研究ノート

奈良県大淀病院事件判決（大阪地判平成22年3月1日）覚え書き[1)]

平　野　哲　郎

一　はじめに
二　本件の経過
三　争点についての当事者の主張
　1　原告の主張
　　ア　過失1（誤診）
　　イ　過失2（CT検査・転送遅延）
　　ウ　因果関係
　2　被告の主張
　　ア　過失1（誤診）
　　イ　過失2（CT検査・転送遅延）
　　ウ　因果関係
四　証言・鑑定
　1　鑑定及び国立循環器病センターの医師らの証言
　　ア　産科
　　イ　脳外科
　2　本件医療関係者証言
　　ア　被告D医師
　　イ　内科E医師
　　ウ　F助産師
　　エ　H看護師
　3　原告A陳述
五　裁判所の認定とその評価
　1　事実経過
　2　医学的知見
　3　過失
　　ア　過失1（誤診）
　　イ　過失2（CT検査・転送遅延）

1）判時2079号67頁、判タ1323号212頁

4　因果関係
六　検討
1　判断の枠組み
2　「付言」から推測される本件に対する裁判所の見方
3　医療側と患者側の基本的な対立構造
七　もう一つの判決
1　主文
2　事実及び理由
ア　事実経過
イ　判断
ウ　付言
八　医師の意見
1　大阪大学産科学婦人科学木村正教授
2　京都府立医科大学神経内科学中島健二名誉教授
九　最後に

一　はじめに

本件は、奈良県大淀町立大淀病院に出産のため入院していた産婦が分娩中に意識を喪失し、大阪の国立循環器病センター病院に搬送され、帝王切開術と開頭手術を受けたものの、結局意識を回復しないまま死亡した事件である。「病院受け入れ拒否：意識不明、6時間“放置”妊婦転送で奈良18病院、脳内出血死亡」（2006年10月17日毎日新聞大阪本社版朝刊）などとセンセーショナルに報道され、「奈良・産婦たらい回し事件」として、同じ2006（平成18）年2月に産科医が逮捕された福島県立大野病院事件と並んで大きな注目を集めた。

亡くなった産婦の夫とこのとき生まれた子を原告とし、大淀町と主治医である産婦人科医を被告とする損害賠償請求事件が2007年に大阪地方裁判所に提訴されてから2010年に判決が言い渡されるまで、私は都合のつく限り弁論、弁論準備、尋問の傍聴を続けた（本件では裁判長の訴訟指揮で、弁論準備手続も大阪地裁の大法廷で公開で進められた）。ときには、大阪地裁の大法廷に入りきらない傍聴希望者のために整理券による人数制限が

行われ、余分に席を確保した新聞記者に券を分けてもらって傍聴したこともある。訴訟の過程で、原告とそのご家族からお話を伺う機会があり、判決後は、原告代理人石川寛俊弁護士、被告代理人米田泰邦弁護士のご厚意で訴訟資料を貸していただき、質問の機会を作っていただいた。

そして、判決から半年が経った2010（平成22）年10月9日に、京都府立医科大学で開催された関西医事法研究会で、本件について報告する機会を得た。この研究会には、本件の大島眞一裁判長、原告代理人石川弁護士、被告代理人鵜飼万貴子弁護士が参加し、産婦人科の木村正大阪大学教授や神経内科の中島健二京都府立医科大学名誉教授からコメントもいただくことができ、大変有意義で学際的な議論が行われた。このときの報告の一部は、京都府立医科大学雑誌120巻7号（2011年7月）535～537頁に掲載されている。また、年報医事法学26号（2011年8月）240～246頁にも簡単な評釈を書いた。

しかし、いずれも簡単なものに過ぎず、もう少し詳しく事件の報告をまとめるとともに、この事件を通して浮き彫りになった日本の産科地域医療が現在抱える問題について論じることは意義があると考え、若干時間は経ってしまったが、本稿を執筆した。これによって、お話を聞かせてくださった原告ご家族、資料を提供してくださった両訴訟代理人のご厚意に報いたいと思う。

二　本件の経過

本件の主な登場人物は以下のとおりである。年齢は本件当時である。

原告A　警備会社勤務（24歳）
原告B　AとCの間の男児
C　　Aの妻（32歳）。初産。原告Bを出産した8日後に死亡。

被告D　男性産婦人科医（56歳）。奈良県立医科大学卒。産婦人科診療経験24年のほぼ全てを大淀病院の勤務医として過ごす。分娩は約6000例を経験し、子癇は3例を経験した。分娩時の脳内出血は経験したことはない。本件当時、県立医大から非常勤医師の応援を得ながら、年間150件以上の分娩を扱い、宿直勤務は週3回以上こなしていた。

E　男性内科医（30歳）。医師経験6年。脳梗塞と脳出血を合わせて100例の経験がある。

F　助産師（43歳）。助産師経験15年。ずっと大淀病院勤務。分娩経験500例。分娩時に産婦が頭痛を発症した経験はまれで、意識消失・けいれんは未経験。

G　産婦人科医。奈良県立医大から大淀病院に派遣。Cの外来を担当。

H　看護師（41歳）。看護師経験19年。救急外来及び除脳硬直の患者を見た経験あり。子癇の経験はなし。

Cの入院から転送・死亡の転帰に至るまでの経過の概要は以下のとおりである。なお、初診から事故後の病院から原告らに対する説明会や報道、大淀病院による産科の取扱い中止、提訴、奈良県立医大の総合周産期医療センター指定などを含む詳細な事実経過は末尾添付の一覧表のとおりである。

原告Aの妻C（当時32歳）は、出産予定日を8日間過ぎていたことから、分娩誘発目的で平成18年8月7日午前9時20分、大淀町立大淀病院に入院した。Cにはそれまで妊娠高血圧症などのリスク要因は特になかった。午前9時40分ころから経口陣痛促進剤の服用が開始され、午後6時ころから規則的な陣痛が始まった。ところが、8日午前0時ころAは強い頭痛を訴えて嘔吐し、14分に突然意識を失った。Cの主治医であるD医師は、内科当直医のE医師に診察を依頼したところ、E医師は、Cの血圧（147／73）・呼吸が

安定しており、瞳孔に左右差がないことなどから、陣痛による心因的失神と診断し、経過観察を助言した。

Cは意識を回復しないまま、午前1時37分ころになって血圧が自動血圧計175／89、水銀200／100となり、けいれん発作を起こした。このけいれん発作は四肢に力を入れて外に突っ張るような姿勢で、これを見たH看護師はそれまでの経験から脳出血などが発生した場合にみられる除脳硬直であると判断し、病棟看護管理日誌にその旨を記載した。しかし、D医師は子癇（妊娠高血圧症候群に引き続いて生じることの多いけいれん発作）を疑い、子癇発作に対する鎮痙剤であるマグネゾールを注入した。これに対し、脳梗塞と脳出血を合わせて約100例を見た経験があるE医師は、脳の異常を考え、CT検査の実施をD医師に尋ねたが、D医師は、それよりも高次医療機関への搬送を優先すべきであると判断し、1時50分ころ奈良県立医大病院を通じて搬送先を探し始めた。

D医師のそれまでの経験では搬送依頼から1時間以内に搬送先は決まっていたのだが、このときは20近くの病院が満床などを理由に受入れを断ったため、なかなか搬送先が見つからず、4時49分になってようやく大阪府吹田市の国立循環器病センターへの搬送が開始され、5時47分に同センターにC、原告A、D医師を乗せた救急車が到着した。同センターにおいて6時20分ころ実施された頭部CT検査の結果、Cが脳出血を起こしていることが判明し、7時55分ころ開頭手術と帝王切開術が開始され、Bは無事出生した。しかし、Cの脳損傷はすでに甚大であり、意識を回復しないまま8月16日に脳出血により死亡した。

三　争点についての当事者の主張

本件の争点とそれについての当事者の主張を私なりに整理してまとめると以下のようになる（＊は、私のコメントである）。

1　原告の主張

ア　過失1（誤診）

原告は、以下のような事実経過であると主張して、それを前提にD医師の誤診を主張している。

午前0時ころ、脳出血が発生し、6時間かけて徐々に出血が進行したのであり、午前4時ころまでに開頭手術をしていればCの救命は可能であった。1時37分ころのけいれんは、除脳硬直様の発作であり、遅くともこのときには脳出血との診断が可能であった。

＊1時37分ころのけいれんは、除脳硬直様の発作であったという主張は、その時点では脳出血の予見可能性があったにもかかわらず、D医師は子癇と誤診したということであり、「結果予見義務違反」の主張と考えられる。脳出血が6時間かけて進行したという主張は、結果回避可能性があったと主張するためになされたものと考えられる。そして、4時までに開頭すれば救命可能であったとの主張は、結果回避可能性すなわち因果関係があったとの主張である。本件では、原告は医療水準論を採らずに、予見可能性→予見義務違反→回避可能性→回避義務違反という枠組みによる主張をしたようである。

イ　過失2（CT検査・転送遅延）

0時14分の意識消失から数分経過した時点で頭部CT検査を実施すれば、1時までには脳出血の存在が明らかになっていたはずであり、CT検査は被告病院で可能だった。D医師が子癇を疑っていたとしても、緊急性を有する脳出血との鑑別のためCT検査は必要である。したがって、D医師にはCT検査義務があり、それに違反したことになる。

そして、脳出血が明らかになれば、産科ではなく、脳外科救急機関への搬送をすればよく、それは困難ではなく、早期にCの治療を開始できた。したがって、D医師には脳外科への早期転送義務違反もある。

＊CT検査及び脳外科への転送という結果回避可能性があったにもかか

わらず、D医師は「結果回避義務」に違反したという構成ととらえられる。

ウ　因果関係

0時14分から数分経過した時点でCT検査をして、1時までに脳出血の存在が明らかになっていれば、脳圧降下剤の早期投与、脳外科への早期搬送、早期（4時ころまで）手術が可能であった。すなわち、Cの死亡の結果を回避できた可能性があったことになり、これは救命の高度の蓋然性があったことを意味する。

