ、手術室も手術器具も用意しておくことが原告ら主張のダブルセットアップであるとする、そのようなことは、大学病院等でも困難である。帝王切開と判断してから実際に手術開始までは一定の時間を要するものであり、本件においても30から60分はかかるという状況であった。

午前4時15分から20分の段階でダブルセットアップを行うべきと主張するが、その時点で分娩監視装置で十分な胎児仮死が予測できるものではなかった。

③ 分娩監視義務違反（過失その3）

被告Y2は、分娩監視モニターにより、午前4時15分まで分娩経過が順調であると判断しており、同時から25分頃の分娩監視モニターの所見から、酸素投与等の処置を行い、その後急速遂娩として帝王切開ではなく吸引などによる経膈分娩を行っており、この判断、処置は適切なものであり、注意義務違反はない。

④ 急速遂娩術を選択した注意義務違反（過失その4）

午前4時45分の段階では、子宮口が全開大していなくても児頭は吸引カップをかけられるところまで下降していたこと、その段階までの分娩経過において帝王切開を具体的に考慮しなければならない状態ではなかったこと、仮にその時点で帝王切開による分娩を判断したとしても午前5時15分以前に胎児を娩出できた可能性はないこと、帝王切開は胎児・母胎にとって安全なものではなく、いろいろな危険性をもっていること、結果的に帝王切開で胎児娩出が可能と考えられる時間より早く胎児を娩出できていることからして、この時点で帝王切開を選択しても脳障害を回避できた高度の蓋然性はなく、被告Y2において、帝王切開を選択すべき注意義務はなかった。なお、アトニン0の筋肉注射によって何ら母体・胎児に異常は生じていない。

（2） 被告Y2の安全配慮義務違反又は過失により、Aの脳性麻痺・死亡が生じたといえるか（相当因果関係）。

（原告らの主張）

Aが低酸素症による脳性麻痺により、新生児仮死に陥ったのは、本件分娩によるものである。

午前4時15分から25分にかけて高度変動一過性徐脈を呈しており、この時点で胎児仮死であったところ、娩出直後は、無呼吸で皮膚はチアノーゼ、蒼白、筋緊張はなく、刺激にも反応せず、①代謝性アシドーシスの指標となる臍帯血がpH 6・815であること、②アプガースコアが生後1分後1、5分後3であること、③痙攣、昏睡、筋緊張低下等の神経学的後遺症があること、④多臓器機能障害（心血管系、消化器系、血液系、肺、腎等）があることから、脳性麻痺の原因は、胎児仮死、新生児仮死による低酸素性脳障害にあることは明らかである。しかも、分娩時、鎖骨骨折、脳出血を起こしており、肩甲難産も発生しているのであり、分娩方法が原因である。

（被告らの主張）

Aが仮死状態で出生した主な原因は、午前4時45分以後の持続性徐脈であり、この時点で帝王切開を選択したとしてもAの脳障害を回避できた高度の蓋然性はないので、結果との間に因果関係はない。

Aの脳障害は、本件分娩中の胎児仮死が原因である可能性を完全に否定することはできないが、その可能性が高いとはいえない。

（3） 損害の有無及び額

（原告らの主張）

① 逸失利益（Aの損害） 6484万4075円

Aは満1歳で死亡したが、少なくとも18歳から67歳まで49年間稼働できたところ、平成4年賃金センサスに基づく男子の全年齢平均収入は544万1400円、労働能力喪失率は100%であるから、生活費として30%を控除し、中間利息控除について新ホフマン式（2歳で17・024）により計算する。

② 介護費用（Aの損害） 530万6400円

Aは、脳性麻痺の重篤な後遺症を負い、介護なくしては生活できない状態となったもので、死亡するまで603日間、1日当たり8800円の介護費用が必要であった。

③ 慰謝料（Aの損害） 3000万円

Aは、重篤な脳性麻痺として一生不自由な生活を送ることを余儀なくされたのであり、その精神的な苦痛を慰謝するためには3000万円を下らない。

④ X1及びX2固有の慰謝料 各500万円

原告らは、初めての子の出生を受けたにもかかわらず、重篤な脳性麻痺児の親となり間もなく生命までも奪われたのであるから、その苦痛は甚大であり、これを慰謝するためには各500万円が相当である。

⑤ 墳墓・葬儀費用（X1） 78万5000円

X1は、Aのため、墳墓、葬儀費用として78万5000円を支出した。

⑥ 弁護士費用 1000万円

原告らの損害の約1割である各500万円が弁護士費用として相当である。

（被告らの主張）

争う。

第3 当裁判所の判断

1 証拠（掲記の証拠の他、証人D、X2、X1、被告Y2）及び弁論の全趣旨によれば、Aの出産及び死亡に至る診療の経過等は次のとおりと認めることができ、この認定を覆すに足る証拠はない（なお、特に断らない限り、以下の事実平成4年のことである。）。

（1） 平成4年1月10日、X2がB病院で初めて診察を受けた。出産予定日は、5月8日であった。3月5日の健診では、子宮底長34cm、児頭大横径76mm（30週相当）、腹囲90cmであった。

