

帝王切開後の母子同室の際の管理義務について

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

母親が予定帝王切開で出産。その後、授乳のため、新生児に啼泣、吸綴反射が確認される度に、助産師が新生児を新生児室から母親のベッドに移動させていた。2回目の母子同室の際、母親は我が子が乳首を吸わず、手を握らなくなったため、様子がおかしいと感じたが、助産師は同室にいた全身麻酔の影響で大声を出していた別の母親の処置を優先させた方が良くと考え、ナースコールはしなかった。しかし、その後、新生児は呼吸心肺停止状態に陥り、低酸素性虚血性脳症の後遺症を負った。

これを受けて、子どもおよび両親らは、授乳のために母子同室を実施した際、病院側には十分な観察を行わなかった過失があるなどとして損害賠償を求め、第1審裁判所は病院側の過失を認め、子どもらの請求の一部を認めた。

本件は、第1審裁判所の判断を不服として医療機関側が控訴したという事案である。

審理の結果、控訴審裁判所は、第1審裁判所とは逆に、医療機関に過失は認められないとして、子どもらの請求を棄却した。

キーワード:帝王切開, 母子同室, SIDS, ALTE, ナースコール

判決日:福岡高等裁判所平成27年6月19日判決

結論:1審医療機関敗訴部分取り消し, 患者らの請求棄却。なお, 上告中。

※参考

1審:福岡地方裁判所平成26年3月25日判決

1審結論

①子ども:約2億円の請求に対し, 約1億2000万円の認容

②両親ら:各自1000万円の請求に対し, 300万円の認容

【事実経過】

年月日	経過
平成21年 11月19日	母親A(年齢不詳)が予定帝王切開のためH病院入院。
11月20日 午後0時09分	新生児B(Aの第2子に当たる)を出産。 麻酔時間1時間12分, 手術時間44分, 手術終了時刻午後0時45分。 Bのアプガースコアは5分後9点, 心雑音無し, 啼泣も正常。ただし, 多呼吸を認める。そのためBを保育器管理とする。

	なお、後述午後6時にコットに移される前までパルスオキシメーターで管理していたが、異常を知らせるアラームは一度もなかった。
午後1時40分	Aは4人部屋の401号室に移動。 ベッドが置かれているスペースはカーテンで仕切られている。
午後2時20分	Bの多呼吸は続き、腹臥位にて経過観察。
午後3時	Aにフルルビプロフェン アキセチル1Aを静注。
午後5時	Aにペンタゾシン1A、ヒドロキシジン1A筋注。
午後5時45分	助産師Oは、Aのバイタルを測定し、子宮収縮がやや不良なため、下腹部にアイスノンを貼用。
午後6時	助産師Pは、Bのバイタル測定(心拍152回/分、呼吸46回/分、体温36.8℃)を観察し、呼吸が落ち着いたとして保育器からコットに移す。 コットに移す際、Bは長着、短着を着用し、二つ折りにしたバスタオルでくるまれ、その上からバスタオルと毛布を掛けられた。
午後6時10分	Bはコット内で啼泣・吸啜反射があり、助産師PがBを401号室の母親Aのベッドに移動させた。PがBに授乳の体勢をとらせたところ、Aの右側の乳首を吸啜した。
午後7時頃	Bが新生児室に戻される。
午後10時頃	コット内でBに啼泣・吸啜反射があったため、助産師Oが、BをAの元へ連れて行こうと思い、401号室に赴く。 OはAに観察が終わったらBを連れてくる旨伝えた上で観察し、子宮収縮が良好であったため、アイスノンを除去した。 その後Oは新生児室に戻り、Bを401号室のAのベッドに移動させた。しかし、Bは、Aのベッドに移動したときには泣いていなかった。Oは、Bの口をAの左側の乳首に含ませた。その際のBの体勢は、口や鼻腔が完全に閉塞されているうつ伏せの体勢ではなかった。 その後、Bは、初めはAの乳首を吸啜しなかったが、乳房を近付ける行為を何回か繰り返すたびに吸啜を開始した。 Oの携帯していた電話が鳴り、Oは、Aに「急患が来るので、Bを横に寝かせても構わない、何かあったらナースコールを押してほしい」と伝え、401室から退室。Oはこの際、AとBに異常がある様子を認めていなかった。 なお、この頃には、401号室の照明は消えており、ベッドにある照明だけが点いている状態であった。
午後10時40分頃	Oは、午後9時11分に出産した別の母親を401号室に連れてきた。 この母親は、全身麻酔の影響で意識が鮮明でなく、大声を出していた。Oは、この母親にバイタル測定、観察、痛み止めの注射を実施。 一方、その頃、Aは、Bが乳首を吸わず、手を握らなくなる等したためBの様子がおかしいと思ったが、先程の母親が、大声を出したりしていたため、この母親の方の処置を優先した方が良いと思い、ナースコールはしなかった。
午後11時20分頃	Aがナースコール。 Oが駆け付けたところ、Bが顔面蒼白、刺激に反応なく、全身筋緊張なし。
午後11時24分	BがNICU入室。 全身白色、動きなく、呼吸心肺停止状態。

