



Title	助産師資格のない看護師等の内診が意味すること（第二報）：助産の法的概念と助産師の法的責任
Author(s)	平塚, 志保
Citation	看護総合科学研究会誌, 10(3), 37-51
Issue Date	2007-12-31
DOI	https://doi.org/10.14943/33833
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/35414
Type	journal article
File Information	hiratsuka-3.pdf



助産師資格のない看護師等の内診が意味すること（第二報）

－助産の法的概念と助産師の法的責任－

平塚志保

（北海道大学医学部保健学科）

Implication of the Practice of Pelvic Examination by Unqualified Midwife (The Second Report)

－The Legal Concept of Midwifery and Its Associated Legal Liability Based on Regulations－

Shiho HIRATSUKA

(Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

要 旨

助産の法的概念と助産師の法的責任について、医師法、保健師助産師看護師法、医療法等の法規定、および分娩経過中に助産師が関与した判例をもとに検討し、以下を結論した。

1. 法的に助産（分娩介助）は（絶対的）医行為であり、助産師には裁量がある。
2. 助産師の分娩経過中の過失は、異常の予見可能性と不適切な判断の2点を中心に認定されている。
3. 助産師は、分娩時の異常の状態の判断について単独で責任を問われる。
4. 異常発生の予見可能性について、助産師は医師と同等の注意義務を負っており、助産師一般、あるいは平均的助産師を基準に判断される。
5. 助産師は、異常の予見義務について医師との共同責任が問われることもあるが、医師の監督指導責任下にはない。
6. 助産師の医師への連絡・報告義務は、助産師の責任下にある。助産師は、正常分娩を自ら介助するのみならず、保健師助産師看護師法第38条のもと、医師への連絡の要否を判断し得る専門的教育訓練を受けており、助産師が分娩経過を観察している場合、医師の分娩監視義務（診療義務）は、問われない。
7. 分娩経過中の観察（含内診）は、必然的に観察と判断（助産診断）が連続して行われる。このため、助産（分娩介助）という行為の性質は医行為とされる。

キーワード：助産師、保健師助産師看護師法、法的責任、助産の法的概念、医業

I. はじめに－助産の概念における2つの解釈－

第一報で述べたように、産婦に対する内診が果たして助産行為に該当するか、また、看護師や無資格者による助産行為とは何かに係わる見

解の相違が生じるのは、保健師助産師看護師法（以下保助看法）において「助産」という用語が定義づけられていないことに起因する。

保助看法において「助産」は、一般に「分娩の介助」と同義とされる。これは、同法が分娩

の介助をしたときには求めに応じて出生証明書等を交付しなければならない、自ら「分娩の介助」をしないで出生証明書等を交付してはならないとされ、さらに、「分娩の介助」をしたときには助産録に記載しなければならないと規定されているゆえである（同第39条2項、第40条、第42条1項）¹⁾。

「助産」を「分娩の介助」と同義と捉えた場合、この「分娩の介助」の定義が問題となる。「分娩介助」を「分娩第二期後半の胎児が娩出するときに補助的に行う操作」²⁾と限定的に捉えるのであれば、分娩第一期の内診は、分娩介助には該当しない「観察」「測定」と解される余地がある。他方、「分娩介助」を「妊婦に分娩徴候があらわれてから、後産が完了して完全に分娩が終わるまでの間、産婦の身边で分娩の世話をすること」³⁾、もしくは「母児の安全をはかるために医師、あるいは助産師が補助的に行う操作であり、分娩経過やその間の母児の監視などを含むもの」⁴⁾と捉えるのであれば、内診も助産（分娩介助）に含まれると解されるであろう。

以下、法に規定されている医師、助産師および看護師の業務から助産の概念を捉え、助産師の責任が問われた判例から助産師の法的責任の性質について検討する。

Ⅱ. 医師、看護師および助産師の業務範囲

1. 医業および看護師の業務

医師法第17条では、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定され、この「医業」とは、「医行為を業とすること」である。同法において「医行為」は具体的に規定されていないが、通説では「当該行為を行うにあたり、医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある一切の行為」⁵⁾⁶⁾⁷⁾との見解が定着している。したがって、「医行為」は、人の疾病の診察・治療・予防の目的をもって行われる行為に限定されるわけではない。すなわち、「医行為」はその目的や対象のみならず、行為

の方法や作用によって判断される。

これに対し、看護師の業務は、保助看法第5条に「傷病者もしくははじょく婦に対する療養上の世話、又は診療の補助をなすこと」と定められている。ここで「診療」とは、狭義の診察、および治療のほか、疾病の軽減・予防、助産、整形治療、避妊、試験など医師または歯科医師の知識と技術をもってするのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為を含む、広義の診療を意味するものと解されている⁸⁾。同第5条に規定される「診療の補助」行為の解釈については、そのすべてに医師の指示を要するか否かという点で解釈が分かれているものの、少なくとも看護師の知識と技術をもってするのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある補助行為⁹⁾である。

他方、同第37条では「主治の医師又は歯科医師の指示があった場合のほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、その他医師もしくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」と規定され、臨時応急の手当てを除外すると、医師（歯科医師）が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為（いわゆる危険行為）のなかには、看護師の知識と技術をもって、医師の指示を受けて行うことが可能な行為がある。

いずれにしても、同第5条および第37条に規定されている行為は、あくまで看護師の知識と技術を前提として安全に実施できる行為であり、絶対的医行為については、医師（歯科医師）の指示があっても行うことができず、仮に看護師が行えば、それが医師の指示に基づくものであるか否かを問わず、医師法第17条〔医師以外の者による医業の禁止〕違反として処罰の対象となる¹⁰⁾（図1）。

2. 助産師の業務

保助看法には、助産師だけに限定された条文がある。これは助産師の業務独占である「助産」が、医師の業務独占に該当するが、その例外的規定として保助看法第3条、第30条が設けら

