

主 文

原告らの請求をいずれも棄却する。
訴訟費用は原告らの負担とする。

事実及び理由

第1 請求

被告は、原告らに対し、それぞれ3865万1897円及びこれに対する平成9年9月20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

本件は、原告らの子であるCが、被告の経営する病院において低酸素性虚血性脳症による新生児仮死の状態で出生し、その後死亡したことについて、原告らが、Cが死亡した原因は、被告の被用者である同病院の医師らの診療行為上の過失にあるとして、被告に対し、債務不履行ないし不法行為に基づき、Cの死亡による逸失利益、慰謝料、原告ら固有の慰謝料等の損害賠償を求めた事案である。

1 前提となる事実(争いのない事実は証拠を掲記しない。)

(1) 当事者

ア 原告A(昭和24年11月2生まれ)と原告B(昭和39年11月14生まれ)は、平成6年2月28日に婚姻した夫婦であり、Cの父親及び母親である(甲2)。

イ 被告は、病院経営を目的とする医療法人であり、札幌市a区b条c丁目d番e号において、Y病院(以下「被告病院」という。)を開設している。

(2) Cの娩出に至る経過

ア 原告Bは、平成8年3月4日、被告病院の産婦人科を受診し、超音波断層写真撮影(以下「超音波断層」という。)を行った結果、妊娠していることが判明した。原告Bは、同日以降、同科に通院して受診したが、その外来の診療経過は、別紙診療経過一覧表記載のとおりである。

イ 原告Bの外来診察を担当した被告病院のD医師は、平成8年4月1日、分娩予定日(以下「予定日」という。)が同年10月26日であることを原告Bに告げた。

ウ D医師は、平成8年10月24日、原告Bを診察し、同月28日にメロイリーゼ(後記(4)参照)によって分娩誘発を行うことを決定し、その旨を原告Bに告げた。

エ 原告Bは、平成8年10月28日、分娩誘発を行うため、被告病院に入院した。

原告Bは、D医師によって子宮口にオバタメトロ(商品名フジメトロ。以下、単に「メトロ」ということがある。)を挿入され、分娩監視装置を装着した状態で、アトニン(陣痛促進剤)等の点滴を受けながら、同病院内の陣痛室のベッドに横になっていた。原告Bは、分娩監視の途中でトイレに行ったが、その際、身体に装着されていた分娩監視装置のベルトを外した。

原告Bは、トイレから戻ってきた直後、破水した。被告病院のE医師ほかの医師や看護師らが、原告Bの処置に当たり、原告Bは、手術室に移され、E医師の執刀により帝王切開手術を受けた。

オ Cは、平成8年10月28日午前11時52分、アプガースコア(新生児仮死の評価法。娩出児の心拍数、呼吸、筋緊張、反射及び色調の5項目に基づいて採点し、娩出1分後で、同スコアが8ないし10点を正常、5ないし7点を軽症仮死、0ないし4点を重症仮死とする。)1点の新生児仮死の状態で娩出された。Cは、娩出後、被告病院において蘇生措置を受けたが、低酸素性虚血性脳症と診断された(以下、Cに低酸素性虚血性脳症が生じた事故を「本件事故」という。)

(3) Cの死亡

ア Cは、その後、被告病院において治療及び機能回復訓練等を受けたが、脳性麻痺による四肢及び体幹の知覚障害、運動障害が生じていて、不随意運動、筋痙直のため、上肢を使用する日常生活がほとんど不可能な状態であった(甲22、23)。

イ Cは、平成9年9月20日、低酸素性虚血性脳症を原因とする急性腎不全により、死亡した。

(4) メロイリーゼ(甲9、24、乙12、45)

メトロイリーゼは、頸管の開大や軟化を促進させて分娩を誘発する方法であり、メトロイリントールによる方法(ゴム球を子宮腔内に留置することで子宮容積が増加し、それに体部子宮筋の伸展刺激と、牽引による子宮下部の伸展刺激により子宮収縮を誘発する方法)とオバタメトロによる方法(バルーンを子宮腔下部に留置することで子宮内圧の増大、子宮下部の伸展刺激等により子宮収縮を誘発する方法)がある。

オバタメトロを使用するに当たっては、子宮頸管が成熟していること(頸管の50%以上の展退、子宮口の2cm以上の開大、子宮頸部の軟化)、バルーン内への滅菌水の注入量を厳守すること(頭位分娩の場合は150mlで、これを超えると臍帯脱出や胎位変換が助長される。)に注意しなければならないとされる。

頭位分娩において、メトロに150mlの滅菌水を注入すると、メトロのバルーン部の直径は約7cmになり、子宮口が約7ないし8cm開大して、メトロは腔内に出る。その後、陣痛促進剤(オキシトシン等)を使用して人工破膜を行う。

2 争点

(1) 被告病院の医師らの過失の有無

(原告らの主張)

被告病院の医師らには、本件事故について、以下のとおり過失がある。

ア メトロを用いて不必要な分娩誘発を行ったこと

分娩誘発は、胎盤機能不全、過期妊娠、部分常位胎盤早期剥離等、母体又は胎児において、そのまま妊娠を継続した場合のリスクの方が分娩誘発を行った場合のそれに比して大きいと判断される場合に、医学的適応が認められ、これを行うことが許される。

