



平成29年5月23日判決言渡 同日原本交付 裁判所書記官

平成24年(ワ)第1383号 損害賠償請求事件

口頭弁論終結の日 平成29年1月31日

判 決

原 告 A  
同 訴訟代理人 弁護士 齋 藤 と も よ  
同

兵庫県芦屋市

被 告 C  
同 代表者 理事長  
同 訴訟代理人 弁護士 D  
同

主 文

- 1 被告は、原告に対し、4014万2867円及びこれに対する平成23年10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。
- 2 原告のその余の請求を棄却する。
- 3 訴訟費用はこれを8分し、その3を原告の負担とし、その余は被告の負担とする。
- 4 この判決は、第1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

被告は、原告に対し、6433万0920円及びこれに対する平成23年10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、被告が経営する診療所である「 C 」

(以下「被告病院」という。)において分娩した原告が、原告には胎盤癒着があったにもかかわらず、被告病院の医師が分娩直後に原告の胎盤を用手剥離した過失ないし分娩後に大量に出血した原告を高次医療機関に搬送しなかった過失により、下垂体前葉機能低下症(シーハン症候群)(以下「シーハン症候群」という。)の後遺障害が残存したと主張して、債務不履行又は不法行為に基づく損害賠償として、治療費、逸失利益、慰謝料等合計6433万0920円及びこれに対する平成23年10月20日(請求日ないし不法行為日より後の日)から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める事案である。

1. 前提事実(証拠等を記載した事実以外は、当事者間に争いがない。以下、書証は枝番号の全部を含むときは枝番号の記載を省略する。)

(1) 当事者について

ア 原告は、昭和 年 月 日生まれの女性である。

イ 被告は、被告病院を開設し、経営している。被告病院の医師は、開設者であり、被告病院の代表者理事長である D 医師(以下「D 医師」という。)のみである。

(2) 原告及び被告間の診療契約の締結

原告は、平成20年4月19日、不妊治療を行っていた E において、体外受精により妊娠したことから、 E から  
の周産期管理を目的とする紹介状を持って被告病院を受診し、被告との間で妊娠中の経過観察から分娩時の処置及び分娩後の母体と新生児の療養に至る診療契約を締結した。

(3)ア 原告は、平成20年11月19日9時50分(以下、時間については、24時間表記で記載する。また、同日のことを、以下「本件当日」ともいう。)、被告病院において、自然分娩により男子を出産した。

イ 原告に対する本件当日(以下、特に断らない限り同日については時刻

のみを記載する。)の診療経過は、別紙診療経過一覧表の「診療経過(入通院状況・主訴・所見・診断)」欄、「S I 値」欄及び「検査、処置」欄に記載のとおりである。ただし、10時07分の診療経過欄のうち、「しかし」から「臍内挿入」まで、17時35分の診療経過欄の「実際の出血量は不明」及び19時48分の「S I 値」欄を除く。

ウ 原告は、本件当日に神戸市立医療センター中央市民病院(以下「中央市民病院」という。)に搬送された後、同病院において子宮動脈塞栓術の緊急手術を受けた。

(4)ア 癒着胎盤とは、胎盤の絨毛が子宮筋層内に侵入し、胎盤の一部または全部が子宮壁に強く癒着して、胎盤の剥離が困難なものをいう。なお、胎盤が子宮壁に付着しているが、筋層との結合が密ではなく、床脱落膜の欠損を伴わない真の癒着ではないものを付着胎盤と呼ぶことがある。

(甲B8)

通常、経膈分娩の場合、胎盤剥離は、胎児娩出後5分前後で胎盤剥離徴候が認められ、後産期陣痛の発来によって、胎盤基底板と基底脱落膜との間にずれが生じて剥離されるというメカニズムで自然におこるところ、胎児の娩出から30分以上経過してもかかる剥離が起こらず、胎盤が娩出しない場合に、胎盤遺残として処置に取りかかるとされている。

イ シーハン症候群とは、分娩時の大出血又はショックにより、下垂体血管に攣縮及び二次的血栓が生じて下垂体の梗塞、壊死が起こり、これにより下垂体前葉機能低下症を呈した病態をいい、下垂体の約50%が破壊されると汎下垂体機能低下症を示す。(甲B7)

(5) 原告は、平成23年10月19日、被告に対し、 医師の過失に係る損害の賠償を請求した。

## 2 争点

(1) 用手剥離における注意義務違反の有無

- (2) 用手剥離における注意義務違反とシーハン症候群発症との因果関係
- (3) 13時10分時点での転送義務違反の有無
- (4) 13時10分時点での転送義務違反とシーハン症候群発症との因果関係
- (5) 16時44分時点での転送義務違反とシーハン症候群発症との因果関係
- (6) 原告に生じた損害
- (7) 信義則による遅延損害金の減額の可否

### 3 争点に対する当事者の主張

- (1) 争点(1) (用手剥離における注意義務違反の有無)

#### ア 原告の主張

原告は、癒着胎盤であった。このことは、**D**医師自身が記載した母体情報提供書に「癒着胎盤」と明記され、被告病院の診療録や入院カルテにも「胎盤癒着」「胎盤遺残」と記載されていること（このうち、入院カルテの記載は **D**医師の筆跡である。）、搬送先の中央市民病院のカルテ等にも「癒着胎盤」「胎盤遺残」と記載されていることから明らかである。

通常、経膈分娩の場合、胎児娩出後5分前後で胎盤剥離徴候が認められる。胎児の娩出から30分以上経過しても胎盤剥離が起らず、胎盤が娩出しない場合には、胎盤遺残として処置を行う。はじめに胎盤娩出促進法を試み、それにより胎盤剥離徴候が認められない場合には、超音波断層法を行って胎盤の様子を把握し、癒着の有無を確認の上、用手剥離の適応の有無を判断すべきであり、かつ、用手剥離を行うに際しては、大量に出血した場合に備えて輸血用血液を準備しなければならない。

原告は、高齢妊娠であること、子宮内膜症と卵巣チョコレート嚢胞の診断で腹腔鏡下卵巣嚢核出術を受けていること及び子宮内膜症に子宮筋症を合併していることに加え、体外受精によって妊娠に至ったため、癒着胎盤のリスク因子を有しており、**D**医師はこれを認識していたの

であるから、癒着胎盤であることを予見可能であり、用手剥離術に際しては、癒着胎盤でないかどうかを確認するために超音波断層法を行うべきであった。

しかるに、**㊦** 医師は、胎児娩出後わずか数分の時間しかおらずにマッサージや胎盤圧出法を数分程度試み、胎盤剥離徴候を確認する時間をとらず、超音波断層法によって癒着胎盤の可能性も検討しないまま、無理な用手剥離を行った過失がある。

#### イ 被告の主張

原告は、癒着胎盤であったことを前提として**㊦** 医師の過失を主張するが、原告が癒着胎盤であったとは認められない。中央市民病院の大竹紀子医師（以下「大竹医師」という。）の診断書（以下「大竹診断書」という。甲C23）では、平成20年11月20日に撮影された造影MRI画像を引用し、胎盤遺残を認め、左底部にも胎盤の遺残があると考えられる旨記載されているが、大竹診断書においては、原告の臨床経過が考慮されておらず、診断内容も信用することができない。中央市民病院の診療録（甲A2）では、同日のMRI検査について「子宮底左側に胎盤遺残あり」と記載されており、同月25日の超音波検査の画像をもって、子宮底部に胎盤遺残を疑う所見が認められたとしている。しかるに、大竹診断書が胎盤遺残として指摘している部位は子宮体下部であり、しかも広範な部位であって、上記超音波検査により指摘された部位とは明らかに異なる。また、原告は、本件当日、子宮動脈塞栓術によって止血しているが、仮に大竹診断書で指摘された部分が胎盤遺残であったならば、子宮動脈塞栓術による止血は到底不可能であり、子宮摘出となるはずである。さらに、中央市民病院におけるMRI画像を確認しても、子宮体部に胎盤病変が認められない。したがって、原告には胎盤遺残はなく、ひいては癒着胎盤ではなかった。

仮に原告が癒着胎盤であったとしても、用手剥離に際しては、必ずしも超音波断層法により胎盤癒着の位置・程度等を確認しなければならないわけではない。ほとんどの症例では、胎児娩出後10分以内に胎盤が娩出するが、原告については、胎児娩出から10分が経過しても胎盤が娩出されなかった。そこで、D医師は、子宮収縮剤アトニシの点滴を継続しながら、子宮輪状マッサージをし、クレーデ法やブラントアンドリュース法による胎盤圧出を試みて胎盤娩出を促した。しかし、胎盤は娩出せず、出血の増加が見られたので、用手剥離を行うこととした。

原告は、子宮内膜症及び骨盤内癒着の診断で卵管癒着剥離術を受けたものであるが、子宮内膜症は、子宮内膜組織が子宮内腔以外の場所に増殖したものであり、卵管癒着剥離術は子宮外での手術であったので、癒着胎盤のリスク因子にはならない。さらに、体外受精の場合は前置胎盤になる可能性が増え、前置胎盤は癒着胎盤のリスク因子であることから、体外受精の場合は結果的に癒着胎盤の症例が増えるに過ぎない。原告は常位胎盤であって前置胎盤ではないから、体外受精であることをもって癒着胎盤のリスク因子とするのは誤りであるし、仮に体外受精が癒着胎盤のリスク因子となるとしても、かかる医学的知見が発表されたのは平成26年であり、原告の分娩当時の医学水準ではなかった。また、原告は、子宮腺筋症の診断を受けていたわけではなく、仮に子宮腺筋症の疑いがあったとしても、被告病院での診察中に、原告からD医師に対してその旨の報告はなかったのであるから、D医師が把握していた原告の癒着胎盤のリスク因子は高齢妊娠（35歳以上）であったこと以外になかった。

これらからすると、D医師において、原告について用手剥離が困難な癒着胎盤であることを具体的に予見することはできなかったというべきである。したがって、D医師が、癒着胎盤のリスクは低いと判断し

て超音波断層法を行わずに用手剥離に着手したとしても、これをもって不適切な行為であったということはできない。

さらに、D 医師は、胎盤剥離の際、やや抵抗を感じたことから、付着胎盤や癒着胎盤の可能性も考えて慎重に剥離を行っており、用手剥離に関して D 医師の注意義務違反は存しない。

(2) 争点(2) (不適切な用手剥離とシーハン症候群発症との間の因果関係)