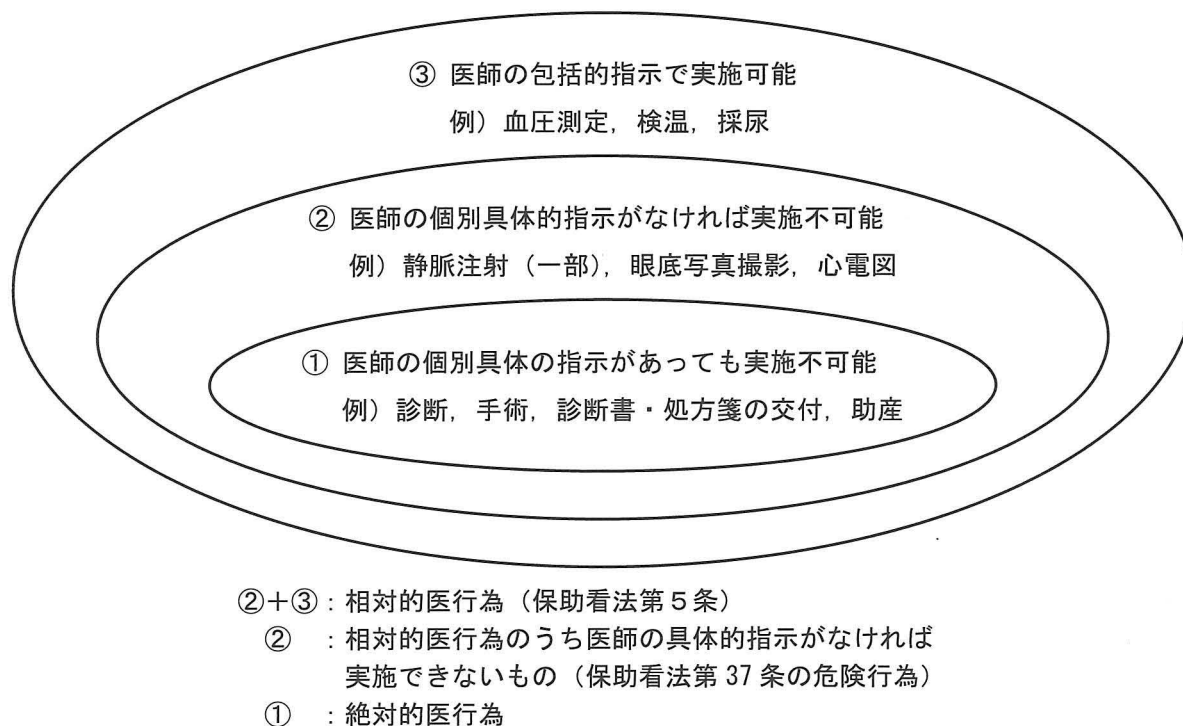


図1 看護師の行うことのできる（できない）行為の概念図

小沼敦：看護師の業務範囲についての一考察，
レファレンス，2007（9），201．より引用一部改変

れ，助産師に一定の条件のもと，医業の一部を業として行うことを認めている。なお，それに伴い，以下のようなさまざまな義務規定が定められている。助産および保健指導に関する応召義務，証明書（出生証明書，死産証明書，死胎検案書）交付義務，証明書等の交付に関する制限，異常死産児の届出および助産録の記載，保存（保助看法第39条～42条）などである。これらの義務規定は，医師法に規定される応召義務，無診療治療等の禁止，異状死体等の届出義務，保健指導を行う義務，診療録の記載及び保存義務（医師法第19条～21条，第23条，第24条）に相当する。

このなかでも，死胎検案書とは，医師または助産師が出産に立ち会わなかった胎児の死産に対する医学的判断を証明する文書で，死産証書とは，医師または助産師が出産に立ち会った胎児の死産に対する医学的判断を証明する文書で

ある。また，出生証明書は，出生の事実を証明する文書ではあるが，出生（生産）か死産かの判定は重大な医学的判断を要すものであり，これらの文書は，死亡診断書や死体検案書同様，生と死という医学的判断が前提とされる。

さらに，刑法第134条〔秘密漏示罪〕は，保健師，助産師，看護師のうち助産師のみに適用され，公法において業務上の守秘義務を課せられることは，助産師が専門職として法的に認められていることを示している。

なお，医師法第19条では，「診察若しくは検案をし，又は出産に立ち会った医師は，診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求があつた場合には，正当の事由がなければ，これを拒んではならない」，同第20条では，「医師は，自ら診察しないで治療をし，若しくは診断書若しくは処方せんを交付し，自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死

産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない」とされているように、医師の場合、自ら分娩の介助をすることではなく、分娩に立ち会うことが前提とされている。一方、保助看法第39条2項では、「分べんの介助又は死胎の検案をした助産師は、出生証明書、死産証書又は死胎検案書の交付の求めがあつた場合は、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」、同第40条では、「助産師は、自ら分べんの介助又は死胎の検案をしないで、出生証明書、死産証書又は死胎検案書を交付してはならない」、同第42条1項では、「助産師が分べんの介助をしたときは、助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載しなければならない」と規定され、助産師は、自らの判断で助産を業とすることができ、助産に対する裁量が認められている¹¹⁾。

ここで助産師が行う産婦に対する内診の適法性は、内診が同第3条の「助産」に含まれる、あるいは同第37条但書の「助産師の業務に当然付随する行為」に含まれるかのいずれかの立場に依拠する必要がある。「助産」を広義の分娩第一期の助産ケアを含む「分娩介助」と同義と解する限り、このなかに内診が含まれていると解される。なお、「病院勤務助産婦の助産録の記載について」（1957年12月10日医発第1060号）では、「分娩の介助」を、分娩の開始より後産娩出が終了するまでの間において、産婦に対して助産師として行う諸処置をいうものとし、その例として、①産婦の診察（陣痛の測定、児心音の聴取、胎児位置ならびに分娩進行状態の観察等）、②産婦に対する分娩の準備（浣腸、消毒の実施等）、③胎児娩出時の処置（会陰保護、児の肩甲四肢の解出、臍帯の結紮切断等）、④後産娩出時の処置（胎盤娩出の助成、胎盤、卵膜、臍帯の検査、子宮収縮ならびに出血状態の監視等）、⑤娩出直後の児の処置（肺呼吸の助成、点眼等）が挙げられている。さらに、病院に勤務する助産師が医師の補助者として業務を行う場合であっても、その業務の

内容に「分娩の介助」に該当する行為がある場合には当然、助産録の記載義務を負うとされ、この通知は「分娩介助」を分娩第二期の娩出介助に限定していない。

保助看法上、助産師の業務には大きく分けて助産師自身の判断で行い得るものと、主治医の指示に基づいて行われるものとに分けられる。すなわち、助産師のなし得る助産の業務は、正常な分娩の介助と、正常経過の妊婦、褥婦、新生児などの保健指導に限られ（同第3条）、妊娠・分娩・産褥経過および新生児に異常が認められたときには医師に診療を求める義務を規定し、臨時応急の手当を除外して、異常妊産婦の処置を禁止している（同第38条）。臨時応急の手当を除外すると保健師と看護師は、医師の指示がない場合には医療行為をすることができないため、同第38条は、助産師に限定された規定であり、助産師の「異常」のアセスメント能力を法的に示し、異常時に医師の指示を求めるように定めたものである。

