國學院大學学術情報リポジトリ

分娩にかかわる説明義務：近時の裁判例を題材として

メタデータ	言語: Japanese
	出版者:
	公開日: 2023-02-07
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 和泉澤, 千恵
	メールアドレス:
	所属:
URL	https://doi.org/10.57529/00001654

分娩にかかわる説明義務
― 近時の裁判例を題材として ―

和泉澤　千恵

1　はじめに

現在、分娩は、病院や診療所などの医療提供施設において、一定の医学的管理の下に行われるのが一般的である[(1)]。妊娠・分娩・産褥という一連の過程では、正常な経過を辿っていたものが異常な状態に、あるいは、異常が予想されていたものが無事に終了するなど、予測不可能な事態がいつも存在することを忘れてはならないと指摘されている[(2)]。刻一刻と状況が変化する分娩が、医療提供施設において行われることによって、母体や胎児などに異常が生じた場合に適宜・適切に医的な介入が行われ、より安全な分娩が行えるようになっているといえるであろう。この意味において現在の分娩は、医療化され、医的介入を伴う行為であるといえる[(3)]。医療提供施設において分娩の進行や状況変化に応じて提供される行為が、医師などの医療スタッフによって医的侵襲を伴いうるものとして提供される以上、医療者側は、提供される行為に関する危険等を含めた具体的な情報について説明をし、当該処行為を受ける者の同意を得る義務を負うことになろう。医療提供施設で取り扱われる分娩に関して、いかなる説明義務が問題とされているのであろうか。近時の裁判例の判示内容から検討してみたい[(4)]。

2　医師の「説明義務」

（1）医師の「説明義務」の類型

一般の診療過程における医師の説明義務は、①患者の有効な同意の前提としての説明義務、②療養指導方法としての説明義務、③転医勧告としての説明義務、④顛末報告としての説明義務、という類型に分類できるとされている[(5)]。

①は、医師が行う治療行為に対する患者の有効な同意を得るための説明のことである。法的構成としては、a）同意は手術の違法性を阻却する事由であり、医師の説明義務は患者の同意を有効にするための前提であると位置付ける「違法性阻却構成」と、b）医師の説明義務・同意取付義務を注意義務（あるいは、契約上の債務）として認め、その義務違反を根拠に損害賠償を認める「注意義務（契約上の債務）構成」がある[(6)]。同意原則の前提としての説明義務に言及する裁判例が登場した当初は、違法性阻却構成を採用するものが見られたが、次第に、同意の存在の有無を問題とすることなしに、医師の説明義務の内容が十分になされていないこと自体に損害賠償責任を認めるという注意義務（契約上の債務）構成を採用する裁判例が増加した。現在では、どちらの法的構成を採用するのか必ずしも明確ではない裁判例も多い[(7)]。

①に対して、②、③、④は、患者の同意は問題とはならず、あくまで医師の情報提供としての説明義務が問題となる類型である[(8)]。②は、療養方法等の指示指導としてなされる説明であり、患者に対し病状等の理解を与えて、治療・療養上の注意事項を説明するものである。一般的には、医師法第23条を一つの根拠として認められるとされている[(9)]。ここでは、どのような場合に、どの程度の療養方法等の指導を行うべきかが問題とされる。③は、当該医療提供施設の設備等や自身の専門では、臨床医学の水準に適合する治療行為等を実施することが困難である場合に、医師が当該事実を患者に説明し、然るべき医療機関への転医をうながすための説明である[(10)]。④は、遺族等に対して死亡した患者の死因や診療経過について説明をするものであるが、医師－患者関係の当事者ではない第三者に対する説明となり、その法的根拠をどこに求めるべきかが問題とされる。医療者側から病理解剖などの提案を含めた死因解明と遺族への説明を行う信義則上の義務によって認められるなどと解されている[(11)]。

（2）同意原則の前提としての説明原則

一般の治療行為、例えば手術などは、患者の身体に対する医的な侵襲行

為を伴うものである。このため、「医師の治療、なかんずく、肉体への侵襲行為には、原則として患者の承諾を必要とする[12]」という承諾（同意）原則が体言するように、患者の同意を得ないでなされた医療行為は違法となる[13]。たとえ、医学的に正しく、患者のために有益であったとしても、本人からの同意のない身体に対する侵襲行為は違法となる[14]。この同意原則は、「人の身体はその人のものであり、身体の全体はまとまったものとしてその人のものである」という bodily integrity（肉体の完全性）の考え方を基礎とする自己決定の一つと解されている[15]。

ところで、医師が行う手術などの医的な侵襲行為は、専門的な知識・技術を要するものである。自身の身体への侵襲行為に対する同意に際して、侵襲行為がどのようなものかを正しく理解して意思決定するためには、専門家たる医師から、十分な説明を受ける必要が生ずる。そこで、患者の有効な同意を得る前提として、行おうとする侵襲の本質や意味、射程範囲、副作用や代替手段などについて十分な説明を行うという説明原則、すなわち、当該侵襲行為について患者に説明し教示することが侵襲の主体たる医師の義務として登場することになる[16]。

医師による治療の決定は、医学的に有効性と安全性が確立した、診療当時の臨床医学において実践される医学的適応に基づいてなされることになる。そして、このような診療の決定基準は、医師の説明義務の範囲を決定・限界付けするものとしても機能する。

さらに、医師は、医学的に確立された療法の中から、当該患者にとって何が最適かを判断し、実施する療法や処置を選択することになる。ここに医師の裁量が認められる。そして、実施しようとしている療法がどのようなものであるかということを説明して、患者の同意を得た後、実際に、その療法を患者に対して実施することになる。

医学的な臨床水準に達している療法が複数ある場合には、各療法の利害得失を患者に説明した上で、医師が最適と考える療法を患者に提示し、これを当該医師の元で受けるか否か、また、いずれの療法を選択するかにつ

いて熟考の上で決定できるようにする必要がある。この場合、医師は、患者の疾患の治療のために手術を実施するに当たって、「特別の事情のない限り、患者に対し、疾患の診断（病名と病状）、実施予定の手術の内容、手術に付随する危険性、他に選択可能な治療方法があれば、その内容と利害得失、予後などについて説明すべき義務がある」ことになる[17]。例えば、ライフ・スタイルの決定に影響を及ぼす療法の選択である場合には、医師の説明義務は、患者の自己決定権の行使の前提としての説明という機能も果たすことになる。これは、患者には自らの生命・身体についての最終的な意思決定の権利があることを担保するためのもので、患者の生き方や人生の根幹に関係する生活の質や人格そのものにかかわるような場合には、患者の自己決定権の必要性がより高くなるが故に、医師に説明義務を課して患者に選択の機会を与えるものである[18]。ここでいう患者の自己決定権の行使は、患者は自己の意思に反した治療行為を医師によって実施されることはないということを示すのであり、患者が選択した治療方法の実施を医師に求めることができるということを示しているわけではない[19]。これを医師の側からみると、医師が最適と考える療法と患者が希望する療法とが異なる場合には、医師は患者の同意がない限り、その療法を患者に対して行うことはできないが、医師自身がその患者にとって最適と考える医療をまげてまで、患者の自己決定に従わなければならない訳ではないということになる。

なお、患者は医療の専門家ではないため、医学的に正しい判断ができない可能性もあり得る[20]。このため、医師は専門家として、強迫に及ばない限り、患者を説得することが必要となる場合もある。「医師による説得は、本来専門技術的立場から患者の生命身体の保全を十全ならしめるために行われるものであるから、医師がその専門的立場から正当と信ずる治療法を患者に受け入れるよう説得することは、むしろ専門家としての責務であって、それが強迫にわたる等の特殊な事情の存しない限り、何ら患者の自己決定権を侵害する違法なものとはなり得ないというべきである」と裁判所