（2） 4月24日、X2が、B病院でノンストレステストを受けるようになる（5月9日、5月16日にもノンストレステストを受けているが異常はなかった。）。

（3） 5月2日から、X2は、B病院で、子宮頸管熟化剤（マイリス）の静脈注射を受けるようになった。その後、5月6日、9日、12日、16日、19日にそれぞれ同様の注射を受けている。ただし、入院時まで、陣痛促進剤は一切投与されていない。また、骨盤レントゲン検査を受けたことはなく、児頭骨盤不均衡の診断を受けていなかった。

（4） 5月21日

① 午前10時頃、X2が、過期妊娠（41週6日）にて入院した。42週で過期期となるため、陣痛は始まっていなかったが、予定どおり入院した。

入院時所見では、X2の身長160cm、体重68.5kg、子宮底長39cm、腹囲98cm、血圧122から60mmHg等であった。子宮底長は標準（34から35cm）と比較するとやや大きめであった。

看護計画（問題点）として、初産であり、陣痛がないこと、子宮底長が39cmと大きめであること、体重が14.5kg超過していることと指摘し、具体策として、FHR（胎児心拍数）のチェック、NST（ノンストレステスト）の施行、E3（エストリオールという胎盤から出るホルモンを調べる検査）及びhPLのチェックを挙げている（甲6の3、99頁）。

超音波断層法による計測の結果、（甲6の3、68頁）児頭大横径（BPD）94mm、ACD（胎児の腹の長径と短径）112mm×107mm、大腿骨長（FL）74mmであった（この数値を使って胎児推定体重を計算することはなかった。）。羊水も少なめであった。さらに、子宮口を柔らかくする薬を投与される（子宮頸管熟化剤により子宮頸管熟化を図る。）。

血清、免疫検査の結果、E3（尿）が10ug/ml（正常値は20以上）、HPL（血清）が8ug/ml（正常値は10以上）となっており、胎盤機能はやや低下していた（甲6の3、75頁）。

② 午後0時頃、X2がノンストレステストを受ける。X2が「下腹部がすごく張っている」というと、助産婦は「軽い陣痛かな」と答える。

③ 午後3時頃、C医師が診察室でX2を内診し、診察台で下腹部超音波検査を行う。

④ 午後5時30分頃、X2は、トイレで血のような物が出る。看護婦は「少し待ってて」と言う（分娩記録には、午後5時頃初発陣痛とされている。）。

⑤ 午後6時30分頃、X2は、陣痛室に入る。一度洗腸されたが、あと放置される（分娩記録には、午後7時産徴とされている。）。

⑥ 午後7時30分頃、X1が病院に来る。

（5） 5月22日

① 午前0時頃、内診で子宮口は4cm開大であった。

午前1時45分頃、内診があり、この時点のビショップスコアは、子宮口開大（D）が6cm、展退（E）が80%以上、下降度（S）はプラス1、硬度（C）は柔らかく、位置（P）は前方と順調であった（甲6の3、101頁）。

② 午前2時10分頃、陣痛は1から3分間隔で陣痛の時間は50から60秒である。X2が「何かぬるっとしたものが出了」という。

午前2時20分頃、被告Y2が内診すると、産瘤があり、羊水はほとんどないが自然破水と診断し、分娩監視装置（CTG）を装着した。胎児心拍数（FHR）が80から90bpmまで下降するが、左側臥位にて良好となる。子宮口6cm開大である。その後、すぐに早発性徐脈（陣痛曲線に一致して胎児心拍数が下がり、かつその形が同じ場合で、胎児の頭の圧迫による徐脈）が起こってきた。

③ 午前2時30分頃、X2は、分娩室に移るように言われ、自分で歩いて分娩台に上がる（分娩記録上は、午前3時に分娩室入室となっている。）。1時間ほど待たされる。X2は、どろどろした物が出ていくように感じた。早発性の一過性徐脈が出現していたので、分娩室に入室する。午前3時頃、子宮口は6cm開大で浮腫状になっている。

④ 午前4時頃、被告Y2（担当医）、C医師、E助産婦、F主任、G看護婦が分娩台に来て、「さあ、次はX2さんの番よ、がんばって」と言う。

午前4時5分頃、子宮口は7から8cmに開大する。子宮頸管浮腫状、怒責（いきみ）感も出てくる。怒責を開始し、被告Y2は、手動的に子宮頸管を開大した。この時点で、児頭の下位位置はステーション+1か2位の段階であった。

⑤ 午前4時15分頃、分娩監視装置にて徐脈が出現する（ただし、この時点において、分娩監視装置の装着がうまくできていなかったためか、ノイズが入っている。）。被告Y2は、分娩監視装置の記録が不明瞭ではあるものの、心拍数を測定することができたと思える部分（午前4時20分前後）にかなりの徐脈が診られたため、高度の変動性徐脈ではないが、胎児の低酸素状態が予測されると考え、酸素（1分に61の流量）を投与することとした。

分娩監視装置の再装着後の午後4時25分頃には、基線レベルも120bpm前後まで回復し、変動性の徐脈が認められるものの高度変動性徐脈とはいえない状態になったので、経膈分娩が可能と考え、さらに怒責を加えた（被告Y2は、変

動性徐脈が一定程度続くことは日常的によく経験する状態であり、その後回復して経膈分娩になっていることが多いと供述する。)