他方、正常分娩というのはあくまでも結果であり、正常と思われる分娩の経過中でも母体や胎児にいつ異常が発生するかは分からない。したがって、臨床的に「異常があると認めたとき」の状況には3つのレベルがある。①異常が客観的に明確である場合、②異常の発生が一般的に予測できる場合、③危険の発生を潜在的所見から予測できる場合、つまり、専門的知識がなければ危険発生が予測できないレベルである。助産師の注意義務違反はこの3つのレベルで判断される¹²⁾。同第38条は、異常妊産婦に対する処置を禁止するのみならず、異常を早期に予測する注意義務を規定するものである。

Ⅲ. 判例の検討

以下、助産師に課せられている分娩経過中（主に分娩第一期）の注意義務について、6つの判例をもとに、その注意義務の性質を検討する。

1. 判例の紹介

1) 骨盤位における臍帯脱出の予見義務の存否

（第1審：大阪地判1975年3月28日，判例時報800号80頁，第2審：大阪高判1976年9月29日，判例時報842号83頁）

（1）事実の概要

骨盤位と診断され，早期破水の場合は直ちに来院するように医師より指示を受けていた原告X₁は，予定日の5日前の1968年2月18日早朝に破水し，被告Y₁病院（国立病院）に4時25分頃入院し，その際，Y₂助産師に医師の指示を伝えた。同助産師が診察をした際には，陣痛はなく，羊水漏出はわずかで，子宮口は1指開大の状態，開口部は硬く，児心音は正常であった。同助産師は，この状態では臍帯脱出の危険はないと考えた。その後，同助産師は，6時と7時にX₁に様子を尋ね，腹部が張る，羊水の漏出が止まらないという訴えがあったものの，異常はないと判断した。

1回目の内診から4時間半後の8時25分，同助産師が内診をしたところ，すでに臍帯は脱出し，児心音も微弱であったため，X₁に対し酸素吸入を開始し，医師に連絡したが，すでに胎児は子宮内で死亡していた。

X₁およびその夫であるX₂は，Y₁に対し使用者責任があるとして慰謝料を請求した。

（2）判旨

①大阪地裁（第1審）

助産師は，一般に子宮口が柔らかく，開大し，陣痛を伴っていれば臍帯脱出のおそれがあるけれども，陣痛がなければ臍帯脱出の可能性はほとんどないと思っていたので（これは誤りである），X₁を診察した後，直ちに側臥安静，羊水漏出・臍帯脱出等の防止，感染予防などの処置をとることをせず，かつ医師にX₁の症状を連絡すべきであったのに，これをしなかった点において過失があるといわなくてはならない。

もし助産師に過失がなかったならば，臍帯脱出は防げたか，あるいは仮に脱出していたとしても，これを早期に発見して，直ちに骨盤高位，

膝胸位等の処置をとり，胎児の子宮内死亡の結果を回避しえた高度の蓋然性を否定することができないから，本件胎児の死亡は，助産師の過失によって生じたと推認するのが相当である。

②大阪高裁（第2審）

臍帯脱出の予知は一般的に不可能といっている。これを早期診断するためには，内診によって子宮口または腔内に脱出した臍帯を直接触知する以外にないが，補助的には児心音の聴取がある。内診の回数を多くすれば，臍帯脱出の早期発見にはつながるが，逆に母体と胎児に感染の危険性が高まる。わが国の臨床医学の水準からいくと，仮に4時30分に内診と児心音の聴取をすれば，特に異常がない限り，その後は9時頃に内診と児心音の聴取をするのは通常である。

X₁は骨盤位で前期破水の状態にあったから，臍帯脱出の危険性があったことは否定できない。しかし，X₁には入院時陣痛がなく，羊水漏出はわずかで，子宮口は1指通過の状態，硬く，児心音も正常であったのであるから，Y₂助産師がこの症状をみて今のところ臍帯脱出の差し迫った危険はないと判断し，自然の陣痛を待つためX₁に安静を命じたことは，妥当な判断と措置というべきである。

担当医師に連絡するかどうかは，助産師の判断に任されているのであるから，助産師の判断が妥当なものである以上，同助産師が直ちに医師の診察を求めなかった点を非難することはできない。

本件は，当時の産科の臨床水準からみて妥当な判断と措置をとったにもかかわらず，不測の結果をみるに至った事案であるから，胎児死亡の結果について，助産師の責任に帰することはできない。

（3）判決の評価

本件は，助産師の異常の判断の適否，および医師への連絡・報告の時期が争点とされ，第1審では，事実を詳細に分析したうえで，胎児死亡と助産師の過失との因果関係を認めた。一方，

第2審では、異常発生の子見可能性が産科の臨床水準という見地から問われ、臍帯脱出の予知は困難であることを理由として助産師の過失を否定した。その上で、医師に連絡・報告すべき時期についても助産師の判断を基準とし、すなわち危険発生の特門的予測と医師への報告、連絡の判断について助産師の裁量を認めたものである。

2) 既往帝王切開がある産婦の子宮破裂の判断の適否

(東京地判 1980 年 6 月 24 日, 判例時報 972 号 50 頁)

(1) 事実の概要

原告 X_1 は、帝王切開によって第1子を出産してから約2年7ヶ月後、第2子を出産をひかえ、Y 管理の国立病院にて、A 医師の診察を受けていたところ、予定日の3日前である 1974 年 1 月 4 日の夜、陣痛が到来し、翌 5 日 0 時 30 分に入院した。その後、陣痛はおさまっていたが、同日 8 時 30 分頃再び陣痛が到来したため、B 助産師が内診したところ、子宮口開大 3 cm, st-1, 展退度は 80% で児心音は正常であった。同助産師は、 X_1 の状態を分娩第一期の初期と判断し、浣腸を行った。浣腸後、 X_1 は、腹部にしぶる感じの痛みを覚え、嘔吐、出血もあったため、同助産師に子宮破裂のおそれについて尋ねたところ、同助産師は、前回の帝王切開から2年7ヶ月も離れているから大丈夫と答えた。

同日 21 時 30 分頃、 X_1 は嘔吐し、B 助産師は外診を行ったが特に異常は認めなかった。同日 22 時頃、 X_1 は、嘔気と触診の際の強い痛みを訴えていたが、胎児心音が正常であったため、同助産師は、嘔気、痛みは正常分娩にもよくみられるものとして、異常と認めなかった。