は判示している[21]。

説明内容についても医師に一定程度の裁量が認められる。全ての医的侵襲行為について逐一説明して患者の同意を得る必要があるわけではない。一般には医的侵襲の度合いが高く、患者の同意が必要となる内容について説明すれば足りるとされている。また、説明することによって、当該患者に悪影響が及ぶ場合や危険の発生が低い場合、医師の説明義務は軽減される。そして、緊急の必要がある場合や患者に知らせることが妥当ではない場合には、医師の説明義務は免除される[22]。

3　分娩の場面において必要とされる同意の前提としての説明義務

分娩にかかわる説明義務として、裁判所が判示する事項の中には、産婦の同意を前提としない、自宅待機・退院時の療養指導義務などの情報提供を問題とする事例[23]もある。しかし、以下では、主に、身体に対する医的侵襲に対する患者の同意の前提としてなされる、処置などの違法性を阻却するのに有効となる説明や分娩方法の選択などの産婦の自己決定の行使にかかわる説明についての検討を行うこととする。

身体的な侵襲行為に対して、十分な説明を受けた上で、本人の同意が必要であることは先述した通りである。分娩の場面において身体に対する侵襲行為が行われることになるのは、分娩に対してなされる介入行為や分娩過程において実施される処置や薬剤投与などになろう。このため、このような身体への侵襲行為に対して産婦が同意を与えていることが必要となり、当該同意の前提として医師には説明義務が課されることになる。

（1）分娩についての産婦の同意

分娩[24]の方法は、究極には、経膣分娩とするか帝王切開術による分娩とするかの二つに大別されることになろう。本来、分娩とは自然で生理的、社会文化的な営みであり、経膣的に行われるものである。しかし、母児に異常が発生した際に、その安全を確保するための緊急処置として帝王切開術が行われる[25]。この場合、帝王切開術は手術行為に該当し、身体に対する侵

襲行為であるから、当該侵襲行為を受けることとなる産婦の同意が必要となることには異論はないであろう。他方、経膣分娩については、選択する分娩方法や分娩中の産婦や胎児の状態によって、身体に対する医的な侵襲行為がなされる場合とそうでない場合とがある。例えば、いわゆる無痛分娩を選択した場合、これは経膣分娩ではあるが、硬膜外麻酔などによって分娩時の痛みを適切にコントロールする方法であり、薬剤を投与・注射することによって分娩の痛みを和らげるというもの[26]である。このため、無痛分娩は身体に対する医的な侵襲行為をともなう分娩となるため、その実施に際しては、薬剤の投与・注射という医的な侵襲行為に対する妊産婦の同意が必要となる。また、自然な陣痛の発来をみる前に、陣痛促進剤を投与して分娩を促すなどの計画分娩が行われる場合や、産婦や胎児の状況によっては、分娩開始前に予測される、あるいは、分娩開始後に発生した、悪い結果を回避するために、一定の処置や薬剤の投与などが行われる場合もあろう。経膣分娩そのものの実施に対する産婦の同意とは別に、分娩の過程において実施することとなる処置などについても、当該処置の実施について同意を得るための前提として医療者側には説明義務が課されることになろう。

問題は、その経膣分娩が、生理的過程をとる分娩であって、医療スタッフによって提供される行為が分娩介助のみに終始し、医的な侵襲行為を一切ともなわない場合である。このような場合であっても、医療スタッフによる分娩の介助は身体的接触をともなう行為であるから、身体に対して行われる行為ということができる。このため、身体への接触を伴う行為については、最終的に本人自身の意思で決定する、という観点からは、妊産婦の同意が必要となる行為であるといえよう。

このように、いずれの方法で分娩する場合であっても、医療提供施設内で実施される分娩であるときには、当該分娩を医療スタッフが取り扱うことについて、産婦の同意が必要となるものと解される。

（2）医学的適応のある療法についての説明である必要性

母児に何らかの異常がある場合には、医師は、その異常に対処するための何らの処置を実施することになろう。このような場合の処置などを選択する際に、医師は医学的適応のある療法の中から、当該患者にとって最適と考える療法を選択し、当該療法についての説明を患者に対してなすことになる。医師が、正しい療法を選択するためには、その前提として、正しい診断がなされていることが必要となるであろう。誤った診断に基づいて選択された療法は、選択された療法そのものが誤ったものとなるため、そもそも適切ではない療法について説明がなされることになる。これによって、患者は誤った自己決定をすることになるからである。

大阪高判平成17年9月13日[27]は、産婦に少量の出血が認められたに過ぎない段階で大出血の可能性があるとして必要性の認められない帝王切開術が実施された結果、在胎31週4日という未熟な段階で娩出された児に脳障害が残ったという事案である。本件において、実施された帝王切開術は、医学的適応がなかったとして、本来であれば説明されるべき早期の帝王切開術が胎児にもたらすリスクなどが具体的になされなかったために、帝王切開術の選択に関する真の自己決定の機会を重大な点において奪われたと裁判所は判示している。また、軽度の妊娠中毒症である産婦に体重増加などから分娩状態が整っているとして分娩誘発のための入院を勧めて分娩誘発を行った事案である大阪地判平成14年5月10日[28]は、そもそも産科的・医学的適応があるとは認められない分娩誘発を勧めており、分娩誘発の適応につき正確でない情報を与えているとして、産婦の自己決定の一助となるべき説明とはいえないと判示する。

裁判所が判示するように、そもそも医師によって選択された分娩方法や決定された処置が、医学的適応の認められないものである場合には、当該分娩方法や処置に関する説明は、当然のことながら自己決定に資するとはいえず、医師は説明義務を尽くしたとはいえないであろう。

（3）分娩に至る前の段階での説明

既に述べてきたとおり、分娩は、生理現象とされる一方で、場合によっては、容易に病態へと移行する可能性を持つという特徴がある。そして、妊娠の時期、分娩への対処、産褥での母体と新生児の扱いなど、各時期における母体の生理的・病的状態が異なるがゆえに、各々の時期で考慮すべき内容が全く異なり、また、各時期での処置にも違った対応が求められる。[29] このため、産科の臨床では、診療方針に複数の選択肢があり、その選択肢の中のどれが正しいかについてあらかじめ断定できない症例が少なくないとされている。[30]

分娩方法の選択については、自然な経過を辿る分娩の場合であれば、経膣分娩を選択することになるであろう。しかし、産婦や胎児の状況によっては、分娩開始前の段階で、当該分娩過程で産婦や胎児に何らかの危険の発生が予測される場合もある。この場合、分娩開始前の段階で、分娩がどのように推移するかによって療法の選択や処置などについて、複数の診療方針を想定しながら、医師は当該分娩に当たることになろう。例えば、始めから選択的に帝王切開術とする場合もあろうし、経膣分娩を選択して経過次第で分娩誘発などの必要な処置の実施や帝王切開手術への切替えを行うという方針をとる場合もあろう。どのような分娩方法を選択し、必要な場合に、いつ、いかなる医的介入を行うかの判断は医師の裁量に属する。しかし、分娩に対する介入行為、特に医的な侵襲行為については、産婦の同意が必要であり、当該介入行為についての事前の説明が必要となることは先に述べてきたところである。問題は、いつ、どのような内容についての説明を行うのかということである。

1）発生が予見される危険と説明

妊産婦の状況などから、分娩過程において発生を予見しうる危険がある場合には、分娩開始後に発生することが予測される危険とその危険に対応するための処置などを含めて情報を提供し、分娩に至る前の段階で、当該分娩方法で分娩を行うか否かの決定及び他の分娩方法を選択する機会を与