2　被告の主張

ア　過失1（誤診）

D医師が、E医師に相談した上で、午前0時14分の失神を「心因性」という診断の下に経過観察したのは適切だった。そして、1時37分ころのけいれん発作は子癇によるものであった。これに対しては鎮痙剤マグネゾールを投与した上で経過観察をするのが標準的な医療である。Cには、マグネゾールの静脈注射が奏功したから、子癇との診断は誤診ではなかったといえる。すなわち、原告の主張する過失1は存在しない。

＊立証段階では、被告は国立循環器センターの脳外科医からCの意識喪失は0時14分に脳出血が生じたことによるものであり、それが急速に進行したため救命の可能性はなかったという証言を引き出している。これは、意識喪失の原因が、心因性や子癇によるものであったという主張とは矛盾するが、主張レベルでは被告は意識喪失が脳出血によるものであったことは認めていない。

イ　過失2（CT検査・転送遅延）

上記のとおり、D医師の子癇との診断は誤診ではなかったのであるから、D医師には、CT検査を実施すべき義務はなかった。

仮に、脳出血が0時ころに発生していたとしても、現状で子癇と脳出血の鑑別は困難である。すなわち、仮に客観的には誤診だったとしてもそれは避けがたいものであった。したがって、D医師が安静と搬送を優先し、

CT検査を実施しなかったことは適切である。

＊子癇との診断が誤診ではなかったとの主張をし、かつ、D医師の尋問でもその趣旨の答えを引き出しつつ、国立循環器センター脳外科医からは当初から脳出血があった旨の証言を引き出す立証をした点は、一見矛盾する印象を与えるが、訴訟活動してはあり得なくはない。

ウ　因果関係

Cは、午前4時ころ、脳出血を起こし、その後、極めて短時間に大出血したものと考えられる。とすると、0時14分から数分経過した時点ではCT検査をしても意味がない。

仮に0時ころに出血が発生したのだとしても、CT検査の結果が判明するのは1時ころであり、帝王切開をした後、開頭手術ができたのは4時30分ころになる。とすると、4時ころの脳ヘルニア完成は阻止できない。

また、仮に2時ころのけいれん発作が除脳硬直だったとすればその時点で脳ヘルニアは完成していたことになる。したがって、結果回避可能性がなく、因果関係は認められない。

また、本件では、脳外科がある救急病院への搬送だけをすればよいのではなく、分娩中であるから産科と小児科の管理も必要であり、搬送が容易とはいえない。したがって、脳外科なら搬送が容易であるという原告の主張の前提が誤っており、脳外科への転送によって結果を回避できた可能性はない。

＊午前4時ころに脳出血を起こしたという主張は、被告が国立循環器センター脳外科医から引き出した、0時ころに脳出血が生じ、急速に進行したという証言とは矛盾する。

四　証言・鑑定

本件の訴訟記録によれば、関係者の証言や鑑定の要旨は以下のようなものであった。

1　鑑定及び国立循環器病センターの医師らの証言

ア　産科

①　平松祐司鑑定（裁判所選任　岡山大学教授・1977年岡山大学卒業）

- 1時37分のけいれん発作を子癇か、脳出血か判定するのは困難。
- D医師が、0時14分から1時37分まで経過観察したのは不適切とはいえない。分娩中の脳出血発生率は0.007％で、これを疑うことを求めるのは困難。
- ただし、除脳硬直、瞳孔散大兆候が出てきた1時37分には脳出血なども考慮すべき（補充鑑定）。その場合もCTをすぐ撮るかは患者を動かしてよい状況にあったかによる。
- 本件は、産科・脳神経外科・麻酔科が完備した病院で、意識消失あるいはけいれん発作後直ちにCTやMRIが撮れて、手術室も使える条件がそろっていなければ救命困難な、まれな重篤疾患。

②　打出喜義鑑定（原告代理人依頼　金沢大学講師・1978年金沢大学卒業）

- 本件では、当然行われるべき意識障害の原因診断が行われていない。そのため降圧剤・脳浮腫改善剤投与がなされていない。
- D医師が、CT検査もせずに「子癇の疑い」で搬送先を探したのは不適切。CT検査をすぐ指示していれば、1時間もせずに脳出血の診断がつき、脳外科のある病院への搬送が可能だった。予後は不良かもしれないが、死亡は回避できた。
- 一人医長の医療水準について「『一人医長』といえども、最低限の医療水準の保持は医師としての責務であり、例えば、意識障害を来した

妊婦を『子癇』と診断する際には、CT検査をするというのは、CT検査のできる病院に勤務する医師には当然のことである」。

③　国立循環器病センター池田智明医師（1983年宮崎医科大学卒業）

- 厚生労働省の妊娠合併の脳血管障害の調査の主任研究員をしている。
- 脳内出血には、脳実質内出血とくも膜下出血がある。
- 分娩中の脳内出血は1万から2万分娩に1例くらい、子癇は5000分娩に1例くらいと推定される。
- Cについて、自分が脳出血を疑ったのは、それまで3例の脳出血の経験があり、研究もしていたというバックグラウンドがあったから。意識障害が長いというので、子癇ではないと考えた。
- ヒステリー・心因性の意識障害と子癇・脳出血との鑑別は、腕を顔の上に落として、止めるかどうかによって行う（ハンド・ダウン・テスト）。ヒステリーの場合は顔に当たらないように腕を止めるか、よける。
- 子癇のけいれん発作と除脳硬直は同じように見える場合もあり得る。教科書的な典型例ばかりではない。
- 子癇の場合、安静も必要だが、治療も必要。CTは近くに部屋があるなら撮るのもよいが、第一ではない。
- Cの出血の原因は分からない。分からないケースが50％以上。
- 今までの周産期医療は、未熟児、早産医療に力を入れていて、妊婦の治療がおろそかになっていた。
- 搬送先としては子癇の方が、脳出血よりも見つけやすい。
- 国立循環器センターで、CT検査後、1時間あまりで脳外科手術できたのは神業と言ってよい。日本でもこんなところはほかにない。普通は半日以内にできればよい。
- 胎児の状態も悪かったので新生児科の蘇生チームも用意した。
- 本件は、子癇ではなく、脳出血。脳出血は0時の頭痛のときに起きた

と考えられる。高血圧は出血の原因ではなく、結果である。

- 子癇と脳出血の鑑別は重要だが、簡単ではない。
- Cは子癇ではなく、脳出血だったわけだが、1時37分以降、けいれんが止まったのはマグネゾールの作用による可能性もある。マグネゾールは脳ではなく、筋肉に作用するからである。
- 奈良県警が早い段階で事情聴取に来た。そのときにも産科の判断の中でも難しいケースであるという話はした。

イ　脳外科

① 斉藤勇鑑定（裁判所選任　富士脳障害研究所付属病院理事長・杏林大学名誉教授・1963年東京大学卒）

- 脳内出血は0時頃発生したものと考える。出血の原因は不明。
- D医師が、マグネゾールが効いたと判断して、1時37分のけいれん発作を子癇と判断したことはやむをえない。
- しかし、入院までの血圧が正常だったこと、0時14分から意識障害が遷延していることからすると、1時37分以降のいずれかの時点で脳の病変を疑うことも可能であった。
- 撮影に要する時間のロスを考慮して、CTを撮らずに迅速な移送を優先したのは妥当。ただし、結果論としては脳の障害を疑い、CTを撮影するチャンスはあった。
- 母体を救えたのは1時37分まで。しかし、それまでに手術をするのは不可能であったから、救命は不可能だった。脳ヘルニアは2時には完成したと考えられる。

② 近藤孝鑑定（原告代理人依頼　紀和病院院長・1972年大阪大学卒業）

- 0時14分には瞳孔散大なく、対光反射を認め、共同偏視・顔面麻痺がなかったこと、1時に「四肢動かす」との助産師の記載があり、脳出血に伴う片麻痺のような運動障害はまだなかったこと、1時37分のけいれん時に瞳孔散大が生じていることから、この時に脳出血が生じた

と考えられる。

- 1時37分にE医師の「頭部CTを撮っては」という助言を考慮せず、D医師が子癇の疑いが強いと判断して、脳出血の治療が遅れたのは大きな過失である。
- CT撮影をして、脳出血と診断していれば、脳圧下降剤（グレノール）の投与ができた。
- 搬送も、「分娩中の脳出血」として問い合わせる方が決定が容易である。
- 現に、本件で国立循環器病センターの産科医は、患者を診て直ちに脳出血を考え、頭部CTを行っている。

③ 国立循環器病センター高橋淳医師

- 脳内出血が生じたのは0時14分の確率が高い。
- すぐ意識がなくなっているので、最初から大出血だった可能性が高い。
- 出血と同時に瞳孔が開くわけではない。タイムラグがあってもおかしくない。ただ、脳外科医でなければそのことを知らないかもしれない。脳卒中の経験がなければ瞳孔が開いていないから脳血管障害を除外してしまう可能性はある。
- 1時37分のけいれんは、そこで大出血が起きた可能性もあるし、脳ヘルニアが完成したための発作の可能性もあるが、除脳硬直だとすると後者であろう。
- 2時に両瞳孔散大。この時点で脳ヘルニア完成と考えるのが通常である。JCS（ジャパン・コーマ・スケール。日本昏睡尺度。刺激に対する覚醒の程度によって意識障害の程度を数字によって表す）200～300（反射的体動があれば200、動きなし300）で、両瞳孔散大なら完成と診断する。
- 両瞳孔散大から1、2時間したら常識的には救命不可能。2時から数十