ア 原告の主張

癒着胎盤の場合、胎盤の絨毛が子宮筋層内に侵入し、絨毛の侵入部位には血管が豊富にあるため、剥離するとはがれた部位から多量に出血する。本件では、用手剥離後に大量出血が生じており、他に出血の機序は考え難いから、用手剥離により大量出血が生じたといえ、それによりシーハン症候群が発症した。

イ 被告の主張

被告が胎盤を用手剥離した後、胎盤の一部が付着したまま遺残した可能性はあるが、超音波画像から容易に胎盤遺残と診断することができたとはいえず、その遺残した胎盤は極めて少量であったと考えられる。遺残胎盤が大出血の原因となるのは、胎盤が遺残しているためにそれが支障となって子宮の収縮が阻害され、胎盤剥離面からの止血ができずに出血が続くためであるところ、上記のとおり、遺残した可能性のある胎盤は少量であったから、これが子宮収縮に支障を来したとは考え難い。

本件の場合、分娩後の主たる出血は胎盤剥離面からの出血であると考えられるが、大量出血の原因は様々であり、原告の大量出血が D 医師の胎盤用手剥離や遺残胎盤に起因するものであるとまでは言い切れない。

(3) 争点(3) (13時10分時点での転送義務違反の有無)

ア 原告の主張

(ア) 原告の分娩時出血量(分娩中及び分娩後2時間までの出血量をいう。)

は、実測で650gであったところ、12時50分時点で悪露320g、13時10分時点で悪露400gの出血があり、同時点における原告の出血量は、合計1370gに達した。なお、現実の出血量は、実測値を上回っている可能性も極めて高い。

そうであるところ、12時50分にはショック指数（心拍数／最高血圧）が全血液量の5割ないし7割の喪失を示唆する2を超えた2.13に至り、13時10分には、上記のとおり、出血量が実測値でも1370gとなったのであるから、この時点で即時の輸血実施等を要すると判断して、原告を高次医療機関に転院させるべきであった。それにもかかわらず、 医師は、同時点で転院の措置を講じなかった過失がある。

(イ) 被告の主張について

被告は、ショック指数が13時40分に0.98となり、その後も低下していること、16時50分に採血した血液のヘモグロビン値(Hb)が8.7であったことをもって、原告の容態悪化は一時的なものであり、その後改善していたと主張する。しかしながら、原告には最大速度で輸液がされており、輸液によって循環量が回復したようにみえるのは当然であるし、分娩後のヘモグロビン値は原告の容態を正確に示すものではなく、そもそも原告に対しては、14時05分にモニターは除去され、その後16時05分までバイタルサインの計測もされておらず、即時の詳細な血液検査もされていないため、原告の容態は改善していたという被告の主張は裏付けがない。

イ 被告の主張

原告の13時10分頃までの合計出血量は、胎児娩出、胎盤娩出及び裂傷縫合等の処理を終了するまでの出血量640gに、11時50分頃の血性悪露10g、12時48分の血性悪露320g、13時10分の



血性悪露 400 g の合計 1370 g であった。

しかしながら、原告のショック指数は、12時48分には2.13、12時50分には1.51と一時的に高い値を示したが、その後、13時18分には1.31、13時40分には0.98、14時05分には0.81、16時05分には0.78で推移しており、すぐに回復した。

そうすると、一時的に原告のショック指数が悪化したことはあるものの、その後すぐに回復し、また、原告のバイタルサインが改善し、容態が改善していたことからすれば、当時、出血量はやや多いものの、血液検査の結果から推測される当時の原告の血液データ等に照らすと、原告が13時10分時点で高次医療機関に搬送すべき深刻な状態に至っていたということとはできない。

(4) 争点(4)(13時10分時点での転送義務違反とシーハン症候群発症との因果関係)

ア 原告の主張

診療記録によれば、産褥5日目より乳房緊満の消失、ナトリウム低下ありシーハン症候群であったとされているから、医学的に原告がシーハン症候群になったのは、産後5日目の平成20年11月25日であって、13時10分の転送義務違反とシーハン症候群発症との因果関係が認められる。

イ 被告の主張

原告に係る一連の臨床経過にかんがみると、出血により最も重症度の高い血圧の低下やショックを来したのは12時44分の直前であり、意識も低下していたのであるから、その時点において、下垂体への血流が阻害されて血管が攣縮し、腫大した下垂体は血行動態の変化に脆弱であるため、シーハン症候群発症の原因である下垂体の梗塞壊死が生じたと考えられる。したがって、13時10分の時点で高次医

療機関に転院したとしても、シーハン症候群の発症を回避することができたとはいえない。

(5) 争点(5) (16時44分の転送義務違反とシーハン症候群発症との因果関係)

ア 原告の主張

16時44分以降、救急搬送されるまでの間、原告のショック指数は継続して1以上で推移しており、大量出血による極度の循環不全状態が継続し、これにより下垂体の虚血性壊死が生じ、シーハン症候群が発症した。

イ 被告の主張

上記(4)イ記載のとおりであり、16時44分の時点で高次医療機関に転院していたとしても、シーハン症候群の発症を回避することができたとはいえない。

(6) 争点(6) (原告に生じた損害)

ア 原告の主張

被告の過失により、原告はシーハン症候群に罹患して、次のとおり、合計6415万8742円の損害が生じた。(なお、下記(イ)につき請求の拡張後に減額されたため、上記合計額と請求の趣旨とは一致していない。)

(ア) 治療費 (69万4900円)

a 入院費	34万5380円
b 通院治療費	34万9520円
(a) 平成25年10月まで	22万3560円
(b) 平成25年11月から同26年12月まで	4万5960円
(c) 平成27年1月から同年10月まで	8万円

(イ) 将来の治療費 (221万6152円)

平成27年1月1日に難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）が施行されることにより、それまで無料であった成長ホルモン剤が自己負担となり、当初3年間は移行措置で月額2万円（3か月に1回処方されるため年4回）、その後は月額3万円（3か月に1回処方されるため年4回）が自己負担となる。

したがって、次の計算式のとおり、将来の治療費として221万6152円の損害を生じた。

a 平成28年及び同29年の負担増分

$$2 \text{万円} \times \text{年} 4 \text{回} \times 1.859 \text{ (2年分のライブニッツ係数)} = 14 \text{万} 0.872 \text{円}$$

b 難病法施行から3年経過後の負担増分

$$3 \text{万円} \times \text{年} 4 \text{回} \times 17.294 \text{ (余命41年のライブニッツ係数)} = 207 \text{万} 5280 \text{円}$$

(ウ) 入院雑費（2万4000円）

中央市民病院に16日間入院したことにより、次の計算式のとおり、入院雑費として2万4000円の損害を生じた。

$$1500 \text{円} / \text{日} \times 16 \text{日} = 2 \text{万} 4000 \text{円}$$

(エ) 通院交通費（25万4615円）

a 平成27年10月までの交通費 10万3720円

次の計算式のとおり、平成27年10月までの通院交通費として10万3720円の損害が生じた。

(a) 本人分（公共交通機関利用分）

平成26年3月分まで

$$820 \text{円} \times 70 \text{回} = 5 \text{万} 7400 \text{円}$$

平成26年4月から平成27年10月分まで

860円×14回=1万2040円

(b) 家族付添分（公共交通機関利用分）

平成26年3月分まで

820円×23回=1万8860円

平成26年4月から平成27年10月分まで

860円×4回=3440円

(c) タクシー代及び駐車料金（1万1980円）

原告の夫である **B**（以下「**B**」という。）は、原告が中央市民病院に入院した翌日及び退院日に、自家用車で同病院まで行き、原告の世話をした。また、平成22年12月及び平成26年2月に原告が副腎クリーゼを起こし救急搬送された後帰宅する際に、自宅までタクシーを利用した。

b 将来の交通費 15万0895円

原告は、生涯にわたって治療を要し、少なくとも年8回（うち付添を要するものは年2回）通院する必要があるから、次の計算式のとおり、将来の通院交通費として15万0895円の損害が生じた（平均余命は43年であり、そのライブニッツ係数は17.546である。）。

本人分として、6880円×17.546=12万0716円

付添分として、1720円×17.546=3万0179円

(d) 後遺症による逸失利益（3960万9075円）

a 原告は、結婚以前は仕事をしながらスキューバダイビングやパラグライダーのライセンスを取得したり、2か月間の語学留学をするなど、仕事以外にもスポーツや趣味を楽しんでおり、健康で活発な生活を送っていた。妊娠した後も、マタニティヨガに通うなど、活発に過ごしていた。

しかし、本件当日を境に原告の状態は一変し、原告は、易疲労性、全身倦怠感、集中力の欠乏、筋力低下等の症状に悩まされるようになった。具体的には、階段を上ることが難しく、平坦な道でも躓くようになった。日常の家事において、布団の上げ下ろしは難しく、掃除機の操作も困難である。調理も休みながらでなければできなくなり、茶碗を落とすことも多くなった。また、長男が幼少の頃から抱っこやおんぶをすることは困難であった。成長した長男と屋外で遊ぶ際にも、走れず、ボール遊び等も長続きしないため、公園等では見守ることしかできない。

上記易疲労性等の症状は、シーハン症候群を原因とするものである。中央市民病院入院中であった平成20年12月3日にホルモン四者負荷試験を受けた結果、コルチゾール、甲状腺刺激ホルモン、ゴナドトロピン、性腺刺激ホルモンの数値はいずれも基準値に比べて極めて低い状態であった。また、平成22年6月1日に受けた成長ホルモン内分泌負荷試験の結果、成長ホルモンについても反応に乏しく、重症成長ホルモン分泌不全との診断を受けた。このように原告は、重度のシーハン症候群である。それにより原告は、上記のような易疲労性、全身倦怠感、集中力の欠乏、筋力低下等の症状に悩まされており、軽作業は可能であるが、パート勤務で4時間未満かつ休憩が必要な状態となっている。原告の労働能力は一般平均人の2分の1を下回っており、これら後遺障害は自動車損害賠償保障法施行令別表第二（以下「後遺障害別等級」という。）の第7級の5「胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの」に相当する。

また、シーハン症候群による原告の生殖能力の低下・喪失は、後遺障害別等級の「胸腹部の臓器の障害」の系列の第7級の13

「両側の睾丸を失ったもの」に類する。

よって原告の後遺症は、少なくとも後遺障害別等級併合第6級に該当する。

- b 原告は、短大卒であり、賃金センサス平成20年産業計・企業規模計・女性・短大卒・全年齢の年収額384万5700円を基準に、労働能力喪失期間を30年(ライプニッツ係数は15.3725)、労働能力喪失率を67%(後遺障害別等級の第6級に相当する)とすると、次の計算式のとおり、原告には後遺症による逸失利益として3960万9075円の損害が生じた。