えることが医療者側に求められているといえよう。

奈良地判平成26年5月15日[31]は、遷延分娩のために入院した産婦に対し、分娩室へ入室する前に、経膣分娩を継続するか帝王切開術とするかについての説明義務が問題とされた。医師は産婦に対して、経膣分娩を続行する場合には吸引分娩が必要であることや胎児の状況を説明し、「帝王切開を行うことを希望するか確認」しており、「これに対し、産婦は、医師に対し、経膣分娩を希望した」と判示して、説明義務が尽くされているとされた。この裁判所の判断は妥当といえよう。また、東京地判平成19年3月16日[32]は、重症妊娠中毒症の妊婦について経膣分娩を行ったが、分娩後に褥婦が大出血とともに呼吸停止及び心肺停止となり、多臓器不全により死亡した事案である。本件では、医師や看護師が重症妊娠中毒症の妊婦が経膣分娩を行う際の危険性についての説明をしたといえるかが問題となった。裁判所は、産婦は「重症妊娠中毒症の帝王切開術の目的・必要性について母児の安全のためと記載のある帝王切開術を行うことについての同意書に署名捺印」していること、「経膣分娩に伴うリスクが発生した場合にはそれを避けるために帝王切開術を行うことになることについて説明」した帝王切開術についてのオリエンテーションを受けていることなどから、医師や看護師が「重症妊娠中毒症の妊婦が経膣分娩を行うに当たっての危険性について、説明をしたと認められ」、説明義務違反はないと判示した。

2）帝王切開術への切替可能性が高い場合の分娩方法の選択

実際の分娩に至る前の段階で、産婦や胎児の状況から、経膣分娩を選択した場合には、分娩開始後の分娩過程において帝王切開術への切り替えをしなければならない危険が発生する可能性が高いことが予見できる場合もあろう。例えば、帝王切開既往歴のある産婦については、経膣分娩の選択も医学的に選択可能な療法であるが、帝王切開術歴のない妊婦に比べてリスクが高くなるとの報告もなされている[33]。このため、帝王切開既往歴のある産婦に対し、始めから帝王切開術を選択して実施することも医学的適応がある分娩方法であるといえる。医学的に確立した療法が複数存在する場

合には、そのいずれを選択するかについて熟考の上判断することができるようにするために、「特別の事情のない限り、患者に対し、疾患の診断（病名と病状）、実施予定の手術の内容、手術に付随する危険性、他に選択可能な治療方法があれば、その内容と利害得失、予後などについて説明すべき義務がある」とされている[34]。先に述べたように帝王切開術は身体に対する侵襲行為であり、その実施には、産婦の同意を要する医的侵襲行為でもある。このため、経膣分娩を試みるか、始めから帝王切開術を実施するかの選択は重要な意味を持つといえよう。

帝王切開既往歴のある産婦の分娩方法の選択については、帝王切開既往歴のある産婦が経膣分娩を行ったところ子宮破裂をきたして娩出された児が新生児低酸素性虚血性脳症等に罹患し、その後死亡したという福島地判平成25年9月17日[35]がある。裁判所は、帝王切開既往歴のある妊婦に対しては、二度目以降の妊娠の際に、経膣分娩を試みるか、帝王切開術による分娩を試みるかの選択の機会を与えることが重要であり、医師は、経膣分娩のリスクを説明するとともに、それ以外の選択肢もあることを説明し、経膣分娩を試みるか帝王切開術による分娩を試みるかを選択するために必要な情報を説明する義務があるとした。その上で、経膣分娩の実施につき、子宮破裂の危険性などについて本件医師は何ら説明をしておらず、説明義務を怠ったものといえると判示している[36]。帝王切開既往歴のある産婦の経膣分娩実施のように子宮破裂という重大な危険が発生する可能が高い場合、子宮破裂に至ったときには、結局のところ緊急帝王切開術が実施されることとなるのであるから、産婦自身が始めから帝王切開術を実施するか、それとも経膣分娩を試みるのかについて予め熟考し、自己決定をする要請は高いといえる。このため、分娩に至る前までに、各分娩方法についての十分な説明を受けた上で、医師が選択した分娩方法を受け入れるか否かについて判断する機会が与えられるべきであろう。

３）産婦側の希望と分娩方法の選択

ところで、胎児が骨盤位であることに不安を抱き、産婦側が強く帝王切

開術の実施を希望した事案において、最高裁判所は、分娩方法の選択につき、次のように判示する[37]。「帝王切開術を希望するという上告人らの申出には医学的知見に照らし相応の理由があったということができるから、被上告人医師は、これに配慮し、上告人らに対し、分娩誘発を開始するまでの間に、胎児のできるだけ新しい推定体重、胎位その他の骨盤位の場合における分娩方法の選択に当たっての重要な判断要素となる事項を挙げて、経膣分娩によるとの方針が相当であるとする理由について具体的に説明するとともに、帝王切開術は移行までに一定の時間を要するから、移行することが相当でないと判断される緊急の事態も生じ得ることなどを告げ、その後、陣痛促進剤の点滴投与を始めるまでには、胎児が複殿位であることも告げて、上告人らが胎児の最新の状態を認識し、経膣分娩の場合の危険性を具体的に理解した上で、被上告人医師の下で経膣分娩を受け入れるか否かについて判断する機会を与えるべき義務があった」。ところが、「被上告人医師は、上告人らに対し、一般的な経膣分娩の危険性について一応の説明はしたものの、胎児の最新の状態とこれらに基づく経膣分娩の選択理由を十分に説明しなかった上、もし分娩中に何か起こったらすぐにでも帝王切開術に移れるのだから心配はないなどと異常事態が生じた場合の経膣分娩から帝王切開術への移行について誤解を与えるような説明をしたというのである」から、当該医師の説明は、説明義務を尽くしたとはいえない。

療法の選択や処置の実施については、医師の裁量が認められる。ところが、医師が最適と考える分娩方法以外での分娩を産婦側が希望した場合には、医師の裁量と産婦側の自己決定が対立することとなる。本件のように、医師が最適と考える分娩方法とは異なる分娩方法を産婦側が希望した場合には、希望する分娩方法が医学的適応があり、かつ強い希望を示している場合には、分娩に至る前の段階で、胎児の現在の状況などの最新の情報を踏まえた上で、医師の最適と考える分娩方法をとるか否かについて判断する機会が与えられるべきであるとされている。他方、前期破水のため入院した産婦に陣痛促進剤が投与されたものの、十分な分娩進行がないままで

あったため、産婦の夫と実母から帝王切開術の申入れがなされたという事案として神戸地判平成15年11月14日[38]がある。裁判所は、医学的な適応がある場合であっても、産婦側の希望が強いものであるとはいえない場合には、産婦側の帝王切開の申入れを拒否して経膣分娩の方針を変更しなかったことは、医師の合理的な裁量の範囲内であるとともに、自己決定権を不当に侵害したとはいえないと判示している。

このように、分娩方法の選択については、医師が提示した分娩方法で分娩を行うか否かという観点に加えて、産婦側が希望を申入れた場合、産婦側が選択した分娩方法が医学的に許容しうるものであると同時に、産婦側の明確な強い希望があった場合には、産婦や胎児の最新の状態を踏まえて、医師がなぜその分娩方法を最適な療法として選択しているのかについて理由を十分に説明し、分娩方法を受け入れるか否かを判断する機会を与えることが要求されることとなる。