分以内に開頭手術をしないと駄目だった。

- 国立循環器センターでも搬入から手術開始まで最速で1時間かかる。
- 瞳孔が開いてきたら頭蓋内疾患を疑うのは当然である。
- 本件では、術前の情報が乏しかったので開頭手術をしたが、結果的には適応外だったかもしれない。
- 血腫除去術は通常の脳外科医であればできる。それほど難しくはない。問題は病院のスタッフなどの体制が整っているかである。
- 仮に脳ヘルニア完成が4時だとしたら、4時までに開頭手術が行われていたら救命の可能性はあった。
- 瞳孔散大が2時というのが自分の判断の根拠である。
- 助産師の記述は「散大」ではなく「開大」であるが、これは医療用語としては使わない。

2　本件医療関係者証言

ア　被告D医師

- 子癇の可能性と診断した。
- 脳出血のことは考えていなかった。
- 本件までに子癇は3例ほど経験があったが、脳出血は初めてだった。心因性で分娩中に意識喪失という産婦も経験したことはなかった。
- マグネゾール投与後、けいれんが治まった。昏睡は、子癇の最後の症状なので、それだと思った。
- とにかく、大淀病院では手に負えないから搬送するしかない。帝王切開は麻酔科医ともう一人産科医がいないとできない。
- CTは、安静を優先して撮らなかった。搬送先で撮った方がよいと考えた。
- 一人医長なので学会への参加などは長年できていなかった。
- 奈良県立医大から週に2日応援に来てもらっていた。
- 私の判断はその時点では間違っていなかったと思う。

イ　内科E医師

- 0時30分頃、陣痛中に意識消失した患者がいるということで診察に行った。
- 脳に異常がないか調べるために瞳孔を見たが、異常はなかった。血圧も問題なかったので、心因性と判断した。つねる刺激で体動はあったからJCSは100～200と診断した。
- 腕を顔に落下させるテストはしたが、一応はねのけるような動きをした。不慣れなので参考程度である。
- それまでの心因性失神の例から、経過観察は30分程度と考えた。
- 裁判長からの「結果的には30分経過した時点で診てみた方が良かったといえるのか」という質問に対して、「看護師から連絡がないと動きようがない」との回答（しかし、看護師には30分経っても意識回復しなければ呼ぶようにという指示はD医師もE医師もしていない。）
- 1時50分に再度呼ばれて行ったときには、瞳孔が散大し、左のみわずかに縮瞳する状態。
- この時点で、心因性ではなく、脳出血だと思い、CTを撮るようD医師に提案したが、D医師が「動かしてはいけない」と言った。妊婦なのでD医師の判断に委ねた。
- その時点でD医師は転送を決めており、それは正しいと考えた。
- 分娩室からCT室までは、5～10分かかる。技師は当時いた。
- 2時から3時の間に除脳硬直が繰り返し見られた。除脳硬直はそれまでに見たことがあるが、子癇発作はない。
- 4時過ぎに舌根沈下したので、気管内挿管した。呼吸中枢が障害されてきていると思った。

ウ　F助産師

- 0時の頭痛は通常の痛さではないと感じた。
- 0時14分の意識消失後の血圧は140/90で、格別異常ではなかった。

- 1時に「陣痛発作時、四肢動かす　顔をしかめたりする」と書いたのは4分間隔の陣痛の時に力が入る様子。
- 血圧計は180を超えたらアラームが鳴るように設定した。
- 1時37分の血圧は水銀で200/100。
- 除脳硬直は看護学校の時1、2例見たことがある。子癇はない。
- 2時ころ、瞳孔「開大」と書いたのは、普通よりやや開いているという意味でそう書いた。
- 頭の方はどうかな、と思って瞳孔を見てみた。
- 搬送先は、今までは30分くらいで決まっていた。

エ　H看護師

- 1時37分に血圧が異常に高くなったので病室に行った。
- Cが除脳硬直の姿勢をしていた。自分はすぐに除脳硬直だと思ったので、当直日誌にそのように書いた。陣痛にあわせて起こっていた。除脳硬直はそれまでに見たことがあった。子癇は見たことはない。Cの症状はけいれんではなかった。
- いびきもかいていた。瞳孔がやや散大していた。病室には2時ころまでいた。

3　原告A陳述

- 0時ころ、Cが頭の右後ろを痛いと言ってたたいた。13分に、本気で殴るくらい強くたたいて、奇声を発して意識がなくなった。
- 身近に脳出血を体験したことがあるので、直後に病室に来たD医師とE医師に、脳の血管が切れたのではないかと尋ねた。しかし、「バイタルも正常ですから、しばらく様子を見ましょう」と言われた。
- このときに何かしてくれていたら、という思いが強い。意識がないまま放置されたという悔しさがある。
- 1時40分くらいに、血圧が異常になって、血圧計のアラームが鳴った。そのときから手を内側にグッとひねって、両足のつま先を伸ばすよう

な動作をし始めた。それが20〜30秒続き、3〜4分おきにまた起きる。かなり長い間その繰り返しが続いた。

- 2時過ぎに家族が来た。被告病院で看護部長をしており、脳神経外科の経験もある祖母が、Cの瞳孔などを見て「これは脳や」と言った。祖母はそれをD医師にも伝え、CTをとるべきだと言ったが、D医師はそのとき初めて子癇だから安静優先だと説明した。原告Aの父がE医師に「あなたの所見はどうですか」と尋ねたところ、E医師は脳に異常があると思いますとはっきり答えた。
- 2006年9月21日に話し合いを持ったが、F助産師、H看護師がいなかったので、もう一度話し合いたいと言った。
- 10月10日に病院に行くと、院長、事務長、弁護士しかおらず、弁護士から病院にミスはありません、裁判をしてくださいと言われた。
- その後、報道関係者から産科医を紹介してもらい、その産科医から原告代理人の弁護士を紹介してもらった。
- 弁護士に相談して、病院に説明を申し込んだが、断られた。

五　裁判所の認定とその評価

以下、若干のコメントをしつつ、裁判所の認定した事実経過、過失、因果関係を紹介する。なお、判決の論理構成は必ずしも明快とは言いがたい部分があるため、読みやすさを考えて、順序を入れ替えたり、言葉を補ったりしている。判決原文は、本稿表題に注記した判例時報・判例タイムズに掲載されているので参照されたい。

1　事実経過

裁判所は上記の各証言・鑑定、医療記録等から以下の事実経過を認定した（末尾の事実経過一覧表「判決の認定」欄も参照）。

午前0時ころ、Cは脳出血を起こし（原因は不明）、0時14分ころ意識を

消失した。この時点でかなりの量の脳出血が発生し、脳ヘルニアが進行し、JCS100から200となったと考えられる。D医師が、内科の当直医E医師に診察を求めたところ、E医師は、心因的意識喪失発作と診断した。そこで、D医師は、経過観察をするとの判断をし、看護師や助産師に特に指示をせずに休憩室に戻った。なお、心因性の失神の継続時間は30分程度である。

午前1時37分に、Cの血圧は高値が200、低値が100となり、けいれん発作を起こした。H看護師は、このけいれん発作を除脳硬直と判断し、病棟看護管理日誌にそのように記載した。

しかし、D医師はこれを子癇によるけいれんと判断し、子癇に効果的とされる鎮痙剤マグネゾールの投与を指示した。なお、D医師は24年の臨床経験、6000例の分娩経験、子癇は3例の経験があるが、分娩中の脳出血に遭遇した経験はなかった。

1時50分になってE医師は、脳の異常を考え、CT検査をD医師に提案した。なお、E医師は脳梗塞と脳出血を合わせて100例の経験がある。これに対して、D医師は、CT検査よりも転送を優先するべきであると判断し、1時50分ころに搬送依頼を開始した。そして、搬送先への診療情報提供書には「子癇の疑い」と記載した。

なお、被告病院ではCT検査には、実施決定から実施までに40～50分が必要であるのに対し、D医師の経験では搬送先はそれまでは長くても1時間程度で決まっていた。

ところが、この日はなかなか搬送先が決まらず、午前4時49分になって搬送が開始され、5時47分に国立循環器病センターに到着した。同センターでは、産婦人科の池田医師がすぐに脳出血を疑い、脳神経内科に連絡し、6時20分ころにCT検査が行われたが、この時点での救命可能性はすでに極めて低い状態であった。

7時55分に手術が開始され、帝王切開と開頭血腫除去術を並行して実施

され、8時4分に原告Bが出生し、10時にCの開頭術は終了した。

2　医学的知見

子癇は、特に脳出血、くも膜下出血との鑑別を早急に行うことが重要である。その鑑別のためには、早期に頭部CT検査を行うことが必要である。出血からCT検査まで3時間以内の例では25例中7例（28％）が予後良好だが、17例が不良であり（内2例が死亡）、3～24時間では10例中5例（50％）が良好で、5例が不良である（全例死亡）。ここから、診断までの時間が早ければ予後良好とは一概にはいえないが、3時間を超えると死亡率は上がるということはいえる。ただし、JCSが3桁の症例では15例全例が予後不良である（内5例死亡）。CTで脳出血所見がなければ子癇に対する治療を行うべきである。

裁判所は「妊婦のけいれん発作はまず子癇発作を考える」、「ただ、局所の脳神経異常症状、持続する昏睡、硝酸マグネシウムが奏功しない場合は脳画像診断と神経学的検査による鑑別診断が求められる」、「現状では診断の遅れや誤診の可能性は回避しにくい」、「また最近の有力な治療方法を用いても予後の改善が得られるとは言いがたい」とも認定している。この部分は、子癇との診断が誤診だとしてもそれは回避困難である、すなわちD医師が子癇と診断したことはやむを得ず、脳出血については予見可能性がないということの伏線ともとれる。さらに、脳出血と診断できても予後が不良であるということは、結果回避可能性もないことの伏線にもなる。

なお、子癇の発生頻度は0.15～0.45％との報告があり、分娩中の脳出血の発生頻度は0.007％との報告がある。

3　過失

ア　過失1（誤診）

裁判所は、客観的な事実としては、Cの症状は子癇ではなく、脳出血だったと認定している。しかし、事実が脳出血だったということと、それをD医師が診断できる予見可能性があったかは別問題である。本判決は、