しかるに、D医師は、原告Bに上記のような医学的適応がないにもかかわらず、臍帯脱出等を引き起こす危険性があるメトロを用いて分娩誘発を行った。しかも、原告Bは経産婦であり、今後分娩が順調に進むと考えられたことなどからすれば、分娩誘発を行った時点において、過期妊娠のおそれがあったということとはできず、これをもって、分娩誘発の医学的適応が認められることにはならない。

そして、原告Bが破水して、メトロが子宮口を抜けたことに伴い、臍帯が児頭の先進部よりも下降し、児頭に押しつぶされたため、臍帯脱出ないしこれに準ずる圧迫状態が起こり、本件事故を招いた。臍帯自体には何ら異常が認められず、これが本件事故に影響を与えたとは考えられない。

したがって、D医師には、医学的適応がないにもかかわらず、原告Bにメトロを用いて不必要な分娩誘発を行った過失がある。

イ 臍帯脱出ないしこれに準ずる圧迫状態が生じた後の処置が不適切であること

医師は、臍帯脱出ないしこれに準ずる圧迫状態を認めた場合には、直ちに胎児の生死を診断し、胎児が生存していると診断したのであれば、産婦を骨盤高位とし、子宮収縮抑制を図り、内診指により児頭を挙上し、人差し指と中指の間に臍帯を挟んで圧迫を解除すると同時に、速やかに帝王切開の準備をしなければならない。そして、そのまま娩出時まで児頭を挙上し、臍帯の圧迫を解除するため内診指を挿入しておかなければならない。

しかるに、原告Bの処置に当たったE医師らは、原告Bを骨盤高位にせず、また、内診指により児頭を挙上したり、臍帯を挟んで圧迫を解除するといった処置を何ら行っていない。

さらに、E医師らは、原告Bが平成8年10月28日(以下、時刻の前に年月日の記載がないものは、同日を指すものとする。)午前10時16分に破水し、臍帯の強い圧迫により児心音(胎児心拍数)が高度の徐脈を継続していることを認識していながら、怠慢ないし不手際により帝王切開手術を遅延させ、Cが娩出される午前11時52分までの約1時間30分の間、臍帯の血流を遮断させ、これによりCを低酸素性虚血性脳症に陥らせた。これに対し、原告Bの診療録、パルトグラム、分娩監視装置記録等には、原告Bが破水して児心音が低下した時刻が、午前11時16分であるとの記載があるが、原告らの認識と異なる上、本件に係る証拠保全手続において被告から提示された分娩監視装置とは機種が異なること、被告は本件事故後の同年12月9日になって、初めて児心音が低下した時刻は午前11時16分であると言い出したことなどの事情からすれば、これらの記録は被告によって改ざんされたというべきで、信用性に乏しい。

したがって、E医師らには、臍帯脱出ないしこれに準ずる圧迫状態が生じた後に、これを解除するための適切な処置を採ることを怠り、さらには帝王切開手術を迅速に行わなかった過失がある。

(被告の主張)

被告病院の医師らには、本件事故について、以下のとおり何らの過失も認められない。

ア 分娩誘発の時期は、正常の妊娠経過であると判断されれば、妊娠37週から42週未満で医学的適応となるところ、原告Bの分娩誘発が行われたのは予定日の2日後であり、胎児の推定体重が2500g以上あること、児頭骨盤不均衡がないこと、ビショップスコア(頸管熟化の評価法。頸管開大度、頸管展退率、先進部の下降度、頸管の硬度、子宮口の位置といった因子に基づいて採点する。採点基準は別紙のとおり。)が7ないし9ポイントあることからすれば、その医学的適応があったことは明らかである。また、過期妊娠になると胎盤機能不全等を起こし、母体の罹患率及び胎児の死亡率が上昇するところ、本件においては、子宮頸管の熟化不全及び児頭の下降不全等の所見から判断して、過期妊娠に至るおそれがあったから、そのリスクを避けるため、42週を待たずに予定日の2日後に分娩誘発を行ったことも、医師として当然の裁量といえる。

また、原告Bが破水した時には、臍帯脱出はなく、未だメトロは子宮口から抜けていなかったのであるから、児頭が下降してきて臍帯を押しつぶしたというようなことはない。仮に、このようなことが起こったのだとしても、このこととメトロを使用したこととの間には因果関係がない。かえって、原告Bの臍帯には異常がみられたのであり、これが本件事故の原因となった可能性がある。

したがって、D医師が原告Bにメトロを用いて分娩誘発を行ったことについて、過失があったということはできない。

イ 本件では、臍帯脱出及びこれに準ずる事実は存しなかったものであり、E医師は、児心音の低下を認めた後、原告Bを内診して臍帯脱出がないことを確認し、体位交換、生理食塩水の注入、子宮収縮剤の投与中止等の適切な処置を施している。