午後11時30分	Bに気管内挿管を開始。 喉頭切開の際、ミルク様のものはなく、鼻腔内に出血を認めた。 また、気管内挿管時、Bに鼻口部閉塞を窺わせる圧迫痕や傷は無く、うっ血斑もなかった。
平成22年 2月5	Bは、自発呼吸、自発運動、反射等がない状態。 症状の改善なく、レスピレーター使用。

【その他の参考情報】

1. H病院における母子管理の取り扱いについて

H病院では、経膣分娩した母親は、出産当日から、基本的には終日母子同室とされ、母親が、授乳やおむつ交換等新生児の管理を行うこととされている。一方、本件当時は、帝王切開で分娩した母親は、母子同室は術後3日目からで、それまで、新生児は通常、新生児室に預けられ、出産当日から授乳の度に母親の部屋に連れて行くものとされていた。そして、術後2日目は、消灯まで新生児と一緒に部屋で過ごし、術後3日目からは、夜間も新生児と過ごすこととされていた。このように経膣分娩の場合と帝王切開の場合で扱いが異なるのは、手術の侵襲が帝王切開のほうが大きいこと等に基づくものである。

2. 新生児を母親に預けた場合の対応について

H病院では、新生児を母親に預けた場合、通常、概ね15分～20分の間隔で、助産師が見回りに行くようにしていた。ただ、院内で特にルール化されていた訳ではない。

3. 本件事故当時の勤務体制、出産状況について

本件出生当日のH病院の勤務体制等について、準夜勤帯(午後4時30分～翌日の午前1時15分までの間)では、産科病棟では助産師Pと助産師Qの2人体制で、NICUでは3人の看護師が勤務していた。また、午後7時45分に帰宅するまでは、遅出勤務の助産師Oも産科病棟で新生児の看護等に当たっていた。

当日のH病院における出産状況は、本件Bも含めて7件の出産があり、そのうち2件が双胎の出産であったため、9人が出生し、うち2件は準夜勤帯に出生した(午後9時11分、午後10時16分)。そのうち、低出生体重児として2人がNICUに預けられたため、準夜勤帯の産科病棟では、2人の助産師が、7人の新生児に対応することとなっていた。

【争点】

・ 経過観察義務違反の有無

子どもおよび母親らは、母親の当時の状態からすれば、Bの様子を観察することは不可能であるから、母親に預ける場合、パルスオキシメーターをBに装着してモニタリングを実施し、スタッフによる10分～20分おきの巡回をするべきであったなどと主張した。

【裁判所の判断】

1. 第1審裁判所

授乳は、母と児の生理的な行為であるから、医療機関において、授乳の際に、常時、医療従事者による立会いや血中酸素濃度のモニタリング等を行う義務を負うことはない。

しかし、母の自助に対する補助という見地から、医療機関は、必要かつ相当な範囲で出産後入院期間中の母児への指導や観察を行うべきで、出産の方法や母児の状態等の具体的事情を考慮し、新生児

の容態が急変する可能性を予見することができる場合や、新生児の容態の急変に母親が的確な対処をすることができないことが予見される場合には、そのような危険を回避する措置を講じるべきである。