上記のように、「誤診の可能性が回避しにくい」と伏線を張っているようにとれる書き方をしているが、本件では脳出血と診断できたのか、それなのにそれをしなかったのかという予見可能性・予見義務についての認定は明確にはしていない。

過失1の認定をしないまま、「4時までに手術すれば救命できたとはいえない」と回避可能性の議論にとんで、結論を出しているが、これは過失論ではなく因果関係論である。

イ　過失2（CT検査・転送遅延）

①　CT検査について

裁判所は、0時14分ころにCT検査をしていれば、脳の異常について所見が得られた可能性が高いが、、患者の負担を考えるとこの時点で経過観察とした判断は不適切とはいえない、もっとも30分以上意識喪失が続いていることは、脳の異常を窺わせるとの認定をしている。

このような認定をするのであれば、30分程度で覚醒する心因性意識消失と診断しながら、1時37分のけいれん発作まで、経過観察しかしていなかったことに過失が認められるのではないかとも考えられる。原告からそのような主張はなされていないが、裁判官はそれを意識したのか、以下のような尋問をしている。

> E医師に対する裁判長の質問「心因性意識消失の目安として、30分ぐらいということを言われてたんですけれども、そうすると、今から振り返ってみると、一応30分ぐらい経過した時点で、診てみた方がよかったということはいえるんでしょうか。」
>
> E医師「それは看護師からの連絡がないと動きようがないというのが実際だと思います。」

また、裁判所は、少なくとも1時37分の時点では、除脳硬直が生じているので脳の異常は「容易に診断できた」と認定している。しかし、それでもD医師が迅速な搬送を優先したことが不適切とはいえないとも認定して

いる。

しかし、搬送を待っている間にCT検査を行い、脳出血を確認できれば、脳圧を下げるための薬剤を投与できた可能性は否定できない。ただ、逆に検査中に搬送先が決まる可能性もあり、その場合はかえって搬送が遅れることになってしまう。

原告の提出した打出医師の意見書や近藤医師の意見書は、被告病院でCT検査を実施すべきだったとしている。また、D医師が相談をしたE医師もCTを勧めている。診療に当たった看護師や助産師、看護師だった原告の祖母、国立循環器センターの池田医師も脳の問題ととらえている。Cを診た医療関係者の中で、脳の問題ととらえず、CT検査に消極だったのはD医師だけだったように証拠から読み取れる。

D医師としては、脳出血を予見すべきであり（予見義務・過失1）、子癇との鑑別のためCT検査を実施すべき（回避義務・過失2）と判断するべきであったのではないだろうか。CT検査と受入要請を並行して行うとD医師が判断すれば、検査は技師、受入要請は看護師でもできたように思われる。

② 転送について

裁判所は、Cの症状について脳出血であると判定がついても、脳外科だけではなく産科の対応の可能な病院への搬送が必要だから、CT検査をすれば早期に搬送できたとはいえないので、因果関係が認められないと判断している。

4 因果関係

上記のとおり、裁判所は「過失が認められない」という判断をしているので、因果関係の認定は不要のはずである。さらに、過失2の部分で先取りして、因果関係はないという判断を実質的にしている。したがって、この部分はいわば念押しとしての認定になる。

裁判所の認定は以下のようなものである。Cが意識を喪失した後、30分

経過後に脳の異常を診断し、搬送依頼をしたとして、最速でも開頭手術開始は3時30分ころになる。しかし、前記認定のとおり午前2時から数十分以内に開頭手術をしないと救命不可能であるから、「救命できた相当程度の可能性」も認められない。

したがって、救命できた高度の蓋然性があるという原告の主張は認められない。

六　検討

1　判断の枠組み

本件での原告の主張の弱点は、因果関係である。これをクリアするためには脳出血・脳ヘルニアの時期を遅らせるしかないが、それは前述の鑑定や証言に照らすと証明がかなり難しい主張となる。逆に被告の主張の弱点は、過失である。結果から見て、脳出血を子癇と誤診していたことは否定しがたいからである。

本判決は、形式的には、過失論と因果関係論を区別しているものの、過失論の中に因果関係論が混在している。また、D医師がCを子癇と診断したことは、結果的に見れば誤診と言わざるを得ないが、それについて過失と認めるのかどうか明示的には判示されていない。

判決の結論は「D医師らにCT検査を実施しなかったことについて過失を認めることはできず、仮に過失を認めたとしても、Cが死亡したこととの間に相当因果関係があるということもできない」というものである。これは、CT検査の前の誤診の過失についての判断をあえて避けているようにもとれる。客観的にD医師の診断が、事実と異なっていたという認定の後、その診断が過失といえるのか、やむを得ないものだったのか、すなわち医療水準に適合している診断だったのか否かを判断せずに、いきなり「4時ころまでに開頭手術を実施していれば十分に救命できたとは考えられな

い」と結果回避可能性の判断に飛躍している。

本来は、その点について、誤診の過失があり、CT検査をしなかったことについても過失があるとした上で、しかし、過失がなくても（D医師が適切な診断・検査をしていても）結果は回避できなかったから因果関係がないという判断になるはずである。

なお、判断手法として、過失→因果関係の順序で判断しなければならないという拘束はないので、因果関係の判断が容易なのであれば、そこから判断して、「被告の医療行為と結果の間の因果関係が認められない。すると、仮に原告の主張するとおりの過失が被告にあっても、被告は原告の損害について責任を負わない。よって、過失について判断するまでもなく請求を棄却する」という方法も可能ではある。しかし、それは過失についての判断を求められている裁判所の責務としてすべきではないと考えたのかもしれない。

2　「付言」から推測される本件に対する裁判所の見方

本判決には長い付言が付されており、その中の「名ばかり救急」という言葉が大きく報道された。この付言から推測すると、裁判所は、本件は、医療システムの問題であり、被告病院や被告医師個人の過失を問うべき問題ではないと考えたのかもしれない。そのために、理論的にはやや苦しい構成を取りつつ、請求を棄却したようにもとれる。因果関係が否定される可能性は原告も予想していたと思われるが、過失まで否定されるとは思っていなかったのではないだろうか。逆に被告も、誤診が認定されることはやむを得ないが、因果関係が否定されて勝訴すると予想していたのではないか。

付言にある「救急医療とは名ばかりとなることもしばしばである」というのは、「奈良県における周産期システムの稼働状況」（「産科の進歩」52巻6号2000年11月奈良県立医大産科婦人科教室坂本義晴ほか。本件では乙30号証として提出されている）789頁にある表現である。この研究で、

2000年にすでに「奈良県における周産期システムはすでに管理の限界を超えており、行政が」「周産期医療センターを設置しなければ、母児の生命に危険が及ぶような事態がすでに起こっているかもしれないし、またいつ起こってもおかしくない状況といえる」と警鐘が鳴らされている。

このレポートが、判決に大きく影響したのではないかと推測される。すなわち、本件の発生は医療行政の責任であり、被告病院や医師の個々の責任ではないという判断に傾いたのではないかと思われるのである。なお、本件もひとつの契機となって、2008年5月に、ようやく奈良県立医科大学病院が奈良県最初の総合周産期母子医療センターの指定を受けた。

本件判決の付言は、原告が病室で3時間あまり待たされていた時間がいかに長かったかということを思いやり、続けて現在の救急医療体制を「名ばかり」と批判し、本件も一つのきっかけとして産科救急体制が整備されつつあるということを述べている。すなわち、言外にCの死が決して無駄ではなかったと示唆しており、原告の心情に配慮した判決ということはできる。

逆に、一人医長の問題についても打出鑑定の表現を（明示はしていないが）引用して、一人医長の過重労働状態が招く勤務医の過労問題と、過労状態の医師が患者に医療を提供することの危険性を指摘している。

3　医療側と患者側の基本的な対立構造

現在の日本の医療環境を巡っては、医療側と患者側による以下のような主張が訴訟の内外で繰り広げられている。

医療側の主張

「日本の医療の現状、特に産科医療の現状は個々の病院や医師の努力で改善できる限界を超えている。医療行政の無策が原因で生じる医療事故を、司法が個別責任として追及するから医療崩壊が進行しているのである」

患者側の主張

「そのような現状があるからといって、能力が欠如していたり、必要な努力を怠ったりして、医療水準から逸脱した医療を提供した病院や医師が、行政などに責任を押しつけて責任を免れようとするのは筋違いである。」

真摯に医療に取り組んでいる医師は、以下のように感じて医療側の主張にシンパシーを覚えるであろう。「これだけ不十分な人員・設備の中で一生懸命に医療を提供しているのに、うまくいって当然で、少しでも期待に添わない結果になれば責められるのでは到底医療を続けていくことはできない。しかも医師の待遇は悪化している（奈良の産科医2人が時間外労働割増手当の未払い分を請求した訴訟で、奈良地判平成21年4月22日判時2062号152頁は、合計約1500万円の支払を命じた）」

しかし、能力・努力・モラルに問題のある医師がそれなりにいるのも事実である（リピーター医師問題）。そのような医師を排除せずに免責してしまうことは、患者だけではなく、真摯に医療に取り組んでいる医師にとっても悪影響がある。能力のない医師が失敗を繰り返して足を引っ張ると、貴重な人員・時間をその後始末に割かなければならないからである。そして、医療全体のイメージが落ち、ますます医療バッシングが加速することになる。

能力のない医師には、再教育を受けさせ、それでも改善されないようであれば現場から退場してもらう必要がある（これは医師だけではなく、弁護士等ほかの職でも同じである）。

そのために因果関係が認められない場合でも、過失が認められる場合には、一定の損害賠償責任を少額ではあっても認めて、有責であることを示す必要があるのではないか。

七　もう一つの判決

私は、本件判決が、過失のうちCT検査義務違反を認めなかった点については賛成できない。そして、この過失について、医療水準にかなった適切な治療を受ける利益の侵害を認めて、慰謝料の賠償を認めるべきであったと考える（なお、本報告後、平成23年2月25日に、医療行為が著しく不適切な場合について期待権侵害による損害賠償を検討し得るとする最高裁判決が下された（判時2108号45頁、判タ1344号110頁）。この判決によれば、D医師が子癇を疑い、CT検査をせずに搬送をしたことは著しく不適切とまではいえず、損害賠償は認められないと考えられる）。