(計算式)

$$384万5700円 \times 0.67 \times 15.3725 = 3960万9075円$$

(カ) 慰謝料(1556万円)

a 入通院慰謝料(256万円)

原告は、生涯にわたって、少なくとも年8回の通院を余儀なくされるから、その精神的苦痛による損害を金銭的に評価すれば、256万円を下らない。

b 後遺症慰謝料(1300万円)

原告は、結婚後、不妊治療を経て待望の妊娠に至り、出産と育児を楽しみにしていたにもかかわらず、**㊦** 医師の過失によって出産を台無しにされ、その後の育児においても、長男に母乳をあげることを心待ちにしていたにもかかわらず、出産後に胸の張りがなくなり、長男にいくら母乳を吸わせようとしても出ず、乳汁分泌不全となり、母親として深い悲しみを感じた。また、筋力の低下や倦怠感から、幼い長男を十分に抱っこしてやることもできず、成長してからは長男を自転車に乗せて色々な場所に連れて行

ってやれなかったことが残念でならない。さらに、原告は、シーハン症候群により副腎皮質ステロイドホルモンであるコルチゾールを服用しているが、同薬は、内服を忘れると副腎機能不全状態となり、ショック症状を引き起こす（副腎クリーゼ）。副腎クリーゼは治療が遅れると生命予後が不良で、緊急の処置を必要とする。コルチゾールが足りなくなるとショック状態になり、生命に危険を及ぼす。実際に原告は、副腎クリーゼにより2度救急搬送されたことがある。このように、定期的な服薬により生きることが出来るが、常に生命の危機と隣り合わせの状態である。また、原告は、子宮動脈塞栓術を受けたため、卵巣機能の低下があり、月経や排卵のためには女性ホルモンの補充も必要であるが、補充しても排卵の可能性は不明であり、再度妊娠することは難しい。

原告に生じた後遺症は後遺障害別等級の6級に相当することに加え、上記のような原告の精神的苦痛による損害を金銭的に評価すれば、1300万円を下らない。

(※) 弁護士費用（580万円）

#### イ 被告の主張

後遺症による逸失利益については否認し、その余は不知。

#### (ア) 原告の後遺障害別等級について

原告が訴える諸症状のうちシーハン症候群に由来すると認められるのは、風邪や微熱時に全身倦怠感が増悪することだけであり、その他の症状はシーハン症候群との関係が不明である。

#### (イ) 労働能力喪失率について

原告の下垂体前葉機能不全は、分泌が低下したホルモンについて適切な量のホルモン剤の補充療法を行えば、治療開始後は症状が消失し、日常生活に支障をきたさず、健常者とあまり異なる生活

ができるのが一般的である。少なくとも、適切な治療を受けているにもかかわらず、症状が軽減しないということは通常考え難い。原告に上記ア(㊦) a の各症状が存在し、労働能力の低下があるとすれば、その原因は下垂体前葉機能不全ではなく、それ以外の原因によるものである。

また、原告に生殖能力の低下ないし喪失が認められるとしても、そもそも、原告は不妊治療としてホルモン補充療法をした上で、体外受精によってようやく今回の妊娠に至ったものであり、また、原告の年齢に鑑みても、原告の生殖能力の低下ないし喪失と下垂体前葉機能不全との間に因果関係は認められない。

仮に、原告の主張にかかる後遺障害が認められたとしても、後遺障害別等級の第9級に相当するもの、すなわち、第9級の10「神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの」又は第9級の11「胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの」に相当するものと解され、労働能力喪失率は35%を超えることはない。

(7) 争点(7) (信義則による遅延損害金の減額の可否)

ア 被告の主張

訴訟終結までに長期間を要した場合、当事者が誠実に訴訟遂行している限り、敗訴当事者が多額の遅延損害金を支払う結果になってもやむを得ないが、一方当事者が誠実に訴訟遂行していたと評価できない場合には、当該当事者が、訴訟遅延により生じた損害についての責任を負うべきである。

本件では、平成26年の段階で和解協議を行い、一旦は合意に達したにもかかわらず、原告は突然翻意し、和解を拒絶するに至ってい



る。また、原告は、弁論準備手続が終結する段階に至って初めて出産時の様子を撮影した動画（甲C29）を証拠提出した。同動画は、争点に関する重要な証拠であり、早期に提出されていれば、本件の審理は極めて迅速に進めることができたはずであって、原告としては同動画を提出することに特段支障はなかったにもかかわらず、上記段階に至るまで提出しなかった。

以上のような原告の訴訟行為は信義誠実の原則に反すると言わざるを得ないから、本件においては、公平の観点から相応の期間を短縮して遅延損害金を認定すべきである。

#### イ 原告の主張

被告の上記主張は争う。

### 第3 当裁判所の判断

#### 1 認定事実

証拠（甲A1ないし8，甲B1ないし25，28ないし35，41ないし49，53，54，甲C27ないし32，乙A1ないし3，乙B1，2，証人B，原告本人，被告代表者本人）によれば、以下の各事実が認められる。

#### (1) 医学的知見等

##### ア 癒着胎盤について

(ア) 癒着胎盤及び付着胎盤の全分娩に占める割合は、多くとも癒着胎盤で約0.6%，付着胎盤で約2%である。（甲B1，2，8）

(イ) 癒着胎盤の原因としては、先天的な子宮内膜形成不全，多産婦，子宮の手術瘢痕（帝王切開術後，筋腫核出術後等），子宮内膜の過度搔爬（人工妊娠中絶等），子宮奇形，粘膜下筋腫合併，子宮腺筋症合併，前置胎盤，高齢妊娠（35歳以上）などがあり，臨床的には子宮内膜の損傷や手術瘢痕によるものが圧倒的に多い。（甲B2，8，25）

平成26年には、高度生殖補助医療（ART）による妊娠の場合、同医療によらない妊娠に比べて癒着胎盤となる可能性が2.67倍高いことが発表された。（甲B29）

(ウ) 癒着胎盤は、分娩前診断は不可能である。胎児娩出後30分経過しても胎盤が娩出されない場合は、付着胎盤又は癒着胎盤を疑う。癒着胎盤の場合、胎盤娩出の際、臍帯牽引、胎盤排出誘導に際し、かなりの抵抗感がある。（甲B2）

(エ) 付着胎盤又は癒着胎盤が疑われる場合には、以下のとおり管理・治療を行う。

輸血の準備、バイタルサインのチェックや血液型の検査など全身状態の把握と検査、血管確保を行った後、胎盤娩出促進法（導尿を行い、産婦に軽く腹圧を加えさせ、子宮底の輪状マッサージを行い、子宮収縮不良の場合は子宮収縮剤を静注又は筋注する。）を行う。

それでも胎盤が娩出されず、剥離徴候がある場合は、胎盤娩出法として、プラントアンドリュース胎盤圧出法（片方の手指で膣入口付近の臍帯を持ち、他方の手指を揃えて腹壁上より子宮下部付近に圧入し、臍帯を軽く牽引する。）を施行する。

胎盤娩出促進法を行っても剥離徴候が認められない場合には、超音波断層法を行い、超音波所見により癒着胎盤が疑われる場合には、バイタルサインを確認し、末梢血検査、輸血用血液の準備及び交差試験を行う。18G以上の太い静脈留置針により血管確保し、全身麻酔下に胎盤用手剥離を試みる。具体的には、臍帯を軽く牽引しながら臍帯に沿って手指をスコップ状にすぼめた状態にして子宮腔内へ挿入していき、胎盤下縁に到達したら子宮壁と胎盤付着側の間に手指を挿入していく。他方の手は、腹壁上から子宮底を把持し、剥離を容易にするように子宮を下方に押し下げる。胎盤を手で包み込むように排出させ

る。用手剥離が困難な場合には、開腹の上、単純子宮全摘出術又は膈上部切断術を行う。癒着胎盤の場合に用手剥離によって不完全な胎盤剥離がされると、止血のための子宮収縮が十分に起こりにくく、剥離部分からの止血不能の大出血を来す。

(以上につき、甲B 2, 3, 8, 41)

#### イ 分娩時出血等について

分娩時出血量が500mlを超えると血管を確保し、出血量の二、三倍の輸液を行う。出血量が循環血液量の20%から50%に達する場合は輸液に加えて輸血を行う。循環血液量の20%は約1000mlに相当するが、妊娠末期の循環血液量は非妊娠時の約150%に増加しているため、実際に輸血が行われる出血量は1500mlを目安とする。もっとも、実際に計量される出血量は、実際の産婦の失血量とは異なるため、出血量のみで判断するべきではなくバイタルサインを重視すべきであり、特に血圧の低下、脈拍の上昇、ショック指数の上昇、SPO<sub>2</sub>の低下、乏尿の所見が現れた場合には輸血を考慮すべきである。とりわけショック指数は輸血の判断には重要な指標であり、1を超えれば輸血を準備し、1.5を超えれば輸血を開始すべきである。ショック指数において、妊婦は非妊婦と比較して推測出血量は多くなるとされており、ショック指数1は出血量1500mlに相当し、ショック指数1.5は出血量2500mlに相当する。輸血が困難な一次施設ではショック指数1の時点で高次医療機関への搬送を考慮すべきである。(甲B 4, 5, 11)

産科出血においては、① 呼吸、循環の安定(心肺蘇生術、輸液、輸血等)、② 止血操作(用手圧迫、タンポナーゼ、外科的止血等)、③ 凝固、線溶系の補正が重要であり、これらを順序良く、また、時には並行して行わなければならない。(甲B 35)

#### ウ シーハン症候群について

脳下垂体は、多数のホルモン分泌を司っており、下垂体前葉には、副腎皮質ホルモン（ACTH）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、ゴナドトロピン・性腺刺激ホルモン（LH、FSH）、プロラクチン（PRL）、成長ホルモン（GH）が関わる。これらの分泌が不足すると、血糖値や血圧のコントロールなど人体の恒常性を維持する機能が失われ、副腎不全症状、甲状腺機能低下症状、性腺機能不全症状等、各種の障害を生じる。その結果、ホルモンの分泌低下に伴う症状として、耐寒性低下、活動低下、易疲労性、全身倦怠感、精神不活発があげられており、また、成人成長ホルモン分泌不全症の症状として、生活の質（QOL）の低下（体力や運動能力の低下、持久力や活力の低下、情緒不安定）があげられている。（甲B7、15、19）

古くから報告されているシーハン症候群は、分娩後平均7年程度経過した時に無月経や月経不順を契機に診断されており、分娩後早期の発症例はむしろまれとされていたが、平成23年当時において、分娩後1週間前後での早期診断例が報告されている。（甲B34）