また、被告が本件に係る医療記録を改ざんした事実はなく、児心音が低下したのは午前11時16分であるところ、E医師は、同27分過ぎに帝王切開手術を行うことを決定し、原告Bを手術室に搬送し、同50分に同手術を開始し、同52分にCを娩出したのであって、このような経過からすれば、同医師の処置が遅れたということはない。

したがって、児心音が低下した後のE医師らの採った処置の内容が、不適切であったとか遅延していたなどということとはできず、この点について過失はない。

(2) 損害

(原告らの主張)

原告らは、被告病院の医師らの過失により、以下の損害を被った。

ア Cの損害

(ア) 逸失利益

2282万1833円

Cが死亡した平成9年の男子全労働者の平均賃金額は、575万8000円であり、生活費控除率を50%、1歳に適用するライプニッツ係数を7.927(67歳までのライプニッツ係数から1歳までの同係数を差し引いた値)として中間利息を控除すると、Cの逸失利益は、以下の計算式のとおりとなる。

(計算式) $575万8000円 \times (1 - 0.5) \times (19.2010 - 11.2740)$
= 2282万1833円

(イ) 葬儀費用

120万円

(ウ) 慰謝料

2500万円

(エ) 合計

4902万1833円

イ 原告ら固有の損害(慰謝料)

各1000万円

原告らは、かけがえのない大切なCを失ったのであり、この苦痛を慰謝するには、各1000万円をもってするのが相当である。

ウ 相続

原告らは、上記アのCの損害賠償請求権について、それぞれ2分の1の割合で相続し、その額は、各2451万0916円となる。

エ 弁護士費用

各414万0981円

オ 合計
(被告の主張)
いずれも否認する。

各3865万1897円

第3 争点に対する判断

1 証拠(甲1, 2, 6ないし12, 16, 18, 20ないし24, 乙1ないし4, 6の1, 乙6の2の1及び2, 乙6の3の1及び2, 乙7の1ないし5, 乙9ないし14, 15の1ないし4, 乙16, 17, 18の1ないし3, 乙19ないし23, 乙28ないし31, 32の1及び2, 乙34ないし37, 40ないし42, 43の1の1及び2, 乙43の2及び3, 乙44, 45, 47の1及び2, 証人D, 同E, 同F, 同G, 同H, 原告B本人)及び弁論の全趣旨によれば, 以下の事実が認められる。

(1) 原告Bは, 昭和62年1月19日, 前夫との間の子であるIを出産したが, その際, 児頭骨盤不均衡, 子宮頸管の熟化不全等のため, Iが胎児仮死の状態に陥ったことから, 吸引鉗子を用いての方法で分娩が行われた。Iの出生時の体重は, 3580gであった。

その後, 原告Bは, 平成6年から平成7年にかけて, 不妊治療等のため被告病院の産婦人科に通院したが, この間, 2度流産した。

(2) 原告Bは, 平成8年3月4日, 被告病院の産婦人科を外来診察し, 妊娠していることが判明した。

D医師は, 同年4月1日, 超音波断層を行い, 胎児頭殿長(CRL)が26mm, 妊娠経過日数が9週6日±1週, 予定日が同年10月29日との計測値を得た。D医師は, 上記計測値のほか, 原告Bの最終月経第1日が同年1月20日で, 同日から280日(40週)後が同年10月26日であり, 一般的に, 最終月経第1日から280日目(40週)が予定日であるとされていることから, 原告Bの予定日を同日と決定した。

原告Bは, 同年4月25日の診察の際, 助産師にIの出産が難産だったことを説明し, 帝王切開を希望していることを伝えた。原告Bは, D医師にもこのことを伝え, 今回の出産でも児頭骨盤不均衡がみられるようであれば, 帝王切開を行う場合もあり得るとされた。

(3) 原告Bは, 別紙診療経過一覧表年月日欄記載の各日に, 被告病院の産婦人科を受診し, D医師から同診療行為等欄記載の診療を受けた。この間の胎児頭殿長, 児頭大横径(BPD), 大腿骨長(F), 胎児推定体重(EFW)等は, 同欄記載のとおりであり, 胎児の発育は順調であった。また, ビショッブスコアは, 概ね以下のとおりであった。

8月22日	頸管開大度	0cm	0点
	頸管展退率	30ないし40%	0ないし1点
	児頭下降度	－3cm(ただし, 坐骨棘を基点とする。以下同じ。)	0点
	頸管硬度	硬ないし中軟	0ないし1点
	子宮口位置	後ないし中央	0ないし1点
10月9日	頸管開大度	2ないし3cm	1ないし2点
	頸管展退率	50ないし60%	1ないし2点
	児頭下降度	－3ないし－2cm	0ないし1点
	頸管硬度	硬ないし中軟	0ないし1点
	子宮口位置	中央	1点
同月17日	頸管開大度	2ないし3cm	1ないし2点
	頸管展退率	50ないし60%	1ないし2点
	児頭下降度	－2ないし－1cm	1ないし2点
	頸管硬度	中軟	1点
	子宮口位置	中央	1点
同月24日	頸管開大度	2ないし3cm	1ないし2点
	頸管展退率	50ないし60%	1ないし2点
	児頭下降度	－2ないし－1cm	1ないし2点
	頸管硬度	中軟	1点
	子宮口位置	中央	1点