⑥ 午前4時45分頃、分娩監視装置にて基準心拍レベルが下降し、すべて120bpmより低く、90bpm前後で持続する持続性徐脈となった。そこで、被告Y2は、胎児仮死であると判断して、吸引分娩(急速遂娩の一つで、吸引カップという機械を用いて胎児の頭に当該カップを掛けて陰圧を掛けることによって引っ張り出す方法)を開始した。子宮口は全開大前であった。吸引分娩は、プラスチックのカップを児頭に装着して陰圧で引き出すという方法であったが、被告Y2は、胎児が骨盤潤部から出口部(骨盤を入口部、峽部、潤部、出口部を分けた場合の最後がその少し手前の段階)にある段階で、陣痛(当時40から50秒間隔)の間引っ張った。時間で30分経過しているの、約15回くらい(1分吸引、1分休憩)吸引しているものと解される。既に頭頂部に産瘤があった。吸引により、頭血腫ができた。

午前5時5分、吸引分娩だけではなかなか児頭が下降しないため、被告Y2の指示でクリステル圧出術(妊婦の体にまたがって腹部を下の方に押す方法)を行う。同時に、アトニンO(オキシトシン:分娩誘発剤)1単位を筋肉注射する(甲6の3, 102頁)。

被告Y2は、持続性徐脈になったことから、非常に重症の仮死(胎児仮死)を予測したが、帝王切開をするとすると準備に時間が掛かることから、判断に迷った。

なお、吸引分娩であったため、子宮口の全開大(子宮頸部が全くふれなくなる状態)がいつか不明で、新生児記録表(甲6の3, 61頁, 63頁)中の「第1期(陣痛開始から子宮口が全開大するまでの時間)12時間12分, 第2期(子宮口全開大から胎児が娩出するまでの時間)3分」の記載は必ずしも正確なものではない。

⑦ 午前5時15分頃、吸引分娩にて男児を出生する(第2前方後頭位)。出生児の体重3998g, 身長51cm, 胸囲38cm, 肩甲周囲(肩の周囲径)42cm(分娩記録には、「肩巾42cm」とあるが、肩甲周囲との関係で誤った記載と考えられる。), 児頭の前後径周囲35cmであった(被告Y2は、前後径周囲に比べて肩甲周囲がかなり大きいので、体そのものが非常に大きいため難産になったのではないかと供述する。)

出生時、自発呼吸はなく、チアノーゼ・蒼白で、筋緊張が全くなく、刺激反応は全くなく、心拍数徐脈という重症仮死(仮死Ⅱ度)であった。生後1分後のアプガースコアは1点であった。なお、臍帯巻絡はなかった。

被告Y2は、ただちに蘇生として、気管内挿管を行い、エアバッグでの人工呼吸及び体外式心マッサージを行った。生後5分後のアプガースコアは3点であった。

出産時、Aには左鎖骨骨折があったが、肩を出す際に起きたものと考えられる。また、肺野には体便吸引症候群(MAS。胎児仮死の状態、胎児が胎内で便を出し、それが羊水に混じってその羊水を飲み込んで起こる症状)にあった。産瘤と頭血腫がみられた。

5時35分頃、診察すると、自発心拍があるが、自発呼吸がない。臍帯血血液ガス分析で、 $pH=6.815$, BE (酸塩基平衡) $=-24.6$ と酸血症(血液の酸性度)とかなりひどい酸血症のため、血管確保後2分の1メイロンを使用した。

5時55分頃から自発呼吸を開始する。

6時の小児科医の診察では、全身状態不良、姿勢異常、頭部産瘤あり(6cm×6cm), 羊水混濁が認められた。

6時40分頃、気管内挿管を抜管した。頭部CT撮影をすると、軽度のSAHを疑わせる所見を認めた。その後、何度か痙攣し、経皮モニター上次第に $tcpco_2$ の上昇が認められるため、11時15分頃、再挿管し、人工呼吸管理を開始する。

⑧ 午前7時頃、X2は病室に戻る。午後5時30分頃、B病院から原告らに説明があり、胎児仮死から新生児仮死となり、現在、頭蓋内出血、左鎖骨骨折及びMASがあること、現在痙攣が起こっておりまだコントロールできていないこと、最悪の場合死亡することもあること、後遺症についてはまだ何とも言えないこと等の説明があった。

(6) 同年5月27日、X2は、退院する。退院時、胎児仮死から新生児仮死に

よる脳性麻痺（ＣＰ）との診断がされた（甲６の４，１０９頁）。

（７） 同年１０月２６日，Ａが聖ヨゼフ整肢園（京都）に入院する。平成５年６月２１日にも入院するが，同年７月８日退院し，肺炎のため京都市立病院に入院する。

（８） 同年８月１７日，Ａが京都市立病院を退院し，弘前に帰り，Ｂ病院に入院する。同年９月２２日，障害者１級の認定を受ける。

（９） 平成６年１月１０日，ＡがＢ病院に再入院する。

（１０） 同月１４日午後１１時２５分，Ａは，急性心不全により，死亡する（甲１）。

２ 証拠（掲記の証拠の他，証人Ｄ，Ｘ１，被告Ｙ２）及び弁論の全趣旨によれば，原告らとＢ病院関係者との間で，本件分娩に関し，次のようなやりとりが行われたことが認められ，この認定を覆すに足る証拠はない。