シーハン症候群は、血中下垂体前葉ホルモン検査で、副腎皮質ホルモン、甲状腺刺激ホルモン、ゴナドトロピン・性腺刺激ホルモン、成長ホルモンなどの各値が低値を示しコルチゾールも低値となること、また、負荷試験により各下垂体前葉ホルモンの分泌不良が認められることで診断されるが、軽症例では負荷試験に対する反応が保たれていることもあるため、さらに頭部CTあるいはMRIで他の下垂体疾患と鑑別することが必要であり、典型的にはトルコ鞍空洞を認めることで確定診断される。（甲B34）

シーハン症候群は、下垂体の壊死が生じることにより下垂体前葉機能低下症を呈した病態であるところ、壊死した細胞は再生しないため、シ

一ハン症候群に対しては、生涯にわたってホルモンの補充治療を継続する必要がある。(甲B23)

(2) 原告の既往症等

原告は、平成18年4月26日、卵巣チョコレート嚢胞、子宮内膜症の診断で、腹腔鏡下卵巣嚢胞種核出術を受けた。(甲A7)

原告は、平成20年4月19日、初めて被告を受診した際、歳で子宮内膜症、骨盤内癒着で手術を受けた旨申告した。(乙A1)

D 医師は、同日、原告の診療録の既往歴の欄に「endometriosis」(子宮内膜症)と記載した。(乙A1)

原告は、平成22年2月19日に中央市民病院を受診した際、平成21年12月26日の検診において、子宮腺筋症の疑いがあると言われたことを申告した。(甲A3)

(3) D 医師の言動等

D 医師は、癒着胎盤の場合、用手剥離することはできないが、癒着部分以外が娩出し、癒着部分のみが子宮内に残っている状態の場合、容易にはがれない感覚がしつとも用手剥離することができるとの認識であった。(被告代表者本人)

D 医師は、本件当日、9時50分頃に胎児が娩出し、臍帯切断後、片方の手で臍帯を牽引し、9時55分頃から、他方の手で体の外から子宮をマッサージした。しかし、それによっても胎盤の剥離徴候がなかったことから、D 医師は、プラントアンドリュース法で胎盤の剥離を促したが、それでも胎盤は剥離せず、出血量が増えてきたため、10時00分頃、用手剥離することとした。(甲C29, 32)

D 医師は、用手剥離中、胎盤が容易にはがれないような感覚がした。(被告代表者本人)

D 医師は、用手剥離直後、原告の夫である B に対して、胎盤が癒着

していた旨説明した。(甲C29)

平成20年11月19日(本件当日)付けのD医師による「母体(緊急搬送・外来紹介)情報提供書」には、癒着胎盤と記載され(甲A3)、被告病院の入院カルテには、「胎盤癒着」「胎盤遺残」と記載されている(乙A2)。

被告病院の分娩記録には、胎盤の状態として、欠損があり、「ボロボロ」「欠損部残存なく排出すみ細かい部分は不明」と記載されている。(乙A2)

#### (4) 原告の出血量

17時35分までの原告の出血量は、合計3590gである(乙A2)。(この点被告は、診療録の17時35分欄に記載されている、16時35分から17時28分の処置の間の出血量である2227g(747+740+740gとの記載)に、分娩時の1370gを足した3590gとの記載(別紙診療経過一覧表の17時35分の欄参照)について、処置中の出血量としてこのように一致することは考え難く、出血の都度記載されているものでもないから、昼勤と夜勤の交代の慌ただしいときに不正確な引継ぎにより記載した可能性もあり、正確な出血量は不明である旨主張するが、上記出血量の記載は、17時40分以降の夜勤の看護師の筆跡とは異なること(乙A2、被告代表者本人)や、D医師自身、中央市民病院岡田悠子医師(以下「岡田医師」という。)宛ての「母体(緊急搬送・外来紹介)情報提供書」(甲A3)の特記事項欄に、20時00分ころまでに3600g出血と記載していること、中央市民病院の「周産期サマリー」(甲A2)にも、「用手剥離にて娩出。出血量1300gその後膈内ガーゼタンポンにて止血するが、夕方頃、ガーゼ抜去したところ、コアグラを含む1700gの出血を認めたため当院へ母体搬送」と記載されていること、同病院の診療録の本件当日の欄の同病院への搬送までの経過の記載を

みても、原告には上記1300gと1700gの止まらない出血が存したことがうかがえること（甲A2）などからすると、中央市民病院搬送前の原告の出血量は、上記のとおり3590g程度存したものと認めるのが相当であって、被告の主張は採るを得ない。）

(5) 中央市民病院搬送後の診療と原告の胎盤の状況等


本件当日、原告が中央市民病院に搬送された後、岡田医師は、原告の経膈超音波検査を実施するとともに、子宮動脈塞栓術を施行した。岡田医師は、同施術施行後の同日の診療録に、子宮底に腫瘤がある旨記載した。

岡田医師は、平成20年11月20日の経膈超音波検査の結果を踏まえた診療録の所見には、子宮底に腫瘤、子宮底左側に胎盤遺残がある旨記載した。

岡田医師は、同月25日、経膈超音波検査の結果をもとに診療録に子宮の図を手書きし、その図に矢印を引き、血腫との記載と、その右横の部分につき「p1?」と記載した。p1とは胎盤の意味である。

岡田医師は、同年12月2日、経膈超音波検査の結果をもとに、子宮の図を診療録に手書きし、その中の一部分に血腫の記載をし、その左横に「p1」と記載した。

(以上につき、甲A2)

岡田医師は、同月3日、医師に宛てた返書において、傷病名として胎盤遺残と記載し、また、本文中にも、「当科にて遺残胎盤の経過を見ると同時に」と、遺残胎盤があることを前提にした記載をした。

岡田医師は、同月19日、超音波検査を実施し、その結果をもとに診療録に子宮の図を手書きし、その内部について、血腫を記載し、その左横に胎盤を記載した。

岡田医師は、平成21年1月9日の経膈超音波検査の結果、血腫は小さくなってきており、遺残胎盤は2cmである旨の所見を診療録に記載した。

岡田医師は、同年5月29日のMRIの結果、明らかな遺残胎盤なしとの所見をMR検査報告書に記載した。

(以上につき、甲A3)

(6) シーハン症候群の診断

中央市民病院の診療録(周産期サマリー)には「産褥5日目頃より乳房緊満の消失、Na低下ありSheehan症候群であった」と記載されている。(甲A2)

原告は、平成20年12月4日に中央市民病院を退院したが、広汎に脳下垂体前葉の機能が低下する障害が残り、分娩後の大出血に起因するシーハン症候群と診断された。(甲A3)

2 争点に対する判断

(1) 争点(1)(用手剥離における注意義務違反の有無)について

ア 原告は癒着胎盤であったと主張するのに対し、被告は付着胎盤であったとしてこれを否認する。そこで、用手剥離における注意義務違反の有無を判断する前提として、原告が癒着胎盤であったか否か検討する。

イ 前記1(4)によると、岡田医師は、原告が中央市民病院に搬送され、子宮動脈塞栓術が施行された本件当日の翌日である平成20年11月20日、経膈超音波検査の結果、子宮底左側に胎盤遺残があるとの所見を有し、その後同月25日の診療録には血腫の右側に胎盤を記載しているものの、同年12月2日以降は、再び血腫の左横に胎盤の図を記載している。また、**D** 医師に宛てた返書においても、遺残胎盤と記載している。そうすると、岡田医師は、上記のとおり、血腫と胎盤の位置関係についてあいまいな点が存するものの、原告の入院当初から一貫して胎盤遺残である旨の所見を有しており、その所見は超音波検査等に基づくものであり、根拠のある合理的なものといえる。この点、平成21年5月29日のMRIにおいては、明らかな胎盤遺残な



しとされているが、遺残胎盤は子宮に吸収される場合もある(甲B2)のであって、出産から約6か月が経過した時点で遺残胎盤がなかったとしても不合理ではない。これに対し、被告は、大竹診断書が胎盤遺残であるとする部分は子宮体下部であり、診療録上胎盤遺残があるとされている部分は子宮底部であって異なるため、信用できない旨主張するが、岡田医師の所見は上記のとおり超音波検査等に基づくものであって、合理性を有するものと認められるところ、大竹医師は原告を直接診察していた医師ではなく、仮に大竹診断書の記載内容に問題があるとしても、そのことをもって、上記岡田医師の所見の合理性を左右するものとはいえない。

したがって、原告は胎盤遺残であったことが認められる。

- (イ) また、**D** 医師自身、前記1(3)のとおり、用手剥離中、胎盤が容易にはがれないような感覚がしたとし、用手剥離直後には、原告の夫である **B** に対し、胎盤が癒着していた旨説明し、本件当日作成された「母体(緊急搬送・外来紹介)情報提供書」にも癒着胎盤と記載し、被告病院の入院カルテにも「胎盤癒着」「胎盤遺残」と記載されるなどしており、癒着胎盤であったとの認識を有していたものと認められる。**D** 医師による用手剥離の結果は、上記(ア)のとおり、胎盤遺残が存したものであって、完全には剥離できなかったことから、原告が付着胎盤ではなく、癒着胎盤であったことと整合する(**D** 医師は、付着胎盤であれば大概の場合胎盤圧出法で胎盤が剥離し、それにより剥離しない場合であっても、用手剥離によって剥離することができる(被告代表者本人)としている。)
- (ウ) 前記1(4)のとおり、原告は、17時35分までで3590gもの大量の出血を来していることも、癒着胎盤の場合に用手剥離によって不完全な胎盤剥離がされると、止血のための子宮収縮が十分に起こりに