児 B には出産後から多呼吸がみられたこと、母親 A には、フルルビプロフェン アキセチル、ペンタゾシン、ヒドロキシジンが注射され、これらには眠気を誘発する作用があり、意識障害、傾眠、昏睡等の副作用が挙げられていること、第 2 回母子同室は手術終了時から 9 時間強しか経過していないこと、第 2 回母子同室が開始された時間は午後 10 時であるが、母親にとっては睡眠が誘発される時間帯で、401 号室の照明は消えていた事実が認められる。

こうした事実に照らせば、H 病院においては、B を A に預ければ、A が疲労や傾眠状態等で、B に窒息や圧死等が生じ得る可能性や B の容態が急変した場合に A に的確な対処ができない可能性が具体的に予見できたはずであり、H 病院には、これらの具体的な危険を回避するための経過観察義務を負う。

しかし、本件においては 20 日午後 10 時頃に B を A に預けてから、午後 11 時 20 分頃にナースコールをするまでの約 1 時間 20 分にわたり、一切、経過観察を行っていなかったのであるから、上記経過観察をする義務に違反した。

H 病院側は、A は病室での周囲の状況や B の異変を記憶しているから、ナースコールが不可能なほどの意識朦朧状態が継続していたとは言えないと主張するが、A は、2 回目に B を預けられて以降の時間の感覚がなく、的確な判断は困難な状態であったのであるから、H 病院の主張は認められない。

2. 控訴審裁判所

授乳は、母と児の生理的な行為であり、授乳の開始、中止および終了ならびに児の保育および観察等は一次的には母自身によって行われるべきものであるから、母子接触に際して H 病院が、その経過を観察する義務を負うのは、H 病院スタッフにおいて、

具体的状況のもと、児の安全が害される状況にあることを認識し、事故の発生を具体的に予見し得た場合に限られる。

本件について見ると、B には、午後 6 時頃保育器からベッドに移された以降は、特段の異常は認められていない。

A について見ると、A はフルルビプロフェン アキセチル等の注射がされ、これらの薬剤に意識障害、傾眠、昏睡等の副作用があるものの、午後 10 時の時点で意識状態への影響は少なかったことが認められる。午後 10 時頃からの第 2 回母子同室の際も、A 自身に特段の異常は認められていない。午後 10 時 40 分の時点でも、B が乳首を吸わず、手を握らなくなるなどしたため、様子がおかしいと思ったが、午後 9 時 11 分に出産した別の女性が大声を出したりしたため、同人の処置を優先した方が良いと思い、ナースコールをしなかったものであり、O 助産師が 401 号室から退室した時点において、A が睡眠状態または意識朦朧状態にあったものとは認められない。

以上の通り、A、B、いずれについても異常を窺わせる兆候はなかった。そうすると、H 病院スタッフにおいて、B の安全が害される状況で、本件事故の発生を具体的に予見し得たものということは困難である。

B 側は、授乳のための母子接触するに際して医療従事者が 15～20 分毎に新生児の様子を観察するため巡回することは、本件事故当時医療水準として既に確立されていた旨主張するが、「産婦人科診療ガイドライン—産科編 2008」には、新生児の経過観察・管理等に関する記述は存在していない。また、本件事故当時、我が国において、母児同室ないし早期母子接触の際に医療従事者が新生児の様子を継続的に観察することを定めた指針等が存在していたものとも認められない。H 病院において、帝王切開の場合に新生児を授乳のために母子同室を行う際、15 分～20 分毎に経過観察をするとの取り決めがされていたとの事実を認めることはできない。仮に、そ

のような取り決めがされていたとの事実が認められるとしても、その取り決めは H 病院の内部における運用に留まるし、A らと H 病院との間の診療契約の内容となっていたと解することもできない。

なお、B の呼吸停止の原因については、「乳房等による物理的な気道の閉塞による窒息や新生児の予期せぬ無呼吸が考えられるが、原因を特定することはできないため ALTE 概念に相当する」と認定した。