翌 6 日 0 時頃、 X_1 は、排便した際、出血と嘔吐があり、その後も腹痛を訴え、また少量の血性分泌物があったほか、不規則な腹緊が認められた。同助産師が触診しようとする強い疼痛を訴えこれを拒絶し、胎児の動きの激しいこ

とを訴えた。同助産師は、 X_1 の訴えを陣痛それ自体とはみななかったものの、看護記録に「外診時疼痛を訴える、疼痛に過敏」と記載した。しかし、胎児心音が正常であったことからとくに異常な事態にあるとは認めなかった。

X_1 は、同助産師の回診後、まもなく急速にそれまでの痛みの強い状態から痛みのほとんどない虚脱状態に陥り、そのまま睡眠に入った。同日 1 時 55 分頃、C 助産師が外診したところ、胎児心音を聴取できず、 X_1 が触診に際し、激しく疼痛を訴え、出血様の分泌物も中等量認められたため、同助産師は胎児切迫仮死を疑い、胎児心音の回復を図るために 10 l / 分で酸素吸入を施すとともに、A 医師に状況を報告した。

A 医師が直ちに X_1 を診察したところ、右下腹部に強い圧痛を認め、腹部触診により胎動を思わせる抵抗感を触知したが、胎児心音は聴取できなかった。A 医師は、 X_1 にショック症状を疑わせる所見はなかったが、帝王切開の既往があることから、子宮破裂ないし切迫子宮破裂による胎児死亡ないし胎児切迫仮死と考えて、緊急帝王切開を行ったところ、前回の帝王切開癒痕部と思われる子宮下部前壁に横裂した哆開創を認め、胎児はその大部分は羊膜に包まれたまま子宮外腹腔内にあり、すでに死亡していた。

X_1 およびその夫である X_2 は、Y に対して慰謝料を請求した。

(2) 判旨

1 月 5 日 20 時 30 分頃、再度陣痛が到来したが、そのときの内診所見は同日午前中のそれに比し明らかに分娩が進行している徴候を示しており、その後 21 時 30 分頃から嘔吐がみられ、22 時の診察時には触診時に痛みがある旨の訴えがなされているが、胎児心音は聴取の都度常に正常であったのであるから、この症状は正常分娩にもしばしばみられることであるとして、このときまでの X_1 には格段異常があるとは認めなかった B 助産師の判断には、問題がないといえることができる。

次に、翌 6 日の 0 時 30 分の所見についても、

胎児心音は正常であり、少量の血性分泌物、不規則腹部緊満、腰痛はいずれも正常分娩の経過においてもよくみられるものであることが認められる。唯一この時点において同助産師が看護記録に「疼痛過敏」と記載した痛みについては、その後の子宮破裂の発症に至るまでの経過を回顧的に考察するときには、その瘢痕破裂に対する警戒信号のひとつ（無症状破裂の場合に緊急帝王切開に切り替えるべきことを示唆する指標である恥骨結合上部または瘢痕部に自発痛、圧痛が強い場合）にあたるものと位置づけることが認められる。

しかしながら他方、この指標となる症状についての知識は、広く産科医、助産師の末端にまで周知徹底されているとはいえない実情にあること、その理由としては、このような臨床医家の体験の累積により得られた知識は、経験や体験の裏づけがあつてこそ臨床の実際にいかされる性質のものであること、換言すれば、経験や体験をしないと実際の知識としては体得できない性質のものであるところ、分娩における子宮破裂発生の頻度についてはおおよそ 5,000 例に 1 例程度とみてよく、子宮破裂の症例を産科医または助産師が実際に体験する機会は極めて稀であること、また子宮破裂は、多様で劇的な典型的切迫症状を伴うものが反射的に連想されるよう習慣づけられ、または常識として通念化されている傾向があることが指摘できること、加えて、本件においては、1 月 6 日 1 時過ぎの同助産師の観察時における X_1 の状態は過強陣痛とみることは困難であり、下腹部の疼痛も持続的疼痛であつた様子もみられないし、その全身状態にも特別な異常は指摘されていないことにも留意すべきことが認められるのであつて、これらの諸点を考慮するときには、1 月 6 日 0 時 30 分の時点において同助産師が当直医の A 医師に対し X_1 の容態を報告してその診察を求めなかつたことを捉えて非難することは当時の臨床産科の一般水準の下においては、同助産師に難きを強いる結果になるものというべきである。

したがって、同助産師に注意義務違反がある旨の原告らの主張を採用することができない。

（３）判決の評価

本判決では、医師の過失について以下の点について言及している。①医師が X_1 について経膈分娩が可能と判断したことは、試験分娩をとるべきとする考え方が当時の産科の一般的水準であるから、これに誤りはない。②当時の本件病院の診療体制、看護体制、およびその運用について、助産師から異常事態が発生した旨の報告を受ければ直ちに医師が対処できる体制にあること、助産師は正常分娩を自ら介助し、産婦の症状に応じて医師への連絡の要否を判断しうるだけの専門的教育訓練を受けていることから、医師はこのような体制を前提として診療を行えば足りるものである。③医師は、分娩について専門教育を受けている助産師に委ね、定期回診以外には自ら直接に妊産婦に対し診察をなさなかつたとしても、その監視義務にかけるところはない。

本判決では、助産師が異常と判断しなかつたことについて、当時の産科臨床の一般的水準をもとに過失を否定した。同時に、助産師は正常分娩の介助を自立して行えること、医師への連絡の要否を判断し得るだけの専門的教育訓練を受けていることを前提として、医師の分娩監視義務は問われなかつた。

３）常位胎盤早期剥離による異常出血の判断の適否

（第 1 審：東京地判 1981 年 10 月 27 日、判例タイムズ 460 号 142 頁、第 2 審：東京高判 1983 年 10 月 27 日、判例タイムズ 516 号、143 頁、判例時報 1093 号 83 頁）

（１）事実の概要

原告 X_1 は、 Y_1 （国）の管理する病院で妊婦健診を受け、妊娠 22 週頃から尿蛋白が検出され、塩分制限等の治療を受けていたが、胎児は順調に発育していた。分娩予定日の 2 日後の 1977 年 10 月 23 日 2 時 30 分頃、自宅でピンク色の分泌物が多量に流出し、3 時 20 分頃入院

した。A 助産師は、X₁ の破水を確認し、陣痛が発来していないこと、血圧が 126/90 で児心音が正常であることを確認した。さらに当直医であった Y₂ 医師に報告し、指示された抗生物質を投与した。