なお、帝王切開術既往歴のある産婦に経膣分娩を実施する場合には、帝王切開術へ移行しなければならない事態が発生することがあるため、緊急処置の取りやすい時間帯に分娩を終わらせるべく、早期入院を希望した産婦に対して、計画分娩のつもりで入院を促したところ、産婦がこれを自然分娩のための入院と理解したという東京地裁八王子支判平成1年11月29日[39]もある。裁判所は、産婦と医師との間で分娩に対する理解に齟齬があったと推認されるとした上で、事実経過を考えると産婦が計画分娩を了承して入院したと医師が理解したことはやむをえないと判示する。本件は、計画分娩が妥当と考えた医師が、産婦側の早期入院の希望も加味して分娩方法を選択したものの、実際には、医師と産婦との間で、分娩方法に対する理解に齟齬があったという事例である。当該計画分娩は、社会的適応に基づくものであったと裁判所は認定しているが、医師は、当該産婦が帝王切開術に切り替えなければならない事態が発生するかもしれないという医学的な判断を踏まえて計画分娩の実施を産婦に提案したものであり、純粋に医学的適応のある事例とはいえないとしても、医師の選択した計画分娩とい

う方法は妥当なものであったといえよう。しかし、医師の分娩方法選択の判断は妥当なものであるとはいえても、説明義務との関係では妥当とはいえない事例のように思われる。本件は、分娩に至る前の段階で、計画分娩について説明をしている事例であり、産婦が医師の選択した分娩方法をきちんと理解した上で、当該方法による分娩をおこなう意思があるか否かを確認するだけの時間的な余裕は十分にあったといえる。このため、産婦の望む自然分娩と医師が提案した計画分娩の双方が分娩方法として選択可能であったと考えられる本件では、計画分娩がいかなるものかということについて、医師は説明義務を尽くし、産婦が当該説明を理解した上で自己決定をなしているかについて、今少し確認してもよかったといえる事例であるように思われる。

（4）分娩開始後における説明の内容

分娩に至る前の段階では予測できなかった異常が、分娩開始以後に母児に発生する可能性もありうる。分娩開始後に、分娩の進行が遅れて、母児に悪影響を及ぼす可能性が発生するなど、正常な分娩過程からの逸脱が生じている場合などには、悪い結果を回避するために、例えば、分娩促進剤を投与するなどして、分娩進行を促すなどの処置がとられることがある。当初予定されていなかった処置が必要となった場合、別途その処置についての同意をあらためて得る必要がある。分娩の進行に遅れがあるなどの理由によって、分娩誘発のために使用される陣痛促進剤には、過強陣痛や子宮破裂などの重大な副作用が考えられ、慎重な投与が求められるものでもある[40]。このため、分娩過程において実施する薬剤の投与や処置がそれほど緊急を要するものではない場合には、産婦に対してなされる新たに必要となった処置などの実施について同意を得るための前提としての説明が医療者側には求められることになろう[41]。分娩誘発剤投与により自然破水に至ったが胎児の心拍数が乱れるなどしたため帝王切開術により児を娩出したものの、児は低酸素性虚血性脳症による重大な後遺障害が生じ、自身も子宮破裂をきたしていたという事案である福岡高判平成16年12月1日[42]は、分娩

誘発を行うに当たって、分娩誘発に関する副作用などについて何ら説明を行っていないことは、医師が説明義務を尽くさなかったことになると判示する。また、陣痛促進剤投与により児を娩出したが、その直後から異常出血をきたし産婦が死亡するに至った事案である神戸地判平成13年9月18日[43]は、「早くしましょうね」などと述べるだけで、陣痛促進剤の使用について何らの説明をしていないことは説明義務違反にあたると判示している。

（5）説明義務の軽減

一定の合理的な理由がある場合には、説明義務の軽減がはかられるとされている。分娩過程においては、産婦に過度な不安を与えて分娩に悪影響を及ぼす可能性があるような場合や危険の発生する可能性が極めて低い場合などが説明義務が軽減される場合に該当すると考えられる。福岡高裁那覇支判平成15年3月18日[44]は、前回分娩が急速産であった産婦が、今回も同様に急速産となることが懸念されたため、医師が確実に付き添うことができるように、分娩誘発による出産が望ましいとして入院し、陣痛促進剤投与による分娩誘発が行われたところ、胎児に高度の遅発性一過性除脈が出現して、吸引分娩などの急速分娩を試みた後、最終的には、帝王切開術により児を娩出したが、低酸素性虚血性脳症のために児は死亡したという事案である。産婦が過去の急速産や出生後2週間で児が死亡するという経験から、分娩について不安を抱いていたとして、医師が産婦の「精神状態に悪影響を及ぼす可能性を危惧し、あえて副作用についての説明をしなかった」としても、診療契約上の義務違反や産婦の自己決定権を違法に侵害する行為であるとはいえないと判示している。同様の判示がなされている事案として函館地判平成7年3月23日[45]がある。本件は、陣痛促進剤の投与を受けていた産婦が過強陣痛を起こしてショック症状となり、子宮破裂を起こしていたため緊急帝王切開術によって児を娩出したが、子宮及び左卵巣を摘出されるに至ったという事案であるが、「ほとんど危険性のない事項まで説明して過剰な不安や緊張を与えることは不適切」であるとして、使用によって通常起きることが考え難い子宮破裂の危険性については説明する

必要がないとしたものの、過剰な不安や緊張を与えない必要があることを考慮しても、過強陣痛が起こる可能性があることについての説明をしていないことは不十分であると裁判所は判示する。なお、微弱陣痛と診断されて、人での多い昼間に分娩をさせることを考えて陣痛促進剤の投与が行われたところ、過強陣痛を起こし子宮破裂となって産婦が死亡したという浦和地判平成7年10月27日[46]は、陣痛促進剤の投与にともない発生する危険性の説明につき、産婦への影響とは関係なく、純粋にその発生する確率が低いことを理由として、子宮破裂の可能性まで説明する必要はないと判示している[47]。

このように、医学的に合理的な理由に基づき説明義務が軽減される場合であっても、それはあくまで説明義務の軽減に過ぎず、一切の説明を要しないという意味ではないことに注意をしなければならない。どの程度の軽減が認められるかについて、裁判例は、産婦の心理的影響が分娩に与える影響を考慮し、産婦を不安な状況にさせないように配慮する必要があると医師が判断した場合には、危険発生について産婦に伝えないことも可能であるとしている。しかし、この要素のみで説明義務が軽減されるわけではなく、伝えることによって産婦に悪影響が及ぶとして説明義務を軽減した事項そのものの発生頻度が低いなどのその他の要素と組み合わせることによって説明義務の軽減を認める裁判例もある。また、産婦への影響を考慮しつつも、起こる可能性のある危険についての説明は求めている。説明義務の軽減については、いくつかの要因が複雑に絡み合い、個々の産婦によって状況が異なるが故に、比較的広範な医師の裁量が認められる傾向があるといえるかもしれない。

（6）医薬品の添付文書と説明

ところで、医師が、陣痛促進剤のような医薬品を使用するに当たっては、医薬品の添付文書（能書）に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことについて特段の合理的理由がない限り、当該医師の過失が推定されるとされてい