（１） 平成４年６月６日，原告ら等と被告の小児科医Ｈが面談した。Ｈ医師は，「ＣＴの経過については，この間３回検査している。出生時の写真では，後頭部に出血像が認められるが，その後は軽快し，むしろ大脳半球全体に低濃度となってきた。これは，分娩時の低酸素状態の影響により脳細胞が影響を受けた事を示している。」「今回の病気は新生児仮死による低酸素性脳障害である。原因は分娩中に発生した。」と説明した（甲６の４，１５２頁）。

（２） 同月１０日，原告ら他２名とＢ病院の院長Ｄ他２名が面談し，Ｂ病院側から，「今回の分娩にあたり病院として一生懸命やらせてもらいましたが，結果として低酸素症に伴う後遺症が予想される事態に至ったことについては，私たちとしても大変残念な結果である。」「記録ｅｔｃから後視的にみると，胎児仮死のＢ病院の院長Ｄ診断，娩出時期，娩出方法についての判断の誤りがこのような結果を招いたことについては，素直にその事実を認め，謝罪致します。」「妊婦や児に先天的な異常はなく，分娩管理上での判断ミスがこのような結果となった。」との説明があった（甲６の４，１５３頁）。

（３） Ｄ院長は，原告らに対し，平成４年６月２５日，「Ｘ２殿の分娩についての覚書」と題する書面（甲２）を作成・交付しているが，これには，「１９９２年５月２２日午前５時１５分分娩のＸ２殿について，私たちの診断の誤りから重症な新生児仮死を生じさせたことに対し，その誤りを認め，心よりおわび申し上げます。ここに至った経過については，分娩監視装置所見上，胎児に低酸素症の所見が認められたにもかかわらず，経膈的に分娩を進行させたため生じたものです。分娩後直ちに蘇生術などの処置を行いました。低酸素性脳症，脳出血等があり，現在，脳性麻痺等の後遺症が危惧されます。今後治療及び医療費並びに身体的，精神的損害についての補償については，引き続き誠意をもって話し合うことをお約束致します。」という記載がある。

（４） 被告Ｙ２は，原告らに対し，平成４年８月１５日，「今回のＸ２殿の分娩に際し，適切に帝王切開術を行なわなかったことにより，御長男，Ａ殿が重症新生児仮死となり，重篤な後遺症を残してしまいました。大変申し訳ありませんでした。」という文書（甲３）及び「Ｘ２殿の分娩経過について」という文書（甲４）を交付したが，後者には，５月２２日午前４時２０分の欄に，「分娩監視装置にて持続性徐脈出現し酸素投与，酸素投与後児心音は改善しているので，さらに怒責を加えた。」とあり，「分娩経過中の問題点」として，「子宮底が大きく，児頭骨盤不均衡の可能性があったので，児頭大横径は９４ｍｍであったがレントゲン写真をとるなどをしてこの診断（経膈分娩が可能か）を少なくとも陣痛が発来し怒責を加える前に行うべきであった。」「分娩監視装置の記録から，４時２０分の時点では胎児仮死が起こっていたと考えられ，ここから娩出まで５５分かかったのは長すぎた。従って早い時期に帝王切開を行うべきであった。」「分娩の経過について，患者さんや家族の方に十分な説明を行っていなかった。」「本当に申し訳ありませんでした。」との記載がある。被告Ｙ２は，この文書をＤ院長と相談して作成した。

３ 本件で問題となる医学的知識等については，証拠（掲記の証拠の他，被告Ｙ２）によれば，次のとおりと認められる。

（１） 過期妊娠とは，妊娠４２週以降の妊娠をいうが，胎盤の加齢により胎児・胎盤機能不全が起りやすいこと，１０％程度に児の巨大発育のために児頭骨盤不均衡（ＣＰＤ）が発生すること，羊水量が減少して変動一過性徐脈が出やすいことという指摘があり，治療として嚴重に経過観察といわれている（甲４４）。

（２） 肥満妊婦は，軟産道の伸展不良，胎児の巨大発育などにより分娩遷延や胎

児仮死も起こりやすく、そのため、鉗子分娩や帝王切開の頻度も高くなり、児頭骨盤不均衡が疑われる場合では、遅滞なく帝王切開分娩を行える体制をとっておく必要があるといわれる（甲40）。

（3） 吸引分娩について、利点として、頸管開大、初産で7から8cm以上あればどの位置でも可能なこと、欠点として、頭蓋皮下出血、斑状出血、裂傷、頭血腫は頻発、脳内出血も時々発生、35分以上要する牽引は胎児の帽状筋膜下血腫又は重篤な頭皮頭蓋損傷を発生しやすい、急性の胎児仮死に対してこれを適用すると急速な牽引分娩によりかえって胎児に重篤な損傷を結末してしまうとの指摘がある（甲26）。

他方、吸引を2、3回行っても児頭の下降が認められない場合は中止すべきとの指摘や15分間に5回行っても児頭が下降しない場合は帝王切開すべきとの指摘もある（被告Y2）。

（4） 肩甲難産とは、児頭娩出後、骨盤腔内に児肩甲、軀幹がつかかり娩出が困難になることをいうが（甲24）、正期産時子宮底長が過大（特に38cm以上）では超音波診断による児体重評価、骨盤X線計測を行うことが望ましいし、一般的医療方策となっているといわれる（甲42）。