同日 7 時頃、X₁ は、B 助産師に多量の出血があったことを告げたところ、同助産師は、X₁ が取り替えた後の当て物の鮮血を確認し、一応常位胎盤早期剥離（以下早剥）を疑ったものの、児心音が正常であったことから、子宮口が開くことによって生じる「おしるし」と羊水が混じったものであり、異常ではないと判断した。同日 8 時頃、A 助産師は、X₁ の様子を確認し、腹部緊満がないこと、当て物に 3 × 7 ～ 8 cm 程度の血性分泌物が付着していること、児心音が正常であることを確認した。

同日 9 時 20 分頃、医師が初めて診察をした際、異常な出血をした跡を認め、内診時にさらに暗赤色の出血が中等量あり、腹部の持続した緊満を確認し、児心音も微弱であった。同日 10 時 43 分に腹式帝王切開術で胎児を娩出したがすでに死亡していた。なお、胎盤の 3 分の 2 は剥離しており、重症の早剥が判明した。

X₁ およびその夫である X₂ は、Y₁ および Y₂ に対し、不法行為に基づき、慰謝料等を請求した。

（2）判旨

①東京地裁（第 1 審）

B 助産師が X₁ の出血の訴えで当初早剥等の異常出血を疑いながらも、分娩の進行により血性分泌物の量が多くなるのはめずらしいことではないことから、その後の診察による児心音等の各別異常の兆候を示さない各所見を総合し、早剥その他の分娩異常はないものと最終的に判断したものであり、この判断は無理からぬことといわねばならない。

②東京高裁（第 2 審）

B 助産師は、X₁ が出血の訴えを受けた際、その職責上、直に出た血の色および分量の把握を要し、宿直医である Y₂ にそれを報告し

診察を求めるべき注意義務があったものというべく、児心音が正常であったことに安心して、異常出血を単なる「おしるし」と誤認し、医師に報告し診察を求めなかったのは同助産師の過失である。

同助産師が直ちに医師に報告していれば、胎児の生命を救いうる可能性が大であったと認めるのが相当である。よって、同助産師の過失と胎児の死亡との間には相当因果関係がある。

（3）判決の評価

本判決は、分娩中の異常出血の判断の適否が論点とされ、第 2 審では、助産師が産婦の異常出血を軽視してよく調べることなく、「おしるし」と軽信し、助産師が産婦の明白な異常を判断できなかった過失を認定した。

なお、同病院は夜間の産婦の入院については、異常が認められない限り助産師が分娩を取り扱う取り決めがなされていた。この点につき、第 2 審では、助産師が出産について医師には及ばないとしても相当の専門的知識および経験を有し、通常は助産師の手のみによって安全に出産させうるものであること、産婦の訴え、あるいは助産師の観察によって助産師が産婦の異常を発見し直ちに当直医に報告することは助産師に過重な負担とかけるものではないことについても触れ、医師に前期破水の産婦が入院した時点で直ちに診察しなかった診療義務違反は否定している。すなわち、助産師の分娩経過観察に対する裁量を認め、その上で助産師単独の過失を認定し、助産師の分娩経過中の異常を的確に判断すべき責任を明確に示した。

4) 胎児仮死の予見義務

（東京地判 1993 年 3 月 22 日、判例時報 1479 号 47 頁、判例タイムズ 857 号 228 頁）

（1）事実の概要

原告 X₁ は、被告 Y の開設する医療センターにおいて、順調な妊娠の経過であったところ、分娩予定日であった 1982 年 8 月 20 日 19 時 10 分頃に分娩のため入院した。同日 20 時 40 分から 21 時 20 分までの間、X₁ に分娩監視装置が

装着されたがとくに異常はなかった。翌 21 日 2 時頃になり、 X_1 に努責感が出現したため、2 時 40 分に分娩室に移室し、分娩監視装置が装着された。 X_1 の分娩に立ち会っていた助産師は、分娩監視装置の心拍同調音を聴くことにより胎児心拍数を測定していたが、同日 3 時 26 分頃の測定で、144/分から 96/分に低下したため、酸素を 3 ℓ /分を投与した。2 分後には 133/分に回復した。その後、3 時 35 分、40 分、44 分の各胎児心拍測定の際、108/分の軽度の徐脈がみられたが、早期に回復した。

3 時 45 分に人工破膜が行われ、同 3 時 48 分に児頭が排臨となった。その後は、A 助産師が単独で X_1 の分娩介助に当たり、4 時に原告 X_2 が出生した。 X_2 のアプガースコアは、1 分後 1 点、5 分後 2 点で重度の新生児仮死であった。胎盤には早剥に認められる凝血と、血性羊水が認められた。

なお、 X_1 の担当医で当直医であった B 医師は隣室の異常分娩に立ち会っており、同助産師はもうひとりの当直医の C 医師を呼ぶことはなかった。

X_2 は、早剥を原因とする胎児仮死に基づく低酸素性虚血性脳症と診断され、その後脳性麻痺と診断された。

X_2 、その父母である X_3 と X_1 は、Y に対し損害賠償を請求した。

（２）判旨

分娩を介助する医師および助産師は、胎児心拍数を常時観察し、胎児心拍数に異常が表れた場合には、その程度に応じて低酸素症を改善するための措置、すなわち、母体への酸素吸入、母体の体位変換、子宮収縮剤の投与中止、子宮収縮抑制剤の投与等の措置をとるとともに、その後も分娩監視装置によって胎児心拍に異常がないかどうか、とくに遅発性一過性徐脈や基線細変動の消滅等重篤な胎児仮死の兆候が現れていないかどうかを注意深く観察し、低酸素症の改善が見られない場合には急速墜娩の措置をとるなどして一刻も早く胎児を娩出させる努力を

するほか、出生後直ちに蘇生術を開始できるように準備を整えるべき注意義務がある。

一旦、高度徐脈が出現した異常、担当医師および立会助産師には、その後は耳による胎児心拍の確認のみではなく、分娩監視装置によって胎児心拍の状況および陣痛曲線との関係を注意深く観察すべき義務があった。

A 助産師が、胎児仮死または新生児仮死の存在を予見していれば、当時すでに排臨していたのであるから、吸引分娩、鉗子分娩等の急速遂娩の措置をとることは比較的容易であったものと認められ、あるいは仮にそれが不可能であったとしても、未熟児集中治療室との事前に連絡をとるなどして、分娩前に蘇生の準備を整え、出生後速やかに蘇生術を施すことによって、本件のような重篤な低酸素性虚血性脳症の発症を防止しえた蓋然性はかなり高かったといえることができる。したがって、同助産師の過失と X_2 の脳性麻痺との間には因果関係があるといえるべきである。