る[48]。東京地判平成16年3月12日[49]は、前期破水のため入院した産婦が微弱陣痛等のために陣痛促進剤を投与されたが、胎児仮死を示す徐脈が発生したために吸引分娩・鉗子分娩を実施し、クリステレル圧迫法を何度となく施行した後に児を重度の新生児仮死の状態で娩出した事例である。裁判所は、「危険性の高い薬剤を投与する場合には、医師の患者に対する説明の程度も、より詳細なものが求められて」おり、その投与に際しては、患者の症状、当該投薬を含めた考え得る治療手段、当該薬剤の投与方法、考え得る治療手段各々が有する危険性などについて、説明する必要がある」とする。その上で、特に、本件では、産婦が前期破水で入院しており、破水後48時間以上経過すると子宮内感染を惹起する可能性が高いことから、医師が、陣痛が微弱であった産婦に対して、その危険性等に言及することなく、能書の記載内容とは異なる増量を行うなどしており、このような場合には、「なぜ添付文書に反する方法で投与する必要があったのかについても当然説明する義務があ」ると判示している。これに対して、分娩進行遷延傾向にあった産婦に陣痛促進剤が投与されたが、産婦は、いきみ開始後に意識レベルが低下し、児娩出後に脳出血の疑いにより治療を受けたが、脳血管障害により左不全麻痺などの機能障害を後遺したという事案である東京高判平成13年1月31日[50]は、陣痛促進剤の投与に際する母体の監視義務とともに、産婦に対する陣痛促進剤投与時の説明義務が問題とされた。監視義務の懈怠については、出産前の経緯から、妊婦中毒性を疑ってしかるべきであり、陣痛促進剤の投与によって血圧が上昇する可能性があることから、脳出血の発症は予見可能であり、陣痛促進剤の投与に際しては、母体の状態を十分に監視する必要があったのに、これを怠ったなどとして過失があると裁判所は判示した。しかし、分娩誘発のための陣痛促進剤の投与が能書の記載を遵守した通常の使用方法であったとして投与についての説明義務については、これを否定している。

このように、能書の記載事項にはない増量を行うなどする場合には、そのような薬剤の使用が医学的にみて妥当であるというだけではなく、その

必要性や危険性についての説明義務が課されることとなる。

（7）分娩開始後に行われる処置などの説明の相手方

分娩過程で行われる処置などについては、原則として、処置を受ける産婦自身に対して、当該処置に関する説明を行い、当該処置を受けるか否かの同意を得る必要がある。ただし、子宮破裂などの緊急に処置が必要であるような場合、処置を受ける産婦自体が、既に意識がなかったり、説明をしてその同意を取り付けられるような状態ではない場合もありうる。このような場合には、産婦ではなく、産婦の配偶者や家族等に対して当該処置に対する説明を行い、その同意を得る場合もありうる。しかし、このような産婦本人への説明が免除されるのは、ごく例外的な場合に限られる。東京地判平成13年3月21日[51]は、子宮筋腫のあった産婦が、その手術中になされた夫の同意によって、帝王切開術に引き続いて子宮摘出が実施された事案であるが、「医療行為がときに患者の生命、身体に重大な侵襲をもたらす危険性を有していることにかんがみれば、患者本人が、自らの自由な意思に基づいて治療を受けるかどうかの最終決定を下すべきであり」、「緊急に治療する必要があり、患者本人の判断を求める時間的余裕がない場合や、患者本人に説明してその同意を求めることが相当でない場合など特段の事情が存する場合でない限り、医師が患者本人以外の者の代諾に基づいて治療を行うことは許されない」と裁判所は判示する。そして、本件は、緊急性もなく、病名も本人への病名告知に慎重な配慮を要するものではなかったとした上で、「代諾に基づく治療が許される特段の事情があるということはでき」ず、「本件手術を行うについて原告の同意を得なかったことは医療を行う医師としての注意義務に違反する」と判示している。処置を実施する際には産婦に同意する能力が認められないような場合であっても、当該処置に緊急性が認められないような場合には、産婦に同意する能力が認められる状況になった後に、改めて当該医的侵襲行為について説明を行い、その同意を得ることが求められている。本件で実施された子宮の摘出行為は、女性としてのアイデンティティやライフスタイルに重要な影響を

及ぼす可能性のある事柄であると思われる。このため、その後に子を設けるか否か等を含めた本人の自己決定が重要な意味を持つ事例であったといえる。本件のような、緊急の必要性がなく、本人の自己決定が重要な意味を持つような場合には、本人が説明をうけた上で、自由意思に基づき当該治療を受けるか否かの決定を行う必要があるといえよう。

また、胎児に低酸素状態（胎児仮死）の可能性があると診断された場合には、可及的速やかに胎児を子宮外に出して、肺呼吸により酸素供給を図る必要がある。このような場合には、帝王切開術、鉗子分娩、吸引分娩、クリステレル胎児圧迫法の実施により急速遂娩が行われる[52]。急速遂娩が必要とされている状況下であっても、実施する処置などについて同意を得るための前提としての説明が医療者側には求められる。このような場合、どの時点において、誰に対して、どの程度の説明を行うことが求められることになるのであろうか。広島高判平成22年6月17日[53]は、分娩開始前に急速遂娩の必要性を窺わせる事情が特段見当たらなかったが、胎児が機能不全に陥った際に口頭でクリステレル圧迫法という急速遂娩の説明が行われたことは違法であるとはいえないとした上で、本人は必要最低限の説明について理解することが困難であったとはいえないとして、産婦の夫に説明しなかったことが違法とはいえないと判示している。急速遂娩のような緊急性がある場合であっても、産婦が説明を理解することができ、同意を与えることができる状況であれば、産婦自身に説明してその同意を得る必要があり、産婦に対する説明は免除されないことになるといえる。

4　結びにかえて

分娩を取り扱う産科と他の診療科とが異なる点は何であろうか。

一つは、母体と胎児という二個体を同時に取り扱うことであろう。分娩過程における医的侵襲について考えてみると、児の娩出が完了するまでは、法的な意味での「人」として、身体に対する侵襲行為を受けるのは、産婦のみということになる。しかし、この侵襲行為が、ただ産婦のみに対する

ものかといえば、答えは否ということになろう。法的な意味における「人」ではないが、「人」になりうる「胎児」への侵襲行為も同時に行われているような場合もある。医的侵襲に対する有効な同意の前提としての説明義務に関しては、他の診療科においては患者本人の状況や当該患者に処置が与える影響などについての説明義務が問題になるのに対し、分娩を扱う産科においては、妊産婦本人の状況の説明や実施される処置などが妊産婦本人に対して与える影響などについて説明するだけにとどまらず、法的には妊産婦の一部であるところの胎児に関しても別途その状況や処置などが与える影響について説明義務を尽くさなければならないこととなる。さらに、分娩過程において選択しうる療法や処置について考えるとき、例えば、次のような問題が生じる可能性がある。産婦の身体状況から胎児が未成熟である段階で分娩を実施するような場合や、逆に、胎児のために産婦が帝王切開術の実施を受けるような場合である。このような産婦にとって最適である療法が、必ずしも胎児にとって最適とはいえない場合や、反対に、胎児にとっては最適だが、母体にとって最適とはいえない場合には、誰のどのような判断で療法や処置を決定することになるのであろうか。療法の選択に関する自己決定の如何はともかくとして、少なくとも、当該処置などを行うに際しては、身体的侵襲を受けることとなる産婦の同意が不可欠であることは確かであろう。「人」として権利能力を有する産婦と、未だ権利能力を有さない「胎児」の利益が衝突した場合、法的には、最終的に、権利能力を有する人たる産婦の利益が、胎児のそれに優先されると考えることになろうか。このような、産婦と胎児の利益が対立する場合について、これをいかに解すべきかは非常に難しい問題である。[54]

また、先述した通り、医師が説明を行った上で同意を得る相手方は、本人に同意する能力がないなどの例外的な場合を除き、侵襲行為を受ける本人自身である。しかし、分娩に関する侵襲行為が、産婦のみならず、胎児に対してなされるものでもあることを考えると、当該胎児が生きて産まれた後に、親権者として児の保護機関たる地位につくこととなる胎児の父も

説明の相手方であると解する余地もあろう[55]。しかし、この場合も、胎児、産婦、胎児の父の利益や意見が一致するとは限らず、また、三者の重みは同じとはいえまい。胎児の父に対する説明については、これをいかなる法律構成で認めるのかという問題も含め、検討を要するところである[56]。