(4) D医師は, 平成8年10月24日, 原告Bの妊娠経過をみて, 妊娠37週以降, 頸管の成熟度にあまり変化がなく, 予定日を超過して過期妊娠になり得ると予想されたこと, 同月3日(妊娠36週5日)の超音波断層で胎児の推定体重が26

69gとされ、これによれば、同月24日には3200gになると推定されたことから、予定日超過を誘発理由として、同月28日にメトロを用いて分娩誘発を行うことを決定した。なお、超音波断層を用いて胎児の体重が推定されたのは、同月3日が最後であり、分娩誘発を行うことを決定した同月24日には、超音波断層による胎児の体重の推定は行われなかった。

原告Bは、メトロを用いて分娩誘発を行うことについて、特に賛成するとか反対するというわけではなかったが、これに従った。

- (5) 原告Bは、平成8年10月28日午前8時50分ころ、被告病院の産科病棟(本棟4階7病棟)の陣痛室に入院した。なお、同陣痛室内のベッドには、原告Bのほかに、既に陣痛が開始していたJが入院していた。

原告Bは、午前9時15分、グリセリン浣腸110mlを施され、陣痛室内にあるトイレに行った。このとき、胎児心拍数は165bpmであった。原告Bは、午前9時30分、トイレから戻り、分娩監視装置のベルトを装着され、アトニン20ml/h、マイリス(頸管熟化剤)600mg等を点滴静脈注射(DIV)により点滴された。

D医師は、午前9時40分、原告Bを内診し、子宮口開大が2.5cm、頸管展退率が70%、児頭下降度が-2cm、頸管硬度が中、子宮口位置が正常であったことから、子宮口にメトロ(150ml)を挿入した。

原告Aは、午前10時ころ、D医師に、もし母子に負担がかかるようなことがあれば、すぐに帝王切開をしてほしいと希望した。D医師は、原告Bが以前に3580gの胎児(I)を経膣分娩で出産したことがあり、今回の胎児の推定体重(3200g)がこれよりも少ないことから考えて、経膣分娩で大丈夫であろうと原告Aに説明した。原告Aは、最終的には医師に任せるが、母子ともに無事であれば帝王切開でも構わないと述べた。

原告Bは、午前10時5分、点滴中のアトニンを40ml/hに増量され、マイリスが抜針された。

原告Bは、午前11時過ぎころ、身体に装着された分娩監視装置のベルトを外し、陣痛室内のトイレに行った。原告Bは、午前11時15分ころ、トイレから戻り、F助産師によって、分娩監視装置のベルトを再び装着され、同装置のスイッチが入れられ、胎児心拍数が140ないし160bpmあることが確認された。

しかし、原告Bは、午前11時16分ころ、破水し、胎児心拍数が突然60ないし80bpmに下降した。F助産師は、原告Bの体位交換を試みたが、児心音が回復しなかったため、原告Bに酸素マスクを当て、ナースコールをした。そして、F助産師は、原告Bを内診し、羊水混濁がないこと、メトロが子宮口から抜けていないこと、子宮口開大が6ないし7cm(なお、10cmで全開大とされる。)であることを確認した。

被告病院の産科のG師長は、午前11時17分ころ、原告Bの下に駆けつけ、体位交換等の処置をしたが、児心音は回復しなかった。F助産師は、G師長が陣痛室に来てから、隣の分娩室にいた産婦人科のK医師にすぐ来るように声をかけたが、Jの分娩後の処置で手が離せないということであったので、婦人科病棟(本棟4階8病棟)にいたE医師を電話で呼んだ(なお、Jは、午前11時5分に胎児を娩出していた。))。

E医師は、午前11時20分ころ、原告Bを内診し、子宮腔内にあったメトロを抜去し、臍帯脱出がないことを確認した。E医師は、午前11時23分ころ、アトニンの点滴を中止して5%ブドウ糖液の点滴に切り替え、体位交換、酸素吸入、児頭挙上等の処置を行い、胎児心拍数がいったん80ないし100bpmまで回復したが、約1分後に再び60bpmに下降した。E医師は、午前11時27分ころ、帝王切開を念頭に置いて、生理食塩水を合計200cc注入したが、それでも児心音は回復しなかった。そのため、E医師は、午前11時30分、腹式帝王切開手術を行うことを決定し、原告Bにその旨を説明した。

原告Bは、午前11時35分、輸血用クロス採血をされ、分娩室を出て、別棟2階にある手術室に搬送された(なお、本棟と別棟をつなぐ連絡通路は3階にあり、本棟4階にいた原告Bは、ストレッチャーに乗せられて、同棟のエレベーターで3階に下り、同階の連絡通路を通して別棟に移動し、そこからさらに同棟のエレベーターで2階に下りて、手術室に運ばれた。)。このときの胎児心拍数は58bpmであった。

