

産科学的所見

1 本件分娩誘発の経過は、昭和59年12月11日、医師が産婦を診断し、子宮口二指開大、MM中央、腹筋ありの診断を以て、翌日、予定日より一週間早く、分娩誘発を実施することを決定し、同12日、10:30、内診によって、児頭が骨盤入口に嵌入下降していた点を確認し、メトロを使用、滅菌水240mlを注入、プロスタルモンE錠を一時間毎に一錠合計6錠を一クールとして誘発剤を併用、pm1:30には「陣痛2分おき」、「嘔吐あり心音正常」とあって、pm4:40、陣痛が非常に強いと診断の上、メトロを抜去、メトロ抜去直後の内診では、子宮口「殆ど全開大」、児頭の高さ「3節程度」。「3節程度」とは、7cmをいい、「骨盤嵌入」は「完璧」に終わっていた状態をいい、且つ、バルーンの自然抜去をもって、「分娩開口期、第一期の終了を意味している」とある。pm5:30、内診、子宮口「全開大」、児頭の高さ「3節半に後退拳上」(8cm強)、陣痛遠退く(3~5分おき)、pm5:35、アトニン点滴開始、35滴/毎分。点滴継続中、pm5:55、破水、臍脱を認め、内診、第二前頭位か額位の様相を呈す、児頭の高さ三節程度、医師の診断によると、pm5:55の「破水の時点で、「顔面が胸部より相当離れ、極端な表現をするならば、顔を挙げたような状態」になっており、第二頭位か額位に近い胎位に変化していた」とある。以上の経過を辿っている。

2 臍脱発症の要因は、多岐に渡るが、判決は、①胎位・胎勢の異常、②早産、③多胎、④羊水過多、⑤児頭骨盤不均衡、⑥骨盤内腫瘍、⑦過長臍帯、⑧低置・前置胎盤、常位胎盤早期剥離、⑨前期・早期破水、⑩過小児頭、⑪小頭症、⑫人工破膜、⑬メトロイリントルの使用等を掲記し、その中でも「胎位・胎勢に異常がある場合には、臍帯の下垂・脱出を起こしやすく、その過半数は胎位・胎勢異常によるものといわれている」と判示している。

(臍脱は破水が原因)

本件判決は、本件臍脱発症の原因として、(1) 本件においては午後5時55分の時点で運悪く破水が起き、それによって臍帯脱出が発生したものであると認定している。臍脱は、児頭と骨盤との間の間隙(未固定、未嵌入—反屈位の症状を呈する)によって生ずるものであるが、右の児頭と骨盤との関係(未固定)を抜きにして、「破水」によって臍帯が発生したと認定した点は臍帯脱出の機序を無視するものである。臍脱発症の要因として、判決が列記した上記の①~⑬の中には、「破水」は掲記されていない。臍帯が「破水」を原因とするとしたら全ての分娩は「破水」を経由するのであるから、それこそ、メトロの副作用の効果など「破水」までの事由を根拠とする医師に対する過失責任の追及は全て不可能である。判決は、本件臍脱の発症に直接的決定的に寄与した原因は「破水」にあるとしてこれを前提に医師の過失の有無を検討すると判示している。尤も、通常の臍脱の原因として、判決は、「児頭の未嵌入の可能性があった」とも認定している。してみると、未嵌入の可能性に対する予見可能性はあるいは成立し得る場合があるとしても、その可能性に対する結果回避義務は成立する余地がない。原判決の論旨を貫くと、本件個々の過失の成否の判断は通常の分娩で起こる「破水」に対する予見可能性があったか否か、「破水」に対する結果回避義務を尽くしたか否かという殆ど無意味な判断が強いられるのである。

一方、寺尾鑑定は、児頭が骨盤に嵌入固定した場合、児頭と骨盤との間にきちんと栓(蓋)がなされるので臍脱は起こらない。臍脱は、児頭と骨盤入口部との間隙(未固定、未嵌入—第一回旋の異常、反屈位の症状)を前提として発症するとして、本件臍脱がメトロ抜去直後の児頭の高さ(三節)の位置で発症し、それ以降児頭の下降障害を惹起し臍脱の発症した時点での児頭と骨盤との関係は「第二前頭位か額位の様相を呈す」(カルテ)とあって、具体的には、医師の所見として、「顔面が胸部より相当離れ、極端な表現をするならば、顔を挙げたような状態」(反屈位)になっていた。寺尾鑑定は右の反屈位を「前頭部か額部が先頭に進んでくると、骨盤入口にうまく入らなくてつかえてしまう、つかえたことによって、児頭と骨盤との間に間隙ができ、第一回旋の