（5） 児頭骨盤不均衡（CPD）とは児頭が大きすぎるか、骨盤が狭いために経膈分娩が難しい状態をいい（甲9）、その疑いがある場合（子宮底長が36cmを超え、腹囲が100cmを超えている時や巨大児が疑われる時はその一つの場合に該当する。）には超音波断層法やX線骨盤計測を考慮するが、X線撮影は放射線被爆の問題もあるので十分検討した上で実施する（甲45、11頁）。また、CPDの疑いがある症例を試験分娩する場合は、帝王切開に移行できるよう準備しておくよう配慮する（甲45、15頁）。X線骨盤計測を行う条件として、子宮底長36cm以上、特に38cm以上といわれている（甲39）。

（6） 胎児心拍数の基線レベル（bpm）は、180以上が高度頻脈、160以上180以下が軽度頻脈（160以上を頻脈という。）、120以上160以下が正常脈、100以上120以下が軽度徐脈、100以下が高度徐脈（120以下を徐脈という。）とされている。

早発一過性徐脈（早発胎児徐脈）とは、陣痛の始まり、ピーク、収縮の終わりに一致して徐脈が始まり、最下点を記録し、元の基準値に戻る場合をいい、児頭が圧迫されたことによっておきる反射的な刺激によるもので、胎児仮死とは診断されない（甲20）。

遅発一過性徐脈（遅発胎児徐脈）とは、陣痛が最も強いときから徐脈が始まり陣痛のピークより遅れて児心音の最下点がみられる場合をいい、子宮胎盤間の機能不全が多い。すなわち、胎児の低酸素症とその結果胎児内の代謝物の蓄積が起るためとされている。胎児仮死と診断され、心拍数基線微細変動の消失を伴うときは重症である。

変動一過性徐脈（変動胎児徐脈。variable FHR deceleration）とは、心拍数基線の微細変動が大きく、ことに心拍数減少パターンの開始・終了時には急激で急速な微細変動がみられるもの（あるいは、徐脈の起こり方が不規則で子宮収縮との関係が一定でないもの。甲15）をいう。主に臍帯圧迫により発生するといわれる。軽症（又は軽度mild variable deceleration）と重症（又は高度severe variable deceleration）に分かれるが、重症とは、心拍数が減少したときの最小心拍数が60bpm未満のもの又は減少持続時間が60秒以上のものをいい（60bpm未満の徐脈が60秒以上持続する時という文献（甲9）もある。）、軽症は胎児仮死と診断しないが、重症は胎児仮死と診断される（甲20）。

持続性徐脈とは、1分間100bpm以下、5秒間9以下の徐脈が90秒以上続くときで、重症の胎児仮死であって、母胎の酸素吸入と急速遂娩の適用となる（甲9）。

（7） 急性胎児仮死と診断できるのは、胎児心拍数モニタリング（CTG）により、①遅発一過性徐脈（late deceleration）、②高度な変動一過性徐脈（variable deceleration）、③遷延性の高度な胎児徐脈、④細変動の消失（LOV）か胎児先進部血液pH：7.20以下のときに限られ、その他の臨床徴候（例えば、トラウベ聴診器で胎児徐脈、胎便漏出、急激な胎動、産瘤の急激な増大など）は胎児仮死の徴候にすぎない。

慢性（潜在性）胎児仮死の存在を疑う徴候として、①臨床徴候：胎動消失、胎便漏出、②生化学検査：尿中・血中E3低下、血中hPL低下など、③CTG：non-reactive NST、遅発一過性徐脈、sinusoidal

NST、高度頻脈、徐脈等、④超音波検査：高度なIUGR（子宮内胎児発育遅延）、羊水量減少、胎動減少等がいわれている（甲44）。

別の文献では（甲38）、潜在胎児仮死を疑う異常として、①子宮内発育遅延（IUGR）、②妊娠中毒症重症、③糖尿病合併妊娠、④過期妊娠、⑤既往妊娠・分娩の異常が挙げられ、分娩時胎児仮死の診断として、①持続的な徐脈（高度徐脈（100bpm以下）への移行）、②遅発一過性徐脈（15分以上連続して出現する時で細変動消失の合併は重症）、③高度変動一過性徐脈（60bpm未満又は60秒以上持続）、④胎児心拍数基線細変動消失（遅発一過性徐脈との合併は重症）が挙げられている。

（8）オキシトシン製剤（アトニンはその市販製剤名）は、陣痛促進剤の一つであるが、投与方法として、点滴静脈注射するとされており、皮下注射、筋肉注射は禁じられている（甲19、41）。副作用として、①ショック症状、まれにチアノーゼ、虚脱など、②過強陣痛、子宮破裂、羊水塞栓、微弱陣痛、弛緩出血などの発現、③胎児仮死の発現等といわれている（甲41）。使用上の注意として、原則として点滴静脈注射によることとされ、胎盤娩出前後に使用する際は、点滴静脈注射法だけでなく、筋肉注射、静脈注射の方法も記載されている（甲11の2）。また、児頭骨盤不均衡の場合には原則として投与しないこととされ、児頭骨盤不均衡の疑いがある場合には、母、児の全身状態及び子宮収縮の観察を十分に行い慎重に投与することとされている。