原告Bは、午前11時45分、全身経口挿管麻酔を施され、午前11時50分、E医師の執刀により帝王切開手術を受けた。

Cは、午前11時52分、児心音50bpm(その後の挿管により改善)、アプガー

スコア1点の状態娩出された。Cの出生時の体重は3358g、身長は53cm、頭囲は32cm、胸囲は32.5cmであった。

原告Bは、術後、アトニンO、メテルギン(子宮収縮止血剤)を注射された。術後の所見によると、原告Bの胎盤には石灰沈着があり、臍帯の太さは0.8cm×0.8cmで、膠質は発育不良の状態に見られた。

原告Aは、術後、E医師から、本件事故の経過、帝王切開手術の内容等についての説明を受けた。

- (6) 原告A及びその友人は、平成8年10月30日、被告病院において、E医師から、本件事故についての説明を受け(G師長も同席した。)、同年11月12日にも、被告病院の医師らから説明を受けた。

原告らは、同年12月9日、被告病院を訪れ、同病院職員らとの間で本件事故についての面談を行ったが、原告Bが破水して児心音が低下した時刻について、原告らは午前10時16分であると主張するのに対し、被告病院側は午前11時16分であると主張し、両者の間で認識の相違があった。

- 2 上記認定事実及び前提となる事実を前提に、争点(1)(被告病院の医師の過失の有無)について検討する。

- (1) まず、原告らは、原告Bには、出産前に胎盤機能不全等の分娩誘発を必要とするべき事由がなく、経産婦であることから過期妊娠になるおそれもなかったとして、原告Bに対するメトロによる分娩誘発の医学的適応を否定し、これを行ったこと自体が過失であると主張する。

ア ところで、前記前提となる事実のとおり、Cは、本件事故により生じた低酸素性虚血性脳症を原因として死亡するに至ったところ、本件事故がメトロの使用に起因して発生したものであると認められなければ、メトロによる分娩誘発の医学的適応を論じるまでもなく、そのことに過失がないことは明らかである。そこで、上記過失の有無を論じる前提として、本件事故がメトロの使用に起因して発生したものであるか否かを以下検討する。

- (ア) 低酸素性虚血性脳症とは、低酸素と虚血に基づく脳細胞の障害が起こった状態をいうところ、新生児においては、胎児が子宮内において低酸素状態となり、循環機能が低下することによって引き起こされる(乙14)。そして、胎児は、臍動脈を流れる血液を通して母親から新鮮な酸素や栄養物を取り入れている(乙34)から、臍帯に何らかの圧迫が生じれば、血流が低下して低酸素状態に陥り、ひいては低酸素性虚血性脳症が発症し得ると考えられる。

本件においては、前記認定事実のとおり、それまで正常であった胎児心拍数が、破水後、突然急激に低下し、いったん80ないし100bpmまで回復したが、すぐに60bpmに下降してそのまま改善されず、帝王切開手術が施されたが、Cは、新生児仮死の状態で娩出され、低酸素性虚血性脳症を発症するに至った。このような経過からすれば、Cは、児心音が突然急激に低下した時点において、臍帯に何らかの圧迫を来し、血流が低下して低酸素状態に陥り、これが原因で低酸素性虚血性脳症を発症したものと推認される(なお、常位胎盤早期剥離も、児心音が突然急激に低下する原因の1つとして考えられるが、本件においては、常位胎盤早期剥離の徴候を示す急激な腹痛やショック状態がなかったことや、帝王切開手術を施行したE医師もその所見を認めなかったことからすると、常位胎盤早期剥離が本件事故の原因であるとの推認は否定される(甲18、証人E。))。

- (イ) そこで進んで、本件において臍帯にいかなる圧迫が生じたのか、それはメトロの使用によるものか否かをみていくこととする。

- a まず、原告らは、メトロの使用によって臍帯脱出が引き起こされ、これが臍帯の圧迫の原因であると主張する。

しかし、メトロ使用の一般において、メトロ脱出時に臍帯脱出が起こりやすく、これにより臍帯が先進部と産道の間で圧迫され、臍帯の血流遮断を招き、胎児仮死を来す危険があることが指摘されている(甲9ないし12)けれども、これはあくまで一般的にこのようなことが起こり得るという話であって、このことから、本件においても臍帯脱出があったと直ちに認めることはできない。前記認定事実のとおり、破水後に臍帯脱出がなかったことは、E医師の内診により確認されているところ、同医師は、その証人尋問において、むしろ臍帯脱出が確認された方が、児心音が急激

に低下した原因が明らかで、その後の処置が容易であったとまで述べているのであるから、臍帯脱出がなかったとする同医師の診断は、十分に信用に値するというべきである。この点について、原告らは、本件事故の後日、E医師から臍帯脱出があったことの説明を受けたとして、その状況を録音したというテープの鑑定書等(甲17の1及び2)を提出するが、同テープの録音内容には聴き取りにくい部分があるほか、仮に、E医師によって臍帯脱出との言葉が発せられたとしても、それは、前後の文脈等が不明な中で述べられたものであり、本件に関して述べられたものなのか、あるいは一般論として述べられたものなのか判然としないから、これをもって、E医師が本件において臍帯脱出があったことを自認していたという事実を認めることはできない。

