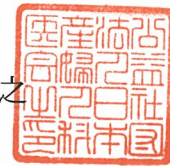


平成 28 年 5 月 13 日

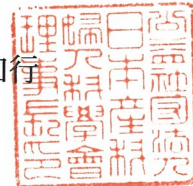
高松高等裁判所 御中

品胎脳性麻痺事案（平成 24 年（ワ）第 419 号 損害賠償請求事件）に対する  
高松地方裁判所の判決に関する意見書

公益社団法人日本産婦人科医会 会長 木下 勝之



公益社団法人日本産科婦人科学会 理事長 藤井 知行



一般社団法人日本新生児成育医学会 理事長 楠田 聡



此度、高松地方裁判所において審理された“品胎脳性麻痺事案”の判決に関し、その判決理由が医学的に見て、また医療現場の実情に照らして、周産期医療に携わる専門医が許容できない誤解を含んでいることに鑑み、敢えて専門家

の学術団体としての意見を以下に申し述べる次第である。

まず、品胎における一児死亡症例の取り扱いに関しては、未だ医学的な定見はなく、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会が共同で発行している“産婦人科診療ガイドライン（産科編）2008年、2011年、2014年”にも取り扱い指針は示されていない。診療に携わる医師が、児死亡に付随または関連する医学的諸条件を総合的に勘案して取り扱いの方針を決定しているのが実情であり、どのような取り扱いの方針が生存児の予後に最適であるかは、今後、症例の蓄積と学術的研究調査を重ねていくことで解明されるべきことである。

しかるに本事例の判決では「30週6日で緊急帝王切開を施行せず、32週まで待機的管理を行えば、脳室周囲白質軟化症（以下「PVL」という。）による脳性麻痺（CP）を回避できた」という全く医学的根拠のない、換言すれば専門家による学術集団が認めていないことを論拠に注意義務違反・過失と脳性麻痺（CP）の因果関係が成立すると結論を下している。

このように、純粋に医学的事項に関して、医療・医学の専門家の判断を無視し、司法が推測で結論を下すことは、我が国の医療裁判を歪めるものであり、常に学会等の調査・研究の結果に基づき、より適切な医療の実践を企及する医療現場に誠に大きな混乱を齎すことは必然で、本事例における判決は周産期医療界として決して容認できるものではない。

以下に判決文の記述における医学的事項に関する誤った認識を示す。

#### 1. PVLの発生に関して

- ・ 「妊娠 30 週で娩出させたことが PVL 発生の原因」とするのは間違いである。妊娠 30 週だから PVL を発生させたのではなく、脳内血管構築の未熟性を背景として、虚血・低酸素などの負荷が加わった時に、この時期では妊娠週数が若い程 PVL が発生し易くなるのである。
- ・ しかし、妊娠 30 週と 32 週では、その発生しやすさにはわずかな差しか存在せず、統計的有意差はない（妊娠 30 週 3.8%、妊娠 31 週 1.51%、妊娠 32 週 1.74%。妊娠 30 週であっても、96.2%は PVL を発生しない(東京大学医学部医学系研究科小児科学岡明教授))。
- ・ 本事例では、PVL が発生しなかった児も出生している。この点に関して、判決理由では、PVL が発生した当該児 (1,168g) と PVL が発生しなかった児 (1,258g) との体重差 90g を PVL による脳性麻痺 (CP) 発症の重要ポイントと捉えて、もう少し体重が増加しておれば PVL が発生することはなかったかのような記述がなされているが、これにも全く医学的根拠はない。周産期母子医療センターネットワークデータベース(解析対象数 6,406 人)における出生体重別重症脳性麻痺の発症率の解析から (1,100g~1,199g のグループ) と (1,200g~1,299g のグループ) との間には発症率に有意差は

全くみられない。即ち、一児にのみ PVL が発生したのは児体重の問題ではなく、出生後の環境や児自身の循環機能やその予備能力などの僅かな差によって生じた結果である。

- ・ 本事例で当該児に PVL が発生した直接の原因としては、晩期循環不全の可能性が最も考えられる。出生前～出生後 19 日までは PVL 発生の原因となる異常はみられず、生後 20 日目に尿量減少、徐脈を伴う頻発する無呼吸発作、Na117mmol/L (低ナトリウム血症)、K6.0mmol/L (高カリウム血症)、貧血 (Hg10.0g/dl)、血圧 30mmHg 台と低血圧等、晩期循環不全の症状が出現し、18 日後の生後 38 日目に初めて頭部超音波断層装置で PVL の診断ができた。この 18 日という日数は、脳に虚血の event が起こってから PVL が形成されるまでの期間と一致する。なお、妊娠を 32 週まで延長させれば、この晩期循環不全が生じなかったという医学的根拠も全く存在しない。

以上、PVL に関しては、判決はこれらの医学的事実を正しく理解していなかったものと思われる。

## 2. 本事例の一児死亡後の管理方針の決定に際して考慮すべき事項

品胎一児死亡が妊娠経過にどのような影響を及ぼすかはまだ医学的に解明されていない。一児が死亡したことの影響は、生存胎児ばかりではなく、母体

についても考えなくてはならず、根本的リスクの大きさが異なる双胎と品胎を同一視して本事例を双胎一児死亡と同等と考えてよいとは決して言えない。

従って、妊娠を継続するかどうかの方針決定は以下のメリット・デメリットを勘案して総合的に判断すべきものである。

#### ①妊娠をできるだけ継続させることのメリット

- ・ 生存児の発育・成熟が期待される。

そのことによって、未熟性に基づく呼吸器系、中枢神経系の疾病の罹患率を下げることができる。

#### ②妊娠を継続させることのデメリット

- ・ 本事例では頸管縫縮術が施行されているので、子宮収縮を上手くコントロールできない時は子宮破裂のリスクが生じる（このような事例ではウテメリンで何日間子宮収縮を抑えられるかは不明）。
- ・ 一児死亡により母体の凝固線溶系に異常を引き起こす可能性がある。
- ・ 本事例では一児死亡により子宮収縮が誘発されており、これによる臍帯圧迫などで臍帯血流障害が生じる可能性があり、脳の虚血を引き起こすリスクが存在する。
- ・ 死亡胎児が誘因となり、絨毛膜羊膜炎を起こす可能性がある。

以上のメリット、デメリットが存在する事例において、「妊娠 32 ないし 33 週

まで待機的管理を目指すのが合理的であったと言える」とするのは、医学を無視した無謀な結論であり、臨床現場に与える影響は甚大である。

以上の理由で我々は、今般の判決に対し意見を申し述べるものである。