（３）判決の評価

本判決は、 X_2 の脳性麻痺の原因は、分娩中に生じた早剥により低酸素症を来とし、これにより生じた低酸素性虚血性脳症であるとしたうえで、助産師が分娩監視装置の適切な観察を行っていれば、胎児仮死または新生児仮死を予見ないし発見できるとした。そしてその根拠として示された胎児仮死の知見は、当時の医学的水準に基づくものであり、単独で分娩に立ち会った助産師に医師と同レベルの高度の注意義務を課したものである。さらに、助産師が適切な措置をとっていれば、児の障害という結果を回避できたであろうと認定し、過失と児の障害の因果関係も肯定している。本件で問題となった医療センターは、NICU を有し、新生児の蘇生、救命のための準備が比較的容易にできること、および当直医がほかにいたことも結論に影響を及ぼしたものと考えられる。

なお、判決文では、分娩監視装置による分娩監視義務については、「一旦、高度徐脈が出現

した以上」と判示し、同義務を限定しているが、それは事件発生当時、分娩監視装置の普及率がそれほど高くはなかったことを考慮しているものである。

5) 分娩誘発中の分娩監視義務

(大阪地判 1999 年 8 月 25 日, 判例タイムズ 1042 号, 199 頁)

(1) 事実の概要

原告 X₁ は股関節脱臼があるものの自然分娩を望み、被告 Y 病院において分娩することとした。1994 年 5 月 16 日の外来受診時、X₁ は A 医師から「予定日より 2 週間を経過すると過期産となり、胎盤機能不全や巨大児傾向による難産の可能性が大きくなるため、妊娠 42 週までに分娩を終了することが望ましい」「5 月 23 日(妊娠 41 週 1 日)までに自然陣痛が起こらない場合には分娩誘発を施行する」と説明を受け同意した。

X₁ は同月 23 日に同病院に入院し、午前 9 時 17 分頃、B 医師が診察したところ、子宮口がやや開大し、児頭の位置は st-1 であり、分娩誘発を開始することとなった。

同日、C 助産師は、オキシトシン製剤であるシントシノン 10 単位を 5%ブドウ糖 500ml に混和し、毎分 5 滴(約 6.7 ミリ単位/分)で点滴を開始した。このとき、X₁ の陣痛は不規則で胎児心拍数は約 140bpm であった。12 時頃、D 助産師は、X₁ の陣痛が不規則で破水および出血がなく、胎児心拍数は約 148bpm であり、同剤を毎分 8 滴(約 10.7 ミリ単位/分)に増量した。14 時頃、C 助産師が X₁ に分娩監視装置を装着した直後、胎児心拍数に一過性徐脈を認めたが、X₁ を左臥位にしたところ回復し、以後徐脈はなく、同剤を毎分 12 滴(約 16 ミリ単位/分)に増量した。このとき、X₁ の陣痛は不規則で破水および出血はなく、胎児心拍数は、約 160bpm であった。

15 時 6 分頃、C 助産師は X₁ の分娩監視装置を外す際、F 医師に X₁ に一過性徐脈が認められたことを報告し、同医師は経過観察を指示し

た。このとき、X₁ の陣痛は不規則で胎児心拍数は約 160bpm であり、同剤を毎分 15 滴(約 20 ミリ単位/分)に増量した。X₁ は分娩監視装置を外した直後、トイレに行った際、直径 2～3 cm の出血を認め、その旨を報告したが、「お産が進んでいる兆しであるので、部屋で待っているように」と告げられた。

X₁ は病室の入口で腹部に激痛が走ったため、ナースコールをし、来室した G 助産師に「痛みが全然おさまらず、間隔がない」と告げた。同助産師は「1 分間隔ぐらいか」と尋ねたが、痛みのため返答できなかった。同助産師が内診をした際、膈内から血塊が出た。その後も X₁ の激痛は治まらなかった。

16 時 30 分頃、夫である X₂ が来室した際、X₁ は痛みを訴え苦しんでおり、ベッドのシーツに大量の血液が流出していた。X₂ が「陣痛ですか」と問うと、G 助産師は「1 分間隔で強い陣痛が来ています」と答え、同剤を 8 滴に減量し「点滴を減量したので楽になる」と X₁ に告げた。このとき、胎児心拍数は、約 136bpm であった。同 50 分頃、同剤は毎分 5 滴に減量され、胎児心拍数は約 150bpm であった。

17 時 9 分頃、A 医師が X₁ を診察し、子宮口は 1.5cm 開大のままであったが、胎児心拍数が 70 ないし 60bpm の持続性徐脈が出現しており、超音波断層所見にて早剥の疑いがあったため、緊急帝王切開術を施行したが、同 25 分に娩出された新生児は仮死(アプガースコア 1 分後が 2 点、5 分後が 3 点、30 分後が 6 点)であり、重度の低酸素性虚血性脳症のため同年 6 月 28 日に死亡した。

他方、X₁ は、帝王切開創結合部の組織が脆弱で止血が困難であり、DIC の疑いがあったため、深部帝王切開術、子宮膈上部切断術、左側付属器切除が行われた。A 医師は、X₁ の早剥の原因として、胎盤あるいは卵膜の子宮付着部の脆弱性および易出血性を考え、皮膚、粘膜の結合組織の先天性異常を疑った。専門医による精密検査の結果、X₁ のエーラス・ダンロス症

候群が判明した。

X₁、およびその夫である X₂ は、Y に対し損害賠償を請求した。

（２）判旨

X₁ に性器出血があったこと、それまで分娩監視装置をつけていた時間には、有効陣痛が発生していなかったにもかかわらず、突然、X₁ に腹痛が発生し、尋常でない激痛を訴えていること、Y 病院では X₁ にシントシノンによる分娩誘発を行っており、その許容量の最大量の点滴中に異常が生じていることなどからすれば、Y 病院の助産師らは、X₁ に起こった激痛等の異常について、単なる陣痛の発生などと即断するのではなく、直ちに分娩監視装置を装着して母子の状態を観察したり、また速やかに医師の診察を求めるべき注意義務があったといわなければならない。

しかしながら、Y 病院の助産師らは、漫然と経過観察をして、17 時 9 分ごろの医師の回診のときまで、特段の治療も医師への報告もしなかったのであるから、診療上の注意義務である分娩監視義務に反し、債務不履行ないし不法行為における過失と評価すべきである。