したがって、本件において臍帯脱出があったとは認められず、これが臍帯の圧迫の原因であるとする原告らの主張は、採用することができない。

- b また、原告らは、メトロが子宮口を抜けたことに伴い、児頭が下降してきて自らの臍帯を押しつぶしたことにより、臍帯が突然外部から圧迫され、臍帯の血流障害を来したと主張する。

しかし、仮に、このような機序をたどる場合があるとしても、本件においては、原告Bが破水して児心音が低下した直後に同人を内診したF助産師が、その証人尋問において、メトロは子宮口から抜けていなかったと明確に述べ、これに沿う医療記録上の記載(甲6)も存在するから、メトロが子宮口を抜けたことに伴って児頭が臍帯を押しつぶしたと推認することの前提を欠くというべきである。原告らの上記主張に沿う供述をする証人Hも、その私的鑑定書(甲18)や証人尋問において、本件訴訟記録からは、メトロが破水時に子宮口を抜けたか否かは判定不能であると述べている。その上で、同人は、破水後に多量の羊水が流れ出ていることや、パルトグラム(甲6)中の「メトロは抜けておらず6-7cm」との記載の後、括弧書で推定と書かれていることなどから、実際にはメトロが破水時に子宮口を抜けたのではないかと推測しているが、いずれにせよ推測の域を出るものではなく、このことから、F助産師の前記供述の信用性が直ちに否定されることにはならないというべきである。

したがって、原告らの上記主張は、採用することができない。

- c 被告は、臍帯自体の異常が本件事故を招いたと主張するが、これを裏付ける組織学的剖検結果等の確たる証拠はない上、本件事故に至るまで胎児の発育は順調であったことなどからすると、臍帯自体に異常があったとはたやすく認め難く、上記主張を採用することはできない。

このほか、本件において臍帯に圧迫が生じた原因が何であるかを認めるに足る証拠は見当たらない。

- (ウ) 以上みてきたところによれば、本件事故は、臍帯に何らかの圧迫が生じて発生したものと推認することができるが、その原因については、本件証拠状況の下では不明であるといわざるを得ない。そして、分娩誘発を行わない分娩における破水の場合であっても、羊水過少のため臍帯が圧迫されやすいこと(乙41)も併せ考えると、本件において臍帯に圧迫が生じた原因がメトロの使用にあると認めることはできない。

- イ 以上のとおり、本件事故がメトロの使用に起因して発生したものであるとは認められないから、D医師がメトロを使用して分娩誘発を行ったことについて、過失を認めることはできない。

- ウ なお、仮に、本件事故の原因がメトロの使用にあるとしても、本件においては、以下に述べるとおり、メトロを用いて分娩誘発を行う医学的適応並びに母体及び胎児が満たすべき必要な条件を満たしていたといえる反面、メトロの使用により本件事故のような結果が生じる危険性が高まるとの予見可能性はなかったというべきであるから、過失は認められないというべきである。

- (ア) 分娩誘発は、陣痛が自然に発来する前に分娩に至る子宮収縮を人為的に起こすことであり、医学的適応があることが必要とされ、自然分娩によるリスクが誘発分娩によるそれよりも大きいと判断された場合(具体的事由として、胎盤機能不全、過期妊娠、子宮内胎児死亡、羊水過多症、部分常位胎盤早期剥離等が挙げられる。)に、これが満たされる。そして、その上で、分娩誘発を実施する際の必要な条件として、胎児が母体外で生存可能で

あること、児頭骨盤不均衡等がなく経膈分娩が可能であること、頸管が十分に成熟していて母体が分娩準備状態にあること等を備えなければならない(甲9)。

- (イ) 以上を踏まえ、まず、分娩誘発を行う医学的適応を満たしていたか否かを検討する。

前記認定事実のとおり、D医師は、予定日の2日前である平成8年10月24日に、誘発理由を予定日超過として、メトロを用いて分娩誘発を行うことを決定し、その4日後、すなわち予定日の2日後である同月28日に、実際にメトロを用いて分娩誘発を行っている。この点、原告らは、本件では分娩誘発が行われた時期は妊娠40週と2日目であり、これが過期妊娠(妊娠42週目以降)に当たらないことは明らかで、ほかに胎盤機能不全等の病態がない以上、分娩誘発を行う医学的適応はなかったと主張する。しかし、妊娠42週目を過ぎると、過熟児、胎盤機能不全、胎児仮死、分娩時損傷等の罹患率が急激に上昇し、死産率及び周産期死亡率は、正期産と比較して、1.5ないし3倍に増加するとされている(甲20、乙9、42、43の1の1、乙44)。このようなことから、妊娠40週目以降は、ノンストレステスト等で分娩監視を行いながら、できるだけ自然陣痛の発来を待つべきであるとする見解もあれば(甲20)、過期妊娠のリスクを避けるために、これに至る前に分娩誘発を行って分娩を終了させるべきであるとする見解(乙43の1の1、乙44)もあるが、どちらの見解もメリット、デメリットがあるため、現状において、分娩誘発を行うか、あるいはこれをせず待機管理を行うかの議論には、一定のコンセンサスが得られておらず、結局のところ、どちらの方法を選択するかは、現場の各産科医の判断に委ねられているとされている(甲20、乙42)。したがって、妊娠経過日数を形式的にみて過期妊娠に至っていないとして、直ちに分娩誘発の医学的適応がないとするのは相当でなく、産婦の状態、妊娠経過、誘発時期、誘発理由等を総合的に考慮して、分娩誘発をしたことが担当医の判断として不合理なものといえるか否かという観点から、その医学的適応の有無を判断すべきである。