【コメント】

1. 本裁判例の意義

本件は、帝王切開で出産した当日、授乳のために母子同室となった際に、医療機関が母子に対する適切な観察を行わなかったなどとして、損害賠償を求められた事案である。

本件控訴裁判例は、第 1 審裁判所と異なる判断を示し、また、明確な基準がない母子同室時の観察方法について判断を示した点で、今後の実務の参考になるものと考え、紹介した。

2. 過失と医療水準について

医療機関に損害賠償義務が生じるためには、医療機関に「過失」(民法 415 条乃至同法 709 条)が存在しなければならない。

この過失とは、「診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準」(最高裁判所昭和 57 年 3 月 30 日判決等)に基づいて判断され、賠償実務上、具体的な医療水準については、診療ガイドライン、医学雑誌、論文、教科書等から総合的に判断されている。なかでも、診療ガイドラインが重要な証拠とされる場合が多い。

この点、早期母子接触に関しては、平成 24 年 10 月 17 日、日本周産期・新生児医学会ほか 7 団体によって『早期母子』実施の留意点』が取りまとめられているが、母子同室時の観察方法に関しては、特に

ガイドライン等明確な基準は存在していない。

3. 母子同室に関する医学的な評価について

(1) 母子同室の意義の重要性

前述の通り、母子同室時の観察方法については、特にガイドライン等の明確な基準はない。ただ、母子同室の評価如何によって、その観察方法も異なるものと解されるので、そもそも、どのように母子同室が評価されているのか、その意義が、重要になってくるものと思われる。

① 1989 年の WHO, ユニセフ共同声明を翻訳・編集した「母乳育児成功のための 10 カ条のエビデンス」(2005 年発行)

同声明では、「母親と正常な新生児(帝王切開での出生も含む)は、産後の処置を行う 1 時間以内を除いては、出産後、自分の部屋に戻った時から(帝王切開の場合は自分の赤ちゃんに応えることができるようになってから)1 日中一緒にいられるようにしなければなりません」「医学的に母子を分離する必要がない限り、正常の産婦は赤ちゃんと一緒に、あるいは自分のベッドのそばのコットと一緒に過ごすべきです」と記載されている。

② 米国小児学会・米国産婦人科学会(AAP/ACOG)のガイドライン第 7 版(Guideline for perinatal care 7th ed)

同ガイドラインでは、「出生直後の状態チェック終了後、新生児のケアプランを策定し、子宮外生活に安定移行するまで(生後 2~24 時間)、注意深く観察すべきである。この間、新生児が健康で安定した状態であれば、ケアプランで、新生児と母親との接触を推進すべきである(例えば母子同室)。また、新生児が安定した状態が 2 時間続くまでは、少なくとも 30 分毎に、体温、心拍数、皮膚色、末梢循環、呼吸、覚醒状態、身体の状態、活気の状態を観察して記録すべきである。母子同室は、母子が制限なく、

触れ合い制限なく授乳することが可能になるため、母子にとって最適である」と記述されている。

③ 婦人科診療ガイドライン—産科偏

本件事故当時は、同ガイドライン 2008 のみであり、同ガイドラインでは、新生児の経過観察・管理等に関する記述はない。なお、その後の改訂において、同ガイドライン 2011 版で、「I 胎児・新生児」の項目が新設され、「CQ801 出生直後の新生児呼吸管理・蘇生について」、「CQ802 生後早期から退院までの新生児管理における注意点」等、新生児管理に関する設問と解説が追加された。そして、2014 版では、2011 では前記「CQ802」の回答において、「11. 母乳育児を支援する(c)」という記載のみであったが、「11. 生後早期からの母子同室と母乳育児を支援する(c)」という記載に変更され、同解説部分において、「生後早期からの母子同室と母乳育児支援は、母子ケアの基本である。AAPとACOGのGuideline for perinatal care(6th ed)は『生直後から新生児の全身状態が落ち着く生後 2 時間までは児の状態をよく観察し、その後は母子同室が至適なケアである』」との記述が追加された。