異状を来し、子宮の柔らかい部分、子宮頸管という部分の間にもどうしても間隙ができるので臍の緒が垂れて、臍帯が患者さんの右前方から出たということである」と鑑定し、本件メトロの使用と臍帯脱発症との因果関係を明確に論証されていた。

3 所定のメトロとは、薬事法上の医療用具の一つであるが、同法上、有効且つ安全な使用を図る上で必要な用法、用量を記載すべき義務が明記されている「添付文書」(使用取扱書としてメトロに添付されている)には、頭位の場合、注入量を150mlに限定すること、「注入量が多いと臍帯脱出や胎位変換が助長されます」とあって、メトロの開発者の小畑医師等の文献によると、実験結果を踏まえて、「メトロの副作用の臍帯下垂、脱出は、

150ml群では320例中1例もなく、

200ml群154例中、臍帯下垂2例(1.3%)、

250ml群292例中、臍帯下垂2例(0.68%)、臍帯脱出3例(1.03%)であった。本件の注入量(240ml)では、臍帯下垂脱出の発症率は1・71%(60人に1人の発症)とあって、副作用の発症率としては極めて高い。加えて、メトロ注入量が増加するにつれて、臍帯下垂、脱出は増加したと述べている。取扱説明書にも「頭位の場合注入量が多いと、臍帯脱出や胎位変換が助長されます」と警告を発し、「メトロの最大の欠点であった臍帯脱出が稀に起こることの防止策としては、注入量を150mlに減少することによってその危険性を著しく低下させることができた」とある。しかし、本件判決は、信州大学医学部産婦人科教室などの発行した4、5点の文献を手掛りとして、(2)メトロの注入量を150ml以下にすべきであることが医学上の普見として定着していたものと認めることはできないと認定しているのである。

本件の注入量(240ml)は違法でないと言う。判決が、証拠採用する文献の発行者は、いずれも分娩誘発の管理が完備した大学病院か総合病院であり、例えば、防衛医大方式による、「誘発開始と同時に血管の確保をしておき、帝切などの緊急事態発生にも直ちに対応できる態勢のある病院である。医師の裁量によって注入量を増加してもその裁量に基づく危険の増加は緊急に対処しうる能力と設備を有している。従って、これらの大病院の事例をもって注入量の多寡を議論するのは極めて危険である。

4 臍帯とは、母児の生命に拘る重篤な産科学的緊急疾患であり、臍帯が発生すると、臍帯血流が遮断され、胎児は低酸素症になる。ことに胎児の脳は低酸素症に対し予備、予納がなく、なおかつ、一旦ダメージを受けると、生涯後遺症を残すことになって、特に、頭位の場合、胎児の生命線である臍帯の圧迫が強力であるため児の血流が遮断され窒息状態となり(児は心肺停止に陥る)、一刻を争ってその窒息状態を緩和し解除すべき緊急の医療上の処置(帝切などの急速遂娩)が要求される。児の予後は致命的であり、死に至るか、重篤な後遺障害を残し、児の生命に対する重大な法益侵害に至るのである(寺尾鑑定)。にも拘わらず、本件判決は、医師は、(4)「応援医師の到着を待たなければ手術を実施することはできなかったから、医師は、臍帯脱出後即座に帝切を行う注意義務はなかった、或いは、(5)分娩誘発過程で臍帯が発生しても、本件では臍帯を予測すべき事情はなかったから、当日あらかじめ応援医師に連絡しておくべき注意義務はなく、昭和大学付属病や関東労災病院などの設備の整った病院に転送し緊急事態に対応できる体制をとっておれば医師に責任はないと判断している。寺尾鑑定にある通り、頭位の場合、児は、臍帯が児頭と骨盤(産道)の間に挟まれて血流が遮断され窒息状態の危機的状況にある点が分かっていない。

せめて、裁判官は、風呂に入ったら、湯の中に顔を漬けてどのくらい息を止めておれるか、試してみたらどうだろう。一分間でも耐えられないはずだ。

(5) 他の病院に転送する態勢があったとしても、母児を臍脱の「要約」に従って、骨盤高位の Trendelenburgの体位の状態で児頭を内診指で押し上げて臍帯に対する圧迫を防ぐことを続けながら緊急に且つ安全に他の病院に母児を転送することは物理的に全く不可能であって、(4) (5) の場合、裁判所が、臍脱発生と共に「児は見殺し」にしていというお墨付きを与えたようなものだ。個人病院が、帝切などの緊急事態に対処できない例があることは知っている。しかし、計画分娩の場合は事情が異なるのである。飛行機には二重三重の安全装置が働くようになっているが、人の生命を扱う医者の場合にはその必要性はないと言わんばかりに判決であった。

以上