これを本件についてみるに、原告Bの頸管のビショップスコアは、妊娠37週目に入った平成8年10月5日以降、あまり変化がなく、特に、同月17日から誘発決定日である同月24日までの1週間は、全く変化が見られなかったものであり、このような経過から、D医師が、頸管の熟化不全を認識し、過期妊娠に至ることを予想したということも、合理的な判断といえる。また、原告Bは、Iを出産した時に、児頭骨盤不均衡等があったことから吸引分娩で娩出したのであり、このような過去の出産歴からすれば、D医師が、再び難産になることを避けるために、胎児の体重が過重になる前に分娩を終えようとしたということも、不合理な判断であったということとはできない。

原告らは、原告Bは経産婦であり、今後自然に陣痛が起こることが十分に予想された、胎児の体重の増加率は妊娠末期には低下するから、これが同じ割合で増え続けることはないなどとして、本件において過期妊娠のおそれはなかったと主張し、証人Hも、その私的鑑定書(甲18)及び証人尋問において、これに沿う見解を述べる。しかし、原告Bは経産婦であるとはいえ、前回の出産は吸引分娩で難産だったのであり、本件においても、前記認定のとおり、子宮頸管の熟化不全等が見られ、過期妊娠に至ることが予想されたというべきであるから、経産婦であることをもって、過期妊娠のおそれがなかったと直ちにいうことはできない。また、胎児の体重について、その増加率が妊娠末期には低下するにしても、前記認定事実のとおり、D医師は、超音波断層によって胎児の体重を推定し、これに基づいて、分娩誘発決定時の胎児の体重を算出したのであって、その数値(3200g)は、統計的数値に適うものであり(乙29)、実際に娩出された胎児の体重(3358g)ともほぼ合致するものであるから、D医師が算出した胎児の推定体重について、不合理な点があったということとはできない。したがって、原告らの上記主張は、採用することができない。

以上より、D医師が過期妊娠を避けるために予定日の2日後に分娩誘発を行ったことについて、これが医師の判断として不合理であったということとはできないから、その医学的適応はあったというべきである。

- (ウ) 次に、メトロを用いて分娩誘発を行うのに必要な条件が備わっていたか否かを検討する。

前記認定事実のとおり、本件事故に至るまでは胎児の発育は順調で、分娩誘発時には胎児の母体外での生存が可能な状態にあった。また、妊娠中の診療経過からは児頭骨盤不均衡等の所見は認められず、経膈分娩による出産も可能であった。そして、経産婦に分娩誘発を行うには、ビショップスコアを7点以上備えている必要があるとされる(甲20、乙43の1の1)ところ、メトロ挿入前の内診結果からすれば、ビショップスコアが7点以上あったことが認められる(頸管熟化剤であるマイリスも点滴注射されていた。)。加えて、メトロを使用するに当たっては、子宮頸管が成熟していること(頸管の50%以上の展退、子宮口の2cm以上の開大、子宮頸部の軟化)、バルーン内への滅菌水の注入量を厳守すること(頭位分娩の場合は150ml)が必要であるとされるが、前記認定事実によれば、そのいずれも満たしているといえることができる。

これらのことからすれば、メトロを用いて分娩誘発を行うのに必要な条件は、備わっていたといえるべきである。

- (2) 次に、原告らは、原告Bが破水して児心音が低下した後のE医師らによる処置が不適切であり、また、帝王切開手術を行うのが遅れたなどとして、同医師らには過失があったと主張するので、この点について検討する。

ア 臍帯脱出ないしこれに準ずる圧迫状態が生じた場合、子宮口が全開しておらず経膈分娩が困難であれば、速やかに帝王切開の準備をし、これと同時に、酸素投与を行い、骨盤高位とし、子宮収縮抑制を図り、内診指により児頭を挙上しつつ臍帯の完納を試みるか、人差し指と中指の間に臍帯を挟んで圧迫を解除する必要がある(もっとも、臍帯を指で陥入させようとすると、時に臍帯血管の収縮を招くので、特別な場合以外は、先進部を臍帯から離し、圧迫を防止するにとどめた方がよいとされる。)。また、羊水減少によるものと考えられる場合には、人工羊水(37℃程度に加熱した生理食塩水)を注入することが有効であるとされている(甲10ないし12、乙20、21)。