15 時 15 分頃の X₁ からの性器出血および激痛の訴えに基づいて、Y 病院の医師および助産師らが、分娩監視装置を装着したり、医師が診察するなどして母体および胎児の症状について情報収集にあたり、常位胎盤早期剥離の発生を早期に把握しておけば、早期に適切な治療を行い、また早期に帝王切開を行うことができ、それによって本件における結果を回避し得た可能性は極めて高いものといえ、新生児の死亡と Y 病院の債務不履行ないし不法行為との間には因果関係を認めることができる。

（３）判決の評価

本判決では、陣痛促進剤の使用と早剥との間の直接的な因果関係は不明であり、むしろ、その原因については、エーラス・ダンロス症候群により、子宮壁、基底脱落膜、その間を介在する結合組織が脆弱であったことが基本的要因で

あったことを推認している。したがって、生じた異常（早剥）と分娩誘発剤の使用との直接的な因果関係を否定したのにもかかわらず、その投与中に産婦が異常を訴えた場合、助産師は分娩監視装置を装着して観察するなどの措置をとるとともに、医師への報告・連絡をする注意義務を課したものである。本判決は民間の病院に勤務する助産師に対しても、上述の判例 4）と同様の注意義務を課したものである。

6）分娩中の医師、助産師の血圧監視義務

（東京高判 2001 年 1 月 31 日、判例タイムズ 1071 号 221 頁）

（１）事実の概要

原告 X₁（初産婦）は、Y 法人の経営する A 病院に通院していたところ、妊娠後期に軽度の妊娠中毒症に罹患していた。1991 年 12 月 31 日 7 時 25 分頃、陣痛発作により入院し、同日 9 時頃の血圧は、130/80 であった。翌 1 月 1 日 0 時頃には、子宮口が 7～8 cm に開大したが、その間、31 日 12 時 30 分に「手がしびれます」と訴えたほか、同日 16 時、23 時、翌 1 月 1 日 0 時に嘔吐が認められた。同日 5 時頃には陣痛間歇時に傾眠状態になり、5 時 30 分の血圧が 130/80 であった。B 医師の指示で、8 時 50 分頃から陣痛促進剤であるアトニンが投与され、11 時 20 分頃、歩いて分娩室に入り、C 助産師に促されていきみを開始したが、11 時 50 分頃、C 助産師の問いかけに対する応答が緩慢になり意識レベルが低下した。12 時 10 分頃、助産師は妊娠中毒症に伴う子癇発作を疑い、医師を呼ぶとともに血圧を測定したところ、180/90 代であったので、自動血圧計を装着した。D 医師は、X₁ の状態を子癇発作の切迫した状態であると判断して、12 時 28 分よりアプレゾリンを投与した。X₁ は 12 時 48 分頃、正常に分娩したが、分娩後半分開眼したままいびきをかいて眠り、14 時 45 分頃には、助産師の問いかけに少しずつはつきりしたが、右口角がゆるみがちとなり、左半身が随意で動かなくなった。医師は軽い脳浮腫を疑い、アプレゾリン投

与を継続し、17時30分、同医師は、X₁が依然として傾眠がちではあったが、呼びかけに対する応答も改善し、血圧も収縮期が110程度に低下し安定していたので経過観察とした。18時45分頃、同医師がX₁を診察したところ、構音障害およびバビンスキー反射の低下を認めたため脳出血を疑い、外科医の診断を受けて別病院へ転院したが、左不全片麻痺など後遺障害が残る、その後も理学療法等を受けることとなった。X₁らは、同事故の原因が、医師、助産師が妊娠中毒症に罹患していたX₁に対し血圧監視を怠ったことにあるとして、Yおよび産婦人科部長に対し、逸失利益、慰謝料の支払いを求めて本訴を提起した。第1審（東京地判1998年10月31日）は、医師、助産師に注意義務違反はなかったとして原告の請求を棄却した。本件はその控訴審である。

（2）判旨

X₁は、血圧の上昇傾向、浮腫および体重増加などから妊娠中毒症軽症を疑って然るべき状態にあったものであり、アトニンの投与により血圧上昇の可能性もあったことからすれば、担当医師および助産師には、X₁に対しアトニンを投与して陣痛を促進するに際しては、母体の状態を十分に監視しつつ、少なくとも1時間に1回程度は血圧を測定するなどして、血圧監視を行うべき注意義務があったといふべきである。

しかし、担当医師、助産師は、12月31日9時から1月1日5時30分までと、5時30分から12時15分までの間、血圧測定をせず、しかもアトニンの増量は、C医師の事前の指示に基づき、助産師に任せていたところ、11時31分頃からX₁の陣痛が極めて強くなり、大きな負担がかかる状態になっていたのであるが、助産師は11時40分頃に医師の診察を経ずにアトニンの投与量を増量しており、12時10分頃にD医師を呼び、12時15分頃、D医師の指示により血圧を測定したところ、180/90代であることが分かったため、医師は、自動血圧計の装着とアプレゾリンの投与を指示したものである。

この経過によると、医師、助産師には血圧監視義務を怠った過失がある。

本件では分娩監視装置により陣痛および胎児の心拍数の観察を行われていたことが認められる。しかし、それだけでは全身状態の観察をするに不十分であり、医師および助産師には母体監視義務違反が認められる。

医師、助産師は、分娩開始後、12時15分までX₁の血圧を計測しなかったのであるが、X₁は、11時20分に自力歩行で分娩室に移動した後、激しい陣痛が起こるようになり、11時40分頃にはアトニンが増量され、11時50分にいきみを開始した後、意識レベル低下などによりそのころ脳出血が発症したものと認められるのであるが、この間、血圧が計測されていれば、血圧の上昇傾向を発見して、脳出血の危険を予知することができ、アトニンの投与中止、または速度の低下、さらには降圧剤の投与などを含めた適切な処置を施すことにより、脳出血を防止することができたものと推認される。したがって、X₁の脳出血は、血圧監視を怠らなければ防げたものと認められ、医師ら（助産師）の注意義務違反の行為とX₁の脳出血との間には相当因果関係が認められる。

（3）判決の評価

本判決において、脳出血の原因としては、軽度の妊娠中毒症に罹患していたところ、陣痛促進剤であるアトニンの投与とその増量ならびに出産の進行に伴って血圧が上昇し、脳出血に至ったものと認めている。他方、同原因については、先天的な要因等があった可能性を否定できないとしながらも、本件においてはその可能性を疑わせる事情が認められないことを認定し「訴訟上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして、全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ち得るものであることを必要とし、かつ、それで