医師が医学的に最適であると考える療法を実施すべく妊産婦に対して説明義務を尽くしたとしても、妊産婦側がこれを拒否ないしは、異なる療法の実施を求めているような場合、通常であれば、医師がその専門的立場から正当であると信ずる療法を受けるよう、情報提供と対話を尽くして説得することが求められることもあるだろう。それでも産婦側の同意を得られない場合には、転医等の機会を与えるべきであるとされている[57]。しかし、分娩については、時間的な制約や医療提供施設の制約によって転医等が叶わない場合もありうる[58]。分娩の場面においては、胎児と妊産婦の利益が一致しないこともありえるのであって、妊産婦の自己決定と胎児の生命・健康な発育、さらには医師の裁量などの複雑な要素が絡み合う事態も発生しうる。このため、妊娠・分娩・産褥という一連の過程の中で、いつの時点で、何についての、どのような説明を、誰に対して行うのか、という「説明義務」の問題を今後検討するに際しては、従前の医師－患者関係に関わる説明義務のみならず、医師、妊産婦、妊産婦の身体の一部である胎児、さらには胎児の父などの関係をどのように考えればよいのかということを踏まえた上で、検討していく必要があるように思われる。

註

（1）1947年には、医療提供施設（病院・診療所・助産所）以外の自宅などでの分娩が、全体の97％を占めていた。しかし、1960年には、医療提供施設における分娩と自宅などにおける分娩の割合がほぼ同じになる。その後は、医療提供施設における分娩の占める割合が増加し、分娩全体の中で医療提供施設における分娩が占める割合は、1965年には84％、1970年には96％強となり、1980年以後は99％以上で推移している。2016年は医療提供施設での分娩が99.8（病院：54.3、診療所：45、助産所：0.6）％であり、自宅・その他での分娩は、わずか0.2％となっている。「出

生　第4.8表　市部－郡部・出生の場所別にみた年次別出生数百分率」『平成28年人口動態調査（上巻）』厚生労働省（2017年9月15日発表）

（2）進純郎「帝王切開・無痛（和痛）分娩と自然分娩（1）分娩の医学的問題」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学7　周産期・新生児・小児医療』（丸善出版、2012年）65頁

（3）分娩は自然で生理的な営みではあるが、高齢出産が増加した現在では医療の介入が必要となる分娩が少なくなく、病的な妊産婦が医学的な管理下に置かれるべきことは当然とされる。その一方で、異常のない妊産婦は病的妊産婦と同等の医学的管理を行う必要はなく、妊産婦などの満足のできる「自然なお産」を提供することも医療従事者の努めであるとして、分娩では医療と自然の棲み分けが大切であるとされている（前掲註（2）56頁）。

（4）平成以後に出された妊娠・分娩に関する裁判例のうち、児の娩出のために産婦が医療提供施設にアクセスしてから、分娩を経て退院するまでの間の「説明義務」について判示している裁判例を検討の対象とした。本稿は、判例集等に掲載され、検索可能な事例を検討したに過ぎないことを付言しておく。なお、医療提供施設が提供する妊娠・分娩に関わる医療行為で、説明義務が問題とされている裁判例には、例えば、不妊治療などの妊娠に関わるものもあるが、本稿では、検討の対象外とする。不妊治療の危険性などの「説明義務」について判示する裁判例として、横浜地裁川崎支部判平成16年12月27日（判例時報1910号116頁）、松山地判平成16年9月14日（判例集未登載。裁判所ウェブサイト、LEX/DB 番号28092495）、仙台高裁秋田支判平成15年8月27日（判例タイムズ1138号191頁、原審は、秋田地判平成14年3月15日（判例タイムズ1138号201頁））、新潟地判平成14年9月13日（判例集未登載。裁判所ウェブサイト、LEX/DB 番号28080001）がある。

（5）金川琢雄「インフォームド・コンセントの法理・概説」『医事法の構想』（信山社、2006年）4-5頁（初出、金川琢雄「インフォームド・コンセント」加藤良夫編著『実務法律講義12　実務医事法講義』（民事法研究会、2005年）8-9頁）。飯塚和之「患者の自己決定権と司法判断－近時の最高裁・説明義務判決をめぐって－」湯沢雍彦・宇都木伸編『人と法と医の倫理』（信山社、2004年）270-271頁、平林勝政「インフォームド・コンセント《再論》Ⅰ各国の法状況　日本」年報医事法学8号（1993年）58頁など。なお、説明義務の分類については諸説あり、必ずしも統一的な見解であるとはいえない。例えば、米村滋人『医事法講義』（日本評論社、2016年）126-141頁は、従来、広く用いられてきた本文のような分類方法は、理論上も実際上も極めて問題があったと言わなければならないと指摘する。その上で、「療養

指導方法としての説明義務」と「転医勧告としての説明義務」（同書は、「顛末報告としての説明義務」を除く3類型が、従来からの説明義務の分類であるとして論を展開している。）については、患者の医療的利益保護を目的とする行為であるために、説明義務から除いた上で、保護される利益ごとに類型化を行うことが望ましいとする。そして、これらを①患者・家族等の医療的決定保護を目的とする情報提供義務と②他の利益保護を目的とする情報提供義務の2類型に分けるのが適切であり、説明義務の概念を再構成すべきであるとしている（なお、本説に対する批評として、平林勝政「文献紹介」年報医事法学32号（2017年）196-198頁がある）。

（6）前掲註（5）金川25-27頁、前掲註（5）平林67-68頁

（7）新美育文「インフォームド・コンセントに関する裁判例の変遷」年報医事法学16号（2001年）98-99頁など。

（8）前掲註（5）平林58-59頁は、この類型を「結果回避義務としての説明」としている。

（9）医師法第23条「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」。なお、平林勝政「疫痢過誤・療養指導事件」宇都木伸他編「医療過誤判例百選第2版（別冊ジュリスト140号）」（1996年）134頁は、損害賠償法のレベルにおいては、あえて公法上の義務に根拠を求めなくても、医師－患者関係から生ずる最も基本的な注意義務として認められるとするば足りるのではないかと指摘している。

（10）転医勧告義務は、一連の未熟児網膜症に関する裁判において、眼底検査や光凝固法といった未熟児網膜症の診断・治療の実施が自施設において提供できない場合には、これを実施可能な施設へ転医の措置をとることがいつの時点から医療水準となって医師の法的義務となるのかという問題と関連して判示されてきた（最判平成7年6月9日（民集49巻6号1499頁、判例時報1537号3頁、判例タイムズ883号92頁など））。この医療水準は、医師の説明義務の範囲の決定・限界付けをするものとして機能するためである。手嶋豊「未熟児網膜症事件」宇都木伸他編「医事法判例百選（別冊ジュリスト183号）」（2006年）143頁など参照のこと。

（11）金川琢雄「死因不明と医師の説明義務」前掲註（5）金川57-72頁、児玉安司「死因の説明過誤事件」宇都木伸他編「医事法判例百選（別冊ジュリスト219号）」（2006年）78頁、診療契約がある場合を前提とした遺族に対する顛末報告義務について検討するものとして、坂上武仁「顛末報告義務の法的性質及びその範囲」年報医事法学30号（2015年）46頁以下などがある。

（12）唄孝一『医事法学への歩み』（岩波書店、1970年）3頁（初出は、唄孝一「治療行

為における患者の承諾と医師の説明－西ドイツにおける判例・学説－」契約法大系刊行委員会編『契約法体系Ⅶ補巻』（有斐閣、1965年））。なお、患者の「同意」とするか「承諾」とするかについての問題もあるが、本稿では両者を同義として用いている。