くく;剥離部分からの止血不能の大出血を来たすとされていること(前記1(1)ア(エ))と整合する。

(エ) 以上によれば、原告は癒着胎盤であったことが認められる。

イ そこで、癒着胎盤であった原告に対し用手剥離を行った D 医師の注意義務違反の有無につき検討する。

前記1(1)ア(ウ)及び(エ)によれば、産科医師としては、胎児娩出後30分経過しても胎盤が娩出されない場合には、付着胎盤又は癒着胎盤を疑い、輸血の準備やバイタルサインのチェック、血液型の検査など全身状態の把握と検査、血管確保を行った上で、胎盤娩出促進法を行うべきものといえる。そして、それでも胎盤剥離徴候が見られない場合には、癒着胎盤のリスク因子の有無にかかわらず、超音波断層法を行って癒着胎盤か否かを確認する必要がある。特に、原告は、高齢妊娠というリスク因子を有していたのであるから(これに対し、原告が卵巣チョコレート嚢胞及び子宮内膜症の診断で腹腔鏡下卵巣嚢胞種核出術を受けたことがあることをもって癒着胎盤のリスク因子ということとはできず、また、原告の出産当時の医療知見からは、高度生殖補助医療による妊娠であることがリスク因子として認識されていたものとはいえない。)、D 医師は、癒着胎盤の可能性も念頭におき、上記のような手順を経て、胎盤の剥離を試みるべき注意義務を負っていたものと認めるのが相当である。しかるに、D 医師は、胎児娩出(9時50分)後30分の経過を待つことなく、胎児娩出後数分程度で子宮のマッサージを行い、胎盤剥離徴候がみられなかったため、ブラントアンドリュース法による胎盤圧出法及び臍帯牽引を試みたものの、胎盤が娩出せず、その間出血が増加したこともあり、超音波断層法を行うこともなくわずか10分後(10時00分頃)には用手剥離に着手し、胎児分娩から17分後(10時07分)には、胎盤娩出に至っている(別紙診療経過一覧表参照)。これらからす

れば、**D** 医師は、通常認められるような胎盤剥離徴候（前記前提事実(4)ア）が認められない場合に、上記のような胎児娩出後30分の経過を待つことなく、わずか数分後には胎盤剥離に向けた行為（マッサージ）を開始し、その後も、輸血の準備等の必要な準備をすることなく、必要とされる超音波断層法も行わないなど、癒着胎盤の可能性を念頭においた必要な手順を経て胎盤の剥離を試みるべき注意義務に反し、これら手続を経ないまま用手剥離を行った過失が存するものというべきである。

また、前記1(3)のとおり、**D** 医師は、用手剥離中、胎盤が容易にはがれないような感覚をもったことから、遅くともその時点では癒着胎盤である具体的可能性を認識していたといえ、そうである以上、剥離部分からの止血不能の大出血を避けるため、直ちに用手剥離を中止すべき注意義務が存したにも関わらず、漫然と用手剥離を続行し、胎盤を強引に剥離した過失が存するものといえる。

以上のとおり、**D** 医師には、用手剥離における注意義務違反が認められる。

(2) 争点(2)(用手剥離における注意義務違反とシーハン症候群発症との因果関係)について

前記前提事実(4)イのとおり、シーハン症候群は分娩時の大出血又はショックにより生じる病態であるところ、前記1(4)のとおり、原告は、胎盤娩出から17時35分までの間に3590gもの大出血を来しているのであるから、かかる出血がシーハン症候群の原因と認められる。

そうであるところ、癒着胎盤であるにもかかわらず強引な用手剥離をしたこと以外に上記のような大出血の合理的な理由は見出し難いことからすると、**D** 医師による用手剥離における注意義務違反とシーハン症候群発症との因果関係が認められる。

(3) 争点(6)(原告に生じた損害)について

前記(1)及び(2)で説示したとおり、**D**医師には、用手剥離における注意義務違反があり、同注意義務違反と原告のシーハン症候群発症との因果関係があるといえるから、被告は、**D**医師の同注意義務違反と因果関係のある損害について、債務不履行に基づく損害賠償責任を負うところ、前記前提事実及び認定事実に加え、証拠（甲A5、甲B17、甲C10ないし22、24ないし28、証人**B**、原告本人）及び弁論の全趣旨によれば、原告に生じた損害につき、以下のとおり認められる。

ア 治療費 196万0146円

(ア) 症状固定日は、平成20年12月4日である（同日との原告の主張に対し、被告も争うことを明らかにしない。）。

(イ) 原告の症状固定日までの入院費は、33万4290円であると認められる。（甲C10の1ないし4）

(ウ) また、シーハン症候群は投薬治療を生涯にわたって行う必要があるから、症状固定日から、平成20年当時の平均余命である83歳までの治療費についても認められる。なお、症状固定日以降の治療費は、同日から起算した年数に対応するライプニッツ係数を乗じて計算する。（一元未満切り捨て。以下同じ。）

a 症状固定後平成26年までの治療費

原告の症状固定後の平成20年12月5日から平成26年までの治療費（診療代、薬代等）として、以下のとおり、合計24万4280円が認められる

(a) 平成20年

1万7510円（甲C11の1ないし5、13の1、2）

(b) 平成21年

6万5658円

ただし、6万8940円（甲C11の6ないし27、13の3

ないし10)に1年のライブニッツ係数(0.9524)を乗じた金額

(c) 平成22年

4万8597円

ただし、5万3580円(甲C11の28ないし45,13の11ないし14)に2年のライブニッツ係数(0.9070)を乗じた金額

(d) 平成23年

2万3512円

ただし、2万7220円(甲C11の46ないし52,12の1ないし6)に3年のライブニッツ係数(0.8638)を乗じた金額

(e) 平成24年

3万5631円

ただし、4万3310円(甲C12の7ないし22)に4年のライブニッツ係数(0.8227)を乗じた金額

(f) 平成25年

2万3144円

ただし、2万9540円(甲C12の23ないし31,24の1ないし4)に5年のライブニッツ係数(0.7835)を乗じた金額

(g) 平成26年

3万0228円

ただし、4万0510円(甲C24の5ないし18)に6年のライブニッツ係数(0.7462)を乗じた金額

b 難病法の施行に伴う平成27年以降の自己負担分

原告は、年に4回の成長ホルモン剤の投薬を受けているところ(弁論の全趣旨)、難病法が平成27年1月1日に施行されたことにより、同年から成長ホルモン剤が自己負担になり、自己負担額の上限は、施行から3年間は月額2万円、その後は月額3万円となった(甲C21、弁論の全趣旨)。したがって、原告には、難病法の施行に伴う自己負担分として、以下のとおり、合計138万1576円が認められる。

(a) 平成27年分

5万6856円

ただし、8万円(甲C25)に7年のライブニッツ係数(0.7107)を乗じた金額

(b) 平成28年分

5万4144円

ただし、8万円(平成27年の特定医療費(指定難病・小児慢性特定疾患)自己負担限度管理票(甲C25)をみるに、投薬を受けた各月の自己負担額がいずれも自己負担額の上限の2万円に達したと記載されており、実際にはそれ以上の金額がかかることがうかがわれるところ、上記のとおり、原告は年に4回の投薬を受けるから、平成28年も平成27年と同様、自己負担額の上限である月2万円の支出を4回行ったものとして、合計8万円の治療費を支出したことが推認される。)に8年のライブニッツ係数(0.6768)を乗じた金額

(c) 平成29年分

5万1568円

ただし、8万円(上記(b)と同様)に9年のライブニッツ係数(0.6446)を乗じた金額

(d) 平成30年以降分

121万9008円

ただし、12万円（平成30年から、難病法により成長ホルモン剤の自己負担額が3万円になり、原告の自己負担額も同上限額に達するものと推定される）ところ、原告は年に4回の投薬を受ける。）に平成30年から起算した平均余命（46年）のライフニッツ係数（17.8801）から10年分のライフニッツ係数（7.7217）を引いたライフニッツ係数（10.1584）を乗じた金額

イ 入院雑費 2万4000円

1日1500円×16日＝2万4000円

ウ 通院交通費 14万7726円

(ア) いずれも（ただし、平成20年11月19日の **B** の付添分は除く）

症状固定日以降の通院であるから、通院にかかる金額に、症状固定日から起算した年数に対応するライフニッツ係数を乗じる。

公共交通機関による通院に際しての付添については、必要性を認めるに足りない。

(イ) 本人通院分 合計13万7541円

a 平成20年

2460円（甲C11の1ないし5, 16）

b 平成21年

1万1714円

ただし、1万2300円（甲A5, 甲C11の6ないし27）に1年のライフニッツ係数（0.9524）を乗じた金額

c 平成22年

1万0412円

ただし、1万1480円（甲C11の28ないし45）に2年の  
ライブニッツ係数（0.9070）を乗じた金額

d 平成23年

7083円

ただし、8200円（甲C11の46ないし52、12の1ない  
し6）に3年のライブニッツ係数（0.8638）を乗じた金額

e 平成24年

8095円

ただし、9840円（甲C12の7ないし22）に4年のライブ  
ニッツ係数（0.8227）を乗じた金額

f 平成25年

7709円

ただし、9840円（甲C12の23ないし31、24の1ない  
し4）に5年のライブニッツ係数（0.7835）を乗じた金額

g 平成26年

6327円

ただし、8480円（平成26年4月から **P** 駅から  
**Q** 駅までの運賃が 円に値上がりし（弁論の全趣旨）、原  
告は、同年3月まで3回、同年4月以降7回通院した（甲C24の  
5ないし18））に6年のライブニッツ係数（0.7462）を乗  
じた金額

h 平成27年

4278円

ただし、6020円（甲C25）に7年のライブニッツ係数（0.  
7107）を乗じた金額

i 平成28年



4656円

ただし、6880円（原告は、生涯にわたって投薬治療を続ける  
必要があり（前記1(1)ウ）、平成27年までの通院状況から、平成  
28年以降も年8回程度の通院が必要であることが推認される。）  
に8年のライブニッツ係数（0.6768）を乗じた金額

j 平成29年以降

7万4807円

ただし、6880円（上記iと同様）に平成29年から起算した  
平均余命（47年）のライブニッツ係数（17.9810）から、  
9年のライブニッツ係数（7.1078）を引いたライブニッツ係  
数（10.8732）を乗じた金額

(ウ) 付添分 合計1万0185円

a 平成20年

1300円（甲C14）

b 平成22年

5169円

ただし、5700円（原告は、平成22年12月1日に副腎クリ  
ーゼを起こして救急車で外来を受診し、当日帰宅する際、**B** が付  
き添ってタクシーを利用した（甲C15, 28）。副腎クリーゼの  
主な症状はショック状態であるところ（甲B17）、治療後であつ  
ても家族の付添は必要であると認められる。）に2年のライブニッ  
ツ係数（0.9070）を乗じた金額

c 平成26年

3716円

ただし、4980円（原告は、平成26年2月23日に副腎クリ  
ーゼを起こして救急車で外来を受診し、当日帰宅する際、**B** が付

き添ってタクシーを利用した（甲C26, 28）。上記と同様に、治療後であっても家族の付添は必要であると認められる。）に6年のライブニッツ係数（0.7462）を乗じた金額