（9）分娩時胎児仮死を診断した場合、まず、母体の体位変換、酸素吸入、陣痛抑制などの経母体治療を行い、胎児仮死所見の消失をみれば経過観察を、胎児仮死の所見が不変又は悪化のときは急速遂娩をするが、胎児仮死が重症のときは直ちに急速遂娩を行う。重症の胎児仮死では10分以内、それ以外は30分以内の娩出であれば児死亡を起しにくい（甲43）。

4 以上の事情を前提として、被告Y2に過失ないし安全配慮義務違反があるどうか判断する。

（1）児頭骨盤不均衡の有無を確認しなかった義務違反について

① 前記1認定のとおり、児頭の前後径周囲35cm、肩甲周囲42cmと、前後径周囲に比べて肩甲周囲がかなり大きいため難産となったが、結果的には、児頭が産道を通って分娩が終了していること、急速遂娩が30分で終了したこと、重篤な肩甲難産が発症していないこと、産道に深い裂傷も発生していないこと、産後の膀胱麻痺や排尿障害も発生していないことからして、児頭骨盤不均衡であったものとは認められない。

② たしかに、X2が体重が54kgから68.5kgと14.5kgも増加した肥満妊婦であり、かつ、過期妊娠であったこと（その結果、胎児が巨大児に近い可能性が高くなる。）、入院時に子宮底が39cmと大きめで、腹囲も98cmあり、超音波断層検査で児頭大横径94mmと計測されていたこと、腹部前後径（APTD）及び腹部横径（TD）計測により、胎児が巨大児であることが推定され得たこと（これらの数値を使用して胎児推定体重を計算すると4000g前後と予測された。甲21、被告Y2）、実際生まれた児の体重は巨大児（4000g以上）に近い3998gであったこと、羊水が少なめであることや、E3（エストリオール）及びhPL検査により胎盤機能の低下が疑われたことが認められたのであるから、被告Y2は、児頭骨盤不均衡の可能性を疑うべきであったものと認められる。

（現実には、4時45分から吸引分娩を行ったが、5時5分まで児頭がなかなか下降せずクリステレル圧出術によってようやく娩出したこと等からして、ボーダーラインCPDの症状であったものと認められる（鑑定人も鑑定書及び証人尋問でこれを認めている。）。）。また、前記2（5）によれば、子宮底長が38cmを超えるものはレントゲン撮影の適応であるとも解される。そして、前記2

（4）で認定したように、被告Y2自身、事後的に、子宮底長が大きく、児頭骨盤不均衡の可能性があったので、レントゲン写真を撮る等すべきであったと認めている。

③ しかしながら、産婦人科医は、児頭骨盤不均衡の可能性があったとしても、子宮底長のみならず、それまでの分娩の経過や各種選択方法の利点・欠点等その他の事情を総合考慮して、レントゲン撮影をする必要があるかどうかを判断するものであると解されるところ、自然の子宮収縮でしかも初産の平均的第I期分娩所要時間内に、午前4時15分までは児心音の悪化もなく、子宮口の開大は順調で、鉗子又は吸引分娩の可能な位置（出口部）まで児頭が下降進入してきたこと、児頭骨盤不均衡の有無を確認するための骨盤レントゲン撮影は必ずしも有効ではないこ

と、レントゲン撮影は、放射線被爆の問題があること、レントゲン撮影によらずとも経膈的試験分娩（トライアル）をもって児頭骨盤不均衡の判定が可能であること等の事情のもとでは、本件で現実に被告Y2がトライアルを選択したことは誤りではなく、レントゲン撮影を行うべきであった注意義務があるものとは認められない。

④ よって、被告Y2において、児頭骨盤不均衡の有無を確認しなかった過失があるものとは認められない。

（２） ダブルセットアップ及び帝王切開を行わなかった義務違反について

① 前記1（５）⑤認定のとおり、4時15分から25分にかけて、分娩監視装置による胎児心拍数図で徐脈が生じた。これが胎児仮死を示すものかどうか争いがある（高度変動一過性徐脈であれば、胎児仮死の徴候といえるが、軽度変動一過性徐脈であれば、胎児仮死とは認められない。）。

② 胎児心拍数図（甲6の3の77頁から96頁に、午前2時20分ころから5時15分頃までのそれがあり、90頁から91頁が、4時15分から25分頃までを示している。）によれば、この頃、分娩監視装置にノイズが入り、上下に大きく振れていて、正確な胎児心拍数が必ずしも明確になっていないものの、分娩に立ち会ったC医師が「分娩監視装置所見用紙（甲6の3、76頁）」の「variable」に丸をして、「severe」と手書きで加えていることからして、同医師が高度変動一過性徐脈であると認識していたこと（なお、4時45分以降の徐脈は、持続性徐脈であってこれとは異なる。）、事後的に被告Y2が作成した文書