(2) 母子同室は医学的に適していること

これらの記載からすれば、母子ともに特に異常がなければ、母子同室をさせること自体は医学的には適するものと述べられているものと解される。

具体的な医療水準を検討するにあたって、この母子同室に対する基本的な考え方と整合的である必要がある。

4. 本裁判例の考察・評価について

(1) 母子同室時の経過観察義務

本裁判例で、患者らは、母子同室をさせる際は、常時パルスオキシメーターでモニタリングすべき、または、医療従事者が立ち会いをするべきだと主張した。

しかし、本件控訴審裁判所は、授乳が母と新生児の生理的な行為であり医療機関による指導や監督がなければできない性質ではないこと、授乳に伴う母と新生児の接触も医療行為を前提とするものではないことから、医療機関に常時監視義務はないとし、「具体的状況のもと、児の安全が害される状況にあることを認識し、事故の発生を具体的に予見し得た場合に限られる」との判断を示した。

本件控訴審裁判所の判断は、前述のガイドライン等の母子同室に関する基本的な考え方に整合するもので妥当と思われる。

なお、結論は別れているが第 1 審裁判所も注意義務の内容については、控訴審裁判所と基本的に異なるものではない。

(2) 第 1 審裁判所と控訴裁判所との違いについて

本件で、第 1 審裁判所は、新生児に出生後から多呼吸がみられたこと、母親に、意識障害、傾眠、昏睡等の副作用があるフルルビプロフェン アキセチル等が注射されていたこと、母子同室時間が午後 10 時で傾眠傾向になる時間帯であったことなどから、病院は事故の発生を具体的に予見できたと判断した。

一方で、控訴審裁判所は、保育器からベッドに移行以降は、新生児に特に異常は認めていないこと、第 2 回の母子同室時に母親が、他の母親が大声を上げていたことなどを覚えていた事実等から、睡眠状態または意識朦朧状態にあったとは言えないとして、病院が事故の発生を具体的に予見できたとの評価は困難と判断した。

第 1 審裁判所の判断は、事故発生の抽象的な危険があるとは言えても、「事故の発生を具体的に予見し得た」という評価までは困難であると思われる。仮に、第 1 審裁判所のような評価が正当とされるならば、母子同室後も、医療機関は常に監視が必要という発想になりかねず、控訴審裁判所の評価の方が妥当と解される。

5. 最後に

本件は、母子同室後の医療機関の観察方法が問われたが、本裁判例を通じて、同室後の観察方法というより、寧ろ、同室前に母子を同室させることが可能な状態であるかの事前の評価(また、その判断の基礎となる記録化)が重要になるものと考えられ、臨床現場においても参考にされたい。

また、本件のような SIDS, ALTE を予見することは事実上困難であり、早期の医療行為の介入については、医療機関のみならず母親の協力も必要になってくる。そのため、入院前から母親に、新生児の急変の可能性や、新生児に異変を感じた場合に躊躇なくナースコールを押しといった説明についても、重要になってくるとものと解される。

【メディカルオンラインの関連文献】

- [SIDS・ALTE](#)**
- [事例 52 カンガルーケア中に児が呼吸停止をきたし、脳性麻痺の後遺症が残存した例](#)**
- [Apgar scores and outcome](#)**
- [特集 5 産科医の母乳育児支援—とくにおっぱいの手当てを中心に—](#)***
- [早期母子接触・母乳栄養](#)***
- [3.母乳育児推進 2\)出生早期母子接触の意義](#)***
- [新生児蘇生](#)**
- [\(8\) 予定帝王切開\(脊髄くも膜下麻酔\)](#)**
- [乳幼児突然死と先天代謝異常症](#)**
- [SIDS,ALTE](#)***

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。

【出典】

- 医療判例解説 60 号 25 頁

【参考文献】

- 日本産婦人科学会, 日本産婦人科医会 編. 産婦人科診療ガイドライン—産科偏 2008. 東京: 日本産婦人科学会事務局; 2008.
- 日本産婦人科学会, 日本産婦人科医会 編. 産婦人科診療ガイドライン—産科偏 2011. 東京: 日本産婦人科学会事務局; 2011.
- 日本産婦人科学会, 日本産婦人科医会 編. 産婦人科診療ガイドライン—産科偏 2014. 東京: 日本産婦人科学会事務局; 2014.
- 日本周産期・新生児医学会, 他編. 早期母子実施の留意点. 東京: 日本周産期・新生児医学会; 2012.