(13) 唄孝一『志したこと、求めたもの』（日本評論社、2013年）50-51頁

(14) 刑法では、専断的治療行為の問題として、議論されている。大谷實『刑法講義総論 新版第4版』（成文堂、2012年）260頁、西田典之『刑法総論 第2版』（弘文堂、2010年）197頁、木村光江『刑法 第3版』（東京大学出版会、2010年）116-117頁など参照のこと。

(15) 前掲註（13）唄50-51頁。小西知世「インフォームド･コンセント」甲斐克則編『ブリッジブック医事法』（信山社、2008年）32頁は、「承諾原則の目的は、患者の自己決定権（ひいては人格そのもの）とその座である身体の一体性をあわせて保護することによって患者の心身をトータルに保護し尊重することにある」とする。

(16) 前掲註（12）唄3-12頁など

(17) 最判平成13年11月27日（民集55巻6号1154頁、判例時報1769号56頁、判例タイムズ1079号198頁）。本件は、乳がんの手術に当たり当時医療水準として未確立であった乳房温存療法について医師の知る範囲で説明すべき診療契約上の義務があるとされた事例である。

(18) 乳房温存療法事件（前掲註（17））やエホバの証人輸血拒否事件（最判平成12年2月29日（民集54巻2号582頁、判例時報1710号97頁、判例タイムズ1031号158頁））などがある。なお、浦川道太郎「説明義務と医師の裁量」年報医事法学8号（1993年）83-84頁は、「医師にとって裁量可能性が生じる、患者の症状に対して適応のある医療方法が複数存在するときであっても、医療方法間の選択が患者の自己決定に委ねられる場合であるならば、医療の説明義務は免除されず、選択が医師の裁量に任されることにはならない。」として、このような患者にとっても選択、すなわち自己決定の余地がある場合には、患者に自己決定権の行使を保障するための医師の説明義務が問題になるとしている。裁判例の分析を通じて、医師にもとめられる治療方法選択の前提としての説明事項について論ずるものとして、伊澤純「医療過誤訴訟における医師の説明義務違反（3）」成城法学65号（2001年3月）141-154頁がある。

(19) 永水裕子「帝王切開･無痛（和痛）分娩と自然分娩（2）分娩方法選択の法的問題」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学7　周産期・新生児・小児医療』（丸善出版、2012年）71-73頁

(20) 例えば､樋口範雄「自己決定権」樋口範雄編著「ジュリスト増刊　ケーススタディ生命倫理と法」(2004年) 223-224頁は、患者の自己決定についての課題の一つとして、患者は、通常自身にとって最も印象に残る事実に基づいて意思決定をし、治療上のリスクや利点に関して合理的に評価した上で意思決定をなすことはほとんどないとの研究がある旨の紹介を行っている。

(21) 東京地判昭和63年10月31日（判例タイムズ686号187頁、判例時報1296号77頁）

(22) 飯塚和之「説明義務の軽減・免除」年報医事法学8号（1993年）92頁以下など。

(23) 破水を訴えて受診した妊婦を診察した医師がこれを否定的と判断し、自宅管理のため帰宅させたところ、翌日、再び破水を訴えて受診した際には、切迫早産と診断されて帝王切開術により児を娩出したが、児が同日中に死亡した事案として東京地判平成15年2月28日（判例集未登載。裁判所ウエブサイト、LEX/DB 番号28081729）がある。また、新生児が退院後に核黄疸に罹患し、後遺障害が生じた事案として、最判平成7年5月30日（集民175号319頁、判例時報1553号78頁、判例タイムズ897号64頁)）及び福岡地判平成6年11月16日（判例時報1548号124頁）がある。

(24) 胎児及びその付属物を母体外に娩出する行為である分娩過程は、三つの期に分けられる。第1期が分娩開始から子宮口が全開大するまでの期間（開口期)、第2期が子宮口全開大から､胎児が産道を下降して娩出を完了するまでの時期（娩出期)、第3期が胎児娩出から胎盤ならびに卵膜の排出が完了するまでの時期（後産期）である。日本産科婦人科学会編『産科婦人科用語集・用語解説集［改訂第2版］』(金原出版株式会社、2008年）279頁。自然分娩では、分娩第1期と第2期の援助が大切であり、この時期の援助如何で自然分娩を遂行できるか否かが決まるとされている（前掲註（2）67-69頁)。

(25) 前掲註（2）57頁

(26)「無痛分娩」とは、「薬剤により分娩時の疼痛を緩和、あるいは除去し、できる限り無痛下に分娩を完了されるのを目的とした分娩法」をいい、「鎮痛剤または鎮痛剤の全身投与、硬膜外麻酔、サドル麻酔、陰部神経麻酔、吸入麻酔、静脈麻酔などの局所または全身麻酔」によって行われる（前掲註（24）日本産科婦人科学会編290頁)。

(27) 判例時報1917号51頁

(28) 判例集未登載。裁判所ウエブサイト、LEX/DB 番号28070953。本件は、入院後、分娩誘発を行って子宮口全開大となったものの、児頭位置が±0付近のままの状態で胎児に早発一過性徐脈が陣痛の度に認められるなどしたため、クリステレル

圧迫法を併用した吸引分娩によって児を娩出した事案である。児は、新生児仮死と診断されて治療を受けたが、出生2年6ヶ月後に脳性麻痺を原因として死亡した。裁判所は、徐脈発生後の分娩誘発の中止および吸引分娩実施時のクリステレル圧迫法の併用について過失があると認定したものの、当該過失と児の脳性麻痺発生との間には因果関係がないと判示した。しかし、医師による分娩誘発についての説明義務に違反があるとして児の両親である原告に対して、慰謝料の支払いを命じている。

(29) 佐藤和雄・水口弘司編著『インフォームド・コンセントガイダンス－周産期編』［佐藤和雄］（先端医学社、2000年）33頁

(30) 我妻堯『新訂　鑑定からみた産科医療訴訟』（日本評論社、2013年）14頁

(31) 判例集未登載。LEX/DB 番号25504655。本件は、遷延分娩ではあるが今だ羊水流失の認められない産婦の分娩に際して、医師が、産婦に十分な説明をしないまま帝王切開術を選択せずに経膣分娩を続行した結果、吸引分娩及びクリステレル圧迫法を実施することになり、さらに、分娩後の児の呼吸管理を怠った上、転院が遅滞した過失ないし債務不履行によって児に低酸素脳症による脳性麻痺の障害が生じたと主張して、医師に損害賠償を求めた事案である。裁判所は、説明義務及び本件分娩でとられた吸引分娩等の処置についても、医師には注意義務違反はないと判示している。

(32) 判例集未登載。裁判所ウエブサイト、LEX/DB 番号28130874

(33) 帝王切開既往歴妊婦に対し経膣分娩を試行することを Trial of labor after cesarean delivery（TOLAC）といい、それが成功した結果を Vaginal birth after cesarean delivery（VBAC）という。TOLAC では予定帝王切開の2倍の頻度で子宮破裂が起こる。予定帝王切開を選択すると、その後の妊娠に際して前置胎盤や癒着胎盤の発生が増加する。したがって、分娩方針決定の際には、いずれの場合もリスクがあることを十分に説明する必要がある。TOLAC は多くの帝王切開既往妊婦にとって合理的な選択であるとする NIH の報告もある。子宮破裂の最初の兆候が異常胎児心拍パターン出現との報告があるため、TOLAC 時は、分娩監視装置による連続的胎児心拍数モニタリングが必要となる。日本産科婦人科学会「産婦人科診療ガイドライン産科編2014」216-217頁【http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2014.pdf［2017年9月30日アクセス］】