（甲4）に「分娩監視装置の記録から、4時20分の時点では胎児仮死が起こっていたと考えられ」との記載があること、この文書は、被告Y2がD院長と相談して作成したものであること、産婦人科医であるD院長が証人尋問において、4時15分頃のモニターグラフからすると、高度一過性変動徐脈がみられ、胎児仮死の存在が強く示唆される所見であると証言していること（同時に、その時点で、胎児仮死の点を考え帝王切開を選択することは、当然考慮されるべきであったとも証言している。）、鑑定書においても、「午前4時15分から25分までの10分間のモニターの示す所見は、放置できない」としていること、鑑定人も証人尋問で、モニターの所見から、その時点で高度変動一過性徐脈が生じていたことを認めていること、被告Y2はその時点で酸素吸入を開始したことが認められ、以上の事情を考慮すれば、4時20分頃の時点で、高度変動一過性徐脈が認められたものと解される。そして、高度変動一過性徐脈は、重症胎児仮死の徴候の一つであるから、胎児仮死に対する処置を行うべきである。

③ これに対し、被告Y2は、本人尋問で、変動一過性徐脈は高度ではなく、中程度であったこと、その後酸素吸入により、徐脈が消失したので、経膈分娩を継続したと供述する。

また、鑑定人は、急速遂娩には帝王切開と経膈的な鉗子又は吸引があるが、胎児の状態、分娩進行状態、その施設の体制すなわち帝王切開を準備し執刀するまでの予想所要時間、手術スタッフ、麻酔医の招集の可能性などを総合的に判断し、担当医が裁量で急速遂娩を選択したものであって、産婦が21才と若年であること、帝王切開を準備する間胎内蘇生で放置することの有効性、児頭がおそらく膈部以下まで下降していること等から、経膈急速遂娩を選択した担当医の判断は必ずしも不当ではなかったとしている。

④ しかし、高度変動一過性徐脈とは、心拍数が減少したときの最小心拍数が60bpm未満のもの又は減少持続時間が60秒以上のものをいうとされているところ、4時20分頃の心拍数図はノイズが入ったため、必ずしも明確ではないが、60bpmに近いところまで減少しているときや60秒以上に渡って減少が持続したとみられるときもみられることや、①記載のような事情に照らすと、高度変動一過性徐脈でないという供述は採用できない。

⑤ また、たしかに、鑑定人が指摘するように、急速遂娩としてどの方法を選択するかは、分娩の経過や当該病院の人的、物的設備等を総合考慮して担当医が裁量で判断するものであるが、母胎や胎児に最も悪い影響の生じないような方法を選択すべきものである。高度変動一過性徐脈が酸素投与により消失したとして

も、その出現後急速遂娩までの時間が25分以内はアプガー良好、40分以上はアプガー不良になるといわれているところ（甲9）、4時20分頃は、子宮口の開大が7から8cm、児頭の下降位置がステーション+1か2位の段階であったというのであるから、経膈分娩を続行した場合には相当の時間が掛かることが予測されること、X2が初産で、過期妊娠かつ肥満妊婦であったこと、巨大児と予測され児頭

骨盤不均衡の疑いがあったこと（前記（１）のとおり、ボーダーライン骨盤胎児不均衡であったものと解される。）、羊水が少なく、E3やhPL検査により、胎盤機能不全のおそれもあったこと等を加えて判断すれば、急速遂娩として、吸引や鉗子ではなく、帝王切開を選択すべきであったものと解される。このことは、事後的ではあるが、前記２（２）（４）のとおり、被告Y2やD院長が認めるところである。

⑥ なお、B病院では、本件当時、30ないし60分で帝王切開に必要な麻酔科医、産婦人科医師、看護婦等の呼び出し等や手術室、手術器具等の準備が可能であったというのであるが（証人D、被告Y2）、その間は、子宮内蘇生処置（母胎酸素吸入、母胎体位変換、内診等）を行う必要がある。

⑦ 以上によれば、被告Y2は、4時20分頃、帝王切開をすべき注意義務があったのに、それを怠った注意義務違反（過失）があったものと認められる。

（３） その余の過失の有無を判断するまでもなく、被告Y2には過失が認められる。なお、（２）認定の事実によれば、被告Y2は、4時20分頃分娩監視装置で高度変動一過性徐脈、胎児仮死を看過すべきでないという注意義務違反も認めることができる。

５ 被告Y2の過失とAの脳性麻痺及び死亡との因果関係について

（１） 午前4時20分頃までは順調に分娩が進行していたのであり、胎児仮死をうかがわせる事情はみられなかった。ところが、被告Y2は、その後、高度変動一過性徐脈が生じ、低酸素症による胎児仮死の徴候がみられたにもかかわらず、帝王切開ではなく、4時45分から吸引分娩を施術し、なかなか児頭が下降しない状態で、5時5分頃、クリステレルを並行して施術した上、オキシトシンOを筋肉注射して、5時15分に娩出した。

出生時、自発呼吸はなく、チアノーゼ・蒼白で、筋緊張が全くなく、刺激反応は全くなく、心拍数徐脈という重症仮死（仮死Ⅱ度）であった。アプガースコアは生後1分後1点、生後5分後3点であった。出産時、左鎖骨骨折があり（肩甲難産であったものと認められる。この事実を被告Y2は認めている。）、体便吸引症候群もあり、産瘤と頭血腫がみられた。臍帯血液のpH=6.815、BE（酸塩基平衡）=-24.6と重症のアシドーシスが認められた。羊水混濁も認められた。