上記の考え方に従って、私なりに本件について試作した判決を以下に掲げる。

1　主文

被告らは、連帯して、原告らに対し、40万円及びこれに対する平成18年8月8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　事実及び理由

ア　事実経過

事実経過については、以下のとおり、ほぼ大阪地裁判決と同じ認定でよいと考える。

0時に脳出血開始

0時14分に大出血・意識消失

1時37分以降、除脳硬直、この直前に血圧急上昇

1時50分ころ、瞳孔散大

2時ころ脳ヘルニア完成

イ　判断

①　0時14分の診断について

0時14分の意識消失後、D医師とE医師がCを診察して、血圧や瞳孔の所

見から脳に起因するものではないと考えたのは、結果論としては脳出血を見落としたことになる。しかし、瞳孔を見たり、反射検査、腕を顔に落とすハンド・ダウン検査などはしており、この時点で脳出血と診断できなかったのはやむを得ない。

国立循環器病センターの脳外科医も、脳出血の直後には瞳孔に異常が現れないこともあるということは、脳外科医でなければ知らなくてもやむを得ないという趣旨の証言をしている。

したがって、この時点では、脳出血については予見可能性は認められない。予見可能性がない以上、予見義務違反もない。

よって、D医師が、E医師の助言に従って、心因性の意識消失と診断し、経過観察した判断について過失を認めることはできない。

② 1時37分の診断について

1時37分にけいれんが起きたとき、D医師は子癇を、E医師は脳の障害を疑った。この時点で、すでにCの意識消失から1時間20分以上が経過しており、心因性の意識消失のほとんどが数分から長くても30分程度で回復するのに比べてはるかに長いこと、1時50分にE医師が診察して瞳孔がほぼ散大していたことなどから、E医師の疑いには合理的な根拠があった。

E医師はこの疑いに基づいて、D医師に頭部CTを撮ることを提案した。当時、被告病院では40～50分あればCT検査は可能であった。この時点でCT検査をすれば脳出血であることが判明していた可能性は高い。しかし、D医師は、子癇との自分の判断に固執し、安静と搬送を優先すべきであるとしてE医師の提案を採用しなかった。

D医師は、「子癇の疑い」として搬送を依頼したが、CTを撮影していれば「分娩中の脳出血」という現実の症状にあった依頼が可能となり、受入先病院での脳外科手術の準備が可能になった。ただ、産科・新生児科・麻酔科に加えて、脳外科が必要ということでかえって受入先を見つけるのは難しくなっていた可能性は高い。

その後の国立循環器病センターでの診断及び本件訴訟における鑑定結果によれば、Cの症状は子癇ではなく、脳出血であったと認定できる。なお、子癇が重積することによる脳出血もあるが、本件がそうであったと認めるに足りる証拠はない。

そうすると、D医師の1時37分及びそれ以降の診断は客観的事実としては誤診である。

③　誤診が過失に該当するか

結果論として医師の診断が、発生していた疾患と異なっていても、当該疾患をその時点で予見する可能性がなければ、その誤診を過失と認めることはできない。

そこで、1時37分の時点で、脳出血であると予見することが可能だったかを検討すると、瞳孔所見、意識消失の長さ、Cの発作時の姿勢などから、脳出血を疑うことは十分可能であったと考えられる。現に医師経験6年目の内科医であるE医師もこれを疑い、最初の心因性という診断を修正してCT撮影を提案しており、H看護師も「除脳硬直」と当直日誌に記録している（なお、この日誌が訴訟においてなかなか被告から提出されなかったことも原告の不信感を招いている）。D医師は、自分だけでは判断が付けられないということでE医師に相談しながら、その意見を活かせていない。

いかに脳出血の例がまれであるとはいえ、またD医師が地方公立病院のいわゆる一人医長の立場にあるとはいえ、本件発生時の教科書やガイドラインなどでも子癇と脳出血の鑑別の重要性は必ず記載されている。また、子癇のけいれんと除脳硬直は態様が異なり、昏睡も子癇の場合は、ほとんどが数分から数十分である。

このようにE医師の助言などを参考に脳出血と予見することが可能であったにもかかわらず、脳出血を予見しなかった過失がD医師にはある。

④　脳出血を予見した場合の対応

では、脳出血を予見した場合に医師としてはどうすべきであったか。

この場合、CTやMRI検査による鑑別をまず行うべきであるとされる。被告病院ではCTの設備があり、技師もおり、夜間でも40～50分で撮影は可能であった。他方、搬送を要請すればそれまでは60分以内に搬送先は決まっていた。

しかし、搬送要請をするに際しても、脳出血という鑑別をして搬送しなければ、受け入れ先の確定もできない。子癇との診断で産科しかない施設に転送して、そこで脳出血が分かればさらに再転送しなければならない。それを避け、適切な搬送先を速やかに確定するためにも頭部CT撮影は必須であった。国立循環器病センターの脳外科医も、搬送例の100％が画像で脳出血と診断されて搬送されてくる場合であると証言している。

そして、時間的にも搬送要請をしつつ、撮影を行うことは可能であった。仮にマグネゾールが効いているようだから、子癇の疑いがあり、安静が重要であるとD医師が考えたとしても、安静に配慮しつつも検査や治療もするべきであった（国立循環器病センター産科医証言）。CT室への移動にリスクがあるとしても、いずれにせよ搬送を要請しているわけだし、分娩室からCT室までは5～10分で行くことができた（E医師証言）。移動に高いリスクがあればE医師もCT撮影を提案しないであろう。

とすると、E医師の助言もあり、設備・スタッフも整っているのに、脳出血を鑑別するためのCT撮影を行わなかったことはD医師の過失と認められる。なお、いずれにせよ被告病院では適切に措置することはできないから高度医療機関への搬送が必要という判断自体は、E医師も支持しているように妥当であった。

⑤　因果関係（結果回避可能性）

それでは、1時40分くらいに、CT撮影の判断をし、2時30分くらいに撮影ができていたらどうなっていたか。

CT撮影の結果、脳出血という診断がつき、「分娩中の脳出血」として搬送依頼をすることになる。すると、脳外科、産婦人科、新生児科のそろっ

た医療機関への搬送が必要となる。子癇であれば脳外科は不要であるから、脳出血の場合の方がかえって搬送先は見つけにくくなる。本件当時の奈良県周辺の搬送患者の受入状況からすると、実際と同じくらいの時間に国立循環器病センターに搬送されることになった可能性が高く、開頭手術は8時近くになり、救命は不可能であった。前記認定のとおり2時ころには脳ヘルニアが完成していたと認められ、それから数十分以内に開頭手術をしなければ救命はほぼ不可能で（国立循環器病センター脳外科医証言）、降圧剤投与なども無意味である。

とすると、最も速やかにCT撮影によって脳出血を診断し、搬送をしても、8月16日のCの死亡という結果が回避できた高度の蓋然性はなかった。

したがって、D医師が脳出血を予見しなかったこと、さらにCT検査を行わなかったこととCの死亡との因果関係は認められず、死亡しなかった「相当程度の可能性」もあったとは認めがたい。

よって、Cの死亡による損害又は死亡しなかっただろう相当程度の可能性が奪われたことによる損害の賠償は認められない。

⑥　「医療水準にかなった適切な検査・治療等の医療行為を受ける利益」の侵害

平成18年当時の奈良県の公立病院における、産科の一人医長に求められる医療水準を考えると、打出鑑定がいうように「意識障害を来した妊婦を『子癇』と診断する際には、CT検査をするというのは、CT検査のできる病院に勤務する医師には当然の」医療水準と認められる。前述のように、経験6年の内科医であるE医師でさえそうすることを提言している。またF助産師も、H看護師も、頭に何か起こっていると感じたと証言しており、看護師の経験の長い原告Aの祖母も脳の問題であるとD医師に伝えた。それにも関わらず、D医師だけが子癇の疑いに固執していた。

とすると、D医師は過失により、Cの「医療水準にかなった適切な治療・検査を受ける利益」（最判平成17年12月8日判時1923号26頁、判タ1202号

249頁泉・横尾判事少数意見）を侵害したものといえる。したがって、それによる精神的苦痛を慰謝するための慰謝料請求は認められる。

ただし、仮に「医療水準にかなった適切な治療」を受けたとしても死亡の結果は避けられなかったであろうこと、分娩中の脳出血が1万から2万例に1例とまれなもので、子癇との鑑別も重要ではあるが容易ではなく（国立循環器病センター産科医証言）、D医師の医療水準からの逸脱の程度が著しいとまではいえないことなどを考慮すると慰謝料として30万円、弁護士費用として10万円の賠償を認めるのが相当である。

ウ　付言

一人医長の問題は放置できないし、「名ばかり救急」も問題である。それは大阪地裁判決の付言や被告の主張にもあるとおりである。原告が依頼した打出鑑定も、一人医長の問題を放置することは、「勤務医の立場からはもちろんのこと、過労でふらふらになった医師が提供する医療を受けることにもなる患者の立場からしても許されない」と述べている。

しかし、医療過誤訴訟における司法判断は、事件当時の当該医療機関における医療水準に照らして、実際に行われた医療行為が医療水準から逸脱していたかどうかによって、医師等の過失を判断するという枠組みの中でなされるもので、医療行政の責任を問うものではない。

たしかに、（後掲の木村論文で提言されているような）医療機関の役割分担が行われ、分娩中の緊急事態に搬送せずとも院内で脳外科を含めた対応ができる医療体制が達成されていれば、Cを救命できた可能性があるかもしれない。しかし、本件の状況でD医師がした医療行為が、現在の日本の地方公立病院の一人医長に求められる医療水準に達していなかったことの責任を、医療行政の問題にすり替えることは不適切である。