エ 後遺症による逸失利益 2421万0995円

(ア) 前記前提事実及び認定事実に加え、証拠（甲A4, 5, 甲B23, 甲C1ないし4, 17ないし19, 27, 28, 証人B, 原告本人）及び弁論の全趣旨によれば、以下の事実が認められる。

a 本件当日までの原告の状況

原告は、Bと結婚する前は、会社勤めをしており、帰宅後にマラソンで4kmないし5kmを走ったり、全身の力が必要なパラグライダーの免許を取りに行くなどしていた。約20kgのボンベを装着する必要があるスキューバダイビングもしており、週末の休日を利用して和歌山県の海岸までライセンスを取りに行くなど、長距離の移動も問題なくこなしていた。また、冬季には毎年のようにスキーを楽しんだ。

結婚後は、Bとともに週に1回のペースでテニスをし、約1時間半の間に合計1km以上の全力走行、50本以上の強打を行っていた。その後、通っていたテニスコートが閉鎖された後は、週1回のペースでスポーツクラブに通った。そこでは、主にランニングマシンを利用し、40分で6km以上走り、その後に自転車マシンを20分こぎ、さらに筋力トレーニングを30分こなすことを習慣としていた。

不妊治療を開始してからは、その負担が大きくなったためスポーツクラブは辞めたが、妊娠中は被告病院のマタニティヨガに通うなどしていた。

（以上につき、甲C27）

b 本件当日以降の原告の状況

(a) 平成22年6月1日の中央市民病院での臨床検査

主要臨床症状は、不妊及び乳汁分泌低下であり、性欲低下、陰毛・腋毛の脱落は不明であって、他の項目は該当しなかった。無月経に対しては婦人科でカウフマン療法を実施していた。負荷試験において、成長ホルモンは反応に乏しく、ピーク値も9 ng/ml以下であり、重症成長ホルモン分泌不全と診断された。(甲A4)

(b) 平成23年5月の中央市民病院での臨床調査

主要臨床症状は不妊のみであり、性欲低下、陰毛・腋毛の脱落が不明であって、他の項目は該当しなかった。(甲A5)

(c) 平成24年2月5日の中央市民病院石原隆医師(以下「石原医師」という。)作成の診断書

原告は、汎下垂体機能低下症に対してコートリル2錠、チラージン(50)1錠、成長ホルモン(注射)を補充中であり、全身倦怠感と筋力低下があった。検査は終生行う必要があり、結果が改善しない場合には投薬を続ける必要がある。合併症が生じるかは不明である。(甲C1)

(d) 平成24年7月の中央市民病院での臨床調査

主要臨床症状は陰毛・腋毛の脱落、不妊、耐寒性低下、全身倦怠感、気力・集中力低下、乳汁分泌低下及び筋力低下があり、性欲低下が不明であって、他の項目は該当しなかった。(甲A5)

(e) 平成24年7月13日の石原医師(内分泌内科)の所見

シーハン症候群としては改善しないが、安定した状態でありホルモン治療としては適切に行っている。全身倦怠感、気力低下、筋力低下など多くの症状があるが、ホルモン不足になっている可

能性は低い。コートリルの内服の分割や成長ホルモン治療を追加して経過を見ていたが、改善しないのであれば他の原因を検討する必要性を勧めた（例えばうつ病を鑑別するために精神神経科診察。）。汎下垂体機能低下症の患者は一般には普通の仕事が可能であり、適切な治療を行っていけば寿命も普通に全うできると考えている（不適切な治療が含まれるため平均は短い。）。軽作業しかできない現実があるので診断書には記載する。汎下垂体機能低下症は改善しないが、症状は他の治療で改善することを期待する。（甲A5）

(f) 平成24年7月15日付けの石原医師作成の診断書

風邪や微熱時に全身倦怠感が増悪するのは汎下垂体機能低下症の特徴的状态であり、その他の症状と汎下垂体機能低下症との関係は不明（関連がある可能性はあるが、評価は難しい）。一般的に治療後は無症状が多いが、直接は関係なくても間接的に関係している可能性はある。内分泌の治療を工夫してきたが、内分泌の治療だけでは改善しないようなので、今後神経内科や精神神経科などの診療が必要と考える。下垂体機能はほぼ完全に低下している。汎下垂体機能低下症が改善する可能性は著しく低いと考える。労働能力について、軽作業は可能（デスクワークが望ましい）、フルタイムは無理、パートで4時間未満、休憩が必要。現在の労働能力の低下の原因が汎下垂体機能低下症以外にないか検討して、他の原因がわかって適切な治療が行われると今後労働能力の回復する可能性はある。（甲A5，甲C2）

(g) 平成25年7月の中央市民病院の臨床調査

主要臨床症状は、陰毛・腋毛の脱落、不妊、耐寒性低下、全身倦怠感、気力・体力低下、乳汁分泌低下及び筋力低下であり、性

欲低下は不明であって、他の項目は該当しなかった。また、血液検査の結果は、コルチゾールは基準値が5.0ないし17.9であるのに対し原告は0.4であり、副腎皮質ホルモンは基準値が9.0ないし52.0であるのに対し3.2、甲状腺刺激ホルモンは基準値が0.4ないし4.0であるのに対し0.37、インシュリン成長因子は基準値が129ないし207であるのに対し128であった。(甲A5、甲C3)

(h) 平成25年12月4日の京都医療センター内分泌・甲状腺センターの島津章医師(以下「島津医師」という。)の所見

現在原告には、一般的に行われている補充が行われている。ただし、ホルモン補充治療にはまだ改善する余地が多く残されている(刻々と変わる状況に応じたホルモン分泌を完全に模倣することはできない。)。生活の質の改善とホルモン補充による検査値の動きとは必ずしも一致しない(血液中のホルモン濃度と働くべき部位におけるホルモン作用との間に時間的な差と反応の差があるため。)。原告の症状は、非可逆的変化をきたしたと考えられ、改善する可能性はまずない。十分な準備と対策を予め講じておけば、汎下垂体機能低下症であっても妊娠出産は不可能ではない。

(i) 平成25年12月20日の中央市民病院の大竹医師の所見

発症当初は性腺刺激ホルモンであるLH・FSHは正常下限以下の低値であったが、その後改善し正常域は上昇しているが、性腺ホルモンであるE2が基準以下でありながらLH・FSHを上昇させることができない下垂体機能不全の状態である。原告には、月経を起こすために定期的なホルモン補充が必要であり、かつ排卵を起こすためにはさらにホルモンの刺激を加えることが必須となる。現在、排卵誘発により卵巣が排卵を起こすかどうかはわか

らない。子宮動脈塞栓術の影響で排卵機能が低下することがある  
とはいわれている。今回癒着胎盤があったこと及び子宮動脈塞栓  
術の影響からも、次回妊娠の際も癒着胎盤の危険性がある。この  
ように自然妊娠は不可能と思われる。（甲C17）

(j) 平成26年1月15日の島津医師の原告に対する説明

変動が少ないホルモンである甲状腺ホルモンは、投薬でうまく  
コントロールして一定にすることが可能であるが、変動の大きい  
ホルモンのうち、特に副腎皮質ホルモンは投薬でコントロールす  
ることが難しい。副腎皮質ホルモンは、年齢を問わず日内変動が  
大きいことが特徴的であり、これを投薬で調整しようとしても、  
ホルモンの日内変動に似せることはできるが、生体のように刻々  
と変わる状況に応じたホルモンの分泌を完全に模倣することはで  
きない。生体では1分、1時間単位の調整がされているが、投薬  
ではそれが難しい。投薬で生体の分泌と完全に同一化させること  
は困難であり、薬を飲んでいれば通常人と同じ活動ができるとの  
意見には賛同できない。検査値と症状の程度には隔たりがあるし、  
生活の質の改善とホルモン補充による検査値の動きとは必ずしも  
一致しない。このようなことから、血液検査で十分な値が出ても、  
体内では足りない、あるいは多すぎることもある。血液検査だけ  
ではわからないことが多い。一般論として、下垂体機能低下症は  
回復することはない。壊死した細胞は再生しない。生涯にわたっ  
て補充療法を続ける必要がある。下垂体機能低下症は、欠乏する  
ホルモンの種類や量によって多種多様な症状をきたすが、補充療  
法によってホルモン値が回復した場合でも、患者の主観的評価と  
して症状やQOL（生活の質）の改善を認めない場合を経験する  
ことから、医学的客観的評価が、必ずしも患者自身の評価と結び

ついていないと考えられる。現在原告に対して行われている治療は、一般的な治療として問題はない。原告について、コルチゾールや成長ホルモンの自発分泌機能が極めて低下していることは明らかである。(甲B23)

c. 原告の現在の状況

原告は、近所を散歩する程度はできるが、走ることはできない。長男と遊ぶ際も、ボール遊びは長く続けられず、公園で遊ぶ際には頻繁な休憩が必要で、休憩がとれないと、その日のその後の動作が緩慢になる。階段の上り下りは困難で、エスカレーター又はエレベーターを利用するが、そのどちらもない場所では階段を利用せざるを得ず、その場合は、5段から10段ごとに休憩をしながらゆっくりとでなければ登れない。ヒールのない靴でもつまずきやすく、歩く速度も遅い。

家事については、布団の上げ下ろし、掃除機がけはBにしてもらっている。調理は休み休みでなければできず、握力の低下により、茶碗を落とすことも多くなった。

物事に対する集中力が全体的に欠けるようになり、リュックサックの閉め忘れや落し物が多い。放心状態になったり、相手の言葉に対する即時の理解ができなかったり、文章作成に時間がかかるようになった。また、文章や数字に関する集中力が低下した。

自転車をこぐ筋力がなくなり、集中力を持続できなくなったため、自転車には乗っていない。自動車については、アクセルやブレーキペダルを踏みかえる動作を瞬時に行うことが困難で、集中力・注意力を維持できないため、運転できない。

(以上につき、甲C27、甲C28、原告本人)

d. 原告の現在の日常的な生活

原告は、毎朝6時過ぎに起床し、朝食の準備として、パンに野菜、ハム、チーズを乗せたものを用意し、Bが牛乳、ヨーグルト等を用意している。その後、8時にBと長男を送り出し、一旦休憩をとり、洗濯物をゆっくり干し、掃除は、掃除機をかけることは難しいため、目についたほこりをティッシュペーパーでつまんで取る程度の掃除をしている。昼食には、前日の残り物等を食べ、その後、夕食の献立を考え、休みながら夕食の準備をしている。午後3時過ぎに長男が帰宅した後は、その日の出来事を聞く、宿題をする様子を見るなどし、週に1回はスクールバスでスイミングスクールに連れて行っている。午後5時過ぎにBが帰宅し、Bに手伝ってもらって家事をしている。