その後、痙攣、昏睡がみられ、腎不全、消化管不全、気管支炎、結膜炎等の多臓器不全もみられた（甲6の4）。

（２） これら事実によれば、Aの脳性麻痺の原因は、分娩時の低酸素症によるものと解することが相当である。

（３） そして、4時20分の時点で、子宮内蘇生処置をしつつ、帝王切開の準備を行っていれば、4時45分までの胎児心拍数が安定していたこと等からして、新生児仮死に陥らなかった可能性が高く、因果関係は認められる。

なお、被告Y2が行った娩出方法については、吸引分娩が15回も行われ多すぎる（鑑定人も、証人尋問において、15回であれば「常識外」であり、試験分娩が不成功であると証言している。）、吸引分娩は原則として子宮口が全開大になってから行うべきところ、それ以前に行っていること、4時45分から5時5分まで20分吸引したにもかかわらず、なかなか児頭が下降していなかったこと、クリステレルを併用していること、左鎖骨骨折を生じていること、原則として点滴で用いるべきアトニンOを筋肉注射で行っていることなど、適切でない方法が散見され、混乱状態であったことがうかがえるとともに、娩出を急ぐあまり、胎児に相当のストレスを生じさせたものと解され、これら娩出方法が低酸素症を悪化させ、重症の仮死を生じさせたものと解される。

（４） 鑑定書では、胎児仮死の時期は不明であるとしているが、その根拠は、4時45分までは順調な分娩進行であったということ、分娩開始前に中枢神経系に「先天的」に微細な出血が既存既発していなかったか鑑別ができないこと、脳性麻痺の原因が分娩時の一過性の低酸素症による仮死がすべてではないことを根拠としているが（証人尋問でも同様の証言をしている。）、前記のとおり、4時20分頃に高度変動一過性徐脈が生じていて4時45分まで順調であったとはいえないこと、その他、分娩の経緯を考慮すると、Aの脳性麻痺は、分娩時の低酸素症によるものとの高度の蓋然性があると認められる（鑑定人がいうその他の原因は漠然としており、具体的に明らかになっているものはない。）。

（５） よって、被告Y2の過失により、Aの脳性麻痺が生じ、これを原因として死亡したものと因果関係を認めることができる。

6 損害について

(1) 逸失利益 (Aの損害) 2156万6988円
Aは死亡時満1歳の男子であり、被告らの過失がなければ、生存していたものと解されるから、18歳から67歳まで49年間稼働できたものと解される。よって、賃金センサス平成4年男子全年齢平均賃金544万1400円を基準に、労働能力喪失率100%、生活費控除率50%、中間利息控除をライプニッツ係数により(66年の係数19.201から17年の係数11.274を控除した7.927)により計算する。
(計算式) $544万1400円 \times (1 - 0.5) \times 7.927 = 2156万6988円$

(2) 介護費用 (Aの損害) 391万9500円
Aは、被告らの過失により、脳性麻痺の重篤な後遺症を負い、介護なくしては生活できない状態となったこと、近親者である原告らが介護したことが認められる。1日当たりの介護費用としては、Aの年齢、障害の程度等と原告ら近親者が介護に当たったこと等を考慮すると6500円が相当である。よって、死亡するまで603日間、1日当たり6500円の介護費用が必要として計算する。

(3) 慰謝料 (Aの損害) 1500万円
Aは、重篤な脳性麻痺として生まれ、1年余でその生涯を終えたものであり、諸般の事情を考慮すると、その精神的な苦痛を慰謝するためには1500万円をもって相当と解する。

(4) 原告ら固有の慰謝料 各300万円
原告らは、被告らの過失により、重篤な脳性麻痺に罹患したAの出生を受け、1年後には死亡するという苦痛を受けたものであり、諸般の事情を考慮すると、その苦痛を慰謝するためには各300万円をもって相当と解する。

(5) 墳墓・葬儀費用 (X1) 78万5000円
X1本人尋問及び弁論の全趣旨によれば、X1がAのため、墳墓、葬儀費用を出したこと、その費用は78万5000円であることが認められ、同額の損害が認められる。

(6) 弁護士費用 472万円
原告らは、本件に関し、弁護士を依頼したことが認められ、弁護士費用としては、前記(1)から(5)の合計額の約1割である472万円が被告らの過失と相当因果関係がある損害と認める。

(7) 損害のまとめ
上記(1)から(3)(合計4048万6488円)は、Aの損害であるが、Aが平成6年1月14日死亡し、X1とX2が各2分の1ずつ相続したから(争いがない)、各2024万3244円ずつ損害となり、(6)は、各2分の1ずつ(236万円)損害となる。

よって、X1は、(1)から(3)の合計2024万3244円、(4)300万円、(5)78万5000円、(6)236万円の総合計2638万8244円、X2は、(1)から(3)の合計2024万3244円、(4)300万円、(6)236万円の総合計2560万3244円について損害と認めることができる。

7 以上によれば、原告らの請求は、被告法人及び被告Y2に対し、不法行為に基づき(被告法人は、被用者である被告Y2の過失についての使用者責任)、X1が損害賠償金2638万8244円及びX2が損害賠償金2560万3244円並びにこれらに対する不法行為の日の後である平成6年1月14日から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金を求める限度で、理由があり、その余は理由がない。

青森地方裁判所弘前支部
裁判官 佐藤 哲 治