また、原告が納得できずに提訴した理由は、脳出血と周りの人たちが言っていたのに、D医師が子癇と言い続けたこと、自分の誤りを最後まで認めていないこと、意識を失ってから1時間20分以上、不安とおそれの中

にいたのに、医師が診察に来なかったこと（仮眠していたと原告は考えている）、事件後病院に助産師なども立ち会う説明を求めたのに病院が拒否したことなどにある。

好きこのんで医療訴訟を提起する患者はほとんどいない。医療側が、治療中及び治療後に誠意のある対応をすれば、患者側が納得することも少なくない。医療者の過剰な防御姿勢がかえって訴訟を誘発している面もある。

原告Aの「命を救おうという必死さが感じられなかった。その後も説明をしないで逃げている。家族と一緒に一生懸命やってくれて、その後もきちんと向き合ってくれていたら訴えてなかったと思う」という言葉を医療者がしっかりと受け止めて、意識改革をされることと今後の教育面での配慮を期待したい。

八　医師の意見

研究会に参加された医師の意見をご承諾をいただいた上、紹介する。

1　大阪大学産科学婦人科学木村正教授

日本の貧弱な産科医療体制の現状を指摘し、医療資源を集中させることによって問題を解決できる可能性を論じる木村正教授の論文「産婦人科医療体制に発想の転換を　――過酷な労働と高い訴訟リスクからの脱却」（都市問題99巻11号（2008年11月号）17頁）が、有益な示唆に富むのでやや長くなるが紹介したい。

「（前略）現在大阪大学から英国に留学中の峯川亮子医師を介して、個人的に集められるだけの諸外国（主に大学病院）の産科事情をアンケートしてみた。特徴的なことはいずれも規模が大きいこと（大阪大学で年間 500 分娩程度。筆者注：アンケートはドイツ・フランス・イタリア・ルーマニ

ア・キューバ・アルゼンチンの大学病院等が対象で、それによると分娩数は少なくとも年間1400件、多いところでは4000件である)、一般の妊婦健診と出産場所を分離していること、医師数が多いこと（阪大で産科担当は10人。筆者注：同じく16人から50人）である。これらの国では大学病院や大きな公立病院が産科医療の中核をなしており、分娩数が年間 500程度の弱小分娩施設の存在を認めていない国もある。大学病院であっても医師がすべての分娩に立ち会わないところも多いが、これは院内助産所ではなく、通常に管理していて医師を呼ぶ基準に入らなかったから呼ばなくてもよい、というシステムだからである。オンコールは日本の感覚では夜勤・休日勤務であり、どの時間帯でも 3人以上の産婦人科医が病棟に居ることが原則である。産科麻酔を担当する麻酔科医、早産児・新生児仮死などに対応する新生児科医なども常時病棟に居る。大量出血に備えて輸血のストックも院内にある。脳外科、循環器科などの救急対応も同じ病院内ですぐに行うことができる。すなわち、いかなる緊急事態に対しても複数の医師が対処し、搬送などは考えず、その施設で治療が完結できる体制をもっている。この様な施設は人口 50万人に 1つ、など行政的に合理的な観点から配置されている。

分娩は基本的にはいつ何が誰に起こるかわからない。ハイリスク妊娠、ローリスク妊娠などの分類はあるが、ローリスクで『あった』ことは分娩のすべてのプロセスが終了してはじめて証明されることである。これらの国々では、日本のような一次医療施設（個人開業医中心)、二次医療施設(病院中心)、三次医療施設（総合周産期センター）と分けて、何かあったら搬送する、という考えはあまりないようで、強いて言えば合併症のある妊婦も診る病院とない妊婦だけを診る病院を分けているぐらいである。分娩というもっとも危険なプロセスを ICU（集中治療室）のような大病院で行い、産前・産後の丁寧なケアは地域の開業医・助産師などに任せる、安全と便利・安心を分けるシステムが浸透している。

これらの国々でも、母体死亡率や周産期死亡率は日本とあまり違わない。しかし、何かあったときに医師は即座にやるべきことをすべてできる体制にある。何があっても説明責任は果たせるのである。日本のように帝王切開したくても 1時間も待たないと人がそろわない、輸血をしたくてもストックがなく、血液センターから取り寄せている間に出血が続き状態が悪化する、といった『回避できる』危険に母児がさらされる可能性は極めて低いであろう。今回の大野病院事件（筆者注：2004年に福島県立大野病院で帝王切開を受けた産婦が死亡した事件について、2006年に医師が逮捕・起訴され、2008年に無罪判決が言い渡された事件）にしても、医療を実施した医師個人の行為の適否のみが刑事訴訟の対象となった。しかし、産婦人科医一人の施設に病院と名乗らせ、分娩を扱わせた福島県行政の責任は問われずじまいである。このような産婦人科医一人の施設が難しい症例を引き受ける側の『病院』と名乗ることは世界標準から大きく逸脱している。（後略）」

法律家の間でも、また世間一般でも「高度の医療機関に搬送が集中することが医療崩壊を招く」という議論がされており，私自身もそのような認識でいたので、各自治体が中途半端に産科や救急を持つより，一定の人口規模（木村教授は30～50万人ごととされる）ごとにしっかりしたセンターを作り、そこではいつでも、またどのような症例でも搬送を受ける「断らない病院」にすべきであるという木村教授の意見は私には斬新であった。私を含めて法律家は医療界の実態はあまり知らず，その意味では一般報道レベルの意識で議論をしてしまいがちで，医療サイドの意見を聞く機会は貴重である。

木村教授によると、本件の経過で脳出血を疑うことは（脳外科医や神経内科医には基礎的知見であるとしても）当時の日本の産婦人科医の一般的な認識とはいえず、アメリカで臨床経験のある前任教授だけが「今まで血

圧の低かった妊婦が急に頭が痛いと言って血圧が上がったのであれば脳を疑う」と看破したとのことである。ここにも、医師の教育システム＝大学病院や教育病院の規模の差が明瞭に現れているというのが木村教授の意見である。すなわち、アメリカの大学病院の産科では年間3000分娩を取り扱い、その中でいろいろな出来事を学習する機会があるのに対し、日本では大阪大学医学部付属病院でさえ約500～600分娩だからである。年間3000分娩を扱っていれば、1万例に1つの症例でも、3年に一度は病院として遭遇することになり、経験を院内で共有していれば、珍しい症例でも「見覚え、聞き覚えがある」ということになる。なお、現在では、本件も一つのきっかけとして分娩中の脳出血についての認識が産科医の間で普及し、教育もされているということである。

木村教授が提言されているように、数十人の医師（産婦人科医、麻酔科医、新生児科医、さらに脳外科医等）がそろった拠点施設を一定の人口規模ごとに設置し、そこで年間数千件の分娩を担うという産科の集約化が日本でも確立すれば、本件のような事件が防止できる可能性は高まるだろう（人口50万人ごとに設置すると日本の人口が1億2000万～3000万人なので、全国で240～260強程度の施設数になり、最近の日本の分娩数が年間約100万例であるから、各施設約4000例程度になる）。

2　京都府立医科大学神経内科学中島健二名誉教授

研究会の後、参加されていた京都府立医科大学神経内科の中島健二名誉教授から以下のようなコメントをメールでいただいた。

「（本件では、D医師の依頼で）内科医（E）がCを診察しています。原則的に内科と神経内科の診察は全く別です。神経内科のトレーニングを積んでいない内科医の脳・脊髄疾患の診察所見を鵜呑みにするのは危険です。経過が順調であれば問題はないのですが、本件のような場合は特にそう言えます。瞳孔不同なし、共同偏視なしが本当にそうであったのか。

そもそも心因性意識喪失なる用語があるのか。ヒステリー患者が呈する症状に類似のものがあるが、これはヒステリー性失神やもうろう状態と呼ばれているものである。Cがヒステリーであったとは考えられず、第一、疾病利得がない。

私の大胆な推論は以下のようになります。0：00に大脳に脳出血（右大脳半球、小さな出血）が生じた。妊娠期を除き、正常血圧であるなら高血圧性脳出血の好発部位である大脳基底核や視床部ではなく脳の表面に近い部位の可能性も否定できない。小さな出血であれば脳圧亢進は生じないから、脳圧亢進による頭痛ではない。脳表に近い出血であれば、それが脳外に流れ出て、激しい頭痛を呈する。すなわちくも膜下出血と同じ病態となる。その痛みと不安から血圧が上昇しはじめる。これにより、最初の破綻血管および周辺の血管が次々と破綻しはじめ血腫が一挙に増大したのであろう。遂には小脳テントヘルニア（テント切痕ヘルニア）を来たし、除脳硬直肢位を呈するに至ったのであろう。脳出血をきたした責任血管は何であるかが最後までわからなかった。アミロイド変化をきたした脆い血管でもあったのか（この血管は通常高齢者に多い）、血管腫や動静脈奇形があったのか、あるいは動脈瘤（脳表には稀だが）でもあったのか。これら三種は年齢には関係なく脳内に存在する。脳CTも見ていないし、手術所見も知らないのでなんとも言えない。剖検がなされていればかなり真相に迫れたと思う。

神経学的な詳細な診察をしていないから以上のことはあくまでも推論である。阪大教授（筆者注：木村教授）が言われたように、後からはいくらでも言えるのであって、緊迫した現場では、判断が困難なことが多い。裁判長の付言のとおり、医療制度、医療行政の責任が最も重いと思う。もちろん医学教育の見直しも必要だが。