原告は、出産後、一時は母親の協力を得ていたものの、その後は親族に頼ったり、家事代行サービスを利用することはせず、Bの協力を得て家事と育児を行っている。

(以上につき、甲C27、原告本人)

(イ) 原告は、原告の労働能力は一般平均人の2分の1を下回っており、後遺障害別等級の第7級の5に相当すると主張するのに対し、被告は、原告の主張する症状のうち風邪や微熱時に全身倦怠感が増悪することの他は、原告の心因的な要素が相当程度影響しているし、仮に原告の主張にかかる後遺障害がシーハン症候群によるものであると認められたとしても、同等級の第9級の10又は11に相当する程度にとどまると主張する。

そこで検討するに、上記(ア) b (イ)の平成25年7月の臨床検査にあるような、原告が訴える全身倦怠感、気力・体力低下、筋力低下は、シーハン症候群の主要臨床症状と認められ(前記1(1)ウ)、原告に生じている各症状は、シーハン症候群によるものと認めるのが相当である。



後遺障害別等級の第7級に当たるものとして、「神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの」(第7級の4)、「胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの」(第7級の5)があげられており、また、第9級に当たるものとして、「神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの」(第9級の10)、「胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの」(第9級の11)があげられているところ、シーハン症候群にかかる下垂体は、脳に接して、脳の直下(腹側)に存在する内分泌器官であることからすると、シーハン症候群に基づく障害について、脳の障害(神経系統の機能の障害)とも、胸腹部臓器の機能の障害ともいい難く、上記のいずれかにそのまま該当するものとはいえないものの、これらに類するものとして、上記障害等級に準じて検討するのが相当である。そうすると、その障害の程度が、「軽易な労務以外の労務に服することができない」程度に至っておれば、第7級相当の障害といえるのに対し、「服することができる労務が相当な程度に制限される」に止まる場合は、第9級相当の障害といえる。

そうであるところ、原告は、本件当日までは健康で、スポーツを楽しむなど、活発に行動していたことが認められる(上記アa)ところ、本件当日以降の原告の状態は、上記アc及びdのとおりであって、その活動内容は、大幅に制限されているものといえる。そして、稼働能力については、上記アb(f)のとおり、石原医師作成の平成24年7月15日付けの診断書では、軽作業は可能(デスクワークが望ましい)、フルタイムは無理、パートで4時間未満、休憩が必要とされており、かかる診断内容は、上記アc及びdのような原告の日常生活の状況か

らも首肯し得るところである。以上のように、原告の日常生活にかかる活動内容は大幅に制限されていることや、上記のような原告の稼働能力についての診断結果に照らせば、原告の労働能力は、「服することができる労務が相当な程度に制限される」程度（9級相当）を超えて失われているものと認められる。一方で、上記(ア)c及びdからすると、原告は、できる範囲がかなり制限され、休憩等を取りつつ時間をかけて行う必要があり、また、夫である **B** の協力を得る必要がある部分も存するものの、それを超えて親族等の協力を得たり、家事代行サービスを利用したり等する必要までではなく、上記のような状態の下、自ら家事等を行うこともできている状況にあることに照らせば、原告の稼働能力が、「軽易な労務以外の労務に服することができない」程度(第7級相当)にまで至っているものとまで認めることはできない。これらからすれば、原告の労働能力の喪失率は、後遺障害別等級の第8級に相当する程度（労働能力喪失率45%）であると認めるのが相当である。

(ウ) 石原医師は、シーハン症候群について、ホルモン補充治療を適切に行っておれば、無症状が多いとの見解を示し、原告の上記記載のような状態について他の原因（精神的なもの等）の可能性を示唆しており（上記(ア)b(e)及び(f)参照）、被告もこれに沿う主張をしている。しかしながら、京都医療センター内分泌・甲状腺センターの島津医師は、刻々と変わる状況に応じたホルモン分泌を完全に模倣することはできず、ホルモン補充治療にはまだ改善する余地が多く残されており、原告の症状は、非可逆的変化をきたしたと考えられ、改善する可能性はまずないとの指摘をすところであり（上記(ア)b(h)）、とりわけ、原告が重症成長ホルモン分泌不全と診断され（上記(ア)b(a)）、その検査結果も、基準値を大幅に下回るなどしている（上記(ア)b(g)。コルチゾ

ールは基準値が5.0ないし17.9であるのに対し原告は0.4であり、副腎皮質ホルモンは基準値が9.0ないし52.0であるのに対し原告は3.2である。甲状腺刺激ホルモンやIインシュリン成長因子も基準値を下回っている。)ところ、変動の大きいホルモンのうち、特に副腎皮質ホルモンは、年齢を問わず日内変動が大きいことが特徴的であり、投薬でコントロールすることが難しいとの島津医師の説明(上記(ア) b (j))をも合わせ鑑みれば、上記のような原告の状態が精神的なもの等の他の要因に基づくものということとはできない。

(エ) 原告は、シーハン症候群による生殖能力の低下・喪失について、後遺障害別等級第7級の13「両側の睾丸を失ったもの」に相当するとして、併合第6級である旨主張する。しかしながら、生殖能力の低下・喪失が労働能力の喪失に結びつくものとは認め難く、原告の生殖能力が低下・喪失しているとしても(上記(ア) b (h)及び(i)によれば、少なくとも原告の生殖能力は著しく低下しているものといえる。)、これをもって、第8級に相当する労働能力の喪失という程度を超えて、さらに原告の労働能力が喪失されているものと認めることはできない。

(オ) 原告は、逸失利益算定の基礎となる収入は、賃金センサス平成20年産業計・企業規模計・女性・短大卒・全年齢の金額とすべきである旨主張するが、原告は出産当時専業主婦であったことからすると、逸失利益算定の基礎となる収入は、賃金センサス平成20年産業計・企業規模計・女性・学歴計・全年齢の349万9900円とするのが相当である。

原告の就労可能年数は、67歳までの30年であり、これに対応するライブニッツ係数は15.3725である。

以上によれば、原告の逸失利益として、2421万0995円が認められる。

計算式：349万9900円×15.3725×0.45÷2421  
万0995円

オ 慰謝料

(ア) 入院慰謝料 15万円

原告は、症状固定日までの約半月間入院していたところ、その間の慰謝料としては15万円が相当である。

(イ) 後遺症慰謝料 1000万円

上記のとおり、原告の後遺障害の程度（労働能力喪失の程度）は、後遺障害別等級第8級に相当するものというべきであるところ、原告は、5年以上に及ぶ不妊治療を経て授かった長男の出産を楽しみにしていたものであるが、出産後の原告の状況は上記エ(ア)c及びdのとおりであって、**D** 医師の過失によって、出産後は母乳で育てる意向を持っていたにもかかわらずそれもかなわず、筋力低下と倦怠感によって長男を十分に抱くことすらできず、長男が少し大きくなってからは、自転車に乗せていろいろな場所に連れていくこともできなかった（甲C27）など、長男に対して母親としての十分な関わりを持つことができない状態となっており、これらに対する母親としての悲しみは察するに余りある。また、上記エ(ア)b(h)及び(i)のとおり、原告の生殖能力は少なくとも著しく低下しており、今回癒着胎盤があったこと及び子宮動脈塞栓術の影響からも、次回妊娠の際も癒着胎盤の危険性があり、自然妊娠は不可能と思われるとの医師の所見が示されている。さらに、原告は、シーハン症候群により、今後生涯にわたってホルモンの補充治療を要する（前記1(1)ウ)上、上記ウ(イ)b及びcのとおり、本件当日後2度副腎クリーゼを起こし、救急搬送されているところ、副腎クリーゼは治療が遅れると生命予後が不良となる（甲B17）ため、原告は常に死の不安にさらされているものといえる。これらから

すると、**D** 医師の過失によって原告が受けた精神的苦痛は甚大であり、これを慰謝するための慰謝料として、1000万円を認めるのが相当である。

カ 小計

以上を合計すると、3649万2867円となる。

キ 弁護士費用 365万円

原告が弁護士を訴訟代理人として本件訴訟を迫行したことは当裁判所に顕著であるところ、本件と相当因果関係のある弁護士費用として、365万円を認めるのが相当であり、これを加算した金額は、4014万2867円となる。（なお、原告は債務不履行と不法行為とを選択的に主張しているところ、不法行為による損害として、上記債務不履行の場合を超える損害が認められるものではない。）

(4) 争点(7) (信義則による遅延損害金の減額の可否) について

被告は、原告の訴訟遂行が信義誠実の原則に反する旨主張するところ、平成26年1月28日の弁論準備手続期日において和解勧告をして和解協議を始め、一旦は合意に至る見込みとなったものの、最終的には原告が和解に同意せず、同年7月17日に和解打切となったこと及び出産の様子を撮影した動画(甲C29)が、平成28年6月1日の弁論準備手続終結の期日において提出されたことは、当裁判所に顕著である。

もつとも、上記のとおり合意に至る見込みに反して原告が最終的に和解に同意しなかったとしても、そのことが信義則に反するとまでいうことはできないし、被告の指摘する動画(甲C29)は、胎児が母体から娩出する様子等が撮影されており、訴訟において提出することを躊躇する原告の心情も理解できることを併せ考えると、本件における原告の訴訟遂行が、信義則上遅延損害金の減額を認めなければならないほど不誠実なものであったとは解されない。

#### 第4 結論

以上によれば、その余の点について判断するまでもなく、原告の被告に対する債務不履行に基づく損害賠償請求は、4014万2867円及びこれに対する請求日の翌日である平成23年10月20日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由があるから同限度で認容し、その余は理由がないから棄却することとして、主文のとおり判決する。

神戸地方裁判所尼崎支部第1民事部

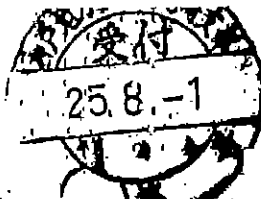
裁判長裁判官 田 中 健 治

裁判官 中 井 沙 代

裁判官濱優子は、転補のため、署名・押印することができない。

裁判長裁判官 田 中 健 治

(別紙)