足りるものである」とし、先天的な異常などの可能性があることを否定できないからといって、上記認定の妨げになるものではないと言及した。その上で、脳出血の予見可能性について、妊娠中毒症軽症、軟産道強靱、アトニンによる血圧上昇作用等から血圧上昇による脳出血の発症は予見可能であったとした。

本件は、妊娠中毒症軽症の産婦への陣痛促進剤の投与には、血圧上昇の予見義務と血圧監視義務があるとされ、助産師にも医師同様の注意義務を認めたものである。なお、事件発生当時、妊産婦の死亡率は0.0096%（1万人に1人）であり、その原因は脳出血とくも膜下出血を併せると13.7%を占めていた。このような非常に稀な異常についても助産師には医師同様、予見可能であるという前提のもとに血圧を監視する義務が課せられており、助産師の予見義務、および結果回避義務の水準は非常に厳しいものである。

2. 検討－助産師の分娩経過中の注意義務

これらの判例を分析した結果、助産師の分娩経過中の注意義務について、以下の点が明らかになった。

- (1) 助産師の分娩経過中の過失は、異常の予見可能性と不適切な判断の2点を中心に認定される。
- (2) 助産師は、分娩時の異常の状態の判断について単独で責任を問われる〔判例3〕〔判例4〕。
- (3) 異常発生の予見可能性に関し、助産師は、医師と同等の注意義務を負っている〔判例1〕〔判例2〕〔判例4〕。さらに、特別な経験、経験年数、あるいは設置主体の区別なく、助産師一般、あるいは平均的助産師を基準として判断される〔判例5〕。
- (4) 助産師は異常の予見義務について、医師との共同責任が問われることもあるが、医師の監督指導責任下にはない〔判例6〕。
- (5) 助産師の医師への連絡・報告義務は、助産

師の責任下にある〔判例1〕〔判例2〕〔判例3〕〔判例4〕。助産師は、正常分娩を自ら介助するのみならず、保助看法第38条のもと、医師への連絡の要否を判断し得る専門的教育訓練を受けており、助産師が分娩経過を観察している場合、医師の分娩監視義務（診療義務）は、問われない〔判例2〕〔判例3〕。

IV. 結語－医行為としての助産と助産師の責務

周産期、とくに分娩期における経過観察の適否は、母と児の2つの生命に影響を与えるという重大な結果に帰結する。そのなかでも分娩第一期は、正常と思われた母児の状態が短時間のうちに一転して異常や緊急を要する事態となる可能性がある。それゆえ、分娩第一期の経過観察（当然に内診を含む）は、必然的に観察と判断（助産診断）が連続して行われる。そして、これらの予見義務、結果回避義務は、医師と同等の水準が求められ、そのことが、助産（分娩介助）という行為の性質が絶対的医行為とされる所以である。

本報告（第一報、第二報）の一部は、第37回日本医事法学会（2007年11月25日、於：東京大学）ワークショップ「分娩介助における内診（オーガナイザー：良村貞子氏）」において報告した。

文献

- 1) 菅野耕毅：看護事故判例の理論（増補新版），
信山社，290－291，2002.
- 2) 日本産婦人科医会会長坂元正一：産科における
看護師の業務，2005年9月5日．
〈<http://www.jaog.or.jp/JAPANESE/jigyo/SOUMU/2005/05Sep2005.pdf> (2008年1月6日)〉
- 3) 金子光：保健婦助産婦看護婦法の解説，日本
医事新報社，38，1990.
- 4) 日本産科婦人科学会編：産科婦人科用語集・
用語解説集，金原出版，326，2003.
- 5) 野田寛：医事法上巻，青林書院，59－60，
1984.
- 6) 高田利廣：看護の安全性と法的責任（第7集），
日本看護協会出版会，17，1986.
- 7) 菅野耕毅：医事法の研究Ⅰ 医療過誤責任の
理論〔増補新版〕，信山社，102－103，2001.
- 8) 高田利広：保健婦・助産婦・看護婦・准看護
婦の業務と法的責任，日本看護協会出版会，
9，1968.
- 9) 菅野耕毅：医事法の研究Ⅳ 看護事故判例の
理論〔増補新版〕，信山社，55，2002.
- 10) 小倉哲浩：医師法と保健婦助産婦看護婦法の
関係，研修，580号，86，1996.
- 11) 齋藤美喜：助産師と法についての一考察，国
際経営・文化研究11(2)，239－249，2007.
- 12) 日本看護協会監修：助産師業務要覧，日本看
護協会出版会，223－225，2005.

Implication of the Practice of Pelvic Examination by Unqualified Midwife (The Second Report)

—The Legal Concept of Midwifery and Its Associated Legal Liability Based on Regulations—

Shiho HIRATSUKA

(Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

Abstract

This paper examined the legal concept of midwifery and its associated legal liability based on regulations, including the Medical Practitioners Law, the Public Health Nurse, Midwife, and Registered Nurse Act, and the Medical Practice Act and civil affairs judicial precedents in which midwives have been involved in the process of delivery. The author reached the following conclusion.

1. Midwifery can legally be an absolutely independent medical practice in which nurse-midwives have clinical discretion.
2. The negligence of nurse-midwives is evaluated on the basis of the predictability of any abnormalities that may arise and the adequacy of their judgments at delivery.
3. Nurse-midwives can be held solely responsible for their judgment as to the progress and potential complications of delivery.
4. With respect to the predictability of complications during delivery, nurse-midwives have an equivalent duty as physicians to provide prudent, competent care and thoughtful judgment that takes into account any problems that may arise.
5. There are circumstances in which corporate responsibility with physicians is held; however, the physicians' responsibility as a supervisor is not typically applied to nurse-midwives.
6. Nurse-midwives are responsible to report to and/or consult physicians. In addition to helping with normal births, nurse-midwives have sufficient professional training to judge on a case-by-case basis the necessity of reporting to doctors, according to Article 38 of the Public Health Nurse, Midwife, and Registered Nurse Act. In situations in which a midwife is observing the delivery process, the physician is not obligated to observe delivery directly.
7. Throughout the delivery, a nurse-midwife should continuously utilize their observational skills and clinical judgment (midwife's diagnosis) to ensure a safe, successful delivery. Therefore, the nature of a midwifery practice is the same as that of a medical practice.

Keywords: nurse-midwife, Public Health Nurse, Midwife and Registered Nurse Act, legal liability, legal concept of midwifery, medical practice