本件の最大の被害者はもちろん亡くなられたCさん、次いでその夫と残された子どもである。しかし、被告である産婦人科医も被害者のひとりで

あると私は思う。ひととおりの産婦人科医学を修得し、地方の病院に勤務し二十数年間働いた。地元でそれなりの貢献をしてきた。ひとり医長であるから、最新の医学知識を吸収しようにも思うに任せなかったであろう。近年、専門とする学会総会では、専門分野の最先端知見を発表し、それを学会参加者に知らしめるに留まらず、周辺分野の最新情報を教育講演の形で提供するようになった。目覚しい進歩を遂げている画像検査もその一つである。脳画像に関する教育講演に接していたなら、脳CTや脳MRIの威力を忘れることは決してない。自らはその専門ではないにしても、検査に対する『アレルギー』はなくなっているので、容易に検査のオーダーを出したはずである。レントゲン技師も待機していたのであれば、元来レントゲン技師は全臓器のCTを撮っているので異常所見を容易に指摘したであろう。」

中島名誉教授が指摘しているように、一人医長であると新しい知識を吸収する機会も余裕もないことは推測に難くない。本件の10年前の平成8（1996）年度の厚生省の「妊産婦死亡の防止に関する研究」（主任研究者武田佳彦）で、すでに妊産婦の脳出血について研究がなされ、研究対象期間（平成3～4年）の妊産婦死亡例の13.7パーセントが脳出血によるものであり、早期の画像診断による子癇との鑑別と脳外科、産婦人科、新生児科、麻酔科などの完備したセンターへの搬送が必要とされている。本件の前年発行の文献でも、頭部画像診断による子癇と脳出血との鑑別が説かれている（日本妊娠高血圧学会編『妊娠中毒症から妊娠高血圧症候群へ』（メディカルビュー社、2005）。さらには、D医師の出身大学であり、応援医師を大淀病院に派遣している奈良県立医科大学の産婦人科医が執筆した報告でも、神経学的症状（意識混濁など）や強い頭痛が認められるときには画像診断を積極的に行うと記述されている（山崎峰夫「妊産婦死亡を防ぐ重篤な病態とその管理　重症妊娠中毒症・子癇」（「産科と婦人科」2004

年4号457頁）。

D医師はこのような知識に接する機会も乏しかったのではないか。そして、それはD医師の個人的怠慢というよりは、そのような研鑽の機会を作らなかった医療体制の問題であるように思われる。

九　最後に

Cが、麻酔科・新生児科・脳外科を備えた病院で出産していれば、0時14分の意識消失後すぐにCT撮影をして、脳出血の診断をして、直ちに開頭手術に入れたかもしれない。木村教授のいわゆる「世界標準」、すなわちいかなる緊急事態にも搬送などは考えず、その施設で治療が完結できる体制が整えられていれば違う結果になったかもしれない。あるいは、いかなる場合も、いかなる症例も受け入れる施設があれば搬送先を探すのにこんなにかからなっただろう（消防庁のホームページによると、平成20年中の産科・周産期傷病者搬送事案で、受入照会回数が4回以上のものが6.5パーセントあり、最大は26回だった）。

上記の「妊産婦死亡の防止に関する研究」でも、「全科対応型の救急搬送受け入れ病院が各地域に存在し、周産期の重大事故に対応することが望ましい」（国立循環器病センター千葉喜英）と述べられている。医療制度を再編し、「世界標準」の医療体制を整備することが医療側にとっても患者側にとっても最善の再発防止策である。そのためには、医療界、法律界、患者団体、マスメディアが一体となって政治・行政を動かすことが必要である。

本件を契機に、県外搬送に頼っていた奈良県でもようやく2008年に奈良県立医科大学病院が総合周産期医療センターに指定された（2006年当時、総合周産期医療センターは全国に61あり、これがないのは奈良を含む5県であった）。ただし、総合周産期センター構想は未熟児・新生児医療を中

心として整備されてきており、分娩中の脳出血のようなケースはピットホールであったと指摘されており（平成19年度厚生労働科学研究費補助金「周産期医療システムと救命救急システムの協力体制に関する研究」）、総合周産期センターと連携した「全科対応型の救急搬送体制」の整備が急務である。

ただ、本件で原告Aが一番訴えたかったこと、そして提訴の理由になったことは、「D医師に救おうという懸命さが感じられなかったこと」、「同僚の医師や助産師や看護師、さらに家族までが脳の問題であると考えて、CT検査を、と言ったのにD医師が耳を傾けてくれなかったこと」、「被告病院が、きちんと事件に向き合って真実を説明しようという姿勢がなく、うやむやにして幕引きしようという態度をとっているように感じられたこと」であるということは、医療関係者や紛争解決従事者に伝えたいと思う。誠実に、また謙虚に医療に取り組む姿勢が感じられ、患者家族に対する丁寧な説明がなされれば、医療紛争の多くは避けられるように思われる。

なお、本件を契機として分娩中の脳出血についての研究が進められた（厚生労働科学研究費補助金「妊娠に合併した一般救急疾患受け入れに関する全国アンケート」（2007年報告）、同「妊娠関連の脳血管障害の発症に関する研究」（2008年報告）等）。このような研究成果が現場にもフィードバックされ、例えば、『研修ノート82　分娩周辺期の救急』（日本産婦人科医会、2009年）には、意識障害、けいれん、頭痛に対しては硫酸マグネシウム投与などの子癇発作治療から始めるが、けいれん発作や血圧のコントロールができず、けいれんを繰り返す場合には、子癇以外の脳血管障害の可能性が高いので、CT、MRIによる精査、関係各科に応援依頼、高次医療施設への搬送をすべきであることがフローチャートで説明されている（62頁）。また「妊娠高血圧症候群管理ガイドライン2009」（日本妊娠高血圧症学会）には、「少しでも脳血管障害が疑われたら、頭部画像診断（CT、

MRI）を施行するのが望ましい」（62頁）と記載されている。

これらの研究と実践によって、原告Aが、本件訴訟の尋問で述べた「将来、子どもからなぜ母親がいないのかと聞かれたときに、『お母さんのおかげで安心してお産のできる世の中になったんだよ』と答えたい」という言葉に少しずつ近づいているのであれば、せめてもの救いである。

大淀病院事実経過一覧表

年月日（平成）	診療経過（入通院状況・主訴・所見・診断）被告の主張		検査・処置	原告の主張	判決の認定
17.12.20	初診	D医師：妊娠8週2日，分娩予定日H18年7月30日と診断。児心拍確認。血圧122／70	経腟エコー		
17.12.28	外来受診	G医師：妊娠9週3日。子宮筋腫を認める。110／52	経腟エコー		
		この間，定期的に検診。主にG医師が診察担当（3回D医師）。血圧も含め，特に問題はない。			
18.8.2	外来受診	G医師：妊娠40週3日　CTGにて児は元気であることを確認　内診上子宮口は閉鎖　8月7日に入院（予定日超過妊娠のため）後，分娩誘発剤PGE2内服予定を本人に説明する。104／54	CTG（分娩監視装置）　腹部エコー		
18.8.7	入院9:20	分娩誘発目的で入院　121／81			
		この間，9:40から1時間ごとにプロスタEカプセルを合計6錠投与			

17:20	F助産師：胃液様嘔吐あり 内診所見：子宮口開大2cm 児固定度－3cm，子宮口展退1.5cm　子宮口位置後方，子宮口硬い，破水なし　児心拍数148回／分　陣痛間歇2分，発作20～30秒	呼吸法指導		
18:00	F助産師：分娩監視装置にて児心拍数140回／分　陣痛間歇4分痛みあり	CTG	「痛い痛い」声を出している	
19:00	F助産師：分娩監視装置中止 児心拍数130回／分　基線細変動あり			
20:00	F助産師：内診所見：子宮口開大3cm　児固定度－2cm，子宮口展退1.5cm　子宮口位置後方，子宮口硬い　児心拍数138回／分　血性帯下あり，痛み4～5分毎			
21:30	F助産師：分娩監視装置装着にて　児心拍数130回／分 陣痛間歇5～4分　胃液様嘔吐あり	CTG		
21:40	F助産師：内診所見：子宮口4cm　児固定度－2cm，子宮口展退1.0cm　子宮口位置中央，子宮口硬い　血性帯下あり，児心拍数140／分			

	21:46	F助産師：血性帯下あり，痛みあり　分娩監視装置児心拍数140回／分　基線細変動あり　陣痛間歇2～4分，発作30秒　子宮口開大4㎝，児頭固定度－2㎝	CTG	「痛い痛い」と患者訴え	
	22:00	F助産師：嘔吐あり	5%ブドウ糖500ml点滴	「水分のみ夕食摂取」嘔吐あり	
	23:00	F助産師：陣痛間歇4分，発作30秒　児心拍数140回／分，子宮口開大4～4.5㎝　児頭固定度－2㎝　発汗多い，血性帯下あり		「もうイヤ，家に帰りたい」と患者訴え	
18.8.8	0:00	F助産師：陣痛間歇4～5分，頭痛あり，血圧155／84，脈拍数74回／分	D医師に報告。D医師指示にて生理食塩水500ml点滴	「頭痛あり こめかみ痛い」と訴え。発汗あり	「こめかみが痛い」と訴えて，頭部右側を何度もたたき，発汗と嘔吐があった。この時点の血圧は155／84，脈拍数は74回／分であった。F助産師は，Cの痛みが尋常ではないことから，休憩室で待機しているD医師に電話で報告した。D医師は，陣痛による血圧の軽度上昇や暑さ，嘔吐による脱水などの体調不良等と判断し，脱水状態の改善を図り体調をよくする目的で生理食塩水の点滴をし様子をみることにし，その旨電話で指示した。F助産師は，D医師の指示に従い，生理食塩水500mLの投与を開始した。
	0:10	F助産師：陣痛間歇4～5分，発作20秒，胃液嘔吐，膿盆に1／2あり たまに応答に開眼する	D医師に報告。指示にてプリンペラン1アンプル静注	頭痛と嘔吐続く，意識はあり	