イ これを本件についてみると、前記認定のとおり、E医師は、F助産師から電話連絡を受けて、児心音が低下した4分後の午前11時20分に、原告Bの下に駆けつけ、メトロを子宮腔内から抜去し、臍帯脱出がないことを確認した上で、陣痛促進剤であるアトニンの点滴を止め、体位交換、酸素吸入、児頭挙上、生理食塩水200ccの注入等、児心音の回復を図るための処置を試みたが、これらの効果がないと判断するや、午前11時30分、帝王切開を行うことを決定して手術室に移動し、午前11時50分、同手術を開始し、午前11時52分に胎児(C)を娩出した。

このような経過からすれば、E医師は、臍帯圧迫状態を解消するために必要とされる処置を適切かつ迅速に行ったといえるから、これらE医師らによる処置の内容について、何らの過失を認めることはできない。また、WHOのガイドラインには、緊急に帝王切開をする場合には、これを決定してから手術を開始するまで30分以内に施行できることと記載されている(乙19)ところ、E医師は、児心音が低下してから約35分後、帝王切開を決定してから約20分後にこれを施行しているのであるから、その処置は迅速に遂行されたといえるべきであって、この点について過失を見出すことはできない。

原告らは、原告Bが破水して児心音が低下した時刻は、午前10時16分であって、その後の帝王切開手術まで約1時間30分も要したとして、被告病院の医師らの処置が不手際により遅れていたと主張する。しかし、原告らの上記時刻に関する主張を裏付ける客観的な証拠は存在しない。そればかりか、原告Bは、その陳述書(甲16)及び本人尋問において、2回目のトイレに行く直前に、原告Aとの間で、Jの出産が無事に済んだことの会話をしたと述べるが、Jは、午前11時5分に胎児を娩出しているのであって(甲8)、その後に原告Bがトイレから帰ってきて破水したのであれば、その時刻が午前10時16分でないことは明らかである。また、原告らは、被告病院は平成8年12月9日になって初めて、破水及び児心音の低下が起こったのは午前11時16分であると言ってきたと主張するが、これより前の同年10月30日のE医師の原告Aに対する説明の際に、原告Aらの方から、破水後30分で帝王切開が施行されたことを述べている部分があること(乙1)からすれば、原告らとしても、本件事故後の当初において、破水して児心音が低下した時刻は午前11時16分であるとの認識を有していたといえるべきである。このほか、原告らは、本件に係る医療記録は被告によって改ざんされたものであると主張するが、原告ら

が指摘するような事由をもってしても、これらの記録が改ざんされたものであると認めるには足りない。したがって、原告らの上記主張は、いずれも採用することができない。

ウ 以上によれば、原告Bが破水して児心音が低下した後の処置について、E医師らに過失があったとは認められない。

- 3 よって、原告らの請求は、その余の点について判断するまでもなく、いずれも理由がないからこれを棄却することとし、訴訟費用について民事訴訟法61条、65条を適用して、主文のとおり判決する。

札幌地方裁判所民事第5部

裁判長裁判官
裁判官
裁判官

笠
寺
本

井
西
多

勝
和
健

彦
史
司

別 紙

診療経過一覧表

年月日	診療行為等	証拠
平成8年3月4日	超音波断層 子宮頸部細胞診検査 妊娠反応あり	乙2
平成8年3月18日	超音波断層 卵巣腫瘍 胆のう40mm 胎児頭殿長12mm 胎児心拍(+)	乙2
平成8年4月1日	超音波断層 卵巣腫瘍 胎児頭殿長26mm 胎児心拍(+) 予定日平成8年10月26日	乙2
平成8年4月25日	超音波断層 妊婦一般健康診査 血液検査 甲状腺機能検査 視診 茶色帯下頸管未開大 胎児頭殿長58mm 胎児心拍(+)	甲1 乙2
平成8年5月23日	超音波断層 児頭大横径35mm 胎児心拍(+)	甲1 乙2
平成8年6月20日	超音波断層 児頭大横径47mm 大腿骨長33mm	甲1 乙2

平成8年7月18日	超音波断層 児頭大横径60mm 大腿骨長42mm 推定体重755g	甲1 乙2
平成8年8月22日	一般検血 ヘモグロビン10.2mg/dl 心拍(+)	甲1 乙2
平成8年9月5日	超音波断層 甲状腺機能低下 児頭大横径79mm 大腿骨長58mm 推定体重1822g 適正発育	甲1 乙2
平成8年9月19日	超音波断層 児頭大横径83mm 大腿骨長61mm sex男 推定体重2176g 適正発育	甲1 乙2
平成8年10月3日	超音波断層 胎盤機能検査(尿) 一般検血 ヘモグロビン9.1mg/dl 児頭大横径84mm 大腿骨長62mm 推定体重2669g 適正発育	甲1 乙2
平成8年10月9日	ノンストレステスト良好 胎児心拍モニター	甲1 乙2
平成8年10月17日	心拍(+)	甲1 乙2
平成8年10月24日	心拍(+)	甲1 乙2

別 紙

ビショップスコア採点表

点 数	0	1	2	3
因 子				
頸管開大度 (cm)	0	1～2	3～4	5～6
展退 (%)	0～30	40～50	60～70	80～
児頭位置	－3	－2	－1～0	＋1～
頸部の硬さ	硬	中	軟	
子宮口位置	後	中	前	

※9点以上を成熟とする。