(34) 前掲註（17）

(35) 判例時報2213号83頁。本件は、第一子を帝王切開術で娩出していた産婦が第二子を経膣分娩で出産したところ、産婦の子宮破裂の兆候を見落とすなどした結果、

娩出された児が新生児低酸素性虚血性脳症等に罹患し、重症新生児仮死となって約7ヶ月半後に死亡した事案である。裁判所は、説明義務違反とともに、子宮破裂の兆候を捉えるための継続監視を実施する義務などを怠った過失があるとして、死亡した児に生じた損害の賠償を認めている。

(36) 同様の事案として、福島地判平成20年5月20日（判例時報2019号69頁、判例タイムズ1289号211頁）がある。本件は、前回の出産が帝王切開であった産婦が経膣分娩により出産した際に、子宮破裂を発症して緊急帝王切開となり、児が重度の新生児仮死の状態で出生し、重症脳性麻痺となり、その結果死亡したという事案である。本件分娩が実施された平成7年当時は、日本産科婦人科学会等による前回帝王切開妊婦の取扱に関する解説の中に具体的指針は示されていなかった。しかし、同解説では、特に子宮破裂の予防とその対策についての記述が強調されていたとして、明確な基準はないにしろ、説明をした上で同意を得ることが前提とされていたとして、経膣分娩で大丈夫であるなどと言っただけで、十分な説明や質問もなされないまま分娩実施に至ったことは、説明義務を果たしたとはいえないと判示している。ただし、裁判所は、十分に説明を受けていれば帝王切開術を選択したはずであるとはいえないとして、児の障害及び死亡との因果関係については否定している。

(37) 最判平成17年9月8日（集民217号681頁、判例時報1912号16頁、判例タイムズ1192号249頁など）

本件に対する判例批評として、加藤愼「最近の医療事故判決にみる説明責任：骨盤位における分娩方法の選択と説明義務 」NBL821号（2005年11月）6頁、平沼高明「帝王切開術による分娩を強く希望していた夫婦に経膣分娩を勧めた医師の説明が同夫婦に対して経膣分娩の場合の危険性を理解した上で経膣分娩を受け入れるか否かについて判断する機会を与えるべき義務を尽くしたものとはいえないとされた事例」民事法情報236号（2006年5月）54頁、小池泰「分娩方法の選択に関する医師の説明義務」民商法雑誌134巻3号（2006年6月）486頁、小笠豊「分娩方法に関する説明義務違反と機会の喪失」宇都木伸編「医事法判例百選（別冊ジュリスト183号）（2006年）130頁、峯川浩子「分娩方法に関する説明義務違反と機会の喪失」甲斐克則他編「医事法判例百選［第2版］（別冊ジュリスト219号）」（2014年）70頁などがある。

(38) 判例集未登載。裁判所ウエブサイト、LEX/DB 番号28091392。本件産婦は、前期破水のため入院し、陣痛促進剤投与による分娩促進が実施されたものの十分な分娩進行がみられないまま胎児が重症胎児仮死の状態となったため、吸引分娩が2

回行われたが分娩に至らなかった。この間、分娩進行が遅かったため、産婦の夫と実母より計2回の帝王切開術の申入れがなされていた。2回目の吸引分娩試行後の内診所見で臍帯脱出が確認され、緊急帝王切開が実施されたが、児には、胎児仮死の発生を原因とする重度の脳性麻痺の障害が残ったという事案である。

(39) 判例タイムズ717号195頁 、判例時報1346号103頁

(40) 前掲註（33）日本産科婦人科学会266-273頁などを参照のこと。

(41) ただし、このような処置などの実施について同意を得るための前提としての説明は、処置そのもの、例えば、分娩促進のために陣痛促進剤を使用することについての説明を医療者側に求めるものであり、どの薬剤を使うかという説明までをも求めるものではない。東京地判平成元年12月27日（判例時報1358号115頁）は、一般に治療目的を了承している以上、医師がその治療目的達成のために医学的に安全性が認められた薬剤のなかでどの薬剤を使用するかは医師の裁量の範囲に属するとして医師の選択した薬剤の必要性について説明する必要はないと判示しており、このような判断は妥当といえよう。なお、本件は、前置胎盤と診断された妊婦に対して、医師が帝王切開の必要性を説明したところ、当該妊婦が経膣分娩を希望し、訴外大学病院での超音波検査の結果、これが可能であるとの報告書を持参したため、当該報告書の結果を前提として経膣分娩を実施することにしたが、万一の出血に備えて人的に対応可能な日に入院し、分娩誘導を行う旨を医師は説明し、妊婦の了承をえて経膣分娩を実施した事案である。入院後、陣痛促進剤投与などによる分娩誘発を行っている最中に産婦はショック症状に陥り、死産となり、産婦自身も死亡している。

(42) 判例時報1893号28頁。ただし、産婦は分娩誘発による副作用ないし危険性を認識した上で、医師による分娩誘発を信頼していたとして説明義務違反を理由とした損害賠償請求は困難であるとしている。原審は、福岡地判平成11年7月29日（判例時報1728号84頁、判例タイムズ1053号199頁）。

(43) 判例集未登載。裁判所ウエブサイト、LEX/DB 番号28071370

(44) 判例時報1884号52頁

(45) 判例時報1560号128頁

(46) 判例地方自治149号70頁

(47) 同様に、陣痛促進剤投与後に子宮破裂が発生する確率が低いことを理由に、医師の説明義務を軽減する判示をする事例として、東京地裁八王子支判平成元年11月29日（前掲註（39））がある。本件は、帝王切開既往歴のある産婦が陣痛促進剤の投与を受けた際に子宮破裂が起こり緊急帝王切開術によって児を娩出するに

至ったという事案である。なお、事案の詳細については、前掲註（39）の本文も参照のこと。

（48）最判平成8年1月23日（民集50巻1号1頁、判例時報1571号57頁、判例タイムズ914号106頁）

（49）判例タイムズ1212号245頁

（50）判例タイムズ1071号221頁

（51）判例時報1770号109頁

（52）前掲註（30）我妻120-127頁

（53）判例タイムズ1333号214頁

（54）仁志田博司「周産期医療・新生児医療・小児医療における倫理的特徴（1）医学的側面」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学第7巻　周産期・新生児・小児医療』（丸善出版株式会社、2012年）6-7頁は、周産期医療における最大の倫理的議論は、母体と胎児の二つの命と権利の競合であるとして、「母親は胎児の為に自分の体を侵襲に晒すことを拒否する権利を有するであうし、胎児といえども尊厳を持って扱われる権利を有すると考えられる」としている。なお、周産期とは出生周辺期という意味で、統計上では、妊娠満22週以降の妊娠後期と出生後6日目までの新生児早期を指す。また、母体内にある胎児の法的な地位と医療行為者や妊婦との関係から胎児保護について検討するものとして、服部篤美「法律学かたみた母体内にある出生前の生命の保護」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学第7巻　周産期・新生児・小児医療』（丸善出版株式会社、2012年）99-114頁がある。

（55）例えば、最判平成17年9月8日（前掲註（37））は、分娩方法の選択について夫に固有の慰謝料を認めている。

（56）前掲註（19）永水80頁。前掲註（37）各判例批評も参照のこと。

（57）石﨑泰雄『患者の意思決定権』（成文堂、2008年）186頁（初出、「患者の意思決定権の確立へ」法学会雑誌48巻2号、2007年）

（58）「『周産期医療体制のあり方に関する検討会』意見の取りまとめ」（2016年12月）【http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000145749.pdf［2017年9月30日アクセス］】は、産科医師、小児科医師の不足や地域偏在、分娩取扱病院及び診療所数の減少傾向が続く一方で、ハイリスク分娩などによる高度な診療体制が要求されている現状などの周産期医療体制の課題などについて指摘がなされている。