0:14	F助産師：突然意識消失，応答に返事なし，血中酸素飽和度（SpO_2）97％ SpO_2はその後特に変化なし 血圧147／73 脈拍73回／分 痛覚刺激（反応）あり	D医師呼ぶ 自動血圧計（記録紙なし）装着	自分の頭を右手で叩く動作「ものすごく痛い，痛い」，「あっ～！」と叫んで倒れた	突然意識を消失し，応答しなくなった。F助産師はCの頬をたたいて起こそうとしたが，意識は戻らなかった。F助産師は，自動血圧計を装着するとともに，H看師に連絡し，H看護師がD医師に電話で連絡した。
	D医師：意識消失（＋） しかし血圧良好 呼吸良好 内科・E医師に診察依頼 内科E医師は診察後，失神と診断	内科照会	D医師，「陣痛，頭痛からくる痛みによる失神でしょう」，「よくあります」と説明	Cはベッド上で閉眼しており，呼びかけにも応じない状態であり，失禁していた。血圧は147／73，脈拍は73回／分，SpO_2は97％であり，顔色は正常であった。D医師は，H看護師に対し内科当直であるE医師に連絡するように指示した。
	E医師：意識消失発作 瞳孔：まるい，左右同じ 胸部異常なし	E医師診察	E医師によれば，瞳孔に異常なし	E医師は，連絡を受けて陣痛室に駆けつけ，Cの診察をし，JCS100～200（痛み刺激に反応）で，血圧，呼吸は安定しており，瞳孔に散大はなく，対光反射を認め，共同偏視や顔面まひ，チアノーゼはなく，聴診で胸部に異常もなかったことから，陣痛による精神的な反応から来る心因的意識喪失発作であり，バイタルサインがよいのでこのまま様子をみるのが相当であると判断し，D医師に対しその旨告げた。D医師らはH看護師やF助産師に対し特に指示はせずに退室。
0:25	F助産師：児心拍数133回／分 血圧148／69			
0:30	F助産師：血圧156／71，顔色良			
0:40	F助産師：児心拍数150～160回／分	CTG		

1:00	F助産師：陣痛間歇4分，発作15～20秒　血圧152／84，SpO297％　脈拍74回／分 応答に対し返事なし　呼吸平静　陣痛発作時四肢動かす。顔をしかめたりする	CTG	陣痛の痛み刺激に反応している状態が続く	
1:16		自動血圧計親機電源入れる（3分おき記録紙有り）		
1:30	F助産師：CTG（分娩監視装置）良　児心拍数130回／分 呼びかけに対し，眠り応答なし，顔色良好		「眠り」でなく意識障害の進行（眠りと誤診して脳病変異に全く気づかず）	
1:37	F助産師：血圧175／89，水銀柱200／100　けいれん発作あり　いびき　強直性のけいれん	D医師呼ぶ CTG	除脳硬直様の姿勢現れる，けいれん発作はない，いびきはない	F助産師とH看護師，ナースステーションの自動血圧計のモニターが高値になったので訪室 いびきをかいており，腕をぐーっと外側に伸ばし，けいれん発作が生じていた H看護師は，それまでの経験から除脳硬直であると判断し，病棟看護管理日誌に「除脳硬直」と記載（証言では「両手両足を前方に伸ばし，両手をそれぞれ内側にひねった状態で伸ばして，そのときのCの状態を示した。）。 F助産師は「全身にぐうっと，四肢というか，手足に力を入れて，つっぱったような形で反り返ったような姿勢」と証言。 原告Aは，「両腕を内にぐっと曲げて，同時に両足の爪先をぴっと伸ばす感じで，20～30秒くらい続いて3，4分ごとに繰り返す。」と陳述

	D医師：血圧上昇　強直性けいれん？　子癇？　マグネゾール静注を指示し，以後マグネゾール20ml／時間で維持す　けいれんおさまる	マグネゾール静注 バイトブロック口腔内吸引 CTG	陣痛に伴う痛み刺激に対する反応を「強直性けいれん」と軽信したため，陣痛間歇期をけいれんおさまると誤解しただけ	D医師は急いで陣痛室に駆けつけた。D医師が入室した時点でのCの様子は，ベッドに仰向けに寝て，手足をつっぱり，首も背中も反り返ったような状態で，けいれんしていた。瞳孔は，左右差はなく，共同偏視もなかったが，中程度の散大固定があり，対光反射もなかった。D医師は，子癇による強直性けいれん（筋肉の攣縮が継続的に起こるけいれん）ではないかと考え，子癇発作に対する鎮痙剤であるマグネゾールの静脈注射を指示するとともに，E医師を呼ぶように命じ，この時点で高次医療機関への転送を考えた。
1:50	F助産師：児心拍数　130回／分	内科医を呼ぶ	主治医でなく内科医が呼ばれたのはD医師が仮眠中だったから。	
	D医師：奈良県立医大産婦人科の当直医に電話する　母体搬送依頼するも，奈良県立医大は満床のため他を探すといわれた。	CTG	2時以降に家族の来院時にも「子癇であり動かせない」とCT検査を拒否しながら転送依頼するのは矛盾している	E医師は，午前1時50分ころ，陣痛室に駆けつけCを診察した。血圧，呼吸状態は安定していたが，瞳孔は散大し，右の対光反射は消失し，左の対光反射をわずかに認めるのみであった。E医師は，こうした所見や約1時間30分意識消失状態が続いていることから，脳に何らかの異常を来しているものと考え，D医師に対し頭部CT検査を行って脳の状態を調べるかを尋ねたが，D医師は直ちに転送したほうがよいと考え，受入依頼を連絡するために，陣痛室を出て電話があるナースステーションに向かった。陣痛室ではE医師とH看護師，F助産師がCの観察にあたった。なお，被告病院では，夜間CT検査を実施する場合，実施を決めてから現実に実施するまでに準備のために40～50分程度を要していた。

				D医師は，奈良県に導入されている奈良県周産期医療情報システムに則って，奈良県立医大に電話をかけ，Cの受入れを依頼した。奈良県立医大では，満床であり，受け入れることができなかったため，他の病院を探して見つかった時点で連絡するとのことであった。D医師のそれまでの経験では，搬送先は長くても1時間程度で決まっていた。
2:00	F助産師：児心拍数128／分 血圧148／75　脈拍数76／分 けいれん発作なし，呼吸数26回／分　瞳孔開大　血圧144／71（自動記録2:10） 脈拍数96／分	尿バルーン挿入 CTG	「瞳孔開大」は無意味。これが瞳孔「散大」と誤解されてネット上に流出し，既に救命不能と宣伝された。実際は瞳孔開き気味だが散大に至らず、午前6時の転送先の検査でも瞳孔中程度散瞳し固定であった。	午前2時ころから3時ころにかけて，間欠的にけいれんが出現し，また，いびきがあり，時々強くなる状態
2:15	F助産師：痛覚（刺激）に対し反応あり　血圧169／83（自動記録2:19），脈拍数84回／分	マグネゾール25ml／時に変更 CTG	この頃，駆けつけた原告Aの祖母（大淀病院看護師長経験者）が痛み刺激の反応を確認し「除脳硬直，脳の病気」と考え、D医師にCT検査を進言するが聞き入れなかった。	この間，D医師は，ナースステーションに置かれているCのモニターの自動血圧監視装置や分娩監視装置の数値を見ながら搬送先病院への紹介状を書き，電話を待っていた。なお，D医師は，診療情報提供書の「病名・仮診断」欄に「子癇の疑い」と記載し，説明として「昨日，予定日超過の為入院。プロスタEカプセルにて誘発施行の患者ですが，本日午前零時頭痛出現し，血圧155／84でしたが，意識消失となりました。バイタルサイン良好の為経過観察と致しましたが，午前1時37分血圧200／100と上昇し，強直性けいれんを認めました。現在マグネゾール25mL／時，血圧150／80の状態です」と記載している。

	4:05	F助産師：いびき時々強くあり　体熱感あり　体温38℃ 血圧176／77　脈拍数133回／分　全身ほてりあり	口腔内吸引 CTG		
	4:20	国立循環器病センターの受け入れ可能の電話あり	CTG		
	4:50	救急車にて搬送　血糖値155mg／Dl	$O_2$3ℓ／分		
	5:47				国立循環器病センターに到着 その時の状態は，血圧が182／114，SpO_2が98％，気管内挿管状態で自発呼吸は認められたが，JCS300であり，瞳孔は両側とも散大固定し，対光反射なしの状態であった。国立循環器病センターの産婦人科医師は，Cの状態を見てすぐに脳出血を疑い，直ちに脳神経内科に連絡した。他方，D医師は，被告病院での診察日であるため，午前6時15分に乗ってきた救急車で被告病院に戻った。
	6:20				頭部CT検査によると，右被殻から右前頭葉に及ぶ巨大脳内血腫（約7× 5.5 ×6cm）が認められ，著明な正中偏位があり，脳幹部にも出血が認められ，脳室穿破を伴うと診断された。臨床症状，CT所見とも脳ヘルニアが完成した状態であった。
	7:55				開頭血腫除去術及び帝王切開術開始
	8:04				原告B（2612グラム）が出生
	10:00				脳手術終了
18.8.16					C　意識回復しないまま死亡
		以下は判決以外の訴訟資料その他による			
18.9.2					D医師と看護師長が原告宅に線香を上げに来る。

18.9.21					病院による1回目の説明。F助産師・H看護師は同席せず。
18.10.10					病院（院長，事務長，弁護士）による2回目の説明。
18.10.17					毎日新聞が，本件を報道 大淀病院院長が記者会見「私自身は結果から見て、ミスがあったと思っております」
18.10.19					奈良県医師会の記者会見「ミスではなかった。先生は非常に頑張ってやってくださった」
19.3.31					大淀病院産科取り扱い中止 同病院は産科診療を休止し，4月以降は婦人科外来のみ続ける方針。スタッフの拡充を検討したが，県内の公立病院に産科医を派遣してきた奈良県立医大の医師不足などから，新たに医師が確保できず，分娩対応の継続ができないと判断した。
19.5.23					原告A・B，D医師及び大淀町を被告として大阪地裁に提訴
20.5					奈良県立医大病院が総合周産期医療センターとして指定される。
22.3.1					大阪地裁，原告らの請求を棄却。2週間後判決確定