平成24年(ワ)第1383号 損害賠償請求事件

診療経過一覽表

年月日	時間	診療経過 (入通院状況・主訴・所見・診断)	SI 値	累積 出血	検査 結果	証拠	認否	原告の主張	証拠	
20.11.19	9:50	胎児娩出 胎児娩出後Brandt-Andrews法、Crede法で胎盤娩出を試みるが困難で、その間出血増加を来したため、急ぎ娩出することとし、用手剥離とした。					乙A2 P5	認		
	9:54 ころ								臍帯切断	
	9:59 ころ								遅くとも用手剥離に着手	
	10:07	胎盤娩出 胎盤所見：欠損部あり、しかしそれに見合った破片あり子宮内残存なく全て娩出。但し細かい部分は不明。連結ガーゼ 臍内挿入			7トニンIA(静注) 7トニン促進剤DIV(全開) マリツ1g(点滴)	乙A2 P4, 5	認			
	10:36	縫合終了、出血量110+590		640						乙B3 P6
	10:56	胎児娩出後1時間 収縮良好			DIV抜針	乙A2 P6	認			
	11:50	胎児娩出後2時間 出血 10g		650		乙A2 P6	認			
	12:48	NS防室・食事少量摂取後気分不良出現したと言 い、顔色不良意識ハハ 出血320g BP67/ 67 導尿150ml 輸マにて収縮良くなる モニター開始 BP90/61 HR136 SPO2 99%	2.13 1.61	970	出血血圧導尿 輸マ(子宮輪状マッサー) ソリタ3(600ml)点滴全 開 モニター開 始	乙A2 P13	認			
	13:10	医師診察 ガーゼ抜去 出血400g		1370	ガーゼ抜去 ヘスパンダー500ml (ソリタを側管か)	乙A2 P13	認	累積出血量は 1370g		乙A2 P6
	13:18	BP106/71 P139 SPO2 100% 子宮底2/N (子宮底臍下2横指下) 硬度良好	1.31		アトニンIA (ソリタ点内へ)	乙A2 P13	認			
	13:40	BP107/88 P105 SPO2 99%	0.98			乙A2 P13	認			
	14:06	BP122/82 P100 出血40g 硬度良好	0.81	1410	モニター除去 ヘスパンダー500ml追加	乙A2 P13	認			
	16:00	P98 子宮底2/N 硬度良好 臍内挿入ガーゼを伝って出血 少量有			ソリタ終了	乙A2 P13, 14	認			
	16:06	導尿300cc. BP130/104 P102 出血60g↑ 子宮底2/N 輸マ硬度良好	0.78	1470	フェジン2A(側管) 輸マ続行	乙A2 P14	認			
	16:36	医師診察				乙A2 P14	認			
	16:44	連結ガーゼ抜去後、出血続く 輸マ続けるが子宮収縮不良 BP99/77 HR155 SPO2 100%	1.56			乙A2 P14	認			
	16:46	BP110/71 HR147 SPO2 98% 意識レベルダウン気味 「ボーっとする」と。	1.33		アドナ IA・トランサミ ン IA (ヘスパンダー点 内へ) ソリタT3 500ml全開 (ヘ スパンダー側管)	乙A2 P14	認			
	16:50	BP107/66 HR146 SPO2 97% 経腹エコー下で胎盤剥離にて、血腫、残存胎盤 等の摘出を試み、輸ママッサージ 連結ガーゼの臍内挿入をして、子宮圧迫、止血 処置をした	1.35		採血：CBC、TP、 GOT、GPT、プロトロ ンビン値、APTT、 フィブリノーゲン、 AtIII ファルコバイオシス テムへ検査依頼→結 果報告は11月20日 ヘスパンダー500ml全開	乙A2 P14, 18	認			
	16:53	BP106/73 HR134 SPO2 98%	1.26			乙A2 P14	認			
	16:55	BP106/67 HR134 SPO2 98%	1.27			乙A2 P14	認			
	16:57	BP99/66 HR132 SPO2 99%	1.33			乙A2 P14	認			
	17:00	BP96/65 HR137 SPO2 99%	1.42			乙A2 P14	認			
	17:02	BP115/68 HR134 SPO2 98% 意識清明	1.16			乙A2 P14	認			
	17:05	BP108/68 HR136 SPO2 100%	1.25			乙A2 P14	認			
	17:10	BP108/62 HR140 SPO2 100%	1.29			乙A2 P14	認			
	17:12	BP94/65 HR138 SPO2 99%	1.46			乙A2 P14	認			
	17:15	BP96/66 HR139 SPO2 98%	1.46		アトニンIA (ヘスバ ンダー点内へ)	乙A2 P14	認			
	17:16	BP93/68 HR146 SPO2 97%	1.55			乙A2 P14	認			
	17:17	BP87/63 HR143 SPO2 98%	1.64			乙A2 P14	認			
	17:19	BP104/62 HR127 SPO2 100%	1.22			乙A2 P14	認			

年月日	時間	診療経過 (入院状況・主訴・所見・診断)	SI 値	累積 出血	検査・処置	証拠	認否	原告の主張	証拠
	17:23	BP09/65 HR124 SPO2 94%	1.25		アドナ 1A・トラン サミンIA (ソリタ 点内へ)	乙A2 P16	認		
	17:24	SPO2 91%				乙A2 P16	認		
	17:25	BP107/68 HR119 SPO2 98%	1.11		酸素5L (経鼻)	乙A2 P16	認		
	17:27	BP108/73 HR121 SPO2 100%	1.14			乙A2 P16	認		
	17:28	BP110/70 HR113 SPO2 98%	1.02		医師処置終了	乙A2 P16	認		
	17:30				バルーン挿入 酸素3 L	乙A2 P16	認		
	17:35				酸素1L	乙A2 P16	認		
		スタッフ日勤より夜勤スタッフに交代 出血量集計 ・16:35~16:28の処置間の出血量→ 747+740+740g ・分娩時から処置までの出血量→1370g 合計3590g との記載があるが実際の出血量は不明		(3590)		乙A2 P16	否	診療録記載のとおり、 ここまでの累 積出血量は3590g	乙A2 P16
	17:40				アトニンIA (ソリタ 点内へ)	乙A2 P16	認		
	17:43	BP103/70 HR114 SPO2 100%	1.10		酸素0.5L 足元のみ電気毛布使 用 右上肢点滴ルート (Rとする) にソリタ T3(500ml) : 左上肢 点滴ルートをLとする	乙A2 P16	認		
	17:55	BP101/70 HR120 SPO2 100% 閉眼している 呼びかけにしっかり返答するも 顔色不良 四肢冷感著明	1.18			乙A2 P16	認		
	18:00	BP104/71 HR116 SPO2 100% 子宮底1/N 硬度良好 出血付着程度	1.11		L: ラグテックG600 ml +VC600g +ネオラ ミンマルチIV	乙A2 P16	認		
	18:05	酸素中止				乙A2 P16	認		
	18:15	酸素2L BP104/77 HR124 SPO2 95%	1.19			乙A2 P16	認		
	18:18	酸素3L BP105/74 HR121 SPO2 94%	1.15			乙A2 P16	認		
	18:21	酸素5L 92% 手指冷感湯たんぽ使用				乙A2 P16	認		
	18:23	BP08/67 HR130 SPO2 92%	1.32			乙A2 P16	認		
	18:24	BP110/76 HR115 SPO2 92%	0.96			乙A2 P16	認		
	18:28	酸素6L BP104/69 HR130 SPO2 93% 夫と会話している。脈は頻脈で触診で緊張もや や弱い。	1.25			乙A2 P16、16	認		
	18:30	BP101/69 HR130 SPO2 93%	1.28			乙A2 P16	認		
	18:33	BP111/73 HR127 SPO2 93%	1.14			乙A2 P16	認		
	18:34	BP101/49 HR133 SPO2 93%	1.31			乙A2 P16	認		
	18:36	BP05/64 HR138 SPO2 94% 尿40ml (増量なし)	1.46			乙A2 P16	認		
	18:39	BP117/85 HR124 SPO2 94%	1.05			乙A2 P16	認		
	18:42	BP114/70 HR133 SPO2 95%	1.16			乙A2 P16	認		
	18:44	BP110/77 HR126 SPO2 95% 子宮底1/N 硬度不良 出血量110g 状況医師へ報告す 採血試みるもできず	1.13	(3700)		乙A2 P16	認	累積出血量は3700 g	乙A2 P16
	18:45	BP85/81 HR140 SPO2 100% BP08/65 HR137 SPO2 100% パット交換にて臀部持ち上げるだけで血圧低下 が起こっている 本人呼びかけにしっかり返答 するも顔色蒼白は変わらず	1.64 1.39			乙A2 P16	認		
	18:50	尿80ml (廃棄) BP127/82 HR126 SPO2 100%	0.99			乙A2 P16	認		
	18:55	BP117/80 HR129 SPO2 100%	1.10			乙A2 P16	認		
	18:57	BP117/85 HR129 SPO2 100%	1.10		フェジン2A (静注)	乙A2 P16	認		
	18:59	BP117/82 HR138 SPO2 100%	1.17			乙A2 P16	認		
	19:00	BP113/81 HR133 SPO2 100% 寒い眠たいとあくびをしている 放棄に湯た んぽ及び掛け布団追加 状況を医師に報告	1.17			乙A2 P16	認		
	19:06	BP103/70 HR140 SPO2 100%	1.35			乙A2 P16	認		
	19:09	BP08/65 HR141 SPO2 100%	1.43			乙A2 P16	認		



年月日	時間	診療経過 (入院状況・主訴・所見・診断)	SI 値	累積 出血	検査・処置	証拠	認否	原告の主張	証拠
	19:11	BP107/73 HR135 SPO2 100%	1.26			乙A2 P16	認		
	19:12	BP111/76 HR138 SPO2 100% ベビーボトル哺乳の場面を見る 笑顔あり ベ ビーに声かけてきている ベビーとタッチング する	1.24			乙A2 P17	認		
	19:13	BP96/67 HR142 SPO2 100% T36.8℃	1.47			乙A2 P17	認		
	19:15				R: ソリタT3 500ml 接続	乙A2 P17	認		
	19:16	BP102/62 HR139 SPO2 100%	1.38			乙A2 P17	認		
	19:19	BP108/72 HR140 SPO2 100%	1.29			乙A2 P17	認		
	19:22	救急車到着 救急隊LDRへ BP108/78 HR139 SPO2 100% BP109/77 HR138 SPO2 100%	1.28 1.26			乙A2 P17	認		
	19:24	BP99/70 HR142 SPO2 100%	1.43			乙A2 P17	認		
	19:25				酸素中止 担架にて 階段を搬送	乙A2 P17	認		
	19:30	救急車で神戸中央市民病院へ (医師同乗) 尿230ml				乙A2 P17	認		
				(3700)				総出血量3700	乙A2 P17
	19:48	神戸中央市民病院救急に搬入時データ BP98/48 HR141 SPO2 100% BT36.8℃ 意識清明	2.93			甲A2 P4	認		